

平成 28 年度第 4 回 地域両構想策定ワーキンググループ議事録

- 1 日時：平成 28 年 6 月 6 日 18 時 30 分～21 時 00 分
 - 2 場所：高知会館 4 階 「やまもも」
 - 3 出席委員：岩田委員、内田委員、小田切委員、吉川委員、西森委員（黒岩委員代理）、
田中委員、近森委員、寺田委員、豊島委員、中澤委員、野並委員、
濱田委員、福田委員、堀委員、堀川委員、安田委員
 - 4 欠席委員：上村委員、西森委員、安岡委員、宮井委員、黒岩委員
 - 5 有識者：高知赤十字病院 西山副院長／救命救急センター長
- 〈事務局〉 安芸福祉保健所（福永所長、津野次長、中井室長）
中央東福祉保健所（田上所長） 地域福祉部（井上副部長）
県立病院課（伊藤課長補佐、谷脇チーフ、上熊須主幹）
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） 障害保健福祉課（濱田チーフ）
医療政策課（川内課長、川崎課長補佐、藤野室長、野町チーフ、久米チーフ、
藤本主幹、原本主査、田内主事）
-

（事務局）定刻がまいりましたので、ただ今から、高知県医療審議会医療計画評価推進部会第 4 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、御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

本日の御出欠に関してですが、上村委員、黒岩委員、西森委員、宮井委員、安岡委員におかれましては、日程の都合上、欠席との御連絡をいただいております。なお、黒岩委員所属の高知県保育士会からは、西森副会長に代理出席をいただいております。それから、野並委員におかれましては、少し遅れるとの御連絡をいただいております。また、本日は、救急医療に関する議題がございますことから、高知県救急医療協議会の委員を務めていただいております高知赤十字病院副院長／救急救命センター長の西山謹吾先生にも御出席を賜っております。どうぞよろしく願いいたします。それでは、開会に先立ち医療政策課長より御挨拶申し上げます。

（事務局）医療政策課長の川内でございます。

本日は第 4 回目の地域医療構想ワーキンググループということで、夜分にかかわりませず出席いただきまして、ありがとうございます。前回から 4 ヶ月近く経っておりまして、ご迷惑をおかけいたしました。地域医療構想は、他の都道府県では作成している県もちらほらと出て来ております。また、次期医療計画の見直しの作業も年度後半から始めていかななくてはならないということで、この地域医療構想につきましても少し検討、加速化でき

ればなど考えております。

本日は、少し文章にもした素案をご用意させていただきました。また、急性期に関する議論が十分できていないということで、その中でも救急医療に関して議論が必要というご意見もいただきましたので、本日、資料をご用意させていただきました。また、西山先生にもお越しいただきましたところでございます。

それでは、本日も時間がありませんが、貴重な意見をいただきたいと思っておりますので、よろしく願い申し上げます。

(事務局) それでは、本日の資料の確認ですけれども、事前にお送りさせていただいておりました資料1から5を本日お持ちいただいているかと存じます。もし、お持ちでない場合は事務局のほうまでお知らせいただけますでしょうか。

また、本日、ホチキス留めの追加資料と右肩に書いたものと、西山先生からの1枚ものの資料をお配りしておりますのでご確認をお願いいたします。

それでは、ここからの議事進行につきましては、座長をお願いいたします。

(座長) それでは、早速、議事に入らせていただきます。

本日、議題が幾つかありますが、まずその議題の1と議題3をあわせて事務局から説明していただくんですが、これまでの検討事項についてという議題のところ、議題3の資料もあわせて説明があるということです。では、事務局、よろしく申し上げます。

(事務局) 川崎と申します。座ってご説明をさせていただきます。

資料1です。この説明をしたいと思っておりますけども、前回のワーキンググループで沢山の意見をいただきました。そのため、第6期高知県保健医療計画の基本に戻りまして、もう一度これまでの検討事項を整理しなおした資料となっております。

まず、1ページ目をおめくりください。

地域医療構想策定のための本県の体制を書いております。これは以前の資料と変わっておりません。真ん中にありますように、この地域医療構想策定ワーキンググループ、ここで高知県全県の医療構想の策定をしております。各福祉保健所の推進協議会、それから、高知県医師会の地域医療ビジョン対策委員会、そういったところと協議しながら、また意見をもらいながら協議をして、地域医療構想ワーキンググループで高知県全土の医療構想を策定していくというかたちになっております。大変、議論も十分に進んでいっていると考えておりますので、医療構想策定後もこのようなかたちをとりながら実現に向けて推進していきたいと考えております。

2ページ目をおめくりください。

これは、地域医療構想策定スケジュールです。今後のことについて申しますと、6月6

日、本日のワーキングを受けまして、来月、できれば今日の意見をふまえた上で素案を策定したいと、まとめ上げたいと考えております。7月のワーキングでご承認をもらったうえで、医療計画部会に案を提出していきたいと思っております。そこでまとめました案をパブリックコメントを行ったうえで9月に医療審議会で決定をしていきたい。そのうえは議会に報告して、医療計画の変更の告示を行なっていくことになると思っております。

また、地域医療構想が策定後には調整会議をできるだけ早く設置して、各区域で議論を進めていきたいと思っております。さらに、10月からは、次の、次期、第7期保健医療計画、平成30年からですが、その検討に移ってきたいと思っておりますので、またご協力をよろしくお願いいたします。

地域医療構想の概要につきまして、次のページ、5ページに移っていただきます。

前回お示ししました内容から、目次と若干表現ぶりが変わっております。もう既に他県でも構想が策定されており、その状況もふまえたうえで変えております。特に第5章につきましては、前は課題というかたちで書いていましたけど、今回は実現するための施策というかたちで取組みの方向性を明確にすることとしております。また、第7章に各構想区域の状況を加えることで、本来、ガイドラインでは区域ごとに構想を策定となっておりますが、この地域医療構想をもって各区域の地域医療構想にしたいと考えております。

下の図にありますように、地域医療構想は、高知県保健医療計画の一部として、平成30年からは介護の保健事業計画等とも連携して全てが連携していくことになっております。また、この保健医療計画にあわせまして微調整がされることもあります。

続きまして次のページ、6ページをご覧ください。

このワーキングの委員構成をお示ししたものです。これも以前から変わっておりません。構想区域についてのご説明に移りたいと思っております。9ページをお願いいたします。

これまでの議論で、構想区域については高知県では二次医療圏を構想区域とするということになっております。この下の図にありますように、中央区域につきましては非常に人口も多くて非常に大きいということで、4つのサブ区域を設け、地域医療を守り育てていく観点から、日常的な医療を中心とした議論や合意形成を進めていきたいと考えております。サブ区域につきましては後ほどの調整会議のところでもう一度お話しさせていただきます。

それでは、2025年における医療需要の推計について13ページをお願いいたします。

この上の表につきましては推計ツールで出したものであり、以前と変わっておりません。ここで、資料3の病床機能報告をご覧ください。開いていただきますと、平成27年度病床機能報告制度ということで平成27年度の病床機能の報告のとりまとめを書いております。報告されていない医療機関もございますが、今後は100%にする方法を国と共に検討して、確かなものにしていかなければと考えております。

下の図をご覧ください。平成26年度の報告と27年度の報告、大きくは変わっておりませんが、高度急性期が減少し急性期が増加しております。これは報告の仕方が整理され

たためと考えております。というのは、前回の報告では急性期病院として全ての病床を高度急性期として報告されておりました。今回は、病棟ごとに高度急性期と急性期に分けて報告するようになった結果、こうなったのだと思われまます。また、施設ごとの詳細な報告内容につきましては、これが確定しました後、平成26年度と同じように高知県のホームページに公表していくこととなります。

資料1の13ページにお戻りください。

前回のワーキンググループで、各区域の患者の流出入による必要病床数の移動についてご意見が多数出ました。上の表の右から2番目の2025年医療需要病床数、患者住所地別というのがございますが、この病床数を基本としてまいりたいと考えています。

地域医療構想策定ガイドラインでも高度急性期以外はできるだけ構想区域に対応することが望ましいとなっております。また、地域の医療を確保していく点からも、急性期・回復期・慢性期はできるだけ構想区域内で対応していく体制が望ましいと考えています。

そのため、下の枠にありますように、高度急性期につきましては現実に病床機能報告で報告されているのが、幡多の6床で、安芸は0、高幡も0となっておりますので、これにつきましては、この数字をとっていききたい。残りの分は、全て中央のほうに加えて必要病床数として加えていききたいと考えております。なお、中央区域以外で医療機関が高度急性期を選択しようとする場合については、全県的な調整会議において調整していききたいと思っております。

続きまして、急性期・回復期・慢性期については、先ほど申し上げましたとおり、区域内における地域医療と密接に関係するものでございますから、必要病床数は原則として患者住所地別で算定したいと考えています。ただ、安芸区域と高幡区域の急性期につきましては、中央区域の患者流出割合が20%以上、実際は50%近くあるわけですが、なっている状況をふまえ、次のとおり調整したいと思っております。

本来、医療機関所在地ベースの病床数というのが、上の表の右から3番目にありますが、これも、これが、現在、地域で受けている患者の病床数になります。ただ、今後、急性期につきましても地域で対応はできるようにしていくという目標をもって取り組むわけですので、その分を一定割合加算していききたい、この分に加算をして患者所在地別に近づけていききたいと考えております。

具体的な数字につきましては、各地域の関係者とも調整しまして次回までにはお示ししたいと思っております。また、安芸区域につきましては、あき総合病院の開院以前のデータ、平成25年のデータを使っておりますので、開院後、救急患者をあそこで受けて流出が減っているという事実もございますので、そのデータを使ってさらに調整し、その分を加算していききたいと考えております。

最後に、県全体の必要病床数は患者住所地ベースとなるように、最後、中央区域のほうへ急性期のほうを足していくということとなります。なお、回復期と慢性期については、

全ての区域で患者住所地別の病床数とします。この考え方で具体的な調整をしていきたいと思っておりますので、また、ご議論をお願いいたします。

14ページ、15ページが実際の患者の流出入の状況でございます。

14ページの上が高度急性期、下が急性期、15ページの上が回復期、下が慢性期となっております。

16ページをご覧ください。

これは在宅医療等の需要の推計です。緑のところガイドラインで一律に定められた、全く根拠はないんですが、医療区分1の入院患者70%及び地域格差を解消する、その分を上積みしたものがこの数字となります。これもガイドラインで決まっていることですので、積み上げてはおりますけれども、こういったかたちではなかなか難しいかなとは考えております。

続きまして16ページの下になりますが、療養病床実態調査の結果、昨年末に行ないました療養病床実態調査の結果を平成18年に行ないました結果と比較した図です。これも以前報告したとおり変えておりません。

17ページも同じように療養病床実態調査の結果ですが、患者家族と病院の退院支援担当者が望ましいと考える療養環境がかなり異なっているというのが調査でわかってきております。ここらへんを考えたうえでの地域医療構想を推進していく必要が、受け皿の整備が必要と考えております。

それでは、地域医療構想調整会議の具体的な運営方法について21ページをご覧ください。

これは、この前の資料からいいますとシンプルにまとめなおしております。21ページの上の図ですが、左側が現在の構想を策定している体制。真ん中に地域医療構想が策定された後の体制が右側にきます。先ほど申しましたように、できればこういった体制を維持しながら地域医療構想の実現に向けて進んでいきたいと考えておりますので、この赤いところ、幅多調整会議とか高幡調整会議と書いてあるところが、法定の、法律で定められた調整会議です。これは、やはり各保健所ごとの既存の会議を利用して、この調整会議を開催していきたいと考えております。ここから色々な意見を聴取したり提案をしたり情報共有していきたいと思っております。

ただ、中央地区につきましては、保健所が3つありまして、実際に区域としては仁淀川・高知市・嶺北・物部川と分かれておりますので、それぞれのところで開かれている既存の会議を利用して調整していきたいと考えております。高知市につきましては、今、調整中でございますけれども、同じようなかたちでやっていきたいと思っております。

この下の図の調整会議の議事というところをご覧ください。この議事の5番、6番、開設、増床等の許可申請の内容に関する協議とか、過剰な病床機能への転換に関する協議、これにつきましては、上で言いますと青い地域医療構想調整会議連合会で調整、協議して

いきたいと考えております。連合会というのはワーキンググループ、左にあります地域医療構想ワーキンググループを基本に移行しながら、ここに各調整区域の代表者が入ってくるということを想定しております。

各区域の調整会議、法定の調整会議では、赤い調整会議では下の議題2、3、病床機能報告制度による情報等の共有、地域医療介護総合確保基金、都道府県計画に盛り込む事業に関する協議、こういったものを定期的を開催して情報共有をはかっていたいと考えています。これらの会議が赤い法定の調整会議での議事の内容となっていくと思います。

残りの1番、地域の病院、有床診療所の担うべき病床機能に関する協議。4番、その他の地域医療構想の達成推進に関する協議。これにつきましては22ページをご覧ください。こちらのほうに、その具体的な例示を書いておりますが、基本的に医療だけでない、もう少し広い範囲での検討内容になっておりますので、これは既に今、既存の協議会で協議されている事項が含まれております。どうしても必要が出て来た時には、随時、別に開催していくことを考えておりますけども、既存の会議で協議された内容を取り入れていくということで対応できるのではないかと考えております。

地域医療構想の実現に向けては、地域の実情に合った協議と国の方針や考え方をふまえて取組んでいくことにならうかと思っております。療養病床のあり方等につきましては、療養病床のあり方等に関する特別部会というのが国で始まっております。その資料につきましては追加資料に載せておりますので、またご覧いただければと思います。

あわせて平成30年度の医療計画見直し等に関する検討会も開催されておりますので、その資料も追加資料のほうに載せております。

以上で、簡単ですが説明を終わらせてもらいます。

(座長) 追加資料は紹介だけだったんですが、追加資料の中身についても可能な範囲で何か説明できませんかね。せっかくまとめているので、後で見といてくださいと言うよりは、議論に役立つかもしれませんので。かまわない範囲で。この追加資料で特に見てほしいところがあれば。

(事務局) それでは、本日お配りしております追加資料の救急以外の部分につきまして説明させていただきます。

まず、1枚めくっていただきますと、療養病床のあり方等に関する特別部会の設置についてというタイトルであります。

これは、昨年、療養病床のあり方に関する検討会が厚労省に設置されまして、現在の介護療養病床などの転換後の行き先となるモデルがいくつか示されました。これらについては、まだこのイメージが示されたのみであって、今後、医療法の改正などの手続きをふむためには、もう少し精査、制度設計をしていかななくてはなりませんので、社会保障審議会

のもとに新たにこの部会を設置して、療養病床のあり方等について検討が進められるということでもあります。

第1回目が6月1日に開催されました。第2回目が今月下旬に開催予定でございます。スケジュールにありますように月1回のペースで開催をして、年内のとりまとめを目指すということになります。ここでの制度設計が来年の通常国会に法案として提出されるということになります。右側が委員名簿であります。真ん中ほど、少し上でございますが、高知市の岡崎市長が全国市長会からの委員として参画をされておられます。

次、2ページをお願いいたします。

上段、下段とも、平成18年の療養病床再編からのこれまでの経緯を示したものでございます。まず、平成18年度に介護保険法を改正して、介護療養型医療施設の規定が削除されまして、これが平成23年度末に廃止ということが決まっておりました。これにあわせて療養病床の役割分担明確化ということで、医療区分、現在の医療区分やADL区分を導入して医療の必要度に応じた評価の実施が始まりました。医療法でいうところの人員配置基準の経過措置もこの時に策定されております。

それ以降、平成19年度に現在の介護療養型老人保健施設が制度化されたということとその転換にあたっての支援措置が拡充をされております。

平成23年度に介護療養型医療施設の廃止期限が延長ということで、これが平成29年度末、6年延長されたということになります。そして、昨年度、介護報酬改定において、介護療養型施設の評価が非常に厳しいものになったということと、先ほどご説明しましたように、療養病床のあり方等に関する検討会において、サービス提供体制の選択肢が整理されたところでございます。その内容が次のページであります。

ここで介護療養病床、そして、医療療養病床のうち25対1のものの今後の移行先として新たな類型が提示されております。この真ん中右側の緑色で囲った欄でございますけれども、ひとつは住まいの機能を満たすというコンセプト。もうひとつは日常的な医学管理や看取りターミナルケアを実施する体制。こういったものを大きくは2つに類型化して、医療機能を内包した施設類型、そして、外付けで医療提供する住まいと医療機関の併設、それぞれ内包型、外付け型と称されております。

その下段ですけれども、内包型については、特に介護の必要度が高い方を念頭とした内包型の案1-1、もうひとつは長期療養を目的としたサービスを提供する案1-2、細かく言いますと3つ類型が示されております。それを図にしたイメージが次の4ページ目の上段ということになります。療養病床として今後も存続する療養病棟入院基本料1の20対1については、医療区分2及び3を中心とする方の療養を担当するという。そして、24時間の看取りターミナルケアを実施して当直体制も病院として必須化されるというものでございます。

この下段に検討会で提示された検討課題としては、まず、これらの新たな類型の人員配

置基準と構造設備基準であります。そして、3番目として財源であります。医療保険で適用とするのか介護保険で適用としていくのかということ。それと、ホテルコストの負担のあり方、低所得者への配慮等々が課題としてのぼっております。これらについて詳細な制度設計に関する議論が今後なされていくものと思われまます。

もう一点が次の5ページですが、先ほど冒頭で、ご挨拶で申し上げましたように、平成30年度からは次の医療計画になります。高知県で言いますと、第7期の高知県保健医療計画であります。ほぼ全都道府県が平成29年度末までの医療計画ですので、厚生労働省におきまして、この医療計画制度の見直しについて先月、5月20日に医療計画の見直し等に関する検討会が設置されまして第1回を開催されております。

ここでは、この「2.」の検討事項にありますように、医療計画作成指針が医政局長通知で定められておりますので、その見直し。また、医療計画における地域医療構想の位置付けというものを改めて議論していく。そして、地域包括ケアシステムの構築を医療介護連携でやります。特にこの2、3が大きなポイントとなりますので、7ページをお願いします。

7ページの右側であります。地域医療構想に関するワーキンググループと医療計画における地域包括ケアシステムの構築に向けたワーキンググループ、この2つのワーキンググループが設置されて、これらの議論を検討会に報告していくということで、実質的にはワーキングでの議論が中心になってこようかと思えます。特に、この地域医療構想に関するワーキングでは、地域医療構想の進捗管理や医療機能と分化の連携を進める施策や病床機能報告制度の改善ということで、地域医療構想ガイドライン策定の検討会で議論されていたことは、こちらのほうに移ってくるということになるかと思えます。

ページを戻っていただきまして、6ページと7ページの右側に、この医療計画における課題等が記載されております。

現行の医療計画でも二次医療圏の設定方法や基準病床制度についての課題が残っているということと、(3)でPDCAサイクルを推進するための指標、評価指標が、これが指導課長通知で示されております。このあたりの見直しということが課題であります。今後の策定後の課題として、地域医療構想の位置付けや医療介護の連携の推進に向けた対応など。

そして、7ページ目の左側ですが、医療従事者の養成確保、この3つが大きな論点ということになっております。医療従事者の確保につきましては、各都道府県で設置している地域医療支援センターの運営や、また、まだ議論が進められている新たな専門医制度などの育成、そして、医療従事者の需給に関して検討が進められておりますので、ここでの検討結果をふまえて医療計画にどう書き込んでいくかになります。

最後に9ページをお願いします。

医療介護に関する国の諸々の検討組織の今後のスケジュールであります。まず、医療計画につきましては、年内にこの医療計画の見直し等に関する検討会をあらかじめとりまとめ

て、年度内に医療計画作成指針が改正されて各都道府県に通知がなされます。これを待って次期医療計画の見直しを始めていますと非常に後手々になりますので、地域医療構想を策定した直後から医療計画の見直しに着手していきたいと思います。

厚生労働省での検討会において、この見直しの方向性が部分的にはディスクローズされていきますので、その動きを横にらみしながら5疾病5事業の連携体制を中心に進めていきたいというふうに考えております。

追加資料の説明は以上です。

(座長) ありがとうございます。

それでは、今、事務局のほうから説明がありました資料1、資料3、追加資料、次期医療計画に繋がる部分の説明になっていましたけど、何かご質問、ご意見、もう少し説明を加えてほしいとか何でもかまいませんが、ご自由にご発言をください。

いかがでしょうか。

地域医療構想につきましては、資料1の2ページ目、ページ番号で言うと一番下に5がふっているところの上のスライド、章立てで作っているということで、これまでの議論で出て来た考え方とかで不適切なものは落として、こんな章立てにしていくということのようですが。

作る時の視点の整理は、13ページの下のスライドで圏域別にこんな考え方でやりたいと、こんなお話だったんですが。具体的な病床の必要な数とかいうのは、今回のワーキングで県のほうで試算したものを出すということで、今の時点では国のツールで出て来た値しか出ていないですが、県独自の値を作る時に皆様のご意見を反映して県民の意向等も反映したものにしていかないといけないと思いますが、いかがですか。

じゃあ、中澤委員。

(中澤委員) 郡部医師会、郡代表で来ております中澤ですけど。

資料1の16ページですね。在宅医療の推計のところですけど。先日の県の医師会地域医療ビジョン対策委員会でも議論が出ましたので、一応ここでも意見を出しておかないといけないと思ひまして。

この上のスライドの緑の部分、その他というところが、医療区分1の70%と地域差の解消分ということで、結局この部分ですね、その在宅医療に移行すべきだということなんですけど、受け皿がまだ整備されていない状態で、先ほどの新しい施設類型の外付け型と内包型、このあたりの点数がどのくらいになるかによって、なかなか、療養病床を持っている管理者としては、それを待ってでないと動けないところがあると思うんですけど、高知県の場合は慢性期の必要病床数はパターンCでいくということで、2030年から5年前倒しにした部分で推計値を出すことになっていますけど。

この受け皿の部分になかなか決まらないうと、推計値はなかなか具体的な数を設定しにくいんじゃないかということと、それから、決まらなければ、少し多めに設定せざるを得ないのかなというふうな印象を持っておるんですけど、そのあたりはいかがでしょうか。

(事務局) ご指摘のようにですね、新類型の諸々の施設基準や報酬単価の設定等が出てくるのが、色んなそういった施設基準の類は、おそらく来年の今頃くらいの法案審議の中でポロポロと出てくるでしょうけど、報酬単価自体は、さらにその半年後くらいになってこようかと思えます。ですので、これを待っていると地域医療構想は策定できませんので、ここは一定、現在あり得るデータの中で出していかなくてはならないかなと考えております。

国から提供された算定式ないしは算定の基礎データという部分については、あまりいじりようがない部分も多いですので、一定致し方ないのかなと思えます。ただ、とは言っても高知県、非常に療養病床が多く、かつそれを必要としている患者さんが療養されているわけですので、そういう意味では、現在取り得る策としては最も多い病床数が設定できるパターンCを選択したいと考えております。

これは厚生労働省も通知等で名言しておりますけども、必要病床数は、ここまで病床を削減しなければならない目標値という類のものではないということであり、あくまで2025年における医療需要を病床に置き換えるとかいう数字であるということですので、一定、今後、高齢者人口の減ということも起きていきますので、一定の病床の再編は必要になってこようかと思えます。

今ある病床の何分の1かは、これまで示されている類型への転換が考えられますので、今後、その地域医療構想を推進していく中で、どのように円滑に転換していけるかということの方法論のほうは重要だと思いますので、数値としては、次回以降お示しすることになります。その数字に一喜一憂することなくですね、未来志向でどのように転換を進めていけるかという方法論を中心に先生方と、この後に設置される調整会議などで議論を深めていければと思っております。

(座長) よろしいでしょうか。

その他、ご意見、ご質問等ございませんか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、また最後のほうで多少時間がとれると思えますので、お気付きのことが出て来ましたら、最後にご発言いただくということにいたしまして。

次、議題の2のほうですね。地域医療構想の素案が事務局のほうで用意できていますので、こういう方向で行くという説明がありますから、事務局の説明をお願いします。

(事務局) 事務局、医療政策課の原本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

自分からは、資料2「地域医療構想（素案）について」、説明させていただきます。あわせて先ほど説明させていただきました、資料1の5ページの地域医療構想の概要を見ただきながら、ご説明をさせていただきます。

この地域医療構想（素案）につきましては、資料1の5ページで示させていただいている概要の項目について文章にしたものであり、最終的な冊子の状態になったときのものになります。

先ほど説明がありましたが、他県に構想や、国の地域医療構想策定ガイドラインに沿って、項目や順番を少し変更しておりますが、記載内容につきましては、基本的には今までWGで議論させていただいた内容を、組み込んでいます。

では本文の説明に入らせていただきます。目次については、今開いていただいている資料1の概要と同じ項目になります。

1ページ目をお開きください。まず「第1章の基本的事項」になります。1では構想到策定の主旨について記載しています。これについては、どのような位置づけで構想が策定されるのか、国の考え方や、県においては、日本一の長寿県構想や第6期の保健医療計画にの主旨に基づいて策定されたことを記載しています。

2ページ目はその位置づけを図にした物を記載。3ページでは、この地域医療構想策定WGや最終的には医療審議会に諮問し策定されること等の、構想の策定体制について記載しています。

次に4ページをお開きください。「第2章の高知県の現状」記載しています。1県の人口構成とありますが、高知県の全国に先駆けて進んでいる高齢化について、国の調査に基づいて、今後の見込み等を記載しています。5ページは高齢者の世帯数の見通しについて記載しています。6ページは認知症高齢者の見通しについて記載しています。

7ページからは地域医療構想を支える体制側の現状として、医療提供体制の状況を記載しています。内容としましては、7、8ページに医師、歯科医師、薬剤師や看護職員等の人員の体制について、9ページからは病院数や診療所数、病床数等について記載しています。なお高知県の特長としての病床数が全国で一位であることについても11ページグラフで記載しています。

次に12ページからは県で独自に実施しました療養病床実態調査について記載しています。

調査の結果としては、療養病床の入院患者の受け入れ先がないことや、医療の必要度が低い患者が多いが日常自立度が低く介助が必要な方が多いこと、患者家族と病院の退院支援担当者考えに違いがあることなどを記載しています。

次に15ページをお開きください。「第3章 構想区域の設定」になります。ここでは、地域医療構想の構想区域の設定方法記載されており、高知県では保健医療計画の二次医療圏をそのまま地域医療構想の医療区域として採用したことを記載しています。また、17

ページには先ほどの説明のありましたサブ区域の考え方についても記載しています。

次に18ページをお開きください。18ページからの「第4章 将来の医療需要の推計」では、今回の地域医療構想でもっとも重要な「必要病床数」の推計方法について記載しています。

1 病床機能報告制度説明からはじまり、19ページから各医療機能ごと医療需要の考え方、慢性期機能及び在宅医療等は高知県としてはパターンCの推計方法採用したこと等国のガイドラインの内容が記載されています。また、22ページでは医療圏間での患者の流出入について、24ページでは前段で説明させていただきました、必要病床数の調整方法が記載されており、25ページでは必要病床数について記載しています。上の表の右側のPの部分に最終的には必要病床数の確定数値が入ります。

26ページは必要病床数と平成27年7月時点での最新の病床機能報告の比較についてで、続けて27ページは在宅へ移行する患者の推計数について記載しています。

26ページのPにつきましても、必要病床数が決定すれば確定します。

次に28ページになります。28ページからの、第5章につきましても、前段でも説明がありましたとおり、既に作成された他県の構想や、国のガイドラインを参考に「将来あるべき医療提供体制を実現するための課題 から 施策」に変更し、地域医療構想の目標を達成のために必要な県の事業等の取り組みについて記載しています。

項目については、28ページの上段四角に囲まれています。1 病床機能の分化及び連携の推進、2 在宅医療の充実、3 医療従事者の確保・養成の大きく3つの項目と、31ページでは地域医療介護総合確保基金について記載しております。

なお、第5章につきましても、まだ素案の段階であります。県の中で複数の部署をまたいでおりますこともあり、今後関係課に確認を行い、必要な部分の肉付けを行い、次回のWGまでに完成させる予定となっております。

次に32ページになります。「第6章 地域医療構想策定後の推進体制及び役割」については、先ほどの説明のありました、構想策定後の地域医療構想調整会議について記載しています。

34ページには、地域医療構想に関係する団体の役割について記載しています。

35ページに「第7章の各構想区域の状況」について、本来地域医療構想自体が構想区域ごとに作成が必要であります。県としては他県の構想等も参考にしつつ、7章に各区域の状況を記載することにより、構想区域ごと地域医療構想とするものです。

なお、現在作成中であり、こちらにつきましても、次回のWGでお示しできる予定です。最終第8章の資料では参考の資料まとめて掲載する予定です。

わたくしからの説明は以上となります。

(座長) ただいま説明のありました資料の2で、地域医療構想の素案を説明してもらった

ところですが、何かご意見、ご質問等、どうぞご自由にご発言ください。

最終案は次回のワーキンググループで出てくるということで、おそらく皆さん、一番関心があるところが、まだピーの状態の中身が出て来ないのでコメントし辛いところがあると思いますが、いかがでしょうか。

じゃあ、小田切委員、どうぞ。

(小田切委員) 少し、先ほど、ピーのところの数字が入ると、という話がありましたが、それは、次回入るのかもわかりませんが、中澤委員もおっしゃっていましたが、追加資料の、この4ページの上の形態、3つの形態、慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型、これの内容がまだ3つの形態、案の1、1-1、1-2とかありますけど、この内容が今、詳細は決まらないけど、さっきの必要病床機能数というのが先に出ていって、本当に慢性期の数字がこれへ、これが決まった時にこれに移行してやっていくかというのが、あとの話になるわけですよ。

前回の療養病床の時にもそうだったんですが、なかなかそれが転換してもやっていけない場合には、計画では書いても実際はなかなか進み難くなると。例えば、この4ページの上の形態について高知県の実情からすると、こういった形態なりこういった報酬が必要だというような、逆の、実際に高知県が移行する場合には、こういうことが必要なんだということの提案というか、国が決まってからそれに合わせていっていければいいんですけど、それが決まる前に、やはり高知県としての実態に、全国で一番多いわけですから、高知県の実態に合わせたこの提供タイプのあり方の提案というか、高知県としてはこうでないとなかなか現実的には実現が難しいというような、そういったことは考えていく必要はあるんじゃないかと思うんですけど、そこらあたりについてどんな感じかなというのを教えていただければと。

(事務局) ご指摘ありがとうございます。

小田切委員からの指摘は、非常に重要でありまして、このことは、地域医療構想に書き込むかどうか、書き込める言葉があるかどうかは別として、高知県内の療養病床の実態とか、また、県民の生活のありようからすると、こういった類型が示されてはいるものの、現実にその転換を進めていくためには、こういう条件設定が必要だというような提案はしていかななくてはいけないかなというふうに考えております。

この検討会の議論が進められている間も庁内、また知事など交えて議論する中で、やはり高知県としてのこういった住まいや医療を外付けるような類型以外にも何か提案できるものがあるかもしれませんし、それも含めて国への政策提言というのは考えていきたいと思えます。

(小田切委員) ありがとうございます。

高知県、非常に、尾崎知事が政策提言をして色々実現している部分もありますので、是非お願いしたいんですが。

また、厳密に病院というか医療従事者というか、退院支援担当者が考える数と患者家族が思っている数とが違ふというのが非常に出ていますよね。これは前も出ていたんですけど。こういう部分について政策的にいけるのか、いや、これはもう高知県の実情は高知県内で対応しないとイケないのかということも場合によって出てくるかなど。

そういう意味では当然、国にも提案、要望なり政策提言をする一方で、やっぱり県のほうでも高知県の実態に合わせて、それがいく、いかないに関わらず、最低こういうところは県単の施策でも考えていかないかところがあるんじゃないかということも、場合によっては、想定される、その財源をどうするかという問題がありますので、なかなか事務局としては軽々に言えないことだとは思いますが、そういったことも含めて是非、国の施策、方針が決まる前に色んな高知県の実情の提案というのを是非お願いしたいということ、これは要望ですけど、よろしくお願いします。以上です。

(座長) ありがとうございます。

このことに関連してでもかまいませんし。

田中委員、どうぞ。

(田中委員) 全日本病院協会の田中です。

この資料、追加資料ですね。追加資料4の、4ページのサービス提供、類型イメージですよね。これ、類型イメージを作ったということに関しては、なかなか良い案が出て来ているんですけども、いざ、これを実行に移すとなると、非常に大きな問題が出て来ると思います。それで、その下の1. 2. 3. 4. 5. もちろんそれが出てくるわけですけども。

国としては、これへ向ける方向としてどんどん進めて、そういうものにあてはめるように施設基準なりを作ってくるんだと思うんですけども、高知県にあてはめてみますと、本当に難しい問題がたくさんあると思います。

低所得者への配慮がまずありますよね。それで、施設の報酬のあり方で介護保険にするのか医療保険にするのか、これでまた大変なことになってくると思いますし、医療保険であれば、生保とかの方達は、補助が出て結構安い自己負担金で医療のほうの施設に入れるわけですけども、これがひとたび介護保険に移りますと、それがなかなか難しいことも出てきますし、自己負担金が医療よりも介護のほうが上がって来るということで、なかなか行きたがらない家族、本人はもうわからない方が多いと思いますけど、家族にとってみると非常に自己負担が、家族負担がオーバーになってくるといふこともあると思います。

それから、施設基準についても、療養病床、今まで色々と施設を改造したりしまして借金も多いと。内部がかなり疲弊してきておりますところへどういふものをつくっていくのか。そのままのもので、単にここの病床はこう、ここの病床はこうですよというふうに区別してくれるのであれば、そのままいけるところもあると思うんですけど、ここは多室にしないで、プライバシーをきちっとしないで、6.4平米ではいけませんよ、8平米にしないで、なんていうことが出てきますと、とてもじゃないけれども、そこにお金をかけるというのは、もう倒れる寸前。そこにお金をかけて、今度は施設になるわけですから、医療療養病床、介護療養病床より報酬は下がってくると思います。やっていけなくなってつぶれるところが出てくるんじゃないかと。そうしますと、やはり介護難民、医療難民が出てくるんじゃないかという気が非常にしております。

とにかく、高知県にとって、このイメージは、なかなか移り難い面があるかと私は考えております。国の委員の先生方にも、そういうことはわかってみえる先生方がみえますので、この問題はかなり揉めるんじゃないかと、なかなか決まらないんじゃないかという気はしているんですけど。さて、それをどういふものにしてくれるのかということになってくると、これまた大変なことで。

世界中にこういう介護療養病床という制度はありません。日本で、一番良い制度を作ったと我々は思っていますので、その制度を壊して何をつくるのかということになってくると、また一大事ということが起こってくるんじゃないかという気がしております。以上です。

(座長) どうもご意見ありがとうございました。事務局、コメントありますか。よろしいですか。

このことに関する、他の委員の方のご意見でもかまいませんし、その他のことでもかまいませんが、いかがでしょうか。

中澤委員。

(中澤委員) まず、この新類型につきましては、この4ページの下の人員配置基準も柔軟な要件を考えるとということですから、おそらく医師の要件なんかも緩和されると思うんですけど。結局、そうなると、これもビジョン対策委員会ですけど、質の低下になってくるといふことで、結局そこの新類型では、例えば急変対応だとかに入らずに、同じように救急病院に運んでしまうというふうなことも危惧されるかなというふうにご考えております。

やはり、この4つ、5つの基準がどういふふうになっていくのか、それから田中先生のおっしゃった、何よりも自己負担額がどうなっていくのか、これによって患者さん自身、ご家族自身が選べなくなってくるということになると、ちょっと高知県ではなかなか難しいのかなというふうなイメージはもっておりますけど。

ここは本当に全国一律のこういう施設類型でなくて、高知県の何とかして、実情が反映できるような要件が何とか盛り込めないかなというふうな気がしております。

それと、急性期のほうもかまいませんか。

(座長) どうぞ。

(中澤委員) いいですか、すみません、とんでしまうんですけど。

必要病床数の推計の仕方については、高度急性期は幡多の6床と、それから、残りの中央と、これは決まると思いますが、慢性期と回復期は患者住所地ベースで決まると思いますが、ピーになっているその急性期の病床数をいかに患者住所地別の数に近づけていくかが、できるだけ近いものにしていただきたいというのが医師会の考え方ではあるんですけど、中央に流入している分が全部中央のベッドだよというふうになってしまうと、やはり過剰地域にベッドが増えてしまうということで、実際、安芸、高幡でみれるかどうかは、これまた別の問題ですけども、安芸、高幡で急性期をみていく、急性期は地域で完結させるんだというふうな、その支援策も出していただいて、できるだけ患者住所地別と医療機関所在地別のちょうど中間値くらいを想定されているかもしれませけど、できるだけ少し患者住所地別のほうに近いような数値にしていきたいなというふうに考えておまして、そのためには二次救急なんかを担う地域の医療機関に頑張ってもらって、もしくは、そういったところが活性化するような施策がこれから必要かなと。

これは、急性期の救急医療体制について、(4)に出てくると思いますが、この地域医療構想ワーキンググループで、どうしてもその議論がなかなか出にくくて、どうしても慢性期と在宅のほうが中心になってきますので、救急医療体制については、もっとワーキンググループで議題としてたくさん出していただきたいなというふうに思います。以上です。

(座長) その他、ご意見、ご質問、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

急性期のことは、この議題4でも話があると思いますので、そこで続けてご発言等いただくとして。

では、次の議題になりますね。次の議題、救急医療体制で、今、中澤委員のほうから急性期のご発言がございました。それを受けての事務局の説明の後のご意見をうかがいたいと思いますが。

では、議題4、救急医療体制について、事務局のほうから説明をお願いします。

(事務局) それでは、資料4と本日の追加資料の一番最後のページを並べて説明させていただきます。

救急医療のことに関する点で急性期医療の全てが語れるわけではございませんけれども、

今後の病床体系を考えていくうえで救急医療をひとつのキーワードとして考えていくことがひとつのきっかけなのかなと思います。

それと、癌対策、脳卒中などの急性期を想定した医療につきましては、今後、医療計画の見直しの中で5疾病5事業の連携体制の検討の中でも進められていきますので、今日はその中でも救急医療に着目して説明させていただきたいと思います。

まず資料4の1ページをお願いいたします。

救急医療体制につきましては、まず、最も上位の会としまして高知県救急医療協議会が設置をされております。これは消防法に基づく協議の場ということ、また、県でも局を制定して設置をしております。その下に救急医療体制全般を検討する専門委員会と、メディカルコントロールについて、主として救急隊員の資質向上に資することを検討する専門委員会を設置しております。これらの会議ですと、どうしてもメンバーが限られてきますので、年に1回程度、全ての二次救急医療機関と三次救急医療機関の代表の先生方と、あと、消防機関が集まって意見交換する会を設けております。

第7期の保健医療計画に向けた課題としては、ひとつは救急医療の連携体制の強化ということで、二次救急と三次救急の連携ということは検討されて久しいですけれども、なかなか二次救急医療機関の人的なマンパワー不足などから、これまで輪番体制なども検討されてはきましたけど、なかなか受入体制が構築できないということからも、逆に三次救急から一定期間、診断のついた患者さんを二次救急の医療機関へお返しするというような連携体制もあるんじゃないかというようなことの検討は始まっております。

また、ちょっと今日は、詳しいご紹介はできませんけれども、昨年4月に救急医療情報システムを改修しまして、全ての救急隊にタブレット端末を配布しまして、病院選定の迅速化、そして、それぞれの傷病者の状態を記録する記録票を電子化しまして、救急搬送の結果を、どの病院にどういった患者さんが搬送されているかという結果を閲覧できるようになりました。また、救急搬送のデータがリアルタイムに把握できるようになりましたので、そのことを政策の検討に役立てていきたいと思っております。

次、2ページをお願いいたします。

これは、直近の救急医療協議会などで議論された内容を記載しております。救急医療協議会は昨年10月8日に開催をされました。その中では、救急病院の新規認定などがございしますが、これは一昨年、救急病院の認定基準を改めまして、厚生労働省令で規定されているものに少し上乗せをしたかたちで進めていくということで、その中のひとつに医療ネットへの応需入力を100%行なうという条件設定を行なった結果、入力率が非常に向上したということがあります。

また、その下の救急医療体制検討専門委員会ではありますが、(2)の最初の「・」にあります、診療科別の特に中央地域における病院群の輪番体制などについて議論がなされました。

一番下の二次救急、三次救急の意見交換会ですけれども、先ほど申し上げたような二次救急と三時救急の新たな連携体制というのが考えられないかということで、例えばこの右側の3つ目の「・」ですね。休日や夜間は、二次救急で対応してきたけども、どうしても三次救急に搬送されるケースが多いのですが、三次救急で対応しても、その後、例えば翌日または診断や治療方針が確定した2、3日後くらいの平日の昼間に二次病院に転院していただくような連携システムの構築が出来ないかというようなことの提案がなされております。

3ページ、4ページは、名簿です。

5ページは県内の救急医療機関でございます。

ここは、救命救急センターと救急告示病院、救急診療所を記載しております。全部で44ございます。これに安芸と高幡と幡多では、二次救急の輪番制が構築されています。救急告示病院ではありませんけれども輪番制には入っているという医療機関も二次救急と位置付けをしていますので、11病院ほど加わります。

それを6ページで説明しております。あとはデータですが、7ページですね。

救急車での搬送人員は、一時期は減少ないしは横ばいの傾向でしたけれども、ここで数字は出ておりませんが、これ、消防の統計で確定しているのが平成26年、年次で出てきます、ですが、平成27年は3万6000件を超えたと予測されております。先ほど申し上げたように、こうち医療ネットは救急医療情報システムで救急搬送のデータを全て把握できるようになりましたので、追加資料のほうで暫定的な平成27年度としての昨年4月から本年3月までのデータを記載しておりますので、また後ほど説明します。

7ページの右側の搬送時間ですけれども、少しずつ伸びているということで、平成27年度は40分を若干超えているかなということです。左下の管外搬送ですね。消防本部の管轄区域から外への搬送は、特に郡部の消防ほど高い状況は続いております。高知市と幡多けんみん病院がある幡多西部消防については、ほぼ完結しておりますが、よく見ますと、土佐清水市や安芸市では3割弱ということで、県立あき総合病院や渭南病院が管内の搬送を主に担っているということは明らかだと思います。

次に8ページですが、ここは、消防の統計での26年の数字となっておりますが、救急搬送された患者で救命救急センター、即ち高知赤十字病院と医療センターと近森病院に搬送された割合というのは26年度39.6%であります、昨年度でいうと4割を超えております。

年齢構成は、消防の統計ではここまでしか出ませんが、本日の追加資料、一番後ろのページを見ていただければと思います。円グラフが5つあって、その上に棒グラフがありますが、この棒グラフは5歳刻みの年齢階級別に見たものであります。一昔前ですと、70代あたりにピークがありましたけれども、現在は80代に搬送のピークがあります。青いのは全体で、赤い部分が救命救急センターであります。80～84歳がピークで80歳以

上全部足しますと、全数で受け入れでも4割近い方々が80歳以上という状況であります。

その下が傷病程度別ということですのでけれども、軽症の方は4割。全体的な傾向として、実は全数でも、救命救急センターだけ取り出してもそう大きく傾向は変わらないですが、救命救急センターのほう若干重症の割合が高いということです。

その下は、事故種別の救急搬送の患者割合ですが、ほぼ全数が救命センターです。で、見ますと、ここも大体傾向は同じですが、救命救急センターのほうはそういう役割ということからも、若干、転院搬送の割合が高いかなと。

最後に、左下の搬送先別で見ますと、27年度で見ますと、救命救急センター3施設で42.9%でございます。1000件以上の患者受入れの病院の上位8施設で、大体3分の2くらい。ここでは500件以上の受入れを行った医療機関のみをプロットしております。

ややこの二次救急を担う医療機関を少し搬送件数の減少が認められるのかなというのが、例えば高知大学や国立高知病院などが一時より若干減ったなという感じがあります。その一方で、県立あき総合病院は、昨年度で言いますと1672件ということで、過去、おそらくピークだった頃は平成16年頃だと思いますが、その頃の数字に戻ってきたと言えると思います。医師数も増えてきて、最も減った時が平成20年頃は800件でしたので、その頃の倍には回復をできております。

ということで、この資料4の8ページ目ですけども、総じて申し上げますと年間、大体3万6000人の救急搬送があります。そのうち約4割が救命救急センターに集中していること、全体としても中央医療圏に患者さんが集中をしております。受け入れる側の市内の医療機関の負担というのも増大しております。それが、医療従事者の疲弊ということにもつながってくると思いますので、できるだけ役割分担が進められるように県としても色々なソフト対策を考えていきたいと思っております。

9ページに今後の課題と対策ということで、先ほど申し上げたようなことを記載しております。説明は以上です。

(座長) この議題につきましては、今の事務局からの説明を補足するかたちで、有識者委員として出席していただいている西山委員のほうから追加でご発言をいただきます。よろしく願います。

(西山委員) 高知赤十字病院の救命救急センターの西山です。よろしく申し上げます。

私のほうもひとつ資料を作ってまいりました。皆さんの机の上に高知赤十字病院救命救急センター取扱い患者年齢別割合というのをお配りしました。上に円グラフで2006年度、2011年度、2015年度というふうに書いてあります。これは年齢を見てみたんですね。というのは、消防で高齢者というのは65歳以上であると、我々考えていて、6

5歳や70歳の方、これは非常に若い方というふうに感じております。80歳上になりますと、やはり高齢者かなというふうに思っておりますので、そのへんを出すためにこれを作りました。

そうしてみますと、2006年度は、80歳代以上は10.9%だったのが、16.5%。そして、2015年では20.9%と。2006年から約10年間の間に約2倍に増えているということです。これが救命救急センターにウォークインで来られた方、それと救急車で来られた方がこの円グラフになっております。

その下の折れ線グラフですけれども、折れ線グラフは救急車の患者さんです。救急車の患者さんは2006年度から2015年度まで比べてみると、これ、年齢層に分かれているんですけれども、この80歳代以上のみ、どんどん増えているんですね。他の年齢層の方々は、特に若年の方は下がってきております。そういう傾向にあります。60歳代から70歳代は横ばいかなと思っておりますが、この80歳代以上といたら、やっぱり1077件から1915件、約2倍に増えていると。ということは、やっぱりこの80歳代以上をこれ、考えていかないと、これを対象に何か対処していかないと救急のほうもパンクしてしまうんじゃないかというふうに考えております。

今、川内先生のほうから色々な話がありましたけれども、結局は、この救急医療を考えると、二次医療圏で完結してもらいたいんですよね。二次医療圏で完結してもらいたいんですけれども救命救急センターへの搬送が43%になっていると。全て、もう高知市内のほうに集まって来てしまっている、二次医療圏で完結できていないという現状があるわけですね。

その理由は何かと言いますと、二次医療圏での二次医療機関の弱体化が進んでいるんですね。弱体化というのはマンパワーの減少ということでもあります。そのマンパワーの、これを何とか二次医療圏で完結しよう、高幡医療圏なら高幡医療圏だけで完結しようとするれば、そこに大きな病院を作って、そこで完結できるだけの医者的人数を集めれば、それで済む話なんですけれども、もうそれはできないんです。それは不可能だということはわかっておりまして、医者の人口はどんどん減ってしまっている。高知市内においては若干増えているということが出ております。

ですから、もうこれをやるためには、患者さんへの、傷病者へのサービスを低下させないためには、もうあとは搬送の強化しかないんですね。搬送の強化するために今やっていることは、ドクヘリですよ。ドクヘリは年間500件飛んでおります。おそらくこれをもっと、600件、700件に増えていくのではないかというふうに考えています。ただし、ドクヘリも、これは天気の良い日勤帯のみなんです。それだけでも500件飛んでいるわけですので。

そうすると、次どうするのかというと、搬送の強化と考えたら、僕はもう高速道路しかないだろうというふうに思っております。そうすると夜間でも高速道路網が整備されれば、

救急患者さんが短時間で高知市内まで搬送できるかな。本当のことを言えば、本当にその地域で大きな病院をつくれれば終わりなんですけれども、それはできないので、これはもう搬送の強化をするしかないというふうに思っております。

それとあと、もうひとつ、三次救急医療機関のほうに、どうして患者さんが45.3%も搬送されているのかと言いますと、実は、救命士さんの知識が非常に豊富になってきております。昔であれば、例えば頭が痛いと言う人がおれば、近くの内科のほうに搬送していたんですけれども、救命士さんも、ひょっとしたら、これ、くも膜下出血じゃないかなと思うわけですね。そうすると、これはいかん、救命救急センターのほうに搬送しようというふうになります。

それと、今日も僕、外来の日勤をしておったんですけども、交通事故はかなり我々のところに来ます。というのは、交通事故では、ひょっとしたら、今、軽症そうに見えても、高エネルギー事故だから、ひょっとしたら内臓をやっていないかなというふうに救命士さん達、考えますので我々のところに搬送して来る。けど、これは患者さんにとってはそれほど不利益なことではないと思います。だから、我々、三次救急のほうに患者さんが増えてしまうというのは、ある程度はやむを得ないところもあろうかなというふうに思っておりますが、二次医療機関のほうで、それが、もしみていただけるんだったら、それはありがたいなというふうに思います。

あと、終末期医療について真剣に考えていかなきゃいけないと思っております。これは80歳以上の患者さん、これだけ増えて来ておりますので。これで厚生労働省のほうも、終末期医療という言葉は最近使わずに、人生最終段階の医療というふうに言っております。終末期じゃない、これは人生最終段階の医療ですということですよ。

誤嚥性肺炎の方がかなり増えて来ております。最終的に我々の救命救急センターに来るんですが、実は誤嚥性肺炎の方というのは、高齢者の変化の結果、出て来るものであって、病気なのか、それとも生理的変化なのかどっちなのかということですよ。それから考えますと、年間に数回、誤嚥性肺炎を繰り返す方は、これは呼吸器内科の先生がみる病気ではなくて、これは生理的な変化ですので、これは地域の病院でみたらどうでしょうか。誤嚥性肺炎に関しては、こういうふうに抗生物質をやりますよというのを、もうガイドラインは全て出ております。

しかし、全て出ておるんですけども、人工呼吸をしましょうというような説明で、我々救命救急センターのほうに来てしまう。けど、我々のほうでは、説明をしますと、これは一旦治ったとしてもまた繰り返すんですよ。それで、人工呼吸とかそれをずっとされますか、どうしますかという話をすると、いや、もう人工呼吸などは結構ですと。もともと、我々が延命治療などは、この人は望んでいませんでした、なんていうことも結構あるんですね。ですから、そういった方まで我々三次救急のほうに来てしまっているというのも実はありまして、この面に関しては、二次医療機関のほうで抗生物質の投与だけでできます

ので、とどめてみるというのは本当は出来るはずなんだけど、来てしまう。ということもあるんで、この終末期医療、人生最終段階の医療については、もっと真剣に考えていかなければいけないんじゃないかな。例えば療養施設においても、もし心肺停止になった場合には蘇生行為を望みますか、望みませんか。これ、他の県では、入る時に書いてもらっています。ところが、高知県では、入る時にこれを書いてもらうかどうかということについては躊躇されている施設が結構多いです。そういったところで、そういったことも考えていくということが今後、必要ではないかというふうには感じております。

以上、色々なことを言いましたけど、私の所感であります。以上です。

(座長) ただいまの事務局からの説明、それに続く西山委員からのご意見等をふまえて、何か他の委員の皆様、ご質問、ご発言ございましたら、どうぞ。

野並委員どうぞ。

(野並委員) 救急医療体制についてですが、高知の救急医療がどれだけ救出しているかについてお話しをいただきましたが、私達が質問をしているのは、うかがいたいのは、この会で、結局、この全体のバランスがどうなのかということをここで相談しているんじゃないかと思うんです。

非常に下衆な言い方をしますと、高知家で医療が非常に高額になっていると。母屋でお年寄りがお粥を啜っているわけですが、その人数が多くなっているんで非常に医療費が上がっていると。だけど、離れでは、夜毎シャンパンが開けられていると。それで高知家の医療が金かかっているんで、お年寄りのお粥をもっと薄めようじゃないかという議論を今、しているんじゃないかと思いますが、それについて、あのシャンパンはどうかということについてうかがいたいのであって、救急体制がどれだけ充実しているのかをうかがいたいわけではありません。

救急体制がどれだけ充実しているかということであれば、それでいいのであれば、今まで田中先生が慢性期がどれだけ充実しているかを話してきたわけですから、もう、もはや、この会の意味というのは無いわけでありまして、そのバランスについて、もう少し言及していただきたいと思います。

明らかに何らかのバランスを欠いた状況が高知県にあるわけであって、それは慢性期もそうですし急性期もそうなんであって、それをこのままやっていくのかという、そこにこの会の一番大きな意味があるんじゃないかと思うんです。

やはり全体の、とにかくバランスを見るための医療ビジョンなのであって、体重で言えば、そのBMIでコントロールしていこうと。太り過ぎと。私なんかBMIが30以上ありますけど、もう、しかし、今、問題になっているのは痩せすぎのお年寄りが16とか、22～23が正常であれば、18とか17とかというお年寄りのそういう痩せ過ぎの問題

になってきているわけで、ここで、そのBMIがデブだけやっつけようという、そういうのではなくて、もうひとつのところもきっちりバランスをとって、高知県全体を今後やっていくということが大事なんじゃないかならうかと思います。

今のお話は本当にどれだけ充実しているかということ、それはそうでしょうと言うしかなないわけで、救命救急センターが3つもあってという、それは他県で類を見ないことであって、その救命救急センターを、させていることに、お願いしていることによって点数が明らかに高いわけですね。それは高くなるのが当たり前で、さっき言ったシャンパンをどんどん開けているのと同じ話であって、そのあたりをしぼっていかないと、この話はちっとも、慢性期のお年寄りのお粥をどれだけ薄めるかという、そういう、ある意味、結局はセーフティーネットをどうするかというお話ですけども、とにかく全体のバランスをもう少し考えてお話いただければと思います。以上です。

(座長) 吉川委員、どうぞ。

(吉川委員) うちも救命救急センターがあるわけですけども、確かにお金はかかっていますけれども、やるべき医療はやっても、駄目になったら…。

僕、亡くなる方を全例、病院で病院長がみることになったのでみているんですけど、あるところがきたら、もう、うちは何もやらないということで、人工呼吸器をつけてずっと延命していることは全くやっていません。ですから、あるところまではお金は当然かかりますけど、それ以降はもうやらないで、皆さん、看取りをやっていると。救急で来た時に、よくわからないから一生懸命やるのは、それは医療としてしょうがないんだろうと思うんですけど。

西山先生がさっき言われたように、この2ページにさっきのことがありますけれども、高齢者施設の入所者の心肺停止の方が来れば、そしたら、やらざるを得なくてやっていて、人工呼吸器が免れないと、そういうあたりもバランス、全体のビジョンとして考えると、そこは考えないといけないと思います。

それから、一番下のところに救命救急センター、他の二次のところは十分できないから搬送と、そのとおりだと思います。搬送されてきた人が、次の人が、その次の日に帰っていただくようなことは当然したいわけです。そうしないと、急性期の病院は成り立たないようになっています。

だから、医療、看護の必要度というのが25%に設定をされましたから、その設定がクリアできない病院はいっぱい出て来ています。そうすると、その病院は急性期がやっていけませんから回復期に変わらないとしょうがない。急性期のほうは、そういう診療報酬の中で急性期をやり続けられないというような縛りが出てきていますから動いていくと思います。もう、うちも今、40床、休床しています。それは医療の重症度を保てないからで

あります。

だから、そういうふうには高度急性期はさっき言われましたように、高知県で必要な病床と、それから、申し出ている病床とほとんど同じですけど、急性期についてもそういうことが起こって、おそらく減ってくると思います。生き残るためには回復期のほうに移らないと生き残れないんじゃないかと、急性期をやっている者としては、そんなことを考えるんですけども。

だから、お金は使います。しかし、それを無駄に、ただ単に、ずっともう意識がない人を延命しているというようなことはうちではできませんので、それで、ある程度落ち着いた方はどんどん次の施設に、医療機関に移っていただきたいと、連携するよというこことで、在院日数もこのあいだから1日以上短くしております。そういうこともわかっていたいただきたいと思います。

(野並委員) ありがとうございます。

実は、ちょっと違う話になるかもしれませんが、今経験しているひとつのケースは、東京にお住まいであった練馬区の出身の方が高知へ出張に来られて、50歳代の方ですけど、出張中に脳梗塞を起こして医療センターに搬入されて脳梗塞で重度の麻痺になりました。それで、回復期の私共のところに紹介がありました。それで今度、じゃあ、東京へ、地元へ戻ろうということで東京のほうの練馬区の近くの病院を探したわけですけど、全く練馬の近辺には受け入れてくれる病院がありませんで、ずっと西のほうに探し、とうとう最後は埼玉県の川越というところで、引き取ってくれる病院がありました。

そこで何があったか、どういうやりとりがあったかと言うと、別の個人負担がたくさん発生をしております。おむつ代が、高知では考えられないことですけども、1ヶ月10万円特別に払っている。部屋代は4人床であって、これも考えられないことですが、4人床で部屋代を払うよということですよ。ですから、高知で現在行なわれているような医療とは、全く別のことが発生してくるわけです。

とうとう最終、引き取るにあたっては、胃ろうを作ってくれということで、もはや自分達のしようとしている医療と全然違うようなことをしないと受け入れができないということで。ただ、これが、今、私達がやろうとしていることの10年後なりの高知の、高知でも起こってくるんじゃないかということです。

急性期から患者さんをいただくわけですから、私のところは回復期なんですけど、今、こんなことをやっていると、そこからの行き先がなくなってしまうわけで、それをどんどんつぶそうとしている話ですから、よほど慎重に、この会の中で検討をいただかないと、数だけそろえるという話になりますと、皆さん、おむつ代を毎月準備しなければならない。それはもう売り手市場になって、完全な売り手市場になっているということがあります。高知ではそういうことは全く考えられないことなんです。この近い将来起こる現実をやは

り十分注意をして、考えて、この会で反映させていただきたいです。以上です。

(座長) はい。中澤委員、どうぞ。

(中澤委員) 特に高齢者の誤嚥性肺炎とかですね、高齢者救急はどうしても地元でみるべきだと思いますし、誤嚥性肺炎なんかは、もう療養病床とか回復期病床でみるような病気だと思っていますので、そういったものを救命救急センターに送らないようにする役割分担と意識づけが大事なかと、西山先生がおっしゃったとおりだと思いますし、介護施設での看取りの問題だとか終末期、人生最終段階の医療の意識付けをもう少し徹底することによって、役割分担がはかれるのかなと思いますので、地域の慢性期、回復期の病院とか、それから介護施設に、そういった啓発をしていくことが大事なかなと思います。

誤嚥性肺炎はもう救急車で送らなくても地元で十分みれるんじゃないか。例え高幡、安芸であっても完結しないといけないものじゃないかなというふうに思いますので、そのあたり、確かに人員の問題、あると思いますけども、その搬送の中にもまだまだ地元でおさえられるものがあつたんじゃないかなというふうに思います。

ただ、先ほどの頭痛の問題でも、ひょっとしたら三次救急の病気かもしれない。これはもうわからないので、どうしても三次に行ってしまう。これはもう仕方がないと思います。それは、安全策をとっていつてしまうのは仕方ないんですけども、最初から、誤嚥性肺炎とか骨折とかいうふうなものであれば、何とか地元でみれないのかな。うちの地域ではJA高知病院さんとかですね、そのあたりでおさえないといけない、野市中央病院さんでおさえないといけないものがたくさんあるんじゃないかと思って、そういった議論をこの救急体制のこういった既存の検討会で、もう少し煮詰めていただかないといけないんじゃないかなと思いました。

以上です。

(吉川委員) ちょっといいですか。

そのとおりなんですけども、そういう、どういうふうに誤嚥性肺炎の人をですね、高知県全体の、こういうやり方でやりますよとやらないと、ある医療機関はやるけど、ある医療機関はそうじゃないといたら、やっぱり、あんまりやらない、搬送しない医療機関は悪くみられてしまうから、どういうふうに看取りをするのか、どういうふうに誤嚥性肺炎を治療していくのかというのを高知県全体で決めるべきだと僕は思います。そうしないと、各医療機関に任せたら、それはうまくいかないんじゃないかと思っています。

(座長) 田中委員、どうぞ。

(田中委員) 全くそのとおりだと思うんですけども。

これ、我々が決めたって、いけないと思うんです。やっぱり家族の方達が決めていただかないとですね、我々のところに、超急性期のところで何らかの形で救命されて、その後、送られて来るわけですよ。それで療養病床でもどうしても誤嚥性肺炎を起こしますから、それはもう駄目ですよと言ったら、あちらの病院で助かったのにどうしてこちらの病院では助からないの？そっちへ送ってくれと、送り戻してくれと言う方達がたくさんいるわけですよ。それを説明するのに、すごいストレスで疲弊してしまうわけですね。そういうことに結構ストレスがかかってくる。我々に直接それを言ってきてくれる家族はいいんですけども、どうしても看護師さん達に苦情はまずいってしまいますので。

そういうことをなくするのであればね、やはり県民の皆様方に啓蒙していただくことが大切だと思いますね。これはもう我々がやるよりも行政がやっていただかないと、我々は裁判で訴えられるところで、ギリギリのところで行っておりますので、療養病床は今大変なんです。

急性期の病院から、一般病院にはなかなか戻りません。必ずと言っていいほど療養病床へ転院してきます。療養病床の中ではどうしても医療設備が高度の病院に比べれば低いですから、人工呼吸器ひとつとってみても、それだけの数あるわけじゃないですし、気管切開されて、経鼻胃管をされて送られて来ますと、何らかの医療を継続せざるを得ないということになってきます。

今度何か起こせばだめですよというようなことは、転院時その場では納得されるんですけども、いざその時になりますと、県外から息子が来るまでは何とかしてくれとか、あるいは、もうすぐ来ますから、それまでの間は人工呼吸器をつけてくださいとか、そういうことがあります。だめですよと、それはなかなか言えません。

そうしますと、またどんどん延びていく。人間、そう簡単に亡くなりませんので、何らかの処置をしてあげれば、結構、命は長らえると思うんです。それによって益々植物状態に至っていくというようなことが起こってきますので。終末期医療に関しては非常に難しいと思いますし、どこでそういう区切りをつけるのかというのは、もうこれは我々のところでは及ばないところだと思っています。

(座長) その他、いかがでしょうか。このことに関連してでもいいですし、それ以外のこともよろしいですが。いいですか。ほぼ予定している時間に。

堀委員ですね。

(堀委員) 今まで医療関係、療養病床等の話が多かったんですけど、在宅介護医療に将来、戻られる人が増えるというような予測があがっていますよね。その間に、高知県で療養病床とかそういうところを十分に整えていただければ、その居宅、うちで介護をする、

医療を施すということは少なくなると思うんですけれど。

実は、熊本の地震を受けまして高知県でも南海地震、危惧されています。それで、私も建築をやっているものですから住宅耐震のことをやっているんですけれど、在宅を必要とする高齢者に限り耐震化が進んでおりません。というのも収入がない、年金生活、補助金を受けてもそれにプラスアルファしないと、なかなか耐震改修できないので。

今、各地域で地図に独居老人、耐震が済んでいる住まいというのを地図におとしこんでいます。それも含めて医療介護の政策を今後とっていただければ、いざ災害が起きた時にスムーズに医療の提供もできるかと思うんですけれど。

県のほうでは災害医療のほうもつながっていらっしゃると思うので、何かの施策を今後考えていかれると思うんですけれど。よろしかったら何かお願いいたします。

(事務局) ご指摘ありがとうございました。

県の災害医療を担っている立場からすると、まず、医療機関の耐震化、これを進めていく。現在、全病院の3分の2までにとどまっています。ここは何とかしなければいけない。その次に、その次にと言ったらあれですが、住宅耐震ですね。円滑に避難をすることができるようにも、まずは住宅の耐震化が必要ですので、県としても市町村とともに住宅耐震にかかる諸々の補助制度をやっておりますが、諸々の理由でどうしても耐震ができていないご家庭、特に高齢者、また独居の方、多いと思います。

県としては、全市町村に災害時に、避難のための支援の必要な方々のリスト化を進めていただいています。ここには色んなリスクがあります。それは身体的なリスク、要介護状態であるということ、また、障害をお持ちであるということに加えて、住宅の耐震の状況も含めて今後は把握していく必要があるんじゃないかと思います。そこで、それぞれ避難支援計画を作っていく中で、住宅の耐震ができていないお家にお住まいの方々のどのように円滑に避難していくかということを地域で話し合っていく必要がある。まずは住宅耐震を進めなければいけない、確かにそう。どうしてもそうでない住居にお住まいの方々が残ってしまいますので、そういう方々はやはり共助で助けていくということが必要。

そこが把握できると、先ほどもご指摘があったように、救出が早くできるということは、それだけ医療に早くかためられるということですので、県としても前方展開型の医療救護体制を進めていっていますので、このあたり、また、土木部や地域福祉部なんかと連携しながら考えていきたいと思います。

(堀委員) 細かい答弁、ありがとうございます。是非ともおし進めて、かなり困難なこともありますので、療養型施設、お金のかかることですが、それも含めて数値化をしていただければありがたいかなと思います。

(座長) 田中委員、どうぞ。

(田中委員) 超高齢県ですので、お年寄り、たくさんみえると思うんですが、元気でピンピンしておられるお年寄りに関してはそれでいいんですけど、ほとんどが独居老人、あるいは老老介護の方達で、我々のところにいる方々は全くの一人暮らしや、動けない方達がたくさんいるんですけど。そういう方達をどうするかというのを考え出すと、もう、とてもじゃないけど居てもたってもいられないので、今のところは、あまり考えないことにしているんですけど、とにかく逃げ出せない方達ばかりですので、どうしたらいいのか、ちょっとよくわかりません。

在宅におられる方達も老老介護や、独居の方達もたくさんみえると思いますので、そういう方達を誰が避難させるのかというのは、これまた大変な体制作りをしていかんといけませんと思いますので、それはそれでまたどこかのワーキングで。私は、特に思い等はないんですけど。すみません。余計なことを言いました。

(座長) ほぼ予定した時間になっております。その他、是非発言をしておきたい方。

内田委員、どうぞ。

(内田委員) 介護老人保健施設協議会の内田です。

地域医療構想の6ページに、認知症高齢者がどんどん増えてくるというふうにあったと思いますけど、私、認知症予防学会に入っていますけど、鳥取県とか鹿児島県でも認知症予防教室をやっていると確実に認知症になる人が減ってきているという実例がありますので、認知症が増えるから、それに対する医療を行なっていないといけないというよりも、予防するにはどうしたらいいかということをも、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりよりも、認知症にならないためのまちづくりをしていかなければいけないと。それがこの地域医療構想の中に入れていいかなと思います。

(座長) ご意見ありがとうございました。

その他、是非、事務局に向けて伝えておきたいことがございましたら、他の委員の方、いかがですか。いいでしょうか。

そうしましたら、今、救急医療のほうの議題から拮がってきましたけれども、地域医療構想の素案を1回協議にかけて、最終案を作られる時にですね、反映できるご意見なり、ご指摘は、是非事務局のほうで活かして最終案に入れていただきたいですが、今日のご議論の中は、地域医療構想というよりは次期の、第7期の医療構想計画の中でとり上げるほうがいようなご指摘もあったかと思いますが、そちらのほうへの引き続き反映させるように引き続き事務局のほう、努力をしていただきたいと思います。

それで、あとひとつだけ議題が残っておりまして、報告なので、そんなに時間がかからないと思いますので、もうしばらくお付き合いいただくとして、資料5を使った議題の5ですね。地域医療介護総合確保基金についての説明をお願いします。

(事務局) 地域医療介護総合確保基金の平成28年度計画事業の状況について御説明させていただきます。

資料5の1ページをご覧ください。こちらは、前回のWGで御説明させていただいたものと同じ資料です。

1月に、国から事務連絡として示された配分方針等をまとめたものですが、要点としましては、黄色に着色した箇所、「1. 国からの事務連絡①」にあります、① H27年度に引き続き、事業区分Ⅰへ重点的に配分を行うこと、それから「2. 国からの事務連絡②」にあります、「事業区分Ⅰについては、ハード事業に限らず関連ソフト事業も計上して差し支えない」という部分です。

この取扱いと、事業区分Ⅱ・Ⅲへの配分が絞り込まれた平成27年度の状況を踏まえまして、より確実に基金を確保する観点から、一番下の「3. 今後の対応」にありますとおり、可能な限り事業区分Ⅱ・Ⅲから事業区分Ⅰへの移管を行うことが必要であるという県の考え方を前回御説明させていただいたところです。

2ページ・3ページをご覧ください。

この資料は、先ほどの考え方に従い、事業区分を一部変更のうえ、国に対して先般提出しました平成28年度計画事業一覧です。

具体的に申し上げますと、事業区分Ⅰの3つ目と4つ目にあります、「病床機能分化・連携推進等人材育成事業」こちらは、退院支援体制構築のための指針策定の事業、それから「中山間地域等病床機能分化・連携コーディネーター養成事業」、こちらは訪問看護師の育成事業ですが、この2事業が事業区分Ⅱから事業区分Ⅰへの移管を行った事業です。オレンジに着色した部分ですが、額にして約5,900万円の移管を行っております。

なお、今後についてですが、熊本地震の影響から、国のスケジュールが遅延しており、内示の予定時期は6月末から7月頭になりそうであるとの連絡を受けております。

最後に個別事業に関し1点補足させていただきます。

事業区分Ⅰの一番上にあります「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備事業」についてですが、本事業は、回復期機能への病床転換に係るハード整備への補助であり、具体的には、事業概要欄にありますとおり「回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟として必要な病棟の新築、増改築、改修を行う医療機関」への支援を行うものです。

この事業につきましては、平成27年度計画事業を要望する際、国からの要請を受け3ヵ年分の事業費を計画に追加した経緯があります。

今回の平成28年度計画事業につきましても同様に、3月に実施されました国のヒアリングの際、要望に盛り込むよう国から要請がありましたため、昨年度に引き続き、3ヵ年分の約3億7,000万円を追加計上することとしております。

なお、現時点では地域医療構想の策定前段階ですので、具体的な補助対象先を想定しているものではなく、今後、構想策定後において各医療機関へ本補助制度の活用希望を募り、構想の調整会議において事業計画の審査といったプロセスを経たうえで、具体的な交付先の決定を行ってまいりたいと考えております。

私からの説明は以上です。

(座長) ただいまの説明に対して何かご質問等ございますか。よろしいでしょうか。

それでは、時間が10分弱超過してしまいましたけれども、本日用意しております議題は全て終わりましたので、あとは事務局にマイクをお返しいたします。

(事務局) 委員の皆さま方におかれましては、熱心なご審議をいただき、まことにありがとうございました。これまでの検討事項のまとめ等につきまして、貴重なご意見をいただきました。事務局におきましては、本日のご意見等を基に、最後となります第5回のワーキンググループにむけた資料作成等を行ってまいりたいと存じます。

なお、次回の会議につきましては、7月の中旬を目途に開催を出来ればと考えております。明日日程確認表を皆さまにお送りしたいと考えております。よろしく願いいたします。

最後に、事務連絡になりますが、本日有料道路もしくは有料駐車場をご利用になった委員の方につきましては、お手数をおかけいたしますが、領収書を6月8日水曜日までにファックスにて医療政策課までお送りいただきますようよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、第4回地域医療構想策定ワーキンググループを終了いたします。本日はまことにありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲