

平成 27 年度第 1 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 8 月 12 日 18 時 30 分～20 時 50 分
 - 2 場所：県庁 2 階 第 2 応接室
 - 3 出席委員：岩田委員、内田委員、小田切委員、吉川委員、黒岩委員、田中委員、
近森委員、寺田委員、豊島委員、中澤委員、西森委員、野並委員
濱田委員、福田委員、堀委員、堀川委員、宮井委員、安岡委員、安田委員
 - 4 欠席委員：上村委員
- <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、野村チーフ）
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。定刻を少し過ぎまして、おそれいたします。

ただ今から高知県医療審議会医療計画評価推進部会 第 1 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。

資料の確認をさせていただきたいと思っておりますけれども、事前にお送りいたしました資料 1 から 4 と関係条文を本日お持ちいただいているかと思っておりますけれども、そのうち資料 1 の 1 4 ページの下の欄に県の合計が入っていないものをお配りしておりましたので、そのページの差し替え版の 1 枚と後ろに 1 枚、追加をしました 2 枚組みの資料を本日お配りさせていただきます。

それから、資料 3 療養病床の実体調査についての資料ですが、差し替え版ということで本日お配りをさせていただいております。また、本日、追加で参考資料と右肩に書かれたものをお配りしております。

以上につきまして資料の不備等ございましたら事務局のほうにおっしゃっていただけたらと思います。資料 1 から 4、関係条文、それから 2 枚綴りのペーパー、それから参考資料、資料 3 については差し替え版と右肩に書いたものをお使いいただければと思います。

（事務局）よろしゅうございますでしょうか。

それでは、お手元にお配りしております会議次第に沿いまして進行させていただきたいと思っております。まず、会議次第 2、医療政策課長からご挨拶申し上げます。

（事務局）皆さん、こんばんは。県の医療政策課長をしております川内と申します。よろ

しくお願いいたします。

本日は、この医療審議会保健医療計画評価推進部会の第1回地域医療構想策定ワーキンググループにお忙しい中、ご出席たまわりましてまことにありがとうございます。また、皆様方におかれましては、多方面の医療行政にひとかたならぬご協力をいただいておりますことに厚く御礼を申し上げます。

本日のワーキンググループですけれども、簡単にこの設置の背景に入らせていただきますと、また、この資料1のところでもご説明いたしますが、社会保障制度改革の一環として、昨年、医療法が改正をされまして、都道府県が2025年を目途とした医療提供体制と医療需要を推計をして、それにふさわしい重点化対策をこうじていくということ。また、介護との連携の中で、地域包括ケアシステムを構築をしていくと、そういう観点から都道府県が地域医療構想というものを医療計画の一部として策定をするということになっております。

この法改正に基づきまして、本県でも地域医療構想を策定するために、5月11日に開催されました県の医療審議会におきまして、この地域医療構想の策定に関する検討を行なうためのワーキンググループを設置することになりました。これにつきましては、この会議次第の5ページに、県の医療審議会の要項を載せて紹介をさせていただいておりますので、ご参照いただければと思います。

次の7ページをお開きいただければと思います。

こちらにこのワーキンググループの設置要綱をお示しさせていただいております。このワーキンググループの目的として地域医療構想の策定と推進。また、医療法に基づく病床機能報告に関する事項を調査審議するということになっております。

県としましては、名簿にもございますように、この1から9に掲げます団体等の代表の方々に参画をいただいております。

このように地域医療構想を全国的に策定していくということになっておりますけれども、本県の医療提供体制に及ぼす影響は、はっきり言いますと、非常に病床数でいうところの数は全国的には多い、一方で高齢化が非常に進んでいるということと、人口減少ということに、自然減が20数年前から進行しているという中で、これからの医療提供体制を考えるうえで、全国の状況とは少し異なるという中で検討を進めていかななくてはならないというふうに書いております。

地域医療構想につきましては、これまでも報道等で病床の削減というような報道をされておりますけれども、将来に向けて必要な医療提供体制を確保すると、こういう観点で地域医療を進めていただければありがたいなど、そういうふうと考えております。

本日以降、この地域医療構想の策定にあたって、皆様方に色々と声をかけるかと思いますが、私共、事務局として、円滑な議論が進むように資料の作成等の準備をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

(事務局) それでは、ここで委員の皆様をお手もとの委員名簿の順にご紹介させていただきます。会議次第の後ろのほうに委員名簿がついてございます。

まず、高知県歯科医師会理事 岩田委員。

(岩田委員) 岩田でございます。よろしくお願いいたします。

(事務局) 高知県介護老人保健施設協議会会長 内田委員。

(内田委員) よろしく申し上げます。

(事務局) 高知県社会福祉協議会常務理事 小田切委員です。

(小田切委員) 小田切です。よろしくお願いいたします。

(事務局) 全国自治体病院協議会高知県支部支部長 吉川委員です。

(吉川委員) 吉川です。よろしくお願いいたします。

(事務局) 高知県保育士会副会長 黒岩委員です。

(黒岩委員) よろしく申し上げます。

(事務局) 全日本病院協会高知県支部理事 田中委員です。

(田中委員) 田中です。よろしくお願いいたします。

(事務局) 高知県病院診療所事務長会副会長 近森委員です。

(近森委員) 近森です。よろしくお願いいたします。

(事務局) 高知県医師会副会長 寺田委員です。

(寺田委員) 寺田です。よろしくお願いいたします。

(事務局) 高知県老人福祉施設協議会理事 豊島委員です。

(豊島委員) よろしくお願ひします。

(事務局) 土佐長岡郡医師会会長 中澤委員です。

(中澤委員) 中澤です。よろしくお願ひします。

(事務局) 高知県薬剤師会会長 西森委員です。

(西森委員) 西森です。よろしくお願ひします。

(事務局) 日本慢性期医療協会高知県支部支部長 野並委員です。

(野並委員) 野並です。よろしくお願ひします。

(事務局) 高知県保険者協議会副会長 濱田委員です。

(濱田委員) 濱田です。よろしくお願ひします。

(事務局) なお、7月に協議会が法定化されたことに伴ひまして、委員にご就任いただいております。

続きまして、高知県有床診療所協議会会長 福田委員です。

(福田委員) 福田でございます。よろしくお願ひします。

(事務局) ダグ建築設計工房代表 堀委員です。

(堀委員) 堀です。よろしくお願ひします。

(事務局) 高知市健康福祉部健康推進担当理事 高知市保健所長 堀川委員です。

(堀川委員) 堀川です。よろしくお願ひします。

(事務局) 堀川委員は、高知県市長会からご推薦をたまわっております。

次に、高知県看護協会会長 宮井委員です。

(宮井委員) 宮井です。よろしくお願ひします。

(事務局) 芸西村副村長 安岡委員です。

(安岡委員) 安岡です。よろしくお願いいたします。

(事務局) 安岡委員は、高知県町村会からご推薦をたまわっております。

次に、高知大学教育研究部医療学系連携医学部門公衆衛生学教授 安田委員です。

(安田委員) よろしくよろしくお願いいたします。

(事務局) 皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

なお、本日、高知大学医学部精神科講師 上村委員におかれましては、日程の都合上欠席とご連絡をいただいております。

また、本日はお手もとの座席表のとおり、高知県健康政策部、地域福祉部、公営企業局の職員が出席をいたしております。

それでは続きまして、会議次第の3、座長、座長代理の選任をお願いしたいと思います。設置要綱第4条の規定によりまして、座長および座長代理は委員の互選によって定めるところとなっております。どなたかご推薦をいただければと存知ますが、いかがでございますか。

よろしくお願いいたします。

(小田切委員) 座長に高知大学教授の安田委員に、そして、座長代理に県医師会副会長の寺田委員にお願いすればどうかと思っております。

▲▲▲ (賛同の拍手あり) ▲▲▲

(事務局) はい、ありがとうございます。

ありがとうございました。それでは、座長は安田委員に、座長代理は寺田委員に決定をされました。安田座長、寺田座長代理におかれましては、おそれいりますが正面のお席にお移りをいただきたいと存じます。よろしくお願いいたします。

それでは、ここからの会議の進行を安田座長にお願いできますでしょうか。よろしくお願いいたします。

(座長) ただいま、座長を拝命いたしました高知大学の安田でございます。名簿にはですね、高知大学教育研究部云々と長い、ちょっと長くなりますが、学校も高知大学、高知医科大学が統合してですね、組織の改組が、正式の所属はこういうふうには書けないというふうには

事務方から言われたのでこういうふうに書きましたが、実際は高知大学医学部公衆衛生学ということでおりますので、長い所属名は無視していただいておりますが、

ちょっと座って挨拶させていただきます。

このワーキンググループは既に川内課長のほうから詳しいご説明、趣旨がございましたけれども、簡単に言いますと、10年先の2025年に県民が望むところで安心して医療を受けられる、医療提供体制の案を示すということが最大の役割だと思っています。

国の指針に基づいて計算した病床機能別の必要病床数の見込みだけではなくて、介護のサービスでありますとか、住まいの状況とか、医療保険、介護保険の財政の状況といったことも十分に勘案して、最も県民にとって良いと思われる案を皆様方から色々談義などをいただいておりますというのが最大の役割だと思っていますので、1年程度の会になるのではないかと思いますけれども、皆様方から建設的で積極的なご意見をいただくことで、最も良い案を県民にお示しできるよう進行役をさせていただきますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

では、早速、議事のほうに入らせていただきますが、まず、地域医療構想の策定について事務局から詳しい説明をお願いいたします。

(事務局) それでは、資料1につきまして、川内からご説明させていただきます。座って説明させていただきます。

まず、1枚あけていただきまして、下段であります。先ほど挨拶の中で申し上げましたように、このいわゆる税と社会保障の一体改革の中で、先ほど、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律、長いですが、医療介護総合確保推進法という法律が制定をされております。

その中で、医療法の改正につきましては、その概要の「2.」の地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保ということで、この病床機能の強化を推進していくために各都道府県が地域医療構想というものを策定しているということになっております。

次のページをお願いします。

医療法につきましては、これまで数次に分かれて改正がなされてきました。現在の病床規制につきましては、昭和60年の第一次改正で制度化、医療計画制度として制度化をされております。平成4年の第二次改正では、当時の療養型病床群が現行の療養病床の原型が制度化されて、第三次改正では、医療計画制度の制度改正がなされた。平成12年度、第四次改正では一般病床と療養病床に病床を区分して、それまで必要病床数といっていたものは基準病床数と名称を変えています。平成18年の第五次改正、この時も年金・介護・医療と3年連続での法改正がなされました。この時に医療計画制度について、現在、精神を加えて5疾病になっておりますけれども、当時4疾病5事業に区分をした具体的な医療連携体制を作っていくというような、現行に近いようになります。

今回の法改正は昨年であります。大きなところでは、病床の機能分化連携というところですが、あわせて医療事故調査制度なども制定をされています。

この下段が全体の動きでありますけれども、この地域医療構想の策定につきましては、27年4月1日に施行されております。7月以降、順次各都道府県でこの構想の策定作業が始まってきております。これについては、当面の大きな目標設定としては、平成30年に診療報酬、介護報酬の同時改定が行なわれています。それと、後でも説明しますが、介護療養病床の廃止が平成29年度末というところで決まっておりますので、当面、この平成29年度末というところでは、諸々の大きな制度改革のひとつの区切りということになっています。そのほか、この秋に施行になりますマイナンバー制度とか、この社会保障制度改革全般の機能の中の一つとして、この地域医療構想がたてられているというところでもあります。

この地域医療構想につきまして、これまで、医療審議会、また保健医療計画推進部会等でもご説明させていただいておりますので、既にご存知の委員の方が多いと思いますけど、このワーキンググループ、初めてご参画の方もおられますので、ごく簡単にご説明していきたいと思います。

次の3ページの上段をご覧ください。この地域医療構想につきましては、昨年の10月に現行の一般病床、療養病床という、いわゆる病床機能ということに加えて、さらに詳しく、その病棟ごとに各医療機関がどのような医療機能を担っていくのかということを経年報告していただく制度が昨年10月にスタートしております。

診療密度が特に高い病棟の医療を提供する機能としての高度急性期から急性期、回復期、慢性期までのそれぞれ定義がございますが、このようにどの医療機能を担うかということを経年ごとにご報告をいただいております。その結果につきましては、また後ほどご説明をいたします。

これらの報告結果も参考にしつつ、今後、地域医療構想というのを策定していくのですが、この地域医療構想が、団塊の世代が後期高齢者、75歳に突入していく2025年以降、医療需要が全国的に急増していくという背景があって、2025年における医療需要を今のうちから推定をして必要な医療提供体制を構築をしていくという構想を、医療計画の中に位置付けていくというものでございます。

これにつきましては、下段にありますように、医療計画の一部として赤で囲んでありますように、地域医療構想というものがございます。医療計画、5年ごとに都道府県ごとに医療提供体制の確保をはかるために、作成されておりますが、今回、法改正で6年ごとということで、介護保険事業支援計画の中と関係図式が重なるようなかたちになりました。

この医療計画が現在の医療提供体制、医療連携体制を構築する向こう6年間の計画である一方、地域医療構想は、将来の医療提供体制、医療需要を推計しながら、医療計画の中で必要な病床等の確保をはかるために別途計画を策定していくというものであります。

次のページをご覧ください。

どのようなプロセスを経て策定していくかということを中心に記載しております。まずこの策定を行なう体制等の整備ということで、本日、このワーキンググループを設置させていただいたということがございます。次に、この策定に必要なデータの収集、分析とありますが、この地域医療構想の策定にあたりまして、本年3月31日付で厚生労働省医政局通知として地域医療構想策定ガイドラインというものが各都道府県知事によって通知がされておりまして、その中で、この3、4、5、6にありますように、構想と区域の設定、医療需要の推計に必要なガイドラインが記載をされておりまして。

この医療需要の推計や6番にあります必要病床数の推計に必要なデータにつきましては、6月に厚生労働省から提供されておりまして、これらをもとにデータの分析をしていくということになります。まずは、この地域医療構想を設定する区域というものを考えていきます。

基本的には二次医療圏をひとつの単位、議論のスタートとして考えていくということになります。この構想区域ごとに医療需要を推計して、これに対する医療提供体制を検討していくと、こういうプロセスを経ていくということになります。

次に、この地域医療構想を策定した後ですけれども、この病床機能ごとに将来的な病床の必要量を算定していくこととなりますけれども、これを超えるような病床がある場合に、そういった病床機能に転換をしようとしたり、または新たに病床を増やそうとすることがあった場合に、この4ページの下段にありますように地域医療構想調整会議という会議を構想区域ごとに設置をしていくこととなりますけれども、その中でそれぞれの医療機関が担うべき医療に関する協議などを個別の協議、また、全体の病床機能報告の情報共有などしていく会議を設置していくということになります。

具体的には、次の5ページになりますけれども、この地域医療構想の調整会議においては、この病床機能報告の情報共有、また、後ほどご説明しますが、各都道府県ごとに設置する地域医療介護総合確保基金を活用した事業の計画に関する協議。また、下のほうに赤字で記載しておりますけれども、病院の新たな開設や増床、また既にその必要数を上回っている医療機能への転換などが行なわれようとする際における協議をこの調整会議で行なっていくという、これは個別案件として協議を行なっていく。

特に、この個別案件につきましては、この下段にありますように、まず、病院の新開設、増床に関しては、不足している医療機能を担うという条件を付け、それは都道府県知事の決定になりますが、それでも、この医療機関が過剰な医療機能を展開する、例えば急性期機能がこの構想区域においては、既に現状の必要病床数を上回っているという状況で、将来的に転換しようとする報告がなされる場合には、転換の中止、まず、この調整会議でご議論をいただいたうえで、協議が調わない場合は、転換の中止を要請することができることとする、ということになります。また、その稼動していない病床がある時には、その削減の要請なりをこの協議の場で、調整会議における協議を経て削減することができると。

こういったプロセスを経て、これらの要請、公的医療に関しては、命令指示に従わない

場合については、イ、ロ、ハに記載しているような措置をこうずることができるというようになっていますが、なるべくそのようなことにならないように協議が進んでいければというふうに考えています。

次のページ、6ページをお願いいたします。

今後の本県での今後の検討体制でありますけれども、ちょっと字が小さくて申し訳ございませんが、医療審議会の部会の下に当ワーキンググループを設置して、地域医療構想の策定に関する協議を行なっていただくのですが、策定後はこの会が法定の地域医療構想調整会議に移行していくことを基本として考えております。

策定段階におきましては、まず、この地域医療構想の策定の単位である構想区域というもの、区域区分もご議論いただくこととなりますけれども、そこが決まらない段階でも、それぞれの地域の意見というものを吸い上げていく必要がありますので、これはワーキンググループの下に書いてありますように、各福祉保健所単位で、日本一の健康長寿県構想推進協議会という保健医療福祉の様々な立場に関わる方々で構成される会議が設置されておりますので、ここにおいて医療関係者や市町村、また住民等のご意見を根気よくお聞きをして、この会議に反映をしていきたいというふうに考えます。

今後の検討スケジュールであります。この下段、これも字が小さくて恐縮ですが、現時点での目標としては、本年度中の策定ということを考えております。今回は、初回、お配りした段階で7月16日になるんですが、細かい説明で申し上げませんでした。第1回目は、国のほうで必要病床数の推計報告にもとづいた全国的な都道府県ごとのデータが既に公表されております。このデータ等を提供、ご説明させていただいて構想区域についてご議論いただこうと考えております。

本県は、療養病床が非常に多い中で、全体の病床数が多いという状況がございますので、真ん中の下のほうにありますように、療養病床に入院されている患者さん方の状態像やどのような施設類型での対応が望ましいのかというところの実態調査を実施して、その結果を反映していきたいと考えておりますので、この調査の推移によりましては、来年度の前半まで策定が延びていくかもしれません。いずれにしましても、この会議で関係の方々が同意、ご理解が得られるところまでご議論いただいて、この、三月末というスケジュールになります。これにしばられることなくご議論いただければと思います。

次の7ページからですが、今後の医療需要の推計方法について国から示される考え方について簡単に説明をさせていただきたいとおもいます。

地域医療構想は原則、二次医療圏単位である構想区域の単位で2025年の医療需要を推計して、その推計に基づいて必要、病床の必要数を算定していくということになります。この時に高度急性期と急性期、回復期、慢性期、これごとに医療需要を算出して、病床稼働率で割り戻して、病床数の推計をするということになります。

その中で、高度急性期から回復期につきましては、次のページですが、一定の医療行為が、ある程度、医療行為が多くなされているものほど、より高度な医療を担うと。逆

に言うと、高度急性期用の病床、例えば集中治療室や救命救急センターなどについては、より多くの医療資源が投入されている、こういう前提条件に立って、投入されている医療資源のなかにおいて、一定程度の医療資源の投入がなされている患者数がどれだけあるかということで推計をしていく。医療資源の投入量というものを診療報酬の点数で置き換えて計算していく。その時の基準となる点数が高度急性期、急性期であれば3000点、回復期の状態が600点で、下限が225点というふうになっています。

次の9ページの上段。この高度急性期から回復期までの、どのような医療が投入されているかという考え方を示しています。これらのイメージに大体あてはまるような点数の区切り方をしております。このように、点を、医療資源投入量を診療報酬の点数に置き換えたかたちで1日あたりどれだけの患者さんが、その点数にかかるかということで足しあげて、それを将来の人口推計で年齢階級別に足しあげていって計算をするというようなやり方です。

その一方で、慢性期につきましては、現在の療養病床の診療報酬が包括払いというかたちになっておりますので、どの程度、その医療を投入しても、まだ一定の診療報酬支払いというかたちになっておりますので、どの程度、医療資源が投入されたかということの計算が非常に難しい、推計が難しいということですので、次のページにさせていただくと、まず、現在、療養病床に入院している患者数と、一部、障害者、難病の患者さんを足して、療養病床の中でも回復期リハビリテーション病棟が一部ありますので、そういう患者さんは除く。そして、療養病床の診療報酬の中で、医療区分1、2、3の報酬の区分になります。その中で最も軽い医療区分1の方の70%は、療養病床での医療は受けていないというデータも示されておりますので、この70%の方々を除外するということになります。それと、この②の右端にある地域差の解消というものさしが基準となって、ページ戻っていただきまして、ここでパターンA、パターンBというのが示されていまして、ひとつがこの療養病床入院受療率、人口あたりの入院患者数が全国最小の県にあわせた場合の数値から、全国の中央値に入院受療率をあわせた場合の数字の、パターンAからBの中で、一定の幅の中で必要量を算定していく、高知県のような入院受療率が高いようなところを全国の最小値から中央値の間の幅でもって、この中に集約をさせていくという、なかなか非常にきつい推計の仕方を取り入れることになっています。

この10ページの下段、医療区分率70%の方を除いたうえでの療養病床の人口あたりの人数、入院受療率、都道府県ごとに並べてあるんですけど、本県は、最大の391という数字が出まして、最小値が山形県から中央値、滋賀県の81から144の値にまで縮めた場合はどうなるかという数字で、必要病床数の算定をしていくという作業になります。

このように多いところを少ないところにあわせていくことが本当に適当なのかどうかということはよく議論がございました。また後で説明をしますけれども、本県の療養病床に入院されている方々の状態像はどうかということを含めまして実態調査をしたいなというふうに考えています。

ただ、このように全国の最小値ないし中央値にあわせていくと、現行の病床数に非常に少なくなる県が多く発生をしてきますので、11ページの中にありますように、地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例というのが設けられております。その要件としまして、それは案と書いてありますのは、ガイドラインのことであります。

まずひとつは慢性期病床の減少率が全国の中央値34%より大きいということ。高知をこれにあてはめると65%くらいになりますと、ちょっとここの基準はクリアしておりません。クリアといいますか該当しておりません。

もうひとつ②として高齢者単身世帯の割合が全国平均より大きいということですね。これは療養病床の入院需要率がどのような指標と相関するかということを色々調査したところ、高齢者の単身世帯の割合というところが相関として最も強いというデータですが、この割合が高いと、全国平均より大きいところは避けられない要因があるということで、特例の対象になるということで、どのような取り組みをするかということ、2025年の入院需要率を目標としますが、それを2030年までに目標設定の時期を延ばすという考えということになります。

その場合、2030年まで延ばした時の2025年の入院需要率の、ここに書いておりませんが、パターンCというかたちで算定をしていくと。ただし、このパターンCで、必要データ数を算定したとしても、2025年ないしは2030年までに必要病床数の達成が非常に難しいというような状況がある場合は、真ん中の下にあります策定後の目標修正ということで、別途、厚生労働省と協議するということですが、して、全国中央値を下回らない範囲で厚生労働省と協議して同意を得た方法でというふうに書いてありますが、ここらあたりの具体的な考え方については、厚労省からまだ示されていないという状況であります。

そして、この春に地域医療構想のガイドラインとともに、主にそこに沿うための省令、告示等が示されていますので、これらをもとに、今、本県の療養病床数、どのようになっているかということと新たに推計した結果をお示ししておりますので、ここから先は、医療政策課、伴のほうから説明させていただきます。

(事務局) 医療政策課、主幹の伴です。よろしく願いいたします。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。

3番の本県の状況についてというところからですが、これまで川内のほうからあった説明は制度の話になりますけど、これから私の方から説明させていただくのは、高知県の医療の現状をデータをもってみると、どのようなことになっているのか。また、これが将来2025年、2030年、さらに先まで推計をしていくと、この先どうなっていくのか、というものを皆様に共通のイメージとしてもっていただくことで、これから先の地域医療構想の医療の制度の面から算段をこうじたデータ、そして、皆様の実際の現場での肌感覚、そういったものをあわせて議論していただければというふうに思います。

それでは、資料12ページの下段をご覧ください。本県の医療資源と書かれたところで

す。こちら、上の段が二次医療圏ごと、そして県合計で病院の数やその性格、またその右側には医師数の数を示しています。また、その下段では、二次医療圏ごとにベッドの数がどのようになっているのかというものをそれぞれ示しています。

まず下段、病床数のところ、地域医療構想で必要病床数というものをこれから定めていくわけですが、現状ですね、上から安芸、中央、高幡、幡多、県合計というふうになります。病床数はその横で、その右側には人口10万人あたりの病床数というものが書かれておまして、中央にやや多い状況。さらに、そのもうひとつ右には病院の一般病床数と書かれております。このあと療養病床数のほうにも移りますが、まずは一般病床数の内訳を見ていただきます。

こちら、更に右にいったら、人口10万対となると、やはり中央に病床数が多い状況、高幡医療圏の2倍以上の数を持っております。さらにこの右側にいくと、公的病院の病床数割合というものがああります。ここにくるとかなり地域差が出てくる場所です。

この上から3つ目の高幡医療圏においては、病院一般病床の割合がわずかに9%となっております。残りの部分は4割から6割を公的病院の病床数が占めていると。今後、地域で地域医療構想に関して皆様、そのような地元も含めて協議をしていく中で、一般病床という主に急性期や回復期、そういった機能を担うものを地域で話し合う時には、高幡医療圏においては民間の病院、民間のベッドを持っている病院の理事長の方々はかなり大きな役割を担ってくるというのが容易に想像できるのではないかとということです。

逆に、公的病院の病床数の割合が4割から6割を占めているほかの医療圏では、公的病院の役割というものがかなり大きくなっていくと。そうなるにつれて、病院の開設者、こちらは首長さん達になりますので、そういった方々もしっかりとそれぞれの地域の医療についてご意見を出していただきたいなというふうに思っております。

それから、ふたつ右にとんで、今度は病院療養病床数というところに移ります。こちら、本県でも先ほどから話が出ていますように、全国的にも高い数字を出しているわけですが、これも人口10万対とすると、安芸と中央で3倍近い開きがあったり、中央に若干の公的病院の病床数、持っているものがありますけれども、基本的には療養病床というのは、ほぼ全てが民間病院によって提供されているという事情があります。

これを考えると、やはり民間病院がこういった療養病床の問題を今後やっていくうえでは、それぞれの理事長の方々を含めて、その従業員やその家族、その地域の医療資源、そういったものを経営の面からも含めた目線でそれぞれ検討していただきたいというふうに考えております。

それでは、次の13ページをご覧ください。

こちら、上は人口・医療需要推計(1)ということで、地図の下にあるものが高知県の全体の人口の推移になります。色んな色がありますけれども、総人口は赤の線で示されておりまして、左側が実数、右側が2010年からの変化率を示しております。やはり人口は減っていくんですけど、右の変化率を見ていただくと、赤が右下に伸びている反面、

高齢者を示すような棒グラフというのは上に伸びているということがわかります。

それで、右のグラフに行っていただくと、二次医療圏別年齢区分別人口推計というところですが、こちらの段で変化率を見ていただくと、赤の線はどれも右肩下がりになっておりますが、このオレンジの65歳以上に人口に関しては、医療圏によって地域差が出ています。

それをページの下のグラフに移っていただくと、こちらが、その人口推計から作り出した簡易的な患者推計のデータとなっております。二次医療圏別年齢区分別入院患者数推計という右下の大きなグラフですけれども、こちら、上の段が実数になっていて、下の段が2010年からの変化率です。

ここで見ていただくと、一番左の安芸、右からふたつ目の高幡、ともに地域では、赤の線がもう既に下降線をたどっているのに対して、一番右の幡多では2025までは横ばい、中央では2025年までは右肩上がりということで、医療圏によって人口の推計と同じように、医療必要量というものも変化をしていくということになります。

次の14ページをお開きください。

上の段の人口・医療需要推計の(3)では、かなり医療需要を二次医療圏と患者調査に基づく簡易的な患者推計(疾患別)ということで、病気別にみるとどうなるかというものになっています。これも同じように上が実数で下が変化の量となっております。

まず上の段から見ていただくと、左からふたつ目の循環器系と書かれた心臓や脳などの血管の病気というものが数としては、圧倒的に多く、次に一番左の新生物、こちらは癌ですね。それから、一番右側の損傷、中毒。こちらは高齢者の骨折なども含まれております。こういったものが続いて多くなります。さらには左から3つ目の呼吸器系。これは高齢者の肺炎などですね。それから右に消化器系、筋骨格系というふうになっています。

グラフの下の段で変化量というものを見ていくと、癌は損傷や中毒、骨折と同じように数は多かったはずなんですけれども、若干右肩下がりに今後なっていくことが予想される反面、一番右の損傷、中毒、骨折を含むものというものは2025年にむけて県全体でも高齢化に伴って上がってくると。ほかにも循環器や呼吸器、そういったものというものは増えていく、各度が急勾配になっていくことがわかると思います。

これはイメージしていただくと、高齢者が増えてくるので、心臓や脳の血管が詰まったり破れたりという病気だったり、転んで骨折をしたり、もしくは誤嚥性肺炎になりやすかったり、そういった状況をイメージしていただければ、実際に肌感覚を得やすいのではないかと思います。

こういった状況をふまえて、下の段で(4)のところですが、2025年の医療需要推計と現状の供給報告内容というところになります。こちらは資料1の差し替え版ということで、本日お配りさせていただきました横長の紙のほうをご覧くださいと思います。

こちらが、上から安芸、中央、高幡、幡多、そして県全体の先ほど説明をした高度急性

期から慢性期にかけての2025年、医療需要、また、その医療需要から割り出した必要病床数、必要なベッド数、それから、右側の縦のオレンジのところでは、病床機能報告における昨年度ご報告いただいた内容を示しています。

こちらからわかることはですね、病床機能報告制度というものは、昨年度の各医療機関が自己申告していただいた現状。それから、右から3つ目の縦の少し太字の数字。こちらが2025年のそれぞれの地域で、計算方法でいくと必要になるであろうベッドの数。これらを比べてみると、一番右のように現状との推計の需給差というものが数字で出てきます。それぞれの地域によって現状との差がまちまちで異なっているのがわかると思います。

そして一番下のところに県計ということで、黒枠で囲ってありますが、これが県でトータル数字になります。こちらが、今年の6月に新聞報道等が出た内閣の発表したデータに近いものになっているのではないかというふうに思います。

今回のこの推計では、慢性期の推計で先ほど説明があったように、いくつかパターンがございました。こちらについては次をめくっていただいて、この中で高知県の必要病床数の推計というものがありません。①から④とありますけれども、①の推計の中で、真ん中あたり、表の真ん中あたりですね。慢性期パターンA、B、Cというものがありません。これが先ほど説明のあったパターンAが、全国の最小値のどこまでレベルを下げたパターン。それから、パターンBのところは全国の中央値レベルまで下げた時の計算。そしてパターンCが先ほどのふたつの特例を満たした場合に2030年に延長が認められる時の2025年の手前の目標値ということになります。

こちら、現在ではまだ推計ですけれども、パターンA、B、Cで、かなり慢性期の必要病床数の推計値が変わってくるからおわかりだとは思いますが、本県の場合はパターンCということで、先ほどの紙で出していける数字はこの中のパターンCを使っているものになります。

それでは、この資料に戻っていただいて、15ページのほうをお願いします。15ページの上の欄には、現在執行中の第6期高知県保健医療計画（平成25年度～29年度）における基準病床数というふうにかかれたものが表になっております。赤枠で囲まれた第6期計画、そしてその中の既存病床数ということですが、こちらは数だけを見ると現在の病床数と少し合わないんですが、医療計画の中では少し特別な算定式を用いておりますので、これは間違えて記載しているわけではないのでご了承いただければと思います。

実際に下の段、DPCデータからみた現在の急性期医療提供体制ということで、DPCというのが、一般的には急性期の病院で患者さんが入院した時に計算するためのメニュー表のようなものです。こちらのDPCデータを使うと、日本全国の急性期の入院患者さんの約9割のデータが取れるということで、全国的にはこういったデータを使っております。

が、こちらのDPCというメニュー表を使っている医療機関というのは年々変化をしてくておりますので、こちらは平成25年時点でのデータということで、東のほうでいくと、県立安芸病院からはこのDPCのメニューを使うべく現在準備中ですし、例えば高知市内

の大きいところでいくと、この近くの愛宕病院さんなんかもこういったD P Cはまだ準備中ということで、このデータは西のほうの大きな病院は比較的、算定されているんですけども、高知市内より東の病院というのは、できていないところもあるという事情をご理解いただければと思います。

こちらの状況、図に関しては、そのD P Cというメニュー表を使っている急性期を担っている医療機関がどのあたりにあっているのか。それぞれが左の表にありますように、毎月、どれだけの症例数、どれだけの患者さんをこのD P Cデータで見ているかというものが数で表れます。

やはり、オレンジで書かれているような医療センターであったり高知赤十字病院、近森病院や国立高知病院は症例の数がかなりありますし、下のほうの高知大学であったり、下から2番目の県立幡多けんみん病院などでは病院規模が大きくなってくると、この症例数が多くなってくるといえることがあります。

それを図式化したのが、次のページになります。

こちら、D P Cデータのパート2のほうになりますけども、色々な病院がどれだけ毎月、こういった種類の入院患者さんをみているかというものを、こちら、一覧にしたものです。それぞれの色の内訳というのは右側に縦にページがありますけれども、病院によって患者さんの数だけでなく、その中の内訳もかなり違ってくるので、これを見るとそれぞれの病院の得意分野、特化した分野というものがわかるようになっています。

こういったD P Cデータを活用した時に、このページの下の段になるんですけども、要因によって、その患者さんが住んでいる住所地からどこの病院まで通ったかというデータがでてきます。こちらの下3つの地図でお示したいのはですね、一般的に急性期医療とはいっても、全国的には待てる急性期と待てない急性期という言われ方をします。

例えば癌の手術が30分遅れることと心筋梗塞の治療が30分遅れることでは大分意味が違ってきます。そういった意識の前提をもって、この地図をもう一度見ていただくと、脳梗塞に関して、左上ですが、重いものから軽いものまでありますが、緑、比較的15分以内から30分以内に医療機関に患者さんが到達できた地域が全県的に広がっていて、中山間地域では60分、90分の地域に住んでいる患者さんが多いということがわかります。次に、右にひとつ進んでいただいて、クモ膜下出血、脳動脈瘤ということで少し難しい手術、大きな病院でなければ、なかなか手術ができないようなところというのは、この緑が先ほどの脳梗塞と違って、高知市内であったり、幡多の中央部のほうに移っていて、安芸や高幡では、なかなかすぐにこの治療が受けられないということがわかります。右側の急性心筋梗塞に関しても、クモ膜下出血と同様の状況になっていて、左下の早産や切迫早産、こちらに関しては、より中央に患者さんが寄っていると。

また、先ほど例示しました癌について、例えば胃の悪性腫瘍、胃癌であれば、中央や幡多に症例が寄ってはいるものの、早産であったり、急性心筋梗塞、クモ膜下出血に比べると、時間が遅れることによる、その後の不利益というものは少し性格が変わってくるので、

こういった待てない急性期と待てる急性期をどのように地域でそれぞれ理解していくかというところもかなり重要なこととなります。

一応参考までに、右下に誤嚥性肺炎ということで高齢者に多い肺炎で、現在の死因の第3位まであがってきましたけれども、こちらに関しては比較的、地域でも受け入れも早くできているということになっています。長くなりましたが、資料1の説明は以上です。ありがとうございました。

(座長) ただ今、資料1を使って事務局から説明がございましたが、資料の中身についてですね、ご質問等、ご発言いただいたらと思いますが、いかがでしょうか。わかりにくかったので説明をもう少しということでもかまいませんが、いかがでしょうか。

(寺田委員) 寺田ですが。

基本的なことをちょっと。資料1の2ページの下の経緯のところですね。この説明の中で、介護療養病床は平成29年度に廃止ということが決められているとおっしゃったんですけど、それはかなり大きな問題なので、そのことと、今回、この介護療養病床の問題も出ていますので、そのへん、平成29年ですね。ということは、2020年、もうあと5年くらい先のことになるので、この辺の問題をどうとらえるか、大事なことなので。

廃止は決まりなんでしょうか。

(事務局) 介護療養病床の廃止については、今のところ政府の方針は変更がないというふうにかがっております。

参考、今日お配りした参考資料の15ページにありますけれども、裏の厚生労働省の保険局、医政局、老健局、各部合同で7月10日に設置をされた療養病床の在り方等に関する検討会議の概要ですが、1の目的の三つ目の丸ですが、介護療養病床について、29年度末での廃止が予定されているということでございます。そうした背景に、今後、地域医療構想というものの策定において、2025年を目途とした入院受療率を提供していくという中で、今後の慢性期医療に、どのように対応していくかということで、この療養病床の在り方についての検討会が設置をされたということです。

29年度末で介護療養病床が廃止になる予定ですが、何故そのようなことになってきているのか、今、転換等が残っている状況もあるのではないかとというような懸念もありますので、この29年度末に向けて地域医療構想という要素を包括させていきます。

今年度、このおおまかな在り方について検討して、この真ん中の※のスケジュールがありますけれども、来年以降、社会保障審議会の部会等で制度改正に向けた議論を開始することで、おそらく法改正が必要なものについては、平成29年度通常国会に提出を控えるような検討会の中での動きかなというふうに思っております。全体に動きがありますので、そういう意味で、この2ページの医療介護の全体のスケジュールについては、29年度末

あたりをひとつの指針としてのスケジュールになっているといえます。

(寺田委員) 今の説明なんですけど、この参考資料の14ページのところです、先ほどの。2の検討事項、介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方等に関する検討会を厚労省、考えていますよね。ということは、介護療養病床廃止は、もう既に6年のあれが過ぎて、いわゆる廃止のほうは生きていますけども、いわゆる、この執行は延期の状態になっていると。こういう状態の中での平成29年度に廃止ということになると、全然、我々の計画が根本的に変わってくるので、そういうところはまだ流動的と考えて推計値を出していいんでしょうか。

(事務局) ご指摘のとおりだと思います。

地域医療構想は策定することになりますけれども、やはり、おおよそ療養病床の在り方に関して大きな制度改正がなされるのはもう少し後になりますから、そういう意味で介護療養病床の廃止を含めて決まっていることは決まっていますけれども、事業としては流動的ではないのかなと思います。

次のページですね、16、17ページに第1回の検討会での議論のたたき台というものがありますけれども、「2.」の医療提供体制の在り方については、この療養病床における医療の在り方ということに加えて、この中で新体制のあり方等々が特に検討材料となっていると。それと、この(4)療養病床における医療の在り方をふまえて療養病床以外のサービス提供ということにも、多岐にわたった論点が整理されていますので、今後の動きというのは、この検討会の動きでも、このワーキンググループにフィードバックしていきながらの議論が必要ではないのかなというふうに思います。

(座長) 田中先生、どうぞ。

(田中委員) 田中です。

先ほど介護療養病床のこととか療養病床のことが話題になりましたので、私の知っている範囲で、になりますけれども。

確かに介護療養病床の話で、廃止だよということは、どこかに書かれているんだと思うんですけども。去年、一昨年くらいの時点で廃止ということになっていたんですけども、それがうやむやとして廃止できない状態で今まで続いてきています。29年度の末で廃止するよというようなことは決定されてはいるんですけども、これはどうなるかわかりません。かたちを変えて、名前だけ変えて、そういうものが存続するような議論になってきつつあるとは思っています。

私、資料がひとつあるんですけど、配らせてもらっていいでしょうか、いけないでしょうか。

(座長) どうぞ。

▲▲▲ (資料配布) ▲▲▲

(資料1, P10を示して)

療養病床が、10ページですか。皆さん、びっくりしたと思うんですけども、こういうふうなかたちでいつも、計算式でいきますと、いつもトップに高知県がいます。長野県のところを見てください。これが一番、最少の療養病床です。今、お配りした全体合計の比較の表を示す資料を見てもみますとですね、療養病床と介護老人保健施設、それから、介護老人福祉施設、有料老人ホーム、サービス、サ高住。それから認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、それを全部あわせた全国の表です。高知県のところを見てください。ここのところが、確かに四国・九州は多いんですけども、それほど突出して多いわけではなく、むしろ徳島県のほうが多いです。ここで療養病床が削減されてしまいますと、療養病床、非常に複雑です。ここに一歩足を踏み入れますと、とてもじゃないけど、ぬかるみみたいになってしまって手がつけられなくなってくる怖れはあります。私は考えているんですけども、療養病床の中の要介護、医療区分1の中にもたくさん治療をしておられる方達がおられます。これは診療報酬上、医療区分1、2、3と分けられているだけであって、そんなに区別される患者さんの状態像ではありません。ですから、こういうところが削減されますと、無理な退院が出てくるだろうというふうに考えております。

もうひとつの、2のほうの資料ですけども、これは、厚労省の地域医療計画課長の北波課長ですね。そこから各都道府県の衛生担当担当部長にあてて出された、6月18日に出された文書です。

それで、一時、新聞紙上で、療養病床、何床削減というふうなものが出てきましたので、それに惑わされないようにしていただくのが、何床削減しなければならないといった誤った理解にならないようにお願いしますと、厚労省のほうから出ておりますので、こういうものも少し頭の中に入れていただいて、これからの計画を練っていただければと思っております。

(座長) 補足説明ありがとうございました。この件に関してご質問、ご意見のある方はいらっしゃいませんか。

堀委員。

(堀委員) いつも医療でお世話になっている受益者の方々なんですけど、先ほどのお話を聞いて、ちょっと安心したところがあるんですが、この県から出ている表を見ますと、非常に療養病床は高知県、多いということに驚きました。やはり、これを削減するというのは非常に難しい、色々な問題がからんでくると思うんですけど、それまでに高知県の現

状ですね、その、やはり原因と分析が必要だと思います。

その時に先ほど出された、今、全体合計の療養介護老人施設等々で、おそらく療養型の部分をかなり変えようとしていらっしゃる部分があるのではないかと思うんですけど、そここのところの、実態調査ですね。それから、県が、どうしてこういうふうには療養病床が突出しているのかという、やはり原因となる分析をして、それから医療従事者の方にお示しすべきことだと思うんですけど。県のほうの分析は、現在されていますでしょうか。ありとあらゆる方法があると思うんですけど。

(事務局) 療養病床が人口あたり、多いということについて、これまでも議論がなされてきました。最近というか、少し前ですけども、平成19年に地域ケア体制整備構想を策定した際に、一定の評価をうけております。これには非常に歴史が、経緯が大きな要因となっております。

昭和40年代以降、病院病床が増加をしてきたという経緯があります。その一方で、その間、老人ホーム、特養などの介護施設の整備が進んでこなかった。これには、おそらく高度経済成長における人口の流出、それによって、その当時から高齢化が進みつつあったということで、いくつかの介護需要に対して、当時、病院病床が介護機能を代替してきたという経緯があろうかなと。

この点については、もう少し突っ込んだ分析は必要かなと思いますけれども、産業力があまり相対的に脆弱な中で、労働力が高知市に集中して、そして、いわゆる介護施設などの整備が充分でない中で、医療機関が介護機能を担ってきたという経緯があると思います。そのほかにもいくつか要因があろうかと思えます。また、次の会議の時に、これまでの議論の分析というほどではありませんけれども、順次補足をしていきたいなと思えます。

(座長) よろしいでしょうか。次回に補足で説明をしていただけると。

(寺田委員) 田中さんからの表ですね、改めて僕のほうから説明します。これはどういうことかと言うと、高知県のところを見ていただきますと、カラーのものです。療養病床の茶色のところは確かに多いんです。ですけど、他のものをあわせると、他の地域の、例えば有料老人ホーム、サ高住とか、そういうものもあわせると結局、療養病床が担っている部分が多いだけであって、全体としてみると他の県とそんなに遜色ないよ、そういうことで先生、いいですね。

(田中委員) そうです。

(寺田委員) そういうことです。ですので、療養病床が他の部分を担っているんだという考え方をいただいているんですかね。

(田中委員) これ、話が長いんですけども、先ほども療養病床がどうして多いのかというのがありましたですね。

長野県は療養病床が非常に少ないんですね。昔から高知県というのは地域々々に保健婦さん、あるいは地域の保健指導員さん達がたくさんみえてですね、一生懸命、地域の保健活動を支えてきました。

どうしても高齢県ですので、全国、10年に先駆けてですね、高齢化がおこって、そこで脳卒中なり何なりがおこってくると、病院に入院させざるを得ない。逆に病院に入院しても、ある程度の介護が必要になって、10年、20年経って家に帰そうとしても、そこにはもう介護の手が無いわけですね。県外に出られたりして老老介護になったり、あるいはおじいちゃん、おばあちゃんだけしかいないというようなことになって、それでしょうがなく病院の中が老人ホーム化してしまうんですね。出したくても帰ってもらえないというかたちで病院に残っていったという流れです。

それから、老人ホームに入ったりしますと、やはりお金がかかるわけですね。どうしても全国一の貧乏県ですのでお金が無い。もう少ししますと、老人医療費の無料化が高知県ではじまるんです。そこでどうしても帰る人が少なくなる。

長野県の療養病床が少ないというのは、長野県はその頃は脳卒中のトップの県でした。JAの病院の先生が地域医療で、脳卒中の食事から、家族の皆様方に教育されたんですね。地区々々で家族の方たちが集まって食事の勉強会をはじめて、そこで脳卒中を少なくした経緯がある。

それまでは、県民性もあるのですが、お嫁さん方が介護地獄に陥っていたわけですね。病院に入院して、おうちに帰ってくれば、そこには担い手がいたわけですが、介護の。それは若いお嫁さん達なんです。ほとんどお嫁に来て数年しか相手をしていないおじいちゃん、おばあちゃんがうちに帰ってきて、そこから何十年と介護をして、その人達の人生がつぶれてしまうというようなことになったわけです。

それで県の行政が、病院の先生方と一緒にあって、食事情から、あるいは介護のホームなり何なり介護施設なりを一生懸命建ててですね、そういうところで在宅を一生懸命やって、今のような病院の必要がなくなっていったと。介護の担い手があるだろう。ですし、ある程度の介護施設に入所して生活していくぐらいの収入があったというところが大きいのではないかと思います。

ですから、高知県自体は、そういう介護施設があっても、なかなか利用者が少ないし、なかなか利用ができにくい。多分、療養病床が削減されてしまうと、介護施設に入れず、行き場を無くす人が出ると思います。

(座長) ありがとうございます。

寺田委員のほうから資料について補足説明があるということです。お願いします。

(寺田委員) 今の資料11ページのパターンのところですね。これちょっと、中央値なのか、あるいは平均値か最小値なのか、あるいはパターンBなんか、2030年までの問題とか、ややこしいんですけど、これ、県として、つまり特例をどこに落としどころにつけるか、ちょっと教えていただけますか。特例というのは我々も考えていいと思うんですけど、県としての考えは。

(事務局) そうですね。このページは、特例の県の病床としますので、特例を適用することになるだろうと。パターンBの場合、全国の中央値をあわせることになりましてから、これだけでも6割くらいの減少にならざるを得ないということ。

パターン…、本日、別でお配りした紙の2枚目です。パターンを全部最小値にした場合は、65.7%くらい減ることになります。パターンを中央値とした場合も53.7%減というふうになっています。特例を使った場合、38.1%減というところまでにはとどまっている。恐らく現時点で出せる最大値はこんなところになるかなと思います。

(中澤委員) 土佐長岡郡医師会の中澤ですけども。

先ほどの療養病床の推計についてですけども、慢性期の医療と在宅医療は一体化で考えるという、一括で考えるということですので、先ほど田中先生が出していただいたように、療養病床だけをターゲットにあてると、高知県、とびぬけてしまいますけども、かなり在宅医療を積み上げたグラフというのは、こういうふうになると。2025年の推計を行なうにあたって、在宅医療を積み上げたデータで検討しないといけないというふうには、今、言われているところだと思います。

高知県の実情として、低所得者とか単身高齢者が多いので、居宅系の施設にいきにくい。それが、療養病床が受け皿になってきたという経緯があるということですので、このあとから療養病床の実態調査のデータも出てくるとは思いますけど、実態調査をいかに高知県の実情を如実にあらわすようなものにするかどうかにかかっているんじゃないかなと思います。

それと、この長野県ですね。先ほどから出ています。長野県は在宅医療が進んでいるから、療養病床が比較的少なくてすんでいるんですけども、県によっては、沖縄県のように介護療養病床が多い県もあれば、高知県のように医療療養病床が多い県もあればということで、まちまちですので、全体、在宅医療と療養病床を全部一括に考えれば、それほどとびぬけているわけではないということで、なぜ、それを療養病床、医療療養病床が高知県は担わなくてはいけなかったのかの分析をしっかりと行うことで答えが見えてくるのではないかなと思うんですけど。

ただ、これは我々医療提供者側だけの議論では、もうとてもまわりませんので、受益者側の意見。それから受益者側が必要に迫られてそうってしまったんだというふうな実

態のデータの表示というものが大事になってくるかなと思いますので、これは、かなり時間がかかることだと思います。県民を巻き込んでやらないといけないことですから。

我々、医療提供者側だけの議論になってしまうとおかしなことになりますので、この療養病床がなぜ移行してこなかったのか、これから移行するにはかなりの時間をかけていかないと高知県は難しいんだということで、おそらく、これから調整会議がかなり難航するのではないかなと思いますので、そのあたりを是非、住民代表の方、それから、地域の方には積極的にご意見いただきたいなというふうに思います。以上です。

(内田委員)配られた資料の3の差し替え版というところの右下のデータを見てみますと、介護老人福祉施設と介護老人保健施設の合計、介護療養病床の図が載っていますが、全国平均と比べてみても、高知県で福祉施設も老健施設も非常に少ないわけですから、介護療養病床を削ってしまうと、お年寄りも、もう行くところがないとなりますね。だから、老健の代表で来ていますが、老健施設は非常に少ないので、そういうことも考慮して療養病床の削減については、削減されるかどうかわかりませんが、検討していかないといけないのかなと思います。

(座長)今、内田委員のほうからご指摘いただいた資料は、次の議題で事務局から説明していただく予定の資料3のグラフについてのご意見ですので、その時に事務局のほうの説明をふまえてご意見いただければと思います。

吉川委員。

(吉川委員)吉川ですけど。

自治体病院の協議会のほうとしては、今、介護のほうに話が色々あるわけですが、高度急性期を医療センターとか、担っているわけで、今、示された病床数は838ということに今日の差替資料に、下のほうに書いてありますけども。

実は、この高度急性期の申請ですかね、申告した病床数というものですが、医療センターも他の病院もおそらく全病床をこういうふうに行っていると思います。そこについて3000点以上とかいうことになっていますので、ここにもう1回その3000点以上がある患者さん、ベッド数、患者数がどれくらいあるかということをもう1回、各病院、出していただいて、この数字とあわせることが必要じゃないかというふうに今、感じているところなんです。

(田中委員)そのことにも関連しているんですけど、どうしても高度急性期、急性期と、あるいは回復期と、評定つけられた病院の方達の間にもかなりの誤解もありまして、全病床で届けておられる病床数が、全国的にも、それが今、問題になって、もう一度それを見直しというようなかたちで進んでいるかと思っています。

それから、療養病床のアンケートをとられるようなんですけど、ひとつお願いしたいのは、一般病床ですね。急性期の病床。あるいは有床診療所、そういうところの中の患者さん方の実態ですね。本当に急性期の方達その一般病床の中におられるのか。一般病床の中に療養病床とほとんど差異のないような方達がたくさんおられるというふうにもうかかっていますし、そういう方達がまた療養病床のほうに入院されてくる、来られる可能性も結構あるわけなので、そういうあたりの実態調査を県のほうでもお願いしたいと思っています。

それから、パターンA、B、Cは、これは療養病床削減という考えのもとでつくられたパターンA、B、Cですので、これはもう、とんでもないことだと思います。

(座長) どうぞ。

(豊島委員) 老健福祉施設の話がありますので、ちょっとお話を。

高知県の高齢者福祉課が毎年10月末で特別養護老人ホームへの入所数の実態を調べております。それによりますと、去年は3000人ぐらいが待機中です。入らずに。そして、今現在は高知県には59の特別養護老人ホームがありまして、定員が3940ぐらいです。そして、人口問題研究所の推計では、今度の2020年には高知県の高齢者はピークを迎えて大体24万人ぐらいということが推計されております。

先ほど高知県には、保健施設、介護施設が少ないという話がありました。さらに、川内課長さんからは中央圏域に集まっているという話がありました。今、高知市福祉施設協議会には59のうち45の施設が入っておりまして、その立地の状況を少し調べますと、中央圏域に22箇所、そして、東部には11箇所、それから西部には12箇所というような感じで、やはり人口が集中しておる中央圏域に介護の施設は集中傾向は非常に強いということのはっきりしております。さらに、今、俗に50人規模の老人施設をつくらうとすれば、平均的には10億から12億要するというのが一般的な相場になっております。そういうことからしますと、そう簡単に老人の介護施設が増えていくはずがないと、そういうことを思っております。

したがって、先ほど内田先生からお話がありましたが、療養病床が、言葉があまり充分でないかもしれませんが、単純に削減されましたら、じゃあ、どこに行くんですかという大きな問題が生じるんじゃないかと心配をしております。

(座長) ご意見ありがとうございました。

時間が大分、予定した時間を過ぎていますが、この件に関して是非、この場で発言しておきたいという方、いらっしゃいますか、そのほか。

そしたら、議題が残っておりますので、この件の審議、討議を一旦中断させていただきまして、各委員の方々からいただいたご要望については、また事務局のほうで次回以降に

向けて、前もってご検討をお願いしたいんですが、まだ説明をいただけていない残りの議題についてですね。資料2と資料3のほうになるかと思いますが、構想区域の設定についてと療養病床の実態調査について、事務局のほうから説明をお願いいたします。

(事務局) それでは、資料2と資料3についての説明をします。資料2は構想区域の設定について、資料3差替版では、療養病床の実態調査についてです。

今回の地域医療構想策定の中で、ガイドラインの中では、まずこの構想区域の設定というものが議題になってきます。なぜかという、今後、何度も出てくる必要病床数というものを算定する時に、この構想区域ごとの人口と将来の推計人口を使って必要病床数というものを計算していくからです。

とはいえ、今回、はじめのほうにこの構想区域を設定したら、絶対これがもう変えられないのかという、そうではなくて、原則は二次医療圏というふうにはなっております。この二次医療圏というものを少しご理解いただいて、構想区域というものをご理解いただいて、簡単に言えば、仮の構想区域といいますか、このぐらいで今後の議論を進めていきたいと思いますというものをしつていき、この策定の手順のまた後半のほうで、もう1回構想区域の確認という作業が順序的には入ってきます。色々な議論をしていく中で最初に仮設定した、この構想区域でこのまま本県は行って良いのかどうなのかという確認作業が最後にあるということをもっと最初にお知らせしておいていただきたいと思います。

それでは、資料2の中身に入っていきます。1枚めくっていただいて1ページのほうからお願いします。

この資料については、この上の欄の1枚がほとんどの内容を占めることにはなりますが、上の四角の中で地域医療構想策定ガイドラインの中からこの構想区域の設定についての部分の抜粋をしておりますので、こちら、下線部を引いているところをメインにもう一度ご確認いただきたいと思います。

ひとつ目の「○」では、構想区域の設定にあたっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来にわたる要素を勘案して検討する必要があるということになっております。この将来における要素を勘案したもののひとつが、下の緑色の欄になっております。人口規模、患者受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセスというもので、今後本県の中でおそらく見込まれるであろう状況というものが右側に書いてあります。

人口規模でいくと、資料1で示したように、いずれの圏域も2020年前後が、高齢者人口がピークです。しかし、2025年から30年にかけて高齢者の医療需要というものがピークを迎えて、その後ゆるやかに減少していくと。

次に、患者受療動向については、高度急性期や急性期のような大病院で手術や救命センター、そういった人や物を集約化させるようなものというものは、ある程度まとまるでしょうけれども、それぞれの二次医療圏の人口を安芸であったり、高幡、それから、人口4

万人、5万人規模の二次医療圏では、なかなか大病院というものが成立しにくくなっているので、これまでと同じように中央圏域や幡多への、こういった高度急性期や急性期の患者さんは、ある程度、流入が継続するだろうと予想されます。

3つ目の疾病構造の変化も先ほどの資料で示したように、高齢者特有の疾患というものが今後、中心となっていくことが予想されますし、高齢者の二次救急の需要、ちょっと熱が出て肺炎になったとか、おしっこの中にバイ菌入って意識が朦朧としている。こけて骨が折れて、手術とリハビリが必要だというような、そういった二次医療の需要は増加が見込まれるだろうということは、先ほどの資料からもおわかりいただけたと思います。

また、最後の基幹病院までのアクセスに関しては、高速道路も四国8の字と言われておりますけれども、現在も縷々建設が進んでいます。2025年にそれぞれの地域がどのような姿になっていくのか。高速道路が通った市町村と通っていない市町村では、やはり状況も変わってきます。そういったものも含めて構想区域というものをイメージしていただければと思います。

上の四角に戻りますけれども、2つ目の「○」で、構想区域の設定にあたっては、病床の機能区分の関係について、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない、と書かれております。これに関しては、高度急性期のような医療というのは、県をひとつとして考えるような場合も充分出てくるということです。

また、続いて、なお、高度急性期から連続して急性期の状態となった患者で、同一機能の病床に引き続いて入院することはやむを得ない。一方、急性期、回復期および慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいというふうに定められております。

これは、高度な高度急性期以外のことはなるべくこの構想区域内で患者さんが出ることなく近くで医療を完結することが望ましいということなんですけれども、実際に人口4万人、5万人の安芸や高幡の医療の中で、それだけの医療を提供するというのが現実的にどうなのか。そういった病院ができて、実際に人が来るのか、その施設がうまくまわるのか、患者さんが集まってくるのか、色んな点がある中で、だからと言って急性期を全部放棄するわけでもなく、先ほどの話をさせていただいたような、急性期の中でも何を地域で、近くで素早く対応すべきなのか、何をやれば、近くになくともある程度我慢できるのか、そういったような、より具体的な、そこに住む患者さん、住人の方々の目線での話が進んで来るのが望ましいものと考えております。

また、最後の「○」ですけれども、地域医療構想は2025年のあるべき医療提供体制を目指すものでありますけれども、設定した構想区域が現在の医療計画、本県では平成29年度末までで第6期となっておりますが、そちらの二次医療圏と異なっている場合には、平成36年3月が周期となる平成30年度からの次期の医療計画の策定においては、最終的に、この二次医療圏を構想区域と一致させることが適当であるというふうに書かれてお

ります。

これについては、この次以降で、二次医療圏に関する説明をさせていただきます。

下の地域医療構想における区域の概念ということで、それぞれの法律や計画に応じて地域医療構想の区域であったり、二次医療圏、三次医療圏、都道府県確保区域、老人福祉圏域、様々な区域がありますけれども、この図にあるような、少し若干のズレはあるものの大体は一致しているように設置されているので、この中での医療であったり介護であったり、そういったものというのは、ある程度まとまった考え方で政策上、進んでいくということになります。

次のページをお開きいただいて、資料すべての説明はさすがに難しいので、また色々読み込んでいただくとしてですね、先ほどからお話している安芸や高幡、あとは幡多なんですけれども、人口が20万人未満という地域でして、国のほうから全国的に見ると、そういった医療圏というものは人口が少なかったり、あとは、その中の患者さん達が外に出て行く一方で、全然そこに患者さんが入ってこない、そういった地域というのは、他の地域との統合とかも考えて検討してはどうかと昔から言われておりましたが、本県、やはり、かなり広いですし、そこを例えば安芸と高幡を中央でひとつにくっつけて、ひとつの医療圏にするとすると、じゃあ、室戸の先、何かが起こって医療センターまで来るのに、2時間、3時間かけて来ることが果たして適当なのかというような点であったり、南海トラフ等で防災上の対策もこういった医療圏の中での検証を中心として色々対策をとっておりますので、種々の理由から、国のほうが言うようなトリプル20と言われる20万人未満であったり、患者さんの20%が外に出て行ったり、かたや全然、この中に患者さんが流入して来ない、そういった地域の見直しを求められてはいるものの、本県としては、この2ページの下でア、イ、ウ、エと書かれておりますが、こういった理由で第6期高知県保健医療計画では、今の二次医療圏を続行するという意思表示をしていることをご理解いただければというふうに思います。

資料2については以上になります。

次に、資料3の差替版の療養病床の実態調査について、中1枚の資料を説明させていただきます。先ほどからかなり議論になっている療養病床の中身についてですけれども、地域医療構想について今回初めてお聞きになったような方々もいらっしゃると思いますので、少し背景を整理させていただきます。

高度急性期から回復期までというのは、どの患者さんがいつ入院して、いつ何の点滴をされて、どんな手術をされて、どんな機械を使って、かなり提供された医療の中身について、かなり詳しいデータがあります。なので、先ほどのような医療をどれくらい提供したかというものの密度がある程度、その例によってわかるようになっております。

療養病床の入院患者さんのお会計というのはある程度区分で分けられていて、実際にその中で抗生物質の点滴をされたかどうかとかですね、傷の処置をされたかどうかというもののデータがわからない状態になっています。なので、それ以上の実態というものがわか

らない中で、なかなか、この本県の課題にもなる療養病床の問題を進めることが難しいということが医療審議会等でもご意見としても出ているところでして、本県としては、ここにありますように、地域医療構想に係る調査分析等事業ということで、9月補正予算での、この調査費の獲得というものを目指している状況です。

こちらの資料、今から説明をさせていただきますが、現状と課題というところ、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の推計の参考値でも大幅に現状を下回る数字となっております。また、介護保険の3施設、右下の例示になりますが、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養病床のベッド数を75歳以上の人口1000人あたりで割ると、そこまで頭抜けた数にはならないということです。

そのうえで本県における地域医療構想の策定にあたって、特に多い療養病院、療養病床に入院している方々の実態を把握しつつですね、医療と介護の密接な役割分担によって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て、理解を得ながら進めていくことが肝要であるというふうに書かせていただいております。

先ほどからの議論でもあるように、ただ単に介護療養病床を減らして、それですむ問題では、もちろんありません。実際そこに入院している方々というのがあります。ただですね、その実態がわからない中で、では今後どうしていくかということを考えるわけにもいきませんので、下の内容というところで、まだこちら、概要ですけれども、少し入院している患者さんについて詳しい情報を共有したいなというふうに考えております。

療養病院、病院に入院しているということは、やはり基本的には医療を必要としている人になります。ただ、中にはもちろん、家庭の事情や介護力、そういった医療以外の事情で入院されている方という者も一定いるだろうということが予想されます。

国の推計では、ここを地域差であったりということで、ざっくりと30%分を減少させるというような推計にはなっているんですけども、本当にそれで本県がやっていけるのかどうかについて、現場の方々と共に進めていかななくてはいけないので、この現状把握というのはしっかりやっていきたいなと思っています。

その入院されている患者さんが本当に皆様から保険料を集めている、その医療保険という、医療を受けるために集めたお金でみるべきなのか、それとも、介護を目的として40歳以上の方々から納めていただいている介護保険料を使っていくべきなのか。それとも、貧困であったり、そういったものが原因であれば、それは医療介護の問題ではなくて、もしかして福祉の問題なのではないだろうか、そういった様々な議論がこういった実態調査をすることで見えてくることになるのではないかとというふうに考えております。

こちらについては、調査内容等、これからつめている最中ですので、色々なご意見をいただけたらというふうに思います。以上、資料の説明でした。

(座長) ただいま、資料2、資料3についての説明でしたが、この資料の内容について、

コメント、いかがでしょうか。

(寺田委員) 寺田です。

こちらの2のほうの問題は、医療圏を見直すというお話だったんだけど、二次医療圏です。こういうあたりは、そんなことできるんでしょうか。

今の医療圏で考えていこうというのが、我々の共通の認識としていいですか。

(事務局) これまで、この春以降、医療審議会等のご議論を含めますと、この構想区域もある程度、二次医療圏をベースとして議論したらどうかというようなご意見が多かったというふうに記憶をしています。

説明がありましたように、構想区域と二次医療圏というのは、実は制度上は異なるものですが、これを地域医療構想で構想区域を現行の二次医療圏とは異なるかたちで設定をする場合は、将来的に、その次に医療計画を見直す時に、二次医療圏をこちらにあわせてくださいということです。なので、構想区域を設定する際に、現行の二次医療圏と同じ医療圏であれば見直しは必要ない。

ただ、現在の医療計画の策定の段階、すなわち平成23年頃あたりから厚労省が言っているように、人口が少ないだとか、流出が多くて医療圏として医療供給が充分できないような医療圏は、もう他地域と統合いただいてというような考え方が各委員会で示されていて、これは今回の地域医療構想設定についても同様に言われております。

ただ、そのことに対して言えば、現在は第6期の保険医療計画策定の際に、日本一の健康長寿県構想においても広域的な生活圏域である、を分けると、4つの圏域というのと、安芸と高幡と幡多と中央に継続してやっていくという考え方ですので、この考え方は非常に今後の地域医療構想、構想区域を設定する際に重視していかなくてはいけないかなというふうに思っています。

(寺田委員) もっと具体的な話でいきますと、例えば中央医療圏、急性期の患者さんですと、幡多から室戸までですね、当然、搬入されてくる可能性があるのですが、医療圏の中で考えると、二次医療圏の中で考えると、ちょっとその中で解決させるのかどうかという問題。

それから、もうひとつは療養病床にしても高知市に集中しているということは、他の地域からの入院患者さんがいるということなので、他の医療圏からですね。そういうオーバーラップしている部分は、もうそんなものは勘案して二次医療圏と言いながらオーバーラップして考えていっていいのかどうかということですね。その地域々で完結しなきゃいけないとなると話にならないんだけど、まずできないと思うんだけど、どうですか。

(事務局) 今の二次医療圏の、そのですね、患者さんの流出と流入は当然あります。それで、現行の医療計画の基準病床数の算定にあたっては、流出して行く患者数の一定割合で、

流出元に戻すという計算の仕方では基準病床数を算定しております。

しかし、患者さんの流出ベースで計算していくと、どうしても安芸とか高幡は必要となる病床数は限りなく減ります。一定、圏域内で完結すべき数は読み込んだうえで数を設定しておりますので、この地域医療構想の必要病床数の算定にあたっては、そのような考え方もあっていくべきかなとは思っています。

ですので、この推計にあたっては、今日の説明資料にありますように、医療機関の所在地ベースでの患者推計と患者さんの住居地ベースで少し乖離があります。この間をどう埋めていくかという整理が考えられます。これからの基準病床数の算定と同様の作業になっていますので、そのあたり、また念頭において進めたいと思います。

(寺田委員) 理論的なところは、話しながらやろうということですね。

それからもうひとつ、資料3ですけどね。資料3の療養病床の実態調査。これは、医療と介護両方、療養病床あると思うんですけど、医療の場合だと区分1から3ですか、介護療養病床だと評価型A、B、その他と3つに、それぞれ3つに分かれるんだと思うんですけど、このへんのところは、きちっと対象の病院は、理解があると思うんですけど、了解された中で調査するというアナウンスというか、それもできているんでしょうか。

(事務局) 全ての病院に対しての了解はまだ得ておりませんので、これから各団体等を通じて内容の説明をしていかななくてはいけないかなと思っています。

調査項目につきましては、医療療養病床、介護療養病床で、患者さんの状態とか、それから、もちろん、その施設基準によった基準を設定していくことになります。

(座長) その他いかがでしょうか。

(中澤委員) 中澤です。

先ほどの実態調査の、おそらく、この参考資料に入っている療養病床の再編に係る実態調査の、2つ目の「○」ですかね、これが調査の書式になると思うんですけども、先ほど資料、差替版の資料3に調査内容の内容というところに、本人や家族の希望する療養環境からはじまって、世帯の状況、住居の状況、家族介護力の状況、年金の状況、所得の状況とありまして、これ全部調べたらかなりの良いデータになると思うんですが、家族構成とか、そこまで入ってないような、私が目を通した感じ、見たんですけど、その全てを網羅するような実態調査の時になっていくんでしょうか。とりあえず、これでやろうというふうに考えているんでしょうか。

(事務局) 中澤委員からご指摘ありましたように、参考資料の2ページ以降には、平成18年に2回、療養病床の実態調査をして、これはまず6月に県独自で療養病床の数を、入

院されている患者さんの医療区分、要介護状態区分等を調べたものでございます。その後、厚労省、国のほうから療養病床の実態調査がありましたので、それをあわせてのせています。

その際に、大体、項目は同様でしたけれども、13ページにあります、ここで患者さんの状況を調べる際には、真ん中から下のほう、世帯の状況、単身であるかどうかとか、また住居の状況、また、所得の状況ですね。これは公的医療保険、介護保険での自己負担を軽減になる期間、それぞれのおおまかな数値でもって推計するというかたちでできておりますので、このような調査項目は引き続き採用して、前回の調査との相違というものが把握できるようなかたちで進めていきたいなと思っています。

これらをおおまかに抜粋して資料3に落とし込んでおりますので、多少、抜けている部分があるかと思いますが、ご了承ください。

(寺田委員) 調査票が18年度ですので、かなりの療養病床が、この調査票じゃ、多分だめだと思います。評価型A、B、その他にちゃんと分けてしないと。しかも、それが、どういった型か、また変更している可能性があるんで、そのへんも含めてちょっと調査をかなり厳密にしないと、調査される側も困ると思うんですけど。これ、多分、医療療養病床のほうの部分が主ですね、医療区分1、2、3となっておりますので。そのへんだけお願いします。

(座長) その他、いかがでしょうか。

15分ほど超過してしまいましたけれども、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(中澤委員) すみません。手短かに言います。

国で、療養病床の在り方に関する検討会がはじまって進めていると思うんですけど、そのあたり、おそらく議論は療養病床の行き先、それから、在宅医療、それと介護施設の整備、このあたりが議論になっているんじゃないかと思うんですけど、そのあたりの検討会の内容なんかも、これからワーキンググループでフィードバックされたりとか、もしくは他の会で情報提供があって議論されていくということでもよろしいでしょうか。

(事務局) はい、おっしゃるとおりでございます。

先ほども少し話しましたが、本日も、この療養病床の在り方等に関する検討会でも、今後の検討をとおして、紹介させていただきますので、次回、また、その際にはですね、直近の議論の内容などをご紹介しながら、このワーキンググループでの検討の材料にしていけばと思っています。

(座長) よろしいでしょうか。

そしたら、その療養病床の入院患者の実態調査というのは、県は何月ぐらいに予定をしておられますか。

(事務局) これは、このあと、参考資料で説明しますが、今年度の医療介護総合確保基金を活用した新規事業というものがあって、県の、今年度の当初予算に計上しておりませんが、9月開催の県議会定例会に補正予算案として提案を示させていただいて、議決後に実際の調査の実施になります。手前から、現時点からこの調査項目が予算成立を待たずに事務的に検討できるものは整理をしていきたいと思っておりますので、この項目につきましては、まず県庁内で、私共健康政策部と地域福祉部で協力しながら検討をして、関係する委員の方々のご意見を聞きながら、次回会議の際に調査項目などをお示しして、そこからスタートさせていただければと思います。

(座長) そのようなスケジュールだということですので、また皆様にご意見等を求める照会が事務局からあると思います。関係される委員の方はご意見をお述べください。

それでは、あとひとつ、ひとついうか、その他で、事務局からご説明いただくことがあるようですので、お願いいたします。

(事務局) それでは、議題のその他としまして、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4をご覧ください。

まず1ページですが、地域医療介護総合確保基金の概要説明資料です。

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。

2ページと3ページは、これら事業区分ごとの対象事業の例示です。説明は割愛させていただきます。

4ページをご覧ください。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。

まず「1 これまでの流れについて」ですが、H26年度当初の段階で、61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させていただきました。

この事業提案の依頼に対しましては、36団体から89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、「2 計画事業について」の箇所に記載しておりますとおり、全体計画額約29億円、5・6ページに一覧を付けてございますが、これら35の事業について、高知県医療審議会の御承認を得たのち国へ要望を行いました。

なお、4ページの「3」に記載しておりますが、国からは対象区分①の事業を優先採択する旨の配分方針が事前に示されてしまいました。

事前に皆様へお送りさせていただいた先月上旬の段階では、まだ国からの内示が出ておりませんでした。その後7/17に国から内示がありましたので、その状況につきまして御説明させていただきます。

本日配付しております「参考資料」の18ページをご覧ください。こちらは、国から示されました都道府県ごとの内示一覧であり、本県は基金総額で13.7億円の内示を受けました。

なお、欄外に記載されておりますが、今回は基金総額のうち2/3に相当します610.8億円が第1次分として配分されています。

19ページをご覧ください。この内示を受けた本県の状況をまとめております。

この中の表のうち太線で囲っております「財源不足額E-D」欄をご覧くださいますと、資料4で御説明しました国の配分方針により、事業区分①に重点配分がなされました結果、事業区分②（在宅医療の推進事業）で約4千万円、事業区分③（医療従事者の確保事業）で約1億8千万円、合計で約2億2千万円の財源不足額が生じる状況となっております。

一方で、「現状と課題」の「3」の一番下に記載しておりますとおり、「当初予算計上分は、現時点において殆どが予算執行済み（交付決定・委託契約）又は事業着手済み」であり、事業をストップできる段階にはない状況にあります。

こうした状況は、本県に限らず、全国的に同様でありましたことから、全国知事会は緊急に要望書を取りまとめ、国へ提出しております。

この要望が行われました後、国からは「各都道府県と十分な意見交換等を行い、継続的な実施が不可欠な事業にも十分配慮し、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考え」が示され、来週8/21に意見交換会が実施される予定となっております。私からの説明は以上です。

（座長）ただいま資料4についての説明でしたが、ご質問ございますか。

（寺田委員）ちょっと、よう聞き取れなかったけど、この13.7億のうち10.8億が

配分された。だけど、この18ページでは9.2億円というふうな内示になっています。ここの整合性。

説明では13.7のうちの10.8億円が配分されたと。だけど、18ページでいくと、9.2億円が内示額に。9.2って、どう計算しました？

(事務局) これは、内示枠としては、13.7億円で、国費ベースでいうと13.7億円の3分の2が9.2億円ということですので、19ページは全て国費分と県の分、両方足し合わせて入っていますので、18ページ、この括弧内についてはとりあえず無視していただいてもかまいません。

(寺田委員) あと、参考資料4の、5ページ、6ページというのは既に、これはお金を使って、動いているお金ですよ。自治体の事業は。これと今の新たな13.7億の3分の2か。それとはどう関係になるんですか。

(事務局) 資料4の5ページ、6ページの資料の後ろに当初予算で計上していないものは、5ページの前、その他にある地域医療連携ICT、その下の病床の機能分化の基盤整備。それと、地域医療構想策定調査、この3つのみです。それ以外は全て当初予算に計上して、もう既に実施をしております。

ちなみに、その他の一番下の医師養成奨学貸付金は、これはもともと一般財源で充当しておりますので、今回の内示にはあまり結果的には影響はありません。

その他に書いてあるもの以外は、全て県の財源で実施をするということで、当初予算に計上しておりますので、もう既に進めておりますので、内示が少ないからといって事業を止めるわけにもいきません。これはこれで実施をしたいと思います。

今日、お配りした19ページで、今年度執行分のものについてもマイナスが2億2000万、そういう財源不足が出ております。これをどうするかということは、県庁内部の対応ということになってきます。

今後の可能性があるとするれば、国全体で約300億が、まだ留保されておりますので、これが先ほど知事会の要望に対する厚労省からの回答にあるように、在宅医療や医療従事者の確保など、既に実施をしている事業に影響がないようにしたいということに配慮がいただけるのであれば、この2億2000万の相当部分が内示されると期待をしております。そういう報告、がんばれるようにしたいと思っています。それでも一定の財源不足が生じた場合は、既に計上している他の事業も含めて、一定の執行財源をつけることも想定されますので、その中で…。

(寺田委員) わかりました。時間がないので、19ページのところの①②③ですよ。これが対象になった、対象となる事業区分ですよ。ということは、①が地域医療構想、今

回のこれ、ビジョンの達成に向けた医療機関の施設または設備に関する事業。これは、これからですけど、例えば色んな転換に向けた施設に対する事業であれば、一定割り当てですとか、あるいは、2番目の居宅等における医療の提供に関する事業、これは、だから在宅医療に関することになってきますので、これに対する事業も、今後、例えば提案があればですね、手当てが出来ると、そういうことに考えていいんですか。医療従事者は先ほどいいましたね。①②について、これからですけど、この今のお金を割り当てることはできるんですか。

(事務局) ①については、回復期を担う病床への転換の事業費約400がもう満額回答できておりますので、これを今後3年間の事業費に充てていければと思います。

この新基金の事業は毎年度、提案募集をして厚労省に、また、県のほうでとりまとめて一定精査したうえで厚労省に毎年度提案をして、提案といいますか要望して内示をするという、その作業の繰り返しですので、各団体からの提案につきまして、今年度も6月が締め切りでしたけれども、お受けしておりますので、それらをふまえて28年度の事業について検討していきます。

(寺田委員) なぜそういうことをきいたかと言いますと、この①、②、③もそうですけど、これ、医師会がかなり関与する部分なので。ということは、ちゃんとしたアナウンスをして、どういうことが必要で、何がこのお金が要るんだということの事業提案することに対して我々もアナウンスしなくちゃいけないので、そうすると、その中で、どの程度の我々が能力が発揮できるかというのがきますから、それも含めて、きちっとこのへんは専門というか職種のところにはアナウンスしてもらって提案を募っていただきたい。以上です。

(座長) その他いかがでしょうか。よろしいですか。

特に療養病床関係で、かなりご意見たくさん出まして時間を大幅に超過してしまいましたが、9時が過ぎましたので、本日の審議はこのあたりで一旦お開きにいたします。

今後の予定はどのようになっているかをご説明いただけますか。

(事務局) 失礼いたします。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。構想区域の設定、療養病床の実態調査に対する大変貴重な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、本日の会議録につきましては、委員の皆様にご確認をお願いしましたのちに公開する予定ですので、よろしく申し上げます。

また、次回会議の日程につきましては、後日、日程確認表を皆さまにまたお送りをさせていただきます調整をさせていただきたいと思っております。

それでは、以上を持ちまして、第1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。本日は本当にありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲