

### 第3回球磨地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成28年10月18日（火）19時00分～21時00分

場 所：球磨地域振興局 二階 大会議室

出席者：＜構成員＞ 20人（うち、代理出席1人）

岐部委員、山田委員、友永委員、外山委員、山村委員、権頭委員、  
東委員、渡辺委員、村上委員、今藤委員、向江委員、村田委員、  
平委員、木村委員、大島委員、西田委員、緒方委員、松岡委員、  
森本委員、松岡委員

＜熊本県健康福祉部＞

中川審議員、阿南課長補佐、高島補佐、松尾主幹

報道関係者：人吉新聞社

傍聴者：熊本県医師会理事、人吉市医師会事務局、球磨郡医師会事務局、  
人吉市随行者

#### 開 会

（人吉保健所・西山次長）

人吉保健所の西山でございます。本日の司会をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

続きまして、人吉保健所の緒方のご挨拶申し上げます。

#### ○ 挨拶

（人吉保健所・緒方所長）

人吉保健所の緒方でございます。

本日はご多忙の中、第3回球磨地域医療構想検討専門部会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、このたび新しく構成員にご就任いただきました皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

地域医療構想策定は昨年4月から始まりましたが、この専門部会につきましては、これまで、8月と11月に2回開催し、その中で、構想の趣旨や内容をはじめ、国のデータに基づく、病床数の必要量の推計結果や構想策定の進め方等について説明をさせていただき、構成員の皆様には、構想区域設定についての検討をはじめ、いろいろなご意見をいただいて参りました。又、今年1月と2月には、一般病床と療養病床を有す医療機関さまに、地域医療の実情についてのヒアリングを行わせていただいたところです。

今年度は当初、年度の早い時期に第3回目の専門部会を予定しておりましたが、熊本地震の発生により、数か月間中断いたしました。今回の地震では、県内では半数を超える医療機関が被災されました。管内でも一時的に設備の不具合等が生じた施設がございましたが、幸いにも速やかに復旧され、医療面への大きな影響はございませんでした。

3回目となる本日の会議では、「熊本県地域医療構想」を、未定稿ではございますが、お示しいたします。この中で、お伝えしたいことが2つございます。一つ目は、2025年の病床数の必要量についてでございますが、これは国の法律に基づき算定しております

が、その数値はあくまで推計値であり、病床の削減目標を示したものではないことを構想の中で明記しております。二つ目は、すでに策定済みの県では、国の算定による病床数のみを記載していますが、本県では、独自に、3つのパターンで推計した病床数をお示ししております。

又、本構想は7つの章から構成されておりますが、その中の第5章が「構想区域ごとの状況」という、いわゆる各地域ごとの“各論”となっており、この中の「医療提供体制上の課題」という項目につきましては、現在「作成中」で、まだ空白になっております。本日の会議では、この、球磨圏域の医療提供体制上の課題につきましても、構成員の皆様から、広くご意見をいただければと思っております。

以上簡単ではございますが、忌憚のないご意見を賜りますよう重ねてお願い申し上げ、挨拶に代えさせていただきます。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

(人吉保健所・西山次長)

次にこれまで外山人吉市医師会に本専門部会の部会長をお願いしておりましたが、市医師会の役員変更があり、新たに部会長を選任する必要があります。ここで、部会長は外山前会長の後任の岐部人吉市医師会長にお願いするということによろしいでしょうか。

「異議なし」の声

(人吉保健所・西山次長)

それでは、部会長は岐部医師会長にお願いします。

今後の議事進行につきましては、岐部会長にお願いします。

(岐部会長・人吉市医師会、会長)

ただ今ご紹介に預かりました岐部です。座らせて進行させていただきます。皆さん、こんばんは。今回の熊本大地震によって、益城、熊本、阿蘇は大変な被害に見舞われましたが、幸いにも少しずつ復旧しているようです。ここ人吉球磨圏域は診療に影響がでるような被害はありませんでした。今回の地震の影響で、第3回の地域医療構想検討専門部会の半年以上遅れております。皆さんご存知のように、この球磨圏域というのは人口が非常に減って、2010年から10年おきに約12%ずつの減少ですね、そして20年後は24%、30年後は36%人口が減る見通しなんですね。更には2030年の約1万9千人をピークに75歳以上の高齢者の人口も減少に転じるという見通しです。そんな過疎になる可能性のあるこの地域の将来を見据えて、在宅医療を進めて医療介護の連携体制をどう構築していくかというのは私たちの大切な課題となっております。それもかねて地域医療構想を考えていただければと思っております。本日は、皆様におかれましては大局的な視点に基づいて忌憚のないご意見・ご提言をよろしくお願いいたします。

本日はたくさんの方に膨らんでおります。資料1から7までの熊本県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に係る球磨地域のデータ等に関する内容を後半にと2つに分けて、事務局からの説明と意見交換を行いたいと思います。まず前半を事務局の方、ご説明をよろしくお願い致します。

## ○ 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                       | 【資料3】 |
| 【補足資料】                           |       |
| ○ 2015年病床機能報告病床数と2025年病床数の必要量と比較 | 【資料4】 |
| ○ 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)  | 【資料5】 |
| ○ 九州各県の地域医療構想の体系(目次)一覧           | 【資料6】 |
| ○ 第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会資料「関係箇所抜粋」  | 【資料7】 |
| (3) その他                          |       |

### (事務局説明)

(人吉保健所 塚原総務福祉課長)

#### 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。
- ・ 次のページをお願いします。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10月から今年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、当地域では下のスライド3のとおり、1.4%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。
- ・ 次のページをお願いします。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6.%の減(= (2,014-

2,147) / (2,147 \* 100) でした。

また、3の自圏域完結率について、当地域は0.1ポイントの増 (= 85.4 - 85.5) 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、今年の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4月以降に対前年同月比の自圏域完結率は横ばい状態です。
- ・ 次のページをお願いします。見開きで地域間の患者流出入の状況を整理しています。左のページが今年の3月、右のページが今年の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0.5ポイント減 (= 7.4 - 7.9) となるなどの若干、少なくなっています。
- ・ 次のページをお願いします。  
上のスライドが今年の3月と6月との比較、下のスライドが昨年の6月と今年の6月との比較です。
- ・ 次のページ以降で、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、被害額は約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10件で県全体の1%、復旧に必用な被害額はスライド33のとおり該当ありませんでした。
- ・ 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53のとおり、全体で左の外来患者数は99%、右の入院患者数は104%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、別途御覧くださいませようお願いします。
- ・ 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（案）

- ・ 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、当圏域では5月に第3回の開催を予定していましたが、震災の影響で約5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を変えず、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、よろしくお願い申し上げます。
- ・ なお、資料6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。

## 資料3 熊本県地域医療構想（未定稿） 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、よろしくお願い申し上げます。
- ・ 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」と設定したいと思います。
- ・ 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います。

- ・ 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が推計に今後の取り扱いに係る取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。
- ・ 球磨地域は、2013年の医療施設調査における許可病床数が計1,531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270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421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715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ページの枠囲みのとおり、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66床、急性期239床、回復期234床、慢性期293床で、計832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7床少なくなっています。
- 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1,052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A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B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C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Aで24,473床、パターンBで28,357床、パターンC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Aで944床、パターンBで1,320床、パターンCで1,323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。

(岐部会長：人吉市医師会、会長)

これから意見交換に入りたいと思います。まず資料 3 に係る構想区域の設定を行いたいと思います。当地域は現行の二次医療圏を構想区域として設定したいと思いますが、よろしいでしょうか。(拍手あり)

ありがとうございます。当地域は現行の二次医療圏を構想区域といたします。

それから、ただ今の前半部分の事務局の説明に対しどなたかご意見あるいはご質問等あれば挙手にてお願いいたします。(挙手なし)

それでは後半部分の説明をされてから併せてご意見ご質問をお受けしようと思います。よろしいでしょうか。それでは事務局の方、後半部分の球磨圏域のデータに関わる部分のご説明をよろしくをお願いいたします。

(資料説明)

(人吉保健所 井上参事)

**資料 4** 2015 (H27) 年病床機能報告病床数と 2025 (H37) 年病床数の必要量との比較

(資料 3 の中で説明)

**資料 6** 九州各県の地域医療構想の体系 (目次) 一覧

- ・ 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。

**資料7** 第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会資料 [ 関係箇所抜粋 ]  
(資料3の中で説明)

## ○ 意見交換

(岐部会長・人吉市医師会、会長)

ありがとうございました。これから意見交換にはいりたいと思います。皆さん、ご意見・ご質問、遠慮なくお願いします。

(山田構成員・人吉市医師会、副会長)

かなり良くなってきたと思います。特に人吉球磨地域の医療の状況、実態がよく理解できる資料になっています。一つにはよくここまで出てきたなと思うんですが、人吉球磨地域は医療機関は多いですが医療スタッフが少ないということがあることと、看護職は十分いるんですが、基本的には准看護師が活躍しているといえますか准看護職に看護職の仕事を担わせているというのが実情かと思います。ですから、このようなことが出てきたということは一定の成果がこの報告書にはあると思ってますし、これを踏まえて医師会の立場でいうと、間接的にしか表現できませんけれども、人吉准看護学院がかなり寄与しているのではないかと思います。そして医師、看護職以外の他の職種は軒並み不足しているんですね。医療機関の数はきちんとあるけれども人員の確保というのは一つの課題だというのが現実ですので、その意味では一つの報告書としては立派だなと思いますし、病床削減ではないとはっきり書かれておりますので、やはりここはちゃんと踏まえて将来の当地域の医療提供のあり方を検討する必要があるんじゃないかなと思います。

もう一つ質問させていただきますが、資料7のスライド7、「2013年、2025年～2040年の医療需要の推計値【球磨地域】」ですが、左側に入院があって右側に在宅医療等がありまして、左側の入院を病床の適正配分によって減らして在宅医療に持っていくというのが将来の流れであるということを示していますが、入院からの移行分、訪問診療分、介護老人保健施設分とあるんですが、これをみると介護老人保健施設分はほとんど増えない。それから訪問診療分もまずほとんど増えない。入院からの移行分のみが増えていきそれだけ入院病床が減るのですが、具体的には特養とか住宅系の施設に移行した部分はどこに反映されているんでしょうか。入院からの移行分ということなのか、敢えてここで老人保健施設をリストアップしている主旨とは何なのかを教えてください。

(医療政策課・阿南補佐)

医療施策の阿南です。昨年度からお世話になっております。この資料7のスライド7の説明をします。ここで出されている医療需要と在宅医療等の1日当たりの患者数の推計は厚生労働省が行っております。在宅医療等全体の数字については、例えば2013年の推計値

のところですが、足し算して 870 人・日という数値となります。

次にスライド 8 をお願いします。「在宅医療等」の定義については、スライド 8 の真ん中の所に記載しております。「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム・・・」ということで、医療機関以外で、医療を提供するような場所というところでの定義となっております。特別養護老人ホームの医療需要につきましては、訪問診療分に含まれます。ここで、厚生労働省から示された推計値というのは、在宅医療等の「全体の推計値」と内数として「訪問診療分」しかありません。そこで今回入院からの移行分を積算するにあたりまして、介護老人保健施設分の数も第 6 期熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業計画で出されている数を当てはめて算定しております。そのため、この入院からの移行分というのははっきり厚生労働省が示しているわけではありません。県独自に推計したものです。

(山田構成員・人吉市医師会、副会長)

理解できましたが、訪問診療分を敢えて入院からの移行分と分けているというのは、これも厚生労働省が示したからでしょうか。何故こだわるかということ、将来的には訪問診療も含めていいんじゃないかと。現状ではほとんど変わらないということで納得していいのかということを含めて、この辺の整理をどのように考えていらっしゃいますか。

(医療政策課 阿南課長補佐)

資料 7 のスライド 6 ですが、訪問診療分の算定の仕方として、「現時点で訪問診療を受けている患者数」、「在宅看護訪問診療科算定患者数」を元にしましてこの 2013 年度の実績値を 2025 年の推計人口で引き延ばしたものが 2025 年における在宅医療等の推計患者数になります。御指摘のように、あくまで推計値でございますので、この部分の入院移行分を全て老健施設で対応するというのではなく、訪問診療で対応する部分は当然出てくると思います。

(外山構成委員・人吉市医師会 地域医療担当)

今の山田先生の質問なんですけれども、現状の訪問診療が今後どのように推移していくかということですので、当然入院から在宅医療等に移行した部分には訪問診療がはいってくと解釈してよろしいでしょうか。

(医療政策課 阿南課長補佐)

はい。そのようにご理解をお願いします。

(岐部会長・人吉市医師会、会長)

他に、何かご質問はございませんか。

(東構成員・球磨郡医師会、東病院院長)

資料 3 の 26 ページの図表 2 5 についてご質問いたしますが、「2025 年の病床数の必要量の推計結果」が構想区域別に出ておりますが、球磨圏域は合計 832 で、慢性期は 293 と出ておりますが、人口構成は芦北、天草とあまり変わらないだろうと思われるんですが、

慢性期の病床数の割合が少なくなっているのはどういうふうな解釈でよろしいでしょうか。

(医療政策 阿南課長補佐)

今回の厚労省推計では、平成 25 年度の医療機関所在地ベースで医療需要実績を基に 2025 年における推計を行っております。地域ごとの分析はできていませんが、同じ人口構成でも、当圏域の療養病床の医療区分 1 の割合、入院受療率に違いがあれば、医療需要、病床の必要量も異なることとなります。

(東構成員・球磨郡医師会、東病院院長)

そうしますと球磨郡の慢性期、たとえば療養型の病床に関していうと、区分 1 が多くて、それが訪問看護とか在宅系に流れてくる量が多いということですか。しかし芦北地域と天草地域とそんなに事情が違うのかなと思うんですけど。

(医療政策課 阿南課長補佐)

もともと出発点に違いがあるのかなと思います。療養病床の数が一緒というわけではありませんので、ここは地域を比較する、というよりはあくまで一定の算定式に当てはめた場合の推計値でございます。そこで、私たちも、例えば医療区分 1 の 70% の患者数や地域差解消分の患者数について厚生労働省へ照会しておりますが、明確な回答はありません。実際はあくまでも推計ですので皆さんの方で、今回ご自分たちの医療機関における入院の状況とかを見極めていただきながら、必要な提供体制を検討いただけたらと思います。)

(東構成員・球磨郡医師会、東病院院長)

少ししつこいんですけど、例えば高度急性期が芦北に比べたら 35 と 66 で多いんですよ。急性期と回復期も球磨地域のほうが需要が多くて慢性期は少ないのですが。

(医療政策課 阿南課長補佐)

これはあくまでも将来推計人口との関係もありまして、将来推計人口がどういう人口構成になるのか、2013 年から一年間で算定してるもんですから、2013 年が絶対普遍的な年かと言えばそうではないと思いますが、全国的に推計する際には 2013 年から 1 年間トータルで見た上で 2025 年の人口構成比に当てはめてみたら高度急性期から回復期まで、慢性期の推計算定式がありますので、一概に地域間を比較しようとする際に、人口構成や入院受療率等がどう違うのかというのがありますので、あまり気にしなくてもいいと思います。一方で、自分たちの地域についての現状は先生たちがよくご存じだとは思いますが、こういった客観的に見たデータは行政の方から今後とも提供していきたいと思っておりますので、参考にさせていただけたらと思います。

(東構成員・球磨郡医師会、東病院院長)

わかりました。

(岐部会長・人吉市医師会、会長)

他にないですか。

（大島構成員・公立多良木病院、院長）

医療従事者の確保についてのことなんですけれども、確かに地域間で偏在があって、球磨郡は医師数が少ないということなんですけど、診療科ごとの偏在もあって、この科はいないとか、精神科とか予約しようとしても1か月間くらい受診できなかつたりするんですけども。現在足りていない領域、それから2025年にどれくらいの需要があるかということを知っておかないと、どんな科の人をどのくらいという数値目標ですね、具体的内容を盛り込まないと、ただ文章にしかただけのことになりかね

ないので、そういう指標が必要ではないかなと思うんですけど。

（医療政策課 阿南課長補佐）

ご指摘の通りだと思います。今回の地域医療構想は全体的の枠組みとして、4つの病期として高度急性期、急性期、回復期、慢性期と在宅医療等という大きな枠組みからみたところで医療提供体制を検討するということになっております。先生が仰るとおりのデータは必要だとは思いますが、今回の地域医療構想の中では大きな方向性を定め、今度の第7次医療計画の策定が来年度から始まりますけれど、5疾病5事業の分野であるとか、そういった部分の分析とか医療提供のあり方とか整理することになるかと思っておりますので、その際、改めてご意見・ご提案頂ければと思います。

（山田構成員・人吉医師会、副会長）

今のことに関連するんですけど、又最初に質問した内容とも関連してくるんですけども、この地域において医療機関はとりあえずこのデータからすれば平均的であると。そして医療スタッフですが、看護職は准看護職が多く雇用されているということが課題として出てきた。であればこの次に、今の医療施設を平均的だとしてこれを維持していくにしても、現実問題としてスタッフがいないければ維持できないじゃないですか。これを例えば報告書の中で、医療構想の中で、将来の課題として全県下的にどうするんだということを書き込むということが絶対いるし、将来の医療構想として理想的にはこれだけの機能を保存して今のベッド数を再配すればうまくいくんだけれども、それを維持するためには現実問題として医者がいない、看護師がいない。在宅医療をするにしても、例えば歯科診療所が足りなければ口腔歯科診療をどうするのか、口腔ケアをどうするのか。あるいは訪問看護にしてもかなりの事例が准看護師のほうもされていますから、本当にそれでいいのかとか、あるいは介護職員の確保をどうするのか、そのようなところまで書かないと医療構想としては完結しないと思うんですね。ですから、その辺が半年もありませんけれども、政策的な課題も含めて、それについていかがでしょうか。

（医療政策課 阿南補佐）

策定スケジュールとしては「半年」と言いましても、昨日、八代地域から順次、この「未定稿」の地域医療構想に対するご意見を賜っていきます。これが31日の天草までやります。その意見を集約した上で11月中旬に、第5回県専門委員会へ「素案」として提

示したいと思います。したがって、この間、書き込める分は書き込んで頑張っていこうと思いますので、ご提案という事で受け止めさせていただきます。

（山田構成員・人吉医師会、副会長）

やはり人吉球磨地域は特殊だと思うんですね。ですので住民の皆さんに理解していただいた上でこの会はどういうふうに動いていくのかということを考えないと、たぶん 2030 年、2050 年ともたないんじゃないかと思うんですね。ですからそこはきちんと書き込んで、全県下的に検討した結果この地域はこういうことですよということを住民の皆さんにもお返しした上でやっていかないと地域医療につながらないと思いますので、できればもう少し突っ込んで課題の整理と将来展望を書いていただければと思います。

（医療政策課 阿南補佐）

医療従事者の不足についてですが地域医療構想が策定され、病床数の推計を行うわけですが、この数値を基に医師や看護職員等の需給見通しが行われる予定です。この地域でどのくらいの医師や看護職員を必要とするのか、という議論がありまして、そうした算定を踏まえて、医療従事者の確保対策というの、あらためて整理していくことになっております。国の方からも医療従事者の確保対策がまた改めて出てくのではないかと期待しております。

（山田構成員・人吉医師会、副会長）

資料 3 の 47 ページにいろいろと今後の施策というのが書いてありますけれども、この内容のところを地域別に分かれていくのか、県全体としてこれを一つのまとめでしていくのか、県プラス地域別にやっていくのか、ここに書いてあるんですけれども、例えば在宅医療等の施策例を書いてありますけれども、具体的にどんな形の施策というのを計上といいますか書いていただかないと、具体的に地域の方にご理解されようとしてもなかなかできないんじゃないかと思います。そのあたり説明はあったと思うんですけれどもよろしくお願ひします。

（医療政策課 阿南補佐）

その手前の 46 ページなんですけども、課題についてですが、保健所の方から聞き取り調査の結果についてたくさんの先生達の方から、関係者の方から意見の方を聞かせて頂いたので、この場、先生達の側からも見ても付け加えることがないかと。今日たくさんの課題等を頂きました。その分も合わせた課題を抽出・整理していきたいと、これは地域別で行いたいと思います。そういった中で柱としましては、先ほど言いましたように、次の施策の方なんですけど、課題が整理されないと必要な施策は打てませんので病床機能の分化・連携の推進、在宅医療等の充実、医療従事者の養成・確保と言う 3 点にある程度収れんするのではないかと思います。これについてはオール県で整理することで考えています。第 4 回の県専門委員会で地域別に個別の施策を書くのかとの御質問があり、これについてはオール県で整理させていただくと答弁させていただいております。この施策の中にも、地域においては強弱があると思います。例えば、球磨地域においては、病床機能の分化・連携はできているので、医療従事者の養成・確保を重視しなければいけないだぞとい

うものが出てくると思います。今後、地域医療構想は作って終わりではございません。地域医療構想策定後は、また新しく、今度は医療法に基づく「協議の場」を設置し、新たな形で議論がスタートすることになります。構成メンバーとか未だ決めてませんけども、その時はまた今後の医療提供体制のあり方等について議論していただく、具体的に言えば、各医療機関さん等の役割と言う部分を、厚生労働省の教科書的に言えば、みんなで話し合っ、こうすんだとか、やっていくんだという話がありますが、そうしたことを流れを考えております。

(今藤構成員・人吉市歯科医師会 理事)

この医療従事者の中にほんの少しではありますが、歯科衛生士のことが書いてあるんですが、衛生士の数というのが出てないと思うんですね。人吉というところは看護師さんと同じように衛生士さんがすごく足りないところではありますが、皆さんのところに歯科医師会のパンフレットがいていると思いますが、歯科医師会のほうでも在宅のほうにも力を注ぎこんで、口腔ケア等のほうも一所懸命指導しています。ですので、そのご理解をいただくためにパンフレットを配らせていただいたのですが、この数のなかにも衛生士の部分を入れていただく、そしてその歯科指導等を元に在宅において大きな役割を担っていくと思いますので、そのことをこの中に一つでも加えていただければありがたいなと思います。

(医療政策課 阿南補佐)

医療に関わる職種はたくさんございまして、どこまで広げるべきかという課題もあります。また職種がどこまでデータが取れるのかを含めて、掲載について検討したいと思います。

(岐部会長)

急性期を担う木村先生のほうはいかがですか。

(木村構成員・人吉医療センター、院長)

二次医療圏の問題があぶり出されて、それに対するビジョンを立てていくべきじゃないかと思うんです。そういうふうなことかなと思ったんですけども、お答えを聞いていたらもっとアバウトな話の感じがしてちょっと驚いてます。例えば病床の役割の数の部分は大事かもしれませんが、大島先生が言われたと思うんですが、診療科によってだいぶ違うというのは当然だろうし、将来的にその診療科によって考えていかなければいけないんじゃないかと思うんです。機能分化と連携。機能分化ができないと連携もできないし、連携ができないと機能の分化もできないと思います。その二つがうまくいかないと、本当に病床の数の制限というのができるのかなというふうにも思っております。今までうちの病院は比較的熊本県の中でも結構連携が進んでいる、あるいは連携パスの算定も多いのですが、これが一旦破綻した場合、例えばうちが急性期を担えなくなったり救急をとれなくなったり、あるいは「明日から救急をやめます」といった場合は、もう完全にガラガラと壊れていきます。そういうことも含めて、ビジョンというのは考えていかなければいけないんじゃないかなと思っています。特に10年先、20年先は自分も現役でないだろう

と思いますし、皆様もそうだと思います。10年先、20年先のことですが、もうちょっと真剣に考えないといけないんじゃないかなと思います。

(岐部会長・人吉市医師会、会長)

他に何かございませんか。

(外山構成員・人吉市医師会 地域医療)

在宅医療を担当する立場からですが、地域のデータを見ましても在宅診療所が少ないんですね。在宅に対する力がものすごく少ないんですが、一方で、2025年にはこれだけの入院からの移行分が在宅医療に変わる、これは推計だとは思いますが、理想かもしれないんですけどもそういう目標を立てないといけないんですね。救急搬送も今問題になっているんですけども、それも高齢者の救急搬送が多いんじゃないかと思うんですが、在宅医療ができていないということは、ここで動き始めないと結局急性期病院も機能しなくなる可能性があるんじゃないかと思います。救急病院を稼働させるためにも、在宅医療は今後ももっと充実させて行く必要があります。どういう取り組みをしていくかということも大事なことから思うんですが、行政も含めて本気で考えていく必要があると思います。ここに対策としてですね、一つ支援診療所があれば成り立つという意見もあったようですが、確かに一つ支援診療所ができれば在宅医療はこの地域で完結するんじゃないかなと思います。でも本当にそれでいいのかなという気がしてですね。介護保険料や高齢者医費を抑えていくためにも球磨・人吉が一体となって医療介護の連携と在宅医療の推進を行っていくことが地域医療構想の中で重要なことだと思います。

(認知症対策・地域ケア推進課・松尾主幹)

在宅医療については、受け皿としてその充実を図っていく必要があります。資料1の8ページでは、「入院からの移行分」が構想により在宅医療等により新たな対応が必要ということで整理できます。ここで、「在宅医療等」の定義ですが、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療をうける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療等に対応するということになり、地域の実情を踏まえた総合的な対応策が重要と考えています、

(東構成員・球磨郡医師会、東病院院長)

私も外山先生と木村先生の意見に全く同感でありまして、目標病床数を削減するにあたってですね、この高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分類はされてますけれども、そこには同じ方が流れている。例えば高度急性で発症した方が急性期あるいは回復期に流れて、そして慢性期になって在宅に流れる、このように同じ方が流れていくんですね。だから、策定の時に決して流れを止めないような、滞らないような施策が必要だと思います。患者さんが流れて行って連携していくということを是非ご考慮いただきたいと思います。

(山田構成員・人吉市医師会、副会長)

やはり人吉球磨地域の全域的な構造的課題だろうと思うんですが、医療スタッフが足りないと先ほど言いましたが、現実の医療スタッフの年齢も非常に高齢化しているんですね。若い20代、30代のお医者さんというのは人吉でいえば、人吉医療センターと公立多良木病院ぐらいにしかいない。熊本市あたりはそういう人たちがばりばり働いている。その中の何%かが将来年を取ってこの地域に来ていただけるんでしょうけれども、持ってるパワーとかいろいろ全然違うわけで、単なる数だけの問題じゃないと思います。この高齢化してる医療スタッフ等今後もこの地域はそうだと思うんですが、中山間地域の話をしていただきましたけれどもそこを支える高齢の看護師、そういう構造的な矛盾を含んだ上での今の現状ですから、答えを出すのは非常に難しいだろうと思うんですが、そこはやはりきちんと書き込んで地域医療構想としていかないとなんか役に立つものにはなっていないし、又そういう現実を是非住民の皆さんと一緒に考えていただく、ご自分の子供とか親戚に医療従事者がいれば「帰ってこいよ」と云っていただくぐらいのインパクトを持った地域医療構想および報告書にして、住民の皆さんと一緒に考えていくということまで追っていただきたいというのが希望です。

(岐部会長・人吉市医師会、会長)

最終的には、政治に結びついて田舎に若い人が住むような施策が必要じゃないかと常々思っているんですが、今後医療だけではなくて他の産業も働き手がいなくて、2040年、75歳以上の方はあまり変わらないですね。ところが働く世代というのは多分40%、50%くらい減るんですね。ですから、若い人が働けるような政治が必要ではないかと思っています。

最後の締めくくりになんかないでしょうか。(なし)

多数のご意見ありがとうございました。事務局におかれましては本日のご意見等踏まえて検討していただくようお願いいたします。皆さん、ありがとうございました。

## ○ 閉 会

(人吉保健所、西山次長)

- ・岐部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を踏まえて、構想の原案の作成を進めてまいります。
- ・なお、次回の部会は、資料2のスケジュールでお示したとおり、11月又は12月に開催したいと考えております。
- ・具体的な日程や詳細について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ありましたら、御帰りになられてからでも御記入いただき、後日ファックス等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。