

## 第2回東海市・知多市地域医療等あり方検討委員会

日時 平成26年10月28日（火）

午後2時00分～午後4時11分

場所 知多市民体育館 2階 大会議室

□出席者氏名

座長 渡邊 英夫

委員 長谷川勢子、小嶋真一郎、松島 英夫、竹内 正、柳澤 修一、谷口 末壽、  
吉川 長世、牧野 利通、岩田 容子、近藤 福一、渡辺 正敏、千木良晴ひこ、  
浅野 昌彦

幹事会 佐治 錦三、神野 規男、坂 祐治、磯野 健司、早川 幸宏、永井 誠、  
小嶋 時彦、鈴木 希明、森下 剛、後藤 文枝、小林きよみ

□欠席者 なし

□傍聴者の数 31人

□議題及び審議の概要

### 1 座長あいさつ

○幹事長（永井） 定刻になりましたので、ただいまから第2回東海市・知多市地域医療等あり方検討委員会を始めさせていただきます。

申し遅れましたが、私は、事務局を務めます知多市役所健康福祉部長の永井誠でございます。どうぞよろしく願いいたします。

なお、本日の検討委員会につきましては、設置要領第6条に基づき、本会議を公開で開催いたしますので、よろしく願いします。

では、始めに渡邊座長から御挨拶をお願いいたします。

○渡邊座長 どうも。座ったままでよろしいですか。

すみません、座ったままでやらさせていただきます。

座長の渡邊でございます。

委員の皆様方におかれましては、本日大変御多忙のところでございますが、当委員会、第2回目でございますが、御出席くださいますと、誠にありがとうございます。

前回、事務局からこの地域における医療や介護に関する資料を提示させていただき、委員の皆様から自由に発言をいただきました。このいただきました意見をもとに事務局で論

点を整理しております。本日はこの論点について論議を深め、意見交換を進めていきたいと思っております。

また、今後につきましては、本日の議論をもとにして、次回は年末を予定していますが、中間的な報告案を検討していただき、来年2月の委員会で最後の報告を取りまとめていきたいと考えております。

そうした意味で本日の議論は大変重要な位置づけになりますので、どうかそれぞれの立場から積極的な御意見をいただき、有意義な会議にしていきたいと思っております。

したがいまして、御協力のほどどうかよろしく願いいたします。

○幹事長（永井） ありがとうございます。

それでは、ここからの進行は渡邊座長にお願いしたいと存じます。よろしく願いいたします。

## 2 議題

### (1) 東海市・知多市における福祉施設等の現状について

### (2) 西知多総合病院における退院患者の退院先見込みについて

○渡邊座長 委員の方にはあらかじめ資料も渡って検討されておりますね。

それでは、早速議題に入らせていただきます。

まず、議題（1）東海市・知多市における福祉施設等の現状についてと、（2）西知多総合病院における退院患者の退院先見込みについて、この二つを一括して事務局から説明をお願いいたします。

○事務局（鈴木） 知多市役所の鈴木と申します。よろしく願いいたします。

それでは、議題（1）東海市・知多市における福祉施設等の現状についてと、議題（2）西知多総合病院における退院患者の退院先見込みについてを一括して説明させていただきます。

A4 横のカラー刷りの資料1をご覧ください。

始めに、東海市・知多市における福祉施設等の現状についてであります。

前回は医療と介護の現状について説明をさせていただきました。今回は残された福祉施設の基本的なデータを取りまとめたものでございます。

2ページ、3ページをご覧ください。福祉施設の主な違いをまとめたものであります。左から養護老人ホーム、軽費老人ホーム、3ページにいきまして有料老人ホーム、シルバ

一ハウジング、サービス付高齢者向け住宅のそれぞれの特徴を比較しております。

次に4ページをご覧ください。東海市・知多市内の福祉施設、11施設について一覧表にしたものであり、5ページは施設の位置を地図上に表示したものであります。

6ページをご覧ください。各施設の人口当たりの定員を全国、愛知県、知多半島医療圏、東海市・知多市の区分で比較したものであります。

養護老人ホームの定員では、人口10万人当たり全国平均が51.1人、愛知県は28.1人、知多半島医療圏は29.1人なのに対し、東海市・知多市では15.4人となっており、全国平均の3分の1にとどまっております。同様に軽費老人ホームでは、全国平均71.7人に対し、東海市・知多市は25.7人。有料老人ホームでは、全国平均が247.2人に対し、87.0人と、こちらもおおむね全国平均の3分の1の水準となっております。

次に7ページをご覧ください。各施設の稼働率及び待機者数を示したものであります。

各施設とも稼働率は比較的高いものの、待機者数は全体で24人であり、極端に目立ったものではない状況にあります。今後の高齢者人口の増加を踏まえると、待機者数の動向や施設の充足状況を注視していく必要があると言えます。

以上が東海市・知多市における福祉施設等の現状についてであります。

続きまして、西知多総合病院における退院患者の退院先見込みについてであります。

9ページをご覧ください。西知多総合病院を退院する患者の退院先について、一定の前提のもとに試算したものであります。

まず(1)現状の退院先の傾向の表をご覧くださいますと、東海市民病院及び知多市民病院における平成25年度の退院患者の実績値でありますA欄の6,859人に対しまして、F欄の自宅や施設へ退院される患者6,233人を引いた数が、B欄の現病院の転院患者数626人となり、退院患者全体の約9.1%を占めていることとなります。この転院患者を受けとめる病院として、小嶋病院、平病院、その他の病院に区分して数値を試算しております。

こうした現状をもとに西知多総合病院の状況を試算したものが下の(2)西知多総合病院の退院先の想定表となります。前回の資料でお示した西知多総合病院における退院患者の推計はG欄の1万4,161人に対し、今後は高齢者の増加に伴い、循環器系疾患や呼吸系疾患、骨折などの整形が増加するものと想定し、H欄の1,430人を推計転院患者数と見込みました。この推計転院患者数から小嶋病院、新たに開院する西知多リハビリテーション病院、平病院での受け入れ患者を引いた差がM欄の受け入れ先のない退院患者数324人となります。この受け入れ先のない退院患者数を東海市・知多市で受け入れるためには、

療養病床で賄うとすると、一番下の欄 156 床となり、約 160 床程度が必要となるという試算になります。

10 ページをご覧ください。退院患者の流れを図示したものであります。上段は現状の流れを、下段は新病院開院後の流れを示しております。あくまで一定の条件のもとでの試算であり、一番下の米印にありますように、さまざまな要素により推計値が変動することに御留意いただきますようお願いいたします。

11 ページをご覧ください。医療、介護、福祉の関係者の一部ではありますが、他の医療機関との連携や介護福祉施設との連携に向けた課題について御意見を伺ってまいりました。

課題 1 として、顔の見える関係づくりにつきましては、医師同士あるいは医療と介護、福祉との間でお互いをよく知ることが必要であるという意見であります。

次に課題 2 では、医療連携室に求められる役割や期待されることが大きく、また、病院と診療所における情報のフィードバックなどで連携のあり方が改善、向上するという意見であります。

課題 3 の在宅医療や介護制度に関する認識の向上では、病院の側にも老健の対象や在宅ケア等についての理解を求めるものであります。

12 ページをご覧ください。

課題 4、住民意識の変革では、在宅看護に対する住民の意識や、介護施設より病院を重視する傾向、また、新病院に対する住民の理解の必要性について御意見をいただきました。

課題 5 では、在宅医療体制の充実として、訪問診療や訪問看護への支援体制、在宅医療を進めることによる医師への負担の増加、訪問看護師の確保などの必要性についての意見でございます。

以上が連携促進に向けた課題を五つの視点にまとめたものでございます。

最後に、14 ページは今回の資料を総括したもので、福祉施設について、東海市・知多市では定員数が全国平均の 3 分の 1 程度であるものの、現状では待機者数から定員の著しい不足感はないが、待機者数の動向や施設の充足状況を注視していく必要があるということ。特に福祉施設は、国の進めております地域包括ケアシステムの 5 本の柱、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の中の「住まい」を構成する重要な要素であり、適切に充足していくことが望まれるものであること。

また、西知多総合病院における退院患者の退院先見込みでは、一定の前提のもとに試算すると、この地域には 160 床程度の病床が必要となるということでございます。

以上が資料1の説明になります。

続きまして、お手元の資料の一番最後にごございますA4縦の参考資料をご覧ください。

前回いただきました御意見を踏まえまして、参考となる資料を用意させていただきました。時間の関係で簡単に触れさせていただきます。

初めに参考資料1、地域包括ケア病棟についてであります。今年度の診療報酬改定で新たに設けられた項目で、真ん中の図がイメージ図になりますが、上の①急性期病床からの患者の受け入れ、右側の②在宅への復帰支援、下の③在宅等にいる患者の緊急時の受け入れという、主に三つの機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟が地域包括ケア病棟であります。

(2)の①から次のページの、⑩と書いてございますが、すみません、⑩の後の⑥と⑩は、⑪、⑫に直していただきたいんですが、①から⑫までの施設基準が定められております。

(3)では、愛知県内におきまして地域包括ケア病棟は、7月現在、表のとおり8病院が届け出を行っております。

次に参考資料2をごらんください。病床機能報告制度・地域医療ビジョンについてであります。

病床機能報告制度につきましては、医療法の改正に伴い、今年10月から医療機関が有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択して、病棟単位で都道府県に報告するものであります。この報告に基づき、県は地域の医療機関が担っている医療機能の現状を分析し、地域の医療需要の将来推計等を活用して、2025年における2次医療圏ごとに医療機能の分化と連携を適切に推進するための医療構想、いわゆるビジョンを策定するものであります。

具体的な医療機能につきましては、下の表にあります高度急性期、急性期、回復期、慢性期の四つの機能から選択することとされております。

次に参考資料3は、介護施設の今後の整備予定についてであります。

介護保険につきましては、東海市、知多市では大府市、東浦町とともに3市1町で知多北部広域連合を設置しております。平成27年度から平成29年度までの3年間にわたる施設の整備計画について、現在介護保険事業計画を策定中であり、その内容をまとめたものが、この表になります。

次に参考資料4は、前回報告させていただいた介護施設の待機者数に関する補足資料で

ありますが、前回お示しした数字は重複の申し込みを除いたものであることと、今回新たに、黄色の部分になりますけれども、施設の利用状況、すなわち稼働率を追加させていただくものであります。

最後に参考資料5、海部地域医療サポーターの会についてであります。

海部地域におきましても、津島市民病院、現在のあま市民病院、当時の公立尾陽病院ですが、この医師不足を始めとする厳しい状況に対し、住民の側から自発的に地域医療を考える会を立ち上げ、医療機関と住民双方のサポートを目的に活動を行っているものであります。

参考資料の説明は以上でございます。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ただいま事務局から（１）と（２）及びそれに関する参考資料の説明をいただきましたが、これにつきまして御質問等ございましたら、どうか挙手をお願いいたします。

（１）東海市・知多市における福祉施設等の現状についてという資料でございましたが、これにつきましてはよろしゅうございますか。

吉川委員、お願いいたします。

○吉川委員 福祉施設の関係ですが、これを利用するに当たっては、ケアマネジャーさんの存在というのが非常に大きいと理解していますが、現状でこのケアマネジャーさんの必要な数として、足りているのか足りていないのか、それから、ケアマネジャーさんの育成について、どのように認定されるのか、教育の仕方等について少しお聞きしたいと思うんですが。

○渡邊座長 ケアマネジャーの現状ですか、これからですか。

○吉川委員 現状と、それから今ケアマネジャーさんがこの介護の認定をされる大きな役割を担う、会議を持たれるという話は聞いているので、そのためにはケアマネジャーさんの活動というのは、個人との接触を持って推薦してもらおう云々ということが出てくると聞いています。そういう意味では、ケアマネジャーさんの数というのは非常にたくさん必要じゃないかという気がするのですが、そのケアマネジャーさんになる方たちが今十分足りているのかという気がして少しお尋ねしたいのですが。

○渡邊座長 これは事務局が分かりますか。

○副幹事長（神野） 東海市の神野でございます。

ケアマネジャーの機能について、まず数の面におきましては、特段に今課題にはなって

おりません。ただ、ケアマネジャーの質の問題というのが一番問題になっておりまして。ケアマネジャーがプランをつくるときに、御家族や御本人の御意向を聞くというのはもちろん当然のことでございますが、事業所の考え方だとか医療機関の考え方というところまでなかなか十分に取り入れたケアマネジメントができていないというような、ケアの質について一貫した、その方の医療から生活ケアまでのプランができていないなという御指摘がいろいろございまして、ケアマネジャーのスキルを上げるにはどうしたらいいかというようところが現在国のほうでもいろいろ議論が起こっているところで、数に関しては特段に問題にはなっていないという現状でございます。

以上でございます。

○渡邊座長 知多市のほうは何か御発言ございますか。

○幹事長（永井） 知多市についても同様に、特段人数については足りないということは聞いておりませんので、よろしく願いいたします。

○渡邊座長 吉川委員、そういうことでよろしゅうございましょうか。

○吉川委員 少し言いにくいのですが、経験したこととして、担当されるケアマネジャーさんが、極端に言うと悪いと、なかなかうまく施設には入りづらい、入れてもらいにくいということもあります。あのケアマネジャーさんに頼むとよくしてくれるという話が、一般の我々のところへ来るものですから、そういう面からいくと、マネジャーさんの質という言い方は非常に失礼だとは思いますが、親身になってくれる、くれないというのがあるので、どこら辺で判定されて認定されたかということも、心をよぎることがありましたので、ちょっと聞きづらいことを質問させてもらったのですが。

○渡邊座長 ありがとうございます。

おっしゃることは個人的に聞いてもよく分かりますけれども、いろいろ難しい問題もというのと、本委員会と少し話がということがございますので、この問題は非常に重要なんですけれども、先に進めていただきたいと思います。

ほかに御発言、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、福祉施設等の現状についての資料説明については、特別御質問はよろしかったでしょうか。

それでは、（２）西知多総合病院における退院患者の退院先見込みについての資料、いろいろな角度からの資料がございましたが、これの資料についての質問、またこれに関するいろいろな御意見等お願いいたします。

竹内委員、お願いいたします。

○竹内委員 知多郡医師会の竹内でございます。

10 ページの西知多総合病院における退院患者の流れのところ、下の段の表を見ますと、地域包括ケア、回復期、慢性期で160床程度の病床が必要という予想が、結論みたいに出ていますけれども、実際ないわけですよ。西知多総合病院は急性期にということで、468床全部急性期として届け出されるのでしょうけれども、もし行き場がなくなったときは、いくらかそういった患者さんを引き受けていただけるような体制はとられる予定があるんでしょうか。

○浅野委員 知多市民病院の院長の浅野と申します。今の御質問にお答えします。

468床の病院の病床としては、急性期病院ということが当初の計画になっております。急性期病院というのは、要するに患者さんが病気になったときに、一刻も早く疾患を改善するように医療を総動員して患者さんを治すという病院であります。簡単に例を挙げますと、胸が苦しいといったときに、すぐに専門医が患者さんの治療に当たりまして事なきを得ると、早急に治療を開始する。こういった機能が急性期病院です。

それで、先ほどの参考資料2にありますように、これからの医療というのは、何でもできますよという病院はなかなか難しい。それはどういうことかということ、病院を動かしていくためには空きベッドをつくらなきゃいけないわけです。患者さんを一人でも多く受け入れるためにベッドを効率よく動かす。そのためにはそれぞれの機能に合った病院をつくりましょうというのが、この四つの医療機能、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能です。

この内容は、やはりそこに入られる患者さんの重症度、療養度が全部違うわけですね。それを全部ひっくるめて一つの病院で診ていこうという過去のスタイルの病院は、とても今の医療機能ではできません。その理由が、先ほど申しましたようにベッドを効率よく動かすということです。一人でも多くの患者さんを1時間でも早く治療に当たる、そういった機能の病院と、少しでも長く体力を回復されるために療養していただく病棟、こういったものをきちっと色分けをしながら運営していかなければなりません。

それで今の御質問ですが、全て急性期でやるんですかということですが、26年度の診療報酬改定に病棟単位で地域包括ケア病棟をつくってもよろしいということがあります。しかし、この地域包括ケア病棟に関しましては、東海市の病院でこの機能を果たす病院が生まれてきます。ですから、そことの連携を重視していきたいと思っております。



要するに、その患者さんの重症度に合った病院を選ぶ。これから何が何でも一つの病院で一から十まで行うということは、やはりこの日本の中でなかなか行いづらい。急性期の病院で急性期の治療を終えた後、ゆっくりとリハビリを行う。それから、まだ医療の手が必要だけれども、重症度はそれほど高くない方は療養型に移る。そういった機能を分担した病院を選びながら、この地域の医療を適正化していく。これがこれからの大きな日本の流れです。

ですから、全くつくらないという構想はありませんが、病院は来年5月開院であります。基本的な病院のコンセプトとしては急性期病院を立ち上げるということで動いております。

以上です。

○竹内委員 ありがとうございます。

実際問題として、160床程度、年間324人足りないというのだと、ここになれば、ほかの地域に出ていくのかなと考えてしまうのと、失礼ですけれども、急性期で468床の病床が100%埋まるかどうかということもあって、その辺のことを考えると、実際問題として少なくとも最初の何年か、いわゆる過渡期のような時期においては、こういった時期の患者さんも引き受けていただかないと、いわゆる医療難民みたいな人が出てこないかなということをし少し心配いたしましたして質問させていただきました。

○渡邊座長 ありがとうございます。

浅野委員の言われることを私なりにまとめますと、今度できる西知多総合病院は、地域包括ケア病棟は視野の中に最初は入れていない。今後の状況によってはということもあり得るけれども、一応急性の病院でというお考えだと。そういうことでよろしゅうございましょうか。

○浅野委員 当初の考えはそのとおりです。今後の展開に関しましては、やはり地域で求められる医療を適切に展開してまいりますので、これで将来も通してしまうということを行っているわけではありません。

○渡邊座長 というお考えです。

小嶋委員、お願いします。

○小嶋委員 東海市医師会長でもありますが、この資料にあります小嶋病院を運営している小嶋真一郎でもあります。

ただいま浅野委員からも言われましたように、小嶋病院は今まで急性期もやってきまし

た。むしろ夜中とかお休みの日とか、そういうときに頼られる、それに応えるということ  
でやってまいりましたけれども、これからは回復期、地域包括ケアとか慢性期のほうに転  
換していこうと考えております。

平均在院日数 12 日で新病院が運営されるとしまして、そこから先の在宅までの流れを、  
大きな流れの中で東海市・知多市の両方の患者さんがほかの町に行かなくても自分たちの  
町で治療できるようにということの、それを新しい西知多総合病院さんと地域の診療所の  
皆さんとみんな一緒になってやる。その中で頑張っていきたいと考えております。

先ほどこの資料をつくっていただいた方に申し上げたのですが、小嶋病院のところは年  
819 人と書いてあるのですが、私のところ、現在は一般病床、うち障害者病棟が 225 床と  
なっています。市からこちらに出てきておみえの方たちは縦割りで御存じないかもしれま  
せんけれども、太田川の駅前の再開発とかにかかりまして、私たちのところの土地は簡単  
に建て替えとか、そういうことができない状態のまま、医療の運営が非常に難しい時期を  
過ごしてまいりました。

療養型と障害者病棟というのは、ほぼ似たようなものですが、一般病床であるがゆえに  
医師の定員も数多く求められる。いろいろな苦しい経営条件の中を、知多市民病院さんも  
東海市民病院さんも苦しい中を、医療崩壊の中を頑張ってみえたと思いますが、小嶋病院  
も本当に出血をしながらずっと必死に。苦しいのは公立病院だけでなく、民間はもっと苦  
しいんだよということが喉のところまで出ながらも、出血しながらも、ずっとずっと地域  
の医療を支えてまいりました。

この資料を見ますと、西知多総合病院さんの 1 年間の推計退院患者数は 1 万 4,000 人と  
書いてありますが、私のところの病院で 1 か月に何人新患がある、入院があるかという  
と、大体 100 人です。そうすると、1 年で 1,200 人の新入院となります。現在の知多市民病院  
さんと東海市民病院さんの、1 か月に東海市と知多市の中で患者さんが発生してどちらか  
の病院に入院してみえるとすると、それは確か 7,000~8,000 人ぐらいだったのではないか  
と思うのですが。

確か 1 年前に同じようなメンバーで検討会をやったとき、8,000 人が 1 万 2,000 人とい  
う推計に増えたから、この 4,000 人はどうして増えたかという議論は、確かどなたか偉い  
方がしゃべられたような記憶があります。その分は、今流出している名古屋の北のほうと  
か、そういうところへ行かなくても急性期の患者さんを東海市の中で治療できるんだとい  
うふうにおっしゃって、それで 8,000 人が 1 万 2,000 人に増えると理解したんですね。

その1万2,000人から、さらに2,000人が何で増えたかちょっと分からないのですが。分からないというよりも、さっき理解したのは、これが平成35年までのと書いてあったから、2025年というか、一番高齢化率の高いところまで見越したらこういう数字になるという意味合いなのだろうと思いますけども。

何が言いたいかといいますと、現状8,000人の入退院がある市民病院さん二つが一緒になって、今度1万4,000人の入院患者、退院患者、入院と退院はほぼ一緒だと思いますけれども、そうだとすると、私どもが今まで24時間絶対頼ってくださいと市民の方々に言ってやってきたことというのは、今までどおり経済的にやっていくことは不可能ではないかなということを考えないといけないのではないかと思います。

そこで私、去年とか一昨年とか、この病院同士の連携の会で常々申し上げてきたんですけども、お返事をいただけなかったことがあります。それは脳卒中も心臓病も、多発外傷もそうでしょうが、この三つはとにかく時間が勝負だから、患者さんが来るのを両方の病院が両方のチームを待機させておいて、それぞれが疲弊したら何ともならないから、どっちかがやるようにするのか、あるいは月水金、火木土とか割り振った形で、ちゃんと自分たちが当番じゃない日は休めるとか、そういうふうにしないと回るわけがないということ、2年前も言ったし、去年も言ったけれども、全然そういうことは回答としていただけませんでした。

そうすると、私のところは税金で援助してもらえる病院とは違いますから、やっぱりここは苦渋の選択で。今まで夜中もずっとカテーテルは絶対断らないと言って職員を引っ張って先頭に立ってやってきましたが、この数字を見ると、私どもの年間1,200人というのは10分の1以下なんです。こうした中で、今までどおり救急をやりますと言っていただけません。ちょうど今年新しく出てきた地域包括ケア病棟というのがあるから、私のところは地域包括ケアとして。この障害者病棟というのは、実質慢性期ですよ。

慢性期の療養型とか地域包括ケア病棟に業態を変えるということをすると言って、その先に何を目標しているかという、これは浅野委員とも数カ月前に話しましたが、今までは脳梗塞の人が来た、心筋梗塞の人が来た、でも担当の先生がいない、どうしよう、そういうことを考えたし、それを絶対断らないように民間でも頑張ると本当に大変だった。でも、これからはやがて目の前で脳卒中になった人が来たら、直ちに主治医が執って、出血がなければカテーテルですぐ血栓を取ることができる。二つの病院に別々に待機しているのではなくて、二つの人員が一つのところに待機していれば、そういった日本中すば

らしいような体制ができるのではないか。

そのように頑張るために病院同士が役割の分担をして、平均在院日数 12 日で頑張れる。そうしたら、その後は私たちが地域包括ケア病棟をやらせていただく。私たちは地域包括ケア病棟と療養型をやらせていただくというように変わらましようということを何回も何回も協議して話させていただいてきました。医師会の仲間はよく知っていますし、医師会の理事会にも両市民病院の院長先生に来ていただいて、私のそういった気持ちは分かっていたと思っています。

たまたまこの間アンケートにみえた方には言ったのですが、この計算は、小嶋病院の 299 床のうち、前の 9 ページの小嶋病院を見てもらうと、「地域包括ケア病棟への転換意向及び連携強化の意向をヒアリングにて確認したことを受け、小嶋病院の受け入れ可能患者数の 50%と仮定」と書いてありますが、これは 299 床ではなくて、149 床が地域包括ケア病棟だと仮定して 819 人を受け入れると書いていただいたので。あとの残り 150 床は療養型なのですが、それはどこに書いてあるのですかと言ったら、書いてありませんということなんです。

だけど、療養型にしても地域包括ケアにしても、地域包括ケア病棟というのは在宅復帰率が問われますし、西知多総合病院さんが 10 対 1 から、やがて 7 対 1 を目指して、高度な急性期の医療をちゃんとやれるようにするためには、そこから退院する病院というのは、平均在院日数ではなくて、西知多総合病院さんも在宅復帰率を計算されますし、地域包括ケア病棟もそういうことをしなくではいけないので、ここから先の流れをどうやってつくるかということが本当のこれからの問題ではないかと思っています。

長々としゃべりましたが、この病院独自に何かやるのではなくて、町の中全体でいいものをつくらう。その流れの中で、私たちは西知多総合病院さんから流れてくる患者さんを全部引き受けますということなのです。そうすると、療養型のところの 150 床を引くと残りは 10 床かなとか、そういうことを考えるわけです。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

小嶋委員がおっしゃるのは、この西知多総合病院が機能し始めたときには、今までとは違って、いわゆる地域包括、慢性等のほうにシフトすると最初言われたのですが、というふうに私は聞いたのですが。現状は現状なんですけれども、その最初に言われた線に沿って先生のほうは努力していただけるということでもよろしゅうございますね。

○小嶋委員 はい。

○渡邊座長 それで、今、小嶋委員から御指摘ありましたこの地域に住んでいる方が急に病気になったときに受け入れていただけたところがあって、そこで十分な医療を施されるということは当然努力しなきゃいけないことですが、これは細かいことを言いますといろいろあって、西知多総合病院に機能集約をしていくということは、いろいろな意味で、そうならざるを得ないと。これはいろいろ説明すればできますが、ちょっと時間がかかりますので、結論だけ言いますと、その方向でということです。

したがって、浅野委員の言われることもよく分かるし、それからまた小嶋委員の言われることも、同じ医者である、また現場でしのぎを削ってきました経験を持つ人間としては大変よく分かるということで、先に進めさせていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

では、ほかの方、御発言ございませんか。

長谷川委員、行政の立場から何か御発言願えるとありがたいですが。

○長谷川委員 資料を膨大につくっていただいてありがとうございました。

施設においては東海市と知多市を挙げていらっしゃると思いますので、本当の人の流れは半島全体の施設であったり、名古屋のほうの動線もあるかと思しますので、この数ではないかということを感じると思います。

また、小嶋委員の御指摘の160床程度というところにおきましても、やはり見込みの数として、これがありきではない。もう少し議論を踏まえての数になってくるのではないかなということを感じてはおります。

○渡邊座長 ありがとうございました。

今の156床という数字が出てきたのは事務局からの説明どおりで、この資料に従うとそういうことになりますが、ふたを開けてみたら本当にこのとおりになるかということ、なかなかそうも言えない部分も、今の長谷川委員のおっしゃるとおりに、あるかと思えます。

この数字は、どこの資料、どこを基本にしてということによってなんですが、事務局のお話では、できる限り活用できる資料を集めたのだけれども、こういうふうだということですので、どうかそのように御理解を。全くこのとおりに推移するのと言われても、そういうふうになることもあるし、ならないこともあるという現実の問題があるかと思えます。

何より問題なのは、現在、両市の市民で、この地域以外の医療機関に流出している方、

及びその推移が正確につかめない、つかめる資料がないというところが一番大きな点かと思われま。流出という言葉は不適切かもしれませんが。

それは、卑近な言い方ですと、何割の人が現時点のここの医療に十分満足していないという裏返しにもとれますが、この問題は今後、浅野委員も明確に言われているように、厚生労働省の線に沿って、また地域医療の線に沿って最大努力するというのを再三にわたって御発言ございましたように、それに期待して、その方向に行くと。したがって、両市に住む市民も、そのような感覚で協力していただけるということが望ましいかと思ひます。

ほかに御意見は。

松島委員、お願いします。

○松島委員 私、今この有料老人ホームの嘱託医をやっております、そこの入居者さんを見てみると、病院から紹介されて入ってくる人が割と多いですね。自宅ではちょっと見ることができない。酸素をやっている人もいるし、胃ろうが入っている人もいるし、半分入院しているような感じで入居しているような人もいるものですから、この新病院開院後で分けた324人の中には、そういう有料老人ホームに流れていくような人、あるいは老健で見るような人とか、そういう人が大分いると思うんですね、この324人の難民というか。

ですから、自宅では見ることができないような人でも、有料老人ホームで半分病院に入院しているような感じにいるような人も結構僕は見ますので、ほかの老健だとか、ほかの施設なんかもみんなそのような状態を含めていますので、そちらへ流れる人も大分いるのではないかと感じます。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。施設の実態の一部がそうだというお話ですが、確かに老健と俗に言われるところは医療法人ですけれども、薬を全然飲んでいない人も何人か入所しているというのが全国的な事実ですね。そうすると、薬ないのに何でというふうに言い出すと限りがありませんので非常に難しい問題がございますが。

ほかに御発言はございませんか。

参考資料に関しましても御発言、御質問等ございましたら、どうぞ。特にございませんか。

浅野委員、どうぞ。

○浅野委員 先ほどの退院患者の流れの推計の数字は、過去からのデータをもとにした試算であって、これがそのまま新病院開院後も、この数字で足りないとか、流れるというこ

とではないと思います。しかし、絶対的に言えることは、この東海・知多の地区において慢性期医療を提供する療養型病床が圧倒的に少ないということは、紛れもない事実です。先ほど松島委員もおっしゃいましたように、病院では受けられないが、医療の手が必要な患者さんを有料老人ホームで受け入れると。それをせざるを得ない状況なのです。

実際、平病院の28床のみが医療機関としての療養病床であって、医療の手が必要なんだけど、長期に療養しなければいけない、そういう患者さんを受け入れる施設は、ここ以外にないわけです。ですから、160床足りない云々に関しましては、数字は分かりませんが、絶対的に言えることは、病期に合わせた病院の機能、急性期、地域包括ケア、回復期、慢性期、在宅とありますが、この中の医療機関としての慢性期を担う施設が圧倒的に足りないということが、この地域の特徴であることは紛れもない事実だと思います。ですから、そこを何とか底上げしていかないと、医療が必要なんだけど、長期療養型病院にどうして入れたらいいだろう。それが結局、市外に送らざるを得ない理由になると思います。

○渡邊座長 ありがとうございます。

御指摘のとおりかと思いますが、ほかに御発言ございませんか。

急性期にも問題はありますけれども、それ以上に、現時点では俗に言う受け皿の不足ですね。また、その受け皿が順番に、上流から下流のように何回かステップしていくんですね。それがうまくいくという前提を厚労省は言ってみえるかと思いますが、その終点は在宅医療ということになっていますが、問題は、在宅医療は大変な人手がかかるということがございます。

ちなみに、文藝春秋11月号の特集が各国の看取りということで、相当のページにわたって記載がございます。これを読みますと、今の問題が国々によってということが、その観点から読むと見えてくる部分がございます。本の宣伝をするわけではありませんので、どうか誤解のないように。ただ、ある角度で見たときかなりの分かる部分を書いてあるかというものですから、お読みの方もあるかと思います。

ほかには御発言いただけませんか。

名指しで申し訳ありませんが、岩田委員、何かございますか。現場にいて詳しいけど。

○岩田委員 今は西知多総合病院の形もつくられ、小嶋委員のところもつくられ、西知多リハビリテーション病院は回復期リハビリの位置づけがきっちり明確となった。あとは、さっき松島委員もおっしゃっていたように、先生が行かれていますホームというか、在宅の

考え方が国の政策のほうでも変わってきているということ、この地域の方がどのように捉えていくかということだと思えます。

国は限られた予算の中で在宅、施設という縛りをいろいろされている中で、老健という位置も在宅復帰型を目指しなさいということ言われているんですけども、老健の中には在宅復帰型の手を挙げてみえる施設が愛知県の中でもまだまだ少ないというのが現実なんです。

国は加算、いわゆるお金をつけるという形で在宅復帰型を目指しなさいと。在宅復帰を30%とか50%とか可能にすればと施策のほうでやっていらっしやって、皆さん余り御存じないかもしれませんが、牧野委員も御承知のように、特別養護老人ホームでさえ10%の在宅復帰をできればしなさいということ言っている時代なんです。ですから、そういう中で小嶋委員のところやられる地域包括ケアも、先ほど先生が触れられたように在宅復帰率、それから西知多リハビリテーション病院も、リハビリテーション病棟1で、あるいは2でやるかとなりますと、多分知多半島にはまだ1を取っているところがないので、1を取られるか2を取られるか知りませんが、そこも何が出ているかという在宅復帰率なんです。在宅復帰率が高いリハビリテーション病院のほうが点数がいいという現実なんです。

そういう中で、今回の資料にも出ておりました地域の方がそういう苦しい現状の中で在宅をどういうふう考えていくか、その施設も含めて、有料老人ホームも含めて。吉川委員がおっしゃっていたように、そういう中でケアマネさんのコーディネートはとても大事なことである。これも本当に現実だと思いますので、その辺を何とかこういうところから発信していければいいなというのは私なりに、現場にいる医師としては思っております。

すみません、余りまとまりがなくて。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ほかに御発言ございませんか。

牧野委員、どうぞお願いします。

○牧野委員 私、特別養護老人ホーム東海福寿園の者なんですけれども、やはり特養のほうも、先ほど岩田委員からお話がありましたように、特にユニット型の施設ですね、在宅復帰ということがかなりうたわれております。法律的にも書いてありますし。ですけども、実際に特養に入っていて在宅に戻ったなんて方はいらっしやらないですね。私ども東海福寿園ができて8年目になりますけれども、一人もいません。



ですから、在宅復帰とうたっているのですが、現実的に在宅に戻るといのは不可能な  
のでしょうか。そういう現実と今国でうたわれているものとかかなり乖離しているという現  
状なのですが。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ほかにはございませんでしょうか。

それぞれお考え、いろいろたくさんあったと思いますが、それでは先に進めてよろしゅ  
うございましょうか。

### (3) 第1回あり方検討委員会における議論の論点整理について

○渡邊座長 それでは、議題(3)第1回あり方検討委員会における議論の論点整理につ  
いて、事務局のほうお願いいたします。

○事務局(鈴木) 資料はA3の資料2をごらんください。

この資料は、前回の委員会で委員の皆様からいただきました御意見を論点という形で取  
りまとめさせていただいたものでございます。

始めに、このあり方検討委員会の役割が、西知多総合病院退院後の患者の検討にあるこ  
とから、議論の前提を囲み書きに記載させていただきました。具体的には、新設される西  
知多総合病院は、知多半島医療圏北西部に求められる2次救急医療、すなわち急性期治療  
や質の高い医療サービスを提供すること、また、地域の医療機関が安心して患者を紹介で  
きる地域完結型の中核病院を目指すものであることを前提とするものであります。

まず論点1ですが、東海市・知多市には、特に回復期、慢性期の病床数が不足している  
ことから、回復期、慢性期の病床整備が必要となるのではないかと。また、新設される西  
知多総合病院が急性期治療の機能を十分に発揮していくためにも、連携病院、受け皿病院と  
しての病床の整備が必要なのではないかということであります。

次に論点2は、平成26年度の診療報酬改定により新設された「地域包括ケア病棟」につ  
いて、どう捉えるべきかというものであります。

先ほど地域包括ケア病棟につきましては参考資料で説明させていただきましたが、今後  
この地域に求められる機能として、地域包括ケア病棟をどのように考えればよいかとい  
うものであります。

論点3は、在宅医療の充実に向けた取り組みや西知多総合病院等と在宅医療を担う医療  
機関との連携をどのように進めるべきかというものであります。

右にいきまして、論点4は、介護施設については、その設置状況や実質的な待機者数を踏まえると、ある程度充足していると考えられるものの、今後の高齢化の進展を見据えた施設整備は引き続き必要なのではないかとというものであります。

論点5は、医療、介護、福祉の連携について、具体的にどのように進めていくべきと考えるか。例えば事務局のほうには、気管切開を理由に長期の受け入れ先のない在宅介護の方がたんの吸引で毎夜御苦労されているという事例もいただいております、どのような連携が考えられるかという点。また、行政が担うべき役割には、どのようなものがあるかというものであります。

論点6、医療や介護の受け手側である市民の側の取り組みとして、上手な病院のかかり方について、市民レベルでの検討も重要である。特に西知多総合病院が持つ急性期治療の役割の十分な理解が必要となるのではないかとというものであります。

資料2の説明は以上であります。

○渡邊座長 第1回あり方検討委員会でいろいろな御意見をいただきましたのを、論点整理を事務局でいたしますと、大体論点1から6、これ以外もあるかと思いますが、このあたりがということでございます。

そこにございますように、新しくできる西知多総合病院は地域完結型の中核病院を目指すということを前提としております。この点につきましてはあらかじめ資料を皆様のところにお送りして、事前に検討をお願いしているかと思われませんが、大変ですので、前半の論点1から3と後半の論点4から6と二つに分けて、前半は論点1、2、3を中心にいろいろな点で御発言をいただきたいと思っております。

それでは、委員の皆様よろしくお願ひいたします。

論点1は、地域の連携はいろいろな面でありますから、地域医療連携会議のほうのテーマかと思われませんが、このあり方検討委員会は、第1回でも明確に両市長が言われたような観点から皆様をお願いしているという前提でお話を進めさせていただきます。

論点1、論点2、論点3、よろしゅうございますか。特に意見がないということは絶対ないと思うんですけども、いかがでございましょうか。

それでは、指名して恐縮ですが、浅野委員、口火を切っていただけませんか。

○浅野委員 分かりました。

論点1に関しましては、先ほど申しましたように慢性型の病床がこの地区には圧倒的に少ないということが現実であるということです。しかし、先ほど説明がありましたように、

急性期の後の地域包括ケア、亜急性期ですね、それから回復期、この病院に入院しても、やがて退院するわけです。退院して、最終的には在宅というのが国の考え方です。要するに、一生病院で医療を受けなきゃいけない人を極力少なくしましょうということです。最後まで残られる方はとなると長期療養型になります。ですから、長期療養型の患者さんは在院日数が非常に長いです。そこを担う病院が圧倒的に少ないというのが、この地域の特徴です。

それから、論点2の地域包括ケア病棟に関しましては、先ほど竹内委員がおっしゃったように、病院が急性期だから、医師会、開業医さんからのニーズに応えなくてよいのかということに対する回答だと思います。ですから、地域包括ケアというのは、全般的に患者さんを診ていく地域の医師会とのかかわり合い、開業医さんとのかかわり合いの上で、そのニーズに応えながら、急性期でなくても担っていくということになりますので、それを西知多に展開するかどうかということは、今の段階では何も決定されておられません。

論点3に関しましては大事なことでありまして、我々西知多総合病院におきまして、患者さんをできるだけ具合のよい状態で、地域の介護、福祉の力を借りて在宅に持っていきたいと考えております。そのためには、やはり看護の支援を病院から在宅へということを考えております。

例えば十分物が飲み込めない人、十分に歩けない人、こういう方は栄養障害を起こしたり、背中に褥瘡ができたり、足に褥瘡ができて潰瘍ができたり、こういうことが起こってきます。こういった症状をできるだけ起こさないようにするには、今我々の病院で働いている認定看護師、彼らが患者さんのケアをしております。そういったプロを在宅の介護の場に支援を出して、よりよい介護のあり方、処置のあり方を指導していく。これもやはり病院の務めだと考えております。

ですから、西知多総合病院を退院したらさようならと、開業医さんにお任せということでは決してありません。必ず退院後も医療の手のかかる、ないしは手をかけなきゃいけないと見込まれる患者さんに関しましては、退院カンファレンスをケアマネジャー、あと在宅医、施設の方、そういった方と連携して、一人一人に合った在宅のあり方を検討し、指導していく。そしてまた見守っていくということを行っていきます。

こういった部門も病院の中にできますので、ただ病気だけ治せば、それで終わりという展開はいたしません。きちっと在宅で適切な状況で暮らしていけるかも支援していきます。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ほかに御発言よろしゅうございますか。

論点1にございますように西知多総合病院は急性期をとということですから、いわゆる回復期、慢性期の病床が必要としています。この二つの病床の整備が要るのか要らないのかということですが、これは発言された方の意見を聞くと、皆さん要るとお考えのようでございますが、委員の中で、いや要らない、現状でいいという御意見の方はございますか。

それでは、どなたも手を挙げられませんか、これは要ると皆様が考えてみえるということでは進めたいと思います。

長谷川委員、お願いします。

○長谷川委員 先ほど小嶋委員のお話の中から地域包括ケアを担うということがありました。慢性期とどこまで分けするかという状況があると思いますけれども、そうしますと、今の回復期、慢性期が不足であるというのは、160床をもとに議論をここでなされているのであれば、150床のことは計算されていないという小嶋委員の説明を受けると、少ない多いというのを議論できるのかどうかということをおもいました。

今発言がないと、これは足りないということでは満場一致ということになりそうだったので、私が感じたところで少し意見を述べさせていただいておりますけれども。

あと、病院それぞれで病床を持っていらっしゃるわけですが、病床を持っている病床名と実情の中には、小嶋委員の説明を聞いても、非常に勉強になりましたけれども、そこの中にかかわらなければ分からないそれぞれの施設や病院の実情があるのではないかと思いますので、その中でこのところの満場一致の決断ということは、本日の私の考えとしては、私の中では難しいと。これは行政の立場としてすごく影響力があつて言っていることではなく、一人の委員として感じるものがございます。

○渡邊座長 どうもありがとうございます。

ほかにはどうでしょうか。

小嶋委員、どうぞ。

○小嶋委員 まずここで回復期、慢性期の病床整備が必要となるのではないかとということに関しては、私、先ほどでも数字からすると150床で足りない、必要ではないかと言いましたけれども、それは前提があります。

例えば私のところは一般病床で障害者病棟とやっていますけれども、これが療養型に変わろうとしますと、1人当たりの面積とか、結局建て直すことが必要とか、どうやってそ

のお金を工面するんだらうかとか、そういう問題がたちどころに出てきたりするわけです。

ただ、今回の話の救いは、先ほど僕も言いましたが、同じ急性期を西知多総合病院さんが、最初は8,000人のところを年間1万2,000人、今回1万4,000人、それだけ患者さんを引き受ける能力があって頑張っていかれるとすると、明らかにここの中で小嶋病院が年間1,000人の患者さんを同じく急性期をやっていくというのは過剰ということになるのではないかと思いますので。

僕まだ不勉強で分かりませんが、たしか今年の6月に決まった法律で、地域でちゃんと協議の場を設けて、こういうふうにも公の協議の場を設けて、どういう働きのところが過剰で、どういうところが少ないということをちゃんとみんなで議論して、その結果、多いところから少ないところへ転換するという点に関しては、今までは、過去は公立病院には支援ができるけれども、民間の病院には支援ができないという法律だったんだそうですが、今年の6月に決まった法律でいきますと、そこを基金というのを使ってやれる仕組みが今度出てきたということを知りますので、そういったことを調べていただくと可能になるのかなという気がします。

要は、東海市・知多市の両市長さんが県知事にちゃんと計画を上げて、協議の場でもって過剰と思われる機能から少ないと思われる機能に転換する点に関しては、ちゃんと国も県も市町村も補助していいという、たしかそういうふうにも今年6月に出た新しい法律からは書いてあると聞いていますので、その辺をうまく使えるようになりますと、私のところは本当にこういった転換ができる。そうなれば、これは要らないのではないかなという気もいたしますし。

そういった選択肢の中で、例えば今は足りないんじゃないような気がしますが、150とか、そのぐらいのある程度の数がどうしても知多市さんのほうに必要だったら、そこに来ませんかと言って、以前この会で知多市医師団の団長さんから明らかに二度ばかり言われて、「じゃ、前向きに考えます」と僕は言ったことが、これは議事録にちゃんと残っていると思いますので。

例えばそういうふうで、そちらのほうで療養型にさせていただくとか、そういうことは両方の市の方と地域の医療計画のビジョンで位置づければ、ちゃんと可能になるのではないかなという気がします。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございませんか。

柳澤委員、お願いいたします。

○柳澤委員 知多市医師会の柳澤です。

私は開業医で、日常診療と特定施設とかにかかわっておりますけれども、全体的な患者さんの流れを見ておりますと、確実に医療ニーズの高い患者さんが、先ほど上流から下流ということをおっしゃっておられましたけれども、やっぱり増えておりまして、やはり病院からは出なきゃいけない。だけど、在宅で何とか支えても支え切れない方、あるいは施設というふうにもいろいろありますけれども、特養、老健、特定施設、やはりそれぞれ施設の特色とかいろいろありまして、医療ニーズに対応できる場所もあれば、ちょっと尻込みしてしまうところもあるというわけですね。

それから、例えば在宅医療というふうに一言で片づけてしまいますけれども、在宅医療というのが単独に存在するわけじゃなくて、我々開業医としましては全体的な診療の中の延長上に在宅医療があると認識しておりまして、実際我々の仲間も訪問診療あるいは往診とか行っておりますけれども、そこで訪問看護あるいはケアマネジャーさんに情報提供するとかいうことで地域の医療を支えていると思うんです。

ただ、ちょっと話がずれるかもしれませんが、在宅支援診療所となりますと 24 時間体制という言葉が出まして、東海市の先生方も、それから知多市も、在宅支援診療所になってしまいますと数が少ない。だけれども、実際は在宅支援診療所に近いような形で医療を支えているというのが現状じゃないかなと思っております。

今、何かいろいろな状況があれば 24 時間体制ということで、嫌だと尻込みしてしまう人もいますけれども、この 8 月ぐらいから知多市民病院と登録医の患者さんという状況でもきまして、日曜日でもホットラインで入院させていただけるようなシステムになりつつあるという状況もありまして、これはどんどん今後も深めていっていただきたいのですが。

もう一度言いますと、全体的には医療ニーズの高い方がどんどん増してくるのが現状じゃないかなと考えております。ですから、受け皿としては、在宅では見切れないなというところで、やっぱり施設、療養型病床は必要ではないかなと思っております。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ほかに御発言ございませんでしょうか。

渡邊委員、どうぞお願いします。

○渡邊委員 知多市の副市長でございます。

今それぞれの委員さんの御意見、御発言を聞いておりまして、論点整理の中の第 1 点目

で療養病床等が必要ではないかという点について、説明の10ページのところの表をどう皆さんが確認するのか、どう考えるのかによって意見がどうしても違ってくるというか。先ほどの長谷川委員のおっしゃられ方ですと、どうしても全員一致には少しというような御発言もありました。

そうしたことからいいますと、もう少しこの部分を議論して、この中にも実際にいろいろな変化によって推計が変動するというのも書いてあるんですけども、それにしても委員さんのそれぞれの意見の中で、今の柳澤委員さんの発言のように高度な医療が結果的には今後必要になってくるであろうという意見も多かったと思いますし。ただ、病床が絶対的に必要かどうかということを再確認しようとする、やはりここの数字の議論はもう少し深めていっていただいて、皆さんが腹に落としていただくというか、そうだなという感覚になっていただいた上でどういうふうがいいのかなと感じております。

ただ、東海市・知多市両市域全体を見たときに、急性期を担う西知多総合病院が開院後どうなっていくかということを考えたときに、行政の立場から言うと、多くの委員さんが言われた慢性期だとか療養病床というのは、浅野委員も言われたように、絶対的に必要になってくるであろうという認識は持っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ほかに御発言ありませんか。

それでは、今皆様の御発言をお聞きしまして、座長としてそれを論点1、2、3という形で整理というか、考えますと、まずその前に共通の認識に我々が立って話をしないと、例えの話ですが、土俵が別のところで相撲はとれませんので。

したがいまして、私自身の認識では、まず今までの医療、医療行政を含めて、施す、施されるという形で成り立ってきている部分があったわけですけども、厚生労働省が明確に言っているのは、そういうことではなくて、全部一緒にやってくれと。ですから、医療チームの中に、当然医療だけじゃなしに患者さん及び患者さんの関係者も入ってやらなければ地域包括医療は推進しないと厚生労働省は言っていると私は解釈しております。

ですから、その線に沿って、先ほど上流から下流と言いましたが、ちょっと語弊がございますので、改めますと、今言ったような意味でいきますと、皆同じ平面の上でこの問題を国民として解決していくことが時代的に必要になってきたと前提的には思えるということですが、一方、厚生労働省が言っているのは、現在の進歩した医学技術の推移を同じレベルで大病院から小病院、さらにとすることは不可能だということ。

したがって、医療経済効率からいっても、十分な機能を持った病院を第一線病院にして、そこで急性治療及び疾患の診断等を行って、そしてその線に沿ってと言うと数の限りがございますから、したがって、次のところがその受け皿になっていくという形で、医療の現在ある形からいくと、そういう流れにならざるを得ないということかと思われま

す。一般的に言えば、なぜ患者さんは大病院へ行くかというのは、絶えず何年も前から、今もそういうことが言われております。その答えはさまざまありますが、そのような中で病める人に平等に現在の医療をできる限りというふうにすると、第一線病院が果たすべきことをやる。ということは具体的に言うと、入院でいきますと、平均入院日数が10日とか2週間とか、長く取って12日という形にもなると考えざるを得ないということでもあります。

なお、第一線病院でも専門外来というのをやられて、入院だけではないというふうに一般的には解釈されますと、専門外来に通える人は通えるのか、そうでない人が流れるのかというような具体的な話にもなりますけれども、この問題は言っていきますと限りがございます、難しいところがありますので、このあり方検討委員会の第2回といたしましては、まず来年春にスタートを切る西知多総合病院の機能を健全、円滑にやることを前提とすると、受け皿が要ると。

その受け皿の数は現状で足りているんじゃないか。本当に156床不足するのかということが、実際には数の決定をしていくのに非常に重要なことではありますが、この点につきまして、さらに皆さんの御意見及び事務局もできる限りの資料を集めていきたいと思いますが、少なくとも西知多総合病院が健全機能を果たすためには、当然受け皿が必要になるという現実があると思いますが、よろしゅうございましょうか。

数についてはいろいろ御意見もあると思いますが、そういうことでよろしいでしょうか。

それでは、論点1はそういう形で必要ということに。また御意見あったら、どうぞおっしゃっていただきたいのですが。

これとの関連で論点2の地域包括ケアですね。参考資料のところにも出ておりますけれども、これはざっくばらんに言えば何でもやれと言ってもいいような話になるので大変かと思うんですけれども、一応厚生労働省は基準等を示しております。

なお、新しく発足しました厚生労働省のいろいろなものに評価報告制度というのが猛烈な勢いで附帯されております。それは先ほど事務局が説明しましたように、将来のあり方のための資料集めだということで協力をとられていますが、したがって、どんどん数字が義務づけられているというところが従来と違っていると思われま



そうした中で地域包括ケアは当然要るということで、もう既に申請をしている病院もございしますが、いろいろな条件、制約がありまして、それにはかなわないと簡単には言えないという問題がございますので、現実的には各施設その他で検討してみえるかと思えます。この論点2について特別御発言ございませんか。これはどう捉えるべきかということですけど。

どう捉えるかというのは難しいですけども、とにかく申請するには、政府が示した、厚労省が示した基準にのっていないと申請できませんので。だから、ただやると言ってもどうにもなるものではないという点はございますが。

これは事務局のほうで、病棟のベッド数がいくつ要るとかどうとか、そのような数字はありますか。

○事務局（鈴木） 参考資料1の（2）のところに地域包括ケア病棟の施設基準というのがございますが、その病床数について、何病床なければいけないという基準は特にないと聞いております。

○渡邊座長 ということでございますので、これは大変難しい問題がありますので、特別の意見、御質問がなければ、論点3のほうですね。

これも非常に難しい問題が多々ありますし、また、あり方検討委員会ではなくて、小嶋委員が言われるように既に何回かの会議の中でいろいろな意見を言われているという御発言がございましたが、そういうことを含めてということなんですが。

ただ、この点に関して浅野委員から、認定看護師の制度の確立及びその有効活用というのが今以上にいくと、また新しい局面が出るのではないかという前向きの御発言がございましたが、ほかにはございますか。

柳澤委員、先ほど御発言いただいてなんですけれども、在宅医療を担うという点では、先ほどの御発言に追加ございますか。

○柳澤委員 今よりもさらに病診連携を充実させる、発展させるとか、そういうことがなければ、なかなか在宅医療というのは難しいと思います。かなり無理をして出されてきているという患者さんも結構いらっしゃいますので、その辺をより連携を強めて、意思疎通を図って発展させていかないといけないのではないかなと思いますね。

全体的には在宅だ、在宅だと言いますけれども、皆さん先ほどおっしゃっておられましたように、なかなかそういう流れには。福祉施設でもほとんど在宅復帰がないと。どんどん施設をつくったときには、一番最初の介護保険はほとんどゼロから始まって、施設をつ

くって入所する人が増えて、それが老健、特養、特定施設、グループホームと分かれていると思うんですけども、やはりここへ来て中の流れが少し、私が思うにはとどまっているのではないかなと思いますね。

それから、さらにどんどん医療ニーズが高まってくる患者さんが結構多いものですから、やはりその辺を今後スムーズに意思疎通を図って、病院と、入院が必要な場合とか、いろいろな場合を解決していかなくてはならないと思っております。

○渡邊座長 ありがとうございます。

いろいろ御意見あるかと思いますが、柳澤委員、また先ほどの牧野委員のお話も、在宅医療は簡単にはできませんよと、現場を見ている人間はそう感じているということかと思えます。ここら辺が非常に難しいところで、したがいまして、先ほど言いました、施す、施されるという考え方では、もう收拾ができない。ここで考えて、一緒になってやっていくというふうにしないとどうにもならないという現実に来ているのではないかと座長としては常々思います。

それでは続きまして、後半の論点4、5、6の三つにつきまして御発言、御意見を願いたいと思います。論点4は、いろいろなところを。

○小嶋委員 すみません、お時間がないようですが、論点3についてあと一つ発言を。

○渡邊座長 ちょっと時間があれですけど、どうぞ発言してください。

○小嶋委員 東海市も知多市も、知多半島の中では名古屋市に隣接して、いろいろな産業、工場とか立地しておりますので、知多半島の南の方々に比べると地域の介護力が非常に乏しいところだと思います。特に製鉄所に関連して遠方からこちらのほうに来て、そこで家庭をつくってみえる方とか大勢みえます。私たちのところは、知多の北部の本当に在宅の介護力が乏しいところで在宅復帰をさせると物すごく苦勞するんじゃないかなということを感じないといけないんだと思っております。

その中でたまたま今年は、今手元にある資料を読みますと、医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度にかかわる事業として、この1月から私どもの東海市・知多市には、在宅医療サポートセンター事業というので、少なくとも1名分の看護師さんあるいはケアマネの資格も取った看護師さんとか来ていただければ、在宅サポートセンターを始められる体制にもなってきておりますので、ぜひともこういったことをしっかり進めていただきたいと思っております。

私たちはかつてたらい回しとか、そういうことが世の中にあつたころにも、絶対自分た

ちの東海市の中ではそういうことが起こらないようにしようということで、診療所の先生と小嶋病院と一緒に なりまして、愛知県のほかの地区では平日の夜もやっていないと思いますが、平日の夜とか年末年始も必ずどこかの医療機関が、ほかの先生たち、自分の患者さんが夜中に相談したいと言ったときに、誰かが当番でそれを引き受ける在宅の当番医制をずっとずっとやってきております。それを発展させていって、こういったサポートセンターをやっていきたいと考えております。

すみません、お時間がないときに。以上でございます。

○渡邊座長 ありがとうございます。

現状は全く御指摘のとおりですね。ですから、この問題はいろいろな点からそろそろ取り上げてやっていかなきゃいけないという時代に来ているのかなとも思います。

それでは、論点4ですね。これは当たり前のようなことです。

それから論点5ですね。この問題は医療だけではなく、いろいろな点というところかと思われま

す。それから論点6は、そういう意味で市民の理解、協力がということかと思いますが、この4、5、6の三つの論点につきまして、御発言、御意見、その他をお願いいたします。

牧野委員。

○牧野委員 論点4と5についてお願いします。

論点4については、そこに書いてあるとおりでと思いますけれども、施設整備が必要ということは、確かに将来的には必要かと思

います。その場合、今、現状として介護をする人が足りなくて、どこの施設も苦勞していると思

います。ある施設は、建物はつくって、入所したい人はいるのだが、介護職員が集まらないからまだ半分ぐらいしか埋まってい

それから、病院ですけれども、やはり先生方お忙しいものですから、医療ソーシャルワーカーさんですね、どの病院にもいらっしゃると思いますけれども、その方たちとの連携ということで進めていただくと、私たち大変ありがたいと思っております。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

小嶋委員、どうぞ。

○小嶋委員 上手な病院のかかり方については検討が重要である。一つの病院に入ったら、そのまま家に帰ってこられるまでずっといられるんだという時代ではなくなったということは国全体で広報されていくとは思いますが、私たちの町はそれを急速に来年5月から、今までかつては中央病院さんも含めて四つの病院でやってきた体制が二つの病院になり、私たちは救急車とかから撤退するというようになっていく。

そして、今までは平日の夜であろうが、年末年始であろうが、ゴールデンウィークであろうが、いかなるときも小嶋病院は患者を断らずにちゃんと診て、これは、くも膜下出血だと思ったら大学病院に送るとか、そういうことを全部やってきましたが、そういった役割ができなくなるということ。

今までもこの体制を続けるのに本当に出血多量になっております。病院を人間に例えたら、このまま放っておいたら即時死んでしまうのではないかとところで今頑張っているわけですから、もう役割分担をせざるを得ないし、今までのように何時にどんなときでも受け入れますという小嶋病院ではなくなります。そして、新病院さんと役割分担をして、地域包括ケア病棟とか療養型をやっていくんだという覚悟でおります。例えば平日の夜も、10時、11時、12時、夜中の1時、2時、3時、いろいろな患者さんがみえます。今までずっとやってきて出血多量で本当に死にそうなので、これからはそういうことができなくなるということを広報していただかないと大混乱になるのではないかと考えています。

私どもの病院では、例えばほかの民間病院の経営者の仲間では「あなたのところ、いまだに小児科の常勤医の先生にいてもらって、ずっと小児科やっているの。小児科やっても、いざというときに入院になったって入院しないんでしょう。そんな科を今どき民間病院でやっているんですか」と言われるんですけれども、歯を食いしばってずっとやってきました。でも、本当にこういったことも考えていかななくてはいけない事態になっているんだと思います。そんな中で、地域全体でどうしたらいいか、より高度なことをするにはと

いう中で考えて浅野委員と現在相談しているところです。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ほかに御発言ございませんか。論点4、5、6、いずれでも構いません。

浅野委員、どうぞ。

○浅野委員 今ほど小嶋委員から説明がありましたように、新病院におきましては24時間体制で救急患者の受付、診療を行っております。今までの知多市民病院、東海市民病院にない万全な体制で救急医療が行えるように、救急病棟の整備、それからICUの整備、重症者患者の受け入れも可能になります。あと、若手医師育成、研修医を増員いたしました。内科系、外科系1名ずつの当直も可能です。

このように新病院の担う機能は、先ほど言われたように夜間、救急ですね、非常にマンパワーが要ります。これをこの地で展開して全うしていきますので、皆さんに御心配のない救急医療をこの知多・東海の地に展開できますので、安心してください。

そういう機能を十分生かすための病院の上手な使い方ということが、あま市の例にあります。要するに大病院志向で、ちょっと具合が悪くなったら病院にかかろうという病院であってもちろんよいわけなのですが、そうした使い方をすると、病院が果たして皆さんの求める重症者患者の管理が十分できるだろうかということを考えていただく必要が出てくると思います。

我々の考えるところは、やはり地元の方はまずかかりつけ医。ちょっと歩いたらすぐに先生がみえる、具合が悪くなったら往診もしていただけるというかかりつけ医を持っていただいて、そこで慢性疾患、メタボの治療等を診ていただく。でも、ちょっとおかしいな、これは検査しなきゃいけないというときは、すぐに病院に紹介していただきます。我々は開業医さんと非常に緊密な連携をとる覚悟しております。開業医さんから頼まれたら一切断らない、全てお引き受けして治療する。先ほどありましたように看護度、重症度の高い在宅患者の具合が悪くなったらどうするんだということがありました。どうぞ御紹介してください。夜間でも24時間体制で当院で引き受けて治療いたします。

また、そういった機能を上手に使うためには、やはり病院の使い方を考えていただく必要が市民の方に出てくると思います。まずはかかりつけ医を持って、そこで日常の診療をしていただく。風邪を引いた、お腹が痛い、そういうところを診ていただく。でも、これはすぐ病院へ行って検査しないと大変なことになるという場合は、24時間問わずに来てい

ただきまして、我々のほうで、医療機器も高度なものを整備いたしておりますので、正確に短時間で診断して、夜間でも当直以外にも待機態勢を全科でとっております。

医師は大変負担にはなるのですが、その覚悟で診療を担ってまいりますので、そういった病院を展開してまいります。これを地域完結型といいます。要するに、西知多総合病院でできない治療はほとんどないんだというぐらいのレベルに引き上げてまいりますので、開業医の皆さんもどうぞ安心して、我々と連携をとりながら2人主治医制で患者さんを守っていく、こういった病院にしていきたいと考えております。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ほかございませんか。

松島委員、どうぞ。

○松島委員 今のことに関連してですが、今の東海市民病院、知多市民病院は、急性期も診ているし、慢性期も診ている。そういう状態でずっときていて、その二つが合併するというので、市民はこれからもずっとちゃんと診てくれるのだろうと思っているのではないかとあると思います。

これは行政の方をお願いしなければならないのですが、我々は今こうして会議に出ていて、これからの小嶋病院、これからの西知多総合病院のあり方が分かってきたような感じがしますけれども、市民は恐らくまだ分かっていないですね。今までどおり、いつまでもずっと診てくれるのだろう、慢性も急性もやってくれる病院だろうと思っている人が多いんじゃないかと思っておりますので、その辺は行政の方がしっかりと市民にPRしていただきたいと思っております。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

論点5ですが、今の松島委員の御発言ごもっともだと思いますが、引き続き論点5について御発言ございませんか。行政が担うべき役割と書いてありますけれども、難しいですが。

竹内委員、お願いします。

○竹内委員 新しい医療制度の中で地域包括ケア会議というのが、平成30年度ぐらいから在宅医療を一定の地域、中学区ぐらいの地域と言われておりますけれども、それで管理して、その中の在宅の患者さんをうまくいくような制度を来年度から3年ぐらいかけて進めてい

って、平成 30 年度ぐらいにそれができ上がるというような構想だと僕は理解しているのですが。

これをやるのに、やはり行政のほう为主导して、それぞれの自治体为主导していただかないと、なかなかうまくいかないのです。もちろん医師会はそれに協力しますが、そのためのビジョンみたいなものをなるべく早く、知多市も東海市も行政のほうで立てていただいて、それに僕たちがうまく関われるような体制を整えていただきたいと思います。

でないと、本当に今後の在宅医療、特にこの地域は慢性病床がないわけで、どんどん在宅とか介護施設というところに回ってきちゃうと思うのですが。そこをうまくやらないと、本当にパンクしてしまうのではないかと考えております。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

小嶋委員、どうぞ。

○小嶋委員 もしかしたら聞き違えたのかもしれませんが、地域医療ビジョンというものの話だとしますと、その地域でどういった機能の病床がどのくらい必要かということ、それぞれの地域で協議の場をつくって話し合うようにということが行われることになっております。恐らくこの席というのは、そういったことが全国で初めて行われているような席じゃないかなと考えています。こういった資料をもとに、どのぐらいの患者さんがどういうふうに動くというところですから、そういう認識でございました。

行政が決めるんじゃないで、こうやって実際に患者さん、いろいろな人が参加した中で、どの病床が過剰なのか、少ないところはどっちで、どこがどういうふうになるべきかといった議論そのものがここで行われているので、地域医療ビジョンを協議する場が、この場だったのではないかなと。全国的なモデルケースと言ってもいいのではないかなという気がしております。

○渡邊座長 ありがとうございます。

ほかに御発言ございませんか。

論点 5 の行政が行うべき役割というのは、いろいろな角度から、いろいろな視点から取り上げていくと限りないぐらいあるかと思われそうですが、整理して今後さらに実りあるものにしていく必要があるかと思っております。

論点 6 なんですが、先ほども御発言ございましたが、ほかに御意見ございませんか。

長谷川委員、どうぞ。

○長谷川委員 先ほど松島委員からもお話がありましたけれども、やはり西知多総合病院は、今日浅野委員や座長の渡邊先生からお話がありましたように、急性期治療の病院として確立するということが決定事項と考えております。

したがいまして、西知多医療厚生組合や院長先生も、いろいろなところで病院の2次救急ということを外へ出していらっしゃる状況にあると思いますけれども、やはり住民の理解を得るためには、両市の住民の方に御理解いただけないと、なかなか認識が変わるところにないと思うところであります。

両市におかれて広報等をいろいろな場で活用していただいて、住民の方に2次救急に特化した西知多総合病院で、内容におきましては先ほど浅野委員がおっしゃったように、安心してかかる病院を確立されるという中身でありますので、いろいろなことにおいてもしっかりと御理解いただけるように進めていただきたいと考えております。

○渡邊座長 ありがとうございます。

谷口委員、吉川委員、市民の立場で何か御発言いただけるとありがたいですが。

○谷口委員 谷口といいます。

私、今回、前日も出席させていただいて、先生方あるいは開業医の先生方のお話をそれぞれ聞かせていただいて感じたことは、開業医の先生方の日頃の経営に対する本当に血がにじむような努力、そういったところが本当に伝わってきました。

それから、小嶋委員が心配してみえるような救急医療はこれから十分できませんよということについて、浅野委員が任せてくださいと、十分な体制でやっておりますというお言葉を今日聞きまして、住民代表として出てきて、今度いろいろな会合の場で皆さんにお話しするときに、こういう話があったというのは、目に見えたような話をする事ができるんじゃないかなと思います。

一つ思うことは、今言われた在宅介護とか、そういった数字はよく分かりませんが、私たち患者はこれから先生のお世話にならないのが一番ですが、患者となったときに賢い患者になるためには、やはり事務局員の方とか行政の方にPRをどんどんやっていただいて、自分個人が考えられるような、これぐらいだったらまだ病院に行かなくてもいいんじゃないかと、自分の体を自分で判断できる健康維持の仕方を指導していただけるような、行政にやっていただけるとありがたいかなと思います。

今日は、先生方の一生懸命考えてくださる姿をよく感じ取ることができました。いろいろお世話になりますが、またよろしくお願ひしたいと思ひます。



○渡邊座長 ありがとうございます。

○吉川委員 先ほど小嶋委員から在宅サポートセンター開設も可能だというお言葉が出たと思うんですけども、それに認定看護師と優秀なケアマネジャーが欲しいと言われたと思うんですが、それは小嶋委員のところでは育てていなくて、浅野委員のところから認定看護師とかケアマネジャーをいただくという意味なのでしょうか。

もしもそうであるなら、もっとお願いしてやれば、サポートセンターを開設できるんじゃないかと、小嶋委員の言われるのがね。そうすると、夢がすぐかなうんじゃないかなと。

それから、浅野委員が認定看護師を増やすと言われましたよね。それはやはり難しいんですか。いわゆる先生の病院の中で認定看護師ができて、例えば在宅医療をやったときには、ドクターがいなくても認定看護師が行ってケアできる、ケアマネジメントなのかもしれないけれども、そういう形になるということなのでしょうか。

それと、当初からお聞きしているのが、ドクターが足りない、看護師が足りない、非常に不足していると。先ほど浅野委員のお話では、今度の病院では新しい先生も育てますよと言うけれども、1人や2人で本当に回せるのですかという心配が、一市民からいくと非常に心配だし。在宅医療になって、「ちょっと具合が悪い。先生、来てください」と言ったときに病院のほうは大丈夫なのかと。どんどん在宅のほうへ先生と認定看護師が出ていってしまったら。単純にそういう心配が浮かぶのですが、そこを浅野委員にもしお答えいただけるならと思います。

○渡邊座長 認定看護師は実は大変難しいルールがたくさんございまして、一言でいいますと、認定看護師というのは疾患単位なんです。例えて言うと心臓の認定看護師というふうに分かれてきて、全部をカバーする認定看護師というのは実はないんです。ただ、最近総合医療、総合診断というのを受けて、その認定看護師というのが動き出したとか何とか言っていますけれども、非常にいろいろな問題がございますので。

これは前向きに考えていきたいんですけども、浅野委員も十分お答えできるというのは難しい問題かと思われまして、ちょっと座長の立場から申しましたが、後半の部分につきましては、浅野委員、何か御発言をお願いしたいと思います。

○浅野委員 東海市と知多市の市民病院が統合されて一つの病院ができる。これは愛知県下で初めての事業です。そして全国では三つ目です。これからは多くの医療資源、人材が必要になってきます。これを投入していかないと、今おっしゃったような24時間の救急が間に合うのか。これは本当にマンパワーです。実際昼間働いて、夜当直に入って翌朝まで

仕事をするわけです。この重労働というのは計り知れない。そのためにはやはり人を確保しなければいけない。

そのために東海市と知多市の医師を全て統合しました。それだけでは足りませんので、名古屋大学、保健衛生大学から人材を派遣していただいて医師を増やしました。先ほど言いましたように何とか救急医療を24時間体制で行う体制ができております。しかし、まだまだ足りませんので、これから開院後も医師集めに奔走いたしますが、私がこの西知多総合病院を運営するに当たって大きな柱の一つは救急医療の強化です。これだけは絶対に全うしていきたいと思っております。

それから、認定看護師はかなり育成期間がかかりまして、先ほどありましたように対象臓器によって違います。10名ほどの認定看護師がおりますが、これから看護師のキャリアアップになります。そして在宅に支援を、派遣することも可能になります。実際そこでケアするわけじゃないです。ケアの仕方を指導するわけです。そうして在宅での介護の力を上げる、底上げするということです。それも病院から発信していきたいと思っています。どんどん増やしていく方針はあります。

○渡邊座長 事務局、予定の時間は何時までとなっていますか。

○幹事長（永井） 過ぎておりますので、ちょっと。

○渡邊座長 そうですか。すみません。

小嶋委員、特別発言したいですか。ちょっと時間がタイトだそうですけど。

○小嶋委員 発言しないと間に合わないので、お願いします。

東海市の医師会で、前会長もいますけれども、在宅当番医制度とって、とにかく誰かが必ず断らずに診るという制度をずっとやってきましたけれども、いろいろ難しく。条件的にはついている看護師さんとか事務員さんとか、せめて代理のドクターぐらいの人件費を下さいと、いろいろ診療所の先生方からの要望もずっと申し上げて、何十年とまいりました。いよいよ困難になってきたんだと思います。年末年始の在宅当番医制度の人数がなかなか集まらなくなってきました。

そして小嶋病院も、先ほどからお話ししていますように、出血多量の中を何とか頑張って頑張ってやってきているという状況で、例えば今度の年末年始も、本当に小嶋病院とか在宅当番医の先生のところが診てくれるというのが望めなくなる可能性があります。何とかこれが存続できるように、ずっと代々医師会長も市に要望したりしてきましたけれども、現実に難しいのではないかなという感じがしております。

そういう中を考えますと、知多市は朝倉の知多市保健センターで休日診療所をやってみえるそうですが、東海市は小嶋病院がいつも断らずに診てくれるということを皆さん覚えてくださって、夜中にも熱発とかけがした人がいっぱい来ます。今度は小嶋病院も普通の公立病院並みに9時から5時までは受けるけれども、それ以外は救急車を受け入れないという格好になるのだとすると、太田川のところへ行っても診てくれるんじゃないかなということになるのだと思います。

そうすると、知多市が朝倉に休日診療所があるとしたら、やはり太田川の駅前に休日診療所とかつくっていただかないと、普通の熱発とか軽い方もみんな新病院さんに集中するということになりかねないので、そういうことも差し迫った問題として考えていただきたいと思っています。

○渡邊座長 ありがとうございます。

今の御発言は、あり方検討委員会ではなくて連携会議のほうでやっていただかないと、ここではちょっとということです。

○小嶋委員 申し訳ありませんでした。

○渡邊座長 千木良委員、今までの各委員のご意見をお聴きになって、何か御発言いただけますか。

○千木良委員 私の経験から、東海市民病院を13年間、院長でやってきまして、その中で救急もやってきたんですけども、正直言いますと、どうしてもマンパワーが足りなくて、医師会の先生方の御期待に沿えないということがあって、その当時からやっぱり統合すべきだという信念のもとに13年間やってきたんですね。

同じ市民病院だということで、知多市民病院さんと一緒になることを目指したんですが、その中で同じ東海市の中央病院も医師不足ということで、まずそちらのほうと統合したと。それでも足らなくてこういう形になってきた。先ほどから浅野委員が、今度新院長になりますけれども、非常に力強い言葉をいただいて、やっとここまで来たかなと思うんですね。

ですから、包括ケアの国の施策に沿ってだんだん整理ができてきたんじゃないかなと、今日会議に来てずっとそう思って、いい方向に来ているなと思いますので、この会は非常に有意義な会だと思つづく思いました。

○渡邊座長 どうもありがとうございました。

座長の不手際で時間配分がうまくいってありませんで、委員の皆さんに大変御迷惑をおかけしてということでございますが。

実際医療の現場でずっと長いこと携わってきました。当然若い医師のときから今日までいろいろな側面、分野でやってきました。それからいきますと、論点6は、市民の方に新しい厚生労働省が目指している国民の医療、したがって、それを受けて立つ地方のあり方に十分理解いただくようにPRが要るということですが、実は医療関係者、介護関係者の理解、教育も非常に重要ですね。これをなくしては現場で要らざるトラブルが起こるだけですので、医療側もこの新しい制度を十分理解して。ということは、スタッフ、特に若いスタッフに十分これを教育するというか、研修していただかないと。ただ病気を治す、患者さんを診るという側面だけでは、もはや済まないところに来ているということでないかと思っております。

十分な理解というのは市民だけでなく、全て関係者も新しい考え方をしていくと。医療の現場は、これを機会にどんどん日本は変わらざるを得ないという転換点に来ていると言わざるを得ませんので、その観点からいってこの検討委員会は非常に時宜を得た会であろうと思っております。

時間配分で、先ほど申し上げたように大変皆さんに御迷惑かけておりますが、いろいろ御発言いただきました意見等につきまして事務局で整理いたしまして、中間報告をつくって、次回のこの委員会に諮りたいと考えておりますが、よろしゅうございましょうか。

それでは、事務局、そういうことで。

### 3 その他

○渡邊座長 3のその他は、よろしゅうございますか。

○幹事長（永井） それでは、事務局より、次回以降の検討委員会の日程について簡単に御報告させていただきます。資料3をお願いいたします。

次回の日程等については、記載のとおりでございます。議題につきましては、先ほど座長からも話しましたように、これまでに委員の皆様からいただいた御意見を整理した中間報告案を提示させていただく予定としております。

その後、第4回の検討委員会を来年2月3日、この知多市において開催させていただき、最終報告案を御議論いただく予定でございますので、よろしく申し上げます。

大変お忙しい中恐縮ですが、次回以降もぜひ出席賜りますようよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○渡邊座長 どうもありがとうございました。

それでは、第3回は12月22日（月）午後2時ということでございますので、どうか皆様よろしく願いいたします。

今日の論点はいろいろな意味で非常に重大なことで、2時間ぐらいでは十分だとも思われますが、いろいろなところでいろいろと皆様お考えですので、さらにそれを進展させていただくと、また、いただけるものと考えております。

今日は大変お忙しい中ありがとうございました。

[了]