

平成 27 年度第 1 回 高知県医療審議会保健医療計画評価推進部会議事録

- 1 日時：平成 27 年 4 月 23 日 18 時 30 分 ～ 20 時 30 分
- 2 場所：高知県庁 2 階 第二応接室
- 3 出席委員：安田委員、内田委員、岡村委員、沖委員、清水委員、田中委員、
田村委員、寺田委員、野嶋委員、細木委員、堀委員、堀川委員、宮井委員
- 4 欠席委員：筒井委員
- 5 オブザーバー出席：森田事務局次長、小島事業課課長補佐（高知県国民健康保険団体
連合会）

〈事務局〉 家保副部長

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

医師確保・育成支援課（須藤課長補佐）

健康長寿政策課（谷企画監、吉田主幹） 医事薬務課（古味チーフ）

健康対策課（福永課長） 障害保健福祉課（濱田チーフ）

高齢者福祉課（宮田チーフ、東山チーフ）

（事務局）定刻になりましたので、ただ今から平成 27 年度高知県医療審議会保健医療計画評価推進部会を開催させていただきます。なお、本日は所用のため、筒井委員が欠席されております。現時点で委員総数 14 名中 13 名のご出席をたまわっております。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させていただきます。

それでは、開会に先立ちまして、健康政策部副部長からご挨拶をさせていただきます。

（事務局）健康政策部の副部長の家保でございます。

開会にあたりまして一言ご挨拶を申し上げます。委員の皆様方におかれましては、ご多用のところ、また、昼間のお仕事が終わられてお疲れのところ会議に出席いただきましてまことにありがとうございます。また、日頃より本県におきます保健医療行政の推進につきまして格別のご理解とご支援をたまわっておりますことに厚くお礼を申し上げたいと思います。

さて、委員の皆様は既にご承知のとおり、昨年度の医療法改正によりまして、将来の医療提供体制を見通すための地域医療構想の策定が各都道府県に義務付けられ、本年 4 月 1 日から関係の規定が施行されたところでございます。昨年末には国のほうから技術的援助といたしまして、地域医療構想策定ガイドラインが示されたところでございます。

また、あわせて、同じく昨年度には、地域医療介護総合確保推進法の改正によりまして、地域医療介護総合確保基金制度が新たに設けられ、昨年度のこの会議や親の会議になります医療審議会でご承認いただきました計画にのっとりまして、本年におきましても、平成 26 年度の計画及びそれに基づきます今年度に引き続くような事業につきましては現在進

めておるところでございます。

このような状況の中で本日は今年度、第1回の当部会の会議になります本日の議題といたしまして、地域医療構想の策定についてと、それから、医療介護総合確保基金につきまして、この2項目に関しましてご審議をお願いするものでございます。

のちほど医療政策課のほうから詳しく説明させていただきますが、具体的に申し上げますと、第一点目の地域医療構想の策定につきましては、地域医療構想の策定に向けたワーキングの設置をすることにつきましてのご承認を、また、二点目の地域医療介護総合確保基金につきましては、平成27年度の事業計画を策定することについて、それぞれご承認をお願いしたいと考えているところでございます。

限られた時間ではございますけれども、忌憚の無いご意見いただきますようお願いいたします。冒頭にあたりましてとそこご挨拶とさせていただきます。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したいと思います。事前に送付しております資料、資料1、資料2、参考資料がございます。本日、資料1の差し替えとしまして、1枚の10ページを、差し替えを付けております。数字が間違っておりましたので、どうも申し訳ございません。追加資料としまして参考資料2というのを付けております。資料に不備等はございませんでしょうか。

では、ここからの議事進行につきましては会長をお願いいたします。よろしく願いします。

(安田会長) では、ここからの進行を私、高知大学、安田のほうで進めさせていただきます。

本日の議題は、先ほど副部長のご挨拶の中にも出ておりましたけれども、地域医療構想の策定についてと地域医療介護総合確保基金についての二点です。

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。岡村委員と細木委員にお引き受けいただきたいと考えておりますが、よろしいでしょうか。よろしく願いいたします。

それでは、早速議事に進ませていただきます。まず、議題1の地域医療構想の策定について、事務局からの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。私の方から、資料1と参考資料ですね、進め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。

では、まず資料1の1ページをお願いいたします。

昨年度のこの部会でもご紹介をしましたがけれども、社会保障制度改革の一環として昨年、医療介護総合確保推進法という法律が制定をされました。これは大きく、この左側にあります医療介護総合確保促進法、そして、緑色の医療法の改正、そして、一番下の介護保険法の改正、この3つの医療と介護の総合的な連携に関する法令が改正をされております。

これに基づきまして、昨年度ご審議いただきました地域医療介護総合確保基金による事

業を医療介護総合確保促進法に基づいて計画を策定して、昨年度から実施をしております。今年度からは、また後ほど説明をしますけれども、介護にかかる基金というものも追加をされております。

次に、医療法の改正ですけれども、大きなところでは、昨年10月から各医療施設、病院、診療所にご協力いただきまして、病床機能報告制度が施行されました。この結果などに基づきまして今年度、後でご説明します地域医療構想の策定をしていくということになります。これは2025年の医療需要と目指すべき医療提供体制の規定をして、各病床類型毎の必要病床数を算定していくということと、そこに至る医療提供体制を実現するための施策を盛り込んでいくということになります。

介護保険法の改正では、ご案内のように予防給付の一部が市町村事業に移行したということと、地域包括ケアの提供体制を構築していくということがあしかけとなりまして、この4月から第6期の介護保険事業計画が実施をされていくということになります。

この地域医療構想を含めた医療計画と介護保険事業計画につきましては平成30年に節目を迎えます。それで、平成29年度に改正をしていくということになります。この時点では、診療報酬と介護報酬の同時改定も行われますので、当面は、この平成30年4月をひとつの目標として様々な計画の策定や2025年に向けた提供体制の検討となっていくということになります。30年以降は医療法の改正によりまして、現行では医療計画は5年毎の見直しとなりますけれども、介護保険事業計画は3年毎ということもありますので、平成30年からは医療計画が6年毎の見直しとなって、大体、時期が重なるというようなかたちになっています。

次のページをお願いします。これは参考までに、これまでの医療法の体制の経緯ですけれども、医療計画制度についてかいつまんでお話ししますと、昭和60年の第一次改正で現行の医療計画制度が導入されて、いわゆる病床規制が、二次医療圏毎の病床規制がここで導入されています。平成4年の第二次改正で旧の療養型病床群、現行の療養病床が制度化されたということ。そして、第三次改正で医療計画制度の充実ということで、医療関係施設間の機能分担や業務連携の記載が規定をされたということ。第四次改正で基準病床数へ名称を変更されたということと、現行のように一般病床と療養病床の、旧その他病床の区分がなされたということ。第五次改正では医療計画制度の見直しで、この時は精神がまだ入っておりませんでしたので、4疾病5事業、現行の5疾病毎の医療連携体制の記載が明確になったということでございます。今般の第6次改正で病床の機能分化の連携をさらに推進させるということで、以後ご説明する内容が盛り込まれたということになります。

3ページ、お願いします。

地域医療構想につきましては、昨年この部会でお話ししましたが、改めてご説明いたしますと、医療資源を効果的かつ効率的に活用するために、急性期から回復期、在宅へ至るまでの流れを構築するために一般病床、療養病床も含めて機能分化を進めてきまして、これらをわかり易く示されることで、住民や患者の方が機能を適切に理解しつつ利用して

いくことにつながっているものでございます。

そこで、昨年10月に病床機能報告制度が施行されまして、高度急性期から慢性期の4つの類型に病棟単位でご報告いただいております。その結果を別冊の参考資料、病床機能報告の集計結果についてというところでまとめておりますので、ご参照いただければと思います。これは県のホームページにも公表しております。医療政策課の中から入っていきますと、ちょっと現時点では把握するのが難しいところがありますので、見やすいように、見やすい場所に出しておきたいと思っております。

これの2ページを、2ページと3ページをあわせて見ていただければと思いますが、左から医療圏別で、高度急性期から慢性期の病床機能別に記載をしております。どうしても中央医療圏が大きいので、他の医療圏のところはちょっと見えにくくなっておりますが、青色が一般病床、茶色が療養病床ということで、療養病床は概ね慢性期または回復期で分類をされております。高度急性期は一般病床のみで1525床あると。回復期は1202床あると、中央医療圏だけ説明しております。

この下段が6年後ですね、2020年、平成32年における病床の医療機能の予定の報告をいただいております。ざっと見ると、大きな移動はなさそうだなというのがあります。中央医療圏の高度急性期が400ぐらい増えているということを除くと、そう大きな動きはなさそうに見えます。これもまだ地域医療構想策定前の段階であるということと、高度急性期から慢性期の区分の目安というものが、かなり定性的な基準でしか、まだ示されておられませんので、各医療機関も予想外の判断ということが難しいと考えておられるというふうに見受けられます。

これを県全体で5つにマトリクスにしたものが次の4ページであります。

緑で色を付けてあるところが6年後も同じ類型を選択されたということですので、急性期から、急性期については高度急性期と回復期への影響は少し認められるということ以外、あまり大きな動きはなさそうです。それと、あと、回復期から慢性期への動きが若干あるかなといったところであります。

5ページ以降は国全体の動向ですので、これはご参照いただければと思います。高度急性期から慢性期までの分布というのは、本県全体と似たような分布になっていると思います。

それでは、資料1に戻っていただきまして4ページをお願いいたします。

先ほど副部長からの挨拶にもございましたように、本年3月31日付で地域医療構想の策定ガイドラインが、局長通知として、国のいわゆる自治法に基づく技術的助言というかたちで通知がなされております。基本的には、このガイドラインを参考にしながら、今後、地域医療構想を策定をしていくということになります。このガイドラインでどういうことが書かれているかということをごここに記載しております。

まず、一点は、この策定体制の整備ということで、これは今日も議題に出させていただいておりますように、地域医療構想をまず検討していくための体制づくりに最初に着手す

ることになります。次に、必要なデータの収集、分析、共有ということで、必要なデータがおそらく連休明けくらいに厚労省から示されてきますので、ここで、まず事務局、県において必要病床数などの算定の段階に入ることになります。

次に、構想区域、この地域医療構想は、県内を一定の区域に分けて病床類型毎の必要病床数を算定するという事になっております。ガイドラインでは現行の二次医療圏を原則として設定するという事になっておりますが、その病床類型毎で見ると、必ずしも、その現行の二次医療圏で算定していくことが適当でないこともありますので、ここは、今後のワーキンググループ等でご議論をいただきたいというふうに考えております。そして、4、5、6が、その構想区域毎に医療需要を推計して、それに対する医療提供体制を検討して、それをふまえた必要病床数を推計していくということになります。

そして、最終的に構想区域を確認したうえで、8番で、2025年を目途とした医療提供体制を実現するための施策を検討していただく。これについては地域医療介護総合確保の基金事業ともからんできますので、ここは策定後も毎年の基金事業の進捗状況のPDCAをまわしながら再度検討していくということになります。

そして、策定後につきましては、地域医療構想の達成の推進のために、医療関係者、保険者、その他の関係者で協議を行なう地域医療構想調整会議というものを設置して、機能分化、連携を進めていくということになります。具体的にどういふことを調整、検討していくかということとは後ほどご説明をいたします。そして、この病床機能報告制度の公表の仕方なんていうこともガイドラインに載っています。

5ページ以降で、この2025年を目途とした医療需要の必要量の推計の考え方について、厚労省の資料でご説明させていただきます。先ほど申し上げたとおり、地域医療構想が構想区域単位で策定をして、必要病床数を高度急性期から慢性期のこの4つの類型毎に算定して推計していくことになります。

この医療需要の推計にあたっては、この1日あたりの入院患者の延べ数が医療需要と、こういうことで算出をして病床利用率で割り戻して推計すると、こういうことになります。この推計にあたっては、この診療報酬、レセプトのデータが電子データで蓄積されていますので、いわゆるナショナルデータベースになる。そして、急性期の包括払いDPCのデータから分析をして、実際に投入された医療資源の量が多い、最も多い部分を高度急性期と位置付けて、この実際に投入された医療資源投入量というのを診療報酬の出来高の点数で置き換えてみていくということになります。

その考え方のうえで、次のページをお願いします。

高度急性期から回復期までのこの3つについては、先ほど申し上げた医療資源投入量で病床の必要数を算定していくということ。じゃあ、大体どのあたりが節目になるかというと、高度急性期については3000点以上、急性期については600点～3000点の間、回復期は225点～600点の間の1日あたりですね、それだけの出来高が投入された患者数がどれだけいるかという数字を算出していくということになります。

このところまではですね、厚労省のほうでまとめて計算をして、各都道府県に提示されるということになります。それが先ほど申し上げた連休明け頃になる予定です。この3000点、600点、225点というのは、4月1日施行の厚生労働省の告示で既に示されておりますので、ここが動くことはありません。

高度急性期から回復期までは、こういった点数で切っていくというかたちで、入院患者の必要量の推計を行なうということになります。これは年齢階級別に出して、2025年時点の総計人口を掛け合わせて足していくということになります。

続きまして、慢性期につきましては7ページになります。

慢性期と在宅の需要の将来推計の考え方については、ここにありますように、一般病床における障害者、または難病の患者さんの数、具体的な障害者施設と入院基本料や、特殊疾患病棟入院基本料など算定されている患者さんなどを入れ込んで、逆に療養病床からは回復期リハビリテーション病棟からの患者さんを除く。

それと、医療区分1の方の70%については、将来的に在宅で対応するというようになります。そして、先ほどの一般病床で225点未満の患者数というものが入っていると。それと、訪問診療を受けている患者さん、老健の入者数などが、この慢性期在宅医療の需要の将来推計の中に入ってくるということになります。特に、療養病床に入院されている患者さんにつきましては、包括払いになっておりますので、実際のその医療資源の出来高の投入量が推計できませんので、このような推計の仕方になります。

そして、②の2つ目の「・」の最後にありますように、入院受療率の地域差があることをふまえて、これを解消していくということで推計をしていくということになります。これについては、次の8ページになります。地域の実情応じた需要推計の考え方ということでもあります。

慢性期の医療需要につきましては、先ほど申し上げたように、出来高の診療行為がわかりませんので、医療資源投入量に基づく分析ができませんので、ここは一定程度、地域差を縮小していくということで、具体的にはこの下のパターンBのやり方をとるということになります。

ざっくり申し上げますと、この入院受療率を全国の中央値に合わせていくということになります。全国最大値の入院受療率、ここは県単位でいうと高知県がそれに該当します。これを全国の中央値まで低下する割合になります。これをざっくり計算すると65%減ということになりまして、最近よく報道されている数字は、このところを意味しているということになります。

ただし、次の9ページをお願いいたします。

目標量が65%減になるというのは、これ、非常にインパクトが大きいと思います。本県以外にも50%以上の減少になるという県が少なからずございます。ということで、一定の激変緩和措置がとられることになります。

ここで、真ん中ほどの要件案の下に①②に該当する医療圏。先ほど申し上げたパターン

Bの取り方で、減少率が全国の中央値よりも大きい。また、高齢者単身者世帯の割合が全国平均よりも高いという二次医療圏につきましては、一定の特例措置がとられることとなります。それが、この上のほうのマルに記載をしておりますけれども、目標達成年を2030年まで延ばすことができるということになります。

その場合、それにおいても2025年における目標は設定することになりますので、例えばそのマイナス65%を2025年の目標ではなくて、2030年の目標として置いたうえで、その時に2025年でどれぐらいの減少になるかということのスライドした数値を置くということになります。

ただし、これでもですね、現実的には、その目標達成のための道筋がなかなか難しいということが出て来る可能性があります。その場合は、地域医療構想策定後に、その目標を修正をするということが可能になります。このマルに書いてありますように、特別な事情によって慢性期病床に必要量達成が著しく困難になった場合には、大臣が認める方法で受療率目標を変更することができるということになっております。この場合、一定の要件というのは、その全国中央値を超える減少率であること、これは先ほどと同じであります。この特別な事情というのは、やむを得ない事情。ここは、まだ厚労省も具体的なところは、まだ教えてくれませんか、まだ示されておられません。

この場合は、全国中央値の減少を下回らない範囲で、マイナス34%より大きくならない範囲で厚労省と協議を経て同意を得た数字ということですので、いずれにしても、全国平均の減少率、平均、中央値の減少率、マイナス34%というところを目標に、少なくともなってくるということになります。

続きまして、10ページはご参考までに、現行の第6期の保健医療計画での二次医療圏毎の基準病床数、一般と療養の合計と精神・結核・感染症とあります。この中で地域医療構想での病床の機能分化の対象となるのは一般病床と療養病床。これを急性期から慢性期までを4つに分けるということになります。現行でも医療計画上の基準病床数を既存の病床数が大幅に上回っております。概算してくると、この合計というものは、この基準病床数の合計と必要病床数の合計は、大体似通った数字になってくるんじゃないかと思しますので、こんな数字、イメージということさせていただきます。

続きまして、11ページからは、この地域医療構想の策定のための組織や、その達成のための段取りについてご説明させていただきます。

この地域医療構想の推進にあたりましては、二次医療圏毎に構想策定後に、地域医療構想調整会議というものをおくことができます。失礼しました。構想区域毎にですね。ただし、この真ん中に※1と書いてありますように二次医療圏を原則ということになります。この構想区域毎に設置をして、地域の病院の病床機能に関する協議を経て、そして、病床機能報告の情報共有。そして、都道府県計画、ここで言う都道府県計画というのは、地域医療介護総合確保基金を活用した基金の医療計画に関する協議。そして、必要病床数を超えている状態、または超えることとなるような病床の増とか病床の転換の申請があった際

には、この調整会議で調整をはかるということになります。この構想区域毎の会議というのは、現行の二次医療圏毎に設置をされている他の会議等で代用していくことも可能とされておりまして。

次に12ページをお願いします。

この地域医療構想調整会議で、どのような議論をしていくかということについて、先ほどご説明したようなことが書いてあります。定期的な議題としては、病床機能報告の情報共有だとか、地域医療介護総合確保基金の事業の協議などになります。この下の赤字で書いた部分ですね。増床や過剰な医療機能の転換の申請があった場合に、この地域医療構想調整会議で調整をするということになります。

ここで調整がつかなかった場合はどうなるかというのは、次の13ページになりますけれども、1「・」の協議の場というのは、先ほどの調整会議のことです。例えば、ここで、2「・」の②ですね。過剰な医療機関に転換しようとする場合に、協議の場が整わなかった場合は、例えば不足している医療機能に医療を提供することを要請、公的医療機関の場合は指示ということを都道府県知事の権限で行うということになります。

また、稼動していない、いわゆる未利用病床がある場合には、削減の要請はできるということになります。それぞれの医療機関が、先ほど申し上げた要請とか、公的医療機関にあっては命令指示に従わない場合は、医療機関名の公表だとか地域医療支援病院、特定機能病院の不承認、取り消しとかということになりますが、なるべくこういうことが起こらないように、調整ができればというふうに考えております。

そこで、ここから先は、本日の協議事項であります地域医療構想の策定のためのワーキンググループの設置についてご協議をお願いしたいと思います。先ほど申し上げましたように、医療法第34条14の規定に基づきまして、地域医療構想を策定することになりますので、その策定にあたっての事項を1～8まで記載をしております。

人員構成としては、医療法および施行規則、また、ガイドライン等で示されているものとして、学識経験者、医療提供者の団体、また、介護の提供者、そして保険者の団体、そして市町村や医療を受ける一般県民の方々のお立場を代表するの方々ということをあげられておりますので、設置を来月の医療審議会でお認めいただいた後に、人選を会長等と相談いたしまして設置に向けて動きたいと考えております。

次の16ページであります。

これが地域医療構想策定後に、法定の地域医療構想の達成推進するための協議の場として設置をすることになりますけれども、現時点では先ほど紹介した構想の策定のためのワーキンググループから移行していくということを考えております。この会議の持ち方については、またそのワーキンググループの中でのご議論や、また、その議論の過程でこの部会でのご審議、最終的には医療審議会でご議論をいただく中で、また、この会の持ち方についてご議論いただきたいと思いますと思っております。

次の17ページをお願いいたします。

先ほど申し上げたようなことが書いております。この地域医療構想の策定のワーキンググループにつきましては、この評価推進部会の下に位置付けるということにしたいと考えております。その理由として、医療法に定める医療計画の一部であるということ、ということから、この計画部会にあげるという手続きを踏む関係上、部会にぶら下げるかたちで設置をしたいと考えております。

この策定にあたっては、各福祉保健所単位で、日本一の健康長寿県構想地域推進協議会や、その下に部会を設置している場合もありますので、こういったところで各地域毎の団体や市町村のご意見を聞きながら反映をさせていきたいと思っております。

高知市保健所については県直営と書いておりますけども、ここはちょっと、高知市の区域にあつては、また高知市さんと、この意見の聞き方とかいうことについて、また別途協議させていただきたいと思っております。そして、高知県医師会に地域医療ビジョン対策委員会というものが設置をされておまして、様々な病院団体が参画されておりますので、ここでもまた県も参画させていただきながら職能団体との協議を進めたいと思っております。

18ページが今後のスケジュールでございます。

本日、ご議論をいただきまして、5月11日に医療審議会が開催予定ですので、ここでワーキンググループの設置を最終的にご決定いただきたくと考えております。ワーキンググループにつきましては、5月中に設置をして、第1回を5月中にできれば開催したいと思っております。ここには箱が1、2、3、4、5とありますが、この数にこだわらず、6回以上開催される可能性もありますが、今のところ目標としては、今年度中の策定に向けて精力的に動いていきたいなというふうに思いますが、諸般の事情で来年度以降に少しずれ込む可能性もあるかなと思っております。

最後に、この設置にあたりまして、高知県医療審議会の要綱の改正が必要になってまいります。19ページの一番下の第7条第2項で、第3項ですね。第2項、第3項は、計画部会と表記を縮めたうえで、20ページの第4項、第5項を追加させていただきまして、医療法に基づく地域医療構想策定に関する事項を調査審議するために、計画部会にワーキンググループをおきます。ワーキンググループの組織運営に必要な事項は、計画部会の部会長が別途定めるということで、安田部会長とご相談をしながら、先ほどご説明した資料のような構成で作成したいと考えております。

以上でございます。説明が長くて大変申し訳ございませんでした。地域医療構想の策定等につきまして、ご説明は以上でございます。よろしく申し上げます。

(安田会長) ただ今、説明を事務局から受けました。資料1の内容について、ここからご審議をいただきますが、内容が多岐にわたっておりますが、どの部分でもかまいませんが、何かもう少し確認をしたいところとかご意見等をおうかがいしたいのですが、いかがでしょうか。

(寺田委員) いいですか。

(安田会長) どうぞ、寺田委員。

(寺田委員) まず、説明の中ですね、9ページのところで、推計の特例の、%のところ。一番下の青のところの、要件案の②ですかね。ここで34%の全国中央値、このへんよりは下回らないようにするという話ですけど。県の医師会に在籍しているので、それを聞いたんですけど、だけど、34%か22%ぐらいの、でもいいんじゃないかという話、説明を聞いたので、そここのところの整合性はどうなっているのか。22%でも何とかいけるんじゃないかという話を聞いたんですけど、ここではそのパーセントが出て来てないので。この前の説明と34%のところはどういうふうになるのでしょうか。

(事務局) 先ほどの寺田委員からのご質問ですけれども、これ、その下の目標を修正する前の段階ですので、その段階において、その34%は下がらないようにしなければいけないということになります。

この下段の目標修正で、最も減少率が少ない場合でも、2030年の段階で、ここですね、一番下ですね。全国中央値を下回らない範囲で厚労省と協議をして同意を得た方法。この時が、その2030年段階の数字として全国中央値を下回らない、すなわちマイナス34%になります。これを2025年の時点で置くとマイナス22%という数値ということになります。特例の中のことになります。

(寺田委員) 要するに、65%も下げると言ったらとんでもない話でしょう、今の何千床とあるやつを。だから、それを今のこの説明では34%はオッケーだという話なんだけど、それよりもちょっと下げてもいいんじゃないかという話で、22%という話なんで、前の医師会の説明ではそういう話が出ていたので、ちょっと質問したんです。

今の話でいくと2025年だったら、22%も何とかという話なんだけど、このパーセントだけ取り上げるというのも問題なんだけれども。なぜかと言うと、もし削減した場合に受け皿が無いという問題がどうしてもありますから、そのへんのところをどういうふうに考えるかがポイントだと思います。

つまり、在宅にするには、そうすると、いきなり核心にふれますけど、療養病床からですね、介護施設あるいは在宅施設に転換しないと、とてもじゃないけど受け皿がないということになります。しかし、それも色々問題があってなかなかそう簡単に転換できないという問題があります。それともうひとつ、転換するにはそれなりの費用がかかります。

結局、医療機関が自らどうしたいということを書いて来ればいいですけど、こっちからこうなさいとなかなか言えないですからね、これは。医師会でも言えません。この場でも恐らく難しい。そのへんのところをどういうふうに予算抱えるかというのは、それなりに金額を聞いた段階で僕は医師会に持って帰りますけど、そのへんのところですよ。

(安田会長) この議題に関しては、他の委員の方、何か追加でご発言、ご意見ございますか。

よろしいでしょうか。ワーキンググループの設置が承認されましたら、その点も含めてワーキンググループを検討して。

清水委員、どうぞ。

(清水委員) こういう資料をまず読んでもらう時にはですね、国が出したデータで人口動態のデータがあると思うんですよ。その2025年問題という時に、大きな問題は老人が増えるという問題と、それから、人が25年、今、10年間でだいぶ死ぬという、そういう側面があるわけですね、そのへんのデータをきちっと出していかないと、人口は減りますが老人が増えますという時に、どういう機能のものが残っていないといけないかというのは、僕等はイメージできにくいんですわ。

もちろん、だから、病床削減、精神科もそうですけども、一般病床もそうです。療養病床もそうです。そういった声が一方でありながらですね、2025年には老人が増えるから老人に対する手当が必要だという声も聞こえてくるわけですよ。そういう声をどういうかたちで、質で切り分けていくのかということが大事なので、それがこういう場所でみんな共有できないといけないんですね、そこが大事なんですよ。おわかりですか。だから、そのへんのデータが欲しいですね。数字がもうちょっと読み込める、言葉じゃなくて数字があって、その数字が意味を持ってくるような、この中で。

(事務局) 貴重なご指摘ありがとうございました。

今後の医療需要の推計等に必要なデータ、現時点で県が保有しているものもごございます。また、先ほどご説明したように、厚労省からこの病床等の必要の推計に必要なデータが連休明け目途で示されてきますので、こういったデータをワーキンググループ、そして、この部会にお示しをしながら、実のあるご議論をいただきたいと思いますので。

(清水委員) 参考までに、精神科の病床に関して言わせてもらいます。

僕は縁あって高知県の精神科病床最大の病院の院長になりました。そこで起きていることはですね、病床がどんどん減ってくるんですよ。地域化ということを実践していけばですね、400床超えていた病床がどんどんどんどん休床になっていって、今、260、270に満たないです。残っている病床が、例えば60床の病棟で40床ぐらいしか入っていないと、完璧に赤字になるわけですね。そうすると、削減せざるを得ない。だから、削減してもすぐ、単に返すということは、これまた別の問題ですね。でも、実際にはさらに減っていったって、病棟をもう1個つぶさなければいけないという、こういう現実を10何年間かかえてきているんですが、僕はこの削減するということは全然間違いじゃないと思うんですけど、問題は返し方なんですね。

だから、精神科で実際に数字に出ている3000何床というと、実際に稼動している病床、大分違うと思うんですけど、うちだけで言うと380で、今、270くらい動いているから、100幾つの空床を持っているわけですね。これを召し上げられたら、その分減るわけですけど。実際には、だけど270くらいの人しか入れられないスタッフしか持っていないし、病床しか持っていない。

ただ、こうやって随分減らしてきたんだけど、ある意味で健全な精神科医療の一部を担っているというような現実があるわけですね。そのへんをきっちり県のほうは評価してほしいんですよ。僕等、内部にいますと、なかなかそういうことを自分のプライベートな

ことは言えません。でも、それを高知県の視点から、ひとつの民間病院がそういうかたちでどんどんベッドを削減していているという現状をですね、きちんと評価して、こんなことができますよというようなかたちで言うそうですね、もっと他の病院も違う動きをしてくれるんじゃないんでしょうかね。別につぶれるためにやっているわけじゃないですよ。僕達は皆の健全な肉体、生きていくためにそういうことをやっているわけです。そのへんのが、実際の内容が欲しいですね。この数字だけじゃなくて。すみません。

(安田会長) 今の清水委員のご発言について、何か事務局コメントありますか。よろしいですか。意見をおうかがいしたということで、いいですか。

関連してですか。じゃあ、堀委員、どうぞ。

(堀委員) 一般の人の立場で危惧している面があるんですけど。一概に痴呆の方の状態ですね。精神科と結び付けるのはよくないことだと思うんですけど、実際、その各家庭で困っている現状をよく見るわけですよ。そうした人達の受け皿というところがほとんどないですよ。各家庭の中で処理してくださいみたいな状態で。その家庭の中で総意というのが、なかなか前に向いていかない現状があると思うんですよ。

そうした受け皿を何らかのかたちで取り組めないかなとは思いますが、それに対しての県とか皆さんの良い考えがあれば、ちょっとお聞きしたいんですが。

(清水委員) いいですか。精神科の立場から言いますと。

精神科の立場からですね、今の質問に対して答えさせていただきますが、うちの270でまわっているベッドのうち55床が認知症の治療病床なんですね。でも、そこはいつも44ぐらいで、僕等が扱う認知症の人達というのは、認知症という大きなカテゴリの中で精神病症状、精神症状とかですね、問題行動をたくさん抱えている人が精神科に来て薬物治療すると、短いと1週間~2週間、長いと3ヶ月位で退院していくんですよ。だから、その病床というのは55床あってもいつも40ちょっとしかなくて、うちの中で、最大に赤字になるわけですね。だから、本当はもう精神科病床で認知症病棟をやるのはやめたほうがいいというぐらいの気持ちになる、そのくらい大変な病棟なんですけど、しかし、必要な病棟であるのでやっています。

残りのですね、大体それが、1割から2割ぐらいじゃないでしょうか。認知症と言われる人の。認知症をもっているも普通に1人で生きていける人もいるし、あるいは、ちょっとしたことがあって急に悪くなって、そこでお亡くなりになる方もあると思うんですが、多くのちょっと程度の、上の2割、下の2割、残りの6割ぐらいの人は、いわゆる療養病床とかですね、それから一般病床の長期のところ、慢性期と言われるところに入っている人もいると思うんですよ。

だから、病院というところでみる、医療で抱える必要がない人達をみている部分もあって、2、3年前の認知症に対する精神科、アンチ精神科キャンペーンというのがありましたね。あれは、精神科で空いている病床に認知症という名前で精神科の、認知症の人を入れない施策だったんですけど、東京では結構、関東では入っているんですよ。空いたとこ

ろにね。それは地域毎の事情があって、そういう認知症の人が顕在化するような場所では空いているところ次々入れていかなきゃいけないんだけど、でも、認知症になったということは、もうはっきり言って機能が大分落ちて来ますから、脳の機能が落ちるということは身体機能も落ちています。そんなに先は長くないですよ。昔は5年だったけど、今は20年くらいでしょうかね。

だから、その家で抱えているということは非常に大変なんですよ。そこをどうやって、家ではないかたちでケアするのとかというところが今の介護保険なので、そこにつないでいけばですね、大体の事は片付くんですけど。何でしょうね。その家族が一生懸命になって抱えていると、どんどん、どんどん皆が疲弊していくんですよ。そのこのところだと思いますけど。

(堀委員) 現実的に言って、おおかたそういうところに来ていると思うんですよ。各家庭で、認知症で、普通の状態でこちらの言うことをゆっくりしゃべって理解していただける分にはいいんですけど、やはり、そこが家族同士であると、どうしても感情が高まってトラブルを起こしたり、認知症の方は、やはりその区別がつかないですよ。自分に言われていることが本当にそうなのかどうなのか、これ、現実なんですよ。そういうトラブルって結構あるんですよ。

(清水委員) だから、僕が言いたいのは、認知症という言葉で一様に切り取らずに、認知症というカテゴリの中には、今おっしゃっている人から、それから、はじまりの人から、いっぱいいますよね。だから、軽くてやっていける人もいるし、重くて大変な人もいるしという、そういう言葉の細分化というんでしょうかね、再理解していかないと、認知症で全部されちゃうと。

(堀委員) 確かに、人が認知になった時に、この人は病気であるかどうかというのは、おそらく精神科の先生もそうなんだろうけど、普通の状態なのか、精神にちょっと不具合を来している状態なのかというのは、境目というのはなかなか、専門だからわかるんでしょうけど、普通の人間としては全然わからないんですよ。

(清水委員) 僕等が、だから、激しい人をみるんですよ。精神症状が激しい人をみるので、認知症の軽い人はほとんどみないんですけど、激しい人が軽い人になる。そうすると、入院から外来、地域になるんですよ。でも、例えば地域の施設だったら、8週間に1回とか12週間に1回とか診察を受ければいいので、そういうあり方をすすめていっているんですよ。だから、それは施設なんですよ。

(堀委員) ただ、中には病院へ行きたくない人もいますよ。

(清水委員) そうです、そうです。そこがものすごく難しい。

(堀委員) そこが難しいと思います。この話で長引いても…。

(寺田委員) ちょっといいですか。今の話で、まとめて僕が言います。

僕は、県のほうの認知症対策の協議会の代表をしています。今までの経過をまとめて言いますとね、結局、認知症の患者さん、かなり増えています、確かに。じゃあ、どうい

対応をするかですね。この会議の話でいくと、いかに入院施設を確保するかという話ですね、おっしゃるのはね。それについては、認知症の専門医療機関が今、県内に5箇所ですか、あるんです、一応。その中で、じゃあ、どれぐらいを認めるかというのはまだ議論が必要だと思うんです。

一方ですね、今、清水先生がおっしゃるように、初期の患者さんから、本当の重度の人格崩壊までいくような方までおられます。そういう方達は、重度の方達は入院とかしておられると思うんですけど、初期の方はなるべく在宅でやりたいというんですね。そうしましたら、何をするかというと、僕等がやったことは、認知症のサポート医という、専門医じゃないですけど専門医に近い研修とか講習を受けて知識を持った先生。プラス、認知症対応力向上研修会というんです、これはまたもう一歩、ちょっと下のランクになりますけど、高知県内208人います、登録していただいた、これ、オレンジドクターというんですけど。そういう方達で何とか在宅で早期発見、早期治療につなげたいという。

最近、この3年後までに、各保健者の中で、市町村でですね、初期集中、何だっけ、会議というのがあるんです、認知症対策の。それは各市町村でやらなくちゃいけない。初期というのは、ある意味、初期の患者さんなのか、あるいは需要度で初めて見つけるための初期なのかこれは問題なんですけど、そこらへんも含めて、対応策は一応やっているわけです。その中で、今の入院がどれくらいおるかという集計、推計はどこかで必要かもしれません。今のところはそういうことです。以上です。

(堀委員) ありがとうございます。

(安田会長) 認知症に関しましては、他の高齢者関係の介護とか福祉のほうの計画と関係するところがありますし、その認知症の方が必要とする医療をちゃんと、このワーキンググループで検討する場があると思いますので、そちらのほうに、また、今、いただいたご意見を反映させていただけるようにしたいと思います。

ちょっと事務局のコメントの前にすみません。岡村委員、手をあげていただいておりますので、よろしくをお願いします。

(岡村委員) 慢性期病床が削減されるのは、これはもう決まった話みたいになっているわけですが、医療需要の考え方の中に、慢性期および在宅医療の受療の将来推計の考え方、これがどういうふうに考えるかというのは非常に難しいところだというふうに思っています。

点数で、急性期、亜急性期、高度急性期は、点数で分けるという話になっているんですけども、医療推計を療養病床には入院患者数の将来受療の医療推計を、例えば高知県は療養病床が多くて、その一方で老人ホームとかそういうのが少ないというふうに現状はなっているわけですね。足せば大体同じくらいになるという話なんですけど、現状を将来、もしくは現状をそういうふうに移行できる状況にあるのかどうか、将来的に可能なのかどうか。というふうな推計をどういうふうになさって、どういうふうな方向にそのところをしていくかというのは最大の問題だと思いますが、評価の方法というのものもあるが、これ

をどういうふうに推計して調べるといふふうにお考えなのか、ちょっとそのへんを。

(事務局) それぞれの推計方法につきましては、ガイドラインにそったかたちで、2025年の医療需要を推計することになります。そのためには、諸々の必要なデータが発生してくると思います。

問題は、そこではじかれた数字が目標値ということになりますけれども、岡村委員ご指摘のように実情可能な数字なのかというところがポイントになろうかと思います。おそらく、計算してみると、結構インパクトの大きい数字が出て来るのではないかと思いますし、本当に高知県にとって目標とすべき数値なのかどうかということについて、まさに今後設置するワーキンググループでもご議論いただきたいと思います。

一方で、現行の病床機能報告の結果を見てみると、回復期がかなりへこんだような感じになっています。これは定義の問題もあろうかなと思いますけれども。現状のベッドを見ながら、どこが足りないのか、どういうところが過剰なのかという議論を、そこはしていかななくてはならないと思います。それと、その目標値との間をどう埋めていくかという交渉が必要かと思います。非常に高いハードルになりそうな気がしますし、無理矢理に実現をしていかなければならないものでもないかなと思います。

このガイドラインの策定までに厚生労働省と都道府県で、かなり詰めた議論をしてきました。その中で、目標値がいわゆる必要病床数が達成できなかった場合にどうなるかというようなことを質問して文書で回答を得たりしています。結論から言うと、そういった法例上のペナルティは無いということになります。

それで、目標値は目標値として、実際にどこまでなら近づけるかという現実的な道筋というものもやはり別途考えていかななくてはいけないと思いますので、今ここで、気の利いた知恵があまりありませんけれども、色々検討していければと思います。

(寺田委員) 今の話はですね、難しいあれなんですけど、ただ、基本的なことをちょっと言いたいと思いますけど、日本医師会の考え方はですね、ひとつは都道府県は、国が策定するガイドラインに縛られるものではないというふうにいっているんですね。地域医療構想は病床を削減の仕組みではないと。あくまで医療機関の自主的な取り組みや地域医療調整会議を通じて必要な病床数が次第に収斂されていって不足する機能の解消がはかれることを目指すということなんですね。ということは、やはり、削減が最終目標と言われるとかなり厳しいことになります。

一方で、厚労省は何を考えているかといいますと、僕のこれは推測ですけど、今度の介護保険のほうと、それから給付費等の介護保険があります。それを見ますと、特に療養病床に特化して言えば、確かに高知県は全国平均の3倍くらいあるとかいうふうになっているんですけど、その中でいわゆる要件がありまして、今度、届出制度になって、1、2、3部となると思うんですけど、その中で、非常に人員規定がたくさんいるとかですね、そういうところはたくさんのお金をくれるけども、そうでないところは、かなり厳しい経営状態に陥ると。届出制度によって、届け出によってですね。ということは、自ら、これ、

やってみないなということをお知らせするような制度ですね。そういうふうに僕は見ています。

ということは、自ら、じゃあ、どこに行くかという話を、例えば療養病床の先生方の経営者の中で、一定のこういうガイドラインを見ていただいて、どういうところだったらいけるんだろうかというふうな、もし経営できなければですね。うまく経営できていればそれでいいと思いますけど、今までどおりになってしまいますけど。そのへんのところは、この後のちょっとポイントになると思いますので。

県のほうにお願いしたいのはどういうことかという、今の届出がどうなっているかです。今度の新しい届け出が。つまり、4月から届出制度、3つのシステムになっています。要件がありますので。その届出制度の中で、1、2、3の中で、どういう、どの程度のレベルのところがあてはまって、そして、多分、ここは下手するとヒアリングと言いますか、そういう窓口を開けてですね、これはうまくやっていけない、どうしようかという相談が来た時にはきちっと対応してもらいたいなど。こういうふうなこれは、僕の個人的な考えです。

これはまだ県でもそういうことを言っていないんですけど、ここで一定の、医療審議会等でも、ここは下部組織ですから、そのへんのところも含めて提案しますというか、県のほうはこうすることもあるというようなことで考えてもらって、先ほどの34%じゃないけど、そこに近づけるのかどうかですよ。

だけど、最初に言いましたように、削減ありきが目的じゃないと。2025年、あるいは30年に対して、高知県ならばどういうふうなのがいいのか。もう一個です。急性期、超急性期も僕は言っているんですけど、結構多いですね、高知には。70万都市、それから、県の中で全部で5箇所くらいあるんですね、ER。そういうことも含めてですね、果たして、そういうふうな議論も必要になってきます。必ずしも療養病床の問題だけじゃなくて、急性期も、あるいは亜急性期も回復期もですね、それなりにやはりそれが必要かどうかというのは、必要なものを必要で求めるべきだと思いますので、あくまでもニュートラルなスタンスでいきたいなと僕は思っているんですけど。この会でも、できれば意見があれば言っていただきたいと思います。

(安田会長) はい、ありがとうございます。

田村委員、どうぞ。

(田村委員) この地域医療構想で一番、全国で苦勞するのは高知県だろうと思うんですけども。県民1人あたりの医療費が一番高いのは高知県、一番安いのは千葉県で、1.56倍なんです、高知県は。しかも、療養病床、全国平均の倍あり、人口80万足らずなのに救命救急センターが3つありという、非常に全国的に見たら、もういびつな県ですよ、高知県というのは。高知県の中でいる人は感じてないかもわかりませんが、おそらく全国標準的に見ると、いびつな県であるということは間違いのないことなので。それは、その中でどういうふうな地域医療構想を策定していくかというのは、非常にこれか

ら始まるんでしょけども、大問題で。

昨年、ある会議の時に尾崎知事がですね、高知県は医療費が高いと国の会議で言われた時に、人口がたかだか80万足らずだから、少々高くたって、全国の、全体の医療費の中で微々たるもんだろう、たいしたことないと。だから、そんな下げる必要はないということをおっしゃったんですよ。今はおそらく考え方も変わっておるかもわかりませんが。

だけど、何らかのかたちで既得権だけをおそらく、これからいくら医師会が言ってもおそらく通用しないんじゃないかなと思いますし、13ページに医療機関が医療費の要請、公的機関に対しては命令と、民間病院に対しては要請というかたちで、県の医療構想を実現するためにそういう言葉が出ていますけども、それに従わなかった場合には医療機関名を公表するとか、そういうペナルティを与えるということを含めましてですね、ちょっとさっきも話に出ましたけど、病院の数を減らさずにベッドを老人施設に移管するというような考え方も、今、産業医大の松田先生がそういう構想を今、出していますけども、そういう方向でいけば、ソフトランディングできるという可能性もあるんじゃないかと思うんですが。なかなか、今の現状のままであるということは、おそらく高知県では通用しても、全国的に厚生労働省がそれでうんと、なかなか言わんんじゃないかなと思うんですが。

(寺田委員) そのとおりなんですね。

実は、その13ページのところもですね、一番下の医療機関名の公表。あれば、するらしいんですけど、公表は。取り消しまでは考えてないという話は担当の役員、厚労省の、言っていますので、ここまで厳しくないんだろうと思います、基本的には。

ですけど、いわゆる高知県は、そういう意味では全国で一番、病院とか療養病床が多いですから、厚労省にとってはターゲットといいますか、これはモデルになると考えています、基本的に。どうやってくれたかなという。それは、我々非常に知恵を働かせて、しかも、それなりの責任をとらなければいけないので、決して、先ほど僕が言いました削減ありきじゃなくて、やはりどこにどれくらい必要か。

例えばですね、今、人口動態の話も出ましたけど、確かに、30年、2030年になったら、恐らく80歳以上の老人はかなり減っていますから。しかも、ただ、全体の人口も減ります。老人人口も減るんだけど、老人パーセントは高いです、まだ。全体の人口に対する。だけど、ソースは減っています、確かに。そういう問題も含めて将来推計もしなきゃいけないところもありますね。それから、精神科の話も、地域化はちょっと別で、レベルになると思うんですけど、削減の問題は。

だから、それも含めてですね、人口の問題も含めるとなかなか難しい。先ほど言いましたが、亡くなる方も増えることもありますけど、そういうものも含めると、なかなか推計を上手にしないと、どれくらい本当に必要か。例えば医療機関も、果たして次の世代に渡せるだろうかというふうになると思うんですよ。その病院とかそういうシステムを。だから、それなりに考えてもらわないかんといい。つまり、そういう時代というか、そういう時代の流れなんだということを皆が認識しないといけないと思うんですよ。それだけです、

僕の考えは。

(安田会長) この議題に関して、まだご発言いただけてない方で何かご意見ある…。

細木委員、どうぞ。

(細木委員) すみません。今、岡村先生が言われたことが基礎だと思うんですよ。もう皆、医師会も大抵、ものすごいベッド数が多いというのは、皆、認識しているわけ。だから、減さなきゃいけないと。だから、ここに書いてある様に29年の終わりには5300床のベッドを減らすということは大体、あと1000床減しても、少なくとも、どうせいずれ全部やらなきゃいけない。2035年には、もう医政局長がこの前、言っていたんですけど、全部の県の一番少ない療養型のところに並ぶんだと、皆が。ということをもう話、されていますので。だから、そこまでやるんだったら、もうなるべく早く、高知県の病床を持っている診療所、それから慢性疾患の病床をたくさん持っているところの代表なんか、十分にこの場に、やはりディスカッションに入ってきて来ないと、現状を本当にやっている人の意見が一番大事だと思うんですね。

それから、もう1つが5000床ということは、5000人どこかに出さなきゃいけない。たけど、出さなきゃいけないのに出るところがないというのが、この前、県の医師会でも話になったんですが、そうじゃなしに、この5000床をベッドじゃなく、病床じゃなくするというためには、どうしても経済的な補助がないとできない。そうすると、この例の基金の中から、これを29年にわたって結構たくさんの補助が出るようにして、いわゆる2025年に向かってちゃんとトンネルの出口が見えるようにしていただかないと、皆、右へならえでやるということはできないと思うんですよ。

これは、精神疾患だって同じだし、高度の急性期だって多いのは、やはりどうするかということも皆、考えているわけですから、そのたくさんお金が要るって、皆が真っ先に思う事が一番の根本的なことじゃないかなというふうに思います。いずれなるのはわかっておるわけですから、ここでいくら反対しても、私は、もうずっとなると思っていますので。以上です。

(安田会長) 内田先生。何かあれば一言、どうぞ。

(内田委員) 高知県介護老人保健施設協会の会長をしていますけど、お年寄りが、介護が必要になった時に、介護施設が高知県は非常に少ないですね。特別養護老人ホームとか、老健が少ないので、もう止むを得ず療養病床にいないといけないと。だから、患者さん側から言うと、とにかく行き先の目処をつけてくれれば移れるんじゃないかなと思うんですけど。本当に療養病床がなくなれば、お年寄りが困った時にどこにも行けないということになってしまいますから、やはり県のほうでも、その療養病床を介護施設に転換するという施策をとっていただきたいなと思います。

(寺田委員) ちょっとその話で、いいですか。

(安田会長) どうぞ。

(寺田委員) 今の話なんですけどね、介護施設の中でも、こないだ、高知新聞に出ていま

したけど、サ高住が実は少ない、高知県では。非常に少ないと言われてますね。それは何故かという、やはり入居費が高つくんです。サ高住の補助金が多分、国交省だと思ってるんですけど、厚労省じゃないんです。

その中で補助金もらって建てたはいいけど、もしそこで、返金があったら、途中でやめたら補助金、返さなくてはいけません。色んな問題が起こるんです、これ。それもちょっとやはり、入る人がもし高いとかで入れないんだったら、安いサ高住をどうしてつけれないんだという話になる。そうすると、また違う議論になるわけです。そのへんも含めて、もっとグローバルな話でいかないといけない。

それからもうひとつは、在宅医療と介護の、地域包括ケアシステムですね。これは在宅医療プラス介護をいわゆる往診でやっていますね、皆知っていると思います。それをどうやって確立するか。それによって、例えば療養病床とか回復期におられる方がおうちに帰れるかどうかなので、それを在宅にもっていけば療養病床少なくていい。だけど、それも受け皿が今のところありません。

あとでちょっと出てくると思いますけど、ICT化って僕、担当しているんですけど、在宅で往診して24時間体制、なかなか難しいです。訪問看護ステーションの問題もあったり、非常にグローバルな話を解決、構築しておかないと、この話だけ、療養病床を減らせだけじゃ通用しない話ですよ。

細木さんおっしゃるように、非常にそこ、難しいところがあって、それも含めてですね、今後は、じゃあ、どうすればいいかというノウハウを1つずつ積み重ねていかないとならないと僕は思います。以上です。

(細木委員) ちょっといいですか。

今、サ高住の話が出たんですけど、私、今、1つサ高住持っているんですけど。常に90%くらいで満床にならないんですよ。何でかって全部調べたら、やっぱり1ヶ月の生活費というか全てのお金が高すぎるんです。これが10万円以下で充分におれるようなものをつくれればいい。

例えば、例えばですよ。3食の食事だって、お昼なんて、僕はお昼、食べませんから、要らなくていいんです。パンと牛乳があればいい。それぐらいに思って安くしてあげて、10万円以下、9万円台くらいで入れる特殊な、特殊なというか国の基準じゃない、高知県独自の基準のサ高住をつかって、それへの転換には、例えば療養型病院、または有床診療所が転換するということの時に、それに補助が出るとかいうふうにすると、出口が見えるわけです。あ、僕のところはこうやろう、一部やろうとかいうようなことが、いくらでも、プランが出ると思うんです。そういうふうな出口を見せてほしいというのが僕、県に対する一番の要望なんです。

(安田会長) ありがとうございます。

このことに関して、まだご発言いただいてない方で、是非発言しておきたいことがありましたら、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

事務局のほうで、色々要望等出ました。何かコメントがありましたら。

(事務局) 色々建設的なご指摘、ありがとうございました。

先生方のご意見をうかがっていますと、やはり、いずれにしても、将来に向けてここが足りないというところは補っていかなくてははいけませんし、そういうところに、もし余剰なところがあるとなれば、どう転換していくかということが多分必要になってくると思います。それは、この地域医療構想で、どう推計値が出るかどうかに関わらずということであろうと思います。それに向けて、どのような支援策が打てるのかということ、この後、説明する基金の事業でどうやっていくかということもあろうかと思っています。

在宅医療、そのニーズというのを、その受け皿とか、介護施設等への転換のやり方、いろいろあろうかと思っています。いずれにしても、療養病床は多いですけども、一方で、介護施設、居住系施設が少ないという現状がありますし、今、ご指摘がありましたように、サ高住のように、なかなか一般庶民に手の届かないサービスも多いというのがあります。県でも比較的低廉な家賃で住まえるような体制整備への補助金なんかも細々とやりはじめていますのでそういったところに、どういったところが参入していただけるのかというのもポイントになってくるんじゃないかと思っています。

今日、色々いただいたご意見を、今後のワーキンググループでのご議論に是非反映させていきたいと思っています。そのためにも、色んなデータを示しながらですね、議論をしていかなくてはいけないと思いますし、清水委員からご指摘ありましたように、各医療機関の病床、援助策とか、その経費だとか、そういったことも必要なデータになってくるかと思っています。

参考までに、病床機能報告の個別の医療機関毎のデータにつきましては、今、県のほうで公表の準備をしておりますけど、まだ今日にはまだ間に合って、作業、間に合っておりませんが、近々公表して各委員の皆様方にもご連絡したいと思っています。よろしく願います。

(安田会長) じゃあ、どうぞ。家保副部長。

(事務局) 非常に色々建設的なお話、ありがとうございました。正直この話、県の所管課におけるものとしては非常につらいなど。高知県にとってはつらいというのは正直なところでは。

客観的な立場で見ますと、指標の立て方は、全国平均で見るとそんなに無茶苦茶なことにはしてないんだろうなど。高度急性期から回復期までは、ナショナルデータ使っていますし、慢性期についても、最低の値じゃなくて全国の中央値をつくっていますので、一概に削減という話じゃないと。

ただ、うちの県にとってみたら、非常に削減せざるを得ないような厳しい状況での設定にならざるを得ないというのがありますので、そのあたりをよく見ながらやらないと、県の中で落ち着いても、全国でなかなか落ち着かない話になってしまうという部分は、よく私共も考えておりますし、それに向かって、先ほど色々お話が出ました転換に向けてどう

というようなことが必要なのかというのをやはり提案していかないと、現状の枠組みの中で転換できなかったのは、これまでの仕組みどおりやっていけばということでございますので、新しい基金でお金の動きもあるかもしれませんが、それ以上に制度的なところの仕切りがいくつかありますので、そういうところを積極的に国へ提案していくようなかたちにしないと、なかなか今の枠組みの中でやるというのは難しいかなと思います。

最終的には、この医療地域構想だけじゃなくて1ページのところにありますように、介護保険とか全ての事業計画が30年に向かって終焉していきますし、国はあまり言わないと思いますけど、多分、改訂のことも色んなことを考えますので、そのあたり、これだけじゃなく関係の部分もあわせて色々なところでご意見いただきまして、県の、県民にとって安心して生活できるように、入院も、また介護も受けられるような環境づくりに向けて、是非、部会なりワーキングなりで積極的にご意見いただければなど。とにかく提案していかないと、なかなか難しい部分がありますので、是非そのあたり、よろしくご意見をいただくことをお願いしたいなと思います。

(細木委員) ちょっといいですか、今の話。

(安田会長) どうぞ。

(細木委員) 今、内田先生が言われたように、いわゆる施設に転換する、非常に少ないから転換すればいいと思うんですけど、なかなか転換する、どう言うんですかね、メソッドがはっきりしない。例えば高知県だけ特区にして、医療機関の病院が、そのまま特養になれるとかいうふうな、そのひとつのシステムをつくらなければ、そこにすんなり皆、入れるわけですね。簡単に言えば。

それから、今、県がこう進めようと思っていても、例えば高知市は、この間、僕は高知市の老健をちょっと増やしてやろうと思って話をしたら、いや、ありません。もういっぱいですと。これでは、全然、前向いて進まないわけです。だから、市町村のそういうふうなところが、病院または診療所からのベッドの転換でそういうふうなものをつくりたいと言った時には無条件で、介護保険が高くなるから、もう、無くなるかもわかりませんが、やはりやっていただかないと、生きる道が見えてこないというふうな感じがするものですから、ちょっと一言。

(堀川委員) 今の療養病床からの転換は、基本的には県からの所管になりますけれども、老健でも特養でもやることは可能です。それは、だから市町村が拒むことはできないという制度です。

(細木委員) そうですか。

(堀川委員) はい。それと、それ以外として第6期計画で、一応70床程度の老健は新規に計画の中に入れておりますので、是非手をあげていただきたいと。

(細木委員) わかりました。

(安田会長) 色々建設的なご意見をいただけたということがわかりましたので、事務局、整理が大変だとは思いますが、各委員から、あるいはワーキンググループが正式に発足し

たらワーキンググループに参加される方の意見を使って、提言型の対応をですね、国から言われたことを忠実に守るだけではなくて提言型の対応をしていただきたいと思います。

ちょっと時間が8時になっておりますが、まだひとつ議題が残っておりますので、また最後に時間があれば、何かご発言いただきたいことがあれば、していただくことにいたしまして、議題の2のほうの地域医療介護総合確保基金についての説明を事務局からよろしくをお願いします。

(事務局) それでは、議題2の地域医療介護総合確保基金について御説明いたします。資料2をご覧ください。1ページから8ページまでは国が作成している資料です。

まず1ページですが、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み」の説明資料です。県におきましては、国が定める総合確保方針(資料上段)に基づき、毎年度、都道府県計画(資料中段)を国へ提出します。国は、消費税財源を活用した交付金を都道府県に交付し、都道府県は自らも1/3の財源を拠出して基金を造成します。

都道府県は、この基金を原資として、都道府県計画に基づく事業を実施することとされています。なお、市町村計画に関しましては、介護分のみとなっています。

また、資料の右側ですが、都道府県計画にあつては、地域医療構想を含む医療計画と、市町村計画にあつては、介護保険事業支援計画や介護保険事業計画との整合性を確保することとされています。

2ページをご覧ください。

地域医療介護総合確保基金、いわゆる新基金の説明資料です。上の点線囲みにありますとおり、この新基金は、後期高齢者が急増する2025年を展望し、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を急務の課題と捉え、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度として制度化されたものです。

右側下段に対象事業の欄がございますが、新基金の制度がスタートしたH26年度は、ここに掲げられた1～5の事業のうち、

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 4 医療従事者の確保に関する事業

の医療分を対象とし、H27年度以降は、3及び5の介護分を含めた事業が対象となります。

3ページをご覧ください。

新基金に係るH27年度予算に関する説明資料です。

左側の図にございますとおり、新基金のうち医療分はH26年度、H27年度ともに904億円、H27年度は、これに先ほど御説明しました介護分が724億円上乗せとなり、総額1,628億円となっています。

なお、この予算額は図の中に(うち、国分)とありますように、公費ベース、即ち国2/3、都道府県1/3の合計額です。

4ページをご覧ください。

H27 年度分の新基金執行スケジュール（案）の説明資料です。左側の「医療分」と書かれた列を上から御説明しますと、後ほど御説明いたします、H27 年度計画事業（案）につきましては、H26 年 12 月に国から事業量調査があり、これに対しまして H27 年 2 月に回答を行っています。その後、先般の国の予算成立を挟みまして、H27 年 4 月に「事業量の見直し」の提出を行いました。これは 2 月に提出したものから変更はございません。なお、今後の予定につきましては、5 月に、国の事業量ヒアリングを受け、6 月に、国からの新基金に係る交付金額の内示、7 月に、県から国へ、交付申請書の提出、右端にあります都道府県計画の提出、7 月に、国からの交付決定という流れとなっています。国のヒアリングにつきましては、5/25（月）午前に予定されており、県及び関係機関で赴く予定となっております。

5 ページをご覧ください。

新基金の執行状況に係る説明資料です。左上に「指摘事項」とありますが、国の社会保障審議会に設けられた医療部会等におきまして、このような指摘があり、これに対する右側の H26 年度計画における状況を踏まえ、国においては、下段に 4 つの「・」で示されておりますとおり、

- ・ 平成 27 年度から地域医療構想の策定が進められるため、構想達成に向けた病床の機能分化・連携に関する事業への基金の重点配分
- ・ 地域の関係者の意見を反映させる仕組みを継続
- ・ 平成 26 年度執行実績の把握、執行状況に応じた適切な基金の配分の検討
- ・ 効果検証のため、アウトプット、アウトカムに着目したできる限り定量的な視点による目標設定

という方針が立てられ、さらには、6 ページの配分方針（案）が昨年度末の都道府県担当者会で国から示されました。特に 5 ページの一つ目の「・」については、この 6 ページでさらに具体的な内容が示され、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業のうち、27 年度実施分として位置付けられる事業を優先的に採択する」ものとされています。

7 ページをご覧ください。

新基金の適正な執行に係る P D C A についての説明資料です。「P L A N」における「都道府県計画の策定」に関しましては、※印で示されておりますが、可能なものについては定量的な目標を定め、計画期間の年度ごとの進捗管理が適切に行えるようにする、医療計画や介護保険事業（支援）計画との整合性の確保等、関係者の意見を反映させるために必要な措置、会議や議事録の公開等により決定プロセスの透明性等といった点に留意することとされております。

また、「C H E C K」の「都道府県における取組」に関しましては、○で示されておりますが、事業ごとの実施状況を把握・点検するとともに、事後評価を実施し、その結果を国に提出・公表することとされております。

8 ページは、国が地域医療介護総合確保促進法の規定により定めた「総合確保方針」から、7 ページの P D C A に関する箇所を抜粋した資料です。

続きまして、本県における新基金の H27 年度計画事業の御説明をさせていただきます。9 ページをご覧ください。

先ほど御説明いたしましたとおり、新基金は H26 年度から制度がスタートいたしました。この資料は、昨年度の保健医療計画評価推進部会（8 月）及び医療審議会（9 月）において御承認をいただいた後、国へ都道府県計画を提出のうえ実施しています H26 年度事業の一覧です。

左端の列にございますとおり、大きく「新規事業」と「旧国庫補助金分（国の指示により新基金に振り替えたもの）」の 2 区分となっております。

金額欄の単位は千円ですが、小計欄のとおり、「新規事業」は 4 事業、全体計画額 2 9 5 百万円余り、「旧国庫補助金分」は 1 7 事業、全体計画額 5 0 4 百万円余り、合計で、右下の欄ですが、2 1 事業、8 0 0 百万円の全体計画額について国の承認を受け、うち 2/3 の国費分としまして、5 3 3 百万円余りの交付金を受け入れ基金を造成しております。

次に 1 0 ページ、1 1 ページをご覧ください。

こちらが本日御承認を賜りたい、H27 年度計画事業の一覧です。これら事業の計画につきましては、H26 年度当初の段階で、6 1 の医療関係団体、医療審議会等の委員の皆様、そして広く県民の皆様へ事業提案を依頼しました結果をベースとするものです。この事業提案の依頼に対しましては、3 6 団体から 8 9 事業の提案をいただきました。これを受け、医療政策課におきましては、県庁内の各担当課や関係機関の皆様と、その後追加提案のあったものも含めた各提案事業に関し、具体的な事業として実施できるか否かについての協議を行い、これが可能であると判断されたものを、事業の着手時期に応じ H26 年度事業又は H27 年度事業に振り分けました。その結果としまして、H27 年度の計画事業につきましては、1 0 ～ 1 1 ページの状況となっているものでございます。

左端の列にございます区分は、大きく「新規事業」、後ほど追加資料で御説明いたします「地域医療再生基金（からの）移行事業」、それから「旧国庫補助金分（国の指示により新基金に振り替えたもの）」の 3 つとなっております。なお、1 0 ページの「その他」に計上しております 2 事業は新規事業であります。事業スケジュールを精査中であるといった理由から別区分にしているものです。金額欄の単位は同じく千円ですが、小計欄のとおり、「新規事業（その他を除く）」は 1 1 事業、全体計画額 2 1 2 百万円余り、「地域医療再生基金（からの）移行事業」は 6 事業、全体計画額 9 9 0 百万円余り、「旧国庫補助金分」は 1 7 事業、全体計画額 4 2 8 百万円その他の 2 事業を含め合計で、1 1 ページ右下の欄ですが、3 6 事業、2, 5 5 3 百万円余りの全体計画額となっております。

今後は、本日の会で H27 年度計画事業について御承認をいただくことができましたならば、引き続き 5/11 に開催予定であります高知県医療審議会におきまして同様に御承認をお願いしたうえ、先ほど 4 ページで御説明いたしました国のヒアリングを受ける流れと

なります。

また、H27 年度計画事業につきまして、一点補足させていただきますと、6 ページの配分方針（案）の一つ目の「・」、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備を優先採択する件」に関し、事業の追加ができないかという個別の要請を、先般国から受けております。

2 ページの資料で申しますと、右下にあります対象事業の「1」に該当する事業のうちハード整備事業ということになりますが、現時点における本県の計画においてこれに該当する事業は存在しないという状況です。

これは、地域医療構想の策定前の段階において、当該構想の達成に向けた事業を実施することが困難であることを理由とするものですが、全国ベースでの配分結果が本県にとって不利な状況となることはできるだけ回避したいと考え、現在、高知県医師会にお願いしまして、各病院団体へ実施可能な事業がないかお問い合わせをさせていただいているところです。仮に、実施可能な事業の提案がなされた場合におきましては、本日の資料に追加して、医療審議会にお諮りしたいと考えておりますので、保健医療計画推進部会委員の皆様におかれましては、この点も含めて H27 年度計画事業の御承認を賜りたく存じます。

なお、1 2 ページには参考資料としまして、H26 年度事業の一つ「医療介護情報共有システム構築事業費補助金」のポンチ絵を添付しております。9 ページの一覧で申しますと、上から 3 段目の「在宅医療・介護連携のための ICT システム構築事業」に該当するものであり、H26 年度から H28 年度までの 3 年間の実施が計画されていますが、説明は割愛させていただきます。

続きまして、本日追加でお配りしております「参考資料 2」について御説明させていただきます。

1 ページをご覧ください。参考資料としまして、先ほど御説明いたしましたとおり、本年度から新基金の対象事業に介護分が追加されておりますが、その計画事業一覧でございます。なお、本件の所管は地域福祉部の高齢者福祉課となっております。

2 ページをご覧ください。地域医療再生計画に基づく事業について、取組内容をまとめたものです。まず、「1 これまでの状況」ですが、次の 3 ページをご覧ください。左上にございますとおり、H21、H22、H24 年度における 3 回の補正予算により国から県へ地域医療再生臨時特例交付金等が交付され、県においてはこれを地域医療再生基金として造成しました。「基金充当額」の欄は当初の計画ベースですが、ここに記載しております、医師確保対策や災害医療対策といった事業区分ごとに事業を実施し、H26 年度までに各々の成果が上がっている状況であり、右端にあります H27 年度事業をもって完了する予定となっております。

2 ページにお戻りください。「2 事業の評価について」ですが、これに関しては国からの事務連絡を抜粋しておりますが、これから国が有識者会議により評価を行おうとしている段階であり、先日、依頼された①～③の各指標に係る基礎データを国へ提出したとい

う状況です。

「3 地域医療総合確保基金（新基金）へ移行した事業」ですが、先ほど資料2の10ページで御説明しましたとおり、H27年度計画事業に6事業の該当がございます。

私からの説明は以上です。

（安田会長）今、説明のありました資料の2、あるいは参考資料の2の資料の説明ですが、何かご質問、ご意見等、ご自由にご発言ください。

寺田委員、どうぞ。

（寺田委員）医師会の中でもあったので。2ページのところですな。

右下の地域医療介護総合確保基金の対象事業のところですけど。地域の地域医療構想の達成に向けて医療機関の施設又は設備の整備に関する事業で、27年度に実施案があればということですけど。これ、27年度に間に合うかどうかという問題と、それから、次の年度にこかすことはできるんですか。

（安田会長）どうぞ。

（事務局）これから検討してですね、実際に積み上がるかどうかというのは、それぞれ病院団体さんのご意見をうかがいながらでない、なかなか難しいのではないかなと思います。

その必要性というところから考えなくてははいけませんし、それが説明にもありましたように、地域医療構想を策定しない段階で、その病床転換に向けたシステムをなかなか作り辛いというのがあります。そういった事情を厚労省に説明しても、なおですね、こういった施設整備についての事業を何とか立ててほしいというリクエストが厚労省からあっていることも、また事実であります。

さらに、これに重点配分をするということは、全国的に見ても、そちらに配分されますから、他の事業にしわ寄せが来るという可能性もあります。それが本県に及ぶ可能性もありますので、そういう状況を踏まえてどう考えるかというのはあります。

例えば現に相対的に少ないであろう回復期病床、回復期リハビリテーション病棟などへの転換のための助成事業なんていうのはあり得るかもしれません。これはひとつの個人的に思いついたものであります。あと、今年度の基金事業としてあげたものについては、今年度内に着手ないしは施行があることが前提で、3年度計画で作れますので、今年度内だけの話であるということです。

（寺田委員）今、さっきの話に、非常にせまられるかどうかという話ですけど、県がある程度把握しているやつなので、県で立案されたものが多いですから、それはそれで僕はいいと思いますけど、今、言ったように、医師会で、今の構想がまだできてない中で、今年度にこの基金をこちらから、こういうことをやるからこれぐらいという話は、なかなかこれは立ち上げるのは難しいと。ということは、次の年度にこかした中でどういくか。

一方で、もし、しわ寄せが来て、次の年度はあんまり、実は、これほど転換する人がおったと。なのに、次の年度ではお金があんまりないですよということになったと言われる

と、早い者勝ちみたいになっちゃって、転換したくてもできないということも起こるかなと。そのへんのところ、悩ましいところなんですけど、厚労省に言いに行っても難しい話なんだけど、現実問題として、もう5月なのにヒアリングが、5月に何か言っていましたから、そんな中でできるはずがないと僕は思って。だから、そういう問題を抱えているんですね。医師会としても、急げとやってもなかなか難しい。どうでしょうか。

(事務局) 各団体でなかなか意思決定、難しいでしょうから、検討を丸投げしているわけではなくて、こういった、国の配分方針という現実がありますので、その現実を考えて現実的に対応するためには、ぶっちゃけた話を言うと、何らかの事業をとりあえず組んでおくということが必要だと思うんです。

何らかのものを組むということについては、一定の数字の積み上げとか理屈とか、それから、検討の中で考えることも可能ですので、そのあたりを。

(寺田委員) 前の時のことも言っているんです。要するに、とりあえず事案を、アドバランをあげると。具体的話は後からくっつけるみたいなかたちで。そういうこともありということであれば、医師会でちょっと提案してみますけど、ちょっとそのへんは流動的だと思います。

あと、他の部分についての認めるかどうかについては、県のほうがあげたことで、ある程度もう、他もある程度オーケーの話でしょうから、僕自身はかまいません。

(安田会長) その他、いかがでしょうか。ございますか。

事業の案については、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

全体を通して何かご発言になっておきたいことがあれば、まだ5分ほどございますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

そうしましたら、本日2つの議題。

(清水委員) よろしいですか。

(安田会長) 清水委員、どうぞ。

(清水委員) さっきの話し合いの中で、病床を、一般病床とか療養病床を転換するという話が出ていたんですけど、それが今、指摘されたところでよろしいんですかね。ちょっと僕、言葉がよくわからないので。27年度からの地域医療構想の達成に向けた医療機関、施設または整備の説明の整理に関する事業というところに入るお金が、その病床を介護型に転換するということで、お金がそこに来るというふうに考えてよろしいんですかね。

(寺田委員) これ、必ずしも介護だけでなく色々パターンがあると思うんです。

(清水委員) はい。色んなのが入ると思うんですけど、先生の苦しいところは、変えられない苦しさがあったわけですね。そこをやはりきちんと道をつけてあげるのが公的な、県のね、やることだと思うんですけど。トンネルが開いたとか光が見えたとか、そういう言葉を言ったじゃないですか。そういうお金だと思っていいですか。

(事務局) ご指摘ありがとうございます。

おそらく制度的に転換ができないものについての助成制度というのは組めませんので、

ここは別途、国のほうに政策提言をしながら、ということになるかと思えます。

地域医療構想を策定して、それを実現していく中で、転換を促進するために必要な助成事業というものは、この対象事業の1にある事業に該当していくと思えます。この中で見ていくということになります。

(安田会長) よろしいでしょうか。

その他、ご発言よろしいでしょうか。

そうしましたら、今日、2つ審議をいただきましたけれども、1点目の地域医療構想の策定に関わる議題で、この保健医療計画評価推進部会の下部組織としてですね、地域医療構想策定ワーキンググループをつくって、地域医療構想調整会議に向けて準備を進めていくという件と、医療介護総合確保基金について、に関わる地域医療総合介護確保促進法に基づく平成27年度の県の計画、今までご審議いただいた件ですが、今日の事務局からの提案をですね、この評価部会、保健医療計画評価推進部会として承認するという事でよろしいでしょうか、ということをごここで決めないといけないんですが、よろしいでしょうか。

では、ご承認いただいたということで、この部会としては承認いたしましたので、5月11日ですか、開催される医療審議会のほうで事務局のほうからご説明ください。

では、今日ご審議いただくことは以上でございますが、あと、事務局のほうから何か追加で連絡事項等ございましたらお願いします。ありませんか。

(事務局) 事務局のほうから1点お願いがございます。

スケジュールの中にもありましたように、この部会、もう一度、今年度開催したいと思っておりますので、日程調整はまた、させてもらいます。是非ご協力をよろしく願いいたします。

(安田会長) はい。では、ちょうど予定している時間の数分前になりましたけれども、建設的なご意見を色々いただきましたので、また事務局のほうで最終的には県民が安心して地域で医療と介護のサービスを受けるといったことが実現できるような計画といたしますか、実現可能な目標を作るところを目指して頑張っていただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

今日はこれで審議を終わらせていただきます。ありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲

議事録署名人
