

第1回天草地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成27年7月28日（火）19：00～21：00

会場：天草広域本部会議棟2階 大会議室

出席者：＜構成員＞17人（うち、代理出席1人）

＜熊本県天草保健所＞

稲田所長、山口審議員、宅野副部長、松上参事、山口主事

＜熊本県健康福祉部＞

山内健康局長、阿南課長補佐、酒井参事

○ 開会

（天草保健所・宅野副部長）

- ・ただ今から、「第1回天草地域医療構想検討専門部会」を開催いたします。
- ・本日の司会を務めます、天草保健所次長の宅野でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- ・まず、資料の確認をお願いしたいと思います。一番上に会議次第内容を一部、そのあと天草地域医療構想検討専門部会設置要領、それから資料1～8までを各一部ずつお配りしておりますが、不足がございましたらお知らせ下さい。
よろしいでしょうか。
- ・なお、本日の専門部会では審議会等の会議の公開に関する審議に基づき公開とし、傍聴は会場の都合により10名までとさせていただきます。また後日会議の内容等につきましては、県のホームページに公開する予定としております。
- ・それでは、開会に当たり天草保健所長の稲田からご挨拶申し上げます。

○ 挨拶

（天草保健所・稲田所長）

- ・皆さんこんばんは、天草保健所長の稲田でございます。本日はお忙しい中、第1回天草地域医療構想検討専門部会にご出席頂きありがとうございます。
- ・平成26年に医療介護総合確保推進法という一括法が成立し、これに従い医療法が改正されました。今回皆様にご検討いただきます地域医療構想とは、医療法で都道府県が定めるものとされている医療計画の一部をなすものとして新たに定まったものです。
- ・この地域医療構想の肝は、いわゆる団塊世代が後期高齢者となり医療介護の需要が最大になると予想される10年後の平成37年に向けて、地域の医療介護の供給体制をいかに整備するかにあります。
- ・地域医療構想策定の為、熊本県で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し、日頃から県民に接し医療介護の現場に明るい皆様から、今後の環境変化を見据えた地域医療のあるべき姿について御意見を頂戴することいたしました。
- ・さて、私自身といたしましては、当初この部会の会長を引き受ける心づもりでございましたけれども、蓋をあけてみますと構成員にも選ばれませんでしたので、今回は

草場の陰から見守っておきたいと存じます。今後、発言する機会もないと思いますので、この場をお借りして3点程地域医療構想の考えを述べさせていただきます。

- ・ 1点目は、地域医療構想には、地域医療介護のあるべき姿を十分に描いていただきたいと思います。厚生労働省幹部が発言していますように、地域医療構想は病床削減や医療費削減のためのツールではありません。単に、削減数を書き入れるそういう類のものではない。この検討専門部会では、医療介護にかかる様々なデータが揭示されます。データは詳細で多岐にわたり膨大なものです。これらのデータを精査することで地域医療介護の状況を改めて認識し問題点を洗い出す、そういうよい機会になると思います。貴重なデータを有効活用し地域医療介護のあるべき姿を追求していただければと思います。
- ・ 2点目、では、天草地域での懸案事項は何かということです。5疾病5事業の中で考えますと、これはやはりへき地医療でしょう。これまでも天草のへき地医療対策は行われてきたところですが、良い方向に向かっていっているとは言い難い状況です。ここは、構成員の皆様にご知恵を出し合ってください、新たな基金の活用も視野に入れて天草地域のへき地医療の立て直しを図る必要がございます。そのうえでもう一事業、周産期医療の充実を図る必要がございます。天草地域では安心して出産することが難しい状態になりつつあります。今、盛んに議論されております、地域創生の観点からも妊娠・出産・子育ての希望が実現できる社会の構築が望まれるところです。
- ・ 3点目ですけれども、慢性期医療介護の供給体制についてです。国が、医療費削減を考えていないはずはありません。地域医療構想が病床削減や医療費削減のツールではないとしても、診療報酬改定で医療費を絞ってくるのは容易に想像できます。収入減等経営難で倒産する医療機関が出てくるかもしれません。そうでなくても、地方においては医師不足や後継者難など廃業を余儀なくされる医療機関が現に急増しています。このような医療機関の自然減が生じたとしても、過剰とみなされる病床群には、新規の病床開設は認可されず、一定数になるまで放置されてしまうことは想定しておくべきです。そして、あぶれてしまう人々に対してどのような受け皿を用意しておくのか、真剣に検討しておく必要があると思います。
- ・ 以上3点私なりの考えを述べさせていただきました。
- ・ さて、本日の協議内容ですが、6月15日に国が平成37年における都道府県別の必要病床数の推計を公表したこと。そして国から熊本県へ地域別必要病床数の推計ツールが提供されたことを受けまして、平成37年における地域の必要病床数推計結果について報告させていただきます。これから平成28年度末の地域医療構想策定完了まで長丁場になりますが、どうぞご協力の程お願いいたします。最後になりますが、皆様のご健勝と本日の会が実り多いものとなりますよう申し上げて開会の挨拶とさせていただきます。
- ・ 本日は、どうぞよろしく願いいたします。

(宅野副部長)

- ・ ありがとうございます。
続きまして、構成員のご紹介でございますが、時間の都合上、お手元の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

(宅野副部長)

- ・次に、本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。
何か、ご意見はございませんでしょうか。
- ・ご意見がないようですので、事務局案を提案したいと思いますが、よろしいでしょうか。
- ・それでは、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ります天草郡市医師会会長の酒井先生に、それから副会長には、上天草総合病院の樋口先生に、それぞれお願いしたいと思いますがよろしいでしょうか。

(構成員一同)

(拍手)

(宅野副部長)

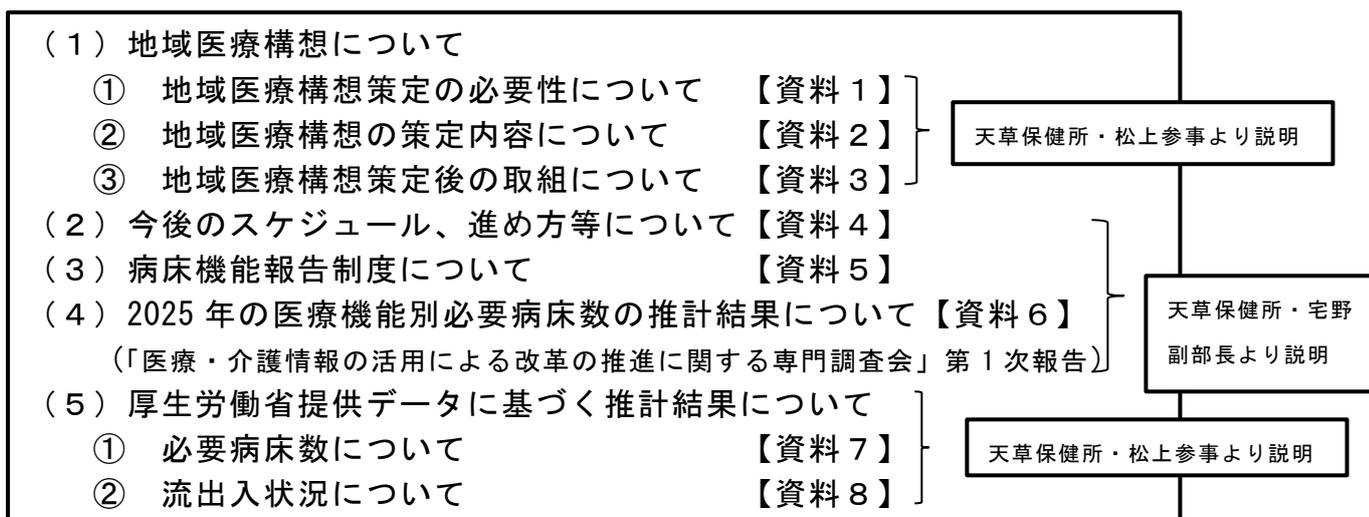
- ・御承認いただきありがとうございます。それでは、設置要領に基づき、議事の進行を酒井会長にお願いします。
- ・酒井会長、樋口副会長、前の方をお願いします。

(酒井会長)

- ・皆さんこんばんは、お忙しい中、お疲れの中、お集まりいただきありがとうございます。先ほど御指名を受けましたので今後の議事の進行を務めさせていただきます。
- ・この地域医療構想というのは、平成26年に成立いたしました医療介護総合確保推進法に基づきまして、包括ケアシステムの構築、並びに医療介護の充実の中の医療に関する一つとしてあります。先ほど保健所長さんから詳しく説明がありましたので、この辺にしときます。
- ・この「地域医療構想」は、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、この天草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る、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。
- ・本日は、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・御提言をお願いいたします。私も、この「地域医療構想」を樋口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ので、どうぞよろしく申し上げます。
それでは、座って進行していきます。
- ・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っております。議題(1)から議題(5)までに係る説明を、事務局よりお願いします。
- ・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。

います。

○ 議事



(天草保健所・松上参事)

- ・天草保健所総務企画課の松上と申します。
- ・これから約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。
- ・2ページをご覧ください。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。
- ・3ページをご覧ください。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。
- ・4ページをご覧ください。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。
- ・5ページをご覧ください。表の最下段、この天草地域の推計人口は、全体では2040年までに2010年との比較で約4割強の減少となりますが、75歳以上では5.8%の減少となっています。
- ・6ページをご覧ください。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。
- ・2ページをご覧ください。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。
- ・3ページをご覧ください。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。
- ・4ページをご覧ください。これらをまとめるに当たり、ガイドラインにご覧の8つのプロセスが示されています。
- ・5ページをご覧ください。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。
- ・6ページをご覧ください。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。
- ・7ページをご覧ください。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ますので、後程説明します。
- ・8ページをご覧ください。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。
- ・9ページをご覧ください。こちらは、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。
- ・10ページをご覧ください。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。
- ・11ページをご覧ください。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。
- ・12ページをご覧ください。これら3機能の医療需要の推計イメージ、次の13ページ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。

- ・ 14ページをご覧ください。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。
- ・ 15ページをご覧ください。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。
- ・ 16ページをご覧ください。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、特例のパターン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。
- ・ 17ページをご覧ください。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。
- ・ 1ページ飛ばして、19ページをご覧ください。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。
- ・ 20ページをご覧ください。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。
- ・ 21ページをご覧ください。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。
- ・ 20ページにお戻りください。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。
- ・ 22ページをご覧ください。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。

- ・ 23ページをご覧ください。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、2ページにありますとおり、まずは各医療機関の自主的な取組が基本となります。
- ・ 資料右下の番号5の資料をご覧ください。二つめとしまして、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。
- ・ 資料右下の番号9の資料をご覧ください。三つめとしまして、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。
- ・ 最後に資料番号10の資料をご覧ください。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。
- ・ 案とありますのは、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「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います。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具体的な医療の内容等です。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。なお天草地域は提出済み43施設で回答率87.8%です。
- ・4ページ以降から医療機能選択の集計です。26ページを願います。天草地域の結果です。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。
- ・27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8床ですが、その列を下に見てもらうと、6年後も8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944床ですが、6年後は、うち150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。
- ・ 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。
- ・ 2ページをご覧ください。資料6で説明した、政府推計と同じデータから算出した、県全域及び天草地域に係る推計結果をご説明します。
- ・ 3ページをご覧ください。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。

- ・ 4ページをご覧ください。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のレセプトデータと②のDPCデータとなります。
- ・ 5ページをご覧ください。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、棒グラフと折れ線グラフで推移等を整理しています。また、棒グラフの資料にまとめてコメントを盛り込んでいますので、両グラフを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。5ページのグラフは、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2,760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1,962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。5ページのグラフから、2013年度から2025年以降、徐々に減少していき、また、他の医療圏への流出過多が続く見込みであることが読み取れます。
- ・ さらに、6ページのグラフから、慢性期の減が顕著であり、他の機能が微減傾向にあるのに比べ、2013年と2025年を比較すると60%以上の減となっています。
- ・ 7ページをご覧ください。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78%となる見込みです。
- ・ 9ページをご覧ください。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。
- ・ 11ページをご覧ください。主な疾病別での整理です。
- ・ 12ページの折れ線グラフを御覧いただきますと、患者住所地ベースでの2025年のがん患者の増加が目立ちますが、他はほぼ横ばいです。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。
- ・ 13ページをご覧ください。全県に係る推計結果を整理しています。まず、医療機能別ですが、2025年以降、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があまり見られず、流出入がほぼ均衡していることが示されています。
- ・ なお、14ページの折れ線グラフでも、ほぼ流出入が均衡しているのがお分かりと思います。
- ・ 15ページをご覧ください。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71%に高まる見込みです。

- ・ 17ページと18ページが性別、19ページと20ページが主な疾病別です。
- ・ 20ページの主な疾病別のグラフでは、成人肺炎と大腿骨骨折が最大で32～33%と、増加する見込みです。
- ・ 21ページを御覧ください。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。上段が天草地域、下段が県全域で、2025年と2013年度との差が、それぞれ606と7,020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、天草地域で約1,600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。
- ・ 22ページをご覧ください。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。
- ・ 23ページをご覧ください。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。
- ・ 24ページをご覧ください。こちらでは、天草地域の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。
- ・ 25ページをご覧ください。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 天草地域における2025年の流出入状況（推計結果）

- ・ 次に、資料8により、「天草地域における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1日あたり296人となります。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、上から熊本と宇城が並んでいることが確認できます。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

（酒井会長）

- ・ ただいま、資料に沿って説明がありましたけれど、これから質疑に入りたいと思い

ます。説明に対しましてどなたか、御意見、御質問等ありましたらお願いします。何でもいいと思うんですよ、最初の部会ですので遠慮なく質問されてください。

(植村構成員・天草郡市医師会立病院長)

- ・地域医療構想の話なんですけど、3年くらい経ってるんですけど、最初から（聞き取れず）最終的に二次医療圏になりました。対象が。だいぶ漏れてますもんね、（聞き取れず）二次医療圏となりました。隣の医療圏とどうするかということがあると思います。同じく天草で限定するとまず市が2つこれは同じ医療圏ですもんね。例えば、大矢野地区の患者さんは隣の宇城の三角病院にかなりの患者さんが入院・受診されてますが、この辺の折り合いを宇城地区の医療圏と、日本医師会の方は良く話をしなさいという指導がっておりますが、その辺のところはデータには出ているのかな。流出とかそういう形で入っているのか、話し合いは、いつどの辺でやるスケジュールかなと。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・県庁医療政策課の阿南と申します。今日は、どうぞよろしくお願いします。
- ・先ほど構成員からご指摘がありました流出入の問題について、資料の8をお願いいたします。この、高度急性期4つの医療機能+在宅医療となっております。高度急性期でいけば、一番上の表、患者さんとしては、78.4人（人/日になってます）いらっしやいまして、そのうちの流出者として35人の方が天草地域以外に入院をされている現状から引き延ばすと、これだけの推計結果が見て取れます。右側の方が44.3人となっております医療機関ベース、天草圏域における人数、天草の医療機関で住所に関係なく行っているということになります。流入者としては、0.0となっております人数としては見込まれていないということになります。先ほどおっしゃった大矢野・三角の問題でございますけれども、ここに出てきています急性期のところの表を確認して下さい。流出先として熊本が60.2となっております、2番目に宇城が28.7となっております、見ていただきますと次のページの回復期の方に関しましても、熊本の69.3に対して次に宇城は41.5と出ています。こちらについての取り扱いなんですけれども、今回の構想区域はあくまでも患者の流出入はしないということではございません。
- ・資料2をご覧ください。資料2のスライドの8。病床機能区分の関係で急性期・回復期・慢性期はできるだけ構想区域内で対応するという話でございます。逆の立場でもそうですが、急性期の流出が全然足りないのに天草圏内でしなくてはいけないというわけではありません。住民の選択肢はフリーアクセスであるので近くにあれば越したことはないんですが、既存の医療機関を利用するというのは、当然のことだと思いますので。現状の医療機関、もともとの患者住所地を出発点に考えるとありますが、現状もやはり無視しきれないのではなかろうかというところがございます。この辺の調整の仕方は、こういった形で行っていくのか考えさせていただきます。隣の宇城の医療圏につきましても先日議論をしましたが、この辺いろいろ考えていきます。基本的には医療機関所在地をベースに考えていただきたいと思います。以上です。

(酒井会長)

- ・他の先生方の御意見は、いかがでしょうか。時間もありますので何でもどうぞ。

(植村構成員)

- ・病棟の病床機能の報告制度は、天草は80何%となっていますが、これは何回かやるのですか。

(阿南補佐)

- ・病床機能報告制度は、昨年10月から医療法に基づきスタートしています。今年も7月1日が基準日でございます。医療機能選択として4つの医療機能から選択してくださいと、現在と6年後とここまでは必須回答なんです。任意回答として2025年ということでございます。説明しますが、今回は何もない状態の中でこういった地域医療構想の医療資源の投入量による医療機能の区分という資料の2の12、13で説明がありましたが、まだまだ皆さんの医療機関に当てはめてというものではなく、医療需要をマクロで把握するため目安として出てきたものであります。今後判断する際には、資料2の9という段階で選択してもらって、最終的にはどの医療機能があるか判断に迷わないような形の選び方、定量的な基準を厚生労働省が考えているので、収れんしていくと思います。
- ・病床機能報告制度は毎年実施されます。以上です。

(酒井会長)

- ・病床機能報告制度について他にないですか。

(植村構成員)

- ・この制度が出た時、高度急性期というのは、人工心肺装置を使って手術をするという概念で出てきたんですよね。天草の高度急性期8床というのは医療センターの8床ということなんだと思いますが、そこでもう敵を眺めるという感じです。いろいろ変わってきた段階で来ているから自分のところの機能を正確に捉えないまま急いでしまったところがあるんじゃないかなと思います。何回か理解しながら進めていかないといけないと思います。

(原田(和)構成員・天草地域医療センター院長)

- ・当然このままでは、膨張していく医療費を何とかしようと、高齢者が増えていくということが根底にあります。一番医療資源の貧弱な県に合わせなさいというのがおかしなことで。明治以来、維新のころから西日本がぐっと栄えてきて、医大の数も多く、戦中戦後の療養所も多い、医療密度の濃い西日本が貧弱な所になぜ合わなければならないのかということ。
- ・天草は有明・宇城といったところより、医療圏の患者の移動は容易ではなく、隔絶されていることも、私たちの意見を反映して地域医療構想を考えていかなければいけないと思います。
- ・国全体としては、高齢者の増加が問題になっていますが、天草の65才以上の高齢

者の増加は、今後10年～15年は変わらない。今の医療活動の様相は、ほとんど変わらない。呼吸器疾患を抱える患者が多いので強化を図っていかなければならない。それともう一つ天草の抱える問題は、15～64歳の働き手が極端に減ること。医師は他所の地域から来る可能性はありますが、介護職・看護職が他所から来ることは考えにくい。患者の動きはそんなに変わらない。このことをふまえ医療構想に力を入れていく必要があると思います。

(竹口構成員・天草中央総合病院院長)

- ・医療資源で考えることは、医師が一人しかいない診療科もございます。その一人の医師がいなくなった時、二次医療圏にも影響が出てくる。それをどうカバーしていくのかが、一番危惧しているところです。

(荘田構成員・荘田医院院長)

- ・在宅医療には大きな壁があります。患者は家に帰りたいたと思っていても地域でそれが受けれない。地域包括ケアも家族の覚悟がいる。医療や介護といったフォーマルのサービスだけではできない部分がある。自治体や社協や老人会・区長などの協力を得ながら在宅医療を推進していかなければならないと考えています。どのようなサービスが必要か検討・研究して、地域の顔の見える支援の輪を作る必要があると思います。天草市長もいる今回の会はありがたいと思います。

(中村構成員・天草市長)

- ・介護等の専門職の人材不足については、自治体が考えるべきですが、なかなか進まないのが現状としてあります。人材不足、専門職が少なくなっている。あと10年すると生産人口が高齢者人口と逆転してしまう。そんな中で看護師等の専門職の不足は目に見えています。地域包括ケアで今一番活躍してもらっているのが民生員であり、地域で304名いらっしゃいますが、市民の安否の確認など非常に活躍されている。市民の方からも市長から礼を言ってくれと電話もいただきました。地域の区長をはじめ社協におんぶにだっこで行政も進んでいっている状態です。2年間にわたってこの構想を検討していくことは行政にとってもいい勉強になります。医師会もメディカルネットでお世話になっていますし、2市1町で協力をして進めていきたいと思っています。

(尾崎代理(堀江構成員)・上天草市)

- ・上天草市でも(地域包括ケアについては)上天草総合病院を拠点として、開業医の先生にも協力をしていただき、区長や民生員や元気な老人の方にも協力をしていってもらってもいいんじゃないかという話もでていますが、なかなかすすまないところです。
- ・話は変わって、先ほど大矢野地区から三角済生会病院に(患者が)流出していましたが、関係する補助金が宇城市：上天草市＝3：7で配分され、三角済生会病院に流れており、大矢野地区の方が三角済生会病院の方を利用しているものと考えられます。

(酒井(保)構成員・酒井病院理事長)

- ・ベッド数はこれまで県全体での数値があったが、二次医療圏ごととなるとイメージが頭に浮かばないで戸惑っているのが現状です。もう一つの問題は、当院は長期入院者が多く、だいたい30～40年入院している人が12%いらっしゃいます。家族がいない、家族が遠方にいるため亡くなくてもすぐに引き取りなど対応ができない。国は、院内から院外へ・地域へ帰すと言っていますが、地域に帰れない。まずは病状を安定させて社会で生活できるシステムを作してほしい。患者は院内に定着し退院に不安があり、家族が居ても気兼ねするということがあります。また、患者の高齢化に伴い、精神疾患に加え身体合併症が重なり、精神的・身体的なケア両方のシステムが必要となります。それから、経済的にも困ってくる。障害年金生活で、保険がきかないようなところに行こうとしても、患者さんに経済力がない。お願いしたいのは本人の意向を聞き、家族の意向も考えていただきたい。退院には家族の問題があるし、地域内の医療というのが受け皿は満杯状態です。

(阿南補佐)

- ・一点留意なんですけど、今回の病床の検討は一般病床と療養病床で、精神病床は対象ではない。ただ、認知症の問題もあり、精神病床との連携も必要なので精神科の方からも出てきて頂いている。またいろいろご意見ください。

(北岡構成員・熊本県薬剤師会天草支部長)

- ・医療構想は基本的には病床がメインになると思いますが、地域包括ケア抜きには語れない。人口動態・介護職の不足などを含めて考えていかなければならない。薬剤師も在宅へ行くことを求められていますけど、先ほどの竹口先生の話にもありましたが、医師一人で一つの診療科を行うのは手一杯な部分がある。薬局も一人薬剤師での対応は困難であり、連携をどうつくっていくのかを模索していかなければ難しいと思います。

(植村構成員)

- ・この会議は、天草案をださなければならぬと思いますが、地域包括ケアができてこないビジョンだけが先に進むのは、竹やりで軍艦に向かっていくようなもの。患者は全部岸壁から海に落とされる事態になります。この(地域医療構想)問題はこの問題としても、包括ケアもそうとう力を入れて進めていかないといけないと思います。彷徨える患者というのは現実に起こっていて、医者が患者になって、急性期を抜けたと思ったら、療養病床をまわされ、行くところがなくなった。医者が患者になってもそういうことが起きています。
- ・それと、6月16日に熊日新聞に熊本県は今後病床を3割減らすというのが出ましたが、これには大学病院もかなりパニックになりました。こういうことは正式に決まってから報道してもらわないと困惑する。わかりやすく説明していただきたい。

(阿南補佐)

- ・国の内閣官房が県内病床3割過剰とのマスコミの発表がありました。丁寧な説明が

必要ですが、これは全国が同じ基準でいった場合のベッド数の推計結果が出たものです。人口動態から医療需要を考え、必要な方に病院、それ以外の方に在宅医療等をすすめていくという解説が必要だと思います。資料7の5に具体的な病床数がでていますが、結果しかわからず、どのように出されたのかは不明で、国には詳細を出すように求めているところです。

(健康福祉部健康局・山内局長)

- ・熊本の場合は非常に多い病床数ということで、国が突然1万床余分とベッド数を出してきました。厚労省は参考の数値とも言っているが、数字だけが独り歩きし不安を与えるので、きちんとした説明とセットでなされるべきだと思います。
- ・天草地域のベッド数の説明をすると、資料7の5で2,760の病床を2025年には、1,129床にすると出ている。また、資料7の25で慢性期病床が1,419床が444床しかいらぬのではないかと、急性期病床が944床が315床しか実際のニーズはないのではないかと、というのが厚労省の意見です。これでよいのか、地域の実態をつかみ、必要な数字を積み上げ、厚労省はこう言っているが現実的にはこうだというものを科学的根拠をもとにつくっていく。これが大事なんだろうなと思います。(厚労省の参考値は)一般病床はニーズに応じたベッド数、療養病床は全国的に差があるので少ない方に合わせようという風になっています。療養病床についても高知は多く山形では少ないんですが、全国的には自然も文化も違うからとご理解いただけるとは思います。資料6の13をみると九州でもこんなにも差があります。熊本は人口あたり271人、それに比べ大分は122人です。こういったものも地域性を考慮し、科学的根拠を調べて数字を積み上げ、天草地域はこれだけ必要だという検討を行っていく必要があると思います。

(東構成員・東整形外科院長)

- ・今の天草でより良質な医療サービスを受けられる体制になっているのか。今の(医療構想の)話は(医療を)供給する側の理屈。それを受ける側の視点で言いますと、天草はとても広域でございます。そのとき緊急時(医療が)受けられるか、すなわち交通機関とか、お年寄りとか地域によって事情を考慮する必要があると思います。
- ・病床を考える上で、もう一つは、公的病院のこれからの果たすべき役割でございます。病床が減っていくなら、ターミナルケアやリハビリといった採算に合わない分野に公立病院の果たすべき役割があるのかどうか、議論はされてきたと思いますが、その進むべき方向性が医師会には見えてこない。天草地域の医療のあるべき姿については、地域の特徴をふまえ、地域完結を目指して守っていくべきで、十分考えていきたいと思っております。

(船元構成員・熊本県保険者協議会代表)

- ・必要な方が必要な医療を受けられるように予防の取り組みを進めているところです。30年後重症化の予防とか、いろんな病気にならないようにこの検討会で議論していただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

(森構成員・公益社団法人熊本県看護協会天草支部天草地区理事)

- ・看護の現場から、認知症・老老介護・独居の方をどう自宅に帰すのか、どうしていったらいいのか、地域連携室を使用したり後方病院があるところはいいが、ないところはどのようにするのかの問題で悩んでいるところです。それともう一つ、看護職・介護職の不足があります。潜在看護師の就労支援や、声をかけているがなかなか増えていかない。それから、天草市に看護学校が2つあるが、地元に残らない。どうすれば、地域に残ってくれるのか医療・介護の担い手になってくれるのか考えているところです。また、看護師も連携が上手なのでやってくれと言われますが、たとえば急性期病棟に配置された看護師は現場で手一杯で、地域にどんな施設やサービスがあるのかまで目がいかないという思いがあります。

(矢野構成員・天草中央総合病院附属介護老人保健施設施設長)

- ・先ほど植村先生の言われた、岸壁から落ちる人たちを救うのが老健の立場と考えていますが、地域の病床を減らすとなると、受け皿をしっかりとしないといけない。資料7の21によると2025年には606人の患者を在宅医療等で受け入れるようにしていかないといけないのだろうと。特に私が気にしているのは、特養や老健は県の監査もあり、それでレベルの維持ができていますが、全国的に問題になっている、お届け介護サービスとか低料金をうたって高齢者を集める(施設)。行政のほうもそういうところをお願いすると引き取ってくれるからという実情があるみたいです。行政側からしたら監査もできない高齢者アパートなど、通りハや介護保険を利用した無届施設から介護費用をとられてしまう実情もあります。こういうのが今後増えていくものと思います。老健としては、在宅をすすめるに当たり急性期の病院から入所していただいて、在宅に復帰できるようにし、訪問看護や訪問リハを利用し訪問診療の医師と連携していくことも大事になってくると思います。
- ・それともう一つ、私も以前、脳神経外科医で急性期医療をやっていたときは、なにがなんでも患者の命を救うことを第一にやってきましたが、看取りをしていくと高齢者医療をどこまでやるのか、それは我々が決めるのではなく、患者や高齢者の方の「リビングウィル」どこまでどうしてほしいのか意思表示ができるよう教育していく、それは例えば保健所とか高齢者の集まる場を利用するとか。例えば自分で食べれなくなった人の胃ろうや、果たして高齢者医療がいいのかわるいのかという観点もすすめていかないと、ただ、命を救えばいい、高齢者にどこまで高度医療が必要かという観点もございませんと、ただひたすらに医療費はかさむ、それを支える若者はいない。やはり、高齢者が自分の意思表示をすることが今後大事になってくると思います。
- ・介護施設としましては、急性期病院から訪問医療への短期入所、レスパイト的な短期預かりを勧めていきたいと思っています。

(青砥構成員・天草郡市歯科医師会常務理事)

- ・(歯科医療)分野の中で多いのが、高齢者の口腔ケアですが、病院では患者に集団で口腔ケアを行ったり指導をしています。退院し在宅、各家庭・個人でとなると負担が増えていく。入院時は、専属の歯科医師がみるが、退院後は在宅訪問診療となり、うまく連携をしていかないと。自宅に帰り、回復していた状況がまた初めからとなってしまう。今後は、連携が取れるように模索していきたいと思っています。

(原田(英)構成員・梅寿荘施設長)

- ・天草特有の生産人口の減少が進む中で人材確保は喫緊の課題です。現在の施設職員の高齢化もあり、退職による職員の補充と新規職員確保の二重苦の状況。今回の協議事項があるので、介護の現場から現状と今後の介護が賄えるようにもっていかなくてはいけないと思っています。資料7の21に介護が必要となる606人を賄える方向に持っていくことが必要。医療だけでなく、福祉・保健が連携を図っていく必要がある。今回の資料は(医療資源の)供給データが出てないので、必要な介護人材等の数値も並行して行っていただけるとありがたいです。

(樋口副会長)

- ・大事なのは天草地域医療をどうするのか。あるべき姿を皆さんで話しあっても結論を出すのは難しい。天草においては、へき地医療も大事。資料によると慢性期の病床かなり減らさないといけない。パターンBでも1000床くらい減らさんといかん。これは無理だとは思いますが、努力しながら減らさないといけない。病床を減らすならそれをどこに受け入れるか、受け皿をどうするのか、これは医療機関や介護機関だけではなかなかできないだろう。いろんな人が一緒になってやらないといかんだろう。地域包括ケアシステムですが、地域によっては家庭に帰せない人がたくさん慢性期の病棟にいるので、どう地域で受け入れていくのか。これには行政の力も大きいので、行政と一緒にやっていかなきゃいかんのかなと思います。病床を減らしていくことは非常に厳しいことではあるが、できるだけ、天草のあるべき姿を目指してみなさんのご意見をいただきたい。

(酒井会長)

- ・地域包括ケアシステムの構築、在宅医療、それにかからんで病床の話、難しいところがある。天草独特の地域性もある。必要なものは残さないといかんし、天草の課題をどうしていくか話し合っていきたい。結論は急がなくていいと思います。みんなが納得できるようしないと出来上がらない。
- ・次回から今回の意見を参考とし、今後どうするか考えていかなければいけないと思います。

○ 閉会

(宅野副部長)

- ・酒井会長並びに皆様方には、大変熱心にご協力いただき、ありがとうございました。本日いただいたご意見等は、次回の議論につなげて参ります。なお、次回の検討専門部会の具体的な日程等につきましては、決まり次第、おってご連絡いたします。
- ・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。

(20時55分終了)