

平成 27 年度第 2 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 27 年 12 月 1 日 18 時 30 分～20 時 30 分
 - 2 場所：高知会館 4 階 やまもも
 - 3 出席委員：岩田委員、内田委員、小田切委員、上村委員、吉川委員、黒岩委員、田中委員、近森委員、寺田委員、中澤委員、西森委員、野並委員、濱田委員、福田委員、堀川委員、宮井委員、安岡委員、安田委員
 - 4 欠席委員：豊島委員、堀委員
- <事務局> 中央東福祉保健所（田上所長）
安芸福祉保健所（鈴木所長）
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）
県立病院課（松本課長補佐、伊藤チーフ） 地域福祉政策課（井上副部長）
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（濱田チーフ）

（事務局）失礼いたします。定刻となりましたので、ただいまから高知県医療審議会医療計画評価推進部会 第 2 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、豊島委員におかれましては日程の都合上ご欠席とのご連絡をいただいております。また、内田委員、田中委員、堀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。なお、岩田委員におかれましては、他用務のご都合上途中退席をされます。

それでは、開会に先立ち、医療政策課長より一言ご挨拶を申し上げます。

（事務局）皆さん、こんばんは。医療政策課長の川内でございます。

本日はお忙しい中、また、夜分にお集まりいただきましてありがとうございます。このワーキンググループは第 2 回となりますけれども、8 月に開催してから 4 ヶ月近く経ちまして、その間、開催ができなかったことをお詫び申し上げたいと思います。

それと、今回は療養病床実態調査の調査票など、ご議論いただくことになっておりますけれども、一度この会を開いて、ご議論いただいて、調査票などをまとめていこうということになっておりましたけど、色々と事務局もオーバーワークの状態、先生方にご相談できず申し訳ありませんでした。ということで、直前に色々とご説明にまわらせていただきましたり、県医師会の地域医療ビジョン対策委員会のほうにもご意見うかがったりというようなことをして、この 1、2 ヶ月が過ぎておりました。

本日、先ほど申し上げましたように、本県の療養病床の現状、それと療養病床の実態調査の内容、そして、国のほうでも療養病床のあり方に関する検討が進められておりますので、その検討状況の情報共有などを行ないまして、本日は療養病床を中心にご議論をいただければと思います。本日はよろしくお願いいたします。

(事務局) それでは、本日の資料の確認ですけれども、事前にお送りをしました資料1から4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ください。よろしいでしょうか。

また、本日、追加資料をお配りしておりますので、ご確認をお願いします。

それでは、ここからの議事進行につきましては座長にお願いいたします。

(安田座長) ここからの進行を務めさせていただきます。高知大学の安田でございます。

早速、議事に入らせていただきますが、まず、第1の議題が本県の療養病床についてという議題です。事務局から説明をお願いします。

(事務局) 医療政策課の伴です。いつもお世話になっております。

それでは早速、資料1のほうから説明をさせていただきます。本日は本県の療養病床についてということで、療養病床の成り立ちと本県でどのように療養病床が推移していったのか。それをふまえて資料2のほうでは療養病床のあり方等に関する検討会の状況ということで、今後、その療養病床は制度的にどういうふうになっていくのか。過去から未来の流れをふまえたうえで、では実際にその調査をどのように今後、活かしていくのか。受け皿をどのように整理していくのか、そういったところのご議論をしていただければと思います。

それでは早速、資料1を1枚おめくりください。上のページ、医療法の改正の主な経緯についてというところです。こちら、赤字で示しているところが、今回、主に関わってるところですけれども。

まず、昭和23年に医療法ができました。焼野原の日本でしたので、まずは病院の最低基準を作ってそれを満たせば病院を建ててよい、診療所を建ててよい、そういった基準でした。それから37年後の昭和60年、この頃になると、病院の数はもう全国かなりできあがってきた。今度は、高度経済成長期に大都会に人々が流れるのとあわせてですね、医療というものの偏在が問題視されるようになったと。その段階で初めて医療計画制度というものがここで導入されております。

その後、高齢化に対して対応していく中で平成4年の第二次医療法改正では、右側に赤字でありますように療養型病床群というものが制度化されます。そして、2つ下ですね。平成12年の第四次改正、この時に療養病床、一般病床の創設ということで現在の形が生

まれております。この流れは、下の病床区分にかかる改正の経緯というところで時系列に医療法上、ベッドというものがどのように推移したかを示しております。

制度当初はですね、一番上にありますように、その他の病床、それから精神病床、伝染病床、結核病床。その後、昭和58年に高齢化の進展を受けまして特例許可老人病棟というものが一時的に導入されております。その後、上の平成4年、第二次改正でもあったように療養型病床群というものが制度として創設されております。そして平成12年には今の形である一般病床と療養病床というふうに形が出来上がりました。

それでは、次のページをお願いします。

こういった制度改正の歴史の中で、上が全国、下が高知ですけれども、上の全国から見ていきますと、青で括っている黒丸のグラフが一般病床、それから下側にある赤で囲った×印のグラフ、これが療養病床になっております。グラフの上のほうに、平成12年に該当するところに療養病床創設と書かれています。そして、さらにその左のほう、ちょっと枠外になりますが、平成4年、療養型病床群制度の創設ということになっており、この頃から少しずつ療養病床なるものが右肩上がりに増えてきて、現在は一般病床と共に横並びにですが、共に少しずつ減ってきているという状況です。

下のグラフは高知県のもので、少し時期がずれているのと統計の取り方が少し違うのでそこを解説しながら見ていただきます。同じように一般病床が減っていき療養病床が増えていったという流れは変わらないんですが、この数に療養病床創設が平成12年のところ、また、平成4年の療養型病床群制度創設のところ、上の地図と比べてははじめから療養病床の数が多いように見えますが、これは、先ほどの下の図で説明をした特例許可老人病棟というのが高知県の場合はこの数にあてはめていて、国のものでは、それが療養病床ではなく、一般病床等、その他の病床とよばれるもので数えていたので、こういったグラフの違いが出て来ています。ただ、いずれにせよ、一般病床と療養病床というのは高知県と全国でこのようなかたちで動きを見せてきていると。大きく違うのは、一般病床と療養病床の数の比率ですね。これが高知県の場合は全国に比べてかなり高くなってきているという状況です。

それでは、次のページをお願いします。

上の図が人口推計から高知県の現状というところで、高知県の人口はご存知のように毎年減り続けておりますが、全国的に減ってはいるものの、しばらくは高齢者人口が増えるだろうと言われております。ただですね、グラフの下の吹き出しにありますように、高知県では高齢者人口は平成32年にはピークを迎え、その後は減少に転じると見込まれています。さらには、右側の吹き出しで、人口が全国に15年先行して自然減少していると。

世の中の社会の変化に合わせて制度というものが変わってくるわけですがけれども、全国の社会の流れよりも大分早いこの高齢化の時代の流れが高知県にはあったと。ただ、その時には、その当時の制度しかなかったという背景も考えられます。

そして、下の資料ですけれども、高齢化率、高齢単身世帯割合ともに高い水準ということで、全国に常に先駆けて65歳以上の高齢化率であったり、下の65歳以上高齢者がいる世帯における単身世帯の割合が高かったという事実があります。

次のページをお願いします。

上の資料ですが、高齢者の入院が多い要因ということで、世の中に先駆けて高齢化をしてきた。けれども、世の中はまだその高齢化に対する制度に、まだ対応しきれていなかった時代に、高知県の場合は、中程に表がありますが、昭和41年の段階から人口当たりのベッドの数というのは全国1位だったんですね。よく、その昭和48年の高齢者医療費無料化の制度、これで全国の病院が、高齢者病院が増えたのではないかと、全国的にはそう言われておりますけれども、高知県の場合は、もうその手前から既に多くあって、その病院が全国に先駆けて高齢化している高知県で介護や療養のニーズを受け皿となって担ってきた、そういう歴史的な背景があります。

その下の中程に、2番、ちょっと小さい文字ですけれども、介護保健施設の定員数ということで全国と高知の比較がされていますが、緑色の介護療養病床、介護を担う病院ですね。この部分というものが、やはり全国に比べてもかなり多くなっていて、とは言え、その下の表にありますように75歳以上、65歳以上よりもさらに高齢者になってくる75歳以上1000人当たりの介護保険の3施設、特養・老健・介護療養病床、この3つですけれども、これを合計すると、療養病床だけでは全国ずば抜けていると言われていたのですが、この3つを足すと全国8位ということで、必ずしもベッドの数が多いわけではなさそうです。

また、前回、委員の皆様方の議論の中で、どうして高知県はこの病床数が増えたんですかというお話がありました。これに関しては、高知県地域ケア体制整備構想…。

すみません、これ誤字で、昭和20年ではなく平成20年の間違いです。申し訳ありません。

この構想の中で過去に対する検証というものが行なわれております。昭和36年に国民皆保険制度が始まり、昭和40年から当時は5割負担だったものが3割負担になっていったと。それによって低所得者層を中心に医療需要が高まっていった。その当時、県全体の人口は減少したものの、高知市中心部の人口は増えていると、人口の偏在が始まっていった中山間地域が過疎化していく。また、高齢化や単身世帯の割合、核家族化が進行したことで家庭の介護力が不足して、結果、療養場所として医療のニーズが増加したと。

高知県、特徴的なのは、全国と比べて公的病院の病床数が少なく民間の医療法人による病院の開設というものが各地で進みやすかったと言われております。また、昭和40年から45年にかけては全国的にイザナギ景気とよばれる好景気の時代であり、ただ、高知県はその当時、第二次産業、ものを作る産業ですね。こちらが脆弱であったために、労働力人口が集中した高知市を中心に、そもそもの社会的背景を要因として医療機関というものが

生まれてくるお金の投資先になって、結果、病床数、病院数が増加をしていったと。先ほども申しましたが、老人医療費の無料化というのは昭和48年からであって、その時には、もう大分、高知の病院というものが増えていたという事実があります。

次のページをお願いします。

こちらは、上の段が高知県の病院の病床数、人口10万人当たり。それから下の段が療養病床数の経年的推移になります。上については、安芸、中央の高知市以外、それから、中央の高知市、高幡、幡多とあり、最後に高知県とあります。一番右に人口10万人当たりの全国の値がありますけれども、やはり全国と比べて、精神病床、療養病床、一般病床、どれも多くなっていると。

また、その療養病床というものの数はどうなっていたのかと。左側が平成19年、上に赤字であります。計7484あったものが平成27年の6月30日、一番右側の時点では、6817ということで、療養病床の数自体は665減っています。緑色の介護療養というものは一番右にありますように796減って、医療の療養というものは131増えている。これが、これまでの国の療養病床をめぐる動き、また高知県での状況になります。

資料1の説明は以上です。

(安田座長) ただいまの資料1の説明について何かご質問等ございましたら、どうぞご自由にご発言ください。いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

また後でも質問の時間はとれると思いますので、特に今、ご発言が無ければ、次の議題の説明のほうに移らせていただきますが、よろしいでしょうか。

それでは、次の議題になりますが、療養病床のあり方等に関する検討会等の状況について資料2の説明になりますが、事務局から引き続きお願いします。

(事務局) 引き続きよろしく申し上げます。

資料1のほうで、これまでの流れを皆さんに把握していただいて、なぜこういった現状になっているのかということをご理解いただけたかと思います。

そこで、今回の地域医療構想では療養病床を何%減だというようなメディアの報道がありますけれども、本当にそれでいいのかというところですね。今回は現在、国のほうで行なわれている療養病床のあり方等に関する検討会。じゃあ、そこで寝ている人達、そこで療養されている方々はどうなっていくんですかというような議論とですね、来年の4月から行なわれる診療報酬の改定、医療の価格表の話し合いですね。それとあわせた現在の情報を提供したいと思います。

まず、最初のページ、療養病床のあり方等に関する検討会。ここには目的、検討事項、構成員、開催日、今後のスケジュールというものが書いております。目的のところを読ま

させていただきます。本年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能および在宅医療等の医療需要を一体としてとらえて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。地域医療構想の実現のためには在宅医療等で対応するものについて、医療介護サービス提供体制の対応の方針を早期に示すことが求められている。

一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止を予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加してくる中で、今後これらの方々を介護ニーズの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。このため、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療介護サービス提供体制について、療養病床のあり方をはじめ具体的な改革の選択肢の整理等を行なうため本検討会を開催する。

こちらについては、地域医療構想で病院の機能というものが高度急性期、急性期、回復期、慢性期と4つに分かれたことは8月のワーキングでもお示したところです。ただ、高度急性期、急性期、回復期というのが、実際にそこで投入されている医療の量、これをもって分けたものに対して、その慢性期の部分と在宅との部分については一括りに扱っていたと。また、ここにあるように、介護療養病床というものが29年度末で廃止の予定となっていますけれども、じゃあ、廃止してどうするのというところですね、そういったところも含めて今回、議論されております。

この在宅医療等という言葉ですけれど、こちらの言葉はですね、家のみを示すものではなくて施設を含めた受け皿ですね。これらを含めて在宅医療等と呼んでおりますので、外来入院以外を在宅医療等と捉えていただけるとありがたいです。

この検討会では、中ほどにある検討事項として、今後、介護療養病床を含む療養病床の今後のあり方、また2番では、慢性期の医療介護ニーズに対応するための、介護療養を含む療養病床以外の医療介護サービス提供のあり方というものが検討されております。

先週、11月27日に第5回開催されまして、これは追加資料のほうで後ほど説明をしますが、右下にあります今後のスケジュール。月に1～2回程度開催し、年内を目処に検討会として報告をとりまとめ、年明け以降、検討会の報告をふまえて社会保障審議会の医療部会、介護保険部会等において制度改正に向けた議論を開始するとあります。

資料の下では、第4回までの議論について簡単なまとめがされております。「●」が3つありますけれども、現在までの議論の流れとしましては、20：1の医療の必要性の高い患者、急性期の受け皿機能や在宅復帰機能が重要であり維持することが必要ではないか。20：1というものはですね、療養病床の中でもかなり医療の必要性の高い患者さんを多く入院させている、そういう病院をイメージしていただければと思います。そういったところは、さすがに病院で療養するのが望ましいだろうと。

そして、2つ目の「●」。それ以外の患者については、地域差を配慮しながら長期療養および一定の医療処置を実施する機能を確保していく必要があるのではないかと。

また、3つ目の「●」。現状の療養病床の施設設備を活用しながら、新たな選択肢に求める基本的な条件についてどう考えるか。この中では具体的に利用者の視点と実現可能な視点ということで、例えば費用負担はどうなってくんだと。また、今ある既存施設の有効活用というものを考えたほうがいいのではないかと。

また、さらに具体的には、その人にとっての医療と介護と住まい、この3つをどのように組み合わせるのか。人によっては、住まいや介護はとても必要で、医療は時々でいいという人もいれば、住まい、介護のうえにかなり濃密な医療が必要な人もいる。色んなかたちがある中で、医療、介護、住まいというのをどう組み合わせていくかということで、下に例示がありますが、例えば医療機能を備えた新たな類型。例えば住まいに医療、介護を外付けするというかたち。例えばそれらに対して人員配置、今は病床当たり、ベッド当たり、スタッフをどれくらい置かなきゃいけないというようなかなり厳しい基準がありますけれども、それを少し柔軟にやっていってはどうだろうか、そういった議論がされています。

今後のスケジュール、今後の予想と同じことを書いていますけれども、年内に検討をある程度はして、とりまとめて報告書を作ると。それを来年、社会保障審議会で議論をする。そのうえで平成29年の医療法制度改正を含めたものを今現在、視野に入れて議論されているという状態です。

そこで追加資料、今日お配りした追加資料のほうをご覧ください。

1枚めくっていただいて、裏側の紙、こちらにですね、第5回の在り方検討会での議論を整理したものを挟んでおります。

ここでは、大きく左側にあります受け皿と入所者という観点から記載をしておりますが、受け皿として、生活の場としての新たな施設類型というものが提案されております。これは括弧内にありますように介護療養病床や医療療養病床の25:1、これは先ほど20:1というのが出てきました。患者さん20人に対して看護師さんが1人。こちらの25:1は、患者さん25人に対して看護師さん1人。20:1と比べると25:1のほうが、少し配置が薄くなっております。こういったところに入っておられる方々、いますけれども、そういったベッドの移行先の選択肢として、現在は介護老人保健施設等、老健等ですね、しかないんですけども、それ以外に提案してはどうかと。

かなり具体的な「●」2つがありますけれども、医療を内包した施設類型、内包型。それから医療を外から提供する住まいと医療機関の併設類型、併設型。こういったものが考えられるのではないかと。青の吹き出しにありますけれども、こういった新たな類型に応じた適切な構造設備や人員配置、夜間休日の宿直体制等が求められると。

具体的に言うと、夜、急変しそうな人というのは、やはり当直がある程度あるようなところがいいでしょうけれども、そこまで、夜、急変する可能性が低そうなどいうのであれば、ひょっとしたら、その同じ建物の中に居なくても、すぐ近くの医療機関がとんで来て

くれる、そんな体制でもいいのではないかと等々ですね、具体的な議論がされております。

ここは2つあるんですけども、その更に根底にはですね、その次の白丸3つ。何れの施設、どちらにせよ、医療内包しようが外から提供しようが適切な介護サービスは提供されるべきだろうと。また、療養する施設、住まいであれば住まいの機能の強化、生活様式への配慮やプライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能な環境などといった具体的な姿が議論されています。

そういった住まいであり、適切な介護があり、そこに対して医療を内包するのか外から提供するのか。その医療の具体的なサービスとしては、日常的な医学管理程度の医療でいいのか。それとも、夜間休日における医療が必要なのか。また、これから進んでおりますので、看取りやターミナルケア、こういった機能も必要だろうと。そして、生活機能を維持向上するためのリハビリ、自立支援を助けるような働きも必要だろうと、こういった医療サービスが実際に議論されていると。これが、現在までの受け皿の議論になります。

そして、入所者については、じゃあ、どういう人がこういった施設に入る対象になるのかというと、日常的な医学的管理を長期にわたり継続して必要とし、かつ一定程度の介護が必要な人。2つ目は、基礎疾患の症状が重いなど医療の必要性が高いなどの理由で容態が急変するリスクを抱えている人。そして、3つ目は、医療の必要性の程度は多様だが容態が比較的安定している人。こういったかたちで実際の入所者像というものを話し合われております。

次のページは、第5回の、実際に出された資料1-1とですね。またそれをめくっていただいて、カラフルな横長の資料1-2。それについては、先ほどの最初に説明したカリキュラムをまとめてはいるんですけども、またご自身で詳しく知りたいという場合は、こちらの資料をご活用ください。

資料2のほうに少しまた戻らせていただきます。資料2の2ページのほうをお願いします。

平成28年度診療報酬改定への動きと書いているところです。これまでのところで、療養病床の在り方等に関する検討会の議論の流れ。そして今後、おそらくベッドがなくなるというのではなくベッドの性質が変わっていく。そういったところをご理解いただけたかと思います。それにあわせてではないですけども、直近でいくと来年の4月から、また医療の点数表が変わると。2年おきに変わっているんですけども、療養病床、左上と右上に療養病棟入院基本料1、それから右側が2と書かれていて、左側が看護配置20:1、右側が25:1です。こちら、横軸が医療区分、縦軸がADL区分。身体の不自由さと医療の必要性というものが、こちらの表になっていますけれども、同じ状態であっても20:1の看護配置の手厚いところでは、1日当たりの入院の点数が高くなっているというのがわかると思います。

また、この入院基本料1の特徴としてはですね、20:1以上の人を置くと同時に、医

療区分2と3の患者さんが全体の8割以上を満たしていなければいけないということで、かなり医療のニーズが高い方が大半を占めているという状態です。

では、その医療区分というのは現在どういうふうに決められているかというのと、下に医療区分3、2、1とありますが、そこに具体的な病気の名前や状態、どのような処置をしているかという情報が書かれています。これ、少し赤囲みがですね、印刷した時にずれてしましまして、この後、少し話題に出ますけれども、医療区分3の中の一番下にある酸素療法というところ、ここについてこの後、情報提供させていただきます。

また、疾患・状態の一番下の列ですね。左から、譫妄、うつ状態とありますが、このうつ状態というところも、この後、情報が入っております。また、そのうつ状態の1行上のやや右に褥瘡というものがあります。床ずれですね。

それから、その下、医療処置と書かれておりますけれども、3行あるうちの2行目の右側、頻回の血糖検査。皮膚をチクツとして血液をちょっと出して、そこに機械をあてて血糖値をはかる、そういった検査ですね。今、療養病床に関わる、この診療報酬のところで議論になっている項目です。

下の資料は、医療区分の年次推移ということで、上の段が医療療養、下の段が参考ということで介護療養と書かれています。赤が医療区分1、青が医療区分2、緑の波線が医療区分3となっております。

療養1と2というふうに平成22年、24年、26年と分かれておりますが、見てわかるようにですね、療養1のほうは緑と青が8割を超えている。これが基本料1をとっているところですね。そして、下の2のほうはというと、3と2をあわせて大体6割くらいの状態。さらに、下の介護療養というものを見ていくと、その割合が3割から4割程度というのが、今の現状であります。

次のページをお願いします。

上の資料は、療養病棟における患者像に応じた評価についての課題と論点ということで、診療報酬について話し合っている中医協というところの先月の資料です。

色々な課題、5つあってですね、その中でも上2つに関しては簡単に申すと、同じ状態の人が同じように入院しているのに、その入院料が違うというような評価の仕方であったり、3つ目のこの「・」はですね、酸素療法を実施している患者さんの実態としては、そこまで医療必要度が高くない患者さんというものがあ程度いるのではないかというデータ。また、4つ目はうつ状態の該当する患者さんというのは、実は医師や看護師の手がそこまで入っていないのではないかというようなデータが実際に示されました。

そして、一番最後には、頻回の血糖検査というものも、血糖検査は3回、4回、それ以上やられているんですけども、実際に落ち着いている人というのはある程度いるのではないかというようなデータが示されたうえで、その下の論点としてですね、ひとつ目の「○」は基本料2の、25：1の病棟においても医療の必要性の高い患者さんというものをみる

役割というものを担ってもらってはどうかと。また、2つ目の「○」、こういった酸素やうつ状態、頻回の血糖検査の該当する患者さんというのは、実はそこまで医療者の手が他の疾患に比べてかかっていない可能性があるということで、その点をもうちょっと考慮してはどうかということになっています。

これはですね、医療区分3の酸素が例えば2になるとか、うつ状態、血糖検査が、例えば2から1になるということが、もし起こると、その療養の基本料1の8割を満たすというものは、対象がちょっと少なくなってしまうのではないかとということがちょっと予想されたので、次のページからですね、日本慢性期医療協会の全国調査の結果を載せておりますが、同じ3ページの下の方ですね、赤で囲ってあります左下の酸素療法という方、右にいていただくと、医療療養病床の20:1と25:1では、約2割、1割の方が酸素投与されている。これは、もちろん酸素投与のみではなく他の処置や他の病気なんかもありますので、これをもってして、じゃあ、酸素療法が対象外になったら2割、1割の人が対象外になるという意味ではありませんが、かなり多くの方が酸素を受けているという状態です。

次のページをお願いします。

次のページは下の段です。下の段には先ほどお示した褥瘡とうつ状態というものがあります。褥瘡は今回の資料には入れておりませんが、入院した時に既に床ずれがある人というのは、それは処置しなければいけないだろうと。ただ、入院してから褥瘡をつくってしまった人も同じように褥瘡として扱っていいのだろうか、そういった議論なんかがあります。また、下のうつ状態の方というのが、同じように医療療養病床では、大体、今、5%前後、入られているというのが現在のデータです。

次のページをお願いします。

こちらは、頻回の血糖検査ですね。左側に3日以内4日以上とありますが、これをやはり右に見ていくと3%~6%、7%程度の方が血糖検査を受けていらっしやると。ここからのデータでよめるのは、この中医協の議論の段階なので決定ではないですけども、少なくとも医療区分の対象者というのが、どうやら減っていきそうだと。地域医療構想の慢性期の推計の仕方、さすがにおぼえていらっしやらないとは思いますが、医療区分2、3は慢性期だろうと。また、医療区分1の3割程度は慢性期かもしれないというような計算があったと思います。こういった医療区分2、3の対象者がもし減ってくると、その慢性期の推計というものが、ちょっとズレが生じてくる可能性があるということですね。

それでは、同じ資料の下の方で、在宅復帰機能強化加算についての課題と論点ということで、これは前回の平成26年度の診療報酬改定で、療養病床にも在宅復帰機能というものを評価しようということで加算が付きまして。これは急性期のほうからですね、受けて、そこでリハビリや在宅調整をして自宅等に退院してもらおうと、そういうのを頑張っているところは評価をしようというものでした。

けれども、これも色々調べてみることで、家から受けてまた家に返すという、急性期からの受け皿を期待してやったものの、急性期からの受け皿の機能があまり担われていなかったというデータが示されており、今後益々この療養病床という役割に療養場所であると同時に、急性期や回復期から在宅を繋ぐ役割というのが、おそらく求められてくるだろうというところが見てとれます。

そして、最後のページをお願いします。

こちらは、脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価に関する課題と論点ということで、右下の図を見ていただくとですね、真ん中やや右に赤囲みの下、療養病棟入院基本料、それから、左側の障害者施設と特殊疾患というものがあります。

脳卒中患者さんの後遺症の患者さんですね、これらの3つのベッドに色々入院はされているんですけども、同じような状態であったとしても入っているベッドによって評価のされ方が違うというような状態も指摘されておりまして、今後は、より療養病床の役割、障害者施設等の役割、それから特殊疾患病棟の役割というものが求められていくだろうというような情報になっております。

これらをふまえますと、おそらく療養病床、今、療養病床の入院基本料1をやって20:1というものは、かなり絞られてきてしまうだろうと。その代わり、じゃあ、残りのベッドが廃止になるのかということ、どうやらそうではない。その人達に合ったかたちのベッドとして扱われることになりそうだと。しかも、その療養病床であったり他のベッドもそうですけども、その施設であったり病院であったりの役割というものが、かなりこの先、求められてくる。

となると、受け皿があって施設に入所できるからいいよねという話では、どうやら、おわらなそうな、その施設がちゃんとした生活環境としての機能を持っているのか、リハビリとしての機能を持っているのか。もしくは、家に帰すという機能を持っているのか。そういった施設とかそういう制度・仕組みもそうなんです、その現場で提供されている医療者、介護者からのサービス、そういったものが今後、重要視されていくだろうというのが、この中から読み取れるのではないかと考えられます。

長くなりましたが、資料2については以上です。

(安田座長) 資料2と本日の資料配布の追加資料を使った説明でしたが、最新の資料を使った説明で、ご質問等あるのではないかと思います、いかがでしょうか。

(中澤委員) よろしいでしょうか。

(安田座長) どうぞ。

(中澤委員) 土佐長岡郡医師会の中澤です。

追加資料の在り方検討会のまとめの一番最後のページですが、受け皿として生活の場としての新たな施設類型というふうなかたちで、内包方と併設型という新たな類型を提示をされております。かなり具体的なことが、ここで出て来ていると、どういった施設になるとかですね、それから、現在の療養病床、介護、医療療養病床から移行する場合のその制約とかですね、その具体的などころ、何か見通しがあるのでしょうか。

(事務局) ありがとうございます。

まだですね、こういったかたちが示された段階で、これから、じゃあ、どういうところに入る人の具体例から、こういうところにはどういう施設がいいのか、どういう職種がどれくらいあればいいのかというのは、これからの議論になってきます。ただ、ポイントとしては「○」にありますように、介護や住まい、それから、そこに提供される医療サービス、こういったものはある程度見えてきたのかなというところですよ。

(中澤委員) ありがとうございます。

(安田座長) どうぞ、田中委員。

(田中委員) どうも、田中です。

本当に、新しい情報から古い情報まで全部網羅して短い時間でまとめていただきまして、どうもありがとうございました。

在り方検討会の議事録、私も全部読んでみたんですけども、この今の一番新しい、先月27日になされた第5回のところから出て来た医療内包型、医療外付型ですね。こういう考え方、慢性期医療協会のほうの池端先生のほうから、かなり具体的な案が出て来ているんですけども、非常に良い案だと思うんですけども。

それに移行していくにしてもなかなか、その設備投資なり何なりの問題があって、なかなか難しいことも多いとは思いますが、将来的にはこういう方面に行くのがいいのかなというような気はしております。

こういうのを見ておまして、本日も療養病床の中に入っておられる方々の医療区分も詳しく話されましたですけども。医療区分1であっても、医療区分1の中、医療区分のところを見ていただくとわかると思うんですけども、脳卒中で寝たきりになった方の医療区分がありません。これは医療区分1に入っているわけですね。そういう方達は医療区分1の中に入っていますよね、肺炎を起こした。そうすると、すぐ医療区分2になるわけですね。で、酸素が必要になったと、医療区分3になる。それが酸素が必要でなくなれば、直ちに医療区分2又は1になる。

その医療区分1の方達を在宅の施設にもって行ってですね、そこでまた、その病院とキャッチボールみたいなかたちになってしまうと、それこそ、その方がとんでもないことになってしまいますし、現場も非常に混乱するというようなことが出て来ると思いますので、そういうあたりのスムーズに移行できるような制度が、どういうふうにしたらできるのかなと色々考えてはおるんですけど、まだ考えが及びません。

それから、その酸素なんかも看護師さんなんかが見ていてそれでいいと。あるいは血糖値もこれでいいというんですけど、そういうのが何で、医療区分2の中に、あるいは酸素が医療区分3の中に入っているかということですね、酸素をやった場合に、酸素代がですね、療養病床ではいただけないですよ。あるいは、その血糖値をとったとしても検査代がいただけないわけですよ。医療区分2の中に包括された点数ということで、そういう方達は医療区分2の中に入れられている。酸素が必要であれば、その酸素代が含まれる医療区分3の中に入って行くというふうなかたちで最初おおざっぱに区分されたのが、この医療区分です。

ですから、その医療区分を患者さん状態像に応じたものに変えていかなきゃならないと思いますし、医療区分に矛盾があると思っております。

当面の間は、やはり、療養病床、介護療養病床が一番良い制度なんではないかなと、さらに強く感じている今日この頃です。

(安田座長) 田中委員のほうからコメントをいただきましたが、他の委員の方でコメントなど。

(小田切委員) ちょっといいですか。

資料1の最後のページでちょっと確認。資料1の5ページの下で、療養病床の推移で、平成19年8月1日から27年6月30日までで、療養病床が665床減ったと。特にこの中では介護療養が減って、医療療養は若干増えていますけど、この間の入り組みじゃなしに全体で減っている。この減った分は、一般病床を含めた病床全体も、これ以上減っているというのか、これ以下なのか。そのあたり、全体としてはどうなのかをちょっと教えていただきたいです。

(事務局) ご質問ありがとうございます。

ちょっと、すぐに数字はパッと出ては来ないんですけども、全部が全部、その老健であったりそういったものに移行したかということ、そうではなく、やはり一部は一般病床のほうへ移行した部分もあったりですね、もしくは一般病床の病院に吸収合併のようなかたちでくっつけたり、様々なかたちがあります。

(事務局) 病床数全体としては、若干減少しています。

というのは、これは病院の病床だけですので、診療所への転換が若干、何施設かあったのと、病床自体の減少というのが若干ありますので、トータルとしてはそう変わってないです。ですので、先ほど申し上げたように、療養病床全体が665床減っていますけども、結局、この減った分は介護老人保健施設と一般病床への転換になります。一般から療養に入ってきた部分もありますので、その差し引きがこの状態になっています。

(田中委員) よろしいでしょうか。

(安田座長) どうぞ。

(田中委員) 療養病床をやっている者の推測なんですけど、実質的な数は分からないんですけども、介護療養病床が減ったのは、医療療養に転換した施設が多いということと、回復期リハのほうへいっている病院もありますし、地域包括病棟のほうにいっている病院もあるということですね。

それと、少し減ったというのは、在宅の方へ診療所として転換されたところもありますし、その持っている病床を介護強化型の老健へ転換されたというようなところもあります。

それから、やはり最近の診療報酬の誘導で在宅関連の点数が、加算が出て来ましたので、在宅関連へ転換していくというようなこともあるんだと思っております。

(安田座長) 補足、ありがとうございました。

(寺田委員) 寺田です。

そもそも論と申しますかですね、この資料2の1ページの一番上のところ、目的のところですね。非常に大事なことを書いてあります。確認と申しますか、「○」の一つ目ですね。地域差解消を目指していると、ということは高知県、かなり地域差ということと言われる可能性があるということ。2番目の「○」は、在宅をちゃんとシステムにしろというような案ですね。受け皿をつくれということですね。次の3番目が一番問題なんですね。29年度末で介護療養病床は廃止と言い切っているんですね。

一方で、医療療養病床も含めた話が、この検討会の中で言われていて、施設類型が、今、内包型と併設型ということで、これは医療と介護をひっくるめたかたちの療養病床を2つに類型しようというかたち、そういうふうに捉えていいのかわかるかな。そもそも論で今、言いましたように、29年度で介護療養病床廃止ということであれば、削減も何もないという話になってきますので、ここのところ、県のほうの、あるいはこの検討会の話でどうなっているか教えてください。

(安田座長) どうでしょうか。

(事務局) 私の理解で申し上げますと、介護療養病床、29年度廃止が現時点では規定路線ですので、それが変更されたという事実はないので、この時点では多分こう書かざるを得ないのかなと思います。ですので、29年度廃止が予定されているという文学的表現になっているかと思えます。ひょっとすると、29年度の状態ですらどうにもならないことになるのかもしれませんが。現時点では規定路線として介護療養病床を廃止ということですので、こういう表現だろうと思えます。

新しい類型として想定されている部分、当然、この検討会は、医療療養病床を含めた今後のあり方を検討していますが、この資料にもありますように、介護療養病床や医療療養病床に25:1の移行先の選択肢としてということですので、冒頭に説明しましたように、医療療養病床の20:1については、やはり医療的ケアの厚い患者さんが入っていますので、多分、家のほうにまわるといえることになろうかと思えます。診療報酬で若干の補助がありますが。

そのうえで、私自身も気になるのは、冒頭の目的のところの最初の「○」の部分ですね。入院需要率の地域差解消を目指すこととなるという、これはあくまで地域医療構想においてという文脈ですので、これはこれで、その事実関係を書いているだけかなというふうに理解をしています。

一方で厚生労働省も、この地域医療構想における必要病床数、ここまで削減しなければならないものではない。医療機関の自主的な取り組みが基本と言っています。が、これから先ですね、起こり得ることとすれば、医療費適正化計画における地域医療構想と整合的に各都道府県で医療費適正化計画を策定していくという厚労省のガイドラインが、どのようなかたちで出て来るかということが気になっているところですので、ここは文面どおりかなと。

(寺田委員) 今、田中先生がいみじくもおっしゃった、その転換していくという場合に、どういうことかという、介護療養病床廃止ということは、その人達が、要介護4とか5の人達が行き場がなくなるということが問題なので、新たな類型で何とか残そうというのが、私、この、在り方検討会の考え方だと思うんですね。

そういう意味では、じゃあ、その田中先生がおっしゃったように、どういうふうに移行させるかというのが大きな問題だと思うので、そのへんのところが見えないので問題だと思うんですけど。

例えばその人員配置の問題とかですね、つまり、ターミナルケアの問題とか、あるいはもうちょっと慢性期の方にとかというかたちにして、おそらく点数配分が医療介護のその

同時解決には、かなりそのへん絞られてくるんじゃないかという予想をしますし、そのようなところで、おそらくどのようなかたちで我々は、この療養病床が多い中で、どういうふうにするかという非常に大きな問題というか、難しいところですけど。少なくとも、患者さんが、もっともっと、その目的のようですね、要介護4とか5の方が、要するに介護難民、医療難民を出さないことがひとつの大きな目的ですので、おっしゃるように、数値を我々が仕上げていくしかない、底上げというか、必要な病床数をきちっとあげていくしかないし、その中で、じゃあこの分転換しようと言われた時にどうするかという、そういうスタイルをとるしかしようがないなと思っているんですけど。

つまり、数値自体はですね、田中先生がおっしゃったように、今の療養病床というのは非常に良いシステムだと思いますので、残さざるを得ない部分が我々としてはあると思うんですね。その中で、けど、目的のところを見ると、やはりどうしてもそこらへんが出てきますので、我々としても無傷では済まないなという気はするんですけど、どうでしょうか。

(安田座長) どうぞ。

(田中委員) 確かに、ここの1番目の地域差解消を目指す。これはもうまさに高知県ターゲットの文言でありますし、厚労省としては、これを言わざるを得ないんだという気でおります。それと、この29年度、介護療養病床廃止というのはもう決定事項ですので、何とも動かさません。これを動かすには再延長というところを目指して、我々が一生懸命反対をするという他ないんですけども。

日医と四病協はですね、第1の選択肢としては介護療養病床をそのまま、廃止の期限を延期しなさいと、こういうふうなことで圧力をかけていると思うんですけども、なかなかそれは難しいこともあるかと思えます。

ですから、その介護療養病床の中にいる、それこそ寺田先生がおっしゃられた寝たきりの方達、全介護の方達をどこにどういうふうにもまく移していくのかについては、廃止された場合ですよ。それが一番の問題だと思います。どういうものをつくっていくのか。それこそが県がどういうものをつくるのかということを目指して構想を立てていくということしかないので、非常に難しいと思いますし、結論は、私は出ないんだと思うんですが。やはり、介護療養病床に戻って来るんじゃないかという気がしています。以上です。

(安田座長) はい、どうぞ。

(事務局) 色々なご意見ありがとうございます。

確かに療養病床は見えないとは言いつつ、見えないことがいつ見えるかというのものもある

程度見えているというのもまた事実なので、療養病床に関しては、今後の議論の中身をこういった場で皆様に共有しながらですね、少しずつ全貌が明らかになっていく。それに向けて、じゃあ、それぞれの立場ができること、準備することをやっていく。それ以外にしか未来を予測することはできないので。今は情報をとると。

じゃあ、どんな落としどころになったとしてもですね、場所が変わればハッピーかという話ではなくて、そこに居る人と、そこで医療や介護のサービスを提供する人というのは基本的には変わりません、その関係性は。だとすれば、そういう人達のサービスの質が上がることのほうが、ベッドのかたち、名前が何であれ、そちらのほうが、もしかしたら本質的に重要なことなのかなと。

今回、このあと、また療養病床の実態調査もお話していただきますけども、こういっただころで取れるデータから、そういったデータからどういったことが読めるのかとかですね、じゃあ、受け皿としての機能として、どんな人を育てていったらいいのか。そういったことをこの後、議論していただくと、制度や法律がどのように変わったとしても、その場では良いサービスが受けられて、結局それで患者さんや家族が皆、そこそこハッピーになれるのではないかなと個人的には考えています。

(安田座長) どうぞ。宮井委員。

(宮井委員) 看護協会の宮井です。

この療養病床の在り方のところで、新たな施設類型が仮に考えられたとした時に、現状と新しいかたちのところで、患者さん、おそらく利用者さんが高齢者であれば状態が絶えず変化するので、転々と移動していくようなことがあっては、やはり幸せにならないと思うので、そのあたりというのは新しいこの構想のところでは、かたちでは明確に見えるような気もするんですけど、このあたりはどんな感じなんでしょうか。それはあまりにも気の毒で。

(事務局) ありがとうございます。重要な視点だと思います。

その点については追加資料の第5回療養病床の在り方検討会、横長資料の下の入院者像というところにありますけれども、「・」3つの2つ目ですね。基礎疾患の症状が重いなど、医療の必要性が高いなどの理由で容態が急変するリスクを抱えている人。今、おそらく、宮井委員がおっしゃった方がこういった方ではないかと。なので、こういった方々に対応できるようなかたちというのは、もちろん議論されております。

それが、受け皿の「○」3つ目にあるような、必要な医療サービスというところにあるんですけども、特に2つ目の夜間休日における医療、こういった急変した時にもすぐ対応できるような施設のあり方というのでも議論されているので、そのところで、それが高

知県において現実的なのかどうなのかというところが争論になるかと思います。

(寺田委員) ちょっと補足したいんですけど、寺田ですけど。

実は、見た方、おられるかもわからないけど、毎日新聞のですね、高齢者療養、医・住近接へ、という記事がありました。ちょっとそれを読みましたら、よりイメージしやすいので読んでみます。

厚労省は2案を提示。今のこの施設類型ですね。ひとつは施設内に医療機能があり、医師や看護師が常駐する特別養護老人ホームのイメージ。当直体制をとり、夜間や休日に病状が悪化してもすぐに診察を受けられる。もうひとつですね。もうひとつは、医療機関と住まいの併設型で、住宅と医療機関が同じ施設内にある。いずれも日常的な医師の診察や看取りのケアも受けながら暮らせる住まいを目指すと。この2つを提示。イメージしやすいです、ここの言い方だと。そういうふうに考えている、厚労省は。

(宮井委員) そうですね。

(安田座長) よろしいでしょうか。その他はいかがでしょうか。

議題2に関するご質問、ご意見等よろしいでしょうか。

また何かありましたら最後にご発言いただける時間があると思いますので、次の議題に移ります。

次は議題3で、現在、事務局のほうで準備を進めております療養病床実態調査についての説明ですね。よろしくをお願いします。

(事務局) 資料3の説明と本日、追加資料をお配りさせていただきましたが、その5ページ目ですね。療養病床の実態調査についてと実際のアンケート用紙をまとめていますので、そちらをお開きいただきます。

最初に資料3のほうから説明をさせていただきます。

資料3をめくっていただいて、上の段、地域医療構想にかかる調査分析等事業ということで、このあいだの9月議会の際に、厚労省から予算を獲得しまして、実際に調査を進めようとしております。

ここの現状と課題というところ、読ませていただきますが、本県の療養病床入院受療率は全国一高く、地域医療構想の必要病床数推計ツールの値でも大幅に現状を下回る数、数字となる。また、医療療養病床に介護保険3施設、介護老人福祉施設、老人保健施設、療養病床のベッド数と、サービス付き高齢者住宅定員数を加えた数の75歳以上人口に対する割合というのは全国16位になっていると。

本県における地域医療構想の策定にあたっては、特に今、多い療養病床に入院している

方々の実態を把握しながら、医療と介護の適切な役割分担によりQOLを高めていけるような療養環境の確保とあわせて検討していく必要があるため、多くの関係者と現状をしっかりと共有し理解を得ながら進めていくことが肝要である。

続けて目的ですが、関係者の理解のもと、医療と介護の適切な役割分担により、県民個人のQOLに適した療養環境の確保をしていくために、身体の状態や医療の内容、療養にふさわしい施設サービス等についての調査を行ない、現在、療養病床に入院している方々の実態を把握するとあります。

これまでの議論の流れで、どうやら療養病床は今のままではいられそうもないという中で、どうやら受け皿は整備しなければいけないが、どんな人のために、どんな受け皿、サービスを準備したらいいのか。ここが、やはり見えないところ。その理由のひとつとしても、一般病床の高度急性期、急性期、回復期と比べてですね、医療の中身が見えづらい、本人の状態が見えづらいということがあります。医療区分やADL区分のようなかたちでざっくりと見られているので、その人が実際どういう人なのか。受け皿が必要だから特養をたくさんつくりました。けれども、特養では見きれない人ばかりでした。であったら、受け皿としては無意味になる。

そういったことも含めまして、医療、介護、それから、やはり家庭の環境であったり、人とかの関係であったり、そういった社会背景も含めて今回の調査では、中をしっかりと見て、実際に今後、皆さんとつくっていく受け皿整備の中で、かなりデータに基づいた議論が出るのではと思っております。

下のほうに、参考までに都道府県別認可療養病床の調整入院受療率ということで、614の高知と122の香川がよく比較されるということになります。

よく地域医療構想の地域差というふうなことが出てきますけれども、ただ違うことをもって地域差とは、やはり言わず、社会的な背景、もしくは介護の受け皿がどうなのか、医療の受け皿がどうなのか、高齢化はどうかと、そういったものを色々と見て、それでも説明のつかないもの、何でだろうと言われるようなものが地域差というような使われ方を県の議論の中ではされていると付け加えておきます。

次のページをお開きください。

これは前回、出させていただきましたが、国から提供されている必要病床数等推計ツールを使うと、現在のところ安芸、中央、高幡、幡多、それから県の合計ですね。左から2段のところは、じゃあ、1日にどれくらい患者さんが発生するだろう。そして真ん中の2段では、じゃあ、その患者さんをみるためには、どれぐらいのベッドが最低限必要なんだろう。そして、右側の2列に関しては、現状の病床の機能と将来必要になるであろう、その需給ギャップですね、そういったものが示されていて、一番右下に県全体がありますが、今回、療養病床については赤で囲っておりますところ、左の4263.4、これが10年後、おそらく療養病床としてこれぐらいの推計になるだろう。そして、その右側、現在、

療養病床の機能を担っている病床が6894。その差が現段階でこの2629あるという現状についてです。

これらをふまえたうえで、本日お配りした追加資料のほうで説明したいと思います。

はじめの1枚は、表裏で、こちらは療養病床を有する病院、診療所の開設者ということで、健康政策部長、また、高知県医師会会長の連名でこういったような依頼の文書を各医療機関に送らせていただく予定としております。

めくっていただいて、具体的にですね、対象としましては、今月、12月11日金曜日0時現在、療養病床に入院されている全ての患者さんについて対象としております。また、この後、出て来ます患者票1枚につき1患者ですね、それから、療養病床実態調査アンケートについての回答ということで、こちらは1施設について1枚と。こちらは、年明けの1月7日必着の提出期限といたしまして、集計作業を手配して、次回のワーキングにはこの結果を提出させていただきたいと考えております。

次のページをお願いします。

こちらの1枚は1施設につき1枚ご提出をいただいているものです。医療機関名、電話番号、所在地、それから、どなたが記入されたか。それから実際、今、病床がどういったものがあるか。医療法上は療養病床という名前ですけれども、診療報酬上では、その中でどういった役割を担っていらっしゃるのか、それぞれに何人の患者票、調査票が入っているのか。

また、真ん中下では、現在の療養病床が、今後、回復期リハビリテーション病棟であったり、地域包括ケア病棟と呼ばれるような回復期に該当するようなところへ移行するような予定はあるかどうかという意識調査。また、その下では、逆に介護保健施設等へ転換する予定はあるかどうかというものをこちらで聞かせていただいています。また最後、ご意見、ご質問というところで、ご自身の施設の特別な事情等々あれば、こういったところにご記入をしていただければなど。

先ほどお話ありました20:1、25:1といえどもですね、実際に、そういったところで肺炎等が起こった時に対応するためには、医療機関によっては、それ以上に看護師さんを配置して人件費を負担しているような医療機関も実際にはあると思われるので、そういった部分をこういったところでご記入いただければと思います。

次のページをお願いします。

印刷の都合上、2枚にわたっておりますが、実際には、この患者票、裏表で1枚でご記入をいただく予定となっております。大きく分けて5項目ありまして、(1)患者の基本情報、(2)患者の心身の状況、(3)家庭等の状況。次のページに移っていただいて、(4)患者に提供している医療等の内容、(5)転出準備状況。そして、最後に参考として入院患者さんの入院理由、もしわかるものがあればご記入くださいとなっております。

(1)のほうに戻らせていただきます。基本情報では、生年月、性別、市町村、生活保

護の有無、入院病床の種類というものがあります。市町村については、もともとどこにいた人がどこの医療機関に入院しているんだろうというような情報であったり、また、生活保護というのは、医療費の支払いではないので、後で出てくる医療費の減免制度等では把握しきれないところをこの部分で把握してですね、貧困の割合というものがどれくらいあるだろうというものを見ていきます。

(2)の患者の心身の状況。先ほどから何度も出ているこの医療区分、ADL区分、また、介護保険で使われている要介護状態、認知症、高齢者の日常生活自立。また、障害、高齢者の日常生活自立と、こういったものがここで拾われて、ある程度客観的にどういった状態の人がいるんだろうかというものが、これで把握できると思います。

また、11番のところ、入院経路。どういうところから来たのかということですね。先ほどの療養病床の役割の部分でもありましたけれども、今後、急性期、一般病床からの中継地点、在宅への復帰機能というものが求められてくる中で、今現状、どのような患者さんが動きをしているのかというところ。また、そういったところにどれくらい入院されてからこっちに来たんだろうかというような情報ですね。

そして、(3)の家庭等の状況では、家の状況です。ひとり暮らしなのか、高齢者のみの世帯なのか。また、自宅には介護できる方がどれくらいいらっしゃるか。医療費、保険料、このあたりが減免されている、所得の問題があるのか。こういったあたりは、平成18年に、以前にした調査がありますので、そういった部分との比較で、時代の流れのようなものが見えてくるのではないかと思います。そして、16番、患者家族が望む療養環境ということで、実際に意識がある患者さん、ない患者さん、いらっしゃいますけど、ご家族も含めて、どういうところで本当は療養がしたいのか。もしくは今の場所がいい、こういったところを確認していただくことになります。

次のページをお願いします。

(4)の患者に提供している医療等の内容ということで、17番で、具体的に現場で行なわれているような処置の内容が書かれておりまして、18番ではですね、そのうち、夜間にもこういった処置が実際に行なわれている人がどれくらいいるんだろうというものをみていく項目になっております。先ほどのお話がありましたように、夜間に色んな処置が必要なのであれば、夜間にも、やはり、医療に対応できるような人が必要でしょうし、そうでない方は生活の場に近い状態でもいくかもしれないというような予測がたちます。また、19番ではですね、直近の30日間の中で行なわれた緊急の検査や処置ですね。療養病床、先ほど田中委員のお話もありましたように、かなりの持ち出しの部分があります。この中には持ち出しの部分もあれば、出来高の部分もあります。こういった部分を見ながら、実際に療養病床がどれくらい頑張っているといいですか、いるのかというものをひとつの実態として、こういった項目を入れております。また、同じように、じゃあ、リハビリはこういった種類のものがどれくらい提供されているのか、こういった情報も19番、20

番のところでも聞きたいと思います。

そして、最後に（５）転出準備状況ということで、入口の質問もありましたが、今度は出口の質問です。退院支援担当者、多くはメディカルソーシャルワーカーさん、もしくは退院支援の看護師さんが担当されていると思います。その方が考えるような療養環境というものがどういったところなのか。こちらに関しては、少し理由という欄を付け加えさせていただいて記載をしております。それで実際に２番、３番では、退院先の予定がどうなのかというところを調査する予定です。

これらをですね、今後どのようにデータ分析していくかという案が、次のページ以降になります。

療養病床の実態調査データの分析について（案）と書かれておまして、まずは、もとの調査の骨格が、平成18年度の調査のものと項目がかなりだぶっておりますので、そのあたりを比較します。またですね、やはりデータをとるからには、どういった項目とどういった項目に相関があるのか。同じような動きをするかということですね。そういったものを見ていくと。また、よく出て来る医療区分とADL区分というのは、実際にどのような分布をしているのだろうかということです。

第4ということで、医療の必要性、医療の内容で色々区切った時に、それぞれ違いはあるのかということですね。そういったものを第4のあたりで色々な項目で見させていただいて、次のページになりますけれども、医療以外の観点から見たらどうだろうと。先ほど、国の議論でもありましたように、介護や生活というのはどの施設にも今後、共通項目として出て来そうだという中で、そういった生活背景、社会的背景の視点で、このデータを見たらどうなるだろうというものが、この2番のところになります。

そして3番、入院患者から見る市町村の状況ということで、地域医療構想の中では、慢性期や回復期というのは、患者住所地、地元で提供されるのが望ましいとはガイドラインでの原則はあるんですけど、じゃあ、実際にはどうなんだろうと。おそらく、中山間の住所から中央に療養に来られている方というのは、ある程度はおられると思います。ただ、それがいいか悪いかという話ではなくて、実際に地元には誰も親戚がいなくて皆さん、中央のほうにおられるのでそっちはいいという方もいれば、地元に残りたかったけれども、そういった受け皿がなかったので仕方なく中央に来ましたという方も色々いらっしゃると思います。そこまでの状況は把握ができませんけれども、実際にどれくらい患者さんというものが移動されているのかというのをですね、3番のあたりで、④にもありますように、患者家族が望む療養環境とどれくらい状況が同じなのか、違うのかといった比較もできるのではないかと思います。

また、4番、患者に必要な機能ということで、医療、介護、生活支援等の領域において、それぞれどのような機能が受け皿や地域に求められるかというものを例えば医療であれば、提供されている処置の内容ですね。ということは、この方が行きたい場所で、その処置を

できる人材というものがいれば、その人はその地域で生活介護ができるのではないかとか
ですね、様々な仮説が成り立つのではないかと思います。

そして、5番のところでは、患者家族や退院支援者等の認知ということですね、今回、
患者家族が望む療養環境と退院支援担当者が適当と考える療養環境、これに相違があるか
どうかということですね。お互いに支援をしっかりとられている専門の方は、この方は経
験上、こういうのはいけるんじゃないかなということと、いや、家族は、それは無理なん
だよというふうにギャップがあるのか。それとも、同じような、家族が望むようなところ
に退院支援がうまく行くことができているのか。そこには様々な皆様の仮説があると思
うんですけど、そういったものをですね、ノウハウ、ご議論いただければと思います。

また、最後に第5とありますけれども、各項目の分析において、必要に応じ個票による
分析を行ないますと。事務局の考えているもの以外にもですね、この場で皆さんにご議論
いただいたようなものであったり、実際に蓋を開けてみたら、さらに仮説が生まれてくる。
そういった時には、それに応じてデータの取扱いをしていくということになっております。

調査の内容については、以上になります。

(安田座長) 療養病床実態調査の調査票の内容と集計の方針等、細かい説明がありました
が、ご質問、ご意見等あれば、どうぞご自由にご発言ください。いかがでしょうか。

では、田中委員、どうぞ。

(田中委員) 患者1人に1枚ずつということですね。9ページ5番の転出準備状況がある
んですよ。この21番。退院支援担当者が、患者さんは、むしろそういうことをよう言
わない人がいるんですけども、家族として、要するに看取りですね。これはどうしま
すか。どこかへ入れるか、それともその他のところに入れますか。

看取り、あるいはターミナルケアと言いましても、介護の部分と医療の部分では大分
看取り方が違うんですけども、死亡の状態も違ってくると思うんですが、この方、どう
するかというので考えた場合にですね、ターミナルケアで入って来られる方もおります
ので。

(事務局) ご質問ありがとうございます。

看取りを希望されているということであれば、おそらくそのまま、そこで最後まで過
ごしたいということが想定されるのではないかと考えられます。看取りをしたいという方
達に看取りのできない施設を、なかなか勧めるかなというところですね。

(事務局) おそらく、患者さんご自身はですね、そのご家族のご希望というところで、8
ページの16番でうかがいますので、同じ施設でお看取りを希望されているということ
であれば、現在の施設にマルをしていただく。

(田中委員) はっきりこの項目へ看取りとか、そういうものはあげないで、ということ
でいいんでしょうかね。その、その場所をマルをしておくだけでいいのかとか。

看取りの方がどれだけいるのかということもですね、やはり、患者さんの状態をみようと
すれば、いるんじゃないかという気がしたので質問させていただきました。

(事務局) そうですね。それをそこでとってしまうと、その看取りの環境としてどこがふ
さわしいかということの回答が、逆にここで得られなくなりますので、その他で看取りと
記入されると、この16番ないし21番は非常に難しくなります。

むしろ、ご家族と施設側で看取りの方向性を合意されている場合は、この理由のと
ころに書いていただくことで、ある程度、看取りの数というのは、わかってくるかなと。

(安田座長) よろしいでしょうか。

じゃあ、中澤委員、どうぞ。

(中澤委員) 中澤ですけど。

私、この実態調査を最初に、草案を見せていただいた時に、我々、私も療養病床をもっ
ていますが、どれだけ療養病床を持ち出しをしている患者さんがいるかというのもひと
つアピールしないとイケないところかなと思ひまして。

例えば人件費であれば、その看護師さんを多くはり付けていると。これは施設側のご意
見、ご質問がありましたらお願いいたします、のところに書けばいいと思うんですけども、
もうひとつは持ち出しの検査、治療のところ。これは、19番、20番ですか、17、1
8、19、20ということになると思ひますけれど、19番の内容を見た時に、高額なお
薬とかですね、そういったものも、抗生剤は入っていますが、それ以外はあまりなくて、
これもその他に入るのかなというところで、我々が医師として処方するなり療養病床では
ためらうようなことも度々あるんですけど、そういった部分が反映されにくいのかなとち
らっと思ったりしまして、18に、そういったところをその他に事細かく書いたほうがい
いかなというふうな印象をもちました。人件費も含めてですね。以上です。

(事務局) ありがとうございます。

(安田座長) その他、このことに関して同じようにご意見等ございましたら、よろしいで
すか。

じゃあ、堀川委員、どうぞ。

(堀川委員) 2つ、ちょっと質問したいんですけども。ひとつは20:1と25:1のお話があったので。国の方は6:4と言われていたと思うんですけど、高知県の割合が大体でいいんですけど教えていただきたいのと、もうひとつは、この医療需要の推計の表ですけども、2025年度の医療需要の推計が、ちょっと前の資料を持って来ていないのでわからないんですけど、2万1600というのは、すごく多く感じたんですけども、それとその中身が、県計の場合だと、高度急性期から慢性期を足したものと同じ。

(事務局) 申し訳ないです。これに関してはですね、慢性期のところに在宅を含めた数字を書いてしまっておりますので、こちらに関してはですね、それぞれの圏域の小計ということで、これは全て違う値が出て来てしまっています。申し訳ないです。

医療需要推計の2025年の医療需要、医療機関住所地別、患者住所地別というところですね。ここはですね、上の4つ足しても小計になりません。この理由としては、慢性期以外に在宅等というものが本当は間にあるんですね、それが一緒に足されたものがそのまま数字として出てしまったところです。申し訳ないです。

(安田座長) 堀川委員の1番目の質問への回答は。20:1と25:1の。

(事務局) すみません。いますぐにパッと出ません。

(安田座長) じゃあ、また事務局のほうで調べて、堀川委員にお伝えいただいたらと思います。

じゃあ、田中委員、どうぞ。

(田中委員) はい。お願いなんですけど、療養病床のアンケート、療養病床、結構、人員配置が少なくて現場がバタバタバタバタしている病床なんです。それに加えて、このアンケートをしてほしいというふうなものが回って来ますとですね、このアンケートに何のメリットがあるのかと。我々、減らされるためのアンケートじゃないかというような僻んだ考え方を持つ方もおられますので、何とかこれに協力をしていただきまして、療養病床全部のところアンケートに答えてもらうようにですね、何らかの工夫をしていただきたいと思います。

それにはやはり、県医師会にしても郡市医師会にしても病院部会がありますし、あるいは四病協のところに所属している病院さんもたくさんみえますので、そういうところからも、しっかりとこういうアンケートがあるのでやっってくださいというふうに勧めていただきたいと思います。

大分前に療養病床の実態調査を医師会の時にやったことがあるんですけども、なかなか

集まりが悪くて、一軒一軒電話してアンケートしてくれて言ってしたことがありますし、それから家族の方達にもお願いしてですね、協力してくださいというようなことを言った覚えがあるんですけど、なかなか集まりが悪い場合があると思いますので、何かメリットがないと、なかなか忙しさと相俟って、また、県が削減してくるんじゃないかというような疑心暗鬼になられるところもたくさんあると思いますので、その点、是非とも協力をお願いしたいです。

(安田座長) どうぞ。

(事務局) 田中先生、ありがとうございます。

今回は、依頼文書で県と医師会長と連名にさせていただきました。この中で、今回の調査の趣旨の説明、あまり長くなってもいけません、できるだけ詳しく書いたつもりであります。特に、地域医療構想が、あくまで必要病床数、厳しい必要病床数を算定せざるを得ませんけれども、より現実的な対応策を検討するうえで必要な調査であるという趣旨を書かせていただいております。

その上で各施設、今回、悉皆で行ないますので、各施設に是非ご協力いただきたいと思っております。郡市医師会、そして、四病協の各団体にご協力をお願いする文書を出させていただきたいと思っておりますので、ひとつよろしくお願ひしたいと思っております。

(安田座長) どうぞ。

(寺田委員) 今、田中先生から医師会の話も出ましたので。もちろん、医師会としては、前回調査した時のデータと、私共、非常に大事に思って、特に、書いていただく文章でこの患者さんは、どうして必要なのかとか、あるいは患者さん、家族の希望だと、非常にコメントの部分が大事だと思います。

そのことによって療養病床開始の法律を延期に持ち込んだ経緯がありますので、今回のこのデータもできればそういうふうなかたちで協力していただければ、場合によったらそういう資料として使えるんじゃないかと、そんなふうに思っていますので。

ただ、先ほど看取りの問題も出ましたけど、全部網羅するのはなかなか難しいので、文章で、場合によったら、ほとんど患者さんにとっては、こういうことで入院するのが必要だったんだというようなことが記載してあれば、それなりに、その患者さんの病態ではあんまりたいしたことないんだけど、実はこうだったという話が出てくると思っていますので。実は、前回の調査であったようですが、その中では、確かにそれを厚労省なり、日本医師会なりに提示して我々としては結構、活用できたと思っていますので。

そういうことも含めて、田中先生、今、おっしゃったように、非常に、何の役に立つの

かとおっしゃいましたが、やはりそのへんは、ベッドの患者さん、こうやって必要なんだよという話が出て来ないといけないと僕は思っています。そういうことで、よろしくご協力をお願いしたいと思いますし、中澤先生がこちらの医師会のワーキンググループの座長ですので、またそれなりにお話していきたいと思えます。以上です。

(安田座長) その他、この件に関してご意見等ございますか。よろしいですか。

それでは、この議題については、今、ご指摘いただいたような内容をふまえて調査票のほう、修正が必要なところがあればかけていただいて、明日発送ということですので、実際はほとんど、誤字脱字の訂正くらいとかで、より見やすくレイアウトくらいのことしかできないかもしれませんが、速やかに発送と、できるだけ100%に近い回収率になるように工夫をしていただきたいと思います。

では、この議題はここで終わらして、次が、その他ということで、事務局からいくつか説明する資料があるということですので、よろしく。

(事務局) はい、ありがとうございます。

それでは、その他の1としてですね、今日お配りした追加資料、今の療養病床の調査データの分析の、その後続く12ページからですね、地域医療構想では、各構想区域の流出入という問題がありますが、その手前に各都道府県の流出入という問題がございますので、そちらに関するデータをお持ちしました。

まず、12ページから13ページにかけては、今年の9月18日に、厚生労働省医政局地域医療計画課長から出された、各都道府県への通知文です。これに都道府県間のやりとりですね、をどうしていくかというやり方が書かれております。これに関しては、それぞれの医療圏ごとに患者の移動、1日当たり、あるんですが、10人未満のような少ないところというのは、それはこれで目をつぶろうというやり方、10人を超えるようなやりとりがある時に初めて、都道府県間、区域間で調整を行なっていきたいと思いますということになっております。

これはですね、例えば高知県は、後でお話ししますが、ほとんど流出入はないんですが、例えば愛媛県の患者さんをたくさん高知県の病院でみているので、高知県は、うち、みているんだから愛媛県民はうちのものだ、みたいな話になるけれども、愛媛県としては、その人達が帰ってきてくれたら、その分ベッドが確保できるので、いやいや、うちの県民だ、みたいな、具体的にはそういうやりとりですね。そういった流出入がある時には、双方から協議の申し入れをすることでできると。

13ページの4番にあります、平成27年12月、今月を期限に協議を行なうこととし、期限までに調整できない場合には、調整の対象となっていた医療需要は医療機関所在地の医療需要として算出するというふうに書かれています。

高知県の場合はですね、後でお示しするように、回復期のところで東京の西のほうからですね、なぜか10人ほど来られていると。実際に来ているのか住所地がそうだから結果的にそういうデータなのか、そこまではわかりませんが、そこに関しては東京都のほうと協議をするか否かということですね。

そのまま、次の14ページ、15ページはですね、その時、課長通知が送られてきた時の具体的な手順例ということで、そのやり方が書かれているので、少し読むのは面倒だと思いますのでとばしてください。

最後に、A3の横長の4枚ですね。高度急性期から慢性期までの表をご覧ください。

こちらは都道府県間でどれくらい高度急性期の患者さんが1日あたり移動しているかという図です。左の縦軸は、高知へ流入している医療需要がどれくらいあるかと。また、上の横軸は高知から流出している医療需要がどれくらいあるかというものになっております。

吹き出しコメント、ありますけれども、白で囲まれてゼロと書かれているところは、1人も患者さんが行き来していないというところ。この少し茶色っぽい色付きでゼロと書かれているところは、医療需要が1日当たり10人未満で、これは個人情報観点からオープンにできませんということで見えない10人になっております。これの中身が1人なのか、それとも9.9人なのか、そこはわからない。これをもってして計算をすると、高度急性期については、高知県は607.9という医療需要になって、その他の都道府県との調整は要らないというふうになります。

次のページをお願いします。

次が急性期ですね。こちらは同様に見ていくと、横列の右上のほうですね。愛媛県、高知県から愛媛県に16.3人が流出していると。じゃあ、愛媛県の各圏域と、これは最初の文書にあったように圏域ごと、構想区域、ごめんなさい、圏域区域と同じ扱い、言い方をしますが、現在でいう圏域ごとの移動が10人未満であれば目をつぶりましょうと。その中で愛媛県は県全体として16.3人、高知県から出ていると。この真ん中に、今度は県ではなく圏域ごとの図があります。この右上のゼロがたくさん並んでいる部分はその内訳ですね。これを見るとですね、どうやら全部10未満の数が寄り添って合計16.3になっている。こういう場合は、これはなかったことにしましょうよということで愛媛県側の需要として計算されます。ここの結果、急性期は2219.3ということになります。

次に、回復期をお願いします。

こちらがですね、少し都道府県間の赤枠が増えてくるところです。縦軸左側を見ていただくと、13番目の東京都、ここで19.5人が高知へ流入していると。それから、下のほうにいていただいて、38番、愛媛県から15.8人が高知に流入している。また、上の横軸で流出はどうかというと、高知県から徳島県に11.2人、高知県から愛媛県に16.4人流出していると。それぞれの都道府県の圏域との移動はどうかということで、また同じように中を見ていくと、縦軸のところで10.1という赤い四角があります。こ

これはですね、東京都の西部、新宿区や杉並区、中野区といったような辺りから高知県の中央医療圏に10.1人流入があると。この需要、10以上の数ですので、これが高知県の唯一の都道府県間の流出入の協議の対象となる医療需要になります。

これについては、課長通知のほうにもありますけれども、流入している側、高知県側から東京都側、流出している側へ、この協議どうしましょうかというような話を今後持ちかけていくことになりますし、もしかしたら、東京都さんから先に、お宅に行っているうちの10.1なんだけども、という協議が先に来るかもしれません。いずれにせよ、10.1という医療需要、回復期で高知のものになるのか、それとも東京都さんにお返しするかというところが、ひとつあるということですね。

具体的にベッド数でいきますと、回復期はですね、病床の回転率が90%で計算されているので、それを9分の10倍していただいて、約11床分のベッドに相当するというふうにイメージしていただければと思います。

そして、最後に療養病床ですね。慢性期です。

慢性期は前回の地域医療構想の第1回目のワーキングでご説明したように、まずAとBがあって、Bを選んだ中にさらに高齢化率が高いところにいる特例があるということです。

まず、高知県の場合はほかのBパターンを選んだ医療機関と同じ目標を設定するけれども、その年が25年か30年かの違いだということですね。ですので、慢性期Bの医療需要で揃えて、それぞれの都道府県で見ていくと、やはり、流入の部分で少しだけ。左側の縦軸で、愛媛県から13.8人、高知県に流入しておりますが、じゃあ、その内訳を圏域ごとで中の細かいところで見ると全部ゼロだということで、これは全部高知県のものだということで、慢性期については少し増えるということですね。

以上、細かい資料で申し訳ありませんでしたが、都道府県間における調整ということで、今後、東京都と協議がなされる方向になると思います。以上です。

(事務局) 先ほども説明しておりますけども、一応補足です。

あくまでこの流出では、病床機能ごとかつ二次医療圏ごとで10人以上の流出になった場合に協議の対象になりますので、都道府県全体の流出入で赤字になっている部分が若干ありますので、これをもって協議の対象にはなりません。ですので、二次医療圏単位で計算している高知県への急性期医療圏からの10.1の流入が対象。このルールどおりであれば、一応この病床数を持っておきたい高知県側から東京都に、まずは協議をするということになります。

この最後にありますように、協議が整わない場合、期限までにですね、年内までに協議が整わない場合は、医療機関所在地の医療需要として対処するということですので、このまま、例えば放置して東京都から何も言ってくるなければそのままということです。

協議をして、ずっと時間切れアウトまで待ったとしても、こちらのものになると。

これは、高知県では特段問題ありませんけど、東京都は特に大都市圏、生活圏域が凝縮しているところは結構な流出入があって、協議のルールというものが、やはり、ないといけないということで厚労省のほうで医政局からやっとな通知があったということでございます。

こちらから東京都に持ちかけると、是非戻してくれと言われるかと思いますが、全く声を掛けないわけにはいきませんので、事務的に東京都にこういう状態ですが、ということのご相談をしてみようかと思えます。

(安田座長) はい。この議題について何かご意見、ご質問ございますか。
よろしいでしょうか。

(野並委員) すみません。

(安田座長) 野並委員、どうぞ。

(野並委員) このデータはどこかで見ることができるのでしょうか。何か厚労省のホームページか何かで。

(事務局) こちら推計ツールはですね、個人情報がかかなりみっちりなので、今現在、県庁内のインターネットにつながっていないパソコンで取扱いをしています。このデータを扱うにはですね、厚生労働省のほうに誓約書のようなものを書いて取り扱うことになると。

今年、3回、国の研修があったんですが、その2回目の時に、中澤委員と一緒に参加をしまして、中澤先生が誓約書にお名前を書かれております。中澤先生が活用することはもちろん可能だということです。

(野並委員) 流出入が確認できるわけですから、ただ単にその、そういう意味ではどこそこのベッドが多いの、少ないのというのが、例えば長野県はベッドが少なくてというのが、やはり流出入がある、都市別的には隣の県に行っているというようなことがある。あるいは千葉県、東京都内の人々が千葉県に、埼玉県に行っている、そういう中で、実は高知は高知の中でできているわけであって、少ないからどうこうということが必ずしも言えなくなるので、必要な情報ではないかと思えます。

(安田座長) その他、ご質問等ございますか。よろしいでしょうか。
議題の全体を通して、よろしいですか。

(事務局) もう一つよろしいですか。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4の1ページをご覧ください。平成27年度計画事業の状況につきまして、まず「これまでの流れ」の箇所ですが、8/12の本ワーキングで御説明いたしましたとおり、当初の予定より一カ月遅れの7/17に国からの内示を受けましたが、本年度は内示を二回に分割することが直前に決定されました関係で、その後、8/21に第2次の内示に向けた国のヒアリング、今般、10/26に第2次配分額の内示、という流れで現在に至っています。

次の「第1次配分(内示)の状況」をご覧ください。前回の説明と重複いたしますが、本年度は事前に国から、「対象区分①の事業を優先採択する」という配分方針が示されており、第1次の内示につきましては、これに沿った形で配分がなされています。

その結果、事業区分①(病床の機能分化・連携)については、A欄にあります3ヵ年分の要望額どおりに配分が行われる一方で、事業区分②(在宅医療)、③(医療従事者の確保)については、B欄のH27年度執行予定額だけと比較しましても、F欄の一番下にありすとおおり、約2.2億円の財源不足が生じる配分となりました。

次の「第2次配分額が内示されるまでの動き」をご覧ください。「3」の箇所ですが、第1次の内示を受けた時点の本県の状況としましては、上の表のD欄にあります計6.2億円の歳出を、基金を財源として本年度の当初予算に計上しておりましたため、この段階で既に殆どの事業が予算執行済み、又は、事業着手済みであり事業をストップすることができないという大変厳しいものでした。

こうした状況は、本県に限らず全国的に同様のものでありましたため、次の「4 上記3を受けた本県の対応」にありますとおおり、他県と共に事業区分②③についても十分な配分を行うよう、全国知事会等を通じて緊急要望を実施いたしました。

この要望が行われました後、国からは「各都道府県の実情を踏まえた上で、今後の配分を実施する」という方針が示され、8/21には厚労省にて各県個別のヒアリングが追加的に実施されています。

その結果、上の表のG欄、H欄にありますとおおり、第2次の内示によって財源不足の状態はようやく解消されましたが、本年度のこうした経緯を踏まえまして、最後の「平成28年度計画事業に係る対応について」に記載のとおり、次年度以降も、事業区分②③につきましては、国の配分方針に照らし、十分な配分がなされないことが想定されますため、新規事業の追加や、内示が出るまでの間における予算の執行については、慎重に対応する必要がありますと考えております。

なお、2ページ目以降は、参考としまして、平成27年度計画事業の一覧資料を添付しております。私からの説明は以上です。

(安田座長) この資料4の説明について何かご質問ございますか。

今年度に関しては、財源不足はないということですが。

全体を通して何かご発言漏れになっているようなことはございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

どうぞ。

(吉川委員) 僕はこの介護療養病床、全然わからないんですけども、高度急性期とか急性期をやっている、その区分をどうするかということで、最初とは全然違う、ちょっと違うような、2回目の申請をしたわけですけども、報告したわけですけども、介護療養病床をもっている医療機関は全部、今日ここに来ていらっしゃるような先生方と同じようなですね、この方向性とかいうのを理解されて、どうすればいいかというのは、もう皆、もうこれから将来に対してのことですからご存知で、その方向に動いてアンテナを高くしてですね、方向を見極めているというような状況なんではないでしょうか。

(安田座長) それについては、まず事務局ですか、田中委員、どうぞ。

(田中委員) 必ずしもそうじゃないと。様子見というところが結構多いと思います。

なかなかその中央からの方針が出て来ないので、どこに行くのか、行かなきゃならないのか、廃止というのは決まっているんだけど、それはどういうかたちで、名前を変えただけのものになっていくのかというところが、今までもかなり療養病床というのは、改革を見ていただくとわかりますように、ある程度、診療報酬で誘導して、そこで済むと。梯子をおろされてガタンと落ちてまた上げてというのを我々経験してきていますので、なかなか疑心暗鬼でそこへ行けないという状態のところが多いと思います。

(吉川委員) じゃあ、その方向性が出てから動かないと、どうにも動けないという状態なんですね。

(田中委員) そうです。

それで、介護強化型老健がいいという問題がありまして、そこに、大分、移られたと思うんですけど、それもやっぱりあまり良くないと。結局、そこで結構な医療程度の高い人達をみていくんだというふうなかたちで移っても、やはりその状態を見ていきますと、医療区分じゃない、介護度ですね。ADL区分で結構、介護度の3とか4とか、5になると、とてもじゃないけれどもみられないと、この人員配置ではみられないというようなかたちのところが結構増えて来ていると思いますね。ですから、どこに行ったらいいのかというのは結構迷っていると思います。

(安田座長) よろしいですか。

(寺田委員) 今までのお話の落としどころなんですけど、先ほどまでの説明と、いわゆる在り方の検討会を見ていると、まだまだ流動的なので、我々としては情報提供をするしかないと思うんですね。その中で療養病床をやっている先生方が自らどういうふうを選んでいくかというのが問題だと思います。

例えば、この調査もそうですけど、それも含めて、やはり一定の、例えば在宅へシフトする患者さんがおれば、どうしてもそこへ注目されてしまうので。ということは、一定の患者さん、どうしてもそうやって在宅施設に行ってくれないかということが起こる可能性もありますね。ですけど、じゃあ、その受け皿があるかどうかという問題です。だから、今後、その問題が起こってくるというところらへんだと思うんですね。

療養病床をされている先生方は現状の維持が一番いいと思います。しかも、その今までどおりしてもいいと思うんです。

ただ、一方で僕が色々心配しているのは、つまり療養病床では、介護、今、医療もそうですけど包括点数になっているんですね。包括点数を先ほどの医療区分で分けたり、あるいは、介護療養型は、A、B、その他と3つに同じように分かれているんです。だから、そういうものも点数で全部圧縮されているんですね。

今後、例えば、今、先生がおっしゃった包括点数で解決していく可能性があります。だから、とても生きていけないなという時には、そうやって計算するしかないなという時もあるんですけど、だから、今後、我々として見守らなくちゃいけない、どこが一番良いやり方かなということですね。

これはもう、田中先生なんかのグループは多分、そういう療養病床をやっておられる先生方は考えておられると思うし、この在り方検討会のメンバーの中にも、僕も知っている人がおるんですけど、その人は療養病床をやっている方ですね。そのボスみたいな人が入っているわけです。それから、その考え方をみていると、彼等の考え方、何となく最近、イメージが出てくるわけです。そのあたり、どうやって今の2つの施設、システムの中に組み込まれていくかというのは難しい。

僕の考えとしては、現状維持で何とかいけないかという話です。だから、調査で何とかして現状維持を守らなくちゃいけないというふうに思っているんですけど。

そこで果たして、調査の中で、本当にこれはもう在宅でもおれる人じゃないのと言われた時には、しょうがないかもしれませんが、だけど、今言ったように、ある一定の今のシステムを維持したいという話です。つまり、介護難民を出したくないということですね、医療も。そのへんが一番の落としどころだと思うんですけど。

今、言いましたように、ということは点数で、包括点数でしばってくると思います、次は。

だから、それも含めてどこが一番いいかということになるわけですね。先ほどからこれを見ていると、特養のイメージと言いましたように、あそこが一番、行き所かなという気がするんですけど、在宅施設というのは難しいですよ、基本的には。だから、そうかといって今のままで、もし、この数は維持したいということであれば、それでいけると思うんですけど、一方で、先ほど来、人口減という問題がありますので、もちろん高齢者の人口率は高いですよ。全体の人口は減ってくるんだけど。もちろん介護、高齢者も減っていきます。

実は、幡多地域では、やはり既にそういう傾向が出ています。つまり空きベッドが出るということですね。だから、そういうことも含めると、我々としても高知市内を中心とした療養病床が多いところでも、やはり真摯にそれを見ておかないと、今までどおりが一番いいんだという考え方が果たして通るかどうかですよ。だから、そのへんのところは、我々としてエゴイスティックなことは言えないと思います。ですけど、やはりそれなりに必要なものは必要と言っていかなきゃいけない。これはスタンスだと思います。

先ほど言いましたように、介護療養病床は廃止、だけどそれは無理だから、違うかたちで残そうと彼等は考えていますね、この在り方検討会は。だから、そこへ我々はどうやってオンしていくかという問題だと思うんですけど、現状とすればですね。

ですけど、それもいつになるかわからないので、転換のこともありますし、他のことも含め、資金繰り面もありますから。そういうところも我々が一定の理解をした中で、何が一番いいかというのは皆さん方が考えてもらうしかないと僕は思っています。

医師会としてはともかく、今言いましたように、医療介護難民を絶対に出さない。県も、県の行政もそうだと思いますけど。それがひとつの皆さん方の合意事項だと思いますね。

(事務局) ありがとうございます。

(安田座長) 川内課長、何かありますか。

(事務局) いや、寺田先生が大体お話しいただきましたので、補足するところはありませんけども。

おそらく、この療養病床の検討会、年内にもう一度ありますので、そこでもう少し踏み込んだ具体的な新しい類型の案も出てくると思います。

最終的には、平成30年の報酬改定の時に全てが決まっていきますので、多少時間があるとはいえですね、地域医療構想は来年の前半ぐらいには策定していかなくてははいけません。ですので、その時点で明らかになっている情報で、将来への道筋をざっくりと描いていくというかたちにならざるを得ないです。

今回、療養病床実態調査をしますので、そこでやはり、現状でどれだけ真に必要な病床や受け皿候補にいるべき方々がおられるかというところのデータが出てきますので、そういった情報を基にして、これから具体的な国の制度改正の議論が始まりますので、高知県の現状というか調査結果も国のほうに示して、新しい類型はこういうかたちでやったほうがいいのではないかとか、また、その地域医療構想や、等の運用の仕方についても、もう少し独自性をもっていいのではないかなと、そういうことを提言していきたいと思います。

(安田座長) はい、ありがとうございました。

時間が過ぎましたが、どうしてもここで発言しておきたいという方。

野並委員、どうぞ。

(野並委員) 療養病床の調査に関しては本当に協力をしていきたいと思いますが。

言ってもしょうがないことかもしれませんが、急性期に関しては、今後、このワーキンググループで相談をする予定はあるのでしょうか。他に類を見ない高知県の療養病床の在り方について検討なされているわけですが、他に類を見ない急性期病床のあり方もあるわけで、それを放置して診療報酬の全てが療養病床にあるような結論ではいかんだろうと。

我々、医療人が集まりますと、必ず、その急性期病床の話になるんですけども、今後、急性期病床、このワーキンググループで検討をして、何らかの方向性を示す考えはあるのかどうかをちょっと。

(事務局) 高度急性期、急性期の課題は非常に重要だと思います。10年後の病床数も現在と比べると半減に近い数になっておりますので。特に、高度急性期と急性期の境界線が、現在もってあまりはっきりしてこないということがありますので、高度急性期で報告されている施設は、何十か下がると思います。

特に高度急性期のところは象徴的なんですけども、急性期も含めて急性期病床のあり方というのは、このワーキンググループでも議論しなければいけないと思いますので、次回以降、次回で出来るかどうかあれですけど、議題にあげてご議論いただきたいと思っております。

(安田座長) では、非常に活発にご意見いただいて、このワーキングの今後の方向性もかなり定まってまいったかと思いますが、今回は、この療養病床の調査をふまえ、またご議論いただくことになるかと思いますが、事務局から次回以降の予定、伝えないといけないことがあればお願いいたします。

あと、私、司会はここまでといたします。事務局で必要事項をお願いします。

(事務局) 委員の皆様方には熱心なご審議をいただきまして、まことにありがとうございました。療養病床の実態調査につきまして、多くの方のご意見をいただきました。

事務局におきましては、本日のご意見等をもとに次回のワーキンググループに向けた資料作成などを行なってまいりたいと存じます。

なお、次回会議の日程につきましては、また後日、日程確認表を皆様にお送りさせていただきます調整をさせていただきたいと存じます。

最後に、事務連絡ですけれども、本日、有料道路ですとか有料の駐車場をご利用になられた委員におかれましては、大変お手数をおかけいたしますけれども、領収書を12月3日木曜日までにファックスにて医療政策課までご提出をされますよう、よろしく願いいたします。

それでは、以上をもちまして、第2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。本日はまことにありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲