

### 第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会 議事録

日 時：平成28年3月17日（木）17時00分～18時45分

場 所：熊本テルウェルビル1F会議室

出席者：＜構成員＞ 24人（うち、代理出席5人）

＜熊本県健康福祉部＞

豊田部長、迫田医監、山内健康局長、大村長寿社会局長

＜熊本県医療政策課＞

立川首席審議員、中川審議員、阿南課長補佐、村上主幹、  
末廣主任主事、藤本主任主事

＜熊本県認知症対策・地域ケア推進課＞

池田首席審議員、松尾主幹

＜熊本県高齢者支援課＞

西山課長補佐

報道関係者：熊本日日新聞社林田記者、フリーランス・古田記者

#### 開 会

（熊本県医療政策課・中川審議員）

- ・ それでは定刻となりましたので、ただ今から「第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会」を開催いたします。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、資料の確認でございますけれども、すでに皆様方にはお配りをしておりますけれども、本日お持ちでない方はお知らせいただきたいと思っております。会議次第、資料1～7を1部ずつ、資料3につきましては別冊と参考資料を加えております。不足がありましたらお知らせください。
- ・ なお、本日の委員会は前回に引き続きまして公開とし、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。
- ・ また、会議の概要につきましては、後日、県のホームページで公開する予定となっております。
- ・ それでは、開催にあたりまして、熊本県健康福祉部長の豊田から御挨拶申し上げます。

#### 挨 拶

（熊本県健康福祉部・豊田部長）

- ・ 皆さん、こんにちは。本日は、年度末の大変お忙しい中ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。
- ・ この地域医療構想の策定につきましては、準備段階から数えますと早1年が経過しようとしておるところでございます。
- ・ この間、県の専門委員会につきましては、6月4日に第1回を開催いたしまして、本日で3回目、11地域の専門部会につきましては各2回、さらに熊本地域は臨時部会を2回開催しまして、地域医療構想について様々な角度からの御議論をいただいき

たところでは、

- ・ また、県に置かしましては、地域医療の実情を把握するために、12月から3月にかけて、構想対象の約500の医療機関に現状、課題、将来の見通し等を個別にお尋ねする聞き取り調査を実施させていただきました。
- ・ 担当課からは、この調査を通じまして、病院間又は病院・診療所間の連携の状況でありますとか、現場での御苦労など、医療機関の責任者の方から直接お話を聞くことができ、構想策定のために大変有意義であったという報告を受けておるところでございます。
- ・ 皆様方からいただきました様々な情報や御意見等につきましては、本日、速報といたしまして後程御報告させていただきますが、本県の構想の策定に際しての貴重な材料になるものと考えております。調査に御協力いただいたことに関しまして、この場をお借りいたしまして、改めて御礼申し上げます。
- ・ さて本日は、次第にありますように多くの議題を予定しておりますが、特に、策定に向けた今後のスケジュールにつきましては、全国の状況を見てみますと、今年度内に、つまり3月中に策定予定が15府県、九州では佐賀県と聞いております。
- ・ 平成28年度末での策定という本県は、最後発グループという形になる状況でございますけれども、拙速とならずに、関係者の意見を丁寧にお聴きして策定を進めていくというスタンスで今後とも取り組んで参りたいと考えております。
- ・ 本日は、限られた時間ではございますけれども、皆様方の忌憚のない御意見を賜りたいと思っておりますので、どうぞ最後までよろしくお願い致します。

(中川審議員)

- ・ 本日御出席の構成員の皆様のお紹介につきましては、お配りしています名簿並びに配席図にて代えさせていただきます。
- ・ なお、高野病院の山田委員に置かれましては、緊急の用務ということで遅れられるということで連絡が入っておりますので、御連絡します。
- ・ 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、進行を福田会長にお願いをいたします。

## 会長挨拶

(福田会長・熊本県医師会 会長)

- ・ 皆さん、こんにちは。熊本県医師会の福田でございます。本日は御多忙の中、この第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会に御参加いただき、誠にありがとうございます。この地域医療構想の策定につきましては、昨年の4月にスタートしまして、ただ今豊田部長よりお話のありましたように、11の医療圏に分かれての専門部会、また私ども専門委員会、専門委員会についてはこれで3回目、それから専門部会はそれぞれ2回、熊本市の地域におきましては4回開催されて、色々と議論が交わされているところでございます。ここでひとまとめということではないかと思っております。これらの議論につきまして、これは阿南さんから挨拶の原稿を頂戴しておりますが、そのアンダーラインを引いてあるところをご紹介いたしますと、他県ではあまり見られないような丁寧な手続きで進められているということでございまして、あながち、これは嘘ではないなと思っております。そういう中で今日は皆さんから御意見を賜りたいと思っております。どうぞ大局的なお立場での御意見賜りますようお願い致します。それでは早速

でございますが、お手元の次第に沿って会議を進めたいと思います。議事の事項を含め7つと多くございます。そこで前半を資料1から資料4まで、後半を資料5から資料7の2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でさせていただきたいと思います。それでは前半として資料1から資料4までの説明を事務局からお願いします。

## 議 事

### [ 議事事項 ]

- |                                         |       |
|-----------------------------------------|-------|
| (1) 構想区域(案)について                         | 【資料1】 |
| (2) 慢性期機能の必要病床数推計における特例の適用について          | 【資料2】 |
| (3) 在宅医療等に対応することになる患者数の内訳とその対応(方向性)について | 【資料3】 |
| (4) 患者流出入数の調整(県間・県内)に係る方針について           | 【資料4】 |

### (医療政策課村上主幹)

#### 資料1 構想区域(案)について

- ・ 資料1の構想区域(案)について説明します。
- ・ 1ページ、2ページの上下見開きでお願いします。1ページの基準等に沿って、2ページのとおり5案の区域案をたたき台として前回お示ししました。
- ・ 3ページ、4ページをお願いします。昨年の10月から12月にかけて開催した各地域の第2回専門部会でそれぞれ御検討いただいた結果、大方の方向性として8地域が単独、上益城地域が「熊本地域との統合」で決定され、熊本地域と宇城地域は未定となりました。
- ・ 5ページをお願いします。大方の方向性が「未定」となった2地域のうち、熊本では、その後の2回の臨時部会の結果、「上益城地域との統合については、熊本市医師会と上益城郡医師会で調整し、両者で合意した結果を次回の専門部会に報告する」との了解事項がまとめられました。また、宇城では、全構成員からの書面での意見表明により「単独」で決定されました。
- ・ 6ページをお願いします。こうした議論を踏まえ、構想区域については、次の案、すなわち「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」、「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」として、次回の各地域専門部会で審議いただき、決定したいと思います。資料1の説明は以上です。

#### 資料2 慢性期機能の必要病床数推計における特例の適用について

- ・ 資料2の慢性期機能の必要病床数推計における特例の適用について説明します。
- ・ 1ページをお願いします。慢性期については、ガイドラインでも「在宅医療等との一体推計」とされているなど、分かりづらい整理となっています。また、上段の1の図の下に 印で記載しているとおり、「在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療

を受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を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定」とされています。そのため、下段の2の図のとおり、これまで示している必要病床数推計等について、厚労省提供の推計ツールではどのように数値が振り分けられるのかを整理しました。ここでのポイントは、「現状」における「療養病床の入院患者数」について「(ウ)地域差の解消」が求められており、この分が在宅医療等に振り分けられるという点です。

- ・ 2ページをお願いします。この地域差の解消のため、ガイドラインでパターンAとBの目標設定の方法が示されており、これまでは県内統一的に緩やかな目標設定の方となるパターンBを適用した場合の数値を示してきました。ただし、この目標設定について、一定の要件に該当する地域は、目標達成年次を本来の2025年から2030年に5年繰り延べできる「特例」が設けられております。
- ・ 3ページをお願いします。この特例が使える要件が、上の点線枠囲みの二つめののところですが、一つめは「慢性期病床の減少率が全国中央値の32.2%よりも大きい」、二つめは「当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均値の9.2%よりも大きい」となっています。本県の各二次医療圏のデータと照らし合わせると、白抜きの熊本地域及び菊池地域以外の9地域が特例適用可能地域となります。
- ・ 4ページをお願いします。慢性期の推計に当たり、可能な9地域については「特例」を適用することとし、これから推計値を示す際は特例適用により行いたいと思います。
- ・ 5ページ、6ページをお願いします。地域医療構想では、病床機能報告における病床数と必要病床数推計との比較により過不足を見ていくこととなりますが、こちらは、昨年度の病床機能報告病床数と特例適用の場合の2025年必要病床数推計を比較したもので、5ページが医療機関所在地ベース、6ページが患者住所地ベースとなります。
- ・ 7ページ、8ページをお願いします。参考として、これまでお示してきた2013年の病床数と2025年必要病床数推計との比較を、7ページが医療機関所在地ベース、8ページが患者住所地ベースの場合で整理しています。7ページの表の一番下の行が医療機関所在地ベースの県計の値ですが、増減率について、パターンB適用の場合はタテ真ん中あたりの35.9%、これが特例を適用すれば右側の白抜き数字のとおり33.7%となります。資料2の説明は以上です。

### 資料3 在宅医療等で対応することになる患者数の内訳とその対応（方向性）について

- ・ 資料3の在宅医療等で対応することになる患者数の内訳とその対応（方向性）について説明します。
- ・ 1ページをお願いします。資料2の1ページの再掲ですが、ここでのポイントは、下段の2の図のとおり、推計では、資料2で説明した「療養病床の入院患者数」のうちの「(ウ)地域差の解消」に加えて、「(イ)医療区分1の70%」、さらには右の「一般病床でC3基準未満の患者数」が「入院からの移行分」として在宅医療等に振り分けられるため、入院に係る医療需要が大きく減り、その分、在宅医療等の医療需要が増えることになる点です。また、この「入院からの移行分」の見込み数を把握することが、今後、在宅医療等の充実を進めていくにあたり重要となります。
- ・ 2ページをお願いします。具体的に、2013年、並びに2025年～2040年の医療需要の推計値について、医療機関所在地ベースでの県全体の数値をグラフで示したものです。

推計にあたり、特に慢性期と在宅医療等が分かりづらいことから、元となる現状に係るデータの提供を昨年の夏から厚労省に依頼し続けましたが、現在でも提供してもらえておりません。そのため、今回、中でもポイントとなる在宅医療等における「入院からの移行分」を、他県の例にも倣って本県独自に簡易的に算出しました。具体的には、タテ真ん中ほどの2025年推計値において、推計ツールで示される在宅医療等全体の医療需要、一番右の24,915人/日から、同様に推計ツールで示される内数の訪問診療分の8,275人/日を引いた上で、推計ツールでは示されない介護老人保健施設分を現行の第6期県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画に記載する同施設の見込み量(定員数)である7,543人を準用して引きます。これにより、大まかではありますが、「入院からの移行分」として9,097人/日と見込むことができます。なお、これらの見込み量への対応の方向性について、認知症対策・地域ケア推進課から説明します。

(認知症対策・地域ケア推進課からの説明)

- ・それでは引き続き3ページについてご説明します。資料の真ん中のところをご覧ください。入院からの移行分は、地域医療構想の推進により新たな対応が必要となる部分でございます。それから右側の訪問診療分、介護老人保健施設分につきましては地域医療構想にかかわらず対応が必要となる部分でございます。その対応の方向性につきましては下の枠囲みに書いております。大きく分けて以下の2点書いております。1点目は新たな受け皿づくりでございます。2点目は医療と介護の連携の推進や在宅サービスの充実です。
- ・続きまして資料の6ページをご覧ください。資料6ページについては、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」のとりまとめで示された療養病床に代わる新たな類型です。まず、医療内包型についてですが、医療依存度に応じて2つの案が示されています。案の1の1、案の1の2です。それから医療外付け型としまして案の2と、合わせて3つの案が示されています。
- ・続きまして7ページをご覧ください。先ほど医療政策課村上の方から説明しましたとおり、2025年の推計値の中で、入院からの移行分 この部分について構想により新たな対応が必要となると考えられる部分でございます。その際の選択肢としましては、入院以外のあらゆる選択肢で対応することとなるということで、 のところに書いてありますが、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設」等々のところ、それから新たな類型というものが想定されるところです。それから訪問診療分、介護老人保健施設分につきましては、既存サービス量からの見込みであり、構想にかかわらず対応が必要ということで、いずれにしても、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の外付けサービスの増加も見込むということです。
- ・それから、参考 は、第6期介護保険事業計画で見込んだサービス量です。これらにつきましては地域医療構想を受けた数値ではございません。地域医療構想への対応は第7期以降の介護保険事業計画に反映させていく必要があると考えています。
- ・続きまして8ページです。新たな受け皿づくり以外の対応について、整理したものです。医療と介護の連携、在宅医療の充実、これについては地域医療構想ガイドラインの柱に沿って施策を整理したものです。それから資料の下の方の介護予防等の取り組みの充実につきましては、ガイドラインには示されていませんが、医療と介護が必要となることの状態を防ぐための 地域包括ケアにおきましては介護予防の強化が柱の一つになってございますので、位置づけが必要と考えている部分です。

(医療政策課村上主幹)

- ・ この資料3については、「分冊」として各地域分、「参考」として在宅医療、医療・介護連携等に関する情報・データを別にまとめていますので、御参照ください。資料3の説明は以上です。

**資料4** 患者流出入数の調整(県間・県内)に係る方針について

- ・ 資料4の患者流出入数の調整(県間・県内)に係る方針について説明します。1ページをお願いします。地域医療構想には、下段の表のように機能別に必要病床数を書くこととなります。その際、医療需要に対する供給数の増減を見込むこと、そのため、枠囲みの中のとおり、「現在の流入・流出の状況を是認するのか、見直すのかを検討」し、その数を県間並びに県内の構想区域で調整することが求められています。
- ・ 2ページをお願いします。うち県間の調整については、厚労省からその方法が昨年9月に示されており、のとおり、必要病床数の推計については患者住所地の医療需要、すなわち患者住所地ベースを基本としつつ、のとおり、期限までに調整できない場合は医療機関所在地の医療需要、すなわち医療機関所在地ベースとして算出することなどが規定されています。
- ・ 3ページ、4ページを上下見開きをお願いします。厚労省令の算定式に基づく2025年の医療需要推計の流出入を機能別に表で整理したものです。この表の見方としては、縦軸の地域から横軸の地域への流出を表しており、例えば、高度急性期で右の方に白抜きの「17」という数値が出ていますが、これは縦軸の本県の有明地域から、横軸の福岡県の有明地域に17人/日の流出があることを示しています。なお、厚労省の県間調整のルールでは、10人/日以上が対象となるため、白抜きの数字が該当分となります。
- ・ 5ページ、6ページをお願いします。5ページに、県間調整の対象となる地域を一覧に整理しており、熊本・宇城・有明・阿蘇・芦北の5地域が該当します。うち、有明地域のみが本県から福岡県への流出となり、あとは本県への流入となります。
- ・ 6ページに、県内の地域間における流出入者数を機能別に、また対象地域がどれだけになるかを整理しています。地域計で、熊本と芦北が流入超過、それ以外の9地域が流出超過となります。
- ・ 7ページをお願いします。こうしたデータを踏まえた上で、患者流出入数の調整の方針(案)として、まず1のとおり、県間・県内ともにすべての医療機能について「医療機関所在地の医療需要」、すなわち「医療機関所在地ベース」により行うことしたいと思います。その場合の推計値は資料2の5ページ、または7ページとなりますが、その理由として、一つめ、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」での設定が妥当と考えられます。これは、医療従事者の方々をはじめとする医療資源にそもそも限りがある中で、今後の人口構造や疾病構造等の変化に対応した体制づくりを進めていくためには、潤沢に財政支援ができる状況になりにくいという点も考慮して、新たな投資や追加的な経費を真に必要な分のみを手当していくよう、できるだけ抑えていくことが重要だと考えます。そのため、患者のフリーアクセスを前提にこれまで構築されてきた現在の医療提供体制を基礎に、機能分化・連携を一層強化していくことが大事だと思います。また、これまで構想区域の設定に係る議論を各地域で進めていただきましたが、その中でも現状をベースとして検討すべきとの意見が多くありましたので、こうした意見も考慮

しております。加えて、「患者住所地ベース」は患者の受療行動の変更を仮定するものですので、行政的な整理でそれを進めることはできないし、仮定を前提とすることは不確実な要素が増すことになるため、より現実的でないと考えられます。この方針に沿って、2の県間調整については、隣接する九州内の関係県との調整において、のとおり、本県が流入超過となる宮崎県及び鹿児島県に対しては「医療機関所在地ベース」での協議を本県から申し入れる、のとおり本県が流出超過となる福岡県に関しては、流入県である同県から「医療機関所在地ベース」での協議が申し入れられた場合は受諾することで、関係地域の部会を含め了承をいただきたいと思っております。

- ・ 8ページをお願いします。3の県内の調整に関し、阿蘇地域については、「救急医療の再生」をテーマに県が「地域医療再生計画」に取り組み、同計画に基づき阿蘇医療センターが平成26年8月に診療を開始されておりますので、推計の基礎となる平成25年度以降での明らかな状況変化が見られています。そのため、この効果を現時点で把握可能な「救急統計」により確認したところ、真ん中の枠囲みのとおり、(1)のとおり同センターへの救急搬送人員数が約13%増、(2)のとおり阿蘇消防本部管内全体の救急搬送人員数についても、全体ではほぼ横ばいに対し、管内への搬送が約5%増となったことが確認できました。こうした効果を確認できるものの、活用可能なデータがまだ限られており、その他のデータを含めた継続的な確認と検証が必要と考えられますので、今回の流出入数の調整には適用しないとしています。資料4の説明は以上です。

#### 質疑応答・意見

(福田会長)

- ・ それでは、意見交換に入らせていただきます。御意見、御質問等、忌憚のないところでよろしくをお願いします。

( 構成員 )

- ・ 確認させていただきたいのですが、資料3の6ページですが、地域医療構想における病床削減に際しての新たな受け皿づくりのための新たな類型ということで記載されていますが、これはイメージとして、地域医療構想に従って病床数を削減した病院の病床部分がこういった類型になるという理解でよろしいでしょうか。

(医療政策課阿南補佐)

- ・ お答えします。前提として、この新たな類型というのは介護療養病床の期限が平成29年度末というのと、医療施設の25対1の部分も経過措置ということで暫定で平成29年度末までとなっています。もともと介護療養病床の廃止については平成23年度末までだったのですが、介護老人保健施設への転換が進まないということで延長された経緯があります。今回こういったことを併せて、もともと療養病床の在り方を検討しなければならぬということで、選択肢ということで付け加えられたものということです。地域医療構想でも慢性期医療から在宅医療等への移行というのもありますけれども、このことも加味されたところでこのような選択肢(新たな類型)が提案されていると認識しています。

(福田会長)

- ・他にありませんか。とりわけ資料4の患者の流入出については議論があるところだと思います。御質問等ございませんか。

(金澤構成員)

- ・資料3の ページです。もう一度この推計という 在宅医療の必要性が出てくる、必要性が増す、ということでご説明があったように思いますが、そのように理解していいんでしょうか。例えば、医療区分1の70%部分が(在宅医療としての)必要性が増すと。(入院受療率の)地域格差の解消。最終的には2025年の推計値でこういった必要数が増すと、そういうふうに理解していいんでしょうかね。必要数が増すというのは、どうも議論をしていると「本当かな」と意見が出てくることが多いのですが、言葉の表現ですけれども、こういう方々が在宅という枠に、局宅から施設までいろいろと書いてありますけれども、こういうところで治療を受けることも可能であると、仮定をしたときの基準、その基準に該当する方が増すということではないでしょうか。そういった在宅医療の必要性が増すという表現はどうも言葉のあやといいいますか。必要性が増すということではなくて、ある一定の基準でこういった方々は在宅でもいいんじゃないかという、その基準、状態の基準、この該当者が増す。こういう風に今後は是非表現していただければ理解が進むと思います。該当するという概念が本当に、該当者の基準が適正かどうかということも議論していく際に必要なことだと思います。患者さんの方からそういったニーズを増やして欲しい、というふうに伺えてしまって、何か勘違いしてしまうのではないのでしょうか。

(医療政策課村上主幹)

- ・今、金澤先生から御指摘ありました部分につきましては、その通りでございまして、あくまでも一定の仮定に基づいて、こうした数値の振り分けになるということでございますので、表現につきましては、今後は留意して参りたいと思います。

(鴻江構成員)

- ・私は意味が分かっているかどうか分からないのですけれども、先ほどの資料4の流入入のところですが、有明圏域は福岡へ患者が流出していて、荒尾市民病院の建替えの検討会に出ささせていただいておりましたが、荒尾市民病院には循環器、呼吸器のドクターがいないから、そちら(福岡)の方へ出ているということになるわけですが、今は、そうした循環器の先生方が荒尾市民病院へいらっしゃっているわけですし、そうしますと当然のこととして、患者さんの流れが変わってくることになります。この時期におけるこの推計となって、福岡県の方へその数が取られているということであれば、有明圏域としては納得できない部分があると思います。そこら辺の部分の説明していただきたい。
- ・また、私は福祉施設ですけれども、特養が受け皿となる中で、以前より言っております、医療のあり方ももう少ししっかりと検討していただかないと、受け皿となっても医療の診療報酬の請求がなかなかできない状態なので、どうなっていくかということを前から訴えております。その辺も説明していただければと思います。

(医療政策課村上主幹)

- ・今、御指摘ありましたとおり、この推計の基になりますのが、平成25年度のデータになりますので、資料4の最後でご説明しましたように、阿蘇地域も含めまして、今

後地域で状況の変化というのが出てくると思います。ただ、先を見込むとしましても確定したものではない、ということもありますので、当面は今のこの枠組みの中で進めていかざるを得ないのかなと考えています。また、厚労省に対しましても、これは各県からも要望しておりますが、節目、節目あたりでは、この推計が改めてできるようなデータの提供を依頼しております。それに対して、厚労省も提供を検討する、との回答ももらっておりますので、そうしたデータを、のちほど見ながら、この点（患者の流出入）については考えていく必要があると考えております。

（医療政策課 阿南補佐）

- ・2点目の特養における医療のあり方ということで、鴻江会長の方が国へ直接訴えられていることは聞いております。我々としては国の検討の行方を見ていくしかないのですが、そういったご要望をあらゆる機会を通じて行って参りたいと思います。

（相澤構成員）

- ・基本的なことが分かっていないので申し訳ありませんが、資料4の1ページの患者流出入の調整の のところで「供給数の増減を調整する必要がある」とありますが、「調整」というのはどういうことを意味しているのでしょうか。具体的には何をするのでしょうか。

（医療政策課村上主幹）

- ・こちらが、下の表にあります、枠囲み「あるべき姿」のところになりますが、まず医療需要といたしまして、患者住所地ベースの数を一番左側の欄に置く、右の現状のところを医療機関所在地ベースの数値を置くこととなります。その上で「あるべき姿」のところ、今の流出入の状況をいくつにするのか、といったところが「調整」ということとなります。まさに数字の調整です。

（相澤構成員）

- ・数の問題ということですね。紙に書いた数字だけが調整されるということ？

（医療政策課村上主幹）

- ・数をどう置くかという調整の内容になります。

（相澤構成員）

- ・いろんな想定の中で、ということですね。実際に患者さんがどうこうということではないですね。分かりました。

（福田会長）

- ・確かに現在の患者さんの動きは、医療機関の機能というもの、また一時的な現象で、これを未来永劫、同じ形だという前提でやるとおかしなことになりますね。そういった意味で患者住所地ベースだとか、あるいは医療機関所在地ベースだとかという話しになっていると思いますが、坂本先生、南の方はどうでしょうか。

（坂本構成員）

- ・こうやって決まりつつありますので、何も言わないつもりだったんですが、これは県単位で調整されているから、我々としては非常に危機感を持っていたんですけども、実際は県間調整は、基本的には受療動向、今までどおりのフリーアクセスを担保していただければ、それでいいんじゃないかと私は思っています。
- ・県単位で人口減とすると、小規模な急性期医療から在宅医療まで、いわゆる地域包括

ケアをやりなさいと言ったって、切れ目のない連携はできないですよ。この間のヒアリングの時も言いましたけれど、やはり我々としては、一定規模の急性期医療を担保して、そしてその中で切れ目のない連携と言っても継ぎはぎだらけですから、接着剤の役目も我々はします。この前も言いましたように、訪問看護のナースステーションが出来ていなかったから、うちが受けますということで、循環型で行かないと看取りが向こうにいったまうちは見ませんよ、というのは成り立ちませんよ。だから希望があればうちが受けるという循環型をやっていかないと、基本的に急性期、我々も小児科と産科、いわゆる医療保健教育が一定水準以上のレベルにないところから、地域が崩壊したということは歴史が証明しているわけです。だから、あまりつぶさに調整されなくても、フリーアクセスさえ担保してもらえれば、あとは現場が頑張らないとしょうがないということだと思います。

(福田会長)

- ・ありがとうございました。他には何か。他の地域で、もちろん県境にあるところはあるでしょうが、御意見はございませんか。では、特に意見はないようですので、(1)から(4)までで、ここで案や方針を固める必要があるものが2点ございます。それについて、御意見を賜りたいと思います。
- ・まずは、資料1の構想区域(案)につきましても、先ほどの説明のようでよろしゅうございますでしょうか。

(小野副会長)

- ・異論はないんですけれど、先ほど丁寧にやり過ぎたから少し遅れているという話があって、熊本市と上益城郡の医師会の先生方は大変ですけれども、どこかで潔く決めていただきたいなど。

(福田会長)

- ・日程的にはどのようになっていますでしょうか。

(阿南補佐)

- ・熊本市医師会と上益城郡医師会の話なんですけど、担当の田中先生の方に確認してはいますけれども、4月くらいから入りまして、それほど回数はかけないということで、遅くとも5月の連休明けには決めたいなどお話しされていますので、我々としてもそれをお待ちしている状況でございます。我々も出せる資料、データは出していくということもお約束していますので、そのような日程でやっていきたいと思っています。

(福田会長)

- ・ありがとうございました。他にございますか。それでは資料1については、御了解いただいたということにさせていただきたいと思います。
- ・いまひとつは、資料4患者の流出入の調整に係る方針についてでございます。意見を頂戴しましたが、何か加えて御意見ございますか。なければ、御提案のとおりでよろしゅうございますか。

<異議なし>

- ・ありがとうございました。事務局におかれましては、ただいまの意見を踏まえて、各地域での協議を進めていただくというこで、よろしくお願いします。

## 議 事

### [ 議事事項 ]

(5) 熊本県地域医療構想の項目(案)について 【資料5】

(6) 地域医療構想策定スケジュール(案)について 【資料6】

### [ 報告事項 ]

(1) 地域医療の実情把握のための聞き取り調査の結果について(速報)

【資料7】

(福田会長)

- ・それでは、後半としまして、資料5~7までの説明を事務局よりお願いします。

### 資料5 熊本県地域医療構想の項目(案)について

- ・医療政策課の阿南です。資料5から7までを約20分で説明します。
- ・まず、資料5の「熊本県地域医療構想の項目(案)」を8分程度で説明します。資料の説明に入る前に、経緯を説明しますと、次の資料6で「策定スケジュール」を説明しますが、本県では、「策定完了のデッドライン」と国が言っております「平成28年度末まで」に策定完了を目指します。それを逆算しますと、次回、6月開催予定の本専門委員会には、地域医療構想の「素案」レベルのものを提示する必要があります。そのため、これから、素案を作り込むに当たって、構想の全体像となります、「項目(案)目次レベルのものを、本日、提示するものです。なお、この項目(案)の作成にあたっては、他県の「地域医療構想」の項目も参考にしつつ、本県独自の項目も入れております。
- ・それでは、資料の1ページをお願いします。
- ・「1 基本的事項」は、構想の趣旨や位置づけ等を記載するものです。特に、上から三つ目の丸の「誇るべき宝である熊本の医療」という項目を入れておりますが、この趣旨としましては、今回の医療機関からの聞き取り調査を通じて、医療機関の皆さんから、熊本の医療提供体制の素晴らしさ、医療機関間の役割分担、連携が上手く機能しているお話を聞かせていただきました。こうした医療提供体制があるからこそ、県民は病気になっても安心して生活できると、熊本の強みを実感したところです。こうした熊本の医療を、将来にわたり、持続可能なものにしていかなければならない、そのために取り組むことは何かという視点に立って、この構想を考えて参ります。
- ・次の「2 本県人口の推移・見通し」では、人口、高齢者人口等、人口ピラミッドの変遷を含めて推移が分かるデータをまとめようと思います。ここで、印のところですが、人口推計は、医療法上、医政局長通知により、国立社会保障・人口問題研究所が推計したものをを用いることを規定されておりますが、本県が平成27年10月に策定しました人口ビジョンの推計も併記したいと思います。
- ・次の「3 医療・介護資源の現状」では、本県における医療と介護の施設数、従事者数の状況について、統計資料を基に、これまでの推移を整理します。
- ・次の「4 構想区域」では、設定の考え方や下の、参考の一つ目のポツのとおり、「た

たき台」として示した5パターンについて、地域部会での検討状況や検討に当たっての課題等」について書き込みたいと思います。また、二つ目のボツのとおり、「高度急性期の状況については、三次救急医療機関を中心とした県内各地域からの患者の受入状況等を図で示すことも検討」して参ります。

- ・ 2ページをお願いします。「5 将来の医療需要・必要病床数の推計方法」です。(1)について、医療法上、厚生労働省令に基づく医療需要と必要病床数を書き込むことが義務付けられておりますので、アにありますとおり、本県の構想にこのことを書き込む必要があります。
- ・ 次に、「その他検討している推計方法(未定稿)」ということで、厚労省令に基づかない、推計方法も提示しようと考えております。これも、他県の構想には見られない本県独自の項目です。イは、聞き取り調査において各医療機関が2025年時点で見込んでいる病床数、ウは県人口ビジョンを反映した医療需要を聞き取り調査に基づく病床稼働率(実績)で割り戻した病床数、エは過去の病床数の減少率が2025年まで続いた場合の病床数を記載することを考えています。具体のそれぞれの推計値は今後行います。
- ・ 次に「6 構想区域ごとの状況」です。今後確定していきます構想区域ごとに記載します。アの現状、イの将来の姿とともに、ウでは、医療提供体制上の課題を明らかにします。課題の把握に当たっては、一つ目の丸の、「厚労省提供データブックから読み取れる課題」、二つ目の丸の「聞き取り調査で把握した課題等」を整理していく予定です。
- ・ 3ページをお願いします。「7 将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた施策」です。波線四角囲みのおり「構想の実現と地域包括ケアシステムの構築を両輪で推進していくための施策」を検討します。
- ・ (1)の医療機能の分化・連携の施策としては、一つ目の丸の「ICTを活用した「くまもとメディカルネットワーク」の整備、二つ目の丸の、全県的に不足が見込まれています「回復期病床への機能転換を行う医療機関に対する施設整備への助成」が挙げられます。また、4つ目の丸の、「政策医療(へき地、小児、周産期)を担う特例診療所を積極的に活用した当該分野における病床数確保も検討」したいと思います。ここで「特例診療所」とは、その下に注釈を付けておりますが、原則としては病床過剰地域では新規開設・増床はできませんが、これらの医療分野において病床を新規開設・増床しようとする場合、医療審議会等の意見を聴いた上で、医療計画に記載されるのであれば、病床設置が認められるというものです。なお、(2)の在宅医療等の充実の項目の一番下の丸にも「政策医療(在宅医療)」とありますが、同様の取組です。こうした制度を通じて、これらの地域医療の確保・充実に必要な分野においては、増床を認めていくことが県民にとってもよいことではないか、という視点でございます。
- ・ (2)の在宅医療等の充実です。構想の趣旨でもあり、地域包括ケアシステムの構築の趣旨として、「入院医療から在宅医療等へのシフト」というポイントがあります。ただし、その実現のためには、先行して在宅医療等が充実しないこうした「シフト」はできません。具体には先の資料3で説明したとおり、第7次介護保険事業計画でも検討されることとなりますが、この構想でも考え得る施策を検討します。
- ・ (3)の医療従事者の養成・確保です。生産年齢人口が減少局面に入らる中で、医療提供体制を維持していくためには、当然ながら担い手の確保が重要となります。行政が取り得る施策を記載して参ります。
- ・ 4ページをお願いします。(4)介護従事者の養成・確保については、ガイドライン上、

項目に入っておりませんが、これまでの本県の構想の流れを考えると欠かせない事項と判断し、本県独自に入れ込むものです。

- 最後の「8 地域医療構想の実現に向けた推進体制」では、(1)のとおり、策定後、地域医療構想調整会議を設置しますが、そこで想定する、議論いただく議事等を記載します。
- (2)は関係者の役割、(3)では、構想の進行管理ということで、それぞれの関係者が担うべき事項を整理するとともに、構想の進ちょく評価等を実施していくことを書き込みたいと思います。
- 以上、こうした項目をベースに今後、「肉付け」を行っていく予定ですので、改めまして、皆様方からお知恵をお借りしながら、策定を進めていきたいと思います。
- これで資料5の説明を終わります。御審議の方、よろしくお願いします。

#### 資料6 地域医療構想策定スケジュール(案)について

- 医療政策課の藤本です。資料6を御説明します。着座にて失礼します。
- 地域医療構想の策定スケジュールについては、昨年6月に開催されました「第1回県専門委員会」にてお示ししておりましたが、現時点までの進捗状況を踏まえまして、更新を行ったものとなります。資料の左半分が今年度、右半分が来年度平成28年度、資料の中段が県全体、下段が各地域の流れを示しております。
- まず、はじめに、平成28年度中に構想の策定を完了するというゴールは動かしておりません。
- 資料の中段をご覧ください。県専門委員会については、今年度は、昨年6月4日に開催された第1回を皮切りに、10月20日に第2回、そして本日3月17日に第3回と開催してまいりました。下段に移りまして、各地域については、それぞれ県専門委員会と連動しながら、昨年夏頃に第1回、秋に第2回、加えて、熊本地域についてのみ、上益城地域との構想区域統合の検討のために、今年1月、2月に臨時部会を計2回開催しました。また、資料の一番下の矢印でお示ししていますが、構想の検討を丁寧に進めるべく、昨年12月から、当初予定にはなかった「地域医療の実情把握のための聞き取り調査」を、全地域において実施したところです。
- 続きまして、資料の右半分をご覧ください。各会議体の前後関係は、細い矢印でお示ししています。来年度につきましては、本日の専門委員会の検討結果を踏まえて、まず4月から5月にかけて、各地域において第3回専門部会を開催し、議論を頂く予定です。その後、県全体では6月頃に第4回専門委員会を予定しています。この時に構想の「素案」をお示しする予定です。7月には各地域でも、順次お示ししてまいります。次に8月の第5回県専門委員会で、素案に対しての意見を反映した「原案」を皆さまにご提示する予定です。その後、9月の第5回地域専門部会、10月の第6回県専門委員会で、原案をご承認いただきたいと思います。
- また、資料の一番下の矢印ですが、原案の検討・承認と並行して、来年度8月頃から順次「医療関係者向けの説明会」と、主に住民の方々を対象とした「タウンミーティング」を開催しようと考えております。これは、ともに地域医療介護総合確保基金を財源とした県から県医師会への補助事業として、県と県医師会で協力しながら実施していく予定です。

- ・ 資料の中ほどにお戻りいただきまして、今年10月、11月には、各地域の検討専門部会の親会議である、地域の保健医療推進協議会、そして本専門委員会の親会議である、県の保健医療推進協議会での原案をお示しし、了解を得たいと考えています。
- ・ その後、12月の県議会にて報告のうえ、年明け1月に県政パブリックコメント及び各団体への意見聴取を実施する予定です。パブリックコメント、意見聴取の指摘を踏まえた最終案を、続く3月の医療審議会にてお諮りし、平成28年度中の知事決裁、国への提出を予定しております。資料6の説明は以上です。

#### 資料7 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（速報）

- ・ 資料7を御説明します。1ページを御覧ください。集計対象データについてです。
- ・ 地域医療の実情把握のための聞き取り調査は、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、前回の県の専門委員会でお示ししました調査票に基づき実施しました。『聞き取り実施期間』は、昨年12月9日から明日3月18日までの予定です。の調査対象医療機関として、当初513施設を想定しておりましたが、調査を行うなかで、のとおり年度内に無床等となる医療機関が8施設ございました。これらの医療機関は病床機能報告の対象外となりますので、今回の聞き取り調査の対象外とし、のとおり最終的に505施設が調査対象となりました。そのうち、『回答を得た医療機関』は488施設で、『回答率』は、医療機関数ベースで96.6%、許可病床数ベースで99.2%と、100%に近い回答率となっており、多くの医療機関の御協力をいただきました。
- ・ 中ほどに、参考として地域ごとの状況をまとめております。なお、下方に記載しておりますとおり、今回の集計データのうち、病床数の見通し等はあくまで現時点の予定で、回答があった医療機関の今後の予定を拘束するものではありません。また、先ほど資料6でお示ししましたとおり、今回は2月末時点の速報として取りまとめております。地域医療構想に対する御意見等を含め最終的な結果につきましては、4月以降の各地域の専門部会や次回専門委員会で御報告させていただきます。
- ・ 2ページを御覧ください。調査結果（速報）の概要【県計】です。『1 平成27年度病床機能報告と2025年の見通しについて』、『(1) 許可病床数』です。枠囲みにまとめておりますが、平成27年度病床機能報告では、高度急性期が2,578床、急性期が11,480床、回復期が4,652床、慢性期が11,983床となりました。これに対し、2025年における見込み数は、高度急性期が1,810床、急性期が7,829床、回復期が4,946床、慢性期が8,075床でした。なお、2025年は、見通し不明と回答されたものについて、当該不明分を平成27年度の病床数でそのまま計上しますと、高度急性期が2,695床、急性期が10,465床、回復期が5,915床、慢性期が10,719床となります。参考として、厚労省令の算定式に基づく2025年の必要病床数推計を記載しております。
- ・ 『(2) 病床稼働率・平均在院日数』です。平成27年度病床機能報告における病床稼働率は、高度急性期が90.3%、急性期が71.4%、回復期が73.9%、慢性期が82.9%となっております。参考として、厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率を記載しております。また、平均在院日数は、高度急性期が9.4日、急性期が13.9日、回復期が45.7日、慢性期が165.7日となっております。
- ・ 3ページを御覧ください。『2 在宅医療の実施状況と2025年における見通しについて』、回答があった医療機関の約53%が在宅医療（往診、訪問診療）を現在実施されており、1か月あたりの患者延べ数は7,914人でした。これに対し、2025年における

見込み数は、約 56%が実施、1 か月あたりの患者延べ数は 12,137 人でした。

- ・『3 「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』、それぞれ調査票の項目ごとに選択された数を集計しております。『(1)「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』では、『連携に係る人材の確保・養成』が最も多く 37%。『(2)「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』では、『在宅医療に取り組む看護職員の確保のための研修』が最も多く 25%となりました。
- ・4 ページを御覧ください。4 ページ以降につきましては、県計と地域ごとに、左右見開き 2 ページでそれぞれまとめております。
- ・最後に、28 ページを御覧ください。『平成 27 年度病床機能報告における医療機能別病床数の報告状況【速報】』について、3 月 1 日に国から 2 月 16 日時点でのデータ提供がありましたので、参考として掲載しております。資料 7 の説明は以上です。

### 質疑応答・意見

(福田会長)

- ・ありがとうございました。ただいま資料 5~7 につきまして御説明がありました。これから意見交換に入りたいと思います。御意見、御質問等ございませんでしょうか。今日はいろいろなお立場で御参加いただいておりますので、できたら皆さんお一人お一人から御意見を賜りたいと思っております。

(林構成員)

- ・資料 5 の 3 ページ、7 将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた施策ということで、(2)在宅医療の充実とあります。(丸)の施策は全部上から目線の話なんですよ。これは在宅医療というのはどこまで出来るのか、どういうことをするのか、それを利用される住民の方々の啓発というのがものすごく必要なんですよ。そうでなければ、私は入院したいとか、施設に入りたいとか、在宅でできるものもできなくなる。そういうふうに住民の啓発ということは非常に大きな力になってくると思いますから、それもこの中に入れてもらいたいなと思っております。以上です。

(立川首席)

- ・医療政策課の立川でございます。実は昨夜、あいにく林先生は御欠席いただいておりますけれども、伊津野先生を会長としました在宅医療の会議がありまして、在宅医療という言葉が、全然県民の方、市民の方に普及していないということもありまして、先生にも一度は見てもらっていると思っておりますけれども、在宅医療に取り組んでいただいている病院、クリニックに、いまのキャッチコピーでは「在宅医療を実施しています」というような、くまモンもついたようなシールを貼って、まずは入院ばかりではなく、在宅医療に医療機関も取り組んでいきますし、活用してくださいというようなことを今取り組み始めたばかりでございます。パンフレットも作成しておりますので、先生のおっしゃったとおり進めてまいりたいと思っております。

(中熊代理)

- ・今日は保険者協議会の代表として参加させていただいておりますので、保険者協議会としての意見でございますけれども、私どもは会員から保険料を徴収して医療費を払

うということで、会員の皆様に適切な質の高い医療を提供することが何よりでございます。併せて、会員の皆様の保険料の負担についても配慮する必要があって、効率的な医療もお願いしたいと思っています。そういった中で、今回の地域医療構想ということで、必要病床数の数字も出ておりました、削減の方向に向かうような話ではありますが、受け皿づくりも大切ですけれども、この地域医療構想、今から15年かけて確実に実現していくということが心配でして、話し合いで色々やるということもあるんですけど、自然に地域医療構想を確実に実現していくという仕組みを作っていないと、なかなか実現は難しいんじゃないかと感じております。そういった中で、資料5の3ページ実現に向けた施策というのは大切な章ではないかと思っております。病床を回復期へ転換についての助成、病床を削減してその受け皿をなる施設、先ほどの資料3の6ページのような介護施設だと思っておりますけれども、(資料5の3ページの)在宅医療の下から2番目に書いてありますが、、

(中熊代理)

・在宅医療等の充実の下から2番目の丸に書いてありますが、「検討」ではなくて「支援・助成」そういったものも県でしっかり組み立てていただいて、この構想のなかにきちんと書き込んでいただきたいと思います。

(阿南補佐)

・地域医療構想の実現に向けましては、今もやっておりますが、地域医療総合確保基金というのがございまして、これは各団体、各市町村から提案等いただいております。どちらかといいますと、そちらのほうが先行して取り組みが進んでいるところで、実は、今日並べた施策は大半が基金の事業メニューという部分がございます、今実際と取り組んでいただいております。県の財政的な支援の部分はこちらでやっております。老健施設の転換については高齢者支援課の範疇になりますが、新基金の介護分ということでまた手当のほうが予算がありますので、県が何ができるか、こういった部分で財政的支援ができるか明確にしていきたいと思っております。

(福田会長)

・ありがとうございました。他にはございませんか。

(山田(和)構成員)

・老人保健施設協会の山田でございます。今回は医療分野の地域医療構想で、介護はどちらかというとは後に続くという感じで話を聞いておりましたが、結局は必要病床数を算出された後には介護の分野で受け皿となる部分が出てくる。それがおそらく資料3の1ページの「在宅医療等とは」というところで、ここに関して鴻江委員が特養における医療の問題を指摘されました。われわれ老人保健施設も医療の一部を担っておりますけれども、介護のほうに一応分類されているということで主たる立場にないんですけども、ただ最終的な報告書の項目の、今、林先生が言われました在宅医療等の充実のところ、資料3の「在宅医療等とは」の内容からかなりずれてきて、いわゆる狭義の在宅医療しか書き込まれていないような気がするわけでありまして、この地域医療構想を完成させるときには、この「在宅医療等とは」のわれわれ施設あるいは介護の分野の医療を担っている部分をこの報告書のなかである程度書き込んでいただかないと、次のステップに進めないような気がいたしますので、老人保健

施設の立場から言うと、老人保健施設にこの先どの程度期待されるのか、そのために足りないのはどこなのか、どこをどう充実させていけばいいのかということ、ぜひわれわれの意見を汲んでいただいて書き込んでいただく方向で整理していただければと思います。そうしないとおそらく置いて行かれる。そして後始末だけやってくれということではおそらく地域は完結していかないし、住民にとっても幸せでないと思いますので、引き続きよろしくをお願いします。

(福田会長)

・御追加どうぞ。

(植松代理)

・関連するんですが、3ページのあるべき医療の姿というのは極めて重要なところだと思うので、いろいろ我々も考えているところをまた追ってペーパーで出したいと思うんですけども、今後の進め方として、これでいろいろ項目について意見をもらって整理して、それで次に6月のときにいきなりドンと素案が示されるのか、それまでに1回フィードバックしてわれわれの意見をきいてもらったのをここに素案として示されるのか、そういう事前の調整とか議論する場をぜひ作ってほしいという意味なんですけれども、スケジュールの今後の調整手法についてお伺いします。

(松尾主幹)

・まず山田構成員からお尋ね件からお答えします。介護のほう、地域包括側の方向性については、考え方で意見をいただいたものを反映できるというふうに思っております。具体的なサービス量とかそういったものにつきましては、第7期の介護保険事業計画でしっかり整理する方向で検討する必要があります。例えば、あらたなタイプの受け皿がどれくらいになるのかとかを踏まえて第7期の介護保険事業計画を作っていく必要がございますので、今回の構想についてはできるだけ具体化を図ろうと思っておりますが、具体的なサービス量につきまして第7期以降の介護保険事業計画のなかで検討していくことが重要になるかと考えております。

(山田(和)構成員)

・おっしゃることはよくわかるんですが、私が言いたかったのは、それはそれとしてこの報告書のなかに在宅医療等の充実という項目がありますけれども、ここの部分でリストアップしてあるのが非常に狭い意味の在宅医療ではないかと、本来この地域医療構想のなかで示された在宅医療等はもっと幅が広い、われわれ施設系も含めた、そこについてもここで書き込んでいただきたい。具体的な数とかそういうことはまた整理しまして、そこに期待するものとか受け皿として何をどう期待しているのかということ、ぜひ書き込んでいただきたいということが一つ。今の制度上問題でその書き込んだなかで足りないものは何かということぐらいは書き込めると思っておりますので、われわれの意見を述べさせていただければそのことについては意見を申ししていきたい。

(立川首席)

・今、熊本市の植松副市長様から今後の案の作り方ということで御意見を賜りましたけれども、先ほどの資料6を見て頂きたいんですけども、今日が3月の17日ということで、4月から5月にかけて同じような項目案をお示しして、各地域でいろい

るな御意見を賜りたいと思っております。それを踏まえまして、6月のこの会議で第4回と書いてございますが、素案をなるべく早く書き込んだ不完全なものになると思いますが、なるべく早く皆様方にメールなり郵便で御呈示をして、そしてそれに対して6月の会議で御意見を賜るような順番でやらせていただこうと思っております。

(福田会長)

・まず山田先生よろしいですか。

(山田構成員)

・はい。

(福田会長)

・植松副市長、どうですか。議論する場がないということですよ。

(植松副市長)

・ペーパーのやりとりだけでなく、これだけ平場ではなく、執筆委員会じゃないですが、コアメンバーで議論してみるとかしないと、平場でいきなりどーんと出されて、それでまた言いたいことを言ってまた集めてというのがいいのか。やはり大きな方向性を示すものなので、事前の調整部会みたいなものもあってもいいのではないかと、ひとつの手法として。御提案ですけれども、ただ、そういうやり方でやるのであればそれはそれでひとつの選択肢であると思うんですけれども、いろいろ意見が平行線になった場合になかなか収集がつかなくなるのではないかと。

(福田会長)

・極めて的を得たお話だと思いますが、これに対して御意見を。課長さんから頂戴しますか。

(立川課長)

・進め方につきましては検討させていただきます。

(福田会長)

・他に何かございませんか。

(山田(一)構成員)

・病院のほうから参りました山田でございます。大きな流れとして今回は非常にまとまって大変わかりやすく御説明いただいたと思います。資料5でいわゆる構想の項目の案として、1ページ2ページと、そして3ページに具体的な構想案が出ているのかと思います。構想であるので、最初に絶対必要なものは目的ですよ。目的がなんであるのかを出さない構想というのは一般的にありえないことなので。今回熊本県の地域医療構想の目的としては、この1～3ページにあります医療機能の分化・連携の確立、2番目に在宅医療等の充実、3番目に医療従事者の養成・確保、4番目に介護従事者の養成・確保、そして最後のところに連携体制を少し熊本らしい何かをつくっていくということを述べられていると思うんですが、そういうふうに理解してよろしいですか。いろいろな方法論は今まで聞いておりますけれども、目的はこういう目的という

ことによろしいですか。

(阿南補佐)

- ・山田先生、資料5の1ページ目に、基本的事項ということで、そもそも論ということで、構想の趣旨、構想の位置づけ、あと2,025年の姿、誇るべき宝である熊本の医療、と、ここで全部、目的、内容を打ち込みたいと思っています。その上で具体的方法策として、施策としての4本柱を考えています。

(山田(一)構成員)

- ・その中において、やはり熊本の医療機能の分化、連携というのは、どういう形を目指す、というふうに、やはり是非具体的なものにしないと、いわゆる我々がその目的として、医療界としていろいろこれだけ取り組ませていただいて、その結果を今度は評価をしないといけないわけですが、その評価の方法が明確にできない、なんとなく言われても、よかった、悪かったという結果が、何年後にどういう評価をするのかをここで決めていただかないと、例えばこういう機能分化、連携によって、在宅が、今の在宅医療よりもこういうふうによくしていくとか、あるいは急性期と回復期との連携が今以上に、これだけ連携をとっていくとか、そういう具体的なものを、ある程度、もう何パーセント増やすとかいうのは難しいと思うんですけども、推進するようになった場合、そういう評価の方法というのもあるので、例えば3年後に、これだけ、こういうパーセントが増えましたかとか、在宅の方が具体的にこういうふうになりましたとか、医療と介護がこういうふうに関連が上手くいって、介護でも医療の方でも、終末医療とか、いろんなところで、いろんなトラブルが起こっている数が減りましたとか、そういう評価の方法も、ある程度、細かい、具体的なものでなくてもいいですけども、基本的なものは何かやっておいていただかないと、次回そういう一つの案が出てくるということであれば、目標値をある程度もう少し具体的なものにさせていただいて、そして何年後かに、十年後、2025年に評価するのですか、それとも途中で評価は一切せずに、2025年に評価して、ああ失敗でした、成功でしたというふうに行くのか、通常のこういう医療の世界での戦略としては、その途中で必ずその評価をして、そしてその評価の上で、問題があった場合は、次の方法論をステップアップしていく、というのが一般的なんですけれども、この熊本県の地域医療構想の中ではその辺に関するお考えを、だいぶ具体的にやりつつあるので、その辺を教えてください。現時点で何かありますか。

(医療政策課 阿南補佐)

- ・今、御指摘いただいたことを踏まえて研究していきたいと思います。国レベルの会議の情報を見ますと、産業医科大学の松田教授が医療の質についての評価方法というのでも打ち出されておりますので、その点についてもいろいろ研究しながら、構想の方に書き込めるかどうかを含めて、書き込めるように研究して参りますので、また山田先生の方からも御助言いただければと思っています。

(山田(一)構成員)

- ・その辺に関しては、厚労省の方に、大まかなことを言うばかりではなく、もう少し細かいことを教えて、評価の方法とか、どの段階で、チェック体制、3年後か、2年後にデータを出すのかというのをですね。先ほどは人口度とか、いろんな、あの資料し

か出てこないのので、それだけでは評価はできないと思いますのでね。そのあたりは、今後はこの会議の中で決定するときには、そういうこともないと、「それで行きましょう」とは我々は言えない。医療界としては。だから、その点を教えていただきたいと思います。

(福田会長)

・よろしく願います。ほかには質問のある方はいますか。

(高島構成員)

・素晴らしいまとめと資料を提供いただきましてありがとうございます。私は、最後の資料7の3ページを見ていますと、現在、回答があった53%が在宅医療をやっているということで、こんなにされているんだなというふうに思いました。あと10年後には患者数も2倍になって、医療機関の取組みとしては%的には56%と見込みを立てていますが、それで現実的な質問で申し訳ないのですが、例えば、今、聞き取り調査をされた時に、急性期とか、高度急性期を担っておられる病院が訪問看護をやっていこうというようなことはないのでしょうか。

(阿南補佐)

・そうした医療機関はございません。

(高島構成員)

・日本看護協会の話では、結構全国展開している病院が患者さんのために、訪問看護を昔やっていたけれども、今ほとんどやっていないけれども、また展開していこうという動きもあるらしいので、患者さんのためには、在院日数がどんどん短くなりますので、急性期の病院でもそうなるのかなというふうに思ったものですから、熊本ではどうだったろうと思ったものですから、お尋ねしました。

(阿南補佐)

・急性期の病院が、ということですか。高度急性期の病院だけでなく。

(高島構成員)

・高度急性期も急性期もです。

(阿南補佐)

・失礼しました。先ほど「ない」と回答しましたが、手元に詳しい資料がなくて、申し訳ないのですが、高度急性期は「ない」と記憶しておりますが、急性期の病院がやっていないと、今日断言できませんので、また精査したいと思っています。今後、分類として、どのような医療機関が在宅医療を担おうとしているのかを分析したいと思います。またお知らせいたします。

(福田会長)

・一二三先生、河野先生、その辺はどうなんですか。

(一二三構成員)

・訪問看護を多分一番最初に始めたのは私たちの病院だと思います。ヒラキダさんたちを中心に。私も訪問看護に従事していましたが。ただ、今の状況になって、も

う一度、高度急性期もやりながら、訪問看護をやりませんか、と言われても、訪問看護をやる看護師さんたちの教育のお手伝いをするけれども、それを自分たちで始めようとは思っていません。そういうことは国の医療政策も求めているのではないかと。病院に、今の熊本市内における必要な状況を考えたときに、政策の流れを考えると、新たに訪問看護に再度手を突っ込むというのは今のところありません。どこかそんな余力があるのかと。河野先生のところはどうか。

(河野構成員)

- ・うちでも検討したことはありますけれども、全くやる意思はございません。ただですね、がんですね、腫瘍内科とか、そういうのに対して、少し、他の医療機関から「やりなさい」ということがあったときには考えることはあるかもしれませんが、現時点では全くやる意思はございません。

(福田会長)

- ・よろしいですか。

(高田構成員)

- ・私は熊本県の自治体病院協議会の立場で出ておりますが、目の前に坂本先生、大先輩がおられますけれども、その立場から言わせていただきますけれども、一つは厚生労働省が出した必要病床数に対して、どうしても公的病院、公立病院は命令によって指導を受ける、ということが言われていますけれども、幸い、今回、県あるいは市の方で聞き取り調査をしていただいて、今日のお話しの中では、その資料を基に、熊本県独自の判定をして、そういった病床数の検討をしていただける、ということでもあるので、地方のへき地の医療を担う自治体病院としては、その辺を考えていただいて、優しい気持ちで検討していただきたいというのが一つと、地域の、へき地の医療を担う病院が非常に困っているのは医師なんですね。医療従事者が足りなくて困っている、というのがありまして、今日いただいた資料の5でも、7の(3)で「医療従事者の養成・育成」ということで、医師の確保についても、こういった施策が書いてありますので、そういったところで地域医療構想の中でその点を配慮していただければと思います。

(福田会長)

- ・よろしいですか。

(水田構成員)

- ・先ほど、医師の数が、患者の受療行動を規定するという話がありましたが、そのとおりでありまして、やはり医療従事者の確保は非常に重要なことだと思います。ここでいろんな取組をしていただいて、ちょっと私、事情を知っていて言いづらいのですが、丸ポツの2番目に「オール熊本で取り組む初期臨床研修医の確保」というのが書いてございますが、実際熊本で働く、地域医療を担う医師をどう確保するかということが重要なわけです。本来は、熊本で。ですから筋論で言えば、「オール熊本で取り組む初期臨床研修医の確保」ではなくて、「オール熊本で取り組む専攻医の確保」であるはずだと思うんですね。現実問題として、一つ問題なのは、初期臨床研修を熊本でしても、熊本に残らない人がいると、ということが大きな問題があります。もちろ

ん初期臨床研修を確保することも重要だと思えますが、それが終わった後の専攻医をとにかく熊本に確保するということが重要ですので、それが、この施策がこのまま残るとおかしいと思えますので、できれば「初期臨床研修医・専攻医の確保」というような形にさせていただいた方が有効な医師の確保になるというふうに考えますので、御検討をお願いします。

(医療政策課 立川首席)

- ・今、水田院長から御指摘がありましたように、水田院長とは、今、膝詰めでいろいろやっていますので、分かりました。

(福田会長)

- ・先日、日本医師会の講演がありまして、熊本は医師の数は多いけれども、若い人の数が少ないという紹介がありました。これを何とかするためには、今お話しのように、いかに若い医師、専攻医を育てるかというのが大事なことで、是非御検討いただきたい。あの、よく医師募集の「ナビ」ってやりますよね。いろんなところで。熊本県の取組が一番悪い、と言われているんですよ。他所はブースを出して、県から人が行って、他の病院と一緒にあって、いろいろと企画を立てて、募集しているんですけども、なぜだか熊本の取組が弱いと、熊本から行った人達が言っていますので、是非県主導で、また他所の県を少し参考にして、やってもらえるようにお願いします。

(医療政策課 立川首席)

- ・実は今、福田会長からお話がありました件につきましては、今週末の日曜日に東京であるんですけども、そこにも県のブースを出しまして、大学病院、熊本医療センター、済生会熊本病院、熊本赤十字病院さん、各病院からも御参加いただきまして、遅ればせながら熊本も今頑張っているところでございますので、御紹介させていただきます。

(福田会長)

- ・行った人たちが寂しい思いをされると言っておられますので、是非、これこそオール熊本で取り組むということをお願いしたいと思えます。
- ・他に何か御意見ありませんか。

(高寄構成員(小田代理))

- ・熊本県町村会でございます。専門家ではございませんので難しい話というのはできないんですが、今日こうして参加させていただいて資料も見させていただきましたけども、こうやって医療構想というのを作られる、最終的には県民の方々に説明されると思うんですけども、県民の方が一番思うのは、じゃあ自分が病気になったらどうなるんだろうと、どの病院に入ってどの段階で治るのか治らないのか、治らなかつたらどうなるんだろうと、この辺のところを是非目に見えるように、分かるように、自分たちの問題として答えていただけるようにまとめていただければと。難しいけれども、是非お願いしたい。年金なんかで一番問題だったのが、年金をもらってみないといくらもらえるか分からないということが実は問題だったんですよ。同じようなことが医療構想にも言えるかと思えますので、是非よろしくをお願いします。

(福田会長)

- ・それに対してお答えがございませうか。

(医療政策課 阿南補佐)

- ・検討したいと思ひます。

(福田会長)

- ・やはりこれは市町村の行政の方にも地域医療構想とかあるいは医療ビジョンといったようなものを理解してもらわないと、各自治体がそれぞれに適当な病院をたくさん作られても非常に困るんですね。熊本の三次医療圏の中でどう、二次医療圏がどうあるべきかということで、特に疾患別に機能分化するというような構想がなければ、本当に同じような病院があちこちにできても、大学の方も医師を派遣するのに困るし、それが患者さんのためになるかどうかは別の議論、話題になるので、是非それは御理解いただくようにしていかなければならないと思ひます。よろしくお願ひします。

(浦田構成員)

- ・本日資料をいただきまして、資料5で方向性というものが頭の中で少し整理できて、非常にクリアになったかなと感謝を申し上げたいと思ひます。そして、資料7で「地域医療の実情把握のための聞き取り調査」というのを行っていただきまして、3ページに3の「病床の機能分化・連携」それから「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みということで、その中の(2)の に在宅歯科医療に対する問題を挙げていただきまして、ありがとうございました。ただ、結果としてはこういう2%、1%ということで、我々が今取り組んでおりますけれども、ますます頑張らないといけなかなという思ひと、また、医療連携を歯科と医科の連携も含めてさせていただいておりますけれども、そういう意味では林先生が言われましたように在宅とかそういうものを、まあ医科の先生方にももう少し御理解いただくのと、やはり県民の皆様にもそういうのを周知していくというのが非常に重要だなというのを改めて感じましたので、我々も頑張っていきたいと思ひます。どうかよろしくお願ひしたいと思ひます。

(福田会長)

- ・ありがとうございました。それでは、水足先生は回復期病院の代表で出ていらっしゃいますけど、いかがでしょうか。

(水足構成員)

- ・金澤構成員が(以前)指摘されたことで、この聞き取り調査の資料の7の病床稼働率と平均在院日数なんですけど、実に熊本の医療を端的に表しているんだと思ひます。非常に機能分化がすでにかなりできているということの表れで、高度急性期の病院の病床稼働率が90.3%、これはやっぱり非常に、私たちは高度急性期の医療機関を頼って、山鹿の方から市内の方に送り出す立場の人間として、ある程度、山鹿でできることは山鹿で、特にこれから高齢化が進んでいきますので、肺炎を起こしたりする高齢者が増えていきますので、なんでもかんでも熊本市内の病院にお願ひするという訳にはいかないということで、覚悟を持って回復期また一部の慢性期を頑張っていくつもりで、ケアミックスの病院の代表として来た以上は、そういうそれぞれの役割を自覚しながら、患者さんたちがどこの医療機関が適当かということをお我々割り振ってるつもりで

あります。地域の中でも開業医の先生方から患者さんを送ってこられまして、我々の方でも大丈夫かなということで帰すとすぐに悪くなる、また再入院が非常に必要になってくることがありますので、まあ非常に苦労をしております。これは診療報酬の改定のたびに、こういう機能分化がどんどん起こっている、高度急性期の病院には1週間しかいられませんというのが住民の方たちの間でももう一般常識になってきているというのがこの10年くらいの動きだと思っております。そして病院の方も、病院だけでは成り立たないということで、まあ成り立たないと言いますか守備範囲を広げないといけないということで、回復期から在宅に帰れる方のための中間施設である老健施設を作ってきたという経緯があると思っております。そういう意味で、医療と介護に係る民間医療機関が頑張ってきたんだということをお認めいただきたいと思っております。

(一・二・三 構成員)

- ・この会議に出させていただいて初めて発言するんですが、やっと何かからくりが分かってきたような、頭の整理ができましたので。基本的に私は、医療の圏域とか病床数の削減というのはほとんど気にしていません。気にされている方が多いと思いますが、基本的に人口の増減と患者さんのニーズ、いわゆる受療動向でほとんどすべてどの病院に行くとか、どの圏域に行くとかは患者さんの自由で決まっていますので、私たち医療をやっている者はそれに合わせるしかないんで、それに関しては言い方が適切かどうかは分かりませんが、流れに任せる、なるようになるなという気がしないでもないです。国が大幅に舵を変えて、産めよ殖やせよ政策のような、明治の頃に帰った人口政策に切り替えない限りは、人口が減っていくというのは目に見えておりますので、それに合わせて私たちの事業の形態を変えていくしかないというのが基本的によく分かりました。そうではあるものの、やっぱり戸惑いになるのは患者様、病気になられた方なんで、そこところは先程の林先生の意見で、やっぱりこうなんだなと。また、山田先生、鴻江先生の御意見を聞きながら、やっぱりこれは、私たちは高度急性期の病院という視点からしかあまりものを考えることはありませんが、それは医療と介護のほんの一部でしかないんで、その先のところについての受け皿ですね、いわゆる在宅、在宅って言うんですけど、在宅で見れるような力が今はもう家庭にはありませんので、そういう中でどういうふうな政策を打てば患者さんや御家族が落ち着かれるのかなという目線で考えて、この熊本の地域医療構想の中にうまく書き込んでいただきたいなと。医療圏の位置づけにしる、在宅医療の位置づけ、それを書くだけではなくて、患者さん方に説明するような、あるいは分かっていたらいいような機会をたくさん設けないとやっぱり不安が募るということを感じました。あと、10回ぐらいこの会議などいろいろな会議に出たと思っておりますけども、狭い範囲の医療をしていますので、少し理解できたと思っております。以上です。

(福田会長)

- ・他にありませんか。どうぞ。

(相澤構成員)

- ・精神科は違うということをお話を伺っておりますけども、今まではグラフと地図ばかり眺めておったんですが、今回はこうして言葉がいろいろ出てきたんで少し安心しているところです。精神科と一般科と、今一番連携が必要なのは認知症だと思うんですけど、認知症という言葉がどこにも入っていないので、やっぱり少し、精神科抜き

には認知症は語れないのかなと、少しそれで安心するところもありますけども、やはりそれなりに認知症のことについて方針なり施策なりが何か言及してある方がいいんじゃないかという気がしますので、また御検討いただきたいと思います。

(福田会長)

- ・どうぞ御配慮ください。
- ・他に御意見ございませんか。それでは定刻になりましたので、これで意見交換を終わらせていただきたいと思います。多数の御意見、ありがとうございました。
- ・「聞き取り調査」の総括につきましてはこれからとのことですが、そうした内容も踏まえて、資料5で提示された「熊本県地域医療構想の項目(案)」に沿ってこれから詳細が固まっていくものだと思います。各地域での意見交換についても、引き続きよろしくをお願いします。
- ・この辺で、意見交換並びに議事を終了したいと思います。皆様には円滑な進行に御協力いただき、ありがとうございました。進行を事務局にお返しします。

## 閉 会

(中川審議員)

- ・福田会長並びに皆様方には、大変熱心に御議論いただき、ありがとうございました。御了承いただきました内容、並びに本日いただきました貴重な御意見等により、各地域の専門部会での協議を進めて参ります。なお、お手元に「御意見・御提案書」もお配りしておりますので、またよろしければFAX等でお送りいただきたいと思います。
- ・それでは以上を持ちまして、本日の会議を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

(18時45分終了)