

第2回 第2次 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30年11月6日 午後7時

開催場所

市役所議会棟 第3, 4委員会室

出席委員

伊佐地秀司委員長、長友薫輝委員、志田幸雄委員、小林昭彦委員、小山利郎委員、奥田隆利委員、山口直美委員、山路 茂委員、櫻井正樹委員

オブザーバー

三重県医療保健部 医療政策総括監 田丸智巳
(代理) 地域医療推進課医療企画班主査 市川 誠

議事

- (1) 第1回在り方検討委員会振り返りについて (在り方資料1)
- (2) 松阪市の地域包括ケアの現状と今後について (在り方資料2)
(松阪市健康福祉部高齢者支援課)

その中における病院の役割

- (3) 平成30年度 第1回松阪地域医療構想調整会議の報告について (在り方資料3)
(三重県医療保健部地域医療推進課)

会議は公開とする

傍聴者数 54名

開会前、司会より委員に対して会議が公開であるため、報道関係者、一般傍聴者の入室の連絡と撮影、録音の許可を得る。

午後7時 委員会開会

司 会

ただ今から、第2次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り

ませず、委員会にご出席を賜り、誠にありがとうございます。

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。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。また、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を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。

写真撮影、および録音をおこなっていただいておりますが、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します。

それでは進行させていただきます。

本日の出席委員は9名全員でございます。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。

本日の委員会でございますが、第2回目の委員会ということで、まず、議事の(1)では、前回(第1回)の委員会の振り返りを、議事の(2)では、前回、3基幹病院の問題は、この地域にとって重要なことではありますが、同時に、回復期機能や慢性期機能の病院、さらには、地域包括ケアの中心となる在宅医療、介護といった問題をトータルで考えるべきではないか。といった意見がございましたので、今回の委員会では、市の高齢者支援課から「松阪市の地域包括ケアの現状と今後」について説明いただき、その中における医療(病院)の役割等についてご議論いただきたいと存じます。

議事の(3)では、オブザーバーとして参加していただいております、三重県地域医療推進課から、10月15日に開催されました地域医療構想調整会議の内容について、ご報告いただきます。

このあと、委員の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します。

それでは、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

議事に移ります前に、前回、ご都合により欠席の、長友委員から、ご挨拶をいただきます。

(委員挨拶)

では、議事に移ります。

まず、議事の(1) 「第1回在り方検討委員会の振り返りについて」を議題とします。事務局は報告をお願いします。

事務局

在り方資料の1をお願いします。

第1回の委員会では委員の皆さまから自己紹介を賜り、その後それぞれのお立場からご意見を賜りました。そのご発言につきまして要点としてまとめましたので前回の振り返りとしてご報告申し上げます。

3ページをお願いします

まず、21地区を回ってということでございます。本年度4月以降、事務局が各地域の自治会の総会などに出向き「市民病院の現状と今後の地域医療」について説明をしております。その中での意見として、専門用語が多くてわかりづらいといった意見。また、最も多かった意見は、高齢になった時に安心して入院できる、生活できるベッドの確保、医療体制を整備してほしいとの要望でありました。

次に必要病床数についてということで、市民に対し、今後、急性期病床の数をなぜ減らさなければならないのか根拠を示す必要があるといったご意見や、急性期機能を持つ病院では、入院患者は、1・2週間で容体が落ち着く。退院あるいは転院に向けた準備を始めていきたいが受け先がない。新しい救急患者の受け入れが出来ない状況が生まれてくる。地域医療構想は、そうした役割分担を医療機関の間で構築していくものだと考える。といったご意見がありました。

そして職員の雇用といったことでは、高度な医療を提供する病院は、医療や経営面において、たくさんの職員が必要であり、また、たくさんの職員を雇用することが出来るといったご意見がありました。

4ページをお願いします。地域包括ケアシステムについてでございます。

人口の高齢化とともに、医療の形も変わってくる。住民が安心して暮らしていくためには、地域包括ケアシステムの構築に努めていかなければならない。

平成30年4月から新たな高齢者保健福祉計画と介護保険計画がスタートして、一番中心になるのが地域包括ケアシステムの構築で、地域住民それぞれが役割をもって支え合いながら自分らしく活躍できるまちをつくっていくことが基本である。まず、地域の皆様、地域住民の皆様の目線でものごとを考えることと、大胆な意識改革が必要と考えるとのことでした。

続きまして地域医療の流れといったことでございます。

川の流れに例え、高度急性期・急性期が川の上流とすると、回復期が中流、慢性期や在宅医療は河口や海であるという考え方があり、その流れの中で一番大切なのは、川の河口であり、海ではないか。松阪地域の3基幹病院のあり方を議論することも大事であるが、中流や河口である回復期や慢性期、在宅医療、介護福祉のことを含めて地域医療の流れを考えるこ

とが必要だというご意見がありました。

次の在宅医療についてということでは

療養型病床が無くなるということを危惧している。療養型病床がなくなった場合、病院を出される方をどこへコーディネートすればいいのか。開業医の先生方や総合病院の先生方にご協力いただきながら在宅で看させていただくことができるのだろうかという不安を持っている。市民病院が取り組んでいる地域包括ケア病棟のようなところで時々入院させてフォローして在宅へ帰っていただくというような、そういう病棟が今後増えれば現場の介護に携わるものとしてはありがたい。

地域包括ケアシステムにおいてもその根本となるのは利用者、家族の思いや覚悟、そして最後までどうされるかというターミナル（終末医療）の部分と思われるが、その意味においても今後急性期、回復期、慢性期、ホスピス・緩和病棟と在宅の間を行ったり来たりできるようなシステムができれば、在宅で安心して暮らせるのではないかといったご意見がありました。

5 ページをお願いします。

回復期病院の役割についてということでは

この地域に住んでみえる方の介護力という問題。独居老人の方も、老老介護の方も共働きの方もいる中で、場合によっては在宅でケアできないということになれば病院に戻る必要がある。その受け皿的な病院が必要になってくると考える。在宅ケアをしていく中では回復期、慢性期の病床が増えるのはありがたい。病院に戻るというのは長期ではなく、例えば1週間点滴する等の場面がないとなかなか在宅だけで全てをケアしていけないのではないかと思う。また、家族を休ませるために1週間だけ患者さんを預かっていただくような役割も回復期の病院に期待したいというご意見がありました。

議論における年次設定についてという点については

入院のピークは2030年と見込まれている。これから人口は全体として減ってくる。少子高齢化の中で、病気の中身も変わってくることから、それに対応していかなければならない。

地域包括ケアや在宅医療が将来的にはこのように変えていかなければいけないであるとか、在宅医療が進んだ時に病院の方はこういう対応がいいのではないかなど、そこに至るためのタイムスケジュール的なものがなければ、市民の理解が得られにくいというご意見がありました。

以上、第1回委員会の振り返りをさせていただきます。

委員長

ありがとうございました。

事務局から報告がありましたが、ご質問等ございませんでしょうか。

（質問無）

次に、議事の(2)「松阪市の地域包括ケアの現状と今後について」を議題とします。
市の高齢者支援課から説明をいただきます。

高齢者支援課長

「松阪市の地域包括ケアの現状と今後について」説明

松阪市のお話をする前に、厚生労働省の資料にて地域包括ケアシステムについて、その概要を説明いたします。まず図1-1をご覧ください。

地域包括ケアシステムは、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムをいい、このシステムを団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、保険者である松阪市等が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていこうとするものです。

続いて図1-2をご覧ください。

この植木鉢の図は、住まい・医療・介護・予防・生活支援の、地域包括ケアシステムの5つの構成要素が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示されたものです。

本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという、地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスで「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」を葉として描き、介護予防と生活支援は地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援することを表しています。

続いて、裏面の図1-3の下の図をご覧ください。

地域包括ケアシステムにおいては、様々な生活課題を「自助・互助・共助・公助」の4つの助けの連携によって解決していく取り組みが必要で、その基礎となるのは「自助」で、自分が主体となり、自身を大切にしながら生活を行うという心構えと行動が最も大切であるとされています。

次に、松阪市の地域包括ケアシステム推進の取り組みを紹介します。

初めに、松阪市の地域包括ケアシステムの推進体制について、ご説明いたします。資料2の左側をご覧ください。

松阪市では、地域包括ケアシステム並びに松阪地域医療構想の考え方と、松阪市地域包括ケア推進会議での協議結果、また、松阪市地域包括支援センター運営協議会より出された課題等を基にして松阪市高齢者保健福祉計画策定委員会にて「松阪市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」を策定しています。

この策定された計画に基づき各部署において高齢者がいつまでも安心して暮らし続けることのできるまちを目指した事業に取り組みますが、事業の進捗管理を松阪市地域包括ケア推進会議が行いつつ、推進を図っています。

そして、地域包括ケアシステムを有効に機能させるためには、松阪市地域包括支援センターが中核機関としてあたり、円滑に事業を運営していく必要があります。この地域包括支援センターが円滑かつ適正な運営を行うため松阪市地域包括支援センター運営協議会が設置されており、松阪市地域包括ケア推進会議と連携して、事業の推進を図っています。また、医療や介護の専門職の資質向上に関しては「多職種勉強会」、認知症の支援に関しては「認

知症に寄り添う部会」、在宅支援連携に関しては「顔の見える連携会議」の部会において取り組み、これらの全体の進行管理等を松阪市地域包括ケア推進会議運営幹事会が担う形で進めてまいりました。

それでは、これまでの松阪市の取り組みをお話いたします。

資料1にお戻りください。

平成27年3月に平成27年度から平成29年度までを計画期間とする「松阪市第7次高齢者保健福祉計画及び第6期介護保険事業計画」を策定し、この計画の基本理念を「高齢者がいつまでも安心して地域で暮らしつづけることができるまち」、そして基本的な考え方を「地域包括ケアシステムの構築～互いに認め合い、支え合って生活ができること・安心して生活ができること～」とし、予防・認知症・医療・生活支援・住まい・介護の基本方針を6つの柱として、それぞれの基本施策や事業に取り組みました。

松阪市地域包括ケア推進会議は、高齢者が切れ目のない介護や医療のサービスを受け、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムや看取りまでを視野に入れた在宅医療推進を目指して関係機関と調整を図り、介護と医療の連携を強化することを目的に、平成26年7月に36名の多職種の委員により発足し、地域包括ケアにおける事業の進捗管理及び推進を担っています。

そこで、この会議で協議されたものを基に、主な取り組みを説明します。

初年度にあたる平成26年度は、松阪らしい地域包括ケアの推進にむけて、構成メンバーの意識共有と、顔の見える関係をつくることから始めました。この中で各委員の立場や所属において、高齢者支援における思いや課題を出しあったり、各地域包括支援センターで開催された地域ケア会議から抽出された課題を対象別にリストアップし、地域課題を整理したりすることで、認知症ケアが共通の課題であり、優先順位も高いことを共有することができました。

また、地域の医療・介護関係者の連携をスムーズにするために、まずは、顔の見える関係づくりのための多職種勉強会を始めました。

2年目以降は、認知症の独居高齢者に関する課題がたくさん上がってきたことから、認知症ケアを優先課題として取り上げ、協議方法にグループワークを取り入れることによって、効果的に多職種から意見をきくことができ、顔の見える関係を一層深めることができました。これらの協議を踏まえ、認知症ケアの課題として認知症に早くから気づくことや、受診することが難しいケースが多いことから、認知症の初期段階の事例検討を行い、医療と介護の一体的な体制作りと認知症ガイドブックの作成について協議しました。

認知症ガイドブックの作成については「認知症に寄り添う部会」を立ち上げて、地域包括支援センターに配置した認知症地域支援推進員とともに検討し、認知症ではないかと心配になった時の相談先が誰にでもわかるような冊子として、「認知症ハンドブック」と名付けた、松阪市のオリジナルのものを作成し15,000冊を印刷して地域包括支援センター等関係機関の窓口で市民に説明しながら手渡していますが、大変わかりやすいと好評であります。また、地域連携にかかる協議のため「まつさか医療～顔の見える連携会議」を立ち上げ検討しました。

このように、地域包括ケア推進会議の協議を基に取り組んできたことで、多職種の連携が進み、「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」と「松阪市認知症初期集中支援チーム」という、専門職を配置した2つの新しい機関を平成30年4月に設置することができました。

この資料には詳細な記載はありませんが、図1-1の一番下の「生活支援・介護予防」、図1-2では土にあたる部分の取り組みにつきまして説明します。

生活支援では、認知症の方や一人暮らし高齢者の見守り体制の構築・充実に図るために、多様な生活支援サービスを創設していくことが必要と考えます。

認知症に関する正しい知識を理解するための「認知症サポーター養成講座」や「高齢者安心見守り隊養成講座」を毎年開催することで、互助である地域の人々同士の支え合いによる高齢者支援の充実に努めています。当市では、認知症サポーターは約22,000人、高齢者安心見守り隊は約1,200人に登録いただいています。

認知症高齢者が行方不明になられる事案は相変わらず多く、市民の力で早期発見の支え合いができるようにと「高齢者の声かけ見守り訓練」という模擬訓練の実施にも取り組んできました。

また、企業の社会貢献も増加してきており「高齢者にやさしい見守り協定」を現在9社の事業所と締結しており、認知症サポーター養成講座を受講したり、見守りメール配信をさせていただいたり、様々な関係機関と協力しながら高齢者支援を進めています。

さらに、認知症の方や介護をされている家族の支援として、認知症カフェや介護者カフェなど、地域や介護事業所などで開催されるようになってきました。

続いて、介護予防では、自分の健康に関心を持ち、自助として健康づくりや介護予防の取組に参加していただけるような教室を地域包括支援センター等で多数開催しています。

さらに、ご自分のことだけでなく、地域の方々に介護予防の大切さを伝えるボランティア活動に参加していただけるよう、介護予防いきいきサポーターを養成し、約600人が登録されています。

また、地域での介護予防を進めるにあたり、宅老所やサロンとよばれる「集いの場」、この立ち上げや運営に係る支援にも取り組んでいます。

そして、平成28年10月から高齢者の社会参加を増やし、介護予防を進める取り組みとして、「お元気応援ポイント事業」を始めました。

次に今後の松阪市の地域包括ケアシステム推進の取組についてお話いたします。資料2をご覧ください。

平成30年3月に平成30年度から平成32年度(2020年度)までを計画期間とする「松阪市第8次高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画」を策定しました。この計画の基本理念は前回と変更していませんが、基本的な考え方を「地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら自分らしく活躍できるまちを目指して」と改め、また、基本方針の6つの柱も、基本的な考え方に沿って変更して、それぞれの基本施策と事業に取り組んでまいります。

取り組みにあたっては、基本的にはこれまでどおりの体制で行ってまいります。認知症に関しては地域包括支援センターと平成30年4月に設置した松阪市認知症初期集中支援チームの連携を密にしながら運営を進めます。また、同じく平成30年4月に設置した松阪地域

在宅医療・介護連携拠点が地域包括システム構築にかかる8項目の内5項目を主として担い、特に多職種連携の多職種勉強会、ICTを活用した情報共有システムの管理、地域資源の再発掘を手掛けるということで、地域包括システム推進の要となっていく予定です。

取組のイメージをお話しするにあたって図1-1を再度ご覧ください。

まず、「住まい」と「生活支援・介護予防」にかかる部分では、本人と家族と地域住民の『介護力の向上』が大事ではないかと考えます。

ここでいう『介護力』とは単に介護の知識や能力、認識を高めることだけではなく、高齢者を孤立させないような見守りや日常生活のちょっとした手助けできる支えあいの体制の構築も含まれます。

そして、この体制の中に高齢者が自ら関わることのできるよう健康管理をして、介護予防に努めてもらうという点が重要なことでもあります。

そこで、これまでも実施しております家族介護教室や認知症サポーター養成講座と高齢者安心見守り隊養成講座を継続し、介護や認知症への理解者を増やし、また、介護予防教室や地域での集いの場による介護予防を拡げていくために、集いの場の開設や運営の支援を行います。

そして、地域での生活支援サービスが実施できるよう担い手養成研修を実施します。

これらの施策により『地域の介護力』というものを培っていきたいと考えます。

次に「住まい」と「医療」と「介護」の部分にかかるところです。

松阪市では、これまでの「多職種勉強会」や「顔の見える関係会議」の開催や、介護支援専門員や病院の地域連携部署のワーカーや看護師等の努力により、高齢者の在宅時、入院時、退院時などにおける連携が、少しずつスムーズになってきておりますが、より一層、専門者間の連携が円滑に、より強化できるようにするためICT、インターネットを活用した情報共有システムを導入します。

また、在宅の高齢者に対して訪問する職種が増えてきました。

そこで、松阪地域の医療や介護の情報を再発掘し収集して、それを医療と介護の関係者に提供していきます。

これらのことにより、特に入退院に係る在宅支援に関する情報が増し、よりスムーズに行われることができると考えます。

そして、これらを連携拠点が担っていきます。

さて、松阪らしい地域包括ケアシステムの推進にあたり、松阪独自の特色を踏まえなければならぬと考えます。それは、1つに済生会病院、松阪中央病院、松阪市民病院による救急輪番体制。2つ目は在宅医療の増加により、今後入院の需要が増えると見込まれる中で対応可能な「地域包括ケア病床」、こういった病床も松阪市民病院は確保しています。

3つ目は今後の地域包括ケアシステムにおいて、さらに重要度が増す「訪問看護」、これも松阪市民病院の訪問看護ステーションなど松阪地域10箇所の訪問看護ステーションが連携しています。

4つ目は、全国でも例を見ない、精神保健福祉士と市保健師で構成する松阪市認知症初期集中支援チーム。さらに、この初期集中支援チームと同じフロアに併設する連携拠点。

このような独自色や連携のしやすさを活かせるよう、また、松阪地域医療構想の動向も鑑み、地域包括ケア推進にあたっての検討をしていきたいと思ひます。

最後に、松阪市はこれからも、高齢化により病気や要介護の高齢者の増加は避けられませんが、地域包括ケアシステムを構築し推進していくためには「元気高齢者」が鍵となると思ひます。いくつになつても、支援の必要な状態になつても、生きがいや役割を持ち、社会参加を積極的に行ふことのできる「元気高齢者」を増やしていくように、地域の方々や医療・介護の関係者と連携し、支援に努めていきます。

委員長

ありがとうございます。

地域包括ケアシステムの構築・実現が求められているなか、高齢社会における在宅医療や介護、あるいは認知症や人口減少の問題など、非常に難しいことだと思ひます。

しかし、難しい問題だといつて、先送りや放置しておく訳にもいきません。

今、ご説明いただきましたように、いろんな職種の方々が連携して、一歩ずつでも前に取り組みを進め、この地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築、また、そのなかでの医療のあり方というものがどうあるべきなのか、を考えていかなければなりません。

急性期から慢性期・在宅医療までの流れ、前回お話しがあったように、川上から川下までを整備していくことが必要であると思ひます。

それでは、先ほどの市による説明、あるいは、その中での医療の役割などについて、ご意見を賜りたいと思ひます。

まず、第1回の委員会では、将来の松阪地区の医療がどうなっていくのか、多くの市民が理解できるような、しっかりとした根拠を示していただきたいとのご意見をいただいております。

松阪地区の医療、医療を取り巻く介護体制・介護支援等につきましては、定量的なものを示すまでには至らないかも知れませんが、先ほどの説明を受けまして、暮らし全般を支えていくための体制づくり、専門職間の連携などについての方向性は見えてきているのかと思ひますが、いかがでしょうか。

委員

このような話を聞かせていただいた中でも地域医療構想という視点から理解ができないところがある。この地域は高齢化が進み人口減少が進んで行く確率が非常に高い。そうした中において病床を減らすということがどうしても理解できません。

法律で決まっていることだと言われますが、それでは市民は納得できないと思ひます。年齢とともに膝や腰、内臓も弱くなってくることは避けることができません。

どうしても病院に頼らざるを得ない、時には救急車を呼ばざるを得ないと思ひます。できることなら誰もが病気とうまく付き合いながら社会参加して自分らしく生きていきたいと願うところだと思ひます。

そこで医療、ひいては松阪市民病院がどのような役割を果たしていくべきなのか、会議に

出るたびに考えさせられるところがある。

資料2に示されているように、地域包括ケア、松阪地域医療構想のなかで、昨年は地域医療構想を中心に議論をしてきました。

今年度は地域包括ケアについて議論を展開しているように思い、大きな関連性があると思うが何か突破口が見えない気がする。今の率直な意見です。

委員長

地域包括ケアの考えはよくわかるということでありましたが、何故病床数を減らさなくてはいけないのかとご意見が出ていますがどうですか。

委員

10月31日の新聞です。第1回の会議で発言があり、医療需要は2030年がピークであるという報道もされています。そんな中において急性期を減らすというのが市民には理解ができないのかと、そんな思いです。

委員長

急性期・高度急性期の定義が問題だと思うんですけども、いかがですか。

委員

今でも病床区分いうと、3病院の急性期・高度急性期患者は大体6割ぐらい。残りの4割は回復期もしくは慢性期にあたるような患者が入院しています。

だから、急性期・高度急性期を減らせというのがすぐに病床を減らせという議論にはならないです。

私が一番気にしてるのは、高度急性期・急性期というところは、より高度急性期・急性期らしい格好にして、回復期、慢性期はもう少しその機能らしいものにして欲しいというふうに言ってくるのではないかとということです。

以前にも言いましたが、病床を減らすということを考えているわけではなくて、そこのところ少しメリハリをつけないと、例えばなかなか家に帰れないような方、もう治療は終わっているけれど急性期ではもう抱えられないという患者がこれからたくさん出てくると思いますが、そこを急性期病院が抱えていくのはもう無理ではないかと思っています。

ですので、ベッドを減らすという話と、急性期・高度急性期を減らす話とは全く別物と理解しています。

委員

桜木病院の院長がおっしゃってみえますが、この地域は歴史や人口などの特色をもっていて、地域医療構想の枠組みに当てはめていくのは難しいといった意見もありましたので、それを見させていただくと市民はますます理解がしにくいと思うのでよろしくお願いします。

委員長

ありがとうございました。

次の委員にお尋ねします。

松阪市地域包括ケア推進会議の委員、松阪市地域包括支援センター運営協議会の委員、あるいは、先ほど説明のありました高齢者保健福祉計画の策定委員として深く関わってこられたと伺っています。

また、前回の委員会で、医療と介護の連携、生活を支える医療の必要性などについてのお考えも聞かせていただいたところですが、改めて、先ほどの説明を受けまして、地域包括ケアシステムと医療・病院のあり方などについて、ご意見いかがでしょうか。

委員

地域包括ケアにつきましてはいろいろ勉強させていただいておりますが、地域の生活、皆さんの生活を見ていますと、在宅医療や在宅看護が進んできても、家族の構成というのが一昔前と今とは違うということに問題があると思います。というのは同居している家族が少ない。

少し前ですと同じ屋敷の中で隣に両親の家があることが多かったですが、最近では私の地域を見てもご夫婦だけ、或いはどちらかお一人の単独世帯が多くなっておりまして、地域包括ケアシステムで説明があったそういったところを、一つの小さな地域、大きくなくて小さな地域で支え合って行けるということが非常に大事になってくると思います。それと地域の中で親しい仲どうし、お互いを見守っていく。特に单身、一人暮らしの方、二人暮らしの家庭というのは、在宅医療をするにしても在宅看護をするにしても、非常に難しい。手が届いていかないということがあるので、それも含めて地域の中で、大きなエリアではなくて向こう三軒両隣ぐらいで支えあっていく皆さんの協力が非常に大事ではないかと思っています。他の所は知りませんが松阪は非常によく進んでいる。いま教えていただいたいろんな事業が進んでいますし、大変いいと思っています。

委員長

ありがとうございました。昔、かなり昔と比較して家族構成が変わっていて、今は二人だけ或いは独居もかなり増えている。その中で在宅をどうやるかというのは地域や多職種が協力していかないと難しく、それをいかにやっていくかということと医療との関係とか含めかなり難しいかと思っています。

次の委員にお尋ねします

松阪市の地域包括ケア推進会議の委員や高齢者保健福祉計画の策定委員として、深く関わってこられていると伺っています。また、ケアマネージャーによる医療とのコーディネートの部分で、前回の委員会で地域包括ケア病棟の充実といったご発言があったかと思っています。

先ほどの地域包括ケアの現状と今後についてでも結構ですし、地域包括ケアにおける医療のあり方などについて、ご意見いかがでしょうか。

委員

今回のこの第7期の介護保険計画の前で、第6期の時に松阪市が調査した日常圏域ニーズ調査でケアマネージャーに対する調査の中の要望のところ、家族の方のレスパイトということも含めてのショートステイが必要という話がありました。ただ、ショートステイのベッドでいうと、現在は比較的足りているというように現場としては認識しています。その中でも我々ケアマネージャーが欲しいのは医療的なケアをしていただけるショートステイ、地域包括ケア病棟といった病棟が非常に重要になってくるのではないかと。

川上から川下という話もありますが、時に認知症の患者ですとその本流に乗れない、流れ、スピードに乗れない方がございます。本流から支流に流れてしまった方をもう一度川上へ戻すというそういうシステムをしっかりと構築していかないと、場所や期間が変わるたびにリロケーションダメージによる認知症が進行して、また、家族の方の負担も増えてくるというような負のスパイラルが起こる可能性もあるのではないかとというふうに危惧しています。

その意味で地域包括ケア病棟等在宅を視野に入れた、また在宅からフォローしていただける医療の場をしっかりと整備してもらえるとありがたい。

委員長

ありがとうございました。

ショートステイやレスパイトのベッドはあるが、その中に医療行為が必要な方がみえて、そこが足りないということでしょう。

なかなか難しい問題だと思いますが、そのなかでもおそらく在宅を行っている先生が介入することが必要だと思います。

次に、松阪市の地域包括ケア推進会議の会長、さらには、松阪市高齢者福祉計画策定委員会の委員などを務められており、いわば、松阪市の福祉・保健の分野をリードするお立場です。その中で医療の役割などについてご意見をいただければと思います。

委員

今日もいらしている委員や先生方のご指導のもと、私は推進会議の会長という役で、司会を努めているという感じです。現場の方、先生方にご指導いただいています。地域包括ケア推進会議でやっていることは、簡単に言うと、新しいお互い様づくりをしているという認識を持っています。

先ほど言われた住民の方々の横の繋がりはもちろん作らなくてはいけないということのほか、地域包括ケア推進会議はそれだけではなくて、専門職同士のそういう関係づくりといったことも担っている会議であるというのが特徴かなと思います。

新しいお互い様づくりなので、時間がかかりかかるというのは、これまで私も少し関わる中で勉強させてもらっていますが、そういう印象を持っています。

川上から川下や、医療から介護へ、介護から地域へという流れの中で、受けとめる体制づくりのみならず、大事なものはケアの連続性をいかに保つかということです。

要は行き来できるかということが大事になる。これは先ほども言われたところではないか

と思います。そのために新しいお互い様づくりをやっているという意識をもって、ケアの連続性をできるだけ維持できるか。

もちろん医師はじめ、介護職員まで沢山の専門職が関わる中で、その体制をどれだけ維持できるかということで医療を考えていく必要がある。その中で病床区分とか診療報酬の中でどういった配置になるのかということも読みながら、難しい舵取りになると思いますが、そういったことを考えていくことが求められているのではないかと考えています。

委員長

ありがとうございました。

私も新しいお互い様づくりという言葉は初めて聞きました。非常に重要な言葉ですね。いわゆる血のつながりはないけれど近所づきあいということでそれを進めていくということ。

ここ最近の核家族化で近所がどなたか知らない、それではなくてそういう関係を作っていくことが大事ということ。

次の委員いかがでしょうか。委員におかれましては、松阪市地域包括支援センター運営協議会の会長、松阪市高齢者保健福祉計画策定委員会の会長などを務められ、松阪市の福祉・保健の分野をリードするお立場です。

さらには、県医師会の監事や在宅医療支援病院の病院長という視点からも、医療の役割についてご意見を賜ればと思います。

委員

前回のこの会議でも申し上げましたが、その川上川下の理論というのはあくまでも急性期から慢性期そして在宅、この「流れ」の話をしただけで、そういう川上、川下があるということではないので、その点申し上げておきます。

松阪市の地域包括ケアのところで説明があり、図でいいますと図1の1の最初の図をご覧くださいただければもうそのまま、先ほど地域医療構想と地域包括ケアシステムの話がされましたけど、大きな意味で言えば、地域包括ケアシステムがきちんと動いていなければ地域医療構想は進まないということで、地域包括ケアシステムという大きなサーキュレーション（循環）の中に地域医療構想も含まれるものというふうに私は思っています。

急性期医療だけではなくて在宅医療、あるいは4病期、いろんな医療というものが地域包括ケアシステムの中で回っていく、動いていくという感じになると思っています。

特に地域包括ケアシステムというのは急にできるものではありません。やはり、松阪地域という特色の中で、短期間ではなくて、少しずつ進めていかざるを得ないものです。

先進地とかモデル事業で、すごく早く進めたところへも私も行ってまいりましたけど、成功しているところはあまりないように思っておりますので、やはり基盤というか地域包括ケアシステムの地道なところを少しずつ進めながら、同時並行して地域医療構想も考えていくということ。

この後、県の方から地域医療構想調整会議の報告があり、そこにも出てくると思いますが、4病期と言いましても、急性期や回復期、わたくしの病院は慢性期の病院ですけれど、慢性

期の病院の中にも急性期の方や回復期でリハビリをしてる方も数十%みえるわけです。

つまりそれぞれの病期に分けても、その中で入院していらっしゃる方は様々な要素、そしてその時々で変わりますので、他の慢性期で入った方が肺炎になったり、また骨折した方が回復期でリハビリをしたりとか、動いていきますのでなかなかその4病期にきちんと分けて、その中でこの病棟は急性期だけ、この病棟は回復期だけというのは現実的に無理ですし、地域医療構想はそのようなものではないと理解しております。

委員長

ありがとうございました。

非常にわかりやすいご説明でした。川上と川下はその流れだけであって、そうであれば川下へ行けばそれで終わりかといえそうです。そうではないですね。

一つの円の中にあってそれぞれが有機的につながって包括的に見る考えがないとだめだということで、私も再確認しました。

そういう意味でも医療は一人の患者の中にいろんな病態があるわけですから、「もうこの患者は慢性期だ」というわけではないということです。

次にお聞きします。

医師会館の中に、松阪地域在宅医療・介護連携拠点を設置され、地域包括ケア推進に向けた取り組みや連携などにおいて、医師会の存在は、非常に大きいものがあるように思います。

在宅医療と介護の連携、在宅医療を含む医療提供体制の在り方など、幅広い視点におきまして、ご意見賜ればと思います。

委員

この松阪地区に地域包括支援センターができて、それが五つの区域に切り分けられ、その五つの地域の特性がそれぞれ違う。地域包括支援センターの運営協議会でそれぞれのセンターが発表する実態調査等で各地域の特性はよくわかる状況です。

たとえば飯南・飯高地区でありますと高齢化率が非常に高く、ある限られたところでは100%というところもあります。大きく平均すると27~28%なんですか。けれども地域差があって、その地域で医療介護をうまく展開させていくためには一筋縄ではいかない。それぞれの地域の五つの包括支援センターが、その地域に合った、もうやらざるを得ないやり方で取り組んでいるという、死にものぐるいの実態が見えて来ます。

そこは一般の方々と専門職との関わりの中で動いている姿が見えるわけですが、その地域包括支援センターという考え方の後に出てきたのが、地域包括ケアシステムということで、松阪市全体に大きく医療・介護を展開していくかたちで地域包括ケアシステムが出てきている。

その中には地域住民だけでなく、民生委員の方とか警察であったり消防であったり、この地域の医療・介護を支えていくために専門職の方も入って全体を見ていく、そういう包括ケアシステムができました。

私たち医師会にも地域包括支援センターがありますが、そこで「顔の見える勉強会」「多

職種勉強会」をやりだしまして、いわゆる専門員同士の顔の見える関係がうまくできてきたように思います。

地域包括支援センターで行っていた小さな勉強会がさらに広がって、地域包括ケアシステムでの松阪市全体の多職種の勉強会に発展し、今、松阪市は多職種で顔の見える、専門職同士の連携が非常にうまくいっている地域ではないかと思っています。多職種がそうやって地域の皆様の医療・介護を引っ張っていくという素地はできたと思っておりますが、現実日常生活において、患者、あるいはそれを守る家族のレベルでものを見ますと、退院後、たとえばターミナルで、がんの末期で1ヶ月で亡くなられて医療・介護は1ヶ月で終焉するという家族もございますが、中には奥様を10年間看ているという家族もあります。10年間看ているということは、その途中には奥様も介護しているご主人も年々年をとってきますから、それだけでも状況はどんどん変わっていく。感染症が起これば急性期の病院にお世話にならなければならないし、年をとってくれば家族のレスパイトも必要になってくるし、ということで、病院レベルでものを考えるということも大事ですが、介護の現場は単発単発ではない。10年間いかに家族がそれに携わっているのか、という現実もあり、そういう中ではどうしても家族も患者さんも孤立して行って、狭い範囲の中で孤立して生活しており、それを助けてくれるのが今日の話で出てきた、元気高齢者らがいかにこの地域で結びついていくかということなのではないかと思っています。

多職種、いわゆる専門員の顔の見える環境は非常によくできました。これからこの地域が長いスパンで家族を支えていける社会にするためには、一般の患者の家族同士が顔の見える関係、コミュニティがこの地域に芽生えていかないと、この地域は長持ちしないのではないかと思っています。

10年間でも家族は必死で頑張ってますし、それを支えるのは専門員だけではない。この地域の元気なお年寄りがいかに顔の見える関係を作っていける社会になるかということも我々が目指して行きたいと思う場面です。

行政と我々専門員が手を携えて地域包括ケアシステムはできてまいりましたが、さらにそれを市民全体にも広げていかななくてはいけないと思いますし、その中で急性期、回復期、慢性期の病院がどうあるべきかというのはそこから見えてくるのではないかと思います。

委員長

ありがとうございます。

地域といいましてもそれぞれ状況が違うということですね。その状況をそれぞれの地区ごとでどのように考えていくかということが重要ということで、現実を教えていただきました。松阪地区で5地区あってそれぞれ違うということでした。

委員

積極的にかかわりを持たれている先生方からいろんなご意見いただいて、教えられることばかりです。その中で、新しいお互い様づくりでありますとか、向こう三軒両隣といった地域での支え合い、そういうところが一番難しいところなんだろうなと思います。資料2で見

ておりましたが、生活支援ということで高齢者が地域で暮らす体制づくり、地域の支え合いというところは、専門職の方々が連携して頑張っていただいておりますが、サポーターや見守隊を作ってもそれをいかに活用していくかという部分も含めて、地域の取り組みが大事になってくる。

そうした中で、先ほど同時並行して進めていかないと、なかなか地域包括ケアが進んでいない中では病床数減らして地域へ帰してどうするのだというご意見もございました。そういう面も確かにあるんですが、今の状況の中でショートステイの医療版を望むという話もございました。今後必要とされているものの中でも現状で不足している部分がないのか、あるいは地域包括ケアを進めていく中で、徐々に形を変えていく必要があります、それに同時並行して変えていく必要のあるものがあるのかないのか。それから病床数、急性期のベッド数にしても、今後同じような形で維持していくことがこの人口減少の中で可能なのかなのかを考えていく必要がある。

一つお聞きしたかったのは、どなたのご発言かわからないのですが、地域包括ケアシステムについてという前回の会議の振り返りの部分で、これを進めていくためには大胆な意識改革が必要と考える、というご意見が書かれています。この辺をどういう意味で言われていたのか、ご説明いただければと思います。

委員

来月櫃本先生というコーディネータの先生に来ていただいて、地域医療構想と地域包括ケア体制の話をお聞かせいただきます。

その先生がいつもおっしゃるのは、やはり大胆な発想というのも必要だということで、私の考えですけど、どうしても「井の中の蛙」というような感じなんです。何かその一つ一つの課題ばかり追いかけて、一つの課題がそこに到達しないと駄目だとなって次に行くことができない。

しかしそれだと大きな目標に到達しないですね。そのためにはやはりもっと大胆な発想が必要で、その大胆な発想は専門職だけではなく、やはり地域の皆様の現場の発想が大事です。それでこの幹事会という会議でも今年度現場へ行こうという考え方をもって、12月ぐらいには飯南とか飯高へ私たちが赴いて、そこで地域のサークルの方とか地域の方のお話を聞いてそれを推進会議なりに生かしていく、そのような形を考えているところです。

どんな大胆な発想があるのかと言われても、今はまだ答えられませんけれど、そういうことをしていくということです。

委員

やはり現場へ出て、どういうことを求められているのかということに対して、我々はそのためにどういうことをしていく必要があるのかということから見ていかないと。地域包括ケアはこうですよとか、地域医療構想はこうですよということで進めるのではなくて、それはあくまで手段であって、その目的があるわけですので、その辺を掴んだ上で地域包括ケアはこうして進めていくべきであるとか、あるいは地域医療構想についてはこう考えていく

べきというその中で、医療の必要な部分はこういうことなんだということが見えてくるのかと思っていますので一緒に考えさせていただければと思います。

委員

前回の在り方検討委員会で療養型の病床がなくなっていくという話がありました。

東黒部の大西病院や三雲の西井病院、更には薬王寺の閉鎖。一方で新しい介護医療院というものはなかなか進まず。そういった中で我々市民としては病院を出されると行き先は大丈夫なのか。あるいは開業医の先生方で受け止めることができるのか。

地域をバックアップする病院というものも必要ではないかと考えますが、その点地域包括ケアの構築とかかわって見える委員の先生方のご意見をお聞かせいただきたい。

委員

介護・医療の病床が介護医療院というところに転換するための新しい形として国は制度をつくりました。ところが松阪ではそういう新しい形態の医療にはならず、むしろ介護に振った方の介護医療院というものを設立せずに廃院されてしまうような格好になっています。これが一つの松阪の問題で、そこで100床以上の200床に近いような病床が消えてしまった、これが一つ。

もう一つ現場にいて思うのは、その病床が減った影響が現時点の松阪で医療を危機に追い込むほどの問題点になっているかということ、そうでもなさそうというこれが2点目。

もう一つは最近ですが、かなり患者さんの年齢が高くなってきて、我々に要求されてくる医療もそろそろ変わってくるんだろう、というのはよく理解されてきています。

先程からレスパイトという言葉が出ています。最近よく頼まれますが、これがどういうことかということ、例えばお母さんがお父さんの面倒見ているけれど、お父さんの医療依存度が高く、普通のショートステイでは見ることができない。けれどもお母さんは風邪をひいて大変だから、その間お父さんを見て欲しい。病気になっているわけではないので、これを今見る施設が松阪にはありません。唯一診療報酬上で診ることができるのは、当院の地域包括ケア病棟というところであって、これは病気でもなくてもレスパイト入院ができるし、ちょっと食欲が落ちたということで入院して食べる訓練して返すことができ、行ったり来たりできる病棟です。

しかし、これを私どもの病棟、ちょうど作って2年なんですけど、私どもではこの病棟を一つしか作れません。これは診療報酬の制度上どうしても1病棟しかできない。

当院では1病棟しかできない。残りの2病院はどういうふうにするかわからないけども、今のところ作る予定はないと思います。その当院の1病棟は職員に苦勞させてその上一生懸命やっているのでもうまく動いています。当院へも、例えばこの事情でレスパイトという格好で、病気が悪くなったわけでもない、病気でもないけれど見てくれという依頼が沢山あります。あるけれども、今、急性期の病院の中でそれを診る医者がいないし、非常に難しいです。だから依頼があってそれがどうなっているかということ、直接私がドクターに頼むということで、院長が、直接依頼をして診てもらおうという格好でしか今は動かない非常に窮屈な状況に

なっています。今後はその需要がものすごく多くなりますが、このままでいくとどこかでうまく回らなくなるのかなというのがあります。

地域包括ケア病棟というのは、地域包括ケアシステムの在宅の分野の中心になってそこを行き来するのにうまく回す病棟ではあるんですけども、実際のところ当院は2年経ったけれどもうまく回るような状況にはなっていない。

委員長

なかなか難しいということです。

そこに興味を持ってやってくれる医師がいないということですね。

収益的にも大きな問題が起こってくるということです。このあたりもう少し、ある程度の医療費を投入していただくようになればうまく回ってくるとは思いますが。

委員

当院は実際急性期をやっていますので、患者を持ってくれと頼むと、「私は急性期の医者だから」と言われる。そこを頼むと言って頼んでいる現状があります。

委員長

だからそれを専門にした病院とかを考えていかななくてはいけないのかもしれないですね。両方持つのは難しいということがあると思います。

次に、議事の(3)「平成30年度第1回松阪地域医療構想調整会議の報告について」を議題とします。これにつきましては、三重県地域医療推進課から説明をお願いします。

三重県地域医療推進課

私のほうから10月15日に開催しました松阪地域医療構想調整会議の概要について簡単にご説明をさせていただきます。

お手元の資料につきましては、「在り方資料 3」をご覧ください。こちらの資料は、10月15日の松阪地域医療構想調整会議の資料の抜粋になっています。

まず事項1の平成29年病床機能報告結果について、簡単にご説明をさせていただきます。

資料の2ページは、2016年度の病床機能報告と2017年度の病床機能報告の結果を比較したのになります。県下で2016年度の病床数は16,390床に対して、2017年度の病床数が16,391床という形で、見かけ上1床増えたような形になってはいますが、これは、2016年度の報告では県内で12の医療機関から報告をいただけなかったということあり、実質的には122床の減という形です。松阪構想区域につきましては、2016年度が2,112床、2017年度が2,138床ということで、こちらが昨年度比で見かけ上26床増となっていますが、松阪区域につきましても昨年度2つの医療機関から報告いただけなかったため、実質的には2床の減というような形になっています。

3ページにつきましては、2025年度における必要病床数と2017年度の病床機能報告を比

較したものです。真ん中の欄ですが、2017年度の病床機能報告というものは2017（平成29）年7月1日時点の数字を報告いただく制度ですので、本年度の会議において少しデータが古いのではないかとということもあり、アンケートを別途取らせていただきました。平成30年7月時点に補正したものが真ん中の列です。松阪構想区域につきましては、一部高度急性期と急性期の間で病床が動いておりますが、病床の総数につきましては、2,138床ということで変更はありません。

4ページ・5ページは、2016年度及び2017年度の報告の比較を医療機関ごとにしたものになりますので、参考としていただければと思います。

6ページ以降、10ページまでは、松阪構想区域内の病棟ごとの主なデータ、病床機能報告から取ることのできるデータをまとめたものです。同じ急性期・回復期等と言いましても、平均在棟日数、病床稼働率には差が見られるというところがありますので、参考としていただければと思います。

続きまして、資料1-3をご覧ください。11ページになります。病床機能報告における具体的な医療の内容に関する項目と病床機能について、ということでご説明をさせていただきます。こちらにつきましては、厚生労働省が会議やワーキンググループで使っている資料を一部抜粋したものと加工したものです。

12ページをご覧ください。こちらが、平成29年度の病床機能報告における主な報告項目の一覧でございます。病床機能報告といいますと4つの病期、高度急性期・急性期・回復期・慢性期といった病床数を報告いただいている制度というふうにご理解いただいている方が多いと思いますが、別途、具体的にこういった医療を提供しているとか、人員配置等についても報告をいただいているものです。具体的な医療の内容に関する項目というのは、右側の黒い四角で囲んだところが実際報告いただいている医療の内容に関する報告という形になります。この具体的な医療の内容に関する項目と、高度急性期から慢性期の4つの病床機能との関係性を国の方で示したものが13ページになります。さきほどの具体的な医療の内容に関する項目は主に分けますと、3番から12番までのように分けられるわけですが、3・4・5・6・8の項目については高度急性期もしくは急性期に関連する項目であろうというふうに厚生労働省は示しているところです。

14ページをご覧ください。一方、病床機能報告で高度急性期・急性期と報告いただいている病棟21,265病棟のうち、さきほどの3・4・5・6・8の項目を全く提供していないというような病棟もございます。そういった病棟が全国ベースで全て該当なしの1,076病棟、もともと様式の提出がなかった1,938病棟を合わせて3,014病棟、約14%は急性期に関する医療を全く提供していないのではないかとこのように考えられるということで、国が統計資料として示してきているところです。

それを三重県に当てはめた場合どうかということが15ページです。15ページをご覧ください。三重県におきましては、高度急性期・急性期病棟と報告いただいている病棟は276病棟です。この中で3・4・5・6・8の項目を全て提供していないというのが20病棟、約7.2%、内訳は5つの病院の病棟と15の診療所ということです。こういった病棟につきましては、本年度、平成30年度の病床機能報告からは高度急性期・急性期を選択できないような形の

マニュアルの変更がなされているというところも、本年度の報告からの変更点という形であがってきているところです。

以上で事項1の説明を終わらせていただきまして、続きまして事項2についてご説明させていただきます。

必要病床数と病床機能報告の結果を比較する際の考え方について、ご説明をさせていただきます。まず一つ目は、医療型障害児入所施設及び障がい者の療養介護を行う施設の取扱いについてです。これらの施設につきましても、医療計画の中の基準病床制度においては、その既存病床というベッドの数には、特定の患者のみが利用しているということで、算入をしておりません。一方、病床機能報告においては、これらの両施設についてはベッドとして数えられているというところがございます。課題認識としましては、基準病床数制度や必要病床数については、両制度とも医療計画に基づく制度というところではあるのに、一方ではこういった施設を算入したりしなかったりというような、整合を欠いている状況があるのではないかとこのところ課題認識を持ちまして、本県としては、これらの施設の病床については、必要病床数と病床機能報告を比較する際には、基準病床と同様に両施設の病床数を除いて比較することにしたいと考えております。

17 ページをご覧ください。もうひとつの考え方として、医療需要のピークを勘案した比較でございます。必要病床数の推計方法としては、2013年の医療需要に2025年の性・年齢階級別人口を乗じて、一定の病床稼働率で割り戻すということで算定をしています。また、県内各区域の医療需要のピークについては、2025年以降の医療需要のピークを確認してみると、下のようになっています。松阪区域につきましても、2030年度が医療需要のピークになるというふうな推計されるところでございます。現在の推計ツールを使い、推計されているその中で、仮に2025年に既存の病床数が必要病床数を下回るようになった場合、構想区域によっては医療需要のピークに向けて再度病床の整備が必要となる可能性があるのではないかとこのところがございます。そういったことを踏まえまして、本県としては、病床機能報告の病床数と必要病床数を比較する際には、2025年必要病床数というのは決まった数字になりますので、その数字との比較は必要なのですが、それだけではなく医療需要のピーク時の病床数とも比較をしながら、機能の分化・連携に取り組んでいく必要があるのではないかとこのところでございます。

18 ページをご覧ください。こちらが、さきほどご説明させていただきました考え方を適用した場合の各数値になっております。1番左側が病床機能報告の結果になりまして、次の施設が、別途介護医療院へ転換する病床等を調査しており、そこでご回答いただいたものがこちらに入っています。因みに、松阪区域では0という形になっております。0のところの医療型障害児入所施設等ということが、さきほどご説明させていただきました1番の考え方になります。こちらにつきましても、松阪構想区域は44床になります。こちらを病床機能報告の報告数から引きまして、補正後は2,094床となります。ピークを勘案した必要病床数につきましても、2025年が1,837床に対し、ピーク時は1,878床ということで40床程度

ベッドが増えるという形です。比較する際には、この2,094床と両必要病床数を比較しながら、医療機能の分化・連携を進めていきたいということでございます。

続きまして、事項の3についてご説明をさせていただきます。事項の3につきましては、地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入についてです。19ページをご覧ください。病床機能報告の現状と課題でございます。病床機能報告につきましては、基本的な考え方として、病棟単位で報告いただくというところがございます。病棟単位で、その病棟で最も多くの割合を占める病期の患者の病期についてご報告いただくというような考え方が基本的なところでございます。医療機能を選択する際の判断基準には、数値的な基準があるわけではなく、国が示す定性的な基準を参考に、医療機関が自主的に選択して報告するという制度になっています。

20ページをご覧ください。そのような現状から、報告した結果を単純に必要病床数と比較すると大幅に回復期機能が不足しているというような状況になっている都道府県が多く、三重県も同様に大幅に回復期機能が不足しているというような現状となっているということでございます。このような課題認識の下、厚生労働省においても定性的なものだけでなく定量的な基準の導入も含めた改善の必要が検討されてきたところです。なかなか定量的な基準の導入が進まない中で、2番になります。一部の先行府県につきましては、独自に病床機能報告の結果を分析するような定量的な基準というものを設定し始めてきているところです。

厚生労働省はこのような先行府県の事例を踏まえて、3番、21ページをご覧ください。この通知を受けて、4番の本県の対応でございますが、今回の調整会議の場において、先行している佐賀県・奈良県・埼玉県・大阪府のそれぞれの基準を、三重県のデータに機械的に当てはめた場合の結果のデータを提供させていただき、皆様からの意見等も参考にしながら、今後三重県独自の定量的基準について設定するように検討を進めていきたいと考えているところです。先行府県の定量的な基準を当てはめた結果は次ページ以降ですが、その前に、簡単に先行府県の定量的な基準についてご説明させていただきます。

23ページ、佐賀県方式という佐賀県のポンチ絵をご覧ください。佐賀県につきましては、3つの考え方がありますが、最も特徴的な考え方は3番の平均在棟日数において一定回復期と判断できるような病棟を抽出していこうというような考え方でございます。平均在棟日数が22日を超えた場合は回復期相当ということで回復期として必要病床数と比較していくというような考え方でございます。こちらを三重県に適用した場合が最終ページ、32ページをご覧ください。こちら一番左から2番目が佐賀県方式ということで、白黒でわかりづらいのですが、上から3番目が回復期になります。約1,000床ほど回復期が増えるというような形の結果になっています。松阪構想区域につきましては、一番左の下の方で、回復期260程度から443と回復期が一定増加するというような結果となっています。

続きまして、24ページの奈良県方式をご覧ください。奈良県方式の特徴は、24ページ上段の図の真ん中あたりに書いてありますが、急性期を重症急性期と軽症急性期に一定の基準

をもって分けていこうというところですが、一定の基準をもって分けた軽症急性期については、回復期と比較できるのではないかなという考え方は、この考え方を適用させた数値につきましても、さきほどの最終ページの左から3つ目のグラフになります。県全体におきましても松阪構想区域におきましても、大幅に回復期が増加するというような結果になっています。

続きまして、埼玉県方式をご説明させていただきます。26 ページ上段をご覧ください。埼玉県方式におきましても、3段階で考え方があります。まずは入院基本料で一定分けられるものは先に分けてしまうという考え方が最初にあります。例えば、集中治療室については高度急性期、回復期リハ病棟であれば回復期といったような形です。それと特定の医療機能と結びついていない一般的な病床については、具体的な医療機能の内容に応じて線を引いて3つの機能に分けようという考え方がございます。区分線については、のちほどご説明させていただきます。3つ目は特殊性の強い、周産期、小児、緩和ケアについては、こちらの図に示したように、病棟ごとに別途分けるという考え方は、

区分線の引き方については、27 ページをご覧ください。高度急性期と急性期の区分については、こちらに示したような手術であるとか救急の搬送の診療料の請求といった項目を数値で線を引いて、高度急性期と急性期を分けていこうというようにしております。具体的なところは下段でございませう。のちほどご覧ください。

急性期と回復期を分ける線につきましても28 ページのところですが、一般的な手術であるとか放射線治療、化学療法等については、数値的に一定の量を示したうえで、そこで線を引いて回復期と急性期を分けていこうというものです。その結果適用したものが最終ページのところですが、埼玉県につきましても、高度急性期についても基準を付け加えておりますので、左から4つ目のところ、高度急性期が若干減り、回復期が増えるという形になっています。この傾向については、松阪構想区域についても同じ傾向という形になっています。

最後が大阪方式です。29 ページをご覧ください。大阪の方式については、29 ページの上段のように、まず病床機能報告と必要病床数の考え方の「ずれ」を補正していくという考え方は、患者さんの病期としては、急性期という状況があって、そのあとサブアキュートやポストアキュートと言われるような状況がある、その下にリハビリテーション、長期療養という患者さんの段階がある中で、このポストアキュート、サブアキュートという内容が、病床機能報告では多くが急性期として報告されていて、必要病床数の推計においては回復期として推計されているのであろうという考えを持っています。そして、このサブアキュート、ポストアキュートを「地域急性期」という位置づけにすることで、そこについては回復期と比較していこうという考え方がございます。このポストアキュートなのかサブアキュートなのかというところについては30 ページになるのですが、手術総数算定回数であるとか化学療法算定日数であるとかといった項目の件数で線を引いて、急性期とポストアキュート・サブアキュートというところの線を引いて分けていこうというところですが、その結果が、最終ページの右から2つ目のところですが、こちら回復期が増えるという形になっていて、松阪構想区域についても同じように回復期が一定量増えるというところ

です。松阪の増え方については全県的な増え方よりも若干少ない増え方なのかというところ
はありますが、現状の報告よりは少し回復期が増えるという状況になっております。

以上が先行府県の考え方を機械的に三重県に当てはめた際の結果でございます。県としま
しては、これらのどれかを選ぶということではなく、これらを参考にしながら、調整会議に
おける皆様の意見を頂戴しながら、三重県独自の定量的基準の設定に向けて検討を進めてま
いりたいと思っております。私からの説明は以上でございます。

委員長

ありがとうございました。

病床機能報告の考え方に大きな変化(動き)があったように思われます。

このことについて、委員の皆様、何かご意見ございませんでしょうか。

委員

説明ありがとうございました。詳しい説明をしていただいて。

なかなか難しいというかわかりにくい説明でしたけれど、ありがとうございました。

ただ、厚生労働省が言う 2025 年の必要病床数について、先程の説明であった松阪は 2030
年がピークであること。これもあとから出てきたことで四日市などは 2040 年というこ
とで県内の構想区域でもそれぞれの地域でピークは違うというようなことを出してきたり、
或いは最初に急性期についてあまりにもこの三重県は多く減らさなければいけない。そして
回復期がこんなに足りないのかというようなことがあって、厚生労働省はやはり弁明とい
うか誤解という言葉が 20 ページでは使っていますが、その誤解を防ぐためにということで、
いろいろなやり方を出してきて、これはどうですかこれはどうですかと、少しずつ今の差を
埋めようという努力をしているんだと思います。けれど、今回の地域医療構想調整会議が最
初にまずベッド数の削減ありきという考え方で大上段に出してきましたので、余計にややこ
しくなった。つまり 2025 年にはこれにしなければいけない。なぜしなければいけないのか。

地域包括ケア体制も含めてまだ全然できてないのに、そちらの方が先行して報道もされ、
なおかつ調整会議でもそういうことがあったものですから、その埋め合わせをこれから少
しずつしていくような段階で、私としては調整会議も出ておりますけれど、やはりその辺の
埋め合わせも含めてゆっくりと、特に松阪は時間をかけていけないといけません。四日市など
は調整会議でも必要病床数と病床機能報告は一致しておりますので、あまり苦労はないん
ですけれど、松阪とか津は大きな差がありますので、そこはその地域の調整会議で検討してい
かないと埋め合わせはできないのではないかと私は解釈しておりますけれどいかがでしょう。

委員長

資料の 14 と 15 ページですが、これは病棟単位での報告ですから、病棟といってもかなり
の幅がありますね。1 病棟だいたい平均 30 床ぐらいですか。わからないですがそれによ
ってかなり違いがあって、30 床としたら実際の病棟は該当なし 600 床ぐらいが違うと考

もよいのか。20 病棟ということは、1 病棟はだいたい 30 床と考えればよいのでしょうか。

三重県

病床機能報告の病棟については看護単位になってきますので、小さな病棟で、ICU とか HCU とかですと少ないところもございます。

なかなか平均の病床数というところではわからないところではあります。

委員長

全国は 14% で三重県は 7%。なぜ 2 倍も違うのか。

三重県

1 点は、全国の場合様式 2 の未提出が 2,000 ほどございますもので、この中にもしかすると医療を提供しているものも潜っている可能性もあるかと思えます。

三重県は全件報告をいただいておりますので、確認が出来ているところもあります。この報告されていない 2,000 件の状況がわからないところがあるので、この 7.2% と 14% と単純に比較するのは難しいと思えます。

委員長

最後のページですが、奈良方式と他の方式が全然違います。

これだけ差があれば何を信用したら良いのかということになる。

三重県

奈良県の方式は、他の方式と違うところが 1 点ございまして、奈良県は一定の基準を示して、医療機関の方で軽度急性期か重度急性期か選んでいただけて報告いただくとなっておりますが、他の 3 件は出てきたデータを分析するという形になっておりますので、単純比較するのは難しいところではあります。基準として示すところを機械的に適用するところというところではあります。

それぞれ地域の事情に合わせた定量的な基準というところを国も言っていますので、どれかを選ぶというわけではないので、どれが良し悪しというところでもないかと思えます。

委員

1 回目の時も少し申し上げたんですけど、今のニーズに合わせた使い方を各病院でされているのかなと思う。いろんな方式があるにしても、今の使い方を正確に急性期なり回復期なり仕訳が出来たら、今のニーズに合っているのかなという気がします。

将来的には人口減少であるとか地域包括ケアの進展という中で、病床数少し減らしてもいいのではないかなという考え方だと思うのですが、これから松阪市の医療体制を守っていく上では、あるいは地域包括ケアっていうものに対応していくためには、どのような医療機関がどう役割分担をすべきなのかというところを、これから考えていく必要があるのかな

という気はしています。

委員長

いずれにしましても、現在の高度急性期・急性期病床というのは印象としては多すぎますね。ですからそのところ、急性期・高度急性期というのは医療資源が相当かかる場所ですから、そのところもう少し、本来の医療を考えたときにもう少し減らした方がいい。その減らした分で回復期、慢性期をどうするかということを経域全体で考えていかなければいけないと思います。

もう一つ、そこには病院経営というのが非常にかかわっています。その部分は成り立たなくなってくるので、急性期・高度急性期病院でやっていくと言っているにもかかわらずもうやっていけなくて病院が成り立たなくなるのは現実かと思えます。

本日はこれで終了とします。事務局へお返しします。

事務局

長時間にわたり、大変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。次回の委員会でございますが、本日議事の3番で三重県からご報告いただきましたように、次回の松阪地域医療構想調整会議におきまして、おそらく2月から3月上旬になろうかと思えますけれども、病床数に関する何らかの定量的な基準等が出てくるものと思われます。つきましては、今後、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の議論を進めるに当たりましては、次回の松阪地域医療構想調整会議の議論を踏まえて検討すべきであると考えているところでございます。

そうしたことを考えますと、この在り方検討委員会につきましても、そのあたり、出てくるものを見て、議論をしていかざるを得ないと考えるところでございます。そこで次回の委員会開催時期につきまして松阪地域医療構想調整会議の後の、3月中旬以降が適切かと考えますが、委員の皆様のご意見を伺いたいと存じます。いかがでございましょうか。

(委員了承)

それでは日程調整表をお配りいたします。

恐れ入りますが、この日程調整表ですけれども、申し訳ないですけれども、11月9日金曜日、今週中に事務局の方にお知らせいただけますように、ご協力をどうかよろしくお願い申し上げます。いずれにいたしましても、地域包括ケアにおける病院の役割や、より良い地域医療の推進に向け、引き続き議論をして参りたいと思っておりますのでどうぞよろしくお願い申し上げます。本日は遅くまでありがとうございました。傍聴の皆様もありがとうございました。お帰りは夜間通用口からとなります。お気をつけてお帰りください。

午後8時55分終了