

## 第1回菊池地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成27年7月29日（水）19時00分～20時20分  
会場：熊本県菊池総合庁舎別館2階大会議室  
出席者：＜構成員＞ 17人（うち、代理出席4人） ※欠席者2人  
＜熊本県健康福祉部＞  
山内局長、村上主幹、藤本主任  
＜菊池保健所＞  
池田所長、田上次長、今村福祉課長、葉山衛生環境課長、  
相良保健予防課長、戸上主幹、高岡主幹、前川主幹、富野参事、  
宮元参事、原主事  
報道関係者：出席者なし

### ○ 開会

（菊池保健所・田上次長）

- ・皆様こんばんは。本日の進行を務めます菊池保健所、次長の田上でございます。よろしくお願ひ申し上げます。
- ・まもなく開会ですが、その前に資料の確認をさせていただきます。机の上に本日の会議次第、席表、設置要項、資料7、8、ガイドラインを置いております。なお、事前に送付しております、資料1～6につきまして、本日、持って来られなかった方はお手をお上げください。係員が資料を持って参ります。
- ・なお、本日の専門部会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、公開とさせていただきます、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。また、後日、会議の概要等については、県のホームページに公開する予定としています。
- ・また、お手元に「御意見・御提案書」を置いております。本日発言できなかったことや新たな御提案などがありましたら御記入いただき、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、県全体で最新の情報を皆様と情報共有し、活発な意見交換を行うため「メーリングリスト」へ御参加いただきたいと思っております。また、これは後日公開する議事録を事前に確認していただく際にも使用します。御協力いただける方は、メールアドレスをこの紙に記入していただいても、本日お帰りの際に名刺等をお渡しいただいても結構です。こちらについても重ねてになりますが、お願ひ申し上げます。
- ・定刻となりましたので、平成27年度「菊池地域医療構想検討専門部会」を開会します。はじめに熊本県菊池保健所、池田所長が御挨拶を申し上げます。

### ○ 挨拶

（菊池保健所・池田所長）

- ・みなさんこんばんは。熊本県菊池保健所の池田でございます。本日は御多忙のなか、お仕事もありお疲れのところ、菊池地域医療構想検討専門部会に御出席いただきましてありがとうございます。また、皆様方には日頃より本県の医療行政に御理解、御協力のほど、併せて感謝申し上げます。

- ・地域医療構想については、皆様お聞きになっていることと思っておりますけれども、2025年に向けて地域の病床機能の分化、連携を図ることになっております。役割分担を進めていくというふうに考えているところですが、報道等で必要病床数、特に現状との過不足について、過剰になるところは削減ということで報道されておりましたけれども、必要病床についてはあくまでも参考にして、地域のあるべき医療の姿を考えるというようなことをしていくのが重要だと考えております。
- ・本日は第1回の専門部会ということでありますので、地域医療構想の必要性等から順を追って事務局のほうから御説明いたしますけれども、菊池地域の必要病床数の推計等につきましてもお示しをしたいというふうに考えております。
- ・皆様は御承知だと思いますけれども、菊池地域には他の圏域とは異なる特徴というのがございます。まず1点目が医療需要のピークが2025年ではなくて2040年ぐらいまでは医療需要は増加するのではないかと、ということですので、10年先ということもありますけれども、その先を見据えた構想と申しますか、考え方と申しますか、捉え方が必要になってくることがあります。
- ・また、2つめに熊本圏域との結びつきというのが非常に強いというのがありますけれども、これについては菊陽町の方がすぐ近くの熊本市の医療機関を受診されるなど、患者さんの利便性というものがあるんですかね、こうしたケースがあるかと思っておりますけれども、地域完結型医療の推進と申しますか、整備が進んできたのかと思っておりますけれども、これを機会に再確認するというのも必要だと思っております。
- ・また、在宅医療についてですけれども、地域医療構想と特に結びつきが強いものではありませんけれども、他の圏域の多くがこれから医療需要の大幅な伸びはないと見込まれているなかで、入院期と外来期の一部を在宅医療に置き換えるという考え方だと思っておりますが、菊池圏域の場合は、医療需要がやはり増大するというなかで在宅医療を構築していかなければならないという点が特徴としてあるかと思っております。
- ・これについては、菊池郡市医師会等で在宅医療ネットワークを構築していただけるということで、精力的に、先進的に取り組んでいただきまして誠にありがたいというふうに思っております。
- ・地域医療構想は地域包括ケアシステムと表裏一体といわれますけれども密接に関わっておりますので、菊池地域の将来にとって大きな構想になりますので本日の検討部会が有意義な意見交換の場になりますように御協力をお願いいたしまして、簡単ですが私共の挨拶とさせていただきます。

(田上次長)

- ・構成員の皆様の御紹介につきましては、時間の都合上、お手元の出席者名簿並びに配席図にて代えさせていただきます。
- ・なお、柴田構成員、宮本構成員におかれましては、都合により御欠席との御連絡を受けております。また、代理の方について、荒木構成員の代理として青木合志市健康福祉部長、家入構成員の代理として杉水大津町住民福祉部長、江頭構成員の代理として木原菊池市健康福祉部長、後藤構成員の代理として佐藤菊陽町健康・保険課長にそれぞれ御出席いただいております。

## ○ 会長、副会長の選出

(田上次長)

- ・ それでは、本日配布資料にある設置要項の第4条に基づき、会長及び副会長を選出いただく必要があります。選出につきましては、構成員の互選となっております。いかがいたしましょうか。

(川口構成員・川口病院長)

- ・ 事務局の案を御提示されたらいかがですか。

(田上次長)

- ・ では、事務局の案ということでしたので、将来の当地域における医療提供体制のあり方に係る構想でございますので、会長には、診療に関する学識団体の代表である菊池郡市医師会の岩倉会長に、副会長には熊本県菊池保健所の池田所長に、それぞれお願いしたいと思います。それでよろしいでしょうか。

(構成員一同)

(拍手)

(田上次長)

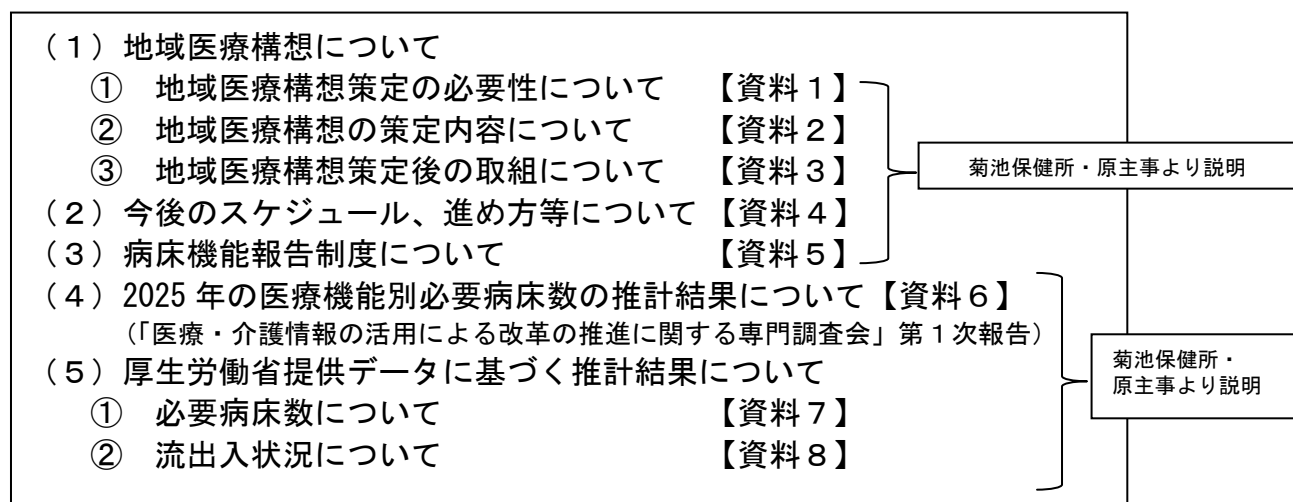
- ・ ありがとうございます。それでは委員の皆様の賛成により、岩倉構成員に会長を、池田構成員に副会長をお願いいたします。それでは、お席に移動をお願いいたします。それでは、これからの議事の進行は、設置要領第5条に基づき岩倉会長にお願い申し上げます。

(岩倉会長)

- ・ 御指名ですので、大役で力不足かと思いますが、大変な色々の条件が入っている難しい問題ですが、医師会長ということで御指名頂きましたので会長の大役を引き受けさせていただきます。しばらくの間、議事進行をさせていただきますので御協力宜しくお願い致します。
- ・ この問題は皆さん当然御存知と思いますが、先程保健所長からもありました2025年に向けて75歳以上の後期高齢者が増えてきている、しかも後期高齢者は必ず何らかの疾患を抱えているということで、日本の社会保障費、医療費が際限なく上がっていくのを何とか抑えようというのが一つの目的だろうと思います。また、今の日本の出生率からみると人口は減少していくのに対して今のままのベッド数でいいのか、将来を見据えてどうしたらいいのか、というのが主眼だと思っております。それで、菊池地域は統計を見ても当面の間は、熊本県内でも人口が増える地域であります。今の出生率をみますと将来は必ず減少に転じてきますので、その辺のところも踏まえた検討だろうと思います。
- ・ ただ、この問題は、病床削減ありきではないんだといわれておりましたが、先日の熊日新聞には、熊本県は3割の病床を減らすべきだというのが載っていて、どうも最初から病床削減の洗脳をされているような気が致します。それを抜きにして、この地域をどうしていったらいいのかということを考えていくべきだと思います。

- ・私は有床診療所を経営しておりますが、全国有床診療所協議会の昨年度の統計をみますと、在宅医療と関連して、有床診療所の入院基本料が少し上がりましたが、実際、年間 500 近くの有床診療所が消失していています。500 の有床診療所のベッド数は 19 床切り上げて 20 床として計算しますと年間 1 万床のベッドが全国で減っていている。ということは「自然淘汰」が行われていると思います。「政策淘汰」との整合性はどうなのかも考えていかなければならないと思います。
- ・当然ながら、患者さんが減っていく中で、それぞれの院長、経営者が患者さんもないのに大きな病院を抱えていくという事はあり得ない事だと思うので、「自然淘汰」を頭の中に入れながら考えていかなければならないと思います。
- ・それからもう一つベッド数削減といいますが、これは入院が必要な人でも在宅で見て行こうということだと思います。そうすると大事なことは地域包括ケアシステムをしっかりと構築していく事だと思います。この中心となるのが訪問看護師なんです、現在は非常になり手が少ない現実があります。在宅医療というと医師ばかりが表に出ますが、訪問看護師が先頭に立ってしっかりと患者さんを見て、病変を看抜き、医師に繋げていく事が大事だと思います。国が地域包括ケアシステムを確立した後で、病床削減して在宅医療を中心に据える。そのために訪問看護師の経済的バックアップを国・県がしっかり考えていただき、成り手があるようなシステムにして頂きたいと思います。
- ・少し話が長くなりましたが、データがなくては話し合いができませんので、国・県のデータをお示し頂いて次回からの検討につなげたいと思います。
- ・本日は熊本県の健康福祉部の山内局長以下、3 名のエキスパートの方がおみえですので、データの説明の後、遠慮なく質問して頂いて、次からの検討に繋げて頂きたいと思います。宜しくお願い致します。
- ・時間もおっておりますので、早速、事務局から次第に従いまして、(1) から (5) まで続けて説明頂きたいと思います。その後で、質問・御意見をお受けしたいと思いません。宜しくお願いします。

## ○ 議事



(菊池保健所・原主事)

- ・ 菊池保健所総務企画課の原と申します。恐縮ですが、着座にて御説明します。
- ・ 約30分いただいて、資料1から資料8まで御説明します。ポイントを絞って御説明したいと思いますので、御了承のほどお願いします。

#### 資料1 地域医療構想策定の必要性について

- ・ 1つめの「(1)地域医療構想について」、資料1の「地域医療構想策定の必要性について」を御覧ください。
- ・ スライド2をお願いします。まず、「地域医療構想とは」ですが、都道府県は、厚労省のガイドラインを参考に、今年の4月から地域医療構想の策定を開始しております。
- ・ 構想の内容は、「2025年の医療需要と病床の必要量」、「2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策」です。なお、対象は、一般病床と療養病床です。
- ・ スライド3をお願いします。構想策定の背景として、医療における2025年問題がございます。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、患者が状態に見合った病床で、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。
- ・ スライド4をお願いします。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ものです。全体では減少する一方、グラフの一番上の75歳以上の方々は、2035年まで増えていくと推計されています。
- ・ スライド5をお願いします。表の上から3列目、この熊本地域の推計人口は、全体では2040年までに2010年との比較で約2割の減少となりますが、75歳以上では3割強の増加となっています。

#### 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。資料2と資料3は、厚労省が示したガイドラインの説明が中心となります。先立って直接、または各団体へ御説明している内容と重複いたしますので、ポイントを絞って御説明します。
- ・ スライド8をお願いします。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」とされています。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、必要があれば見直しを行い、平成30年度からの医療計画に反映することになります。
- ・ スライド9をお願いします。こちらが医療機関が病床機能報告制度で毎年度報告する際に用いる、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能の定義でございます。
- ・ スライド12をお願いします。私の準備のミスで、ひょっとしたら印刷のミスでスライドの12が横長の四角が4つ並んだような状態になっていらっしゃるような方はいらっしゃいませんか。では続けさせていただきます。
- ・ ある患者が入院してきた場合の、医療資源投入量の一般的な推移を示したものです。

入院後2、3日は医療資源投入量が高いのですが、次第に状態も落ち着いてくるにつれて投入量も下がるということを示しております。

- ・次のスライド13をお願いします。病床の機能別分類の境界点の考え方に係る図ですが、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します。
- ・スライド14をお願いします。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、3つめのポツのとおり、「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で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をお願いします。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。上のグラフのうち、①障害者・難病患者数と、②療養病床の入院患者数のうちの医療区分1の患者数の30%は慢性期となります。また、②療養病床の入院患者数の70%及び地域差解消分、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は、在宅医療等となります。
- ・スライド16をお願いします。療養病床の入院需要率における地域差の解消として、「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」こととなります。パターン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」、パターン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。
- ・スライド19をお願いします。病床機能別の医療需要を、まずは人を単位として推計したものを、それぞれの病床稼働率で割り戻すことで、必要病床数が算出されております。

### 資料3 地域医療構想策定後の取組について

- ・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。大きく4点ですが、1つめは、スライド2のとおり、まずは各医療機関の自主的な取組が基本となります。
- ・スライド5をお願いします。2つめとして、都道府県は、将来の必要病床数を達成するための方策等を協議するために、原則、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置・運営することとなります。
- ・スライド9をお願いします。3つめとして、構想の実現に向けた医療法に基づく知事による対応をまとめたものです。ポイントは、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、転換しないことを公的医療機関等に対しては命令、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できること。また、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、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、公的医療機関等に対しては指示、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できること。さらに、病床過剰地域における稼働していない病床への対応として、当該病床の削減を、公的医療機関等に対しては命令、公的医療機関等以外

の医療機関に対しては要請できることです。

- ・なお、こうした規定がありますが、基本は自主的な取組みを促すことが主であり、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。
- ・スライド10をお願いします。4つめとして、構想の実現に向け、PDCAサイクルにより、評価・公表を進めます。
- ・以上で、次第の(1)に関する説明を終わります。

#### 資料4 今後のスケジュール、進め方等について

- ・次に、次第(2)今後のスケジュール、進め方等について、御説明します。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。
- ・案としてますのは、国の動向もありますが、県でも部会等の協議次第で変動の可能性があるのであります。策定完了までのスケジュールを、本専門部会を中心に説明します。
- ・下の段の「各地域」の地域医療構想検討専門部会の欄をご覧ください。構想は地域単位で策定することになっていますので、この専門部会を中心に、将来の医療需要を踏まえた必要病床数や必要な医療提供体制を具体的に検討していきます。本日の会議は、構想の趣旨・内容、菊池地域の必要病床数等推計結果の説明が主ですが、次回第2回は、医療供給体制の検討(地域間の患者流出入等)を予定しています。その間、事務レベルでは、隣接県との県間の患者流出入の調整を進めるとともに、構想区域の設定についても検討して参ります。第3回は、医療需要、必要病床数の推計や医療供給のあるべき姿等を協議し、固めていきたいと思っております。
- ・中段の「県」の欄に、県レベルの会議として地域医療構想検討専門委員会があります。この会議は県全体の方向性や地域間の全体調整を行うところです。この専門委員会へこの専門部会で議論された意見等を報告して参ります。年度末には、進ちょく状況を本専門部会の親会議である、地域保健医療推進協議会に報告し、3月に素案を提示、そして、来年度は専門部会を2回程度開催し、7月頃、概ねの素案の合意形成ができればと思っております。その後、関係団体からの意見聴取、パブコメ、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月を目途に策定を完了したいと考えています。

#### 資料5 病床機能報告制度について

- ・次に次第(3)病床機能報告制度について御説明します。資料5、昨年10月1日に施行された病床機能報告制度を願います。
- ・2ページを願います。報告義務があるのは、一般病床又は療養病床を有す病院と診療所です。報告内容は、①病棟単位での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です。なお、医療機能の選択については、各医療機関は、定性的基準に基づき自主的に選択しますので、仮に同じ医療提供を行っている2つの医療機関がある場合でも選択が異なる場合があります。
- ・3ページを願います。平成26年度の集計対象データです。県全体では下欄のとおり453施設、回答率89.9%です。
- ・4ページ以降から医療機能選択の集計です。
- ・14ページを願います。菊池地域の結果です。4つの医療機能の選択状況について、一般病床と療養病床とで区分した上で、上から「現状2014年7月1日」、真ん中は

「6年後」、下は「2025年時点」別の集計結果です。なお2025年時点は任意回答で、無回答率が高く、経年比較はできません。

- ・15ページを願います。現状と6年後の選択をクロスしたものです。ここで、資料の訂正の御連絡をさせていただきます。15ページの上にある表の、「一般病床、療養病床における医療機能別の許可病床数（合計値）」のところで、太枠の中に、左側の四角に「県全体」という文言を記載しております。こちらが誤りであり、正しくは「県全体」ではなく、「菊池地域」が入ります。申し訳ございませんが、訂正をお願いします。重ねて、7ページ、9ページなども、数値はそれぞれ正しいものが記載されておりますが、この四角の「県全体」という表記のみが誤っており、正しくは、各地域名が入りますので、御留意願います。
- ・それでは、15ページのほうにお戻りください。下の大きな表は、2014年時点から6年後に機能を変更する予定があるかどうか、集計を行ったものですが、御覧のとおり、菊池地域では、6年後に異なる医療機能を選択した医療機関はございませんでした。
- ・最後に、今回いただいた詳細な報告は、医療機関ごとに県ホームページで公表します。また、地域医療構想の策定では、4つの医療機能ごとの2025年の必要病床数を推計しますので、この報告制度に基づき医療機関が選択した医療機能ごとの数を突合すると、地域における医療機能ごとの過剰・不足が分かります。したがって、今年度いただく報告も大きな意味を持つこととなります。
- ・なお、構想策定後も、医療機能ごとの必要な病床数の達成に向け、報告病床数との整合性を図っていく必要があります。こうした大事な報告ですので、医療機関の皆さんには報告の御協力をお願いいたします。

#### 資料6 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果について

- ・次に、次第（4）厚生労働省提供データに基づく推計結果について、資料6を用いて御説明します。資料6は、上に小さく書かれています「内閣官房 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」第1次報告、政府推計の抜粋です。先月15日に公表され、新聞報道がありました。
- ・5ページは、上に伸びている棒が2本あります。左が現状のベッド数で右が2025年の必要病床数です。右の棒が高ければ不足、低ければ過剰となります。熊本は、右から5番目ですが、左の棒（現状）は31.8とあります。単位は千床ですので、31,800床、右の棒（2025年推計）が21,200床のため、トータルでは過剰となる推計です。また下に伸びている棒は2025年において、医療機関ではなく在宅医療等で追加的に対応する患者数です。熊本は9千人分追加が必要になる推計です。
- ・最後に13ページは、先の資料2で、慢性期の推計に当たり、療養病床の入院受療率には地域差があり、在宅医療等の充実によりその解消を目指していくと説明しましたが、その地域差の状況を都道府県別に表したものです。最大の高知391、最少の山形81と約5倍の差があります。熊本も271で山形の約3倍です。中央値の滋賀144と比べても熊本は約2倍です。構想区域単位でこうした地域差を解消していく取組みが今回の構想では求められています。



**資料7** 厚生労働省提供データに基づく必要病床数の推計結果について

- ・ 次第の5つめ、「厚生労働省提供データに基づく推計結果について」説明します。まず、資料7の必要病床数の推計結果です。
- ・ スライド3をお願いします。提供データ、すなわち推計ツールで何が分析できるのかを整理したのですが、二次医療圏ごとに、2013年度並びに2025年から2040年までの医療需要と必要病床数を、医療機能、年齢階級、性、疾病の項目別に分類・整理できます。なお、疾病については、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折、以上を除くその他の6つで、さらに18の疾患分野での整理も可能となっています。
- ・ スライド4をお願いします。左側にこの推計ツールに登載されているデータをお示ししています。すべて2013年度のデータで、中心は、①のNational Databaseのレセプトデータ、②のDPCデータとなります。
- ・ スライド5をお願いします。厚生労働省の省令に基づく算定方法により機械的に算出した推計結果です。なお、このページ以降は、上のスライドは棒グラフ、下のスライドは折れ線グラフで推移等を整理しています。また、上のスライドにまとめてコメントを盛り込んでいますので、上のスライドメインで御説明します。
- ・ スライド5は、医療機能別で整理した菊池地域に係る2025年から2040年までの必要病床数の推計結果等です。まず、2025年から2040年までの必要病床数の推計結果の見方ですが、左側が医療機関所在地ベース、右側が患者住所地ベースを示しております。それぞれの意味は、右肩のハコにありますように、左側が「患者の流出入がそのまま継続するものとして推計」した医療機関所在地ベース、右側が「患者の流出入がなく、入院が必要なすべての患者は住所地の二次医療圏の医療機関の病床に入院するものとして推計」した患者住所地ベースの数値となります。それでは1番左の柱から御説明します。こちらは2013年の、医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の数です。
- ・ つづきまして、ひとつ右の柱は、2013年度の医療需要実績を、必要病床数推計の算定式に当てはめた場合の理論値で、4機能合計で1,638床となりました。
- ・ 1,638床に少なくなっている理由には、おそらくいくつかの要因が関係していると思うのですが、分析ツールの仕様により、国が示した数値の根拠を、私どもがこれ以上詳しく分析することができない状況にあります。ただし、現時点で考えられるのは、国が定めた算定式の中で、高度急性期は75%、急性期は78%、回復期は90%、慢性期は92%という一律の稼働率が用いられていることなどがあるかと思えます。
- ・ 左から3つめの柱の御説明に入りますが、こちらが10年後、2025年時点での医療需要の推計結果です。まず、左側の医療機関所在地ベースと患者住所地ベースを見比べると、左側が少なくなっていますが、これは菊池地域にお住まいの方の流出入を加味した結果、菊池では10年後、336人の流出があるだろうということを意味しています。具体的な流出先については、後ほど資料8で御説明します。また、上から高度急性期、急性期、回復期、慢性期にかかる、それぞれの必要病床数を表しています。数値は御覧のとおりです。なお、慢性期は、3パターンの中のパターンBを適用しています。
- ・ 下のコメント欄について御説明しますが、上のスライドから、2040年まで、なだらかな増加傾向にあります。また、他地域への流出が2割程度見込まれ、その数は増

- 加していく傾向にあります。
- ・スライド7から12は、スライド5で医療機能別に示した推計結果を、また年齢階級別、性別、主な疾病別と異なる指標で示したものになります。これらは参考程度に御覧いただければと思います。
  - ・スライド11と12について補足がありますのでお願いします。この「主な疾病別」の資料は、分類不能データや、データそのものに疾病情報が含まれていないものがあるなどの理由で、合計の値が他のスライドよりも大変少ない数値になっておりますが、あくまで傾向を示す参考と考えております。このデータによると、コメント欄ですが、成人肺炎が最大40%増加する見込みです。また、患者住所地ベースでがんが488%増加とされておりますが、これは菊池地域から熊本地域等へ流出している潜在的な需要を表したものを考えられます。
  - ・スライド13をお願いします。県全体に係る推計結果を、菊池地域と同じように整理しています。まず、医療機能別ですが、必要病床数は増加傾向にあり、ピークは2035年の見込みです。菊池地域よりも高齢化が早く進むことになります。1番左の2013年は、医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の数です。2013年は計31,809床でした。右の2013年度は、2013年度の医療需要実績を、必要病床数推計の算定式に当てはめた場合の理論値で、4機能合計で22,279床となりました。また、2025年以降、2035年に必要病床数のピークを迎える、また、県間の流入流出は概ね均衡する見込みであることが読み取れます。
  - ・スライド14から20までお付けしておりますが、参考に御覧いただければと思います。
  - ・スライド21を御覧ください。介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で対応する患者数の推計結果です。上段が菊池地域、下段が県全体で、2025年と2013年度との差が、それぞれ481、7,020となります。この481を補う在宅医療等の整備が今後の大きなカギになると考えられます。
  - ・スライド22をお願いします。検討の主なポイントとして3つ、「不足が見込まれる医療機能をどのように確保していくか」、「地域間の流出入をどのように考慮していくか」、「療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行をどのように進めていくか」等がポイントになると考えられます。
  - ・スライド24をお願いします。スライド5でお示した、2013年の医療施設調査と、2025年の必要病床の推計結果に加えて、資料5で御説明した、菊池地域における病床機能報告の集計値のそれぞれの比較になります。なお、上から2番目の病床機能報告について、菊池地域の病院は全部で16ございしますが、このうち精神病床のみ有する菊陽病院、中山記念病院、菊池有働病院を除いた13施設が対象となり、このうち1施設だけ未回答という状況です。また、有床診療所は19施設あり、すべて回答済みです。このスライドから、各医療機関の自主的な選択と、国が示したデータの比較ができるようになっておりますので、この後の意見交換の際に御活用いただければと思います。
  - ・スライド23と25は、これまでお伝えした内容を再度参考資料としておりますので、併せて御覧いただければと思います。

**資料 8** 菊池地域における 2025 年の流出入状況（推計結果）

- ・最後に、資料 8 により、「菊池地域における 2025 年の流出入状況の推計結果」を御説明します。
- ・一番上の表は、医療機能別及び在宅医療等を含めた医療需要、流出・流入者数、流出入の差分をまとめたもので、ここでは流出が多く一日当たり 486 人流出過多ということになります。なお、慢性期は、これまで同様パターン B を適用しています。
- ・以下の表で、流出先と流入元の上位 20 の二次医療圏を示しています。なお、網掛けの欄は、二次医療圏単位で値が 10 未満の場合は非公表となり、0 で表示されるもので、実際の値も不明です。
- ・4 機能合計や各機能別を御覧いただくと、熊本地域への流入が多いことが分かります。また、流出が目立つ中、慢性期に限って流入が若干多くなっていることが分かります。
- ・このようなデータも活用して、区域間の流出入の調整を考えていく必要があるかと思えます。
- ・以上で、説明を終わります。

**○ 質疑応答・意見**

（岩倉会長）

- ・突然で難しいと思いますけれども、御意見、御質問がありますでしょうか。まあしばらく時間をかけて検討しないとわからないと思いますが、現時点で何か御質問なり、御意見なりある方いらっしゃいませんか。どうでしょう。熊本県から山内局長も来られておりますので、これと直接関係なくとも御意見、御質問なりある委員の先生方はおられますか。
- ・なければ、事務局のほうからもう少し詳しく流出入の事やその他の説明があると思えます。宜しくお願い致します。

（医療政策課・村上主幹）

- ・県庁医療政策課で担当をしております、村上と申します。データの分析等私のほうでさせていただいているという関係もございますので、私のほうから代わって御説明させていただきたいと思えます。座らせていただきまして、御説明いたします。
- ・最後に先ほど御説明ございました資料 8 のほうをご覧いただきたいと思えます。こちら重ねてになりますけれども、菊池地域における 2025 年の流出入の状況ということで、これはあくまでも推計結果にはなりますけれども、今回厚生労働省のほうから提供いただいておりますデータと、それに基づきますシステムツールなるものではじいた数値がこちらになります。
- ・一番上の表でございましてけれども、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等、いわゆる 4 機能と在宅医療等ということでもまとめられております。こちら一番下の在宅医療等でございましてけれども、在宅医療に「等」がついておる、というのにつきましては、実は前のほうの資料になりますけれども、よろしければ資料 2 のほうを御覧頂ければ幸いです。「地域医療構想の策定内容について」という資料になりますけれども、こちらのスライド 15 になります。中ほどになりますけれども、ちょっとあの小さい文字表記になっておりますので見づらいところもございましてけれども、スライド 15 のイメージ図の下にちょっと星印 2 つで説明書きを入れさせていただいて

おります。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、というような説明書きを入れさせていただいております。いま御説明しましたとおり、この「等」の部分にいわゆる居宅部分以外の、いわゆる施設、介護施設等で療養なされている方も含むということであるものですから、こちら在宅医療等と定義をしているところでございます。

- 資料8のほうにお戻りいただきまして、一番上、高度急性期になりますけれども、左から三列目、「流出者数…①」というのが出ております。高度急性期においては、これは「人／日」が単位になりますけれども、103.1の流出が、菊池地域からいずれの地域に出られるという見方になってまいります。その右側2つになりますけれども、「流入者数…②」でございますが、これも単位は「人／日」になりますけれども、同じく高度急性期につきましては16.7という数字になります。その右側、「流出入の差分」ということで②から①を引いた分がマイナス86.4というふうになりますので、トータルで見ますと、こちら菊池地域において高度急性期にかかる患者の方におかれましては、いずれかの地域に1日あたりトータルで86人ぐらいの方が流出されているということになります。以下、急性期ですとか、回復期、慢性期、在宅医療等につきまして、表の見方は今御説明したものと全く同じものになります。ただ、上から4つめ、慢性期につきましては、一番右側の流出入の差分を御覧いただきまして、こちらだけプラスということになりますので、菊池地域の差引から流入されている患者の方が多いという見方になってまいります。この上の表の見方は以上でございます。前後しましたけれども、この一番下が、それぞれの4機能プラス在宅医療を合計した値ということで、トータルになりますと一番右側になります、マイナス486.6、これだけの患者の方が菊池地域から流出する、というような見方になってまいります。そのうえで、その下でございますけれども、4機能プラス在宅医療等の合計ということでまず整理をさせていただいております。さきほど事務局から御説明ありましたが、それではいま御説明しました、流出、流入といったものがこの菊池地域からどちらに流出していらっしゃるかというのを表したのが左の表ということになります。また右側の表につきましては、逆に他地域から菊池地域に流入されている地域のトップ20ということで、上位20の医療圏の名称並びに流出、流入の数が具体的に出てくるというものになります。御覧いただいているように、左の流出のほうになりますけれども、流出先のトップといたしましては熊本医療圏ということで、右側に1,087.2という数字が出ております。これも「人／日」が単位になりますけれども、これだけの数の患者の方々が熊本地域に出ていらっしゃるという見方になります。その下が上益城、阿蘇、鹿本と続いていくと。さらにその下、5番目でございますけれども、右側の数値自体が、さきほど御説明ありましたとおり、どうしても元々のナショナルデータベースという、国のほうで管理されておりますデータベースのレセプトデータを活用しているところがございまして、もともとそちらの決まり事として二次医療圏単位では10未満の数値を出してはならない、これは個人の方が特定できる虞があるということでそういう決まりが設定されておりますけれども、そういったことからこの数値が出ておりませんが、流出先の第5位といたしましては、福岡・糸島

医療圏もこちらの数値で出てきているということでございます。以下、県内宇城、天草等が続いているというかたちでございます。また、繰り返しになりますけれども、右側網掛け0.0のところは10未満の数値、上が9.9、下は0.1が入っている。ただし、先ほども申し上げましたデータの公表の制約によって、これが見えなくなっているということ御了承いただきたいというふうに思っております。

- ・その右側、流入ということで、見方としましては繰り返しになりますけれども、菊池地域に対しましてはトップとなるのが熊本医療圏から340名の方、阿蘇、上益城、鹿本、八代、有明等々、近隣の地域から徐々にこちらのほうに入ってきていらっしゃっているのを御覧いただけるというふうに思います。
- ・それ以下、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期、さらに在宅医療等ということで同じようにデータのほうを表で表しております。これが網掛け0.0というのが多くなっておりまして、事務局としてはこういった資料をお出ししておりますこと自体が申し訳ないところでございますけれども、さきほどから御説明しておりますとおり、これは厚生労働省のほうの決まりということでございますので、これまでは御了承いただければと思います。いずれにせよ、それぞれの地域との関係性といったものが流出の状況で御覧いただけるかというふうに思っております。
- ・資料8の追加の説明は以上ようになりますけれども、何か御質問等ございましたらよろしくお願い致します。

(岩倉会長)

- ・今の件でどなたか御質問がございましょうか。数字がたくさん並んでおりまして難しいところですが、局長お願いできますか。

(健康福祉部健康局・山内局長)

- ・補足というわけでもないのですが、詳しく説明しすぎてわかりにくい面もあったかと思っておりますので、簡単にわかりやすい説明でしようと思っておりますが、資料8、もう一度、別の説明をさせていただきます。
- ・一番上のほうは高度急性期、急性期、回復期、慢性期までありますけれども、この急性期の部分を見ていただきますと、最初の「在住者(患者住所地)」というのがあります。これが468人になっています。菊池圏域においては、急性期は毎日468人の患者さんが発生している。その次が流出者数ですが、226人の方は菊池圏域以外のところの病院に行っている。一個飛び越えまして、流入者数という②の右から2番目の表があります。逆に菊池圏域以外の鹿本ですとかそういったところから110人が来ていらっしゃる。トータル、地元で468人の患者が発生して、うち226人は外にいて、逆に外から来ている人は110人、結果として菊池圏域で医療を受けてらっしゃるのは351人という見方です。
- ・その流出、流入がどこへ行っているかというのが、この急性期で言いますと、この資料8の一番下のグラフですね、急性期という欄があります。急性期、合計226.8人が出ているというのが上の表で最大という数字が書いてありますけど、268人中、216.9人は熊本医療圏のほうへ出ている。残り10人未満が鹿本とか福岡、阿蘇、久留米といった順番で出ている。逆に、菊池圏域で、急性期で入ってきている人の数は上の表から110.1人となっていますけど、この110.1人はどこ

の圏域から菊池圏域へ来ていらっしゃるかというと、阿蘇圏域から47.1人、熊本圏域から36.7人、上益城から14.0人、その後10人未満の数で鹿本、宇城、延岡、八代、有明といった順序で来ていらっしゃる。というような見方になっているという、蛇足だったかもしれませんが追加で補足いたします。

(岩倉会長)

- ・以上だそうです。これはデータとしては昨年度のデータなんですか。平成何年度のデータなんですか。

(村上主幹)

- ・平成25年、2013年度のデータに基づくものです。平成25年度の入院受療率というものを固定いたしまして、実際のこの推計のデータにつきましては、2025年の人口推計を掛け合わせるような形で、まず出すということがございます。それをいま御覧いただきましたとおり、機能別並びに医療圏別に整理すると、こういう形になるという数字になっております。

(岩倉会長)

- ・どなたでも他に御意見ありますでしょうか。県の医師会からもオブザーバーで、理事の先生が二人おみえですが、どなたか御意見ありますか。水足先生は隣の鹿本からですが、何か御意見あれば。

(水足医師・公益社団法人熊本県医師会理事)

- ・オブザーバーは発言しちやいかなのでしょうか、控えていたんですけど、そもそも高度急性期とか医療機能で言うてありますけれども、疾患別とかですね、年齢ですとか、その辺の「わかったようなかたちで本当はわかっていない」ところがいっぱいあると思いますので、その内容を非常に吟味すべきだと思いますし、流入、流出に関してもどういう疾患構造の人がどういうふうに出ているのかとか、まだ非常に大まかな話だけなんで、中身をよく吟味する必要があると思いますし、非常に高齢の人が本当に高度急性期の医療を受ける必要があるのか、そういうところまでいろいろと考えていく必要があるのではないかと思います。

(岩倉会長)

- ・土亀先生は何か。

(土亀医師・公益社団法人熊本県医師会理事)

- ・いえ、ありません。

(岩倉会長)

- ・そういう大雑把な高度急性期ということになってますが、それぞれの疾患別のデータがまた出れば有難いなと思っておりますので、よろしくお願いします。そのほかどなたか御意見ありませんでしょうか。再春荘の米村院長、何か御意見ありませんでしょうか。

(米村構成員・独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院 院長)

- ・詳しく御説明をしていただいて、とても流暢だったので半分よくわからなかったんですけども、ただ一番最後の資料の8番のところの流入、流出を含めた推計でしょうか、これは非常に後々、いろいろと大事になってくる数字かと思います。おそらく国が計算式等々を含めた、それで推計というかたちで、おそらくあまり外れてはいないだろうなと思うんですけども、逆に言うと正直こんなに流出があるのかな、というのちょっと疑問に思います。でも推計ですからわかりませんがですね。ここもちょっと正直思ったところもありまして、疾患別というのなかなか難しいかもしれませんが、やはり疾患によってこの地域では受け入れられないとか、あるいは疾患によってはここでいわゆる急性期と。いわゆる疾患別というのは絶対、やっぱり志向はあるんじゃないかなという気は致します。ですから、そこら辺のことも少し加味するような方法があればもっといいのかな、というふうに感じます。

(岩倉会長)

- ・それから医療関係から川口先生どうでしょうか。御意見ありませんか。

(川口構成員)

- ・先生、わからんですよ。確かに言われるとおりに疾患別にすると、また具体的にいろいろ出てくると思うんですけども、ただこれを疾患別にしたら複雑すぎてわからないような気がするんですけども。だから疾患別にするとしても、絞っとかないとわからなくなっちゃうような気も致します。そこまで、まだわかりません。

(岩倉会長)

- ・他にどなたか、馬場先生、何か御意見ありませんか。

(馬場構成員・東熊本第二病院 院長)

- ・こないだですね、熊本地区のやつが7月3日でしたかね、あったかと思うんですが、そのときにちょっと質問があったやつで、療養病床に関しては、私が代表ということですけども、数値目標があるんだというふうに明確に答えられたという、私憶えがあるんですけども、6月15日ということですけども、その次の日のメディアックスで6月16日には、厚労省のほうからは数値目標は出さず、総合考慮といってくれというようなことが出てる、書かれてありますので、数字が決まっているというのはどういうことかなということを御説明いただきたいんですが。

(村上主幹)

- ・申し訳ございません、数字が決まっているというのは。

(馬場構成員)

- ・おっしゃっていた療養病床には数値目標がある、急性期とか、高度急性期とか、回復期に関しては話し合いで決まるわけだからこの会議があると。しかし、療養病床に関しては数値が決まっているというように私は聞こえましたけれどですね。

(村上主幹)

- ・ そうですね、計算の方法は決まっているということになります。こちら慢性期の分が非常にわかりづらくなっている、というのがあるんですけども、よろしければ、資料2のさきほども触れさせていただいた、スライド15のほうを御覧いただければ幸いです。
- ・ さきほど先生がおっしゃいました、高度急性期、急性期、回復期につきましては、DPCデータ等々から見えてきます、いわゆる医療資源投入量という指標を用いて高度急性期については3,000点以上、急性期については600点以上、回復期については基本的に225点以上の場合、それぞれの機能で当てはめるとというのがございますけれども、慢性期については元々が包括算定というような設定になっているところもありまして、今お示しさせていただきました、このスライド15の下の図に記載しておりますとおり、厚労省のほうではこういった形で整理をしていく、というような考え方が示されている、というところがございます。さきほど御説明もありましたけれども、重ねてにはなりますが、このグラフの上のほうでありますけれども、現状ということでまず整理がなされております。一番左側に、障害者、難病患者数、こちらの方々については、下、将来的には慢性期機能としてとらえる、というのがガイドラインで設定されている、という状況でございます。右側②、療養病床の入院患者数でございますけれども、うち左側の回復期リハ病棟の患者の方におかれては、回復期機能という形で整理をすると。右側の医療区分Iの70%の方、このの方々については在宅医療で整理をするという形になっております。また、その右側の地域差解消という部分につきましては、これも重ねてありましたけれども、全国的に見ましてトップは高知県が入院受療率が高い、下が山形県。実は全国の中央値は滋賀県になっておりますけれども、一番小さい山形県の入院受療率に合わせるのか、もしくは中央値になります滋賀県の値とトップの高知県との差を見た上で、一定の割合で全体を減らしていくのか、そういう2パターンから慢性期については得られるというような考え方が示されております。いずれにせよ、中央値に合わせるような形で我が県としても入院受療率を調整していく、解消させていくのがゆるい設定ということになります。こちらパターンBというふうになっておるものですから、今日お渡しした資料につきましてはパターンBで推計上出させていただいたということです。いまの入院受療率の件につきましては資料6になりますけれども、13頁のほうにお示しをさせていただいております。重ねてにはなりますが、左側のほうに最小値山形県81というのが出ております。右側のほうに最大値高知県391と出ております。また中央値滋賀県ということで144の数字が出ておりますけれども、今回お示ししました数値につきましては、最大値の高知県の391を中央値である滋賀県の144に縮小させた場合に出てくる割合を、こちら熊本県のそれぞれの地域でも適用していく。そういう数字の出し方を、というような形になっております。それがパターンBというものになってまいります。
- ・ また、資料2のスライド15になりますけれども、現状の上のグラフの真ん中あたり、③一般病床でC3基準未満の患者数、C3基準といいますのが回復期よりも下の方々、いわゆる慢性期ということになりますけれども、在宅等々で整理をしていくのもございますし、④現時点で訪問診療を受けている患者数、こちらについては当然ながら在宅医療としてみていく。また⑤現時点の老健施設の入所者数の方々におかれても、在宅医療等ということで整理をしていく。こういった形ですすでに計算式がすでに決めら



れている、ということになります。ただ、我々としましても正直苦慮しておりますのが、アウトプットとしましては高度急性期は何床です、慢性期についても何床です、と出ささせていただいておりますけれども、基礎となる平成25年度のデータ自体の提供は受けていないというのがございます。現状がこうなっており、将来的にこういう算定式に基づけばこういう推計になるという流れにはなるんですけれども、元のところが提供を受けていないというのがございまして、中々明確にまだ御説明できる状況に至っていないというところがございます。そういう状況で今日こういったデータをお示ししてというのは大変恐縮ではありますけれども、こういったデータの提供につきましても、厚生労働省のほうに提供を求めるかたちで要請し続けておりますので、そちらが明らかになりましたら、おって御説明をさせていただきたいと思っております。

(岩倉会長)

- ・私からちょっと。高度急性期病床は、菊池地域と県全体では変わってくると思うのですが、地域的な見方をすれば、高度急性期医療の為に流出した方は、必ず地域に戻ってきます。そのデータが入ってないような気が致しますので、その患者さん達がどこに戻っているのか、ただ菊池の場合は、脳血管障害の患者さんを受けられるリハビリ施設が、熊本リハビリテーション病院、再春荘病院、菊池郡市医師会立病院とありますが、菊池に帰りたけれども帰れないで、市周辺のリハビリ施設に行っておられる患者さんもおられる。高度急性期医療を終えた後の動きもデータに入れて頂きたいと思えます。
- ・それから、先程申しましたが、入院に代わるようなケアが出来るのが本当の在宅医療だと思いますので、地域包括ケアシステムをしっかりと確立した上で患者さんを在宅医療に託すことが必要と思えます。
- ・それと訪問看護師のなり手が少ない。訪問看護師になれる条件を備えた人達への経済的バックアップが必要と思えます。そして在宅医療をしっかりと支えていくことも必要ではないかと思えます。そして言葉の上の在宅医療でなくて、本当のケアができる在宅医療となるように是非県から国に上げて頂いて、地域を支えて頂きたいと思えます。宜しくお願い致します。
- ・他にどなたか御意見のある方いらっしゃいますか。

(木村構成員・独立行政法人国立病院機構菊池病院 院長)

- ・療養病床の入院受療率が、高知が山形の5倍近くある。この13番目のグラフを見ますと、九州、四国、高知が同じように多く、一方、東北は少ないという印象を受けるわけですが、ひとつは九州、高知あたりで施設が多いというのがあると思えますが、あと他に原因があるのでしょうか。

(村上主幹)

- ・療養病床入院受療率のことで御質問いただきましたが、確かに御覧いただいておりますとおり、東日本のほうが受療率低くて西が高い、といういわゆる西高東低のような形になっております。これが一般的に地域差と言われているところではございまして、私どももまだなぜ西側が高いのかといった分析はできてない、というところではござい

ます。

- ・こういったところ把握しながら、具体的にどういうふうな形で、さきほど会長からも御指摘ありましたとおり、在宅医療等々の展開に繋げていくか、というのを今後考えていく必要があるかと思えます。すみません、回答にはなっていないかと思えますけれども、以上になります。

(岩倉会長)

それでは他に医療関係で樽美先生、何か御意見ありますか。

(樽美構成員・樽美整形外科医院 院長)

- ・有床診療所をやっておりますけれども、データが一般病床にしても療養病床にしても、病院と有床診療所との割合は、どれぐらいが有床診療所のベッド数なのか、数なんかは出てるんですよね。有床診療所は、大部分が回復期あるいは慢性期になると思うんですけれど。さきほど会長も言われたとおり、有床診療所がこれからもどんどん減っていくと。また、有床診療所がこれからの在宅にできる役割というのは逆に増えてきている状況だと思っているので、例えば、いま休床してるならベッドを全部取っ飛ばすというふうなことになることを期待しているんですけれども。

(村上主幹)

- ・今日お示ししているデータにつきまして、病院と有床診療所のデータをお出ししていないということですが、すみません、いまこちらで手持ちで持ち合わせていないので、おって御説明させていただきたいと思えます。ご指摘ありましたとおり、具体的な地域の実情を教えてください、そういったなかで全体的な地域における医療提供体制を考えていきたいと考えておりますので、こちらすみません、回答になっておりませんが、地域の実情に関するお話等々も我々に教えていただければ幸いです。

(岩倉会長)

- ・医療法改正で有床診療所の病床が、病床として数えられるようになって、病床が急激に増えたんですよね。菊池地域もそれまでは30床か40床不足地域だったのが、医療法改正の後は急に過剰地域になってしまったことがありますので、樽美先生から御質問あったように、有床診療所と一般病院の違いというデータも出して頂きたいと思えます。
- ・歯科医師会の明受先生、何か御意見おありでしょうか。

(明受構成員・一般社団法人菊池郡市歯科医師会 専務理事)

- ・特にありません。

(岩倉会長)

- ・薬剤師会の西本先生は何か御意見ありますか。

(西本構成員・公益社団法人熊本県薬剤師会菊池支部 支部長)

- ・特にはありません。

(岩倉会長)

- ・各市町村からも参加されてますが、青木部長は何か御意見ありますでしょうか。

(青木代理・合志市健康福祉部長)

- ・これとってございません。

(岩倉会長)

- ・大津町の杉水部長、何かありませんか。

(杉水部長・大津町住民福祉部長)

- ・ありません。

(岩倉会長)

- ・菊池市の木原部長、何かありませんか。

(木原部長・菊池市健康福祉部長)

- ・ありません。

(岩倉会長)

- ・他にどなたかございませんか。いまのところは、中々、このデータが難しくてすぐにはというところがありますので、お持ち帰り頂いて、次回にはっきりと御意見を頂きたいと思います。
- ・事務局にお返ししたいと思います。

## ○ 閉会

(田上次長)

- ・会長並びに皆様方には、大変熱心に御協議いただき、ありがとうございました。本日いただいた御意見等は、次回の議論につなげていくよう準備して参りたいと思います。なお、今回は、日程では8月の下旬頃と申し上げましたけれども、いろいろな事情を加味しまして後日、御連絡をしたいと思っております。
- ・また、お帰りの際は「御意見・御提案書」を御提出いただくか、また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。メーリングリストの件も御協力をお願いします。それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。本日はどうもありがとうございました。

(20時20分終了)

## ※資料の差し替えについて

- ・会議後、県内の各圏域で実施した検討部会資料との整合性を考慮し、資料7のスライド5及びスライド24の差し替えを行った。
- ・具体的な修正箇所は、同スライドの「平成25年医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の合計(2013年10月1日現在)」及び「同一般病床数」について、国立療養所菊池恵楓園が有する一般病床数を算入することとした。