

第 1 回各地域医療構想検討専門部会での御意見について

熊本県健康福祉部健康局医療政策課

1 地域への説明状況について

- 7月3日の熊本地域から8月6日の阿蘇地域までの全11地域で「地域医療構想検討専門部会」を開催しました。
- その専門部会では、県（保健所）から地域医療構想の概要を説明するとともに、構想のベースとなります、2025年の医療需要に応じた必要病床数推計について、厚生労働省令に規定された全国統一の算定式に基づく結果をお示ししました。
- この専門部会においては、様々な御意見（163件）をいただいたところです。
- この163件を、次の11分類に分け、別添のとおり、考え方・方向性を整理しております。

- ①構想の策定趣旨、②必要病床数、③データの取扱い、④構想区域、⑤医療提供体制、⑥在宅医療等、⑦病床機能報告、⑧療養病床、⑨予防医療、⑩区域間の調整、⑪会議の進め方

2 意見に対する考え方・方向性について（主なもの）

[②必要病床数]

- ・国は病床削減ありきの構想策定を求めているように感じる。地域に必要な病床を確保し、住民が安心できる医療を提供していくことが大事。

（考え方・方向性）

- ・地域医療構想の内容の一つである「2025年の必要病床数」は、医療法上、「構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された・・・病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量」と規定。（病床の機能区分ごとの算定式は、厚生労働省令に規定）
- ・国からは、都道府県間の整合性を取るため、法令に基づき必要病床数を設定するよう求められている。
- ・これらのことを踏まえつつ、法令に基づく必要病床数で地域の医療が確保できるかを確認するため、構想対象の全医療機関を対象に、聞き取り調査を行うことをはじめ丁寧な構想を策定したい。

（裏面あり）

[④構想区域の設定について]

- ・ 現行保健医療計画を策定する際には、国が基準（患者流出率等）を示し二次医療圏の見直しを求めた。本県は見直し対象の医療圏があったが、見直しはしなかった。今後も人口が減少していく中で、今回、構想区域（医療圏）の見直しは避けられないのではないか。
- ・ 患者の他圏域への流出は当該圏域に医師等が確保できれば止まるので、そうした圏域の医療提供体制を充実させる施策に取り組むべき。

(考え方・方向性)

- ・ 構想区域は、「二次医療圏を原則として、・・・、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を推進することが相当であると認められる区域として設定するもの」と厚生労働省令に規定。
- ・ 構想区域の設定について、今回の第2回の会合で、現行二次医療圏とする案に加え、複数の二次医療圏を統合する案を、議論の「たたき台」として提示。
- ・ 今後、(各地域における地域医療構想検討専門部会において、) 地域ごとに構想区域の適切な設定に向けた協議を深めたい。

[⑤医療提供体制]

- ・ 医療従事者の必要数、確保策も一緒に考えないと、地域医療構想の実現は難しい。

(考え方・方向性)

- ・ 構想の実現のために、必要病床数に応じた、必要な医療従事者の確保に係る目標設定については、国（厚生労働省）において、「地域医療構想による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について見直していく」とされているため、まずは、これらの議論を注視したい。

[⑥在宅医療等について]

- ・ 現状では、療養病床には、認知症、独居、高齢者夫婦等でどうしても退院できない方が入院されている状況。在宅医療等を進めるのであれば、介護人材の確保も含めた受入体制をどう作っていくかが課題。

(考え方・方向性)

- ・ 地域医療構想を推進するに当たっては、医療や介護が必要な方々を支えていくため、地域包括ケアシステムの構築と一体的に進めることが必要。
- ・ 地域医療構想では、入院医療から在宅医療等への転換を進める方針が示されているが、地域医療構想策定ガイドライン上、「在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠」と記述。
- ・ さらに、ガイドラインでは、厚生労働省に対し「今後、入院医療ではなく在宅医療等に対応することとした者の介護分野での対応方針を早期に示されたい」と明記。
- ・ これらを踏まえ、厚生労働省に「療養病床の在り方等に関する検討会」が本年7月に設置されており、まずは、本検討会の議論を注視したい。

(以上)

■第1回各地域医療構想検討専門部会における御意見と意見に対する考え方・今後の対応等 【類型別】

熊本県健康福祉部医療政策課

No.	類 型	専門部会	主な意見
1	① 構想の策定趣旨	宇城	わざわざ地域医療構想を策定する必要があるのか。医療機関も患者数が減ることは理解しており、それぞれで考えればよい。
2			(病床を減らすと)介護側の負担が増え、介護保険料が高くなるのではないか。医療と介護のバランスをどう考えているのか。
3			地域医療構想は、(策定後に)PDCAを回して、2025年までに考えていくという理解でよいか。
4		有明	高齢者は2025年ではなく2030年まで増えていくので、そこまで考えていかないといけない。
5			構想の結果は見えている。国の方針が固まれば従わざるを得ない。
6		阿蘇	地域医療構想では病床を減らせというプレッシャーがあると思うが、必要な病床を確保し、地域住民に医療を提供できるよう議論していきたい。
7		八代	地域医療構想に協力しない地域医師会・医療圏は地域の診療報酬を見直すようなことを財務省担当官が言っている。我々を窮地に追い込むような考えをしている。
8			構想自体は衣の下に鎧を着ている。周到的準備をしている厚労省にはある程度従わないといけないとは思いますが、医療関係者も地域の人を守るためにある程度文句を言っているのではないかと。
9			財政をどういった形で組み直すのかという問題はあるが、しわ寄せは地域住民一人一人に来る。
10			病床機能分化・連携はしなくてはならないが、それと病床をどうするかは別の話。
11			厚労省の考えは堅い。新基金の内示も、地域医療構想をきちんとやるところには施設建設の費用は出す、というあからさまな姿勢。
12			新基金の配分を減らすなら減らすでよいが、病床は減らさないという強い気持ちを出していけばよい。
13		球磨	2025年が一つの目標になっているが、人口はそこからさらに減少する。2025年以降も検討を継続しなくてはならないのではないかと。

No.	類 型	専門部会	主な意見
14	① 構想の策定趣旨	球磨	特に、急性期、慢性期の10年後の変化(減少)が激しい。今年だけで決めるのではなく、途中で見直すべきではないか。
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<p>(策定の必要性)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想は、医療法に基づき、医療計画の一部として全都道府県に策定を義務付け。 ・地域医療構想では、2025年に向け、病床の機能分化と連携を進め、患者の状態に応じた適切な医療を提供し、できるだけ早く社会復帰できる体制を整備していくことが求められている。 ・これらのことを踏まえ、地域の実情(医療資源等)・課題を把握しながら、地域医療構想を策定していく。 <p>(策定後の取組)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・構想策定後、『地域医療構想策定ガイドライン』では、構想の実現に向けて、「PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要」とた上で、「地域の医療提供体制の現状を把握」し、「課題ごとの進捗状況を踏まえ、計画期間の中でどのように目標を達成していくか確認する。必要に応じて、地域医療構想の追記や削除、修正を行い、より実効性のある地域医療構想への発展を目指すことが望ましい。」と記述。 ・策定後はこうした考えに沿って、PDCAサイクルに取り組んでいくことが必要。
15	②必要病床数	熊本	(厚労省の算式に基づく)必要病床数の推計は、厚労省の課長から「参考値として対応してくれ」と言われている。2013年の数値を基礎にした推計値に(地域が)合わせないといけないというのは、(罹患率の推移が反映されておらず)理論的に合わないことがたくさんある。県はフレキシブルな対応をされるおつもりか。
16			当病院の場合、患者のうち4割は郡部の患者。郡部の急性期の病床が減らされた場合に、市内の急性期を扱う病院で対応することを考えると、市内の急性期を減らしたら、ベッドがパンクする。そうしたことも踏まえた推計結果なのか。
17			病床の削減目標は、有床診療所も病院も同じように扱われるのか。有床診療所への配慮はないのか。
18			2013年の必要病床数ベースで理論値(1,059床)と算定されているが、この数は現状の許可病床数(1,527床)と比較では2/3の数であり、現場の肌感覚と異なる。実態に合っていない感じ。
19			「2025年の必要病床数等も参考である」と厚労省の課長から聞いている。ただし、これまでがそうであったように、国は診療報酬で誘導していくはず。

No.	類 型	専門部会	主な意見
20	②必要病床数	菊池	熊本地域の専門部会で、高度急性期、急性期、回復期の必要病床数は(地域で)決めていくことができるが、慢性期の必要病床数は決まっているとの説明があったと聞いている。
21		上益城	上益城圏域は、山間部の山都町には急性期に対応する医療機関があり、宮崎県からの流入も見られる。一方、平たん部の4町(嘉島、益城、甲佐、御船)には基幹病院がなく、熊本市に流出しているのは当然のこと。本日提示された本医療圏の2025年の必要病床数は、現行の流入・流出を前提とすると約半分となる。この目標を掲げたとしても、医療機関の経営面から見ても不可能。「上益城圏域は病床を減らさない」ということは可能なのか。
22			当医療圏は、流出を考えなければ(流出をゼロにすれば)、現行の病床数をほとんど減らさなくてよい計算になるが、そうしたことを目標に立てるといことは可能か。
23			急激に人口減少が進む中で病床数が減るとなると、熊本市に近いわけでもないので、「住みにくい町」という評判が立ってしまうことがまちづくりを進めていく上で非常に困る。
24			二次医療圏、病床の区分にしても、ラインを引くことができるデータをきちんと揃えてから、議論をスタートさせることがよいのではないか。現時点ではデータが揃っていない。
25		八代	数値は計算上の値だが、なるべくそれに近づけなさい、との趣旨と理解している。会合を開いてこの差をどうするかという知恵を出し合うことが必要。
26			八代の実際の病床機能の構成などの実情を浮かび上がらせない限りは、議論のしようがない。厚労省のデータのみで考えてください、と言われても、それは難しい。
27		球磨	現在流出している患者は、地域の医療資源を見てやむなく流出している。算数の掛け算だけで数値を作っていくだけでは不十分。都市部が得をして、地方が損をすることがないようにしてほしい。
28		天草	医療密度の濃い西日本が、医療資源の貧弱な県になぜ合わせなければならないのか。

No.	類 型	専門部会	主な意見
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<p>・地域医療構想において定める事項として、医療法第30条の4第2項第7号イに「構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第30条の13第1項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量」と規定。その上で厚生労働省令(医療法施行規則)において、病床の機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとに、将来の病床数の必要量に係る算定式を規定。</p> <p>・法令上、必要病床数の算定に当たり、各都道府県が調整できる範囲としては、全体(全国)の必要病床数が定められた中で、①県間及び県内の区域間の患者の流入出の調整(医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの間のどこに決定するか)、②慢性期における療養病床の入院受療率の地域差を解消するに当たり、目標とする入院受療率をパターンA(全国最小値レベルまで低下させるか)からパターンB(全国最大値レベルを全国中央値レベルまで低下させる割合を用いるか)の範囲のどこに決定するかの2点あり、非常に限られている。</p> <p>・国からは、都道府県間の整合性を取るため、これらの考え方にに基づき必要病床数の設定が求められている。</p> <p>・これらのことを踏まえつつ、法令に基づく必要病床数で地域の医療が確保できるかを確認するため、地域医療の現場の状況を把握する必要があることから、構想対象の全医療機関を対象に、聞き取り調査を行うことをはじめ丁寧に構想を策定したい。</p>
29	③データの取扱い	熊本	データをオープンにして、共有しながら議論できたほうがいい。
30			民間医療機関で将来に向けて自分の立ち位置をどうしようかと考える時に、もっと細かい情報が欲しい。どこまで情報を提供していただけるのか。
31		宇城	医療需要側の高齢化問題はデータが揃っているが、医療従事者の高齢化(平均年齢推移)もデータを示すべきではないか。
32			医療機能の分化・連携を進めていくためには、疾患別の詳細なデータが必要。
33		鹿本	各病院が持っている情報、データを公開し合いながら議論していくことが大事であり、自院でも分析中。
34		菊池	病院、有床診療所の割合に関するデータはあるのか。有床診療所は減る一方で、役割はどんどん増えていくはず。
35		阿蘇	医療需要のデータが中心になっているが、医療供給側の必要スタッフ数のデータも出していくべきではないか。
36		上益城	当圏域における療養病床の医療区分1の数や入院受療率のデータは出ないのか。慢性期の医療需要の目標を立てるにしても、実態をよく把握しないと進めることが困難。

No.	類 型	専門部会	主な意見
37	③データの取扱い	八代	厚労省のデータを覆すためには科学的な根拠が必要とのことだが、我々は手持ちのデータしかない。厚労省データと我々のデータで全く違ったものになるのではないかと。厚労省が持っているデータがある程度出してもらわないと、我々も自主的な分析は難しい。
38			データが万能ではないことは頭に入れておかないといけない。データよりも我々の熱意が重要。
39		芦北	高齢者への支援金の約4割が現役世代の保険料。患者住所と連動したレセプトデータをもっているため、流出入に関してはNDBよりも精度の高いデータを提供することができる。
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省から県へ提供された「地域医療構想策定支援ツール」及び「医療計画作成支援データブック」は、構成員等の利用が可能となるように、手続きを進めている。 また、これらのデータを県から可能な限り提示し、構成員の方と共有していくことにより、議論を深めていきたい。 ただし、提供データの課題・限界として、①NDB利用の制約(個人情報保護)から、二次医療圏単位で10未満となる場合は非公表となっていること、②医療需要推計に当たっての基礎数値(例えば医療区分1の人数)が明らかでないことから、詳細な分析ができない。このため、厚生労働省に対し開示を要請しているものの、未だ回答がない状況。 県内の一部の地域では、自主的に各医療機関が自らのデータを持ち寄り、分析する動きがあると聞いている。厚労省データを補完するものとして、構成員の方から構想を検討する上で有益と想定されるデータを提供いただくことで、より地域の実情に応じた地域医療構想の策定ができればと考える。
40	④構想区域	熊本	二次医療圏を分けようと思っているのか。
41			構想区域は二次医療圏をまたがることも考えられる。ただし、話し合いがタイトなスケジュールで心配。
42			医療圏の見直しはニュートラルで考えるのではなく、熊本医療圏は違う、別であるという位置付けをしたほうがいい。熊本県の全域をトータルで考えると、熊本地域の調整は進みやすくなるのではないかと。
43		宇城	現在、疾患別医療需要を二次医療圏単位で算定されているが、もっと狭いエリアでの算定はできないか。
44		有明	構想区域は、荒尾、玉名で一緒に考えるのは無理がある。流出入は基幹病院次第で大きく変わるので、これをどうするかを決めないと次に進めないのでは。
45			荒尾、玉名で患者動向が大きく違う。地域で患者を診れるところがあるのなら、地域で診るのが一番よい。

No.	類型	専門部会	主な意見
46	④構想区域	有明	患者の「流入」という言葉を使うこと自体がおかしい。行政の区域で線引きするのはいかがか。荒尾市で開業しているが、道一本隔てれば福岡県の大牟田市である。また、地域密着施設を運営しているが、荒尾と大牟田と市域をまたがって互いの施設に入所ができない。市民もなぜ入所できないのかと言っている。行政の区域にこだわらず、地域の文化にあったものにしなければならないのではないか。
47			二次医療圏の見直しは避けられないのではないか。流出入の問題も、二次医療圏を見直せば自ずと解決するのではないか。
48		鹿本	第6次計画策定時に国は20万人、流出入20%を目安に医療圏見直しを行おうとしたが、従った都道府県は少なかった。ただし、今回は国も本腰を入れているのではないか。鹿本医療圏は、人口5万と小さく、単独では残れない。
49			地域包括ケアには、あまり大きな医療圏はなじまないのではないか。
50		阿蘇	阿蘇圏域と言われているが、西原や南阿蘇はトンネル開通もあり、住民の受療は熊本市内となっており、阿蘇医療センターではない。住民の動線と行政の圏域が合わない場合は、医療圏自体を見直す必要があるのではないか。
51		上益城	当圏域のうち仮に4町だけ熊本医療圏に入るということになれば、流出・流入はほとんどなくなる計算になる。
52			患者が流出するのは、本圏域の医療機関に従事する医師等が充足していないことが要因。この対策に取り組む必要がある。
53			医療資源の集中化が避けられない中で、当圏域に集中投資するのは現実的に困難とを感じる。そうすると当然流出は続くが、地域に医療機関・病床が要らないかというところというわけにはいかない。地域の特色を踏まえた医療提供体制が必要。したがって、当医療圏のように4町か5町で区切ること自体に違和感がある。
54			医療圏の見直しを検討するに当たっては、患者さん自体がどこでどういう医療を受けたいか実際に考えているかということ把握することが基本ではないか。
55			熊本市とその周辺は他の地域と比べると特殊な事情があり、上益城郡とか菊地郡といった単位で区切って計画を立てるのは無理があるのではないか。「熊本市周辺」と括り、一つの県全体のなかで捉える必要があるのではないか。
56	狭い範囲で医療圏を捉えると、流出・流入の問題が生じたり、どうしても医療機能のバランスがとれないと考える。ただし、熊本市の医療機関は全国でもトップレベルの急性期機能が揃っており、その急性期を維持するためにはある程度の資源の集中を考える必要がある。幸い熊本市の中でも、急性期病院が、北部、中央、南部に、ある程度分散しているので、それぞれの急性期病院を中心としたエリア(医療圏)を考えると、バランスが取れるのではないか。		
57	二次医療圏をベースに議論が進んでいるが、実態は熊本市の医療圏とオーバーラップする隣接医療圏も多い。実態に即した医療圏を前提とした必要病床数を検討することが適当ではないか。		

No.	類 型	専門部会	主な意見
58	④構想区域	八代	市医師会と郡医師会病院で脳卒中の事業をしているが、急性期から回復期病院に移るときに圏外流出が多い。その食い止めをお願いしたい。二次医療圏での完結を目指したい。
59		芦北	厚労省は、熊本県に11医療圏は多すぎると説明してくるのではないか。(東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野の)藤森教授は4~5医療圏で良いという話をしていた。
60			県内で県南地域をまとめようとしても、交通アクセスを考えると無理がある。
61			鹿児島県では現在の9圏域を3圏域にすることを考えており、出水については、鹿児島市や水俣市との連携が必要とされている。
62			県境を越えた連携について、高速道路が今後充実し、県内での連携も考えられるが、水俣の場合は、トンネルを超えるのはとても遠い印象がある。生活圏域である出水や伊佐との連携は、水俣の住民からは当然の考え方である。
63			球磨
64		天草	天草は広域であり、緊急時に医療が受けられるか、交通機関とか地域事情を考慮する必要がある。
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<ul style="list-style-type: none"> ・構想区域は、「二次医療圏を原則として、・・・、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を推進することが相当であると認められる区域として設定するもの」と厚生労働省令に規定。 ・構想区域の設定について、今回の第2回の会合で、現行二次医療圏とする案に加え、複数の二次医療圏を統合する案を、議論の「たたき台」として提示。今後、(各地域における地域医療構想検討専門部会において、)地域ごとに構想区域の適切な設定に向けた協議を深めたい。
65	⑤医療供給体制	宇城	将来の需要(必要病床数)の目標だけではなく、将来の供給(医療従事者必要数)も併せて議論すべきではないか。医療従事者の高齢化も進んでいることに留意する必要。
66			病床機能報告制度との比較では、高度急性期も不足する結果だが、新たに対応する医療機関を設置せよということか。
67		有明	荒尾、玉名にそれぞれ基幹病院を整備して、足りない部分をお互いに補完するという形がよいと思っている。
68			地域医療構想で医療費削減を進めていこうということかもしれないが、国民全てが、「かかりつけ医」を持ち、早期発見、早期治療が出来る仕組みを作り、そこに財源を投入すれば、結果として必要となるベッドも減るし、医療費削減につながる。「かかりつけ医」の整備に取り組むべきだ。

資料1別添

No.	類型	専門部会	主な意見
69	⑤医療供給体制	有明	自院のデータを見る限り、急性期の病床稼働率78%は妥当に思えるが、問題は一気に患者が増えた時にどうするか。今冬インフルエンザが流行した時に100人以上が外来に来院した。今回は軽症だったのでよかったが、毎日20人が新たに入院となった時にどこに入院できるのか。社会インフラの安全弁となるべきではないか。
70		鹿本	鹿本地域になくてはならないのは、小児科と産科。これを担うのが公的病院の山鹿市民医療センター。山鹿市民病院の建替計画の際の取組みで糖尿病が入っていたが、民間で出来るところは民間に任せてほしい。
71			民間医療機関は、山鹿市民医療センターと役割を調整していく必要がある。自分も在宅医療に携わっており、救急医療でセンターには助けてもらっている一方で、センターが訪問診療までを手掛けるべきなのかという疑問がある。(民間に任せよ。)
72			鹿本医療圏と隣接する熊本市に医療機能が集中しており、当圏域は熊本医療圏と連携していく必要がある。そうした状況の中で、鹿本地域で出来ることと出来ないこと、公的病院と民間病院の役割分担を整理していくことが必要。
73		菊池	在宅医療の推進と関連して、有床診療所の入院基本料は引き上げられたものの、数は全国で年間500ほど減少している。患者が減っていくため、医療機関の経営も成り立たなくなるから、自然淘汰もある程度進むのではないか。
74		阿蘇	阿蘇医療センターがやっと出来たのに、地域医療構想では病床数の削減の方向で水を差す状況。できるだけ患者流出を防いで、地域で完結できるように議論してほしい。
75			阿蘇は看護師、介護士が少ないという状況が続いている。実際の人数は労働法等の基準を満たしていても、実態は8時間勤務で、夜勤が出来ない方もおり、基準すれすれ。地域のこうした実態を調査した上で、必要な人員確保策を検討することが必要ではないか。
76			地域では、圧倒的にマンパワーが不足している状況。特に、看護師は、熊本市内の7:1で稼いでいる病院に流れてしまい、戻ってこない。在宅をやれという国の気持ちもわかるが、その前に地域に人を回す仕組みを考えてもらいたい。
77		上益城	住み慣れた地域である程度の必要な医療を受けて、そこで暮らせる日本全体を創っていくことが基本。そういう考え方でいけば、当地域が熊本市に流出しているのは、必要な医療提供体制が整備されていないから。医療資源の整備を同時にやらないと、日本がどんどん尻すぼみになっていくのを後押しするだけの構想にしかない。
78			医療資源の適正配置をまず行った上で、病床の配分を行うことを検討すべき。
79	医療従事者の確保策も一緒に考えないと、地域医療構想の実現は難しい。		
80	八代	熊本県の地域医療は高度化し、充実していることで全国でも有名。このような医療資源を活用していかないと、人口減少の中で産業が育たない。医療は一大産業になっている。	

No.	類 型	専門部会	主な意見
81	⑤医療供給体制	八代	資料を言葉どおりに受け止めず、八代地域は医療の質が高く、充実していることをアピールしながら、人口減少を食い止めて町あるいは県の発展につながるような医療にしないといけない。
82			周産期医療は、熊本市内に集中しているところを、県南のセンターとして八代に持ってくる構想も考えられる。他の医療圏の体制に関わるようなことも八代地域の構想に入れてもよいのか。
83			流出を防ぐために八代地域の医師も努力するべき。自分たちは楽をして最後はよそに任せるとするのはいけない。郡市医師会は努力する姿を見せないと。
84			八代は回復期病院が若干弱い気がするし、数値にも表れている。八代地域は回復期リハビリテーション病院が少ないので、他圏域に行ってしまう。
85		芦北	老健施設は、病院と在宅の中間施設。介護保険により、次第に介護度の高い方の入所が増え、施設基準上、医師を1名配置している。状態が不安定でも受け入れており、病院にお世話になる機会も年々増えている。病床を削減して医療が成り立つのか危惧している。削減ありきではなく、医療の充実に向け話を進めていくべきである。
86			公立病院改革プランは、不採算の科をつぶしなさいという印象。ただし、不採算の科をつぶした病院は衰退していく。
87			病床の削減と医療サービスの充実とのつながりがわからない。
88		球磨	医師・看護師の確保で地域にできることには限界がある。地域で決めたら、県が調整してくれるのか。ベッド数削減に関する知事の権限は限定的と言っていたが、いったん減らした病床を再び増やすのは難しいとの危機感を持っている。
89			多良木町は公立病院を抱えているが、現状で判断(し、構想を策定)することを危惧。医師は強制的に2年ぐらい地域に来てもらわないと。国・県には要望していきたい。
90			自院は医療スタッフ不足でニーズに十分応えられておらず、現在建て直し中。これから頑張っていこうと思っているが、2013年の実績に基づいた場合、どの程度挽回が認められるのか。
91		天草	天草は、今後、15～64歳の働き手が減る。他の地域から来ることが考えにくい介護職・看護職の確保が課題。
92			病床が減るのであれば、ターミナルケアやリハビリといった不採算分野に公立病院の果たす役割があるのか、進むべき方向性が医師会には見えてこない。
93			看護職の不足について、天草市には看護学校が二つあるが、地元に残らない。どうすれば、地域に残ってくれるのか考えている。

No.	類 型	専門部会	主な意見
94	⑤医療供給体制	天草	高齢者医療をどこまでやるのか、患者がどこまでの医療をしてほしいのか意思表示ができるように教育していく必要がある。例えば、食べれなくなった人の胃ろうなど。高齢者にどこまで高度医療が必要かという観点もないといけない。
95			天草特有の生産人口の減少が進む中で、人材確保は喫緊の課題。必要な介護人材等の人数のデータも示していただきたい。
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<p>・あるべき医療提供体制については、地域ごとの2025年の病床の機能別の医療需要(推計)を、地域の医療機関間で、どういった役割分担、連携で受け止めていくか、ということがポイント。特に、供給が不足すると見込まれる病床の機能を(病床機能の転換を含めて)如何に確保していくかが重要。</p> <p>・また、構想の実現のために、必要病床数に応じた、必要な医療従事者の確保に係る目標設定については、国(厚生労働省)において、「地域医療構想による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について見直していく」とされているため、まずはこれらの議論を注視したい。</p>
96	⑥在宅医療等	熊本	地域医療構想では、在宅医療等に過度に期待がかかっていると思われる。現状では、一般病床から在宅医療へ移行しようとしても、在宅医療を担える医療機関はない。
97			療養病床で退院できる方は既に退院してしまっているか、他の施設に行っている。どうしても退院できない、自宅に帰れない方たちが現時点で病床におられるというのがほとんどというのが現状。
98			不足する在宅医療を整備するには、当然補助金が相当必要となる。構想の中でも、必要な補助金を考えていくのか。
99			(療養病床の一部を在宅医療等へ転換する考え方について)一番ニーズを感じている患者とその家族の意見がどういった形で反映されていくのか。
100		宇城	在宅復帰が診療報酬の面からも誘導されているが、現実問題として認知症、独居、高齢者夫婦等で在宅へ帰すことは難しい。在宅を進めるのであれば、受け皿をどう作っていくかが課題。
101			老健施設に入所するより病院に入院した方が安いというケースもあり、そうした個人の経済的負担をどうするのか。
102			ベッド数削減、在宅医療増は逆らえない流れ。今後は自治体の責任で住民を見ていくということになり、自治体はその役割を果たすことが求められるであろう。住民の意見を反映させないと本末転倒になる。
103		有明	国は介護難民572万人、介護士38万人不足といったデータがあるにも関わらず、更に、在宅医療等へ転換を推進するとはいかがなものか。

No.	類 型	専門部会	主な意見
104	⑥在宅医療等	有明	自宅に帰すと言っても、地域の実情を考えずに帰すのはどうか。看護、介護が在宅医療を担うことになるのであろうが、受け皿が十分ではない。病床削減というが、不安を覚える。
105			在宅への転換が必要とのことだが、在宅医療はおそらく診療所、訪問看護、介護が担うことになるのであろう。ただ人材確保の面からも、この提供体制が作れるのか心配。
106			法律で決定したことなので、やるという前提で議論するしかない。在宅で溢れた人をどうしていくのか。荒尾、玉名で分けて考えるのも効果的な手だと思う。私自身、10年後に今の倍頑張れと言われても頑張れない。10年後にどれだけ在宅医療が必要なのかを見て、逆算して準備していくべき。ブラックボックスなのは、有料老人ホームの入所者たちが、こういった医療を受けているのか。NDBを利用すればわかるデータもあるのではないか。
107			病床削減が本当によいのか疑問。認知症患者は増え、介護施設入所も難しくなっている。10年後と言ってもあつという間なので、スタッフ育成をどうしていくのか考えたい。薬剤師も在宅医療に入りつつある。
108			慢性期を全国平均値に合わせていくのが妥当なのか。在宅での介護は女性の社会進出を阻害する。供給側のキャパシティが大きいのに、供給側の理念が無視されていることに無理がある。(構想策定の)建前は地域で決めるとあるが、すでに青写真があるのでは、と邪推してしまう。
109			急性期については、何とかかなりそうと地域で考えているので、(部会の)議論も慢性期、在宅医療に焦点を絞ってはどうかと考える。
110		鹿本	在宅医療を考えたときに、療養病床の患者は必ずしも自宅に帰れる人ばかりではない。受け皿の問題もあると思う
111			在宅医療と言っても、それを支える働き手が地域にいるのか。また、人口が密集している地域と、隣家まで数キロ離れているような地域では事情が異なる。
112		菊池	在宅医療とは患者を自宅に帰すことではなく、病床以外に帰すこと。地域包括ケアをきちんとできるように、県から国へもあげていただきたい。
113			地域包括ケアをしっかりと構築していくことが大事。在宅医療は訪問看護師が中心となるが、その数が少ない。受け皿となる在宅医療のバックアップを国、県でしっかり考えて欲しい。
114	阿蘇	在宅医療を推進していくと言うが、実態は老々介護、子息は別居している等、受入の問題がある。地域医療構想が介護と話がバラバラに進んでいるように見え、懸念している。	
115		在宅でみる人材がいない。現状でも介護職員の確保に苦労している。更に在宅を推進していくことは困難。	

No.	類 型	専門部会	主な意見
116	⑥在宅医療等	八代	在宅に戻すことを考えると、市町村介護保険事業計画との整合性に留意する必要があるが、いつやるのか。介護保険とのつながりの薄さが透けて見える。構想策定後も見据えて、介護保険との摺り合わせを考えていかなければならない。
117			病床を減らして在宅にする場合の試算をしたことがあるのか。莫大なお金になるのではないか。そのことをおざなりにして病床を減らせばよいという安易な考えだと、結局よほどお金はかかったということになると思う。
118			4つの医療機能と病床を減らして介護に回すというのは年寄りじめ。
119			ケアマネージャーたちが医者言うことを聞かない。意見を反映していないケアプランが多い。在宅介護と医療の風通しをよくすることが絶対に必要。
120		芦北	療養病床がかなり削減され、介護施設や在宅に向かうことになるが、現時点でも在宅医療は足りない状況であり、かなり厳しい印象。医療が入らない在宅も起こるかもしれない。
121			診療所も訪問看護ステーションも看護師の人材が足りない。在宅にシフトした場合に、看護師不足が深刻となる。
122			水俣市は高齢者が増える2020年問題があり、医療と介護で連携しながら維持していくのに必死で戦っている状況である。医療機関のベッド数が減った場合に、在宅でどう受け入れるのか不安である。
123			球磨地域は、病床、特に慢性期病床の過剰地域。現在過剰病床に入っている人たちをひとまず施設や在宅でみると置いて、(実際には)策定後に検討していくということか。言い方は悪いが、まず医療だけで走って、切り捨てたものはその後考えていくのか。都市部は(人や資源が)集約されているのでまだよいが、過疎部を抱える周辺地域はおそらく国が思っているとおりに行かない。
124		球磨	医師だけでなく、介護職員も充実させていく必要がある。
125			2025年に在宅医療がきちんとできるような素地を作っておくべきだろう。
126			熊本市は密集しているから効率的だが、地域は人が点在している。また、独居、老老介護、認知症等で在宅に帰そうにも帰せないということを感じて持っているが、手元にデータがないので反論できない。
127		天草	患者は家に帰りたいたいと思っても、地域でそれを受け入れられない。自治体や社協や老人会・区長などの協力を得ながら在宅医療を推進していかなければならない。
128	介護等の専門職の人材不足については自治体が考えるべきだが、なかなか進まないのが現状。		
129	薬剤師も在宅に向かうことが求められているが、薬局も一人の薬剤師での対応は困難。連携を模索しなければならない。		

No.	類 型	専門部会	主な意見
130	⑥在宅医療等	天草	地域医療構想と同時に、地域包括ケアも進めていかないと、退院した患者は全部岸壁から海に落とされる事態になる。
131			看護の現場から、認知症・老老介護・独居の方をどう自宅に帰すのか、悩んでいる。
132			地域の病床を減らすとなると、受け皿をしっかりとしないといけない。特養や老健は県の監査もあり、レベルの維持ができていない。一方、お届け介護サービスや低料金をうたって高齢者を集める施設は、全国的に問題となっている。
133			高齢者の口腔ケアについて、病院では入院患者に集団指導しているが、在宅になると指導の負担が増えていく。入院時の集団指導と在宅訪問診療との連携も模索していきたい。
134			地域によっては家庭に帰せない人がたくさん慢性期の病棟にいる。どう地域で受け入れていくのか、行政と一緒に考えていく必要がある。
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想では、慢性期の病床機能と在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指す考え。 ・地域医療構想策定ガイドライン上、「在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠」と記述。 ・さらに、ガイドラインでは、厚生労働省に対し「今後、入院医療ではなく在宅医療等で対応することとした者の介護分野での対応方針を早期に示されたい」と明記。 ・このことを踏まえ、厚生労働省では「療養病床の在り方等に関する検討会」を本年7月に設置しており、まずはこれらの議論を注視したい。 ・地域医療構想を推進するに当たっては、医療や介護が必要な方々を支えていくため、地域包括ケアシステムの構築と一体的に進めることが必要。 ・県としては、在宅医療等の需要を踏まえ、市町村や関係機関との連携のもと、訪問診療や訪問看護などの在宅医療基盤の充実や、見守り・配食などの生活支援サービスの提供体制を整備していく。
135	⑦病床機能報告	八代	今回の病床機能報告で回復期が少ないという数値が現状を表しているのか疑問。回復期の定義が分かりにくく、回復期にするか、慢性期にするか判断に迷った。
136		芦北	病床機能報告について、診療所は病床機能を明確に区別しているところは少ない。そのようなデータを参考しても正確な分析ができないのではないかと。
137			病床機能については、線が引けない部分もあり、病院ごとに考え方の違いがある。今後、病院の実情をさらけ出し、役割分担していく必要がある。

No.	類 型	専門部会	主な意見
138	⑦病床機能報告	球磨	病床機能報告制度において、回復期は回復期リハ病棟を前提に報告している傾向があると聞いており、医療資源投入量での回復期と異なる考え方。回復期の定義を整理したうえで議論すべきではないか。
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<ul style="list-style-type: none"> ・病床機能報告制度は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を自ら1つ選択して、都道府県に報告するもの。 ・医療機関の選択に当たっては、どの医療「機能」に該当するかを「定義(定性的基準)」を踏まえ、病棟ごと(有床診療所は1病棟とみなす)に判断するもの。 ⇒医療機関が表示したい「機能」のため、医療機関によってその選択にばらつきが生じる課題あり。 ・なお、厚生労働省は、「今後、報告された医療機能と、行われている医療内容、構造設備・人員配置等との関係を詳細に分析し、適切な病床機能報告に向けて検討していく」との考えを示しており、今後改善が図られるものと見込む。 ・ただし、地域医療構想における病床機能ごとの「必要病床数」と病床機能報告に基づく病床数とを比較しながら、過不足を把握することになっているが、現行の病床機能報告制度には次のような課題がある。 <ul style="list-style-type: none"> ①「定性的基準」のため、医療機関間のバラつきが生じる。(国は「定量的基準」を検討中?) ②病棟単位の選択のため、様々な病期の患者が混在していても、1つの機能しか選択できない。 ・これらの課題をクリアしていく必要があると考えるので、国に改善を求めていきたい。
139	⑧療養病床	熊本	療養病床が減ると、回復期からも一般病床からも行先がなくなって非常に抵抗が大きい。療養病床は、①地域差の解消を行う、②医療区分1の70%を在宅医療等に対応していく前提で目標を設定するというのが、この会議の目標になるのか。
140		宇城	慢性期の医療需要には、「介護型療養病床(平成29年度までに在宅医療等への転換が求められている病床)」分は含まれているのか。(⇒厚労省に確認したところ、「含まれている」との回答あり)
141			療養病床の入院受療率について、県間で大きな差が生じている要因は何か。
142		芦北	療養病床の入院受療率について、各県で文化の違いがある。(入院受療率が全国で最も低い山形県は雪深く、よっぽど悪くならないと医療機関にかからないと聞く。)入院受療率が低いからといって、医療需要がないわけではない。もう少し、きめ細かな対応が必要ではないか。

No.	類 型	専門部会	主な意見
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<ul style="list-style-type: none"> 療養病床の入院受療率の地域差は、厚生労働省では、「高齢者単身世帯」とやや相関関係があると分析。 厚生労働省は「療養病床の在り方等に関する検討会」を本年7月に設置し、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制のあり方等について検討を行い、年内を目途に見直しを選択肢を整理。 まずは、これらの議論を注視するとともに、本県の実情を踏まえ、国へ提言していくことも検討。
143	⑨ 予防医療	有明	地域に格差があるので、一概に同じやり方を当てはめていくのは難しい。その中でも予防医療をもっと考えていくべきでは。
144			荒尾、玉名でそれぞれ課題を出して、それをどうしていくかを議論すべき。予防というキーワードが出てきたが、検討テーマに加えてはどうか。
145		上益城	保険者ではデータベース計画に取り組んでいる。保健予防活動を推進しながら重症化しないような取組みということで、平成29年度に向けて実践をするものです。その計画に向けて実践した中で、医療ニーズにどれだけ反映することができるものなのか。
146		天草	必要な方が必要な医療を受けられるように予防の取り組みを進めている。
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<ul style="list-style-type: none"> 予防医療も大事なテーマと考えるが、地域医療構想の内容は、①病床の必要量、②あるべき医療提供体制を実現するための施策となっており、予防医療を地域医療構想にどのような形で盛り込むことができるのか、具体的に御意見をいただきながら、検討したい。
147	⑩ 区域間の調整	熊本	熊本の医療機関はかなり流入がある。隣の医療圏との調整はどのように行うのか。
148			熊本地域は、がん医療、救急医療にせよ、拠点病院、医療提供体制がかなり充実しており、他の圏域からの流入が非常に多い。圏域間の流出入を調整するというが、現実的にはこうした現状を考えていただかないと、調整は難しいのではないかと。
149		有明	県をまたいだ病床数の調整が出来るのか疑問。民間病院に対してはあくまでも要請であり、強制できるものではない。2025年までに実現できないのではないかと。
150		阿蘇	県間調整について、阿蘇は大分、福岡、宮崎と接している。互いに利害関係があり難航するのではないかと。期限内に終わることができるのか。

No.	類 型	専門部会	主な意見
151	⑩区域間の調整	上益城	隣県との病床数の調整では、県同士だけが実施するのではなく、実際に隣り合ったところ同志が密接に話し合うことが必要。
152		芦北	今後は県間調整が必要と考えるが、九州各県主管部長・医師会長合同会議において、鹿児島県から県間調整の話が出たところ、各県からは否定的な意見だったと医師会長から聞いている。
153			H23.2に熊本県主導で「県境の医療問題を考える会」を水俣保健所において開催し、鹿児島県と県間連携の重要性について問題意識の共有ができています。
154			出水の会長も、8月に独自に出水地域医療を考える会を開催予定であるなど、県間調整に前向きであり、県のおぜんだてがあれば、この地域の特性、実情にあった体制をとることができると考えている。
155			球磨
156		天草	大矢野地区の患者は宇城の済生会みすみ病院にかなり入院・受診している。流出入についての宇城医療圏との話し合いはいつ行うのか。
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<ul style="list-style-type: none"> ・可能であれば、関係する圏域の中核医療機関間で調整していくことが基本と考える。 ・現行の流出入の状況に関係する双方の区域が是認するのであれば医療機関所在地ベースでの数値となるが、流出側が「患者住所地ベースに近づきたい」と主張する場合は、流出先の区域との調整が必要となる。他県の先行事例等を収集し、専門委員会、各地域の専門部会の意見をいただきながら、適当な調整方法を見出したいと考えている。 ・なお、県間調整については、平成27年9月18日付けの厚生労働省地域医療計画課等通知により、具体的な方法が参考として示されたので、まずは関係県同士で進め方等の協議を行う。
157	⑪会議の進め方	熊本	この日程で、あと3回で決めてしまうのは無理がある。同じ領域の人があつまってやらないと、3回目で結論を出すのは難しいのではないかと。
158		宇城	専門部会も残り2回では結論は出ない。そのため、各医療機関が意見を持ち寄り、医療機能別に検討する場を、保健所に設定してもらいたい。

No.	類 型	専門部会	主な意見
159	⑪会議の進め方	宇城	当専門部会の構成として、住民代表が参画していなくてよいのか。住民の思いを反映する、生活全般を踏まえた構想としてもらいたい。
160		有明	社会保障費増が叫ばれる中で、ベッド数削減は避けられず仕方がないこと。(削減の)目標設定は荒尾、玉名で事情が異なるので分けて考えて、最後に合わせて整合性を取るというやり方がよいのではないか。
161			策定期間が非常に短くて心配。地域の意志を反映するよい機会と捉えて取り組むべき。
162		鹿本	3回の専門部会で決定できるとは思えないので、それ以外に話し合いの場を設ける必要があると思う。地域の医師会で検討の場を設定していただいているので、そこで密に議論したい。郡市医師会の協力もお願いしたい。
163		八代	根底には顔の見える関係、人と人のつながりをうまく作っていくこと。何回も集まり、顔見知りになって、ある程度進んでいく。
		上記意見に対する考え方・今後の対応等	<ul style="list-style-type: none"> ・構想の策定に当たっては、策定期限を見据えつつも、拙速とならず、丁寧に進めていく考え。 ・そのため、会議の回数も、皆様と相談しながら、柔軟に対応したい。なお、会議外においても、当方からメール等により皆様に随時の情報提供を行い、御意見を賜る等会議を補完していくことも検討。 ・また、県民への情報提供については、地域医療構想の内容や各種データを分かり易い形に情報を整備し、例えば、広報媒体の活用や説明会の開催等県民に十分情報が伝わる取組みを実施していく予定。その上で、パブリックコメントのみならず、県民の意見を直接いただく機会を設け、地域医療構想に反映させていきたい。