

## 第1回熊本地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成27年7月3日（金）19時00分～21時10分

会場：県庁新館201会議室

出席者：＜構成員＞ 28人（うち、代理出席4人）

＜熊本県健康福祉部＞

山内局長、立川首席、中川審議員、阿南補佐、村上主幹、  
酒井参事、末廣主任、浴永主任、藤本主任

報道関係者：1人（熊本日日新聞・田中記者）

### ○ 開会

（医療政策課・中川審議員）

- ・ただ今から「第1回熊本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医療政策課の中川でございます。まず、資料の確認をお願いします。会議次第を1部、資料1～8を各1部ずつお配りしておりますが、不足がありましたらお知らせください。
- ・なお、本日の専門部会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、公開とさせていただきます。傍聴は、会場の都合により10名までとしています。また、後日、会議の概要等については、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、熊本県健康福祉部健康局長の山内から御挨拶申し上げます。

### ○ 挨拶

（健康福祉部健康局・山内局長）

- ・こんばんは。県の健康局の山内です。県の会議は御承知の方は御存じですが、このように蒸し暑うございます。大変申し訳ございません。それでもこの部屋だけはクーラーは入れてもらっているそうなんです。上着は是非取っていただいて、ネクタイも緩めていただければと思います。普段、熊本市が主催される会議にご参加される方が多いと思います。熊本市はしっかりエアコンを効かせて、快適な環境と思いますが、申し訳ございません。是非くつろいでいただければと思います。
- ・本日は大変お忙しい中、第1回熊本地域医療構想検討専門部会に御出席いただき、感謝申し上げます。この専門部会で御検討していただくことにしております、この地域医療構想、これは今後生産年齢層を中心に人口が全体としては減少していく中、高齢人口が大幅に増加する、大変大きな環境変化を目前にし、将来に渡って必要な医療体制、医療提供体制を維持確保していくための実に重要な構想であると考えています。本日お集まりをいただいております熊本圏域は、全国でも有数の医療資源が充実した地域であるというふうに考えております。ただ、しかし県内全体を見渡しますと、これも御承知のとおり、地方部におきましては医師不足をはじめ、現時点においても非常に厳しい医療環境にあります。今後地方部においては、総人口のみならず高齢者人

口も減り始めるところも出始めます。その結果、医療需要の減少に合わせ医療提供体制が一層不足していくことを懸念しております。この熊本圏域の医療機関は熊本圏域はもとより、この厳しい地方の医療提供体制を支えているという重要な役割も担っていただいているというふうに考えています。今後の人口の将来推計ですとか、医療需要の動向等を見据えつつ、現在熊本の宝とも言える、この優れた医療提供体制を如何に持続可能な形で守っていくか、これを皆様方の御見識を賜りながら、検討を深めて参りたいと考えています。本日の検討会は最初の会議でもありますし、まず地域医療構想の説明を申し上げますとともに、今後の検討スケジュール、昨年実施された病床機能報告の集計結果についての説明を予定しています。で、その後、報道の方でも大きく取り上げられました2025年における都道府県別の必要病床数の推計結果と併せ、厚労省から県に提供されたシステムにより出力されましたこの熊本圏域における必要病床数の推計結果を御報告し、説明をすることとしております。この必要病床数の推計結果を参考に、今後熊本圏域において、状況に応じた真に必要と見込まれる医療機能について、日頃から医療をはじめ、介護、福祉、行政の現場で、現場を把握していらっしゃる皆様から、今後の環境変化を見据えた地域医療のあり方、あるべき姿についての御意見を賜り、合意形成を図っていくことが大事だと考えております。これから来年度、平成28年度の策定までの長丁場になりますけれども、行政と関係団体の皆様との両輪、いわば「オールくまもと」で、県民の「安心」に一番の礎となる、この持続可能な地域医療の姿を「地域医療構想」として描き、その実現に向けて取り組んで参りたいと考えております。皆様の御協力を心からお願い申し上げます。よろしくお願いいたします。

(中川審議員)

- ・ 構成員の皆様の御紹介につきましては、時間の都合上、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。
- ・ なお、熊本県保険者協議会の欄が空欄になっておりますのは、代表者の選出が7月10日頃になるとのことで、今回は県国保連合会の井手尾課長に御出席いただいておりますことを、予めお断りしておきます。

## ○ 会長、副会長の選出

(中川審議員)

- ・ 次に、本委員会の会長及び副会長の選出に入らせていただきます。
- ・ お手元の設置要領では、第4条第2項に「会長及び副会長は、構成員の互選により定める」と規定しておりますが、いかがいたしましょうか。

(宮崎構成員・鹿本医師会副会長)

- ・ 事務局の方で何かご提案はありますか。

(中川審議員)

- ・ 今、事務局からの提案との意見がありましたが、それでよろしいでしょうか。

(構成員一同)

- ・はい。

(中川審議員)

- ・それでは事務局の方から。

(健康福祉部・立川首席審議員兼医療政策課長)

- ・事務局の県の医療政策課長をしております立川でございます。事務局としましては、将来の当地域における医療提供体制のあり方に係る構想でございますので、会長には、診療に関する学識団体の代表である熊本市医師会の福島会長に、副会長には病院代表の金澤様に、それぞれお願いできないかと思っております。いかがでしょうか。

(構成員一同)

(拍手)

(中川審議員)

- ・ご承認いただきました。有難うございました。それでは福島様、金澤様、それぞれ会長、副会長の席へ御移動願います。それでは、設置要領に基づき、議事の進行を福島会長に願います。

(福島会長)

- ・会長の指名を受けました福島でございます。当面は、団塊の世代が全員75歳を迎える2025年問題ですが、10年後、20年後を見据え、人口減少等の様々な環境変化が生じる中で、この熊本地域の住民の方々が、地域で安心して生活を送る上で、ベースとなります医療提供体制のあり方が問われているものと認識しております。そこで各界を代表してお集まりの皆様におかれましては、より良い地域医療の実現という大局的な視点に立っていただき、忌憚のない御意見・御提言をお願いします。私も、この地域医療構想を金澤副会長のサポートを受けながら、取りまとめて参りたいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。
- ・それでは、お手元の会議次第に沿って会議を進めたいと思います。議題(1)から議題(5)までに係る説明を、事務局から願います。なお、次第の5番目に「意見交換」の時間が設けられておりますので、事務局からの一連の説明が終わった後に、質疑を含めてまとめて意見交換をお願いしたいと思います。

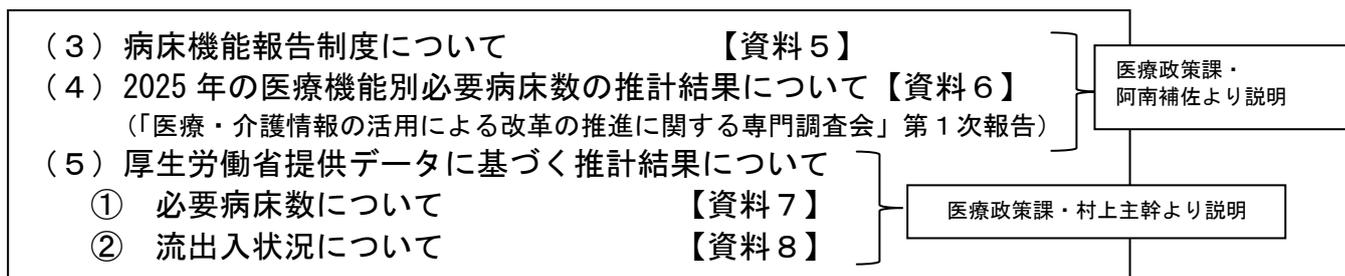
## ○ 議事

(1) 地域医療構想について

- ① 地域医療構想策定の必要性について 【資料1】
- ② 地域医療構想の策定内容について 【資料2】
- ③ 地域医療構想策定後の取組について 【資料3】

(2) 今後のスケジュール、進め方等について 【資料4】

医療政策課・村上主幹より説明



(医療政策課・村上主幹)

- ・ 県医療政策課の村上と申します。
- ・ 約30分いただき、資料1から資料8まで御説明します。ポイントを絞って御説明したいと思いますので、御了承のほどお願いします。

#### 資料1 地域医療構想策定の必要性について

- ・ 議事の一つめの「(1) 地域医療構想について」、「資料1」の「地域医療構想策定の必要性について」を御覧ください。
- ・ スライド2をお願いします。まず、「地域医療構想とは」ですが、都道府県は、厚労省のガイドラインを参考に、今年4月から地域医療構想の策定を開始しております。構想の内容は、「2025年の医療需要と病床の必要量」、「2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策」です。なお、対象は、一般病床と療養病床です。
- ・ スライド3をお願いします。構想策定の背景として、医療における2025年問題がございます。2025年とは、団塊の世代が75歳になる年で、全国的に医療と介護の需要がピークを迎えると言われております。また、高齢者人口の増加には大きな地域差があるということも踏まえて、地域ごとに、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、患者が状態に見合った病床で、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要となって参ります。
- ・ スライド4をお願いします。本県の2040年までの将来推計人口を、4つの年齢階級で整理したものです。全体では減少する一方、グラフの一番上の75歳以上の方々は、2035年まで増えていくと推計されています。
- ・ スライド5をお願いします。表の上から3列目、この熊本地域の推計人口は、全体では2040年までに2010年との比較で約2割の減少となりますが、75歳以上では3割強の増加となっています。
- ・ スライド6をお願いします。こうした将来推計などを踏まえ、より良質な医療サービスを受けられる体制として、地域包括ケアシステムの整備を進め、県民幸福量の最大化につなげていくことが、大きな目標になると考えております。

#### 資料2 地域医療構想の策定内容について

- ・ 次に、資料2の「地域医療構想の策定内容について」御説明します。資料2と資料3は、厚労省が示したガイドラインの説明が中心となります。
- ・ スライド2をお願いします。構想策定は、医療法の第30条の4第2項第7号が根拠規定であり、医療計画の中で定めることとなります。

- ・スライド3をお願いします。先の説明のとおり、構想の内容は、2025年の医療需要と病床の必要量、2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策となります。
- ・スライド4をお願いします。これらをまとめるに当たり、ガイドラインに8つのプロセスが示されています。
- ・スライド5をお願いします。策定プロセスの1つめが、「構想の策定を行う体制の整備」です。医療法に、案の策定及び決定段階における意見聴取の規定があります。
- ・スライド6をお願いします。これらの規定を踏まえ、本県では、既設の「熊本県保健医療推進協議会」に専門委員会を、また、各地域の保健医療推進協議会に「専門部会」を設置し、全県と地域ごとの二段構えの体制で検討を進めて参ります。
- ・スライド7をお願いします。策定プロセスの2つめが、「構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有」ですが、厚労省から様々なデータが提供されており、後程説明します。
- ・スライド8をお願いします。策定プロセスの3つめが「構想区域の設定」です。地域医療構想は、構想区域ごとに策定するとなっており、構想区域は、「二次医療圏を原則として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向等を考慮して、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することが相当であると認められる区域を単位として設定」とされています。本県では、まずは原則に従い、二次医療圏ごとに検討していく考えです。
- ・スライド9をお願いします。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能の定義でございます。
- ・スライド10をお願いします。策定プロセスの4つめが、「構想区域ごとの医療需要の推計」です。基本的な考え方として、患者住所地を基にした厚労省提示の基礎データを基に、都道府県が構想区域ごと、かつ機能別に医療需要を地域全体のマクロで推計していきます。
- ・スライド11をお願いします。推計の算式については、厚生労働省の省令で規定されています。具体的に、高度急性期、急性期、回復期の機能については、  
 構想区域における2025年の医療需要  
 = [当該構想区域の2013年度性・年齢階級別の入院受療率]  
 × [当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したものと  
 となります。また、推計に当たっては、患者への診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した医療資源投入量で分析します。
- ・スライド12をお願いします。これら3機能の医療需要の推計イメージ、次のスライド13が病床の機能別分類の境界点の考え方に係る図ですが、医療資源投入量について、3000点、600点、225点を境界点として整理します。
- ・スライド14をお願いします。4つの病床機能のうちの慢性期及び在宅医療等に関しては、3つめのポツのとおり、「慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計する」とされています。
- ・スライド15をお願いします。下に、「慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメ

- ージ」図をお示ししています。上のグラフのうち、①障害者・難病患者数と、②療養病床の入院患者数のうちの医療区分1の患者数の30%は慢性期となります。また、②療養病床の入院患者数の70%及び地域差解消分、③一般病床で医療資源投入量が175点未満の患者数、④現時点で訪問診療を受けている患者数、⑤現時点の老健施設の入所者数は、在宅医療等となります。
- ・スライド16をお願いします。療養病床の入院需要率における地域差の解消として、「都道府県は、原則として構想区域ごとに次のAからBの範囲内で入院受療率の2025年時点の目標を定める」こととなります。パターンAは、「全ての構想区域が県単位の全国最小値まで入院受療率を低下する」、パターンBは、「構想区域ごとに入院受療率と県単位の全国最小値との差を一定割合解消させることとするが、その割合については県単位の全国最大値が県単位の全国中央値にまで低下する割合を一律に用いる」となっています。なお、一定の要件を満たせば、特例（パターンC）として、目標の達成年次を5年間延長することができます。
  - ・スライド17をお願いします。策定プロセスの5つめが、「医療需要に対する医療提供体制の検討」です。
  - ・一つ飛ばして、スライド19をお願いします。策定プロセスの6つめが、「医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計」です。この2つのプロセスについて、架空の構想区域における仮の数値を用いた算定例により、説明します。
  - ・スライド20をお願いします。Aという構想区域の急性期の例として、左から2列目の医療需要に2,176という数値を入れております。
  - ・スライド21をお願いします。この2,176は、右の2025年の表のように、入院受療率を2013年の率に固定し、人口を2025年に置き換えて性・年齢階級別にそれぞれ掛け合わせて合計するという方法で算出します。
  - ・スライド20にお戻りください。表の3列目以降が医療供給です。3列目の「現状」について、流出している患者数が、流入数よりも100人多いとして、マイナス100としています。これにより、現状の医療供給は、2,176から100を引いた2,076となります。次の列の「あるべき姿」では、現状の流出入を見直すのかを検討し、ここでは、流出を20抑制する、すなわちAの供給を20増やすとして、マイナス80としています。これにより、あるべき姿は、医療需要の2,176から80を引いた2,096となります。ただし、この増加分を他の区域の減で調整する必要があります。最後に、あるべき姿の2,096を急性期の病床稼働率の78%で割り戻して、一番右の必要病床数2,687が算出されます。
  - ・スライド22をお願いします。策定プロセスの7つめが「構想区域の確認」です。人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、区域設定の妥当性を確認します。その上で、最後のプロセスとして、「将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討」を行います。
  - ・スライド23をお願いします。必要病床数と病床機能報告による集計数との比較を通じて課題分析を行い、地域医療介護総合確保基金の有効活用等により、「病床の機能分化・連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保・養成」に係る取組みを検討することとなります。

### 資料3 地域医療構想策定後の取組について

- ・資料3の「地域医療構想策定後の取組について」御説明します。
- ・大きく4点ですが、一つめは、スライド2のとおり、まずは各医療機関の自主的な取組が基本となります。
- ・スライド5をお願いします。二つめとして、都道府県は、将来の必要病床数を達成するための方策等を協議するために、原則、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置・運営することとなります。
- ・スライド9をお願いします。三つめとして、構想の実現に向けた医療法に基づく知事による対応をまとめたものです。ポイントは、既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合、転換しないことを公的医療機関等に対しては命令、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できること。また、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合、不足している病床の機能区分に係る医療を提供すること等を、公的医療機関等に対しては指示、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できること。さらに、病床過剰地域における稼働していない病床への対応として、当該病床の削減を、公的医療機関等に対しては命令、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できることです。なお、こうした規定がありますが、基本は自主的な取組みを促すことが主であり、知事に過剰な病床を削減する権限等は付与されていないということになります。
- ・スライド10をお願いします。四つめとして、構想の実現に向け、PDCAサイクルにより、評価・公表を進めます。
- ・以上で、議事の(1)に関する説明を終わります。

### 資料4 今後のスケジュール、進め方等について

- ・資料4、地域医療構想策定スケジュール(案)をご覧ください。
- ・案としてますのは、国の動向もありますが、県でも部会等の協議次第で変動の可能性があるためです。策定完了までのスケジュールを、本専門部会を中心に説明します。
- ・下の段の「各地域」の地域医療構想検討専門部会の欄をご覧ください。構想は地域単位で策定することになっていきますので、この専門部会を中心に、将来の医療需要を踏まえた必要病床数や必要な医療提供体制を具体的に検討していきます。本日の会議は、構想の趣旨・内容、熊本地域の必要病床数等推計結果の説明が主ですが、次回第2回は、医療供給体制の検討(地域間の患者流入等)を予定しています。その間、事務レベルでは、隣接県との県間の患者流入の調整を進めるとともに、構想区域の設定についても検討して参ります。第3回は、医療需要、必要病床数の推計や医療供給のあるべき姿等を協議し、固めていきたいと思えます。
- ・中段の「県」の欄に、県レベルの会議として地域医療構想検討専門委員会がありますが、この会議は県全体の方向性や地域間の全体調整を行うところです。この専門委員会へこの専門部会で議論された意見等を報告して参ります。年度末には、進ちょく状況を本専門部会の親会議である、地域保健医療推進協議会に報告し、3月に素案を提示、そして、来年度は専門部会を2回程度開催し、7月頃、概ねの素案の合意形成ができればと思えます。その後、関係団体からの意見聴取、パブコメ、市町村等からの意見聴取、医療審議会への諮問・答申を受け、29年2月を目途に策定を完了したいと考えています。

#### 資料5 病床機能報告制度について

- ・次に資料5、昨年10月1日に施行された病床機能報告制度を説明します。
- ・2ページを願います。報告義務があるのは、一般病床又は療養病床を有す病院と診療所です。報告内容は、①病棟単位での医療機能の現状と将来（6年後）、②構造設備、人員配置等、③具体の医療の内容等です。なお、医療機能の選択については、各医療機関は、定性的基準に基づき自主的に選択しますので、仮に同じ医療提供を行っている2つの医療機関がある場合でも選択が異なる場合があります。
- ・3ページを願います。平成26年度の集計対象データです。未提出の所には催促しましたが、県全体では下欄のとおり453施設、回答率89.9%です。なお熊本地域は[196のうち提出済みは174施設で回答率88.8%です。
- ・4ページ以降から医療機能選択の集計です。
- ・6ページを願います。熊本地域の結果です。4つの医療機能の選択状況について、一般病床と療養病床とで区分した上で、上から「現状2014年7月1日」、真ん中は「6年後」、下は「2025年時点」別の集計結果です。なお2025年時点は任意回答で、無回答率が高く、経年比較はできません。
- ・7ページを願います。現状と6年後の選択をクロスしたものです。見方を説明します。例えば、左上の高度急性期をご覧ください。現状は2,473床ですが、その列を下に見てもらうと、6年後も2,473床です。つまり医療選択に現時点では変化なしということになります。急性期は、現状4,883床ですが、6年後は、うち142床は回復期へシフトしていくことが読み取れます。
- ・最後に、今回いただいた詳細な報告は、医療機関ごとにを県ホームページで公表します。また、地域医療構想の策定では、4つの医療機能ごとの2025年の必要病床数を推計しますので、この報告制度に基づき医療機関が選択した医療機能ごとの数を突合すると、地域における医療機能ごとの過剰・不足が分かります。したがって、今年度いただく報告も大きな意味を持つこととなります。
- ・なお、構想策定後も、医療機能ごとの必要な病床数の達成に向け、報告病床数との整合性を図っていく必要があります。こうした大事な報告ですので、医療機関の皆さんには報告の御協力をお願いいたします。

#### 資料6 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果について

- ・資料6は、上に小さく書かれています、内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」第1次報告、政府推計の抜粋です。先月15日に公表され、新聞報道がありました。大元の資料です。
- ・下の2ページと次の3ページは推計方法の説明です。資料2で説明した地域医療構想の必要病床数の算定式と同じで、データも構想と同じものを使い、一定の仮定を置いて全国の人口推計等を代入して計算したとのことです。
- ・4ページは、推計結果の総括です。上のハコに、「10年後に向け、地域の患者が適切な医療を適切に受けられるよう」、「機能分化」、「病院完結型医療から地域完結型への転換を進めていく必要」と今回の構想の趣旨と同じです。
- ・5ページは、上に伸びている棒が2本あります。左が現状のベッド数で右が2025年の必要病床数です。右の棒が高ければ不足、低ければ過剰となります。熊本は、右

から5番目ですが、左の棒（現状）は31.8とあります。単位は千床ですので、31,800床、右の棒（2025年推計）が21,200床のため、トータルでは過剰となる推計です。また下に伸びている棒は2025年において、医療機関ではなく在宅医療等で追加的に対応する患者数です。熊本は9千人分追加が必要になる推計です。

- ・6ページは、2本の棒があります。いずれも2025年必要病床数です。左が医療機関所在地ベース、右が患者住所地ベースでの推計値です。医療機関所在地の患者数を推計しベッド数に換算したものと、患者の住所地で患者の数を推計しベッド数に換算したものです。左が右より高ければ他県から患者が流入している、低ければ患者が他県へ流出していることとなります。熊本は左が21,200床、右が21,100床となり、県トータルでは100床分他県の患者を受け入れる推計となります。
- ・7、8ページは平成26年度の病床機能報告の医療機能との比較です。医療機能別に現状の報告病床数と将来必要病床数を比較し、現時点での過剰・不足が分かります。
- ・9、10ページは医療機関所在地ベースでの推計の基礎データです。このデータを基にこれまでの棒グラフが作成されています。熊本は10ページの下から5番目です。
- ・11、12ページは、同様に患者住所地ベースでの推計の基礎データです。
- ・最後に13ページは、先の資料2で、慢性期の推計に当たり、療養病床の入院受療率には地域差があり、在宅医療等の充実によりその解消を目指していくと説明しましたが、その地域差の状況を都道府県別に表したものです。最大の高知391、最少の山形81と約5倍の差があります。熊本も271で山形の約3倍です。中央値の滋賀144と比べても熊本は約2倍です。具体には構想区域単位でこうした地域差を解消していく取組みが今回の構想では求められています。

#### 資料7 厚生労働省提供データに基づく必要病床数の推計結果について

- ・議事の5つめ、「厚生労働省提供データに基づく推計結果について」説明します。まず、資料7の必要病床数の推計結果です。
- ・スライド2をお願いします。資料6で説明した政府推計と同じデータから算出した県全域及び熊本地域に係る推計結果を説明します。
- ・スライド3をお願いします。提供データ、すなわち推計ツールで何が分析できるのかを整理したのですが、二次医療圏ごとに、2013年度並びに2025年から2040年までの医療需要と必要病床数を、医療機能、年齢階級、性、疾病の項目別に分類・整理できます。なお、疾病については、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折、以上を除くその他の6つで、さらに18の疾患分野での整理も可能となっています。
- ・スライド4をお願いします。左側にこの推計ツールに登載されているデータをお示ししています。すべて2013年度のデータで、中心は、①のNational Databaseのレセプトデータ、②のDPCデータとなります。
- ・スライド5をお願いします。厚生労働省の省令に基づく算定方法により機械的に算出した推計結果です。なお、このページ以降は、上のスライドは棒グラフ、下のスライドは折れ線グラフで推移等を整理しています。また、上のスライドにまとめてコメントを盛り込んでいますので、上下照らし合わせてご覧いただきますようお願いいたします。
- ・スライド5は、医療機能別で整理した県全域に係る2025年から2040年までの

必要病床数の推計結果等です。1番左の2013年は、医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の数です。2013年は計31,809床でした。右の2013年度は、2013年度の医療需要実績を、必要病床数推計の算定式に当てはめた場合の理論値で、4機能合計で22,279床となりました。その右側以降が、2025年から2040年までの必要病床数の推計結果で、2本の棒グラフのうち、左側が「患者の流出入がそのまま継続するものとして推計」した医療機関所在地ベース、右側が「患者の流出入がなく、入院が必要なすべての患者は住所地の二次医療圏の医療機関の病床に入院するものとして推計」した患者住所地ベースの数値となります。なお、慢性期は、3パターンうちのパターンBを適用しています。上のスライドから、2025年以降、2035年に必要病床数のピークを迎える、また、県間の流入流出は概ね均衡する見込みであることが読み取れます。さらに、下のスライドから、2013年度と2035年の比較で、高度急性期は概ね横ばい、急性期は最大約11%増、回復期は最大約19%増となる一方で、慢性期は約32%減の見込みとなります。

- ・スライド7をお願いします。同じ県全域のデータを年齢階級別で整理したもので、75歳以上の方々の割合が徐々に高まり、2040年には約72%となる見込みです。
- ・スライド9をお願いします。性別での整理です。男性は約43%、女性は約57%で安定的に推移する見込みです。
- ・スライド11をお願いします。主な疾病別での整理です。下のスライド12の折れ線グラフを御覧いただきますと、2025年以降、成人肺炎と大腿骨骨折がともに最大で3割強の増加となる見込みです。なお、この主な疾病別は、分類不能データや、データそのものに疾病情報が含まれていないものがあるなどの理由で、合計の値が他と異なっております。
- ・スライド13をお願いします。熊本地域に係る推計結果を、全県域と同じように整理しています。まず、医療機能別ですが、必要病床数は増加傾向にあり、ピークは2035年の見込みです。また、2025年以降では、グラフの左側と右側の差により、約3,000床の流入超過となることが示されています。なお、スライド14の折れ線グラフで医療機能別の推移を見ると、医療機関所在地ベースと患者住所地ベースとの相反する動きを御確認いただけたらと思います。このような点から、熊本地域では、他地域との流出入の関係をどう考慮するかが大きなポイントと見込まれます。
- ・スライド15をお願いします。年齢階級別での整理ですが、75歳以上の方の割合が、2040年に約70%に高まる見込みです。
- ・スライド17・18が性別、スライド19・20が主な疾病別です。主な疾病別では、成人肺炎と大腿骨骨折が最大で40%強と、県全域よりも増加する見込みです。
- ・スライド21を御覧ください。介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で対応する患者数の推計結果です。上段が県全域、下段が熊本地域で、2025年と2013年度との差が、それぞれ7,020、3,509となります。2013年の医療施設調査に基づく病床数と2025年の医療機関所在地ベースの必要病床数との差が、県全域で約11,000、熊本地域で約3,000ですので、これらを補う在宅医療等の整備が今後の大きなカギになると考えられます。
- ・スライド22をお願いします。今後の検討課題ですが、今回の推計結果は、厚生労働省の省令に基づく算定方法により機械的に算出したものということを前提に、こうし

た推計結果を踏まえつつ、地域の実情をさらに詳細に把握し、より良質な医療サービスを受けられる体制を検討していく必要があると考えています。その際、「不足が見込まれる医療機能をどのように確保していくか」、「地域間の流出入をどのように考慮していくか」、「療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行をどのように進めていくか」等がポイントになると考えられます。

- ・スライド23をお願いします。参考として、資料6で説明した県全域に係る政府推計の結果と、昨年度の病床機能報告の結果との比較を整理しております。
- ・スライド24をお願いします。また、併せて参考として、熊本地域の2025年の必要病床数の推計結果と病床機能報告との比較を、医療施設調査を含めて整理しております。
- ・スライド25をお願いします。いま御説明した、2025年の必要病床数の推計結果と病床機能報告の結果との比較について、医療機能別に折れ線グラフで整理しておりますので、併せて御参考をお願いします。

#### 資料8 熊本地域における2025年の流出入状況（推計結果）

- ・次に、資料8により、「熊本地域における2025年の流出入状況の推計結果」を御説明します。
- ・一番上の表は、医療機能別及び在宅医療等を含めた医療需要、流出・流入者数、流出入の差分をまとめたもので、ここでは流出入の差が全体で3,360人/日となります。なお、慢性期は、これまで同様パターンBを適用しています。
- ・以下の表で、流出先と流入元の上位20の二次医療圏を示しています。4機能合計では、流出先・流入元とも、上から菊池、上益城、宇城と並び、特に流入では、県内の全地域はもとより、広範囲からの流入を確認できます。なお、網掛けの欄は、二次医療圏単位で値が10未満の場合は非公表となり、0で表示されるもので、実際の値も不明です。
- ・さらに下の表に、医療機能別に整理していますので、このようなデータも活用して、区域間の流出入の調整を考えていく必要があります。
- ・以上で、説明を終わります。

#### ○ 質疑応答・意見

（福島会長）

- ・これから御意見を受けたいと思います。ポイントとしては、「不足が見込まれる医療機能をどのように確保していくか」、「地域間の流出入をどのように考慮していくか」、「療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行をどのように進めていくか」ということが挙げられておりましたが。

（廣田構成員・熊本地域医療センター院長）

- ・2点質問がございまして、1点は高齢者の方が若い人より、有病、病気に係る率が高いし、入院期間も恐らく長くなるはずだと思っておりますが、これは正しいと思っておりますが、なのに将来的、2025年、2035年にかけて高齢者の人口は増えている、増えていくのになぜ病床数を減らさなければならないのか、ここをもう少し詳しくお教えいた

だけないでしょうか。

- ・ 2点目は資料7の⑳の図、下のグラフですが、患者住所地ベースで、一番上のラインで、がんの患者さんの数に相当すると思いますが、なぜ半減しているのか。熊本地域の患者さんは、がんにならないということなんでしょうか。ここの医療機関所在地ベースではむしろ増加しているのに、患者住所地ベースでは半減している。ちょっとここが理解できなかったの。2点お教えいただければと思います。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・ 答えらえる範囲で答えたいと思います。1点目、高齢者が増えていく、医療にかかる人が増えていく一方でなぜベッド数を現状と比較して減らさなければならないのか、そういった推計結果になるのかというお尋ねだったと思いますが、これにつきましては、人口総体としては減少傾向にあること、総人口の減少部分、そして先ほど言いましたように、特に療養病床を中心といたします部分がございます、先ほど熊本の方が、熊本全体でいけばですね、全国と比べると高い部分がございます。そういった部分でベッド、入院から在宅医療等への転換という部分があるということがございます。もう一つあるのは、療養病床の中で医療区分1の定義がありますが、そちらの70%については療養病床ではなく、在宅医療等で引き受けると言うことで、ベッドから在宅医療等への転換というものが前提となっているのが効いてきているのかなと思います。ここはもう少し分析しないといけないんですけど、今、計算式的前提に立つとそういったことが読み取れるのかなと思っております。

(村上主幹)

- ・ 2点目の資料7⑳のスライドにおきます患者住所地ベースでがんの必要病床数が2013年で1,124から2025年が679に減っているということについてですが、こちらにつきまして、実は2013年度の実績につきましては、まさに実績ということになりますので、医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの区分は明確ではない、というのがございます。どちらかと言うと医療機関所在地ベースに近い形であろうと考えておりますけれども、ちょっとグラフの整理も必要があったかと思っておりますけれども、実態に近い数値としましては上の医療機関所在地ベースの方で推移を辿っていただくのが適切かと考えます。実はこの点は我々も苦慮しているところでございますけれども、先ほど厚労省の方からデータの提供、システムの提供を受けていると話したところでありますが、実はそのバックデータとしてどういうデータが入っているかが見れない、ということになっております。そのためその前提でお話しさせていただいておりますので、こうした不具合が出ておりますが、今日はできる範囲で、分析できる範囲でお出しした、というところでご了承いただければと思います。

(廣田構成員)

- ・ どうもありがとうございました。

(福島会長)

- ・ 他にありませんか。

(清田構成員・春日クリニック理事長)

- ・在宅医療を担う医療機関の代表として参加させていただいておりますので、在宅医療についてお尋ねをさせていただきます。療養病床に入っている医療区分1の70%は在宅だという推計が一つの例として挙げられていますが、現在入院されているとなると、ご家族による介護も期待ができないし、帰っていく場所もないという方たちがほとんどだろうと思われます。そういう方の状況は、正直言って在宅医療でやっていくことは大変難しいだろうと思われます。だから施設に入るとか、有料老人ホームに入るとかしないと、少なくとも在宅に戻るということは非常に難しい。介護力がないところに在宅で関わっていくことは、在宅医療をやっている医療機関としても非常に大変です。在宅医療に過度の期待がかかっている状況ですが、今は期待されるような在宅医療を担える医療機関は極めて少ないというのが現状であろうと思ひます。
- ・自分自身で将来の生活のことを考えている団塊の世代の方たちと、今既に入院されている方たちの在宅医療とは別問題だという気がしひます。そういった意味では今入院されている患者さんは在宅医療がしにくい状況にあるということ踏まえて、推計を立てていかないと、かなり厳しい問題があるように思ひます。それともう一つ、地域包括ケアシステムでは、在宅医療が重要と言われているのですが、ここで地域というのは極めて限定的な、いわゆる中学校区単位で1万人くらいを対象にしています。
- ・一方、この地域医療構想の中では、それこそ二次医療圏、もっと熊本では広くなるかもしれない状況の中で、同じ地域で全く「地域」という言葉の意味が違っていることも大きな問題です。在宅医療を担う側からすれば、もっと小さな単位ですごく状況が違っておりわけですよね。そういった意味から考えると、在宅医療ということがこう一元的に議論されるんですけども、実は相当にもっともっと小さい単位で在宅医療のことを考える必要があると思ひます。こうした状況を踏まえて、全体の構想を考えないと、そう簡単には在宅復帰は出来ないということどういふふうにお考えなのかお尋ねしたいと思ひます。

(阿南補佐)

- ・おっしゃるとおりでございます。前提としましては今いらっしゃる入院患者さんを在宅医療等ということで老人ホームとかに行っていただくということではなくて、今後2025年にかけて、向けて、どのようばプロセスでそういった方たち(の受け皿を)を転換していくかというのが非常に大事だと思ひています。先ほど言ひましたように、在宅医療等ということで構成員もおっしゃいましたが、在宅医療等には在宅だけではなく、特別老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム等々医療機関以外で受け皿を考えていかなければならない。あと厚生労働省の方でも療養病床のあり方検討委員会というのを立ち上げて、そうした転換をどう進めていくか、これは全国的な動きでございますので、全国的な観点で議論していくという話を聞いております。

(清田構成員)

- ・そのことは十分理解できますが、実際そうした施設系サービスに戻っていかれる方たちへの在宅医療を提供する側の状況は非常に厳しいものがあります。実際、診療報酬的にやりにくい状況もあるし、やりたくない状況もあります。在宅医療がやりにくい状況のところ、在宅という形で帰っていかれたときに、果たして十分な対応ができるのかということをお細かく検証する必要があります。現実には在宅医療に移行すれば、その方たちの生活を将来的に看れるんだということにはなっていないので、極めて慎重に対応していかないといけないと思います。地域医療構想をすすめて病棟を再編するという点に関して言うと、出先つまり在宅医療の整備を早急にやらないとこれは進みません。実際先ほどお話しましたように入院中の老人の方は大変な状況を抱えているわけですから、さらに、これは今回具体的には出ていませんけれども、在宅、在宅と言っている中で、認知症という大きな問題があります。認知症への対応を地域包括ケアシステムでやろうということになれば、担当地域の医療機関に課せられる負担は極めて大きなものになります。地域の医療機関にとって在宅医療とそうした認知症を含めた地域医療の取り組みが必要となれば極めて大変な役割を担わなければならなくなります。そのような状況が起こっていく中で、十分な手当や対応が出来ないまま進んでいけば、地域の医療機関が疲弊してしまいます。早急な施策をしなければ熊本市内でも非常に厳しい状況があります。私も在宅医療のことを市の医師会でやらせていただいておりますが、そういったことに対する医師の対応が、大変難しいということを実感しています。是非その辺のところを具体的にどんな対策をするのかということをお踏まえて検討していただかないと、これは絵に描いた餅になるのではないかと、ということをお心配しております。以上です。

(山田構成員・高野病院理事長・院長)

- ・山田でございます。いつも県の方にはいろんなことをお願いしているんですけど、まず資料6の内閣官房から来た、いわゆる必要病床数ですね、これに関してはきちっとした計算式があって、年齢層に応じた2013年の数から、年齢に応じた、数に応じた計算式ということで、それをそのまま熊本県が考えようとしているのかどうか。例えば日本人における死亡率の一位はがんですね。ここ20年のがんの罹患率と死亡率、これが世の中どうなっているかというのは御存じだとは思いますが、アメリカ、イギリスは減っています。アメリカは20%減っています。あとフランス、ドイツなんかは若干減っている。日本は20数%以上、例えば私が専門としております大腸がんは70%、この20年間で増加しているんです。いわゆる単純なこの計算だけでいって、その疾患がどんどん増える疾患と減る疾患もあると思います。次に死亡するような病気・疾患としては循環器系の疾患ですよ。これも日本において減っていると思っておられるのかどうか。そういうデータを以てこの予測値を内閣官房から出たこの数値に対して、どのような考えをしているのか。先日厚労省の医政局の地域医療計画課長の北波さんと話しをいろいろしてきましたが、彼は、行政の方に、これは参考値としてだけで対応してくださいと(説明したと話している)。いわゆる、全日病の会でしたけれども、全日病の先生たちは「203高地」の間違いじゃないですかと冗談を言っている人もいましたが、い

いわゆる参考値として対応して、この数に合わせないといけないというのは理論的に合わないところがたくさんある、先ほど先生（廣田構成員）がおっしゃったように、がんが減るはずは、今の疫学的にはそういうことはないわけで。あと循環器疾患もどんどん増えていくだろうから、ある意味ではいくつか、かけないといけないところも出てくるので、そういうところも考えて、地域医療計画課長の北波さんでさえも、あくまで参考値としてくれと言うことなので、このあたりを、極端な目標値とするのは私は非常に危険ではないかとまず思っているんですけども、この点に関してはいかがでしょうか。何か背景をもってこの数に、わざわざこの数が出てますけれども、この必要病床数ですね、この計算式自体もいろいろ問題があるというのが今もう全国的には常識になっていますけれども、県、市の方ではいかがまずお考えでしょうか。この点をまず教えてください。私のさきほど話した何%増えている、減っているというのはWHOのデータでありまして、先ほどその学会から福岡から帰って来ましたので、詳しいデータが出てましたけどその辺はいかがですか。

（阿南補佐）

- ・内閣官房が出した数値、政府が出した数値ですが、先ほど説明いたしましたとおり、この算定式につきましては地域医療構想策定ガイドラインに基づく算定式、これが法律に基づき厚労省の省令に基づく算定式になっておりまして..

（山田構成員）

- ・それは分かっています。ですから県と市はどのような対応を考えているのか。よく我々医療系とかいろんな組織と連携を取ってその数を考えていく、フレキシビリティがあるのかどうかという、その辺を確認させてください。

（山内局長）

- ・今回、厚労省が出した数値、その厚労省が提供されたデータを基に、県が推計をした数値、それをそのまま目標に使うのであれば、こうした会議を、集めて皆様に来ていただく必要はないわけであって、あくまでも参考値です。それをベースにいろんな科学的根拠をもって地域の実情を加味して、本当に熊本にとっては、どんな地域の医療体制が必要なのか。それを、実現をしていくためには併せて地域包括ケアを含めた、もし病床数をこうするとした場合、在宅医療等に移っていただくためには、どういふふうになればそれが実現するのか、実現できるのか皆さん方の知恵をお借りしながら、熊本なりのものを作っていくために、この会議を設定させていただいておりますし、そういう形で進めていただきたいと思います。

（山田構成員）

- ・ありがとうございます。それと在宅医療の在宅という概念は「おうち」ではないですよ。施設を考えておられますよね。その時に清田構成員から話しがありましたように、当然補助金が相当いるようになると思うんですけども、行政からそういうものをお考えになっておられるのですか。病院だと、病院での管理の外は医療費だけというのが出てくるので助かる面もあるし、強引にそれを外に出してしまうと相当の施設費用がいると思うんですけども。そういう時に当然補助金がいると思うんですけども。

そのあたりはこの構想の中に、その辺の補助金は考えておられるんですか。

(立川首席)

- ・医療政策課の立川です。補助金はあるのかというご質問です。26年度から始まりました地域医療介護総合確保基金というものがございまして、それは消費税の増収分を財源としたもので、26年度から始まっております。その使い道は、今、山田先生おっしゃいました、在宅に仕向けると言いますか、いろんなソフト・ハードにも使ってくださいと国から言われておりますし、さらに病床の機能の転換、例えば慢性期から回復期であるとか、そういった機能転換に使うようにというお達しと言いますか、ずいぶん我々も直接・間接的に言われておりますので、補助金はあるのかというご質問ですが、そのために一応基金が準備されているということです。ただ、基金も全体の国の大元の予算の枠というのがありますので、無尽蔵にというわけにはできないかと思いますが、一応準備は国も今後していくし、私共県もしていかなければならないと考えております。

(山田構成員)

- ・ありがとうございます。まだ質問したいことがいっぱいあるんですけれども県の皆様の真摯な姿勢に参りましたのでこれで質問は終わります。

(馬場構成員・熊本大学医学部附属病院副院長)

- ・熊本大学の馬場でございます。先ほど来、今後高齢者が増えるといった人口動態の中で、がんをはじめとしたそういった疾病が増えるにもかかわらず、必要病床数が少なく見積もってある理由は、という質問がありましたが、私の理解するところでは、2025年度、超急性期、それから急性期というような病院の機能分化の中で超急性期病院の病床では、平均在院日数をだいたい9日と見込んでありますので、今よりもとにかく早く治療して早く帰して、そのために回復期病床を増やさざるを得ない。ですからそのためにはかなり機能分化しないとならない。そういう日数で計算すると今の病床数は必要ないというように、減らすことが可能であろうというように見積もりに出されたデータではないかと思っております。その点は理解できるんですけれども、例えば私ども熊本大学医学部附属病院ですと、県内の医療機関の中の最後の砦ということで、非常に高齢者、あるいは認知症を抱えている、あるいは脳機能不全と、一般の病院ではなかなか治療できない患者さんの依頼を受けるということで、一律にそういう平均在院日数を9日に合わせられるか、と言われると、それに向けての努力はするにしても、そこまで到達できるかどうかは分からないということがありますので、やはり地域の病院のそれぞれの特徴を考えながら、最終的にその病床の調整をしていくということが必要ではないかと、個人的には考えております。

(廣田構成員)

- ・平均在院日数が9日程度に短縮した場合の患者さんの行先のことなんですが、多くの場合は転院になってくると思います。となるとベッド数はいるわけですが、だから全体の病床数は平均在院日数が減ったからと言って、減らすわけにはいかない。私はそういうふうに思います。

(馬場構成員)

- ・おそらく資料の7の25の折れ線グラフ・・・

(阿南補佐)

- ・馬場先生、フォローいただきありがとうございます。今回の推計の考え方についてですが、確かに昔の社会保障税の一体改革の中で（推計する際には）平均在院日数（を短縮する）の概念が出ておりましたが、今回の地域医療構想策定の議論の経過と今回の推計方法の算定式を見ますと、高度急性期、急性期、回復期を見ますと、現在の2013年度、平成25年度の入院受療率を固定いたしまして、その人口の所だけをですね、2025年度の数値に置き換えると。いわば現状を是認したところで推計したのが今の計算結果です。在院日数を短縮するという議論が確かに社会保障税一体改革における推計ではあったのですが、昨年度、厚生労働省の方で地域医療構想策定のための議論をずっと追っかけていきましたが、推計に当たっては平均在院日数については考慮されなかったというのが事実でございますので、報告させていただきます。

(室原構成員・菊南病院院長)

- ・慢性期病院の代表として出席させていただいておりますが、いろんなビッグデータや医療機関からの報告等で需要と病床の必要量について、今、御説明いただきましたが、だいたい理解いたしますけれども、私たち現場にいますとね、療養病床で退院できる方は既に退院してしまっています。あるいは施設にかなり行かれています。どうしても退院できない、自宅に帰れない方たちが今現時点では残っているところがほとんどでないかなと思います。現場で見ますと、現場レベルで考えますと需要と供給と言いますのは私たち医療機関はサービスを提供して、そのニーズは患者様ご自身か、あるいは御家族にあるんですよね。この地域医療構想でいろんなことを決定していく中で、一番ニーズを感じていらっしゃる患者様とそのご家族の意見というのがどういった形で反映されるのかというのが私疑問に思いましたので、そこをお聞きしたいと思います。

(阿南補佐)

- ・そのお尋ねにつきましては、今回6月県議会の中でも質問がございました。一番大事なのはこうした医療提供体制の変更というのがあります。一方で現状に比べると病床数の落ち込みというものがあっておりますので、住民の方のご理解が必要になってくるということでございます。結論から言いますと、まずは医療提供側の専門家の方に御意見を頂いて進めていきたいと思っておりますが、当然ながら住民の方からもご意見をいただく場、聞く場を設けたいと思っております。

(山内局長)

- ・今、まさに室原先生、おっしゃったことは一番大事なポイントだと思っております、患者さんとその家族のニーズ。まずは帰りたいのに帰れない状況におられる患者さんも少なからずいらっしゃると思いますし、そういう方には在宅の医療の・・・入ってきていただいておりますので、できれば自宅に帰りたいけれども必要な医療なり介護

なり福祉の対応ができないために、止むを得ず病院にいらっしゃる方についてはそれをどういうふうにするか、提供できるのか。比較的熊本市は医療を提供できる医療的な体制は整っているとは思いますが。地方部にいけば、それがどんどん難しくなっていますけれども、まずは熊本市を出発点にやはり帰りたいけど事情があって止むを得ず帰れない人に対して帰れるようにフォローしていくのか、いわゆる地域包括ケアシステムの仕組みを熊本市さんと一緒に作っていくことがまず重要と考えています。なぜそれができないのか、どうすればできるのか、いろいろお知恵をこの場で頂いて、そうしたものをこの場で作っていただければと思っております。

(米満構成員・熊本機能病院理事長)

- ・今の室原先生のお話しを受けてですけれども、資料2の⑩のスライドで、私は回復期の代表ですけれども、療養病床が減ると、回復期からも一般からも行先がなくなって非常に抵抗が大きいところですが、療養病床だけは減らし方については、非常に具体的に提示してあって、ここで言いますとAからBの範囲で2025年時点の目標を定める、ともう決めてあるんですけれども。他の病床はこういう決まりはないんですね。療養病床はこういうふうにして決めるといってこの会議として、これは決められているということと考えてよろしいでしょうか。それと高知が一番多くて、山形が一番少ない、というデータがありますが、このデータはですね、地域によって回復期が多かったり、急性期が多かったり、療養型が多かったり、他の資料でも出てましたけれども、療養型なんだけれども、回復期や急性期の患者さんが入っていたり、地域によって差があると思うんですけれども、これはまさに療養型の病床だけを比較をして、この少ないところに合わせていくというやり方を探っているんですけれども、このやり方を療養型でやろうとすると、急性期、回復期、慢性期にしても少ない病床でやっているところもあるんですけれども合わせていきたいと思いますというやり方でやられるのか。そのふたつなんですけれども。一つは療養型はこのやり方でやるというふうに決まっているのですか。このデータが他の病床とかを加味して、高知の方は療養型に多く入っているんですが、療養型が非常に多い、多すぎると捉えるのか、他に病床がないから療養に入っている、介護施設が少ないから療養に入っているのか。山形は療養型に入っていないけれども、実は他の回復期とかに入っているとか、介護施設が充実していて、そちらの方に入っているとか他とのバランスというのを考えられているのか、その二つを教えてください。

(阿南補佐)

- ・療養病床の算定式につきましては、先ほど言いましたように高度急性期、急性期、回復期につきましては現状是認型の算定式となっています。一方で慢性期については現在の療養病床の地域差について、国レベルで言えば見過ごせない、と言いますか、この地域差があるのはいかがなものかという前提で議論が進んで参りまして、今回の厚生労働省省令でもかっちりとこのAからBの間で定めることという形で書いてあります。あと療養病床が多い地域と少ない地域における介護施設との関係についての相関関係を国の方で分析しておりますが、相関関係が見られる指標もあるといったようなデータもございまして、(今手元の資料を探しますため)後でお答えしたいと思います。

(米満構成員)

- ・療養病床については、この間で目標を設定するというのがこの会議の目標になるという理解でよろしいですね。

(阿南補佐)

- ・そうなります。療養病床についてはその方向で進めたいと思います。

(山内局長)

- ・熊本の場合、そうしたやり方ではできない、という科学的根拠を示せるかもあると思います。

(三浦代理(一二三構成員)・熊本赤十字病院)

- ・赤十字病院の三浦ですけれども、急性期、高度急性期の立場から質問したいのですが、熊本地域のベッドが高度急性期、急性期が減るんですけれども、熊本地域の救急を取り扱っている特色は市内の患者だけではなくて、郡部の患者さんを、うちの場合は6割が市内で4割が郡部なんですね。郡部の急性期の病床が減らされた場合、それがますますひどくなってですね。市内の急性期を扱う病院に来ることを考えると、急性期を減らしたら、ベッドがパンクするのではと思うんですけれども、そうしたことを考えてこうした推計、減らすことを考えているのかというのが第1点。もう一つは疾患の構造、がんとか脳卒中とかの推移が出ていますけれども、高齢者の特徴として基礎疾患を持っているんですね。基礎疾患をもっているいろんな施設にいるとか、療養型の病院にいる人が急性疾患にかかって、こういった急性期の病院に来る。我々日赤の場合は総合内科というのがありますが、そこにそうした患者は来て、現実には救命救急センターに運ばれた患者の外科系と内科系の割合はどんどん内科系、高齢者のいろんな複雑な基礎疾患を持った方の急患を受けるんですね。平均在院日数は日赤は10日切っています。総合内科は12、3日くらい、一生懸命頑張ってやってその状況なんですけれども、今後ますます高齢化して、郡部でそういった基礎疾患をもった人が病気が急性化して救急病院に来た場合、すぐに次の病院に渡せないんですね。その辺も勘案して病床を減らすということを考えているのか。これからこういうことも検討して調整していくのか。その辺をお答えいただきたい。

(山内局長)

- ・今回お示しをしていますのは、あくまで一定のルールといいますか、方法に基づいて全国統一で国が出したデータに基づいて出てきた数値です。それを参考に、熊本において、いろんな事情、特殊性、個性がありますので、それを熊本はかくかくしかじかだから、国から出された参考数値はこうだけれども、熊本において必要な医療提供体制を守っていくためには、かくかくしかじかであるべきだ、というような議論をこれから深めていくことが大事なんだろうというふうに思います。

(園田構成員・そのだ脳神経外科医院院長)

- ・有床診療所代表で出ています園田ですけれども、今日の説明というか資料にはですね、有床診療所だけのデータと言いますか、有床診療所という言葉自体が出ていないわけ

ですよね。全国的に見て、熊本は有床診療所が多いわけですし、都会に行くと少ないと言うか、東京はほとんど無いみたいなところですので、そういうところのデータでありまして、聞きたいのは、有床診療所も病院も同じように扱われるのか。例えば有床診療所もいろんなパターンがあります。内科系のところもあるし、外科系のところもありますし、眼科とか耳鼻科とか産婦人科とかありますけれども、やはり事情が違うんですよね。しかもベッド数も少ないところは2つとか4つとか、そういうところを減らすということはかなりの死活問題に関わってくるわけで、その辺は一緒に考えるのか、まあ少しは何か憂慮してもらえるのか、せっかく来たので質問しておきます。

(阿南補佐)

- ・ 今回の場合、ベッドとしては、医療需要の推計としては、病院も有床診療所も合わせた形でやっています。あくまでも今回一番言いたいのは、医療需要、入院患者数の推計がどうなるのか、その前提がおかしいと言われればそこまでなんですけど、どうなるかというのがありまして、それをどういう形で受け止めるのか、患者さんが発生しますとどういった形で受け止めるかというのが一番大事なところなんです。それは病院の役割はあるでしょう、有床診療所の役割もあるということで、整理していかなければならないのかなとは思っております。そういった意味では役割分担、病床機能の分化連携という部分がございます。今回4つの医療機能しかありませんが、そういった点での病院としての役割もあるでしょうし、有床診療所の強み、役割もあると思います。そういったことで相互補完しながら、病院完結型ではなく、地域連携型で進めていくというのが今回の柱でございますので、そういった部分でいろいろ御意見をいただければと思っています。

(河野構成員・熊本医療センター院長)

- ・ 熊本医療センターの河野でございます。地域医療構想の策定なんですけど、熊本の場合、二次医療圏を分けようと思っていらっしゃるのかどうかというのが1つですね。それと先ほど来、高度急性期、急性期の考え方、病院間でだいぶ内容が違いますよね。それと慢性期の方のいろんな方のお話を聞いていますと、この日程で、あと3回で決めてしまうのはいかにも無理がある。だからこの1回目と2回目の間にですね、各領域でディスカッションするというようなそういう予定があるのか。これはかなりですね、同じ領域の人が集まってやらないと、これはなかなか3回目で結論を出すということにはならないのではないかと思います、いかがでしょうか。

(立川首席)

- ・ 私どもこういうスケジュールを出させていただいております。九州各県を横睨みしながら、作ってみたんですけども、なかなかこの3回で議論が収束するのかということも正直心配しているところもあります。各機能ごとにディスカッションをするということをこの専門部会の中で、皆さんで是非やろうということであれば、私ども事務局で3回でやってしまうということにこだわるつもりはございません。医療圏の問題につきましては、これまで、6次の保健医療計画を作る中でもいろいろ議論があっっていて、時間切れと言いますか、なかなか最後まで行き着かなかったということも聞いております。今回、先ほどの説明の中にありましたように、今回の医療圏が第7次の

保健医療計画との整合性を取るようということも言われておりますので、これが次の保健医療計画にもそのままつながっていくことと思っております。要は今の11の医療圏を見直すのかどうかということをございますけど、私ども、見直す方向でとか、見直さない方向でとか、という気持ちは今はなくて、全くニュートラルに、次回に、先ほどスケジュールの中でも説明しておりましたけれども、(人口)20万、(流出)20%、(流入)20%というような数字の規定がありますので、それでやった時にどういう案がベストなのか、私は今、私の部下に指示しておりますのは、それぞれ案を1個ではなくて2つ3つお示しできるように頑張ろうではないか、と言っております。医療圏の線引きにつきまして十分議論できるようにしたいと考えております。

(小田構成員・明生病院院長)

- ・精神科を代表して参加しております小田です。精神科ということで特殊な分野でありまして、今回のテーマに即しているかどうか分かりませんが、厚労省なんかは、精神科は全国に30万床あるのですけれども、それを7万床削減してくれと。現実には全然動けないんですよ。実際入院患者さんは帰すところもございませんしね。精神症状の特殊性からなかなか看れる人もいないということで、施設にもなかなか入れない状況にあります。実際に、精神科でも療養病棟はあるのですが、やはり精神科の療養病棟に対しても同じような捉え方で今度は進めていかれるのでしょうか。

(阿南補佐)

- ・今回の地域医療構想の対象となる病床は、病床機能報告制度でも報告していただいておりますが、一般病床と療養病床を持つ医療機関となつてございまして、そういった意味では(精神科病院でも)療養病床をお持ちであれば、今回の議論の対象になるということをございます。

(高田構成員・熊本市民病院院長)

- ・熊本市民病院の高田ですけれども、市内の急性期の基幹病院としての立場からお願いと質問があるのですが、一つは熊本の医療機関はかなりの流入がありますから、市内だけではなく、市外の方も、うちの場合も多いですけれども、不足している医療機能をどうするか、あるいは流出入をどうするかというポイントが書いてありましたけれども、すぐ隣のところの二次医療圏で、不足している高度救急、救急ができるかと言われれば、すぐにはできないという状況もありますので、当然それは市内の医療機関で看ないとならないということで、話し合いは市内の医療圏だけのことだけではなくて、隣も関係するようなこの構想区域を話し合いをしなければならぬと思っておりますが、この辺の調整をどういうふうにならうと考えているのか、一つ質問があります。もう一つは先ほどから出ています、高度急性期もですが、今日お示しされたデータでもかなり減らされておりますよね。うちなんかもICU、HCU以外に、NICUがあり、ここには非常に重度の子どもたちがおり、なかなかここに設備も人も投資していることもあり、長期にわたる。先ほど馬場先生もおっしゃっていたように在院日数を減らすことで単純に回りますかと言われれば、その辺は難しいと考えているということも、考えていただければと思います。

(阿南補佐)

- ・隣接圏との流出入の問題でございます。基本的には、まず患者住所地で考えるということが構想区域を設定するに当たっては何ですけれども。高度急性期については他の医療圏で対応することは是認すると。ただ、急性期、回復期、慢性期については、(自医療圏で)自己完結型というのは教科書的にはなっております。ただ、今当該地域では足りないから熊本市に流出しているわけであって、これから当地域で医療施設を作りましょうかというのは現実的ではないと考えます。今日7月3日、熊本地域でこのように議論しておりますが、7月中旬以降各地域でこうした形で専門部会を立ち上げて、その地域でどういったことを考えていらっしゃるのか、という御意見を拝聴しながら、その上で場合によっては合同会議をして流出入を考えていくことが必要と思えます。まずは区域単位でどのように考えるかを把握したいと思えます。後半の御意見については、考えさせていただきたいと思えます。

(林構成員・下益城郡医師会副会長)

- ・下益城郡の林ですが、宇城医療圏なんですけど本当は熊本市にお世話になっている地域で、先ほど高田先生が言われたとおり、またがった検討というの也被えられるのですね。構想区域の線引きによっては。そういうふうには解釈してよいのか。二次医療圏だけで考えるのではなくて、構想区域は二次医療圏をまたがることも考えられるわけですね。そこでの話し合いとなると、このタイトなスケジュールの中でどこまでできるのかというのがいつも心配になりますが、その辺いかがでしょうか。

(立川首席)

- ・本日は、先ほど河野先生からも、この3回で足りるのかということもありましたし、医療圏の見直しも指摘を受けましたし、今、林先生からも言われたところです。医療圏の線引きというか、そういった情報というのは、それは今日は出ていない、お示していないところです。県域の専門委員会というのがあり、この中にも何人か兼ねていらっしゃる構成員の方もおられますが、その県全体の専門委員会には、そちらには、でき次第、いろんな情報を流しております。国の方も6月にいろいろ動きがありましたので、そういったものをメールで配信させていただいております。例えば圏域間の調整をこうやってどうかという案があったのですが、そういったものをお渡ししました。いろいろ今まで第5号まで提供しているのですが、今後、よその地域の協議とかを進みますので、例えば上益城で、あるいは宇城でどういった議論があったということも、皆さん方へ相互に情報提供し、先ほどあったのは分科会みたいのを開催したらどうかという御提案もありましたので、私ども部会の中でいろいろと資料を作って、これはこういった方々に集まってもらった方がよい、あるいは全員集まってもらった方がよい、というような私どもで判断した場合には開くようなこともあるだろうと考えています。逆に私どもから情報提供をいたしますので、都度都度メールでしますので、これはこのグループで議論した方がいいのではという提案がございましたら、そういったものにも対応し、実のあるものにしていきたいと思えます。

(大西構成員・熊本市長)

- ・熊本市長の西大です。いつもお世話になっております。なかなか私も初めて出て参り

ましたが、地域医療構想という非常に、やっかいな課題をこれを県は担わなければいけない、ということで心中お察し申し上げます。今お話しを聞いておりました、行政という立場でもありますが、当然公立病院、市民病院を抱えているということもあって、高田院長の方から話しがあったところでございます。エリアを考える、医療圏を考えるということでいくと、やはり熊本県全体を考えてみてもですね、熊本地域の部分というのは別の区分、ある意味ではですね、がんの医療にせよ、救急医療にせよですね、拠点病院、医療提供体制がかなり充実したものがございまして、他の圏域からもどんどん流入が非常に大きいと。先ほど阿南補佐だったかな、お話しの中で、流入の調整ということをおっしゃいましたけれども、現実的には今の現状を考えていただけないと、なかなか簡単に流入の調整はそう簡単にできるものではないというふうに思って聞いていました。で、立川さんの方もお話しがありましたけれども、11医療圏を見直すかどうかについてはニュートラルであるということではありますが、ニュートラルではなくて熊本医療圏は違うと、別であるという位置付けをした方が、逆に言えばトータルで熊本県全域を考えた時には、いろいろ充実をさせていくと言う意味でも機能分化であるとか、病床数のいろんな調整であるとか、という部分はある意味では進みやすくなるのではと思います。立場的には、厚労省、国が誘導しようとする方向性ですね、病床数の削減と在宅へのシフトといった方向性がある程度、県としてもある程度前提に進めていく感じになる、とここでは言えないですかね。参考の数値とか先ほどからおっしゃっていますけど、中立を装っているように見えるんですよ、国の方がね。私はそういう風に思ってまして、やはり削減を前提にということは非常に、これは国全体の危機感があるのは私も政治家ですからよく分かるんですけども、やはり現実の状況を良く見ながら、この医療圏の設定も含めて考えていかないと、これはやるだけやっただけで非常に混乱を産むだけの話しになってしまう。エネルギーを使うだけで厳しいものになってしまうのではないかという危機感を私持っております。それと受け皿なき在宅になりかねないという危機感を私も自治体の長として持っておりますので、県の方にもこういう形でどうだという、我々も提案していくような形でなければいけないと思っておりますけど、どうしても今、問い質すような雰囲気になっていますが、少なくともそういう流れをですね、この会議をやっていく中で考慮していただいて、他の医療圏ともいろんな話しをする中でも、圏域ごとのいろんなデータもかなり制限が加えられていて、閲覧することもなかなか難しいとかですね、共有してなかなか皆さんが議論できないという状況もあるというようなことのようにも思いますが、やはりその辺は少しオープンにさせていただいて、それぞれの圏域ごとの状況を踏まえてみんなで熊本県全体を考えていくというふうにしていくべきではないかなと考えていますので、その点はお願いしておきたいと思っております。答えはいりません。

(田中構成員・熊本市医師会理事(地域医療構想担当))

- ・熊本市医師会から地域医療構想担当ということで出席させていただいています田中です。事情としては良く分かっているつもりではあります。この担当になりまして、この1年間、いろんなところで御意見を聴いたのですが、今、それぞれの立場で御意見があったわけですが、私の理解では、高度急性期は二次医療圏に止まらない、これはもっと広い圏域でやるということをも国が容認していると。これは別で考えなさい

という方向性だし、流入率が高いのはそこが一番高いのであろうと思います。回復期、慢性期になれば流入率も減ってくるし、国はできるだけ慢性期なものはその地域で担ってください、ということの大きな枠の中で、総論的には全部でいけば流入がどうだこうだということですね。ただ、いろんなことを検討する中では今日いただいた資料だけなのか、もっともっと細かい資料をいただけるのか、若しくは出せないけど実はたくさんもっているのか、もっていないのか。要するに一番大変なのは公的病院はまさに行政との話し合いで、命令権を知事は持っているわけですね、何々しなさいと知事が命令できるところでのせめぎ合いをすることで大変だと思いますが、民間は自ら自主的に考えて自らで立場を取りなさいと、ダメなら自主的にお互い話し合っただうにかしなさい、というのが原則ですので、そのためには自分のところの人員の、先ほどありました地域と言っても、一つの診療所、病院が熊本県全域のことを考えることはなく、やはり自分の医療圏の中でのものを考えていくにあたり、どこまでこれ以上の詳細な資料を提供していただけるのか。この会議に限らず、それぞれの先生方、施設のところが自分の立ち位置をどうしようかと考えるときに、県なり、市に問い合わせた際に、どこまで情報を提供していただけるのか。そのあたりのことがわかれば私たちも検討しやすいかなと思いますので、いかがでしょうか。

(村上主幹)

- ・厚生労働省から提供を受けていますデータにつきましては、今日ご紹介しました「支援ツール」という名称が就いておりますけれども、それ以外に医療計画支援データブックというのもあります。こちらで例えば五疾病五事業並びに在宅医療に関するデータ、またアクセスマップ、人口カバー率等等もありますが、どうしても悉皆ではないと聞いておりますが、そういったデータの提供を受けているということでありまして。今日はあくまでも政府の全国推計が出たということで、それを受ける形でこの熊本県内においてはどうかということをお知らせしたかったということもありましてデータの的にはこれくらいに止めさせていただいておりますが、今後、内部で協議した上で、他のデータをお出ししていきたいと思っております。

(田中構成員)

- ・それは大体いつくらいになりますか。先ほど3回しかない部分でいつくらいを考えているのでしょうか。どの時期にどれくらいのデータを出していくおつもりですか。

(立川首席)

- ・その件につきましては、私も先ほど触れたと思いますが、ビッグデータが来ておりますが、今担当の村上からも言いましたけど、皆様に情報を渡して、見ていただかないと議論が進まないし、意見もいただけませんので、出来次第、県全体の委員会では第5号まで情報を出しておりますが、今後国の方から出しているデータくらいを今日はそのレベルでお出ししましたが、そのシステムでできる部分につきましては、エクセルファイルででき次第、皆様にメールで送らせていただきます。できますならばメールアドレスの付いた名刺を置いていただければ一斉送信できますので、皆様には我々にとって都合のよい情報だけではなくて、全部といいますか、出来る限りのものを出していきたいというふうに考えております。

(福島会長)

- ・先ほど河野先生からありました「3回ではとても」との意見がありましたけれども、いかがでしょうか。

(金澤副会長・青磁野リハビリテーション病院理事長)

- ・その前に、昨日、日本医師会です、この構想に関しての、各都道府県担当の理事が集まり、厚生労働省の方々が7、8名来られまして、都道府県の担当の方々に3日間ほど集めて講義をした同じ内容を、我々が昨日1日かけて説明を受けてきました。
- ・そこで私どもがそこで改めて認識したことが2、3ございますので、少し報告させていただきたいと思えます。まず、この構想に関しては、地域医療構想は、冒頭県から説明があつていたように、あくまでも将来の、医療及び福祉を必要とする方がどのような数になるか、そしてどのような中身になるのか、ということ、できるだけ、早めに全国の医療機関には知っていただきたいと。そうすることによって10年後、あるいは20年後の自分たちのポジションを十分に理解していただいた上で、地域の医療提供体制を守っていただきたい、ということであり、ということも冒頭で説明がありました。それはそうだよねと言うことで分かるわけですが、一方でそのような目標をですね、各地で今日のような委員の先生方がお聞きになって、それをできるだけ各分野の会員の先生に広く伝えていただきたいと、フィードバックするよう、強く私たちに課せられる役割でありまして、今回(の研修会が)開かれたということが前提でございます。
- ・そして確認できましたのは、高度急性期と急性期と回復期と、報告制度に基づいた、あるいは今後の推計としますと、これは政策的な医療費適正化、これを主眼に置いた、本当に7対1がそこまでの分析、そのような分析、一定の根拠に基づき分析で医療政策的なことでありと我々理解できません。
- ・なおかつ、今後高齢化が進む療養病床の枠につきましては、先ほど先生がおっしゃったように、これも政策的に、できるだけ一方の地域包括ケアシステムを如何に充実するかという意味での、その裏返しといえますか、数の目標値を設定されるというふうに理解できました。
- ・もう一つ、私、実は質問したのですが、隣県、県間の、先ほどわずか100とか200とかと思ったのですが、そうではなくて流出と流入の差がそれだけであったということで、莫大な数が県間を通して流出があつたり、流入があつたりしているわけですね。ですから流入流出を阻止しようということでは絶対無いということも断言されました。ただ、できればその区域でどこまでできるか、という区域における将来の医療提供体制の不足がない方がいいよね、というような意味で、特に急性期、回復期、療養・在宅はできるだけ区域でというわけであつて、そこには流出流入が悪であるとか、好ましくないという議論は一切ございませんということでありました。ただ一定の指標として、20%ですか、一定のルールがあるようですが、そのようなわけで、あくまでも隣県、あるいは隣の区域とのやりとりは当然、私たちが策定したとしましても、県民・市民の方々はご自分の判断で受療行動をされるわけですから、それを制限するものでもなんでもないということが根本にあると考えている、ということもございました。
- ・それともう一つの認識がですね、先ほど河野先生のご質問にありましたけれども、性

急にこれ（構想）は定めるべきなんだろうかと言うことでありましたけれども、実は2018年から第7次医療計画がスタートしますが、今は第6次ですけれども。第7次医療計画の最後の年は2023年になるわけですね。ですから2025年（平成37年）を翌々年に迎える、その第7次医療計画が一つの大事な部分、ということでございます。しかもそれから10年後、2035年とか、グラフにございましたけど、2025年で終わるわけではないのです。それから6年後、6年後、6年後と言うことで医療計画の度に、やはり策定していく内容が変わっていくべきである。その時その時の見直しをもって進めていくんですよ、というようなことをおっしゃってました。しかしですね、将来の必要数というのは、これは必要数というのが私は適切でないと思います。これはあくまでも推計数ということでありまして、それも国では、2013年の入院受療率、これをベースにして人口が減る、増えるということで出した推計でございます。2013年の受療率を将来も使いましょと。実は受療率は減っているんです。今、段々段々減ってきているんです。減っている受療率を毎年毎年当てはめるのであれば、これは必要な量はどんどん減っていくんです。これはおかしなことでしょうということで、先ほどからも（県が）おっしゃっているように、現状を是認して今の受療率を前提で2025年においても考えましょという説明でございました。しかし、必要数はそうですが、提供をどうするかはその都度その都度、実際に医療機関のベッド数をどのように運用するかは毎年毎年検討していただきたい、というニュアンスのことをですね、昨日は伺ってきました。最後にもう1点ですが、田中先生がおっしゃったことですが、かなりのデータがあることを我々も伺いました。7月13日と14日に、全国都道府県の担当の事務の方にそのソフトの使い方についてこの2日間で講義を行います。そしてそれはセキュリティを以て使ってくださいと。極めて厳重に、県の医師会館の中だけでしか使ってはならないというようなものと、これは使っているんですよというものと大きく2つある。そのようなことも含めて13日、14日以降に都道府県、郡市医師会、病院団体含めまして、今言いましたデータを我々は目にすることができるというふうに思っておりますので、先ほど回数をどうするかという、（河野）院長のお尋ねについてはそのデータを見てですね、どういったことを私たちは考えられるか、私たちの思考の武器を1回見てみたいなというふうに思います。

（福島会長）

- ・それではそのデータを見てから、開くかを決めたいと思います。たくさんの方に御意見を伺いたいと思いますが、もう一人どなたか御意見ございませんでしょうか。よろしいですか。
- ・それでは予定された時間が21時まででしたが、いろいろと御意見ありがとうございました。この辺で意見交換並びに本日の議事を終了させていただきます。皆様円滑な議事の進行に御協力いただきありがとうございます。また事務局におかれましてはただいまの御意見を踏まえて次回の専門部会につなげていただきますようお願いいたします。それでは進行を事務局にお返しします。

○ 閉会

(中川審議員)

- ・福島会長、金澤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は、次回の議論につなげて参ります。なお、次回は、先ほど開催の仕方について御意見がありましたが、8月下旬頃の開催を予定していますが、具体的な日程等につきましては、おって、なるべく早めに御連絡いたします。
- ・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、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。
- ・なお、お車で御来場の方で、県庁敷地内の駐車場をご利用の方は、駐車券の処理を行っていただく必要がございますので、出口の受付までお立ち寄りください。
- ・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。

(21時10分終了)