

第2回鹿本地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成27年11月4日（水）19時00分～20時30分
会場：鹿本地域振興局3階 大会議室
出席者：構成員16名全員出席
＜熊本県山鹿保健所＞
原田審議員、梶原副部長、野口課長、斉藤主幹、揚村参事
＜熊本県医療政策課＞
阿南課長補佐、村上主幹

○ 開会

（総務福祉課 野口課長）

- ・定刻となりましたので、ただ今から「第2回鹿本地域医療構想検討専門部会」を開催します。
- ・本日は、お忙しい中に御出席いただき、ありがとうございます。
- ・私は、本部会の司会を務めさせていただきます、山鹿保健所総務福祉課の野口と申します。よろしくお願いいたします。
- ・まず、資料の確認ですが、事前に委員の皆様へ配布いたしました分は、お持ちになられていますでしょうか。
- ・次に、本日の日程について御説明申し上げます。
「会議次第」を御覧ください。これに沿いまして、議事を進行させていただきます。終了予定時刻は、午後8時30分頃を予定しております。
- ・なお、会議は「熊本県情報公開条例」第32条により、原則公開するものとなっております。本日の議案につきましては、特に非公開とするものはございませんので、本部会は、公開といたします。
- ・それでは、開会にあたりまして、山鹿保健所長 池田よりあいさつ申し上げます。

○ 挨拶

（山鹿保健所 池田所長）

- ・鹿本地域医療構想検討専門部会につきましては、今回第2回目ではありますが、お忙しい中、またお疲れのところ御出席いただきありがとうございます。
- ・第1回目は7月に開催いたしました、その時は厚生労働省がガイドラインに示しております算定式により算出された数値に基づく、2025年に向けた鹿本地域の必要病床数を稼働率等によりお示ししました。必要病床数について、これまでと捉え方が違うのは絶対量としてのデータということです。医療機能につきましては、他の圏域との比較ということではなく、一つの独立した考えとして、あくまでもその地域における受療行動等をもとに算出してあります。熊本県では鹿本地域が最も医

療資源に恵まれていると思いますけれども、2025年に向けては不足する機能が出てくるかもしれない。そういった見方もできます。

- ・もう一点は、医療資源の投入量、平たく言いますと、医療ケアがあまり必要でない方は在宅医療で対応できるのではないかという考え方が示されました。確かに、医療ケアが少ない方は入院しなくて在宅で可能ではないかという理屈はありますが、実際には社会全体をみても看護・介護が必要な方はなかなか家庭では難しい。在宅でのケアは難しい状況です。
- ・第1回目の検討会議で必要病床数をお示ししましたが、委員の皆様からは、現場としては違和感があるとか、様々な御意見をいただき、まとめたところがございます。他の地域の専門部会からも多数の御意見をいただきまして、資料としておりますので後ほど御紹介いたしまして、またあらためて御意見等いただければと思います。
- ・医療現場ということでは、9月の県議会において、藤川県議から地域医療構想について質問がございまして、知事が答弁で、地域医療構想の対象医療機関は550カ所程度でございますけれども、医療現場の現状を詳しく聞く必要があるだろう、それについては聞き取り調査を実施するということを表明しました。そこで、議題の(2)にあげておりますが、鹿本地域での実施について御意見を伺いたいと思います。
- ・最後に3点目ですけれども、地域医療構想の区域につきまして、地域というのは二次医療圏を基本としてお示ししましたが、第1回の専門部会で、複数の圏域の委員の方から現行の二次医療圏で適切か、という御意見があったと伺っております。こういった点も踏まえまして、この鹿本地域におきましても現行の二次医療圏で適切かということを確認をしていただくことが望ましいかと思っておりますので、議題としております。
- ・限られた時間ではありますけれども地域にとってよりよい医療提供体制を将来的に構築することが必要かと思っておりますので、御協力のほどよろしく申し上げます。

○ 委員の紹介

(総務福祉課 野口)

- ・続きまして、委員の皆様のお紹介ですが、会議次第の次頁の名簿をもって御紹介に代えさせていただきます。
- ・なお、本日は本庁の医療政策課、また、認知症対策・地域ケア推進課からも担当が参っておりますのでよろしく申し上げます。

(野口)

- ・それでは、ここから議事に入らせていただきます。設置要領に基づき、以後の進行を当専門部会の会長であります、幸村様に申し上げます。よろしく申し上げます。

(幸村会長)

- ・みなさん、こんばんわ。設置要領に基づきまして、議事を進行させていただきます。
- ・ただいま池田所長からいろいろと話がありましたけれども、第1回目の会議におきましては、様々な情報、現状のデータを基に、今後の取組み等々話し合いを行い、スケジュールも示されたのですが、平成27年度と28年度と限られた中でいろいろなことを決めていかななくてはならないということで、はっきり言って時間が足りないのではないかと印象が否めません。それでもこの会合を行い、また、県の専門委員会との摺り合わせを行いながら、手さぐりながらも取組み、方向性を決めていくということです。地域医師会としましても、地域の医療構想検討専門部会で忌憚のない意見、質問を出すことで、また、より良いものになっていくのではないかと考えておりますので、ぜひ率直な御意見をよろしく申し上げます。
- ・それでは議事に入ります。
- ・本日の議題は、まず「第1回地域医療構想検討専門部会での御意見について」ということですが、先程、所長の方から詳しく議題の説明がありましたので、順次進めていきたいと思っております。
- ・後ほど、意見交換の時間を設けておりますので、先に事務局からの説明をまとめてお願いします。
- ・それでは事務局の方からよろしくお願いします。

○ 議事

- | | |
|------------------------------|-------|
| (1) 第1回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】 |

(揚村)

- ・総務福祉課の揚村と申します。
- ・今、会長からありましたように、資料1から資料3まで通して御説明します。御了承のほどお願いします。
- ・失礼しまして、着座にて説明させていただきます。

資料1 第1回地域医療構想検討専門部会での御意見について

- ・議事の1つ目の「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を御覧ください。
- ・1の「地域への説明状況について」です。
- ・鹿本地域は7月22日に地域医療構想検討専門部会を開催しましたが、同様の専門部会が、7月から8月にかけて、全11地域で開催されております。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、各専門部会において、様々な御意見をいただきました。総じて163件の御意見をいただきましたが、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」です。本日は時間の都合上、別添資

料の全てを説明することができませんので、特に御意見の多かった項目について、御説明します。

- ・②の必要病床数です。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。2025年の必要病床数は、医療法上の規定にもとづき、具体的な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の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。
- ・⑤の医療提供体制についてです。御意見として、「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」とありました。県では、「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の在宅医療等についてです。御意見として、「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」とありました。考え方、方向性としましては、地域医療構想は、医療や介護が必要な方々を支えていくための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。地域医療構想策定ガイドラインでは、「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」とあり、また、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」と明記されていることを踏まえ、本年7月に、厚生労働省に「療養病床の在り方等に関する検討会」が設置されました。まずは、この検討会の議論を注視して参ります。
- ・この他、いただいております御意見等を踏まえ、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

- ・次に、資料2をご覧ください。議事の2つ目、「地域医療の実情把握のための聞き取り調査について」です。
- ・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、対象の医療機関に対し、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。鹿本地域は 18 施設です。

- ・ 3の「実施時期」ですが、まず、地域医療構想及び本聞き取り調査に係る全体説明会を、圏域ごとに 11 月末までに実施いたします。鹿本地域は、11 月 25 日を予定しております。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」ですが、対象の医療機関から、聞き取らせていただく内容は、記載しておりますとおり 6 項目です。(1)の平成 27 年度の病床機能報告の報告状況については、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。また、休床数については、本調査で新たにお尋ねするものです。2 枚目以降に、実際の調査票を添付しておりますので、後ほど、御参照ください。
- ・ 5の「回答結果の取扱い」です。医療機関から回答いただきました内容は、地域医療構想の策定に係る検討資料として使用します。病床機能報告の公表事項以外の項目であります、資料上記の 4 (1) ①の休床数、(2)～(6)の網掛け部分につきましては、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いたしません。また、回答内容について、将来の医療機関の予定を拘束はいたしません。
- ・ 裏面をご覧ください。
- ・ 6の「実施方法」です。鹿本地域におきましては、山鹿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、保健所から調査票と聞き取り日時の希望調査票を配布します。医療機関は、保健所が指定する日までに、調査票、聞き取り日時の希望調査票、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。聞き取り日時は希望調査票をもとに、保健所において管内医療機関と調整し、通知します。聞き取り当日は、保健所が調査票に沿って聞き取りを実施します。
- ・ 7の「実施体制」です。保健所から、所長以下の職員 2 名以上で、各医療機関に向きまして聞き取りを行います。
- ・ 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

- ・ 次に、資料 3 をご覧ください。議事の 3 つめ、「構想区域の設定について」です。
- ・ 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、御説明します。
- ・ 資料 3 のスライド 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、固めていくこととなります。
- ・ 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、1 つ目「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变化など」を勘案すること、2つ目「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、3つ目、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たらと思います。
- ・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流入患者割合が20%未満」「③流出患者割合が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、検討のたたき台をお示し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。ここでいう自圏域完結率は、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1つ目が、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有明と鹿本の人口、2つ下の⑦宇城と天草の人口、右下の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-(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、流出率の推計は平成25年度ベースですので、その後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、添付の関係データのスライド2をご覧ください。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ればと思います。
- ・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、これから地域ごとに協議を進めていきたいと考えております。各地域での協議結果を踏まえるとともに、必要に応じて案の再提示を行ったうえで、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をお願いします。
- ・以上で資料3の説明を終わります。
- ・なお、ここで、医療政策課から補足説明がございます。お願いします。

(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そって、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、先ほど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の日用品の買い物動向により、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がなされておりますので、御紹介します。
- ・以上で、補足の説明を終わります。ありがとうございました。

○ 質疑応答・意見

(幸村会長)

- ・ただいまの事務局及び医療政策課からの説明に対して、御意見、御質問等、委員の皆様から何かございませんでしょうか。できるだけ多くの方に御意見等いただきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

(田代委員)

- ・医師会の田代でございます。構想の区域設定ですが、医療圏を再編する理由について、先ほどの説明で厚生労働省の意見はありますけれども、何のために構想区域を設定するのかという点について、厚生労働省が言っているからではなく、県の考えをお聞かせ願いたい。

(幸村会長)

- ・県としてはどういう理解、判断をしているのかということですね。お願いします。

(医療政策課 村上主幹)

- ・先ほどの説明にもありましたけれども、今回検討を行っております構想区域につきましては、資料 3 のスライド 3 を御覧ください。厚生労働省令におきまして、基準が設定されております。2 行目の末尾のところですが、「一体の区域として地域における病床機能の分化、連携を推進することが相当と認められる区域を単位として設定」、と定義されております。地域医療構想は、病床機能の分化と連携をどう進めていくかが非常に大きなポイントになります。そのための器、枠が構想区域となりますので、定義等もふまえて、二次医療圏を前提とした案をたたき台としてお示ししました。

(田代委員)

- ・機能分化のための区域設定ということですが、有明圏域と鹿本圏域を一緒にすると、急性期医療は改善するのでしょうか。有明圏域も鹿本圏域も急性期医療は熊本圏域に流出しています。医療構想をこの文言どおりに区域設定していくのであれば、先ほどの説明で、熊本圏域を 3 つに分けるとの意見もあったということですが、もっともです。データ上、急性期の患者は熊本圏域に流出しています。圏域内で完結させようということであれば、鹿本圏域内に急性期機能をもってくればいいわけです。
- ・厚生労働省がなぜ、地域医療構想をまず病床機能を出すところと言い出したのか、

それはどの医療機能、在宅の資源が足りないのかをはっきりさせようというもの。そうすると、有明医療圏、鹿本医療圏ともに急性期医療が不足しているのは明らかです。それを一緒にしたからといって何も解消しない。もっと現実のデータに合わせて医療圏を見直さなければ、行政区域とか言っている場合ではない。現に住民はそういう区域では動いていない。示されている案はどれも、熊本医療圏に流入する状態の解消にはなっていない。この医療圏を一緒にすると人口は20万人に満たないが近い数値にはなるといふ、単なる数合わせでしかない。案を見てそう思いました。

(幸村会長)

- ・議題1の資料に各地域の専門部会の意見が書いてありますが、その一番トップにわざわざ地域医療構想を策定する必要があるのかという、宇城圏域の意見がありますが、この点についてなにか御意見のあられる方もいらっしゃるのではないのでしょうか。いかがでしょうか。

(保利委員)

- ・田代委員の言われたことに関連するのですが、現実問題として、高度急性期、急性期も熊本市の周囲の医療圏では、本来であれば圏域内で診れる患者も、かなり熊本市に流入しています。それは患者さんが大病院を希望されるからです。
- ・例えば脳卒中を当院では診ていますが、小さな脳梗塞、脳出血は急性期の医療機関でも対応できますが、「何時間後にまた再出血の可能性はないのか」と患者側から尋ねられ、その可能性は0ではないと説明すると、大病院にやってほしいと言われる。その日の夜のうちに、さらには救急車で搬送するということが生じています。球磨郡の場合は交通の便があるのでできないから、圏域内でおさまるということもありません。そうすると熊本県内での患者の受療動向はアクセス整備の問題とも考えられるのではないのでしょうか。

(幸村会長)

- ・療養病床にしてもどこが多いからどうだとか、どこが少ないから少ないところに合わせるとかではなく、保利委員が言われたように、地域の特性、規模を勘案する必要があります。きちんと線を引くというだけの話しではなく、実状をみてということです。何かもっと御意見はございますか。

(江上委員)

- ・薬剤師会の江上です。各圏域の専門部会の意見は、それぞれの価値観や立場、状況からの御意見で、きりが無いという印象です。検討範囲として、各圏域においては高度急性期は除いて考えるという理解でよろしいですか。

(医療政策課 村上主幹)

- ・医療政策課でございます。江上委員のおっしゃったとおりです。
- ・先ほど田代委員、保利委員からも急性期医療の考え方とのお話が出ましたが、急性期の考え方として高度急性期と急性期には境がございます。数字で言いますと、それぞれ医療資源投入量が高度急性期は3000点以上、急性期600点以上となってい

ますが、高度急性期については限りなく全圏域を網羅するとしてかまわないと厚生労働省も示しておりますので、今回、我々が主眼に考えているのは急性期、回復期、慢性期の部分です。既に資料を御覧いただいているところですが、関連データの方をもう一度御覧いただけますか。スライド12ですが、高度急性期を含めた4機能の合計での、流出状況を御確認いただけます。矢印の太さが流出の高いことを示しておりますが、田代委員がおっしゃいましたように、確かに4機能でとらえましても熊本市に多く流出している状況です。次のスライドは、高度急性期に特化して示しておりますが、さらに矢印の線が太くなっており、鹿本地域では46.7%が熊本医療圏への流出となっております。これについては、熊本圏域の中に三次医療機関が3つございますので、高度急性期はそこにお任せするという部分もあるかと思いますが、江上委員が言われましたように、高度急性期については分けて考える必要があると思います。

- ・ 次の急性期、回復期、慢性期3機能につきましても、流出の値は高く出ています。急ぐ病気、急がない病気があるかと思いますが、厚生労働省の考えではありませんが、できるだけ地域で完結できるところは地域完結するようにと、ガイドラインにも示してあります。先程、単に二次医療圏の組み合わせとの意見もありましたが、トリプル20という基準を厚生労働省が示しておりますので、たたき台として皆様にお示ししました。
- ・ あくまで、たたき台ですので、今の御意見のような、地域の実情、状態に応じ、情報等教示いただきまして、我々も検討の材料とさせていただきたいと思います。

(幸村会長)

- ・ 高度急性期の場合は各圏域に限ってなど無理ですので、初めから外したうえで、他の急性期、回復期、慢性期の3つを考えなくてはならないかと思いますが。在宅医療の問題ほか、色々と考えていただくことがあります。御意見がある方はお願いします。

(水足委員)

- ・ 地域医療構想は、5年ごとに策定する地域保健医療計画の前倒しであり、取り組まなければならない。何らかの方法を県と一緒に考えていかなくてはいけないと思います。そもそも論を言うと色々疑問があります。保健医療計画は、第一次計画の改正の時から、医療圏の見直し、病床の確保、医療連携の推進を図って地域偏在を解消等いろいろな言い方で医療費抑制が図られてきましたが、第6次計画の段階においても、医療費の高騰を抑制できませんでした。うまくいきませんでした。
- ・ 今回の地域医療構想策定に当たって、その時の算定式やトリプル20の基準をそのまま持ってきており、今回、病床削減ありきではないはずだと国の委員の松田先生もおっしゃっておられますが、なにがやりたいのかなという印象です。地域保健医療計画策定時の、病床を削減すれば医療費を適正化、削減できるという前提にのっとり、それを踏襲しているのだらうと考えています。
- ・ 医療費を削減するのであれば、どの部分を削減すべきか考えるべきだと思います。医療機能ごとに医療費がいくらかかっているのか、高度急性期の医療費は日本の医療費のどのくらいを占めているのかなど、医療機能ごとに医療費がどの程度かかっているのかをみる必要があります。

- ・精神科医療もいくらかかっているのか。診療報酬も安くて、現場はアップアップの状態です。今の精神科は、認知症疾患が増えている、慢性期医療や在宅医療など、特に慢性期部分は精神科もかなり関与しており、今後、精神科は外せません。将来的には医療と介護も一体化して圏域を考えることになるでしょうから、そういう点で、この会議に最初から精神科医療に入っていた方がいいことだと思います。
- ・財務省主導で、厚生労働省は何らかの結果を出せと言われ、それを都道府県に迫っていますので、県に同情もしています。ですが、色々な情報を提示いただかなければ判りません。5疾病5事業と言われた際も、厚生労働省は疾患ごとに医療圏を作成するようと言い、当時も医療計画の策定の仕方などが示されました。圏域ごとの会議を開催するなど、今の地域医療構想検討も同じ手法で、二番煎じです。以前からずっと医療費の削減に向けて見直しを言い続けており、何らかの策をもって削減する方向です。まずは、医療圏を設定しないと話しが進みません。現行の11医療圏ではいけないと国は考えているでしょうから、A案ではダメだと思います。また、国に対する落としどころを考えなければいけないでしょう。なぜそういうことをしなければならないのかと、そもそも論はおっしゃるとおりです。
- ・熊本市の医療圏の会議や他の圏域の会議にも出席しましたが、各圏域の委員の皆様は現行のままでもいいのではないかとと言われていました。私もそう思います。この地域の、公共性の高い、医療や教育が衰退していけばどんどん過疎化が進みます。過疎化にどう歯止めをかけて、どう地域再生、地域創生を考えていかなければなりません。ここに市長もいらっしゃいますが、我々、一生懸命考えていくべき課題です。国や県から削減ありきで話をされるのは甚だ不愉快です。我々にできることがあります。そのことに資金を提供していただければ、みんなで合同医療に取り組むなど、人も呼べるような医療が展開できると思っています。

(幸村会長)

- ・第6次医療計画の策定に当たって、国からは二次医療圏を見直すようにとの話がありました。当時のメンバーは中嶋市長がいらっしゃって、また、豊永先生の前任の本郷先生がいらっしゃった時です。結果として、全国的にみても長野県以外は変更されず、内閣府が怒りを顕わにしたという話を聞いています。県の方では何か情報はありますか。二次医療圏が変更されなかった場合の国の出方はどうでしょう。

(医療政策課 阿南課長補佐)

- ・医療政策課の阿南です。
- ・今回、地域構想の策定に当たって、厚生労働省からは医療費削減という話は全く聞いておりません。地域保健医療計画の前倒しではあるかも知れませんが、病床機能の分化、連携をどうするのかということが焦点です。確かに、今の政府の経済財政諮問会議や財務省の会議では、病床削減との話があります。この点は、厚生労働省と財務省のパワーバランスがあるかも知れませんが、情報はインターネットを通じて我々にも伝わってきています。皆様には建前と思われるかも知れませんが、地域医療構想の策定という今回の目標は、地域医療提供体制をどう整備していくかということです。

(幸村会長)

- ・高齢化社会に向かって医療費も高騰していく中、どう効率化を図り、医療費を削減していけばいいのか。この状況に対して、我々医療者はどう取り組んでいくのかということですが、委員の皆様方、御意見ございませんか。

(水足委員)

- ・具体的に話をすべきでしょう。鹿本と有明圏域を一緒にすることは、鹿本にとってどのようなメリットがあって、どのようなデメリットがあるのでしょうか。熊本の方の会議でも同じ話が出ていましたが、どのようなメリット、デメリットが出てくるのかについて、県からお話しいただきたい。

(医療政策課 村上主幹)

- ・抽象的なことでしかありませんが。今回の構想区域の設定はガイドラインにも示されていますとおり、今回設定した構想区域は二次医療圏と一致させることが適当となっております。ですので、仮に二次医療圏になった場合とすると、圏域が広がりますので、医療機関の皆様にとっては、病床の異動が制限される枠が広がるということになります。これをメリットと捉えられるのか、デメリットと考えられるのかは、地域によって違うだろうと思います。
- ・補足的な情報ですが、今般、国会において医療法の一部改正が行われ、新しい制度として「地域医療連携推法人」が具体的に、公的にも位置付けられました。施行はおそらく2年後ぐらいではないかと思われまます。この新しい法人は、業務の推進範囲が構想区域になります。法人は持ち株会社的な位置づけの非営利の公的機関、医療機関、介護事業者等を含めるものから成り、また、それらを束ねるような事業形態ができます。この新しい制度に期待感を込めて、医療と介護が連携した形で、より広域的な観点からの体制整備が考えられるきっかけとなるのではと考えています。

(医療政策課 阿南課長補佐)

- ・今回、鹿本圏域と有明圏域ということでB案として、まさにトリプル20の基準をクリアするためにはということを考えて提示しました。ほとんどの圏域が、熊本地域に流れておりますが、その現状に合わせてしまいますと地域性が見えなくなってしまうので、それよりも県北の中でのエリア割りとししました。鹿本と有明の関係性につきましては、参考資料として配付しております関係データの3頁から16頁で御確認いただけますが、例えば急性期の流出にしても有明地域から鹿本へは29%となっており、ほとんどが熊本圏域です。そういうことを考えましてC案として、資料3のスライド15にございますように、鹿本地域は単独とする案をお示しました。
- ・生活圏の一体性や受療動向から、県内の圏域のほとんどを熊本圏域とくっつけることはどうなのかと考えますし、二次医療圏を単位とし、熊本市を含め、地域の分割は考えておりません。残った地域をどうするかということもありますので。このまま残る圏域があってもやむ無しと思います。ただ、単独の圏域も地域内の医療提供体制につきましては、他の二次医療圏と連携しながらやっていただこうと考えています。

(幸村会長)

- ・地域医療構想の区域、医療圏についての話をしていかなければと思いますが、現在、鹿本医療圏は山鹿市単独でありまして、これは非常にメリットがあると思います。他所は会議ひとつにしても、いくつかある市町とスケジュール調整がうまくいかないなどまとまりがなかったりしますが、鹿本の場合は、中嶋市長と保健所と医師会の都合、関係団体の都合を聞けばいいのでまとまりやすいです。これは悪いことではなく、いいことではないかと思います。20万人という人口単位も、これに何か意味があるとは思えません。皆さん、このことについて何か御意見等ございませんか。鹿本は単独で今後もいきたい、そう思うのですが、皆様の方からも御意見いただきたいと思います。

(中嶋委員)

- ・専門的な医療の現場はよく判りませんが、今までの説明を聞いて感じたことを申しますと、A案・C案の場合は鹿本単独ですが、B案はトリプル20の基準をクリアするというので、県の方ではこれもやむ無く合わせられたのだらうと思いますが、有明圏域と鹿本圏域。ですがこの間の流出入は僅かです。以前から鹿本管内は何か取り決めをする時には関係者が連携しており、今も非常に機能的に動いていると思います。あえて基準に合わせて、人口20万人に合わせて、メリットは生まれるのでしょうか。会議を開催するにしても、現実的にはデメリットばかりじゃないでしょうか。基準に合わせるのもやむ無しかも知れませんが、感覚としては今の形を維持したい、いい形を残したいと思います。そのことが市民の幸せになると感じます。

(幸村会長)

- ・鹿本地域専門部会における構想区域の考え方というのは反映していただけるものですか。この案が良いと言え、それが簡単に通っていくのですか。例えば、鹿本地域はA案は無理でしょうから、C案がいい、単独がいいと、委員は皆そう思っていますと言えれば反映していただけますか。

(医療政策課 阿南課長補佐)

- ・今回お示した構想区域の案に関しては、有明と鹿本については、こちらが強い説得材料を持っていないということが分かりました。委員の皆様から出された御意見を持ち帰り、また県庁内で検討したいと思います。今後、有明地域の専門部会も開催されますので、そこでの御意見もお聞きしながら、調整させていただきます。
- ・今回の専門部会の開催の意図は、我々は県庁、熊本市内の机上でしか地域医療構想策定に向けた作業等をしていませんので、地域の会議に参加させていただき、直接、お話をお聞きするものです。地域の多くの御意見ということであれば無視しえない、と考えております。十分配慮しまして、地域医療構想を考えてまいりますので、今後ともよろしく願います。

(幸村会長)

- ・先ほどの資料でも見てわかるとおり、鹿本地域はバランスがとれていると思います。生活圏の一体性、買い物動向などみても何も黒い部分(他の圏域への流出が5%以上になるもの)はありません。医療の内容にしても、リハビリ領域、急性期領域等々

小さいところだがまとまってると思います。第6次地域保健医療計画の際の意見、県に対する申出の中にありますとおり、大体バランスがとれていますし、もし意見が反映されるのであれば、ぜひよろしく願います。

- ・ なにか他にございませんでしょうか。

(古谷委員)

- ・ 今回保険者協議会の代表として参加しています古谷です。私の立場は、医療費の適正化と患者さんに適切な医療を提供するという。医療保険財政とのバランスを取って医療の提供をする、医療費をどう抑制するかというのがまずは基本になります。それぞれの立場で色々な視点があるかとは思いますが、患者さんは保険の加入者ということになりますので、患者さんへ必要な医療を必要な時に提供していくというスタンスとなります。ですので、地域医療構想を検討する際にも、患者さんの視点で、いわゆる適正な医療が提供できるのかということを見ていかなければならない。そこで、これは確認ですが、色々ご意見が出ておりますが、そうした視点で適切なのかということも考えていただきたいと思います。検討に当たっては継続性をいかに担保するかが重要です。医療提供体制が持続可能かという視点でこれからも発言していきたいと思います。

(水足委員)

- ・ 医療ということですが、今回、地域医療構想を策定することになったのは、地域医療介護総合確保推進法によるものですが、今おっしゃられたとおりことが法の目的に謳われています。医療費の適正化を図ることでの医療法改正ですが、一番大切なのは受診する人たちの受療行動です。軽度の方は本来、高度急性期の医療機関を受診してはいけないのです。保険加入者の正しい受療行動や健診を受ける姿勢の責任は保険者にあります。それと自治体の姿勢が大事です。そうなければ医療費は下がりません。健診を不要に多く受けたり、軽い風邪の症状で高度急性期の医療機関を受診するのは間違いです。保険者の機能として、受診する人たちの意識を高めていく必要があります。患者としての権利だけを主張してはいけないと思います。

(幸村会長)

- ・ それぞれの立場からの御意見があると思いますが、地域医療構想の目的というのは、建前は今のよう話ですが、今日の議題にありましたように、患者の流出入の評価等をきちんと行い、地域でできることは地域でやるということ、そうすることで医療費も適正なものになるでしょうし、個人の経済的な負担も軽減できます。そういうことだと思います。地域医療構想の検討は、そういうことにも焦点を当てていく必要があるのではないのでしょうか。
- ・ 保険者としての立場、医療者としての立場とそれぞれの立場の違いから、考え方も違いますが、それは患者様のことを思いながらそれぞれの機関でやっていることであり、どちらか一方がどうということではありません。お互いに落としどころを決めながらやっている現状ですので、この医療圏でもいい具合にやっていきたいと思えます。なにか御意見ありましたら遠慮なく願います。

(田代委員)

- ・医療圏の設定につきましては、先ほど水足委員からの質問にもありましたが、メリットとデメリットそれぞれによく判りません。県の方で、また地域医療に関する新たなデータ等もお持ちだとは思いますが、先ほど会長も言われたようにこの鹿本医療圏は、医療機能も患者の動向も、バランスが取れていると思います。例えば、必要病床数について、全国のデータから多いところ、標準的なところと出ていますが、人口当たりの病床数などは、鹿本医療圏は全国平均に近いと思います。何か本当にメリットがあればともかく、医療圏を変えることにメリットが無いのであれば変えなくていいと思います。地域医療構想の区域として、現在の医療圏が大きさもバランスもよく、人口は足りないが機能的にもいいです。
- ・どの圏域においても急性期の流出が大きいのは、熊本市に高度急性期医療を集中させた、過去の医療政策の失敗です。大病院について、もっと強力的に、南、西とエリア分けをするように指導してこなかったからと言えます。今になって、その歪みを本当に変えようとしているのか、そういう気が無いなら、ますます歪な形になります。そうしたことを認めたくえ、地域医療構想を検討していかなければ。
- ・この地域で急性期に対応できる医療機関はあります。本来必要でないのに熊本市内の大病院に行っている患者様たちが、きちんと地元の医療機関を受診するようになる、そういう動きになるようにした方が、流出率は下がるのではないのでしょうか。他の圏域のことはわかりませんが、鹿本医療圏は一番バランスがとれており、そのことが患者様にとってもいいものになっている、そう思います。

(水足委員)

- ・熊本市内において大病院が移転する際の県の指導に異議を唱えたことがあります。そうしたところ、医療機関の地域偏在を適正に正すような権限はないとのことでした。その状況に加え、今の人々は高度医療を求める傾向、意識の変化があります。また、地域の医師も覚悟が違ってきました。何かあった際には責任を取りたくない、一人で救急の患者を診るのが苦痛で、山鹿は熊本市に近いこともあり、すぐにそちらへ搬送しがります。医療者側にも、救急医療を一生懸命する人、早く他所へ送りたがる人といろいろあります。そのことが熊本市への一極集中を押し上げています。
- ・救急医療の統計もあるが、高齢者の救急医療も課題です。高度ではなく中度も多くなっています。患者の方々には、地域医療、地域でできる医療をよく理解してもらって、受診していただきたいです。

(幸村会長)

- ・最後に、地域の唯一の公立病院であります市民医療センターの豊永委員から、なにかございませんか。

(豊永委員)

- ・昨年度から病院長をしております。まず、構想区域については、どう見ても有明圏域と一緒にするメリットは無いことが明らかです。
- ・昨年、急性期医療の流出を抑えなくてはいけないと考えていました。昨年4月に、産業医科大学の松田教授が来られ、管内のデータを示されました。この地域では、がん患者の流出が非常に多いというのを発見して、どうするかを今も考えてい

ます。大学病院とも交渉しているところです。心筋梗塞の対応などもできるようにならないか、これも大学とも交渉しています。トリプル20基準とは3つありますが、そのうちの患者流出の割合20%以上となっているものを、なんとかクリアするようにしたい、そのためには医師会の先生方をはじめ関係する皆さんの御協力をお願いします。

- ・ 構想区域、医療圏につきましては皆さんと同じ結論です。

(幸村会長)

- ・ 患者の流出を20%以下に抑えるのは、できそうなことです。トリプル20の基準のうち、一つでもクリアすればいいということであれば、簡単にはいきませんが、我々皆で取り組んでできないことはないと思います。地域の住民の方々に一番いい医療圏でもって、いい医療を提供していきたいです。

(幸村会長)

- ・ それでは、皆様、まだ言い足りない方もいらっしゃるかも知れませんが、時間となりましたので、これで意見交換を終了したいと思います。事務局に進行をお返します。

○ 閉会

(野口課長)

- ・ 幸村会長、ありがとうございました。
- ・ 委員の皆様には、たいへん貴重な御意見、御提言をいただき、ありがとうございました。なお、本日の資料の最後に御意見・御提案書を添付しておりますので、後日、また何かございましたら事務局までお送りくださいますよう、よろしくお願いいたします。
- ・ 次回の専門部会につきましては、県の専門委員会の開催状況を見ながら調整させていただきます。今のところ、県の専門委員会は12月以降の開催と伺っております。
- ・ 本日は、ありがとうございました。これで第2回鹿本地域医療構想検討専門部会を閉会いたします。

(20時30分終了)