

平成 28 年度第 5 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 7 月 15 日 18 時 20 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、小田切委員、上村委員、田中委員、近森委員、寺田委員、  
中澤委員、西森委員、野並委員、濱田委員、福田委員、堀委員、宮井委員、  
安岡委員、安田委員、橋委員（吉川委員代理）
- 4 欠席委員：内田委員、吉川委員、黒岩委員、豊島委員、堀川委員  
〈事務局〉安芸福祉保健所（福永所長、津野次長、中井室長）  
地域福祉部（井上副部長）  
県立病院課（安岡課長、伊藤課長補佐、谷脇チーフ、上熊須主幹）  
国保指導課（伊藤課長、山下課長補佐、澤田チーフ）  
障害保健福祉課（濱田チーフ）  
医療政策課（川内課長、川崎課長補佐、久保田チーフ、久米チーフ、藤本主幹、  
原本主査、田内主事）

---

（事務局）ただ今から、高知県医療審議会医療計画評価推進部会第 5 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、誠にありがとうございます。

本日のご出欠に関してですが、内田委員、吉川委員、黒岩委員、豊島委員、堀川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。なお、吉川委員所属の全国自治体病院協議会高知県支部からは副支部長である幡多けんみん病院の橋院長に代理出席をいただいております。どうぞよろしく願いいたします。それでは、開会に先立ち医療政策課長よりご挨拶申し上げます。

（医療政策課長）こんばんは。医療政策課長の川内でございます。本日は第 5 回の地域医療構想策定ワーキンググループでございますが、お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

これまで 4 回の議論をふまえて、特に前回以降、関係の委員や、また、自治体やその他のご関係の方々からご要望や意見など個別にもうかがいました。これらのご意見などをふまえて、本日、前回、素案として提出しました地域医療構想の素案を案としてお話をさせていただきました。必要病床数の考え方、また、具体的な書きぶりについて一部修正を加えております。

また、本日はこの地域医療構想策定後に設置をされます調整会議の設置運営や今後の病床調整の手続きなど、また、構想が策定されますと第 7 期の保健医療計画の策定に進んでまいりますので、その策定数字などについてご紹介をさせていただきたいと思っております。

本日は、このワーキンググループとしては、ひとつの締めとなりますけれども、引続き検討を実施しますので、まずは本日は実りのある議論をお願いしたいと思います。本日はよろしくお願い申し上げます。

(事務局) 本日の資料の確認ですが、事前にお送りしました「資料1～3」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、事務局までお知らせください。また、一枚紙で「保険者協議会の要望書」を本日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。

(座長) それでは、ここからの進行を座長の高知大学安田のほうで進めさせていただきます。

本日は議題が4つ用意されておりましたが、4番目のその他につきましては、皆様にご報告しなければならない資料が新たに生じなかったということで、4番は本日の議題、その他は落としますので議題は3つになります。

まず、1番目の議題ですね。地域医療構想案について、資料1を使った説明になりますが、事務局から説明をお願いします。

(事務局) 医療政策課の原本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。私からは、資料1「地域医療構想(案)について」を説明させていただきます。

資料1の医療構想案を見てください。今回、前回の第4回地域医療構想策定ワーキンググループで、素案という形で示させていただいたものを、今回の案として示させていただきます。目次のほうを開いていただいて、まず、第4章のほうの将来の医療需要の推計の中の、4番の医療需要の推計結果及び必要病床数の箇所は、前回必要病床数については数字をお示しできておりませんでした。今回こちらのほうで数字を入れさせていただいてお示しさせていただいております。

それと、次の目次のページのほうになりますが、こちらの第7章のほうで、各構想区域の状況について、前回お示しできておりませんでしたので、今回こちらのほうを追加させていただいております。その他、構想の内容について修正させていただいておりますので、今回はその追加のあった部分と修正させていただいた部分について説明させていただきます。特に前回より変更されていない部分については、説明を省略させていただきます。

まず修正箇所として、第1章については変更がありませんので説明を省略させていただきます。第2章の12ページを開けてください。こちらの12ページの3の、療養病床実態調査について記載させていただきました。こちらが、高知県が構想の策定にあたり、高知県の療養病床の実態を把握するため県独自に実施しました、療養病床実態調査の結果について

て記載していますが、より、高知県の療養病床についての厳しい現状を記載するため、一部内容を変更しています。

13ページの②では現在の療養病床に至るまでに90日以上長期入院をしている方の割合が高く、また退院、転院にむけての調整が出来ず、療養期間が長期化している現状を、追加で記載いたしました。

14ページを開けていただきまして、④になると思うんですが、こちらにつきましても病床の分析が書かれていますが、下から3行目に「これにより、患者のQOLにふさわしい療養環境の整備の必要性が示唆されるとともに、家庭介護力が脆弱、所得水準が低いなどの本県の課題を示しているものと考えられます」という厳しい状況について追加で記載をさせていただいております。

次に、16ページからの第3章については特に変更はありませんので飛ばしていただいて、第4章ですが、将来の医療推計については、前回お示しできていなかった必要病床数について数字が記載されています。25ページをお開きください。こちらでは、必要病床数についての算出方法や県における調整方法を記載していますが、まず、7行目のなおからですが、「なお、必要病床数は、医療関係者や介護関係者、住民の方などが将来の医療需要の変化の状況を共有し、不足する医療機能の整備などそれに適合した医療提供体制を考えていくためのものであり、病床の削減目標ではありません」ということが記載されていませんでしたので、構想の中にも改めて明示させていただきました。

次に、必要病床数の推計における調整方法についてですが、一つ目の○の、「現状として中央区域に機能が集中していることから、病床機能報告において既に報告されている病床以外は中央区域の必要病床数とします」。この考えは前回と変わりません。変更がありますのは、二つ目の○の急性期、回復期及び慢性期についてになります。「区域内における地域医療と密接に関わる機能区分であるため、必要病床数は原則として患者住所地ベースで算出します。ただし、安芸区域と高幡区域については、中央地区への患者流出割合が30～55%となっている現状を踏まえ、患者住所地ベースの病床数のうち、流出入差の一定割合を中央区域の必要病床数とするよう調整します」。こちらにつきましては細かな文言が変更になっておりますが、基本的な考え方等は変わっておりません。中央区域に現在患者流出入があり、現状の医療資源を活かすためにもこのような中央区域の流出入割合を増やすことが必要となってくるという考え方に基づいております。

大きく変更されましたのは、その下の「なお、地域の意見を反映し、調整の対象とする医療機能区分は、回復期とします」。の部分です。前回の素案では、急性期で調整するというかたちで示していましたが、各区域の医療関係者等に意見をお聞きし、区域においては一番優先順位が高いのが急性期であるので、急性期で調整するというよりは、他の医療区域で調整をしてほしいとの意見もいただきまして、今回、回復期で調整させていただいておりますが、回復期のほうが、現状の病床数と今回の地域医療構想での必要病床数の算定

数値との乖離が一番激しい部分があるということから、回復期で調整をさせていただいております。

なお26ページの表の右側には実際の各構想区域の必要病床数を記載しています。本来患者については、地域地域で診るべきという考え方から基本的には患者住所地ベースでの推計の考え方については変更ありません。その下、慢性期については、現状の病床と比較し減となっていますが、在宅へ以降も含めた数値であり、ページの最後には、以上という形で記入させていただいております。今後はその数値が変動することが想定されます。

27ページの「また、当面は、現在医療機関の入院している方の行き場所がなくなるとともに、患者が最後まで自分らしく生きられる療養環境を確保されるよう、国の社会保障審議会「療養病床のあり方等に関する特別部会」における平成30年度以降の制度見直しの動きを注視しながら、新たなサービス提供類型への転換を含めた療養病床の在り方について検討していきます」。また、その下にも記載をしておりますが、必要病床数は、その後の状況変化や社会情勢等を踏まえ、必要に応じて見直しを行います。

次に第5章についてですが、高知県地域医療構想の達成のための取組みに向けた考え方として、この考え方に沿って施策に取り組んでいきます。内容につきましては、県庁内の複数の課にまたいでいたことから、内容を確認のうえ一部加筆修正をさせていただいておりますが、項目の変更等大きな変更はありません。

新たに追加した部分につきましては、29ページの「また、施策の推進に向けては、当面は現在入院している患者の療養環境を確保しつつ、中長期的には、患者のQOLにふさわしい療養環境を確保することにより、患者が最後まで自分らしく生きられる体制を構築します」の部分です。こちらは、県の施策の方向性について、新たに記載をしております。

第6章につきましては、35ページですが、関係団体等の役割につきまして、より明確にわかりやすく整理しなおし、修正をしております。四角の中の①～④のように、住民、医療提供者、保険者、県というふうに、それぞれの役割を示しております。

続きまして、第7章についてですが、前回お示ししておりませんでしたので、今回新たに追加させていただいております。内容につきましては、第2章の高知県の現状、人口、高齢化率、また医療人材の状況、病床期間の状況等の医療資源の内容や、区域ごとの構想を実現するための施策等を記入しています。

最後に、第8章資料というページがありますが、今回地域医療構想策定にあたり、参考資料等がありましたら、こちらのほうに載せさせていただきたいと考えております。

私からの説明は以上になります。

(座長) この議題に関連し、保険者協議会から県へ提出された意見書が本日配付されていますが、濱田委員から概要をご説明いただいてもよろしいでしょうか。

(濱田委員) 私は高知県保険者協議会の副会長という立場で保険者を代表してこのワーキンググループの委員の1人として参加をさせていただいているところでございます。座長からお話がありました協議会からの高知県に対する意見書といいますか要望書を今日、お手元に、本日お配りしている1枚紙の資料でございますが。

ワーキンググループの使命そのものが、医療機関別に10年後の高知県医療需要とか必要病床数を推計する、あるべき医療の姿を求めるというものがありまして、委員の皆さん方、診断に基づいての治療あるいは入院加療とかいう医療の中身に関することが中心であることが当然のことであろうと思いますが、保険者協議会としましては、お配りしてあります資料のように、構想の素案につきましては全く軌を一にするものでありまして、基本的には賛成ということでございます。

ただ、一点だけ、これは確認といいますか、改めてお願いをしたいのは、病気になる前の予防、健康づくりへの取組強化という別の視点で、今後なお一層の充実を要望したいということでありまして、手前にあります1ないし3の理念的なものとは別に4点目にその考えを加え提出させていただきたいところでございます。

予防健康づくりへの取組強化のため、県民の健康に対する意識向上や各構想区域内での健診受診機関のさらなる充実を要望しますということで、これは今週火曜日、7月の12日に県の健康政策部の山本部長に提出をさせていただきました。

このような提案というか申し出は、全国では22あると聞いておりますが、高知県におきましても、今後さらに論議が進むと思われる調整会議の場におきましても、是非とも頭においてほしい視点ではないかなと思います。結果として、保険者としても地域における質が高くバランスのとれた医療、介護サービスの提供体制が構築できればいいというふうに考えております。

自らが病気を予防し生涯を健康に暮らす。そのための予防健康づくりへの取組強化というのは、県が掲げます日本一の健康長寿県構想の根幹にもなっていますし、また、地域医療構想策定後も保険者には、健康、長寿の延伸あるいは医療費適正に向けて様々な役割が求められています。

したがって保険者としては、4つの二次医療圏間の患者の流出のみならず、受療行動とか各医療機関のジェネリック医薬品の使用割合など様々なデータを掘みつつありますので、これらを有効に使いながら加入者のために何ができるのか、保険者機能をさらに強化するなど、皆さんの力を借りながら役割を果たしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。

以上が協議会の意見でございました。ありがとうございました。

(座長) ありがとうございました。ただいまのこの保険者協議会からの意見、ご要望について、何か事務局のほう、コメントありますか。よろしいですか。

(事務局) 保険者協議会様からの意見書を県のほうでも拝見しまして、まことに的を射たご指摘かなと感じております。

濱田委員からご指摘がありましたように、特にこの4番の健康づくりへの取組みの強化、県民の健康に対する意識構造、また、その健診の充実といったようなことは、日本一の健康長寿県構想の5本の柱の最初に掲げてあることと全く主旨を一にするものでございます。

この地域医療構想の中に今回、これでいくかということについては、真摯に検討させていただきたいと思っております。この県民の取組みということについては、35ページの関係団体等の役割のところ、枠囲みの(1)のところと、ここで、住民は、という章で始まっていますけども、健康の増進や疾病の予防ということを書かせていただいています。また、具体的な健診や受診率の向上だとか、また、県民自身の疾病予防への取組みなど、長寿県構想の中で様々な取組みを行っています。そういった取組みをこの地域医療構想の具体的な対策の中身に、どのようなかたちで書き込むかはともかくとして前向きに検討したいと思っております。ありがとうございました。

(座長) このことに関して、他の委員の方、ございますか。ご意見よろしいでしょうか。

そしたら、この資料1全体を通して、どの部分でも結構ですけれども、この素案について皆様から直接ご発言をいただく機会が今日は最後になっていますので、お気づきの点、あるいは、もう少し説明を願いたい旨、ご自由にご発言いただきたいんですが、いかがでしょうか。

堀委員どうぞ。

(堀委員) 先ほどの要望書の流れと同じ様なことになって申し訳ないんですけど、一受益者として、これからの医療を考える時に、やはり医療費もかさんでいく、高齢に向かっている色々な問題があるというところで、前回、他の委員さんからもお話がありましたように、やはり高知県の住民というのは、いたって、のかなといいますか暢気な方が多いので、自分の病気に対しての日々の鍛錬が出来ず、いざ病気した時にどうしようと、お尻に火がついて動くような性格の人が多いということで、色々、県でも取組んでいらっしゃるのを知っています。健康体操に行ったら何がもらえてどうのこうのという、何かの特典がもらえるとか、そういう事をこの前テレビで放送していたんですけど。これに対して、ただ単に努力する云々だけじゃなしに、これから高知県の医療に対して、実はこういう状態になりますよという、皆で努力して健康保険料も削減するような方向にありましようということ、やはり一度マスコミを通してお知らせさせていただきたいです。

その中で聞いている人もいるだろうし、聞いていない人もいるとは思いますが、全体の医療に対する流れ、あまりにも知らない人が多いですので、介護も含めて、医療介護、

それから、実際の介護の現場等も含めて一連の流れで、皆で努力して高知県の医療を守って健康にしていきたいと思いますということを、1回マスコミ等でとりあげていただきたいのですが。

細かい施策の話は、私、申し上げないんですけど。文章はこれでいいと思います。

(事務局) ご指摘ありがとうございました。

やはり、高知県の医療をどのように守っていくかということが、県民おひとりおひとり気付きをしていただくことが重要ななと思っています。そういった点で、こういった保健医療施策のみならず、県庁全体で県民に対する県庁としての施策の説明、広報など、こういったことに力を入れております。

もう少し先になりますけれども、健康長寿県構想全体のご紹介を行なう特別番組の制作を現在、行なっております。その中では、先ほどご指摘のあったように、高知県の医療を守っていくとか、地域地域で安心して暮らしていけるためにはどのような取り組みを行っていくか。また、その疾病予防や県民おひとりおひとりが健康を保つためにどのようなことが必要なのかということをご紹介、ご説明するような内容になっております。

堀委員からもご指摘も言われたことを今まさに制作している、制作の緒についてとところです。ご指摘を取り入れていきたいと思っております。ありがとうございます。

(座長) よろしいでしょうか。その他。

宮井委員どうぞ。

(宮井委員) 質問なんですけれども、地域医療構想の案ということですので、構想全体の案でありますので、具体的には、ここに各医療圏の中での今後の施策、取組み等が具体的に不足している病床への転換などを講じ、必要な病床数を確保しますといったような文言が書かれているわけですので、具体的にはこれから調整会議をするということで、本当にこれがどのように進むかというのは、それぞれの医療圏できっちりと県と調整しながら話し合いが具体的に進んでいくというものであるということをご前提にここにあるというふうにとらえてよろしいのでしょうか。そういうものの位置付けということで、それでよろしいんですね。

(座長) それでよろしいですね。はい。

(宮井委員) よろしいんですね。

ということは、これから具体的な、本当にこれが、病床数を減らすものではないと言いつつ、それを目的にするものではないと言いつつも、具体的にきっちりと、各医療圏でと

書かれておりますので、おそらく限りなくそれに近づくような、しかし、行き場のない人がいないようなつくり方とか病床の転換といったことが具体的にきっちりと医療圏で話し合われていく中で、それぞれのところで詰めていくということがしっかりとなされていかないと、誰もが住みなれた地域で幸せになれないと思いますので、本当に課題はたくさんたくさんあるかと思っておりますので、それは一生懸命、これから県民あげて皆で協力してやっていかないといけないと思っておりますけど、その認識ということを、今日はすみませんが、確認させていただきました。

(座長) 事務局、それ、今の宮井委員の理解でよろしいですね。

(事務局) はい。ありがとうございます。基本的には宮井委員のご認識のとおりだと思います。

この計画では、どこそこの医療圏または、どの医療機関が今後こういう方向でやってくださいとか、また、病床を割り当てるとか、そういったものではありませんし、過剰な部分を削減していくというものではありません。一方、不足する部分については、一定、2025年における必要量というのはこの程度ですので、整備していくなど、このあたりが目標になってくるのかなという目安というものであります。

今後、少なくとも平成30年の春に、現時点では介護療養病床の、また、医療療養病床の25対1の期限切れがまいつてきますので、具体的には、それ以降ですね、病床の転換などの動きが出てきます。

その時に各地域で自分の医療機関はこうしたいだとか、また、ここは充足はしているけれども転換をしたいけど、どうしようかという時に、各地域で調整会議をこれからこしらえますので、そこを協議の場として活用、利用してやって、そこには、ここで策定した必要病床数というのが横にあって、参考値として見ていきながら、そこから進めていくと、そういった流れになろうかと。また、具体的な調整会議の持ち方、進め方については、また後の議題でご説明させていただきます。

(宮井委員) ありがとうございます。

(座長) 寺田委員、どうぞ。

(寺田委員) 私、役職がまだ副会長になっておりますけど、副会長を退任しまして、現在、常任理事でございます。相変わらずこの役割を果たせさせていただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

皆様方にちょっと提示して、それから、医師会関係の先生方にもちょっとご発言をいた



だきたいと思って提案したいと思います。

ひとつは、19ページの下の方の(2)の病床機能報告の状況。19ページの下の方ですね。(2)、はこの中です。この数字。それから、26ページの図表4-9、必要病床数の推計結果。この2つを比較して見ていただきたいです。そうしないと、数字の問題で具体の数字がどうなったのかというのをわかっていないとわからないと思うので、私の方から簡単に説明しますので、それを受けて、医師会の先生方、それぞれの思いがあらうと思いますので、田中先生にしろ、野並先生にしろ、中澤先生にしろ、ご発言をお願いしたいと、こんなふうに思います。

ひとつは、19ページの27年度の病床機能報告のところですね。高度急性期、急性期、回復期、慢性期とあるんですね。で、県計で1万5222とあってですね、高度急性期の895を見てください。そして、26ページの4-9の県計の一番下のところの高度急性期の一番右のところを見てください、必要病床数。840になっていますね。つまり、895が840に減っているということですね。

それから、もうひとつは急性期が、19ページでいきますと、5482と現状はそうなっています。5482。それが26ページの県計のところの急性期の右の端、2860というふうになっています。要するに急性期は減っているんですね

それから、もうひとつは回復期、1642が19ページですね。それから26ページの回復期の2のところの3286で、これは増えていますね。

それから、もうひとつは慢性期のところですけど、一番下の、19ページの下の方の6971が現状なんです。それが県計の26ページのところに行きますと慢性期4266。つまり約6900が4200~4300になっているんですね。こういうところが増減といいますか、数字の提示していただいたところなんです。

そこで、先ほどの保険者協議会の方がおっしゃったようなことが浮上してくるわけなんですけど。それで、実は先ほどちょっとございました、必ずしも病床削減目標ではありませんというところなただけけれども、今の病床数の、26ページでいきますと、一番の問題は、やはり慢性期の6000何某が4000何某になっているというところが、それぞれこれからの問題になると思います。

急性期にしろ、高度急性期はある程度これでいけるんじゃないかと思うんです。回復期がこんなに増えていいのかという問題はあるんですけど。

それと、今の、一番の問題は、慢性期が4266に減ったということなんですね。ちょっと先ほど指摘されましたように、29年度に介護療養病床が廃止になります。これは大体2000はないと思うんですけど、1500前後だと思うんですけど、それがなくなっちゃうわけですね。なくなっちゃうと。じゃあ、この先ほどの保険者協議会からの指摘にありますように、あと受け皿をどうするんだという話ですね。

そこで、県のほうでは、26ページの下の方のところですね。一番下のところ。4266床

以上落としますとなっているんです。これ、苦肉の策でしてですね。本県の必要病床数の慢性期に関しては、先ほどの6000何某か4000何某かになったんだけど、先ほど言いましたように1500くらいの一般療養病床が廃止になるという観点からしますと、その数が似たような数になってきます、減った数がですね。

じゃあ、その減った、介護療養病床がなくなっちゃった後、その方達をどうするんだという話ですよ。現状では、そのあり方検討会、先ほどどこかで出ていましたけど、その問題もあって、まだ提示されていませんので、あり方検討会のシステムがですね。ですので、まだまだ流動的なので、この4266床以上とするというのは苦肉の策で、県のほうは、何とか次の何と言いますか、整備についてはですね、転換を含めてですね、ここへ考慮するという意味合いだろうと私はとっています。

そこで、県の医師会のほうの先生のご意見を聞きたい。これが最後ですので、思いだけを一応言っていたきたいと思って。まず、田中先生からお願いいたします。

(田中委員) いつも嫌われているようなことばかり言っていますけど。ひとつ資料があるんですけども、これよろしいでしょうか、配布させていただいて。今さらながらという、資料です。1枚ずつです。一応置いておいてください。

まず、11ページをご覧ください。図表2-11。相変わらずこれが出てくるんですね。高知県が1位だと。全国の病院病床数、高知県が1位だという表ですね。22ページを見てください。図表4-5ですね。療養病床の都道府県別入院受療率。高知県、最大値が高知県だと。

こういう表を出す意味がここにあるんでしょうか。病院病床数、全国1位。病院病床数の入院受療率、全国1位。これを単に印象付けるための表だと思うんです。文章の中で結構こういうことを書かれておられますので、もうそれで十分じゃないんでしょうか。この表を出して、あえてこんなに多いんだよ、だから削減しなければならないんだよというところに誘導していつているような気がしてなりません。

病床数が多いというのは、そんなに悪なんでしょうか。病床数が多いのは、むしろ県民にとっては幸せなことなんじゃないかと。病床数が多いから医療費がかかるというふうなことを考えておられるんだと思うんですけど、療養病床があつてこそ、超急性期、あるいは急性期、あるいは回復期、こういうところがまわっているわけですよ。療養病床が削減されていけば、急性期から、あるいは超急性期から、あるいは慢性期をすんだ後から出て行く人達の行き場がありません。これは在宅でみてくださいと我々言いたいけど、とてもじゃないけど、在宅ではみれない患者さん達がたくさんいるということですね。

こういう表を入れるのであれば、高知県の在宅数、あるいはその施設数ですね。その全国比の図表をも入れないと不公平になると考えておりますが。現在の在宅医療の具体数というものはっきり表記されておられませんので、少ないと言われるだけでどんなに少ない

のか、全国比でどれだけ少ないのか。回復期病床が少ない少ないと言われますけれども、全国平均でいくと多いです、高知県。

ですから、そういうところの、この病院数が多いんだよ、それから療養病床数が多いんだよという表は、ひとつの誘導だと思いますが、これはいかがでしょうか、ということです。

それから、21ページをご覧ください。

(2)の慢性期及び在宅医療等の上から6行目ですかね。具体的には療養病床の入院患者数のうち医療区分1の患者の70%を在宅医療等で云々と、こうありますよね。この囲みの中の1ですね。この文章から見ますと、医療区分1の患者の70%が在宅医療だ。ということは社会的入院なんだよということを意味しているんじゃないかと、県の行政の方達はそのように判断されているのでしょうか。

療養病床には社会的入院が多いと。多い、多い、多いと宣伝されてきましたですけども、とんでもありません。この4月の診療報酬改定で、療養病床の中に医療区分1の方がいらっしやいますと、その療養病床がやっていけない仕組みで、診療報酬が低くなるという仕組みになっておりますので、療養病床の中には社会的入院は本当に数えるほどと言っても過言ではありません。

療養病床というのは、ご存知のとおり医療療養病床と介護療養病床がありますよね。介護療養病床の中には医療区分1の患者さんがたくさんおられます。ですが、その介護の医療区分1の患者さんというのは、ADL区分3の方が高知県で半数弱になるわけですよ。

今、そこへお配りいたしました資料なんですけども、これは今年の6月22日に開かれました第2回社会保障審議会療養病床のあり方等に関する特別部会で、全国抑制廃止研究会理事長の吉岡充先生が委員としてこの会におられます。一番最初に、全国で抑制廃止をおっしゃられた方で、この方の抑制廃止論が全国に広まった。その発端になられた先生なんですけれども、在宅のあり方に関する特別部会で意見を述べられたその時の資料です。

吉岡先生は、この部会の委員ですが、介護療養病床の介護施設化というのは断固反対という立場をとっておられる先生です。

その表がありますよね。患者分類別医療処置時間。これは時間です。これは、平成18年に介護療養型医療施設の廃止論が出てきまして、そこで廃止だという政策が実施されたわけですね。同時に医療区分というものが始まったわけですが、それを統計した厚労省の資料です。

医療区分1をご覧ください。医療区分1のADL区分3。これはですね、医療処置時間が26.4分なんです。医療区分3のADL区分1は20.2分なんです。医療区分1の方のADL区分3の方のほうが医療処置に非常に時間がかかっているという実態です。

つまり、介護療養に入院されている患者さんが、例え医療区分1であっても、ADL区

分3であれば非常に病状的に不安定で、医療区分2や3でADL区分が軽い人よりも、医療的な管理を必要としていると、こういう人達が非常にたくさん存在しているということの表れだと思います。

ページ21の医療区分1の患者の70%を在宅医療等に対応する。患者数として推計し、という文言を変更する考えはございませんでしょうか。まだこんな考え方をしているのかということ全国に示しますと、療養病床関係者には笑われかねないと思っております。

それから、29ページ、ご覧になってください。

下から4行目ですか。特に不足している回復期病床への転換の促進。回復期病床への転換の促進は、いくら転換を促進しても転換しないと思います、私はそう思っております。非常に経営が困難です、回復期病棟。ですから、なかなかここに行き辛いと思います。回復期が少ないということは、この回復期病床の機能を療養病床が代わりをしているというふうに考えております。

高知県民にとってですね、絶対に医療が崩壊してはならないということで、どうしてもこういうふうに急性期が減少される、あるいは療養病床が減少されるとなると、必ず介護難民、医療難民が出てくると思っております。こういう難民の方達が出ないように慎重に、地域医療構想ですので明るいビジョンをもった地域医療構想でなければならないと考えます。

このようなここに出されたような案の地域医療構想であれば、これが決定されるのであれば、私は委員の1人として、この構想文に対しては反対をいたします。田中が反対したと、どこかに書き残しておいてほしいと思っております。以上です。

(中澤委員) よろしいでしょうか。

(座長) どうぞ、中澤委員。

(中澤委員) 立場としては、地区医師会代表ですけど、一応、県の医師会の地域医療協議会の委員長をしていますので、その立場としても発言させていただきたいと思いますが。

7月4日に地域医療委員会が高知県医師会として開かれまして、その時に、特に28ページに、先ほど寺田先生が2ページに対しておっしゃいましたけど、28ページをご覧になると、27年度の病床機能報告と25年、平成37年度の必要病床数の対比が出ておりますので、これを見ていただくとわかりやすいと思いますけど。

この今回のワーキンググループでも、これが最終決定されますので、非常にたくさんの意見が出ました。まずひとつは、療養病床は、先ほど田中先生がおっしゃったような議論でして、現在、転換先の新タイプの施設の詳細はまだ明らかになっていなくて、特に報酬単価もそうなんですけども、意外と自己負担ですよね、患者さんご家族の負担額がどう見た

って療養病床よりは高くなる。ホテルコストとか給食費とかそういうのが自己負担になる可能性が高いですから、そういうものを患者さんが選ばない、選ばないというふうになると、それこそ医療介護難民が出てしまうわけですので、そういった新しい類型がまだ詳細が決まっていない現時点で、この推計値を出すことに非常に無理があるであろうという意見が出ておりました。

それで、今回、在宅医療等ということで、おうちに帰るということではなくて、居宅とか施設医療を含めたものを在宅医療等と言っているわけですから、当然、その新類型での医療というのにも含まれるわけですが、それが当然、医療の質が下がるわけですね。医者数が少ない、医療従事者の数が少ない。ですから、その医療の質が下がった状態で、今、療養病床に入院している方達が果たして療養できるかどうかという、その問題が非常に大きいんじゃないかなと思います。それと、先ほどの費用負担の問題ですね。ですから、そこが明らかにならないと、マイナス2705床の行き先というのが非常に難しいんじゃないかなというふうに思います。

ですから、29年1月くらいに明らかになる、この親類系の実態、詳細に、どれだけ今の療養病床入院中の患者さんが療養できるようなものに見合うものになるのか。それから、自己負担額がそれなりに軽くなってくるのか。それから、医療法人の経営者側が経営できる持続可能なものなのか、そのあたりがポイントになるのかなというふうに思います。

それと、先ほど、この数だけ見ると2700床削減ということになります。結局、その転換先の在宅の機能のベッド数というのが転換先にあるわけですので、その合計で考えたら、要は、今の6971床と同じになるわけですから、田中先生がおっしゃったように、療養病床の数だけを比べるのはあまりフェアじゃないかなと。在宅医療の機能を一緒に考えて、数も、今は転換先が出せないの、療養病床の数を先に出してしまっていますが、転換先の数が決まると全国レベルになるんじゃないかというふうに思います。

それと、もうひとつは高度急性期の議論は、あまり今まで、それほどされてなかったかなと思うんですけど。今回、幡多が6床で、それ以外は中央で、現時点でもう既に中央医療圏に流入しているの、840床という、それから、中央だけ見ても834床ということで、平成27年の病床機能報告では879床だったのが、中央医療圏だけ見ると、2025年には834床になっている、マイナス55床になっているということで、それはマイナスになっているのは妥当なあれだと思うんですけど、実際、高度急性期、急性期、回復期の決め方がレセプトデータに基づいた医療資源の投入量で決めていると。高度急性期は3000点以上で決めているわけですが、同じ疾病とか病態が高度急性期の病床に入院するのと、それから急性期の病床に入院するのとで点数が変わってくるわけですので。例えば、それは、その現場の医師が判断で高度急性期的な治療をするのか、もしくは地元急性期の病院でいいのか。けど、それがこの数値以上に、どうも中央に集まり過ぎているんじゃないかというイメージがあるんですね。要は、急性期でいい患者さんを高度急性

期でみすぎているんじゃないかと。

これは医療資源が3000点以上投入されているので、それが妥当だと言われればそうかもしれませんが、一部の患者さんは、少し過剰診療、過剰医療をされている部分があるんじゃないかということで、この834床ということは、ひょっとしたらもう少し減らせるんじゃないかなと。

要は、肺炎とか骨折とか、それがさらに重傷な状態で高度急性期でみる方もいらっしゃると思いますし、実は同じ病棟でそうでもない方が高度急性期でみられていて、3000点以上ひょっとしたら投入されているんじゃないかというような、ちょっと話を元に戻すように申し訳ないんですけど、そういった意見が地域医療委員会の後である医師会の役員の先生から出ました。

これは、その先生が、主治医が必要だと思って3000点以上投入しているとは思うんですけども、ふさわしい病床でふさわしい病態が治療されているかというものの評価というのは、このレセプトデータだけでは難しいので、限界があるんじゃないかなという印象をもちましたので、高度急性期のこのベッド数の、これは、推計値は、これは推計ツールから出されるもので仕方がないんですけど、本文のところには何かそういった本当に必要な病態が、高度急性期、もしくは急性期で治療されているかというところのさらなる検討が望まれるというふうな記載を、追加をしていただきたいなというふうに思いました。

ちょっと、三次救急の病院が高知市内3つもありますから、そういう傾向が高知県にはあるんじゃないかということで、少しそういった記載を追加していただきたいなというふうに思いました。

それと、もうひとつは、急性期と回復期の病床の決め方。最初は急性期を高幡と幡多に関しては、流出分の半分を高幡と幡多に戻すというかたちで、患者住所地の数に中央医療圏に流出した半数を戻すかたちの案だったのが、今回の案では、もう患者住所地のまま調整をしないと。回復期のほうで流出分の半分をそれぞれのところに戻すということで話がついているようですが、これは安芸医療圏のほうで、特に自治体も含めて急性期は何とか維持したいということの強い要望があって、その熱意が感じられるという、それは非常に、それは評価できると思うんですけど、この高幡のほうの医療区域の、これもそういった総意で急性期を維持したまま回復期を調整するということが、高幡のほうでそういったコンセンサスが得られているのかどうか。高幡と安芸、足並みを揃えて、そういうふうにしてしまっているんじゃないかと。高幡のほうは、ひょっとしたら急性期のほうを調整してもらって回復期のほうはそのまま残してもらいたいというふうな、そういう意見はなかったのかどうかというのをちょっと確認させていただきたいと思います。

それと、推計値というのは、どうしても自動的に出てしまうものですから、先ほどの高度急性期とか慢性期については、本文の記載に、そういった高知県の実態を反映できるような、特に療養病床の実態調査を反映できるような記載を出来るだけ多く盛り込んでいた

だきたいなというふうに思います。以上です。

(座長) そしたら、医師会の先生方からご発言を。野並先生。

(野並委員) 私は慢性期医療協会からの者です。

ただ、日本慢性期医療協会というのは、実は、どちらかと言うと、かなり急性期に近いものを目指しているところで、会長、武久先生は、かなり、急性期をなんちゃって急性期的なものをとにかくやめて、いわゆる亜急性期とかそのあたりのものを目指すような、慢性期と言ってもどちらかと言うと、純粋な急性期を更に高度なものに、レベルの高いものに対して、その次というものを慢性期というふうに位置付けている、そういう会ではあります。ですから、純粋な慢性期の代表ではないというところがややあるんですけども。

田中先生、中澤先生のほうから詳しいお話がありましたので手短かに申しますけど。とにかく高知はこれまで、大変いびつな構造の中で何とか成り立ってきて、急性期にしる、慢性期にしる、かなりいびつな形で成り立っているわけで、慢性期だけがいびつであったわけではないんですが。ただ、それゆえに何とか成り立ってきたと。他県が例えば救急医療において救急病院の救急の職員の疲弊というものに対して叫び声をあげている中でも高知は、高知における問題というのは、いや、二次救急が育たないというようなレベルの話ができていう素晴らしい流れがあるわけであって。

ただ、今回のこの医療ビジョンそのものは、結局は、何とかいびつに成り立っていたセーフティネットを外す話ではあります。決して無駄なものが構築されていたというわけではなくて、県民が何十年の中で培ってきた結果としてあるわけで、それを都会の方が気に入らないということでいちゃもんをつけているものを、お国からのお達しだということで真面目に対応されているという結果であるわけで、大変心から敬服いたしますが。ただ、そのセーフティネットを外すということについてのおそれというんでしょうか、そういうものも少し文章の中に組み込んでいただければと思います。

これは、そういう数を出さなきゃいけないでしょうから出されたことなのでありますけども、数字じゃなくて文章としては、とにかく大変なことが今後起こってくるであろうと。他県が今現在訴えているような、救急病院に大勢の人が押しかけて疲弊していくというかたちに当然なるでしょうし、それから、他県で、先日、NHKでもありました、いわゆる介護殺人のようなものも今後、高知でも増えていくでありましょうし、それから、前回、私、申しましたように、東京における個人負担といいますか、医療費じゃなくて個人負担がどんどん増えていく。それを高知県の各家庭でまかなえるかといったような大きな問題とか、そういうセーフティネットが外された県民の今後の悲惨な状況について、県行政としてどうやって各関係団体と対応していくかといったようなことも是非盛り込んでいただければというふうに思います。以上です。

(座長) ありがとうございます。今、医師会に所属されている委員の方々からご意見、ご要望をいただいておりますが、このことに関連して他の委員の方で何かご発言ございませんでしょうか。

小田切委員、どうぞ。

(小田切委員) 今、各先生方のご意見聞いていまして、ごもっともなことだというふうに私も思います。

ただ、地域医療構想は部会で一応、策定していくということで、今回、色んな調査、アンケートの結果をもとに推計をして一定の論理をもとに推計をしてはじき出された数字ですので数字は数字として、今、様々出た懸念のことについて、今後、今日のこの案がコンプリートされたものということじゃなしに、医療審議会本会にも、多分これは報告していくわけでしょうから、そういった流れのこともふまえて若干の修正というか調整が今後入るというふうに考えていいんじゃないかというふうに、また、その必要性があるんじゃないかなど。

前回の時も、行き場がなくならないようにというようなことはずっと言っていましたし、必要病床数がコンプリートされた、今後、歩き出した時に、それに向かって何が何でもしなないといけないんだというふうな捉え方をされる場合が過去ありましたが、後で出てくる調整会議で調整しながらということも出ていますので、それは今回の場合、多分ないんだらうとは思いますが、縷々お話のあったように、懸念されることをもっとこの中に含めると、書き入れるというような今後の調整をふまえて、多分、長寿県構想の推進会議もまたあると思いますので、そんな中での議論もあるんだらうと思いますので、そういったことで、少しこの案がコンプリートされたものでなしに、そういう調整、柔軟な対応がされるということが必要ではないかというふうに思いましたので発言させていただきました。以上です。

(座長) ありがとうございます。その他。手を上げておられますね。

近森委員、どうぞ。

(近森委員) 1回目から今回5回目まで出させていただきましたけども、数値的には非常に変わってないと。結果ありきの会議に感じるようになりますね。

その中でも、本日は記載事項が数点あって、変化になったとは思いますが、今、小田切委員からのお話ですけども、かたまったような考え方ではなくてですね、やはり、柔軟な考えを持って進めてもらうように思うわけでございます。

この数値だけが非常に先に走っているようなのが現状じゃないかなど、このように思っ



ております。各医療機関の方々と話をしても、先に数値が始まって、県はどう考えているんだと。国はどうなっているんだと。泣く子と地頭には勝てないということがあるかとは思いますが、やはり県民の特性を活かしたような施策を今後は考えていってもらいたいというのが私の考えです。すみません。ありがとうございます。

(座長) その他の委員の方、いかがでしょうか。

福田委員。

(福田委員) この会で色々勉強させていただきました。

29ページの、22ページですかね。棒グラフからわかることですが。ちょうど、医療のベッド数は西高東低というか、これは明らかでございます。明治維新の薩長土肥といえますか、鹿児島、高知、山口県、これが全部飛び出ているのが特徴的なんですね。この方とお話したら、どこも高齢化が非常に強くて、それで、子どもが増えてきていない、少子化が一番きついでございます。鹿児島と山口は、まだ子どもがたくさん生まれているらしいんです。高知県は特に子どもが少なくなっているんで、これから将来的に、もっと厳しくなる。それが倍になったのが、ただ単なる倍じゃなくて何重にも厳しくなるような時代が来ると思われるので、それぞれのところがその特徴を文章にするなり、あるいは国のほうにある程度、高知県としての必要な状況というのを出していただいて、より良いような政策になればと思います。

ある程度、自分等が仕方がないところも、覚悟しないといけないところもあると思いますが、そのようにしていただけたらいいかと思います。

(座長) ありがとうございます。その他の委員の方、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、これ今、各委員の方から出た本文への加筆でありますとか図表の適切な使用とかについては、事務局のほうで、また整理していただかないと、すぐにここで答えいただけるようなものでないと思うんですが。また、現時点で事務局のほうで、こういうふうにしていきたいということがあれば、手短にご発言いただいて、次の議題にいきますが。

(事務局) わかりました。

たくさんのご指摘をいただいたので手短にならないかもしれませんが、今のところお返しできる考え方としましては、まず、田中委員から11ページ、22ページの表に対するご指摘がありました。これは客観的事実として入っていますが、あまり、1位、1位というのを強調しなくてもいいのではないかと。それはそのとおりだと思いますので、そういっ

たところは外します。ただ、22ページは計算方法のもととなるものですので、そういう意味合いで、山形県が最少だとかというのを記載しております。そこをちょっとご了承いただければと思います。

ただですね、例えば、どの指標を使うかはともかくとして、在宅医療に関するデータとか、回復期や急性期病床の他県の状況ですね。これも、グラフがありますので、加えさせていただきたいと思います。

それと、医療区分1、70%を在宅にまわすと。これは確か事前資料でしたか、の調査結果をもとに厚労省が判断したというものです。私も個人的には色々思うところがありますけども、全国的にはこういったガイドラインを記載しておりますので、止む無くということ。ただし、必要病床数に対する現状のところはですね、やはり入院受療率を全国標準にあわせる。ここが一番きいていますので、医療区分1、70%というところの影響はあまり。ただし、他県から見ると恥ずかしいと言われますと、確かにそうかもしれませんが、他の46都道府県もこう書いていますので、ということになります。

それと、29ページの記載であります。特に特定回復期病床への転換の促進というところの記載でございますが、ここはあくまでも取組みというところでございます。現在、取組みとして行なっているものは、不足している回復期機能、ここは明らかですので、これを補助制度で支援していくというものでございます。したがって、特に不足している回復期機能への転換への支援というふうに修正をしたいと思います。

あと、急性期、高度急性期の部分につきまして中澤委員からご指摘ございました。ふさわしい病態がふさわしい病床で医療を受けているかどうかと、さらなる検討が望まれるという主旨の記載の追加が必要だということでもございました。主旨は承知しましたので、その方向で進めます。

この3案の検討を、検証を特にどのような指標を用いて行なっているかということについては、非常に難しいなというところがあるかと思います。医療内容に踏み込んだ検証を行政がやっていくということは、ある意味怖い話かなというふうにも思いますので、その覚悟で書きたいと思います。という、あまり、そういった厳しい影響にならないように書きたいと思います。

あと、必要病床数の調整段階におきまして、高幡地域につきましても医師会含めて、ご意見をうかがいました。安芸地域については急性期病床をしっかりと確保していただきたい。自治体からも、地区長さんからもご要望を承りました。その思い、そういったものでございます。高幡地域からは、特段大きなご意見等はございませんでしたので、基本的には、その他の区域との並びでかなと思います。現在、お示しした考え方でご説明をした範囲においては、特段のご異論は現時点ではいただいておりません。なお、今後、策定までの過程で確認を進めたいと思います。

まだ、野並委員からの追加の記載、ご指摘ありましたので、聞き漏らしている部分もあ

りますので、また、後ほど詳細を確認させていただければと思います。

小田切委員からのご指摘ですけれども、ワーキンググループとしては本日がひとつの節目ではありますが、ご指摘のありましたように、このあと、医療審議会、保健医療計画評価推進部会、また、パブリックコメントを経て医療審議会という議論の場がございます。本日の委員でも意見されている先生方もおられます。本日の今日お示ししている案はコンプライトではございません。ご指摘いただいたものを修正いたしますし、この後のご議論で、また修正を行ったり肉付けをしたりする必要がございます。

また、庁内での最終に向けた、より現段階での議論が必要ですので、そういう過程におきますと、本日のこの案というのは、まだコンプライトといたしますか、まだ未完成状態であるというふうに認識をしております。長くなりました。コメントです。ありがとうございます。

(座長) そうしたら、時間がこれ、30分ほどになっておりますので、一旦この議題についての審議をここで終えまして、残り2つの議題についてですね、今後の取り組みの説明になります。事務局から説明があります。

(事務局) 医療政策の久米でございます。それでは資料2につきまして、ご説明をさせていただきます。

資料2は地域医療構想策定後の取組案ということでございまして、調整会議の設置運営、それから残り2つの調整会議関係でございますけれども、病床調整の手続き、それから回復期病床の転換補助金の審査手続き、この3点についてご説明させていただきたいと思っております。

資料2の1ページをご覧ください。

まず、調整会議に関してですけれども、前回のワーキンググループにおきまして、構想区域ごとに法定の調整会議を設置すること。それから、このうち中央区域については4つの部会に分けた会議体とすること。また、福祉保健所が設ける会議体を活用する方向で調整すること。さらには、広域的な議題を扱うための全県組織として連合会を設置することという案についてご説明をさせていただいたところでありまして、本日はこれをさらに具体化した案についてのご説明ということになります。

まず、1番の各地域における調整会議についてですけれども、こちらに記載してございますとおり、調整会議の委員につきましては、福祉保健所等が設置する各会議体の委員へ就任を依頼したいと考えており、病床機能報告制度による情報等の共有、あるいは基金の計画に盛り込む事業の協議などを扱う定例的な会議につきましては、年度末に1回開催したいと考えております。また、この定例的な会議は、福祉保健所が開く各会議と一体的に開催をいたしますけれども、調整会議自体は設置要綱に基づく独立した会議体にしたいと

考えております。

次に、2番の福祉保健所における各会議体についてですけれども、会議体の名称という欄をご覧くださいますと、安芸区域、それから中央の嶺北部会、高幡区域、幡多区域につきましては、既存の会議体であります日本一の健康長寿県構想推進協議会を活用したいと考えております。

また、中央区域の中の物部川部会につきましては、親協議会の下に設置されている3市、南国市、香美市、香南市の連携部会。それから、同じく中央区域の高知市部会と仁淀川部会につきましては、新設予定であります医療介護関係の会議体を活用したいと考えております。これら会議体の活用につきましては、各福祉保健所及び高知市保健所と調整を進めているところでございます。

また、表の下に○で記載しておりますけれども、これら会議体の委員構成は、保健医療関係者、福祉関係者、住人、市町村となっております。これら地域医療構想策定ガイドラインで示されております調整会議の委員構成と基本的に合致するものとなっております。なお、調整区域に参画すべきとされております医療保険者につきましては、福祉保険者の会議体には委員として入っておりませんので、こちらにつきましては別途保険者協議会へ委員候補者の推薦を依頼したいと考えております。

さらに、その下に記載しております本年度のスケジュールにつきましては、7月から9月に各会議体の第1回会議が予定されておりますので、この場を借りまして、調整会議委員の就任を依頼したいと考えております。

さらに、10月の構想策定後におきましては、文書で委員就任の承諾を正式に依頼の上、調整会議をこの時点で設置と。それから、2月、3月の年度末に各会議体の第2回会議が予定されておりますので、ここにあわせて第1回の地域医療構想調整会議を開催という流れで考えております。なお、11月に記載しておりますけれども、回復期病床の転換補助金の交付先審査につきまして調整会議の委員に署名で依頼をしたいというふうに考えております。この補助金につきましては、今年度、県の当初予算見込額を計上しておりますけれども、構想策定後において事業を募集して補助金を適用していくうえにあたりましては、地域における医療提供体制を適切に構築する観点から、調整会議における審査というプロセスが必要であるというふうに考えております。

本年度につきましては、実際にこの調整会議を開くことのできるタイミングが年度末ということになりますけれども、こちらと、その今年度の補助金予算を執行するために必要な審査の時期というものが合致しませんために書面審査のかたちでお願いできればと考えているものでございます。この補助金審査の内容の具体につきましては、後ほどご説明をさせていただきます。

次に、3番の地域医療構想調整会議連合会についてですけれども、1つめの○ですが、連合会の体制といたしましては、医療審議会の下部組織であります保健医療計画評価推進

部会、いわゆる計画部会の委員の皆様および各区域の調整会議の議長をもって構成する案でいかがと考えております。なお、そこに括弧書きで記載しておりますけれども、本ワーキンググループ委員の皆様方にも計画部会への参画をお願いさせていただきましたうえ、連合会に携わっていただければというふうに考えております。

3つ目の○ですけれども、連合会が扱う主な議題としまして、特に、過剰な病床機能への転換の協議につきましては、中央区域への患者流出と密接に関連いたしますため、各区域の調整会議における協議を経た後、連合会での協議を行なうということを想定しております。

それから、資料の2ページをご覧くださいませでしょうか。

ただいま最後に申し上げました過剰な病床機能への転換の協議に関しまして、調整会議における病床調整の手続案をご説明させていただきたいと思っております。調整の要否という欄にございますとおり、一番左側ですけれども、病床機能報告において選択された当該年度の病床機能と6年後の病床機能が異なる場合であって、右側上段の当該選択された6年後の病床機能が現状において既に過剰な病床機能、高度急性期、急性期、慢性期である場合は、法に基づく調整を要する案件に該当することとなります。

この場合は、調整等の内容の「■」で記載しておりますが、法に基づきまして、理由等を記載した書面の提出を求め、これを確認のうえ、理由等が十分でない場合は調整会議への参加を要請することとなりますけれども、このプロセスにおいて県といたしましては、菱形で記載しておりますとおり、現状よりも経営資源の規模の拡充、設備投資や人員の増えない案件にかかる転換移行を優先したいと考えております。

具体的にはこの資料の一番下側のところに「※」の表、調整の対象を記載しておりますけれども、6年後の転換先が、○をつけております、これ、縦が当該年度、横が6年後となっておりますが、急性期から高度急性期へ、回復期から高度急性期または急性期へ、慢性期から高度急性期または急性期へ、である場合につきましては、転換先が既に過剰な機能区分であり、かつ経営資源の規模の拡充をも伴うものである考えられることから、調整会議における調整が必要になってくるものと想定されます。

逆に、○のない区分が6年後の転換先として選択されている場合につきましては、転換先が既に過剰な機能区分でありましても、一定のダウンサイジングがなされるであろうという点に鑑みまして、当該転換の意向を尊重して扱うことが適当ではないかというふうに考えるものです。

資料の一番上のところに戻っていただきまして、調整の要否欄の真ん中のパラグラフの下側ですけれども、当該報告された6年後の病床機能は、現状において不足している病床機能、回復期である場合、こちらにつきましては、法定された調整は要さない案件というふうになります。この場合は、右側の調整等の内容にございますけれども、県から回復期病床の転換補助金の活用をはたらきかけましたうえで、上記この補助金の活用希望がある場

合は、評価調書に基づき審査を行なうことにしたいと考えております。

この補助金の審査手続きにつきましてですけれども、次の3ページをご覧くださいませでしょうか。この補助金は回復期リハビリテーション病棟または地域包括ケア病棟として必要な病棟の新設、増改築、改修を行なう医療機関の支援を実施し、地域医療構想の推進をはかるために、地域医療介護総合確保基金を活用して制度化を図ったものであります。

事業の決定についてですけれども、この補助金の適用を決定していくにあたりましては、単に必要な病床数と比較するだけではなく、地域医療構想の実現に資するものとして、地域の需要や実情に適合しているかという点について地域医療構想調整会議における承認をうけたうえで事業決定を行なうことは適当であると考えております。

事業の採択基準といたしましては、1、2、3で書いておりますけれども、特にこの3番の地域医療構想の実現に寄与すること、ここで考慮すべき項目としまして、継続性、需要予測ですとか、人材確保の状況及び各関係先との連携の状況という2つの観点からの審査項目にしてはどうかと考えております。

資料の4ページをご覧ください。

事業のフロー図ですけれども、ここの中ほどにございますとおり、審査のタイミングといたしましては、事業者から交付申請書が提出される前段とすることを想定しております。事業者とはあらかじめ事業計画等の内容について確認調整を行なったうえで、県において評価調書を作成することを考えております。

評価調書の案につきましては5ページをご覧ください。先ほどの審査基準にそった中身で策定しております。

また、6ページ以降には、この評価調書の作成に先立ちまして事業者から提出を受ける資料としまして、厚生支局への診療報酬の届出様式あるいは県が補助金交付要綱で定めている事業計画書の様式を参考としてお付けしております。

私からの説明は以上です。

(座長) ただいまの説明に対して、何かご質問ございますか。よろしいでしょうか。

野並委員、どうぞ。

(野並委員) 3ページの回復期のことについて、もちろんご存知だろうと思われませけれども、実は回復期病床あるいは回復期リハビリテーション病棟自体は、今後、どういう流れになっているかというところ、回復期リハビリテーションの1を持っているところでないとおそらく今後、回復期リハビリテーション病棟を名乗れないような流れができつつあります。ですから、もちろん、このことは川内さんがリハビリテーション、回復期リハビリテーション機能という言い方でされましたけれども、今後ほとんどのところは地域包括ケア病棟にならざるを得ないというのが流れであります。

ですから、あまりこのところに、どこまでこういうお金の話を持っていって行くというのは、何かすごく詐欺的な…。だって、なれないものになりましようと言っているものを、こんなものを掲げていく、全体にすごく詐欺の香りがしている。本当にこの先が、5年後どうなるかわかっているでしょうということなんです。5年後、10年後に。そんなことわかっているのに何かをにおわせて、こっちへって言っているようではないんですよ、おそらく5年後、10年後に回復期リハビリテーション病棟を名乗っているところは高知県内で4つか5つあるかないかと。あとは包括ケアに。包括ケア自体について言えば、そんなに改修っていうのは要らないんじゃないかろうかというふうに感じます。ですから、何か、ただ、ただ、あたかもお金があるようなニュアンスのことはあまり強調するのはよろしくないんじゃないかろうかと。

それから、全体に言えるのは、とにかく慢性期だって、今後、あたかもこの数がずっと続くというようなもの、皆さん、お持ちかもしれないませんが、これがどんどんやめていくところが増えて、それだけ診療報酬が厳しくなっていますので、これ、ほっといても、どんどん減っていきます。それから、代変わりでもって、もうやめてしまうところがどんどん、現実にひとつ、明らかに2つくらいの病院はやめるっていうふうにありますので。

ただ、今度、次の問題はその病床がどこに行くのかという、もっとややこしい問題も含まれていますので、本当はそのあたりも考えながらやっていかないと、何か皆、何と言うんですか、すごく楽なことをして、皆がそれをずっとやってくれているという、やるものだと思っていまして、それは大間違いで、これ維持していくのは大変なことで、皆どんどんやめちゃう。そういうことを想定して、もう少しこの物語を作っていかないと大変な結果になると思います。

やる気を削ぐ計画なわけですから、色んな意味で。ですから、そのあたりを一言申し上げたくて。以上です。

(座長) ありがとうございます。このことに関して他の委員の方、ご意見ございますか。よろしいですか。

そうしたら、事務局のほうで、今、野並委員からご指摘いただいた件について何かご意見。

(事務局) ありがとうございます。

回復期リハビリテーション病棟の、今後についてのご示唆だったと思います。本来、この転換補助金を創設したのは、ひとつは、後付けの措置にはなりますけれども、やはり、地域医療構想を推進するうえで必要な、転換などに必要な費用の支援は、国、県で行なっていくということでもあります。そういうことで、現在不足している病床機能は回復期病床ということで、今回は支援措置を講じているということでございます。

ただ、これもですね、全て転換するところに全て手揚げで補助するかというと、なかなかそうもいかない。必要病床数と現在の既存病床数の隙間というのは大きいようで少ないのかもしれませんが。ですので、ここは不公平にならないように、転換の場合は、地域医療構想調整会議において審査をするという公正な手続きをふむということになります。

それと、先ほどの野並委員のご質問。本当にこれ、転換しますかと。大丈夫ですかということですね、まさに調整会議でご議論といいますか審査をいただける良い機会なのではないのかなと思います。

回復期リハビリテーション病棟の位置付け以外が、今後、維持が難しくなってくるのはそうですし、一方で、地域包括ケア病棟もですね、現在の病床機能報告では急性期でもあり回復期でもありと、どちらにでも報告が可能という状況の中で、地域包括ケア病棟の立ち位置というのはあまり明確には。回復期機能というものが、本当にこの転換補助金を活用して整備する際に担うことができるのかということをしかりと審査を、ご協議をいただければと思いますので、野並委員のご指摘をよく受け止めて、今後も取組みを進めていきたいと思います。

(座長) 田中委員、どうぞ。

(田中委員) まさに、野並先生がおっしゃられたようにですね、回復期病棟がどこにどういうふうになっていくのかは、とにかくわかりません。

それと、地域包括の病棟もですね、現在はある程度の点数がついて、政府はそれを増やそうとしておりますが、この補助金制度というのは非常に怖い制度でして、いずれ梯子を外されてしまうわけですね。その時点でどうなるのか。今までの我々の療養病床がそうでした。どんどん、どんどん、大変なことになるから療養病床を増やせ、増やせと。診療報酬で誘導されたわけですね。そうしているうちに、介護保険ができたから介護保険のほうに行きなさい、行きなさい、行きなさいと言われながら、行こうとしている時点でバサッと制度が変わってしまったわけです。今度はまた療養病床の介護、このように決まったことだから廃止にして、2施設になりなさいというふうに誘導するわけですね。

この、やはり、具体的にもう回復期への補助金制度、補助というか、支援はしますということでもいいのであって、その具体的にどんなことをどうこうというふうな手続きなり何なり、そういう具体的なことは、もうやめたらいかがでしょうか。

むしろ、その在宅関連にもっと力を入れて、訪問看護なり介護なり、訪問診療なり、そういう方面への転換を推進していったほうが、在宅にやるというわけですから、回復期病棟をそんなに増やすことはないと思うんですね。在宅に比べて在宅で色んなことをやればいわけなので、在宅を推進するのであれば、そちらのほうへの補助金を結構つけたほうが行かれるんじゃないかなと。療養病床を止めても在宅支援の診療所になろうという先



生方もたくさん見えてこよと思われるんですけど、今の時点ではなかなかハードルが高いと思います。以上です。

(座長) ご意見、ご提案、ありがとうございました。

その他、いかがでしょうか。いいでしょうか。

そうしたら、あと最後に1つ議題が残っておりますが、その説明を事務局からお願いいたします。次期の保健医療計画の策定スケジュール等についてというところです。

(事務局) はい。川崎と申します。

資料3の説明をさせてもらいたいと思います。時間もだいぶ逼迫しておりますので、簡単になると思いますが。

まず、1ページ目をご覧ください。これが第7期の高知県保健医療計画の策定スケジュール案でございます。

現在の第6期の医療計画は29年度末を期限としておりますので、30年度からは第7期の高知県保健医療計画を策定しなければなりません。そのためにはこのようなスケジュールを考えております。

まず、表の一番下の国の動きというかたちで医療計画の見直し等に関する検討会というのが、今年の5月20日に開催されました、第1回目が。6月15日に第2回目が開催と。それで今日、7月15日に第3回目が開催されております。これは第6期の時に比べまして、かなり遅いペースで始まっておりますので、若干心配してはいますが、今年度中に一応とりまとめて、3月には作成指針の通知が来ると考えられます。

ただ、この3月から医療計画の策定を始めますと、1年という非常に短い期間の中で十分な検討はできないということもございますので、保健医療計画評価推進部会、2段目のところがございますように、そちらのほうで計画の策定方針について、できることから始めていこうと考えています。

また、患者の動態調査や在宅医療の実態調査、医療計画を作るうえで必要な資料を今年のうちには作成しておこうと考えております。9月の医療審議会におきまして、その事前にわかる範囲で策定方針を決めていきたいと思っております。

この医療計画の見直し等に関する検討会、厚生労働省が行なったものにつきましての検討事項の内容ですけれども、下にございますように、医療計画の作成指針をまず作ると。3月に出される指針を作ると。それと医療計画における地域医療構想の位置付け。今日、議論していただいております地域医療構想は、医療計画の一部ということで位置付けられてはおりますが、具体的にどういうかたちで整合性をとるかということについては、まだ決まっております。そういったところを検討していくことになります。

それと、地域包括ケアシステムの構築等を含む医療介護の連携も医療計画だけではだめ

で、介護との連携、地域包括ケアシステムということを考えたいということで検討をされています。

また、そういったことを検討するうえで、この検討会だけで難しいということで、ワーキンググループの設置ということが提案されて決定しております。地域医療構想に関するワーキンググループ。そして、医療計画における地域包括ケアシステムの構築に向けたワーキンググループ。このワーキンググループについては、まだちょっと開催についての情報が入っておりませんので、ご紹介することができません。

右下をご覧ください。計画策定にかかる本県の検討体制でございますが、この地域医療構想のワーキングでも、かなり色んなご議論をもらいましたが、基本的に地域医療構想は病床機能に関するものでございますので、ここにありますような癌、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患といった5疾病、それから救急等の5事業、そういったことについて十分な検討がここでは困難だと考えております。これにつきましては、これから第7期の高知県保健医療計画を策定するうえで議論を深めていきたいと思っておりますので、また、皆様方のご協力をよろしくお願い申し上げます。

スケジュールについては以上で、来年度については一応こういうかたちでやっていきたいということで書いておりますのでご覧ください。

2ページ目以降につきましては、2ページ目、3ページ目は、第6期高知県保健医療計画の目次でございます。基本的には、この目次とほぼ変わらない。ただ、この中に地域医療構想と地域包括ケアシステムというものが加わってくると考えております。

4ページ目以降は、第1回の検討会で使われた資料でございます。こういったことで医療計画の位置付けとか医療法の改正について、こういった資料がございますので、またお目通しをお願い申し上げます。

最後、8ページ、9ページでは、この検討会の内容について、委員の内容についてございます。9ページにつきましては、現行の医療計画における課題ということで、この部分について検討がなされているということでございます。

10ページにつきましては、先ほど申し上げましたワーキンググループの設置ということについてのことが書かれておりますし、最後の11ページにつきましては検討会の今後の進め方ということになっております。

簡単ではございますが以上です。

(座長) ただいまの説明について、何かご質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

あと5分弱ですが、では全体を通しまして、ご発言。

(寺田委員) 県の医師会の代表で出ていますので、一定の今日のまとめといたしますか、私

共の意見、それから考え方も説明したいと思うんですけど。

先ほどの資料1の地域医療構想の案ですね。これが一番大事だと思うんですけど。実は、私共の医師会で地域医療構想の委員会、開きまして、それは座長が中澤先生ですけども。その中で、やはり、この数字について色々意見が出ました。

特に慢性期病床の数についての問題が議題にあがって、その中で、やはり、そうは言っても一定の数字を出さなくちゃいけないということもありますので、それともうひとつは、やはり介護療養病床の廃止がそのまま進んじゃったら、果たして、あと、どうするかという問題も出ていました。

我々の委員の先生方の中では、何とかソフトランディングの文言を少し案の中に書き込んでいただいて、そういうことによって一定の理解を得たような雰囲気でした。ただ、田中先生、もちろん反対意見でしたけども、今日のような明確な反対はおっしゃっていませんでしたので、今日、話をふったらかなり明確におっしゃったんでびっくりしたんですけど。

いずれにしても、特に療養病床に関しては、あり方検討会のことが出てこない、一定の今後の推移を押し量れないということがあります。先ほど、転換できるかどうかという問題も、回復期病床の問題もありましたけど。少なくとも療養病床、医療と介護の療養病床がどこにいくかというのが大きな問題だろうと思っていますので、これについては、やはり我々の一定の理念と言いますか、それはソフトランディングだと。その患者さんを路頭に迷わせてはいけない、難民をつくっちゃいけないということが最終的な目標ですので、一定数字を出したとしても、それなりの文言の中に入れて、県のこの数字が一人歩きしないようなことにしていただきたいというふうに思います。そういうことによって、田中先生も一定の理解をいただけるのではないかというふうに思っているんですけど。

そういうことと、将来像としましては、先ほどちょっと棒グラフのこと、出ましたけども、私も実は日本医師会の介護保険委員会というのがありまして、中四国代表で10年くらい行きました。必ずこの棒グラフが出てくるんです。非常に肩身の狭い思いをしてきたんです。

そこで、やはりこの数字は、ひとつの問題は10万人単位の問題でして、例えば福岡とか岡山とかですね、我々の数なんか桁違いに数が多いんですね、トータルの数字は。ですので、ただ10万人に対して、人口で割るとそういうことになってしまうんですけど、高知県独自の案といいますか高知県独自のやり方というか、そういうものを他の県は注目していると思いますので、それなりの独自性が出ているなというようなことが出てくれればいいんじゃないかと、そんなふうに僕は思っている次第です。

それから、もうひとつ、次にですね、先ほどちょっと出ましたように、医療審議会の下部組織である評価委員会というのが、今後また開かれますので、その中でまた意見を僕も申し上げたいと思いますし、田中先生の意見も代行したいと思いますけど、いずれにして

も、一定の数字は出さなくちゃいけないことと、高知県独自のものを出さなくちゃいけないことがありますので、これから、いわゆるまさに医療政策、医療行政だと思います。

少なくとも、もし、在宅とかですね、あるいは介護施設のほうに移動しなくちゃいけないことが出た場合に、ひとつは、いわゆる低所得者に対する対策とか、それから、今の介護療養病床にしても、今後どこへ持って行って、果たしてそれをペイできるかどうかという、先ほど野並先生がおっしゃったように、ひょっとしたらやめていく医療機関も出るかもしれないということがありました。

ですので、そういうことのないような何か施策といいますか医療政策が必要だろうと思います。全体のもので、ここの委員会の問題じゃなくて全体の問題だと思うんですけど。そういうようなところで、どこかに文言があれば、それなりに我々も理解できるんじゃないかと思っていますので、その点よろしくお願ひしたいと思います。以上です。

(座長) その他の委員の方で、全体を通してご発言いただく時間が今日だけですので。

(田中委員) やはり、この医療構想、地域医療構想案の中の数字がですね、一人歩きしないことを切に願っているんです。そのことについての色々な文言をしっかりとこの中に書き込んでいただきたいと思いますと思うんです。

この数字が出て来ますと、療養病床が自然に減っていくと、それがひとつの狙いなのかなという気もしているんですけど。これじゃ、やれないね。じゃあ、我々やめてどうするの？というふうに開き直ってこられると、これはまた大変なことになってくると思いますので、私はそれをひとつ心配をしております。

国の、先ほど吉岡先生の文も出しましたですけれども、療養病床のあり方に関する会議の委員さんとしてですね、高知市の市長さんも委員として出ておられます。我々全日病の部会で高知市の市長さんに、高知県の療養病床はこういうかたちで成り立ってきて、今、如何に必要なのかということを書いた12項目くらい書いて渡してあります。そして、市長さんがどこまでそこで頑張っていたかだけを我々、密かに期待をしているんですけども。それはちょっと余談ですけども。

この地域医療構想が出たよということで、必ず何らかのかたちで出て来ますと、数字は一人歩きしてくると思いますので、それが何とか一人歩きをしないような仕組みをこの中に盛り込んでいただければ、私は反対を取り下げます。それが色々な、これがこのまま出て行くのであれば、私は反対です。以上です。

(座長) ありがとうございます。その他、ご発言いただいていない委員の方、よろしいでしょうか。

よろしいでしょうか。発言がある方、よろしいですか。

今、ほぼ時間になっておりますけれども、今日、皆様からいただいたご意見をふまえてですね、素案を相当、修正しないとイケないとは思いますが。

ただ、この親の部会にですね、このワーキンググループとしての案をあげないとイケなくて、部会が8月12日に予定されていますので、皆様からいただいたご意見をふまえてですね、事務局のほうで修正したものについて、座長預かりということで私のほうでどの程度修正されるかをまた確認させていただきまして、やはり、ご発言いただいた個々の団体等にもう一度照会をかけたほうが良いというような内容がありましたら、改めて個別に事務局から問い合わせをさせていただいて、親の部会に提案する素案を固めたいと、そういう手順を進みたいと思いますが、委員の皆様、そういうことでよろしいでしょうか。

もう一度、またこの会議を開いてお集まりいただくというのは時間的にまず無理ですので、私のほうにご一任いただいたうえで、必要があれば、また個別に事務局から照会をさせていただくことにしたいんですが、よろしいですか。

また、何度も出ていますが、これは、これでフィックスするものでありませんので、固定するものでありません。これからまた部会がありますし、上の医療審議会もございますので、色んなところでご意見をいただいて修正していきますし、国の色々な新しい動きがあれば、その都度変えていくもので、決して数字が一人歩きしてはイケないというのは、委員の皆様も含め、また事務局のほうも、それは十分わかって対応しておりますので、そういうことがないように配慮をしながら計画を、この構想案を、最終案を作らせていただきます。よろしいでしょうか。

そういう方向で、事務局、進めるということによろしいですかね。

では、時間が5分以上過ぎましたので、本日の審議、地域医療構想検討ワーキングとしての会議はこれで最後になりますけれども、何回かにわたってお集まりいただきまして、どうもありがとうございました。まだこれは、発展途上バージョンですので、色んなところでご意見をいただくことになろうかと思っておりますので、ご協力をよろしくお願いします。

あと、事務局のほうにお返しします。

(事務局) 委員の皆様に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。

それでは、閉会にあたりまして医療政策課長よりご挨拶を申し上げます。

(医療政策課長) 本日は様々なご意見をいただきましてありがとうございます。

また、昨年8月から約1年間、5回にわたりまして、この地域医療構想ワーキンググループで本当に幅広いご意見をいただきました。

本日、いくつかいただいたご意見につきましては、しっかりテープ起こしをしてですね、まだ肉付けしなければならない点を座長とともに、次回と言いますか、8月4日に保健医療

計画評価推進部会がありますので、こちらに出す案を検討していきたいと思います。

その中で、ご発言いただいた各委員にご照会をさせていただくことはあるかもしれませんので、またよろしくお願ひしたいと思います。

本日、何度かご意見が出ていますように、この状況でコンプリートというわけではありません。これからまだ2度、少なくとも2度、ご議論、ご意見をうかがう機会がございます。また、庁内の議論も進めてまいりたいと思います。そして、県民の皆様方にパブリックコメント、意見募集手続きを1ヶ月間行なう予定であります。ここで、いただいたご意見の中では反映できるものはしていきたいというふうに思っております。いずれにしても、県民の皆様が安心して明るい気持ちで読んでいただけるようなものにならなければならないというふうに思っております。一方で、オールジャパンのルールの中でですね、一番、そのルールにのっとっていかなくてはならないところもあります。

高知県としても、様々な全国標準から見ても、なかなかその標準通りに動かしていくことが出来ない実情というものが、しっかりこの地域医療構想の中に滲みこませるようなかたちにしていきたいと思ひますので、引続き、こういったご意見をいただければと思ひます。

これまで長期間にわたりまして真摯なご討議をありがとうございました。この後、重複している委員の先生方にまたお会いすると思ひますし、このワーキンググループにおける、評価推進部会が、メンバーとしては今後、融合していくかたちになっていきますので、引続き今後ともよろしくお願ひ申し上げます。どうもありがとうございました。

(事務局)最後に事務連絡です。本日、有料道路や有料駐車場をご利用になられた委員におかれましては、お手数をお掛けいたしますが、領収書を7月20日(水)までにFAXにて医療政策課へお送りくださいますようよろしくお願ひいたします。

それでは、以上をもちまして、第5回「地域医療構想策定ワーキンググループ」を終了いたします。本日は、誠にありがとうございました。