

第3回佐賀県地域医療構想調整会議議事録

午後6時29分 開会

○吉原医務課参事

定刻より若干早くなりますが、皆様おそろいですので、ただいまから佐賀県地域医療構想調整会議を開催いたしたいと思えます。

議事に入ります前に、本日お配りしております資料の確認をさせていただきます。

まず、1番、議事次第、そして裏面に出席者名簿、それと資料の1から5までの5種類ございますが、漏れ等はございませんでしょうか。

ないようであれば、議事に入ります前に健康福祉本部長より一言御挨拶を申し上げます。

○船津健康福祉本部長

皆さんさんばんは。お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。

また、日ごろから健康福祉行政に御協力いただきましてありがとうございます。心よりお礼を申し上げます。ちょっと失礼して座ってしゃべらせていただきます。

この地域医療構想ですけれども、昨年の5月にこの県の調整会議を設置いたしまして、7月に医療需要の推計結果などについて協議されたところでございます。その後、2次医療圏ごとに分科会を開催していただきました。おおむね3回なり4回の分科会を開催していただきまして、それぞれの医療圏における課題等いろいろな意見交換をしていただきました。今日は分科会の報告も踏まえまして、これまでの親会議、分科会の議論を踏まえて、県の地域医療構想の素案を取りまとめたところでございます。ぜひよろしくお願ひしたいと思えます。

全国の状況をお話いたしますと、47都道府県ございますけれども、今年度内に計画を策定できるところは20団体、15から20ぐらいのようでございます。九州の中では、恐らく佐賀県だけではないのかなというふうに思っております。これは、本日御出席の皆様を初め、各関係の方々に御協力いただいたおかげだと思っております。お礼申し上げたいと思えます。

地域医療構想につきましては、ある面、マスコミで、徐々に削減していくのではないかとというふうに、センセーショナルに出たところもありますけれども、これはやっぱりもともとは2025年を見据えまして、それぞれの県の将来の医療需要がどうなるのかというふうな、必要な病床がどうなるかというふうなことを関係者の間で協議をして、それを定めて、自主的に取り組んでいくという性格のものでありまして、削減計画とかそういうものでは決してないということをお互いに共通認識として理解すべきと思えます。

こういう形で皆さんの御協力を得て取りまとめた資料でありますけれども、今日、内容を説明させていただきまして、御了解いただければ、また医療審議会という手続が必要にはなるわけですけれども、そこで最終的には決めていただくというふうに思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

○吉原医務課参事

それでは、早速議事に入らせていただきたいと思います。

以降の進行につきましては、池田議長のほうにお願いをしたいと思います。池田議長、よろしくお願いいたします。

○池田議長

皆様こんばんは。ただいまから協議に入りますが、本日の会議は公開となっております。議事が円滑に進みますよう、皆様方の御協力をお願いいたします。

では、まず報告事項として、各構想区域分科会における意見について事務局から御報告をお願いします。

○日野医療支援担当係長

医務課の日野でございます。私のほうから報告をさせていただきます。

資料1をごらんいただきたいと思います。A4縦の資料でございます。

資料1で、一番冒頭の表題が、「各構想区域分科会における意見（総括）」と書いております。これは5つの構想区域ごとの分科会がございました。それぞれ構想区域の分科会におきまして3回か4回ぐらい開催をしていただきまして、さまざまな御意見をいただきました。それぞれの構想区域の意見につきましては、例えば1枚目の下の段でございますけれども、資料1参考ということで、中部構想区域分科会における意見（1/3）ということで書いておりますけど、1枚おめくりいただきまして、中部構想区域分科会において出された意見が、要するに3枚シートに分けて記載していると、1/3、2/3、3/3ということになっております。そして、その次が東部、それから北部があつて、1/2、2/2ということで2枚。それから西部、それから南部という形で、それぞれの構想区域における意見というものをここに書いておるところでございます。

そういったものを踏まえまして、もう一度、最初にお戻りいただきたいわけですが、各構想区域、分科会における意見総括というのは、出された意見のうち、各分科会から共通して出された意見、そういったものについて私のほうで整理をさせていただいたもの

でございます。

したがいまして、それぞれいろんな御意見をいただいたわけでございますけれども、やはり皆さん方共通した認識だとか、これからやっぱりこれが大事だねというのは、ある程度私も全ての構想区域の分科会に出席させていただきましたが、かなり共通項があったと思っております。それにつきまして、簡単ではございますが報告という形でさせていただきます。

まず、医療需要の全般につきましてでございますが、これは今後とも県全体、それから医療圏の単位の今後の需要の見込みであるとか、それから不足する部門、特定の診療科で不足するのがといったことについては、今後も需要の精度を高めていくと。見通しは今後とも持ち続けることが重要という御意見をいただきました。要するに、1回限りの推計ではよくないのではないかとということだろうと思います。

それから、病床機能報告につきましては、これはいろんなところで聞かれるところでございますけれども、4機能のこの定義、これについて今回病床機能報告2回目に入っておるわけですけど、依然として定義が曖昧な部分があるのではないかと。これについては、国において引き続き定義の明確化、あるいは定量化といった形で、医療機関が判断しやすい、客観的に判断できるような物差しが必要ではないかということをお願いしたところでございます。

それから、病床の連携関係でございますが、今後、病院完結から地域完結といったこと、こういった視点が重要なんだけど、例えばそのときに注意しなければいけないのが、在宅を利用しながら、やはり状態が思わしくない、入院が必要だということになったら当然入院できるような環境を整えるべきですし、あるいは入院した方々が、これはもう在宅復帰できるだろうといった方が当然在宅に戻るべきだということで、要するに在宅と入院をキャッチボールと言いましょうか、そういった行き来が必要になってくるだろうと。そのためにも、退院の調整、あるいは入院調整のある程度のルール化ないし、そういったシステムというものも必要じゃないかという御意見もいただいたところでございます。

それから、在宅医療・地域包括ケアの関係では、一般的には在宅医療は、御自宅、居宅というのが念頭にあるわけでございますけれども、今回この議論の中でも定義づけしておりますように、単なる居宅における医療を在宅医療というのではなくて、やはり有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅なども含めた、いわば「広い意味での在宅」と、こういったことを捉えていくべきではないかという御意見をいただいたところでございます。

それから、こうした在宅医療や地域包括ケアを進める上においては、有床診療所の役割が

重要であるという御意見もいただいたところであります。

また、そういった体制づくりに向けては、医療関係者のみならず、市町、あるいは介護関係者、こういった連携や協議を経て、またその上で地域に一体どのような医療資源、あるいは介護資源があるのかということ、皆さんが共有することが必要ではないかということをお願いいたします。

それから、グループホーム、サービス付き高齢者住宅や低所得者でも入れるような施設、こういったものの整備というのも、これから10年を見据えると必要ではないか。

それから、終末期医療や介護施設における看取りの問題ということについても、これまでややもするとタブー視とまでは申し上げませんが、そういった風潮がありますが、こういったことにもきちんと取り組むことが重要ではないかという御意見もいただいたところでございます。

それから、医療従事者の確保につきましては、有床診療所における従事者でありますとか、今後、回復期の需要というのをどう見込むかということ、この需要の伸びに対応したOTやPTの確保も課題になるのではないかという御意見もございました。

それから、やはり医療従事者が働き続けやすくするには、勤務環境まで含めたサポートも重要であろうということ、こういった御意見をいただいたところでございます。

細かい点につきましては、本日御出席の皆様それぞれの区域の分科会に参加していただいたり、あるいはそれぞれの会の会員の皆様が分科会に参加しておられますので詳細を省略いたしますが、以上のような意見を各構想区域分科会において頂戴したところでございまして、これにつきましては、後ほど御説明を申し上げます佐賀県地域医療構想素案において、可能な限り反映した記述を現時点ではさせていただいているというところでございます。

まずは報告ということで、以上でございます。

○池田議長

ただいまの報告でございますが、説明に対しまして皆様から御意見と御質問を受けたいと思いますが、いかがでございましょうか。各構想区域分科会における意見の総括的な説明でございました。よろしゅうございますか。

それでは、次、協議事項に進みます。

地域医療構想素案に入ります。事務局から素案の説明をお願いいたします。

○日野医療支援担当係長

私から素案の説明をさせていただきます。

素案は、まず資料2ということで、佐賀県地域医療構想素案（概要版）というものをつくっております。これにつきましては、本日は参考という形でお手元に置いていただければと思っております。

資料3が、佐賀県地域医療構想（素案）ということで、いわば本文でございます。これまでの議論等々を踏まえて作成しておりますので、本日はこの資料3で説明をさせていただきたいと思っております。

1枚おめくりいただきまして目次でございますが、全部で7章立てとしております。

1章目、Iでございますが「構想の基本的事項」、それからIIが「構想区域の設定と医療提供体制の現状」、IIIが「人口の推移等」、いわばここまでの客観的な状況等々を書いたものでございます。

それからIVが今後の将来推計ということで、「医療需要の見通し」、それからVが、「平成37年（2025）年に向けた施策の方向性」、それからVIで「推進体制」ということと、それからVIIは、資料的な意味でございますが、これまでの「策定経過」をまとめたものでございます。

1ページ、構想の基本的な事項でございます。

まず、策定の趣旨につきましては、繰り返しになりますが、平成37年を念頭に4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計し、将来の医療提供体制の構築に向けた施策の方向性を示すものだというを書いています。

それから、基本理念でございます。これは本日初めて御説明をさせていただきますが、佐賀県におきましては、昨年7月に「一佐賀県総合計画2015一」ということで「人を大切に、世界に誇れる佐賀づくりプラン」という県庁全体の総合計画というのを策定しております。この中では、医療や福祉の分野につきましても、医療提供体制の充実・強化、地域包括ケアシステムの構築というものを主要な取り組みといたしております。これにつきましては、地域医療構想などと全く整合性がとれたものであると思っております。私どものこの地域医療構想につきましても、平成37年を見据えまして、「人を大切に」、それから「佐賀で支える」と、この2つを基本理念といたしまして、将来にわたり効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築に取り組もうと考えているところでございます。

また、今回、地域医療構想を策定するに当たりまして、各構想区域分科会におきましては、介護老人保健施設の代表の方、それから各市町の代表の方にも参加していただきまして、特に分科会では、今後重要となる地域包括ケアシステム、在宅医療・介護連携推進事業についても御議論をいただきました。今後、医療と介護の連携強化というのが当然必要になってまいります。

平成30年には、現在の医療計画と現在の介護保険事業計画の同時改定が法律上決まっておりますわけですが、今回の地域医療構想の策定に関しましては、病院の関係者のみならず、こうした方々の参画のもとにも御意見をいただいたところをごさいます、平成30年を待つことなく、医療と介護の連携の視点を持ったということを書いているところをごさいます。

それから、期間につきましては、平成28年から37年までの一応10年間という形にしております。

2ページでございますが、構想区域の設定と医療提供体制の現状ということで、構想区域の設定につきましては、これまで御説明しておりますように5圏域でございます、変更ございません。

それから2ページ目と3ページ目につけておりますのは、構想区域の患者の受療動向でございます。

これにつきましては、7月の第2回会議で数字をもって説明をさせていただいたところがございますので、詳細な説明につきましては割愛させていただきますが、2ページに書いてありますとおり、構想区域ごとに見ますと、中部、北部、南部は域内完結率が非常に高い。それから、東部につきましては久留米との間で東部の急性期患者が久留米に入院し、逆に福岡県の慢性期患者が東部に入院するというような、相互の補完関係が一定程度見られます。それから、西部につきましては南部への一定の流出が見られますが、この動向というものは、今後私どもは基幹病院の配置や交通アクセスなどに当然左右されるわけがございますが、今後とも大きくは変わらないのではないかと考えているところがございます。

それから、4ページ以降は医療提供体制の現状ということでございます。

これは事前に資料をお配りさせていただいたことと、皆様方にとっては周知の事実でございますので、詳細な説明は省略させていただきます。施設数の現況と、それから病床数の現況ということを書いておるところです。それぞれ時系列で、過去3年分ぐらいをデータとし

て付させていただいているところがございます。

それから、6ページでございますけれども、(3)有床診療所の現状というところで、これは7月の会議でも御報告させていただきました。有床診療所につきましては、佐賀県医師会さんの御協力を得まして、5月に県内の有床診療所を対象に行った県独自の調査を行っています。この結果につきましても、ここに掲載をさせていただいているところがございます。今後の有床診療所の動向というものを、やはりこれからの地域医療構想を考える意味で、何らかの形で共有しておくべきであろうと思っているところがございます。

それから、6ページの(4)在宅医療の現状ということでございます。

これにつきましては、分科会の協議資料ということで出させていただきました。この親会議では初めて提示させていただくことになりますので、分科会に参加された先生方はご覧いただいたことかと思っておりますけれども、今後重要になる在宅医療についての佐賀県のポジションといえますでしょうか、現状を書いているところがございます。

まず、7ページ目の図でございますけれども、これは一般的に在宅医療の提供基盤と言われる在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院数、これが全国と比べてどうなっているかというところがございます。例えば、在宅療養診療所数で申し上げますと、佐賀県は人口10万人当たりの数字で申し上げますと65.3というところにあるわけがございます。全国平均が44.5ですから、全国平均を上回っているという結果になります。

それから、同じく在宅療養支援病院数、これにつきましても全国平均は2.7でございますが、佐賀県は5.5ということで、施設の届け出数につきましては全国平均を大きく上回っているということが言えるわけがございます。ただ、実際どのようなサービスが提供されているかということでございますが、8ページと9ページをごらんいただきたいと思います。

8ページと9ページ目は、本文のほうに書いておりますけれども、東北大学の藤森教授が2013年度、つまり平成25年ですけれども、平成25年のレセプトデータをもとにSCRという指標で、いわばレセプトをもとにどのようなサービスが提供されているかと指標化したデータでございます。これは全国平均が100という形になっております。これで見ますと、例えば、訪問診療（同一建物）と書いてあります。8ページの上のグラフです。要するに訪問診療の中でも同一建物における訪問診療でございますけど、ちょっと見にくくて恐縮でございますけど、実は佐賀県のところを伸ばしていくと、173ポイントになります。全国平均が100でございますので、173というのは、これは実は都道府県ベースで見ますと全国1位でございます。

ます。つまり、それだけ提供されているということでございます。

県域ごとに見ますと、中部、東部、北部、西部、南部というふうに、その次の棒グラフで細分化していますけれども、東部においては300を超えておるとい形になっています。いずれにしろ、県内は結構この訪問診療の同一建物というのは全国トップクラスぐらいで行われていると。ただ一方で、8ページの下グラフですけれども、訪問診療（居宅）というのがございます。これは何かというと、いわば純粋な御自宅に対する訪問診療になるわけです。こちらのほうは、今度は佐賀県は66.5ということであります。全国平均が100でございますので、佐賀県の場合はポイントが低いという結果が出ております。

ちょっと6ページのほうに戻っていただきまして、6ページの本文でございますが、6ページの(4)在宅医療の現状というところの本文の4行目に、訪問診療（同一建物）は、全国1位のサービス提供状況にあります。往診や訪問診療については、全国平均を下回っているという状況でございます。これにつきましては、やはり在宅医療を提供する基盤というのは、先ほどの診療所の届け出数、病院の届け出数から見ますと、全国平均と比べると一定程度あるんだろうと。ただ、やはり実際の供給量というのはかなり偏りがあるのかなというふうに見ているところでございます。このあたりが現状だということで掲載しているところでございます。

それから、10ページでございます。

10ページは、人口の推移ということで、これにつきましては7月の第2回会議に出した資料をそのまま掲載しているところでございます。10ページ、11ページがそうになっています。

それから、12ページでございます。

高齢者世帯の状況につきましては、いろいろ分科会の中でも、これから世帯の状況をやはりきちんと見ておくことも重要ではないかという御意見もございました。特に在宅医療や地域包括ケアシステムをやったときに、純粋な居宅だけでは無理だろうということで、やはり居宅の状況もきちんと押さえるということで、県内の65歳以上の単身世帯数、それから75歳以上の単身世帯数、これは平成22年で見ますと、75歳以上の単身世帯数が1万5,874世帯でございます。これが平成37年には2万1,531世帯になります。それから、75歳以上の夫婦のみ世帯数も同じようにふえてきている形で、65にしろ75にしろそうなんですけれども、こうした高齢者単身の世帯、あるいは高齢者夫婦のみの世帯の数というのがふえていくという形になります。

在宅医療の推進や地域包括ケアシステムの構築に向けましては、入院患者さんの状態だとか、医療提供体制のあり方だけではなくて、こうした高齢者の住まいを取り巻く環境が実は変わっていくんだということをきちんと踏まえないといけないということで12ページに記載させていただいたところでございます。

それから13ページ、医療需要の見通しでございます。

データそのものにつきましては、7月に示したものでございますが、その背景なども(1)のところに記述しております。少し申し上げますと、13ページの中ほどでございますけれども、「医療需要を見込むにあたっては、」というフレーズから始まる場所がありますが、「一定の患者流出入が現に存在し、」と、先ほど申し上げたような流出入が福岡県との間に存在するわけでございます。この一定の患者流出入が現に存在し、また今後も見込まれます。これにつきましては、福岡県と長崎県の間で私ども協議を行いまして、両県との患者流出入の傾向というのは今後も恐らく続くであろうということを確認いたしているところでございます。

こうしたことも踏まえまして、医療需要と必要病床数を算定したものが14ページであります。

14ページは、7月にお示しした数字を単純に四捨五入したものでございます。トータルで見ますと、佐賀県全体でいきますと、平成37年（2025年）の必要病床数は9,078ということでございます。

それから、15ページでございます。

15ページは、その必要病床数の評価につながるわけでございますが、一応病床機能報告との比較を出しているわけでございます。病床機能報告と比較しますと、16ページになりますが、16ページをごらんいただきたいと思えます。必要病床数の表でございます。特徴的なことを申しますと、これまでの繰り返しになりますが、例えば、平成26年と平成37年を比較していただきますと、佐賀県全体で急性期につきましては5,752という病床機能報告が上がっておりますが、平成37年の必要病床数は2,638という推計できますので、こちらは今のほうが3,000多いという形になります。その逆で、回復期につきましては現在病床機能報告でいただいている数字が1,213、これに対しまして平成37年の必要病床数は3,099ということで、約2,000不足するという形になります。

この意味でございますが、15ページにお戻りいただきまして、本文の記述でございます。

1 段落目に掲げさせていただいているのは数字の比較です。急性期病床が3,000オーバーと回復期病床が2,000不足するということになりますので、これは需給ギャップがあるということです。これにつきましては、2 段落目で乖離を埋める必要があるというふうに書いておりますが、先ほど分科会の意見でもありましたように、病床機能報告がまだ不安定であります。そこで、3 段落目にそこをテイクノートさせていただいております。「ただし、同じ病床機能であっても、医療需要・必要病床数の算定基準と、病床機能報告の基準が異なっているということ、それから病床機能報告の基準そのものも毎年度修正が加えられることに留意する必要があります」。それから、これは私どもが調べましたところでございますが、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の施設基準を有しつつも、病床機能報告で回復期と回答していない病床数が約400あるわけです。もちろん、これは慢性期と回答していただいてもいいし、急性期と回答していただいても結構なんですけれども、大体、今、回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟の多くといたしまししょうか、ある一定数は回復期と回答している割合が高いわけでございます。そうした中で、約400あるということになると、この1,200の回答にいわば400さらに上回る数字が実力ベースであるんじゃないかということもありますので、いずれにしろ、このあたりはまだ、病床機能報告はこれからも流動的だということに我々数字を捉まえるときに留意しておかないと間違える。これは絶対的なものでコンプライトされたものではないということでございます。

それから、17ページでございます。

慢性期と在宅医療の医療需要でございます。17ページの冒頭でございますが、いろいろ御意見がありましたところで、やはりここはきちんと書こうと思っております、在宅医療というと自宅での医療を連想しがちですが、ここで言う在宅医療等とは、自宅に限らず、いろいろ施設の名前を書いておりますが、「現在の病院・診療所以外の場所において、提供される医療」を言います。」という形で定義を明確に書かせていただいております。

恐らくここは療養病床のあり方の話でございますので、少し丁寧に記述をさせていただいております。この17ページの3 段落目でございます。「医療の必要度が必ずしも高くない患者について、在宅医療等で対応することは、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築の観点からは必要です。」と。次でございます。「しかし、行き場のない患者を作ることは許されません。限られた医療資源を活かしながら、住民が安心して医療を受けられるよう、医療・介護の連携、高齢者の住まいの確保など在宅医療等の整備を先行させることが重要で

す。」ということで、今後の療養病床等々の見直しに際した方向性というものを記述しているところがございます。

さらに、次の段落でございます。「厚生労働省の「療養病床のあり方等に関する検討会」は、平成28年1月に、現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が提供している機能を担う選択肢として、従来より「住まい」の機能の強化を中心とし、「医療を内包した施設類型」と「医療を外から提供する住まいと医療機関の併設類型」の2つを示しました。」という形でございます。これは何かといいますと、お手元の資料4になります。

資料4に「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて」ということで、参考資料的な意味合いでございますが、厚生労働省の療養病床の在り方等に関する検討会の報告といましようか、まとめでございます。会議そのものは1月15日に結論が出まして、それを1月28日付で決定したという形に厚労省のほうで整理されています。

これの最後のページになりますが、最後のページに今申し上げたような形で、案1、医療内包型と案2、医療外付型という形で、療養病床につきまして2つの選択肢を示して、現在の介護療養病床、それから医療療養病床の25対1は、この案1か案2のいずれか、もしくは医療療養病床の20対1は引き続き残りますので、医療療養病床の20対1という形で、今後の選択肢を示したという形になります。

なお、この厚労省の検討で選択肢を示した後の対応でございますが、この案1にしる案2にしる、どのような形でこれが、例えば医療保険で見られるのか、あるいは介護療養病床、例えばこの案1と案2の表の下のところに介護機能というのものもあるわけでございます。例えば、案1だと「高い介護ニーズに対応」、案2だと「多様な介護ニーズに対応」という形で、どちらかという、介護の重い方が案1の特に1-1なのかなというのが何か推測できるわけでございますが、実際にどういう形で介護保険が当てはまるのか、医療保険が当てはまるのかということにつきましては、社会保障審議会の医療保険部会と介護保険部会でこれから議論が始まっていくと。いわば、施設の類型につきましては一旦これで結論を厚労省としては出して、そしてこれにどうやって保険を当てはめるんだというのを今年、議論して、最終的にはちょうど1年後でございますが、来年の通常国会に医療法や介護保険法の所要の法律改正をしていく算段と聞いているところでございます。

本文の17ページにお戻りいただきまして、17ページの後半部分につきましては、今のような状況を記載しているところがございます。2つの選択肢を示した上で、現在、療養病床を

有する個々の病院・診療所の選択肢としては、「引き継ぎ療養病床として、慢性期医療を提供する」と。この場合、配置基準は20対1ということになるわけでございます。それから「新しい類型に移行する」、これが今後、新しい類型の保険の当てはめが検討されると。それから3つ目が、これは今までもあります「介護老人保健施設、有料老人ホーム等の既存の類型に移行する」と。それから、4つ目でございますけれども、こうしたいろいろな選択肢を複数組み合わせるといふ形、こういった多様な選択肢があるということで、各医療機関が入院する患者像や経営状況などを勘案して、みずから選択することが求められるということを書いているところでございます。

それから、18ページは、7月に示した数字の再掲ということでございますので、省略いたします。

19ページの表は、今申し上げましたようなところをポンチ絵にしたものでございます。

20ページでございます。

20ページは、主要疾患の医療需要の推移でございます。これにつきまして7月の会議では主要疾患と流出入の状況につきましては親会議でお示しをいたしました。その後、分科会でも細かい医療需要、例えばがんや脳卒中、心筋梗塞は一定程度需要の見込みを出していただきたいという御意見もございましたので、2つの推計方法がございますので、それを載せております。例えば、20ページでございますが、(1)はがんでございますが、厚生労働省が作成いたしました支援ツールに基づく推計、もう1つは国立がん研究センターの石川ベンジャミン光一さんが出されている推計、以下、石川氏推計と申しますが、2つの推計をここに載せております。この2つの推計は、厚労省のツール推計が医療需要の見込みと同じですから、いわばレセプトデータをもとにやっております。これに対しまして、石川氏の推計は、厚労省が定期的にやっております患者調査をもとにやっておりますので、もともとの発射台が違うとか、調査の年次が違うということがあります。そこは御留意いただきたいと思いますが、両推計ともに見ていきますと、例えば、厚労省のツール推計をごらんいただくと、県全体では「H25→37」のところは、要するに平成25年から平成37年の伸びなんですけど、1.08患者が伸びると。つまり約1割弱ぐらい患者が伸びるということです。石川氏の推計も、先ほど言ったように推計の母体となっているものだとか、年次は違うんですけども、平成23年から37年にかけて1.08伸びると。それから、平成42年、さらに5年後まで見ていくかどうかという、厚労省の推計は1.07伸びる、石川氏の推計は1.08だということで、かなり

アリーな話になっておりますので、両推計ともに1割程度増加するというと同時に、平成37年にピークになるということを示しています。どんどん需要が伸びるわけではないということでもあります。

それから、21ページにはがん患者流出入の状況表をつけています。これは過去、7月の会議で示したものと同じです。ちょっと白黒になって見にくいですが、カラー刷りの資料2の概要版のほうがカラーになっていますので、後ほどごらんいただければと思います。

それから、22ページでございますが、これは脳卒中でございます。

脳卒中につきましても、同じように厚労省のツール推計と石川氏の推計を2つ並べております。厚労省の推計ですと、県全体でいきますと「H25→37」が約2割弱の増加が見込まれると。石川氏の推計でも約2割と。これも極めて近いと。——近いから何だと言われると、「2つの天気予報が似ているから大体そんなもんじゃないですか」と御認識いただければと思います。

先ほどのがんと違って特徴的なところは、平成37年までの伸びでとまらずに42年も伸びることです。厚労省のツールを使った推計ですと、「H25→42」までで1.24伸びていくと。石川さんの推計を使っても1.20から1.26で、もう少し伸びるんだと。脳卒中について申し上げますと、22ページに本文を記載しておりますが、脳卒中につきましては発症後2時間以内に専門的な治療が可能な医療機関への救急搬送が必要となります。年10症例以上の診療実績があるDPC病院へのアクセス時間を見ますと、クモ膜下出血では県内の96%の人口、それから脳梗塞では99%の人口が、今お住まいのところから1時間以内に到達可能だと。これはどういうことかという、24ページでございますが、これは7月の会議でこの絵はお示しましたので、実際アクセスマップでぽとぽとぽと落としていくと、とにかく無事到達できますと。

済みません、またカラーでないので見にくいんですけど、カラーのほうはこちらの概要版のほうにあるので、また後ほどごらんいただければと思います。

いずれにしても、佐賀県の場合、非常にアクセスが良好だということでもあります。

ちなみに、九州全体ではクモ膜下出血の場合、1時間以内に到達できる人口が84.7%、つまり佐賀は先ほど言いました96%ですから、やっぱり非常に基幹病院が分散配置されているということと、うまいぐあいに高速道路が通っていますので——うまいぐあいと言ってはいけないんですけど、そういう感じでよく行けるということでございます。

ただ、脳卒中が今後もふえていくときに注意しなきゃいけないのは、皆さん方には釈迦に説法ですが、後遺症が残りますから、残った場合に、平成25年国民生活基礎調査あたりを見てみますと、要介護者の介護が必要となった理由の第1位が脳血管疾患でありますので、そうすると、やっぱり脳卒中の患者がふえていくとなると、今後の介護が必要となる方もふえるということが予想されることも注意しなきゃいけない。それがリハビリ需要の増などにも結びつくということを留意しなきゃいけないと思っています。

25ページでございます。

25ページ、急性心筋梗塞ですけれども、急性心筋梗塞につきましては、厚労省の配布したツールでは、実際技術的には推計が不可能であります。年間10症例しかうまくとれないというか、技術的に不可能ですけど、石川氏の推計で、ちょっと急性心筋梗塞と狭心症と心不全を合計した需要の伸びを見ると、2割程度の増加が見込まれると。これも増加がそのまま続きますということで、ちょっとこれは統計の技術的には、先ほどのがんや脳卒中と比べるとやや精度が劣るということで、参考程度になるかと思えます。

これにつきましても、また25ページの中ほどでございますが、同じように急性心筋梗塞についてDPC病院のアクセス時間を見ますと、狭心症・急性心筋梗塞ともに1時間以内にアクセスできるのは、県内の人口の99%、これも九州全体で見ますと、人口の95%なので、やはり佐賀県はこの点で良好だという形になっております。

以上が医療需要でございまして、27ページから平成37年（2025年）に向けた施策の方向性ということでございます。この医療需要に応じた医療提供体制の改革に向けて、「人を大切に」「佐賀で支える」という基本理念のもと、将来の見通しをもって、足元・現場の現状をしっかりと把握しながら施策を進めていくと。

目指す姿は、効率的かつ質の高い医療提供体制と、地域包括ケアシステムの構築でございます。イメージ図は下のとおりという形で、左側に入院医療、それから、右側に介護という、これは厚生労働省が作成しているイメージ図でございますので、皆さん方もごらんになったことあるかと思えます。入院医療につきましては、四角囲みで書いておりますが、病床機能の分化・連携というものをしていくことによって、専門性の確保など、あるいは人的資源の効率化を図っていくという形でございます。

例えば、この矢印でいくと、高度急性期から、例えば、急性期病院や回復期病院に行くと、矢印が向かっている。そして、回復期病院でリハビリがどんどんどんどん進めば早期の在宅

復帰、社会復帰ということで、この入院医療と介護の真ん中にある住まいというのがありますけど、御自宅なりにお戻りいただくと。ただ、先ほどから言っているように、純粋な自宅というのは、高齢者だけの世帯がふえているとか、いろいろ考えると難しかりょうということで、そこも住まいの下のところに四角囲みでちょっと太線を入れておりますが、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなど高齢者が安心して暮らせる多様な住まいの確保というのが必要だと。当然、そうなる上の方になりますけど、在宅医療を外づけで提供するわけですが、訪問看護を中心なども含めて、在宅医療の提供があるわけですが。それから、右側が介護で、要介護状態が必要になれば、当然介護が必要になってくるという形で、全体としては、そういう地域包括ケアシステムをつくっていくんだという形のイメージ図になります。

それに向けた施策ということで、27ページでございます。

まず1つ目の柱といたしましては、病床機能の分化・連携というものが重要になってくるだろうということでございます。

2025年の医療需要に対応する形で、病床構成というものを、需要に応じた形でどうやって持っていくかという形でございます。先ほどから言ったように、病床機能報告が怪しいということは、そのとおりだと思っておりますので、これは国に対して引き続き改善を求めるといふ病床機能報告に基づく病床機能の基準や、医療需要が今後変わることにも留意しながら、医療機関の自主的な判断による病床の転換を進めることにより、医療需要の変化に対応した病床機能の確保を図っていきたいというふうに考えています。

それから、28ページでございますが、これの具体的な取り組み方針、地域医療構想で、構想でございますので、細かい事業の羅列ではなくて、方向性を示すものと理解しておりますので、取り組み方針といたしまして7項目、急性期病床等から不足が見込まれる回復期病床への転換に対する支援、それから、療養病床から介護保健施設やその他の施設、先ほど申し上げたものを含めてですが、転換に対する支援、それから、高度急性期病床やがん診療連携拠点病院等、基幹病院の機能確保に対する支援、それから、先ほど脳卒中や急性心筋梗塞は非常にアクセスがいいというふうに申し上げました。ただ、いつまでそれが保てるかというのはまた別問題でございますが、私どもとしましては、そうした待てない急性期に的確に対応する救命救急体制の構築。それから、いろいろこれは分科会でも大変多くの人にいただきましたが、やはり介護施設でももう少し看取りをしていただけると大変現場の医療機関に与える

影響が違うんじゃないかという御意見をいただきました。もちろんすべてがすべてできるという話でもないだろうと思いますが、実は佐賀県は在宅看取り率が全国ワーストワンでございます。非常に病院や診療所における死亡率が高い県でありますので、いわば負荷がかかっているという言い方になるかもしれません。やっぱりそうしたことを考えますと、少しバランスをとらなきゃいけない面がありますので、介護施設等における看取りの推進・普及というのを書いていきます。

それから、病床機能の転換は、あくまでも繰り返しになりますが、自主的な判断が基本となりますので、当然、医療機関の皆さんが変換を判断する情報提供というのをやっていかなきゃいけない、これは私ども行政に課せられた役割だろうと思います。そういったものをどうやって調整していくかということで、今後とも地域医療構想調整会議などによる適切な協議・調整が必要であるというふうに書いています。

それから、(2)でございますが、そうした病床機能の転換や専門家など、進めれば進めるほど当然連携が必要になってまいります。病院完結から地域完結に変わるわけでございます。こうしたことについてももしっかり取り組んでいくということで、これは取り組み方針として4項目、1つは既に御活用いただいているところもありますが、佐賀県診療情報地域連携システムなど医療機関相互、あるいは、例えばカナミックシステムのように、医療機関と介護事業所、こういったことも含めて、いわば利用者の情報というのをどうやって関係者が共有していくか、これがやはり機能分化を進めた後に、機能分化したんだけど、全然連携していなかったら困るのは患者さんなものですから、そこをきちんとやっていこうということで、ICTを活用した形での連携というものを書いているところでございます。

それから、2つ目でございますが、まだ導入されておられません、これは10年間の構想なので、ある程度将来のことも書いているんですけど、今、マイナンバーが、今日も皆さん方に報酬の関係でマイナンバーの提供をお願いしたんですけども、医療ではマイナンバーをストレートにそのまま使うのではなくて、別に医療分野における番号制度の検討が、今厚労省や日本医師会でも始まっておりまして、早ければ平成30年度から段階的に導入していこうかという話もございます。こういったことも的確に把握しながら、この診療情報のシステム等々、ICTの活用というのを考えていかなきゃいけないだろうということで、そういったことも期待しています。

それから、地域連携のいろんなパスがあります。それが分科会でも出た意見であります。

パスばかりじゃないんだと。つまり、パスはいろいろ保険の問題だとか、手間暇かかるとか、いろんな問題があるわけでございますけど、やはり基幹病院の地域医療連携室、こういったものの役割というのも重要になっていくということで、そういったことを活用した診療体制というものについても書いているところでございます。

それから、いろいろこれも医師会さんを中心にお取り組みいただいております。市町だとか、郡市医師会単位でいろいろ在宅医療の連携拠点だとか、それから、医療機関のグループ化ということは今構築していただいたところでございますが、やはりこういったことについてもしっかりやっていきたいというふうに思っております。

それから、大きな2つ目でございますが、やはり地域包括ケアシステムの構築が必要になるだろうというふうに思っています。医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けるための地域包括ケアの構築だとか。このために、特に分科会におきましては介護の方も入っていただいて、いろんな御意見をいただいたところでございます。

やはり地域包括ケアシステムの中心的な担い手は市町となりますので、医療と介護の垣根を越えた多職種連携を進めたいと考えています。

29ページでございますが、やはりその点で注意しなければいけないのは、医療や介護の基盤は、佐賀県は非常に充実しているわけでございます。ただ、先ほど来、何回も申し上げていますが、今後、やっぱり単身高齢者の増加が見込まれますので、今みたいにうまくいくのかと。つまり、在宅というものの、居宅というものの意味合いが変わってきます。やっぱりここはきちんと踏まえた上で我々はやっていかなきゃいけないということです。

取り組み方針としては4つございまして、1つは平成30年4月からは市町が介護保険に基づきまして、在宅医療・介護連携推進事業を完全に実施しなければいけません。28年度から幾つかの市町におきましては段階的に取り組んでいただくことになっておりますが、30年からは完全実施ということになりますので、それに対しまして充実、支援をしてまいりたいというふうに考えています。

それから、やはり時々在宅、時々入院みたいなことをやるためには、退院調整ルールというものがきちんと機能しなきゃいけないだろうということでもあります。これは今モデル事業を唐津地区でやっているわけでございますが、こういったことの成果も踏まえながら、市町に普及しますように取り組んでいきたいと。

それから、地域包括支援センターや、今後、恐らく郡市医師会にお願いすることになると

思います在宅医療介護連携支援センター、これは市町が委託することになると思いますが、こうしたものの機能強化というのを図っていくんだらうということと、もう1つは、地域共生ステーションやボランティアなども含めた、いろんなネットワークの強化というものをやっていかなきゃいけないというふうに考えています。

それから、29ページ、(2)ということで、在宅医療そのものの限界点を高める。先ほどの(1)が多職種連携ネットワークでございますが、在宅医療そのものの力を強めていかなければいけないというのもあるかと思えます。

先ほど説明したように、届け出数は全国平均を上回っておりますけれども、実際の提供量というものにはかなりムラがある。同一建物にはどーンと行っているんだけど、居宅に対しては余り行けないというムラがある。それから、あと訪問看護ですね。訪問看護は実は全国平均から見ると非常に提供量が少ないという現実もございます。こうしたことも踏まえまして、取り組みを少し書いております。取り組み方針として、5項目でございます。

1つは、先ほどの再掲になりますが、やはりグループ化、こういったネットワークに対する支援、ネットワークを構築というものをやらなきゃいけない。それから、介護施設における看取りの普及など技術的支援、それから、訪問看護の必要量の確保に向けた体制整備、これはちょっとなかなか妙案があるわけじゃないので、あれなんですけれども、ちょっと訪問看護のこれからの重要性を考えると、少してこ入れをしなければいけないというふうに感じているところでございます。

それから、当然、在宅医療、医療だけじゃなくて、訪問歯科診療、口腔ケアの普及、それから、薬剤管理等々ございます。こうした他職種の連携に対する支援、それから、何よりこれも重要だと思いますけれども、やはり佐賀県は医療提供体制が非常に充実してきたこともあって、在宅医療に対する県民の理解とか関心というのがまだまだだろうと思えます。こうしたことに対する取り組みをやっていきたいと思えます。

それから、30ページでございます。病床とかネットワークを幾ら確保しても、働く人がいなければ機能しないということで、医療従事者の確保という形でございます。ただ、これにつきましては、要するに30ページに書いてありますように、30ページの(1)でございますが、医療従事者の確保は責任持って取り組む必要があるわけでございますが、具体的な数字は今回明記しておりません。それは具体的な医療従事者、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士の需給見通しにつきましては、ちょうど今厚生労働省で検討が始まったところでござい

ます。つまり、各県の地域医療構想が出つつありますので、この地域医療構想に合わせてどういった職種の人が何人必要になってくるということは、今までと違った需給見通しを出すと。端的に言いますと、回復期が足りないと言っているんだったら、じゃ、OT、PTはどれだけ要るんだと。それから、在宅にシフトするんだと言ったら、訪問看護師はどうなるんだという話になりますので、そういったことも含めて、今実は厚労省で検討が進められておりますので、私どもとしては、平成29年に改訂作業を行います、第7次の医療計画の中でその辺きちんと数字を書き込んでいこうというふうに思っています。

そういう形がありまして、今回の取り組み方針としては7項目、第7次医療計画におきまして、需給見通しは私も書かせていただくということ、ただそれまで何もしないということじゃなくて、地域医療支援センターや寄附講座、修学資金を活用した医師確保、それから、条件不利地域における医療従事者の確保、養成所の安定的な運営に対する支援等々を書いているところでございます。

それから、(2)でございますが、やはり医療現場そのものが働きやすい環境とするということで、例えば、病院内保育所の設置の促進など、医療従事者が働きやすい環境整備でありますとか、昨年の10月に県の医師会さんに委託をして、立ち上げることができましたけれども、佐賀県医療勤務環境改善支援センターを設置いたしましたので、こうしたものを通じました勤務環境の改善・充実を図ってきたいというふうに考えています。

それから、31ページの指標でございます。こうした施策の方向性を出しつつも、やはり何らかの目標指標といいましょうか、ちょっと数字がないと施策がなかなか予算確保が難しいので、指標ということで幾つか出しております。

病床機能の分化・連携につきましては、必要病床数と、先ほど連携するための一つのツールであります診療情報地域連携システムの加入率、それから、地域包括ケアシステムの構築につきましては、在宅医療連携拠点機関数、それから、退院調整ルールの運用、これは退院調整ルールは今整理中でございますので、どのような数字を入れるかというのはペンディングというふうにさせていただきますが、私どもとしては、平成30年度には20市町でできればやっていきたい。全部の市町で導入するようにやっていきたいというふうに思っています。

それから、65歳以上、1,000人当たりの訪問看護利用者数というのが平成25年で5.7人ということで、これは全国では低いほうでございますが、これはゴールドプランで実は書いている数字そのまま、この訪問看護につきましては、ゴールドプランの転記でございますが、

ゴールドプランでも12.9人ということで、倍増するという計画を立てておりますので、それをそのままつけております。

それから、32ページでございますが、先ほど来から看取りの問題をちょっと述べておりますが、非常に医療機関における看取り率が高いと。その分、例えば、医療機関に負担がかかっているんじゃないかということでございますので、平成26年度、医療機関における看取り率が82.8%でございました。これを幾ばくかなりとも低下させていきたい。つまり、在宅なり、介護施設なりというところでの看取りができるような環境というものに持っていきたいというふうに思っています。

それから、医療従事者の確保・養成ということで、医師数等々の目標は、先ほど言いましたように7次の医療計画で書きますので、明記はいたしません、先ほど言ったように、勤務環境改善支援センターなどをつくりましたこともありますので、看護職員の離職率、それから、県内の看護師養成所の県内就業率、ちょっと数字は今、どういうふさわしいものがあるかというのを整理しておりますが、いずれにしろ、離職率は今より下げると。それから、県内で看護職員が働いてくれないと、特に診療所あたり回らないという話もよく聞きますので、これはやっぱり県内の就業率を上げるんだという形でいきたいというふうに思っているところでございます。

それから、33ページでございますが、推進体制ということで、こうしたあるべき姿の実現に向けて、今後やっていくわけでございますが、4行目でございますが、県としては、今後とも、佐賀県地域医療構想調整会議や分科会、これから、年に2回ぐらい今後ともずっとやっていきたいと思っておりますが、こうした場におきまして、皆様方と最新の情報を共有して、いろんな進捗管理、それから、やってみてこれは違うんじゃないかというようなものがあれば当然見直していきたいと思っておりますので、今回いろいろな施策をやっていきたいと思っております。

それから、そのためにも、平成37年までを以下の3期間に分けて取り組みを進めていきたいと。

まず、第1段階、フェイズ1といたしましては、28から29年度ということで、こうした地域医療構想に基づく方向性というのを明確化して、関係者間の課題意識を共有していきたいということを考えています。最初の時期だと。そういったことをやっていく中で、平成30年に医療計画と介護計画を同時に改訂いたします。改訂いたしますので、そこで改めて施策の

打ち出しなり、効果的なやり方を考えていくということで、そのフェイズ2ということで、30から32年度と、いわば新しい医療計画との介護保険事業計画の同時改訂後が第2弾であろうと。

それから、第3段階といたしましては、平成33年以降と。これはまた平成33年に、もう一回医療計画と介護計画、3年ごとにこれから同時改訂していきますので、そういう節目節目でこの地域医療構想につきましても、適宜見直していくことによりまして、いわば中期的な目標と足元の状況というのを、この2つをきちんと踏まえながら、何か1回推計したからそれで終わりですと。これが最終版ですということのないようにかけていきたいというふうに思っているところでございます。

34ページはそのロードマップを図示したものでございます。

それから、35ページは地域医療構想の策定経過を示したものでございまして、36ページ、37ページはこの調整会議の親会議と分科会の参加者名簿を参考資料といった形で示しているところでございます。

ちょっと長くなりましたが、素案についての説明は以上でございます。

○池田議長

ただいまの素案に対しての説明に対しまして、御出席の皆様方の御意見、御質問はございませんか。

○谷口構成員

全体的にはいいと思いますけれども、実はこの保健とか福祉とか医療というのは、女性の方の職場として非常に大事な職場でもあるわけですけど、女性の方が働きやすい将来的な環境をつくっていくとか、そういう文言が余り入っていないような気がしたので、そこらに入れておく必要があるんじゃないかなというふうに思いますけれども、いかがでしょうか。

もう一つは、資料4の、出たばかりでしょうけど、資料4の3ページの真ん中あたりに、「家族や地域住民との交流が可能となる環境整備」という文言がありますけど、これは具体的に何を指しているのかなということちょっと教えていただきたいんですけども。新しい計画をつくっていくという感じですかね。

○池田議長

それでは、今の2点につきまして、1点目から説明を。

○日野医療支援担当係長

今、恐らく30ページになりますが、確かに医療機関における勤務環境改善ということで、確かにさらっと書き過ぎじゃないかという御指摘だろうと思います。実際、医療機関における勤務環境改善につきましては、単なる労使の問題だけではなくて、例えば、女性が働きやすいという、そういう要素があるかと思いますが、ちょっとそここのところについては、文言の追加という形でさせていただきたいと思っております。

それから、今御質問のありました資料の4の3ページ目の真ん中で、したがって、新たな類型にはというところの параグラフのところだと思いますが、「利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備が求められる」と書いてあります。この報告書の趣旨は何かといいますと、厚労省として、こういうものが求められるというふうに、今の段階では整備しているんですけど、実は、全く新しいものをこれからつくろうというのであれば、このあたりは非常に充実したような施設になるんですけども、現実には、今の療養病床、これの転換が中心になります。そうしますと、転換しますと、当然今、入院患者さんがそれなりにいらっしゃるわけですから、例えば、ここに書いているのは共有スペースみたいなものなんですね、イメージ的には。共有スペースが広がれば広がるほど、ベッド数が減るというか、物理的なキャパシティは変わらないという話になりますので、ちょっとそここのところをどうするかという調整が実は必要になるわけなんです。恐らくまっさらな施設をつくるときにはこういうものをきちんとつくりなさいというような施設基準になるんですけど、転換型の施設につきましては、恐らくそこは経過措置で緩やかで、しばらくは現状のままでいいよみたいな話になると思います。

ただ、そこにつきましては、先ほど言いましたように保険との兼ね合いというか、介護から見るのか、医療から見るのかというところもありまして、今年中に厚労省でこれから詳細な審議が始まるということで、今年の秋ぐらいに方向性が出て、来年法改正というようなスケジュールになります。

○池田議長

よろしゅうございますか。

それでは、山元先生。

○山元構成員

病院協会のほうからなんですけれども、今回のことでちょっと皆さんのほうにアンケートをとったんですけど、一番心配されているのは療養型の問題で、やっぱり療養の2をとっておる問題ですね。この内包型、外付型とか出てきた場合、じゃ、どの位置にまた、老健施設もどの位置に立つのかという、その辺が非常に難しいんじゃないかというところでの危惧がありますので、この辺でまたいろんな情報があったら教えていただきたいということと、それから、この今日の資料によると、病院と、それから診療所以外にも居宅というとなると、介護の3施設だけではなくてサ高住、それらよりもかえって、宅老所のキャパが多いんじゃないかなと思うんですけれども、その辺も居宅と入るのかどうか。そして、もしその辺の数値みたいなものがあると、受け皿としては非常にわかりやすくなるんじゃないかなというふうな話になるかと思います。

それから、看取りの問題に関しては、ぜひこれは医療・介護の私たちだけじゃなくて、やっぱり社会全体の意識改革が必要ではないかなと思うので、ぜひその辺のところのキャンペーンなんかしていく必要があるんじゃないかなというふうに思いますので、よろしく願います。

○池田議長

どうぞ。

○日野医療支援担当係長

3点あったと思います。

まず、療養病床につきましては、もうおっしゃるとおりで、情報が入り次第というか、完全な情報じゃなくても、今こんな感じなんですよということを私どももできるだけ医療機関の皆様方に提供できるようにしていきたいと思います。

それから、2点目の宅老所の話でございますけれども、概念ですね、まず概念としては確かに宅老所も、つまり、今の病院と診療所以外で提供される医療が在宅医療等であれば、宅老所も、それは在宅医療に入ります。ただ、それが、いわゆる診療報酬上どう評価されるのかという話になると、そのところはちょっと、まさに保険局がどう判断されるかという形に実はなっただけです。

例えば、在宅復帰率加算のときの対象に、じゃ、宅老所が入るんですかということ、多分その宅老所が有料老人ホームの届け出なんかをきちんとしているのであれば、有料老人ホーム

というのは、国の制度としてあるわけですから、それは多分報酬上の加算対象になるんですね。ところが、在宅所というのは、その制度に根差したものではありませんから、そうすると、制度に根差していないところに行ったからといって、じゃ、診療報酬でそれを評価するという話になると、なかなかそこは違うだろうというのが保険の世界の話だろうと思います。

ただ、まさに、佐賀県は在宅所が多いわけですから、現実問題として。そうすると、やっぱりその在宅医療だとか、在宅介護力をはかるときの物差しとして非常に重要な要素だというのは、私もそのとおりだと思っていますし、ちょっとそここのところは調べ方も含めて、この会議というのは、これから毎年毎年やっていきますから、ぜひそういう在宅医療や在宅介護の実力というか、その辺がわかって、もしその中で例えば課題があれば、きちんと整理していかなければいけないので、そこはちょっとまた掘り下げた調査なりをしてお示しをしたいと思っております。

それから、3点目、看取りの問題につきましても、おっしゃるとおりでございまして、これもそのとおりやらせていただきたいというふうに考えているところでございます。

以上です。

○池田議長

ほかにございませんか。古賀先生。

○古賀構成員

1つ、31ページの指標というところで、必要病床数の中でやはりこの26年の病床機能報告をここに出して、そして、37年の必要病床数と比べるのは、ちょっと乱暴ではないかと私は思いますので、これは何とかならないかと思えます。もちろん、いろんな会議の場でまず現在の医療介護資源ですね、特に事実上の稼働ベッドを把握することは大事でありますけれども、この病床報告制度だけではなかなかわからないと思うんですね。そのほかにも許可病床数とか、いわゆる医療保険での入院基本料別の一般病床とか、療養病床とか、そういうもの、それから、介護療養病床、有床診療のベッドは出ておりますけれども、介護老人保健施設、福祉施設も含めて、それから恐らくこれから介護従事者の不足によって、休眠ベッドというものが病院と同じように出てくるかもしれません。それから、介護リハビリ病床、地域包括ケア病床、これらをぜひベッドの利用率も含めて事細かい調査して出さなければ、ここに出すにはちょっと間に合わないかもしれませんけれども、これが1つでございます。

むしろ25年に調べたデータベースからの今の入院患者数でいいですか、そういうものを出

したほうがかえってわかりやすいんじゃないかと思っております。

もう1つ、28ページの上のほうです。この医療需要の変化に対応した病床機能の確保というところで、急性期病床から不足が見込まれる回復期病床への転換に対する支援と、それから、先ほど話出ておりました療養病床などから介護保健施設やその他の施設への転換に対する支援というか、同じレベルで並べてあると、結構1番目のは比較的簡単じゃないかと思えます。こういうものを同じレベルで並べてあると、ちょっとこれ問題があるんじゃないかと思っております。

実際には、ちょっとここに公的な医療機関おられるかもしれませんが、そういうところが設立当初の目的を十分考慮して、それが地域で達成されているのであれば、例えば、急性期から回復期じゃなしに、やはりダウンサイジングをまず考えるべきだと、そういうことも検討していかなければいけないと思えます。その前に公的病院はやはりガイドラインに沿った改革プランを早くこういうタイミングに出してほしいと思えます。

そういうことで、ちょっと余りに療養病床から介護保健施設と、それから急性期病床から回復期病床と同じレベルに並べてあるのはちょっと問題だと気になりましたので、ここで御意見言わせていただきました。

○池田議長

もしも、今の返事ができれば。

○日野医療支援担当係長

まず1つ目の指標の関係でございますけれども、まず、恐らく趣旨は平成26年の病床機能報告のところだと思います。平成37年は構想の性格上、指標として掲載せざるを得ないので。平成37年の必要病床数はありますが、確かに、そこに導き出される過程で重要なほうを出したらどうかという御意見だったと思います。

ちょっとそこは工夫させていただきたいと思えます。病床機能報告、確かに本文中で、私も説明していて、当てにならないとまでは言いませんけど、まだ動いています、動いていますと言っているんで、これだけ見ると、要するにコンプリートのように見えるんじゃないかという御指摘だと思いますので、そういう注意書きが必要なのかどうかも含めて、ちょっと少しここは預らせていただきたいと思います。

それから、2点目のところですけども、なかなか難しい御指摘でして、つまり、恐らく御懸念の点は、事業というレベルになったときに同じような意味合いと、おまえ思うなよと

いう御指摘だと思うんですね。

ただ、済みません、これは構想でございますので、あくまでも方向感を出すものですから、だから、強い支援と弱い支援ともなかなか書きにくいところもありましてですね。ただ、重点的な支援と書くと、何か、じゃ、こっちが重点じゃないのかという話があるので、ただ、このところはちょっと構想でございますので、転換に対する支援という中で、ただ、今、古賀先生からいただいたように、これは会議は公開でございます、議事録もきちんとテイクノートしますので、ちょっとそういったところで御理解いただければというのがございます。

○池田議長

よろしゅうございますか。森田先生。

○森田構成員

今の古賀先生の質問と少し関連するんですけど、31ページのところの指標というものの成果というか、意義づけというか、これは目標なんですか、それとも、単にこうなるということですかというのがまず1点。

それと、それに関連してなんですけど、この必要病床数の中に戻ってしまうんですけど、この高度急性期のところはほとんど変わらずに、それから、急性期のところが減っていますけれども、これは指標にしる目標にしるそういうふうになるということになると、例えば、高度急性期を担っているところも急性期のものが入っているわけなんで、自分たちの病床数を減らさなくちゃいけないのかとか、そういうことを言うようになる。それはちょっと今結論は出ないと思うんです。

もう一つちょっと考えていただきたいのは、佐賀県は非常にアクセスがよいと。1時間以内に九十何%行かれる。それは恐らく佐賀県全体に高度急性期の患者さんを診れる人たちが散らばっているからだと思うんですけど、今、専門医制度が変わっております。それで、どんどん専門医をとること、特に時間がかかる専門医をとることを目指す人たちが少なくなってくることが予想されます。そうすると、結局、高度急性期、佐賀県はアクセスがいいよね、このままちゃんと維持してくださいと言われていても、その人が少なくなる可能性があるんで、この10年後のことなので、かなり専門医制度がもう動き出して、そして、高校生が出ていってしまうころのことだと思うんです。私の考えはやはりそんなに苦労せずに、例えば、脳外科とか、大変な診療科を目指す、いわゆる高度急性期を担っているような、そういう人たちは減っていくんじゃないかなと思うんですけど、そういう視点がどこかにない

と、これはそのまま行きますよということはなかなか拡張できないので、今すぐどうこうこの文書を変えろということではありませんけれども、そういう視点を、将来的な方向とか策定の中に入れていただければと思います。

○池田議長

ほかにございませんか。（発言する者あり）先に質問、どうぞ。

○三根構成員

30ページですけれども、医療従事者の確保・養成というふうなところの取り組み方針の中に、看護師に期待するというふうなところがたくさん書かれているというふうに思いましたけれども、この最後のところですね、看護協会は看護職の果たす役割を、できるだけ期待に応えるためにレベルアップに努力はしておりますけれども、最後のところの「看護職員のキャリアアップなど資質向上に対する支援」というふうなことが書かれておりますが、もう少し具体的に御説明がいただけたらというふうに思います。

○池田議長

どうぞ。

○日野医療支援担当係長

まず、森田先生からの御質問で、指標の意味合いでございます。指標の意味合いについて、実は個々の指標ごとに違うんだろうと思っています。

例えば、必要病床数は先ほどから言ったように、これは医療機関の自主的な判断で変わっていくものですから、ここに上げたからといって、これに合わせなきゃいけないという話ではないと。そういう意味では、ここに拘束力がかかるわけじゃないわけですね。ところが一方で、例えば、(2)の地域包括ケアシステムの構築にありますように、在宅医療連携拠点機関数、この数字には、私どもの希望といたしましては、要するに、今、8つ郡市医師会があるわけでございますけど、8郡市医師会に在宅医療拠点になってもらいたいということは、この構想だけではなくて、例えば、佐賀県総合計画2015に実は書いておりますので、これは我々行政としてやらなければいけないものだという形なので、若干ここはそれぞれのものによって性格が違っているというのが一つあって、こういったものを網羅的に出すことによって、これから我々施策をやっていくときに、何かのベンチマークがないと、予算の確保などございましてということで、やっぱりこうやって整理しているところでございます。

それから、2点目のいろんな専門医制度の導入に伴って変わるんじゃないかと、実は私も

先日その話を、別のところでお聞きして、そうだなと思ったところです。確かに構想にどうこうということではないかもしれませんが、そういう問題意識があるんだろうと思って、それが恐らく医療提供体制のアクセスの問題が変わっていく可能性があると思いますので、これはつくって終わりじゃなくて、ずっとウオッチしなきゃいけないので、変動要因の中にそういうものもあるんだろうということをしっかり認識して対応させていただきたいというふうに思っております。

それから、今、三根会長から御指摘があった、もうちょっと具体的にということでございますけど、これはいろいろ、実は看護師の養成をしている、ちょっと今こういう場でございますので、個々の事業名を申し上げるのは差し控えさせていただきますけれども、例えば、看護職員のレベルアップのためにいろんな事業をしたいという御提案を私ども実はいただいているところでございます。そうしたところにつきまして、これは最終的には例えば実際施策をやっていく上で、地域医療介護総合確保基金を使ってやっていくわけですが、そういう基金で我々が事業を考えるときに、そういったいろんな団体だとか、それから機関からいろいろ御提案いただいておりますので、そういったところで弾込めをしていこうというふうな思いで、これはちょっと方向性ということで書いているところでございます。

○三根構成員

私たちの希望もたくさん入れてくださっていて。

○池田議長

よろしゅうございますか。ほかにございませんか。

ないようでございますので、この地域医療構想素案につきましては、ただいまいろいろと
いろいろな御意見が出ました。そういうものを少し修正しながら、調整会議として素案を了承していただくということでよろしゅうございますでしょうか。

〔「はい」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

では、修正の具体的な表現につきましては、議長である私に御一任いただけますでしょうか。

〔「はい」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

ありがとうございました。

それでは、そのようにさせていただきます。

最後に、今後のスケジュールについて事務局から説明をお願いいたします。

○日野医療支援担当係長

資料5、一枚紙、A4横をごらんいただきたいと思います。策定スケジュールでございます。

本日は2月1日でございますので、一番左の欄の地域医療構想調整会議素案審議ということで、先ほど御了承いただきまして、ありがとうございました。

今後でございますが、この矢印が右のほうにひゅーっと行っておりますが、これまで皆様方といろいろお願いをしておりましたのは、法律上の規定と申し上げますと、医療法30条の14に基づく診療に関する学識経験者の団体その他医療関係者等との協議の場ということで、この素案をつくっていただいたわけでございます。

今後は、まず、同じ医療法の規定でございますが、診療・調剤に関する学識経験者団体、市町村、保険者協議会との意見聴取という手続に入ります。ただ、これ本県におきましては、実はもう皆様方にここに加わっていただいているというのと、各構想区域分科会でも市町だとか保険者協議会皆さん入っていただいております。入っていただいておりますが、改めて文書で意見を求めたいというふうに考えております。

そして、3月末でございますが、医療審議会におきまして、改めて意見聴取という形で御意見を聞いて、最終的に県のほうで策定をさせていただきたいと思っています。

今のが医療法の規定に基づく流れでございますが、その他ということで、11月にも基金事業検討会でも検討状況を御説明しました。今度また機会があればさせていただきたいと思いますが、2月の下旬から3月の中旬にかけて、県におきましてこうした計画などをつくる時のパブリックコメントにかけるということになっておりますので、2月の下旬から3月の中旬にかけて、パブリックコメントにかけたいというふうに考えておるところでございます。

策定スケジュールについては以上でございます。

○池田議長

ただいまのスケジュール案につきまして、御意見等ございましたらどうぞ。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

よろしゅうございますか。

〔「はい」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

それでは、本日の了承されました素案につきましては、3月末に予定している医療審議会
で審議することになります。この調整会議の構成員の方々は、医療審議会の委員も兼ねてい
る方もいらっしゃいますので、私も医療審議会の会長でございます。医療審議会における審
議の際はまたよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、長時間になりましたが、本日の議事はこれで終了いたします。お疲れさまでご
ざいました。

午後7時43分 閉会