

## 審議会等の会議結果報告

1. 会 議 名	第3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
2. 開 催 日 時	平成31年3月20日(水) 午後7時~午後8時50分
3. 開 催 場 所	松阪市役所 議会棟 第3, 4委員会室
4. 出席者氏名	出席委員 ◎伊佐地秀司、長友薫輝、志田幸雄、小林昭彦、 小山利郎、奥田隆利、山口直美、山路 茂、桜井正樹(◎委員長) (事務局 武田裕樹 部長、沼田雅彦 課長、松山吉仁 担当監)
5. 公開及び非公開	公 開
6. 傍 聴 者 数	46名
7. 担 当	松阪市民病院 事務部 経営管理課 TFL 0598-23-1515 FAX 0598-21-8751 e-mail keisui.div@city.matsusaka.mie.jp

### 協議事項

- ・平成30年度 第2回松阪地域医療構想調整会議の報告
- ・第2回委員会の振り返り
- ・定量的基準適用後の病床機能の確認

### 議事録

別紙

## 第3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31年3月20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

### 議事

- (1) 平成30年度 第2回松阪地域医療構想調整会議の報告

(在り方資料1)

(三重県医療保健部)

- (2) 第2回委員会の振り返り

(在り方資料2)

定量的基準適用後の病床機能の確認

(在り方資料2)

会議は公開とする

傍聴者数 46名

開会前、司会より委員に対して会議が「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公開であることをお伝えし、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

定刻となりましたので、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3回委員会を開催いたします。

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、2つの議題をお示しさせていただきました。

一つ目は、3月1日に開催されました「平成30年度 第2回 松阪地域医療構想調整会議」の結果報告について

二つ目は、松阪地域医療構想調整会議を踏まえた形での「定量的基準適用後の病床機能の確認」でございます。

それでは、伊佐地委員長様には、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。まず、議事の(1)平成30年度第2回松阪地域医療構想調整会議の報告について議題とします。

本委員会オブザーバーの三重県の担当部局より説明をお願いします。

## 三重県医療保健部

では、第2回松阪地域医療構想調整会議の報告を致します。(あり方資料1)  
まず、定量的な基準の導入についてご説明致します。

(2ページ) まず定量的基準の導入の経緯と背景です。これまで病床機能報告として現状の医療機能ごとの病床数を把握するために活用されてきたものですが、将来の必要病床数と比較した場合に必要な病床数と病床機能報告のそもそもの考え方の違いによって回復期機能が大幅に不足するという結果になるなど両者の間にギャップが発生し、正確な比較を困難にしてきました。そこで定性的な基準ではなく、数値や明確な基準によって医療機能が自動的に決まるような定量的基準によって、現状の医療機能ごとの病床数を把握できないかというところが課題となってきました。

(3ページ) その中で一部の府県では調整会議で協議を経た上で、それぞれ独自の観点に基づく定量的な基準を導入しております。それがここに挙げた4府県です。佐賀県、奈良県、埼玉県、大阪府で定量的基準が導入されております。具体的な内容については着眼点をお読みください。

(4ページ) こういった流れを受けて、国の方では各都道府県に対して昨年の8月に通知が発出されています。この通知の中で、各県ごとに今年度中に地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたいということで、今年度中に定量的基準を作りなさいとされています。

これを踏まえて三重県版の定量的基準について議論を重ねてきたところで、地域医療構想調整会議の方で、この基準についてご説明いたしました。

(5ページ) 定量的基準の位置付けと取扱いです。まず基準の位置付けですが、何のために定量的基準を導入するのかということです。目的としては、病床機能報告と必要病床数のずれを補正し両者を比較可能なデータとすることで、医療機能の充足度の評価や医療機能の分化・連携を議論する上での目安とすることにあります。そのため、この後の具体的対応方針における各医療機関の医療機能ごとの病床数にも、この定量的基準を反映させています。

2点目ですが、病床機能報告上の報告書の取扱いについて、定量的な基準適用後の結果、報告と異なることとなった場合、定量的な基準の医療機能に報告を変える必要があるのかという点です。そのようなご質問もあるところですが、定量的基準については病床機能報告の

内容を強制するものではないので、各医療機関で自主的に医療機能を選択していただくということで、従来どおりと変わりはないということです。

3点目ですが、基準適用後のデータの取扱いについて、定量的基準を導入した後、例えば急性期から回復期へ変更になったという場合に、将来的に診療報酬に反映されるのではないかといった懸念もいただいているところです。そういうことも踏まえて個々の病棟単位のデータにつきましては、詳細なデータは厚生労働省の報告も含め公表しないという取扱いにしたいと思います。あくまで公表するのは病院・診療所ごとにまとめたデータということです。(6ページ)三重県版の定量的基準の特徴です。

1点目は急性期と回復期の補正だけではなくて、高度急性期から慢性期までを補正するというもので、各機能の必要病床数に対する充足度の評価を可能としています。

2点目は、具体的な基準を細分化しているというところで、複雑にはなりますが診療科や医療分野の実態を反映できるように工夫しています。

3点目、基準に用いた診療実績の選定の明確化ということです。本日は時間の関係もあり、詳細は省きますが、いくつかの項目を選択しています。県のホームページ等で確認ください。

4点目、分析の対象データです。分析結果の精度を上げるために病床機能報告の単年度分のデータだけで判断するのではなく、複数年度のデータを用いて分析しています。先行府県でも行ってはならず、三重県独自の特徴となっています。

5点目、病床機能報告結果と必要病床数を比較する際の工夫として、新たに地域急性期という概念を導入しています。詳しくは次の7ページで説明します。

(7ページ)こちらが必要病床数と病床機能報告と実際の病棟のイメージを示したものです。冒頭での説明のとおり、左に必要病床数、右側に現状の病床機能報告が記載されています。

この部分において両者にギャップがございます。つまり点線のところで困った部分ですが、在宅復帰へ向けた支援や救急患者等を受け入れる病棟に対する医療機能については、必要病床数では回復期に相当していると言われていたのですが、病床機能報告では大部分が急性期に相当しているものと考えられます。

そこで、今回はその病棟に対応する医療機能を地域急性期と位置付けて、あくまで病床機能報告では急性期でありますけれども、必要病床数と比較する際には回復期の比較対象とするという概念を導入いたしました。

(8ページ)三重県版の定量的基準の四つの基準を示しています。

前の特徴の2点目でも紹介したとおり、より実態を反映できるように基準を大きく四つに細分化して、入院料の種別や診療科、医療分野等の実態により、何れかの基準で判断することとしています。

1つ目ですが入院料基準というもので、特定の医療機能に関連することが明らかな入院料の病棟は、その関連する医療機能として扱うというものです。例えばICUなら高度急性期、回復期リハビリテーション病棟なら回復期といった具合のものです。

2つ目、一般病棟基準というもので、こちらはメインの基準になります。いわゆる7対1や10対1等の一般病棟入院料を算定する病棟が対象となっています。病床機能報告で報告いただいた手術件数などの診療実績を使って、これを高度急性期、急性期、地域急性期に区

分するというものです。

3つ目が特殊病棟基準ということで、特に一般病棟基準では実態を反映しづらい救急、周産期、小児などの特殊性の強い診療科や病棟について、それぞれ個別の基準を設けて医療機能を判断するというもので、例外的な取扱いをする基準となっています。

4つ目ですが、有床診基準というもので、全ての有床診療所を対象とする基準です。有床診療所につきましても、基本的に入院料は2種類であり、かつ病床規模も小さいことから、診療実績だけでは誤差が大きく、正確に実態を反映することは困難です。そのため、有床診基準では病床機能報告における報告に準じる取扱いとしています。

ただし急性期と報告されている診療所につきましても、有床診療所が住民の身近な地域の入院機能を果たしているという点を考慮して、一律的に地域急性期と扱うこととしています。

(9 ページ) 4つの基準をイメージしたものが9 ページ・10 ページということです。9 ページの入院料基準に関しては ICU、HCU までは高度急性期、というふうに算定される特定入院料に応じて急性期等と決めています。一般病棟基準に関しては、こちらは区分線 1、2 というのをを用いて、高度急性期、急性期、地域急性期の3つに分けています。区分線の分け方ですが、具体的医療の内容から分けているもので、どういう内容かと申しますと、その右下の囲みにありますが、手術の件数が何件であるとか、がん、脳卒中、心筋梗塞等への治療、化学療法等が何件であるとか、それらを踏まえて、区分線 2 の基準を越えたものに関しては急性期、区分線 1 の基準を超えたものに関しては、高度急性期となっています。詳しい資料はございませんので、県のホームページをご参照ください。

(10 ページ) 特殊病棟基準と有床診療所基準です特殊病棟基準に関しては、周産期、小児、救急、緩和ケア、障害者施設等それぞれについて個別の基準を設けております。基本的な考え方は入院料で判断する部分と、具体的な医療の内容で判断する部分とに分かれています。さきほどの入院料基準と一般病棟基準との考え方自体は同じです。例えば周産期に関して言いますと、NICU など入院料で判断できる病棟は高度急性期とします。また一般の産科病棟につきましても、ハイリスク分娩加算の件数で区分線 1 を設定しておりますので、それを越えれば高度急性期になるというものです。

また、区分線 2 に関しては正常分娩以外の手術件数を用いて、ある一定数あれば急性期に該当するというふうになっています。この詳細も県のホームページをご覧ください。

(11 ページ) これは定量的基準を用いた結果、県全体では、この棒グラフのようになります。病床機能報告に基づく数値とそれに定量的基準を適用した数値、そして必要病床数を並べたグラフです。現状の病床数からは医療型障害児入所施設等の病床数を除外するとともに必要病床数も各構想区域のピーク時の病床数の合計値となっています。

定量的基準を適用することによりまして高度急性期が 500 床、急性期が約 1,500 床減少し、地域急性期が約 2,800 床になるという結果となっています。この定量的基準適用後の地域急性期と回復期の病床を足し合わせたものと、必要病床数の回復期と比較することになります。その結果回復期の不足は約 2,400 から 500 床にまで縮小します。4 病期のそれぞれの割合も非常に必要病床数に近づくという結果になっています。

12 ページと 13 ページが各構想区域別に見たものです。

(13 ページ) 松阪の構想区域のものがあります。見ていただくと、現状の病床数では高度急性期・急性期が過剰で、回復期が不足するという状況ですが、定量的基準を導入することによって高度急性期・急性期が減少し、地域急性期が 189 床となり、いずれの医療機能の充足度も必要病床数に近づくという結果になっています。ただ、基準適用による変動の幅は構想区域の中では小幅にとどまっているという状況になっています。

(14 ページ) 2025 年に向けた平成 30 年度具体的対応方針についてです。

(15 ページ) 平成 29 年 6 月に閣議決定された骨太の方針では、地域医療構想の達成に向けて、2 年間程度で具体的対応方針の集中的な検討を促進することとされています。

これを受けて、県では調整会議において毎年度 2025 年における各医療機関の役割や医療機能ごとの病床数に関する具体的対応方針を協議し、合意を得た医療機関をとりまとめるとともに、協議が整わない場合は繰り返し協議を行っていくことが求められています。また平成 30 年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分にあたっては、この具体的対応方針の取りまとめの状況も考慮するとされていて、合意した医療機関数や病床数の報告が求められているところです。

こうしたところから協議が円滑に進むよう、1 点目として、県の方では平成 30 年 7 月時点の最新の病床機能についてアンケート調査をして把握しております。2 点目は、医療型障害児入所施設等の病床を除くといった取扱いを行い、医療需要のピーク時の必要病床数との比較といった考え方を導入しております。3 点目、三重県独自の定量的基準を導入したというところです。これを踏まえて、以下の方針により平成 30 年度の具体的対応方針を取りまとめています。

一つ目ですが構想区域において担うべき医療機関の役割です。こちらに関しては、1 番、公立病院、公的医療機関等 2025 プラン対象医療機関については平成 29 年度に役割について合意済みです。2 番として、その他の医療機関のうち、病院については 2025 年に向けた対応方針の策定を求めてこれを要約して記載しています。また、診療所については病床機能報告で病床の役割として担っている機能として報告された内容を基に、県の方で整理して診療所に対して確認をとっています。

二つ目です。2025 年に持つべき医療機能ごとの病床数ですが、こちらアンケート反映後の病床機能報告に、対応方針で記載された機能変更を反映したものと、医療需要のピーク時の必要病床数を比較するとしています。4 つポイントがあります。

一つ目、医療機能ごとに合意することとして、構想区域で過剰となっている機能については合意しないとしています。

二つ目、目安としては病床機能報告が病棟単位であることを踏まえ、1 病棟 50 床くらいと考えて、この 1 病棟 50 床を各機能、構想区域の合計が 50 床未満の場合は誤差範囲としています。

三つ目、病床の総数に関しては、構想区域単位で 100 床未満は誤差範囲、3 桁未満であることと考えます。病床規制を行っている医療圏単位でも過不足を判断しています。

四つ目、合意としない病床数については毎年度協議を繰り返す中で合意を図っていくということにしています。

(16 ページ) その結果が 16 ページ・17 ページの具体的対応方針になりますが、こちらを見ていただきますと、表の真ん中から右側、2025 年に向けた役割・医療機能ごとの病床数というところで、担うべき医療機関の役割として各医療機関の担うべき役割を要約して記載しています。

松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院の三病院に関しては、2025 年に向けて、この 3 病院の機能分化・連携に関する検討を進めて、各病院の役割の明確化に取り組むというようにさせていただいております。

(17 ページ) 右下の方に、2025 年の病床数の必要量と、将来の病床の必要量、こちらが医療需要のピークを勘案した需要ですので、松阪構想区域においては 2030 年の値を記載しています。グレーの網掛けになっているところですが、将来の病床数の必要量と 2025 年に向けた役割・医療機能ごとの病床数との差を見て、さきほどの医療機能ごとで 50 床未満等を勘案して協議を継続することとした病床数として一番下の段に記載されています。こちらの差をみると、高度急性期は 50 床、急性期は 292 床の過剰、地域急性期+回復期に関しては 173 床の不足。慢性期に関しては 20 床の過剰となっており、合計で 189 床の過剰となっています。これを踏まえて 16 ページの方に戻ると上に取りまとめの総括があります。

一つ目、医療需要のピークを勘案した将来の病床数の必要量と 2025 年に向けた役割・医療機能ごとの病床数との比較では病床総数は 189 床の過剰で、全体的なスケールダウンが必要となっています。

二つ目ですが、3 病院については役割の明確化に取り組むに当たって松阪市民病院のあり方検討委員会の検討結果を踏まえる必要があることから保留としています。

三つ目、定量的基準導入後の各医療機能の充足状況を見ると、主に 3 病院が担う高度急性期・急性期を除き不足が見込まれることから合意としております。

四つ目、合意としない高度急性期・急性期病床については毎年度協議を繰り返して行く中で合意を図っていくとしています。これらを平成 30 年度の具体的対応方針というふうに行っているところです。

(18 ページ) 来年度、平成 31 年度の地域医療構想の調整会議のスケジュールです。

(19 ページ) 調整会議及び意見交換会に関しては、例年 2 回ずつ行っており、平成 31 年度に関しても同様に 2 回ずつ計 4 回を予定しています。

第 1 回に関しては、今後の調整会議や医療機関との協議の進め方の確認や、現状の医療機能ごとの病床数の確認、また平成 30 年度、今年度の病床機能報告が 4 月に上がってきますので、そういったものを踏まえて病床機能転換の計画と、地域医療構想との整合性との確認や、2025 年に向けた平成 31 年度の具体的対応方針の実現に向けて協議を行っていきます。

第 2 回に関しては、それを踏まえまして 31 年度の具体的対応方針の検討や、基金を活用した病床機能転換等の確認、そして、医師確保計画や外来医療計画の確認となっています。

下の方見ていただきまして、医師確保計画、外来医療計画、こちら 2 点出ております。現在国の方で医師需給分科会というところで、医師の確保をどうしていくかということで、医師の偏在対策にも関連してきますが、昨年度の医師法、医療法の改正におきまして、医師確保計画を策定するというようになっています。それを平成 31 年度は設定して行く必要があ

りますので、7月から9月ぐらいに計画の素案を検討し、地域医療対策協議会もしくは検討部会にかけます。また10月から11月までに中間案を検討し、協議会にかけます。パブリックコメントを経た後、最終案を検討し、最終的には医療審議会の方にかけるという予定を立てています。調整会議の報告は以上になります。

## 委員長

さっと理解するのは難しいですが、かいつまんで言いますと、圧倒的に急性期病床が多いということですね。将来的に考えて、急性期に地域急性期といった考えを取り入れて、トータルとしては回復期としてのカウントになると思いますが、三重県独自の基準が示されたということでございます。もう一度要点を確認いたしますと16ページのところ、最後のとりまとめのところ確認したいと思います。

1点目は、医療需要のピークを勘案した将来の病床数の必要数と、2025年に向けた医療機能ごとの病床数との比較では、松阪区域では約189床が過剰である。全体的にそれに向けたスケールダウンが必要ということ。

2点目は、3病院の役割の明確化に取り組むに当たっては、この松阪市民病院のあり方検討委員会の検討結果を踏まえる必要があるということから、これに関しては保留ということ。

3点目は、定量的基準導入後の各医療機関の充足状況を見るとともに、3病院が行う高度急性期・急性期機能を除き、不足が見込まれることから合意とするということですが、この「合意」というのは何に対する合意ですか。

## 三重県医療保健部

回復期に関しては、今、済生会明和病院が180床とか、花の丘病院が45床などありますが、そういうところはこれで合意というところですよ。

## 委員長

4点目として、合意としない高度急性期と急性期は、年度ごとに協議を繰り返してしていくことで合意を図っていく、以上の4点です。これでよろしいですね。

(県へ確認)

総括を確認させていただきました。在り方検討委員会の検討結果を踏まえて3病院の急性期・高度急性期の病床を考えるとということになっており、この在り方検討委員会というものが、非常に重要な位置付けであるということです。

それではご意見をいただきたいと思います。前回、全体的な病床数の削減について慎重に取り組むべきといった内容のご意見をいただいております。ただいまの三重県からの説明をお聞きになって、病床削減以外の部分でも結構でございますので、ご意見、ご質問をお願いしたいと思います。

## 委員



専門的なことは理解しがたいところがありますが、私なりに3つほど質問をしたいと思います。最近、市民病院のことが新聞で大きく取り上げていただいております。

一つは診療科目、救急科の新設です。平日昼間の救急車の受入れについて断らない救急を目指すということと、もう一つは職員定数50人の増加です。看護師の育児休暇等に対応するため、増やすといった記事が掲載されておりました。これらの記事を見て市民の方々から「市民病院頑張っているな」、「経営状況がよくて雇用増やす余裕があるんやな」、そんな声を聞きました。自分自身でもそう思ったことがあります。

これは院長はじめ職員の努力の賜物と私は理解をしておりますけども、一方でどこかでこれまでの流れが変わったのかな、と思ったところがございます。

三重県から報告を聞かせていただき、何となく変わっていかねばならないことは理解できましたが、やはりこうして頑張っており、入院患者も増えている市民病院だけがなぜ合併や縮小などといったことを検討しなければならないのか、どうしても理解できないところがあります。

資料の13ページ、将来的に人口推移などいろんなデータから推計し、病床数の削減ということが示されていると思う。市民感覚からすると、これから高齢者が増えてくるし、年をとるほどに医療に対する依存度も高くなってくる。そうした状況の中で、入院ベッド数が減るということが理解できない。入院したくてもできないような状況が起こりえるのではないかとということが不安になる。ベッド数を本当に減らして大丈夫なんでしょうか。

資料16ページ・17ページですが、三重県からの説明を聞かせていただきましたが、いわゆる3病院のカッコ内で囲まれている病床数を組み替えていくしか方法はないように思ったのですがいかがでしょうか。他の方法があるのか考えを聞かせていただきたい。

それからこの地域では松阪市や松阪市民病院が中心となってこの地域の将来にとってふさわしい医療ということを検討しているが、他の地域はどのような状況なのでしょう。特に資料13ページの伊勢志摩地域ではどのようなことが話し合われているのでしょうか。松阪地域と同様に必要病床数の削減が示されているものの、伊勢市民病院が新築されるなど、なにかここで話し合っていることと矛盾しているようにも思いますがどうなのでしょう。よろしくをお願いします。

## 委員長

まず、市民病院は救急車の受入れを充実し、看護師の数も増やしてかなり頑張っていると。その様な状況のなかでなぜわざわざ病床を減らして、あるいは統合の話が出るのかご質問ありましたけれども。いかがですか。

## 委員

ありがとうございます。最近二つ立て続けに掲載されました。一つは救急車を断らないという姿勢で行く。もう一つは定数を50増やすということです。これは将来どうしたいからということではなくて、私どもの病院は毎日を一生懸命生きるという格好で動かしていて、救急車を断らないという体制はここ1年、99%くらいの応需率で行ってますので、その行っ

ていることをあえて組織にした形です。改めて何かを表明したということではありません。一生懸命やってる結果が99%の応需率で、ほとんど断ってないということで、救急科を新設しましたけれども、それを記事に取り上げていただいたということです。

それから毎日多忙にしていると、どうしても個々の職員の負担が増えてくる。新聞にも載っていましたが、市民病院はここ10年非常に若いスタッフが増えました。特に女性の多い職場でもありますので、結婚、妊娠、出産ということがこのところ増えてきて、25人ほどの育児休暇、産休といったことになっていきますし、時短制度を利用して、夜勤に制限のかかる看護師や、昼間の外来の勤務にも時間制限があって、午後3時や4時に帰るという看護師さんがやはり同じように24~25人います。このようにフルに働いていない職員の数も定数の中に入っています。だからどうしても実働員が足りなくなってきたので、毎日一生懸命働くにはそこを増やさないとどうにもならないというところに追い込まれてきましたので、職員数を50増やすということです。ここの会議の結果がどうなるかは別にして、毎日毎日一生懸命働くためには必要最低限そろえてくださいという意味です。

## 委員長

具体的な例を出しますと、私は桑名市医療センターの評価委員をさせていただいています。そこは経営統合して、昨年5月から一つの病院になりました。そのことによってどう変化したかという、それぞれ別々に救急をしているところは非常に苦しかったです。それぞれの病院の職員数が少ない中で、そうすると職員が疲弊してどうしても救急をことわらざるを得ないという状況が発生していました。

今の松阪市民病院と同様に、救急患者の受け入れもスタッフが少ない状況の中で頑張ってきたということです。ところが昨年5月に統合したことによって職員数が増え、それによってかなり沢山の救急を一つの病院でとれるようになったということです。その上稼働率も非常に良くなって、今98%などという状態になっています。ですから別々にやっているよりも、急性期のところは統合して運営した方が圧倒的に職員も楽になりますし、地域の住民もそれによってかなり便利になっています。非常に充実しています。

## 委員

16ページの括弧内の数字なんですけど、これに至るまでには「下準備」という言い方になるのか、回復期の設備とか在宅の準備とかの必要があるという思いがしますが、急性期減らすのは良くて回復期増やすためには、それまでの準備ができていないのか、準備ができ始めたなら減らせるか、その思いがするので、そこらを検討していかなくてはならないと思う。

## 委員

現時点では、いきなり変わってしまっただけでは運営は無理です。その準備も必要です。また、在宅といった意味は全てを自宅で看ということではなくて、後の資料でも出てきますが、例えば「サ高住」、「特養」と言われているようなところ、そういった施設も全部「在宅」と

いう格好で考えられるようになってきている。ただ、それにしてもやはり準備を当然ながらしていかないと難しい。明日から急性期減らして回復期こちら、在宅こちらというふうにはならない。感覚的には5年6年かかるというようには思います。

## 委員長

他の地域の状況といったことはどうですか。特に伊勢地区では。

## 三重県医療保健部

やはり伊勢の方も病床が過剰なので、今後も議論を進めていかないといけないところです。伊勢市民病院に関しては新しい病院に立て替えて20床の減少はしています。

## 委員

もう一つ、括弧書きのところで3病院で話し合ってそれを調整することになるのかといった質問であったと思います。私はそれと関連して、定量的な基準ということで地域急性期の概念を導入して整理をしたということで、数値としては必要病床数に大分近づいてきていると思います。

ただ、この3病院についてはそのまま括弧書きで書いてありますが、実際にはその地域急性期・回復期にあたるようなことをしているのは結構あるのではないかなと思います。そのあたりが病棟ごとの報告になるとなかなかうまく実態と合わなくなってしまうのですが、そういった実態がはっきりしないと、その目標値に対して過剰とか不足とかいうのもなかなか理解しにくい部分がありますので、そのあたりと、今後3病院でどのように病床の調整をしていくのかといった部分を教えていただければと思います。

(特に意見・回答なし)

## 委員長

次の委員にお聞きします。前回、委員からは高齢者の単身世帯、それから高齢者夫妻の世帯が多くなってきていて、そうした世帯に対する在宅医療、在宅看護の在り方が非常に難しい社会になってきている。そうした中での地域での支え合いの大切さについてもご意見をいただきました。改めてさきほどの説明を受けてご意見はいかがでしょう。

## 委員

16ページの医療機能ごとの病床数の数字を見ても、3つの病院でプラスマイナスゼロになるところです。しかし、やはり在宅と一口に言いますが、今、数々の家族の状況とかを考えますと、「在宅」、ではどうするの?という感じが抜けきれません。

また、病気をもちながら在宅で暮らしていても急性期を起こすことがある。いろんな再発をし、それに伴う疾病を起こす、そのときにやはり急性期に入って日数限られて出てくるといわけにはいかない。そのあたり、住民の方を在宅に戻すための過程は一度には行かなく

て、何回も病院へ入ったりということを繰り返していくんだらうなと思います。少し言い方が悪いかもかもしれませんが、病院のベッド数だけ決まって実際の姿が見られていないという思いが非常に強いです。

### 委員長

いきなり在宅というわけにはいかなくて、その間には回復期、あるいは慢性期の診療とか、そうしている間にも急性期状態となりますので、その時に「ぱっ」と入ってまたすぐ戻るとか。

### 委員

「ぱっ」と入って急性期済んだから、すぐに在宅でいけるのかということとそこが難しい。

### 委員長

そこは難しい。次の病院、在宅と急性期との間の病棟がないと無理ですね。そういうところも考えないといけない。

### 委員

患者さんの要望や状態によっては、それが繰り返されながらどちらかに広がっていくということになると思う。

### 委員長

そうですね。実際に在宅といってもそう簡単ではありませんから。これに関しましていかがですか。

### 委員

ケアマネージャーの立場から申し上げます。

回復期や地域急性期病棟、今は地域包括ケア病棟がありますが、急性期から在宅へ行くまでのクッション的な病床が必要という話が出たと思います。在宅におきましては施設等に移行するというような話も出てましたが、例えば特別養護老人ホームなどの、介護老人福祉施設や、介護老人福祉施設の受け皿的なところが予測以上に増えているかという、ほとんど増えていないというのが現状です。特に介護老人保健施設。急性期等からいったん預らせていただいてリハビリをして自宅へお返しする施設ですが、非常に数が伸び悩んでいるというのが1点。それと実際に在宅で生活するという中で、松阪市の第8次高齢者保健福祉計画及び第7次介護保険事業計画において日常生活圏域調査、その中でもケアマネージャーに対する調査があり、そのケアマネージャーが訴えている内容としまして、在宅サービス等いわゆる量的に不足していると感じるサービスというのが、夜間の対応型訪問介護、いわゆる寝たきりの方等に対してヘルパーが訪問しておむつ交換をするといった形態。それから随時対応型訪問看護・介護、ヘルパーに加えて看護師も入っていただいて24時間体制で訪問する

介護する。また、一般的な訪問介護、そして訪問リハビリ、在宅で必要などちらかといえは医療系のサービスも、それから生活支援のサービスも、現場のケアマネージャーからはやはり不足しているというような現状を訴えていますので、その整理がなされないままベッドが減ってしまって、そのあとの対応をどうしたらいいのかというところが、高齢者の生活のコーディネートをさせていただく職種としては非常に不安が残る部分です。

私は地域医療構想調整会議のメンバーになっているのですが、3月1日には欠席でしたので、調整会議で各委員から出たご意見とかがございましたら、要点だけでも教えていただけたらと思います。

### 委員長

3月1日の調整会議についていかがでしょう。

### 委員

ポイントになるところですが、今日も委員の方から大変重要な質問が県の方へあったと思います。それに対して正確に答えていただいたかどうか確認はしておりませんので、またお答えいただきたいと思います。

地域医療構想調整会議で病床数が189床過剰なのでスケールダウンが必要だということでした。これは、在宅医療などの体制が整っているということを前提としますか、というようなご質問だったと思うのですが、逆に言えば在宅医療の体制が整っていなければその病床数のスケールダウンはやりにくい、あるいはできないということになるのかなと思いました。そのあたりについて、高度急性期・急性期機能を除いた病床数のスケールダウンというのは、在宅医療の体制が整わなければできない、あるいはもっと先になるというふうに考えていいのかなと私は取ったんですけど、県の方のご意見を聞かせていただきたいと思います。

### 三重県医療保健部

病床を減らすことに関しては、やはり在宅の受け入れは必須ですので、そちらの整備も進めながら進めていく必要はもちろんあります。

### 委員長

次の委員に伺います。前回のご意見では大事なものはケアの連続性をいかに保つべきか。その状況の中で、医師をはじめ看護職員まで多様な専門職が関わって、その体制をどうやって維持していくかということ発言いただいたと思います。

この地域の地域包括ケアシステムにおいて必要な医療機関・病院の機能分化について再度ご意見を賜りたいと思います。

### 委員

前回もお話ししましたが、私が地域包括ケア推進会議に関わらせていただいているのは、在宅の整備は一気には進まない。ケアの連続性というところを鑑みると、やはり在宅

の整備をしながら、その進捗状況に合わせて医療機能も徐々にダウンサイジング、あるいはシフトしていく、機能分化させていくということが望ましいということになるのかと思います。そのためには地域包括ケア推進会議でも様々な方にご協力いただいて、努力いただいています。事務局も含めて皆さんの力で徐々に顔の見える関係が徐々に深まりつつあると思うのですが、それでも何年もかかっています。ですから、まだこの先しばらくかかるだろうと考えると、一気にということにはならないだろうと考えます。ただし、一定整備が進んでいくと、当然ダウンサイジングという話になりますが、より重点化できるものも出てくるのではないかと思います。

それから、「数字」はどうしてもそれだけがクローズアップされますが、数字というのはあくまでも手段なので、手段の目的化にならないように考えないといけないのではないのでしょうか。何床減ったから駄目だということにはならないですね。

ほかの整備も進んできたから、徐々に集中させていくとか形を変えていく。いつまでも形が変わらないというのはどの地域でもありえることではないので、それが状況に応じた形と思います。付け加えると、私は医療の経済学にも関心を持ってやってきました。人口が減るからといってニーズが大きく変わるというふうには一気にはならない。そういった側面からも、急速にはなかなか難しい。ただし先を見通してやっておかないと、その状況が来た時にはもう対応できなくなるということも事実なので、すごく難しい舵取りだと思いますが、先を見据えて今どうするかということを考えざるを得ないことも事実だと思います。

## 委員長

どなたかこのご意見に対していかがでしょう。

## 委員

介護の部分からご意見言わせていただきます。医療費などが高騰しているということはよくわかります。ただ、一旦減らしてしまったベッドが、必要に応じてまた増やせるのかどうか。それを考えると非常に不安かなという思いがあります。

## 委員

さきほどの委員のご意見はそのとおりであると思います。ただ、介護や在宅医療が進まない、なかなか病床数は減らせないだろうということですが、そうするとなかなか進まないだろうということもあります。例えばそういう介護なり在宅医療をフォローするような形の地域包括ケア病棟とかいったものを整備していくことによって、在宅医療も進むのかといった面もあると思いますので、待っているだけではなくて一方で整備しながら進めて行くことが大事という気がします。

## 委員長

同時進行ですね。一方ばかりでもダメということで。地区によっては外科の医師が開業して在宅も行っているといったこともあります。

## 委員

まず、さきほど県の方からご説明いただいた、三重県版の定量的基準の導入については、他府県の例も見せていただきましたが大変よくできていると思います。特に仕切り値という急性期と地域急性期のわかれ目あたりの考え方というのは、少し細かくなりますけど具体性もあり良くできていると思って評価しています。

ただ、そのことによって、ざっくり言えば急性期が地域急性期に変わって、その地域急性期が回復期の中に入って回復期を埋めたということで、全体的なバランスとしてそのことで目標に近づいたというのはよくわかるし大事なことです、総量として松阪は全体で減らさなければならぬということです。

私は4病期の内の慢性期の病院、在宅医療支援病院にありますので、慢性期と在宅医療というのは、地域医療構想の中では一つのカテゴリーとして考えています。

ご存知のように松阪地域でも慢性期の病院がいろいろな経営的な問題等で少なくなってきました。わたしのところもそうですけど、医療法人とか個人病院というのは経営が成り立たないと、自然にというか経営的にベッドを減らさざるをえない状況が診療報酬上できています。その診療報酬というもので病院の経営は成り立っておりますので、今後松阪地域では、慢性期の病院はもっと減っていくと思われま。それからさきほど言われたように、地域包括ケア病床は今、市民病院にありますけれど、それほど経営的にメリットがあるというか、診療報酬がいいというわけではありません。ですから、松阪地域において、そのボリュームが増えてくということもかなり厳しいように思っています。これらのことから考えると、時間をかけてある程度ゆっくりと、2025年というより2030年に向けて、少しずつこの問題を進めていくべきかというふうに思っています。

## 委員長

ただいまのご発言に対し、いかがですか。

## 委員

在宅の現状も含めてお話したいと思います。在宅医療で今問題になっていることというと、さきほどお話いただきましたが、24時間体制を取っていくということが非常に困難な状況にあります。しかしながら現実の患者さんの病態というのは、当然24時間を担保しなければならない在宅医療になります。これはやはり多職種が連携しあっていかないと長続きしない状況です。特に訪問看護、看護師系の皆さんが患者さんからのファーストコールを受けなければならないところもありますし、24時間の巡視も含めてそれをやっという現実と具体化しようとするすとそれぞれの事業所が小さすぎる。なおかつその診療報酬等もその内容から、常勤をたくさん置けない経営母体になる。今までは時間単位で働く方々をうまく使いながらやっていましたけども、この度の働き方改革の導入ということをしなると、そのパートの皆さんにも依存できない状況ができてきたといったこともあり、24時間各事業所が責任をもってやることができない。

松阪地区には8つほどの訪問看護ステーションがありますが、それが連携していくこと自体が非常に難しい話で、現実にその24時間をどう在宅で患者さんをケアしていくのかが非常に大きな問題です。

今回、県から出していただいた定量的な指標を導入することによって地域急性期ができたということは、在宅の目から見るとありがたいことだと思います。

いわゆる包括ケア病棟的に使用できる病棟が増えますから、これは急性期から在宅へ戻るまでの間に一つクッションを作ってもらって、リハビリもある程度終えた患者さんが在宅へ戻ってくる、そういう時間を作っていただけたことだと思います。

それから、上から下ではなく、在宅で急変した患者さんを診ていただく病棟にもなりうるものですから、この地域急性期という枠が一つできるということは非常にありがたいと思います。

ただ、3病院は後回しということになっておりますが、これは在宅と大きな病院をあわせた、地域全体での機能分化ということをやったり本気で考えなくてはならないところに来ていると思います。この地域の中で3病院がそれぞれどのように機能していくのかということをしつかりと全体を見た上である程度作っていかないと、鶏が先か卵が先かではございませんが、全体を見てどうしても取り組まなくてはいけないと思います。

## 委員長

今のご意見に対してどうでしょうか。

在宅と申しまして、確かに24時間体制をとるのは非常に難しい。また、そこに人が要るとなるとそこへの医療資源を投入しなければいけなくなる。その状況は難しいとは思いますが。ほかによろしいでしょうか。

それでは一つ目の議題を終わります。第2次の在り方検討委員会は、平成29年度に設置された在り方検討委員会の目的を引き継ぐ中、この地域が抱える課題を共有しながら議論を行ってきたところです。県の説明資料16ページの「平成30年度具体的対応方針」の総括やさきほどの質疑を踏まえまして、今後、さまざまな角度からデータの分析など行い、検討していくなかで、具体的な提案を示していければと考えます。

それでは次の議事に進みたいと思います。議事の(2)「第2回委員会の振り返り」そして、本日示されました三重県独自の「定量的基準適用後の病床機能の確認」について、再度皆様と認識を深めたいという観点から、議題としたいと思います。事務局の説明を求めます。

## 事務局（業務支援担当）

それでは在り方資料2に基づきまして、第2回委員会の振り返り、及び定量的基準適用後の病床機能の確認の事項を説明します。

まず、第2回委員会の振り返りですが、資料の3ページ・4ページに記載しています。本日はハイライトでどのようなことが意見交換されたかを紹介させていただきます。

1点目、地域包括ケアシステムの現状についてということで、地域それぞれで取り組んでいるところや、個人同士が支え合うといった関係が今始まっている、といったことが意見交換



されました。

2 点目、地域医療構想と急性期病床の必要数につきましては、地域包括ケアシステムの中で急性期病院を含めた仕組みをどう構築していくか、行き来できるような仕組みがあればよいとのご意見がありました。

2 分の 2 の 3 点目ですが、家族の支援といった項目があります。こちらは在宅を支えるための医療の機能の必要性について意見交換がされたところです。

最後に地域包括ケア病棟というところで、市内の現状について意見交換をされました。

では 5 ページから、定量的基準適用後の病床機能の確認ということで、皆様方と改めて病床機能の確認を進めていきます。

(6 ページ) 松阪区域の人口推計を改めて確認致します。

(7 ページ) 松阪区域の人口推計を表しています。点線で囲った 65 歳以上につきましては、三重県では 2030 年までのグラフを想定して、今進められているところですが、2045 年までの向こう 30 年をグラフとして表しています。人口自体は、合計を見ると 2015 年以降 4 万人ほど減っていきます。その中で 65 歳以上の人口自体は今後増えていくといった推計です。2030 年分のところでは 65 歳以上がピークですが、特に 90 歳以上の人口は、2015 年を 100 とした場合の増加率で言えば、例えば 2030 年では今の 1.8 倍、2045 年になりますと 2.4 倍ということで、90 歳以上の人口というのは今後、人口の総数はそれほど多くはないものの、その中では非常に大幅な増加が見込まれるということを示しています。

8 ページ以降で病床機能の確認を進めてまいります。

(9 ページ) こちらは全体像です。左側から順に高度急性期・急性期、そしてさきほど出ておりました地域急性期を含む回復期、そして慢性期というかたちで記載しています。図の下側に在宅医療という形で整理しています。それぞれのグループで矢印が行き来していることが確認できます。こういう形で患者の容体に応じた医療サービスの提供をするということが今求められているところです。

具体的にはこの後ご説明します。

(10 ページ) ここでは 4 つの機能の特徴を紹介しています。

それぞれの機能について、もう少しイメージを膨らませていただくために 10 ページを用意しています。高度急性期・急性期につきましては、重篤化して入院する患者に対して迅速に措置が行えるように、受け入れ可能な病床を常に確保しておくことが必要であるということです。具体的には集中治療、高度な技術、救急対応といったことです。これらを集中して高度に、しかも救急ですので緊急時の対応が必要だということで、縦軸を医療資源（医師の数、看護師等で患者をケアするスタッフの数、高い技術、高価な医療機器）の投入量で表しています。高度急性期や急性期での医療資源の投入量は、非常に多くの資源、人であったり物であったり技術が必要になります。

回復期（地域急性期を含む）では、医療資源投入量は高度急性期や急性期よりもやや少なくはなりますが、こちらでは機能回復や一時的な入院が求められている機能です。

そして慢性期です。キーワードとしては慢性的な治療ということです。

それぞれの病期における在院期間（病院に滞在する日数の平均）の特徴としては、一般的

にということで表現しますと、平均 9 日から 14 日というのが高度急性期・急性期の在院期間です。そしてこの高度急性期・急性期の最大の特徴として、ベッドの利用頻度、入れ替わりが非常に早い機能であるということです。一方で回復期の方は、在院期間は最長 60 日から 180 日とされています。ベッドの利用頻度は高度急性期・急性期よりも入れ替わりは遅めで、一つのベッドへ次の患者が来るまでは少し長めであることが特徴です。

慢性期につきましては、慢性的な治療が必要でございますので、患者の入れ替わりは遅い状況になっております。

ここでのポイントですが、高度急性期・急性期の病棟は、平均 9 日から 14 日間の集中的な医療を行う病棟なので、早期に退院をし、次の患者を受け入れ、集中的な医療を行うために病床を開けておく必要があるということが最大の特徴です。

具体的な機能の説明を 11 ページで行います。まず、高度急性期と急性期の機能について説明したものです。左側が高度急性期の機能ですが、こちらは特に急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて「**診療密度（医療サービスの多さ）が特に高い医療**」を提供する機能です。市内での病院の事例としては、集中治療室と言われるようなものがあるというのが代表的な例ですが、3 基幹病院ともにこういった病棟を持っています。治療の例としては、集中治療室など、医師・看護師が少人数の患者を担当し、容体が急変することに備えるということ。それから脳血管の疾患の手術で、開頭手術など患者にとって負担の大きな手術をした後に一時的に入院するような病棟です。

では、急性期機能とは何かということで、国の定義としては、診療密度が特に高いということではなく、急性期の患者に対して早期安定化に向けた医療を提供する機能であると定義されています。市内では 3 基幹病院のような急性期の一般病棟が該当します。治療の例としては、救急医療や、全身麻酔を伴うような手術の後のケアなど、急性期の患者に対する入院医療のことをいいます。それから、急性期の場合は MRI や放射線治療装置など、高度な医療機器を備えていることも特徴の一つです。

これら高度急性期・急性期の病棟は、非常に短期間で集中した治療を行うことで、患者の体に対する負担を最小限に抑えて回復を目指していくといったようなことを志向するものです。

（12 ページ）ここでは地域急性期を含む回復期機能ということの説明します。

回復期機能の正確な定義としては、急性期医療を経過した患者に対して、在宅の復帰に向けた医療や、リハビリテーションを提供する機能を指すということです。具体的な病棟の種類としては、地域包括ケア病棟、それから回復期リハビリテーション病棟、この二つが該当します。特に、地域包括ケア病棟につきましては、下に説明を入れていますが、急性期医療を経過した患者、それから在宅において療養を行っている患者などの受け入れ、並びに患者の在宅復帰等の支援を行う機能を有しており、「地域包括ケアシステム」を支える役割を担う病棟です。具体的なイメージとして三つ用意しました。一点目が、急性期治療後の在宅復帰に向けた入院ということです。急性期病院というと、さきほどの高度急性期・急性期といったところで手術を受け、集中的に治療した後の患者が自宅に帰るまで入院し、日常生活動作を回復するというのですが、急性期の病棟に入院しますと、日常の生活動作が回復する

までには少し時間が必要な患者もいますので、その期間を含め支援するような機能です。それから真ん中です。在宅療養を支える一時的な入院ということで、こちらは急な発熱、下痢、脱水症状、栄養不良など、自宅での療養中の急な病状の悪化ですとか、少し形態は違いますが家族の看護からの休息、これを「レスパイト」といいますが、その家族の休息のために、自宅で療養中の患者について一時的な入院を行うような病院です。

そして右側が、急性期には当てはまらないような一時的な入院ということで、食べ物を咀嚼して飲み込むような機能とか、身体機能が急に落ちたり、処方されている薬の種類を調整したり、褥瘡、床ずれですが、床ずれを治すために一時的に病院で治療を受けるといったものです。これらが急性期とは少しイメージが違うところをご理解いただけたと思いますが、こうした一時的な入院を支える、それが「地域包括ケア病棟」と言われています。

ただ、一つ課題があります。この病棟を整備するには制限があるということです。これは国が定めている基準ですが、集中治療室（ICU）や高度治療室（HCU）を備えた、高度急性期・急性期と言われるような病院では、地域包括病棟は1病棟までしか病棟を持ってないといったように、病院の機能に応じて条件が設定されています。この施設基準というのは、病院が保険診療を行う上でのルールで、どういった施設であれば何点という形で基準額が決まっています。そのルールの中でということで、松阪市で申しますと、松阪市民病院は1病棟しか整備することができません。また、厚生連松阪中央総合病院と済生会松阪総合病院につきましては、現状では整備することはできません。このため市内で現在地域包括ケア病棟を持っているのは松阪市民病院ということです。

それから回復期リハビリテーション病棟も回復期機能を支える機能です。こちらも地域包括ケア病棟同様に、急性期治療を終え、医学的なサポートだけではなく、社会面・精神面からもサポートするために、集中的なリハビリテーションを行う病棟であるということです。具体的には手術をした後に、集中したりリハビリを行うということで、例えば脳卒中のような脳血管の疾患や、大腿骨頸部骨折という高齢者に多い骨折ですが、こうした疾患に対して手術をした後に、リハビリを集中して行うということです。ただ、こちらにも入院できる病気に条件があります。脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などのリハビリを目的とした患者が8割以上入院しているということが、回復期リハビリテーション病棟を運営する上での条件となっています。市内での例としては、花の丘病院に回復期リハビリテーション病棟があります。これらの回復期機能の病院では、地域包括ケア病棟では最長で60日、そして回復期リハビリテーション病棟は最長で180日まで、入院をすることができます。そして、その中で自宅等への生活へ戻るための様々な支援が行われます。

（13 ページ）こちらでは慢性期機能と在宅医療等ということで説明をします。まず、慢性期医療ですが、こちらは、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能と、長期にわたり療養が必要な重度の障害者の方を入院させる機能です。治療の例として、1つ目として在宅医療では支えられないような疾患を抱えた患者の入院治療を行います。もう一点は、治療が困難な末期のがん患者に対して身体的な苦痛を和らげ、精神面でのサポートを行うというのも、この慢性期といわれる機能です。

そして在宅医療等ですが、自宅で医療を受けるほか、特別養護老人ホーム、養護老人ホー

ム等の、いわゆる施設といわれるところですが、現在の病院、診療所以外の場所で提供される医療ということで、自宅を含め、そのような施設等で提供される医療というふうにご考えてください。

なお、「地域医療構想」が示す患者像ですが、在宅医療等の一部について、現在は病院で入院されている患者のうち、地域医療構想では在宅医療等の対象としてカウントされているというところが2点あります。一つは、療養病床に入院している患者の内、在宅医療等で医療的な対応ができるとされる患者。もう一つは、現在一般病床に入院している患者の内、医療行為が少ない患者については、地域医療構想で想定する上では在宅医療等の患者としてとらえているというところが留意すべき点です。

14 ページ以降は病床機能の特徴を活かした病院・病棟の活用列ということで簡単にご紹介します。

(15 ページ) 具体的な例がいくつかこれから続きます。こちらは転院・転棟しながら自宅に復帰した例です。95 歳女性山田さんと仮称しています。元気に自宅で暮らしていましたが、肺炎を悪化させてしまいました。そこで、急性期の機能を持つ病院、ないしは病棟に入院をして、2 週間の集中的な治療と検査を受けました。治療によって肺炎は良くなりましたが、栄養状態はすぐに戻る事がなく、そのため回復期病院に転院して最大2ヶ月間、容体回復までの治療を受け、回復後に退院して再び暮らしを取り戻したというような回復期病院の活用例です。

(16 ページ) こちらはレスパイト入院といわれる例です。90 歳男性の佐藤さんですが、容体の一時的な悪化への対応や、家族の一時的な休息が必要な場合への対応ということです。佐藤さんはほぼ寝たきりの状況で、常に酸素ボンベで酸素療法をしています。息子夫婦の面倒にはなっていますが、息子夫婦も看護で疲弊してきてきているというような状況です。そこで回復期機能の病院に一時的な入院をして、その間、家族は必要な休息を取っていただくことで負担を軽減してもらい、その後に佐藤さんは帰宅したということです。

こうした看護する側の休息をとってもらうために、地域包括ケア病棟の活用も可能であることが役割として期待されているところです。

(17 ページ) この例は回復期機能の活用例として、急性期に当てはまらない一時的な入院の例を紹介しています。86 歳女性の鈴木さんです。急な発熱を起こし、1人で暮らしている中で夜過ごすのは不安なので救急車を呼びました。ただ、急性期病院では意識がないような緊急な患者などの、より重篤な場合に対応していくということなので、回復期病院の方に搬送されたという事例でございます。熱が下がった後に帰宅したということでございますが、この例のように必ずしも救急搬送した内容が急性期での治療に適しているわけではなくて、回復期が適しているような場合もあるという事例です。

(18 ページ) こちらも自宅に復帰した例ですが、回復期機能の特徴を生かして復帰した例です。85 歳男性鈴木さんは野菜の様子を見に畑に出かけた際に足を滑らせ転落し、骨折しました。骨折しておりますので、十分なりハビリをしていく必要があります。急性期病院に運ばれて手術を伴うような、「整復」と言いますが骨を固定するような形で治療を受けました。リハビリをすぐに始めましたが、高齢な場合には十分なりハビリの効果がすぐには出な

いようなケースも多々あるということです。鈴木さんの場合もまだ生活を自宅で送ることができるような状態ではないので、回復期病院に転院をして、最大6ヶ月、骨折ならば2ヶ月程度かと思いますが、リハビリを行いながら回復を目指したということで、無事、再び元の暮らしに戻ることができたという事例です。このように、回復期の機能というのは、地域の在宅と急性期の間を埋めるようなイメージを持っていただければと思います。

では今後の病床機能の調整について20ページをご覧ください。さきほど三重県から報告があったとおりで、基準適用後の病床数が示されたということです。大きな点として、現状病床数、青色で示した急性期のところが、基準適用後、黄色で示した地域急性期へシフトしているということです。

(21ページ) 病床機能の転換にかかる地域医療の課題として、1点目、回復期機能の需要のさらなる高まりが今後考えられること。そしてその下、病床の機能転換には制限があるところをお伝えしました。また、急性期病棟の患者は、今日はお伝えしておりませんが、4割は回復期ステージの患者であるということも過去の委員会では確認しています。

従いまして、機能を転換して病床を調整していくことが、今後の取り組みとして必要なのではないかとこのところではあります。以上です。

#### 委員長

ありがとうございます。さきほどの議論と重複するところもあったと思いますが、特に病床機能の役割については具体的な例を示したことで確認できたかと思います。説明を受けて委員の皆様発言ありましたらどうでしょうか。

#### 委員

個々に説明していただいて、これなら安心かなという点も見受けますが、問題は私が毎回申しているように、2030年までは高齢者が増え続けるということ。これから行くと2030年までに病床を減らす方向になっている。このあたりが矛盾してはいないのか。高齢者が増えるということはそれだけ患者さんが増えるので、すぐに入院できるのかどうかという感覚を受けますが。果たしてこのままいって市民は安心するのでしょうかといった不安がある。

#### 委員長

高齢者が増えるということは、一人の患者さんが複数の病気を持っていますので、その意味で患者さんはすぐには減らないではないかということかと思いますが。その中で病床を減らしていいのかということかと思いますが、いかがでしょう。

#### 委員

高齢者、特に90歳以上の方というのは、今は高度急性期・急性期ということで入院してきます。それで治療はまずまず終わります。しかし、あまり過激なこともできない。手術などすれば命の危険があるなどということがよくありますので。

そのあたりで、結局「経過観察」のような状況になる方が結構います。ただ、その方たち

についても急性期病床にいつまでもいられるわけではない。これは別に病院や医者、看護師、患者さんが悪いからではなくて、今の医療提供体制はそういう体制になっています。そのあたりは、いち病院が逆らってもどうしようもなく、高度急性期・急性期というところは「早く治療して早く返す」という、その概念のもとに成り立っている病棟ですので、そこに高齢者がどんどん入ってきて、帰るのがどんどん遅くなって患者さんが滞留していくのは許されないような状況になるのだと思います。

しかしながら、現時点でも急性期・高度急性期に該当しない患者さんが、私どもの病院でも4割いらっしゃる。つまり回復期、慢性期の患者さんが40%いらっしゃる。今の診療報酬上では、高度急性期、急性期の診療報酬でカバーして、その40%ぐらいのところを各病院が苦勞して抱え込んで何とかなっています。ですがこれからそれが許されないような状況になっていくのではないかというのが私の危機感です。

さきほど帰る場所がないのにベッドを減らしていいのかというのはまさにそのとおりで、このあたりについて申し上げますと、急性期病院というのは在院日数とか、病床利用率が全国的に徐々に下がってきています。桑名の90数パーセントは特異的な病院で、今、平均でも82%とか3%くらいになっているのが普通の急性期の病院。公立病院などではそれが70%台60%台というのが多い。ですからそういうところが減っていく分も考えたりすると、あえてベッドを減らすことをせず、そのあたりは自然になってくるのではないかと考えています。

ただ、今ご説明のようにポストアキュートと言われる部分を支えるのに一番便利だと思われるのは地域包括ケア病棟ですが、今の基準では、私どもも1病棟しか持つことができません。これは診療報酬上の縛りがありますので、どうやってもだめなのです。では私どもの39床がうまく回転するか、といえはそうではない。ここが難しいところですが、この39床、さきほど言われたように、地域包括ケア病棟はお金が沢山入る病棟ではありません。それを当院あたりは何とか全体の中で回転させることで、非常にうまくはできていますが、逆に急性期・高度急性期の中にあるがゆえに、病棟使い出してもう1年半は経過していますが、なかなか院内でもこの病棟を十分に活用するだけのことができません。

たとえば人工呼吸器がついている方の看護疲れで、それを一時的に病気ではないけれども預かって欲しいというようなこともあります。それを受け入れるだけの医者の余裕もなにもない。なかなか難しい。

## 委員

私は理解してきましたが、一般の市民は理解できるのだろうかといった不安がありますので、そのあたりをこの意見交換の時にしっかりと説明いただきたいなと思います。よろしくお願いします。

## 委員

この人口推計に関しましても、介護の側から見ると90歳以上の方がこれだけ増えるということは、90歳の方の8割以上が認知症というふうに推計されていますので、認知症の方がこれだけ増えるのだなということ。それから75歳以上の一人暮らしが今後どんどん増え

るということもと考えますと、この数字以上に厳しい現状が多分来るのだろうなと思います。加えて地域包括ケア推進会議の方でも議論されているのが看取り（ACP）の部分です。この看取りという部分を取り上げますと、在宅で看取るということが理想的なんでしょうけど、皆さんが本当にそう思っているのかというところを考えますと、そうでもないのではないかなと思う。統計など見ていますと、少しずつ「在宅で最後を」という方が減っているような気がしますので、そういう意味では状況に応じて選択できる、「病院で亡くなりたい」、または「自宅で亡くなりたい」ということを選択できるような状況を作っていくべきではないかなと思います。

## 委員

今、説明いただいた内容については、概ねそういったところで考えるべきであるということとを改めて思います。そう考えるとさきほど資料1の方16ページで説明いただいた、松阪区域の具体的対応方針というところについて、2017年の病床機能報告を見ると、高度急性期では3病院は142、130で市民病院は46という数字です。それで右のほうを見ると、2025年に向けた病床数となるとこの数字は替わって、括弧書きですが62、80、85になって市民病院が最も多くなるという。この数字について、私はおそらくこうかなと考えていますが、ここの数字だけ見てもなかなかまだわかりにくいと思います。よほど熟知されてる方以外はなかなか理解できないところかと思うので、こういったところを徐々に我々も理解していきながら合意形成を図っていくということがすごく大事になるとは改めて思いました。

## 委員

さきほど地域包括ケア病床を中心にしたご説明をいただいて、わかりやすかったと思います。これから我々だけではなく、やはり市民の皆さんに、地域包括ケア病棟というのはどういうものかということを開発していく必要もあるように思います。これは自分の考え方でもありますが、もともと日本の医療は、ある程度小さな病院が急性期、回復期、慢性期にかかわらず支えてきた、というふうに考えています。それが近年大きい病院に集約されて、急性期・高度急性期中心の病院が増えて、そちらの方へ医療の方向性は向いています。さきほどの説明にあった四つの機能ということについても発言されましたが、急性期の中にも本当に急性期ではない方もみえます。あるいは慢性期病棟の中にも、当院では、2割～3割ぐらいは急性期の患者さんもみえます。例えば慢性の病気で入院している患者さんが肺炎になったら急性期の病院へ送るというわけにもいかない高齢の方の場合もあります。その患者さんそれぞれの様々な内容、これは病棟単位ではなく病床単位で対応する、一つ一つのベッドまたは一人一人の患者さんのことを考えれば、そう4病期に切り分けるということとはできない場合が多いです。

今回の説明を聞いて、このように進んでいくとすれば、当院でも一部の病床を地域急性期というところの枠に入れようと考えています。なかなか地域包括ケア病床というのは診療報酬上も厳しく、クリアしなければならない条件もありますので、それを慢性期の病院が取っていかなければならないということで、さらにハードルは高くなっています。そこでもう少

し地域包括ケア病棟、あるいは地域包括ケア病床というものをそれぞれ病院が取得しやすい、あるいはそれをとって経営ができていくような基準や報酬体系に持っていくように、県の方にも一つの方向性として考えてほしいと思っています。

## 委員

今回の県から提示いただいた定量的なものの考え方で、非常にクリアに物事を考えられるようになったことは特に評価したいと思います。ただ、現実には毎日在宅の患者さん、家族を診ておりますと、家族の介護力というものが果たしてどこまで持ち続けられるのか、人口自体、90歳以上がこれだけ増えてくる中で、現在でも老老介護している方が沢山みえますし、若い方も半分ぐらいの方が共働きです。そうすると、家族がいて実際は独居の状態。そういったところを如何にして在宅でフォローできるのかなと思う。

病院の病床に関してはこれで非常にクリアにできていると思いますが、在宅でどれだけ家族が看ていけるかという介護力となるとなかなか数字に表れませんから、その不安が大きく残っています。

## 委員長

全体を通じてどなたかご意見ございませんか。

## 委員

実際にはその在宅の状況が追いついていかないと、本当にベッドが減らせるのかといった話になるのかなとは思いますが。ただ、松阪の現状の中、どのような形が市民のために地域医療を守ることになるのか、という視点で考えた場合は、今後必要になってくる機能というのは、「公」の方である程度実施していくこと、それが市民病院の役割かなと思うのが一つです。それと最初に委員長が言われました、急性期はなるべく規模が大きい方が効率もいいということもあるので、やはり3病院が中心になると思いますが、どのような病院の体制にしていくのが松阪全体として一番いいのかを考えていく必要があるのかと思いました。

## 委員長

ほかの方、よろしいですか？それでは今日の委員会はここまでとさせていただきます。委員の皆様からはいくつか宿題も出していただいたところがございます。

私たちとしても、三重県独自の定量的基準を説明していただいて、課題解決のためには引き続きその方向で我々は議論をしていく必要があると考えます。このあたりについて事務局としてはいかがでしょうか。

## 事務局【事務部長】

さまざまな視点からのご議論ありがとうございました。年度の区切りという部分も含めまして、少しお時間をいただきたいと思います。今年度の検討委員会は、3基幹病院の問題も大切にしながら、同時に、回復期、慢性期、さらには、地域包括ケアシステムの中心となる



在宅・介護、これらを総合的に捉えて議論していく必要があるとの共通認識のなかで「第2次 在り方検討委員会」としてスタートしました。

第1回目を8月7日、第2回目を11月6日、そして今回で3回目ということで、開催回数が当初計画より少なくなりました。その大きな要因としましては、冒頭三重県から説明がありました。昨年8月16日付で厚生労働省から発出された「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情の応じた定量的な基準の導入について」という通知ではなかったかと思っています。

この地域の病院等における病床機能報告。急性期、回復期、慢性期などの病床が基準の導入によって、どのように変化するのか。このことは、在り方検討委員会を議論していくうえで大前提となることから、三重県独自の基準というものが示されてから、改めて議論していく必要があるとなりました。各地域にさまざまな実情や課題がある中、住民にとっては非常に大事な、大きな問題でもあり、一方で病院経営・運営という医療機関側にとっても非常に大きい問題であると思うところでございます。

今後は、今回、三重県から示された基準や松阪地域医療構想調整会議で確認された内容等を踏まえながら、特に、16ページのとりまとめ総括で示されております内容ですが、3月1日の松阪地域医療構想調整会議において、【3病院については、役割の明確化に取り組むにあたって「松阪市民病院の在り方検討委員会」の検討結果を踏まえる必要がある】との確認もされたところでございます。また、本日の議論のなかでは、全体を見たうえで在宅と3基幹病院の機能分化を考える、といった課題もいただいたところでございます。このようなことも含めて4月以降、次年度につきましても引き続きご議論をお願いしたいと思うところでございます。

委員の皆様方には、何かとお忙しいとは存じますが、ご協力よろしくお願い申し上げます。

## 委員長

ただいま、事務局から引き続いての検討について要請がありましたが、委員の皆様、いかがでしょうか。平成31年度も引き続き検討委員会の委員としてご議論いただけますか。

(委員の同意あり・・・)

ありがとうございます。それでは、平成31年度においても引き続き検討委員会を継続したいと考えます。本日はここまでとします。それでは次回に向けて事務局の方で作業を進めてください。事務局にお返しします。

## 事務局【経営管理課長】

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して、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、次回委員会につきまして、日程調整表をお配りいたします。恐れ入りますが、3月27日(水曜日)までに事務局の方にお知らせいただきますように、ご協力を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。

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下さい。

20時50分終了