

審議会等の会議の概要記録

会 議 の 名 称	令和5年度第2回甲州市地域医療体制審議会
開 催 日 時	令和5年8月24日(木) 18:30~20:15
開 催 場 所	甲州市役所本庁舎 2階 第一会議室
議 題	<p>●報告</p> <p>1. 甲州市立勝沼病院の方向性について</p>
出 席 委 員	(敬称略・順不同)近藤永委員、高木陽一委員、田中千絵委員、 武井里美委員、雨宮正明委員、川崎敏朗委員、日原聖子委員、 宮原健一委員、深沢告委員、櫻井希彦委員
会議の公開又は 非公開の区分	公開
会議を一部公開又は 非公開とした場合の 理由	—
傍 聴 人 の 数	なし
審 議 概 要	別紙のとおり
事務局に係る事項	<p>○事務局:健康増進課</p> <p>○出席者9名</p> <p>広瀬猛副市長</p> <p>健康増進課7名(武藤課長、中村、姫野、山本、横瀬、石原、矢澤)</p> <p>みずほリサーチ&テクノロジーズ1名(戸高主任)</p>
そ の 他	

令和5年度第2回甲州市地域医療体制審議会

令和5年8月24日 開始 18:30 終了 20:15

司会進行:事務局

1. 開会	司会による開会宣言
2. 会長あいさつ	会長よりあいさつ

甲州市地域医療体制基本計画は、2020年度から2024年度までの5ヶ年の計画で、その後、2025年度からの新たな計画が策定されることとなります。もう一つの計画の立て方として、内容を修正した2021年度から2025年度までの計画を作る、その翌年度に、内容を修正した2022年度から2026年度までの計画を作る、といった方法をローリング方式と申します。刻々と変わっていく条件に適合させ、計画が常に現時点に適合した計画でございます。

甲州市地域医療体制基本計画はローリング方式で修正延長しているものではありませんが、過去のこの会議でも地域医療体制基本計画の更新資料の共有ということで、計画の更新データ、つまり、計画にはこう書いてあるが、現時点ではどうなっているかというように、いわばローリング方式のように提示していただきました。委員の皆さんの現状認識の共有に役立ったのではないかと思います。

そういった工夫はありますが、医療は他の産業に比べて特殊性がございます。医療を受ける側の委員向けに、医療の現状、医療制度、医療政策医療機関経営についてレクチャーがあっても良かったと思いますし、勝沼病院等の現地視察をしてもよかったのではないかと考えております。

例えば、病院はベッド数が20床以上、診療所はベッド数が0から19床である。訪問診療で保険適用されるのは原則医療機関と患者宅の間の距離が16km以内の場合。全国の診療所で働く医師の平均年齢は60歳を超え、全国の病院で働く医師の平均年齢は45歳を超えている。病院は一般に労働集約型の産業で人件費率が高く、利益率は平均1%から2%と極めて低い水準である、といった説明です。

厚生労働省は人口指数、地域の医療ニーズ、地域の医師の年齢構成、患者の流入流出を考慮した医師偏在指標を算出していますが、山梨県は医師少数県とはなっていないし、峡東地域も医師少数区域にはなっていない。自分の家族親類の状況などミクロな地域の実情の話も大事ですが、このような知識も一方では大事です。

また、在宅医療についての話題が頻繁に出てきております。団塊の世代はもう少しで全員が後期高齢者になり医療費、介護費の増大が懸念されております。団塊世代を含めてそれ以降の世代というのは、それ以前の世代に比べて、かなりの割合で運転免許を持っておりまして、スマホ等のITリテラシーもございます。

現在の高齢者は身体的、知的にも、昔の高齢者よりも若返っているといったこともあります。在宅医療は通院が困難なものが対象とされておりますので、在宅医療の需要が高まるのは、一般に言われるよりも少し先のことであろうかなと思われそうですが、将来に対する準備を今からしておくということも理解しなければならぬと思っております。

本日は前回に引き続き勝沼病院の方向性についてご意見をお伺いしたいと思いますのでよろしく願いいたします。

3. 議事	会長による議事進行(以下のとおり)
-------	-------------------

議事(1)甲州市立勝沼病院の方向性について

説明:事務局

○委員

勝沼の住民にとって、勝沼病院は昔から一つのシンボルである。

そういった中で病院の方向性が分析されて3パターン出てきているが、私の立場では、医療と介護が連携できれば、一番良いと思う。まず、2020年に策定し現在こうやって事業を行っている事務局の考え方がどうなっているのか。それをまず聞いてから検討した方がいいのではないかと思いますので、ぜひお願いしたい。

○事務局

公立病院としての甲州市立勝沼病院の運営方針については、本審議会と並行して、市役所内部に設置されている「甲州市立勝沼病院庁内検討委員会」においても、経年的に検討している。

この検討委員会では、勝沼病院の外来及び入院患者数や医業収益等のモニタリングと併せて、国・県の動向等も勘案する中で、5年・10年先の本市に必要とされる医療提供体制を想定し、次期指定管理期間の方向性について検討を重ねてきた。

まず、甲州市の医療を取り巻く現状としては、第1回会議資料のおさらいになるが

- ①甲州市の人口は今後25年で40%ほど減少するが、高齢者数自体は大きな減少はない予測
- ②今後ますます高齢化が進み、高齢者世帯や一人暮らし高齢者が増加する見込み
- ③周辺の市と比較して、人口当たりの医師数が少ない
- ④甲州市内の医療機関のうち、在宅医療を実施する機関が若干減少しており、実施件数も減少
- ⑤75歳以上の後期高齢者が増加することで、新たな在宅医療の需要が一定数見込まれる

例えば、自宅内での生活は概ね自立していたり、介護サービスの利用等でなんとか生活は維持できているものの、運転免許証を返納していたりして自力での受診等が困難、さらにご家族の支援も難しいなどの状況から、定期的な訪問診療を希望する方が今後増えるのではないかと推測

- ⑥国保加入者、後期高齢者の入院患者は減少していて、約75%は市外の医療機関に入院
- ⑦外来患者数は減少傾向にあり、甲州市の1日当たりの外来患者数は今後30年で約3割減少すると予測

これらの現状から、本市においては「高齢者の医療を支える環境づくり」が今後さらに重要となり、公的医療機関である勝沼病院がその役割を担う必要があると考える。

さらに、勝沼病院の目指す姿・期待される役割は、資料P.5のとおり

これに加えて、国の「新公立病院改革ガイドライン」や山梨県が策定した「山梨県地域医療構想」では、地域における必要病床数や医療機能の分化・連携を推進することとされている。

具体的には、急性期病床の削減が求められており、近隣の医療機関と連携したり、役割を分担し合うことで、限られた医療資源を有効的に機能させる仕組みとすることや、病院運営に係る財政負担の軽減を図ったり、人口減少に応じて医療機関も適切に縮小（ダウンサイジング）していくことで、より持続可能な医療提供体制を確立していくことを目指している。

なお、国・県の構想に沿った病床削減を行った場合は、削減病床数に応じて補助金の交付が受けられることから、これを建物改修等の費用に充て、療養環境の改善等を図る動きが全国的に広がっている。

また、県内医療機関は医師の高齢化が進んでいる上に、確保自体も大変困難な状況にある。

これまでの医療は、医師の膨大な時間外労働により維持されてきた面があるが、R6.4月から始まる「医師の働き方改革」により、医師の勤務時間等の取り扱いに厳しいルールが設けられることから、さらに多くの医師を確保していかなければならない課題がある。

以上を踏まえ、2025年度以降の勝沼病院の方向性については、高度で専門的な診療・治療を提供する「病院」としての機能を維持・継続することは、今後の人口構造の変化や人的資源の課題等を考慮すると困難。

人口減少や高齢化が進み、医療ニーズの質や量が変化することを踏まえ、高齢者の医療を支える地域包括ケアシステムの構築に向け、資料P.5、P.6、P.7を実現するために、今後は有床診療所に移行し、現在の外来機能に加えて在宅医療を強化していくことが望ましいと考えている。

○委員

有床診療所ということになると、病院という名前が使えないことになるのか。

○事務局

一般的には診療所というくりになるため、名称変更は必要と思っている。

○委員

市の考えの通りで、人口減は進まざるを得ないし、入院患者も下がってくる状況が把握できた。ただネームバリュー、今までの病院という名前が診療所になると住民にとって簡素化したかなとか、そういう面が懸念される。ネーミングも大事になるのではないかと思います。

○委員

話が細部に及んできてテクニカルな方向に進む前に、勝沼の住民として意見を述べさせていただきたい。

自分の父も、99歳という高齢となって、急に家庭で具合が悪くなったときに、遠くの病院に行かないとならないことも考えられる。近くに診てくれる病院がある、それは地域の住民にとって非常に安心材料となっていると思う。

勝沼病院で診療して、もしそれが難しい病気であれば、専門的な病院を紹介していただける、素人判断でどの病院を受診するかというのは難しいので、一度地域の病院で診察して、判断していただくことも大事だと思う。

それから年寄りを抱えた家庭からすると看取りの問題がある。在宅のままお亡くなりになる方、それを希望する方も増えていると思うが、私自身や家族のことを考えると病院で看取っていただきたいという希望が大きい。

区長会でも話をだしたが、病院で看取りをしてもらうことを他の区長さんも望んでいる。

それから入院中に何かあったとき家族としてはすぐ駆けつけられる病院に居てほしい。そうすると入院病床を減らすというのが非常に住民として不安である。現在のベッド数を確保した方が安心していられるということを考える。

あと前回の資料で、少なくとも十数年は高齢者の人口大体1万人前後で横ばいということを見ると、病院の体制で続けていただくことができるのではないかと感じている。

ゆくゆくは在宅サービスをしていく方に変えていかざるを得ないけれども、少なくとも10年とか10年ちょっとは今の状態でいただきたい、もちろん、経営の面で厳しいことは資料でわかった。ここでは住民としての感想、意見を言わせていただいた。

○委員

自宅で亡くなりたいたい方が多いというのは事実で、国のアンケートでは6割以上の方が自宅で亡くなりたいたいデータが出ているが、実際に自宅で亡くなる方は、1割2割になっている。その理由は周りの人のことを考え迷惑をかけるとか、状態が悪くなったときに、先生がいるわけがないから心配という方がほとんどであると聞いている。その中で在宅看取りのサポートをしていて、やはり皆さんの不安が強い。

最初から在宅看取りをしたいから絶対家でという方はあまりいなくて、できれば家に居たいけど無理だったら入院という方がほとんど。そのときに、何がご家族の安心に繋がるかという、つらくないときはうちにできる限り居たいので、そのときは訪問看護、訪問診療という形で医療が自宅に入っている、それともう一つ、いつでも入院できる体制があると皆さん安心してくださる。

そうすると、結構な割合ですごく心配だった方が在宅で看取りができる。入院をしてしまうと、最後に意識もないような状態で危篤ですって呼ばれて、心臓が止まるのを待つような状態に間に合ったという感じが多いと思うが、在宅では最期まで会話をし、ふとした隙に息を引き取るという方も結構いるので、早い段階から訪問診療、看護を整えていくことで、本当はうちに居たいという希望が叶うのではないかと思います。実際に、コロナ禍で病院は面会が制限されることもここ近年あったので、その理由もプラスアルファされて私の務めている事業所でも一昨年と去年、在宅で亡くなる方が倍に増えている。そして、それを経験した方から紹介された方も結構いらっしゃるの、個人的には在宅診療を早い段階でやることは理にかなっていると考えている。病床があるというだけで、実際入院するかしないか、最終的な判断はご本人にはなるが、それだけで安心できる材料にはなると思う。

○議長

まだ発言されていない委員の皆様からご意見ありますでしょうか。

○委員

訪問看護ステーションも社協でやっているが、高齢者で在宅に居たいという高齢者の方は増えてきている。そして市で説明のあった持続可能な医療体制の構築という面から将来的な人口減少や、高齢者の増加、2025年から団塊の世代が後期高齢者になることを考えると、将来的に何年か待つのではなく先手を打って、この機会に病院の見直しは必要だと思う。

市から三つ示されているが、有床診療所の移行、コスト面から言うと在宅を増やすとランニングコストが多少増えるという試算も出ているが、高齢者が多くなることも考えると在宅診療に力を入れるべきだと思う。

それから外来も今の診療科の見直しを行って特徴のある診療所としてやっていく、住民が気軽に行ける、かかりつけ医的な病院としても必要であり、そこから例えば点滴を打って入院できるベッ

ドの確保も当然必要になってくると思う。外来と在宅診療の医療機能を持たせた有床診療所という方向性が最適だと考える。

○委員

地域の皆さんが望んでいる方向が一番かなと思う。それには市の協力等があって初めてできることであり、こういう方向であればありがたいとか、もう少し声を上げていただいて、その方向になれば一番いいと思う。

○委員

牧丘病院は、充実した在宅医療をしていて、そこと連携ができるという話もあった。牧丘病院のことをもっと知りたいと思う。

○事務局

牧丘病院が先進的に在宅診療できている、大きな理由の一つは、医師の数が多いこと。

それは在宅のプロフェッショナルの先生が居て、その先生を中心に大学の先生や在宅診療を学びたい先生が集まり、ある程度先生が権限を持って在宅医療全体をデザインしている。コンセプトがあって特色ある病院となっている。

また、勝沼病院は、常勤の医師が院長先生 1 人であるが牧丘病院には常勤の先生が 4 人おり、そのような組織的な体制がとれている。山梨厚生会が指定管理で同じ運営形態をしているのに、なぜそうならないのか、そこは元々の勝沼病院の成り立ちと牧丘病院の成り立ちが違うのかなと思っていて、それは要望すればすぐ同じようになるかという点と難しい。勝沼病院として在宅診療をこれから本当にやっていくときに、その先生たちと一緒に組んでいくことができる可能性はあると思う。この会議で、在宅が必要という声を受けて、市として、在宅の先生と連携や、在宅ができる先生を派遣してほしいとか、田中先生が牧丘病院の先生と一緒に何かできることがないか検討する、そういうことが今後できる可能性はある。詳しい資料は必要であれば次回以降お出したいと思う。

○委員

牧丘病院と連携した場合、コストを抑えられるのか。

○事務局

牧丘病院は山梨市の指定管理、勝沼病院は甲州市の病院なので収支は別になる。それぞれの得意分野を伸ばしながら収益を上げていくことを検討することはできる。しかし、それをしたら必ず収益が上がるとは言えないので慎重に考えていかないといけない。

○委員

牧丘病院が甲州市民を含め積極的に在宅医療を担っているのだから、勝沼病院は在宅医療の機能を持たず、牧丘病院にお任せしたらどうかという考えもあると思うが、大和・勝沼地域の方からすると、何かあったときにこの地域から牧丘まで、という抵抗があると思う。甲州市の地域でも牧丘病院ほど多くの在宅医療を担うことは医師の配置など難しい面があるかもしれないが、ある程度甲州市内のニーズに対して在宅医療を担う、かかりつけ医として機能するかたちは必要だと思う。

在宅を担当する医師と入院を担当する医師が同じであればスムーズであり、同じ医療機関の中で出入りしている医師であれば連携することもできる。何かあったら入院して様子を見てもらう、回復したら自宅にもどる、逆に入院したが積極的治療は難しいので最期は自宅で看取る。そこは在宅医が受け持つ、そういったきめ細かい連携をやってほしいと思う。診療所で訪問診療をしているが、病院の先生方との連携はなかなか難しいところがある。在宅医の先生はご家族の方といろいろお話をするので意向は分かっている、入院すると病院の先生にコロナ等で面会ができずご家族の意向が伝えられないことや、入院中の患者の様子をご家族が理解できないことがあり、良いタイミングで退院できないケースがある。そういった点でも同じ医療機関の中で入院機能と在宅医療の機能を連携できる医療施設が甲州市にあったら、市が勝沼病院にコンセプトを持ったかたちでやっていけるのではないかなと思う。

○委員

今まで 10 年ぐらい牧丘病院の古屋先生と連携して在宅医療に関わったことがある。在宅での看取りにも参加したことがあり薬剤師として一定のノウハウがあるので、そこは薬剤師の力量を発揮したいと思う。調剤薬局として勝沼病院の経営をフォローしていきたい。

○委員

マンパワー、スタッフが少ない以上は、訪問と外来の両方というのは非常に大変だと思う。どちらに重きを置くか、というところから話をしたほうがよい。

○議長

勝沼病院の医療機能からすると、有床診療所の方向性ということか。

○委員

そういうことになる。在宅の外来のウエイトについてはスタッフを交えて検討する必要がある。

○委員

病院の外来収益や入院収益がどんな変遷を経てきたか、その数字的なものがあれば、方向性も見えてくるのではないか。ランニングコストで出ている数字の根拠や、ランニングコストの他に、病院から診療所になったらこうなる、事業外収益もあるかもしれないが、数字的な比較ができると検討材料になると思う。

○事務局

ランニングコストに関しては、病院の場合は基本的に今の収支と最新の患者数を継続した場合、それから最近のコロナのワクチン収益、臨時収益を除いたものになる。そうすると大体 5300 万円のマイナスとなる。

有床診療所の場合、収入については病床数が減った分、その中の稼働が 8 割ぐらい、19 床のうち 17 人ぐらい入る場合のシミュレーションをしている。

それに合わせて人員配置をしたときにどれぐらい変化するのか、逆に入院患者が減ったとしても費用としては変わらない部分もあると思う。給食の委託費などは変わらないだろうとか、そういうものについては負荷を出して、一つ一つ今の収支項目、それは指定管理者が出している最新の収支からどのように変化をするのかシミュレーションしている。詳細については次回以降お出しできると思う。

○事務局

ここで、勝沼病院のベッド利用率について少しお話ししたいと思います。令和 3 年に許可病床数を 51 床から 39 床に減らしている。

1 日平均患者数は平成 30 年 31.94 人、令和元年 26.44 人、令和 2 年 26.00 人。利用率からいうと、平成 30 年 62.63%、その次は 51.84%、70%を超えないと病院としては経営が大変厳しい。病床を 51 床から 39 床に変えたのは、経営改善というより療養環境を良くしようということで、6 床部屋がほとんどだったところを 4 床に減らしたが、それほど看護人数は減らしてないので、それによって収益が上がったということにはなかった。

39 床に減らしてからの 1 日平均患者数は R3 年度が 24.4 人、R4 年度は 25.2 人となっている。利用率でいうと 62~64%ぐらいで推移している。

○事務局

最初に会長からお話があった医療全体のことで一つ情報共有したい。今、日本全体では 8300 ぐらいの病院があると言われている。ただ、1990 年頃には 1 万ぐらいの病院があった。それがこの 30 年で 20%ぐらい減っている。今多くの病院が閉まっていたり、統合している。病院が儲かる時代はもう終わってきているというのが正直なところ。その中で、この地域の中でどのように持続していくのか。形を変えてでも持続していくのかということところが大きなテーマだと思う。

病院によっては統合して医療を強化する、継続するために新しいことをやる、それぞれ違う戦略や、考え方でやっている。勝沼病院の場合、それがこの場で検討できることが重要だと思っている。皆様の地域の医療を考える上でも貴重な機会だと感じている。

病院は減っているが、開業する先生が増えているため診療所は増えている。ただそれは都心部が増えている、地方になると、なかなか開業する先生もいなくて外来機能も細くなっている。その中で公立病院としてどういうところを担っていくのか。医療だけでなく介護との連携もある。

そういうことも含めて地域として何を持っていくのか意識しながら意見いただきたいと思う。

○委員

例えば病院から診療所になって、外来の診療科目がどのくらい減少してしまう見通しか。

○事務局

外来機能については今のまま維持できていると思っている。ニーズに合わせて診療科目を見直すことがあると思うが、有床診療所になったから外来を縮小してしまうということは、現時点では考えていない。

○委員

イメージの問題かもしれないが、勝沼病院が診療所になってしまったら、加納岩病院とか厚生病院に行こうとか、そういう人たちが増える気もする。勝沼病院のネームバリューは安心感があると思う。

話が戻ってしまうが、入院していても夜間お医者さんがいないとなると不安である。夜間お医者さんが病院にいてくださると、患者さんや家族は安心感に繋がるのかなと思う。

○事務局

夜間に常駐の先生がいなくてもいい、というのが有床診療所の条件。ただそれは何かあったときに対応できないということと同義ではない。

それは急変したとき。患者さんが夜間、体調悪くなったとき当番の先生がいても必要に応じて救急車で山梨厚生病院に行くこともあるかもしれない。また、勝沼病院には CT もなくて医療機器も優れているわけではないので、例えば心臓が痛いときには勝沼病院ですぐ何かできるわけではないので、CT のある病院に行ってスキャンしていただくこともあると思う。病院の方が手厚いか、ということではないと思うがサポートできる体制や何かあったときにどう対応するのか、そこは市民の皆様にはきちんと説明する必要が市にはあると思う。

○議長

今日市の考えということで発言があり、その考えに対して委員の皆様の意見は、消極的な賛成からやや積極的な賛成までの範囲なのかなと思う。

今日の会議では勝沼病院の方向性、運営手法①から③について意見集約したいと思うが、それについてはどうか。審議や情報提供が足りないということがあるか。

○委員

今日意見集約した場合、次回からその方針が変わらないのであれば時期尚早かなと思う。

○議長

具体的に何が判断材料として必要か。

○委員

一般住民の代表なので非常に難しいが、まだ地域の住民にも知られていないなかで決めてしまうのは厳しいかなと思う。

○議長

時期尚早ではないか、住民への説明といった発言があったが、市としてどう考えるか。

○事務局

この 4 月に 3 分の 2 の委員の方が代わって、前回説明して今日決めるというのは確かに難しい。この難しいテーマに対する議論をし尽くしているかということ、皆様が感じている通り、決定に至るには議論をし尽くしていないのかなと思う。次回 11 月に予定している審議会の時期を少し早めさせていただき、もう一度検討する会を設けたい。

また、こういう資料あるといい、といった意見も出していただいたので、もう少し具体性を持ってスムーズに検討できるような資料を事務局でも考え、それを追加するかたちで次回も引き続き審議していただきたい。

○議長

今日の会議での意見集約は見送るということとして、改めて資料等を用意した上で審議することによってよろしいか。

○委員

この審議会の開催予定を見ると第 3 回と第 4 回の内容はどちらも同じことが書いてあるが、予定を教えてください。

○事務局

当初の予定では 11 月の審議会で、基本計画の改定、データの更新について、その案をお諮りして最終 2 月の審議会で了解いただく予定であった。タイトルは同じだが、素案を出してご検討いただいて最終決定する、というイメージであった。

審議会の回数を追加にするのか事務局で検討させていただきたいが、まずは 11 月よりも前にもう一度このテーマについてご審議いただけるかお諮りしたい。

なぜこのタイミングでかということ、有床診療所に転換する方向性になった場合、年度中に広域で開催される調整会議や議会にお諮りして、令和 6 年度に条例改正を行う予定になる。直前にあまり拙速に決めてしまうのは良くないということで、少し前倒して進めてきた経過がある。

第 4 期の指定管理が終わるタイムリミットに合わせて必要な準備することを考えると、この時点である程度審議会の皆様から方向性や懸念となっている内容をいただくと、今後の調整等が丁寧に行えると思っている。ご負担をおかけするが、審議会の次回開催をよろしくお願ひしたい。

●議長

今後、市の考えるスケジュールについて説明がありました。質問等がないようであれば、今回の意見集約は見送ることとしまして、改めて審議したいと考えます。

本日の議事はこれで閉じさせていただきます。ありがとうございました。

4.その他

司会による報告

次回の審議会日程については事務局より通知でお知らせする。

本日は、以上をもって終了とする。