

平成 29 年度第 3 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 29 年 12 月 27 日 18 時 30 分～20 時 30 分
  - 2 場所：高知県庁 2 階 第二応接室
  - 3 出席委員：安田委員、吉川委員、須藤委員、田中委員、田村委員、近森委員、  
筒井委員、中澤委員、野並委員、野村委員、濱田委員、久委員、福田委員、  
細木委員、堀委員、堀川委員、宮井委員、中本委員（代理）
  - 4 欠席委員：上村委員、寺田委員、豊島委員、野嶋委員、堀岡委員
- <事務局>健康長寿政策課（谷企画監）健康対策課（山崎課長補佐、林チーフ）  
障害保健福祉課（梅森課長、弘瀬チーフ）  
医療政策課（川内課長、弘田課長補佐、松岡課長補佐、市川室長、久保田チーフ、  
濱田チーフ、野町チーフ、原本主幹、金子主査、横川主事、田内主事）
- 

（事務局）それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成 29 年度第 3 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。

本日は、所用のため、内田委員、寺田委員、豊島委員、野嶋委員、堀岡委員が欠席されており、また、出席予定となっております上村委員少し遅れているようです。

なお、内田委員の代理としまして高知県介護老人保健施設協議会、副会長の中本様にご出席をいただいております。

現時点で委員総数 23 名中 18 名のご出席をいただいております。

それでは、会に先立ちまして、健康政策部医療政策課、課長、川内敦文より、皆様にご挨拶をさせていただきます。

（医療政策課長）こんばんは。医療政策課長の川内でございます。

本日、年の瀬の最後の最後になりましたけれども、お忙しい中、保健医療計画評価推進部会にご出席いただきまして、ありがとうございます。

第 7 期の保健医療計画、これまで 2 回にわたりにましてご議論いただきまして、本日、がん、精神疾患、在宅医療、そして、基準病床数につきまして案をご提示させていただきたいと思っております。

本日、ご議論いただいた後に、来年 1 月中旬を目処に、もう日程が、本日までご連絡しました 1 月 19 日に開催予定の医療審議会に上げて、諮問をさせていただきたいと考えております。本日も議題が満載ですので、貴重なご意見のほど、よろしくお願ひしたいと思ひます。

（事務局）それでは、資料の確認をさせていただきます。

事前送付の資料といたしまして、資料 1、第 7 期高知県保健医療計画（案）について、

A4のものになります。ホチキス留めです。資料2、第7期高知県保健医療計画（案）各項目概要資料。これもA4版となっております。資料3、第1回、2回提出保健医療計画（案）の修正、更新について、というもの。資料4、地域医療介護総合確保基金による事業の事後評価について。あと、これにA3版となります第6期の評価調書。あと、会次第のほうを事前に送らせていただいております。

もし、今日ここに、ということがあれば、言っていただければ準備させていただきます。

あと、本日、お配りしましたものがございます。会次第をもう一度、最新版としてお出ししております。それと、追加資料が3つございます。追加資料1としまして、第7期高知県保健医療計画（案）の追加配布について。それから、追加資料2、第7期高知県保健医療計画における基準病床数（案）について。3としまして、第6期評価調書（案）この3つを、A4版なんですけれども、本日、お手元に配らせていただいたということになっております。

資料に不備等ございませんでしょうか。もし、あればお手をあげていただければ。

それでは、ここからの議事進行につきましては、安田会長にお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

（会長）ここからの進行を高知大学、安田のほうで進めさせていただきます。

本日の議題は、第7期高知県保健医療計画のうち、まだ審議をしていない部分の説明と質疑応答が主になるかと思っております。

まず、議事に入ります前に、規定によりまして、私のほうから議事録署名人を指名させていただきます。吉川委員、田中委員のお二人にお引き受けいただきたいんですが、よろしいでしょうか。

よろしく願いいたします。

それでは、早速、議事に入ります。第7期高知県保健医療計画のがん、精神疾患、在宅医療の項目について事務局から説明を受けまして、そのあと質疑に、その3つの部分の質疑をまとめて行わせていただきます。では、事務局からの説明をお願いします。

（健康対策課）健康対策課の林と申します。

がん対策の担当をしております。私からは5疾病のうち、がんについて説明させていただきます。座って失礼いたします。

計画の概要をポンチ絵にしておりますので、資料2の各項目概要資料の1ページ目をご覧ください。

がんに対する取り組みについては、10月に、これからのがん対策推進基本計画が公表されており、その計画を基本としながら、各県それぞれの状況を踏まえた計画を策定することとなっております。

まず、現状につきましては、3つに分けております。左端のがん検診の状況をご覧ください。

さい。がん検診は健康増進法に基づき、市町村が地域住民を対象に実施する市町村検診や保険者や事業主が、被保険者や従業員等を対象に任意で実施している検診、この計画の中では職域検診として整理しています。また、個人で受診する検診など様々な受診方法がございます。

第6期の計画からは、日本一の健康長寿県構想の中で重点的に取り組んでいる働き盛りの世代、40歳代から50歳代のがん検診受診率50%以上を目標に取り組んでおりますが、肺ガン検診が55.4%、乳がん検診が50.4%と目標値に到達をしたところです。その他の胃がん、大腸がん、子宮頸がん検診も40%台となるなど受診率は上昇してきております。

続きまして、医療体制です。全国どこでも質の高いがん医療を提供することを目指して、二次医療圏に1箇所、がん診療の中心的な役割を担うがん診療連携拠点病院を県知事の推薦のもとに厚生労働大臣が指定をしています。また、高知県独自に拠点病院に準ずる病院として、がん診療連携推進病院を指定しています。現在は、中央医療圏に拠点病院として高知大学医学部附属病院と医療センターが、推進病院としましては、高知赤十字病院と国立高知病院が、幡多医療圏には、拠点病院として幡多けんみん病院が指定をされています。

また、平成26年1月に、国のがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針が改正され、がん診療連携拠点病院の無い二次医療圏に隣接する二次医療圏の拠点病院との連携を前提に、グループとして指定を受ける地域がん診療病院を新たに整備することが盛り込まれました。現在、安芸医療圏のあき総合病院が拠点病院の高知大学医学部附属病院と連携をしながら、地域がん診療病院として指定を受けられるよう準備を進めているところです。

次に、現状の右端、患者の状況です。平成28年のがんによる死亡者数は2607人で、死亡総数の4分の1程度を占めています。平成28年の年齢調整死亡率は、男性が106.8、女性が59.1となっております。徐々に年齢調整死亡率は下がってきてはおりますが、男女共に全国平均は上回っている状況です。自宅死亡率は、平成23年当時は6.7%でしたが、平成28年は8.8%まで上昇してきておりますが、こちらも全国平均は下回っております。

次に、課題と対策についてです。

課題の下に対策を記載しておりますので、あわせてご覧ください。項目は、5つに分けて記載しております。まず、左端、予防と検診のうち、がん予防として喫煙対策、生活習慣の改善が必要です。具体策は、健康長寿政策課で改定作業を行っております。高知県健康増進計画よさこい健康プラン21に盛り込むこととしております。

感染予防対策としましては、肝炎に関する正しい知識の普及啓発に努めるとともに、肝炎ウイルス検査未受検者への受検促進と、肝炎ウイルス陽性者が適切な治療が受けられるよう支援をしていきます。

がん検診は、受診率を今以上に上昇させていくため、早期のがんは自覚症状がないことや、早期のがんを見つけるためには、がん検診が有効であることなど、がん検診の意義、

周知の重要性のため、市町村が実施している住民への個別通知などの取り組みを継続して支援していきます。また、がん検診の未受診の理由の上位が、忙しい、面倒となっていることから、市町村検診の利便性を向上させるため、複数のがん検診の同時実施や医療機関での検診機会の確保に継続して取り組んでいきます。

がんを早期に発見するためには、精密検査が必要となった方が確実に精密検査を受診することが必要です。精密検査対象者へのフォローアップを行い、未受診者に対する受診勧奨にも努めてまいります。また、がん罹患者が増加し始めるのは、働き盛りの40歳代からであることから、事業主との連携を強め、事業主から従業員への働きかけも実施します。

次に、左から2つ目の項目の医療ですが、中央医療圏に拠点病院、推進病院が集中していることから、周辺圏域からの患者の動向を考慮し、拠点病院の機能の強化、拡充と、周辺圏域の医療機関との機能に応じた役割分担と連携体制の強化が必要です。

そのため、拠点病院は、手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア、口腔ケアなど、がん医療に専門的に関わる医療従事者の確保、育成に努めるとともに、地域のがん診療を行っている医療機関に対する診療支援や地域のがん診療に携わる医療従事者に対する検診などを通じて、地域全体のがん医療水準の向上にも努めてまいります。

また、患者が納得して治療を受けられるよう、病態、治療内容に対する説明とセカンドオピニオンを受けられる体制の整備の充実と、患者、家族への普及啓発が必要です。そのため、セカンドオピニオンの普及啓発と相談しやすい環境づくりを行うとともに、医療従事者は、患者が主体となってセカンドオピニオンが必要かどうか判断できるよう、現在の病態や治療内容について、わかりやすい説明に努めます。

緩和ケアは、がんと診断された時から治療と並行して行われる必要がありますが、いまだに終末期のケアであるという認識があることから、正しい知識の周知が必要です。拠点病院では、がん診療に携わる医師の約9割が国の指針に基づいた緩和ケア研修を受講していますが、拠点病院以外の医療機関の医師も、緩和ケア研修が受講できるよう継続した研修会の開催と研修会を終了した医師を対象にしたフォローアップ研修会を開催していきます。

次に、3つ目の項目の在宅緩和ケアです。

在宅療養という選択肢があることを知らないまま入院療養をする患者がいることから、在宅緩和ケアに関する情報提供が必要です。また、がん診療を行う医療機関では、実際の在宅療養に関する実地体験が少ないことから、色んな研修による知識習得が必要です。

また、患者を送り出す病院と受け入れる医療機関等との連携を密にする必要があります。そのため、在宅緩和ケアに関する県民向けの講演会を開催するとともに、社会資源や様々な制度について、ホームページへの掲載等、情報提供を行います。また、医療介護サービス従事者向けの在宅緩和ケアに関する研修会、実地研修会も継続してまいります。

次に、相談・情報提供体制です。がん拠点病院と推進病院では、がん相談を専門に受けるがん相談支援センターを設置しています。また、県として、拠点病院以外の相談窓口と

して、がん相談センターこうちを設置しております。

各相談窓口では、国立がん研究センターの実施する研修を終了した相談員が相談と各種情報提供を行っています。また、拠点病院などでは、患者サロンも開設されて情報交換の場が広がりつつあります。

今後は、がん相談支援センターの相談窓口の更なる周知と寄せられる意見を共有し、患者のニーズに沿った医療提供体制を整えていく必要があります。また、インターネットの情報ははじめ、科学的根拠に基づいていない情報がありますので、県民に対して正しい情報が伝わるよう努める必要があると考えております。

最後に、がん登録です。がん登録は、これまで都道府県単位で地域間登録事業が実施されておりましたけれども、都道府県間で登録制度が異なることや、国全体のがん罹患数の実数による把握ができないことが課題になっておりました。

そのため、がんの罹患等に関する情報を出来るだけ正確に把握することを目的として、平成28年1月から、全国がん登録が開始され、がんの種類や進行度などの情報が一元的管理されるようになりました。

全ての病院と、がん登録をすると申請をした診療所については、平成28年1月以降に診断したがん患者の情報の届け出が義務化されました。これまで、がん登録を行っていなかった病院でも、がん登録を行う必要がございますので、がん登録の実務者の育成、確保が必要となってきます。そのため、研修会を開催するなどして実務者の育成を図っていく予定です。目標は、右下に書いてあります。ここには1つしか書いておりませんが、目標としては、がんによる死亡者数の減少と、がん患者、その家族及び遺族の満足度の向上を目指していきます。

具体的な数値目標としましては、資料1の23ページに記載をしておりますが、40歳、50歳代の方のがん検診受診率を胃がん、大腸がん、子宮頸がん検診で50%以上。既に50%に到達している肺がん、乳がん検診については、現在の受診率の維持上昇を目指していきます。

今回、新たに、市町村がん検診の精密検査受診率を目標として追加しております。国の計画では、精密検査受診率の目標値を90%としております。高知県の場合、胃がん、肺がん、乳がん検診の精密検査受診率は既に90%を超えていますので、この3つは現受診率の維持上昇を目標に、90%を超えていない大腸がん、子宮頸がん検診の受診率は目標値を90%としております。

最後、3つ目は、がん患者の自宅看取り率10%以上を目標としています。こちらは、現在の計画でも目標としておりますが、まだ目標に到達しておりませんので、継続して取り組んでいくこととしております。この計画の進捗管理は、年2回開催されます高知県がん対策推進協議会において、その進捗具合を報告し評価することとしております。

がんに関する項目の説明は、以上となります。

(事務局) 障害保健福祉課の弘瀬と申します。

精神疾患について私のほうから説明させていただきます。座って失礼します。

精神疾患の説明につきましても、資料2の各項目概要を中心に説明させていただきたいと思っております。資料2の2ページ目をお開けください。

まずは、現状になりますが、患者の状況としましては、通院患者は年々増加傾向にありますが、入院患者は減少傾向となっております。ただし、65歳以上の入院患者は増加してきておまして、全体の6割以上を占めるようになってきております。また、1年以上の長期入院患者は、全体の6割を占めております。

疾病別では、統合失調症の方が、減少傾向ではありますが、入院患者の約半数を占めておまして、認知症を含みます「症状性を含む脳器質性精神障害」が4分の1を占めており、また、うつ病を含みます「気分障害」が増加してきております。

受療の状況といたしましては、通院におけます自圏域内での受療率が、中央圏域が98.4%、安芸圏域は78.5%、高幡圏域で58.8%、幡多圏域で96.2%となっております。入院におけます自圏域内での受療率は、中央圏域が93.9%、安芸圏域が83.2%、高幡圏域で57.2%、幡多圏域で91.6%となっております。

医療提供体制の状況としましては、精神科病院数が県内には、24病院ありまして、精神病床数は、人口10万人あたりで500.6で全国7位。平均在院日数は233.9日で全国で6位。1年未満群の平均退院率が78.4%で全国1位。1年以上群の退院率が23.1%で全国で26位となっております。

次に、疾病・分野ごとの状況ですが、ここから今回、国の指針の見直しによりまして大きく変わったところとなっております。

ここにございます15の疾患や分野につきまして、現状を把握し、それぞれにつきまして医療提供体制や医療機関の相互連携体制などの構築を図っていくということになっております。

現状といたしましては、患者の状況で説明しました、統合失調症、認知症、うつ病だけではなくて、児童・思春期精神疾患や発達障害、高次脳機能障害、摂食障害等、様々な精神疾患で増加傾向が見られておりますほか、精神科救急や身体合併症、自殺対策、災害精神医療といった各分野におきましても、それぞれ取り組むべき課題がございます。

また、課題と対策につきましては、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築と、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、この2つに整備してございます。

その中で課題でございますが、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築につきましては、統合失調症、認知症、うつ病、児童・思春期精神疾患、発達障害などの多様な精神疾患等ごとに、良質かつ適切な医療の提供をしていくために医療機関の役割分担や連携体制を推進し、各医療機関の医療機能を明確にしていくことが必要となっております。

そのための課題といたしまして、多様な精神疾患に対応できる医療従事者の養成、確保でありますとか、患者に応じた医療提供体制、医療機関の役割分担、相互連携を推進していくことが必要となっております。

また、この他にも身体合併症などの状態に応じた患者へ対応できる体制や24時間365日対応できる相談窓口が設置されていないなどの課題があります。

また、発災時の精神障害者、被災者への精神的ケアに対する対策を備えることも必要となっております。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築につきましては、精神障害者が地域で安心して暮らしていける体制の構築、地域づくりを進めていくためのものがございます。

そのためには、精神科医療機関のみならず、そのほかの医療機関の地域の援助事業者、市町村などの関係機関によります重層的な連携支援体制でありますとか、多職種協働によります支援体制を構築していくことが必要となりますほか、精神障害者が地域で暮らしていくための基盤整備を行っていくことが必要でございます。

次に、対策でございますが、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築を進めていくためには、早期に発見し、治療に繋げていくため、正しい知識の普及啓発の取り組みの推進はもちろんですが、かかりつけ医と精神疾患等の専門医との連携体制の推進など、早期に精神科医療機関の受診につながる環境整備を進めるほか、多様な精神疾患に対応できる医療従事者の養成、確保、医療機関の相互連携を進めるため、医療機関の地域における連携拠点機能や県における連携拠点機能の強化を図っていきます。

このほか、身体合併症などの状態に応じて医療機関等を紹介する精神科救急情報センターや24時間365日対応できる精神科救急相談窓口を設置していき、発災時には速やかなDMA Tの編成や派遣体制の整備、また、受入体制の整備を行っていきます。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築では、精神科病院や地域の援助事業者だけではなく、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取り組みと地域住民の協力も得て、差別や偏見の無い、あらゆる人が共生できる社会の構築を推進し、精神科医療機関のみならず、その他の医療機関や地域の援助事業者、市町村などの関係機関によります重層的な連携支援体制を構築し、精神障害者が生活の場で必要な支援を受けられる基盤整備を促進します。

目標値の設定につきましても、大きく国の指針が見直されたことによりまして、資料1の40ページにも一覧として目標値を掲載しておりますが、急性期、回復期、慢性期の入院需要を平成32年度末、平成36年度末の数値を推計し、目標値として設定することになっております。中でも慢性期、1年以上の長期入院患者につきましては、政策効果を勘案し、それを差し引いたうえでの入院需要を算出するようになっておりまして、65歳以上と65歳未満のそれぞれで目標値を設定するようになっております。

また、地域移行に伴う基盤整備量につきましては、慢性期入院患者に政策効果を勘案し、地域移行する人数も踏まえまして、整備すべき基盤整備量を推計し、目標値として設定す

るものになっておりまして、これも65歳以上、65歳未満、それぞれで設定するようになっております。

また、入院期間が1年未満になります方につきましては、入院から3ヶ月時点、6ヶ月時点、1年時点での退院率で設定することになっておりまして、資料1の40ページの目標値の一覧表にあります直近値、平成28年の数値を見ていただきますと、3ヶ月時点が61.6%、6ヶ月時点が80.3%、1年時点が86.6%になっておりますが、これらは、国の指針で設定されております数値を下回っている現状となっております。

しかしながら、過去の高知県の数値を見た際には、国の指針を上回っている時もありましたので、今回、目標値としましては、過去の高知県の数値の中から最高値であり、国の指針を上回っている数値を目標値として、設定することにしております。

具体的な目標値としましては、それぞれ平成32年度末で見えますと、入院需要の急性期が557人、回復期が524人、慢性期が1757人で、慢性期の65歳以上が1315人、65歳未満が442人となります。また、急性期、回復期、慢性期を合わせた入院需要が2838人となります。

地域移行に伴う基盤整備量は、65歳以上が230人、65歳未満が116人となりまして、合計は346人となります。

3ヶ月時点での退院率では、70.8%、6ヶ月時点での退院率は87.9%、1年時点での退院率は93.2%となります。

今後の推進体制と評価につきましては、市町村、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会の他、各関係機関と連携を図りながら、長が保健福祉課に設置しております精神保健福祉協議会へ取り組みについて協議し、事業への反映や進捗状況の管理、評価をしていくことにしております。

精神疾患の説明は、以上となります。

(医療政策課) 医療政策課の田内と申します。

私のほうからは、在宅医療について説明をさせていただきます。座って説明させていただきます。

在宅医療に関しましても、引き続き資料2の概要資料のほうで説明させていただきます。3ページをお願いいたします。

まず、資料の見方なんですが、右肩のほうに記載しておりますとおり、下線部分が第6期からの数値もしくは文言を修正した部分となります。★印で、太字で記載しているところが、第7期で新たに追加した項目となっております。

まず、大きい枠の一番上、現状については、6つの項目で記載をしております。1つ目、患者の状況ですが、県内の年間の訪問診療受診患者数は直近値2617人。そのうち、76歳以上の訪問診療受診患者数が、2つ目の●にありますとおり全体の83%以上となっております。3つ目の●では、高齢者人口は圏域別で見ると、高知市での増加が著しく、

高知市の高齢者人口は、ピーク時の平成52年には、27年と比較して約1.1万人の増加が見込まれております。

続いて、その右、医療機関・事業所の状況をお願いいたします。在宅医療を推進するうえで中心的な役割をもつ在宅医療支援診療所・病院数ですが、人口10万人対で見ますと、診療所は5.1箇所、病院は0.5箇所となっております。なお、実数ですと、診療所38箇所、病院16箇所となっております。

その下、訪問診療を実施している医療機関数は、直近で133箇所となっております。さらにその下、訪問歯科診療を実施するため施設基準の届け出を行っている歯科診療所数は、直近で275箇所となっております。その一方で、増加する訪問歯科診療のニーズに対応するため、横に★印で記載がありますが、歯科衛生士の養成が必要となっております。

●の4つ目。訪問薬剤管理指導等実施薬局数は、直近値95箇所でございます。

次の訪問看護ステーション数は、直近値61箇所となっております。

一番下の行、訪問看護ステーション従事者数は、今回、新規で追加した項目で、直近280人となっております。訪問看護が実施可能な病院・在宅療養支援診療所数は25箇所となっております。

続いて、4つの項目に分かれていますが、医療提供体制の状況として、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの4つに区分して記載をしております。まず、退院支援については、前提として患者が望む場所で療養ができるよう、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の実施が重要であることと記載をしまして、●の2つ目にありますが、その指標として、退院支援加算届出医療機関数を記載しまして、直近54箇所となっております。

さらに3つ目、退院支援体制の構築にあたっては、多職種によるカンファレンスの実施や情報共有等、関係職種の連携が重要であると捉えたうえで、4つ目、退院前カンファレンスを実施している病院・有床診療所数を直近値44箇所ということで記載をしております。

続いて、その右、日常の療養支援の枠ですが、●の1つ目については、1ヶ月間の訪問診療実施可能な患者数と実際に訪問診療を実施した患者数を医療機関のほうに調査しまして、その結果から4つの保健医療圏において現状以上の訪問診療を実施する余裕がない状況であることを把握いたしました。

その下、訪問看護サービスについては、医療機関による訪問看護の補完により県内全域で訪問看護を受けることが可能となっております。

●の3つ目。小児への訪問診療を実施した医療機関数は5箇所、訪問看護ステーション数は32箇所。どちらも1ヶ月間の数字となっております。

続いて、●の4つ目、短期入所療養介護は70箇所、その下、短期入所生活介護は67箇所となっております。

続いて、その右の枠の急変時の対応になりますが、●の1つ目にありますとおり、県民

が在宅医療を選択するために家族の負担を軽減するための対策、急変時の対応が可能な環境の整備が重要であると記載をしておりますが、こちらは、今年度の県民世論調査における、どのような条件を整えば在宅医療を選択するか、という問いへの回答結果に基づくものになっております。

この指標として、その下、急変時受入可能病院・診療所数は、直近値で37箇所。24時間対応可能加算届出訪問看護ステーション数は45箇所という数字が出ております。

続いて、看取りの項目です。看取り実施可能医療機関数は、直近値で133箇所でございます。その下、★印であります。看取りに対応する加算届出介護施設数は189箇所、その下の★印、年間の看取り数は612人となっております。

次の●ターミナル実施訪問看護ステーション数は、直近値で47箇所、最後の●年間の在宅死亡者数は1435人で、在宅死亡率は14.3%で、全国値を下回る数値となっております。

続いて、大きい枠の2つ目になりますが、先ほどの退院支援から看取りの4つの区分の現状を踏まえた課題について記載をしております。

まず、退院支援については、病院の機能、地域の実情に応じた退院支援体制の構築のため、地域内でリーダーとなって退院支援を展開できる人材の育成が必要であることと、円滑な在宅への移行に向けて、入退院時に患者情報の引き継ぎを確実に行う必要があることの二点を主な課題として記載しています。

次の日常の療養支援については、★印の患者の情報を医療・介護間で共有する体制の構築が必要であることを新たに記載しております。●3つ目までは、6期からの記載の修正は無しとなっております。4つ目は、在宅医療の対象者はあらゆる年代の方で、また、抱える疾患も一様ではないことから、小児患者や障害者等、様々な状態の在宅療養者に対応する体制の構築が必要となる旨、記載をしております。

次の●ですが、在宅歯科医療の提供体制の強化や訪問薬剤師の養成等、多職種による在宅医療の取り組みの確保が必要であることを課題としてあげております。

次の急変時の対応と看取りの項目については、6期の記載内容から大きな変更はございませんので省略させていただきます。

続いて、大きい枠の3つ目、対策に移らせていただきます。まず、退院支援ですが、病院と地域の多職種が協働する退院支援体制の構築及び退院調整支援を実施する人材の育成や、●の3つ目、病院及び介護関係者と協働し、入退院時の引継ぎルールの策定・運用に向けた支援を実施いたします。これにより、入院から在宅療養への移行がスムーズに進む環境の整備を図ってまいります。

続いて、日常の療養支援の枠ですが、こちら、新規の記載が多くなっております。1番目には、ICTを用いた医療と介護の包括的な提供及び、かかりつけ連携手帳の利用普及。

その次の★印からは、訪問看護に関してになりますが、1つ目が、中山間地域への派遣調整ですとか、患者と家族のセルフケア能力の向上を支援する訪問看護師の育成。訪問看

護の質向上のための訪問看護ステーション管理者への研修、ステーションの設立支援といった内容になっております。

その次の★印ですが、疾病や障害を抱えた小児や若年層の在宅療養者への在宅医療提供体制の整備。

その下、歯科に関しましては、在宅歯科連携室を核とした取り組み強化及び歯科衛生士等の人材確保、歯科医療従事者への研修の実施。

さらに、その下、訪問薬剤師の人材育成のための研修の実施といったことを記載しております。

その次、急変時の対応については、★印であります。急変時における連絡先を患者や家族に掲示することによる急変時対応の意識づけを新規記載しております。その他は6期から同様の内容になっております。

続いて、看取りに関しましては、患者や家族への不安を解消することも含め、看取りについて自己選択を可能にするための情報提供の実施と、★印、看取りにより居宅で最期を迎えた患者への対応について、かかりつけ医、訪問看護、病院、介護施設、ケアマネージャー、消防機関等の多様な関係者の共通理解と役割分担への取り組みを実施いたします。

対策については、以上でございます。

次に、これらの対策の実施により目指す目標値についてでございます。目標年度は、第7期計画の最終年度の平成35年度になっております。

まず、1つ目、退院支援ですが、退院前カンファレンスを実施している医療機関数を現状54箇所から平成35年には60箇所を目差しております。

続いて、日常の療養支援に関しては、多職種連携のための情報通信技術を導入した施設数を54箇所から250箇所に。その下、訪問診療実施医療機関数は、直近133箇所を151箇所まで増加。次の訪問看護ステーション数は61箇所から66箇所。その横、訪問看護ステーション従事者数は280人から330人。

その下になりますが、訪問診療を受けた患者数は2617人から2971人。その下、往診を実施している医療機関数は249箇所から279箇所。その下、訪問歯科診療を実施するため、施設基準の届出を行っている歯科診療所数は275箇所から300箇所。合わせて歯科に関しましては、訪問歯科診療を実際に行っている歯科診療所数も項目として記載をしまして、144箇所から200箇所まで。

一番最後の★印、在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局に占める1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導（医療）及び居宅療養管理指導（介護）を実施した薬局の割合を直近25.5%から50%ということを目標にしております。

続いて、急変時の対応に移りますが、1つ目、急変時の受入可能病院・有床診療所数は、直近37箇所を42箇所に。その下、新規の指標になりますが、24時間体制をとる訪問看護ステーション数・従事者数は現状のステーション数45箇所と従事者数219人を維持するという目標を設定しています。

続いて、看取りに関しましては、こちらは、2つとも新規の指標になりますが、1つ目、在宅看取りを実施している医療機関数は、直近133箇所を151箇所に。その下、年間の看取り数については、612人から694人を目標値として設定しております。

なお、枠外に※印で記載しておりますが、一部の目標値については、医療と介護の整合性の観点から目標値を設定しております。

一番下の枠になりますが、中心的役割という項目がありまして、そちらのほうで、積極的な役割を担う医療機関として、在宅療養支援診療所及び病院の一覧と、あと、必要な連携を担う拠点として高知市保健所と県内各福祉保健所のほうを掲載しております。

私のほうからは、以上でございます。

(会長) 事務局からの説明は以上ですね。

がん、精神疾患、在宅医療の3つの領域について説明がありましたが、今の説明に対して、ご質問、ご意見等ございましたら、ご自由にどの部分でもかまいません。ご発言ください。いかがでしょうか。

細木委員、どうぞ。

(細木委員) 細木です。

精神科の疾患の医療供給体制において状況というか、今の現状の中で、対人口あたりの高知県の平均病床が、全国平均7位で平均よりも倍くらいあるという状況があるにもかかわらず、平均退院の率が非常に高い。それから平均在院日数も低い、短い。退院率も結構良いということになったら、現実には、高知県の精神科の病床の充足率というのは、今、何%ぐらいなんでしょうか。

(事務局) 充足率といえますか、今現在の精神病床数が全部で3620床あります。その中で、今現在、28年6月30日現在の入院患者数で2949人の入院患者数があると。今現在、大体2900人台ぐらいで入院患者数が推移していると、そのような状況にあります。

(細木委員) ディスクレпанシーが起こっているのか、ちょっと、ここには中澤先生から、重鎮の精神科の先生が、須藤先生もおられます。何かお考えが、ちょっとお聞きしたいです。

(中澤委員) 中澤です。

あとで須藤先生にまとめをしていただければと思いますけど。

空床が600床くらいあるということで、要は、空床でも経営が成り立っているのが現状だと。ただ、現場の精神科の先生方は、とにかく、平均在院日数をいかに少なくして退

院促進していこうかというふうに意欲に燃えている方が多いと思いますので、空床を埋めて、何と言いますかね、稼働率を上げようということではなくて、空床があってもちゃんと退院促進に持って行こうという意識の先生方が多いんじゃないかと思います。

いずれ、診療報酬等で誘導されて、これだけ空床があると経営がなかなか難しくなってくるのではないかと、そういうふうに誘導されるのではないかと考えております。

須藤先生、あと、お願いします。

(須藤委員) まとめきれるかどうかわかりませんが、この数値は前から同じ傾向が続いていまして、僕も不思議には思っているんですけど。

一言で言うと、県内の精神科病院が、もう完全に2極分化していまして、急性期中心で、3ヶ月以内で退院をするという病院と、こういう言い方が適切かどうかわかりませんが、平均在院日数が10数年で、ほとんど動きのない病院、これ、郡部のほうに多いんですけど、それと両極端になっています。

中央部のほうは救急医療にも参画していますし、在院日数が年々短くなっています。郡部のほうは、もう、経営が十分成り立っているようなところが、それでも多くて、なかなか変わらないような経営方針でやっておられるところが多いと思いますけど。

今後どうなるかという感じですけど、現状は、割とこれで均衡した感じで、年々平均在院日数は短くなっている傾向にはあります。平均をとると段々短くはなっていますが、ごく一部のところが引っ張ってきている感じです。

(細木委員) ありがとうございます。

(会長) ありがとうございます。

そのほかは、いかがでございましょうか。

どうぞ、続けて。

(細木委員) ちょっと知らないもので教えていただきたいのですが、在宅医療というのは、どんどん進められてきておりまして、どんどん自宅に帰る、または施設に帰るというようなことが、どんどん行われているわけですが、今後への対策で、特に急変時の対応中の一番最後に書いてある24時間対応の可能な訪問看護ステーションの充実って書いてあるんですけど、これにつきましては、今、どれくらいで、それをどれくらいにするということは、はっきり打ち出されておるのでしょうか。

急変時の経営可能な病院があれば、大抵、急変の時は大丈夫と思うんですが、そこまでいかにいいような24時間対応の訪問看護ステーション対応可能な人数というか、そのステーション数も従事者数も全部維持と書いてございますけど、これで維持と書いてあって、急変時の対応のところに、それを充実させると書いてある。このディスクリパン

シーを説明していただきたい。

(事務局) 医療政策課の松岡です。

この取りまとめました在宅医療の資料を見ていただきまして、そこの中の上のほうの急変時の対応というところが、上から2段目、右から2つ目にございます。その中で、3つ目の●のところ、24時間対応可能加算届出の訪問看護ステーションということで、現在45箇所ということで、今、届け出を受けております。

今後なんですけれども、これを伸ばしていくということになるんですが、なかなか訪問看護ステーションさん、県内、小規模なところも多くございまして、なかなか無理も言えない状況もございまして、できれば、それを維持して中身を濃く出来ればというふうに考えてございます。

(細木委員) 神戸みたいに在宅医療を専門にやる診療所がございますよね。そういうふうな診療所が24時間体制でいつも見ているというふうなものは、高知には無いのでしょうか。

(事務局) 高知のほうも、規模的には大都市ほど大きくはありませんけれども、やはり24時間対応で訪問診療を中心とやる診療所はございます。そういったところにも、こういったかたちのものを頑張っていたいただきたいなというふうに思っておりますし、それにつきましては、今後とも話し合いを進めていきたいというふうに考えてございます。

(会長) 堀委員、どうぞ。

(堀委員) すみません。ちょっとお聞きします。

在宅医療の対策のところ、日常療養支援の中で一番最初の★印の後半ですけど、かかりつけ連携手帳という、また新しい言葉、初めて耳にしたんですけど、これ自体が、いわゆる我々利用者が、これを手にして、いつも携帯保持するものなのか、それとも、医療側の人が保持するものなのかというところと、もし、我々、医療を受ける側が保持するべきものであれば、やはり県民の方に、より詳しくお知らせをしていただきたいと思います。

(事務局) かかりつけ連携手帳なんですけれども、今年度の事業でスタートしてございます。

いわゆる、その先にICTを使った情報の連携というものがございますけれども、やはり、こういったものは、皆様が集まって、しっかりとした連携体制をまずは作る、人間関係を築くということがございまして、それを地道につなげていこうというかたちで、ICTでもやるんだけれども、まず、基本的な体制を作ろうということで、高知市を中心と

して頑張っていこうというふうに思っています。

これにつきましては、いわゆる在宅のお家に置いていただいて、そこに行った方が、色んな多職種の方が、そこにどんどん、どんどん書き込んでいくと、そういったもので、持ち出すということはあまり考えていないようなものということになります。

(堀委員) それであれば、今後また在宅医療が増えると思いますので、その周りでケアする家族等の方に、こういった取り組みがあるんですよということを周知徹底、お知らせしていただけたら、ありがたいです。

(事務局) はい。了解しました。その点につきましては、広報のほうを努めたいと思います。

(会長) 久委員、何か追加ですか。

(久委員) かかりつけ連携手帳は、今、高知市の医師会とか歯科医師会、看護協会等と一緒に準備をしているところです。年明けから、まず最初のトライというか、始まることになっていまして、高知市を中心に、今のところ、330～340ぐらいの医療機関に配布をして、とにかく最初のトライアルは、3月の時点で1回チェックをすることになっています。

実際には、これぐらいの冊子になっていまして、お薬手帳に似たところがありますが、お薬だけではなくて、医科、歯科、あるいは、その他の要点がずっと記載をされるということになっていまして、3月の時点で一度チェックして、来年度に繋げようということに、現在なっています。

(会長) その他、よろしいでしょうか。

堀川委員、どうぞ。

(堀川委員) がんのところなんですけれども、がんのところ、がん患者、その家族及び遺族の満足度の向上ということをおっしゃる、それはそれで確かにそうなんだと思うんですけども、ちょっと、どうやってこれを図るかというのは、すごく難しいかなと思うんですけども。

先日、新聞報道では、過半数の都道府県が、がん死亡率の減少ということ、国のほうでは確かに把握しているけれども、維持していくというようなことが載っていたと思うんですけども、この目標と、先ほどの評価をしていく項目との関連を教えてください。

(事務局) 目標にあります、がん患者、その家族及び遺族の満足度の向上をどのように図

るかというお尋ねでしたけれども、県のほうでは、2年に1回、患者満足度等調査という調査を行っております、主には、がん治療に伴って、その医療機関にどれだけ満足したかというのを色々な質問項目を設定しております。

あわせて、前々回から就労等に関する質問なども加えまして、ちょっと拡充をしたようなかたちで実施していきまして、直近では、現在、ちょうど明日が締め切りなんですけれども、12月末締め切りで29年度の患者満足度等調査をしております。

協力していただける医療機関のほうへ必要部数、調査票を渡しまして、患者様にお配りいただいて、投函をしていただくということで、その内容をもって、どの程度満足されているかということを確認していくということにしております。

(堀川委員) その目標値というのは、どこかに載って、現状と2年前ですね。

(事務局) 具体的にどういったことをもって目標を達成したかというところまでは設定しておりません。

結果につきましては、個人の方が特定されるような調査票ではございませんが、どこの医療機関の患者様かというのは分かるようになっておりますので、その医療機関のほうには、どういった結果があったかということはフィードバックをしております。

(会長) よろしいですか。

川内課長、どうぞ。

(事務局) この件、資料1の本文を見ていただければと思いますけど。このがん対策の数値目標については23ページの一番下、がん検診の受診率や精密検査の受診率、がん患者の自宅看取り率などをもって今後の評価をしていこうということで。

先ほど、堀川委員からご指摘のあった、がん患者、その家族及び遺族の満足度の向上、その結果としての定性的な目標ということで、この数値目標のところとは一致をしておりませんで、そのへん説明が不十分だったかと思っておりますので、この満足度に関する記載を、この本文の中で記載していくかどうかについて、また担当課と協議をさせていただきます。

(会長) そのほか、この3つの項目について。

野村委員、どうぞ。

(野村委員) 歯科医師会ですけれども、医科歯科連携で口腔ケア、がん連携に関しましてですけれども、先生方には、口腔ケアの重要性とか、それから、従前の歯科治療の重要性等について、ご理解をいただいているところでございますが、なかなか少しは増えてきた

とは言え、なかなか具体的にそういうふうに、歯科医師会のほうでは研修会を行っておりますが、基点が、やはり医科のドクターのほうからの連携基点になりますので、是非、そこらへんのところを具体的に詰めていただければ、ありがたいかなというふうに思っております。

(会長) 事務局、コメントありますか。

(事務局) はい。がん対策において、医科歯科連携をというお話がございました。

第3次のがん対策推進計画のほうに課題としまして、在宅療養や院内口腔ケア専門診療が無い医療機関においては、特に医科歯科連携の更なる強化が必要ということで、新たに追加をしているところです。

県のがん対策としましても、そこは今後、進めていけるように努めてまいり所存でございます。

(会長) 野村委員、いいですか。

(野村委員) 資料のほうの21ページに、県歯科医師会は、がん患者が、すみません、21ページのところですけども。

下から5行目。県歯科医師会は、がん患者が術前・術後、在宅においてスムーズに歯科治療・口腔管理を受けられるよう「がん患者医科歯科医療連携講習会」を引き続き開催し、歯科領域の専門職（連携歯科医師）の更なる増加を図るとともに、県内全域に周術期における口腔機能管理システム浸透させることを目指します。ということで、具体的に私共のほうからも、拠点、がんの拠点病院のほうにも講演に行かせていただいたり、させていただいております。

ただ、やはり、緊急性というようなこともありますけれども、少し待機期間があるような疾病、がんに関しましては、術前からの対応というようなこともやらせていただいたほうが、後々抗がん剤とか、ああいうものが使われると、顎骨骨髄炎というようなことも、かなり発症率が高くなってきますので、是非そういうところをご理解いただければと思っております。

また、術後の口腔ケアに関しましても、専門で出来るものを今、研修でやっておりますので、是非ご活用いただければと思っております。よろしく申し上げます。

(会長) 堀委員、どうぞ。

今のは、事務局への要望ということで、また第3期のがん対策基本計画、県のほうとの内容とも調整しながら、検討して。

では、堀委員、どうぞ。

(堀委員) すみません。これは、医療を受けている側のお願いなんですけど、がんにおいて、予防検診、これが一番の窓口だと思うんですが、私も毎年、個人的に高知市のがん検診、無料検診を受けさせていただいています。その時に、やはり受ける側として厚かましいんですが、胃、肺、大腸、乳がん、子宮がん、これを一括して同じ場所で受けられたら一番ありがたいなと思っております。

それと、申込日に朝一番で申し込んでも受けられない状況が結構多いです。皆さん、それだけ意識が高いんだと思いますけれど、そここのところをもう少し実情に合ったような取り組みをしていただければ、もう少し受診者が増えるのではないかと思います。実体験からのお願いです。

(会長) 健康対策課、何かコメントとかありましたら。

(事務局) すみません。ちょっと高知市のお話もされていたので、私からお話します。よろしいでしょうか。

県としましても、出来るだけ一度にたくさんの検診が受けられるようにセット化を進めるように、今、取り組みを継続しているところです。

ちょっと、高知市さんの申込状況が、朝一に電話しても、もう取れない状況というところは、ちょっと私共も把握しておりませんでした。

(堀委員) そういう状況が2年ほど続いております。

(事務局) そうなんですね。

(堀委員) はい。

(会長) 堀川委員、何かございますか。

(堀川委員) 全体の中では、集団検診の比率は少ないんですけども、その中で、確かに、1人、受けられる回数が、回線数が少ないために繋がらないんですよ。何かあった時には、もう埋まっていますという状況が一部にあるというのはわかっておりますので、また、そのへん、他になかなか良い方法が無いんですけども、どうしても量をあまり大きく増やすことに、今、キャパの問題とか難しいんですけど、できるだけ利便性が良くなるようにしたいと思います。

(堀委員) お願いいたします。

(会長) そのほか、いかがでしょう。

じゃあ、どうぞ。

(筒井委員) がんのセカンドオピニオンについてなんですけれども、資料1の20ページの(3)のところなんですけれども、がん診療に携わる医療機関は、患者が相談しやすい環境を整備します、というふうにございますけれども、具体的な記載が無いので、もう少し詳しく、こういったところをお伺いできればと思うのですが。

(事務局) セカンドオピニオンについての普及啓発、具体的にどのような方法で、というお尋ねがございましたが、患者様と医療従事者の意識改革というところを考えておりました、ちょっと具体的に、じゃあ、何をするのかと言われてますと、まだ具体的なところをご説明できないんですが、その意識改革に向けて何か出来ることは無いかということで、新たなものも考えていこうかと思っております。

(筒井委員) ちょっと、では、ご質問してよろしいでしょうか。

セカンドオピニオンについては、私も受けたことがないのでわからないんですけれども、例えば、主治医が説明をなさる時に、セカンドオピニオンについて必ず申し伝えなければいけないとか、何かそういったものというのはあるのでしょうか。すみません。教えていただければ。

(会長) 担当課のほうで回答できますか？

(事務局) セカンドオピニオンを絶対、患者さんに診療された時に先生からお伝えするということが義務付けはされていないというふうに思っておりますが、十分、患者さんが納得したと思えば、セカンドオピニオンのことを口に出さないという先生もいらっしゃいますし、相談窓口がございますので、そちらで十分説明を、腑におちていない場合は、相談窓口等で十分、もう1回説明をしていただくというようなかたちもしますし、それでもやはり、他の先生に意見を聞きたいということであれば、地域連携室のほうを通して、次の病院、セカンドオピニオンを受けるというかたちで対応ができるようなかたちで、医療機関のほうは、大体は調整をしてくれているようには聞いています。

(筒井委員) わかりました。

よろしいでしょうか。セカンドオピニオンを受けたいんだけど、やはり、それが言えないというような、割りとパーセンテージがあったように思ったので、そういったところで、例えば相談センターがあるとかいうようなことをご存知の方は、すぐいらっしゃれ

るかと思うんですけど、あまりご存知ない方にとっては、やはり、その患者満足度としては下がる部分があるかと思えますので、そのあたりの周知を何か具体的にさせていただければ、患者側としては、とても安心ができるのではないかなと思います。

以上です。ありがとうございました。

(会長) ありがとうございました。

そのほか、この3つの領域についてご意見、ご質問等ございますか。ちょっと予定している時間を過ぎておりますので、無ければ一旦ここで、この3つの領域についての審議を終わらせていただきまして、次は、基準病床についての審議になります。

基準病床について事務局から説明をお願いします。

(医療政策課) 医療政策課の原本と申します。

自分のほうから、医療計画の基準病床についてご説明させていただきます。座って説明させていただきます。

まず、事前に資料として送付させていただきました資料1につきましては、基準病床の部分が空白のまま送らせていただいております。本日、追加資料の1の中の1ページ目をお開きいただけたらと思いますが、今回、その空白だった医療計画案に基準病床の案を入れたもので、今回、配布させていただきます。

ただし、すみません。実際の基準病床の中身の説明につきましては、本日、追加資料2で第7期高知県保健医療計画における基準病床数案についてといったかたちでお配りさせていただいたものでご説明させていただきます。よろしいでしょうか。

では、そちらのほうの、資料2のほうに、1ページ目からご説明させていただきます。まず、一番上にありますとおり、第7期の高知県保健医療計画における基準病床につきましては、国が定める算式等に基づきまして、病床の種別、一般、療養、精神、結核、感染症ごとに算定を行っております。

今回、特に療養病床の基準病床の設定につきまして、介護療養病床が、今後、介護保険施設等への転換といったことや地域医療構想といったことを踏まえまして、算式のほうが、大きく変更が行われております。

その下にいきまして、まず、療養病床、一般病床についてになります。

こちらにつきましては、中段の3ページを見ていただけたらと思いますが、こちらの算式にありますとおり、国から示されたこういった算式に基づきまして、①の部分です。性別年齢別人口に実際の入院受療率をかけまして、入院患者数といったものを算出します。そこから、その他の病床以外で、施設等で対応できる部分ということで、そういったものを引いたうえで、③につきましては、こちら、医療圏ごとに設定しますので、そういった医療圏ごとの流入の動きというのを加味したうえで、最終的に病床の利用率でその数値を割り戻して病床数を算出するというかたちになっております。

今回、この療養病床につきましては、その算定式の下の部分にあります。変更点、大きく二点の変更点があります。※印の1を見ていただけたらと思いますが、まず、前回、第6期では、介護老人保健施設等と一体的に算定していたものを、一体的に算定した入院、入所率といったところを今回は、療養病床に限った入院受療率に見直しを行っております。

その下、※2になりますが、もう一点は、介護老人保健施設等の定員数としておりました介護施設等対応可能数につきまして、現状は、地域医療構想への整理や先ほども説明させていただきました介護医療院等への転換といったことを加味して、在宅医療や介護施設で対応可能な数とし、在宅医療対応可能数に見直しを行い、これを差し引くようなかたちで算定式が変更になっております。

続きまして、2ページ目をお開きいただけたらと思います。

2ページ目の中段に、一般病床についてとありますが、一般病床につきましては、特に第6期から大きな変更はありません。数値等は更新されたものを使っておりますが、算定式の部分、見ていただけたらと思いますが、①の部分で、性年齢別の人口に一般病床の退院率を乗じまして、それに平均在院日数を掛けるというかたちです。ここで患者数を推計し、先ほどと同じように医療圏ごとの患者流出入を反映したうえで、最後に病床利用率で割り戻し、一般病床の病床数を算定していくといったかたちになっております。

そういったかたちで、療養病床と一般病床の算式に基づいて計算を行ったものが、この2ページ目の一番下に表になっておりますが、高知県枠、県全体の計算式の部分になっております。先ほどの①から④のかたちを反映させていただいたうえで、療養、一般、計算したうえで、この表の一番右側を見ていただけたらと思いますが、合計の部分ですね。高知県枠としましては、今回、7184床といったかたちで算定が行われております。

続きまして、この3ページ目をお開きください。先ほどのかたちで、第7期の案、7184とありましたが、この数字について、どういったものかというものを整理した表がこちらになります。一番上の表になります。

第6期と比較しますと、今回、7期の案につきましては、この数字の下にあります。前回より1219床減少といったかたちで算定されております。減少理由、下に書かれておりますが、大きな理由としましては、そもそも算定の一番最初の根拠の県の人口自体が減少していることと、変更点の中でご説明しました受療率の入院入所受療率が、療養病床の入院受療率に変更されたものが影響しているものと考えられます。

そういったかたちで、県全体の基準病床数といったものを算定したうえで、続いて、この下、(4)で保健医療圏ごとの基準病床案について調整したものについてご説明させていただきます。

先ほどの県全体の数字がありますが、その県全体の数字の枠の中で、患者の流出入の状況を見まして、各圏域ごとの病床数といったものを設定することができるとなっております。その中で、毎年、計画の前々年に、患者のこういった動きをしているかといったことを県が調査を行っております。患者動態調査といったものを行っております。それを反映

したうえで、各医療圏の病床数、調整させていただいておりますが、その調整の考え方を、この下、書かせていただいております。四角囲みの中になっております。

まずは、療養病床についてになります。療養病床につきましては、四角囲みの中ですが、例年、第6期も同じですが、患者は各住所地で見るといった考え方のもとで、患者流出入を反映せずに各圏域の基準病床を設定するといったことになっております。第7期につきましても、この考え方と同じようなかたちでやらせていただいております。

続きまして、下、一般病床についてになります。一般病床につきましては、先ほど説明したとおり、患者の流出入を踏まえて各圏域の基準病床を設定することとなっており、マルのひとつ目ですけれども、第6期、例年の調整方法につきましては、先ほども説明しました調査の患者流出入の割合の3分の1を反映しております。ただし、今回、マルの2つ目を見ていただけたらと思っておりますが、第7期、今回の調整方法としましては、若干変更を行いまして、昨年、地域医療構想を策定した際に必要病床数というかたちで整理させていただきました。

その際に基本は、やはり患者住所地ベースといった考え方のもと、一部、回復期は調整しますが、流出入の調整をせずに、基本は、患者住所地で見るといった考え方を示しました。そういったことと整合性を取るために、7期につきましては、その流出入の反映割合を3分の1から4分の1に減少させたいという案で、今回、基準病床数の案を策定しております。

4ページ目をお開きください。そういった考え方のもと、4つの保健医療圏別の基準病床数案を表にしたものが、こちらの表になっております。まず、安芸医療圏につきましては、真ん中に基準病床数とありますが、第7期案としましては500床となっております。右にいただけたら、第6期が436床でしたので、今回、安芸につきましては、6期と比較しますと64床の増となっております。また、既存病床数を見ていただけたらと思っておりますが、531ですので、31床の過剰ということになっております。

続きまして、中央区域になります。第7期案につきましては5088床になっており、第6期が6370床ですので、マイナス1282床となっております。こちらについても既存病床数が11662床ですので、その差は6574床となっております。

高幡区域につきましては、基準病床数619、第6期との差は約30床の増となっております。こちらにつきましても、既存病床数は780ですので、その差は61といったことで病床過剰となっております。

幡多区域につきましては、基準病床数、第7期は977、第6期が1008なので、マイナス31床となっております。こちらにつきましても、既存病床数1530ですので、553の過剰地域となっております。

基本的に、今回のこの案でいきますと、安芸と高幡が、第6期より増加しているといったかたちになっております。先ほどの説明のとおり、反映率を、流出入の反映率を4分の1に減らしましたので、流出入が大きく起きている部分につきましては、患者住所地ベー

スということで、第6期よりは多くなっているということで、安芸、高幡は多くなっております。

それと、そもそも、流出入の割合が、特に安芸区域につきましては、あき総合病院が、今回、稼動し始めた部分で、その流出入の割合自体が若干減少しておりますので、そういったことも今回、この改善した部分の影響であると考えられます。一番下の※印の部分ですけれども、今回、4区域とも現段階では、基準病床数の設定で、どの区域も病床過剰地域となっております。

続きまして、5ページ目をお開きください。精神病床の算定についてご説明させていただきます。精神病床につきましては、地域の精神保健医療福祉の基盤を整備することで、1年以上の長期入院患者のうち、一定数は地域への移行が可能となることから、第7期の保健医療計画と同じく、平成30年度からとなります第5期障害福祉計画と連動するように、その計画の最終年度であり、今回、精神疾患分野の目標値でもあります平成32年度末の精神病床数における入院需要、入院患者数と整合性を図るよう見直しがされております。

第6期の保健医療計画では、国の目指す1年未満退院率76%以上、1年以上退院率29%以上を前提として、基準病床の算出される計算式となっておりますが、今回、第7期の保健医療計画では、この中央にもありますとおり、入院需要の考え方の部分なんですけど、急性期、回復期、慢性期の入院需要につきまして、単純な将来の入院需要の推計から、政策効果を差し引いて設定される入院需要の目標値を使って算出される計算式となっております、第6期と比べて、より実態に即したものとなっております。

一番下の表の部分を見ていただけたらと思いますが、そういった変更に基づき、新しい算定式により算定されました精神病床の基準病床数につきましては、最終的には、第7期は2987床となっております。

こちらにつきましても、かなり一般病床とは違い、増となっておりますが、増減理由の部分にもありますとおり、その算定式自体が根本的に見直された部分で、そういったことが影響されていると考えられます。なお、一番下の部分で基準病床数、ありますとおり、既存病床数自体は7期案よりも多いですので、精神病床につきましても病床過剰となっております。

続きまして、6ページ目をお開きください。結核病床と感染症病床についてご説明させていただきます。まず、(1)結核病床についてです。こちらの1の下にもありますとおり、結核病床につきましては、下記、算定式がありますが、それを参考に地域の実情に応じて知事が定めるとされております。今回、第7期の結核病床につきましては、こちらの資料の算定式を参考としつつ、最終的には直近の結核病床の稼動病床数を確認しまして、年間を通して一番多かった月の実績をもとに26床、この表の中の第7期案ですが、26床というかたちで設定させていただいております。

第6期と比較しまして大幅な減少となっておりますが、第6期につきましては、前回の

議論の中で、その当時、高齢化の影響がかなりあるのではないかという議論もありまして、第5期から病床の見直し自体をしなかった、そのまま数字を使わせていただいたということがありましたので、それが、今回は算定式を参考にしつつ実績を踏まえたかたちで算定しているため、減となっております。

続きまして、(2)感染症病床についてになります。こちらにつきましては、第6期からの結論を言いますと、変更はありません。四角囲みにありますとおり、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関といったかたちで、割り振られる病床数というのは決まっております。本県につきましては、11床というかたちで、その内訳につきましては、一番下の表の中の一番右下の部分になります。医療センター2床、第二種の部分でも医療センター6床ありますので、8床プラス幡多けんみんで3床、計11床というかたちで設定させていただいております。

以上で、自分からの基準病床数案の説明となります。

(会長) はい。ただいまの基準病床数の説明部分について、ご意見、ご質問等ございますか。

私から、数字がこれ、ミスタイプじゃないかと思うので確認しますが、今、説明があった追加資料の2の3ページですね。3ページの県全体の基準病床数という一番上の表ですが、この表の3行目の一般病床ですが、第7期案5594となっておりますが、第6期が5504なので、これ、差が、マイナス90、△90となっておりますけど、この数字だけ見ると、第6期の5504から第7期は5594、90増えていますけど、これ何か、ミスタイプじゃないですかね。

療養病床と合計のところを見ると、第7期の数字は第6期よりも随分下がっていて、差がマイナスだっていうのはわかるんですが、一般病床だけ、これ、5504という、第6期の数字から、5594ですね。

(事務局) おっしゃるとおり、ミスタイプです。

(会長) これ、正しくは？すぐ出ない？

(事務局) マイナス1309プラス90で、合計は1219床、マイナスということで。

(会長) これはいいんです？

(事務局) △が間違いです。これはプラス90と、プラス1.6%ということになります。

(会長) これはプラスということですね。

(事務局) はい。

(会長) マイナスじゃない。わかりました。

だそうですので、はい。本質的なことでは、本質的じゃないと言ってはいけない。議論の大きなことには関係ないことでしたが。

いかがでしょうか。

では、吉川委員、どうぞ。

(吉川委員) 素朴な疑問なんですけども。

これは結果として一般病床がちょっと増えて、療養病床がこんなに減るというのは、数式に、今の算定式によってこうなったわけですけども、これって何か数字が決まれば、もう、どうにもならないけど、大丈夫なんですかね。なかなか在宅医療等に対応可能数というのが、なかなか、それぞれの調べた結果の、在宅、いけそうだという判断と、実際の患者さんを見たら、いけそうでないという人がいっぱい居たと思うんですけども、そういう。これ、基準と、計算式だったら、そうでいいんですけども、どういう影響が出るのか、心配なんですけども。

(事務局) 基準病床数というのは、あくまで病床整備にあたってのアップの基準ですので、いずれにしても基準病床数がこの結果として下がりますけど、現状でも病床過剰ということですので、その状況は大きくは変更はありませんので、この数字自体にあまり大きな意味を持つ必要もないのかなと思います。

(会長) では、宮井委員、どうぞ。

(宮井委員) すみません。ちょっと整合性を教えていただきたいんですけど、ここでいう一般病床と療養病床の合計が、第7期なんですけど、地域医療構想の中の高度急性期と急性期と一般と回復期というものの中の、一般病床は高度急性期と急性期と捉えて、ここには回復期はないということだけを考えたらよろしいでしょうか。そういう捉え方でよろしいでしょうか。

(事務局) 制度上、おそらく先生方、皆さん、混乱されておられると思います。

基準病床数制度という場合は、いわゆる病床区分ですね。一般病床、療養病床、これと合算で全体の病床整備の上限を決めるという、これだけのことです。

一方で、昨年、制定した地域医療構想における必要病床数は、2025年における高度

急性期から慢性期までに区分した病床の必要量という意味ですので、基本的に概念が違います。当然、その算定する時点が違いますので、数字が異なるということ、これはこれである意味、合理的だろうと思います。それと、算出の仕方がかなり異なりますので、出てきた数字に一定の乖離が出てくることになります。

ご質問のあった一般病床は高度急性期か急性期かということについては、現状の病床機能報告との対比で考える必要があるのかなと思います。療養病床の大半は、基本的に慢性期として報告されていますけども、一部、回復期リハビリテーション病棟などで回復期として選択されているものもある一方で、一般病床でも診療報酬上の特殊疾患病棟など、慢性期と報告されているものもありますので、そのへん、一般、療養の中でも一概にどうということとは言えない。

ただ、一般的には、一般病床は急性期を指すものであって回復期は指しません。療養病床は慢性期だという考え方。その間に回復期が双方に跨がっているというようなイメージでよろしいかと思います。

(宮井委員) ありがとうございます。わかったような、わからないような。

でも、課長が先ほど、これはこの数字というふうに認識をとということなので、むしろ、私達が気にするのは、2025年の、その病床の二次医療圏ごとのほうを気にしたほうがいいんでしょうか、ということばかり気にしてきたんですけど。

(事務局) 病床規制には2つあって、1つは、この基準病床数制度でいうところの総量規制ということと、地域医療構想における必要病床数は、さらに細分化して、高度急性期から慢性期まで、事実上、それぞれ医療圏ごとに上限を設けていますので、現実には、例えば、病床機能を転換しようとしたら、結果的に急性期で報告することになってしまうので、地域医療構想調整会議を開催して調整が必要になってくるということが、今後、かなり出てくるかと思います。

特に、急性期と慢性期は、全ての圏域で既存病床数が上限を超えていますので、回復期への転換ないしは介護施設、介護医療院などへの転換を、以外の転換が見込まれる場合は、調整が出てこようかと思います。

ということで、先日も、中央区域の調整会議を開催して、高北病院が療養病床から一般病床に転換する。すなわち、病床機能上は急性期になりますので、そのことの是非に関して調整、ご議論いただいて、一応、良とされてきたということになりますので、現実には、純粋に病床を増にしたりとか新規に開設ということは、現実にはほとんど無かろうと思われまので、むしろ、地域医療構想における病床機能の分類の変更による調整が多くなりますので、宮井委員がおっしゃるとおり、地域医療構想の必要病床数のほうに注目していただいたほうがいいかなと思います。

(宮井委員) ありがとうございます。

(会長) そのほか、いかがでしょうか。

野並委員。

(野並委員) 3ページの保健医療圏ごとの基準病床数に関することで教えていただきたいんですが、患者流出入を反映させずに、という言葉の意味というか、現実には、現場におりますと、かなり流出、流入ですか、中央なものですから、感じておまして、その理由というのは、結局、子ども達が市内に住んでいるということで流入を感じることはあるんですが、これは、あえて要らないと、慢性期、療養病床を反映させずに、というような何か計算上の、何かそういうことがあるんでしょうか。それとも、それほどの量じゃないというふうな感じ、そこをちょっと教えて。

(事務局) やはり、地域で必要な病床は地域で確保するという精神に基づいてということでありまして。昨年、地域医療構想を策定した際にも原則として、急性期、回復期、慢性期については、患者住所地ベース、即ち患者流出には反映させないというかたちで病床数を算定しました。

現実には、療養病床も中央医療圏の流入が非常に多いかと思いますが、この現実をそのとおりに算出すると、高幡と安芸の基準病床数が大きく減少するということになります。やはり、母集団として病床数が少ないところで現実に即し過ぎた算定をすると、結果として、病床の、現実的に病床の不足感が生じた場合に乖離が大きいと何らの対応もできなくなるということもありますので、やはり、地域で必要な病床は地域で確保すべきという原則に基づいて算定したということ。これは現行の第6期、その前の第5期も同様に算定しております。

(野並委員) ありがとうございます。

もちろん、そういうことであると、希望的な部分があると思うんですが、ただ、現実と乖離していくという、そこをどうというふうにとらえていくかということ、どんどん、それは、こうあってほしいというものと現実が益々というのは、いかなものかというところだと思う。

いや、だったら、もうどこかへ、何とか病院を東へ移しちゃおうとかということが、しなきゃなんないわけで、これは、どう、よくわかるんですけど、そうなんだろうと思いますが、これだと、ちょっと本当に、どんどんおかしくなってしまうというあたりについて疑問を感じました。以上です。

(会長) 細木委員、どうぞ。

(細木委員) 一番最後のページなんですけど、6ページの結核病床の話なんですけど、結核というのは、例えば、学校だとか集団で、会社とか色々なところで集団発生を大変多くすると思います。1人、2人というよりずっと多いと思うので。

そのような場合に、60床あったのを26に本当に減らしていいのか。結局、慢性の排菌患者が、どうしても何人かここに入っているわけですから、集団があった時にちょっとまずいんじゃないかと。もうちょっと置いておいたほうがいいんじゃないかなというような気がしますけど。

全国の発生の、集団発生のチェックをされて、これを、根拠があってこれをしたんでしようか。

(事務局) 医療政策課、原本です。

今日、結核の病床の担当課が不在ですので、自分のほうから回答させていただきますが、その課のほうから聞いている話ですと、どちらかというとなら26床は維持しなきゃ、最低でも絶対維持しなきゃいけないといった病床数として今回、設定させていただくといったところで、一応、直近27年度の実績も加味しつつ、あと、昨年度、平成28年度に結核予防計画といった本体の計画がありまして、そちらのほうで関係の委員さんも含めて議論した中で、この数字でいこうというかたちで決まったものと聞いております。

(細木委員) 実は私、結核病棟をずっと大学で持っていたことがありまして、排菌しているのを絶対に一般病棟に置けないんですよ。近くにも置けないんですよ。もう危なくてしょうがないので。その点から言いますと、結核病棟としたものは、ちゃんと常に確保しておくというのが、リスク管理にはとっても大事だと思います。

(会長) 田中委員、どうぞ。

(田中委員) ちょっと私、勘違いしているかと思ったんですけど。

この数字は、これはこれに減らせという数字じゃないんでしょう？計算式に当てはめると、これだけでいいといいますか、これだけですよという。

実際には、これ以上たくさんありますから、もうこれ以上は増やせませんよ。26床でいいんですけども、それプラス61あるんですかね。ですから、新たに、ここに結核病床を建てようとしても、それはダメですよというふうな意味合いでの単なる数字だけのことじゃないんですか。

(事務局) 先ほど申し上げたように、一般療養の場合と同じで、病床整備の上限ですので、一定の線引きを行うための数字です。

田中委員がおっしゃるように、26床を超えて結核病床を整備することはできませんということで、減少目標ということではありません。これは、医療計画制度ができた昭和60年以降、この考え方は変わっていません。

ですので、現在、87床ありますが、現実には月平均の入院患者数を見ると、合計しても20数名程度であります。適正な病床利用率で、割りからすると、当然、26床より多くなりますので、一定、その程度の病棟は必要だろうと思いますが、現実には87床。この中には、現実には稼動していない病床もありますので、一定、今後、病床の整理が進んでいくだろうとは思いますが、この26床に減少させるべきという目標設定というものではございません。

(会長) 田村委員、どうぞ。

(田村委員) 4ページの、ちょっと私が聞き漏らしたのかもしれませんが、医療圏別の診療所数とありますけども、その右の欄に必要病床数とありますよね。必要病床数と基準病床数とは、どう違うんです？必要病床数はどういう計算で、こういうふうに出てきたのか、そのへんをお伺いしたい。

(事務局) 先ほども説明しましたように、必要病床数というのは、地域医療構想における2025年における病床の整備量ということで、高度急性期から慢性期までの病床数をそれぞれの圏域で合計したものでございます。

それについては、資料3の81ページに出てきています。現実的には、この4つの区域ごとで必要病床数自体は、この病床機能ごとで運用していきますので、この合計数自体は、機能的にはあまり意義を持たないんですけども、基準病床数との対比ということで、今回、掲載させていただいております。

(田村委員) だから、必要病床数があれば基準病床数なんか要らないんじゃないですか。

(事務局) ここは、制度上、ややこしいところですけど、この必要病床数というのは、2025年での必要量ということで、病床機能ごとに区分して、それ以上、転換しようとして、例えば、急性期に転換をしようとした時に制約がかかるというもので、基準病床数は、この計画策定時において、これ以上、病床を整備できないという一般病床、療養病床合計での病床の上限ということですので、運用する目的がちょっと異なってくるものであります。

必要病床制度が後から追加されましたので、ちょっとややこしいんですけども、これ以上、病床を増加できるか、または、新たに病床を設置するかということができるといふことの基準については、この基準病床数でもって運用していくということになります。

(田村委員) 全ての医療圏で基準病床数はオーバーということで、これ以上、病床の新設は不可と、もちろん、ここに書いていますけども、ここにそれぞれの医療圏で、安芸は31オーバーと、中央なら6574という数字が出ていますけども、この数字は、基準病床数に努力してできるだけ近づけてほしいという希望的観測の数字ではないんですか。

(事務局) そのようなメッセージは、この数字には入っておりません。

プラス31ということは、例えば、中央医療圏プラス6574床ですので、6575床減らない限りは新たに病床設置することはできません、というだけの意味の数字であります。

(会長) よろしいでしょうか。

時間が、本日の予定が8時半近くなくなっていますが、コアの部分の審議はここまでするんですが、この基準病床に関して、何かそのほか、ご質問、ご意見ございますか。

時間をかけて審議するけど、一体この数字はどんな意味を持っているか考えると、よくわからないところが。とにかく、病床を増やせないということの根拠にしか使えない。何かそれを一生懸命、複雑な計算式で計算しているだけのことですが。

国が定めた方針で値を出すことは求められるのでやむを得ないところがありますが、よろしいですかね。

そうしますと、あと、事務局の方から説明を受けないといけない資料が若干残っておりまして、これまで審議を、前回までで審議が終わっているところについての、ある程度改定が終わっているものの紹介と、あとは、国からの指示で加筆を求められた項目があるということで、その部分についての説明を、ちょっと時間が予定を過ぎていますので、手短かに説明をお願いいたします。

(医療政策課) 医療政策課の横川と申します。

簡潔に説明させていただきますが、事前に委員の皆様には計画の修正版についてお配りさせていただいておりましたが、時間の都合もありますし、手短かに三点、説明させていただきます。

まず、私のほうからは、医療提供体制の充実の項目のうち、医療の情報化についてご説明させていただきます。資料3、第1、2回評価推進部会提出の計画(案)の修正、更新について、こちらの資料の12ページをお願いします。

第7期計画においても、引き続き、情報化による医療連携が重要であることから、遠隔画像伝送システムに加え、平成27年度に高知大学が運用しております在宅に関わる多職種間でのメッセージや写真の画像等の情報を提供閲覧することで、リアルタイムで情報を共有することができる医療介護連携情報システムについて新たに記載をしております。

また、今後、整備予定といたしまして、高知県医療情報通信技術連絡協議会が平成30年度から構築を予定しております、医療機関や介護事業者が電子カルテなど医療情報等を双方向で共有することができる地域医療情報ネットワークシステムを、また、さらに、平成29年度から31年度にかけまして、県からの支援によりまして高知大学が構築しております県内の医療機関の空床情報等を検索することができる医療機関連携情報システムについて記載をさせていただいております。

以上でございます。

(医療政策課) 医療政策課の金子と申します。

私からは、新しく第9節の高齢化に伴い増加する疾病対策についてご説明いたします。座って失礼いたします。

追加資料の1になります。その7ページからご覧ください。

第7期医療計画の医政局長通知で、今回、高齢化に伴い増加する疾病として、フレイルとかロコモ等が追加されております。まず、現状と課題の整理といたしまして、高齢化の現状、これは先ほど、在宅医療のところの説明しましたところからの抜粋となっております。

そして、8ページをご覧ください。ここの章では、フレイルを中心としまして、その概念の中にロコモですとかサルコペニア、頸部骨折というところを概念の中に含めまして、整理の都合上、記載しております。また、この章の1番の趣旨としましては、まだ、フレイルとかロコモができて、新しい概念ですので、それを県民に伝えるというところをまず第一としております。

8ページの2のところ、まず、フレイルの概念というところを整理させていただいております。身体的のみならず、その概念イメージ図になりますが、精神心理的なフレイルですとか、社会的なフレイルも含めたフレイルの全体イメージを共有するような内容としております。

また、9ページからは、それぞれ、これは身体的フレイルの視点で、ロコモティブシンドローム、サルコペニア。

また、10ページにいきますと、大腿骨、通知のほうでは頸部骨折でしたが、ここでは近位部骨折として記載しております。また、(4)として誤嚥性肺炎についてということも記載しております。

12ページをご覧ください。最後のページになります。対策といたしまして、身体的フレイル等への対策とその他フレイルということで分けてございます。これの内容といたしましては、第7期介護保険事業支援計画から抜粋して、まとめておるものになります。大きく介護予防の推進、栄養状態の改善、口腔機能の向上という三点を上げさせていただきました。

2番の、その他のフレイルにつきましては、精神的フレイルについては、特に認知症の

点での取り組み、また社会的フレイルについては、地域福祉支援計画に基づいた対策という記事を記載させていただきました。私からは、以上になります。

(医療政策課) 医療政策課の原本と申します。

自分のほうからは、第1回で項目として説明させていただきました地域医療構想の部分につきまして、若干修正と追加の項目がありますので、説明させていただきます。

資料、飛び飛びで申し訳ありません。資料3のほうで、第1、2回の評価推進部会提出の計画(案)の修正、更新についての71ページからが地域医療構想の部分になりますが、時間の関係上、特に大きな部分で、85ページをお開きいただけたらと思います。

大きく新たに追加した項目についてご説明をさせていただきます。こちらに、85ページの5、保健医療計画及び介護保険事業計画で考慮が必要な追加的推計についてとあります。医療と介護の整合性とあります。

こちらにつきましては、第1回の評価部会でも、新たに今回、計画の指針の中で医療介護の連携、整合性をとって策定すべきというところで、先ほども色々ありました地域医療構想の必要病床数の算定の際に、病床ではなく在宅医療等で対応すべきと、需要で整理されたものがあります。そちらにつきまして、国のほうから医療計画と介護計画のほうで整合性を持って整理すべきといった数字が示されましたので、そういったことの中身について、この地域医療構想の中に一枠設けまして追記させていただいております。

時間の関係上、かなりポイントを絞ってご説明させていただきますが、85ページで(1)で、まず、地域医療構想における在宅医療等の推計値のどの部分かといったことをここで、整合性を取るべきには、その地域医療構想の数字にはどの部分かといったことをここに記載させていただいております。

この下に四角囲みであると思いますが、この①から④ありますが、これが地域医療構想の際に在宅医療と整理された4つの項目になりますが、結論を言いますと、この中の②療養病床の入院患者のうち、医療区分1の70%と地域差解消分といったものが、今回、医療計画で整合性を取るべきと言われていた数字になります。

飛び飛びで申し訳ありませんが、86ページをお開きいただけたらと思います。先ほどの、四角の中にあつた4つの項目の数値の必要量の合計数というのが、この一番上の表がありますが、在宅医療等の必要数というところで、一番左側に県計で11909とありますが、これが、この数字になっております。先ほどの結論を言いますと、②の数字ですと言ったのが、この中の②療養病床分とあります。県計のところは3706の部分になります。こちらについて、結論を言いますと、両計画できちっと整合性を持って対応を考えていくべきと示されたものになっております。

また飛びますけども、86ページの一番下の表を見ていただけたらと思いますが、先ほどの病床、療養病床の②の数字というのは、地域医療構想の際に出した数字ですので、平成37年の数字となっております。今回、医療計画、介護計画で量を年度整備すべき年度

というのは、こちらの表を見ていただけたらと思いますが、真ん中、平成35年、こちら、医療計画、平成32、介護計画となっております。

そちらの数字に、この地域医療構想の数字を割り戻すため、今、現状、医療計画、介護計画、30年度から動き始めますが、37年まで8年間あります。等比按分的に徐々に伸びていくといったかたちで計算しますと、35年につきましては、整理すべきなのは8年かかるうちの35年目までなので8分の6、平成35の下に×8分の6と書いてあります。32年については、3年後ですので、8分の3といったかたちで、両年度の数字を出しております。

こちらの数字につきまして、また、飛び飛びで申し訳ありませんが、87ページをお開きいただけたらと思いますが、(3)で、その追加的需要に対する対応ということで、こちらを上から色々書いてありますが、3行目をご覧ください。

大きな対応としましては、「まずは」のところから見ていただけたらと思いますが、高知県、療養病床、多いです。今後、介護医療院等への転換とありますが、まずは、療養病床から介護医療院等へ、介護保険施設等への移行が、こういったものの対応としては、大部分、考えられるといったことを書かせていただいております。

そういったことを加味して、先ほどの追加的需要、35年度分につきまして、中段に調整内容といったかたちで、3つの調整をさせていただいて、一番下に、また表がありますが、左側に35年度の追加的需要とあります。それを大きく3つに整理させていただいております。

まずは、一番左側を見ていただけたらと思いますが、新類型等転換分とあります。これにつきましては、先ほどありましたとおり、要は、療養病床から介護医療院等へ転換する部分といったかたちで見ていただけたらと思います。それを差し引いた部分につきまして、国の示すようなかたちで介護施設と在宅医療分に、介護施設3、在宅医療1で按分させていただいて、35年の追加的需要について、この3つに按分した数字を今回、整理させていただいております。

この数字につきまして、こういった数字を参考にしつつ介護施設で対応するものについては、介護計画等で整理、在宅医療等で対応するものについては、今回、この医療計画の中の在宅医療等で、その数字を参考にしながら整理していくといったかたちで、両計画、整合性をもって整理をしております。

最終的に88ページにいただけたらと思いますが、88ページの一番上には、32年度の追加的需要というかたちで書かせていただいておりますが、これは介護計画分の数字といったことになっております。この88ページ、一番下のところを見ていただけたらと思いますが、一点、留意事項がありまして、ただしの部分からになります。

今回、その転換分につきましては、実際、今年度の10月に医療機関に向けて、介護医療院等に転換する病院、どれくらいありますか、といったところで調査をさせていただきました。ただし、現状、まだ介護医療院の報酬等とか、そういったところが未定の時期に

調査させていただきましたので、大部分が、現状では、まだどうするかわからない、未定といった回答をいただいております。

ですので、今回、今後ですね、実際に30年度から動き始めますので、そういった実際の動きを見つつ、必要があれば、そういった数字も見直しが必要があると考えております。

以上で、説明を終わらせていただきます。

(会長) ただいまの説明について、ご質問等ございますか。

よろしいですか。

そうしましたら、全体を通して何か、この場で是非発言しておきたいこととか、いかがでしょうか。

時間が過ぎてしまいましたので、もし、あと、お帰りになってお気付きのこと等ございましたら、また電話なりメール、ファックス等で事務局のほうにお伝えいただければ対応が、まだ可能な時間的余裕がございますので、事務局のほうが対応すると思います。

では、審議については終わりです、あと、報告ですね。これも簡単に終わると思いますが、地域医療介護総合確保基金による事業の事後評価について。資料4になりますか。事務局から説明をお願いします。

(事務局) 資料4の地域医療介護総合確保基金による平成26～平成28年度計画事業の事後評価になりますが、こちら、毎年国のほうに提出しているものになります。

平成26年度、27年度は、昨年度までに提出したものの更新ですので、更新箇所は赤字で記載しております。すみません。時間の都合上、説明は省略させていただきますので、またお目通しいただければと思います。

(会長) よろしいですか。

それでは、報告の資料については、また目を通してください。

では、本日の議題はここで全て終わりになりました。時間を過ぎまして申し訳ございませんでした。ご協力ありがとうございました。

ここからあとは、事務局から今後の予定等を含めた説明がございます。お願いします。

(事務局) 事務局の方から2つほどお願いをしたい事項がございます。今日、ご議論いただきました計画案の今後の、今日いただいた意見を加えて修正をしていく必要がございます。その修正ですけれども、日程的なもの、また皆様方にもう一度、ここにお集まりいただくというのは非常に難しいかと考えております。

それで、一旦、修正につきましては、会長預かりとさせていただいて、会長の修正の了承をもって修正承認というかたちに、まずは、していただきたいというのが一点ございます。

もう一点目が、今回の資料に載せております、いわゆる統計とか調査のデータのところです。これにつきましては、まだ一部出ていないものもございますし、また今後、計画が出来るまでに更新が可能なものもございます。できるだけ最新のデータを使っていきたいと考えておりますので、今後そういったものにつきましては、修正のほうをお認めいただけたらと思っております。この二点につきまして、ご承認をいただきたいというふうに考えてございます。

(会長) もう一回、私マイクを取らないといけなかったですね。

今の事務局のほうから提案があった二点ですね。計画案の今後、事務局の行う修正については、会長預かりということにさせていただきまして、会長のほうで点検して、問題なければ了解するというところでよろしいでしょうか。

それから、二点目の最新の統計資料を載せた計画にすることについてもご了承いただけますでしょうか。

では、二点についてご了解いただけたということで、以後は会長預かりで進めさせていただきます。

これで、今後のスケジュールについての説明ですね。

(事務局) 今後のスケジュールですけれども、医療審議会のほうにかけたりとか、パブリックコメントを取る必要がございます。そのスケジュールについて少し説明します。

来年の年開け、1月19日に医療審議会を開催予定しております。ここにおきまして、第7期保健医療計画の諮問を行わせていただきたいと思いますと考えています。その後、意見公募、関係団体の意見聴取、いわゆるパブリックコメント等を行ないます。この意見公募の期間は約3週間ほどを予定してございます。意見公募へ関係団体から出されました意見を踏まえた内容で、来年の2月に医療審議会を開きまして答申をお願いしたいということで考えてございます。

また、その内容を受けまして、2月の議会において報告をさせていただきたいと。3月末には告示を行い、県のホームページ等で公表を行って計画の終了と、計画の策定の終了とさせていただきたいというふうに考えてございます。

また、最後となりますけれども、今後、毎年、計画の進捗管理と評価を行っていく予定としておりますので、どうかよろしく願いいたします。以上です。

(会長) では、今、紹介があったような日程で、今年度の医療審議会への答申に向けた作業が進みます。

どうも、長い時間にわたりまして、ご審議いただきましてありがとうございました。これにて本日の会議を終了させていただきます。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲