

平成 30 年度第 1 回高知県地域医療構想調整会（中央区域 物部川部会）随時会議 議事録

- 1 日時：平成 31 年 3 月 26 日（火） 18 時 30 分～20 時 30 分
- 2 場所：中央東福祉保健所 第 2 会議室
- 3 出席委員：中澤議長、井坂委員、宇賀委員、疋田委員、谷木委員、公文委員、
岡崎委員、吉川委員、浦松委員、久保委員、岡委員、柴岡委員、山下委員、
執印委員、宮田委員、寺田委員、岩河委員、前田委員、島本委員、
山内委員、宮崎委員、吉村委員、前田委員、時久委員、
西森委員代理（西森 央 様）
- 4 欠席委員：西森委員、北村委員、大野委員
- 5 公的医療機関等 2025 プラン対象医療機関：JA 高知病院 谷木院長（委員）
- 6 他出席：土佐希望の家 医療福祉センター（小田切常務理事）
〈事務局〉医療政策課（松岡補佐、濱田チーフ、原本主幹）
中央東福祉保健所（田上所長、小野地域包括ケア推進監、隅田チーフ）

（事務局）それではただ今から、平成 30 年度第 1 回「高知県地域医療構想調整会議（中央区域 物部川部会）随時会議」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、御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。私は、事務局の高知県 医療政策課 の濱田と申します。よろしく願いいたします。本会議につきましては、現在定例で開催させていただいております地域医療構想調整会議での議論をより活性化させるため、新たに土佐長岡郡医師会より推薦いただいた医療関係者のみなさまに委員に加わっていただき、南国・香南・香美地域の医療体制について、協議を行っていくものとなります。

新たに新規の委員としまして、岡豊病院の西森専務理事様、北村病院の岡崎院長様、土佐希望の家 医療福祉センターより吉川センター長様、南国厚生病院より浦松理事長様、南国中央病院より久保院長様、藤原病院より岡院長様、三谷病院・北村産婦人科より北村理事長様、香長中央病院より柴岡院長様、同仁病院より山下院長様、香北病院より大野院長様、高知大学医学部附属病院より執印院長様、宮田整形外科より宮田理事長様、寺田内科より寺田理事長様、岩河整形外科より岩河院長様、前田メディカルクリニックより前田院長様が新しく委員として参加していただいております。

なお、本日の会議でございますけれども、西森委員、北村委員、大野委員が欠席となっております。なお、岡豊病院の委員の代理としまして西森理事長様にご出席いただいております。

また、何名かの委員につきましては、少し遅れているようでございます。

なお、追加議題の（3）土佐希望の家 医療福祉センターにおける増床についての協議

のために、同施設より小田切常務理事様にご出席いただいております。

なお、この調整会議ですけれども、公開の会議となっておりますので、会議終了後、議事録を県のホームページに公表させていただくことになっておりますのでどうぞ、よろしくをお願いいたします。

それでは、会の開催に先立ちまして、医療政策課課長補佐、松岡より、ご挨拶を申し上げます。

(事務局) 皆さん、こんばんは。医療政策課長の松岡と申します。

会議の開催にあたりまして、ひと言ご挨拶を申し上げます。

本日は、本当にご多用のところ、このように多くの方にご参加いただきまして、ありがとうございます。また、日頃より、私共、県の医療行政にご理解とご尽力いただいておりますことをこの場におきまして感謝申し上げます。

さて、本日の、この地域医療構想調整会議は、先ほど、濱田のほうから少し話がありましたように、年に2回開催しております定例の会議ではなく、地域の医療体制を確保していく方策や、その中で、各医療機関が今後どのような方針で、また、方向で運営されていくのかといったような少しデリケートな点について話し合うことを主な目的としております随時の会議ということとなります。

そのため、ご参加をいただく方々につきましては、定例会のメンバーを少ししぼらせていただき、また、医療機関の代表者の方々などを新たにメンバーとして加えさせていただいて協議を進めさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日の議題としましては、まず、地域医療構想や病床機能報告の状況について、担当からご説明をさせていただきます。地域医療構想の進捗につきましては、国のほうから公立・公的な病院について、今年度中に協議を行なうべき旨の指示がきております。

そのため、まず、この区域における入退院の現状と課題をふまえた医療機能の方向性につきまして、中央東福祉保健所の田上所長からご説明をいただき、そのあと、JA高知病院様より公的医療機関等2025プランについてご報告をもらう予定となっております。そして、その内容について協議をお願いしたいと考えております。これが2つ目の議題となります。

3つ目としまして、土佐希望の家 医療福祉センター様より、病床についての増床の要望があがっております。土佐希望の家 医療福祉センター様の病床につきましては、基準病床数の算定外とはなっておりますけれども、増床となることから、この調整会議の協議が必要であり、今週末に予定しております医療審議会に諮られる予定となっておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、本当に夜の会議となり、お疲れのことと存じますけれども、最後まで忌憚のないご意見をいただければ、本当に幸いです。簡単ではございますけれども、開会の挨拶と

させていただきます。本日は、どうぞよろしく願いをいたします。

(事務局) 本日の資料の確認させていただきます。

机の上に配付させていただいておりますけども、会議次第と書かれた資料。それから、資料1、地域医療構想及び病床機能報告について。資料2が、南国・香南・香美市の医療の現状。資料3が、JA高知病院の現状と今後のビジョンについて。資料4が、基準病床数制度について。資料5が、土佐希望の家 医療福祉センターにおける増床について。それと、本日、A4の1枚紙のカラーコピーでお配りしておる資料になりますけれども、過不足等ございませんでしょうか。

それでは、以後の進行は、中澤議長にお願いいたします。

(議長) 皆さん、こんばんは。土佐長岡郡医師会の中澤です。

これからの議事進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく申し上げます。

早速ですが、議題に入らせていただきますが、議題(1)地域医療構想及び病床機能報告につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局) 医療政策課で地域医療構想を担当しております原本と申します。

自分のほうから、資料1、地域医療構想及び病床機能報告について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。

なお、この資料1では、大きく3つの項目についてご説明させていただきます。まず、地域医療構想推進に向けて、平成31年度、色々な支援策を県が新たにしようとしておりますので、そういった項目につきまして。もうひとつが、このあと、(2)で協議を行ないます公的医療機関等2025プランについて概要をご説明。最後に、病床機能報告の最新値の情報提供をさせていただけたらと考えております。

では、1ページ目をお開きください。

高知県地域医療構想についてということで、まず、地域医療構想の振り返りをこのページでさせていただきます。地域医療構想につきましては、団塊の世代が後期高齢者に移行する平成37年における医療需要に見合った医療提供体制を確保するため計画の一部として策定。高知県におきましては、28年12月に策定しております。中身の大きな部分につきましては、その37年の医療需要と患者の病態に応じた病床の必要量、必要病床数といったものを推計し記載させていただきました。

これらにつきまして情報共有しまして、地域ごとの必要な医療提供体制について話し合いを行ない、不足している機能は整備、過剰している機能につきましては転換を模索し、可能な限り合意形成を目指すと。その手段としまして、この調整会議といったところでの協議というものを行なっております。

一番下、前提とありますが、行政主導の病床再編、病床削減計画ではありません。進め

る際には、患者の行き場がなくならないよう留意が必要といったかたちで進めております。
次のページをお開きください。

そういったかたちで、今、地域医療構想を策定させていただきまして、31年度では地域医療構想推進に向けてどういった取り組みをするかということで、これは、県の当初予算の公表資料となっておりますが、こちらも、ちょっと、現状の課題とか目指すべき姿ということで振り返りになりますが、簡単にご説明させていただきます。

対策のポイントの部分で、県のスタンスとしての前提としましては、あくまでも医療機関の、自主的に今後、方針を決定するものにつきまして支援をするといったスタンスで進めていくことを考えております。

現状と課題の部分を見ていただけたらと思いますが、まず、ひとつ目の「■」ですが、皆様もご存知のとおり、高知県、人口あたりでは、病床、全国一多くなっております。中でも療養病床が多いといったかたち。ただし、その他の高齢者向け施設というのは、逆に不足していると。県としては、あくまでもこのバランスが課題であるのかなと考えております。

2つ目の「■」につきましては、療養病床に入院している患者さんの、実は36.4%くらいは他の施設等でも可能といった調査も出ているといったこと。

そのほか、下の「■」の部分、ありますが、皆様もご存知のとおり、療養病床の中の介護療養病床につきましては、2023年には、もう廃止されると。その受け皿としまして、新たに介護医療院という制度も開始されております。高知県の病床を見ますと、急性期、慢性期は過剰であるが回復期は不足しているといった状況。

また、一番下になりますが、地域によっては、今後、人口減等もかなり進行してきますので、病床、病院によってはダウンサイジングを希望する病院、機関も出てくるのかなと。そういったところにも支援が必要かなと考えております。

右側を見ていただけたらと思いますが、そういった目指すべき姿としまして、まず、今の病床を2025年に向けて、将来の医療需要に応じた適正なバランスへ転換することが必要だと考えております。その際には、介護医療院等への転換も支援することにより、最終的には患者様のQOLの向上を目指していきたいと考えております。

では、そういった地域医療構想をどうやって進めていくかということで、次の3ページ目をお開きいただけたらと思います。

地域医療構想の推進に向けた支援策についてということで、一番上、基本的に自主的な取り組みを検討段階から体制整備の段階まで支援するといった中身で、推進に向けたプロセスを今回、大きく3つのステップに分けさせていただいております。

まず、ステップ1になりますが、まずは、医療機関において、今後の自院の方針の検討・決定をいただくといったことを考えております。これにつきましては、右側を見ていただけたらと思いますが、介護医療院等への転換に向けたセミナーといったような、必要な情報につきましては、セミナー等を通して情報提供していけたらと考えております。

また、個別医療機関等との意見交換の実施ということで、医療機関、色々な悩みや相談を抱えていると思いますので、そういったものにつきましては、個々に対応していきたいと考えております。

新事業ということで、マルが3つありますが、こちらにつきましては、次のページで後ほどご説明させていただきますので省略させていただきます。

ステップ2、次のステップでは、その自院の方針や検討を今後の方針を決定いただいたあとに、その結果が構想にそっているかということで、地域医療構想調整会議での協議及び合意が必要になってくるかなと考えております。

こちらにつきましても、右側を見ていただけたらと思いますが、まず、○各医療機関の今後の方針について地域医療構想調整会議で協議を推進し関係者間で合意とありますが、まず、病床機能報告等を活用しまして、こういった会議で協議をしていけたらと考えております。

今回、この随時の会につきましても、2つ目の「・」にありますとおり、医療関係者を追加させていただきまして詳細な議論を実施ということで新たな取り組みとなっております。

その下のほうに、主観的な区分である病床機能報告に加え、客観的な指標もということで、定量的な基準の導入について、とありますが、こちらについても、後ほどのページで詳細ご説明させていただきます。

最後、ステップ3で、実際に、では、その検討結果、実行する際の段階になりますが、病床の転換に向けた改修や必要があればダウンサイジングを実行する際の部分ということで、そこについての支援につきまして、右側を見ていただけたらと思いますが、やはり、介護医療院等への動きが出てくるかと思っておりますので、そこへの改修等の支援ということ。あと、また、その際に、耐震化等も追加で行う際には、上乘せの補助を行ないますといったこと。そのほか、不足している回復期の病床の転換につきましても支援、設備整備の支援を行なう。

こちら、3つにつきましては、今も実際、行なっている支援になりまして、こちらにつきましては引き続き実施したいと考えております。

では、次のページで、新事業とありました3つについてご説明させていただきます。

新たな支援策の内容についてということで、31年度から開始する予定となっております。まず、1番、介護医療院や不足する病床機能への転換に向けた経営シミュレーション等への支援ということで、こちら、30年度に介護療養病床が転換とかをされる際の課題等も含めたアンケートをさせていただいた際に、なかなか、小さい医療機関だと、そういった分析をすることが難しいといった声もいただきましたので、31年度、新事業として開始させていただきます。

見ていただきたいのが、こちらの補助率の部分を見ていただけたらと思いますが、通常、県の補助は2分の1なんですけど、この事業につきまして、32年度までのインセンティブ

ということで、3分の2で実施しようと考えておりますので、また、活用される際に県のほうにご相談いただけたらと思います。

続きまして2番、地域医療構想を進めていく中では、やはり、医療機関同士の連携等も重要になってくるかと考えておりますので、複数の医療機関等の連携のあり方や、地域医療連携推進法人への設立に向けた検討の支援ということで、新たに事業をかまえております。

こちらにつきましては、地域でそういった医療関係、病院等や郡医師会等を含めて連携等の体制を構築するために、先進地等から講師を呼んで勉強会を開いたりとか、そういったいろんな事務費的なものが見えるような補助で考えております。

続きまして3番、必要があればということで、病床のダウンサイジングを行なう際の施設の改修、処分にかかる経費などの支援ということで、下の四角囲みの中の事業内容の部分を見ていただけたらと思いますが、そういったダウンサイジングを実施する際の①退職が必要となる看護師等に対する退職金の上乗せ費用や、②不要となる病室を他の用途に改修するための費用。③不要となる建物を処分することによる費用ということで、損失といったものを補助するようなかたちで考えております。

ただし、この補助につきましては、必要な病床までなくなってしまうと困りますので、留意事項の下線部で、支援に際しては、医療提供体制が適切に確保されるよう配慮ということで、3つの段階をふんで支援をしていきたいと考えています。

まず、病床過剰地域のみでの活用が可能ということで、病床が非過剰となっております安芸区域では対象外としております。あと、地域医療に悪影響がないことをきちんと補助要件に位置付けて確認すると。③で、この調整会議等での協議を行ない、同意を得ることが必要と、3段階を踏んで実施したいと考えております。

続いて(2)。そのダウンサイジングをする際に、看護師等の転職が必要になった際には支援を行なうということを考えております。

続きまして、5ページ目をお開きいただけたらと思います。

5ページ目につきましては、先ほどの中で、主観的な基準にプラスして客観的な基準をということでご説明させていただきました部分で、定量的な基準の導入ということで新たに導入しております。

現状の課題の部分を見ていただけたらと思いますが、一番最初、先ほど、説明させていただいた地域医療構想では、病床の必要量、37年の必要な病床数について推計をさせていただきましたが、一方、毎年、病床機能報告で、その現状の病床につきましても報告いただいています。

この2つを現状、表で比較等をしておりますが、実は、この2つの病床につきまして、定義が完全に異なっており、病床の必要量につきましては、レセプトの診療報酬の点数を基に医療資源の投入量で4つの機能に分けて報告いただいているんですが、病床機能報告につきましては、基本的には、医療機関の自主的な判断によってご報告いただいていると

いった状況になっておりますので、実は、かなり定義が異なっており、単純な比較はできないといったかたちになっております。

そういったことをふまえて、右側を見ていただけたらと思いますが、国の通知で、今、回復期の中に、実は、急性期と報告されている病床が一定数存在することや、実は、ものすごく、今、高知県のほうでも比較した場合は、回復期機能が不足しているといった状況になっておりますが、それ自体が、実は急性期の中に回復期が隠れていて、そこまで不足していないんじゃないかといったことが国のほうで議論されました。

そういったことをふまえて、矢印の下ですが、この調整会議等での議論を活性化する観点から、新たな急性期に隠れているような回復期が出てくるようなかたちで定量的な基準を導入してほしいといった通知が出ております。

それをふまえて一番下の部分を見ていただけたらと思いますが、高知県における定量的な基準の導入についてということで、県におきまして、他県の先行的な事例をもとに定量的な基準を導入いたしております。

こちらにつきましては、県全体の地域医療構想調整会議ということで、連合会を3月8日に開催させていただきまして、協議のうえ、県では佐賀県方式を導入しております。中身につきましては、黒の中の白抜きの部分を見ていただけたらと思いますが、基準の部分ですが、基本的に回復期とみなすことができる病床につきましては回復期ということで、地域包括ケアとか協議が整った病床といったもの。あと、プラスα回復期に近い急性期の病床につきましてはということで、平均在棟日数が22日以上急性期の病床につきましては、回復期といったかたちでみなすといったものになっております。

この定量的な基準につきましては、その下にありますとおり、基本的には、あくまでも病床機能報告が正式なものとなっており、あくまでも議論の活性化を図るための参考の数値として活用させていただくように考えております。また、今後必要があれば見直し等も適宜行なっていきたいと考えております。

また、この協議の際にも委員より意見がありまして、実際、この物部川区域では、もっと詳しいような分析等をしておりますので、そういったところでは、その分析等を活用してやれたらと考えております。あくまでも、県全体で、高知市とか、そういったところがなかなか見えないので、県全体でということで、かなりシンプルな基準になっておりますので、また、こちらを導入した個別医療機関等とか県全体の数字につきましては、次回以降に情報提供させていただけたらと考えております。

続きまして、6ページ目をお開きください。

冒頭にもありました調整会議の全体像につきましては、再度ご説明させていただきます。この医療構想調整会議につきましては、基本的に構想区域ごと、真ん中部分を見ていただけたらと思いますが、4つの構想区域ごとに開催しており、ただし、中央区域につきましては、高知市とそのほかが余りにもかけ離れておりますので、4つに分けさせていただいており、仁淀川・高知市・嶺北・物部川区域といったかたちでやらせていただいております。

す。

その下、冒頭でも挨拶の際にご説明させていただきましたが、新たに、今まで定例で年2回ほどやらせていただいておりますが、随時の会議ということで医療関係者を追加させていただいて、会議を今回、やらせていただいております。本日は、まずは、地域の中心的な医療機関ということで、公的・公立のプランについて協議していきたいと考えております。

続きまして、7ページ目をお開きください。

このあと、協議事項の2でご説明、協議をさせていただきます、公的医療機関等の2025プランにつきまして簡単に概要をご説明させていただきます。これとは別に、新公立病院改革プランということで、公立病院はプランを策定ということが決まっております、プラスαで公立と同様に地域の中心的な医療を担っていただいております公的医療機関ということで、共済組合、健康保険組合、国民健康保険組合、地域医療機能推進機構といったようなところにつきましては、新たにプランを策定してくださいということで、29年8月に通知が出ており、本県では、この物部川区域のJA高知病院を含む、全部で6つの医療機関が対象となっております。

高知大学の医学部附属病院につきましては、県全体の医療を担っているという観点で、高知市のほうの随時の会議のほうで議論をさせていただいております。

そのあと、プランができたあとに、下、地域医療構想調整会議のプランの協議についてという通知が出まして、この公立医療機関等の2025プランにつきましては、特に、四角囲みの中の、また、もうひとつ四角囲みが右側にありますが、具体的な対応方針ということで、平成37に担うべき医療機関の役割とか、平成37年の医療機能ごとの病床数等について議論してくださいねと。

一番下にありますとおり、下線部の部分ですが、その公的機関でなければ担えないような分野に重点化されているといったことも確認するといったことが通知されております。このあと、協議事項の2で協議をさせていただけたらと思います。

続きまして、8ページ目をお開きください。

最後になりますが、医療機関にご協力いただいて、今、病床機能報告、報告いただいております。その最新値に情報提供させていただきます。これが、このページが高知県全体の状況となっております。30年度の病床機能報告で、昨年11月15日時点での報告の内容となっております。

高度急性期から慢性期までということで、29年から30年。下の四角囲みの部分を見ていただけたらと思いますが、高知県全体の状況につきまして、特に、29の報告と比べましては大きな動きの変化はありません。

2つ目の「・」ですが、急性期については徐々に減少傾向であるが、回復期は減少で慢性期は増加ということで、前年までは、回復期は不足しているのに対して、逆に増えてきていると。慢性期は、すごく過剰ですけれども減少しているといった状況になっておりま

したが、今回の報告では、回復期が逆に減少しており、慢性期が逆に増えているという状況になっておりますが、こちらにつきましては、調べてみますと、回復期で報告いただいていた医療機関が慢性期で報告を変更でいただいているので、転換というよりは報告内容を変えたというような中身になっておりますので、伝えておくようにいたします。

3つ目の「・」を見ていただけたらと思いますが、こちら、大きな動きですが、病床機能報告では、37年に向けて、どう病床をするかといった報告内容も含まれており、こちらにつきましては、療養病床から介護医療院等への転換の動きが大幅に増加しております。

上のグラフで見ていただければ、慢性期の部分、37の部分、30年と比べると1500床くらい減っておりますが、逆に、その右側の部分の休床、未報告、介護保険施設への移行予定の部分の37を見ていただければ、1719床ということでかなり大きく増えていると。中身を、上のほうを見ていただけたらと思いますが、その内、1400床くらいは介護医療院への転換の動きというようなかたちになっております。

続きまして、最後の9ページ目をお開きいただけたらと思います。

その病床機能報告の中央区域の中の物部川サブ区域の状況を、各医療機関の報告いただいている一覧を表にさせていただいております。こちらにつきましても、29、30年につきましては、全体と同じで大きな動きはありませんが、この中の37の部分の慢性期の隣、介護保険施設等への移行予定のところで見ますと、やはり、療養病床から介護医療院等への転換の動きが増加しているかなと思われま。

また、適宜、この最新情報につきましては情報提供していきたいと考えております。

以上で、自分の説明を終わらせていただきます。

(議長) ありがとうございます。

非常に詳しい資料の説明をしていただきましたけれども、ただいまの事務局からの説明につきまして、ご意見、ご質問がありましたら、お願いしたいと思います。

この区域の具体的なデータを説明していただきまして、最初は、医療構想の考え方、調整会議の考え方、基本的なお話もありました。それと、県の支援策、ダウンサイジング補助金、このあたりも少し重要な情報じゃないかなと思いますけども、いかがでしょうか。

どうぞ、公文先生。

(委員) 当院も、この病床の報告のほうは過数値というかたちになってしまっているんですけども、実際、この報告をしたときの中にも書いていますが、回復機能を有する病棟であっても急性期病棟として報告されている病棟に、まさに入ってしまったんですけど。すみません、僕のところをスルーしていたら申し訳ないんですけど、この30年の報告というのが、まだ当院からは行われていないということなんですかね。

(事務局) 国のほうから情報提供があったのが、昨年11月15日時点のものを一旦、

速報値として報告いただいておりますので、そのあと、各医療機関、大分、報告をいただいているんですけども、今、国が集計作業中なので、決して、今現状、報告できていないわけではなくて、また、確定版というのが今度、国のほうから来ますので、その際には反映されたかたちで情報提供できるかなと考えております。

(委員) わかりました。ありがとうございます。

(議長) どうぞ、寺田先生。

(委員) 寺田ですが。

5 ページの定量的な基準の導入という問題なんですけど。これ、ちょっと意味がはっきりわからないのは、右の箱の国の通知のところの下のところですね。矢印の。

地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたいとなっているんですけど、定量的な基準というのは、具体的に何を言っているの、これ。

(議長) 事務局、よろしいですか。定量的な基準の具体的な説明をお願いします。

(事務局) わかりました。わかり辛くて申し訳ありません。

定量的な基準というのが、今、4つの医療機能の中で高度急性期、急性期、回復期、慢性期と報告いただいておりますけども、その急性期と報告いただくのと、回復期で報告いただく際の、その判断基準というのが、この5ページの左のほうの病床機能報告の中の下のほうに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と4つあって、その右側に説明文みたいなものが入っていると思いますが、急性期については、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能といったことが入っております。逆に、回復期は、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能といったような書きぶりになっておりますが、要は、その言葉をもとに各医療機関等が判断いただいて報告いただいているといった内容になっているんですけども、その中に、こういう数値じゃないとだめよといったような基準等がないので、ちょっと、そこを新たに追加的な基準を設けて、急性期に隠れているような回復期を見えるようにしたいなという趣旨で、新しく導入してはということになっております。

(委員) まだちょっとよくわからない。

結局、今日は、来られている皆さん方、おそらく、これ、1回聞いただけでは理解できないと思う。僕は前からやっているから、どこからポイントか大体わかるんだけど、今のこの定量的な基準というのは、病床数を決めろという意味でしょう、早い話が。

これも、医療としての機能の問題なのか、介護医療院も含めた、介護施設も含めた定量

的な基準ということ、これ、どうも医療の問題のように思うんだけど、どうなんです？これは。

(事務局) おっしゃるとおりです。医療のほうの話になっております。

(委員) そうしますとね、この回復期、先ほどから足りないということで、こっちのほうにガイドしようとしているんだけど、だけど、回復期がなかなか問題でしてね。経営の問題もあったり色々あって。なかなか、そこへガイドしようとしても行く人が少ないんじゃないかと思うんだけど。そのへんも含めて定量的な基準を決めて、果たして回復期が増えるかどうかというのを懸念しています。以上です。

(議長) ありがとうございます。ほか、いかがでしょうか。

(事務局) 定量的な基準につきましては、連合会のほうでも、ちょっと議論になっていまして、実際の、現実上、以上に、回復期が非常に少ないというイメージを少しでも緩和させるためにも、現実在即した基準がほしいということですが、これは本当に佐賀県方式でいいのかというふうなご意見は大分いただきました。

高知県につきましては、できるだけ、現場に負担をかけないような、ソフトランディングできるような方式としては佐賀方式が一番いいんじゃないかということで導入していただいたということですが、あくまで、これも目安ということですので、いろんな考え方はあろうとは思いますが。

(議長) ほかにいかがでしょうか。よろしいですか。

(事務局) 特に、新たな支援策でありますダンウサイジング補助金であるとか、それから、退職金の上乗せの補助であるとか、そのあたりに何かご質問、よろしいでしょうか。

どうぞ。

(委員) このあいだ、日本医師会の役員に聞くと、この支援策というのは、来年の3月までに介護医療院への転換を申請しないと、この補助制度が、どうもそこで枯渇してなくなるんじゃないかという話があるんですけど、それは本当ですか。つまり、支援策の内容が何万円かになっているけど、それが、32年の3月までに介護療養病床を介護医療院へ転換する申請をしないと補助金がなくなるよという話。それから、あとの補助金、県がとってくれるのでしょうか。

(事務局) ご質問、ありがとうございます。

私共のほうには、そういったような話は来ておりません。この転換が2025を目指してやっているわけですので、この間につきましては、基金というものを使っていますが、それは多分、継続されるであろうという考えのもとで計画を進めております。

国のほうからも、基金は、今年、来年度、増額もされておりますので、枯渇ということは、少し、聞いてないですし検討はしていないと思います。

もし、可能性があるとするれば、いわゆる介護医療院に転換するためのインセンティブというものがございます。、護医療院の点数のほうが増しをされるというものですけれども、それがこの3年間だけということになっております。もう1年終わってしまいましたので、あと2年です。これにつきましては、受けてから1年間しかできません。ですので、丸々1年間受けようとする、今年中でやっていかないと厳しいということになります。

(委員) 看護師が、もし、やめるとするじゃない。そうすると、補助金が1人頭いくらか出るんだけど、そのへんのところが、じゃあ、うんと、例えば6年間のところに、あと5年間しかないんだけど、転換して、ギリギリまで待っていていいのかという話、要するに。そのへんの看護師がどうのこうのとか、補助金をいただけるかどうかという話。

これ、県、約束できないんじゃないでしょうか。

(事務局) 先ほども申しましたように、この基金につきましては、ここまでで終わりだよという話は、国のほうからは全く聞いておりませんので、まずは、これが一定続くものというふうに考えてございます。

ただ、3年ごとに見直しというのがありますので、ひょっとしたら、その時の見直しで新しい考えというのがあるのかもわかりませんが、まず、今年1年終わって、あと2年間は、その見直しというものはないだろうと思っております。

その後も、最終的には介護医療院等へのいわゆる駆け込みということもあると思いますので、そのときにないということになればストップしてしまいますので、国としても、非常にわかりやすいかたちで止めるということは、あまりないのではないかなというふうに私のほうでは考えています。

(議長) ほか、いかがでしょうか。よろしいですかね。

それでは、次もありますので。続きまして、議題(2)に移りたいと思います。公的医療機関等2025プランにつきまして、事務局のほうから説明をお願いします。

(事務局) 公的医療機関等2025プランについては、先ほど原本のほうの内容を説明させていただきましたけれども、本日の協議ですけれども、まず、物部川区域の医療の状況等について説明させていただいて、そのあと、プランについてJA高知様より、今後の方針等を説明いただきたいと思います。そのあと、あわせて質疑とさせていただきます。

すので、どうぞよろしく願いいたします。

(中央東福祉保健所 田上所長) 福祉保健所長の田上でございます。

後ほど、J A高知病院の谷木先生からお話をいただきますが、その前に、この物部川サブ区域の医療の現状はどうなっているのか、まず、全体をご理解いただいて、その中で一部、J A高知病院さんがどのような役割を担っておられるかということも入れてございすので、そのことをふまえて後ほどの谷木先生のご説明をお聞きいただければと思います。

まず最初に、この地域の特徴ですが、1 ページ目をご覧ください。

患者調査のデータでもって見ておりますが、4 割強が高知市のほうに入院されておまして、慢性期の病床が多いという特徴がございます。

この表のところ、赤で書いている枠のところですが、この3市の患者さんが、どこの医療機関に行っているかというのがこの数字でございます。55%が3市内の医療機関にかかり、4割が高知市にかかっていると。逆に、この青のところですが、3市の医療機関に入院している患者さんについて、どこから来られているかということですが、高知市のほうから、また、その他併せて600強の入院がありますが、これは、主に高知医大によるものと考えております。

次のページ、ご覧ください。

後ほど、谷木先生からお話をいただきますが、J A高知病院の公的医療機関等2025プラン、既に作成されていた過去のものですけれども、その抜粋をさせていただいております。

地域において、今後担うべき役割としては、呼吸器・外傷系を中心に病・病連携、病・診連携をします。それから、周産期医療体制の維持。中長期的には、ポストアキュート、サブアキュート機能を担っていくという方向性を出していただいております。

また、一定の急性期機能を維持しつつ回復期機能の病床を検討ということですが、既に地域包括ケア病棟につきましては、年々強化をしてきていただいております。また、地域医療調整会議、本日の会でございますけれども、ここでご説明いただけるということです。

次に、救急医療の現状でございますが、ここからは、3市全体の現状と課題ということでお聞きいただければと思います。

市民の方々、特に、ご家族のご希望が強いか思うんですけれども、大病院志向が強くて、高知市内の救命救急センターをかなり過度に選択利用されている現状がございます。また、管内の救急病院、精一杯、大変ご努力いただいておりますけれども、医師不足の問題等もございまして、休日夜間の体制には課題がございます。

それから、患者さん、及びご家族の選択、ならびに医師不足によって、二次救急、三次救急のすみわけが十分に機能していないといったことが課題となっております。時間内でも軽症者や誤嚥性肺炎など地域完結が望ましい患者さんが、少なからず高知市内に搬送されております。このことは、消防のほうも大きな課題だと認識されております。

また、一定、専門職がいるような高齢者の施設においても、同様の傾向があるといったことがございます。また、こういうことがございまして、救命救急センターでは、本来の救急医療に支障をきたすといったこともございますし、結果的に特性に合った患者さん本意の救急医療になっていない例が少なからずあるのではないかと思います。

3 ページ、ご覧ください。

3 市の3つの消防からご提供いただいた27年と28年の2年間のデータの中で、肺炎と骨折に限ってデータを整理したものがこれでございます。自宅、高齢者施設等から、肺炎では、JA高知病院さんに14%に、それから、3市内の他の医療機関に32%受診し、高知市内の救命救急センター等管外に50%、3つのセンターに43%受診しております。これは、あくまでも時間内でございますので、もう少し、地元でも対応が可能、時間内については可能性があるのではないかなと考えております。

骨折についてはどうかということですが、31%がJA高知病院さんに、19%が他の3市内の医療機関。管外、主に高知市ですが、こちら49%、3センターに41%受診しております。休日夜間については、一定やむを得ないと考えますけれども、時間内についてもこのような現状になっております。このことにつきましては、やはり、市民の皆様方のご理解が、まだまだ十分いただけてないところも課題ではなからうかと思います。

もう少し具体のデータが3ページの下段、4ページの上段に書かせていただいております。今日は時間の関係で、この2つのみにしぼっておりますけれども、その他の傷病ごとの分析もさせていただきます。

次に、急性期医療全体でございますが、現状と課題につきましては、医療の高度専門分化とともに高度急性期医療を担う医療機関と地域の二次医療機関との機能分担連携、これが一層求められております。二次医療を担う、地域の急性期の病院、あえて地域急性期病院と呼ばさせていただきますが、本日のJA高知病院さんも、この役割を担うところかと思えます。

こうした地域急性期病院には、通常急性期に加えて、高度急性期病院で、治療後のポストアキュート機能が求められておりますが、医師不足の問題への対応も含め、高度急性期病院とのさらなる連携強化が必要になっていると考えます。

もうひとつ、3市には高知医大がございまして、高知市内の高度急性期病院と高知医大とのすみわけした連携についても、さらに検討が必要かなと考えております。

また、こちらのほうも市民の大病院思考が非常に強いということで、過度に高度急性期病院に集中する傾向がございまして、急性期医療の機能分担と連携を進めるためには、市民の理解と協力が不可欠と考えております。

5 ページの上段をご覧ください。

これは、28年の患者調査のデータで、南国市と香南市と香美市のそれぞれの市民の皆さんが、病院の一般病床に入院された患者に限って、どこの医療機関に受診しているのかということをもとめさせていただきました。下3つ、JA高知病院さん、南国中央病院さ

ん、野市中央病院さん、この3つに加えて、高知医大、黄色のところ、この3市の管内の病院ということになります。

香南市につきましては、野市中央病院さんが大変頑張っておられまして、このJA高知病院、南国中央病院、野市中央病院あわせて33%カバーしております。南国市については、この3つの病院をあわせて27%、香美市は24%となっております。

また、高知医大に12%、14%。それから、その上3つが医療センター、高知赤十字病院、近森病院の3つになっておりますが、南国市をあわせて20%、香南市をあわせて23%、香美市が24%と。さらにこの上のほうにあります灰色のところですが、ほとんどが高知市内の病院となっております。

下の段をご覧くださいまして、3市の住民の高知市内に入院される患者さんが上段のほうでございます。このグラフは、南国中央病院さんと土佐希望の家さんの一般病床については除いてございます。高知市内にかなり多く受診していることがおわかりいただけるかと思えます。

次のページをご覧ください。

では、傷病別にどうなのかということでございます。呼吸器から順次見ていただければと思えます。点線で線を引いているところが、高知医大を除く3市の医療機関。それから、実線で線を引いているところが、高知医大も含めた部分でございます。

呼吸器疾患、JA高知病院さんが26%、野市中央病院さんが26%、かなり、呼吸器について地元で頑張っておられます。

悪性新生物については、医大が42%、医療センターが25%と、この2つに集中しております。

それから、筋骨格系と脳血管疾患になりますと、高知市内の上の35%、34%と増えていますが、これはおそらく回復期のリハで多く高知市内に入院しておられるということかと思われまます。

それから、心疾患になりますと、医大が21%、医療センターが29%と、この2つが多くなっております。

腎尿路系になりますと、また一番上の48%と多くなってありますが、こちらのほうは、特に高須病院さんに多く入院されております。

これより、疾患別に見ても、それぞれいろんな患者さんの受療動向に特徴がございますので、今後は、さらにこうした疾患別の細かな分析が必要と考えております。

次に、高齢者医療と地域包括ケアということですが、患者さん本意というよりも、ご家族の選択のほうが優先される傾向があつて、低所得者の問題も加わりまして、過度に入院医療に依存する傾向がございます。

また、家族構成の変化などによりまして、自宅での在宅療養は年々厳しくなる傾向がございます。そうした中で、他県よりは、居住系施設、サ高住でありますとか有料老人ホームでありますとか、ここでは特養なども入りますけれども、そうしたところで療養する人

の割合が少ないということがございます。

それから、介護保険施設と居住系施設と医療の連携ということが大きな課題でございますが、特に、居住系施設、また、介護系施設の中の特養なども調べさせていただいた中で見えてきた課題としては、医療系の施設については、比較的、病院との連携がスムーズにいつているんですけども、母体が医療系でないところの特養でありますとかグループホーム等につきましては、医療との連携体制が弱いといったような現状が見えてきております。

今後、国全体としては、医療内包型から外付型への移行ということが、今後、進んで行くと考えられますけれども、こうした介護系施設、居住系施設も含めたところでの医療連携、特に、病状急変時にどう対応するのかということが大きな課題かと思えます。

これは、先ほども前段のところで、救急搬送のデータもご紹介させていただいたんですが、例えば、特別養護老人ホームであっても、地元で受け入れが可能でありそうなケースまで高知市まで消防で救急搬送されていると、そういうデータが出てまいりました。もっとも、医療がバックにあるところは地元でしっかりカバーしていただいているんですが、そうでない施設については、軽症でも高知市に運ばれるといったような傾向がございます。ここらあたり、どうするかといったことが大きな課題であろうかと思えます。

次の7ページご覧ください。

次に、療養病床についてですが、療養病床が多いということがありますが、平成27年をピークに減少中にごございます。また、介護療養病床の廃止とか介護医療院への転換に向けた動きがございます。

大きな流れを整理させていただきますと、平成18年に、この療養病床のことが大きな課題になりました。それ以降の大きな流れを説明させていただきますと、介護療養病床から医療療養病床に転換がかなり進みました。もうひとつは、医療療養病床から一部、一般病床のほうに移っている傾向もございます。もうひとつは、廃止をしたということで減少してきているということがございます。

さらに、最近の特徴としては、医療療養病床の中で、20対1と25対1があるわけですが、25対1から20対1に移行されているところが多くございます。それから、もうひとつは、残った介護療養病床についてですが、介護医療院に転換に向けた準備ならびに検討をされていると。これが全体の概要ではないかなと思っておりますが、いずれにしても、トータルでは年々減ってきているというのが現状でございます。

次に、この地域の二次、三次の医療機関の連携分担と連携、及び地域包括ケアの後方支援体制に関する主な課題ということで整理をさせていただきました。

やはり、大きな問題で非常に難しいのは、患者さんご家族の大病院志向が大変強いということがございます。やはり、いざという時の安心がほしいということが、これは市民の感情としてよくわかります。

具体例を申し上げますと、例えば、特養なんかも、ちょっと聞いてみたんですが、いざ

という時にどうするのか、ご家族にお聞きしていますか、と聞けば、それは聞いていますと。どこに搬送されるのかというのを聞くと、高知市内の病院に運んでほしいというご家族の意向が強くて、現実、そこに紹介することが多いですというお話でございました。

ただ、まとめてドンと聞いていますので、例えば、肺炎になった時はどうしますかとか、骨折の時はどうですかとか、脳卒中の時はどうするのかと、そういう丁寧な聞き方は当然していませんので、当然、漠っと聞かれれば、より高度な三次の救命救急センターに運んでほしいということになるのではないかなと思います。

もう少し丁寧な説明を、選択ができるような説明をしておく必要があるのかなと。例えば、誤嚥性肺炎で救命救急センターに運ばれると、ご本人にとっても、あまりよろしくない選択になることが多いし、一定帰ってくることができなくなる、迷子になってしまうみたいな表現をされているところもありました。そういう問題もありますし、一方で、救命救急センターも誤嚥性肺炎の患者さんについては、地域でみてほしいというご意向があるとお聞きしています。このあたりのミスマッチの問題を整理していくには、もう少し丁寧に市民の方々にご説明をしていくことが必要なのかなと。このあたりが非常に難しい課題ではあるんですけども、まずは、高齢者施設等から重点的にやっていったらどうかなと考えています。

2つ目には、本日のJ A高知病院さんもそうですが、医師不足の問題が大変大きな課題でございまして、今、現状でも大変頑張っていていただいておりますので、これ以上、無理をしるということは申すつもりはございません。特に、休日夜間については大変厳しい状況にあるということでございますので、これは医師確保ができれば、しっかり対応していただきたいということですが。ただ、極力、昼間で対応できるものは昼間で対応していくと。先ほどの、例えば、肺炎の対応とか諸々も、施設側ももう少し理解が進めば、早目の入院をすとか、翌日の昼間の受診まで待てるかどうかの判断はしっかりするとかいうことで、時間内の対応ということにつないでいけることも一定可能かなと考えています。

それから、高齢者施設の医療体制、ここは、先ほど申しましたとおり、かなり施設ごとに大きな対応力に格差があるように思います。その実態についても、まだ十分に把握できておりませんので、しっかり把握を今後、進めていきたいと考えております。特に、医療系がバックにないところで弱いところについては、地元の医療機関等との密接な連携の仕組みを強化すべきではないかなと考えております。

さらに、嘱託医、それから、かかりつけ医の支援体制ですが、いろんな高齢者施設等が、嘱託医が居る、協力機関があるというかたちはとっているけど、その実態が十分に機能していない場合もあります。

そこらあたりをどうするかということで、次のページをご覧ください。

地域急性期病院、J A高知病院さんのようなところと、それから、居宅療養をするところ、それから、かかりつけ医、嘱託医等のこの3つの連携の仕組みをしっかり強化していったらどうかと考えております。

特に、地域急性期病院については、①に、つまり、ポストアキュート、サブアキュートをしっかりやっていただくことに加え、できれば、③のところ、居宅復帰、病状急変時対応を円滑にするための、かかりつけ医等と連携した居宅療養を後方支援するようなところをしっかりお願いできればなど考えております。これは、今後の地域包括ケアを推進していくにあたっての方向性として提案をさせていただきました。

次に、4点目、母子周産期医療の現状でございますが、少子化とともに産科の診療所が県全体で減少しておりますし東部管内も激減しています。一方で、ハイリスクを担う周産母子医療センターとローリスクを担うその他の医療機関の機能分担、これは、本県は大変よく機能していると考えております。

一方で、子育て世代が二極化して機能不全家族が増加するといったことで、医療的な課題だけではなくて、社会経済的な要因でいろんな虐待とか、妊産婦のメンタルケアなどの保健・医療・福祉の緻密な連携を必要とするケースが増えてきております。また、発達障害支援への対応も大きな課題になっております。このあたりについては、嶺北中央病院さん、大変頑張っていたいただけていると認識しております。

次のページの円グラフですが、3市の出生数の分娩取扱医療機関でございます。

J A高知さんが約3分の1を担っていただいて、それから、高知医大と医療センターと三次周産期医療、この3つで、約4分の3近くをカバーしていただいております。小さな民間の診療所の分娩が、大変少なくなってきたといったことが、これでおわかりいただけるかと思えます。

またJ A高知さんの分娩件数ですけれども、年間400件程度の分娩の取り扱いをしていただいております。この母子周産期については、大変重要な役割を担っていただいていると考えております。このほか、災害医療でありますとか感染症への対応等でJ A高知病院さんには、大変、中核的な役割を担っていただけて大変ありがたいと考えています。

以上、少し長くなりましたけれども、まずは、皆様方で、この地域全体の現状について共有しておく必要があるということで整理をさせていただきました。

是非、最後に、ご協力をお願いしておきたいのは、今後とも、できるだけ、こういうデータに基づいて、この地域の医療の現状を皆さんで共有していくということが大事かと思えます。

そういう意味では、行政のほうには、多々、病院等からご報告いただいたデータがございます。そういったデータの活用について、皆様方のご協力をいただけたら大変ありがたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。以上でございます。

(議長) ありがとうございます。

続きまして、J A高知病院さんのほうから、現状と今後のビジョンについて、谷木院長のほうからよろしくお願ひします。

(委員) J A 高知病院の谷木です。

資料3の1ページ目と、それと今日、お配りしたA4の赤と黒と、一番下側に表がありますが、その今日追加したものは、この資料3の26ページのもので、ちょっと小さくてわかりにくいので書き替えたものですので、時間があれば簡単に説明したいと思います。

それでは、J A 高知病院の現状と今後のビジョンについて、資料3に従って、1ページ目に従って説明いたします。

当院の理念は、地域の方々に選ばれ続ける病院というふうにして、その理念に沿うように頑張っております。この、1、2、3、4、5、6、7と項目ありますが、骨子は、1、2、3、4です。

1は、二次救急、二次医療の拠点というふうにしております。DPCデータを見ますと、当院は、呼吸器系、外傷系が多いので、一応、二次救急医療となっております。高度急性期病院との機能分担と連携の推進、病・病連携、病・診連携の一層の推進としております。

ちなみに、当院は、1ヶ月に救急車が80台～90台、90台くらい来て、その85%を受け入れております。それと、病・病連携、病・診連携にいたしましては、1ヶ月に約200人の患者さんの紹介があつて、その98%くらいを受け付けております。

2番目ですが、地域包括ケアの後方支援拠点ということで、これは、先ほど、田上さんから説明があつたんですけども、介護医療施設は、医療系の施設でない場合は医療との連携体制が弱いとおっしゃるとおりだと思いますので、当病院は、1年に2回、介護施設の方々と交流会を開いて、そういうことを改善しようとしております。

3番目に、三次と連携した母子周産期医療ということで、先ほどもデータがありましたけども、当院は、年間約400例のお産を扱っております。

4番目に、災害医療、感染症の拠点と。中央東区域の災害拠点病院として、いろんな訓練に参加したり、当院でも訓練を行ったりしております。感染症発生時の協力医療機関としても言われております。

5番、6番は、現在、これから、しようとして、いわゆるしつつあることなんですけども、5番は、地域医療連携室を中心に継続看護を行なう専門チームとして、高知県立大学と共同した「お結びチーム」を結成して、退院支援事業に取り組みつつあるということです。

6番目には、前方、後方連携のデータ蓄積と見える化ということで、これについては、システムを開発して、現在、テスト中で、また、評価できれば、退院支援と救急患者の受け入れについての評価等として応用したいと考えています。

それで、別紙のA4の用紙を簡単に、今のことを文書にしたことなんですけども、非常に大事なところを赤字で書いておりますので、赤字のところを読ませていただきますが、先ほどと重複するところがありますけども。

二次救急病院として、呼吸器系疾患、外傷系疾患を中心に「病・病連携」「病・診連携」を推進する。もうひとつは、一次・三次周産期医療機関と連携しながら医療体制を維持できるようにする。急性期と在宅をつなぐ。ポストアキュートの対応を担う。それと、診療所、介護系施設、在宅系施設等との連携をさらに深め、慢性期の急性増悪などサブアキュートの対応を広く担う。

これ、将来のことですけども、一定の急性期病床を維持しつつ回復期機能の病床について検討する。地域医療調整会議で、中央区域、物部川サブ区域、それぞれでニーズがどこにあるのかを明確にして、その中で当院として対応すべき病床機能及び病床数について検討していく。

以上、簡単ですけど、そういうふうなビジョンを描いております。以上です。

(議長) ありがとうございます。

前半では、物部川サブ区域の医療の現状と特色をデータに基づいて説明していただきまして、後半では、公的医療機関のJA高知病院さんの医療機能、今後のビジョン等を説明していただきました。

ここで少し時間をゆっくりとっておりますので、皆さんからご意見やご質問を受けたいと思いますけども、いかがでしょうか。ここが一番大事なところでは、本日のテーマではありますので、よろしく願いいたします。

物部川サブ区域の二次医療の現状ですね。やはり、高知市内に依存している現状がある。それから、介護施設からも、急変では高知市内に行っている現状がある。それから、かかりつけ医とか、そういった機能の少し若返りはないとか、いくつか課題をわかりやすくあげていただいたと思いますが、そのあたりはいかがでしょう。

どうぞ。寺田委員さん。

(委員) 頑張ってください。JA高知病院さんに敬意を表したいと思うんですけど。

質問というか希望みたいなことなんですけど。まず、最初の田上先生の資料2の3ページ、4ページのところを見ると、JA高知病院さんの内科系よりも骨折とか、そっちのほうを頑張っておられるんですけど、これは何か理由があるんですか。内科系のJA高知病院の3ページの左中、赤の30。

(議長) 内科系、筋骨格系のほうの、何で、頑張っていらっしゃる理由は何でしょうかという。

(委員) 内科系よりも、4ページの骨折のほうが、JA高知病院さんの症例数が多いということは、整形外科の先生が頑張っておられるとうことでよろしいですか。

(議長) 多分、4ページの上にあるんですかね。骨折の3市消防担当医療機関という。

(委員) あ、4ページ目ですか。

(委員) うん。3ページが内科系で4ページが骨折。

(委員) これは、私は、感触として、いろんな疾患をやっていると思ってはいたんですけど、DPCのデータが出たら、こういうふうな特徴が出たということです。

(委員) 僕が聞いているのは、整形外科の先生が、例えば、数が多くて頑張っておられるのか、1人で頑張っておられるのか、どうなんですか、これは。

(委員) それは、私は、あんまり関係はない…、彼は24時間対応しているものですね。絶対断わらないというふうなことをして大変な努力をいただいているのは確かなんですけども。

(委員) あと、もうひとつは、最後におっしゃった赤字のところですけども、1枚ペラのやつですね。真ん中のあたりの、上のほうか。二次救急病院としての病・診連携を推進するという話でして。

これはやはり、これから何が大事になるかといいますと、介護療養病床が介護医療院へ、もし、転換するとなると、これは、はっきり言って介護施設なんですね、介護医療院というのは。ということは、そこで、もし、亜急性期といいますか増悪した場合にどこに運ぶか。まさか、三次救急に運ぶということはあまり少ないと思うんですよ。だから、そうなると、二次救急としての役割を果たしていただかないと、介護医療院で具合が悪くなった高齢者が行き場がなくなると、亜急性期の。そのへんのところが一番、僕が今、心配しているところです。

ですので、野市中央病院さんもそうですけども、三次救急は、先ほどおっしゃっているように、なかなか難しいという話ですので、二次救急の部分として引き受けてもらえると、介護医療院の経営者は助かると、こういうようなかたちになるんじゃないかと思っています。よろしくをお願いします。

(委員) 先生と同様の意見なんですけども、介護施設とか、将来の介護医療院で何かトラブルが発生したり急性増悪した場合は、我々が何とかしたいというふうに考えております。

現実には医師不足で、本当は私は、外科系1人、内科系1人の当直医をもちたいんですけども、今、当直は1人なんですね。だから、できる範囲内でそういうふうな、現時点では対応したいと。将来的にはドクターを増やして、先生のおっしゃるような要望に応えるよ

うにしたいというふうに考えております。

(委員) これからということですね。よろしく申し上げます。

もう1個、発達障害の問題ですけど、子どもさんの。これは、専門医がほとんどいなくて、高知県内に。施設は、見ている先生はいるんですけど、確か、1人くらいしかいなくて、専門の先生、発達障害の診断がつかないと、なかなか。その問題があるので、今、JAでは、小児科の先生が、そのへんも対応していただいているんでしょうか。

(委員) 発達障害について、私は院長として、先生がおっしゃるように、発達障害の専門医は少なく、うちの小児科の先生は、いろんなところに招かれて当院に不在がちで非常に困っているんですね。

私は、正直に言いますと、制限しつつあるんですけど、いろんなところに頼まれて、止むを得ず、色々できる範囲内といたしますか、そういうふうにしております。

(議長) 発達障害に関しては、精神科も関係しますので、結構、重度の方とか難しい方は確かに、基幹病院に行くべきだと思いますけど、軽度の方とか、地域保健とか精神保健のほうで見ないといけないような方、それと、親御さんの相談対応とか、そういった部分は、もう少し保健師さんとか地域のレベルでかなりのところを見てから、セレクトして基幹病院に行かないといけないんじゃないかと。

(委員) 包括とか、見てくれる、診断してくれるところが少ないのでできない、ほとんど。たらい回しなっているので、それをいずれは四国県内でちゃんとやらないといけない、というふうに。

(議長) そのあたりで、山下先生、ご意見、よろしいですか。元医療センターの。

(委員) それは、軽症の人が順番をとりすぎるので重症の人がものすごく待たないといけないというふうに、皆、言っています。だから、どこかでスクリーニングして重症の人を集中的に見る必要があるだろうと言っていますが、なかなか具体が。

(委員) その軽症の人をスクリーニングする役割を県から言われまして、土佐希望の家が来年度から、そうやって、重症の人だけ療育センターに行って、それ以外の人はこちらで見たり、ある程度検査をして療育センターに来るといような体制をとろうとは思っていますので、少しは待ち時間が少なくなるのではないかと考えています。

(議長) ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。先ほどの介護施設の後方支援の問題もなかなか大事なテーマだと思いますけど。介護療養だけでなく。特養とか老健のそういったところの急変時の対応というのが、どうしても高知市内に、今現状では依存しているというか、ご家族がそういう考えというのもあると思うんですけど、このあたり、何かご意見。

どうぞ。

(委員) 結局、ピンポン状態をどうするかなんですよ。つまり、二次救急に送ったけど、そこで塩漬け状態は困ると。だから、引き取ってくれと、次が。その場合に、介護施設が引き取れるかどうかの問題と、じゃあ、途中で亜急性期みたいな、もうちょっと見るのかどうか。そのへんの流れをちゃんとつくっておかないと。つまり、JA高知病院さんが、やりますよと言っても、困りますよという話が出る、行き先がない、そのあとの。この問題はちゃんと解決しないとだめだと僕は思っています。

(議長) その他に何か、ご意見ある先生、いらっしゃいますか。

どうぞ、浦松先生。

(委員) 三次救急であれば、そのあと、二次救急もしくは療養型が見るとというのが当然な流れというのは、なって、そこがやらないと、ピンポン玉は詰まってしまうというかたちになりますので、やはり、JA高知病院さんはできるだけとっていただいたら、そのあとは療養型のほうに送っていただくという道をつけるのが、やはり、一番良いのではないかと。それで帰れるかどうかの判断というかたちでやれば、ベッドが空いたままで回せる可能性が一番高いと思います。

(議長) 貴重なご意見、ありがとうございます。

ほかは、いかがでしょうか。同施設をもっていらっしゃる先生、日頃感じていることとか。施設の後方支援だけでなく、先ほどの田上先生のご説明、谷木先生のご説明に対する、何かコメントはいかがですか。

どうぞ、吉川先生。

(委員) 医療センターの救命救急のほうから聞くと、やはり、看取りと思っている人が来られると。そうすると、非常に困るということがありますので、介護施設で医療機関がバックにあるところは、ある程度できるのかもしれないですけど、そこでも十分、看取りということで説明ができていないようなところがあるんじゃないかと。

僕は、社会福祉協議会で看護師さんがやっているような介護施設に行きますと、その看護師さんが言うに、私はもう全部、その看取りのこともちゃんと話してそこでやっていますと言いますので、医師がなかなか関与できないのであれば、そういう看護師さんがいら

っしゃって施設の中で完結してくださると、いろんなことが少しくまるとか回るかもしれないということを感じました。

(議長) ありがとうございます。

先日、看取り加算の研修会等もありまして、昔、施設で亡くなる、看取るというのは、何かタブーのように考えられた時代もあったらしいのですが、最近ではもう、施設で看取る、DCPの考え方をどんどん皆さん、実践されているということで、段々増えているのではないかと思いますけど。

いかがでしょう。看取りの問題と、地域とかご家族への情報提供、説明が、なかなか難しいところだと思うんですけど、そのあたり、ご意見、よろしいでしょうか。

(委員) その問題はですね、患者さんとか家族の考え方なので。

何プランだったっけ。いわゆる、元気な時から自分の看取りの問題も含めて、どういうふうなプランニングをつくるかという、アドバンスケアプランというのを、これは県のほうでは、実は、元気な時からやらないと。がんの末期の人に、あんたどうするの？って、そんなのは聞けませんから、基本的に。だから、元気な時に、そういうプランニングをつくるようなシステムをつくらないと最後が困ると。看取り、例えば、よくあるのは、急変したから、すぐ救急車で運んでやると。もうDPCで、ほとんど亡くなっているのに、どうするの、瀕死状態が一番困ると。

だから、そういうことがあるので、アドバンスケアプランニングというのが、これからの課題だと思います。今、大分、問題になって、全国でも大分、問題になっているのが、県のほうに、これはお願いしないといけない。なぜかと言うと、元気な時にやっておかないといけないプランニングですから。具合悪くなってからじゃ、あんた、死ぬ時どうするの？なんて言えませんから、デリケートで。以上です。

(議長) ありがとうございます。

看取り救急とかいう、看取りのために救急車に乗るといようなことも皮肉ってばい言葉としてありますけど、まさに。

どうぞ。

(事務局) まさに、寺田先生が言われるとおりでして、このいわゆるACP、アドバンスケアプランに関しましては国のほうも進めてございます。

今、神戸大学が、国の厚労省の委託を受けておりまして、このアドバンスケアプランの、いわゆる、人をつくっているといいますか、看取りができる、特に、アドバンスケアプランを適用できる人を育てようという研修会をやってございます。

今年は、徳島のほうでございました。去年は確か、高松だったと思います。私も高松ま

で行かせていただいたんですけども、来年度は県のほうも、こういったことに沿っていこうということで、高知のほうでやらせていただけるように、今、準備を進めているところです。

また、こういったようなことの、いわゆる皆さんが集まって、いろんな協議をいただく場というものがございました。来年度につきましては、こういったものが協議できる場を準備していきたいというふうに思っております。その中で出た意見をもって、また、研修した中で、このいわゆる国の研修に参加していただくという流れを来年度、準備をしていますので、またよろしく申し上げます。

また、その際は、ご紹介のほうも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。

(議長) ありがとうございます。

四国高知で開催されるのは来年じゃなくて今年ということですかね。7月以降。

(事務局) そうですね。大体、四国、全国を回ってまして、四国は大体、冬場に回ってきますので、今年の冬場ぐらいで何とかできるのではないかなと思っています。

(議長) ありがとうございます。

どうぞ、田上先生。

(中央東福祉保健所 田上所長) 少し、今後、ご協力いただきたい、お願いしたいことをお話させていただければと思いますが。

この8ページの円を書いたところのポンチ絵をご覧くださいと思います。

地域包括ケアを後方支援する医療体制に関する方向性ということで整理をさせていただきました。先ほど、浦松先生からのお話の中で、ここに療養病床のほうで受け入れしていただけるバックが難しいときに、療養病床で受け入れするといったようなところも、この中に入れたらどうかなと思いました。

今後、特に左下のところの居住系の施設を中心に、特に、平時における医療体制がどうなのかということと、それから、病状急変時にどのように対応をしているのか、また、その準備をどのように平時からしておられるのかということ、個々の施設ごとに、ご理解、ご協力いただいて、実態把握ができないのかなということを考えております。

そこで明らかになってきた課題をもとに、じゃあ、どのような連携の仕組みを作っていたらいいのか。現状の連携上の課題はどんな課題があるのかということ、明らかにできればなというふうに考えます。

私の、これまでの関わったところでの断片的な情報からすると、かなり、施設の種別、また、同じ施設でも医療系がバックにあるところとないところで、かなりの温度差がある

というのが現状ではないかなと思います。ただ、どうも、皆さん、感覚的にはわかっているんですけども、実態としては把握ができてないということがあろうかと思います。できるだけ個別に個々の施設ごとに丁寧な実態把握ができればなと思います。

今日は市町村の皆さんもお越しですので、介護保険の立場でも市町村のほうもご協力いただけるとありがたいですし、また、かかりつけ医、嘱託医、協力医療機関というかたちでご協力いただいているところの先生方についても、今は一定なことについての実態把握することについて、また、逆に、かかりつけ医、嘱託医の立場で、こういうふうにしたいんだけど、なかなか現実には難しいと。例えば、嘱託医になっているけど、高齢で夜間に駆けつけて行くことは、なかなか難しいんだとか、いろんな現状があるかと思います。

そこらも含めて、実態把握にご協力いただけたらありがたいなということを考えておりますので、今日は、そのことについてお願いをさせていただきました。是非、ご了解いただければ、医師会のほうにもご相談もさせていただきながら、どのように調査をしていくのかということも含めて相談しながら進めていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

(議長) ありがとうございます。

どうぞ。浦松委員さん。

(委員) 今、うちのほうでちょっと困っていることがありまして、連携のことになるんですが、在宅医療支援病院ということになっているので、退院させるのに2つあって、一般病床から来て在宅に復帰させるのと、家とか介護施設から来て復帰させるのと、2つ共に縛られているようなかたちで。だから、家もしくは施設から来て帰すのは、いつでもあれだけど、一般の病院から来て復帰させるという時に、帰す施設がなかなか難しいと。

療養型の病院、そこで、二次とか三次からの受け入れはいいけど、こちらも空いてないといけないので、それを空けるために、その一番上から下まで行くためには、病院のほうをとるのを優先するか、もしくは在宅療養支援病院に課しているような、施設でも、その2つのメジャーをもってはかってもらったら、病院からの受け入れもいくらかするとかいうかたちの2つのメジャーをもってもらえれば、非常にうまく回るのではないかなと考えていますけど。

そういうこととかは、どうでしょうか。

(議長) ありがとうございます。

在宅医療支援病院も在宅復帰率をとられるので、そのあたりの連携先というのが、どうしても、選択が、狭くなる場所があると思うんですが、その中で、このネットワーク、どういうところ、役割を担うかというところだと思いますけど。

田上所長、そのご意見、何かありますでしょうか。

(中央東福祉保健所 田上所長) 多分、おそらくですね、先生の言われることはよくわかりますので、そういったことの現状も含めて、先ほど、慢性期の療養病床のところ、全体でうまく回っていく仕組みの中にどのように入っていけばいいのか。入っていくにあたって、どんな課題があるのか、そのあたり色々ご意見頂戴できるとありがたいと思います。

やはり、どこも問題になるのは、受けるはいいけど帰りが難しい。そこが不安なので、なかなか、ということで止まってしまうということがあるので、スムーズに流れていく仕組みをどう作るかというところだと思うんですね。どこにネックがあって止まってしまうのかといったことが、どうも狭い視野だけで見ているのはだめで、かなり、ここで言う急性期病院も含めて幅広いところでどこに課題があるのかといったことを明らかにしていく必要があるのかと思います。

そういう意味で、今、浦松先生がおっしゃられたことも含めて、もう少し、ここの方向性と書いているところをもうひとつ広げたかたちで検討させていただければなと思いますので、また、改めて色々ご指導、ご助言いただけたらと思います。

(議長) この8ページの上の図の連携ネットワークをうまく回すために、個々の施設のデータとか実態把握が必要ということになりますので、先ほど、田上所長がおっしゃったように、そういった実態調査に是非、ご参加の先生方の施設、ご協力をお願いしたいと思ひまして、当然、公的医療機関でありますJA高知病院さん、こういったデータも全部、公表していただいていますので、これから、この具体的な議論を進めるうえで、それぞれの医療機関のデータも是非、提供、ご協力をいただければなと思います。

当然、このクローズドな会だけでの情報共有として、外には出すことはないです、これも県の医師会でも、それはかまいませんというふうに了解は得ておりますので、是非、協力をお願いしたいと思います。

それでは、このテーマにつきまして、何かほかにご意見はよろしいでしょうか。

そうしたら、次の議題に移りたいと思います。議題(3)の土佐希望の家 医療福祉センターにおける増床について、事務局のほうから説明をお願いします。

(事務局) 追加項目としまして、土佐希望の家 医療福祉センターにおける増床についてということで、このあと協議させていただきます。

なお、同施設の小田切常務理事より、このあと、現状や内容についてはご説明いただきますが、その前段で、今、病床につきましては、現在、県のほうでも基準病床数制度という中で管理しておりますので、その中での整理につきまして、自分のほうからご説明させていただきます。

資料4を見ていただけたらと思います。それで説明させていただきます。

基準病床数制度ということで、この中の、上のほうの仕組みの中を見ていただけたらと

と思いますが、基本的に全国統一の算定式で算定をしており、2つ目の○を見ていただけたらと思いますが、既存病床数が基準病床数を超える地域では病床過剰地域となり、基本的に、医療機関等の開設・増床ができないといった中身になっております。

高知県におきましても、現状、安芸区域は、室戸病院がなくなった関係で非過剰になっていますが、基本的に、それ以外の部分につきましては、病床過剰地域で、増床等もできない、開設もできないような状況となっております。

その下、ただし、先ほど言った既存病床数が基準病床数を超える、の、既存病床数に代わるとする部分で②の部分を見ていただけたらと思いますが、一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しないという、「(病床数の補正)」とあります、そういう制度となっております。

その下を見ていただけたらと思いますが、その対象としましては、職域病院等やハンセン病療養所、医療観察法病院、そういったものが含まれておりますが、そういったものにつきましては、特定の患者のみが利用しているため補正の対象となる。この中の職域病院等の中には、重症心身障害児施設も含まれております。

今回の土佐希望の家につきましては、この重症心身障害児施設に該当するようなかたちになっております。こちらにきましては、既存病床数に算定する際は補正を行なうと。結果的に、高知県におきましては、既存病床数として算定しておりませんので、基準病床数制度の枠となっておりますので、その旨、最初にご説明させていただきます。

2ページ目につきましては、地域医療構想調整会議の進め方ということで通知が出ておりますが、その中で、新たな医療機関の開設や増床の許可申請への対応ということで、そういった場合には、調整会議でも議論してくださいねという通知が出ておりますので、今回、その通知に基づいて、この調整会議で協議をさせていただくといったかたちになっております。

なお、この調整会議の協議を経たうえで、3月28日、明後日の医療審等でも協議を行なう予定となっております。

以上で、説明を終わらせていただきます。

(議長) ありがとうございます。

続いて、土佐希望の家の小田切常務理事のほうから説明をお願いします。

(土佐希望の家 小田切常務理事) 土佐希望の家の常務理事の小田切でございます。

今回、お願いしている増床について、基準病床の枠外ということで、先ほど、県の方から説明していただきました。資料5をご覧くださいと思います。

現在、当医療福祉センターは、一般病床140床を許可病床で有しておりまして、その内136床を入所、4床を空床利用の短期入所の病床として運営をさせていただいておりますが、現在の患者さんというか利用者さんへの対応状況を考慮して、2床の増床をお願い

いしたいという趣旨でございます。

ちなみに、先ほど、説明もありましたが、土佐希望の家 医療福祉センターは、児童福祉法に基づく重症心身障害児、「児」であっても「者」になっても、そのまま継続して利用できるということで、児童福祉法の重症心身障害児施設であって、もうひとつは、医療法の病院でなければならないという2つの機能を併せ持つ施設でございます。

今回は、病院としての病床の増床をお願いしたいというところでございます。

現状のところをご覧いただきたいと思えます。まず、①として入所の利用状況でございます。昨年度の後半から今年度に入って、136床、入所の満床が継続しておりまして、県の入所調整会議も定期的、四半期ごとくらいに開催されまして、県内3つの重症心身障害児施設、これは、国立高知病院の重心病棟と幡多希望の家と土佐希望の家の3つになりますが、その入所の状況、待機者の状況等を高知大学の医学部さん、医療センター、在宅重心の支援診療所、もちろん、3つの重心施設などの関係者で共有することができているということが実情でございます。

今後も空きが出れば、入所調整会議で協議することになっておりまして、現在のところ、満床の状況が継続することが想定をされていると。今年2月の入所調整会議で既に土佐希望の家の待機者も決定しているという状況でございます。

そういった入所の状況に加えて、②の短期の入所の利用の状況でございますが、4床の短期入所、タイムステイも含みますが、昨年4月から今年1月までの延べ利用人数が937人。年間約1200人の見込みで、1日平均3.06人。キャンセルが70人、今現在もっと多くなっておりまして、予約のお断わりも87人、この時点、現在では90人を超えております。実際は、4床に対して平均3.06人ですが、実際は満床の状況ということになっております。

そういった中で、家庭の事情、介護者のご病気などで止むを得ず長期、通常、短期入所は2週間程度ですが、1ヶ月以上の短期入所となるケースが年間、数件、どうしても出てまいります。そういったケースが入りますと、その他の利用者は断らざるを得ない状況の期間が長期に発生するといったこともありまして、ニーズに必ずしも十分に对应されていない状況であるというのが、ショートステイの現在の状況です。

3つ目に、緊急一時保護対応ということで、最近、新聞報道等もされておりますが、児童相談所における虐待等の緊急一時保護のケースが増えております。その中で、稀ですが、重心のケースが生じた場合は、児童相談所の一時保護所とか児童養護施設等では対応ができません。医療的ケアが必要なケースになりますと。そういったケースは、重心施設、土佐希望の家に話があった場合は、優先的に対応する義務があると考えておりまして、最近、そうした事例も生じておるといのも現状でございます。

次のページをご覧ください。

そういった現状を踏まえた課題の認識として、ひとつは、入所につきましては、136床が常時、現在、満床ですが、緊急性の高い待機者が多くいる状況ではなく、在宅生活を

過ごしながら支援、あるいは介護にあたる保護者等の環境の変化が生じた場合には入所を希望する方が一定数見込まれるという状況でございます。

このため、入所のベッド数を今すぐ増やしていくという必要性は薄いものの、家庭環境の変化で緊急に受け入れが必要となるケースは常に想定がされますので、その時点での施設の状況、3つの県内の重心施設の状況で対応を検討するということとなります。

②の短期入所については、同一日の重複申込みによるお断わりが一定数、毎年80件と書いておりますが100件を超えております。が、生じておまして、これは、どうしても同一日に重複するのは止むを得ない場合もありますが、相談支援事業所とか保護者が受入先に断られて、ほかの受入先を奔走しても、医療的ケアも必要な重心の受入先は当然、限定されますので、実現せずに、なかなかショートが利用できないということで苦慮しているのも一方で実情としてあります。長期の短期入所とか緊急一時の保護があった場合には、なおさら、そういった状況になるというのが課題です。

そうした課題に対して、医療機能が充実している重心施設、土佐希望の家 医療福祉センターとしては、重心へのさらなる在宅支援、緊急対応などは施設の使命として取り組むべきと考えておまして、現在の施設において2床分は面積的にも増床が可能な状況でございますので、また、看護師等の人員配置も、現状でも2床増床しても基準を満たす配置をしておりますことから、2床の増床をこの際、認めていただければ、在宅重心の支援の拡充ができるということで、そういったことに取り組みたいと思っておりますので、お願いでございます。

仮に、2床増床が実現をしますと、その効果として、136床の入所と4床プラス2床の短期入所でございますので、短期入所の運用としては1.5倍になりますので、2床増床は入所でなくて短期入所在宅支援を基本として対応して、緊急の入所対応、あるいは長期の短期入所、緊急一時保護などのケースが生じた場合でも弾力的な対応が可能となって在宅支援の充実が図れることにつながります。

もうひとつは、相談支援部門で、家庭環境などから短期入所の利用が必要と思われるケースについては、これまで、なかなか空きができなかったので積極的な対応を躊躇する場合がありますけど、そういった面も含めて利用者家族への支援の充実が図れるのではないかと。

職員の配置については、現体制を基本に考えていきますが、増床後の支援状況をふまえて、必要であれば増員等の対応もしたいと考えております。

最後に、何よりも、胃ろうとか経管栄養、気管切開、人工呼吸器、吸引などの処置、支援をしながら在宅で頑張っておられる保護者や家族にとっては、緊急時、あるいはレスパイトで短期入所が利用できることは、一時的な休息と頑張りのエネルギーにもつながる大きな支援になると考えておりますので、たった2床かもわかりませんが、その効果は、私共は大きいと思っておりますので、是非お認めいただけるようお願いしたいと思っております。よろしく願いいたします。

(議長) ありがとうございます。

ただ今の事務局、それから、土佐希望の家さんからの説明につきまして、ご質問、ご意見がありましたら、お願いをいたします。

吉川先生、どうぞ。

(委員) これを見ましたら、昨年度後半から今年度に入ってということは短期間ですね。データを例えば、5年間とか10年間とかの長期入所とか短期入所の具合がわかっただら、これは最近になってこうなったと。将来もこうなるであろうといたら、説得力が乏しいのではないかと思うんですけどね。今までの何年間かのデータを出していただいたら。

(土佐希望の家 小田切常務理事) すみません。手持ちのデータもあるわけですけど、今日は出しておりませんが。実は、平成26年から30年まで入所している人が段々増えてきました。26年は133人、27年は134人、29年になって135、今は136になっていまして、一時保護の人が来ますから、実際には137名が入所されています。

ですから、その分、140から引いた部分が、ショートステイができる病床数ですから、それからどんどん、どんどん少なくなっているという状況であります。

(委員) わかりました。

(議長) ありがとうございます。この4、5年間、増えてきているということです。

いかがでしょうか。どうぞ。寺田先生。

(委員) まず最初に、私、この問題は、基本的に賛成です。それをふまえて、ちょっと質問させてもらいたいのは、何かと言いますと、この会は、中央区域調整会議の物部川部会、基本的な問題として、で、ここに出てきた案件ですよね。

もうひとつは、この施設は、エリアとして高知県全体の入所者がいるのか、あるいは、今言いました中央区域といますか。先ほど聞いていると、ほかの医療センターとか、ここにありましたよね、入所施設が。振り分けている問題もあろうかと思うんですが、この、今、懸案の施設自体は、何かエリアを決められているのかどうか。つまり、この物部川部会で議論する会なので、それを聞きたいです。

(土佐希望の家 小田切常務理事) 寺田先生のおっしゃるエリアの問題ですけど、先ほど言いましたように、重心施設は、土佐希望の家、南国の。それから、高知市の国立高知病院の重心病棟。そこも120床くらいあります。幡多希望の家が約50床あります。もと

もと幡多希望の家は土佐希望の家と一体で、土佐希望の家に幡多地域から入所していたご家族等の強い要望で、幡多地域に20年前に幡多希望の家をつくりました。土佐希望の家に幡多地域から入所していた方がそちらに移られた。その後、幡多地域で重心施設が必要な方は主に幡多希望の家と。

なので、エリアとしては、その3つで、中央部を国立と土佐希望の家で担っている、幡多圏域を幡多希望の家で担っているということですので、物部川流域だけに限ったエリアではございません。

(委員) それはそれでいいと思いますけど。

あともうひとつは、4プラス2床の短期入所だけですよ。いわゆる100何十床の部分は長期の方ですよ。で、短期だけ2床増やすということですか。

(土佐希望の家 小田切常務理事) 基本的には、そう考えています。つまり、136床、満床ですが、緊急性の高い入所の待機者は、まだ少ないと。ただ、在宅支援をすることによって在宅で頑張れる期間が長くなる安心感というか、休憩もとれるしということで、そちらを今回、拡充して在宅、在宅支援は、ずっと前からいうと強いので、そこをしっかりと支えていこうと、基本的には、という考え方。

(委員) あと、短期というのは、どれくらいを想定されていますか。

(土佐希望の家 小田切常務理事) 基本的には、制度的には2週間を想定しています。2週間で繰り返すケースもあります。先ほど言ったように、1ヶ月とか3ヶ月とか半年とかいう短期入所を繰り返さざるを得ないケースはありますけど。基本的には、一般的には1週間以内の利用、2～3日の利用が多いですけど、基本は2週間までという考え方です。

(委員) 資料4で見ると、病床数の補正は、重症心身障害児者施設である病院にあたり、これ。そういうことですね。だから、一応、文句はないんだけど、ちょっと聞いてみたのは、そこらへんです。いいです。

(議長) ありがとうございます。

ほか、よろしいでしょうか。どうぞ。浦松先生。

(委員) 私も、このことについては賛成ですけど。

この人数は、入所者がどんどん増えていっているのは、新しい子どもさんが増えているというよりも、年がたってずっと居る人数が増えていって、どんどん上がっていっているんでしょうか。

(委員) 両方だと思います。今、NICUで医療的ケアをものすごくやりまして、在宅でみておられる方が増えてきたのがひとつ。それから、やはり、管理がよくなって、うちの施設でも最高齢の人、96歳ですから、それで長く存命される方が増えてきていると。そういうことで入所者が一定増えてきているということになると思います。

(議長) ありがとうございました。

ほかはどうでしょうか。既存病床数にカウントされない施設ということで、問題はないんじゃないかと思えますし、こういった趣旨であれば、賛成いただけるのではないかと思います。

この物部川区域の調整会議の随時会議の中で承認をいただいて、そのあとは、定例会議のほうに報告というかたちになりますか、これは。どういうふうなプロセスになるのでしょうか。

(事務局) 調整会議の中でご承認をいただいて、その結果につきましては、今回、随時でございまして、いわゆる定例のほうにはご報告というかたちになろうと思います。ただ、これを受けて、増床ということがありまして、いわゆる医療審議会のほうでやっていただいて、県下で全ての中です承をいただくというステップをふむことになろうかと思えます。

(議長) ありがとうございます。

そうしたら、この随時会議では、皆さん、ご承認をいただいてよろしいでしょうか。

どうもどうもありがとうございました。それでは、随時会議では承認をさせていただきます。

それでは、今日の議題は、以上になりますので、特にご意見がないようでしたら、事務局のほうに進行をお返しします。それでは、皆さん、ご協力どうもありがとうございました。

(事務局) 中澤議長、進行、議事をありがとうございました。また、委員の皆様方におかれましては、貴重なご意見をいただきまして、まことにありがとうございました。

事務局において、この本日のご意見等を参考に、今後の施策、また、次回の調整会議において論点整理などを行なっていきたくと思っています。

また、先ほど申しましたように、本日の協議内容につきましては、定例の調整会議のほうでも報告させていただきたいと思っています。

それでは、以上をもちまして、平成30年度第1回の地域医療構想調整会議中央区域物部川部会の随時会議を終了いたします。本日はまことにありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲