

## 第1回熊本県地域医療構想検討専門委員会 議事録

日 時：平成27年6月4日（木）17時15分～18時45分

場 所：熊本市現代美術館5階「アートルフト」

出席者：＜構成員＞ 24人（うち、代理出席4人）

＜熊本県健康福祉部＞

豊田部長、迫田医監、山内局長、立川首席、中川審議員、

阿南補佐、村上主幹、酒井参事、末廣主任、浴永主任、藤本主任

報道関係者：1人（熊本日新聞社 田中祥三）

### ○ 開会

（医療政策課・中川審議員）

- ・ ただ今から「第1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。
- ・ 会議に入る前に、何点か御連絡をさせていただきます。まず一点目、本日の委員会は、県の「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づきまして、公開とさせていただきます。傍聴は、会場の都合により5名までとしています。
- ・ 二点目は、会議の概要については、後日県のホームページに公開する予定でございます。
- ・ 三点目に、お配りしております資料の確認をいたします。まず次第1部をお配りしております。それから資料の右上の方に書いております、資料1～5をそれぞれ各1部と、最後に御意見・御提案書を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。
- ・ 最後に、お飲み物としてペットボトルを置かせていただいておりますけれども、会場においては、床への水漏れを防ぐため、紙コップの持ち込みが禁止されておりますことをご了承いただきたいと思います。
- ・ 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ご挨拶申し上げます。

### ○ 挨拶

（熊本県健康福祉部・豊田部長）

- ・ 皆さん、こんにちは。ただいま紹介のありました健康福祉部長の豊田と申します。どうぞよろしく願いいたします。
- ・ 本日は大変お忙しい中、「第1回熊本県地域医療構想検討専門委員会」に御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詳細につきましては、後ほど事務局から説明いたしますけれども、「地域医療構想」におきましては、病床の機能分化と連携を推進し、限られた医療資源を効率的・効果的に活用することで、団塊の世代が75歳以上となり、医療介護需要のピークを迎えます2025年（平成37年）におきましても、患者の皆さんが状態に応じた適切な医療を提供する体制を描くということになります。

- ・ 県といたしましては、県民誰もが地域で安心して暮らせる熊本の実現のためにも、この地域医療構想を県政の重要課題として取り組むこととしておりますので、どうぞよろしく願いいたします。
- ・ また、地域医療構想は各地域の実情・課題に即したものにしていける必要がございます。そのため、日頃から県民に接し、医療等の現場での課題を把握していらっしゃいます皆様方から、今後の環境変化を見据えた「地域医療のあるべき姿」につきまして、御意見を賜り、合意形成を図っていくことが大変重要であると考えております。
- ・ 今後の大まかなスケジュールについてでございますが、平成 28 年半ばに概ねの素案を決定いたしまして、平成 28 年度中の策定完了を目指すということにしております。本日の委員会がその第一歩となりまして、今後、県内の各地域においても議論を開始する予定でございます。
- ・ これから約 2 年間の長丁場となりますが、行政と関係団体の皆様が共に連携して、県民の安心に直結する、持続可能な地域医療の姿を「地域医療構想」として描き、実現して参りたいと考えておりますので、どうか皆様方の御協力をよろしくお願いいたします。

(中川審議員)

- ・ 御出席の皆さまの御紹介につきましては、時間の都合上、お手元の次第裏面の出席者名簿、並びに配置図に代えさせていただきます。なお、出席者名簿の中で、熊本県保険者協議会の欄が空欄になっておりますけれども、会長の選出が 7 月になるということで、今回は松葉事務局長に御出席いただいておりますので、御紹介させていただきます。

(松葉事務局長)

- ・ よろしく願いいたします。

## ○ 会長、副会長の選出

(中川審議員)

- ・ 次に、本委員会の会長及び副会長の選出に入らせていただきます。これにつきましては、県健康福祉部首席審議員で医療政策課長の立川から御提案いたします。

(健康福祉部・立川首席審議員兼医療政策課長)

- ・ 医療政策課の立川でございます。会長、副会長の選出についてでございますけれども、学識経験者の方々にも御相談したところ、将来の医療提供体制のあり方に係る構想でありますし、また九州各県の会長等の選出状況等を確認しましたところ、会長はすべてそれぞれの県の医師会から選出されております。こうした状況を踏まえまして、本県の会長には診療に関する学識団体の代表である県医師会の福田稠会長に、副会長には小野友道熊本大学名誉教授にそれぞれお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

(構成員一同)

(異議なしの拍手)

(中川審議員)

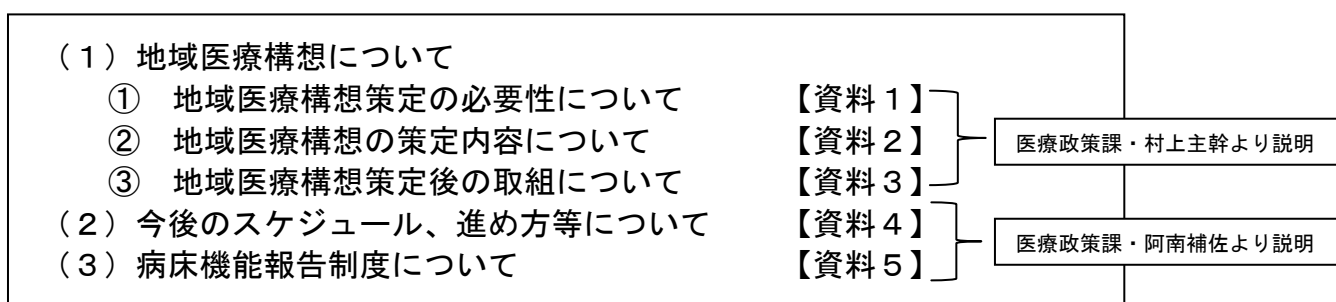
- ・ 御承認ありがとうございました。それでは福田会長様、会長、副会長席へ御移動をお願いします。よろしいでしょうか。それでは、設置要項に基づきまして、議事の進行を福田会長にお願いいたします。

## ○ 会長挨拶

(福田会長・熊本県医師会長)

- ・ 皆さんこんにちは。ただいま会長に御選任いただきました、熊本県医師会の福田でございます。地域医療構想の策定につきましては、皆さん御承知のとおりだと思いますが、我が国の高齢化の進展は凄まじいものがあります。これを何とかせんといかんというのは、国民全体の課題であります。このなかで、専門家一同がこぞって地域医療構想を決めるというのは極めて重要なことだと思います。もとより厚労省では地域医療構想策定ガイドラインというものを出示しておりますが、不十分なものでございます。ここは専門家の先生の御意見をお聞きして、侃々諤々あるいは喧々囂々議論する他にはないと思います。またこの他に地域毎に専門部会というものが設けられまして、それぞれに検討することになっております。どうか皆さま方の忌憚のない意見を寄せていただきまして、機能する地域医療構想に、またより良い地域医療構想になるように努力をしていきたいと思っております。浅学非才ではございますが、小野副会長のお力を得て、何とか務めさせていただきたいと思っておりますので、どうかよろしくをお願いいたします。

## ○ 議事



(福田会長)

- ・ それでは早速ではございますが、議題に沿って、議事を進行させていただきたいと思っております。この議事についてでございますが、アジェンダ4番の議事のところでございます。(1)(2)(3)と事務局の方から御説明いただきまして、5番の意見交換というところで御意見を承りたいと思っております。どうぞよろしく申し上げます。
- ・ まずは、議事の中の(1)番「地域医療構想について」の①②③の順に御説明をお願いします。

#### 資料1 地域医療構想策定の必要性について

- ・ 県医療政策課の村上と申します。地域医療構想につきまして、これから3つの資料により御説明します。
- ・ 資料1」を御覧ください。まず、地域医療構想策定の必要性について、御説明します。なお、資料をスライド形式で整理しておりますので、右下に振っております番号で御案内して参ります。
- ・ 下のスライド2「地域医療構想とは」を御覧ください。厚生労働省のホームページの掲載内容を一部加工したのですが、上の枠囲みにありますように、昨年6月に成立した「医療介護総合確保推進法」に基づき、都道府県は、厚労省が示したガイドラインを参考に、今年の4月から地域医療構想を策定して参ります。なお、法律上は平成30年3月までですが、平成28年半ば頃までの策定が望ましいと厚労省のホームページに記載されていることを踏まえて、後程御説明する策定スケジュールを検討しております。地域医療構想の内容ですが、右下の枠囲みにありますとおり、一つめが、2025年、すなわち平成37年の医療需要、推計入院患者数と病床の必要量、必要病床数、二つめが、2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策となります。なお、病床は、一般病床と療養病床が対象となっています。これらを、昨年度始まりました左側の病床機能報告制度に基づくデータ等も見ながら、まとめていくこととなります。
- ・ スライド3を御覧ください。地域医療構想の策定の背景には、医療における2025年問題がございます。すでに御承知の方も多いと思いますが、2025年とは、団塊の世代が75歳になる年で、全国的に医療と介護の需要がピークを迎えると言われております。また、高齢者人口の増加には大きな地域差があるということも踏まえて、地域ごとに、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要となって参ります。さらに、2025年問題の後も見据えて、これからの方向性を考えておく必要がございます。
- ・ スライド4を御覧ください。本県の2040年までの将来推計人口を、4つの年齢階級で整理したのですが、本県では、全体が減少していく中で、グラフの一番上の75歳以上の方々は、2035年、平成47年まで増えていくと推計されています。
- ・ スライド5を御覧ください。医療圏別に見たデータとなりますが、ポイントとしては、県内でも地域差があること、表の右の75歳以上に関し、2025年までは2010年との比較でいずれの地域も増えていくが、2040年には一部の地域で減少となることが挙げられると思います。
- ・ スライド6でございますが、こうした将来推計などを踏まえて、より良質な医療サービスを受けられる体制として、地域包括ケアシステムの整備を進め、県民幸福量の最大化につなげていくことが、大きな目標になると考えております。
- ・ 資料1については、以上でございます。

#### 資料2 地域医療構想の策定内容について

- ・ 次に、資料2の「地域医療構想の策定内容について」御説明します。なお、ここからは、厚労省が示したガイドラインの説明が中心となって参ります。

- ・ スライドの2を御覧ください。医療法における地域医療構想の規定でございますが、都道府県は、医療計画の中で地域医療構想を定めるとなっており、具体的に、第30条の4第2項第7号に規定されております。
- ・ スライド3を御覧ください。資料1で御説明しましたとおり、地域医療構想の内容は、2025年の推計入院患者数と必要病床数、2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策となりますが、次のスライド4にありますとおり、これらをまとめていくに当たり、ガイドラインでは8つのプロセスが示されておりますので、それらの内容を御説明して参ります。
- ・ スライド5を御覧ください。1つめが、「地域医療構想の策定を行う体制の整備」でございます。上の2つのポツのとおり、医療法に案の策定、案の決定段階で関係団体の意見を聴くという規定がございます。また、ポツの3つめですが、策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く等地域の意見を反映する手続をとることを検討する必要があるがございますので、これらを踏まえて、スライド6のとおり、本県では、真ん中の列の上でございますが、保健医療計画の推進に必要な事項について協議いただいております「熊本県保健医療推進協議会」の専門委員会として本委員会を設置し、各地域の保健医療推進協議会にもそれぞれ専門部会を設置することとしております。このように、全県と地域ごとの二段構えでの体制としておりますが、地域ごとの専門部会は、「県が地域ごとに地域医療構想を策定するに当たり、地域の関係団体等から意見を聴き、合意形成を図る場」、本専門委員会は、「県が地域ごとに地域医療構想を策定するに当たり、地域の意見を汲み上げ、地域間の調整等全県的なとりまとめを行う際に、県レベルの関係団体等から意見を聴き、合意形成を図る場」と位置付けております。また、スライド5にありました患者・住民の意見を聴くという点につきまして、具体的な方法を今後検討していきたいと考えております。
- ・ スライド7を御覧ください。策定プロセスの2つめが、「地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有」でございます。上の枠囲みにありますとおり、共通認識の形成に資する情報の整備が必要として、厚労省から①～⑦に関するデータが提供されることとなっております。なお、これらのデータにつきましては、「地域医療構想策定支援ツール」等により、6月10日以降にDVDで提供するとの通知がなされております。情報管理の観点から、厳重に利用制限が掛けられておまして、利用場所・環境については、県庁内のインターネット等の外部ネットワークに接続しないパソコンでしか利用できない、また、利用者は、事前に提出する誓約書に記載された県職員、地域医療構想策定に必要な会議の委員またはその技術的補助員等となっております。詳細は、おって文書にて御案内させていただきたいと考えておりますので、よろしく申し上げます。
- ・ スライド8を御覧ください。3つめのプロセスが「構想区域の設定」となります。地域医療構想は、構想区域ごとに策定するとなっており、構想区域は、「二次医療圏を原則として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向等を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携することが相当であると認められる区域を単位として設定」とされております。本県では、まずは原則に従い、二次医療圏ごとに検討していきたいと考えております。なお、ガイドラインに、病床の機能区分との関係として、「高度急性期は必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない。急性期、回復期及び慢性期はできるだけ構想区域内で対応すること

が望ましい」とされています。また、設定した構想区域が二次医療圏と異なる場合、「平成30年度からの次期医療計画の策定において、二次医療圏を構想区域と一致させることが適当」とされていますので、これらの点を見据えて、検討を進めていく必要がございます。

- ・ スライド9を御覧ください。先程挙げた、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能について、それぞれの定義を整理していますので、御参考いただければ幸いです。
- ・ スライド10を御覧ください。策定プロセスの4つめとなる「構想区域ごとの医療需要の推計」についてご説明します。基本的な考え方としては、患者住所地を基にした厚労省提示の基礎データを基に、都道府県が構想区域ごと、かつ高度急性期等の機能別に医療需要を推計していくこととなります。なお、この推計方法の考え方が、個別の医療機関における機能ごとの病床数の計算方法になったり、各病棟の病床機能を選択する基準に直ちになるものではないことに留意とされています。後程、3000点等の数値が出てきますが、これらは地域全体のマクロの推計をする際の区切りに過ぎないとも示されています。
- ・ スライド11を御覧ください。推計の算式ですが、高度急性期、急性期、回復期の機能につきましては、

構想区域における2025年の医療需要

＝ [当該構想区域の2013年度性・年齢階級別の入院受療率]

× [当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

となります。

また、推計に当たっては、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案して推計できるよう、一般病床の患者のNDBのレセプトデータやDPCデータを分析すること、具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量で分析することとされています。

- ・ スライド12に、これら3機能の医療需要の推計イメージ、スライド13に病床の機能別分類の境界点の考え方に係る図を掲載しています。入院日数に応じた医療資源投入量について、3000点、600点、225点を境界点として整理することとなります。
- ・ スライド14を御覧ください。4つの病床機能のうちの慢性期及び在宅医療等に関しては、他の3機能とは異なり、3つめのポツにありますように、「慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計する」とされています。
- ・ スライド15を御覧ください。下に、「慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ」図をお示ししていますが、上の①障害者・難病患者数、②療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%等、③一般病床で医療資源投入量が175点未満の患者数、④現時点で訪問診療を受けている患者数、⑤現時点の老健施設の入所者数については、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要として推計することとなります。なお、ここでいう在宅医療等とは、「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。

- ・ スライド16を御覧ください。療養病床の入院需要率における地域差の解消を説明する図となります。点線の枠囲みに、「都道府県は、原則として構想区域ごとに次のAからBの範囲内で入院受療率の2025年時点の目標を定める」とあります。Aは、「全ての構想区域が県単位の全国最小値まで入院受療率を低下する」、Bは、「構想区域ごとに入院受療率と県単位の全国最小値との差を一定割合解消させることとするが、その割合については県単位の全国最大値が県単位の全国中央値にまで低下する割合を一律に用いる」となっています。数値はまだ明らかになっていませんが、3機能が概ね機械的に算出されるのに対し、慢性期機能はこのような方法で目標を設定することになります。
- ・ スライド17を御覧ください。策定プロセスの5つめとして、「医療需要に対する医療提供体制の検討」を行いましたうえで、一つスライドを飛ばしまして、スライド19にある6つめのプロセスとして、「医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計」を行うという流れになります。なお、この2つのプロセスにつきましては、スライド20及び21で、仮の数値を用いました構想区域における医療需要と必要病床数の算定例により、まとめて説明させていただきたいと思えます。
- ・ スライド20を御覧ください。表は、Aという構想区域の急性期の例としておりますが、左から2列目に2, 176という数値を入れております。
- ・ スライド21を御覧ください。医療需要の算出例をお示ししています。いま御説明した2, 176という医療需要につきましては、右の2025年の表のように、入院受療率は2013年の率に固定し、人口を2025年に置き換えて性・年齢階級別にそれぞれ掛け合わせて合計するという方法で算出します。
- ・ スライド20にお戻りください。左から3列目から5列目までが医療供給になります。ここでは、左から3列目の「現状」として、他の構想区域に流出している患者数が、他の地域から流入している患者数よりも100人多いとして、マイナス100としています。これにより、現状の医療供給は、医療需要の2, 176から100を引いた2, 076となります。次の列の「あるべき姿」につきましては、現在の患者の流入・流出の状況である100の流出を是認するのか、見直すのかを検討することになります。ここでは、他の構想区域への流出を20抑制する、すなわちA構想区域の供給を20増やすとして、マイナス80としております。これにより、医療供給のあるべき姿については、医療需要の2, 176から80を引いた2, 096となります。ただし、この場合、Aの供給数を20増やしたことに伴い、他の構想区域の供給数を20減らす必要がありますので、事前に構想区域間で調整を行っておく必要があります。なお、こうした区域間の調整は、都道府県間も同様となります。最後に、「あるべき姿」として算出した2, 096を、全国一律の急性期の病床稼働率と設定されている78%で割り戻して、一番右の必要病床数2, 687が算出されることとなります。
- ・ スライド22を御覧ください。7つめの策定プロセスが「構想区域の確認」ですが、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえて、構想区域の設定の妥当性を確認す

ることになります。その上で、最後の8つめのプロセスとして、「将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討」を行うことになります。施策の基本的な考え方の3点目にありますように、「施策の検討に当たっては、都道府県は、幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討することが適当である」とされており、

- ・ 次のスライド23に整理しておりますとおり、具体的には、必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較を通じて課題分析を行い、地域医療総合確保基金等の有効活用を見据えて、「病床の機能分化・連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保・養成」に係る必要な取組を検討する必要があります。
- ・ 以上で、資料2の説明を終わります。

### 資料3 地域医療構想策定後の取組について

- ・ 最後に、資料3の「地域医療構想策定後の取組について」御説明します。厚労省のガイドラインに、今申し上げた構想策定後についても示されておりますので、併せて説明させていただきます。
- ・ スライド2を御覧ください。「地域医療構想の策定後の実現に向けた取組」として、まず、各医療機関での取組が示されています。アの「将来目指す医療について検討」として、地域における自院内の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握、また、自院内の病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の収れんのさせ方等を検討という点が挙げられています。次に、イ「医療機関相互の協議により、地域における病床の機能の分化と連携に応じた自院の位置付けを確認」という点も挙げられています。
- ・ スライド3を御覧ください。「患者の収れんのイメージ」図をお示しております。機能ごとに、左が自主的な取組前の病棟、右が取組後の病棟となっておりますが、「将来も病棟ごとに選択した機能と患者像が完全に一致することを想定しているものではない」とガイドラインでは補足されています。
- ・ スライド4を御覧ください。都道府県の取組として、ア「病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較」、イ「病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握」、ウ「地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討」、エ「平成37年（2025年）までのPDCA」の4点が挙げられています。この中で大きなポイントとなります、ウの地域医療構想調整会議については、次のスライド5にありますように、設置・運営に関する詳細が示されています。地域医療構想調整会議は、医療法に基づく設置となり、議事として、
  - ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
  - ② 病床機能報告制度による情報等の共有
  - ③ 地域医療介護総合確保基金の都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
  - ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議とあり、開催時期についても、定期開催をベースに、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合などに随時開催することとされています。
- ・ スライド6を御覧ください。参加者の範囲などが示されており、範囲としては、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者（保険者協議会に照会の上、選定）、市町村などが挙げられています。



- ・ スライド7及び8に、都道府県知事による対応をお示ししております。今回の医療法の改正等により規定されたものですが、まず1つめが、「病院・有床診療所の開設・増床等への対応」として、病院・有床診療所の開設・増床等の許可の際に、不足している病床の機能区分に係る医療の提供という条件を付すことができるというものです。2つめとして、「既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応」があります。これは、
  - ① 過剰な病床の機能区分に転換しようとする理由等を記載した書面の提出を求めることができる。
  - ② 当該書面に記載された理由等が十分でないと認めるときは、地域医療構想調整会議における協議に参加するよう求めることができる。
  - ③ 地域医療構想調整会議における協議が調わないとき等は、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう求めることができる。
  - ④ 当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、転換しないことを公的医療機関等に命令することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、要請することができる。
 と、段階的に対応していくものです。2つめとして、「既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応」があります。また、3つめとして、「自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応」が規定されています。「地域医療構想調整会議における協議の内容及び都道府県医療審議会の説明の内容を踏まえ、当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している病床の機能区分に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、要請することができる」というものです。さらに、4つめとして、「稼働していない病床への対応」があり、具体的には、「病床過剰地域において、公的医療機関等が正当な理由がなく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を命令することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、病床過剰地域において、かつ医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、正当な理由がなく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を要請することができる」という内容です。なお、いま御説明した2から4を表で整理したのが、スライド9となります。申し訳ありません。資料（スライド9）の漏れがあったようですので、後ほどお送りさせていただきます。失礼いたしました。また、スライド8の下の方にお戻りいただき、要請又は命令・指示に従わない場合の対応として、公的医療機関等とそれ以外の医療機関についてそれぞれ規定がなされています。以上、知事ができる対応を細かく御説明しましたが、基本は、自主的な取組みを促すことが主眼であり、都道府県知事に過剰な病床を削減する権限等は付与されていないということになります。
- ・ 最後のスライド10を御覧ください。地域医療構想の実現に向けたPDCA、すなわち、Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（改善）のいわゆるPDCAサイクルを効果的に機能させることが求められています。また、このサイクルの中で、県民の皆様にはわかりやすく公表していくことがとても大事だと考えております。
- ・ 以上で、地域医療構想に関する説明を終わります。ありがとうございました。

(福田会長)

- ・ ありがとうございます。それでは、このあとの(2)番「今後のスケジュール、進め方等」について、御説明をお願いします。

**資料4** 今後のスケジュール、進め方等について

- ・ 資料4、地域医療構想策定スケジュール(案)をご覧ください。このスケジュール、国の動向により変動する場合がありますので、(案)としております。
- ・ 地域医療構想策定までの全体のスケジュールとしては、上段のフェーズ(段階)の欄をご覧ください。厚労省提供データについては、6月10日頃に配付されますので、その後医療需要・供給の分析・推計を行い、データに踏まえた「構想区域」の設定、課題整理、施策検討を経て来年の28年3月には「素案」まで辿り着きたいと思えます。28年4月以降、素案の取りまとめに向け、調整、修正等の作業を行い、28年7月頃には素案を概ね決定し、その後、医療法に基づく手続きを経て、29年2月頃に策定を完了する、とのスケジュールを予定しております。
- ・ 具体的には、下段をご覧ください。県、各地域に区分しております。県欄では、「県医療審議会」、「県保健医療推進協議会」の下に本会議であります「県地域医療構想検討専門委員会」(以下「県の会議」と言います。)を置きます。各地域欄では、まずは地域医療構想を具体的に検討する場である会議体として、「地域保健医療推進協議会」の下に、「地域医療構想検討専門部会」(以下「地域の会議」と言います。)を置きます。まずは、本日、「県の会議」を、「地域の会議」に先駆けて開催しておりますが、これは県の会議で全体的な説明を行い、意見等を各地域に繋げていくことを想定しています。その後各地域においても第1回の会議を7月中旬までを目途に順次開催して参ります。基本的には、各「地域の会議」で検討されたものを、「県の会議」において汲み上げたり、必要に応じ調整することになるため、第2回以降は各「地域の会議」が「県の会議」に先行していく開催していく予定です。
- ・ 医療需要に対応する医療供給のあり方については、「県間調整」、「県内の地域間の調整」作業も行うこととなります。この調整のやり方は厚労省に確認しております。他県との情報交換・共有も必要となります。こうしたことを実施していきまして、今年度は、県の会議、地域の会議を3回程度開催し、素案の提示が年度内にできるようにしたいと考えています。
- ・ そして、来年度につきましては、県・地域の会議をそれぞれ2回程度開催し、来年7月頃を目途に、県・地域の会議において、「概ねの素案」について合意形成をいただきたいと思えます。その後、医療法に基づく関係団体からの意見聴取、パブリックコメント、市町村等からの意見聴取、医療審議会への諮問・答申を受け、29年2月には策定を完了させたいと考えております。以上が構想策定までのスケジュール案となります。以上です。

(福田会長)

- ・ ありがとうございます。それでは、議題(3)の「病床機能報告制度」について、

御説明をお願いします。

**資料5** 病床機能報告制度について

- ・ 病床機能報告制度について説明します。
- ・ 1 ページ目、病院、有床診療所が、有する病床、一般病床又は療養病床に限りませんが、次の項目①、医療機能の現状と将来6年後、②構造設備、人員配置等、③具体の医療の内容等について報告いただくものです。
- ・ 2 ページ目、集計対象データの対象です。この制度、医療法改正に基づき平成26年10月から施行されております。県からも未提出の医療機関へは提出を促したところですが、最終的には参考欄のと通りの提出状況となっております。医療機能について不備がない報告は、下欄のとおり、合計453施設、89.9%です。
- ・ 3 ページ目、この453の医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の病棟単位・選択状況について、上から、「現状（昨年7月1日時点）」、中段、「今後（6年後）の方向」、下段、「2025（平成37）年時点」についての回答状況を病棟の病床ベースで県全体で集計したものです。一般病床と療養病床とで区分しております。
- ・ 4 ページ目、現状と今後の方向をクロスしたものです。現状で選択した医療機能を6年後もそのままの機能を選択したのか、それとも他の機能へ移行するのかを表したものです。例えば、左上の高度急性期をご覧ください。現状2014年7月1日は2,513床ですが、下のを見てもらいますと、6年後も2,513床ということで、全て高度急性期を選択されています。急性期は、回復期に30、慢性期に67シフトすることが読み取れます。
- ・ 次のページ以降は、2次医療圏単位で同様の分析となっております。時間の都合上説明は省略します。
- ・ 最後に、記載はしてありませんが、報告制度で報告いただいた内容については、今後整理し、公表するとともに、今後地域医療構想の策定に際しては重要な情報になります。構想策定後も、必要な病床数の達成に向け、病棟の報告病床数と患者数との整合性が図っていく必要があります。こうした大事な報告でございますので、今年度もデータ不備なしの報告いただけるよう周知していきたいと思っております。以上で説明を終わります。

**○ 質疑応答・意見**

（福田会長）

- ・ ありがとうございます。ただいま事務局から御説明をいただきました議事についてでございますが、（1）地域医療構想について、（2）今後のスケジュール、進め方等について、（3）病床機能報告制度についてでございます。これからは意見交換に入らせていただきたいと思います。御意見、御質問をすべての皆さまに頂戴したいと思っておりますので、忌憚のない意見を賜りますようによろしくお願いいたします。どうぞ、何かございませんか。

(坂本構成員・国保水俣市立総合医療センター病院事業管理者)

- ・いまの説明を聞きまして、策定スケジュールについて質問させていただきます。県の地域医療構想検討専門委員会の中の一歩下のところに、7月から10月いっぱい、県間の調整と書いてありますけれど、これは具体的にはこの委員会のなかで検討されるんですか。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・質問にお答えしたいと思います。県間の調整、これは構想区域間の調整もあるんですけども、ガイドライン上、医療機関の皆様の御意見も踏まえながらとか、県同士で話し合いを行うという記述がございます。ただ、こちらのやり方等につきまして、我々も具体的に、実務的に実際にどうしたらいいのかというのがわかりませんので、その点の具体的な手続きを固めながら調整に入るとともに、当然ながらこの審議会、専門委員会の場、専門部会の場で情報提供と言いますか、情報収集しながら、県間の調整をやっていきたいと思っております。

(坂本構成員)

- ・ありがとうございました。郡市医師会の意見を聞いても、関連性のあるところとないところの意識が全く違うわけですよ。そういうなかで、地域医療構想の検討専門部会のなかです、議論を重ねて総意をもって県のほうに上げないと、県がいくら県間調整をやろうとしても、それは具体化していかないと思うんですけど、このスケジュールを見ると、7月の第1回は説明会でしょ。そのあとの第2回のときに具体的な議論が出るかということ、上に矢印があがっていかない。実は我々関連があって、鹿児島県医師会の構想をみると、あそこははっきり3つのエリアに分けてあるんです。いわゆる県庁所在地の県都エリアと、県境エリアと、それとあそこは島がありますし、大隅半島の、3つのエリアで検討すべきだろうとはっきり分かれるということですので、我々もそこに非常に興味を持っていますけれど、そういう具体的なところは現場から動いていかないと思えないだろうと思えますし、それはよろしくをお願いします。
- ・それともう一つ、データ分析は6月10日におりてくると。ガイドラインの中にも、基礎データを示して、県が推計するということが書いてありますけれど、実はただ県にポンと出されても我々が非常に困るのは、地域においては平成25年度単年度では推計できないような問題があるんです。平成23年度の骨子の中では平成23年度のデータが出されている。地域によっては、毎年毎年医療機能が変わっていくものですから、この熊本市内みたいに固定されているようなものではないものですから、平成25年度の年齢別の推計×2025年度ということ、これは人口推計なんですね。それを掛け算して方式出されても我々としては、これは縮小しなさいと。ガイドラインで僕が当たり前と思うのは、高度急性期に関しては構想圏の中に入れなくてもいいというのは当たり前であって、高次機能の病院との連携のなかでやっていくと。でも少なくとも急性期病床から介護に至るような経路の連携をしてないと、病床がこれだけの受療率で、例えば出生率が低いからこの部分はどこかと連携してやりなさいとか、不採算事業である我々のところの小児とか産科とかをどこかと連携して外しなさいと言ったら、若い人は絶対に住まんですよ。リンクされて、公立病院の改革ガイドラインというのが出てきましたけれど、その中も全部数値化されているんですね。経常

収支率100%を満たせとか、数値ばかり出てくる。そういう中でやっていくと、地元で急性期医療が24時間の体制が取れないということになりますんで、こういう数値化の時も、我々の説明、ヒアリングを是非行っていただきたいという要望でございます。

(阿南補佐)

- ・坂本副会長ありがとうございました。資料2をご覧ください。資料2の20ページ。平成25年度の医療需要だけでは測れないのではないかという御提言ですが、医療需要という推計は平成25年度の数値でしなきゃいけないという風に思っています。ただ、ここに書いてあるように、真ん中、現状のところはそういう部分があると思いますが、あるべき姿という部分がございますね。ここをどう読み取るのか、この1年1年変化する、また決めなきゃいけないのは10年度、2025年の医療需要を把握すると、そういうことでございますので、先生に御提言をいただいて悩ましいところではありますけれども、あるべき姿についてどのような絵を描いていくか、先ほど水俣と鹿児島・出水の方で連携が進んでいっしょやるということであれば、その辺の役割分担、この医療需要についてはこっちで引き続き見るよ、こっちはまかせるとか、まずは医療機関同士の御相談が一番大事なことだと思っています。先ほど話にありました県間調整の話、もう一つ付け加えさせていただくと、流出流入の問題、先ほど坂本先生がおっしゃった部分なんですけど、この流入流出の表示の仕方、今度のデータで日本に344の二次医療圏があるという風に言われています。その344のマトリックスを出すというんですね。例えば、熊本から上益城だけではなく、熊本圏域に極端を言えば東京から来ていっしょやる場合もあるかも知れない、九州各県もあるかも知れない。そのマトリックスになって、割合が20%以上とか1,000人以上だったら必ず県間調整をなさいよというのも厚労省からの指示の中に入っておりますので、この辺のことを考えながら、九州各県と意見交換、どういうやり方が一番合理的なのかということも踏まえまして考えていきたいと思っております。また色々御提言等いただければと思います。以上でございます。

(福田会長)

- ・坂本先生、よろしゅうございましょうか。何か他に御意見ございませんか。

(副島構成員・済生会熊本病院院長)

- ・確認ですけど、資料2の「入院受療率」の定義について教えていただきたい。先ほどの坂本先生の質問にも重なる部分ですが、受療率というのは、、、

(阿南補佐)

- ・少々お待ちください。こちらはガイドライン上の話なんですけど、ガイドラインの12ページ、ガイドラインがあればお手元に出していただきたいんですけども、地域医療構想ガイドラインにつきましては、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要については、平成25年度のNDBのレセプトデータ及びDPC（包括支払いシステム）データに基づき、患者住所地別に配分したうえで、当該構想区域、とりあえず二次医療圏単位なんですけれども、二次医療圏毎に性・年齢階級別の年間入院患者延

べ数、0～5歳とか5歳刻みでございます、それを365日で除して、一日当たり入院患者延べ数が求められます。これを性・年齢階級別の人口で除したものを入院受療率とするという定義でございます。

(副島構成員)

- ・以前は10月1日とか7月1日とか、一点だけでやっていたので、これはすごく誤差が多いということで、お聞きしたんですけどね。年間を通した医療需要、2013年の医療提供体制、内容がそのまま行くという前提ですね、これだと。人口が変わるだけ異動しますと、そう理解していいんですか。

(阿南補佐)

- ・説明としては、そのとおりになっております。

(副島構成員)

- ・そこは、医療内容と言いますか、医療技術の進歩とかありますので、少しずつ調整していかないと現実合わなくなってくる。それから流出入というのは、県をまたいだものと理解してよいですね。

(阿南補佐)

- ・先ほど言いましたのは、流出入というのは今のところ、2次医療圏単位での流出入ということ・・・

(副島構成員)

- ・それは県をまたいでいないということですか。

(阿南補佐)

- ・この中には県境を越えた流入・流出も含まれており、344の2次医療圏のマトリクスができるということでもあります。

(副島構成員)

- ・それはDPC以外のデータも含むんですか。

(阿南補佐)

- ・今回DPC以外のNDB等、把握されていない部分は加工され、全体の医療需要、入院状況を把握するデータがわかるということでもあります。

(副島構成員)

- ・わかりました。最後に1点、医療圏を再設定すれば、過剰であるというところが不足になるといったようなことも考えられるということですか。

(阿南補佐)

- ・今回の医療需要については、4つの医療機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期とは別に在宅医療等ということでやっていきますが、今までは保健医療計画におきま

しては基準病床数ということで、一般病床と療養病床だけの基準病床を作って、これはある意味制限をしていたが、今回は4分類、これだけでは少ないという御意見もあると思いますが、厳密に言えば、診療科別、疾病別がよろしいのですが、際限がないということではなかったのですが、今回取り決めていますのが、4つの医療機能における医療需要を把握し、その必要病床数がでてきます。それに対する供給側の現在の提供状況は病床機能報告制度で自主的に4つの医療機能に分析されていますが、そういった部分を兼ね合わせながら、今後もっと精度が上がってくると思います。現在の病床機能報告制度の選択については、ご自身の医療機関で選択していただいています。これは定性的な基準で決めており、間違いない。厚労省がいうのは、そうなった場合、医療需要はマクロの需要が出て来るのに、医療提供側は思い思いの選択をするとマッチングしないですね。そういった意味で厚労省が考えているのは、定量的な基準で今後医療機関の皆さま方には報告いただけるように調整しているようですが、ただ今年中に間に合わないという話は聞いております。

(副島構成員)

- ・推計のロジックは理解できますが、要するに人口がどんどん減っていくところは、支えられなくなれば医療圏を再設定し、あるいは過剰を適正に組み直すこともあり得るということで理解してよろしいでしょうか。

(阿南補佐)

- ・構想区域の設定についてのお尋ねと思います。先ほどデータの方が出ていますが、現時点では現行の2次医療圏は原則としつつ、人口規模とか患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス等々を勘案して決めてくださいと書いてあります。2次医療圏と言いますのは、地域的、文化的なもの、また生活圏の一体化というものがあります。もう一つ論点として、2次医療圏の定義として一体的な入院医療が提供できるかどうかという部分が重要な要素となっています。先の第6次医療計画におきましては、人口流出入の問題がございました。例えば人口規模20万以下、流出が20%以上、流入が20%未満の圏域については見直しをなさйтеという話は出ており、熊本県に該当する部分もございましたが、本件の議論については継続検討ということになっております。今回、この構想区域の設定につきましては、冷静にデータを確認させていただき、今後のアクセス等の状況を勘案したうえで検討していきたいと思っております。

(副島構成員)

- ・ありがとうございます。

(福田会長)

- ・では金澤先生。

(金澤構成員・青磁野リハビリテーション病院理事長)

- ・質問は主に、20ページと21ページの部分ですが、今の説明を聞きますと、これは一つの構想区域の例として、急性期を人口動態の予測で同じ入院受療率で置き換えて、

将来人口の増減で医療需要を算定すると。そうしますと、何も変わらないと。人口が減れば、この急性期の病床数は減らさざるを得ないということですよ。人口が増えれば、同じ入院受療率であれば増やさないといけないということになりますよね。そうすると、例えば急性期の医療機関が回復期の病床にチャレンジしていこうという場合、人口動態がそんなに増えていかないの、なかなか転換がならないということが当然生じてくるわけですね、と考えるくちやいけないのか。この単純に人口動態×入院受療率を医療需要の予測とした場合、医療機能の組み替えは全ていわば過剰となる。熊本県において、それはままならない、というようなことを想定して今後各医療機関が主体的に病床を減らしていく方向しかない、となるのですか。

- ・ もう一つは、今言ったのは高度急性期、急性期、回復期についてだが、20ページの下の方に隠れていますけれども、急性期の例が2,176と出ていますが、回復期についてもこのように数字が入っていくのだろうけど、慢性期に関しては、こういう人口動態というよりも16ページに代表されるような考え方で、とにかく全国最小の県を目標にして、全県がそれに近づいて行こうとするようなことで、慢性期のくくりだけは病院というくくりから、病院外のものにもっていきこうという風に理解しているのか。つまり、高度急性期、急性期、回復期と慢性期の大きく2つのグループに分けて考えなければならないのかということです。

(阿南補佐)

- ・ 金澤先生、ありがとうございました。1点目につきましては、まず医療需要は、確かに先生がおっしゃるとおり、人口動態、性・年齢階級別2013年と2025年を比べた場合、75歳以上は増えるかもしれない、ただ若年齢層が減るでしょう、といったなかで、入院受療率の話になりますが、医療需要がどう変わっていくのかということだと思います。この医療需要につきましては、先ほどの医療資源投入量で高度急性期、急性期、回復期を測るということですので、この区分を見ないとわからないということで、熊本県の2次医療圏は全て過剰なのか、あるいは言われているのは、回復期は医療需要に対して医療供給が少ないのではなかろうかという議論も一方ありますので、ここはまず一回見させていただければと思います。またその後考えていきたいと思います。
- ・ 2点目の御質問についてですが、確かに慢性期の部分、療養病床についてですが、こちらについて全国の策定ガイドラインの検討会において、一番大きな議論になったと記憶しており、私もウォッチしておりました。この問題点というのは、高度急性期、急性期、回復期につきましては現行の入院受療率をいわゆる是認する、と、全国各地が格差はそんなにないだろうという結論です。しかし慢性期、特に入院受療率の問題、療養病床の問題につきましては、同じ日本の中で格差があるのは如何なものかという議論があり、かつ、今言われておりますのは地域包括ケアシステム、なるだけ地域で過ごすということ、そして当然先生の数、医療資源の問題もあり、真に必要な方を病院で、病院にかからなくてもいい方は病院外の施設での対応になると思います。先ほどの入院受療率の話において、療養病床は、トップの高知県と最低の長野県では5倍の差があるという情報は入っております。熊本におきましても、上から例えば3番目という数字があり、個別にみると全国で1、2を争うような地域も、正直ガイドラインに出ています。そういった部分につきましては、慢性期機能についての減少がござい



ますが、在宅医療等、在宅医療だけではございません。在宅医療等ということで、そちらの整理も進めながらやっていかななくてはならないという風に考えています。ただ、まずは数字を見てからの議論になるかな、という風に思っていますので、またご指導ください。

(金澤構成員)

- ・わかりました。今後いろいろ議論して参りたいと思いますので、よろしくお願ひします。

(高島構成員・熊本県看護協会会長)

- ・熊本県看護協会です。基本的な質問でよろしいでしょうか。これから各地域、11地域に分かれて、話し合いをするということで、さきほど坂本先生の方から、現場の声をということがありました。それで、看護協会もですね、11人を選びまして、まあ多くが看護部長さんだったり、ときどき保健師さんとかもいらっしゃいますけれども、地域に精通したということで、ちょっと私も不安なところはあるんですけども、一応お名前を書いて、リストをあげておりますけれども、各地域で話し合いがあるときには、どのような委員の構成なのかということとですね、それから、看護職は患者さんに近いとはいってまますけれども、ほとんどが医療機関とかに働いていてですね、なかなか地域というのが見えにくいわけですね。それで、どんな資料とか、どういう地域把握をしておいたほうがいいのか。さきほど医療資源という言葉もありました。それからお年寄りの人数の割にですね、それを受けていく医療機関の病床の数とかいうのも、このガイドラインの隅のほうには載っていましたがけれども、地域ごとには載っておりませんよね。全体では書いてありましたけれども。でもそういうのも示していかれるわけですね。私の質問は、どんな委員の構成かということと、どういう地域把握、資料が必要かということです。

(阿南補佐)

- ・質問ありがとうございました。委員の構成につきましてはですね、今日、ほとんどの方が県レベルのですね、団体の御所属の方ということで、看護協会さんにも11ブロック選んでくださいとお願いしてありますが、今日ご列席の県レベルの団体の皆さん方にも11ブロックお願ひしますということをお言ひしてあります。さらにこれに加えて、地域の病院、在宅医療等の診療所を含めた、あと公立病院、さきほど坂本先生のほうからもありましたけれども、公立病院につきましては、公立病院改革プランというのを策定する、地域医療構想を参考にという話がありますので、公立病院の方に参加していただくということでございます。2点目のどのような資料ということなんですが、すごく悩ましい部分があるんですけど、我々、今から、自転車操業でやっていくんですけども、地域に即した、これまでも熊本県、地域ごとの課題を保健医療計画で定めておりますので、そういったものを活用しながら、地域の現状はこういうところがあるんだよとかいうことを考えながら資料の策定等やっていきたいと思っております。逆に今回の地域医療構想の目標としましては、患者の状態に見合った医療サービスの提供というのが第一目標でございます。今でもそうだと思いますし、将来もそうできることだと思っておりますので、そういった視点から各団体の皆様方からの忌憚のない御意

見、御提言、最後の方は施策という部分もでてきますので、例えば看護協会さんから見た施策、提言等していただければと思っております。

(福田会長)

- ・よろしゅうございますか。

(高島構成員)

- ・はい。

(福田会長)

- ・他にございますか。

(高橋構成員・高橋整形外科医院院長)

- ・資料2のスライド15のほうで、老健施設というのが初めてでてきました。私のところは療養病床から、国が進めてました、老健に転換しなさいということで、老健施設に転換したんですけど、この老健施設も、あまりこの地域医療構想の中で、はじめて目にしますけれども、これは療養病床と同じ立場でカウントされるんですか。

(阿南補佐)

- ・御質問なんですけども、先ほど、この15ページ見ていただきますと、慢性期機能の医療需要、及び在宅医療等と書いてございますが、算式的には今後慢性期機能の算出の仕方、在宅医療等の算出の仕方、ということになってます。ここが老健施設等の含めたところでの、在宅医療等のなかでトータルでどれくらいの患者さんといいますか、在宅医療等で見なきゃいけない患者さんの数というのが出てまいりまして、この後に、現状の在宅医療とか老健施設の資源があると思いますが、トータルで足りるのか、足りないのか、どれほど整備しなきゃいけないのか、という議論が始まると考えております。

(高橋構成員)

- ・ありがとうございました。それと私のところは県境問題ですけど、荒尾と大牟田というのは境目がないわけですね、一体の街になってますけど、こういうところで、先ほどちらっと県同士の話し合いも行いますということで、少し安心したんですけど、地域医療構想の区域の設定に関しまして、県境を跨いだ設定というのが考えられるのか、というのをお聞きしたいと思えます。

(阿南補佐)

- ・こちらについては、国の方にも確認してまして、原則、構想区域については、都道府県内で設定しましょうということでございます。ただ、策定後にできます、策定中も結構でございますけれども、共同の会議、例えば、玉名地域、有明地域と大牟田地域の地域医療構想調整会議ができましたと、そこで合同でやるとかですね、当然連携を密に、流出、流入が多いと、事実的に一体的だといった場合にはそのような会議の場も必要ではないかと、一体で考えましょうというのが現実的だと思いますが、本当は構想区域、都道府県とつばらってというのが理想かもしれませんが、今のところ、決

まりでは、県内の単位で決めるということでございます。

(立川首席)

- ・ 県境の話がありましたけれども、ちょっと付け加えますと、県境のやりとりと言いますか、それにつきましては私どもも非常に大きな課題と考えております。県内だけでは調整できませんものですから。ただ、各県が私どもと全く一緒だと思いますけれども、まずこういった会議、自分の地域の会議を立ち上げることで精一杯だと思いますけれども、よその県から、我々、隣接している県がたくさんあるんですけれども、どうしましょうかといった声、お誘いはまだ来ておりません。ただ、直近8月の頭に、医療政策課長会議という、九州各県の課長が集まる会議がございまして、私ども、そこにどのような形でやるかということの議案の提案は本県からしようと思っております。今回、長崎県であるわけでございますけれども、そこでは出そうと思っております。それから、前に御報告しているところでございますけれども、県境の調整につきましては、各県悩んでございまして、これは全国知事会を通じまして、厚生労働省のほうに、具体的な算出の仕方とか、そういったものもお示し願いたいということで、全国知事会を通じて出しているところでございます。その具体的な指示といいますか、そういったものはまだ厚労省の方からはあっていないというのが現状でございます。

(福田会長)

- ・ 山田先生どうぞ。

(山田(一) 構成員・高野病院理事長・院長)

- ・ 県の医師会の病院会から参りました山田でございます。大変お詳しい御説明で、健康福祉部の熱い思いを感じることができて、大変勉強になりました。2点お聞きしたいんですけど、まず第1点は、非常に基本的なことをお聞きしたいんですが、実は今週の月曜日に、全日本病院協会の九州の支部長が全員集まりまして、いろいろ各県の状況を討議してきました。こういう資料も全部、各県のも見させていただきましたけれども、やはり、会長は、全県、県の医師会長という風になっておったので、各県がそういう方向で行こうという風になっていると確認させていただきましたし、色々ありましたけれども。まず一つは、資料の3のスライド5をみていただきたいんですけども、地域医療構想の調整会議ですね、これ他の県は、どうもこの会議でやってるところもあるわけですね。佐賀とかいろんなところは。この調整会議というのは医療法30条の5、これに基づいて、いわゆるいろんな案が出た時に具体的にいろんな処置ができる、県知事のやるときに医療審議会を通して、具体的な手を打てるということになっているわけですね。今回私たちがここで集まってる検討専門委員会、この違いというのが、先ほどのスケジュールの中に、どこかで調整会議に変わるのかどうかと、私見てたんですけども、どうも他の県と少し違うところがあるので、一体、医療審議会とか県知事に意見を出す時にどういう方法でやられるつもりなのか、法律に関しては私たちはあまり詳しくないので、この点に関してまず1点教えていただきたい。

(阿南補佐)

- ・ 地域医療構想調整会議、こちらにつきましては、法律のお話なんですけど、法律上、地

域医療構想策定後に設置するという風になっております。確かにガイドラインにおきましても、策定前から設置することが望ましいという表記がございます。ただ、今回、中身議論したんですけれども、会議の場、名称をどうするか、地域医療構想調整会議、法設置ではございませんが、任意設置として置くのかという話もありましたけれども、まずは検討する場、地域医療構想を築き上げる場でございますので、地域医療構想の策定に注力すると、調整はできた後というような考え方をいたしまして、この場におきましては、地域医療構想検討専門委員会という名称で、当然地域医療構想ができた後には、また地域医療構想調整会議というのを構想区域単位で、法設置で、またやっていきたいというふうに思っています。

(山田 (一) 構成員)

- ・先ほどの資料4のスケジュールの中に、次のステップで、この調整会議が入ると、熊本はそういう方式でやるということで理解して、他の県のいろんな先生方との討議のときに、熊本は熊本方式でやるという風にお答えさしていただいてもよろしいということですね。

(阿南補佐)

- ・はい。

(山田 (一) 構成員)

- ・次に2番目の質問として、いろんな先生方から御報告があったんですけれども、資料2のスライド8を開けていただきたいんですけれども、やはり大きな問題のひとつ、先ほど先生たちから御質問があったような、その中の一つとして、構想区域の設定というのを、いつもの文章だけみると、いわゆる2次医療圏だけを頭に入れて、その他の案があんまりないようなイメージしかなかったんですけれども、例えばいろんな全国レベルの先生たちの案の中には、例えば、熊本市だったら、熊本市、中心地域、そしてその周囲の独立した地域、あと県境の地域という風に大体分けて、具体的にいろいろやったほうがいいですよという意見が、この前、高橋先生なんかもそうっておられましたけれども、坂本先生が仰ったように、新しい案を出すタイミングというのは、一体あのスケジュールの中で、どこでどういう風に出すつもりなのか、11の2次医療圏以外の他の構想というのは比較してディスカッションしないと、なかなかベストの、ベターな案は出てこないと思うので、そういうのが一体、どの段階で出てくるのか、というのが、坂本先生が心配されたように、いわゆる地域から意見をいただく場も少ないし、全国的にはどういう案でやっているのか、意見がどこで出てくるのか、何回目の委員会で出てくるのかも、聞けませんでしたし。それと九州の中で、熊本が一番県境が多いと、九州全県と、沖縄とはないですけれども、それ以外とは全部県境がある、数少ない、唯一の県ですよ。これに関しては各県のいろんな先生たちは、非常に心配しておられて、先ほど立川首席が仰ったように、県外との交渉をやりますと、うちの行政は言っていると、他の県の先生たちと話したんですけど、我々聞いたこともないとおっしゃっておられたので、できればそういうのを、どの時点で提案するのかというのを、スケジュールをですね、明確にさせていただかないと、討議します、討議しますと、討議はできなかったのこのまま行きますという、先

ほどの坂本先生が心配されたようなストーリーになるんじゃないかと心配するので、具体的な案を出すときは、先ほどの、熊本県は11、2次医療圏ありますけれども、他の県と比べるとすごく多いですね、福岡は別ですけども、他の県は多くはないので、そういう点を皆が、熊本の、熊本はどちらかというとモデルというように、真似したいというようにみんな言ってくれてるので、できればそういう構想区域の検討を具体的にディスカッションできるようなスケジュールを、できれば2回目のこの委員会的时候に、以前、保健医療推進会議的时候に、具体的に文章にしてくださいと言ったつもりでいたんですけど、聞こえてなかったみたいで。できればスケジュールの中に、そういうのを具体的にこういう形と討議しますというのを、構想区域というのはすごく大事になるので、今の状態から10年後、20年後、30年後、たかだか30年で大きく変わるというデータは出ているわけですから、できればそういうところを、具体的なスケジュールに入れていただければと思います。

(阿南補佐)

- ・今の御意見を踏まえて検討したいと思います。ありがとうございました。

(福田会長)

- ・いろいろもっと御意見賜りたいと思いましたが、時間があまりなくて、定刻になりました。貴重な御意見ありがとうございました。この意見を生かして、事務局には御対応いただきたいと思います。小野副会長何か一言ございませんか。

(小野副会長・熊本大学名誉教授)

- ・これを聞いてたら、大変な会議で、大変なところに座ったなと思ってます。それで、2025年と2040年と全く別のものが頭に浮かぶし、ここにおられるみなさん、本当の代表ですから、自分の利益団体ではなくて、次の世代に何を残すか、高所的な御発言をぜひお願いしたいな、と。老人の戯言でございます。

(福田会長)

- ・ありがとうございました。小野先生、小野副会長の貴重な御提言、私ども拳拳服膺、肝に銘じたいと思っております。では事務局にお返しいたします。

## ○ 閉会

(中川審議員)

- ・福田会長様、小野副会長様、並びに委員の皆様方には大変熱心なご検討いただきましてありがとうございました。本日いただきました貴重な御意見、ご要望は今後の本会議での検討や各地域へもつなぎまして、地域医療構想に生かしていきたいと考えております。なお、次回開催は、9月の開催を予定しております。具体的な日程等につきましては、早めに御連絡したいと思っております。それでは、以上をもちまして本日の会議を終了いたします。

(18時45分終了)