

平成 28 年度第 2 回高知県医療審議会議事録

- 1 日時：平成 28 年 11 月 7 日 18 時 30 分～20 時 30 分
  - 2 場所：高知共済会館 3 階 「藤」
  - 3 出席委員：岡林委員、岡村委員、小田切委員、刈谷委員、倉本委員、黒岩委員、佐々木委員、竹村委員、筒井委員、西森委員、野嶋委員、細木委員、宮井委員、山下委員、横山委員、山本委員（岡崎委員代理）、岡本委員（織田委員代理）
  - 4 欠席委員：岡崎委員、岩崎委員、織田委員、塩田委員
  - 5 有識者：高知大学医学部公衆衛生学 安田教授
- <事務局>健康政策部（山本部長） 国保指導課（伊藤課長、山下課長補佐）  
高齢者福祉課（中村課長） 障害保健福祉課（濱田チーフ）  
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）  
医療政策課（川内課長、川崎課長補佐、藤本主幹、原本主査、田内主事）

---

（事務局）それでは、定刻になりましたので、ただいまから平成 28 年度第 2 回高知県医療審議会を開催いたします。

開会にあたりまして高知県健康政策部長山本治よりご挨拶申し上げます。

（健康政策部長）皆さん、こんばんは。健康政策部長の山本です。

本日はお忙しい中、出席をいただきましてありがとうございます。また、皆様方には日頃から高知県の保健医療行政の推進に格別のご理解、ご協力をたまわっておりますことに厚くお礼を申し上げます。

本日の主要議題であります地域医療構想につきましては、昨年 8 月に構想策定のためのワーキンググループを設置しまして 5 回の会議を開催して議論を進めてきました。この 9 月に開催されました保健医療計画の評価推進部会のほうで構想案についてご承認をいただいた後にパブリックコメントをひと月間くらい実施をしました。

本日は、保健医療計画の変更になります地域医療構想の策定につきまして諮問をさせていただきまして、答申いただければというふうに考えております。また、あわせまして構想策定後の取り組みについて、また、平成 30 年度から始まります次期の保健医療計画につきましてもご審議をいただきたいというふうに考えております。

それでは、限られた時間ですけれども積極的なご議論をお願いいたしまして開会にあたりましての挨拶とさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

（事務局）それでは、本日の資料の確認をさせていただきたいと思っております。

事前にお送りしました資料 1 から 4、参考資料、本日お持ちいただいておりますでしょ

うか。なお、資料1の末に添付しておりましたパブリックコメントの結果につきましては、事前送付した際、調整中となっておりましたので、本日改めて配布しております。

資料に不備等はありませんでしょうか。

続きまして、委員の改選についてご報告申し上げます。本審議会の委員の任期は2年となっており、今年の7月末をもって任期が満了したことに伴いまして、再度委員の推薦、あるいはご就任の依頼を関係団体、学識経験者の皆様方をお願いをさせていただきました。その結果、8月1日付けで本日ご出席の皆様を委員として委嘱させていただきました。新たな任期の最初の審議会となりますので、ここで委員の皆様のご紹介をさせていただきたいと思います。会次第の2ページにあります委員名簿順にご紹介をさせていただきます。

高知県医師会会長 岡林様。

(岡林委員) 岡林でございます。よろしくお願いいたします。

(事務局) 高知県町村会会長の岩崎委員は本日所用のため、ご欠席との連絡がありました。

高知県市長会会長の岡崎委員は本日ご欠席のため、高知県市長会事務局の山本局長に代理出席をいただいております。

(山本局長) 山本でございます。よろしくお願いいたします。

(事務局) 高知県医療法人協会前会長の岡林様。

(岡村委員) 岡村でございます。

(事務局) ごめんなさい、岡村様、申し訳ございません。

高知県歯科医師会会長の織田委員は、本日ご欠席のため岡本専務理事に代理出席をいただいております。

(事務局) 高知県社会福祉協議会常務理事、小田切様。

(小田切委員) 小田切でございます。よろしくお願いいたします。

(事務局) 高知県医師会常任理事、刈谷様。

(刈谷委員) 刈谷です。よろしくお願いいたします。

(事務局) 高知医療再生機構理事長、倉本様。

(倉本委員) 倉本です。よろしく申し上げます。

(事務局) 高知県保育士会副会長、黒岩様。

(黒岩委員) こんにちは。黒岩でございます。

(事務局) 高知県連合婦人会会長、佐々木様。

(佐々木委員) 佐々木です。よろしく申し上げます。

(事務局) 高知県保険者協議会会長の塩田委員は、本日も欠席です。  
高知県医師会副会長、竹村様。

(竹村委員) 竹村です。よろしくお願ひいたします。

(事務局) 人・みらい研究所代表、筒井様。

(筒井委員) 筒井でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

(事務局) 高知県薬剤師会会長、西森様。

(西森委員) 西森です。よろしく申し上げます。

(事務局) 高知県立大学副学長、野嶋様。

(野嶋委員) 野嶋です。よろしく申し上げます。

(事務局) 日本病院会高知県支部支部長、細木様。

(細木委員) 細木です。

(事務局) 高知県看護協会会長、宮井様。

(宮井委員) 宮井です。よろしくお願いします。

(事務局) 高知県精神保健福祉協会理事、山下様。

(山下委員) 山下です。よろしくお願いします。

(事務局) 高知大学医学部附属病院院長、横山様。

(横山委員) 横山です。よろしくお願いします。

(事務局) 本日は4名の委員が欠席していますが、3名から委任状をもらっております。委員総数19名のうち18名の出席となり、医療法施行令第5条の20第2項の規定過半数により本日の会議は有効に成立しておりますことをご報告いたします。

また、本日はオブザーバーとして地域医療構想策定ワーキンググループの座長を務めてもらいました高知県保健医療計画評価推進部会の安田会長にもご出席をいただいております。どうぞよろしくお願いします。

(安田会長) よろしくお願いします。

(事務局) 今回の委員改選に伴い、新たに会長及び副会長の選任を行なう必要がございますが、日程の都合上、医療審議会の開催に先立って、保健医療計画評価推進部会を開催する必要がございました。部会の委員については、医療審議会の会長が委員の中から指名することになっており、審議会の開催前に会長を選任する必要がございました。会長は、医療法施行令第5条の18で委員の互選により定めるとなっていますので、書面により各委員のご意見を確認させてもらいました。その結果、岡林委員が会長として再任されるかたちで皆様からご推薦をいただきましたのでご報告申し上げます。

各部会への指名につきましては、会次第の2ページの委員会名簿に所属部会を入れておりますのでご覧ください。再任の方につきましては引き続きとなります。今回、新たにご就任いただきました刈谷委員を医療法人部会の委員として、塩田委員を医療従事者確保推進部会の委員として就任していただいております。また、三谷委員の退任にともない佐々木委員に医療法人部会の委員として新たに就任をお願いしております。

続きまして、会次第の副会長の選任をお願いしたいと存じます。副会長につきましては、医療審議会要綱第3条の2項により互選で定めるとされており、従前2人を選任しております。どなたかからご推薦をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

いらっしゃらないようなので、事務局よりご提案させてもらいまして、よろしいでしょ

うか。

▲▲▲（委員 同意）▲▲▲

ありがとうございます。

それでは、まず、おひとり目は、前期より引き続き高知市長の岡崎委員。そして、もうひとり退任されました三谷委員の後任として野嶋委員にお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

▲▲▲（異議無しの声あり）▲▲▲

（事務局）ありがとうございます。

それでは、皆様の賛同を得ましたので、岡崎委員と野嶋委員に副会長をお願いいたします。

では、ここからの議事進行につきましては岡林会長、お願いいたします。

（会長）本日は委員の皆様には何かとお忙しい中、当審議会にご出席いただきまして、ありがとうございます。本日の議題は諮問事項といたしまして、地域医療構想の策定、第6期高知県保健医療計画の変更についてでございます。

地域医療構想につきましては、第1回の審議会でもご審議をいただきましたが、今回が最後の審議となります。パブリックコメントに対する県の考え方を示し、委員の皆様のご意見をいただいて答申を行ないたいと考えております。

また、協議事項につきましては、地域医療構想策定後の取組案についてでございます。また、次期保健医療計画の策定について、この二点。その他報告事項といたしまして、地域医療介護総合確保基金についてでございます。

議事に入ります前に、規定によりまして私のほうから議事録署名人を指名させていただきます。倉本委員さんと山下委員さんにお引き受けいただいてよろしゅうございますでしょうか。

ご異議無いようでございますので、よろしくお願いいたします。

それでは、議事に入ります。諮問事項としまして、県知事からの諮問について、高知県医療審議会としてお受けをいたしたいと思っております。事務局より説明をお願いします。

（事務局）本日、諮問事項としまして、地域医療構想の策定、第6期高知県保健医療計画の変更について、知事から諮問させていただきます。

諮問書を山本部長から岡林会長にお渡ししたいと思います。よろしく申し上げます。

(健康政策部長) 高知県医療審議会様。

医療法第30条の4第14号の規定に基づき、地域医療構想の策定 第6期高知県保健医療計画の変更について諮問します。

平成28年11月7日 高知県知事 尾崎正直。

よろしく願いいたします。

(会長) ただいま、知事からの諮問書を発表いただきました。

それでは、地域医療構想の策定について事務局より説明をお願いいたします。

(事務局) 医療政策課長の川内でございます。

それでは、資料1と参考資料でご説明させていただきます。恐縮ですが、座って説明させていただきます。

まず、資料1ですが、3枚めくっていただきまして目次の次の1ページから順次説明いたします。少々長くなりますが、ご了承いただければと思います。また、これまでも、前回、4月26日の医療審での説明とも若干重複するところがあるかもしれませんが、あわせてご容赦いただければと思います。

まず、第1章、基本的事項の構想策定の趣旨であります。平成37年、2025年に団塊の世代が75歳以上となるということで、この超高齢社会を迎える中で、地域において効率的かつ質の高い医療体制を構築すること、また、地域包括ケアシステムの構築などを推進するために平成26年に医療介護総合確保推進法という法律が制定されまして、これにもとづいて医療法の改正が行なわれまして、都道府県が2025年における医療提供体制のあり方を規定する地域医療構想の策定が義務付けられております。

本県におきましては、将来の各地域の医療介護ニーズに応じた医療資源の効率的な配置と医療介護の連携を通じて、より効果的な医療提供体制を構築するため、この構想を策定をいたします。

基本的な考え方ですけれども、既に策定をしております第3期の日本一の健康長寿県構想と平成25年度からの第6期の現行の高知県保健医療計画に基づきまして、これらの基本理念の考え方に基づいて、本県における医療介護の提供体制を特徴づけている本県特有の状況をふまえて策定することとしております。

次の2ページをお願いします。

構想の位置付けでございますが、医療法第30条の4の規定に基づきまして第6期高知県保健医療計画の一部として位置付けることといたします。また、先ほど申し上げました健康長寿県構想や介護保険事業支援計画などの各種の構想や計画との整合性の確保等をはかることといたしております。

次に、3 ページですが。この構想の策定体制でございます。

先ほど部長の冒頭挨拶にもありましたように、昨年8月に、この医療審議会の下保健医療計画評価推進部会に地域医療構想策定ワーキンググループを設置しまして、これまで5回の議論を重ねてまいりました。9月13日には保健医療計画評価推進部会の承認を得まして、本日、この医療審でご議論をいただいているところになります。

これまでの過程では、各福祉保健所に設置しております日本一の健康長寿県構想地域推進協議会などにおいて各地域のご意見をいただくとともに、高知県医師会に設置されています地域医療ビジョン対策委員会、現在は地域医療委員会に改組されております。こちらでもワーキンググループの開催と前後して関係団体の方々からご意見をいただきました。ワーキンググループの構成委員、構成については表のとおりです。

次の4 ページからは、第2章 高知県の現状であります。

こちらは、皆様方のご承知のことばかりですので、かいつまんで説明いたします。本県の人口は総じて減少しておりますが、高齢者人口は、やや、まだ増加傾向ですが、県全体では平成32年、2020年にピークを迎え、その後は減少に転じていきます。なお、後期高齢者の人口は2025年から2030年にかけてピークを迎えるということで、これは国全体の状況とは様相を異にしているということでもあります。また、高齢化率は、2014年時点で32.2%ということで秋田県に次いで第2位であります。

続いて、5 ページをお願いいたします。

高齢者の世帯数の変化であります。世帯主が65歳以上の高齢者世帯の割合は38.6%で、これは全国平均を上回っております。今後も上昇を続けて、2025年には46.5%となるようです。とりわけ単独世帯、単身世帯の割合は14.6%と、今後も上昇を続けていくことで要介護者の増加の大きな要因となっております。

続きまして、6 ページですが、認知症高齢者の変化であります。

2015年時点では、高齢者人口の約15.7%が何らかの認知機能が低下、認知症の有病率として掲載されています。これが2025年には19%に上昇しますので、これを高知県にあてはめると、県全体で約8000人の方が、この10年間の間に認知症の方の数が増えているということになります。

続きまして、7 ページからは、医療提供体制の状況です。

まず、医療人材であります。医師数につきましては、人口10万人あたり全国第4位と多いわけですが、地域偏在、また、年齢構成の偏在、診療科の偏在が生じております。この中で若手医師の減少が大きな課題ではありましたが、医師確保対策の推進などの取り組みによりまして、30歳未満の若手医師の数は2014年の直近の推計には増加に転じてきております。

歯科医師につきましては、人口10万人あたりの歯科医師数は全国平均よりも低い状況ですが、医療圏ごとの偏在というのは比較的小さいものであります。

続きまして、薬剤師であります。人口10万人対では185.6人と、全国平均よりもやや高い状況ですが、全体的に平均年齢が上昇傾向であって、年齢構成に偏在が生じてきております。また、今後、チーム医療や在宅医療、かかりつけ薬局の充実が進んでいきますので、薬剤師のニーズが拡大します。また、県内は薬科大学がございませんので、今後の薬剤師の確保対策が重要となってまいります。

続きまして、看護職員ですが、看護師と准看護師は人口10万人対で全国1位ですが、助産師については、直近の統計では減少してきております。いずれにしても全国と比較すれば上位ではありますけれども、地域偏在の課題や、特に中山間地域での不足、とりわけ訪問看護師の不足が大きな課題であります。

続きまして、医療機関や病床であります。人口あたりの病院数、また病床数は、全国1位、とりわけ一般病床、療養病床が非常に多いということではありますが、高知県の特徴として、公的病院の割合が低くて民間病院が主体であるということと、中小病院の割合が高い。また、中央医療圏に救命救急センターが3箇所存在しているということなどが特徴としてあげられます。

続きまして10ページです。

病床数であります。先ほど申し上げたように全国1位ということではありますが、この要因として、本県では中山間地域が多いということと高齢化が先行して進みまして、高度経済成長期以降、高齢単身世帯の増加、また、家庭介護力の低下によって、医療、施設療養のニーズが高くなってきましたが、特別養護老人ホームなど福祉施設の整備に先行して、昭和41年に人口あたりの病床数が全国1位になりました。その後、民間を中心に病院病床の整備が急速に進んでまいりました。その後も増加をし、高齢化の進行とあいまって多くの病床が高齢者を受け入れ、病院の病床が療養介護ニーズの受け皿として介護機能を代替してきたという実情がございます。

ただし、11ページの下段のグラフにありますけれども、療養病床と介護系の施設サービスの合算を75歳以上人口で割ってみますと全国第16位ということで、全国平均をやや上回っているという程度の状況で、抜きん出て高齢者の療養の場の数が多いというものではございません。そのバランスが課題であるということが言えると思います。

12ページをお願いいたします。

診療所の状況です。これも人口10万人あたり、医科は全国平均をやや上回っておりますが、歯科については若干下回っておりますが、病床数は全国平均より多いということです。下の④の訪問診療の実施医療機関数であります。医療施設調査での訪問診療実施医療機関は、人口あたりでいいますと全国平均を下回っていることと、医療保険での訪問診療の年間の件数を人口で割りますと、全国平均を下回っているという状況でございます。それらをグラフに、都道府県別に表したものが13ページの表で、下段は平成20年地域ケア体制整備構想を策定した際に、病院の病床数がなぜ多いかということをもとめたもの



でございます。

続きまして14ページをお願いいたします。

この構想を策定するにあたりまして、前回、若干ご報告いたしました。療養病床実態調査を実施いたしました。これは、昨年12月11日現在の県内の医療療養、介護療養病床の全ての病床と入院患者を対象としまして、90数%の回答率を得ております。

その結果の概要ですが、入院患者の状況を見ますと、全国規模の同様の調査と比較しますと、医療介護ともに医療区分1の方の割合が高くなっております。

15ページをお願いいたします。

90日以上入院をしている方は、医療療養で26.4%、介護療養で38.2%占めております。また、この調査から回復期リハを除いた患者さんの84.5%の方は、まだ退院・転院に向けての調整がなされていないという状況で、療養期間は長期化しております。退院に向けた調整を行なう仕組みの整備が必要であろうかと思っております。

この下段は、平成18年度に実施しました同様の調査との比較ですが、全体をとおして見ますと、医療区分、ADL区分で見ますと、それぞれ3が増加をしております。また、要介護状態区分でいいますと要介護4以上が増加をしております。なお、所得の状況を見ますと、低所得者の割合、また、低所得者を反映する介護保険の第2段階、第3段階の方々が増えているという状況でございます。家庭での介護状況も18年度に比べて、日中、夜間とも介護できない場合が最も多く、増加しております。

次は18ページ、記載しておりますが、望ましい療養環境について、16ページをお願いいたします。

望ましい療養環境について、病院の退院支援担当者と患者家族の方々にお聞きをいたしましたところ、望ましい考えられる療養環境として療養病床をあげている割合が、患者ご家族では約76%、病院側は約63%ということで、若干の乖離が見られます。これについては、先ほど申し上げているように、中山間地域が多い、また独居高齢者が多くて、家庭の介護力が脆弱など、また、所得水準が低いなどということで、といった本県の課題が反映されているというふうに考えられます。

また、これらの方々から医療区分1の方々を抽出して同様に見ますと、それぞれ患者ご家族、または医療機関側の数を、これ、ちょっと数字は記載しておりませんが、足し上げますと、患者ご家族では、在宅医療等が適当だと思われている方々は27.6%にとどまっております。一方で、退院支援担当者が考える割合は44.0%、若干高いですが、これは後ほどご説明するように、在宅医療の需要の推計の中で医療区分1の方々の70%は在宅医療で完結するよという国の基準がもたれていまして、高知県の実態をみますと、なかなかそういった7割には届いていない状況が、この調査の結果から明らかになっております。

18ページをお願いいたします。

ここからが構想の内容であります。まず、構想区域の設定であります。この構想区域は地域医療構想実現のために設定をするもので、現行の二次医療圏を原則としまして、人口規模やアクセスの時間などの要素を勘案して決定するものとされております。

この区域につきましては、2で記載をしておりますように、現行の二次医療圏である4つの医療圏を構想区域として設定しようと考えております。一般的な医療提供を確保する区域として二次医療圏の考え方を引き継いだというふうに考えております。

なお、19ページであります。現行の医療計画を策定する際に人口規模が小さく、また、流入が少なく流出が多い医療圏については、統合を検討すべしと厚生労働省医政局長通知で言われておりましたが、現行の二次医療圏の見直しについては、やはり日常生活圏などにも現状を考慮しますと、安易に統合を行ないますと住民の生活実態、医療提供体制に向けて支障が生じるということなどの理由で見直しておりません。この考え方は、地域医療構想における区域の設定でも引き継ぎたいと考えております。

20ページをお願いいたします。

4つの区域に設定するということではありますが、中央医療圏、中央区域は非常に面積も広く、また、人口もこの中に集中をしています。また、都市部と中山間地域と多様な地域を構成しております。行政的にも3つの保健所管内に分かれております。それと、4つの地域単位で平時の日常的な医療の会議体、検討をする会議体が設置されておりますので、これらを物部川・嶺北・仁淀川・高知市という4つのサブ区域に設定しまして、かかりつけ機能や保健医療福祉の連携、また、リハビリテーションなどといった日常的な医療提供体制の検討を行なう区域として、サブ区域として設置をしたいと思っております。

21ページをお願いいたします。

将来、2025年における医療需要及び必要病床数の推計であります。まず、病床機能報告制度であります。これは、26年度から実施されている各医療機関が自らの判断で、それぞれの病床が担っている医療機能と今後6年後の方向性について病棟ごとに県に報告をいただくもので、高度急性期から慢性期まで4つの区分に各病棟ごと報告していただくものであります。27年度の報告につきましては、下の図表4-2でございます。なお、今年度の報告につきましては10月以降順次、各医療機関を通じて報告していただいている状況であります。

続きまして、国から示された医療需要の推計方法です。ここは、これまで説明したとおりであります。まず、高度急性期から回復期までの推計の考え方は、平成25年度の年間の医療実績に基づきまして、実際のレセプトデータによって患者に対して行なわれた診療行為を、診療報酬を出来高で換算した値、すなわち医療資源投入量を目安として分析をしております。それぞれ高度急性期から回復期までの境界となる点数は下段の表に記載をしております。これらの点数の中にあてはまる患者数を拾い上げて将来の推計人口に、階級別にアジャストして足し上げたものでありまして、一定の患者の状態、診療の実態を勘

案した推計になるかと思われます。

次、23ページ。

慢性期医療の医療需要についてですが、こちらは、療養病床は包括算定でありますので、医療資源投入量を用いる分析は困難でありますので、めくっていただきまして25ページの上段ですが、まだ療養病床の入院患者から回復期リハ病棟の患者数は除いて、逆に一般病床から障害者、難病の患者の数を入れます。そして、先ほど少し申し上げましたが、医療区分1の方の70%は在宅医療で対応可能という推計方法でこの数を控除します。

そのうえで、この三角形になっている地域差の解消というところですが、23ページに戻っていただきまして、それ以外の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していく観点で推計をすることにされています。本県におきましては、厚労省から示された2つのパターンのうち、より緩やかに在宅移行を行う方法として、全国の最大値、すなわち本県の入院受療率を全国との中央値、滋賀県の値まで減少させる、63.2%減という数字を乗じて算出して各区域ごとに算出をしております。

ただ、高知県は、この場合、慢性期病床の減少率が、やはり全国中央値よりも大きくなります。それと高齢者の単身世帯の割合が全国平均より大きいということから、特例として、達成年次を2025年ではなく2030年に延長したうえで、その数字を2025年に引き戻した数字ということで定義をすることになります。

続きまして、24ページ。

在宅医療の需要の考え方であります。先ほど申し上げたように医療区分1の70%の方々や高度急性期から回復期までの推計で最も小さい点数未満の方々の患者数、また、老健の受給者の、入所者数などを加味して今後の推計をすることになります。ここで言う在宅医療等ということではありますが、居宅だけではなくて特養や養護老人ホームなどの居住系サービス、また、介護老人保健施設などを含んで、病院診療所以外の場所において提供される医療というふうに定義をしております。

続きまして、構想区域間の患者の流出入であります。高度急性期から慢性期まで一定、中央医療圏に向かった流出入が多いということになりますが、幡多圏域からの中央への流入はさほど多くはございません。

これらの状況をふまえて26ページ。

医療需要と必要病床数の推計結果をまとめたものであります。この図表4-8は、患者数ベースで医療機関の所在地ベースと入院している患者さんの住所地のベースで推計値をまとめております。中央医療圏については、医療機関、中央への流入が多いですので、医療機関所在地ベースが多くなってはおりますが、他の医療圏、区域では流出超過でありますので患者の住所地別のほうが総じて多くなってはおります。

続きまして27ページですが、これを病床数というかたちで表現しました。

28ページに表を付けております。後ほどご説明しますが、この26ページの表の数字

を医療機能ごとで病床利用率で割り戻したものを病床数としてカウントします。

この高度急性期75%から慢性期92%は、厚生労働省で、それぞれ定められております。そのうち、区域間調整を若干行なっております。この四角囲みの中ですが、まず高度急性期については、実態として中央区域に集中しておりますので、既に報告がある幡多区域の6床以外は中央区域に集約をいたします。今後、中央区域以外で高度急性期の選択しようとする場合は、全県的な調整会議で調整を行なう予定でございます。

急性期、回復期、慢性期は、地域医療と密接に関わります原則として患者住所地ベースで算定をいたしますが、安芸と高幡については、中央への流出が30%~55%という状況がありますので、流出入者の一定割合、2分の1を中央区域に戻すかたちで計算します。すなわち、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの中間値をとるということにいたします。これについては、回復期のみ、この調整を適用いたします。やはり、急性期病床につきましても、それぞれの医療圏で、区域で一定確保すべきであるという地域からのご意見を反映いたしましたものであります。

この必要病床数につきましては、一定の過程において医療法の規定に基づいて算定しているもので、そういった推計値でありますので、将来あるべき医療提供体制を検討するための方向性であって病床削減目標ではないというふうに明記をいたします。

これらを表にしたものが28ページでありまして、なお、慢性期のところに、「以上」と書いておりますけれども、県が実施した療養病床実態調査や国の検討状況をふまえますと、入院医療と在宅医療を明確に区分することは難しいということで、慢性期機能、県全体の必要病床数は4266と算定されますけれども、この構想においては、ここは最も小さい数字という規定でして、4266床以上と幅を持たせた数字にしております。また、これは2013年時点の実績を基にした推計ですので、今後、国から新たにデータなどの提示がございましたら必要に応じて見直しを行ないたいと考えております。

ここで、国における療養病床の検討状況であります。参考資料をご覧くださいと思っております。

こちらは、昨年開催をされた社会保障審議会療養病床等に関する在り方検討会での審議結果をふまえて、新たに特別部会というかたちで療養病床の検討をする会が組まれております。6月に設置をされまして、これまで4回の議論が行なわれておりまして、この中には、1ページの右側に委員名簿がありますけれども、全国市長会の立場で岡崎市長が委員として参画されております。

とばしまして、7ページをお願いいたします。

療養病床につきましては、これまで医療機能を内包したサービス、または、医療を外から提供する居住スペースと医療機関併設という2つの療養病床の転換後の新たな類型が示されて…。

スライド番号でいうと、右下が10と11になっておりますが、下のページ番号でいう

と7ページになります。最後のページです。

上段が医療機能を内包した施設系サービスということで、これらを2つの、更に類型に分けております。一定、身体合併症や重篤な疾患を有する方、または比較的安定した方を受入れるものとして分けております。これらは介護保険法で規定した上で施設基準は、前者が現行の介護療養病床相当、後者は老健施設相当の人員配置基準で設定し、面積については老健施設等ということで、介護療養病床の基準よりは若干上がっているというものであります。それぞれ低所得者対策は補足給付として行なわれております。

次に、医療を外から提供する類型であります。これは、既存の医療機関に病床を居住スペースとして転換したうえでということでもありますので、この居住スペースについては、現行の介護保険法に基づく特定施設入居者生活介護のイメージが想定をされております。一定、その医療の必要性はあるけれども容態は安定している方々ということで、この併設している医療機関から訪問診療のかたちでいくということになります。施設基準も特定施設の基準を応需していくということですが、面積が個室で13平米以上というのがありますので、今後、転換していくにあたっては、少しハードルが高くなっていくものでございます。

次のページですが、介護療養型医療施設と医療療養病床のうち、入院基本料2の25対1に相当する医療法施行規則の経過措置で設定されている病床については、これらが平成29年度末で制度廃止になります。今後、順次新たな施設に転換をしていただくということになりますが、一定の移行期間が設定をされるということになります。概ね2年以上3年程度の経過期間が必要だということに、この第4回で厚労省のほうから説明がっております。

ですので、できるだけ県としましては、こういった経過措置期間中に円滑に転換が進められる、また、このことによって、いわゆる介護難民、医療難民の方々が発生しないように、より緩やかな移行措置を国に対して質問して提言していきたいというふうに考えておりますので、また厚生労働省などと直接色々と意見交換していきたいと考えております。

資料1に戻っていただきまして、30ページをお願いいたします。

この地域医療構想策定後、必要病床数と病床機能報告のそれぞれの結果を毎年度比較していくことになっていきますが、直近のものと比較しますと全体で3881床、必要病床数のほうが少ない、すなわち現行の病床数が多いということになります。

高度急性期から回復期までは現行の病床数が多いんですが、回復期は、逆に1644床少ないという状況になります。これらをふまえて、あるべき医療提供体制の実現に向け、参照情報としてこれらのデータを扱っていくということになりますが、下のマルを2つ記載しておりますが、ひとつは、この病床機能報告は医療機関からの自己申告でありまして、個々の病棟での患者の割合などを正確に反映したものではないですので、必ずしも必要病床数と病床機能報告の病床数が相応するというものではないということと、病床機能報告

については更に今後、国の方で精緻化が検討されていきますので、報告された医療機能と医療提供実績は、そもそも符合しているのかということをし少し分析をしていく必要があるかというふうに考えております。

続きまして、33ページをお願いします。

第5章。将来あるべき医療提供体制を実現するための施策であります。大きく3つの方針に基づいて方向性を示すこととします。ひとつは病床機能の分化連携の推進ということで、将来的に各地域で機能区分毎に不足なく病床機能を確保していく必要がありますので、今後の方向性としましては、関係機関の連携体制の強化をしていきながら、できるだけ現在の医療資源を活用して療養病床などの転換支援を講じていく必要があると考えております。

なお、本県では医療機関が施設介護のニーズを補完すると共に、救急医療を含めて地域医療を大きな混乱を招くことなく医療提供体制が維持されてきた経緯がございますので、引き続き安定的な医療提供体制を構築できるよう関係機関で連携をはかっていく必要がございます。

これらをふまえて今後の主な取り組みとしては、ひとつは、地域医療構想調整会議における協議調整を進めていくということと、先ほど申し上げましたように、療養病床の見直しについては、必要に応じて経過措置などの患者の負担軽減策等を国のほうに提言していきたいと思っております。また、新たなサービス類型への転換を支援しつつ、不足している病床機能の転換に必要な施設整備などへの支援を進めていくということとでございます。

次に、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実であります。また、まだ在宅医療の提供体制が十分でないという状況があることと、やはり、県民の方々の在宅医療のニーズが一定ございますので、方向性としましては、こういった切れ目のないサービス提供体制の充実強化に向けて、県としての取り組みを越えて市町村の取り組みを支援していきたいと考えております。

35ページであります。とりわけ訪問看護サービスを充実していくということ。また、認知症の方々の初期の集中支援体制を整備、また、市町村が取り組む在宅医療介護の推進にあたりまして福祉保健所が中心となって医療機関との協議などの調整の支援を行なっていきます。

次に、医療従事者の確保・養成ですが、それぞれの医療機能を担う医療従事者の確保が重要であります。特に、この施策の方向性でございますが、在宅医療を担う医療従事者の確保が、とりわけ訪問看護師の確保が重要でございます。

主な取り組みとしましては、これまでと引き続いて、奨学金の貸与や医師のキャリア形成などの確保対策に加えまして、36ページでございますが、薬剤師、看護職員などの医療従事者の確保。また、寄附講座を活用した訪問看護師の育成。そして、病床機能の分化にともなって看護の質が変化をしてまいりますので、これに対応できる看護師の育成など

でございます。

これらの取り組みについては、地域医療介護総合確保基金を活用していきますが、これは、27年度以降、いわゆる事業区分の1ですね。先ほどの取り組みが1番になる、医療機能の分化連携推進に向けた施設整備に重点配分がなされておりまして、逆に、在宅医療や医療従事者の確保に関しては十分な額が確保できていないという状況ですので、今後、事業区分間の額の調整が柔軟にできるように整備をしていきたいと考えております。

第6章であります。

今後の推進体制と役割であります。法定ではこの赤い枠で囲んで4つの調整会議を実施して、ここで今後の、その病床機能転換などに関する調整の議論を行なっていきます。中央区域につきましては、サブ圏域ごとに部会というかたちで設置して、日常的な医療を中心とした議論及び調整を進めていきたいと思っております。また、病床にかかる協議については、区域ごとで完結しない実情もございますので、県全体の調整の場として連合会を設置します。これについては、保健医療計画評価推進部会に各区域の調整会議の議長を加えて調整を行なうよう考えております。

あわせて39ページ。

関係団体の役割。(1)で日常的な医療をつくりあげるためのそれぞれの住民、医療提供者、保険者、県の役割を記載しております。(2)は日常的な医療以外の二次、三次の救急医療や専門的なガン医療などの広域な医療提供体制については医療計画の5事業5疾病を基本として関係者は調整をはかっています。また、③で保険者からもこれらの検討をするためのデータを提供していただくことなどを記載しております。

第7章については、各地域の状況であります。雑駁に申し上げますと、安芸区域につきましては、人口減少率が最も高く、2015年をピークに高齢者人口が減少していくという状況。

また、医療従事者などの数は全国平均、県平均をそれぞれ下回っているという状況ですので、43ページに今後の方向性を記載しております。医療従事者の不足等で急性期医療の維持が困難ですので、将来の医療需要に応じた必要病床数を確保していく必要があるということを記載して、必要な病床機能を確保するということを記載しております。

中央医療圏については県全体の状況の縮図でもありますので割愛させていただきます。47ページであります。

安芸・高幡からの流入が多いですので、という状況はあります。また、日常的な医療についてはサブ区域ごとに確保していくということ。また、不足している病床への転換などを通じて必要な病床機能を確保します。中央区域については県全体の医療需要を考慮していく必要があるかと思っております。高幡につきましては、全体の状況は安芸区域と同様で人口減少が進み、医療従事者数が全国平均を下回っております。

51ページであります。

こちらも同様に急性期医療の維持が困難になってきておりますので、また、病床機能の偏りも生じておりますので、急性期については地域内で完結できるように医療提供体制の構築をはかる。また、不足している病床の転換をするということでもあります。

最後、幡多医療圏につきましては、医療従事者の数は全国平均をやや下回っているという状況ですが、55ページで、中央区域への流出は少ないという状況で、高度急性期以外は、ほぼ区域内で完結しておりますので、今後は高度急性期を核とし、医療提供体制を構築して、不足している病床への転換について、必要な病床数を確保していきます。

56ページ以降は参考データでございます。

最後に、パブリックコメントの実施結果の報告でございます。本日、差し替えでお配りしております3枚、パブリックコメントの実施結果についての表紙をおめくりください。

ちょっと字が小さくて恐縮ですが、9月21日から10月20日までの1ヶ月間実施しまして、5人の個人、団体から10件のご意見がございます。この1番から10番にわたるご意見が出されておまして、それに対する県の考え方を記載しております。

概ねいただいたご意見を参考にさせていただきながら、この地域医療構想の推進、または、今後の保健医療計画の策定に活かさせていただきますという考え方を記載させていただいております。以上でございます。よろしくお願いいたします。

(会長) それでは、ここで、本日、オブザーバーで出席されておられます保健医療計画評価推進部会の安田会長のほうから、地域医療構想策定ワーキンググループの座長として地域医療構想をとりまとめられた立場からの意を用いられた点などについてお話をいただければと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

(安田会長) ただいまご紹介をいただきましたオブザーバーで参加しております安田が発言の時間をいただきまして、この地域医療構想策定ワーキンググループの座長、それから、計画評価部会の部会長としてですね、約1年超にわたりまして、この構想の策定のとりまとめをさせていただきました。細かいことはただいま課長のほうから詳しく説明がございましたけども、なるべく繰り返しにならないようにコメントを発言させていただきます。

この構想策定のワーキンググループのメンバーの方、それから、構想策定の素案を作った事務局の共通の思いというのは、高知県の療養病床が人口比が全国でずば抜けて多いということについて目が行って、病床削減のための構想であるというふうに誤解を生みかねないということで、そういうための、病床削減のための構想ではなくて、県民が2025年前後に、それぞれが望む場所で必要な医療や介護を安心して受けていただけるような基盤をつくるための構想にしないといけないと。早急に国の指針にのって動いて、医療難民や介護難民が沢山出るような、そういう混乱を招くようなことに使われる構想にしてはいけないということが、これは共通の認識であったというふうにとりまとめとしては理解し



ております。

そのために構想策定のワーキンググループで、色んな立場の方からそれぞれの立場で医療難民や介護難民を出さないという思いは共通なんです、それを実現するための術は、それぞれの立場で異なったことを言われますので、それぞれのご意見を丁寧に聞いて、意見が合わないところについては、事務局に間に入っていただいて調整をいたしまして、本日、皆様にご覧いただいているような構想案をとりまとめました。

高知県の医療提供体制の歴史等をふまえた特殊性にも十分な配慮をいたしまして、国が示す一律の基準で早急な要求をするのではなくて、高知県の特殊性にも十分な配慮をしながら、2025年を見据えた病床機能の再整備でありますとか、不足している機能への転換支援の施策を打つことに十分役立つ構想になっているかと思えますし、その根底には、医療難民、介護難民を出さないということをやるということを十分読み取っていただける構想になっているのではないかと思います。

ただ、今後、国の方から細かい病床転換のための指針も出てきますと、この構想の中身をそのまま使うのではなくて、随時見直していかないといけないところが出てくると思いますけれども、そうした見直しが必要な時にも柔軟な対応ができるような記述にしておりますので、国のほうからの指針をにらみながら、今後発足する地域医療構想調整会議等で、具体の事案については検討していただいたらいいと思えますし、県が県独自の施策を打つ、あるいは国に対して政策提言をする時の根拠になるような記述をこの構想の中から見つけていただいたらいいのではないかと考えております。

私のほうからは以上です。

(会長) ありがとうございます。

それでは、ただいまの事務局からの説明につきまして、ご意見、ご質問がございましたらお願いをいたします。

ご発言ございませんか。

どうぞ、細木委員。

(細木委員) 参考資料の7ページなんですけども、新たな施設ができるという、介護療養型とそれから2.5対1の医療療養型が、介護療養病床相当の1か2になるということですよ、これ。そうしますと、この施設は、医療は内付けになるわけですか。外付けではないに。

(事務局) はい。あくまで介護保険法に基づく施設として医療と介護の両方を提供するということになります。ただ、報酬の出し方をどうするかということについては、まだそこまで突っ込んだ議論は行なわれていない。

(細木委員) 現実に、私、今、老健をひとつ持っているんですけど、老健は内付けなんです。そうしますと、リウマチの患者さんとか心臓の患者さんとか、血管の。非常に高価な薬剤を使っている方というのは非常に入り辛くなるんですよ。1ヶ月3万くらいということになります。そこらへんの、ちょっと見直しが、もし、できればいいんじゃないかなというふうに思ったものですから。

それから、もうひとつ。これ、老健の話が出てきましたのであれですが、老健の平均在宅復帰率ですね。これは、もうちょっと引き上げたものが非常に優遇されるような政策というのはないわけでしょうかね。

(事務局) 現行の制度上どうなっているかということですが、そのへんは、承知はしておりますけれども、新たな施設類型においても、やはり、こういった施設入所、新たな施設に入所される方々、在宅移行を目指していただく必要があると思います。何らかの方針での誘導する措置というのはあってしかるべきかなと思います。

このあたりはまだ、今後、国のほうで議論ありますし、具体的にそこは整理としてののっかってくるかどうかというのは、おそらく来年の今頃、介護給付費分科会での議論になると思いますので、当面、国の議論を見守りたいと思います。

(会長) どうぞ。

(事務局) 高齢者福祉課長の中村です。

ちょっと補足のほうをさせていただきますが。確かに老人保健福祉施設については、前回の介護報酬の見直し等につきましても、在宅復帰率について重きを置いていくということがございましたので、地域包括ケアシステムのその構築自体を考えますと、やはり次期の介護報酬の議論の中でも当然にそういったことが出てくるのかなというふうに思っております。

また、年が明けてからの実際の本格的な議論になってまいりますので、少しそのあたりの議論もみていきたいというふうに考えております。

(会長) 高知県は、老健施設は、もういっぱいいっぱいなんですか。

(事務局) 現在、平成29年度末までの第6期の介護保険事業支援計画の期間中なんですけれども、この期間中におきましても、新たな老人保健施設の整備のほうが予定されております。

(細木委員) 川内先生、第4回のこの社会保障審議会の療養病床のあり方の特別部会の次に決まるわけですか、大体、5回で。そうではない？

(事務局) 12月中にこの方針をまとめるということですので、開催頻度は上がっていますので、次の第5回で終わりということにはならないと思います。あと少なくとも2回、3回、議論が行なわれるんじゃないかと思います。

(細木委員) どうもすみません。

(会長) 他にご発言ございませんか。ご意見、ご質問。

地域医療構想について何か。よろしゅうございますか。

特にご意見も無いようでございます。それでは、当審議会として、この地域医療構想案を認めることとして、知事に答申を行なうことをご了承いただけますでしょうか。

▲▲▲ (異議無しの声あり) ▲▲▲

ありがとうございます。

それでは、ご承認をいただきましたので、この会議の最後に答申をさせていただくことといたします。

それでは、次の協議事項でございます。地域医療構想策定後の取り組みについて事務局より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。私からは資料2の地域医療構想策定後の取組み(案)について調整会議の設置運営、病床調整の手続き、回復期病床の転換補助金にかかる事業決定手続きの3点をご説明させていただきます。座って説明させていただきます。

まず、資料2の1枚目をお開きください。1ページ目をご覧ください。

こちらのほうが地域医療構想の推進体制案になりますが、中央の赤い枠囲みで地域医療構想策定とある右側の図のほうをご覧ください。

先ほどの地域医療構想案の第6章の中で説明がありました部分ですが、地域医療構想策定後の取り組み体制としましては、まず、1で構想区域ごとの法定の調整会議を設置すること。こちらの表、図の中の赤い部分になります。4つあります。(2)で、このうち中央区域については4つの部会を設置すること。この図の黄色い部分になります。(3)で広域的な議題を扱うために全圏域組織として連合会を設置すること。一番上の青い部分になります。という3点をお示しました。

こちらにつきまして、さらに具体化した案につきまして次のページをお開きください。

こちらの、まず、1、各地域における調整会議についてです。こちらに書いてございますとおり、調整会議の委員につきましては、できるだけ既存の会議体を活用するという観点から、福祉保健所等が設置する各会議体の委員への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や基金の計画に盛り込む事業の協議などを扱う、一定、定例的な会議を年度末に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体と一体的に開催しますが、調整会議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、このページの2番、福祉保健所における各会議体についてですが、各会議体の名称欄がございますとおり、安芸区域、中央区域の嶺北部会、物部川部会、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の会議体を活用したいと考えております。また、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。

また、その図の下にあります、これらの会議体の委員構成は、保健医療関係者、福祉関係者、住民、市町村となっております、地域医療構想策定ガイドラインで示されている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、調整会議に参画すべきとされている医療保険者については、福祉保健所の会議体には委員として入っておりませんので、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。

続きまして、本年度のスケジュールですが、7月から概ね9月までの間に開催されます各会議体の第1回会議の場を借りて、調整会議に就任の依頼を実施しております。新設の会については設置後に依頼、就任依頼を実施する予定です。構想策定後の12月に文書にて委員の就任の承諾を正式に依頼したうえで調整会議を設置し、2月から3月の年度末に各会議体の第2回会議が予定されていますので、ここであわせて第1回の調整会議を開催したいと考えております。

なお、12月には、回復期病床の転換補助金の交付先について調整会議の委員に書面で意見照会を行ないたいと考えております。この補助金に関しましては、後ほど改めてご説明いたします。

次に一番下の3、地域医療構想調整会議連合会についてですが、医療審議会の保健医療計画評価推進部会の委員の皆様、各区域の調整会議の議長を加えて構成する案を考えています。なお、括弧書きで記載していますが、構想策定後、構想策定ワーキングの委員の皆様にも計画部会のほうに参画していただいで連合会に加わっていただくよう考えております。

この3の3つ目のマルですが、連合会が扱う主な議題としましては、特に、過剰な病床機能への転換の協議につきまして、中央区域への患者流出と密接に関係しますので、各区域の調整会議の協議を経た後に連合会で協議を行うことを想定しております。

続きまして、資料の3ページをお開きください。

調整会議における議事の内容については、通常開催で取り扱うものとして、この議事の1～4の項目と医療機関からのアクションに応じて取り扱うものとして、下の5、6の項目の2種類に大別されます。このうち一番下の赤の太枠で囲ってあります部分の5、開設・増床等の許可申請の内容に関する協議、⑥過剰な病床機能への転換に関する協議につきましては、また次のページの4ページをお開きください。

こちらのページの表にありますとおり、これらに関する協議です。都道府県知事の権限が法律で定められております。まず、この表の上段ですが、開設許可等の際に不足している医療機関を担う等の条件を有することができ、付与することができることということがあり、次に中段で、過剰な病床機能に転換しようとする内容で病床機能報告がなされた場合、転換する理由の説明等を求めることができること。また、その理由がやむを得ないものと認められない時は、過剰な病床機能への転換を行わないこと等を命ずることができる、とされています。

ただし、この命令は公的医療機関等についての規定であり、こちらの表の右側に記載しておりますが、その他の医療機関につきましては、「命ずる」を「要請」に読み替えることとされています。

一番下の下段については、協議の場ですね。すなわち、調整会議において協議が整わない場合は、医療審議会に意見を聞いて、不足している医療機能を提供すること等を指示することができることとされております。

こちら先ほどと同様、公的医療機関等以外については、「指示」を「要請」に読み替えることとされております。

続きまして、資料5ページのほうをお開きください。

こちらにつきましては、この先ほどの資料の一個前の資料の3ページの一番下の赤枠部分で、⑤の開設・増床の許可の申請の内容に関する表記と、⑥の過剰な病床機能への転換に関する表記について、先ほどの知事の権限等もふまえたうえで、実際の具体的な調整会議における病床調整の手続きの案について記載しておりますのでご説明させていただきます。

まず、こちらのページの左側の上の欄に、調整の要否、黒枠に白字があると思いますが、こちらの⑤で、病院の開設、診療所における病床の設置、増床、病床の種別の変更にかかる許可申請といったものについては、こちらのほうの1番上、⑤の矢印の右側の調整内容の中身を見ていただけたらと思いますが、基準病床を超える、または過剰な医療機能への転換を含む内容である場合は、地域医療構想の達成を推進するという観点から申請者に対して調整会議への参加を求めることとなります。

その調整会議では、公的医療機関等にかかる許可の適否などの他、先ほど、知事の権限でご説明しました許可を行なう際に、不足している医療機関を担う等の条件を付与するかどうかといった点等を協議することとなります。なお、その際には、同一の市町村内への

移転開設であっても増床のないものについては、調整会議における協議の対象外とすることなどを考えています。

続きまして、その下にあります⑥についてご説明いたします。調整の要否の部分につきましては、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の矢印の上段を見ていただけたらと思いますが、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、高度急性期や急性期、慢性期である場合は、法に基づく調整を要する案件となります。

この場合は、また右の欄の調整等の内容のところをご覧いただけたらと思いますが、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。このプロセスにおいて、県としましては、その下に記載していますとおり、現状よりも経営資源の規模の拡充がない案件にかかる転換意向を優先したいと考えております。

具体的には、この原因を一番下に表をのせておりますが、6年後の転換先というところにマルをしております。急性期から高度急性期といった場合や、回復期から高度急性期、または急性期、慢性期から高度急性期、または急性期である場合は、転換先が既に過剰な機能区分であって、かつ経営資源の規模の拡充を伴うものであると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規定されています。

逆に、マルのない区分につきましては、6年後の転換先として選択されている場合は、転換先が既に過剰な機能区分であっても、一定のダウンサイジングがなされるという点に鑑み、当該転換意向を尊重して扱うことが適当でないかと考えるものです。

次に、先ほどの中段に戻っていただきまして、⑥の矢印の下段になりますが、当該報告された6年後の病床機能が、現状において不足している病床機能か回復期である場合は、特に制限等は必要ありませんので、想定された調整を要さない案件となります。

この場合は調整等の内容については、県からの回復期病床の転換補助金の活用をはたらかけたうえ、そういった活用の希望がある場合は、県において評価調書を作成して調整会議に意見照会をすることを行ないたいと考えております。

続きまして、この次のページの6ページをお開きください。

こちらにつきましては、回復期病床の転換の時についての説明になります。事業概要につきましては、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等として必要な病棟の新設、増改築、改修等を行う医療機関の支援のもと実施し、地域医療構想の推進をはかるため、地域医療介護総合確保基金を活用して制度化を行なったものです。

次に、事業の決定についてですが、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どうかという点について、各地域の地域医療構想の調整会議

の意見を求めて、これをふまえたうえで県が事業決定を行なうといったことを考えております。

続きまして、採択基準ですが、事業の採択の基準としましては、1、構想区域の回復機能病床が不足していること。2、事業内容が補助要綱に適合すること。3、地域医療構想の実現に寄与することの3項目を考えており、このうち3の考慮すべき項目につきましては、病床、需要の予測、人材の確保の状況といった継続性や各関係先の連携状況といった2つの観点を項目としてはどうかと考えております。

続きまして、7ページにつきましては、その補助金の事業のフロー図になります。

8ページにつきましては、先ほど言った県のほうで作成します評価調書の案になります。

9ページ以降につきましては、評価調書の作成に先立って、事業者のほうから提出をうけます資料としまして、厚生支局への診療報酬の届出用紙、9ページと10ページや、11ページからは、県の補助金を定めている事業計画書の用紙を11ページ、12ページで参考に付けております。

以上で、私からの説明とさせていただきます。

(会長) ただいまの説明につきまして、ご意見、ご質問はございませんでしょうか。

よろしゅうございますか。

特にご発言が無いようでしたら、それでは、続きまして、次期保健医療計画の策定について事務局から説明をお願いします。

(事務局) 資料3を使いまして、次期保健医療計画の策定についてご説明したいと思います。医療政策課の川崎と申します。

資料3の1ページ目をめくってください。

ここに第7期の高知県保健医療計画の策定スケジュールの案を示しております。一番上の医療審議会の行の11月、計画の策定方針について、本日の医療審議会でご説明をさせてもらうこととなります。

その下の保健医療計画評価推進部会、ここをご覧ください。9月に計画部会のほうで計画策定方針についてご説明をしております。また、9月から患者動態調査、これは次期7期の高知県保健医療計画の基本資料となるデータとなるものです。これを実施しております。現在、この集計とかをしている最中でございます。11月から12月のところに在宅医療実態調査と書いておりますが、これは12月に、ちょっと遅れていまして12月になるとは思います。高知大学のほうに委託しまして在宅医療の実態調査を実施したいと考えております。これにつきましても、次期の保健医療計画の基本データと、基礎データとしたいと考えております。

その下の国の行をご覧ください。国の方では、医療計画の見直し等に関する検討会を月

1回程度、5月20日を皮切りに10月7日まで5回開催しております。この中で第6期の現在の保健医療計画の課題や次期の保健医療計画をどうしていくかということを検討している最中でございます。この検討会は本年、年末までで終了しまして、来年の3月には作成指針、医療計画の作成指針の通知が国からされることになっております。

これを受けまして医療審議会としましては、4月に計画策定スケジュールや実施項目案についての具体的なところを決めていきたいと考えております。

それを受けまして、保健医療計画評価推進部会のほうで、5疾病5事業検討会議等における、ここで検討しまして素案を作っていきたい。また、日本一の健康長寿県構想推進協議会、各保健所で行なわれておりますが、こちらのほうで意見を聴取していきたいと考えております。

こちらのほうで計画の構成とか保健医療圏の設定といった一定の素案をつくりまして、9月にもう一度、医療審議会のほうで計画策定の諮問、部会検討状況の報告をさせてもらいたいと思っております。ここで医療審議会からの意見をもらいまして、さらに保健医療計画評価推進部会のほうでその意見をもとに、もう一度、5疾病5事業、在宅医療、医療従事者確保について、もう一度たたいたうえで基準病床数についても推計したうえで、12月に保健医療計画の原案を医療審議会承認していただきたいと考えております。

その後、パブリックコメントを1ヶ月間行ないまして、2月には最後、医療審議会での計画の答申をいただきたいと考えております。

その後、3月に2月議会への報告や計画の告示、国への報告をしていきたいと、こういったスケジュール感で考えております。

このページの1ページ目の右の下の方に計画策定にかかる本県の検討体制についての図がございますが、日本一の健康長寿県構想推進協議会、これが圏域で行なわれておりますが、そこから意見を聴取しながら、5疾病5事業、在宅医療、医療従事者確保、それぞれの検討する部会、検討会議とか部会のほうで素案をまとめていきたい。それを医療審議会の保健医療計画評価推進部会のほうでとりまとめてもらいまして、医療審議会のほうにあげると。また、医療審議会の意見をふまえて見直していくというかたちで策定を進めていきたいと考えております。

1ページ目の左の下の方に、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ている検討会の内容について簡単に記載しております。検討事項としましては、医療計画の策定指針、来年の3月に出されるこの医療計画の策定指針の原案といったところをここで検討しております。

次に、医療計画における地域医療構想の実現について。医療計画の中に、この地域医療構想というのは新たにできるわけですが、これとの整合性について、位置付けについて検討をしております。

3番目としまして、地域包括ケアシステムの構築を含む医療介護の連携について。4番目



としましては、その他の事項について。

ここに書いていますように、上記の検討会にはワーキンググループを設置しております。地域医療構想に関するワーキンググループ。それと、もうひとつが在宅医療及び医療介護連携に関するワーキンググループ。それぞれ3回、2回開催されておりました。現在は検討内容を整理しまして、第5回の医療計画見直し等に関する検討会に提出されております。

細かい内容につきましては、次の2ページ目からになりますので、簡単に資料のご説明をさせていただきます。

2ページ目と3ページ目。これは現在の高知県保健医療計画の目次になります。上のほうの検討状況を見ておきますと、5疾病5事業については変えないといったところは想定されておりますので、ほぼこの内容は変わらない。ただし、この中に地域医療構想が入ってくるということになるかと思えます。

4ページ目からは、検討会、国の方の検討会の第1回の資料ということになります。4ページ目は医療法における目次。下のほうが医療計画にかかる医療法の改正の主な経緯でございます。平成26年、一番下ですけれども、第6次改正に伴いまして地域包括ケアシステムの構築をします。病床機能の報告制度をつくり地域医療構想を策定する。そういった大きな改正がございまして、この流れが次期医療計画の中にも盛り込まれていくことになります。

5ページ目、6ページ目につきましては、現行の医療制度の、医療制度についての内容と都道府県における医療計画の見直しやそういった状況についての資料になっております。

7ページ目のほうに疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について。第6期医療計画からは、PDCA指標を使いまして自治体に確実に事業が進んでいるかどうかということを検証することになっています。

ところが、やはり指標の決め方等に問題がございまして十分にまわっていないということで、この指標のあり方につきましても、今、国の方で検討が進んでいる事態でございます。実際に事業の進捗状況を把握できるような指標、そして、この指標に基づいて実際の事業を構築していくといったことを第7期についてはやっていきたいと国の方の検討の中ではあげられております。

8ページにうつりますと、8ページは医療計画見直し等に関する検討会の開催要綱と構成員の名簿でございます。

9ページと10ページにつきましては、現行の医療計画における課題、先ほど申しましたように、策定後に色んな課題があがってきております。9ページの右側のほうにありますように、地域医療構想の位置付け、新たに地域医療構想が医療計画の一部となりましたので、その位置付けがまだ準備できていない。それから、医療と介護の連携。これも十分ではない、ということで課題があがってきております。

10ページのほうには最後の課題としまして、医療従事者の養成・確保ということがあ

がっております。10ページの右側はワーキンググループの設置についての案ということで、ワーキンググループの中に都道府県の担当者の視点も入れて、都道府県で実際に使いやすいものにしていこうというかたちでワーキンググループを立ち上げて検討したというかたちになっております。

11ページでは、検討会の今後の進め方ということで、先ほど申しましたように本年12月を目処にとりまとめをとということになっております。

12ページはワーキンググループの構成員の名簿になっております。

13ページから17ページまでは、地域医療構想に関するワーキンググループにおける意見の整理となっております。こちらのほうが、今後、検討会の中でたたかれて、指針、方針というかたちで出てくると思われますので、今日ちょっと時間の都合がございますのでお目通しをお願いいたしたいと思っております。

18ページ、19ページにつきましては、もうひとつのワーキング、在宅医療および医療介護連携に関するワーキンググループにおける意見の整理になります。この中で先ほど申しました指標についても検討がなされておまして、19ページには高齢化に伴い増加する疾病への対応として、5疾病には加えないけども高齢化に伴って増加する疾病、そうしたものも盛り込んでいきたいと思いますということがあがっております。

20ページをご覧ください。

20ページは、先ほど申しました患者動態調査、9月に行ないました患者動態調査の依頼文になります。高知県医師会と連名で依頼しております。

21ページがその実際の調査票にあたります。左が入院、右が外来の調査票になります。最後、22ページが患者動態調査の協力を関係団体へ依頼した文書となっております。私からは以上です。

(会長) ご質問、ご意見ございませんでしょうか。

無いようでしたら、それでは、続きまして、地域医療介護総合確保基金について事務局から説明をお願いします。

(事務局) はい。皆様におかれましては日頃から大変お世話になっております。医療政策課の藤本と申します。座って説明させていただきます。

私の方からは地域医療介護総合確保基金、資料4のほうをご覧ください。先ほどから何度も用語は出てきましたけど、地域の医療提供体制改革のための基金として、平成26年度から創設された基金でございます。

1ページ目をご覧ください。毎年度、計画事業として国に要望をあげています。その状況について報告させていただきます。現在までの経緯として、平成27年5月、6月にですね、関係団体、それから全市町村、それから県民の皆様に対して事業の提案を募集しま

した。募集に対しまして、高知大学医学部、県立大学、医療機関などの11件の事業提案がありました。

9月、10月にあるとおり、医師会の基金担当の理事である久先生などと協議を行いまして各事業の11件あった事業提案について、各事業の細部について検討の実施をさせていただきます。

その結果、基金の配分方針が事業区分1に偏っているということもありまして、1事業を採用という結果で、その他の事業につきましては、既存の事業等による対応が可能であるといった理由から不採用としております。

平成28年1月18日、国から、先ほど申し上げました基金の配分方針について、後ほどご説明させていただきますけれども、事務連絡がございました。

2月19日に地域医療構想の第3回のワーキンググループで計画事業の状況を報告させていただきます。

3月に、国による計画事業、要望事業のヒアリングを受けた後に、今日開催させていただいております医療審議会において、平成28年度の計画事業の承認をいただいております。

そこから、かなり時間があきまして、国のほうが配分額、基金の配分の調整に手間取りまして、当初予定の5月から大幅に遅れて、8月10日に厚生労働省のほうから基金の内示がっております。

関係団体の事業提案募集というのは四角の下にある枠囲みのほうに事業提案の案内をさせていただきます。

2番の厚労省の基金の配分方針ですね。27年度から方針が変わって、医療区分1という、先ほど説明しました地域医療構想策定に向けた医療機関施設、または、設備の整備に関する事業、病床の機能分化連携ということで、本県で言えば回復期機能への病床転換なんかが事業区分1のほうになります。この事業区分1へ重点的に配分を行なおうということで、かなり重点的な配分が行われております。事業区分2、3につきましては、後ほどご説明させていただきますけれども、財源不足が発生している状況になっております。

②のほうで事業区分1については、これは28年度、まだなんですけども、もともとハード事業だけが限定されていたんですけども、ソフト事業も計上して差し支えないことということで、ただし条件として、「・」で3つありますけども、地域医療構想に基づく病床機能の転換を行なうために必要となる人材の確保。それから、病床の機能分化を進めるうえで必要となる医療介護連携を円滑に行うためのコーディネーターの養成・配置。それから、医療介護連携を進めるうえで必要となる多職種連携のための研修実施という限定されたソフト事業については、事業区分1で計上しても差し支えない範囲ということになりました。

経費の対象となる事業区分につきましては、四角の枠囲みでございますけれども、1の

部分が、病床の機能分化連携、こちらについて、ある一定ソフト事業も認められるようになった。上の3つの「・」ですけれども。事業区分Ⅱ、英数字のⅡの部分が、在宅医療にかかる事業。Ⅲのほうは医療従事者等の確保・養成に関する事業。この3つが医療区分の事業区分となっております。介護のほうはまた別で2つございます。

上記の配分方針を受けた本県の対応として、次の2事業について厚生労働省と協議を重ねまして、もともと事業区分2のほうにあった事業ですね。何とか事業区分1のほうに移管することに成功しました。

その事業が「○」でありますけれども、病床機能分化・連携推進等人材育成事業ということで、県立大学さんから今年、28年提案でいただいた事業、1件採用になった事業がこちらの事業になります。回復期病院における退院支援体制構築のための指針づくりと。それから、中山間地域と病床機能分化連携コーディネーター養成と、ちょっと長いですが、訪問看護師の育成、これも県立大学さんのほうに従前から寄付講座として開設していただいております訪問看護師の育成事業はこちらにあたります。

この2つの事業が、もともと事業区分2から1へ移管することができました。2事業で、合計で約6000万の部分が1のほうに移管されまして、こちらについては満額基金がついております。

その配分額の内示状況なんですけど、3です。3の配分額の内示状況をご覧ください。医療区分が1、2、3と左側にありますけれども、その右隣、平成28年、Aの欄ですね。が、本県が要望した各事業区分の要望案です。事業区分1が4億3000万、事業区分2が6000万、事業区分3が7億3000万のトータル12億1500万を要望させていただきました。

実際に内示がありましたのが、平成26計画、執行のDの部分ですね。平成28配分内示額というところがございますけれども、事業区分1については満額、今年度のお金でついたんですけども、2、3につきましては要望額と大幅に乖離した内示額。2、3プラスして5億6000万と、7億8000万要望に対して5億6000万しか基金がつかなかったということになっています。こちらにつきましては、平成26計画、平成27計画で不要になった執行の残りがありますので、これを充てることとして、今、厚生労働省と協議している状況です。

ただ、それでも、事業区分3につきましては、四角の右側に財源不足額というところがありますけれども、8300万足りない。もう貯金が0になっても8300万足りない状況と。こちらにつきましては、下の「○」の2つ目にありますけれども、事業区分3で生じている財源不足額については、部内における、健康政策部内の不要額をもって一応対応するというので、今年度の事業については何とか執行できそうだということになっております。

ただ、今年度で執行残、残りの全部、貯金を使ってしまいますので、来年度以降、益々

厳しい状況が想定され、また事業区分1の重点配分の方針というのも変わらない状況ですので、今後とも厳しい状況が予想されます。

私のほうからは、以上で説明を終わります。

(会長) ただいまの説明につきまして、ご質問ございませんか。

ご質問、ご意見、無いようでしたら、それでは、私のほうでとりまとめさせていただきます。

協議事項の一点目の地域医療構想策定後の取組案についてと、二点目の次期保健医療計画の策定について、高知県医療審議会としてこれを承認することとしてよろしゅうございますでしょうか。

特にご異議、無いようでございますので、それでは、これらについて承認することといたしました。

それでは、最後になりましたが、諮問事項でございます。地域医療構想の策定についての答申を行ないます。

ここから事務局に進行をお願いいたします。

(事務局) それでは、ただいまから高知県医療審議会より地域医療構想の策定、第6期高知県保健医療計画の変更についての答申をいただきたいと思っております。

まず、医療審議会の岡林会長より審議の総括をあわせましてご挨拶をいただき、その後、山本部長へ答申書をお渡ししていただきたいと思っております。よろしくをお願いいたします。

(会長) はい。本日の当審議会に提示されました地域医療構想につきましては、委員の皆様、特段のご意見もなく、粛々にご承認をいただいたところでございます。

この必要病床数につきましては、高知県の場合、現有病床数との乖離が非常に大きなものがあるわけでございますけれども、諸般の状況、特に人口減少というような状況を見据えてまいりますと、2025年においては、あながちこの必要病床数というものの特段のものではない、このあたり、やはり収斂していくのではないかというような予測と申しますか予感もするわけでございます。

それから、構想区域につきましては、二次医療圏を基本とするということでございますので、当県におきましては4区域ということでございますけれども、いわゆる状況判断すれば、2区域ぐらいになるのではないかと思うわけですし、いわゆる道路事情が改善されて交通アクセスがよくなれば1区域ということも考えられなくもないところでございますけれども、一応、4区域ということでまとまったようでございます。

それから、このあとのソフトランディングということで、医療難民、介護難民対策として国の方から3類型が提示されておるわけでございますけれども、必ずここで出てまいり

ますのが、転換をする場合に病床転換ということになりますと、施設基準、ここに示されましたものの、やはり広さというものが要求されております。そうなりますと、医療機関において転換ということが果たしてスムーズにいくかということをお慮いいたしております。

今の医療機関の状況、財務体制からまいりますと、この転換のための設備投資という、そういうコストが出てくるかどうかということが非常に心配されるところでございまして、もし、機会がございましたら、この施設基準、必ず平米数を大きくとってくるということをやめていただいて、今の病床の広さで転換できるような、そういうものでお願いをしていただければと思うわけでございます。

一応、本日、無事、地域医療構想が承認をされましたので、これから答申をさせていただきます。

(事務局) ありがとうございます。

それでは答申をお願いいたします。

(会長) 高知県知事 尾崎正直様。

高知県医療審議会 会長 岡林弘毅。

諮問事項について答申いたします。

平成28年11月7日付け 28 高医政第630号で諮問の下記事項について審議会の結果、適当と認めます。

記 諮問事項 地域医療構想の策定（第6期高知県保健医療計画の変更）について。

(事務局) ありがとうございます。

それでは、山本部長からお礼のご挨拶をお願いいたします。

(健康政策部長) 答申いただきまして、まことにありがとうございます。また、医療審議会の皆様には、昨年5月から本日の答申まで本当に長きにわたりご審議をいただきまして厚くお礼申し上げます。

また、安田部会長におかれましては、ワーキンググループの座長として委員の皆さま方の多様な意見の集約、また、多面的な検討まで、ひとかたならぬご尽力をいただきまして厚くお礼を申し上げます。

先ほど、会長のほうからも総括のお話があったけれども、県としても、行き場のない方を出さないということが本当に大前提でございますので、まず、その確保。それから、将来的には、中長期的にはお一人お一人の方の、本当に望まれる療養ができる環境づくりということに取り組んでいきたいというふうに考えています。

また、先ほど会長のほうからお話がありました支援のことをございますけど、ひとつには、やはり、今の施設がそのまま転換ができるというように経過措置をいかに国のほうに入れていただくかということについては、県としても様々な議論を経ながら必要に応じた提言、施策提言をしてきたいと思ひますし、それから、当然、転換には経費が必要でございますので、先ほどご説明もさせていただきますけども、基金を活用した転換のための支援ということもやっていきたいと思ひます。

また、それぞれこれから4つの調整会議のほうで各医療機関の役割であるとか、それから、転換のための様々な協議ということをお願いしていくわけですけども、県としても、それぞれ個別の医療機関のほうからも十分にお話もお聞きをさせていただいて、できる限りの支援ということで取り組んでいきたいというふうにご考えておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

また、これからですね、今日、ご説明もさせていただきますけど、来年度から次期の、すみません、平成30年度から次期の保健医療計画が始まるということで、これから議論、国の議論もあわせて県としても議論が始まってきますので、医療審議会で、また色々な検討なり協議もお願ひをするということでご足労かけますけども、是非お願ひしたいと思ひます。今日は本当に、どうもありがとうございました。

(事務局) 以上をもちまして、本日の医療審議会を終了させていただきます。長時間にわたりありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲

議事録署名人

---

---