

第7回松戸市病院運営審議会 会議録

- 1 日時 平成30年7月24日(火) 13:30から15:30まで
- 2 場所 衛生会館3階大会議室
- 3 出席者 ○審議会委員(五十音順)
東 仲宣 委員
石川 雅俊 委員
伊関 友伸 委員
近藤 俊之 委員(会長)
斎藤 康 委員
鈴木 一郎 委員
守泉 誠 委員
山浦 晶 委員(副会長)
○松戸市
高橋 正剛 総務部長
石井 久雄 総合政策部長
宮間 秀二 財務部長
千石 秀幸 健康福祉部長
郡 正信 福祉長寿部長
木村 亮 東松戸病院病院長
田尻 雅子 東松戸病院副院長兼看護局長
加藤 肇 病院事業管理局長
岡村 隆秀 病院事業管理局審議監
他、健康福祉部(健康福祉政策課及び地域医療課)、福祉長寿部(介護保険課)及び病院事業管理局(経営企画課及び東松戸病院総務課)の関係職員
- 4 欠席者 なし
- 5 会議内容 ○開会
○健康福祉部長挨拶
○議事
○閉会

○事務局 本日は、お忙しい中お集まり頂きまして、ありがとうございます。定刻となりましたので、只今より第7回松戸市病院運営審議会を開催させて頂きます。本日の司会を勤めさせて頂きます、地域医療課の小嶋と申します。どうぞよろしくお願いいたします。開会に先立ちまして、健康福祉部長千石よりご挨拶申し上げます。

○事務局 皆様こんにちは。連日非常に厳しい暑さの中、本日この会議にお集まり頂きまして誠にありがとうございます。前回、6回目の会議が開催されて以降、6月に定例市議会がありましたので、今年の8月から第1回目のこの会議が開催され今回に至っておりますが、その経過と第1回目の答申を議会に説明させて頂きました。今まで説明の機会がなく、6月定例市議会でちょうど良い機会を頂きましたので、病院検討特別委員会協議会に対し説明申し上げたものです。第1回目の答申は上本郷跡地に関するものですけれども、それに基づく今後の動きについて報告をしたい旨の意向を伝えたところ、福祉医療センターの答申が出てからでよいのではないかと回答を頂き、本日に至っております。上本郷跡地の警備にかなりの費用がかかっておりますので、その取扱いについてなるべく早くお願いしたい旨を申し上げますけれども、やはり、手順ということもありますのですぐに着手するということができない状況ではありますが、また福祉医療センターの答申が出れば、一步前に進むことができるのかなと思っております。本日は、第7回で介護老人保健施設梨香苑の審議とお聞きしておりますので、皆様方のありがたいご意見を頂きながら、会を進めて頂き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。

前回は、いろいろ病院側からの説明をさせて頂きまして、さまざまなご議論を頂き、ご指摘、又はご質問、いろいろテーマも頂戴しておりますので、それを取りまとめて今日、またご説明をさせて頂きたいと思っております。皆様方の貴重なご意見を参考にですね、より良い松戸市病院事業の方向性を定めて行ければなというふうに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。

○事務局 次に資料の確認をさせて頂きます。会議次第、委員名簿、席次表、それとA4・2枚の資料といたしまして「平成30年3月在宅復帰率」、A4横の「地域包括ケア病床60床に対する入院患者確保対策」、それと資料の右上に資料番号を記載している次の資料ですね、資料1としてA3横の「高齢化の状況」、資料2のA3横「日常生活圏域の状況」、資料3のA4横「介護老人保健施設梨香苑」です。資料に不足はございませんでしょうか。なお、審議中のご発言にあたりましては、誠に恐縮ですが、お手元のマイクのご利用をお願いしたいと思います。それでは、ここからの議事進行につきましては、松戸市病院運営審議会条例第7条第1項に則り、会長に進めて頂きたいと思っております。会長、よろしくお願いいたします。

○会長 まずは委員の方々大変お暑いところ、お集まり下さりありがとうございます。それではさっそく会議を始めたいと思っております。まず、本日の会議の成立について、事務局から報告をお願いします。

○事務局 本日の松戸市病院運営審議会の成立について、ご報告申し上げます。本日は委員7名の方の出席を頂いております。なお、石川委員におかれましては、途中からの出席のご連絡を頂いております。よって、松戸市病院運営審議会条例第7条第2項の規

定による定足数を満たしておりますので、本日の会議は成立することをご報告いたします。

○会長 次に会議の公開・非公開でございます。本日の会議は公開になっておりますが、傍聴者はいらっしゃるでしょうか。傍聴者は7名ということでございます。本日の会議を傍聴したいということでございますので、これを許可いたします。どうぞお入り頂いて下さい。なお、これ以降の傍聴者につきましては、事務局の受付をもって許可いたします。

それではさっそく議事に入ります。本日は、松戸市立福祉医療センター東松戸病院、長い名前なので東松戸病院ということになると思いますが、東松戸病院と老人保健施設梨香苑について、事務局からの報告と皆様からご意見を頂戴するというところでございます。

事務局からの報告の前に、前回までのことを少し確認したいと思います。東松戸病院の病棟機能の再編成、特に入院機能につきまして、現在、診療報酬で定められている地域包括ケア病棟を60床にする。このことは、この病棟に期待されているサブアキュート（亜急性期）、ポストアキュート（回復期）という入院機能を持つということになりますし、地域包括ケアシステムといわれている中では、そこでの中核的な入院機能を担うというようなことが方向性として示されたということです。基本的にはその方向性で良いのではないかと。簡単なシミュレーションでは収支も現在より良くなるということで、皆様のご賛意を頂いたと思っています。

しかしながら、議論の中で、現在、一般病棟ではありますが60日を超える長期入院患者がいる。この人たちがどこに行くことになるのか、という問題がございました。もう一点は、地域包括ケア病棟というのは、最長の入院期間が60日ということになると、これまでの入院患者とは病態がかなり違ってくる。そうした場合に60床を満たすことができるだろうか。具体的にどうやっていくのだろうか、という点が残されておりました。

ということで、今回は、長期入院患者をどうしていくのか、地域包括ケア病棟の患者をどのように確保していくのか、という2点について説明頂いて、それが可能かどうか検討するというのが第1点でございます。

第2点は、梨香苑についてですが、現状の報告と、病院機能が変わっていく中で梨香苑との関係はどうなっていくのか、梨香苑の機能はどうなっていくのかということも説明を頂きたいと思っております。

○事務局 この4月に院長を拝命いたしました木村です。まず、個人的な意見にはなるのですが、東松戸病院全体の病床利用率90%を目指したいと思っております。90%以下では、何をしようとも無駄になってしまうと考えております。医師全員、病院幹部に折に触れてこれを表明しております。選ばれて利用される病院、これが当院存続の大前提だと思っております。

さて、地域包括ケア病棟の運営ですが、施設基準が13項目ありまして、数値項目としましては、医療看護必要度A項目10%以上、リハビリ2単位、在宅復帰率70%の3項目あります。医療看護必要度A項目については、平成29年度地域包括ケア病棟20床では26.2%でした。一般病棟60床では計算していませんが、余裕があると思っております。

また、リハビリですが、高齢者の患者のため入院安静だけではADL（日常生活自立度）が悪化しやすく、ほぼ全員が必要です。リハビリ2単位といっても、土曜、日曜、休日を含めての平均2単位なので、当院は土曜、日曜、休日はやっていないので、実質平日3単位ですので、大きな課題になると思います。特に、5月連休や正月休みでは、非常にきついです。1名増員で実質平日3単位、平均2単位は可能であるとリハビリ科から報告がありました。最大の懸念は在宅復帰率70%です。看護側から入院や転棟をためらってしまうと聞いています。そこで、資料「平成30年3月在宅復帰率」をご覧ください。昨年の10月から今年の3月までの地域包括ケア病床に転換する予定の一般病床40床と地域包括ケア病床20床の在宅復帰率を示したものです。あわせて60床の在宅復帰率は74.1%で、現在のままでも在宅復帰率の基準を満たします。計算上は、地域包括ケア病床60床でも問題はないということです。ただ、残念なことに最新の稼働病床数162床における病床利用率が88.3%で、90%にいきませんでした。また、地域包括ケア病床20床に限れば、個室5床のうち有料個室のひとつが埋まらず病床利用率95%でした。やはり、病床利用率90%に向けての方策が非常に重要になると思います。

配布資料の次のページを見て頂きますと、厚生労働省の3つのイメージ、ポストアキュート（回復期）、サブアキュート（亜急性期）及び在宅復帰支援を当院に当てはめたものです。当院の入院患者の70%は急性期病院からの転院で、当院は明らかにポストアキュート型の病院です。松戸市立総合医療センターをはじめ、市内の急性期病院との連携を深めようと考えております。ただ、患者の30%は地域の医療機関や自院からの入院で、サブアキュートです。ポストアキュート70%以上はこれ以上見込めないで、このサブアキュート機能が極めて重要です。特に、当院から2km圏内の在宅診療所や老人介護施設との連携の強化を図りたいと思います。これがひいては、一般病棟からの退院にもつながると思います。診療所の訪問は、なかなか時間が合わないのですが、時間をかけて顔の見える関係を作って、患者を紹介したいと思ってもらう関係を築きたいと思います。また、3番目の自宅退院強化に向けてのイメージですが、当院はこれから在宅診療を行う予定です。松戸市からの委託を受け松戸市医師会が運営している在宅医療・介護連携センターとの連携により、センターが主導している二人主治医制に参加して、退院支援強化を図りたいと思います。退院までの日数を減らすため、地域の医療機関を訪問し、近しい関係を築きたいと思います。具体的な計画ですが、8月に（欠員となっていた）内科医が復帰しますので、早期に在宅医療を開始したいと思います。また、4階病棟を地域包括ケア病棟60床に転換したとして、施設基準のシミュレーションを行い、本年度中に実際にその病床の転換をしたいと思います。まずは、本年度の目標は、病床利用率90%以上、地域包括ケア病床60床オープン、在宅医療への参入です。新規医師が確保できればありがたいと思います。職員一同もう後がないという気持ちで取り組んでいます。1年ごとの結果評価が必要と考えておりますので、よろしく願いいたします。以上でご説明とさせていただきます。

○会長 今のご説明に対してご質問がございますでしょうか。

○委員 今の院長の発言は大変心強く感じました。あちらこちらの病院の再生について、私日本で一番自治体病院を扱っている人間なんですけれども、どこでもやはりトップの

リーダーシップややる気が一番重要なんです。ぜひ、職員一丸となるというのは非常に難しいとは思いますが、そのお気持ちと志を保って頂ければ、施設の存続と建替えも近づいてくるかなと思います。ぜひ、がんばって頂ければと思います。

○委員 前回と今回、院長からの力強い発言があったので、医師会としても心強く思っております。一方で医師が不足している現状や先生方の力強いサポートがないと運用がむずかしいと思います。市から委託を受けております在宅医療・介護連携センターとの連携についても院長が先頭に立って動いていらっしゃると思いますので、医師会としても全面的にサポートしていきたいと思っております。

○会長 東松戸病院については以上とさせていただきます。それでは梨香苑の審議の前に、資料1により高齢化の状況の説明を頂けますでしょうか。

○事務局 地域医療課の池上と申します。梨香苑の説明に先立ちまして、資料1により地域医療課と介護保険課から松戸市と市川市の高齢化や要介護者の状況を簡潔にご説明させていただきます。

まず、A3横カラーの資料1「高齢化の状況」をご覧ください。図表の構成ですけれども、上段が松戸市、下段が市川市となっております。左の図表.1と2ですが、高齢化の推計でございます。両市とも高齢化が進展しており、特に後期高齢者が増加していきます。なお、平成27年の松戸市の高齢化率は25.7%であるのに対し、市川市は20.2%とかなり開きがある印象でございます。これは、松戸市では国勢調査の数値を用いているのに対し、市川市は独自の数値を用いているということですので、市川市について国勢調査の数値で言いますと23.9%で、両市の差は2ポイント弱程度と思われます。

右側の図表.3と4は、高齢者世帯の構成員の推計ですが、高齢者単身世帯及び高齢者のみ（夫婦）世帯ともに増加してまいります。

次のページをお願いいたします。左側の図表は、両市の要介護者・要支援者の推計です。要介護者・要支援者の数と認定率ともに増えてまいります。なお、ここでの認定率は、65歳以上の高齢者に対する（65歳以上の）第1号被保険者の割合を示しております。

右側の図表は、千葉県保健医療計画による東葛北部保健医療圏と東葛南部保健医療圏の在宅医療等の患者数の推計でございます。こちらについても大幅な増加が見込まれております。委員の皆様方ご存知のこととは思いますが、改めてご説明を申し上げます。

続きまして、介護保険課から補足説明を申し上げます。

○事務局 介護保険課の高橋と申します。よろしく願いいたします。このあと、福祉医療センターから梨香苑周辺の説明をさせていただくにあたり、私からは、市内の介護老人保健施設の状況を説明させていただきます。資料がなくて恐縮ですが、資料2の右下に圏域の介護老人保健施設、東部地域松戸市3施設とありますが、この3施設というのを市内全域での総括したお話になります。現在、松戸市には老健が12施設1096床がございます。うち、認知症専門棟は9施設、386床となっております。また、認知症専門棟は併設しておりませんが、千葉県の認知症疾患医療センターの指定を受けている病院の併設の老人保健施設も一ヶ所ございます。また、昨年度までの介護保険事業計画の積み残しの老人保健施設1施設が、市立総合医療センターから200mほどのところに現在ございますけれども、その隣地に、来年に100床オープン予定で、結果13施設1196

床になる予定でございます。利用状況につきましては、昨年3月末に介護保険事業計画策定のために市内施設に利用状況を調査いたしました。定員1096床に対して、利用率は92.1%、うち市外利用率は33.5%となっております。

○会長 これでちょっと、福祉医療センターそのものはその後ということで、状況を今、特に高齢化、梨香苑に關係するような高齢化の状況、それから要介護者、それから要介護者が利用するような施設の状況の説明があったんですけど、これについて質問とちょっと確認を、どうぞ委員の方から言っていただけますか。

○委員 傍聴の方もいらっしゃいますし、記録に残しておかなければならないので、この資料1の図表3なんですけども、高齢者世帯の推移ということで、結局、単身というのはこれ女性の方が非常に多くて、男女別ってこれ資料まだつくられていないと思うんですけど、恐らくこれから高齢の、旦那さんが亡くなった後の女性のひとり暮らしがめっちゃめっちゃふえてくるのが想定されるんですよ。その人たちへの介護というのがものすごく重要なポイントになってきて、松戸の介護のサービスが、そういう特に80代後半から90代の女性の単身の方への対応として十分かどうかそういうイメージを持つことがものすごく重要だろうなと。

夫婦の場合はまだ実は、男性は奥さんが結構まだ年下だったり、比較的長寿の部分があるので対応できるんですけど。37年以降もやっぱり、もうちょっと梨香苑のあり方、東松戸病院のあり方というのは10年、20年先、30年ぐらい先を見ての話ですので、なかなか長期推計やっていませんという話もあると思うんですけども、やっぱり平成40年代、50年代ぐらいまで想定されるぐらいのところの推計は、人口問題研究所のデータでそれなりには出せるはずなので、そこは市民に示しておく必要があるのかなと。あと、男女別で示しておく必要があるのかなと。

担当の方にちょっと確認で、なかなか抽象的で難しいという部分もあるんですけど、介護サービス事業の状況で、要は、例えば平成37年で高齢者がふえてくる中で、本当に今の体制で対応できるのかどうか。施設経営、いわゆる在宅系、その辺のその見込みについて、できれば10年先、20年先のイメージを持っておられればそのところについてお考えを、市としての見解を教えてくださいたいです。

○会長 お願いいたします。そこはこれを見ると、資料1、37年、それから資料1の東葛北部保健医療圏になりますと52年までというような、これはかなり幅広い話。そして今の伊関委員の話でいくと、資料2で先ほどご説明してかなりの、全ていろんなサービス体制、供給はあるんですけど、先ほど（総合医療センターの）近傍に老健が1個、1つできるというようなこともありますけど、20年先、30年先はわかりませんが、10年ぐらいの単位で、市として計画または目安をつくっていく中でどうだろうかということだと思います。それも含めてちょっとお答え願えればと思います。

○事務局 介護保険課からお答えいたしますが、今回、先ほどご紹介した資料で介護保険事業計画のご説明を若干させていただきましたが、介護保険事業計画そのものは3年ごとということで、まず32年度までをしっかりとつくっているわけですけども、今回計画をつくるに当たりまして、国のほうからの指導で平成37年度を目途につくりなさいというようなこともございましたので、今、伊関先生のほうからもお話ありましたが、そ

の平成 37 年に向けて計画は策定しております。

施設整備につきましては、老健のみならず特養、その他特定施設等々、松戸市は比較的整備がされているほうだというふうに、昨年度、計画策定をする段階で分析しております。そういった中で、在宅重視というところに今回から少しかじを切りまして、地域密着型サービスと申します小規模多機能ですとかそういったほうの整備にかじを切っております、特養ですとか老健等につきましてはそれほど大きなものをつくらないというような方向で計画は策定しております。本日は介護保険事業計画をお配りしてないのでちょっと数字的なものはお話しづらい状況ではございますけれども、37 年度を目途に今の体制で、少しずつ施設整備はするものの、それほど大きな施設はつくっていかないといったような状況になっております。

ただ、ここに向けての大きな課題といたしましては、今、世の中で言われていますような介護人材確保という点が大きな課題とはなりますので、そこに力を入れて重要施策として取り組みながら、平成 37 年度に向けて取り組んでいくということになります。

またあと、高齢者世帯等々の話がございましたが、残念ながら、松戸市のほうは人口ビジョンというのを市のほうでつくっております、そちらのほうで今後の人口推計等々いたしましたので、男女別の社人研のほうのものを使っておりませんので、今後参考値としてはつくることは可能かもしれないんですが、人口そのものが社人研の推計ではない形を採用しておりますので、こういった形になっております。

以上でございます。

○委員 これ、あっちこっちで言っているんですけどね、結局、介護保険事業計画という話でやっているから、お金のやりくりだから平成 37 年までということ切っちゃうんですけど、さっき人材育成とか、こういうのだと 20 年、20 年より先のことを、施設の整備の 10 年、20 年先のことについてなんだけど、介護保険事業計画となった瞬間にもう 5 年、10 年の話になっちゃう。それこそ、本当に 3 年間のお金のやりとりができるだけという発想になりがちで、一番長期にしたいのに弱点なんです、私に言わせると。長期推計による施設の対応能力だとか、また、人材育成というのを各自治体レベルでやっていないと、これからの介護人材は都道府県の仕事だというのが建前になっているんで、どの自治体もいわゆる介護人材、施設整備についてはもうほぼ、将来は一切考えないというふうなスタンスになっているのが、今多くの自治体の現状だと思います。

これ、梨香苑のあり方、例えば建てかえであれば 20 年、30 年先のことを考えなきゃならないんで、その食い違いがどうしても出てきちゃうんですよね。本当のこと言って、施設はつくっても実は人材がいないと、あちらこちらで今、人手不足で、介護施設を開いたけれどもベッドを埋められないような状態にもなっていて、本当は人材育成まで想定しなきゃならないんですけども、できれば高齢化の状態について、人口ビジョンのデータが出ているならばそちらも含めて、長期のものを示しておかないと、建物、梨香苑自体はやっぱり 20 年、30 年の建てかえは想定しなければならぬんで、そこまでのイメージを資料として、これは介護保険事業という形での説明だと限界があるのは私もよくわかるので、いわゆる制度上の限界だと思うので、ただ、長期推計はやっぱり介護についてはしておかないといけないんじゃないですかという話はちょっとさせていた

だころかなと思います。

データ、恐らくないとは思いますが、人口ビジョンでもいいですし、独自推計された部分は次回以降示していただければなというふうには思います。

○委員 今のにちょっと追加なんですけども、図表1の部分って国勢調査をベースにされているので、私のほうで最新の、社人研のほうの資料を調べたときに、松戸市の状況ですと、今おっしゃったみたいに2045年というのを見たときには75歳以上の人というのが9万1,418人、65歳から74歳までの人口がどうなるかということ、でこぼこはありながらも大体现状に近いような形なんですけども、2040年に7万1,370人というちょっと一部にピークが出てくるというふうになっているんですね。ですから、その辺の非常に長期なところも踏まえた形で、今のお話もあるように見ていただきたいというのが1点と。

それから、図表3のところの現況が先ほどあったんですけども、私のほうがちょっともう一点追加したい部分というのが、ひとり暮らしの高齢者ということだけで考えるのもいいんですけども、もう少し深く今見ていくと、そちらのほうで集計出しているかどうかわからないんですけども、実はその中でも子供のいないひとり暮らしの高齢者というのがあるんですね。ですから、実は子供がいて別居をしている場合と、そうではなくて本当に単独でという、そういうような方のデータというのを市ごとにとっているのか、とっていないのかということは今後重要にはなるとは思うんですけども。

ちなみに、全国のレベルから推計した形でいうと、ひとり暮らしの高齢者のうちの大体24%ぐらいは子供のいないひとり暮らしの高齢者、まさに全くそういう面では、親戚とか何かでカバーがあるかもしれないですが、直接に面倒見てくれるような方がいない単独の方がいるんだと。ですから、集計の結果がない場合には、大体このひとり暮らしの部分の24%ぐらいを掛けたところがその辺のめどだなというふうに見ていただければいいかなと思います。

○会長 ほかにございませんか。一通りご意見、ご質問いただいて、ただいまのコメントに対して事務局、介護保険のほうから、担当のほうからお答えいただきます。

よろしいですか、今の資料1と2のお話に限定していますので。

資料1と2を出していただいたのは、松戸市としての介護、高齢者世帯に対するサービスをどうするかという状況はどうなっているんだということで、ここは介護事業といえますか介護保険に対する、計画に対する審議会の場合ではないので、どのようにするか、いつまでの推計をするかということに今、立ち入っているわけではないわけです。

ただ、全体の中でいえば、そういう東松戸病院、総合医療センター全体の、この圏域の医療サービス提供体制の中でどう位置づけるかということなので、梨香苑も介護事業の中でのやっぱり一部ですから、全体を把握しておいたほうがいいだろうということで言っていたわけですね。

それで、この後、梨香苑の話をしていただきますが、本庁行政担当としても、これは一老人保健施設なわけですから、先ほどお話いただきましたように、現時点で、また10年後ぐらいで余ってくるということはないわけですね。余ってくるのであれば梨香苑要らないよという話になっちゃいます。すごく足りないのか、そうすると今、50床だけ

どもっとふやさなきゃいけない。ただ、20年も30年もというのは無理として、少なくとも37年という今から7年後ですね、2025年ぐらいから30年ぐらいまでですね。そこまでの段階では、7、8年から10年ぐらいの間では既に計画されている、またはいろんな業者、民間業者もありますし、既にある提供主体を考えるとこの辺はどうなんだろうかと。これを含めて先ほどの伊関委員、また守泉委員からの指摘も含めて、全体的にお答えいただけますでしょうか。

○事務局 まず、2040年というお話もございましたけれども、まずその2040年、私どものほうも高齢化のピークだと考えておまして、あくまで推計上のことですが、ということから先ほど申し上げたように、今、どんどん箱をつくっていくという状況ではなく、既存の箱を逆に改修をして長引かせて使えるようにしなければいけないとか、そういったことの検討が必要かというふうにも考えております。

それから、男女の部分は先ほど申しましたが、お子さんがいらっしゃる、いらっしゃらないという推計については、申しわけございませんがやっておりません。

それから、平成37年に向けての老健というところで申しますと、先ほど私、冒頭の説明で100床来年できますというご説明をいたしました、その後の3年ぐらいの計画の中、平成37年ぐらいまでの中では、もう100床ぐらい老健が必要ではないかというふうには現在は推計をしております。

以上でございます。

○会長 ということ、近くにもう100床ぐらいは老健として、担当部局としては必要ではないかということですから、少なくとも現在、梨香苑が持っている機能というのは絶対必要だということは共通の認識になれるかと思えます。

○委員 すみません、100床というのはどんな算出の仕方を。

○会長 老健のあと100床ぐらい必要ではないかという今のご回答でしたけれども、その辺はどんなふうに根拠を持ってしたんだろうかというご質問です。

○事務局 基本的には、今、大体老健そのものの利用状況から含めて、多少の端数は出てきてしまうんですけども、実際、老健がつくられるときには今大体100床規模でつくられるのが一般的な状況になっておりますので、1施設100床を今後つくるような形で対応するというので100床というように言いました。

○委員 その前に、今の100床というのは梨香苑の周辺の人口から割り出した値なんですか。

○事務局 市全体でございます。

○委員 それは、その市全体の母集団と、それからそこに通院されているというのは市全体からいつているわけじゃないですね。

○事務局 老健の場合には、先ほど申しましたが、大体過去、その12施設全て利用状況を見ますと、3割以上が市外から入所してきている状況ですので、老健の近くにお住まいだから入っているというような状況ではないというふうに認識しております。

○委員 そうすると、その母集団の人口を正確に算出しないと、100床というのも難しくはないんですか。

○事務局 老健に限らず、特養特定施設、介護保険事業計画そのもの全てが、人口とい

うより、厳密に申しますと、高齢者数あるいは要介護認定者数を現状の中でサービス利用がどれだけかというのを推計して出しておりますので、私どもといたしましてはその内容に根拠を持った数字だというふうに考えております。

○委員 恐らく100床というのは経営の観点で、50だとちょっとスケールが足りないので、大体100ぐらいあるとスタッフとかいろんな施設なんかも効率的に使えるみたいな形で、最低が100かなと感じてはいるんですけど。

○委員 関連してなんですけど、多分、要介護者数の将来推計にするともうちょっとふえるという試算になると思うんですけど、私、前にやったとき10年で6割、7割ぐらいの推計だったんですけども、そこに対して100って多分1割ぐらいで、そこを押さえているというふうに感じたんですけど、何か理由があれば教えてください。

○事務局 もともと、先ほどの介護保険事業計画、今回の3年間をつくるに当たって給付分析をしましたということを申し上げましたが、特に老健につきましては先ほどの市外の入所者が多いということや、あるいは空床がそれなりに出てしまうと、その空床が出る理由が、例えば今回計画するとき起きた状況といたしましては、やはり特養ができるのと老健から人が移って行って、老健のほうで一定の空床ができてしまうといったようなことが分析上見えてきましたので、そういうことから、本来であれば老健はこういうふうにあるべきとかいろいろあるのかもしれないんですけども、一般的な現在の使われ方等々を見ていきますと、それほど、今、先生がおっしゃるような伸ばし方というよりは、実情にそぐわせて見ていくと、あと100位つくっていくと全体的な形になるのかなというふうなつくり方をしております。

○会長 よろしいでしょうか。

○委員 1ついいですか。

手元で今、社人研に基づく2045年の人口ピラミッドつくったんですけどね、どう見ても、今、90歳以上の高齢者が女性で大体3,300人ぐらい、2015年でいたのが、2045年は1万4,000人になるんですよ、めちゃめちゃふえていく。かつ、実は2045年には第2次ベビーブーム世代の層が70歳の前期高齢者になるんですよ。だから、2025年からいよいよ本格的に高齢化が始まって、そこから50年の超長期的な高齢化のピークというのがあると私は講演でも話しているんですけど、それが介護保険事業計画というのは3年、5年の世界で、そこでの採算みたいなもので議論していると先が見えないということだけはちょっと指摘しておきたいなというふうには思います。相当、2045年あたりですと高齢者がめちゃめちゃ、いわゆる90歳以上の、85歳、90歳というのはものすごくふえてきますし、それがさらに長期間続くというのがあるので、そこも意識しておくことが必要かなというふうには思います。

どっちにしろ、梨香苑自体は一定の数、市として持っていたほうがいいたろうという考え方は持っているんですけども、恐らく介護保険事業計画の担当課ではもう議論できないレベルのテーマであるというふうにちょっと指摘させていただこうとは思いますが。

○会長 よろしいですかね。多分この後というか、梨香苑の今現状が出てきて、次の将来的にどうするかということになると、先ほどお答えいただきましたように、ここは今、50床ですけども、事業収支、採算から考えても100床規模のほうが良いというような

一般論ですから、梨香苑も今後のというか、老人保健施設としてやっていくとすれば、当然あと50床ぐらいの規模をふやして100床ぐらいにするというような意見も出てくるのかなというのが今のお答えからうかがえるかなと思いました。これはまた、梨香苑の今後のあり方についてまた関係してくるかと思います。よろしいでしょうか。

それでは、松戸市全体の状況で、現在梨香苑というのは必要な施設だということがお話しされた。じゃ一体、梨香苑はどうなっているんだということで、まず資料3ですか、これについて説明をお願いしたいと思います。

○事務局 介護老人保健施設梨香苑につきまして、説明いたします。福祉医療センター東松戸病院総務課綿貫と申します。梨香苑のご説明の前に日常生活圏域について説明を申し上げます。資料2のちょうど中央にですね、図があると思いますが、松戸市では地区社会福祉協議会区域と基本的には同様で、15の日常生活圏域を定めております。ちなみに、東松戸病院に併設している梨香苑に隣接している市川市では、4つの日常生活圏域を定めております。両者の比較につきましては、左上の表のとおりとなっております。

梨香苑を中心とした3km圏内を見てみますと、次のページをお願いします。ちょうど地図の中央に①番ということで東松戸病院が出ております。この3km圏内に、松戸市と市川市を含めまして、在宅医療実施機関が右の表のとおり10箇所ございます。そのうち、在宅療養支援診療所は7箇所、赤い枠で囲われているところですね、7箇所ございます。また、訪問看護実施施設につきましては、その下の表になりますけれども、白抜き数字で、8箇所ございます。

以上の近隣の状況の中にあります介護老人保健施設梨香苑についてご説明したいと思っておりますので、おそれいりますがA4版の資料のご用意をお願いいたします。資料3として「介護老人保健施設梨香苑」の1ページ目をお願いいたします。現況についてご説明申し上げます。現在、介護老人保健施設梨香苑は、東松戸病院併設の利点を活かした医療と生活援助を切れ目のない環境で行っております。主に3点申し上げます。まず、一点目として、吸引やインスリンを始め経管栄養、褥瘡処置、胃ろう、腎ろうといった医療行為を行っております。また、現在、病院には認知症看護をはじめ認定看護師から助言を受け、利用者により良いケアを提供しているところでございます。さらに病院と同じレベルの感染対策を行い、施設内の感染予防といった幅広い医療措置に対応している状況でございます。二つ目としては、24時間医師及び看護師の配置により利用者の急変時に対応している状況でございます。最後に、三つ目として、病院併設の利点を活かしまして、病院等の研修会に参加することで介護士は高い医療知識と技術を提供することができております。またケアマネージャーや吸引・経管栄養実施の資格を習得している介護士を多く配置しております。以上のような医療的なこともやっている介護老人保健施設であります。

それでは、概要について説明いたしますので、2ページ目をお願いいたします。まずはじめに在所者についてです。入所者の約8割が松戸市内の方となっております。そのうち、梨香苑のある東部地区ではそのうちの約2割が入所されております。在所者の平均年齢ですが、過去3年間でありましたが大きな変化は特に見られません。入所理由につきましては、在宅復帰目的がわずかながら増加しています。在宅復帰目的は、自宅で独

居等1人での生活が難しい方をレスパイト的に受入れ、日常生活動作を上げたうえで、自宅へ返すというものです。また、施設調整目的は全体の半数を占めておりますが、老人保健施設に来てからまた施設へ紹介する方は少しずつ減っており、在宅に戻すようにしております。大きな変化として看取りについてはここ3年間で5倍に増えており、平成29年度は1階緩和ケア病棟の看取りを受け入れることも多く、緩和ケア病棟の入院期間を短縮するという意味でも梨香苑で受けることが多くなった経過です。施設からの受入れ人数についてです。東松戸病院からの受入件数に変化はありませんが、総合医療センターからの受入件数もそれほど多くはありません。理由としては、入院期間がとても短くなっているようで、それによる医療依存度が高くなっている方の打診が多いために、梨香苑で直接受入れすることが難しく、一度、東松戸病院に入院してある程度容態が安定したらお受けする形となっています。最終的には受入れています、直接の入所という形は少ない状況です。

3ページをお願いいたします。先程の表から受入れの主な理由についてですが、医療依存度が高い方でも病院に併設しているという部分で「梨香苑で」という話がくるといふ報告を受けております。

4ページをお願いします。在所者の疾病です。過去3年間について特に大きな変化は見られませんが、高血圧による循環器疾患、糖尿病、内分泌を併せて持っている方が多い状況です。筋骨系に関しては、年齢的に整形的な疾患が多いのも特徴ではありますが、大きな変化はありません。主な医療行為についてですが、先程現状のところでも申し上げましたとおり、3年間の比較では吸引やインスリンを必要とする人が増えており、インスリンに関しては、昨年度7名受入れています。東松戸病院からもインスリンを使っている患者だが受入れ可能かと打診があったときは積極的に受入れています。他の施設ではインスリンを使っている方をお断りすることが多いなか、梨香苑では受入しております。同様に、腎ろうがあると他の施設では敬遠され、褥瘡の治療もコストがかかるため他の施設ではお断りされるケースがありますが、梨香苑では受入しております。胃ろうに関しては、看護師が行える行為ではありますが、他の施設では日中しか看護師がいないことが多いことから梨香苑で受入れています。梨香苑の介護福祉士も数名胃ろうが行える研修を受けているので、介護福祉士も行えるということで胃ろうの方も多く受入れています。

5ページをお願いします。年度別要介護度を示しております。要介護度3、4が入所者の大半を占めている現状です。その他の老人保健施設でも多い介護度ではないかと思われれます。

6ページをお願いします。認知症高齢者の日常生活自立度を表しておりますが、ランクⅡですとある程度、車椅子で自立できるが自宅で生活できず介護の手が必要というレベルの入所者が多い状況です。

7ページをお願いします。日常生活自立度、寝たきり度であります。ランクBが特に多い状況です。車椅子で生活するには支障はありませんが、介護度が低いため、受入れ施設が少なく、高い割合を占めております。ランクCについては、ベッド上での食事や排泄するレベルであっても、施設において100%離床を目指しているため、同じレ

ベルであっても車椅子に乗っていただくということからランクCであってもBに入っているようです。

8ページをお願いします。退所者についてです。退所者の人数には大きな変化は見られません。退所者の平均入所日数は過去3年間で年々短くなっております。近隣に特別養護老人施設が完成し、梨香苑の長期入所が減ったと考えられます。退所先に関しましては、自宅に帰った方に変化はありませんが、在宅扱いの施設については、平成28年度、近隣に在宅扱いになるサービス付き高齢者住宅ができたので8名という形で大きく数字が上がっております。介護度別退所者の平均在所日数については、施設調整がスムーズにいったことから短くなったと考えられます。要介護度3以上になれば特別養護施設で受入れてもらえますが、介護度が低く、経済的に苦しい方は行き場がないために老人保健施設から老人保健施設に流れるしかない状況で、介護度の低い方が長くなっていると思われま。

続きまして、9ページをお願いします。ここからは、施設の利用状況及び収支についてです。民間施設のオープン等の影響もあってか、平成29年度は収益が減少しております。

10ページをお願いします。短期入所でございます。専用の部屋はございませんが、こちらは、病院併設の利点であるからでしょうか、前年度より収益が増加しております。

11ページをお願いします。通所の利用状況です。平成28年度9月より毎週火・金曜日の2回送迎を開始し、結果、増収となっております。

最後に12ページをお願いします。年度別決算状況です。こちらの表は、市からの繰入金が入っていない収益に対する費用となっております。

以上で私からの説明を終わります。

○会長 ありがとうございます。

ただいまのご説明でちょっと確認をさせていただきます。

最初のところで、この老人保健施設はかなり医療需要が多い人たちを入れているということで、2番目が24時間医師及び看護師配置とっているんですが、看護師はわかるんですが、24時間の医師はこれ、東松戸病院の人が対応しているという意味ですか。それとも、老人保健施設専用に当直をされているのでしょうか。

○事務局 医師のほうは、病院の当直医師がおりまして、梨香苑のほうで診察が必要になった際には病院の医師に対応していただいている状況なので、24時間という形で説明させていただきます。

○会長 それで、実際の傾向でいうと、特養ができたり、それからサービス付き高齢者住宅が出来たりすると、また、軽い人が割とそういうところに、特養に移ってくるというような人でいくと、そういう人は医療需要がそう高くない人。また、老健にまた、ほかに行くという人はそれほど高くない人で、ここでは本来は在宅に帰れる、在宅というか居宅扱いのところに戻っていくということで、残っている人はかなり医療の需要が高いというふうに言っているのでしょうか。そうすると、老健の場合は薬、薬剤または材料費等が込みになっているんですけど、その辺は、最近のこの状況で費用が高くなっているとかそういうことはないのでしょうか。

○事務局 梨香苑のほうでは薬剤は当然請求できません。病院負担という形になってしまいうんですけども、大体年間、薬品費込みで600万円ぐらいが病院負担という形で、その部分については大きな変動はありません。

○会長 補足お聞きしましたが、それ以外にご質問、またコメント、梨香苑の状況について。東松戸病院からかなり来ているということ。

○委員 まず確認なんですけど、梨香苑の施設長は東松戸病院の院長先生がやられているんですか。要は、トップは両方一緒ですよね。運営はどうなんですかね、連携といいますか。この辺はやっぱり一体でいっているんですか、それとも別々なんですか。

○事務局 運営とは、経理の話ですか。

○委員 いや、経理じゃなくてマネジメント、いわゆる患者さんの、例えば患者さんが施設に移るとかそういう、いわゆる施設間の移動だとか運営だとかそういうものなんですけど。

○会長 そこは具体的に聞いてはいかがでしょうか。例えば東松戸から老健に移るほうがいいというような人が東松戸で出た場合、じゃ老健のほうの人と委員会で決めるだとか、それから、じゃ看護師であれば人事権はどちらかが、例えば東松戸の看護局長が持っていて異動しているのかとか、例えば、今思いついたのはそういうことです。そういうのがマネジメントだと思いますが、それはどうでしょうか。1つには患者の移動ですね。

○事務局 老健は独自に入所判定会議を行っております。病院からお願いしたい患者さんは事前に担当ソーシャルワーカーから老健の相談員に診療情報提供書や看護情報提供書により、入所の依頼相談を行っております。また、週に1回、梨香苑も含め病棟全体でベッドコントロール会議というのを行っております。その場で、梨香苑に行く患者様であったり、患者様のご希望に応じてよその施設、病院に移る患者様など情報を共有し調整を図ったり、さらに入所中の利用者様の病状悪化で治療を必要とされる場合に入院調整をするなどの対応、マネジメントをしています。

○委員 次に、老健だと例えば在宅復帰、在宅療養機能加算みたいな、いわゆる強化型というんですかね、そういうのを積極的に進めているところもあるんですけど、こちらの老健のいわゆる加算の取得状況ってどんな形なんですか。

○事務局 加算のほうはとれていない状況です。

○事務局 当然ながら収益上、強化型を目指しているんですけど、去年たしか1人か2人、実績が足りなくて請求できませんでした。

○委員 そのあたりが、例えば病床を大きくして、どうしてもいろんな事情で出さなきゃなとか、いらっしやいますよね。そういう方がある程度余裕を持たせるためにベッドをふやしておいて、だけど結局は、まずは退院促進を積極的にやるみたいな、加算をとっていかないといけないんだろうな、それはいわゆる国の政策に沿ってできるだけ地域生活を支援するような老健にしていかなきゃならんということで、その点での病床の規模、ベッドの規模というのもちよっと検討する必要あるのかなという感じはいたします。

あと、もう最後になりますけれども、これ、老健として設置するのが、次、今、介護

医療院として設置するのか、これは介護療養病床から老健になっていないので、今の老健からは介護医療院にはどうもなれないらしいんですけど、ただ、老健を廃止しちゃって、介護療養を新しく新設するという選択肢もないことはないんで、要は松戸の医療政策、介護政策の中でベストの施設のあり方はどうなのかというやっぱり検討はしておいたほうがいいと思うので、この委員会報告ですぐ決めなきゃならないわけじゃないんですけど、恐らく介護医療院という性格はこう、老健としてはこういう性格持って、少しそこは整理しておくことが市民の皆さんにとってわかりやすいし、10年、20年先を施設整備として考えるには当然検討は必要なのかなと思うので。明日、介護医療院になるとかそういう話じゃないです。ただ、シナリオはちゃんと立てておかないといけないんだらうなという感じはしております。

○委員 私も伊関先生と同じような意見なんですけど、やっぱり思った以上に医療必要度の高い方がいらっしゃるなという印象を持ちました。一方で、それは在宅復帰率上げるとするのは結構困難なんだろうなというところがあります。国の制度改正の方向性からいっても、もともとそうなんですけれど、老健は基本的に中間施設だということなので、在宅復帰機能を強化することに対して保証をつける方向に行って、逆にそうでない場合には報酬を下げたというのが今回の改善策と思います。

一方で、ちょっと話、別ですけど、東松戸病院のほうで地域包括ケア病棟を今後強化されていくときに、そこでも当然在宅復帰率が求められてきて、かつ今回の改定で在宅復帰の対象として老健外れましたよね。それによってますます送りづらくなるということもありますので、そういう意味での方向性として、中間施設、在宅復帰の強化というところを目指して、そこはある意味、患者の属性を変えていかなきゃいけないということになってくると思います。在宅を今後強化されていくということなので、その連携も含めてということだと思いますし、逆にさっき先生おっしゃったような介護医療院を目指すのであればそれも1つだと思いますので、何かそういうところを検討していく必要があるのかなということを感じましたので、補足させていただきます。

○会長 ちょっとご質問なんですけど、最初に木村院長のほうから東松戸病院の全体の在宅復帰率が10月から3月74%というお話があったんですね。この梨香苑見ますと、昨年は87人中50人が入っている。となると、この50人が、先ほどの70%に入らなくてということですよ。ということは、このぐらい今後も東松戸から梨香苑を利用しても大丈夫そうというふうに考えていいですか。

○事務局 そのとおりです。

○会長 実際、東松戸から50人、ここ数年は50人、41人、52人ということですが、このような方々、どんなような方々が来ているんですか。つまり、そこから今度は、東松戸から来た50人の人というのはどこへ今度は、退所理由みたいになるんでしょうけど、どこに行くような感じになるんですか。数字は、絵を描けば出てくるんでしょうけど、それは正確には別として、どこに行くのかなという。

というのは、施設別入所理由、東松戸からこれは3枚目で50人というんですが、施設調整目的、単純にほかから、多いんですよ。施設調整目的というのは、先ほど、次にどこに行くか決めるという話だった、ちょっとそこをもう少し、どういうことを施設調

整目的といっているのかお聞きしたいんですが。

○事務局 梨香苑の相談員です。施設調整目的というのは、東松戸病院で入院期間が長くなっただけでも自宅退院が無理でなかなか行き先が見つからなくて、医療的なケアはそんなにない、介護が必要だという方の受け入れをして、特別養護老人ホームですとか有料老人ホームなど、お家にはちょっと帰れないというご事情がある方、特に高齢者世帯とか独居の方が難しいので、施設を探すということをお手伝いしています。

○会長 そうすると、この方々は入所期間はそう長くないということですか。

○事務局 経済的な面でいうと、特別養護老人ホームへの入所をまず選択される方が多いんですが、そうすると待機期間はそんなに短いとは言えません。

○会長 入れるまで待っていなきゃいけないと。

東松戸病院からすると、この点、50人はかなり施設調整目的で、もう入院している必要はないけども、どこか適当なところが受け入れるところがないので、一時的に、まあ50人中30人ですから7割ぐらいが、まずそこで行き先を見きわめてほしいというような方が7割という結構多いということですね。

○委員 今答えた方、スタッフ何人ぐらいで今やっておられますか。要は、人が逆に張りついていなくてなかなか仕事が、もう忙しくてしょうがないとか、逆に人がいないことでなかなか退院促進が進まないみたいな、実際関係の施設でありがちなので、体制についてはいかがでしょうか。

○事務局 老人保健施設の相談員としては、短期入所と通所、入所含めて1人でやっています。ただ、50人規模なので、1人いれば足りるというのが人員配置上の規定ではありません。

○委員 要は、2人でやればもうちょいいろんなところに顔を出して退所も促進できるみたいなそういう構造があるのに、定数というのがあるので、なかなか進まないで施設に人がいるみたいな、そういう現状もありがちな感じもする。要は退院促進体制の充実というの、これ東松戸病院も同じなんですけど、病院、施設、両方ともやっぱり必要だけでも、なかなか昔ながらの収容型の定員のまま動かないみたいなものもありそうだなと、今ちょっと感じてはいるんですけども。見解をちょっと。

○事務局 限られた人数の中で働いていますので、そういう一面もデメリットというか、不具合はあるとは思いますが、中で効率よく、MSWだけに任せるのではなくて、職員一同、一丸になって退院促進に励んでいきたいと思えます。

以上でございます。

○委員 MSWけちっていると結局は進まなくてふんづまりになるので、やっぱり時代の変化に応じて、人を雇うという、その退院促進すると収益が上がって、かつ、ちゃんと行き先を考えなきゃだめですよ、放り出すわけにいかないんですけども、やっぱりそこは丁寧に、退院していただくための支援をするのはやっぱり人手が恐らくかかると思うので、そこはちゃんと配慮していかないと現実には回らないんだろうなという感じはしますが、あえて指摘しておきます。

○委員 老健について詳しい方のお話を伺いたいたいですけれども、ただいま4ページを見ております。4ページの下のほうのことなんですが、在所者の主な医療行為というと

ころです。27年から29年にその医療を要した患者数の数が2倍ぐらいになっていますね。そうすると、その内訳を見ますと、インスリンがあったりあるいは褥瘡のケアだったり、胃ろうのケアだったり、吸引というのはこれ、気管切開やっているということなんでしょうか、そういう人もいます。あるいは、気管切開ないけれども吸引するというようなことかもしれませんが、老健に詳しい方のご意見伺いたいのは、ほかの老健でもこの程度の医療行為は行っているんでしょうか。私は、この47名の医療行為を要する患者さんの数というのは、この梨香苑での非常に特徴的なポイントではないかと思えます。

それで、先ほど説明がありましたように、薬が必要になった場合について説明されていましたが、これも東病院、梨香苑との間の非常に特異な関係にある。これは利用者にとっては大変いいことなんです。しかしお金も発生して、これだけの医療行為するために人数も必要なんです。

それで、私の質問の結論としては、この梨香苑は医療行為かなり行っているという面で非常に特異であって、特殊な、利用者にとってはなくてはならないものではないかなというふうに私は分析しているんですが、いかがでしょうか。ほかの老健でこの程度の医療行為は行われるんですか。

○委員 ほかに詳しい方がいるかもしれないですけど、先ほど私も医療必要度の高い方が結構いるなという印象を持ったということで、ちょうど加算の算定要件とかを見ていたんですけど、やっぱり在宅復帰医療支援等指標とかというのがあって、その中では、例えば吸引ですね、喀痰吸引実施割合10%以上だと加算がつくとか、これからも10%超えていると思うんですけど、同じような経管栄養の実施割合はこれも10%超えているとか、そういう必要な方がいらっしゃるということだと思います。

ただ、それは逆に言うと、本来老健の役割としてどうなのかというのは別の議論としてあって、そこは療養病床とどういうふうにすみ分けるか、そういう話はあるんだと思うんですけど、いずれにしても、国としてもそういう医療必要度の高いところには加算をつけておくというのはあるんですけど、一方で、在宅復帰率が満たせないので加算がとれないというジレンマに陥っているんですね。

○委員 1ページに東松戸病院併設の利点を生かした医療と生活援助ということで特徴が書いてあるんですけども、一方でそういう入所者の数がだんだんふえていく。一方で、周辺に新しい施設ができて、軽度の人は皆そっちに出て行ってしまおう、こういう2つの状況がありますよね。そうすると、この老健が本当に介護必要度が多くて、医療行為が多い人がふえてくると、本当に老健で収容していいのかと今の議論にまた戻ってしまうんですけども、その辺のことも含めてやっぱり検討しなくてはいけないのかなというふうに、今の聞いて思いました。

○会長 先ほど、材料費病院負担という表現が正確かどうかであれなんですけど、この12ページの決算で材料費がたしか676万6,000円ということでは書かれているんですけども、もともと老健の療養費には平均的な材料費は込みで入っていますから、それは私も何%なのか定かではありませんけど、ほかと比べてどのぐらい多いということではないと病院負担とはちょっと言いにくいということはあると思います。

それから、医療行為の先ほどのご指摘ありましたけど、先ほど、この表で見ますと何

人とやっていますけど、これはやった人は何人、実人数でなくて年間全部やっていたかどうかということが多分別の議論。1年ですと多分この方が対象で1年間ずっといればこうなるんですけど、ほかの例えば吸引なんかは、先ほどの委員がお話しになったように、ずっと毎日吸引していた人は365日のうち1人いて1名ではないだろうという、この辺の統計のとり方、どんなものがあるでしょうか。

○事務局 年間通して吸引なりインスリンを必要とした患者さんの数なので、その人数分、1年365日入所していたという数字の出し方ではありません。

○会長 多分、やったことのある実人数ですよ。だから、それから掛ける365ではないと思います。でも、1年ぐらいの人は多分、突然やめる人いませんから、それだけでもかなりの手間にはなってくるというふうに理解したいなど。

東委員のお話のように、石川委員もお話しになりましたけども、介護老人保健施設というのが、もともとは介護という言葉がなかったわけですけども、性格が非常にわかりづらくなっているんですね。一方では、いろんな加算というか看取りをやるといいながら、今度は在宅に帰して、早くという。看取りやって亡くなった場合はこれ、分母から外すのか、分子から外すのかわかりませんが、そんなようなことがあるし、家なのか、病院というか施設なのかというようなことで、どうしたらいいかというのはなかなか多分、厚労省のほうもこれだけ既にあるので出しにくくなっているんだろうと思いますね。

そうすると、それぞれがここの地域でどういう施設としてどういう機能を持つかということを考えるしかないのかなというふうに思います。そういう意味では難しいですね。

○委員 2点ほどあるんですけど、1点は先ほどもお話があったみたいに、ちょっと今のこの運営の状況というのが、施設関係のいろんな基準の型にはまっちゃっているのかなという。それよりも実際に何かの機能をやるためにはさっきもお話あったみたいに人をふやしていくという、人件費がふえると、その一方でここの部分とここの部分の収益が上がるとともにここの部分のコストが減るというように、もう少し柔軟な形のシミュレーションをやってみて、どういうふうに動くのかというのをもう少し考えてみるのがいいんじゃないかなというのが1点。

それから、ちょっと会計の話で申しわけないんですけども、決算状況のところさっきも葉の病院負担がどうのこうのとあったんですけど、あと、人が例えば、東松戸の人が動いた場合に、例えばこちらのところに入れる、入れないとかというときに、何らかの、例えば、一番細かく言うと時間で按分するとか、あとは大体年間でこのくらいだから、この部分に関してはざっくりと按分比率で按分しましょうみたいな形で、より精緻なことをやる場合はあるんですけど、そこまではこれは余りやっついてなくて、こっちで手伝ったらこっちのほうにつけちゃおうみたいな形でやっているということなんですかね。その辺はいかがなんでしょうか。

○事務局 人件費の部分ですかね。

○委員 人件費だけではなくて、さっきも病院負担があるとか。

○事務局 すみません、先ほどその病院負担というのは梨香苑に使うものなので、東病院のほうから出すんですね。だから、東松戸病院の負担分という形で、梨香苑のほうと

してはお金は支出していないんですね。

○会長 東松戸病院が負担ということは、どういう仕組みでなんですか。医療機関と介護老人保健施設は別だから。

○事務局 東病院のほうで貯蔵しているものを梨香苑のほうに出庫しているんですね。ですので、購入元は一緒なんですね。

○会長 購入元は一緒であっても。

○事務局 購入元は一緒で、病院のほうから梨香苑に依頼が来て出すので、梨香苑のほうは、すみません、そのお金は出していますね、病院のほうに。すみませんでした。

○会長 一括購入するのは別として、それは梨香苑の支出になるわけですよね。

○事務局 ただ、先ほどのお話なんですけども、光熱水費なんかは按分割合みたいな形でやっているんですね。ただ、やっているんですけども、もともと95%が病院持ちで5%が梨香苑という、だから、梨香苑のほうは割と費用を負担しないようなシステムなんですね、今の現状。もともと、開設当初から面積割合を用いないで9割が東松戸病院持ち、1割が梨香苑という、光熱水費ですとか、電話料もたしかそうだったかな、そういうような形で、割と梨香苑に費用を負担させなかったんですね。そして、いつの間にか今、梨香苑のほうはこちらの決算書で見ているように剰余金が1億何千万あって、東松戸病院が7億とかの累積赤字になっちゃっているんですね。だから、そこは見直したほうがいいのかどうかなんですけど。そんな状況です。

○委員 わかりました。恐らくそういう感じのはよくある話なので、一度、本来はどういうふうな形なのかみたいな形で、ざっくりと分けて見てみないと、このままの形の経緯でやっていて、このままのものを延長した形で将来推計をやってしまうとそこで大分ずれがあると思うので、一度どこかでそれはシミュレーションの段階でもいいので、ざっくりでもいいので、本来の姿にするとともに、それで見直してみたほうがいいのかというふうに思います。

○会長 今は水道光熱費、多分、減価償却もそんなふうにしていないんじゃないですかね。でも、減価償却の場合だと、梨香苑が使っているところは少ないし、今お話しのようにその辺は一回きちんと計算をしてみたほうが良いだろうと。

もう一点は、事務職員、MSWは先ほど1人ということ、これは梨香苑の費用になっているということですが、ほかの事務職員が兼ねている、それからここでデイケアというか、通所をやっているときの運転もたしか東病院の事務職員がやっているというようなことだったかなと思います、その辺が少し、梨香苑が負担が軽くなっているということはあるんですか。

○事務局 送迎に関しては梨香苑の職員もやっているんですけども、人がいない場合は我々が、事務のほうでやったりもします。それから、全体的な事務の給与計算とかそういうものに関しては総務の人間がやっていますので、梨香苑の給与計算等もやっていますので、東病院の職員が行っているということは言えると思います。

○会長 ほかにいかがでございますか。

○委員 守泉先生が言われたとおりで、要は、もしも梨香苑を建てかえするとするとお金がかかるわけです。ましてや病床をふやす場合もあるかもしれない。そうすると、お

金がかかる以上は、今までは50床で、建物も古いし、老健自体が比較的利益が上がりやすい報酬体系だったんですけど、今、逆に老健、診療報酬がだんだん厳しくなっていて、単純に開けば黒字という状況じゃない中で、その制度をちゃんと読んで、投資もしなきゃならないという話をしていくと、ちょっと、これ今、現状維持の報告でしかなくて、あり方、10年20年先のあり方を踏まえたマネジメントのあり方をやるにはちょっと資料としては足りないかなという感じはしています。

これ、単純に建てかえをしたところに100床入れたら赤字になって、あつという間にそうすれば譲渡だとかになりますよ。逆に言えば、介護系の施設なんかだとそういう話になりかねないので、本気で経営がこれ安定して、こういう選択できますみたいなそういうのが示されないとか相当厳しいかなと逆に感じます。

○委員 確認ですけど、最後の収支のところで結構、売り上げの中で、その他事業収益という割合が高いんですけど、これはどういう事業ですか。

○事務局 個室料とか、あと食事代ですね。利用料の関係です。

○会長 梨香苑のほうの立場というか状況ですけど、東松戸病院、先ほど梨香苑のほうとして調整、週一遍、東松戸とやっているというような、ベッドコントロールしているということですが、東松戸のほうのベッドコントロールの立場から見て、現在の梨香苑の状況は変わらないとしても、今度、地域包括ケアをふやしても、現状のままでいいというのは数字的には大丈夫だと思うんですが、何か東松戸との看護部門から見て、今後の梨香苑との関係というのは何か、こうしたらいいとか、こうしたいとか何かありますか。

○事務局 東松戸病院、看護局長の田尻です。

今のご質問ですが、平成30年度の診療報酬改定で、確かに回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病床は在宅復帰に該当しないということで、退院先施設の対象から外しました。今後地域包括ケア病床を60床にしても、あと一般病床は48床残っていますし、緩和ケア病棟の平均在日数30日以内と基準が厳しくなっている点から、今、そこがぎりぎり到達できるかどうかというところで、ちょっと長期になっている方がいらっしゃるんで、そういう意味での緩和ケア病棟に対する在宅復帰の場所として老健があります。そこで利用させていただいて、1週間ないし患者さんの具合が悪くなった場合はまた病棟に戻るといった状況の中で、平均在院日数を減らしている状況ではありますので、今後ともそういった意味では老健は必要であると病院としては考えております。

○会長 ありがとうございます。

ほかに。梨香苑の問題、よろしいですか。

梨香苑につきましても幾つか今後の課題として、ひとつには管理会計、会計基準の見直しが必要ですけど、一回はシミュレーションするようなことをいずれやってほしいということですし、加算の問題もできるだけとれるほうが経営的にいいですが。梨香苑の特徴については、これは変更はないと思いますが、実際の運用でどんなようなことを注意するか、方向性というのを梨香苑から出すようなことが必要かなと思います。それは東松戸の方針が地域包括、ポストアキュート、サブアキュートの変更があるから多分、梨香苑という存在は重要だなということが言えるのかなと看護局長からのお話でわかっ

たと、そんなようなことで梨香苑というのはいけるかなと。

そして一番は、会計が年間3,000万円ぐらいですけど、とりあえず末処分利益剰余金があるので数年は大丈夫なんでしょうけども、その後の問題ですね、新たな、建てかえたりする等、そのための体制、それから、先ほど伊関委員もお話のことなんかも、例えばこれは東松戸のほうでも人をふやすというような話が出たけど、じゃ両方で、例えば1人で兼務みたいなことができるかとかそういうことも、今後いろいろと梨香苑と考えていくということも必要かなと。どちらかに1人とか2人つけると、その分人件費がかさみますけど、両方の仕事をやると、先ほどのどっちの患者さんのこともよくわかるのかもしれないというふうな話を思いました。

梨香苑のほうはよろしいですね。

では、東松戸のことに戻るんですけども、前々からちょっと気になりましたのは、包括ケア病床、まさに包括のまるめの費用が報酬になるんですが、一般病床は確かに1日当たりが低いんですよ。これについて、前院長のときに何か、なぜなんだろうかとということで明確なお答えはいただけなかったような気がするんですが、やはりその部分が、一般病床にいる方々がそんなに医療行為を、個別の出来高で必要としていない方が多かったのかどうか。その辺は、きょう看護局長さんいらっしゃっているんですけど、ちょっと、何となくよくわからなかったですね、患者さんのその状況が。医療で積極的にというより、そんなにたくさんの医療行為が発生しなかったのかどうかということだったんですが。

○事務局 すみません、私も当然ながら患者さん持っていますけれど、やはり何ていうんですかね、認知の人とか次が決まらない人ですよ、そういう人はどうしても一般をとって、今までは地域包括で受け取れて、認知だということだけですぐ一般になってしまいます。そこで一般になってしまって、認知なので、騒がなければ薬も要らないと。食堂でちゃんと皆さんと食べてくれて、何となくお話をしているような、次が決まらないで一人で、大体一人が多いので帰せない。そういう人たち、それから考えますと医療需要が非常に少なくて、ひとりで、次の行き場がないような人たちのところですね。梨香苑もちょっと認知にしてはやっぱり壁がちょっとあるんですね、認知はやっぱり梨香苑のほうもとりたくないということなので、そういうような、ちょっと行き場のないひとりの人が一般のところに残ってしまうというところがやっぱりあります。

○会長 なかなかこのところ、これ地域包括になるとそういう認知の方じゃなくても、医療需要がある程度ある方ということになると、そこで最初の議論になってきて、今、東委員、どうなんですか、そういうこの地域の需要というのはあるんでしょうか。

○委員 今、先生おっしゃったように、千葉西病院、総合医療センターとか新松戸中央病院といった急性期の病院ということなんですけれども、脳卒中とか骨折とかもほかのところに行っちゃいますよね。そっちでとられちゃいますので、それ以外の疾患ということになると、ある程度限られちゃう。心臓の、そういう重い人はなかなかここには多分来ないと思うので、どういう層のところを取り込むのかというのは重要な点になると思いますし、先ほどやっぱり包括の病棟だと、やっぱりリハビリしなくちゃいけないし、2単位とらなくちゃいけない、なおかつ土日祝日はやらなくちゃいけない。そ

うすると、民間だとその部分はアルバイトを雇うと、当然何とか2単位とれるようにしていくんですけども、先ほど1人常勤を雇うということで、それは可能かというふうにお答えいただいたんですけど、その辺、本当に1人でやっていけるのかどうかというのはちょっと心配としてはある。

○会長 いかがでしょうか。

それでは、東病院については、前回の方向で、先ほどの看護基準は現在はクリアできるし、リハビリについては1名増員してやると、常勤だけで、場合によってはもう少し、自治体病院でもパートを雇うとかそういう問題も検討いただく必要も、私どもも必要なら提言しようと思いますし、それから、利用率は88%、90%ありますけど、今のそのいわゆる医療診療行為がかなり必要なような人がいれば、必然と収入も上がってくるのかなと思いますので、その辺をどうするかということだと思えます。

そこで、東病院の医療機能の方向性についてはほぼ皆さんもご理解といたしますか、それでいいんじゃないかということになったんですが、じゃ実際に、きょうお話しされた部分含めて、来年度、今年度からもう地域包括は、もう今年度から開設するということですから、これは病院局も、それから本庁のほうも必要な措置を、予算云々とかいうよりは、それから定員についてもやっぱり早く措置をしてやらなきゃいけないんですけど、来年度の数値目標というか、計画は来年度2月ぐらいにきちっと決めるということになりますけど、大まかな数値目標ですね、収入、入院、外来、それから例えば地域包括になった場合の1日当たり単価ですとか、一般病床の単価ですとかそういうことですね、病床利用率含めると、大体そういう利用指標というか経営指標が出てきますから、そういうような目標数値を出していただいて、そうしますと、財務的な数字が出ますね。

それと同時に、先ほど木村院長からもお話がありました。じゃ、それを達成するためにやはり具体的な行動ですね。先ほどMSWの話、前回もありました、今回もありましたけれども、じゃどうするのかと、医師会とどう関係するかと、具体的にやっぱりどんな行動をするのかというようなことをちょっと、それをやるために、これを病院でも、いわゆるアクションプランですとか具体的な行動指針とかをつくられるとしたら、そういうもので、今回は医療安全ですとか感染防止策というのは別で、いかに経営を急速によくするかということになるわけですね。これは伊関委員が、「病院」という雑誌に徳洲会病院ですね、宇和島、今回水害で大変な被害が出ましたけど、その徳洲会病院が院長がかわられて、1年後にはやっぱり非常に劇的な改善をしているわけで、その改善ができないと5年たってもやっぱりできないと思いますので、来年度、仮の目標数値、それからこれは具体的な行動計画というのを次回ちょっと出していただいて、これは達成できるかどうかというような判断を委員の方にしていただくという形にしたいと思いますけど、そんなのでよろしいですか。

方向性は大体わかったと、それを受けて、来年から建てかえるとかという話にはこれはならないわけですけども、前々から守泉委員が言われているある程度の年限は使わざるを得ない、その措置は必要だということになりますので、まずその部分を東病院について出していただきたいということですね。

それから、梨香苑についてはきょうのお話を含めてもう一度、梨香苑というのは、梨

香苑としてはこうなんだということを、本当に東病院がこういう1枚の書いていただいたようなことと同じで、梨香苑としてはもう一回こういうことでこういうふうにしていくんだと、それで存在があるんだということを改めて出していただく。先ほど加算の問題とか、それから管理会計についても見直しますというようなことを出していただけると次回にはいいのかなと思います。そんなことを次回には病院、梨香苑で目指したいと思います。

何か、ほかに出していただくようなご注文あれば。

○委員 今お話があったことのちょっとつけ足しで軽く聞き流していただければいいんですけども、企業の経営改善とかやるときに、さっきお話あったように、方向性を出すというのがそれが戦略なんですね。戦略があって、その戦略の下にアクションプランどこのこのというのは戦術なんですよ。その戦術を、戦略を達成するためにこれとこれとこれとこれとこれがありますよと、そのときに今度それを中で議論をするときに、必ず何かのときに、ああ、こうだからできないね、ああだからできないねという議論が中で必ず出てきちゃう。そのときに、そういうマイナスの話の中で絶対しちゃいけないんですよ。

やるためにはどうすればいいかなので、よく大学院とかMBAで授業でやるときの中で、マイナスのことを言った人間は減点されるとか、会議から出ろと言われるんです。そのときに、戦術を決めたのであればその中で、じゃやるためにはどうすればいいかという議論だけをしましょうというふうにやらないと、絶対スピードが増してこないんで、マイナスのことは言わないようにしたほうがいいと。

相当、その中で、やっぱりこれコスト使っても人ふやすとこうできるよねというのが現場から、現場の人は雰囲気わかっている部分ってあるんです、それなのになかなか今までの組織風土の中で言えなかったとかそういうところがあるので、そこをなるべく引き出してあげるようにしていただければスピード感増してくると思いますので、そういうふうをお願いをしたいなと思います。

○会長 ということ、来年度の数値でありますけれども、今から始まっているわけで、必要な人についてはその目標及び行動計画で示していただきたい。それは今、守泉委員がお話しになりましたように、これをやるためにはこの人が要る、この人がいることによってこういうことがこういう効果があるということを出していただければ、委員の方も納得して次の報告につなげることができると思いますので、中で十分に、みんなで共有する、検討していただきたいということが必要だと。

○委員 ずれた話になるかもしれないんですけど、慢性期医療とか介護って、なかなか差別化が難しいところがあると思うんですね。国でも今、科学的介護といって、介護度が改善したら全部くっつけましょうと、どっちかという市としての保険制度運用の話にもつながってくるんですね。ちょっとすみません、経営の話とずれるんですけど。

何か改善の話ばかり議論していますけど、どういう形で介護の質というのを評価して改善していくのかみたいなこととか、何かいろんな、今、イノベーションが生まれているので、そういうのを導入していくとか、そういうことというのも今後本当に介護施設とかサービスとしてはやっていかなきゃいけないなということ、自分もいろいろ今、

データ分析して感じているところで、これは来月までとかという話じゃないんですけど、ぜひそういう何か、新しい介護というのを少し考えていただきたいなど。

○委員 東病院を考えると梨香苑を考えると、先ほどから認知症の話がぼつぼつと出ておりましたね。それで、施設はほかにたくさんできて、軽い患者さんからどんどん取っていくとなると、どこも取ってくれないような患者さん、そういう方が東病院あるいは梨香苑にだんだんたまってきます。その中には認知症の要素が非常に濃くなってくると思うんですね。

先ほど、老健については介護保険課から詳しい説明があったんですけども、私、ちょっと場違いかもしれないです、なかなかディスカッションするチャンスがありませんので、松戸市として認知症についてどのような方向でも概論でもいいんですけど、どういうお考えをお持ちなのか知りたいなと思うんです。今の状態ですというところなどに散らばっていますよね。それ、将来ふえていくわけですからね、目つぶって何かに任せられるわけにはいかないわけです。

それが1つと、それから、松戸市内への流入あるいは千葉県へでもいいんですけど、市当たりの流入のほうが流出よりもちょっと慢性期の疾患は多いように私記憶しております。この辺のことについても何かお考えはお持ちでしたら。

といいますのは、外の方のために松戸市のお金が使われるわけですね、流入だった場合。だけれども、今回流出もしていますから、お互いといえばお互いさまなだけけれども、その間に多少のギャップあります。私の記憶だと流入のほうが多い、慢性期医療はですね。その辺について何かご意見があったら、ちょっと場違いな質問なんですけれどもお聞かせいただきたいと思います。

○委員 今の1つだけ、もう一点です。

せっかく今のご質問が出たので、私もちょっと今のにつけ加えて、これどういうふうにするのかということなんですけども、認知症の中でもピック病みたいに非常に狂暴になってしまうと、普通にちょっと、例えば外に出ていくと万引きをしたりするし、暴力をふるったりもしますし、だから、老人ホームに入れても何かうまくいかないような人もいます。そういう人が何かやっぱり今ふえてきているのか、また、そうであれば普通の認知症と同じようにはケアができないですよ。それから、もう一つは若年性の認知症というのが出てきていて、それも普通のお年寄りの人と一緒に入れたところで決していい状況にはならないので、そういうのも含めて今のお話の中で、もし何かちょっと言及していただければなと思うんですけど。

○会長 まとめをお願いします。

○事務局 認知症についてですが、若干逃げ口上になりますが、認知症は介護保険課が所管していない部分がございますので、ちょっとコメントがづらい部分もあるんですけども、先ほど来何度かご説明申し上げている高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画の中で、認知症の当市における状況ですとか将来推計なども行っておまして、そういった中では、平成37年というところでは認知症の人たちが3万人以上になるだろうということも推計をしておりますので、当然重要な政策だというふうには考えております。

そういう中で、医師会さんのほうにもいろいろご協力をいただきまして、松戸市の取

り組みとしての認知症対策は重要施策の中でも位置づけておりまして、軽度なところから重度までというのはいろんな形での政策あるいは施策を位置づけております。

若年性認知症の部分については課題だとは認識しておりますが、若干、全体の中では位置づけとしては弱い部分があるかもしれないというようなことになっております。

すみません、十分答えているかわからないんですけども、以上です。

○委員 今調べたら、民間の精神病院が結構あると、今は認知症に対してやるんですけど、こちら、松戸は恩田第二病院さんが300床が1個あるだけなので、恐らく認知症の病床自体が足りないですね。だから、病床のあり方として認知症病床というものの選択肢としては東松戸病院、これ当然精神科医の雇用も必要になりますので、その選択肢としてはあるかなと。やっぱり30床とか40床ぐらい持っている、非常に住民の方の使い勝手はいいだろうなというのは正直あります。

ただ、体制をどういうふうに整えるのかが課題ですけど、私も西川病院というところの、これ、国立病院から移管あった病院ですけど、ここが非常にきれいに認知症病床を運営されていて、医師会に指定管理で委託しているんですけども、ああ、こういう運用の仕方もあるんだということを見て非常に感銘を得たんですけど、そういう選択肢もあるだろうなと。ただ、できない、急にやれる話じゃないんですけども、課題としてはありますよという話は指摘しておこうかなと。

これ、逆に言えば認知症の患者さんの入院病床は、ほぼ松戸の場合はどうもなさそうだなというのを感じるんですけども、全部分析はしていないんですけども、そこは恐らく弱点なんだろうと思います、自治体にとっての。

○会長 認知症の医療をどうするか、認知症で入院医療が必要な人たちをどうするか、多分というか確実に数年、10年以内の大きな問題になるので、それをまだ自治体病院で認知症専門の病棟まではなかなかいっていないと思いますけど、慢性期、療養型病院ではそういうのが来るか。ただ、一番難しいのは医師及び看護師の人たちの体制を整える、これはいずれそういうことが必要になるということで、病院局、本庁、それから介護保険当局で検討していただきたいということだけはちょっと忠告しておきたい。

ほかによろしいでしょうか。

それでは、きょうはこれにて終了したいと思います。

次回ですね、先ほど申し上げたように、東松戸病院と梨香苑のそれぞれのビジョン、それからミッション、それら来年度の数値目標、実行計画、先ほど意見いただきましたようにそれを出していただいて、それで皆さんでご議論いただきたいと思います。

きょうはどうもありがとうございました。

○事務局 それでは、どうもありがとうございました。

お疲れのところ大変恐縮ではございますけども、委員の皆様におかれましては会議終了後、懇話会のほうを開催させていただきたいと思いますので、2階の図書室のほうまでご足労願いたいと思います。

以上をもちまして、第7回松戸市病院運営審議会を閉会させていただきます。

本日はどうもありがとうございました。お疲れさまでした。

以上