

第1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6月20日午後2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、長友薫輝委員、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
井端清二 田中直子

欠席委員 伊佐地秀治委員

内容 委嘱状交付、委員長選出、委員長代理の指名、市長諮問

議事 在り方検討委員会設立に至る背景及び目的と今後のスケジュール
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
質疑応答並びに意見交換

会議は公開とする

傍聴者数 7名

(開会前に、会議の公開の周知と、報道関係、一般傍聴の会議開始前の入場、報道関係の撮影、録音について委員がそろった時点で了承を得ている。)

事務局

定刻となりましたので、ただ今より、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本日の委員会にご出席を賜り、誠にありがとうございます。

初めにご連絡がございます。委員でお世話になります三重大学の伊佐地先生が本日ご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、よろしく申し上げます。

報道関係者、および傍聴者の方々には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。なお、心得の9番につきましては事務局よりあらかじめ委員の皆様にご了承を得ておりますので、報道関係者の方は写真撮影、および録音をおこなっていただいて結構でございます。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。

また、本日は傍聴の参考資料として委員会提出資料と同じものを用意しております。参考にご覧ください。なお、この資料につきましては委員会の様子について理解を深めていただけるように用意させていただいたものでございます。(資料の確認)

それでは事項書に従いまして進行させていただきます。

事項 2、市長より委嘱状の交付。

(竹上市長が末永委員、長友委員、野呂委員、小山委員、山路委員、櫻井委員の順に交付。)

市長挨拶

市長

改めまして皆さんこんにちは。本日は大変お忙しい中、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ということで、末永先生はじめ皆様本当にお忙しい中こうやってお集まりをいただきました。まずもって心から感謝申し上げます。私どもの松阪市の話を少しさせていただきたいと思います。私たちの行政としての松阪を見た場合、一番全国に胸を張って誇れるものとしては、私は医療体制であるというふうに思っております。このような 17 万弱の小さな市で、3 つの総合病院があり、しかも輪番制で 2 次救急の体制をきちんと備えておるといふところは本当に珍しいというふうに感じております。ただ、様々な我々を取り巻く環境というのが大きく変わろうとしています。昨年来、決まってまいりました地域医療構想というものが、これからの人口減少に備えた国の方針というところもございます。そして医療と介護というものを大きくとらえた、地域包括ケアというものも 30 年度から出発ということになってまいります。いろんな意味で医療を取り巻く私どもの環境が変わりつつある。その中で、我々の地域における医療がいかにあるべきなのか。さらには自治体病院があります。この松阪市民病院の将来的な方向はいかにあるべきか、それを一度きちんと専門家の皆さまにご議論をいただいて、我々にご示唆をいただきながら将来に向かって一步踏み出していきたいというふうに考えております。皆様方にこの後諮問をさせていただきますけれども、様々なご議論を経てこれからの松阪市の医療の在り方について、ぜひとも答申をいただきますようお願いを申し上げまして、委嘱を受けていただきました皆様へのお礼のご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局

つづきまして、事項 4、本日が初めての委員会でありますので、委員の皆様の自己紹介をお願いしたいと存じます。(マイクの使い方説明)それではお手元の「資料 1」の名簿順ということで、末永委員さまからお願いしたいと思います。

(各委員自己紹介 三重県地域医療構想の点からアドバイザーとしての三重県職員紹介と自己紹介、職員による庁内プロジェクトチーム 資料 3 の名簿により紹介)

(事務局職員紹介、有限責任監査法人トーマツ 業務支援委託の紹介。)

つづきまして、事項 5、本委員会設置要綱第 3 条第 3 項に基づきまして、委員会の委員長を選任いただきたいと存じますが、委員長の選任につきまして、どのようにさせていただいたらよろしいでしょうか。

小山委員

事務局案はありますか。

事務局

ただいま事務局案はというご提案がございました。事務局案といたしましては、末永委員に委員長をお願いいたしたいと存じますがご承認いただけますでしょうか。

(委員 承認)

事務局

ありがとうございます。では末永委員におかれましては、委員長席のほうへお移りいただきますようによろしくお願いいたします。

また、多くの幅広いご意見を頂戴いたしたいことから、議事運営をお願いする委員長にも一委員として、ご意見を賜りたいと存じますので他の委員の方のご理解をお願いいたします。

(末永委員が委員長席に着席)

本委員会設置要綱第3条第5項の規定によりますと、委員長代理は委員長があらかじめ指名することとされておりますので、末永委員長から委員長代理の御指名をちょうだいいたしたいと思えます。よろしく申し上げます。

委員長

それでは、御指名させていただきます。今日のご欠席ですが、伊佐地委員に私が何かあったときのかわりに委員長代理ということでお願いいたしたいと思えます。よろしく申し上げます。

事務局

それでは、事項 6、市長から委員長に諮問書を手渡ししていただきます。委員長は御起立願います。

市長

諮問書の読み上げと手交 【諮問書別紙】

事務局

ありがとうございます。大変申し訳ございませんが、市長は、このあと別の公務があり、ここで退席させていただきます。

(市長退席)

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。

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

では、議事に移ります。今、市長の諮問事項の中で、もう一回言いますと、地域医療構想をふまえた松阪市地域医療体制の分析、松阪市民病院の最適な経営形態に関する調査分析、松阪市民病院の今後の在り方に対する検討、この点がございまして。地域医療構想は、今年度中にある程度の方向性を出さなくてはいけないということになっている。地域によって全く動きの乏しいところから、かなり進んでいるものもあるようです。そういう中でこの地域でどうしていくかというためには、現状がどうかという分析をしていかななくてはいけない。まず議事の始まりとして在り方検討委員会の設置に至る背景及び目的について、今後のスケジュールについて事務局の方からご説明をお願いします。(事務局準備)

準備の時間をお借りして、今、日本中の公立病院だけではなくて、300床前後の病院が一番大変です。大規模病院については、今までの診療報酬でそこそこ手当てがされるようになっていまして。しかし、中小の部類に入る300床くらい、400床に近くてもこのあたりの病院は非常に苦勞していて、ではどう言った方向性をとったら生き残っていけるかというそういう中で、松阪市民病院としては回復期リハであるとか、あるいは地域包括ケア病床を作るといことでいろいろ手は打っておられるが、では松阪区域、この2次医療圏の中で全体としてみたらどうなのかということも含めていろいろご説明いただきたい。

事務局

在り方検討委員会設立に至る背景及び目的について

今後のスケジュールについて 説明(資料7)

過去における市民病院経営の危機、地域医療構想・公立病院改革プラン・診療報酬改定の2点について主に説明。

自治体病院の現状ですが、平成18年当時、全国の病院数は8,943。このうち自治体病院は1,047で全体の11.7%を占めていました。また、病床数は1,626,589床で、自治体病院はそのうち246,036床で15.1%を占めていました。医療法人・個人を考え合わせると、当時自治体病院が大きなウエイトを占めていました。その中で、平成18年当時の自治体病院につきましては、平成16年で66.2%の病院が赤字でした。平成17年度には68.7%、この資料の平成18年度には、78.9%の病院が赤字ということで、非常に自治体病院の経営が厳しいといった状況であったと思います。その中におきまして(新聞記事参照)松阪市民

病院も例外ではなくて、平成 19 年度決算におきましては、過去最悪の 10 億 5,000 万円の赤字でした。それに伴いまして医師の方も、現在(平成 29 年 2 月現在)45 名いますが、その当時の新臨床研修制度が始まって大学が人手不足に陥り、医師が引き上げられる中で、当院でも 40 数名いた医師が、33 名に減ると同時に、産婦人科などの診療科の減少を余儀なくせざるを得ない、そういった厳しい状況でもございました。そういった中で先ほどの検討委員会ではないんですが、そういった危機的な状況を受けまして、平成 19 年 6 月には外部有識者、大学の先生、医師会長なども入っていただき、松阪市民病院のあり方検討委員会を設置させていただきました。その諮問の中で当時の下村市長は、創設以来守り続けてきた市民病院を、今後もこの地域に貢献できる形はどういう形なのか議論をいただいて、判断の土台をお願いしたい。これは病院の中だけのお話なんですが、よく似た状況にあったというふうに思います。そして、そういった中で平成 19 年 12 月には、公立病院改革策定ガイドラインが総務省の方から通知が来しました。

そういったこともあり、平成 20 年 2 月までにこのあり方検討委員が 5 回開催され、2 月には答申書が提出されました。

答申の主な内容ですが、新たな経営形態として地方独立行政法人や指定管理者制度について検討すること。二つ目に経営効率化に向けた努力をすること。この中には 3 年間での黒字化という事が目標数値に掲げられていました。

そして三つ目は 2 次救急医療の継続、緩和ケア病棟と療養病床及び検診センターの開設、こういった大きく三つの項目が答申書の中にでています。そしてこの答申を受けて、平成 20 年の 4 月、市内部の関係職員で構成する委員会でございますが、松阪市民病院改革委員会、及び松阪市民病院経営改善委員会を設置し、いろいろ議論をして参りました。

そして 21 年 3 月には、その委員会での議論を経て意見書を提出したところです。その主な内容としてそこに、赤で記入させていただきましたが、あと 1 年から 2 年を経ても経営の改善が見られないときは、上の答申にありますような独立行政法人化や指定管理者制度といった経営形態の見直しを検討していく。1. 2年の猶予を得る中で頑張っていこうという意見書だったというふうに理解しております。そうした中で平成 22 年 12 月、松阪市民病院のその 1. 2年の改革に向けたビジョンというものを策定して頑張ってきたところでございます。

市民病院の医師数の推移でございますが、平成 9 年 10 年ごろ 46 名、それから若干の減少がありますが 40 数名いた医師が 10 億円の赤字のところには 33 名、35 名といった医師数になってきました。その後、いろいろな院内の取り組みの中で医師数も徐々に増えて、平成 28 年度には 46 名で、その赤のところは研修生ですが、研修生の方も平成 20 年頃から 4 名から 6 名、今は 8 名の研修生を抱えるまでになってまいりました。次に経営の状況ですが、医師数と連動しているところもありますが、順調に収益等は伸びてきている状態です。またその赤にしてあるところは純利益で、平成 19 年には、先ほども申しましたように 10 億円の赤字でしたが、平成 21 年ごろから少しずつ経営の方も黒字化しまして、まだ公には示しておりませんが、28 年度も黒字ということで、8 年連続の黒字ということで病院の方も頑張ってきているところでございます。

次に二番の地域医療構想及び新公立病院改革プラン、また診療報酬改定でございます

が、これはもう現在おかれている状況でございまして、地域医療構想、それから新公立病院改革プラン、また、平成 30 年度に行われる予定の診療報酬改定、その三つの柱で今後は動いていくような状況になっているかと思えます。

地域医療構想につきましては、平成 27 年 3 月に地域医療構想策定ガイドラインが発せられまして、平成 28 年 3 月には、お手元に配布をさせていただいています松阪区域地域医療構想というものができました。その主な中身につきましては、医療機能の分化であったり、連携、それから医療需要と必要病床数、そう言ったものが盛り込まれております。また時を同じくして、今度は総務省の方から新公立病院改革プランが打ち出され、27 年 3 月に、新公立病院改革策定ガイドラインという通知が来て、中身としては大きく四つが示されております。経営の効率化、再編ネットワーク化、経営形態見直し、この 3 つにつきましては先ほど申しました平成 19 年の公立病院改革プランの中に含まれていたものと同じですが、今回新たに 4 つ目として地域医療構想を踏まえた役割の明確化、そういったものが大きく示されており、地域医療構想というものを軸として進んでいくようにというふうな国の考え方なのかなということに理解をしております。

そして平成 30 年にあります診療報酬の改定ですが、平成 28 年度に改定がございました。重症度・医療看護必要度の厳格化というところで、それにつきましては先生方ご存知かと思えますが、入院患者へ提供されるべき看護必要度ということで、状態で言えば食事摂取とか寝返りができないとか、また処置の方では心電図なり点滴、そういった入院患者の中でも重症の患者をある一定のパーセント抱えていなさいというふうなところで、平成 28 年度には 15%から 25%に改定をされました。先日 6 月 15 日の病院新聞には、28 年の現在は全国平均でその数字が 28.8%だという記事も出ておりました。当院におきましても 28%から 30%、今維持しているところでございます。おそらく平成 30 年度にはもう少し厳しくなるということも想定されます。そして平均在院日数の縮減でございますが、これは 18 日に現在なっております、当院におきましてはその在院日数は平均で 13 日から 14 日という所で推移している状況でございます。次に地域医療構想との連動でございますが、ここにつきましてはまだ確定ではないというふうには思いますが、地域医療構想を実現するために診療報酬の面での対応も必要と言われております。そういったことで地域医療構想実現に向けて、診療報酬の改定というものも取り組まれていくのではないかと推測もするところでございます。こういった状況の中で、このままでは病院として生き残っていけない状況がやってくるんだ、そんなことを心配させる政策的な誘導がされていくように思えてならないところがございます。

次に、今なぜ病院の機能を変えなくてはならないかということでございますが、2つ項目を上げさせていただきました。少子高齢化と病院連携でございます。少子高齢化につきましては、平成 37 年には今の団塊の世代が 75 歳になると、そういった予測の中で現在は臓器単体を治す急性期で完結する。そういった治す医療から、高齢者が 75 歳以上となりますと多くの方が足腰が弱まり、転倒しやすく、骨折の割合もリスクも高まってきます。また糖尿病とか高血圧などで複数の疾患を持ち、年齢とともに完治しにくい、そういった状況も出てくると言われています。そういった中で、直し支える医療というのは、現在の回復期とか慢性

期なのかなと思っております。身体機能が衰えて複数の疾患を抱える高齢者のために、病院から在宅まで切れ目のない医療サービスを提供できる体制づくりといったものが求められている中で、直し支える医療というものがでてきたように思っています。高齢化、人口減少の中で、おのずと患者数も減少していく、そして病床数の減少に繋がっていくということが懸念されております。この松阪区域では地域医療構想にも記載されていますが、今後 10 年間で計 1 万 5,000 人の人口減少、そしてその後 5 年ごとに 9,000 人の人口減少が予測されているところでございます。

次に病院連携の部分でございますが、現在は病院完結型ということで定義づけられていますが、一つの病院で完治するまで医療提供する。そして在宅に帰っていただく、そういった流れできていますが、これからは地域完結型ということが言われております。各病院が得意分野を定めて、他の病院と連携して医療を提供していく形が望ましいということがいわれております。そういった中で例えば、急性期、回復期、慢性期というふうにございますが、救急搬送された患者に必要な手術をして、退院後、家に帰っていく姿が現状だと思うんですが、将来につきましては急性期で手術をしてもなかなか自宅に帰れないで継続した医学管理やリハビリが必要な患者を受け入れる病床を回復期と位置付けており、そこで一定の医学管理やリハビリを経て慢性期、在宅復帰等に流れていく、このように病状に応じて転院する仕組みづくりが必要であり、それが医療の効率化だけでなく、患者にとっても早い回復期につながるメリットがあるというふうに言われています。また一方では、そういった中で病床の回転率を高めて、医療の効率化や入院の短縮というものが寝たきり防止に繋がるなど、医療の質の向上も言われていると考えています。

さて、市長のあいさつでも出てきましたが、松阪市民病院を取り巻く環境でございますが、半径 3.5 キロ圏内に中央総合病院、済生会松阪総合病院、そして松阪市民病院と 3 病院で 1,198 床の病床がございます。松阪区域の人口は 22 万 1 千人。この松阪区域といえますのは 1 市 4 町でございまして、松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町の一市四町でございます。この今 1,198 という病床数を踏まえまして、3 月に策定されました地域医療構想中での病床必要数の推計も示されておまして、左が平成 37 年に必要とされる目安というように言われていますが、数値でございます。全体的には 2,230 の病床が 1,837、現在 393 の過剰という数字が示されております。高度急性期と急性期をみますと 1,455 の病床数が 863 で 592 床の過剰、反対に回復期につきましては現在 225 床で、将来は 589 床というふうに 364 床の不足。慢性期につきましては、541 床が 385 床で 156 床の過剰だという数字も示されているところでございます。そして先般、5 月 15 日に NK ニュースレターに厚生労働省の医療法人指導官が投稿していた記事が気になりましたのでここに示させていただきました。「日本は今後人口減少社会に突入し、患者のみならず、医療従事者の確保も困難な状況を迎える。現状のまま何もせず手をこまねいては、地域で共倒れの危機に瀕する医療機関がでてくるだろう。そうした危機感を持つ医療機関経営者に従来の医療機関間の競争から協調へと大きく舵を切り、地域で効率的で質の高い医療の提供を可能にする体制を整えていただきたい。」、厚生労働省のある程度の地位の方が言っていることなので、国の方針ではこの考え方のかなと思って理解をしたところでございます。

そして最後に今までの経緯等も踏まえまして、今後、松阪市民病院が歩いていく形というものをいろいろご審議いただきたいと考えております。急性期と地域医療の両方を持つ公立病院が、双方の橋渡しをしながら地域住民の安心を担保していくということが求められると思います。その役割を担っていくために、松阪市民病院が目指すべく一定の方向性を委員の皆様方に導いていただきたい。そういうふうを考えているところでございます。最後に今後の当委員会のスケジュールでございますが、本日、第 1 回目を開催させていただきました。まだ 2 回目、3 回目、4 回目の日程等は細かくは調整しておりませんが、11 月頃までに全 5 回の委員会を開催し、市長に答申をお願いしたいというふうに考えていますので、よろしく申し上げます。私の方からは以上でございます。

委員長

事務局の説明が終わりました。少し説明の追加をいたしますと、先ほど 19 年度に 10 億円のマイナスということで新聞に載ったということでありましたが、実はこれ平成 18 年に小泉内閣の時に診療報酬が 3.16%という大幅な減額がありました。そのために、実は私のところもそれまで 17 年間、完全実質黒字だったのが、18 年、19 年、実は赤字になっています。ということは、診療報酬の影響はものすごく受けるということである。そのあとの、どの政権のときも 20 年からずっとプラスでした。プラスだったものだから、ちょうどその 19 年にああやって新聞にも書かれたということで内部的にもかなり努力したんでしょう。その改革機運が上がった時に、その診療報酬がプラスに改定する時期であったので非常によかった。また、新公立病院改革ガイドラインというなかで、経営の効率化というのは当たり前です。今までかなりどこでもやっています。それでもまだ続けてやっていかなくてはいけない。もう一つは、経営形態の見直し、再編ネットワークというのがございまして、今回はそれに地域医療構想をふまえた、というものがつきました。その中で自分が方々で言っているのは、先ほど言いましたように 20 年から診療報酬が上がる非常にいい時期に、例えば独立行政法人をとったところが一番いろんなことができました。だからその時期の、たとえば 20 年と 24 年くらいを比べてみますと、上昇率というのは独法化したところが一番高かった。そのあと、全部適用といったようなことがあったりしている。もちろん公設民営は論外です。必要なところだけやって、余分なところは何もやらないというふうな私たちの経営をやるわけですから。少なくともあの時期に早く手を打ったところは利益率がすごく大きかった。松阪市民病院も一部適用であってもすごく頑張っただけでかなり良くなりました。それから去年までずっと黒字が続いているというのは、これはもうすごいということであるということは、まず皆さんにわかっていただきたいということの一つあります。けれども、・・・というところがある。今から全部適用にするとか独法化するとかいうのは、昔ほどのメリットはなくなっている。診療報酬がこれから絶対に甘いはずがない、厳しくなってきます。そうすると、基本的にさっき言いましたように、診療報酬で経営が変わってくる、影響を受けるわけです。そこが絶対に良くなならない、これから。そういう中でどうやって自分たちの責任だけが問われるような形にして、ましてや独法化で運営交付金がどんどん減らされていくというような形になると、これは極めて大変で、後は民営化しなくなってしまうというところがある。だからその問題もまた後から考えなくてはならないと

いうところで、そうすると後は再編ネットワークといったところも含めて考えていかななくてはいけないのかなといったところは思ったりします。そんな中で、例えば今、急性期病床が 860 くらい多いとか、回復期が 340 いくつ少ないとか不足とかそういつていたが、実はこれは日本医師会などが強く言っておられるが、現状投影の形での必要なベッド数であって、別にこれはベッド数を減らすということが前提ではないといっているんです。でも減らすという方向性は絶対にあると思います。ところが、私が言っているのは、これだけ診療報酬が厳しくなっていくと、民間で病床をなくしてしまうところが出てくるということを思います。そうすると全体のベッド数を削減すると、将来的にもものすごく減ってしまって、少なくなってから増やそうと思っても増えないということがあるものだから、そういうことも踏まえたうえで、この地域でのベッドのことを考えていかななくてはいけない。ということはもう一つ言いますと、民間との連携の中で救ってあげないといけないところも含めて、ネットワークということを考えていかななくてはならないと、実は思ったりしております。今日はこれからトーマツさんからいろんな話がありますので、一応、いま、ガイドラインを話されましたので、その中から私が普段からいろんな立场上考えていることをちょっと触れましたけれども、いろいろ聞いていただければ私の考えを述べますが、私は座長の立場でありますので、これからディスカッションの中ではなるべく抑えて発言したいというふうに思っています。

そういうことで、今までで何かご質問はございませんでしょうか。まあ、そういう非常に大変な中でこの地域の医療をどう守っていくかということ、共通認識として一応持っていたきたいということでお話いたしました。

それでは、今までの話も踏まえながら、今回の委員会の支援業務を行っていただいている、有限責任監査法人 トーマツさんから地域医療構想をふまえた松阪市民病院の現状と課題についてご説明をお願いします。

業務支援担当（トーマツ）

資料 4 に基づき説明

それでは、資料 4 ということで資料のご紹介をさせていただきたいと思います。1 ページめくっていただきますと、こちらには委員会が発足された理由ということで、左下の 4 ページの方には、先程事務局の方からの説明の通りでございまして、この非常に近い圏内の中で、半径 3 キロ 3.5 キロ以内に三つの大きな基幹病院がある中で併存している中の、あり方検討委員会ということになります。ただこれ医療を取り巻く環境、厳しい環境に対応していくためにということが非常に重要な言葉でございまして、先程松阪市民病院、8 年連続の黒字という状況の中、なぜここで委員会を発足しなければいけないのか、というのも非常に重要なメッセージだということで、最初にご紹介したいと思います。今後の医療産業を取り巻く環境というのは、患者様が減少していくということと、後はその医療、人口減少というのが非常に大きなインパクトをもたらすということは後ほど紹介いたしますが、そういった中、松阪市民病院がどうあるべきかということ、もう検討していかざるを得ないという状況にあるということをご認識いただければと思います。

次のページ、5 ページになります。こちらは当委員会の目的と役割ということでございます

が、目的は、20年30年先ということにあります。30年先まで松阪地域でこの地域住民が安心して生活をしていくために、必要な医療サービスを絶やさず維持継続していくために方針を決めること、これが目的でございます。この委員会の役割は、市民病院としてあるべき姿、役割機能、運営形態などについて、市民にとってよりよい医療体制や市民病院の方向性将来像について答申を行うことということです。ですので重ねてとなりますが、こうやって役割を担っているということでございます。それでは具体的な今回の委員会の検討課題であります三つの検討課題を委員の皆様方と一緒に共有をしております。

まず三つの検討課題というふうに申し上げましたけれども、検討の三つの視点のことで取り纏めをいたしました。まず検討の一点目ですけれども、20年30年先の医療を守るために維持していくことが必要な医療提供医療機能、これを検討いたしました。そして検討の2といたしまして、現在の医療提供体制の問題点や課題の洗い出しをいたしました。それから、検討3ということで、国や県の医療に対する政策を確認し、対応しなければならない課題を検討いたしました。ということで三つの観点から検討いたしました。下に三つの検討課題のまとめる形で書かせていただいておりますが、これをサマリということでまずご紹介をしたいと思います。一番左からまいります。地域医療構想を踏まえた必要とされる医療サービスということで、こちらは3点ございます。人口減少、これにより医療需要の内容が変化することが予想されます。そして地域で維持すべき病床数には今と比べて大きな過不足は予想されないが、現在の病床の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。そして在宅医療介護ニーズが増加することが見込まれる、これら三つの課題を抱えているとでございます。そして真ん中の医療サービスの提供体制というところでございますが、こちらはまず急性期の患者に対する医療サービスは、三つの基幹病院によって現在提供されている。そして今後も救急医療のニーズは高く、維持継続していくことが求められています。医師数が減少すれば、現体制を維持できるかは不明という状況だという事でございます。そして最後に国県の政策の方向性ですが、国の政策といたしましては地域包括ケアシステムを整備していくことが求められており、急性期から回復期、在宅へのシフト、それから病床全体の削減というのを大命題として掲げているというところでございます。そして県の政策といたしましては、地域医療構想が策定されて実現に向けた取り組みが求められているというところであります。まず検討課題1、地域医療構想をふまえて必要とされる医療サービスとのことで、まず始めに松阪区域ということのご紹介でございます。左から順に三重県の二次保健医療圏、これは医療計画を策定する上でのエリアになります。オレンジで囲った所が松阪市民病院の所属する医療圏でございます。そして右側が三重県地域医療構想の区域ということで、ここで松阪区域のご説明をさせていただきますが、先程ご紹介のあったとおり、松阪市をはじめとする1市4町から構成される松阪区域が設定対象となっているということを、まずはご確認をさせていただきます。

次に、松阪区域の将来20年30年先ということで、2040年まで推計が出ておりますのでそちらをまず確認をしたいと思います。この左側が、松阪区域全体の人口の延べ数でございます。折れ線グラフ、緑の折れ線グラフは65歳以上の割合、いわゆる高齢化率といわれるものであります。そしてブルーの方は75歳以上の高齢者の占める割合という事で参考に

しております。右側のグラフですが、再掲ということで三つ、年齢区分別で高齢者の推移、そして生産年齢層といわれる15歳から64歳の人口の推移。そして小児、児童小児と呼ばれる14歳未満の推移を載せております。まず、総じて言えることは、働き手となる右が真ん中の15歳から64歳の年齢層の人口が非常に減少するスピードが速いという一方で、高齢者につきましては実は人口増加していくということが見込まれております。これは総じて言えば少子高齢化と言ってしまうことなんですけれども、これ皆様方、想像ができますでしょうか。今22万人で、2015年で見ますと述べの一番上に22.1書いてありますが、22万人の人口の中で高齢化率29.5%ということでもあります。全国で申し上げますと、全国の平均27年度平均26.7%ということでもありますので、やや高齢化が進んでいるかなといった地域であります。これ2040年には、18万人ということで、非常に人口が減るといふのもあるんですが、37.7%。高齢化率、これについて想像がつかますでしょうかということですが、現在37.7%の高齢化率の市町村を少しだけご紹介したいと思うんですが、この近隣ですと岐阜県白川町をイメージしていただければと思います。こちらは人口で言うと9,000人程度の町でございますが、観光の町として有名でありますけれども、9,000人の中で37%が65歳以上ということでもあります。その9,000人37%と18万人が37%というのは実は非常に意味が違いまして、実は働き手も減少するということもありますし、税収の方ですね、もともと15歳から64歳の方々の市税で賄われているところでもありますので、いわゆるインパクトとしては、市の財政に与えるインパクトも非常に大きい中、一方では65歳以上というのは罹患率の高い層になりますので、こちらについては固定費というところでないかということで行くと、市として政策医療をやっていく上では、入ってくるお金は減るだけけれども、65歳以上の人口が減らないということは、医療費の減というのは繋がらないんじゃないかというような感想を持ちました。では続いてのスライドでございます。今の人口推移を前提として、患者数がどう推移するかということの推計を出してまいりました。上の方が推定の入院患者数ということ、一日に何人が、松阪区域のベッドで寝ているかと言うイメージを持っていただければと思いますが、これ2030年にピークを迎えます。それ以降は実は減少が始まるということでございます。一方、外来は、ポイントは一番下のグラフ、2015年をポイントとおかしていただきましたけれども、今後外来患者数についてはどんどん減っていくところでもあります。総数で見ると、先程の地域医療構想は2025年、そして地域包括ケアシステムの開始年度は2030年に照準が当てられておりますけれども、松阪区域というのは2030年以降入院患者数もシュリンク、縮小傾向に入っていくだろうということが一つポイントなると思います。そして外来につきましては、クリニックの、開業医の先生方にも影響があるところではありますが、今後、徐々に縮小していくところが考えられます。この図は疾患ごとになってますけれども、次のスライドにおきまして、増減率と言うので、その中身を見て行こうということを考えてみました。2015年を100とした場合に、たとえば2020年104%つまり4ポイント患者数が増えるという疾患については+4という形で記載をしております。こういった増減率のグラフとのことでございますが、高齢者が多く罹患する呼吸器系、それから循環器系の疾患には今よりも増加をいたします。一方周産期に発生した病態、妊娠産褥等の疾患は、今よりも減少すると見込まれるという事でございます。ご覧いただくと、減少するというのは非常に少子高齢

化ということで、妊婦さんそれから小児といった部分の疾患というのが減っていくだろう。一方で、高齢者に多いような、救急を伴うような疾患というものが増えていくことが見込まれているところがございます。このように 2030 年をピークとして、増えていくところもありますが減少するところもあるというところで、いわゆる疾患の構成が随分と変わっていくのではないかと見込まれます。次のスライドが外来患者数の方でございますが、循環器系の外来の患者さんというのは 2040 年と 2015 年の比較をすると、今ぐらい患者さんはいらっしゃるんですが、その間に増加するときはあるんですけども、いずれ落ち着いて減少傾向に入っていくということでございます。全体のトレンドといたしまして、外来につきましては患者数が少なくなっていくというような試算がされております。

続きまして、13 ページの方で、地域医療構想の方で何が言われているかという、私どもの方で先ほどご紹介のあったこと以外についてお話をさせていただきたいと思っております。左側が入院医療需要の比較ということで、左側のグラフの左側は 2013 年の医療需要で、右側が将来のあるべき医療提供体制踏まえた 2025 年の医療需要ということでございます。ご覧いただくとおり、2025 年は先ほどの推計でもあったとおり、実はピークが 2030 年より前のものになりますので、当然医療需要についてあまり差がないということでございます。一方、現在の病床数と必要病床数ということで、必要病床数というのは医療需要、これだけの患者さんがいるだろうと言うものに対して整備されるべき病床数というものを割り戻して計算をしております。いわゆる 1,550 床 1,550 人の患者さんを受け持つためにはバッファを含めて、右側のグラフの一番右の②でかこっております 1,837 床の病床の整備が必要であろうというのが県の方で試算をいただいている数字となっているところがございます。ギャップが生じているのは、先ほど来お話のあったとおり、回復期の部分が非常に不足するのではないかと示唆されている状況でございます。

続きまして、14 ページでございます。こちらは、少しだけ 1 枚のスライドにまとめて参りましたが、地域医療構想の方で松阪区域の介護認定者その見込みということでご紹介させていただきます。左側のグラフが介護認定者数の今後の推計というところであります。これを見る限り、介護認定者、それから要支援者の数というのは増加傾向に入っていくだろうということが 2025 年まで推計化されております。右側が松阪区域における施設居住系サービスの利用者数がどうなるかということで同年で比較いたしますと、徐々に上がっていくだろうということであります。そして右下のグラフは在宅医療等の医療需要ということでありますが 2013 年、少し年度はずれますけれども、2020 年と比較いたしますと、非常に伸びていくことが見て取れます。これが何を示すかという、やはり医療は入院から在宅へというところの大きな政策の方針がこういったところの試算にも出てきているという中で、在宅医療ニーズが増加するからといって、病院のニーズ、医療ニーズというのが変わるかという、当然その急性増とした場合に在宅医療からの搬送というのは当然受けなければいけませんので、一定数の在宅医療とかが増えるからといって、一方で病院の医療ニーズが減るというわけではないので、その点をご了解いただきたいと思います。

では、これまでの話をまとめます。まず今回の委員会で考慮すべき事項というのを取りまとめました。大きく確認された課題といたしましては、まず人口減少の影響でございます。松

阪市民病院の在り方を考える上で3点影響があるかと思えます。まず1点目が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というのが減少傾向になっていくだろうということがございます。そして外来患者のほとんどの疾患が減少し、総数では右肩下がり試算されている状況にあるということの一つ考慮に入れなければならないということがございます。そして生産年齢人口の減少に伴いまして、将来的に労働力の確保、これには非常に懸念があるということが一つ示唆されている状況でございます。そして、将来求められる病床の姿という点では、松阪区域の病床数は高度急性期・急性期の機能は過剰、回復期の病床数は不足というふうに予測をされているところでございます。そして在宅医療、介護ニーズの増加というところで行きますと高齢者層の増加に伴いまして、施設居住系サービス、そして在宅医療との需要が高まっていくという点と、要介護、要支援認定者数の増加が見込まれますので、5市町では介護福祉へのより一層の対応の充実や、福祉を支えるための財政負担、これが重くなることが考えられます。ということがまず一つ目の検討課題として考慮すべき事項としてまとめさせていただきました。

では、引き続きまして検討課題の2、医療提供体制のところでご紹介をしたいと思います。17 ページをご覧ください。こちらの図は左から高度急性期、急性期そして回復期、慢性期という形で、それぞれの病院のバブルの大きさは病床の規模をざっくりと表しておりまして、オレンジで囲ったところは、松阪市民病院を取り巻く急性期を中心として医療を提供している分であります。そしてブルーのところ、これが急性期と慢性期もしくは回復期、慢性期と言ったような、少し回復期を中心とした医療の分、そしてグレーで囲った部分が慢性期を中心として提供されている病院の分ということで並べて参りました。これから言えることでございますけれども、上にまとめさせていただきました。病床過剰とされている急性期病床は大規模な3病院が主に担っております。そして不足気味と言われております回復期病床は、保有する医療機関が非常に少なく、病床規模も小さい傾向にあるということです。病床規模が小さいというのは、非常に病院の規模が小さいことを表しますので、そういう意味では、民間の医療機関が多いと言う中で、これらの医療機関が永続的に維持していけるかどうかということも含めて、冒頭で委員長からもご挨拶があったとおり、単に回復期やってるからいいというふうな議論には落ち着けることはできないと思うところでございます。

続きまして18 ページの方では、病院がどこに所在しているのかなどを紹介したいと思います。松阪区域の病院所在地でございますが、オレンジで示すとおり、松阪市に高度急性期と急性期の重点的な機能が集中しているところでございます。これ以外で行きますと、右の沿岸部に三重ハートセンターございますが、こちら心臓血管外科と循環器内科を中心とした急性期の医療を担っていただいているというところで、主にこの3病院が持つ区域の高度急性期と急性期の医療を一括で担っているということが、まずお示しできるように考えております。

では、その診療の中身についてまずご紹介したいと思います。19 ページでございます。こちらは3基幹病院それぞれの標榜されている診療科の構成を比較して参りました。ブルーで示したところが3基幹病院で共通している診療科でございます。そしてグリーンが2病院で共通しており、1病院にしかない診療科については黄色で示しております。総じて言え

ることは総合病院としてよく言われる基本的な診療科というのは、いずれの病院もそれぞれが運営をしております、これから言えることは医師や医療機器などの医療資源を三つの病院で分散して整備されている、というふうにこの地域全体から考えればそう考えるのが妥当かということでございます。

では運営状況というところで、20 ページでございます。急性期病院の病床稼働率ということで、これは平成 27 年度の病床機能報告から比較をさせていただいております。いずれの病院も 70% 台をキープしているところがありまして、これはこれだけ大きな病院がこの近い中で 70% を超えて維持されているため、非常に稀な状況ではないかなというふうに考えているところでございます。そして次のところでございます。21 ページでは主要診断群分類別の入院患者数の割合ということで、こちらは DPC の公開データを利用いたしました、それぞれの症例数の割合を示しております。ブルーが松阪市民病院でございまして、オレンジのところは済生会松阪総合病院でございまして、そして松阪中央総合病院はグレーで示しております。一番上に計という形でそれぞれの入院患者の割合の総合計を示しておりますが、松阪市民病院は全体の 28% の入院患者を受け持ったような意味あいです。全体としては松阪中央総合病院の占める割合が高いんですけども、それぞれの病院の得意とする診療領域というのは確実に存在していると言うなかで、相互補完的な関係にあるというところがあるのではないかと推察されます。

そして、22 ページで、県の保健医療計画の中でこの 3 基幹病院がどんな機能になっていただきたいかという役割を設定しておりますが、その役割について比較いたしました。これにつきましてはブルーで示しております糖尿病医療それから救急医療、災害医療、これらの三つについてこの 3 基幹病院で担っておるといふようなところは特徴的な部分というふうに思います。なので救急それから地域に根差した医療、どちらもこの 3 病院が担っているというところは特徴的なところではというふうに考えております。

もう少し具体的ながん治療の方から 3 病院の比較をしてまいりました。がん治療につきましては疾病別の表で●でぬった部分ですね／●／というふうに表記をしておりますのは、これ例えば一番上の松阪中央総合病院の胃がんに関しては言えば、疾病別に手術療法外来化学療法、放射線療法といずれもやっている場合には●／●／●という形で表記させていただいております。がんにつきましては、胃癌、大腸癌、肝臓癌、乳癌、これらは 3 基幹病院ともにすべてのがんの治療法について療法を担っている状況でございます。非常にブルーが目立っております、がんにつきましては 3 基幹病院ともに非常に力を入れて医療サービスを提供されているというところでございます。そして 24 ページの方で急性心筋梗塞の医療に関する役割機能の状況でございます。冠動脈造影検査や治療の実施、大動脈バルーンパンピング法のような内科的な対応では 3 病院で対応しておりますけれども、手術を伴うような対応については松阪中央総合病院のみが対応しているというところでございます。そして 25 ページの方では脳卒中でございます。脳卒中医療に関しましては、松阪中央総合病院と済生会松阪総合病院が機能を担っているという形でございます。

こういった医療の役割も担い方ではありましたが、それを支える今度は医療機器について、設置状況をまず確認をしていきたいと思っております。26 ページをご覧ください。こちら

では医療機器の設置状況を高額な医療機器ということで CT, MRI, その他でまとめをさせていただきます。これは平成 27 年度の病床機能報告時点での設置状況に少し加筆した部分でございます。ブルーで表しましたのは、いずれの病院でも持っている医療機器でございます。そして一病院でしか持っていない医療機器をオレンジで表しています。CT, MRI, それから血管の連続撮影装置、スペクトはいずれの病院も設置しておりますが、強度変調放射線治療器は一病院ということで松阪中央総合病院にしか設置がないような状況でございます。続いて今度は救急搬送の状況でございます。まず 3 基幹病院へ、これは救急車で搬送されました、入院件数と割合を左側がその件数で右側がその割合ということで示しております。3 病院いずれも実は救急診療科があるわけではございません。複数の診療科の先生がたが交代をしながらの救急医療体制を担っているという状況で、市長のご挨拶にもありましたとおり、この救急医療体制は複数の診療科で頑張っているという状況で、3 病院でやっているというのが実情でございます。下の方、過去の救急医療の危機ということで、少し松阪市民病院の例をご紹介したいと思います。2006 年ごろ松阪市民病院は、医師不足により院内の診療機能が危機的となり、輪番体制の維持が困難となりました。その後、輪番日の見直しや一次救急・二次救急の役割を見直すことで、現在は安定的に機能しているというところであり、これが示しておりますのは、医師の数というのは救急医療を支えるうえで非常に大きな要因というところを示したくて、ここに記載をさせていただいたところでございます。それでは、次に医師数というのは、全国で見た場合どうかということに共有したいと思います。上側が人口 10 万人に対して医療施設で従事する先生の数ということで全国比較をしております。これでまいりますと、三重県は上で見ると 207.3 人という事で全国 233.6 人と比較いたしますと、20 人以上医師数が少ないというところでございます。ただ、三重県下で比べますとということでいきますと、この 233.6 という数字を前提といたしますと、松阪市の医師数というのは 255.7 名ということで、20 人以上多いというような状況ではあり、明和町、大台町、多気町、大紀町は三重県全体の平均よりも少ないような状況でありまして、松阪市のこの医師数、先生の数が区域全体にとっては非常に大きな要因であるというふうにも言える。では、課題の整理をいたします。まず基幹病院間で共通する機能役割ということで、松阪市民病院の在り方を考えるうえで考慮すべき事項として、近接している 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ました。今後も同様の医療提供体制を全く同じ条件で維持させていくためには、医師を含む職員の確保、それから医療機器の更新をそれぞれが行わなければならない、地域全体でとらえると効率的ではないのではないかと示唆でございます。それから 2 点目でございます。救急医療の維持継続というところでございます。3 基幹病院が輪番で救急医療を担っている状況ではありますが 3 基幹病院ともに救急診療科はなく、各診療科の医師が交代で救急医療を支えるような状況でございます。今後も輪番制で救急医療を支えるためには、救急医療用の医療機器の更新、専門性を身につけた看護職員とか医療職の充実を図っていくことが求められるところでございます。最後に医者的人数でございますが、三重県は全国の中でも医師数が少ない状況にあるなか、松阪市では現時点で医師数が他の地域よりも充足されてる傾向にはございますが、新専門医制度が始まることによって大学や都市部に医師が集中するということが予

測されるため、現体制をいつまで維持できるかということは、現時点では不明でございます。

そして検討課題の3、最後でございます。医療関連政策の方向性でございます。31ページをご覧ください。これは国の医療介護政策の大きなロードマップでございます。2025年以降ですね、地域包括ケアシステムの実現を目指していくというところで、2018年以降、それぞれの都道府県別で第7次の医療計画が策定されるような形で国の医療政策というのがどんどん進んでいるということでございます。

次に32ページでございます。地域包括ケアシステムと地域医療構想、この関係性を少し整理いたします。地域包括ケアシステムというのは市区町村の単位で、介護保険事業計画にも影響があるということで、この大きな右下の円、住まい、患者さんやご家族、住民の方々が、30分という生活圏域といわれる中ですべて、医療それから介護といったサービスをすべて受けることができる、しかもシームレスにうけることができるという事を目指す、というのが地域包括ケアシステムの実現であって、左側地域医療構想という形で書かせていただきました。構想でございますので、これが具現化していくのは都道府県単位の保健医療計画、5年単位で作成されていくものですが、これに反映され、入院医療、外来医療というところ、これに影響をおよぼしていくというところ。この両輪、入院医療、外来医療については方向性を定めていくということですので、非常に政策の影響が強いということが考えられます。

続きまして33ページで全国のトレンドを少しだけご紹介いたします。左側が都道府県別での病床の過不足の見込みでございまして、三重県は病床過剰地域といっても12%から25%未満ということで、病床過剰になっているのは、東北のエリアというのは病床が過剰なんだろうと言われてたり、三重県は病床過剰の中でも中レベルの過剰エリアではないかというふうに言われております。右側で、全国の医療、国の指針ということで、病床の数を減らすというところを一応は打ち出してはいるものの、右側にプラスということで、将来介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数は、約30万人ということでございまして、この在宅と病院のベッドということが将来的なモデルであるということ言われております。

34ページの方で三重県の地域医療構想の話を少しだけまとめさせていただきました。こちらは今までご紹介させていただいたものがほとんどでございますが、まず、人口減少が見込まれるということが言われております。そして二つ目、回復機能は充実が求められるということがいわれております。そして急性期機能の集約化、重点化ということで急性期機能を集約化しなさい、重点化しなさいということも県からは構想の方に記載があります。それから3つの基幹病院関係者による定期的な協議の場を設けてくださいということで、県主導ではありませんけれども、この基幹病院が集まって定期的に協議をしてこの在り方を考えてくださいという事の記載がございます。そして在宅医療、それから地域包括ケアシステムにかかる体制の整備もしていく必要があるということで、取り纏めをしています。

そして回復期ということですが、35ページのほう、実際の急性期病棟と回復期病棟の違いというのを大まかにまずご紹介をさせていただきます。急性期病棟というのは、よく7対1入院基本料という言葉が耳にされたことがあると思いますけれども、非常に看護配置が高い

病棟でございます。一方、回復期病棟は回復期リハビリテーション病棟をイメージしていただければというふうに思います。急性期から回復期への病床機能転換ということで、上から特徴を少しご紹介いたします。必要医師につきましては、急性期病棟は当然各診療科の専門の先生が必要となります。一方、回復期病棟はリハビリテーションの専門の先生がいればいいというところでありまして、在院日数につきましては、平均 13.5 日程度ということで、これは松阪市民病院の 28 年実績でございますが、回復期病棟は 90 日以内というのが一つの目安となっております。必要となる主な設備としては、手術室や検査機器、高額な医療機器を整備するというのは急性期病棟で、回復期病棟ではリハビリテーションの機器をそろえる程度というところですので。一方で、患者 1 日当たりの収益、これは経営にインパクトも大きいところではございますが、こちらは急性期であれば 54,000 円程度、患者さん 1 人一日当たりの単価であります。回復期病棟となりますと、若干の前後はございますが 30,000 円程度というふうにご認識いただければと思います。こういった違いがありまして、イメージとして急性期の方がいろいろ整備しなければいけない、その分お金もちゃんとしてくるんだというイメージがつけていただけたかなと思います。まずメリット、急性期から回復期に転換するメリットは何かということでまとめますと、1 点目は、急性期病棟よりも回復期病棟というのは病棟に長く入院することができるルールになっていきますので、在宅復帰に向けたリハビリテーションの提供ができると利点は一つメリットだと思います。それから 2 点目として、急性期を脱した患者が対象となりますので、より少ない医療資源、医師数や看護師が少ない中で入院患者の診療ができるというのも一つ、地域にとってはメリットというように考えられると思います。それから 3 点目、回復期病棟が整備されるということで、不足が見込まれている回復期医療の充実が図られていくというのがメリットでございます。ただ、一方で今回特にご紹介したいのは、デメリットでございます。まず 1 点目は急性期医療を志向する先生の専門性は発揮できないこととなりますので、医師数が減少する可能性はございます。それから現状の急性期を前提とした人員、それから医療機器等の医療資源というのが、もうすでに投資をしておきまして、十分に活用ができない可能性はございます。そして経営のことを考えれば患者 1 人当たりの収益が減少すること、それからその一番下ですが転換期には収益は減るものの人件費や設備管理費といったものはすぐに減るわけではございませんので、収益と費用のバランスが崩れる可能性は当然にございます。非常に綱渡りになるので、一言まとめさせていただくと急性期としての人員や設備を有している病院が、回復期へ病床転換するという場合は、医師の退職の可能性、それから収益性の悪化というデメリットがありますので、慎重な検討が必要だということです。これらから言えることですが、国の政策から考えるべきこととしましては、いわゆる国の方針として急性期から回復期、在宅のシフトと病床全体の削減を進めている中で、松阪地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。そして松阪地域の高度急性期と急性期の病床全体が 1,392 床ございまして、そのうち 1,137 床がこの 3 基幹病院が持っている病床になります。国の医療政策で松阪地域の急性期医療に及ぼす影響は、明らかにこの三つの基幹病院に集中する可能性があるというふうに思います。そして県の政策の方から医療構想の関連で 2 点ございます。まず 1 点目は松阪地域の医療需要の減少が想定される中、回復機能の充実のために三つの基幹

病院の機能分化に向けた定期的な協議の場を持つことが記載されております。そして協議の場となる三重県の地域医療構想の調整会議においては、機能分化の議論がすすむことが考えられます。松阪市が運営する公立病院として、松阪市民病院が他の二つの基幹病院の現状や病床機能、それから将来の医療需要を考えながら、在り方を松阪市民病院として発信していくことが今後求められるというところでございます。

これら三つの検討課題をまとめて参ります。最後の 38 ページをご覧ください。3 つの課題、今回、家にたとえてご説明をいたします。家というのは屋根と柱と土台基礎部、で構成されているというふうに思いますが、まずこの屋根に相当するのは医療需要の変化で、これを支える三本柱ということで、柱として病院をイメージしております。この柱である病院が立っているのは医療関連政策で、土台という形でございます。やはりこの医療需要の変化に対応するためにまず医療関連政策の一番下の土台というところ、これがどうしても動いてしまうと言う中で、一方で医療需要も変化していくという中、ではそれを支える可変性のあるのはこの柱、太さであったり、長さであったりということになると思いますが、その形のあり方というのも、今の段階でもうあり方を検討する必要があるのではないかとこのところでございます。最後ラップアップということで、まず屋根、医療需要の変化に関する懸念事項といたしまして 2 点ございました。入院患者は高齢者の罹患率の高い疾患が増加する一方で、若年層の罹患率の高い疾患は減少するという点と外来患者の総数では、右肩下がりと言う形の試算がされております。それから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 360 程不足するであろうと予測されているというような状況でございました。そしていわゆる柱の懸念事項といたしましては、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事項、項目が認められます。地域全体でとらえるとみれば効率的ではないという考えも一つあると思います。そして三重県内の他の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も秘めております。そして急性期として人員や設備等を有している病院が回復期病棟へ変換するということは、医師退職の可能性や収益性の悪化等のデメリットを有しているということでございます。最後に土台の懸念事項としては国の方針としては急性期から回復期等へのシフトという中で、医療提供体制の政策の影響を受けるだろうと、そして松阪区域の医療需要の減少が想定される中、回復機能の充実のために、三つの基幹病院の機能分化に向けた定期的な協議の場も設けることが求められているというところでございます。少し早口ではございますけれども、まずもって検討課題についてご説明をさせていただきます。

委員長

どうもありがとうございました。膨大な資料を整理していただきました。私、最初、回復期の今ある既存の病床をなくなると困るというような話を言ったんですけど、17 ページでしたか、水色の部分、こういうところの、今、回復期を担っているところがやめてもらうとどうしようもないというところでございます。そういうようなことを思いますと、市民病院も含めて連携の中でそういうところをいかに活かしていただくか、そういうこともやっぱり考えていかないとイケな

いと思ったりします。市内の松阪市民、中央、済生会、これみんな高度急性期、急性期なんですけど、実態はどうかといいますと決してそうではなくて、みんなケアミックスですね。ほとんどの病院が実はそれだけではなくて、私のところも高度急性期、急性期とっていますが、慢性期とかの人たちもいます。この3病院にしても今でもケアミックスの中で回復期をある程度は引き受けているとは思いますが、そういうところのその機能をどうするかという問題と、もう一つはこの青色のところを生き延びていただけるようにするためには多分地域包括ケアシステムと申しましょうか、ネットワークの中でこういう病院を活かしていくということを考えていかないと、この回復期、慢性期の病院というものがなくなると、この3病院も大変なことになると感じました。それから440、267、430なんですけど、先ほど13.5が日本の平均在院日数というふうな話ですけど、いまは、全体的に短くしないと経営的にやっていけなくなってしまうんですね。実は、78.5%という病床稼働率は松阪市民病院が一番高いわけですけども、実際にはそれくらいとかなり経営は大変だと思います。というのは入院期間が長ければ長いほど、単価は安くなるわけです。単価上げるためには短くしなければいけない。短くしなければいけないときに、では空いたベッドをどうするのかということはもちろんあるけれど、それはさておき、どこも在院日数を短くしようとするそういう動きはあります。そういう中でたとえば13ちょっとが12、あるいは11台になるともっと部屋が空きますよね。そういう状況も出てくる。そういう中で将来のことも考えていかなくてはいけないということも感じました。それから地域包括システム、これはネットワークですね。システムとってまますけども。そのネットワークの中でこれは特に医師会の先生に頑張ってもらっていただかなくてはいけない部分、先ほど中学校区域とってましたけども、その大規模病院に負担がかかりすぎないように、ある時間帯まではとか、夜間休日もある部分医師会が面倒見るとかそういうふうなネットワークシステムというのはこれから考えていかなくてはいけない部分としてあるのかなと考えていました。それから在宅というのは、国は在宅とっていてもそんなに進みません。私自身の親も在宅でありましたけれども、私は兄貴と同業でして、すぐ近くに住んでおるもんですから1週間ずつ預かったりしたんですが、やっぱり大変ですね。在宅でそういうことをやりますと奥さんに頭が上がらなくなるというような、そういう状況があるくらいやっぱり負担がかかるわけです。ですから、多分在宅というよりも松阪市としての共同住宅的なものとか、そういうことも考えないと医療資源というものはなかなかうまく使えない。

うまくまとめてもらっている。まず、第1回は松阪市民病院の周辺の医療状況を皆さんに共有していただくということと、それからそれ以後の安定した医療を提供するためには市としてどうするか、あるいは松阪市民病院としてどうするか。ということをこれからまた深く考えていこうというふうに思っております。今日第1回目ですし、これぐらいのところで止めようということによろしいでしょうか。

委員

ありがとうございました。私の中で一番トラウマになっているのが、実は10年前に当院の救急ができない日というのがありました。2次救急ができないというのは病院にとっても住民にとっても苦しいことでして、その時に医師会の先生たちに大変お世話になりましたけれど

も、あれはもうとんでもないことでした。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をもっと体験いたしまして、それは絶対に守らなければいけない。2次救急圏ではそれを守らないことには、救急病院の意味がないと思っている。ところが医者の数は急性期の病床に比例する。地域医療構想はこのまますすんでいくでしょうが、急性期の病床が減っていくと、実際に抱えている医者の数はどうしても減らさざるを得なくなる。そのときにどういうふうにしていったらいいかというのを非常に悩んで結論が出ない。先ほどからずっと話を聞いていると、市民病院回復期になれといったような雰囲気があるように思えたが、そうすると松阪市民病院は救急からリタイアということになる。しかも、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。これはぜったいにありえない話。そこをどう言うふうにしていかを一生懸命考えて、現状どういうふうを考えればいいのかというのが次のあたりの検討課題になってくるのかなと思う。現状は大変厳しくてつらいところもある。

委員長

先ほどトーマツさんの方から回復期リハにした時の、医師のモチベーションの問題等の話がりました。長野県に相澤病院というのがありますが、地域包括ケア病棟を分院として作ってしまおうというそういう発想で、地域包括ケア病棟を作られて、そういうところではもうモチベーションではなくて、これはこういうふうにならないと日本の医療は支えられないんだ、だからということで、院長の強いリーダーシップでうまくいまやってるようです。地域包括ケア病院というのは、私が聞いたのはそれぐらいしかありません。難しいのは、委員が言われましたけれどもそれだけをやる病院だとかなりそれは覚悟をしてそういうことを理解してくれる人を集めなければいけないという、人の問題がある。やはり多くの病院で、地域包括ケア病棟のなかで、人の数の問題に関しては少なくとも済むんだけれども、モチベーションが下がるとか、だれをその担当にするかみたいところで困るとか、そういう風な話を聞きます。こうあるといいというのが必ずしも現場でうまく行っていないということがあります。ただし、経営的に地域包括ケアをやられたということは多分よかったのではないかと思います。7:1の問題もクリアできるし、いろんな部分があったと思います。そういうふうなことをいろいろ市民病院は試みてこられたけれども、さらに2025年を見据えた話になるとどうかと。もし、平均在院日数が12以下になったら、多分(病床)稼働率が70%とかを切ってしまうとか、そういうふうになるともともとベッドが必要だったの？という話になって、そうすると本当に病院の運営は厳しくなると思う。だからそういうふうにならないように、でも、この松阪地域で必要な医療を絶対に維持していくんだという強いお気持ちを持っていただいて、また、みなさんのいろんな意見を参考にして、何か方向性が出ればいいのかというふうに思っています。一応、今日はここぐらいまでということですので、事務局の方に戻します。

事務局

ありがとうございました。第2回の会議予定でございますが、改めてご都合をお聞かせいただきますが、7月下旬から8月上旬を予定しております。お忙しい中ではございますがよろしく願いいたします。(閉会 16時8分)