

第1回上益城地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成27年7月29日（水）19時00分～21時00分

会場：上益城郡医師会館3階会議室

出席者：＜構成員＞ 構成員全17名

＜御船保健所＞

小宮所長、隈部次長、松田課長、岡課長、梅崎主幹、麓主幹

＜熊本県医療政策課＞

立川首席審議員、阿南補佐、末廣主任主事

○ 開会

（御船保健所・隈部次長）

- ・本日の司会を務めます御船保健所の隈部でございます。ただ今から「第1回上益城地域医療構想専門部会」を開催します。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、公開をさせていただき、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、熊本県御船保健所長の小宮から御挨拶申し上げます。

○ 挨拶

（御船保健所・小宮所長）

- ・本日は、お忙しいなか、「第1回上益城地域医療構想検討専門部会」に御出席いただきありがとうございます。
- ・この専門部会で検討していただく地域医療構想、これは今後生産年齢を中心に人口が全体としては減少していくなか、高齢者人口が大幅に増加する、大変大きな環境変化を目の前にし、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。
- ・上益城圏域は全体としては高齢化が県平均を上回り、また交通困難地もあり、今後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ると推測されています。今後の人口の将来推計や、医療需要の動向を見据えつつ、これからの環境変化に対応可能な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、まず地域医療構想の概要説明を申し上げるとともに、今後の検討スケジュール及び昨年実施されました病床機能報告の現時点での集計結果についての説明を予定しています。その後、報道の方でも大きく取り上げられた政府の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、厚生労働省から

県に提供されたシステムにより出力されましたこの上益城圏域における必要病床数の推計結果をご報告させていただきます。推計については、各方面から疑問等が寄せられていることは承知しているところであります。本日は参考値としてご覧いただければと思います。

- ・日頃から、医療をはじめ、介護、福祉、行政等、現場を把握しておられる皆様方から、今後の環境変化を見据えた地域医療のあり方について忌憚のない御意見を賜りたいと思います。また、御意見を基に地域医療構想についての検討を進め、合意形成に向けた議論を深めてまいりたいと考えております。
- ・本日から平成28年度策定までの長丁場となりますけれども、行政と関係団体の皆様と一体となって県民の安心の礎となる、この持続可能な地域医療のあり方を「地域医療構想」として描き、その実現に向けて皆様とともに取り組んでまい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てご挨拶といたします。よろしくお願いいたします。

○ 会長、副会長の選出

(小屋迫構成員・診療所代表)

- ・事務局の方で何かご提案はありますか。

(御船保健所・隈部次長)

- ・今、事務局からの提案との意見がありました。それでよろしいでしょうか。

(構成員一同)

- ・ない、異議なし。

(御船保健所・隈部次長)

- ・それでは事務局の方から。

(御船保健所・小宮所長)

- ・事務局としましては、当地域における将来の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上益城郡医師会の永田会長に、副会長には同医師会で地域医療構想を担当しておられる山地副会長に、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)

- ・異議なし。

(御船保健所・隈部次長)

- ・御承認いただきありがとうございました。それでは、設置要領に基づき、議事の進行を永田会長にお願いします。

(永田会長)

- ・会長の指名を受けました永田でございます。
- ・「上益城地域医療構想」ということですが、団塊の世代が75歳を迎える2025年問題に対応するため、医療と介護による「地域包括ケアシステム」の充実が課題となっているところです。これから先、人口減少等の様々な環境変化が生じるなかで、住民の方々が安心して生活を送る上でのベースとなる医療提供体制のあり方が、まさに問われているものと認識しております。そこで、10年後、20年後を見据え、よりよい地域医療の実現という大局的な視点にたっただき、忌憚のない御意見・御提言をお願いしたいと思います。
- ・この地域医療構想を山地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います。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

（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】

御船保健所・麓主幹より説明

- （2）今後のスケジュール、進め方等について 【資料4】
- （3）病床機能報告制度について 【資料5】
- （4）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】
（「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）
- （5）厚生労働省提供データに基づく推計結果について
 - ① 必要病床数について 【資料7】
 - ② 流出入状況について 【資料8】

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、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。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。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搭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パターンの中のパターン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为前提に、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

(永田会長・上益城郡医師会長)

- ・これから御意見を受けたいと思います。どなたか、いかがでしょうか。

(犬飼構成員・熊本県精神科協会代表)

- ・短時間で膨大な量をプレゼンテーションしていただき、ほとんど理解できなかったんですけども、大きなポイントというものですが、ひとつは人口の流出流入といいますか、人口減少を前提に上益城の病床数を考えていこうという話になっているようですけれども、ひとつ気になるのが、いまの医療圏というのが将来に渡ってそのまま維持されるのか、例えば市町村合併とかなんとかいろいろありますし、益城町はつい5～6年前まで熊本市との合併ということで町を二分するような動きがありまして、仮に益城町が将来的に熊本市と合併した場合には、どうなるかということを考えてみるとまた一から全部算定し直すのか・・・、そのあたりはいかがか。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・医療政策課の阿南と申します。よろしく申し上げます。ご質問、よくわかります。
- ・今回の構想区域につきましては、資料2のスライド8に「構想区域の設定」ということでいろいろ書いてございます。ここには「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」ということでございます。原則、二次医療圏なんだけれども、人口構成の変化等を踏まえてですね、あとは病床機能の分化、病床の機能と言いますのは今回出ました四つの機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期とありますけれども、この機能の提供を一体的に受けるにはどうしたらよいのかということを考えながら設定してまいります。その上で将来的に市町村合併等のお話がありましたけれども、仮に行政区域が変わった場合、それはそれで考え直さないといけないと思っています。
- ・例えば、二次医療圏でいけば、今度は熊本市については今回政令市になったわけですけど、植木、富合、城南ということで下益城郡そして鹿本郡から合併したわけですけど、その時点で二次医療圏の見直しというのは行っています。そういう形で、必要病床数はどうなるかということで算定というものが出てくるかもしれませんが、仮にそうなった場合はその上で計算をし直すということが出てくるかもしれません。いまわかっていることはそういうことでございます。

(犬飼構成員・熊本県精神科協会代表)

- ・前提となる現在の行政区分ですが、これがこのまま維持するという場合でいまから2年間で大きな計画を立てるということですのでけれども、その途中で例えば市町村合併と

かあった場合にはその根底から変わってしまうということもあるというわけですね。
(医療政策課・阿南補佐)

- ・そうですね、その部分の取扱い、とりあえず2025年の医療需要について推計するわけですので見定めるといいますか、合併についての取扱いについて、変えなければいけないのか、旧のままでいくのかどうかについて、そこを踏まえて議論する余地があると思います。絶対やらないといけないというようなことは、ここでは決められないと思います。
- ・ただ、参考までに、いままでは二次医療圏ということではいろんな議論が進んで参りましたが、二次医療圏の見直しというのは行政区の変更に伴って同時にやっているというのがこれまでの通例であります。今回は必要病床数ということで考えていますので、今後、もしそういうことがあったら、見直していくことが必要かなと考えています。

(永田会長)

- ・他に何か、ございませんでしょうか。

(水本構成員・山都町包括医療センターそよう病院院長)

- ・まず、この地域医療構想は国が定めて県から各地域にもっていくというものなんですけど、末端である我々がどうこう言うのは難しいかもしれませんが。まずこの考え方をですね、根本がまずおかしいと思うところを言わないと胸が悪くなりそうなので言わせてもらいますけど。まず今回のお話の最初のところには、必要病床数ということでそれに見合うスタッフの整備とかですね、そういうのが同時に書いてあったのですが、後半になったらもう第2番目である医療機能の整備であるとか、例えば医師数の配置とかですね、そういうことに対しては一切言わずに、全部病床数だけの話にすり替わってきていますよね。これは医療構想ではないじゃないかと。日本全体の病床数を減らすためのシナリオとしか言っていないという印象をまず受けます。
- ・まず、私は、まずは日本全体の考え方として、住み慣れた、よく熊本県も言っていますように住み慣れた地域である程度の必要な医療を受けて、そこで暮らせる日本全体を創ろうというのが、これは地方創生のお話でもその根底をなしているわけですから。そういう考え方でいくのであれば、流入とか流出というのは、そこが整備されていないから熊本市に流出しているだけであって、まずそこを2番目の目標として書いてあるその医療資源の整備というところを同時にこれをやっていかないと日本がどんどん尻すぼみになっていくのを後押しするだけの構想にしかならないというふうに、僕は考えます。
- ・こう言ってもなかなか変わらないのでいるのですけれども、言わせていただいたところです。それからもうひとつ、非常に細かいことですが、最近言われている地域包括ケア病棟は、あるいは病床は医療機能の区分としてはどこに入るのでしょか。明記されていないところを教えてくださいたいのと、それからこれは病棟単位というお話しか入っていないんですけれども、病床単位の取扱いはどうなるのか、その二つについて小さいところですが教えてくださいたい。

(健康福祉部・立川首席審議員兼医療政策課長)

- ・医療政策課長をしております、立川でございます。ただいま、水本先生から医療従事者の確保ということについては全部吹っ飛んでしまっているのではないかという御指摘をいただいたところです。
- ・病床のいわゆる削減に終始するような形になっているのではないかという御指摘がありました。私どもも同じような思いをもっておりまして、実は、私くし昨日これに関することでもありますけれども、厚労省の方に行ってきたとして、担当の課長とお話しをしてきたところでございます。地方は医療従事者の確保分は非常に窮しているものですから、そうしたことも併せて財源措置等もしてもらわないと困るというようなことを直接申し上げたところです。その部分については国の方も若干、痛いところを突かれたようで、確か最近の報道で地域医療の医師の確保について、近々勉強会とかそういったことをしたいということによっておりましたので、私共は病床の削減だけを今回の地域医療構想に書き込むのではないので、私共が一番直面しています医師の確保とか、そういうものを、きちんと書き込みたいし、財源もきちんと措置してもらいたいというようなことも国の方に言うておりますので、水本院長のお話は十分踏まえたところで、私共も今後国とも話をしていきたいと考えています。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・2点目のお尋ねの病床機能報告制度について、1点目の地域包括ケア病棟を取っておられる病院・医療機関においては、どの機能を選択するかということ、そして2点目は病床単位という話がありましたが、まずその前に1点目の地域包括ケア病棟の選択の状況なのですが資料2のスライド9をご覧ください。こちらはいろんな説明会に行きますと、地域包括ケア病棟はどうなるんだという話が出て参りますが、先程言いましたようにスライド9をお願いします。
- ・今回、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうに書いてありますように、先程説明では省略いたしましたけれども、今回各医療機関におかれては、この機能を説明しますと例えば高度急性期でありますと「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能」ということでこの上益城地域ではこの「特に」の部分が抜けているということでございまして、続いて急性期、回復期、慢性期というように書いてあります。こちら地域包括ケア病棟の選択というのは、あくまでも診療報酬、これは九州厚生局に届け出る分でございますけれども、ここの直接的なリンクされていないですね。だから幅があってもよろしいということになります。ですからいまは難しいですけど、地域包括ケア病棟をとられていても、ある医療機関では急性期をやっているということであれば急性期で正解ということになります。また別の医療機関に地域包括ケア病棟での機能が回復期という認識であれば回復期ということによって正解という扱いになります。これが定性的基準ということになっておりまして、いまはどの選択をされても正解ということになります。
- ・今後、こうした状態では今後医療需要のマクロということで医療機能の4つのマクロの突合せをしていくなかで、バラバラに報告されてくると突合せができなくなるわけです。今後は医療機関が選択で悩まないような定量的基準をつくるということも国は言うております。その辺を厚労省が分析しながらやっていくという話を聞いております。いま現在できる回答としてはそういうことでございます。
- ・2点目の選択が病棟単位か、病床単位になるのかということでもありますけど、病棟と

というのはひとつのブロックといいますか、有床診療所はひとつのブロックというように聞いておりました、我々の情報では病院単位あるいは施設単位でやっているところもあるようなので、そこを病棟というレベルまでもっていきたいということを知っているところでは、

(水本構成員：山都町包括医療センターそよう病院)

- ・では、確定していないということですね。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・はい、そういうことです。地域包括ケア病棟をどこで選ぶかは確定していません。

(永田会長・上益城郡医師会長)

- ・そういうことでございまして、上益城郡という二次医療圏は実に非常に複雑でございまして、特に山都町は水本先生に急性期医療をやっていただいております、上益城のなかでは唯一ここだけが、宮崎県の延岡などからですね、流入があっているところでは、
- ・ところが4町はですね、いわゆる平地部分と言いますか、益城、御船、嘉島、甲佐のこの4町に関しては、まずひとつめは人口は多いのですが全く基幹病院がありません。いわゆる高度急性期をやれる病院がありません。ですから流出が多いのは当然のことでは、
- ・それでもって全部策定してしまうというといろんな問題が出てきます。もちろんベッド数を減らすということがメインではないというふうなお話も聞いてはおりますが。但し、2025年の目標値をいまから半年間かけて話し合っただけでは今年度末には目標ベッド数を決めていくということに関して、「基本的にうちは減らせませんよ。」というわけにはいかないのでは、結局そこに向かっていくということが原則になっていくということかなという危惧がありますが、これについてはいかがなものでしょうか。
- ・いわゆる目標とするベッド数ですね、2025年のベッド数を決めますね。実際に先程の流入・流出から計算しますと約半分になりますね。必要病床数を半数とする目標数を仮に掲げたとして、それはいろんな病院の経営面から言ってもそういったことはまず不可能ですし、そういうような状況のなかで「上益城圏域は病床を減らさない」ということは可能なのかということはいかがなものか。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・今回の問題といいますか、資料7のスライド22をご覧ください。今回の目的としては医療需要、これは推計ですので推計のあり方というものもあるかもしれませんが、患者さんの状況というものもあって、病院の提供できる体制としてのベッド数がこのようになるというものでありまして、例えばですね、どうなるかという、極端な話でいくとこの病床機能報告制度の曖昧な部分がありますけれども、ここにあるように今後精度化・緻密化されていって医療需要の対応が完全に合うという前提に立って、例えば回復期の縞々のところがありまして139を回復期が担っていますという部分がございますけれども必要病床数の全体がですね、半分くらいになってしまうのですが、回復期についてはですね、229床の医療提供体制が必要だという部分がございます。

全体で見ればオーバーしていることになるんですが、医療機能別に見ればこういった不足している医療機能が出てくる。この不足部分をどのような形でまかなっていくかといった議論も出てくるのではないかと思います。全医療機関が何もしませんが、あるいは何もしないからと言ってそれに対して県知事が特段の大きな権限を持っているものではありませんけれども、医療需要の実態に合った医療提供体制ということで、入院医療から在宅医療への転換等もありますことですが、我々としてまずは「減らせ」ということではなく、不足している機能をどういうふうに確保していくかということがひとつのポイントと考えています。

(永田会長・上益城郡医師会長)

- ・その不足している機能が229ということがありますが、逆に言うと急性期339が102になるということで、これは減らせということですよ。つまり「減る」ということですよ。いまの139から90床ほどは必要病床数が回復期に関しては実際には増えるということになりますか。但し、急性期に関しては339が102しか要らないということであれば、実際には227は減らすという考え方になるのではないのでしょうか。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・会長がおっしゃるとおり、理論としてはそういうことでございます。その部分は、そういったことで、このまま続けばいなくなるということになります。その分の患者さんが減っていくという話でございます。

(永田会長・上益城郡医師会長)

- ・いや、減っていくということであれば・・・ですね、ただ患者住所地ベースではプラス471だから1,000いくつあるわけですよ。だから流出率をすごく重視して流出・流入を考えてしまうと圏域自体が成り立っていかなくなるということになるんですよ。私が申し上げたいのは、そういうことです。ですから例えば「いいですよ。うちは100床ありますから、そのうちの半分を減らして50床にします。」というようなことを簡単にできるものではないですよ。ですから、そういうことをお考えになる厚労省のなかに、いわゆるそういったお考えがあるかどうか。そういうこともお聞きしたいなと。もちろんこれから半年間かけていろいろな話し合いをするなかで、2025年のベッド数の問題に対して、より流出の問題を考えなければ実際に1,000以上のベッド数が残るという現状とほとんど変わらないということを目指してやっていくということは可能なのでしょうか。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・そこが、調整が非常に厳しいところだと思います。この上益城が仮に患者の流出を止めるという話になった場合に、資料2の10ページをご覧ください。先程の模範例です。ここでは急性期は2,176、患者の住所地でありますところが、これが上益城の1,000床ということになります。現状は流出が多いということで、このページであるべき姿で20止めたというケースになっています。20止めたいという場合は、他の医療圏からつまり流出先から「ベッド数を20くれ」ということになります。だから熊本圏域が多いので、熊本と話し合って「熊本のベッド分を上益城にください」という話にな

ります。

(永田会長・上益城郡医師会長)

- ・先程お話がありましたように、二次医療圏の見直しも視野に入れてということになりますが、二次医療圏を将来的に見直す可能性もあるというお話をされていましたが、例えば4町だけ熊本医療圏に入りたいというようなことをすれば、流出・流入はなくなりますよね。逆に言うと。ということではないでしょうか。違いますか。

(医療政策課・立川首席)

- ・医療圏の再設定といいますか、線引きの見直しというのは、実はこの地域の流出先である熊本地域医療構想検討専門部会(7/3)でも真っ先に出た議論でございます。熊本地域でいきますと、受け入れている側からの発言ということになります。今日はお示した数字のとおり流出しているところでの議論ということになります。どこの地域でも、ただいま会長のお話がありましたように辻褄が合わないというような御意見が沢山出ておりますので、私は熊本地域の専門部会のときにも言いましたけれども、今日は初回の会合でございますし、この地域の実態として流入・流出があからさまに出ましたので、今日のところは実態を知っていただくということで、なおかつ医療圏の話も出ましたので、次回以降に医療圏が議論できるような資料を取り揃えて、またそれぞれの圏域で議論していただけたらと思っております、というようなことを熊本の専門部会でも言いましたので、ここでも保健所も一緒に、頑張ってくださいね、そういったどういった形がいいかということも検討したいと思います。私共、今のまがいいとか、あるいは今の形を変えるほうがいいのかは全くニュートラルな気持ちでおりますけど、皆さんで現場で議論していただける素材は提供したいというように思っております。

(永田会長・上益城郡医師会長)

- ・では時間も押していることですし、せっかくですので皆様に御意見をいただきたいと思っております。山都町の工藤さんから一言ずつ、今回の地域医療構想について御意見をお伺いしたいと思います。

(工藤構成員・山都町長)

- ・私のところは、そよう病院、お話に少し出ましたけれども宮崎県の五ヶ瀬町だとかのそのあたりからの流入ということで入院もかなり多いと思っております。そのあたりの調整がどうなっているかなとひとつ気になりますのと、もうひとつは急激な人口減少をうちではやっているんですよね。それが不利益に繋がってもらうと、また暮らしにくい町だという話になるんですよね。やはりそこら辺をよく考えた計画にもっていただきたいと思います。やはり穏やかな暮らしやすい町なんだということのことも目標にもっていかないと、うちあたりは熊本市に近いわけでもないし、本当に不便な町というレッテルが貼られてしまうということで、町づくりを進めるうえで非常に注目しているところです。よくわからないというのが今日の印象でありました。すみません。

(小屋迫構成員・診療所代表)

- ・私が感じたのは、まだまだ勉強不足なんですけれども、今後増々医療資源の集中というのは起こると思います。そういった場合に上益城にそういう大きな投資をするというのはだいたい無理だと思います。そうすると当然流出は続くし、じゃあ、要らないかということそういうわけにはいかないと思うんです。ですから地域の特色というのはあると思うのです。だから小さい4町か5町で区切ること自体が違和感があります。以上です。

(川富構成員・病院代表)

- ・水本先生からも御意見がありましたように、地域の人達が流出してしまうというのは、やはり病院に勤務する医師なり医療従事者の充足が十分でないということが根本的にあると思うので、その辺のことをまず考えてから今後のことを考えていただかないと、いままでの状態が今後変わることはないと僕は考えます。

(入江構成員・上益城郡歯科医師会代表)

- ・二次医療圏ですとか合併がどうだといった話がありましたけれども、患者さんというのはそこで生活しているわけで、実際に患者さん自体がどこでどういう医療を受けたかということ、まずそこを基本的に考えてそれに対応していくということをしていけば、そう難しいことではないであろう。必然というか必要なことがそこに出てくるであろうと思うんですけど。そういうことを基本に踏まえると医療圏がどうだという前に患者さんがどういう医療を受けたいかということ、まず前提に考えていただきたいというふうに思います。

(井上構成員・熊本県老人福祉施設協議会代表)

- ・井上と申します。今回の構成員を引き受けるにあたりまして、自分なりに考えを少しはもっておかないといけないと思ひまして、その基本になりましたのが6/16に熊日に記事が載りまして、それに併せまして朝日、日経と大手の新聞社の方にもこの病床削減の問題につきましても載りました。各新聞のそれぞれの論調が違うのですが、ひとつ、日経新聞のところ、いま議論になっているところがあつたので記事をここで読み上げたいと思います。「各都道府県は目標に向けて2016年までに地域の医療計画を策定する。ただ、実際の病床数を目標どおりに減らすことは非常に難しい。多くの病院が民間経営で収入減に直結する病床数の削減には慎重なためだ。都道府県には病床の新設や増床を認めない権限はあるが、既存の病床を減らす権限はない。厚労省は診療報酬や補助金を利用し、病院に対して病床の削減を促す方針だ」というようなことが書いてありまして、厚労省からの目標値が国、県、地域へと下りてくるなかで非常に難しい話をしに行かなければならないということで本日は来たところでございます。

(犬飼構成員・熊本県精神科協会代表)

- ・犬飼ですけれども。うちが精神科をやっていますので今回の病院機能の区分には入っていないんですけれども、これから高齢化社会を迎えて、やはり高齢の方が認知症を含めてそういう方がこの病床機能の4区分のどこに入るのかということで非常に疑問に思うわけで、ごく一部の急性期の病気はこの経過を辿っていいのかもしれない

けれども、圧倒的に数が多いのは慢性に経過して自分では自活できないように、地域で生活できなくてやむなく入院したりしている人が沢山おられるのです。やはり、そういうふうな方々の生活を維持するには少し心配になってくるのが現実です。今のところそういうところですよ。

(荒瀬構成員・熊本県老人保健施設協会代表)

- ・いまは老健施設の代表ということで伺いたいですが、この地域医療構想の中で老健施設は療養病床と同じようにカウントされるのでしょうか。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・はい、お答えいたします。資料2(8ページ)のスライド15で慢性期機能と在宅医療等というふうにあります。この在宅医療等として「居宅、特別養護老人ホーム等で現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外で対応可能な患者の受け皿となることを想定」とかいてあります。そのうえでお尋ねの老人保健施設については、現状の帯グラフがございまして、⑤の部分で現時点の老健施設の入所者数ということと、④は訪問診療を受けている患者数、④と⑤はですね。現状における在宅医療等の算定の中に入っています。ですから慢性期に関するのではなく在宅医療等の中で算定されるということになっています。

(荒瀬構成員・熊本県老人保健施設協会代表)

- ・もうひとついいですか。要するに療養病床の受け皿となるためには在宅医療等への移行をちゃんとしないといけないということでしたね。資料で僕はわからないんですけど、医療区分1の70%が在宅医療に移行するような体制をとらないといけないようにされていますよね。この資料で療養病床の医療区分1の人が、70%の人が何名くらいというのは何か資料がありますか。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・御指摘のとおり医療区分には、医療区分1、2、3ということで2、3がある程度の医療が必要な方、1というのは「ほぼ医療の必要性が低い」ということを聞いておまして、その7割については在宅医療等ということですね。全国統一のルールで推計がということですが、そういった数値を本来ならば地域毎にそういった方が現在、何名いらして、ということでお示しすることが筋だと思いますが、厚労省がオープンにしていないでいます。
- ・それともうひとつ、地域の入院受療率、これが高いという話がありましたけど、これについても出ていません。出してくださいということを言っています。でないと我々、説明ができないと伝えています。すみませんけど、そういうことで今日の時点では資料は持ち合わせておりません。またわかり次第、ご説明したいと思います。

(荒木構成員・上益城郡町村会長)

- ・私は行政の代表で出席しております。先程から流出・流入の話がっておりますけれども、上益城の平坦部においては流出のほうが結構多いのではないかと思います。そういうなかで、熊本市、その周辺というのは他に比べて特殊な事情があって、これは

上益城郡とか、菊地郡とかのそういう単位を区切って計画を立てるのは非常に無理があるのかなど。熊本市周辺ということで、ひとつの県全体のなかで捉えるということも考える必要があるのではないかというふうに思いました。

(谷田構成員・在宅医療を担う医療機関代表)

- ・甲佐の谷田病院の谷田です。先程、その人がどのような医療を受けるようにできるかが大事だろうという話がありました。私は非常に響きました。統計的なことから人口は減るし、高齢者は増えるし、こうしないとやっていけないということで考えておりましたけど。少ないスタッフで医療・福祉に対する満足感を下げないようにサービスを提供し、質を下げずに、少ない若い世代で高齢者をどう支えていくのかということ是非常に難しいことで、いろんな条件の中で、いろいろな制約があるなかでとても大変なことだと思います。そんななかで国の政策が出ているのだろうと思いましたが。少なくとも県全体くらいで考えていかないとちょっと無理が出るなというのは常々思っています。流出・流入の問題もありますし、狭い範囲で医療圏を捉えると、どうしてもアンバランスが、慢性期、急性期、高度急性期、回復期のバランスがあまりとれていないように思います。
- ・ただ、熊本の急性期を見ると非常に優秀な全国でもトップレベルの急性期機能が揃ってしまっていて、その急性期を維持するためにはある程度の資源の集中を、人口の多いところでさせるのがいいと思います。急性期の病院が、幸い熊本のなかでも県北、県の中央、それから南部の方に急性期がある程度ばらついていきますので、それぞれの急性期を中心としたエリアを考えると、そんなに悪いバランスでもないように思います。マクロ的な視野で圏域全体を見る、熊本市周辺と隣の圏域との関係で見たところまで少し広げたところで見ないと、いまのミクロとマクロをどのレベルで見ていくかを少し広げたり、狭めたりしながら見ていく必要があるのではないかと思います。

(向山構成員・熊本県保険者協議会代表)

- ・向山といいます。私は保険者協議会の代表ということでこの会に出席しているところでございます。皆さんのお話をお伺いしながら何点かですね、私の意見ということで述べさせていただきます。
- ・まず、「二次医療圏」のお話でありますけれども、二次医療圏のなかで医療を完結させなければならないものだろうか、国のガイドラインのなかでは、重なり合ってもよいというような文章があったかなと思います。どうしても機能別で急性期が見えないということもありますので、そのあたりは重なり合ってもいいのではというのが一点あります。
- ・次に先程から先生方も言われたように、医療ニーズを機械的に当てはめて算出されているようですが、私は美里町の国保におりますけれども、保険者の立場から言えば、住民の意識のなかで病院を選んでいけますよね。どうしてもかかりつけ医から専門医に行きつづけてはいけないような場合もありますので、入江構成員も言われたように住民がどうやって医療を選んでいるのかということも、どうにかしてこれを聞きながら住民の医療ニーズの中に反映できればいいかなということも私も考えたところです。
- ・続いて在宅医療の推進のことをお話しがありましたけれども、資料2（7ページ）に

慢性期と在宅医療等はこれからの需要を推計していくというように書いてありますが、在宅医療が可能と見込まれる患者数ということで、その可能と考える基準あたりが、どういうところで捉えられていくのかなというところも疑問に感じたところです。また、今後こういう課題が出てくると思われますので、次回あたりには出していただければと思うところです。

- ・それから保険者ということでは、いまデータベース計画というものを立てているところです。これは何かと言いますと、重症化せず医療の数に上がらないようにするためにはどうするかということで、医療費対策でもありますけれども、保健予防活動を推進しながら重症化しないような取組みということで、昨年度から計画をしまして平成29年度に向けて実践をするということで、どこの保険者も立てているところだと思います。その計画に向けて実践したなかで医療ニーズのなかに、それをどれだけ反映することができるものなのかというのが一点あります。やはり、医療計画ではありますけど予防的な視点もどこかに入れていただければと思います。
- ・最後に、この会議も3回あるということですので、今日検討したことを持ち帰って次回の会議に向けての課題設定をですね、こんなことを考えてきてほしいであるとか、ここを調整してきてほしいだとか、特に保険者協議会ではレセプトの資料を持っていますので、そうした課題があれば、必要な資料を準備するなど、それに向けての取組みができるのではと思いますので、そういうところを感じたところです。

(水本構成員・山都町包括医療センターそよう病院)

- ・私は先程、申し上げましたように、最初のところに二つあったところの目標を入れ替えて。医療資源の適正配置を始めてからの病床の配分というのを考えるべきだというのがひとつですね。
- ・それから、いままで医療費を抑えるということで国がいろんな施策をしてこられましたけれども、例えば7～8年前に言われた、いわゆるメタボ健診ですね。こういうものが当時考えられた国の役人はたぶん今はいないと思うし、7～8年経って医療費の削減にどれだけ役立ったのか、先程PDCAという説明がありましたけど、国の政策自体のPDCAはできているんだろうか。というのが胸糞（むなくそ）悪くなるので話させていただきましたけど。
- ・それから、うちの場合は隣県との関係というのが熊本県の中では水俣であるとか、小国であるとか、荒尾であるとか、いろいろあるのですが。隣県との協議というのがこの資料の中にも書いてあって、飛ばされてしまいましたけど、隣同士の医療圏のなかの話し合いというのが、お互い同士が県に戻して、県同志で話し合うといった話になっているようで、直接話ができないような仕組みになっております。ですけど、実際に隣り合ったところ同志が密接に話し合わないに進まないんじゃないかな。お互い疑心暗鬼になって病床を取る、取られるだけの話になってしまいそうですので、隣県との関係というのもしっかり県の方々にも考えていただければと思うところです。以上です。

(藤木構成員・御船町長)

- ・御船町の藤木です。行政の立場から、いろいろなことを考えながら聞かせていただきました。行政におきましては地域創生ということで、私も国の方にお話しを聞きに行

きました。そのなかで「近隣町村との戦いが始まったんですよ」と「戦いの火蓋は切られたんですよ」というようなことを言われました。人口減少のなかで、この町をどうやって人口増にもっていか、そしてどのような施策にもっていか。幅広く考える、そういった方向性を示されたところです。人口が増えるのに一番いいと私が考えたのは、「医療費をタダにします」ということを、御船町を救う一番の道ではないかというふうに思っております。しかしながら、いま国から県に下りてきて、こうして上益城に下りてきたわけですけど、上益城において私の御船町を考えたら、先に負けちゃったんじゃないかということです。ベッドを有する病院・診療所は御船町には二カ所しかありません。ベッド数は2ヶ月前半です。ほとんど甲佐、嘉島、益城の病院の方に町民の方は入院していらっしゃる。ましては熊本市に入院していらっしゃるということで、この上益城においてもここまできちゃっているんですね。そのなかにおいて、行政を預かる私は医療費をタダにしたいと思っても受け皿がないということで、どうしようもないと思っております。このことを上益城のなかでどう考えるか、先程、荒木町長が言われたように行政を預かる者としては、上益城を特別地域として熊本全体のなかでベッド数の問題を見ていただきたいと思います。以上です。

(早川構成員・熊本県看護協会 上益城支部代表)

- ・看護協会の代表ということで出席しました早川と申します。資料を見せていただいてひとつ疑問に思ったのは、今回必要病床数をいう形で考えていく場合には医療機関所在地ベースで考えるということなんでしょうか。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・基本はですね。

(早川構成員・熊本県看護協会 上益城支部代表)

- ・患者住所地ベースではないということですよ。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・患者住所地から考えるというのが教科書的ですけど、実態の部分から考えますと医療機関ベース、先程資料でありましたけれども資料2のスライド20の模範例にもありましてけれども、現状を踏まえて「あるべき姿」はどうかということ考えていきましょうというのがスタンスでございます。

(早川構成員・熊本県看護協会 上益城支部代表)

- ・そういうことになりますと、先程から皆さんのお話にもありますように、上益城という形で考えるのであれば熊本市周辺ということで、高度急性期医療機能は熊本市はかなり充実した部分がありますので、上益城オンリーで考えるのは非常に難しいことになるのかなと考えているところです。
- ・看護協会代表ということで本日は参加していますので、看護協会の看護職の立場から考えますと、先程水本先生が言われましたように、医療従事者をどう確保していくのか、その辺のところのところがしっかり議論されていかないと、それ自体でかなりの格差が出ていますし、潜在看護師を発掘して中山間地域の看護職をもう少し充実させて、いろ

んな医療体制がとれるようにということでいろいろ議論はしておりますけれども、そういう看護職にしても医療関係の職にしても、そちらの対策も一緒に考えていかないとこの地域医療構想自体も難しくなってくるのかなということを思いながらお話を聞いていたところです。よろしく願いいたします。

(杉本構成員・熊本県薬剤師会上益城支部長)

- ・薬剤師会の杉本です。普段、薬局で通院の患者さんに接しておりますし、そういう患者さんがいざ入院になったときに、地元に入院したいけれども入院できる設備がないから熊本市内に病院に入院するという話を聞きます。実際に流出の話もありましたけれども、流出するのは当然だと思います。以上です。

(小屋迫構成員・診療所代表)

- ・診療所の方できました小屋迫です。話を聞いていて、小さいところは置いておいて、私が思うに国がまた手を変えて出てきたというだけで、県の方もこういうのを無理やりやらされて、しかも厚労省がしっかり情報をだすこともできなくて、私はいまの状態では意味があるのかなと、この会議自体ですね、もうちょっときちっとした、二次医療圏とかですね、病床の区分にしても、きちっとしたラインを引いてきちっとしたデータを揃えてからしていただいた方がいいと私は思います。県の方も大変だと思います。

(山地構成員・上益城郡医師会副会長)

- ・山地外科の山地と申します。県医師会の地域医療構想検討専門部会会議に当初から参加させていただいています。最初からずっと思っていたことは 今回の統計は保健所単位で分けられていますが 実際問題からすると 医療圏でいえば 熊本市医療圏とオーバーラップした上益城郡平野部など 熊本市周辺地域の事や 熊本県の県境地域で他県と医療圏を形成している地域などがあります。できれば そういう実態に沿った医療圏と言うことを考慮していただいたのベッド数の増減というのを 実際の問題として考えて欲しいなという気持ちで聞いていました。

(永田会長・上益城郡医師会長)

- ・ありがとうございました。時間もきておりますので、最後に飯星先生（熊本県医師会理事でオブザーバー）からお願いできますでしょうか。

(飯星理事・熊本県医師会理事)

- ・いえ、私はオブザーバーでございますから・・・。

(永田会長・上益城郡医師会長)

- ・では、県の方々なら何かありましたらお願いします。・・・では、御船保健所の小宮先生からお願いできますでしょうか。

(御船保健所・小宮所長)

- ・いろいろな御意見ありがとうございました。いろいろ拝聴したなかではですね、やはり一番問題になったのは医療圏といいますか、構想区域をどうしていくのかであると

か、現在の二次医療圏でいいのかということについて、まずは御意見をお伺いしたところです。そこから始まるのかなというふうに考えたところです。またこの圏域だけで決められる話ではないので、今後は本庁とともに一緒に考えていくことかなと思っています。また次回に、その話が出てくると思いますのでよろしくお願いします。

(医療政策課・立川首席)

- ・様々な御意見をいただきました。厚労省の方からドサッと資料がきて、それからデータをDVD 1枚、それをパソコンに入れますとブラックボックスのようなソフトがあって、そこから出てくるものがある、それを貼り付けて皆様にお示ししたのが今日の資料でございます。私共、正直、これが実態に合っているのかというのはいろいろ困惑している部分もありますので、厚労省に直接、地方ではこういう意見ですよと伝えていきます。
- ・昨日(7/28)、国との意見交換では皆様が言われていることと全く似たような意見をそのまま活字にして、担当の課長に示してきたところですが、正直言って、厚労省は構想策定に関しましては非常に堅いです。私共は策定する側として精一杯、皆様の御意見を聴かせていただきたい。
- ・知事の方からは、しっかりした、地方創生に繋がるような構想にしないといかんよというようなことを言われておりますので、今後とも皆様方のいろんな御意見と御協力をいただきたいと思っております。

(永田会長・上益城郡医師会長)

- ・多数の御意見等を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したいと思います。皆様には円滑な議事の進行に御協力をいただき、ありがとうございました。また、事務局におかれては、ただいまの御意見等を踏まえて、次回の委員会につなげていただく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

(御船保健所・隈部次長)

- ・永田議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、次回の具体的な日程等につきましては、おって御連絡いたします。また、お手元に「御意見・御提案書」を置いております。本日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。
- ・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)