

第1回阿蘇地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成27年8月6日（木）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＞ 13人（欠席1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、
塚原参事

＜熊本県健康福祉部（医療政策課）＞

山内局長、阿南補佐、藤本主任

随行者：1人、オブザーバー：4人、傍聴者：2人

○ 開会

（阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長）

・ただ今から「第1回阿蘇地域医療構想検討専門部会」を開催致します。本日の司会を務めます阿蘇保健所総務福祉課の平嶋と申します。よろしくお願い致します。まず、資料の確認をさせて頂きたいと思っております。本日の会議次第というふうに書き示されたものがお手元に1部あると思っております。その他、資料の1から資料の8まで右の上の方に資料と書いたものが各1部ずつお配りしております。不足等がございましたらお知らせ頂きたいと思っておりますが、皆さんよろしいでしょうか。

・なお、本日の専門部会は、「熊本県審議会等の会議の公開に関する指針」に基づきまして、公開ということにさせて頂いております。傍聴は、会場の都合により10名までとしておりますが、現在2名の方が傍聴されているところです。また、後日、本日の会議の概要等につきましては、県のホームページに公開する予定としておりますので、申し添えておきます。

・それでは、開会に当たりまして、熊本県阿蘇保健所長の服部が御挨拶を申し上げます。

○ 挨拶

（阿蘇保健所・服部所長）

・皆様こんばんは。阿蘇保健所の服部と申します。構成員の皆様におかれましては、お忙しい中、この第1回の阿蘇地域医療構想検討専門部会に御出席頂きまして、誠にありがとうございます。また、本日はオブザーバーとしまして、県医師会副会長の八木先生にお来し頂いております。そしてまた、本庁の方から山内健康局長と医療政策課の阿南課長補佐にも事務局オブザーバーとして御出席頂いております。

・本日の検討専門部会では議事としまして、地域医療構想について、から今後のスケジ

ジュール、また、2025年におけるこの阿蘇地域での必要病床数の推計結果につきましても、後ほど詳しく御説明させていただきますが、今後、高齢化が進んで、この医療需要が増加していく一方で、人材や施設などの医療資源、この阿蘇の中でも限られている中であっても、やはり地域住民の方々に必要な医療が提供できる体制を確保していくことが必要になって参ります。このような状況を受けまして、県の方では10年後を見据えて、この地域ごとに、患者さんの状態に応じた適切な医療が提供する体制について、「地域医療構想」として策定に向けて取り組みを始めたところです。この「地域医療構想」は、やはり地域の実情、課題に応じたものでなければなりませんので、まずは二次医療圏毎に今置いております地域保健医療推進協議会の下に、地域医療構想検討専門部会を設置しまして、日頃から地域住民の方々に接しておられて、医療など地域の課題を把握していらっしゃる皆様方から、この将来の阿蘇の医療の在り方につきまして、たくさん御意見を賜り、また、この阿蘇の医療のいいところもたくさん教えて頂きながら、皆様方と一緒に阿蘇の地域医療構想の策定、実現に向けて歩んで参りたいと思っております。この地域医療構想の策定は、平成28年度まで続きますが、本日は第1回目、スタートになります。これからも皆様の御協力を頂きますようにどうぞよろしくお願い致します。

(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、時間の都合上、お手元の会議次第に付けております構成員名簿並びに配席図にて代えさせて頂きたいと思っておりますのでよろしくお願いしたいと思います。
- ・ なお、本日は阿蘇市町村会長の日置構成員は御都合により欠席となっておりますので、御了承願います。

○ 会長、副会長の選出

(阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長)

- ・ 次に、本専門部会の会長及び副会長の選出に入らせて頂きます。
- ・ お手元に本専門部会の設置要領をお示ししていると思っておりますが、その設置要領の第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」と規定されております。皆様いかがいたしましょうか。

(八木構成員・看護協会阿蘇支部副支部長)

- ・ 事務局の方で御提案はありませんか。

(阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長)

- ・ 今、事務局案との声を頂きましたが、皆さんよろしいでしょうか。

(構成員一同)

- ・ はい。

(阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長)

・はい、ありがとうございます。それでは事務局案はありますでしょうか。

(阿蘇保健所・服部所長)

・はい、それでは会長を阿蘇郡市医師会会長の平田先生に、そして副会長をこの地域医療構想担当理事で阿蘇医療センターの甲斐先生にお願いしたいと思います。

(構成員一同)

(拍手)

(阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長)

・はい、ありがとうございました。御承認頂きありがとうございます。それでは、設置要領に基づきまして、議事の進行を平田会長と甲斐副会長にお願いしたいと思いますので、お席の方に移動をお願いしたいと思います。

・それでは、これからの進行を平田会長と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致します。

(平田会長)

・皆さん、こんばんは。ただ今、会長に指名された平田でございます。人口減少、特に少子高齢化に伴ってこれから先どんどん衰退していく訳ですが、これまでの長年の自民党並びに民主党がやってきた子供を育てにくくする政策の結果ではないかと考えていますけれども、自分たちの責任を棚に上げといて、こういう風に地方にというのは、よく政府のやることなので、これから先も地元では必要な医療を必要な人達に十分提供するというのを我々は考えていけないといけないと思いますので、いろいろな推計により恐らく減らせ減らせというようなプレッシャーがかかってくると思いますが、それを跳ね除けて必要な病床数を確保できるような建設的な意見が必要だと思いますので、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が、その前に傍聴希望者の方はおられますか。

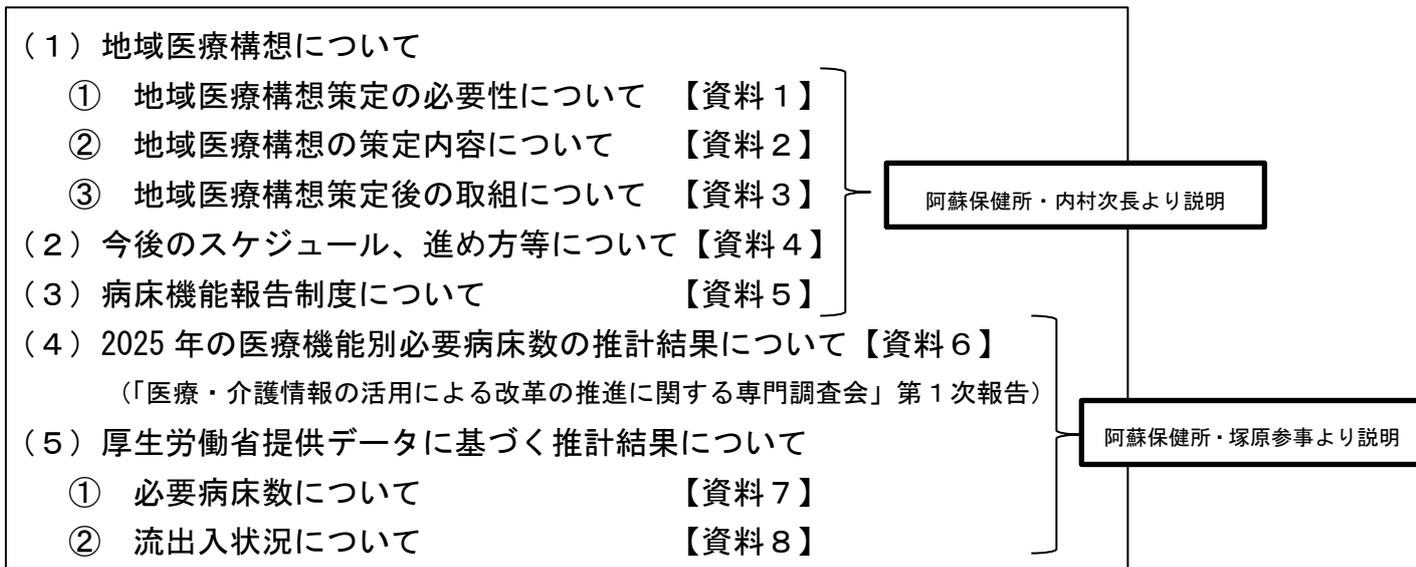
(阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長)

・現在、2名の傍聴者がおられますが、阿蘇温泉病院の事務局の方と、阿蘇医療センターの事務局の方です。

(平田会長)

・分かりました。それでは、議題の(1)から(5)に関しましては行政からの説明が主になると思いますので、事務局の方から(1)から(5)まで御説明をお願いします。

○議事



(阿蘇保健所・内村次長)

- ・阿蘇保健所次長の内村と申します。
- ・約30分頂いて、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。表の中ほどの阿蘇地域の推計人口は、全体では2040年までに2010年との比較で約3割弱の減少となりますが、75歳以上では1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ようになっており、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のであります。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、阿蘇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（地域間の患者流出入等）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出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っております。
- ・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っております。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。県全体では下欄のとおり453施設、回答率89.9%です。なお阿蘇地域は[16のうち提出済みは13施設で回答率81.3%です。
- ・4ページ以降から医療機能選択の集計です。
- ・16ページを願います。阿蘇地域の結果です。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。

- ・ 17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、左上から2列目の急性期をご覧ください。現状は391床ですが、その列を下に見てもらくと、6年後も391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。回復期も同様に、現状38床ですが、6年後も38床で、現時点では医療選択に変化なしという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。

(阿蘇保健所・塚原参事)

- ・ 阿蘇保健所総務福祉課担当の塚原と申します。資料6から資料8まで御説明します。

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、1ページ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。6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。
- ・ 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阿蘇地域及び県全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します。
- ・ スライド 5 は、医療機能別で整理した阿蘇地域に係る 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 884 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 516 床となりました。その右側以降が、2

025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パターンの中のパターンBを適用しています。まず、医療機能別ですが、必要病床数は2035年まで概ね増加傾向にあり、その後は減少する見込みです。また、2025年以降では、グラフの左側と右側の差により、約400床弱の流出超過となることが示されています。このような点から、阿蘇地域では、他地域への患者の流出をどう考慮するかが大きなポイントと見込まれます。なお、スライド6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、患者住所地ベースいずれも横ばいに推移することが読み取れます。

- ・スライド7をお願いします。同じ阿蘇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97%にも達する見込みです。
- ・スライド9をお願いします。性別での整理です。医療機関所在地ベースで男性は約41%、女性は約59%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、成人肺炎のみ、やや増加傾向を示しています。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。全県域に係る推計結果を、阿蘇地域と同じように整理しています。まず、医療機能別ですが、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、スライド14の折れ線グラフから、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、スライド20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。
- ・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。上段が阿蘇地域、下段が県全域で、2025年と2013年度との差が、それぞれ230、7,020となります。
- ・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、阿蘇地域の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。今御説明した、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、「阿蘇地域における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328人/日となります（表の右最下端のとおり）。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+在宅医療等の合計表によれば、左側の流出先では全体の流出者数500人に対し、約半数の254人が熊本圏域へ、右側の流入元においても、全体の流入者数172人のうち、3割強の62人が熊本圏域からという推計が示されています。県内では他に流出先・流入元とも菊池、上益城圏域が上位となっております。また、他県と隣接する当圏域の特徴として、隣県の大分県西部への流出や、宮崎県延岡からの流入が上位にあることを確認できます。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

（平田会長）

・ここでいきなりこれだけ膨大なデータを聞かされて、私も頭の中でデータの整理が十分できていない状態ですが、これからしばらくの間意見交換を行いたいと思います。どなたか御意見や質問等のある方はいらっしゃいますか。

（上村構成員・阿蘇立野病院院長）

- ・病床の需要を中心にお話があり、供給体制のベッド数もお話がありましたが、ベッド数とそれに関わるスタッフの人口なども併せて考えないと、一方的なデータの扱いとなりますので、そこをうまく絡めて話していかないといけないと思ったところです。そこは全く考慮されていないですよ。医療供給体制側のスタッフの問題や人口を考えないと、これだけ必要、あるいはやらなければいけないと言っても、スタッフがいないと病院は回らないですから。医師も含めていろいろな職種が関わってきますから、そのあたりを考えると地域ごとに特色が出て、随分頭を悩ませるところが出てくる訳ですね。
- ・それともう一つは、県間調整ですが、特に阿蘇区域は大分、宮崎、福岡等と接触していますから、お互い利害相反があると思うが、他の県との利害関係がうまく時間内に収まるのだろうかという、なかなか難しい調整が必要ではないかと思いました。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・今の御指摘について、考え方を説明させていただきます。1点目の医療従事者のスタッフの問題ですが、どの程度の数が必要になるのかということですが、資料2の一番最後の「23」の表の右側に医療従事者の確保・養成の中に、一番最後の丸に、「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等の設定」となっております。今回は、厚労省から提供があったデータのうち、医療需要と必要病床の部分が提供があったもので、取り急ぎ出させて頂いたということです。構想の中では目標設定等も踏まえておりますので、現状では2年に1回、病床機能報告制度の方で医療従事者の数は把握できますので、2025年に必要病床数に応じた医療従事者の数がどの程度になるかということも一つの論点になると思っています。
- ・2点目の御指摘のあった県間調整をどうしていくのかということですが、資料8をお願いします。資料8の一番上の表の見方ですが、在住者（患者住所地）と書いていますが、これは阿蘇圏域内における医療需要、患者さんの数ということで、高度急性期は53.9人います。そのうち、流出者が40.9人ということで、53.9人のうち40.9人の方については阿蘇圏域以外で入院されている。一方、医療機関ベースになりますと、14.5人分抱えています。流入者は網掛けがしていますので、10未満になりますので、9.999から0以上内の正の数字が入ってくることになります。見方ですが、高度急性期の3段目の表をお願いします。どこに流れていくかということ、熊本に流れている。流入元としては、大分県の西部とか書いています。裏面を見て頂きますと、例えば回復期というのは、どこから来ているかということ、上益城の次に大分県の西部ということで、10未満の数が入っている。慢性期（パターンB）ですが、宮崎県延岡西臼杵から入ってくるということです。この数について調整するということですが、今厚労省の方で、どういうやり方で進めるのかということ、今度意見交換をやることになっています。基本的な考え方ですが、資料2のスライド4をお願いします。医療需要に対する医療供給の検討と書いています。高度急性期については他の構想区域の医療機関で、医療を提供することも検討ということで、高度急性期レベルの医療提供体制については自己完結しなくても良いということを行っています。急性期については一部を除き構想

区域内で完結と書いていますが、一部というのは、高度急性期から降りてくる、引き続き急性期の段階で降りてくる場合は他の構想区域でやってもらってもいいが、それ以外の急性期、回復期、慢性期では基本的には、自分たちの区域内で完結することが望ましいということになっています。ですから、こういったことを原則にしながら、どのような調整をしていくのか、最終的には先ほども説明がありましたが、資料2のスライド20の「構想区域における医療需要と必要病床数の算定例」を説明致しました。2025年における医療需要が急性期で2,176人の患者さんがいますが、現状で100人分よその区域に行っています。本来あるべき姿としては20人抑えたいといった場合に、この20人を確保するためには、他の構想区域との合意が必要だとか、他の構想区域が20人減らさなければいけないとかいう話がございますので、あくまでも医療提供側と隣の圏域との役割分担の中で、どうしていくかということを見ていく必要があると思います。調整の仕方については、今後また全国的に議論をしていくということでございます。

(平田会長)

・よろしいですか。他に何か御意見は。

(甲斐構成員・阿蘇医療センター院長)

・資料7の「24」は、一番大事なスライドかと思いますが、もう1回詳しく御説明を頂きたい。

(医療政策課・阿南補佐)

・スライド24についてですが、こちらの表の見方ですが、一番上は医療施設調査ということで、2013年度の許可病床数ということです。この中には稼働していない休床中のベッドも含まれているというふうに認識しております。これが阿蘇圏域の場合は884床ある。これは許可病床数なので、動いている、動いていないに係わらずやっている。その実数については、今休床中については把握しておりませんが、そういうことです。二つ目の棒グラフについては、病床機能報告の数字です。先ほど話がありましたが、阿蘇では18の病院、有床診療所がある中で、16の病院、有床診療所の報告があっている。2については回答頂けなかったということですが、来年度は絶対出して欲しいのですが、そういう中で皆様方が報告頂いた数、確かこれは病棟単位で報告して頂いたと思います。有床診療所については一つの病棟ということで、同じ機能ということで報告して頂いたと思います。これが、高度急性期は0でした。急性期は391、回復期は38、慢性期は230という数値です。計659ということです。従いまして、884と659の差ですね。こちらについては、まず、2つの医療機関さんの分とか、休床中の部分があるかもしれませんが、乖離が出てくる。今後分析していかなければいけません。3段目と4段目の意味なんですが、こちらが今まで説明してきました厚労省の算定式、平成25年度のデータ、ナショナルデータベースとDPC等々を踏まえまして、先ほど

高度急性期と急性期、回復期との境となっているということで、3,000点とか600点とか225点、一部175点というのがありました。そのマクロで把握した分です。これを一日当たり置き直した数が医療機関所在地ベース、実際ナショナルデータベース等では医療機関単位で出されていると思いますので、こちらの数値は理論的には正確だと思いますが、3,000点とかマクロでつかんだ形では阿蘇医療圏で提供している数としては、高度急性期は19床、急性期は119床、回復期は110床、慢性期については156床ということで、このベッドの数を割り戻すに当たっては、ほとんど患者さんの数から割り戻していますので、高度急性期は75%で割り戻しています。急性期は78%、回復期は90%、慢性期は92%で割り戻した数がこの跳ね返りの数になっています。その数が404床になるという結果になっています。このうち、特に慢性期の考え方についてですが、もう一度資料2のスライド15を見て頂いてよろしいでしょうか。帯グラフのところですが、もう一度言いますと、慢性期機能の捉え方ですが、どこを対象にしているかということですが、①の障害者・難病患者数と療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の30%不足医療区分2、医療区分3が該当致します。在宅医療等の方ですが、在宅医療というのは医療機関以外の施設等で医療の提供を受ける人ということですが、現状では帯グラフの④と⑤、現時点で訪問診療を受けている患者数と現時点の老健施設の入所者数、これがベースになるのですが、2025年度の推計の仕方としては、この数に先ほど言いました②の所の医療区分1の70%と地域差の解消ということで、スライド16にありましたが、全国最小値から全国中央値の方まで合わせるということで、ここでは全国中央値に合わせた場合の比率を用いて地域差と言っていますが、地域差の解消分と③番目で一般病床でC3基準未満ということで175点になります。一般病床に入ったとしても175点未満の方は入院医療ではなく在宅医療等で行います。こういった部分が在宅医療等でカウントされる。慢性期機能の方は現状から比べると、医療区分1の70%分、地域差の解消分、一般病床でいけば175点未満の方が違う形で在宅医療等の方へ行って受け皿となっているという前提がございます。こういったことを踏まえて、もう一度資料7の「24」を見て頂きたいのですが、こういった医療機関からの在宅医療等の転換等を含めたところでの医療機関所在地ベースで404という数値となっています。一番最後の4段目の帯グラフにつきましては、阿蘇医療圏の患者さん、阿蘇医療圏内に住所を持つ方についてですが、この人達が全て阿蘇圏域で受診する、流出流入が完全にストップする、どこにも行かない、流出していない、全部ゼロといった場合には803床というベッドが必要だという説明になっています。だから、404と803の中でどのような形で流入、流出を考えていくのかということの色々データ等を教えて頂きながら考えていきたいと思っています。

(甲斐構成員・阿蘇医療センター院長)

・ありがとうございました。実は、ちょうど一年前に阿蘇医療センターが移転して、その際は色々とお世話になりましたが、この基準になるデータは、阿蘇医療センターがオープンする前の年のデータを基準にした数値となるので、今年一年経って、先の流出分と

ということに関して言えば、脳卒中の患者さんや急性の心筋梗塞の患者さんが、阿蘇医療圏でできなかった分はほとんど熊本市内に流出していたんだと思いますが、それがかなりの数こちらでできるようになっていますので、この時のデータよりも大分変わってきているのではないかなと思っていますので、是非阿蘇での医療のこういう病床数を考えて頂く時に、その分を考慮して頂きたい。それから、病床機能の2段目の所の数が少なくなっている分を、阿蘇医療センターは3分の2で稼働していた数字を出していたのだと思いますが、今は元の124に戻していますので、数字が上がってくると思います。だから、そういった点での現在の状況に合う実数を基に評価して頂ければということをお願いしたいと思います。

(医療政策課・阿南補佐)

・先ほど言いましたように、急性期以降については原則患者住所地でという話がございますが、患者さんも好きで行っている方もいらっしゃるかもしれませんが、近くにそういった病院があれば、そこで受けるというのが原則だと思いますので、先生、是非実績と言いますか、根拠のある数値を教えてくださいと思います。医療需要については2025年の患者住所地ということで、ベッドの数が出ますので、この差を埋めるといった場合、例えば、熊本に行った分は何人加わるのかとか、その辺のデータとか、そういったものが逆に今後必要になるのかなと。特に熊本圏域、菊池圏域に流れているといった場合、その辺はまた色々教えて頂かなければいけないと思います。あと一点ですが、病床機能報告制度の休床中のものがあつたけれども、オープンしているということですが、病床機能報告制度は今年もありますので、今年はそういった意味では休床中のものも動いているということで、病床機能を選択されるということで、とりあえず2014年の数値を置いて頂けるだけでございますので、引き続きよろしく申し上げます。

(平田会長)

・どなたか他に御質問、御意見のある方は。

(高森構成員・阿蘇やまなみ病院院長)

・二つあります。一つは入院受療率という定義を教えてください。もう一つは、阿蘇圏域という言い方をしますが、保健所圏域11個を挙げて県だと言いますが、例えば阿蘇立野病院と大阿蘇病院の療養病床があつて、ある理想的な病床が算出されて、阿蘇圏域として何床だというような感じに今聞こえますが、南阿蘇の方はトンネルを往ったり来たり、菊陽町に子供さん達が家を建てたりして、住民の実際の生活動線と、医療圏域、保健所圏域、行政の圏域とに差が出てきていると思います。本当に阿蘇圏域としてまとめて出すべきなのか。利用する住民の方にとって、と言うのは、私は精神病床が入っていないので、非常に冷静に客観的に話を聞けるので、そういう観点から言ったら、小国であるとか、小国、立野のつながりとか、宮崎の方に出る人とか、施設がない所に流れる人達もあるので、もしかしたら先ほどの阿蘇医療センターもそうですが、阿蘇医療セ

ンターに多分西原村から向かう人はいないと思いますが、西原村まで入っている訳ですから。益城町とか中央との現実的なつながりがあったりすると思いますが、そういうところは折角、国ではなくて地方公共団体が出している、県はそういうことを少しは考えていらっしゃるのでしょうか。

(医療政策課・阿南補佐)

・1点目の入院受療率の御質問がありましたので、まずその点をお答えしたいと思います。資料2のスライド21をお願いします。医療需要の算出例ということで、細かい字で申し訳ありませんが、厳密にいけば、こういう風な計算になっていまして、人口は男性、女性の性、年齢、階級別ということで5歳刻みになっておりますが、その中の人口というものが5歳刻みに出ます。その中で入院患者数という部分があります。表が $a \times b$ で入院患者数となっておりますが、本当は2013年の人口を入院患者数で割れば入院受療率になると。人口分の入院患者数を365で割れば1日当たりの率が出ますが、そういった計算方法でやっております。

・もう1点の医療圏についてですが、確かに行政界、市町村の中でもそうだと思います。県レベルの保健所区域でもそうだと思いますが、どこまでぎりぎりにするか、どこまで必要なデータが集められるか、非常に悩ましい部分があります。本来でいけば、人口動態とか、移動状況とか、細かい分析ができれば、確かに西原村の方はこちらに行っているとかあるのですが、そこら辺のデータまでが把握できていない状況なので、これは一つの検討だと思っています。

(健康福祉部健康局・山内局長)

・圏域の境にある辺りの町村、そういった他の圏域に行かれる方が多いと思います。そういうものを踏まえた上で、流入、流出というものをトータルをして計算をする。ただ、あまりにそちらに住んでいる人の受療動向が圏域とはそぐわないということに最終的になれば、圏域自体を見直すというような必要性も出てくるかもしれないと思います。まずは、県にしる、二次医療圏の境にしる、境にある以上特に出入りが多いので、まずは流出流入でカウントをして計画を作る。ただ、その圏域としてこれを一体的に見るのは、あまりに現実的ではないということにもしなれば、圏域自体の見直しも必要になってくるというふうに思います。

(上村構成員・阿蘇立野病院院長)

・地域包括ケア病棟は、確かこの病床区分のあの時は、最初急性期と勝手に思っていたが、それが時間がたってみると、回復期でもいいのではないかとか、要するに地域包括ケア病棟をどちらに区分したらいいのか、何かはっきり。

(医療政策課・阿南補佐)

・まさにその問題というのが、病床機能報告制度の一番課題だということでございまし

て、資料2のスライド9をもう一度お願いしてよろしいでしょうか。現在の病床機能報告制度を事務局の方から説明しますと、定性的基準ということ。定性的基準は何かというと、自分たちの主観で決めていいと。主観なので間違いはない、ばらつきがあっても良いというのが現状の制度設計になっています。現在、医療機関の皆様方はもう見ていらっしゃると思いますが、スライド9の機能の定義、例えば、高度急性期と急性期機能について文字面が違うのは、上下見比べて頂きますと、高度急性期機能の方では診療密度が特に高い医療を提供する機能。診療密度が特に高いかどうかという部分については、御自身の御判断だという話になっています。ただ、今回頭の中を整理致しますと、今回の医療需要、必要病床数を算出するに当たっては、例のマクロ、医療資源投入量という数値を使いまして、3,000点以上の資源投入量があれば、それは高度急性期としてみなしましょうという話になっています。ただ、これについては今後、そういったマクロのベースでは高度急性期はこういうものですよという概念が出ていますので、それを一致させる作業というものがいる。不足してはいけませんので、それを補わなければいけない。先ほど医療機能が不足した場合どうするかという話がありましたが、全然関係ない医療機能を、うちは不足している医療機能だという部分についても患者さんも困りますので、そういったこともありますので、国が今話しているのは、定量的基準、あるいは、どの医療機関さんが医療機能を選択する際に悩まないように揃えていきますということ。要は二つの医療機関が同じ医療機能を提供しているのであれば、今はバラツキがあってもいいというのだけれども、それを今後同じような選択になるようにしましょうという話です。

・お尋ねの地域包括ケア病棟の話ですが、昨年4月に始まった制度で、7月以降どんどん病棟を選択される方が増えているという話を聞いています。国の方でも先月7月29日に第10回のガイドライン等検討会というものが開かれていまして、その中の議論として、病床機能報告制度の今後のあり方というものも議論になっています。その中で出ているのが、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟の病床機能報告の現状ということで、データが出ていまして、読み上げますと、選択の状況なのですが、地域包括ケア病棟1を選ばれたもののうち、急性期が27%、回復期が70%、慢性期が2.7%という数字が出ています。概ね7割が回復期を選択されている。地域包括ケア病棟2では、急性期が26%、回復期が63%、慢性期が11%ということで、この部分につきまして、今後誘導の仕方と言いますか、多分定性的と言いますけれども、先ほどの資料2にありましたけれども、文字面を具体的にもっと詳しく書くことによって、選択の幅をですね、こういう選択をしていけばこちらを選べるという話にもしかしたらなるかもしれませんが、国の方はそういったことで問題意識は持っているというふうに読み取れますので。今後の第2回、今年の病床機能報告制度では何らかの基準とか見えてくるかもしれませんが。もしかしたら、まだそのまま自分達の自主選択でもいいよという話があるかもしれませんが。そういったことは我々も議論を注視していきたいと思えます。よろしいでしょうか。

(平田会長)

- ・他に何か御意見は。

(内田構成員・大阿蘇病院院長)

・資料2の「15」を説明頂いたのでは、医療区分1の70%が在宅でみますという感じだったのですが、確かに医療区分1の方というのは、そういう方が多いことはあると思います。医療区分2、3の方というのは、かなり縛りがあって、病棟で2、3の方をずっと継続できるといってもちょっと難しい状態というのは事実です。では実際、医療区分1の方がどうして病院にいるのかとなってくると、受け皿の問題だと思えます。今回こうしたお話は必ず受け皿の問題と同時進行位で考えていかなければならないと思いますが、そのあたりの情報等も分かっているのであれば教えていただきたいと思えます。

(医療政策課・阿南補佐)

・こちらの計画、今回は地域医療構想ということで、医療政策、セクションが動いていますが、当然介護計画、今日は市町村の方が来ていらっしゃいませんが、市町村との介護計画との関連性、非常に重要なところもあります。当たり前ですが、リンクしないと成り立ちません。こちらガイドラインの方でも指摘されているのが、当然在宅医療等の受け皿を整備しないと、現実的に無理ですよという話があります。受け皿となるとまた、介護人材の確保とかという問題にまたつながっていきますが、こういった視点で、これだけを医療サイドだけで走る問題ではないということは十分認識し、部内の県庁内のセクション、あと市町村のセクションと連携しながらやっていかなければならない地域医療構想だということで、そういうふう考えております。

(内田構成員・大阿蘇病院院長)

- ・具体的には進んでいないということですか。

(健康福祉部健康局・山内局長)

・今日お配りした資料7のスライド21ですが、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、2013年度から2025年度までの増減が入っていますが、厚労省の計算によればですが、今後、2025年までの10年間で在宅医療等に対応する患者数が阿蘇郡内では230人に増える計算になる。単純に6で割れば、40人ですか、今後各市町村においては、これを人口なり高齢者なりの人口で割っていけば、だいたいの大まかな数字が出るとは思いますが、この分について、ちゃんと在宅でみれるような対応、体制を地域包括ケアシステムという中でできるように検討をしていくという作業が、この地域医療構想のまとめりは、そういった具体の数値を基に、そういった計画の方へ数値が移行していくことになっております。

(平田会長)

- ・他に何か。

(坂本構成員・小国公立病院院長)

・うちは、小国で小さな病院なのですが、例えば将来、急性期が30床、回復期が30床となった場合に、それはもう2病棟が絶対に必要ということですか。それとも病床30、30で1病棟の60床でいいということなののでしょうか。ちょうど、2025年、10年目くらいでうちの病院を建て直すか、建て直した後ぐらいなので、今の看護師の不足からすると、とても病棟二つは維持できない。どちらか一つを選ぶには地域柄ちょっと無理だということで、一つの病床機能に1病棟必要なのかどうかをお尋ねしたい。

(医療政策課・阿南補佐)

・ここは選択の仕方なのですが、資料3のスライド3をお願いしてよろしいですか。ガイドライン等で説明を色々読んでみますと、急性期を選んだからといって、全てが急性期の患者さんが入っていなければいけないとかいう訳ではございませんが、このように医療機能の分化、連携という問題もございますので、適切な患者の状態に応じた医療を提供するための仕組み作りというのが、医療機能の分化と連携というのが大前提であるのですが、よく言われるのが、地域における医療機関が少ないところは、どう確保連携していくのかという問題は十分分かっております。ただ、今日は原則論ということで話させていただきますと、スライド3ということで、各病棟が病床機能報告制度で選択した機能と、実際に入院している患者像というふうに入っていますが、これは自主的な取組前の病棟と取組後の病棟ということで、例えばこの表の見方ですが、高度急性期を選んでも回復期のエリアまで幅広くおっている病棟があったとしても、これを高度急性期へシフトしましょうかと。急性期の場合も急性期を選んだとしても、シフトしましょうかというふうになっていまして、難しい問題ですが、一つの病棟の中で状態の違う方がいてはいけないという話ではないという話であって、なるべく機能の分化ということで、患者さんの状態に応じた医療を提供するという立場になると、なるべくその差は短くしてくださいというのが、今のところ考え方としてあります。だから、公立病院の建て替えとなると、またそういう話も出てくると思いますので、必要な医療機能は何なのかと。公立病院改革プランという部分があると思いますが、十分地域医療構想の中で、公立病院の位置付けをしっかりと御検討頂きたいと思っております。

(平田会長)

・その他に何か。医療側からの質問しか出ていませんが、具体的にその他に何か、介護とか。なかなかこの数字をぱっと見て、ここで言い返すのはなかなか難しいのですが、下村先生、何かこの点ないですか。

(下村構成員・愛・ライフ内牧副理事長)

・新聞報道で大騒ぎになりまして、実際、熊本県の医療機関は危機感を持っておられるところが多いと思いますが、この数値というのは具体的な目標ありきに向かって進んでいるのでしょうか。熊本県は3割ぐらい減らせという最初センセーショナルな数字が出ましたが、それは絶対的な目標なのでしょうか。あるいは、今後の話し合いで、その辺の削減値というものが変わっていくものなのか。

(健康福祉部健康局・山内局長)

・法律上は、この厚労省の政令に基づいた数値を目標にしなければなりません。ですから、私も今大事なのは、本当にその数値で、地域において必要な医療が確保できるのかどうかの確認、それが今一番大事なんだろうとっております。

(下村構成員・愛・ライフ内牧副理事長)

・今後色々話し合っ、本当に必要な数のベッド数を把握でき、その削減へ向うのであるのなら、一生懸命話さなければいけませんし、最初からある程度の数字ができあがっていて、目標が決まっているならば、それはあまり真剣に話し合う意味もないような気がしたものですから。

(健康福祉部健康局・山内局長)

・甲斐先生がおっしゃいましたとおり、資料7のスライド24が一番ポイントとなるものだと思います。現在884床あります。病床機能報告で659床というものが、2025年で本当に404床で足りるのか、足りるのであればそれでよし。もし足りないのであれば、大幅に足りないのであれば、それはそれで声を上げていく必要があるのではないのかというふうに思っています。

(下村構成員・愛・ライフ内牧副理事長)

・さきほど甲斐先生がおっしゃられたように、地域については再生計画ということで、せつかく立派な病院ができ、今から地域完結型をやっている時にこういう問題が出てきたということですね。何となくこれは水を差すような、阿蘇に関しては。その辺からも、現状を踏まえて討論して頂いて、本当に阿蘇はこれだけの病床数が必要であるといったことを話し合いたい。今後できるだけ流出を防いで、阿蘇の医療機関の病床がもっと維持できるような話ができればと思います。

(平田会長)

・他にどなたか。

(蓮田構成員・悠清苑施設長)

・南小国町の特別養護老人ホーム悠清苑で、福祉部門の選出で構成員としてなったので

すが、大変資料も難しく、本当に数字が読めなくてよく分かりませんが、医療費の問題とか色々あり、在宅に戻して在宅で看なさいと云うことでしょうか在宅で見る人がいないんですね。うちの施設も特養が70床とグループホームがありますが、現状、介護職員に苦勞しています。待機者がたくさんいらっしゃるんですが、本当に介護職員が看護師さんと同様にいなくて、現状、人員配置が守れるかどうかという、すれすれ状態であります。本当に厳しい状況で在宅に戻して、病床も少なくなる、どこにいけばいいんだらうと。結局、もうそこで野垂れ死にするしかないのかなというような本当に厳しい。今から先の2025年に向けて、自分達も年をとってきますからどのような形になるのか想像が付きませんが介護も本当に厳しいです。本当に働き手がいません。特に、小国郷は少子高齢化が深刻で高齢化率が35%になっていますので、本当に職員がいないんです。阿蘇市の方はまだ、小国から阿蘇市に下ってくる場合があるが、阿蘇市から小国に来ることは絶対にありませんので、本当に現状は、過疎になればなるほど厳しい状況なので在宅にも見る人が居ない中戻されてそこでどうするのかなというのが、現実には本当に厳しいかなというふうに私は思いました。国の方は過疎の厳しい状況の中在宅に戻してどういうふうにしたいのかという事をお尋ねしたいです。

(医療政策課・阿南補佐)

・正直と言いますか、国の方も言っているんですが、社会保障費の抑制。あと、保険者負担。生産年齢人口が減少していく中で、どのように医療費を維持していくのかという問題等々ございまして、あと一つ言うと、資料6の4ページですね。ここに全国ベースの積上げということで推計結果が書いています。現状と推計結果ということで、現状が134.7万床ございまして、右側の方ですが、推計結果2025年ということで書いていますが、その下の四角囲みですが、機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合は152万床ということで、134.7万から152万床にこれだけ増やさなければいけないんだよという話になっていまして、最終的にはこの結果152万を、こういった在宅医療等を追加することによって抑制しながらやっていくという話なんですけど、大半の県では。ただ、首都圏はベッドを増やさなければいけない。東京、神奈川、埼玉とか大阪、沖縄とかは増やさなければいけないのですが、基本的には減らしていくんだという話がございます。今後そういった部分ではなくて、介護資源の現状もあるのではないかと話もありますが、医療資源の限界という部分を考慮し、ベッドを今からどんどん増やすというのも現実的ではないという部分があって、こういうような制度がっている。あと一つは、美しい言葉かもしれませんが、資料1のスライド6の部分ですね。福祉関係者の方も見慣れているかもしれませんが、住まいを中心とした社会上、必要な時に入院・医療、必要な時に介護という形で、このような世界を作っていくんだというのを数年前から取り組んでいるということが表向きの話して、あとは裏の方からいけば、社会保障費の抑制という問題がある。事実として出ているというのが現状だと思います。

(阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長)

・保健所です。在宅医療と介護につきまして、保健所の方でも現在、阿蘇郡市医師会の方と協力しながら在宅医療を進めています。これは住み慣れた所で、その人らしく最期まで住めるならば、そちらの方がいいということで、望まれる場合は、そういった在宅医療を充実することによって、住み慣れた地域で生活して頂こうという趣旨で在宅医療の推進をしているところです。具体的には、在宅医療を進めるためには、訪問看護とか、訪問診療の体制の整備をしたりとか、あるいは、医療ばかりではなくて、先ほどおっしゃいましたように介護体制の整備も必要だろうと思います。人材の確保であったり、あるいは、介護サービスの充実を図っていくことも必要になってくると思います。来年度からは市町村が主体となりまして、在宅医療と介護の連携事業というのも具体的にやっけていくことになっていきますので、そういったところで、今後も在宅医療と介護の連携と充実を図っていききたいというふうに考えているところです。

(健康福祉部健康局・山内局長)

・トータルで言えば、いろんな背景なり目的がありますが、先ほど阿南が申し上げたように、このままの調子で医療費が増えていくと、健康保険がパンクして持ちこたえられなくなるという一つの大きな理由ではあります。バランスですね。同じ資料6の13ページなんですけど、県によってベッドの使用差があまりに多すぎる療養型病床ですが、一番少ない山形県は人口当たり81床、一番多い高知県は400床近くある。同じ税金を払いながら、高知、福岡みたいな所は非常に病床が多いので、山形、宮城の県民もかなりの負担がきているというような、いわゆる負担の非常なアンバランスというのも結果として出ている。熊本と大分でも3倍くらい違うんですが、こういったところをやはり見直していかざるを得ないのではないかと、みたいなのが背景の一つとかいうふうに言われています。

(平田会長)

・よろしいですか。何か他にどなたか。これは言っておきたい等、そういうことがあれば、是非。

(八木構成員・県看護協会阿蘇支部副支部長)

・看護協会の八木です。看護協会の中でも阿蘇地域は特に看護師が少ない地域で、その状況がずっと続いています。介護士も同じように少なく、最初に上村先生が「抱えるスタッフのデータも絡めて考えて頂きたい」と言って頂きホッとしているところです。2年に1回の従事者の調査によって、ある程度データとしては捉えていけるということですが、8時間勤務とか夜勤ができるという方達ばかりでなく短時間労働をつないで1日を何とか賄っている現状です。また定年間際の方、若しくは65歳以上の方も施設基準の中に入れていかなければ基準が満たせません。年金の支給年齢になると年金を満額もらうためには、やはり所得が係わってくるという問題も出てきて、8時間勤務、若しくは夜勤も可能という方達はますます少なくなります。若い方達には子育て支援、50代、

60代になると介護支援が必要となります。労働基準ぎりぎり若しくは基準を満たせず人を必死で集めている現状は、2年に1回のデータからは見えてこないのではないかと思います。また介護士のデータはもっと少ないと思います。

(医療政策課・阿南補佐)

・看護協会さんの方でも、そういったデータとかの分析はやってらっしゃるんですか。

(八木構成員・県看護協会阿蘇支部副支部長)

・なかなかそこまでのデータというのはないと思います。施設間で看護師・介護士の取り合いのようになっている現状が、もう何年も続いているものですから、対策には上げてありますがよほど具体的なものでなければ、今では変わらなかったことがこれからの10年で変わるのか不安は大きいです。看護師も介護士も同じように年を取ります。

(医療政策課・阿南補佐)

・現状維持もできないという状況ですか。

(八木構成員・県看護協会阿蘇支部副支部長)

・そうです。在宅の夜間体制等現状も十分ではありません。労働基準と施設基準を同時に守っていかなければならないので本当に厳しいです。

(平田会長)

・私は南阿蘇の方で開業して、患者さんが希望する場合には在宅で終末期まで看取るところまでしていますけれども、さきほど看護協会の方からもありましたが、圧倒的にマンパワーが不足しています。医師会立の訪問看護ステーションやヘルパーさんに協力頂いて、何とかやっておりますが、訪問看護のスタッフ達にも多大な苦勞をかけているのが現状です。やはり、訪問看護に入ってもらっても、今の診療報酬の体制では十分な給料が出せないため、早期に退職する者も少なくありません。うちの診療所も一応ベッドは持っていますけれど、特にうちみたいな特老を抱えている所は、ベッドの機能はどうかと言われると、明確に区別はできない状態です。特老で嚥下性肺炎を起こしている人が入ってくれば、そこは急性期となり、市内で膝の手術を受けて、もうちょっと歩行練習がしたいというおばあちゃんが帰ってくれば、そこは慢性期・回復期となってしまいます。ひどい場合だと、ちょっと家族が旅行に行くので3日間預かってくれませんかという依頼もあります。とにかく、在宅医療を推進する国の気持ちも分かりますが、もうちょっと田舎の方にマンパワーを回してくれるような政策をたててもらいたい。7対1で看護師を多く揃えれば、保険点数が高いですみたいなことをやってしまったりと。それが原因で、市内の中心部の大きな病院に、大勢の看護師が流れてしまう。それから帰ってくるかという帰って来ない。はっきり言って厚生労働省はどこに行きたくて、今この施策を10年以上やっているのかなと疑問に思う。療養病床が始まった時には、皆、療養

病床に手を挙げませんかと言って多くの方が手を挙げたところが、今度はいきなり梯子を外してみたり。7対1の看護も同様。7対1になると点数が高いですよと言って、皆を集めておいて、今度は条件を厳しくしてあなたのところはもう7対1は取れませんよと言ってみたり。こんなことを数年おきに繰り返しているのであれば、まともな医療政策はできないのでないかと思う。何かその場で、その時に、ちょっとこれがあるから困るからこうしよう、ちょっとこれがあるから困ったからこうしようみたいな。猫の目よりすごい。朝令暮改くらいではなくて、朝言ったことを10時頃ひっくり返して、お昼になったら、また別のことを言い出して、夕方になったら、はい、みたいなことをずっとやられていても、これを県のレベルに言ってもしょうがないのしょうけれど、だいたい国はどこに向かって行きたいのかというのを、本当はちゃんと厚生労働省の幹部に聞いてみたい。

・他に何か御意見はないですか。それでは、かなり整理されて参りましたので、今回の会議をここで終了したいと思います。どうも本日はお疲れ様でした。ありがとうございました。

○ 閉会

(阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長)

・平田会長並びに甲斐副会長には議事の進行、大変お世話になりました。また、構成員の皆様方には、大変熱心に御協議頂きましてありがとうございました。本日頂きました御意見等は、次回の議論につなげて参りたいというふうに考えております。なお、次回は9月になるかと思いますが、開催を予定しています。具体的な日程等につきましては、おって調整させて頂きたいと思っております。

・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などございましたら、お帰りになられて御記入頂きまして、ファックスまたはメールで8月末までくらいにお送りいただければと考えております。

・最後に構成員の皆様の一つお願いを申し上げます。今後、適宜情報提供等を行って参りたいと思っておりますが、可能な限り電子メールでの情報提供を予定しております。その関係上、メールアドレスが記載された名刺をお持ちでしたら、お帰りの際に事務局へお渡しいただければ幸いに存じます。なお、お持ちでない場合は、お手元の「御意見・御提案書」にメールアドレスを御記入頂いて、後程お渡しいただくか、ファックス等でこちらの方に送って頂ければありがたいと思っておりますので、どうぞ御協力方よろしく願います。

・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。

(21時00分終了)