

第2回宇城地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成27年11月6日（金）19時00分～21時00分

場 所：熊本県宇城地域振興局3階大会議室

出席者：＜構成員＞ 24人（うち、代理出席2人）（1名欠席）

＜熊本県宇城保健所＞

吉田所長、江藤次長、上野次長、嶋北課長、沼田課長、宮田主幹、
佐藤参事

＜県医療政策課＞阿南課長補佐、村上主幹

＜県認知症対策・地域ケア推進課＞松尾審議員

報道関係者：なし

○ 開 会

（宇城保健所・上野次長）

- ・ ただ今から「第2回宇城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宇城保健所次長の上野でございます。
- ・ まず、資料の確認をお願いします。会議次第を1部、資料1～3までそれぞれ各1部ずつお配りしております。資料3には関係データもお配りしています。
- ・ なお、本日の委員会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、前回に引き続き公開とし、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。
- ・ また、会議の概要等については、後日、県のホームページに公開を予定しています。
- ・ それでは、開会にあたり、泉会長から御挨拶をお願いします。

○ 挨 拶

（泉会長）

- ・ 皆様こんばんは、泉でございます。第1回目の部会は7月24日でしたのではや3か月を経過しております。
- ・ この間、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。こうした御意見を整理して、構想をしっかりとまとめていく必要があると考えております。
- ・ 宇城地域においては、前回の部会の後、病床数に関するワーキングを開始し、まずは全ての病院に対して調査することとし、その作業を宇城総合病院にお願いしていたところです。今日はその状況についても江上構成員から報告があります。
- ・ また本日は「構想区域の設定」も県医療政策課からいくつか案が出され、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、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。

（上野次長）

- ・ 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、本日は県医療政策課から阿南課長補佐と村上主幹が、認知症対策・地域ケア推進課から松尾審議員が出席しておりますので、ここで紹介させていただきます。
- ・ 次に次第の3「経緯について」ですが、前回以降の経緯について、吉田構成員から報告をお願いします。

(吉田構成員)

- ・ 皆様こんばんは。宇城保健所長の吉田でございます。第1回目の会議では議論が白熱したところがございますが、それからだいぶ月日が経っておりますので、ここで私の方から、その間の経緯について少しご報告させていただきます。
- ・ 先ほど泉会長からのご挨拶でもありましたが、宇城圏域では、先の部会において、今年度3回の部会だけで、病床数を決めることは無理があるので、部会とは別に、作業部会を設置してはどうかとの御意見がありました。それを受け、事務局の方で有床の医療機関に所属する構成員の方々に対し、作業部会の在り方についてアンケートを実施し、8月に会議を設けました。その結果、まずは病院の病床に係る計画の聞き取りを実施することになり、その事務作業を宇城総合病院にお願いしたところです。宇城総合病院におかれましては通常の業務でお忙しいなかに、更に部会のために作業をして頂き、ここで改めて江上構成員に対し感謝申し上げます。
- ・ 一方、県におきましては、9月になり、県議会において、藤川議員からの地域医療構想に係る御質問に対し、知事は構想対象の全ての医療機関に対するヒアリングの実施を指示したとの答弁を行いました。
- ・ 結果的には宇城地域の取組に県が追随した形となりました。宇城地域の構成員の皆様が、構想の策定に積極的に取り組んで頂いた結果であります。
- ・ 私からは以上です。ヒアリングに係る知事答弁については事務局から説明をお願いします。

(江藤次長)

- ・ 皆様こんばんは。保健所次長の江藤でございます。
- ・ 9月県議会一般質問において、自民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、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」と答弁しました。
- ・ 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た後に、「本県の実情や人口ビジョンを反映した地域医療構想を検討できないか担当部局に指示したこと、さらに、地域医療の現場の状況を把握するために、構想対象の500を超える全ての医療機関に対して、直接ヒアリングを行うよう併せて指示した」旨の答弁をしたところです。
- ・ 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」と答弁しました。
- ・ これを受け、医療機関へのヒアリングを実施する準備を進めているところでございます。医療機関へのヒアリングに係る知事答弁については以上です。

(上野次長)

- ・ それでは、ここから議事に入らせていただきますが、設置要領に基づき、進行を泉会長にお願いします。

○ 議 事

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

(泉会長)

- ・ 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、宇城総合病院からのワーキングの状況については、議題(2)の後で報告をお願いします。
- ・ おって、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えます。

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

で、ここでの説明は省略します。

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

資料2 地域医療の実情把握のための聞き取り調査について

- ・ 資料2を御説明します。
- ・ 先ほど、資料1の説明でも触れましたが、1の「目的」に記載しておりますとおり、地域医療構想の策定に当たり、地域医療の実情を把握する必要があると判断いたしまして、医療機関に対し、平成27年度病床機能報告の報告内容や将来の医療提供体制の見通し等について、調査票に基づく聞き取りを行うこととしております。本調査の実施を通じ、次の3つの効果を期待しております。
 - ① 医療機関に対して地域医療構想の理解を深めていただくこと。
 - ② 医療機関の将来の病床数の見通しを区域ごとに積み上げることで、厚生労働省令の算定式に基づく「必要病床数」とのかい離について分析ができること。
 - ③ 地域医療構想の実現に向け、必要となる施策が明らかになること。
- ・ 2の「対象医療機関」は、構想の対象施設であり、病床機能報告の対象となります県内の一般病床及び療養病床を有する病院及び有床診療所計513施設を予定しております。
- ・ なお、宇城地域については27の医療機関が対象となります。
- ・ 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「実施方法」です。
- ・ 宇城圏域では、宇城保健所が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票の内容等について御説明します。
- ・ 宇城では、11月30日(月)の午後7時から、宇城地域振興局3階大会議室で開催する予定です。開催通知を来週にも発送する予定です。
- ・ 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を開始します。
- ・ 次に「聞き取りの流れ」です。まず、全体説明会において、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。その後、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、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。宇城圏域におきましては、保健所職員2名が医療機関に訪問し、聞き取りを行う予定です。
- ・ 資料2の説明は以上です。

(泉会長)

- ・ ではここで、宇城総合病院からワーキングの結果について報告をお願いします。

(江上構成員)

- ・ 病院病床について、調査をさせていただきました。域内の10病院にからデータを頂きました。ほとんどが9月にデータを頂きましたので、その時点での計画となります。
- ・ 平成27年9月時点の1185床のうち、病床の機能を変更するところがありました。具体的に言いますと、高度急性期は0床のまま、急性期は378床から335床になりマイナス43床、回復期は168床から173床になりプラス5床、慢性期は639床から677床となりプラス38床となりました。10病院のうち3病院に少し動きがありました。ほか7病院は現在の病床数のままという回答結果でありました。以上です。

(泉会長)

- ・ どうもありがとうございました。では議題の3の説明をお願いします。

資料3 構想区域の設定について

- ・ 資料3及びその関連としてお配りしております「関係データ」に基づき、「構想区域の設定について」御説明します。
- ・ 資料3本体を一枚おめくりいただき、スライド2をお願いします。構想区域の設定は、ガイドラインの策定プロセスにおいて3番目に位置付けられています。二次医療圏ごとの推計データをすでにお示ししていますが、構想区域を設定した後に、区域ごとの医療需要や必要病床数を推計し、固めていくことになります。
- ・ スライド3をお願いします。構想区域の定義ですが、1の枠囲みが厚生労働省令に規定された基準です。構想区域は、二次医療圏を原則として、2行目末尾の「一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域」を設定することとなります。また、ガイドラインでは、設定に当たった考え方として、一つめ「人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の变化など」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圏域を塗りつぶしで表しています。
- ・ スライド10をお願いします。以降、現行の二次医療圏とは異なる構想区域案について、御説明します。その基本的な考え方ですが、一点目は、構想区域に対する様々な御意見を踏まえ、データに基づく案として検討のたたき台を提示するというものです。二点目が、構想区域が次期医療計画における二次医療圏につながることも考慮し、「トリプル20基準」に該当する区域が生じないように、又は該当する圏域を個別に精査し、必要に応じ隣接の二次医療圏との統合について検討するというものです。この統合については、従来からの「郡市」の枠組みや、住民、関係機関の皆様方にとってまとまりのある圏域として定着し、広域的な取組みが推進されている二次医療圏を一単位と設定し、検討に当たっては、他の医療圏の設定状況や、患者の受療動向、生活圏の一体性などの地域的な結びつきを考慮しております。三点目が、「トリプル20基準」に該当しない二次医療圏にあっても、流出患者割合（換言して流出率）が50%を超える、すなわち自圏域完結率が50%未満となる場合は、隣接の二次医療圏との統合について検討するというものです。ここで言う「自圏域完結率」は、患者の居住する圏域内の医療機関に入院する割合のことで、100%から流出率を引いて算出していますが、「上益城」が流出率63.4%、自圏域完結率36.6%で該当となりました。
- ・ スライド11をお願いします。検討に当たり採用したデータを一覧でお示ししています。①患者の受療動向、②生活圏の一体性、③トリプル20基準との適合性、④面積を考慮しており、①②についての具体的なデータを添付の「関係データ」で整理しています。
- ・ スライド12をお願いします。二次医療圏と異なる構想区域案の一つめが、「トリプル20基準」に該当する区域が生じないように、隣接する圏域との統合等により区域の設定を図るというものです。ただし、ア)「人口」が千人単位の四捨五入により20万人超となる場合、イ)「流出率」が基準の20%との比率で+10%以内となる場合については、基準との差が僅かと評価し、非該当に区分しています。この結果、県北は「有明+鹿本」と「菊池+阿蘇」の統合、県央は「熊本+上益城」の統合、県南は3圏域のまま、さらに「宇城+天草」の統合となり、これをB案として提示します。
- ・ スライド13をお願いします。B案を地図上に示したものです。A案同様、区域ごとに人口・流出率・流入率を整理し、二重マルが基準をクリアするもの、一重マルが先

程の基準との差が僅かと評価したもので分けております。左上の「②有明+鹿本」の人口、二つ下の「⑦宇城+天草」の人口、右下の「④八代」の流出率が一重マル評価となります。なお、統合案の圏域の流出入率については、二次医療圏ごとの流出入数を簡易的に合算して算出しております。

- ・ スライド 14 をお願いします。B案として、「トリプル 20 基準」等の該当区域をなくすとした場合に考えられる案をお示ししましたが、根拠データが 10 年後の推計値であり、今後の変動も見込まれますので、「トリプル 20 基準」等を前提としながらも、該当する圏域を個別に精査し、その上で必要に応じて隣接の二次医療圏との統合等により区域の設定を図るという考えで、三つめの案としてC案を整理しました。
- ・ C- (1) 案が、県北における「菊池+阿蘇」の統合及び県央における「熊本+上益城」の統合で、その他は現行どおりとするものです。(2) 及び (3) 案は (1) の派生で、(2) が県北の「菊池+阿蘇」のみ、(3) が県央の「熊本+上益城」のみ統合とするものです。
- ・ スライド 15 をお願いします。C案に係る「トリプル 20 基準」等に該当する圏域について、考え方をそれぞれ整理したものです。「①有明」については、2025 年の推計人口が約 15 万人と一定の規模を保ち、また、患者の受療動向等に見られる福岡県の有明圏域とのつながりを考慮し、単独の区域と判断しています。「②鹿本」は流入率、「③八代」は流出率が基準と比較してその差が僅かであることから単独、「④天草」は、流出率の基準との差及び海に囲まれているという地勢的な要因を勘案し、単独と判断しています。一方、「⑤阿蘇」については、人口・流出率・流入率のいずれも基準との差が一定程度ありますので、患者の受療動向や生活圏の一体性などを踏まえて、菊池圏域との統合について検討することとしています。ただし、流出入率の推計は平成 25 年度ベースですので、その後に整備された阿蘇医療センターの医療提供状況等について留意する必要があると考えています。また、「⑥上益城」については、流出のほとんどが熊本圏域となりますので、両圏域の統合について検討することとしています。ただし、熊本圏域への一極集中の問題等に留意する必要があると考えています。
- ・ ここで、添付の「関係データ」をお願いします。スライド 2 に、患者の受療動向として、二次医療圏ごとの流出率をお示ししております。有明と福岡の有明圏域とのつながりや、阿蘇から菊池への流出、上益城から熊本への流出の状況等をデータで御確認いただけたと思います。
- ・ 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いします。以上で、説明を終わります。
- ・ なお、ここで医療政策課から補足説明があります。

(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、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。
- ・ 加えて、11月2日(月)に開催した熊本地域の部会において、構成員の一人から、「熊本+上益城」の統合案に対し、「宇城」も加わることは検討できるのかとの御意見がありましたので、御紹介します。
- ・ 以上で補足の説明を終わります。

○ 質疑応答・意見

(泉会長)

- ・ ありがとうございます。では(1)から一つずつ参りましょうか。それでは皆さんからの御意見あるいは御質問を賜りたいと思っておりますが、議題(1)についてでございます。第1回地域医療構想検討専門部会で様々な意見が出されておりますが、何か御意見ございませんか。

(金森構成員)

- ・ 資料1の2ページの⑥「在宅医療等について」ですが、介護人材の確保とありますが、今も介護人材の確保が難しいですし、離職の問題もありますし、そういう点から言ってもここをきちんとしないと在宅医療は進んでいかないだろうと思っております。ここについて県として何か考えはあるのでしょうか。

(松尾審議員・認知症対策・地域ケア推進課)

- ・ 認知症対策・地域ケア推進課の松尾でございます。介護の人材確保については高齢者支援課が担当しておりますが、同じ長寿社会局にありますので、私から少し話させていただきます。介護人材につきましては、ご案内のとおり非常に不足する実態で、将来推計を見ましても十分に対応できないと皆様ご存じのとおりだと思っております。従いまして、これからのこととなりますが、できるだけ介護人材の育成、掘り起し等も行いながら人材確保に努めて参りたいと考えております。

(金森構成員)

- ・ 頑張っていきたいとありますが、具体的ではありません。具体策を作っていないと、確保は困難だろうという気がしております。どこの事業所でも困難を抱えており、全国的にも人材確保できないために事業所が閉鎖になったとか、聞いておりますので、もっと具体的な施策を考えて頂きたいなと思っております。一つは介護報酬は下げられ、介護職員の給料は上げるというのはなかなか難しいわけです。そうい

う中で、介護に人材が入ってこないのが現状だと思いますので、そのところどうかよろしくお願いします。

(泉会長)

- ・ ありがとうございます。他にありませんか。
- ・ 在宅医療に関してですが、厚労省で、療養病床の在り方等に関する検討会が実施されているようですが、今年7月から開催しているようですが、いつごろまでに話は伝わってくるのでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・ 県庁医療政策課の阿南でございます。今ご指摘の検討会については、年内に意見をまとめるということでした。何が議題になってるかといいますと、今、地域医療構想では療養病床にいる方で医療の必要度が低い方についてはできるだけ在宅へという流れがございますが、では具体的にどうやって行こうか、といった話がされているところです。今も介護の人材不足の話がありましたが、行き先として老健や有料老人ホームありますが、新たな類型も話にあがっております。今まで3回会議があっており、今度4回目が開催されるということですが、こういった内容も注視しながら県としても進めて参りたいと考えております。

(金森構成員)

- ・ 今の療養病床については検討されてるんですが、病院の中に居宅を、医療がある程度必要な方を病院で見えていく、という形で進んでいると聞きますが、その辺はどうなのでしょう。

(阿南課長補佐)

- ・ 日本慢性期協会からの意見ということで、SNWといった施設体系がアメリカではあるそうです。医師の配置をしない、看護師等の専門家を管理者とすること、こういった案を、現在の医療施設から新しい施設をつくるのではなく、今ある施設を利用して作ってはどうかといった提案がなされていて、これが具体化されるかどうか今議論されていると聞いております。

(泉会長)

- ・ 他にありませんが。

(尾崎副会長)

- ・ 2025年は高齢者の質が今と違うかもしれませんよね。恐らく都会から高齢になって帰ってくるようになる。それと、若いときからパソコンやネットを利用し、情報をキャッチできる能力を持っている、そういう高齢者集団になると思われる。医療・介護の施設選択に於いても、今の高齢者とは全く違う広域的なアクセスになっているのではないのでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・ 今仰っているのは、今後は高齢者の今後の受療行動が変わってくるということだと思います。今推計を出しているのは、前回の専門部会でも説明しましたとおり、2013年の各種データに基づくもので、そこから出された受療率に2025年の推計人口をかけたものとなっております。どのように高齢者の行動が変化するかは加味されていない、そこは限界があると思いますけれども、一応、全国共通にやっておりますのは、算定式で医療需要を把握し、病床数を判断していくということでございます。もう一つ、今後都会から地方へ人が戻ってくるのではなかろうかということについては、社会保障人口問題研究所が出している、比較的确实という数字を基にしております。今後増えるだろうということについては今は确实ではないので加

味できませんが、もし増加していった場合は今後見直していくということになると思われます。

(村上主幹)

- ・ 一点補足説明させていただきます。疾病構造の変化ということで、1回目の部会において、全県域および地域毎に示させて頂きましたが、どうしても2次医療圏毎のデータとなりますと、ちょっとお示しできないところもありますが、推計によりますと、成人肺炎および大腿骨骨折が増えると思われています。
- ・ また、国の社会保障制度審議会等で、これまでの治す医療から治し支える医療への転換といったことも言われており、こうした方向性に沿って、どういう医療提供体制が必要かをこの地域医療構想で考えていきたいと思っております。

(尾崎副会長)

- ・ 70歳以上で所得のある人は2割負担になっておりますが、結局、2025年以降は国民年金だけという人はかなり少ないだろうと思っております。そうすると、自己負担分が増えるので、社会保障費の中で医療費がグングン上がることはないのではと思うのですが、いかがでしょうか。

(村上主幹)

- ・ 先だって公表された、27年版の厚生労働白書による参考資料では、2015年前後では約120兆円前後が、2025年度になると、今後の改革により変化すると思いますが、145兆円から150兆円まで伸びるだろうとの推計がなされております。ただ先ほども仰いましたように、こうした改革を進めるあるいは個人の選択の幅が広がるといったことになれば数値も変わっていくのではなかろうかと思っております。参考までに申し上げました。

(泉会長)

- ・ ありがとうございます。狩場先生何かありますか。

(狩場構成員)

- ・ 先ほど金森先生が質問されておられました、人材の確保ですね、本当に差し迫った問題だと思います。既に足りない。先の話ではなくて来年はどうしようかといったところです。募集しても充足しない状況で、私だけでなく近隣の先生方もそう言っておられます。それとアベノミクスがうまくいくと、若い人たちが都会に出ます。今介護者として若い人たちがおられますが、来春からずっと減るんじゃないか、高校の就職率がよくなると、喫緊の課題かなと思っております。そこで、アイデアとして、正看も足りない、准看護師も、介護士も、ケアマネ諸々足りないですね、在宅となると正看の訪問看護の育成、また外来が増えるとなると准看護師さんの活躍の場が増えるのではないかと、また、なにより介護者ですね、これはもう、倍增するくらいの勢いでやらないといけない。またケアマネさんも足りないからケアマネジメントができない、ケアマネは1人で抱える人数が決まっているので、そのへの規制緩和とかが必要ではないか。実は私もケアマネの資格を持っていて、まだ研修受けているんですが、いわゆるペーパーケアマネという人たちとも研修を受けているんですが、やりたいけどあまりにやかましいからしない、という人もいっぱいいる。社会経験も実務経験も豊富な人が多いです。なんとか、地域のためになるのではと研修を続けておられるんです。そういう人たちを有効活用するために、40~50人と多く持たせないと給料分とれないということではなく、60代だから10人とか少ない受け持ちでも社会貢献できるようなシステムは作れないものかと、

それから、NHKで放送されていたが、80歳のおじいさんが特老で仕事している。60歳以上の動ける人達が積極的に介護の場に来て、協力して頂けるような具体的なシステムを早急に作って頂きたいと願うところです。准看護師の養成も、定員を増やすとか。やめた学校を復活させるとか。あるいは間に合わないなら1~2割増員するとか。いろいろ考えて増やすことをやらないと、3年先は本当に危ないと感じます。極めて具体的な策を早急にたてて、今現場で頑張っているスタッフが燃え尽きないようにして頂きたいと切に願います。

(泉会長)

- ・ 議題1について他にありませんか。では議題2について質問・御意見ございませんでしょうか。

(尾崎会長)

- ・ できれば午前中は避けて訪問していただきたい。

(泉会長)

- ・ この部会に来てる医療機関は来なくてもいいのでしょうか。もうわかっている話だから。

(佐藤参事)

- ・ 説明会では、地域医療構想とは、というところから説明いたしますが、聞き取り調査の方法についてもご説明しますので、できれば部会に来ておられる医療機関におかれましても事務方のご担当者に参加いただきたいと考えております。

(泉会長)

- ・ 構成員以外のところは院長が来た方がいいのですね。

(金森構成員)

- ・ 院長がでないといけないのか。事務方でもいいのではないか。

(阿南課長補佐)

- ・ 熊本地域における聞き取り調査においては、院長先生の出席を強要するものではなく、責任を持って答えられる方であればどなたでもいい、と周知をしております。ご参考までに。

(泉会長)

- ・ ではほかにありませんか。無いようでしたら、これが今日のメインだと思いますので、議題3について、どんどん御議論をお願いします。
- ・ では、私から始めに申し上げます。ここに5つの設定がありますね。これ以外の構想区分は選択の余地は無いのでしょうか。

(村上主幹)

- ・ あくまでもこれはたたき台であり、データに基づくものとしてお示ししております。他にも御意見ご要望等ありましたらお聞かせいただきたいと思っております。

(阿南課長補佐)

- ・ 今回は2次医療圏を単位としております。つまり、2次医療圏の分割については考えておりません。2次医療圏を単位として御検討いただければと思っております。

(泉会長)

- ・ 示されたB案では宇城は天草と一緒になっていますが、私達の感覚では、宇城は熊本中央医療圏に入ってしまったので、それが上手く機能していると判断していますので、天草の方に統合するという案については、どうかな、という意見なんです。そこで、宇城が上益城と一緒に熊本地域に入っていける方法もあるのかなという考えがあったものですから、聞いてみました。検討してもらえたらと思っております。

(金森構成員)

- ・ 私たちは熊本県全体を議論するのですか。宇城のことだけ考えるのですか。

(泉会長)

- ・ 勿論両方ですけど、自分たちの希望というのもありますよね。

(金森構成員)

- ・ では宇城地域を中心に考えるということですね。

(金森構成員)

- ・ 前回で私が言ったんですが、さっき説明にあった熊本に救急救命センター3箇所あって、そこでまとめたかどうかと言ったのですが、今説明にあったように、2次医療圏を単位とするのであればそれは考え難いということでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・ 3次救急で分けるという考え方について、確かに3次救急医療機関が熊本に3つございます。ただ、そこで区分するという意味合いはなかなか苦しいのかなと。それぞれに特性がありまして、これは熊本市の3次救急医療機関が一体となって全県民の高度急性期を支えているという解釈になっておりますので、その御意見についても検討中ではありますが、厳しいところかなと考えます。

(坂本構成員)

- ・ 構想区域の数は多い方がいいとか、少ない方がいいとか、県の考えはあるのですか。

(村上主幹)

- ・ 特に数をいくつとかいうことはありません。今回ご提案しましたのは、今の保健医療計画をつくる時に示されたトリプル20基準があり、また今回決定した構想区域が次の医療圏とも繋がってきますので、その観点からの整理としております。

(坂本構成員)

- ・ 条件が3つありましたよね、ある程度数学的に組み合わせが決まってくると思いますが、例えば、将来的に人口が減ってくるからある程度医療圏を大きくした方がいいと考えているのか、それとも今の2次医療圏を原則としてあまりいじらない方がいいと考えているのか、それによって方向性が決まってくるのではないかという気がするのですが。

(村上主幹)

- ・ 厚労省の考え方としましては、トリプル20基準に人口規模20万人というのがありますので、大きくまとめていきたいというのはあろうかと思えます。私達は今回B案に加えてC案を出させていただいてますが、なかなか数字上の議論だけではどうかと思っております。そうした観点からC案を出させていただいております。今回ご提示した案の背景としましては、そういうことでございます。

(泉会長)

- ・ 藤岡先生、何かございませんか。

(藤岡構成員)

- ・ 病床削減の話ですが、最終的には県知事が公立病院には勧告、私立病院には要望をする、強制力は持たないと聞いていたのですが、最近、公立病院に対する知事の権限が強くなりそうだという噂を聞きます。知事が強制的に病床削減するような流れがあるのでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・ 第一回目の部会のおさらいになりますが、知事には病床数を削減するという権限はありません。あるのは、稼働していない病床については公立に対しては削減を命令、

民間に対しては要請できるとあります。財務省の諮問会議で今議論されているのが、民間に対しても公的病院並みの権限を持たせるよう、要は命令が出来るようにしなさいという提案が出ているのは我々も把握しています。

(藤岡構成員)

- ・ 財務省が提案しているようになれば、話がちがってくる。強制的に削減しないといけないという話になれば、議論が違ってくるのかなと思って質問したところです。

(阿南課長補佐)

- ・ 改めて明言しますが、知事には動いている病床を削減する権限はありません。

(藤岡構成員)

- ・ 逆に言うと動いてない病床は強制的に削減されると。

(阿南課長補佐)

- ・ 正当な理由があればそのようなことはありません。正当な理由がないのにずっと動いていない場合はそのような権限があると。これまでも公立病院についてはそのような権限があったのですが、今までどこの県もその権限を発動させたことはありません。

(藤岡構成員)

- ・ 今後は発動される可能性は高いわけですか。その辺は危惧しています。

(阿南課長補佐)

- ・ 休止中の病床についても、正当な理由があれば、当然権限を発動することはありません。

(金光構成員)

- ・ 今財務省の話がでましたのでちょっと伺いたい。財務省がここまで言うてくるということは医療費削減が頭にあると思うのですが、病床を減らすことが医療費削減につながるのか、もっと他に医療費を圧迫しているものがあるのではないか。例えば1錠で6万円する薬とかが認可されている。例えば空いてるから、増えるかもしれない病床を無理やり剥ぎ取る、という風にしか思えないと思っている方もおられると思います。だから、病床に関してだけ責めるのではなく、全体的に考えて欲しいと考えます。

(阿南課長補佐)

- ・ 今回の構想の第一の目的は、患者に適切な医療を提供できる体制を作ることです。広域的な提供体制を各地域で作って頂きたいのが第一の目的でして、医療費が大きいから地域医療構想をやるということではありません。ただ、出てくるのは病床数の話であって、一般的に医療費と病床数には相関関係がみられると言われております。ただ、医療費はなぜ増加するのかという分析において病床数が多いからという話は聞いたことがございません。患者をいかに受け止めるかということが構想の目的だと思っておりますので、皆様の御協力をお願いするところです。

(金森構成員)

- ・ 県からは表の説明があったと思いますが、ここにいる人は金光先生と同じように思っているというのが現状だと思います。県もそういう現場の認識をわかって策定にあたって頂きたい。
- ・ それと、投薬については、今、厚労省も問題にしてて、そっちも削減しないといけないという動きになってます。

(吉永構成員)

- ・ 基本的な質問ですが、トリプル20という基準はよろしいのですか。基準自体が正

当なのか、歯科医なのでちょっとわからなくて。

(村上主幹)

- ・ トリプル20という基準は今の医療計画を策定する段階で出てきた基準で、平成24年頃に示されたのですが、当時の厚労省の検討会等の状況を見たところ、人口規模20万を1つのラインとして、元々2次医療圏は、入院医療を完結させるのが厚労省の目的だった訳です。全国的な動向をみると、20万人を切る医療圏については流出率が大きいということから、人口20万、並びに流出率20（%以上）、流入率については根拠が定かではないのですが20（%以下）という基準が定められて、トリプル20というのが出来たと。それ自体が全国的な観点からの整理になっておりますので、県、地域においてそれが適当かと言われると何ともいえないんですが、当時としてはそうした流れで設定された、ということでご理解いただければと考えます。

(吉永構成員)

- ・ 人口はわかったのですが、流入流出については、どうして20なのか、15じゃダメか、25ではいけないのか、ということなんですが。

(村上主幹)

- ・ 説明が不足しておりすみません。人口が20万以下のところでは流出が20%以上に高まる、ということから人口と流出率は20、となっております。

(吉永構成員)

- ・ なぜそういう質問をしたかということ、資料3のスライド15、C案の説明のところの表現で、鹿本は差が2.7%と僅かである、八代は1.5%と僅かである、天草では4.2程度であるという言葉の使い方がよくわからなかった。程度であるなら25でもいいのではないかと思ったところです。25ではいけないのか。どう解釈すればいいのでしょうか。

(村上主幹)

- ・ 基準自体が20となっておりますので。

(吉永構成員)

- ・ ではトップダウンできた基準ということなのですね。

(村上主幹)

- ・ 数値の違いがあまりないものについては、今回の推計が10年後ですのでこの先どうなるかわからないことから、厳格に考えるということではなく、地域にあった形で進めて行きたいという観点から、C案の整理をさせていただいたところです。

(吉永構成員)

- ・ もう一つ。スライド14でC案が(1)、(2)、(3)とありますが、どういう見方をすればいいのでしょうか。

(村上主幹)

- ・ C案については、もともとC(1)案がありまして、(2)と(3)はその派生という形になります。

(江上構成員)

- ・ 私が今回の地域医療構想のなかで大変重要な問題と思っているのは、この医療構想によって各医療機関の今後の経営状態がどうなるのか。例えば診療報酬にどのような変化があって、どういう形で考えていけばいいのか、なかなか情報が出てこない。3月までにヒアリングを受けて2025年の計画を述べるについて、その姿が診療報酬の面からみたところの姿、概略が見えないものですから、自分の病院のビジョ

ンが描けない状態にある。この間ワーキングでの調査をしてつくづく感じたのが、皆さん今と同じ形を10年後もと思っているが、これは、本心をいえば、分からないからではないかと思う。そういう状態で計画が進んでいくと、分からないから現状のままというビジョンになってしまうのではないか。医療の背景がどう変わっていくのか、早くお示し頂きたい。

- ・ もう一つ、今まで地域の医療を守るため看護師や介護士が不足していることはよく言われておりますが、一番不足しているのは医者です。医師の確保を考えないでこうした計画が成り立つ訳がない。医師は割と敏感な人が多いのではないかと思います。こうした不安定な状況になると、自分の職の安定を求めて動きが始まっているのではないかと思います。そうすると、利点があるのは都会の病院だけです。田舎の病院は医師が辞めていく。医師が辞めていくことで、結果、ベッドが減っていくのです。そうならないように、病院としてはビジョンを作り上げて医師の確保にあたる。まあ、平和に暮らしていたところに嵐を起こさないで頂きたい、早く落ち着きたいと皆思っていると思うのです。有効な情報があったら早めに入れて頂きたい、よろしくお願ひします。

(村上主幹)

- ・ 今我々が把握しているところを御紹介します。診療報酬については、今、中医協や社会保障審議会それぞれ検討がなされているところです。今、私の手元にあるのは、10月22日に開催された社会保障審議会の医療部会での資料でして、次期診療報酬改定に向けた基本認識が出してあります。先ほど説明しました、治す医療から治し支える医療へについてもこの資料に出ていることですが、診療報酬の関係では医療機能の分化、連携強化、医療と介護の一体的な基盤整備も考慮しながら2025年を見据えた中長期の政策の流れの一端として、改定する必要があるのではないかと、医療従事者の確保・定着についても、地域医療介護総合確保基金での対応との役割分担を踏まえつつ医療従事者の診療報酬上の検討も必要ではないかとの御意見もありましたので、御紹介させていただきます。もう1点補足ですが、医療従事者の件については、まだ始まってませんが、国は、医療従事者の需給の見通しをこれから調査していくようです。こうした内容についても今後情報を把握しましたら皆様にお伝えしていく所存です。

(泉会長)

- ・ ありがとうございます。精神科の荒木先生、何かありませんか。

(荒木構成員)

- ・ 構想区域が今後どうなるのかは気になることです。これが変わることによっていろいろ変わってくると思われる。勿論、精神科もこの医療圏が踏襲される可能性がある。県の説明にはB案C案あるが、その他熊本と上益城と宇城が一緒になってという意見もありましたが、そこはどういったところから出たのでしょうか。

(泉会長)

- ・ 私の希望です。

(荒木構成員)

- ・ 県の考え方が今後どうなるのかというのは大事なところと思う。宇城と天草が一緒になるとか、その逆とか、どう纏まっていくのだろうか。

(泉会長)

- ・ 私は言ったのは、県の示したたたき台が5案あるが、その他にも考えられるのではないかと、といった趣旨でお話しました。

- ・ 他にありませんか。

(大町構成員)

- ・ 各区域で数値を出さないといけないのだろうが、最終的には1割減らすから各病院も1割減らすようにといったことになるのでしょうか。

(泉会長)

- ・ 資料1別添の4ページに、病床を算定するにあたり、県で数値を調整できる範囲は非常に限られているとあるように、もう国はこのままの数値でいくのではないのでしょうか。どうでしょう。

(阿南課長補佐)

- ・ 悩ましいところです。法令上、計算式がきまっておりますので、構想区域が決まれば自動的に計算がなされる場所です。計算式をどうみるかは庁内でも検討中です。
- ・ 先ほど発言された、削減の割り当てといったことはありえません。
- ・ 地域において、地域医療構想が固まったら、現状に比べて医療機能別に病床が多い少ないが見えてくるので、不足する分はどう充足するかを考えていかねばなりません。ただ、知事には稼働している過剰な病床を削減する権限はありませんので、その点は、医療機関の自主的な取り組みに任せるとというのがガイドラインの趣旨です。

(大町構成員)

- ・ それだと今のままになるのではないか。

(阿南課長補佐)

- ・ 医療需要をどう捉えるか。地域で過剰な病床数がつきつけられる訳です。それについていや我々は関係ない、この数値はあてにならないと行くのか、この数値についてどう向き合っていくのかということでもあります。

(泉会長)

- ・ そろそろ会議終了時間となりました。地域医療構想区域については、今後考えていくことになっております。それではこの辺で議事及び意見交換を終了したいと思います。皆様議事進行に御協力頂きありがとうございました。

(阿南課長補佐)

- ・ 構想区域の設定について、宇城地域として大方の方向性はここで出して頂けませんでしょうか。

(泉会長)

- ・ 今県から、案のなかからどれか選んでほしいとありましたが、どうでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・ 例えば、天草との合区はありえないとか、いやある、とか、熊本と一緒にとか、その3つくらいだと思いますが、今日決めるのは無理でも、傾向があると助かります。

(狩場構成員)

- ・ 出された案は数字の帳尻合わせという感じは否めない。熊本との合区では区域内でのアンバランスが出てくるのではないかと、急性期は熊本に集中して宇城には慢性期だけとかになりかねない。統廃合をいうのであれば、その後どう良くなるのかをはっきりさせなければならない。数字だけ合わせても全体はよくなるのではないかと。医療の中身を吟味して検討すべきと思う。国の言うままにしては地域がつぶれてしまう。看護師養成をしても県外に流出してしまう。都会では人材獲得に必死で、いわゆる青田買いを地域でやってきますよ。とられるばかりで絶対負けます。だから、帳尻合わせではなくて、負けないように、熊本県はこうやっていくという発想

で取り組んでいただきたい。

(江上構成員)

- ・ 私は天草とくっつきたい訳ではありませんが、B案の応援を少し。診療動向がデータで出てますが、これはしっかり見ないといけない。なぜ宇城に流入患者が多いか、これは三角町に上天草市の患者が来ているのです。天草と連携した方が三角地区の患者サービスにはよい。そのように見ていくと、天草に拠点があり、上天草・三角にあり、松橋・砥用にあり、となつて、地域の医療圏としては便利な形ができるのではないかと思います。熊本市を見るより、これだけ患者が宇城地区で受診しているのだから、ベッドの稼働率とか、受診者の数、救急車の動向を見たうえでどこがいいのかは冷静に考えるべきだと思います。

(金森構成員)

- ・ どこと医療圏が一緒になるかで、急性期とか、回復期とか割合が変わってくると思います。そこを考えないといけない。済生会みすみ病院は、確かに50%位天草地域から来ているということで、流入がかなりあると思います。済生会みすみ病院は確かに天草地域に役にたっておられますが、全体的に宇城地域をみれば、やはり熊本市を向いているのです。住民の意識は「ええ、天草と一緒にするの」という感じだと思います。だから、皆さんの意見を聞いて、いきなり挙手じゃなくて、3つくらいの案に絞って、そのなかでどう選択していくかを決めて行った方がいいかと思えますけど。皆さんそれぞれお考えがあるでしょうから。

(藤岡構成員)

- ・ 天草との合区について応援していただきましたが、私としては今のままでも構いません。

(泉会長)

- ・ ここで、いくつか案を絞らなくてはいけないのですか。

(阿南課長補佐)

- ・ もう時間もありませんので、皆様のお手元にある御意見・御提案書にお書きいただき、ご提出いただきますようお願いいたします。
- ・ 御意見書や、全ての部会の動向をみたうえで、第3回の部会では、これで行きたいという形で提示することになると思います。

(泉会長)

- ・ ではそれぞれ意見書を出すということによろしいですか。

(阿南課長補佐)

- ・ また天草地域など他の部会の意見等も、皆様にフィードバックしていきたいと考えております。

(泉会長)

- ・ それでは議事を終了します。進行を事務局にお返しします。

○ 閉 会

(上野次長)

- ・ 泉会長並びに皆様方には、大変熱心に御協議をいただきました。本当にありがとうございました。
- ・ 御了承いただきました資料、並びに本日いただきました御意見により、各地域の専門部会での協議を進めて参りたいと思います。
- ・ なお、次回の委員会は、各地域での専門部会が10月末から12月にかけて開催さ

れる予定でございますので、その協議結果を踏まえまして、12月以降に第3回を開催したいと考えております。また具体的な日程につきましては、おって御連絡を差し上げます。

- ・ 先ほどもありましたが「御意見・御提案書」をお配りしておりますので、構想区域について御意見をお書きいただき、ファックスや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)