

平成 28 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 28 年 9 月 13 日 18 時 30 分～20 時 50 分
  - 2 場所：高知共済会館 3 階 「藤」
  - 3 出席委員：安田委員、内田委員、岡村委員、須藤委員、田中委員、田村委員、  
筒井委員、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：岡本委員、濱田委員
- 〈事務局〉健康政策部（家保副部長） 地域福祉部（井上副部長）  
高齢者福祉課（中村課長） 国保指導課（伊藤課長、山下課長補佐）  
障害保健福祉課（濱田チーフ）  
県立病院課（安岡課長、伊藤課長補佐、谷脇チーフ、上熊須主幹）  
医療政策課（川内課長、川崎課長補佐、久米チーフ、藤本主幹、原本主査、  
田内主事）

---

（事務局） 定刻になりましたので、ただいまから「平成 28 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」を開催させていただきます。

なお、本日は所用のため、岡本委員が欠席されておりますが、医療法施行令第 5 条の 20 第 2 項の規定により定数を満たしておりますので、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、健康政策部副部長より開会に先立ちご挨拶をさせていただきます。

（健康政策部副部長）健康政策部副部長の家保でございます。

開会にあたりまして、一言ごあいさつを申し上げます。

委員の皆様方におかれましては、ご多用のところご出席いただきまして誠にありがとうございます。また、平素から本県における保健医療行政の推進につきまして、格別のご理解とご協力を賜っておりますことに厚くお礼申し上げます。

さて、本日の主要議題であります地域医療構想ですが、本県におきましては、昨年 8 月以降、地域医療構想策定ワーキンググループを設置のうえ、全 5 回の会議で内容の検討を進めてまいりました。

後ほど詳しくご説明させていただきますが、本日お示しします地域医療構想の案におきましては、今後見込まれる医療・介護ニーズの急激な増大という全国的な課題に加え、現状において人口当たりの療養病床の数が全国一多いという本県特有の状況も踏まえ、「患者さんや利用者にふさわしいサービスが提供できる受け皿を確保すること」、「行き場のない入院患者を出さないこと」を前提として、住み慣れた地域で療養が可能な体制を構築していくという方向性をお示ししております。

本日、当部会でご承認をいただきましたうへは、一ヶ月間のパブリックコメント、医療審議会での承認といった所要の手続を経まして、11月を目途に策定できればと考えております。

また、本日は併せまして、地域医療構想策定後の取組み並びに平成30年度からスタートとなる次期保健医療計画の策定についてもご審議を賜りたいと存じます。

限られたお時間ではございますが、忌憚りの無いご意見をいただけますようどうかよろしくお願い申し上げます。

(事務局) 本日の資料確認についてですが、資料1 地域医療構想(案)について、資料2 地域医療構想策定後の取組み(案)について、資料3 次期保健医療計画の策定について、資料4 地域医療介護総合確保基金についてです。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。

(会長) 本日は委員の皆様には、何かとお忙しい中、当部会にご出席いただきありがとうございます。

本日の主な議題は、①「地域医療構想(案)について」、②「地域医療構想策定後の取組み(案)について」、③「次期保健医療計画の策定について」の3点、その他としまして「地域医療介護総合確保基金について」の報告となっております。

議事に入ります前に、規定により、私の方から、議事録署名人を指名させていただきます。寺田委員、宮井委員にお引き受けいただいでよろしいでしょうか。よろしく願いいたします。

それでは議事に入ります。まず、「地域医療構想(案)について」、事務局より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。

私のほうから、資料1で地域医療構想の案についてご説明させていただきます。それでは座って説明させていただきます。

資料をおめくりいただきまして、表紙をおめくりいただきますと、目次が2ページございます。これにつきましては厚生労働省が示した地域医療構想策定ガイドラインに基づきまして構成をしております。順次説明していきたいと思っております。

まず、おめくりいただきまして1ページであります。この構想策定の主旨でございます。この策定にあたる経緯を記載しております。平成26年に制定されました地域医療介護総合確保推進法に基づきまして、これによって改正された医療法の規定によって都道府県が策定する医療計画の一部として、この地域医療構想の策定が義務付けられております。

本県においては、将来の地域の医療介護のニーズに応じた医療資源の効率的な配置と医療介護の連携を通じて、より効果的な医療提供体制を構築するため、この地域医療構想を策定するものでございます。

その主旨につきましては、現行の第6期の高知県保健医療計画に基づく取組みをふまえて、日本一の健康長寿県構想第3期の目指す姿、また、この保健医療計画が掲げる基本理念に基づいて、本県における様々な特有の状況をふまえて行ないます。

一番下に四角で囲っておりますけれども、長寿県構想第3期を目指す姿として、県民の誰もが住みなれた地域で安心して暮らし続けることの出来る高知県の実現。そして、第6期の保健医療計画の基本理念である県民の誰もが安心して医療を受けられる環境づくり、これを基本として策定していきたいと考えております。

次の2ページ目は、この構想の位置付けでございますが、先ほどご説明しましたとおり、医療法の規定に基づく医療計画の一部として策定するものですが、これは本県におきましては、日本一の健康長寿県構想を土台として策定するというものでございます。

次に、3ページ目の構想の策定体制であります。先ほど副部長の家保よりご報告、ご挨拶しましたとおり、この地域医療構想は医療審議会の下の部会である本部会に、昨年、地域医療構想策定ワーキンググループを設置しまして、これまで5回、審議をしてまいりました。この部会への報告は昨年10月27日ということで、1年近く間が空いて大変申し訳ございませんでした。その間、ワーキンググループで5回議論を行ないまして、第4回目の少し手前、本年4月26日に医療審議会本会に検討状況を報告してございます。第5回目の地域医療策定ワーキンググループは7月15日に開催しまして、一旦このワーキンググループでの議論はとじておりますが、様々な関係者の方々からご意見をいただいて、それに修正を施しております。

続きまして、4ページから第2章ということで高知県の現状です。このあたりは委員の皆様方、ご承知のことが多いと思いますが、ざっくりとご説明をいたします。

まず、人口構成ですけれども、まず、高齢者人口は平成32年、2020年にピークを迎え、そして、以降、減少に転じていきます。一方、高齢化率につきましては総人口が減少しますので、平成32年以降も上昇するという見込みでございます。このとおり、この地域医療構想策定のもととなりました、いわゆる国全体の2025年問題とは少し様相が異なる状況でございます。

次の5ページでは、高齢者世帯数の変化の見通しであります。この表をご覧くださいと高齢者世帯数の割合、そして、高齢者単独の世帯の割合が共に全国平均を上回っております。今後も上昇する傾向になっております。

次に、6ページ目ですが、認知症高齢者数でございます。これは、厚労省の研究班の調査結果を本県にあてはめたものでございますが、平成27年現在で65歳以上人口の15.7%は、何らかの認知症を患っているというものでありまして、人口にすると3万78

60人ということで推定されますが、これが2025年には4万5000人ということで、さらにこの割合が3.3ポイント上昇していくということで、今後、認知症高齢者に対する医療介護ケアが大きな課題となっております。

次に、7ページの医療提供体制の状況です。まず、医療人材の状況であります。医師につきましては、ご承知のとおり人口あたりの医師数は全国第4位である一方で、若手医師の減少、また、地域の偏在、診療科の偏在、いわゆる3つの偏在の問題が生じているという状況です。ただ一方で30歳未満の若手の医師の数は平成20年を底として増加に転じてきているという状況でございます。

歯科医師につきましては、人口あたりの歯科医師数は全国平均より少し少ない、低い状況ですが、医療圏ごとの偏在は比較的少なく、医師ほど著しくない状況です。

一方、薬剤師につきましては、人口あたりで全国平均よりもやや上回っている状況ですが、平均年齢が上昇傾向で年齢構成にも偏在が生じているということで、今後の薬剤師の業務拡大をふまえますと薬剤師の確保の取組みが重要になってきます。

次の看護職員につきましては、人口あたりでは全国第1位ですが、中山間地域では病院医療機関の看護師さんでは訪問看護師さんが不足しているという状況であります。

次の8ページの医療機関の状況でございますが、これはご承知のとおり、人口あたりの病院数は全国1位ですが地域偏在が非常に大きい。また、救命救急センターは中央地域、高知市に3箇所、集中しているということでございます。

次の10ページの病床数であります。右の図表2-11をご覧くださいただければわかるように、人口あたりの病床数は頭ひとつ、2つ以上抜けて1位であります。この10ページに記載しているとおり、重要ですので、そのまま読み上げていきます。2段落目からです。

本県は通院に不便な中山間地域が多いことに加え、全国に先行して高齢化が進み、高度経済成長期以降、高齢単身世帯の増加と家庭介護力の低下によって、施設における療養介護のニーズが高くなるとともに特別養護老人ホームなどの福祉施設の整備に先行して、昭和41年には人口あたり病床数が第1位になるなど、民間を中心に病院病床の整備が急速に進みました。それ以降も病院病床は増加し、昭和48年の老人医療費無料化と更なる高齢化の進行が相俟って多くの病床が高齢者を受け入れ、病院の病床が療養介護ニーズの受け皿として介護の機能を代替してきたという実情があります。

しかし、療養病床数と介護保健施設との定員数との合算で見ますと、この11ページの図表2-12であります。75歳以上の人口あたりでは全国第16位ということでございますので、高齢者の施設系サービス全体では、本県におけるベッド数が全国的に見て著しく多いというのではなく、そのバランスが課題であると言えます。高知県の病床が増加してきたという経緯と介護施設も含めた全体の療養の場という観点で見ますと、必ずしも全国的に飛び抜けて多いということではなくて、そのバランスが課題であるということをご記載させていただいております。

12ページの診療所数とはばしていただきまして、その13ページが先ほどの10ページの記載のもととなっておりますが、平成20年に策定をした高知県地域ケア体制整備構想で、これまでの高知県の病床の増加した理由の考察を述べておりますので、ここをもとに先ほどの記載をしてございます。

この下の図表2-14につきましては、在宅患者の訪問診療の状況でありまして、施設系のベッド数が比較的多いというものの、一方で、在宅の訪問を担う施設数、件数とも、やや少ないという状況でございます。

次の14ページからは、この地域医療構想の策定にあたりまして、今後の参考とすべく昨年の12月に県内の療養病床に入院されている方々の実態調査を行ないました。これは対象となる89施設、医療療養で約4800床、介護療養、約2000床のうち86施設から回答をいただきまして、97%程度の回収率をいただいております。

その結果を簡単にご報告します。まず、入院患者の状態につきましては、同様の全国的な調査と比較しますと、医療の必要度が総体的に軽いとされる医療区分1の方が全国と比べて多くなっている一方、日常生活自立度の低い患者さんが全国平均よりは多いという状況でございます。

15ページの入院している患者さんの行き先ですが、90日以上長期入院をされている方が30%強おられますが、これらの入院患者のうちの8割以上の方は、退院・転院に向けての調整が、まだなされていないという状況です。このため、療養期間が長期化していると考えられて、その調整を行うための整備が必要であるかと理解しております。

次の16ページの望ましい療養環境ということですが、これは患者さん、ご家族の方々に現在、入所している療養病床や、また、その在宅や介護施設など、どこでの療養が望ましいかということインタビューしております。同様に病院側の退院支援担当者にも同じ質問をしております。

この結果を見ますと、退院支援の担当者は望ましいと考えられる…、すみません、患者さん、ご家族が望ましいと考える療養環境のうち引続き療養病床でという方は75.9%いる一方で、退院支援担当者が望ましいと考える割合は63.4%と、若干、認識に開きがございます。このような認識の乖離には著しく高齢化が進んだ中山間地域を抱えているということ。独居高齢者が多く、家庭の介護力が脆弱。また、所得水準が低いため自己負担が少ない療養環境が選ばれるなど本県の課題が反映されていると考えられます。これらの課題に配慮して患者の状態像に相応しい療養環境提供体制を整備する必要があると考えております。

続きまして、この中で医療区分1の方々を抽出して調べますと、ここに縷々記載をしておりますが、患者さんご家族を合計すると医療区分1の方では、介護療養、医療療養あわせると27.6%の方が在宅医療などを望んでいる。一方で、病院側の退院支援者のほうから見ますと、医療区分1の方々の44.7%は在宅で療養が可能だというふうに言って

おられます。同様に開きがございます。この割合は後で出てきます慢性期の病床の推計方法のところでは若干キーワードとなってくるものでございます。

続きまして、18ページからは第3章、構想区域の設定であります。この構想区域につきましては、地域医療構想策定ガイドラインでは、現行の二次医療圏を原則として人口規模、患者の受療状況、基幹病院へのアクセス時間など勘案して決定するというふうにされております。

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ので、当該区域で完結することを求めるものではありませんが、急性期、回復期、慢性期は出来るだけ構想区域内で対応することが望ましいとされております。

現在、高知県保健医療計画では、二次医療圏を4つに区分しております。この地域医療構想にあたりましても、県民の生活圏域や現行の医療提供体制を考慮して、現行の二次医療圏をもって、この地域医療構想の構想区域として設定をしたいというふうに考えております。

参考までに、19ページに現行の二次医療圏を設定した際の考え方を記載しております。これは現計画を策定する際に、人口が少ない、または流出患者が多いような医療圏は見直すべきというふうに厚生労働省からの指摘も受けておりましたけれども、県民の生活圏域や基幹病院へのアクセスなどを考慮して引続き現行の二次医療圏を維持したというものでございます。これをベースに、今後、検討していきたいと考えております。

20ページにつきましては、また、一方で、中央区域は現行の中央医療圏であります、行政的にも高知市を含む3つの保健所管内に分かれているということと、県の日本一の健康長寿県構想地域推進協議会などの地域単位で平時の医療提供体制を検討する会議が設置されているということで、非常に広い区域ということも想定して、こういった既存の会議の場を活用して、この区域の下にサブ区域を設定して日常的な医療を中心とした議論や合意形成を進めてはどうかというものでございます。

この中央東福祉保健所管内は、嶺北地域と南部の3市とで非常に状況も異なります。また、既存の会議体も分かれておりますので、中央区域を4つに区分をしているものでございます。ただし、この後に出てきます必要病床数の算定単位としては法定区域である中央区域全体で必要病床数を算定するものでございませぬ。

次に21ページからの将来の医療需要の推計でございます。

まず、平成26年度から病床機能報告制度が施行されて、表にありますように高度急性期から慢性期まで毎年7月1日現在で各病院と有床診療所が病棟単位でどの機能を担っているかということをご報告いただくことになっております。その全体の結果は、この一番下の図表4-2に記載しております。これをベースとしまして、今後の2025年を目途とした医療需要がどのようになるか、どういうものを推計して、この現行の報告された病床数との比較をしながら医療提供体制を検討していくということになります。

22ページの医療需要の推計方法ですが、高度急性期から急性期、回復期までにつきましては、患者さんに対して行なわれた診療行為を診療報酬の出来高で換算して、これをどれだけ医療資源が投入されたかということの重み付けを行なって、必要となる医療需要を算定するというところでございます。

ちょっと詳細の説明は省きますけれども、このカットオフの単位が、高度急性期には3000点、急性期には600点、回復期のカットは225点というふうになっております。このように一定のレセプトデータに基づいて算定していきますので、一定、真の需要に近い値が出てくるものというふうに推測されます。

次に23ページは、慢性期と在宅の推計方法でございまして。

これは、高度急性期から回復期のように、医療資源をどれだけ投入したかということで必要量を分析していくということは少し難しい。と言いますのも、療養病床の診療報酬は包括算定であるということですので、どれだけ投入されたかということが調査することが難しいということで、療養病床の入院患者数のうち、まず、医療区分1の患者さん70%は在宅医療で対応可能であるということで、ここを除外する。それと、一部、回復期リハビリテーション病棟などの患者さんも、ここから除外したうえで残った入院患者数については入院受療率の地域差を縮小していく。すなわち、全国的に、この病床数は、即ち入院している患者さんの割合に比例しますので、この地域差を縮小していくという観点で推測をされていくということで、非常に厳しい計算方式となっております。

これについては、国から2つの推計パターンが示されておまして、より、ゆるやかに在宅移行を行うパターンBを選択するというところで、全国最大値、これは高知県ですけれども、の入院受療率を全国の中央値は滋賀県になりますけれども、この値まで減少させる率を乗じていくと。これだけでも63%が減少になるということで非常に厳しいものでございます。

それと、本県の場合は、こういった病床の減少率が他県の減少よりも非常に大きいということ。また、高齢者の単身世帯の割合が全国平均より大きいという不利な条件がございますので、この入院受療率の達成年次を2025年ではなく2030年に延長することが可能というふうな特例を活用することは可能となっておって、こういった考え方をもとに推計していくということになります。

在宅医療につきましては、25ページの表を見ていただいたほうが早いと思いますが、先ほどの慢性期の医療需要の推計の際に、医療区分の1の70%は在宅でみるのが可能。地域差の解消分は、これは在宅医療の需要として見込むということになります。これに加えて、現在、訪問診療を受けている患者、③④⑤というのは、基本的に現状の数字であります。地域差の解消部分というのが、この帯グラフでいうと非常に幅が狭いです。ここは非常に影響は大きい、この在宅医療の需要の中では非常に大きなところを占めるということになります。

それと、このガイドラインでは、医療区分1の70%は在宅医療で十分対応可能だということですが、先ほど、療養病床の実態調査で申し上げた数字を全て合計すると、医療区分1の方で在宅医療が十分だと、医療機関の退院支援担当者が考える割合でも44.7%ということにとどまっております、本県の実情から少し乖離しておりますが、全国的なルールですので、これについてはせざるを得ないという状況であります。

次に、医療圏、区域の間の患者の流出入の状況を加味して、各構想区域ごとの医療需要を算定していくということになります。この25ページの表にありますように高度急性期から慢性期のいずれを見ましても、中央医療圏への一定の流入が大きいということがわかる。

それを表にしましたのが26ページであります。

左側に医療機関所在地ベース、右側に患者住所地ベースというふうにあります。医療機関所在地ベースというと、実際に入院している人が現在居る場所で見えたものですので、流入後の状況であります。右側の患者住所地別が、その患者さんの住所で割り振っていますので、流出前の状況を示していますので、中央医療圏以外で見ますと、この患者住所地ベースのほうは多い数字というふうになっております。

そこで、これを必要病床数として算定していくためには、この医療需要というのは患者数で推計されていますので、病床利用率で割り戻して算定することになります。ここは割り戻す病床利用率が決まっておりますので、それぞれ高度急性期が75%から慢性期92%で除すということになります。

その後、医療機能ごとに構想区域間の調整を行うということになります。この四角で囲んだ中ですが、まず高度急性期につきましては、先ほど申し上げたように、特に救命救急センターが高知市に集中しているなどという状況からも、中央区域にこの高度急性期の機能が集中しております。中央区域以外は、幡多区域で6床の報告があるのみでありますので、この幡多区域の6床以外は、全て中央区域の必要病床数とします。中央区域以外の医療機関が高度急性期を選択しようとする場合は、全県的な調整会議での調整を行なっていくこととなります。

次に、急性期から回復期、慢性期は、地域医療と密接に関わりますので、原則として流出前の数字、患者住所地ベースで算定いたしますが、安芸区域と高幡区域は、患者さんの流出が30%から55%以上という状況ですので、この患者住所地別の病床数から流出入者の一定割合、これは2分の1を中央区域の必要病床数として減じるということになります。特に、回復期につきましては、患者住所地別で計算しますと、整理すべき病床数が非常に多くなって、現実的にこの不足となる回復期の病床数の整理が非常に難しくなってくるので、患者住所地別と医療機関所在地別の間の数をとっております。

なお、この必要病床数の取扱いについては、下の二点に留意する必要があります。この必要病床数は一定の仮定をおいて機械的に人口推計を代入した推計値ですので、将来の

あるべき医療体制を検討するための方向性を示すものであって、病床の削減目標ではないということ明記しております。

次に、医療提供体制の検討については、今後の協議の中で医療介護の関係性、住民の方の意見も十分にふまえて丁寧に調整を行なっていくものというふうにしております。

これら、表にしますと、必要病床数という数字にしますと、これらの表になります。一番上、右側端の列であります。ここで慢性期のところが、以上となっておりますが、この一番下の段落を見ていただきますと、この慢性期医療を先ほど説明しましたように、非常に在宅にシフトすべきという病床数については、本県の現状からも少し乖離が大きいので、入院医療と在宅医療に明確に区分することは難しいので、この慢性期の必要病床数は4266床となりますけれども、この構想においては4266床以上というふうな幅のある数字にしたいと考えております。これらの必要病床数は、平成25年時点のレセプトデータをもとに推計しておりますので、今後の社会情勢等をふまえて必要に応じた見直しを行ないます。

続きまして、30ページであります。

必要病床数と病床機能報告の結果との比較をいたしますと、次の31ページの表にありますが、どの区域も回復期のほうが、現状のほうが少ない、不足しているというふうな数字になっている一方で、その他は現状より多い、特に慢性期の病床数については非常に多くなります。全て合計しますと、現行の病床数よりも3881床、この必要病床数のほうが少ないということになります。ちなみに保健医療計画の基準病床数は、合計が8900床ですので、この必要病床数よりもさらに少ないという数字でございます。

この地域医療構想の策定後におきましては、構想区域単位で医療機関からの病床機能報告の病床数などを多く活用して議論していただくこととなりますが、下のマルに掲げてある二点に留意する必要があります。

ひとつは、病床機能報告の数字は、各医療機関からの定性的な基準による病棟単位の自己申告である一方で、必要病床数はレセプトデータ等から入院患者に対する医療資源投入量を分析して各機能に区分したものですので、個々の病棟単位での患者の割合を正確に反映したものでありませんので、必ずしも必要病床数と病床機能報告の数というのは、そもそも相応するというものではないということ。

それと、この病床機能報告の、報告の基準というものはさらなる精緻化の検討が行なわれておりますので、今後、その報告基準が定量的なものに変化していくというふうに想定されますが、報告された医療機能と、この実際に提供されている医療が相応するものかという精査は本県においてしていく必要があるというふうに記載しております。

次に33ページであります。

第5章、あるべき医療提供体制を実現するための施策であります。この四角で囲んである病床機能分化の連携の推進、地域包括ケアのシステムの構築に向けた在宅医療の充実、

3つ目、医療従事者の確保醸成。この3つに区分して施策の推進をしていくという、推進していく施策を記載しております。

基本的な考え方としては、当面は、現在入院している患者さんの療養環境を確保し、また、中長期的には患者さんのQOLにふさわしい療養環境を確保するということを主眼に記載をしております。

まず、病床機能の分化連携の推進であります。先ほどご説明したように、特に急性期と慢性期を選択する医療機関は多く、回復期が少ないという状況がございますので、バランスの良い医療提供体制を構築するためには、不足する病床機能への転換などを通じて施策をうっていくというもので、この33ページの下の2段落に書いてありますが、また、介護療養病床や医療療養病床の25対1が平成29年度末で廃止をされますので、こういった医療療養病床や新たなサービス提供類型への転換を選択する際には、出来るだけ現在の医療資源の活用を想定して転換支援策を講じていく必要があるということ。

また、本県においては、先ほど冒頭で申し上げましたように、医療機関が施設介護のニーズを補完するとともに、救急医療を含めて地域医療は、これまで大きな混乱を招くことなく医療提供体制が維持されてきた経緯がございますので、このような引続き安定的な医療提供体制が構築出来るような連携を図っていく必要があるということに記載しております。

主な取り組み内容としましては、また後ほど、この次の議題のところで少し具体的に説明しますが、地域医療構想調整会議における協議や調整などを経て実現していくのでございますが、今後、介護療養病床の廃止などがございますので、円滑な転換が出来るように、国において療養病床のあり方が検討されておりますが、必要に応じて経過措置や患者の負担軽減策を県としても提言していくということ。そして、現在入院している方の行き場がなくならないように新たなサービス提供類型の転換を支援していくと。また、地域医療介護総合確保基金を活用して、不足する病床機能への転換、すなわち回復期への転換に必要な施設整備への支援。また、ICTの活用などがございます。

次、2番目として地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実であります。こちらは、在宅医療の基盤整備がまだまだ十分ではありません。訪問看護師を含めた人材の不足などがございますので、次の35ページですが、主な取り組み内容として、2つ目の「・」訪問看護師の確保や中山間地域における訪問看護サービスへの充実。また、2つとばしまして、認知症対策の推進。また、市町村が取り組む在宅医療介護の推進へ福祉保健所などが支援をしていくということに記載しております。

次の医療従事者の確保養成であります。これまでの医師、看護師等の確保対策を引き続き継続をしていくのでありますが、特に在宅医療を担う医療従事者の確保の促進をしていくということ。また、医師のキャリア形成支援を行なっていくというものでございます。具体的な主な取り組み内容としては36ページにまた記載しておりますので、ご覧いただけ

ればと思います。

これらの取組みの原資となりますのは、国が交付金として都道府県に交付をして都道府県が基金として設置をする地域医療介護総合確保基金であります。これは26年度から実施をして、この部会でも毎年度の事業計画についてご協議をいただいております。これらについて、今後の病床の転換、新たな類型の転換などについて、この基金などを、本基金「等」が抜けておりますが、この4の2つ目の段落の、本基金等の活用による支援を行なっていきたいと考えております。

次に、第6章、地域医療構想策定後の推進体制でございますが、先ほどご説明しましたように、4つの区域と中央区域は4つのサブ区域を設置します。このうち、法定で設置をしていくのは、幡多区域から安芸区域にかけてのものでございます。ので、これらをまず設置するという事。そして、既存の会議体などを活用して、中央区域で、福祉保健所単位で4つの部会を設置するという事。具体的な協議内容はですね、また、ここにおいて行なう、その病床の調整方法につきましては、この次の議題のところ少し詳しくご説明したいと思いますので割愛いたします。

39ページです。

関係団体の役割であります。この地域医療構想は、医療関係者だけでなく県、市町村、住民、保険者がそれぞれの役割を担って一体となって地域の医療を守っていくということで、まず、一般的な在宅医療など日常的な医療を各地域で作り上げるために、まず、住民は医療を受ける者として医療資源への理解を深め医療体制を守ることに努めて、健康の増進や疾病の予防に努める。次に、医療提供者は良質な医療を最大限に効率的に提供するとともに住民の予防健康づくりの取組みを推進する。保険者はデータに基づく保険事業の実施などに務めて医療費の適正化に努める。県は策定した医療計画に基づいて関係団体との連携をはかって地域の実情に応じた施策を実施。市町村はその地域を特性に応じた施策の推進に努める、です。

次の日常的な医療以外の医療。いわゆる三次救急や一般的な急性疾患やガンなどについては、二次医療圏、三次医療圏といった、より広域な医療体制で効率的に支えるということで、それぞれ記載の内容のような、取組みを記載しております。

第7は各区域ごとの状況であります。具体的な状況はとぼしますが、施策の方向性について簡単にご説明します。43ページをお願いします。

安芸区域につきましては、特に中央区域への流出が非常に大きいということで急性期医療の維持が困難になってきておりますので、今後、この病床機能区分ごとに不足なく医療需要、病床を確保していく必要があるということで、急性期医療については地域内で完結出来る医療体制の構築をはかることを主眼としています。

次に47ページ。

中央区域であります。これは、医療資源が集中をして他の圏域からの流入が多いという

ことですので、日常的な医療についてはサブ区域ごとに確保しつつ、医療需要に応じた機能区分ごとに不足なく確保していく必要があるということで、不足している病床の転換や、また、この中央区域だけの医療需要ではなくて県全体の医療需要を考慮しながら協議していく必要があるとしております。

次に51ページです。

高幡区域であります。患者数に比べて医療機関の数が少ないため中央区域に流出していくということで、ここも今後の急性期医療の維持が困難であるということで、急性期については地域内で完結出来るように医療体制の構築をはかるといふことと、不足している病床への転換などによって必要な病床機能の確保に努めるといふふうに記載しております。

最後に、幡多区域でございます。こちらは、中央区域の患者流出が少なく、ほぼ区域内で完結しておりますが、やはり回復期が少ないということで一定偏りがありますので、不足している病床への転換をして、必要な病床機能を確保するといふことと、地域内で引き続き医療を完結出来るよう高度急性期医療の確保といふことを記載しております。

大変長くなりましたけれども、地域医療構想案についてご説明させていただきました。よろしくお願いたします。

(会長) ただいま課長のほうから説明がありました。内容についてご質問等ございましたら。

では、堀川委員どうぞ。

(堀川委員) 全体の構成の中で気になったのが、在宅医療の部分はかなり大きい、3つの柱の1つとしてで、その部分について、先ほど、13ページの下のところを取組みの需要を追加で説明されたんですけど、やはり、根本的に在宅医療の状況なり訪問介護ステーションの成果も含めて少し入れてつくっておいたほうが、あとで3つの柱のひとつとして出すので、いいんじゃないかなというのが、ひとつ思いました。

それから、14ページのところで、調査のをどう読むか、だけのことなんですけど、先ほど14ページの一番文章の下の方のADL区分、医療区分1が多くて、しかし、それらの患者のは、ADL区分3が全国よりも多くといふふうには書いてあるんですけども、これはちょっと、その下の表を見る限り、医療区分1が多いというのがわかるんですけども、その中でADL区分3が多いということにはならないんじゃないかと思うんです。と言うのは、逆にADL区分1も多いという言い方も出来ますので。

医療区分1が21.5%と14.4%で全国よりも多いと。その中でADL区分3が6.7%と6.0%だから多いといふふうな意味かと思うんですけども。逆にADL区分1は高知県のほうが6.7と3.2とかですね、2は、8.4、5.2ですので、そちらのほうが多いと読むほうが普通ではないかと。

(会長) 堀川委員、その他にご指摘がありますか。

(堀川委員) あとですね、数字でちょっと。

30ページ、31ページのところで、先ほど課長さんが、全体で3881床というふう  
に、31ページの図のほうで説明されていましたが、本文の1ページ目のところが39  
70になっていますので。

(事務局) それは、すみません。単純に間違いです。

(会長) 田村委員。

(田村委員) 病床数が、慢性期はこれだけ多い、回復期はこれだけ少ないというような数  
字が出ていますけども、29年度末に介護療養病床と医療療養病床の入院の病床が廃止と  
いうことになっていますよね。

その介護療養病床と医療療養病床の病床数は、各医療圏ごとに、今、何床あるんだとか  
そういう数字が全然ないので。それがあれば、その病床が廃止になれば、ほっといても病  
床、減りますよね。

そういう病床から入院医療の1に転換するとか、もっと頑張って回復期の病床に転換す  
るとかいうのは、もちろんあるだろうと思うんですけども、なかなか2の施設が回復期と  
かまでレベルアップしていくというのは、かなり難しいとは思いますが。

(事務局) 先ほど、田村委員からご指摘のあった介護療養病床の数と療養病棟入院基本料  
に、いわゆる2.5対1の病床数というのは、月次ごとの届出の状況を把握しておきますの  
で、そこは、この31ページの図表4-10の下がいいのか別のところがいいのかはあり  
ますが、それはちょっと把握しておりません。表を付けておきたいと思います。

ちなみに、6月頃現在の数字、県全体ですけれども、病床数で言いますと、介護療養病  
床は1928床。医療療養の2.5対1が1358床。合計しますと3300弱ということ。

(田村委員) 高幡地域の病院を見ましても、例えば50床の病院が半分は介護で半分は入  
院というような病院があるんですよね。100床近い病院でもそういうところがあります  
し、そういうところは、今後は、法律がそのまま施行するとなると病院はなくなりますよ  
ね、はっきり言って。そういうところの病床数は、この慢性期がこれだけ過剰とか、回復  
期はこれだけ足りないとかいうことに、どれだけ加味されているかというのは。

(事務局) これは、実は、慢性期病床の医療需要の推計と、この介護療養病床の廃止などが、実はリンクしていません。

先ほど申し上げたように、介護療養が約1900床、医療療養25対1が1300床余り、合計すると3300床弱でありますので、その数字だけを見ると、この高知県合計の慢性期の必要病床数とのギャップの2616を既に上回っているということになります。

ちょうど回復期、回復期で、リハはこの中に、25対1ではありませんので、ですので、これがそのまま他の介護施設等への転換などをしていくと、2025年を待たずしてこういった状況が出て来るということになります。

ただ、平成30年4月1日をもって完全に療養病床でなくなるということになると、おそらく一定の経過措置が設定されていくと思いますので、その間に移行して他の介護施設等に移行していけるよう、また、一部はご指摘のように20対1などに療養病床として存続していくところもあります。

それぞれ個別の医療機関の状況をお聞きしながら、今、おられる患者さんが行き場に困ることがないように状況にソフトランディングしていかなくてはなりませんので、平成30年の報酬改定までに必要な手立てが打てるように国へも政策提言をしていこうと思いますし、その30年以降も経過措置期間の中で転換は進んでいきますので、そこはソフトランディング出来るような対策を講じていきたいというふうに考えております。

(会長) よろしいでしょうか。

先ほど、堀川委員からご指摘のあった13ページの図表2-14、在宅医療の実態を表す図表等は、訪問従事在宅医療なんでしょうか。

(事務局) そうです。グラフなどが付けておりますが、その実態を少し文章に書き起こしたいと思います。

それと、ADL区分が3のところは、ご指摘のように数字が合わないところは、数字と言うか、その比較が合わないところがあります。ちょっと、すみません。再精査いたします。

(会長) そのほかにご意見はございませんか。

続きまして、「地域医療構想策定後の取組み(案)について」、事務局より説明をお願いします。

(事務局) それでは、資料2についてですが、地域医療構想策定後の取組み(案)としまして、調整会議の設置・運営、病床調整の手続、回復期病床の転換補助金の事業決定手続の3点について御説明させていただきます。

まず、調整会議についてですが、資料の1ページをご覧ください。赤の枠囲みで「地域医療構想策定」とある右側の図ですが、先ほど、資料1・第6章の説明でもございましたとおり、今回の地域医療構想（案）では、

- (1) 構想区域ごとに法定の調整会議を設置すること（赤色）
- (2) このうち中央区域については4つの部会を設置すること（黄色）
- (3) 広域的な議題を扱うための全県組織として連合会を設置すること（青色）

という3点をお示ししております。

これらをさらに具体化した案としまして、資料の2ページをご覧ください。まず「1 各地域における調整会議について」です。こちらに掲げてございますとおり、調整会議の委員につきましては、できるだけ既存の会議体を活用するという観点から、福祉保健所等が設置する各会議体の委員へ就任を依頼したいと考えており、病床機能報告制度による情報等の共有や基金の計画に盛り込む事業の協議などを扱う定例的な会議は年度末に1回開催したいと考えています。

また、この定例的な会議は、福祉保健所が開く各会議と一体的に開催しますが、調整会議は設置要綱に基づく独立した会議体にしたいと考えております。

次に「2 福祉保健所における各会議体について」ですが、「会議体の名称」欄にございますとおり、安芸区域、中央区域の嶺北部会と物部川部会、高幡区域、幡多区域につきましては、既存の会議体であります日本一の健康長寿県構想推進協議会を活用したいと考えております。

また、中央区域の高知市部会と仁淀川部会については、新設予定である医療介護関係の会議体を活用したいと考えております。また、表の下に○で記載しておりますが、これら会議体の委員構成は、保健医療関係者、福祉関係者、住民、市町村となっており、地域医療構想策定ガイドラインで示されている調整会議の委員構成と基本的に合致するものとなっております。

なお、調整会議に参画すべきとされている医療保険者については、福祉保健所の会議体には委員として入っておりませんので、別途、保険者協議会へ委員候補者の推薦を依頼したいと考えております。

本年度のスケジュールにつきましては、7月から概ね9月までの間に開催されます各会議体の第1回会議の場を借りて調整会議委員への就任を依頼、11月の構想策定後に、文書にて委員就任の承諾を正式に依頼のうえ調整会議を設置2～3月の年度末に、各会議体の第2回会議が予定されていますので、ここに併せて第1回の調整会議を開催という流れで考えております。

なお、11月から12月頃には、回復期病床の転換補助金の交付先について、調整会議の委員に書面で意見照会を行いたいと考えています。当該補助金につきましては、本年度当初予算に見込額を計上していますが、構想策定後において事業を募集し補助金を適用して

いくに当たっては、地域における医療提供体制を適切に構築する観点から、調整会議からの御意見を予め踏まえておく必要があると考えております。この補助金に関しましては、後ほど改めて御説明いたします。

次に「3 地域医療構想調整会議連合会について」です。一つ目の○ですが、連合会の体制としましては、当計画部会の委員の皆様にご各区域の調整会議の議長を加えて構成する案でいかかかと考えております。なお、括弧書きで記載しておりますが、構想の策定後、構想策定WGの委員の皆様にも当計画部会に参画していただき、連合会に携わっていただければと考えております。三つ目の○にお示ししておりますが、連合会が扱う主な議題としまして、特に「過剰な病床機能への転換の協議」につきましては、中央区域への患者流出と密接に関連いたしますため、各区域の調整会議における協議を経た後、連合会での協議を行うことを想定しております。

続きまして、資料の3ページ上段をご覧ください。調整会議における議事内容は、通常開催で取り扱うもの①～④と、医療機関からのアクションに応じて取り扱うもの⑤⑥の二種類に大別されます。このうち、太枠で囲っております部分、⑤「開設・増床等の許可申請の内容に関する協議」⑥「過剰な病床機能への転換に関する協議」につきましては、資料下半分の表に掲げてありますとおり、これらに関する都道府県知事の権限が法律で定められております。

まず、表の上段ですが、「開設許可等の際、不足している医療機能を担う等の条件を付与することができる」こと、中段ですが、過剰な病床機能に転換しようとする内容で病床機能報告がなされた場合、「転換する理由の説明等を求めることができる」こと、また、その理由等がやむを得ないものと認められないときは、過剰な病床機能への転換を行わないこと等を「命ずることができる」とされています。なお、この命令は公的医療機関等についての規定であり、右側に記載しておりますとおり、その他の医療機関については、「命ずる」を「要請」に読み替えることとされています。下段ですが、協議の場合、すなわち調整会議において協議が調わない場合は、「不足している医療機能を提供すること等を指示することができる」とされています。こちらも先ほどと同様、公的医療機関等以外については「指示」を「要請」に読み替えることとされています。

続きまして、資料の4ページをご覧ください。ただいま申し上げた⑤「開設・増床等の許可申請の内容に関する協議」⑥「過剰な病床機能への転換に関する協議」に関しまして、調整会議における病床調整の手続（案）を御説明させていただきます。まず⑤につきまして、「調整の要否」欄ですが、病院の開設、診療所における病床の設置、増床、病床種別の変更に係る許可申請について、右側の「調整等の内容」ですが、基準病床数を超える、又は、過剰な医療機能への転換を含む内容である場合は、地域医療構想の達成を推進するという観点から、次に説明します⑥で協議済みの場合を除き、申請者に対して調整会議への参加を求めることとなります。調整会議では、公的医療機関等に係る許可の適否等の外、

先ほど知事の権限として御説明しました許可を行う際に「不足している医療機能を担う等の条件を付与する」かどうかという点について協議を行うこととなります。なお、「・」の一つ目ですが、同一市町村内への移転開設であって増床のないものについては、調整会議における協議の対象外とすることを考えています。

次に⑥について御説明いたします。「調整の要否」欄ですが、「病床機能報告において選択された当該年度の病床機能と6年後の病床機能が異なる場合」であって、上段の「当該選択された6年後の病床機能が、現状においてすでに過剰な病床機能（高度急性期、急性期、慢性期）である場合」は、法に基づく調整を要する案件に該当することとなります。この場合は、「調整等の内容」の■に記載しておりますとおり、法に基づき「理由等を記載した書面の提出を求め、これを確認のうえ、理由等が十分でない場合は調整会議への参加を要請」することとなりますが、このプロセスにおいて、県としましては◆で記載しておりますとおり、「現状よりも経営資源の規模の拡充（設備投資や人員の増）がない案件に係る転換意向を優先」したいと考えております。具体的には、このページの一番下に※の表「調整の対象」を記載しておりますが、6年後の転換先が、○を付しております急性期から高度急性期、回復期から高度急性期又は急性期、慢性期から高度急性期又は急性期である場合は、転換先が既に過剰な機能区分であって、かつ、経営資源の規模の拡充も伴うものであると考えられることから、調整会議における調整が必要になってくるものと想定されます。逆に、○のない区分が6年後の転換先として選択されている場合は、転換先が既に過剰な機能区分であっても、一定のダウンサイジングがなされるであろう点に鑑み、当該転換意向を尊重して扱うことが適当ではないかと考えるものです。

次に、資料の上段に戻っていただきまして、「調整の要否」欄の下側ですが、「当該報告された6年後の病床機能が、現状において不足している病床機能（回復期）である場合」は、法定された調整を要さない案件となります。この場合は、「調整等の内容」にございですが、「県から、回復期病床の転換補助金（病床機能分化促進事業）の活用を働き掛け」たうえ、「上記補助金の活用希望がある場合は、県において評価調書を作成し、調整会議へ意見照会」を行うことにしたいと考えております。

次に、この「回復期病床の転換補助金に係る事業決定手続」についてご説明させていただきます。資料の3ページをご覧ください。まず「事業概要」ですが、この補助金は「回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟等として必要な病棟の新設、増改築、改修を行う医療機関の支援を実施し、地域医療構想の推進を図る」ため、地域医療介護総合確保基金を活用して制度化を行ったものです。次に「事業の決定について」ですが、この補助金の適用を決定していくに当たりましては、「単に必要病床数と比較するだけではなく、地域医療構想の実現に資するものとして地域の需要や実情に適合しているかという点について、各地域の地域医療構想調整会議へ意見を求め、これを踏まえたうえで事業決定を行う」ことが適当であると考えております。「事業採択基準」としましては、

- 1 構想区域の回復機能病床が、不足していること
- 2 事業内容が、補助要綱に適合すること
- 3 地域医療構想の実現に寄与すること

の三項目を考えており、このうち「3」に係る考慮すべき項目としましては、「継続性（需要予測、人材確保の状況）」及び各関係先との「連携の状況」という二つの観点からの項目にしてはどうかと考えております。

資料の4ページをご覧ください。事業フロー図ですが、中ほどにございますとおり、調整会議へ意見照会を行うタイミングは、事業者から交付申請書が提出される前段とすることを想定しています。事業者とは予め事業計画書等の内容について確認・調整を行ったうえで、県において評価調書を作成します。評価調書の案については、5ページをご覧ください。

また、6ページ以降には評価調書の作成に先立ち事業者から提出を受ける資料としまして、厚生支局への診療報酬の届出様式及び県が補助金交付要綱で定めている事業計画書の様式を参考としてお付けしています。

私からの説明は以上です。

（会長）事務局からの説明について、ご意見、ご質問等はございますでしょうか。

（寺田委員）その転換を含めて地域医療構想調整会議は非常に重要な役目になりますよね。これ、ある一定、その条件がどうのこうのという話のところ、調整会議である程度一定の調整をして決めていっていいんですか。その評価調書とか色んな調整前にこうしたいというような、おそらくヒアリングから始まるんですが、そこから調整会議のほうに、こういう案があるんだけど、どうだろうかという説明でよろしいですか。そこで決めていくんですか。

（事務局）はい。この補助金の事業の募集をしまして、手があがったものについて、県のほうで先ほど示しました評価調書を作成いたしまして、その評価調書をお示したうえで調整会議の委員の皆様からご意見をちょうだいすると。決めるのは県のほうですので、調整会議からはご意見をちょうだいしまして、それをふまえたうえで事業決定を行うという流れです。

（寺田委員）回復期病床のところから出て来るのが、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟と2つ出てきますよね。地域包括ケア病棟に転換という意味でいいんですか、これは。回復期病床への、地域包括ケア病棟の転換。

(事務局) 現在の病床機能報告で、回復期として報告する対象の病棟としては、現行の診療報酬体系の中で言うと、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟ですので、この補助金に関して言いますと、これらの病棟に転換する場合を対象とします。今後、報酬改定で新たな病棟のカテゴリなどが出て来た場合は、またそれに対応出来るようにしたいと思います。

(寺田委員) 問題はですね、先ほど、回復期は足りないということで、こちら、地域包括ケア病棟というのは、現状もあり、現在もあり、しかも、これはおそらく一般病床に近い病床ですよね。しかも、その在宅医療をやっている、在宅医療の患者さんを一定の二次救急みたいなかたちで、亜急性期を扱うような病棟に、印象なんですけど。

そうすると、一般病床みたいになってくるので、他の病院では果たしてどういうことになるのかなという心配があるんですけど。同じ様に考えていいのかな、回復期と。

(事務局) 実はですね、病床機能報告でも、この地域包括ケア病棟については急性期的な機能を担っていると判断すれば急性期、回復期的な機能を担っていると判断すれば回復期と、実は両方選択出来るということになっていますので。

回復期に転換しようと、回復期である地域包括ケア病棟に転換しようとする場合は、この補助金の対象になるということで、ちょっとわかりにくいことではありますが。

(寺田委員) 要するにね、療養病床とかの、回復期、あるいは在宅医療。その時、おそらく病院としては考えるだろうと思うので、そこらへんのどうなるか知りたい僕等、医師会の立場から言うと、何か妙にへんな具合だなと思うんですけど。

回復期病床は、おそらくほとんど転換出来ないだろうと思っていますので、包括ケア病棟のほうにいくのかな、あるいは、あり方検討会の、2つの間でぐちゃぐちゃになっている。どこへやっていいのかわからなくなってくる。

(事務局) 今の状況ですと、まだ、いわゆる新類型の具体的な基準がはっきりしていませんので、こちらの方法がいいですよと、色々ご相談は個別にお受けしますが、なかなか、じゃあ、お宅はこちらがいいんじゃないでしょうかというガイダンスをするのは、なかなか難しい状況ではあります。

ただ、療養病床から回復期、アップグレードしていくというのは、やはり、人員配置基準からしてもハードルが多少高いかなと思います。この回復期への転換、どちらかと言うと、急性期からの転換ということが、おそらく中心になってこようかと思います。

それと、回復期病床への転換の補助金は、回復期リハと地域包括ケアというふうにしてありますが、現状からすると、実は回復期リハビリテーション病棟も全国的に見ると、高知

県は比較的その過剰感が強いというご指摘もありますので、そういうことからすると、回復期への転換と構想の中にさらっと書いてはいますけれども、現実には、そうすると、回復期へ転換するという事は地域包括ケア病棟、その行き先としては地域包括ケア病棟が現実的には、その可能性というのは高くなってきますけれども、それも現在の病棟から転換する場合に現実的なのかどうかという議論が。

（寺田委員）それだと、一般病床と同じ様なかたちになるから、条件が果たして、調整会議で出来るかわからないけど、どうなのかという感じがするんだけど。考えると同じ様な扱いになるので、聞いていますけど。その条件のところできちっとしていいのかなという。

けど、実際には在宅医療を受けていますけど、在宅医療を担うための地域包括ケア病棟ならば、調整会議もそれなりのオクケーというかたちが出るんじゃないかと。そんなふうな想像的な感情の問題だろうと、それ以上、ここでは何も言えませんよね。

（内田委員）地域医療構想調整会議の設置に関して、地域包括ケアシステムの中で、老健は、かなり重要な役割を果たすんじゃないかなと思いますけれど、調整会議の委員に老健の代表が参加出来るのかどうかということは、どういうふうにするのか。

（事務局）調整会議を構成する方々のカテゴリとして、医療関係者、介護施設の関係者ということがありますので、その介護サービスの関係者ということで介護老人保健施設の代表の方々が入り、すると思いますし、地域医療構想の策定の際のワーキンググループにも内田先生にも来ていただいているということが実状ですので、そこらあたり、現行の介護施設の事業者の改正次第の状況を鑑みて、それぞれ委員選定をしていただくということを各保険者のほうに伝えていきたいと思います。

（会長）その他、いかがでしょうか。よろしいですか。

堀委員、どうぞ。

（堀委員）いつも利用者側の立場で話をさせてもらってますけれど、あまり医療のことにに関して深くないのでわかりにくいんですが。

在宅医療、療養型病床が過剰で減っていくということですよ。それが在宅医療のほうに移行するという事で、さわりで介護事業とかそれに関連するほうへ移行するというかたちなんですけれど、現実には病院で療養病床を抱えていらっしゃるところは、さっきの先生に話じゃないですけど、地域包括ケア病棟、これに移行するのかなと素人なりに思ったんですけど、そうではないんですか。ほとんどが、介護とかそっちのほうへ入っていくかたちになりますよね。それプラス介護、そこに介護医療という、在宅医療というかたち

が付加されると考えていいのでしょうか。その具体的な在宅医療が今の時点で細かくは書けないんでしょうけど、ちょっとお聞きしたいんですが。

（事務局）療養病床は長期の療養が必要な患者さんが入院しておりますが、先ほどから、議論になっている地域包括ケア病棟というのは一定、急性期のハードな治療が終わった後、在宅復帰に向けた準備段階の方々のケアを行う病棟という位置付けですので、その長期に入院している患者さんを想定した病棟ではありませんから、現在の療養病床、特に介護療養病床だと、今後、制度的に廃止なるものについては、国のほうでもその移行的な施設の類型という提案がなされています。

一定の医療機能は維持しながら患者さんの療養を続けていくことが出来る類型とか、一定その施設とは切り離れたかたちで、住まいの機能を重視したようなかたちで、外付けに訪問のようなかたちで医療が入っていくというようなスタイルの2つが提案されています。

現在、療養病床の一部はそういった施設に移行していくということが考えられますが、それぞれの施設の経営判断の中で、一部は回復期に転換したりとか医療保険の療養病床として、もう少し基準の高い病床に転換して病院が療養病床として残っていくというところも出てこようかと思えます。

まだ、新しい類型の具体の議論が、実は年内にははっきりするんですけども、6月に2回ほど基本的な議論が行われたまま次回が設定されていけませんので、まだどういう方向になっていくのかという具体が見えてきていないというのが実情ではあります。

（堀委員）今のところ、具体的に示す案、県としてどういう方向にあるべき、どういうかたちにするかというのは、具体的にまだ決定していないというか、その、全国で行われている決定内容を遵守して方向性を決めるというかたちですか。

（事務局）おそらく国としての一定の方向性を示すのは、どの都道府県もそうですけども、地域医療構想の策定後ということになって、平成30年の診療報酬改定に向けて、どのように移行していくかというのをこの構想策定後に地域医療構想調整会議などで議論をしていくということにならざるを得ないかなというふうに思います。

今後、療養病床から新しい類型などに転換しようとお考えの医療機関については、県の福祉保健所のほうで個別にお話を聞きながら、どういう方向にしていきたいのかということをおかがいつつですね、各地域の調整会議において、先ほど、その調整の対象となる事例を例示しましたが、そういった調整が必要となった場合においては、調整会議で議論していくということにならうかなと思います。

（会長）野嶋委員。

(野嶋委員) ここで言うことじゃないかも知れないんですけど、ベッドの状況が変わって療養状況が変わって、患者さんの状況が変わって、そして、その状況の中でそれをふまえて、多分、医療従事者の確保養成の、ページ35なんですけども、そのことをふまえて、このページは書かれているのかしらということが気になりましたので、その点に関しては、どのようにお考えでしょうか。

(事務局) 将来の医療従事者の需要の見込みということも勘案して、本来この構想を策定しなくてはいけないかなとは思っておりますが、当面、現行の必要となる医療従事者確保の方向性をここでは記載しています。

現実には、この必要病床数のとおりにですね、病床転換が進んでいくと、医療従事者、特に看護職員などは、一部、介護などに移るとはいえ過剰になってくる可能性も出てくるかなと思います。

ただ、現在の入院されている患者さんが行き場をなくならないようにしなければいけないということと、県としては、病床削減計画ではないというふうに記載をしていますので、まだ必要病床数は策定しつつも実際の病床転換の道筋ということについては、そのとおりになっていくかどうかということについてまだ確証を持ち得ていません。

したがって、今後の医療従事者の確保ということについては、現状、看護職員や医師など、やや不足偏在しているという現状への対策を中心に記載をしているということです。

ただ、今後、繰り返しになりますけども、病床の機能分化が進んでいくと、その看護職員などの需要については大きく変わってこようかと思っておりますので、そこは随時、将来的な需要予測を考えながら様々な対策をうっていきたいと考えています。

(野嶋委員) ケアを担っている看護師、あるいは介護士さん達の働き方が違ってきますよね。働き方が違って来る。だから、そういう意味では現在働いている看護師あるいは介護士さん達が別のスキルだとか、あるいは別の技術等々が必要になるだろうなというふうに思っていますので、そのあたりのこともまたご検討いただければと思います。

(会長) ありがとうございます。その他、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

次の議題に進ませていただきまして、議題の(3)、資料3ですね。次期保健医療計画の策定について事務局からの説明をお願いします。

(事務局) 医療政策課の川崎と申します。資料3をご用意ください。

次期保健医療計画の策定について。1枚めくっていただきますとスケジュールがあります。上の表は、1番目が医療審議会、2番目が本日の部会であります評価推進部会、一番

下が国となっております。

まず、国の動きですけれど、今、県のほうでは医療計画の見直し等に関する検討会、ここに書いていますように5月20日に発足しまして6月15日、7月19日、ここには書いてはありませんが、9月9日に第4回を開催しております。この検討会ではどんなことが議論されているかと言いますと、すぐ下のほうに医療計画の見直し等に関する検討会についてというのがございます。検討事項としましては、医療計画の作成指針等について、医療計画における地域医療構想の位置付けについて、地域包括ケアシステム構築を含む医療介護連携について、その他、医療計画の策定および施策の実施に必要な事項についてということを検討していく。

その中で細かいことにつきましてはワーキンググループを設置して検討していくと。ワーキンググループにつきましては2つ、地域医療構想に関するワーキンググループ、在宅医療および医療介護連携に関するワーキンググループ、このワーキンググループをそれぞれ7月29日、8月3日に設置しまして、8月31日に地域医療構想については5回目、在宅医療につきましては9月2日に第1回目が開催されております。

この中で検討されていますことを簡単にご紹介申し上げますと、検討会議のほうでは第2回で5事業、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期の医療、小児医療ですけれども、その5事業については引続き現行のものを充実させていきたいと思います。また、そのうちのひとつの災害医療については、今回の熊本地震で十分検証してから充実させていきたいと思います。

また、第3回目では、医療計画における基準病床数の算出は荒い計算であり、それに対して地域医療構想での必要病床数は、地域における医療ニーズや病床区分ごとのこの違いを考慮しつつ基準病床数の議論をしていこうという意見が出ております。

1ページ目の右の下のほうには、高知県の計画策定にかかる検討体制について図がございます。高知県医療審議会の下に、この評価推進部会がございまして、その下に5疾病5事業、在宅医療、医療従事者確保といった、それぞれ検討していくものをかまえております。

5疾病につきましては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、各検討会議がございます。5事業につきましても各協議会というものがございます。在宅医療につきましては、在宅医療体制検討会、この中で検討しておりますし、医療従事者につきましては、医療従事者確保部会というのがございまして、ここで検討しております。その意見をこの本日の評価推進部会でとりまとめたうえで医療審議会にはかっていくというのが流れになっております。

スケジュールにつきましては、もう一段上の図で流れを紹介したいと思います。国のほうが、今、策定をしています、検討しています検討会議におきまして、これが12月を目処に内容を発揮させると。それを受けまして国のほうは来年の3月に作成指針を通知してく

ることになっております。

一方、高知県としましても、それまでずっと待っているわけにはいきませんので、患者実態調査、在宅医療実態調査を開始したいと思っております。それについて本日の会でも紹介したいと思っております。

1 1月に予定されています医療審議会で来年度の計画の策定方針についてご説明をしたうえ、国の作成指針、3月に出たあと4月に、出来るだけ早く医療審議会で全体のスケジュールや項目案についてご説明し承認を受けていきたいと考えています。

また、5疾病5事業、在宅医療、医療従事者確保につきましては、それぞれの検討会議、または協議会等で検討を重ねてもらいまして、基礎になるものを作成してもらい、本日の部会のほうで、その構成を審議していきまして案を固めていきたいと考えています。そのため7月、8月に、これ、24年度の時には7月6日、8月20日、それと10月10日、11月27日と4回のこの部会を開催しまして原案を作成しております。

原案が作成された後には年末になると思っておりますけども、医療審議会で原案を審議してもらいましてパブリックコメント、それが終わりましたら、計画をもう一度、医療審議会で更新しまして、最後は議会への報告、計画の告示、国への報告というかたちで、3月末までには、第7期高知県保健医療計画を策定していくことに考えております。

大変、本日のこの評価推進部会、回数が多くなると思っておりますが、皆様方にはよろしくご協力をお願いいたします。

それでは、次の2ページ目、3ページ目ですけども、これにつきましては第6期、現在の高知県保健医療計画の目次になっております。第7期につきましても、今のところ、この骨格は変わらない。この中に地域医療構想というものと地域包括ケアシステム、医療と介護の連携というものが組み込まれてくるのではないかと考えております。

4ページ以降につきましては、医療法における医療計画の重点ということで4ページになっております。これにつきましては時間がある時にご覧いただきたいと思っております。

8ページに、先ほど言いました医療計画の見直しに関する検討会の開催要項及びメンバーの名簿がございます。来年、目的や内容、検討事項につきましては、先ほどご紹介したとおりです。

9ページには、その検討会議で現行の医療計画の課題についての資料がございます。これもお目通しをお願いしたいと思います。

10ページにつきましても、これ開くとワーキンググループの設置についての資料になっております。

なお、ワーキンググループにつきましては12ページ、申し訳ございません、とびますけれども、12ページに構成メンバーがございます。これも参考にしていただければと思います。

それでは、先ほど申し上げました患者実態調査につきましては、13ページに依頼文書

を載せております。高知県医師会とともに全医療機関に関しまして患者調査を依頼しております。

調査票の内容につきましては14ページをご覧ください。入院患者と外来患者の各調査票がございます。

また、この患者動態調査につきましては、関係機関の各団体のほうにも協力を依頼しております。その文書は15ページでございます。私からの報告は以上でございます。

(会長) 資料3の説明内容について、ご質問等ございませんか。

どうぞ。

(筒井委員) 1ページに調査について、患者動態調査と在宅医療の実態調査が2つ出ているわけで、今、動態調査についてはご説明いただいたんですけども、在宅医療実態調査については、どんなふうにというのをちょっと聞きたいんですが、よろしいでしょうか。

(事務局) これにつきましては、高知大学の医学部のほうに委託することを考えております。この内容につきまして、今月、ずっとつめておρισまして、まだ実際に内容はかたまっておりませんので、本日は決裁出来ませんでした。一応、高知大学の医学部と実態調査の内容につきまして、今、精査している最中でございます。

(筒井委員) ありがとうございます。

(会長) そのほかにご意見はございませんか。

続きまして、その他報告事項である「地域医療介護総合確保基金について」、事務局より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ご説明させていただきます。資料4の1ページをご覧ください。

まず「1. 現在までの経緯」の箇所ですが、5~6月には、関係団体、市町村、県民の皆様に対し、事業提案の募集を行いました。この募集に対しては、大学や医療機関から11件の事業提案を頂き、9月と10月に記載しておりますとおり、県が設置する関連の会議において、また、県医師会の担当理事と協議のうえ、各事業の採否について検討を行いました。

その結果、後ほどご説明いたします1事業を採用、その他の事業については、既存事業による対応が可能であるといった理由から不採用となっております。その後、1月に国からの配分方針が示され、3月に、国に赴いての計画のヒアリング、4月に、高知県医療審議

会における計画の承認、そして先般、8/10に国から内示という経緯となっています。なお、内示の時期は熊本地震の影響により、当初予定されていた5月から大幅に遅延しました。次に「2. 厚労省の配分方針」ですが、これについては、大きく2点あり、まず1点目には、「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」、もう1点としましては、今回新たに示されたものですが、「事業区分Ⅰについては、ハード事業に限らず次の関連ソフト事業も計上して差し支えないこと」です。

なお、事業区分については、枠囲みの下線部にお示ししておりますとおり、事業区分Ⅰが病床の機能分化・連携、事業区分Ⅱが在宅医療の推進、事業区分Ⅲが医療従事者等の確保・養成となっています。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、※に記載しておりますとおり、厚労省と調整のうえ、2つの事業を事業区分Ⅱから事業区分Ⅰに移管することとしました。

その結果、次の「3. 配分額の内示状況」ですが、A欄の要望額、約12億1,500万円に対し、本県において過去2年間に生じた執行残、B欄6,200万円、C欄8,000万円も含め、E欄ですが、約11億3,000万円が充当できることとなりました。事業区分Ⅰについては、D欄のH28年度配分額のみで満額充当、事業区分Ⅱについては、過去の執行残を含めて満額充当、事業区分Ⅲについては、過去の執行残を含めてもなお、約8,350万円の財源不足が生じています。なお、欄外に記載しておりますが、事業区分Ⅱ・ⅢのA欄については、先ほど御説明しました国の配分方針に照らし、十分な配分が期待できない状況でしたので、各事業所管課において改めて事業内容の精査を行い、約3,300万円の事業費縮減を図った後の額となっています。また、事業区分Ⅲで生じている財源不足額については、部内において入札の結果等により生じた予算の不用額をもって対応できる見込みではありますが、H29年度の事業要望に向けましては、本年度の配分状況を十分に踏まえた対応が必要かと考えております。

2ページ・3ページをご覧ください。こちらが、国に提出しました平成28年度計画事業一覧です。先ほど御説明しました事業区分Ⅱから事業区分Ⅰに移管した事業は、事業区分Ⅰの2つ目と3つ目にございます、「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」、こちらはコーディネーターの役割を果たす訪問看護師の育成事業ですが、この2事業になります。緑色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。

私からの説明は以上です。

(会長) 堀委員、どうぞ。

(堀委員) 医療計画評価推進部会ということなんですけれど、これは医療計画に向かっての内容だと思うんですが、いわゆる県民、一般の人ですね。この人達に向けて、かなり県のほうでもコマーシャルを通して、特定権診受けよ、医療月間であるとか、それから今月から始まりました健康パスポートですね。一般の人間にとっては非常にありがたい。特に健康パスポートなんていうのは、まちづくりなんかも一緒なんですけど、高知県民はイベント好きです。そういう意味では期待しているんですけれど。それをやったうえで、やらなかった時期と比べてどれくらいのニーズが出て来たか。特定健診を受けた人の数が増えたとか、それが何%増えたとか。そういうのを一定評価して検証してみれば効果があったかどうかわかりますので、それをお願いしたいと思います。

そういうことでも、かまいませんですか。

(会長) 事務局のほうで、また関係課と情報を共有しながら対応して。

(事務局) はい。この保健医療計画は健康づくり対策も含めた計画ということになっておりますので、これまでの様々な普及啓発への取組みがどのような効果をもたらしたかということは、一定検証していかなくてはいけないと思います。なかなか評価指標は難しいところはありますけども。

実は、日本一の健康長寿県構想を毎年バージョンアップしながら策定しています。年に数回、長寿県構想推進会議を実施します。そこで細かい、いわゆるPDC Aというものを行なっております。そういった小刻みな検証の中でもこういった普及啓発の取組みがどういった効果をもたらしたかという検証していきたいと思います。ありがとうございました。

(堀委員) すみません。もうひとつ。

39ページの、1の資料の39ページ。関係団体の役割というところで、我々住民は医療を受ける者として地域の限りある医療資源について理解を深め、医療体制を守ることに努めるとともに、健康の増進や疾病の予防に努める。こういう項目というのは非常に大事だと思うんですけれど、一般の人の目に触れることはおそらくないと思うんです。

それで、例えば医療に関する県民に向けたイベント等ありましたら、その都度、この項目をあげていただくようお願いしたいんですが。県民の意識は、どうも健康に関して低い気がしますので、よろしくお願いします。

(事務局) ありがとうございます。

様々な啓発活動の中でも、こういった本県の貴重な医療資源を守って育てるということ。それと、健康増進や疾病予防に県民の皆様も努めていただけるようにキーワードを入れていきたいと思っておりますし、逆に、上から目線で強制的な表現にならないように工夫をしなければ

ればならないと思っていますので、留意して進めていきたいと思っています。ありがとうございます。

(内田委員) 資料1の6ページの認知症高齢者の変化の見通しについて、これは、国が推計していることだけあって、高知県としてはこういう施策をとれば認知症の数がこれくらい減るんだというふうな、高知県独自の施策を出して減らしていけるということをこういう地域医療構想の中で出していきたいなと思うんですが。

(事務局) この推計というのはご指摘のとおり、厚労省が出した推計の65歳以上人口というのを認知症高齢者の割合、そのまま落とし込んだだけであります。今後は様々な認知症高齢者への医療介護ケアの取組みを行なうことによって、どれだけ増加を抑制させていけるのか。目標設定は出来るのかもしれませんが、具体的にどこまで減らすのかという、減らすというか増加を抑制するとか、なかなか目標設定が難しいかなとは思いますが、所管課のほうで検討いただけるのではないかと考えておりますので。

今後、この地域医療構想の中で記載していくには、非常に、検討する時間がもう既に限られていますので、その次期医療計画の中でどう取組んでいけるかということを所管課とともに検討していければいいかなと思います。すみません。現時点ではそんなところです。

(内田委員) ひとつの例ですけど、高知市が、いきいき百歳体操とか、かみかみ体操とかやっていますが、そういうことに参加すれば認知症の数は減るはずではないかという、何か高知県民が自分達で減らそうとか自分達の健康を守ろうという意欲を掻き立てるようなことが何かあったらいいと思うんです。

(堀委員) それに、今の内田先生のお話に従って、ちょっと思いつきですけど。せっかく健康パスポートが出来たのだから、認知症にならないためのパスポートみたいなものもあっても、第2弾でいいかと思いますが、いかがでしょうか。

(事務局) 地域福祉部の伊藤でございます。

内田先生、それと、堀委員のお話を受けてですね、非常に、認知症を減らすというかたちというのは、なかなか、今、県庁とかね、かたち、明確なものが国からもなかなか示されていないところがございますが、ただ、先ほどおっしゃっていただいたように、それぞれ皆さんが健康づくりに取組まれるということは非常に大事なことでございますので、それは今後の政策検討とか長寿県構想のバージョンアップの中でも、更に色んなどういった手立てが考えられるかということを考えていきたいというふうに考えております。よろしくをお願いします。

(寺田委員) 認知症対策、高知県の対策の委員会の代表をしている寺田ですけど。

問題は減らすというかたち、大事なんですけど、しかし、なかなかそうじゃなくて、早期発見早期治療で、いかに早く介入するかという方法で、いわゆる国も集中してやっているわけなので、そちらのほうがかこれからの課題で、内田先生おっしゃったように、これをやったからこれぐらい減りましたという、なかなか指標は何で求めるか難しいところがあります。

対策のデータから言えば、やはり認知症の早いM I Cと言われる時期から介入して、いかに重症にならないかということが大事だと思いますし、そういう意味で、認知症オレンジドクターというの、200何人おりますけど、そういう方達に参加してもらって、そこから始めるのが一番の具体の策だろうと思っていますので、今後そこらへんを重点的にやる中で、いかに認知症、例えば初期の方をいかに重症にならないかというようなこともやはり対策として大事なんじゃないかと思っています。

それから、在宅医療の関係も、実は私、やっているんですけど、在宅医療に関しては、今現在、国から予算が出ていまして、各市町村単位で29年度末までには在宅医療介護推進事業というのを作り上げないといけないことになっています。これ、各地で今、ボツボツ始まっていますけど、なかなか在宅医療介護システムという多職種ですので、医師会だけじゃ出来ませんので、そのへんのところは、今、行政側、保健所、医師会、多職種の訪問看護ステーションと、そういうところも含めてやっています。

先ほどの医師の確保とか看護師の確保もそうなんですけど、訪問看護ステーションも少ないので、訪問看護師が本当言うと、これから必要になると思います。実は県の医師会の準看護後学院が、今、廃止問題が出ていまして、正看のほうもどうかという話もあります。そうしますと、必要な看護師がどの程度、出るかという問題もあります。

もうひとつは、先ほどから、療養病床の話とか廃止問題が出ていますので、そういう方達が、もし廃止になった場合は看護師があふれ出る可能性があります。そのへんの問題もあったりして、なかなか調整の仕方が難しいと思います、今のところ。看護師、もっと増やせというのか、少子高齢化で看護師さんのなり手がなかなか少なくなってですね、これについてもお願いします。色んなグローバルもともなって。

それと、先ほど、一番の問題は、この今日の課題の一番の問題は、やはり医療と介護と療養病床の削減をどういうふうにするかということなので、それが一番、我々のワーキンググループもそうでしたけど、大事な課題でした。

そこで、先ほどちょっと言われました、あり方検討会の中で一番大事なものは、療養病床をやっておられるところですね、今、基本医療2と、介護療養病床の廃止となると、3000いくらか廃止目標、それが来た人達を果たして、野に放っていいのか。つまり、介護難民、医療難民が出たらどうなるかという、このへんをこれから医療政策とか医療行政で

何とかフォローしていかないとけないので、先ほど、ちょっと出ましたけど、一定の期間おそらくそんな状態になって、もうちょっと様子を見ながら国のほうもそういうことが出てくると思います。

一番良いのは、やはり、今までどおりが良いんですね。今までどおりというのは、それがなかなかこの制度の改革からいくと難しくなりますので、県としては一定の数字を出して、その中でも色んな文言ありましたように、何とか医療とかありましたけど、この中で、もうちょっと考えましょと、いわゆるソフトランディングが出来る様なシステムを国に対して言っていかなくちやいけないし、高知県の一番の問題は、療養病床全国1位というのをどういうふうに示していくかという、大きな課題だと思いますので。病院の先生方も今、非常に苦悩していると思います。どこに持って行っていいかわからない、攻めるも地獄、守るも地獄でいる状態です。

例えば、今書いてるのなんかほとんど要介護4とか5の方が多いですね。そういう方達が果たして、難民になったら大変なことになりますので。先ほど3000床とありましたから、そうなったらえらいことになります。だから、これは社会問題になると思いますので。それは何とか防がなくちやいけない。これは行政と我々も含めて、この評価委員会も含めて、医療審議会も含めて、何とかそこをソフトランディングにもっていくような考えを提言して、あるいは国に言っていって、それを我々が何とかフォローするというかたちにしていかなくてはいけないなというような現状です。

(会長) ありがとうございます。その他、是非発言しておきたいことがおありの方、いらっしゃいませんか。よろしいでしょうか。

時間がちょうど過ぎておりますので、本日の審議会の審議はここまでとさせていただきます。資料1の地域医療構想案につきましては、事務局のほうで修正案を作ったものを私との間で審議して、そして、医療審議会にあげるということで、私と事務局に一任していただくということでよろしいでしょうか。

はい。そして、そのような進め方にさせていただきます。

資料1の内容についても、基本的にこの内容でいいということだと思いますけれども、細かい点等についても事務局と私との間で確認しておきまして、最終案、この部会としての最終案を作成いたしまして医療審議会のほうに出させていただきます。ということで進めてさせていただきますので、よろしくお願いたします。

ということで、事務局のほう、3つの資料、資料1から資料3について医療審議会のほうにあげてもらって基本的にはご了承いただいたということで作業を進めます。

そのほか何か事務局からございますか。よろしいですか。

(事務局) 一点だけですね。この保健医療計画評価推進部会の本務といいますか、医療計

画の評価のための部会、毎年1回開催しておりますけれども、今年度につきましては、出来ましたら12月頃にその分の部会として開催したいと考えております。また日程調整については改めてご連絡させていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。以上です。

(会長) そしたら、私が進行するのはここまでですね。事務局のほうにマイクをお返しします。

(事務局) 長時間にわたりまして、ご審議ありがとうございます。

先ほど、安田部会長のほうからお話のように、これからパブコメをして親委員会の医療審議会のほうにかけさせていただきたいと思っております。構想は構想として、実際これを進めるのが今後一番大事だと思います。

田村委員、それから寺田委員がおっしゃったように、具体的に一緒、一緒、と書いていましても、実際は、各施設ごと、単位も違いますし、地域も医療保険も違いますので、非常に細かな対応もしていかないとはいけません。そういう際にも先生方の委員の皆様方のご意見を是非お教えいただきたいなと思っております。

それから、堀委員さん、内田委員さんも述べましたように、この部会以外の部分の意見、先ほどの健康づくりとか認知症の部分も非常に大事だと思いますので、所管する部門、健康づくりの課とか、認知症は後ろに地域福祉部がいらっしゃいましたけど、そちらのほうできちっと対策として伝えて対応していただくようにしたいと思います。

本日は本当に長時間にわたりありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲

議事録署名人

---

---