

第3回阿蘇地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時： 平成28年10月24日(月) 19時00分～21時00分

会 場： 阿蘇保健所2階会議室

出席者： < 構成員 > 11人(欠席3人)

< 熊本県阿蘇保健所 >

服部所長、内村次長、平嶋総務福祉課長、下村保健予防課長、納参事

< 熊本県健康福祉部 >

医療政策課 松岡課長、阿南補佐 高齢者支援課 西村主幹

認知症対策・地域ケア推進課 高島補佐

オブザーバー：3人、傍聴者：2人

開会

(平嶋阿蘇保健所総務福祉課長)

ただ今から、第3回阿蘇地域医療構想検討専門部会を開催します。

本日の司会を務めます熊本県阿蘇保健所の平嶋でございます。

まず、資料の確認をお願いします。会議次第、配席図を1部ずつお配りしております。資料1～7は事前に郵送しておりましたが、お持ちいただけましたでしょうか。不足がありましたらお知らせください。

なお、本日の部会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、前回に引き続き公開とし、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。現在、2名の方が傍聴席にお座りになっています。

また、会議の概要等については、後日、県のホームページに公開する予定としていますので、よろしく願いいたします。

それでは、開会にあたり、熊本県阿蘇保健所長の服部からご挨拶申し上げます。

あいさつ

(服部阿蘇保健所長)

皆様こんばんは。阿蘇保健所の服部です。

本日はご多忙の中、第3回阿蘇地域医療構想検討専門部会に御出席を頂きまして、誠にありがとうございます。

第3回目、本来ならば年度当初に開催予定でしたが、熊本地震の対応優先のため、約半年近く延期をさせていただきました。

その間、皆様方には、それぞれのお立場で被災者の救護活動や支援活動など様々な形で大変なご尽力をいただきまして、本当にありがとうございます。

おかげさまで、避難者の方々も、多くが仮設住宅に移られまして、まだまだ生活再建

など災害の対応は続いていきますが、ある一定のステージから次のステージに移ったというところで、本日、この3回目の部会を開かせていただきました。

また、医療機関の方々には、立野病院の休診をはじめとして病院診療所の先生方も被災を受けられ、県としても、医師会、歯科医師会をはじめ関係機関の御尽力を賜りながら、復旧についての国の支援策についても進めているところです。

上村先生からも、厳しい状況、ライフラインや道路の事情などもありますけれども、再開に向けて動いているというお話をいただき、こちらが元気をいただくような活動をされておられ、保健所としても先生方と一緒に阿蘇の医療を盛り上げていけるようにできることをやっていきたいと思っています。よろしくお願いします。

本日の部会では、熊本地震の影響について説明をした後に、地域医療構想について、できるだけ具体的なイメージを共有するために、未定稿ながらお示しいたします。ポイントは2点あります。

1点目は、2025年の病床数の必要量について、国の法律に基づき、算定しておりますが、その数値はあくまで推計値であること、病床の削減目標を示したものではありません。構想の中で明記しております。

2点目は、すでに策定済みの県では、国の算定による病床数だけを記載していますが、本県では、独自に3つのパターンで推計した病床数をお示ししています。

本日は、限られた時間ではありますが、忌憚のない御意見を頂きますように、よろしくお願いします。

(阿蘇保健所 平嶋総務福祉課長)

構成員の皆様の御紹介につきましては、お手元の構成員名簿並びに配席図にて代えさせていただきます。本日は、老人福祉施設代表の蓮田構成員、阿蘇市町村会代表の日置構成員には、御都合により欠席となっております。

それでは、ここから議事に入らせていただきますが、設置要領に基づき、進行を平田会長及び甲斐副会長にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(平田会長)

阿蘇地区は、未だに公共交通機関は寸断、道路の事情も悪い状態が続いており、特に(熊本)市内方面へのアクセスは車を持っていない人たちにとってはかなり制限されている状態が続いています。市内への流出入という言葉がよく使われるが、そのデータを採った時点と今の時点では全く違った状況になっていると考えた方が妥当と思います。

今の現状の中で、どうやって阿蘇の医療を守っていくかということを頭に置いてから、皆さんの忌憚のない意見を出していただきたいと思います。よろしくお願いします。

それでは、熊本地震についてから説明をお願いします。

議事

1 熊本地震について	【資料1】	納参事説明
2 地域医療構想について		
(1) 策定スケジュールについて	【資料2】	内村次長説明
(2) 構想について	【資料3】	
[補足資料]		
2015年病床機能報告病床数と2025年病床数の必要量との比較	【資料4】	
九州各県の地域医療構想の体系(目次)一覧	【資料6】	
第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会資料[関係箇所抜粋]	【資料7】	

資料1 平成28年熊本地震について

資料1の平成28年熊本地震について説明します。

大きく3点、被害の概要、人口動態・患者受療動向への影響、全医療機関緊急調査結果を整理しています。

時間の都合もありますので、どのようなデータをまとめているかを中心に説明します。

下のスライド1が1点目の被害の概要です。

9月6日時点での速報値となりますが、(1)人的被害2,480人、(2)住家被害約16万8千棟、ともに非常に大きくなっています。

次のページをお願いします。

2点目の人口動態・患者受療動向への影響です。

こうした甚大な被害が人口動態や患者の受療動向にどのような影響を及ぼしたのか、まずスライド2と3で、昨年10月から今年8月までの各月1日現在における人口動態を県全域と二次医療圏ごとに整理しています。

3月から4月にかけての落ち込みは地震の影響ではなく、例年の社会減によるものです。

県全域では、上のスライド2の左上のグラフのとおり、この間0.6%の減でした。

地震被害の大きかった阿蘇地域、上益城地域は、地震後の右下がりの傾向が大きく、阿蘇では1.7%の減でした。

次のページをお願いします。

患者受療動向への影響です。

国保連及び後期高齢者医療広域連合提供のレセプトデータから、まず上のスライド4で、入院に係る今年3月から6月までの「1受診件数」、「2患者住所地に所在する医療機関での受診件数」並びに2を1で割った「3自圏域完結率」を整理しています。

この間、1の受診件数で県全域では3.7%減で、当地域は6.7%の減でした。

また、3の自圏域完結率について、当地域は5.3ポイントの減でした。

こうした自圏域完結率の動きが季節的な要因によるものか否かを確認するため、下のスライド5で、昨年3月から6月までの動向との比較を行いました。

実線が今年で点線が昨年を表していますが、当地域は4月以降の対前年同月比でも減少しています。

次のページをお願いします。

見開きで地域間の入院患者流出入の状況を整理しています。

左のページが今年3月、右のページが今年6月で、上のスライドの表で件数と割合、下のスライドの地図で1%以上の流出率を矢印で示しています。

右下のスライド9が今年6月を示した地図で、点線の矢印が今年3月にはない動きを示しています。県全域では県外も含めて受診先が広がっていますが、県外への流出数は全体の1%程度のため、基本的には県内全域で対応がなされていることを確認しました。なお、当地域は、大分県、福岡県など県外への流出が若干増えています。

次のページをお願いします。

上のスライドが今年3月と6月との比較、下のスライドが昨年6月と今年6月との比較です。

次のページ以降で、医科の外来並びに歯科の外来を同じように整理していますが、説明は割愛させていただきます。

少しページを飛んでいただき、スライド28をお願いします。3点目の全医療機関緊急調査の結果です。

医師会様、歯科医師会様の御協力をいただき、今年6月に県内の2,530の全医療機関を対象とする緊急調査を実施しました。地震から約2か月という状況の中で、全体で8割を超える医療機関の皆様から回答をいただくことができ、この場をお借りして御礼申し上げます。

各調査項目のまとめとしまして、下のスライド29の(1)被害状況ですが、県全域では、被害件数は全医療機関の半数を超える1,282件、被害額は348億円でした。

ただし、被害額については、被害ありの3分の1以上で金額不明との回答でしたので、これが下限と見込んでいます。

また、スライド29の下の(2)患者数について、昨年と今年5月を比較すると、県全域では左の外来患者数は95%、右の入院患者数は99%となりました。

なお、当地域は、被害件数はスライド32のとおり44件、被害額はスライド33のとおり6.1億円。

患者数については、スライド49のとおり、対前年比で外来患者は4月85%、5月94%、入院患者数は4月91%、5月99%となっています。

その他、スライド30に県全域に係る（３）震災後の診療状況、（４）震災の影響による課題・行政への要望のまとめや、各調査項目の詳細を整理していますので、別途御覧くださいませようお願いします。

資料１の説明は以上です。

資料２ 地域医療構想策定スケジュール（案）

資料２の地域医療構想策定スケジュール（案）について説明します。

平成28年度中の策定完了をめざし、当初は５月に第３回の開催を予定していましたが、震災の影響で約５か月間延期しました。しかしながら、28年度内完了の目標並びに会議の回数は変えず、年度後半に集中的に議論いただくよう日程を改めて、進めて参りたいと思いますので、よろしくごお願い申し上げます。

なお、裏面に参考として、８月末時点の各県の進捗状況をお示ししています。

九州では佐賀と大分が策定済みです。

資料２の説明は以上です。

資料３ 熊本県地域医療構想（未定稿） 36～42ページを除く。

資料３の熊本県地域医療構想（未定稿）について説明します。

なお、資料４並びに資料７により補足の説明を随時行いますので、よろしくご申し上げます。

表紙をおめくりいただき、目次を御覧ください。

大きく第１章から第７章までに分類して整理していますが、一部についてはこれからの検討後に記述していく箇所もありますので、内容は「作成中」としてあります。

１ページをお願いします。

第１章の基本的事項です。冒頭に、「誇るべき『宝』である熊本県の医療提供体制の回復・充実に向けて」と掲げ、この誇るべき宝を医療関係者だけでなく、行政、県民が将来に引き継いでいくことが求められていること、ただし、今回の地震が将来人口や地域経済に与える影響が計り知れないこと、そのため、県としては、国の補助金の積極活用を促すなどにより、被災施設の１日も早い復旧・復興を支援し、創造的復興を推進することを記載しています。

２ページの（２）地域医療構想の内容として、本構想では、構想区域、構想区域における厚生労働省令に基づく病床の機能区分ごとの将来（2025年）の病床数の必要量、構想区域における厚生労働省令に基づく将来（2025年）の居宅等における医療（在宅医療等）の必要量、地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化及び連携の推進に関

する事項（めざすべき医療提供体制を実現するための施策）の4つを定めます。

その上で、（3）将来のめざすべき医療提供体制の姿として、「高齢化が進展し、医療需要が増加する一方で、人材や施設などの医療資源に限られた中であっても、県民が安心して暮らしていくため、必要な時に必要なサービスを受けられるよう、患者の状態に応じた質の高い医療を効率的に提供できること」と設定したいと思います。

この実現に向け、病床の機能の分化及び連携の推進、在宅医療等の推進、医療従事者・介護従事者の確保・育成の3本柱の施策を進めて参ります。

3ページをお願いします。これらの施策の推進にあたっては、枠囲みのとおり、熊本地震を踏まえた課題についても考慮していきます。

4ページですが、構想の策定体制・プロセスにつきましては、現時点では作成中として記載を保留しています。

5ページをお願いします。

第2章の熊本県の現状として、推計人口や医療・介護資源の現状等について、県全域のデータを中心に整理しています。

まず、人口の推移・見通しとして、6ページ中程の図表2で、社人研推計と並べて昨年策定した「熊本県人口ビジョン」における将来展望をお示ししています。2010年が181.7万人で、2025年では社人研推計の166.6万人に対し、県人口ビジョンでは170.6万人と約2%多い推計としています。

なお、グラフの下の に記載しているとおり、この度の地震により、被災者や被災事業所の移動など様々な影響が懸念されますが、中長期的に人口増減に及ぼす影響を推計することは困難ですので、本構想では、社人研推計や県人口ビジョンの数値を引用することとしています。

7ページをお願いします。

図表3で高齢者人口・高齢化率の推移を、その下に参考として社人研推計に基づく2010年から2025年、2040年までの県の人口ピラミッドの変化を掲載しています。

8ページが高齢者世帯の推移で、単独世帯が増えていく見込みです。

なお、参考として、2010年における二次医療圏別の65歳以上の単独世帯割合を掲載しています。

9ページから「2 医療・介護資源の現状」を記載しています。

まず（1）医療施設の状況として、9ページに医療施設数・病床数、10ページに在宅医療関係施設の状況について、県全域並びに圏域ごとに整理しています。

11ページから13ページにおいて（2）医療従事者の状況として、平成26年のいわゆる三師調査に基づく、医師、歯科医師、薬剤師数、看護職員数を整理しています。

14ページには、(3)介護施設の状況として、介護保険施設やサービス付き高齢者向け住宅の整備状況を整理しています。

15ページをお願いします。現行の県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画における2025年度までの主な介護サービスの見込量です。

16ページに(4)介護従事者の状況として、昨年、国から示された「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計」を掲載しています。下の表の一番下の行ですが、県全域では2025年度に介護人材が1,534人不足すると推計されています。

17ページをお願いします。

第3章の構想区域ですが、「1構想区域の設定の考え方」として、これまでの本部会等で昨年度來說明してきた内容を記載しています。

19ページをお願いします。「2構想区域の設定」について、現時点では作成中としています。

ここで、資料7のスライド1をお願いします。

構想区域に関しては、昨年度の部会での議論を踏まえ、熊本地域及び上益城地域以外の9地域については、現行の二次医療圏を構想区域として設定すること、熊本地域及び上益城地域については、熊本市医師会と上益城郡医師会で調整し、両者で合意した内容により構想区域として設定すること、そして、これらを次回すなわち今回の各地域部会で審議し、決定することとしています。

この点は、前回の会議でもご審議いただいておりますが、後の意見交換において、改めて確認し、構想区域を決定したいと思います。

資料3に戻って、20ページをお願いします。

第4章の将来の医療需要・病床数の必要量の推計です。

まず「1法令に基づく医療需要及び病床数の必要量の推計」について記載しています。

なお、病床数の必要量とは、これまで必要病床数と表現していたもので、今後は法令上の正式名称である病床数の必要量で表現を統一することとします。

病床数の必要量とそのベースとなる医療需要の推計方法については、昨年度來說明してきたとおり、厚生労働省令で算定式が定められています。

推計のポイントは大きく4点です。

1点目は、高度急性期、急性期及び回復期については、2025年の医療需要を、2013(平成25)年度の1年間のレセプトデータ等に基づき算定される入院受療率に、社人研による2025年の推計人口を掛け合わせて機械的に算出することです。

図表16に機能ごとの境界点をお示ししています。

21ページをお願いします。

ポイントの2点目は、残る慢性期の医療需要については、在宅医療等の医療需要と一体的に推計するという点です。この点が一番分かりづらいところで、具体的な算定に当

たっては、図表17の上段の【現状】に係るそれぞれのデータを、まず中段の【2013年推計値】、さらに下段の【2025年推計値】の二段階で回復期・慢性期・在宅医療等にそれぞれ割り振ります。

その際、【現状】の「療養病床の入院患者数」のうちの「(イ)医療区分1の70%」の患者数、及び「一般病床でC3基準未滿、すなわち175点未滿の患者数」を【2013年推計値】で在宅医療等に割り振り、さらに「療養病床の入院患者数」のうちの「(ウ)地域差の解消」のための患者数についても【2025年推計値】において在宅医療等に割り振ります。これにより、現在、入院医療を受けられている患者の多くが2025年には在宅医療等の患者と算定されるため、これに伴い、後程説明するとおり病床数が減少することになります。

また、「(ウ)地域差の解消」については、図表18のとおり、A、B、C(特例)の3パターンする方法があり、これまでは、県内統一的にパターンAより緩やかな設定となるパターンBを適用した場合の数値を示してきました。

なお、パターンBの特例として目標年次を2025年から2030年に繰り延べできるというパターンCがありますが、当地域はその要件を満たしますので、以降は特例適用の数値で整理します。

ここで、資料7のスライド2から5までを見開きでお願いします。

スライド2と3は資料3に掲載している図と同じもので、スライド4が特例適用要件の詳細、スライド5が推計に今後の取り扱いに係る取扱いを示しています。

スライド6をお願いします。

上半分に資料3やスライド3の図と同じものを再掲していますが、下の枠囲みに記載しているとおり、図の一番下・真ん中の「入院からの移行分」に係る患者への新たな対応が今後の重要な取組となって参ります。

スライド7をお願いします。

厚生労働省令の算定式に基づく、当地域における2013年、2025年から2040年までの医療需要の推計値です。

グラフの左が入院、右が在宅医療等を示しており、参考までに1番上に2013年の許可病床数を盛り込んでいます。

当地域は、2013年の医療施設調査における許可病床数が計884床ですが、下の医療需要の2013年推計値で「入院からの移行分」として257人/日が右の在宅医療等に含まれ、さらに下の2025年推計値でこの「入院からの移行分」が408人/日に増加するなどにより、左の入院に係る2025年の医療需要は388人/日となります。

資料3に戻っていただき、24ページをお願いします。

推計のポイントの3点目ですが、医療需要を算出した後に病床数の必要量を算出するに当たっては、都道府県間並びに県内構想区域間の10人以上の患者流出入数について、

医療機関所在地の医療需要（医療機関所在地ベース）と患者住所地の医療需要（患者住所地ベース）の推計値の範囲内で調整する必要があります。

24から25ページにかけて機能ごとの患者流入表を掲載していますが、25ページの枠囲みのおり、本県は患者のフリーアクセスを最重要視する観点から、現在の受療行動を是認する「医療機関所在地ベース」での算定とすることとしました。

この方針に沿って、東京、福岡、宮崎、鹿児島との調整を完了させました。

26ページをお願いします。

推計のポイントの最後の4点目ですが、病床数の必要量は、図表23のおり、機能ごとの医療需要を全国一律で設定された当該機能の病床稼働率で割り戻すことにより算定します。

病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%で、その結果、当地域の病床数の必要量は図表25のおり、高度急性期19床、急性期119床、回復期110床、慢性期198床で、計446床となります。

なお、その下の に記載しているとおり、この厚生労働省令に基づく病床数の必要量は、先程説明した条件のもとに算定した推計値となります。そのため、これから2025年、更にはその先の時点までを見据えた上で、限られた医療資源をいかに効率的に活用し、不足する機能を充足させていくかを中心に、医療・介護関係者、行政関係者、県民等が地域のサービス提供体制等を検討するための材料であり、病床の削減目標を示したものではないということを確認しました。

この点については、27ページ末尾の脚注のおり、今年の1月及び3月に各県の担当課長・担当者参集により開かれた厚生労働省主催の「地域医療構想に係る意見交換会」において、同省から、病床数の必要量は「推計値」及び今後の「トレンド」を示したものであること、地域医療構想は「病床削減ありき」ではなく、将来の医療需要を念頭に地域の関係者であるべき医療提供体制の姿を考えるプロセスが重要であること、との説明を踏まえて記述するものです。

さらに、ここには記載できておりませんが、昨年、塩崎厚生労働大臣が国会で「地域医療構想における将来の病床数というのは、医療費削減や病床削減を目的としたものではない」と答弁されていることも確認しています。

併せて、現行の県保健医療計画では、現時点における各圏域の病床の整備目標となる基準病床数を定めています。この基準病床数と病床数の必要量は、趣旨や目的、算定方法が異なる別制度ですが、比較すると表のおり、当地域では基準病床数より病床数の必要量の方が338床多くなっています。

こうした点なども踏まえ、現在国で両者の関係性、整合性等を図るための検討が進められており、次期の第7次熊本県保健医療計画で基準病床数を新たに定めることとなります。

28ページをお願いします。

（4）在宅医療等の必要量について、当地域は、資料7のスライド7あるいは本資料

の22ページの図表20記載の医療需要である1,089人/日を適用します。

なお、在宅医療等の必要量の確保に向けて、国で「慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型」についての議論が進められていますが、まだ詳細は定まっておりません。

29 ページをお願いします。

「2 熊本県における将来の病床数の独自推計」を説明します。

(1) 基本的な考え方に記載していますが、本県では、地域の実情に即した将来必要となる病床数を検討するため、御承知のとおり、昨年度、一般・療養病床を有する505に上る全医療機関を対象とした聞き取り調査を実施しました。結果の詳細は後程説明しますが、当地域では15の医療機関の方にご協力いただき、意見交換を行い、後に述べます病床機能報告には表れない実情の把握に努めたところです。

また、各市町村でも人口ビジョンが策定されていること、さらに熊本地震による被害等を踏まえ、将来をできるだけ多角的に見通し、必要な施策を推進するに当たっては、こうした情報や国が定めた算定以外のデータ等も活用し、地域の視点でも捉えていくことが大事との考えから、3つのパターンによる県独自の病床数の推計値を算出しました。

枠囲みのとおり、パターン が各市町村の人口ビジョンにおける人口の将来展望を反映した医療需要を、聞き取り調査で把握した地域ごとの病床稼働率で除して算定した病床数、パターン が過去の病床数の減少が2025年まで続くとした場合の病床数、パターン が「聞き取り調査」で各医療機関が見込んだ病床数です。

30 ページから 32 ページにかけて具体的な推計方法を示していますので、ここでは説明を割愛します。

33 ページをお願いします。

その結果として、県全域では図表 34 に記載するとおり、パターン で 24,473 床、パターン で 28,357 床、パターン で 29,837 床となりました。

少し飛んで、44 ページをお願いします。

当地域の県独自推計の結果は、図表 46 のとおり、パターン で 575 床、パターン で 752 床、パターン で 803 床となりました。

45 ページをお願いします。

昨年度 2015 年度の病床機能報告の報告病床数と、厚生労働省令に基づく「2025 年の病床数の必要量」及び本県独自推計による「2025 年の病床数」との比較の結果は、図表 48 のとおりです。

なお、別紙の資料 4 は、2015 年度の病床機能報告の報告病床数と厚生労働省令に基づく「2025 年の病床数の必要量」の比較の詳細です。

構想策定後には法定の「地域医療構想調整会議」を構想区域ごとに設置し、こうした比較等を通じて、構想の実現に向けた協議を重ねていくこととなります。そのため、実

際の協議にあたっては、現在進められている病床機能報告制度の改善等を踏まえるとともに、病床数の推計の基礎となる数値を定期的に見直すなどにより、地域の実情把握や将来見通しの精度を高めることが大事だと考えています。

46 ページをお願いします。

「(5)医療提供体制上の課題」以降については作成中となります。特にこれからは、次の第6章の施策の検討につなげるため、当地域の課題をしっかりと整理することが重要となります。

後程、本資料の36ページから42ページまでに整理した当地域の「人口の推移・見通し」や「医療・介護資源の状況」、さらに「資料5」の「聞き取り調査で把握した医療機関からの意見・課題等」を説明し、意見交換を行いたいと思いますので、よろしくお願いします。

資料3について、前段の説明は以上です。

資料4 2015（H27）年病床機能報告病床数と2025（H37）年病床数の必要量との比較（資料3の中で説明）

資料6 九州各県の地域医療構想の体系（目次）一覧

資料6の九州各県の地域医療構想の体系（目次）一覧について説明します。

各ページとも、左の本県と各県の体系を比較対照できるように整理しています。

策定済みが佐賀と大分、素案提示済みが長崎、宮崎、鹿児島、未公表が福岡と沖縄です。

定める事項など共通の内容が多くなりますが、本県は「誇るべき宝」から記述をはじめ、2025年の病床数の独自推計を盛り込む点が他にない大きな特徴です。

資料6の説明は以上です。

資料7 第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会資料 [関係箇所抜粋]
（資料3の中で説明）

以上、前半の説明を終わります。

（平田会長）

では、これから意見交換に移りたいと思います。

まずは、資料3でありました医療構想の構想区域について、これは震災前の会議の議題にあがりまして、阿蘇地区は今の医療圏域を医療構想の区域にすると決定しましたので、このまま今の2次医療圏を対象として今後の構想を進めるということに対して、特にご異議が出ないものと考えておりますが、いかがでしょうか。

特に異議がないということによろしいでしょうか。異議が無いようですので、現在の2次医療圏を阿蘇の医療構想区域の対象地域と決定したいと思います。

では、構成員の方、今の事務局の説明、震災後にいろいろ考えられたこと、何かご意見等ありませんか。

(甲斐副会長)

パターン、パターン、パターンを提示していただいたんですけど、もう一回、説明してもらえないでしょうか。

病床数がパターン、で、阿蘇はかなり違うんだなというふうに思うが。

(阿南医療政策課課長補佐)

算定の仕方をもう少し詳しくということによろしいでしょうか。

一番わかりやすい説明としましては、資料3の29ページにパターンからまでの説明を書いておりますけれども、このとおりでございまして、

パターンの算定式は厚生労働省令の算定式と一緒にございまして、この分母と分子の中身を変えています。

まず、分子の医療需要というのが、厚生労働省令で定められているんですけども、これは社人研の推計人口を使っています。そこを今回、阿蘇圏域において、各市町村が出している人口ビジョンの推計人口を使っています。

ということは何かと言いますと、熊本県において、社人研の推計人口ではどんどん減っていくわけですが、そうはさせまいと、地方創生で皆さんに頑張ってもらって、その減少幅を抑えるというのが、だいたいの阿蘇郡市の傾向です。そうした郡市が推計した人口で掛け合わせる。そうすると、医療需要が膨らむということです。

それを割る分母の病床稼働率、厚生労働省令では高度急性期が75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%という率があるんですけども、この病床稼働率も阿蘇地域の実際の稼働率それで割っているということでございます。

そういった点を抑えて、地域の実態に応じた算定方法という見方もできます。

続きまして、パターンなんですけれども、過去の病床数の減少が2025年まで続くとした場合の病床数ということで、ここは具体的に44ページをお願いします。

44ページの図表47パターンに係る2025年病床数推計ということでございまして、2010年から2011、2012と取っています。この920、920、920、901ということで、これは一般病床と療養病床全部なんですけれども、この推移、今2016年4月1日時点まで取れておりますので、このトレンドが続くとした

場合という仮定で、752が着地点になるということでございます。

最後にパターン、「聞き取り調査」で各医療機関が見込んだ病床数ということで、後で説明がありますけれども、医療機関に病床機能報告では機能の選択しか選びませんけれども、今後2025年までにどれくらいの病床数を確保する見込みですか、ということをお聞きしました。

折角ですので、資料5をお願いします。資料5では、聞き取りした内容ということで、26ページと27ページをお願いします。26ページは平成27年の病床機能報告、2番が6年経過後どうなりますかということで、病床数の見通しを病床機能と共にお聞きしております。27ページの上の方が、2025年の医療機関さんが予定される病床数を書かしていただきまして、その中には見通し不明というところもありましたので、その分は上乘せして書いてございますけれども、このような計算式、3つのパターンについて推計という形で、阿蘇圏域でいけば、(資料3)44ページのパターン、パターン、パターンというところで、575、752、803という数字が出てまいります。説明は以上でございます。

(甲斐副会長)

パターンを算出するときの病床稼働率というのは、いつのですか。

(阿南医療政策課課長補佐)

こちらは、資料5の26ページをお願いします。この中で出てまいります平成27年病床機能報告に基づく稼働率ということで、平成26年7月1日から平成27年6月30日までの間のものです。報告では(2)医療機能別の入院患者数の状況を各機能ごとに聞いておりますので、この新規入院患者数、在院患者数、退院患者数を算定式に入れ込みますと、病床稼働率というのが出ますので、この率を急性期58.2%をで割り戻したり、回復期は55.1%で割り戻したり、慢性期、これは病院も診療所も込みこみで稼働率というのを outsizing いただいているということです。

(甲斐副会長)

確認したかったのは、地域医療構想(検討専門部会)の第2回までは、2013年のデータを基にしているもので、そのまま行くと阿蘇地区は病床数404まで減るという数値が出ていたが、それはなくなって、パターン、パターン、パターンという新しい基準になるのか。

(服部阿蘇保健所長)

国の算定式に基づく推計はなくなってはいません。国の算定式は算定式としてありまして、3つのパターンを考えたのが、熊本県独自で、多角的に検証して、判断したいというところ。

(甲斐副会長)

分かりました。平成27年といういわゆる直近のデータを基に、加味して算出していただいたということですね。

これは、最終的にパターン、
、
のどれかで全県域を見つめていくということになるのですか。

(阿南医療政策課課長補佐)

こちらについては、決めるというものではなくて、厚生労働省が法令で決めなければいけないものは、「厚生労働省令に基づく算定式での推計病床数」は書きなさいよという話ではありますが、そこで出された病床数推計にそんなにこだわる必要はないという前提に立って、色んな角度から見えていくことが必要ではないかということで、このような3つのパターン、これもすみませんけれども、この3つのパターンは震災前の先生たちからの聞き取り調査であったり、稼働率でございますので、これは今後、地域医療構想策定後も、平田会長がおっしゃったとおり、今後地域医療をどう守っていくのか、という話もありますので、医療需要の推移という一定のトレンドはあるかもしれませんが、そういうことを踏まえつつ、どんどんやっぱり変化はしていくんですね、仮に何かを構想として決めないといけませんので、とりあえずこれを書かせてください、と。

そのあと、地域の状況・変化等を踏まえて、皆さんと行政側、保険者側、最後は住民も入ったところで、各医療機関の立ち位置等々を決めて、阿蘇圏域の医療提供体制を整備していきましょう。というのがねらいでございます。

(甲斐副会長)

質問の意図というのは、
、
、
というのを県が提示していただいたので、それぞれのところをずっと調査していかれる、今回みたいな会議があって、最終的にはどのパターンが一番いいんだという皆からの意見が出ると、熊本県が提示したパターン
でみんなでいこうとか、パターン
でいこうとかということを最終的に決めたいわけで、今度の年度末に最終的な数字を出していくという考えなんですか。

(阿南医療政策課課長補佐)

このまま全部併記して出す予定です。

(松岡医療政策課長)

国の数値は省令で定めていますから、これは変えられないです。これは機械的なんです。地域性も何も加味していない。計算式で出したものを載せる。

これは各県、基本、それだけです。熊本は色んな地域性なり、関係者のご意見を踏まえて、色んな角度から算定をしました。

じゃあ、どれが一番正しいのかとか、どれを県としては必要な病床数と思っているのかというのは、これは決められないと言いますか、要は、先ほど言いましたように、今後、議論していかなければならない、そのためのある意味、材料ということでございます。

す。

だから、確からしさがどれがあるかというのは、これは判断が難しいです。

この3パターンも、機械的と言えは機械的なんですね。そういう意味では、本当に必要な病床あるいは介護のサービス機能というのはどうあるべきかというのは、来年以降、協議の場というのを設けますので、その中で議論をしていくことになります。

最終的には、個別の病院を展開したいとか、施設を造りたいとかいう、そういう議論が、各事業者のご判断と各圏域の皆さんの総意と言いますか、その了解の手続き・プロセスが非常に大事になる。というところの認識で、今回は、この4パターンを全て提供して、構想としては提示するということ。

(甲斐副会長)

分かりました。今日、聞いた限りでは、これまでとは全然違ってきてるので、あの減り方じゃとんでもないぞ、とみんな思っていたと思うが、そうではなくて、県でちゃんと考えていただいて、去年のデータとか聞き取り調査に基づいて、新たに県としてもこういう策定があり得るんですよというふうに出していただけるということですね。いろんなことを加味していただいていることがよく分かりました。

(阿南医療政策課課長補佐)

1点だけですね、厚生労働省の算定式を違うところで使わなければならないという場面が出てくるかもしれません。

前もお話ししましたが、要は、その機能が過剰かどうか、不足しているかどうかを議論するときには、厚生労働省の算定式を用いることは、これは法律に書いてありますので、守らなければならない部分がありますが、この医療需要については2013年度1年間の実績を踏まえて、2025年の人口と比較して出しているものです。

熊本への流出がちょっと止まっているのではないかという話がありますけれども、これはまた、病床数の必要量について、各県とも国へ節目、節目で出してほしいと、出さないと現状というのが分かりませんので、我々3つのパターンというのは聞き取り調査とか実績しかありませんので、それについては、各県とも厚労省に要望しているところでございます。

(甲斐副会長)

もう1個、27ページの基準病床数というのは、どういう(ものか)。

(阿南医療政策課課長補佐)

基準病床数は何かと言いますと、27ページの一つ目の、現行の第6次熊本県保健医療計画では、圏域内の病床の適正配置の促進を目的とした「現時点における各圏域の病床の整備目標」ということで「基準病床数」を定めております、と。この基準病床数は、昭和60年、第1次医療計画が始まった時に(定められた)いわゆるこれは病床規制を図る趣旨です。

基準病床数に対し既存病床数、実際の病床数が上回っていた場合には、これ以上ベッドは作れません。ということです。基準病床数に対し既存病床数が低い場合は、ベッドを増やさなければならないので、公募をかけて一般病床、療養病床についてのベッドを増やすという手続きがあります。

ということで、この基準病床数は、医療計画を策定する度に整備しなければいけない病床数ということで、基準が決まっています。

医療計画を基に、人口の捉え方とかが、病床数の必要量と違っていています。病床数の必要量は、人口は2025年の推計人口ですが、基準病床数は直近の人口を使ったり、入院需要率を使ったりしておりますので、そこが違うところです。

ただし、ここで言っているのが、この医療計画は6年間になります。ということで、地域医療構想の目指す2025年までもう2年しか差がないので、基準病床数と病床数の必要量、目的・主旨は少し違うんですけども、大阪とか大都市では、整備しなければいけない病床数の必要量が既存病床数より多いが、病床過剰地域なので、増床ができない、どうするんだ、という話しになっています。

熊本県の場合、チェックしましたけれども、今のところ、既存病床数と比べたら病床数の必要量はまだ低い状況にありますので、そういった問題は出てこないと思われれます。ただし、大都市においては、高齢者人口が伸びるということで、そういった問題が出てきている。

(上村構成員)

整合性をものすごく議論されていると思うが、既存病床数と病床数の必要量の、結局、そこら辺は医療法とかでがんじがらめにされている基準病床数というところがあると思うんですけど、ただ、一所懸命ここで議論した必要病床量が、第7次保健医療計画で、整合性が合わなくなる恐れがあるのではないかと思ったけど、今聞くと、大都会みたいに乖離がないから、逆転現象がないから大丈夫だというお話だけれども、本当にそうでしょうか。ものすごく危惧するところ。

45ページの図表48のパターン というのは、我々がこのくらいあった方がよいのではないかと、という、医療機関が実際に、やっぱり僕らはこれで飯食っていかねばならないから、どうしてもマーケティングじゃないけれど、そこら辺まで手法を使ったりして、実際に出している値だから、パターン というのは極めて実情に合った数値ではないかと思えます。

そこが1点と、基本的には、阿蘇地域で問題になるのは、慢性と在宅医療ですよ。例えば、資料3の21ページに慢性期の医療区分1の70%というのは、どこからそういうふうに出してきたのか、非常にあいまいですよ。こういう値を、実際の熊本県の地域特性、そこまでいったら受療率とかもいろいろ加減ですよ。だって、その地域の地形とか地理とか、診療所のドクターの年齢とか全部無視して出してるでしょう。

だから、不可能なこともかもしれないけれど、本当はそこまで加味した数値が大事と思う。だけど、それを一所懸命出したとして、さっきみたいに基準病床数で枠にはめてしまうような、そんなことはされないとはいえますけれども、そういうふうになると、折

角議論している材料が、前提から覆されることを危惧しています。

(阿南医療政策課課長補佐)

基準病床数というのは、これ以上ベッドを作れるかどうかという基準です。一方で、病床数の必要量は推計、トレンドであり、それが削減目標ではないということは、繰り返しお伝えしているところです。

(上村構成員)

ただ、基準病床数を下げると、絶対作れないようになっちゃうでしょう。

(阿南医療政策課課長補佐)

基準病床数は病床規制なので、過剰であればこれ以上は、現行以上は作れないということですよ。

(上村構成員)

だから、万が一、阿蘇が頑張って人口を増やしていった時に、基準が下がっていったら(どうなるのか)。

(阿南医療政策課課長補佐)

今回、議論になっているのは、既存の医療法の中にも規定されていますが、例えば、昨年の議論でも、地方創生の議論があって、例の高齢者の移住があり人口が増加した場合が、基準病床数の対応をどうするんだという話がありました。その場合は、人口が急増した場合とか、基準病床数が実態と合わなくなったといった場合には、基準病床数の算定を見直すということがルールとしてできます。

今回、大都市部において、こういった解決方法を取られるのかについては、これはまだ国の資料しか読んでいないんですけども、基準病床数を毎年見直す、人口の動態と見ていくという方針が示される見込みです。まだ確定ではないんですけども、そのような方向に向かっているということで、基準病床数も人口急増とかあれば見直せるというふうに今の法律上なっていますので、阿蘇において、どっと人口が増えたといったような状況が変われば、その状況に従って、基準病床数の算定の見直しというのが出てくることになります。

(上村構成員)

なんか、低い目標ばかり設定して、必要病床数とかも、目先がなんか下向いてしか歩けないような感じになってしまっているから、いかがなものかなと思って。

また、確認しますけど、2025年まで必要病床量を決めるということだから、国は2018年までに作ると言っていたのを2年前倒して今年中にとなったと聞いたけれども、今回、3つの案で併記という形で出すけれど、これもずっとPDCAサイクルで回して行って、毎年、これでいいかというのを聞いていただけるのかな。

(阿南医療政策課課長補佐)

資料3の35ページ一番末尾のところですが、10月1日から病床機能報告を一般病床も療養病床も、今年も医療機関さんにおきましては報告いただいておりますが、それと病床数の必要量を比べ合わせて、過不足を確認しましょうという話がございます。下から3行目に書いていますけれども、「上記の病床数の比較や分析に当たっては、このような病床機能報告制度の改善等を踏まえるとともに、病床数の推計の基礎となる数値を定期的に見直すなどにより、地域の実情把握や将来見通しの制度を高めるよう努めます。」というふうになっていまして、国に対しては、節目ぐらいで、例えば中間である3年ごとをお願いしますということをお我々も他県も、状況変化があるので、見直してください。

それと、まだ決めていませんけれども、こういった地域の聞き取り調査を、膨大な作業になりますけれども、また考えていかなければならないのかなと思っています。

特に、地震があって、状況が変わってきているという話なので、『やります』とは今日は言いませんけれども、検討していきたいと思います。

(甲斐副会長)

資料2の裏面のところですが、この中で、熊本県は地震があって遅れたのもあるでしょうけれども、元々の予定の中でも、一番遅い部類に入っていたと思います。

で、全体の2/3ぐらいは策定が済んでるんじゃないかなと思いますけど、傾向として、これまで決まった都道府県は、結局、国が出した2013年データで出したあの数値どおりにだいたい決まっているということですか。

(阿南医療政策課課長補佐)

法令に書いてあることは構想に記載しないということになりますので、そのとおりに策定されています。

一つ違うのは、東京なんですけれども、ここは(病床を)増やさなければいけない地域なんです。ただ、病床稼働率の設定が高度急性期75%、急性期78%と低い率になっているので、そのまま作るとはしませんよ、と。もうちょっと、病床稼働率を、それこそ実績なんですけど、多分先生方もお分かりだと思いますけど、急性期で75%というのは、やっぱりちょっと低めですよ。そうしないと、経営が成り立たないと、やっぱり90%ぐらいというのが妥当ということですね。というのは何かと言いますと、ある意味、病床稼働率が低ければ医療需要を膨らませているという言い方もできるんですね。75%に下げることによって、患者さんが100人いたとした場合に割り戻すんですね、75%で割り戻すのと90%で割り戻すのと、どっちが病床数が多くなるかというと、75%の方が多くなります。全てが全てそのとおりにする訳ではありませんが、以上の内容について、聞いたことがあります。

(甲斐副会長)

言いたかったのは、熊本県が熊本県の事情をちゃんと加味していただいて、パターン、 というふうにして出したとしても、やっぱり最終的には、国が決めた最初の数値のまんまに決められていってしまうのかな、そうじゃないのかな(ということ)。

(阿南医療政策課課長補佐)

病床数の必要量というのは、トレンドで推計であり、その数ありきでするものじゃないというのを散々厚生労働省の人たちも言うておりまして、だから、やっぱり先生たちが肌間隔で捕まえる患者さんの状況と言いますか、医療需要の変化等を踏まえて、ここは正解がないと思いますが、先程課長も話したように、正解はないんですね。

どの数値が正しいとかではなくて、こういったパターンを示したのは、こういった場合はこういったトレンド、こういった傾向があるということで、最終的に選択するのは、まさに地域で選択する。そういった理解を我々この1年間ずっと各地域回らせていただいて、病床数決めて、このとおりに向かえというのではなくて、改めて認識していく...

(松岡医療政策課長)

我々も、厚労省にこういった県の独自推計を盛り込みますよと、いいですね。と、啖呵切っている訳ではないですけど、きちんと言っています。で、よそではこんなことしていませんけど、熊本県ではこうやって作りますということを事前に厚労省に言っていますので、県としては、いろんなパターンを用意して、当然、省令はこれは法令ですから入れなければいけないから、これは入れる。

彼らがいわゆる推計値という言い方をしているので、推計であれば、県も独自に推計をします。という形で、国も一応了解いただいていると、我々は理解しています。

(甲斐副会長)

おそらく、今日来られている委員の方達はみんな、これまでとは違うなと感じているのではないかなと思います。今までだと、国が示した数値どおりで、動かないといけないうのかなというところで、病床数が減るということに対して、抵抗感があったと思うんですけど、今回、県がちゃんと考えていただいて、さらに地震後の状況まで加味して、色々考えていただいているんだなというふうに感じました。

(阿南医療政策課課長補佐)

地震後はまだしていません。地震前の状況までです。

(上村構成員)

2月までに、先生方皆さんで、阿蘇地域内の病床を考えてください。というふうに投げられて決まると思いますか。

(阿南医療政策課課長補佐)

今後の話と言いますか、地域医療構想策定後には、先ほど言った「協議の場」というのを法律上設定するようになっていきます。

「協議の場」これはいわゆる「地域医療構想調整会議」というふうに名前を統一しましょうということで、日本医師会の方からの提案で、そういった話になっています。

そこで、何を協議するかという話なんですけれども、特段その病床数について協議するという話ではなくて、医療機関ごとにこういった機能を担っていかうとするのか、ということとを皆で集まって、発表し合ひましょうと、それで認識を共有しましょう。ということとを模範例といいますか、こういった議論したらいいんじゃないかとか、その時に、例えば、阿蘇の場合なんですけれども、病床数の必要量、厚生労働省令の算定式で見ても、資料4ですが、回復期がやや不足していると出ています。

これは毎年毎年、病床機能制度の状況を見ながら、これは自主的な先生たちの機能選択ですから、不足分をどう埋めるのか、どう対応するのか、という話がありますので、不足しているところを誰が担うのかといったところの議論になるかと思えますけれども、先程、先生がおっしゃったとおり、「うちが病床数を何床にする。」とかは、経営の問題もあるので、それは理想論かな、と思っています。それは、各医療機関さんのご判断が第一にあると思います。

患者さんの数の話とか傾向とか見られる、これまでもご判断されていたと思うんですが、自分の(病院の)病床数をいくらにするのか、というのを御判断されたと思いますが、今回、ちょっと違うのは、行政として僭越ながら、例えば一年間のデータを見たら、これぐらいの推計値になりますよと、医療区分の70%というのは色々議論がありますが、こういった傾向にありますよというふうに見て、皆で問題認識をこの2次医療圏単位でデータを見ながら、まずは自分たちの医療機関の立ち位置を決めていただくと、それから協議・議論が進んでいくのかなとこういう形で考えています。

(内田構成員)

慢性期のことでお伺いしたいんですけど、前回に比べると、慢性期の病床について具体的に方向性が示してあるように感じるんですけど、厚生労働省のホームページを見ると、「療養型病床の今後の行方」というのがありますが、あれを見てても、療養型の今後は、療養型というはおそらくこんな感じの病棟、介護療養型病棟というはおそらくこんな感じの病棟という書き方がしてあって、とても違和感があったんですけど、ニュースで出てきた大口病院さんとか、ああいうふうにターミナルだけ診ている療養型もあるんですね、で私のようなところは、外来患者さんも診るような状況で診ていくような形になってくるんですね、資料3の28ページに出ていましたけど、今後の介護療養型病棟の方向性というのが、内包型とか外部診療型とかありますが、具体的にはこれから詰めていかれるんだろうと思いますけど、実際、本当にこんな形で可能か、在宅というのは未だに全く準備ができていない訳ですよ、そういうところで、数の調整だけされているのは、前回までとそんなに大きく変わっていないのではないかというイメージはあるんです。

(阿南医療政策課課長補佐)

28ページの図表27でイメージが出ています。これは、いわゆる介護療養病床につきましては、29年度末で廃止。元々は23年度末で廃止と言っていた部分が、老健への転換が進まないからということで延長されたんですね。それがあと1年しかないということで、今、国の方では、延長された経緯としては、老健への転換が進まなかったからということで、患者のことがよく掴みきれていないんじゃないかなという部分で、慢性期の医療・介護ニーズに対応するためのサービス提供ということで、昨年度から議論されておりまして、いよいよ大詰めなんですけれども、いわゆる医療区分の方、医療ニーズの低い方を対象に、だから医療区分の方の方は、それぞれ医療療養病床でご対応いただくということで、医療区分を中心とした方をどうするかという部分で、老健にはいかないけれども、そこに施設があるじゃないかと、先生たちもそこにいらっしゃるじゃないかということで、いわゆる内包型、医療機関の一部をいわゆる在宅、住まいの場というふうに考えてのパターンということで説明されていますので、ある意味転換がしやすい環境を作っているのかなと思います。

今、介護療養病床を持っていらっしゃる先生方について、どちらの道に進むのか、もう一遍、医療療養病床、区分の方、医療ニーズの高い方を診るのかという部分で変わって来ると思います。

(内田構成員)

医療区分も見直されるかもしれない。とも書いてあったんですけど、かなり乱暴な分け方と思って、医療区分に当てはまるのは、ものすごく期間が短いんですよね。肺炎起こしても医療区分ですもんね。の区分はものすごく厳しくて、うつ病とかそういう患者を長期療養で老人鬱とか出してみたんですけど、ペンディングで返ってきたりして、老人に多い大腿骨骨折や、肺炎の症例で入って来ても、医療区分に入れる期間はものすごく短い。気管支炎起こして入院しても気管支炎じゃ通らないなら、やっぱり肺炎になってしまう。例えば、胃潰瘍とかで入院して来ても、医療区分には全然当てはまらない。

地域特性としては、医療センターとか急性期に送らなくていいようなレベルの疾患の方達を実際に診ることも多く、回復期の方も、普段診ている患者さんは自分のところで診るという意識が患者さんの方にも医者の方にもあるんですよね。結局、療養型病棟で満床を越えるような形で回して存在しているというのが、現状なんです。ただ、(医療)点数的には取れないんです。タダ働きに近いような状況でずっと回している。そういう中で、医療区分の70%を全部回せばいいというのは乱暴と感じた。

厚労省が言っているのは、この方達はみんな社会的に見るんでしょ。と決めつけているところがあるんじゃないのかなと思っている。

(阿南医療政策課課長補佐)

医療と介護の分け目がなかなかないかもしれませんが、医療機関のベッドは比

較的医療ニーズが高い方に使ってもらい、介護度の高い方はそれ以外でという部分で、在宅医療等ということで、在宅だけではなく、老健とかそういった施設系を使いましょうという、それがスパッといければいいですけども、現実には、先生が言われるとおり、難しいということですよ。

(松岡医療政策課長)

診療報酬等の制度誘導ではないですけども、今年から、退院支援加算とか認知症加算が出来高払いになって、いわゆる在宅支援の方に点数をシフトしていこうというような動きが一部ではあって、それが充分ではないということだと思っております。そのようなご要望は我々の方も、国に伝えていきたいと思っております。

(阿南医療政策課課長補佐)

先程の医療区分の70%の根拠なんですけれども、昔、調査したみたいです。全国調査して、だいたい在宅医療、環境を整えば入院から在宅にシフトできますよと言った全国的な統計が7割という数字が出たそうです。だから、7割という数字だそうです。そういうことが議事録に書いてありました。

(内村阿蘇保健所次長)

資料3の説明をしていなかった部分がありましたので、説明させていただきたいと思っております。

議事

2 地域医療構想について		
(2) 構想について	【資料3】	内村次長説明
[補足資料]		
地域医療の実情把握のための聞き取り調査結果について	【資料5】	納参事説明

資料3 熊本県地域医療構想(未定稿) 36~42ページ。

資料3の熊本県地域医療構想(未定稿)について、先程保留した当地域の「人口の推移・見通し」や「医療・介護資源の状況」を説明します。

36ページをお願いします。

(1)人口の推移・見通しを整理しています。

の総人口の推移について、社人研推計によると、2025年は58,808人となり、2010年を100とした場合の指数で86.7となります。

の高齢者人口・高齢化率の推移について、65歳以上人口は2020年に24,012人でピーク、75歳以上人口は2030年に14,965人でピークとなり、高齢化率は65歳以上、75歳以上

ともに2040年まで上昇します。

37ページをお願いします。

2010、2025、2040年の人口ピラミッドを掲載していますので、御参考ください。

38ページをお願いします。

(2) 医療・介護資源の状況を整理しています。

の医療施設数・病床数について、実数、県内シェア、人口10万対は図表39の左の表のとおりです。

全国の10万人当たりの数を100とすると、当地域では病院数は140.0、病床数は125.8となり上回っていますが、診療所数は89.0、歯科診療所数は66.6となり下回っています。

39ページをお願いします。

在宅医療関係施設数について、実数、県内シェア、人口10万対は図表40の左の表のとおりです。

県全域の10万人当たりの数を100とすると、当地域では在宅療養支援病院は77.0、在宅療養支援診療所は87.8、在宅療養後方支援病院は0.0、在宅療養歯科診療所は92.4、訪問看護ステーションは93.5及び在宅患者訪問薬剤管理指導は65.4となります。

なお、全国比較が可能な在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の人口10万人当たりの施設数について、昨年4月1日時点の全国平均との比較で、在宅療養支援病院は全国0.8に対し当地域が1.6で上回っていますが、在宅療養支援診療所は全国11.5に対し当地域が10.9で下回っています。

40ページをお願いします。

の医療従事者数について、医師・歯科医師・薬剤師数の実数、県内シェア、人口10万対は図表41の左の表のとおりです。

全国の10万人当たりの数を100とすると、当地域では、病院医師は48.8、診療所医師は82.0、歯科医師は63.6、薬局薬剤師は65.1、医療施設薬剤師は60.2となり、全て下回っています。

41ページをお願いします。

看護職員数について、保健師・助産師・看護師・准看護師、また日本看護協会の認定看護師、さらに訪問看護師における保健師・助産師・看護師・准看護師の実数、県内シェア、人口10万対は図表42の左の表のとおりです。

全国の10万人当たりの数を100とすると、当地域では、保健師は164.5、准看護師は233.0となり上回っていますが、助産師は22.9、看護師は69.0、認定看護師は22.8となり下回っています。

また、訪問看護師については、准看護師は209.0となり上回っていますが、保健師及び助産師は0.0、看護師は64.0となり下回っています。

42ページをお願いします。

の介護施設数について、本年2月1日現在における介護保険施設、グループホーム、特定施設、地域密着型特定施設、サービス付き高齢者向け住宅の整備状況は図表43のとおりです。

図表43の題名が芦北構想区域となっておりますが、阿蘇構想区域の間違いですので、訂正をお願いします。表の数値は阿蘇区域の数値で間違いありません。

資料3の説明は以上です。

資料5 地域医療の実情把握のための聞き取り調査結果について（確定）

資料5の地域医療の実情把握のための聞き取り調査結果について（確定）を説明します。

全地域分をまとめており、当地域は26から29ページにデータ及び意見・課題等を整理しています。

26ページをお願いします。

当地域では、15の調査対象機関の全てから回答をいただきました。

主なポイントとして、当地域における機能別の病床稼働率及び平均在院日数は、1の(2)の表にあるとおり、高度急性期はなし、急性期が58.2%・20.2日、回復期が55.1%・23.3日、慢性期が92.4%・169.0日となりました。

また、6年後の2021年における病床数の見通しは、現状維持が47%となりました。

27ページをお願いします。

2025年における病床数の見通しは、現状維持が40%で、見込み病床数は機能未選択を含めて最大で803床でした。

4の在宅医療の実施状況と2025年における見通しについては、現在は93%の実施で1か月あたりの患者延べ数が426人、2025年は86%の実施で503人でした。

5の必要な取組みについては、「病床の機能分化・連携」では「連携に係る人材の確保・養成」が38%で最も多く、「在宅医療の充実」では「在宅医療に取り組む看護職員の確保のための研修」が32%で最も多くなりました。

28ページをお願いします。

この聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等としてですが、一部、熊本地震以降の会議等でいただいたご意見も記載させていただいております。

「(1)病床の機能の分化及び連携の推進」については、

- ・ 県地域医療再生計画のもとに推進された阿蘇医療センターの建設により、阿蘇医療圏の救急医療機能の充実、地域完結型医療の推進、急性期医療の体制整備等の実現を

推進しているところ。

- ・ 阿蘇医療センターにおいて、公立の中核的病院として、地域医療機関と紹介患者の診療情報の共有化を開始したところ。
- ・ 更なる入院患者の高齢化を見据えて、急性期及び回復期の病床を削減する一方で、慢性期の病床を増やすことを見込んでいる。
- ・ 介護事業所の倒産、介護サービスが縮小される中、在宅医療につなげようにも受け皿が足りない。
- ・ 連携にかかる看護師等のスタッフの確保、養成が必要。

「(2) 在宅医療の充実等」については、

- ・ 在宅医療の充実を図るためには、地域ぐるみで関与すべき機関や人材の確保、情報共有できる体制の構築など、社会全体のあり方の見直しが必要。
- ・ 診療所では、医師は1名体制であるため、在宅医療を行うことが困難。
- ・ 在宅医療に係る医師及び看護師への研修や保健師、臨床心理士、ケアマネージャー等の新たな配置も必要。
- ・ 往診するにも移動距離が長いため、効率的に往診できず、採算が合わない。
- ・ 在宅患者の急変時にどう対応するかが課題。
- ・ 家族が働いている場合や老老介護の場合など、在宅での治療・看護が難しく、また在宅医療はお金がかかるため、経済的理由から入院を希望される。

「(3) 医療・介護従事者の養成・確保」については、

- ・ 過疎中山間地域では、医師及び医療技術職の確保が困難。
- ・ 現在の診療報酬では、地域で病床を維持できるほどの人件費が確保できない。このままスタッフが確保できなければ、病床閉鎖を検討せざるを得ない。
- ・ 民間医療機関としての努力には限界があり、政策的な後押しが必要。
- ・ 熊本地震による通勤環境の悪化に伴い、医療・介護従事者の離職が増えてきており、人材確保がこれまで以上に困難になっている。

「(4) その他」については、

- ・ 阿蘇医療センターの移転新築に伴い、南阿蘇村・高森町からの外来・入院患者が大幅に増えている。また、救急患者の搬送が年々増加している状況にあり、推計の基礎となる平成25年以降からの状況の変化がある。
- ・ 地域医療構想には災害時が考慮されていない。災害時の病床を確保すべき。
- ・ 災害が多い阿蘇地域の特殊性をはじめ、その他いろいろな補正要因を加味してほしい。
- ・ 熊本地震による交通事情の変化により、3次医療圏への流出患者の割合も変化している。現状を踏まえた検討が必要。
- ・ これからの高齢化社会を考えると、高齢の患者は術後の回復とリハビリに時間がかかるし、いくつもの慢性疾患を抱えており病床も複雑であるため、在宅での治療は困

難であり、慢性期病床がどうしても必要。

- ・ 高齢世帯の患者が、阿蘇外輪山を越えて阿蘇市や熊本市へ通院することは困難。
- ・ 特別養護老人ホームからの入院が多い診療所の場合、経管栄養や寝たきりで、看護に時間と人手がかかる患者が多いため看護職が足りない。
- ・ 診療報酬点数に反映されないような細やかなケアが必要な場合も多く、地域医療が崩壊しないためにも診療所の経営が成り立つように適切な診療報酬が必要。
- ・ 人口減、医療職不足、診療報酬改定等で、過剰とされる病床も今後自然に減少していくと思われる。

といった内容となりました。

資料5の説明は以上です。

(平田会長)

では、これからまた意見交換に移りたいと思います。ご意見がある方はいらっしゃいませんか。

(荒尾構成員)

資料3の40ページ図表41の阿蘇地域の医師数は196人となっているが、11ページ図表7では96人となっている。

(阿南医療政策課課長補佐)

確認して修正します。ありがとうございます。

(荒尾構成員)

資料5の聞き取り調査の実施期間は平成27年12月9日から平成28年3月18日と1ページに書いてありますけれども、28ページ以降には熊本地震以降のことが書いてありますけれども、これでいいんですか。

(平田会長)

調査期間は平成28年3月18日までで、地震があったのが4月ですよ、地震を予知していたようではないか、ということ。

(納阿蘇保健所総務福祉課参事)

ご意見のところは、熊本地震のあった後、平田会長をはじめ先生方と色々な会議でお話しいただいたときに、医療構想に関連したご意見をいただいたので、それを記載させていただきます。

(平嶋阿蘇保健所総務福祉課長)

ここは、熊本地震後のご意見を分けて書きたいと思います。

(甲斐副会長)

それに関連して、もし地震後の状況を付記していただけるなら、上村先生のところが休診していることによる南阿蘇の救急医療体制が非常に困難になっていることとか、精神科診療に関して、1病院が休診して患者さんを出さなければならない状況があったりして、病院機能が阿蘇地区は低下しているということを追記していただけたらと思います。

(高森構成員)

今日の出席名簿を見て、私が精神科協会代表として入っていることを改めて認識したが、この話には精神病床は入っていないですよ。だから、870床にうちの270床は入っていないですが、医師数には私(精神科医師)も入っていないですよ。うちに10人ぐらいの常勤医がいますけれども、それがこの医師数、病床数、全てのデータに入っていないんですか。一部に入っていて、一部に入っていないとなると、パターンで計算したら、うちの病床を入れたら精神科病床の割合は32%になる。パターンでいっても23%になる。

この前、熊日新聞で益城のアンケートがあって、9割の人が益城に住み続けたいというのが載ってて、回収率が39%のアンケートに対して、本当にそれが9割のというデータと違うようにこの全国の統計的なものを根拠に照らし合わせてやっていますけど、今一番大切なのは、介護・医療同時改定だったり、阿蘇のように特殊な環境で、地震もあって、上村先生のところの100弱のベッドがなくなって、大きく環境が変わっているんです。

だから、地域の特性に合った医療資源をいかに有効に役割を分けて、精神病床の立場としては、役割は1個しかないんで、役割は私のところは簡単だけれども、温泉病院と大阿蘇病院と再生してくる立野病院とそこの療養慢性期を診るのはかなり重なると思うんですよ。透析はどこ、産婦人科はどこ、というそういう機能分化はやりやすいと思うけれども、そういう意味では少し羅列されているデータは乱暴というか、私たちは経営もあるし、職員の給料も払わなくてはならないし、地域のわりと大きな中小企業なんです。だから、当然話し合えばわかるから、最終的には、色んな資料を出して、ある程度、私たちにデータを預けて欲しいんです。方針というのをあまりきちと決めずに、仲良くやっていけそうなので、そこら辺のところを数字のところはもう少しあまりにも乱暴だったと思うし、もう少し実情に合った数字に変えて欲しいんです。

私を含めた10人ぐらいの医者がこれから外れていて、270のベッド数が外れていて、現実的には、色んな大阿蘇病院とも医療センターとも、患者さんのやり取りは非常に多くやっていますので、少しそれでいいのかなと。

(阿南医療政策課課長補佐)

資料3の9ページ「医療・介護資源の現状」図表5をお願いします。

医療施設については、病院・診療所・歯科診療所ということで、こちらはすべての医

療機関が入っています。

病床数は、一般病床と療養病床ということで、これには精神・感染・結核が外れています。

(高森構成員)

私のところは、病院数には入っていて、病床数には入っていないということですか。矛盾していないですか。例えば、1病院当たりのベッド数はということはできないですよ。

(阿南医療政策課課長補佐)

その計算はできません。

11ページが医師数になっていますが、2年に1回の三師調査の直近のデータです。この医療施設従事医師数には、全ての医師の方が入っています。精神科を標榜する、精神科として届けた先生の分を抜いた資料を今日お持ちしましたので、見ていただきたいと思います。

歯科医師、薬剤師、看護職員については、精神科かどうかの分類ができませんので、これはすべての従事者が入っています。

(高森構成員)

それはあまりよろしくない。抜くならきちんと抜いてもらって、議論した方がよい。

(阿南医療政策課課長補佐)

どうしても抜けない部分がありますので、歯科医師、薬剤師、看護職員の方が精神科病院に勤めているかどうかは追えないものですから、そこは注記するということがよろしいでしょうか。

(病院数及び医療施設従事者医師数について[総数と精神科(病院)との整理] 配付)

今お渡ししたのは、精神科病院を抜いた部分でございます。

ドクターの方は、医療施設従事医師数というのは、精神科を標榜するということで、複数の場合は、先生たちが選ぶということになっているということで聞いてますので、そのような形で出しています。医療機関にお勤めの方で、精神科病院の方以外の精神科として標榜する方がいらっしゃった場合には、この数値から抜いているということで、これはまた、病院と医師の割合などありますが、今日は、ここまでということで。

(甲斐副会長)

資料配っていますけれども、よろしいでしょうか。

資料5の29ページのその他のところの内容に係わる、例えば、南阿蘇村・高森町からの患者さんの受療動向とか、上村先生のところの立野病院が休診になって、阿蘇地区に5つの救急指定病院がある、そのうちの1つがない。ということは、どういう状況になっているかということなんですけれども、まず「救急車受け入れ件数」ですが、当院、

阿蘇医療センターに来る救急車がだいたい月70件だったのが、地震のときは2.5倍くらいになって、5月に2倍ぐらいで、6月にいったん落ち着くかなと思ったんですけども、7・8・9月になると、だいたい90件くらい。これで一次送なんですね。これで上乗せ分が、立野病院で上村先生が引き受けておられたような患者さんが多分こっちの方に来ておられるのかなと思っていて、救急車が今の交通事情で57号線通らないと、こういう状況が通るまで続くんじゃないかと、病院の方で覚悟していると。

それから、外来と裏面の入院患者数ですが、特徴的なのがグレーのところの数値、南阿蘇村・高森町からの患者さんなんですけど、3月まではだいたい100人ぐらいの外来の患者さんだったんですけど、震災後200になり、300台になり、これも南阿蘇地区の患者さんが立野病院に行けなくなり、熊本市内の病院に行けなくなって、こっちに来ているんじゃないかなと思っています。

裏面が入院患者数ですが、これも同じようにグレーの数値、南阿蘇村・高森町の患者さんが200ぐらいだったのが、500になり、700台になっている。

患者さんから話を聞いて分かったのが、熊本市内に年に1回、半年に1回ぐらい特殊疾患を持っていて、専門の病院に通院していた患者さんがほとんど行けなくなっているのがわかってきて、特に難病指定を受けておられる患者さんや神経難病を持っておられる患者さん、子供さんで人工呼吸器を着けながら在宅で看ているような患者さんが、熊大・日赤・熊本医療センターに行かれてたのが、この交通事情で行きづらくなって受診していない方が結構いることがわかってきましたので、もう1枚の資料ですけれども、当院に特殊外来を作って、熊大とか各機関から専門医を呼んで、特殊外来をしようと考えて、始まったのが、下の方の表ですが、神経内科の神経難病が月1回、小児PTSDの患者さんを2月に1回、小児の特殊疾患、人工呼吸器を着けてる子供さんを月1回、もともと既存でやっていたリウマチ、乳がん、糖尿病の重症患者さんを診る外来を月1回若しくは2回やっていますので、それ以外に、今考えているのが、肝炎の特殊な抗ウイルス薬を使っている患者さんは一度使うとその後のフォローに特殊医療機関に行くんですが、それが行けなくなっているのが1つと、化学療法で、通院化学療法、特に患者さん特有の化学療法剤を使って、それを熊本に行かないと治療できていなかったような患者さんの通院ができなくなっているんじゃないかということで、そういったことに対応するように準備をしています。

交通事情が改善しない限り続くであろう、それから上村先生のところの病院の再建までの間に、こういった事情を知っておいていただければなと思います。

(坂本構成員)

私は、小国公立病院なんですけど、小国は阿蘇の中でもまたちょっと特殊なところがありまして、間に外輪山があるということで、ちょうど最初のデータを取られた2013年頃は従業員は潰れるかもしれないと思っていたくらい、常勤医がいない状態で、2010年にゼロになって、それを何とか3カ月単位でつないできて、だからこの時期は病床稼働率が一番低かったんです。外来患者も減って、入院も減ってという時期で、この時のデータとうちの病院がすべて急性期の病床ですので、病床利用率、在院日数の関係

で、できるだけある程度よくなった人は退院してもらおうと、そうすると退院していただくところがない。今、阿蘇だったり、子どもさんが熊本とか大津におられると、そちらの方の施設を紹介したりというのは、結構数としては多い。だから、うちがまた回復期あるいは慢性期を少しずつとった場合には、稼働率は必然的に上がってくるのではないかなと思っている。

一番心配しているのは、今後の医療提供体制の実現に向けた施策というのが4つあって、在宅医療の推進、これ本当にやれるのかなということですね。今も、患者さん入院して来られた時に、一番苦労するのが、治療も苦労しますが、退院後どこに患者さん移すかというのが、一番時間のかかるところで、悩むところです。医療従事者もいなければ、施設もない、家には家族もないという方が結構いらっしゃる。認知症同士あるいは老人同士、息子が一人だけ60歳の息子とかで、お母さんを全然看れない。

それと、3番目も悩んでいます。地域に必要な医療人材、介護人材の確保について、小国は医師不足は深刻、看護師不足はもう危機ラインを越えているような状況です。今、何とか病棟を維持してやっているのは、定年退職した人の再任用、日赤とか多良木公立病院からの看護師の応援、これで今の基準看護を何とか維持しているという状況なんです。なかなかよそからは人は来てくれない、そういう状況の中で、どうやって医療人材を育成、これは自分たちで何とか確保しないとイケないんでしょうけど、医療従事者の確保というのが、今一番の問題です。

(平田会長)

先生が言われなかったら、僕が最後にそれを言おうと思っていました。

国とか行政は、気楽に入院から在宅医療へと言いますが、在宅医療というのは、入院させておくよりもっとマンパワーがいる。入院を維持するだけでも難しいくらいスタッフがいらない。どこからその人達を連れてくるのでしょうか。

(下村構成員)

今日の会議は、今までの2回の会議と違って、穏便な形で、これは一番大きかったのは、パターン、を提示していただいたからではなかろうかと思います。やはり病床数も最初の2回までは目標を掲げるといのが皆の頭の中にあったものですから、絶対それが至上命題だということで、喧々諤々だったと思うんですけど、色んな事情を、先生方からの医療機関からの声を聞いた、非常に現実的な数値を提示していただいたから、そして、絶対削減ありきの地域医療構想ではないということを明言していただいたから、今日は比較的穏やかな会になったのではないのでしょうか。

なかなか決めるというのは難しいと思います。これをたたき台にして、今後、まとめて国に出して、またそれをフィードバックになるんだと思います。

このような会議だったら、会議に出て良かったかなと思いました。

(平田会長)

他にないですか。

これを熊本県の職員に言ってもしょうがないけれども、地方の医師不足とか、地方の看護職不足とか、結局、厚生労働省がやった政策の結果なんです。

地方の中核病院に貴重な医師を配置する医療制度を破壊し、7対1看護という制度を作って、看護を集中的に中央に集め、今度は、看護師不足、医師不足を地方に押し付けておいて、人がいないところで在宅医療を進めるといふ、厚労省とういふ所は、先が見通せない役所だなど、僕は思います。

議長があまり言うといけないので。

その他にご意見はありませんか。

なかなか細かい資料も多いので、委員の先生方は、帰ってもう一度目を通して、次回の会合に備えて、また色々な意見を出していただければと思います。

これでよろしいでしょうか。

(平嶋阿蘇保健所総務福祉課長)

平田会長、甲斐副会長並びに皆様方には、大変熱心に御協議いただき、ありがとうございました。

本日いただいた御意見等により、資料3の肉付けを進めて参ります。

なお、次回の部会は、資料2のスケジュールでお示ししたとおり、11月又は12月に開催したいと考えております。

具体的な日程等につきましては、おって御連絡いたしますので、よろしく申し上げます。

また、お手元に「御意見・御提案書」を置いております。

本日御発言できなかったことなどがありましたら、お帰りになられてからでも御記入いただき、後日ファックスまたはメールでお送りいただければ幸いです。

それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。

長時間、ありがとうございました。