

第2回八代地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成27年11月17日（火）19時00分～20時35分

場 所：県南広域本部5階 大会議室

出席者：＜構成員＞ 22人（うち、代理出席2人）

＜事務局＞

八代保健所 平山次長、田畑次長、平松主幹、寺本参事、有田参事

＜熊本県健康福祉部医療政策課＞

中川審議員、阿南課長補佐、村上主幹

＜熊本県健康福祉部認知症対策・地域ケア推進課＞

松尾審議員、田添主幹

○ 開 会

（八代保健所・平山次長）

- ・ ただ今から、第2回八代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八代保健所次長の平山でございます。
- ・ 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及び関係データ、「第1回八代地域医療構想検討専門部会後の意見に対する回答について」の1枚紙と御意見・御提案書をお配りしております。不足がありましたらお知らせください。
- ・ なお、本日の部会は、「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、熊本県八代保健所長の木脇からご挨拶申し上げます。

○ 挨 拶

（八代保健所 木脇所長）

- ・ みなさんこんばんは。本日は、「第2回八代地域医療構想検討専門部会」でございます。皆様には大変ご多忙の中御出席いただき、大変ありがとうございます。
- ・ 第1回、前回の専門部会は8月4日に開催しましたがけれども、皆様から様々な御意見をいただいたところです。
- ・ 地域専門部会は2次医療圏単位で開催していますが、他の地域の部会においても多数の御意見をいただいているところでございます。その御意見の内容について、本日の議題（1）で、御意見の概要と考え方・方向性等について、事務局から説明させていただきます。
- ・ 次の議題（2）ですが、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。知事の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。

- ・続きまして、「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。
- ・少し前置き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」、事務局から説明させていただきます。
- ・その次が3つ目の議事となりますが「構想区域の設定について」でございます。構想区域は、病床機能の分化と連携を一体的に進めていく区域となるなど、地域医療構想のベースとなるものでございます。議事の第3で扱ってまいります。
- ・この3つの議事を中心としまして、本日も、構成員の皆様方から忌憚のない御意見、建設的な御意見を賜りたいと思います。どうぞよろしくお願い致します。

（平山次長）

- ・構成員の皆様のお紹介につきましては、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。
- ・なお、八代市からは中村市長が出席の予定でしたが、都合のため上田健康福祉部長に御出席いただいております。また本日は、本庁の医療政策課から、中川審議員、阿南課長補佐、村上主幹、認知症対策・地域ケア推進課から、松尾審議員、田添主幹に御出席いただいております。またオブザーバとして、熊本県医師会及び熊本県看護協会からも御出席いただいておりますので御紹介します。
- ・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、進行を田淵会長にお願いします。

○ 会長挨拶

（田淵会長・八代市医師会 会長）

- ・皆さんこんばんは。大変お疲れのところ、出席いただきまして、ありがとうございます。規定により進行役ということで田淵が進行させていただきます。先ほど報告がありましたように8月4日に第1回が開催されまして、非常に活発な意見がありました。他の地域でも活発な御意見があるということです。こういった御意見を共有しながら取りまとめていかないといけないと思っています。本日は区域の設定についても議論いただくこととなっています。この区域は地域医療構想の器となるものですので、構成員の皆様の忌憚のない提言をお願いするとともに、この部会がスムーズに進行されるよう御協力をお願いします。
- ・それではお手元の会議次第に沿って進めます。まず事務局から、議題の1～3に係る説明をお願いします。その後、次第4の意見交換の時間があります。事務局よろしくをお願いします。

○ 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】 |

(資料1～3の説明 八代保健所 平松主幹)

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、全体で約30分、説明させていただきますことをご了承願います。
- ・ まずは資料1をお願いします。
- ・ 1の「地域への説明状況について」でございますが、7月から8月にかけて、全11地域で「検討専門部会」が開催されました。
- ・ 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。
- ・ 各地域専門部会では、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「点線囲み」のとおり11分類に分け、別添資料のとして、意見に対する県の「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。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、このあとの議題2で触れますが、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構想区域の設定については、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」との記述があります。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。
- ・ なお、当八代地域の状況もご紹介しますと、まず県で推進している訪問看護の提供困難地域解消について、管内2地区のうち坂本地域では本日ご出席の峯苦構成員の医療機関のご協力で本年3月からサービス提供が開始されております。
- ・ また介護保険法で、在宅医療・介護の連携推進は、平成30年4月までに市町村が主体となって取組みを始めることとされましたが、八代市、氷川町では、郡市医師会の協力のもと、本年度から既に事業に着手されております。
- ・ 保健所でも、関係機関・団体による協議の場を設けておりますが、市町や両医師会等による取組みを支援して参りたいと考えております。
- ・ また、八代地域では、第1回の部会後に、「在宅医療に係る人材・予算のシュミレーション」、「日本版CCRC構想の反映」について質問をいただいておりますので、のちほど本庁より補足説明をさせていただく予定です。
- ・ 第1回でいただいた意見・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

- ・ 冒頭の所長あいさつでも触れておりましたが、地域医療構想の策定に当たって聞き取り調査を実施することとなりました。その内容についての説明になります。
- ・ まず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の判断から、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、調査票の提出をお願いし、聞き取りを行うこととなりました。
- ・ 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施設で、八代では、病院11、診療所35の計46施設が該当します。
- ・ 3の「実施時期」です。
資料では全体説明会を11月末に実施とありますが、八代地区は、12月1日及び2日に、実施いたします。昨日案内の書面を送らせていただきました。
- ・ 全体説明会の約2週間後を目途に調査表を提出いただき、その後聞き取りを開始、遅くとも平成28年2月末までに聞き取りを終える予定となっております。

- ・ 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について、まず、(1)平成27年度病床機能報告の報告状況についてですが、
 - 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。
- ・ 実際に医療機関様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で、作業としては黄色のところに入力いただく、というものです。
- ・ 1枚目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、病床機能報告での公表事項以外の項目であります、「4 内容」の網掛けをしている(1)①の休床数や(2)~(6)につきましては、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ない、② 回答内容について、将来の医療機関の予定を拘束しない、という取扱いです。
- ・ 裏面をご覧ください。
6の「実施方法」です。
八代圏域は、八代保健所において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。全体説明会開催の約2週間程度を目途として、調査票を提出いただき医療機関への個別聞き取りを開始します。
- ・ 「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が、県庁ホームページから様式をダウンロードして入力いただくことも可能です。医療機関から、保健所等が指定する日までに、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・FAX等で送付いただきます。
- ・ 最後に、7「実施体制」です。
八代圏域では所長又は次長及び事務員の2班で手分けして聞き取りをさせていただきます。大変恐縮ですが聞き取り日程を保健所で一旦決めさせていただいて、都合等は調整させていただきながら、1日2件程度ずつ医師会館を会場に使わせていただいで行うか、診療の合間等にお邪魔してお伺いする等により行う予定です。
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

- ・ 構想区域については先般、11月6日の熊本日日新聞の朝刊に県全体の記事があったと思いますが、その内容の説明になります。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、御説明します。

- ・資料3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ればと思います。
- ・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、一つ目として「人口」が千人単位の四捨五入により20万人超となる場合、また、二つ目として「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、単独との判断がされています。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」を触れさせていただきます。

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つに係るデータを地図上にお示ししております。
- ・飛びまして次のスライド19に、御説明したA、B及びC案3つの計5案をまとめて1枚に示したものです。
 - ・最後のスライド20をお願いします。
ただいま御説明した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られます。各地域での協議結果を踏まえますとともに、必要に応じて案の再提示を行ったうえで、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が、いずれの案でも八代地域のみ注目すれば現行どおり、とされています。
 - ・ここで、本庁医療政策課から、先ほど触れました2つの御質問、資料「関係データ」などについて補足説明があります。

○医療政策課補足説明

(医療政策課 村上主幹)

- ・補足説明をさせていただきます。まず、資料3の添付の関係データでございます。まずデータとしては患者の受療動向を整理しています。スライド2については事務局からの説明のとおり流出状況です。スライド3から8までは、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を整理したものです。また、その次のスライド9の通勤通学の状況、並びにスライド10の日用品の買い物動向のデータによりまして生活圏の一体性を示したところですが、それ以降の資料は参考になりますが、スライド11で人口規模・人口動態、スライド12から16まで、スライド2と同じような図になっていますが、4機能合計や機能別の2025年推計値における流出状況を整理しています。また、先月20日に第2回県専門委員会で交通アクセスに関するお尋ねを複数いただいたため、スライド17で主な医療機能を担う医療機関位置図を整理しています。スライド18から25において、主要傷病別の運転時間に基づくカバーエリアのデータ、最後のスライド26で救急搬送時間のデータを今回追加しています。
- ・この構想区域の検討に関して、第2回県専門委員会において2人の先生から、「熊本県は3つの3次救急医療機関に分けて考えてはどうか」、との意見が示されましたが、これに対しては熊本市から市域の分割は違和感があると回答されています。
- ・加えて、前回の部会後に島田構成員と八代市から御意見等をいただいておりますので、それに対する回答を整理しています。申し訳ありませんが、なかなか直接的な回答になっていないところもあると思いますが、把握している内容を整理しておりますので御確認いただければ、と思います。以上で補足の説明を終わります。

(平松主幹)

- ・事務局からの説明は以上です。御意見御協議等をよろしくをお願いします。

○ 質疑応答・意見

(田淵会長)

- ・ありがとうございました。これから意見交換の時間に入りたいと思います。まず議題(1)(2)(3)、1つ1つ参りたいと思います。まず議題(1)について御意見御質問等がありましたらお願いします。

(島田構成員 独立行政法人地域医療機能推進機構 熊本総合病院院長)

- ・冒頭にありましたが、資料1の1ページの2ですね、「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、このとおりであります。この前の話では全国の医師会長も同様の御意見でした。もう1つ大事なことは、今後、医療を地方分権化して「いかにして地域を良いまちにしていくか」、ということで、医療とまちづくりの話であると思っています。資料提供を、と思い持ってきましたが、日本の一人当たりの医療費はOECDの中でほとんど最下位で3000ドル。一番高いのはアメリカ合衆国で8000ドル。また、日本人が払っている医療費が39兆円と言っていますが、実は保険と手出し分をいれたら、2/3は個人で出しています。保険料は出すし自己負担もしています。国が出しているのは10数兆円にしかありません。その上1人当たりの医療費も低い。さらに、財団法人医療経済研究機構からは社会保障分野の相波及効果がでているが、全産業平均の波及効果は4.1で公共事業は4.1だが、医療の波及効果は4.36%あります。このことは、医療を切り詰めていけば日本経済がどんどん悪くなって縮小していくことを示しています。そのあたりのことを考えていただき、熊本県は医療を大事にしながら将来の地域づくりも行う、ということをして是非やっていただきたい。

(田淵会長)

- ・いま島田院長からまちづくりの意見がありましたが、この会議では厚生労働省の様々なデータをもって、精査をして、10年度の八代地域での医療構想はこういった状態でいったらどうか、ということを示す。そのデータが、患者のニーズに応えたデータであるかということと折り合わせて八代地域医療圏のニーズに合った数値に近づけていくべきではないか、と思っています。

(島田構成員)

- ・病床を削減したとすると今あるものが使えなくなるが、新しく介護施設を作っていくとすれば、ムダになっていく。前回の在宅医療コストのシミュレーションに関する私の質問には答えていただけていないが、認知症患者の社会保障コストの比較が出ている。認知症は終末医療と同じ。寝たきりになってどうして24時間の世話をしていくかが大事で、認知症患者の療養別社会コストの比較、入院の場合、介護施設の場合、右側が在宅の場合がでている。厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業ですが、これは認識していますか？

(村上主幹)

- ・認識していませんでした。拝見させてください。

(島田院長)

- ・これによれば、入院は413万円、介護は353万円、在宅はフォーマルには267万だが家族のインフォーマルケアコストの382万円が入っていません。在宅は家族がいなければ何と649万円かかる訳で、逆に家族に強制させたら家族は崩壊していきます。
- ・シミュレーションをしていただかないと。熊本県の自殺の原因はなにが一番大きいと思いますか？介護を含む健康問題ですよ。そのあたりも考えないと。

(林構成員・医療法人優林会 理事長)

- ・ いろんなデータを考えながらどうしていくか、というのを議論しないといけないと思う。2025年の患者数は計算式でわかります。そうすると八代市の人口はどうか、高齢者の人口はどうか、要介護認定者は何%になり介護利用がどうなっていくのかを想像して、頻回に議論することが必要ではないか。日医総研はいろんなデータを出しています。いろんな指標を集めて将来どうする、というのを議論するべき。

(島田構成員)

- ・ データに基づいて言っています。空虚に言っているわけではない。医療費と医療の経済効果、在宅医療をやったらどうなるか、探せる範囲でデータを持ってきています。そこは認識いただきたい。

(田淵会長)

- ・ グラフを見ましたけれども、一番右が在宅医療に係る費用ということですか？

(島田構成員)

- ・ その通りです。このグラフでは家族のインフォーマルケアコストが入っている。在宅医療といった場合は、家族のインフォーマルケアコストが入ってなくて、外来医療費48万円と在宅介護費の219万円を足した267万円だけで出しているのではないかと推察します。

(田淵会長)

- ・ 前回の部会で最後に、医療構想でベッドがある程度削減されて、あとは在宅医療で賄うとしてその場合の予算等について県の考えがあるかという問いに対してはまだないとのことだったが、在宅医療のほうに対する財政はどうか。

(熊本県医療政策課・阿南課長補佐)

- ・ 今回の地域医療構想が医療提供体制整備を中心に議論がなされており、ガイドラインもそのことしか触れていません。今後病床の機能転換をすることによって、入院医療から在宅医療等、在宅だけでなく老人福祉施設等いろんなパターンがございますが、そういったもので賄っていかうという考え方までしか示されていませんで、今回、シフトする人員の推計値は示されているが、シフトに伴う経費については示されていないのが現状。

(島田構成員)

- ・ 示されているじゃないですか。認知症もターミナルと同じですよ。24時間ケアが必要な人です。自分のことを自分でやれる人は在宅医療とは言わない。外来で治療している。

(阿南課長補佐)

- ・ 今、国が言っているのは、現時点ベッドで対応している方について、第1回部会で説明したとおり、推計の仕方として療養病床の中の医療区分1の70%や、一般病床の1日の医療資源投入量が175点以下について、そういった方を医療ではなく在宅医療等で対応してもらうことが前提になっています。

(島田構成員)

- ・それがこの中に入っているんですよ。

(阿南課長補佐)

- ・それも一部と思います。

(島田構成員)

- ・一部ではないんです。認知症患者は寝たきりとほとんど同じ。実際は、寝たきりよりもつらいかもしれません。ターミナルも寝たきりであり、ケアは同レベルで24時間のケアが必要な人たちです。資料は認知症のことですが、在宅医療はこれと同じように包括される人がほとんどですよ。包括された一部を出しているだけで、ターミナルの人ももちろんこれに入る。ターミナルとは終末医療です。終末医療も在宅でやれと言っているじゃないですか？終末期医療も在宅の中に入っているでしょ？そのところを十分に認識されていないのではないのでしょうか？

(田淵会長)

- ・在宅医療の推進という方向になっているが、我々も地域包括ケアシステムの取組に非常に時間をかけていますが、それに対する財政投入はあるのかどうか、というのは非常に心配しています。在宅医療は地域包括ケアシステムの中で、なかばボランティア的なことになり、家族環境や経済環境に恵まれない人は取り残されるのかなという気がするのですが、いかがでしょうか？

(医療政策課 中川審議員)

- ・財政制度についてお話がありますが、社会保障制度改革の中で地域医療構想が位置づけられ、病床機能報告制度も位置づけられ、併せて新たな基金の創設ということで地域医療総合介護確保基金が創設され、その中身は、病床の機能分化連携に必要な事業、2点目が在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業、3点目に医療従事者の確保、養成のための事業ということで、一体的に社会保障制度改革の中で基金が創設されていますので、そういったものを活用していかなくてはならないと考えている。

(林構成員)

- ・今度の地域医療構想ガイドラインは、4つの病床機能をもうちょっと整理して、足りないところには新基金を使って対応しなさい。そうして地域の中で在宅あるいは介護の地域包括ケアシステムを作ってあげてください。あとのランニングコスト面については何も言っていない。システムを運営していくための費用のことは言っていない。地域包括ケアをどうやって作るか、一番の問題はそこにある。4つの医療機能があるが、八代は回復期が少ないがそこをするならお金を出します、そうして在宅に向かってください、在宅の医療と介護の連携を図ってください。そういうふうにして構想区域内で地域包括ケアシステムを作り上げてください、そういう考え方です。一人にいくらかかるということではないが、日医総研のデータには、いろんな費用がでていいる。こういったもの参考にしてあとの議論をされてほしい。

(田淵会長)

- ・医療構想に関する進め方について、4つの医療機能を確立するために何をしなければいけないのか、何か欲しいのか、という会議であるが、その地域包括ケアが支えているということも頭に入れて進めなければいけないと思います。また島田構成員の質問には宿題とさせていただいて、議題2の聞き取り調査についての御意見に移りたいと思います。
- ・12月の1, 2が説明会でその2, 3週間後に調査票の提出ということですが、いかがですか？9月に藤川県議の質問に対し、知事はより丁寧な説明と意見を十分聞きながらということを言われているようですけれども、説明会のあとの場所ですが、日時を決めて保健所が来るとなると立入検査のように身構えてしまうかもしれないので、医師会館の場所を提供してもいいですよ、と申し上げたのですが。木脇先生いかがですか？

(木脇構成員 八代保健所長)

- ・当初本庁の考えとしては県庁に来ていただくスタイルのヒアリングで提案したところ、呼び出すことが好ましくないとの判断もありまして、熊本市の医療圏では熊本市医師会館でやるということを知っていて、八代も八代郡市の医師会の建物の中であるのがやりやすいのかな、と考えたところです。他のオプションとして、我々が先生たちを回って、お忙しい季節なので合間というのも厳しいかもしれませんが、それも可能かなと思います。ここに書いている時間より短くなるかもしれませんが、2チームでそれぞれ回らせていただく方法も可能かと思います。

(田淵会長)

- ・それは選択制を持たせて臨機応変にやっていただきたいと思います。

(木脇所長)

- ・少しやりとりさせていただきながら、医師会館でするところもあれば、医療機関に伺うところもある、ということよろしいですか？

(田淵会長)

- ・それをお願いします。では、議事の3番目、構想区域の設定について、先ほどの説明のとおり八代医療圏においてはABCともに一緒です。現状の医療圏と構想区域も変わらないというところできるとのことですが、これに対する御意見がありましたら。

(田淵会長)

- ・御意見はありませんか？それではその他ご意見等はありませんか

(林構成員)

- ・一番将来問題になるのは、医療機能がある程度整備されていく。そこから在宅へ帰すとなると今のような在宅医療、在宅介護がめちゃくちゃな世界で、この付近をもう少し整理する必要があると思っています。在宅での指揮命令システムを検討してもらいたい。今はケアマネの世界で、ケアマネに言わないと後で文句言われるなどケアマネージャー様さまで。医療がリードすることはできないのかと思っている。県の行政におかれてもそのあたりを工夫してほしい。入院と在宅介護にバリアがあると思います。新しい方法を考えてほしいと思います。

(島田構成員)

- ・親が終末期になったときはほんとに難しい。夜中の排便の世話の難しいし、みんな疲れていきます。そうすると在宅と同等な施設に預けることになる。そういった施設は増えていきます。厚生労働省も空振りがある。あるものをガラガラにして、周りに在宅同等の施設を作っていく、というのは極めてムダになる。そういうことがいいのかどうか。そのお金は少なくとも15万円で、それを家族が払うことになる。そのあたりも考えないといけないと思います。

(阿南課長補佐)

- ・7月から療養病床の在り方等に関する検討会が行われておりその中で一部でしていますが、転換が必要な場合の受け皿の問題として、行き場がない患者さんが在宅医療等の資源がたくさんある地域ではそのままいいのかもしれませんが、足りない地域もたくさんあります。我々が各地域を回って議論させていただく中でもそのようなお話をいただく。入院医療からどう動かすことができるのかと。
- ・今回、医療機関が転換する場合でも医療機関内の空いたスペースを活用できないか、ということも検討に挙げてください、と国に訴えています。

(島田構成員)

- ・それは大事なことです。
- ・病院と介護はあまり変わらないが在宅となれば家族のインフォーマルケアコストを入れればものすごくかかる。家族にしわ寄せがいくということです。

(阿南課長補佐)

- ・今ある資源を有効活用しムダな投資はしない、ということはおもってもです。新しい医療機関内の施設が医療なのか介護なのかという問題もあるが、国の議論を注視していきます。

(田淵会長)

- ・林構成員からの話もありましたがケアマネージャーとのやりとりが難しくなっているという問題がありましたが、今地域包括ケアシステムの中で多職種の連携研修会を来月12日にしますが、各テーブルに多職種が入って1つの問題を解決するというディスカッションがある。多職種の垣根をとって話し合いをと言っていますが、ケアマネージャーさんも聞かないといけないし医療も大切ということで、お互いがすり寄っているシステムができあがるような方向にいきたいと思っています。

(林構成員)

- ・平成26年度の県の調査では、地域ケア会議を250、260回しているが、医師が出席したのはそのうちの44回で、リハ専門職は42、3回で看護師も同じくらいで、非常に少ない。地域ケア会議に課せられたテーマに全て出てくださいとは言わないが、医師、リハ関係者、看護師の出席は可及的にやってほしい。八代地域は、リハの広域支援センターは労災病院が受け持っていますが、人的な面でいろんな会議に出席するのが難しくなっている。そこで地域密着のリハの支援センター、いわゆる協力病院を募って、いろんな会議にでてもらうという方向にはいきつつあるが、医師の出席も考

えていかないと。会議がケアマネージャー同士の話し合いで担当者会議に毛が生えたようなものでなんにもならない。

(田淵会長)

- ・ 前回も林構成員から指摘がありました。勤務時間が終わるとクリニックにいないという医師が多くなっている。医師会もがんばらないといけないとお叱りを受けた。今後少しずつ理解していただいて、峯苦先生が会長になって会議をしています。在宅医療にたずさわっていただく医師を一人でも二人でも増やしたい。

(認知症対策・地域ケア推進課 松尾審議員)

- ・ ケアマネージャーの件で、医療との関係で理解されていないのでは、というご意見と地域ケア会議に医療側の方の御出席がなく、なかなか滞っている地域がある、というご意見だったかと思います。今後の在宅医療体制整備、地域包括ケア体制の構築の中で検討させてください。今具体的なお話ができませんが医師会の皆様、地域の皆様のお知恵をお借りしながら検討させていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

(大野構成員 八代市医師会理事 八代市医師会立病院 院長)

- ・ 厚生労働省のほうで、療養病床の在り方等に関する検討会が設置されていますが、その後の動きはどうか？もし新しい情報がありましたら。

(村上主幹)

- ・ 国の検討会ですが、10月23日で第4回が開催されたところです。そこで検討が進められており、年内に選択肢を示し、結論を出すと聞いている。今議論されているのが、10月9日の第3回の検討会で、先ほどの島田構成員からご指摘があったような、新しい類型の選択肢が1つ出されています。簡単に関係部分を読みますと、米国ではスキルドナーシングホームというような看護が中心になって医療ニーズの高い人をケアするという施設があるが、そのような考えも入れていいのでは。米国に近いスキルドナーシングワード(SNW)を新しく病院内の病棟単位で施設化することはできないかといったようなご意見もでていきますので、こういったところが年末に向けて再整理されて、選択肢として提示されるのでは、と考えています。

(木脇構成員)

- ・ 御議論いただきありがとうございます。今度の地域医療構想は地域の人々のために作るが、画期的なのは林構成員からも話をいただきましたが、データがみんなと一緒に見られるようになったというところが大きくて、それを使わないのは非常にもったいないという気持ちがあります。日医総研さんのデータも拝見し、県別とエリア別に強みと弱みが非常に分かり易い形で解析してあります。八代のことも、回復期が足りないであるとか、県南としては拠点になりうるのか非常につまんだところを書いていますし、同じ視線で厚生労働省が提供していますデータベースを見ると、同じような傾向の図がでてきます。今日時間の都合で端折っていますが、流出入ですとか疾患別の脳卒中の回復期の人がどれくらい圏域外にでているのかいないのかなども見ることが出来ます。ただ残念ながら我々行政は診療報酬を担って来ませんでしたので、レセプトベースでの解析となっていますのでその辺は苦手になります。この地域医療構

想は医療計画の一部です。4機能別の病床数にフォーカスが当たっていますが、地域の保健医療計画を作っていくうえでは疾病別に細かくこれから見ていく作業も出てまいりますので、御議論いただきながら、データも見ながらやっていく姿勢を我々も常に意識してやっていこうと思っています。いろんな研究者がいて、厚生労働省の委託の研究でも研究者によって数字が違うというところも正直ございます。在宅と医療の比較におきましても施設をどう考えとか、医療機関を転用というアイデアもあるわけですし、いろんな意見がある中での御議論ですが、地域の方のためにみなさん、我々が一緒になってデータを解析して、我々行政が弱いところを先生たちに助けていただきながらデータを見ていく作業をやっていければと思っています。

(島田構成員)

- ・データは都合のいいデータだけではいけない。このようなデータもあるわけですが、平等に出さないといけない。是非よろしくお願いします。

(田淵会長)

- ・この専門部会もまだ2回目ですが、構成員の先生方により白熱した議論で、八代の部会はいらい殺気立った部会になっているということが、県・国を動かすことになるかなとも思いますので、是非今後もよろしくお願いします。途中でハラハラした場面もありましたが、多数のご意見で御協力をありがとうございました。

(平山次長)

- ・1点お伺いしたいのですが今日構想区域の案を5案お示ししました。八代はいずれでも現行どおりですが、専門部会としてこの5案いずれも了承でよろしいか確認をお願いしたいのですが。

(田淵会長)

- ・いずれでも結果は一緒なので、それで結構です。

(平山次長)

- ・ありがとうございました。

○ 閉 会

(平山次長)

- ・田淵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て、ありがとうございました。
構想区域の協議調整については、本日いただいた協議結果、御意見等を踏まえて、協議調整がなされる予定です。
- ・なお、次回の専門部会は、各地域での専門部会が全て終わってからの開催になりますので、12月以降になりますが、具体的な日程等につきましては、おって御連絡いたします。
- ・また、今回もお手元に「御意見・御提案書」を置いております。
本日御発言できなかったこと、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。

(20 時 35 分終了)