

第2回芦北地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成27年11月10日（火）19：00～21：00

場 所：熊本県水俣保健所2階 会議室

出席者：＜構成員＞16人（うち、代理出席4人）

＜熊本県水俣保健所＞

村上次長、樋口課長、窪田主幹

＜熊本県健康福祉部＞

中川審議員、阿南課長補佐、村上主幹、松尾主幹、中野参事

＜オブザーバー、随行者、傍聴者等＞

熊本県医師会2人、熊本県看護協会2人、熊本県保険者協議会1人、

水俣市芦北郡医師会1人、国保水俣市立総合医療センター4人、

水俣市1人

報道関係者：なし

○ 開 会

（熊本県水俣保健所・村上次長）

- ・ ただ今から「第2回芦北地域医療構想検討専門部会」を開催いたします。本日の司会を務めます熊本県水俣保健所の村上でございます。
- ・ 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、芦北圏域の療養病床実態調査報告資料を各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。不足がありましたらお知らせください。
- ・ 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20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、熊本県水俣保健所長 劔所長から御挨拶申し上げます。

○ 挨 拶

（熊本県水俣保健所・劔所長）

- ・ 皆さんこんにちは。本日は、お忙しい中、「第2回芦北地域医療構想検討専門部会」に御出席いただき、誠にありがとうございます。
- ・ さて、7月27日に第1回の専門部会を開催しましたが、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。
- ・ 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、直接ヒヤ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」についてですが、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。
- ・それでは、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。

(村上次長)

- ・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、本日は、熊本県医療政策課(中川審議員、阿南補佐、村上主幹)と認知症対策・地域ケア推進課(松尾主幹、中野参事)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、議事進行を緒方会長にお願いいたします。

○ 会長挨拶

(緒方会長・水俣市芦北郡医師会 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回芦北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。
- ・ただいま劔所長からお話がありましたように、7月27日に第1回部会が開催されまして、また、二次医療圏ごとに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が情報を得て御理解も深まると同時に様々な御意見が出されたと同っております。こうした御意見を共有して、しっかりとした構想を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。構想の器となる重要なテーマとなりますので皆様におかれましては、大局的な視点から忌憚のないご意見・御提言をよろしく申し上げます。

○ 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】 |

(緒方会長)

- ・ 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。

(熊本県水俣保健所・窪田主幹)

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、全体を約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

- ・ 次に資料2を御説明します。
- ・ 1の「目的」です。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。
- ・ 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」です。地域医療構想及び聞き取り調査に係る全体説明会を11月末までに実施します。また、全体説明会の2～3週間後を目途に個別聞き取り調査を開始し、遅くとも平成28年2月末までに実施いたします。
- ・ 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。
- ・ 裏面をご覧ください。6の「調査実施方法等」です。当保健所も、医療機関に全体説明会を開催し、地域医療構想の検討状況(趣旨、必要病床数等の推計方法等)や今回の聞き取り調査の内容等について御説明します。全体説明会開催の2～3週間後を目

途として、医療機関への個別聞き取り調査を開始します。

- ・ 「聞き取りの流れ」です。まず、全体説明会において、保健所等から調査票等を配布します。医療機関から、保健所等が指定する日までに、聞き取り希望日時、聞き取り調査票、平成 27 年度病床機能報告様式を保健所等にメール等で送付いただきます。そして、保健所等において、聞き取り日時を管内医療機関と調整します。聞き取り当日、保健所等から、調査票に沿って聞き取りを実施します。
- ・ 最後に、7「実施体制」です。熊本以外の圏域におきましては、各保健所が管内の医療機関数等に応じて必要な体制を編成し聞き取りを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

- ・ 引き続き、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たらと思います。
- ・ 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ますとともに、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ひします。
- ・ なお、芦北圏域は、改正案のどの案をとっても単独となっております。以上で、説明を終わります。

(医療政策課・村上主幹)

- ・ 県医療政策課から、補足の説明を行わせていただきます。
- ・ 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、先程説明がありました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、スライド8までが2013年度実績に基づく主な疾病等の県内における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の日用品の買い物動向により、生活圏の一体性をお示ししております。
- ・ 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、熊本県圏域にある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がされておりますので、御紹介します。以上で補足の説明を終わります。

(緒方会長)

- ・ 芦北圏域の療養病床実態調査について報告したいと申し出がっておりますので真鍋構成員から説明をお願いします。

(真鍋構成員・熊本県老人保健施設協会 ブロック代表)

芦北圏域の療養病床実態調査報告について

- ・ こんばんは、白梅病院の真鍋です。今回は医療構想の担当理事ということで芦北圏域の療養病床の実態調査を行いましたのでその報告をさせていただきます。調査方法ですけれども水俣市、津奈木町、芦北町における療養病床に対応する医療機関に対し、平成27年9月1日から24日まで調査票を配布しまして、記入後回収しております。回収率は、100%でした。10施設でした。内容につきましては、いくつかピックアップして御説明させていただきます。まず1番目ですけれども、対象実施機関ですけれども、10施設、病院が5、有床診療所が5施設でした。病床数の総数は439床、医療療養病床が318床、介護保険の介護療養病床が121床でありました。
- ・ 2ページをめくっていただきまして、ちょっと解りづらいところもあるかと思いますが、5番目入院待機者につきましては、5名以下が9施設、6~10名が1施設と、ということで待機者もいることがわかりました。7番、8、9番になりますけれども、平成27年の単月になりますけれども、平成27年7月の医療療養病床における病床利用率は、92.4%、下の9番を見ていただくと介護療養病床における病床利用率は、

99.3%と非常に90%を超える利用があっているということが解りました。

- ・ 続きまして3ページをめくっていただきますでしょうか。質問10ですけれども、平成27年7月に入院された患者様の入院元をお尋ねする質問ですけれども、見ていただきますと解るように自宅が半数以上占めております。在宅の受け皿として療養病床がなっているということが解りました。病院や医院からも地域連携に貢献していることが解りました。質問11ですけれども、その後の退院先についてのデータです。半数が在宅に戻っておられます。そして1/4が病院で最後まで診させていただいているという状況でした。その他は、介護施設、病院等のデータでした。
次に質問12を見ていただきますと、説明を加えますけれども医療療養病床の場合には、添付資料の9ページをめくっていただきますと医療区分というのがございまして、医療区分が3、2、1と3区分に分かれております。上の方の医療区分3が重度の方向になりまして、逆に医療区分1がそれ以外の下位の患者様ということになり、その間の医療区分2があります。資料3ページに戻っていただきますと質問内容は、医療区分で1とありますがいわゆる低層という風に制度上はなっておりますが、医療区分2、3に相当する疾患、入院患者さんの病名等を教えてくださいという質問内容です。見ていただきますと解るとおり、脳梗塞、脳出血、不安定狭心症、心筋梗塞、心不全急性増悪というように、いわゆる一般病床でみられる患者様につきましても、療養病床の方で対応しているということが数字の上から解りました。そのほか胃がんの末期の患者様、重症の慢性心不全などありました。これは、制度上のミスマッチなのかもしれないかもしれませんが、療養病床は、決して社会的入院ではないことをこの病名からも見ていただけるのではないかと思います。
- ・ 続きまして4ページですが「医療区分1の方がなぜ退院できないか」という質問を13であげております。主な理由といたしましては、病状の不安定というのはあるのですけれども、それ以外に介護者の不在であったり、家の構造・立地条件などハード面での問題があるということも浮き彫りになりました。
14,15につきましては、それぞれの医療機関に今回の地域医療構想についての理解を確認するための質問だったのですが、ほとんど皆さんご存知であると理解いたしました。
- ・ 続きまして、6ページですが18の質問ですけれども、「療養病床削減が決まった場合、どのようにお考えですか」との質問ですが、回答の中で病棟閉鎖が2あがっているところが非常に気になる場所でありました。19の質問では介護療養病床が廃止となった場合、想定される移行先につきましては、未定の所が1件ありますが、いわゆる医療保険適用の医療介護病床への移行が多い、そのほか一般病床、地域包括ケア、老健が1件というデータでした。20を見ていただくとどういった問題が起こり得るか、今後ということで、大きな不安を抱えていらっしゃるの、御家族の介護負担が大きくなったり、転院先が見つからないで困ると地域の負担が増すとの意見がありました。
- ・ 次に7ページですが、22ですが療養病床が施策として減らされるということは、解らないとの1件以外は、皆さんすべて反対であるとのことのご意見でした。どうして反対にされるのかとの理由については、7ページの下半分に列挙しておりますけれども、総じて、やはり地域として老年夫婦の世帯が多いとか、受け皿がなくなるとか、急性期病院の負担がこれ以上増してしまうと、また、地元住民にとっては、遠くの急性期病院よりは見舞いがし易い、近くの療養病床を希望されとのことのご意見でした。
- ・ 最後のページ、8ページですが、23では、今回の医療構想のテーマであります「急性期から慢性期まで患者に見合った病床で、病態にふさわしい、より良質な医療サー

ビスが受けられますか。」という質問をさせていただきました。それにつきまして、削減ではなかなかうまくいかないというご意見が多いようでした。

24 ですが、今回の構想に見合うための考え方としてどういったものが望ましいかと言うことでいくつか意見が出ております。下から4つ目ですが、「廃止ありきの議論ではなくて、現状を精査して必要なものは残すなど検討する細やかな施策の方を望みます。」との意見や上から2つ目の「当圏域の病床機能は長い期間を経て今の形になっているので過不足なく機能しているので数字よりもよくわかった地域の連携で良質な医療サービスが提供されるのではないか。」という意見がございました。駆け足でしたけれども以上が今回のアンケート調査による内容でございました。

○ 質疑応答・意見

(緒方会長)

- ・ どうもありがとうございました。それでは只今から意見交換に入りたいと思います。議題の1について御意見、御質問はありませんか。どなたからも質問がありませんが、坂本先生何かご意見はございませんか。

(坂本副会長・国保水俣市立総合医療センター 病院事業管理者)

- ・ 第1回の中でも第2回の県の委員会でも申し上げましたけれども、非常に苦労されてこのデータを出して頂いたと思いますが、実は最初に出てきた厚労省のデータは平成23年度の単年度の推計だったのです。今本当に綱渡りみたいな芦北医療圏の中で流入率が増えてきたのは、23年度は脳卒中はおそらく90、80%は流出していたと思うんです。というのは脳卒中を対応できる施設が全くございませんでした。うちの神経内科が7年間常勤医が不在という中で、25年にポンと切り替わったためにですね、ある意味この関係データの中で脳卒中が芦北圏域に留まった。流入率の部分だけで留まったというのがある。前回の保健医療計画の中のトリプル20はずっと生きていますと厚労省はおっしゃっていますので、20万人規模というデータは、これは絶対できない。このデータを見ても5年先、対象人口は4万でしょう。水俣の人口が14800だったか、そういう中でおそらく病床はある意味人口減に比例して減少するのは自然減少なんですね。そういう中で急性期医療をやろうとすると我々は24時間救急医療をやろうとする300人規模の急性期医療病院でなければ24時間対応はできないと思います。そういう中で県知事が聞き取り調査をされるという話は、われわれの意見を聞いていただけるのは非常にありがたいですが、医療政策課の対応策で答弁を書かれたと思いますけれども、下手をすると県知事が言っている県民幸福度の最大化と整合性が取れるのか、おそらく下手をすると消滅可能都市が早まる可能性がある。社会保障の基本である医療保険、福祉、教育が一定レベルで維持できないとその地域からまず衰退が始まるのは歴史が証明している。若い世代が絶対住まないとなると今、高齢者だけですから、人口減はある意味、しばらくは維持できるけれども、このデータを見ても急激に天草・芦北は下がりますよね。そういう中でそのあとどうするか。吸収されるとなってしまうと熊本県南は広域になってしまうとどこかに急性期が集約される。我々がサテライトになった場合、急性期も診断だけしかできなくて対応はその基幹病院に資源投入された基幹病院に移さざるを得ないという事を危惧している。今回、ナショナルデータベースも含めて流入率を入れて頂いてかろうじて命綱ですけど、我々の病院としては肅々と職員意識を共有して、病院機能の充実を図って、地域の住

民の皆さん方に選ばれる病院と認めて頂いて、我々はデータ数を出すしかないと思っていますので、今後は、我々現場が努力しなければならないという考えでおります。

(緒方会長)

- ・ どうもありがとうございました。

この地域は、水俣市立総合医療センターが中核病院として頑張ってもらって、流入率を上げて頂いていることがありまして、トリプル 20 が全部は入らずに済んだと、かろうじてこの医療圏が残して頂けるかなとの希望もあるのですが、今後、人口減が進んだ場合にどうなるかなというところは大変気になるところです。

他に、ご発言はございませんか。議題 2 も含めてご質問・ご意見を頂きたいと思いません。

地域医療の実状把握のための聞き取り調査について、先ほど説明がございましたが皆さんお解りになりましたでしょうか。

まず、全体の医療機関を対象に説明会をして頂いて、そして熊本市以外のエリアにおいては、水俣保健所の方から各医療機関にいい時間をお尋ねした上で、聞き取り調査に行かせて頂くと聞いております。何かご発言はございませんか。

よろしゅうございますか。先生方何か御発言ございませんか。

それでは、議題 3 も含めてご発言をお願いいたします。

先ほど坂本先生が言われたように、国の方も非常に努力されて、このようにデータを示して頂いております。ABC 案、また C 案は色々ありますが、案について何かご発言、ご意見は何かございませんか。

森先生どうですか。何かご発言を。

(森構成員・竹本医院 院長)

- ・ 在宅の係ですけれども、前回の会の時にですね、方向としては療養型病床に入院されている方が在宅の方に向かうという事で、実際それを受け入れられるかどうかというところと厳しくなっているという感覚を持っていました。県の医師会の雑誌の中で、2025 年度でどれくらいの数の人が介護施設ないしは在宅に行くかというような数が出ては 172 人だった。芦北圏域の場合はですね。私も眞鍋先生と同様に医師会の先生に現在往診されている数をアンケートを取って調べてみたところ、どんな状況か調べてみたが、だいたい内科系、外科系の医療機関の中でだいたい 60%の医療機関の方が往診されていると。このパーセントはかなり前に医師会の方でアンケートを取ったが、その時もだいたい 6 割くらいだった。したがっておそらく 5、6 割という比率は、あまり変わっていないという印象を持っている。

それから、現在往診されている患者数を総計させてもらったが 311 人です。思っていたよりも多い数ではないかと思えます。

それで、現時点で、2025 年はまだ先なのでその時点の事はよくわかりませんが、在宅医療の件はドクターだけではなくていろんな介護の問題とか、訪問看護師の問題とかありますけれども、現在往診をされている先生方に全部ではないけれども、あとどれくらい余裕があるのかということもお聞きしたが、一応、どいうふうな推計した方が良いかよく分からないが、私自身が想定したのはだいたい数十から百くらいの数の余裕があるとの結果が出ております。一応こんな結果が出ていますので、またご報告したいと思っております。

(緒方会長)

- ・ はい、どうもありがとうございました。
眞鍋先生ご発言をお願いします。

(眞鍋構成員)

- ・ 医療構想の会議という事ですので、やはり、医療構想を考える場合にどうしても在宅医療の話は外せない話かと思えます。森先生からお話がありましたとおり、支えていくためには、要望というのは多いと、しかしながら支えていく側の方に支援が必要ではないかと考えています。と言いますのも、医師は責任感があってカバーができると思うけれども一般の職員の場合、特に看護職や介護職であったりした場合、例えば訪問看護の場合には、3人が職員であった場合、24時間対応をした場合、待機は3日に1回の待機となります。そうなる则ちかなり日常生活に支障をきたしますし、それを進んでされるという要望の方が減るといふのは当然であります。チームを組んでいくつかの訪問看護ステーションが力を合わせてやるという方法も当然されていると思うけれどもやはりかなり負担が大きくなるというのが実情としてあって、それが一つはネックになっているのではないかと思っている。これは制度上の24時間をつけると、ご家族・利用者の方にとっては安心感を与えるという意味では非常に大事かと思うけれども現場の支援をする実労働者の立場に立ちますとなかなか労働条件としては厳しいものがあり、病棟と比べると一人にかかる負担が大きくなるという印象は持っております。そういうところは在宅を充実させていくためには、非常に大事なところではないかと思っております。以上です。

(緒方会長)

- ・ それでは救急病院でもあります病院代表の岡部先生、何かご発言はありませか。

(岡部副院長：岡部構成員代理)

- ・ 岡部病院の副院長の岡部でございます。今日は、理事長の代わりに代理で出席させて頂いており、第1回の会議は不在でしたので、今日のデータだけで思いますのは、構想区域の案については、芦北地区の場合はすべて単独になっていますので熊本、上益城の統合とか、鹿本、有明については、実際その地域の先生方でご意見を反映して頂くのがいいと思えます。療養病床ですけれども、実際うちにも療養病床もありますけれども、芦北圏域で療養病床について感じるのは介護される患者様ではなくて、介護が可能な20歳代から50・60歳代までの介護する側の方の、介護される側に対するパーセンテージと言いますか、そういった数字が多少、私としては熊本市内と比べると芦北は少ないという印象を持っている。いわゆる簡単に言うと「老老介護が多い」という印象を持っている。ですから必然的に療養病床が必要となってくる割合は高くなって然るべきですし、それに関わるべき職員の割合が熊本市内と比べると少ないですから、明らかにマンパワーの不足が悪循環になっている。いたしかたない。そこで、削減が来ますとなおさらその悪循環が加速するのではないかと懸念がございます。今のところそういう印象を持っております。

(緒方会長)

- ・ どうもありがとうございました。芦北医療機関の井上先生意見ををお願いします。

(井上構成員・井上医院 院長)

- ・ 井上です。前はよく往診をしていましたけれども、そこに介護される人がどうにか農家とかで、近くにおられて見てくれる人がいたのですけれども今、お年寄りを在宅で見てくれる人がいなくなったものですから、結局行き場がなくて療養病床なのです。前は在宅で見る人がいたけれども、だから往診で対応できていました。昔の話ですが、往診日と言ったら、芦北は広いですから40キロくらい走っていました。その間10人くらい、週1回くらいに分けて回っていた。実際は私達の年代は集団就職の時代でしたから農家に残っている同級生が少なくなって、その人たちが年を取ってきて行き場がないという事で。都会と田舎、山間部とは違うと思う。だからうちは療養型をやっていますけれども、今はそういう方の受け入れ先になっています。

(緒方会長)

- ・ 在宅介護、在宅医療という一方で介護する方がいない。担当理事の森先生も言われたように、なかなかマンパワーが足りないというような危機感があります。他に何かありませんか。深水先生、何かありませんか。

(深水構成員・水俣市芦北郡医師会地域医療構想担当)

- ・ 深水医院の深水と申します。うちは、有床診療所で往診もやっています。往診、在宅に関しては、井上先生が言われたように、在宅の受け皿、介護する家族が少なくなっています。かなり、在宅をやっていましたが、かなり減っています。それは全く在宅介護する人たちがいないために、施設に入れる、という事で、国はそのように在宅を進めるといっても、実際のところは、在宅は減ります。間違いないです。施設に入るというのが増えると思います。この芦北圏域の眞鍋先生が報告書を出していただきましたが、本当に本音の意見が出ています。これは全く正直なところ、正しいと思います。医療関係者以外の方もこれを良く読んで、果たして医療削減が必要かどうかよく考えて頂きたいと思います。以上です。

(緒方会長)

- ・ ありがとうございます。池田先生ご発言をお願いします。

(池田構成員・山田クリニック 院長)

- ・ 私は、水俣で山田先生の跡をついで有床診療所をやっていますが、開業医は往診するのが当たり前という、日曜日もなく往診していた時から、最初から跡を継いだ時からそういう考えでやっています。ただ現実問題として、お年寄りで亡くなる方が非常に多いです。亡くなる方が多いという事はその亡くなる人の周りに急変が非常に多い。日常の診療はとても忙しいです。往診をする余裕が少ない。丸一日、朝から晩まで外来、病棟をしていますから、常に急変があっている状況で、往診までなかなか回れない。それでも1ヶ月に15~16人は行っていますが、そういう状況で中々ゆっくり往診している時間がないと。たとえば1件往診に行くだけで1時間かかる。片道20分とすると40分。そうすると1件しか見られない。そういう状況ですから数には限度があります。急変の命に係わるような病気でなければ行きますけれども、外来、病棟などで、そういう状況でなかなか手が回らないというのが現実です。私は保険医協会新聞に投稿をしましたが、開業医の過労死が増えている。勤務医の過労死は昔から知っ

ていたと思いますけれども。うちの圏域でも 60 歳代の開業医の先生が相次いで亡くなっています。すごくまじめにやる先生というのは非常に疲弊しています。自分の時間がないくらい、特に内科、外科、整形外科の先生を中心に開業医が疲弊して過労死に陥っている状況にある。今、死ぬ患者さんが多いという事で、それだけで手一杯です。毎日が救急という感じでやっております。勤務医だけが忙しいのではなく開業医も物凄く忙しい。そういう中であって、在宅医療で 24 時間やれというのはなかなか厳しい状況にあるので、そういう事も考えて頂きたいと思います。

(緒方会長)

- ・ ありがとうございます。佐藤先生お願いします。

(佐藤構成員・みずほ病院 理事長)

- ・ 精神科の佐藤と申します。今回の地域医療構想では精神科は特に取り上げられていないけれど 5 疾病の中に入ったという事。5 疾病が入ったことによって、この構想から地域医療計画への移行の中でどういう風に関わっていくのか、認知症に伴う精神症状の場合の取り扱いのところでどうなるのか具体的なことはまだ分かりませんが、本音で言いますと、みなさんと一致するところもあるかも知れませんが、違うところがあるかも知れませんが、在宅と言ってもきれいごとで、ほんとはそれを受け入れる先ほどおっしゃいましたが、受け皿という言葉は好きではありませんが、受け皿をきちんと作っておかないと、本来の在宅、いわゆる家でというのは、正直この環境下では無理だと思います。それから聞き取りを県の方でされると聞きましたが、丁寧な聞き取りが行われて、その結果を踏まえて、どういう風に考えていくか検討していきたいと思いますが、その結果が単なる本当に実情に合うようなものに結びついて頂かないと意味がないと思います。その聞き取り調査の中で患者さんの住所等は聞かれるのでしょうか。住居地等は。

(医療政策課・阿南課長補佐)

- ・ 資料 2 の方ですが調査表については、先ほど保健所から説明したとおりです。特に患者の住所等は聞きません。在宅医療等を行っている地域構想の対象となる病院と有床診療所が対象となります。一般病床と療養病床と。在宅医療等については、お尋ねしますが、今実施していますか、実施している場合は月に何人程度対応されていますかとお尋ねしまして、個人情報についてはお尋ねする予定はございません。

(佐藤構成員)

- ・ そういう意味ではなくて受入の関係をどう見直すかとか、受入率とか、圏域への流入・流出率とか。

(医療政策課・阿南課長補佐)

- ・ 今回の聞き取り調査では流入率、流出率については、お尋ねすることはございません。各医療機関がどういう事をお考えになっているかということで、状況を教えて頂くとなっています。

(佐藤構成員)

- ・ 例えば、その医療機関が二次医療圏以外からかなりの方がいらっしゃるということと

かは関係ないという事ですか。

(医療政策課・阿南課長補佐)

- ・ 関係ないと言いますか、実情を教えてくださいという話ですので、そういった問の中には入っていません。どこから患者さんが来ていますかというのは、問の中には入っていません。情勢を教えてくださいというのはありがたい情報だと思っているので、自由記入欄がありますので、そういった部分で教えて頂ければと思っています。

(佐藤構成員)

- ・ ありがとうございます。

(緒方会長)

- ・ 無駄な病床はほとんどないという事です。他にご意見はございませんか。

(森構成員)

- ・ 在宅医療関係ですが 私は今自宅での患者さんを 30 名ほど持っています。ここ何年かだいたい 30 名台で経過している状況です。ただ今、診ている患者は比較的軽い人から重症の人までいます。今回の流れでは何度も話しますが、療養型病床で入院されている方が在宅に流れるみたいに感じていますけれども、それでいいのかどうか。先ほど眞鍋先生から報告がありましたが、実際、療養型病床群に入院されている方の介護度は結構高いです。実際、私が今在宅で診ている患者さんもかなり厳しい部類に入るのではないかと感じます。したがって、流れとして今の療養型病床群に入所している方が在宅に流れるのであれば、今現在入所している方のだいたい平均的な像、それを基準にして、やっぱり在宅に戻れるかどうか。それからそれに対して介護の面とか、訪問看護師の面が充実しているかどうかしつかりやっついていかないと、なかなかそういう方が在宅に帰るには(厳しい)。一番大事なのは家族の受け入れだと思いますが、そういうイメージを持ってやっついていかないとなかなか進まないのではないかという感じを持ったので発言させて頂きました。

(医療政策課・阿南課長補佐)

- ・ ご指摘の通りだと思います。今回の流れと言いますか、入院医療から在宅医療等へという事で国の方では、ガイドラインを作って、それが厚生労働省令の方に算定式上そういうことになっている。

今回の推計ですが、2025 年の医療需要を出しています。高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等ということで。この在宅医療等の中には自宅だけではなく、老人ホーム、高齢者住宅を含めた介護施設等を在宅医療等としています。この医療需要を見込む際に、あくまでも算定です。需要をマクロで把握するためにやっていることが慢性期医療と在宅医療等については一体的に推計するという考え方がありまして、現時点では、慢性期の中心が療養病床と思いますが、その内の医療区分 1 の患者さんの割合像の 70%程度は、在宅医療等でカウントしよう、あと、一般病床の方も医療資源投入量というのが診療報酬点数上ありますが、175 点以下、一日平均ですが、については在宅医療等でカウントしようとか、後は地域差ですね。日本全国比較して入院の療養病床に対する入院受療率についての、格差が相当あります。これが日本全

国、地域差を解消するというのも1つのテーマになっている。それぞれ状態があると思いますが、今算定に上がったそういった算定式で地域差を解消しよう、なるべく平均に近づけようとか、そういった上で成り立っているものです。従いまして、そういった部分で必要病床数というのが現状に比べてガクッと減っている部分が2025年についてはありますが、その数字を捉えて今回のような本当に、真剣に前向きに議論して頂いて、この厚労省が示された療養病床で足るのか足りないのか真剣に議論して頂いていますので、あと人口減少の事など見ながら、地域医療構想策定後はこういったことをどういった形で、この芦北地域を支えていくかという議論が始まっていく事を考えています。今説明したことは算定上、そういった過程を経て、2025年の医療需要を出しているという説明をさせて頂きました。以上補足です

(坂本副会長)

- ・ すいません。在宅医療とか介護とかの意見が出たのですが、この地域医療構想検討専門部会は、県の専門委員会がこの前あったが、そのあとに在宅医療連携体制検討協議会ができましたが、あれにも委員として入ったら、介護施設、療養施設の意見が出て、今度は介護の番だとの意見も聞いたのだが、今の議論からするとこの専門部会と在宅医療の協議会とはどうかかわりがあるのですか？医療と介護の一体改革であれば、別々にして、私はあの時、在宅医療の担当課は高齢者支援課と思ったのだが、中川審議員、阿南さん達の医療政策課が担当課として一生懸命されており、なんで別々にされるのか意味が解らない。私たちの議論で行くと高度急性期、急性期、そして回復期、慢性期、それから切れ目のない地域の実情にあった連携体制づくりというのを言わないと、各個人が同じ自分たちの立場ばかりを色々言ってもまとまるはずがない。阿南さんが言うように地域差を考えるとということになると、在宅医療の部分には、サービス付高齢者住宅も入ってくるし、療養施設も入っている。そういうところも議論していくことになると自分達の立場の意見ばかり出て、まとまらないようになる。この専門部会に期待したいのは、当地域の人口推移をみたら、全くのキノコ型ですよ。2025年は、在宅をやろうとしても若いスタッフをどこから持ってくるのか？そうすると、この地域は、人口がガタッと落ちる訳ですから、療養病床は残しとかなければいかん。そう言う風に持っていけないと、議論はこうでしたと資料2みたいに聞き取り調査で箇条書きになって出てくるだけだと思う。さらに県がマスコミに、前に熊日に出された、鹿児島に次いで日本で2番目、35.何%という衝撃的な数字がありましたが、厚生労働省で法制化されている法律でしょう。それがどうしても解らない。この前も聞いたけれども「病床削減ありきではない。」というのがどうしても私は解らない。法律で決まったら熊本県は35.9%でしょう。私は、耳の中に残っているのですけれど。県が出されても34.何%位で1万は超えますよね、病床削減が。そういう中でやっていくとこの地域は在宅のスタッフ、マンパワーがいけないということは強調して、やはり地域の実情にあったと、地域差を標準化させるという考え方は絶対反対です。それだけは言うておきたいと思う。どういう関係になっているか教えていただきたい。県の在宅医療協議会とこの検討会の関係を。

(医療政策課・阿南課長補佐)

- ・ 在宅医療というのは、今回の地域医療構想が始まる前から先生方に御協力いただきながら取り組んできたと認識しております。その取組をいかに進めるかという話があると思います。今回の地域医療構想では、その動きをさらに活発化させていくための手

法として地域医療構想というのは考えられているのかなど、介護にも限りはありますが、医療資源も限りがあるということで医療以外での対応できる方については、医療以外でという話が起った。そうした意味で今までの在宅医療の推進の取組を協議会として、脈々と先生達の御協力のもとやっている中に、今回、地域医療構想ということで、医療計画の一部として策定する必要があるとされている。そういった中での慢性期医療についての在り方という部分で在宅医療等への促進という大きなテーマ、課題というのが出てきたのかなと思っています。なお、資料1の方で出ましたけれども、補足ですが、国の方でまさに地域医療構想でさらに在宅医療等を推進していこうと言った厚生労働省に対して、どういった形で進めていくのかという話があり、ガイドラインの有識者、日本医師会の先生方、各界の代表者の方が入りまして療養病床の在り方等に関する検討委員会というのが設置されています。この中では、先ほど話が出ましたけれども、介護療養病床が平成29年度末で一応、法律上、廃止になりますけれども、それを含む療養病床の今後の在り方、慢性期の医療介護ニーズに対応するための療養病床以外での医療介護サービス提供体制の在り方、というものを集中的に議論されている。これを新しい類型、今は、入院か介護施設かという部分がありますが、その類型以外が考えられないか、たとえば医療施設内にそういった機能を持たせることができないかだとか、色々各種方面から提案があっており、おそらく年内には検討会のまとめができるそうです。そのあと法制化に向けて、制度の仕組みも検討されていくので、この議論についても我々注視して、皆様方に情報提供していきたいと思っています。

(坂本副会長)

- ・ その対応、注視されるのだろうけれども、在宅医療の関係者の皆様の御意見を聞いて、私の意見は出さなかったのですが、新たな財政基金ですが、今度は僕らの番だと予算の配分があっている、医療政策課のこの地域医療構想の検討部会の中には把握はされていないのでしょうか。予算、予算。地域医療構想の今度の大きな目的は、医療と介護の一体改革なのでしょう。切れ目のない連携作りをするためには、この地域では切れ目のない連携体制は作れない。だからこの前も在宅の方で訪問看護ステーションのみなしは、受けるところがなかったのが我々が受けました。ただ我々は、在宅の先生方を応援する立場でもあるし、急変の部分では受け入れる立場の病院でもあらなければならないと思っている。そういう中のもう一つ、切れ目ができたところの接着剤の役目を我々がしなければならぬと思っている。そういう流れが在宅医療部会とこの部会がどっかで協議会を持たないとバラバラにいつているようではない。われわれ、あそこ（在宅医療部会）では意見が言えない。それは持って帰って医療政策課の中で検討してください。

(緒方会長)

- ・ 今、言われたとおり、各医師会のほとんどが在宅医療に対する連携拠点事業所というのを任されて、在宅医療を進めようと努力しているが、先ほど言いましたように、看護師は足りない、介護士は足りないはで、非常にそちらのほうも進まない。一方では、慢性疾患の療養病床は減らされるとなると大変なことになるということで、言われたように両方の政策の関係者がもう少し緻密に話し合いをしていただいて、県の隅々まで見ていただく必要があるのかなと思っています。
- ・ すこし時間がありますので他の委員の方に御発言をいただきたいと思いますが、吉富

先生何か御発言ありますか。

(吉富構成員・水俣芦北薬剤師会 水俣芦北支部長)

- ・ ありがとうございます。薬剤師会の吉富です。今日のお話を聞いておりました、薬剤師会が出る幕がない位のレベルのお話ではないかなと思っております。第1回目でお話ししましたように薬剤師の確保が非常に大変になっております。ますますこのようになりますと都市集中型の薬剤師という形になります。私としては、この町でも薬剤師不在ということがないようにやっていきたいと思っております。在宅に関しても、私たちの、まだまだ活躍する場面が多々あるというふうに思っておりますが、現状の仕事内容ではこの地域で在宅にいける薬剤師というのが本当にいない訳です。いない状態で在宅に変わった時にその確保ができるかということ、ほとんどそういった仕事をする人たちは、やはり都市集中になってしまって、ますますこの地区から薬剤師は消えてしまうということに危惧します。今日の話をしていて、やはり真鍋先生がアンケート調査をされましたけどもまさにこの地域はこの状態じゃないのかな。病院の病棟からの薬剤師もこれから徐々にこの感じで減っていくのをやはり私としても危惧しています。ちょっと心配しますのは、こういった検討会が話を聞きながら進んでいく訳ですが、結果的には行政の方々が決めたとおりになってしまった、アンケートは取った、話は聞いた、しかし結果的には、県が決めたことになってしまった、というふうにならないことを祈っております。以上です。

(緒方会長)

- ・ それでは、続きまして藤崎先生、お願いいたします。

(藤崎構成員・水俣芦北郡市歯科医師会 会長)

- ・ 歯科医師会の藤崎です。結局、いままでの先生方のお話を聞いておきますと、在宅への切り替えということは非常に厳しいものがあるのだろうと思う。ただ歯科医師会としては、在宅の方が増えた場合に在宅の歯科訪問診療を充実させて対応していく必要があると県の方でされているが、実際にそれをできる歯科医院というのは非常に限られておりますので、今、歯科医師会でもそれに関して皆で検討を加えているところですが、今日のお話を聞いている限りでは、とてもじゃないが私の身の回りでも老々介護、独居老人が非常に多いので、在宅への切り替えは簡単にできるものではないというのが実感でございます。

(緒方会長)

- ・ どうもありがとうございました。それでは、川野先生お願いします。

(川野構成員・熊本県看護協会水俣芦北支部 理事)

- ・ 看護協会の代表で参加しておりますけれども、先ほど山田医院池田先生から言われましたけれども、ドクターも過労死を危惧されているとのことで、とても在宅は大変だと思います。私は急性期の病院におりますけれども急性期と療養とか介護施設もそうですけれども、看護師としてはやはり地域で暮らす方々に寄り添った、質のいい看護を提供しなければいけないので、人口からすると看護師の数は多いとなっているが、人口がどんどん減少していくと当然医療職というのも少しは、飽和状態になっていくのかなという気がします。でも、国の政策が在宅の方に向いているので、そういうと

ころは診療報酬とかで誘導されていっていると思うのですが、それでもやはり芦北地域では訪問看護ステーションに勤務している人は少ないし、24時間の看護提供というところもなかなか厳しいものがありますので、そういうところの連携というか看護師の中でも質を上げるような急性期から在宅に向かって切れ目のない看護を提供できるような連携を看護師同士でもしていかなければならないのかなとの思いがございいます。あと看護師不足もそうですけれども、本当に水俣・芦北地域の中では、介護者というのが本当に不足している状態で、急性期病院の中でもやはり療養病棟になかなか移動ができなくて、急性期病院の中から退院できない患者さんがいっぱいいらっしゃるの、そういうところをこれから病床が削減されたときに急性期病院の中で急性期の機能が果たしていけるのか危惧しているところです。看護協会としては、色々なところで横の連携、それから急性期と在宅までの連携、そういうところをこれからもとり続けていきたいと思っております。

(緒方会長)

- ・ どうもありがとうございました。お隣の全国健康保険協会の北原さんお願いします。

(北原構成員・全国健康保険協会熊本支部 企画総務部グループリーダー)

- ・ 今、医療にかかわられる皆様のお話を聞きまして大変勉強になっております。今回、保険者協議会の代表ということで保険者の立場での参加になっておりますけれども、個々の議論の中では直接の関係ないと思うのですが、阿南補佐からお話がありました、限りある資源の中でどうやっていくかということで私ども働き世代の皆様から毎月保険料をお預かりして、それで医療機関様の方に医療費をお支払しているという立場になりますが、熊本県内の医療費でいきますと1ヶ月に医療機関様にお支払される医療費というのが、私ども協会健保の組織だけ、県民の3人に1人が加入する組織だけになるのですが、1ヶ月で約60億円という医療費をお支払いしております。それにつきましては、中小企業の事業主様が御負担をいただいている毎月の保険料からお支払いしているということで、数からするとかなり大きな保険者になりますので、消費者という立場からこの医療構想の行く末を見守っていくことが私どもの務めではないかなと思って聞いておりました。直接は関係ないのですが、今、保険者は昔のように医療機関を通して医療費をお支払するだけという組織から医療機関の皆様のお力を借りながら健康づくり、重症化予防対策というところに、大きく舵を切っております。その部分については、これからもまちづくり、健康づくりを進めていくところが一番の柱になってきておりますので、その部分も皆様に御理解いただきたいと意見として述べさせていただきます。
- ・ すみません。それから長くなって申し訳ないですが、一点質問ですが、1回目の会議の中で坂本構成員方から鹿児島県との県間調整のお話が出たかと思いますが、その後、これまで何か動きがあったのであれば教えていただきたいというのが1つと、それからこれはお願いですが、数少ない会の中で効果的に議論をしていく中で、やはり芦北地区ならではの会議の進め方みたいなものを検討する必要があるのかなと今日感じておりますので、ご意見として述べさせていただきます。

(医療政策課・阿南課長補佐)

- ・ ご質問がありました県間調整でございますが、県間調整で何をするかというと、病床数の話になってしまう。第1回資料8の中で芦北地域においては、急性期、回復期に

鹿児島県の出水地域から芦北圏域への流入としては、2025年の推計ですが、1日当り急性期20人、回復期22人の流入が認められている。この取扱いですが、芦北の必要病床数のカウントに入っております。これを鹿児島の方がこのまま引き続き芦北地域にお世話になりますよという話なのか、自分の所で賄いますと「この流失を止める」という話になると国が協議をなささいという話になっている。我々、突きつけられた必要病床数という雲をつかむような話なのですが、患者さんをどちらで診るかという話なのですがやり方としては我々も思い悩んでいる部分がありまして、今、九州各県担当者、係長クラスですけれども9月に集まって、どのような形が一番望ましいだろうかと議論している。方向性が見えたら、芦北圏域、特に関係してきますので進め方について協議していきたい。よろしくをお願いします。

(坂本副会長)

- ・ 北原構成員から県間調整、我々が強く言った所を今日、全く言わなかったことで質問されたが、実は、九州各県の担当課長会議の中に立川課長に熊本県から議案として出してくれと、結果を聞いたら反応がなかったそうです。そこまで出してもらって、あとは現場で頑張るしかない。ということでその話はしても無駄だと思ひまして、うちが成り立っているのは、外来も入院も20パーセントは鹿児島県の患者さんですので、この前も申し上げたとおり、「行政が縛りをかけてくれるな」とそこだけを鹿児島県に言って欲しい。国保が県に行きましたので、ある意味、向こうの自治体の負担が県に行くので、患者誘導があるとは思っていないが、「ちょっとした病気なら地元の自治体病院に行きなさい」、かかりつけはここですからとがそういう誘導をされたという例はいくつもあるし、それと数年前までは救急車が県を超えて入ってこられなかった。それを我々が努力して阿久根にしろ、伊佐にしろ、受け皿であったら何もなくそのまま来てくれると、それから我々は、ドクターヘリや必要な場合は高次救急病院にと、そういう体制ができていの中で、やはり行政の垣根が縛りとしてくる可能性があるから、我々は非常に心配している。何もうちにベッドをくれという問題ではないということは申し上げたとおりです。

(医療政策課・阿南課長補佐)

- ・ 今まで芦北圏域の方と鹿児島の方が協力、協調しながら作ってきた連携体制は、熊本県にとっても誇らしいものだと思っております。そういった状態がある中で、病床数をどちらでとるのか決めなさいとなっている。事実をいいますと決着がつかなければ医療機関所在地というルールになっている。どの圏域もそうであるが、調整した結果、不調に終わった場合は、これまでどおり、医療機関所在地の医療需要とするとされている。芦北にとっては、ベッド数としては確保できることとなる。県内、ほかに反対の立場の圏域もありますが、せっかくできた連携体制を仲たがい等がないように行政としても気を付けていきたい。

(坂本副会長)

- ・ 動けないというのが解りました。行政の中に縛りをかけてもらいたくないのが1つと医療圏は熊本県単位でやってもらって結構ですけれども我々としては、頑張ってもらえる病院づくりをする。だから医療圏はあっても医療機関を選ぶのは地域住民の権利ですからそこを自由にさせてください。よろしく。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・ 医療圏は決まりましたが、学校の学区ではありませんので、患者さんにこの人は、絶対にこっちってのはダメということはありません。今回のデータについては、実態に応じた形で推計等がなされておりますので、その動きに応じて他の圏域においては統合という案も出しておりますけれども、そういったものでございます。補足で説明させていただきます。

(緒方会長)

- ・ どうぞよろしくお願いいたします。時間がなくなってきましたけれども、あと行政の方々どうぞお願いします。

(和田水俣市健康高齢課長：西田構成員代理)

- ・ 水俣市の西田市長の代理で参りました和田と申します。介護保険の担当窓口をしております。介護保険が2000年から始まって15年たったのですが、はっきり言って調査の結果にも出ていたようにやっと医療と介護とのバランスを取りながら落ち着いた状態になったというのが窓口の本音でございます。在宅の場合の施設の整備についても10年くらいかけて今に至っている訳です。やっと落ち着いたなかで医療のベッド数が削減される。そして在宅医療へシフトを変えていくというのは、本当に至難のわざと言うぐらいとても不安を覚えているというのは事実です。今回、介護保険の大改正、これまでにない大改正があって、市町村は躍起になってその改革をすべく日々努力をしているが、3年間という本当に短い中でどれだけできるかと思うと、とても見通しが立たないというのがたぶん2町とも同じ考えではないかと思えます。在宅医療を進めるにしても、医療と介護の施策のバランスを取りながら進めていただくことは重要なことなのかなと考えます。ここは、医療従事者が中心になって議論しているが、介護、在宅を支える色々なスタッフとの連携の場ということも重視していただければなと思っています。
- ・ もう1点ですが、水俣市では、介護、看護の人材確保のための実態調査をやるということで準備を進めておりますけれども、足りない、足りないということによく耳にしております。また、困っておられるということも先ほどから出ていることですが、どうやってその実態を把握するか、先生方の協力を得ながら実態調査を行うことは可能なのですが、たとえば看護職においては、2年に1回の従事者届があったりしますが、実際それがデータをどのように活用できるのか、解りませんとの回答をもらったりしているので、どれだけの方がライセンスを持って従事されている、そして退職、離職されている方がこの地域にどの位お住まいでおられるのか、市町村だけが担うのではなく県と一体となって調べていく体制づくりを検討いただければ、市町村も努力しますし、お互い協力し合って調査を進めたいと思います。なかなか市町村レベルでは、図れない部分がありますので、その調査についてはぜひ県も協力をお願いしたいと思っています。

(認知症対策・地域ケア推進課・松尾主幹)

- ・ 認知症対策・地域ケア推進課の松尾と申します。私は、地域包括ケアの担当をしております。訪問看護ステーションの話も坂本副会長、緒方会長にも非常にお世話になって設置していただくということで大変感謝しております。また、和田課長からいただいたご意見ですが、地域医療構想の結果といいますか議論の過程の中で在宅の対策

をどのようにとっていくとよいのかと、今回から一緒に参加させていただいています。また、市町村、介護関係者、そのあたり連携の検討を進めて、この場でも議論の結果を返せるのか、考えながら検討を進めていきたいと思っています。先程の話ですが個別にでも是非相談させていただければと思います。

(緒方会長)

- ・ ありがとうございます。芦北町、何がございませんか。

(一丸芦北町住民生活課長：竹崎構成員代理)

- ・ 芦北町の一丸と申します。在宅医療とか、いろいろご意見がでた通りですが、芦北町の実態を申し上げますと、一人暮らしの方を毎年調査しておりますが7000世帯のうち900世帯位ありまして、また、60歳以上の高齢者の世帯も800世帯位ある、在宅でやっていくのが非常に難しい状況も感じている。最近、介護も持っていまして住宅の改修がかなり多くなっているように感じています。予防と介護、色々な道具も、そういったものが多くなっているような状況があり、補正も行っている。大事なことは、安心安全をどう構築していくかという部分だろうと思う。医療・介護連携して、どう支えていけるか、真剣に考えていかなければならないと感じているところであります。以上です。

(新立津奈木町住民課長：西川構成員代理)

- ・ 津奈木町の西川町長の代理の新立でございます。今日、議題で沢山御発言いただいた部分で、眞鍋先生の調査報告は、芦北圏域を物語っているなど感じています。行政としましても1市2町で医療介護の連携を進めているところですが、色々な部分でわからないことも多く、医師会の方にも御協力いただいてこれから進めていく途中でございますので、そういうものができあがったときに住んでいる住民の方々が、医療や介護が十分受けられるような、そういうシステムができればと思っています。住民が安心して安全に暮らせる地域づくりが我々の務めと思っているので、それを期待しているところです。

(医療政策課・中川審議員)

- ・ 医療政策課 審議員の中川と申します。今日は、いろいろ貴重なご意見ありがとうございました。特に在宅医療等の充実、医療と介護の連携については、十分、県庁内でも認識しておりまして、今日の会議から第2回から、地域包括ケアを所管する関係課も一緒に来まして皆さんの御意見を聞くという体制を整えてやっています。また、医療介護総合確保基金につきましても当課で所管しておりますので、坂本先生もおっしゃるように医療と介護の切れ目のない体制整備に向けては、十分認識しながら活用していかなければならないと考えています。いずれにしても今後、皆さんのご意見を踏まえてヒヤリングを医療機関に実施させていただきますので、丁寧に地域医療構想の策定に向けて取り組んでまいりますので、是非皆さんの御協力をお願いします。

(緒方会長)

- ・ これで、全員の構成員から発言いただきました。予定の時間も迫っておりますので、この辺で今日の協議会の意見交換を終了したいと思います。
- ・ マイクを事務局にお返しします。

○ 閉 会

(村上次長)

- ・ 緒方会長並びに構成員皆様方には、大変熱心に御協議をいただきまして、本当に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きましては、本庁から担当課きていただいておりますので、本庁担当課とも協議させていただき、次回の検討会に活かしていければと考えております。
- ・ なお、次回の専門部会につきましては、他の地域の専門部会が12月中旬までに開催される予定でございます。それを踏まえまして、12月以降に開催したいと考えております。また具体的な日程等につきましては、おって御連絡を差し上げます。
- ・ 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ことや新たな御提案等ございましたら、ご記入いただきファックス又はメールで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。

(21時00分終了)