第２回阿蘇地域医療構想検討専門部会　議事録

日　時：平成 27 年 11 月 9 日（月）19 時 00 分～21 時 00 分
場　所：熊本県阿蘇保健所２階会議室
出席者：＜構成員＞　14 人
＜熊本県阿蘇保健所＞
服部所長、内村次長、平嶋総務福祉課長、下村保健予防課長、塚原参事
＜熊本県健康福祉部（医療政策課）＞
立川首席、阿南補佐、村上主幹
＜熊本県健康福祉部（認知症対策・地域ケア推進課）＞
松尾審議員、松尾主幹
随行者：１人、オブザーバー：６人、傍聴者：なし
報道関係者：なし

○　開　会

（阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長）

・ ただ今から、第２回阿蘇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熊本県阿蘇保健所総務福祉課の平嶋でございます。
・ まず、資料の確認をお願いします。会議次第を１部、資料１～３、関係データを各１部ずつお配りしております。不足がありましたらお知らせください。
・ 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、前回に引き続き公開とし、傍聴は、会場の都合により 10 名までとしています。
・ また、会議の概要等については、後日、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、熊本県阿蘇保健所長の服部から御挨拶申し上げます。

○　挨　拶

（阿蘇保健所・服部所長）

・ 皆様こんばんは。阿蘇保健所の服部です。本日は、お忙しいところ、「第２回阿蘇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、前回８月の第１回目の時には、皆様からたくさんの御意見をいただきまして本当にありがとうございました。本日は次第にありますように、３つの議題につきまして、皆様に御議論賜りたいと思っております。１つ目が第１回の各地域医療検討専門部会での御意見について、前回第１回目は各地域において色々な御意見をいただきました。それぞれの御意見につきまして、その意見の内容とそれに対する考え方・方向性につきまして、後程御説明させて頂きます。
・ ２番目の議題に関係しますが、９月県議会一般質問において、自民党の藤川県議が今回の地域医療構想の策定につきまして、知事の所見をお尋ねになられました。知事の答弁について御紹介させて頂きます。
・ 知事は、「熊本の医療は、誇るべき宝であり、人を呼び込み、人口減を食い止めるた

めの大きな強みと考える」と述べられ、同時に、「日本の将来を考えると、社会保障費の抑制を図ることは重要な課題であり、そのため、真に必要な病床は確保するとともに、医療需要を超える病床は削減することが必要と考えている」と答弁されました。

- それに続きまして、「ただ、国が示す算定式では病床の削減があまりにも大きいため、県として地域医療構想をどのような方向で策定すべきか、思い悩んでいる」と御自分の正直な気持ちを述べられた後に、「本県の実情や人口ビジョンを反映した地域医療構想を検討できないか担当部局に指示したこと、さらに、地域医療の現場の状況を把握するために、構想対象の500を超える全ての医療機関に対して、直接ヒアリングを行うよう併せて指示した」旨の答弁をされたところです。
- そして、最後に、「高齢化の進展や医療・介護需要の増大する中で、患者の状態に応じた適切な医療体制を整備するという地域医療構想の目的の趣旨に沿って、関係者の意見を伺いながら、丁寧に策定に取り組んで参る」というふうに答弁されました。
- 前置きが長くなりましたが、本日の議題の２番目は、この構想対象の医療機関の皆様からの聞き取り調査につきまして、詳細について御説明いたします。
- 最後の３番目の議題は、構想区域の設定についてです。これにつきましても、前回第１回目の県内各地域の検討専門部会から様々な御意見を頂きました。また、「県から複数の案を示して頂きたい」という御意見もありまして、それを踏まえまして、先月10月20日に本庁主催で第２回専門委員会が開かれましたが、その場で了承頂きました複数の案をたたき台といたしまして、本日お示しさせて頂きます。
- 本日は、これら３つの議題につきまして、皆様方から忌憚のない御意見を賜りますようよろしくお願いいたします。

（阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長）

- 構成員の皆様の御紹介につきましては、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。
- なお、本日は構成員の皆様全員に出席頂いております。ありがとうございます。
- 次に、県庁からの出席者について御紹介させて頂きます。まず、医療政策課の立川課長です。次に、同じく阿南課長補佐です。同じく村上主幹です。
- 次に、認知症対策・地域ケア推進課から松尾審議員です。同じく松尾主幹です。
- それではここから議事に入らせていただきますが、設置要領に基づき、これからの進行を平田会長にお願いします。

○　会長挨拶

（平田会長・阿蘇郡市医師会 会長）

- 皆様、こんばんは。だいぶ寒くなって参りまして、雨も降って足元が悪い中ありがとうございます。御審議のほどよろしくお願いいたします。

○　議　事

(1) 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	【資料１】
(2) 地域医療の実情把握のための聞き取り調査について	【資料２】
(3) 構想区域の設定について	【資料３】

（平田会長）

・ それでは事務局より、議題（1）から（3）に係る説明をお願いします。

資料１　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（阿蘇保健所・内村次長）

・ 資料１から資料３について、全体で約 30 分で説明させていただきますことを御了承願います。まずは資料１をお願いします。
・ 資料１の「地域への説明状況について」です。７月から８月にかけて、全 11 地域で「地域医療構想検討専門部会」が開催されました。各専門部会では、保健所から構想の概要を説明するとともに、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。各専門部会では、様々な御意見をいただきました。意見の数を整理しますと 163 件となりましたが、次の 11 分類に分け、別添資料のとおり、意見に対する県としての「考え方・今後の方向性」を総括的にとりまとめております。
・ ２の「意見に対する考え方・方向性について（主なもの）」です。本日、別添資料の全てをご説明することは、時間の都合上できませんので、意見の中で特に多かった項目について、御説明したいと思います。
・ 「②必要病床数」です。御意見として、「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。」とありました。県の「考え方・方向性」としましては、「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」と規定されております。このことを踏まえ、具体の算定式が厚生労働省令に規定されています。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おります。本県では、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、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て」参ります。
・ 裏面をお願いします。④構想区域については、本日３番目の議題となっておりますので、ここでの説明は省略します。
・ 次の⑤医療提供体制についてです。「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。」との御意見がありました。「考え方・方向性」としましては、「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て」参ります。
・ ⑥在宅医療等については、「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。」との御意見がありました。「考え方・方向性」としましては、「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です。
・ 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ますが、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」と記述があります。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」と明記されています。

・ 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、この検討会の議論を注視して」参ります。
・ いただいた意見・視点を踏まえ、地域医療構想の策定に生かして参ります。資料１の説明は以上です。

資料２　地域医療の実情把握のための聞き取り調査について（阿蘇保健所・内村次長）

・ 資料２を御説明します。
・ １の「目的」です。地域医療構想の策定に当たり、地域医療の実情を把握する必要があると判断いたしまして、医療機関に対し、平成 27 年度病床機能報告の報告内容や将来の医療提供体制の見通し等について、調査票に基づく聞き取りを行うこととしております。
・ ２の「対象医療機関」は、構想の対象施設であり、病床機能報告の対象となります県内の一般病床及び療養病床を有する病院及び有床診療所計 513 施設を予定しております。
・ ３の「実施時期」です。地域医療構想及び本聞き取り調査に係る全体説明会を、11 月末までに実施いたします。また、全体説明会の 2〜3 週間後を目途に個別の聞き取り調査を開始し、遅くとも平成 28 年 2 月末までに実施いたします。
・ ４の「内容」です。対象の医療機関から、聞き取らせていただく内容でございます。（1）平成 27 年度病床機能報告の報告状況について、①医療機能別の病床数、稼働病床数、休床数、この休床数は本調査で新たにお尋ねするものです、②新規入院患者数、在院患者延べ数、退院患者数をお願いしております。これらは、通常、病床機能報告の結果が国から県に２月頃に届きますので、今回の調査を通じ、各医療機関の直近の状況を早期に把握するためにお尋ねするものです。次の（2）2021 年における病床数の見通しについて、（3）2025 年における病床数の見通しについては、病床の機能ごとに、その時点の病床数をどの程度見込んでおられるのかを、お尋ねいたします。また、（4）在宅医療の実施状況と 2025 年における見通しについて、（5）「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて、（6）地域医療構想に対する意見等について、お尋ねいたします。
・ 実際に医療機関に記入いただく調査票につきましては、２枚目以降に添付のものを予定しております。内容は、今、御説明したとおりでございます。
・ 表紙に戻っていただきまして、５の「回答結果の取扱い」です。
・ 医療機関からの回答は、地域医療構想の策定に係る検討資料として使用し、病床機能報告の公表事項以外の項目であります表の４（1）①の休床数、（2）〜（6）の網掛け部分につきましては、次のとおり取り扱います。
・ ①区域ごとの集計値のみ公表し、個別の医療機関の数値は一切公表しません。②回答内容について、将来の医療機関の予定を拘束しません。
・ 裏面をご覧ください。６の「実施方法」です。阿蘇圏域は、当保健所において全体説明会を開催し、地域医療構想の検討状況（趣旨、必要病床数等の推計方法等）や今回の聞き取り調査票の内容等について御説明します。全体説明会開催の２〜３週間後を目途として、医療機関への個別聞き取りを開始します。
・ 「聞き取りの流れ」です。まず、全体説明会において、保健所から調査票等を配布し

ます。医療機関から、保健所が指定する日までに、聞き取り希望日時、聞き取り調査票、平成 27 年度病床機能報告様式を保健所にメール等で送付いただきます。そして、保健所において、聞き取り日時を管内医療機関と調整します。聞き取り当日、保健所から、調査票に沿って聞き取りを実施します。
・ 最後に、７「実施体制」です。阿蘇圏域におきましては当保健所が実施します。資料２の説明は以上です。

資料３　構想区域の設定について（阿蘇保健所・塚原参事）
・ 資料３及びその関連としてお配りしております「関係データ」に基づき、「構想区域の設定について」御説明します。
・ 資料３本体を一枚おめくりいただき、スライド２をお願いします。構想区域の設定は、ガイドラインの策定プロセスにおいて３番目に位置付けられています。二次医療圏ごとの推計データをすでにお示ししていますが、構想区域を設定した後に、区域ごとの医療需要や必要病床数を推計し、固めていくことになります。
・ スライド３をお願いします。構想区域の定義ですが、１の枠囲みが厚生労働省令に規定された基準です。構想区域は、二次医療圏を原則として、２行目末尾の「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」を設定することとなります。また、ガイドラインでは、設定に当たっての考え方として、一つめ「人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など」を勘案すること、二つめ「高度急性期は、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない。一方、急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい」こと、三つめ、二次医療圏と異なる設定をした場合は「次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当」と示されております。
・ スライド４をお願いします。御参考として、地域医療における区域の概念を御説明します。左から構想区域、医療圏、昨年度開始した地域医療介護総合確保基金で設定が必要な医療介護総合確保区域、介護における区域である老人福祉圏域を並べていますが、本県では、二次医療圏、都道府県総合確保区域及び老人福祉圏域を同じ区域で設定しています。
・ スライド５をお願いします。本県の二次医療圏の現状を、人口・面積・医療機関数及び従事者数で示したものです。うち医師及び看護職員の方々については、総数に加え、県内シェアや人口 10 万人対等を示していますので、圏域ごとの医療資源をおおまかに御確認いただけると思います。
・ スライド６をお願いします。本県における医療圏の設定を整理したものです。
・ 現行の保健医療計画において、５疾病並びに在宅医療及び認知症の医療圏は二次医療圏と同じで設定していますが、５事業に関しては、へき地を除く４事業のうち、救急医療では「熊本＋宇城＋上益城の一部」で構成する「熊本中央医療圏」と「山都医療圏」の設定、周産期医療並びに小児医療では一部構成を組み替えた「熊本中央」と「有明・鹿本」の設定など、柔軟に設定しております。構想区域の設定に当たっては、こうした例も踏まえる必要があると考えています。
・ スライド７をお願いします。資料１でお示しした第１回の専門部会での御意見について、構想区域あるいは二次医療圏に関する主なものを再整理したものです。「構想区域は二次医療圏をまたがることも考えられる」「二次医療圏の見直しは避けられないのではないか」といった御意見、「患者の流出を防ぐための医療従事者の確保の対策

が必要」といった御意見など、様々な御意見をいただいております。構想区域については、これらの御意見を踏まえ、原則となる現行の二次医療圏に加え、データに基づいて複数の案を検討することで以下整理しております。

・ スライド８をお願いします。構想区域の検討に際しては、第１回部会の御意見の中にもありましたが、厚生労働省が現行の第６次の医療計画の策定に当たり示した「二次医療圏の見直し基準」を考慮する必要があると考えております。

・ この見直し基準とは、①人口規模が 20 万人未満、②流入患者割合、すなわち流入率が 20%未満、③流出患者割合、すなわち流出率が 20%以上のすべてに当てはまる場合は、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるとして、二次医療圏の設定を見直すよう求められたものです。このいわゆる「トリプル 20 基準」に対し、本県では現行の医療計画の策定時に、「有明」「鹿本」「阿蘇」「八代」の４圏域が該当しましたが、圏域の変更は行わず、継続的に検討していくこととしました。そうした中、今回、2025 年の医療需要の推計において、従来の 4 圏域に「天草」を加えた５圏域が該当することが判明したところです。

・ スライド９をお願いします。こうした点を踏まえ、構想区域案の一つめ、Ａ案として、まず現行の二次医療圏の区域を提示します。区域ごとに、「トリプル 20 基準」の人口・流出率・流入率に係る 2025 年の推計値をお示ししております。なお、流出入率については、４機能のうちの高度急性期を除く急性期、回復期及び慢性期パターンＢの合計で算出しています。また、各基準をクリアしているかを二重マルまたはバツで示し、３つすべてが当てはまる見直し対象の 5 圏域を赤枠並びにオレンジの塗りつぶしで表しています。加えて、御参考までに、スライド５で御覧いただきました平成２４年における医師及び看護職員の総数を記載しています。

・ スライド 10 をお願いします。以降、現行の二次医療圏とは異なる構想区域案について、御説明します。その基本的な考え方ですが、一点目は、構想区域に対する様々な御意見を踏まえ、データに基づく案として検討のたたき台を提示するというものです。二点目が、構想区域が次期医療計画における二次医療圏につながることも考慮し、「トリプル 20 基準」に該当する区域が生じないように、又は該当する圏域を個別に精査し、必要に応じ隣接の二次医療圏との統合について検討するというものです。この統合については、従来からの「郡市」の枠組みや、住民、関係機関の皆様方にとってまとまりのある圏域として定着し、広域的な取組みが推進されている二次医療圏を一単位と設定し、検討に当たっては、他の医療圏の設定状況や、患者の受療動向、生活圏の一体性などの地域的な結びつきを考慮しております。三点目が、「トリプル 20 基準」に該当しない二次医療圏にあっても、流出患者割合（換言して流出率）が 50%を超える、すなわち自圏域完結率が 50%未満となる場合は、隣接の二次医療圏との統合について検討するというものです。ここで言う「自圏域完結率」は、患者の居住する圏域内の医療機関に入院する割合のことで、100%から流出率を引いて算出していますが、「上益城」が流出率 63.4%、自圏域完結率 36.6%で該当となりました。

・ スライド 11 をお願いします。検討に当たり採用したデータを一覧でお示ししています。①患者の受療動向、②生活圏の一体性、③トリプル 20 基準との適合性、④面積を考慮しており、①②についての具体的なデータを添付の「関係データ」で整理しています。

・ スライド 12 をお願いします。二次医療圏と異なる構想区域案の一つめが、「トリプル 20 基準」に該当する区域が生じないように、隣接する圏域との統合等により区域の設定を図るというものです。ただし、ア）「人口」が千人単位の四捨五入により 20 万

人超となる場合、イ）「流出率」が基準の 20%との比率で＋10%以内となる場合については、基準との差が僅かと評価し、非該当に区分しています。この結果、県北は「有明＋鹿本」と「菊池＋阿蘇」の統合、県央は「熊本＋上益城」の統合、県南は 3 圏域のまま、さらに「宇城＋天草」の統合となり、これをＢ案として提示します。

・ スライド 13 をお願いします。Ｂ案を地図上に示したものです。Ａ案同様、区域ごとに人口・流出率・流入率を整理し、二重マルが基準をクリアするもの、一重マルが先程の基準との差が僅かと評価したもので分けております。左上の「②有明＋鹿本」の人口、二つ下の「⑦宇城＋天草」の人口、右下の「④八代」の流出率が一重マル評価となります。なお、統合案の圏域の流出入率及び平成２４年における医師及び看護職員の総数については、二次医療圏ごとの数を簡易的に合算して算出しております。
・ スライド 14 をお願いします。Ｂ案として、「トリプル 20 基準」等の該当区域をなくすとした場合に考えられる案をお示ししましたが、根拠データが 10 年後の推計値であり、今後の変動も見込まれますので、「トリプル 20 基準」等を前提としながらも、該当する圏域を個別に精査し、その上で必要に応じて隣接の二次医療圏との統合等により区域の設定を図るという考えで、三つめの案としてＣ案を整理しました。
・ Ｃー（1）案が、県北における「菊池＋阿蘇」の統合及び県央における「熊本＋上益城」の統合で、その他は現行どおりとするものです。（2）及び（3）案は（1）の派生で、（2）が県北の「菊池＋阿蘇」のみ、（3）が県央の「熊本＋上益城」のみ統合とするものです。
・ スライド 15 をお願いします。Ｃ案に係る「トリプル 20 基準」等に該当する圏域について、考え方をそれぞれ整理したものです。「①有明」については、2025 年の推計人口が約 15 万人と一定の規模を保ち、また、患者の受療動向等に見られる福岡県の有明圏域とのつながりを考慮し、単独の区域と判断しています。「②鹿本」は流入率、「③八代」は流出率が基準と比較してその差が僅かであることから単独、「④天草」は、流出率の基準との差及び海に囲まれているという地勢的な要因を勘案し、単独と判断しています。一方、「⑤阿蘇」については、人口・流出率・流入率のいずれも基準との差が一定程度ありますので、患者の受療動向や生活圏の一体性などを踏まえて、菊池圏域との統合について検討することとしています。ただし、流出入率の推計は平成 25 年度ベースですので、その後に整備された阿蘇医療センターの医療提供状況等について留意する必要があると考えています。また、「⑥上益城」については、流出のほとんどが熊本圏域となりますので、両圏域の統合について検討することとしています。ただし、熊本圏域への一極集中の問題等に留意する必要があると考えています。
・ ここで、添付の「関係データ」をお願いします。スライド２に、患者の受療動向として、二次医療圏ごとの流出率をお示ししております。有明と福岡の有明圏域とのつながりや、阿蘇から菊池への流出、上益城から熊本への流出の状況等をデータで御確認いただけると思います。
・ 資料本体にお戻りください。スライド 16 から 18 まで、Ｃ案３つに係るデータをお示ししております。また、次のスライド 19 に、御説明したＡ、Ｂ及びＣ案 3 つの計５案をまとめております。
・ 最後のスライド 20 をお願いします。ただいま御説明した５つの案をたたき台として、地域ごとに協議を進めていくことになっております。
・ 地域での協議結果を踏まえますとともに、必要に応じ案の再提示を行った上で、次回すなわち第３回の検討専門部会において構想区域を決定できればと考えておりますので、本案に対する御意見等をよろしくお願いします。以上で、私からの説明を終わ

ります が、本庁医療政策課から補足説明がございます。

【補足説明】（医療政策課・村上主幹）

- ・ 県医療政策課から、補足の説明を行わせていただきます。
- ・ 添付の「関係データ」について簡単に御説明させていただきます。
  まず、患者の受療動向でございます。スライド２が、先程説明がありました高度急性期を除く急性期、回復期及び慢性期の３機能合計による 2025 年の医療需要に基づく流出状況です。また、次のスライド３からスライド８までが 2013 年度実績に基づく主な疾病等の県内における流出状況となります。
  続くスライド９の通勤・通学の状況及びスライド１０の日用品の買物動向により、生活圏の一体性をお示ししています。
- ・ 以降は参考となりますが、スライド１１で人口規模・人口動態、スライド１２から１６までで４機能合計、あるいは機能別の流出状況を整理しています。
  また、１０月２０日に開催した第２回県専門委員会において、交通アクセスに関するお尋ねを複数いただきましたので、スライド１７で主な医療機能を担う医療機関の位置図、スライド１８から２５で主要な傷病別の運転時間に基づくカバーエリア、最後のスライド２６で救急搬送時間の３種類のデータを今回追加しています。
- ・ 併せて、この構想区域の検討に関しまして、第２回県専門委員会の中で、お二人の構成員の先生から、熊本圏域にある３つの三次救急医療機関別に分けて考えるのはどうかとの意見が示され、これに対し、熊本市の方から、市域の分割には違和感があると回答なされております。
  また、１０月３０日に関係する菊池圏域の部会が開催され、部会長が本日時点での方向性を挙手により取られた結果、現行二次医療圏どおりが１３名、阿蘇との統合が３名でしたので、紹介します。
- ・ 以上で補足の説明を終わります。

○　<u>質疑応答・意見</u>

（平田会長）

- ・ありがとうございました。今のような説明を頂きましたが、各項目について、色々意見交換したいと思います。まず、議題の１につきまして、地域医療構想検討専門部会での意見に対する回答に関して、どなたか質問若しくは御意見等がありましたら発言をお願いします。
- ・発言がなければ、こちらから強制的に振っていきますが、よろしいですか。
- ・では、まず隣の甲斐先生から何かありませんか。

（甲斐構成員・阿蘇医療センター　センター長）

- ・阿蘇地区はトリプル２０に合致しない地域で、菊池との話が出ていますが、この間も検討したのですが、阿蘇地区に住んでいる患者さんが菊池と一緒になった時に、患者さんの動向として、菊池市との出入りはほとんどないのかなと。阿蘇地区でいけば、小国と阿蘇市というのも、患者さんの行き来はあまりない。地理的な構造に問題があって、小国と阿蘇はカルデラの北側にあって、阿蘇市と南阿蘇村、高森とは南カルデラの方にある。菊池となると平原がある。一緒になった時に、患者さんの医療ではない別の動向でいくと、菊陽・大津に行っている。そっちの方が菊池圏域と一緒になっ

ているので、そこが一緒になると数字上は整合性がとれるが、患者さんが菊池と圏域が一緒になっている時に、市内の方にほとんど行っていないのかなと。なので、さっき御説明があったように、菊池地域の方の説明会では、菊池エリアでやりたいというのが１６人中１３人で、阿蘇と合併を希望しているのは１６人中３人しかいないは、どこもそういう考えがあるのかなというふうには聞きました。

・それと、医師会の方でも話し合いをしたのですが、うちの医療センターが去年できあがっていますので、この基本構想の数字をはじき出している元のデータというのが、その前の年の数字なのです。去年、現在、来年あたりの推計数値を基にして、この阿蘇地域で流出していた患者さんがどれくらい減少していったのか、地域で完結できている数値がどれくらいのなかというのをはじき出したうえで、評価するなり、評価してもらうなりしないといけないのではないかとは考えています。それに関して、後で平田会長の方から今調べてまとめているところの紹介があると思います。まだ数字は出ていないのですが。

（平田会長）

・いきなり３番目の議題に飛んだみたいですが、今、実際にどの程度の患者さんが、例えば各市町村の国保の方に問い合わせをしているのですが、例えば高森の患者さんが何パーセントくらい阿蘇地域の医療機関にかかって、何パーセントくらいが熊本市に出て阿蘇地域以外の医療機関にかかっているのかというのをパーセンテージで教えてくださいというふうにお願いしています。それを次回の時までに各市町村の協力を頂いて、例えば高森町では、恐らく予想ですが、普段かかっている病院というのは７割から８割以上が地元の医療機関にかかっていると思うのです。例えば、透析を受けている方は、わざわざ、大津や熊本まで行くのではなくて、ほとんど立野病院や阿蘇温泉病院等にかかられているはずですので、甲斐先生からも話がありましたが、それまで、こっちでは心筋梗塞とか脳血管疾患というのは診られなかった時代が長く続いていたのが、甲斐先生達が来て頂いたお陰で、私の所からも何人か脳出血や急性心筋梗塞の患者さんを阿蘇医療センターにお願いして、そこで急性期を診てもらったり、冠動脈に関してはステント治療までしてもらう等していますので、2014 年だけのデータからこうこうと言われても、今、だいぶ状況が変わって来ています。そちらの方も考慮に入れて頂ければいいかなと。

・他に何か御意見がある方、いらっしゃれば。

（高森構成員・阿蘇やまなみ病院　院長）

・ちょっと、ずれますけど質問を。私は精神科協会の代表という立場で参加させてもらっていますが、ここの病床に関して、精神病床は今回関係ない。精神病床に関しては数年前に国が同じような方法で数字を出して、県下、４１精神病院がありますが、この資料３の菊池の医師が 312 人、阿蘇 81 人という平成 24 年ですが、私の所に 12 人の精神科医がいます。平成 24 年で。そうすると、この実数は 69 人。ここで言っているのは一般病床と療養病床及び一般の医師数なのでしょうか。阿蘇の場合、非常に少ないので、そこでスタッフの面も非常に重要で、私もこの間、生活の動線をということで、意見を言ったのですが、今回そういうことをきちんと考えられているのは非常にありがたいのですが、今お話しされたように医療スタッフの数と、地理的なものと、かかる患者さんの実態の通学とか買物の生活動線とか。阿蘇で言えば、12 人の精神科医を引いたら 69 人になると思うのですが、ここの医師数は精神科の医師数を省いてい

るのですか。

（医療政策課・村上主幹）

・県庁医療政策課の方から回答いたします。今お尋ねのありました病院と有床診療所の数につきましては、病床機能報告の対象機関ということで、枠に決めさせて頂いておりますので、おっしゃいますとおり精神病院は除外させて頂いておる数字になります。また、同じく挙げております医師の皆様の数、並びに看護職員の数につきましては、平成 24 年のデータということになりますので、こちらが精神科の先生をいれているかどうかは、おって御回答することでよろしいでしょうか。もともとは、三師調査ということで２年に１回、医師、歯科医師、・・・。

（高森構成員）

・それだけでも、データとしては少し矛盾しているということで、整合性が外れるので、そういう所をきちんと。それと、一番リアルタイムの今言われたように、これから 10 年後の人口動態を。産業医大が疾患別と、各日本全国の人口動態を出している。あのようなデータが一番新しいから、それと組み合わせないとちょっとずれている。ずれているのに、これから 10 年後を話せと言われているような気がしている。

（医療政策課・村上主幹）

・将来的な動向につきましては 2040 年までにはなりますが、前回の１回目の部会におきまして、機能別でどういう動きになるのか、また、限られたデータではありますが、疾病別でもどうか、がんですとか、急性心筋梗塞、脳卒中等々、全５疾病どうかをお示しさせた頂いた所でありますが、今回そうしたデータが添えられておりませんでしたので、そういった御指摘にもつながったと思っております。

（高森構成員）

・2040 年と言われても僕は死んでおります。そういう話よりも、平成 30 年に介護と医療の制度が合体していくじゃないですか。この 5 年 10 年先を見据えた直近の新しいデータで、それから阿蘇医療センターもそうですが、随分ここ 2 年くらいで阿蘇圏域も変わりました。そこが何か曖昧なまま話が進んでいる気がしています。そういうことを言ったら元も子もないですが。以上です。

（平田会長）

・高森先生、ありがとうございました。その他どなたか、御意見を述べたいという方は。

（上村構成員・阿蘇立野病院　院長）

・立野病院の上村です。実は熊本大学の委員長の連携会議の時に、山内健康局長が出られましてデータを出されましたよね。それともう一つは熊本県から出ているデータで、今年の 8 月 18 日の日付で出ている各医療機関の機能別のものです。これは去年のものですね。だから前提が違うが、データをつきつめて見てみますと、例えば急性期病床が診療所を除いた 5 病院で、去年の 10 月で 277 病床が現在届け出られており、その 277 を 119 にしなければいけないとか、あるいは 384 床ある慢性期病床を 156 に収れんしなければいけない。病院で、それぞれ民間もありますし、公的病院もありますが、収れんしていくデータとして現実的に、僕らも生活していかなければならないもので

すから、これを収れんさせるのは、お互い仲違いしてしまいますよ、現実的に。だから、多分トリプル２０みたいな話をして、圏域を菊池と阿蘇を合わせるとか、お茶を濁しているのではないかなという感じが今非常にします。一生懸命出されているからすばらしいとは思うのだけれど。現実的に、収れんさせる数字自体が無茶苦茶ではないかなと思うのですね。僕らも今まで医療法改正で、５次の医療法改正をやって来て、お互いがどうやって棲み分けをして上手にやっていくかというのを、それこそ、いつも医師会とか色々な会合で顔を突き詰めて話しているのに、これを急にこれに収れんしなさいみたいなことで言われると、お互いがお互いの信頼関係を無くし、結局は患者さん自体に迷惑をかける。阿蘇は人口を増やさなければいけないという、さっき県知事から出ていた話ですが、増やさなければいけないのに、病床を減らしていかなければいけない。先ほど 2040 年と言われましたが、阿蘇は人口が増えていくのですよね。75 歳以上は 2040 年まで。そういう状況の中で、こういう無茶苦茶な数字と、現場でいつも見ていますから。家族背景もあまり入っていないでしょう。つまり、老々介護とか独り暮らしとか。そこら辺の家族の背景も全くなしに、菊池と阿蘇でトリプル２０でというのは、あまりにも短絡的過ぎて、これは数字を出すために、そういう条件を揃えているのではないかという、厚生労働省お得意のそれではないかなと勘ぐってしまうところがある。結局、そういう状況にして本当にいいのですかという話を、住民抜きにこういう話をしていくのが、かなり乱暴な話で、僕ら医師会でも下村先生が言われたのですが、多少住民もこういうことを理解してもらいながら、話していく方がいいのではないかという話も出ています。

・私は個人的に藤川先生を知っていますから、藤川先生にすぐ電話しました。こういう話は住民を巻き込んで大きな単位でやった方がいいのか、あるいは、個々の小さい医師会レベルでやった方がいいのかという話をしたら、藤川先生は個々でやって、顔と顔のきちんと見える、その地域特性が共通しているところでお話をしたらいいのではないかという回答も得ています。そういうことをしないと、阿蘇から人間がいなくなってしまいます。菊池、阿蘇と言うのは御存じのように、菊池と言いましても菊陽です。菊池は医療圏の看護師、医師数というのは熊本に次いで第２番目なのですね。これは人口を持っている菊陽付近がいっぱい影響を及ぼしていると思いますが、２番目と一番下の医療圏で、そこを一緒にしても地勢的にもちゃらにならないかなと思っております。以上です。

（平田会長）

・上村先生、ありがとうございました。医療機関ばかりから意見が出ておりますが、医療機関ではないところから何か一言、言いたいという方はいらっしゃいませんか。看護協会の方からは何かありませんか。

（八木構成員・熊本県看護協会阿蘇支部　副支部長）

・膨大なデータをどう読めばいいのだろうというところですが、前回の時に、このメンバーは医療系に偏っているという御意見があって、また別の所で話し合いをするような話ではなかったかと思いますが、そこのチームではどんな意見が出ているのかが気になる所です。構想計画を話し合う会議というのは、これだけでしょうか。

（平田会長）

・実質的に動いているのはこの会議だけだと思います。地域の住民の方々はどのような

会議を行っているのか、恐らく全く御存じない方がほとんどでしょう。だから、地域住民の方達は国の方針が全部通ってしまうと、ある日突然、今までかかってあそこに入院できていたのに、あそこの病院がなくなってしまった、もうあそこの病院には帰れなくなったということが、起こることが充分予想できます。それが厚生労働省の目的なのでしょう。

（魚住構成員・警察共済組合熊本県支部　共済係長）

・保険者協議会を代表しまして、警察共済組合の魚住と申します。よろしくお願い致します。八木構成員からお話がありましたが、地域医療構想計画の専門部会は、こちらの方でしか医療圏ごとに行われていないのですが、保険者協議会の方でも検討する場を設けて話し合いをしております。ここにいらっしゃる方は皆さん医療関係ということで、被保険者としてお金を払って頂いた加入者の方の保険料を、こちらの方で医療費を支払ったりとか、色んな予防の方に力を入れているのですが、このようなデータを見る中で、先生方がおっしゃいましたが、最新のデータをと言われて整合性がないとおっしゃいましたが、県の方も阿南補佐を初め、色んなデータを精査して、このようなデータを持ってきてらっしゃるのだと思います。先日、厚労省の会議に出席する機会がありまして、なかなか最新バージョンの提供ができないというお話をされていたところです。平成 25 年度のデータが県の方としては一番最新なのかなと。甲斐先生がおっしゃるとおり、今、阿蘇地域も色んな医療制度も変わっていて、医療機関も変わっているということで分かっているのですが、何せ、2025 年には団塊の世代が 75 歳になるということで、おっしゃる意味も分かりますが、少しずつ検討していかなければいけないのかなと思いますが、いかがでしょうか。

（甲斐構成員）

・阿蘇医療センターの甲斐です。今、直近の数字があればというお話をされていましたので、うちの職員に調べてもらって、推計値で申し訳ないですが、阿蘇医療センターができる前とできた後の、当院への紹介件数と、救急の搬入件数とその内訳について、数字をお話ししようと思います。まず、この色んな地域医療構想のデータの基になるのは 2013 年度なのですが、2013 年の時に当院に紹介を受けていた患者さんの数が 620 人くらいありました。2014 年になると 834 人に増えています。今年はまだ年度が全部終わっていないので、今までの推計値を合わせて全部を合計すると 900 人くらい紹介件数がありそうです。元々からすると具体的な数字は 20 パーセントくらい紹介件数が増えています。ただ、今年度はまだ全部終わっていないので、推計数値になっています。あと、もう一つ当院で分かるのは、地域のこの中で、救急患者が今まで受け入れられなかった。さっき平田会長が言われたように、脳卒中の専門医がいない、心筋梗塞の専門医がいなかったので、その患者さん達が全部熊本市内の方に移動していたと思うのですが、それを診ることができるようになってきて、どういうふうに救急患者が動いて来たかというと、2013 年が当院の救急搬入台数が 677 で、2014 年が 737、今年は恐らく今の数でいくと 800 を超えると思います。ですから、救急搬入患者数も２年前の 2013 年のデータを基にすると、2 割増しくらいになっているところです。一番大きく変わってきたのは、さっき上村先生も言われたのですが、圏域内の南阿蘇とか高森から救急搬送された患者さんが５年前だと 20 件くらいしかなかったのが、2013 年は 74 件、2014 年が 109 件に増えています。今年はもう既に 10 月の時点で 100 件を超えていますので、恐らく 120 ちょっとくらいになるのではないかと思っております。

そうなると、おととしから特に、南阿蘇とか高森から当院に救急搬送されて来る患者さんが倍まではいかないのですが、４割くらい増しています。ということは、前回の数値が阿蘇圏域の中で、患者さんの動向が少し変わってきていて、今まで熊本市内とか大津とか菊陽とかに行っていた患者さんの流れが、こっちの方に地域で完結している数値を示していると思います。今、各自治体の阿蘇郡市にある 7 市町村の所で調べて頂いて、国保しか調べられませんが、国保レベルでどういう患者さんが、どの自治体からどの自治体へ動いているかという数字を今調べてもらっているので、具体的な数字で報告できたら、今までこのデータの基になっている、阿蘇は流出患者が非常に多いので、５割近く流出しているので、そのために病床がこれだけ下がりますよという数字を出して頂いた 404 床でいいというものよりは、かなり数字は上になるのではないかなと思います。

（魚住構成員）

・今ので、国保さんの各自治体に調査をかけていらっしゃるということで、先生がお話しされたのですが、保険者は他にもございまして、協会健保だとか、学校共済、警察共済、色んな保険者おりまして、私共としましては、少しでも皆様のお役に立てるように情報提供をさせて頂きたいというのが保険者協議会としての本音です。より精査したデータを本当に、今後を考えていく、阿蘇地域を考えていくという時に、国保だけではちょっと無理があるのかなという気もしております。良かったら、御依頼いただければ、少しでもできる範囲で御提供できるデータを提供させて頂きますので、そのような形で保険者協議会としては関わっていきたいと思っているところです。以上です。

（平田会長）

・それに関しては、我々としても患者さん個人の情報はいりませんので、ある時点で、阿蘇郡内に居住もしくは仕事をされた方の何パーセントが阿蘇郡内の医療機関にかかって、何パーセントが阿蘇以外の医療機関に受診をしているのかというふうな具体的なデータを、大雑把な数字だけでもいいですから出して頂けると非常に助かると思います。

（魚住構成員）

・検討します。

（荒尾構成員・阿蘇温泉病院　医局長）

・阿蘇温泉病院の荒尾です。救急の資料について、今日示しています関係データという所で、救急のデータがここに掲げてありまして、県の資料として配布されて見させてもらいました。熊本ではメディカルコントロールプレイスタイルというのがあり、阿蘇にもあります。これは阿蘇保健所、消防、医師会、この三者が集まってもう 11 年ほどの歴史が確かあります。この中で、救急統計というのがここに出ています。平成 26 年の救急統計、ですから 25 年のではなくて 1 年新しいという内容になっています。今日資料で詳しく出されました採用データと、この阿蘇中央消防本部が救急統計を発行しましたので、このデータを比較したいと思いまして、そこのプリントに 1 枚作らせて頂きました。関係データの 6 ページ⑥の所にはパーセンテージで示してありますが、阿蘇広域行政事務組合消防本部の統計では全てがきちっと出ておりまして、25 年度に

比べますと、救急患者さんが少し増えてきているということで、阿蘇保健所も認識していらっしゃると思いますが、単純に増加している傾向がずっと継続しております。このことは、先ほど上村構成員が述べたように、阿蘇の高齢者の人口が増えるということと連動しておりますので、これは間違いない今の状況だというのが１点です。

・それと、流出率につきましては、今回の統計は救急車の動向を示しておりますが、39.1%が流出率でありまして、この県の資料の 72.5%と、50%に届くかで大きな意味を持ちますので、これに関して少し疑義が生じてきております。特に、中部は 37.8%でありますし、小国公立病院さんに至っては 26.2%の流出率よりも、４分の３は自分の所で頑張っているというようなことをしていますので、この流出率の数字はどうしたものかなと。

・それから、流出状況につきましては地図を示したのが、関係データの⑬、⑭に示してあったと思いますが、これは矢印が阿蘇から熊本の方に向かっている一方通行の矢印になっておりますが、この救急統計で見ましたら、阿蘇管内で救急車が出動した時に住所地が阿蘇以外の方が２割、19.9%あるというのが分かっておりますが、この点について何故無いのかなというのが、このデータの信憑性として私も疑問に思ったので、発言をお願いしたいところです。

・それから、現地到着までの所要時間ですが、県が 11.6 分、救急統計 11.3 分で、あまり差がありません。今度は現地から病院収容までが県では 37.6 分、救急統計では 52.1 分ということで、長く救急統計で示してあります。これは従来から、だいたいこのくらいの数字で良かろうかと思います。ですから、阿蘇においては他の圏域に比べますと、現地到着から病院収容までが非常に長く時間がかかっているということを示しているデータでございます。このことは、救急のメディカルコントロール協議会では、いつも議題になるのが、今救急医療はいっぱいいっぱいである。また、救急車がいない時がある。こういう時に在宅シフトしたら、必ず救急患者さんは増えます。毎晩 3，４人救急車に乗るような救急の患者さんがおりますが、そういう事態になった時に、救急車が阿蘇管内にいないということを、もし発生した場合に、この助けられるべき命、健康に関する、「何で救急車がいないんだ」みたいなことを訴えられた場合に、その責任というのは削減を命令した側にあるのではないかなと私は思います。ですから、その辺は医療政策の側とか、県の側とかがしっかり受けられるのかなと。どういうふうにお考えなのかと思いますので、厳しいことを申し上げて本当に恐縮ではありますが、救急医療が、もういっぱいいっぱいであるということと、地域的に長距離であるということと、救急車がいない時があって、消防からは協力してください、みたいなことが時々あっています。ですから、そういう意味合いで、在宅が増えれば救急が増えるのは連動するでしょうから、阿蘇地域の特徴をしっかり捉えて、医療が壊れないように進んで行ってください、というふうに思います。以上です。

（平田会長）

・荒尾先生からの行政側への質問というふうに受け取ったのですが、この場で回答するのは難しいと思いますので、何故このような数字に定めてくるのかというのを次回の会合で、こう具体的に、こう統計の差がありましたとかいうことを御説明頂ければ良いかと思います。他に何か御意見は。

（下村構成員・愛・ライフ内牧　副理事長）

・構想区域の設定について、質問というか意見ですが、さっき上村先生が言われました

が、阿蘇から菊池の方に、菊陽、大津ですね、全部流出した人が全部入院しているかというと、ほとんどは外来受診が多いと思います。菊陽、大津にこちらから行くと、勝久病院、セントラル病院、菊陽台病院等ありますが、そんなに阿蘇からそこまで入院しているのかというと、そうないと思います。ほぼ、皮膚科だとか、眼科だとか、そういう外来事情が結構多いのではなかろうかと思います。眼科も阿蘇でも古嶋先生が頑張っておられますし、皮膚科もうちの方に常勤が来て、流出は減っていると思います。阿蘇、菊池というと、菊池もほとんど菊池市内というのは、山鹿とか鹿北、あちらの方の医療圏にどちらかというと近い。それと再春荘とか、恵楓苑とかはどちらかというともう市内なので。この間、新聞に大々的に出たのを見ても、熊本県の方達もこういうのが少し動いているのかなというのを、県民の方も感じられた方もおられると思いますが、阿蘇、菊池の一体化というのは非現実的だと思います。菊陽、大津に入院はそんなに多くはないと思います。主に外来受療だと思います。入院の必要な方は、それよりも日赤とか熊本とか、そちらの方に行っています。僕はそう思いますが、いかがでしょうか。

（平田会長）
・私の印象ですが、私もよくセントラル病院とかには紹介することがあるのですが、その時の何でそこに行きたいかという理由が、実は明確的な理由があまりなくて、「すみません、娘が大津にいるので向こうに行っていいですか」、「高森の方では高齢夫婦二人暮らしなのですが、孫があそこの病院のそばにいるので、あそこに紹介してもらっていいですか」というふうに、あまり医学的な必要とは関係ないことで紹介することの方が多いのです。だから、はっきり言ってその流出率とか、計算すれば、それはお役所だから、なかなかお役所というのは国民一人ひとりの顔を見ているのではなくて、膨大なデータだけで判断をするのが仕事だからしょうがないのでしょうが、人間の動きとか、人間の生活というのをデータだけでしか見ないようであれば、そんな国は後進国だと思うのが私の印象です。日本はもうそろそろ、医療先進国であるという看板をさっさと降ろした方がいいような気がします。私の個人的な意見ですが。
・坂本先生、何かありませんか。

（坂本構成員・小国公立病院　院長）
・２年前くらいまで、地域医療再生計画というのが、県に阿蘇地域医療再生推進会議というのがあったと思うのですが、もう地域医療再生というのは止められたのでしょうね。うちは結局ここ 10 年、甲斐先生の所と、どこもそうでしょうが、人手不足、医師不足です。特に、平成 22 年の 4 月には、うちの病院にとっては内科医がゼロになるという状況で、その時、4 年間は県から自治医大生で繋いで頂きました。後は、ほとんど短期間のショートでした。ひと月単位、３カ月単位とか。それで今まで何とかやっと、外来診療を維持してきた。今でもそうですが、外来診療予定表というのは毎月作り替えています。だから、患者さんはここ数年で、ものすごく流れて行っている。そのデータでそのまま必要病床を計算されると、今の現時点のままでいくのかなというのが、一つ心配なことです。
・もう一つですが、病床を減らして、療養型を減らして在宅にもっていくと。ただ、これが在宅医療というからには、医者も還元しなければいけない。今は例えば、10 人の患者さんを病院で診るのと、10 人の患者さんを 10 件の家で診るのは、時間は全然違うし、だから、今は小国、南小国で在宅医療をされている医者は誰もおりません。人

手不足で。その中で、在宅に帰せば、看護師もいない。恐らく在宅医療はできない。在宅看護も恐らく無理でしょう。悠清苑から蓮田構成員が来ておられますが、介護職員も少ないですよね。介護施設でも職員がぎりぎりでやっているから、在宅に帰して、医者と看護師と介護職員がいないのに、家族だけで診れるのかなというのが実感です。要するにマンパワーが足りない。それから本当は期待しているのは、今年から熊大は地域枠を卒業して、あと 3 年、4 年後には医師が増えてくるかなと。そうした時に、ここ数年で出て行った患者さん達もまた帰って来るのではないかというのを期待して、あと 3 年くらいしたらと皆言いながら頑張ってきたのですが、それが一番底辺の状態のここ数年のデータで、2025 年、2040 年まで決められてしまうと、もう再生計画はなくなったのかなと思うのが一番の心配です。できれば再生計画を続けて行って、何とかマンパワーを確保して、地元である程度の医療の完結を目指したいなというのが希望です。

（平田会長）

・ありがとうございました。県のレベルの公務員の方に聞いても、しょうがないのかもしれないのですが、正直にお答えください。厚労省が日本の医療を再生させる気はあるのでしょうか。それとも潰したいのでしょうか。

（医療政策課・阿南補佐）

・たくさんの意見ありがとうございました。今回の地域医療構想の趣旨というのが、まさに医療費削減とか、病床削減とかという、そもそもそのような話では元々なく、患者さんに合った病態に応じた治療を受けられるような体制、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅までという中で、そういったものが論点になっています。今回の医療需要、必要病床数というのがざくっと流れてしまっているのですが、これについて、直ちに削減しなさいとか、そういったことを言っている訳ではなくて、もう一つ言うと、第 6 次保健医療計画の中でも、基準病床数というものがございます。今までも触れておりますが、元々阿蘇地域については基準病床数自体もこの時点で 108 に対して、既存病床数が、これは一般病床と療養病床ですが、約 24 という状況でございまして、だいたいそれを引き直している部分もあるのですが、こういった部分で目安になっているということです。だから、これはあくまでもその提示、理論値でございますので、この数字をどう見るのかといったような形で、地域にとってはこの数字はおかしいよね、というような話であれば、あえてしょうがないと思います。その後、2025 年に向けて実際それがどうなるのか、過剰なのかどうなのかというのは、その時点にならないと分からないですよね。この見方というのは、理論的に平成 25 年度の数値をあくまでも使った、さらに、たくさんの仮定を置いています。先程言ったように、療養病床でいけば、入院医療区分１の 70%については、もう在宅でみなさいよとか、一般病床といっても医療資源投入量が 175 点以下だったら、これも在宅でみなさいよとか、あと地域差ですね、入院受療率が全国と比べて大きければ、それを真中に持って来なさいとか。一番厳しいのは、最低値に持って来なさいとか、そのようなたくさんの仮定がありますので、我々としても第 1 回目の資料等で、何故こういった計算式になるのかというのは示させて頂いたところなのですが、そういった状況と阿蘇地域における現実の方を見て頂いて、これからまた地域で協議していかなければいけないかなと思っております。そういった意味で、削減ありきとかそういう話ではないというふうに県としては考えております。これは厚労省でも一つも言われておりません。削

減しなさいとかいう権限が県知事にある訳ではありません。目安としての必要病床数ということで、このたくさんの仮定、色んな前提条件がありますが、全国一律に計算しないといけませんので、そうしたらこの数字が出てきたということであります。また、実態の結果を、よくよくデータ等をまた我々も教えて頂きたいし、そういった意味で、今回病床を持っている所ですが、地域医療構想のアンケート調査といいますか、１体１で聞かせて頂きますので、その時に色々と御意見を頂ければと思っております。以上でございます。

（平田会長）

・直接的な答えにはなっていませんね。僕は、厚生労働省は医療を潰す方向に走っているのか、再生させる方向に走っているのかというふうな質問をしたわけです。建前としてはそんなことはないというふうに、きっと厚労省は言うでしょうが、僕は厚生省の本音は嘘だと思っていますが。なおかつ今、基準がこの点数以下だったら在宅にもっていきなさいという話をされていますが、それは都会の真中で、人もいっぱいいる所だったらいいですが、高森町みたいに、「ようこそ大分県へ」と見える所まで、何年か前ずっと往診に回っていましたが、80 代の高齢のおばあちゃんと仕事に出ている 60 代の息子さんの二人暮らし。そういう所に平気で在宅に帰れというその厚労省の役人は、本当に国民の生活の現場とか、医療を見て回ったことがあるのかというふうにお伝えください。

（甲斐構成員）

・もう一つ質問をいいですか。村上さんが、さっき第２回の菊池でこういう検討部会があった時に、阿蘇と菊池が統合に賛成の方が 3 名で、現行どおりというか、菊池だけでというのが 13 名と理解していいと思いますが、逆に言うと、統合に反対の方がほとんどだったということですよね。その時に出た意見というか、何故菊池だけでやった方がいいんだという具体的な内容があったら教えてもらいたいと思います。

（医療政策課・村上主幹）

・先程も先生方からもお話がありましたが、菊池においても生活圏の一体性というところが実際どうなのかなという御意見は、たくさん頂いたところでございます。当然ながら地理的な、外輪山に隔てられているですとか、そういった地理的な状況にある中で、あちらの議論としては、阿蘇から本当に菊池にいらっしゃるのかなというような御指摘はありました。必ずしもゼロではないという話も、あちらであったのですが、実際の現場にいらっしゃる先生方の御意見としては、そういうお話があったというのは事実でございます。

（内田構成員・大阿蘇病院　院長）

・大阿蘇病院の内田です。色々聞かせて頂いて、魚住構成員の意見を聞いていて、この場に集まっている人達の考え方の違いがあるのかなと聞きながら思っていたのですが、医療側、医師会側も社会保障費が増え続けていることは皆分かっているんですよね。社会保障費をどうにかしないといけないということは皆わかっているんですよ。皆分かっていて、その減らし方の問題が医療者側と、保険屋さんだとか、行政側とで差がすごく出ているのかなと思います。医療者側は坂本先生が言われたように、地域医療再生計画みたいなものがなくなってきたのかという、医療費を減らすためには医療者

側としては、（・・・）していきたいという理由が確実にある訳ですよね。前回第１回目の分のたくさんの御意見を読ませて頂きましたが、医療者側はあれを読んで全く違和感はないですよね。皆考えていることは同じなんですよ。療養病床がなくなるのも困るし、受け皿は全くできていないし、それを同時進行でやりましょうと。とんでもないような話だと思います。ベッド数を減らしましょうと。今いっぱい意見が出たように、これからしばらく高齢者は増えるのですから、そこの状況でベッド数は減らしていくのは違和感があります。正直な話、阿蘇医療センターに２年前まで、20 億円というお金をかけて医療センターを作ったわけじゃないですか。そのために、医療センターをベースにして、この地域で活躍していきましょう、流出率を減らしていきましょうと。たった２年前にそんな話が出て、医療者側はそういうことをやっていけば、流出率が減っていくのも分かっているし、国でかかりつけ医制度をやっていきましょうと言っているのに、菊池と阿蘇をくっつけましょうというのは問題外じゃないですか。外輪山を越えるんですか。どうやっていくんですか。そんなので、かかりつけ医制度をつけていくというのは全然違ってきている。医療者側が既得権を守りたいとか、そういうことで話をしている訳ではないということを行政の方にも御理解頂きたいなと。自分達の収入のためだけに絶対言っていない。そんな人は一人もいないと思います。自分たちの面倒を見ている医療圏の人達ですね、本当に特殊な地域ではないですか。冬になったら雪がたくさん降るんですよ。孤独死される方が多いですよね。雪の中で、寒い隙間風が入って来る中で、炬燵の中に入って亡くなっているおじいさんを見たこともあります。そういう孤独の方達が本当に大勢おられる所で、医療機関が近いというのはとても大事なんですよね。そのために、かかりつけ医制度というのを言われているんだと思っています。そういった意味で、単に数字合わせのためだけに、ここここをくっつけて、このバランスで、ほら、いい数字が出ました。これでは単なる数字合わせで、乱暴以外の何物でもないと思うんですね。地域地域に、天草は天草とかで、お金をかけられて実際、流出率が減っているではないですか。球磨郡とかも実際流出率が少ない。交通の問題もあるでしょうけど。阿蘇地域はどうしても熊本市内が近い。流出率が高いのは当たり前なんですよね。その状況が、どうやったら流出が減っていくのかというのを考えるのが、折角色んな職種の人が集まっているので、そういうことで議論をしていく場に、地域性によって議論の内容を変えていくのが一番いいのではないのかなと。時間はかかるかもしれませんが、10 年後、20 年後には社会保障費が減っていくんだと私は確実に思っています。そういう意見です。

（甲斐構成員）

・もう一つ質問をよろしいですか。この区割りが５つ今考え出されていますが、どこかの区割りで仮に決まったとしますと、それで動き始めたとした時に、ある一定の期間で見直しがあって、区割りの変更とかいうのを最終的には、県はまた考えておられますか、何年か後に。例えば、このＣ－１のパターンでいきますとか、Ｃ－２のパターンでいきますとか、何かの時点で決まりますね。これでいくと、来年区割りが決まると思いますが、これで動き始めた時に、実は実情はそうではない。さっきから何回も構成員の先生方が言われるように、阿蘇地域は少し今変わり始めているので、そうした実情を踏まえてデータが変わってきた時に、最終的にはその区割りを後々変更できるのか、それとも、もう今回いったん決まってしまうと、それでずっと走っていくのか。

（医療政策課・阿南補佐）

・今回まさに、今日みたいな御意見を頂くためにこういった会合を開いております。今日、Ａ単独案、Ｂ案、Ｃ案は阿蘇、菊池統合案ということで、たたき台として出させて頂いて、今日このような御意見をたくさん頂きました。こういった意見を踏まえて、統合案というものをどうするかというのもまた、庁内で話したいと思います。その結果決まった統合案については、地域医療構想を決めさせて頂く前にもう一度、最終判断を皆様方の前に仰ごうと思っていますが、決まったならば、地域医療構想ということではこの区域案として、決まった部分で走り出します。今回この問題としては、２次医療圏の見直しに繋がるかどうかなのですが、平成 30 年度に第 7 次保健医療計画がありますので、それについては構想区域と一致させることが望ましいという話でありますので、そこではまた議論があって、合わせるかどうかという議論があります。今までの歴史を見ていますと、第１次、第 2 次、第 6 次まできていますが、色んな組み合わせが実は流動的になっています。昔は菊池と鹿本が一緒だったり、それが分離したりとかしていますので、そこはフィックスではないというふうに考えています。情勢情勢に応じて、区割りはどういう地域が一体か、２次医療圏の場合だと、入院はそこで完結する区域という定義があります。構想区域の場合は病床機能の分化、連携が一体的に進める区域。これはほぼニアリイコールというふうに認識しているのですが、その区域にも、そういった時期に応じて考えていかなければいけないというふうに思います。それで一回決まれば、次の計画期間中は多分それはフィックスなのですが、その後、次の計画でどうなるかというのは、ゼロからまた始まりますので、そこでまた検討していかなければいけないというふうに思います。

（甲斐構成員）

・そうなると、具体的には今回これで決定、色んな意見を聞かれて、県が策定して決めていったとなった時に、いつまで固定して動かないということになるのですか。第７次が始まる時までですか。

（医療政策課・阿南補佐）

・そうですね。構想区域としては、2025 年時点を見据えて走り出そうということで、その区域でいくと思います。構想区域というのは医療計画の一部なんですね。今回でいくと、第 6 次計画が今やっていますが、その中の一項目として入る形になります。次は第 7 次計画ですので、再来年には第 7 次計画を作らなければいけませんので、地域医療構想を一回決めさせて頂いたら、そこで走ると思いますが、途中でそういった議論が起こる可能性もありますので、その状況状況に応じてしなければならない。第 7 次計画は平成 30 年度から今度は 6 年度間になります。今までは 5 年度間だったのですが、その間は、少なくとも、その区域でいくのでないかなと思います。その次、第 8 次でどうなるか。地域医療構想は 2025 年というふうになっていますが、そのあと、どうするのか。2030 年、2040 年という話がまた出てきますが、そこでまたどうするのかという話があると思います。少なくとも、今回計画を作ったら、一定の期間はこの区域で色々な物事を考えていこうという運びになると思います。

（下村構成員）

・阿南課長補佐から先ほど、今回のこの構想というのは、まず医療費削減ありきではないんだと、おっしゃいましたよね。そして、今回のこの構想は、絶対的に数を縛るも

のでもないというふうに私は理解したのですが、２年先には、ある程度結論を出さないといけないんですね。だから、それをどの辺まで具体的に、きちんと各医療圏を決めて、ベッド削減をする数をそこまで決めないといけないのか、ある程度、今後緩やかに決めていっていいものなのか、その辺がちょっと見えないところがあるんですね。

（医療政策課・阿南補佐）

・地域医療構想で求められている内容といいますのは、１回目の会議で説明があったと思いますが、機能別の必要病床数を決めましょうということで、これが散々御議論になっている 2025 年度の必要病床数ということで、これを決めなければいけません。その前に、圏域を決めたうえで、圏域で計算された必要病床数を決めなければいけません。だから、何時何時までにと言われますと、正直に地域医療構想というのは、我々の計画では来年度中までに作らなければいけないというふうに思っています。それまでの間に、まず医療提供者側の御理解を頂いた後に、県民への説明というものをスケジュールの中に入っていますので、そういったところをやって、御理解を頂きながら作っていかなければならないだろうと。来年度中までには決めなければいけないと思っております。

（上村構成員）

・先般、全日病で色々と厚生労働省とお話しして、あの時は 10 年かけてＰＤＣＡサイクルを回しながら病床報告制度を毎年やって、それでどうかというのを議論を繰り返して、それで最終的に 2025 年にいくというふうに理解してください、というふうに厚生労働省自らが言って、でも県は来年、２年後？

（医療政策課・阿南補佐）

・説明が一つ不十分でした。先程から言いましたように、法律的には必要病床数というのは、厚生労働省令に基づいて作らなければいけないということでございます。ただ、地域医療構想の中には、来年度中に 2025 年の機能別のベッド数と、在宅医療で抱える人数を決めて、ＰＤＣＡというのは、地域医療構想ができた後に、毎年毎年、病床機能報告制度とかを見比べながら、例えば極端な話、不足する病床機能を提供していくとか。どちらかと言うと、不足する所をどういうふうに賄っていくのか、という部分が一番私としては論点かなと思っております。それを医療機関の皆様が将来の医療需要を見据えて、今回ここに至る形で、不十分かもしれませんが、2025 年の推計値というのがありますので、それを見ながら、ここの部分が足りなくなるよねという部分を、どういうふうにカバーするのかを一義的にやっていかなければならない。これは日本医師会の方もそういったふうな形で理解されているようです。直ちに削減とか、明日からベッドから出ていきなさいとか、そういう話ではなくて、あくまでも病床数というのは計画ですので、計画となると何らかの数値が必要だということで、目安となる数値が仮置きされます。それに向かって、どうこの地域において考えていくのか、多いよねと判断するのか、いやいや、この数値は今の実態は適正なので、特段さわる必要はないと判断されるのか、ただ、不足するというのも不足しないよねという判断をされるのか、そこは御判断だと思っております。そういったことをＰＤＣＡで毎年見ていきましょうということで考えております。

（甲斐構成員）

・もう一つ教えて頂きたいことがあります。前回、第１回目の会議の時に資料を頂いた中に、2013 年のデータを基に、阿蘇圏域で病床数が 884 あって、今の流出率を換算して 2025 年は 404 床。前回の資料の 24 ページ目のスライドにありますが、それを見た時に、多分ここにいる先生方はものすごくびっくりされたと思うのですが、例えば今回県が提示されている菊池と阿蘇を一緒にしてしまうと、このベッド数はどうなるかというデータはまだ私たちの所に来ていないですね。それを示して頂けたらと思うのですが。

（医療政策課・阿南補佐）

・あくまでも単純計算なら簡単にできる訳なんですが、菊池と阿蘇を機械的に、単純に足し算するだけなんですが、医療機関所在地ベースで４機能の合計ということでよろしいでしょうか。医療機関所在地ベースで慢性期というのはパターンＢといたしますが、菊池は 2013 年の病床数は 3,154 でございます。それに対して 2025 年度は 1,677。必要病床数ですね。先程の理論値。在宅医療で抱える人数として 481 という数字がります。阿蘇は 2013 年度の許可病床数は休床とかも含めてですが、884 という数字があって、医療機関所在地ベースで 404。在宅医療等で受け入れを行うという部分がプラス 230 あります。これは単純に足し算した訳ですが、2013 年度の合計が 4,038。４機能合計は 2,081 ということで、単純に比較しますと、菊池はマイナス 46.8%の減少になる。阿蘇は 54.3%の減少になるという部分が、マイナスで合計しますと薄まりまして 48.5%の削減ということで、これは単純に足し算しただけの数字なので、参考になるかどうか分かりませんが、必要病床数というのはそういった傾向になるということは事実でございます。

（高森構成員）

・全然医師会の会議とかにも参加していなくて、今日のお話は医療圏を一つの形として、来年度までに菊池と阿蘇を一緒にするという一つの選択肢が出ている。今日も私達の意見は全員反対。反対どころか、菊陽と菊池市と、今それはその数字で混ぜられて薄めて、さっきの足りない部分を、例えば阿蘇准看という看護学校がなくなったので、阿蘇の人は今菊池まで行ってもらったりしている。そういう意味で、先ほどの足りない医療を補う菊池としての役割というのは私達非常にありがたいと思います。それが菊陽だろうが。私精神科医ですから、阿南補佐はさっきからつい「削減」を４発出していますが、違う違うと言いながら、どうしても削減ありに聞こえてしまう。ここできっちり議事録に反対であるということを、同意を得ると言われたではないですか、菊池は１６分の１３が、私達は百パーセント反対している。医療経済的な話よりも、患者さんの動線とか実際必要な現場の。私はですね、平成 4 年ですか、阿蘇中央病院にいたので、もう阿蘇の医療と関わって 20 年を超しています。その中で診てくる患者さん達、そこから言うと随分現実的な、阿蘇の医療を守る、地域で医療を受けられるというのが、高齢化と共に皆熊本に行けなくなっています。そういう時に昔、阿蘇中央病院には産山、波野から、冬だから入院したいと言って荷物まとめて来たりしている人達が、社会的入院だったのですが、いっぱいおられて、今そういうことがもうない中でも、ぎりぎりで皆やっているところです。ここでこう話が出た、反対した。でもこの次の話は決定している、一応という言葉の中で。それをされると、先程の小国の話ではないですが、何億円か出して天草から相当再生をやった、あれがもう全く動

いていなくて、また、今度の別の話で、別のことをやっていて。実際、うちを辞めた小国に住んでいる看護師さんが、年齢と共に宮地まで来るのがきついから、小国公立病院で働くと言って働いたんですね。半年もたなかったですね、忙しすぎて、時間外も多くて。それで結局、うちに戻って来た。本人は看護師として働きたいんです。人間が足りないというのが一つあるので、そういった私達の意見は、人間が足りないのは上村先生が前回初めに言ったことなんですね、スタッフがいないというのは。そういうのを本気で考えてくれないと、ただ単に会議をやりました、でも決まったと言われて、この次で決めないといけないので、結果とんとんとなっていると。こうやって僕達もう帰りたいんですね。７時から仕事を一日中やったんですよ。皆そうです。それから資料を作ったのは一生懸命ですし、これは大変だと思います。だったら、ちゃんとした資料に最終的にはなって欲しいので、いやなことを言っているのですが。そうでないと、ずっと古い日本の帳面消しの会議をやらされて、ただ、出席して医師会も来ている、精神科医も来ている、はい、皆聞いていていいよと。決していいと言っていないです。そこはきっちり議事録に書いていてもらいたいのと、了解を得てということなら、了解をまだ得られていませんので、そこら辺はゆっくりもっと話し合いたいと思いました。

（八木構成員）

・しつこくて申し訳ないのですが、先程のこういう会議はここだけですかというふうに言ったのは、全体にビッグデータなどの取り扱い方と、その対処法とがバラバラに制度が動いているのではないですかというような意見の中で、市町村との介護計画との関連性が非常に重要なところもあります。当たり前ですが、リンクしないと成り立ちませんとおっしゃっているんですね。そして、医療サイドだけで走る問題ではないということを充分認識し、というふうに言われているので、そのことは具体的に、どういうふうに会議を進めていこうかと思っていらっしゃるのかなと。実際、在宅の要となっているのはケアマネージャーさん達で、とてもいい意見と情報を持っていらっしゃるんですね。そういう方達の声が反映できれば、ここで医療サイドの方が今回のことに反対をする、その根拠となるものが見えてくるような気がするので、市町村とのセクションと連携しながらやっていかなければならないというところ、医療サイドだけで走る問題ではないというところを具体的にどうしていくのかというのも考えて頂きたいと思います。

（認知症対策・地域ケア推進課・松尾審議員）

・認知症対策・地域ケア推進課の松尾と申します。貴重な御意見ありがとうございました。片や医療構想ございまして、その受け皿の話と今のお話は少し重なっている部分があるかと思っております。私共としましては、こういった会議に出席させて頂いて充分にお話を聞いたうえで、現在も進めておりますが、市町村、いわゆる介護に詳しいケアマネを含めて、介護と医療の連携を深めていくそういった仕組みを今後始めていきたいと思っておりますので、医療側だけではなくて、介護側の御意見も聞きながら連携をとれるように、そういった受け皿になれるように取り組んで参りたいと、そういう気持ちでおります。ありがとうございます。

（平田会長）

・そちらの方の会議では、どのように行われたかということは、当然こちらに報告して

いただけるのですよね。

（認知症対策・地域ケア推進課・松尾審議員）
・だいたいホームページ等で御報告させて頂いているはずでございますので、よろしくお願いしたいと思います。

（八木構成員）
・折角、会議に出席されれば、そのことがどのような結果が出たかというのを御報告されるといいのではないかと思いますが、この場で。

（認知症対策・地域ケア推進課・松尾審議員）
・はい、なかなか、毎回という機会がございませんが、この次の機会にはまた、経過なりを御説明させて頂きたいと思っております。よろしくお願い致します。

（安光構成員・阿蘇郡市歯科医師会　専務理事）
・歯科医師会の安光です。直接医療とは病床数とかないので、平たく言わせてもらうと、この制度自体が誰のためにあって、言い方はへんですが、誰が利益を得て、誰が不利益なのかということをよく分からないのと、皆が利益を共有できないので、全く会議が進まないというか、そういうところを内容がよく分からないので、それを平たく説明して頂けると、すごくありがたいと思いますが。それが会議が進む第一番のところかなとは思いますが。

（平田会長）
・個人的な意見として言わせて頂きます。メリットがあるのは厚生労働省だけです。他のところは皆全てデメリットだと思います。

（安光構成員）
・ありがとうございます。今、そう平田会長が言われたことが皆に納得されないと、この会議自体が進まないのかなというような感じで今聞かせて頂いていました。

（平田会長）
・だいぶ時間も押して参りましたので、菊池との統合に関しては、ちゃんと全員で意見を確認しておいた方がいいと思いますので、菊池と統合する案に賛成されるか、反対されるかというのを、一応この場で挙手で決を採っておきたいと思いますが、いかがでしょうか。

「異議なし」

・菊池との医療圏を統合する案に対して、賛成という方の挙手をお願い致します。

「挙手なし」

・では、反対という方の挙手をお願い致します。

「挙手全員」

・議長は必然的に決議に加わりませんので、全員が反対という結論を議事録に明記して頂きたいと思います。もうだいぶ時間が遅くなりましたし、そろそろ終わりたいと思いますが、本日はお疲れの中ありがとうございました。できるだけ地域の住民の方々のメリットになるように、協議をしていきたいと思いますので、また次回の会合の際にはよろしくお願いしたいと思います。

（高森構成員）

・今の菊池との反対について、個人的かもしれないのですが、付け加えたいのですが、ただ反対するつもりではなくて、ちゃんと代替案を、それぞれ皆意見があると思います。折角考えたことを、ただ反対という意味ではないので、先程お話ししたように不足分をという意味での地域という意味では非常にメリットがあると。数字だけでベッド数のという意味では反対ということであります。そういうふうに理解してください。

（平田会長）

・それでは出尽くしたようなので、本日はここで終了したいと思います。どうも皆様お疲れ様でした。

<u>○　閉　会</u>

（阿蘇保健所・平嶋総務福祉課長）

・平田会長、甲斐副会長には大変お世話になりました。構成員の皆様方には大変熱心に御協議を頂き、ありがとうございました。
・本日頂きました協議結果、御意見等は次回の部会での議論につなげて参りたいと考えております。
・なお、次回の専門部会は、他の圏域での専門部会が１１月末までにかけて開催される予定ですので、それらの協議結果を踏まえたうえで、多分１月以降になるかと思いますが、具体的な日程等につきましては、おって御連絡いたします。
・また、お手元に「御意見・御提案書」を置いておりますので、本日御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結構ですので、御記入いただきまして、ファックスまたはメールでお送りいただければ幸いでございます。よろしくお願い致します。
・それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させて頂きます。どうもありがとうございました。

（21 時 00 分終了）