

## 第1回芦北地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時： 平成27年7月27日（月）19時～20時50分

会 場： 熊本県水俣保健所2階会議室

出席者： <構成員>18人（うち、代理出席3人）

<芦北地域振興局（水俣保健所）> 村上副部長、樋口課長、中村課長、窪田主幹

<熊本県健康福祉部医療政策課> 山内局長、阿南補佐、末廣主任

随行者等：熊本県保険者協議会（村上）、熊本県医師会（平塚、鬼海）

水俣市芦北郡医師会（吉田）

### ○ 開会

（水俣保健所・樋口課長）

- ・ただ今から「第1回芦北地域医療構想検討専門部会」を開催します。本日の司会を務めます芦北地域振興局保健福祉環境部福祉課の樋口でございます。まず、資料の確認をお願いします。会議次第を1部、資料1～8を各1部ずつお配りしておりますが、不足がありましたらお知らせください。
- ・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。
- ・それでは、開会にあたり、熊本県水俣保健所長の劔から御挨拶申し上げます。

### ○ 挨拶

（水俣保健所・劔所長）

- ・本日は、お忙しい中、「第1回芦北地域医療構想検討専門部会」にご出席いただき、誠にありがとうございます。高齢化が進むのに伴い、医療を取り巻く環境も厳しいものになってきております。こういった状況の中にあっても、県民が安心して医療サービスを受け続けることができるように、熊本県においても、このような社会構造の変化や地域の特性、患者様の状態に応じた適切な医療を提供する体制、すなわち「地域医療構想」を策定する必要があります。「地域医療構想」策定の2本柱としては、「病床の機能分化と連携」、および「入院医療から在宅医療等への転換」の二点が重要視されています。この「地域医療構想」は、県内各地域の実情・課題に即したものにしていける必要があります。地域単位で、正確に言うと「構想区域」毎に策定しなくてはなりません。そのため、まずは二次医療圏ごとに置かれた地域保健医療推進協議会のもとにこの「地域医療構想検討専門部会」を設置し、日頃から地域の住民に接し、医療等の現場での課題を把握している皆様方から、今後の環境変化を見据えた「地域医療のあるべき姿」について、ご意見を賜り、合意形成を図っていくことが大事と考えております。芦北地域の「地域医療構想」を策定するには、本日ここにお集まりの皆様による議論が必要不可欠だと思います。これまで、県レベルでは6月4日に「熊本県地域医療構想検討専門委員会」を

開催し、地域医療構想の内容や策定手順等を確認しました。以降、7月3日の熊本地域を皮切りに、7月中旬から8月上旬にかけて残り10地域でも議論・検討を開始しております。芦北地域においても、本日検討会を開催する次第となりました。本日は、6月15日に政府が2025年における県別必要病床数の推計を公表したこと、厚労省から県へ地域別の必要病床数の推計ツールの提供があったことを受けて、芦北地域における2025年の必要病床数推計結果についても、事務局の方から御報告させていただきます。その後、皆様には是非活発な意見交換をよろしくお願いいたします。これから、28年度の策定まで、長丁場となりますが、行政と関係団体の皆様との両輪、いわば「オールくまもと」「オールあしきた」で、県民、地域の皆様の安心に直結する、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思います。皆様方、どうぞご協力をよろしくお願いいたします。

#### ○ 会長、副会長の選出

(樋口課長)

- ・ 構成員の皆様の御紹介につきましては、時間の都合上、お手元の構成員名簿並びに配席図にて代えさせていただきます。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。お手元の設置要領では、第4条第2項に「会長及び副会長は、構成員の互選により定める」と規定しておりますが、いかがいたしましょうか。特にないようでしたら、事務局から提案させていただいてよろしいでしょうか。

(水俣保健所・村上副部長)

- ・ 水俣保健所の村上でございます。
- ・ 事務局としましては、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水俣市芦北郡医師会の緒方様に、副会長には地域医療支援病院である水俣市立総合医療センターの坂本管理者に、それぞれお願いしたいと思っております。よろしいでしょうか。

(構成員一同 拍手)

(樋口課長)

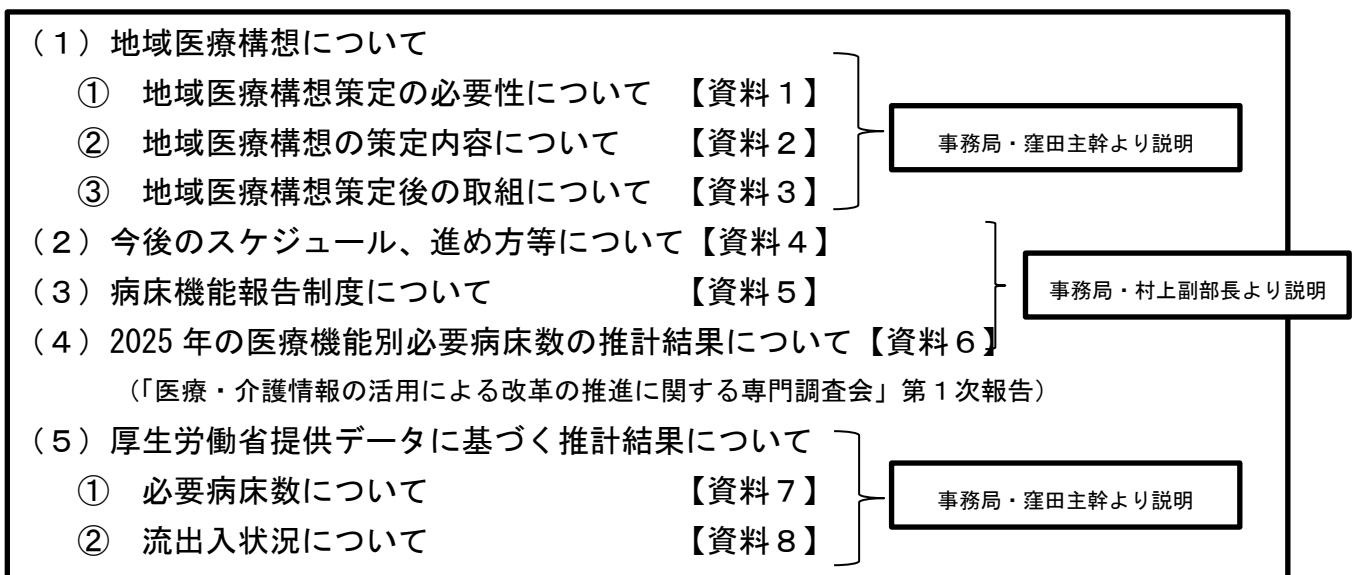
- ・ 御承認いただきありがとうございます。緒方様、坂本様は前の席にお願いします。それでは、設置要領に基づき、議事の進行を緒方会長にお願いします。緒方会長に一言ごあいさつをお願いします。

(緒方会長・水俣市芦北郡医師会長)

- ・ 会長の指名を受けました水俣市芦北郡医師会の緒方でございます。責任の重さを感じているところです。この「地域医療構想」は、10年後、20年後を見据え、人口減少等の様々な環境変化が生じる中で、この水俣・芦北地域の住民の方々が地域で安心して生活を送

る上で、ベースとなる医療提供制度を決めていくものと認識しています。地域の各界を代表してお集まりの皆様におかれましては、水俣芦北地域のより良い地域医療の実現ということに、忌憚のない御意見・御提言をお願いします。私も、この「地域医療構想」を坂本副会長のサポートを受けながら、取りまとめていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。それでは、お手元の会議次第に沿って会議を進めたいと思いません。議題（１）から議題（５）までに係る説明を、事務局からお願いします。なお、次第の５番目に「意見交換」の時間が設けられておりますので、事務局からの一連の説明が終わった後に、質疑を含めてまとめて意見交換をお願いしたいと思います。

## ○ 議事



(水俣保健所・窪田主幹)

- ・水俣保健所総務企画課の窪田と申します。
- ・約30分いただき、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 地域医療構想について

- ・議事の一つめの「(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9段目、この芦北地域の推計人口は、全体では2040年までに2010年との比較で約4割の減少となりますが、75歳以上では1割弱の減少となっています。
- ・スライド6をお願いします。こうした将来推計などを踏まえ、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。
- ・スライド2をお願いします。構想策定は、医療法の第30条の4第2項第7号が根拠規定であり、医療計画の中で定めることとなります。
- ・スライド3をお願いします。先の説明のとおり、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となります。
- ・スライド4をお願いします。これらをまとめるに当たり、ガイドラインに8つのプロセスが示されています。
- ・スライド5をお願いします。策定プロセスの1つめが、「構想の策定を行う体制の整備」です。医療法に、案の策定及び決定段階における意見聴取の規定があります。
- ・スライド6をお願いします。これらの規定を踏まえ、本県では、既設の「熊本県保健医療推進協議会」に専門委員会を、また、各地域の保健医療推進協議会に「専門部会」を設置し、全県と地域ごとの二段構えの体制で検討を進めて参ります。
- ・スライド7をお願いします。策定プロセスの2つめが、「構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有」ですが、厚労省から様々なデータが提供されており、後程説明します。
- ・スライド8をお願いします。策定プロセスの3つめが「構想区域の設定」です。地域医療構想は、構想区域ごとに策定するようになっており、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く考えです。
- ・スライド9をお願いします。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10をお願いします。策定プロセスの4つめが、「構想区域ごとの医療需要の推計」です。基本的な考え方として、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、かつ機能別に医療需要を地域全体のマクロで推計していきます。
- ・スライド11をお願いします。推計の算式については、厚生労働省の省令で規定されています。具体的に、高度急性期、急性期、回復期の機能については、  
 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  
 となります。また、推計に当たっては、患者への診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した医療資源投入量で分析します。
- ・スライド12をお願いします。これら3機能の医療需要の推計イメージ、次のスライド13が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。なお、一定の要件を満たせば、特例（パターンC）として、目標の達成年次を5年間延長することができます。
- ・スライド17をお願いします。策定プロセスの5つめが、「医療需要に対する医療提供体制の検討」です。
- ・一つ飛ばして、スライド19をお願いします。策定プロセスの6つめが、「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」です。この2つのプロ

- セスについて、架空の構想区域における仮の数値を用いた算定例により、説明します。
- ・スライド20をお願いします。Aという構想区域の急性期の例として、左から2列目の医療需要に2, 176という数値を入れております。
  - ・スライド21をお願いします。この2, 176は、右の2025年の表のように、入院受療率を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。表の3列目以降が医療供給です。3列目の「現状」について、流出している患者数が、流入数よりも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、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」では、現状の流出入を見直すのかを検討し、ここでは、流出を20抑制する、すなわちAの供給を20増やすとして、マイナス80としています。これにより、あるべき姿は、医療需要の2, 176から80を引いた2, 096となります。ただし、この増加分を他の区域の減で調整する必要があります。最後に、あるべき姿の2, 096を急性期の病床稼働率の78%で割り戻して、一番右の必要病床数2, 687が算出されます。
  - ・スライド22をお願いします。策定プロセスの7つめが「構想区域の確認」です。人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、区域設定の妥当性を確認します。その上で、最後のプロセスとして、「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」を行います。
  - ・スライド23をお願いします。必要病床数と病床機能報告による集計数との比較を通じて課題分析を行い、地域医療介護総合確保基金の有効活用等により、「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」に係る取組みを検討することとなります。

### 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、一つめは、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。二つめとして、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。三つめとして、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。四つめとして、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、議事の(1)に関する説明を終わります。

(村上副部長)

- ・水俣保健所の村上でございます。

#### 資料4 地域医療構想策定スケジュール、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。
- ・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ためです。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きますので、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、芦北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えます。
- ・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が、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、進ちよ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えます。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

- ・次に資料5、昨年10月1日に施行された病床機能報告制度を説明します。
- ・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。未提出の所には催促しましたが、県全体では下欄のとおり 453 施設、回答率 89.9% です。なお、芦北地域は 23 のうち提出済みは 21 施設で回答率 91.3% です。
- ・ 4 ページ以降から医療機能選択の集計です。
- ・ 22 ページを願います。芦北地域の結果です。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。
- ・ 23 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。見方を説明します。例えば、左上の高度急性期をご覧ください。現状は 0 床ですが、その列を下に見てもらうと、6 年後も 0 床です。つまり医療選択に現時点では変化なしということになります。急性期は、現状 479 床ですが、6 年後は、うち 60 床は回復期へシフトしていくことが読み取れます。
- ・ 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になります。
- ・ 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

- ・ 資料 6 は、上に小さく書かれています「内閣官房・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。大元の資料です。
- ・ 下の 2 ページと次の 3 ページは推計方法の説明です。資料 2 で説明した地域医療構想の必要病床数の算定式と同じで、データも構想と同じものを使い、一定の仮定を置いて全国の人口推計等を代入して計算したとのことです。
- ・ 4 ページは、推計結果の総括です。上のハコに、「10 年後に向け、地域の患者が適切な医療を適切に受けられるよう」、「機能分化」、「病院完結型医療から地域完結型への転換を進めていく必要」と今回の構想の趣旨と同じです。
- ・ 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。



- ・ 6 ページは、2本の棒があります。いずれも2025年必要病床数です。左が医療機関所在地ベース、右が患者住所地ベースでの推計値です。医療機関所在地の患者数を推計しベッド数に換算したものと、患者の住所地で患者の数を推計しベッド数に換算したものです。左が右より高ければ他県から患者が流入している、低ければ患者が他県へ流出していることとなります。熊本は左が21,200床、右が21,100床となり、県トータルでは100床分他県の患者を受け入れる推計となります。
- ・ 7、8 ページは平成26年度の病床機能報告の医療機能との比較です。医療機能別に現状の報告病床数と将来必要病床数を比較し、現時点での過剰・不足が分かります。
- ・ 9、10 ページは医療機関所在地ベースでの推計の基礎データです。このデータを基にこれまでの棒グラフが作成されています。熊本は10ページの下から5番目です。
- ・ 11、12 ページは、同様に患者住所地ベースでの推計の基礎データです。
- ・ 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。具体には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。

(窪田主幹)

水俣保健所の窪田でございます。

#### 資料7 厚生労働省提供データに基づく推計結果について

- ・ 議事の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2をお願いします。資料6で説明した政府推計と同じデータから算出した芦北地域及び県全域に係る推計結果を説明します。
- ・ 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、上下照らし合わせてご覧いただきますようお願いします。

- ・スライド5は、医療機能別で整理した芦北地域に係る2025年から2040年までの必要病床数の推計結果等です。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1,419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919床となりました。その右側以降が、2025年から2040年までの必要病床数の推計結果で、2本の棒グラフのうち、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。なお、慢性期は、3パターンうちのパターンBを適用しています。上のスライドから、2025年以降、必要病床数は年々減少傾向にあり。2040年には医療機関所在地ベースでも600床以下になる見込み、また、他地域からの流入量については、ほとんど変化しない見込みであることが読み取れます。
- ・スライド7をお願いします。同じ芦北地域のデータを年齢階級別で整理したもので、75歳以上の方々の割合が徐々に高まり、2040年には医療機関ベースで約61%、住所地ベースで約74%となる見込みです。
- ・スライド9をお願いします。性別での整理です。2025年以降、男性は約46%、女性は約54%で安定的に推移する見込みです。
- ・スライド11をお願いします。主な疾病別での整理です。下のスライド12の折れ線グラフを御覧いただきますと、2025年以降、がんが徐々に減少していく見込みです。なお、この主な疾病別は、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、合計の値が他と異なっております。
- ・スライド13は、医療機能別で整理した県全域に係る2025年から2040年までの必要病床数の推計結果等です。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。上のスライドから、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。さらに、下のスライドから、2013年度と2035年の比較で、高度急性期は概ね横ばい、急性期は最大約11%増、回復期は最大約19%増となる一方で、慢性期は約32%減の見込みとなります。
- ・スライド15をお願いします。同じ県全域のデータを年齢階級別で整理したもので、75歳以上の方々の割合が徐々に高まり、2040年には約72%となる見込みです。
- ・スライド17をお願いします。性別での整理です。男性は約43%、女性は約57%で安定的に推移する見込みです。
- ・スライド19をお願いします。主な疾病別での整理です。下のスライド12の折れ線グラフを御覧いただきますと、2025年以降、成人肺炎と大腿骨骨折がともに最大で3割強の増加となる見込みです。なお、この主な疾病別は、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、合計の値が他と異なっております。

- ・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。上段が芦北地域で、下段が県全域、2025年と2013年度との差が、それぞれ174と7,020となります。2013年の医療施設調査に基づく病床数と2025年の医療機関所在地ベースの必要病床数との差が、県全域で約11,000、芦北地域で約700ですので、これら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。今後の検討課題ですが、今回の推計結果は、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ものということを前提に、こうした推計結果を踏まえつつ、地域の実情をさらに詳細に把握し、より良質な医療サービスを受けられる体制を検討していく必要があると考えています。その際、「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23をお願いします。参考として、資料6で説明した県全域に係る政府推計の結果と、昨年度の病床機能報告の結果との比較を整理しております。
- ・スライド24をお願いします。また、併せて参考として、芦北地域の2025年の必要病床数の推計結果と病床機能報告との比較を、医療施設調査を含めて整理しております。
- ・スライド25をお願いします。いま御説明した、2025年の必要病床数の推計結果と病床機能報告の結果との比較について、医療機能別に折れ線グラフで整理しておりますので、併せて御参考をお願いします。

#### 資料8 流出入状況について

- ・次に、資料8により、「芦北地域における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、ここでは流出入の差が全体で33.1人/日となります。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。4機能合計では、流出先は八代、熊本、流入元は隣県の出水、始良・伊佐、県内では熊本、八代、有明、宇城、天草、球磨など、県外を含む広範囲からの流入を確認できます。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。
- ・さらに下の表に、医療機能別に整理していますので、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ります。以上で、説明を終わります。

#### ○ 質疑応答・意見交換

(緒方会長)

- ・これから意見交換に入りたいと思います。御意見、御質問等はございませんか。

(池田構成員・山田クリニック院長)

- ・診療所代表ということで参画しています。診療所の病床機能をどの区分で届けるかですが、病床単位で届けるということが原則だったと思います。大きな病院は急性期や慢性期と分れているが、診療所は19床以下と病床が少ないので区別していない。急性期もあり、慢性期もあるけど両方の中間の回復期としました。そのようなデータを参考にしているのであまり正確な分析できないと思う。みなさんはそれだけの自覚を持ってきちんとされたかどうか。そういうことを考えた時にかなり大雑把な解析しかできないと思うが、もしそうならやり直してきちんとやって欲しい。(それが)足かせになって将来回復期で(報告を)出したから変えるのは許さないといわれても困る。ペナルティを出して命令をされると言われると怖い気がする。そういうことも考えて欲しい。
- ・医療受療率のいろんな県のデータが出ておりますが、高知県は受療率が高くて山形は低い。山形は文化の違いがあるようで山形県は雪深いところで医療機関が点在している。よほど具合が悪くならない、死ぬほどにならないと病院にはかからない、受診しない。山深い、雪深いと受療率は下がる。一方、都会では病院、診療所いろんな診療科が多くあり、自由に選べる。交通のアクセスも良いとなると受療率は上がる。ところが山形のように山深く雪深く交通アクセスも悪いと受療率は下がる。下がるからと言って医療の需要がないかと言えばそうではない。そういうところも考えていかないと、医療施設は足りないのではないかという極端な話になる。もっときめ細かくやらなければ解析した意味があまりない。これを持って日本全体の方向性を決めてしまうというのは問題ではないかと私は考えます。以上です。

(緒方会長)

- ・大きな病院を経営されている岡部先生、今の件について何かどうぞ。

(岡部構成員・岡部病院理事長)

- ・本病院は療養病床(療養型・医療型)、一般病床があります。一般病床の中で急性期病床はどのくらい、回復期病床はどのくらい、慢性期はとはっきり線引きが引けない。どこで線を引けばよいのか迷う。急性期、回復期をどちらに含めるかはあるが、病院によって考え方が違うところもある。今後いろいろな実情を出し、話し合いながら、役割分担をしていく必要があると考えている。

(緒方会長)

- ・ありがとうございました。

(医療政策課・阿南補佐)

- ・説明してもいいですか。県庁医療政策課の阿南と申します。どうぞ今日はよろしく願います。
- ・池田先生、岡部先生から頂いたご指摘は御最もだと思っています。まず、病床機能報告制度についての報告のあり方ですが、資料2スライド⑨の表のとおり高度急性期から慢性期と文字内容を見て頂いて、各病棟単位とする、診療所も一つの病棟とする。このように定性的基準というのですがこれを基に選択してくださいということでやっている。回復期については急性期が経過した患者で、高度急性期と急性期の違いについては診療密度が高い医療を提供しているかどうか、そのレベルはご自分たちの判断でということです。今回はこういう形ですが今後の医療需要のつき合わせを医療需要単位で推計を出しておりますが重要な選択になってくると思います。これが現在においては定性的基準で今回は文字内容で選択して頂いているので、ばらつきがある。今後は定量的基準で医療機関が迷わないような形に制度化していきます。何年先かはわかりませんが、当然この病床機能報告制度を毎年度行っていきます。徐々に制度化されて、収れん化されていくものと考えています。資料3 スライド③をお願いします。いろんな患者がいるという部分で急性期を選択したからと言って急性期だけの患者とは想定していない。しかしある程度の収れんの仕方は必要ではないかという事です。今回の目的としては病床群の4つの機能分化、連携である。4つの機能である高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能分化をどのような形で進めていくのか、病院内で進めていくのか、地域の医療機関内で進めていくのかという事が一つのポイントだと思っている。医療需要については池田先生の方から（ご指摘通り）、今回特に話にあっていますが療養病床における入院受療率の地域差の解消の事です。ガイドラインの方でも地域差の文化の違いがあるかも知れないが、療養病床については、地域差があるのは日本全体でいかなものか、格差があるのはいかなものかというのが議論の出発点になっている。極端な話でいえば全国最小の区域Aと中間レベルの区域Bの間で目標値（入院病床）を決めてくださいという悩ましい状態である。社会的入院の問題もありまして療養病床のあり方については厚労省のほうで議論されている。この議論を注視しながらどのような形で受け皿を作るのか、地域の実情に合った医療提供体制を考えていかなければならないと考えている。今言えるのは以上です。

（健康福祉部健康局・山内局長）

- ・県の健康局の山内でございます。療養病床の入院受療率の件ですが、全国で一番多いのが高知県、少ないのが山形県、高知と山形ならいろいろその環境が違うでしょうとなるが、九州内ではどうか。資料6 スライド⑬を見ると同じ九州内でも、医療機関が熊本は271、隣の大分は122、福岡は高くて278、と隣県同士でも全然違う。なぜ大分はこれだけで足りているのか、身近なところのしっかりした研究、分析等も必要であると思います。追加で説明させていただきました。

（緒方会長）

- ・今の問題については今後も検討を続けていくという事でございます。
- ・他に何かありませんか。

(眞鍋構成員・白梅の里理事表)

- ・白梅の里の眞鍋でございます。老健施設での代表で出席しております。老健施設は病院と在宅の中間施設という事で施設を運営しています。介護保険が始まりまして、次第に介護度の高い方、また認知症がある方の入所が非常に増えています。医師の一名の配置となっています関係上、いろんな方が入所されています。そういった中で当圏域では非常に急性期を終えた方が入所されることが多い。状態が不安定でも受け入れをしている状態です。夜間等に病状が急変することが多い。そういった中で病院様にはいろいろお世話になって治療をして頂いているところである。それが年々増えているのが実感である。そうした中で医療の病床数がかなり減る、6割程度の数が示された訳ですけれども、果たして医療が対応するのか老健施設としては危惧している。削減ありきで進めるのではなく、前向きに医療の充実という方向で話は進めて行くべきではないかと思っている。

(緒方会長)

- ・医師会でも老健施設を運営している。事情があつて急に医師が辞められて私が担当している。10年前に比べて医療の必要な方が非常に多い。それもかなり状態が重い。これから在宅にという事もあります、在宅療養に持っていけるような人は少ない。施設も大変な状態であると感じています。他に何か御発言ないですか。

(森構成員・竹本医院院長)

- ・在宅の係ですけれども、会長のほうから言われましたが、この流れを見ると、療養病床がかなり削減となっている。その分は介護施設や在宅に向っている。この地域の在宅医療の現状からみて、やはり足りないと思う。その状態がさらに必要になるとかなり厳しいのではないかと。そうすると介護施設もどのくらい増えるかわからないけれども今後問題となってくる。在宅医療がなかなかできないとなると、もしかしたら医療が入らない在宅の形もおこるかも知れない。私自身は非常に厳しい状況と考えている。もちろん努力はいたしますけれども。

(緒方会長)

- ・どうもありがとうございます。皆さんの発言をいただきたいと思います。
- ・中核病院の坂本先生、ご発言をお願いします。

(坂本副会長・国保水俣市立総合医療センター病院事業管理者)

- ・ナショナルデータベースが出されて、市町村の具体的な人数が把握でき、我々もそれを見ながら考えないといけない。療養病床だけを見てもこれだけ差があるなかに、資料6のスライド④にあるように慢性期を減らし、在宅医療に30万人、介護施設等のサポート

が入っている在宅に向かいなさいという事ですが、実は資料2のスライド⑩ですが、2025年度に入院病床の目標を定めるとはっきり書いてある。A案というよりB案に持っていくというのが医療政策なのでしょう？という事は、療養（病床）は完全に削減されるという事でしょう。削減ありきではないと説明をいつもされるけれども、削減ありきなのです。田舎ではできない。在宅をどうするかという時に人口ピラミッドを見ると高齢者人口は増えるけれど若いスタッフがこんなに先細っている。在宅に持っていく医療スタッフの確保ができるのか。地方ではまずできない。じゃあ在宅はどうするの？大きな問題がでてくる。

- ・医療機能の報告の場合に、高度急性期をやっている科はいくつかあるけれども基礎点数の0-1の3000点がネックとなる。もう一つは病床単位で行うと看護師確保7：1ができなくて10：1もできない。そういう中で現場が混乱することはできないので、水俣市立総合医療センターは急性期に留めた。
- ・実は、2025年（この圏域の）人口は3万人台になる。厚労省は、熊本県11医療圏域は多すぎるので熊本県は4～5でよいということをいつもその話をされる。医療専門部会の11圏域で話し合っても結果的、将来的にはそのまま11圏域でこの地域医療構想をやるとはとても思えない。そう思えない事実がある。ナショナルデータベースの中で流出入の中で当病院の急性期だけ上げて、22%強が外来も入院も鹿児島県からである。県単位でやれば20%を削減して医療機関を保てといっても、新しい公立病院の改革プランの中では地域医療構想と整合性を持ってその中できちんと点数化しなさい、経常支出比率を100%にあげる。不採算の科は潰しなさいという印象しかない。黒字を出しなさいと出ている。そうなったときに過去に例がある。不採算の科を潰した病院は衰退する以外にない。我々が2025年度にこの世からいなくなった時も芦北水俣地域は続くのです。若い人が住まなくてはならない。急性期医療から在宅まで切れ目のない連携と言いながら、急性期医療をやらないところは全て潰れています。そういうことを考えると県に県間調整を必ずやってくれとお願いしてきた。今後7月に九州各県の保健医療担当部長・九州医師会長会議があった時、鹿児島県から県境を越えた医療連携の話が鹿児島県の方から出たことはお聞きですか。

（阿南補佐）

- ・はい。

（坂本副会長）

- ・ただその時（会議では）非常に否定的な意見であったそうです。それは難しいとのことだった。ただ、それをやらないと芦北地域は先生方も心配されているように人口が減ってくるので2025年には開業医の先生方も倒産する時代が来る。そこで、熊本県の県南地域、水俣芦北の中で集約化しなさいといっても交通アクセスを考えたら無理です。15分で県境を越えて、境目はない。そこで平成23年2月この水俣保健所で鹿児島県、熊本県の行政が主催してもらって、「県境の医療問題を考える会」を開催した。県境の連

携が重要だと問題意識の共有ができて県がやってくれたから我々は現場で動くことができた。そこで何が起きたかという、鹿児島県で保健福祉部が出水地域の地域医療支援方策会議を立ち上げた。一回目はオブザーバーで行き、二回目からは鹿児島県の委員で入った。その中で鹿児島県の方が早く認めてくれたのが平成24年3月地域医療支援方策として鹿児島県が出した文書がある。その中に地域医療協議会の声としてはっきり明文化して頂きました。県境を越えた医療連携の強化です。出水総合医療センターと水俣市立総合医療センターの医療連携の強化、医師等の応援体制の構築、両県にまたがる医療実態に応じた弾力的な運用を鹿児島県から出して頂いた。鹿児島県の医師会は9医療圏があるが、はっきり出されたのが、3つに分ける。鹿児島県の中心、県境と地方、その他の地域。出水の医療圏ははっきり書かれているが急性期医療指数が0.33と非常に低い。急性期医療が最終的に鹿児島市や水俣市の二次、三次医療機関に依存度が高いと思われる。今後は人口減に伴ってその検討が必要。そういう意味では、県の行政が主導権を持ってやるのは難しい。板挟みであるのは重々わかっている。そういうお膳立てをして頂ければ、地域の実情に合った体制が取れると私は確信していますので、そういう意味の中では、僕らは県間調整をしたい。先々週出水の医師会長と会いまして、是非ともやりたいといっている。8月には出水は独自に「地域医療を考える会」を開かれ、そういう意味では、鹿児島県の緊急度と言いますか、意識は高いと思っていますのでそこを是非お願いしたいと思います。

(緒方会長)

- ・ありがとうございました。
- ・県境については非常に昔から、お付き合いの深い地域なものですから、当院の手術においても白内障など20%の鹿児島県の患者はデータには出ないので県境の問題ももう少し考えていきたい。(要約)
- ・看護会を代表して川野先生お願いします。

(川野構成員・熊本県看護協会水俣芦北支部代表)

- ・医療センターの川野と申します。医療センターも看護師確保が大変でやっと10:1が確保できている。それ以上に、水俣・芦北地区の看護管理者会議をしているけれども、診療所も病院も施設も訪看も看護師の人材不足を常々聞いていますので、これから地域包括ケアが推進され在宅の方にシフトしていく場合に、看護師不足はものすごく深刻なものになると危惧しています。

(緒方会長)

- ・歯科医師会の藤崎先生お願いします。

(藤崎構成員・水俣葦北郡市歯科医師会長)

- ・歯科医師会の藤崎です。大まかに聞いておりまして、今日これらの資料、ここまでの話



を聞きましても率直に言って自分の意見が持てないような次第です。最初に医療構想の目的とは10年、20年後のきめ細かい医療サービスを充実させるためにと書いてありますが、話されている内容は病床の削減だけであり、病床の削減がどうして医療サービスの充実につながるのだろうと率直な（思いです）。ま、わかりますけれども、確かに医療需要の動態が変わってそれに対して、提供サービスのちぐはぐさが出た場合、それをどうするかという話だろうと思います。（県境の問題は）熊本県だけで話されているわけにはとても行かない。医療センター（支援病院）の運営委員になっておりまして、北薩が非常にかかっているのだからだけの問題ではないというのが実感です。

（緒方会長）

- ・ありがとうございました。眞鍋先生お願いします。

（眞鍋構成員・白梅の杜施設長）

- ・老協協のブロック代表で出てきています。白梅の杜の眞鍋でございます。もともと地域医療構想改革というのは医療計画の中の一つで医療費削減を目的としていると聞いていたので、病床をどういうふうに持っていかれるのかなと思っていたがその方向ではなくて、全然違う方向の話になっている。なかなか前に進まない状態、足踏み状態が今後続くのではないかと危惧しているところである。今後、医療改革の中で在宅部門として施設側としてどのように対応していけばよいか不安な部分である。医療計画の中で在宅部門の施設が違う方向に、悪いイメージにならないようにしなければと思っている。

（緒方会長）

- ・ありがとうございました。薬剤師の吉富先生お願いします。

（吉富構成員・水俣芦北薬剤師会長）

- ・こういった未来の図を見ます時に現在でも当地区において薬剤師の確保が全くできないのが現状です。しかし、こういう中で薬剤師の必要性は語られていない。在宅では必要性があるのではないかと思います。実際に動き出す時には全く薬剤師がいない状況になると思います。現在でも（求人しても）来ません。こういう問題は（例えば）看護師さんは医療圏みんな確保が大事という話が出るとは思います。薬剤師の分野は時として不要論も出ている。今は見かけ上はこの地域に薬剤師はいますが求人をかけても、田舎には来ないし、今の薬剤師も八代や熊本から通っているのが現状です。こちらに住んでいる薬剤師は全くいない。そうしますと仕事は毎日やっているが、仕事以外の地域や水俣市、芦北郡のいろんな仕事がありますが、それに携わる薬剤師は全くいない状態なので私としては非常に危機感を感じている。

（緒方会長）

- ・ありがとうございます。北原様、お願いします。

(北原構成員：全国健康保険協会熊本支部代表)

- ・ 熊本県保険者協議会代表の協会健保の北原でございます。私の立場は医療保険者という事で、現役世代の中から保険料を納めていただいて医療費をお支払している。高齢者への支援金という事で現役世代の中から4割をお支払している。非常に多くの医療費を負担しているという事もありまして皆さんでどうやったらよい医療提供体制にしていけるかというのを保険者の立場から会議に参加させて頂き、発言させて頂きたいと思います。我々医療保険者はレセプトのデータを持っておりまして、それが患者の直接の住所と連動したデータを持っていて流出入に関しましては、ナショナルデータベースよりも精度の高いものを提供できると思っています。これからも保険者協議会の方でも分析等を進めましてこの場に提供できるような体制を作っていきたいと思いますので、今後この議論が進む中で活用させて頂きたいのでよろしくお願いします。

(緒方会長)

- ・ ありがとうございます今後ともよろしくお願いします。
- ・ 慢性期の代表の井上先生お願いします。

(井上構成員・井上医院長)

- ・ 療養型を最初、作ったけれども、削減の方向という事で。急性期病院をしていたが、医師の確保ができないので、医師が少なくてもできるという事で療養型病棟を始めたのですが、今度は、療養型は削減という事で、やめる方向になっているのを感じるけれども、その中で振りまわされているように特に感じる。一般病棟の医療費を減らすために療養型を作れという事で作ったけれど今度はいらないという事でどうしたら良いかというのが正直な気持ちです。

(緒方会長)

- ・ 次は精神科協会の佐藤先生お願いします。

(佐藤構成員・みずほ病院理事長)

- ・ 熊本県精神科協会の推薦で参加している佐藤です。皆さんから意見がたくさん出たけれども、よくわからないことが多々あるのですが、精神科の場合15年ぐらい前からアンケートを取られ、どう使われるかわからなかったが、いきなり35万床から7万2千人を出せという事で、その根拠もわからずに、アンケートを出したばかりに7万2千人が社会的入院という、マスコミ等をうまく利用して印象付けられて、そちらの方に持っていかれました。
- ・ 今回をしてみると、削減ありきで話が進んでいる感じがしている。これではこの地域を盛り上げようという気持ちさえ失せてしまう。もう少し(地域を盛り上げよう)こういう方向で物事を考えて頂いて、もちろん現実的に人口が減っていったり、人口構成が変

わったりと数値論的には正しいのかもしれませんが。我々一人ひとりもう少し努力すれば、もっといい方向性になるのではないか。このままこの医療構想で行けば、必ずや地域には医療機関どころか若者がいなくなり、介護者がいなくなり、看護師がいなくなり、医者がいなくなり、みんないなくなってしまう。坂本先生の言われたように、県境問題は非常に大事です。総合医療センターを中心に我々も勉強させて頂いているが、出水市、伊佐市等もあり、県境問題も真剣に取り組んで頂けたらと思います。

(緒方会長)

- ・ありがとうございます。次に水俣市どうぞ。

(和田代行・水俣市代表)

- ・西田市長の代わりに出席しています健康高齢課の和田と申します。初めて詳しい説明を受けましたので何から話して良いかと思っているところですが、市の立場としては2025年を水俣市では2020年と捉え高齢者が非常に増えていきますのでそれに対して、医療、介護連携しながら維持していこうと必死に戦っているような状況です。医療機関のベッド数が減少し、その波を在宅でどう受けるべきか、どう迎えるのか不安でいっぱいでございます。看護職、介護職の不足は慢性化しておりまして、ハローワークに（求人を出してもありません。水面下ではあの方は病院を変わられたと聞こえてくるほど、人が動いているのが目に見える状態となっております。支える側の問題もかなりあるのかなと思っています。県境越えての連携というのは重要で、高速道路も充実してきますので、熊本県、上に上るという考え方もありますが、水俣の場合トンネルを越えては、とても遠い感じがします。出水・伊佐地域との連携、今は認知症関係が充足させて頂いています。医療連携となると近くの小病院で、住民も通っていける、家族も生活圏内で生活をしながら介護もできるという感じで生活そのものが一体化されているのも事実です。医療の現場も県境を越えて考えるというのが、水俣の住民からすると当然の考え方です。

(緒方会長)

- ・ありがとうございました。芦北町の一丸様お願いします。

(一丸代行・芦北町住民生活課長)

- ・芦北町の一丸と申します。竹崎町長の代理で出席させていただきます。どこもそうですが、人口が減りつつ、高齢者は増加し芦北町は最大値に来ておりまして、これから減少しつつある時期ですが、これから在宅をどうするか課題となっている。吉尾温泉診療所を持っていて今は人口がかなり減っているが実は常勤の医師がいない。今、熊本整形外科の医師等で週3日の医療をしている状態である。そこをどうすればよいか。減っていきますといつかの時点で在宅医療に直していかないといけないが、隣りも隣りも一人暮らしという状況である。どこが在宅医療をやるのかという状態である。マクロ的には国

全体の数字全体の動かし方としてはわかるが小さいところはどうやって手当していくかというのが非常に大事になっていく。国レベルの話でも「介護」に余裕がある芦北地域に移入しなさいという事も言われており、都会からの高齢者の受け入れは今の計画では矛盾していると思う。介護も医療ももちろん負担が大きくなることがおこる。

(緒方会長)

- ・ありがとうございました。津奈木町にお願いします。

(新立代行・津奈木町住民課長)

- ・津奈木町住民課の新立と申します。西川町長の代理で参りました。津奈木町は人口5千を切っておりまして4,900人となりました。高齢者率は40%を超えそうになっています。診療所も2施設しかないのでから(医師との連携は難しい)、水俣市の医療機関にお願いしなければならない状態である。地域で医療・介護ができるようにして頂きたい。医療構想については医療費削減が目的だと思うが、療養病床を減らされたら、逆に住民が困るのではないかと思っている。この地域が良くなる方向で検討して頂けたらと思っている。よろしくお願いします。

(緒方会長)

- ・一応全部の出席の皆さんのご意見をして頂きました。もう少し時間がありますけれどもなにかご発言がありましたらお願いします。ございませんか。
- ・多数の御意見等をありがとうございました。質問・意見が出尽くしたようですので、この辺で、意見交換並びに本日の議事を終了したいと思います。皆様には円滑な議事の進行に御協力をいただき、ありがとうございました。また、事務局におかれては、ただいまの御意見等を踏まえて、次回の委員会につなげていただくようお願いいたします。それでは進行を事務局にお返しします。

## ○ 閉会

(村上副部長)

- ・本日、いろいろなご意見いただいたところですが、県間調整の問題、在宅医療の問題等、そういうところも含めて今日御出席いただいた医療政策課とも協議して第2回につなげたいと思います。第2回を予定しておりますが、それまでにご意見(質問)等がありましたら、連絡いただきますとデータ等を含めて対応していきたいと思いますので、よろしくお願いします。

(樋口課長)

- ・緒方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。また、お手元に「御意見・御提案書」と連絡文書の2つをお配りしておりますが、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、お帰りになられてからでも御記入

いただき、後日ファックスまたはメールで担当までお送りいただければ幸いです。また、情報支援ツールの希望調査につきましては、担当に30日までに御提出をお願いします。

(村上副部長)

- ・追加でもう1点ですが、県や事務局から皆様に連絡させていただくためのメールアドレスを後日照会させていただきますのでよろしくお願いします。

(樋口課長)

- ・それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。
- ・ありがとうございました。

(20時50分終了)