

## 第1回有明地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成27年7月23日（木）19時00分～21時00分  
会場：玉名地域振興局4階会議室  
出席者：＜構成員＞ 全23名（うち代理4名）  
＜有明保健所＞  
林田所長、森田次長、村上総務福祉課長、前原主幹  
＜熊本県健康福祉部＞  
山内局長、阿南課長補佐、藤本主任主事  
報道関係者：2人（熊本日日新聞・中原記者 有明新報・起汐記者）

### ○ 開会

（総務福祉課・村上課長）

- ・ただ今から「第1回有明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有明保健所の村上でございます。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、熊本県有明保健所所長の林田から御挨拶申し上げます。

### ○ 挨拶

（有明保健所長・林田所長）

- ・お忙しい中、「第1回有明地域医療構想検討専門部会」に御出席いただき、誠にありがとうございます。
- ・本日は県健康福祉部から、山内健康局長も出席いただいておりますが、有明地域の専門部会ということで、地元保健所を代表して御挨拶申し上げます。
- ・詳細については、後ほど事務局担当者から説明させますが、今後、高齢化が進展し、医療需要が増加する一方で、人材や施設などの医療資源に限られた中であっても、県民が安心して暮らしていけるよう、地域における必要な医療提供体制を確保していく必要があります。
- ・こうした課題に対応していくため、県では10年後を見据えて、地域ごとに、将来の医療提供体制のあり方、具体には、患者の状態に応じた適切な医療を提供する体制について、「地域医療構想」として策定して参ります。
- ・「地域医療構想」のポイントとしては、2点ありまして、1点目、病床の機能分化と連携、2点目、入院医療から在宅医療等への転換でございます。
- ・6月4日に、県レベルの検討会議としまして、「熊本県地域医療構想検討専門委員会」が開催され、地域医療構想の内容や策定手順等の確認がなされました。
- ・この「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あります、地

域単位で、正確に言うと「構想区域」ごとに策定する必要があります。

- ・そのため、まずは二次医療圏に置く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、日頃から県民に接し、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、御意見を賜り、合意形成を図っていくことが大事と考えております。
- ・さて、本日の協議内容には、6月15日に政府が2025年における県別の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、2025年の、この有明地域の必要病床数推計結果について御報告させていただきます。
- ・これから28年度の策定までの長丁場になりますが、行政と関係団体の皆様との両輪、いわば「オールくまもと」で、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思います。皆様方、どうぞ御協力をお願いします。

(総務福祉課・村上課長)

#### 構成員紹介

- ・今回は、第一回目の会議ということで、本来であれば構成員の皆様をお一人ずつ御紹介すべきところですが、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。御了承ください。

#### 会長・副会長の選出

- ・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項で「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。特に御意見等ないようでしたら、事務局案を提案させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声)

(有明保健所・森田次長)

- ・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、会長を玉名郡市医師会の平山会長に、副会長を荒尾市医師会の藤瀬会長に、それぞれお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声)

(総務福祉課・村上課長)

- ・御承認いただきありがとうございます。それでは、平山会長、藤瀬会長それぞれ会長席、副会長席に御移動をお願いします。

(移動終了後)

- ・それでは、設置要領に基づき、ここからの議事の進行は平山会長にお願いします。

(平山会長)

- ・ 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す。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

### (１) 地域医療構想について

- ① 地域医療構想策定の必要性について 【資料１】
- ② 地域医療構想の策定内容について 【資料２】
- ③ 地域医療構想策定後の取組について 【資料３】

### (２) 今後のスケジュール、進め方等について 【資料４】

### (３) 病床機能報告制度について 【資料５】

### (４) 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】 （「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）

### (５) 厚生労働省提供データに基づく推計結果について

- ① 必要病床数について 【資料７】
- ② 流出入状況について 【資料８】

森田次長より説明

(森田次長)

- ・ 有明保健所の森田と申します。
- ・ 約３５分いただき、資料１から資料８まで御説明します。少し長くなりますが、ポイントを絞って御説明したいと思いますので、御了承のほどよろしくお願いします。それでは、着座にて御説明いたします。

### 資料１ 地域医療構想策定の必要性について

- ・ 議事の一つめの「（１）地域医療構想について」、まず資料１の「地域医療構想策定の必要性について」をお願いします。
- ・ ページの右下にスライドの番号がございますが、まずスライド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。この表から、本県全体の推計人口は、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。なお、有明圏域でも、人口全体では、2040年に約2.5割の減少となりますが、75歳以上では1割強の増加となっており、県全体と同様の傾向が見られます。
- ・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。先ほどの説明のとおり、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ますが、これについては後程説明します。
- ・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。下の図に、「慢性期機能及び在宅医療等の医療需要の  
 イメージ」をお示ししています。上のグラフのうち、慢性期は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%、また在宅医療等  
 とは、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、下  
 の※印にありますように、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年の表にありますよ  
 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。表の左から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

- ・続きまして、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。

#### 資料4 今後のスケジュール、進め方等について

- ・続きまして、議事の(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。
- ・案としていますのは、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。現時点での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、有明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。さらに第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。
- ・資料の中段、「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

- ・続きまして、議事の(3)「病床機能報告制度」について、資料5により御説明します。まず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具体的な医療の内容等となっています。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。
- ・次に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。ちなみにご参考までに、ここには記載してありませんが、有明地域については42施設のうち提出済みは40施設で回答率95.2%となっています。
- ・4ページ以降から医療機能選択の集計です。10ページが有明地域の結果です。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」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。
- ・次の11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18床ですが、その列を下に見てもらうと、6年後も18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。次の欄の急性期は、現状853床ですが、6年後は、急性期は739床となり、残りの114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、医療機関の皆さん方には、今後とも報告について、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

- ・続きまして、議事の(4)「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により御説明します。資料6は、上に小さな文字で書かれていますが、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、つまり政府推計の抜粋であります。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。
- ・右下のページで、2ページと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。
- ・次に4ページは、推計結果の総括です。上のハコの一番上の〇に、「10年後に向け、どの地域の患者も適切な医療を適切な場所で受けられるよう」、「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」とあるように今回の構想と同様の趣旨となっています。
- ・5ページは、各県毎に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となっています。
- ・6ページも、2本の棒がありますが、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結果と推計結果の比較です。上が医療機関所在地ベース、下が患者住所地ベースとなっておりますが、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。
- ・次の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。具体的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。

#### 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

- ・続きまして、議事の(5)「厚生労働省提供データに基づく推計結果」について、御説明します。まず、資料7の必要病床数の推計結果です。
- ・右下の数字でスライド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有明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データとなっています。
- ・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有明地域に係る2025年から2040年までの必要病床数の推計結果等です。1番左に2013年とあるのは、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2,115床でした。その右となりの2013年度とあるのは、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、計算上4機能合計で1,431床となっています。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、有明地域においては、2025年以降、2030年に必要病床数のピークを迎える見込みです。また、2025年には、グラフの左側と右側の差により、773床の流出超過となることが示されています。なお、スライド6の折れ線グラフで医療機能別の推移を見ると、医療機関所在地ベースより患者住所地ベースの方が高い位置で推移していることから、このことから有明地域では、他地域への流出が大きいことが確認でき、このことを今後どのように考慮するかが構想策定のポイントではないかと見込まれます。
- ・スライド7をお願いします。年齢階級別での整理ですが、75歳以上の方の割合が、2040年に医療機関所在地ベースで約81%、患者住所地ベースで約74%まで高まる見込みとなっています。
- ・スライド9・10が性別、スライド11・12が主な疾病別です。主な疾病別では、

- 「がん」はやや減少傾向ですが、他はほぼ横ばいで推移する見込みとなっています。
- ・スライド13からは、県全域に係る推計結果等になります。まず、医療機能別ですが、2025年以降、医療機関所在地ベースでは2035年に必要病床数のピークを迎えること、また、全県では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、スライド14の上段から、医療機関所在地ベースでは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%減の見込みとなっています。
  - ・スライド15をお願いします。同じ全県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。スライド20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、スライド19の右上の※印に記載してあるように、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、合計の値が他の値と異なっております。
  - ・スライド21をお願いします。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。上段が有明地域、下段が県全域で、2025年と2013年度との差が、それぞれ510、7,020となりますので、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。ただ先程もスライド5で触れましたが、患者住所地ベースで見ますと必要病床数との差は、有明地域では約150となりますので、他地域への流出をどのように考慮するかが構想策定の大きなポイントと見込まれます。
  - ・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。併せて参考として、有明地域の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、併せて御参考にしていただければと思います。

#### 資料8 熊本地域における2025年の流出入状況（推計結果）

- ・最後に、資料8により、「有明地域における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877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、流出先は上から熊本医療圏、福岡の有明医療圏、鹿本医療圏、流入元は上から福岡の有明医療圏、熊本医療圏、鹿本医療圏と並んでいます。この3医療圏で流出入のほとんどを占めていることが確認できます。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で表示されることとなっているものです。
- ・さらに以下の表には、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、長くなりましたが、私の説明を終わります。

## ○ 質疑応答・意見

(平山会長)

- ・はい、ありがとうございました。データとしてはすぐわかりやすい説明いただきましたが、ただそれは事務的なことであって、詳細に色々検討しないといけない部分がありますので、この説明を基に、今から5回・6回こういう会議がおこなわれる予定です。この専門部会は有明保健所管轄で行われますが、今ここにきておられるのは玉名郡市医療圏と荒尾市医療圏で、今両方とも大きい問題を抱えております。荒尾市民病院建て替えと、公立玉名中央病院の建て替えを含めた医療体制づくりです。それぞれに今一生懸命働いておられますけれども、これを一緒にして、地域構想として県に報告できるかと言うのは問題だと思うのですが、どうでしょうか。
- ・荒尾は、大牟田（福岡県）と隣接しており、当然患者の流出が occurs。資料のデータもこうなります。玉名、長洲、南関も然りです。でも、荒尾、玉名にしっかりした施設が出来ればこのデータも変わると思います。つまり、このデータを基に国としてベッド数を減らそうと考えてはならないという事です。
- ・また、事務局の説明で感じたのは、少子高齢化に対してどう対処していくべきかという事です。私は、団塊の世代の人間で、2025年に丁度75歳になります。今ここで一生懸命医療体制づくりをしようとしているのは、我々団塊の世代のためと思ってやっています。ベッド数にも、病床ベッドと療養ベッドがあり、今後療養ベッドの数や独居老人のための住宅など、行政の対応もお聞きしなければと思いますが、範囲が広すぎて掴みようがない様です。
- ・国は在宅医療に導こうとしているようですが、首都圏だけでも介護難民が572万人生じ、地方へ流れる傾向にあるとの事、しかし、介護士は38万人も不足するので、介護出来なくなるであろうとも言っています。私事、いろいろ申し上げましたが、構成員の皆様のそれぞれの立場でのご意見をお聞きしたいと思います。まずは、副会長であります荒尾医師会会長の藤瀬先生からお願いします。

(藤瀬副会長)

- ・平山先生が言われたように、国としては医療保険と国民皆保険制度維持のために介護保険制度をどうにかしていきたいと、そのために色々と考えていらっしゃることは間違いないわけでありませう。
- ・ただ、それぞれの地域によって事情が違います。荒尾はやはり生まれも育ちも大牟田

と近いということです。今度の産業革命遺産、それもそうなんです。今、大牟田に沢山の方が流れていると言う事でございますけれども、これはもうはっきりわかっているんですよ。荒尾市民病院の建て替えで、きちんとした熊本県の北の医療の砦を作っていたら、この流出は絶対に減っていくことは間違いないと思います。

- ・平山先生が言われましたように、荒尾と玉名で一緒にということになればですね、今、荒尾から30%の人が大牟田に流出しておりますけれども、これが70%から80%が流出するということになるのは間違いありません。やはり、アクセスとか、今までの歴史とかそういうのを踏まえながら、これ検討していかなくてはいけないと思います。
- ・私は、荒尾は荒尾で、玉名は玉名でそれぞれにしっかりした急性期病院を建てて、そして、足りないところを二つのいわゆる有明医療圏の中で補いあうということが一番じゃないかというふうに思いますし、それ以外はないというふうに思っております。ま、それぞれに皆様ご意見があると思いますので・・・

(平山会長)

- ・どうもありがとうございました。どういうふうにしましょうか。何かご意見ある方ございませんか。手を挙げて私はこうだと・・・最初だから、なんとなくやりづらいですね。

(藤瀬副会長)

- ・皆さんから意見を聞いたらどうですか。

(平山会長)

- ・いや、そういうふうにしようと思うのですが、よろしいですか。では市長から・・・

(高峯構成員 玉名市長)

- ・今回、こういった地域医療の構想の策定ということで、私たちこうやって回っておりますけれども、私はどうもこの2年後の構想の結果がもう見えてるというふうに思うわけですね。ですから、こうやって、このように議論しても、最終的に国の方針が決定すれば、それに従わざるをえないという状況になってくると思っております。それと、玉名地域の医療体制づくりをしておりますので、それとの整合性も考えないかんけれども、どっちかと言うたら、こっちの案が遅れてくる状況ですので、困ったなというふうに思っております。以上です。

(志垣構成員 和水町立病院 )

- ・和水町立病院の志垣ですけれども。社会保障費が高騰しているの、これは医療費削減は絶対避けられないと思っております。有明地区においてもですね、流出が多くて流入が少ない状況ですので、ベット数が減らされるのは、これは仕方がないと個人的には思っております。ただ、その中でもですね、何かを目標設定をしなければならぬので、目標設定するにはですね、やはり藤瀬先生言われたように、荒尾と玉名地区ではだいぶ事情が違いますので、それぞれにデータの予想を立ててから、そのあと併せて整合性を取るという形が一番いいのではないかと考えております。以上です。

(鴻江構成員 鴻江病院)

- ・今、お二人、三人の方から意見ありましたけれども、私の意見はやはり構想区域の決め方が非常に問題というふうに思っています。両会長がおっしゃいましたようにですね、構想区域が全く別なんです。有明の中でも、荒尾と玉名では全く医療圏が違いますので、やはりこれを一緒にするというのは非常に無理があるという風に思っています。
- ・もうひとつは先ほどから流出率ですけれども、流出、流入の問題ですけれども、これはですね基幹病院をどういうふうに整理するかによって、大きく変わってくるんですね。ですから、その基幹病院をどうするのかをまず決めないと、その次に進めないという風に私は思っております。以上です。

(鏡構成員 看護協会有明支部)

- ・私は看護の立場から発言させていただきますけれども、先ほど会長がおっしゃったように、単に病床を減らしてもいいのか、じゃ在宅施設その病院病床が減らされて在宅に返す時に、誰がそこを担うのかというところで、実際看護の場面でも介護の場面でも地域で担う人の数は十分ではないと思います。だから在宅施設も十分でないところに、人手も不足するということ、そこを考えずに地域の充実を考えずに病床を減らすと言うことは逆に住民に負担を強いることになるのではないかと、それを2年間のうちに充実させることができるのだろうかという不安があります。
- ・ただ、先ほど言われたように、国の決定に従わなければいけないこともあるのではないだろうかということで、看護の部分でも、特定行為、医師の指示によって、今まで医師が行っていたような診療の行為を行うとか、そういう話も出ていますので、とてもこれは一概にこうしてほしいとか、どういうふうになっていくのだろうかとか不安事態を抱えているということが看護の部分では実情です。

(甲斐構成員 ゆうきの里施設長)

- ・老人保健施設ゆうきの里の甲斐と申します。普段、自分の診療と自施設のことで一杯一杯で、こういった会合に参加するのが初めてで、こういった大きな問題に対して、自分の知識と頭がとてついて行けない状態です。すみません。今日もし許されれば今日は少し勉強させていただいて、また意見等を次回以降お伝えできればと思います。以上です。

(王丸構成員 荒尾こころの郷病院長)

- ・荒尾こころの郷病院の王丸です。実は私は地域医療構想こういうことが出てきたことが不思議でしかたない。国がどうしても医療費削減だからベッド数減らせていうことなんでしょうけど。それはそれでわからんじゃないけど。実は、私認知症疾患センターの認定を受けてしているのですが、モデル事業も初期集中でやった中で思うのはですね、早期にもっと早く患者さんを見いだせればですね、よかったのですが、初期集中でやってわかったことは、単身者が多く、単身者ですねお年寄りが多くてもう認知症が発症してといわゆるこうBPSDが出ている方が多くてですね。もうちょっと早い段階で見いだせればよかったんじゃないか。それは、認知症に限らず全ての病気がそうなんじゃないかと、日医の会長も言っているように、もっとその国民全員

が一人一人がかかりつけ医をもって、そういう制度をです、効率よく密にやっていたら早期発見とか早期治療に結びついて、医療費削減に結局はつながって、ベッドの方も自然と減っていくんじゃないか。

- ・わざわざ、ここでですね、あなたの地域は、あなたの病院は急性期を何床にしますか、あなたのところは急性期を何床にしますか、ということで民間の病院どうしてですね、そういう話し合いがですね、ほんとにできるのかどうか、県をまたがってですね、話し合いをするという、ベッド数が調整がつくのかどうか、私はとっても疑問になります。そんなことがほんとにできるんでしょうか。そこが私はとても疑問でね。国公立はですね、知事が権限で命令していいことになっているけれど、民間医療では要請ですね、要請じゃ要請ってなんですか、聞きたいですね、要請ってあくまで要請ですよ。命令権はないわけでしょう。そしたら、民間医療どうして、そんなにあなたところ、わたしのところは、これだけのベッド数にします。そしてこれに変わりますということですね、現実2025年までにできるんだろうかというのがとても疑問です。それよりもかかりつけ医制度なんかを充実させて、もっともっと効率よくですね、やっていった方がいいんじゃないか、という感じがします。

(大嶋構成員・荒尾市民病院事業管理者)

- ・荒尾市民病院の大嶋です。そうですね、こういう流出、流入という話もありますけど。その前にやはり、人口10万人あたり、今、熊本市は医師が390何人かな、この有明地域は168人か7人位ですね。そういうところでですね、やはりある程度ですね、医師の県内の均？化、ある程度人口に合わせてそういう具合にやった後で、こういうのをやはり決めていった方が正しいんじゃないかなと考えます。
- ・また、先ほど荒尾市医師会長が言ったように、荒尾と玉名地域とはだいぶ患者さんの動向が違うみたいで、ですね、やはり、そういうのも、医師の数、看護師の数等々がかなり影響するんじゃないかなと、やはり地域で看れるところがあれば、やはり地域で看るのが正しいんじゃないかなと思います。2人暮らしの人が、高齢者が熊本市内で高度急性期の治療を受けに行くと、非常にその人は大変じゃないかなと、その地域でちゃんとそういうことができる所があれば有明地域を移動せずに済むわけですね。だから、僕はそういうふうに、思います。

(浦田構成員・浦田医院院長)

- ・私は玉名郡市の診療所代表ということで参加しております、医師会の副会長しております浦田と申します。今、説明を私正確に把握できたかどうかまだ自信がございませんけれども、ひとつの有明地域における大きな問題は、やはり医療機関所在地ベースと患者住所地ベースで大きな開きがある。患者住所地ベースでみるとそんなに病床数は減少しない。ということは、流出が一番大きなひとつの問題なんだろうと思います。その流出をいかに患者さんの住んでいる地域でみとめて、良質な医療を提供するのかということ、今後真剣に考えていくということが一点と。
- ・もう一つは診療所の立場として申し上げますと、在宅医療等への転換つまり介護施設、あるいは自宅等への転換が必要であるという、下に突き出た数値がございました、それをですね、有明圏域でこれ担うのは、おそらく診療所の開業医・医師となる、あるいは訪問看護ステーション、あるいは介護職の方々になるだろうと思うけれども、

その提供がですね、今後充分行えるかというの、また人材確保の点からも、有明圏域で特に検討が必要ではないかと思いました。以上です。

(犬東構成員・玉名郡市歯科医師会)

- ・玉名郡市歯科医師会常務理事をしております、犬東と申します。なかなかむずかしい問題と思いますが、2025年問題ということで、現在の状況データから予測・推測していくことが必要だと思いますし、理解できないことではないと思いますが、当然医療構想を進めていくのは必要だと思いますね、これについては当然だろうなと思います。
- ・ただ、一方、色々なデータの説明がありましたように、圏者とか地域である言うところに格差がありますね、必要病床の必要性にばらつきがある、これを一定にする、格差があるから周りに合わせる発想であればなんか矛盾するかなと思いますし、逆に言えば、疾病を少なくして入院病床数を減らすほうが、つまり予防的なことを考えるというの、また一方でも必要ではないかと思えるし、そちらの方がどちらかというの大事で、そうすれば、それだけ不用意かもしれませんが、逆にその必要数を減らす手法としていいのではないかなと思っております。以上です。

(伊藤構成員・伊藤医院院長)

- ・荒尾市の診療所代表で参加しております、荒尾市医師会副会長の伊藤と申します。私がこの問題を考える時に、非常におかしいと思うのはですね。流入とか流出とかいう言葉がですね、なんなんだろうと思うんですね。というのは、わたくしどもの施設はうちの前は大牟田市です、道路をはさんで。うちの患者さんの4割は大牟田の人。うちは介護施設も地域密着型を荒尾市にも大牟田市にも持っていて、大牟田の人しか入れない地域密着施設、荒尾の人しか入れない地域密着施設がありますけど、患者さん達から聞かれるのは、目の前は大牟田、こっちは荒尾、何で私はこっちに入れないんです、言われる。そう考えるとですね、こういう問題を県単位で流出とか流入とかいうこと自体がですね、県境地域に位置しているところは非常に混乱するんですね。私達にとっては子どもの頃から、大牟田はもう普通に別に大牟田と荒尾の間にそのなんというか塀があるわけでもなんでもなし。なんで、行政の人たちは流出とか流入とか、私たちが今までかかって、地域で医療を病院と連携しながら守ってきたことをあえて、県境、県単位で壊そうとするのか、そこが非常に理解できません。もう少し、流出、流入という言葉を使うよりも、もっとその文化にあった地域で考えるということをしないと、行政の気持ちとそこで住む住民の人たちの気持ちは大きくずれていくだけじゃないかなということをおもっております。以上です。

(吉田代理・玉名地域保健医療センター事務長)

- ・玉名地域保健医療センターの吉田と申します。本日は構成員の院長の赤木が所用がありまして欠席しておりますので、代理で出席しております。本日の部会の皆様の協議の状況・ご意見等はきちんと赤木の方には伝えたいというふうに考えております。意見はありませんが、個人的な感想としまして、医師会で訪問看護ステーションと在宅事業をやっておりますけれども、職員は一生懸命頑張っておりますが、やはり簡単に在宅といっても難しいのかなと感じとして思っております。以上です。

(山田構成員・熊本県保険者協議会)

- ・熊本県の保険者協議会の代表として出席させていただいています。この検討会は、地域の実状を踏まえたうえで、必要な方に必要な医療を提供できる体制をつくる会議と認識しています。玉名地域、荒尾地域それぞれ課題があると思いますので、それをこの場を出して、どういう方向にいくのが一番いいのか検討することが必要ではないかと思っています。
- ・先ほど、数名の方から「予防」というキーワードがでました。保険者は予防に力を入れておりますので、予防に積極的に取り組んでいくなかで2030年時点ではどうなるのかということも指標に入れて検討も必要なのかなと思っておりました。
- ・あと、皆様方の意見が出尽くしたあとでよろしいんですが、冒頭に会長の御挨拶でお話がありました、玉名地域で一年ほど前から検討されている、という事の内容についてお話いただければありがたいと思います。

(山下構成員・荒尾市長)

- ・荒尾市の山下です。2025年問題を目前に控え、いろんなことを考えていかなければならないということで、今後、国の方向性や県の指導をいただきながら、また先ほど会長、副会長もおっしゃった、この地域の事情も加味しながら、今後の地域医療体制、公立病院のあるべき姿、役割について議論すべき場となればと願っていますし、そういう機会にしなければと思っています。

(安成構成員・玉名郡市医師会)

- ・法律で決まった以上は、やるていで来たので、進め方の話ですが、慢性期と在宅で話しをしながら組み立てをしなければならないのかなと、少なくともこれだけ大きい課題を、毎回皆さんが揃ったなかでは難しいだろうと思ってましたので、分化して話を進めていく方がいいのだろうと、そういう意味では荒尾と玉名で分けるというのも効果的なやり方だと思います。
- ・そう思いましたのも、このなかで病床から溢れた人たちをどうするのかと、在宅医療ということで、重圧をひしひしと感じているんです。私も目の前のことや皆様のコーディネートということをやって十年ちょっとなんですが、今から十年後、今の二倍、私が頑張れるのかというと頑張れないんですね。十年後どのくらいの在宅医療を提供できるかということを見積もって、逆算して考えることが一番、短期間でできるのかと。あと1年半しかないので急いでやらなければならないと思いますので、そこをしっかりとやろうかなと思ってます。期待されているのはわかるんですが、我々も診療所で在宅医療だけをやっている訳ではないので、その見積もりを出せばいいかなと思います。
- ・一つブラックボックスがあるのは、先ほど在宅医療等とありましたが、いわゆる高専賃の方々はこの会議に出てこられません。有料老人ホームの人たちがどういう医療を受けられているのか、通院できるんだけども通院できない、訪問診療になっている方々というのはナショナルデータベースの中で拾える部分もあるかと思いますが、県の方には御協力いただきたいなと思います。



(村本構成員・熊本県薬剤師会荒尾支部)

- ・荒尾市薬剤師会には60名の会員がいますが、保険薬局勤務薬剤師のうち、7割は無床の診療所の門前薬局です。そういう現状にありますが薬剤師会は医師会、歯科医師会との密接な関係のもとにありますので、良質な医療が提供できる有明地域の病床づくりをお願いしたいと思っています。今、有明地域で24時間、365日、薬剤師が常駐しているのは荒尾市民病院だけです。
- ・あと、病床を減らすということが根底にあるのではなくて、これだけ素晴らしい先生方がいらっしゃいますので、玉名中央病院、玉名地域医療センター、和水町立病院、荒尾市民病院を中心として、もっと活気のある医療を目指していく会であってほしいと思っています。

(北島代理・玉名郡町村会)

- ・本日は構成員である前田町長が公務で出席できませんので、代理で出席しております。意見を述べることはできませんが行政側の感想としまして、病床数が減って在宅医療等が増えるということですが、行政側としましては地域での見守り活動がこれまで以上に大きなウエイトをしめてくるのかなと思います。いろんな相談事がたくさんありますので、そのあたりを行政担当者としては危惧しているところであります。

(星野代理・熊本県薬剤師会玉名支部)

- ・今日は会長が来れませんでしたので、私が代理として出席させていただきました。皆様方のお話はとても勉強になりました。公立玉名中央病院、玉名地域医療センター、荒尾市民病院、これらには基幹病院にしてしっかり頑張っていたいただきたいと思います。
- ・国が病床減少ということで動いております。これに関してはいいいのか、悪いのか疑問に思っている部分もあります。特に介護関係では認知症の方々がこれからもますます増えていく一方ですが、介護施設への入所も厳しいようで、それを地域のボランティアでやってほしいという国の意向もあるようですが厳しいことではないかなと思います。国が病床減少の方向で行くのであれば、在宅医療の方向で行くべき、行かざるを得ないと思っております。ただ、10年経った2025年はここにおいで先生方や私もだいぶ歳をとっていきます。10年といってもあつという間ですので、その間に在宅チームのスタッフをいかに育成していくか、急いでやらないといけないことではないかと思っております。薬剤師も今は、在宅に関与してきておりますので、私たちは私たちで在宅でどんなことが患者さんにできるのか、患者さんに必要な情報、お薬をきちんとしていけるかそのあたりを今後、検討していかないといけないのではないかと思っております。

(原口構成員・荒尾市歯科医師会)

- ・今日はお話を聴くにつれ、2025年までという短期間での大きな変化について戸惑いと不安をいただいております。流出、流入という言葉も普段あまり耳にすることはありません。荒尾と言う特殊な地域であることもありますが、荒尾で救急車を呼んで、運んでもらう先が大牟田市立病院、大牟田の天領病院であるということは普段、よく聞くことであります。有明保健所管内から外れたところに運ばれる患者さんが多いと

いうのも実情です。保健所の管轄範囲ということだけでなく、まだ先の話かもしれませんが道州制が導入されることを考えてみても、県境とか市町村という行政の区域をまたいだ話し合いが必要になってくるのではないかと考えました。大牟田荒尾という炭鉱でのつながりという特異性を今後の話し合いで考慮していただければと思いました。

(中村構成員・荒尾市医師会)

- ・色々な研修会や連絡会議に出させていただいて、私自身が理解している限りでは、病床削減が今回の目的ではないと理解しています。ただ地域の医療構想が出せればという前提が付くのだろうと、出せなければ県なり国なりが示した案に従わざるを得なくなるのだろうと考えています。
- ・それと、県の説明を聞くと二次医療圏の再編は避けられないと県、国は考えていると思います。流出、流入というのは医療圏を再編すればそれだけで解決できる問題です。今回の地域医療構想は考え方は病床機能の適正配分だと考えますが、策定する期間が非常に短いというのが問題だと思います。12月に素案を二次医療圏毎に提出して、来年度の7月には素案を概ね決定しなければならない。そうした対応が各医療圏毎には難しいという問題があると思います。ただ政策として決まっています。平成30年を目途にこれが進んでいくのでそれまでは変えることができないと思いますので、大変だとは思いますが地域の意思を反映するいい機会と考えて取り組むべきだと思います。

(中野構成員・公立玉名中央病院長)

- ・慢性期を本当に平均値に合わせなければならないんだろうか疑問を感じます。在宅はある程度進める必要があるというのはわかります。しかし、在宅を進めると舅さんと姑さんをそこのお嫁さんが看るということで女性の社会進出を阻害するだけのよう思うんですね。国の出すお金は少なくなるかもしれないけれど、個人的には仕事をやめなければならない人がでるのではないかなと思うんです。もう一つは在宅を供給する側のキャパシティも、そんなに多くはないので、供給側のことは今、無視して議論がなされていることに無理があるのではないかなという気がします。
- ・地方の基幹病院の運営責任者としては、流出を下げるということに全力を注がなければならないと思って聞きました。これは個別の話なんですけど、医師確保ができそうという感じがありまして、これはまだ決定はしていませんが救急医を確保できそうなんですね。そうすると流出を下げるができると思っていました。そこで質問ですが、有明圏域で決めろよと建前はなっていますが、県は青写真を刷っていて有明圏域にはこれだけの病床と決めているのではないかと邪推するんですね。本当に我々が議論すればそれが通るのかと心配しながら聞いておりました。
- ・もう一つ、慢性期は計算で出せると思います。一方、急性期は先ほど75%、78%という話もありました。これは何となくわかるんですね。当院、302床のうち262床が一般ですが、この3か月ほどの間に多い時で240床、少ない時が180床ぐらいだったんですね。これ計算してみると0.75ですので75%というのは妥当な数字かもしれないと思いながら聞きました。ただ、今年の正月、インフルエンザが流行したとき、外来に100人を超す患者さんが来ました。幸い今年のインフルエンザ

は軽症でほとんど入院はありませんでした。これが、もう少し重症化するインフルエンザであったら、さらには MERS とまでは言いませんが、その中間くらいの 20% くらいが入院しなければならないような状況だったら、プラス 20 人が入院しなければならないとしたらどこに入院するのか、急性期病院というのは警察や消防と同じく社会の安全弁であるはずで、ですから平均値を出してこの地区にはこれだけのベッド数でというのは、平均という点では納得できる数値ですが、医療需要が急速に増したときには対応できないと思います。そういう事も国には考えていただきたい、県からも国に一言いっていただきたいと思います。

(平山会長)

- ・はい、皆さん、御意見ありがとうございました。これから、あと 5 回ありますので、皆さんの御意見を参考にさせていただけたらと思います。
- ・先ほど、山田構成員がお聞きになりました玉名の医療体制づくりの件です。一番最初は、中野先生が病院長になられた頃からの話です。玉名には医師会立の地域医療センター、和水町立病院、そして玉名中央病院 3 つの病院がありますが同じような働きをしてるんですね。急性期や慢性期の患者さんをそれぞれで診ていてるんです。これをどうにかならないか、機能分担できなかつたということから入ったんです。そのうち、今度は公立玉名中央病院の耐震化が問題になり建て替えが国から言ってきて建て替えることが決まりました。その時に単に建替えるだけでいいのか、これを機会にどうにかならないかということで、これはまだ話し合い途中で決定ではないんですが、玉名中央病院と地域医療センター、和水町立病院と一緒にすればどうかとなりました。荒尾市民病院も一緒にできれば、本当はそれが私たちの夢なんです。
- ・ということで、そういうきちんとした基幹病院ができれば流出も減るだろうし逆に流入もあるのではないかと。それから機能を分担し公立玉名中央病院の救急、小児を維持していただいて、そして我々医療センターがやっている、慢性期、地域包括ケア、在宅、介護、訪問看護のシステムを生かして、一連でできるような医療体制が玉名にできればということで話し合いをしています。まだ結論はできませんがいい方向には向かっていると思います。
- ・その話のなかで病床数も減らされる可能性は当然あります。今 3 つの病院で 550 床ありますが、いくつまで減らされるか。療養型は今、医療センターで 50 床持っていますがそれでは到底足りないの、100 床まで増やしていただけないかと今度、県の方にもっていかなければなりません。今、熊本は 30% 減るとい統計が出ていますが、玉名は維持していただければと思います。ここにおられる玉名市長、今日は代理が来られていますが前田町長、福原町長を含めて話し合いをしています。結論は秋ごろにはでるかと思えます。
- ・資料 7 の 22 ページ、今後検討の主なポイントというのがあります。不足が見込まれる医療機能をどのように確保するかとあります。これは医師確保の問題ですよね。医師が来てくれるような魅力ある地域にしないといけないし、魅力ある病院をつくれれば来てくれるんだろうと思います。中野先生がおっしゃいました救急の専門医が公立玉名中央病院に来てくれれば全然違うでしょう。
- ・在宅医療に関して言えば、安成先生がこれまでテレビに何度も出られましたが、玉名方式と言うことで、多職種の方々が一緒にシステムを作っておりますのでそれが生か

せればと思います。

- ・何か御意見ございませんか。色々と意見を言っていただきましたが、言い足りなかったという事などありましたら意見書を提出いただければと思います。それから、安成先生も言われましたが、おおざっぱな話ではつまらないと思います。急性期については僕らが考えていますので検討しますが、慢性期、在宅についてどうしたらよいかということをもとめて話をしたほうが、いい方向にいくんではないかと思いますが、事務局はいかがでしょうか。8月以降の議題等は決まっていますか。

(阿南補佐)

- ・今後の進め方につきましては、地域の共通のテーマはありますが、地域地域実情を知る必要はあるかと思しますので、今後、保健所と会長のほうで相談させていただければと思います。

(安成構成員)

- ・高専賃の方の医療見積りについて、調べる策がありますか。レセプトベースに触ることができるのであれば、在宅患者訪問診療料とかで、何人も一度に訪問する方の数を調べれば、何人の方が集合住宅等で訪問診療を受けているのかができるのではないかと思います。何か策がありますか。

(阿南補佐)

- ・在宅医療の推計の仕方ということで、資料2スライド15番をご覧ください。在宅医療の見込みについては④の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の区分が現状ということで出発しています。老人保健施設はドクターがいらっしゃるということで見込みは区分されてますが、それ以外の方については、在宅も含めて、訪問看護している場所がたまたま老人ホームであったり有料老人ホームであるということで、一つひとつの状況は国のデータではわからないので確認しております。
- ・今後、2025年に向けては、④足す⑤から、療養病床の入院患者数から医療区分1の70%、地域差の解消、③の一般病床でC3基準未満の患者数を在宅医療で対応していくということです。資料7のスライド21をご覧ください。2013年度の患者数1,827、2025年の患者数2,337という数字がでておりますが、この部分の内訳について確認している状況でございます。

(平山会長)

- ・長い間、ありがとうございました。今日は、顔見せみたいな感じでございましたが、今度から本格的な御意見をお聞きしたいと思います。今後ともよろしくお願いします。

## ○ 閉会

(村上課長・有明保健所)

- ・平山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参ります。
- ・なお、今回は、8月下旬頃の開催を予定していますが、具体的な日程等につきまして

は、おつて御連絡いたします。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、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お送りいただければ幸いです。

- ・また、今後、地域医療構想に関します情報を保健所から電子メールでご提供させていただくこともございます。よろしければ送付先のアドレスを、後日お知らせいただきますと幸いです。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。ありがとうございました。

( 2 1 時 1 0 分 終 了 )