

第2回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 議事録

開催日時 平成 29 年 7 月 31 日午後 5 時

開催場所 市役所議会棟 第 3, 4 委員会室

出席者氏名(敬称略)

出席委員 末永裕之委員長、伊佐地秀司委員、野呂純一委員、小山利郎委員、
山路茂委員、桜井正樹委員

オブザーバー 三重県健康福祉部医療対策局地域医療推進課
田中直子

欠席委員 長友薫輝委員

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

会議は公開とする

傍聴者数 41名

事務局

それでは定刻となりましたので、ただいまより第 2 回の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を開催いたします。委員の皆様におかれましては、大変お忙しいところ、また、このような時間帯にかかわらず、委員会にご出席を賜り、誠にありがとうございます。はじめにご連絡がございます。三重短期大学の長友先生でございますが本日欠席のご連絡をいただいております。

本日の委員会でございますが、「審議会等会議の公開に関する指針及び運用方針」により、原則公開の立場をとっておりますので、よろしくお願いいたします。また、第 1 回の委員会同様、報道関係者および一般傍聴者の方々につきましては既に入室いただいております。報道関係者の傍聴につきましては写真撮影、録音のご了承をいただきますようお願いいたします。

報道関係者および傍聴者の方々にお願いがございます。受付の時にお渡しいたしました、傍聴の心得を遵守いただきますようお願いいたします。報道関係者の方は写真撮影および録音を行っていただいても結構でございますが、写真撮影につきましては審議の妨げにならないよう冒頭部分で撮影を終えていただきますよう配慮をお願いいたします。

本日の出席委員は7名中6名で、3分の2の委員の御出席をいただいておりますので、本委員会設置要綱第3条第4項の規定により本会議が成立していることを、ご報告いたします。

本日は第 2 回目の委員会ということで、前回、第 1 回の委員会でお示しいたしました「地域医療構想をふまえた松阪市民病院の現状と課題の整理」につづきまして、前回の若干の振り返りと、その折議論に上がった、懸念される事項の考察、市民病院が受ける影響、それから、松阪地区

の医療を守るためにということで資料をご用意いたしました。よろしくお願いいたします。

なお、委員の皆様には、お願いがございます。この後、皆様からご発言いただくこととなりますが、発言の際には、席に置かせていただきました、マイクのスイッチを押していただき、ランプ点灯の確認をいただいてから発言いただきますようお願いいたします。議事録の作成のため、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、末永委員長様には、このあと議事の進行をお願いいたします。

委員長

それでは第 2 回委員会を始めたいと思いますが、今日初めてご出席の伊佐地先生が来ておられますので、ご挨拶をお願いします。

伊佐地委員

(あいさつ)

委員長

まず始めます前に、こういう会がなぜ開かれるようになったかということを、私なりに考えていることを申し上げたいと思います。

2025 年というのは団塊の世代全員が後期高齢者になるという、そういう世代を迎えて、さらにそれから 10 年以上高齢化が進むわけです。そしてまた少子化がさらに進むという中、そういうところで持続可能な医療、介護提供体制をどう作っていいのだろうかということを、社会保障制度改革国民会議の中でいろいろ議論されました。それが元となって、医療介護総合確保推進法というのが出ました。その中には総合医の問題とか特定の看護師と特定行為の問題等々がございますが、その流れの中で地域包括ケア、あるいは地域医療構想の話が出てきました。一方で、公立病院には公立病院改革プランというのができ、その後、新公立病院改革ガイドラインというのができました。その新公立病院改革ガイドラインの中にありましたのが、一つには経営の効率化、二つ目は再編ネットワーク化、三つめは経営形態の見直し、この三つがございました。今回この新しい地域医療構想を踏まえた役割ということを迎えるに当たって、いま最初にも言われたけども、地域医療構想を踏まえた改革プランを出すように、ということになったわけです。そういうことで、地域医療構想と新公立病院改革プランというのは密に同じようなことを考えていくということになっています。そういう意味で松阪市民病院の在り方検討委員会を考えていただきたいと思います。

さて前回、松阪市民病院の現状、そしてその周辺の医療資源の問題、そして人口構造の変化等々いろいろございました。一つ思いましたのは、私は小牧におります、それは尾張北部医療圏というところなんです。そこは人口 71 万人ぐらいで、そこに 500 床以上のセンター的な病院が 3 つございます。それからいいますと、松阪市の中に 3 つの基幹病院があると、それも非常に近いところにあるというところでの難しい部分も実は含んでるというのを感じています。今日はまず在り方委員会の振り返りをお話いたします。そして、前回伺っていない大学病院の立場からのご発言をお願いしたいと思っています。それではまず振り返り等につきまして、事務局の方からの説明をお願いします。

(説明の前に 21 ページの下、計算式の表示訂正「病床数」を「年間延病床数」)

業務支援担当（トーマツ）

では、第 1 回在り方検討委員会の振り返りからお願いします。こちら 4 ページです。第 1 回委員会の最後で松阪区域の課題を、家にたとえて取り纏めをいたしました。

まず屋根に相当するのが医療需要。これが変化していくとのこと。そして三本柱。松阪市民病院含む 3 基幹病院、そして土台が医療関連政策ということで取り纏めをいたしました。まず屋根に相当する医療需要ですけれども、入院患者は罹患率の高い疾患が増加していくところと若年層の罹患率の高い疾患は減少していくという形で、まず屋根、医療需要に相当する部分は今は全く異なる需要が発生するのではないかとということが懸念されていました。

そして三本柱の懸念事項といたしましては、基幹病院それぞれ共通した項目が認められていて、地域全体でとらえると効率的ではないといったことや、三重県内の、医師の不足という点で松阪市では現状は医師がしっかりと確保されていますが、今後確保し続けるというのは少し困難ではないかという示唆がありました。そして、急性期としての人員や設備等有している病院が、回復期、この病棟へ転換をする際、医師の退職や収益性の悪化などデメリットも当然持っているということが、この基幹病院の懸念事項として認識をされました。

そして最後に土台、医療関連政策のところですが、国の方針として急性期から回復期在宅といったシフトと、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ます。そして、松阪区域の医療需要の減少が想定される中、回復期機能の充実のために、三つの基幹病院の機能分化に向けて定期的な協議の場を持つことが明記されているような状況だということでした。

そして 5 ページです。第 1 回委員会の振り返りとしまして、委員の方々のご発言を要旨として取り纏めをいたしました。

主には五つの点について委員会で協議が行われていました。

まず一点目の経営形態の見直し、再編ネットワーク化についてですが、委員の方から全部適用や地方独立行政法人化は昔ほどのメリットがなくなっている。再編・ネットワーク化を含めて考えていかなくてはいけない。病床が減っていくという方向性を考える上で診療報酬の厳しさから民間病院が病床を閉鎖してしまうことがあるでしょう、といったことも踏まえて、この地域での病床の数、それから機能を考えていかなくてはいけない、民間病院を救うということも含めて地域全体でのネットワークということを考えていかなければいけないのではないかと、というご提言をいただきました。そして 2 点目として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と言うことです。こちらにつきましては、大規模病院では診療報酬が有利に働く傾向にあるという事ですが、どの方向性を取れば生き残っていけるかという中で、一部急性期から回復期への機能の転換を行う病院がありますが、医師のモチベーションの低下、それから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よかったのではないかと、そして二次医療圏全体で考えるとどうなのかということは、今後検討していきたいというご発言がありました。

さらに回復期、慢性期のお話です。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、急性期と病床の機能の届出をしていますが、実態はみなケアミックスといえるだろう。高度急性期、急性期と謳っている病院のほとんどで、回復期や慢性期の患者も当然に診ていらっしゃる。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ほか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、この3 基幹病院も大変な影響を受けるだろうというご意見がありました。

そして4 点目は平均在院日数と病床稼働率の話でございます。平均在院日数を全体的に短くしなければ、経営的に苦しくなって入院期間が長ければ長いほど入院単価は安くなります。単価を上げるためには在院日数を短くしなければならない。例えば12 日台、あるいは11 日台に短縮すると、病床が空いてくる状況も出てくるでしょう。そういう中で、将来のことを考えていかなければいけない。平均在院日数が12 日以下となった場合には、病床稼働率が下がり、病院の運営は厳しくなると考えられるというご意見がありました。

そして救急医療と急性期医療体制という点です。10 年前の話ですが、松阪市民病院の二次救急ができないという状況がありました。救急車がいけないというのは、どれだけ重要な意味があるのかということ、身をもって体験されたという事でございます。それは絶対に守らなければいけません。医者数は急性期の病床に比例します。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ますが、医者数はどうしても減らざるを得なくなるでしょう。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だ。これからの検討課題になってくるだろうということでご発言をいただいています。

では続きまして、7 ページで、なぜ今在り方を検討すべきなのかということ、少し取りまとめいたしました。7 ページをご覧ください。こちら真中のオレンジで囲っておりますのが、この松阪区域の状況ということです。3 基幹病院による輪番制で二次救急を維持していること、そして松阪市民病院は経常黒字ということで健全経営を継続されているということですが、上から医療提供体制、左側の地域医療構想を踏まえた必要とされる医療サービス、そして下側、医療関連政策の方向性、この三つの視点で見ます。

まず、医療提供体制につきましては、基幹病院間で共有する機能役割が認められ、同様の体制維持には医師を含む職員の確保、機器の更新、それらを各病院で行うのは地域全体でとらえると効率的ではないということ。そして、地域医療構想を踏まえた必要とされる医療サービス、左側ですけども、人口減、高齢化により医療サービスへのニーズが変化していくだろう。現在の病床機能では、必要とされる病床の機能に対応できなくなる可能性がある。また、在宅医療介護ニーズの増加への対応、福祉を支えるための財政負担の増加が見込まれるといった点があります。

医療関連政策の方向性ですが、国の政策として急性期から回復期、在宅へのシフトが進められています。三重県地域医療構想においては、基幹病院の現状の病床機能や医療需要を考えながら、当院のあり方を発信して行くことが求められています。

こういったことを踏まえて、松阪区域のあり方を改めて検討する必要があるということです。

8 ページ目をご覧ください。例えば施設設備面ということで少しお話をさせていただければと思います。左側から現状、そして将来の姿、というところで図を描かせていただいておりますが、将来

の姿に応じて設備施設を整備していく必要があるということでございます。オレンジの所、円のところですが、将来の姿が決まらなければ、整備すべき施設設備が定まらず、限りあるお金が有効に活用されない可能性が高いということになります。そのため、今後どんな機能を維持していくのかということを、今まさに議論する必要があるということです。次に、ここからは第 1 回の在り方検討委員会で出た懸念事項を考察しましたので、ご報告させていただきます。

10 ページ目をご覧ください。前回第 1 回の検討委員会の中で医療需要の変化、医療政策の懸念事項、基幹病院への懸念事項としまして三つの懸念事項をご説明させていただきました。今回はさらに深掘りいたしまして、六つの課題に区分してご説明させていただきます。

まず、11 ページ目、医療需要の変化として、患者受療動向の変化についてご説明させていただきます。12 ページ目をご覧ください。前回、第 1 回の検討委員会でもご説明したものになりますが、上のグラフが推定入院患者数です。こちら 2025 年、2030 年までは松阪区域患者数は増えていくと見込まれていますが、その後減少していくと推計されます。また、下部ですが、松阪区域の外来患者数は現在すでにピークを迎えております。この先右肩下がりに減少していくと推定されています。13 ページ目をご覧ください。入院患者数が増えると言いましても、全ての疾患が増えるというわけではなく、高齢者に多く罹患が発生する呼吸器系、循環器系の疾患が増えていくと推定されますが、若年層に罹患率の高い周産期とか、妊娠産褥、その他小児に疾患があるようなものについては、もう既に減少がスタートしていると思っていただければと思います。14 ページ目は、疾患毎の推定入院患者数を積み上げ、3 基幹病院の患者数がどのように変化するかというのをシミュレーションしたものがこちらです。3 病院ともに、2025 年頃にピークを迎えて、その後は減少がスタートすると試算されているものの、高齢者の疾患を多く抱えている松阪市民病院に関しては、他の病院と比べると若干 2025 年から 2040 年にかけての落ち幅が、少し小さいと言うところは見受けられると思います。いずれにしましても、3 病院ともにピークを迎えた後、患者数が減少していくとシミュレーションされます。15 ページ目をご覧ください。松阪市民病院はこれまで入院収益、外来収益ともに右肩上がりに、収益が上昇してきました。一方で、純損益といふう記載していますが、利益の部分は横ばいに近いような形で、収益は上昇しているものの、横ばいに近いような形で推移してきていました。下側ですが、入院と外来の割合を示しているものですが、外来の収益の割合が非常に高くなってきているというのが、これまでの流れだと思います。先程ご説明させていただきましたとおり、外来の患者数はすでに減少がスタートしているということが見込まれております。この先も患者数は減っていくと試算されていますので、このあたりで経営上の影響が出てくるのではないかと、というところが課題といえるのではないのでしょうか。

16 ページ目をご覧ください。続きまして医療関連政策の懸念事項としまして、必要病床数との差、在院日数の短縮に関してご説明をさせていただきます。

まず、必要病床数との差について、17 ページをご覧ください。今回の検討委員会ですが、地域医療構想踏まえた、といった形で在り方検討委員会になっているわけですが、2015 年の病床数と 2025 年の必要病床数を比較したグラフがこちらでございます。下から黄色が高度急性期、オレンジ色が急性期、青色が回復期、グレーが慢性期で、それぞれの病床数を比較したものとございますが、比較してみますと高度急性期、急性期合わせて 2015 年で 1,455 床とされているものが、2025 年の必要病床数では 863 ということで 592 床過剰と試算されております。回復期

に関しましては現在 225 に対して 589 ということで、364 床不足と見込まれております。そういったあたりで、在り方検討委員会としましては、このような差をどのように考えるかというのを、委員の皆様にはご議論いただきたいというところでございます。この時点では 592 床過剰と書かせていただいておりますが、実際どうなのかというところを次のページ 18 ページをご覧くださいなのですが、2015 年に病床機能報告がありました。でも、そのあと調整といいますか、例えば松阪市民病院はすでに 39 床の地域包括ケア病棟に転換というところで、実際には急性期と言えないような病床があるのではないかと、いうところを検討したものになっています。例えば松阪市民病院はすでに 39 床地域包括ケア病棟に転換しています。済生会松阪総合病院は 24 床緩和ケア病棟に転換している、といったあたりで病院の急性期病棟に当たらないのではないかと、いうところを試算したところ、336 床が過剰、前のページの 592 床ほどではありませんが、336 床が高度急性期、急性期病床が、現実と病床機能報告と地域医療構想の差というふうに検討ができるのではないかと思います。

19 ページをご覧ください。在院日数の短縮というところを議論させていただきたいと思います。前回の第 1 回委員会の中で、在院日数が病院経営上在院日数の短縮というものが発生していくのではないかと、いう話がありましたが、実際、松阪市民病院の在院日数をご覧くださいと思います。20 ページになりますけれども、三重県内 DPC 対象病院の在院日数を比較したものがこちらになります。松阪市民病院 13.0 日、また 3 機関病院、済生会松阪総合病院では 13.4 日、松阪中央総合病院は 13.5 日というところで、その 3 基幹病院の中では最も短い在院日数になっております。ただし左側 10 日台、11 日台、12 日台といった病院も見受けられますので、在院日数の短縮というものは今後も、もしあったとしても不可能な域ではないとご判断いただけるのではないかと思います。そしてもし在院日数短くした場合の病床稼働率、これがどのようになるのかというのが 21 ページ目のシミュレーションになりますけれども、左側左下平均在院日数が 13 日、12 日、11 日、10 日と短くなった場合、病床稼働率がどのように変化するのかというのが右側、一番右が松阪市民病院で見ますと 12 日になると 73.0%、11 日になると 66.9%、10 日になると 60.8%と単純計算ではございますが、在院日数が短くなると病床稼働というものが低下してしまうということが 3 病院ともに言えると思います。3 病院ともに、もし 10 日まで在院日数が短くなってしまった場合、松阪中央総合病院では 56.7%、済生会松阪総合病院では 55%といったように、全ての病院で在院日数が短くなってしまった結果、空いた病床をどのように活用するかというのが課題になってくるころだと思います。

次のページ、22 ページ目をご覧ください。続きましてここからは医療サービスの提供体制の懸念事項として、3 基幹病院の機能、救急医療の維持、医師の確保といった議論をさせていただきます。23 ページ目をご覧ください。こちらは第 1 回の委員会でもご説明させていただいた資料ですけれども、3 基幹病院の 5 疾病、5 事業における主な役割を記載したものです。3 病院がそれぞれ役割を、例えば糖尿病、救急医療、災害医療に関しましては、3 病院 3 基幹病院が共通して有している機能ということになりますし、二つの病院が有している機能というところもある中で、3 病院がそれぞれ機能を共有して維持しているところもある、というのが松阪区域の特徴といえると思います。24 ページ目をご覧ください。県内 DPC 病院の退院患者数を比較したものになります。例えば一番左側、伊勢赤十字病院と市立四日市病院といったあたりは、少し抜きん出て退院患者数

が多くなっています。このように、集中して患者を診ているという病院もありますけれども、松阪医療圏に関しましては、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院が患者を 3 病院によって支えているというのが、この松阪地区の特徴といえるのではないのでしょうか。それに対して、左側の病院は 1 病院で集中して地域医療を支えていると考えられます。25 ページ目をご覧ください。これは、松阪区域の患者は外に出ているのか、区域内で患者さんを診ているのかというのを現したのがこのグラフになりますが、流入流出と書いてあるのは、流入というのは松阪区域の外から患者さんがきた数になります。流出というのは松阪区域の外に松阪区域に住所がある患者さんが出て行った数になりますが、例えば 1 番左側、津の区域と松阪区域の中で、松阪区域の患者さんは津の区域へある程度流出しているというふうに言えます。逆に言いますと、伊勢志摩からは患者さんが流入しています。とは申しまして右側のグラフ、松阪区域にいる患者さんがどれほど出ているかといえますと、16.4%というのは、他の区域と比較しますと決して多くはないということになりますので、松阪区域内で患者さんの入院医療は担われている、患者の多くが流出しているわけではないという点が特徴といえると思います。こういった機能を維持していくことが課題といえると思います。

次のページをご覧ください。26 ページ目になります。

救急医療の維持についてご説明させていただきます。27 ページ目、先程の退院患者数のグラフと同様に、こちらは救急医療入院の件数を比較したものです。伊勢赤十字病院と市立四日市病院に患者さんが集中していると思いますが、松阪区域は 3 病院が救急医療を担っているということが特徴といえます。28 ページ目をご覧ください。疾患別にどの病院が救急医療を担っているかということになりますけれども、例えば、呼吸器系疾患に関しましては、松阪中央総合病院、松阪市民病院が中心に担っていたり、一方で神経系疾患に関しましては、済生会松阪総合病院の割合が高いとか、小児疾患は松阪中央総合病院の割合が高いといったように、3 病院輪番体制を組んでいると言いましても、どの病院も同じ機能を担っているというよりは、それぞれ特徴的な機能を有しているなかで分担して救急医療を担っているということがいえると思います。こういった松阪区域が誇れる救急医療を維持していくということが重要な課題と言えると思います。

29 ページ目をご覧ください。今度は医師の確保についての議論になります。

30 ページ目をご覧ください。松阪市民病院の診療科別の常勤医師数をこちらでご説明させていただきます。左側から右側にかけて右側が診療科の常勤医師が少ない診療科、左側が多い診療科ということになりますけれども、1 名しかいない診療科が 4 つある。また、2 名のところが 3 つあるということですが、診療科にドクターが 1 名もしくは 2 名というところで何が問題かと言いますと、医療の質、安全性の確保、または医師の常勤や医師の勤務環境、医療提供体制の維持等の面でデメリットというものがあると思います。また 2 名 3 名いるところでも、それが適正かといえますと、患者数によって違うというところもあると思いますし、夜勤救急体制、教育体制というところで、適正なドクター数というのは、なかなか言えないけれども、医師の確保というのは非常に重要な面であると思います。では医師の確保というところで 31 ページをご覧ください。医師の臨床研修のプログラム別マッチング結果というのをこちらで示しております。医師の確保というところで、臨床研修医を確保しなければならないということがありますが、オレンジ色、松阪市民病院の確保状況はどうかと言いますと、2015 年は 4 名の臨床医師の定員に対して 4 名マッチし、これ

100%のマッチング率でしたが、2016 年に関しましては 5 名の定員に対して 2 名で 40%だったということで、医師の確保というのが非常に課題のある状況であると言えます。松阪中央総合病院に関しましても同様に、2016 年は 10 人の定員に対して 8 名のマッチング、済生会松阪総合病院に関しては 8 名の定員に対して 4 名のマッチということで、望んでいた、希望していたとおりの医師数が確保できたわけではないというところです。今後の医師確保というものは課題として認識すべきところというふうに思います。一方で伊勢赤十字病院ですとか、市立四日市病院といった症例数が多かったところに関しましては、マッチング率 80%以上あることから、ある程度症例数を確保していくということは、医師のマッチの中でマッチング率が高くなる要因となる傾向があるというところと言えます。

ここまでを 32 ページでまとめさせていただきます、前回この 3 病院の状況を家で例えさせていただきましたが、将来の変化としまして医療需要は 2030 年まで、疾病構造の変化はあるものの、入院患者数が増える、屋根が大きくなる、支えるべき屋根が大きくなる状況ではあります。ただし、土台となる医療関連政策の方では、急性期病床を維持することに対して圧力はある程度あるだろうということが想定されるというところで、土台が崩れているような絵を描かせていただきました。

そのような中で 3 病院、支えてきた三本柱がどのようなあり方となるべきかというのが議論として必要になってきます。病床のあり方、医師の確保、救急対応力の維持、これが松阪区域の中で重要になりますけども、それを今後維持していくためには 3 基幹病院がどのようなあるべき姿となるかというところの議論をする必要性が生じている状況といえると思います。

委員長

少しここで止めます。かなりこの前のディスカッションをうまくまとめていただいていると思います。この中で、医師の派遣の問題を含めましてお聞きしたいと思います。

実は三重県は近隣の県から見てまして、このところ研修医を何とか確保しなくてはということで、三重大学も含めて県の方もかなり努力しておられるなということを感じております。しかしその人たちが出てくるのはまだ 10 年先ですね。本当に力が発揮できるようになるまでには。そういう時間がかかるということの一つ。それから私前々から感じていますのは三重県というのは南北ものすごく長くて広くて病院が 2~300 床規模の病院がものすごくたくさんあるということで、派遣する大学としてはかなりご苦労があるではないかというふうに思うわけですが、この地域に派遣されている先生の所としてはどのようなお考えでしょうか。

委員

この松阪の 3 病院に、多くの科はですね、特に内科ですね。内科を三つとも一つの科で出しているというところは実はなくて、内科、大学病院として旧 1 内、2 内、3 内というのがございます。そこからすべてのところに出しているというのではなくて、二つの病院に例えば第 1 内科ですと松阪中央と済生会には出して、松阪市民は出してない・・・循環器は出してます。

なかなか全部のところには出すのが難しい。三つありますから。私のところは旧第 1 外科ですけども、これも歴史的に 3 病院ともすべて第 1 外科の医師でやってると。先ほど 10 年くらい前ででしょうか。松阪地区の救急が難しいという状態のときは、確か松阪市民は外科 4 名、小倉先生を入れて 4 名だと思います。松阪中央も 5 名くらいで、済生会も 5 名、非常に厳しい状況になって、これ初期研修医の導入というのもあったのですけども、私その時に教授になりまして、どうい

ふうに派遣するかというのがなかなか難しく、3つの病院がなかなかそれを切り盛ってくのは難しいなということで悩みました。で何とか維持をしようということで頑張ってみて、現状は、やっと専門研修、初期研修医を除いた専門研修医を含めると、全部でこの3病院で外科だけで20名体制、松阪市民が5名、松阪中央は8名、三田病院長含めて8名、で済生会が7名ということで、少しずつ保ってきてる、それでもこの三つの病院が高度急性期、急性期やってるというのは、私外科ですけどそれぞれこの人数が少ない。やはり一人ずつの医師にはかなり負担がかかるのは事実でございます。疾患もかなり重なってる場所もございますので、そのあたりのことももう少し考えて効率的な発展ができるといいのかなと思ってます。

委員長

ありがとうございます。こういう話を伺いましたのは、九州の方で筑後地区というところがある。あの辺は久留米大学からの派遣ですね。久留米大学の方が、派遣は二つの病院にできないから一緒になったらどうかみたいな、そんな動きが今あるようなところでございまして、大学側からするとどの病院からも人がいないからお願いします、ということをいろいろ言ってこられるけども「弾」がない、というところはやっぱりあると思う。

そういう中で、外科については旧第1外科出身ですからすべて出される、これもうほんとに大変なことだなということに初めて気が付いたわけです。ですからこれからいろいろ考えていく上で、医師の確保という事も無視はできない事であることもここでちょっと追加しておきたいと思います。それでは続けてお願いします。

業務支援担当（トーマツ）

ありがとうございます。

では、34ページ目をご覧ください。前回の第1回委員会で実際の病院はどこもケアミックスに近い形という委員からのご発言があったと思いますけれども、点数上の計算になりますけれども、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった疾患が、どのような割合で入院しているのかといったものの試算がこちらになります。オレンジ色以降が回復期、もしくは慢性期といった疾患になりますが、確かにどちらの病院も4割近くが実際急性期と試算されない患者の割合となっており、松阪市民病院におきましても40.7%が急性期ではない、というふうに点数上はみなされている疾患になっております。

今後、急性期とみなされない、となってしまうと、回復期病棟への転換の協議というものが求められる可能性があります。また診療報酬上で急性期の点数を算定することが難しくなってくると言った課題がある、というのが4割ほどあるのではないかと思います。

35ページになりますけれども、診療報酬上で点数が算定で難しくなるというのはどういった形かということですが、重症度・医療看護必要度というもので縛りが厳しくなる可能性がございます。7対1入院基本料を算定するための要件になっているものですが、現在の基準は25%。オレンジ色の「線」で引いてあるところは25%ですけれども、25%以上というところが7対1入院基本料として算定が可能な所になっています。2年ごとの診療報酬改定の中で、この重症度・医療看護必要度というところがさらに要件が高くなるのではないかとこのところが現在議論されているところで、もし高くなるとすると、28%や30%という声も今聞こえてきているところですが、それが上がると7対1の入院基本料、現在の病床数を維持するというのが非常に厳しくなってくるということが

想定される課題というふうに言えると思います。現在、松阪市民病院が算定している重症度・医療看護必要度の割合というのがこの青色の折れ線になっております。続きまして 36 ページ目です。では、7 対 1 の入院基本料が算定できない、もしくはすべての病床、現在算定しているすべての病床で算定するのが厳しくなると、今後、どのような選択肢があるかというところになりますけれども、三つの方法があるのではないかと思います。一つ目は 7 対 1 から 10 対 1 に転換するというところがあります。10 対 1 というのも急性期病床とみなして良い病床になるんですけども、点数が下がってしまうというところでデメリットがあるものになります。7 対 1 ではなく 10 対 1、少し点数の低い方で算定するという一つの手ではあります。ただし、地域医療構想からみますと、地域医療構想中で回復期病床を担っていく病院病床が足りていないという中で、急性期を同様にそのまま維持するというのは、地域医療構想からみた選択枝とはいえないのではないかと思います。先が一番下、ダウンサイジングのところご説明しますと、ダウンサイジングというのは急性期病床を、病床自体を全体的に縮小するという考え方になりますけれども、そうしますと入院単価の維持はできるということにはなりますが、在院日数を短くして早く患者さんを退院してもらおうということになってしまいますので、回復期が足りない松阪区域という中で、受け入れ先を確保できない中ダウンサイジングというのは、それもまた地域医療構想から見ると、ふさわしい選択枝とは考えにくいというところがあると思います。そうしますと、というところで真中のところですが 7 対 1 の病床はある程度維持しながらも、回復期の病床をさらに増やして、ケアミックスという形に移行するというのは、地域医療構想からみますと回復期が足りない急性期が多いというふうに言われている中では、ある意味地域医療構想の中ではマッチするという選択枝ということでは考えられると思います。ただし、回復期の割合を増やすということのデメリットもございます。

37 ページをご覧ください。急性期の病床から回復期の病床へ転換の割合を広げていくということで、上から現状になります。急性期 7 対 1 が 269 床、回復期・地域包括ケア病床が 39 床となっておりますが、上から 8 対 2、7 対 3、6 対 4、5 対 5 というように回復期の病床の割合を増やして急性期病床を減らしていった場合、収益にどのようなインパクトがあるのかを試算しております。急性期、回復期の単価は現在の単価のまま、維持したまま、どのくらい収益が下がるかという所を右側でインパクトとして出していますが、例えば先程のグレーとオレンジの診療密度のグラフで見ますと 6 対 4 くらい、4 割が回復期とみなされていると話しましたが、6 対 4 でみますと現在よりも 6 億 2800 万円ほど減収してしまうという試算が出ております。それに対応して看護師の数を適正な数にしていくなど、コストを抑えるということは可能ではありますが、現実には、患者さんの診療内容が大きく変わるというわけではありません。看護師の負担ということを考えますと急激に看護師を減らすということは、なかなか考えにくいことですので、単純に収益、利益の部分が大きく減っていくというふうにも考えても問題ないかと思います。

38 ページ目をご覧ください。今度は先程から医師の問題があるというような議論になっておりますが、急性期病床が減ってしまった場合、必要医師数がどうなるかの試算になります。

左側の表は急性期病床を減らしていった場合、現在の医師数で、医師 1 人が急性期病床を何床見るかとなります。当然急性期病床を減らしていけば、1 人の医師が診る病床数が減ってしまいます。例えば半分まで急性期病床を減らしてしまいますと、現在 1 人の医師が 6 名の入院患者さんを診ているというのが、3.4 というところまで下がってしまいますので、診療実績が大きく下

がってしまうというところがあります。それを右側で医師 1 人が 6 床を維持したまま急性期病床を下げていくと、必要な医師数が減っていくということになります。例えば 50%まで落としてしまうと 26 名程度で、現在よりも 19 名少ないということになりますし、先ほどの 6 対 4 というところで急性期 60%というふうにしますと 31 名ということになりますので、14 名医師数が減、医師 1 人が 6 床診るという割合を維持するとなると、14 名少ないということになってしまいます。そうしますとどのような問題が起こるかとなりますと、医師が減少した場合には、例えば救急医療体制の維持は困難になると考えられます。医師 1 人が当直する数が大きく増えてしまいます。非常に負担が大きくなる。また、1 人診療科、2 人診療科、というのが多かったというのも先程ご説明しましたので、診療科目数が減ってしまうことも考えられると思います。病床稼働率も減少しますので、収益も大きく下がるといったところで、単純に急性期病床を減らして回復期病床を増やすという選択肢を単純にとるということをしてしまうと、収益上また医師確保という面でも大きく問題になってしまうところが課題ではないかと思います。

最後、取りまとめということで 40 ページをご覧ください。第 1 回の委員会の方でも使わせていただきましたけれども、松阪区域をマッピングしたという形でございます。今回の報告の中で急性期病床の削減という圧力があったという、いろんな影響があったと思いますが、こういったことがありますと、この図の下側の左側です。高度急性期、急性期を担う病院の医師の確保、これが困難となるということが見込まれます。

そうすると医師が減少した場合、収益が減少し、病院経営が厳しくなる。そうすると現状の高度急性期、急性期の医療体制を今後継続的に維持していくのは困難ではないかというふうに思われます。こういったことを踏まえまして、松阪市民病院というよりも、松阪区域でこの高度急性期、急性期を守るために検討を行う必要があるのではないのでしょうか、ということで締めのスライドとさせていただきます。以上でございます。

委員長

はい、ありがとうございます。かなり丁寧な分析であったと思います。

とは言ってもいろんな思いがそれぞれの方にはおありではないかと思います。ご説明の中で、疑問点とかあるいはお考えがございましたら、委員の方から。

委員

私は素人でございますので、単純な質問なのですが、34 ページの説明の中で、三重県下の病院で 4 割程度の割合で回復期、慢性期の患者を対応していると。こういったことを踏まえまして、この 3 病院でなかなか同じような状況なのですが、先ほどの説明を聞かせていただきますと、将来こういう回復期の患者の受け入れ体制が苦しくなるのではないかと、そのように思います。したがって個人病院、この受け皿がなかなか数字的にも無理のような気がする。行きつく所は三つの総合病院になってくるのかな、そのように思っています。そんななかで、いま松阪市でこういった医療構想を踏まえて議論されておりますけれども、例えば中央病院とか、済生会とか、そういう大きな総合病院はどのように感じて、捉えられているのか、そのあたり聴きたいのですが。

委員

実は地域医療構想は、もう国が法律で決めまして、急性期は 2025 年に減らさなければいけない。今日のシミュレーションですけれども、だいたい 3 病院で 330 前後は急性期病床を減らす必

要があるというふうに思ってます。さらに国が言ってるのは、一般急性期の平均在院日数は 9 日にしよう。先程からずっと、平均在院日数を下げるという話が出てきていますけれども、そのシミュレーションするととんでもないことになってきて、これが 3 病院等しく降ってくるんですね。実は昨年度まで地域医療構想調整会議という県が主催する形で、ここにいらっしゃるこの地区の司会者、議長として医師会長が、その地域医療調整会議というので話し合いを持って、一応の数が納得する格好で降りてきたんですね。ただ、それはあらかじめ県の方が降ろしてきた数値をそのまま認めざるを得ない格好で、若干の数値の上下はありましたけれども、結局最終的には急性期と高度急性期を 3 病院で、3 病院というかこの区域で五百数十落とせと、3 病院で言うと三百二～三十は減らさなくてはいけないということが、既定の事実としてもうまとまってしまいました。今後はどうなのかというと、地域医療構想の中で 3 病院が話し合いをなさいということがもう明記されています。それも多分、地域医療構想の調整会議がまた今年度以降も開かれますので、そこで話し合いをしてく事になりますが、ただ昨年度までの話し合いの内容では、それぞれ全部自分たちの意見を言うだけであって、まとめようがない。それはまあそうですね。それぞれ院長が出ておりますけれども、院長は実は 3 病院とも院長はオーナーではないです。この松阪市民病院のオーナーは市民でもあり市長でもあり、済生会病院は、済生会の本部の方がそのあたりは握ってますし、中央病院は厚生連本部が持ってます。ですのではなかなか厳しいなということで、とりあえず市民病院の方ですね、率先して一回こういうのを出して、ある程度の考えみたいなものがもしまとまっていくならば、どこかがやらなくてはいいかなと思って今こうやって動いているわけです。

委員

ありがとうございます。私も何かこう松阪市だけが不利なところへ行かないかという、そういう危機感を持ってましたので。

委員

不利なんていうことをしたらなんて、私はそれを絶対考えていません。

委員

是非ともそこらあたり、3 病院できちっと議論していただきたいと思います。

委員長

ひとつ私の方から言いますと、国は本当に高度急性期、急性期を少なくしたいですね。その逃げる先として回復期というような言い方をしているわけです。どこの病院でもその回復期の人たちがいるわけですね。別に回復期病棟ということは言わなくても、ケアミックスというふうに言いますが、その中で収まりがついてるわけで、どうしても回復期にどうこうというよりも、急性期の機能を果たしていないところを減らしていくというのが国の考えではないかと思っています。ちょっと話が外れますけども、三重大学の方のこういうデータ初めて見まして、といいますのは、いろんなところから出てくるのでは、大学病院のほとんどが高度急性期で全て届け出ておりますね。でも実態はそうじゃないでしょうと皆さん言ってるわけです。例えば、皮膚科もあれば眼科もある。そういう中でこういう点数で分けているという、こういう低い点数の人たちも引き受けざるを得ないといったところは、やはり高度急性期のところでもあるわけですね。で、そういうふうに理解しまして、初めてこういうの見まして、そういう意味では、ああそうだよねっていうのを非常に丁寧に出しているというふうに思っています。

委員

付け加えますと国の方へのあの申請は、やはり大学病院ですので急性期、高度急性期 100%というふうに出さないとなかなかあのインパクトといいますか、状況がありますのでそれで出しても実際はこれが本当のところですよ。

委員長

そうですね。いま、高度急性期、急性期といわれましたけど、ほとんどの大学が高度急性期一本で出してますので。

委員

どこの大学がそれを破るかというのを、わざわざ三重大学が最初にしなくていいだろうということです。

委員長

それは素晴らしいことなんだろうと思っております。

もう一つは、急性期病院が多いということになりますと、地域医療構想の中でなかなか減らないということになると、一応公立病院に対しては、県知事が命令することができるというふうな、他の所に移ることを命令することができるということなんです。で、他の所に対しては、一応指導することができるということなんです。もう一つ言いますと、つい最近ですけども改革プランを公的病院にも広げて行こうという話が最近出てまいりまして、公的病院、ですから他の所、二つの公的病院にもそういうふうなことを、一応知事の方が指示することができるか、命令することができるかどうかわかりませんが、そういうようなことを広げていこうという、そういう動きは実際今ございます。これは一応自体病院協議会の中では私が言ってますのは、これは県としては県知事としては、最終的には多分他の公的病院、ましてや私的病院には命令はできないだろうと。もし言ってくるとすれば、県知事との関係もありましょうけども、公立病院それも県立病院にしかないのではないかと、そういう思いはありますけども、一応そういうふうなことだったと思います。

それからもう一つ、次のページ重症度・医療看護必要度については 28 から 30%。これだいたい平均が 28. 何%というふうなことでしたので、多分 28 には行くんじゃないかというふうな見通しが今のところありますね。これについて言いますと例えば松阪市民病院がもう回復期リハ病棟持ってる。その部分については 7 対 1 の維持をするという意味も多分あったと思いますし、そういうことでは非常に早くから鋭く反応しておられるというのを感じております。

その次の、7 対 1 の基準が満たせなくなった場合の選択枝なんですけども、あのダウンサイジングについていいますと、ダウンサイジングはそれでいいですけども、公立病院はダウンサイズして職員を切ることはできません。ですから例えば市の方に引き上げていただければとか、そういうことがない限り職員数を減らすわけにはいきませんから、なかなか言うだけみたいなのがあって、民間ならこれをやと思います。人を減らしてダウンサイズというのはあると思いますけれども。

それからケアミックスに移行し、7 対 1 を維持するって事につきましては、回復期はもうすでに 1 病棟あるだけに、何病棟にするかっていう問題も多分出てくるかなと思います。そして一番上の 7 対 1 から 10 対 1 に転換する、急性期の病棟 7 対 1 から 10 対 1 に転換しますとどういうことが起きるかという、看護師さんが過重労働を必ず訴えます。同じような患者さん診ているのに何でこんなに急に 7 対 1 から 10 対 1 になって、忙しい思いさせるの、みたいなそういうところがあって、

これもなかなか難しいというところですね。

そういうようなことで、後の減収の額につきましてはシミュレーションであるのでコメントすることはやめておきますが、いろんなところでとにかくこれから大変になってくるのは間違いなくありますね。それからもし、急性期病床数を維持してダウンサイズすると、そのときにはもう診療科を限定しないといけません。すべての科をやりつつ入院ベッドを減らすということは無理でしょうから、その時には診療科を減らす事も考えないといけないという、そういうふうな、今まとめていただく中ではいろんなことを感じました。

委員

一つ教えていただきたいのですが、前回いただいた資料 6 で、松阪市民病院ビジョン 4。この後ろの方で、ページの 23 ページあたりを見せていただきますと、平成 28 年度の医業収益、それから 29 年度は落ちております。30 年度以降、ほぼ同じ数字が並んで、その時に職員の給与費等もですね、どうも収益が伸びていかないのに、人件費が横ばいでそのまま、というような数字が出てまいっておりますし、それから少し前に戻って 21 ページあたり、職員 1 人当たりがですね、100 床のベッドで 100 人という計算になっている。従来、私自身が 30 年前、以上前になりますけれども、病院勤務していたころっていうのは、職員数っていうのはだいたいベッド総数、が職員総数、それがどうもこの頃 2 倍になっています。それで医師が 1 人当たり抱えられる職員の数っていうのは大体 10 人だったのですが、これも今市民病院の場合は 20 何人かくらいになってくるのではと思います。

その時代の流れで違ってきているのかということと、これからの数字の動きというのが妥当性があるのでしょうか。

委員

まず、収支計画。23 ページのところの 28 年度は見込みですけれども、ここは医業収益としては 93 億円ですので、これはほぼ合ってました。ところが 29 年度以降はさすがに 93 億そのまま行けないのではないかとすることがありまして、見込みでこのくらいかなというところで、これはかなり現実的に抑えてあります。それと医師の数は今だいたい 50 弱ですので、そこで大体 280 ぐらいを見てますから 1 人当たりやっぱ 6. 何人か、その中には実際に大量に抱えてる内科のドクターとかいろんな科がありますので、医師 1 人でならしてます。

もうひとつは最近の急性期の流れでは、どうしても高度化していますので、チーム医療ということで、いろんな職種を大量投入しないとうまくいかなくなってきています。ですので急性期とか高度急性期の一つの特徴は大量資源投資で、大量消費で利益はほとんどなしと、これが一つのトレンドだと思っていますけれども。

委員長

少し追加しますと、例えば 7 対 1 にしてもそうですが、診療報酬がほとんど外形基準に対してつくというふうな誘導してきましたね。だから 7 対 1 を取って、それからある時期、20 年以降ちょっと診療報酬がよかった時期、すべて経営状態ほとんどがよくなっていますので、その時にある程度過大といいませんけど投資している。それが今になってちょっとボディブローのように効いてきたというようなことがあります。要するに例えば 7 対 1 にしても当初は 7 対 1 を取ればそれに対す

る診療報酬の手当がついて、それがどんどんカットされて、というふうなそういう部分があって、多分人件費比率が高くなって。だけれども診療報酬が抑えられるから、その最終的な医業収益は伸びない。そういうことが基本的にはあるのではないのでしょうか。

それから日本医師会の方の立場です。ベッド数を削減する、それが前提じゃないって事をいろいろな会議でその中川副会長がよく言っておられました。でも、やっぱりベッド数、急性期のベッド数を減らすというのは大きい目的ではあるのは間違いないと思っています。

委員

松阪地域で、地域医療構想の数字の上から行きますと、削減されるベッド数に見合った医師が何人減るのか。かなり、44 人ぐらい減る。今の現在の市民病院に在籍する医師がごっそり消えてしまっても当たり前だと、このベッド数が削減されますとね。

委員長

ですからベッド数の削減については、その書かれた通りというふうではなくてもいいというふうには思いますが、ただしそういう圧力がかかったときに、公的病院の中でも、公立病院が一番そのプレッシャーを感じることはなるかっていうふうには思っています。

委員

在院日数を減らしましょう。そのとき水揚げが落ちる、在院日数と水揚げの関係ってどういふものですか。

業務支援担当（トーマツ）

係数っていう形で、包括で算定している患者さんすべてに何点何パーセントという形で少しずつ点数がつくようにはなっていますけれども、それよりも在院日数を短縮することによって空くベッドの損の方が大きいですね今のところは、というのがあっていると思います。

委員

多分厚労省の言っている平均在院日数を下げろという、その言っている大きな意味というのは、急性期ほど厚労省の設定する平均在院日数というのが表に出てきます。で、急性期は 9 日、高度急性期になるとそれが 14, 15 日というふうに長くなるんです。ただ、高度急性期は急性期に比べると数が少ないので、全体的にどうしても平均在院日数を下げないとだめなんですね。そうすると、平均在院日数を下げるとことは、病床利用率が下がる。そうすると経営的に絶対成り立たないです。その意味はどういうことかと考えますと、厚労省はそうやって平均在院日数を下げて、強引に下げさせたときに、経営の成り立たない病院は、急性期病院としてもう退場しなさいっていう事をはっきりと診療報酬上で言ってるように思います。ですので、この 7 対 1 の重症度医療看護必要度ですね。これがどんどん上がってきても、それに合致しないところはもうどんどん退場しろと。それをかなりドライに割り切り始めてるのではないかというのは最近の私の考えですけどね。

委員長

今の 9 日というのは無理だと思ってますけども。といいますのは、例えば一日平均在院日数を短くさせようと思うと看護師さんたちの仕事量がものすごく増える。そうすると 9 日までという 7 対 1 どころかもっと看護師を獲得しないと、それはもうそんなに早く退院できなくなりますので、それは現実的ではないと思いますので、そこまではいかないけどそういう諸外国のスタンダードに近づけたいという思いが多分あるでしょう。

委員

今までのお話をお聞きしていて、そうしますと今の実態としては、点数で区分した場合で行くと地域医療構想に近づいてくるんですけれども、ただそのような格好でケアミックス、それぞれの分を考えていくとなると、今後の将来的な展望も含めてですね、なかなかやっていけないだろうと、それぞれでやってもみんなが共倒れになってしまうのではないかなというような、今日の説明はそんなことなのかというふうに理解したんですけども。そうすると、最初先生が言われたような格好の、どう3病院で役割分担するかネットワークを組んでくとか、そういうところを見てかないとなかなか松阪地域の医療は守れないということになるんですかね。

委員長

そういうのは今回は、というふうには思っておりますけども、あるいはそういう方向に行くかもしれませんし、またそれだけでなく、民間のそういう回復期を持ったりしたところとのネットワークですね。それが大事になってくるんじゃないかと。要するに民間病院がみんななくなっていいかというとそんなわけでは決してなくて、大学はやはりそれを引き受けていただける市中病院がないとやっていけませんし、市中病院もそれを支えてくれる病院、或いは在宅というふうな地域包括ケアがないとやっていけないという、そういう条件がありますので、多分、その辺になりますと、厚労省がどこまで思っただけその画を描かれるかわからないんですけども、私が常々思っていますのは、都道府県に落ちてきますと、それをすべてその通りやらなくてはいけないみたいな、そういうところで非常にとらわれすぎるところがあるように思います。ただし、今回の地域医療構想というのは、それぞれの地域に応じたやり方をやりなさいというふうなところが基本だと思いますので、どれだけ減らなければいけないというのは、それはあくまでも一つの考える手段であって、ここまで減らさなくてはいけない、となってくると、それを減らしたらこの地域は少なくともいいという話に、そういう話になってもまずいと思いますので。

他に何かございますか。

委員

今、厚労省がただ数字だけで決めた高度急性期、急性期ですけども、松阪中央総合病院が高度急性期、急性期あわせて61%くらい。当院が59%くらい。済生会が58%くらいですから、ほとんど似たようなものなんですね。当院は1年前、地域包括ケア病棟というのを導入すると決めまして、それで動かし出してきました。で当院の場合はそれでうまくいったんですが、じゃ残りの2病院が同じようにそうやって地域包括ケア病棟を導入していくかという、細かい話なんですけど、入院総合体制加算というようなやつを取ったりしていて、そういうのを取ってる病院は地域包括ケア病棟を導入できない。当院でもう1病棟増やせるかという、大まかなシミュレーションをずっと考えたんですけども、2病棟はなかなか難しいですね。それで非常に行き場がなくなりまして、今非常に困ってるところです。

委員長

まさにそうだと思います。基本的にはですね、僕はこういう委員をお願いされたときに思ったのは、松阪市民病院は前の世代も知っておりますけども、よく努力してやってるところなんですね。ほんとにそれだけは認めていただきたいというふうなところがありまして、その上で先ほど冒頭にいいましたけども、やはり300床前後の病院というのはこれから絶対的に大変になってくる。そ

ういう中で大学の支援も受けながらやってく。そして人口減にも耐えていく。というふうな体制を作るにはどうするかという、そういうふうな視点で考えていただきたいと思います。今までやって来られたことについては、実は外から見てましてよくわかっていました。ましてや地域包括ケア病棟にしても適正にそれを取り入れたりということも含めまして、すごくきちんとやっている。けども、今まで打てる手はほとんど打ってきた。その中でこれからの嵐にどうやって耐えていくかというのが問題になっている。そういうふうな意識で皆さんお考えいただければいいんじゃないかなというふうには思っています。

委員

急性期、高度急性期の病床数を減らすと医者が余ってくる。そこは実はちょっと違ってまして、今、本当に高度急性期の患者さんに対してはもう、患者一人に対して数名の医者がいるわけですね。そういうところの病院に集中しますと、そのところに何人もの医師がいて、高度な医療機器もいりますのでそのところに投入される医師の数というのは昔に比べると、昔私たちが卒業したころというのは一人で全部診てたわけですし、それで特に診療してても、社会的にも問題はなかったわけですね。現状においては、急性期、高度急性期の患者さんに対して、それをいかにケアしていくかという、やっぱり最高の人数で最高の医療をやつてかないと、なかなか救えないとかそういうことになりますね。ですからそのベッドが減って医者が余っていく、それはちょっと違って、おそらくそこらの方へ医療資源を投下すれば医者はいりますし、また、回復期のところとか在宅のところにも医師が不足していますので、そのあたりのところもうまく分けていけば決して医者が余ってくるということは現状ではないのではないかと考えています。

委員長

まさにそうだと思いますし、今もうひとつはですね、これとは全く議論が離れますけども働き方ビジョン検討会みたいなのがありまして、医師の過労死をめぐって、時間外勤務が長すぎるのではないかということいろいろ言われてますね。そういうものを解消するためにも医師はある程度確保しないと絶対解消できないですけど、でも、それだけ働ける医師がいらないというその現状の中で現実的に考えていくということも必要になってくる。

ほかにございませんでしょうか。1 番最後のところで松阪区域の医療提供体制に与える影響という事でいろいろ書いてありまして、この中で多分、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院の急性期、或いは大台厚生病院の急性期、こういうところを減らせということはまず言えません。急性期病床を減らすということは、3 病院で減らすしかなくなってしまうというふうな、それも辛い話ですね本当は。ですからその辺はそこそこ減らす、ということくらいでとどめとかなないと、病院そのものが無くなってみたいな話になってしまいますので。

委員

二つの病院のね、急性期の話なんですけども、これ多分病院機能報告で出てきた数字そのもののなんでしょう。

点数による区分ではないはずですね。

委員長

そう思います。

委員

先ほどのお話で、先ほど言われた病院が、今はそうやって言っていますけども、実際にはその国の方が、そうは言っておれないように持っていくのではないんですかね。将来的には。

委員長

そういう思いはありますけども、やはりいろんな団体がありまして、一気にというようなことにはならないと思いますが、でも少し言いますと、人から言われてどうこうするっていうことではなくて、今、病院を経営、運営している者から言いますと、その先まできちんと生き延びていけるようにするには、今はそういうことを自ら、外圧によって変えるのではなくて、今、我々自身が考えて変えていかなくてはならないというふうに思わなくてはいけないのではないかと実は思っています。

委員

いろいろと説明は聞いて納得はしたんですけども、いずれにしても、院長さんに頑張ってほしいのは、松阪の大きな総合病院、すべてがこうバランス的に病床を減らせるように、あくまでも一方的に公的な市民病院にしわ寄せが来ないようにくれぐれも議論を進めていただきたいというのが住民の願いですのでよろしくお願いします。

委員

ありがとうございます。市民病院だけが一方的にどうのこうのしたら、松阪の一番大事なその二次救急の維持ができなくなります。

それは私の10年前の経験では絶対してはいけないことですし、二次救急を何とか回すためには今の医師数を松阪地区で減らすわけにいかない。これはもう確かなんです。で、それはもう絶対的に守らなければいけないし、逆に医師数が減らなければ、減らなければ当然その周辺で一生懸命仕事してくれてるコメディカルも減りません。だからそれを最終的に目指すのが唯一の回答かなというふうには思ってるんですけども。ただ、国がかなり今回は強行でして、具体的に県に対しても、2025年に、その数値を落とさないと罰を与えるようなことまでいってるんですね。国自体が県に対して。これはまずいなというのは、実は私ずっと見てて思うところではあります。

委員

いわゆる地域医療構想の数字の中でですね、南勢志摩の二次医療圏の中で、ビックデータで出されている数字というのは、単純にね、住民の人口当たりの何割が今日入院してるか、私は1%と踏んでるんですけども、正しいですか。松阪区域、今24万人くらいですね。そうすると2,400人がその日に入院してもいい数字でしょう。というのはほぼ今のベッドがそのままでしょう。そうしますと、上流のベッドが減らされてくると、今は下流のベッドがどこへ行くのか。回復期は別にしても慢性期と言われるようなベッドがね。そうしますと慢性期のベッドが、いわゆる介護保険関係のベッドに流れてとなりますと、現在松阪地域で確か4,000床あまり、特養、老健いろんな入居型の施設がありますけども、それを含めて4,000床くらいなんですけども、実はこれがどれだけ充足されているのか、現在使われてるのかという数字を三重県が出してくれないんですね。

そこまで出していただかないと下流の方へどうやって押していけるのか。その辺のデータ出していただけませんか。

委員長

下流という言い方がいいかどうかは別にしまして、今は急性期の病院、高度急性期、急性期の

話ばかりです。が、実際にはもう一つは慢性期を減らすという話もあるんですね。介護療養だとその介護医療院ですか、という施設化するとか、いろんな話が出ておりまして、これからやはり、かなり短期間にいろいろ変わらざるを得なくなってくると思いますね。それと先生の今言われた、でもそういうような病院の行き先どうこうというようなこともありますけども、それこそ最初から言っていますけども、そういうところを見捨ててはいけません。そういうところもないと我々も困るんだ。そういうところとは、やはりそれがどういう施設、仮に施設になろうとも、ネットワークを作って連携していくという、そういうことで民間病院もこの話の中に入っていただくという、地域医療構想の中には入って、話に入っていることが必要なのではないかなって思っております。

業務支援担当（トーマツ）

本日の資料 12 ページの方に、資料、入院患者数再掲させていただきましたけども、2015 年、上のところですね。延べで 2,259 人/日ということですので、先ほどのお見込みのとおりかと思えます。

委員

2025 年でもそうだという数字ですか。

業務支援担当（トーマツ）

私どもの試算の中で、とういことですので、まだまだ増えていくというところでございます。

委員長

この将来推計というのはほとんど現状から推計するという、そういう数字なものですから、本当はもっと高齢化でいろんな病気をもった人が増えてくると、多少変わってくる可能性もある。そういうことは抑えておいた上で考えるということでしょうか。

前回と今回で一応松阪、この周辺ですね、将来的な人口構成、疾病予測も含めて、ドクターの数も含めてですね、いろんなことを検討してきましたけども、また今回は一つ進んだ方向にいくであろうとおもいますが、現状把握の上でこれだけは聞いておきたいとか、これだけはその議論しておきたいというのがございましたら。

委員

27 ページの救急患者の受け入れが、松阪地区 3 病院足しますとすごい数ですねこれ。どうしてこう多いのか。そのあたりのところちょっと教えていただきたい。

委員

もともと松阪地区のその救急車の使用台数は全県で一番です。もともとすごく多くてですね、四日市地区に比べると本当はかなり多いですね。1.5 倍くらいになってくるのかな。ですので気楽に救急車を使いすぎるというのはあるんです。で、ただそれは 3 病院の救急ですね、特に夜間は救急車に乗ってこないと受け入れないと、そういうルールにしてありまして、もしくは一次救急の休日夜間診療所に行って、そこで紹介状を書いてもらった患者と救急車だけしか受け入れないと、こういうルールで辛うじて二次救急が存続してきたという歴史があります。

ですので一般の人も、松阪地区は意外と救急車利用に対しては、ハードルは低いんじゃないかという気はしますね。

委員

それは、松阪市が東西に 50 キロもありますので範囲が広いということも要因ではないのですか。

委員

それもありますけども、ただ人口当たりで見ますので。

委員長

医師の数は三重県下でも多いというふうな、そういうようなことが昔からあって、わりに気楽にという言い方はいけませんけども、わりに受け入れていただけたからというところあるかもしれませんね。

委員

これは市長がずっと言っている事ですけれども、松阪地区の救急輪番体制、救急車の体制は三重県一であって、しかも国全体を見渡しても非常にうまく機能している。それは結局救急車に乗ったらもう行く病院が決まっていますので、ここが津とは違うところなんですね。

委員

私も聞いた話では、救急で運ばれたらその松阪市民病院にかかっている、輪番日が松阪中央だったら松阪中央で診ると、そういうシステムで、非常にいいシステムですね。そんな地区は無いですよ。たいてい戻されますよね。そういう意味ではかなりここは機能している。これは守っていないといけません。

委員長

ほかに今日議論しておく必要のあるものは、事務方の方にはありますか。

事務局

(なし)

委員長

今日はかなり具体的な課題についての整理がなされたと思います。それを踏まえていろいろなご意見をいただきました。何回も言うようですが、もろもろのことを考えると、2025 年以降にこの地域でいい医療を提供するにはどうするか。そういう視点でまたさらに議論を進めさせていただくということで、今回は締めさせていただきます。ありがとうございました。

事務局

長時間にわたり、たいへんありがとうございました。本日ご意見、賜りました事項につきましては、事務局にて整理させていただきます。議事録の作成及び、次回の委員会に向けての資料作成をさせていただきます。また、次回委員会の日程につきましては、別途、調整させていただきますのでよろしくお願いします。

18 時 30 分終了