

第1回 宇城地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成27年7月24日（金）19：00～21：10

場所：宇城地域振興局3階大会議室

出席者：＜構成員＞25名（うち代理出席2名）

＜宇城保健所＞

吉田所長、江藤次長、上野次長、嶋北課長、沼田課長、
佐藤参事、宮北主幹、江藤主幹

＜県健康福祉部＞

山内局長、阿南課長補佐、藤本主任主事

○ 開会

（宇城保健所 上野次長）

- ・ただ今から「第1回宇城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宇城保健所次長の上野でございます。まず、資料の確認をお願いいたします。会議次第、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。
- ・次に、本日の会議には県医師会から宮本理事が、県健康福祉部から山内健康局長、医療政策課の阿南課長補佐、藤本主任主事がオブザーバーとして出席しておりますので予めご紹介させていただきます。
- ・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、宇城保健所長の吉田から御挨拶申し上げます。

○ 挨拶

（宇城保健所 吉田所長）

- ・皆様こんばんは。宇城保健所長の吉田でございます。本日はお忙しい中、「第1回 宇城地域 医療構想 検討専門部会」にご出席いただき、ありがとうございます。さて、わが国では急速な少子高齢化が進み、医療のニーズが増加する一方で、医療を担う人材や施設など、いわゆる医療資源が限られている現状にあります。このような中、住民が安心して暮らしていけるような医療提供体制を確保していく必要があります。
- ・こうした課題に対応していくため、国や県では10年後を見据えて、地域ごとに

適切な医療を提供する体制、すなわち「地域医療構想」として策定することとなりました。この「地域医療構想」は各地域の実情・課題に即したものにしてゆくため、「構想区域」ごとに策定する必要があります。そのため、まずは二次医療圏ごとの地域保健医療推進協議会のもとに、この「地域医療構想 検討専門部会」を設置いたしました。

- ・本日はまず、2025年の宇城地域における必要病床数の推計結果について、その試算内容をご報告いたします。その上で、皆様方から「地域医療のあるべき姿」について、ご意見を賜り、合意形成を図って参りたいと考えております。住民の「安心」に直結する、持続可能な地域医療の姿を実現するため、皆様方のご協力をお願い申し上げる次第でございます。
- ・簡単ではございますが、開会のご挨拶とさせていただきます、本日のご議論、どうぞよろしくお願いいたします。

(上野次長)

- ・次第の2に入ります。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。

○ 会長、副会長の選出

(上野次長)

- ・次に、次第の3に入ります。本部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。

(金光構成員・熊本南病院院長)

- ・事務局から提案はありますか。

(上野次長)

- ・事務局からの提案とありましたが、それでよろしいでしょうか。

(構成員一同)

- ・異議なし。

(上野次長)

- ・それでは、事務局からお願いします。

(宇城保健所 江藤次長)

- ・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、下益城郡医師会の泉会長に、副会長には宇土地区医師会の尾崎会長に、それぞれお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

(構成員一同)

(拍手)

(上野次長)

- ・御承認いただきありがとうございます。つきましては、泉会長、尾崎副会長には会長席、副会長席へ移動をお願いします。それでは、泉会長、尾崎副会長に一言ご挨拶頂きました後、設置要領に基づき、議事の進行を泉会長にお願いします。

(泉会長・下益城郡医師会会長)

- ・皆様こんばんわ。会長に選任されました泉でございます。この宇城地区に限らず県下の殆どの2次医療圏では、10年、20年後も総人口は減少していきませんが、高齢者、特に医療が必要となる後期高齢者は増え続けます。そして若者の非婚化、晩婚化、そして少子化が加わり、高齢者の老後を支える人口は減少していきます。今回から始まる地域医療構想策定では地域の方々が安心して暮らせる医療提供体制の在り方が問われるものと認識しております。ここに各界を代表してお集まりの皆様におかれましては、よりよい地域の実現のため大局的な視点にたって頂き、忌憚のない意見ご提言をお願いします。私も地域医療構想を尾崎副会長のサポートを受けながら取りまとめていきたいと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

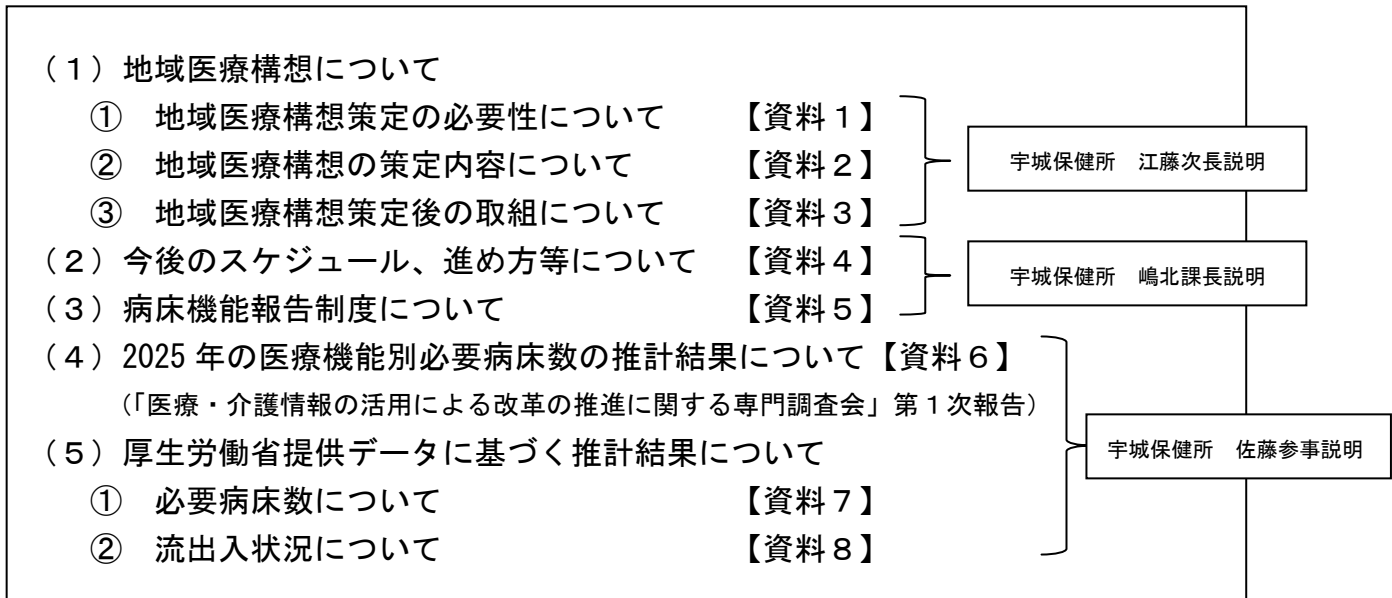
(尾崎副会長・宇土地区医師会会長)

- ・副会長に選出されました尾崎でございます。大変な会議になると思います。減っていく財源のなかで、医療介護とも、とてつもない高齢化社会、多死社会を迎えるのだろうと、国の財政を圧迫していくものだろうと、なんとかならないものかという中での議題だと。今の日本が次の世代まで続けていくための会議で、医療費削減のためだけではないと思いますが、よろしく申し上げます。

(泉会長)

- ・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、事務局からお願いします。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



(江藤次長)

保健所次長の江藤と申します。約30分いただいで、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、今年の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4列目、この宇城地域の推計人口は、全体では2040年までに2010年との比較で約24%の減少となりますが、75歳以上では約25%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。資料1でご説明しましたとおり、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

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に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、慢性期機能の患者数は①障害者・難病患者数と、②療養病床の入院患者数となりますが、②の療養病床の入院患者のうち、医療区分1については患者数の30%のみを見込むこととなります。一方、在宅医療等の患者数は②療養病床の入院患者数のうちの医療区分1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の合計となります。
- ・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。先ほどスライド11で医療需要の推計方法に計算式をご説明しましたが、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。結果、医療需要2,175.8切り上げて2,176が導き出されます。
- ・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。

（宇城保健所 嶋北課長）

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。案としておりますのは、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「宇城地域」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、宇城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。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。この専門委員会へ本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、進ちよく状況を本専門部会の親会議である、宇城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。なお宇城地域は28施設のうち提出済みは28施設で回答率100%ですが、データ不備なしは26施設で92.9%となっております。
- ・ 4ページ以降から医療機能選択の集計です。
- ・ 8ページを願います。宇城地域の結果です。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。
- ・ 9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、下の表の上の欄、急性期をご覧ください。急性期は、現状534床ですが、6年後は、うち19床は回復期へシフトしていくことが読み取れます。同様に、回復期については現状は244床ですが、うち22床が慢性期にシフトしております。
- ・ 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。

(宇城保健所 佐藤参事)

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・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。
- ・ 次の2ページと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。
- ・ 3ページの中ほどをご覧ください。「医療機関所在地ベース、患者住所地ベース」

とありますが、今からデータをご説明する中で出てくる言葉ですので、ここで予め説明させていただきます。医療機関所在地ベースとは、患者の流入が現状のまま継続するものとして推計した値となり、患者住所地ベースとは、患者の流入がなく、入院が必要な全ての患者は住所地の2次医療圏の医療機関の病床に入院するものとして一定の仮定を置いて推計したものになります。

- ・次に4ページですが、推計結果の総括です。スライドの上部には議題(1)で説明した内容が述べられております。下半分は、ガイドラインに基づき地域毎に推計した値を積み上げた全国ベースの値が示されています。
- ・5ページ以降は都道府県別のデータが示されております。5ページをご覧ください。都道府県別の、2025年における医療機関所在地ベースでみた必要病床数がでております。上に伸びている棒が各都道府県ごとに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2025年においてベッド数が不足、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。熊本県は9千人分増加が見込まれます。
- ・6ページは、2025年の必要病床数ですが、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・不足がわかります。
- ・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宇城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宇城地域の推計結果です。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します。スライド5は、医療機能別で整理した宇城地域に係る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1,527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1,059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、先ほど説明しました左から2番目の2013年度の数値は医療機関所在地ベースとなります。また、慢性期は、3パターンの中のパターンBを適用しています。上のスライドから、2013年における一般病床及び療養病床の合計数と必要病床数の差は468床であり、2025年ではその差は562床と増加する見込みであること、他地域への流出が一定程度見込まれるが、その数は減少していく傾向であることが読み取れます。下のスライドから、医療機関所在地ベースでみた2013年度と2035年の比較で、急性期、回復期は微増しておりますが、慢性期は約23%減とみえます。

- ・スライド7をお願いします。同じく宇城地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年には医療機関所在地ベースで約80%、患者住所地ベースで約74%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40%前後、女性は約60%前後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。医療機関所在地ベースでは2040年まで成人肺炎とその他の疾病のみ。患者住所地ベースで腿骨骨折が2035年まで増加する見込みです。
- ・スライド13から20までは、県全体の数値が同様に掲載されておりますのでご参照ください。
- ・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に対応する患者数の推計結果です。上段が宇城地域、下段が全県の数値となっております。在宅の状況を見るために、参考までに、この患者数を現在の在宅支援病院と在宅支援診療所の合計で割りますと、いち在宅支援医療機関が担当する平均的患者数と考えられます。資料の13ページをご覧ください。中ほどの欄の⑧で、2025年におけるいち在宅支援医療機関あたりの患者数を計算してみました。宇城地域で約136人、全県で約95人となりました。全県と比較すると、宇城地域の在宅支援医療機関への負担はかなり大きいため、在宅医療支援診療所を増やすなど、在宅医療の担い手を増やす必要があると推測されます。ちなみに、14ページには平成27年4月1日現在の市町村ごとの在宅支援に関する医療資源一覧を掲載しております。
- ・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、宇城地域の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。

資料8 宇城地域における2025年の流出入状況の推計結果

- ・次に、資料8により、「宇城地域における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194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、流出先は上から熊本、上益城、八代、天草、芦北の順で、流入元では、上から八代、熊本、天草、宮崎県の延岡西臼杵、上益城の順となっております。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

(泉会長)

- ・ただ今から、意見交換に入ります。皆様、お分かりになりましたでしょうか。今説明受けた内容について、理解して質問ができる人はあまりいないと思いますが、非常に統計的なデータですので、これを1回で理解して、地域医療構想を作成するというのは無理でございます。ただ、今日はそれぞれの分野から来て頂いてますので、それぞれ意見を述べていただいて、知識を高めていけたらと思います。どなたか発言ありますか。

(藤岡構成員・済生会みすみ病院院長)

- ・この件については以前、県の医師会で研修を受けた時はわかったような気がしたのですが、今聞くとよくわかってなかったようで。基本的なことをお尋ねしますが、この構想のポイントは、今までの供給ありきから需要にみあった供給を計画するということだと思のですが、そうであれば患者が減るなら当然病床数も病院は考えていくでしょう。50%とかの稼働率ではやっていけなくなりますたとえば、公立病院等では今までは認可病床数まで補助金が出ていたのが稼働病床数分の補助金しかでないなど、いっぱい病床持ってもやっていけないと思う。そうすると自然に、何もしなくてもそうなるのではないかと思うのだが、なぜ構想が必要なのでしょう。そこの基本的なところの説明をお願いしたい。

(医療政策課・阿南課長補佐)

- ・こんばんは、医療政策課の阿南と申します。ご質問の、なぜ地域医療構想が必要なのか、自然淘汰で減っていくのではないかとのお尋ねがありました。今回の構想のポイントとしまして、医療機能の分化と連携があります。熊本は比較的出

来ているという評価がありますが、地域で支えるという機能分化、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、それから入院医療から在宅医療へという、その付近について定義づける、患者の状態に応じて各医療機関が役割分担をしていただくこと、ここも大きなポイントになっています。あと、その過剰な部分については、資料7をご覧ください。スライド24で、病床機能報告制度について、宇城地域の報告結果があります。高度急性期は0床、急性期は534床、回復期は244床、慢性期が699床という結果になっていますが、これと比較しますと、医療機関所在地ベースで見ますと、今後、高度急性期25、急性期214、回復期355、慢性期371という数字になっています、機械的な計算ですが、不足している医療機能としては回復期が、病床機能報告では244、必要病床数としては355とあり、これも医療機能投入量で区切ったものです。一方で病床機能報告については定性的な基準でやったものですが、今後精度が高まっていくものと思われませんが、それと比較しても回復期が足りない、今後は患者のニーズに応じた医療提供体制を作っていく必要があるということが、今回地域医療構想のポイントだと思っておりますので、よろしく申し上げます。以上です。

(泉会長)

- ・ありがとうございました、他ありませんか

(小田構成員・みどりかわクリニック)

- ・宇土地区医師会の小田です。あまりのビッグデータで十分理解しているわけではないのですが、資料7のスライド5で、宇城地域における2013年における病床数が1,527床、ご説明では2013年度では1,059床とありましたが、たしか理論値と言われたようですが、実測値ですか理論値ですか。

(阿南課長補佐)

- ・これは、資料のカッコ書きにありますように、2013年度の医療需要実績から病床稼働率を基に算出した医療機関所在地ベースの必要病床数でして、ここからですが、我々も分析に苦しんでいるところで、国に問い合わせているところですが、このまま数字を読めば、実際今回、平成25年度の1年間の医療、DPCデータを分析し、医療資源投入量、先に説明した高度急性期3000点以上、急性期600点に基づいてはじき出してあるはずですが、それから、先ほどの、病床稼働率、資料2のスライド19にある、高度急性期が75%、急性期が78%、回復期が90%、慢性期92%で割り戻して算定しています。これが理論的数値の根拠になります。ここで我々も疑問に思ったのが、慢性期が505床とありますよね。一方2013年の療養病床数が546床とあり、ニアイコールとなっています。一般病床981に対し、ここはぐっと小さくなる、この部分の理論値がどうなっ

ているのか、今一度厚生労働省に、なぜこのような値になっているのか、また2025年をご覧になって、医療機関所在地ベースで965となっています。慢性期が505から371に減っています。これは、もしかしたら在宅医療等で2013年は含んでないけど、2025年は確実に含みますので、この落ち込みもわかりますが、こうしてまだ分析できていない部分もあり、今後の宿題としておりますので、わかりましたらすぐ情報提供したいと思っております。

(小田構成員・みどりかわクリニック)

- ・ありがとうございました。この辺が原点ではないかと思うのです。2013年で1,527床宇城地域にある、理論値では1,059床となる、約3分の2の病床で賄えたのではないかということになるが、私たちの肌感覚ではどうもしっくりこない。3分の2で賄えたのか、この辺が全ての原点になるように思います。

(阿南課長補佐)

- ・おっしゃるとおりです。我々もこの辺の現状をpushしたうえで、それからの出発点であると。2025年の医療需要を導き出す、ということを考えております。厚労省では2025年の数値は間違いないからというのですが、そうではなくて、そのプロセス、今宇城地域の入院受療率はどうなっているのか、年齢階級別はといった話もしてますが、その医療需要の推計、プロセスについても開示するよう要求しています。判明しだいお知らせしたいと思っております。

(小田構成員・みどりかわクリニック)

- ・あと1つ教えてください。資料8です。2025年の流入出状況の推計結果ですが、これは全国的なものですか。

(阿南課長補佐)

- ・資料8の見方ですが、こちらは、左側が宇城地域から他の医療圏への流出先トップ20、単位は人/日ですが、宇城地域に住所を持つ方が他の医療圏に、どこに行っているかの表で、熊本地域に674人宇城地域から患者さんが行っている、逆に右側は、宇城地域以外に住所をもつ患者さんが宇城地域の医療機関を利用している、どこから来ているのか、八代、熊本から来ているという見方になります。それが医療機能別にみたらどうか、高度急性期は、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等というのがわかる表になっています。

(泉会長)

- ・ありがとうございました。他にありませんでしょうか。

(金森構成員・老人保健施設あさひコート)

- ・老人保健施設協会から金森でございます。今度の診療報酬の改定で、保健施設の在宅復帰強化加算といって、在宅復帰率がかなり求められるようになっております。努力はしていますが、在宅復帰を進めると、病床利用率は減ってきます。老健も復帰を進めていますが、現状では在宅に返すのはかなり難しい。地域の状況としては独居の方、高齢者夫婦、認知症のある方を自宅あるいは施設に返していくのは、今の体制では非常に問題があってなかなか進めにくいのではないかと考えております。在宅医療を進めるとなれば、受け皿をどう作っていくかということと、地域によっては経済的にかなり厳しい方がおられる。サ高住（サービス付き高齢者向け住宅）とかある程度の経済的負担が発生するので病院に入院しているほうが安いと、そういった現状はあるのではないかと思います。その方たちにどう対応するのか、そこも考えていかないと、簡単に在宅には戻せないというのが現状だと思います。それから、さっきの話のなかでは地域住民の安心とありましたが、この構成員の中には県の保健所長や医療の代表が入っていますが、住民の代表としては自治体からみえてますが、その方たちが代表と考えていいのか、実際住民の気持ち、意見、現状に満足しているのか、こういう構想を進めるなかで、住民はどう感じているのか、それを考えて進めていかないと、住民は不安になるばかりだと思う。その辺の理解を求めるような方法を考えて欲しい。またこれだけの資料を今日みせていただきましたが、保健所とか県の方が説明されたが、おそらくこれだけの資料を理解するにはかなりの時間を有したと思います。説明するのも何回も読み込まれたと思います。ここで意見を言えと言われても難しい。それもどうしたらいいのかも考えて欲しい。

(泉会長)

- ・ありがとうございます。私も数日前に資料をもらって、お役目ですので読んでみたのですが、さっぱりわからなかった。質問すればいいんですけど、臨床の合間にするのでなかなか。この内容はいいこと書いてあるのですが、これを、皆さんといっしょに質問し、説明されながら理解したあとに医療構想を進めて行くということが必要だと思うのですが。

(狩場構成員・狩場医院)

- ・下益城郡医師会の診療所代表として参加しております狩場です。一応、この膨大な資料について、ちょっと前から見ることもあったんですが、やはり読むのは難しい。DPCからのデータは、患者の数と、病床の数というのは現実を表しているのは間違いないと思うのですが、この地域で患者の動きはわかりました、しかし、地域の医者、看護師、介護士など支える側のデータというのはあるのでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・先生たちにもご協力頂いてます病床機能報告制度、10月1日から11月までに報告頂いたのですが、そこにドクターとか、医療従事者の情報についても把握できるようになっております。事務局から説明があったように、今後、各医療機関の出したデータを公表することになっていきますので、そこから読み取ることができると思います。現在データを精査していますので今しばらくお待ちいただくこととなります。医療スタッフの数とか、ベッドを持っているところについてはわかるようになっています。

(狩場構成員・狩場医院)

- ・よくわからないですが、医者を5年後10年後、確保できるのか、患者の面倒みる看護師介護士さんもこの地域は高齢化している印象を受けます。医者もそうです。10年後に現状すら維持できるのかわからないというのが私たち現場の感じるところです。それで、病床が減らされ、在宅へシフトしますと、わたしたちの仕事のシステムができやすい環境になります、そのなかで、高齢化した医療スタッフがその流れについていけるのかどうか。正直、わたしの本音では厳しいなど。新しいスタッフが潤沢に確保できればいろんな変化に対応できるのかもしれないが、周囲だけ大きな変化が起こって、スタッフの確保がままならんでは、頑張ろうにも頑張れないこととなりますので、その辺、データをお持ちなら出していただいて。この地域で人口がある程度確保できて、スタッフがどれくらい確保できるのか、というのがないと私たちも動けないので、是非その辺の細かいデータをだして頂きたい。

(阿南課長補佐)

- ・資料2のスライド22をご覧ください。将来のあるべき医療提供体制の施策の検討として、これまでは理論的な、病床数がどれだけとか出てますが、一番大事なのはこの22、23だと思ってます。23の一番右側をご覧ください。医療従事者の確保・養成とございます。まるが4つありますが、一番下、今後、各医療機能に応じた医療従事者の確保のために、地域における医療従事者の確保目標の設定、というテーマがございます。本来、ベッドが何床あればこれだけスタッフが必要だという、我々今データを持っていませんが、こういったテーマもありますので、検討していかなければと思っております。また、教えていただければと思います。

(狩場構成員・狩場医院)

- ・病床やシステムがいくらあっても、スタッフがいなければ話にならないのです。逆

にシステムがなくてもスタッフが潤沢にいればいろんな仕事はできます。まず考えるにあたっては実際私たち、医療スタッフに何ができるかということが大事だろうと。また、先ほど金森先生が言われたように、患者さんベースで、住み慣れた地域で医療、介護を受けて、最後の時まで過ごすという人たちの正直な意見を取り入れていくのが一番いいのではないのでしょうか。私たちも現場でいろいろやって、国の都合によって制度が変わって、患者さんと接しているわけですが、あまりいいことないですよ、患者さんにいい話できない、厳しい話ばかり続いてきて、患者さんが疲れ切っている。見捨てられたとか、そういったことまで言われかねないような状況にまできているような、厳しい状況であるということ踏まえて、是非住民サイドの正直な意見をきいて、それから住民のかたも、こういった医療介護を支えるため、どういったことができるかこの地域でどう生活していくか、お金を求めて他に移っていくこともありますしね、生活全般的なことを考えた上での医療構想であって欲しいと思います。

(泉会長)

- ・ありがとうございます。他にありませんでしょうか。

(江上構成員・宇城総合病院)

- ・宇城総合病院の江上でございます。病院の立場から少し意見を言わせていただきます。先ほどの詳細な資料をいただいて、私も理解しているわけではないのですが、この宇城地域のデータとしてはよくわかると思います。病院の立場でいいますと、それぞれの病院はそれぞれ独自の医療圏を形成しながら医療をしているわけで、患者さんがくる範囲は限られてくるわけです。例えば、宇城総合病院と済生会みすみ病院は領域が違うし、熊本南病院とは、場所は近いが、異なる医療圏の患者さんが来ていることになる。そこで質問は、宇城地域のデータを、病院に振り替えることは可能ですか。私たちとしてはもう少し詳細なデータが必要で、例えば地域もかなり狭い方がいいし、病床機能報告制度の病院のデータから分析した細かいデータがあれば、逆に指標として教えていただけるものがあればやっていく。それから、まずは地域医療を見ていくにも、病院の立場からいいますと、それぞれの病院の将来構想、10年後に向けて自分の病院に将来どのようなニーズがあるのか、逆に計算する必要がある。それを持ち寄って、地域の構想に結び付ける、という手順が必要ではないかと考えております。その資料となるもの、それは各病院、将来どのくらいの患者が移動してくるのか、それと現状、さっき教えてもらった225点、600点、3000点の区分けのところで、我々もDPCを使って分析してみますと、例えば病棟の中でミスマッチがあったり、あるいは患者の区分がわかったり、データを理解すると使えます。ですから、出来高の療養型の病院でやるには、細かい計算式を教えて頂いて、一度自分のところを

分析してみる。それからそれぞれの病院の将来的な構想をつくってみて、それを
持ち寄って地域の構想に結び付けていく、といった手順が一番わかりやすいので
はないかと思っておりますが、いかがなものでしょう。

(阿南課長補佐)

- ・江上先生がおっしゃるとおりだと思います。今回の地域医療構想、このような膨
大なデータをどう活用していくか、そのためにわかりやすいデータを提出しない
といけないと思っております。そこで、まず、各医療機関さんの立ち位置、地域に
おけるポジショニングといいますか、どういう役割を果たしていくのか、これま
でも各医療機関さん、得意分野やエリアは想定されていたかとは思いますが、
こうした公的な形で、データベース、DPCあたりを使いながら、ここまで明ら
かにしていったところですが、各医療機関さん独自の取組、今後の地域の医療提
供体制を考えるうえでは大事なことだと思っております。お尋ねのあった、もう少
し狭いエリアでの分析ができないか、という件ですが、今出している2次医療圏
でのデータが限界でございます。地域が狭くなれば、その分網掛けの部分、資料
8ですが、マスキング部分、10未満の部分が増えてデータの限界になるものと
思います。

(金光構成員・熊本南病院)

- ・熊本南病院の金光でございます。いま、江上先生がおっしゃったようなことを私
たちも感じております。それと、これは病床数での分析なので、疾患自体のニーズ
からによる分析ではないと思っておりますが、そのような理解でよいですか。

(阿南課長補佐)

- ・疾患のほうですが、資料7をご覧ください。ベッド数を出すにあたり全ての疾患
を医療資源投入量等で判断しました。もう少し分析ができるということではスラ
イド3の疾病をご覧ください。がん、急性心筋梗塞、脳卒中等とあります。さら
にそれ以外ということでスライド4をご覧ください。主要診断群、右側の方です
が、18種類、このようなデータもございます。また、スライドの11番、医療
機関ベースで行けば成人肺炎ならベッド数まで数値として出ますが、その他のが
ん、急性心筋梗塞等では数字が表れてないという状況です。

(金光構成員・熊本南病院)

- ・私達は、お互いの病院で機能を補完しながら、協力しながらやるということを常
に考えております。そして、そういうデータがあれば、自分のところが力を入れ
るべきはどこかが見えてくるでしょうし、そういった意味で質問したところです。
もう一つ質問ですが、資料7のスライド5のところ。先ほど、2013年度

の高度急性期が24床とありましたが、これは、医療機関所在地ベースの数値で2040年まで続きますが、宇城地域の病床機能報告では高度急性期は0床だったわけです。ここで24床作りなさい、ということになるのでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・この医療需要につきましては、高度急性期については医療資源投入量で区分しており、3000点以上の医療需要ということで、24床だったりしているわけですが、今回、課題だともっておりますのは、病院機能報告制度が定性的な指標に基づくもので、資料2のスライド9をご覧ください。一般病床・療養病床をもつ医療機関において病棟単位でどの機能を担っているかを報告されたわけで、高度急性期と急性期の違いといいますと、診療密度が特に高い、という文言があるかないかです。そこを判断するのは医療機関であるということです。その他の機能についても、この文面をみて判断しているわけで、まったく同じ医療を提供していても医療機関によっては異なる判断をしていることもありうる。ここですね、ここでばらつきが出ないように、定量的な基準でやっていくということをございまして。スライド8をご覧ください。構想区域の設定にあたりまして、病床の機能区分との関係で、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ということです。ただ、今後の報告で、高度急性期もやっているという結果がでるかもしれませんし。そういうことをございます。

(金光構成員・熊本南病院)

- ・実際は高度急性期もこれだけ必要だけど、他でやってもらってもいいし、急性期と思っても実は高度急性期をやっていたりするかもしれない訳ですね。

(阿南課長補佐)

- ・そうございます

(藤岡構成員・済生会みすみ病院)

- ・何度もすみません。我々が担当する患者さんは、宇城が半分、上天草が半分で、二次医療圏だけでは解決できないところであるということも知っておいて欲しいと思います。

(阿南課長補佐)

- ・一点補足です。この前、県医師会の先生たちがおっしゃっていましたが、流出入が悪とか言うわけではありません。一切ゼロにしろとかいう話ではありませんので。よろしく願います。

(藤本構成員・くまもと温石病院)

- ・これは、医療法に基づく地域医療構想ということで、ここに出てくる療養病床というのは医療の療養病床だけのことでしょうか。うちもまだ介護療養病棟もっているが、宇城地域では私の知る限り、うちと間部病院がまだ転換しないで残しているが、今度の介護報酬改定で、新たな医療機能強化型A・Bという2つのカテゴリーを設けられて、その患者さんの状態をみると非常に悪性腫瘍があって認知症があって、内科疾患を持つ患者さんとか、非常に医療依存度の高い患者さんがある程度いれないと認めないとか、そういうことになって来ている。それで、資料2のスライド15、慢性期機能の患者は、どういった方を移行させるかということで、一番右は老健施設の患者ですよね、介護病棟に入院している患者というのはここに入ってないようだが、どのように考えてあるのか教えていただきたい。

(阿南課長補佐)

- ・説明が足りなかったようで、すみません。今回、医療法に基づく病床ということで、一般病床と療養病床が対象になっています。介護型療養病床・医療型療養病床これは診療報酬上の取扱いでありまして、どちらとも療養病床です。介護型についても、医療法に基づく療養病床の許可を得て使っておられるということで、この療養病床の中には当然、介護型も入ります。

(藤本構成員・くまもと温石病院)

- ・それであれば、この(スライド15の)「現状」では介護病棟はどこになるのでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・②の療養病床の入院患者数の中に入っています。もう一度説明しますと、この療養病床のなかで回復期、リハビリ棟の患者さんは将来の回復期機能にカウントします。②の医療区分1の患者のうち70%分は、将来は在宅医療等で対応してくださいと。もう一つ、地域差の解消ということで、熊本圏域は入院受療率が高うございます。こういった部分での解消ということでございます。次の箱のC3未満の患者さんについては現状でいう在宅医療等、次の④⑤の、現時点で訪問診療を受けている患者数、現時点での老健施設の入所者については、今回の整理としましては在宅医療等の対象者数となることです。この2025年については、今、入院でみている②の患者については在宅医療で対応することになるので、在宅医療を進めて行きましょうということです。

(泉会長)

- ・他にありませんか。せっかく多くの方に来て頂いてますから。精神科からありま

せんか。

(荒木構成員・くまもと心療病院)

- ・精神科協会から荒木です。先ほどから聞いてますと、医療と介護は別に考えるのかな、と。医療から介護に持っていくということは、介護保険はいったいどうなるのか。地域住民の介護保険に対する負担はどうなるのか。医療と介護トータルで国は考えているのかが疑問です。精神科は関係ないのかもしれないが、地域医療という大きな枠でみると、介護にどんどん負担がいつているが、先ほども話にでたが、地域住民はそれをどう思うのか、これを理解するのか、ということが重要だと思うのですが、答はあるんでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・難しい問題だと思っております。医療と介護の連携ということで、地域包括ケアを中心とした体制づくりについては、資料1に絵がありますが、先ほど言われた費用負担の問題はあると思います。現在も介護保険料が増えているというのは認識しております。ただ、おっしゃるとおり、医療から介護に移っただけで、費用や負担は増えるじゃないか、という議論はあると思います。そのような指摘は他の圏域でも受けておまして、ただ、今回の経済財政諮問会議で骨太の方針ができました、社会保障費をどう抑制していくかと、毎回議論されているところですが、この地域医療構想における病床の適正配置、入院から地域医療への転換、ということでの社会保障費の抑制する、という文言も出ていることで。まあ、それをトータルするとどういうことになるか。全体は抑えられるかもしれないが、じゃあ患者さん負担はどうなるかということで、その辺は我々としてもわかりません。今回の目的としては医療が必要な人に適切な医療をという柱がありますので、これをどう考えていくかはこれから皆さんと議論していきたいと思っております。

(泉会長)

- ・他にありませんか。

(尾崎副会長)

- ・資料6の13ページですが、こんなに差がでてきているのは、どういうことが影響しているのか。病院の数が多いと値が大きくなるのか。

(阿南課長補佐)

- ・国は、高度急性期、急性期、回復期については現在の入院受療率を肯定していますが、一方慢性期機能については、地域差があると、これを是正の必要があるとしています。この数値について何が関係しているのか相関関係を調べましたが、

全国的なデータで見ますと、高齢者の単身世帯の割合がやや関係があるということでございました。これについてはいろいろ問題もありますが、地域包括ケアシステムの構築といった、入院医療から在宅医療への転換という方針がありますので、これに沿ってできるかも含めて、在宅医療体制をどうしていくかを議論していかなければならないと思っております。

(泉会長)

・ 歯科の先生、なにかございませんでしょうか。

(吉永構成員・吉永歯科医院)

・ 下益城郡歯科医師会の吉永です。数か月前にこういう話も東京でちょっと聞きました。国が課題にしている医療費は毎年一兆円増えていると。一番ひっかかっているのが団塊の世代であると。もう一つは、寝たきり、介護の予備軍である骨粗しょう症が増えてますので、その人たちが寝たきりになると2兆円とか、厚労省がいっぱいデータだしてたようですが、厚労省の話聞いたとき、医療と介護と予防をまちのエリアでどうにかやってくれないかと。で、どうやってやるのか、それは地域でそれぞれ構築して欲しいと。ちょっと無責任かなと私は思ったのですが、そういったことを話された。先ほど金森先生や狩場先生からもありましたが、在宅医療にはマンパワーが必要になります。私が厚労省から聞いた話では、看護師は10年間で50万人増やすそうです。私はそこで、看護師だけでどうかなる問題でもないし、ケアマネージャー、ヘルパーさんなど、いろんな問題があるし、狩場先生がおっしゃった、人数をきちんと出して欲しいと、実際に在宅をどれだけ増やした場合にどれだけ医療従事者が必要なのかを明確にだして、じゃあ後何年で我々が確保していくかという計画を立てなければ意味がないと思います。医科の先生にお聞きしたいのですが、我々歯医者には8万人いるのですが、平均年齢は58歳だそうです。実際に歯医者8万人の中の1割くらいの高齢者は実際働いていないのです。その先生たちを在宅にとっても無理じゃないか、頭数に入れても、実数にはならないと思ってる。医療従事者の平均年齢というのも必要じゃないかなと私は感じています。だから、そのあたりを是非。1958年に国民健康保険が導入されたのですが、その時を調べたら、家族は5割負担だった。もしかしたらまた逆戻りするようなことを政府は考えているかなと。社会保障費をどうやって獲得するんですかと、政府としては所得税では無理だから消費税でお願いしたいと。今回8%にするとなん兆円か入る予定だったのが先送りになって、その分がいろいろ減らされていると聞きましたけれど。ちょっと地方に丸投げしすぎるなということはあると思いますが、現実的にそういうところを調べて、何が足りないのか、それを増やすためにみんなでどういう協力をしていかなければならないのか、明確にだして欲しいなと思います。先ほど言われた3つの指針

があっても、施設を増やすとか、医療従事者を増やすとか、あまりにも漠然として、何するか見えないので、我々も協力のしようがないと思います。実際、先生方も高齢になってらっしゃるでしょう、患者も。高齢で、治療している途中で意識がなくなって、で、じいちゃんこんなとき歯医者にきたらいかんよという、いやいやわしはこの間も医者に運ばれたから大丈夫、とか、全然大丈夫じゃないですよ。だからもうちょっとそういうところも全体にまとめるようなことが出来ればいいと思いますけど。

(泉会長)

・小田先生、どうぞ。

(小田構成員・みどりかわクリニック)

・私も、金森先生と狩場先生からありました、住民の声を聴こうじゃないかという意見には同感します、それと、人材ですね、医師看護師を含めた人材をどうするのかですね。資料3のスライド10に、PDCAとありますが、これは歩きながら見直すということで、想定としては、2025年までにPDCAをやって、問題点は直していこうというように見えるのですが、行政も人材の充足や住民への配慮は考えているように見えるスライドですが、それでよろしいですかね。

(阿南課長補佐)

・資料には2040年までの数値も出てますが、今回は2025年にターゲットを絞って、まず地域医療構想を策定していくというのが大前提で、その中で、必要な人材の話とか、整備状況、計画的に作っていきましょうと、計画をつくるというのは県だけがするわけではなくて、地域の医療提供者の方々とともに一緒になってつくるとしてまして、是非ご協力をお願いします。

(泉会長)

・先ほどのスケジュールではあと2回の会議で結論を出すということですが、間に合わないのではと思うんですが、これだけの資料やデータを分析するには何が必要になりますかね。

(江上構成員・宇城総合病院)

・宇城総合病院の江上です。私もこのスケジュールを見て、例えば病院の方としては、是非意見を持ち寄る場が必要だと、部会のようなのを是非作っていただければ、素案提示までに話し合いを少なくとも週一回とか後10回くらいは必要なんじゃないかと考えております。もう一つは、摺合せをするにあたりましては、こちらの立場から言いますと、高度急性期、急性期、回復期、療養期それぞれの機

能別の会を設けて頂きたい。あるいは在宅は在宅で十分な話し合いをして頂きたい。で、それを持ち寄って全体会で話しあうという形が一番いいのではないかと
思うのですが、もし可能であれば、時間的にかなり制約があるので是非とも複数
回の専門の会を開催して頂きたいと思っておりますので、御検討いただきたい。

(泉会長)

- ・自分たちでやるんですか。

(江上構成員・宇城総合病院)

- ・できれば事務局で企画していただきたい。

(江藤次長)

- ・大筋で、今日先生方のご了解頂けるようでございましたら、進め方については別
途、また江上先生、会長、副会長あたりと御相談しながら、改めてまたお示しを
させて頂くということでもよろしいでしょうか。例えば、この場で人選まで含めて
こうしようといったお話でも頂ければそれでもう進めさせて頂こうとは思って
おりますけれども。

(泉会長)

- ・時間的に限界がきたので、江上先生を含めて検討しましょう。

(吉田構成員・宇城保健所)

- ・時間が押しているのに申し訳ありません、保健所の吉田でございます。今日はい
ろんなお話を伺い、我々大変ためになりました。金森先生本当にいいことをおっ
しゃって目が開く思いでした。やはり、私の挨拶の中に、住民の安心と安全とい
うことを言いましたけれど、このままいけば逆の方向に行くのではないかと
いうご指摘がありました。これは非常に重要なこととして受け止めております。ご指
摘があったとおり、この資料は我々もかなり読み合わせをいたしました。いろん
なことを分析してご説明できるだけの材料がないということで、今回は数値のご
提示にとどまっております。この数値はこういうことを意味しているのではない
かと色々考えましたが推測にすぎませんので、今回は材料の御披露だけに留めて
います。今日先生方からいろいろ御批判、御意見頂きましたことは、私も臨床医
の末席を穢すものとしてみますと、やはり医療は生き物だなという実感が強うご
ざいます。江上先生からご提案のありました、実務者によるワーキングも急務だ
と思っておりますが、なかなか、現場におられる先生方の実践的におやりになること
でないと受け入れられないと、患者さんの御事情、医療経済、いろいろありますの
で、事務局はマネジメント役はできても、やはり実務はですね、実際のところで、

実践的な話が入ってきますので、ここはひとつ、先生方ご協力頂きたいと思いますので、江上先生、よろしくお願いします。

(泉会長)

・大変でしょうがよろしくお願いします。

(狩場構成員・狩場医院)

・遅くなりすみません。病院的には具体的な話が進むかと思いますが、在宅医療に今少し関わっている立場として。これはどう考えても、ベッドが少なくなって、在宅医療が増えていくのは逆らえないことでして、それで、先ほど吉永先生も言われたように、救急車でしょっちゅう来られるというケースも増えてますし、救急隊員もだいぶ疲弊しています。それから、患者や家族も、急性期でいって一週間で転院して、また1か月でまた転院するという、家族が疲弊してどうかすると破たんして、生活保護になるというケースも多々あります。で、揚句に入院しないで家にいましょうかとなり、在宅で最後を迎えると。平穏に死ねればいいけど孤独死だったり、不審死だったり、自殺だったり、そういうのが徐々に増えているとあちこちで聞きますし、死体検案で立ち会うと寂しい光景を目にすることもあります。それで、今日は自治体の方は発言されることがなかったですが、今後は絶対自治体の責任で、住民の生活を見ていくことを求められると思います。いずれにしろ、住民の意見を反映させていかんとこれは本末転倒に絶対なると思いますので、是非とも自治体からも意見をどんどん言っていただいて、医療構想策定が進む中で自治体の役割が問われることに必ずなると思いますので、十分御検討いただいて、いろんな意見を言っていただければ、我々も日日の診療に助けになると思いますので、よろしくお願いします。

(泉会長)

・多数ご意見ありがとうございました。時間もきましたので、それでは進行を事務局にお返しします。

○ 閉会

(上野次長)

・泉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、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、おって御連絡いたします。最後、次第の6のその他について事務局から。

(佐藤参事)

- ・ 構成員の皆様には、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。

(上野次長)

- ・ 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。

(2 1 時 1 0 分 終 了)