

第2回熊本県地域医療構想検討専門委員会 議事録

日 時：平成27年10月20日（火）17時00分～19時00分

場 所：熊本県医師会館7階 大会議室

出席者：＜構成員＞ 23人（うち、代理出席3人）

＜熊本県健康福祉部＞

豊田部長、立川首席審議員、中川審議員、阿南課長補佐、浦主幹、

村上主幹、酒井参事、末廣主任主事、浴永主任技師、藤本主任主事

報道関係者：なし

○ 開 会

（熊本県医療政策課・中川審議員）

- ・ ただ今から「第2回熊本県地域医療構想検討専門委員会」を開催いたします。本日の司会を務めます熊本県医療政策課の中川でございます。
- ・ まず、資料の確認をお願いします。会議次第を1部、資料1～3までそれぞれ各1部ずつお配りしております。資料3には関係データもお配りしています。
- ・ なお、本日の委員会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、前回に引き続き公開とし、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。
- ・ また、会議の概要等については、後日、県のホームページに公開を予定しています。
- ・ それでは、開会にあたり、熊本県健康福祉部長の豊田から御挨拶申し上げます。

○ 挨 拶

（熊本県健康福祉部・豊田部長）

- ・ 皆さん、こんにちは。本日は、お忙しい中、「第2回熊本県地域医療構想検討専門委員会」に御出席いただき、誠にありがとうございます。
- ・ さて、6月5日に第1回の専門委員会を開催しましたが、その後、7月3日の熊本地域を皮切りに、8月6日の阿蘇地域まで、全11地域で「地域医療構想検討専門部会」を開催しました。関係者の皆様には大変お世話になりました。
- ・ その専門部会では、参加者の皆様から、様々な御意見をいただいたところです。その概要について、本日の議題（1）で、事務局から説明させていただきます。
- ・ 次の議題（2）に関係しますが、9月県議会一般質問において、自由民主党の藤川県議が今回の地域医療構想の策定について、蒲島知事の所見をお尋ねになりましたので、答弁の概要を説明します。
- ・ 知事は、「熊本の医療は、誇るべき宝であり、人を呼び込み、人口減を食い止めるための大きな強みと考える」と述べられ、同時に、「日本の将来を考えると、社会保障費の抑制を図ることは重要な課題であり、そのため、真に必要な病床は確保するとともに、医療需要を超える病床は削減することが必要と考える」と答弁されました。
- ・ それに続いて、「ただ、国が示す算定式では病床の削減があまりにも大きいため、県として地域医療構想をどのような方向で策定すべきか、思い悩んでいる」と自分の正直な気持ちを述べられました。その後、「本県の実情や人口ビジョンを反映した地域医療構想を検討できないか担当部局に指示したこと、さらに、地域医療の現場の状

況を把握するために、構想対象の 500 を超える全ての医療機関に対して、直接ヒアリングを行うよう併せて指示した」旨の答弁をされたところです。

- ・そして、最後に、「高齢化の進展や医療・介護需要の増大する中で、患者の状態に応じた適切な医療体制を整備するという地域医療構想の目的の趣旨に沿って、関係者の意見を伺いながら、丁寧に策定に取り組んで参る」と答弁されました。
- ・少し説明が長くなりましたが、本日の議題（2）で、構想対象の医療機関からの「地域医療の実態把握のための聞き取り調査」について、事務局から説明いたします。
- ・最後の議題（3）「構想区域の設定」については、前回の本専門委員会や地域の専門部会において、構想区域の設定について様々な意見が出されており、県から複数の案を提示してもらいたいとの意見もありました。
- ・こうしたことを踏まえ、今回、患者の受療動向等を中心に分析し、複数の案を、検討の「たたき台」として提示しております。
- ・今後、各地域で開催する第2回の専門部会における議論の「たたき台」として提案することを予定しておりますが、皆様方から忌憚のない御意見を賜りたいと思います。
- ・本日は、どうぞよろしく申し上げます。

（中川審議員）

- ・構成員の皆様のご紹介につきましては、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。
- ・なお、今回から、熊本県保険者協議会の御推薦により、熊本県国民健康保険団体連合会の林田常務理事に御参画いただくことになりました。ただし、本日は所用のため、代理で熊本県保険者協議会の中熊会長に御出席いただいております。
- ・それではここから議事に入らせていただきます。設置要領に基づきまして、議事進行を福田会長にお願いいたします。

○ 会長挨拶

（福田会長・熊本県医師会 会長）

- ・皆さん、こんばんは。本日は御多忙の中、またお仕事でお疲れのところ、第2回熊本県地域医療構想検討専門委員会に御参加いただきまして、誠にありがとうございます。ただいま豊田部長からお話がありましたように、6月4日に第1回が開催されまして、以来、二次医療圏ごとに専門部会が開催され、議論も深まってきたところではないかと思っております。その間に策定の趣旨だとか、推定値に対する疑問とか、様々出てきております。
- ・一方で、先程お話がありましたように、県議会で知事の見解が述べられたということでございます。ただ、日本医師会におきましては、先週の金曜日でしたか、国保連合会の会議に出ました中川副会長が、「地域医療構想と医師会の取組み」と題して講演をされまして、日本医師会としては厚労省に、地域医療構想については病床削減が目的ではない、その数値について拘泥する必要はないと確認しておると。それが各都道府県では、その数値ありきで議論が進められているということで非常に納得がいからず、それぞれの地域で頑張ってくれという話でございました。ここに資料がありますので、どなたにお見せしても構いませんが、そういう意見もあります。
- ・その中で、私どもは地域の医療を守るために、丁寧な議論を進めながら、決して県民・市民に御迷惑をかけないような地域医療構想、あるいは喜ばれるような地域医療構想

の策定に努めていかなければならないと思っていますところでもあります。

- ・ 本日は、(1) (2) で御報告、御紹介があった後に、(3) で構想区域の設定について御議論を賜ることになろうかと思えます。どうぞよろしくお願いいたします。

○ 議 事

(1) 第1回各地域医療構想検討専門部会での御意見について	【資料1】
(2) 地域医療の実情把握のための聞き取り調査について	【資料2】
(3) 構想区域の設定について	【資料3】

(福田会長)

- ・ それでは早速でございますが、お手元の次第に沿って、会議を進めさせていただきます。事務局より、議題(1)から(3)に係る説明をお願いします。なお、次第の4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ます。

資料1 第1回各地域医療構想検討専門部会での御意見について

- ・ 資料1から資料3について、全体で約30分で説明させていただきますことを御了承願います。まずは資料1をお願いします。
- ・ 資料1の「地域への説明状況について」です。7月から8月にかけて、全11地域で「地域医療構想検討専門部会」を開催しました。各専門部会では、保健所から構想の概要を説明するとともに、2025年の医療需要に応じた必要病床数推計について、厚生労働省令に規定された全国統一の算定式に基づく結果をお示ししました。各専門部会では、様々な御意見をいただきました。意見の数を整理しますと163件となりましたが、次の11分類に分け、別添資料のとおり、意見に対する県としての「考え方・今後の方向性」を総括的にとりまとめております。
- ・ 2の「意見に対する考え方・方向性について(主なもの)」です。本日、別添資料の全てをご説明することは、時間の都合上できませんので、意見の中で特に多かった項目について、御説明したいと思います。
- ・ 「②必要病床数」です。御意見として、「国は病床削減ありきの構想策定を求めているように感じる。地域に必要な病床を確保し、住民が安心できる医療を提供していくことが大事。」とありました。県の「考え方・方向性」としましては、「地域医療構想の内容の一つである「2025年の必要病床数」は、医療法上、「構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された・・病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量」と規定されております。このことを踏まえ、具体の算定式が厚生労働省令に規定されています。国からは、都道府県間の整合性を取るため、法令に基づき必要病床数を設定するよう求められております。本県では、これらのことを踏まえつつ、法令に基づく必要病床数で地域の医療が確保できるか、構想対象の全医療機関を対象に、聞き取り調査を行うことをはじめ丁寧に構想を策定して」参ります。
- ・ 裏面をお願いします。④構想区域については、本日3番目の議題となっておりますので、ここでの説明は省略します。

- ・ 次の⑤医療提供体制についてです。「医療従事者の必要数、確保策も一緒に考えないと、地域医療構想の実現は難しい。」との御意見がありました。「考え方・方向性」としましては、「構想の実現のために、必要病床数に応じた、必要な医療従事者の確保に係る目標設定については、国（厚生労働省）において、「地域医療構想による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について見直していく」とされているため、まずは、これらの議論を注視して」参ります。
- ・ ⑥在宅医療等については、「現状では、療養病床には、認知症、独居、高齢者夫婦等でどうしても退院できない方が入院されている状況。在宅医療等を進めるのであれば、介護人材の確保も含めた受入体制をどう作っていくかが課題。」との御意見がありました。「考え方・方向性」としましては、「地域医療構想を推進するに当たっては、医療や介護が必要な方々を支えていくため、地域包括ケアシステムの構築と一体的に進めることが必要です。
- ・ 地域医療構想では、入院医療から在宅医療等への転換を進める方針が示されていますが、ガイドライン上、「在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠」と記述があります。さらに、ガイドラインでは、厚生労働省に対し「今後、入院医療ではなく在宅医療等で対応することとした者の介護分野での対応方針を早期に示されたい」と明記されています。
- ・ これらを踏まえ、厚生労働省に「療養病床の在り方等に関する検討会」が本年7月に設置されており、まずは、この検討会の議論を注視して」参ります。
- ・ いただいた意見・視点を踏まえ、地域医療構想の策定に生かして参ります。資料1の説明は以上です。

資料2 地域医療の実情把握のための聞き取り調査について

- ・ 資料2を御説明します。
- ・ 先ほど、資料1の説明でも触れましたが、1の「目的」に記載しておりますとおり、地域医療構想の策定に当たり、地域医療の実情を把握する必要があると判断いたしまして、医療機関に対し、平成27年度病床機能報告の報告内容や将来の医療提供体制の見通し等について、調査票に基づく聞き取りを行うこととしております。本調査の実施を通じ、次の3つの効果を期待しております。
 - ① 医療機関に対して地域医療構想の理解を深めていただくこと。
 - ② 医療機関の将来の病床数の見通しを区域ごとに積み上げることで、厚生労働省令の算定式に基づく「必要病床数」とのかい離について分析ができること。
 - ③ 地域医療構想の実現に向け、必要となる施策が明らかになること。
- ・ 2の「対象医療機関」は、構想の対象施設であり、病床機能報告の対象となります。県内の一般病床及び療養病床を有する病院及び有床診療所計513施設を予定しております。
- ・ 3の「実施時期」は、11月中旬から平成28年2月末を予定しております。
- ・ 4の「内容」です。対象の医療機関から、聞き取らせていただく内容でございます。
 - (1) 平成27年度病床機能報告の報告状況について、①医療機能別の病床数、稼働病床数、休床数、この休床数は本調査で新たにお尋ねするものです、②新規入院患者数、在院患者延べ数、退院患者数をお願いしております。これらは、通常、病床機能報告の結果が国から県に2月頃に届きますので、今回の調査を通じ、各医療機関の直近の状況を早期に把握するためにお尋ねするものです。次の(2)2021年における病床数の見通しについて、(3)2025年における病床数の見通しについては、病床の機能ご

とに、その時点の病床数をどの程度見込んでおられるのかを、お尋ねいたします。また、(4) 在宅医療の実施状況と 2025 年における見通しについて、(5) 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて、(6) 地域医療構想に対する意見等について、お尋ねいたします。

- ・ 実際に医療機関に記入いただく調査票につきましては、2 枚目以降に添付のものを予定しております。内容は、今、御説明したとおりでございます。
- ・ 表紙の裏面に戻っていただきまして、5 の「回答結果の取扱い」です。
- ・ 医療機関からの回答は、地域医療構想の策定に係る検討資料として使用し、病床機能報告の公表事項以外の項目であります表の 4 (1) ①の休床数、(2) ~ (6) の網掛け部分につきましては、次のとおり取り扱います。
- ・ ①区域ごとの集計値のみ公表し、個別の医療機関の数値は一切公表しません。②回答内容について、将来の医療機関の予定を拘束しません。
- ・ 6 の「調査実施方法等」です。各保健所が、管轄の医療機関に対し、調査票に基づく聞き取りを行います。具体的な進め方、日程等については、現在検討中でございます。医師会等関係団体からも会員への周知等御協力をいただきながら、実施していく予定です。資料 2 の説明は以上です。

資料 3 構想区域の設定について

- ・ 資料 3 及びその関連としてお配りしております「関係データ」に基づき、「構想区域の設定について」御説明します。
- ・ 資料 3 本体を一枚おめくりいただき、スライド 2 をお願いします。構想区域の設定は、ガイドラインの策定プロセスにおいて 3 番目に位置付けられています。二次医療圏ごとの推計データをすでにお示ししていますが、構想区域を設定した後に、区域ごとの医療需要や必要病床数を推計し、固めていくことになります。
- ・ スライド 3 をお願いします。構想区域の定義ですが、1 の枠囲みが厚生労働省令に規定された基準です。構想区域は、二次医療圏を原則として、2 行目末尾の「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を推進することが相当であると認められる区域」を設定することとなります。また、ガイドラインでは、設定に当たった考え方として、一つめ「人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など」を勘案すること、二つめ「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。一方、急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい」こと、三つめ、二次医療圏と異なる設定をした場合は「次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当」と示されております。
- ・ スライド 4 をお願いします。御参考として、地域医療における区域の概念を御説明します。左から構想区域、医療圏、昨年度開始した地域医療介護総合確保基金で設定が必要な医療介護総合確保区域、介護における区域である老人福祉圏域を並べていますが、本県では、二次医療圏、都道府県総合確保区域及び老人福祉圏域を同じ区域で設定しています。
- ・ スライド 5 をお願いします。本県の二次医療圏の現状を、人口・面積・医療機関数及び従事者数で示したものです。うち医師及び看護職員の方々については、総数に加え、県内シェアや人口 10 万人対等を示していますので、圏域ごとの医療資源をおおまかに御確認いただけたと思います。
- ・ スライド 6 をお願いします。本県における医療圏の設定を整理したものです。

- ・ 現行の保健医療計画において、5 疾病並びに在宅医療及び認知症の医療圏は二次医療圏と同じで設定していますが、5 事業に関しては、へき地を除く 4 事業のうち、救急医療では「熊本＋宇城＋上益城の一部」で構成する「熊本中央医療圏」と「山都医療圏」の設定、周産期医療並びに小児医療では一部構成を組み替えた「熊本中央」と「有明・鹿本」の設定など、柔軟に設定しております。構想区域の設定に当たっては、こうした例も踏まえる必要があると考えています。
- ・ スライド 7 をお願いします。資料 1 でお示しした第 1 回の専門部会での御意見について、構想区域あるいは二次医療圏に関する主なものを再整理したものです。「構想区域は二次医療圏をまたがることも考えられる」「二次医療圏の見直しは避けられないのではないか」といった御意見、「患者の流出を防ぐための医療従事者の確保の対策が必要」といった御意見など、様々な御意見をいただいております。構想区域については、これらの御意見を踏まえ、原則となる現行の二次医療圏に加え、データに基づいて複数の案を検討することで以下整理しております。
- ・ スライド 8 をお願いします。構想区域の検討に際しては、第 1 回部会の御意見の中にもありましたが、厚生労働省が現行の第 6 次の医療計画の策定に当たり示した「二次医療圏の見直し基準」を考慮する必要があると考えております。
- ・ この見直し基準とは、①人口規模が 20 万人未満、②流入患者割合、すなわち流入率が 20%未満、③流出患者割合、すなわち流出率が 20%以上のすべてに当てはまる場合は、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるとして、二次医療圏の設定を見直すよう求められたものです。このいわゆる「トリプル 20 基準」に対し、本県では現行の医療計画の策定時に、「有明」「鹿本」「阿蘇」「八代」の 4 圏域が該当しましたが、圏域の変更は行わず、継続的に検討していくこととしました。そうした中、今回、2025 年の医療需要の推計において、従来の 4 圏域に「天草」を加えた 5 圏域が該当することが判明したところです。
- ・ スライド 9 をお願いします。こうした点を踏まえ、構想区域案の一つめ、A 案として、まず現行の二次医療圏の区域を提示します。区域ごとに、「トリプル 20 基準」の人口・流出率・流入率に係る 2025 年の推計値をお示ししております。なお、流出率については、4 機能のうち的高度急性期を除く急性期、回復期及び慢性期パターン B の合計で算出しています。また、各基準をクリアしているかを二重マルまたはバツで示し、3 つすべてが当てはまる見直し対象の 5 圏域を赤枠並びにオレンジの塗りつぶしで表しています。
- ・ スライド 10 をお願いします。以降、現行の二次医療圏とは異なる構想区域案について、御説明します。その基本的な考え方ですが、一点目は、構想区域に対する様々な御意見を踏まえ、データに基づく案として検討のたたき台を提示するというものです。二点目が、構想区域が次期医療計画における二次医療圏につながることも考慮し、「トリプル 20 基準」に該当する区域が生じないように、又は該当する圏域を個別に精査し、必要に応じ隣接の二次医療圏との統合について検討するというものです。この統合については、従来からの「郡市」の枠組みや、住民、関係機関の皆様方にとってまとまりのある圏域として定着し、広域的な取組みが推進されている二次医療圏を一単位と設定し、検討に当たっては、他の医療圏の設定状況や、患者の受療動向、生活圏の一体性などの地域的な結びつきを考慮しております。三点目が、「トリプル 20 基準」に該当しない二次医療圏にあっても、流出患者割合（換言して流出率）が 50%を超える、すなわち自圏域完結率が 50%未満となる場合は、隣接の二次医療圏との統合について検討するというものです。ここで言う「自圏域完結率」は、患者の居住する

圏域内の医療機関に入院する割合のことで、100%から流出率を引いて算出していますが、「上益城」が流出率 63.4%、自圏域完結率 36.6%で該当となりました。

- ・ スライド 11 をお願いします。検討に当たり採用したデータを一覧でお示ししています。①患者の受療動向、②生活圏の一体性、③トリプル 20 基準との適合性、④面積を考慮しており、①②についての具体的なデータを添付の「関係データ」で整理しています。
- ・ スライド 12 をお願いします。二次医療圏と異なる構想区域案の一つめが、「トリプル 20 基準」に該当する区域が生じないように、隣接する圏域との統合等により区域の設定を図るというものです。ただし、ア)「人口」が千人単位の四捨五入により 20 万人超となる場合、イ)「流出率」が基準の 20%との比率で+10%以内となる場合については、基準との差が僅かと評価し、非該当に区分しています。この結果、県北は「有明+鹿本」と「菊池+阿蘇」の統合、県央は「熊本+上益城」の統合、県南は 3 圏域のまま、さらに「宇城+天草」の統合となり、これを B 案として提示します。
- ・ スライド 13 をお願いします。B 案を地図上に示したものです。A 案同様、区域ごとに人口・流出率・流入率を整理し、二重マルが基準をクリアするもの、一重マルが先程の基準との差が僅かと評価したもので分けております。左上の「②有明+鹿本」の人口、二つ下の「⑦宇城+天草」の人口、右下の「④八代」の流出率が一重マル評価となります。なお、統合案の圏域の流出入率については、二次医療圏ごとの流出入数を簡易的に合算して算出しております。
- ・ スライド 14 をお願いします。B 案として、「トリプル 20 基準」等の該当区域をなくすとした場合に考えられる案をお示ししましたが、根拠データが 10 年後の推計値であり、今後の変動も見込まれますので、「トリプル 20 基準」等を前提としながらも、該当する圏域を個別に精査し、その上で必要に応じて隣接の二次医療圏との統合等により区域の設定を図るという考えで、三つめの案として C 案を整理しました。
- ・ C- (1) 案が、県北における「菊池+阿蘇」の統合及び県央における「熊本+上益城」の統合で、その他は現行どおりとするものです。(2) 及び (3) 案は (1) の派生で、(2) が県北の「菊池+阿蘇」のみ、(3) が県央の「熊本+上益城」のみ統合とするものです。
- ・ スライド 15 をお願いします。C 案に係る「トリプル 20 基準」等に該当する圏域について、考え方をそれぞれ整理したものです。「①有明」については、2025 年の推計人口が約 15 万人と一定の規模を保ち、また、患者の受療動向等に見られる福岡県の有明圏域とのつながりを考慮し、単独の区域と判断しています。「②鹿本」は流入率、「③八代」は流出率が基準と比較してその差が僅かであることから単独、「④天草」は、流出率の基準との差及び海に囲まれているという地勢的な要因を勘案し、単独と判断しています。一方、「⑤阿蘇」については、人口・流出率・流入率のいずれも基準との差が一定程度ありますので、患者の受療動向や生活圏の一体性などを踏まえて、菊池圏域との統合について検討することとしています。ただし、流出入率の推計は平成 25 年度ベースですので、その後に整備された阿蘇医療センターの医療提供状況等について留意する必要があると考えています。また、「⑥上益城」については、流出のほとんどが熊本圏域となりますので、両圏域の統合について検討することとしています。ただし、熊本圏域への一極集中の問題等に留意する必要があると考えています。
- ・ ここで、添付の「関係データ」をお願いします。スライド 2 に、患者の受療動向として、二次医療圏ごとの流出率をお示ししております。有明と福岡の有明圏域とのつながりや、阿蘇から菊池への流出、上益城から熊本への流出の状況等をデータで御確認

いただけると思います。

- ・ 資料本体にお戻りください。スライド 16 から 18 まで、C 案 3 つに係るデータをお示ししております。また、次のスライド 19 に、御説明した A、B 及び C 案 3 つの計 5 案をまとめております。
- ・ 最後のスライド 20 をお願いします。ただ今御説明した 5 つの案をたたき台として、これから地域ごとに協議を進めていきたいと考えております。
- ・ 各地域での協議結果を踏まえめるとともに、必要に応じ案の再提示を行った上で、次回すなわち第 3 回の検討専門部会において構想区域を決定できればと考えておりますので、本案に対する御意見等をよろしくお願いします。以上で、説明を終わります。

○ 質疑応答・意見

(福田会長)

- ・ ありがとうございます。これで (1) (2) (3) と説明をいただいた訳であります。この後、意見交換に入りたいと思いますが、どうしましょうか。(1) (2) (3) とお伺いしましょうか。併せていたしましょうか。(1) から一つずつ参りましょうか。それでは皆さんからの御意見あるいは御質問を賜りたいと思いますが、議題 (1) についてでございます。第 1 回地域医療構想検討専門部会で様々な意見が出されておりますが、何か御意見ございませんか。

(鴻江構成員・熊本県老人福祉施設協議会 会長)

- ・ 熊本県老人福祉施設協議会の鴻江でございます。資料 1 の 2 ページに在宅医療等についてということで、医療構想が進められる中で、我々老人福祉施設というのは受け皿の一つとして、特養であったり、養護老人ホームであったり、受け皿の立場となる訳ですけれども、課題として介護人材の確保と今回謳われておりますけれども、これが一番重要な課題であると認識いたしております。ただ、もう一つ申し上げれば、施設における医療の在り方が、まだきちっと精査されていないと感じます。県医師会からも色々出ておりますけれども、特に特養に関しまして、今まで施設の方を一般のクリニック等で診察した場合、再診料とも普通に請求できていたものが、特養、老人福祉施設の嘱託医になったばかりに、いろんな診療報酬が請求できないようになるということが出てきております。そういった中で、在宅として受け皿となるからには、こういった施設の医療の在り方をきちっと精査していただかなければ、進めようにもベッドは削減されて、受け皿にはなるんだけれども、そういったものが整理されていない部分ではなかなか受けにくいということもありますので、そういったところを是非しっかりやっていただきたいと。ですから課題は一つだけではないということで申し上げたいと思います。以上です。

(福田会長)

- ・ いま介護人材の確保、あるいは施設の医療の在り方について御要望というか御意見がありました。何かお答えはありますか。

(熊本県医療政策課・阿南課長補佐)

- ・ 承ります。この件について、鴻江会長が 8 月の会合で、厚労省の保険課長におっしゃったのを聞いております。我々も関係課と協議していきたいと思っております。

(林構成員・林整形外科医院 理事長)

- ・先程の福田会長の挨拶にありましたとおり、鳥取の米子でありました全国国保連絡協議会において、日本医師会の中川副会長がいろいろな地域医療構想の挨拶の中で、この地域医療構想はベッド数を削減するものではないんだと、何回も繰り返して言われました。色々なデータが集まって、各都道府県あるいは各都市医師会がどのくらいのベッド数を削減するかというある程度の数値が出てきている段階で、ベッド数を削減するものではないと言われるかどうかは、私は非常に関心があったんですね。中川副会長は開口一番、なんて言われたと思いますか。県行政の理解が不足していると。誠に失礼ですけども、こういうふうに言われました。理解の不足とは何かということでございますけれども、都道府県は医療需要に対する医療供給を踏まえて、必要病床数を推計するけれども、病床機能の分化・連携に向けた議論のためのものに過ぎない、不要な病床削減の基準とするものではない、むしろ不足している機能の病床の手当てを検討するものである。このことを県の行政の方々に説明をしてくれと言われました。非常に厳しい数値が出ています中で、こういう考え方に御理解いただけるかどうかということを県の方々に聞きしたいと思うんです。何かありましたらよろしく。

(阿南課長補佐)

- ・先生、質問ありがとうございました。法令上は、必要病床数ということで定めることになっております。今回どういう計算になっているかと言いますと、2025年の医療需要、その時の入院患者数を推計しています。それをベッド数に換算しているということでございます。今後一番大事なのは、先程言いました病床機能報告との突合せもございまして、不足する医療機能をどうするのかということが患者さんにとって重要でありまして、一番大事なことだと認識しております。ただ、第1回で説明もしましたけれども、県知事に削減する権限は明確にございません。必要病床数という数値が出た上で、どのような形で地域の医療の方が考えていかれるのか、需要がこれだけになるといなかでどう考えていくのか、一緒になるのか、一緒になって考えていくのかという形で、そこで議論が起こるのかなど。そういうことで、その数値というのは一つのたたき台、それこそ目安と言いますか、これぐらいの数になるんですよというものでございます。ただ、その数自体が現在と比べたら大きいものですから、その数について、地域の医療が守れるのかということを、県として丁寧に分析していかなければいけないと思っております。

(林構成員)

- ・もう一つよろしいですか。地域の検討部会に出席させていただきました。ただ、第1回の会合で、ここでは分類してありますけれども、もう言いたい放題ですよ。この期に及んでどうのこうの言いませんから、いわゆる2025年の必要病床数を、急性期から回復期までを含めた具体的な数値を地域の中で示して、このデータがだいぶ出ていますよね。数値を示していただいて、じゃあどうするのか、削減するのか、代替の機能を探すのか。そうしなければ期間中に意見を集約するのはたぶん不可能じゃないかなと思います。これを優しく丁寧に地域の会議の中で説明していただきたいと。よろしくをお願いします。

(金澤構成員・青磁野リハビリテーション病院 理事長)

- ・私は慢性期医療という立場で今回参加しておりますけれども、資料（1）の先程のくだりですけれども、特に2ページ目に在宅医療についてという、今、鴻江先生の御指摘があった部分ですけれども、ガイドライン上でこの考え方、方向性の枠の4行目に「策定ガイドライン上、在宅医療等の整備が先行した上で」とありますけれども、このニュアンスと言いますか、この在宅医療の整備の中に、住まい、つまり高齢者居住の安定化、高齢者の住居を安定的に供給していこうという国土交通省ですか、高齢者の住まいを県内で7千、8千でしたか、もっとでしたか、充足していこうと計画と、この医療政策の中での在宅医療等の整備を、これは部局が違いますので、一緒に進めておられるのか。つまり、必要病床数という言葉の中に、高齢者住宅を病床と見做して、そこに訪問診療を行うということが病床であると、地域包括ケアの現場はそこにあると。1つはですよ。そこに1つあるというのであれば、是非、部局は違わずに一緒に検討していただきたいんですね。そこに対しての現況と、今後の方向性を伺いたいと思います。

（阿南課長補佐）

- ・在宅医療等ということで、施設関係の部局は同じ健康福祉部でございます。高齢者支援課と、地域包括ケアであれば認知症対策・地域ケア推進課です。我々一体となって、この問題について取り組んでおります。資料2ページの⑥の部分に関し、地域包括ケアシステムはどうするんだという、9月議会での藤川県議の質問に対しては、担当部署と我々が連携しながら答弁しておりますので、そこは御安心いただければと思います。しっかりやっています。

（熊本県医療政策課・立川首席審議員兼課長）

- ・県庁で言いますと土木部というところがございまして、そこに住宅課という部署がございます。地域医療構想は県が作りますので、県庁の中で齟齬があったりとか、ここは全然知らんよということがあったりしてはいけません。在宅に係る高齢者の住宅の整備とも足並みを揃えて、県の施策として取り組んでいかなければなりませんので、我々の取り組みも十分に土木部との連携をとって、進めて参りたいと思います。

（金澤構成員）

- ・是非行っていただきたいと思います。もう一つの質問は、先日から病床数削減のニュアンスの、3割とか4割とかマスコミが独り歩きしていましたが、あのニュアンスが、今日お集まりの先生方のところもどうなるんだろうかということで、病床機能報告制度の中の高度急性期並びに急性期、そして回復期という、この前者3つの医療が行われている病床を35%、40%削減するという計画は国にはないと。つまり、そこは2025年の必要病床数に見合っていないとは言え、どうも計算してみますと、高度急性期、急性期、回復期を一つのくくりとしますと、そこは10%から15%以内の削減の提案がガイドラインでは出ているんです。ですから3割とかいうのはちょっと違うんですね。ところが、4番目の慢性期及び在宅、ここは4割5分の削減になります。5割近い削減ですね。私が聞いたのはそこなんです。在宅という住宅に向けて、その枠に持っていくかということは、地域によって相当違いますので、熊本市内あるいは熊本県内それぞれの地域で、住宅の計画の在り方も違います。地域の特性に応じて、その地域の療養病床を残すべきであるとか、やはり転換してもいいんじゃないかとか、そういった議論を、構想区域に当たっても続けなくちゃならないのではない

かと思っておりますけれども、その見解についてお聞かせください。

- ・それともう一つ、くどいようですけれども、今月 13 日のメディアファックスで、昔で言うと経済財政諮問会議のような財務省関連の会合ですね、その会合で、民間医療機関にも病床削減を要請するというのが現状だったんですけれども、病床削減を命令することが出来るように、財務省関連の会議では検討を始めたということがございまして、私は全病院団体にこれは看過するわけにはいかんよと指摘したんです。これは財務当局ですから、しかもメディアファックスの書きぶりでどうでもなると思うんですけれども、そこら辺の実態を是非是非県としても掴んでおいていただきたい。厚生労働省はそんなこと言ってないはずなんです。財務省はやはり、財政上は病床を減らしてもらわんと困ると麻生さんが言っているわけですから、そういうことを県としても同じように鵜呑みになさらないようにという願いを込めての質問です。是非是非そこも見過ぎさないようにしていただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・一点目の一般病床と療養病床の削減割合は違うという御指摘については、必要病床数と病床機能報告との突合せで見えてくることの御指摘かと思えます。1 回目の専門部会の資料として、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の必要病床数と病床機能報告の差というものを示しております。慢性期については、病床機能報告制度では 11,012 床ですが必要病床数は 5,449 床ということで、5,563 床の過剰となっております。一方、回復期については、病床機能報告制度の 4,148 床に対して必要病床数が 7,049 床で、逆に 2,900 程の不足ということになっております。急性期については 5,000 程度、ややオーバーしています。病床機能報告は医療機関が表示したい病床機能を選択することになっております。今回、第 2 回の病床機能報告制度が始まっております。第 1 回目は、医療機関のみなさんは手探り状態で報告されたと思えますので、第 2 回目の病床機能報告では、報告内容について注視していきたいと思えます。そのために、今度行います聞き取り調査におきまして、一刻も早く情報収集して、分析を行って参りたいと思えます。二点目の財務省の話につきましては、私も財務省の資料を読みました。財務省の諮問会議のような形で出てきた話ですが、その中には、事実なのですけれども、今、法律に書いてあるのは、休床している病床、正当な理由もなく稼働していない病床を持つ公的病院に対しては、知事が削減を命令できます。民間病院に対しては要請できるとされています。これが、財務省の資料によりますと、もう少し強い権限に、民間病院に対しても要請ではなく、公的病院並みに命令できるようにしなさいという議論になっております。これについては、私たちも注視し、場合によっては声を上げていきたいと思えます。

(高橋構成員・高橋整形外科医院 院長)

- ・有床診療所の担当をしておりますので、一言お尋ねしたいのですが、休床している有床診療所というのは、多分あるかと思えます。そういうところをヒアリングでもって、あなたのところは一年間以上入院がないから削減の対象になりますよというような見方はしないで欲しいと思えます。厚労省としましても、今後の地域包括ケアシステムの中で、在宅支援の拠点、特に郡部での有床診療所は拠点として意義を見出しています。それに引き換え、現実はどうも減っております。全国で毎年 500 施設くらい減っておりますので、減少に歯止めをかけるように、各地域地域で在宅をやっている有床診療所は是非残してもらいたいと要望しておきます。有床診療所も削減の対象で

すと、前回の打ち合わせの時にちょっと豊田部長が言われていたと思いますが、そのところを配慮よろしくお願いします。

(阿南課長補佐)

- ・分かりました。今回のヒアリングでは、休床だから削減対象とするという話ではなく、これは議題の2の方に入りますけれども、実際に、県全体でどのくらい地域医療をカバーできているのかということ把握させていただきたいと思っております。

(坂本構成員・国保水俣市立総合医療センター 病院事業管理者)

- ・地域の医療圏の問題は、また地域専門部会で議論したいと思うのですが、先程、林先生がおっしゃったことですが、今でも基礎データに基づいた算定方式による病床削減ありきではないと、厚生労働省も日本医師会の中川副会長も言っておられました。ずっと厚労省の話とか各種講演会等を聞いておりますと、やはり小出し情報の中に、パブコメなどが入ってくると、やはり削減ありきだと見える。実際に出てきたのは、先程、県が策定されると言われた病床の部分ですね。それで、削減の権限はないと言われるが、これは厚生労働省令で全国統一の算定方式であって、特例は認めないとなっている訳でしょう。これでは、自由にやれることは絶対ない訳だから、やはり病床削減ありきではないのですか。

(立川首席審議員)

- ・私たちが厚労省に聞くと、坂本先生がおっしゃったように厚生労働省令どおりに作らなさいと言われる。そこから先ですね、出てきた数値、第1回の専門部会で出させていただいておりますけれども、一步先まで行って、削減と見るのか、その数字をどう感じるかということになりますと、厚生労働省からはこのとおりに削減しないさいとは一切言われていません。ただし、全国統一的に算定を行っているのだから、熊本県がベッドを算定式よりも多くするのであれば、他県からその分の病床を差し引いてもらうようお願いをしたうえで構想を国に持ってきなさいと、厳しいことを言われております。削減ありきと伝わっているところと、これはあくまでも構想ですよと伝わっているところとありまして、私どもも困っております。ですから、先程、部長が知事の答弁を引用しましたように、県庁全体が迷っております。まず、医療関係の皆様方の将来的な御意向等を踏まえて、じっくり作ろうと取り組んでいるところでございます。

(坂本構成員)

- ・昨年の病床機能報告が11月に終わって、12月に医師会の先生方にどうなっているのか説明を求められた時に、これはどうしても、やはり聞いている限りは病床削減ありきだと説明した。人口がこれだけ減っていく訳だから、納得いくような良い意味での病床削減、効率化ですね、これは当然求められる。私たちも納得する。そういう形で地域の実情にあった体制の確立は各医師会でやってくださいと言ったことはあります。実際に私は今後、医師会の先生方の各地域で、良い意味での効率化という形の議論を進めて行かないといけないと考えている。そこで、病床削減の権限はないと言われると、それでまた検討が終わってしまうだろうし、またこんがらがってくる。やはり、権限はない訳ですね。

(阿南課長補佐)

- ・はい。民間病院に対する削減命令の権限はありません。各医療機関が、自主的に主体的に取り組むものだと思っていますので、先程話がありましたように、不足する医療機能をいかに充足させていくかがメインだと思っています。あとは、過剰になった部分については、どうお考えになるのか。推計では過剰という数が出て参りますので、これをどう捉えるのかということだと思います。

(福田会長)

- ・何か、阿弥陀くじを引いて、当たりくじがあって、最初に当たりくじが決まってい、そのために阿弥陀くじを作って、どこを引いてもそこに行くようになっていような気がします。そもそも、必要数を予測する必要はないじゃないですか。必要病床数は放っておけばそこに行くのだから、わざわざ予測する必要はないのに、予測の数字のところに行くように阿弥陀くじを作られて、どうもいろいろな会議が阿弥陀くじに納得してもら、皆さん聞いたでしょう、分かっていたでしょう、OKと言ったでしょうというためのプロセスに見えて仕方ないと、皆さんおっしゃっている訳です。だから、是非そうならないように。というのは、最終的にはこの阿弥陀くじはもう無視しましようと言えるようなことにしないと、なかなか解決がつかないという側面があるかもしれません。ただ、私たちもなんとか、県民の皆様が医療に困らないよう責任を負っている訳ですから、県の方々と一緒になって、県は厚生労働省とグルになっていると言われぬように、知事の見解を具現化するように頑張っていたきたいなと思っています。
- ・それでは次の2番に移らせていただきます。地域医療の実情把握のための基礎調査について。先の議題では少し網羅的な話になりましたが、これは地域の実情に応じた医療機関の個別の計画等を聞くというような話でしたね。何か、意見はありませんか。これは、熊本市と郡部によってそれぞれ少しずつ聞き取りの仕方が違うというようなことはあるかもしれませんね。何か、御説明の追加はありますか。

(立川首席審議員)

- ・まだ、各地域にはどのように聞き取りをするかということまで指示はしていませんが、こういったことをやりたいということで、基本的には地元医師会とよく相談して取り組むようにということだけは伝えております。

(福田会長)

- ・藤川県議の質問に対して、知事が丁寧にヒアリングしなさいというような御指示があったということでした。これは、それぞれの分野で思いの丈を述べていただく、そして、そこで言われたことについては、医療機関の今後の計画等を拘束しないということが書かれているということでしたね。

(水足構成員・山鹿中央病院 理事長)

- ・この後の議論についてはそれぞれの圏域の専門部会で、またこの説明があるでしょうし、各委員からのいろいろな意見があると思いますので、それに従って進めていただければと思います。県は、熊本県の医療提供体制、介護も含めたグランド・デザインをまず頭においていただいて、各圏域はどうあるべきか、圏域の特徴はどうかを

考えるべきだと思います。私がおります山鹿・鹿本圏域には、高度急性期を担う病院はありませんので、熊本市に高度急性期はお願いしている訳です。新たに高度急性期をやるという病院が出てくるとは考えられません。圏域の医療提供体制を検討する場では、地域に限定した、地域のためにどれだけことができるかを考えていくしかありません。熊本県には、県全体のことを考えて、この医療圏ではこういう医療をやるんだというような、もうちょっと大所高所から考えていただきたいと思います。

(福田会長)

- ・何かほかにございませんか。

(山田(一) 構成員・高野病院 理事長 院長)

- ・先程から、病床管理に関しては、非常に様々な御意見が出されていますが、全日病の立場で出席させていただいておりますので、全国の流れからいくと、先程言われたように、財務省が、病床に関してはもう必要病床数の推計値は参考値ではないとの発言をいろいろなところでしている。そして、医療法第7条を2017年までに改正して、民間病院も県知事がコントロールできるようにすると、そういうものが、常識的に全国的に流れています。熊本県は、先程から聞いて、我々にとって、誠意のあるシンシア(Sincere=誠実な)な態度をとっていただいておりますが、他の県の話聞きますと、すごいところもあります。減らすといているところもあって、減らすというか厚生労働省令の計算どおりにやるというところもあります。
- ・私が気になったのは、資料1の1ページの必要病床数で、これは地域構想区分における厚生労働省の定める計算式で出た数ですね。そこにそのまま、もしそういう病床数になった場合、入院すべき人が1週間も2週間も待たなければならないという状態が生じる、逆算するとそうなるというのが、いろいろなところでデータが出ています。ですから、厚生労働省も医療系の人材がもうほとんどいなくなって、現場の分からない厚生労働省がそういう計算式を示しているの、今回、個別医療機関の聞き取り調査を実施されると聞いて、非常に素晴らしいことだと思っております。
- ・こういう緻密な調査をやっていただいて、厚生労働省の計算式だけではなく、実際の各地域の医療が成り立つためには、今日入院しなければならない人が、今日入院できるような病床の管理ができるような計算式を作っていただいて、その上で、これだけ不必要な数がありますよというものが出るのであれば、我々は納得できると思います。今回のこの聞き取り調査に関しても、できれば各医療系の先生方の御意見をプラスしていただき、今回はまず今年やっていただいて、必要があれば、違う角度からの調査も県、行政でやっていただいて、厚生労働省の言うとおりの計算式ではなく、知事が言われたような、熊本の誇りだと言われるような計算式を出していただいて、そして、私たちに示し直していただけないかと思います。そうすれば、我々は討議ができるのではないかなと思います。あの厚生労働省令の計算式は、医療の現場で癌の治療とかいろいろやっておりますが、実態とは合いません。そういう面では、今回の聞き取り調査をまず今年やられて、次は来年もぜひやっていただいて、その調査の内容にこういう必要性がありませんかということを、各医療系の先生方に事前に聞いていただいて、将来的な計算式にそれがつなげればと思います。この聞き取り調査に関しては、これに基づいて、今度は計算式がこう変わりましたと、来年、是非我々に御報告いただければと思います。ただ、聞き取り調査を実施してなんとなくいいですねと言われるのも困るので、これだけのデータから見ると、この計算式はこうしないといけないこ

とが分かりましたということをお我々に具体的に分かるように、結果を出していただくと、大変素晴らしい調査になると思いますので、来年、その結果を教えてくださいのを楽しみにしております。

(福田会長)

- ・何かほかにございせんか。県も、限界を感じつつ、何か一所懸命やろうとして言っておられる訳ですので、御協力をよろしくお願いします。

(山田(和) 構成員・熊本県老人保健施設協会 会長)

- ・老人保健施設協会の代表の立場で来ておりますが、調査票について意見を述べさせていただきます。気になりますのが、調査票の休床数の考え方 ある時点をとって空きベッドを休床数というのか。老健施設で在宅のバックアップをしていると、常に空きベッドはあります。逆に言うと、なければならぬ訳です。いつでも入院させられるように。有床診療床も同じで、在宅医療のバックアップのためのベッドにしておくと、常に空きベッドが出てくる。それと部屋数が少ないので患者の男女を分けると空きベッドはさらに出てしまう。空きベッドがあるのは当然な訳です。むしろ、空きベッドがないと言いながら慢性期医療で在宅医療をやっておられる方がおかしいんですね。そういった意味で、この休床をどう捉えて評価されるつもりで聞かれるのか、例えば、7月1日の時点を取って入院患者のいないベッドを休床とされるのか、そうであれば、ちょっと違うんじゃないかなと思うのですが、いかがでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・資料の調査票を御覧ください。細かいですが、休床と言いますのは、九州厚生局に休床として届出されたベッド数です。すでに使われていない部分をお尋ねしようという考えであります。

(山田(和) 構成員)

- ・そういう意味だろうと思えますけれども、そこは徹底しないと誤解が生じる。昨年の病床機能報告の回復期の考え方も同じでした。診療報酬上の回復期の点数をとったところを回復期とカウントした病院が結構多かったですが、実際とは違うんです。今回の調査票でもちょっと気になるのは解釈に差が生じることなんですけど、そのところは徹底していただく、逆に言うと、休床があるところには県が定義する休床かどうかを確認していただくというようなことをやっていただかないと、数字だけが走ることになって危ないと思います。

(阿南課長補佐)

- ・調査票が分かりにくいのではないかと御指摘をいただきましたので、定義等をきちんと明示した上で調査して参りたいと思います。御助言ありがとうございます。

(福田会長)

- ・相澤先生、いかがですか。精神科はまた特殊な立場だと思えますが。

(相澤構成員・熊本県精神科協会 会長)

- ・精神科は今回入っていませんので、今回勉強しに参りました。精神科の場合、阿蘇の

場合だったらうちに来られたり、遠くは天草の方も来られます。県外からも来られます。おそらく他の科もそうだと思うんで、区域、区域でこう、こうと形が決まってくと、実際の医療の中で現実的な動きを反映するのであるかということを考えながら、話を伺っておりました。その辺はどうですか。医療圏という形ができてしまいますと、あたかもそれで完結するイメージが出来てしまいますので、そうなると、精神科の場合はかなり広がっていますが、他の科でもおそらくそうなると思いますが、それはどうかということがありますね。

(阿南課長補佐)

- ・現在の二次医療圏の定義は、一体の区域として入院医療を提供する体制の確保を図る区域です。今回の地域医療構想における構想区域については、病床の機能分化・連携を一体的に推進する区域ということです。ただし、高度急性期を当該区域で完結しなさいということではありません。他の区域に委ねることはできます。しかしながら、その他の急性期、回復期、慢性期の機能については、なるべくその区域内での完結をすること、患者にとって身近な区域で受療できることが望ましいということです。こういった基準で区域を考えていきたいと思っております。ただしお断りしますが、区域が決まったからと言って患者さんが他の区域で受診できませんということではありません。

(金澤構成員)

- ・国、財務省では、病床の削減を迫る発言があったりしていますが、今、阿南さんが説明されていますが、あったらいいなという地域医療構想というのは、地域で医療機関の連携が育まれていき、住民の皆さんが安心して生活できるという姿、そういう姿を我々も望んでいます。そして、結果として我々は仕事をしていくために、金融機関から融資を受けたり、様々な手を尽くして職員の給与を払ったり、営む事業体でもあるのです。地域医療構想の実現に向け医療機関が「主体的に」というのは、我々経営者として「主体的に」取り計らっていくということだと思います。それは患者さん方の受療行動を見越してといえますか、それに従って、我々は事業計画を立てていく訳ですね。今回の地域医療構想の策定と現場の医療機関の年度年度の事業計画は一致しない場合もある訳ですよ。ところが、今回区域の中で本当に不用に削減したために自由な受療行動、県民はどこに行ってもよいんですが、そうした想像と違った受療行動だった時に、ちょっともう満杯だよとか、あるいはもう対応できないよということがないように、医療機関が主体的にあくまでも外来あるいは入院、あるいは入院外、在宅というものは、あくまでも医療機関が主体的に行うもので、皆さん行政が強要するものではない、ということくれぐれもお忘れなきようにと思っております。計画どおりやって実態と齟齬が出てしまうというのは残念であるし、県民としては相当な問題であると思っております。よろしく御配慮願います。

(鴻江構成員)

- ・質問よろしいでしょうか。資料2で病床機能として高度急性期とかありますよね。病床機能は診療報酬の点数で分けるという話しを受けたのですが、状態の定義というのが、我々の施設（老人福祉施設）で言えば要介護3以上の人を入れるということになりますよね。高度急性期とか、急性期とかの定義、状態像というのはどうなっているのですか。

(阿南課長補佐)

- ・ 1 回目の会議の資料で説明しておりますが、病床機能報告では4つの機能ということで高度急性期から慢性期までその定義が書いてあります。高度急性期というのは何かと言いますと、「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」です。急性期機能とは「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能」、回復期機能は「在宅復帰へ向けた医療やリハビリを提供する機能」、慢性期は「長期にわたり、療養が必要な患者を入院する機能」となっております。この定義に従って各医療機関は選択されます。

(鴻江構成員)

- ・ 病床機能は状態では決めないということですね。日本の決め方というのは、体制、例えば7対1とかありますが、ニーズとマッチングしていないといけないということは聞くのですが。

(阿南課長補佐)

- ・ 先程の診療報酬点数で分けているというのは、推計入院患者数を出すための数値、区分ということで、高度急性期は診療報酬、医療資源投入量が3000点以上等で区分しているものです。

(鴻江構成員)

- ・ 「要介護3」みたいに患者の状態で区分しているわけではないのですね。

(阿南課長補佐)

- ・ そうです。御指摘のように、病床機能報告における病床機能区分と地域医療構想における病床機能区分の整合性については問題となっております。国の方も認識しております。

(河野構成員・国立病院機構熊本医療センター 院長)

- ・ 関連で、この病床機能報告ですね、資料2の調査票に、高度急性期、急性期等機能区分ごとに病床数を記入することになりますが、報告する際に、医療資源投入量の3000点、600点、175点で区切ったところで報告しなさい、ということですか。そういうことはありませんよね。

(阿南課長補佐)

- ・ そういうことではありません。点数ではなく、先ほどの定義に従って、選択いただきます。

(河野構成員)

- ・ 念のため、確認しただけです。

(立川首席審議員)

- ・ 先程、山田先生から、来年計算式も示し直してくれとの話しもあったのですが、今年度はヒアリングをさせていただきまして、全体像はこうなっておりますというのはこの場で御報告はいたしますが、国の厚労省令の計算式は Σ （シグマ）を使ったりして、

高等数学で成り立っております。私ども、ある意味ブラックボックスと言っておりますが、この計算式の中身はどうなんですかと厚労省に問い合わせても、厚労省はその中身を開示されておりません。そのため、山田先生がおっしゃる新たな熊本計算式というのを提示できるかというのは請け合いできませんので予めお断りしておきますが、どのような「かい離」があるというのはきちんと皆さんに御提示したいと思っております。

(福田会長)

- ・それでは3番の構想区域について御意見を賜りたいと思います。

(飯星構成員・熊本県医師会 地域医療構想担当理事)

- ・先程縷々説明していただきましたが、この地域医療構想の最大の問題点は構想区域の設定だと考えています。資料3の10と11に、「基本的な考え方」と「採用データ」に基づいて、A、B、Cの案が示されています。しかし、これはあくまでも現在の二次医療圏を基にしたものであって、それとトリプル20に該当しない、ということを経準に設定されたと考えております。現在考えられるところでは、二次医療圏をそのままに、あちこちにくっつけるというのは、苦肉の策としてまあ妥当な試案でないかと考えます。ただ、この基本的な考え方にも示されていますが、別の切り口から区域設定ができないのか、例えば、市町村などの自治体を乗り越えた区域の設定。具体的に言いますと、熊本市であるんですね。本日、三次救急の先生が3名出席されておられますが、現在の熊本県の患者のほとんどの受療動向は、あくまでもこの3つの三次医療機関の方向となっているというのが実情ではないかと考えております。したがって、こういう市町村の枠を越えることに何か障がいがあるのか、あるいはそうした案は考えられないのか、一つ質問したいと思えます。

(熊本県医療政策課・村上主幹)

- ・内部的に議論した際にも、大変悩みましたというのが正直なところです。ただし、我々が考えましたのは、基本的な考え方でも示しましたように、従来からの郡市という枠組みというのは尊重する必要があるだろうと。そういった中で地域医療構想についても広域的な取組みが必要となってきますので、この広域的な取組みの母体というのが従来から二次医療圏等の枠組みでなされております。なおかつ、介護の区域についても同じような体制を執っているということで、こうしたことを総合的に勘案して二次医療圏の組み合わせ、統合という案を示したということでございます。

(飯星構成員)

- ・要するに、熊本市が非常に巨大な圏域であるんですね。それが故に他の区域を組み合わせられておりますが、実際の患者さんの受療行動は熊本市を中心として動き回っております。おそらく10年後も20年後も変わらないだろうとすると、より現実的にはそういう方向性も考えていただいてもよいのではないかと考えるところです。

(福田会長)

- ・ただ今の意見ですが、医療圏というのは疾患別に定まってくるものですね。無理矢理に線を引いても医療圏の策定にはならないということは先生のおっしゃる通りだと思いますが。実際には高度急性期の3つの医療機関を中心として医療圏の線を引かれて

という、先生のお話ですね。

(副島構成員・済生会熊本病院 院長)

・先程来の議論を聞いていて、だいぶ圏域の話が進んできましたね。以前は、全く見直さないという意見でありましたが。削減ありき、削減に強制力があるかないかという話しですが、これは最終的には結果であって、25年、あるいは40年という時に、どういう医療需要、医療ニーズがどの程度あるかということをもまず推測して、それを遡って病床はこうあるべきだろうと。今、来年、再来年という話ではなくて、25年を一番乗り越えなくてはならないと年だと思ふのですけれども。僕は飯星先生が言われたように大胆に見直さないと、熊本市が巨大な医療圏になってしまう。日本的に見ても大阪市は目茶苦茶大きな医療圏で、それがあつたために医療圏ごとに何かを設定するというのは現実的にできないんですよ。この事実をやはり見直さないとならない。それと生活圏と救急搬送圏は全て一致しています。そうすると熊本県は“三色”になってしまうんですね。一つの質問ですが、流出入を計算していますが、これはDPCデータですかね。NDBも入れて？ その場合に熊本市に集中した方が効率的な疾患、例えば心臓外科、脳外科とか。それと、むしろ地域密着型の医療提供が必要な疾患、これを2つに分けて考えないと、流出入と言っても何が流出し、何が流出していないのかが分からないんですね。高度医療では流出するのはある種当然で、熊本市にしかない。それと人口50万規模でないと流出入は均衡しないけど、維持ができない。こうしたことを考えると50万規模の設定は一つ案として考えていいと思います。これは行政区とは関係なく、生活圏的に設定すれば、これはある意味の仮想的な設定なんですよ。だから、この圏域の中でこの病院にしか行ってはいけないとか、県境を越えて行ってはいけないとかそういう議論ではないから。もう一つ質問してもらったたら、流出入を入れた、特にMDCごとにやっていただくと流出入の内容が詳細に分かる。流出すべきものと流出すべきでないものを分けて議論する。分かります？ 疾患によっては選択と集中した方がよいものと、偏在してはいけないものがある。これは、高度な医療は定義が明確でないのでみんな考えあぐねていると思いますが、高度医療はある意味、選択と集中を取らざるを得ない。これは維持できない。それ以外は地元でケアできる体制が望ましいと思っています。そういう医療需要を正確に年代ごとに出していただくと、各医療機関はそれに沿った事業計画、投資を行います。先が見えないから事業投資は不安なんですよ。見ればね、強制力は発揮しなくても、必然的にこの疾患は減るんだと。例えば、お米を食べる人が少なくなれば、当然お米を作らなくなります。それと同じで、皆が自主的に主体的にというのはまさにそういうことだろうと思います。だから正確な数字を提示して、いつ頃までにこうなりますよということを予測してもらつと、それに沿つて医療機関がある程度選択を自主的にやるというのが最も望ましいシナリオだと思う。そういう意味では医療圏の設定、構想区域の設定は最も重要な第一歩。ここで間違えれば、永遠の〇〇。今まで11医療圏あつて、芦北は4万しかありませんよ。4万しかありませんけれど南の方も入つてきているので、医療圏の設定は鹿児島を含めて入れる。そういう設定は僕は有りだと思つます。そこを柔軟にやって欲しいと思つます。

(高島構成員・熊本県看護協会 会長)

・経営権を持つことが非常に少ない看護職ですがよろしいでしょうか。資料3のスライドの⑥の上の四角に書いてありますが、「本県の保健医療計画では、5疾病の医療圏を

二次保健医療圏で設定している」とか認知症のこととか、3つ目は「5事業のうち、救急医療圏とか、4つ目には周産期医療（小児科も入るかなと思います）、私は今日もやはりベッドの話しか出ないんですねと思います。地域の患者さんの立場で言いますと、この5疾病の患者さんが救急医療を受けたいとか、妊娠してお産をどこでするかとか、そういった観点で、これは県の大きな会議ですが、あと11箇所地域専門会議がありますよね。そこでの話し合いのあり方として、患者さん側に立って、この圏域ではどんなふうにアクセスできるのか、そういったことを話し合えればいいなと思います。先日、専門部会の委員に対しデータを見たい方は県庁まで来られれば見られますと言われましたが、膨大な資料なのでおそらく呼びかけられても1名の方が来られたと聞いておりますけれども、できれば今度これが終わりますして各地域で専門部会が始まりますときに、患者さんがどんなふうにアクセスできるのか、どんなふうに完結して見てもらえるのか、というようなことが話し合えるようなデータを出していただけないかなと思います。

（村上主幹）

- ・今、副島先生と高島会長から御指摘いただきましたデータの件ですが、最初の説明では時間の都合上割愛したところでありますので、補足的に説明させていただきます。資料3の参考ということでお配りしています関係データ、こちらの資料であります、先程の資料で御説明しましたのはスライド2で、2025年の高度急性期を除く3機能合計での流出入の合計でまとめたものということで御紹介させていただきました。それ以降になりますけれども、スライドの3からスライドの7、8までになります、こちらは2013年度実績に基づき、疾病ごとに県内の流出状況をまとめたというものがございまして、先ほど疾病ごとに見ていく必要があるというような御指摘をいただきましたので、我々としましてはこうしたデータを整理しながら、またこれも議題1の関係でも御指摘いただきましたが、供給体制の方がデータとして出せていないということでございまして、そうしたところは、正直データの制約がありますが、最大限整理した上で御提示したいと思っております。スライド3をお願いしまして、こちらは「がん」のデータをまとめております。上の方がグラフ、左がそれぞれの圏域にお住まいの方が、グラフ上どこの医療機関に行ってらっしゃるか、それを色別に分けているということになりますけれども、その元データを下の表にまとめております。このがん診療でいえば、左上の熊本の方は熊本の医療機関に96.7%が受診されている。またこの表の赤枠で囲んでおりますのが、他圏域に5%以上流出しているものを特出しする形でまとめています。がんにつきましてはこういった形で動きがあり、熊本圏域への流入というのが一番多くなっております。続きましてスライドの④の脳卒中では、多少数値が変わるということでございまして、またスライド⑤の急性心筋梗塞はこのように数値が変わってくるということになりますので、こういったデータを、当然ながら次の地域部会では同じデータを示すことを考えておりますので、地域内での議論が深めていけるように進めていきたいと考えております。

（福田会長）

- ・今、アクセスの話が出ましたけれども、アクセスの面からのアプローチが少ないように感じますので、どうぞよろしく申し上げます。

(副島構成員)

- ・データを見ましたが、10例以下の数値は出てこないんですね、残念ながら。高度急性期はそんなにたくさんある訳ではないのですね、10例以下は1から10の数値のいずれかとなって、推計ができない。何で10例以下を出さないのか。個人情報があれば引っぱり出されるとは思えない。むしろ推計を正確にしないと、高度急性期は推計不能です。これは厚労省に伝えていただきたい。

(福田会長)

- ・同じく高度急性期の一二三先生、何かございませんか。

(一二三構成員・熊本赤十字病院 院長)

- ・あまりよく分からないことばかりですけど。要するに今、副島先生がおっしゃった10例以下は必ず端折って出すんでよね。NDBでは。実際、小児とか難しい病気をやっているのは1例か2例しかやっていない場合もあります。それはきちんと出した方がいいと思います。
- ・それと圏域のことに関しては、いろいろ意見はあると思いますが、私はこれは県庁としては良く見直されたなというふうに思っています。今まで保健所があるところの圏域は絶対に譲られなかったんですけども、それなりに菊池と阿蘇をくっつけたら、いろいろやっておられますし、何かたたき台を出さなければならないから出している。今から議論をしていけばいいことだと思います。ある程度一定の基準で出された圏域で、こういうたたき台にしていけばいいのでは。水俣・芦北は4万人ですが、出水の医療圏をくっつけると倍くらいになっていきますので、また流入率は高いですよ。だから、そこそこ出されたどれかをたたき台にして。圏域を決めないで討議することはできませんので、ある一定の圏域を決めるというのは今回の一つの大きな進歩かなと思います。
- ・それと、この地域医療構想全体に関して言えば、こんなことをする意味があるのかなと、大変申し訳ありませんが、そう思いながら聞いています。結局、どの病院にどの地域から行く、どの病院に送るというのは、受療動向は患者さんが決めるものだし、難しい病気については高次の機関に送らなければならないのは、それぞれの先生方が判断されていて、熊本県ではそれなりに成り立っているんで、それをそんなにいろいろと、こんなに協議する必要があるのかなと。病床数についても結局経営が成り立たなくなれば自然に淘汰されていく訳で。でも、しなくてはいけないのでしょうよ。

(福田会長)

- ・河野先生、何かありますか。

(河野構成員)

- ・褒めるといって、特に蒲島さんのおっしゃたような一施設ごとにヒアリングをしていただく、思いの丈を言うチャンスをいただくと。それだけではなくて、来るときにいろんなデータをその施設に関するデータを持ってきていただきたい。そして一緒にディスカッションしたい。そういう気持ちがありますね。いろんなデータをお持ちなんで、ヒアリングの時に来られる時に、お土産をたくさん持ってきていただいて、私たちの意見も聞いていただくと。おそらく他の施設も同じ気持ちだと思います。これは非常にいいことでして、他の県もやった方がよいと思います。

(立川首席審議員)

- ・河野先生、お土産というのは。

(河野構成員)

- ・こちらからもあげますよ。

(立川首席審議員)

- ・お互いという意味ですね。それで、ヒアリングをいきなりする訳ではなくて、今考えているのが、一番数の多い、500のうち200を超える医療機関が熊本市域にあります。まず、地域医療構想の趣旨とか、皆さん方はよく御存じでいろいろと御批判をいただいているところですが、各医療機関さんたちに地域医療構想の説明会なるものも開きまして、そうした上でこうしたヒアリングもさせていただきますと。ダブルの趣旨で、まず1回は説明会を行い、医療機関の皆さんに直接、地域医療構想の趣旨なり、我々熊本県の、先程部長が言ったような知事の考えとか、そうしたことを十分伝えた上でヒアリングも行いたいと思います。

(福田会長)

- ・熊本市の自治体病院の高田先生、何かございますか。

(高田構成員・全国自治体病院協議会熊本県支部 支部長)

- ・今日この会議で地域医療構想の話題が出るということになっていて、正直市の内部では、今までどおり二次医療圏で行きますと言われるのかな、と思ってきたんですけど、今日のこのデータを見させていただいて、僕自身はもうちょっと大きな中で、熊本市を中心としたものとそれに付随する周辺という感じを持っていましたけど、なかなか作るのに難しいところがあるということを考えればですね、今日提示いただいた二次医療圏をうまく組み合わせ、流出流入、あるいは疾患を考えながら、非常にいい提案をされたかなと思いました。おそらくこれを基に、各専門部会でいろいろ話をされていった中で、どこかいいところに収束していけばいいかなと、正直なところ思っています。よろしく願います。

(福田会長)

- ・熊本市はちょうど熊本の真ん中にありまして、医療機関が集中していますよね。そういう中で、今日は大西市長さんの代理として植松副市長さんにおいでいただいておりますので、一つお願い申し上げます。

(植松熊本市副市長：大西構成員代理)

- ・熊本市が話題になったので一言。郡の線引きに縛られるのはどうかという意見が、実は市長との話の中であつたのですが、まさか市域が分割されるというのは想定していなかったものでですね。やはり同じ市民が違う医療圏に所属するというのはどうかという、そもそもの違和感がありました。ただ、おっしゃる点としては、熊本市は非常に大きいので、ここを一つでも動かさないと議論が広がらないというのは分かるんですけども、やはり熊本市としては市域が分割されるというのは違和感というのがありますので、そこは慎重に意見として・・・

(福田会長)

- ・当然、何らかの形の御意見はあるかと思いますが、熊本市民は自由に行けるという話にはなるとは思います、またまたそれは・・・になりますが、是非これからも御協力を賜りますように。

(高橋構成員)

- ・一ついいですか。県境に位置します有明、それから坂本先生がおられる南の方もありますが、資料3の15のスライドで、「C案に係るトリプル20基準等に該当する圏域の考え方」ということで、有明医療圏が福岡県の有明圏域とのつながりを考慮し、単独の区域とする、というのは、非常に福岡の医療圏との、行政同士の話し合いも進んでいるのかなと感心しております。どうぞよろしくお願ひします。

(福田会長)

- ・他にございますか。

(立川首席審議員)

- ・今、県間調整のことについて、坂本先生からも、副島先生の方からも言われました、ある意味県境を越えてということがありましたけれども、これは制度上、県境を越えての構想区域というのは想定されておりませんので、福岡県の有明さんと一緒になるということは基本的にありえません。県間調整につきましては、実は、本県はある意味一番頑張っている県と言いますか、九州各県の担当者に熊本に集まっただけであり、本県のベッド数はきちんと守りたいと言っていますし、これからも調整をきちんとやっていきたいと思っています。
- ・それから1点、飯星先生から冒頭、先程は副市長からも話がございましたけれども、市の分割みたいな話、それから市町村単位で構想区域をもう少しダイナミックに見直してはという御意見がいくつか出ました。私ども、この案を提示するにあたって、一番県として時間をかけたのは、まさしくその点でございます。日経ビジネスにも、熊本ではうまく3次救急などが3つの病院を中心に回っているという記事が6月くらいに載ったりと、市の3次救急で見直すべきではないかということ議論したのですけれども、やはり市民にとって分割案を県で提示するのは、なかなかできないのではないかと提示をしております。
- ・それから他の市町村ですね。熊本市に隣接する市町村、熊本市との結びつきが非常に強いところが当然でございます。例えば、どこかの郡の町村と熊本市を一緒にしてしまった時は、その郡の残りの町村をどうするのかという問題等も出て参りますので、そこも我々として大胆になれなかったというところで、ずいぶん県庁の中でも議論をしたところでございます。ですので、先ほど一三先生、それから高田先生の方から半歩前進したのかなというお言葉をいただきましたけれども、できますならば、この5案ありますけれども、これをもちまして各圏域で御議論を、もちろん白地の部分もございまして、県南の方は白くなっていますけれども、そういったところも含めまして、御意見を賜ってどこか着地点を、というふうに考えているところでございます。

(福田会長)

- ・熊本県全域をカバーしていただいております、熊本大学医学部付属病院の水田先生、御意見いかがですか。

(水田構成員・熊本大学医学部附属病院 院長)

・御指名がないかと思って安心しておりました。ずっと聞かせていただきましたけれど、一応、厚労省の法令で決められたことがある中で、また、先生方からもすごく正論をいろいろお話しされて、非常に県の立場は大変だなと思ひまして、つくづく県でなくてよかったなと思ひながら聞いておりました。この構想区域に関しましては決められた手順がございまして、それに従えば当然のことながら何かをもとにして割っていくしか方法がないと思ひますし、今日データを見せていただきますと、各地域の受療行動の流れですとか、あるいは各疾患、あるいは各事業の流れとかも調べてありまして、それに基づいて分けられておりますので、私も一二三先生、あるいは高田先生と同じ意見で、今からのたたき台としてはこれでよろしいのではないかなと思ひました。

(福田会長)

・ありがとうございました。

(坂本構成員)

・前に県間調整のことをお願いしていた訳ですけども、実を言うと、先程の医療機関を選ぶのは、その同じ生活圏のなかの住民であって、行政が医療圏を決めて縛りを持たせるものではまったくない訳です。ただ、実際言ってみると、県間の調整をお願いするというのは、過去に、見えない県の垣根の中に縛りがものすごくあった訳です。それを我々は年度ごとに解消していった一つの例がですね、いわゆる国保が県単位に今度移りましたけれども、実を言うと、地元の基幹病院に患者受療の誘導があっているのは事実だと思いますね。急患が出た時に、かかりつけ医がうちだといわれてもその地元の基幹病院にしか救急車は誘導しない。県間までしかたなく誘導していく時は、地元の消防車がそこで対面で待ってうちのところにもってくる。それをそれこそ何年もかけて自由にうちに入ってこられるようなあれをやったんですよ。それがまた県間のなかでこういう医療圏を調整された時に、そこにまた見えない壁ができてくるのが我々は非常に困るということを申し上げた訳で、うちにベッドをくれという訳でもまったくないし、我々としても適度なやはり削減が必要だということは分かっていますしですね、我々は熊本市内の、副島さんおられますけれども、高度急性期病院との連携があつてこそ二次医療圏の救急医療は保てる。われわれの使命はやはり二次救急だと思っています。ただ、先程言われた5疾病の中でも、がん治療に関しては将来的にロボット治療が出てくるとか、高度な繊細な精密な医療になってきた時に、ドクター維持が地方でそれだけの症例がないのにできるはずがない。将来的にはそういうところはおそらく熊本市内の高度な機関に行くと思ひますので、我々の今の使命は小児救急を含めた二次救急だと思っています。

(福田会長)

・あとは歯科医師会の浦田先生。どうぞ先生、歯科医業について御意見を。

(浦田構成員・熊本県歯科医師会 会長)

・すみません、今いろいろとお話を聞かせていただいてありまして、我々が関連してくるのは当然と医療連携、在宅を含めたその辺に関わってくるところだと思いますので、今日はいろいろと勉強させていただいて、お話を聞いておりますので、今後我々も機能別の問題についてはそれ程関係するところではないと思ひておりますけれども、そ

の中でどういう形でそれぞれの機能の中で我々が何ができるのかということは今後勉強させていただいて、その中で、実は自分たちなりに各圏域でのそういう意味での機能を調査しているところですので、そういうデータをまた集めまして、御協力できるところを出せていければなとやっておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

(福田会長)

- ・どうぞ御協力をよろしくお願ひ申し上げます。それからもうお一方、薬剤師会の廣田会長に御出席いただいております。どうぞよろしくお願ひいたします。

(廣田構成員・熊本県薬剤師会 会長)

- ・はい、薬剤師会の廣田でございます。あまり直接関係はしないものですから、ちょっと話を聞かせていただいております。難しい話が続いていますが、ただ、医療従事者の必要数というのが出ていましたけれども、今でも薬剤師は不足気味なんですね、特に熊本市でも不足している、いわんや郡部でも不足しております。これからどうなっていくのかなと、少しずつは薬剤師も出てきておりますが、ちょっと心配しながら見ておりました、また勉強させていただきたいと思ひます。

(福田会長)

- ・どうぞよろしく御指示賜りますようお願いいたします。それでは、最後でございますが、副会長の小野先生からひとつご意見を。

(小野副会長・熊本大学名誉教授)

- ・非常に御熱心な討議を聞かせていただきました。二つだけ。一つは、構想区域の設定については、県がいろんな因子を引っ張り出して、一生懸命やったと思ひます。今日もう少し広い飯星先生なんかの意見を調整しながらやると、どっかに決まるのではないかと少し樂觀視をしておりますけれども。交通のアクセスとかそういう議論が必要などころがあるかもしれないと思ひます。もう一つ、さっきベッドが空いている、あるいは休床というキーワードが出てきたんですが、僕の耳に入っているのは、今100%にしとかないと自分のところは不利になるのではないかと、2~3の民間の医療施設から言われたんです。そうではない、そういう焦りはしなくて良いということ聞き取り調査の際に、是非丁寧に説明をしていただく。そして、別にベッドの取り合いではないということですね、やっぱり皆さんその意識で動いていると思ひますから。それをやるとまた無理な医療が始まったりするので、この聞き取り調査はものすごく重要だと思ひて私は聞かせていただきました。今日はありがとうございました。以上でございます。

(福田会長)

- ・ありがとうございました。時間も制限ございますが、おおよその意見が出尽くしたのではないかとと思ひております。多数のご意見誠にありがとうございました。今回示されました資料あるいは今日行われました議論を踏まえて、各地域の専門部会での協議を進めていくということでございますが、よろしいでしょうか。

「異議なし」

(福田会長)

- ・ありがとうございました。事務局におかれましては、本日の御意見等を含めて、各地域での協議を丁寧に進めていただきますようお願いいたします。この辺で、意見交換並びに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いただきまして、誠にありがとうございました。進行を事務局にお返しします。

○ 閉 会

(中川審議員)

- ・福田会長並びに皆様方には、大変熱心に御協議をいただきました。本当にありがとうございました。御了承いただきました資料、並びに本日いただきました御意見により、各地域の専門部会での協議を進めて参りたいと思います。
- ・なお、次回の委員会は、各地域での専門部会が10月末から11月にかけて開催される予定でございますので、その協議結果を踏まえまして、12月以降に開催したいと考えております。また具体的な日程につきましては、おって御連絡を差し上げます。
- ・また、「御意見・御提案書」をお配りしておりますので、新たな御提案等ございましたら、後日ファックスでもお送りいただければと思います。
- ・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。

(19時00分終了)