

令和元年度第1回高知県地域医療構想調整会議（中央区域 高知市部会）随時会議 議事録

- 1 日時：令和元年10月25日（金） 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：野並議長、伊与木委員、戸梶委員（小松委員代理）、森下委員、島田委員、田中委員、浜口委員、久委員
- 4 欠席委員：小松委員、植田委員、大串委員、国吉委員、福田委員、藤井委員
- 5 高知西病院：山田院長、中路事務長

〈事務局〉 医療政策課（川内課長、宮地補佐、濱田チーフ、原本主幹）

（事務局）それではただ今から、令和元年度第1回「高知県地域医療構想調整会議（中央区域 高知市部会）随時会議」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。私は、事務局の高知県 医療政策課 の濱田と申します。よろしくお願いたします。本会議につきましては、昨年度より、地域医療構想調整会議での議論をより活性化させるため、定例の会議よりメンバーに絞って参加いただくとともに、新たに高知市医師会より推薦いただいた医療関係者のみなさまに委員に加わっていただき、高知市区域の医療体制について、協議を行っていくものとなります。

また、本日は委員の出席については、小松委員、植田委員、大串委員、国吉委員、福田委員、藤井委員の6名が所用により欠席となっており、小松委員の代理として、全国健康保険協会高知支部の戸梶業務部長 様に出席いただいております。

なお、議題2の説明のため、公的医療機関である高知西病院より、山田院長 様、中路事務長 様 にもご出席いただいております。

また、申し訳ありません、当課課長の川内ですが、業務の都合により少し遅れての出席となりますのでよろしくお願いいたします。

本日の議題等につきましては、開催通知に記載がありませんでしたが、次第にありますとおり、報告事項として、公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証について、議題として、外来医療計画についてを追加させていただきます。

また、本日の資料の確認ですが、机の上に配布している資料により進めさせていただきます。資料1（1）公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証について、資料2（2）独立行政法人地域医療推進機構高知西病院における病床機能の転換について、資料3（3）外来医療計画について、資料4（4）医療機器の効率的な活用についてになります。

もし、お持ちでない場合は、事務局までお知らせください。

なお、この調整会議につきましては、公開の会議になっておりますので、会議終了後、

議事録を県ホームページで公表させていただくこととなりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、時間も限りがありますので、早速協議に入らせていただきます。以後の進行につきましては、野並議長よろしくお願ひいたします。

(議長) 議長の野並です。本日はよろしくお願ひします。

それでは、早速協議を進めさせていただきます。まず報告事項に入ります。議題(1) 公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証について 事務局から説明をお願ひします。

(事務局) 医療政策課の宮地と申します。私の方からは、先日来、報道等でもあったと思いますが、公立・公的医療機関の具体的方針の再検討というものが、厚生労働省のほうから対象となる医療機関が公表されています。その経緯と今後の流れについて簡単に説明させていただきます。

公立・公的医療機関につきましては、昨年度までに、この調整会議の中でも議論させていただきましたが、各病院のほうで2025年を目指したプランを作ってくださいまして、それぞれの調整会議のほうで議論をし、承認をし、その内容を国のほうに報告させていただきました。その国に報告された内容を国のほうが、全国、集計したところ、内容として地域医療構想の中で目指している病床の削減であったり、病床機能の転換というか、部分が全然進んでいないと。現状とほぼ同じとなっていたことから、国のほうでは、まず地域の調整会議の中での議論がそれほどされていないのではないかとこの部分が疑義としてあがったということで、まずは、もう一度再検証、議論を促そうという動きとなりました。

それにあたって、どういう方法があるかということについて、国のほうの社会保障審議会の医療部会であったり、地域医療構想に関するワーキングという国の会議の中で内容の検討をし、先日の発表となったという流れになったと。

その内容についてですが、資料1ページのところですが、上段のほうが今年の4月に行なわれた社会保障審議会医療部会での資料になります。下段が6月に行なわれました地域医療構想に関するワーキング。こういった中で国のほうは、まず再検証を促すには、全体をやってくださいというよりも内容を国のほうで具体的に検証し、かつ病院を指定したうえで再検証を促すべきだろうということで、まずは絞るための条件ですね、病院を絞るための条件をこういった会議の場で考えていきました。

大枠としましては、1ページの下段になりますが、四角で囲んでいますA、Bと書いているところですが、Aとして、まずは一点、分析項目、いろんな診療実績の分析項目について診療実績が特に少ないというものがあれば、それはちょっと検証していただくほうがいいということと、Bとして、構想区域内に一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あって、かつ所在地が近接している、類似かつ近接している医療機関、それについては医療機能をどういうすみ分けをするかをもう一度検証していただけたほうがいいんじ

やないかと。この2つの視点で検証しようというのが6月までの中で国のほうでは決まりました。

実際どうしていくかというのが、次の2ページのところで、2ページの上段ですが、これは9月の地域医療構想に関するワーキングの中で、最終的にはこうしようというのが決まりました。

その中で、まず、先ほど言った、A「診療実績が特に少ない」という分析については、ここの括弧の中にありますが、がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9つの領域について診療実績をみよう。その見方として、この資料には書かれていないんですが、それぞれの構想区域の人口によって、当然、実績は変わるので、人口区分が引かれたところで見ましょう。大きくは、構想の人口が100万人以上、それと、50万人以上100万未満、30万以上50万未満、10万以上20万未満、それと10万以下の5つの区分に人口を分けて、同じ医療構想の中で、全国の同じ人口区分の医療構想の中で実績を並べて、下位3分の1については実績が少ないというチェックをつける。かつ9つの領域の全てがその実績が少ないというふうにチェックがついた場合に再検証を要請するというのが、まず一点。まず、こちらのAのほうで再検証を要請しよう。

もうひとつ、「類似かつ近接」という部分ですが、こちらについては、実績が近い。で、実績がほぼ同じ病院が2つ以上ある場合に、その病院が近いかどうかをどう見るかというところで議論があって、最終的には、車で20分以内で行ける病院が近い病院ということとして、その中で類似、それぞれの診療区域で類似になるものがないか。この場合の領域としましては、ここのBの横に括弧がありますが、がんと心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6つの領域でみましょう。類似かつ近接というチェックが入った6つ全てがチェックした場合に再検証をしよう。このAとBの観点で、まず見てチェックをしようというのが9月6日に方法が決まりました。

それを受けて、国のほうで集計したうえで、9月26日に地域医療構想ワーキング部会がありまして、そこで実際に病院名を付けた資料をワーキングの中で示して、実際これでいいということが決定されました。会議での資料となりましたので、公表ということで報道機関にも公表がされて、その翌日に新聞等の報道があったという流れになります。

この26日の部会の中では、その病院名を決めるということと、そのほかのスケジュールについても一応議論がなされました。ここでは会議の資料なので、することとしてはどうかという書き方にはなっているんですが、実際これで決まっているんですが。

まず、2020年9月末までに、再検証が必要となったところについては検証していただく。検証する場としては、各地域の構想調整会議の中でもう一度検証していただく。

一番下にありますが、そのうえで再編・統合等、今と、現状とプランを変えないという場合は2020年3月末、つまり、今年度末までに結果を、結論を得ると。少々の、少々といえますか、再編等、一部変える場合は来年の9月ですが、何も変えない場合は今年度

末の3月末ということで、この考え方の趣旨としては、調整会議の中の議論を活発化するというのと、公的については、もう少し考えてくださいということで、こういうことを考えるということが出されました

その結果ですが、次のページ、3ページに分析結果を載せています。これ、高知県の医療機関、公立・公的の部分を抜粋しておりますが、高知県としましては、まず、Aの診療実績が特に少ないということで、この「●」が入っているのが少ないということでチェックが入ったところです。各病院それぞれどこかがチェックが入っている状況になっていますが、そのうち9つ全部が該当するというのが、佐川町立高北病院さんがチェックが入っていると。

次にB、類似かつ近接というのがチェックが入っているのが、次の横のBですが、この中で6つとも全部入っている病院として、上からJA高知病院さん、高知西病院さん、仁淀病院さん、土佐市民病院さんの4つということで、あわせて高知県内では5つの病院がチェックされているということになります。

先ほども言いましたが、このチェックをする、特にAの診療実績が特に少ないという部分については人口規模で見ます。今回全てチェックが入ったのが中央医療圏です。中央医療圏は、実は、高知市さん含めての人口でいくと50万人超えますので、50万人から100万人の区分のほかの県の調整区域のところと同列で並べられて、その中で下位3分の1なので、50万人を超える地域、ほかのところでは、大きな都市でひとつの市だけで50万人の医療圏を形成しているところもありますので、そういうところと比べられると、ちょっと高知県の病院が、分が悪かったかなという部分があります。

類似かつ近接という部分では、ほぼ医療圏内での部分になりますので、ここは少しチェックが入っている部分については、やはり検討が必要かなというのは私達の受け止めとなっています。

ただ、この発表ですが、この発表を受けて、本来、国では、この検討会が終わったあと、県のほうに、それぞれの各県に正式に通知を出して検証をお願いするという流れになっているんですが、この発表があった後、色んな反響がありまして、まだ正式な通知がされていない状況です。

というのは、各種団体さん、また市町、市町村立の各自治体さんからのいろんな要望もあって、今現在、団体さんへの説明会、市町村立、市町村や県への説明会というのが各地域でまわっている状況です。

団体さんとしては、日赤さんであったり、JCOHさんだったり、JAさんといった大きな団体さんに対する説明会をやります。市町村立の病院については、ブロック単位で説明会をしておりまして、高知県が属する中四国のブロックについては、来週の30日水曜日に岡山で説明会がある予定です。それが大体、多分、一番最後の日だろうと思いますが、それが終わったあと、正式に通知が来て検証が求められるということになります。なので、実は現在、この取り組みは進んでいないという状況になっています。

あと、最後の4ページ目にあるんですが、発表の中で、国は再検証を求めるということでずっと話をできていたんですが、報道発表では、統廃合ということで、そちらの言葉のほうが、かなりインパクトが大きく報道されたということで、それに対する見解というのが9月27日に出されています。

この中では、上の2つ目の、2番の3行目あたりからですね、今回のこの再検証については、高度急性期と急性期機能に着目した客観的なデータを国から提供し、改めてそれぞれの医療機関に対して考えていただく資料とすると。あくまで急性期の部分だけを見ています。それ以外の部分については、まだ国は評価もしていない状態であるということが一点。

それと、3番目のところですが、今回の取り組みは一定の条件を設定して、急性期機能等に関する医療機能について分析をして、必要な病床数等について再検証をお願いするもの。したがって、必ずしも医療機関そのものの統廃合を決めるもの、この指定が統廃合を決めるものでないということと、病院が将来担うべき役割や、それに必要なダウンサイジング、病床機能分化等の方向性を機械的に決めるものではない。

4番目のところで、今回の分析、一部の実施医療実績だけの分析ですので、そこでは判断し得ない診療領域や地域の実情にも関する知見も行ないながら、各地域の調整会議の中で議論をきちんとしていただきたいというのが、国のほうの考え方ということで出されています。

今後ですが、国の通知を受けたあと、それぞれの病院さんのほうに国が、そもそも、これを判定したデータですね。どこの病院と近くで、近接で、かつ診療実績が一緒かという病院名をふまえたデータをもらえるということになっているんですが、これがないと話合いができませんので、それをもらったうえで、病院さんにも、まずは考えていただく、自分のそれぞれの病院さんの中で、自分達のスタンスをどういうスタンスでいくのか、プランをどうするのか考えていただいたうえで、それぞれの調整会議の中で、また議論をしていただくという流れになります。

早ければ11月に通知が出て、もし、調整がつくのであれば、年内、12月くらいに1回目の調整会議、遅くても年度末までには1回というかたちで進んでいくことになろうかと思えます。また何回かお集まりいただくことになると思えますので、そのときは、またよろしくお願いします。

また、こういった事業もありまして、次の議題にあります高知西病院さんの今回の議題についてですが、こちらについては、そもそも、県のほうに実施病院さんから出していたプランが調整会議において合意されたプランなんですが、西病院さんのほうが独自にその内容をもう一度検証して、少し内容を早めにするという部分と、内容を少し変えるという部分を独自に、この発表がある前に決められていた部分がありまして、それを予定としては11月からやっていきたいという、プラン変更したいということがありますので、今回はこの発表を受けた話し合いというよりも、ちょっと前倒しとするプラン変更について

でのプランをもう一度、皆さんにご検討いただき、協議をいただくという趣旨になります。

急性期の部分で指摘された部分については、またデータが、国からのデータが来た段階で、もう一度検証していただくという流れになりますので、そちらのほうは、今日、ご承知いただければと思います。

私からの説明については、以上です。

(議長) ありがとうございます。

ただいまの事務局からの説明につきまして、ご質問、ご意見がありましたら、お願いいたします。

(委員) 高知市医師会のは浜口ですけれど。

ちょっと教えてほしいんですけども。

最後の9月27日に、医政局、地域医療構想の実現に向けてというのがありますが、この9月26日の時には統廃合ではないと。再編等という言葉で、統廃合という言葉は使わないというふうに、その会の時に言っていたそうなんですけども、9月27日を見ると、3のところですね。必ずしも統廃合を決めるものではありませんとかですね、必ずしもという、統廃合ありきみたいにも、逆に言うと聞こえるかもわからないですね。

それと5番のところも、やはり統廃合が必要と地域が判断する場合は国としても必要な支援等を行なっていきますというふうに書かれていますけれども、これはちょっとあれですかね、統廃合という言葉、あと、使っていないですね、基本的に。

(事務局) 26日の会を受けて27日の朝刊では、報道の中で統廃合という言葉がかなり使われて報道発表がされたということで、かなり反響があったことに対して、27日のほぼ夜間にこの通知が、その報道を受けたあとの騒動に対しての見解というかたちで出されています。なので、報道で使われたために。

(委員) つまり、9月26日の時にメディアの方、たくさん来ていまして、その時に、統廃合は使わないようにと釘を刺したようなんですけども、実際に報道でたくさん出て来たわけですね。ですから、逆に9月27日は統廃合という言葉は使わずに出すと思っていたのが、ここへ統廃合という言葉が使われていると、やはり再編等という言葉で書くべきだったと思うんですね。かえってこういったことと、これを見た人が結構不安になったりとかした方がいたかと思います。

それと、もう一点なんですけども、確認なんですけども。

これは病床機能ですね。高度急性期とか急性期とか回復期とか慢性期という数が各病院の判断でされたと思うんですけども、実際、その当時、DPCにも関係もあって、病棟ごとの機能で出しているわけですね。実際には病床機能といって、病棟の中でも急性期の人

もおれば回復期の人もいると。実際、回復期の人がもっと多いんじゃないかとかなり言われているかと思うんですけども、これは、厚労省のほうも、もちろん継承するように書かれているのがあったと思うんですけども、これはいかがでしょうか。

(事務局) その部分については、昨年の随時会議の中でも各県、色々そこを補正するための定量的な指標というのを作ったということがあって、高知県では佐賀県が行なっていた定量的なものを使って、今後そこも一緒に見ながら考えましょうということで随時会議の中でも説明させていただいたというふうに聞いております。

(事務局) 地域医療構想を担当しています原本と申します。

そういう議論もありまして、高知県のほうでも定量的な基準ということで、急性期に隠れているような回復期を見えるようにするというので、独自の基準ということで、それを佐賀県のということで、在院日数のところでひとつの基準を設けて隠れているものを見せるように。今度、病床機能報告の30年度の結果を報告する際に、そちらのほうも客観的に見えるかたちに出させていただこうかなと考えておりますので。すみません。よろしくお願いたします。

(浜口委員) はい、わかりました。

(議長) ありがとうございます。

ほかに。どうぞ。戸梶さん。

(戸梶委員) 協会健保の戸梶と申します。

先ほどの同じ4ページの9月27日、医政局の2番のところで、今回、高度急性期・急性期機能に着目した客観的なデータを提供しているということで、これ以外は、まだ公表していないという話だったかと思うんですけど、これ以外の回復期とか慢性期のデータも出て来る可能性はあるということでしょうか。

(事務局) 今のところ、国のほうで検証しているのは、この急性期の部分だけになります。慢性期とか回復期を今後どうしていくかという方針については、まだ出されていないので、ここのデータが出てくるかどうか、出してもらえるかどうかというのは、まだわからない状態です。

(戸梶委員) はい、わかりました。

(議長) 田中委員さん、どうぞ。

(田中委員) 田中です。

浜口先生の先ほどのご意見、ごもっともだと思うんです。9月27日のこの文書によって、全国的に統廃合の問題が問題になって、非常に各県からの反発の意見が出てくるようになって、今、今度、10月30日でしたか、中四国の説明会が開かれる、これは最後なんですけど、各県で、各地方で色々説明会がなされているということなので、この統廃合の部分については、これからどうなるのかよくわからないところなんですけど。

確かに、東北地方とか、あるいはそちらのほうのところでは、かなりの、かなりではないんですかね、少しのあれで統廃合がなされて、検討がなされているようなところもありますので、この文言が消えるのか消えないのかというのは、ちょっとよくわからないんですけど、高知県のほうは、統廃合も市と県がしてしまいましたので、そのあとの話でするので、高知県のほうは統廃合というあれはどうなんでしょうかね。それはないような気がするんですが、いかがなものでしょうか。

それからもうひとつ、慢性期、回復期については、回復期が足りない、慢性期というようなあれで、急性期の中にいっぱい回復期がありますので、それは、いずれ検証されて、その中から回復期がまだこれだけあるんだと。ですから、少ないというよりも、それはもっと多いはずだという意見が全国で出てきていますので、そのあたりで調整がされてくるんだと思います。

慢性期については、介護医療院ができましたので、慢性期はそちらのほうへ、ほとんど、どんどん、半分以上は移って行くと思いますので、それはそれで、県は、国は、あんまり頭がないんだというような気がしているんですが、いかがでしょう。

(事務局) 統廃合という部分につきましては、高知県はほぼ統廃合できる部分はできている状態です。今回の指摘された5つの病院についても、統廃合といっても統廃合する先がどこかという問題もありますし、そもそもプランとして、高知県ではそれを認めているものですので、ほかと違って統廃合ありきという部分ではないというふうに思っています。

ただ、機能としてどうあるべきかという部分は、ちょっと検討する余地がありますので、機能が今のままでいいかというのは議論させていただけたらと思います。

(議長) ほかに、よろしいでしょうか。

どうぞ。

(委員) 高知市医師会の伊与木ですけども。

先ほど、佐賀県方式というか、去年、そういう議論がありまして、大体そういうかたちなんだろうということなんですけど、やはり高知の場合の、結局、先ほどの高度急性期・急性期機能という表現になると、どうしても900床近くの高度急性期というのは絶対的なも

ので、これ、頭にのっかっているわけですね。

今後、議論するにあたって、今は公立のかたちなんですけども、やはり急性期に、これからどういうふうな展開になるかということも、すごく大きな影響は受けると思うんですね。ですから、今回の公立病院のあり方に関して、結局、急性期だけじゃなくて、その下の回復期の連動性というのがどういうふうになるかというのが、非常に、かえって混乱するんじゃないかなという気はするんですね。

きちんとした質問にはならないんですけども。そういった先送りされた問題点が、やはり、今後、またのぼってくるわけであって、二次の急性期のあり方は高知市内にとってみれば、特に大変な状態であるということは否めないかと思うんですけど。

(議長) よろしいでしょうか。

それでは、報告事項は終了いたしまして、次の議題に入りたいと思います。

議題(1) 独立行政法人地域医療機能推進機構高知西病院における病床機能の転換について。高知西病院から説明をお願いします。

(高知西病院) 高知西病院の院長の山田です。よろしくお願いします。

まず、一番最初に、この順番でお話しされていますので説明したいと思います。今回の議題については、当初の公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証についてということとは全く関係のない話で、再検証については、また後日、話をするということになっておりますので、そこをよくご理解くださいませ。

それから、再編・統合という言葉については、今日の会議次第の2ページのところがございます、最初のマルポツの最初の具体的再検証のところ、再編・統合というのはダウンサイジングや機能の分化、連携、集約化、機能転換、連携等を含むということで、再編・統合という言葉がひとり歩きされておりますので、それは統合だけが目的ではないということをご一般の方、皆さん、委員の方もはっきりわかっていたきたいと思います。

我々の今度の病床機能の転換ということについては、これらのことが発表される前に、地域協議会という、独立行政法人地域医療機能推進機構の法律にもとづく地域協議会というのを我々の管理者と県と市と医師会と地域の医療機関と地域の方々を代表しての話で、病床機能転換、地域包括病棟をベッド単位から病床単位に変換したいということを9月19日の時点で県と市の方々にお話をして、そういうことで、今回、たまたま地域医療の話があつて、病床転換をするのに皆さんと一緒に協議していただくということで、この場に立っています。その三点について誤解のないようよろしくお願いします。

資料の最初の、資料2の見開きのところで、病床機能転換について、地域包括ケア病棟の導入についてということで、病床単位から病棟単位へと書いています。

これは目的としても、急性期の病床を一部減らして地域包括ケア病棟、2ヶ月の入院期間の制限があつて自宅なり施設なりに帰っていただくということになって、決して、病院

です。ずっと暮らしていくとか、そういうふうな病棟ではないんですけれども、国が進めておられる、ほぼ在宅、時々病院ということで、地域に患者さんの皆さんが帰っていただく病棟でございます。そういうことで、国の方針、県の方針も合っているということで進めておりました。

そのことについて、具体的なことについて、数値的なことを中路事務長からお話しさせていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

(高知西病院) 高知西病院事務長の中路といいます。よろしくお願いたします。座らせていただきます。

資料2をご覧ください。先ほど、院長から申し上げたとおり、地域包括ケアの病床単位から病棟単位へということで説明させていただきます。まず最初に、一番最後のページなんですけれども、こちらのほうをご覧くださいと思います。

これは、前回の調整会議のときに、当院の2025プランの一部を示したものでございます。現在の病床数165床。内訳としては急性期病床が106床で、そのうち地域包括ケアの病床は15床でございます。それと回復期病床が59床ということで、この時、地域包括ケアの病床が急性期の中に入っておりましたので、こういうかたちの数値になっておりますけれども、将来的に、2025年度ですけれども、148床にダウンサイジングし、急性期73床、回復期75床。回復期75床の内訳としましては、回復期リハビリテーション病棟が50床、地域包括ケアの病床が25床と。現在の15床から25床に拡大するという計画をいたしました。そういう説明を前回の調整会議の中でさせていただきました。

その下側の欄にスケジュールというところがあると思うんですけれども、当院、建築、築後43年を経過しております、建て替えのプランというものも同時にしてきました。先ほどご説明した2025プランに基づいた建築プランということで計画をいたしました。

内部との調整もありますので、そういったかたちで、若干、このスケジュールからかなり遅れてしまっているんですけれども、今年1月にJCOH本部の病院建て替えの個別会議というのがありまして、その中で病院の整備について基本計画、基本構想ですとか職員の配置、将来の計画等を含めた説明をしたところでございます。残念ながら、十分な理解が得られなくて内容的にも再度検討するようという指示が出されました。

再度検討していく中で、今の病棟機能を見直すということで、資料5ページをご覧ください。

これが新しい病院の概要ということでございます。3の病床数のところの枠で囲んだところでございますけれども、148床は148床なんですけれども、回復期リハビリテーション病床が50床、急性期病床で50床、地域包括ケア病床48床ということで、それぞれ病棟として運用していくということで計画を見直しました。このように地域包括ケア病床を病棟単位で運用することで、施設基準に沿った職員の配置ですとか病棟運営が効率的に

なるということで判断をした結果でございます。

その後、病院建築に関しましては準備をしまいたったわけですが、本部との擦り合わせ、関係部署との擦り合わせもほぼ終わってしまっていて、11月に2回目の個別会議に向けて日程調整をするところでもございました。しかしながら、このたび、再編・統合ということで発表がありまして一旦ストップということになっているのが現状でございます。

資料の1ページに戻っていただきまして、まず、今年度の当初から現時点において職員の配置の効率性を図り、経営的にも有効な手段として地域包括ケアの病棟の運営ということを検討してまいりました。ただ、病院自体古いですので、6床部屋がほとんどあります。大きく病棟の改修工事等ができませんので、低コストで短期間で改修ができるということと病床数をなるべく変えないということ为前提として計画をしてまいりました。

それと、もうひとつですけれども、来年度、病院情報システムという、導入が決まっております。当院、今、電子カルテもございませんので、これを機に導入するんですけども、現在の病院から新しく建て替える病院、移行しないといけないんですけども、その移行がスムーズに行なえるように導入時期に新病院と同じような体制で設備をしたいというところもございます。そういったところから、現病院から病棟単位で運用できないかということを検討してまいりました。

具体的に病床の変更につきましては、3ページをご覧ください。

今現在、5階病棟のところから511号室から515号室、15床の地域包括ケアの病床がございます。この病棟を地域包括ケアの病棟ということで運営したいという計画でございます。ほかの病室を見ますと、6床部屋というのが4つございまして、なかなか面積的に足りないというところもありまして、これを4床にしないといけないところから右側の病床数に変更ということで計画をしてまいりました。

5階病棟だけで計算しますと、現在47床ですが、46床にしかないので、3階病棟59床を60床に増やして、トータルで病床数を合わせるというかたちで改修をいたしました。

2017年、15床を最初、開設したときですけれども、このときの6床部屋を4床部屋に改修をしております。このときにつきましては、空いている部屋といいますか、透析室として4床部屋がございましたので、そこを病床として、病棟として運用するというところで、最小限の15床、4部屋ということで改修工事をしてまいりました。今回もなるべく期間的に短く病棟の運営に支障ないということで計画をしまいたったわけでもございます。

3つ目の経営面についてですけれども、1ページの3番のところをご覧ください。

経営面につきましては、通常の急性期病棟、3階病棟と5階病棟。この中から月に40名程度は地域包括ケア病棟への移行ができるということで検証してまいりました。ご存じのとおり60日以内で退院される方であれば、特に制限はありませんので、そこは可能なかなといったところでございます。

経営面を考えると、どうしても収益を考えないといけませんので、一般病棟の入院基本料、地域包括ケア病棟の入院基本料と比較をし、シミュレーションした結果、少し増となるということも確信しましたので話を進めていったということでございます。

4番でございます。改修費用でございます。費用につきましては、あくまでも簡単に短期間で行なえることということで、6床部屋に関しましては、カーテンレールの付け替え等の工事、それと各部屋を間仕切り家具で仕切ると。これについてはレンタルというかたちをとりましたので、比較的lowコストで改修ができたかなというところでございます。

5番の職員配置、看護師の配置なんですけども、具体的には4ページをご覧ください。

これが現在の各病棟の看護師の配置数でございます。下側が11月から実施しようとしているところの看護師の配置数ということになります。同じ人数で計画をしておりますけども、施設基準上で言えば、看護師の数がもう少し減らせるというところがあります。将来的には、このへんの数、看護師の数も減らし、定期的に人件費の削減を図っていきたいというところもございまして計画をしているところでございます。

最後、6番目でございます。2ページの6番をお願いします。

導入までのスケジュールというところで、この4月から在宅復帰率の70%以上6ヶ月の実績が要りますので、そのへんの実績取り、リハビリ2単位以上に関しましては3ヶ月の実績が必要になりますので、7月から9月までの実績をふまえて、10月に届出をして11月算定開始ということで計画をまいりました。改修工事につきましては9月末で終了ということになっていまして、保健所の検査についても終了しております。ほぼ、準備もできていまして、半年間準備をしてきましたので、あと、施設基準の届出のみということになっております。是非、よろしくお願ひしたいところでございます。

今後のことにつきましては、先ほど、院長も申しましたように、今回の再検証の対象ということで要請を受けたんですけども、地域でのニーズをふまえた役割の検討ですとか診療科の専門性、今の病床から、さらなるダウンサイジングと、十分検討してまいりたいと思いますので、今回の病床に関しては、よろしくご承認のほうをお願いしたいと思っております。以上でございます。

(議長) ありがとうございます。ただいまの説明につきまして、ご意見、ご質問はありますでしょうか。どうぞ。

(委員) 高知市医師会、伊与木です。

地域医療構想、いわゆる急性期から回復期、地域包括ケアと、転換に関しての流れ、役割に関して、あり方としては特に問題はないかと思っておりますけども、いわゆるルールどおりではあるとは思いますが。

一点だけ、やはり先ほどの公立病院のあり方、急性期の機能とかですね。そういったところに関しては、どういうふうな配慮が必要なのかなというか、そういった点に関して、

ルールにはのっかってはいるんですけども、そのあり方としてどうかというところが引っ掛かるのではないかなというのが感覚的にあるんですけども。

(議長) いかがでしょうか。

(高知西病院) ちょっと再確認なんですけど、急性期としての、引っ掛かるところというのをもうちょっと具体的に言っていただければ。

(委員) 公立病院のあるべき姿というところでどうかなという雰囲気、先ほどのお話にもあるんですけど、そのところですね。

ですから、例えば民間であれば、そのところは問題ない、問題はないと言うわけでもないんですけど。そのところのあり方としてはどうかというところは、何となく。いや、反対とかそういうレベルではない、言っているわけではないんです。反対ということではないんです。別にルールどおりは行なっているわけですから。

(高知西病院) ありがとうございます。

公的病院というか、急性期病床をなくすというわけでもなく、減少はしますけども。もともと我々の病院は、リハビリと透析と健診を三本柱にしてやってきました。患者さんが悪くなって治療が必要な場合はできることはやりますけれども、基本的に急性期の大きな病院と密に連絡をとって適宜紹介するなりして返していただくと、そういうふうな連絡をとってやっておりますので、患者さんに不便をかけるということはないと思います。

しかも、普通の地域包括病床と比べて、リハのスタッフが手厚くやっておりますので、必要なときに必要な病棟に移っていただくということも、やはり視野に入れております。以上です。

(委員) ありがとうございます。

(議長) ほかにいかがでしょうか。

すみません、私からなんですけど。私もちょっと以前から思っているんですけど、今、問われているのは、公的病院とは何かという、そもそも公的病院の役割とは何かということを皆で協議しなければいけないわけで、今までこうやってきたからこれでいいというのではなく、公的病院の役割を担えているということをお示しいただいて、というところから始まるのではないかとも思うんですけど。

今、伊与木委員から話がありました。この場合の公的病院というのは、やはり、急性期で、例えば二次救急をしっかりとできているとかということをお願いするようなイメージがあるので、果たして包括ケア病棟を持つということが公的病院の役割なのかということをお

しっかり議論しないと。

経営として別に問題ないわけですから。私も病院を経営していますので。経営方針は全然間違っていないくて、私もそれをやりたいなというくらいで見習うべき経営方針だろうと思いますが、そのことと公的病院であり続けるということは、また違う話になってきて、今、それを問うているわけで。

慢性期のほうに、急性期から慢性期のほうに傾くんだったら、それは、もう私共の慢性期医療協会に入っていて公的病院からおりていただかなきゃならないんじゃないかというところも感じるんですけど、どうなのでしょう。

あるいは、逆に行政にうかがいたいのは、今日はそういう議論をするんじゃないのかもしれないんですが、公的病院とは何を求めているのでしょうか。いかがですかね。

(事務局) 遅れてすみません。健康政策部の川内です。

主としてご議論いただきたいのは、今回の、先ほどご説明いただいたように、急性期が1床増えて地域包括が1床増えて、この過渡期のことではなくて、先ほど来ご議論いただいていると思いますけど。8ページですね。

昨年度、この会で合意をいただいている2025プランですね。2025年度、急性期73床、回復期75床のうち回復期リハが50床で地域包括ケアが25床。これが今回の見直しで、急性期が50床になって回復期が98、合計が148床で同じということですね。地域包括ケアが23床増えるということで、一方で急性期は23床減ということになります。

地域医療構想としての観点だけで申し上げると、急性期が全体として過剰で、回復期は数字上不足ということですので、その方向性には沿ったかたちにはなっておりますが、今回の公立・公的病院のそのプランの再検証にあたっては、民間では成し得ないような医療機能だとか、民間の医療機関を支援する立場で、支援をする機能であるということ。公立病院ないしは公的病院として果たしていただくべき役割をもう一度議論して、そういう機能を明確化したうえで、他の公立・公的病院ないしは近隣の民間病院含めて連携する余地があるのかなのか。あるのであれば、どのようなかたちがとりよいかということをもう一度ご議論をいただく必要があるかなと思います。

今回のプランの見直しということについては、一定、経済合理性の観点から見直しをされたということではありますけれども、今後、厚労省から今回の再検証を求めるにあたって検討したデータの提供も受けて議論いただくこととなりますので、今回の見直しも含めてご議論いただくのか、今回の見直しについては、一旦これを是としたうえで、もう一度、是としたうえで再検証を行なっていただく、そのへんのあたりが今日の論点になっているのではないかなと思います。

(議長) どうぞ。

(委員) 田中です。全日病の高知県支部として出て来ていますが。

これ、表紙は公的医療機関等2025プランの西病院さんのプランということで、本日、出してもらってきているわけですね。私もそのつもりで来たんですけども。

そうすると、この8ページの、将来、2025年度の148床にするという、これはもうご破算にして、今回の165床でいくというお考えのプランということでよろしいんでしょうかね。

(高知西病院) いや、これは今の時点のもので、将来的にはダウンサイジングということですよ。

(委員) そうしたら、この2025年度の148床ということは、まだ生きているということではないのでしょうか。

(高知西病院) はい。

(委員) 確かに、病院が如何に収入を落とさずにやっつけようというお考えは、よくわかるんですが、それを、地域包括ケア病床をガサッと増やして病床をそのままいくというのは、公的医療機関の考え方に、高知県でその考え方で進められると、各公的病院も赤字のところをですね、そういうふうな療養病床なり地域包括ケア病床なりに転換してもかまわないんだというふうなお考えで、地域のほうもどんどん転換されてくるという、我々民間病院にとっては大変な危惧なんですよね。

我々は何も、支援も何もなしで自分のところの収入でもって色々考えて、我々は慢性期医療ですし、また、回復期リハのところだけで頑張っておられる病院もたくさんあるんですけども。

要するに、こういうふうな考え方で急性期を減らしても、その分をこういう慢性期、あるいは地域包括のところでも補っていかうというふうな考え方で公的病院が考えられると、ちょっと私としても違和感を感じるということです。

(高知西病院) 田中先生、ご指摘どうもありがとうございます。

ただ、私共は、独立採算制ですので、そこらへん、よろしく願いいたします。それで、本部のほうからも安定経営ということも、公的病院もそうですし、安定供給しなくて健全経営なしでは運営もできないということで、効率性も含めて断定的に考えております。

(議長) どうぞ。

(委員) 今、ちょっと気になったのは、公立・公的を結構、一緒に言葉を使われていると

ということがあるんですね。今、山田先生、言われたように、いわゆる診療報酬、医療報酬に対して税金が出るというのは基本的なことです。

ですから、公的というのは、先生もご存じだと思いますけど、例えば繰入金等で年間8000億くらいと言われているかと思います。ですから、1病院あたり7億くらい入っている計算、平均すると。それ以外に予定外の繰出金等もありますので、それが2000億か、ちょっと離れたけど3000億くらいあります。いわゆる公的と公立というのは全く別のことだと、そういう意味で考えていただいたほうがいいかと思いますね。

かなり言葉を一緒に使われて内容がわかっていない方が多いので、ちょっとそのへんは、と思います。

(議長) ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

(委員) 医療法人協会の久ですが。

今、浜口先生からもお話、ありましたけど、私も基本的には、さっき野並先生、田中先生が言われたように、病院ですから、当然、収支を考えればあれなので。

民間病院をこういうふうに変えましょうというのは何も問題はないと思うんですが、ただ、今、公的と公立という。

だから、西病院の場合には、そういう意味では補助金をもらっている公立ではなくて公的ではあるかもしれないけど。そうすると、今後、同じようなというか、こういう事例が出たときに、そのところで線引きして考えればいいということになるんでしょうか。

(事務局) つまり、地方公営企業法に基づく一般会計からの繰出しの有り無しだけが議論の分かれ道には、当然ならないと思います。それぞれ法律に基づいての設置がされていますので、その法律に基づいた役割というものがあろうかと思います。そこが、その一般の民間病院とは若干異なる部分はあると思います。

今回の再検証にあたっては、公立病院であれ公的病院であれ、先ほどと同じ話になりますけども、民間医療機関では十分果たし得ない医療機能をしっかり地域で担っていただく必要があるということと、逆に民間病院と機能が重複している部分が、もし、あるのであれば、そこは他の医療機関との役割分担、また、その機能連携などを行なう余地はないかという検討は必要になってくるかなというふうに考えますので、そのことについては、公立・公的での如何には関わらずということになるかと思っています。

よく枕詞的に言われる公立病院は補助金が入っているからということについては、これは開設者として医療収益でもって、医療収益で対応することのできないコストについて、一般会計から繰り出しをするということが法律的に認められたものですから、赤字補填とまた異なります。開設者としては病院の機能を維持するために行なうということですので、その自治体側が、ほかの医療機関には補助金を出していないけども、この公立病院には補

助金を出しているということについては、若干の認識の誤解はあるかなとは思いますが。

その一方で、公的病院をある意味弁護するような言い方になるかもしれませんが、先ほど、山田院長が言われたように、地域医療機能推進機構においては、運営にあたっての本部から、運営に関する交付金というものは基本的にないと思います。ほかの公的病院も開設主体によって若干違いますけど、運営費に関して一定の資金は交付されているような例は、国立病院機構の基金、少数であるとは思いますが。

以上です。

(議長) ありがとうございます。

ほかに、どうぞ、田中さん。

(委員) 公的病院の役割ですよね。役割をよく考えていただいて、民間病院は、かなり圧迫されつつ、いろんな面でダウンサイジングするなり、あるいは、いろんなところへ進出したりして何とか経営を維持していこうと。ある程度の儲けが出れば、ごっそりと税金に持って行かれますので、赤字になれば倒産ということになっていきますので。そのあたりの各民間医療機関の進出したい部分について、やはり公的病院のほうは少し余裕を払っていただいて、民間病院がそのあたりへ進出できるような道筋もつけていただきたいというふうな考えではおります。

(議長) いかがでしょうか。

すみません。今度考えていらっしゃる新病院の建築などに関しても、補助金等の支援はないとう考えでよろしいんですか。いかがでしょうか。

これは、この、今、協議をしておりますけど、これは、この変更に関しては、これで別に問題がなければ進めていくことになるということですか。それとも、もう一度、11月からですか、にしたいというお話がありましたけど。

行政のほうとして、今日この協議の中で結論に至る必要があるのでしょうか。

(事務局) 今回のご提案が合意されるのであれば、11月からのそういう施設基準の届け出を行なってよろしいかと思えます。

そのうえで、このご提案は、今回の公立・公的の再検証を行なう、再検証の医療機関を公表する前に行なわれたたものでありますので、今回、ご了承いただいたうえで、今後、厚労省から再検証に関する正式な通知が来ます。その際、検証にあたってのデータも一緒に付けてくると思えます。

それをふまえて、他の4つの施設もそれぞれの調整会議で再検証の議論を行なうこととなりますので、今後、厚労省から通知があれば、再度、随時会議を開催して西病院さんの再検証、再検証と言いますか、を行なっていただくということになると思えます。

最終的に、その結論が今回の見直し案と同じでもいいのではないかという結論になれば、それはそれでありだとは思いますが、再検証として行なった結果を国に報告しますので、それに耐え得る議論と理論も必要になってくるかなと思います。

(議長) どうぞ。

(委員) 地域医療構想調整会議にこういう問題に出てくるのは、ちょっと僕は違和感を感じるんですけど。

こういう地域包括ケア病棟とかそういうものが、どんどん民間病院のほうに優先的にまわしていただきたいという考えが私の中にありまして、公的病院さんは、やはり、もっと公的な担うべき医療のほうに行なっていただきたいというふうな考えをもっていますので、ここにこういう議題が出てきても何とも仕様がなくて、これは県のほうが了承と云えば、あるいは医師会が了承と云えば、それで進んでいくんじゃないかと。

(事務局) いや、それを言うと調整会議の意味がないことになります。県で決定してはいけないので調整会議でしっかり議論するという。それであると、どの病院が病床削減を行うかを県が勝手に決めていいということになりますから。それを言われてしまうと、先生方の施設に多大な不利益を被ることになりますので、その判断を行政に求められても、それは困ります。

(委員) わかりました。はい。

でも、その法律とか基準に基づいて病院がこうこうこうしたいというふうに言うてくるのは、別にそれを止めるというわけにはいきませんのでね。何とも言い様がないんですけども。

そもそも、こういう民間、私は、こういうものは民間病院が担っていくべきものなのじゃないかという気がしていますので、今回のような公的、あるいは公立・公的病院の調整会議ですよね。そういうものにこういうものが出てくるということが、すみません、わからない部分もあります。

(議長) どうぞ。

(委員) 伊与木です。

最初にお話ししましたように、地域医療構想の調整会議のベーシックなルールというのは確かに、のっとっていけば転換というのは、これは、それではだめだということはいえない。あとの議論というのは、この場で議論して結論が出る議論であるかどうかです、問題は。そこを複雑にしているだけであって。ですから、それをこの場合、あとの議論をず

っとここでやっていくべきなのか。それは全体、ここだけの議論ではないはずなので。

だから、分けて考えないといけないんだけど、なかなか分けられないというか。そう
いったかたちだと思います。ですから、ルールというのは、一体どこにあるのかという。
最初のところから考えないといけない。

(議長) どうぞ。

(委員) だから、調整会議でどう結論を出せばいいかという話だと思うんですけど。

これがイエスですか、あるいはノーですという二者択一なのか。それと、最初、西病院
に関しては、院長が言われたようにリハビリ等、透析等、そういうのをメインにしてやっ
てきた病院。今度は、新しい病院を建てるについて、その分は理解できますけど、だっ
たら、地域包括ケアに関しては、それは本当に必要ですかという。だから、調整会議として
どう言えばいいというか。

例えば地域包括ケアに関しては、もう一度再考を願いたいというようなことを調整会議
として。

(事務局) はい、そういう結論はありえます。

(委員) これ、地域包括ケア病棟というのは、これは急性期に入れているんですか、慢性
期の範疇ではないんですか。

あ、回復期ですか。その病床数は回復期の中に入っていくということ、と考えていいん
ですか。回復期の病床の中に。

(高知西病院) 僕自身が脳外科出身で、高齢者の人がもし、肺炎とかADLが低下して自
宅に、帰属に帰れないということで、うちはリハビリをやっていましたので、別に療養じ
ゃございませんけども、回復期リハというのは、回復期リハと包括病棟に関しては慢性期
の病床だと、急性期じゃないと思います。

(委員) 慢性期の病床としてということですか。

(高知西病院) はい。

(委員) でしたら慢性期はかなり、病床数としてはオーバーしていますので。

(高知西病院) すみません、慢性期というよりは回復期になります。

(委員) 回復期病床の中に入れていくのであれば回復期が足りないという。

(高知西病院) そういうことでは回復期です。はい。回復して帰す。

(委員) 急性転換したとかそういうのは、サブアキュートになってきますからね。それは急性期の病床のほうでみてもらう。

(高知西病院) 慢性期の病床といたら、先生のところとか色々お世話になっていまして、決して、ずっと療養する病床は持つ気はありませんので、お世話になっております。

(委員) いやいや、それは。

どこの病床の範疇に入れられるのかなと思ったので聞いてみました。

(高知西病院) 特色をもった、地域包括といっても、リハビリをして帰っていただいたり、例えば透析患者さんが急性期の病院で治療を受けたあと、日常生活動作、ADLが落ちた場合、そういう方を帰っていただくとか、そういうふうな特色をもった地域包括ケア病棟を私としては目指しております。

大きく分けてすると、地域包括と回復期は回復期ですけれども、特色をもった地域包括ケア病棟というのをつくろうと思っております。

(議長) どうですかね。何か結論が出しづらい内容なんですけれども。

そもそもというか、公的病院に求めていることがあるわけで、それを担う、担うということについて、例えば慢性期に向くというのは本当に公的病院の役割だろうか。その25分、車の中で、車で25分という範疇の中で、それを担えていないところが果たしてあって、そこでしか担えないものなのかとか、ということ十分に検討されなければいけないと思いますけど。民間病院としては立派な経営だけど、公的病院としてどうなのかという。

(高知西病院) 医者の特長とかにもよりますけれども、例えば慢性透析の方の脳血管障害というのは非常に多かったり、高齢者の心臓病とかは多いですけど、そういう方も積極的に受け入れてリハビリをしている、やっているということで。透析をしながらリハビリをできる病院というのは、急性期の病院は、透析はできますけど、亜急性期のリハビリはベッド数のおかげでできないとか、そういう方を積極的に受け入れてやっております。

人の、ドクターの関係もありますけれども、バスキュラーアクセス外来というので、シャントがうまくできない方を先生が来てやっていただいて、シャントをつくって行って、それで地域の病院にお返しするというのも積極的にやっております。

(委員) それであれば、先生、そういうふうな急性期中で、そういう病床を増やすなり、あるいは回復期リハの病床を増やすなり、そういうふうな、公的病院がここへ力を入れてあるんだという面でやられるのであれば考えはわかるんですけども、それを包括ケアのほうに病床を転換して、わざわざ46床にするということが、ちょっと僕にはひっかかるんですけど。

(高知西病院) こういう病床のシステムになる前からの構想で、その病床をするということに関しては再評価、川内課長も言われおりましたけども、再評価を考えたいと思っておりますけども、現在の我々のおかれる状況を考えて、この病床、地域包括ケア病床のシステムが始まる前から温めていたものを今回、新たにこうなったからといって変えたわけではなく、継続してやっていたものですから、そのへんをちょっとご協力、ご考慮をいただければと思います。

田中先生としては、慢性期を圧迫するという事なんですけど、決して、そういう目的ではないので、そこらへんをわかっていたいただきたいなと思います。

(委員) 慢性期を圧迫するという話ではなくて、地域包括ケアは、やはり今、一番大事なところですので、地域に対しての在宅に向けてというかたちのところで、それはそれで結構なところで、皆、そちらに行きたいんだと思っはいるんですけど、それをわざわざ公的病院がするかという考えですよね。公的病院の中でそれを推進していくのかどうかというところに。

そういう在宅の機能を持っておられる民間病院もたくさんありますので、そちらで充実していけば十分やっていけるんじゃないかという気はしていますので、公的病院がわざわざそこへ参入されるのかどうかという点に対して、私はちょっと抵抗があるんですけど。

(高知西病院) 在宅のほうに向かっているということではなくて、短期集中的にリハビリをやって、回復に向う。

(委員) うん。地域包括ケアって、やはり在宅との関連が非常に重要になってきますので、そのあたりの分野のほうへ向かっていかないと、なかなか地域包括ケアの考え方になっていかない気がするんですけど、いかがでしょうか。

(高知西病院) 在宅って、ちょっと考え方が違うと思うんですけども。本当にいつも、ADLが低下した人とか、勝手な考えですけども、そういうふうの前に入院されたときに肺炎を起こして、やることなく身体を起こしたりというふうな話をされていて、やはり、血液の治療が終わればやることがない。そういうふうなことで1人でも多く、在宅、自宅のほうに帰る。そこからあとの部分は、在宅の訪問の先生方とか色々提携しております

すので、お願いしてやっていきたいと思っています。

療養型、ちょっと、今のやりたい場合、帰れない人に対しては皆さんにもすごくお世話になっております。それに対しては競合することは全くございません。

(委員) はい。それはあれなんですけど、そのことを問題にしているわけではないので。

地域包括ケアの病棟へは、そうしたらあれですか、先生のところで、そういうふうな慢性期的なものになった方をそこへ自院から、そこへ入れていくという考え方なんですか。自院からの患者さんを。自院の患者さんの急性期がなくなり、リハ、回復期リハもこれでいいという患者さんをそこへ、包括期のほうへとっていきこうというお考えなんですか。それとも、地域のほうから在宅で色々みられている方が、緊急的にそういうふうなかたちになったということにとられるのを主に考えておられるのか。

(高知西病院) その件に関しては、どちらもありかなと思います。今、こっちだ、あっちだといって、こっちが選べる問題ではありませんので、そこらへんに関しては適応があれば対応したいと思っています。お答えになっていません、すみません。

(委員) いえいえ。それはそれで。

先生の言葉も聞いていますと、自院でそういうふうなかたちになった人を包括期のほうに入れるんだというようなことに、私の勘違いかもしれませんが、そういうふうに感じましたので、質問させてもらいました。

(高知西病院) どうもありがとうございました。

(議長) 時間も押しておりますけれども、どういたしましょうか。いかがですか。

どういたしましょうかね。落としどころが、十分、まだまだ協議、尽くせていないようにも思えますし、今日、ここで結論を出すのは難しいんじゃないかと思いますが。

(事務局) ひとつは、いずれにしろ、厚労省から通知が来れば、あと、この場で再検証というかたちで、今後の西病院さんの病床機能のほうをご議論いただくことになりますので、それと併せてご議論いただくということは可能かなとは思いますが。

(事務局) このことに関して、厚労省が再編を示唆しているとか、そういうことではありませんので、厚労省の意向ということは、どこに明示されているのか私はよくわかりませんが、それとこれとは別で議論すればよろしいのではないかと思います。

(議長) いかがでしょうか。

これはちょっと、この件に関しては、それでは、厚生労働省からの正式な通知とかデータの提供後に、また検証を行なうということによろしいですか。

(高知西病院) 野並先生、先ほど話をしましたけど、再検証した時点では、ダウンサイジングなどを考えておりますけど、今回はそのこと抜きで、基本的にルールにのっとって申請していたということなので、そのところをよろしくお願いしたいと思うんですけども。

(事務局) とりあえず確認です。

議論の出発点は、今現在の病床数ですね。急性期が合計 91 床で回復期リハが 59 床、地域包括ケアが 15 床。出発点はここではなくて、昨年度、合意形成された 2025 年の病床数であるところの、この 8 ページの急性期が 73 床、回復期が 75 床。このうち回復期リハが 50 床で地域包括ケアが 25 床ですね。これが今回の見直しによって、最終形として 73 床が 53 床になって回復期 75 床というのが 98 床に増える。最終的にはこういふかたちになっていることについてどう考えるかということですが。

厚労省の再検証を待って、今日、議論になっているのは、公的病院として必要な機能を回復期の増によって達成されるという山田院長のご説明に対して、十分納得が得られていないような雰囲気があるかなと思いますので、今後、その再検証にあたって高知西病院さんから出されるであろう方向性について、少しでも可能な範囲で話がいただけるのであれば、今回の見直しが過渡期的な措置として合意し得るかどうかが可能になってくるかもしれませんけど、そのあたりはいかがでしょう。

(委員) 医療センターの島田ですが。

この平成 29 年 12 月の 2025 プランというのは、一応、この調整会議で了解されたという理解でよろしいんですか、内容について。

(事務局) はい、そうです。

(委員) 細かいところですけど、そうすると、8 ページの今後の方針のところの回復期についてというところに、回復期リハビリテーション 50 床、地域包括ケア病床 25 床ということも、これも了解したうえでという、少なくとも、この 29 年 12 月時点では、この会議としては了解しているということで、地域包括ケアを公的病院がやるということについて、今日出た意見も確かにそうだと思うので。

ただ、本当に地域包括ケアという言葉だけで、実際に足りていないところもあるし過剰なところもあると思うので、高知西病院がカバーする領域において完全にバッティングしている民間と、民間が十分、地域包括ケアの病床を持っているのにもかかわらず公的病院があとから追加で 25 床持つというのは確かに問題かと思うんですけど、もし、実際、足

りていないのであれば、それは、ある程度共有するという方向でもいいのではないかと。

そのあと、今後、厚労省から出てくるいろんな具体的な検証作業について、またそこについて色々言われてくるのであれば、また変えてもいいと思うんですけど、ある程度、この29年12月の時点、どこまで議論されたのかよくわからないんですけど、ステップ等を踏んでここまできているのであれば、ここで地域包括ケアを公的病院がやるというのは、今の流れ的には、確かにちょっと問題だとは思いますが、ここをまたひっくり返しちゃうと、なかなか議論が進まないような気がしたんですけど。

(事務局) ただ、今回のご提案は、地域包括ケアの25床が46床になるというご提案です。そのところは議論が必要かなと思います。

(委員) そうすると、8ページからかなり数値が動いている、その増えた分の理由が明確でなくて。

だから、経営のことを優先されて増やされたのかという指摘がちょっとあたってしまうので、その調整が必要かなという。当初25で申請していたところが増えていると。それが、さっき僕が言いましたように地域でこういう機能を持った病床が非常に足りていないというのであれば、それを増やす説明はつくと思うんですけど、実際は十分あるのに帳尻あわせになってしまうのであれば問題がある。

実際、この8ページのこと、今まで色々病院としては話を進めてこられているわけですよ。そこでまた止めると、結構大変なことかなと思って。

だから、29年12月時点でのデータと今回の関連性をどういうふうに考えるかというのは整理しておかないと、さらに厚労省から正式のものが来たときに、このプランで動いている、建物を建て始めているのに、そこでひっくり返されたら大変なことになります。

(高知西病院) 今度、建て替える病院のことは、先ほども明言をしましたように、ダウンサイジングするのは確実であります。

(事務局) そこで148床をさらにダウンサイジングするということはあるんですか。

(高知西病院) 148床は急性期の病床をまだ下げる、これからの調整によってもっと下げるといことも考えております。

(委員) 厚労省の再検証というところがダウンサイジングという、ひとつキーワードがありますけども、今回、出てきた評価が、さっきのマルがいくつ並んでいるかという話で、それに関しては、ダウンサイジングは全然出ていないですよ。機能的な部分を中心になっていますから。

それは、だから、病院が、厚労省が出してきた急性期の病院の評価に急に合わせるわけではないわけなので、厚労省は再検証と言いながら、どこまでのことを要求しているのかがちょっとまだ見えていないと思うんです。だから、今までやっていない機能を急にやれと言われても不可能ですし、やはり具体的に、では、ダウンサイジングすればいいのか、機能を少し調整すればいいのか、そのあたりが、まだ全然見えていないし、本当に急性期のところだけ公的な病院がやっていけばいいのかという話も、まだはっきりしていないですよ。

やはり慢性の一部の部分は当然深く関わっているので、そこはかなり地域によって変えていかないといけないと思うので、だから、そのあたりを確かにダウンサイジングしますので。

(高知西病院) 周りの近隣、自分もそうですけど、高齢化率が上がってきて日常生活動作が低下している人が多くなって自宅に帰れない人がいるので、その人達を帰せればということという部分もありますけど、ここが。

やっていることが全く変わるわけじゃなくて、急性期のダウンサイジング、求められるなら、それに対して対応も可能、こんなにドラスティックに変えられる、変えるわけではないので、変えることは可能だと思っております。

(委員) このこの場では結論は出ないと思っております。

僕、今日、出て来ているのは全日病のほうから出て来ているんですけども、慢性期のところからの観点で言えば、慢性期のところで地域包括ケアをやりたいところはたくさんあると思うんですよ。ですが、資金面の問題とかいろんな面の問題でなかなか踏み出せないところがたくさんあると思います。それは大きな借金をしてやらなきゃいけないし、それはたくさんあると思うんです。

そこを公的病院がダウンサイジングするような、急性期を減らす目的でそこへ侵入してきて、そこにスッとそのまま作ってしまいますと、これがまた、なかなか、慢性期をやっている方達にとっては、何かちょっとしっくりいかないな、何でこんなの、公的病院がやらなきゃいけないんですかというような意見は出てくるかと思っております。

ですから、この場で結論はなかなか出ないと思うんですね。野並先生、いかがでしょう。

(議長) なかなか結論が出ないと思いますが、一旦持ち帰っていただいて、もう少し、また少し各人検討をいただいて、次回に何らかの会の時に議論するというようなことでいかがでしょうか。今日、結論を出すのはちょっと難しいと思いますので。

よろしいでしょうか。

それでは、この議題に関しまして終了いたします。

次に、(2)の外来医療計画について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局) 医療政策課の濱田と申します。

私のほうから議題の資料3の外来医療計画について説明させていただきます。

一枚めくっていただいてA4横の資料をご覧ください。これは国の資料でございます。そもそも、今年度、外来医療計画を策定するように、国の医療法の改正により外来医療計画というのを作成するようになったものでございます。

その経緯としましては、特に全体で言いますと、無床診療所が全国的に非常に増えている状況の中で都市部に偏っていること。また、診療所における診療科の専門分化が進んでいること。また、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が個々の医療機関の自主的な取り組みに委ねられていること、こういったことを背景としまして、外来医療計画を作成するようにとされたものでございます。

具体的に内容としましては、全体像に①②③と書いておりますけれども、まず、外来医療機能の情報の可視化としまして、全国統一的な基準としまして、地域ごとに外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行なうために、診療所の医師の多い少ないをベースとしました外来医師偏在指標を設定します。そのうえで、全国二次医療圏の、330いくつかの二次医療圏を並べまして、上位3分の1、33.3%の二次医療圏を多数区域と設定します。

また、2つ目としまして、新規開業者の情報提供というところでございまして、先ほど申しました偏在指標、また多数区域であること、こういったことを二次医療圏ごとの情報を地図情報ですとか、その他、開業にあたって参考となるデータを併せて公表することによって新規開業者に情報提供する。

3つ目としまして、外来医療機能に関する協議及び協議の場をふまえた取り組みとしまして、地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているかの協議を行なう協議の場を設置すること。そのうえで、先ほど申しました上位3分の1の二次医療圏である外来多数区域におきましては、新規開業希望者に対しまして、協議の内容をふまえて、在宅ですとか初期救急、公衆衛生等の地域で必要とされる医療機能を担うように求める、こういったことを内容とする外来医療計画を策定するようになされたものです。

次のページをお願いします。次のページからは、案というところで議論をしていただきたいというところで一定、県のほうで案を作成させていただきました。

構成としましては、2ページありますけれども、まず、一番最初に基本的事項としまして、趣旨とか計画の位置付け、期間、圏域の設定。第2章としまして、そもそも外来医療がどういった状況かというところで、医療機関の状況ですとか医師の状況、また患者の状況に加えまして、先ほどのところで少し説明しましたが、初期救急はどういったことか、在宅はどうか、公衆衛生、こういった今の状況を明らかにしたうえで、第3章としまして、外来医師偏在指標を記載します。そのうえで、地域でどういった機能が不足しているかについて第4章で定義したうえで、第5章で協議の場の設置と協議内容について記載をする

こととしたいと考えています。

3 ページをお願いいたします。

具体的な内容でございますけれども、まず、この外来医療計画の趣旨でございます。背景は先ほど申し上げましたように、全国的な診療所の状況の中でなんですけれども、段落で言いますと、「本県においても」のところで書いていますけれども、この外来医療計画を策定することによって、開業に際して、その情報を提供することで新規開業希望者に対して行動変容を促す。その結果、地域地域で適切な外来医療提供が構築されること。こういうことを目指して作成したいと考えております。

2 番、計画の位置付けですけれども、この外来医療計画につきましては、保健医療計画の一部として位置付けをさせていただきます。そのうえで、計画の一環ですけれども、今の第7期の保健医療計画の周期に合わせまして、来年度、令和2年度から令和5年度の4年間というふうに考えております。

4 番の圏域につきましては、二次医療圏ごとに外来医師偏在指標が設定されることをふまえて、二次医療圏を原則としますけれども、中央医療圏、地域医療構想でもサブ圏域を設定したうえで議論させていただくこと、また、外来医療が日常的な医療であると、こういったことをふまえて中央圏域についてはサブ圏域を設定したいと考えております。

次のページからが、外来医療体制の現状というところで記載させていただいています。

まず、医療機関の状況でございます。まず、病院ですけれども、平成30年10月1日現在で高知県下126床というふうになっておりまして、人口10万人あたり17.8となっております。医療機関の全体数としては減少傾向でございますけれども、全国平均を大きく上回っている状況でございます。

一方で、診療所につきましては、資料4ページの一番下に書いてありますように、平成30年10月1日現在で560床となっております。人口あたりでいいますと、10万人あたり79.3施設ということで全国平均を下回っております。施設数自体は、平成16年をピークにしておりまして、若干減少傾向でございますが、10万人あたりでいいますと、人口減に伴い上昇傾向となっております。

ただ、「しかし」で書いておりますけれども、社会福祉施設ですとか保健所、以下、特養等の診療所と書かせていただいておりますけれども、これを除く診療所については、人口の減少を上回るスピードで減少しているというところがございます。

先ほど、特養等の診療所の定義ですけれども、5ページの下の方をご覧ください。①から⑫を記載しておりますけど、例えば船舶内に設けられた診療所でありますとか、車両内に設けられた診療所、高知県に多いのが④の児童福祉施設、また社会福祉施設、主に特養なんですけど、特養、こういったところに設けられた診療所。こういった診療所は少し特定の患者さんというところもあって、これを除外した場合ですと、人口の減を上回る減少が続いていると。こういったのが医療機関の状況でございます。

次のページ、6ページには医療圏ごとに記載をしております。

診療所におきましては高幡医療圏ですとか幡多医療圏においての診療所は減少傾向が認められます。また、先ほど申し上げました特養等を除く診療所といいますと、安芸医療圏でしたら、この高知市のサブ医療圏につきましても減少が認められる状況でございます。

今現状の診療所の開設、廃止の状況でございますが、6ページの下の表でございます。これは巡回検診などを除いたものとなっておりますが、高知市のサブ圏域とか物部川サブ圏域、こういったところで新設がありますけれども、ほかの圏域については、なかなか新設がなされていない状況でございます。また、全体として、新設より廃止が上回っている、こういった状況が、今、医療機関の状況でございます。

7ページが医師の状況でございます。

勤務する医師というところでございますが、まず、7ページが病院の医師の状況でございます。病院に勤務する医師自体は、直近が平成28年度のデータになりますけれども、医師数自体は緩やかな上昇というところでございます。10年前と比べて1.1倍となっております。その中でも女性の医師が増えていることがひとつあります。また、年齢でいいますと、7ページの下の方に、ちょっと見難いんですけども、5歳刻みで平成14年度から平成28年度までの年齢区分を記載しておりますけれども、これで見ますと40歳未満の若手医師が、これまでずっと減少傾向でございましたけれども、平成28年度には増加に転ずる、こういった状況でございます。また、資料の中ほどの平均年齢の推移でございますけれども、緩やかに全体として上昇傾向ではございます。平成28年度の48.2歳が平均年齢の推移でございます。

次のページ、8ページをお願いいたします。

一方で、診療所、一般診療所に勤務する医師の状況でございます。医師数自体は、これまで560～570人程度で推移をしてきたところですが、平成28年度においては減少に転じております。536人というところでございます。

また、一番端の診療所に勤務する医師の年齢区分ごとの状況を見ていただければと思うんですけども、55歳を境にして、55歳から左側の棒グラフは右肩下がり、一方で55歳を契機として右側の棒グラフが右肩上がりというところで、非常に高齢化、医師の高齢化が進んでいる状況でございます。資料中ほどのグラフにありますように平均年齢が61.1歳ということで高齢化が進んでいる状況でございます。

そういった状況、全県下である中で9ページが圏域ごとの状況でございます。

医師数は、全体的、平成28年度、減少傾向があるんですけども、その中で年齢区分ごとの状況が平成28年度なんですけれども、先ほど申しましたように、高知県全体で高齢化が進んでいるんですけども、その中でも全ての圏域で高齢化が進んでおりまして、右側に65歳以上の割合と書いておりますけれども、この中央圏域でも65歳以上の割合が37%というところで、全ての圏域で3分の1を超えている、こういった診療所の医師の状況になるということが見てとれます。

10ページをお願いします。10ページが病院に勤務する医師の診療科の医師数、11

ページが一般診療所に勤務する医師の診療科別の医師数でございます。

この高知市におきまして、病院においては、全体で913名となっておりますけれども、多い順に、内科、整形外科、外科、臨床研修医が76名ですけれども、それと精神科53名、こういったところが多い順になっております。一方で、11ページが一般診療所に勤務する医師でございますけれども、高知市は312名となっております、内科が101名、整形外科が27名、眼科が22名、こういった順番で医師数の推移となっております。

12ページが医師の資格といいますか専門医に関する資格の一覧でございます。資料が細かくて恐縮ですけれども、12ページが病院、13ページが診療所になっております。

高知市サブ圏域ですと、913名いる中で一番多いのが総合内科専門医、そして、整形外科専門医、消化器病専門医となっております。

一方で、13ページになりますけれども、診療所の医師の状況としまして、312名中、一番多いのが消化器病専門医であったり消化器内視鏡専門医、こういった医師が資格として多い状況となっております。

14ページが患者の状況でございます。外来患者の状況でございますけれども、厚労省の患者調査を拾いましたけれども、病院、診療所とも近年、減少傾向であるということが見てとれます。一般診療所については、平成20年をピークに平成29年には、その約8割まで減少しているのが見てとれます。

また、高知県、病院が多いという特性がございますので、資料の中ほどの棒グラフで全国の状況を書いておりますけれども、外来患者の中で病院と診療所の対応割合ということで、高知県下全体で59%となっております、これは全国平均75.5ですけれども、最も47都道府県の中で診療所の対応割合が少ないといった状況になっております。

患者の状況については、加えまして、流出入の状況を14ページの下に記載させていただいております。資料の見方としまして、左側の縦が患者の住所地ベース、横側が施設住所地のベースでございます。県全体で見ますと、中央医療圏ですとか幡多医療圏については9割以上が、それぞれの自圏域で受診している状況。また、安芸と高幡につきましては、中央圏域での医療圏への流出が認められております。

また、中央医療圏の中で見ますと、これが平成28年に県が実施した調査でございますが、そこでいいますと、物部川、嶺北、仁淀川、こういった圏域から高知市へ一定流入しているといった状況が認められております。

15ページが外来患者の疾病別の状況。これも国の患者調査をもとにやったものです。単位が1000人単位になってはいますが、そこ、ちょっと細かい、小さい数字はわかりづらいところもあると思いますけれども、先ほど申しましたように、外来患者としては減少傾向が続いているといった状況でございます。ただ、疾病ごとに見ますと、そのメリハリといたしますか減少幅というのは違うということは見てとれると思います。

16ページをお願いいたします。

16ページが先ほど、国の資料にもございましたけれども、国から検討するようにされた

もののうちの初期救急医療提供体制でございます。夜間・休日の比較的軽症な患者さんに対する体制につきましては、高知市につきましては、あんしんセンターのほうで休日夜間急患センター、平日夜間小児急患センターというのを開設されております。その中で、内科・小児科・耳鼻咽喉科・眼科の初期救急医療を提供しているという状況でございます。

また、高知市以外につきましては、医師会単位で在宅医当番制をしいているという状況でございます。ただ、施設数、診療所、参加する施設数自体は若干減少傾向が見てとれる状況でございます。

時間外の外来患者数の状況につきましては、資料が、次のページの上から2つ目の表にあるんですけど、人口あたりの患者数については、ほぼ全国と同程度、1400人余りというふうになっております。ただ、病院での診療、初期救急医療が多い一方で、診療所での受診が全国の約7割となっております。

また、高知市は、先ほど申しましたように、あんしんセンターでセンターを開設しておりますけれども、資料17ページの上から3つ目の表にありますように、嶺北サブ圏域、サブ圏域単位で見ますと、そもそも病院、診療所が行っていないと、こういったところも医療圏によってはあるような状況でございます。

また、高知市医師会が実施しております、先ほど申しました休日夜間急患センター、平日夜間小児救急センターの患者の状況を見ますと、高知市以外の患者さんの状況も一定、受診しているような、こういった状況が見受けられます。

続いて、在宅医療体制でございます。

在宅医療につきましては、地域医療構想の推進ですとか、病床の年齢の高齢化等にとともないまして、今後、増加が見込まれるような状況になっておりますけれども、その中でも患者のQOLに答えるためにも、在宅医療の提供体制の整備というのは重要なものというふうに県として考えております。

その中で、訪問診療を行なっている医療機関数は、全国と比べても若干多いような状況となっておりますけれども、やはり、先ほどの初期救急と同じように病院での受診が全国より3倍多い。一方で、診療所の受診が全国を下回っている。こういった状況が見てとれます。

患者数自体は19ページの一番上の表に書いているんですけども、NDBから拾ったデータでいいますと、3264人余りとなっております。ただ、同じ平成28年度に県が実施した調査によりますと、居宅と施設の割合でいいますと、施設のほうが6割というところでございます。居宅より施設が多いという状況の中、また、19ページのほぼ真ん中にSCR、全国を100とした場合の全国の状況、全国が100で、上回ればそれより多い、下回ればそれより少ないといった状況でございますけれども、過去平成27年から平成29年、3ヶ年のSCRの記載をしておりますけれども、いずれの圏域においても全国よりも6割～7割程度にとどまっている、こういった状況の体制となっております。

続きまして、20ページの公衆衛生でございます。

公衆衛生につきましては、学校医、予防接種、それと産業医、この3つの点で書かせていただきたいというふうに考えています。まず、学校医につきましては、学校保健安全法において設置が定められておりまして、また、学校保健安全法施行規則に基づきまして、その業務が定められているところでございます。

高知県内の各学校、各病院においても配置されております。ただ、その状況を確認しますと、特に郡部においては、ひとりの医師が複数の学校を担当としていることが多く、また、これも郡部なんですけれども、学校眼科医、学校耳鼻咽喉科医がそもそも配置されていない、こういった状況が見てとれます。高知市におきましては、全の学校で学校眼科医、学校耳鼻科医は設置している状況でございます。

次に、予防接種でございます。予防接種につきましては、各市町村、そして、高知県の場合、広域連合がそれぞれ実施している状況でございます。医療機関によって接種できる予防接種というのが異なりますけれども、全体としまして、この10月時点、10月1日現在で、473施設で予防接種が受けられる医療機関となっております。そのうち351が診療所となっております、地域地域で、身近な地域で予防接種が一定、受けられることが可能となっているというふうに考えております。

産業医につきましては、県のほうでデータがなかなかなかったところなんですけれども、医師会さんのご協力を得まして数字をいただいているところでございます。それをふまえて記載をしたいというふうに考えております。

ちなみに、高知県の産業医の状況としまして、全体で361名となっております。その中で高知市は199名が登録されているといった状況でございますので、こういった状況をこの計画の中で状況について記載させていただきたいと考えております。

これまでが外来医療に関する状況を整理させていただいたんですけれども、それをふまえて22ページをお願いいたします。

先ほど申しましたように、外来医師の客観的な偏在の指標を表すものとして、外来医師偏在指標というものが設定されます。これについては、医師数、診療所の医師数をベースにしまして、地域の人口ですとか受療率、外来対応割合、診療所の外来対応割合、こういったことをベースにした指標でございます。

そのうえで、全国で上から並べて上位3分の1、33.3%以内に位置する二次医療圏につきましては、外来医師多数区域と設定されることとなります。今、最終の数字というのは、まだ厚労省から出てきておりませんが、あくまで暫定値扱いとしてご覧いただきたいんですけれども、中央医療圏が、335二次医療圏中33位というところで、上位3分の1に該当する外来医師多数区域となることとされております。この外来医師多数区域となった中央医療圏においては、新規開業希望者に対しまして、不足している、地域で不足している外来医療機能を担うことを求めることとします。

新規開業時に、医療法人の場合は許可申請、個人の場合は届け出をされると思うんですけれども、その用紙の中に、地域で不足している機能を担うことに対する合意する欄を設

けたいと考えております。そのうえで、合意の条件については協議の場で確認したいと考えております。

23ページでございますけれども、その地域で不足する機能について、どう定義するかでございますけれども、今の案としましては、先ほど申しあげました初期救急、在宅、公衆衛生というのを案として出させていただいております。

この中央圏域の状況につきましては、先ほど申しあげましたように、非常に多いと、県下の70%以上の診療所が集中しております。その中でも高知市サブ圏域につきましては、県下の50%弱の診療所が開設されています。一方で、ほかの中央圏域、サブ区域以外の圏域につきましては診療所が少なく、また新規開業が限られているような状況の中で、全体としまして、病院との役割分担の中でこれまで維持されてきたところでございます。

ただ、先ほど申しあげましたように、今後、需要の増ですとか、また、診療所の医師の高齢化による担い手の不足等が進むことが予測されますので、こういった面を考慮しまして、初期救急、在宅、公衆衛生を計画上、不足する医療機能として位置付けるということで案として作成させていただきました。

先ほど来、申しあげますけれども、外来医師多数区域におきましては、新規に開業する場合、不足する機能を担うことを求めることとしておりますけれども、具体的には下記のような役割を担うものとしてはどうかというふうに考えております。

初期救急につきましては、在宅当番医ですとか休日夜間急患センター、平日夜間小児急患センターへの参加。在宅につきましては、訪問診療とか往診の実施。公衆衛生につきましては、学校医ですとか産業医、予防接種等への協力、こういったことを担うように求めてはどうかというふうに考えております。

そのうえで、最後、24ページになりますけれども、先ほど来、申しております協議の場を設置することとされておりますので、本県におきましては、既に各圏域で設置しております地域医療構想調整会議を活用して協議したいと考えております。

この協議の場で、地域でどのような外来医療機能が不足しているか、今回、この協議なんですけれども、ご協議いただくほか、外来医師多数区域、中央圏域においては、新規開業者が地域で不足している外来機能を担うことについての合意の状況の確認。また、合意がされていない場合など、新規開業者が地域で不足する外来医療機能を拒否する場合には、臨時の協議の場を開催して出席要請を行ないたいと考えております。この臨時の協議の場で委員の皆様と新規の開業の方と協議を行なったうえで、この協議結果を公表したいと考えております。ただ、協議の簡素化のため、必要に応じて文書での開催とするなど、柔軟な対応も可能と考えております。

それを図にしたのが、その下の表でございます。様式の中に、地域で不足する外来医療機能を担う合意欄を追加したうえで、その様式を新規開業希望者が入手して、許可申請あるいは届け出をします。その許可申請、届け出をした段階で不足する機能を担うかどうかの確認をします。不足する機能を担う場合は協議の場で確認しますけれども、不足する機

能を担わない場合は出席要請をして協議をして、そのうえで協議結果の公表と。こういったことでプロセスというふうに、今、考えています。

外来医療計画につきましては、地域地域で不足する機能を定義する必要があると思いますが、特に、今日ご議論いただきたい点としまして、先ほど来、申し上げました地域で不足する機能について、県の案ですと、初期救急、在宅医療、公衆衛生、こういったことをしてはどうかというふうに考えているところでございます。

すみません。説明が長くなりますが、引き続き資料4をお開きいただけたらと思います。

医療政策課原本と申します。時間の関係もあり、簡潔に説明させていただきます。

医療機器の効率的な活用についてということで、こちら、外来医療計画の一部として策定を行なうものとなっております。

では、1ページ目をお開きください。

こちらは、国の資料を抜粋したもので経緯としましては、人口減少を考慮しまして、やはり効率的な医療提供体制を構築する必要性があり、その中で医療機器についても効率的な活用を行なう必要があることから、今回、この計画の中で医療機器の共同利用の推進を図るという整理となっております。

求められているものとしましては、①②にありますとおり医療機器の配置状況ということで、①のほうでは、国のほうの指標化により、全国と比較して多いかといったような視点で数字が見られるようなかたち。②のほうでは、実際、県にどのような機器がどこにあるかといったものを統一するようかたちとなっております。

一番下、③で、実際進めていくうえで何が必要かという部分で、先ほどもありましたとおり、協議の場の設置と、その地区での共同利用の方針、どういった方針にするかといった方針を協議で決めていくこと。最終的に、それをまわしていくうえで各医療機関には、新しく、新規で機材を買う際には、共同利用にかかる計画というものを策定いただいて、それを協議の場で確認するといったかたちとなっております。

そういった国の方針に基づいて、2ページ目をお開きいただけたらと思います。

県のほうで案を作成しております。時間の関係で重複している部分の説明は省略しますが、2の協議の場としましては調整会議の場を使いたいと考えております。

3番、実際、計画に記載が必要な項目につきましては、先ほどの項目と重複しますが、まず、医療機器の配置状況ということと、実際にどこにどんな機材があるかといった情報。区域ごとの共同利用の方針。そして、それをどうやってまわしていくかといったチェックとプロセスの方法といったかたちとなっております。

2番の下が、(1)の指標の部分の国からの算式となっております。こういった算式で調整人口あたりの台数というものを出しておりまして、3ページ目をお開きいただけたらと思います。

これの一番上の調整人口あたりの台数を見ていただけたらと思いますが、高知県、CT、

MR Iについては全国と比較してかなり多い状況。PET、マンモグラフィー、放射線治療の機材につきましては、基本、全国並みかなと見ております。下のほうが、実際、圏域ごとの台数となっております。今後、人口も減少しますので、さらに効率的な配置を進めていく必要があると考えております。

4 ページ目以降が、実際、高知県にどのような、医療機関に機器があるかを一覧にしております。先ほどの対象となる機材がCT、MR I、PET、マンモグラフィー、放射線治療で、リニアックとガンマナイフというかたちになっておりますので、そちらの実際の配置状況、病院ごとの配置状況というのを4 ページから5 ページ、6 ページに実際に記載しております。こういった情報を、新規に機器を購入する医療機関に対しては通知して購入の際に参考していただくといったかたちを考えております。

7 ページ目をお開きいただけますでしょうか。

(3) で、まず区域ごとの共同方針ということで、こちらにつきましては地域ごとに決める必要がありまして、その下、四角囲みでありますとおり、高知県につきましては、全区域が対象の医療機器5 つにつきまして、全ての医療機器については共同利用に努めるものとするといった共同利用の方針を策定したいと考えております。

なお、共同利用につきましては、矢印にありますとおり、対象機器について連携先の病院または診療所から紹介された患者のために利用される場合も含んでいるといったかたちで考えております。

次、(4) その下になりますが、実際それをどう進めていくかというところで、基本的には、(4) の下にありますとおり、医療機関が対象の医療機器を購入する際、更新も含まず、その際には、下記の事項により共同利用にかかる計画というものを作っていただき提出いただく。それを協議の場で確認するといったことを考えております。

①で、その共同利用計画について記載事項とありますが、実際9 ページをお開きいただけたらと思います。

9 ページ目が、その共同利用の計画の様式のイメージとなっております。共同利用の対象、どんな機器を買うかを書いてもらう。そして、その共同利用の方針に対して参加するかしないかの有無を書いていただく。その共同利用の方法としては、どんなものをするかといったことを書いていただく。共同利用する際の相手方を書いていただく。そういったものを様式のイメージで書いております。

もう一度7 ページに戻っていただきまして、そういった計画を策定、出していただいたかたちで、②のチェックのためのプロセスの部分を見ていただけたらと思いますが、基本的には、今後、手続きの流れの中で、先ほどの経緯の中にどんな医療機器があるかといった情報、プラス、先ほどの方針というものを伝えさせていただいて、今、先ほど見せた9 ページの計画というものを策定いただき、提出いただき、それを協議の場で確認するといった流れを考えております。こちらにつきましても、全区域この方法でいきたいと考えております。

8 ページ目をお開きいただけたらと思います。

8 ページ目につきまして、上のほうは、その手続きの流れをイメージ図にしたものとなっております。一番最後になりますが、5 の特別償却の優遇措置ということで、こういった流れでしていただくと、インセンティブとしてこういったものがあるということで記載させていただいております。下のほうにあります、医療機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却ということで、青色申告するような法人が、31 年から令和3 年の間に医療機器を購入した場合に、特別償却ということで、今の減価償却にプラス12%の特別償却が受けられるようなかたちになっております。その要件としましては、①から③までありまして、今言った流れの中で①とか③の部分が対応できるのかなと考えております。

以上で、説明を終わらせていただきます。

(議長) ありがとうございます。

外来医療計画と医療機器の効率的な活用について説明をいただきました。この2 つにつきましてご意見、ご質問はありませんでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、ただいま提示をいただいた方向で進めていただくということで、よろしくお願いいたいと思います。

それでは、以上で議題について終了いたします。議長の不手際で大変遅く、終了が遅れましたことをお詫びいたします。それでは事務局にお返しします。

(事務局) 委員の皆様におかれましては、多くの貴重なご意見をいただきましてありがとうございました。

なお、外来医療計画、それと、医療機器の計画でございますけれども、今日すぐご覧になってということで、もし何かございましたら、意見等ございましたら、事務局までご連絡いただければと思います。

また、今後、別の地域での開催予定の協議、調整会議で協議をさせていただきますので、それをふまえたうえで最終の案というものを送付させていただきたいと思います。

それでは、以上をもちまして、令和元年第1 回の地域医療構想調整会議中央区域高知市部会の随時会議を終了いたします。

本日はありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲