

第2回熊本地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成27年11月2日（月）19時00分～21時00分

場 所：県庁新館201会議室

出席者：＜構成員＞ 25人（うち、代理出席1人）

＜熊本県健康福祉部＞

山内健康局長、大村長寿社会局長、立川首席審議員、中川審議員、
阿南補佐、村上主幹、松尾主幹、浦主幹、末廣主任主事、
浴永主任技師

報道関係者：1人（熊本日日新聞・田中記者）

○ 開 会

（熊本県医療政策課・中川審議員）

- ・ ただ今から、第2回熊本地域医療構想検討専門部会を開催します。本日の司会を務めます熊本県医療政策課の中川でございます。
- ・ 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する予定としています。
- ・ それでは、開会にあたり、熊本県健康福祉部健康局長の山内からご挨拶申し上げます。

○ 挨 拶

（熊本県健康福祉部・山内健康局長）

- ・ こんばんは。本日は、皆様お忙しい中またお仕事でお疲れのところ、「第2回熊本地域医療構想検討専門部会」に御出席いただき、感謝申し上げます。
- ・ 前回（7月3日）の専門部会では、大変多くの御意見をいただいたところです。また、県内の各地域で開催した専門部会からも大変多数の御意見をいただいています。本日はいただいた御意見について、議題（1）で申し上げるとともに、それに対する県の考え方を説明したいと思います。
- ・ 議題（2）ですけれども、今回の地域医療構想の策定にあたっては、各地域の話をしっかり聞いて丁寧に策定を進めるようにと、知事から指示を受けております。そういったこともありまして、この度、県の方で県内500を超える地域医療構想の対象となる有床の医療機関の方々から、現場の実態についてのお話を伺いたいと考えております。その件については、本日の議題（2）で説明をさせていただきます。
- ・ それと議題（3）「構想区域の設定」ですが、今回地域医療構想を策定し、今後その地域医療構想の実現を図っていくためのベースとなる区域でございます。これまで開催された各地域の検討部会の中でも、たくさんの意見をいただいておりますし、県の方からは是非案を出さないかという意見もありました。そういうこともありまして、去る10月20日に開催しました県専門委員会で、各地域で検討する複数の案について御了解をいただきました。その案についても本日御協議いただければと思います。
- ・ 本日時間も限られた中で、お疲れのところとは思いますが、事務局からの説明は出来るだけ簡潔にして、皆さんの協議の時間を出来るだけたくさん取って参りたいと思っております。

います。本日はどうぞよろしく願いいたします。

(中川審議員)

- ・ 構成員の皆様の御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、こころの医療センターの濱元院長が急遽御欠席となりましたので、御紹介させていただきます。
- ・ 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、議事進行を福島会長をお願いいたします。

○ 会長挨拶

(福島会長・熊本市医師会 会長)

- ・ 皆様こんばんは。会長を仰せつかっております福島でございます。1回目の7月3日の専門部会はまだ梅雨の頃でございましたが、月日の流れは早いもので秋となりました。先ほど局長さんがおっしゃったように、この間、当部会を皮切りに各地域で専門部会が開催され、地域医療構想に対する各構成員の皆様の御理解が深まると同時に、策定の趣旨や推計値への疑問等も含め、様々な御意見が出されたと伺っております。こうした御意見を共有して、しっかりした構想を取りまとめていく必要があると考えております。
- ・ 本日は「構想区域の設定」も議論することになっています。非常に重要なテーマとなりますので、皆様におかれましては、引き続き、大局的な視点から忌憚のない御意見・御提言をよろしく願います。

○ 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】 |

(福島会長)

- ・ それでは、お手元の会議次第に沿って会議を進めます。事務局より、議題の(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たいと思います。

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

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に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을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、固めていくこととなります。
- ・ 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、設定に当たっての考え方として、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らと思います。
- ・ 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、流出入率については、4 機能のうちの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。加えて、御参考までに、スライド 5 で御覧いただきました平成 24 年における医師及び看護職員の総数を記載しています。

- ・ 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及び平成 24 年における医師及び看護職員の総数については、二次医療圏ごとの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たと思います。
- ・ 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、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。
- ・ 資料の説明の最後として、添付の「関係データ」について簡単に御説明させていただきます。まず、患者の受療動向でございます。スライド 2 が、高度急性期を除く急性期、回復期及び慢性期の 3 機能合計による 2025 年の医療需要に基づく流出状況です。また、次のスライド 3 からスライド 8 までが 2013 年度実績に基づく主な疾病等の流出状況となります。
- ・ 続くスライド 9 の通勤・通学の状況及びスライド 10 の日用品の買物動向により、生活圏の一体性をお示ししています。
- ・ 以降は参考となりますが、スライド 11 で人口規模・人口動態、スライド 12 から 16 までで 4 機能合計、あるいは機能別の流出状況を整理しています。
- ・ また、10 月 20 日に開催した第 2 回県専門委員会において、交通アクセスに関するお尋ねを複数いただきましたので、スライド 17 で主な医療機能を担う医療機関の位置図、スライド 18 から 25 で主要な傷病別の運転時間に基づくカバーエリア、最後のスライド 26 で救急搬送時間の 3 種類のデータを今回追加しています。
- ・ 併せて、この構想区域の検討に関しまして、第 2 回県専門委員会の中で、お二人の構成員の先生から、熊本圏域にある 3 つの三次救急医療機関別に分けて考えるのはどう

かとの意見が示され、これに対し、熊本市の方から、市域の分割には違和感があると回答なされておりますので、御紹介します。以上で説明を終わります。

○ 質疑応答・意見

(福島会長)

- ・ ありがとうございます。それでは意見交換に入りたいと思います。まずは、議題(1)について、御意見、御質問等ございませんでしょうか。必要病床というのは、医療法上、厚生労働省が定めた算定式で求めたものということでございました。法令に基づいて必要病床数を設定するように、県は国から指示されているということですよ。議題(1)について、御質問はありませんでしょうか。

(斉藤構成員・全国健康保険協会熊本支部 支部長)

- ・ 今回、保険者協議会代表で初めて参加させていただきます。前回は出席しておりませんで、皆さま方の意見を議事録で見せていただきまして、非常に貴重な御意見が寄せられているなと思っております。ただ、今まで保険者の立場から意見が出ていなかったということもありまして、せっかくなので、保険者協議会の立場から発言していきたいと思っています。
- ・ まず、一般的に平均寿命が非常に伸びているのは、医療提供側の皆様の努力の賜物だと思っているわけでありますけれども、一方でそのお仲間に加えていただくことをお許しいただくならば、国民皆保険制度は54年の歴史がある。その一部を担ってきた保険者として、私たちは自己評価しているところでして、さらにいわゆるDPCの問題の中でこの国民皆保険制度はどうかということ、医師会の皆様からこの制度をしっかりと残していかないといけないという強い御意見をいただいて、我々も同感に思っているところです。
- ・ その中で、色々多岐に渡る意見を伺わせいただきましたけれども、ベッド数が減る、減らない、そういう究極的な意見も出ていますけれども、当然削減ありきではないと私自身も思っております。しかし、熊本という地域は医療が充実しているということも事実でございまして、全国平均に対して何が恵まれているのか、あるいは過剰であるのか、あるいは何が生じているのか、その地域差というのはどこにあるのかということをしっかり議論して、適切な結論を見出していないといけないと私自身も認識しているところです。
- ・ ただ、医療に関しましては、数の理論ばかりでなくて、やはり一番大事なのは安心安全で、適切な治療を行っていただくという、それが何よりも最優先されるべきと誰にも認められるべきことでもありますけれども、私どもから言わせていただきますと、健康な方でもご病気になった方でも、あるいは高齢者、若い方、あるいはお金を持っていらっしゃる方、そうでない方、色々な方から高い保険料をいただいております。病気のある方へ医療費をお支払いしているわけでありますけれども、財政を維持していくという意味からしますと、非常に厳しい状況にあるということは、これもまた皆さん方に御理解いただいていることかと思えます。その貴重な財源を我々は付託されている中で、この財源の使われ方というのは、適切にウオッチしていかないといけないなというところが正直なところでございます。
- ・ 県の事務局の方も、非常に御苦労されながらここにいらっしゃるということかと思ひ

ますけれども、今回つぶさにガイドライン、あるいは意見の中身を見させていただきまして、個人的には理にかなったものだとは評価しているところでございます。第6次熊本県保健医療計画の中でも、基準病床の概念が示してあったと思っておりますけれども、今回は極めて精緻なデータに基づいて、さらに10年後を、将来を予測して、すなわちマーケットの変化を予測して、身の丈を合わせていくという、そこに努力をいかにやっていくかという考え方、こういう考え方は一般企業ではごく当然のことだと思っております。またそう変化していく時代なのかなと思っております。

- ・ ただ、医療の現場においては、なかなか計算どおりに行かないということも事実だと思っております。それに、一般事業会社のように、経済的合理性だけでは測れない。まさに何よりも人の命に関わることでありますから、手厚く人為的な調整があると思っ
- ・ ているわけです。
- ・ 実は、我々保険者も昔のように医療費を支払うというだけではなくて、医療機関の皆さまの力を借りながら、健康づくりであるとか、重症予防化に対する積極的な実施、干渉であるとか、今ものすごく力を入れております。そういう意味では、今後こういうビジョンの中で、我々も入っていかなくちゃいけない、あるいは提供側の皆様方もフレキシブルに変わっていただかなくてはいけない、そういう局面に来たんだろうなということをつぶさに感じております。そういう意味では、消費増税分を根源にした基金が創設されて、熊本県も一部御利用なさっていただいておりますけれども、積極的にこれらを活用しながら、一歩前へ踏み出して行かなくちゃいけないなど、保険者の立場からも実感しているところでございます。今回、初めて参加するにあたりまして、少し意見として述べさせていただきました。

(福島会長)

- ・ その件に関しまして、行政の方から何かありますか。

(県医療政策課・阿南補佐)

- ・ おっしゃるとおりなので、特にありません。

(金澤副会長・青磁野リハビリテーション病院 理事長)

- ・ 資料1の17ページあるうちの3ページに、各地の先生方が一番関心をお持ちの、あるいは御心配をされている必要病床数だと思っております。各地の意見をみてみますと、2ページに宇城地域のNo18の意見を見ますと、(必要病床数は許可病床数の)3分の2の数であると、現場の肌感覚と異なると。必要病床数をどういう理論で、算定式で出したのだろうかという御意見であったり、また菊池では、「熊本地域の専門部会で高度急性期、急性期、回復期の必要病床数は地域で決めていくことが出来る。一方で慢性期の必要病床数は決まっているとの説明があった」と。データの分析が少し進んで、慢性期の部分とそれ以外の部分での必要病床数というのは、少し解釈を変えて進めるべきであるとか、こう多くの先生、委員の方々が、これに関しては考え方をもう一度、もう二度と必要病床数という意味、それからどういう算定でこれらが示されているかということをもう少しわかりやすく資料があった方がいいという気がします。これは2013年の医療の実態を基に、将来の人口、また受療率が同じということで、いま保険者の方からもありましたけれども、受療行動が10年間同じであった場合、予防教育とか県民の様々な学習が伴ってくれば、受療行動もだいたい変わってくるかもしれません。ですから、単に国の示す算式で決まったかのよう

なニュアンスをもたらすことは、ただ単に不安を掻き立てることになるだけではなかろうかという気がいたします。もう少しベーシックな部分の、算定式そのものに関して、委員の方々は理解の高い方ばかりですので、もう少し合点がいくところまで到達できればいいのかなという気がいたします。

(阿南補佐)

- ・ いまの御指摘に対して、必要病床数をどのように算定されているかを簡単に御説明したいと思います。先ほど金澤副会長からも話がありましたように、基本は 2013 年度の実績をベースにしております。2013 年度の入院受療率を固定しまして、掛けることの人口、この人口は 2025 年の人口を使います。いわゆる現状追認型と言いますけれども、人口が置き換わっていくと。性年齢階級別に、男性女性、5 歳刻みの人口に、どれだけ入院している方がいらっしゃるかということ为基础にして推計がなされております。次に、出てくるのが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の区分ですが、その区分につきましては、医療資源投入量の 3,000 点、600 点、175 点で区切っております。
- ・ 慢性期の推計は若干異なっておりまして、これらの考え方に、療養病床の入院受療率に地域差がある場合、全国平均と比べてどうなのか、全国の最低基準に合わせるのか、中位に合わせるのか、中位に合わせるのがパターン B と言いますが、こうした目標設定を行うという意味で他の機能と推計方法が違います。それから、一般病床で言えば、医療資源投入量 175 点以下については在宅医療等の需要ということで推計されることになっています。先ほど説明した地域差解消分についても、在宅医療等で対応してくださいということです。もう一つ言えば、療養病床で言う医療区分 1、2、3 とありますけれども、医療区分 1 の 70% 部分を今は入院ということで見ていますけれども、その 70% については在宅医療等で対応するということになっています。今回、本県における必要病床数が現行の病床数と比べて少ない推計となっているのは、これらの、療養病床の地域差解消分、医療区分 1 の 70%、一般病床の医療資源 175 点以下の部分が入院需要ではなく在宅医療等で対応する前提となっていることが要因ではないかと考えられます。
- ・ 一番初めに金澤副会長がおっしゃった質問点、2013 年度の区分について違和感があるとおっしゃいましたけれども、まさに熊本県の場合、2013 年の許可病床数と比べまして、2025 年の必要病床数は県平均 36% の減があるとの推計が出ておりますが、2013 年の必要病床数を厚労省令の算定式で推計した場合、2013 年の許可病床数と比べて 30% 減になっております。その詳細な分析については、医療区分 1 がどれくらいあるのかということがわからないとわかりませんが、現時点でも差異があるということをお伝えしておきます。従いまして、必要病床数につきましては、今まで言ったような話を差し引きしまして、2025 年度の医療需要、必要病床数に置き換えているということでございます。

(金澤副会長)

- ・ 答えは結構ですが、今後、是非、高度（急性期）と急性期間の点数、これは医療必要度、投下した医療の材料とか、諸々の高度な医療であろうということで、数字だけで、一定の仮定をして、いまのレセプト上、そういう人がどれくらいだろうということで仮定があるわけですね。あるいはその療養病床にしましても、医療必要度の低い方は在宅で良からうという仮定なんですね。確かに仮定すればそうなりますと。だか

ら仮定のプロセス（の説明）がもう少し丁寧にあってもいいんじゃないかなという御意見じゃないかと、僕は見ながら思いましたので、くれぐれも今後ヒアリングをなされるときに、お一人お一人にヒアリングをなさるわけです、後ほど議論がなされますが、是非、県の方からも先生方に提供する情報を、ヒアリングではなく、これはプレゼンテーションの良い機会ではないかと思えます。これをお願いします。

（福島会長）

- ・ 1について他に意見はございませんでしょうか。無いようでしたら議題2について御意見、質問等をお願いします。

（廣田構成員・熊本地域医療センター 院長）

- ・ 熊本において、聞き取りの担当は県の方々ではないわけですね。熊本市で言えば、市の保健所の方をお願いするのですか。県でやろうとしている事業を他の部署で担当させることになるわけですね。その引継ぎ、連携はうまくいきますでしょうか。

（阿南補佐）

- ・ 資料2の2ページ目をご覧ください。6の実施方法の（1）のとおり、熊本市区域においては、調査実施は、県の医療政策課と熊本市保健所で対応いたします。さらに7の実施体制のところにも、（1）の熊本圏域については、県医療政策課と熊本市保健所が合同で実施するとしており、かならず県の職員が関わって参ります。

（廣田構成員）

- ・ 分かりました。ありがとうございました。

（米満構成員・熊本機能病院 理事長）

- ・ 以前、6年後の予定している病床数を提出しているんですけども、ちょっと私詳しく見ていないところもあるかもしれませんが、これは熊本県独自でやることということの認識でよろしいでしょうか。

（阿南補佐）

- ・ 先生、1点確認ですが、「以前提出された」というのは病床機能報告のことでしょうか。

（米満構成員）

- ・ はい。

（阿南補佐）

- ・ 病床機能報告制度は、現在と6年後と2025年の病床機能を報告することになっておりますが、病床数については現時点のみ報告いただいております。6年後、2025年は病床機能のみを選択いただいております。今回そちらについて、今回の調査においては、医療機関さんの今後の見通し、ということで病床数の方も教えていただきたいと思えます。これは本県独自の調査です。

（米満構成員）

- ・ これは正直言いまして、見通しはなかなか難しいと思うし、6年後だったらまだしも、

その後の見通しというのは「分からない」と答えた方がよろしいでしょうか。適当に答えて、それが統計として出て、こうだという形で話しが進むよりは、「分からないものは分からない」と書いてください、と言ってもらった方がよいような気がします。何となくデータとしてまとまってしまふよりは。

(阿南補佐)

- ・ そうしたご理解でよろしいと思います。付け加えますと、今回、検討されて将来の病床数を書いたからと言って、資料2の5の回答の取扱いのところですが、ある医療機関さんが10年後、10床減らします、と書いた場合、実際10年後実際10床減らしていない場合、約束が違うではないかということ行政が指摘することはございません。取扱いは十分注意したいと思います。限られた期間ですが、その間に御検討いただいて、最終的に分からないという結論であれば、正直に分からないと書いていただいても構いません。

(渡邊構成員・帯山中央病院 理事長・院長)

- ・ 同じ点なんですが、特に療養病床の取扱いについて、熊本市の療養病床の半分くらいは介護病棟となっています。この地域医療構想を考える際に介護病棟の行方といいますか、着地点がある程度見えないと、病床を6年後どうするかということは療養病床はかなり難しいと思うのですがその点いかがでしょうか。

(阿南補佐)

- ・ 介護療養病床のことだと理解しましたが、法的には平成29年度末に介護療養病床は廃止されることになっています。それまでの間に医療療養病床にされるのか、老健施設に転換されるのかという選択するよう医療機関さんに求められているところです。ただ、今回資料1で若干説明しましたが、厚生労働省に「療養病床の在り方等に関する検討会」が設置されております。介護療養も含め現在療養病床に入院されている方をどういう形で受け止めていくかということも議論されています。これは年内に大まかな意見がとりまとめられることとなりますので、その辺も注視していただければと思います。調査の回答期限はその意見がとりまとまる前になりますが、現時点の情報の中でどうしていくかを御判断していただくことになるのかなと考えます。状況が刻々変わってきますので、見通しを立てることは難しいとは思いますが、今回の調査は現時点ということで、適切な御判断をいただければと思います。

(渡邊構成員)

- ・ 介護療養病床を含めてということであれば、介護療養病床を医療病床へ移行する場合は増やして報告するというのでしょうか。

(阿南補佐)

- ・ 介護療養病床も医療療養病床も、許可病床数の中に入っています。そのため増えることはないと思います。介護病床を一般病床へ移行するのであれば、その数がスライドするという理解です。また慢性期から回復期へ機能を転換されるのかどうか。今回は機能ごとに病床数の見通しを報告いただくことになっております。よろしくお願いいたします。

(大隈構成員・大隈整形外科医院 院長)

- ・ 有床診療所について、急性期でやっているところ、慢性期でやっているところはありませんが、ベッドの削減に当たり有床診療所の位置づけはどういうところに入ってくるのでしょうか。

(阿南補佐)

- ・ 今回、構想では削減という意味ではないのですが、将来の医療需要に対し既存の病床数が超過しているという現状があります。この中で病院と有床診療所の区別をすることにはなっておりません。これは地域において、今後、医療需要に見合った必要病床数が固まりますので、地域の連携、病床の機能の分化と連携ということがございます。地域の病院と有床診療所がどういった関係性で地域医療に対応していくのか。当然ながら有床診療所にはかかりつけ医的な役割もお持ちと思います。また前段のお話しにありました、有床診療所では病床機能報告制度において、急性期を選択する、慢性期を選択するというように制約はございません。あくまでも当該医療機関がどういった機能を担っておられるのか、将来的にどのような機能を担おうとされているのかを検討し病床機能報告では報告していただくこととなります。その中で、地域で、地域医療構想が出来た後の対応をどう考えていくかが大事なポイントと考えています。

(大隈構成員)

- ・ 有床診療所はスプリンクラー問題があって、昨年の9月から今年の4月まで県内で30施設くらいが有床から無床に転換されていると思いますが、県の方では、アンケート調査で今後どれくらい有床診療所がなくなるとかというようなデータはないんですか。アンケートで「ベッドをなくしてもよい」という文言もあったと思うのですが、そういうのを把握されていないのですか。

(阿南補佐)

- ・ 今回の調査で有床診療所が病床をどう扱うかを把握させていただきたいと思っています。

(大隈構成員)

- ・ 現在、「無床にしたい」というデータはないわけですね。

(阿南補佐)

- ・ そうですね。そこまで網羅的に把握したことはございません。先ほどの有床診のスプリンクラー整備については、来年度から原則設置が義務付けられます。10年間の経過措置はあります。現在県において助成事業を実施しておりますが、その際に、助成の申請をしたけれども、「将来的には無床にするから」という理由で御辞退された例というのは把握していますが、それはあくまでも部分的なものでして、網羅的には調査等はしておりません。

(清田構成員・春日クリニック 理事長)

- ・ 私のところは、病床はございませんので、考え方、論点の整理ということでお尋ねしたいと思います。今回のヒアリングで各医療機関が今後病床をどのように利用していくかという実態を県として把握したいということですが、国はすでに診療報酬上でい

ろいろな形で、各病床の機能についてはかなり絞り込んできており、医療機関がやりたくてもやりにくい状況が作られてきています。今後自分のところの病院の方向性を決める時に、いわゆるマーケティングというか、地域でどういう医療が必要とされているかということ各医療機関はしっかり把握することで改めて自分たちの方向性を決めていく必要があります。今日の地域医療構想というのは、削減ということではなく、この地域に必要な数はこれくらい推計されているので、その中で各医療機関は今後の方針を決めて欲しいというところではないでしょうか。まず削減ありきということではなくて、逆にこれから医療の質、中身が変わっていく中で各地域の需要はこれくらい予想されるということが明らかになるということです。予想される推計の内容に基づいて各医療機関が将来像とやりたいことを含めて、現状をクリアできるかどうかを検討して頂くための摺合せということで今回ヒアリングが行われるのではないかと私は個人的に思っています。その辺はいかがですか。

(阿南補佐)

- ・ 御指摘のとおりであります。第1回目の専門部会において将来の必要病床数を出しておりますが、必要病床数の手前には医療需要がございます。本来であれば小さい区域レベルのデータがあればよいのですが、データの都合上、二次医療圏単位での医療需要ということで、2013年、2025年、2030年、2040年とございます。そういった点もヒアリング前には、全体説明会において、熊本地域では11月19日、20日を予定しておりますが、そこでもご提示し、医療需要の変化について説明して参りたいと思っております。
- ・ 本当は、熊本医療圏で言えば、区単位など細かい単位でデータを出すことができればいいのですが、そこまでのデータは（厚労省が）出せないということで、（データが）ありませんので、申し訳ないのですが、そういった二次医療圏別での医療需要がどうなるのか、推計はどうなるのかということを出していきたいと思っております。これは第1回の会議でお出しした資料ですけれども、同じようなデータを用いて説明して参りたいと思っております。

(福島会長)

- ・ ほかに御意見はございますか。

(斉藤構成員)

- ・ 丁寧に進めていただくことは、たいへんよろしいという風に私自身も思っております。ただ、この（ヒアリング調査票）中で関心を持って見ているのが、ベッド数云々というダイレクトな質問とともに、在院日数であるとか、稼働率というところにスポットがあたっています。ガイドラインを見ますと、在院日数等にはあまりスポットがあたっていないですね。
- ・ 先ほどの金澤副会長のお話にもありましたけれども、将来を予測するときに現状を固定するとき、この10年間の変動率というのは相当いろいろなことがあるだろうというようなことを思っております。ただ、現状の稼働率は、在院日数が長い云々といういろいろ予想があると思っておりますけれども、熊本の場合は、在院日数が全国平均と比較して非常に長い。在院日数が長いということは、延べ患者数に比例しております。計算がわかり辛いということで、私もちょっと混乱しているのですが、現状を固定して在院日数、延べ患者が増えている状態で、これを計算方式に入れていきますと、入

院受療率が非常に高くなります。それを持って人口に按分して、そしてあとひとつの稼働率で割り戻すというこの考え方では、将来を想定した時に少し硬直的になる。あるいは実態が現れない。結果的にはベッド数の嵩高につながってくるというリスクもある。嵩高になることがいいことか悪いことかは別にしましても、計算方式上はそういう形になりまして、この平均在院日数という考え方をどうやって、これは、さきほど話がありましたように、小さな部分まで全部回収していくということであれば結構なのですけども、ヒアリングされる中で平均的に在院日数が長い熊本県の場合、どうやって、調整していくのか、この辺が非常に混乱しております。もし良かったら、そうした辺りの方向性を教えていただければと思います。

(阿南補佐)

- ・ 資料2の1ページ、「内容」のところですけれども、今回お尋ねしようと思っておりますのが、(1)の②新規入院患者数、在院患者延べ数、退院患者数ということでありまして、平均在院日数についてはお尋ねする項目には入れておりませんが、資料2の4ページ(調査票の2ページ目)になります。自動計算で出てくる数値ということになっております。御報告いただくのは、新規入院患者数、在院患者延べ数、退院患者数でございます。これらから(平均在院日数は)自動的に算定できる形になっております。
- ・ なお、今回、確認しておきたいのが、病床稼働率についてですが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病期ごとに、病床稼働率が高度急性期75%、急性期78%と固定されております。実際に各医療機関の稼働率はどうなのかということ把握させていただこうという趣旨でございます。
- ・ 平均在院日数についても、一般的に(熊本県は)長いということが統計上出ております。これを各医療機関別に見たらがどうなのか、全国平均と比較したときにどういう位置付けになるのかを押さえていくために把握させていただこうというものです。あくまで参考数値と申しますか、分析ですね。今回、必要病床数と現在の病床数の差が相当の乖離がありますので、どの点で乖離が生じているのかを把握するために、このようなデータを収集して分析しようと思っております。

(斉藤構成員)

- ・ 単純な計算上は、在院日数が長いと病床数の増加につながるということ、この考え方はそのとおりですね。述べ患者数につながるから受療率は高くなる。ということは受療率を人口に掛け算するわけですから、そういう考え方でいいのかどうか、技術的な話で恐縮ですが。

(阿南補佐)

- ・ そこは、勉強しておきたいと思います。即答できず申し訳ありません。

(福島会長)

- ・ では、よろしいですか。次に議題3につきまして、御意見、御質問等ございませんでしょうか。先ほど、事務局から構想区域につきましては、できれば次回の部会で決定したいとの説明がありました。関係する圏域との今後の調整を考慮すれば、少なくとも当熊本圏域としての大方の方向性は、できれば今回、固める必要があると思っておりますが、御意見をお伺いしたいと思います。説明では熊本圏域は上益城と同じグループに

ということでしたが、いかがでしょうか。

(林構成員)

- ・ 下益城郡医師会の林です。今、下益城郡を含む宇城地域は、救急医療圏では熊本中央圏という形で、熊本市と上益城を含めたところで、また他の医療圏（周産期医療圏）では菊池も含まれたところで、ここで救急とかが動いているところなのですが、先ほどの説明の中で「熊本市への一極集中を避ける」という話もありました。
- ・ 宇城は熊本中央圏の中でとか、上益城との関係あたりも深いのですが、そういうことも地元からの要望があればその辺も考慮してもらえるのか。今「たたき台」が出てきたところという考えでいいでしょうか。

(村上主幹)

- ・ 宇城地域につきまして、今回お出ししました5案は「たたき台」でありまして、おっしゃられたとおりでございます。我々いろいろな案を検討する中で、面積等も考慮する必要がございます。どうしても3地域となりますと広大な圏域となりますので、今回の案の中では3地域の統合は盛り込んでいないということでございます。御意見をいただきながら見ていきたいと考えておりますので、いろいろな御意見を賜りますようお願いいたします。

(阿南補佐)

- ・ 補足いたします。今回考えましたのは、トリプル20基準を満たさない区域をどうするかということでございまして、宇城については、トリプル20を満たしている状況でありますので、単独ということを考えてということです。
- ・ ただ、トリプル20基準を満たしていない天草をどうするかという部分で、ミリミリいけばトリプル20をクリアするためにパターンBで宇城との統合を考えたところですが、また、パターンCではご覧のとおり天草においても単独とするという設定も考えております。これらの案を提出した背景には、そういう過程がございます。

(林構成員)

- ・ まず、「たたき台」が出たということと、今後の患者さんの受療動向とか地域的な結びつきなどを含めて、また、今までの11医療圏ではなくて、こうした統合案も考えていこうという動きになったということですね。

(福島会長)

- ・ ほかにございませんか。

(米満構成員)

- ・ 不勉強で単純な質問になるかもしれませんが、今までの二次医療圏は老人福祉圏域とか、どちらかという地理的な要素が強かったのかなと思うのですが、そういう中で医療の需要とのギャップがかなり出てきて、ほとんどの二次医療圏がトリプル20の基準を満たしていないというところでは、ひとつは、老人福祉圏域と二次医療圏を同じものにしなければいけないのかどうかということとがわからないところです。
- ・ 当然、老人福祉圏域は生活圏ですから、中学校区というのは理にかなっていると思うのですが、医療圏は、全く機能分化が進んでおりまして、御存知のとおり、ほとんど

地理的なところ（制約）は昔のようにはほとんどなくなっている状況にあると思います。

- ・ ひとつは、これを昔のように同じ圏域に扱おうとして考えておられるのかということ、それともうひとつは、そういうふうにして決まった二次医療圏をもとに、今回、二つの医療圏をくっつけたり足したりとかしても、おそらくまた医療需要の流出入とはおそらくマッチしないということになるのではないかと思います。もともとの二次医療圏がそういうふうには作っていないと思いますので。医療圏だけを独立して作るとしたら、医療需要の流出入をもう少し詳しく見て、新たな医療の医療圏を構築するという考え方はできないでしょうか。

（村上主幹）

- ・ 今回、御提案しております構想区域は、あくまで地域医療構想の策定にあたって区域を設定することが主眼でありまして、その考え方は、資料3でご説明しました病床の分化と連携を一体的に推進するという区域、それが相当と認められる区域を定めるということで考えたというところでございます。
- ・ 御指摘のありました二次医療圏の設定につきましては、その次の段階ということになりますので、今回の構想区域の中身によって将来的に変わってくるという部分はあろうかと思えます。
- ・ もうひとつ御指摘の老人福祉圏域は、地域医療構想との関連については、具体的に将来的にどうしたらよいかというような考え方が、厚生労働省から考え方が示されておりませんので、まずは、この構想の考え方の中でどういう区域が考えられるかという観点からお示ししているという状況でございます。

（米満構成員）

- ・ 老人福祉圏域と二次医療圏はイコールではないということですね。

（村上主幹）

- ・ はい。資料3のスライド4でご説明しました「地域医療における区域の概念」をお示ししておりますけれども、若干ではありますが、二次医療圏が老人福祉圏域と必ずしもイコールにはなっていないということがございます。また、介護の中では老人福祉圏域の中に日常生活圏域ということで、中学校区単位で考えていくという考え方がありますので、ある程度医療圏としては広く考えていきながらも、実際には地域包括ケアに関わる部分では、きめ細やかに中学校区単位で見ていくという二段構えの考え方があるのではないかと考えております。

（福島会長）

- ・ よろしいでしょうか。他にございませんか。

（山田構成員・高野病院長）

- ・ 先日の県の専門委員会の時もお聞きしたかったことですが、この構想区域の設定については、A、B、C案があります。そして、これを第3回の専門委員会で決定したいという背景には、やはり聞き取り調査の結果をある程度判断してやらないと、今の状況では決められない可能性もあるので、それはどういうところを調査結果として、構想区域決定に持っていきたいと思っておられるのか。例えば先ほど話題になりました

有床診療所、これは御存じのように、九州というのは有床診療所がものすごく多いと、全国の中で、それがこういう熊本市内、都会、都会と申しますか、こういう地域とは、地域のあり方も全然違いますし、また、その機能も違うでしょうし、そして、各病院の機能、病床機能ですね、この分化をどういうふうに計算し、換算して、この構想に入れようとしておられるのか。この聞き取り調査というのが、今回の議題の2から3になっているところをみると、これを相当重要視しようと思っておられるのではないかと、私たちは常識的に考えるわけですがけれども、この点に関して、ひとつ教えていただきたいというのが第1点。

- ・第2点として、他の県の先生方から御意見として出てくるのは、熊本市は、高度急性期病院が非常に活躍しておられる、理想的な地域医療がなされているんじゃないかという中で、各高度急性期病院が、例えば北の方はあっちの病院がされてるし、南はあっちだし、高田先生とか、あっちの方向をやられているとか、いろいろありますよね、そういう非常に元気のいいシステムというか、例えば、天草だったら、どの病院を連携施設にするというのまで入れていかれるのが、やはり今回の地域医療構想の考えるべき、いわゆる、分割しただけで何が、トリプル20というのがどれだけ意味があるのかではなくて、今回の構想を作ったことによって、高度急性期の、いわゆる緊急手術その他に関しては、こういうシステム、別にそれに、絶対義務ではなくて、推奨パターンというのもですね、作っていかれると、さらにこの構想区域が意義あるものになっていくのではないかと思います。この点に関してお考えどうでしょうか。
- ・第1点はこの聞き取り調査で、この構想区域、3つのA、B、C案をどういうふうな分析して、決めていきたいと思っておられるのか、そういう情報、データがこないと我々もそれでいいですとは言いがたい。ABC案それぞれいい面、悪い面あるというのは、前回の、県の専門委員会の時も理解できましたし、その点をちょっと教えてください。

(阿南補佐)

- ・聞き取り調査につきましては、正直、必要病床数と医療需要ですね、地域医療を確保できるだろうかというのを主眼に考えておりました、構想区域に関しましては、これまで我々に与えられたデータ、患者さんの流入、受療率等をですね、アクセス等を考えて、今回、いろんな案を出させていただいておりますので、一義的には、調査と構想区域との関係というのは、深くリンクはしておりません。

(山田構成員)

- ・しかし、必要病床数というのは基本的にトリプル20が、非常に大きなファクターですよね、病床数が人口に対してどれだけある、そして、流入、流出、そういう計算も全部出てくるということですよ。そういう中でまた新たな事実が出てくるでしょうから、これからは何も構想区域になる情報は一切ないということでしょうか。病床機能の評価して、熊本県の、有床診療所は、いわゆる、北海道とか東京とかは全然こんな多くないので、熊本がなんで必要なのかかということ、必要性があるからこんなに有床診療所があるわけですから、それを間違った発想で、病床を削っていくというのは、逆によくないと思うので、各地域構想に応じた必要像を考えていかれたらどうかと思います。もしそういうお考えがないのであれば、そういうのもひとつ考えていただきたいと思います。2番目もお答えいただければと思います。

(立川首席審議員兼医療政策課長)

- ・一点目について、補足させていただきますと、さきほど米満構成員からも御意見が あってました、今回議題2でございましたけれども、なかなか6年後、ましてや10年 後のですね、病床の数なんていうのは、「分からない」というのが正直なところでは ないかと。そういった中で、さきほど様式もみていただいたと思いますけれども、6 年後、それから2025年の数までお聞きをするようにしております。ちょっと先のほ うには、地域医療構想に対する、そもそもの御意見等もあると思いましたので、自由 記載にはしておりますが、様式は用意させていただきました。県独自かという部分があ りまして、説明のなかで、シャドウを塗ったところは県独自のものとしてお聞かせ いただくようにしております。私ども、聞かせていただくほうですけれども、正直、 どのような回答が上がってくるのか、皆目予想がついておりません。あるところは、 なかなか後継者もみつからないので、少なくしようとか、あるいは今、建設途中でも あるから病床はどうしても維持したいとか、そういった話は想定できますけれども、 大方の方々の御意見というのは想定ができない中で、これをさせていただくこととし ております。聞き取り調査と区域の話は、今、阿南補佐が回答しましたように、区域 と直接リンクするのはありません。ただ、先ほど、村上主幹の方から説明しましたと おり、先々、構想区域の確認というのがあるんですね。まさしく山田先生の方から、 聞き取り調査、どうなるか分かりませんが、集計を出して、今、厚労省の省令 に出している数字とどれだけ違うのか、全然見当つかないんですけれども、そういっ たものを積み上げます。そして今、同時並行的に今日、構想区域の5案を示させてい ただきましたけれども、これから各区域の専門部会を進めておりますので、少しずつ 議論の集約もできるかと思っています。区域の議論が集約される時に、ヒアリングで いただいた集計を置いてみるとかは当然します。それは皆様方にも、お返しをしなければ いかんと思います。それはとりもなおさず、今後地域医療構想を策定する中で、国 のほうも想定しておりますけど、資料3の2頁の7番で構想区域の確認ということも ありますので、私どもと皆様方とまたするプロセスになっていると思っております。 一番目の質問は以上です。

(阿南補佐)

- ・2番目のお尋ねは、各医療機関さんはどこの医療機関と結びついているのか、機能分 化連携しているのか分析した方がよいということですね。

(山田構成員)

- ・高度急性期、緊急とかいわゆる救急ですね。
- ・そういう質問事項も入れていただいて、もともと緊急手術の場合は、どこの病院と連 携をとられておられるのかという質問もあってよろしいですし、構想区域に関しても A案、B案、C案お聞きになられても、ある意味では必要になるかもしれません。余 計な意見かもしれませんが。そのあたりも考えていただきたい。

(阿南補佐)

- ・検討させていただきたいと思います。

(清田構成員)

- ・在宅の医療の件についてお尋ねします。地域医療構想の受け皿となる在宅医療の整備

状況は、圏域毎でかなり違っており、過疎で広域なところは在宅医療が非常にやりにくい現状があります。ですから、そこで入院の人たちを退院して自宅へ帰すということが困難な場合には、その圏域では病院の果たす役目が極めて大きいということになります。熊本圏域みたいに在宅医療が整備されているところでは、在宅復帰は可能でしょうけれども、それ以外の圏域、在宅復帰できる状況が各圏域で違う場合には、圏域毎に病床の意味が変わってくると思われれます。介護療養病床は廃止が決まっていますが、そういった機能がないと地域では支えられないという現状が、圏域によってはあるのではないのでしょうか。そういう、いわゆる病床機能というよりも、介護、在宅医療の面から単純に病床を減らすことができない現況をどういうふう考えていくのか。地域の中で在宅を含めた医療提供体制が整備されなければ、圏域で完結できないという状況が起こってくる、つまり在宅医療の整備の状況と病床のあり方というのは、リンクしているわけですから、その辺のことをどういうふう計算の中に入れていくのかが重要と思います。そうしないと実際在宅をやろうとする側からすれば、熊本市圏域以外では、在宅医療は今後は伸びるというよりか減っていくんじゃないかなと心配します。そのような現状を病床機能の中にどういうふう反映していくのか、お尋ねしたい。

(阿南補佐)

- ・仰ることごもっともです。これまでも在宅医療の推進ということで、通常ベースでもそういった事態が起こるにも拘らず、今回の地域医療構想では、入院医療から在宅医療等への移行ということで、在宅医療のみならず老人ホーム、老健施設等の入院以外の受け皿をもっと活用していきましようという方針があります。今回の地域医療構想では、在宅医療等についてですね、見込み患者数というのも出すことになっています。これもまた、構想区域単位で出すことになります。これは手元の資料でして本日配付しておりませんが、現状の二次医療圏でどのような介護施設の配置状況になっているかを整理しておりますが、現状を十分踏まえまして、その辺の対応について考えていかなければならないと考えております。
- ・まずは、我々は、医療の面からアプローチして参りたいと思います。ただ、資料1にもあるとおり、十分注意していかなければならないのが、資料1の2頁に書いてあるとおり、2頁の一番下ですけれども、ガイドライン上はですね、先生御懸念の部分なんですけれども、二つ目のポツです。「在宅医療の整備が先行した上で、慢性期等についての必要病床数係る目標に向けた取組が必要」だと、次のガイドラインにも書いてありますけれども、「入院医療でなく、在宅医療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」となっていますので、このへんのことも十分吟味しながらですね、対策というのを考えていかななくてはならないと考えております。

(清田構成員)

- ・それと有料老人ホームのような病床ではない住まいをつくらうとした場合、人口減少地区で段々と人が減っていくと予想されている中で、10年、20年維持していくことは極めて難しいです。ですから営業的に見た場合に、有料老人ホームなどを作っている一般の営利的な目的とする方たちが一番進出したくないところの圏域は、そういった整備は進まない。そうすると現在ある病床機能をどう活かしていくか、各病院の今あるベッドの意味が極めて重要になってくるので、そこをしっかりと残すことも考える必要があると思います。今いろんな基金を使って、各地域にある今のインフラをどう

残していくのかという点が大切で、手厚くやっていかないと熊本圏域以外のところはかなり厳しいという状況がおこってくるだろうと予想されます。特に地域の有床診療所は非常に高い機能がそこにあり、地域で生活の中心になっています。しかし、もう自分の代で終わっていいと思っていられ先生方が多く、建て替えもしないという状況が出てきているようです。残念ながら熊本圏域以外は特に今後有床診療所はどんどん減っていく恐れがあります。そういったことに対してその圏域でしっかりと完結できるような仕組みを残していくために、県が積極的に取り組んでいく必要があると思います。その辺をぜひ考えていただきたいと思います。

(福島会長)

- ・もう少し時間がありますが、どなたかご質問はありませんか。

(斉藤構成員)

- ・2点質問があります。1点目は、この資料のなかの、資料3の5ページですけども、熊本の二次医療圏の現状認識を少し教えていただきたい。全国平均との比較の中で、医師、看護職員の全国との比較とありますが、これを見たら、お医者さんは熊本市一極集中というのがよくわかるなという認識です。一方で、看護職員さんは、かなり全域にばらまかれてらっしゃいまして、なおかつ、すべてが全国平均を大きく上回っていらっしゃる。この認識は、私は初めて見まして、どういう形の医療提供体制のなかで、もちろん7:1の病院が多いからこういう形になった、一方で大きな病院は看護師さんがまだまだ不足なんだという意見もよく聞こえてくるころでして、そこらへんのバランスがちょっとわからないなというのが質問の1点目です。
- ・それと、医療圏について申し上げますと、私の個人的な意見かもしれませんが、患者さん、われわれにとっては加入者の皆様方の生活パターン、流入、流出、ここらへんをいろいろつぶさにみておりますけれど、やっぱり受療フリーアクセスという時代のなかで、どこにいても可能なわけですけども。そういうお客様の生活の中で等々勘案したときには、相当フレキシブルに変えていく必要があるのではないかと認識をしています。先ほど御説明がありましたとおり、高度急性期については全県一区というようなところもありますが、その他の急性期等々については地域でみていこうと考えたときに、個別のですね、例えば、菊池、先ほど意見のありました宇城、上益城、上益城は確かに納得するところだろうと、熊本市を、これは熊本市の会議でありますから、中心に考えたときに、例えば菊池は、具体的にいったら、合志、菊陽はここ(熊本)の地区だろうというふうに思うわけです。菊池全域ではなくて。先ほどデータの資料のなかでも、1ページにありますけれど、菊池から高度急性期を除いて38%、上益城から51%、宇城から31.8%。菊池の合志、菊陽は人口が非常に集中している。ですから、ただ単にパーセントではなくて、人口自体の端的な動きからいったら、ほとんど熊本市の医療圏といってもいいのかなと。そういう意味からすると医療圏は広くとらえたほうがフレキシブルになるのかなという感じもしてございまして、このなかで先ほどちょっとお話があったかもしれませんが、今申し上げた、菊陽とか、合志とか、あるいは宇城、単独の分離、合併はできないのかどうなのか、そこらへんを大々的に見直していくほうが非常に現実的ではないかという風に、これは私の一人の、けして保険者協議会の代表としての意見ではありませんが、その2点ちょっとニュアンスをお聞かせいただけたらと思っております。

(村上主幹)

- ・お答えいたします。2点ご質問をいただきました。まず、看護職員の方々の数ということで、今回の資料でお示ししておりますのは人口10万人対ということで出してしておりますけれども、別のデータをお示しできておりませんが、我が県におきましては病床が多いということで、病床単位で看護職員の方々を見ますと、やはり全国平均よりも少ないというデータが出ております。参考までにH24の厚労省の報告データになりますけれども、全国平均が100床あたり57.0人に対しまして、熊本県は53.8人ということでそれだけの差があるというところでございます。病床単位でみるとそういうデータがあるということでご了承いただければと考えております。
- ・また2点目ですけれども、二次医療圏を構成します市町村単位でみていけないかというご質問だったかと思えます。県の専門委員会の際にもご質問ありまして回答したところでありますけれども、内部的に検討しました際にその点非常に悩んだところがございます。ただ、あくまでも冒頭御説明しましたとおり、これまでの広域的な取り組み自体が、二次医療圏単位で進めてきた、いわゆる郡市の枠組みはなかなか崩すことができないのではないかいうところがありますのと、例えば今ご指摘がありましたように、菊池圏域のなかで菊陽町、大津町が熊本圏域と統合となった場合、残りの菊池圏域の市(菊池市、合志市)におかれてはどういう医療圏という形で構成できるかというふうに考えますと、なかなか「たたき台」としては示すことができなかったという現状がございます。今言った考え方から、今回の5案を整理したところでございますので、ご承知いただければと思います。以上でございます。

(福島会長)

- ・ありがとうございます。他にございませんでしょうか。

(米満構成員)

- ・今のところで追加の質問ですけれども。熊本は、熊本市内に高度急性期病院が集中しておりますが、二次医療圏を設定したときに、二次救急病院がどんどん減っているという状況が、熊本市内にはあるんですけれども、阿蘇とか菊池とか上益城とかで、いわゆる一次、二次救急病院、24時間対応する一次・二次救急病院がこれからそこで救急をやっていけるのかどうかというところは非常に厳しい状況かと推測しております。というのは、ひとつは熊本市内に集中してきて、患者さんも熊本市内に集中する、救急車も集中する、ドクターヘリも今飛んでいますし、そのような状況のなかで、ひとつは経営的に24時間救急をそこで保つというのがなかなか困難になってきます。、ドクターも2人態勢で当直をできるかどうか、ナースも必要ですし、薬剤師も必要ですし、放射線技師も必要ですし、従業員も必要です。そういうことで、おそらく救急を地域、地域で経営上ペイできるような二次救急医療機関というのが減っていく可能性が非常に高い。そうすると、おそらくこの熊本の特徴的な一極集中型の救急体制というのはますます拍車がかかってくるという中で、熊本としてそういう形を理想としてもっていくのか、いわゆる一極集中型の救急体制、高度急性期を一極集中に集めて、そうすると二次医療圏というのが急性期というところがちょっと合わなくなってくると思うんですね。実際そうなりつつあるんですけれども。そういう中で、いやいや急性期をしっかりと、例えば、阿蘇とかいうところに維持していくというふうにもっていくには、かなりのみんなの協力と労力と必要になってくると思われるんですけれども。その方向性がやっぱり大きく違ってくる、今後。それには熊本市内の病院

も含めて非常に協力してそういう体制を築き上げていかないといけないと思いますし、それができるかどうか非常に大きいところだと思います。おそらくこのままだと一極集中型になるので、実際に、ちょっとした風邪でも一時間かけて熊本市内に行かないといけないとか、できれば急性胃腸炎なので点滴だけでも近くで受診しましょう、というけれども、24時間やっている病院がない、見てくれる病院がないというふうなことが起こってくる可能性が僕は高いと思っていますが、いかがでしょうか。

(立川首席)

- ・簡潔にお答えします。二次救急の空洞化みたいな今お話があって、県もそれについて憂慮というか、心配をしているものですから、例えば、有明圏域でいえば、公立玉名中央病院などがございまして、そういったところには熊大さんと一緒になって総合診療医の育成を図れるようなサテライトみたいなものを作りましたし、各地域で言いますと、そよう病院であるとか、ドクターの数が少ないということもありまして、自治医科大学卒業生の配置なんかも、二次救急はとにかく担えるような形、公立多良木病院であるとか、そういったところは常に重点的に人も配置しております。県の予算のなかでもそういったところになるべく付ける、というのは常に思っておりますので、熊本市に一極集中を加速させるような施策ということで思っておりません。各地域で県民の方々が安心して、今おっしゃったすぐ点滴を受けられるような体制をきちんと守らなければいけないと考えております。

(米満構成員)

- ・そこら辺のデータを、ぜひ、ここ5年前と今と5年後とそういうところの患者の動態とといいますか、救急患者数とかですね、夜間の患者数とか、そういうのをデータとして見ればありがたいかなと思いますし。どのくらい夜間、土日に、例えば上益城から熊本市まで救急患者が来ているのか、地元にかからずにですね、というデータはとれるのではないかなと思うんですけど。あまり詳しくなくてもいいんですけども、そういう方向に拍車がかかっているのか、いやいや今の政策のように地元で引き受ける方向に動いて行っているのかという傾向を知れば。

(福島会長)

- ・はい、では色々なご意見、ありがとうございます。議題3の構想区域について、当初に県の方から説明がありましたように、A案、今の案で行くのか、上益城と一緒にした区域で行くのかという提案がありますが、ここでなかなか決めかねないと思いますし、上益城の方の条件のこともありますが、いかがでしょうか。A案でいくか、一緒になっていくかというのを大まかではありますけど、御意見をお伺いしたいと思います。

(金澤副会長)

- ・よろしいですか。この構想区域に関しては、地域医療ビジョンを進めていくための枠づくりと言いますか、おそらく皆さん方、行政の方で毎年毎年の結果を分析していくための、いわゆるそのための枠であると。ですから、受療行動、患者さん方の医療機関にかかる受療行動を規定するものではないということですね、先ず理解しませんとなりません。ですからあくまでもこれは構想区域として分析しながら、この区域はちょっとやっぱりまずかったなと、5年後ですよ、あるいは6年後ですか、医療

計画の度に区域の評価、再評価。そして行政としての、例えば今後の、これから先の消費税がアップした際の基金、この地域医療の総合的に充足していこうとする地域包括ケアを目指すための基金、これをどの区域に有効に活かしていくかという、行政の今後の、まさしくビジョンを実行していくための枠組みであろうということで、あくまでも住民の受療行動を規制するものではないということをごすね、これをやはりわかりやすくどこかに表現しておかないといかんのかなと思います。

- ・それと、先ほどの議論でいろんな先生もおっしゃっていましたが、是非一極集中ということではなくて、これは救急の時に話題が出ておりましたけれども、昼間の医療と夜の医療、これは同じように夜までも、どの地域も充足できるように目指していくというのは、きわめてやはりエネルギーの無駄な部分も現実的には出てくるのではないかと。ですから昼間の間はその地域でやろうと。例えばですよ、昼間の間、昼間も相当幅広く時間をもってごすね、できるだけ地域で行えるように。そしていざ夜間とか、休日とかその場合は飛んでいこうと。たとえばの話ですが、そういう現実的に、常にこの地域でもできるようにという考え方から、少しダイナミックに考えていく構想というものも僕はあってもいいんじゃないかな、という気がいたします。必要病床という、その受療体制の答え、要するに医療提供体制のあり方というのはやはり365日同じような、完結できるようなものを各地域に目指すというのは、きわめて行政としても無駄なものなんじゃないかなという気がごすね。もう少し現実的に沿った施策で進められてもいいのではないかとごすね。そういった意味でも、熊本市から見ると、先ほど御意見がありましたもっと広く、ひょっとすると構想区域というものはもう少し広くとらえてみてもいいのではないかとごすね。という気がいたしました。
- ・それと1点だけごすね、よく議論がごすね、私ども医療サイドはこのようにごすね、行政の方でこの区域は分けてはならんと。例えば、保健所の管轄であったりとか、そういった所までいじらないといけなくなったら大変なことになるとか、そういった背景でこの医療圏の区域の線引きごすね、これは市町村単位にしてはどうだろうかという意見が色々ごすね、今後これから先もたくさん出てくるごすね。そういった意味で、行政の立場から、政をとり計る立場から、こういった線は、やはりそこは、線を越えて区域を設定するというごすね、極めて困難であろうごすね、というごすね、要素がもしありましたら、教えていただければごすね、という気がいたしますので、今日でなくとも今後の議論ごすね。以上ごすね。

(田中構成員・熊本市医師会理事(地域医療構想担当))

- ・申しごすね、この構想区域のところで、現行、それからいろんな案が出てごすね、例えば熊本と上益城の場合は、かなり密集したところと閑散としたところ、その◎と×の数字の差があるごすね、これを一緒にすることによってトリプル20はクリアできる、ごすね、ということごすね、例えば必要病床数なり、それぞれの地区にとってのメリット、デメリットをどのようにごすね、その推測として。一緒にごすね、上益城にとってはどういうメリットがごすね、若しくは逆にどうごすね、熊本市にとってはどうごすね、デメリットがごすね、何か推測なり、ごすね、お聞かせごすね。

(阿南補佐)

- ・統合の長所、短所について、正直、明確に言える部分はありません。ただ一つ言えるのは、必要病床数ということで考えますと、上益城と熊本、一緒になった場合は同じ区域として推計しますので、統合後の必要病床数は、今の既存病床数と比較した場合、上益城から見れば、単独と比較して減少する割合が低くなる、薄まるという部分がございます。

(田中構成員)

- ・わかりました。そうすると、熊本県全体で見ればどういう構想にしても県全体としての必要数は変わらない。それをどう分けるかだけの問題だと、必要数だけ見ればですね。そういうことでしょうかね。はい、ありがとうございました。

(福島会長)

- ・それではご意見いただきまして、この構想区域につきましては、まだはっきり上益城と一緒にするという意見はあまりなかったようですので、とりあえずこのままでということによろしいですかね。

(馬場構成員・熊本大学附属病院副院長)

- ・すいません。私の理解が不足しているところがあるかもしれませんが、おそらくこの構想区域の、今日県が提案いただいた構想区域の考え方というのは、国が進めようとしています医療政策を、県単位でどのように落とし込むのかということを考え、その時に考えないといけないのが、一つは今の医療体制、供給体制を国の提案する機能を分化する、そしてそれぞれに割り当てられた大まかな病床数ということ考えたときに、こういう構想区域ごとに分けてそれぞれの現時点での医療体制はあまり大きく変えなくて、維持できる一番いい落としどころを見つけると言うところを少し念頭に置いてあるのかな、というのが1点。それと、先ほど来、いろんな議論がございましたが、将来のそれぞれの機能分化した病床数をどれだけ維持するかということを考えるときに、今の、現時点での受療行動そのものが通用するかどうかということが十分考えないといけないという点があったと思いますが、この資料の関係データという11ページを見ますと、当然のことながら今後少子高齢化がさらに進むわけではありますが、この地区ごとに人口が全体的には減少するわけですが、後期高齢者の率を見ますと、熊本、菊池といったところが160%を超えてくるということになります。非常に高齢者が増える地区と、そうではない地区が当然出てきますので、それを踏まえまして今と同じような受療行動と異なる地区が出てくるということを十分加味して、人口減だけに対応する病床数の維持だけではなくて、将来の高齢化に応じた受療行動の変化ということも、十分加味しておく必要があるかな、というふうに感じています。ちょっと感じたままに話をさせていただきました。

(福島会長)

- ・あとよろしいですかね。では、この辺で意見交換、並びに議事を修了したいと思えます。よろしいですね。それでは皆様には多数の御意見、並びに円滑な議事の進行への御協力をいただきまして、本当にありがとうございました。では、進行を事務局にお返しします。

○ 閉 会

(中川審議員)

- ・はい。福島会長をはじめ、皆様には大変熱心に議論していただきありがとうございました。本日いただきました御意見等について、今後協議や調整を進めて参ります。なお、次回の専門部会は、他の地域の専門部会を12月までかけて開催する予定ですので、それらの協議結果を踏まえまして、具体的な日程等につきましては御連絡をいたします。また、お手元に御意見、御提案書をお配りしておりますので、本日御発言できなかった方でも、後日ファックスやメール等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。本当にありがとうございました。

(21時00分終了)