

### 第3回宇城地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成28年10月28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＞ 23人（うち、代理出席5人）（2名欠席）

＜熊本県宇城保健所＞

吉田所長、江藤審議員、高本次長、嶋北課長、沼田課長、佐藤参事

＜県医療政策課＞阿南課長補佐

＜県認知症対策・地域ケア推進課＞美並課長補佐

＜県高齢者支援課＞清田審議員

報道関係者：なし

#### 開 会

（宇城保健所・高本次長）

- ・ ただ今から「第3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高本でございます。
- ・ まず、資料の確認をお願いします。席にお配りしております会議次第、及び先にお送りしております資料1～7がお手元にありますでしょうか。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、宇城保健所長 吉田から御挨拶申し上げます。

#### 挨 拶

（宇城保健所 吉田所長）

- ・ 皆様こんばんは。宇城保健所長の吉田でございます。本日はご多忙の中、第3回宇城地域医療構想検討専門部会に御出席頂きまして、誠にありがとうございます。また、今回新しく構成員に御就任いただきました皆様におかれましては、どうぞよろしくお願いたします。
- ・ さて、地域医療構想策定に係る県の委員会並びに各地域の専門部会につきましては、熊本地震の被災者支援を最優先とするため、半年近く中断しておりました。
- ・ 熊本地震では、宇城管内の医療機関の実に7割近くが被災された中で、その間、皆様方には、被災者の救護活動や支援活動など様々な形でご尽力いただきましたことに、厚く御礼を申し上げます。
- ・ 震災後、宇城管内におきましては、最大で避難所数が46ヶ所、避難者数は1万人を超えていました。その後、仮設住宅への移行が図られておりますが、10月に入り

ましても、避難所数は3ヶ所残っており、仮設へ移行できない避難者も30人いらっしゃいます。

- ・ このように、被災者支援はまだこれからですが、地域医療構想の策定につきましても滞ることのなきよう、本日部会開催の運びとなりました。
- ・ 本日の部会では事務局から、熊本地震の影響についてご説明した後に、地域医療構想について、できるだけ具体的なイメージを共有するために、ポイントをお示ししつつご説明いたします。
- ・ また本日は県庁関係各課より担当者が参っておりますので、必要に応じて補足説明をさせたいと存じます。
- ・ その上で、本日は限られた時間ではありますが、忌憚のない御意見・御議論を賜りたいと存じますので、皆様どうぞよろしくお願いいたします。

(高本次長)

- ・ 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、今回から名簿順に、宇土地区医師会の小篠副会長、宇土市の中川健康福祉部長に新たに御参画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 熊本地震について	【資料1】
2 地域医療構想について	
(1) 策定スケジュールについて	【資料2】
(2) 構想について(全体的な事項)	【資料3】【資料4】【資料6】【資料7】

(泉会長)

- ・ 皆様こんばんは。下益城郡医師会の泉でございます。さて、未曾有の大地震により、宇城管内は大変な被害に見舞われました。地域では自ら被災しながらも、被災者支援に、行政・医療・福祉関係者一丸となって取り組みました。
- ・ また、県外や県内の他地域からの支援もあり、今少し落ち着きを取り戻した気がしております。今後は、復旧を最優先に取り組みながら、将来を見据えて、住民が地域で安心して住み続けるために、どのような医療提供体制を形作っていくかということが、これまで以上に大きな課題となってきました。
- ・ そうした観点からも地域医療構想を考えていければと思いますので、皆様におかれましては、本日も大局的な視点に基づく忌憚のない御意見・御提言をよろしくお願い致します。
- ・ それでは、お手元の次第に沿って会議を進めます。本日は多くの内容となりますので、資料1から資料7までの全体的な事項に関する内容を前半に、資料3及び資料

5に係る当地域のデータ等に関する内容を後半にと二つに分けて、事務局からの説明と意見交換をそれぞれ行う形にしたいと思います。

- ・ 前半の説明を事務局よりお願いします。

(宇城保健所 江藤審議員)

- ・ 宇城保健所次長の江藤でございます。前半の説明をさせていただきます。なお、全体の説明が35分程度かかりますことを予めご了承ください。私からは資料の1と2についてご説明申し上げます。

#### 資料1 平成28年熊本地震について

- ・ 資料1の平成28年熊本地震について説明します。大きく3点、被害の概要、人口動態・患者受療動向への影響、全医療機関緊急調査結果を整理しています。時間の都合もありますので、どのようなデータをまとめているかを中心に説明します。下のスライド1が1点目の被害の概要です。9月6日時点での速報値となりますが、(1)人的被害、(2)住家被害ともに非常に大きくなっています。
- ・ 次にスライド2と3をお願いします。2点目の人口動態・患者受療動向への影響です。こうした甚大な被害が人口動態や患者の受療動向にどのような影響を及ぼしたのか、まずスライド2と3で、昨年の10月から今年の8月までの各月1日現在における人口動態を県全域と二次医療圏ごとに整理しています。上のスライド2の左上のグラフのとおり、県全域ではこの間0.6%の減でした。なお、当地域ではその下のグラフのとおり、0.9%の減でした。
- ・ また、3月から4月にかけての落ち込みは地震の影響ではなく、例年の社会減によるものとなります。ただし、下のスライド3の「7阿蘇」と「8上益城」は、地震後に右下がりの傾きが大きくなっていることが伺えます。
- ・ 次にスライド4と5をお願いします。患者受療動向への影響です。国保連及び後期高齢者医療広域連合提供のレセプトデータから、まず上のスライド4で、入院に係る今年の3月から6月までの「1受診件数」、「2患者住所地に所在する医療機関での受診件数」並びに2を1で割った「3自圏域完結率」を整理しています。この間、1の受診件数で県全域では約4%減で、当地域は約3%の減(= (2,477-2,557)/2,557\*100)でした。また、3の自圏域完結率について、当地域は1.1ポイントの増(=53.5-52.4)でした。
- ・ こうした自圏域完結率の動きが季節的な要因によるものか否かを確認するため、下のスライド5で、昨年の3月から6月までの動向との比較を行いました。実線が今年で点線が昨年を表していますが、当地域は6月以降に対前年同月比の自圏域完結率が若干高まっています。
- ・ 次にスライド6から9をお願いします。見開きで地域間の患者流出入の状況を整理しています。左のスライド6と7が今年の3月、右のスライド8と9が今年の6月で、上のスライドの表で件数と割合、下のスライドの地図で1%以上の流出率を矢印で示しています。右下のスライド9が

今年6月を示した地図で、点線の矢印が今年の3月にはない動きを示しています。県全域では県外も含めて受診先が広がっていますが、県外への流出数は全体の1%程度のため、基本的には県内全域で対応がなされていることを確認しました。

なお、当地域は熊本への流出率が3ポイント減(36.3 - 39.3)、県外への流出が2.2ポイント増(2.8 - 0.6)、自圏域での受診率が1.1ポイント増(53.5 - 52.4)となっております。

- ・ 次にスライド10から13をお願いします。  
上のスライド10と12が今年の3月と6月との比較、下のスライド11と13が昨年の6月と今年の6月との比較です。
- ・ 次のスライド14以降で、医科の外来並びに歯科の外来を同じように整理していますが、説明は割愛させていただきます。
- ・ 少しページを飛んでいただき、スライド28をお願いします。3点目の全医療機関緊急調査の結果です。医師会様、歯科医師会様の御協力をいただき、今年の6月に県内の2,530の全医療機関を対象とする緊急調査を実施しました。地震から約2か月という状況の中で、全体で8割を超える医療機関の皆様から回答をいただくことができ、この場をお借りして御礼申し上げます。
- ・ 各調査項目のまとめとしまして、下のスライド29の(1)被害状況ですが、県全域では、被害件数は全医療機関の半数を超える1,282件、被害額は348億円でした。ただし、被害額については、被害ありの3分の1以上で金額不明との回答でしたので、これが下限と見込んでいます。
- ・ なお、当地域は、被害件数はスライド32のとおり88件で県全体の7%、被害額はスライド33のとおり9億円でした。
- ・ また、スライド29の下の(2)患者数について、昨年と今年の5月を比較すると、県全域では左の外来患者数は95%、右の入院患者数は99%となりました。なお、当地域はスライド45のとおり、全体で左の外来患者数は5月で96%、右の入院患者数は100%となりました。
- ・ その他、スライド30に県全域に係る(3)震災後の診療状況、(4)震災の影響による課題・行政への要望のまとめや、各調査項目の詳細を整理していますので、別途御覧くださいようお願いします。
- ・ 資料1の説明は以上です。

#### 資料2 地域医療構想策定スケジュールについて

- ・ 資料2の地域医療構想策定スケジュール(案)について説明します。平成28年度中の策定完了をめざし、当初は4月25日に第3回の開催を予定していましたが、震災の影響で約6か月間延期しました。しかしながら、28年度内完了の目標並びに会議の回数は変えず、年度後半に集中的に議論いただくよう日程を改めて、進めて参りたいと思いますので、よろしく願い申し上げます。
- ・ なお、裏面に御参考として、8月末時点の各県の進捗状況をお示ししています。

九州では佐賀と大分が策定済みです。

- ・ 資料 2 の説明は以上です。

(宇城保健所 佐藤参事)

**資料 3** 熊本県地域医療構想(未定稿)について 36~42 ページを除く。

- ・ 資料 3 の熊本県地域医療構想(未定稿)について説明します。なお、資料 4 並びに資料 7 により補足の説明を随時行いますので、よろしくお願ひします。
- ・ 表紙をおめくりいただき、目次を御覧ください。大きく第 1 章から第 7 章までに分類して整理していますが、一部についてはこれからの検討後に記述していく箇所もありますので、「作成中」としてあります。
- ・ 右のページをおめくりいただき、1 ページをお願いします。第 1 章の基本的事項です。冒頭に、「誇るべき『宝』である熊本県の医療提供体制の回復・充実に向けて」と掲げ、この誇るべき宝を医療関係者だけでなく、行政、県民が将来に引き継いでいくことが求められていること、ただし、今回の地震が将来人口や地域経済に与える影響が計り知れないこと、そのため、県としては、国の補助金の積極活用を促すなどにより、被災施設の 1 日も早い復旧・復興を支援し、創造的復興を推進することを記載しています。
- ・ 2 ページの(2)地域医療構想の内容として、上の枠囲みですが、本構想では、構想区域、構想区域における厚生労働省令に基づく病床の機能区分ごとの将来(2025 年)の病床数の必要量、構想区域における厚生労働省令に基づく将来(2025 年)の居宅等における医療(在宅医療等)の必要量、地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化及び連携の推進に関する事項(めざすべき医療提供体制を実現するための施策)の 4 つを定めます。
- ・ その上で、真ん中の枠囲みですが、本県では、将来のめざすべき医療提供体制の姿として、「高齢化が進展し、医療需要が増加する一方で、人材や施設などの医療資源が限られた中であっても、県民が安心して暮らしていくため、必要な時に必要なサービスを受けられるよう、患者の状態に応じた質の高い医療を効率的に提供できること」と設定したいと思ひます。
- ・ この実現に向け、下の枠囲みですが、病床の機能の分化及び連携の推進、在宅医療等の推進、医療従事者・介護従事者の確保・育成の 3 本柱の施策を進めて参ります。
- ・ 3 ページをお願いします。これらの施策の推進にあたっては、枠囲みのとおり、熊本地震を踏まえた課題についても考慮していきます。
- ・ 右の 4 ページですが、構想の策定体制・プロセスにつきましては、現時点では作成中として記載を保留しています。
- ・ 5 ページをお願いします。第 2 章の熊本県の現状として、推計人口や医療・介護資源の現状等について、県全域のデータを中心に整理しています。
- ・ まず、人口の推移・見通しとして、右の 6 ページになりますが、中程の図表 2 で、

社人研推計と並べて昨年策定した「熊本県人口ビジョン」における将来展望をお示ししています。2010年が181.7万人で、2025年では社人研推計の166.6万人に対し、県人口ビジョンでは170.6万人と約2%多い推計としています。

なお、グラフの下の に記載しているとおり、この度の地震により、被災者や被災事業所の移動など様々な影響が懸念されますが、中長期的に人口増減に及ぼす影響を推計することは困難ですので、本構想では、社人研推計や県人口ビジョンの数値を引用することとしています。

- ・ 7ページをお願いします。図表3で高齢者人口・高齢化率の推移を、その下に参考として社人研推計に基づく2010年から2025年、2040年までの県の人口ピラミッドの変化を掲載しています。
- ・ 右の8ページが高齢者世帯の推移で、単独世帯が増えていく見込みです。なお、参考として、2010年における二次医療圏別の65歳以上の単独世帯割合を掲載しています。
- ・ 9ページから「2医療・介護資源の現状」として、まず(1)医療施設の状況、右の10ページに在宅医療関係施設の状況について、県全域並びに圏域ごとに整理しています。
- ・ 次の11ページ、12ページにおいて、平成26年のいわゆる三師調査に基づく、医師、歯科医師、薬剤師数を、次の13ページで、看護職員数を、保健師・助産師・看護師・准看護師の別で整理しています。
- ・ 右の14ページに、(3)介護施設の状況として、介護保険施設やサービス付き高齢者向け住宅の整備状況を整理しています。
- ・ 15ページをお願いします。現行の県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画における2025年度までの主な介護サービスの見込量です。
- ・ 右の16ページに(4)介護従事者の状況として、昨年、国から示された「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計」を掲載しています。下の表の一番下の行ですが、県全域では2025年度に介護人材が1,534人不足すると推計されています。
- ・ 17ページをお願いします。第3章の構想区域ですが、「1構想区域の設定の考え方」として、これまでの本部会等で昨年度來說明してきた内容を記載しています。
- ・ 19ページをお願いします。「2構想区域の設定」について、現時点では作成中としています。
- ・ ここで、資料7のスライド1をお願いします。構想区域に関しては、昨年度の部会での議論を踏まえ、熊本地域及び上益城地域以外の9地域については、現行の二次医療圏を構想区域として設定すること、熊本地域及び上益城地域については、熊本市医師会と上益城郡医師会で調整し、両者で合意した内容により構想区域として設定すること、そして、これらを次回すなわち今回の各地域部会で審議し、決定することとしています。この点は、3月開催の県専門委員会です承をいただいておりますので、後の意見交換において構想区域を決定したいと思っております。
- ・ 20ページをお願いします。

第4章の将来の医療需要・病床数の必要量の推計です。まず「1法令に基づく医療需要及び病床数の必要量の推計」について記載しています。なお、病床数の必要量とは、これまで必要病床数と表現していたもので、今後は法令上の正式名称である病床数の必要量で表現を統一することとします。病床数の必要量とそのベースとなる医療需要の推計方法については、昨年度來說明してきたとおり、厚生労働省令で算定式が定められています。

- ・ 推計のポイントは大きく4点です。1点目は、高度急性期、急性期及び回復期については、2025年の医療需要を、2013（平成25）年度の1年間のレセプトデータ等に基づき算定される入院受療率に、社人研による2025年の推計人口を掛け合わせて機械的に算出することです。図表16に機能ごとの境界点をお示ししています。
- ・ 21ページをお願いします。ポイントの2点目は、残る慢性期の医療需要については、在宅医療等の医療需要と一体的に推計するという点です。この点が一番分かりづらいところで、具体的な算定に当たっては、図表17の上段の【現状】に係るそれぞれのデータを、まず中段の【2013年推計値】、さらに下段の【2025年推計値】の二段階で回復期・慢性期・在宅医療等にそれぞれ割り振ります。その際、【現状】の「療養病床の入院患者数」のうちの「(イ)医療区分1の70%」の患者数、及び「一般病床でC3基準未満、すなわち175点未満の患者数」を【2013年推計値】で在宅医療等に割り振り、さらに「療養病床の入院患者数」のうちの「(ウ)地域差の解消」のための患者数についても【2025年推計値】において在宅医療等に割り振ります。これにより、現在、入院医療を受けられている患者の多くが2025年には在宅医療等の患者と算定されるため、これに伴い、後程説明するとおり病床数が減少することになります。また、「(ウ)地域差の解消」については、図表18のとおり、A、B、C（特例）の3パターンする方法があり、これまでは、県内統一的にパターンAより緩やかな設定となるパターンBを適用した場合の数値を示してきました。なお、パターンBの特例として目標年次を2025年から2030年に繰り延べできるというパターンCがありますが、当地域はその要件を満たしますので、以降は特例適用の数値で整理します。
- ・ ここで、資料7のスライド3から5までを見開きをお願いします。スライド2と3は資料3に掲載している図と同じもので、スライド4が特例適用要件の詳細、スライド5が推計に係る今後の取り扱いを示しています。
- ・ 次に、スライド6をお願いします。上半分に資料3やスライド3の図と同じものを再掲していますが、下の枠囲みに記載しているとおり、図の一番下・真ん中の「入院からの移行分」に係る患者への新たな対応が今後の重要な取組となって参ります。
- ・ 次にスライド7をお願いします。厚生労働省令の算定式に基づく、当地域における2013年、2025年から2040年までの医療需要の推計値です。グラフの左が入院、右が在宅医療等を示しており、参考までに1番上に2013年の許可病床数を盛り込んでいます。当地域は、2013年の医療施設調査における許可病床数が計1,527床ですが、下の医療需要の2013年推計値で「入院からの移行分」として370人/日が右の

在宅医療等に含まれ、さらに下の 2025 年推計値でこの「入院からの移行分」が 611 人/日に増加するなどにより、左の入院に係る 2025 年の医療需要は 877 人/日となります。

- 資料 3 に戻っていただき、24 ページをお願いします。推計のポイントの 3 点目ですが、医療需要を算出した後に病床数の必要量を算出するに当たっては、都道府県間並びに県内構想区域間の 10 人以上の患者流出入数について、医療機関所在地の医療需要（医療機関所在地ベース）と患者住所地の医療需要（患者住所地ベース）の推計値の範囲内で調整する必要があります。

24 から 25 ページにかけて機能ごとの患者流出入表を掲載していますが、25 ページの枠組みのとおり、本県は患者のフリーアクセスを最重要視する観点から、現在の受療行動を是認する「医療機関所在地ベース」での算定とすることとしました。

この方針に沿って、東京、福岡、宮崎、鹿児島との調整を完了させました。

- 26 ページをお願いします。推計のポイントの最後の 4 点目ですが、病床数の必要量は、図表 23 のとおり、機能ごとの医療需要を全国一律で設定された当該機能の病床稼働率で割り戻すことにより算定します。病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%で、その結果、当地域の病床数の必要量は図表 25 のとおり、高度急性期 25 床、急性期 214 床、回復期 355 床、慢性期 404 床で、計 998 床となります。

- なお、その下の に記載しているとおり、この厚生労働省令に基づく病床数の必要量は、先程説明した条件のもとに算定した推計値となります。そのため、これから 2025 年、更にはその先の時点までを見据えた上で、限られた医療資源をいかに効率的に活用し、不足する機能を充足させていくかを中心に、医療・介護関係者、行政関係者、県民等が地域のサービス提供体制等を検討するための材料であり、病床の削減目標を示したものではないということを明記しました。

- 27 ページをお願いします。この点については末尾の脚注のとおり、今年の 1 月及び 3 月に各県の担当課長・担当者参集により開かれた厚生労働省主催の「地域医療構想に係る意見交換会」において、同省から、病床数の必要量は「推計値」及び今後の「トレンド」を示したものであること、地域医療構想は「病床削減ありき」ではなく、将来の医療需要を念頭に地域の関係者であるべき医療提供体制の姿を考えるプロセスが重要であること、との説明を踏まえて記述するものです。

さらに、ここには記載できておりませんが、昨年、塩崎厚生労働大臣が国会で「地域医療構想における将来の病床数というのは、医療費削減や病床削減を目的としたものではない」と答弁されていることも確認しています。

- 併せて、現行の県保健医療計画では、現時点における各圏域の病床の整備目標となる基準病床数を定めています。この基準病床数と病床数の必要量は、趣旨や目的、算定方法が異なる別制度ですが、比較すると表のとおり、当地域では基準病床数より病床数の必要量の方が 126 床多くなっています。

- こうした点なども踏まえ、現在国で両者の関係性、整合性等を図るための検討が進

められており、次期の第7次熊本県保健医療計画で基準病床数を新たに定めることとなります。

- ・ 28 ページをお願いします。(4) 在宅医療等の必要量について、当地域は、資料7のスライド7あるいは本資料の22ページの図表20記載の医療需要である1,606人/日を適用します。
- ・ なお、在宅医療等の必要量の確保に向けて、国で「慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型」についての議論が進められていますが、まだ詳細は定まっておりません。
- ・ 29 ページをお願いします。「2 熊本県における将来の病床数の独自推計」を説明します。(1) 基本的な考え方に記載していますが、本県では、地域の実情に即した将来必要となる病床数を検討するため、御承知のとおり、昨年度、一般・療養病床を有する505に上る全医療機関を対象とした聞き取り調査を実施しました。結果の詳細は後程説明しますが、当地域では27の医療機関の方と相対して情報・意見交換を行い、後に述べます病床機能報告には表れない実情の把握に努めたところです。
- ・ また、各市町村でも人口ビジョンが策定されていること、さらに熊本地震による被害等を踏まえ、将来をできるだけ多角的に見通し、必要な施策を推進するに当たっては、こうした情報や国が定めた算定以外のデータ等も活用し、地域の視点でも捉えていくことが大事との考えから、3つのパターンによる県独自の病床数の推計値を算出しました。
- ・ 枠囲みのとおり、パターン が各市町村の人口ビジョンにおける人口の将来展望を反映した医療需要を、聞き取り調査で把握した地域ごとの病床稼働率で除して算定した病床数、パターン が過去の病床数の減少が2025年まで続くとした場合の病床数、パターン が「聞き取り調査」で各医療機関が見込んだ病床数です。
- ・ 右の30ページから32ページにかけて具体的な推計方法を示していますので、ここでは説明を割愛します。
- ・ 33ページをお願いします。その結果として、県全域では図表34に記載するとおり、パターン で24,473床、パターン で28,357床、パターン で29,837床となりました。
- ・ 少し飛んで、44ページをお願いします。当地域の県独自推計の結果は、図表46のとおり、パターン で1,043床、パターン で1,311床、パターン で1,468床となりました。
- ・ 45ページをお願いします。昨年度2015年度の病床機能報告の報告病床数と、厚生労働省令に基づく「2025年の病床数の必要量」及び本県独自推計による「2025年の病床数」との比較の結果は、図表48のとおりです。なお、別紙の資料4は、2015年度の病床機能報告の報告病床数と厚生労働省令に基づく「2025年の病床数の必要量」の比較の詳細です。
- ・ 構想策定後には法定の「地域医療構想調整会議」を構想区域ごとに設置し、こうした比較等を通じて、構想の実現に向けた協議を重ねていくこととなります。そのた

め、実際の協議にあたっては、現在進められている病床機能報告制度の改善等を踏まえるとともに、病床数の推計の基礎となる数値を定期的に見直すなどにより、地域の実情把握や将来見通しの精度を高めることが大事だと考えています。

- ・ 46 ページをお願いします。「(5) 医療提供体制上の課題」以降については作成中となります。特にこれからは、次の第6章の施策の検討につなげるため、当地域の課題をしっかりと整理することが重要となります。
- ・ 後程、本資料の36ページから42ページまでに整理した当地域の「人口の推移・見通し」や「医療・介護資源の状況」、さらに「資料5」の「聞き取り調査で把握した医療機関からの意見・課題等」を説明し、意見交換を行いたいと思いますので、よろしくをお願いします。
- ・ 資料3について、前段の説明は以上です。

#### 資料6 九州各県の地域医療構想の体系（目次）一覧について

- ・ 資料6の九州各県の地域医療構想の体系（目次）一覧について説明します。各ページとも、左の本県と各県の体系を比較対照できるように整理しています。
- ・ 策定済みが佐賀と大分、素案提示済みが長崎、宮崎、鹿児島、未公表が福岡と沖縄です。
- ・ 定める事項など共通の内容が多くなりますが、本県は「誇るべき宝」から記述をはじめ、2025年の病床数の独自推計を盛り込む点が他にない大きな特徴です。
- ・ 資料6の説明は以上です。

#### 質疑応答・意見

（泉会長）

- ・ 事務局からの説明はお分かりになりましたでしょうか。非常に膨大な情報ですので、家で勉強してこないと分からないと思います。これから意見交換に入りますが、まず資料3に係る医療圏の設定を決めたいと思います。
- ・ 先ほどの説明でもあったとおり、熊本と上益城郡以外は現行の医療圏を構想区域として決定したいと考えますが、よろしいでしょうか。
- ・ （異議なし）それでは宇城では2次医療圏を構想区域とします。
- ・ その他、今の説明について質問意見があればどうぞ。今日は県庁からも来て頂いておりますので。

（江上構成員）

- ・ 先ほど療養病床の説明がありました。介護療養病床については再編が言われてます。医療機能毎の病床数について、慢性期は、将来的に減っていかなければならないような数になっていると思うのです。変換はしなくてはいけない事業で、医療療養病床はどうなっていくのでしょうか。

（阿南課長補佐）

- ・ 前提として、慢性期については医療療養病床も介護療養病床も含まれます。今ご指

摘があった介護療養病床については平成29年度末で廃止と法律で定められております。、ちなみに、この介護療養病床は、平成23年度末で廃止の予定が、老健施設等への転換が全く進まなかったため、平成29年度末まで6年間延びた訳です。

- ・ この資料3の28ページに、慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供タイプがあります。医療区分1の比較的状态が安定した患者を念頭に、図表27にありますとおり、医療機能を内包した施設系サービスと、医療を外から提供する併設型という新たなタイプについて国において議論が進められております。、介護療養病床の転換先の1つとして加えられそうだと、新聞情報ですが、26日に特別部会が開かれ、財源はどうか、転換元はどこまで認めるか、例えば介護療養病床だけからの転換しか認めないのか、経過措置をどうするか、などの議論がなされております。12月にはまとめて1月には通常国会に法案が提出される見込みであります。介護療養病用をもっている医療機関の選択としては、一般病床や医療療養病床への転換といったパターンもあります。整理しますと介護療養病床については29年度廃止となりますが、現時点では慢性期病床として整理されておりますが、老健施設や新たなタイプ等へ転換する際には在宅医療へ整理され直す場合もあるということです。

(江上構成員)

- ・ 介護療養の転換に関しては一般病床や医療療養に転換する場合もあるし、数がまだ固まっていないわけですね。介護療養病床の転換は、療養病床の減少が目的ではないと考えていいのですね。

(阿南課長補佐)

- ・ 資料7のスライド2にあるように、今の療養病床をどのように振り分けるかがポイントでした。2の(イ)にある医療区分1の70%、地域差解消分等を在宅医療等へ振り分けてあります。介護療養病床が一般病床や医療療養病床へ転換するか否かは医療機関の御判断によりますが、厚労省の算定式ではこのような方法で在宅医療等への移行を前提に機会的に療養病床の減少を見込んでいる、ということです。

(金森構成員)

- ・ 資料3のP27末尾の について確認ですが、これは、厚労省が出したの(病床数の必要量)は、これを検討しなさいというよりも、トレンドということで、それと、プロセスが重要とあるのでこれに囚われる必要はない、という理解でよろしいですか。

(阿南課長補佐)

- ・ 私もこの厚労省の会議に出席しました。結局、厚労省が出した病床数の必要量とは何なのか、目標なのか、どうなのかという話をしたわけですが、このことについては、逆に、国からなぜ熊本県はその病床数に拘るのかと言われてしまいました。こちらの言い分としては、報道で「何割削減」と出てしまったから医療現場に大混乱を招いた訳です。ただ、構想の内容を理解を進めていく中で今回のテーマとしては病床数の議論に終始することなく、将来の姿、医療需要の変化を踏まえ現在の地

域の課題がなんなのか、そこを議論して頂きたいと考えております。

- ・ 地域医療構想策定後も地域医療構想調整会議を設ける必要がありますので、地域の課題とかを今後を見ていくことを医療機関の方々が集まって頂いて、それぞれの自院の立ち位置をお互い確認して頂くということになりますので、数はそこまで。
- ・ 一番誤解があるのは、行政が病院に対して病床を減らしなさい、ということは絶対にありません。医療機関の先生たちが将来を見越して必要なことを考えて頂く。行政としては可能な限り必要なデータを提供する、こうした取組が地域医療構想と考えています。どうぞよろしく申し上げます。

(藤本構成員)

- ・ 私は回復期を担う医療機関代表ということで出席させていただいております。回復期から慢性期、在宅医療も担っている医療機関の立場から言いますと、介護療養病床の転換については、今後色んなことが関わってくるわけです。その期限となる2018年には診療報酬と介護保険の同時改定、医療法の改正、介護保険事業計画の見直し、今回の地域医療構が含まれる第6次保健医療計画の全てが行われるわけがあります。さらには看護配置の25対1の期限も2018年度で重なります。また、昨年度の介護報酬改定においては介護病床が3つのカテゴリーに分けられました。医療機能強化型AとBその他、国が示した慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型モデル、これは有料老人ホームや軽費老人ホームなどの居住系施設までを含めての大規模な案ですが、これは団塊の世代がすべて後期高齢者となる2025年に対応する国全体としての案であります。このニーズの変化は県単位でも同じ県内の地域でも異なります。美里町についてはすでに後期高齢者が4人に1人と2050年の国全体の状況となっており、実際後期高齢者人口も減ってきております。ですから、介護療養病床の転換を図っていく上ではいろいろなファクターが関わり、そこに地域特性を考えていかなければならないわけです。この事に関して県や宇城の担当の方々から御意見があれば聞かせて頂きたいと思っております。さらに、先ほど話された今回の熊本地震は今後2～3年の県内での医療提供体制と少なからず影響を及ぼすものと思っております。ですから総論的な県全体の話より、具体的な宇城圏域内の医療介護提供体制の変化についての話をして頂きたいと思っております。

(阿南課長補佐)

- ・ 私は今、制度を説明したのです。具体的な話は医療関係者で話し合ってくださいとなっています。

(藤本構成員)

- ・ 本日はそれぞれの関係機関の代表者が集まっている訳ですから総論的な制度の話よりも具体的な話を議論すべきではないかと思っております。病床機能報告制度における回復期とは回復期病床だけが該当するのでしょうか。病床の機能的には地域包括ケア病床も入るし、慢性期に該当する医療療養病床の20対1の在宅医療強化型も該当すると思っております。



( 泉会長 )

- ・ なかなか、大きな地震があつてそこまで行ってないというのはあると思いますが、それを抜いて厳しい意見があつたと思いますが。

( 狩場構成員 )

- ・ 藤本先生の気持ちは理解できます。宇城圏域での数字の整理はありましたが、宇城圏域は東西に長かったり、高齢化率も25%程度から35~40%程度と厳しいところもあるなかで、どうやっていくか。この資料の中でも大事なものはスタッフですよ。医療従事者の数も他の地域に比べて少ない。国が定めた制度のなかで、グレードの高い医療をきちんとやるのは難しいと思います。
- ・ 在宅在宅と言って在宅専門の何とかとかいろいろ作っておられますが、それをクリアするのに5年10年かかったという先生もおられますが、当面無理ですよ。急性期関係はよほどの締め付けがない限り熊本市を中心にして、なんとか進んでいくのではないかと。慢性期と在宅が一番大変になっていくと思いますね。救急も、病床が減り、スタッフ不足のなかで見てれば、なかなか思うようにできず急変する場合もあり、診断が遅れるとか発見が遅れるとかで、最終的に救急が増えていくと思います。救急もこれ以上できるか疑問です。
- ・ 今回の医療構想はどこを目標にしたいのかよく分からない。数字はいっぱいあつて難しい計算式はありますが、恐らくはお金中心の話をしてるんだろうと思います。そうじゃないとわざわざ言うから、ますます怪しい。お金がないのはしょうがないが、構想についていける人はいいが、ついていけない人はどれだけいるのか、ましてや市民レベルでは。システムが変わって複雑になって、あっちいって下さい、こっちいってなど次から次に起こってきますよね、それを市民の皆さんが良しとするのか、ということをちゃんと聞き取りをして、県民が喜ぶ医療構想にしないと0点ですね。
- ・ 藤本先生の病院とは私も近いところにあつて、高齢化率が30%以上です。かなり厳しい問題がいろいろあります。なんとかしたいとは思いますが、生活感からかけ離れているなと思います。実際在宅医療はやっていけるんでしょうか。在宅医療でやって、病院にかからないでというのは何を意味するのか、行政の立場からは市民のアンケートをとれると思いますね、私も在宅医療をしています、本当の自宅は1割から2割です。この1割2割も余裕があるところは殆ど無くなりまして、最終的に安心して自宅で亡くなるのは少なくなるのではないかと。だから是非住民ファーストで。在宅医療はいいのか、在宅医療が増えすぎたらどうなるのかなど、病院から意見をいわれたほうがいいと思います。
- ・ 藤本先生が震災で一変したと言われましたが、実際相当変わりました。うちの入院も増えました。返すに返せない、大きな病院も満床、どうしましょう、というのが実際起きてます。こういう状態がもっと厳しい状況で起きているというのが今後データで出ると思います。被災者の在宅の療養状況というのは保健師さんが把握されていると思います。その辺も含めて検討していくのがいいのではないですかね。

(金森構成員)

- ・ せっかく皆さん集まっておられますので、資料が欲しければ、こういう資料が欲しいと行政の方に依頼をしておく、そして次の会議で出していただくというのがいいのではないですかね。それが早くわかれば、皆さんに配布して頂くのかわいいと思います。
- ・ それから、高齢者へのアンケートで、独居または高齢者夫婦に、どういうところに住みたいですかという回答で一番多かったのが、医療機関の近くが一番多かった。やはり地域には医療機関がないといけないのです。そういうところを踏まえていかななくてはならない。
- ・ それと、せっかく123と3つのパターンがありますが、そういう資料が出た時に、自分たちはどのパターンを基本に検討していこうかと、スケジュールは非常にタイトですので、そこを考えたうえで検討していかななくてはならないと思います。
- ・ 急にこういう制度になりますと言われてもわかりませんよ。地域の人たちにも、行政から、こういう風に制度がなりそうですよとか、変わりますよ、検討してますよとか、ぼつぼつ言っていないと混乱されるのではないのでしょうか。今一度検討をお願いしたいと思いました。

(泉会長)

- ・ 今の御意見を参考に事務局には御検討頂きたいと思います。では次に進みたいと思いますので、事務局から説明をお願いします。

## 議 事

### 2 地域医療構想について

(2) 構想について(宇城圏域の事項)【資料3】【資料5】

資料3 熊本県地域医療構想(未定稿)について 36~42ページ。

(宇城保健所 嶋北総務福祉課長)

- ・ 総務福祉課長の嶋北です。資料3の36ページ以降と資料5について説明します。
- ・ 資料3では、先程保留した当地域の「人口の推移・見通し」や「医療・介護資源の状況」を説明します。
- ・ 36ページをお願いします。(1)人口の推移・見通しを整理しています。 の総人口の推移について、社人研推計によると、2025年は99,030人となり、2010年を100とした場合の指数で89.2となります。 の高齢者人口・高齢化率の推移について、65歳以上人口は2025年に35,523人でピーク、75歳以上人口は2035年に22,136人でピークとなり、高齢化率は65歳以上、75歳以上ともに2040年まで上昇します。
- ・ 37ページをお願いします。2010、2025、2040年の人口ピラミッドを掲載していますので、御参考ください。また、2010年における65歳以上の単独世帯は9.8%と、県平均の10.1%を下回っています。

- ・ 38 ページをお願いします。(2) 医療・介護資源の状況を整理しています。 の医療施設数・病床数について、実数、県内シェア、人口 10 万対は図表 39 の左の表のとおりです。全国の 10 万人当たりの数を 100 とすると、右のレーダーチャートのとおり、当地域では病院数は 168.0、病床数は 132.2 となり上回っていますが、診療所数は 84.2、歯科診療所数は 76.4 となり下回っています。また、県全域との比較では、病院数、診療所数、歯科診療所数及び病床数の全てで下回っています。
- ・ 39 ページをお願いします。在宅医療関係施設数について、実数、県内シェア、人口 10 万対は図表 40 の左の表のとおりです。県全域の 10 万人当たりの数を 100 とすると、右のレーダーチャートのとおり、当地域では在宅療養支援病院は 46.3、在宅療養支援診療所は 90.5、在宅療養後方支援病院は 0.0、在宅療養歯科診療所は 55.6、訪問看護ステーションは 103.0 及び在宅患者訪問薬剤管理指導は 81.4 となります。なお、全国比較が可能な在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の人口 10 万人当たりの施設数について、昨年 4 月 1 日時点の全国平均との比較で、在宅療養支援病院は全国 0.8 に対し当地域が 0.9 で上回っていますが、在宅療養支援診療所は全国 11.5 に対し当地域が 11.2 で下回っています。
- ・ 40 ページをお願いします。 の医療従事者数について、医師・歯科医師・薬剤師数の実数、県内シェア、人口 10 万対は図表 41 の左の表のとおりです。全国の 10 万人当たりの数を 100 とすると、右のレーダーチャートのとおり、当地域では、医師(病院)は 60.3、医師(診療所)は 94.6、歯科医師は 73.4、薬剤師(薬局)は 70.0、薬剤師(医療施設)は 89.9 となり全て下回っています。
- ・ 41 ページをお願いします。看護職員数について、保健師・助産師・看護師・准看護師、また日本看護協会の認定看護師、さらに訪問看護師における保健師・助産師・看護師・准看護師の実数、県内シェア、人口 10 万対は図表 42 の左の表のとおりです。全国の 10 万人当たりの数を 100 とすると、右のレーダーチャートのとおり、当地域では、保健師は 116.5、准看護師は 220.1 と上回っていますが、看護師は 99.5、認定看護師は 68.3、助産師は 83.2 となり下回っています。また、訪問看護師については、看護師は 109.3、准看護師は 126.4 となり上回っていますが、保健師及び助産師は 0.0 となり下回っています。また、県全域との比較では、保健師、助産師、看護師、准看護師の全てで下回っています。
- ・ 42 ページをお願いします。 の介護施設数について、本年 2 月 1 日現在における介護保険施設、グループホーム、特定施設、地域密着型特定施設、サービス付き高齢者向け住宅の整備状況は図表 43 のとおりです。
- ・ 資料 3 の説明は以上です。

#### 資料 5 地域医療の実情把握のための聞き取り調査結果について

- ・ 資料 5 の地域医療の実情把握のための聞き取り調査結果について(確定)を説明します。全地域分をまとめており、当地域は 10 から 12 ページにデータ及び意見・課題等を整理しています。

- ・ 10 ページをお願いします。当地域では、28 の調査対象機関のうち、休院中の1ヶ所を除く 27 施設から回答をいただきました。主なポイントとして、当地域における機能別の病床稼働率及び平均在院日数は、1 の(2)の表にあるとおり、高度急性期が0%・0日、急性期が74.0%・14.9日、回復期が94.1%・42日、慢性期が83.2%・165.9日となりました。また、6年後の2021年における病床数の見通しは、現状維持が70%となりました。
- ・ 11 ページをお願いします。2025年における病床数の見通しは、現状維持が74%で、見込み病床数は機能未選択を含めて最大で1,468床でした。
- ・ 4の在宅医療の実施状況と2025年における見通しについては、現在は56%の実施で1か月あたりの患者延べ数が632人、2025年は58%の実施で748人でした。
- ・ 5の必要な取組みについては、「病床の機能分化・連携」では「連携に係る人材の確保・養成」が43%で最も多く、「在宅医療の充実」では「在宅医療に取り組む看護職員の確保のための研修」が26%で最も多くなりました。
- ・ 12 ページをお願いします。この聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等として、(1)病床の機能の分化及び連携の推進については、「医療機能の連携にあたって、連携に係る人材の確保・養成が必要である。」「療養病床の機能転換について、方針が未定である医療機関が多い。」(2)在宅医療の充実等については、「在宅医療に取り組む医師が不足している。」「在宅医療に取り組む看護師が不足している。」「訪問看護に関する住民への広報・啓発が必要である。」「在宅医療を行う医師を後方支援するための体制・施策が必要である。」(3)医療・介護従事者の養成・確保については「医師、看護師が不足している。」(4)その他については、「将来の見通し(医療政策)が不明」と回答した医療機関が多い。「政策医療(へき地、小児、周産期)に準じ、対象(精神科、障がい児)が特定される病床については、きめ細やかに検討する必要がある。」といった内容となりました。
- ・ 資料5の説明は以上です。

## 意見交換・質疑

(泉会長)

- ・ では意見交換に入ります。先ほどの続きでもいいので質問等ありましたらどうぞ。

(江上構成員)

- ・ 先ほどの繰り返しになりますが、地域医療構想のデータは、どうも基準病床や許可病床について基準を国が示してきているという誤解があるように思います。2025年の病床の必要量というのが出されているこのデータは、将来予測であって、慢性期を今のまま続けていると45%は空床になりますよ、例えば回復期では今のままでも2025年でも満床ですよという意味でと捉えていいですか。

(阿南課長補佐)

- ・ 資料7のスライド7をお願いします。2013年と2025年推計値とあります。左が入院の推計値ですが、2013年については実績を基にした数値で、ここで注

意して頂きたいのが、右側の入院からの移行分ですので、正確には慢性期は464  
足す370となります。それが2013年の実績として、それからどう医療費が変  
わるかということですが、それが2025年の推計値となります。高度急性期、急  
性期はほぼ変わらないというデータがあります。それは現在も病床数が必要でし  
ょうと。それから回復期は患者さんが増える傾向にある。慢性期については在宅医療  
ができていう前提の下ですけれど372という数字が出てきています。この  
ように状態が変わってくるという、急性期はそんなに変わらないけど、という推計  
になっているわけです。

(江上構成員)

- ・ 医療需要であり、今はそれを上回るベッド数があるわけで、今のままだと空床がで  
きますよということでしょうか。もう1つ、アンケート調査であった、医師看護師  
が足りないということ。ベッド数が将来減ってくるとなると、これは今の時点での  
数を書いてあるのであって、2025年の医療需要に対する充足率について、デー  
タが出ますよね。法定の数が要りますでしょう。それから出して頂くと、どれくら  
いの充足率かが推計されるのではないのでしょうか。

(阿南課長補佐)

- ・ 今推計で医療需要が出ていますが、国が、医師の数、看護職員、作業療法士等の推  
計を出そうとしています。気を付けなくてはいけないのは、地域医療構想に出てく  
るのは入院のことだけですが、外来分も含めたところで議論されております。まだ  
結論は出てないようですが、必要な医療従事者の数も出されると聞いてます。

(江上構成員)

- ・ 将来の在宅医療が約1600名とありますが、現在の在宅の医療需要はどれくらい  
あるのですか。

(阿南課長補佐)

- ・ 資料7のスライド7をお願いします。2013年推計値のところですが、訪問診療  
分が555、介護老人保健施設分が358あります。足すと913人/日となりま  
す。それが現在の在宅医療等ということになります。

(江上構成員)

- ・ ということは、この在宅医療をどうするというのではなく、2025年には在宅  
医療が610人位増えますよと、少し、拡大して在宅医療をやらなくてはという指  
標だと捉えていいということですか。

(阿南課長補佐)

- ・ 2025年の推計値は、推計ではありますが、在宅医療等は1606人となりまし  
て、今913ですので、まあ、700名近くの患者さんの対応が推計上、必要にな  
ると示されたと言えます。

(江上構成員)

- ・ 逆に言えば、これから仕事がありますよという事ですね。

(阿南課長補佐)

- ・ いろいろ議論はありますが、一定の計算式のもとではそのようになると。入院医療ではなく、施設を含めての在宅医療等で対応をする患者は1606人/日になるということですね。どの地域もそうですが、マンパワーの問題もあり、一番の課題になるのかなと考えています。

(江上構成員)

- ・ 結局こういったデータに基づいて、それぞれの医療機関が、経営を踏まえて考えていくべき指針であり、その結果を集計しないといけないという考えでよろしいですか。

(阿南課長補佐)

- ・ 現在策定している構想の内容としては、プロセスとして課題の共有までだと考えています。今後どういう形でやっていくのかは、来年度以降もこうした場、地域医療構想調整会議を設けると法律で規定されており、そこで各医療機関がそれぞれの立ち位置を話し合う場となります。我々県としてもデータ等をお示しして判断材料を提供していく考えです。

(小田構成員)

- ・ 私のいる宇土では一般の病院はなく、診療所のみです。ですので、私のところは急性期でだしてありますが、回復期、慢性期もあり、機能を分けるというのは難しい、議論に少しついていけないのでご了承頂きたい。ずっと話を聞いていまして、最終的には病床の必要量をどう設定するのかにたどり着かないといけないのだろうと思っていました。パターン1は国が示した数値に近いかなと、パターン2は何もしないで自然現象にまかせる、パターン3が各医療機関がこれでやっていくよと示した数値ですけど、私達、データも持ちませんし、結局そうなりますと、パターンのどれかに従っていかざるを得ないのではないかと考えています。

(阿南課長補佐)

- ・ このパターン            を出させて頂いた意味は、厚労省の算定式による病床数が大混乱を招いたことで、知事から、議会答弁でもありましたが、地域の実情をよく把握するようにと指示がありまして、それで、11月以降に県の保健所の職員が構想対象の医療機関をお伺いさせていただいて、その際、将来の病床数の見込みはどうかということも伺わせていただきました。
- ・ 従いまして、このパターン            のどれかに決めなくてはいけないというものではありません。先ほど言われたように、地震でずいぶん変わって来ていると認識しております。
- ・ 今後は毎年毎年我々も可能な限りのデータを提供していきますが、先ほどもありましたが、当該年度に出すデータは2年遅れで集計が出てきますので、今26年度分が出されており、来年度は27年度分が出されますので、データを更新しながら見ていただく、ある意味、病床数や機能は経営の中でどうするか、お考え頂くことで、行政から減らしていただきとか、という権限は全くありません。繰り返しになりますが、判断材料となるものを提出できればと思っております。今は、現段階で

入手できた範囲で出しておりますが、今後も続くということで議論をお願いしたいと考えております。

(小田構成員)

- ・ よくわかりましたが、しかし、最終的には数字を出していかなくてはならないのでしょう。これにない数字をだす場合には根拠を出さなくてははいけないでしょう、それができるのか、その必要もあるのか、私にはよくわからないのですが。

(泉会長)

- ・ 患者がいて、医療関係者がいて、そのなかで将来は患者も減るし、病床も減らして、年寄りが増えるけど全体的には減るので何でも減らしていきましようという話になりますが、その中で在宅をどうにかしなさいとなると、変な話をしますけど、1人の医者是在宅患者を何人が必ずもつというようなことまでしていかなざるを得ないのだろうと。1人の医者に在宅だけしなさいといっても無理なわけで、この狭い宇城地区の田舎で暮らしていくなかで、みんながいい知恵をだして話し合いながらやっていかなくてははいけないのだろうと思います。誰かがみないと年寄りは死んでしまいます。どこに行ってもいいか分からないようになります。そうならないようにするのがこの医療構想であり、みんなで乗り切って将来に繋いでいこうということだと私は思います。

(藤本構成員)

- ・ 疑問に思うのが、スライド7に示されている在宅医療等の中に、介護老人保健施設分が入っているのはどういうことでしょうか。介護老人保健施設は介護保険3施設ですので、国が示したサービス提供類型モデルのどこにも入らない気がしますが、これを在宅に含めるとするのは、老健施設も何かに転換されるのですか。

(阿南課長補佐)

- ・ そうではありません、介護老人保健施設は、資料7スライド8にあります。在宅医療の定義として にありますが、居宅、特別養護老人ホームなど既存の施設に加えて新たな類型も加えられることになったわけです。先ほどの内包型とか、入院以外の選択枝に新たな類型が加えられることになりました。

(藤本構成員)

- ・ 介護老人保健施設も含めて新たな類型になるのでしょうか。介護保険制度上は介護老人保健施設に対する外部からの在宅医療の提供はできないことになっていると思います。

(阿南課長補佐)

- ・ 試算上も介護老人保健施設は、資料7のスライド6の右側ですが、現時点の老健施設の入所者数とあり、在宅医療等ということで数に入ってます。

(藤本構成員)

- ・ それであれば老健施設にて療養中の方の多くは在宅での療養が可能とみなされていることとなりますが、実際のところは、入所者の状態は介護療養病棟に入院されている方とほとんど変わらないのが現実ではないかと思えます。

(阿南課長補佐)

- ・ 訪問診療以外に在宅患者訪問数と、現時点で訪問診療を受けている患者数がありますが、その他に、老健施設の入所者数も在宅医療等の医療需要に含まれております。

(藤本構成員)

- ・ 介護老人保健施設にいる人は今後は在宅での療養が可能とみなす、さらには医療療養病棟に入院中の医療区分1の人の7割も在宅での療養が可能であるとみなすというわけでしょう。これを推進していくためには受け皿がしっかりしてないと出来ないでしょう。そのためには医療介護従事者の確保が一番重要な問題であると思います。85歳以上になると多くの方々が医療と介護の両方が同時に必要になってくるわけですから、外付け型とか内包型とかのはっきりとした区分は出来ませんよ。我々のような過疎地域では、ときどき入院ほぼ在宅というより、時々在宅ほぼ入院となっているのが現状であります。有床診療所の位置づけはどうなるのでしょうか。これはクリニックの小規模多機能版であって、外来だけでなく看取りも含めた在宅医療もする役割を担っている訳です。同じ患者に対して外来医療と入院医療の線引きはできないと思いますが、その辺はどうお考えですか。

(阿南課長補佐)

- ・ 先ほど外来は別といったのは、医療需要の話で、今回の計算では入院しか出てないということで、医師数を計算する上では外来もふくめて医師数を考えなくては行かないと言ったわけです。

(藤本構成員)

- ・ 外来というのは在宅医療が含まれてるわけです。これも含めて考えると外来医療と入院医療の線引きは難しいと思います。今後はさらに在宅医療が推進されていくわけですから、そこまで踏み込んで議論する必要があると思います。

(金森構成員)

- ・ 老健の話がでて、宇城の老健の代表として出ておりますので一言。老人保健施設は医療機関じゃないのでどうしても在宅に位置付けされるわけです。

(藤本構成員)

- ・ 在宅医療強化型を算定してない老健施設は基本的には在宅施設とはいえないじゃないですか。

(金森構成員)

- ・ 返す返せないの問題じゃない。

(藤本構成員)

- ・ 在宅医療強化型じゃないところの入所者をすべて在宅医療提供の対象とみなすということが問題ではないのかと言ってるわけです。

(金森構成員)

- ・ 私達老健施設は療養したら在宅に返す目的でやっているし、在宅強化型の老健というのは70%以上返さなくてはならない。在宅にできるだけ返すように老健は一生懸命やっている。それを在宅じゃないと言われれば、老健として頑張っているところ

ろからは反論されるのではないですか。

(藤本構成員)

- ・ 病院や施設からの退院・対処可能な方の受け皿を確保できないと、在宅医療の推進は難しいと思いますし、医療・介護資源の異なる各地域によっても変わってくると思います。

(金森構成員)

- ・ それはわかるけど、在宅を充実させることと、老健が在宅とみなされていることはどうかと言うことは別でしょう。

(藤本構成員)

- ・ 今後医療区分1の患者が在宅医療の対象へと移行していくわけですから、老健での入所療養と在宅療養のどちらが相応しいかを線引きすることは難しいと思います。

(金森構成員)

- ・ どこかで線引きしないと話は進まない。在宅の人はいつ入院するかわからないし、患者の状態の異動はあるわけです。

(泉会長)

- ・ 他にありますか。なければ時間もありますので、ここで終了したいと考えます。多数の御意見等をありがとうございました。
- ・ 事務局におかれては、本日の御意見等を踏まえて整理、検討を進めていただくようお願いします。
- ・ 進行を事務局にお返しします。

## 閉 会

(高本次長)

- ・ 泉会長並びに皆様方には、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により、資料3の肉付けを進めて参ります。
- ・ なお、次回の部会は、資料2のスケジュールでお示ししたとおり、11月または12月に開催したいと考えております。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、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幸いです。
- ・ それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。ありがとうございました。

( 2 1 時 0 0 分 終 了 )