

平成 27 年度第 3 回 地域医療構想策定ワーキンググループ議事録

- 1 日時：平成 28 年 2 月 19 日 18 時 30 分～21 時 00 分
- 2 場所：高知県庁 2 階 第 2 応接室
- 3 出席委員：岩田委員、内田委員、上村委員、吉川委員、黒岩委員、田中委員、
近森委員、寺田委員、豊島委員、中澤委員、野並委員、濱田委員、
福田委員、堀委員、堀川委員、安岡委員、安田委員
- 4 欠席委員：小田切委員、西森委員、宮井委員

<事務局> 安芸福祉保健所（鈴木所長）

地域福祉部（井上副部長） 県立病院課（松本課長補佐、伊藤チーフ）

国保指導課（伊藤課長、山下課長補佐、澤田チーフ）

高齢者福祉課（中村課長、宮田チーフ） 障害保健福祉課（島田主事）

医療政策課（川内課長、川崎課長補佐、久米チーフ、藤本主幹、伴主幹、
田内主事）

（事務局）失礼いたします。定刻がまいりましたので、ただ今から高知県医療審議会医療計画評価推進部会、第 3 回地域医療構想策定ワーキンググループを開催させていただきます。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、ご出席をいただきましてまことにありがとうございます。

本日のご出欠に関してですけれども、西森委員、宮井委員におかれましては、日程の都合上、欠席とのご連絡をいただいております。また、小田切委員からはご都合上、ご欠席、田中委員と吉川委員からは少し遅れるとのご連絡をいただいております。

それでは、開会に先立ちまして、医療政策課長よりご挨拶申し上げます。

（事務局）医療政策課長の川内でございます。本日は第 3 回目の地域医療構想策定ワーキンググループに、ご多忙の中ご出席いただきましてまことにありがとうございました。

本日は、前回ご説明しました療養病床の実態調査の結果が概ねまとまりましたので、その報告と、今後、地域医療構想をどのようにすり立てていくかということについて、主としてご議論をいただきたいと思っております。本日は非常に議題が多くございますので、私からの挨拶はこのへんにさせていただきます。本日の議論、よろしく願い申し上げます。

（事務局）それでは、本日の資料の確認ですけれども、事前にお送りしました資料 1 から 5 を本日お持ちいただいているかと存じます。もし、お持ちでない場合は事務局のほうまでお知らせいただけますでしょうか。

また、本日、追加資料といたしまして当日資料 1、当日資料 2 と書かれた 2 枚をお配りしておりますのでご確認ください。

それでは、ここからの議事進行につきましては座長をお願いいたします。

(安田座長) では、ここからの議事を高知大学安田のほうで進行させていただきます。

大変議題が多くて内容も密度の濃いところがありますので、時間内に終わるべくというのは、多少遅れることがあるかもしれませんが、ご了承ください。

それでは早速、議題の1 療養病床実態調査の結果と考察についてという議題を資料1を使って説明させていただきます。

(事務局) 事務局、医療政策課主幹の伴と申します。どうぞよろしく願いいたします。

それでは早速、資料1、あわせて当日資料1、この2つを使って議題1の説明をさせていただきます。

まずは、資料1を1枚おめくりください。平成18年度調査との比較1となっております。こちら、資料のページ数は左の真ん中に小さく横向きで数字がありますので、ページ名をこちらが申した時はこちらのページをご確認ください。

それでは、今回の27年度の調査について上の段の右側をご覧ください。平成27年度療養病床実態調査(高知県)。調査日が、27年12月11日。調査方法、療養病床を有する医療機関の療養病床に入院する全患者。そして調査対象施設数が、89施設。これに對しまして回答のあった施設は下の86施設ということで、多くのご施設にご協力いただいたことを感謝申し上げます。

89施設の内、有する病床、医療療養については4795、介護療養については1978。それに対しまして、回答のあった施設の病床数、下の段で4552床、こちら医療療養で回収率が94.9%。その下、介護療養病床では1948床、回収率98.5%ということで特に偏りはありません。

また、その右側にあります数字は、それらのベッドの中で調査票をいただいた方、その当時ご入院されていた方々の人数になります。医療療養が4179名、介護療養が1832名ということで、医療療養では86%程度、介護療養では94%程度の患者様からの票が集まっております。

それでは、当日資料の1のほうをご覧ください。

今回の調査は、将来の必要病床数をふまえて高知県の実状に即した受け皿整備を進めるためのものとして行なわれました。必要病床につきましては、現状の病床機能報告の内容が左上、参考と書かれております表の左側にあります6892。それから、右に移りまして2025年度の必要病床数、こちらは推計ツールによるものですが、4263。そして、その右2030年度では3192、こういった国の出して来た数字というものが高知県で現実的にあり得るのかということで調査をしました。

これに対し、調査結果によると現在入院している患者さん、①になります。入院患者の行き先についてと書かせていただいておりますが、右の色の付いた横棒のグラフをご覧ください。医療療養、介護療養とありまして、青い部分が調整中、転院や退院の調整中の方。隣の、細いですが、赤い部分が転院待ちの方、緑の部分が入所待ちの方ということで、これらを除いた方々を合計すると、上にまとまっていますが、対応なし4542人、医療介護合計ということで、左の行にも同じように4542名と書かせていただいております。

これは2025年度の必要病床数をやや上回る数字となっております。

そして、下の段の左側②患者、家族が望ましいと考える療養環境について。こちら、患者さん、もしくは患者さんの家族からどこが望ましいと考えられるかという項目です。黒枠で囲っているところが、医療療養と介護療養にそのまま居た、入ったほうがいだろうと考えている数です。こちらをあわせると4081ということで、こちらも上の参考で示した2025年の必要病床数を若干下回る程度となっております。

またさらに、右下の表ですけれども、③退院支援担当者が考える療養環境については、同じく黒枠で囲った部分の医療療養病床と介護療養病床をあわせると3405という数字。これは、参考で上にあげました2030年度必要病床数の3192を若干上回る程度であることがわかりました。

以上より、必要病床数の推計というものが、高知県の実状からそれほどかけ離れた数ではないということが調査により示されました。そうなりますと、現在入院中の方については、地域での望ましい受け皿整備が進むことによって一定対応できるものと考えられますが、同時に今後新たに療養環境を必要とされる方の対策も重要となってくるのではないかと考えられます。

それでは、資料1に戻りまして資料1の37ページをご覧ください。資料は左端に横向きで数字が付いております。後ろのほうです。37ページをご覧ください。

前回、このワーキングでも国の検討会の進捗状況を説明させていただきましたが、先月、第7回の検討会をもって、さらに上の社会保障審議会へと引き継がれました。こちらの図は、国の出したイメージ図です。

左端の医療機関、医療療養病床20対1と書かれているものはですね、こちら、赤枠に囲まれている「○」、読んでいきますが、医療区分2、3を中心とするもの。医療の必要性が高いもの。人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療。24時間の看取りターミナルケア。当直体制（夜間・休日）の対応。そして、「●」介護ニーズは問わない。というかたちです。

その右隣、新案1-1、こちらが現在の介護療養病床がイメージされているものと思われます。中身については、オレンジの点線の中の「○」医療区分1を中心として長期の医療介護が必要。医療の必要性が比較的高く容態が急変するリスクがある者。喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的継続的な医学管理。24時間の看取りターミナルケア。当直体制（夜間・休日）の対応またオンコール体制。そして、最後の「●」高い介護ニーズに対応。そして、一番下に想定される医療機関との組合せ例ということですがけれども、既存の医療機関の一部が医療機関として残り、残りの部分が施設になるというかたちも考えられるということです。

そして、その右の隣の案1-2と新案2これらについては、中身の「○」を読むとほぼ同じような記載がされております。

今後、国での議論の注目が必要な部分といたしますか、これらの中身の詳細が出て来ると、それぞれの受け皿の姿がもう少し具体的に見えてくるのではないかと考えられます。

そして、一番右端、現行の特定施設入所者生活介護、こちらにつきましては、現在も住居に診療所を併設するようなかたちで運用がされており、左隣の案2と比べると、日常的

な医学管理や看取り、ターミナルケアの有無が違いとなっております。

これらをふまえて、今後、高知県の論点に移っていきますが、資料1の32ページへお移りください。

こちらに、本日も議論いただきたい論点を示しております。受け皿整備の論点2から始めてまいりたいと思います。論点1の一般病床の部分につきましては、論点2、受け皿整備の③の部分と内容が類似しておりますので、こちらをあわせてご議論いただければと思います。それでは、①から④について、今回の調査結果から現状を把握してまいります。少し資料を行ったり来たりしますがご了承ください。

まず、受け皿整備について、①現在の医療療養病床入院患者 医療区分1についてというところです。先ほどの国の資料でもありましたように、医療区分2、3が医療機関であることが想定されるとすると、残った医療区分1の方、もしくは医療区分を受けていない介護療養病床に入院されている方の受け皿が今後、議論になってくると思われます。

その中で、まず医療区分1の方が、今回の調査でどのような方々だったかということで、資料の18ページへ移動をお願いします。

18ページは、医療区分1と介護療養病床の入院患者分析1と書かれた資料で、医療療養病床の医療区分1の内訳と書いてあります。左上を見ていただくと、性別は女性が多くなっております。その右を見ていただくと、年齢区分としては75歳以上の後期高齢者の割合が高くなっております。

そして、右上、ADL区分。身体の機能の分類ですけれども、1、2、3が約3分の1ずつ。そして、真ん中の段、要介護区分と書いてあります。左端の青はまだ認定されていない方ですけれども、黒枠で囲った要介護3から5の方が344名。また、一番下の認知症自立度というところ、一般的に介護が必要とされる自立度3以上の方というのが334名いらっしゃいます。

次のページをお願いします。19ページ、入院患者分析2という資料です。

こちら、左側の入院経路別人数というところでした、医療区分1には、どこから入院がされたのかというものです。一般病床から383人、自宅から217人となっております。

次のページをお願いします。

こちら入院患者分析3という資料で同じように医療区分1の内訳です。一番上の世帯の状況につきましては、単身者が263名。緑でその他というところが254名、その間に高齢者のみの世帯、単身世帯を除く世帯が118名となっております。

次の段で、家庭介護力の状況というところ。赤い部分、帰る自宅を持つ患者さんというのは626人と大半を占めますが、その次の段、紫の部分ですが、終日介護者不在という方がそのうちの大半を占めていらっしゃると。さらには、一番下の段、所得の状況については、低所得1、2に分類される方があわせて5割を超える421名いらっしゃるといことがわかります。

次に、1ページとばしていただいて22ページをご覧ください。

こちら、冒頭に使った資料の中から医療区分1の方のみを抽出した本人、家族や退院支援担当者が考える望ましい療養環境の比較というところです。こちら、上の段では、本人、

家族の大部分はこのまま医療療養が望ましいのではないかとお考えです。そして残りの半分程度は多様な受け皿が想定されております。それに対して、下の退院支援担当者では、もう少し病院ではない施設での受け皿が適当ではないかということで、こういった認識のずれが生じているということです。

以上で、医療区分1についての説明を終わります。

続きまして、介護療養病床の方の姿について、次は、6ページをお願いします。

平成18年度調査との比較6ということで、介護療養病床入院患者の要介護度について。グラフの上が今回、下が平成18年です。右の水色が要介護5、紫が要介護4となっておりまして、この要介護4、5の割合が前回よりも増加しており、全体の9割を超えております。

次に、21ページへお移りください。

医療区分1、介護療養病床入院患者分析4の資料、介護療養病床の内訳というものです。こちら、世帯については、先ほどの医療区分1と同じように、単身者とその他の世帯が多くなっており、その間に単身者のみの世帯が入っております。また、多くの方が、次の段で、帰る自宅を持っておりますが、医療療養以上に終日介護者不在という紫のバーが3段目にあります。そして、一番下の所得の状況についても、非課税以下の所得が6割を大きく超える1209名の方々ということになっております。

次の22ページをご覧ください。

今度は、下の段の介護療養のグラフを見ていただきたいと思います。医療療養ほどの認識のズレというのはないですが、右の下に黒枠、書いてありますが、特別養護老人施設については、もう少し介護療養ではなく特別養護老人施設でもできるのではないかというふうに退院支援担当者だったり本人、家族で考えている部分があるということです。

以上が、介護療養病床についての結果です。

続きまして、論点③のところでは一般病床の状況についてです。今回の調査では12ページへお移りください。

資料12ページの、全国調査との比較2というところの中央にある表のほうをご覧ください。今回の調査では療養病床に転院する前の一般病床で長期入院がある程度いることが確認され、それらに地域差が認められることがわかりました。それらの結果についてご説明をいたします。

まず、左の表、高知県というところでは、医療療養病床に入院する患者のうち医療機関からの入院が一番上の段で52.9%。右隣の全国と、52.2%と比較しても同程度です。その次に、黒枠で医療療養、介護療養。こちらは医療療養から医療療養へ。また、介護療養から医療療養へ入院してきた割合です。こちら、6.2%、3.1%と全体的にはそんなに大きくない数字なんですけれども、右の全国と比べると、全国2.3%と1.4%に比べて2倍以上の開きが認められます。

そして、次に23ページをご覧ください。23ページは特別集計1というふうに記載しております。

こちら、まず一番上の段、医療療養 n = 1735 というところについて、黒枠にありま

すけれども、医療療養に入院される方、医療機関から入院される方の場合、そのうち86%が一般病床になっております。そのうち在院日数が90日以上となる者が全体の2割以上で長期入院となっています。

次の下の段の介護療養病床n=1142というところでは、黒枠にありますように、一般病床からが最多65%を占め、在院日数90日以上長期入院が4割弱。また、先ほどの全国データでもありましたが、医療療養から介護療養へという流れも、こちら34%とかなり高くなっております。

次のページをお願いします。

特別集計2、医療療養病床入院前の医療機関の在院日数を、こちら圏域別に分析しました。上の段で、上から、安芸・中央・高幡・幡多となっておりますが、右の真ん中に黒枠であるように、特に中央医療圏の療養病床に入る患者さんが、その手前の一般病床で在院日数長期化が目立っております。さらに、その中央を下の段で3つの保健所管内別に見てみますと、中央東、高知市、中央西と、東のほうがその手前で長期化しているというような傾向が認められました。

次の25ページをお願いします。

特別集計3、介護療養病床入院前の医療機関の在院日数ということで、同じように圏域別に分析しております。医療療養と同じように、中央の一般病床の入院期間が長期化をしておりますが、他にも左の円グラフを見ていただくと、下2つ、高幡や幡多では、半数以上が医療療養病床から介護療養病床への転院となっていることが特徴的です。

そして、次の26ページをお願いします。

特別集計4の資料になります。医療療養と同じように東のほうが長期化する傾向を認めます。また、中央東の一般病床、療養病床を比べますと、一般病床よりも療養病床のほうが、在院日数が短い割合が、青い部分の割合が高くなっているというのが特徴的です。これらにつきましては、一般病床がどこの一般病床から来られたものかということまでは調査しておりませんので、その当該地域の一般病床で長期化しているのかどうかという話ではありません。あくまでその地域の療養病床に入るために、高知県内どこかの一般病床で長期入院になっている可能性が高いということです。

そして、4つ目、最後ですが、今後発生するであろう低所得、介護力なしの高齢者についてという点です。こちら、先ほどの③とかぶる部分もありますけれども口頭で説明をいたします。

今後、療養病床以外の療養環境が考えられるような方には、低所得で家庭介護力が望めない後期高齢者という者が増加してくることが考えられます。それに対して、現在入院中の方の受け皿についての議論だけでない部分が出て来ると考えられるため、論点として④、32ページの④を追加いたしました。

以上で、論点2についての説明を終わります。

(安田座長) 資料1の32ページの論点2のところですね。資料があちこちページがとびまわって、わかりにくいところがあると思いますが、わかりにくかったところ含めて、ある

いは説明がなかったページのことでもかまいませんが、今の事務局からの説明についてご意見、ご質問等ご自由にご発言ください。いかがでしょうか。

吉川委員、どうぞ。

(吉川委員) さっきの最後のほうに言われた、高知市とか中央東のほうからの一般病床から療養病床とか介護病床に入る人が多いと。その他のところと違う理由については、どのように考えられているのでしょうか。

(事務局) ご質問ありがとうございます。

それについては、最後のほうに申したとおり、どこの一般病床で、どの地域でそういった問題になっているのかというものが、今回の調査では明らかになっておりませんので、一概には言えませんが、その地域に戻ってきたいという方々が長期間待たれているのかもしれないということは言ってもいいのかもしれません。

(吉川委員) 僕達は、さっきの1のところの急性期のところになっているわけですけど、どういうことが起こっているかということ、急性期の医療は十分大丈夫だということなんですけれども帰るところがない。それは、地域別に差があるかということ、そういうふうなことはあんまり聞いてないんですけども、その帰れない理由としては、やはり受け皿のほうがいっぱいであるということと、受け皿のレベルよりも僕達が望む患者さんの病状が重いという2点に尽きるという気がしています。

(事務局) ありがとうございます。

(安田座長) その他、いかがでしょうか。

(吉川委員) もう1つ。

(安田座長) どうぞ。

(吉川委員) 25ページですね、今度、さっきは多いところを言ったんですけども、幡多地域は一般病床から介護療養病床に入る人がすごく少ない。これについてはどう考えたらいいんですかね。もう入院期間がものすごく短いということです。

(事務局) ご質問ありがとうございます。

こちらについては、幡多地域というものは、ある程度医療が完結しておりますので、幡多地域の中では医療療養へ入院するのにそれほど待たなくてもいい状況があるのかなと思います。逆に、残りの地域は患者さんの移動がかなりありますので、その地域特性というものは一概に言えないのかなというところですよ。

(吉川委員) とすると、幡多地域は、急性期とか慢性期とかの病床がかなり必要度に応じてあるというふうには考えられている？

(事務局) ありがとうございます。

可能性としては、一番いいのは、それぞれ連携できているので然るべきところに行くというもの。もしくは療養のニーズに対して受け皿が大きかった場合、それはあまり待機をする必要が無いのでそこに行けるといふ、大きく分けるとそういう可能性が考えられると思われま。

(安田座長) はい、田中委員、どうぞ。

(田中委員) 幡多地域の委員さんは誰かおられますか。

幡多地域は療養病床の連携がうまくいってまして、介護療養も医療療養も受け入れがかなりスムーズにしているという感じでは。

(安田座長) ありがとうございます。

このことに関して、あるいは他のことでもかまいませんが、いかがでしょうか。よろしいですか。

中澤委員、どうぞ。

(中澤委員) 高知県医師会の地域医療ビジョン対策委員会でも出ました意見をとりあえず言わないといけないので言っておきますと、受け皿整備に関してはですね、厚生労働省が出した新しい類型施設、施設類型がありますけども、その自己負担額がまだ決まっていないので、医療法人がそれに転換するにしても、なかなか踏み込めないということがあると思いますから、その自己負担額、それから、持続的な経営が可能かどうか、そのあたりの見通し、そこをもう少し示していただきたいということと、それから、既存施設を利用できるかたちで平米数とかのそういった制限もクリアしながら今の既存施設を利用できるのであれば、多少受け皿の転換というのは進むと思いますけど、まだそのあたりが不透明なままではなかなか踏み込めないというのが現状だと思いますので、是非、最新情報をよろしくお願ひしたいと思ひます。

(事務局) はい、ありがとうございます。

ご指摘のとおり、まだ国のイメージが、先ほどの37ページの資料で、出来たというだけであって、これから具体的に法律とあわせての議論が行なわれていきますので、そちらについては情報提供をこちらも続けてまいりたいと思ひます。

(安田座長) その他、いかがでしょうか。

そしたら、事務局のほうの説明する資料が他にもございますので、事務局から説明に進めさせていただいて、また、途中でお気づきのことがあったらご発言ください。

では次のところの説明をお願いします。

(事務局) はい。引き続き32ページの論点の3番と4番のところについて、ご意見をいただきたいと思います。まず、3番の看取りについてということで、資料の27ページをお願いいたします。

特別集計5、入院理由の記載についてというページです。療養病床に入院した理由、目的について、自由記載欄を設けて事前の記載例で具体的に看取りというかたちでお示しはしたのですが、結果は左にある円グラフのとおり、赤い部分ですね。ごく一部にしか記載をいただけませんでした。原因としては、その右の吹き出しにありますように、①ただ記入しなかったというだけ。②看取りという話を患者、家族にされていないという可能性が大きく考えられます。

ただ、ここにもあるように、いずれにせよ、国の示す新たな類型というものについては、どの施設でも看取り、ターミナルケアといった役割、機能が求められていることを受けると、今後この看取りという問題について県内でどのように考えていったらよろしいかというところをご意見いただきたいと思います。

また、それに類似して、4番の住民の意識についてという32ページの論点についてなんですけれども、こちらは22ページを、すみません、あっち行ったりこっち行ったりで、ご覧ください。

22ページは医療区分1、介護療養病床、入院患者分析5というところなんです。医療療養の医療区分1と介護療養についてそれぞれ患者やその家族が望ましい考える環境と退院支援担当者のそれが示されておりますが、これらがずれてきていることについて、どういったことが考えられるのかということでご意見をいただきたいと思います。

看取りについて、住民の意識についてという以上2点、説明は以上です。

(安田座長) この説明は、事務局からの説明は短かったんですが、いかがでしょうか。どうぞ。

(吉川委員) 救急を受ける側としては、やはり看取りについて記載がないために医療センターにどうしても、もうこの人、いいんじゃないかというふうな方が送られて来る場合があると。その時に、そしたら、また帰るところがなくて入院期間が長くなってしまいうことを聞いています。

ですから、やっぱり看取りについては全員の方に意向を聞くとか、そういうことをやっていたかかないと医療はもたないんじゃないかという感じを持っていますけれども、どういうふうにやっていったらいいかはわかりませんし、ターミナルケアについても、そこに施設に入る前から、もう県民全体が、日本一の健康長寿県であるけれども、高齢化でもあるんですから、どういうふうな最期を迎えるかということについて議論を深めないで、どう

にもならない状態になっていると思います。やり方はどうしたらいいか、はっきりわかりません。

(事務局) ご意見ありがとうございます。まさにそのとおりだと思います。

先ほど救急のお話ありましたが、少し情報提供いたしますと、一般的にその救急に突然来られる高齢者、寝たきりの方というのは、普段そこにかかったことがないので、普段の状態がどのくらいなのかという違いがわからなく、救命センターのようなところから見ると、もう既に重症の姿である。結果、そういった意志がないと、看取りの意志がなかった場合はもう全てやるということになってしまいます。それが普段みている方であれば、それがどれくらいの重症具合なのかという判断を地元ですることができますし、普段そこに患者さんや家族がかかっているのです、この人が頑張ったから、もう看取りでいいんじゃないかというような話も比較的スムーズに受けられる。

それに対して、救急に来た患者さんに対して医療職が、この方ももう頑張ったですしと言っても、普段みていないので、そもそもあなたは誰だ、みたいなことに医療現場でなるというような記事は情報提供としてあります。以上です。

(安田座長) いかがでしょうか。その他。

堀委員、どうぞ。

(堀委員) さっきの看取りのことで言えば、実は、うちの夫の父親ですけれど、まさにこういう状態にあるわけですよ。

現在、皮膚疾患もすごくて、皮膚疾患では入院させてくれるところがないと。食べるのも今のところままならないというところで、掛かりつけ医としてかかっているところはあるんですけど、そこでも、まだ今の段階、どういうふうにしたらいいという具体的な話はまだないわけですよ。

今後、そういうことが起こり得るので、お医者さんの立場でちょっと言い難いかもしれないけど、もうそろそろですよ。その時に、やっぱり入院することもままならない状況がありますよね、高知県。それに対して、家庭で介護、看取りをするように覚悟してくださいみたいなことは、もう言っている時代じゃないかと思うんですよ。

そのところ、掛かりつけ医が基準になると思うんですよ。そこから言葉を発してもらえれば覚悟もできるし、その方向性も見えてくると思うんですよ。やはり、そのかかりつけ医との、患者の家族との連携がやはり密であるべきだと思います。

(安田座長) 中澤委員。

(中澤委員) 医師会のビジョン対策委員会でも、県民の気持ちとしては医療機関で最高の医療を受けたいというのは皆さん一緒だろうと。ですから、施設とか在宅では看取りも含めて、やはり医療の質が落ちてしまうんじゃないかということ、そういう懸念があって、

できることなら入院したいという県民の気持ちはあるだろうということですね。

ただ、そういった県民の意識をどうやって変えていくか。それから、医療の質とか介護の質を落として、それで納得していただけるようなかたちにしていかないといけないと思うんですけども、そこがなかなか難しいということで、対策委員会のほうにも出ました。

そういった役割分担をして、在宅なり施設で看取っていくのはこれからの流れだと思うんですけど、その県民の意識というのは、そこまでいってなくて、やはり入院してというようなニーズが高いのが現状であるということですね。その意識改革はかなり時間をかけてやらないといけないのかなという印象を持っております。

(安田座長) その他、いかがでしょうか、このことに関連してでも他のことでも結構ですが。

(寺田委員) 看取りの議論に特化して話しするとですね、今、中澤先生がおっしゃったように、質の問題というのが非常に問題になるわけですけど、昨今はですね、在宅療養支援診療所・病院等ですね、24時間対応で、いわゆる看取りもできるというような記載になっています。

しかも、いわゆる本当にターミナルになった場合は、どこで、例えば家族、本人も含めてどこで看取るかというのは一定のご意見を聞いて、例えばいざとなったら病院に入院させてくれとか、自宅でもかまわないんだとかですね、そういう1つのコンセンサスを得た中で看取りの場所を決めるという、そういうスタイルをつくりあげていかないといけないと思います。往診している先生の中にはですね、意外とちゃんとできるよという人もおります。

一方で、そのことがちゃんとしていないと、ちょっと急変した場合に、それこそ医療センターにほとんどもう心肺停止の状態運び込まれちゃって、そうすると、検死の状態になるというようなことになりますので、これは医師会でも問題になっていまして、急性期病院に運ばれた患者さんを検死になるというのはちょっと問題なので、いわゆる在宅で、少なくとも何日間の間でしたら、これは医療法でも別にかまわない、いわゆる死亡診断書でかまわないとなっていますので、そういうことも含めて、やはり、啓発とかたちの、県民の方にそういうふうなかたちで今後は自分の看取りの仕方を何らかのかたちでそういうことをアピールしていく必要があるんだろうと思います。これは本当に全国的にはそういう流れになっています。

それと、もう1つは、在宅で、ほとんどターミナルになっているのに、いわゆるスパゲティ症候群みたいな点滴だらけにするということは、まずあり得ないですね。ほとんど、そういうことをしないほうがいいだろうと、そういう、学会でそういうことをやっている先生方はそういうことをおっしゃいます。

ですので、少なくともターミナルになっている場合は、先ほど、どなたかおっしゃったように、一定の理解を家族との間でできておれば、それはできると思うんですね。看取りは、少なくともどこでもできるだろうと、今のシステムでは、なっています。点数化も

されていますし、往診の場合も一定の、癌なんかの末期でも包括点数でちゃんととれるようになっていきますし、どこでもできるようになっているんですね。ですので、有床診療所なんかもできると思います。

そういうことも含めて、啓発がまず大事だろうと、看取りに関してはですね。そういうふうに思います。以上です。

(安田座長) どうぞ。

福田委員ですね。

(福田委員) 私、看取りは文化だと思っているんですね。ですから、本人あるいは家族が看取りを望むようでないとならば、看取りって実際には出来ないんです。そこに医者が、例えば介入すると、あなた、もう看取りですねって決めてしまうと、それで誘導されて同じ状態の人でも看取りになる人と、それから病院に行く人とができていくので、すごく怖いことだと思います。

今も皆さん、一般的に75歳がきたら自分で後期高齢者だから終活を考えようというようなブームができてきているんじゃないかと思うので、それを利用してと言ったらあれですけど、一般の元気な人に対して看取りというのがあるとか、それを考えようというような風潮を作っていくことが大事じゃないかと思っております。以上です。

(安田座長) はい、田中委員、どうぞ。

(田中委員) 看取りは本当に大事なことで、看取られて亡くなるというのは非常に幸せなことなんですよね。誰が看取るのか。本人が元気なうちに、私は看取りをしてほしい、何もしないでほしいというのであれば、それはそれでいいわけですけども、先ほど福田先生、文化と言われましたけど、高知県にその文化がなかなかないわけですよ、はっきり言うと。こんなこと言うと怒られますけども。

どうしても、その看取りの、そういう法則みたいなものをここからここまでになったらもう看取りですよというふうに決めていけば、それは簡単なんですけど、そういうものはなかなか人間の感情として出て来ないんですよ。

私は看取りでいいけれども、娘は看取りじゃ嫌だと、最期までやってくれと。あるいは看取りに近い状態になって、家族の方達、側についている方達が看取りでいいですよと言っても、県外から駆けつけて来た娘さんや息子さんが看取りはだめですよ、最期までやってくださいと言う方がたくさんおられます。そういう方達は看取られて亡くなるので、幸せと言えは幸せなんですけども、看取る方がいない、家族が誰もいない、老々介護あるいは孤独老人、そういう方達がいっぱいいるんですよ。

私の病院は、介護療養病床と医療療養病床半々ずつあるんですけども、まず60%が誰もいない、身内がいない。あとの少しの方達は身内がいても県外、そして家がないわけです。家はあっても荒れ果てている。ここで看取ってもらおうと言っても、それはとても

じゃないけど看取られるわけではない。

急性期の病院から我々のところに紹介されて入院される方も、この方は何もしないでいいですよということで来られる方がたくさんいるわけです。何もしないのであれば病院に来ることないですよ。お家でみればいいわけですけど、お家でみることができないから我々のような病院へ来られるわけですね。

我々の病院に来て看取るだけでは病院が赤字になってしまいますので、何かをしなきゃならない。それと、医者の方まで教えられてきたことで、そのまま看取ってしまうというのはなかなかしのびないことでもありますし、いわば餓死させてしまうわけですけども、それを見るにしのびない、そういう方ばかりがたくさんおられたら、とてもじゃないけどモチベーション下がりますし、中にいる職員達もやっつけられない。こういうところじゃ嫌だと、もっとちゃんとした医療のやれるところへ行こうということで辞めていくわけですね。

ですから、そこの療養病床の中にいる患者さん達をどのようにして看取っていくのかというのが非常に今、大きな問題だと思いますし、その方達をどういうところで支えていくのか。在宅で看取ってよい方達はたくさんみえると思うんですけど、それをどこへ送って看取っていただけるのかというのが非常に大きな問題だと思っています。

(安田座長) ご意見、ありがとうございます。

看取りについて色々ご意見をいただいておりますが、その他いかがでしょうか。

私のほうから質問というか。資料の中身の確認ですが、看取りに関して説明資料としてお使いになった、事務局がお使いになった、この27ページのことをもう少し詳しく確認したいんですが。

まず、この5044というのは、これは、どういう人が5044なのか。27ページの5044というのは。

(事務局) ご質問、ありがとうございます。

5044というのは、そのアンケートの中で抽出をした数です。全数まではチェックが及ばなかったんですけども、6011枚全部のうち5044枚は記載の有無のチェックが入ったということです。

そのうち、記載の理由があったものが緑の枠の部分と赤い部分。何も書かれていなかったところが青い部分というふうになっておりまして、緑の部分には看取りやターミナルという理由ではなく、例えば家族が近くにいるのでとか、医療が必要なのだというような理由が記載されておりました。以上です。

(安田座長) 調査日に入院、療養病床に入院しておられる患者さんひとりひとりについて調査票が確かあったんですね。それが6000何人くらいの調査票があったうち、ピックアップしたのが5044だったということですよ。

その調査票に、看取りとか入院理由について、幾つか選択肢があって選ぶようにな

っていましたかね、これ。調査票を手元に持ってないんです。

(事務局) はい。こちらについては前回ワーキングでも、確か中澤委員からご意見あったと思うんですけども、選択肢にしてはどうかというところで、総務省への届出が済んでしまった後でしたので内容を変えることができず、その1つの解決策として、医療機関に記載例というものをお配りするんですけども、その記載例の1つ目として看取りという文言を書かせていただいたということです。

なので、全然このデータが正確なものとは事務局も考えておりませんが、いずれにせよ、これが100%を今後求められてくるのではないかとということでデータだけお示ししました。

(安田座長) そういう過程を経て出て来た数字だということですね。

看取りのことに、その他いかがでしょうか。

その37ページでしたかね、論点整理、32ですか。32ページ4番の住民の意識についてという項目だてをしている、患者家族と退院支援担当者との間の認識のズレについて、まだご発言をなさった方がいらっしゃらないんですが、この患者家族と退院支援担当者との間の認識のズレ、事務局資料でいったら何ページですかね。

22ページですかね。22ページの結果をもとに何かご意見等いただけるといいんですが、どなたかいかがでしょうか。退院支援担当者と、ご本人と家族の意識のズレが医療療養の医療区分1、介護療養であって、介護療養では、その特養のズレが結構大きいというのは、本人や家族は特養を希望してないけど、退院支援担当者は特養が相応しいと考えていることが多いということですよ。

(事務局) はい、そうです。

青いバーのところ、本人、家族は113人の方が特養だろうと。ただ、退院支援担当者から見ると245名くらいいるのではないかとということで、倍近くのズレがあったということです。

(安田座長) 田中委員、どうぞ。

(田中委員) 医療療養の区分1の方達に対しては、退院支援担当者は、どこか一生懸命探すわけですよ。介護療養病床へ、あるいは介護老人保健施設へ行ってくださいとか言うんですけど、本人、家族はやはり、医療療養病床がいいですよということで医療療養病床にいるという、そういったズレですよ。本人と家族の方達は医療療養病床にいたい。退院支援担当者は、もうあなたは他がいいんじゃないですかというかたちで言うので、その医療療養にいる、医療区分1ですので、どこかに行ってもらいたいという希望のあらわれが出ているんじゃないかという気がします。

介護療養病床にいる方達は、ほとんどそんなにズレはないと思うんですけど、特養でい

いですよと言う人も結構介護療養病床の中におられるので、退院支援担当者は、そちらに行っただけならば、どうですかと言うんですけれども、やはり本人、家族達は介護療養病床へいくという希望があると解釈したんですけれど、いかがでしょうか。

(安田座長) どうぞ、吉川委員。

(吉川委員) そしたら、介護療養で、担当者は、もっこの人達はいけるだろうと考えたというのは、それは本人の状態ももちろんですけれども、結局、それだけのお金があるとかそういうことも見てということなんですかね、これは。

(田中委員) やはり介護度が低くなっていると。介護療養病床で入院された時には4、5だったんですけど、介護療養病床でしっかり色んなことをやって、リハもやって、介護度が1とか2とかになってきたと。そうしますと、やはり診療報酬が下がりますので、あなた特養へ行かれたらどうですかというかたちですすめるんだと思うんですけどね。もう大丈夫ですよと、介護療養病床にいらなくても。

(吉川委員) その人の経済的な基盤というのは全然考えてない。

(田中委員) それも基盤は考えられるとは思うんですけど、介護療養病床のほうが安いのですから。他の介護へ行きますとやはり自己負担が上がってきますので。

(吉川委員) 特養は上がるんじゃないですか。

(田中委員) 特養は上がりますよね。

(吉川委員) それも考えて、出すようにされているんですか。

(田中委員) 介護療養病床の中にこういう方がおられればですね、介護療養病床の診療報酬は下がりますから、介護報酬が下がりますから、それよりもっと重い方を入れたいから、どうぞあちらに行かれてはいかがですかというふうにすすめるんだと思うんですけど。

(吉川委員) 介護療養病床の経営の基盤から見たかたちであって、この人達が行けるかどうか、病状だけを考えたものだという事ですね。

(田中委員) そうですね。介護療養病床に介護度1、2の方がおりますと介護療養病床は赤字になるような仕組みになっていますので。

(吉川委員) もう1つですけど、実際にですね、本人、家族も特養に行きたいという人が

113人いらっしゃるわけですが、それは空きが無いから行けないというわけですかね。

(田中委員) そういうことでしょうか。

(吉川委員) それから、上のほうですけど、上のほうも、今、田中先生が言われましたけれども、退院支援担当者が医療療養のほうがこういうように考えたけれども、色々行けるだろうと思っているけれど、実際に本人、家族もそういうふうを考えているけれども、実際にはそこに行けていないという理由というのはどこにあるのでしょうか。それは次に行く施設が十分受け皿が無いということなんですかね。

(福田委員) いいですか。

(安田座長) はい。

(福田委員) 特養をちょっとやっているのですが、意見を言いますが、特養の場合の介護度って、4か5なんですね。1とか2とかいう話がありますが、そういう人は特養には入っていません。

それで、特養は、例えば生活が難しくても医療は大丈夫、医療もありますけど、生活ができない介護度の高い人を特養に入れたらいいんじゃないかという意見だと思います。お金がどうこうとかは、あんまり関係ないのではと私は思いましたけど。

(吉川委員) 入れたらいいんじゃないかと言うけど、実際に入れられるかどうかというのは、そのへんも経済的な理由は当然あるわけですよね。入れそうだという客観的に患者さんの病状だけ見てそう言っているわけですね。

(福田委員) 介護の中では特養が一番安いんですよね。

(吉川委員) 一番安いんですかね。

(福田委員) はい。

(吉川委員) 介護の中では安いけども、介護療養病床に入院しているよりはずっと高くなるんでしょう？そういうことはないんですか。僕よく知らないです、そのへんは。

(安田座長) 老人保健施設協議会の豊島委員のほうからご発言いただきたい。どうぞ。

(豊島委員) 少しお話をさせていただきますが、特別養護老人ホームの入所基準というの

がございましてね、介護度3以上でないとう受付はしてはならないという国の通知がござい
ます。そして、昨年、26年の10月現在の入所待機者の実態は、3319人の方が待機
をしております。そして、そのうち一番多いのは在宅の方で806人。そして、2番目が
老人保健施設の686人。3番目が病院、医療入院618人となっております。そして、
618人のうち、介護度2、介護度1の方がほぼ70人おりますから、それを引きますと
大体540人ぐらいですね。

今、当日資料の1、お配りをいただいておりますが、この当日資料の1の退院支援担当
者が、という欄がございましてね。そこの介護老人福祉施設の539人、ほぼ同じ数字でご
ざいます。そして、左側の患者家族が290人、多分、先ほど言いました618人の中
には入っておると思います。

それから、今現在、高知県は3940人ぐらいの特別養護老人ホームの定員ですが、そ
れに対して3300人の方がお待ちです。僕の施設は大野見荘といいまして山の中にござ
います。50人の定員です。そこの50人のうち平均的に年間10人前後が入れ替わりま
す。それに対しまして、今現在で申込者の数が120人おります。10年待たないと、端
的に言いましたら順番が来ない。そういう状況ですね。

それから、平均年齢は88歳を超えています。平均介護度は4.8です。新しく入っ
ていただく人達の優先順位付けをいたしますけれども、基本的には5の方から順次入っ
ていただくように検討はしております。それだけやっぱり家庭では困っておるはずなんですね。

ただ、今、1つ問題として考えておりますことは、認知症の方ですね。介護度はそれほ
ど、5とかとって上がることは少ないです。その人達はじゃあ、どうするのというのが、
今の全国的な老人福祉施設の大きな課題ということになっております。

(安田座長) 事務局、ありましたら。

(事務局) はい、事務局です。

先ほどから少し費用の論点になっておりましたので、34ページ、資料のほうをご覧
ください。

34ページは国の参考資料となっております。第7回療養病床の在り方等に関する検討
会について2という資料で、療養病床等の現状と書かれております。こちら左から、一般
病床、医療療養病床、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設と、今、
色々お話出ている施設が出ていますが、一番下に平均的なひと月の1人あたりの費用の推
計というのが書かれています。

1番左の医療療養では20対1の入院基本料1が約59.6万円、基本料2が45.8
万円。介護療養になると、それが35.8万円。隣の介護老人保健施設になると27.2
万円。介護老人福祉施設になると25.5万円と、全体の費用というものは右に下がるん
ですけれども、実際、個人の負担となると、医療のほうが低所得者に対する補助が手厚く
なりますし、その介護老人福祉施設、特養と呼ばれるところも昔は4人部屋が多かったん
ですけれども、生活の場ですのでユニット化、個室にしようということで、その料金が右

肩上がりになっておりまして、実際には国民年金の5万円、6万円というところを超えて来て10万円前後というところが相場になってきています。以上です。

(安田座長) 吉川委員、どうぞ。

(吉川委員) 今のお話だと、全体3000ぐらいの収容に、特養が増えたら問題解決するのかというと、費用の問題で解決しないことが起こるということですかね。

(豊島委員) 介護度に応じまして、それから、収入に応じまして個人の負担は異なります。そして、この4月からの介護報酬の改定で、その人の財産の状況、預金の状況等々を勘案しまして、従前1割の負担であったものが2割をいただくようなことも起こり得ております。

そして、今現在、介護度5ぐらいの人でしたら、大体月額32万程度必要です。全体の費用ですね。そのうち個人負担が、多い人は7万、8万は当然必要になってまいります。

介護度の低い人は当然、若干金額は安くなりますけれども、低い人はほとんどおりません。皆、先ほど言いましたように平均介護度4. いくつですから高いということですね。

(安田座長) ありがとうございます。

その他、いかがでしょうか。

(寺田委員) 今、特養の話が出ていますので。

この34ページ見ると、当然特養が一番、入居費用が安くなります。だけど、介護度によって上がっていくんですけど。したがって、入居される方は希望はどうしても特養に入りたいと、費用が安くなるからですね。だから、そういうモチベーションにはどうしてもなっています。ですが、医療が必要な方は赤括弧の中にどうしても入ってもらわなくちゃいけないということは1つ言えると。

もう1つは、高知県は、特養が全体からすると少なめになっていますので足りないという先ほどの話がありました。だけど、全体で3000何人が待機になっていますけど、実際には、医療とか介護に入っていて特養に入りたい。もう既にどこかに入っているという人も結構あると思います。特養に行きたいんだけど、もう既にどこかに入っている人も数に入っています。つまり、在宅の人は明らかに特養に入りたい、どこにも入っていない人です。何名か言われましたが、その方がいわゆる本当の待機者だと思います、僕は。

だから、そういう考えでいかないと、3000何人も待っているんだという考え方は、ちょっと問題だと思っています。そのへんも鑑みて、要するに特養を増やすなら増やすというような、そういう施策も必要だと思います。

(安田座長) ありがとうございます。

この32ページの論点整理、全体を通して、ご発言いかがでしょうか。

はい、吉川委員どうぞ。

(吉川委員) 療養の、2つの診療報酬がありますよね、1と2と。あれで、2だと50%、重症な人じゃないとだめだという、それは大体の医療機関は満たすことになるんですかね、療養機関は。

(事務局) はい、ご質問ありがとうございます。

情報提供といたしましては、本県では20対1、基本料1をとっている割合が68%、現在ですね。25対1、基本料2を算定しているところが32%です。現在の診療報酬制度では20対1は区分3、2の割合が8割と言われておりまして、1は特に設定されておりませんが、25対1のほうは設定されておりませんが、次の4月からの診療報酬改定で、その25対1というところについても、ある程度区分2、3の割合を求めるということで、それが50%になっております。なので、現状でどうかというところは、まだ正直データがとれておりません。

(吉川委員) では、現状でどうか、とれてなかったら、療養病床はどういうふうに、自分達で考えないといけないと思うんですけど、この報酬の改定が出て考えられているんですかね。

(田中委員) 考えざるを得なくなる。

(吉川委員) ですよ。それで、動かざるを得なくなるわけじゃないかと思うんですけど。

(事務局) はい。

吉川委員、ご指摘のとおり、国の制度はこれから議論して新たな類型を考えてはいくんですけれども、高知県ですね、今回の調査結果の、まずページ2をご覧ください。

平成18年度調査との比較2というところで、入院患者の医療区分についてという、これ全体の数です。左上の図を見ていただきますと、青が区分1、赤が区分2、緑が区分3となっております。下の平成18年度調査と比べると、区分2、3の割合は特に区分3を中心に増えております。

ところが、これを11ページのほうに移っていただくと、11ページは全国調査との比較1、医療区分とADL区分についてというところなんです。全国と比較しますと上のグラフを見ていただくと、それでも全国と比べて医療区分1、左の青い部分の割合が高くなっています。

ということは、入院患者さんの区分2、3の割合を今後求められることになると、国の新たな類型を待たずして区分1の方の受け皿というものが、経営者側にとっても大きな課題になってくるのではないかと考えられます。以上です。

(安田座長) ありがとうございます。その他いかがでしょうか。

まだ国の今後の方針が、細かいことが出て来ておりませんので、そういうものが出て来ると具体的な動きを議論しやすくなるかと思いますが。

そうしましたら、時間が経っておりますので、この議題については一旦このあたりで審議を終えましてですね、次の議題の2のほうになります。資料2を使つての説明になりますが、日本一の健康長寿県構想推進協議会で聴取した意見について事務局のほうから説明をお願いします。

(事務局) 資料の2に移らせていただきます。

1枚めくっていただいて、1枚目、住民や現場からの意見について①というところです。上の図は、今この場でご議論いただいている地域医療構想を策定する本県の体制です。左の下が、目的と書かせていただいておりますが、本県において地域医療構想の策定は構想区域ごとではなく単一の体制となっているため、既存の場等を活用し住民や現場の意見を広く聴取し構想策定を進めていくと、当初、そうさせていただきました。

実際に色々な場で説明、聴取等を行なったんですが、今回右側の、聴取方法、場所ということで、日本一の健康長寿県構想協議会それぞれの福祉保健所で行なわれたもの、また、これから行なわれるもの、そういったところからの意見聴取の内容を次のページに記載しております。議事録等を活用するとかなりの分量になるため、ある程度の部分でまとめさせていただきました。

大きく分けて1、2、3、1番の非日常医療というのは救急であったり手術であったり、そういった大きな医療です。2番の日常医療というところは普段の掛かりつけのようなレベルの問題です。そして3番、地域、住まい、住民について。この協議会は現場の福祉の方や住民の方、色々な方々来られますので、医療の話だけではなく、そういった地域としての話も話題に出て来ました。

1番の非日常医療については、どこにかかったらよいかわからない不安から大病院へかかりたくなってしまうというようなものであったり、救急隊を呼んだら救急隊の判断に任せざるを得ないという点。また、医療機関の機能分化に対するご理解の足りないところから、急性期病院で手術、治療が終わった後すぐ出されることに対する不満なんかも声としてはあげられました。

続いて、2番の日常医療について出た意見ですが、住民と地元医療機関との信頼関係が弱いというようなご意見。例えば患者、住民との関係づくりや信頼づくりが大事だろうというご意見をいただきました。続いて、地元医療機関同士の連携が弱いのではないかと。3つ目は、地元の在宅資源というものがお互いに認識把握されていないのではないかと。例えば高知市内の医療機関のソーシャルワーカーさんという方が、郡部の地域で何ができるのかという資源の把握ができていないために、自分達のところでもできることを高知市内でやられてしまっている、そういったご意見をいただきました。

続いて、広く対応できる医師が少ないということで、例えばアルコールに酔った状態、もしくは手首を少し切ったものでも郡部のほうから中央まで行かなければいけないという

声、こちらは、数は多かったです。

また、続いて、休日夜間でも安心できる体制が不足していることから、そもそも在宅というものが心配で進められないのではないかというご意見。

続いて、信頼できる掛かりつけ医がいれば、救急時もまず受診して任せることができるが、それが少ないというところで、例えば子どもの救急で掛かりつけ医がしっかり対応してくれたことがありがたかった、信頼が大切だろうというような具体的なお意見もあります。

そして最後に、居宅を支える支援。病院や診療所、訪問看護ステーションや薬局等が地域に不足していると。結局、在宅の受け皿がないと、中央、高知市内からの転院も受けることができないとかですね、往診してくれる先生がいないので訪問診療もできないというような声もありました。

3つ目、地域・住まい・住民についてという点では、まちとしての機能がなくなっている地域へのサービス提供の限界ですね。うちの地域にはあれが無いんです、これが無いんですという意見に対して、他の委員から、そこはもう地域として、なかなかサービスが難しいんじゃないかという厳しい意見がございました。

続いて、自宅が中心部から離れ過ぎており生活できない。買物や通院などに関する虚弱高齢者の問題をどうするんだというようなご意見。住居の建築物としての問題で居宅が困難だと、帰りたいと本人は言っているけど、冷暖房のない隙間風の山の家で心不全の患者さんを帰せるかという話ですね。

また続いて、本人、家族の金銭的理由で居宅困難だと。先ほども少しお金の話、ありましたけれども、お金がないので、なかなか家でできないとかですね、ホームのようなお金のかかる所には行けない。けれども、1人ではなかなか難しいというようなお話もありました。

そして、次に家族介護力がないので居宅困難だというような部分。例えば郡部の父親が肺炎で幡多けんみんへ入院し、その後地元に戻ったけれども、今後将来的なことを考えた時に、自分は遠くにいるし1人で、じゃあ、どこかに行くところがあるかということと地域に老人ホームもないというような不安の声。

そして、最後に、入院が当たり前だと考えている住民の理解不足というような声、そういったものがあげられました。

こちらが情報提供です。以上です。

(安田座長) この資料について何かご意見、ご質問等ございましたら。ご発言いただければよろしいんですが。

主にこういう意見があったという紹介なんですけれど、既に皆様からご発言いただいた内容とかぶっているようなことが地域でも聞かれたという内容に入っているということですが、よろしいでしょうか、この議題については。

では、この議題はこれぐらいで終えまして、次のですね、資料3を使った議題になりますが、地域医療構想案の骨子について事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局) はい、続いて資料3にまいります。

地域医療構想策定にあたっては、先ほどの資料2のような声もふまえたうえで、またご検討いただければと思います。

1枚、資料をめくっていただいて1ページ目をお願いします。

地域医療構想策定スケジュール案というもので、昨年の6月から来年度の9月までのスケジュール案を書かせていただいております。来年度の前半中には策定予定として、このようなスケジュールになっております。こちら少し記載が抜けておりますが、真ん中の細かい欄、横の欄で、医師会委員会というところがあります。こちらの議論する前に、医師会の委員会のほうで病院団体や郡市医師会も交えた意見交換、意見聴取というものをその都度行なっております、ワーキングの前であったり、ワーキングとワーキングの合間であったり、そういったところで行なっております。こちら、記載が抜かっておりました。

続いて、次のページをお願いします。

地域医療構想の概要について(案)と書いておまして、構想の全体構成についての案です。こちらは、地域医療構想策定ガイドラインや他県の状況等も参考にしながら、このように現時点で考えておまして、この資料3では、この中の赤字になった部分についてご意見をいただければと思っております。

次のページ3をお願いします。

基本理念、ビジョンと基本指針①(案)ということで、こちら、理念とビジョンをこのように県民の誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるためにと、ということ、ビジョン、県民とともに医療環境を守り育てるというところを書いております。そして、基本指針については大きく3つに分かれております。こちら、重要な部分ですので読ませていただきます。

基本指針1 医療をまちづくりと基本と認識し持続可能な日常医療を各地域でつくりあげる。①地域では住民、医療提供者、保険者の3者が中心となり、行政(首長含む)が連携してそれを支え、保健所がそれを調整する。②住民は、医療を受ける者としての努力義務を果たす。③医療提供者は、プロフェッショナルとして質の高い医療が最大限効率的に提供されるよう努める。④医療機関経営者は、プロフェッショナルとして質の高い医療経営を行なうよう努める。⑤保険者は、加入者ができるだけ長く健康でいられ、医療が必要になっても質の高い医療を安く効率的に受けられるよう、健康投資や医療に必要なデータを提供するよう努める。⑥地域では日常医療について、住民を中心に包括的に対応できる体制をつくる。⑦日常医療と連携し高知型福祉や予防の質についても効率を上げることで、県民人生の質を高める。

2番 非日常医療は、二次、三次医療圏の体制をもって広域でこれを効率的に支える。①県は医療計画の5疾病5事業を基本とし、関係者の調整をはかり、体制を整備し評価する。②広域を担う医療提供者は行政と共に社会的役割を果たし、地域最適化(機能分化・連携)を図る。③保険者は上記2-①、②について、その質と効率性について評価のために必要なデータを提供する。

3番 地域医療構想は社会の変化に合わせて改定される、としております。

続いて次のページをお願いします。

先ほどの基本指針の中で出て来た日常医療や非日常医療というものについて、少しイメージをしていただきたいと思います。4ページは、住民の生活の中の医療という考え方について、左の図はイギリスの、右の図は日本でそれぞれ行なわれた研究です。人口1000人が1ヶ月の間にどの程度医療を必要とするのかというものでして、左の図では1000人のうち入院となった人が9人。右の図では1000人のうち一般病院に入院したのが7人、大学病院に入院したのが0.3人というふうになっております。つまり、医療というものが病院のみで考えればいいというものではないということを示しております。

次のページをお願いします。

ケアサイクルという考え方について。ケアサイクルというのは、色の付いた矢印、〈あるべき姿〉とありますけれども、左の予防から健診、診断、治療、慢性期管理、介護、終末期と一連の流れで考えるというような考え方です。下の黒囲みにありますように「・」1つめ、地域住民にとってまず必要な（重要度の高い）ものは、入院に至るまでの医療であると考えられます。

「・」2つ目、入院医療についても比較的高度な医療が必要とされる需要というものは全体の中で少ないことから、地域の医療機関の能力に応じた部分までの入院医療をそれぞれの地域である程度完結させる必要がある。

3つ目。多くの疾患（生活習慣病等）が生活背景なしには対応困難であることを考えると、日常医療には保健・予防・介護・福祉等との連携及び慢性期疾患管理についての役割も求められる（ケアサイクル全体の質の向上）。

これらをふまえて、赤字になりますが、日常医療というものを1.5次医療（外来診療からちょっとした入院までの機能、トリアージ機能及び退院調整機能等）と定義し、地域での保健・予防・介護・福祉との協働を含む役割というものを求めてはどうかということになっております。

次のページをお願いします。

6ページは構想の位置付けということで現在策定していただいております地域医療構想の位置付けです。まず、緑と赤の歯車で保険制度、医療提供体制という部分、左はお金の部分、右はサービスの部分となっております。

その中で、下の四角にあります医療法というものによって定められた都道府県ごとの医療計画。そして、その医療計画の一部として地域医療構想というものが今回位置付けられております。

次のページをお願いします。

「日常医療の基本地域」について①（案）と書いてあります。ここでは、日常医療というものを考えるうえで、今の4つで考えられている構想区域よりも少し狭い地域単位で考えてはどうかというものを示しております。

左上のカラフルな図は、高知県産業振興計画の地域ブロックですが、現在の保健所単位で行なわれている会議等もこれと同じ地域で行なわれていることから、下の黒囲みの赤字

の部分にもありますように、日常の医療提供体制、1. 5次の医療提供体制というものについては、この地域を基本として考えてはどうか。非日常の医療提供体制についても含めて、次のページのような考え方を基本としてはどうかということで、次のページをお願いします。

8ページは、「日常医療の基本地域」について②（案）というものです。上の表では、左側縦軸に上から三次医療、二次医療、一次医療、地域包括ケアとし、横軸で右から、安芸、物部川、嶺北、高知市、仁淀川、高幡、幡多と基本地域を記載し、その下にはそれぞれ管轄する保健所と構想区域を示しております。

この図の真ん中の横の点線について、ここが先ほど説明しました日常の1. 5次医療のラインと考えられ、右の緑の枠に書かれているように、かかりつけ医機能、保健福祉介護との連携、ちょっとした入院の対応、トリアージ機能、これはその場でみれるかどうかを判断し、みれない場合は大病院に送ると、紹介するというような機能です。

そして、最後に回復期機能ということでリハビリや在宅調整のような機能を示しております。

そして、下の黒囲みの赤字の部分にありますように、1つ目、基本地域での第1段階目標は基本地域において、日常1. 5次医療確保提供することとし、第2段階目標として、それよりも広域で二次医療を提供することとし、その指標として保険者の持つレセプトデータにもとづく患者動態等を活用して評価してはどうかというもの。

2つ目は、次のページにもありますが、DPCという急性期の医療のデータから抽出された医療機関の広域で役割を担うような病院の目標というものは、広域での非日常医療を確保提供することとし、その指標として重症疾患ごとの症例数や成績等を活用してはどうかというものです。

次のページをお願いします。

9ページは非日常医療の現状について①。こちらは、先ほどまでの日常医療と違う非日常医療について県内の現状分析というものをお示ししております。左が平成24年、右が25年のデータになります。左の24年のデータを見ていただいて、まず横軸、下に矢印ありますが、症例数、年間の入院患者数を示しております。縦軸、左に救急比率と書いてありますが、そのうちどれくらいの割合が救急患者であったかという比率を示しています。

このグラフでは右に行けば行くほど規模の大きい、患者さんの数の多い病院となり、上に行けば行くほど、救急病院としての機能が高くなることを示しています。左の平成24年の表の文字の書いてあるところを上から見ますと、四角囲みにあるように、大規模救急病院としては現在、近森、高知赤十字が。そして真ん中、中規模急性期病院としては、国立高知、幡多けんみん、あき総合が。あき総合については、このデータの対象外で現在準備中となっておりますが、症例数等を考えるとイメージとしてはこのあたりに位置するのではないかと考えられます。

そして次に、大規模急性期病院（終日）昼間と夜間ということです。としては、高知医療センターが。大規模急性期病院（日中）としては、高知大学医学部附属病院が、それぞれ現状としてこういった役割を担っていることがわかり、これは右側の平成25年のデー

タでも大きな変化というものではありませんでした。

次の10ページ、11ページ目については、その元データとなっておりますので、参考資料ということでその次、12ページへ移ります。

12ページは、将来の医療需要の推計①（案）構想区域間の必要病床数移動についてとところです。こちら、上から読ませていただきます。色付きの枠内です。

地域医療構想策定ガイドラインより、構想区域の設定にあたっては、病床の機能区分との関係について、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域内で完結することを求めるものではない。なお、高度急性期から引き続き連続して急性期の状態となった患者で同一機能の病床に引き続いて入院することはやむを得ない。一方、急性期、回復期及び慢性期の医療機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい、とされております。

それを受けまして、真ん中の四角囲み矢印1つ目、高度急性期については、現状として中央に機能が集中していることから、中央の必要病床数としつつ、実際には全県的な調整会議で今後議論することとしてはどうか（中央以外で高度急性期を名乗ってはいけないということではない。）

2つ目の矢印。回復期と慢性期については、地域の日常と密接に関わる機能区分であるため、患者住所地ベースの医療需要に区域内で対応するものとし、よって、必要病床数も患者住所地ベースで設定することとしてはどうか。

矢印の3つ目。急性期については、安芸および高幡から中央への患者流出が一定以上ある現状をふまえて、病床機能報告の安芸および高幡での急性期と回復期を併せた病床数のそれだけでは不足する2025年の必要病床数と比べて地元でまかないきれない部分、それを中央の必要病床数としてはどうかということで、その案の計算式として下の表が書かれております。

下の表では、黒枠が先ほどのような調整を行なった場合の数、その右側が患者住所地から出された数になります。1番上の高度急性期の部分につきましては、現状、幡多けんみん病院のICU6床以外を実際に中央のほうへ調整しています。

その1つ下の段の急性期については、先ほども3つ目の矢印で説明させていただきましたように、高幡と安芸では2025年必要病床数に現状として足りない部分、これを現状も中央へ患者さんが入院で転入していることも含めると、それぞれ中央へ移してもよいのではないかと。そして、回復期と慢性期について、これらはそれぞれの区域内で完結されるものとして区域間での移動は行なっておりません。

次のページをお願いします。

13ページは、将来の医療需要の推計②（案）というものです。少し複雑な表になりますが、国から提供された推計ツールを用いて計算された数字と病床機能報告内容が示されており、まず、右の黒枠内をご覧ください。3つの列のうち一番左の縦の列が患者住所地別の2025年度の必要病床数。真ん中が昨年度の病床機能報告の結果。そして右が、その差を示しております。慢性期については特例のため、2050年と30年にそれぞれ必要病床数があるため、2030年の必要病床数の推計値を括弧内に示しております。

次のページをお願いします。

14 ページ、日常医療の基本地域ごとの医療需要の推計（案）ということで、こちらは参考ですが、その推計ツールを用いて、仮に日常医療の基本地域ごとに推計をしたらという数字を示しております。参考資料ですので次へ移ります。

15 ページをお願いします。

15 ページは慢性期の必要病床数および在宅医療等の医療需要の推計について①（案）となっております。先ほどご議論いただいた慢性期については、左側のグラフのように2014年度の病床機能報告と比較しますと、必要病床数というものが赤字でその差を示しております。右側では、こちらは在宅医療等の需要推計をしております。色の付いたグラフ、下の青い部分が訪問診療分。こちら、実際に訪問診療された実績をもとに数を出されています。真ん中の赤については現状の介護老人保健施設のベッド数、そして緑の一番上の部分がその他となっております。

2025年には、その老健の赤い部分のベッド数が変わらないと仮定した場合、人口構成の変化によって、右のように青と緑の部分がそれぞれ増加しており、その増加が右側の黒枠3226.6となります。

その下にある赤囲み、赤字の2629という数字は、左で示した慢性期の現状と2025年推計値との差を比較しており、グラフの上に黒囲み赤字でありますように、このグラフの意味するところは、1日あたり3227人の在宅医療等の患者が増加をするというデータとなっております。

次のページをお願いします。

最後、16 ページは慢性期の必要病床数および在宅医療等の医療需要の推計について②（案）というものです。先ほどの全県的なものを各区域毎に同じように推計をすると、それぞれグラフの右側にある黒囲みのような在宅医療等患者の増加分が見込まれております。

そして、ここで当日追加資料の2番、1枚の紙、こちらをご覧ください。

右肩に当日資料2と書かれたほうをご覧ください。＜病床機能報告制度＞高知県における機能別病床数の速報値（平成27年度）についてというものです。こちらは「○」にありますように、以下の集計は概ね平成27年12月2日までに報告があり、12月18日時点でデータクリーニングが終了している医療機関におけるデータを集計した速報値です。

下の表をご覧ください。

病院、有床診療所ありまして、まず報告対象施設数、左の数120と74、こちらが今回の対象の施設数です。そのうち既に一旦提出いただいた数が真ん中にありまして115と61、それぞれ提出率は95.7%、82.4%となっております。

そのうち12月18日時点でデータの整理が終わった部分はその赤囲み、今回の公表値になりますが、病院は105施設、全体の87.5%、有床診療所は49施設、全体の66.2%。これらの医療機関の許可病床数というものを足しますと、その下の14176床。そして実際に稼働している病床数、これは13756床ということで97%が稼働病床数となっております。

ちなみに、高知県内での全許可病床数については上の「・」2つ目、3行目の括弧内に

あります。なお、平成27年12月31日時点の県内における許可病床（一般療養）の総数は16076ということで、今回のデータは全体16076のうち14176床が対象となっております。

次のページをお願いします。

こちらが12月の時点での速報値になります。グラフの見方ですが、点線で区切られているところが左から高度急性期、急性期、回復期、慢性期となっております。また、それぞれの枠の中ですが、一番左の2014年というところが昨年度の報告内容の結果です。隣の2015年が今回の速報値になります。そして一番右の緑のバー、2025年というところは、必要病床と推計ツールにより計算された患者住所地の医療需要に基づく推計値をそれぞれ示しています。

資料3については説明、以上です。

（安田座長）はい。ただいま資料3、当日配布資料の2、あわせて説明がありましたが、内容等についてご質問、ご意見、ご自由にご発言ください。

堀委員、どうぞ。

（堀委員）病院の病床数のところは、私、専門じゃないのでちょっと意見としては、わからないんですが、基本理念、ビジョンと基本指針ですね。こここのところ、ビジョンとして、県民とともに医療環境を守り育てる。非常に良い着眼点だと思います。それから、医療をまちづくりの一部として認識し持続可能な日常医療を各地域で作り上げる。これも非常に、いわゆる医療を提供される住民の側に立つてのアプローチだと思います。

ここで一番重要になってくるのは、その地域で患者さんと直に接しておられる介護職、医療職の方との住民医療提供者、提供される側との密な接触といいますか、そういうことが一番大事じゃないかと思っております。その場を担う保健関係とか地域医療何とかセンターってありますよね。ちょっと言葉、出て来ないんですけど。そういったところの役割がこれから非常に大切になってくるのではないかと思っております。

それから、ケアサイクルという考え方。これ、非常に我々が今後、私も団塊の世代ですけど、終末期に向かって年をとっていくわけですが、団塊の世代の人数も非常に多いです。それで、高知県民として一番、共同で高知の医療を守るという姿勢から考えれば、やはり病気にならない、元気な身体で日々過ごせるということが一番大事になってくるのだと思うんですよ。

その時に、予防のためにどういった日々の生活を送るか。例えば、今、高知市でもまちづくりファンドで助成したグループで、まちの、ある地域で、そこもちょっと高台にあるんですけど、高齢の方がリハビリキッチンというのを始めています。減塩食を通して、食事を通して健康な身体でいつまでもいようと。管理栄養士さんも一緒に入られて活動されている地域もあります。そういった面も県としても市としても、おしすすめていくべきことだと思うんですよ。

一番大事なのは、やはり住民に対する啓発が大事になってくると思うんですよ。その

ところをこまめに政策としてとりあげていただければありがたいなと思っております。

(安田座長) ご意見、ありがとうございます。その他、いかがでしょうか。

(寺田委員) この資料3の7ページ。

これ、地域医療構想の中での構想区域という部分があって、もともと、我々医療側ではですね、安芸、あるいは中央医療圏、高幡、幡多に分かれたところを7つの医療圏に分けてこれから考えていこうと、こういうふうに言っているので、この件については、既に今まで医療圏でやりましようと言ったのが、これは方針が変わったということですか。

(事務局) ここはすみません。説明が十分で無かったかもしれません。

前回までの議論で、いわゆる構想区域については現行の4つの二次医療圏でいきましようということが概ねの合意事項かなと思います。そこは基本でいきたいと思います。

実は、このあとの資料4での議論と重なりますけれども、これを地域ごとの議論に落としていく時に、既存の会議等を用いて地域の意見を吸い上げていくということが必要になってきます。その時に、日常医療という観点での基本地域については、現在の保健所単位、中央東は2つに、広いので2つに分かれることになりまますけれども、その単位で地域の議論を運営していただくというふうに考えています。という単位での7つです。

必要病床数を算定して、医療機能ごとの新たな病床規制がこれから発生しますが、その単位としては、これまでの議論のとおり4つの二次医療圏＝構想区域というかたちでいきたいなと考えております。

(寺田委員) 昔ですね、サブ医療圏という考え方をとりいれようかどうかということがあったんですが、今回これがまちづくりという意味ではこういうことでいいんでしょうけど、構想の中では、これはある意味、サブ医療圏として考えた中での区域、構想区域ということで、そういう括りでいいんですかね。

(事務局) そういうことになります。次の議題になりますが。

(寺田委員) 病床数とか何とか全部からんでくるでしょう、区域ごと。

(事務局) はい。それで、次の議論に先にとびますけれども、資料4の最後のページをお願いします。

この地域医療構想では、それぞれの医療機能ごとの病床の必要数を算定して、医療機能の分化を進めていくという単位で構想区域を設置して、その区域ごとに医療機関の中に、例えば医療機能を展開したいというところが出て来た時に調整をする機能を持つ会議として地域医療構想調整会議、これを構想区域ごとに置くということになります。その単位としては、現行の幡多、高幡、中央、安芸、この4つの圏域で考えていきたいと思います。

一方で、各福祉保健所単位で日本一の健康長寿県構想推進協議会というものがありますので、この既存の会議を通じて基本的な議論をしていただければというふうに考えています。

ですので、一般的な地域医療から二次医療というところまでの部分については、それぞれの調整会議で議論を行なっていただきます。ただ、中央医療圏については、4つの地域に分かれていきますので、病床規制としては中央全体でやりますけれども、平時の地域医療連携の議論については、これまでどおり、健康長寿県構想…。

(寺田委員) 大体わかりました。

要するにね、保健所単位でこの議論をしてくださいというのが1つの議論の内容になっていますよね。それから、最後にこの中央区域の調整会議にあげてくることになっているので、そういう論点からおっしゃっているのならわかるんですけど、区域そのものは、もともとの医療圏でやっていくと、考え方としては。足してどうこうとなっていく可能性があるかと、それでいいわけですね。

(事務局) はい。ですので、病床規制をこの7つの圏域で分けていこうということではないです。

(安田座長) 中澤委員、どうぞ。

(中澤委員) 医師会のビジョン委員会でも出まして、その1.5次という考え方ですけども、本来は、先ほどの二次医療圏の中で、民間病院が二次医療まできちっとその地域で完結させるようなかたちで、もちろん支援していかなくてはいけないと、そういうふうなかたちで民間病院を何と言いますかね、発展させるような保健医療計画でないといけないという今までの考え方があったと思うんですけど、この1.5次までが日常医療というふうなかたちで考えると、その民間病院は1.5次までを担って、それ以降は中央の急性期の病院が担うというふうな、そういうイメージがあってはいけないということが医師会のビジョン委員会でも出まして、あくまで1.5次以下の日常診療は、医療は、その地域で確保するけども、さらにそこに書いてくださっていますけども、二次医療までいける病院はどんどんやってくださいよと、そういうふうなかたちで医療を萎縮させないように、民間病院がしっかりと地域の医療ができるように、1.5次にとどまらない考え方なんですよというところを少し強調していただきたいというふうに思います。

公的病院と民間病院の役割分担もそこに入ってきますけども、1.5次をあまり強調し過ぎると、民間病院がその中に入っておかないといけないんじゃないかという、ちょっと誤解を生じるといけないので、どんどんそこから上のほうを目指してやっていただきたいけども、一応、1.5次というのが日常診療として1つの区切りになるんじゃないかというふうな、ちょっと明確な考え方は示していただければと思います。

(安田座長) 何か事務局ありますか、よろしいですか。大事な考え方だと思いますが。

(事務局) はい、ご意見ありがとうございます。

今、おっしゃっていただいたとおりのご理解でいいと思います。二次を担う役割を誰々にするというようなことではなく。

1.5次というものは地域である程度そこにいる人達で完結させていただきたいですし、その先の二次に出ていってはいけないというようなものではありません。

(中澤委員) それと、もう1つの議論はですね、先ほどの療養病床の実態調査で、一般病床に待機している、一般病棟に待機している医療療養病床とか介護療養病床の待機者が多かったですね。

ですから、今までは、療養病床実態調査も含めて療養病床の議論がこのワーキンググループでも医師会のビジョン委員会でも中心だったんですけど、急性期から高度急性期の議論を全く、全くということではないですけど、せずに、この骨子を決めていいのかということが非常にビジョン委員会でも出まして、それで、骨子案を決める前に急性期の議論を、これは、ひょっとしたらDPCデータで自ずと決まってくると思っていらっしゃるかもしれませんが、そうではなくて、急性期、一般急性期から急性期の役割分担等をしっかり議論する場をもってから、この骨子案なり秋の策定に向けて協議すべきじゃないかなと思ひまして。

高度急性期は吉川先生1人しか委員がいませんので、そこは、やっぱり我々ビジョン対策委員会、医師会としては少し懸念されたところです。

(寺田委員) 追加でいいですか。

これは県の医師会の中で議論されたことで、1.5次の問題と、この急性期の議論ですね。広域圏が、またこんなこと言うと吉川先生に叱られるかもしれませんが、いわゆる高度急性期は、こう言っちゃあれですけど、かなりお金かかりますよね。慢性期の先ほど来、療養病床で、国の考え方は医療費削減だと。医療費削減なんだけども、療養病床だけ削減するのかと。つまり高度急性期の、本当に必要な人は必要だろうけど、あまり必要じゃない人までお金かけているんじゃないかと。つまり、すごい検査しまくってお金がかかってんじゃないかと、こういう意見がどこかにあるんですね。

ですので、そのへんのところの議論、それから、先ほど出ました、1.5次という話が出ました。これ、絡んでくるんですけど、一次、二次救急の病院の役割の問題も含めて、やはり急性期、あるいは高度急性期の役割分担と言いますか、そういうものの議論がここではあまり出ていないので、そのへんのところはいつ必要なんじゃないかと、この構想の中にはですね。そんなふう思うので、そのへん県の行政側との対応も含めて考えていただきたいなと思っています。

(事務局) ありがとうございました。

(安田座長) 吉川委員、どうぞ。

(吉川委員) 確かに高度急性期については、申し出ている数と予想の数が大体同じぐらいなので、それはいいかもしれないけど、急性期については、まだものすごく多いので、高度急性期、急性期の病院としてはやはり回復期が増えてくれないと全然まわらないので、そのあたりの、自然になるのかなというような気もありますけど、どうなるのかなという不安はあります。

それから、さっきの1.5次の構想というのは、やはり小さい医療圏で、ちゃんと1.5次までやってくださるといのが決まれば、もっと上までやってくださればそれはいいんですけども、急性期、高度急性期を担う病院としては、そこはもうやってくださいよと言われると結構助かる部分がありますので、こういうことが決まるのはありがたいところがあります。

(安田座長) はい。事務局のほう、どうぞ。コメントを。

(事務局) 高度急性期についてのご議論もありがとうございます。

療養病床と少し似ているのかもしれませんが、その受け皿をある程度作ってから動いていかないと洩れる人が出て来るといことがまず大前提だと思います。

今の段階では、地域できていない1.5次や二次の部分、まかないきれない部分というものを今、高度救命センターのところがやっている。その部分を地域で担えるようになればいいということがゴールであれば、先に地域のほうを作り上げていって、そこから高度な急性期の医療に行かなくても済むようになってくると、自然と修練というものが期待できるのではないかなと。ということで、優先順位として1.5次のほうを先に出させていただきました。

(安田座長) 田中委員、どうぞ。

(田中委員) ビジョン委員会でもちょっと言ったんですけど、そもそも1.5次を、本当にここで1.5次を作らなきゃならないのかどうかというのを僕は疑問に思っているんですね。

実は三次救急、三次医療をかちっと決めてしまって、三次は三次で、もうこういう機能を担うのが三次です。本当に三次の中で救急が、どこまで三次の救急を、病床数としてはあると思うんですけど、その三次の中で色々な機能がやられていると思いますので、三次は三次できちっと決めてしまって、包括ケアなり、一次なり、二次の回復期リハなりを決めていって、それで、その二次機能のできる病院をどんどん増やしていくような何と云うか応援したいなかたちの構想を作っていないと、とてもじゃないけど、地方の病院が益々衰退していくというような気がしてなりません。

三次救急をがちっと決めて、ここまでしか三次救急はだめなんですよというようなかたちで、何でもかんでも三次救急へ救急車が運んで行ってしまっちはいけませんというようなかたちでいけば、三次救急がそもそも、ここまでというようなかたちで、そこで三次救急の中でやっていた人材が、二次救急のほうへおりてくれば、各地域の二次救急の病院もそこで育ってくるんじゃないかというような気がするんですけど。

(事務局) はい。ご意見ありがとうございます。

両方やり方があるとは考えています。ただ、現実的に考えると、三次の医療の機能を担っている医療職等々はかなり専門分化されております。そういった方々が、まず二次へ移った時にその専門で対応できない部分というのがおそらく出て来るのではないかと予想されます。

そちらをすすめるのももちろん重要なんですけども、その広くまずゲートを見られるような地域の1.5次というところ、そちらの川の上流のほうからしていったほうが、三次がこれだけとなった時に、じゃあ、二次の壁を突破された時に、そこから先をどうするのかなというのが少しあります。

(田中委員) よろしいでしょうか。

医師会のほうで1.5次というようなかたちでのすみ分けというか区別というか、そういうものは、医師会のほうでは考えられているのでしょうか。そういう考えは、どこかであるのでしょうか。

(寺田委員) 医師会としては、突然出て来たので、我々としては何も議論しておりません。

(安田座長) じゃあ、田中委員、どうぞ。

(田中委員) とにかく、この小さな県です、70万そこそこの人口の中で、三次救急の病院が多過ぎると僕は思っているんです。そこで、ものすごい医療費が使われているという懸念が非常にあります。療養病床を100床減少するよりも三次救急をほんの1つか2つ減少したほうが、それで大体チャラだというような気がしているんです。

というのは、1ヶ月でたかだか38万から40万ですよ。そんなの、1日で軽く2倍の額を1床で使ってしまうというような救急ですね。それで三次救急で、必ず三次救急をやらなきゃならない患者さんは確かにおりますけれども、三次救急の病院の中で、二次救急で十分にやれる患者さんはたくさんみえると思いますので、そういうふうなすみ分けをやはりやっていかないと、地域医療構想には、なっていないんじゃないかという気がするんですけど、いかがでしょう。

(吉川委員) 確かに三次救急は、お金は使っていますが、それに合った患者さんを見てるんですけど、実際には二次の方も来られますし、一次の方も来られる。それに見合った

医療費を使っておると。

ですので、さっき言いました問題点は、三次救急には本当は見合わないんだけど、看取りとかそうしたほうがいい人に、やはり三次救急の医療を使うのはおかしいんじゃないかというふうに考えていますので、それぞれに合った医療をしていると。

だから、二次の人ももっとやってくだされれば、それはいいんですけど、実際にはそれはできていないので、それぞれの地域でやれる医療機関が伸びてくだされば、私達も大賛成なんですけど。実際に、それぞれの地域でやれる医療機関で、どの医療機関かなと見た時には、やっぱり1.5次ぐらいを一生懸命やってくださっている。それが、さらにこれからどんどん伸びるのかといたら、いや、今を維持するのが精一杯のような感じを僕達は持っているので、三次に特化するとか、二次とか三次に特化するというようなことを前の救命救急センター長は言っていたんですけど、それは全然できませんので、というような現状があることも知っておいていただきたいと思います。

(寺田委員) ちょっといいですか。

この議論も奥が深いんです。実は一次、二次の救急病院も人員が少ない中で、地域で頑張っているのは確かです。ですけど、やはり、患者の今度はニーズという考え方でいきますと、やはり医療センターのような高度にちゃんとみてくれるところに行きたいと。これは1つの、何と言いますか、そういう考え方は当然だと思うんですね。

ところがやっぱり、そうしちゃうと三次救急が疲弊してしまうと、集まってくるから。しかし、高知の場合は大学も入れれば4箇所、それこそ高度急性期をできる医療機関が、どれもがヘリポートを持っていると。こういうのは、ある意味社会保障の観点から言えば充実していると、こういう見方ができるんですね、一方で。

ですけど、先ほど田中先生がおっしゃったような、やはりバランスの問題だと思えますので、得意分野もあろうかと思えますから、そういう議論を、一次、二次の先生方とも一緒になってちょっと色んなかたちを構築してもらわないと。

うちの医師会のほうでは、一次、二次の救急の病院を育てろという意見があります。育てろと言ってもこれはなかなか難しくてですね、どういうふうに育てるかというのは、これは結構難しい問題だと思う、各医療機関、違うと思いますし。

例えば1つの一次、二次救急で1人が当直していても、例えば心臓だけだとか、脳外科だけだとかいうのは場合に、それこそ、そこに来られても困るということもあったりして、しかもパラメディカルをいちいち呼び出さなくちゃいけないとか、レントゲン技師だとか全部いることになる。だから、非常に何と言うか効率が悪いというのがありますね。

だから、こういう議論をしていただいて、じゃあ、どういうふうに育てていけばいいかというのは、僕等はちょっと現場におりませんので、その先生方で議論していただいてやるしかないなと僕は思うんですけど、いかがでしょうか。

(安田座長) じゃあ、事務局のほう、お願いします。

(事務局) 先ほど、中澤委員からのご指摘ありましたように、本日、骨子の案としてお示しをしましたが、ご指摘のように、急性期のほうの議論が十分にできていないというのはそのとおりと認識しています。

ですが、今年度の末になった時点で、全体の、地域医療構想の考え方の全体像、現時点である程度事務局案として示しておく必要があるという考えで、多少前後したところは反省しております。

そのうえで、次回、少なくとも次回、この急性期を中心にした議論というものが必要かなと思っております。その時に現在の構成メンバーで十分できるのか。もう少し急性期の先生方に臨時的に加わっていただくか、ここは別に行なうのかということについて、また座長と相談させていただきたいと思います。

これは情報提供ですけれども、実は来週の火曜日、23日に県内の二次救急施設と三次救急施設の代表の先生方に集まっていた意見交換会を開催する予定にしています。ここは救急というかたちに特化していますので、急性期医療全般の話ではありませんけれども、ここで言うところの非日常の医療の現状についてご議論いただきますので、そこでの議論の内容について、この地域医療構想ワーキンググループでの議論にフィードバックさせていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

(安田座長) 堀川委員、どうぞ。

(堀川委員) 地域医療構想自体が超急性期、急性期、回復期、慢性期で議論していて、いきなり三次、二次、一次、1.5次というのが入ってきたので混乱していると思うんですけど。

私が聞いていて理解していたのは、先ほどの資料3の8ページのところでの1.5次のラインという、ちょっとこれも考えなければいけない部分、あるかもしれませんが、主には、回復期、慢性期までの部分をも含めて在宅を議論するためにこの4つを、圏域を4つに分けようという趣旨だと理解したんですけど。一次、二次、三次というと、急性期の一次、二次、三次というものもありますので、当然その急性期の部分については、この範囲よりは、やっぱり中央圏域全体というふうな二次の部分ですよ、1.5次より上の部分というふうに解釈するという感じで、この日常医療の基本地域というのは作られていると思うんです。

ちょっとやっぱり、いきなり一次、二次、三次、新たな考え方が出て来て超急性期からの4つに頭を理解していたところへまた一次、二次、三次ときたので、ちょっと混乱しているのではないかなというふうに思います。

(事務局) はい、ご指摘ありがとうございます。

この4つの高度急性期、急性期、回復期、慢性期というのは、病院全体がその機能というのはなかなか難しいと思います。実際の患者さん、色んな状態がありますので。なので、高度急性期と言われるような病院であれば、高度急性期と急性期を併せ持つようなかたち

になりますし、地域の回復期を担うような病院というのは回復期を中心としつつもプラス急性期の機能を持つと、そういったような病院像というものをイメージしていただければと思います。

回復期の機能は、リハビリや在宅復帰と在宅でみている方がちょっと急変した時にまずみるというような機能もこちら求められておりますので、その程度が少し重くなれば急性期と言われるかもしれませんが、大きく分けると大病院なのか中小病院なのか。大病院であれば、高度急性期プラス急性期の機能、中小病院、地元の病院であれば、回復期プラスそれぞれのやれる範囲の急性期医療というふうになりますので、実際に現在、回復期の機能を担うという病棟が全体的に不足している中で、その回復期というものを地域で作っていかなければ、先ほどご議論いただいたような慢性期の問題であったり、あとは、看取りの問題であったり、住民からのご意見ありましたように、ちょっとしたものをみてるのところ、夜間、救急をみてるのところ、在宅を支えてくれるところ、そういったところができない限り、いつまでたっても中央に流れてこざるを得なくなってしまうので、そういった意味で回復期の病院に少し急性期を併せ持つようなかたち、これを1.5次というような言い方でさせていただきましたし、会議体が保健所単位であるということは、その医療機関とそこの住民や福祉の方、市町村行政の方々が同じ場で同じ絵を見ているということですので、そこで今後、それぞれの地域の議論を進めていくことのほうが、地域に合った医療提供体制がその地域で出来上がるのではないかと考えています。

ですので、緊急の重症な方をどうするかという議論につきましては、今後また別の機会を検討してまいりますけれども、この1.5次については既存の顔の見える関係の中で、今、不足している機能をどう補っていくのか、担っていくのかということに着目していただければと思います。以上です。

(安田座長) どうぞ野並委員、どうぞ。

(野並委員) 今、回復期の話が出されたんですけど、私、回復期をやっているので、回復期のイメージというのは、今、在宅復帰が7割強というところなんです。3割が帰れない方。その中で回復期が非常にうまく回っているのは慢性期が充実しているからなのであって、これで回復期をたくさん増やしましょうと行って、慢性期を減らしましょうと行って、そのところが矛盾しているわけです。

(事務局) はい、ありがとうございます。

現状としては、慢性期と在宅というのは、先ほどご議論いただいたように一体として、はじめ、議論が始まっておりました。その中で慢性期の病床としてはどこまでなのか、受け皿として施設なのか家なのか、そういった部分で慢性期の機能を今まで担っていた部分が在宅のほうへシフトします。なので、全体のボリュームとしては、慢性期及び在宅等の機能を減らすものではないと。そこはそこでしっかり今後受け皿整備を作っていくので、回復期から在宅へ帰る方の受け皿というのは、現在の療養病床以外にも在宅等を今後整備

していくという、そういった考え方になります。

(野並委員) すみません。いや、つまり、その3割が根本的にかなり重度な方なんです。つまり、7割を維持するために在宅が今後、いわゆる居住の施設などが増えていくだろうなと思いますけども、その3割、なかなか帰せない3割、ないしは2割かもしれませんが、それをどう確保しておくかということが本当に大切なことだと思います。

居住が増えるから、本当に帰せない、本当に居宅では無理な方の行き先をちゃんと確保していくということ、それが急性期から、三次からの流れなんですよ。

自分のところは、毎月40人近い方を急性期から預かって、それで回転をさせているわけで、その中で7割、3割って必ず出て来ます。重度な方を引き受けているだけで、軽い方をどんどんどんどん選択してとっているわけではないんですよ。だから、大変、慢性期の行く末というのが心配になるんですけどね。

それを増やして、受け入れを増やせばいいって、出す側の、その2割、3割をしっかりと確保してやっておかないと、超急性期のふん詰まりになってしまうと、そのところです。

(事務局) ご意見ありがとうございます。

今、おっしゃっていただいたような3割に該当するような方々というのは、もちろん医療療養の場所が望ましい可能性は高いですので、その点につきましても、今いる人の行き先を、先ほど考えていただきながらですね、入ってくる手前にもおそらく待っている、もしくは入れていない方々がいるだろうということでご意見いただきましたので、しっかり加味していきたいと思います。

(安田座長) ありがとうございます。よろしいでしょうか。大分、時間がおしております。

田中委員、どうぞ。

(田中委員) 1つ、私の頭の中で混乱しているのは、この8ページに出て来た三次、1.5次などの色々な分類ですよ。

病院自体は、国から、あなたの病院はどこに行くのかをきちっと決めなさいというような届出制度が出来ましてですね、高度急性期に行くのか、急性期病院に行くのか、回復期病院に行くのか、慢性期病院に行くのか、この4つしか選択肢がないわけです。それを届け出なきゃいけないというふうな制度になって、それを届けているわけですよ。

その病院が、三次救急を担うのは高度急性期ということになってきますよね。それはまた別ですか。

(事務局) 病床機能報告は病棟ごとの報告になっておりますので、その比率というのは病院によって様々変わっていきます。昨年度の調査では4つの大学病院、医療センター、近森、日赤さんは全部、高度急性期で出しましたが、それはちょっと認識が違いましたとい

うことで、国のほうから今回、それをガイドラインのほうに書き込まれまして、今回、結果、多くの病院が一部を高度急性期、ICUであったり、SCUと呼ばれるようなところを高度急性期にして、残りの手術が終わった後の患者さんが落ち着くまでのところを急性期というふうに届け出をしておりますので、病院によってかなりそのピラミッドのようなかたちで組み合わせをして病棟を報告されています。

(田中委員) ここに出て来る三次医療を担うというかたちのものは、どれをそこに入れていくのかというのが、例えば高度急性期の病院だよと言っている中の、一部分しかそこに入れないのかとかですよね。

ですから、はじめ聞いた時にちょっと違和感があったのが、非日常の医療と日常医療というふうな言葉ですよね。そういう言葉が私あんまり頭になかったので、これは何だろうという気がしたんですけども。

行政のほうではこういう言葉は普通に使われている言葉なんでしょうか。

(事務局) はい。ご指摘ありがとうございます。

日常医療、非日常医療が公用語かと言われたら、全くもってそういうことはありません。今回の地域医療構想で、まず、日常の回復期というものをそれぞれの地域で作り上げるために、日常というイメージの言葉を使って、この用語を定義しております。以上です。

(田中委員) はい、ありがとうございます。

この状態で、これ色々、これから検討するんだと思うんですけど、このままの状態で地域医療構想を立てていった場合にですね、やはり、縣市医師会との意見調整をきちっとやらないと、とても実際やっている病院のほうには見向きもされない構想になってしまうという気がするので、そのあたりはきっちりと医師会との連携をうまくとってもらわないとだめだと思っています。

(事務局) はい、ご指摘ありがとうございます。

県医師会、郡市医師会のほうとも、こちらのイメージについてはしっかりと説明をしながらご理解、ご納得いただきたいと思っておりますし、この1.5次というのは、地域の民間の中小病院さんを地域で支え育てて成長させていこうという趣旨もかなり含まれておりますので、その点しっかりと説明を続けてまいりたいと思っております。ありがとうございます。

(安田座長) 堀委員、どうぞ。

(堀委員) 医療関係の三次医療、二次医療、一次医療と色々難しいことが出て来ましたが、生活している側から見れば、日常医療ライン、非日常医療ラインというのは非常にわかりやすい言葉なんですよね。

例えば脳疾患で、脳出血とか脳梗塞とかで病院にかかりますよね。それってというのは、

非日常にあたるわけですよ。それから回復してきて在宅になるか、そのまま療養型病床に移るかもしれないけど、ある程度その症状が一応落ち着いて、良い状態で落ち着くのか、悪い状態で落ち着くのかわからないんですけど、それが一定程度の疾患を自分がわかった時点で、非日常の医療に入るような気がするんですよ。

県で考えていらっしゃるのは、おそらく、私が代弁してもしようがないんですけど、福祉保健所、ここがなぜその地域の包括になっているかといったら、住民主体の医療を提供しようとしているからこういう状態になると思うんですよ。それと、医療提供者との認識の違いというのが、ここではっきり出て来ていると思うんですよ。それをやっぱりミックスしてちょうど良い状態にもっていかないと、今後、高齢化して療養病床も減ってきてという状態になった時に、住民側も、ただ医療を受けていけばいいのかというような社会でないと思うんですよ、既に。

だから、共に県の医療を担っていくためには、そこには難しい病院経営というのはあるんですけど、やはり、県自体が福祉保健所を主でもないですけど、そこから住民の意識、周りからかためていこうという考え方は、利用者から見たら、あながち間違ったかたちじゃないとは思いますが。

すみません。差し出がましい意見を言いまして。違っていました？

(安田座長) 中澤委員どうぞ。

(中澤委員) ビジョン委員会でも少し出たんですけど、医療を利用する国民の責務というのが法律でちゃんと明文化されて、そこをおっしゃったように福祉保健所単位で啓発していったりとか、地区医師会も一緒になって協力しながらという、そこはこれから大事になってくると思いますし、やはり高度で、何と言いますか、どこでも高度な医療を求めたらいいということではないということ、これも地域ごとに啓発していくことが大事だと思いますから、国民の責務というところの法律化された部分を福祉保健所単位で、その地区ごとにどれだけ浸透させていくかというのは、これからの調整会議以降のことになるかもしれませんが、課題かなというふうに思いました。

(安田座長) ありがとうございます。

その他、発言を是非しておきたいという方、いらっしゃいますか、よろしいですか。
内田委員、どうぞ。

(内田委員) 今までの議論で。老人保健施設の協議会の内田ですけど。やはり、重症の患者さんが出た時にそれをちゃんと受け入れる超急性期の、超高度の病院が必要だとか、それがその時期を過ぎれば、急性期、回復期、維持期とかいうふうになっていきますけど、地域医療構想の中にどうすれば病気にならずに健康に過ごせるかということを入れないと、なった時に、ただ、超高度な医療機関をいくら作ったって、病気になるのをそのまま放っておいたら何ともならないと。

だから、私いつも、いかに病気を防ぐかということで患者さんの啓蒙とかもやっていますけど。例えば具体的に言うのですね、運動すれば脳卒中は予防できるかとか心筋梗塞が予防できるかといったら、とんでもないことであって、動脈硬化の進んだ人が運動すれば、かえって脳卒中とか心筋梗塞を起こしやすい。だから、運動じゃなくて食事療法も、水分摂取とかストレスなども全てをひっくるめて病気の予防をしていかないといけないと。

そうしないと、いくら病院をつくったって、患者さんでいっぱいになって、何ともならなくなってしまって、医療費もどんどんと増える一方なので、そのあたりを地域医療構想に何か、今、中澤委員が言ったように国民の責務で病気にならないようにする、普段から注意しておくということが国民の責務だというふうに、それをもっともっと進めていかないといけないんじゃないかなと思うんですけど。

(安田座長) その視点もまた事務局、活かしてください。

じゃあ、歯科医師会から。

(岩田委員) 時間もおしていますようですから、歯科医師会のほうから、せっかく出ていますので一言。

この地域医療構想の策定ワーキング、後期の構想改革の中で歯科医師会のほうも何とか医科の方についていきたいというふうに考えておるわけですが、急性期から慢性期にいたるまで口腔ケアであるとか口腔機能の再生とか重要性というのは参加されている方々、ある程度ご存知だと思います。ですけど、実質上、そういった在宅であるとか各施設に歯科医師なり口腔ケアを実際にする衛生士を送り込むなりという施設が、高知県下では非常に遅れております。

資料5にもありますが、広域圏の中に一応項目としては在宅連携室なんていうのを歯科医師会の中に作ってやっておりますけども、高知県中央部に1つあるだけですし、将来的には、この2025年等の将来を見据えまして各医療圏、あるいは基本地域にそれぞれに連携室なりを作るということを歯科医師会、おしすすめていきたいと思っておりますし、実際上の現場に出る歯科衛生士というのはほとんどおりません。一度休職された方々を何とか掘り起こすという事業を何とか積極的にやって、この大改革に間に合うように手伝っていきたくと思っておりますが、何とか地域医療構想の中に歯科の部分をも明文化できるところがないかな、なんて思いながら、いつも勉強させていただいております。以上でございます。

(安田座長) ありがとうございます。

時間が9時を過ぎようとしておりますが、あとの議題は報告程度になって手短に済ませてもらいますが、この場で是非言っておきたいということは、よろしいでしょうか。

資料3で示しております地域医療構想案の骨子については、色々なご意見が出ておまして、また高度急性期、急性期の議論が十分なされていない段階で、暫定案としては出させていただくのはいいと思うんですが、今日いただいたご意見をふまえて、事務局のほうでこの骨子案を今日このワーキングで皆さんが承認したとはなかなか言い辛い状況ですので、

もう少し議論をする場を設けたほうがいいのか、皆さんが集まっていたくのが難しければ、持ち回りのようなかたちを使わざるを得ないかもしれませんし、座長預かりとかしていただかないといけないかもしれませんが、もう少し骨子案について、使っている用語とか概念の整理等含めて、高度急性期、急性期の議論も十分活かしながら組み直す必要があるかどうかを考えていただきたいと思いますが、その扱いについても座長預かりということにさせていただいてよろしいですかね、一旦。それとも事務局のほうで具体的な案を皆さんにお示ししていただくようにしましょうか。

どうでしょう、事務局、コメントを。

(事務局) 先ほど安田座長からご指摘ありましたように、別途、先生方からご指摘あったように、本日提示された幾つかの考え方と用語について、それぞれがどういう関係にあるかということが十分整理しないまま提出させていただいて、混乱をきたしていると思います。

そもそもの考え方も含めて関係団体などと十分、今後、調整が必要だろうと思います。

それと、あと次回以降の会議の仕方、含めてですね、座長、そして関係の先生方と少し、この場の外側で少し意見交換しながら、まだ詰めきれてないところを詰めつつ再考すべきところは再考していきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

(安田座長) そのような進め方で、また事務局の方からアクションがあると思います。

そうしましたら、あと資料の4と5は一緒に、事務局の方から手短かに説明をお願いいたします。

(事務局) 資料4につきましては、先ほど紹介のありました、8ページ、最後のページをご覧ください。基本的には、調整会議、既存の会議体をなるべく有効活用していこうということで、幡多、高幡、安芸につきましては今の構想を考えている区域と、この会議体が一致していると。ただし、中央は現在、このように様々な会議体で地域の方々が進めていることから、こういった部会のようなかたちで設定をして、協議事項に応じて、黄色の赤字にあるように、中央区域調整会議というものを毎年定期開催しています。

また、上の赤点線の部分に関しては、全県的な高度急性期の議論であったり、過剰な病床へ移ろうとするような医療機関がでた場合等の協議で、その都度、随時設置していくことを考えています。そちらの協議事項につきましては、少し戻って5ページをみて頂いて、こちらは地域医療構想調整会議の設置・運営について、議事、開催時期、参加者について記載しています。こちら上から①から⑥まで議事がありまして、そのうち②と③に関しては、真ん中にありますように、定期的で開催するものです。病床機能報告の内容であったり、基金の事業に関する協議、こういったものを定期的に構想区域ごとに4つで開催していく予定です。

ただし、①地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議であったり、④その他の地域医療構想の達成の推進（地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など）

に関する協議、こちらにつきましては、右にありますように、地域の実情に応じ都道府県が随時開催すると。こちらは区域の中で、部会のようなものを活用したり、もしくは区域を合同で開催したり、様々な運用方法、それから議事に応じた参加者が柔軟に設定されていますので、こういった①や④の事項はこれまでの保健所単位の会議で議論ができればと考えております。

また、⑤と⑥、開設・増床等もしくは、過剰な病床機能への転換に関する協議に関しましては、もちろんそれぞれの構想区域ごとの議論と、最終的には全県的な、現在は高知県医療審議会がその役割を担っていますが、最後のページの上の点線囲み、高知県全区域調整会議合同会合ということで、一番上に書いてありますが、こういった案で会議を行なっていく、そういったことを基本的な考え方としています。

資料4の説明については以上です。続いて、資料5の説明にうつります。

(事務局) 地域医療介護総合確保基金の状況等を御説明させていただきます。

資料5の1ページをご覧ください。まず、平成28年度における国の予算案の状況ですが、資料の左下にございますとおり、医療分の予算額は本年度と同額の904億円となっています。

また、現時点における今後のスケジュール(案)としましては、資料の右下にございますが、3月に厚生労働省へ赴いての都道府県ヒアリングが予定されており、5月目途で都道府県への内示が行われる予定となっています。

2ページをご覧ください。平成28年度の国配分方針等についてです。この内容は先月国から事務連絡として示されたものです。まず、「1. 国からの事務連絡①」ですが、一つの点線枠囲みの箇所にお示ししておりますとおり、本基金には「病床の機能分化・連携」、「在宅医療の推進」、「医療従事者等の確保・養成」という3つの対象事業区分がありますところ、①H27年度に引き続き、事業区分Ⅰへ重点的に配分を行うこと、という方針が示されました。

次に、「2. 国からの事務連絡②」ですが、ここでは、「事業区分Ⅰについては、ハード事業に限らず関連ソフト事業も計上して差し支えない」旨の考え方が示されました。事業区分Ⅰは「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」と定義されていますが、その後の施設整備に繋がる内容のものであれば、ソフト事業であっても事業区分Ⅰに計上して差し支えない、との説明が国からなされています。計上可能な事業内容としましては、「・」で記載している3つが例示されています。

3ページをご覧ください。平成28年度の本県当初予算案に対応する計画事業一覧です。事業区分毎の表としてまとめています。

裏側の4ページ、合計欄をご覧くださいなのですが、計画全体で8億8,000万円、対前年で2億6,000万円の増となっています。このうち、事業区分Ⅱ・Ⅲの予算額が大幅に増加していますが、これは本年度をもって終了となる地域医療再生基金から移行のうへ継続される事業が多くなっていることを主な要因とするものです。引き続き国が事業区分Ⅰに重点を置く中、事業区分Ⅱ・Ⅲについては厳しい配分状況となることが想定されま

すが、この点については、先ほど御説明しましたとおり、事業区分Ⅰに一定のソフト事業を計上することが可能とされたことを受けまして、2ページの最下部「3. 今後の対応」に記載しておりますとおり、今後、可能な限り事業区分Ⅱ・Ⅲから事業区分Ⅰへの移管を行う対応を取るにより、確実な基金の確保に努めてまいりたいと考えております。

私からの説明は以上です。

(安田座長) 今、資料4、資料5、2つの説明を事務局からいただきましたが、その内容について何かご質問等ございますか。

それでは、あと、議題のその他で何か事務局から説明すること、ありますか。

よろしいですか。ないですか。

9時10分を過ぎたところで、今日はボリュームが多くて合意をとるためには丁寧な審議が必要なところが多かったので、時間がおして大変超過して申し訳ございません。

今後のことを含めて事務局のほうにマイクを戻します。

(事務局) 委員の皆様方におかれましては、長時間にわたりまして、熱心なご審議をいただきまことにありがとうございました。次回、会議の日程につきましては、後日また日程確認表を皆様にお送りさせていただき、調整させていただきたいと思っております。

それでは、以上をもちまして第3回地域医療構想地域策定ワーキンググループを終了いたします。本日はまことにありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲