

令和5年度第2回松阪地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日時：令和5年10月27日（金）19：30～21：00
- 2 場所：三重県松阪庁舎 6階 大会議室
- 3 出席者：平岡委員（議長）、石田委員、志田委員、長井委員、中村委員、濱口委員、田端委員、清水委員、畑地委員、齋藤真一委員代理、佐藤委員、山上委員、奥田委員、高柳委員、廣本委員、森本委員、青木委員、辻委員、藤原委員、竹田地
域医療構想アドバイザー

4 議題

1 病床関係について

- (1) 病床機能の現状について（資料1-1）
- (2) 2025年に向けた具体的対応方針について（資料1-2）
- (3) 各公立病院の経営強化プラン概要について（資料1-3）

2 在宅関係について

- (1) 医療計画及び介護保険事業（支援）計画の整合性の確保について（資料2-1）
- (2) 積極的な役割を担う医療機関の位置づけについて（資料2-2）

3 外来関係について

- (1) 外来医療計画の策定について（資料3-1）
- (2) 医療機器の共同利用計画書について（資料3-2）
- (3) 紹介受診重点医療機関について（資料3-3）

5 内容

1 病床関係について

- (1) 病床機能の現状について（資料1-1）
- (2) 2025年に向けた具体的対応方針について（資料1-2）
- (3) 各公立病院の経営強化プラン概要について（資料1-3）

<事務局から説明>

- 医療機関からの病床機能報告と今年度実施したアンケート調査をもとに、県の定量定期基準をあてはめてた機能別病床数のデータを更新したため、報告する。
- 2025年に向けて各医療機関の具体的対応方針を確認する。病床数の議論ではなく、あくまでも各医療機関の役割等に重きを置いて議論する。2040年を見据えたアンケート調査結果についても共有する。
- 公立病院経営強化プランについて、医療機関に作成いただいた概要を説明する。

<松阪市民病院 畑地委員>（松阪市民病院の経営強化プラン概要説明）

- 地域医療構想を踏まえた松阪市民病院のあり方検証委員会を令和5年6月18日から9月22日まで4回開催し、9月29日に市長に答申が提出された。我々も可能ならば、このままの形態でやっていきたいという思いはあるが、日本の人口動態や政策を鑑みると、

回復期に転換せざるを得ない。私を含め病院の全職員が賛成というわけではないが、公立病院の使命としてやむを得ないという高い意識のもとに転換していく。また、必ずしも回復期に転換するにあたり、急性期をすべて廃止するわけではなく、一部を残しつつ回復期中心としてやっていくことを考えている。2030年に向けて、市内の2基幹病院との間で病床機能の分化を図る。もともと急性期を志向する者が多いので、当院は回復期を中心とした病院として、地域のかげ橋になろうという犠牲的精神のもとに、病床機能を回復期中心としたものに変更する。急性期を志向していてどうしても回復期の病院で働きたくないという者が松阪地区を出てしまっただけではいけないので、経営形態としては、市内2基幹病院のいずれかによる指定管理者制度を導入し、そういう思いの方は、急性期を担う2基幹病院のいずれかに移っていただいて、また回復期を志向する方に関してはこちらに来てもらってという、松阪地区からできるだけ、医療従事者が外に出ないための手段をとる必要があり、指定管理者制度がやはりベストであるという考えのもと、この答申がなされた。今後も全力を尽くすつもりであるし、皆様方にもご支援をいただきたい。我々がやらなければいけないという高いモチベーションのもとに、こういう結論が出されたということをご承知いただきたい。市長は答申の通り進めることを意思表明している。従って公立病院経営強化プランにおいても、回復期中心の病院にしようと、職員一同、強い決意のもとに、松阪の医療のために、ひと肌脱がせていただくという方針になったので、お伝えする。

<主な質疑等>

- 本当は人口が減らずに今の形態でいくのが一番いいとは思っているが今後の人口推計をふまえると仕方ないだろうということだが、一番危惧しているのは今3病院で救急体制をとっているが今後、市民病院が回復期中心となると、ある程度急性期を残すといいつつも、救急の輪番として2つの病院で回していくことになる。今の3つで回しているものを2つで回していくとなると2病院が、ある程度人員も増えていかなければなかなか難しい。また、具体的な時期について、研修医や学生は敏感だと思う。呼吸器センターがあるから呼吸器をやりたいという人は集まってくるかもしれないが、一般の救急をしたいというような人はどうか。他の地域に行くと、松阪全体として研修医数が減ってしまうことも心配なので、ある程度、何年でこうなるというようなスケジュールを一般に示したほうがいい。また、2病院での救急体制となった場合に、今後例えば地域を跨いでの救急体制を考えた場合に対応できるかを検討していかないといけない。

東紀州の地域では、その地域だけでなかなか対応も難しく、松阪地域や伊勢地域も連携していかないといけないという話も出ているので、松阪の体制が変わった場合に、受け入れ可能なかどうかということ。要は今現在受け入れている救急機能が低下することで、松阪地域以外の地域に影響が出ないかということ。いまもたくさん他の地域の救急もとってもらっていると思うが、今後そういう数が増えていく可能性もあるので、そういう意味で、救急に関して松阪地区は近隣との関連を考えて維持できるような体制をとっていただき

たい。

- 救急の問題について、我々のところでもできるだけやっつけようとは思いますが、おそらく2病院にお願いせざるを得ない。その際に、急性期を志向する我々の病院に勤めてる人たちが、その指定管理者になったいずれかの病院にシフトしていく。救急体制に関しては、2病院の先生方をお願いすることになるので、問題ないだろうと思う。研修医に関してはやはり敏感だと思うが、我々は研修医の獲得に非常に熱心に活動しており、今年12名募集して12名という松阪市民病院史上最高の獲得者数を確保している。我々の方で獲得した研修医の先生方には将来的に地域包括ケアを目指す方はこの我々の病院に残るのかもしれないが、他の2病院などにもシフトして、松阪地区の人材としてやれるのではないかと思う。どんな状況でも人を獲得するという事は、かなりハードルは高いが、モチベーションがあり、しっかりと話し合えば獲得できるのではないかと考えているので、粛々と研修医の獲得は今後も進めていきたい。

- 研修医が12名も決まった要因は何か。

- 我々研修医の部署を立ち上げて、2名専属の事務の方にきていただいている。また、見学を終わった後にも各科の医師と一緒に仕事しようよと勧誘している。そういうところが成功した要因だと思う。

- 先ほど救急2病院でやっつけられるのかとあったが、やはり市民病院が、将来どうなるか決まらないことには検証のしようがない。指定管理者がどこになって、どういう体制でやるかがわからないことには、地域医療構想も議論しようがない。また、先ほど市民病院の医師で急性期をしたい医師は指定管理者の病院に行けばいいとあったが、指定管理の病院にすべて市民病院の医者が移るということには、なかなかならないと思うので、そういった意味でも市民病院がこれからどうなるか、その方向性が決まらない限り、議論できないのではないか。

- 急性期を残すといっても、例えば何百と残すわけではない。例えば院内で発生した患者さんに対応できるぐらいのレベルは残していかざるを得ないだろうというふうに考えている。大学から派遣されている人材以外に、自分のところに入ってくれた人たちも大勢いる。そういう方たちはスムーズにいけるかなと思っている。また教授の先生方にご挨拶して、事情を説明に上がって、できるだけ理解を得るように努力していくつもり。市民病院がどうなっていくかという具体的な話は議会が決定することなので、今の段階でいえることではないし、答申に沿って、流れていくことは事実で、これはもう決まっている。そのあと、我々がすべきことというのは、市民の理解がないといけないので、私もいろんな地区に出向いてお話に行こうと思っている。その上で議会にかかってという手順も踏ま

ないと、一足飛びに、今の時点でどうなるかというのは言えない部分があり、手順を踏まないとなかなか難しいというのが、公立病院の特徴かと思う。

- 大きな方向性としては決まっているだろうが、ある日突然実行するというものでもないし、急性期医療を志しているような医療関係者が市民病院から流出しないかということで一番危惧されてるわけで、その辺のところも配慮しながら進めていくというところ。市民病院の役割というのは、この地域だけではなくて、呼吸器科の分野としては日本でも有数の病院のうちの一つ。そういった全国に名をはせる病院であるから、研修医もセンターに集まってくるんだらうと思う。市民病院が、地域における役割以上に、存在価値があるし、役割がある。
- 松阪市民の心配というのもあるので、やはり2病院だけでできるかどうかというのは本当にまだよくわからないし、来年の働き方改革をまず超えていかないと、というような現状がある。しかし、何としても、松阪市の救急は絶対守っていくという信念でやってくしかない。お互いいろいろ連携しながら、皆さんの力でご協力をいただきたい。

2 在宅関係について

(1) 医療計画及び介護保険事業（支援）計画の整合性の確保について（資料2-1）

(2) 積極的な役割を担う医療機関の位置づけについて（資料2-2）

<事務局より説明>

- 地域医療構想に伴い療養病床から生じる追加的需要について、在宅医療や介護サービスにおいて対応する部分の考え方や各保険者の対応について説明する。
- 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関の医療計画への掲載方法や今後の調査方法について説明する。

<主な質疑等>

- 積極的な役割を担う医療機関を県のホームページで公表するということだが、いわゆる在宅療養支援診療所などは今までも公表されているが、プラスこれを公表して一般市民がそこをお願いしたいなど、そのための利用を図るということ。それとあと一般訪問診療の状況の説明、12ページだが、令和7年度の取り組みについて松阪地域の訪問診療としては1364が示されていて、令和3年で1600なので、赤になっているところは十分訪問診療に関しては今の状況で、多くなっていくだろうという考え。逆に言うと訪問診療している数に関して、今後は必要数が減ってくる可能性があるが、積極的に在宅で看取りをする医療機関はもっと増えて欲しいという考え。その辺に対して医師会としても24時間体制をとれるように当番日とか連携を組み込んでいこうと今計画をされてると思う。
- 在宅医療を担う在宅療養支援診療所あるいは病院以外の在宅医療に携わってる医療機

関も実は多数あるというのは、県も把握しているか。また、積極的に関わってなくても、関わっている医療機関はどういうふうに捉えるか。

⇒前回の調査で、すべての医療機関にお尋ねをしていなかったもので、調査不足という整理をさせていただいた。改めて全医療機関に対して積極的に取り組んでいる医療機関として手を挙げていただきたいということで調査し、整理させていただきたい。

細かいところは整理が必要だが、基本的に在宅医療の依頼があったら受けられる医療機関は対象にしたいと考えている。

○ 積極的という意味が少しわかりにくい部分もあるので、その辺りの十分な説明がないと医療機関に調査をしても、実態と乖離した結果しか、把握できないことも考えられるので、そのあたりよく配慮していただきたい。

○ 例えば積極的な役割を担う医療機関として丸をつけたら、例えば国としては、訪問診療の点数を上げるとかがあればみんなつけると思う。

⇒ 診療報酬上でプラスの面はなく、理念的なものである。在宅医療に関わっている医療機関を知っていただくためにこういう名簿を作るということで、今回の国の方針は示されている。小さなものではあるが在宅医療に取り組むとして丸がついたところには、複数の医療機関様が連携して研修を実施すると補助金がもらえるといったことしか今のところメリットはない。

○ 前回この会議で、在宅医療連携推進懇話会の方でいろいろなことを決めて、ここでご報告するという事になっており、今、県が説明していただいたところだが、まだ少し持ち越してるというか、ほぼできているが、残ってるところもある。積極的な役割を担う医療機関という部分でどこまでが積極的なのかということは皆さん迷うし、それになんのインセンティブもないので、全医療機関にアンケートをこれから取るが、県もその前に検討するであろうと思う。

○ 資料の2-1の10ページのところ、県における追加的需要の受け皿の考え方のところの二つ目の丸のところだが、ここでいうところの介護施設の詳細な内訳を確認をさせていただきたい。

⇒ ほとんど有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅である。

○ ということは、このところには特養・老健とかは入ってないということか。

⇒ 入っているが、数が少ないので、今の期間で整備が進んだのは有料・サ高住であり、ほとんどそこが占めている状況。

- 有料とサ高住のところの詳細なデータはないが、特養・老健等に関して、施設種別において要介護度もかなり違う。それと当然医療スタッフの配置基準などもかなり違っている。どこまで依存度の高い療養型の方々の受入れができるかどうか、非常に介護の現場としても、心配なところがある。

3 外来関係について

(1) 外来医療計画の策定について (資料3-1)

(2) 医療機器の共同利用計画書について (資料3-2)

(3) 紹介受診重点医療機関について (資料3-3)

<事務局から説明>

- 今年度に策定予定の第8次(前期)外来医療計画の計画案について、地域の場においても情報を共有し、意見を求める。
- 令和4年度に購入された医療機器に関する共同利用計画書について、医療機関の共同利用の意向の有無等について情報共有する。
- 第1回地域医療構想調整会議で決定した紹介受診重点医療機関について、県内の当該医療機関の状況を報告する。

<主な質疑等>

- 資料3-1の15ページで、外来医師偏在・多数区域ということていくと、今は東紀州だけが今後は北勢・中勢伊賀も外来医師多数区域になってくるということて、そういう意味では、今から診療所ができてても需要としては減ってくるだろうという考えでよいか。

⇒この外来医師偏在指標であるが、その前の14ページにあるように、診療所の外来患者のボリュームが分母になって、分子が診療所の医師のボリュームということて、人口が減ってくると外来患者も減ってくるので人口減少が影響する要素として高く、そういったことが県内にも見られるかなと考えている。

- 例えば、各開業医の先生方も、こういう資料がはっきりわかるデータとして示されたら、他のところと差別化を図って、積極的に在宅医療とかを取り組んでいかないといけないとか、そういうふうなことになってくると思うので、そういう情報の提供をしていかないといけない。

⇒あくまで指標は機械的に出しているところがあるので、必ずしも指標が高いからといっ

て、それだけニーズが低いかというところではないと思う。この外来医療計画自体が、様々な医療の動向や医療機能も含め出している。どういう地域にどのような医療資源があるのかというところをしっかりと情報公開し、それを基に新規開業する方が参考にしてもらうというところを目的とし、この計画の中で、しっかりと情報を伝えていくという趣旨もある。

- 外来医療計画と先ほど説明があった医療計画の在宅医療対策の両方で訪問診療件数の話が出ているので、この辺の診療件数に関する整合性はどうか考えているのか。

⇒目標値として書き込むことについて、どういうふうに進めていくかを考えなければいけないが、松阪地域はこの地域医療構想の推計値と比べても、訪問診療が進んでいるということが一応データでもある。逆に他の地域ではなかなか満たしてないというところがあるので、県全体レベルの部分でどういう目標値にするかを地域ごとに事情が違うので、そこを踏まえて考えていく必要がある。

- 松阪はもちろん、在宅医療をできる医師を増やそうということで、今頑張っているのですが、松阪はこれからも増えていくんじゃないかなと思っている。

- 13 ページで、「初期救急は診療所が主たる役割を担う。在宅に関しては新たに訪問診療に取り組む医師の確保が必要」ということだが、夜間に関しては、どちらが新たに必要ということか、それとも夜間の初期救急に関しても、診療所が主たる役割を担うという解釈か。

⇒13 ページの初期救急、これは全国と同様に診療所が主たる役割を担うという表現だが、データ上で、病院と診療所の夜間、初期救急の計画の数字を見ると、診療所が主に担っているというデータでの事実を示したものとなっている。

- 県内の医療事情によって対応しているところが全く異なると思う。一律にこういう計画を維持してはどうかというのは少し疑問がある。それぞれ地域の事情によって大きく違うと思う。在宅を担うのが、高齢の医師には無理だ、というふうな表現が取れるようなところが書いてあったり、その一方で、こういった夜間・休日の初期救急は一般診療所が担うと捉えられる部分があったり。在宅の24時間対応というのはなかなか高齢の医師が難しいところだが、そういったところを少しでも埋められないかという医師の存在は大きくて、そのあたりの実態・機能を医師会としても調査をしているところだが、結果を少し考慮していただければと思う。

- 松阪地区の現状は非常に理解できたと思っている。どこの構想区域での会議でも話し

てるが、これからはますます各医療圏における医療機関の役割分担と連携の強化が重要なところである。今まで漠然と色々な医療連携をしているが、もっと緊密に、臓器別にやっという動きも出ているので、ぜひそれをまたお考えいただきたい。また、今の構想の病床機能別分類では、高度急性期、急性期・回復期など検討しているが、これにもっと臓器別の考え方を入れたらどうかという議論も聞いている。一律に一つの病院がすべて急性期とか回復期ということではなくて、もっと柔軟に考えたらどうかという意見が高まっていると聞いている。今回の松阪市民病院の指定管理であるが、是非ともそこを柔軟に考えていただいて、松阪地区だけでなく県全体でも大事な呼吸器の拠点であるので、そこが十分に議論できるような方向で考えていただきたいと願っている。

以上