

第4回熊本・上益城地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成28年12月6日(火) 19時00分～21時00分

場 所：県庁行政棟本館地下大会議室

出席者： < 構成員 > 熊本地域 26人(うち、代理出席1人)
上益城地域 13人

< 熊本県健康福祉部 >

立川局長、迫田医監

< 熊本県医療政策課 >

松岡課長、中川審議員、阿南課長補佐、村上主幹、西本主任主事、
黒木主任主事

< 熊本県認知症対策・地域ケア推進課 >

松尾課長、美並課長補佐、高島課長補佐、松尾主幹

< 熊本県高齢者支援課 >

花房課長補佐

< 御船保健所 >

小宮所長、隈部次長、松田福祉課長、山口保健予防課長、河野参事

報道関係者：なし

開会

(熊本県医療政策課・中川審議員)

- ・ ただ今から、第4回熊本地域医療構想検討専門部会及び上益城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熊本県医療政策課の中川でございます。
- ・ まず、資料の確認をお願いします。
- ・ 会議次第、資料1及び資料2並びに参考として「地域医療構想策定スケジュール(案)」を1部ずつ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掲載し、公開する予定としています。
- ・ それでは、開会にあたり、御船保健所を含めて県を代表し、熊本県健康福祉部健康局長の立川から御挨拶申し上げます。

挨拶

(熊本県健康福祉部・立川局長)

- ・ 本日は御多忙の中、第4回熊本地域医療構想検討専門部会及び第4回上益城地域医療構想検討専門部会に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。
- ・ 前回は、それぞれの部会が10月末でございましたので、1か月余りという短い期間に再度お集まりいただきましたことに、重ねて御礼申し上げます。
- ・ 前回のそれぞれの部会におきまして、構想区域を熊本圏域と上益城圏域の統合によ

り設定するという、大変重要な御決定をいただきました。これから、両圏域の地理的特性など様々な地域特性を踏まえて、将来の医療提供体制を考えていくということになって参ります。その皮切りとして、今回、両地域部会の合同による開催とした次第です。

- ・ 総勢40名を超える構成員の方々にお集まりいただきました。区域統合の第一歩となる大事な会議になろうかと思っております。どうぞよろしくお願い致します。
- ・ 実は数が多くございましたので、列を作って会議をしようかとも思いましたが、今回初めてでございますので、遠くでございますけれども、顔が見える形にしましたので、距離が空いておりますけれどもどうぞよろしくお願い致します。
- ・ 本日は、前回お示しした地域医療構想の素案に対する各地域部会及び県専門委員会での御意見等を踏まえた原案をお示しします。主なポイントは2点ございます。
- ・ 1点目は、両圏域の統合による構想区域の設定に伴いまして、前はそれぞれの圏域ごとに整理していたデータを、統合後のデータにすべて改めて記載していることです。
- ・ 2点目は、前回「作成中」としていました箇所を追加記述し、全体をお示していることです。中でも、当構想区域の医療提供体制上の課題、今後の施策及び構想の実現に向けた推進体制に関する内容につきましては、将来のめざすべき医療提供体制をこれから関係者が一緒になって作り上げていくに当たり、非常に重要となって参ります。
- ・ 限られた時間ではございますが、本日も御意見等をよろしくお願い致します。

(中川審議員)

- ・ 構成員の皆様の御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。
- ・ 本日は両地域の合同開催という特別な形となりますので、両地域部会の福島会長、永田会長のお二人から御挨拶をいただきたいと思っております。
- ・ 福島会長からお願いします。

会長挨拶

(福島会長・熊本市医師会 会長)

- ・ 皆さんこんばんは。御紹介いただきました熊本市圏域会長の福島でございます。一言ご挨拶をさせていただきます。
- ・ 前回開催の10月末から早くも12月となりまして、今年も3週間余りとなってきました。
- ・ この一年は何を置いても熊本地震という大災害の記憶と経験から逃れることはできません。引き続きまして復旧・復興に向けた取り組みを着実に進めて参りたいと思っております。
- ・ そうしたなかで地域医療構想についても検討を進めてきました。熊本は上益城と、上益城におかれましては熊本と、双方の圏域が統合して一つの構想区域を設定することに決定致しました。

- ・ この非常に大きな決定に基づきまして、これから両圏域が一体となって、この構想区域におきます将来の医療提供体制を作り上げていくこととなります。本日はそのスタートとなる大事な顔合わせの場と認識しております。
- ・ 会議の資料としましては、これまでの議論を踏まえまして、課題や今後の施策、それから推進体制まで盛り込んだ構想の原案が示されております。一つの構想区域としてこれからどのように取り組んでいくか又は何が必要かといった観点から議論とお互いの地域に対する理解が深まればと思っておりますので、どうぞよろしくお願い致します。

(中川審議員)

- ・ それでは永田会長、お願い致します。

(永田会長・上益城郡医師会 会長)

- ・ 皆さんこんばんは。上益城地域医療検討部会の会長をしております永田でございます。
- ・ 今、福島会長のご挨拶にもありましたとおり、熊本、上益城圏域が一緒になって、一つの構想区域になることが決定されまして、これからそういう地域部会が何回か開かれていくかと思っておりますが、本日は合同での開催になりまして、非常に重要だと思っております。
- ・ 御存じのとおり上益城地域というのは、今回の熊本地震におきまして、非常に被害を受けました。
- ・ 特に益城を中心として人的被害が、全体の50名に対して、24名、約半数が上益城圏域の犠牲者でございました。
- ・ また、家屋被害等も上益城の益城、嘉島、御船等々を合わせまして5000棟以上が大規模半壊、若しくは全壊ということでございました。非常に多くの被害を受けまして、現在は仮設住宅等々も完備されまして、1500棟近くの仮設住宅ができておりまして、その中に約4000名~5000名位の方々が仮設に入居されているという状況でございます。
- ・ また、実際にはみなし仮設として熊本市の方へ多くの方々がまだ入居されているという状況ございまして、まだ、人口動態等々が定まらない状況でないかと考えております。
- ・ 御存じのとおり上益城地域というのは5つの町でございまして、一つの山間部、山都町と、それと熊本市に隣接する平坦部の4町でございます。
- ・ この状況のなかで、山間部の過疎の問題を含めまして、様々な問題を含んでいる我が地域でございます。
- ・ 熊本市におかれましては、隣接しておりますし、2次医療圏としての救急病院も上益城圏域にはございませんので、全て熊本地域の高次医療機関に受診するという状況でございますので、引き続き様々な御支援、御協力を賜ればと思っております。
- ・ これからまた、一緒に取り組んでいければと思っておりますので、よろしくお願い致します。

(中川審議員)

- ・ ありがとうございます。
- ・ ここから議事に入らせていただきますが、進行を熊本地域部会の福島会長にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

拍手

- ・ ありがとうございます。
- ・ それでは、福島会長、よろしく申し上げます。

議 事

- | | |
|---------------------------------|--------|
| (1) 第 3 回各地域医療構想検討専門部会の結果について | 【資料 1】 |
| (2) 熊本県地域医療構想(原案)について | 【資料 2】 |
| (3) その他 | |

(福島会長)

- ・ それでは、お手元の次第に沿って会議を進めます。
- ・ 本日の説明資料は2種類となっておりますが、事務局からの説明を一通り受けた後に意見交換を行いたいと思います。
- ・ 説明をお願いします。

(資料説明)

(村上主幹・熊本県医療政策課)

- ・ 資料1及び資料2を計30分程度で説明させていただきますので、よろしくお願いします。
- ・ 資料1をお願いします。
- ・ 第3回各地域医療構想検討専門部会の結果について説明します。
- ・ 熊本地域及び上益城地域と同様に、10月に各地域で部会が開催され、構想区域に関する審議と地域ごとの課題に関する意見交換を中心に議論が進められました。
- ・ なお、構想区域につきましては、表の2列目のとおり、9圏域が現行の二次医療圏どおり、2ページ目及び3ページ目の中ほどのとおり熊本及び上益城が統合と決定されました。
- ・ 表の3列目の課題に関する主な意見等としましては、在宅医療並びに人材の確保をどのように進めていくかについて、多くの御意見がありました。
- ・ 資料1の説明は以上です。
- ・ 資料2をお願いします。
- ・ 熊本県地域医療構想(原案)について説明します。
- ・ 表紙をおめくりいただき、目次を見開きでお願いします。
- ・ 本日は、前回「作成中」としていた箇所を含め、「第6章 将来の目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策」と「第7章 地域医療構想の実現に向けた推進体制」までの全体をお示しております。
- ・ 前回から修正及び追加した主な内容を説明します。
- ・ 2ページをお願いします。

- ・ 中ほどの「(3) 将来のめざすべき医療提供体制の姿」につきまして、各地域部会での議論を踏まえ、文末、前回までの「患者の状態に応じた質の高い医療を」に続いて「地域の関係者が連携することによって」との表現を加えるなどの修正を行いました。
- ・ 4 ページをお願いします。
- ・ 「3 構想の策定体制・プロセス」は前回作成中の箇所で、「(1) 策定体制」及び 5 ページからの「(2) 策定プロセス」を追加しております。なお、今後の見込みの部分についても括弧で囲む形で記載しております。
- ・ 21 ページをお願いします。
- ・ 「第3章 構想区域」につきまして、これまでの検討経過を追加しました。
- ・ 25 ページをお願いします。
- ・ 資料1で説明した各地域部会の決定に沿って、「2 構想区域の設定」のとおり10の構想区域とするとしました。
- ・ なお、図表20の下のマルのとおり、4機能のうちの高度急性期については全県的な対応を進めていくとしております。
- ・ 27 ページをお願いします。
- ・ 「第4章 将来の医療需要・病床数の推計」です。
- ・ 構想区域の設定にあわせ、病床数の必要量等の数値を、11圏域から10構想区域に見直しております。
- ・ 具体的には、29 ページをお願いします。
- ・ 一番下の「図表26・2025年の構想区域ごとの医療需要推計結果」の2列目のとおり、「熊本・上益城」としております。
- ・ 次に、33 ページをお願いします。
- ・ 下の「図表31・病床数の必要量の推計結果」についても同様に2列目で「熊本・上益城」とし、このように10の構想区域での整理としています。
- ・ 34 ページをお願いします。
- ・ 上から2行目の病床数の必要量の意味合いに関する「病床の削減目標を示したものではありません」との記述について、下の脚注の欄に前回盛り込めておりませんでした。昨年、塩崎厚生労働大臣の国会での答弁内容を追記しました。
- ・ また、このページのマル2つは基準病床数と病床数の必要量との違い並びに関係性についての内容となりますが、現在の国での議論を踏まえた内容に修正しました。
- ・ 国では、次期の医療計画で新たに設定する基準病床数について、病床過剰地域で病床数の必要量が既存病床数を大きく上回る場合は、基準病床数の算定を見直すことができるようにすると検討されています。本県は直近のデータによる試算で、すべての構想区域が病床過剰地域で、病床数の必要量が既存病床数を下回っていますので、対応の可能性は低いと考えられます。
- ・ 43 ページをお願いします。
- ・ 「第5章 構想区域ごとの状況」として、当構想区域のデータを整理しています。
- ・ なお、第2章の熊本県の現状でお示ししている10ページ以降の高齢者の単身世帯

割合や医療・介護資源に関するデータについては、熊本・上益城の両圏域ごとに整理していますので、御参考ください。

- ・ 45ページをお願いします。
- ・ 今回新しく追加したデータとして、先月16日に開催した第5回県専門委員会での御指摘を踏まえ、診療所数の内数として、有床診療所のデータを盛り込みました。
- ・ 49ページをお願いします。
- ・ また、第3回地域専門部会及び第5回県専門委員会での御指摘を踏まえ、「医療施設に従事するその他の主な医療スタッフ」として、理学療法士から精神保健福祉士までの13の職種に関するデータを追加しました。
- ・ 50ページをお願いします。
- ・ 「介護施設数」について、第3回地域専門部会での御指摘を踏まえ、下の図表51-01のとおり老人ホームに関するデータを追加し、整理しました。
- ・ 51ページをお願いします。
- ・ 「法令に基づく医療需要及び病床数の必要量の推計」です。
- ・ 厚生労働省令に基づく算定式による病床数の必要量は、図表53-01のとおり、高度急性期は1,376床、急性期は3,565床、回復期は4,232床、慢性期は2,646床で、4機能合計で11,819床になります。
- ・ また、下のマルのとおり、在宅医療等の必要量は11,447人/日になります。
- ・ なお、これらの必要量は、両圏域の統合により算定の基礎となる入院受療率や他地域への流出率が変わりますので、これまでにお示しした両圏域ごとの数字の単純合算にはなりません。
- ・ 52ページをお願いします。
- ・ 「熊本県における将来の病床数の独自推計」です。
- ・ 図表54-01のとおり、推計Aでは13,363床、推計Bでは14,324床、推計Cでは14,572床となります。
- ・ 54ページをお願いします。
- ・ 「(5)医療提供体制上の課題」です。
- ・ このページ以降が、前回から新規に追加した内容となります。
- ・ 「病床の機能の分化及び連携の推進」に係る課題として、まず、図表57-01及び58-01に掲げる5疾病・5事業に係る拠点病院や地域医療支援病院等との連携体制の強化・充実の必要性を挙げています。
- ・ 55ページをお願いします。
- ・ 一番上に参考として、当構想区域内における医療型障害児入所施設及び療養介護事業所、いわゆる重症心身障害児施設の設置状況をお示ししています。
- ・ その下のマルに、図表57-01及び58-01で御覧いただきましたように、当構想区域には三次救急を担う救命救急センター等の全県域を担う基幹的な医療機関が集中していますので、当該医療機関におかれては全県的な連携体制の中核としての役割を引き続き果たしていただくよう記述しています。
- ・ 次のマルですが、当構想区域の図表59-01が病床稼働率、図表60-01が平

均在院日数、図表 6 1 - 0 1 が許可病床数に対する稼働病床数の割合のデータとなります。こうしたデータにより、区域内の受療実態を区域全体で共有し、各医療機関が自ら検証していくことの重要性を挙げています。

- ・ 5 6 ページをお願いします。
- ・ さらに、図表 6 2 - 0 1 で、昨年度の聞き取り調査で示された「病床の機能分化・連携を進めるために今後必要と思われる取組み」を挙げています。なお、図中のと に関する病床機能の転換のための施設や設備の整備に対する支援については、機能ごとに病床の過不足への対応を当構想区域で協議の上、進める必要があると考えています。
- ・ 5 7 ページをお願いします。
- ・ 「在宅医療等の充実」に係る課題です。
- ・ まず、図表 6 3 - 0 1 に再掲する厚生労働省令の算定式に基づく在宅医療等の必要量を見据え、より一層の医療・介護提供体制の構築などに取り組む必要性を挙げています。
- ・ 次に、図表 6 4 で、全国のデータではありますが最期を迎えたい場所を示すとともに、図表 6 5 - 0 1 で死亡の場所の推移に関する当構想区域及び全国データを示しました。このような意識と実態の差を把握し、対応を進めることの重要性を挙げています。
- ・ 5 8 ページをお願いします。
- ・ 一つめのマルに、当構想区域では、人口 1 0 万人当たりの在宅療養支援診療所が全国平均を下回っていますので、同施設を中心に今後の受療動向や地域のニーズを見据え、在宅医療に取り組む医療機関の増加を図ることの必要性を挙げています。
- ・ また、二つめのマルに、聞き取り調査で示された「在宅医療の充実を進めるために今後必要と思われる取組み」及び個別の御意見を整理し、地域の事情を考慮しながら、患者本人や家族のニーズに応じて、できるだけきめ細やかな対応を進めることの重要性を挙げています。
- ・ さらに、図表 6 6 - 0 1 の下のマルに、地域特性に応じた医療・介護、生活支援等のサービス基盤の一体的な提供、介護予防、地域リハビリテーションといった予防的な取組みの重要性を挙げるとともに、新たな受け皿づくりやサービス量を考慮しながら、第 7 期以降の介護保険事業計画等において検討していくことも重要とまとめています。
- ・ 5 9 ページをお願いします。
- ・ 「医療従事者・介護従事者の養成・確保」では、診療科別、医療機関の規模別等での差異や構想区域間の患者の流出入などにも留意し、人材の養成・確保を進めること、具体的に、人材の養成については、聞き取り調査で示された必要な取組みを通じた資質の向上、人材の確保については、処遇の向上をはじめ、キャリア形成の支援や勤務環境の改善を通じた定着・就業継続を図ることなどを挙げています。
- ・ 6 0 ページをお願いします。
- ・ 「第 6 章 将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた施策」です。

- ・ 課題は構想区域ごとに整理しますが、施策についてはまず全県的な対応に関する方向性や取組みを整理することが必要との考えから、まとめて記載しております。
- ・ 施策の柱の一つめの「病床の機能の分化及び連携の推進」についてです。
- ・ 施策の方向性として、枠囲みのとおり、まずは、本県の医療提供体制の立て直しのため、被災施設の復旧・復興を進めること、そして、各医療機関による病床の機能の分化及び連携のための自主的な取組みが促進され、実効性のあるものとなるように、必要な体制や基盤の整備、支援を進めることとしています。
- ・ そのため、「(1)被災施設の復旧・復興への支援」「(2)病床の機能の分化及び連携を支える体制・基盤の整備」、60ページの「(3)病床の機能の分化及び連携に取り組む医療機関への支援」と区分し、主な取組みを整理しています。
- ・ 具体的な取組みとして、災害復旧費補助金やグループ補助金の積極活用の促進、熊本地震時における医療救護活動等の検証を踏まえた災害・救急医療提供体制の充実・強化、地域医療構想調整会議による協議・調整、医科歯科連携に向けた体制づくり、中でも回復期リハビリテーションの機能強化や療養継続支援等を目的とした回復期における医科歯科連携のための取組み、さらにICTを活用した「くまもとメディカルネットワーク」の構築などを挙げています。
- ・ 63ページをお願いします。
- ・ 施策の柱の二つめの「在宅医療等の充実」についてです。
- ・ 施策の方向性として、枠囲みのとおり、2025年を目途に、県民が住み慣れた地域で医療や介護、生活支援等が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進め、在宅医療等の充実に必要となるサービス基盤の強化、受け皿づくりを進めること、また、県民が健康で安心した生活を住み慣れた地域で送ることの重要性に関する認識を高めるとともに、介護予防や地域リハビリテーションの充実を進めることとしています。
- ・ そのため、「(1)在宅医療基盤の充実」、64ページの「(2)医療と介護の連携の推進」「(3)在宅等住まいの場における看取り等の終末期療養の充実」「(4)介護予防や地域リハビリテーション機能の充実」、66ページの「(5)退院支援機能強化のための人材養成の充実」「(6)高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントの推進」「(7)日常的な見守りや生活支援など在宅生活を支える基盤の強化」「(8)中山間地域における介護基盤の充実」と区分しています。
- ・ 主な取組みとして、訪問診療、在宅歯科医療、訪問看護サービスの基盤充実のためのスキルアップ研修や小児在宅支援コーディネーターの養成、在宅歯科医療連携室や各地域の在宅訪問薬剤師支援センター等の運営支援、市町村や地域包括支援センター等と連携した地域における介護予防の推進、三層構造での地域リハビリテーションの推進、また、被災地支援として、被災地における介護予防や生活不活発病対策の推進に向けた「県復興リハビリテーションセンター」の設置運営等を挙げています。
- ・ 67ページをお願いします。
- ・ 施策の柱の三つめの「医療従事者・介護従事者の養成・確保」についてです。

- ・ここでは、医療従事者と介護従事者を分けて整理しています。
- ・まず、「3 - 1 医療従事者の養成・確保」に係る施策の方向性として、枠囲みのとおり、5 疾病・5 事業、地域で不足が見込まれる機能、チーム医療の推進に係る医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカーなど、必要な人材の養成と確保を進めること、また、医療機関の魅力ある職場づくりを支援することとしています。
- ・そのため、「(1) 人材確保と資質の向上」、69 ページの「(2) 魅力ある職場づくりの支援」に区分し、「(1) 人材確保と資質の向上」では医師、看護職員、チーム医療や地域連携の推進に係るその他の主な医療スタッフでそれぞれ整理しています。
- ・主な取り組みとして、医師に関しては、修学資金貸与、オール熊本での初期臨床研修医の確保と県内定着、総合診療専門医養成システムづくり、「特例診療所制度」を活用した在宅、へき地、小児、周産期医療の担い手確保等、看護職員に関しては、修学資金貸与、看護師等養成所における看護学生の県内定着への取り組み支援、潜在的な看護職員に対する定期的な研修等を通じた再就業支援等を挙げています。
- ・なお、68 ページの一番上のマルのとおり、平成30年度開始予定の新専門医制度については、熊本大学医学部附属病院や県医師会等の関係団体と連携し、医師が偏在することなく専門医の質を高める体制の構築を図ります。
- ・70 ページをお願いします。
- ・「3 - 2 介護従事者の養成・確保」に係る施策の方向性として、枠囲みのとおり、介護ニーズの増大に伴う介護人材の確保のために、多様な人材の参入促進、介護職員の定着の観点から、総合的に介護人材の確保・養成・定着に向けた取り組みを進めていくこととしています。
- ・そのため、「(1) 多様な人材の参入促進」「(2) 介護職員の定着促進」「(3) 情報共有・国への施策要望」に区分し、主な取り組みを整理しています。
- ・71 ページをお願いします。
- ・「第7章 地域医療構想の実現に向けた推進体制」です。
- ・「1 推進体制」につきまして、地域医療構想の推進には、策定主体の県はもとより、市町村、医療機関・医療関係団体、介護事業者・介護関係団体、医療保険者及び県民が将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた今後の方向性を共有し、それぞれの役割を果たしていくことが重要となります。その中核として医療法に規定された協議の場である「地域医療構想調整会議」を構想区域ごと並びに全県単位で設置し、引き続き二段構えで推進を図っていきたいと考えております。
- ・なお、調整会議での議論の進め方については厚生労働省で検討中ですので、最終の取りまとめを踏まえ、本県の運営方針を定める必要があると考えています。
- ・72 ページをお願いします。
- ・「2 関係当事者の役割」として、まず県では、調整会議の効果的かつ効率的な運営やデータ提供、地域医療介護総合確保基金等を活用した第6章に掲げる施策の推進、県民への周知啓発、市町村介護保険事業計画の策定に当たっての助言等を行っ

ていきます。なお、図表74のとおり、構想実現に向けた知事の権限が規定されていますが、これまでに説明してきたとおり、知事に稼働している病床を削減する権限等は与えられていませんので、医療機関の自主的な取組みを促していきます。

- ・ 73ページをお願いします。
- ・ 「(2)市町村」の役割として、地域医療構想にも留意した在宅医療・介護連携の取組推進、市町村介護保険事業計画の策定に当たっての構想の策定趣旨や内容を踏まえた検討を挙げています。
- ・ 「(3)医療機関・医療関係団体」の役割として、一般病床及び療養病床を有する医療機関においては、毎年度の病床機能報告を確実に実施いただくこと、地域医療構想をはじめ、県が示すデータ等を参考に、構想区域における自院の病床機能の相対的な位置づけを把握した上で、自院が将来めざす医療の実現に向けた自主的な取組みを行っていただく、その際に病棟単位で選択した病床機能に応じてどのような患者を受け入れていくか、また、それに伴ってどのように必要な体制を構築していくかを検討いただくこととしています。なお、有床診療所においては、①から⑤までに例示する機能について、地域の実情に応じて必要な役割を担っていただくこととしています。
- ・ 併せて、図表75の下のマルのとおり、医療関係団体におかれては、医療機関の自主的な取組みへの支援をお願いします。
- ・ 「(4)介護事業者・介護関係団体」の役割として、介護事業者におかれては、医療機関との連携強化を通じて介護サービスの充実を進めること、介護関係団体におかれては、介護事業者の自主的な取組みへの支援をお願いします。
- ・ 74ページをお願いします。
- ・ 「(5)医療保険者」の役割として、構想の策定趣旨や内容に関する加入者への周知・啓発、構想の推進に必要な医療提供施設の機能に関する情報やその他の必要な情報の県への提供をお願いします。
- ・ 「(6)県民」の役割として、人生最後の場面をどのように迎えたいのか、どのような医療を希望するのかということ、一人一人が考えておくこと、限りある医療資源を有効に活用できるよう、医療に関する適切な選択を行い、医療を適切に受けるよう努めることを挙げています。なお、平成26年の第6次医療法改正により、枠囲みのとおり国民の責務が規定されています。
- ・ 「3 構想の進行管理」として、構想の実現に必要な事業の進捗状況を毎年度評価し、調整会議等に報告するとともに、県庁ホームページにて公表すること、評価結果に対する調整会議での意見等を踏まえ、必要に応じて施策や事業を見直すとしています。
- ・ 資料2の説明は以上です。

(意見交換)

(福島会長)

- ・ これから意見交換に入ります。

- ・ 御意見、御質問等をよろしく申し上げます。

(廣田構成員・熊本地域医療センター院長)

- ・ 2点申し上げたいことがございます。1つは45ページの医療介護資源の状況についてです。もう1つは57ページ、最期を迎えたい場所についてです。まず45ページの医療介護資源の状況について申し上げます。文章を読みますと、全国の10万人当たりの数を100とすると、当構想区域では病院数は193.5、有床診療所数は247.8、病床数は175.1、47ページに飛びまして、医師数は183.0、薬剤師が169.8、49ページにいきますと、理学療法士・作業療法士222、48ページに看護師、准看護師がありますが、166、199.9と2倍から3倍、この区域には医療従事者がいますよという数字になりますが、私も、他の医師にも聞いてみましたが、熊本市に医師、医療従事者が多すぎるという感覚は持っていない訳です。平日、日勤単位の医師数はある程度おりますが、夜間休日は医師はいません。不足しているという感覚しか持っていないのですが、この数字を見た人は熊本構想区域は医療従事者が非常にたくさんいる。という認識を恐らく持たれるだろうと思います。
- ・ 先日行われた山田先生が会長をされた全日本病院学会でも同じような発言がございました。熊本は多すぎると。そこで、前回の会議の時にも患者さんの流出入のことを考慮すべきではないかと申し上げました。26ページを見ていただきたいのですが、熊本構想区域には熊本県下全区域から患者さんが集まってこられます。こういった患者さんに対応していくのだから、少しこの人口当たりの数よりは医療従事者がいるんですよとか、何らかの考察、説明を加えておく方が、正確な理解のためには必要なのではないかと、この点を考慮していただければと思います。
- ・ 2番目が57ページの最期を迎えたい場所についてですが、これはがんの拠点病院がされる緩和ケアの研修とか県がこの会場でされている介護保険の研修なんかでこのデータ、最期を迎えたい場所に関するデータが出てくると思いますが、これとまったく違うんですね。緩和ケアの研修で使われているデータも、介護保険の研修で使われてるデータも、ほとんどの人は病院で最期を迎えたいというグラフです。緩和ケアの研修あるいは介護保険の研修のデータの源は厚生労働省が5年ごとに諮問した委員会に依頼して行っている調査のデータです。5年ごと全く同じデータです。これと真反対のデータです。恐らくここに載っているグラフは安倍内閣になって恐らく厚生労働省のデータでは施策が進められないということもあったんでしょうか、内閣府が独自にやり直したデータです。真反対のデータが出ています。真反対のデータが出ています。片方だけを取り上げるのは少し慎重でなければならぬのではないかと考えています。以上です。

(福島会長)

- ・ 2つ質問が出ましたが、1つは医療従事者についてということと、もう1つは人生の最期を迎えたいというデータは、違うのではないかと指摘です。

(阿南課長補佐・熊本県医療政策課)

- ・ お尋ね、御指摘についてお答えしたいと思います。

- ・ 人口10万人当たりで大小、現状を比べているということについて、患者の流出入等を考慮していないのではないかと御指摘ですが、こちらについては人口10万人当たりの医療従事者とか病床数というのは全国的に使われている資料で、これが多いから減らさなければならぬとか、少ないから増やさなければならぬという訳ではなくて、一定の水準を見るための指標というふうに考えております。
- ・ 従いまして、より実態を反映する観点からしますと、医療機関所在地ベースで患者数辺りのデータを示せば一番良いのですが、現在2次医療圏単位での推計入院患者数しかわかりませんし、厚労省の患者調査でも病院のみでしか考慮されていないということとして、診療所を含めた算定ができないということでございます。
- ・ 今後どのようなデータで医療資源、介護資源の過不足を把握していくかについては、今後も引き続き検討していきたいと考えております。
- ・ そして、資料の59ページをお願いします。先ほど医療従事者のところ、59ページということで医療従事者の養成確保というところなんですけど、ここでは確かに10万人当たり概ね全国平均を上回っていると書いておりますが、しかしながらということで診療科別とか、医療機関の規模別で差異とか構想区域間の患者の流出入などにも留意し、将来の医療需要も踏まえて、医療従事者が適切な確保と人材養成を進めていきたいという注記は先生から前回も御指摘いただいておりますので、今回配慮した部分なんですけれども、今後も適正な比較できるようなデータを色々提供させていただきたいと考えておりますので、この点はご了承いただきたいと思います。

(村上主幹)

- ・ 2点目のご質問が57ページの表64、最期を迎えたい場所のデータについてでございます。こちら図表に記載しておりますとおり、出典は厚生労働省が今年の7月6日に開催されました第1回全国在宅医療会議で示されたものということで、その元データにつきましては円グラフの右、出典24年度の高齢者の健康に関する意識調査 内閣府と記載しておりますとおり、若干古いデータになっているところでございます。
- ・ 今廣田構成員から御指摘がありましたので、よろしければ、そういった直近のデータ等々についてご教授いただきまして、表に戻して貼り付けるような形で検討を進めたいと考えております。
こちらでは直近の会議資料でこういったデータが出ておりましたので、それを採用させていただいたということでご了承いただければと思っております。以上でございます。

(山田構成員・高野病院 理事長)

- ・ 詳細な御説明ありがとうございました。2点だけお聞きしたいのですが、61ページをお願いします。
- ・ これはくまもとメディカルネットワークといいまして、先日もこの会議がございましたけれども、熊本県というのは九州の真ん中であって、非常に地域との連携が重要な箇所であって、医師会では金澤先生が中心に進めていただいております、こ

れは他県から非常に期待されている事項であるんですが、熊本の地域医療構想はどうなっているんですかと他県の先生から聞かれるときはこのネットワークがベースにあって地域医療の連携が密にいけるようになるだろうといったら、皆さん、「ほんとにそれ大丈夫なんですか」という言葉が出るんですが、一つは県が、行政の方がもう少しこういうところに、KMNに対して力を入れていただけないかというふうに強く思っているのですが、いつも金澤先生から色々御説明いただいて、非常に素晴らしい方向性だと思うのですが、なかなかこの、市内の方も進まないのに、ましてや県内全体に関してはまだパイロットスタディの段階で、仕方がないと思うのですが、県の方の方針がどうなっているのかというのが第1点でございます。

- ・ 第2点目が、68ページの一番上の行ですが、3行書いてありますが、再来年から新専門医制度、当初の制度が上手くいかなかったので再来年からということになりますが、これは熊本大学、今日は熊本大学の馬場教授も来ていただいているので、今後の、高度急性期病院は大きな問題はないと思いますが、今度はそれ以外の急性期病院とか、あるいは一般病床を持っている病院とか、そういうところとの、専門医の、一つは育成もさることながら、構築といいますか、維持といいますか、そして教育といいますか、そういうのがこの会であまり聞いたことがなかったので、馬場先生との連携があると思うのですが、もう少し、まだ制度が決まっていけないのでそれが出てからの発言になるとは思っているのですが、いずれにせよ行政と大学が一緒になって各病院との連携をどう繋げていくかということは、これは大体予想される範囲内の専門医制度ですので、おそらく最初は機構だけが全部牛耳る予定でしたが、そうではなくていわゆる各学会と機構が一緒になって決めていくという形になるので、その辺に関して行政がどの程度サポートしていただくのか、あるいは人材育成につなげていただくのか、その点を行政と馬場先生から教えていただければありがたいです。

(福島会長)

- ・ くまもとメディカルネットワークについて、県の関与はいかがでしょうかということと、もう一つは新専門員制度について。

(松岡課長・県医療政策課)

- ・ 1点目のICTの取り組みでございます。県の方針ということでございますが、この構想の中でも主要事業として今回手を入れたところで書いてあるように、熊本の震災の復旧・復興プランを8月に作っておりますが、その中でもICTの取り組みというのは県の主要事業として位置づけをしております。平成26年度から県の医師会、病院の方と協定を結んで、32年度までの大プロジェクトとして、先ほど先生からお話があったように、他県のモデルとなるような取り組みになるように、県外の事例も踏まえて、利用者、利用者といった場合には当然患者さんもあるんですが、ICTに係る参加施設の方がほんとに使い勝手の良いシステムにしたいと考えております。当初、3地域の阿蘇、球磨、芦北のパイロットエリアの中で検証をしたいということが当初予定であったものですから、狭い範囲で事業をスタートして、検証するに当たっては利用者の意向というのが、要は受療の動向というのが3圏域

を越えた医療提供が多数あるということが先般運営協議会を関係者に開催いただきまして、全県下に広げた復旧をやろうということで、通常の見組みも進めております。具体的な医療機関への、介護施設も含めた対象施設へのアプローチについては、金澤先生を中心とした医師会の方をお願いしておりますので、行政の方も医師会と連携して、個別の医療機関にも、必要であればしっかりと周知、説明等を行っていきたいと考えております。

- ・ 専門医制度については、先生がおっしゃったようにまだ色々な制度が議論されて動いています。行政の関与を具体的にどうするのかということが分かっておりません。非常にお答えにくいところがあるんですが。

(迫田医監・県健康福祉部)

- ・ 専門医制度につきましては、当初の予定では早い時期からの導入ということでやったんですが、これに全国の自治体もかかわっていくという話も急に出てきまして、おそらく全国の自治体でもどのように関わっていくのかというのは、実は戸惑っているところでありまして、全国の会議にいきましても県が今後どのように専門医制度に関わっていくかというのは、まだよくわからない、決めきらないというのが正直なところでありまして。
- ・ ただ、先生がおっしゃるように、この新しい専門医制度は、やはり医療、特に地域医療には密接にかかわる医師の確保という点からも非常に密接に関わっていくというのは間違いありませんので、県としても取っ掛かりができていないということではあります。先生が言われたように、熊本大学を始め、この専門医を養成していかれる機関と連携を図って、もう少し記載については考えさせていただいて、今後しっかりと対応していく必要があると考えております。今のところはこの位しかお答えできません。

(馬場構成員・熊本大学医学部附属病院 副院長)

- ・ 山田先生からご質問がありましたので、私が知り得る範囲でのお答えをさせていただきます。
- ・ まず専門医制度の問題ですが、執行部が今年の7月に変わりました。前執行部は池田理事長を中心に専門医機構が色々なプログラムを決めて、そのプログラムの認定、あるいは専門医申請があったものに対して認めていくという、ある意味大きな制度、専門医機構が大きな力を持つという制度でありました。
- ・ これに対して色々問題があるという指摘がされました。それはどういうことかということ、平成16年に始まりました初期臨床研修制度、この時にどのような現象が起こったかということ、一つは地方から東京、関東、関西辺りの中央に医師が初期臨床のために出て行って、地方に人がいなくなる、いわゆる地方の医師が減ってしまう医療崩壊、そして診療科偏在という問題が起きて、同じような現象が新専門医制度が始まることによって引き起こされる懸念があります。
- ・ こういうことにつきまして医師会とか4病院団体の方からの指摘がありまして、実は新しい機構を作り直すということで、機構側もそうなんですが執行部を代えるということで、旧執行部の4名だけが新しい執行部の理事として入っていらっしゃる

ます。基本的な方針は、現在吉村理事長の元で進められている方針としては、従来のような専門医機構が大きな力を持って各学会と連携を取りながら進めていくというよりも、専門医制度に関してどちらかというと専門医機構は小さな政府という位置づけで、それぞれの学会にかなりの部分を委ねるということになりました。

- ・ 実は1年遅らせて新専門員制度を開始するという事になった訳ですが、現状を言いますと、19の基本領域の整備基準そのものがまだ作られておりません。非常に遅れております。今の進捗状況からすると、果たして平成30年から開始できるかやや疑問でありますし、もう一点申し上げますと、基本領域とサブスペシャリティ領域の専門医制度のプログラムの連携がまだ全く進んでおりません。これにつきましても2階建ての部分はそれぞれの関連する学会が寄り集まって、サブスペシャリティのところの議論を進めるということになっておりますが、非常に遅々として進んでいないというのが現状でありまして、今月末に専門医機構の会議が開かれますが、そこでもう少し明らかになってくるかと思えます。
- ・ 専門医機構のホームページを見られたらわかるかと思えますが、いずれもまだそういうものがホームページ上にもアップされませんで、非常に混沌とした状況です。
- ・ それから医師の専門医制度が始まりますが、地域医療が、初期臨床研修が始まった時の二の舞で、また医師不足、診療科偏在が起こるのではないかと懸念されるわけでありまして。お手元の資料の67ページに、一番下のところですが熊本県での総合診療専門医育成システムという図表あるいは文章がございます。熊本県と大学との連携によりまして、地域医療総合実践学寄附講座等々、このような寄附講座を大学内に設けておりまして、今特に医師不足が顕著にみられるような地域に大学から医師を派遣する制度を初めております。地域の医療が崩壊しないように大学としても各診療科、関連病院と連携しながら最大限熊本の地域医療崩壊を将来しないような取組みは既に行っておりまして、これは専門医制度が始まったとしても引き続き行われると思えます。
- ・ あと一点追加致しますと、初期臨床研修制度、来年度は県全体で見ますと、初期臨床研修医が熊本でプログラムを選ばれた方が全国1位でありました。130名くらいの応募者がありまして、県単位で見ると、今回全国一位のマッチング率ということになっておりますので、県あるいは大学、あるいは関連病院と連携しながら、出来るだけ医師を熊本に定着させて、地域医療を守るという体制で臨んでいるということをお理解いただければと思えます。以上です。

(金澤副会長・青磁野リハビリテーション病院 理事長)

- ・ (くまもとメディカルネットワークに関して)私が県の医師会の方で、飯星先生が御担当されておりましたが、今年度から私が主担当になりました。
- ・ 先ほど県の方からもご説明ありましたように、非常に熊本県庁として、熊本大学そして県の医師会、すなわち地域の医師会の先生方と3人4脚で、オール熊本で進めているということは非常に誇らしいこととあります。
- ・ ところがそのネットワークの現場はやはり多くの人たちが利用することによって広がっていく訳でありまして、パイロットエリア、阿蘇、人吉、水俣という地域で

はどうしても患者さん方が、その地域にお住いの患者さん方が、実は八代の病院にもかかるんだとか、熊本市内の病院にも時々行くんだとか、パイロットエリアを超えた県民の受療行動が明らかになってくるに従って、やはりこれは早く広げようということで、やっと今月から熊本市内の先生方、県全域の先生方に、熊本県の医師会は、先日地域医師会の先生方にお集まりいただきまして今のことはアナウンス致しまして、12月、1月に各地に参りますよ、ということで各地域医師会の先生方にお集まりいただきまして、そして各地域の医療連携と同時にもう一つ、私が担当するようになって少しアクセルレートしたいなと考えておりましたのが、在宅医療の訪問看護、訪問介護、あるいは訪問診療の部分のネットワークを通したメッセージと言いますか、医療データの連携よりも担当しております患者さん方の状態の連絡をし合うことによってスピーディーな対応あるいは適切なケアが進んでいくだろうということで、ICTのネットワークを61ページの図表の下の方で訪問看護ステーション、介護事業所、そして在宅療養担当医更には薬局、調剤薬局のお薬の情報、これらを普遍的に使っていく、日常使うネットワークなんですね。

- ・ 医療機関同士のネットワークは、実は必要な時にしか使いません。患者さんの紹介であったり、あるいは病院を転院するとかいう折に今までのデータを必要とするということで、毎日朝から夕方まではこの医療情報ネットワークは使われないという類のものなんですね。
- ・ 一方、下の方の訪問看護等々、在宅に関しては毎日使って参ります。そういうことで多くの先生方がかかりつけ医として毎日使うネットワークを通して、診療情報の連携活用という流れになっていきたいと。特に在宅に関してはもう12月から使っていくぞということで利用者登録を推進していこうということでございます。
- ・ ですから圏域広く先生方、あるいは地域の従事者の方々にICTによるくまもとメディカルネットワークというものを少しずつ広がっていくスピードが速くなっていくかということをご期待してることが現状でございます。どうか御理解と御協力をよろしくお願い致します。

(米満構成員・熊本機能病院 理事長)

- ・ スケジュールを見ますと、地域医療構想の策定に関しては時間もあまりないという状況ですので、実は先日医療法人協会の全国の研修会等にも参加させていただきまして、厚労省の神田医政局長のご講演等も賜って参りまして、そこで神田医政局長が言われたのは、一つは地域医療構想に関しては、当事者同士が腹を割って話すということが一番大事だということを強調しておられまして、それを一番求めていますということを言われておりました。
- ・ もう一つ非常に気になったのは、その中の神田医政局長の話の中で地域医療構想の基金に関しては、無限にあるものではなくて、しっかりとした地域医療構想のところにお金を使うべきだと示したところから順次降りていくものであって、皆に平等に分配されるものではなくて、非常に良いアイデアのところに対して配られるものであるので、しっかりとした地域医療構想、こういうところにお金を使うべきだということを具体的に出したところから当然配られていきますということをはっき

りとおっしゃったので私は非常に驚きました。

- ・そして既に地域医療構想が具体的に策定されて具体的な、例えば公的病院と公的病院が合体して回復期を担うようになりますとか、例えば秋田とか青森とか広島とか、策定が済んでいるところの事例を出されまして、ここまで進んでいますというお話をされました。お話の流れからいうとそういうところに基金がいくのだろうと聞こえるようなお話でしたが、そういう進んでいる他県と比べまして、熊本の地域医療構想の中でどういうことをしっかりと基金を使ってこういうふうに進めるということが打ち出せるのかなというふうに考えながらその勉強会に参加させていただいたところですが、一つはこの地域医療構想をまとめていただいたのは非常に重厚なものであると思うのですが、最初のところに熊本地震のことを強調しておられます。地域医療構想の中で地域医療構想のことをしっかりと述べられるとすれば、地域医療構想の基金を熊本地震の復旧、地域包括ケアとか崩れた地域医療のところはどう充てるのかということ具体的に走っていくと、そしてこの熊本の地域医療が乱れたところにこの基金を充てるということはいかなるものかと。
- ・もう一つだけすいません、私は回復期の代表ですので前回も申しましたが、熊本の場合は55ページでございますけれども、回復期の病床は今も必要量と現在の病床、必要量と病床という問題で言いますと、前回もお話しましたが、必要量というのは患者ベースから割り出したものでございます。現在の病床というのは病院の届出から出したものです。ですから必要量というのが現在の病床とマッチングしないということは先ほどもご説明ありましたが、いずれにしても一つは、この中でいうと回復期病床というのは現在も2025年も熊本は足りないんだという数値の比較になる訳です。必要量からすると。ただ、現在もそうなんです。現在も回復期の必要量、これは回復期の定義というのが急性期を過ぎた患者さんということになりますので、必要量からすると今の回復期病床は必要量に足りていないんですけど、回復期の病床稼働率は算定に必要な病床稼働率を大幅に下回っております。熊本県の場合は。熊本県全体でも74%、熊本、上益城でも73.8%の病床稼働率。現在この病床稼働率が73%という状況の中で、回復期病床が不足していると考えられるのかどうかということは、やはり議論をしなければならないことだと思います。つまり、高度急性期は全国平均75%というところが熊本は90.8%。これが非常に熊本の特徴ではないかと思えます。つまり高度急性期のところに回復期と算定される患者さんがいらっしやると、これがやはり現実だとなんだらうなと思えますが、ただ、その方々ががんの治療をしている間に一週間何もしない期間がある訳ですが、入院しとかなければなりません。その間は医療資源の投入はほとんどありませんので、形は回復期なんです、その一週間は。ただその方がその間回復期の病院に移動してということはありませんので、そういうふうにしてこのデータを見ないといけないとなると、この2025年の必要量をどこまで我々は必要なテーマとして、目指すべき姿として見るのかということをしかり議論して今後の姿を構築しないと、非常に誤った方向に行ってしまうのではないかと。その2点、地震のことと回復期のことに関してお答えいただければと思います。

(立川健康局長・熊本県健康福祉部)

- ・ 1点目の、端的に申しますと地震があって、それに地域医療介護総合確保基金を投入したらどうかというお話かと思えます。地域医療介護総合確保基金というのは全国ベースで904億円というのが平成26年度からありまして、消費税の増税がありませんでしたので、904億円が28年度まで据え置かれているというところでは、29年度の政府予算はどうなるかわかりませんが、28年度までは904億円、ちょうど私が初年度からここにおりましたので、初年度県医師会の先生方から904億円を47都道府県で割ると多分19億円位になると思いますが、19億円は取らないといけないと開口一番に言われたのを思い出します。結果、たまたま19億円前後いただいて、それは先ほど医政局長の話にもあったと思いますが、今言われているのが、地域医療構想実現するために、そのうち半分は使いなさいと、例えば本県に20億円来たとする、半分の10億円は地域医療構想を達成するために使ってくださいという枠決めがなされています。
- ・ 地域医療構想の達成とは何かというと、今日も担当が説明しましたように、機能ごとの足らなかつたり多かつたりというのはありまして、そこを皆様方で話し合っ、そこに落ち着くようなのに使ってくださいといわれています。
- ・ 国は病床削減ではありませんと言いながら、医政局長から病院を統合されるところに対して多く配分しますよ的なことを文脈から言われたと、構成員がおっしゃっていると思いますが、確かにそういったことに対して使いなさいということでもらっています。
- ・ 従いまして、地震が本県を襲いまして、本県の地域医療が大打撃を受けた地域もたくさんある訳ですが、そこにこの基金はちょっと回せないというのが結論でございます。地震のためには、別途国費を持ってこない、全然立ち直れません。そういった意味で県庁挙げて、知事以下全員で国費を持ってくるようにということで、私どもも頑張っています。
- ・ ですので、地震に基金を使い始めると、たった20億は一瞬で消えてしまうものですから、それは別途国に要求しています。そして基金は地域医療構想達成のために、人材確保もあります、人材確保と在宅医療と地域医療構想達成のためにという3つの大きな柱で使いなさいという、それも、繰り返しになりますが地域医療構想の達成のために半分は使いなさいという話が都道府県まできているという状況でございます。従いまして、基金は地震には該当しないというのが現状です。以上です。

(米満構成員)

- ・ 地震の建物を立て直すというのはご尽力いただきまして、我々の方も半分位補助が出るということでやっておりますけれども、地域医療を担っていく病院で、まだ病床を元の病床に戻せない病院が何病院もあります。
- ・ それ自体がいわゆる全く病棟分の収入がない状態で病院自体は踏ん張っているというふうな状況でございますので、この病院、地域の宝を維持するというのが地域医療構想だと最初のところに書いてありますので、建物の復旧とかそういうことではなくて、本当に中核になっていた病院を回復させるということを書いて

ありますので、それを地域医療構想で、国から頂いたお金だけでやるのか、地域医療構想で皆で考えて地域の医療を守るのか、というところでいうと、地震に使わないとかではなくて、基金を地震で傷ついた、崩れた地域医療を担った病院でいまだにベッド100床くらい使えないとかありますので、その100床は年間でいうと何億と、1億とか2億位赤字になっている訳ですね、おそらく今年は赤字になる病院があるかと思います。

- ですので、そういう病院に対して何かしらで使ったりとか、それは私の個人的な意見ですが、そういったことは可能なのではないかという思いがあります。

(阿南課長補佐)

- 2点目の過不足の判断ですが、前回の熊本地域専門部会でも先生とは大分やり取りさせていただきまして、これについては資料42ページに病床機能報告制度の病床数と病床数の必要量を比較する際には、こういったマクロの、病床数の必要量はマクロのデータでございます。病床機能報告の報告数はミクロの話なので、この点は注意しなければならないと、ただ、補完的にこの比較によって、熊本においてのこの数値については、資料の53ページの熊本、上益城地域におきましては、病床機能報告の報告数と病床数の必要量との差は1700、800というデータがありますので、相当な開きがあるんじゃないだろうかということは判断できるかと思います。
- ただ、その点は61ページにも書いていますように、先ほど米満先生がおっしゃったように、この稼働率をどう見るのか。この稼働率も病院と診療所で崩した場合、回復期を分析した場合どうなるのかというのが、詳細なデータを作ろうと思えば出せますので、そのデータを見ながら、その地域に足りない機能は何なのかということをご検討していただければと思います。貴重な御提言だと思しますので、この点はまた先生の方とも意見交換させていただきながら不足の意味、範囲について研究していきたいと思しますので、よろしくをお願いします。

(齊藤構成員・熊本県保険者協議会代表)

- 基本的な質問と、今阿南補佐から話がありましたけれども、関連するかもしれませんが、この原案が示されまして審議会を通ったということ、それと水を漏らさないようなこれからの推進体制の説明があった訳ですが、この本文の中に削減ありきではない、要するに議論するプロセスが大事だとしてしっかり明記されており、これはそのとおりだと思っています。
- その中で県も時間と議論を受けて独自の推計を出されるなど非常に努力されてこられました。しかし、先行して計画を出されている他県の計画の出し方がこのようなものなのか、その点を聞きたいというのが一つと、それと今後調整会議等々で議論していくという形になるのでしょうか、この原案には目標があるのかどうか、単なる参考通知、指標なのか、ようするに報告制度と参考資料とのギャップをどう埋めていくかという議論をこれからやっていくのでしょうか、目標指標という視点があってしかるべきと思う点もありますけれども、いや参考資料だからいいんだよと、という意味からしたらば、それは調整会議に全て委ねるといふ形になるのか、そう受け止めかねないところがあると。

- ・ 更に一言申し上げるのならば、今話がありました53ページの厚生労働省ガイドラインに基づくA案、県独自のB、C案というのが推計値を併記してありますけれども、これに対する熊本県としてのコメントがあるのかどうか、例えば医療提供の質の面からどうなのか、担保されているのかとか。あるいは一方でコストパフォーマンスの点からどう評価するのかとか。あるいは県民の患者さんの受診アクセスの視点からどう判断するのか、更に言えば今回のような緊急時、危機管理上からどう担保するのか。そこら辺のコメントがあって、更に調整会議に委ねるということであれば結構なんですけど、なとなしに参考資料だけ示して目標もない、後はどうぞ議論してくださいと、そういう観点でいいのかなという疑問も持っているのですが、コメントがあればお聞かせいただければと。
- ・ それからスケジュールのなかでタウンミーティングとかパブリックコメントとか書いてありますが、これは一つのお願いでございますけれども、こういう計画の数値を平面的に例示しますと県民の皆様方、患者様方は地震以降、とにかく安心・安全な視点ということで誰しも見られると思いますから、やもすれば現状肯定、あるいはこれ以上の医療施設の配置であるとか、近くに大病院があった方がいいとか、アクセスの状況であるとか、そういう思考にもなりかねません。ですから今後のパブリックコメント、タウンミーティング等々における資料の出し方については、是非とも県民の皆様方が、質の面、コストの面、アクセスの面、あるいは危機管理という視点から客観的に判断できるような資料を御提示していただきたいという要望でございます。

(阿南課長補佐)

- ・ 構成員から御指摘があったのが、目標がないじゃないかということなんですけど、目標はございます。2ページなんですけれども、将来の目指すべき医療提供体制の姿という、こういった目標を御説明しましたけれども、高齢化が進展し・・・という部分ですが、患者の状態に応じた質の高い医療を地域が連携して効率的に提供できることという大目標がございます。確かにこうした数値目標というのは74ページに書いていますとおり必要な事業の進捗状況を評価し、とありますが、構想ということで何回もご説明しましたが、施策の方向性を示しているということで、この後出てくるのが、今年度から作成を始めます第7次保健医療計画の中で、これもまた6年間の目標になりますが、その中で詰めていきたいと思っています。
- ・ 2つ目の4つの病床数の推計値のコメントということですが、今回この病床数の推計のデータを出したのは、一番初めに厚労省の算定式でいきますと余りにも現実と乖離があるということ踏まえまして、蒲島知事から全医療機関調査、地域の実情を把握しなさいという指示がございまして、関係者、医療機関の皆様方に直接保健所等に足を運んでいただいて把握させていただいたものです。その結果を反映した場合、こういった1、2、3という数字がありますよということでございます。
- ・ こちらも議論の中で説明しておりますが、どうすれば正しいとか、あくまでも推計は推計ですので、どの数字が正しいとか、そういったものではございません。今後引き続き2025年、その先の30年、40年を見据えて、各医療機関、我々も毎

年厚労省等からいただいたデータや我々が把握しているデータも出していきますので、そこで今後の医療提供体制の在り方を考えていただければと思います。

(福島会長)

- ・ この県の(県独自)案(が地域医療構想に掲載されているの)は熊本県だけですか。

(阿南課長補佐)

- ・ 他県の地域医療構想にこういった事例があるのかということなんですが、今我々の中で、他県が地域医療構想が出来たら送ってくるのですが、その中で独自推計とか、全医療機関を調査したというのはございません。ただ、沖縄県とか福岡県とか、まだ(構想が)できてないところがもしかしたら挙げてくるかもしれませんが、今のところ、先行で作ったところはそういった調査等していないことを確認しています。

(清田構成員・春日クリニック理事長)

- ・ 在宅医療の立場で出席させていただいております。地域医療構想の中で在宅医療に対する取り組みが全体的にどれくらい整備されているかという議論がなされていますが、我々在宅医療をやっている立場からすると、もう一つ大きな地域包括ケアシステムの構築というのがあります。そこから見る在宅医療というのは全く景色が違います。地域という定義そのものも2次医療圏という大きな領域で語られている地域医療構想ですが、地域包括ケアというときはご存じのとおり生活圏域という極めて限局した領域での話です。どちらにも在宅医療が大事だということを言っただけでございますが、地域包括ケアの時には中学校校区程度の生活圏域、いわゆる住み慣れた地域で最期まで生活を続けるということをキャッチフレーズでやっています。この議論で二次医療圏という大きな範囲でやっていくと実情とかけ離れたものになってしまうので、この2つをうまくリンクさせた形で在宅医療について語っていかないとイケません。地域の実情、地域特性に応じてきめ細やかな在宅医療の構築をしていかなければならないという前提で検討した結果、このくらいになるということが本当は必要だと思うんですね。
- ・ ですから、そういった意味からすると今議論している内容については、いくつがいいのかどのくらいいるのかという議論よりも医療機関のある地域の実情はそれぞれ違っているので、地域医療構想の数値というのはあくまで目安で、これからのどのくらい必要かということから、自分たちの医療機関の将来構想をどうするのかということにつなげていけばいいのではと思います。全体が増えたから自分のところに多く配分されるということではなく、もしかしたらあるところに極端に偏在するかもしれません。医療機関のスタンスによって、地域住民が選んでいくという点からすれば、誰か(国や行政)が何かをやってくれるということではなくて、やっぱり自分たちがどうするのかということが大切です。特に私がこの話をするのは在宅医療の取り組みは各医療機関の考え次第でどうにでも変わっていきける可能性があるからです。さらに一方で在宅医療を普及させるために診療報酬や制度の見直しが行われているので、それに伴って我々のあり方も変わらざるを得ない状況もあります。
- ・ ですから、それを考えると、地域医療構想の中で、地域でこれだけ病床が確保されたから自分の医療機関もそれだけ病床を維持することができると思うのは違う

ような気がします。今、自分の医療圏にどのくらい病床が必要かという数字を目安にして各医療機関がしっかり取り組めば予想以上の病床が必要とされるかもしれませんが。つまり基本的に県が決める数値は、その地域にその病床が維持されるという保障ではなく、実情に応じて増えたり減ったりするものとの認識が必要でしょう。ここで数的に多いとか少ないということを議論しても、あまり意味のないように思います。

- ・ こうやってしまうと怒られるかもしれませんが、在宅医療の現場と同じように地域での存在意義、地域でなくてはならない病院かどうかと問われていると考えるべきだと思います。

(松尾主幹・熊本県認知症対策・地域ケア推進課)

- ・ 基本的に地域包括ケアシステムというのは、御承知のとおり、医療介護生活支援、それぞれ地域特性に応じて構築していくということが基本的な考え方としてあると思います。
- ・ その中で在宅医療につきましても、やはり地域で医療資源の差というのもございますし、そうしたところを実際の自作シートを見ながらそれぞれ待機支援をどうしていくかとか、認知症の療養支援をどういうふうに緩和してくとか、具体的に在宅、訪問診療に取り組む医療負担を自分たちの地域でどのように確保していくかとか、後は急変期の対応としては、例えば在宅療養支援診療医ですね、これを地域でどのようにやっていくかとか、具体的な議論が在宅医療を進めるうえで必要なと思います。
- ・ そうした中で今回の地域医療構想の中では在宅医療等の数字が示されていますが、これはもちろん訪問診療というところでの大要件でもございますが、施設とか、あらゆる入院以外の病棟以外の回復施設を含めて、そこでどういうふうに行っていくかの一つの目安となる数字ということで、基本的には地域包括ケアシステムの主体となる市町村辺りの介護保険医療計画との整合性を取りながら進めていく必要があると思います。そういう意味からも在宅医療というのは地域の必要量を十分踏まえながら、御発言のとおりですね、進めていくというのが非常に重要だと思います。抽象的なお答えで申し訳ございませんが、そのように思っております。

(向山構成員・熊本県保険者協議会 代表)

- ・ 私はこの会議に何度か出席しまして、地域構想のなかでの実態の共有とそれから課題をだして、今後やる方向を課題として掲げてこれたんだなということを今確認したところでございます。
- ・ 在宅医療の重要性については以前から保険者という立場では、住民に一番近い立場にありますので、地域医療構想を進めるには在宅医療との連携が必要というのは以前からお話をしているところで、この構想の中には文章的なものが入っております。先ほど事務局から言われましたようにこの構想はあくまでも構想で、これから、これ(構想)に向けての実施計画等をされていくということで先ほど確認したところでもありますし、予算もつくということを今日始めて知った訳なんですけれども、そういうものをこれから周知と、それから同じようにこの会議に参加させていただ

て、その流れの中で共有できた点がございますので、これをさきほど介護保険計画の中にもというお話もありましたが、今度は市町村に同じように降ろしていったら、共有してというような形で動かないと、この構想が実施計画に入って実現というのはなかなか難しいんじゃないかなと考へますので、先ほど齊藤構成員からもありましたが、周知と共有をどのように考へていらっしゃるのかということを一占ご質問したいと思ひます。

- ・ それからも一占、保険者として、保険者の方ではデータヘルス計画を基に重症化予防というのをやっております。これはちよつと皆さん方とはポイントが違ふかもしれないが、重症化予防をすることによつて介護予防につながるというのははっきり分かっていることとございますので、地域医療構想計画の中にデータヘルスによる重症化予防を入れられないかなと。予防という観点からは介護予防という言葉で表現はしてありましたが、長い目で見れば若い人の予防をすることで先々の介護予防にも繋がりますし、この地域構想計画をきちつと実現していくためにはそのことにも結び付けて考へる必要があるかと考へますので、その点についてお話しさせていただきます。以上です。

(阿南課長補佐)

- ・ 周知につきましては、非常に大事なことだと思っております。まず市町村、永田会長ともお話ししましたが、市町村の認識が薄いという御指摘を受けまして、計画的にですね、先日、11月30日に市町村の介護事業計画担当者の集まりもございましたので、そのときに地域医療構想について1時間ほど丁寧にこんな状況で改訂があり、今後こういう方向性になるということをお説明させていただきました。今日も来ておりますけれども、高齢者支援課、認知症対策・地域ケア推進課、医療政策課、3課健康福祉部内でも問題意識を共有しまして周知を図っていきたくと。
- ・ 一番重要なのは住民向け、地域医療構想というのをやはりぼかんとしてしまうので、我々もこの1年半、ずっと地域医療構想をやってきましたけれども、我々の柱は変わらなくて、逆に皆さんの議論を通じて変わってきた部分もありますので、この点は先ほど齊藤構成員からもありましたように、どのような形で県民の方々に伝えていくかというのは大きなテーマだと思っております。
- ・ こちら一占、タウンミーティングということで策定前に、企画検討中ではあるんですが、どのような形でやるかを含めて対応しています。在宅医療というのは一番取っ掛かりやすいテーマだと思っておりますので、そこの相乗りで周知を図るということも考へておりますので、そういった情報があれば逆に構成員の方からも「こういった機会があるからきなさい」ということがあれば、どんどん出前講座的に行ってまいります。
- ・ もう一占が健康づくりとか健康長寿とかそういう・・・。

(松尾主幹)

- ・ 先ほど重症化予防というところがございましたが、すいません、不勉強でして、介護予防という視点をこの構想の中に書かせていただいておりますので、ちよつとその点勉強させていただければと思ひます。

(福島会長)

- ・ よろしいでしょうか、重症化予防については検討していただくということで。

(松尾課長・認知症対策・地域ケア推進課)

- ・ 重症化予防については検討させていただきます。

(福島会長)

- ・ 予定された時間が参りましたので、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を進めていただくようお願いいたします。
- ・ ここで、次回の開催方法について、お諮りしたいと思います。
- ・ 参考として配られております本構想の策定スケジュール(案)では、今年度中の策定完了に向け、当部会は第5回までの検討を想定されています。
- ・ また、親会議である熊本地域、上益城地域のそれぞれの「地域保健医療推進協議会」に、部会の協議結果を報告する必要がありますので、限られた期間の中で最終のとりまとめを進めていくこととなります。
- ・ 本日の御議論を踏まえれば、内容の大幅な見直しが必要となるような御意見・御指摘はなく、今後は文言の修正が中心になると思います。
- ・ そのため、次回の議事は、修正後のとりまとめ案の内容確認となりますので、構成員の皆様全員にお集まりいただくまでの必要はないと見込まれます。
- ・ そこで、修正内容の確認については、私と永田会長にそれぞれ御一任いただき、また、必要に応じて事前に御指摘の構成員に内容確認をいただく。その上で、熊本地域保健医療推進協議会には熊本地域部会から正副会長を基本に若干名の代表者、また、同じように、上益城地域保健医療推進協議会には上益城地域部会から正副会長を基本に若干名の代表者がそれぞれ出席する形とする。さらに、それぞれの出席者は、私と永田会長に御一任いただければと思いますが、いかがでしょうか。

拍手

- ・ ありがとうございました。それでは、事務局におかれては、ただいま決定した開催方法により、準備等をよろしく願います。
- ・ 進行を事務局にお返しします。

閉会

(中川審議員)

- ・ 福島会長、永田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。
- ・ 御意見等を踏まえ、構想のとりまとめを進めて参ります。
- ・ それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。
- ・ ありがとうございました。

(21時00分終了)