

## 第1回球磨地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成27年8月3日（月）19時00分～21時00分

会場：球磨地域振興局 二階 大会議室

出席者：＜構成員＞ 全20人

当方：山内局長、阿南補佐、藤本主任主事  
緒方所長、上村次長、高島課長、藤本課長  
井上参事、羽鳥主事

報道関係者：人吉新聞社・川口記者

傍聴者：なし

オブザーバー：熊本県医師会（理事 大柿）、人吉市医師会（愛甲・蓑田）、  
球磨郡医師会（宮田・木村）

随行者：村上（保険者協議会）、松岡、柳瀬（人吉市健康福祉部長・高齢支援課長）

### ○ 開会

（上村次長・人吉保健所）

- ・ただ今から「第1回球磨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人吉保健所の上村でございます。まず、資料の確認をお願いします。会議次第を1部、資料1～8を各1部お配りしておりますが、不足がありましたらお知らせください。
- ・なお、本日の専門部会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、公開とさせていただき、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。また、後日、会議の概要等については、県のホームページに公開する予定としています。
- ・それでは、開会にあたり、熊本県人吉保健所長の緒方が御挨拶申し上げます。

### ○ 挨拶

（緒方所長・人吉保健所）

- ・皆様、こんばんは。人吉保健所の緒方でございます。  
本日は大変お忙しい中、第1回球磨地域医療構想検討専門部会にお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。
- ・皆様も御存じのとおり、今後高齢化の進展に伴い 医療需要の増加が予想されておりますが、一方、医療資源に限りがある中、これからも、住民の方々が安心して暮らしていけるよう持続可能な医療提供体制を整えていく必要があります。  
この地域医療構想は、推計される将来の医療需要や必要病床数等を踏まえ、地域の実情や課題を検討しながら、将来のあるべき医療提供体制の姿を地域で作り上げていくものでございます。この中には、病床機能の分化と連携、在宅医療等への転換、あるいは医療従事者の確保等をはじめ、いろいろな課題があろうかと思いますが、策定にあた

りましては、地域や医療の現場の「感覚」がとても重要と感じており、皆様からいろいろな御意見・御示唆を賜りながら合意形成を図っていくことが大切かと考えております。

- ・本日の第1回の会議では、球磨地域の推計を含む「地域医療構想」全般について、御説明差し上げることとしております。皆様方におかれましては、どうか忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げ、簡単ではございますが、開会の挨拶といたします。本日は、どうぞよろしく願いいたします。

(上村次長・人吉保健所)

- ・構成員の皆様の御紹介につきましては、時間の都合上、お手元の構成員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

(上村次長・人吉保健所)

- ・次に、球磨地域医療構想専門部会の会長及び副会長の選出に入らせていただきます。
- ・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」と規定されておりますが、いかがいたしましょうか。

(会場から)

- ・事務局の提案はございませんか。

(上村次長・人吉保健所)

- ・今、事務局からの提案との意見がありましたが、それでよろしいでしょうか。

(構成員一同)

- ・はい。

(上村次長・人吉保健所)

・それでは事務局の案を御提示したいと思います。事務局としましては、将来の当地域における医療供給提供体制のあり方に係る構想でございますので、会長には、診療に関する学識団体の代表である人吉市医師会の外山会長、副会長には球磨郡医師会の山村会長に、それぞれお願いしたいと思っております。よろしいでしょうか。

(構成員一同)

(拍手)

(上村次長・人吉保健所)

- ・御承認有難うございました。それでは外山様、山村様、それぞれ会長、副会長席へお着きいただきたいと思っております。
- ・ここで、会長、副会長に一言御挨拶をお願いしたいと思います。

よろしく願いたします。

○ 会長 あいさつ

(外山会長、人吉市医師会・会長)

- ・皆さまこんばんは。

ただ今、会長に指名をいただきました人吉医師会の外山でございます。

本日は、この地域医療構想を皆様方に御検討いただくわけでございますけれども、御承知のように日本社会は超高齢化社会、並びに、地域によっては人口減少を迎え、このように厳しい社会状況であります。地域住民が10年後、20年後、此所の地域で医療・介護を受けていけるように地域医療の提供体制を整えていくことが、この地域医療構想検討会の役割と認識しております。御検討をお願いしたいと思います。

- ・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まして、どうか忌憚のない御意見・御提言をお願いしたいと思います。この地域医療構想を山村副会長のサポートを受けながら、私も全勢力を傾けて取りまとめていきたいと思っておりますので、どうか御協力、御支援の程をお願いいたします。簡単ではございますが、御挨拶にかえさせていただきます。

本日はよろしく願いたします。

○ 副会長 あいさつ

(山村副会長、球磨郡市医師会・会長)

- ・副会長に御指名を受けました山村でございます。人吉・球磨地域の「地域医療」の検討という地域にとっても大切な事柄です。非常に大切な検討会ですが、会長を支え検討会がスムーズに進行するよう務めてまいりたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いたします。

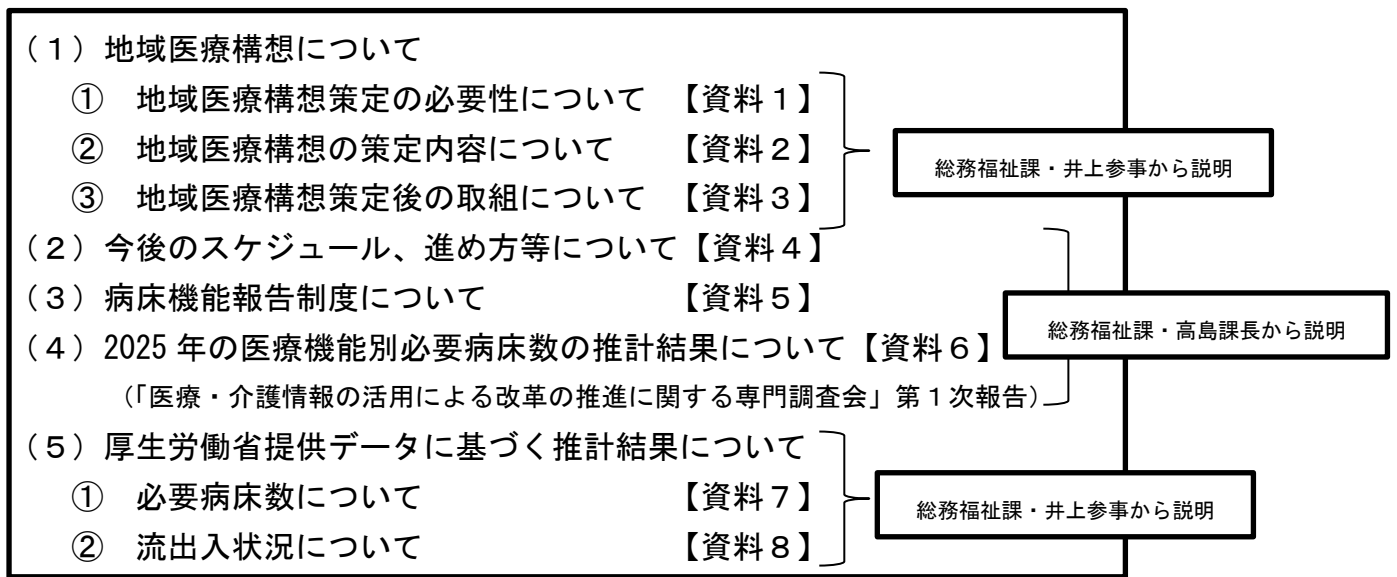
(上村次長・人吉保健所)

- ・それでは、設置要領に基づき、この後の進行を外山会長に願いたします。

(外山会長、人吉市医師会・会長)

- ・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。まず、最初に地域医療構想について、議題(1)から議題(5)までに係る説明を事務局から願いたします。なお、次第の5番目に「意見交換」の時間が設けられておりますので、事務局からの一連の説明が終わった後に、質疑を含めてまとめて意見交換をお願いしたいと思います。

## ○ 議事



(井上参事・人吉保健所)

- ・人吉保健所の井上と申します。
- ・約30分いただきまして、資料1から8まで御説明させていただきます。ポイントを絞って御説明したいと思っておりますので、御了承のほどお願いします。

### 資料1 地域医療構想策定の必要性について

- ・議事の一つめの「(1) 地域医療構想について」、「資料1」の「地域医療構想策定の必要性について」を御覧ください。
- ・スライド2をお願いします。まず、「地域医療構想とは」ですが、都道府県は、厚労省のガイドラインを参考に、今年4月から地域医療構想の策定を開始しております。構想の内容は、「2025年の医療需要と病床の必要量」、「2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策」です。なお、対象は、一般病床と療養病床です。
- ・スライド3をお願いします。構想策定の背景として、医療における2025年問題がございます。2025年とは、団塊の世代が75歳になる年で、全国的に医療と介護の需要がピークを迎えると言われております。また、高齢者人口の増加には大きな地域差があるということも踏まえて、地域ごとに、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、患者が状態に見合った病床で、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要となって参ります。
- ・スライド4をお願いします。本県の2040年までの将来推計人口を、4つの年齢階級で整理したものです。全体では減少する一方、グラフの一番上の75歳以上の方々は、2035年まで増えていくと推計されています。
- ・スライド5をお願いします。表の下から2列目、この球磨地域の推計人口は、全体では2040年までに2010年との比較で約3.5の減少となりますが、75歳以上

では横ばいとなっています。

- ・スライド6をお願いします。こうした将来推計などを踏まえ、より良質な医療サービスを受けられる体制として、地域包括ケアシステムの整備を進め、県民幸福量の最大化につなげていくことが、大きな目標になると考えております。

## 資料2 地域医療構想の策定内容について

- ・次に、資料2の「地域医療構想の策定内容について」御説明します。資料2と資料3は、厚労省が示したガイドラインの説明が中心となります。
- ・スライド2をお願いします。構想策定は、医療法の第30条の4第2項第7号が根拠規定であり、医療計画の中で定めることとなります。
- ・スライド3をお願いします。先の説明のとおり、構想の内容は、2025年の医療需要と病床の必要量、2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策となります。
- ・スライド4をお願いします。これらをまとめるに当たり、ガイドラインに8つのプロセスが示されています。
- ・スライド5をお願いします。策定プロセスの1つめが、「構想の策定を行う体制の整備」です。医療法に、案の策定及び決定段階における意見聴取の規定があります。
- ・スライド6をお願いします。これらの規定を踏まえ、本県では、既設の「熊本県保健医療推進協議会」に専門委員会を、また、各地域の保健医療推進協議会に「専門部会」を設置し、全県と地域ごとの二段構えの体制で検討を進めて参ります。
- ・スライド7をお願いします。策定プロセスの2つめが、「構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有」ですが、厚労省から様々なデータが提供されており、後程説明します。
- ・スライド8をお願いします。策定プロセスの3つめが「構想区域の設定」です。地域医療構想は、構想区域ごとに策定するようになっており、構想区域は、「二次医療圏を原則として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向等を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携することが相当であると認められる区域を単位として設定」とされています。本県では、まずは原則に従い、二次医療圏ごとに検討していく考えです。
- ・スライド9をお願いします。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能の定義でございます。
- ・スライド10をお願いします。策定プロセスの4つめが、「構想区域ごとの医療需要の推計」です。基本的な考え方として、患者住所地を基にした厚労省提示の基礎データを基に、都道府県が構想区域ごと、かつ機能別に医療需要を地域全体のマクロで推計していきます。
- ・スライド11をお願いします。推計の算式については、厚生労働省の省令で規定されています。具体的に、高度急性期、急性期、回復期の機能については、  
構想区域における2025年の医療需要

- ＝ [当該構想区域の2013年度性・年齢階級別の入院受療率]  
 × [当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したものと  
 となります。また、推計に当たっては、患者への診療行為を、診療報酬の出来高点数  
 で換算した医療資源投入量で分析します。
- ・スライド12をお願いします。これら3機能の医療需要の推計イメージ、次のスライ  
 ド13が病床の機能別分類の境界点の考え方に係る図ですが、医療資源投入量につい  
 て、3000点、600点、225点を境界点として整理します。
  - ・スライド14をお願いします。4つの病床機能のうちの慢性期及び在宅医療等に関し  
 ては、3つめの「・」のとおり、「慢性期機能の推計においては、医療資源投入量  
 を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一  
 定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう  
 地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計する」  
 とされています。
  - ・スライド15をお願いします。下に、「慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメ  
 ージ」図をお示ししています。上のグラフのうち、①障害者・難病患者数と、②療養  
 病床の入院患者数のうちの医療区分1の患者数の30%は慢性期となります。また、  
 ②療養病床の入院患者数の70%及び地域差解消分、③一般病床で医療資源投入量が  
 175点未満の患者数、④現時点で訪問診療を受けている患者数、⑤現時点の老健施  
 設の入所者数は、在宅医療等となります。
  - ・スライド16をお願いします。療養病床の入院需要率における地域差の解消として、  
 「都道府県は、原則として構想区域ごとに次のAからBの範囲内で入院受療率の2025  
 年時点の目標を定める」こととなります。パターンAは、「全ての構想区域が県単位  
 の全国最小値まで入院受療率を低下する」、パターンBは、「構想区域ごとに入院受  
 療率と県単位の全国最小値との差を一定割合解消させることとするが、その割合につ  
 いては県単位の全国最大値が県単位の全国中央値にまで低下する割合を一律に用いる」  
 となっています。なお、一定の要件を満たせば、特例（パターンC）として、目標の  
 達成年次を5年間延長することができます。
  - ・スライド17をお願いします。策定プロセスの5つめが、「医療需要に対する医療提  
 供体制の検討」です。
  - ・一つ飛ばして、スライド19をお願いします。策定プロセスの6つめが、「医療需要  
 に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計」です。この2つの  
 プロセスについて、架空の構想区域における仮の数値を用いた算定例により、説明し  
 ます。
  - ・スライド20をお願いします。Aという構想区域の急性期の例として、左から2列目  
 の医療需要に2, 176という数値を入れております。
  - ・スライド21をお願いします。この2, 176は、右の2025年の表のように、入  
 院受療率を2013年の率に固定し、人口を2025年に置き換えて性・年齢階級別  
 にそれぞれ掛け合わせて合計するという方法で算出します。

- ・スライド20にお戻りください。表の3列目以降が医療供給です。3列目の「現状」について、流出している患者数が、流入数よりも100人多いとして、マイナス100としています。これにより、現状の医療供給は、2,176から100を引いた2,076となります。次の列の「あるべき姿」では、現状の流出入を見直すのかを検討し、ここでは、流出を20抑制する、すなわちAの供給を20増やすとして、マイナス80としています。これにより、あるべき姿は、医療需要の2,176から80を引いた2,096となります。ただし、この増加分を他の区域の減で調整する必要があります。最後に、あるべき姿の2,096を急性期の病床稼働率の78%で割り戻して、一番右の必要病床数2,687が算出されます。
- ・スライド22をお願いします。策定プロセスの7つめが「構想区域の確認」です。人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、区域設定の妥当性を確認します。その上で、最後のプロセスとして、「将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討」を行います。
- ・スライド23をお願いします。必要病床数と病床機能報告による集計数との比較を通じて課題分析を行い、地域医療介護総合確保基金の有効活用等により、「病床の機能分化・連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保・養成」に係る取組みを検討することとなります。

### 資料3 地域医療構想策定後の取組について

- ・資料3の「地域医療構想策定後の取組について」御説明します。
- ・大きく4点ですが、一つめは、スライド2のとおり、まずは各医療機関の自主的な取組が基本となります。
- ・スライド5をお願いします。二つめとして、都道府県は、将来の必要病床数を達成するための方策等を協議するために、原則、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置・運営することとなります。
- ・スライド9をお願いします。三つめとして、構想の実現に向けた医療法に基づく知事による対応をまとめたものです。ポイントは、既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合、転換しないことを公的医療機関等に対しては命令、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できること。また、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合、不足している病床の機能区分に係る医療を提供すること等を、公的医療機関等に対しては指示、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できること。さらに、病床過剰地域における稼働していない病床への対応として、当該病床の削減を、公的医療機関等に対しては命令、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できることです。なお、こうした規定がありますが、基本は自主的な取組を促すことが主であり、知事に過剰な病床を削減する権限等は付与されていないということになります。
- ・スライド10をお願いします。四つめとして、構想の実現に向け、PDCAサイクルにより、評価・公表を進めます。

- ・以上で、議事の（１）に関する説明を終わります。

#### 資料４ 今後のスケジュール、進め方等について

- ・資料４、地域医療構想策定スケジュール（案）を御覧ください。
- ・案としていますのは、国の動向もありますが、県でも部会等の協議次第で変動の可能性があるのであります。策定完了までのスケジュールを、本専門部会を中心に説明します。
- ・下の段の「各地域」の地域医療構想検討専門部会の欄を御覧ください。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っております。その後、関係団体からの意見聴取、パブコメ、市町村等からの意見聴取、医療審議会への諮問・答申を受け、２９年２月を目途に策定を完了したいと考えています。

#### 資料５ 病床機能報告制度について

- ・次に資料５を御覧ください。  
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ページをお願いします。
- ・報告義務があるのは、一般病床又は療養病床を有する病院と診療所です。
- ・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、担っている病床の医療機能については、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、仮に同じ医療を提供している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ページをお願いします。
- ・平成２６年度の集計対象データです。県全体では下欄のとおり４５３施設、回答率８９．９％です。
- ・４ページ以降から、医療機能選択の集計です。



- ・ 24 ページをお願いします。球磨地域の結果です。
- ・ 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。
- ・ 25 ページをお願いします。
- ・ 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 599 床ですが、6 年後は 509 床となり、また 40 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。
- ・ 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。

#### 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るように内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」第 1 次報告からの抜粋です。6 月 15 日に公表され、新聞報道がありました、大元の資料です。
- ・ 2 ページと 3 ページは推計方法の説明です。
- ・ 資料 2 で説明した地域医療構想の必要病床数の算定式と同じで、データも構想と同じものを使い、一定の仮定を置いて全国の人口推計等を代入して計算したとのことです。
- ・ 4 ページは、推計結果の全国ベースの積上げです。上の枠に書いてあることは、今回の構想の趣旨と同じです。
- ・ 5 ページは、都道府県別・医療機関所在地ベースの推計結果です。都道府県ごとに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、2025 年必要病床数の推計値で、左が医療機関所在地ベース、右が患

者住所地ベースです。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、他県の患者が流入するという推計となります。

- ・ 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のスライド⑭⑮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

- ・ スライド7をお願いします。  
同じく球磨地域のデータを年齢階級別で整理したもので、75歳以上の方々の割合が徐々に高まり、2040年には医療機関所在所ベースで約81%、患者住所地ベースでは約74%まで高まる見込みです。
- ・ スライド9をお願いします。  
2025年以降、男女比は医療機関所在地ベースで男性は約42%、女性は約58%で概ね横ばいで推移する見込みです。
- ・ スライド11をお願いします。  
球磨地域の主な疾病別での整理です。  
下のスライド12の折れ線グラフを御覧いただきますと、2025年以降、がんは徐々に減少し、他は横ばいとなる見込みです。  
なお、この主な疾病別は、分類不能データや、データそのものに疾病情報が含まれていないものがあるなどの理由で、合計の値が他と異なっております。
- ・ スライド13をお願いします。  
全県（域）に係る推計結果を、球磨地域と同じように整理しています。  
まず、医療機能別ですが、必要病床数は減少傾向にあり、ピークは2035年の見込みです。  
また、2025年以降では、グラフの左側と右側の差により、県全体では他県への流出は概ね均衡がとれていることが示されています。
- ・ スライド15をお願いします。

全県（域）の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72%に高まる見込みです。

- ・スライド17・18が全県の性別、スライド19・20は主な疾病別です。  
全県（域）の男女比は男性約43%、女性57%で推移する見込みです。  
全県（域）の主な疾病別では、成人肺炎と大腿骨骨折が最大で33%と、増加する見込みです。
- ・スライド21を御覧ください。  
球磨地域・全県（域）の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。  
上段が球磨地域、下段が全県（域）で、2025年と2013年度との差が、それぞれ「265」、「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、球磨地域で約800、全県域で約11,000ですので、これらを補う在宅医療等の整備が今後の大きなカギになると考えられます。
- ・スライド22をお願いします。  
今後の検討課題ですが、今回の推計結果は、厚生労働省の省令に基づく算定方法により機械的に算出したものということを前提に、こうした推計結果を踏まえつつ、地域の実情をさらに詳細に把握し、より良質な医療サービスを受けられる体制を検討していく必要があると考えています。  
その際、「不足が見込まれる医療機能をどのように確保していくか」、「地域間の流出入をどのように考慮していくか」、「療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行をどのように進めていくか」等がポイントになると考えられます。
- ・スライド23をお願いします。  
参考として、資料6で説明した全県（域）に係る政府推計の結果と、昨年度の病床機能報告の結果との比較を整理しております。
- ・スライド24をお願いします。  
また、併せて参考として、球磨地域の2025年の必要病床数の推計結果と病床機能報告との比較を、医療施設調査を含めて整理しております。
- ・スライド25をお願いします。  
いま御説明した、2025年の球磨地域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 球磨地域における2025年の流出入状況（推計結果）

- ・流出入の差分をまとめたもので、ここでは流出の差が全体で-150人/日となります。  
なお、慢性期は、これまで同様パターンBを適用しています。

- ・以下の表で、流出先と流入元の上位20の二次医療圏を示しています。  
4機能合計では、流出では、上から熊本、八代、芦北、一方、流入元では上から、鹿児島県始良・伊佐次いで宮崎県の西諸となっております。  
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。

## ○ 質疑事項・意見

(外山会長、人吉市医師会・会長)

- ・ありがとうございました。  
只今、事務局から資料に基づいて議題の5までの説明を受けました。  
これから以降は意見交換でございますので、活発に御意見、御検討をお願い致します。  
膨大なデータでなかなかわからないんですけども、2025年のあるべき地域の医療提供体制について御検討いただくわけでございます。地域の人口動向疾病構造の変化、受療動態、又は、基幹病院であります人吉医療センターの県境を越えた広域的守備範を踏まえたうえでの御提言があらうかと思いたしますがいかがでしょうか。皮切りに人吉医療センターの木村先生いかがでしょうか。

(木村構成員、人吉医療センター・院長)

- ・まず、2025年度をポイントに準備するということですが、実際はその後の、人口減少に対して2025年から10年、20年後の対応もしていけないといけないんじゃないかと思いますが、そのあたりはどうなんでしょう。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・どうもお疲れ様です。医療政策課の阿南と申します。この医療構想を担当しています。どうぞよろしくお願ひします。木村先生の御指摘、ごもっともでございます。  
たしかに、今日の資料をみていただいてもそうなんですけども、資料7のスライド⑤の所に球磨地域にもありますように2025年以降の病床必要数、医療機関が出ておりますけども2030、この表を見ていただきますと2030年が、この地域では2030年がピークになります。他の地域では2035年がピークになるところがございますけども、このような推移をしていくことになりまして、今回の地域医療構想は全国的に動いておりまして、とりあえず2025を目標に医療提供体制を揃えていこうという議論になっていきます。
- ・資料1のスライド3の下の方に、なぜ地域医療構想が必要なのかということがございますけども、2025年問題の後にくることとの記述もございます。2040年、そして、その後を見据えて今から方向性を考えていることが必要ということで、ここで、今後考え

ていかなくはないとの記述はありますけれども、今回この策定をすすめていくのは、今回の地域医療構想は、2025年を目標にしているわけでありまして、以上でございます。

(木村構成員、人吉医療センター・院長)

- ・2025年に向かって準備する。実際はその後さらに人口が減少していく。2025年の後が大きな問題だと思いますね。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・お答えいたします。今、木村先生から御指摘がありました。資料3で説明がありました、地域医療構想策定後ですけども、スライド②の方で医療機関さんの方で自分たちの立ち位置を確認していただきたい。最終的にはスライド⑤地域医療構成区域単位で地域医療構想調整会議を作ります。その中で事実としましては、こういった2-①ということで書いてありますけども、地域医療構想の検討とかありますが、最終的には、スライド⑤に移りまして地域医療構想調整会議で議事2の1にありますように、①～④について協議していきます。特に不足している医療機能をどうするかを議論していただくということになります。実現に向けてどうするか、特にこの不足する状況にどう対応するのかが必要になってくる。もう一度、資料7をお願いいたします。資料7の2枚目の19ページの⑭、この上から二つ目の病床機能報告制度で今回、各医療機関から提出していただいたんですけど、球磨地域は回答率は100%でしたが、データの読み取りエラーがありまして、病床機能報告1341床、その内訳としまして、高度急性期8、急性期599、回復期115、慢性期619数値。下の3～4列目をごらんください。

医療機関所在地は現在の流出入を前提とした病床数なんですけれどもこれを用いまして、過剰なものもあるんですけども、回復期が不足するとなっております。こういった形で病床転換していくかを議論していくことになります。特に不足する医療機関をどうしていくかを議論していく。

以上でございます。

(外山会長、人吉市医師会・会長)

- ・この検討専門部会はそのままその調整会議に移行するのか、それとも、新たに検討するのですか。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・会長、御指摘のようにこの専門部会、ある意味地域医療構想調整会議の前段階、前倒しとしていますが、この調整会議はまだ先の話でごじまして、まだカチツとしたものではございません。また、しかるべき時期にきたら検討をさせていただきたいと思っています。

(外山会長、人吉医師会・会長)

- ・とりあえずは病床を減らす。他の委員の方々から御提言、質問はありませんか。

(山田構成員、老人保健施設協会代表・リバーサイド御薬園理事長)

- ・基本的なペーパーの解釈で、今、回復期が人吉球磨圏域は少ないという話がありましたので、それに関連してですけれども、病床機能報告制度で報告した病床というのは、回復期として報告する側は、回復期リハのある病棟を念頭に報告している可能性が高い。これは、全国的にそういう傾向がある。そして、資料2の⑬の「病床の機能別分類の境界点の考え方」では、あくまでも、基本報酬を除いた点数で線を引いて回復期はあくまでも点数で区分しただけで保険診療の入院の機能区分とは違う。若干そこに考え方の齟齬があるような気がするんですね。ですので、これからの説明をしていく前に、回復期とはこの診療報酬上の区分の話なのか、実際の診療内容で患者の状態像で話をしているのか、その辺を整理しておかないとどうも誤解を招く恐れがあると思うんですね。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・お答えします。山田構成員、おっしゃるとおりでございます。  
資料2の⑨をお願いいたします。先ほどおっしゃったとおり資料2のスライド⑨と⑩なんですけど、もう一回、昨年度始まりました病床機能についてですが一般病床と療養病床が対象ですが、その際に医療機関の方が選択の際に何をもって高度急性期、急性期、慢性期と判断されたかといいますと、文字面だけをもって判断されていらっしゃると思います。先程説明もありましたけれども、仮にですね2つの医療機関が同じ医療を提供していたとしても判断が分かれる場合があります。回復期リハビリテーションを取っているところであっても今回、厚生労働省の資料を見ますと急性期を選ばれる医療機関があったり、回復期を選ばれる医療機関さんがあったりしています。一方で今回の医療必要病床数を換算するにあたってはスライド⑩⑪⑫⑬このように医療資源投入量、1日当たりの診療行為を点数化したものです。ここで御断りですが従って、⑩の三番目のぽつ「・」をみていただいてよろしいでしょうか。なお書きのところで、この推計方式の考え方が個別の医療機関における機能ごとの病床数の計算方法になったり、各病床の病床機能を選択する基準に直ちになるものではないことに留意（◎3,000点等の数字は地域全体のマクロの推計をする際の区切りに過ぎない。）することとされています。医療機関が判断を間違わないよう、指標が今後は示されていくと思われれます。平成27年までは間に合わないと思えますけれども、今後はきちんと整備されていくと国から情報を得ております。  
以上でございます。

(山田構成員、老人保健施設協会代表・リバーサイド御薬園理事長)

- ・はい。わかりました。

(山田構成員、老人保健施設協会代表・リバーサイド御薬園理事長)

- ・あと、もう一点なんですけども。球磨地域は病床過剰地域ということになりますね。この計算ではなりませんね。特に、影響を受けるのは慢性期医療病床ということになって、結局、過剰病床が計画どおりに、策定した後に過剰と判断して病床が減ってきた場合に当然、過剰病床に入っている人たちは在宅で、あるいは、その前に介護施設と高齢者施設等で対応していくことになります。その辺はあくまでもこの計画の外で終わったあとに考えるということでしょうか。例えば都市部であれば在宅医療の医者もスタッフも沢山いらっしゃるし、訪問看護等あたりのサービスも充実していますし、エリアが集約されていますから 効率的・計画的にいけそうな気がします。一方、当地域みたいに過疎地を抱えていますと必ずしもそうはいかない。そうなれば医療圏過剰だった分は当然介護施設あるいは高齢者住宅で看ることになるだろうし、看れない部分は必ずしも在宅でとは計算どおりにはいかない。結局病床数を減らすわけにはいかないということになる。だから、現実には、国が言っていた計画のとおりには進まないように思います。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・お答します。御指摘のとおりだと思います。範囲で答えたいと思います。1点目、高齢者が増えていく、医療にかかる人が増えていく一方で、なぜベッド数を現状と比較して減らさなければならないのか、そういった推計結果になるのかというお尋ねだったと思いますが、これにつきましては、人口総体としては減少傾向にあること、総人口の減少部分、そして先ほど言いましたように、特に療養病床を中心といたします部分がございます、熊本全体でいけば、全国と比べると高い部分がございます。そういった部分でベッド、入院から在宅医療等への転換という部分があるということがございます。もう一つあるのは、療養病床の中で医療区分1の定義がありますが、そちらの70%については療養病床ではなく、在宅医療等で引き受けるといことで、ベッドから在宅医療等への転換というものが前提となっているのが効いてきているのかなと思います。ここはもう少し分析しないといけないんですけど、今、計算式の前提に立つとそういったことが読み取れるのかなと思っております

(山田構成員、老人保健施設協会代表・リバーサイド御薬園理事長)

- ・球磨は計画どおり過剰病床を減少させ、在宅医療へ持っていくということになりますが、都市部は在宅医療を行う医師や看護師の情報がありエリアが狭い。球磨は過疎地で、医療機関も遠く、高齢化も進みと在宅で看るには厳しい環境のところも多い。国が言う画一的な方針は住民に対して厳しいものになると思う。

(東構成員、病院代表(球磨郡医師会)東病院・院長)

- ・僕は、今後のことで確認なんですけど、資料7の全般的になんですが、資料7の24ですが療養病床という表現が、下に行くにつれて慢性期という言葉に変わっていますが、療養病床イコール慢性期という解釈でよろしいでしょうか。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・すみません。ちょっと言葉が足りなかったと思います。療養病床は主に慢性期となりますが、慢性期の定義について今一度説明させていただきます。資料2のスライド15をお願いいたします。「慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ」で説明させていただきます。慢性期とは、①障害者・難病患者数と②療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の30%、医療区分2と医療区分3、こちらが慢性期機能となっていると御理解いただければと思います

(大島構成員、公立多良木病院・院長)

- ・公立多良木病院の大島ですけど、このデータが2013年の実績に基づいてということですが、私たちの病院は医療資源、簡単に言うと医療スタッフ不足で現時点では稼働率低いということがあるんですけど、今後の努力で地域医療に応えたいと、今、スタッフを必死で集めている。病院の立て直しをしている段階なんですけども、その時にですね、ある2013年の実績も基づいてという形で判断されるということが、今から頑張っているところの挽回がどの位認められるのか、どの時点で決まってしまうということが一番気になるところです。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・非常に悩ましい部分でございまして、これまでの医療計画におきましては、例えば患者の流入と流出の部分のつきましては、ある時期のある1日の数でやりましたけれども、今回の推計におきましては全国共通ルールで2013年度のナショナルデータベース等を基に一年間圏域でどれ位の患者さんが受診されたのか、どの地域でどのような診療行為をやっていたのかを基に推計されています。地域医療機関側からみると、その時がベストではない。たまたま落ち込んだ状態だった、という意見があった場合にどう見積もるか非常に悩ましいところです。扱いについては、他県の事例等を確認していきたいと思います。

(大島構成員、公立多良木病院・院長)

- ・もう一つ聞きたいんですが、10年かけてというか10年後急性期も半分位、療養型も慢性期も半分位になったところで、その後の変化は緩やかになっている現状と10年間とは激しい。途中で修正できるようなシステムにしていだけたらと思っているんですけど。



(阿南補佐・医療政策課)

- ・我々としてもPDCAを進めながら、状況変化があれば見直すと思っていたんですけど、今の所、厚生省はデータの更新はしないと書いています。その辺は我々としても声を上げていきたいと思っています。ここですね、この前、県の医師会の理事の方が日本医師会の説明会に行ってきたとおっしゃっていたことで、どうも最近の傾向として年々入院医療自体が落ち込んでいると。だから逆に2013年度に抑えたのもそういった意味もあるんだという説明もありました。これでは、ベッドの必要数も殆どいらなくなってしまう計算結果になってしまうという御説明もありました。これは7月3日の第1回熊本地域医療構想専門部会であったのですが、最近の情報を我々としても欲しいと思いますし、声を上げていきたいと思えますけど。先生方も医師会を通じて声を上げていただければと思います。今の所、国はかたくなというのが正直なところでございます

(山田構成員、老人保健施設協会代表・リバーサイド御薬園理事長)

- ・今の山田先生の意見に関連しているんですけども、現在の流出している患者さんは、患者サイドに立てば必ずしも希望して流出しているわけではなくて、地元で対応できないからしかたなく流出しているという面もある。高度急性期は理屈がつかないわけではないんですが、それ以外の他の医療については、本来ならばこの圏域の中で加療を受けたいのに医療資源の医師の偏在等で治療が受けられないためにやむをえず区域外に出ているという住民環境があるんですね。そうすると、将来医師の偏在、医療資源あるいは受け入れ体制が解消されるのか解消されるのであれば解消されたその前提で、改善を見込めた上で必要病床を考えるべきであって、2013年これだけだから人口変動により将来これこれにするという算数的、数学的に計算して出すだけであるならばこの会議の意味はないと思う。その点、高齢者がいる市町村が住民の立場に立ってどこまで医療を完結したいというものをきちんと出していただいて、それを踏まえて点で話さないと大都市だけの医師が集まっているところだけ得をして過疎地はますます医療過疎化してしまう。そのへんについての視点をもって、この会議では必要病床数を検討していかなくてはならないと思います。

(山内局長・健康福祉部健康局)

- ・健康局の山内です。今の山田先生の御意見まさしくそのとおりだと思います。基本的には患者さんの自宅近くで二次医療まで受けて頂くのが望ましい。ただ、地元に必要な医療機能がないから違うところまで行ってらっしゃるという場合、まず、ここまでは地元の方で診ていく、且つ、診ていくということがスタッフなり職員に可能だときちんと方向が固まればこれまでは何人分は自分の所ではない他の病院にお願いをせざるを得なかったけれども、今後ちゃんと自分の所で、地域でやっていけますので何名分については今後別の医療機関なり、別の圏域には

ご迷惑をかけずに済みますという調整がつけば、調整がついた形で今回作る地域医療構想の中でそれを踏まえた形でカウントしていけば良いと思います。まずは、今後、各地域、地域、各医療機関でこのところの流出入が10年くらいは仕方がないと思われるのか、せめてここ位は地元で対応していこうという風に、変えていこうと思われるのか、変えて行こうと思われるのであればその分はこれまでよそに御迷惑をかけていた分を御迷惑をかけずに済むこととなります。これが、流出入の調整となります。

(山田構成員、老人保健施設協会代表・リバーサイド御薬園理事長)

- ・ そのとおりと思うんですが、その中には我々地元だけではどうにもできない問題があります。医師の偏在、看護師の確保等を含めて一医療機関だけではどうにもならない問題がありますので、当然そのような考えがあれば県の中で調整は行うということでもいいのか。もう一つは、今回の地域医療構想でベッドを減らした場合、あくまでも公的医療機関については知事の権限で減らすことになってくるという話がありましたけれども、マスコミの報道でそうではないような発表をされていまして、あまりに先走ってベッドを減らした場合、後で復活することが不可能になるという危惧を我々は持って危惧を持っている人もいます。ベッドの削減に対して知事の権限でとありますが、その辺を含めて考えが混乱しているのでは。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・ すみません。説明の方が。資料の3をお願いします。資料3の9ですが「県知事対応一覧、」についての話なんですけども、知事が権限を持っているのは三つ、3-2（都道府県知事による対応）、3-3、3-4でございます。御覧になっていただくとわかりますが、過剰のベッドを削減しなさいと命令はできません。ここは今の所の事実でございます。⑨正当な理由もなく稼働していない病床については、削減してくださいと命令・要請はできます。実際動いていて病床を過剰だからと削減しなさいする権限までは持っていません。最初の御質問の所の医師の偏在の部分について県が調整するかの権限はございません。まずは、これは皆様と話しながらやっていかなければならないことですね。

(山内局長・健康福祉部健康局)

- ・ 医師の確保につきましては、具体的にどの先生を何処に、どこの何某を何処に、誰々医師を何処にとはもちろん県ではできませんが、具体的には自治医大の先生の任期あけについても出来るだけ引き続き熊本県内に居ていただくようお願いしております。また、熊大の医学部の地域卒学の学生、彼らが来年・再来年あたりからいよいよ、全県下の現場に出てまいりますので、卒業して現場に行ってくれる今の学生さん達にしっかりと活躍してもらおうようにと思っています。

(外山会長、人吉市医師会・会長)

医師の充足も非常に重要な課題でございますけれども、同時に地元でも医療従事者・その他看護師・介護士・ケアマネ等いろいろな職種がございますけれども、それらの職種の充足も十分ではございません。

行政の観点から何か御意見はございませんでしょうか。医療側の意見しかございません。地域ぐるみで、行政を含めてやっていかなければならない課題だと思っております。医療側からの意見だけでしかございません。行政側から御意見がございましたら。

(松本構成員、球磨郡町村会長・多良木町長)

- ・先程から聞いていましたけれども、やはり地元でと言われているわけでありましてけれども、地域にとってはさっきからありますように先生の招へいが一番であります。ただ、私、特に公立病院に関与しているわけですが、公立病院も今、医師不足ということで休床していることから、タイミング的に悪いなと思っております。現状で推計していただくと経営だけでなく地域にとってかなりのデメリットになるのではないかと思います。医療のニーズがありながら一律的にやっていただくと、言葉では地域創生といいながら現実には切り捨てということになりはしないかということが一番危惧している訳なんです。ですから是非、局長も言われましたように県の動きは来年・再来年から来る訳なんですけど、私たち行政は国の制度を変えるようなことをこのまま要望して地域を活かすという観点から、先生方を地域に強制的にでも、せめて2年間位居ていただくもようにしてもらわないとうまく回っていかないという現実があります。私たちは先生方の招へいに回っています。医師の方には選択の自由がありますけれども、医師偏在のままだと思いますので、努力はしますがその辺あたりは、国、県にお願いしたいと思っております。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・町長、御意見ありがとうございます。参考になんですけどこんな情報があります。今年の骨太方針というのを毎年政府が出しております。この中で社会保障の問題がございまして、P31に人口構造の実態からみた地域の実態に即した医療提供体制の構築について地域医療格差の是正に関する医師・看護師等職員等に対する需要について検討するという、先ほど地域偏在ということがありましたけれどもそれらを骨太方針というのは国の大方針でございまして、こういった、我々もこのような情報を得ながら、どこまで議論されるか我々も注視していきたいと思わずし情報提供をしていきたいと思っております。

(山内局長・健康福祉部健康局)

・本年度の県としての独自の取組が一つあります。地域臨床研修で各医療機関が受け入れる研修医の指定枠受け入れの上限が決まっているんですが、県で調整ができる部分が昨年からできております。新たに県の調整枠としましてプラスアルファで受け入れる基本的には地域の医療機関の研修で6か月～1年間やっただくようにプログラムを熊大に御協力していただきながら作りまして、地域医療の経験（研修）できるということが一番目に大事な事だということで国もやっております。そちらの方も2年目になります。少しずつ内容等も話しているところでございます。紹介とさせていただきます。

（外山会長、人吉市医師会・会長）

・医療介護確保総合推進事業というのが決まりまして、基金があると聞いていますが基金の活用方法はいかがでしょうか。要件があれば教えていただきたいと思いますが。

（山内局長・健康福祉部健康局）

・こちらの基金は使えることにはなっております。かなり上（国）の方がいろいろと査定を厳しくやってきておりまして、大きく今回の地域医療構想の着実な実現という3つの柱がありまして、一つは今回の地域医療構想を実現していくための病床の機能分化が中心であります。回復期の病床機能分化の推進に使うお金が1番目に、2番目に在宅医療の充実、3番目に医療従事者の確保・養成の三つの分野に使える事になってはいますが、国としてはかなり最初の病床の機能分化の1番目に思い切って配分するようなことを考えているようでして、現実には、県が考えている医療従事者確保養成にはなかなか予算が来ないような見込みになっております。現在、国と調整するとともに、各県とも連携調整をしております。

（外山会長、人吉医師会・会長）

・在宅医療にしても何にしても、いずれにしても看護者等の従事者が少なければやっっていける問題ではございません。県としても検討していただきたいと思っております。

もう一つ色々な課題がございますけれども、この地域は木村先生もシンポジストで発表なさいましたけども県境の医療を抱えております。特に、高度急性期医療においては、医療センターが頑張っていたいておりますけれども、先生、そのあたり何か御意見はございませんでしょうか。

（木村構成員、人吉医療センター・院長）

・うちのデータを見ると、えびの、伊佐、湧水、小林までの患者さんが来ているんですね。それも年々増加している。救急車も多いときは他県から1日3件位あり

まず。2014年PCIは県内3番目（心臓カテーテル、心筋梗塞）に多かったです。ベッドがこういう風に県単位で決まってくると圏域を越えると、医療難民ではないですけど、北上してくる患者は計算が合わなくなってくるのではないかと思います。

（外山会長、人吉医師会・会長）

- ・地域医療構想を策定していく中で、違う構想区域とのすり合わせが必要になってくると、疾患別、人口構成を加味しながら調整会議を進めていかなければならないと思っています。

（阿南補佐・医療政策課）

- ・木村先生がおっしゃったのは2014年度からということですか。2013年は。

（木村構成員、人吉医療センター・院長）

- ・ずっと増えている。今、人吉市からの患者さんが多くて、次に錦町で、次があさぎりで、その次はえびのです。病院に鹿児島、宮崎からの患者さんが多いため、駐車場は鹿児島・宮崎ナンバーが多い状況です。

（戸山会長、人吉市医師会・会長）

- ・このデータはどこから出たんでしょうか。ナショナルデータなんんでしょうか。

（阿南補佐・医療政策課）

- ・資料8のデータなんですけども、患者の流出入という見方で、左側が患者流出入の医療需要と療養機関の医療需要となっています。  
医療機関所在地ベースの医療需要につきましては、ナショナルデータではっきりと出ます。患者住所地ベースをどう出したかと言いますと、今ナショナルデータには患者住所は入っていないですね。わかるのが国民健康保険と後期高齢者です。これらの数値を按分して住所地を出しているのです。今後、次の次あたりの診療報酬の改訂につきましては、患者住所地のコードを入れるとの情報がありますが、現状では、こうした推計方法で患者所在地ベースの推計を出していることを御承知願いたいと思います。

（外山会長、人吉市医師会・会長）

- ・あと一つ、重要な課題として、慢性期と在宅医療連携事業があります。今、現在、人吉・球磨医療圏では在宅医療連携事業を行っています。その中で地域の在宅医療をどうしているのかという問題がございますけれども、ドクターネットはもうできておりますし、その中で取り組んでいくかということなんですけど、在宅医療の郡市の医師会の担当の外山先生、東先生御意見をお伺いできればと思います。

(外山構成員、人吉市医師会・理事(地域医療構想担当))

- ・在宅医療に関しては、基本的にはこれは私見なんですけども、この地域で在宅医療を現地点で取組み広げていこうとか、推進していこうとかの余地はないのかなと思っています。皆様お承知のとおり病床数が充実しておりますので2025年あるいはそれ以降に向けてこの地域でできる素地がある。今日の資料を見せていただいたんですね。この部会で検討すべきことというのが、29年2月までにこの地域としてどうなっていくかというデータは揃ってますのでこれに基づいて方針を県は決めるといことなんです。これを1年間に煮詰められてそれを国の方に持って行って最終的に厚生省がどう判断すべきかという危機感を持って聞いてみたんですけども、まず、第1に県に地域医療構想、熊本県は二次医療圏毎に策定されているということなんですけども、他の県でどういう風に振り分けをされているかわかったら教えてください。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・構想区域としては先ほど事務局からお話しがありましたが、二次医療圏、人口構造と勘案して病床機能と分化の推進を一体的に考えられる地域はどのような地域かというとして違うエリアといいます。一体的にみられる地域として、その点については我々も検討していきます。

(外山構成員、人吉市医師会・理事(地域医療構想担当))

- ・よその県、例えば鹿児島とか福岡県とか、よそはどんな区域で。

(山内局長・健康福祉部健康局)

- ・基本的には二次医療圏で議論をスタートし、流出・流入を議論する中で、これはこっちに組み直した方がよければ、そちらと一緒にしていただくという流れになっていくと思います。まだ、確認はしていないんですけど、例えば、鹿児島の場合、鹿児島を中心にした区域、県境医療、離島等大きな枠組みでとの噂も聞いています。確認はできていませんが。

(外山構成員、人吉市医師会・理事(地域医療構想担当))

- ・わかりました。今年12月までにある程度結論づけておいて、県の方からまた地域医療構想の区域を変更しようとする気持ちがあるかもしれないが、もしないとして国の方から変更される可能性が残っているのでしょうか。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・我々はあくまでも県の計画でございますので、県の計画に対して国が変更しなさいということはいけません。まずは、二次医療圏単位で協議をすすめておりました。

て、区域の方については皆様と御協議したいと思っています。

(外山構成員、人吉市医師会、・理事(地域医療構想担当))

- ・最終的に地域の医療に関する対する削減することが目的でしょうから、そこまで真剣に持っていないと最終的には再編成に行きつく可能性もあるもんだから質問してみました。

(東構成員、病院代表(球磨郡代表)・東病院院長)

- ・私の方から、在宅医療もやっているんですけど、折角、療養型の医療度の低い方は在宅で見るようという全国レベルからの推計値でこの地域はこうですという風に出されるんですが、例えば在宅療養をするにしても熊本市内であれば高齢者住宅といいますか高齢者の密着度が高い状態から往診するにしろ訪問看護にしても効率的にまわれる。しかし、田舎では点在しているのですから都市部の感覚どおりにはいかない。私の感覚では、年寄りの一人暮らしが非常に多くてそんな人を在宅へ帰してどうするんだと、あるいは、老老介護でしかも認知症が入っていたら認知症の二人暮らしで在宅に関してどうだろうというような非常に難しいんじゃないかという感覚はあるんです。ただ、そういう人が何%いるという数字は僕達は持ち合わせないので、この計算式でやってくださいといわれればこれ以上反論する手立てはないんです。感覚として難しいじゃないかと思うんですけど。全国の基準のとおり在宅に回すとしてもいいんですが、この地域にあった医療提供を作るのであれば是非この会議でそういった調査が可能であれば調査をしていただき、在宅医療が可能な方がどれ位いると言ってくださらないと感覚的にしか分からないんです。その辺のことを是非開発していただきたいと思います。

(阿南補佐・医療政策課)

- ・先程説明しましたが、医療区分1では70%、球磨地域の医療区分1の方が何人位いらっしゃるのかということとか、地域差の解消ということがありましたが、球磨地域における入院受療率がどれ程高いのか教えてくださいと厚労省に言っています。元々のデータの出所についても情報開示を請求しておりますので、しっかりと厚労省に言ってみたいと思います。よろしくお願いします。

(山田構成員、老人保健施設リバーサイド・御薬園施設長)

- ・あくまでも確認ですけども。木村先生が話された疑問について確認をさせていただきます。地域医療構想は、高度急性期は全県下で一つと考えた方がいいんじゃないかとおっしゃっていましたね。同じように地域医療構想はあくまでも急性期～慢性期は県の定める構想区域で、在宅医療の構想区域とは必ずしも一致しなくてよいと理解しておいていいですか。在宅医療の場合はもっと狭い区域での範囲、つまり人吉球磨地区でいえば、上球磨・下球磨で考えることも可能かという

気がするんですけどね。この医療構想区域の場合あくまでもこの地域のベッドを有効活用するという点では上球磨、下球磨を一体化した方がよいのではないかと考えて理解してよろしいのかが一つ。さらにもう一点、病院長の話に関連して県境を越えた話はあくまでも向こう側の県が先に優先して判断するのであって、こちら側は鹿児島側が自分のところで看ましようということであればこちらは流入カウントゼロと考えてよいのか。現実には流入しているとしても。

(阿南補佐・医療政策課)

・お答えします。

資料2をお願いします。資料2のスライド⑧P4ですね。高度急性期は必ずしも当該地域で完結することを求めない。急性期医療から慢性期医療はできるだけ完結することが望ましいとしております。先生の方からは在宅医療について少し狭い手前のエリアで、慢性期の受け皿としてとのことがありましたけれども、慢性期と在宅は同一と考えてよいと思います。一つ、他の地域でもあったんですが地域包括ケアシステムについては中学校区で設定することになります。次のお尋ねとして、鹿児島県の患者さんが今、球磨地域へ流出しているんですけど、先程の逆の話ではありませんけれども、鹿児島が自分の所で止めるといったら熊本県はその分のベッドを減らされるんじゃないかというお尋ねですが今回の推計では鹿児島からの流入はあるのはあるのですが、全て10以下ということでゼロということになります。この資料8を御覧ください。合計では鹿児島県の始良郡、伊佐・・・がありますがこの数値を足し合わせましても高度急性期ゼロ、急性期、回復期もゼロ、慢性期もゼロになっております。合計のところのみ13.4となっておりますのが、0というのが、10以下なんですね。1以上、9.999と何らかの数値が入っているのはいるのですが、ゼロという扱いです。そのため差し引かれるといくことはありません。

全国総数なので差引、ゼロという代替前提というのがありますので、片方だけの増減ではいけないということですね。

(外山会長、人吉市医師会・会長)

・ここで単純な質問で申し訳ないんですけど。

地域包括ケア病床は病床区分の中でどの辺に位置づけられるんでしょうか、おそらく回復期と一般急性期の間あたりでしょうか。

(医療政策課・阿南補佐)

・7月29日に国の方で地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会が久々に開催されています。この時の資料については、インターネットからダウンロードして持ってきたんですけども、地域包括ケア病棟についてですが日本全国でいきますと、地域包括ケア病棟医師の報告ですが、急性期(1382床)27.3%、



回復期（3589床）70.2%、慢性期（137床）2.7%と7割程度が回復期を選択されています。地域包括ケア病棟Bというのがありまして同じような割合で急性期26%、回復期63%、慢性期10%、1%とこのように同じように地域包括ケア病棟を選択したとしてもばらつきがあるということでございます。

（外山会長、人吉市医師会・会長）

- ・病床機能報告制度が毎年ありますね。その時に地域包括ケア病棟を選択した医療機関は回復期として7割が報告されているということですね。

（医療政策課・阿南補佐）

- ・現状としてはそのような状況ということでございます。
- ・これは、回復期にきなさいということではございませんし、まだ議事録等も出ておりませんので。資料が出ておりませんので。

（外山会長、人吉市医師会・会長）

- ・まだ、どの区域に属するかとは決まっていないということですね。

（医療政策課・阿南補佐）

- ・はっきりと決まっていないということですね。厚労省では、ナショナルデータベースで自動的に各医療機関の診療情報を吸い上げておりますので、その中で分析しながら整理していくとの考え方のようなのです。

（外山会長、人吉市医師会・会長）

- ・病棟機能というのは、地域包括ケアシステムを作っていくうえで、急性期からの介護施設からの受け入れ、そしてリハビリ治療という風に、非常に重要な要になる病床機能であるものと思います。

（木村構成員、人吉医療センター・院長）

- ・緩和ケア病棟はどこに入るんですか。回復期ですか。急性期かと思っていました。

（医療政策課・阿南補佐）

- ・資料の9についての説明です

資料9の資料の中で基準に応じ、独自に判断して選択肢を考えてもらいたいということです。今後、突合せをするとき問題になると思われます。いまおっしゃった緩和ケア病棟等も該当すると思われます。

（山田構成員、老人保健施設協会代表・リバーサイド御薬園施設長）

- ・確認ですが、今の診療報酬点数表の入院基本料を何処でとっているかということ

と、この地域医療構想の話がリンクしていないことが混乱しているんですね。我々はどっちかというといつも診療報酬の世界で慢性期、回復期のリハ等と考えて実際行っています。今の議題についての話ですが、それとは直接はリンクしていないのでこの話の時は一度頭を空にして考えないと。

(阿南補佐・医療政策課)

・おっしゃるとおりです。

この病床機能報告では、病床の機能を選んでくださいということで話をしていますので、自分たちがやっている診療行為、病棟で一番やっている行為、すべてすべて急性期だけをやっているわけではないと思いますが、適切な病床機能を選択してくださいとしています。

昨年1年度かけていろいろな課題出てきたと思いますので、それを踏まえ次回の病床機能報告に向けて医療機関が選択しやすい状況となることを県としても願っています。

(外山会長、人吉市医師会・会長)

・ありがとうございました。そろそろ時間も見えてきましたので、本日は大変お忙しい中いろいろと御意見ありがとうございました。

事務局におかれましてはただいまの御意見検討課題を踏まえて次回の専門部会につなげていただきますようお願いいたします。長時間に亘って渡っての御討議、御協力いただきありがとうございました。

それでは進行を事務局にお返しします。

(上村次長・人吉保健所)

・本日は大変熱心に御協議いただき、ありがとうございました。本日いただいた御意見等は、次回の議論につなげて参ります。なお、今回は、先ほど開催の仕方について御意見がありましたが、開催を予定していますが、具体的な日程等につきましては、おって、なるべく早めに御連絡いたします。

・また、お手元に「御意見・御提案書」を置いております。本日発言できなかったことや新たな御提案などがありましたら、お帰りになられてからでも御記入いただき、後日ファックスまたはメールでお送りいただければと思っております。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。

(午後9時00分終了)