

第1回熊本・上益城地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成29年8月7日（月）19時00分～21時10分

場所：熊本県庁地下大会議室

出席者：＜委員＞41人（うち代理出席1人）

＜熊本県健康福祉部＞

田原健康局長

医療政策課：松岡課長、阿南課長補佐、村上主幹、
太田参事

＜御船保健所＞

劔所長、隈部次長、古庄参事

開会

（隈部次長・熊本県御船保健所）

・みなさま、こんばんは。定刻になりましたので、ただ今から、第1回熊本・上益城地域医療構想調整会議を開催いたします。

・御船保健所の隈部でございます。よろしくお願いいたします。

・まず、資料の確認をお願いします。事前に資料1、資料2、資料3、資料3の別紙、資料4をお送りしておりましたが、本日御持参いただきましたでしょうか。

・また、机の上には、会議次第、出席者名簿、配席図、設置要綱の資料を一式。それからファイルに綴じました熊本県地域医療の冊子。なお、こちらは、お帰りの際はお手数ですが机に置いたままでお願いしたいと思います。

・次に、資料2に差替えがございましたので、右上に平成29年8月7日版と印字してある資料2を置いてございます。

・次に平成28年度病床機能報告の県ホームページの写し、以上を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。

・それでは、本日の会議は審議会等の会議の公開等の指針に基づき、公開とし、傍聴は、会議の都合により10名までとしております。また、会議の概要については、後日、県のホームページに掲載し、公開する予定としております。

・それでは、開催にあたり、熊本県健康福祉部健康局長田原から御挨拶申し上げます。

挨拶

（田原局長・熊本県健康福祉部健康局）

・健康局長の田原でございます。本日は御多忙の中、第1回熊本・上益

城地域医療構想調整会議に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

- ・本県の地域医療構想につきましては、平成27年から丸2年をかけまして、県全体の地域医療構想検討専門委員会、そして、各地域の専門部会におきまして、様々な御意見・御提案を賜り、おかげをもちまして、本年3月末に策定することができました。

- ・この構想に基づきまして、これからは将来の目指すべき姿の実現に向けて、具体的な取組みを進めていくこととなります。構想の推進につきましては、各医療機関の自主的な取組みが前提となりますが、医療法に基づき設置しました本調整会議におきまして、関係者が必要な協議を重ねながら、合意形成を図っていくことを求められております。

- ・本県では、これまでの策定段階の検討体制と同様に、調整会議を構想区域単位及び全県単位、二段構えで設置し、地域医療構想の推進を図ってまいります。なお、県の調整会議につきましては、6月30日に開催し、運営方針等について御承知をいただいたところでございます。

- ・本日の委員の構成につきましても、専門部会の構成をそのまま踏襲させていただくというかたちをとっております。引き続き、皆様方の御理解と御協力をよろしく願います。

- ・本日は5つの議題を予定しております。

- ・まず、議題の1と2につきましては、議長の選出、運営方針に関することとなります。

- ・議題の3につきましては、昨年度の病床機能報告の結果に関するものでございます。

- ・議題の4と5につきましては、地域医療構想を推進するための財源となっております地域医療介護総合確保基金につきましては、制度の概要、今年度事業の概要、それから来年度事業の予算化に向けた考え方や指針、また回復期病床への機能転換施設整備事業などについて、説明する予定でございます。

- ・限られた時間ではございますが、忌憚のない御意見をよろしく願い申し上げ、開会のあいさつと致します。よろしく願います。

(隈部次長)

- ・それでは、委員のみなさまの御紹介につきましては、時間の都合上、お手元の委員名簿並びに配席図にて代えさせていただきますが、前身と

なります。検討専門部会から交代があった委員の方のみ御紹介いたします。出席者名簿をご覧ください。熊本地区は、出席者名簿の9番の国立病院機構熊本医療センターの高橋院長、13番の公益社団法人熊本県精神科協会代表の寺岡院長、14番の済生会熊本病院の中尾院長、18番の熊本赤十字病院の平田院長、21番の熊本県薬剤師会熊本市支部の丸目支部長、25番の熊本市の米納健康福祉局総括審議員。以上の皆様になります。

上益城地区は、出席者名簿の4番の山都町の梅田町長、本日は代理で御出席でございます。6番の甲佐町の奥名町長、それから、本日は御欠席ですが、8番の熊本県薬剤師会上益城支部の木山副支部長、続きまして10番の上益城郡歯科医師会の高尾代表、12番の熊本県老人福祉施設協議会の藤岡施設長、16番の熊本県看護協会上益城支部の渡辺代表、以上の皆様となります。

・なお、本日、上益城郡町村会の荒木会長におかれましては、所要のため途中で退席となりますので、よろしく願いいたします。

・それでは、本日の一つ目の議題であります、本会議の議長及び副議長の選出に入らせていただきます。事務局から御提案いたします。

・議長、副議長の選出についてですが、将来の医療提供体制のあり方に係る構想でございますし、また、構想策定に当たり、専門部会として平成27年7月から熊本地域では臨時部会も含めて計6回、上益城地域でも計4回の協議を行っていただきましたが、その際には専門部会の会長をそれぞれ熊本市医師会の福島会長、上益城郡医師会の永田会長にお願いしておりました。

・こうした経緯を踏まえ、調整会議の議長には福島会長に、また、副議長には永田会長にお願いしたいと思っております。よろしいでしょうか。

(拍手)

・御承認いただき、ありがとうございました。

・それでは、設置要綱に基づき、この後の議事の進行を議長にお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

(福島議長)

・ただ今、議長の指名を受けました福島でございます。一言挨拶をさせていただきます。

・平成27年から協議を続けておりました地域医療構想については、足掛け3年にわたり協議を行い、途中で熊本地震がありましたが、今年3月に無事に策定されました。

・今年度からは、医療法に基づく協議の場であり、この地域医療構想調整会議において、2025年の病床の必要量を見つつ、各医療機関の自主的な取り組みやそれから医療機関の相互の協力を通じて、病床機能が次第に収斂されていくことを目指してまいります。

・本日、御出席の皆様には、大局的な視点から、忌憚のない御意見をよろしくお願いいたします。

・それでは早速ですが、お手元の次第に沿って進めてまいります。

・2番目に、この地域調整会議の運営について、それから3番目平成28年度病床機能報告について、4番目の地域医療介護総合確保基金(医療分)について、それから5番目の回復期病床への機能転換施設整備事業についての4つでございます。

・議題ごとに、事務局からの説明と意見交換を行いたいと思います。それでは、議題2について、事務局から説明をお願いします。

(古庄参事・御船保健所)

・御船保健所の古庄です。よろしくお願いします。

・議題2の地域医療構想調整会議の運営について説明します。

・資料1を10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。

・スライド2をお願いします。

・この地域医療構想調整会議、略して調整会議は、設置要綱にも記載しているとおり、医療法第30条の14の規定に基づき県が設置する協議の場となります。

・また、局長の挨拶にもありましたとおり、本県では、県全体と構想区域ごとの計11の調整会議を設置します。

・スライド3をお願いします。県調整会議と地域調整会議の役割として、それぞれの議事項目を整理したのがこちらの表です。

・大きな区分けとして、県調整会議で制度設計等の全体の方向性に関する協議を、地域調整会議で構想区域ごとの具体的な協議、特に、の将来の提供体制構築のための方向性共有については各医療機関の役割明確化、の回復期病床への機能転換施設整備事業については申請案件の適否を協議いただきたいと思います。

・なお、各医療機関の役割明確化についてはスライド6で、回復期病床への機能転換については議題5で詳細を説明します。

・スライド4をお願いいたします。調整会議の運営方針を設定したいと思えます。

・一つめが、地域医療構想の達成を推進するため、関係者が合意形成に向けた協議を行うこと、二つめとして、この協議にあたっては、まず、(1)のとおり、必要に応じ、関係医療機関に参加を求める、としています。

・この関係医療機関については、先程スライド3で説明した地域調整会議での各医療機関の役割明確化や回復期転換事業に係る適否等の協議に係る医療機関を想定しています。

・また、(2)のとおり、在宅医療の推進及び医療・介護連携に係る会議である県在宅医療連携体制検討協議会及び在宅医療連携体制検討地域会議との情報共有を進めて参ります。

・なお、これら在宅医療推進に係る会議の概要をスライド11にお示ししていますので、後程、御参考ください。

・スライド5をお願いします。

・今年度の調整会議のスケジュールですが、6月30日の第1回県調整会議をキックオフとして、下の段の地域調整会議について、第1回を本日8月7日、第2回を10月に開催し、その結果報告等を2月の第2回県調整会議で行い、3月の第3回地域調整会議につなげていく、また、この間、在宅医療推進の会議と相互に情報を共有するというサイクルで進めて参ります。

・スライド6をお願いします。

・スライド3でお示した地域調整会議における各医療機関の役割明確化について、説明します。

・現在、厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループで、地域医療構想の実現プロセスや議論の進め方について検討が進められています。実現プロセスについてスライド13に掲載していますので、詳細は後ほど御参考いただきたいと思いますと思いますが、まず、政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図るとされています。

・これに沿って、本県でも、政策医療を担う中心的な医療機関の役割について地域調整会議で協議いただくこととし、協議対象となる医療機関については、地域医療構想の第5章 構想区域ごとの状況に記載する図表59の各構想区域の5疾病に係る拠点病院及び地域医療支援病院、図表60各構想区域の5事業に係る拠点病院を基に、区域ごとの実情に応じて各地域調整会議で決定いただきたいと思いますと考えています。

・なお、次のスライド7に、記載例として熊本・上益城構想区域の場合、

構想の55ページをお示ししていますので、御参考ください。

・また、この取り扱いについては、厚労省から確定した内容の正式通知等を踏まえて運用していくこととしたいと考えていますが、区域ごとの実情に応じて、任意の方法により進めていただくことも可能と考えています。

・スライド8をお願いします。

・(2)として、過剰な病床機能への転換を予定する医療機関は、地域調整会議で協議を行うとしています。

・これは、構想229ページにも記載している医療法第30条の15に基づく取扱いですが、医療法では過剰について、病床機能報告の基準日である当該年度の7月1日時点と、基準日後である6年後の病床機能が異なる場合であって、基準日後の病床数が厚生労働省令の算定式に基づく2025年の病床数の必要量にすでに達している場合と規定されています。

・この後のスライドで具体的な事例を御紹介しますが、そうした転換を予定する医療機関は、地域調整会議で転換する理由等を説明いただき、協議が調ったときは転換が認められ、やむを得ない事情がないとして協議が調わないときは、県は医療審議会の意見を聴いて対応を判断することとしています。

・なお、地域調整会議で協議が調ったときとは、出席者の過半数が同意したときを目安としています。この決め方についても地域調整会議で決定いただきたいと考えています。

・スライド9をお願いします。過剰に関する事例1として、病床機能報告のケースを挙げています。

・上の枠囲みのおり、架空のX構想区域において、直近、この場合は今年度の病床機能報告における基準日後の報告病床数が2025年の病床数の必要量との比較で、高度急性期、急性期及び慢性期では過剰、回復期では不足の状況の場合を想定します。

・Y病院の報告が、 のとおり今年度、すなわち基準日の機能が高度急性期、基準日後の6年後が同じ高度急性期であれば、医療法上の対応は生じませんが、 のとおり、基準日が高度急性期、基準日後が急性期であれば、先程説明した医療法上の対応が生じることとなります。ただし、病床機能報告の結果が国から県に提供されるのが年度末になりますので、地域調整会議での協議は来年度の30年度になると考えています。

・スライド10をお願いします。

・事例2として、病床の種別変更の許可申請のケースを挙げています。

・想定は先程の事例1と同じで、このX構想区域内のZ病院が一般病床を50床、療養病床を20床保有し、病床機能報告では急性期20床、回復期30床、慢性期20床と報告されていたものが、療養病床20床のうちの10床を一般病床に種別変更し、病床機能についてもこの10床分を慢性期から急性期に変更するという計画である場合、想定上、急性期は過剰ですので、こうした場合はこの7月以降に開催する地域調整会議で当該医療機関に出席いただき、協議を行っていただきたいと思えます。

・説明は以上ですが、資料1のうち本日の地域調整会議で皆様から御意見をいただき、決定したい点が2点ございます。

・まず、1点目がスライド6にありました政策医療を担う中心的な医療機関についてです。6月30日の県調整会議で大枠は確認されましたが、具体的な医療機関は、スライド7にある医療機関のとおりでよろしいかというものです。

・2点目がスライド8にありました協議が調ったとする場合の議決方法です。

・県調整会議では目安として過半数となりましたが、これでよろしいでしょうか。

・以上2点についても御意見をお願いします。

(福島議長)

・はい、ありがとうございました。ただ今の説明につきまして、御意見、あるいは御質問等はありませんでしょうか。

(犬飼委員)

・益城病院の犬飼と申します。5疾病の中に糖尿病及び精神疾患を除くとなっておりますけど、この2つの5疾病はどのように位置づけられるのでしょうか。

(村上主幹・医療政策課)

・みなさん、こんばんは。熊本県医療政策課の担当班長を務めさせていただいております村上と申します。よろしく申し上げます。着座にて回答させていただきます。

・今、委員の方から御指摘のございましたスライド7に係る5疾病の整理でございますけれども、糖尿病につきましては外来が多いということで聞いておりますので、今回の対象としてないところでございます。また、精神疾患につきましても御承知のとおり、一般病床と療養病床が地

域医療構想の対象ということで、こちらも抜き出す形で整理をしているところでございます。

(福島議長)

・よろしいでしょうか。

(犬飼委員)

・ちょっと早口で聞こえづらかったんですけど、一般と療養病床のいずれかのみということか。

(村上主幹)

・地域医療構想は、一般病床と療養病床を有しておられる医療機関が対象ということになっておりますので、基本的に、精神疾患は精神病床になるということから、このページからは外させていただいているところでございます。

(犬飼委員)

・国立熊本医療センターは一般ですか。

(村上主幹)

・一般を持ってらっしゃいます。

(犬飼委員)

・国立熊本医療センターには精神があるんですけど、その病床はここには含まれないということか。

(村上主幹)

・あくまでも一般病床と療養病床が中心になりますので、それに関する議論を行います。

(犬飼委員)

・病床数に入れられないということですね。

(福島議長)

・よろしいですかね。他にございませんか。

(金澤委員)

・金澤でございます。先程の2つ目の過半数でいかがかということですが、基本的にこの調整会議の役割は、スライドにございましたように、地域ごとの特殊性、こういったものを鑑みて、2025年のイメージ、課題の共有化ではないかと思うんです。例えば、10ページのスライドに事例2の場合などは、政策医療を行っている医療機関ではないケースではないかと思うんですね。

・一般病床と療養病床、地域によっては、基幹病院以外にほとんど医療機関がない場合には、地域の公的病院も療養病床とか一般病床も担っておられるところもあるかと思いますが、熊本と上益城地域におきましては、これは一般の民間医療機関ではないかと思います。

・国が、医療機関それぞれ主体的に2025年に向けて、地域医療構想を十

分理解してということで、医療機関は、おのずとさっきのデータに基に将来に向けて、取り計らっていくわけです。ところが、このような民間病院の場合、50床を60床、一般病床を広げるといふ、逆行すると言いますか、回復期とは言いながらも、療養病床10床、慢性期を減らして、急性期が増えるということがいかなものか、という議題だと思っております。そして、こういう場合に、今日の調整会議に院長自らが参加して、議題の対象になるとしている。賛成か反対かという多数決で、ひとつひとつの医療機関の事を吟味するというのは、今までなかった雰囲気。ずっと遡りますと、各地域の医師会が偏らないような医療提供体制の判断をしたり、相当古い歴史においては、そのようなことを行っていたんです。こういう議論の場はいかなものか、多数決でどうですというのは、どうも理解しがたい。

・こういう一定のルールがある場合、行政で指導していた。つまり、病床の機能の変更ですので、事例紹介には一般病床の数の変更ですから、開設許可の変更願ということで、九州厚生局等々に申し出るものです。単なる病床機能だけだと、そのような手筈は要らないんですが、こういった場合は、当然ながら行政の許可を得て、許認可を得ている。その際に、わざわざこの場に民間の病院の先生方をお呼びして、先生はダメですというふうなことはいかなものかと思うんです。両医師会長にお尋ねしたいところです。そのような手順はいかがだろうと思って、質問させていただきました。

(福島議長)

・この場合は、病院からも出てきていただいて、説明していただくわけですね。確かに言われるように、多数決で決めるのは、というのは分かります。

・この前の県全体の会議では、こういう話は出てこなかったのか。

(村上主幹)

・特に、この辺の御指摘はございませんでした。

(金澤委員)

・それは各地域の医療構想の調整会議に委ねるということで、各地域で御判断いただくと伺っております。

(村上主幹)

・事務局から一点補足をよろしいでしょうか。

・今の金澤委員から御指摘がありました件について、医療法で地域医療構想調整会議に参加をしていただけたというような規定がございますので、法の規定に沿った形で我々も対応を考えているというところがございます。

・そのうえで、先程お話がありましたとおり、過半数の決によって決め

ていいのかという御指摘がございましたが、先程事務局から説明させていただきまして、この決め方についても、この調整会議がどういったやり方が適当かというところを御議論いただきまして決定をお願いしたいと、御提案させていただいているところでございます。

(福島議長)

・今の金澤委員の意見に対して、いかがでしょうか。

(米満委員)

・米満でございます。金澤先生の議論は、病床を転換するときに、個々で多数決で決めるということが、どういう基準に基づいて、それぞれがイエスかノーかという票を投じるかが、今のところ基準がないというような状況で、その多数決が正しい結果につながるのかということだと思います。

・というのは、例えば、先程御説明がありました、高度急性期と届けられている病院、いわゆる熊本の中でも公的病院というのは、高度急性期で届けられていると思いますが、よく患者さんを調べてみたときに、急性期の病床として今後届けるとしたときに、急性期で届けられないんですよ、今、過剰なので。そうすると、高度急性期の病院が、高度急性期が300床で急性期が100床だという届出をする場合に、100床の届出は、過剰なところに行こうということになってしまうので、それはダメかということ、現実的にはない。現実的には、患者さんの中で100人ぐらいは急性期がいるから、100床急性期で届けると言った時に、それはリーズナブルなことだと思う。現状を表していることなので、決してそれをノーとは言えない。そうすると、過剰なところである急性期と届けること自体、本当はノーと言わなきゃいけないんですけど、イエスになってしまう。そういう数字の過剰、不足というところが、現状と一致していないということがございますので、過剰な病床に転換をすることを、過半数でイエス、ノーと決められないということだと思います。

・ひとつは、病棟報告となっているところを是非病床報告にしていきたいと思います。高度急性期と届けられているところは、3000点以上の患者さんの数で出されていると思うんですが、もう一回見ていただいて、点数上、急性期の患者さんが何%いるかということを出していただいた方が、これからの議論が正確になる。ただ、これを出さずに、来年度から、急性期になれないという変なことになってしまう。それを、では過半数で決めるのか、それはちょっと違う話ではないかと私も思います。

(永田副議長)

・上益城医師会の永田でございますが、この多数決というのが、説明を受けた時に、やはり公平性、公正性が保てるのかという問題について、

私もハテナマークがついた手続きです。例えば、高度急性期が急性期に移行する、施設基準、あるいはいわゆる基準が全然違う状況を経営面、経済面から急性期にしたいとある病院がしたとして、それはダメだとこの会議で決めたときに、その病院は、やはり高度急性期のままでいくしかない、もしくは他の病床機能に変更しなければいけないというようなことになった時に、果たして私たちがそういう立ち入った話、経営が成り立たないというその状態になってしまわないかという危惧があり、私もこれをどうやって決めたらいいか非常に悩ましいところだと理解しております。

(福島議長)

・ありがとうございます。他にございませんか。

(田中委員)

・熊本市の医師会の田中でございます。2人の先生方の言われたことは、ごもっともな感じも致します。その前に、事例2で何が問題だと。急性期を20から30にしていることが問題なのか、一般病床50を60にしたことが問題なのか。急性期を20床から30床にするのは、今のところ自主報告ですので、別にこれで出しても何のお咎めもない。そうであれば、今後こういう事を言うのであれば、まずは、例えば今日の会議をもってして、熊本市内の報告は今年出したものを来年以降変更はダメですよ、変更は必ずここを通してからやってくださいということにしないと、現状では、例えば、13対1の看護体制でも急性期で申告する場合もあれば、地域包括ケアを急性期で申告しているところもある。でも、別に点数は何も変わらないんだが、来年は回復期で一応報告しておこう、今は自由にできるわけです。何の規制もありません。自主報告となっております。だから、まず、そういうものを改めるということ、それから米満委員がおっしゃったように、本当に報告している中身が急性期、回復期に相当する医療点数、医療内容なのか、それを検証しないと、報告制度、私も、全部で76、熊本市の病院はありますが、それを全部見ます。全部自分で検索し、なんでこの病院のこの病棟は13対1、もしくは15対1でも(高度 事務局注)急性期で出しているとか。その15対1が本当に3000点以上の医療をやっているのかどうかの検証もなしに、勝手にみなさん、こうだと出したことを足し合わせた数字を基に足りる、足りないということもおかしいんじゃないか。地域包括ケアは、手術等の一部を除けば、基本的には点数が丸めですので、これは点数上を考えれば、やはり回復期になるんじゃないか。じゃあ、回復期にある13対1、10対1とかいうものと急性期の13対1、10対1との違いはなんだ。両方とも同じような点数をレセプト上は出されている。ですから、そこら付近をどう整理して、本当の高度急性期、国が示す医

療の密度で分けていますので、今の自主的な報告が正確なのかどうかを見ないと。全部見直してみたところ、非常にあやふやな数字がたくさんあるような気がします。そうすると、概ね見ると500床くらいは急性期で出してあっても、回復期でもいいんじゃないかなってというのが既にある。やはり、1つ1つの検証がないまま出していくというのは、非常に間違っただ判断をするきっかけになるんじゃないかと思いますので、是非、病院の報告が正しいのかどうか、それを見直す、そして、それが不当ということであれば、それを県がちゃんとその病院と話をさせていただいて、報告に修正をかける、必要があれば、それを指導していただく。そういうことがない限り、その数字で判断することは間違いではないかという気がします。

(福島議長)

・自主報告の中身がもう少し、しっかりしたものであるべきじゃないかということですね。

・今、ワーキンググループでは、この報告制度の見直しが言われていると思いますが、県の方、どうですか。

(村上主幹)

・報告制度に関する御指摘をいくつかいただいております。最初に米満先生からございました、病床機能報告が病床単位ではなく、病棟単位で報告となっていること、病棟ごとにそれぞれ医療機関の機能と実際に入院されている患者数が一致しないことは、当然有り得ると考えております。これは厚生労働省も認識しているところでございます。そのうえで、これは報告の仕方として、記載してありますとおり、あくまでも自主的に御選択いただいて報告をいただくということになります。その際の基準は、病床機能報告マニュアルを厚労省が毎年度出してありますが、いわゆる定性的な基準に基づいて報告をいただくという形になっておりますので、その定性的なところで曖昧さが残っているというのは、確かな御指摘だと思います。一方で、先程から3000点ですとか点数の御指摘がございましたが、点数につきましては、あくまでも地域医療構想に記載しております2025年の病床数の必要量を算定する際の点数の基準でございます。こちらの必要量につきましては、先程御指摘ありましたレセプトデータに基づく医療資源投入量の点数が3000点以上であれば高度急性期、600点以上であれば急性期と、数字で機械的に切っていくようなものになっております。そういった形で病床機能報告における基準とこの必要量の算定における基準というのは違いますので、いわゆる過剰や不足の判断が難しくなっているという御指摘かと思っております。その上で、例えば昨年度に高度急性期という報告をしていた医療機関が、今年度は急性期という報告ができないという御指摘がございました。先

程説明させていただきましたが、基準日と基準日後で2つの時点の機能を選択いただくということがございます。基準日が現状の機能選択になりますが、この基準日につきましては、先程御指摘がありましたような昨年度の高度急性期を今年度は急性期ということで、変更して報告されることは全く構わないということになります。あくまでも自主的な選択をとというのが、病床機能報告制度の大前提でございますので、特に問題はない。先程、資料1で御説明しましたいわゆる過剰な判断につきましては、あくまでも基準日後の6年後の計画として、過剰と見込まれる機能、想定しています急性期、慢性期は(熊本・上益城では 事務局注) 過剰となっておりますので、そういった機能への転換の予定が出てきた際に、病床数の必要量との比較において過剰ということであれば、そういった計画、過剰な機能に転換をされようとしている医療機関にどういった観点からそういった計画をされているのかといったものをこの調整会議で御説明いただきたいという趣旨でございますので、現状の機能報告の変更が全くできないということではありません。その点は御承知おきいただければと考えております。

(福島議長)

・変更はできないことはないということですが、その決め方として3分の2、過半数でどうかという話が出ています。

(斉藤委員)

・保険者協議会代表の斉藤でございます。

・先生方の意見を聞いて、思っているところでございます。私も一(いち)委員として、意見を積み上げたいと思っておりますが、先程御説明ありましたこの医療構想を達成することを推進するための調整会議、これが大前提としてあるわけでした、そのあたり、私もこの会議に参加しております、懸念されるのは、表向きは、病床再編のための手段をもっぱら医療機関の皆様方に、話合いに委ねてあるところが、私自身も外野席から見ながら本当にできるんだろうかと思っておりました。そのためには、やはり、県の皆様方の確信的なデータに基づいた強力なエスコートと、非常に強いリーダーシップの発揮をお願いしたいということの日頃から思っているところでございます。そういう観点からいきますと、先程の御提言の決め方でございますが、5ページの1回、2回、3回の調整会議で多数決で決めるというのは、本当に大丈夫なのかと思っているところ、私もそのとおりでございます、というのが、この調整会議の前に、2025年も視野に入れて、医療機関の皆様方が現状を共有するということを大前提にやっていますが、この調整会議の中で統一することではなく、一(いち)医療機関の皆様まで、この会議に参加されないかも含めて共有されて、初めてこれが成り立つものであると思いま

す。そういう見方をしますと、下部組織の会議、例えば医師会に持ち帰ってこんな会議をやる、あるいは理事会でこれをかける、そういうプロセスが私はあるものと思っておりましたが、ここには何も明記されていません。一旦持ち帰られて、この報告制度に基づいて、ギャップがここにあるからこんなところを、こういう連携があるからこんなことをしていこうかということ、下部会議があると思っており、あってしかるべきじゃないかなと思っておりますが、この3回の会議の中で決定していくというのは、少し拙速すぎはしないかなという部分が一委員としての意見です。以上です。

(福島議長)

・はい、ありがとうございました。

・大変難しいことですが、多数決で決めるというのを、さっき言われたように3回ではなかなか決まらない、方向性もなかなか決まらないかもしれない、各医療機関で。

(松岡課長)

・医療政策課長の松岡でございます。

・そもそも調整会議の狙いですが、色々な圏域、事情や課題が違いますので、その課題に応じた、今後の取組みの方針も含めて、皆さんで共有をしていただいて、その取組みの内容について合意形成を図る場となります。過半数というのは、例示でお示ししておりますが、皆さんがこの地域の医療機関の方向性の理解ができる、いわゆる関係者間での機能分化・連携を進めるに当たって、その取組みというのが承服できるという内容を、過半数の人が理解をお示されたのであれば、認めるということの例示でございます。だから、賛成、反対というよりかは、主体的な取組みのもとで、色々な先生がおっしゃっているように、回復期も急性期もそれぞれの病院で事情が違います。我々行政はその事情の違いがよく分からないところもあります。関係者のみなさんが連携をされる中で、それぞれの医療機関に対して、色々なことを確認しながら、整備の方向性、転換の方向性という意見を聞く機会を、我々としては提供する・・・。ただ、それに対して、主体的な取組みを支援する立場から、皆様の合意が図れなければ、慎重な対応が必要だろうということだと思えます。この多数決というのが極端な印象をお持ちかもしれませんが、地域で合意を図るための手段。だから、このやり方以外は、3分の2がいいのかどうかというのは御意見があろうかと思えますが、少なくとも地域で合意形成を図るための手続きというのはどういうふうに決めるべきだという御意見も含めて、頂戴できればと思えます。

(金澤委員)

・冒頭申しました意味で、今までは医療機関が県に相談して、県でヒア

リングして、県からの御意見、指導をいただいて、色々な道を選んできたという経緯があるわけです。今後、松田先生もおっしゃいましたけど、報告制度は、毎年、毎年、6年後、その時点その時点の判断で書くわけです。6年後がどうなろうと、要するに今日の1年後には、その時の判断で出すわけです。ただ、国の施策で、まだ追いついてないのは、レセプトと報告制度の中身が病棟ごとに一致しているか、これが業界ではナンバリングをやっているようですが、まだまだそこが実態として、お書きになった高度急性期というが、これはやっぱり高度急性期でしょうか、あるいは回復期でしょうか。その辺まで一致してない現況においては、議論をしてもあまり意味がない。方向性だけは掴めるわけです。その付近の議論よりも、私は、少なくとも調整会議は、調整をすべき相手は、一人ひとりが金融機関からの融資を受けて、やめることができない民間医療機関をここで吟味するのはいかななものか。そうじゃなくて、浄財を使って、我々の柱になっていただいている、私どもの共同利用施設、私どもが頼んでいる医療機関、つまり公的医療機関。あるいは政策医療を担っていただいている医療機関。この方向性をこの中で議論しないでどうするか。やはり、政策医療を担う中心的な医療機関であればこそ、多くの意見を挟むということも大事じゃないか。ひとつひとつの民間医療機関は、県でこのような状況で考えておられますけどいかなもののでしょうか、というヒアリング、指導していただいて、結果を（調整会議に出したらどうか 事務局注）年に3、4回しかないこの調整会議で例えば20も30も出たものをここでどうやって議論しますか。そこで、はい、次は賛成、反対とか何の根拠もなく手をあげなくちゃいけない。ましては医療機関の経営者とそうじゃない方々と、全然判断基準が違うかもしれません。ですから、私たちが頼みにしている公的な医療機関においては、ひとりひとりがそれぞれの立場で真剣に考えておられると思います。将来に向けてです。極端な話は、是非一緒に合体してくれませんか、という意見も中には出てくるでしょう。そのようなことも含めて、これはこの調整会議の役割は、政策医療、あるいは中心になっていらっしゃる医療機関について、御意見の多数決も有り得るかもしれない。しかし、そうじゃない場合はいかなものかと思って、県に是非考えていただきたい。

（松岡課長）

・今、金澤委員から御指摘ありました政策医療以外の民間の医療機関に関しまして、この事例2でお示ししている、いわゆる病床の許可を要する案件、これは法律事項でございます。ただ、お話があったように、もうこちらの会議では、その調整は仮にできないということで、いわゆる合意形成も図れないという皆様の総意があれば、県は地域医療構想調

整会議の法律事項ではあるんですが、それでも意見がまとまらないということであれば、医療審議会でその旨を報告をさせていただいて、そちらで最終的な決定をするという形になります。

（阿南補佐）

すみません、医療政策課の阿南でございます。課長も言いかけておりましたが、金澤先生がおっしゃるように、政策医療を担う医療機関においては、医療機能の転換や今後の展望について、この場で説明していただくこととなります。スライド7のリストの医療機関には果たしていただくこと。当然ながら、急性期をやっているところが回復期に転換したいとかそういったところが出てくるであろう。今回、金澤先生から御指摘があったのは、この事例2の場合については、民間の、政策医療を担っていない医療機関だから、調整会議の場ではなく、県で判断していいんじゃないかという御指摘で、こちらについても地域医療構想調整会議を経なくてはならないという法的事項があるので、皆様方で審議いただきたい。当然ながら、地域医療構想、この医療機関におきましても、地域の実情等を踏まえて、機能転換に関しての意見、たまたま、この頃は過剰だったというだけだと思いますので、その状況、背景を説明していただく。そのうえで御判断いただくとお思いますので、この点は手順を踏んでいかないと、いきなり医療審議会にいても、じゃあ地域の意見はどうなっているんだという話にどっちみちなります。調整会議で判断できませんというのは、ちょっといかがなものかなと思います。今までのやり方を申し上げますと、通常、一般病床を持っているところが療養病床に転換したい、反対に療養病床を一般病床に転換したいという場合には、今まではOKでした。何も吟味なしに先生たちがおっしゃるとおりですね。行政としては療養病床を一般病床に変えるのはけしからんとか、認めないとか有り得ません、基準上できます。ただ、地域医療構想ができて、医療機能という話が出て参りますので、あくまでも法律上、基準において過剰と言われる機能に転換しようという場合には、法律上の手順に従って医療機関に説明を尽くしていただきますし、地域医療構想調整会議のメンバー方には意見を聞いてどう思われたか、ということを御判断いただきたいというのが、県としての考え方です。御了承ください。

（金澤委員）

・であればこそ、例えば1回の調整会議に、20くらいの医療機関がここに来ていただくんですか。そして、ひとつひとつの説明を聞くんですか。そうじゃなくて、できるだけ、この調整会議前に、県でこの変更を希望するという場合には、ヒアリングを行われて、指導して、そして、国の方向としてはこうです、と理解を深めていくという、その段取りが全く

もってないんですよ。ですから、是非県でその結果を持ってくるのであれば、多少判断できるかと思えます。

・是非、そのような手続き、県の御指導を民間の方に対しては行っていただければなと思っております。

(阿南補佐)

・御指摘、金澤先生がおっしゃるとおりです。今回、病床転換、機能転換したいと、(2)のケースですが、転換したいとした場合には、一応「理由書」を行政機関に書いて出していただくことになります。その理由書がこの内容で理解を得られますか、地域医療の現場の皆様、調整会議の皆様理解が得られるかという視点から、見させていただきます。単なる経営のためとかですと、我々としてはよく分からないので、やっぱり医療ニーズ等を考えた上で、今、療養病床をやっている、慢性期をやっているが、急性期にしたい、行きたい理由があると思えます。そこをしっかりと書き込んでいただく。当然ながら、県も、我々が見てもよく分からなかったら、もう少し補足していただけないか。そういう手順を踏もうと思っておりますので、そういった事を前提にクリアしたものがこの会議に上がってくるという理解でお願いしたいと思えます。

(福島議長)

・金澤先生、それでよろしいですか。

(金澤委員)

・一応、その手筈を取っていただければ、右も左も分からない先生がここに来られて、みんなの前で意見を言ってというのは、拷問的なものかと思いましたがものですから。我々が伺っているようなことは、先生方、一人ひとり御存知ないかもしれませぬ。そういった意味で、多数決で決めるというのはいかがなものか。そこだけちょっと気になるんです。

(山田委員)

・やはり地域医療構想会議が、本当の熊本・上益城の医療提供のあり方を、最終的に決定する場だという意味では、非常に意義があります。しかし、金澤先生がおっしゃるように、こんなこまごましたことをこういう会議で全部やっていくというのも非常に難しいと思うので、例えば、ひとつの案として、この6ページ、いわゆる地域医療の熊本・上益城の地域医療の中心的な医療機関、資料1の7ページに書いてある5疾患に係る11の施設と5事業に係る10の施設。ここの変更がある場合は、この場で協議する。ただし、それ以外の施設に関しては、まず県に出していただいて、県が詳細に調べていただいて、それに関して、この地域医療構想会議が承認する。承認しない場合は再検討してくれという形で、行政と医療機関が協議して、この場で承認されるまでは変更できないという形にすれば、いわゆる時間的にもない効率がよいですし、詳細に検

討する行政であれば、相当調べてくださる。協議を行うというのは、中心的施設、いわゆる5疾患をやるところ、5事業をやるところ、ここは、具体的に私たちがやっぱり相当色々な意見を言わないと。公的機関、残念ながらうちの施設も入っているが、ちょっと厳しいことを言われるんじゃないかと思っております。それでもやはり意義があるのではないかと思います。その他の施設に関しては、まず行政が相当調べていただいて、この場に出していただいて、我々が承認する。承認の数ですが、過半数でやるというのは決しておかしくはないと思うので、そういう流れを作れば、この構想会議の意義を失くしたら何にもならない、全てを決定するのはここだという、それを失くしたら何もならないと思うので、そういう風な討議をしないという意味ではなくて、承認するというのはやる。しかし、時間がなくて、説明があまりクリアじゃない場合は、もう承認しないという形で、次に流すと。そういった形が一番いいのではないかと思うんですが。

(福島議長)

・政策医療を担う中心の医療機関については、後でまた導入していただくかどうか聞きますので、それから。

・今の御意見は、政策医療を担う医療機関についてはここでの議論はどうかという御意見でした。

・民間の医療機関については、前に言ったように、県で調整していただいた上で、ここに出してきていただくというような御意見ですが、よろしいでしょうか、それで。

(水本委員)

・ちょっと見方を変えた御提案ですが、この地域医療構想の成り立ち自体が、県も去年地震の中で、熊本県は早く出さんかと大事(おおごと)して出していたんだんですけど。この制度自体が、2025年の予想病床というのは、レセプトデータと言いますか、そういう診療の内容で予想してあるとおりです。ただ、現在の医療機能というのは、先程から出ていますように、病床機能報告制度で決定をする。違うものを比べて、将来それに合わせるみたいになっているので、先程、田中委員が既にお調べになっているというようなことを聞きましたが、もう一度、法律じゃないこともやってもいいわけでしょうから、もう一度熊本県は、それぞれの病院が、自主的でもいいと思いますので、病床機能の報告をまず一旦出していただいて、本当に急性期はどれだけなんだろう、回復期はどれだけあるんだろう、機能的にどれだけあるんだろうというのを、一回出してみたら、協議したらいかがでしょう。そうしないと、回復期はえらい少ないぞ、みたいなことが前提になっておりますけど、実際は、回復期的なことをやっておられるところが沢山あって、ちょっと実態と

違うっていうのが起こっているんじゃないかと思います。自分の病院の事を言えば、57床の病院ですが、病棟単位なので、全部急性期で出しております。田舎のへき地医療の拠点病院ですから、高度急性期にお願いした後のリハビリ的な方で引き受けたりする患者もたくさんおられますので、半分くらいは回復期の患者さんと言ってもいいくらいです。ただ、届出がどうしても急性期になってしまう。そういう形でのギャップというのは、かなりあるんじゃないかなと、私も思うところです。

(福島議長)

・元々この2025年の必要量と報告制度は、確かに違うんですね。(2025年の必要量は、事務局注)点数で決められたということです。ですから、この報告制度をワーキンググループでは、もっと調整会議に分かり易くやりかえた方がいいんじゃないかという話は今出ているわけですけど。

(米満委員)

・あの水本委員が言われたとおりだと思いますし、それに追加して、政策医療を担う中心的な医療機関の役割についての協議を同時に行うということ、高度急性期病院は、ずっと高度急性期で申告しても特に問題はないんですよ。実際、急性期の方が多くても、高度急性期から急性期に病棟を変更するということは、届出上は必要ないんです。届出上、必要となるのは、地域包括ケア病棟にしますという時か、回復期リハビリテーション病棟にしますという時は、必ず届出が必要ですが、高度急性期と、私たちは高度急性期ですと言えば、(申告?)自己申告ですので、急性期の患者がいくら入っていようが、回復期の患者がいくら入っていようが、高度急性期と言えば、それでオケーです。急性期もそうです。ただ、回復期だけは、回復期リハビリ病棟をやっているのに、急性期とは絶対言えないですから、その辺りも今後どうしていくのか、高度急性期だけでも急性期が増えてきた病院がずっと高度急性期と言って良いのか。これから変化していくわけです。我々は、一体何がやりたいかというのは、やっぱり熊本の病院の状況を正確に把握するということが大事で、私たちの病院が高度急性期がどうだっていうことではないということがとても大事。

・ひとつは、政策医療を担う中心的な医療機関を今後、この調整会議で、県ではなくて、委員のみんなで自主的に相談してください、話し合ってくださいというお話ですけど、もうすでに熊本市民病院が建て替えをされるという時に、地域包括ケア病床50床つくります、と新聞に出ているわけですね。私、それはイエスもノーでもありませんし、市民病院さんが考えられることだと思うんですが、市民病院は政策医療を担う中心的な医療機関です。この話合いが委員の中でされているんでしょうか。

非常に難しいことだと思うんですね。私は、市民病院にお世話になって
いますし、これからも熊本の中であっていただきたいと思いますが、こ
の場で市民病院の在り方を話し合うんですか。違うところで話し合われ
ているんですよね。そこで結論は出ていて、その説明を私たちは聞いて
いますが、それは、この場では話し合われてない。もう工事は始まって
ますので、工事が始まっていることに対して、この委員会、もう一回話
し合うということは、ちょっと現実的じゃない。そういう状況が既に起
こっていますので、公立病院、公的病院のことを本当に話し合うとしたら
、かなり覚悟をもって、この場を作らないと、県が、あとは皆さんで
お願いしますって言われても、かなり難しい状況であるということ、
私は是非申し上げたいと思います。

(福島議長)

・その件に関しまして、この次の調整会議で、市民病院からお話がある
ということをお聞きしています。

(高田委員)

・市民病院の高田でございます。公的病院、政策医療を担う病院として、
市民病院の最近については色々なところでお話しさせていただきました。
調整会議ができましたので、私どもの内容につきましては、是非調整会
議の場で次回お話しさせていただければ、と思っております。

(福島議長)

・よろしいですか。

(米満委員)

・はい。

(福島議長)

・それでは、結論というのはなかなか出ませんが、一応、あの民間の病
院については、県に出していただいた上で精査していただいて、その後、
調整会議に出すということですね。

・それから政策医療については、また話し合う、協議しましょうという
ことですね。

・政策医療の話が出てきましたが、政策医療を担う中心的な医療機関の
選定の対象範囲については、できれば、本日調整会議で決定したいと思
います。もう一度、事務局から説明をお願いいたします。

(村上主幹)

・はい、ありがとうございます。色々な御意見を賜りまして、その上で、
先程、山田先生から、政策医療を担う中心的な医療機関、本日の資料1
のスライドの7に、構想の写しで挙げさせていただいております。ここ
で、上の図表 59-01 の5 疾病以下拠点病院及び地域支援病院、並びにそ
の下、図表 60-01 の5 事業に係る拠点病院ということで、11と10医

療機関を挙げておりますが、こちらでどうかと御提案したところでございます。範囲をどうするかにつきましては、こちらの調整会議の場で御決定いただきたいというところでございますので、先程の山田先生の御意見も踏まえたところで、御審議、御協議いただければと思います。また、合意の方法でございますが、こちらにつきましても、スライド8になりますが、過剰な病床への転換を予定される医療機関が地域調整会議に御出席なされた上で、その転換がやむを得ないと認めるのかどうか、そうした協議について調ったかどうかを判定する方法として、目安で出席者の過半数という御提案をさせていただいています。あくまでも、こういう限定した内容について、どういう合意の方法を取っていくかということで、御提案させていただいているところでございますので、もう一度御協議いただければ、幸いです。

(福島議長)

・政策医療を担う中心的な医療機関ということで、ここに7ページにある医療機関を認めてよろしいでしょうか。

(田中委員)

・ここに載っている公的と言いますか、政策医療を担う中心的な医療機関ということで、概ねこんなものかなと思うんですけど、こちらの病院の院長先生も出ておられる方もたくさんおられますが、出ておられない方もおられますよね。この病院の名前というのは、熊本県地域医療構想というこの冊子が出た時に載せてあるので、各病院、自覚されていると思うんですが、その辺は各病院でこういったのに挙げられているということは了承されているということで理解してよろしいでしょうか。

・こういった政策医療を担う公的性質を帯びるというものに関しては、県、あるいは県知事で命令が出来るわけですね、こうしてはいけませんとか、こうなさいとか。民間に関しては、勧告という言葉で対応が違いますので、その辺は確認していただいた方が良くないかと思います。

(福島議長)

・今の御意見、民間についてはいかがでしょうかということですが。

(村上主幹)

・今、田中先生から御指摘がありました、この図表59と60に掲載しております医療機関におかれては、それぞれの拠点病院ごとに指定を受けているということになります。これは、もう公になっていることで、それを取りまとめたものになります。ただ、調整会議に御出席いただきたいというのは、これからになりますので、この点、御決定いただければ、我々から願いますという形で考えております。

(福島議長)

・みなさん、よろしいですかね。

- ・市民病院は、この次に出させていただきます形で。
 - ・次に議題3について事務局からお願いします。
- (古庄参事)
- ・議題3の平成28年度病床機能報告結果について説明します。
 - ・病床機能報告はその年の基準日、7月1日時点で一般病床・療養病床を有する病院・診療所を対象として、基準日の病床機能別の病床数や基準日後、6年後の病床機能の予定等を御報告いただきますので、よろしくをお願いします。
 - ・表紙をめくっていただき、目次をご覧ください。本日は熊本・上益城を中心に説明させていただきます。
 - ・まず、1ページをご覧ください。病床機能報告に係るデータ共有のねらいについて御説明します。
 - ・地域医療構想調整会議では、病床機能報告の結果をはじめとする各種データ等により、各構想区域において不足する病床機能の把握や、医療提供体制の構築に向けた進捗状況の確認を進めていきます。
 - ・各医療機関におかれましては、これらのデータ等を参照いただき、地域における自院の相対的位置付けを把握された上で、病床の機能分化等の自主的な取り組みを進めていただきますよう、お願いします。
 - ・なお、ページ中ほどの表に、回答を得た医療機関をまとめております。報告対象の487医療機関に対し、現在までに484医療機関に報告をいただいております。回答率は99.3%となっております。
 - ・熊本県全体の調査結果については、2ページから10ページまでに記載しておりますので後程御覧になられてください。
 - ・次に熊本・上益城の状況について説明します。
- 11ページをお願いします。1の(1)の表の下段を御覧ください。許可病床数に対する稼働病床数の割合は、全ての病床機能において95%以上であり、県全体と同様の傾向となっております。
- ・病床稼働率について、1の(2)の表中段ほどを御覧ください。高度急性期が90.2%で最も高く、最も低いのは急性期で69.2%でした。
 - ・その下に参考として、厚労省令の病床数の必要量算定式に用いる病床稼働率を記載しておりますが、高度急性期では、この数値を上回り、急性期・回復期・慢性期ではこの数値を下回っております。これも県全体の傾向と同様です。
 - ・2基準日後における病床数の見通しについてのグラフを御覧ください。グラフの左側が基準日における許可病床数、グラフの右側が基準日後、つまり6年後における病床見込み数です。

・高度急性期、急性期、回復期においては、6年後に病床数が増加するとの結果が出ております。

・これには純増の他、熊本地震、その他の理由により現在休棟であるものの、6年後に入院機能を復活させる医療機関の病床も含まれます。

・次の12ページを御覧ください。入院前の場所・退院先の場所別の入院患者の状況です。入院前の場所は、高度急性期・急性期については家庭からの入院が、回復期・慢性期では院内の他病棟からの転棟が最も多くなっております。高度急性期・急性期においては家庭からの入院が7割を超えていますが、回復期・慢性期においては院内の他病棟からの転棟が約40%、家庭からの入院が20%を超え、他の病院、診療所からの転院が30%近くとなっており、入院前の場所にばらつきがみられません。退院先の場所は、全ての病床機能で家庭へ退院が最多です。次いで、高度急性期・急性期では院内の他病棟への転棟、回復期では院内の他病棟への転棟と他の病院、診療所へ転院、慢性期では死亡退院等が相次いで多い結果となりました。これも県全体の傾向と同様です。

・次の13ページをお願いします。在宅医療の実施状況について御説明します。在宅療養支援病院、在宅医療後方支援病院、在宅療養支援診療所を届け出ている医療機関は、全体の22%の47医療機関です。

・また、診療所のうち、平成28年6月の1か月間で在宅医療を実施した割合は、25%の32診療所です。

・どちらも県全体の傾向と同様となっております。

・なお、退院後に在宅医療を必要とする患者の状況については、在宅医療の必要なしが92%、自院が在宅医療を提供する予定の患者が2%、他施設が在宅医療を提供する予定の患者が3%との結果でした。

・県全体の傾向と同様でした。

・特定入院基本料届出病床ごとの病床機能についてです。次に6の上段右上のグラフを御覧ください。地域包括ケア病棟入院料について、その大部分が回復期で報告されています。地域包括ケア入院医療管理料1は、36件約70%が急性期、14件約30%が回復期で報告されています。傾向としては、県全体と同様となっております。地域包括ケア入院医療管理料2については、報告がありませんでした。

・次の14ページをお願いします。有床診療所の病床の役割についてです。最も多かった回答は専門医療を担って病院の役割を補完する機能で、次いで緊急時に対応する機能、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡し機能の順で多くなっています。資料2の説明は以上となります。

(福島議長)

・ただ今、病床機能報告について、御質問、御意見はございませんでし

ようか。

・それでは次に、議題4について、資料3 地域医療介護総合確保基金について事務局から説明をお願いいたします。

(古庄参事)

・議題4の地域医療介護総合確保基金、医療分について説明します。資料3を9分程度で説明させていただきますので、よろしくをお願いします。

・資料3をお願いします。表紙中ほどの枠囲みを御覧ください。本基金は地域医療構想の達成の推進のための財源ですが、事業の実施にあたっては、いわゆる医療介護総合確保促進法により、県は県計画を作成し、関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるように努めるものとされています。そのため、今年度の計画等について本調整会議でお示しするものです。

・1枚めくっていただき、1ページを御覧ください。本基金と医療計画等との関係でございます。基金事業を実施する際に作成する県計画は、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針として、国が定める総合確保方針に即して作成することとされており、更に医療計画及びその一部である地域医療構想、また、介護保険事業支援計画との整合性を確保することが求められています。

・2ページを御覧ください。点線の枠囲みに記載されているとおり、団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化連携、在宅医療・介護の推進、医療介護従事者の確保、勤務環境の改善等、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築が急務とされています。

・これらの課題に対応するための財源として、平成26年度から消費税増収分を活用した財政支援制度、地域医療介護総合確保基金が創設され、全体の3分の2を国が、3分の1を県が負担しています。本基金の対象事業は、右下の枠囲みの5つの事業となっており、そのうち、1、2、4が、医療分の対象事業です。

・3ページをお願いします。平成26年度から29年度までの本県の県計画の概要をまとめています。医療計画との整合を図るため、第6次熊本県保健医療計画の基本目標等に沿って策定しています。なお、本基金の県計画作成では、医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域として、医療介護総合確保区域を設定することとなっています。

平成28年度の県計画までは二次医療圏と同じとしておりましたが、平成29年度からは地域医療構想の開始に伴い、構想区域と同じ10区域としています。また、各年度の国への要望額及び交付決定額につきましては、表の1番下のとおりです。

・次の4ページから6ページにかけて、平成28年度の実績等をまとめ

ています。

・4ページを御覧ください。1の地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する目標及び2の居宅等における医療の提供に関する目標に対する、各指標の動向は表のとおりで全て上向きとなっています。なお、矢印の白抜きは累計値で見ていく指標、塗りつぶしは、単年ごとの実績値で見ていく指標になります。

・次に5ページを御覧ください。4の医療従事者の確保に関する目標のうち、医師及び看護職員に関する目標の達成状況は表のとおりです。

・6ページをお願いします。勤務環境改善及び職種間の連携に関する目標の達成状況です。なお、平成28年度、29年度の個別事業の詳細については、本資料の後ろにA3横の別紙として添付していますので、後ほど御確認いただければと思います。

・7ページをお願いします。平成29年度の国の予算です。本基金の医療分の総額はこれまで904億円で、平成29年度も変更はございません。

・8ページをお願いします。平成29年度の本県の国への要望状況です。総額約20億8千万円となっており、事業区分1の地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、いわゆるハード整備事業が約8.1億円で、総額に占める割合が39.2%、事業区分2の居宅等における医療の提供に関する事業が約1.7億円で8.0%、事業区分4の医療従事者の確保に関する事業が約1.1億円で52.8%となっています。

・資料中ほどを御覧ください。国は今年度の配分方針として、総額の約55.5%を事業区分1にあてること、また、標準事業例及び標準単価を設定し、これらに基づいて事業を計上するよう求めております。この方針に対して、県は4月17日に開催された国ヒアリングにおいて、事業区分1以外の事業である在宅医療や医療従事者確保の必要性を訴えて参りました。また、本県の要望事業は全て標準事業例に該当すると整理しております。現在、個別事業について、国との調整を行っており、今後、国からの内示額を踏まえ、平成29年度県計画を策定して参ります。

・9ページをお願いします。平成30年度に向けた新規事業提案募集を御説明します。

・毎年、次年度の予算要求に向け、新規事業提案募集を行っており、各関係団体にもお知らせしましたとおり、今年度も7月1日から31日まで、新規事業の提案を募集しました。今後、事業化に当たっては、5事業化に当たっての考え方に沿って検討を進めて参ります。なお、今年度の新規事業の提案募集は次の10ページに記載しているスキームで実施しました。11ページに事業提案募集のスケジュールを掲載しています。

今後は9月末まで提案者へのヒアリング等を行い、その後地域調整会議への報告等を行いつつ予算化を進め、来年の2月県議会での議決による平成30年度当初予算確定後に提案者へ結果を通知したいと考えております。

・最後に別紙に熊本・上益城構想区域における関係する県計画・医療分の目標達成状況を掲載しています。概要としては、熊本地域においては、訪問診療実施件数、介護保険による訪問看護利用件数、ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数の増加を掲げております。上益城地域においては、在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援歯科診療所数、24時間対応できる訪問看護ステーション数の増加を掲げております。達成状況をみますと、介護保険による訪問看護利用数については、既に目標値を達成しており、その他の項目についても、計画策定時から平成28年実績値は、増加しているところです。資料3の説明は以上です。

(福島議長)

・ありがとうございました。ただいまの説明につきまして、御質問、御意見等はございませんでしょうか。

(金澤委員)

・ただ今の説明の中で、スライド8、事業区分の1、2、4において、特に1番、具体的にはどういった事に、つまり国が55%目標にせよというようなことで示している。地域医療構想の達成に向けた、医療機関の施設、または設備の整備に関する事業。どのようにして、この浄財が吟味されていったかについては、先程のような手筈スライドの9ページにございますように、県全域、熊本、上益城地域の先生方が基金に手を挙げて、計画を国に届けるための資料を作るというには、あまりにも7月1日から7月31日まで、実は通知が来るのは7月中盤以降で月末までに出してくれという状態が毎年でございます。少なくともこの(締切までの事務局注)期間は指定してあり、やむを得ないんですけども、どういう内容で29年度、あるいは30年度、31年度と、毎年進んでいく。医療従事者の確保というのはやっぱり政策的に様々な課題だと思います。そういった意味でも気になりますのは、この調整会議で関係してきます地域医療構想の達成に向けた施設並びに設備の整備というのをもう少し分かりやすく教えていただければと思います。

(村上主幹)

・医療政策課でございます。先ほど事務局から説明させていただきましたが、本日は資料3の別紙ということでA3の資料をお配りいたしております。こちらに、指摘がありました平成28年度から29年度の新基金の医療分を活用した事業を全て掲載しております。特に御指摘がありまし

た地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業につきましては、A3表1番の左上、また2枚目以降でそれぞれもう少し概要が分かるものを付けておりますので、是非こちらを御覧いただければと思います。例えば、地域医療等情報ネットワーク基盤整備事業というのがございます。御承知の方も多いかと思いますが、熊本県医師会に補助金を出して、くまもとメディカルネットワークの整備に御尽力頂いているものでございます。その下の、回復期病床への機能転換整備事業、この後、議題5で御検討いただきたいということで、内容につきましては割愛させていただきます。こういった事業に取り組みながら、施設整備を進めていくという状況でございます。

(福島議長)

・はい、ありがとうございました。いいですか。

(金澤委員)

・この資料は、県の医師会で毎年毎年見かけているんですが、この基金に対して、もっともっと広報しなくては、この地域医療構想に協力する我々医療機関があとで知った、終わってしまっただけではいかなものかと思って、是非御配慮いただければと思います。

(福島議長)

・通知が、期日が迫って来るからですね。なるべく早くお願いします。

・他にございませんか。

(犬飼委員)

・基金が出て4年目ですが、元々はその消費税のアップ分から、904億円で想定されて、最初、我々から色々提案したんですが、ことごとく退けられました。それで、先程、地域医療構想の中に精神科は、5疾病から外すとおっしゃいました。そうすると、地域医療構想の実現のために、医療介護総合確保基金というのは、精神科病棟に出ないということでしょうか。

(村上主幹)

・医療政策課でございます。今、御指摘がありましたいわゆる精神科に関する部分で全くでないということではございません。ただ、先ほど資料3のスライドの8で説明させていただきましたが、特に今年度から、国が標準事業例というのを示してきております。そちらの詳細は本日出しておりませんが、国では、この事業例に乗る形しか基本的には認めないという形になってしまっております。ここが、平成26年度に基金が創設された当初からすると、縛りがだいぶかかってきて、なかなか自由な地域の発想のもとでの事業展開というのが難しくなっているということがございます。事業例で合った形で出来るだけ整理をしないといけないということがございますので、その辺りは色々とお話をさせていただきます。

たいと考えております。

(犬飼委員)

・それはそれでいいんですが、県の医療政策課が主管をして、そして介護は高齢者支援課が入っているんですが、障がい者支援課はここに入る余地がないんですね。これはもう事業担当課になってしまう。障がい者支援課の企画に私はちょっと疑問じゃないかと申し上げたいと思います。

(阿南補佐)

・医療政策課の役割としては、この基金のうち医療分のとりまとめ課になるということで、当然、障がい者支援課、認知症対策・地域ケア推進課、薬務衛生課、出てきた提案に対して、所管課で吟味し、予算折衝し、計画策定の助言をさせてもらっているのです、そこは健康福祉部内で連携してやっていくこととなっております。

(犬飼委員)

・実績として、障がい者支援課の精神科関係は4年間で何件になるんでしょうか。

(阿南補佐)

・2番の居宅等における医療提供に関する事業の、重度障害者居宅生活支援事業、こちらが障がい者支援課からの提案によるものでございます。

(犬飼委員)

・精神とは違っていますね。

(阿南補佐)

・障がい者支援課の提案としては、ということです。

(犬飼委員)

・精神はないということですね。

(阿南補佐)

・精神科協会さんから出てきているものについては、資料のA3の平成28年度地域医療介護総合確保基金(医療分)事業・目標達成状況一覧というのがございますが、この裏面に、認知症対策・地域ケア推進課の循環型認知症医療体制検討事業、こちらは精神科協会から出ている。

(犬飼委員)

・こちらは認知症対策・地域ケア推進課から。

(阿南補佐)

・認知症対策・地域ケア推進課から出ています。

(犬飼委員)

・精神という部分が、障がい者支援課と医療政策課の狭間にあって、抜け落ちるようなところがありますので、あえて申し上げているのは、この地域医療構想の中で、5疾病の中に入っていないのもちょっと奇異な感じがしますし、病床数の機能報告の中でも非常に高齢化社会を迎

える中で、障がい者というのは非常に大きいものがありますので、是非忘れないようにしてもらいたいです。

(阿南補佐)

・分かりました。当然ながら、精神病床から一般病床への移行、地域移行とか柔軟に動く部分がありますので、関係課と連携を取りながらやっていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

(福島議長)

- ・ありがとうございました。他にはございませんか。
- ・議題5について事務局から申し上げます。

(古庄参事)

・議題5の回復期病床への機能転換施設整備事業、すなわち回復期病床への転換補助金について、説明いたします。資料4をお願いします。8分程度で説明させていただきますので、よろしく申し上げます。

・当該補助金は、2025年の回復期機能の病床数の必要量に対して、平成28年度の病床機能報告の病床機能報告病床数が不足している場合に、回復期病床を確保することを目的に実施するものです。したがって、当区域は対象区域となります。

・まず、2ページに、予算概要を記載しております。総額として、約3億8千9百万円を計上しております。ただし、地域医療介護総合確保基金に係る国の内示状況によって、金額が変動することもございます。

・3ページをお願いします。対象事業は、回復期以外の病床から回復期病床への転換を行う医療機関の施設整備事業としており、既存病床数が基準病床数を超えないことを条件に、建築基準法上の新築、増築又は改築に対して補助を行います。

・4ページをお願いします。対象経費は、病室、診察室、廊下等の工事費又は工事請負費としています。

・5ページをお願いします。負担割合は、県と事業者である医療機関とで2分の1ずつとしており、また、基準額、いわゆる上限額は、1床あたり約390万円です。ただし、工事費がこの金額に満たない場合は、その工事費を、補助金の交付基礎額とし、補助金額はその2分の1となります。

・6ページと7ページをお願いします。スケジュールについて記載しております。6月30日の県調整会議で、制度についての御了解を得て、全ての医療機関に7月25日付けで発送しましたが、意向調査を行い、希望する医療機関に事業計画書を提出していただきます。地域調整会議では、第1回目で制度周知を行い、第2回目で申請案件の適否の協議を行っていただきます。この協議方法は、のちほど詳細を説明いたします。その後、県からの内示、内示医療機関からの交付申請、交付決定と進ん

でいきますが、このスケジュールでは、交付決定後の年度内工期が4か月しか確保できないことから、内示前の工事分、ただし、今年度着手分に限りませんが、内示前分についても補助対象とすることにしています。

・8ページをお願いします。当該補助金に係る調整会議の役割について、説明いたします。この補助金は、地域の調整会議において将来の目指すべき医療提供体制を検討していただき、不足が予想される回復期病床へ転換する医療機関を支援するものでありますので、地域調整会議において、その適否を協議していただきます。また、構想区域内から複数の応募がありましたら、その順位付けも併せてお願いしたいと思います。その際、県からは、医療機関の位置図や病床機能報告の結果内容、その他人口分布状況等を提供し、医療機関からは、事業計画についてプレゼンテーションを行っていただきますので、それらを基に判断していただきます。

・9ページをお願いします。当該補助金の採択に当たってのルールを説明いたします。事業計画を提出した医療機関が属する構想区域の充足率が低い区域から優先して採択することといたします。この充足率とは何かと言いますと、10ページに算定式を記載しておりますので、御覧ください。まず分母には、地域医療構想における病床数の必要量を用います。当該補助金は、地域医療介護総合確保基金という国の財源を含む基金を活用しているため、厚生労働省が定める算定式により求められた病床数の必要量を基準とする必要があります。分子には、直近の病床機能報告における報告病床数を用います。なお、この算定式による本県の各構想区域の充足率は、11ページの一覧表のとおりとなります。

・大変申し訳ありません、9ページにお戻りください。二つ目のポツのとおり、採択に当たっては、原則として、効率的な工事施工を考慮し、病床数単位ではなく、医療機関単位で行うことにしています。

その下のポツですが、構想区域内の優先順位については、さきほども説明したとおり、地域調整会議で付けていただきます。12ページと13ページまでが採択に関するイメージ図です。先ず12ページですが、A、B、C構想区域からそれぞれ事業計画の提出があった場合、まず、3区域の充足率を比較し、最も低いA構想区域の医療機関から採択します。

・次に13ページですが、A区域の医療機関のすべてを採択してしまうのではなく、A区域の2例目に進んだ状況とB区域の充足率をいったん比較して、その結果で優先順位を決めることとしています。この例で言いますと、A区域の2例目に進んだ状況でも、B区域より充足率が低い場合、A区域の2例目であるX病院がB区域のY病院よりも優先して採択されることとなります。

・最後のページをお願いします。予算執行のイメージとなります。今ま

で説明したルールに従って事業計画書の提出があった医療機関の優先順位を付けていき、それぞれの実際の工事予定費用と予算額を比較し、予算が足りる場合は全ての医療機関に、予算を超過する場合は、その時点で採択終了になるというものです。以上で、資料4の説明を終わります。

(福島議長)

・はい、ありがとうございました。それでは、回復期の転換について、先ほどからもいろいろお話が出ておりましたが、どなたか御質問、御意見等はございませんか。

(寺岡委員)

・この資料しか見ておりませんので、教えていただきたいのですが、回復期病床の定義はなんでしょうか。地域包括ケア病床と回復期リハビリテーションの事でしょうか。それとも、先ほどの報告にもありましたような、一般病床15:1、入院中でも半数が急性期で、残りが回復期。こういう病床が、急性期から回復期に変えよう。名前が変わるだけで中の仕様はさほど変わらないと思うんですが、この際、整備をやりなおすということも対象なんでしょうか。それとも回復期病床というのは、あくまでも地域包括ケア病棟である病棟に限っているのか知りたい。

(村上主幹)

・医療政策課でございます。地域医療構想の本編全体版を皆様にお配りしておりますけれども、そちらの42ページを御覧ください。42ページの中ほど、図表の43で、病床機能報告における4つの医療機能というのをそれぞれ記しております。この中に回復期機能がございしますが、1つ目のマル、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能、2つ目のマルとして、急性期を経過した云々ということで、これは、議題2の時にも紹介しました国の病床機能報告マニュアルをそのまま転記しております。ただ、国のマニュアルでは、もう少し細かい例示等もありまして、例えば、算定する特定入院料の例として、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料が示してあったり、また、回復期機能については、リハビリテーション提供する機能や回復期ケアリハビリテーション機能のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても、急性期を経過した患者の在宅復帰ケア医療を提供している場合には、回復機能を選択できるということで、注意書きもなされているところです。あくまでも基準はこれだけではございますが、こうした定性的な基準に基づいて報告いただいているという状況でございます。その上で、今回の回復期病床への転換補助金につきましては、特に先ほど御指摘がありました診療報酬上の特定入院料との対応というのは全く考慮しておらず、次年度以降、回復期機能としての病床機能報告をしていただくという、それだけを条件に

しています。実態として先ほど申し上げた回復期機能を提供されるという
ような転換をなさると、計画の場合には、補助対象にするという位置
づけに致しております。

(寺岡委員)

・よく分かりました。ただ、先ほど高度急性期でも、中には回復期まで
網羅している、ましてや急性期の民間で 13 対 1 と、15 対 1 でやってい
るところは、急性期とは言えど、中身をいうと、回復期の患者さんが実
際は多いと思うんですね。とすると、何も変えずに、来年の報告は回復
期にしよう、それで中を増改築しようということもありだということ
でよろしいでしょうか。

(阿南補佐)

・お答えいたします。今回の場合は、現在、7月1日時点では、回復期以
外の機能を選択していること、6年後で回復期を選択するといった場合
に対象となることとございます。多分おっしゃりたいのが、前年7月1日
時点では急性期と出して、今年度の病床機能報告では回復期とした場合
は、回復期から回復期となりますので、対象外となります。

(寺岡委員)

・分かりました。あくまでも参考なので一応書いてください、と(病床
機能報告の 事務局注)マニュアルには報告の仕方が示してあって、
こういう補助金の時に書いているところが優先しますよということが一
切書いてなかった。正直言って6年後はまだ分からないから、病床はそ
のまま出しておこうというところが圧倒的に多いんじゃないでしょうか。

(阿南補佐)

・先ほどの参考というのは、病床機能報告が現時点と6年経過後を記載
する。先生がおっしゃった参考までにとというのは、2025年をお願いしま
すと書いています。

(寺岡委員)

・6年後をこういうものに利用する、基金のために活用するのでちゃんと
そこは書いてくれ、というのが書いてない。

(阿南補佐)

・それはおっしゃるとおりです。ただ、先生たち、各医療機関が、回復
期以外の医療機能を担っていると認識のもと、現在は急性期をやってい
るんだけど、6年後は、回復期をしたいといった場合には、この対象とな
るということです。

(寺岡委員)

・ということは、急性期を希望、6年後も急性期を出したが、こういう基
金を利用できるんだったら、6年後は回復期にしようという動機はいいわ
けですね。今年、6年後に急性期として書いてしまってるところは対象

外ということではなく、基金が利用できるんだったら、思い切って変えたいというところは手を挙げてもいいということでしょうか。

(村上主幹)

・今年度の場合は、直近の報告年度が昨年度、平成 28 年度になりますので、その病床機能報告において、基準日で回復期以外の機能を選択されている場合には対象ということで、次年度以降の病床機能報告で、回復期を御選択いただきたいということでございます。

(寺岡委員)

・そういうことは、去年の時点で、急性期のところが回復期に 6 年後すると多分書かれたところは、当然違うと思うんですね。そうすると、今回の基金の対象はおそらく 10 病院もないかもしれません。そのくらいだけが対象ということで理解してよろしいですか。それとも、理事会としては全部の病院にこういう基金があるのでみなさん、お考えください、ということを知っていいでしょうか。

(村上主幹)

・私の説明がよくなかったんですけど、あくまでも基準日の病床機能報告が回復期以外であれば対象になる。

(寺岡委員)

・6 年後がどうであってもということですか。

(村上主幹)

・そういうことではないです。失礼しました。

(寺岡委員)

・去年が急性期であれば、6 年後は関係ないということによろしいですか。

(村上主幹)

・そのとおりです。

(金澤委員)

・今、寺岡先生もおっしゃいましたが、元々報告制度には、これを以て将来のことを既定するものではない、という但し書きがございました。今の議論でも気になったのは、次年度の報告制度には、この補助金を頂いたところは、必ず回復期で報告しなくちゃいけない。手続き的に、皆さん方がそれを確認するという意味です。そんなことを手続きとしてさせる報告制度は、その時その時の病棟の機能ですから、6 年後もそれができるかどうかは分からないわけで。回復期の予定だったものが、療養になっていたりして、あるいは……。まあその 2 つでしょうけど、こういうのでよろしいということでしょうね。

(村上主幹)

・補助金を使った場合、補助金適化法というのがございまして制約を受けます。いまスプリンクラー整備事業について、有床診療所を中心にや

っておりますが、この場合8年以内に止める、あるいは転売するとかいった場合には補助金を返還していただくということになります。この補助金を使った場合の制約というのは、補助金を使った場合の条件として示させていただきたいと思います。

(金澤委員)

・手を挙げる医療機関はそこを理解しないといけないということですね。勝手に数年間は変えられないということですね。それで、先ほどの資料の基金の中ほどに29年度の医療分というのが、1ページに書いてありました。前から4枚目の裏になりましょうか。平成29年度の地域医療介護総合確保基金、医療分事業一覧で2番目にいま議論された回復期病床への機能転換施設整備事業、これは実施団体が医療機関ということですが、これは県ではなかろうかと思ったところです。これを使うことができるのが県である、しかし医療機関。そして基金の予算が248,689千円と先程の資料4の1ページに記載されました、これを国から枠取りとしてとってこようと、ということで回復期病床を充実させたいという事業なわけで、その実施の指標で、対象の医療機関を県内で4つの医療機関を一応想定している。目標として128医療機関。これは今議論している資料4と理解してよろしいのでしょうか。

(事務局)

・はい

(金澤委員)

・当然ながら、熊本並びに上益城圏域のみならず、全県下で118床の回復期医療機能に対しての枠取りであるということで、これが毎年毎年、今後地域医療構想を進めていくにあたって、こういった枠取りが県で厚労省に申請している、続いていくと想像できる。

(阿南補佐)

・お答えします。先程、金澤委員が御指摘いただいた対象医療機関の量という意味ですが、予算を確保するにあたって、28年度の10月時点で御案内した時に、その結果が返ってきたのが4医療機関だったということです。平成29年度予算が2億4千万円。もうひとつ御案内したいのが、トータルとして、資料4の予算概要で、平成28年度も予算をとっておりました。ただ、地域医療構想策定が終わらなかった、熊本地震の影響で遅れたということで、この分は使えないということで全額繰越して、トータルとして予算額約3億9千万円。この金額について先程説明もありましたけれど1床当たり3,897,600円を上限とします。平成30年度はどうなるかということですが、今後、回復期病床の転換の動きとかもありますので、今後どうなるかについてはお約束できません。今後皆さんの動き方を見て、また考えていかないといけないと思っ

ております。

(金澤委員)

・ありがとうございました。

(斉藤委員)

・斉藤でございます。質問を絡めてお話しします。

・この基金というのは、手を挙げた早い者勝ちということかもしれません。消費税を財源としているということですが、これが2025年度までは毎年続くということでしょうか。それともいつまで期限が切られるのか。それがひとつでございます。

・それと資料4の12ページで区域の優先順位のイメージというのが出てますが、この優先順位も非常に大事なことだとは思いますが。今回の機能分化というのは、いわゆる病院同士がしっかり連携して機能をどうやって分化していくか、という意味だと思っています。1の事業を1区分に充てるということで、私どもは、どれだけ動けばということでございます。例えば、イメージとして、1区域の中で、政策的な病院、あるいは急性期病院、あるいは高度急性期、そこら辺がいかに協力して機能分化していくかをイメージあたりを事例を示されることによって、その組合せをイメージしていくためには、やっぱり手術の点数などデータを提示し、そういうデータが提供されたならば、どこの病院と組合せしたら機能分化できてくるかというのが客観的な感想です。そんな事例を県が出したら、非常に分かりやすいんじゃないかと思っています。

(福島議長)

・基金について2025年まで続きますかねということですが。

(阿南補佐)

・それにつきましては、今日の資料3にあります「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」という部分で決められておりますので、この法律が廃止されない限り、地域医療介護総合確保基金も続きます。ただ、この法律がどうなるか先のことは分かりませんが、我々としては地域医療構想実現、2025年というターゲットを絞ってやっていますので、2025年を超えた後はどうなるかはまだ示されておりませんが、少なくとも2025年までは続くだろうという見込みでやっていきたいと考えています。

(米満委員)

・2点ほど伺います。ひとつは、このスキームを使って、急性期病床から回復期病床へ病床転換することを推進しようということだと思うんですね。そうすると、平成29年のデータですが、保健局医療機関調べのデータですが、地域包括ケア病棟の届出数は65歳以上人口10万人当たりで、全国で熊本県は1位です。回復期リハビリテーション病棟の6

5歳以上人口10万人当たりの届出数は全国で6位です。一般病床割合は、全国で下から3位。このデータから見ると急性期は少なめで、回復期は他の県と比べると非常に多いというデータです。回復期の病床稼働率が79.5%ということで、8割を切っているという状況です。その中で急性期から回復期へベッドを誘導することによって、当たり前のことですが、回復期のベッドが増えれば病床稼働率は下がります。そうすると病床稼働率70%前半くらいを県はだいたい想定されて、今後熊本県の医療構想を運営されていこうと思われて、この基金を使われると理解してよろしいでしょうか。

・もうひとつは、基金の使われ方として、一般病床から回復期病床に転換をする時というのは、どのような設備の整備が必要になるのでしょうか。一般病床と回復期病床の違いは、ほぼないですね。そこをどのように基金として使って誘導されるということなのかなというのが、どうしても必要量との兼ね合いで。その議論でいくと、充足率が熊本・上益城は0.7ですが、病床稼働率は79%です。この数字のどちらが間違っているのか、これが分からない。うちも一般病床ありますけど、回復期に行った方がいいのか、回復期に行ったら79%しか病床稼働率がないのであれば、これでは採算はとれませんので、できないかなということになるんですね。県はどういう風に考えておられるのでしょうか。

(福島議長)

・いまの質問についていかがでしょうか。

(村上主幹)

・県で基金を使った補助金を設置するという事は、御指摘のとおりです。我々が考えておりますのは、資料1のところでもかなり議論がございましたが、回復期病床の不足をどう見るかということになっていくかと思えます。現在、公的に回復期の病床数を表すデータというのは、毎年度の病床機能報告と構想に書き込んでおります病床数の必要量のみです。このふたつを照らし合わせて、もともと法律で決められた方法ですが、それを比較して足りないという見込みが立っているものについては、2025年と言ってもかなり間近に迫っておりますので、早めに支援措置を手当てし、御利用いただくことで、自主的な転換を進めていただきたいという考えです。その上で病床稼働率が79%ということでもございましたけれども、例えばそれとは別に回復期リハビリテーション病棟の入院料を算定されている病棟の病床稼働率については、本日、数字を御提示できておりませんが、県全体でだいたい89%、この熊本・上益城の構想区域でも90%くらいという数字もございます。先程御指摘がありました地域包括ケア病棟の人口10万人当たりの数字を以て非常に高いという話もございましたけれども、そういったデータを色々見ていく

中で、こういった不足を埋めるという観点から委員の先生方の御見識、肌感覚も含めたところで御協議いただいて、それぞれ申請されてくる案件についての適否等に関する御意見いただきたいという考えでございます。

(米満委員)

・この補助金に手をあげられたところを、地域医療構想の会議の中で基金を出す、出さないということを決めるということでしょうか。この基金自体が、県が作られたんですよね。我々が作った訳じゃないので、手を挙げてほしいから基金を作る訳なので、そして挙げたことに対して、どうですかねということをお我々がやらなければいけないんですか。

(村上主幹)

・最終的には、御指摘のとおり県の補助金でございますので、交付決定は県で行います。その前段とて、地域でどのような医療提供体制を作っていくかといくことで、ふさわしいかどうかの御意見を委員の皆様方に御協議いただきたいと考えています。

(米満委員)

・私なりの解釈は、回復期の患者さんは確かに多いです。回復期の患者さんが、いわば急性期の病院とか高度急性期のところにおられるので、いま回復期の患者さんに対して足りないんですが、実際は回復期病棟の稼働率が低いという状況がある。そういう状況の中で熊本の医療が行われていますので、当然、回復期病棟に病床を誘導するのであれば、患者さんをそちらに誘導してあげないと。いま急性期におられる回復期適応の患者さんも誘導できる体制にしてあげないと、回復期に移った病棟に患者さんは来ないということになります。それを同時にやらないと、基金を使って回復期病棟を新たに作った病院に患者さんが来ないということになってしまいますので、そこを同時にやらないといけません。そうすると、今、急性期や高度急性期に回復期適応の患者さんがどれくらいおられるか。というのが出ないと、それだから必要量として足りない。けれども、実際には足りているというようなことが起こっている。ただ基金を使ってうちは回復期になりますとあって、実際にそこが収支をもっていかないといけません。誘導したのはいいけれども、患者さんはそっちに行かないということであれば。実際行ってないんですよ。そういう状況を考えないと、これは大変なことになるじゃないかなと思うんです。

(阿南補佐)

・そういったことも含めて、医療機関が、いまやっている機能を病棟での機能報告ということで、現時点では急性期の患者が多いということで急性期を挙げていらっしゃると思っています。その体制を回復期に変え

るといのは、それなりのリスクがある、こういったことを乗り越えたうえで機能転換だと考えています。今回、機能転換する場合には計画書を作っていて、先程言った転換する理由など、ニーズや対応というのがあると思いますので、中身を聞かないと分からないかなと思います。米満先生が御指摘のとおり、そういうことを考えた上で転換する医療機関がどういうお考えなのか十分聞かないといけないなと思っていますので、よろしくお願ひしたいと思っています。

(福島議長)

・数字上は、回復期がということですが、実際には急性期が回復期としておられるのは現実的に多いわけですね。そこはまた、回復期に変えようとされる医療機関は検討していただいていた方がいいかもしれませんね。

・時間もだいぶ過ぎました。予定していた議題も以上ですが、このへんで協議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。では、進行を事務局にお返しします。

(阿南補佐)

・ここでもう一辺確認したいと思います。先程の資料1ですが、今日の議論のまとめ方、政策医療を担う中心的な医療機関、今回、資料1のスライド7で決まり。今日御列席でない医療機関には、県庁・保健所から御案内するということになりました。そこで、医療機関には何らかの形で報告していただくようにする。ただ一方で、中心的な医療機関でない医療機関の取扱い、こちらは山田先生から、まずは県庁、あるいは保健所で医療機能を転換する理由をしっかりと聞く、県庁がその理由が妥当だろうといった段階で、地域調整会議で医療機関に成り代わって説明し、それで御承認、多数決はとらないけれども、特段強い異論がなければ御承認、というようなまとめ方でよろしいでしょうか。

(田中委員)

・ひとつだけよろしいでしょうか。県に相談なり届出をしないといけないような回復期リハと地域包括ケアですね。だから自主的に報告するだけだから、県に相談せずに来年は回復期にしようとか、来年は整備ができたんで急性期にしようということを自主的に報告することは可能でしょうか。それは法的に制約がありませんでしょうか。だから、実際に県に相談されるのは、地域包括ケア病棟か回復期ケア病棟を新たに開設したいとかもしくは増床したいという届出ぐらいしかないじゃないでしょうか。

(阿南補佐)

・県では、地域包括ケア病棟とか、回復期リハ病棟は届出はございません。これは九州厚生局の基準でございます。今日御提案いただいたのは、

先ほどの資料 8 のケースで、一般病床と療養病床を変えたいという、こちらは県になります。種別変更する際に、機能を変える場合に、理由を聞いて、各地域では地域調整会議に出ていただいて、御説明いただく。熊本地域・上益城地域においては県でしっかり聞いて御報告する。

(田中委員)

・現実的には一般病床の中に、急性期とか回復期とかがほとんどの場合入っている。慢性期に入っていることはないので、一般病床の数を変更して届けるということではなく、例えば 60 床一般病床があって、急性期でやっていたところを急性期 30 床：回復期 30 床に分けようと、これは何の届出もなく、ただ病床機能報告で出せばいいということですよ。

(阿南補佐)

・はい、そうです。病床機能報告で出せばよろしいです。ただ、病床機能報告で出して、私たちが見るのは、現時点と 6 年後に差異があるからです。いまが急性期、そして 6 年後が回復期となった場合には、今回のルールでは、平成 30 年度以降は、出てきていただくという段取りにしております。それと種別変更は、いまでも先生たちが出そうと思えば出せますので、特に療養病床について、例の介護療養病床の廃止、6 年間の経過措置はありますけど、廃止となって、介護医療院とか老健施設に転換される分は(医療機関でなくなるという 事務局注)変更です。やはり、一般病床でいきたいとなった場合、一般病床で、療養病床と同じ慢性期であれば特段問題ないのですが、一般病床に行くにあたって急性期でいきたいという場合はこの場に出てきていただいて御説明をいただくと思ったのですが、今日の会議では、まずは県庁・保健所が聞いて、その結果を報告するという形で進めるというのが大方の意見と思われました。

(隈部副部長)

・福島議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、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。また、本日お配りしました地域医療構想の冊子につきましては、そのまま机に置いてください。それでは、以上をもちまして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。