

松阪市民病院の在り方検証委員会



第2回 委員会

2023年7月25日



まつ さか
松 阪 市

前回の振り返り

第1回委員会 発言要旨(1/1)

<p>地域医療構想の実現・地域包括ケアシステムの構築に向けた当院の役割・機能について</p>	<ul style="list-style-type: none">各病院が機能分化を進めることは重要ではあるが、臨床の現場では、特に高齢な患者を急性期、回復期と区別することは難しい。地域急性期機能である地域包括ケア病床を活用していくためには、特定の患者像を入院対象とするのではなく、在宅復帰を目指す患者を幅広く受け入れていけるような運用が望ましいと考えられる。一方で、全ての患者が在宅復帰できるわけでもないというのが実情であることも理解した上で機能分化を進めていく必要がある。地域包括ケアシステムの構築は、現状の医療提供体制の積み重ねの上に実現するものである点を押さえておく必要がある。そのためにもコロナ禍をどのようにして乗り切ってきたのか、県・市それぞれの立場での検証を行うことが重要である。
<p>新型コロナウイルス感染症の影響について</p>	<ul style="list-style-type: none">コロナ禍で地域住民の医療に対する考え方も変わってきたところがあると思われる。また医療従事者も、新型コロナウイルス感染症に対する対応等で考え方が変わってきているのではないかと思われる。そういったデータも検証しながら、市民病院の機能について検討をしていく必要がある。コロナ禍では、がん患者が市内の緩和ケア病棟を利用したかったものの入院できず、市外の病院に受け入れてもらい、最終的には在宅になったという事例があったという声を市民から聞いた。市民病院なので市民のニーズに合わせ喜ばれるよう、機能分化、体制整備を進めてほしい。新興感染症に対する平時からの取組みを今後検討していく必要があるため、県の第8次の医療計画で新興感染症対策がどのような方向性で話が進もうとしているのかという点を逐次把握しながら、今後の取組みを検討していく必要があると感じている。
<p>患者の病期に着目した医療機能に関する地域の実態について</p>	<ul style="list-style-type: none">診療報酬改定の中では、ポストアキュート、サブアキュートについて様々な評価がなされていると思われる。そういった評価があった前後で、地域で提供している医療内容や各病院の機能に変化があったかという点を検証しながら市民病院の在り方を検証していく必要がある。
<p>医師の働き方改革・医師の確保の取組みについて</p>	<ul style="list-style-type: none">市民病院を運営していく中で、最も注視しなければならないのが医師の働き方改革に関する時間外労働規制についてである。夜間に緊急手術をした場合、翌日は勤務間インターバルを設けなければならない、そういった規制に対応していくとなると地域の基幹病院に医師を集約していかななければならない。医師確保についてはモチベーションが高い医師を確保することが重要である。新興感染症のまん延といった有事が発生することも踏まえ体制を整備していくためには、職員一人一人のモチベーションが重要である。

松阪市の医療提供の現状・課題に関するご意見 (急性期、回復期・慢性期を担う医療機関より)

松阪管内の地域医療の現状・今後の在り方に関する意見交換概要

(急性期を担う医療機関2施設からのご意見)

訪問日:令和5年5月12日(金)、5月24日(水)

看護師の確保の状況	<ul style="list-style-type: none">看護師の退職が多くなっており、新型コロナウイルス感染症対応もその要因の1つのように考えられる。
回復期リハビリ病院への転院調整の状況について	<ul style="list-style-type: none">回復期リハビリテーション病床への転院対象となる疾患の患者(脳血管疾患や大腿骨等の骨折患者等)は概ね2週間あれば転院調整が可能な状況にある。患者・家族の希望は松阪地域を希望されることが多いものの、松阪地域だけで転院先の病院を調整するのは難しいため、津・伊勢方面も含めた転院調整を行うことが多い。急性期病院の入院患者の2～3割は、急性期の治療が終わってもすぐには自宅に戻ることができず、次の受入れ先の調整が難しい状況である。回復期リハビリテーション病床への転院調整は、患者の状態や家族の状況に左右されることが多く、転院調整のハードルが高くなる傾向がある。
療養病院への転院調整の状況について	<ul style="list-style-type: none">松阪市内の療養病床は常に満床になっており、転院の調整が難しい。その背景として、市内の慢性期機能の病院が看護師不足により診療所化したことなどがあげられるのではないかと。療養病床の代替となる介護医療院が松阪市内には整備されていない。

松阪管内の地域医療の現状・今後の在り方に関する意見交換概要
 (回復期・慢性期を担う医療機関等4施設からのご意見)

訪問日:令和5年5月17日(水)、5月19日(金)、5月22日(月)、5月26日(金)

回復期リハビリ病院の稼働状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 季節変動は当然あり、冬にかけては病床利用率は高いが、暖かい時期であれば空床が発生している。 ・ 経管栄養の患者や認知症の患者は個室や2床室、ナースステーションから近い病室等で治療するケースが多く、ベッドコントロールが難しい時もある。
回復期リハビリ病床への受入れ基準について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳血管疾患、骨折等の急性期治療後の患者を受入れの基準としている。 ・ リハビリ効果がほとんど見込めないケース(具体的には、食事がとれない、貧血が強い、認知症で指示が分からないといった方)や、経営の観点から高い投薬治療をされていて、かつ、入院期間が長くなる患者は受入れが困難なこともある。 ・ 病床が空いている時期は、脱水症状や肺炎の患者の廃用症候群※も受け入れさせていただくことがある。 ※廃用症候群:床ずれや筋肉・関節の萎縮等、過度に安静にすることで生じる身体の状態
回復期リハビリ病床に求められる住民ニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居住地に近い回復期リハビリ病院への入院を希望される方が多い。 ・ 重症度が高く、療養病床の対象としてもよいような患者であっても、リハビリの効果を期待し、入院を希望されるケースも見られる。
療養病床の患者像と運用について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期療養が必要な患者や看取りの患者が多く、中には数年間入院しているケースもみられる。ただし、病院としては医療区分が低い(医療サービスへの依存度が低い)患者には退院を促し、在宅復帰を進めており、医療区分が高い(医療サービスへの依存度が高い)患者には医療的ケアが可能な施設への入所を促し、病床を回転させるようにしている。
在宅医療について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療に移られる方は増えている印象がある。胃ろうや鼻注の患者も在宅診療で診るケースもみられる。 ・ 訪問看護事業所にも、認定看護師を配置している事業所があったりと、特色のある事業者が増えている印象がある。

現状は急性期機能を重視した急性期ケアミックス型の地域包括ケア病棟が最も多いですが、地域包括ケアシステムに資する地域密着型の地域包括ケア病棟が今後整備されていくことが示されています

地域包括ケア病棟を担う病院の類型別分布と今後の意向調査結果

地域包括ケア病棟協会が分析した今後の方向性

- ✓ 急性期ケアミックス型とポストアキュート連携型が減少し、地域密着型が増加する予定
- ✓ 地域包括ケアシステムに資する地域包括ケア病棟の機能と病院機能を持つとする病院が増える予兆を認めた

急性期ケアミックス型:254施設

定義:急性期一般病棟以上の病棟を有し、施設全体で急性期機能を最も重視している施設にある地域包括ケア病棟

特徴:

- ◆ 200床以上の病院が4.5割強(比較的規模が大きい)
- ◆ 2割強がICU等の高度急性期病棟開設
- ◆ 地域包括ケア病棟は自院のポストアキュートが中心

ポストアキュート連携型:55施設

定義:施設全体として、実患者数の概ね半分以上が他院からのポストアキュート(急性期を脱した)患者が占める施設

特徴:

- ◆ 199床以下が9割強を占める(比較的規模が小さい)
- ◆ 6割強が回復期リハビリテーション病棟を開設している

地域密着型:156施設

定義:「急性期ケアミックス型」「ポストアキュート連携型」のどちらでもない地域包括ケア病棟

特徴:

- ◆ 199床以下が9割(比較的規模が小さい)
- ◆ 6割強が急性期一般病棟を開設している

地域包括ケア病院:70施設

定義:全病棟病室が地域包括ケア病棟の“形態分類”の病院

特徴:

- ◆ 機能分類では「地域密着型」「ポストアキュート連携型」

出所:地域包括ケア病棟の機能等に関する調査結果と診療報酬等に係る提言等について 一般社団法人地域包括ケア病棟協会

令和元年7月時点の地域包括ケア病床の状況は、全構想区域において地域包括ケア病床が設置されています。鈴亀、津、伊賀、松阪区域においては地域包括ケア病床が100床未満となっています

【令和元年7月】各構想区域別の地域包括ケア病床

	病床数計			地域包括ケア病棟入院基本料			地域包括ケア入院医療管理料		
	基本料	管理料	合計	病院名	入院料種別	届出病床数	病院名	入院料種別	届出病床数
桑員	154	15	169	桑名市総合医療センター いなべ総合病院 青木記念病院	地ケア2 地ケア2 地ケア1	38 58 58	ヨナハ総合病院	地ケア1	15
三泗	185	20	205	四日市羽津医療センター 菰野厚生病院 富田浜病院 小山田記念温泉病院	地ケア2 地ケア2 地ケア1 地ケア2	45 42 43 55	みたき総合病院 山中胃腸科病院	地ケア2 地ケア2	10 10
鈴亀	56	19	75	鈴鹿回生病院	地ケア2	56	亀山市立医療センター	地ケア2	19
津	18	74	92	遠山病院	地ケア2	18	武内病院 大門病院 津生協病院 岩崎病院 吉田クリニック	地ケア2 地ケア2 地ケア1 地ケア2 地ケア2	20 14 20 13 7
伊賀	40	0	40	上野総合市民病院	地ケア2	40			
松阪	39	16	55	松阪市民病院	地ケア2	39	大台厚生病院	地ケア2	16
伊勢志摩	132	39	171	市立伊勢総合病院 県立志摩病院	地ケア2 地ケア2	60 72	志摩市民病院 玉城病院	地ケア1 地ケア1	29 10
東紀州	116	0	116	尾鷲総合病院 紀南病院	地ケア2 地ケア2	56 60			

※ 東海北陸厚生局の施設基準届出情報による。

令和5年4月時点の地域包括ケア病床の状況は、全構想区域において地域包括ケア病床が設置されています。鈴亀、津、伊賀、松阪区域においては地域包括ケア病床が100床未満となっています

【令和5年4月】各構想区域別の地域包括ケア病床

	病床数計			地域包括ケア病棟入院基本料			地域包括ケア入院医療管理料		
	基本料	管理料	合計	病院名	入院料種別	届出病床数	病院名	入院料種別	届出病床数
桑員	121	22	143	桑名市総合医療センター いなべ総合病院 青木記念病院	地ケア2 地ケア2 地ケア1	38 25 58	ヨナハ総合病院	地ケア1	22
三泗	185	20	205	四日市羽津医療センター 菰野厚生病院 富田浜病院 小山田記念温泉病院	地ケア2 地ケア2 地ケア1 地ケア2	45 42 43 55	みたき総合病院 山中胃腸科病院	地ケア1 地ケア2	10 10
鈴亀	56	27	83	鈴鹿回生病院	地ケア2	56	亀山市立医療センター	地ケア1	27
津	18	78	96	遠山病院	地ケア2	18	大門病院 津生協病院 岩崎病院 吉田クリニック 榊原温泉病院	地ケア2 地ケア1 地ケア2 地ケア1 地ケア2	14 28 13 13 10
伊賀	81	0	81	上野総合市民病院 名張市立病院	地ケア2 地ケア2	40 41			
松阪	39	16	55	松阪市民病院	地ケア2	39	大台厚生病院	地ケア2	16
伊勢志摩	132	58	190	市立伊勢総合病院 県立志摩病院	地ケア2 地ケア2	60 72	志摩市民病院 玉城病院 町立南伊勢病院	地ケア1 地ケア1 地ケア1	29 20 9
東紀州	116	0	116	尾鷲総合病院 紀南病院	地ケア2 地ケア2	56 60			

※ 令和5年4月東海北陸厚生局の施設基準届出情報による。

県内の構想区域別での65歳以上人口10万人あたりの地域包括ケア病床数は松阪区域が最も少ない状況にあります

県内の地域包括ケア病床数の区域別比較および全国比較

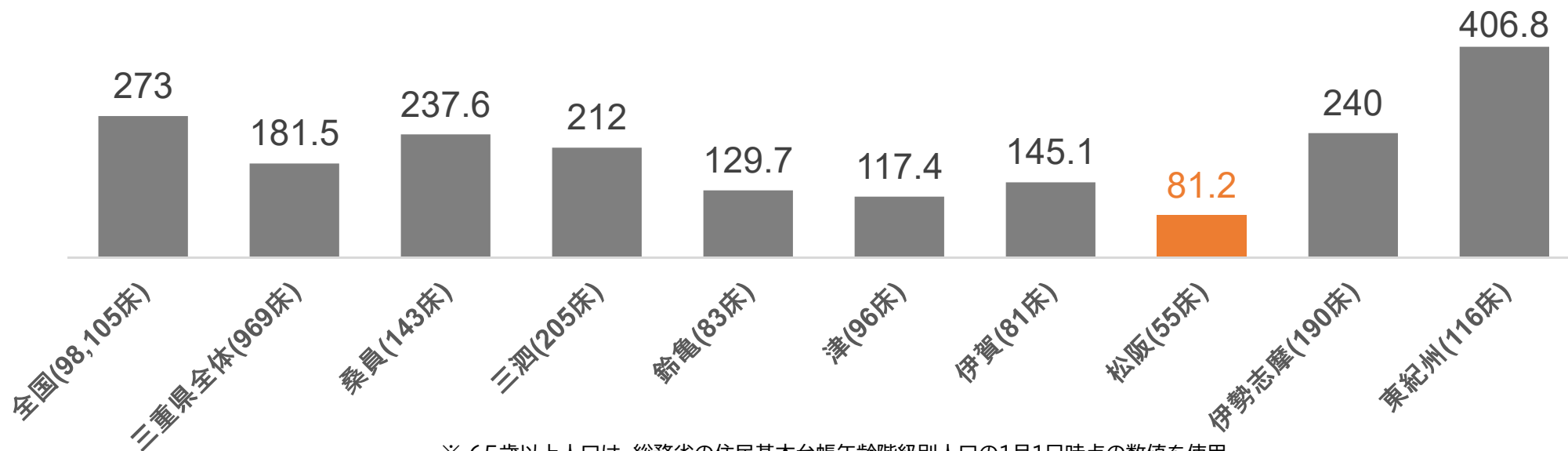
65歳以上人口10万人あたりの地域包括ケア病床数(構想区域別・令和元年7月時点)

桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	三重県
293.1	217.0	122.6	114.7	75.2	82.4	217.6	399.1	175.4



65歳以上人口10万人あたりの地域包括ケア病床数(構想区域別・令和5年4月時点)

桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	三重県
237.6	212.0	129.7	117.4	145.1	81.2	240.0	406.8	181.5



※ 65歳以上人口は、総務省の住民基本台帳年齢階級別人口の1月1日時点の数値を使用
 ※ 全国値は、一般社団法人地域包括ケア病棟協会調べ(令和4年6月20日時点各地方厚生局確認データ)

第2回委員会において個別に検証する論点

今回は役割・機能の最適化と連携の強化、医師・看護師の確保と働き方改革について、検証を行います

第2回委員会において検証等が必要な事項

地域医療構想をふまえた松阪市民病院の在り方に関する提言書(令和2年2月)

松阪市民病院は地域包括ケア病床を中心とした病院に機能転換し、高度急性期、急性期、慢性期、在宅医療等をつなぐ地域医療のかけ橋となるべきである。

公立病院経営強化ガイドライン

第2回委員会の対象

【役割・機能の最適化と連携の強化】

- 回復期機能の充実に向け、公立病院として提供していくべき役割・機能について、令和2年2月の提言書の内容について再検証

【医師・看護師等の確保と働き方改革】

- 地域における病床機能の再編を行うことで医療専門職の地域での確保や働き方改革への柔軟な対応ができるかを新たに検証

【新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組】

- 新興感染症への対応として、松阪区域における松阪市民病院の担うべき役割について、新たに検証

上記の役割を果たしていくために

【経営形態の見直し】

- 指定管理者制度が最も望ましいとした経営形態を再検証

役割・機能の最適化と連携の強化

機能分化・連携強化(在り方検討委員会委員からの関連するコメント集)

(1)市民の声	<ul style="list-style-type: none">• (地域を回って言われたことは)<u>自分たちが年をとった時に安心して生活できるベッドの確保とか、医療体制を作ってくれ、それだけだ、ということが非常に多かった。</u>(第1回)
(2)機能分化・連携とは	<ul style="list-style-type: none">• 私たち実際病院で働いていますと、2次あるいは3次の救急患者が送られてきて、その患者は最初すごく手厚く患者一人に4から5人の医者がかかります。けれども今の医療はかなり進んでいて、たいていは1週間か2週間もすれば落ち着いてきます。今、私たちの大学病院の入院期間は平均14日です。14日過ぎれば落ち着いてくる。ではその患者そのまま病院で見ていかななくてはいけないかという、次の患者さんが来ますから、<u>ある程度落ち着いた方はどこかに移ってもらわないと次の患者を受け入れることができないですね。</u>ですから、<u>そういう意味で病院が役割分担をするというように考えていただけると、地域医療構想はその役割を医療機関が分けていく、ということで説明するともう少しわかりやすいと思います。</u>(第1回)• <u>かつては病院の中にすべての機能がありました。</u>私も昔卒業した頃は、入院3ヶ月、人によっては1年という患者もいました。それでもやっていけたんですが、そうなるややはり<u>多種多様な患者が増えてきて、急性期とか高度急性期を専門にやるところに機能分化しなくてはいけない</u>ということでこのような流れになって、現状ではその急性期のあとがないものですから、さきほどのお話のように、<u>脳梗塞を起こされて今はこのような状態なのに、急性期なのかどうなのかという問題はあるか</u>と思います。<u>そういったときに一時的な入院ということで地域包括ケア病棟があればそこへ入れる</u>ということです。ですが<u>そういう病棟が現在不足している状況ではないか</u>と思います。(第4回)• 現実的なお話をしますと、<u>大学病院でも今問題になっているのは、発症したときはほとんど急性期といった形で取らざるを得ない</u>ですね。そういった患者を2次病院や3次病院が取って、<u>実際診断してみたらそれほど緊急性はない、けれどもすぐには退院させられない</u>という場合に、<u>行くところがない</u>ということです。大学病院が今困っていて、救急で来て取るんですが、<u>それほどたいしたことない、1泊2日で帰れる。</u>だけど帰すところがない。特に脳梗塞などの時がそうです。ある程度落ち着いていてそれほどたいしたことはないけれども、<u>次の病院がない</u>ということで、<u>そういう部分が問題。</u><u>そういった機能のある病院が機能分担してあれば、そこへ転院していただくことでスムーズに急性期病院は機能していく</u>ということができないか。<u>現在は徐々にそういうところで機能づくりや機能分担は進んでいますけれど。</u>(第4回)

機能分化・連携強化(在り方検討委員会委員からの関連するコメント集)

<p>(2)機能分化・連携とは</p>	<ul style="list-style-type: none">• <u>かつての病院というのは急性期、回復期、慢性期、すべての病棟を持っていても大丈夫でした。私が卒業したころはすべての病期の患者がいました。なぜかという、長く入院しても入院費用は下がりませんし、かかった分だけ請求ができる(出来高払い)というシステムでした。ところが最近の国の政策で、あまり医療費がかからない人は入院費がどんどん削減されます。出来高払ではなくて、疾患の種類によって、診療報酬の支払い額が決まってしまっているという、DPCといいますが、そうなっていますので、4病期を一つの病院で全部やったら絶対経営は成り立ちません。人の配置もうまくいかない、急性期病院とそれから慢性期、回復期、機能を分けていかないと成り立っていかないということで、今、大学病院においては、大学病院ですので急性期、高度急性期の患者がどんどん入ってきます。だけどもある程度回復してきたからといって次に移る病院がなかなかない。そのため、次の病院を探すために、ソーシャルワーカーに連絡して、次の病院をやっと見つけていく。それをしないといけないと次の重症な救急患者が入って来ても受け入れられないということになると、救急病院が成り立たなくなりますので、そういう意味でも、この回復期というかその(ページ)真ん中に示された病院が非常に重要な役割になってきています。(第8回)</u>
<p>(3)急性期の実情</p>	<ul style="list-style-type: none">• <u>今でも病床区分でいうと、3病院の急性期・高度急性期患者は大体6割ぐらい。残りの4割は回復期もしくは慢性期にあたるような患者が入院しています。(第2回)</u>• <u>なかなか家に帰れないような方、もう治療は終わっているけれど急性期ではもう抱えられないという患者がこれからたくさん出てくると思いますが、そこを急性期病院が抱えていくのはもう無理ではないかと思っています。(第2回)</u>• <u>現在の高度急性期・急性期病床というのは印象としては多すぎますね。ですからそのところ、急性期・高度急性期というのは医療資源が相当かかる場所ですから、そのところもう少し、本来の医療を考えたときにもう少し減らした方がいい。その減らした分で回復期、慢性期をどうするかということ地域全体で考えていかなくてはいけないと思います。もう一つ、そこには病院経営というのが非常にかかっています。その部分は成り立たなくなってくるので、急性期・高度急性期病院でやっていくと言っている患者が来なければもうやっていけなくて病院が成り立たなくなるのは現実かと思っています。(第2回)</u>

機能分化・連携強化(在り方検討委員会委員からの関連するコメント集)

(3)急性期の実情

- 高齢者、特に90歳以上の方というのは、今は高度急性期・急性期ということで入院してきます。それで治療はまずまず終わります。しかし、あまり過激なこともできない。手術などすれば命の危険があるなどということがよくありますので。そのあたりで、結局「経過観察」のような状況になる方が結構います。ただ、その方たちについても急性期病床にいつまでもいられるわけではない。これは別に病院や医者、看護師、患者さんが悪いからではなくて、今の医療提供体制はそういう体制になっています。そのあたりは、一病院が逆らってもどうしようもなく、高度急性期・急性期というところは「早く治療して早く返す」という、その概念のもとに成り立っている病棟ですので、そこに高齢者がどんどん入ってきて、帰るのがどんどん遅くなって患者さんが滞留していくのは許されないよう状況になるのだと思います。しかしながら、現時点でも急性期・高度急性期に該当しない患者さんが、私どもの病院でも4割いらっしゃる。つまり回復期、慢性期の患者さんが40%いらっしゃる。今の診療報酬上では、高度急性期、急性期の診療報酬でカバーして、その40%ぐらいのところを各病院が苦労して抱え込んで何とかなっています。ですが、これからそれが許されないよう状況になっていくのではないかというのが私の危機感です。(第3回)
- 3病院の院長、事務長、さらにオブザーバーの先生方誰もが認めていたのが、今の急性期のまま競争していくと、いずれ地域の医療が成り立たなくなるということについては誰も反対しなかった。これは大きなことで、今のままでは近い将来何か破綻が生じるだろうと。それはどういう格好で破綻が生じるかわからないけれども、破綻が生じるのは誰もが認めていることでした。(中略)そうすると、その中でいかに地域全体が生き残っていくかを考えなければいけない。(第5回)

機能分化・連携強化(在り方検討委員会委員からの関連するコメント集)

<p>(4)地域包括ケアと地域医療</p>	<ul style="list-style-type: none">• 松阪で言えば三つの病院がどういう風に進んでいくかということを考えることもすごく大事ですし、必要なことなんですけれど、それは同時並行的にやはり<u>地域包括ケアシステム、すなわち回復期や慢性期、在宅医療あるいは介護福祉のことを含めて考えているということが是非必要だ</u>というふうに思っています。(第1回)• <u>医療から介護へ、介護から地域へ</u>という流れの中で、受けとめる体制づくりのみならず、<u>大事なのはケアの連続性をいかに保つか</u>ということです。要は行き来できるかということが大事になる。(第2回)• 今後必要とされているものの中でも現状で不足している部分がないのか、あるいは地域包括ケアを進めていく中で、徐々に形を変えていく必要があり、それに同時並行して変えていく必要のあるものがあるかないのか。それから<u>病床数、急性期のベッド数にしても、今後同じような形で維持していくことが、この人口減少の中で可能なのかどうかを考えていく必要がある</u>。(第2回)• 最近ですが、<u>かなり患者さんの年齢が高くなってきて、我々に要求されてくる医療もそろそろ変わってくる</u>だろう、というのはよく理解されてきています。(第2回)
<p>(5)地域包括ケア病床への期待</p>	<ul style="list-style-type: none">• 市民病院が取り組んでいる<u>地域包括ケア病棟であるとか、時々入院をさせてフォローして在宅へ帰っていただく</u>というような、<u>そういう病棟が現場の介護に携わる者としては、今後増えればありがたい</u>と思っております。(第1回)• 今後急性期、<u>回復期、慢性期、その間を行ったり来たりできる、ホスピス・緩和病棟のあたりとまた在宅との間を行ったり来たりできるような</u>そういうシステムというのもできれば、<u>より在宅で安心して暮らしていただくことができる</u>のではないかと日々考えております。(第1回)• 特に在宅でケアしていく中で回復期、慢性期の病院の病床が増えるというのは非常にありがたいという気持ちです。(第1回)• また家族も疲れてまいりますので、レスパイトという言葉を使いますが、<u>家族を休ませるために1週間だけ患者さんを預かっていただくような病院とか、そういうのも必要になってきますけれども、そういうことも回復期病院に期待したい</u>と思っております。(第1回)

機能分化・連携強化(在り方検討委員会委員からの関連するコメント集)

(5)地域包括ケア病床への期待

- ・ 我々ケアマネージャーが欲しいのは医療的なケアをしていただけるショートステイ、地域包括ケア病棟といった病棟が非常に重要になってくるのではないかと。(第2回)
- ・ 地域包括ケア病棟等在宅を視野に入れた、また在宅からフォローしていただける医療の場をしっかりと整備してもらえるとありがたい。(第2回)
- ・ 「ぱっ」と入って急性期済んだから、すぐに在宅でいけるのかということ、そこは難しい。次の病院、在宅と急性期との間の病棟がないと無理ですね。そういうところも考えないといけない。(第3回)
- ・ 介護なり在宅医療をフォローするような形の地域包括ケア病棟とかいったものを整備していくことによって、在宅医療も進むのかといった面もあると思いますので、待っているだけではなくて一方で整備しながら進めて行くことが大事という気がします。(第3回)
- ・ 急性期の救急病院へ行ったら帰っていいといわれるようなレベルの患者さんは、在宅では沢山発生してきますので、そのような患者をとりあえず1週間なり2週間なりでも見ていただいて、再び在宅の医療に耐えられる状態で帰していただける。そういう機能をやっていただけるのは非常にありがたいと思っています。(第4回)
- ・ 3病院の役割分担と市民病院のあり方ということだけに絞って話をすれば、やはり市民病院が地域包括ケア病棟を上手く運営してもらって、先進的に松阪の中で他の病院も引っ張っていただくということが一番ありがたいです。(第4回)
- ・ 患者さんは、まず急性期に行かれると思います。現実にはまず3病院に行かれるということになって、それがいろいろな問題を引き起こしていることにもなりますし、これから先の医師数のこととか救急の問題とか、そういったものも含めると、やはりサブアキュート機能を持つ病棟あるいは病院というのはもっと必要だと思っています。(第4回)

(6)ケアミックスの限界

- ・ 当院へも、例えばこの事情でレスパイトという格好で、病気が悪くなったわけでもない、病気でもないけれど 見てくれという依頼が沢山あります。あるけれども、今、急性期の病院の中でそれを診る医者がいないし、非常に難しいです。だから依頼があってそれがどうなっているかということ、直接私がドクターに頼むということで、院長が、直接依頼をして診てもらおうという格好でしか今は動かない非常に窮屈な状況になっています。今後はその需要がものすごく多くなりますが、このままでいくとどこかでうまく回らなくなるのかなというのがあります。地域包括ケア病棟というのは、地域包括ケアシステムの在宅の分野の中心になってそこを歩き来するのにうまく回す病棟ではあるんですけども、実際のところ当院は2年経ったけれどもうまく回るような状況にはなっていない。(第2回)

機能分化・連携強化(在り方検討委員会委員からの関連するコメント集)

(6)ケアミックスの限界

- それ(地域包括ケア病棟・病床)を専門にした病院とかを考えていかななくてはいけないのかもしれないですね。両方(高度急性期・急性期と回復期)持つのは難しいということがあると思います。(第2回)
- ポストアキュートと言われる部分を支えるのに一番便利だと思われるのは地域包括ケア病棟ですが、今の基準では、松阪市民病院も1病棟しか持つことができません。これは診療報酬上の縛りがありますので、どうやってもだめなのです。では私どもの39床がうまく回転するか、といえばそうではない。ここが難しいところですが、この39床、さきほど言われたように、地域包括ケア病棟はお金が沢山入る病棟ではありません。それを当院あたりは何とか全体の中で回転させることで、非常にうまくはできていますが、逆に急性期・高度急性期の中にあるがゆえに、病棟使い出してもう1年半は経過していますが、なかなか院内でもこの病棟を十分に活用するだけのことができません。たとえば人工呼吸器がついている方の看護疲れで、それを一時的に病気ではないけれども預かって欲しいというようなこともあります。それを受け入れるだけの医者の余裕もなにもない。なかなか難しい。(第3回)
- 地域包括ケア病棟を当院で開設して、この9月でまる3年になります。ポストアキュートとして院内で発生する患者さんに関しては、当初混乱もありましたが、スタッフの努力もあって各ドクターの中ではスムーズに動くようになりました。ただ、在宅の方から少し入院させてほしいというような患者は、直接取ることはできません。そのあたりが今後大変多くなってくるような気がします。食欲が落ち、もしくは脱水症状があるから点滴してほしいというのは、急性期の病院ですと来ていただいても点滴だけしてすぐに帰します。帰して暑い中で体調崩して結局おかしくなってしまったことが去年の夏などはありましたので、そういったところを一時的に看る、急性期ではないけれども、帰すには危険だといった方を看る病棟が今ないです。市民病院の場合には本来だったら対応すべき地域包括ケア病棟が、実は医師側の受入れの問題で上手く動いていません。これは県内の急性期に附属する地域包括ケア病棟がどこでも抱えている問題です。(第4回)
- 医者の役割分担も必要で、急性期の業務の中で急性期でない方も診なくてはならないということになると、そのあたりで若い医師のモチベーションが下がることにも繋がる。そういう部分を診るということを最初から理解している医師が集まっている病棟であれば、何ら問題なく診療ができると思います。(第4回)

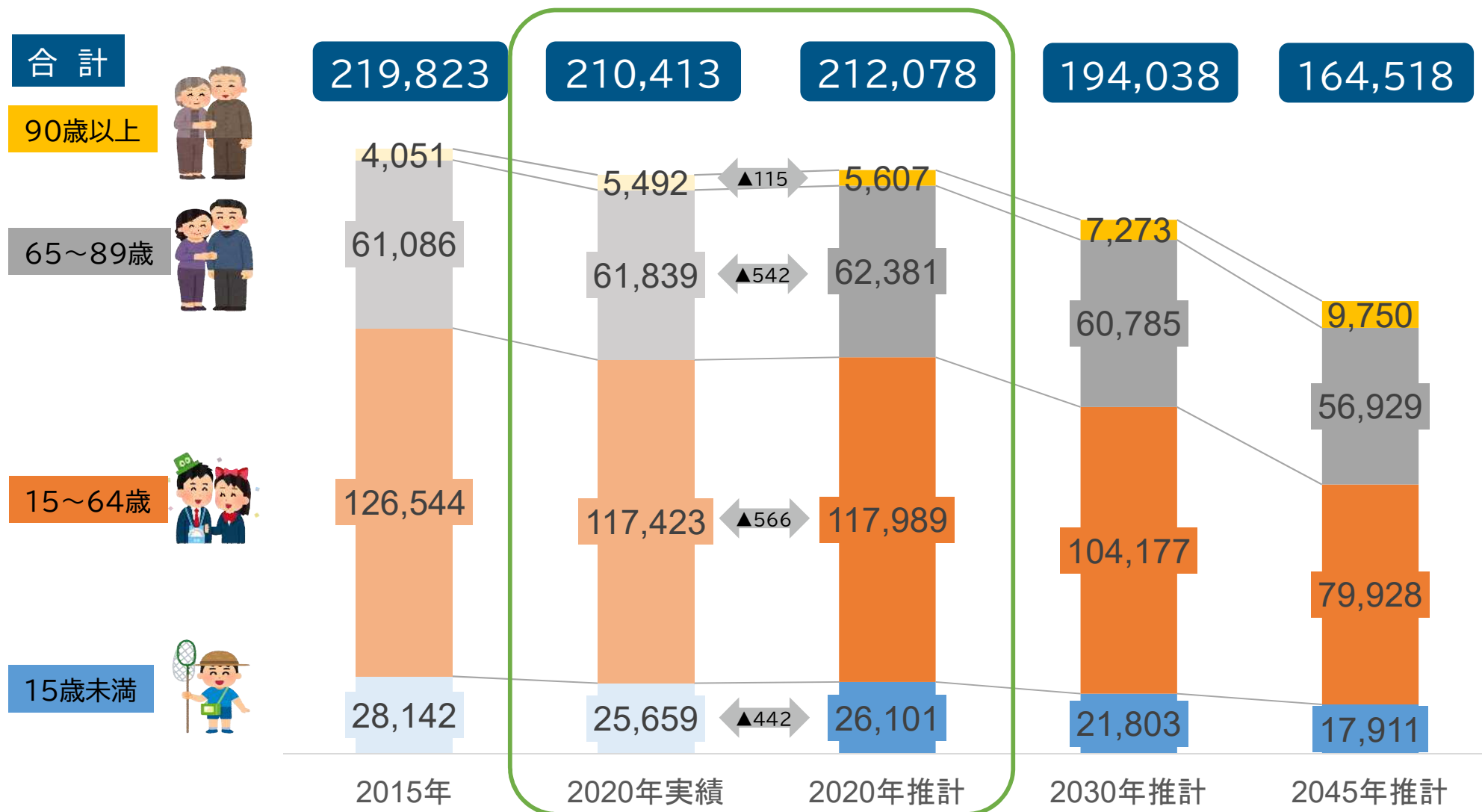
経営形態の見直し(在り方検討委員会委員からの関連するコメント集)

(7)松阪市民病院地域包括ケア病床への期待

- 介護の現場にいる者からしますと、松阪市民病院が地域包括ケア病棟を担うということで、地域包括ケアシステムの中の一員として地域を支えていただくということは非常にありがたいことだと考えます。3病院がそれぞれの役割を明確にされて進めていくということで、まず地域医療構想においてこれは非常に重要なことであると思いますし、さらに市民病院がその地域包括ケア病棟を進めていくということに関しては、地域包括ケアシステムを進めていくという中で、非常に重要なことだというふうに考えています。(第5回)
- この地域包括ケア体制をつくりつつある松阪の中で、在宅医療、施設も含めた在宅医療ということになるでしょうけど、支えていかなければならない。しかし現実的には、これから先、私は70歳ですけど、我々の年代がだんだん高齢化していくときに支え切れないと思います。そのためにはやはり回復期、回復期というよりも地域包括ケア、この中に立つ中間の病院、病棟というのはなければなりません。ご存知のように松阪の慢性期の病院はかなり減りました。この数年の間に100床以上減っていると思います。経営等いろいろな問題もあるでしょうけれど、私はやはり、この地域の中で地域急性期を含めた回復期、そして、地域包括ケア病床を、ぜひこの地域医療の中心である松阪市民病院を中心に連携をして、地域包括ケア体制を支えていくということが、地域住民の皆様のためにも必要であると思っています。(第8回)
- 松阪構想区域におきましては、地域医療構想における必要病床数、これは地域包括ケアシステムを構築するために必要となる病床数を試算したのですが、それと比較しますと、松阪構想区域全体で、回復期病床が不足している。この回復期病床というのは、先ほど各委員から発言がありましたけれども、ポストアキュート、サブアキュートといった機能、地域急性期を含んだ回復期で、(中略)こういった回復期機能の病床が不足しているという状況です。従って、松阪市民病院が地域包括ケア病床を中心とした病院に機能転換するということは、地域医療構想の方向性と合致するものであるというふうに県としても考えております。(第8回)

2020年の国勢調査の結果は、従来の2020年の推計値よりも全体で1%程度少ない結果となりましたが、概ね推計どおりに推移しています

松阪区域全体の人口と高齢化率の将来推計

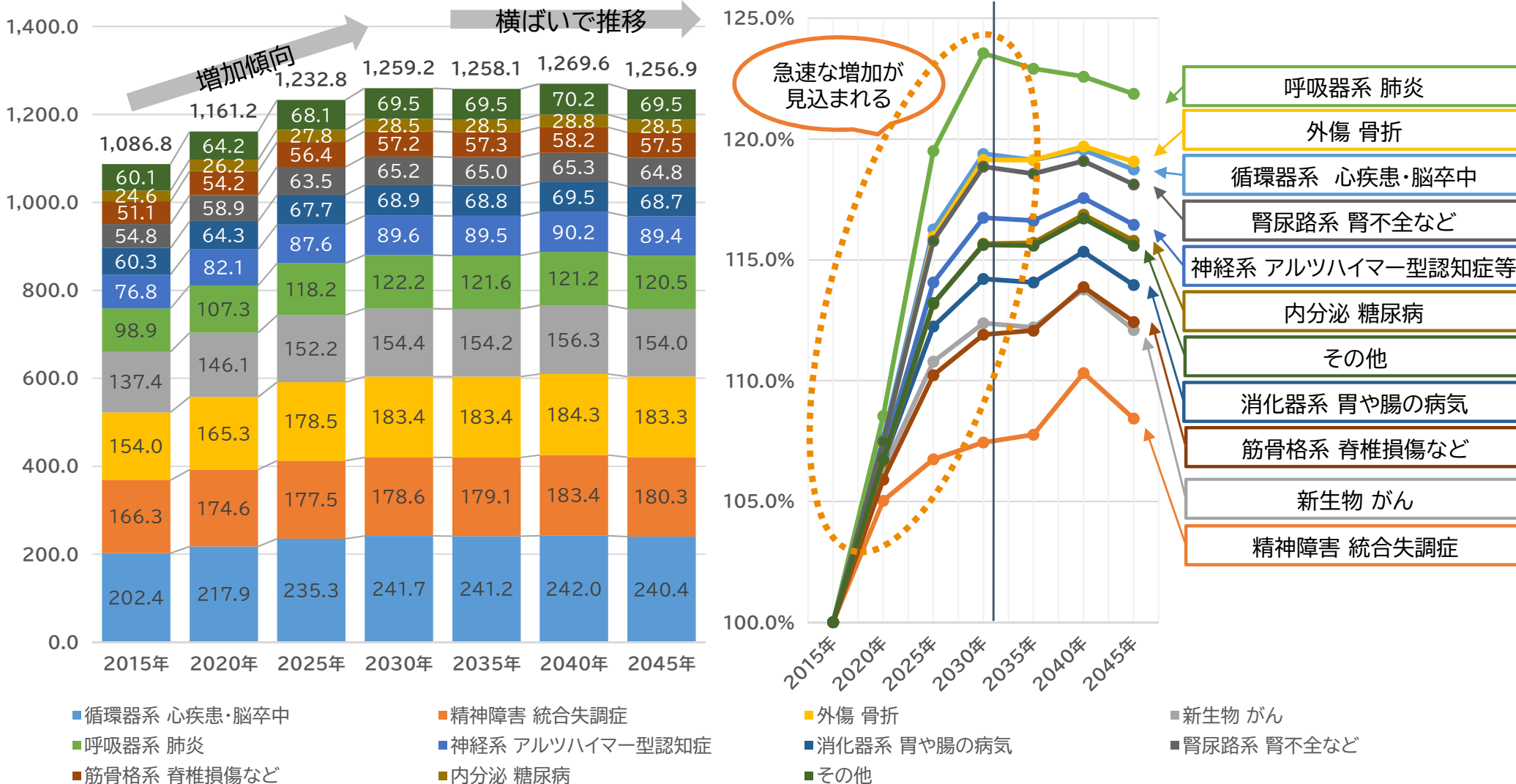


出所: 国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)より加工
令和2年度 国勢調査結果

人口将来推計に大きな変化がないとすれば、2030年に向けて高齢者の肺炎や心疾患、脳卒中、骨折の増加が見込まれます

【在り方検討委員会における資料の再掲】

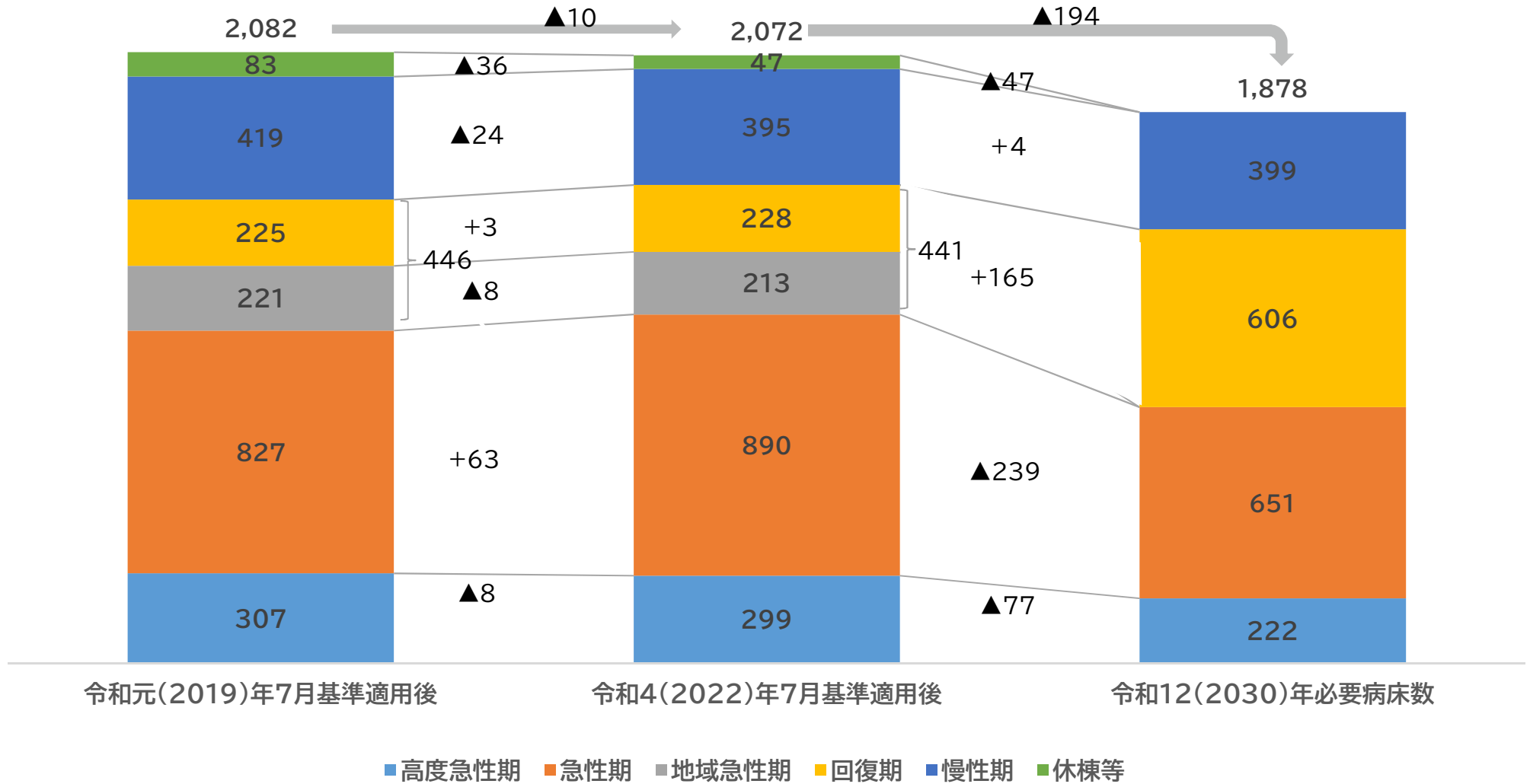
松阪市の高齢者(65歳以上)の主な疾病別入院患者数の将来推計・2015年対比増加率(人/日、%)



出所:平成29年度患者調査 受療率(入院)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」より集計・加工

高度急性期・急性期機能の病床が供給過剰となり、回復期機能の病床が供給不足となる状況に変化はありません

定量的基準適用後機能別病床数の推移・必要病床数(床)



出所: 令和元年度第2回松阪地域医療構想調整会議 資料2-2
 令和4年度第1回松阪地域医療構想調整会議 資料1、参考資料1

定量的基準による病床数は、松阪中央総合病院の急性期機能病床、済生会松阪総合病院の地域急性期機能病床が増加、松阪市民病院の高度急性期機能病床が増加していますが、大幅な病床機能の変化はみられません

【令和元年度】定量的基準適用後病床数(床)

	高度急性期	急性期	地域急性期	回復期	慢性期	休棟中	合計
3基幹病院 公的等 松阪中央総合病院	97	278	19			46	440
公的等 済生会松阪総合病院	80	326			24		430
公立 松阪市民病院	85	182	39		20		326
済生会明和病院			34	180	6		220
大台厚生病院		41	16		53		110
松阪厚生病院			55		135		190
三重ハートセンター	45						45
花の丘病院				45	51		96
桜木記念病院					60		60
南勢病院					51		51
有床診療所			58		19	37	114
合計	307	827	221	225	419	83	2,082

【令和4年度】定量的基準適用後病床数(床)

	高度急性期	急性期	地域急性期	回復期	慢性期	休棟中	合計
3基幹病院 公的等 松阪中央総合病院	82	348				10	440
公的等 済生会松阪総合病院	80	326	24				430
公立 松阪市民病院	92	175	39		20		326
済生会明和病院			34	180	6		220
大台厚生病院		41	16		53		110
松阪厚生病院			55		135		190
三重ハートセンター	45						45
花の丘病院				45	51		96
桜木記念病院					60		60
南勢病院					51		51
有床診療所			45	3	19	37	104
合計	299	890	213	228	395	47	2,072

凡例: 令和元年度より
増加 減少

出所: 令和元年度第2回松阪地域医療構想調整会議 資料2-2

出所: 令和4年度第1回松阪地域医療構想調整会議 資料1

松阪中央総合病院・済生会松阪総合病院いずれも急性期機能を堅持していく方向性に変わりはないものと考えられます

今後の病床機能の方向性に関する各基幹病院の直近の考え方

松阪中央総合病院の方向性に関する現況

「当院の特色である「救急」の充実に努めました。2021年10月には北館(5階建て)を増築しましたが、1階は救急外来に特化し、3階には救急病床20床を設けました。また昨年7月には本館を改築して新たに特定集中治療室(ICU)6床の運用を開始しました。そして、8月からは病院で救急車の到着を待つことなく、医師が重病者のもとに駆けつけて初期治療を行うドクターカーを県下で初めて導入しました。こうした救急体制の充実と「断らない救急」を目指してきたこともあり、昨年度は救急車の受け入れ件数が8,010件と初めて8,000件を突破しました。当院の規模(440床)で、8,000件超の救急車を受け入れている病院は全国的にもまれです」

出所:松阪中央総合病院ホームページ
http://www.miekosei.or.jp/1_mch/aisatu.html
(令和5年7月確認)

済生会松阪総合病院の新病院建設における方向性

「当院も新病院に向けて基本設計、来年は実施設計という状況で、できれば2025年、2026年になるかもしれないが、開院に向けて計画を始めている。ゾーニング、動線を意識しながら、ある程度のパンデミックが起こっても対応できる病院を作っていく」

出所:令和3年度第1回松阪地域医療構想調整会議 議事概要
<https://www.pref.mie.lg.jp/common/content/001007210.pdf>
(令和5年7月確認)

「今まさに社会情勢は大きく変化しつつあります。病院の医療体制も日々変化しています。私たちはその変化に遅れず対応し、常に最上の医療を提供できるように努めたいと考えています。そして、当院は老朽化の問題もあります。新病院建築へ向けて準備中ではありますが、今はご不便をおかけすることもあるかと思えます。ご理解のほどよろしくお願い致します。皆さまからのご意見をうかがいながら『市民にやさしく信頼される急性期病院』としてよりよい病院にしていきたいと思えます」

出所:済生会松阪総合病院ホームページ
<http://www.matsusaka.saiseikai.or.jp/main/hospital/aisatsu/index.html>
(令和5年7月確認)

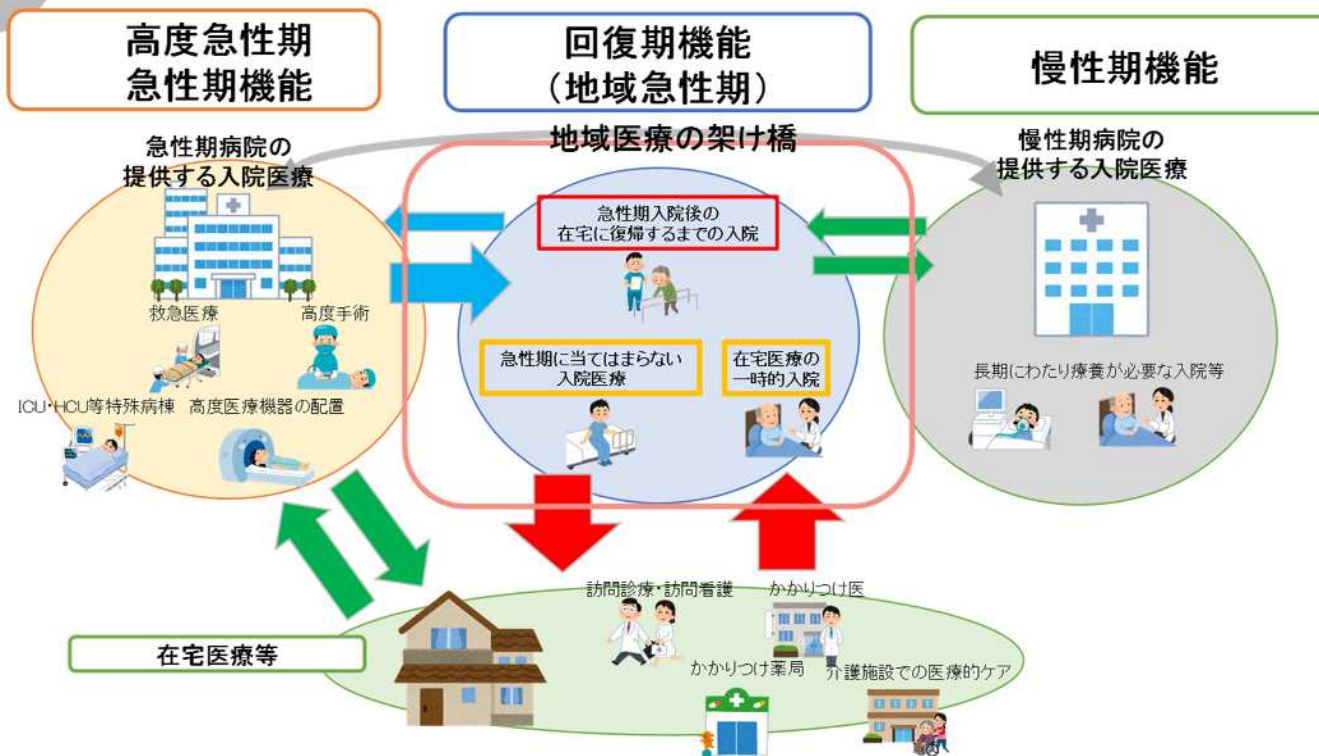
下記の松阪市民病院の担うべき役割について、ご意見をお願いいたします

令和2年2月の提言書に基づく松阪市民病院が地域医療において担うべき役割(案)

変更するべき点はないか？

松阪市民病院は
地域包括ケア病床を中心とした病院に機能転換し、
高度急性期、急性期、慢性期、在宅医療等をつなぐ
地域医療のかけ橋となるべきである

変わりはないか？



医師・看護師等の確保と働き方改革

医師・看護師等の確保と働き方改革(在り方検討委員会委員からの関連するコメント集)

<p>(1)医療資源の集約化</p>	<ul style="list-style-type: none">具体的な例を出しますと、私は<u>桑名市総合医療センター</u>の評価委員をさせていただいています。そこは経営統合して、2018年5月から一つの病院になりました。そのことによってどう変化したかという、それぞれ別々に救急をしているところは非常に苦しかったです。それぞれの病院の職員数が少ない中で。そうすると職員が疲弊してどうしても救急をことわらざるを得ないという状況が発生していました。<u>今の松阪市民病院と同様に、救急患者の受入れもスタッフが少ない状況の中で頑張ってきた</u>ということです。<u>ところが2018年の5月に統合したことによって職員数が増え、それによってかなり沢山の救急を一つの病院でとれるようになった</u>ということです。<u>その上稼働率も非常に良くなって、今98%などという状態になっています。</u>ですから別々にやっているよりも、急性期のところは統合して運営した方が圧倒的に職員も楽になりますし、<u>地域の住民もそれによってかなり便利になっています。</u>非常に充実しています。(第3回)
<p>(2)働き方改革</p>	<ul style="list-style-type: none">今回のような医師の働き方改革のこともありますので、<u>実務できる病院の医師はもっと減ると推測できますから、その時に地域包括ケア病棟というものが、必要とされる選択肢の一つとして残っていく</u>と思っています。(第4回)<u>大学病院の立場で申し上げますと、医師の働き方改革という面では真剣に取り組んでいる</u>ところです。(中略)やはり将来的には派遣できないところが出てくる可能性はあると思います。そのあたりのことを考えなくてはいけないのではということです。(第4回)
<p>(3)機能転換を前提とした雇用確保</p>	<ul style="list-style-type: none"><u>医療と介護と両方に携わっているものの立場として考えれば、是非市民病院が地域包括ケア病床を中心とした病院になってほしい</u>と考えます。<u>先ほどの事務局の説明の1番最後のところに、一定の期間をかけて、医療ニーズに合わせて機能転換というように囲んでありますけれど、私もこれに賛成です。</u>市民病院ほどの大きな病院にはたくさん職員の方もいますし、<u>地域包括ケア病院、地域包括ケア病床を中心とした病院</u>になっていくとしても、いろんな問題点はあると思います。特に医師や看護師については「働き方改革」のこともありますし、<u>この地域から医療従事者が減るということは、救急のことも含めていろんな意味で大きな問題をはらんでいきますので、私としましては松阪地域にとってそのことが大きな損失になるのではない</u>かということも少し懸念しています。<u>先日の3病院長協議会では、先ほどご説明がありましたように、2次救急の輪番を維持していただける</u>ということで、<u>済生会と中央の院長先生からの力強いお話もあり、心強いとは思っていますが、ただやはり医師看護師等の医療関係者は、引き続きこの松阪にとどまってもらいたい</u>というか、<u>地域医療という観点から考えたときには、とどまってもらう工夫というのか、あるいは雇用を確保する</u>ということが、是非必要になってくるのではないかと考えますので、その辺りは慎重に進んでいくほうがいい面もあると思います。(第5回)

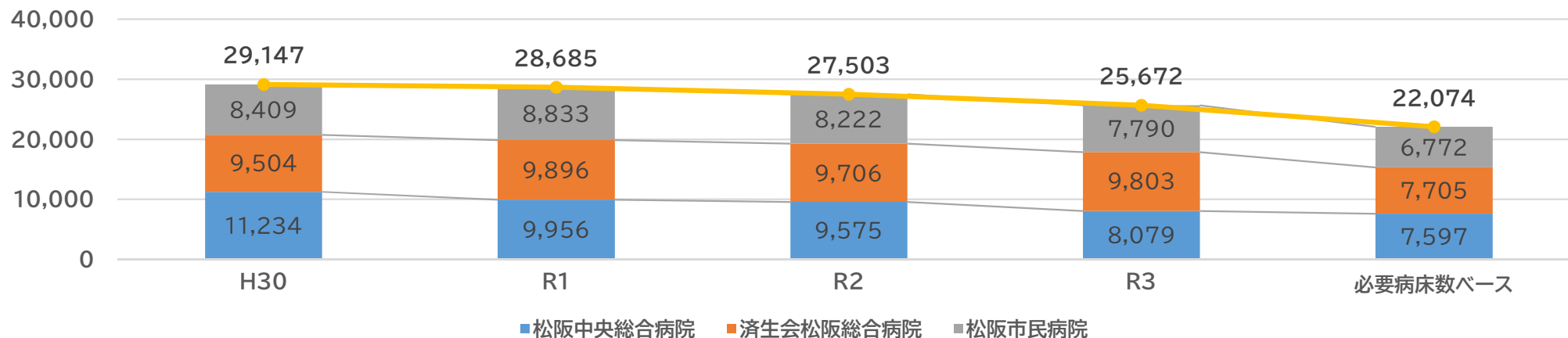
医師・看護師等の確保と働き方改革(在り方検討委員会委員からの関連するコメント集)

(3)機能転換を前提とした雇用確保

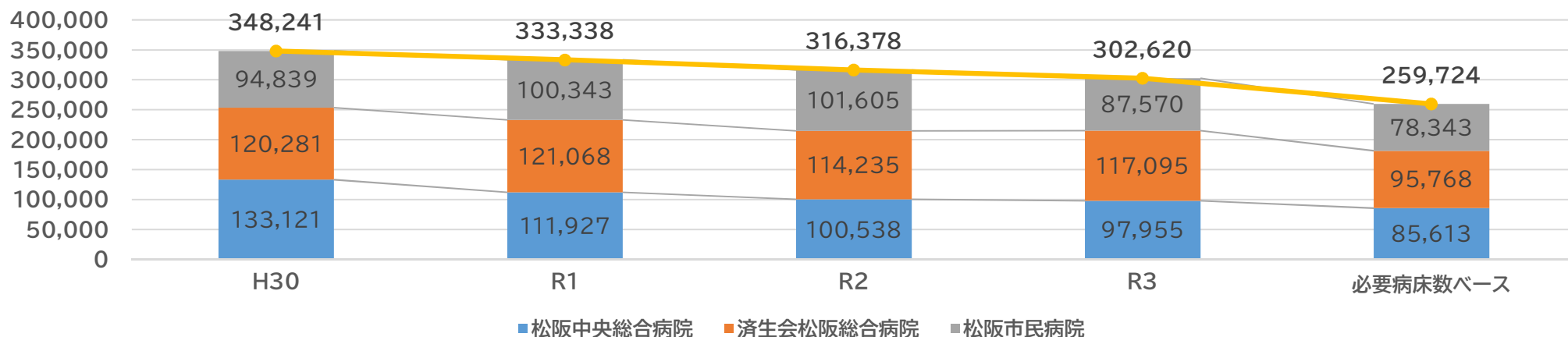
- 急性期から、回復期・地域包括ケア病床ということになれば、医師数、看護師、さらにはコメディカルというあたりも、他の病院との移動というものがどうしても出てくると思いますし、急性期のほうへはやはり医者も必要になると思いますので、その辺をいかにうまく雇用を守りながら、あるいは松阪地域から流出しないように、松阪地域の中でうまく移動をしていただくということを考えていく必要があると思います。(第5回)
- 市民病院が機能転換をしていくことを想像してみますと、直営の場合には、2基幹病院に転職していただくかたをつのり、そのかたを希望する2基幹病院のいずれかにお願いするという作業を繰り返すことになると思います。ひょっとすると予定している人数が集まらない可能性も考えられますし、区域外の病院に転職される方もあるかもしれません。これにくらべて、統合や公設民営の経営形態になれば、一旦現状の市民病院の機能のまま2基幹病院のいずれかと統合するか、指定管理をしていただくことになり、その後、同じ組織の中で再配置がされると思います。職員さんの雇用が確保されやすく、松阪区域の急性期病院で働き続けてもらえるというところでは、やはり、直営よりも統合や公設民営のほうがスムーズで確実なように思います。機能転換と雇用・人材の確保の両方をうまくやっていくためには、2基幹病院のようなしっかりとした団体と組織を一体化したうえで進めていくことが必要だと思います。(第7回)
- 雇用の確保という面では、退職や再就職で移っていただくのが非常に難しいと思います。また、回復期なら回復期に適した医師なり看護師がきちんと確保できるのかどうかという面もあろうかと思いますが、もう一つ、難しいと思うのは、一時にこの病院の中身が変わるわけでもないということ。徐々に移行していくということになると、人も徐々に変えていかなくてはいけないということで非常に難しいかなと思います。組織が大きければ、その状況に応じて適切な人員配置を適宜できるのではないかなという面は、その大きな組織の中で、職員も多い中でやったほうがうまくいくのではないかなという気はしました。(第7回)

新型コロナウイルス感染症の蔓延前から入院する患者は年々減少する傾向にあります。また必要病床数を想定した場合、さらに患者数が減少することが想定されます

3基幹病院の新規入棟患者数の推移(人/年)



3基幹病院の在棟患者数の推移(人/年)



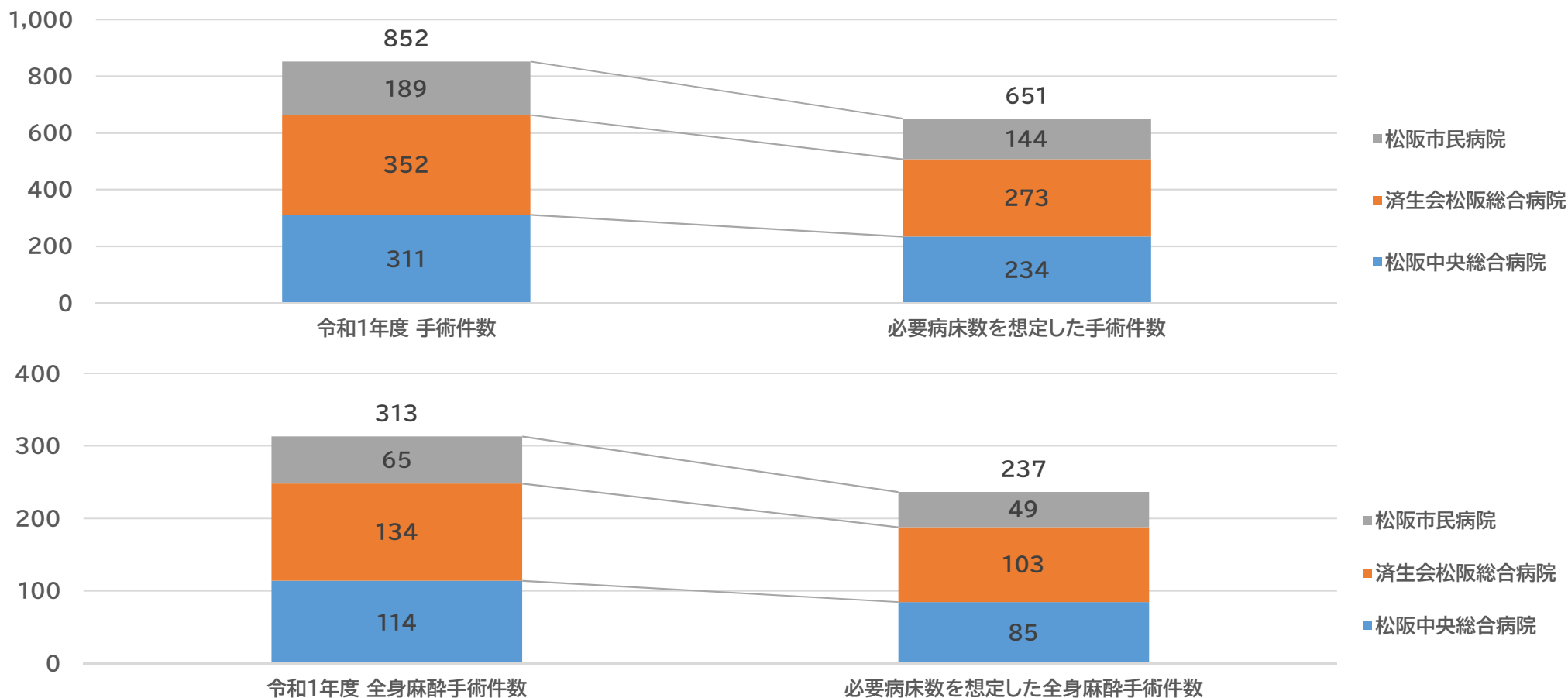
必要病床数を想定した新規入棟患者数・在棟患者延数

1. 地域医療構想において提示されている病床機能別の必要病床数と令和1年度の定量的基準適用後の病床機能別病床数との差異率(高度急性期機能は72%,急性期機能は79%,回復期は136%、慢性期は95%)を算出
2. 令和1年度における病棟機能別患者数に1.で算出した差異率を乗じて、必要病床数を想定した患者数を試算

出所:平成30年度から令和3年度 各年度の病床機能報告

必要病床数まで医療需要が低減していくことで、手術件数や全身麻酔手術件数は減少していくことが見込まれるため、地域の急性期治療の体制も併せて集約化していくことも方向性として考えられます

3基幹病院の手術症例・全身麻酔手術症例数の現状と今後(件/月)



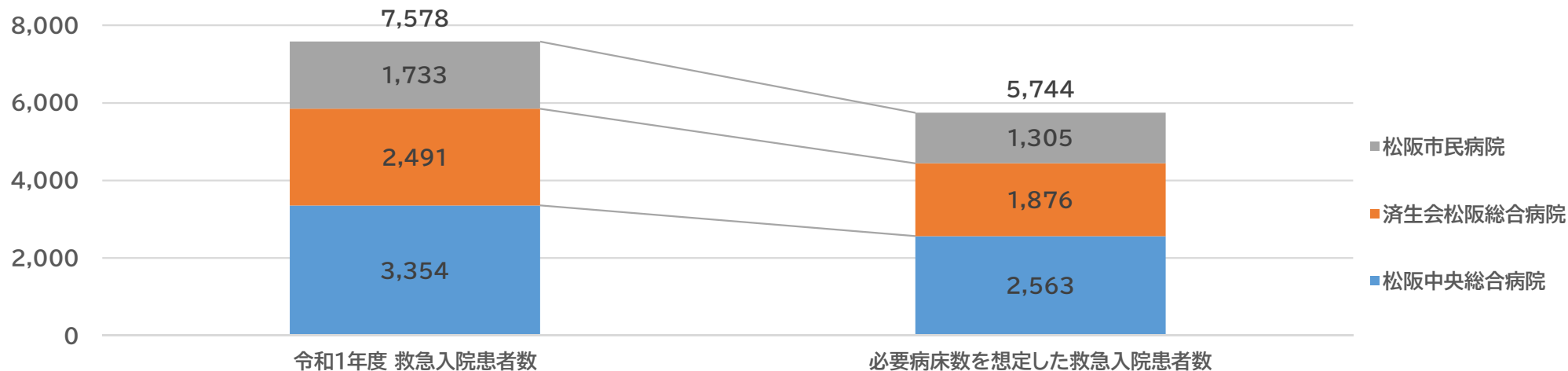
必要病床数を想定した手術件数・全身麻酔手術件数

1. 地域医療構想において提示されている病床機能別の必要病床数と令和1年度の定量的基準適用後の病床機能別病床数との差異率(高度急性期機能は72%,急性期機能は79%)を算出
2. 令和1年度における病棟機能別手術件数・全身麻酔手術件数に1.で算出した差異率を乗じて、必要病床数を想定した件数を試算

出所:令和1年度 病床機能報告

地域医療構想が想定している機能別必要病床数を前提とした場合、3基幹病院での救急体制を維持することは地域で医療人財確保の観点からは難しいと考えられます

救急入院医療体制を支える3基幹病院の救急入院受入数と今後(人/年)



出所:令和1年度 病床機能報告

必要病床数を想定した救急入院患者数

1. 地域医療構想において提示されている病床機能別の必要病床数と令和1年度の定量的基準適用後の病床機能別病床数との差異率(高度急性期機能は72%,急性期機能は79%)を算出
2. 令和1年度における病棟機能別救急入院患者数に1.で算出した差異率を乗じて、必要病床数を想定した救急入院患者数を試算

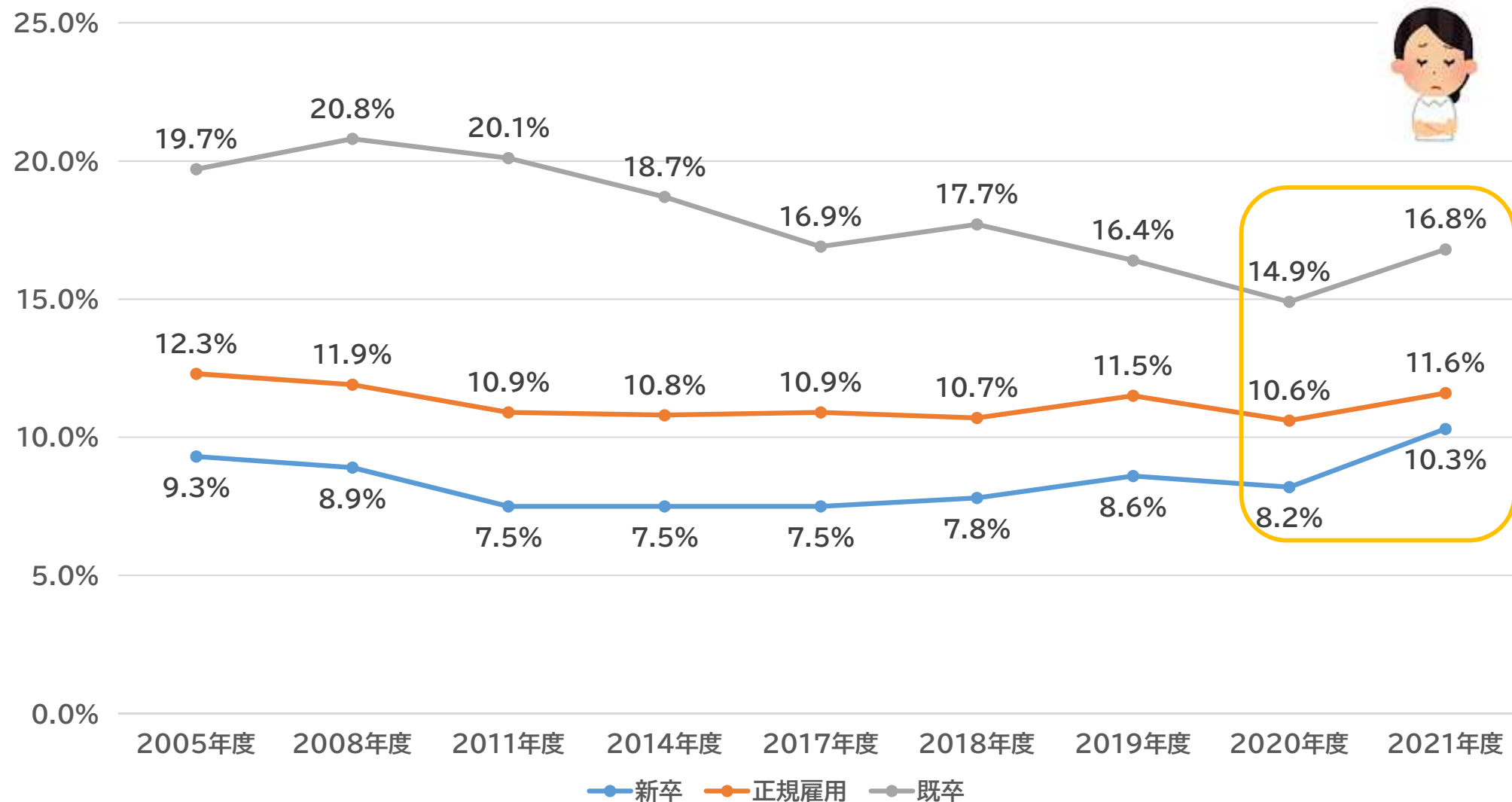
3基幹病院の 医師・看護師数	医師数		看護師数	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
松阪中央総合病院	108	6	286	10
済生会松阪総合病院	77	10	290	18
松阪市民病院	47	3	213	14
3基幹病院合計	232	19	789	42

今後救急入院患者数が減少していくと想定される一方、救急入院を受け入れるために3つの基幹病院を拠点としてシフトを組み続けることは運営上厳しさを増すことが想定されます

出所:令和3年度 病床機能報告

病院の看護職員の離職率が2021年度に高まっており、新型コロナウイルス感染症の影響が一定程度あったと考えられるとされています

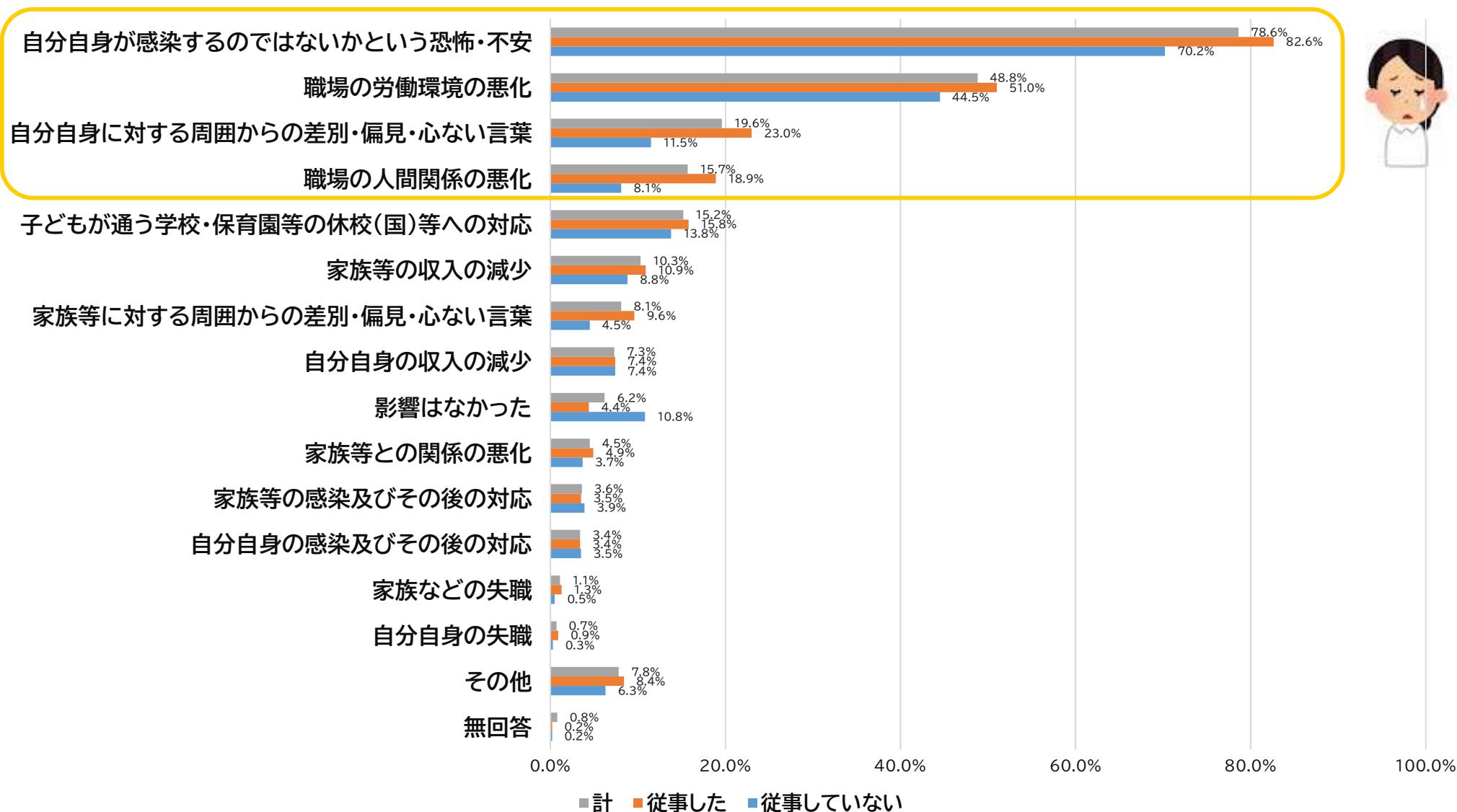
病院看護職員の離職率の経年推移



※ 看護職員は、看護師・保健師・助産師・准看護師を指す
 出所：公益社団法人日本看護協会 2022年 病院看護実態調査

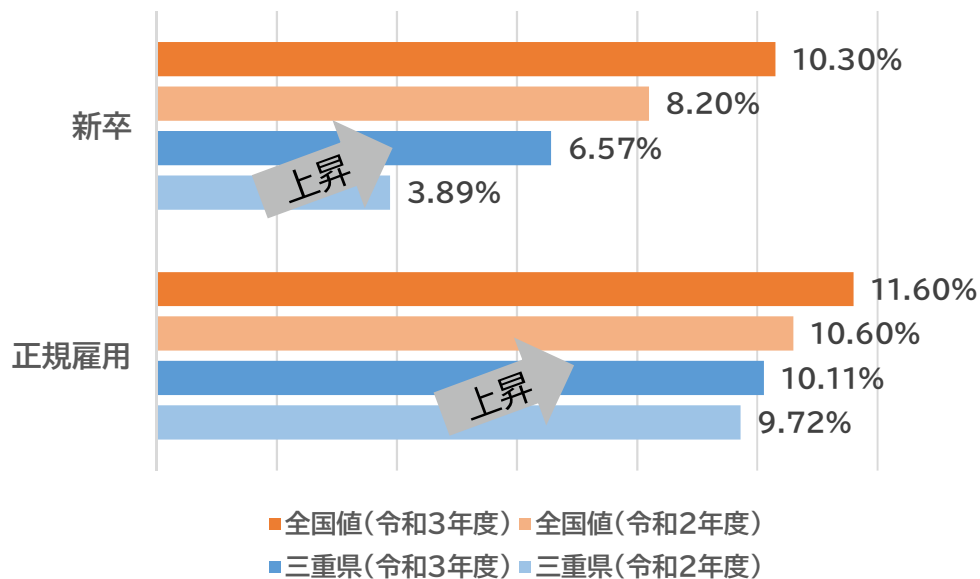
ご自身が感染するのではないかという恐怖・不安が最も多く、職場の人間関係や労働環境の悪化、ご自身に対する周囲からの差別等への影響を感じています。またコロナ対応に従事した職員の方がこれらの項目への影響を感じていることが確認されます

2020年3月から2021年9月までの1年半を振り返っての影響



三重県内の看護師の離職率は全国よりは低い水準にありますが、令和3年度は離職率が高まっています。今後ますます看護師の多様で柔軟な働き方が求められると考えられます

三重県の看護師の離職率の状況



三重県の令和3年度の退職者の退職理由

退職理由	新卒		新卒以外	
	人数	割合	人数	割合
令和3年度の正規職員の退職者総数	44	100.0%	934	100.0%
他の医療機関への転職	9	20.5%	237	25.4%
結婚	2	4.5%	90	9.6%
出産・育児	0	0.0%	36	3.9%
子どものため(就学生以上)	0	0.0%	27	2.9%
進学	1	2.3%	7	0.7%
転勤・転居	2	4.5%	114	12.2%
家族の健康・介護の問題	0	0.0%	44	4.7%
本人の身体的健康理由	6	13.6%	76	8.1%
本人の精神的健康理由	14	31.8%	49	5.2%
他の職種への転職	3	6.8%	41	4.4%
看護内容への不満	2	4.5%	7	0.7%
労働条件への不満	0	0.0%	13	1.4%
人間関係	1	2.3%	18	1.9%
定年	-	-	82	8.8%
その他	4	9.1%	93	10.0%

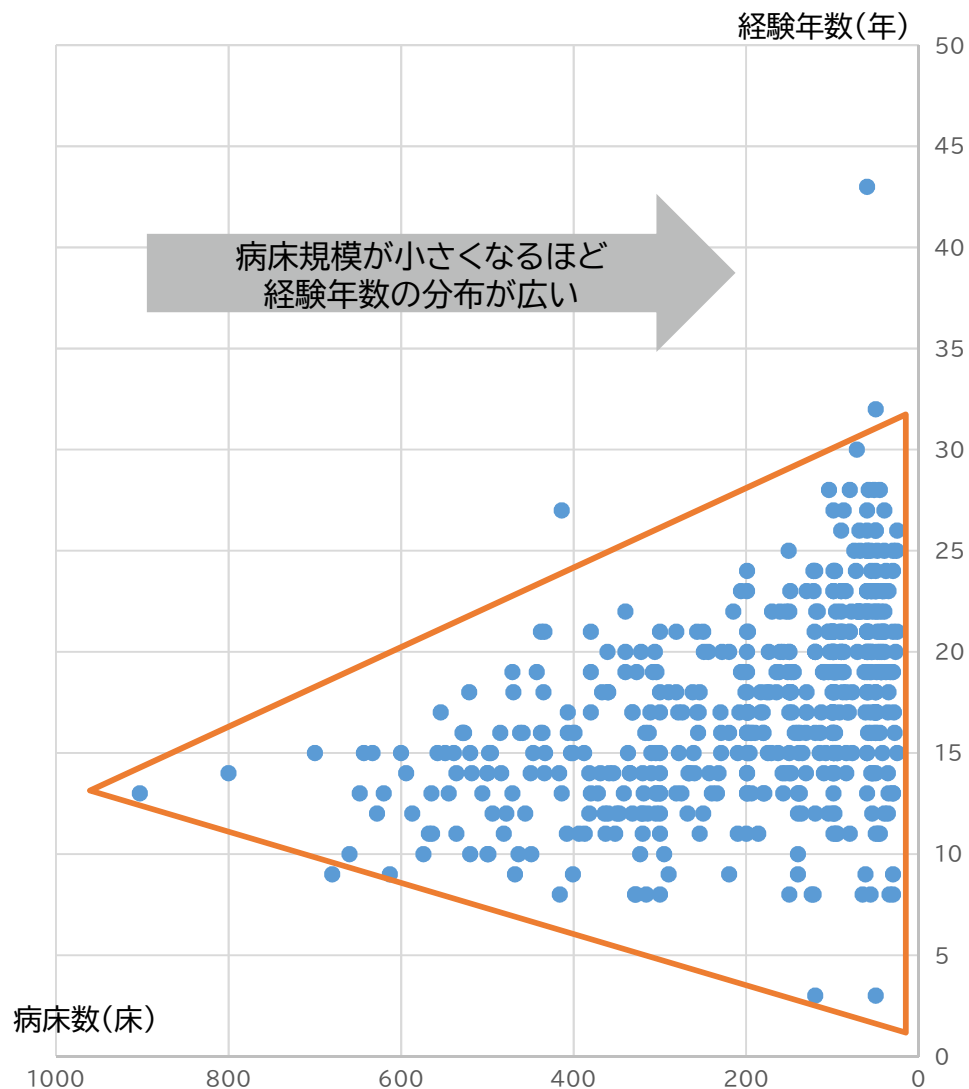
調査報告書より抜粋

令和3年度の離職率は、既卒常勤看護職・新卒看護職ともに令和元年度より2年度は低下しましたが、3年度は元年度より共に上昇しました。また、退職者に占める定年退職の割合は8.8%で、うち、定年退職後自施設で看護職員として勤務する割合は、46.3%です。働く価値観の多様化や、育児・介護との両立等により、日勤のみ、短時間勤務、兼業・副業等の多様で柔軟な働き方が求められるようになりました。

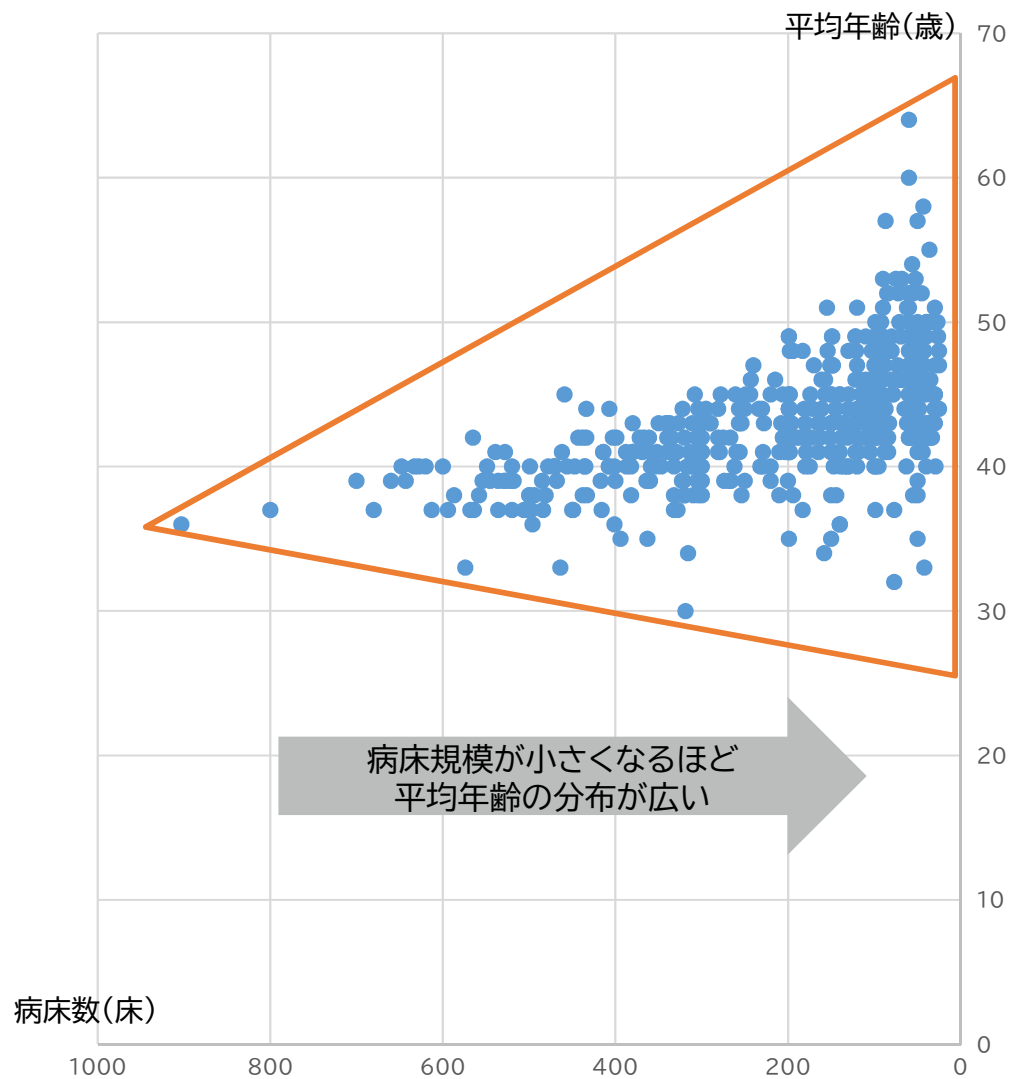
出所:公益社団法人三重県看護協会 令和4年度 病院看護実態調査報告書

回復期等の機能を担う中小規模の公立病院ほど経験年数や平均年齢の分布が広くなる傾向にあり、看護師のキャリアやライフステージに応じた多様な職場であることが推察されます

市町村立公立病院の病床規模と経験年数(床、年)



市町村立公立病院の病床規模と平均年齢(床、歳)



出所:令和3年度 地方公営企業年鑑 総務省

第3回委員会に向けた整理

第3回委員会においては、第2回で協議した結果を踏まえ、新興感染症感染拡大時等に備えた平時からの取組と最適な経営形態に関する協議を実施する予定です

第3回委員会において検証等が必要な事項

地域医療構想をふまえた松阪市民病院の在り方に関する提言書(令和2年2月)

松阪市民病院は地域包括ケア病床を中心とした病院に機能転換し、高度急性期、急性期、慢性期、在宅医療等をつなぐ地域医療のかけ橋となるべきである。

公立病院経営強化ガイドライン

第3回委員会の対象

【役割・機能の最適化と連携の強化】

- 回復期機能の充実に向け、公立病院として提供していくべき役割・機能について、令和2年2月の提言書の内容について再検証

【医師・看護師等の確保と働き方改革】

- 地域における病床機能の再編を行うことで医療専門職の地域での確保や働き方改革への柔軟な対応ができるかを新たに検証

【新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組】

- 新興感染症への対応として、松阪区域における松阪市民病院の担うべき役割について、新たに検証

上記の役割を果たしていくために

第3回委員会の対象

【経営形態の見直し】

- 指定管理者制度が最も望ましいとした経営形態を再検証

第3回委員会においては、第2回で協議した結果を踏まえ、新興感染症感染拡大時等に備えた平時からの取組と最適な経営形態に関する協議を実施する予定です

(協議事項①)新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組として松阪市民病院が果たすべき役割

- 新型コロナウイルス感染症対応のふりかえりについて
- 松阪区域における新興感染症の感染拡大時を想定した場合の、松阪市民病院が担う役割

(協議事項②)松阪市民病院が機能転換を果たす場合に必要と考える条件について再検証

- 松阪区域における将来の医療需要を見据え、輪番体制を確保すること
- 機能転換においては、一定の期間をかけて、医療ニーズに合わせて機能転換をしていくこと
- 機能転換時に医師・看護師等が区域外に流出せず、機能転換後も医師・看護師等を安定的に確保すること

(協議事項③)上記を満たす経営形態として、第二次在り方検討委員会提言書における下記の提言について再検証

松阪中央総合病院(三重県厚生農業協同組合連合会)、または、済生会松阪総合病院(社会福祉法人恩賜財団済生会支部三重県済生会)のいずれかを指定管理者とする指定管理者制度の活用が望ましい