

## 第2回有明地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成27年11月19日（木）19:00～20:45

会 場：玉名地域振興局4階会議室

出席者：＜構成員＞ 22名（うち代理3名）

＜熊本県有明保健所＞

林田所長、森田次長、村上総務福祉課長、前原主幹

＜熊本県玉名地域振興局＞

森永局長

＜熊本県健康福祉部＞

医療政策課：中川審議員、阿南課長補佐

認知症対策・地域ケア対策課：松尾審議員

報道関係者：熊本日日新聞・楠本記者 有明新報・起汐記者

### ○ 開会

（有明保健所・村上課長）

- ・ただ今から、第2回有明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有明保健所の村上でございます。
- ・まず、資料の確認をお願いします。会議次第を1部、資料1～3を各1部ずつお配りしております。なお、資料1～3については、あらかじめ郵送していたものと同じです。御持参いただいている場合には、そちらをご覧ください。資料に不足がありましたらお知らせください。
- ・なお、本日の委員会は、「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。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。
- ・それでは、開会にあたり、熊本県有明保健所長、林田からご挨拶申し上げます。

### ○ 挨拶

（有明保健所・林田所長）

- ・本日は、皆様お忙しい中、「第2回有明地域医療構想検討専門部会」に御出席いただき、誠にありがとうございます。
  - ・さて、前回（7月23日）の専門部会では、参加者の皆様から、様々な御意見をいただいたところです。また、他の圏域の専門部会でも多数の御意見が出されておりますので、これらの内容について、本日の議題（1）で、意見概要と考え方・方向性等について、事務局から説明させていただきます。
  - ・次の議題（2）に関係しますが、9月県議会一般質問において、自民党の藤川県議が今回の地域医療構想の策定について、蒲島知事の所見をお尋ねになりましたので、答弁の概要を説明します。知事は、「熊本の医療は、誇るべき宝であり、人を呼び込み、人口減を食い止めるための大きな強みと考える」と述べられ、同時に、「日本の将来を考えると、社会保障費の抑制を図ることは重要な課題であり、そのため、真に必要な病床は確保するとともに、医療需要を超える病床は削減することが必要と考える」と答弁されました。
- それに続いて、「ただ、国が示す算定式では病床の削減があまりにも大きいため、県と

して地域医療構想をどのような方向で策定すべきか、思い悩んでいる」と自分の正直な気持ちを述べられた後に、「本県の実情や人口ビジョンを反映した地域医療構想を検討できないか担当部局に指示したこと、さらに、地域医療の現場の状況を把握するために、構想対象の500を超える全ての医療機関に対して、直接ヒヤリングを行うよう併せて指示した」旨の答弁をされたところです。

そして、最後に、「高齢化の進展や医療・介護需要の増大する中で、患者の状態に応じた適切な医療体制を整備するという地域医療構想の目的の趣旨に沿って、関係者の意見を伺いながら、丁寧に策定に取り組んで参る」と答弁されました。

- ・少し前置きが長くなりましたが、本日の議題（2）で、構想対象の医療機関からの「地域医療の実態把握のための聞き取り調査について」、事務局から説明いたします。
- ・最後の議題（3）「構想区域の設定」についてです。構想区域は、病床機能の分化と連携を一体的に進める区域となるなど、地域医療構想のベースとなります。第1回目の当部会や各地域の部会において、構想区域の設定について様々な意見が出されており、「県から複数の案を提示してもらいたい」との意見もありました。こうしたことを踏まえ、今回、検討の「たたき台」となる複数の案を、提示いたします。
- ・本日も、皆様方から忌憚のない御意見を賜りたいと思います。どうぞよろしくお願い致します。

（総務福祉課・村上課長）

- ・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。また、事務局の出席者につきましても同様に配席図に記載しておりますので御確認ください。
- ・それでは議事に入らせていただきますが、設置要領に基づき、ここからの進行は平山会長にお願いします。

## ○ 会長挨拶

（平山会長）

- ・前回の専門部会は7月の暑い時期でございましたが、月日の流れは早いもので11月も半ばを過ぎました。この間、当部会をはじめ各地域で専門部会が開催され、地域医療構想に対する構成員の皆様の御理解が深まると同時に、策定の趣旨や推計値への疑問等も含め、様々な御意見が出されたと同っております。
- ・こうした御意見を共有して、しっかりした構想を取りまとめていく必要があると考えております。本日は「構想区域の設定」も議論することになってはいますが、構想の「器」となる重要なテーマとなりますので、皆様におかれましては、引き続き、大局的な視点から忌憚のない御意見・御提言をよろしくお願い致します。
- ・それでは、会議次第に沿って議題（1）から議題（3）までに係る説明を、事務局からお願いします。

## ○ 議事

- （1） 第1回各地域医療構想検討専門部会でのご意見について【資料1】
- （2） 地域医療の実状把握のための聞き取り調査について【資料2】
- （3） 構想区域の設定について【資料3】

(有明保健所・森田次長)

- ・有明保健所の森田と申します。約30分いただき、議題の1から3について御説明します。少し長くなりますが、ポイントを絞って御説明したいと思っておりますので、御了承のほどよろしくお願い申し上げます。それでは、着座にて御説明いたします。
- ・まず議題1「第1回各地域医療構想検討専門部会での御意見について」、資料1でご説明いたします。1ページ目の「1 地域への説明状況について」です。  
7月から8月にかけて、全11地域で「地域医療構想検討専門部会」を開催しました。なお、当有明地域は7月23日に開催しています。
- ・この第1回の部会では、保健所から構想の概要を説明するとともに、2025年の医療需要に応じた必要病床数推計について、厚生労働省令に規定された全国統一の算定式に基づく結果をお示ししました。その際、各地域の専門部会において、様々な御意見をいただき、その数を整理しますと163件となりましたが、これを下にあります11分類に分け、この資料1の2枚目以降にあります資料1別添のとおり、意見に対する県としての「考え方・今後の方向性」として整理しております。
- ・2の「意見に対する考え方・方向性について（主なもの）」についてですが、本日、資料1別添の全てについてご説明することは、時間の都合上できませんので、意見の中で特に多かった項目について、御説明したいと思います。
- ・まず「②必要病床数」です。御意見として、「国は病床削減ありきの構想策定を求めているように感じる。地域に必要な病床を確保し、住民が安心できる医療を提供していくことが大事。」とありました。
- ・県の「考え方・方向性」としましては、「地域医療構想の内容の一つである「2025年の必要病床数」は、医療法上、「構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された・・病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量」と規定されております。このことを踏まえ、具体の算定式が厚生労働省令に規定されています。国からは、都道府県間の整合性を取るため、法令に基づき必要病床数を設定するよう求められております。本県では、これらのことを踏まえつつ、法令に基づく必要病床数で地域の医療が確保できるかを確認するため、構想対象の全医療機関を対象に、聞き取り調査を行うことをはじめ丁寧に構想を策定して」参ります。
- ・次の2ページをお願いします。④構想区域の設定については、本日3番目の議題となっておりますので、ここでの説明は省略します。
- ・次の⑤医療提供体制についてです。「医療従事者の必要数、確保策も一緒に考えないと地域医療構想の実現は難しい。」との御意見がありました。「考え方・方向性」としましては、「構想の実現のために、必要病床数に応じた、必要な医療従事者の確保に係る目標設定については、国（厚生労働省）において、「地域医療構想による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について見直していく」とされているため、まずは、これらの議論を注視して」参ります。
- ・次の⑥在宅医療等については、「現状では、療養病床には、認知症、独居、高齢者夫婦等でどうしても退院できない方が入院されている状況。在宅医療等を進めるのであれば、介護人材の確保も含めた受入体制をどう作っていくかが課題。」との御意見がありました。「考え方・方向性」としましては、「地域医療構想を推進するに当たっては、医療や介護が必要な方々を支えていくため、地域包括ケアシステムの構築と一体的に進めることが必要です。地域医療構想では、入院医療から在宅医療等への転換を進める方針が示されていますが、ガイドライン上、「在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠」との記述があります。  
さらに、ガイドラインでは、厚生労働省に対し「今後、入院医療ではなく在宅医療等

- で対応することとした者の介護分野での対応方針を早期に示されたい」と明記されています。これらを踏まえ、厚生労働省に「療養病床の在り方等に関する検討会」が本年7月に設置されており、まずは、この検討会の議論を注視して」参ります。
- ・ 次の2枚目以降に各地域ごとの主な意見をまとめておりますが、いただいた意見等を踏まえ、地域医療構想の策定に生かして参ります。議題1の説明は以上です。
  - ・ 次に議題2「地域医療の実情把握のための聞き取り調査について」、資料2によりご説明します。
  - ・ まず1ページ目、1の「目的」です。地域医療構想の策定に当たり、地域医療の実情を把握する必要があると判断いたしまして、医療機関に対し、平成27年度病床機能報告の報告内容や将来の医療提供体制の見通し等について、調査票に基づく聞き取りを行うこととしております。
  - ・ 次の2「対象医療機関」は、構想の対象施設であり、病床機能報告の対象となります、県内の一般病床及び療養病床を有する病院及び有床診療所計513施設を予定しております。ちなみに、有明地域では42施設が対象となります。
  - ・ 3の「実施時期」です。資料には、地域医療構想及び本聞き取り調査に係る全体説明会を、各圏域毎に11月末までに実施し、全体説明会の2～3週間後を目途に個別の聞き取り調査を開始し、遅くとも平成28年2月末までに実施、と記載してありますが、有明地域においては、日程調整の結果、全体説明会を12月9日（水）に開催し、年明けの1月～2月にかけて個別の聞き取り調査を実施する予定です。
  - ・ 次に4の「内容」ですが、対象の医療機関から、聞き取らせていただく内容でございます。まず、(1)平成27年度病床機能報告の報告状況について、①医療機能別の病床数、稼働病床数、休床数（この休床数は本調査で新たにお尋ねするものです。）、②新規入院患者数、在院患者延べ数、退院患者数についてお願いしております。※印にありますように、これらは、通常、病床機能報告の結果が、国から県に2月頃に届きますが、今回の調査を通じ、各医療機関の直近の状況を早期に把握するためにお尋ねするものです。
  - ・ 次の、(2)2021年における病床数の見通しについて、(3)2025年における病床数の見通しについては、病床の機能ごとに、その時点の病床数をどの程度見込んでおられるのかを、また、(4)在宅医療の実施状況と2025年における見通しについて、(5)「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて、(6)地域医療構想に対する意見等について、お尋ねいたします。
  - ・ 実際に医療機関に記入いただく調査票につきましては、2枚目以降に添付しているものを予定しておりますが、内容は、今御説明したとおりでございます。
  - ・ 次の5の「回答結果の取扱い」です。医療機関からの回答は、地域医療構想の策定に係る検討資料として使用し、病床機能報告の公表事項以外の項目であります、上記4(1)①の休床数、及び(2)～(6)の網掛け部分につきましては、①区域ごとの集計値のみ公表し、個別の医療機関の数値は一切公表しません。②回答内容について、将来の医療機関の予定を拘束しません、ということで取り扱いをさせていただきます。
  - ・ 次に2ページを御開き願います。6の「実施方法」について、有明圏域におきましては、先程申しました通り12月9日に全体説明会を開催し、地域医療構想の検討状況（趣旨、必要病床数等の推計方法等）や今回の聞き取り調査票の内容等について御説明します。その後、医療機関への個別聞き取り調査を1月から開始し、2月までには終了する予定としております。
  - ・ 「聞き取りの流れ」については、まず、全体説明会において、保健所から調査票等を配布します。次に医療機関から、保健所等が指定する日までに、聞き取り希望日時、聞

き取り調査票、平成27年度病床機能報告様式を保健所等にメール等で送付いただき、保健所において、聞き取り日時を管内医療機関と調整します。そして聞き取り当日、保健所から、調査票に沿って聞き取りを実施する、という流れになっています。

- ・最後に、7の「実施体制」ですが、(2)に熊本圏域以外の圏域についての実施体制が記載してあります。有明圏域におきましては、保健所の職員2名で各医療機関に出向いて実施する予定です。議題2の説明は以上です。
- ・次に議題3「構想区域の設定について」、資料3及びその関連としてお配りしております「関係データ」によりご説明します。
- ・まず資料3を一枚おめくりいただき、2ページをお願いします。  
構想区域の設定は、ガイドラインの策定プロセスにおいて3番目に位置付けられています。二次医療圏ごとの推計データをすでにお示ししていますが、構想区域を設定した後に、区域ごとの医療需要や必要病床数を推計し、固めていくこととなります。
- ・次に3ページをお願いします。構想区域の定義ですが、1の枠囲みが厚生労働省令に規定された基準です。構想区域は、二次医療圏を原則として、2行目末尾の「一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域」を設定することとなります。また、ガイドラインでは、設定に当たった考え方として、一つめ「人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など」を勘案すること、二つめ「高度急性期は、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない。一方、急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい」こと、三つめ、二次医療圏と異なる設定をした場合は「次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当」と示されております。
- ・4ページをお願いします。御参考として、地域医療における区域の概念を御説明します。左から構想区域、医療圏、昨年度開始した地域医療介護総合確保基金で設定が必要な医療介護総合確保区域、介護における区域である老人福祉圏域を並べていますが、本県では、二次医療圏、都道府県総合確保区域及び老人福祉圏域を同じ区域で設定しています。
- ・5ページをお願いします。本県の二次医療圏の現状を、人口・面積・医療機関数及び従事者数で示したものです。うち医師及び看護職員の方々については、総数に加え、県内シェアや人口10万人対等を示していますので、圏域ごとの医療資源をおおまかに御確認いただけたらと思います。
- ・6ページをお願いします。本県における医療圏の設定を整理したものです。現行の保健医療計画において、5疾病並びに在宅医療及び認知症の医療圏は二次医療圏と同じで設定していますが、5事業に関しては、へき地を除く4事業のうち、救急医療では「熊本+宇城+上益城の一部」で構成する「熊本中央医療圏」と「山都医療圏」の設定、周産期医療並びに小児医療では一部構成を組み替えた「熊本中央」と「有明・鹿本」の設定など、柔軟に設定しております。  
構想区域の設定に当たっては、こうした例も踏まえる必要があると考えています。
- ・7ページをお願いします。資料1でお示した第1回の専門部会での御意見について、構想区域あるいは二次医療圏に関する主なものを再整理したものです。「構想区域は二次医療圏をまたがることも考えられる」「二次医療圏の見直しは避けられないのではないか」といった御意見、「患者の流出を防ぐための医療従事者の確保の対策が必要」といった御意見など、様々な御意見をいただいております。構想区域については、これらの御意見を踏まえ、原則となる現行の二次医療圏に加え、データに基づいて複数の案を検討することで以下整理しております。

- ・ 8 ページをお願いします。構想区域の検討に際しては、第 1 回部会の御意見の中にもありましたが、厚生労働省が現行の第 6 次の医療計画の策定に当たり示した「二次医療圏の見直し基準」を考慮する必要があると考えております。この見直し基準とは、「①人口規模が 20 万人未満」「②流入患者割合（すなわち流入率）が 20%未満」「③流出患者割合（すなわち流出率）が 20%以上」のすべてに当てはまる場合は、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるとして、二次医療圏の設定を見直すよう求められたものです。このいわゆる「トリプル 20 基準」に対し、本県では現行の医療計画の策定時に、「有明」「鹿本」「阿蘇」「八代」の 4 圏域が該当しましたが、圏域の変更は行わず、継続的に検討していくこととしました。そうした中、今回、2025 年の医療需要の推計において、従来 の 4 圏域に「天草」を加えた 5 圏域が該当することが判明したところです。
- ・ 9 ページをお願いします。こうした点を踏まえ、構想区域案の一つめ、A 案として、まず現行の二次医療圏の区域を提示します。区域ごとに、「トリプル 20 基準」の人口・流出率・流入率に係る 2025 年の推計値をお示ししております。なお、流出率については、4 機能のうち的高度急性期を除く急性期、回復期及び慢性期パターン B の合計で算出しています。また、各基準をクリアしているかを二重マルまたはバツで示し、3 つすべてが当てはまる見直し対象の 5 圏域を塗りつぶしで表しています。加えて、御参考までに、5 ページで御覧いただきました平成 24 年における医師及び看護職員の総数を記載しています。
- ・ 10 ページをお願いします。10 ページ以降は、現行の二次医療圏とは異なる構想区域（案）について、御説明します。その基本的な考え方ですが、一点目は、構想区域に対する様々な御意見を踏まえ、データに基づく案として検討のたたき台を提示するというものです。二点目が、構想区域が次期医療計画における二次医療圏につながることも考慮し、「トリプル 20 基準」に該当する区域が生じないように、又は該当する圏域を個別に精査し、必要に応じ隣接の二次医療圏との統合について検討するというものです。この統合については、従来からの「郡市」の枠組みや、住民、関係機関の皆様方にとってまとまりのある圏域として定着し、広域的な取組みが推進されている二次医療圏を一単位と設定し、検討に当たっては、他の医療圏の設定状況や、患者の受療動向、生活圏の一体性などの地域的な結びつきを考慮しております。三点目が、「トリプル 20 基準」に該当しない二次医療圏にあっても、流出患者割合（換言して流出率）が 50%を超える、すなわち自圏域完結率が 50%未満となる場合は、隣接の二次医療圏との統合について検討するというものです。ここで言う「自圏域完結率」は、患者の居住する圏域内の医療機関に入院する割合のことで、100%から流出率を引いて算出していますが、「上益城」が流出率 63.4%、自圏域完結率 36.6%で該当となりました。
- ・ 11 ページをお願いします。検討に当たり採用したデータを一覧でお示ししています。① 患者の受療動向、②生活圏の一体性、③トリプル 20 基準との適合性、④面積を考慮しており、①②についての具体的なデータを別冊で配布しています「関係データ」で整理しています。
- ・ 12 ページをお願いします。二次医療圏と異なる構想区域案の一つめが、「トリプル 20 基準」に該当する区域が生じないように、隣接する圏域との統合等により区域の設定を図るというものです。ただし、ア)「人口」が千人単位の四捨五入により 20 万人超となる場合、イ)「流出率」が基準の 20%との比率で +10%以内となる場合については、基準との差が僅かと評価し、非該当に区分しています。この結果、県北は「有明+鹿本」と「菊池+阿蘇」の統合、県央は「熊本+上益城」の統合、県南は 3 圏域

のまま、さらに「宇城＋天草」の統合となり、これをB案として提示します。

- ・ 13ページをお願いします。B案を地図上に示したものです。A案同様、区域ごとに人口・流出率・流入率を整理し、二重マルが基準をクリアするもの、一重マルが先程の基準との差が僅かと評価したもので分けております。左上の「②有明＋鹿本」の人口、二つ下の「⑦宇城＋天草」の人口、右下の「④八代」の流出率が一重マル評価となります。なお、統合案の圏域の流出率及び平成24年における医師及び看護職員の総数については、二次医療圏ごとの数を簡易的に合算して算出しております。
- ・ 14ページをお願いします。B案で、「トリプル20基準」等の該当区域をなくすとした場合に考えられる案をお示ししましたが、根拠データが10年後の推計値であり、今後の変動も見込まれますので、「トリプル20基準」等を前提としながらも、該当する圏域を個別に精査し、その上で必要に応じて隣接の二次医療圏との統合等により区域の設定を図るという考えで、三つめの案としてC案を整理しました。C-（1）案が、県北における「菊池＋阿蘇」の統合及び県央における「熊本＋上益城」の統合で、その他は現行どおりとするものです。C-（2）及び（3）案はC-（1）の派生で、C-（2）が県北の「菊池＋阿蘇」のみ、C-（3）が県央の「熊本＋上益城」のみ統合とするものです。
- ・ 15ページをお願いします。C案に係る「トリプル20基準」等に該当する圏域について、考え方をそれぞれ整理したものです。「①有明」については、2025年の推計人口が約15万人と一定の規模を保ち、また、患者の受療動向等に見られる福岡県の有明圏域とのつながりを考慮し、単独の区域と判断しています。「②鹿本」は流入率、「③八代」は流出率が基準と比較してその差が僅かであることから単独、「④天草」は、流出率の基準との差及び海に囲まれているという地勢的な要因を勘案し、単独と判断しています。一方、「⑤阿蘇」については、人口・流出率・流入率のいずれも基準との差が一定程度ありますので、患者の受療動向や生活圏の一体性などを踏まえて、菊池圏域との統合について検討することとしています。ただし、流出率の推計は平成25年度ベースですので、その後に整備された阿蘇医療センターの医療提供状況等について留意する必要があると考えています。また、「⑥上益城」については、流出のほとんどが熊本圏域となりますので、両圏域の統合について検討することとしています。ただし、熊本圏域への一極集中の問題等に留意する必要があると考えています。ここで、添付の「関係データ」の2ページをお願いします。患者の受療動向として、二次医療圏ごとの流出率をお示ししております。有明と福岡の有明圏域とのつながりや、阿蘇から菊池への流出、上益城から熊本への流出の状況等をデータで御確認いただければと思います。
- ・ 資料3にお戻りください。16ページから18ページは、C案3つに係るデータをお示ししております。また、次の19ページに、御説明したA、B及びC案3つの計5案をまとめております。
- ・ 最後の20ページをお願いします。ただいま御説明した5つの案をたたき台として、本日の協議を進めていきたいと考えております。本日の有明地域の協議結果や各地域での協議結果を踏まえ、必要に応じて案の再提示を行ったうえで、次回すなわち第3回の検討専門部会において構想区域を決定できればと考えておりますので、本案に対する御意見等をよろしく申し上げます。
- ・ 以上で私の説明を終わりますが、この後医療政策課より、別冊資料として添付している「関係データ」に関するもの等、いくつかの補足説明がございますのでよろしく申し上げます。それでは、引き続き医療政策課の方から説明をお願いします。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・ 県医療政策課から、補足の説明を行わせていただきます。
- ・ 添付の「関係データ」について簡単に御説明させていただきます。まず、患者の受療動向でございます。スライド2は先程説明があったとおりですが、次のスライド3からスライド8までが2013年度実績に基づく主な疾病等の県内における流出状況となります。続くスライド9の通勤・通学の状況及びスライド10の日用品の買物動向により、生活圏の一体性をお示ししています。
- ・ 以降は参考となりますが、スライド11で人口規模・人口動態、スライド12から16までで4機能合計、あるいは機能別の流出状況を整理しています。また、10月20日に開催した第2回県専門委員会において、交通アクセスに関するお尋ねを複数いただきましたので、スライド17で主な医療機能を担う医療機関の位置図、スライド18から25で主要な傷病別の運転時間に基づくカバーエリア、最後のスライド26で救急搬送時間の3種類のデータを今回追加しています。
- ・ 併せて、この構想区域の検討に関しまして、第2回県専門委員会の中で、お二人の構成員の先生から、熊本圏域にある3つの三次救急医療機関別に分けて考えるのはどうかとの意見が示され、これに対し、熊本市の方から、市域の分割には違和感があると回答なされております。また、11月4日に関係する鹿本圏域の部会が開催され、明確に決を採られるような形にはなりませんでしたが、議論の流れや内容から、現行の二次医療圏どおりが大方の結論と見込まれますので紹介します。以上で補足の説明を終わります。

## ○ 質疑応答・意見

(平山会長)

- ・ はい、いろいろと御説明いただきました。大きく議題が(1)、(2)、(3)とありましたが、議題(1)のほうから御意見をいただきたいと思っております。議題(1)では、必要病床数や構想区域等に関して県の回答がございました。皆さんの御意見はありませんか。例えば必要病床数に関してなどいかがでしょうか。

(藤瀬副会長)

- ・ 議題(1)～(3)について、皆、それぞれに意見を持っていると思っておりますし、限られた時間で意見を集約するのは難しいかとも思います。荒尾市からは5名の医師が参加しておりますが、前もって話し合いを行い、荒尾市医師会としての資料を作成しておりますので、5名分としてお時間をいただければと思っております。

(平山会長)

- ・ 有明圏域は荒尾と玉名がございまして、それぞれに基幹病院がありますし、第1回目の部会でも、それぞれを基盤に動いたらどうかとの意見もありました。そういう意味でも荒尾代表の先生方の御意見ということであれば、まずおうかがいしたいと思っております。

(藤瀬副会長)

- ・ それでは、代表して中村先生にお願いしたいと思っております。資料をお願いします。

(中村構成員)

- ・ 地域医療構想に関する意見として、お手元の資料に沿ってお話させていただきます。



- 資料の1枚目はまとめです。2ページ目から14ページまで資料を作成しております。
- ・ 2枚目、まず専門部会における検討の進め方についてですが、必要病床数を議論する前に2025年のあるべき医療提供体制を明確にすることが必要ではないかと考えていますが、検討に必要な資料が現時点では十分に提供されていないと思います。
  - ・ 「地域医療の構想の策定に関する意見」という表紙の資料の4ページ目をご覧ください。5の医療需要に対する医療供給の検討です。急性期、回復期、慢性期については基本的に構想区域内で完結するとされています。これは有明圏域からの流入、流出、それから圏域内の過不足している医療機能の確認が必要なんです。5ページの下の方を見ていただきたいんですが、急性期、回復期、慢性期とも有明圏域では流出が上回るという状況です。
  - ・ 次のページ、2025年のあるべき医療供給体制の検討に必要な基礎資料ですが、将来の患者数、これは市町村別、疾病別、病床機能別について県の方では積算してあるようですが、具体的なデータの提供が難しいと聞いています。また、患者の流出入に関しては、住民の意向も含めた流出の要因、市町村別等の流出患者の内訳、それと完結率、これも圏域内の市町村別の数字が必要ではないかと思っています。次に医療供給体制ですが、昨年度から病床機能報告制度が始まりましたが、これによる機能別の病床数とガイドラインの基準で算定した病床数が乖離していると思いますので、今後修正していく必要があるのではないかと思います。
  - ・ 次の8ページです。左の棒グラフが昨年度の病床機能報告、右の2つが県が試算していただいた2025年の必要病床数です。一番右が流入出が現状どおりの場合ですが、高度急性期の病床が82床必要です。現在が18床です。不足しているということになります。
  - ・ 流入出がない場合、2025年の急性期、回復期、慢性期の必要病床数と現在の状況と少しありますが、アスタリスクの①、②、③で表していますが、高度急性期については、現時点でも足りておらず確保する必要があると思います。急性期病床の報告が853床ですが、そのうち診療所の病床244床を回復期の機能として算定すると657床になり、急性期機能も545床になりますので、2025年の必要病床数に近い数字になります。慢性期については在宅あるいは介護施設への移行が180床移行できれば、慢性期は570床になりますので2025年の必要病床数に近くなります。こういう作業をしていくことで、現状からそれほど大きな調整をしなくても策定ができるのではないかと考えます。
  - ・ ただ、介護従事者が確保できない、在宅の受け皿が十分に整っていないという状況で削減を進めてはいけないと思います。住民が安心して医療を受けることができるよう、地域の実状に応じた目標設定が必要ではないかと思っています。
  - ・ 次に荒尾市の現状についてお話ししたいと思います。10ページをご覧ください。これは荒尾市民病院の新病院建設の基本構想策定に際して解析されたデータをお借りしたものです。現在、荒尾市の病院の総病床数は全国平均の1.85倍、うち一般病床は0.82倍、療養病床は2.43倍です。これは急性期病床が足りてなくて慢性期が少し多いのかなと思います。
  - ・ 診療所の総病床数は全国平均の5.33倍とかなり多いんですが、これは決してデメリットではないと思います。有床診療所の病床を上手く活用していくことで地域のニーズにあった体制がとれると思います。
  - ・ 11ページには荒尾市の将来推計患者数を示してありますが、2035年までは概ね現状を維持し、そのあと少し減少に向かい2040年で2010年比マイナス5.8%と予想しています。次のページが有明圏域と大牟田市の将来推計患者数ですが、203

0年までは概ね現状を変わりませんが、そのあとは荒尾市に比べれば比較的早く患者数が減少していきます。そのあたりをどのように参酌していくかが課題かと思います。

- ・ 最後は、算定に用いた手法をお示ししています。
- ・ もう一つ、参考資料として「荒尾市民病院と公立玉名中央病院の特徴の違い」を配布しております。これは県から提供された医療計画作成支援データブックから抜粋したものです。荒尾市民病院、公立玉名中央病院それぞれ特徴があります。

(平山会長)

- ・ 荒尾市民病院の建て替えができれば、一般病床の急性期は確保できるかなと思いますが、療養病床が2.43倍と多いことについてはいかがでしょうか。

(中村構成員)

- ・ 先ほど、資料でお示した必要病床推計数があったと思いますが、これは有明圏域全体ですが荒尾市だけ見てもほぼ同じようなパターンになります。急性期と回復期の分担はこのようになりますが、慢性期をいかに減らすかが問題になってくると思います。ただ、これは各医療機関の考えがあると思うので簡単には言えないと思います。

(平山会長)

- ・ 簡単には言えないですね。議題の2番目にありましたが、各有床診療所等の聞き取りによってどうしていくかを考えないといけないですね。残念ながら、私のところ玉名はですね、医療体制づくりというのを一生懸命やっているところで、それが出来た時点でどのように構想に変えていくかどうか分からないんですが、有床診療所の代表で来られた浦田委員何かございますか。

(浦田構成員)

- ・ 有床診療所の地域医療構想における現状ですが、恐らく現在の報告ではほとんど有床診療所は急性期ではないか、というのは一部療養期、一部急性期と使い分けているのが実状であるが、これを一つにくくるのは難しい。

(平山会長)

- ・ 行政は有床診療所を少なくしていこうという考えがあるんですか。

(阿南補佐)

- ・ そういう訳ではございません。有床診療所は地域の医療を担っているという認識がありますので、減らしていこうなど思っておりません。

(平山会長)

- ・ 療養型病床を持っていると赤字になるという計算があって、療養型病床を無くして老人ホームにしていっていったほうが良いのではないかと、そのような意見を聞いたわけですが、その点で何か意見ございますか。

(鴻江(和)構成員)

- ・ 療養型はですね、全国の方で療養型病床の在り方というのを検討しており、その中では、医療がすぐそばにあるという考え方をカテゴリーに持ってという話があって、先程浦田先生がおっしゃったように療養型も一部は急性期で出してもらって全部が療養

型ということではない。ひとくくりにすることは非常に難しい。・・・の関係があると理解しております。

(平山会長)

- ・ 荒尾からの意見に対して何かございますか。大嶋先生何かございませんか。

(大嶋構成員)

- ・ 先程出ましたが、病院の早い新築移転が必要ではないかと思っております。

(平山会長)

- ・ お互いそうだと思っております。続いて中野先生いかがですか。

(中野構成員)

- ・ いま、公立玉名中央病院と医療センター、和水町立病院の経営統合の話がされていて、出来るかどうか分からないですが、それによって随分話が変わってくると思います。
- ・ 高度急性期自体があいまいになっているというのは間違いなくて、これに関してはどこもそうだが医師が確保できるとその部分は急にある部分が増える訳だから、確保できるかどうかということを経験の中に一部盛り込まないといけない、2025年というよりも、随分先のことはわからないが、経験の前に例えば玉名中央病院ではこういう医者が確保できそうだとか、荒尾市民病院ではこういう医者が確保できそうだとか、その部門が厚くなったり、また逆に言えば減ることもあるが、それをこの中に・・・過去のデータでしかものが言えないのは分かっているが、確保できそうだったらある程度入れればもうちょっと現実性のあるものが出るのではないかという感じがします。

(平山会長)

- ・ この問題はですね公立玉名、どれくらいの病院、どれくらいの規模になるのか、検討している訳ですが、次は赤木先生いかがですか。

(赤木構成員)

- ・ そうですね、今、統合の話が出ましたけれども、とうに準備を進めているというか話し合いを進めているんですけど、大きな視野では統合して機能分化というのは基本的にやらなければいけないと考えて、やはり大きな視野で見て行かなければいけないかなと感じがします。

(平山会長)

- ・ 県が後ろからバックアップしていただければこういうデータはゴロっと変わるような感じになると思うんですがね。ありがとうございました。第1の議題についてどうですか。これにあるように、必要病床数は一概に減らすというのは今の状態と今後の基幹病院、荒尾市民病院、それと玉名中央病院、医療センター動向によって変わってくると思います。我々としては住民の方々に例えば今のこの状態だったらMERSとか新型インフルエンザが起こったときは入院施設0ですね。入院施設が全然余裕がないですね。じゃ、どうするかという問題も当然出てくると思います。後は在宅医療に関しても今の状態で我々在宅に持って行こうとはしてるんですが、いかんせんそれに

伴ってコメディカルの方々の動向も問題になってきますから一概には・・・出来ないと思います。1に対してはよろしいですか。

(鴻江(圭) 構成員)

- ・ 1でいいですか。

(平山会長)

- ・ よろしいです。

(鴻江(圭) 構成員)

- ・ 老人福祉施設協議会の立場から伺っておきたいと思いますが、在宅医療等について2ページですが、現状では、療養病床には、認知症、独居、高齢者夫婦等でどうしても退院できない方が入院されている状況、つまり支えていく人、やはり治療の場であるというのが前提であって、そういった中で受け皿としては老人福祉施設あるいは有料老人ホームとかが出てくるわけですが、いま、養護老人ホームは大体1割が空床状態なんです。そういった福祉施設の空床状態をしっかりと把握していかなければこの1割は埋まらないんですね。今、養護老人ホームも認知症だったり、いろんな方たちが入っています。にもかかわらず各自自治体の措置控えが強く空床状態のまま放置されている。こうしたベット状態のこともしっかりと調べながら進めていただきたいと思います。在宅医療の受け皿として施設があるということです。それと専門部会でもおっしゃっているように受け皿になるためには医療提供が出来る仕組みは必要ということで同時並行でお願いしたいと思います。

(平山会長)

- ・ 認知症に関連して、王丸先生何かございませんか。

(王丸構成員)

- ・ 独居老人は多いですし、高齢者夫婦で住んでる方も多い。そういう中で在宅で支えるマンパワーとか確保できるのかというところ正直言って厳しい。じゃどうするか、雇用対策とか言うけど、このような高齢化の社会で、働いてくれるスタッフはいるのか、厳しいなと思います。
- ・ 在宅の中に、特別養護老人ホームとか老健施設とかも入っていますが、新たに在宅では180人を考えないといけないとありました。受け皿のなかには当然、施設もありますよね。これは県にお聞きしたいんですが、新たに老健施設や特別老人ホームを荒尾や玉名につくっていいのか国や県が認可するのか、どうなんでしょうか。

(認知症対策・地域ケア推進課 松尾審議員)

- ・ 施設整備につきましては高齢者支援課で担当しておりますので、認知症対策・地域ケア推進課としてはお答えできないんですが、一点だけ申し上げますと、施設整備は施設整備計画に基づいて行いますので、現段階では施設を増やすことは簡単にはできないということになります。ただ、今後の国の動向を注意深く見ていきたいと思っております。

(阿南補佐)

- ・ 私のほうから、高齢者支援課から聞いている情報として申し上げます。介護保険の方

で市町村別に施設福祉計画というのを策定しますので、その範囲内でつくるということになります。

- ・なお、先ほど鴻江構成員からお話のありました介護療養型病床につきましては、平成29年度末を目標に廃止するという事になっていています。この分の老健施設への転換については市町村の施設福祉計画とは別枠で進めてよろしいということになっていています。今後、地域医療構想で新たに在宅医療で対応していただく分が出てきますが、この分に対応していただくことができるかと思えます。

(平山会長)

- ・老老介護等の問題は大きな課題かと思えます。今後、病床が減らされて、病院から家に帰らなければならないとなった時の受け皿について、他の方法も含めて考えていかなければならないと思っています。
- ・今後、病院が合併されれば、ベッド数は100床くらい減る計算になっています。その時に、受け皿となる老健施設を新たにつくれるのかという話にもなりますので、県からも情報等いただければと思えます。

(大嶋構成員)

- ・人口10万人あたりの医師数というデータがありました。県は熊大とかに対して、医師数の少ない地域に医師を派遣してもらうような働きかけなどはやっていないのでしょうか。ある県では大学との話し合いで、県内の医師数が充実するまでは他県に医師は派遣しないよという取り決めをしたところもあるようですが、熊本県はしないのでしょうか。それができれば医師数の少ないところに医師が確保できると思えますが。

(平山会長)

- ・地域枠のドクターとは違うんですね。

(大嶋構成員)

- ・はい、今、熊大は県外にも結構、医師を出しているんですよ。その一部を県内に派遣できないかなということです。

(平山会長)

- ・大学と話し合って、そういう取組みをした県があるのでしょうか。

(阿南補佐)

- ・すいません。それに関する情報は持ってありません。

(中川審議員)

- ・先ほどでました地域枠のドクターが、今年初めて卒業し出てきましたので、これから改善されていくのではないかと考えております。

(星野構成員)

- ・必要病床数の件ですが、これから人口は減っていくということで、必要ベッド数も必然的に減っていくのは当然のことだと思いますが、その地域の老人ホームなり在宅でどれだけ受け入れることができるのか試算できれば、それを引いた分が必要病床にな

るのだと思います。

(阿南補佐)

- ・ 第一回目の会議資料で、必要病床数の算定式を、また在宅医療の推計値をお示ししています。在宅医療の推計値につきましては、2013年度の患者数として1827人、これが2025年には慢性期から在宅への移行も含めて2337人と試算しており、この差が510人となります。
- ・ 在宅医療の整備が進まないで慢性期の病床も減らせないということは地域医療構想ガイドラインにも明確に書いてあります。この整備の中にはハードだけではなくソフトも入っております。今後、この整備を10年間かけていかにできるか、ということが課題であると思っています。

(平山会長)

- ・ はい、では議題の(1)に関してはよろしいでしょうか。では次に、議題の(2)に移ります。大変な調査を保健所はされるようですが、1病院あたりどれくらいの時間をかけるのでしょうか。

(森田次長)

- ・ 予定としては、病院が1機関45分程度、診療所が1機関30分程度を考えております。

(平山会長)

- ・ 一日に1病院ですか。

(森田次長)

- ・ 2病院程度を考えていますが、今後、日程調整させていただきたいと思っています。

(平山会長)

- ・ 大変だなと思いますが、これについては、特に問題ないと思いますが。よろしいでしょうか。
- ・ では、次に(3)構想区域の問題です。さきほど説明がありましたが、荒尾と玉名を合わせた有明圏域、これに鹿本を加えるかどうかということです。菊池がどうこう、上益城がどうこうは私たちがいう問題ではない、これが私たちの検討する問題です。
- ・ 私は直接、鹿本の会長から、鹿本圏域は人口は5万くらいですが、きちんとしたシステムができていますので地域医療構想もすぐに検討できる。よって鹿本圏域は鹿本だけで作りたいと意向であると聞きました。わざわざ鹿本と一緒にする必要はないのではと思いますがいかがでしょうか。
- ・ ここで決めていいんですか。

(森田次長)

- ・ お願いします。

(平山会長)

- ・ このまま荒尾、玉名の有明圏域でこの構想は行きたいと思いますが。

(大嶋構成員)

- ・私も鹿本の医師会長、山鹿市民センターの院長の両方から意見を聞きましたが、5万くらいしかないけれども自分達でやりたいとのことでした。
- ・1年に何例かは山鹿の方から来ますけど、そんなにはない。

(平山会長)

- ・鹿本の意向もあるし、こちらに引っ張る必要もない。皆さんの御意見としてはそれでいいということでしょうか。それでは今の案で有明地区、そして玉名は玉名の構想をまとめる、荒尾は荒尾の先生方の御意見がありました。市民病院を中心にまとめ、総計として一緒にやるという方向でよろしいでしょうか。

(中野構成員)

- ・資料3の6ページですが、周産期医療圏と小児医療圏は有明と鹿本が合体しているんですね。こういうのはありかな、という気はします。人口20万人という考え方を書いてあるが、それには足りないけれども有明と鹿本で1病院でいいのではないかと以前前田先生はされていた。全体的には意見を言うことはないんですが、科によってはそういうふうにはせざるをえない現状もあると思う。熊大、ほとんど熊本に依存しているわけで、細かく医者を配置する余裕もないと思いますので、ある分野では統合しなければ現実的には上手く行かないというのはあると思う。

(平山会長)

- ・実際にそうだと思う。例えば荒尾市民だけでやれば大変なことになるし、みんな一緒になってやることで、小児科に関しても先生は3人おられますが、また難しくなる、荒尾は非常勤ですかね、科によって違って来るが、構想自体は一つの有明ということで、山鹿も5万ですから、医療生産もそんなに大きくないからそういう意味では一緒にやっていく科があってもいいのではないかと当然思っています。

(星野構成員)

- ・荒尾大牟田もそうですが、以前県同士で調整してください、というのがありましたよね。その結果はどうやって考えたらいいですか。

(阿南補佐)

- ・県境ということでは、県北では荒尾玉名と福岡の有明圏域、県南の方でも水俣と出水圏域ありまして、連携していこうと考えていますが、この調整というのは、病床数をどちらでみるかという生々しい話であります。
- ・先ほど、医療需要という言葉が出ておりましたが、有明圏域では福岡の有明圏域への流出が多いというデータが出ています。この流出を調整しなければならない。現状のまま流出するとみるのか、荒尾市医師会の先生からのお話にもありましたが、自分たちの地域の患者さんは自分たちの地域で診るという考え方もあるかもしれません。
- ・地域医療構想策定ガイドラインでは、急性期、回復期、慢性期については原則、患者住所地が望ましいとされています。荒尾市医師会のほうもこれで計算をされていました。ただ、そうするためには相手方の圏域の了承が必要で、それでまとまらなければ医療機関所在地、つまり相手方の圏域の数になります。
- ・これは非常に難しい調整です。将来のことはわからないので、お互いの県が悩んでいるところです。九州各県の担当者間では一度会議をしまして、今後どうするか話し合

おうことにしております。もちろんその前には医師会長さん方に御相談しながら進めていきたいと思っております。

(平山会長)

- ・ はい、では議題（３）については、荒尾、玉名の有明圏域でということによろしいですか。
- ・ 次回の開催もこの方々でということによろしいんですね。

(阿南補佐)

- ・ 今、各圏域で御意見をお聞きしております。今日の有明圏域で９箇所目ですが、各圏域の御意見を踏まえて、もう一度、県庁内で議論をして結論を出したいと思っております。

(平山会長)

- ・ それからもう一つ、先ほど荒尾市医師会の先生方からのお話も、十分に参考にさせていただきたいと思っております。
- ・ では、これで意見交換を終了したいと思っております。よろしいでしょうか。

(阿南補佐)

- ・ 先ほど、荒尾市医師会からお話のデータにつきまして、できるものとできないものについて御説明したいと思っておりますがよろしいでしょうか。

(平山会長)

- ・ はい。どうぞ。

(阿南補佐)

- ・ 地域医療構想の策定に関する意見の６ページ、＜医療需要に関するもの＞で将来患者数の市町村別、疾病別、病床機能別とあります。
- ・ 市町村別については、２０２５年の必要病床数は出していますので、市町村別の将来推計人口に基づく算定案ということであれば出せます。疾病別については、急性心筋梗塞、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折、その他の区分での按分であれば、第一回目の資料で出しております。ただ、残念ながら二次医療圏の場合１０人未満の値は非表示となってしまいデータが見にくいという点があります。病床機能別については、現在は必要病床数しか出しておりませんが、これから行います全体説明会の資料の中に、２０１３年度、２５年度、３０年度、３５年度、４０年度までの病床機能別の医療需要と必要病床数をまとめているので参考にいただければと思います。
- ・ ＜患者の流入出に関するもの＞ですが、住民意向調査については持ってありません。それから流出患者の内訳ということで、居住市町村別の流出先についてはデータはありません。また主な疾病別や病床機能別についても残念ながら出ません。域内の自己完結率は、２０１３年度の疾病別までというのが限界でございます。
- ・ 最後に＜医療供給体制に関するもの＞ということで、病床機能報告による機能別病床数とガイドラインに定める基準で算定した場合の機能別病床数との差ということです。ここはおっしゃるとおり齟齬が生じると思います。先ほど診療所の代表の方からお話がありましたとおり、診療所はひとつの区分でしか病床機能報告ができません。一方で地域医療構想のほうでは医療資源投入量、例の点数で把握をしていくということで、



どういった医療機能を提供しているのかについて一致しない部分があると思いますので、この点については厚生労働省にどのようにするのか追及していきたいと思っています。

- ・ここまで分析していただいて大変感謝しております。このような資料をもとに我々も対策等を考えていきたいと思っています。

## ○ 閉会

(村上課長)

- ・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基づき、各地域の専門部会での協議や調整を進めて参ります。なお、次回の専門部会は、他地域での専門部会の協議結果を踏まえた上で、12月以降に開催したいと考えておりますが、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。
- ・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や新たな御提案などがありましたら、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。ありがとうございました。

(20時45分終了)