

地域医療構想をふまえた 松阪市民病院の在り方検討委員会

第2回 在り方検討委員会

2017年7月31日



まつ さか
松 阪 市

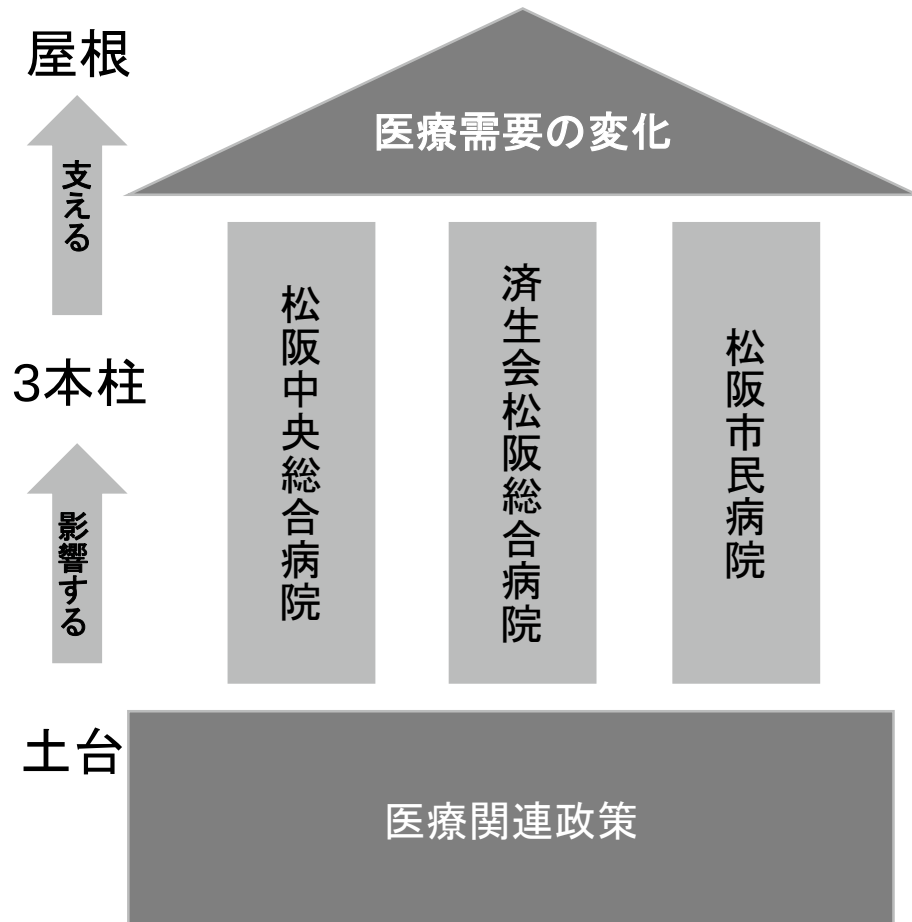
目次

第1回在り方検討委員会の振り返り	p3
なぜ今在り方検討すべきなのか	p6
第1回在り方検討委員会における懸念事項の考察	p9
松阪市民病院に与える影響	p33
松阪区域の医療を守るために	p39

第1回在り方検討委員会の振り返り

医療需要・医療関連政策が変化する中で、地域医療を支えるために病院の在り方を検討することが必要である

松阪区域の課題を家に例える



屋根(医療需要の変化)の懸念事項

- ・入院患者は高齢者の罹患率の高い疾患が増加し、若年層の罹患率の高い疾患は減少する。
- ・外来患者の総数では右肩下がりだと試算されている。
- ・松阪区域の病床数は、高度急性期・急性期機能は過剰気味であり、回復期の病床数は364床不足すると予測されている。

3本柱(基幹病院)の懸念事項

- ・3基幹病院間で診療科・役割・医療機器等において共通した項目が認められ、地域全体で捉えると効率的ではない。
- ・三重県内の他市町では医師が不足する傾向にある中、現在と同じ水準で松阪市の医師数が確保し続けられることは困難となる可能性がある。
- ・急性期としての人員や設備等を有している病院が回復期へ病棟転換する際、医師退職の可能性、収益性の悪化等、デメリットを有している。

土台(医療関連政策)の懸念事項

- ・国の方針として、急性期から回復期・在宅へのシフトと病床全体の削減を進めている中で、松阪区域の医療提供体制も政策の影響を受けると考えられる。
- ・松阪区域の医療需要の減少が想定されるなか、回復期機能の充実のために3つの基幹病院の機能分化に向けた定期的な協議の場をもつことが記載されている。

屋根
・
柱
・
土台が抱える懸念事項

主に5つの点について、委員会で協議が行われた

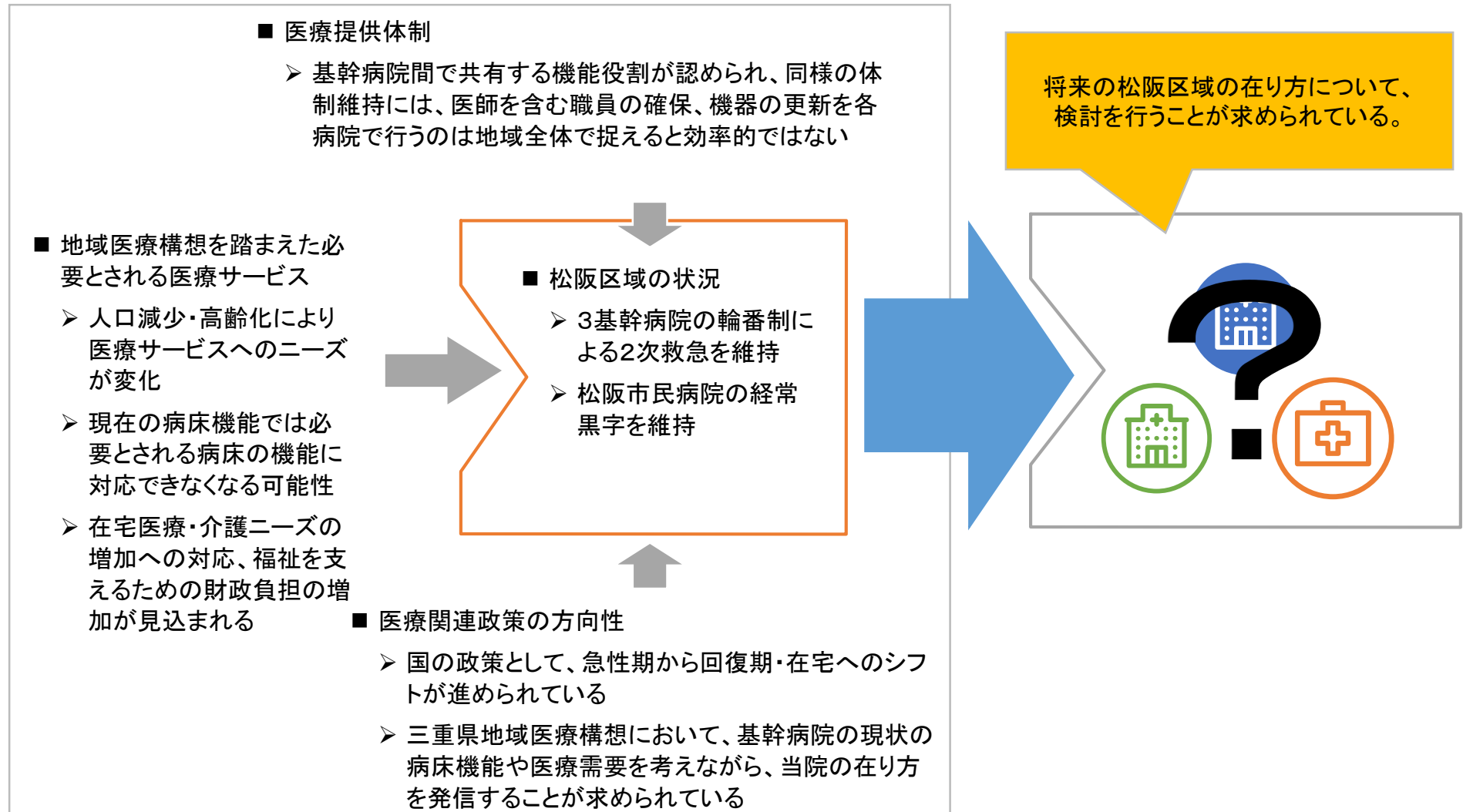
第1回委員会 委員発言要旨

経営形態の見直し 再編・ネットワーク化について	全部適用や地方独立行政法人化には昔ほどのメリットは無くなっている。再編・ネットワークを含めて考えていかなくてはならない。病床が減っていくという方向性があると考える上で、診療報酬の厳さから民間病院が病床を閉鎖してしまうことがあるだろう。そういうことも踏まえたうえでこの地域での病床の数、機能を考えていかなくてはならない。民間病院を救うということも含めて、地域全体のネットワークを考えていかなくてはならないのではないか。
中規模病院の経営の困難さと 急性期機能から 回復期機能への転換について	大規模病院は診療報酬が有利に働くが、中規模といえる300床から400床の病院は非常に苦勞している。どのような方向性をとれば生き残っていけるかという中で、一部急性期機能から回復期機能への転換を行う病院があるが、医師のモチベーションの低下や担当医師の選択の問題で、うまくいかないケースがある。松阪市民病院における転換は良かったのではないかと。2次医療圏全体で考えるとどうなのかというところを検討したい。
回復期、慢性期機能について	市内の松阪市民病院、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院は、高度急性期、急性期と届け出ているが、実態は皆ケアミックスといえるだろう。高度急性期、急性期とうたっている病院のほとんどに、回復期や慢性期の患者もいる。3基幹病院の回復期、慢性期の機能を今後どうすべきかという議論と同時に、現在回復期機能を担っている他の医療機関が生き残るためのネットワークを構築しなければ、3基幹病院も大変な影響を受けるだろう。
平均在院日数と 病床稼働率について	平均在院日数を全体的に短くしなければ経営的に苦しくなる。入院期間が長ければ長いほど、入院単価は安くなる。単価を上げるためには在院日数を短くしなければいけない。例えば12日台あるいは11日台に短縮すると病床が空く状況も出てくる。そういう中で将来のことも考えていかなくてはならない。平均在院日数が12日以下になり病床稼働率が下がった場合、病院の運営は厳しくなると思う。
救急医療と 急性期医療体制について	10年前に松阪市民病院の2次救急ができないことがあった。救急車が行けないというのはどれだけ重要な意味があるのかということを身をもって体験した。それは絶対に守らなければいけない。医者数は急性期の病床に比例する。地域医療構想が進んでいくとすると急性期病床が減ると想定されるが、医者数はどうしても減らざるを得なくなる。松阪市民病院が、急性期から回復期に転換すると、医師の数が減り、救急からリタイアということになるだろう。今働いている従業員、職員さえも抱えられなくなってくる。これは絶対にありえない話。これからの検討課題になってくるのだろう。

なぜ今在り方検討をすべきなのか

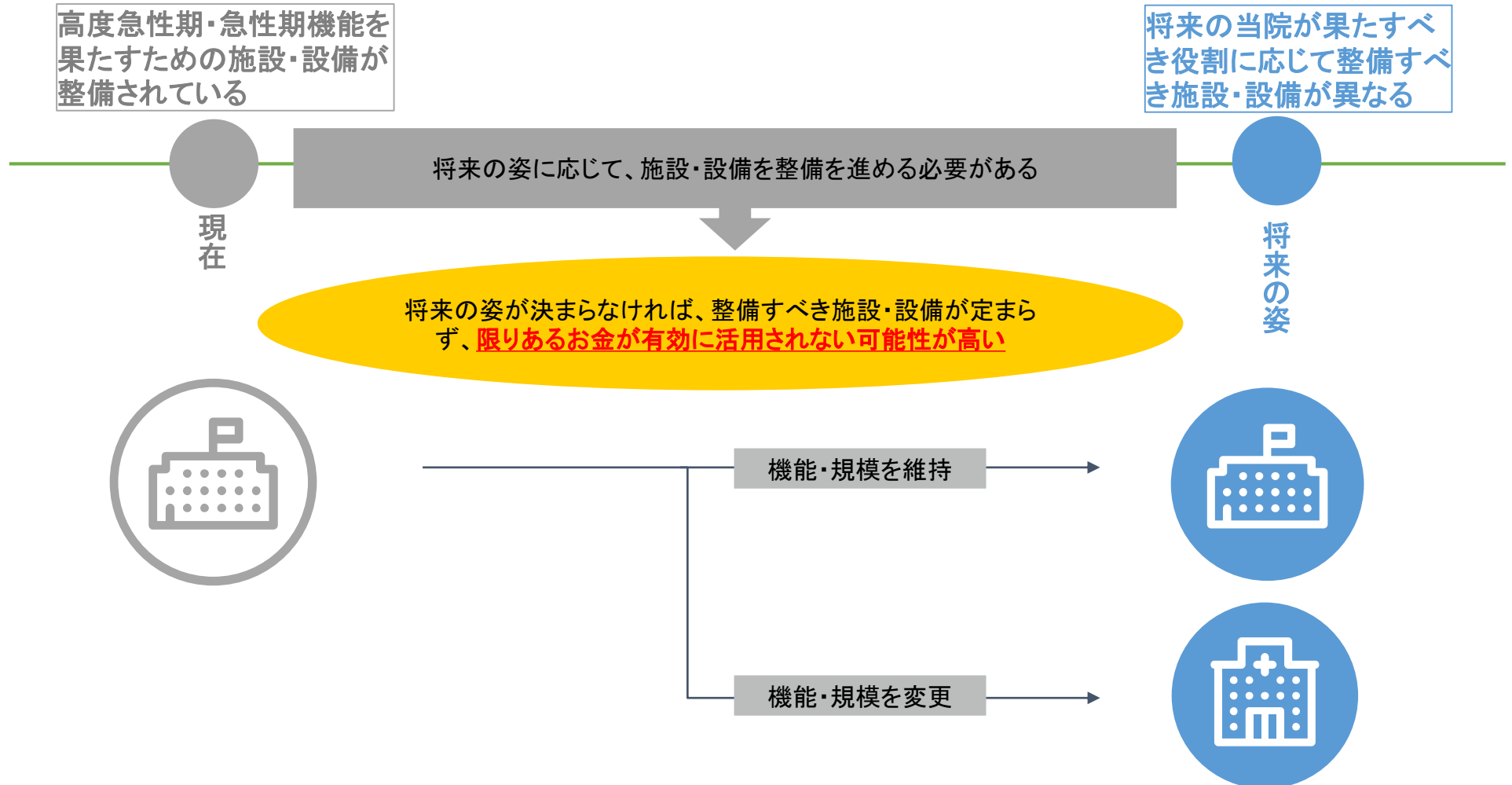
充実した医療提供体制が整備されているが、今後の病院経営環境は厳しくなることが見込まれ、将来に備えた対応を行う検討が必要がある

松阪区域を取り囲む環境



将来における当院が果たすべき役割に応じて、整備すべき施設・設備が異なる。将来の姿が定まらなければ、余剰な施設・設備にお金が投じられる可能性がある

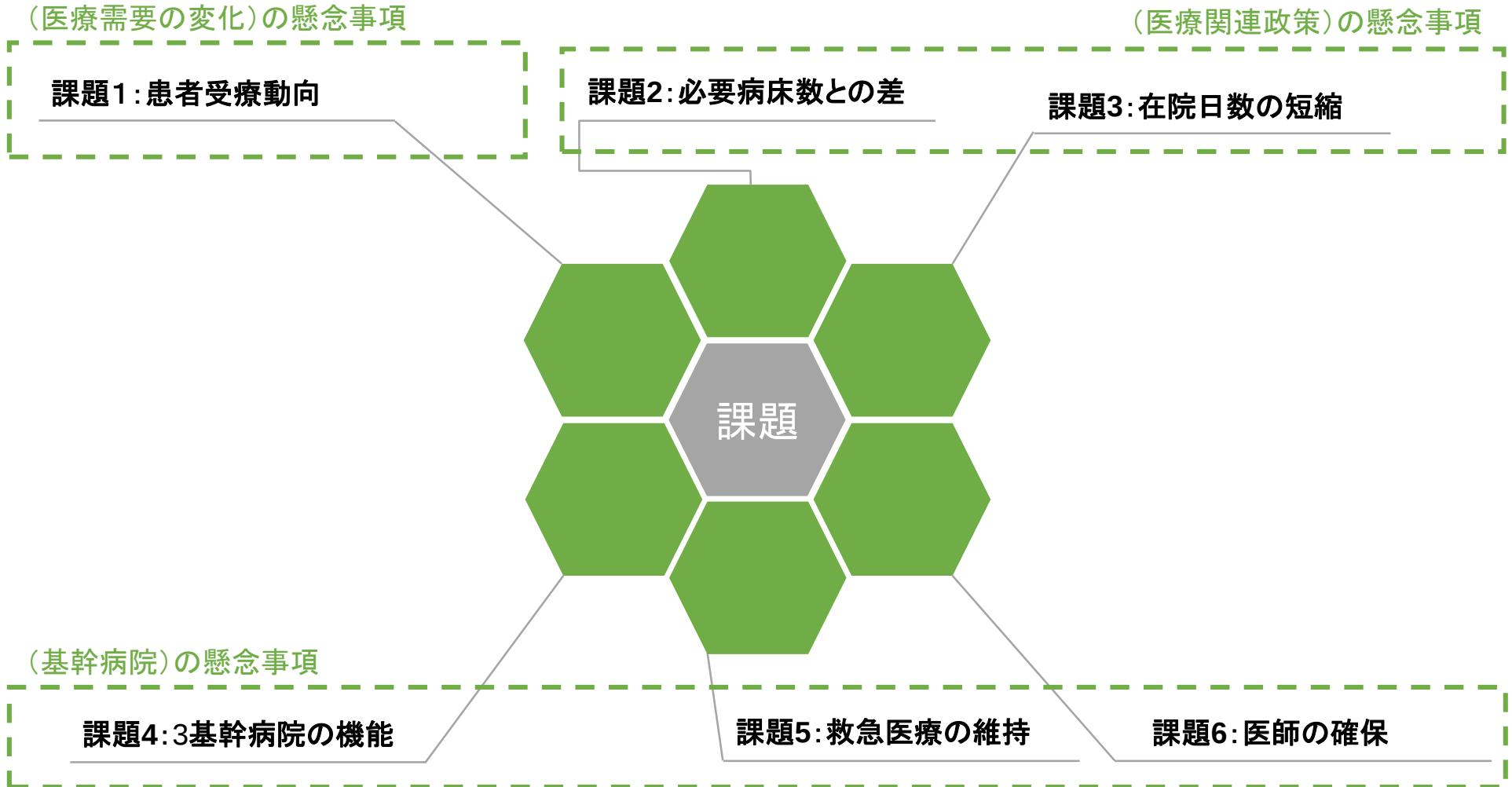
なぜ今検討が必要なのか(施設・設備面)



第1回在り方委員会における懸念事項の考察

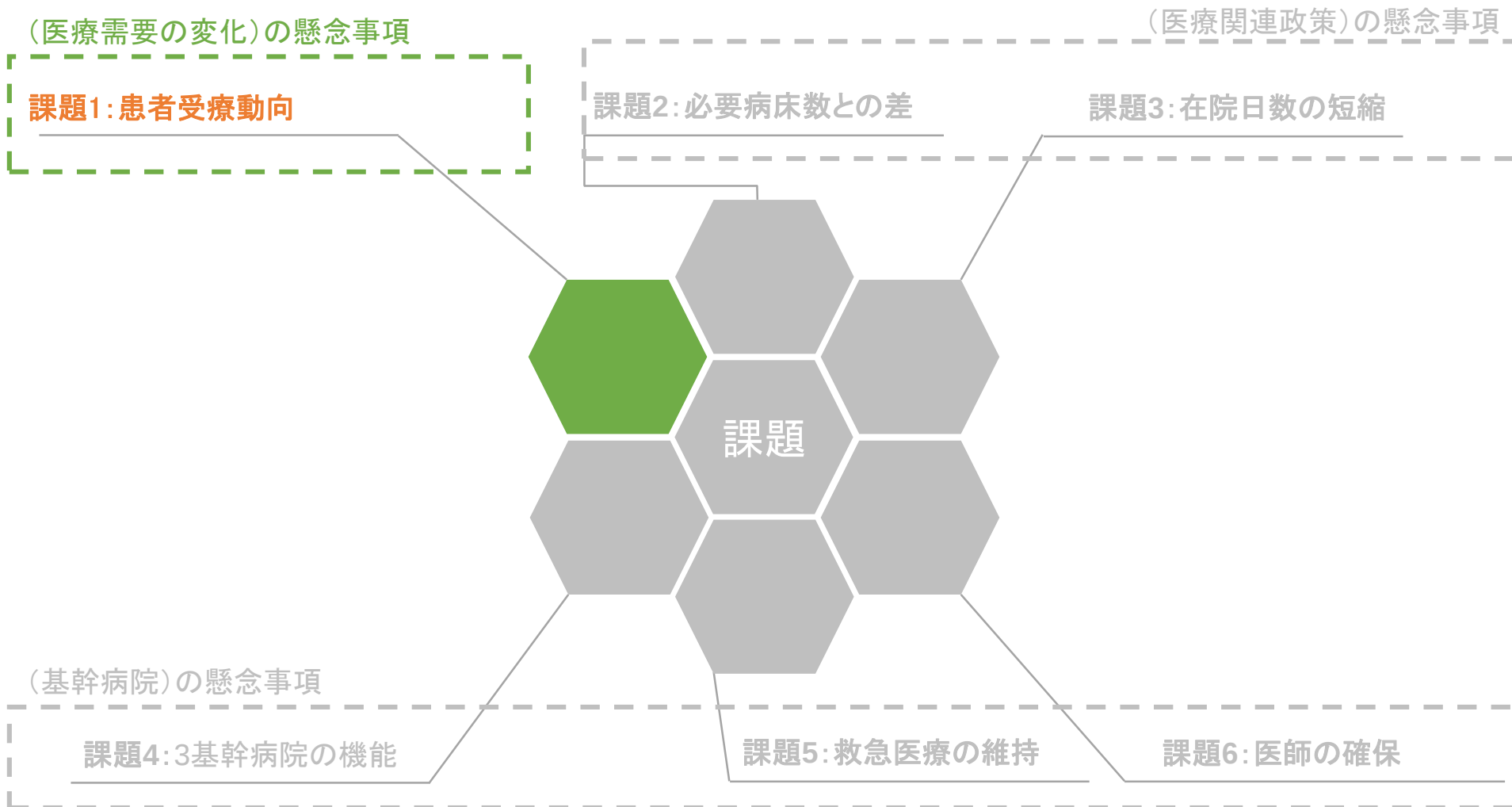
第1回委員会で議論に上がった3つの懸念事項から、6つの課題に区分し、各課題の影響について考察する

課題から考えられる将来への影響



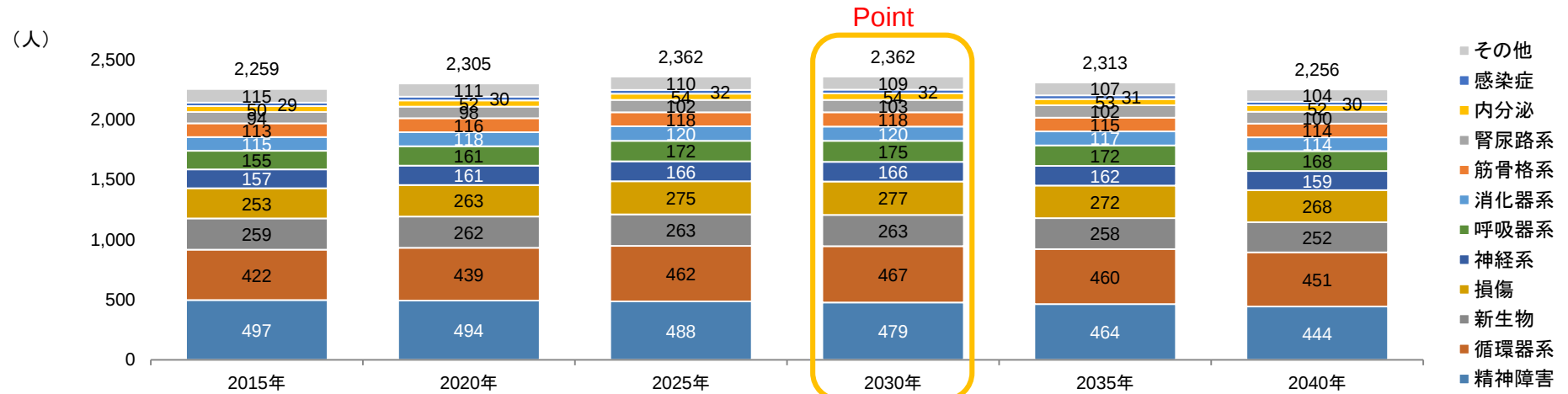
患者受療動向は、医療機関の経営に大きな影響を与える課題である

課題から考えられる将来への影響

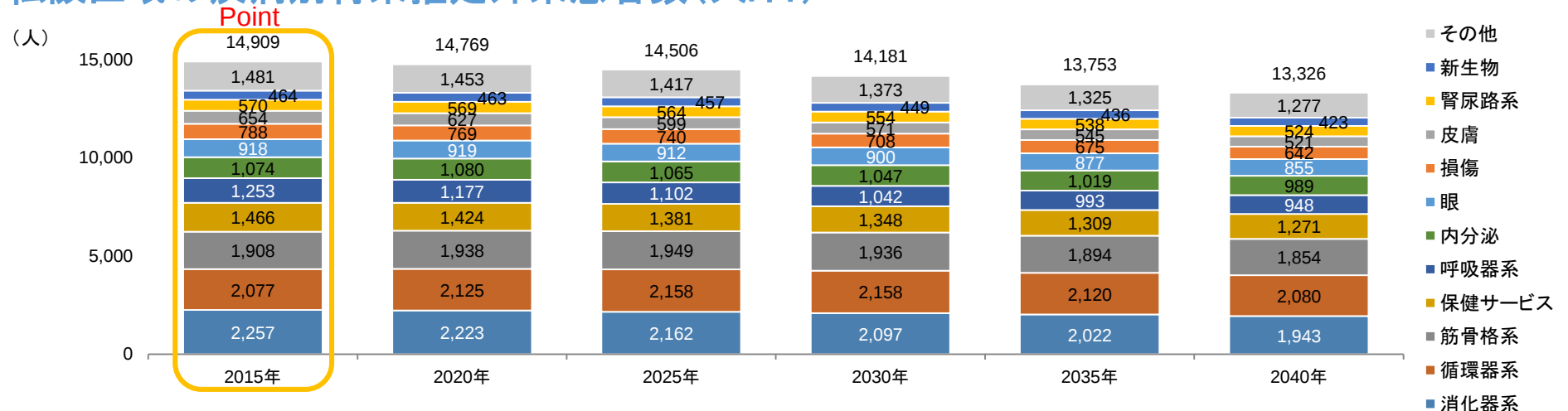


入院患者数は、2030年をピークとして減少していくことが見込まれる。一方外来患者数は今後減少を続けていくことが見込まれる

松阪区域の疾病別将来推定入院患者数(人/日)



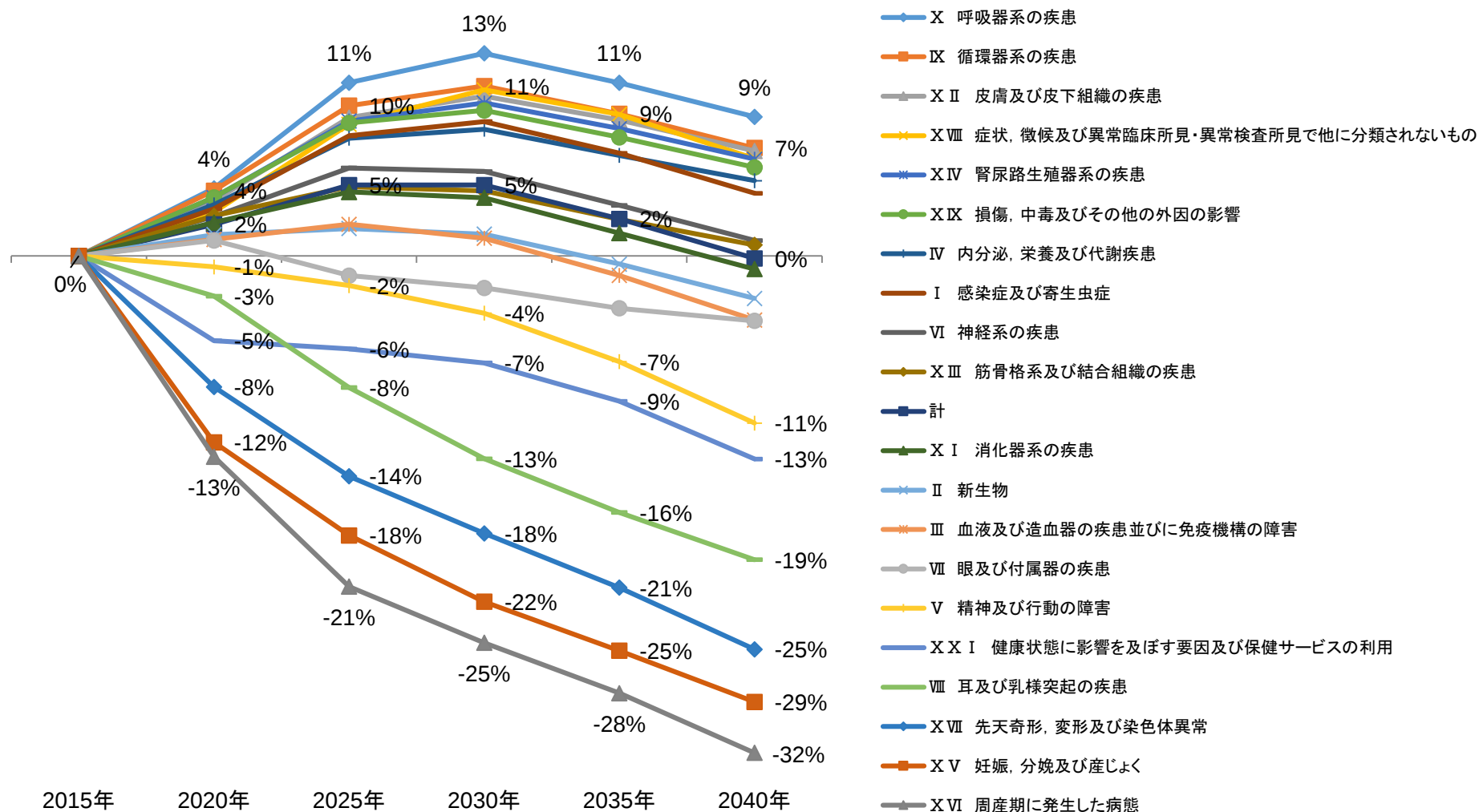
松阪区域の疾病別将来推定外来患者数(人/日)



出所: 人口問題研究所「男女・年齢(5歳)階級別データ」に、政府統計一覧129-2、129-3「受療率(人口10万対)、性・年齢階級 × 傷病大分類 × 入院・外来・都道府県別」の三重県男女別年齢別受療率を乗じて作成

高齢者が多く罹患する「呼吸器系」・「循環器系の疾患」は今よりも増加する一方、「周産期に発生した病態」、「妊娠，産じょく」等の疾患は今よりも減少すると見込まれる

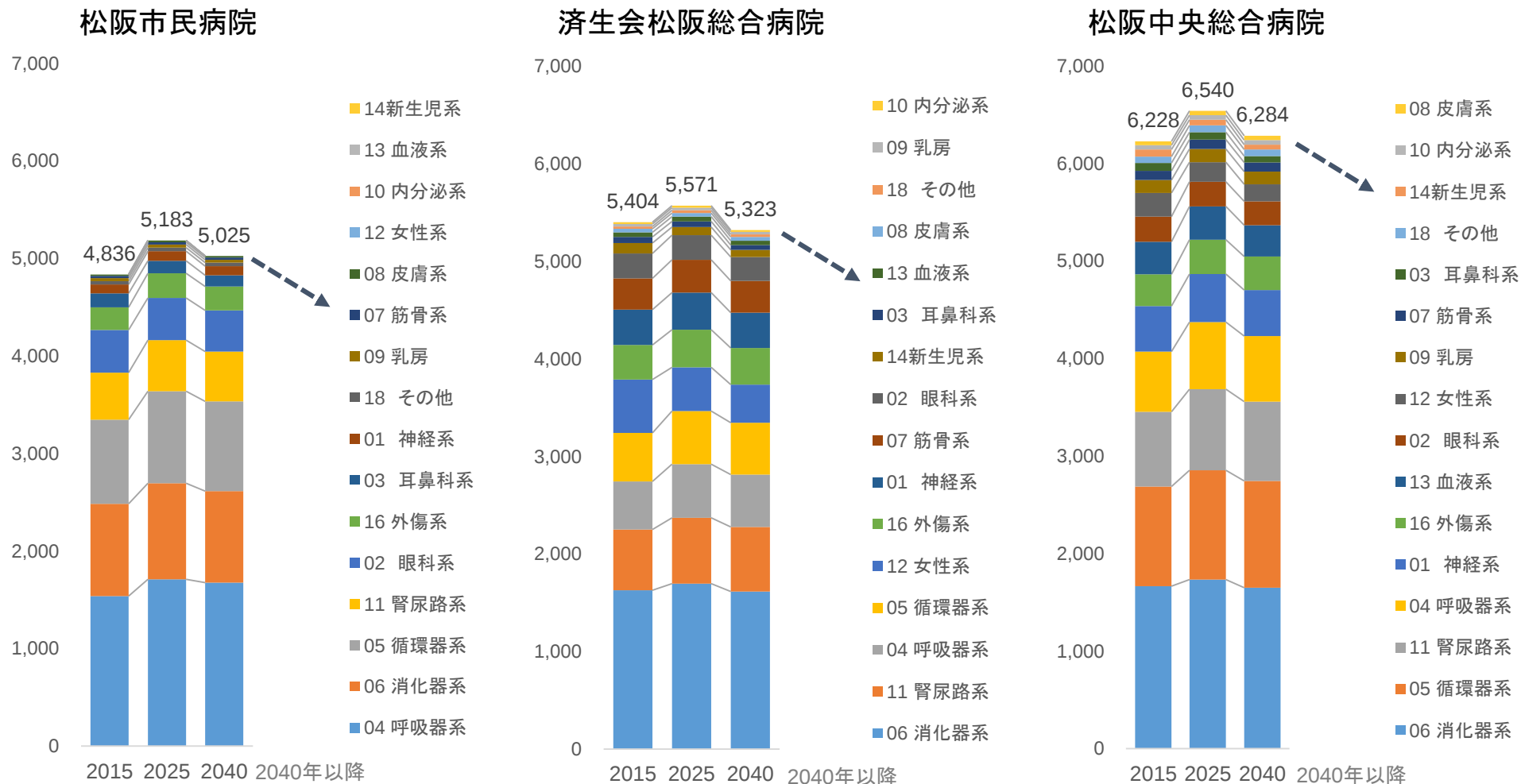
松阪区域 将来推計1日当たり入院患者数 対H27増減率



出所：人口問題研究所「男女・年齢(5歳)階級別データ」に、政府統計一覧129-2、129-3「受療率(人口10万対)，性・年齢階級 × 傷病大分類 × 入院一外来・都道府県別」の三重県男女別年齢別受療率を乗じて作成

3基幹病院すべてが2025年をピークにして減少に転じると見込まれる

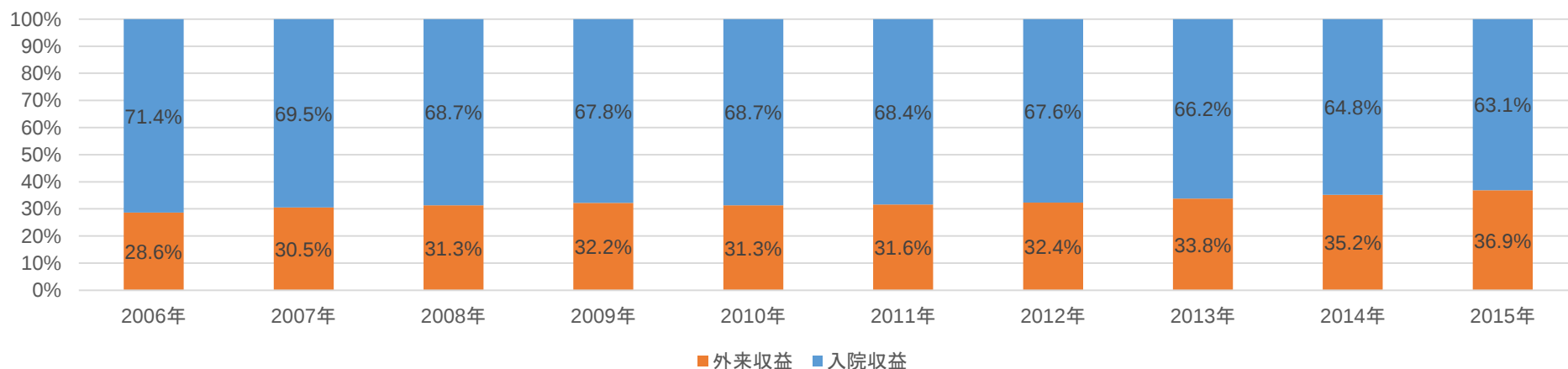
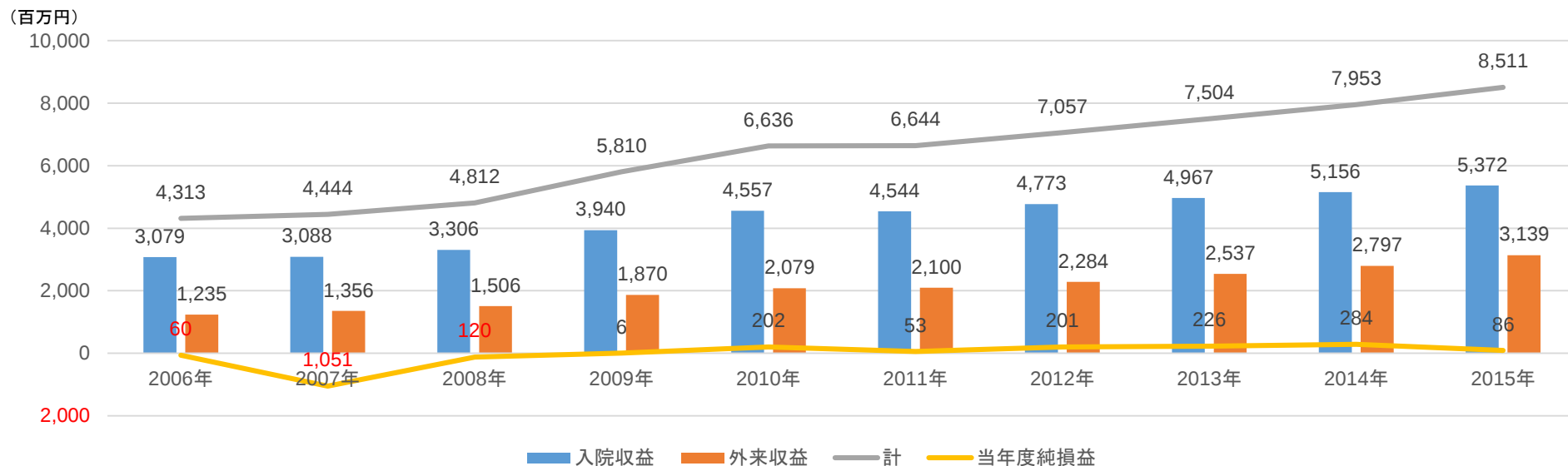
3基幹病院推計入院患者数(人)



出所: 人口問題研究所「男女・年齢(5歳)階級別データ」に、政府統計一覽129-2、129-3「受療率(人口10万対)、性・年齢階級 × 傷病大分類 × 入院一外来・都道府県別」の三重県男女別年齢別受療率を乗じた推計入院患者数に、2015年診断群分類毎の患者数を乗じて作成

入院、外来共に収益は右型上がりで推移している。外来収益の割合は年々上昇している一方で、当年度純損益はほぼ均衡している

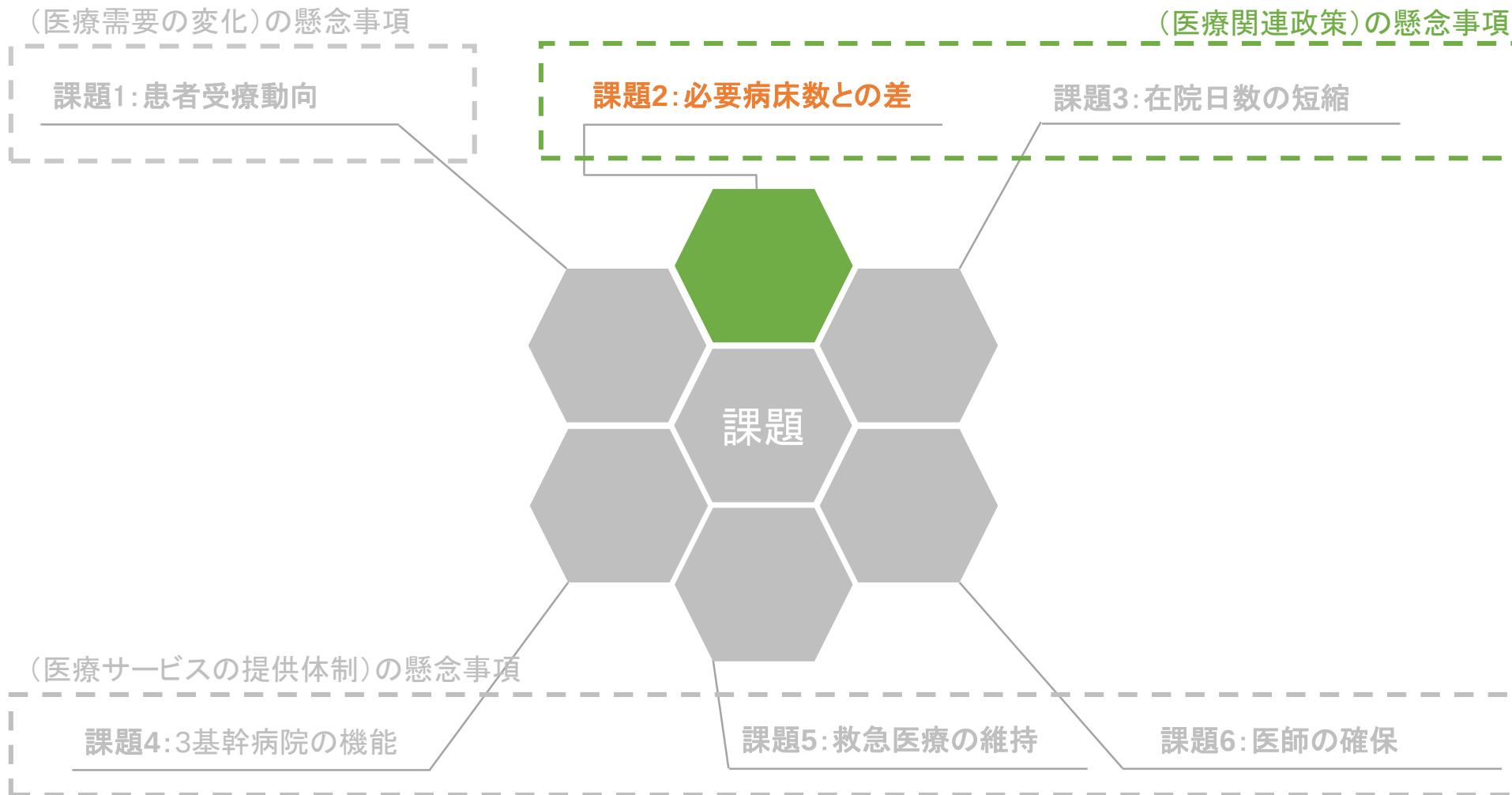
松阪市民病院 入院収益・外来収益・当年度純損益の経年推移



出所: 決算報告書より作成

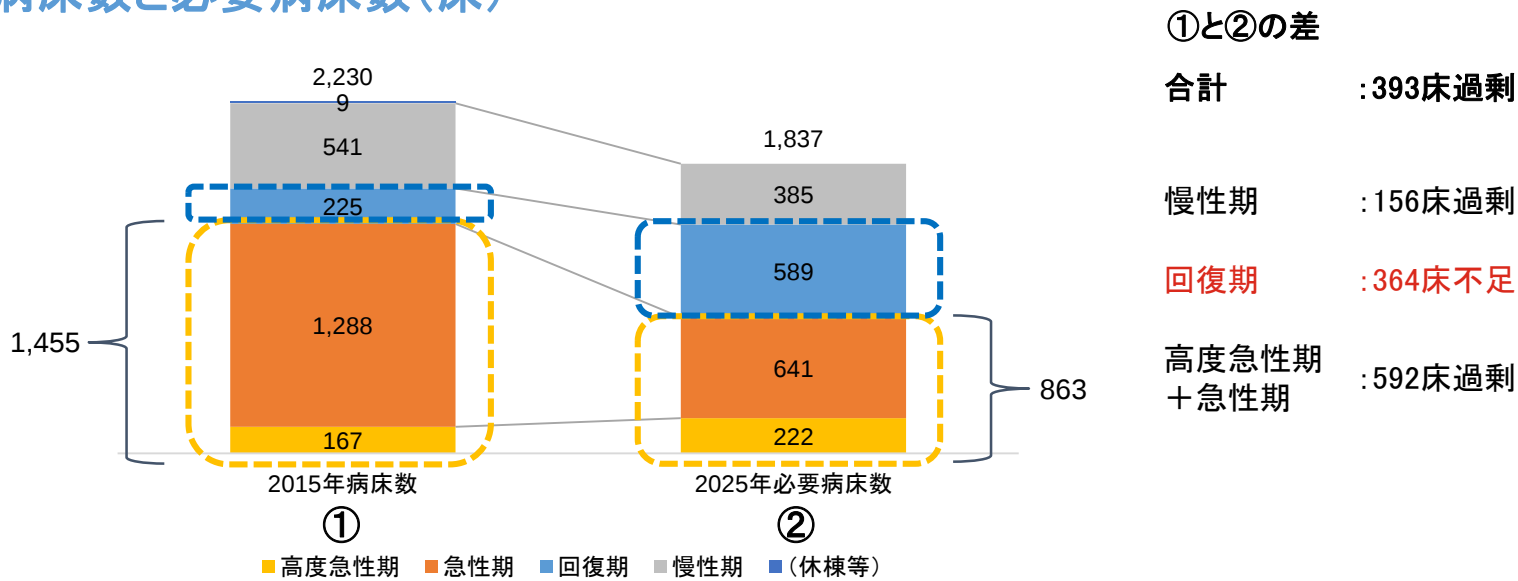
現状病床数は必要病床数を超えて整備されている。病床数の削減は病院運営に大きな影響を与える

課題から考えられる将来への影響



将来整備が必要とされる機能は急性期機能が余り、回復期機能が足りなくなる可能性が示されている

現在の病床数と必要病床数(床)



医療需要:平成25(2013)年度のNDB(National Database)のレセプトデータおよびDPCデータに基づき、医療機能の区分ごとに、性・年齢階級別の入院受療率を算定し、その結果に平成37(2025)年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計している。

必要病床数の推計方法:医療機能区分別の医療需要を、病床稼働率で割り戻した数。
病床稼働率:高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	■ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	■ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	■ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ■ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能
慢性期機能	■ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ■ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

出所:三重県地域医療構想松阪区域より加工

急性期病床の報告内容に所定の調整を行った場合、高度急性期・急性期病床は336床が過剰であると考えられる

高度急性期＋急性期病床の実質過剰病床数試算(床)

	2015年 報告病床数	調整	調整後 病床数	調整理由
松阪市民病院	306	-39	267	39床地域包括ケア病棟(回復期機能)に転換したためマイナス調整
済生会松阪総合病院	430	-24	406	24床は緩和ケア病棟のため、慢性期として整理・調整
松阪中央総合病院	440		440	
松阪厚生病院	55	-55	0	15対1入院基本料のため、回復期機能としてマイナス調整
大台厚生病院	57	-16	41	16床地域包括ケア病床のため、回復期機能としてマイナス調整
三重ハートセンター	45		45	
薬王堂病院	59	-59	0	病棟閉鎖済のためマイナス調整
診療所10件	63	-63	0	診療所機能は実質急性期機能ではないとしてマイナス調整
計	1,455	-256	1,199	

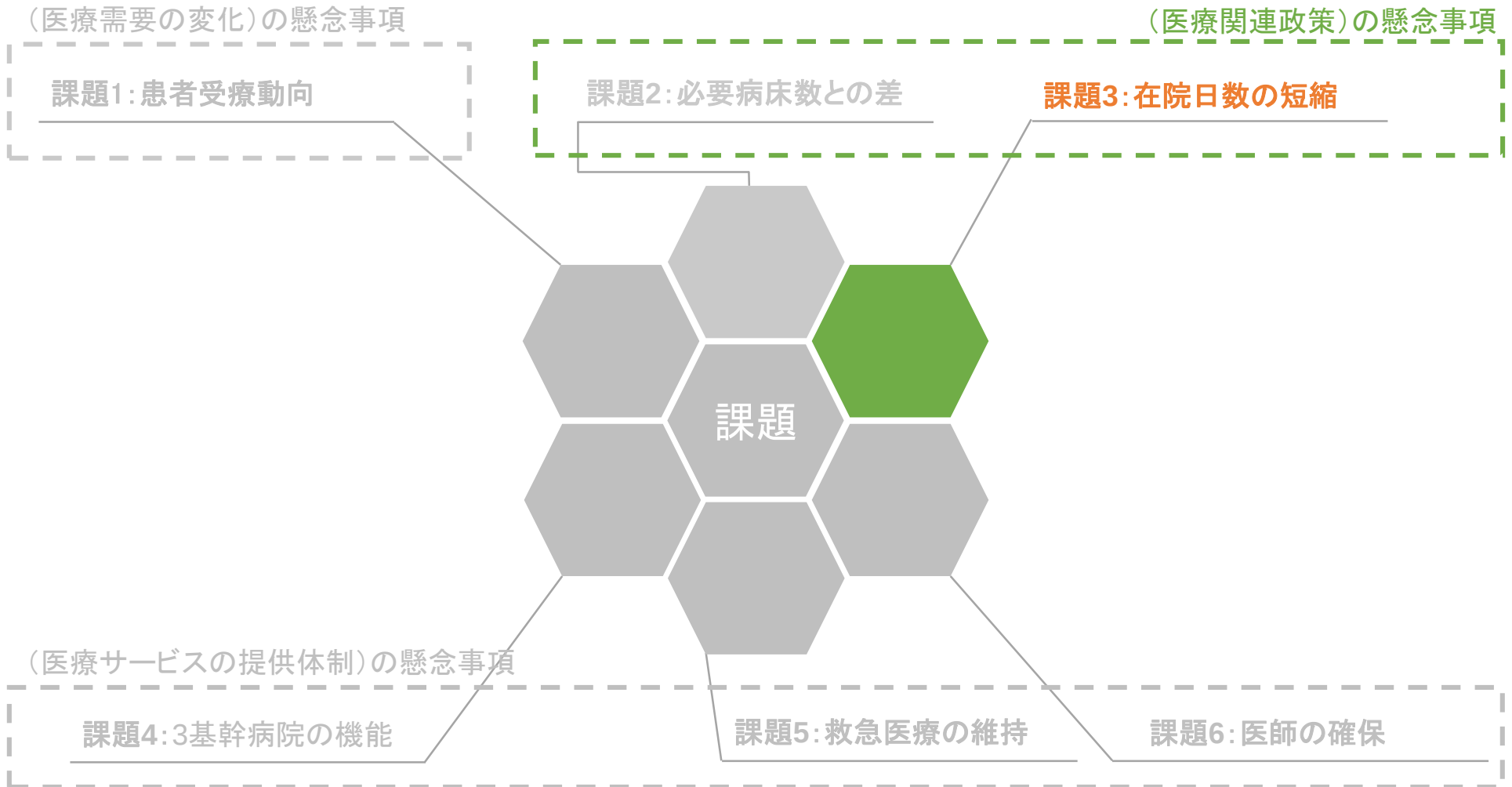
調整の考え方: 高度急性期、急性期病床は、7対1入院基本料、10対1入院基本料、ICU等の特定入院料を算定している病院の病床とした。有床診療所は含まない

2015年調整後病床数...①	1,199
2025年必要病床数...②	863
過剰病床数①－②	336

出所: 平成27年度病床機能報告(病床数は平成27年7月1日現在)、各病院ホームページ

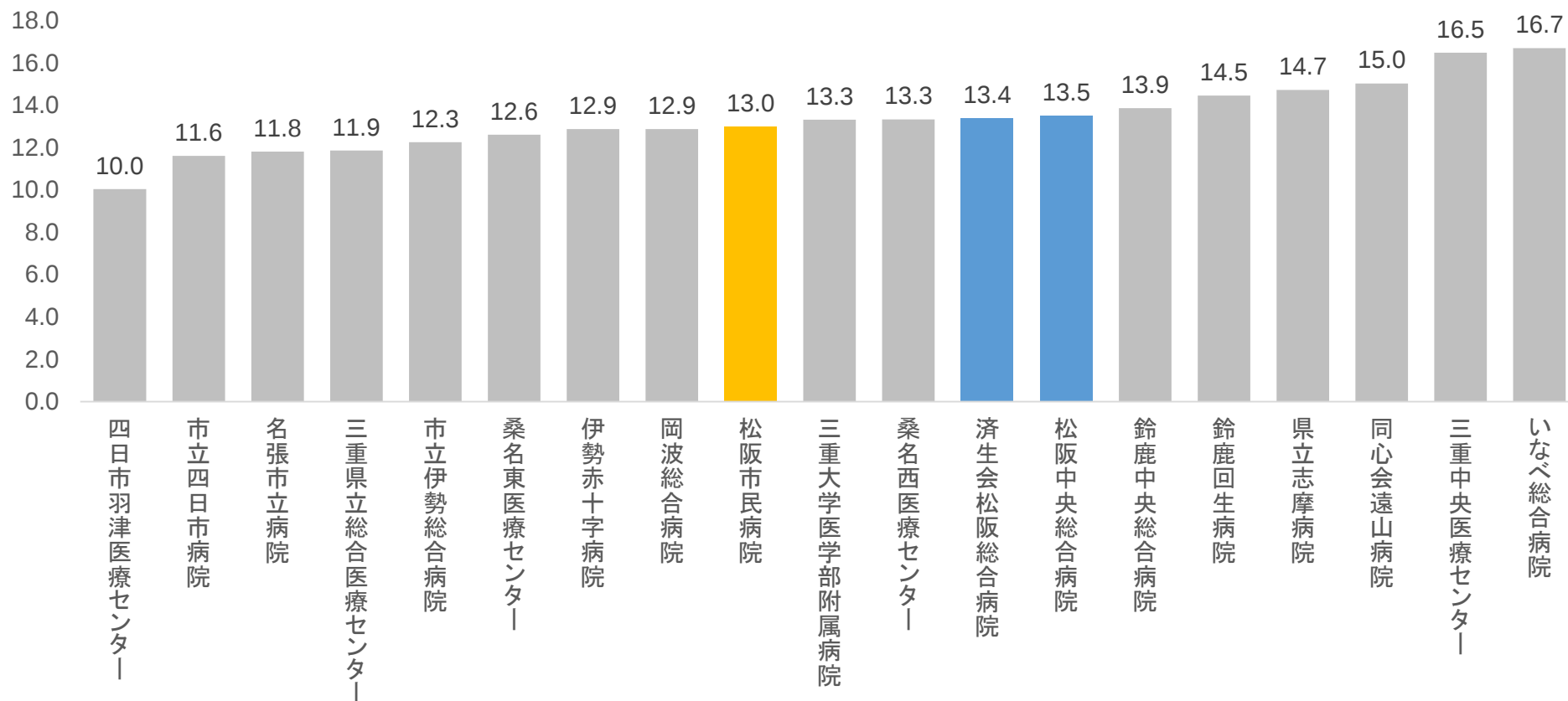
医療関連政策の実現に向けた診療報酬改定が行われることが想定される。在院日数の短縮による影響を考察する

課題から考えられる将来への影響



松阪市内の3基幹病院は、平均在院日数13日台となっているが、県内に13日を下回る病院も8病院ある

三重県DPC対象病院別 2015年度平均在院日数(日)



出所: 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)

2014年7月から2015年6月までの延べ患者数を前提に、平均在院日数が10日となった場合、いずれの3病院も病床稼働率が55%～61%まで下落すると想定される

平均在院日数短縮による病床利用率の変化試算

松阪中央総合病院

済生会松阪総合病院

松阪市民病院

2014年7月から2015年6月までの1年間に入院、退院した患者の状況（病床機能報告）

在棟患者延べ数（年間）	122,907	115,597	94,013
病床数	440	430	326
病床稼働率	76.5	73.7	79.0

2015年（中央社会保障審議会DPC分科会資料）

平均在院日数	13.51	13.39	12.99
--------	-------	-------	-------

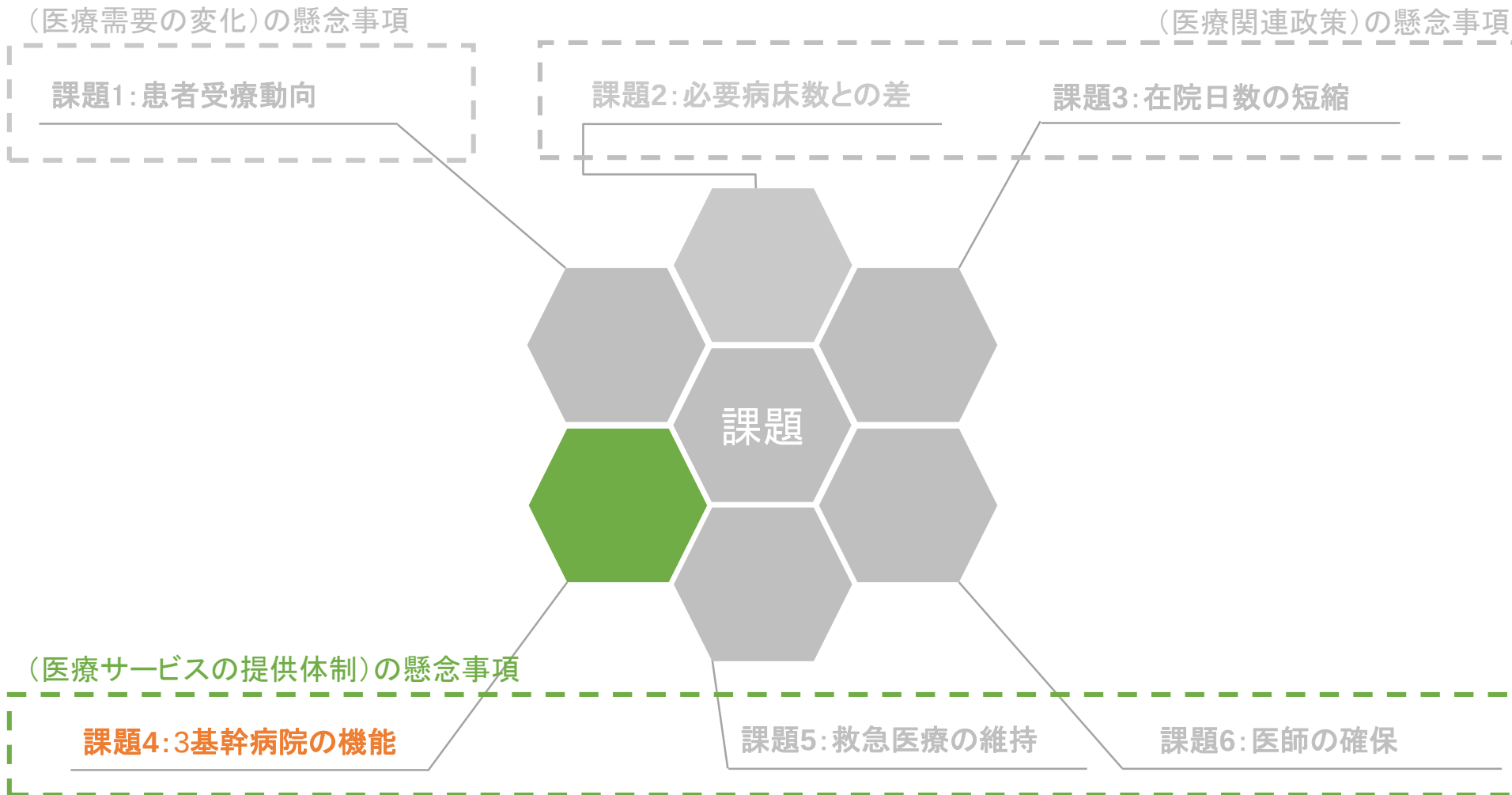
試算（病床機能報告延べ患者数と中央社会保障審議会平均在院日数を活用し試算）

平均在院日数13.0日の場合の病床稼働率（%）	73.7	71.5	79.1
平均在院日数12.0日の場合の病床稼働率（%）	68.0	66.0	73.0
平均在院日数11.0日の場合の病床稼働率（%）	62.3	60.5	66.9
平均在院日数10.0日の場合の病床稼働率（%）	56.7	55.0	60.8

試算の計算式：在棟患者延べ数÷2015年平均在院日数×試算に用いる平均在院日数÷年延病床数

松阪区域の急性期医療を担う基幹病院の機能について考察する

課題から考えられる将来への影響



現状の体制を維持するとしたら、3病院でそれぞれ機能を維持するための整備を続ける必要がある

3基幹病院の5疾病5事業における主な役割機能

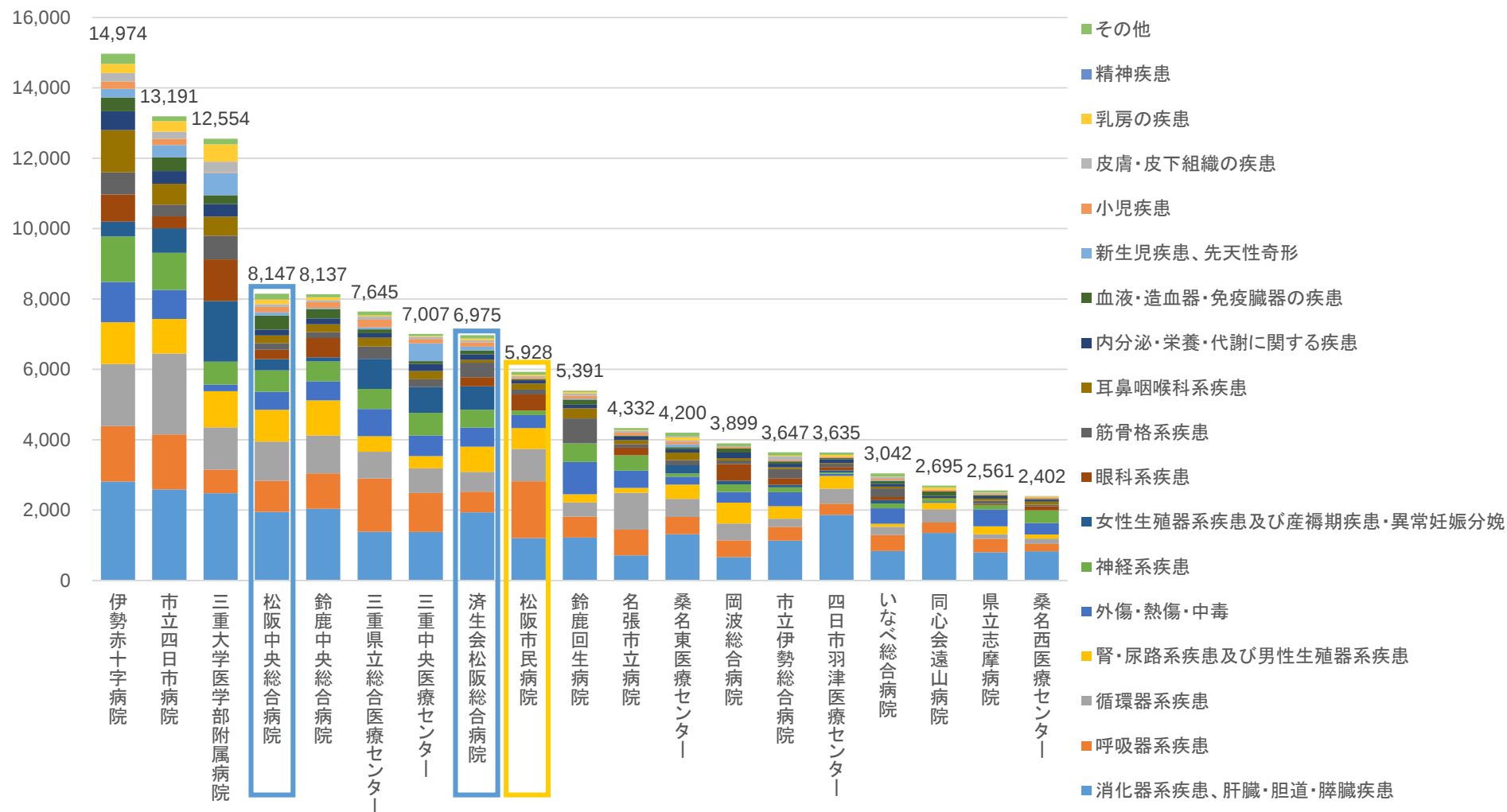
■:3基幹病院で共通する機能

	松阪中央総合病院	済生会松阪総合病院	松阪市民病院
がん医療	地域がん診療連携拠点病院	三重県がん診療連携推進病院	三重県がん診療連携推進病院
脳卒中医療	急性期／専用病床有	急性期／専用病床有	—
急性心筋梗塞医療	専用病床有	専用病床有	主たる受入病棟
糖尿病医療	治療・指導の対応	治療・指導の対応	治療・指導の対応
精神疾患医療	—	—	—
救急医療	二次救急	二次救急	二次救急
災害医療	災害拠点病院	災害拠点病院	災害拠点病院
へき地医療	—	へき地医療拠点病院	へき地医療拠点病院
周産期医療	分娩を行っている病院	分娩を行っている病院	—
小児医療	—	—	—
在宅医療	—	—	—

「—」は主な役割として記載なし

松阪区域の医療は主に基幹病院3病院により支えられている

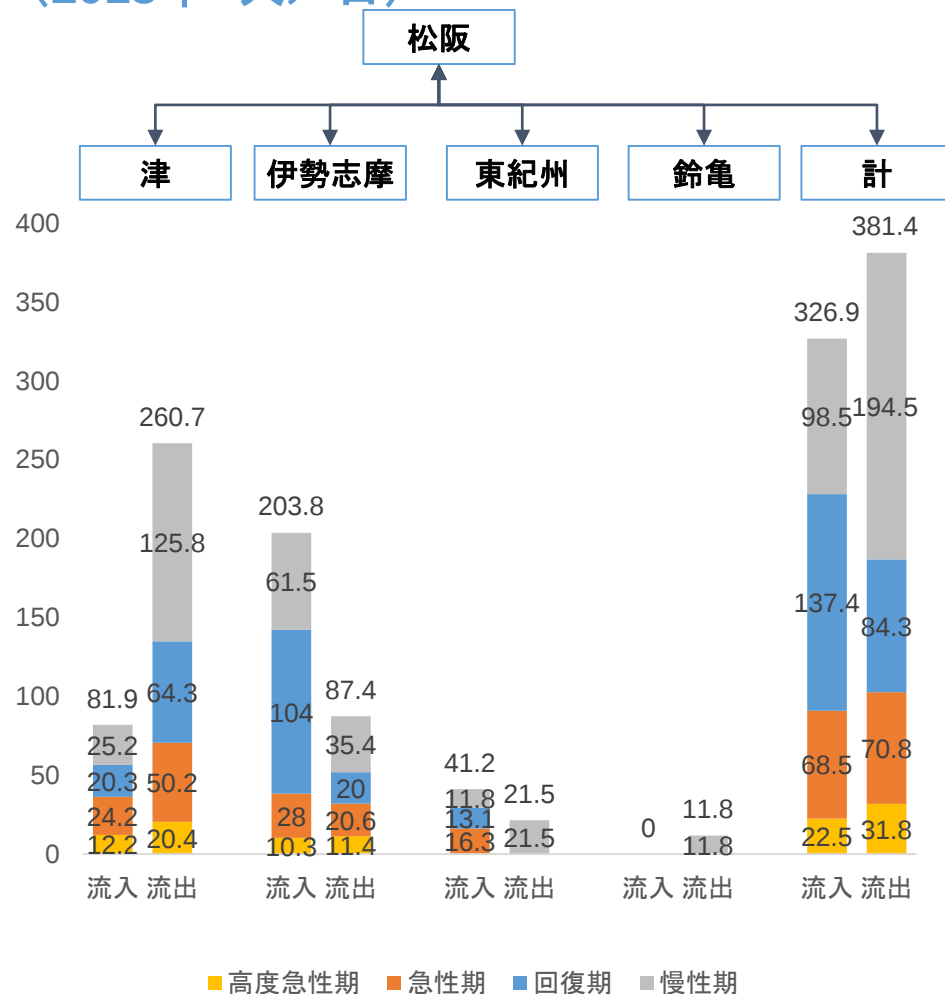
三重県DPC対象病院別 2015年度診断群分類別退院件数(件)



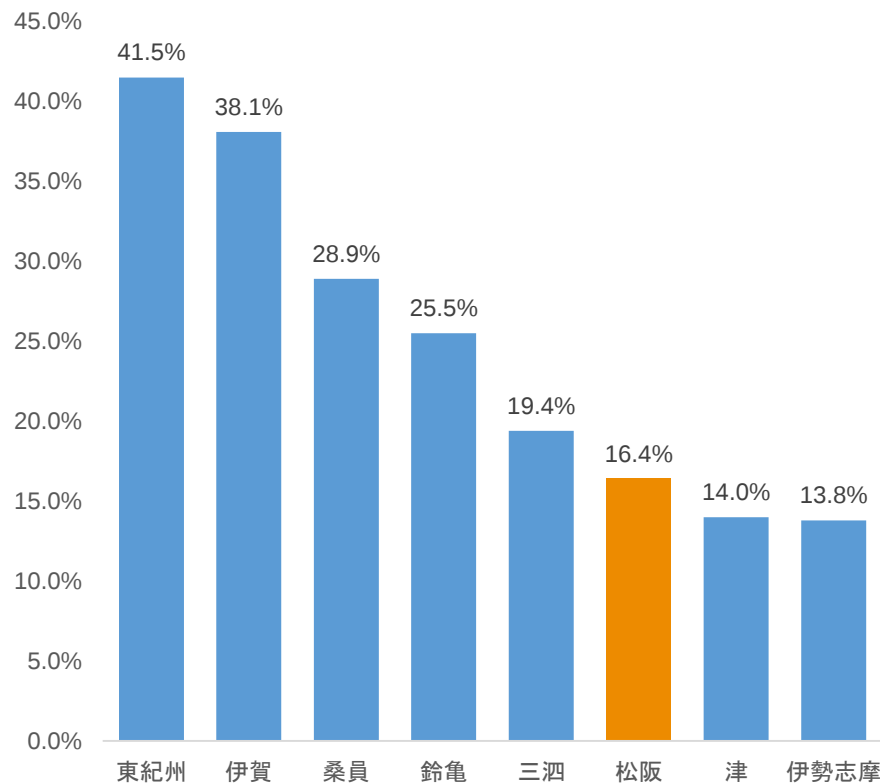
出所: 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)

松阪区域合計では、流入より流出が上回っている。しかし、流出率を区域別に比較すると、伊勢志摩、津に次いで3番目に流出率が低い

松阪区域 他区域への流入流出状況
(2013年 人／日)

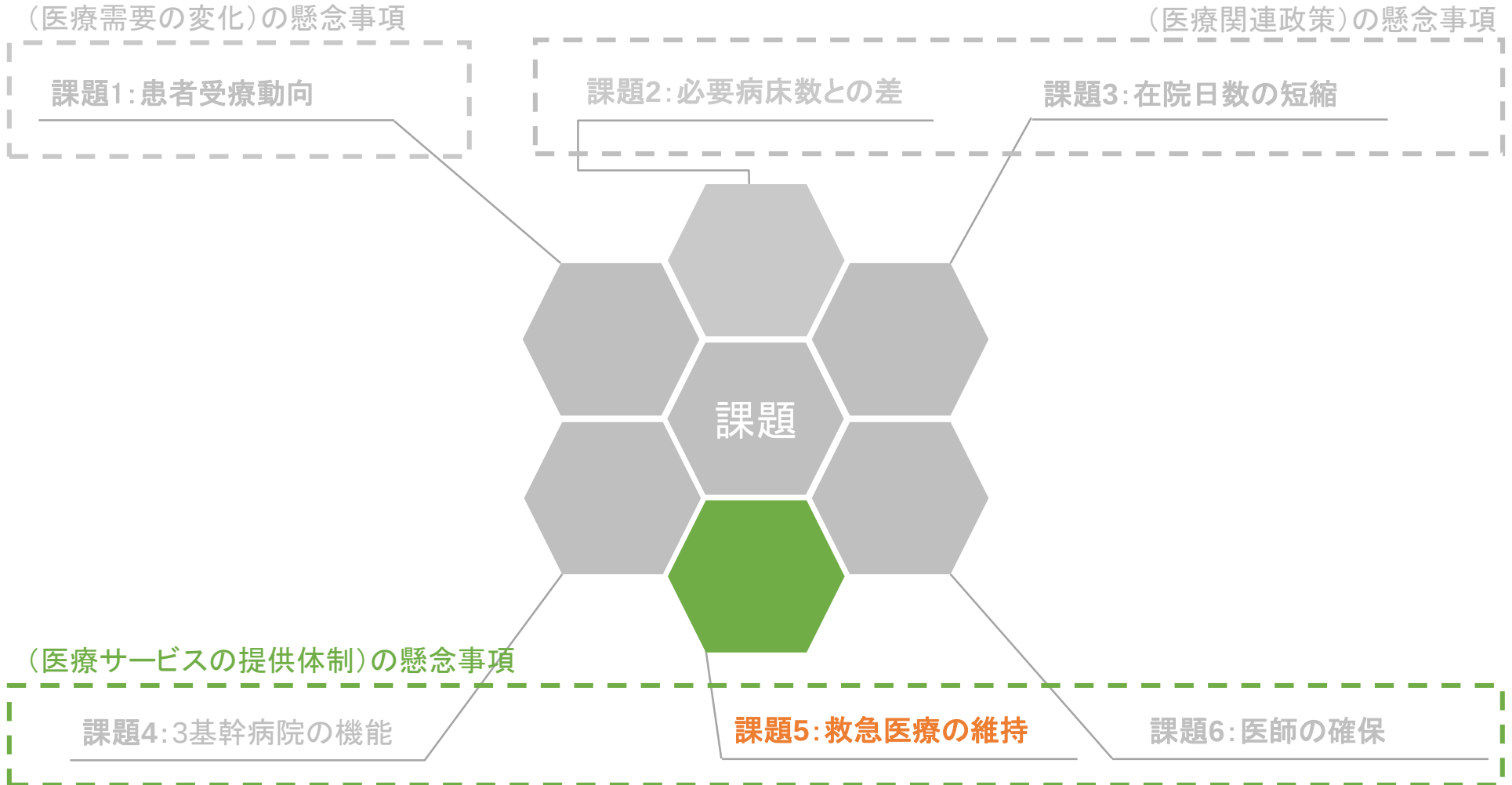


区域別患者流出率



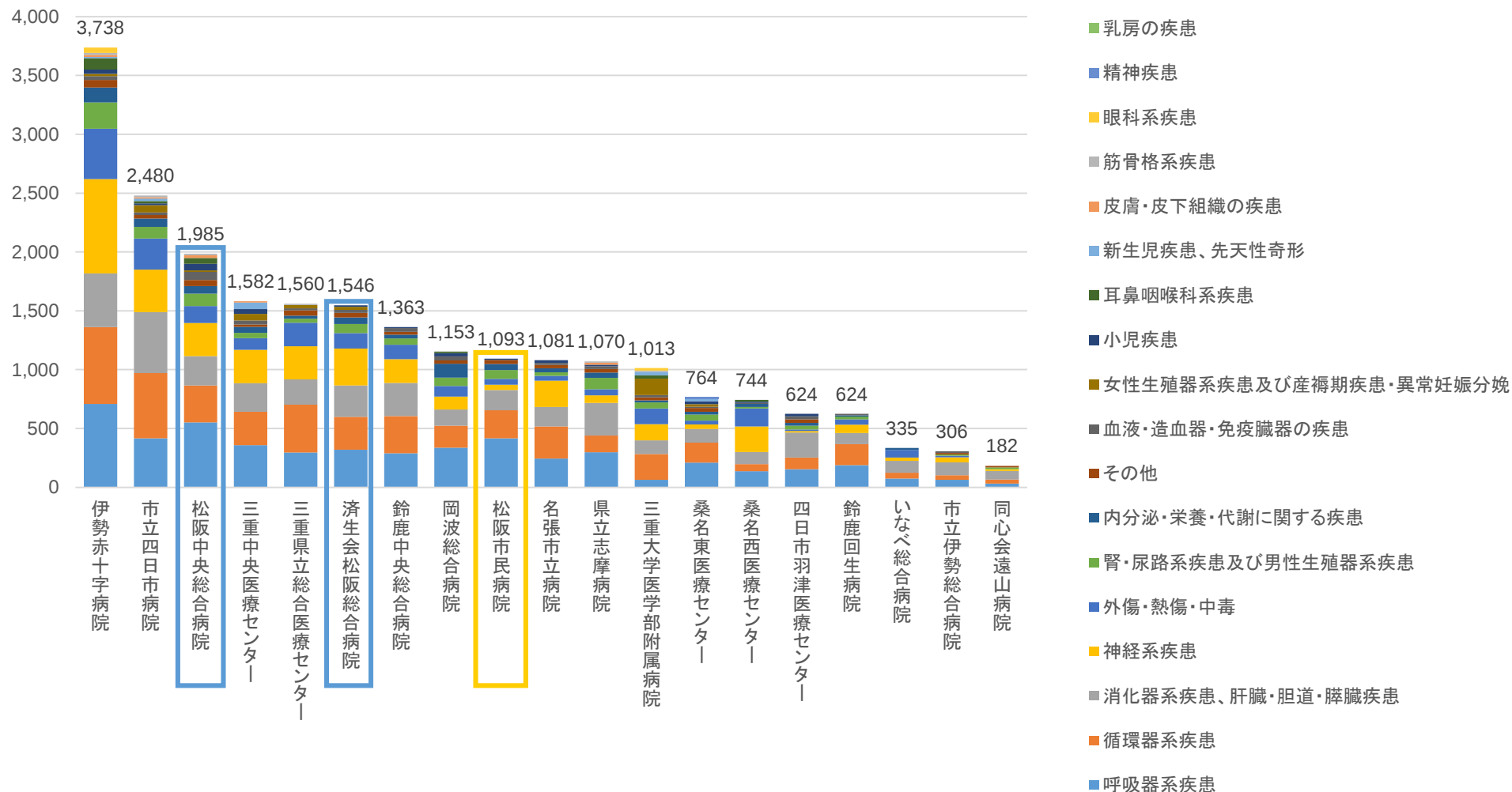
救急医療は地域住民にとって不可欠なものであり、救急医療の維持について考察する

課題から考えられる将来への影響



松阪地域の救急医療は基幹病院3病院により支えられている

3基幹病院別 診断群分類別 2015年度救急医療入院※ 件数(件)

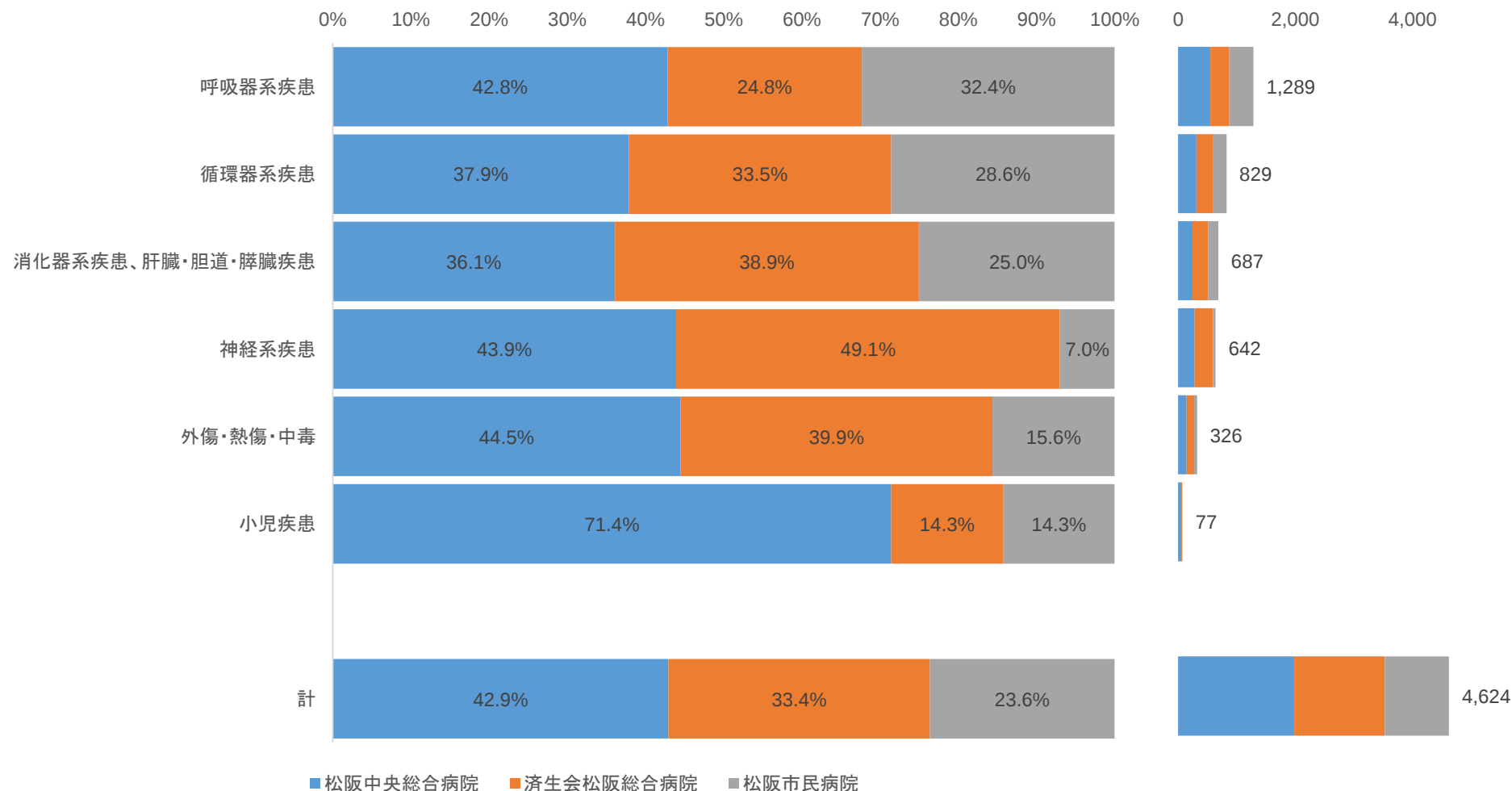


出所: 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)

※入院時に重篤な状態の患者の入院

輪番制による2次救急を担う3病院であるが、それぞれの領域で分担して救急医療を担っている

3基幹病院別 主たる診断群分類別 2015年度救急医療入院※割合(%)・件数(件)

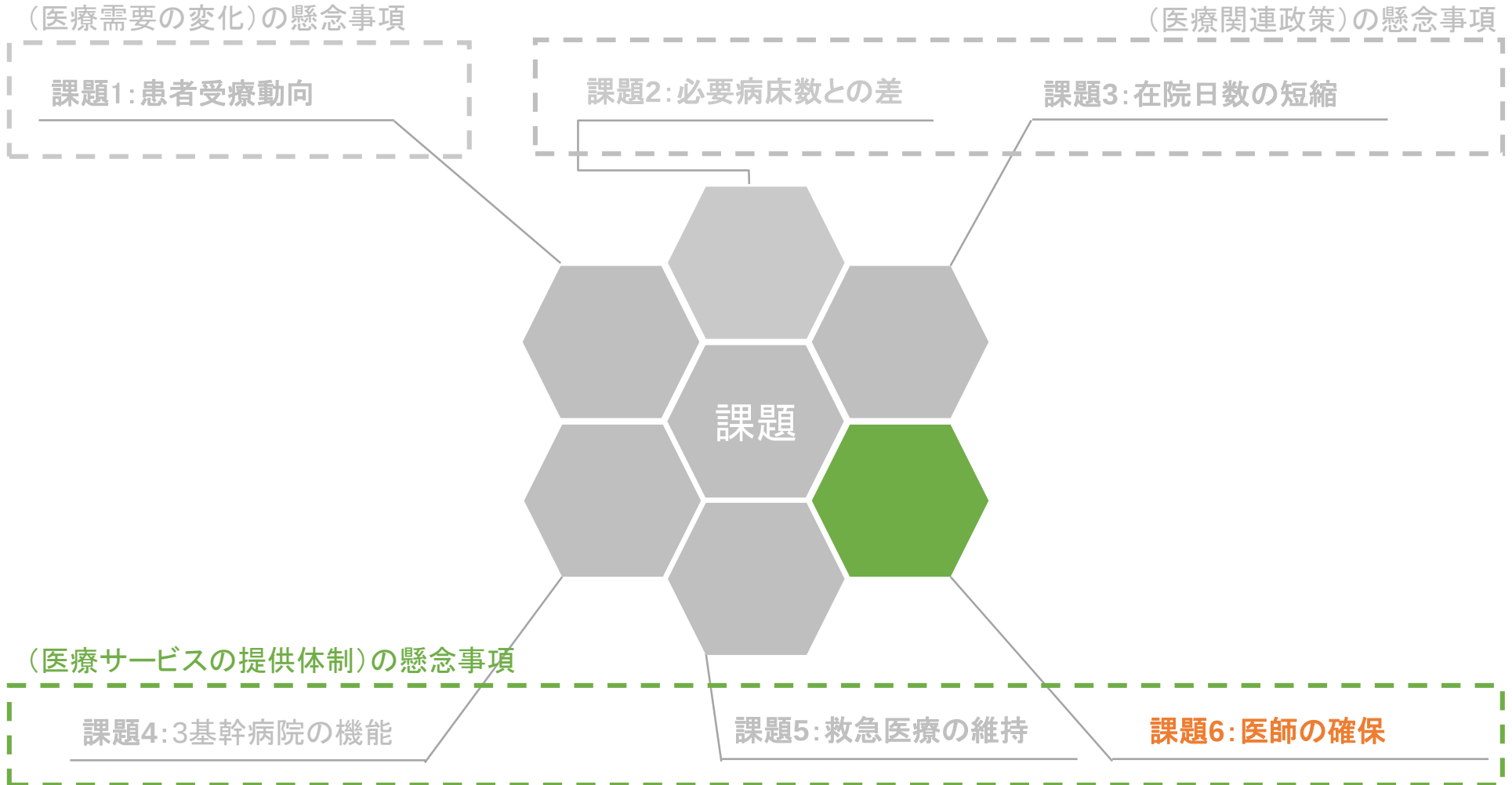


出所: 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)

※入院時に重篤な状態の患者の入院

救急医療は地域住民にとって不可欠なものであり、救急医療の維持について考察する

課題から考えられる将来への影響



1人診療科が4科ある。医療の質・安全性の確保のみならず、医師の負担や教育の面等、1人で専門的な診療科を担うことにはデメリットが考えられる

松阪市民病院診療科別 常勤医師数(2017年4月時点)

呼吸器内科	外科	消化器内科	循環器内科	麻酔科	整形外科	歯科口腔外科	泌尿器科	眼科	呼吸器外科	内科(緩和ケア)	脳神経外科	皮膚科	病理診断科	放射線科
7	5	5	4	4	4	3	3	2	2	2	1	1	1	1

複数の医師のいる診療科においても、患者数、夜勤・救急体制、教育体制等、一概に複数人いることが適正であるとは言えない。

1人診療科は、医療の質・安全性の確保、医師の勤務環境、医療提供体制の維持等の面で、1人診療科はデメリットを有している。

症例数が多い伊勢赤十字病院、市立四日市病院、松阪中央総合病院の研修プログラムのマッチング率が高い傾向にある

2015、2016年度 医師臨床研修プログラム別マッチング結果(2016/10/20現在)

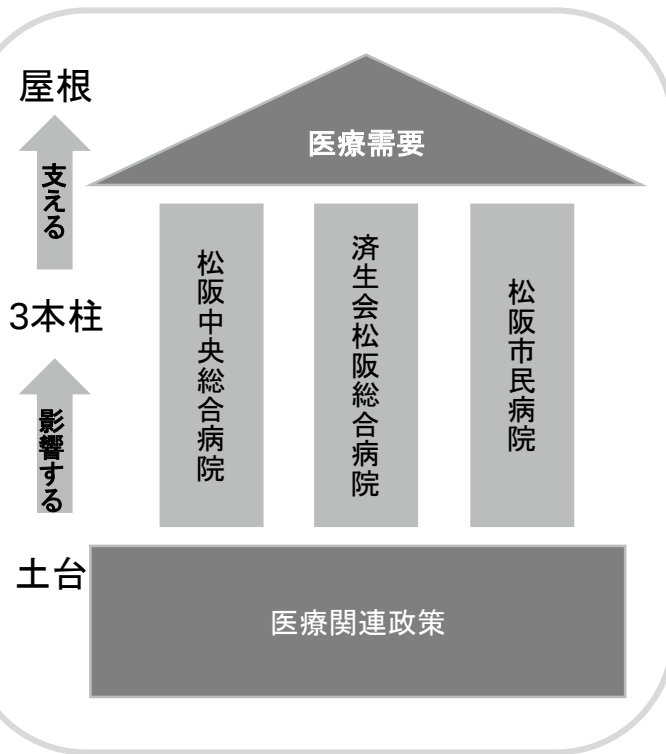
病院	プログラム名称	2016年			2015年		
		定員	マッチ者数	マッチング率	定員	マッチ者数	マッチング率
三重大学医学部附属病院	三重大病院オーダーメイドプログラム	30	18	60.0%	30	24	80.0%
	三重大病院小児科重点MMCプログラム	2		0.0%	2	1	50.0%
	三重大病院産婦人科重点MMCプログラム	2		0.0%	2		0.0%
伊勢赤十字病院	伊勢赤十字病院MMC臨床研修プログラム	18	17	94.4%	16	14	87.5%
市立四日市病院	市立四日市病院臨床研修病院群臨床研修プログラム	16	13	81.3%	16	5	31.3%
三重県立総合医療センター	三重県立総合医療センター研修プログラム	11	10	90.9%	11	9	81.8%
桑名市総合医療センター桑名東医療センター	桑名市総合医療センターMMC卒後臨床研修プログラム	11	7	63.6%	11	6	54.5%
松阪中央総合病院	松阪中央総合病院MMC卒後臨床研修プログラム	10	8	80.0%	11	9	81.8%
鈴鹿中央総合病院	鈴鹿中央総合病院MMC卒後臨床研修プログラム	9	6	66.7%	9	9	100.0%
社会医療法人峰和会鈴鹿回生病院	鈴鹿回生病院MMC卒後臨床研修プログラム	8	8	100.0%	8	8	100.0%
済生会松阪総合病院	済生会松阪初期研修MMCプログラム	8	4	50.0%	8	8	100.0%
地域医療機能推進機構四日市羽津医療センター	四日市羽津医療センター卒後臨床研修MMCプログラム	6	4	66.7%	4	4	100.0%
松阪市民病院	松阪市民病院臨床研修MMCプログラム	5	2	40.0%	4	4	100.0%
JA三重厚生連いなべ総合病院	いなべ総合病院医師臨床研修プログラムMMC	5	3	60.0%	5	4	80.0%
国立病院機構三重中央医療センター	MMC三重中央医療センター卒後臨床研修プログラム	4	4	100.0%	4	1	25.0%
社会医療法人畿内会岡波総合病院	岡波総合病院MMC臨床研修プログラム	3	1	33.3%	3	1	33.3%
三重県立志摩病院	三重県立志摩病院JADECOR-MMC初期臨床研修プログラム	3		0.0%	3	2	66.7%
津生協病院	津生協病院初期臨床研修MMCプログラム	2		0.0%	3	2	66.7%

出所:厚生労働省平成28年度の医師臨床研修マッチングの結果について

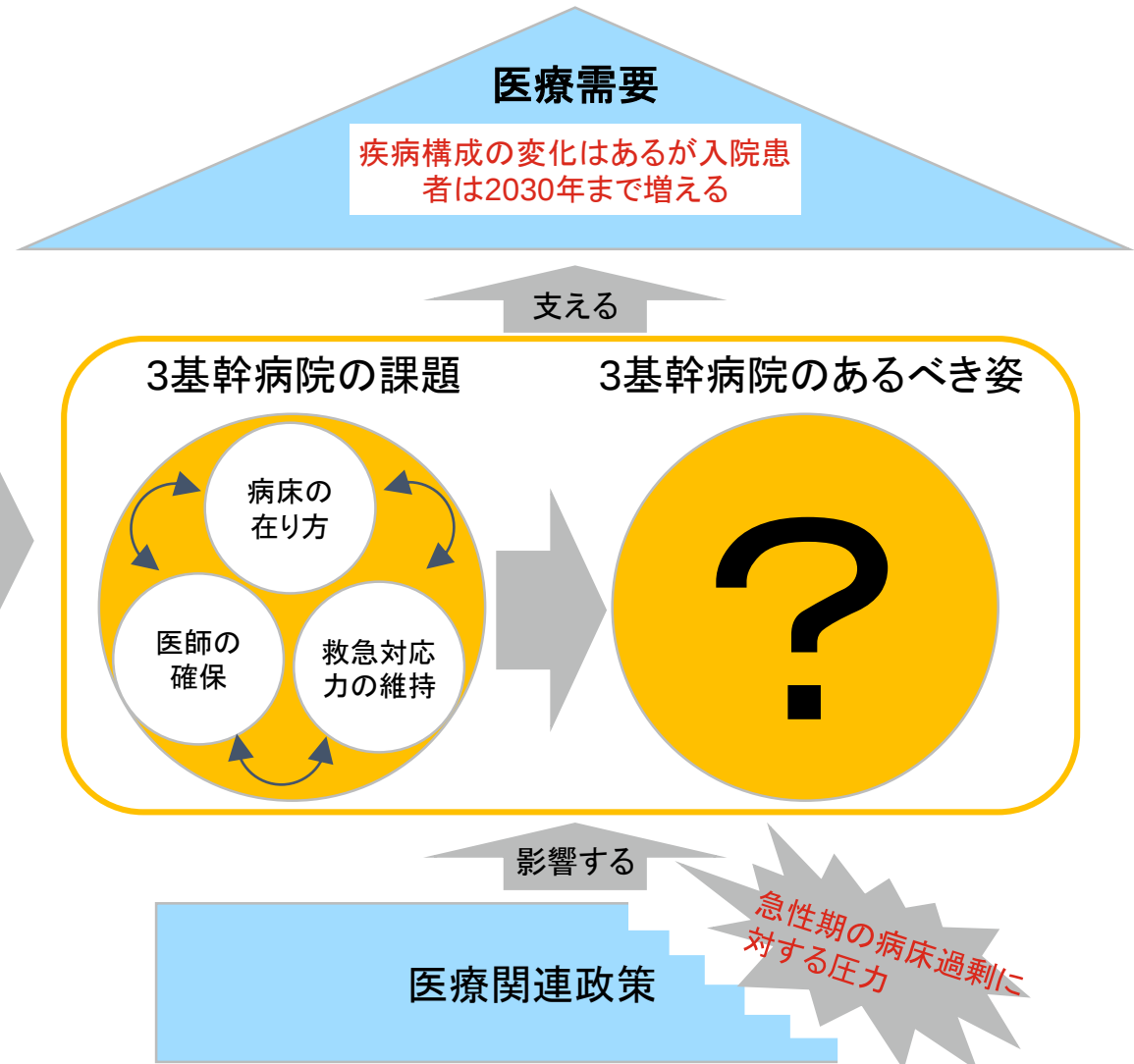
医療政策上急性期病床の削減が懸念されるものの、入院患者数は2030年まで増加すると試算される中、3基幹病院のあるべき姿を議論する必要性が生じている

松阪区域の課題を家に例える

現状



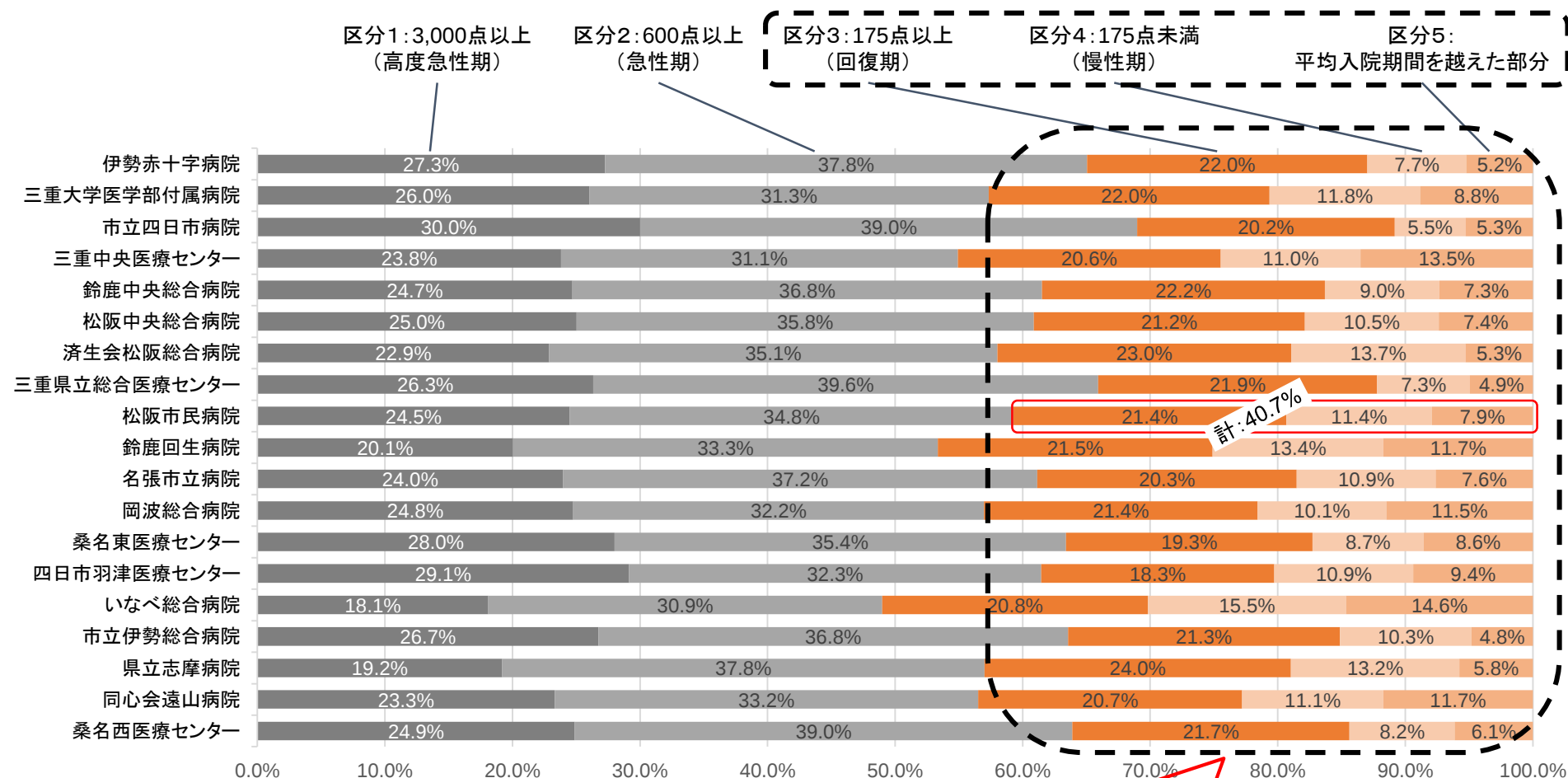
将来の変化



松阪市民病院に与える影響

三重県下のDPC病院では概ね4割程度の割合で回復期以降の患者にも対応していることが確認された

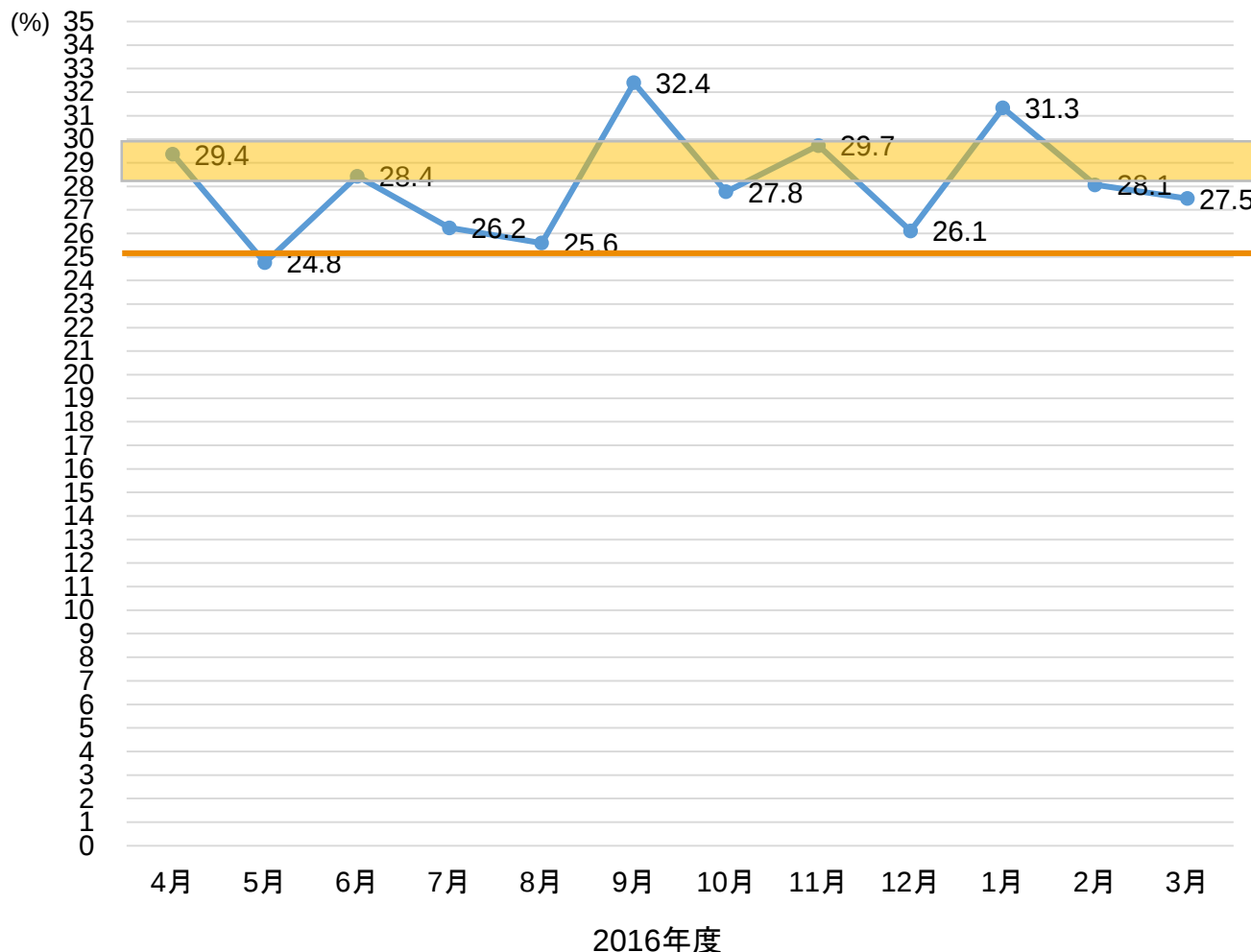
診療密度区分別の病床数等の推計結果



今後、急性期とみなされず、回復期病棟等への転換の協議が求められかつ、診療報酬上で急性期の点数を算定し難くなる可能性のある病床

松阪市民病院の重症度、医療・看護必要度は、7対1入院基本料の基準をクリアしている。2018年診療報酬改定で新基準が議論されている

松阪市民病院 重症度、医療・看護必要度



2016-2017年度の
7対1入院基本料の基準は
25%以上である。

2018年診療報酬改定の基準は
28%から30%に上げるべきでは
ないかと議論されている

重症度、医療・看護必要度とは、入院患者へ
提供されるべき看護の必要量を測る指標であ
り、7:1入院基本料等の診療報酬算定の要件
としてハードルが設定されているもの

カウントされる例: 救急搬送後2日間、全身麻
酔後2日間、専門的な治療・処置の実施等

7対1入院基本料の基準が満たせなくなった場合、次の3つの選択肢がある

病棟転換の検討

病床転換の選択肢

地域医療構想から見た選択可能性

7対1

基準がクリア
出来なかった場合

7対1から10対1に転換

10対1

メリット: 急性期医療を行える
デメリット: 収益が減少するのみならず、職員数が過剰となる



10対1に転換することは急性期病床の削減にはつながらない。
急性期病床を削減する方針と一致しないため選択し得ない

ケアミックスに移行し、7対1を維持

7対1

回復期

地域包括or回復期リハ

メリット: 急性期に加え回復期の医療を担える
デメリット: 地域の回復期病院の信頼に影響する



急性期病床の削減・不足する回復期病床の充実につながり、地域医療構想における政策と一致する

病床数を削減し、7対1を維持

ダウンサイジング
7対1

メリット: 入院単価を維持できる
デメリット: 設備、職員数が過剰となる



急性期病床の削減につながるが、不足する回復期病床の充実に貢献できない上、既存資源に対する収益が得られないため、病院経営の維持ができない

※入院基本料は、医療機能毎に病院の入院体制に応じて診療報酬が定められているもので、病院は診療報酬を算定するために、その要件をクリアする必要がある。

看護師の充実度合等の様々な要件を満たすことによって、7対1(患者7人に対して看護師1名)、10対1、13対1、15対1といった入院基本料が定められている

例) 7対1入院基本料 1,591点/日
10対1入院基本料 1,332点/日

出所:「中央社会保険医療協議会総会2016年1月27日 個別改定項目について」より加工

診療密度区分を元に、急性期病床と回復期病床の割合を6:4に転換すると、約6億3千万円の減収が試算される

回復期病床に転換した場合の減収額 約10%区切り別

※緩和ケア病床の病床数、病床割合、収益は含めていない

急性期病床 (7対1入院基本料)		回復期病床 (地域包括ケア病床)		収益(千円)	減収インパクト(千円)
(床)	(割合)	(床)	(割合)		
269	87.9%	39	12.7%	5,069,886	(現状の割合)
Δ10% 245	80.1%	+10% 61	19.9%	4,877,738	-192,148
Δ20% 214	69.9%	+20% 92	30.1%	4,655,926	-413,960
Δ30% 184	60.1%	+30% 122	39.9%	4,441,270	-628,616
Δ40% 153	50.0%	+40% 153	50.0%	4,219,458	-850,428

地域包括ケア病床の割合を高めた場合

計算式: 急性期7対1入院単価を56,778円、地域包括ケア病床入院単価を33,385円で固定し、病床稼働率83.8%(2016年実績)の収益を求めた。
入院単価は2016年度実績

急性期病床を削減した場合、急性期病床における医師1人当たりの病床数(患者数)が減少することから、医師数の減少が懸念される

現状の医師数で急性期病床を減らした場合の 医師1人当たり急性期病床数

回復期病床を増やし、
急性期病床を減らした場合

急性期病床 (7対1入院基本料)		医師1人当たり 急性期病床数
(床)	(割合)	
269	87.9%	6.0
245	80.1%	5.4
214	69.9%	4.8
184	60.1%	4.1
153	50.0%	3.4

計算式: 現状における医師数 ÷ 急性期病床数により求めた

医師1人当たり急性期病床数を 維持した場合の必要医師数

(現状)

急性期病床 (7対1入院基本料)		医師1人当たり 急性期病床数を 維持した場合の 必要医師数
(床)	(割合)	
269	87.9%	45
245	80.1%	41
214	69.9%	36
184	60.1%	31
153	50.0%	26

計算式: 現状の医師1人当たり急性期病床数(6.0)を固定し、
急性期病床数から割り出し求めた

医師が減少した場合に懸念される事項

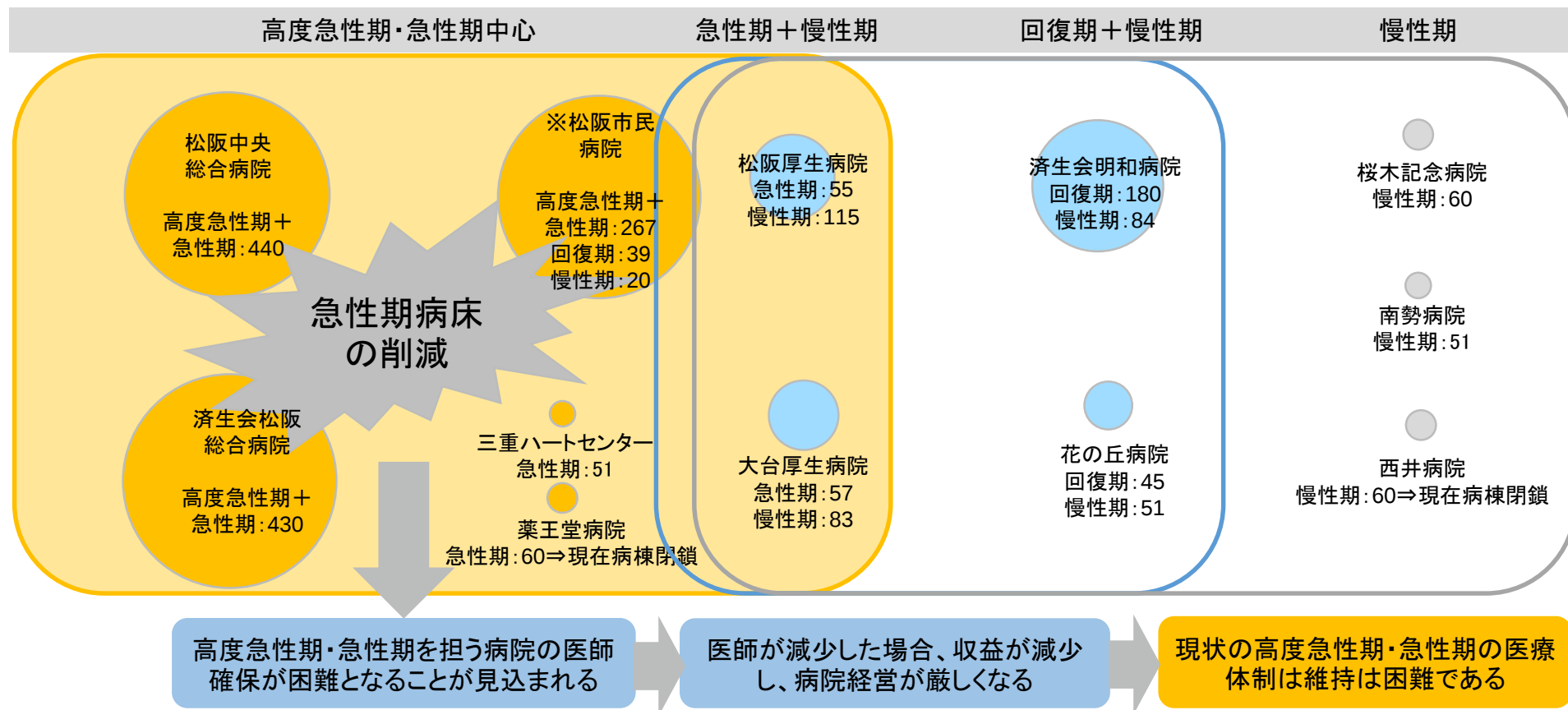
- ・救急医療体制の維持が困難
- ・診療科目数の減少
- ・病床稼働率の低下
- ・医業収益の減収 等

松阪区域の医療を守るために

急性期病床の削減政策により、現状の高度急性期・急性期医療体制の維持は困難と想定される。松阪区域の高度急性期・急性期医療を守るための検討が必要である

松阪区域の医療提供体制に与える影響

※円の直径大きさは、病床規模を表現している



松阪区域の高度急性期・急性期医療を守るために今後検討を行う必要がある