

第3回有明地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成28年10月20日（木）19：00～20：45

場 所：玉名地域振興局 大会議室

出席者：＜構成員＞ 20名（うち代理3名）

事務局：＜熊本県有明保健所＞

林田所長、村上次長、樫木総務福祉課長、前原主幹、沖田主事

＜熊本県玉名地域振興局＞

家入局長

＜熊本県保健福祉環境部＞

医療政策課：阿南補佐、高齢者支援課：谷口課長、

認知症対策・地域ケア対策課：松尾課長

開会【事務局】

ただ今から、第3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熊本県有明保健所の樫木でございます。よろしくお願いいたします。

まず、資料の確認をお願いします。会議次第、資料1から7を1部ずつお配りしております。それから、策定に当たっての意見ということで荒尾市医師会様からの文書を1部付けさせていただいております。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、会議の概要等につきましては、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、熊本県有明保健所長の林田からご挨拶申し上げます。

挨拶【林田有明保健所長】

皆さんこんばんは。本日はご多忙の中、また、夜分にもかかわらず、第3回有明地域医療構想検討専門部会にご出席を頂きまして、誠にありがとうございます。専門部会につきましては、熊本地震の対応を最優先とするため、約半年近く中断をいたしておりました。

その間、皆様方には、それぞれのお立場で被災者の救護活動や支援活動など様々な形で大変ご尽力をいただきましたことに、敬意を表しますとともに、厚く感謝申し上げます。

熊本地震から6か月が経過し、避難所には一時期18万人を超える方が避難されていましたが、現在は避難所も12か所約340人という状況となっており、一方で、仮設住宅は1万3千戸以上の設置が進んでいます。また、県内の半数近い医療機関が被災されました。この有明地域においても少なからず被災を受けられた医療機関がありました。まだまだ被災地の災害対応はこれからではありますが、被災者対応も初期対応から次のステージに移ってきている状況を踏まえ、開催に至りました。

本日の部会では、熊本地震の影響について説明をした後、地域医療構想について、できるだけ具体的なイメージを共有するために、未定稿ながらお示しいたします。

ポイントは2点あります。

1点目は、2025年の病床数の必要量について、国の法律に基づき、算定しておりますが、その数値はあくまで推計値であること、病床の削減目標を示したものは無いことを、構想の中で明記しております。

2点目は、すでに策定済みの県では、国の算定による病床数だけを記載していますが、本県では、独自に3つのパターンで推計した病床数をお示ししています。

本日は、限られた時間ではありますが、忌憚のないご意見を頂きますように、よろしく願い申しあげます。

【事務局】

構成員の皆様のご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。

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、進行を平山会長にお願いします。

【平山会長】

皆さんこんばんは。地震によってこの会議が半年ばかり遅れまして非常に残念ではございますが、あと半年もないですからそういう意味では非常に大変ではありませんが、我々医療機関でもですね、有明地域ではそう被害を受けなかったんですが、被害を受けた病院も多々あります。そういう意味では今度新しくグループ補助金をお願いできるようになりまして、荒尾市医師会そして玉名郡市医師会、補助金が回るようにしていただいて非常にありがたく思っていますが、地域医療というのは非常に大変なことだと思っております。

今回これを機にですね、私どもが思ったのは、熊本(市)1点集中型の病院で熊本がやられた場合、患者さんがどうなるか、我々城北地区にもたくさんの患者さんが来られました。そういう状況ではやはり有明地区にはきちんとした基幹病院がどうしても必要だと考えております。

今から先、城北地区の医療構想について忌憚のない皆様のご意見をお伺いできればと思います。

今日はよろしく願いいたします。

それでは、お手元の次第に沿って会議を進めていきたいと思っております。

本日は、資料1から資料7までの資料が多いですが、まず熊本地震の被害の報告、全体的な事項に関する内容を前半に、有明地域に関する内容を後半にと二つに分けていきたいと思っております。総論と各論という格好です。

まず、総論の方からお願いしたいと思っております。

よろしく願いいたします。

資料説明【事務局】

有明保健所の村上と申します。どうぞよろしく願いいたします。

まず、前半部分の方を説明させていただきます。説明の時間を30分ほどいただきたいと思っております。あらかじめご了承いただきますようお願いいたします。

それでは座らせていただいて、ご説明をさせていただきます。

<資料1 平成28年熊本地震について>

資料1の平成28年熊本地震について説明します。

大きく3点、被害の概要、人口動態・患者受療動向への影響、全医療機関緊急調査結果について、全県下及び各圏域ごとのデータを整理しています。

下のスライド1のとおり、県全体としましては人的被害、住家被害とも、非常に大きな被害をこうむったところですが、当圏域におきましては幸い、阿蘇などと比較しますと被害は少なく済んでおります。

このため、次のページ以降に掲載しております人口動態・患者受療動向への影響につきまして、大きな影響等は確認されておりません。

スライド6以降をご覧ください。

見開きで地域間の患者流出入の状況を整理しています。右下のスライド9が今年6月を示した地図で、点線の矢印が今年の3月にはない動きを示しています。県全域では県外も含めて受診先が広がっていますが、県外への流出数は全体の1%程度のため、基本的には県内全域で対応がなされていることを確認しました。

なお、当地域は、熊本への流出率が0.5ポイント減(=15.9-16.4)、福岡県への流出が0.7ポイント増(16.8-16.1)となるなどの違いはありますが、特に大きな変化は見られません。

少しページを飛んでいただき、スライド28をお願いします。全医療機関緊急調査の結果です。

医師会様、歯科医師会様の御協力をいただき、今年の6月に県内の2,530の全医療機関を対象とする緊急調査を実施しました。地震から約2か月という状況の中で、全体で8割を超える医療機関の皆様から回答をいただくことができ、この場をお借りして御礼申し上げます。

各調査項目のまとめとしまして、下のスライド29の(1)被害状況ですが、県全域では、被害件数は全医療機関の半数を超える1,282件、被害額は348億円でした。ただし、被害額については、被害ありの3分の1以上で金額不明との回答でしたので、これが下限と見込んでいます。

なお、当地域は、被害件数はスライド32のとおり52件で県全体の4%、被害額はスライド33のとおり7千万円でした。また、スライド29の下の(2)患者数について、昨年と今年の5月を比較すると、県全域では左の外来患者数は95%、右の入院患者数は99%となりました。

なお、当地域はスライド46のとおり、全体で左の外来患者数は103%、右の入院患者数は104%となりました。

その他、スライド30に県全域に係る(3)震災後の診療状況、(4)震災の影響による課題・行政への要望のまとめや、各調査項目の詳細を整理していますので、別途御覧くださいませようお願いします。資料1の説明は以上です。

<資料2 地域医療構想策定スケジュール(案)について>

資料2の地域医療構想策定スケジュール(案)について説明します。

平成28年度中の策定完了をめざし、当初は5月18日に第3回の開催を予定していましたが、震災の影響で約5か月間延期しました。しかしながら、28年度内完了の目標並びに会議の回数は変えず、年度後半に集中的に議論いただくよう日程を改めて、進めて参りたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

なお、裏面に御参考として、8月末時点の各県の進捗状況をお示ししています。九州では佐賀と大分が策定済みです。資料2の説明は以上です。

<資料3 熊本県地域医療構想（未定稿）について>

資料3の熊本県地域医療構想（未定稿）について説明します。

なお、資料4並びに資料7により補足の説明を随時行いますので、よろしく願います。

表紙をおめくりいただき、目次を御覧ください。

大きく第1章から第7章までに分類して整理していますが、一部についてはこれからの検討後に記述していく箇所もありますので、「作成中」としています。

右のページをおめくりいただき、1ページをお願いします。

第1章の基本的事項です。冒頭に、「誇るべき『宝』である熊本県の医療提供体制の回復・充実に向けて」と掲げ、この誇るべき宝を医療関係者だけでなく、行政、県民が将来に引き継いでいくことが求められていること、ただし、今回の地震が将来人口や地域経済に与える影響が計り知れないこと、そのため、県としては、国の補助金の積極活用を促すなどにより、被災施設の1日も早い復旧・復興を支援し、創造的復興を推進することを記載しています。

2ページの(2)地域医療構想の内容として、上の枠囲みですが、本構想では、構想区域、構想区域における厚生労働省令に基づく病床の機能区分ごとの将来(2025年)の病床数の必要量、構想区域における厚生労働省令に基づく将来(2025年)の居宅等における医療(在宅医療等)の必要量、地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化及び連携の推進に関する事項(めざすべき医療提供体制を実現するための施策)の4つを定めます。

その上で、真ん中の枠囲みですが、本県では、将来のめざすべき医療提供体制の姿として、「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くため、必要な時に必要なサービスを受けられるよう、患者の状態に応じた質の高い医療を効率的に提供できること」と設定したいと思えます。

この実現に向け、下の枠囲みですが、病床の機能の分化及び連携の推進、在宅医療等の推進、医療従事者・介護従事者の確保・育成の3本柱の施策を進めて参ります。

3ページをお願いします。これらの施策の推進にあたっては、枠囲みのとおり、熊本地震を踏まえた課題についても考慮していきます。

右の4ページですが、構想の策定体制・プロセスにつきましては、現時点では作成中として記載を保留しています。

5ページをお願いします。

第2章の熊本県の現状として、推計人口や医療・介護資源の現状等について、県全域のデータを中心に整理しています。

まず、人口の推移・見通しとして、右の6ページになりますが、中程の図表2で、社人研推計と並べて昨年策定した「熊本県人口ビジョン」における将来展望をお示

しています。2010 年が 1 8 1 . 7 万人で、2025 年では社人研推計の 1 6 6 . 6 万人に対し、県人口ビジョンでは 1 7 0 . 6 万人と約 2 % 多い推計としています。

なお、グラフの下の に記載しているとおり、この度の地震により、被災者や被災事業所の移動など様々な影響が懸念されますが、中長期的に人口増減に及ぼす影響を推計することは困難ですので、本構想では、社人研推計や県人口ビジョンの数値を引用することとしています。

7 ページをお願いします。

図表 3 で高齢者人口・高齢化率の推移を、その下に参考として社人研推計に基づく 2010 年から 2025 年、2040 年までの県の人口ピラミッドの変化を掲載しています。

右の 8 ページが高齢者世帯の推移で、単独世帯が増えていく見込みです。

なお、参考として、2010 年における二次医療圏別の 6 5 歳以上の単独世帯割合を掲載しています。

9 ページから「2 医療・介護資源の現状」として、まず (1) 医療施設の状況、右の 1 0 ページに在宅医療関係施設の状況について、県全域並びに圏域ごとに整理しています。

次の 1 1 ページ、1 2 ページにおいて、平成 2 6 年のいわゆる三師調査に基づく、医師、歯科医師、薬剤師数を、次の 1 3 ページで、看護職員数を、保健師・助産師・看護師・准看護師の別で整理しています。

右の 1 4 ページに、(3) 介護施設の状況として、介護保険施設やサービス付き高齢者向け住宅の整備状況を整理しています。

1 5 ページをお願いします。現行の県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画における 2025 年度までの主な介護サービスの見込量です。

右の 1 6 ページに (4) 介護従事者の状況として、昨年、国から示された「2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計」を掲載しています。下の表の一番下の行ですが、県全域では 2025 年度に介護人材が 1 , 5 3 4 人不足すると推計されています。

1 7 ページをお願いします。

第 3 章の構想区域ですが、「1 構想区域の設定の考え方」として、これまでの本部会等で昨年度來說明してきた内容を記載しています。

1 9 ページをお願いします。「2 構想区域の設定」について、現時点では作成中としています。

ここで、資料 7 のスライド 1 をお願いします。

構想区域に関しては、昨年度の部会での議論を踏まえ、熊本地域及び上益城地域以外の 9 地域については、現行の二次医療圏を構想区域として設定すること、熊本地域及び上益城地域については、熊本市医師会と上益城郡医師会で調整し、両者で合意した内容により構想区域として設定すること、そして、これらを次回すなわち今回の各地域部会で審議し、決定することとしています。

この点は、3 月開催の県専門委員会です承をいただいておりますので、後の意見交換において構想区域を決定したいと思っております。

資料3に戻って、20ページをお願いします。

第4章の将来の医療需要・病床数の必要量の推計です。

まず「1法令に基づく医療需要及び病床数の必要量の推計」について記載しています。なお、病床数の必要量とは、これまで必要病床数と表現していたもので、今後は法令上の正式名称である病床数の必要量で表現を統一することとします。

病床数の必要量とそのベースとなる医療需要の推計方法については、昨年度來說明してきたとおり、厚生労働省令で算定式が定められています。

推計のポイントは大きく4点です。

1点目は、高度急性期、急性期及び回復期については、2025年の医療需要を、2013(平成25)年度の1年間のレセプトデータ等に基づき算定される入院受療率に、社人研による2025年の推計人口を掛け合わせて機械的に算出することです。

図表16に機能ごとの境界点をお示ししています。

21ページをお願いします。

ポイントの2点目は、残る慢性期の医療需要については、在宅医療等の医療需要と一体的に推計するという点です。この点が一番分かりづらいところで、具体的な算定に当たっては、図表17の上段の【現状】に係るそれぞれのデータを、まず中段の【2013年推計値】、さらに下段の【2025年推計値】の二段階で回復期・慢性期・在宅医療等にそれぞれ割り振ります。

その際、【現状】の「療養病床の入院患者数」のうちの「(イ)医療区分1の70%」の患者数、及び「一般病床でC3基準未満、すなわち175点未満の患者数」を【2013年推計値】で在宅医療等に割り振り、さらに「療養病床の入院患者数」のうちの「(ウ)地域差の解消」のための患者数についても【2025年推計値】において在宅医療等に割り振ります。これにより、現在、入院医療を受けられている患者の多くが2025年には在宅医療等の患者と算定されるため、これに伴い、後程説明するとおり病床数が減少することになります。

また、「(ウ)地域差の解消」については、図表18のとおり、A、B、C(特例)の3パターンする方法があり、これまでは、県内統一的にパターンAより緩やかな設定となるパターンBを適用した場合の数値を示してきました。

なお、パターンBの特例として目標年次を2025年から2030年に繰り延べできるというパターンCがありますが、当地域はその要件を満たしますので、以降は特例適用の数値で整理します。

ここで、資料7のスライド3から5までを見開きをお願いします。

スライド2と3は資料3に掲載している図と同じもので、スライド4が特例適用要件の詳細、スライド5が推計に今後の取り扱いに係る取扱いを示しています。

次に、スライド6をお願いします。

上半分に資料3やスライド3の図と同じものを再掲していますが、下の枠囲みに記載しているとおり、図の一番下・真ん中の「入院からの移行分」に係る患者への新たな対応が今後の重要な取組となって参ります。

次にスライド7をお願いします。

厚生労働省令の算定式に基づく、当地域における2013年、2025年から2040年までの医療需要の推計値です。

グラフの左が入院、右が在宅医療等を示しており、参考までに1番上に2013年の許可病床数を盛り込んでいます。

当地域は、2013年の医療施設調査における許可病床数が計2,115床ですが、下の医療需要の2013年推計値で「入院からの移行分」として421人/日が右の在宅医療等に含まれ、さらに下の2025年推計値でこの「入院からの移行分」が756人/日に増加するなどにより、左の入院に係る2025年の医療需要は1,121人/日となります。

資料3に戻っていただき、24ページをお願いします。

推計のポイントの3点目ですが、医療需要を算出した後に病床数の必要量を算出するに当たっては、都道府県間並びに県内構想区域間の10人以上の患者流出入数について、医療機関所在地の医療需要（医療機関所在地ベース）と患者住所地の医療需要（患者住所地ベース）の推計値の範囲内で調整する必要があります。

24から25ページにかけて機能ごとの患者流出入表を掲載していますが、25ページの枠囲みのおり、本県は患者のフリーアクセスを最重要視する観点から、現在の受療行動を是認する「医療機関所在地ベース」での算定とすることとしました。

この方針に沿って、東京、福岡、宮崎、鹿児島との調整を完了させました。

26ページをお願いします。

推計のポイントの最後の4点目ですが、病床数の必要量は、図表23のおり、機能ごとの医療需要を全国一律で設定された当該機能の病床稼働率で割り戻すことにより算定します。

病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%で、その結果、当地域の病床数の必要量は図表25のおり、高度急性期82床、急性期360床、回復期398床、慢性期455床で、計1,295床となります。

なお、その下のに記載しているとおり、この厚生労働省令に基づく病床数の必要量は、先程説明した条件のもとに算定した推計値となります。そのため、これから2025年、更にはその先の時点までを見据えた上で、限られた医療資源をいかに効率的に活用し、不足する機能を充足させていくかを中心に、医療・介護関係者、行政関係者、県民等が地域のサービス提供体制等を検討するための材料であり、病床の削減目標を示したものではないということを明記しました。

27ページをお願いします。

この点については末尾の脚注のおり、今年の1月及び3月に各県の担当課長・担当者参集により開かれた厚生労働省主催の「地域医療構想に係る意見交換会」において、同省から、病床数の必要量は「推計値」及び今後の「トレンド」を示したものであること、地域医療構想は「病床削減ありき」ではなく、将来の医療需要を念頭に地域の関係者であるべき医療提供体制の姿を考えるプロセスが重要であること、との説明を踏まえて記述するものです。

さらに、ここには記載できておりませんが、昨年、塩崎厚生労働大臣が国会で「地域医療構想における将来の病床数というのは、医療費削減や病床削減を目的としたものではない」と答弁されていることも確認しています。

併せて、現行の県保健医療計画では、現時点における各圏域の病床の整備目標となる基準病床数を定めています。この基準病床数と病床数の必要量は、趣旨や目的、算定方法が異なる別制度ですが、比較すると表のとおり、当地域では基準病床数より病床数の必要量の方が18床少なくなっています。

こうした点なども踏まえ、現在国で両者の関係性、整合性等を図るための検討が進められており、次期の第7次熊本県保健医療計画で基準病床数を新たに定めることとなります。

28ページをお願いします。

(4)在宅医療等の必要量について、当地域は、資料7のスライド7あるいは本資料の22ページの図表20記載の医療需要である2,246人/日を適用します。

なお、在宅医療等の必要量の確保に向けて、国で「慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型」についての議論が進められていますが、まだ詳細は定まっておられません。

29ページをお願いします。

「2熊本県における将来の病床数の独自推計」を説明します。

(1)基本的な考え方に記載していますが、本県では、地域の実情に即した将来必要となる病床数を検討するため、御承知のとおり、昨年度、一般・療養病床を有する505に上る全医療機関を対象とした聞き取り調査を実施しました。結果の詳細は後程説明しますが、当地域では42の医療機関の方と相対して情報・意見交換を行い、後に述べます病床機能報告には表れない実情の把握に努めたところです。

また、各市町村でも人口ビジョンが策定されていること、さらに熊本地震による被害等を踏まえ、将来をできるだけ多角的に見通し、必要な施策を推進するに当たっては、こうした情報や国が定めた算定以外のデータ等も活用し、地域の視点でも捉えていくことが大事との考えから、3つのパターンによる県独自の病床数の推計値を算出しました。

枠囲みのとおり、パターン が各市町村の人口ビジョンにおける人口の将来展望を反映した医療需要を、聞き取り調査で把握した地域ごとの病床稼働率で除して算定した病床数、パターン が過去の病床数の減少が2025年まで続くとした場合の病床数、パターン が「聞き取り調査」で各医療機関が見込んだ病床数です。

右の30ページから32ページにかけて具体的な推計方法を示していますので、ここでは説明を割愛します。

33ページをお願いします。

その結果として、県全域では図表34に記載するとおり、パターン で24,473床、パターン で28,357床、パターン で29,837床となりました。少し飛んで、44ページをお願いします。

当地域の県独自推計の結果は、図表46のとおり、パターン で1,452床、パターン で1,844床、パターン で2,015床となりました。

45ページをお願いします。

昨年度2015年度の病床機能報告の報告病床数と、厚生労働省令に基づく「2025年の病床数の必要量」及び本県独自推計による「2025年の病床数」との比較の結果

は、図表４８のとおりです。

なお、別紙の資料４は、２０１５年度の病床機能報告の報告病床数と厚生労働省令に基づく「２０２５年の病床数の必要量」の比較の詳細です。

構想策定後には法定の「地域医療構想調整会議」を構想区域ごとに設置し、こうした比較等を通じて、構想の実現に向けた協議を重ねていくこととなります。そのため、実際の協議にあたっては、現在進められている病床機能報告制度の改善等を踏まえるとともに、病床数の推計の基礎となる数値を定期的に見直すなどにより、地域の実情把握や将来見通しの精度を高めることが大事だと考えています。

４６ページをお願いします。

「（５）医療提供体制上の課題」以降については作成中となります。特にこれからは、次の第６章の施策の検討につなげるため、当地域の課題をしっかりと整理することが重要となります。

後程、本資料の３６ページから４２ページまでに整理した当地域の「人口の推移・見通し」や「医療・介護資源の状況」、さらに「資料５」の「聞き取り調査で把握した医療機関からの意見・課題等」を説明し、意見交換を行いたいと思いますので、よろしくをお願いします。資料３について、前段の説明は以上です。

<資料６ 九州各県の地域医療構想の体系（目次）一覧について>

前半の最後になりますが、資料６をお願いします。九州各県の地域医療構想の体系（目次）一覧について掲載しています。

各ページとも、左の熊本県と各県の体系を比較対照できるように整理しています。策定済みが佐賀と大分、素案提示済みが長崎、宮崎、鹿児島、未公表が福岡と沖縄です。定める事項など共通の内容が多くなりますが、本県は「誇るべき宝」から記述をはじめ、２０２５年の病床数の独自推計を盛り込む点が他にない大きな特徴です。

資料６の説明は以上です。

前半の説明は以上で終わらせていただきます。

【平山会長】

ありがとうございました。

まず、今から意見交換に入りますが、資料３の医療構想（区域）の設定についてですが、２次医療圏ということは、有明地区は２つに分けるということですかね。

【事務局】

同じという事です。

【平山会長】

荒尾・玉名とせずに一緒に、という事ですね。

【事務局】（阿南補佐）

医療政策課の阿南と申します。地域医療構想を担当しています。よろしく申し上げます。前回、第２回の本日の専門部会が開催された昨年１１月１９日に議論していただいた際、地域医療構想の設定区域については現行２次医療圏とすることが多数の御意見でした。つまり、現行２次医療圏のとおりで荒尾、玉名は一つのままと。それと、県からは、パターンの一つとして鹿本との統合についていかがでしょうかとの御提案しました、その際、当日の議事録を確認したところ、「鹿本とは別とす

る」という御意見でした。

最終的に、会長の方から「有明医療圏として区域を設定するという事でよいか」と提案し、その際、出席者の皆様からは「良いです」との答えが出されたということが、過去の経緯としてあります。

【平山会長】

ということは、今回「決」をとったがよいか

【事務局】

一年振りなので、お願いしたい。

【平山会長】

医療区域として鹿本と一緒にとの話もあったが、有明地区は、荒尾と玉名一緒に医療構想を考えて行くという事で。では、この方針でよろしいですか。よろしければ挙手をお願いします。

< 全員挙手あり >

【平山会長】

はい。それでは有明保健所管内は、荒尾、玉名を一つとして進めていきたいと思えます。

【平山会長】

いろいろ説明がりましたが、何か先生方ありますでしょうか。

統計が平成25年度の統計。3年前の。どこかの基準で考えないと答えが出ないから。平成25年度のデータを基に考えると。

【安成構成員】

数字の説明をもっと詳しくお願いしたい。資料3の22(ページ)の2013年の推計値の、単位「人/日」とは、どういうふうに見るのか

【事務局】(阿南補佐)

医療需要は推計入院患者数の意味です。1日当たり何人の入院患者が発生するかという計算をしています。そのため「人/日」という表記になっています。その数を基に病床数がいくら必要かということについては、先ほど説明した病床機能ごとに定められた稼働率で割戻して算定しています。

【安成構成員】

訪問診療の2013年、3年前の訪問診療分は県で6,929人/1日。有明では2025年に2,246人/1日当たり必要だろうと。これはどのように計算したのか。

【事務局】(阿南補佐)

資料7-スライド2「2 必要病床数等推計ツールで算出される推計値の振り分け」の在宅医療等の部分が該当する。「現時点で訪問診療を受けている患者数」と、「現時点の老健施設の入所者数」の2013年の推計値があり、これを2025年の推計人口で割戻したものと、入院からの移行分、療養病床医療区分1の7割と地域差の解消分をカウントしたものを総数として計上したものです。

【安成構成員】

分かりません。まあいいです、また後で。

【平山会長】

僕らが理想とするベッド数は、本当に入院が必要な数、ベッド数ということになり、在宅で診療できる分は在宅で、ということになると思います。

【伊藤構成員】

ここにある数字というのは、どういう意味を持つことになるのでしょうか。ただ数字を出したということなのか、現実的に考えてどういう意味合いがあるのか。

【事務局】(阿南補佐)

病床数の必要量ということで、今後の人口動態、疾病率を含みますが、まず、高度急性期、急性期、回復期につきましては、現状の追認型と言いますか、2013年の現状・入院受療率が変わらないとした場合、2025年の推計人口で掛け合わせたものです。一方で、安成構成員から「わからない」とのご意見がありましたが、在宅医療等の部分で、施策の方向性として、地域包括ケアシステムの構築を通じて在宅医療を充実させることによって、先ほどの医療ニーズが低い方については在宅医療等の方で対応していただくという話になっています。

これが、全国統一的に示した場合のパターン、推計という事ですが、こういった数値を念頭に置いて、今後の総人口が減って高齢者が増えていくということはありませんが、今後、医療需要の変化が出てくると思いますので、この数値をどう読み解くか、医療関係者の方で話し合い、自分たちの病院、診療所の立ち位置を決めていただく材料になるものと考えています。

【伊藤構成員】

将来人口は減るのかもしれませんが、高齢者が増えてくると疾病の発生率で考えないと、なかなか人口だけで話がまとまるのかということも考えていただいた方が。人口は減るけども実は医療と介護の需要はもっと増えてしまうと、今の人たちには当てはまらないという事も起こり得ますよね、そこら辺を含めた意味で、これはただ将来に対する考えの数値であるということではないのでしょうか。

【事務局】(阿南補佐)

実際の医療需要、現状のベッド数との比較では落ち込んだ数値に見えますが、2013年度と比べた場合の医療需要についてはやっぱり増えて行っているんですよ。当然のことながら高齢の方の医療需要は高いというデータをそのまま生かしていますのでそこは増えて行っています。一方で、既存の病床数と比較した場合はやや多いというデータが出ています。今後どのような形で受け止めるかということを経済福祉の関係者の皆様方と、有明圏域のことを考えて行くということが重要だなと考えています。

【伊藤構成員】

もう一つ考えてほしいのは医師数ですよ。今のまま行くのかどうかということを考えて行かないと、そこも重要になると思うんですよ。

【事務局】(阿南補佐)

今日で地域部会は3カ所目になります。月曜日は八代(圏域)、火曜日は球磨(圏域)に行きまして、その地域でもやはり医師数の問題、医療従事者は医師だけではなく、看護師その他の確保をどうするか、特に人口が減る中で生産年齢人口がなくなると。医療ニーズ、介護ニーズが高まるのに担い手・働く方が減少していく、これをどうしていくのか、あと働く人の高齢化の問題。この点についてもしっかり

課題として受け止めていくとしています。中々妙案として出ないですが、県庁としても地道な努力を続けていかなければならないと思っていますのでよろしくお願い致します。

【勝守構成員（代理）】

資料1のスライド17、-3で、地域間の患者流出入状況で、有明地域から福岡県へ9.4%の流出なっていますが、矢印が10%以上の太い矢印になっているので印象が全然違うので。最近、荒尾の方は、今回の流出は減っているんですね。医師の移動があって。将来的には呼吸器内科も入る予定になっていますので、そういう現状と将来、何年か先は変わると思いますので、そのあたりの考慮もお願いしたい。

【事務局】（阿南補佐）

失礼しました。スライド17、医科・外来の状況について、福岡県に有明圏域からの流出が9.4%なのに、凡例の10%以上の矢印になっているというご指摘、誠に申し訳ございません。

1点お断りです。この流出流入の状況ですが、この基になっているレセプトデータが国民健康保険と後期高齢者のデータから持ってきたものでございまして、協会健保とか共済組合を含めて入っていません。あくまでも国民健康保険と後期高齢者のデータという位置付けでご理解いただければと思います。

【平山会長】

あくまでも平成25年度のデータを基にしたということで。他に、先生方何か。正直、分かりづらいところがあるが、必要ベット数こうなんだよと。慢性期療養型の在宅のネットがきちんとできて、医療費の削減は当然できるだろうし、僕らも安心して最後まで頑張ろうと、僕らは今頑張らんといかんということでございます。

これは総括的にやっているんですからね。今、県の報告で、実際、実績があって、いざこういうことになってみたら問題点があるだろうという事ですよ。ネットワークの問題もちょっとあるだろうし。

僕らの場合、JMAT、DMATで動いていただきましたけど、JMATで行った先生方も、どこに行ってもいいかわからんと、何もしなくて帰ってきたという先生方もたくさんおられますしね。熊本地震は非常な災害だったんですが、そういう不備な面も表れたということでこれから先きちんとしていかないかんと思います。

他にございませんか。

【安成構成員】

データについて聞きたい。我々が持っている生のデータをここに持ってきましたが、有志で作っています30医療機関の玉名の在宅ネットワーク、これは熊本市の先生も荒尾市の先生も入っています。在宅療養支援診療所自体は、年に1回、自分たちの患者さんについて報告をする義務がありますので、それをずっと4年間に分けて持ってきてます。これは在宅の支援診療所だけでなく他の訪問診療、在宅医療されている先生方全部に呼びかけてしてる分ですが、昨年の7月から28年の6月まで訪問診療、往診を受けた方は、医療機関全部で554人。3年前は314人でした。

これを後10年後、どれくらいまで増やさなきゃいけないのか、供給量をどれだけ私たちが用意しなければならないのかということで、その算定根拠を示していただきたいと思います。それで全部の訪問診療した数で言えばですね、11,630回。それを目標を倍に設定してしまった場合に、本当に私たちマンパワーあるのかと。いろいろな職種の方がいらっしゃると思いますが、医師が動かなければ在宅医療は始まりませんのでその不安感があります。それと、我々がどれだけ余力があるのかという調査を昨年の6月22日から7月28日まで35日間、玉名郡市医師会の方と在宅ネットワークに入っている医療機関の方に行動調査票を付けていただきました。夏休みの宿題です。1日のうちどれだけ医療について、この時間もそうですよね、医療に対してどれだけ時間を割いているかという。回収率は35日間に関わらず28.6%でした。37人の方から。

平均職務時間は7.6時間。結構働いていないと思いきや、6日間日祝がありまして、それを除くと平均9時間の労働時間。最長は12時間から15時間。平均年齢が大体60.1歳です。若い方が入ってくるとは思いますが、それで倍の訪問診療必要数を供給できるとは考えられないので、適正な目標にしていきたいと思っています。

【事務局】(松尾課長)

認知症対策・地域ケア推進課の松尾でございます。よろしくお願いいたします。

受け皿づくり、地域ケアシステムを2025年までに作って行くというのが私どもの考えでございまして、今、安成委員の方からご指摘がありました内容につきましては2つございまして、1つはこれから作りこんで参ります第7次、第8次、第9次の市町村ごとの介護保険事業計画の中で反映していくと、それから圏域ごとに保健医療計画がありますが、第7次が平成30年度からスタートすると思っております、その中でも、そういったご指摘の内容についての反映をさせて行って、どこまで目標を達成できるかという事だろうと思っておりますので、計画づくりの中でご意見を反映させるような仕組みを検討させていただきたいと思っております。

【平山会長】

ほか、よろしいですか。

【星野構成員】

安成先生のお話を聞いて私も思ったんですが、資料7のスライド7ですね、在宅医療等の下、2013年には入院からの移行が421(人)、2025年には756(人)と実際可能な数字なのかなと。

【事務局】(阿南補佐)

厳しいことを言わせていただきますが、資料7の見方ですが、この421人というのは、実際は入院の患者さんの分なんですよね。これを推計値の中では2013年には在宅医療の中で受けているという数字でございまして、ということはどうなるかと言いますと、2025年の部分は逆に756人、これまでの入院でいた方が在宅にという形になります。421人が756人になるのではなく、0が756になるというそんなイメージになります。

現実的な問題として、医療区分1の70%がスパッとシフトしていますので、そこは慢性期と在宅医療を一体的に推計するというところで、地域の実情に合わせて考

えるというオーダーが有りますので、この部分、医療機関と福祉の分野で連携、話し合いの中で決まって行くということになります。

【平山会長】

はい、ありがとうございます。

僕が、玉名地域保健医療センターに行った時のことだけれど、90代の患者さんがほとんどですね。20代が一人、その次が60代で、次は全部90代ですね。

これから僕たちが年取って、病気で入院したならば・・・今、介護職員がいない。ご存じの通り東京の介護難民がこっちに来るといううわさもあるし、50何万人来ると、そういう意味では非常に目標が高いと、今、安成先生が言われたように僕らの体力も持たないし、今から先、構想で数値を上げるというのは非常に大変かもしれませんが、県のこのデータを参考にしてこれから先、後2回ぐらいあるんですね（専門部会）、それである程度有明地区の構想を策定していきたいと思います。

【平山会長】

それでは8時になりましたので、総論はこれでよろしいですか。

それでは、これから後半の有明地域の部分について説明をお願いします。

資料説明【事務局】

<資料3 熊本県地域医療構想（未定稿）について>

それでは資料3の先程保留しました部分につきまして、お時間を10分ほどいただきましてご説明させていただきます。

資料3の熊本県地域医療構想（未定稿）について、36ページをお願いします。

(1)人口の推移・見通しを整理しています。の総人口の推移について、社人研推計によると、2025年は148,269人となり、2010年を100とした場合の指数で87.8となります。の高齢者人口・高齢化率の推移について、65歳以上人口は2020年に54,949人でピーク、75歳以上人口は2030年に33,620人でピークとなり、高齢化率は65歳以上は2040年まで上昇、75歳以上は2035年がピークとなります。

37ページをお願いします。

2010、2025、2040年の人口ピラミッドを掲載していますので、御参考ください。

また、2010年における65歳以上の単独世帯は11.3%と、県平均の10.1%を上回っています。

38ページをお願いします。

(2)医療・介護資源の状況を整理しています。の医療施設数・病床数について、実数、県内シェア、人口10万対は図表39の左の表のとおりです。

全国の10万人当たりの数を100とすると、右のレーダーチャートのとおり、当地域では病院数は111.7、診療所数は101.7、病床数は123.3となり、上回っていますが、歯科診療所数は84.3と下回っています。

39ページをお願いします。

在宅医療関係施設数について、実数、県内シェア、人口10万対は図表40の左の表のとおりです。県全域の10万人当たりの数を100とすると、右のレーダー

チャートのとおり、当地域では在宅療養支援病院は92.3、在宅療養支援診療所は140.3、在宅療養後方支援病院は0.0、在宅療養歯科診療所は119.9、訪問看護ステーションは80.9及び在宅患者訪問薬剤管理指導は74.6となります。

なお、全国比較が可能な在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の人口10万人当たりの施設数について、昨年4月1日時点の全国平均との比較で、在宅療養支援診療所は全国11.5に対し当地域が17.3、在宅療養支援病院は全国0.8に対し当地域が1.9でいずれも上回っています。

40ページをお願いします。の医療従事者数について、医師・歯科医師・薬剤師数の実数、県内シェア、人口10万対は図表41の左の表のとおりです。

全国の10万人当たりの数を100とすると、右のレーダーチャートのとおり、当地域では、医師（診療所）は106.9となり上回っていますが、医師（病院）は57.5、歯科医師は73.3、薬剤師（薬局）は59.9、薬剤師（医療施設）は78.0となり下回っています。

41ページをお願いします。看護職員数について、保健師・助産師・看護師・准看護師、また日本看護協会の認定看護師、さらに訪問看護師における保健師・助産師・看護師・准看護師の実数、県内シェア、人口10万対は図表42の左の表のとおりです。

全国の10万人当たりの数を100とすると、右のレーダーチャートのとおり、当地域では、保健師は143.1、看護師は114.3、准看護師は184.9となり上回っていますが、認定看護師は81.8、助産師は52.8となり下回っています。また、訪問看護師については、看護師は164.4となり上回っていますが、准看護師は20.9、保健師及び助産師は0.0となり下回っています。

42ページをお願いします。の介護施設数について、本年2月1日現在における介護保険施設、グループホーム、特定施設、地域密着型特定施設、サービス付き高齢者向け住宅の整備状況は図表43のとおりになります。資料3の説明は以上です。

<資料5 地域医療の実情把握のための聞き取り調査結果について（確定）>

続きまして、資料5の地域医療の実情把握のための聞き取り調査結果について（確定）をご覧ください。

こちらの資料5については、全地域がまとめられておりまして、有明圏域におきましては14ページから17ページにデータ及び意見・課題等を整理しています。

14ページをお願いします。当有明圏域では、42の調査対象機関の全てから回答をいただきました。主なポイントとして、当地域における機能別の病床稼働率及び平均在院日数は、1の（2）の表にあるとおり、高度急性期が46.3%・4.6日、急性期が67.5%・13.6日、回復期が78.4%・44.6日、慢性期が89.8%・208.1日となりました。また、6年後の2021年における病床数の見通しは、現状維持が81%となりました。

15ページをお願いします。2025年における病床数の見通しは、現状維持が64%で、見込み病床数は機能未選択、不明を含めまして最大で2,015床でした。

4の在宅医療の実施状況と2025年における見通しについては、現在は57%の実施で1か月あたりの患者延べ数が477人、2025年は55%の実施で703人でした。5の必要な取組みについては、「病床の機能分化・連携」では「連携に係る人材の確保・養成」が39%で最も多く、「在宅医療の充実」では「在宅医療に取り組む医師の確保のための研修」、「看取りに対応できる看護職員の養成のための研修」、「退院後の療養生活の相談に乗る窓口配置する看護職員や医療ソーシャルワーカーの育成のための研修」これら3項目がそれぞれ20%前後で多い結果が出ております。

16ページをお願いします。この聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等として、「(1)病床の機能の分化及び連携の推進」については、地域における病床機能の分担整理を望む等の御意見が、「(2)在宅医療の充実等」については、在宅の患者さんに複数の医療機関が連携して対応する仕組みが必要等の御意見が、また、「(3)医療・介護従事者の養成・確保」については、看護師、介護士等の確保に苦慮されているとの課題が、「(4)その他」については、医師の高齢化等で将来的に有床診療所の数が足りなくなるのでは等、御覧のとおりのお見込みがありました。

資料5につきましては以上になります。

以上、説明を終わらせていただきます。

【平山会長】

今、有明地域のことについてありましたが、先生方。歯科は足りないんですね。

【犬束構成員】

歯科の犬束です。これで示されたデータの根拠になるのはレセプトの請求ですか。歯科の訪問診療の分。

資料3、39ページの在宅医療施設数のところの出典。

【事務局】(阿南補佐)

医療従事者の数につきましては、2年に1回行っていきます三師調査の数を基にしています。(資料3の)11ページ、26年10月1日現在における医療施設の従事者数として、届出数が有りますので、その分を出しています。施設数については、県庁に許可等のデータがありますので、そちらから取ったということになります。

【犬束構成員】

歯科についてですけどもかなり温度差がありまして、診療される先生は頻繁にされますけども、まったくという先生も結構おられます。その辺の意識づけというのもこれから必要となってくる。当然、在宅のケースが多くなって来ると思いますので、その辺も歯科医師会の方も考えて行かなければならないと思っている。

【事務局】(阿南補佐)

県歯科医師会の浦田会長からも、医科と歯科の連携について非常に重要視されておりまして、一緒にやっていくんだということを県の全体委員会でもご説明されておりまして、ご協力をよろしくお願ひしたいと思っております。

【平山会長】

資料は終わりましたが、荒尾市医師会から。

【藤瀬構成員】

荒尾市医師会では、今回も荒尾市医師会としての意見をまとめてみましたので、今から時間をいただきまして説明をしたい。・・・

【中村構成員】 < 別途配布された資料を基に説明 >

地域医療構想に当たっての意見ということで、荒尾市医師会の意見をまとめたので、読み上げさせていただきます。

第1の構想区域については全く異論はないということ。

2の「慢性期機能の必要病床数における特例の適用について」及び3の「在宅医療等で対応することとなる患者数の内訳とその対応について」に関しましては、現状においては、慢性期機能からの受け皿となる在宅医療の提供体制のめどが立っていない状況ですので、より必要病床数が多いBパターンで推計することは妥当と考えております。

ただし、Bパターンによる推計でも必要な病床数が充足するとは思えませんので、この推計病床数は必要最小限の病床数と考える必要があるかと思えます。この件は地域医療構想に明記すべきではないかと考えています。

次に、地域包括ケアシステムの構築に向けた慢性期の医療・介護ニーズへ対応するための新たなサービス提供類型等が示されていましたが、介護保険施設等への転換を行うという事であれば、あくまでも介護保険事業計画の範囲内となるため、平成30年からの第7期介護保険事業計画において、入院からの移行分患者数等の増加に対応したサービス量を確保されていることが前提になるのかなと考えています。

4番の「患者流出入数の調整（県間・県内）に係る方針について」ですが、国から示された地域医療構想策定ガイドラインにおいて、「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」とされていたと思うんですが、今回「患者のフリーアクセスを最重要視する観点から」という文言が入って来てまして、「医療機関所在地ベースで調整」とされていますが、これに関しては非常に違和感がありまして安易に賛同できないかなという点。

そもそも、現状で患者が圏域を超えて受療している最大の要因は当該圏域内の医療資源が不足していることにあり、言い換えれば、圏域内では受療したくてもできないという患者にとって不利益な状況があると考えています。

こうした現状を打破し、将来の目指すべき医療体制の実現に向けた施策をまとめることこそが地域医療構想の最大の目的と考えていますが、これは有明医療圏だけでなく、熊本県全体としても再度認識を確かめておく必要があるのではないかと考えています。少なくとも急性期、回復期及び慢性期の機能区分、高度急性期以外ですね、については、できるだけ構想区域内で対応するという従来の方針を再確認すべきではないかと考えています。

以上を踏まえまして、病床数の必要量はあくまで推計値であり、病床の削減目標を示したものではないということについては、大いに賛同するところであります。

なお、有明医療圏から福岡県、特に荒尾市から大牟田市への患者流出に関する直

近の動向として、先ほどお話もありましたけども、荒尾市民病院の循環器内科の医師数が増加したことなどにより、現に流出患者数が減少していると思われている。このことは地域医療構想の計画期間内においても、病床数の必要量については、医療提供体制の変化に応じて、柔軟に随時見直されるべき性格のものではないかと考えます。

次の5の「構想区域ごとの状況」に関しましては、荒尾市においては急性期機能を担う荒尾市民病院と、急性期から慢性期、在宅医療までを担う医師会、また、介護や福祉分野とも連携を密にすることで、市内でも地域完結型の医療提供体制の整備が進められていますが、先月から開講したボランティア養成講座には予想以上の一般市民の参加があり、市全体としても地域医療への関心が高まっているという印象をもっております。

熊本県のモデル事業として支援を得て、在宅ネットあらおをはじめとした在宅医療の推進に着手してからほぼ3年余が経過しておりますが、事例検討会や研修会を重ね、医療や介護および福祉分野における多職種間での顔の見える連携は着実に深まっていると考えています。

今後、現在の荒尾市民病院および公立玉名中央病院の新病院建設の議論が進められているかと思いますが、急性期機能の役割分担がその中でより一層進められるものと考えています。

ただ、両自治体病院の特長については、前回の第2回専門部会で提出した資料のとおり、既にある程度の役割分担が進んでいると考えていますが、有明医療圏の入院医療需要が最大となるのは2025年ですが、その時に、急性期機能の病床数が不足することが推計では予測されている。今後、不足が予測される急性期病床に関しては、有明圏域で新病院建設に際して調整する必要があるのではないかと考えています。

最後に、「将来の目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策において」ですけれど、荒尾市においては、市域面積が狭く平坦という地勢も相まって、いわゆるきめ細やかな医療提供体制が整いつつある状況であります。地域完結型医療の提供体制については、全国的にも先進的な取り組みとして認識されているかと考えています。

このような取り組みについては、将来の目指すべき医療提供体制の実現に向けた代表的な施策として、全国的にもモデル的なものになるのではと考えています。

荒尾市民病院の新院建設基本構想ですけど、この中には新病院が有明医療圏において中心的役割を果たしている機能、がんや脳卒中、急性心筋梗塞、救急などについて、増加する医療需要への対応方針などがまとめられていますし、地域医療構想に向けても、施策の中に盛り込むことができるものと考えています。

以上、荒尾市の構成員でまとめたものであります。

【平山会長】

ありがとうございます。玉名ではこういったものを作ってはいませんが、それに向けて動いてはいます。

【浦田構成員】

玉名市医師会の浦田です。この地域構想に定めなければならない4つの事項について、まず、構想区域には異論はないということです。2番目の病床数ですが、必要病床数については、熊本県は独自の聞き取り調査をされて独自の推計をされて数値が出ている訳ですね。それには厚労省の推計ツールよりもはるかに現実的な医療数が含まれていると思います。その中で、県独自の推計による有明の必要量を考えて行きたいと思っています。

3番の居宅ですけど、安成先生が言われました通り玉名の在宅ネットもかなり頑張っているんですが、それでも五百数十の患者さんしか診ていない。今後、在宅の患者さんが増える中、担当する医師が高齢化していく一方で困難な局面を迎えるのでないかと、そう思っています。

もう一点、職種の人間の数もそうなんですが、玉名郡市も荒尾市同様、新たな中核病院を建設する。しかもそれは従来の規模よりもより大きな、これは郡市医師会立の医療センターと経営統合することによって大きな病院です。それによって今まで不足していた医療を補うということで施設の展開の仕方によって、またその方向も変わってくるんだろうと思います。

そういう人並びに物の変動も必要病床数を決めるには考慮していただければと思っています。

【中野構成員】

現実的にはですね、正にここに書いてあったとおり、圏域内では需要があってもできないという患者にとって不利益な状況が現実にあって、これを解消すべくこれらの病院、当病院もそれから荒尾市民病院さんも今努力をされていて、その努力が両病院ともこの数年間ある程度実っている。10年間後変わらなければそのまま変わらないと言えるんですけど、両病院ともレベルアップしているんですね。

私のところも、私も院長になって8年目ですが、医者数が28人だったのが51人いる、常勤で。患者さんの需要をそれだけ、まだ不足をしているが良くなったという現実がありますので、こちら辺を考慮していただきたいというのがあります。

もう一つは、国、厚労省自体が全国どこでも平等な医療を受けられるということ、確かどこかで言ったような気がするんですね。大臣だったか省の幹部だったか正確に覚えていないんですが、そうするとやはりこの圏域内で受診したくてもできないということ、全国どこでもではできないかもしれないけれど、我々のこの有明はそう遠くない将来に更にレベルアップしようという時に、ベッド数の削減ではないと先ほど言われたのでちょっと安心はしたんですが、なんとなくこれまでの国のベッド数を制限するというような雰囲気は漂っていたので、そのようにならないように願っております。

あと一つですね、2025年、30年というのが少し違っているのではないかと思います。それは例えば資料3の36ページ、有明の高齢化の見通しで75歳以上がピークを迎えるのが2030年であると。人口推計は正確と言われているのでその通りだと思うんですが、これが医療のニーズと何となくみんな捉えてしまっているんですが、そうではないと思うんですね。と言うのが、65歳から74歳、お隣に座っている方はそうして、ぴんぴんしてまして、せいぜい血圧の薬を飲んでいるかは僕は知りませんが65歳から74歳は前期高齢者で75歳以上が後期高齢者と決まっているのでこのようなグラフになるのは仕方がない事なんですが、

実際の患者さんの受療状態は80(歳)を少し過ぎたころからが、一気に医療需要が増えてくると私は思います。統計を取っている訳ではないんですが、私は整形外科ですので骨折の患者だけを見ると、今、ピークが85(歳)を超えたぐらい、85.何歳ぐらいと思うんです。他の循環器であろうと呼吸器であろうと似たような状況としますので、この括りが75歳以上で括っていると、まだ結構元気な方が入っていてこのグラフ見てわかるように後期高齢者の数の方が多いんですよ。これを例えば半分に割るとかすればもっと医療需要の現実が見えると思います。

そうするとどうなるかと言えば、おそらく医療需要のピークがもう少し後ろにずれるとというのが現場からの印象です。だからそれをベースに考えるべきではないかと、日本全国これがベースになっているんだけど、ちょっと現実は違うと。ちょっとと言ってますけど、実は結構大きく違うと思っているしだいです。

【平山会長】

いろんな忌憚のないご意見が出ましたが、何かまだ言い足りない条項は。

【勝守構成員(代理)】

最初の資料で熊本地震の資料があったと思うんですが、熊本地震があったことで病床というのはある程度空ベッドが必要じゃないかなという反省が僕はあると思うんですけど、そういう事はないんですかね。先ほどの熊本地震の説明の中には出てこなかったと思うんですけど。

【事務局】(阿南補佐)

空ベッドと言いますとベッドを維持するコスト、普段使わない病床を持つという理解でよろしいでしょうか

【勝守構成員(代理)】

そうですね。病床は稼働率がものすごく高くないと維持できないようなシステムじゃないですか。そのあたりの見直しはないのかなと言う事です。

【事務局】(阿南補佐)

今回地震に際し、県北の医療機関におかれましては受け入れ等を大変していただいたと聞いています。その際、今でも通常の場合一時的に105%ルールという、病床数の5%増しまでは良いという分があったんですが、今回もその規定を継続してまして5%と言わず緊急避難的な措置を取るという話になっています。

日常的に50床しか持っていないところが80床持つとくとかは、その分の医療スタッフを揃えとか大変なことだと思いますので、その辺はまた、お考えを詳しく聞かしていただければと思います。

空床を持つという意味合い、恒常的に空ベッドを持たなければいけないのか、地震が会った際に緊急的に一時的に増やせるというのが今の制度上なっていますので、どちらかと言うとそちらの方が合理的でなかろうかと考えております。

【勝守構成員(代理)】

病院を合併するとき病床数を減らすと補助金が出るじゃないですか、あれはどうなんですか。

【事務局】(阿南補佐)

耐震化の話でしょうか。

【勝守構成員（代理）】

いやいや全体で病床数を減らそうということを考えているわけでしょ。人口も減るから。国の施策として。

【事務局】（阿南補佐）

国の補助金の中には、前提として病床数を減らさなければならないというものもあります。それは国の一部の補助金の方針の中で、病床過剰地域、今の保健医療計画の中で基準病床数、今、必要とする病床数より既存病床数が多い地域において、病院が建替え等を行う場合については、補助金を貰うのであれば、特に耐震化の助成はそうだったんですが、10%減らしてくださいという制度はありました。

そういった補助金もあるということで、全ての補助金がそうかと言えばそうではないということです。

【勝守構成員】

欧米あたりではわざと使わないベッドを大きい病院に用意しておいて、災害の時に対応しようという発想があると思うんですが、そういう考え方に転換しないでいいのかなということです。熊本地震を経験したことで。

【事務局】（阿南補佐）

空床にする、空きベッドにするということはコストの話がございます。その分は税金で賄うとか、そのようなイメージでしょうか。

【勝守構成員】

すいません僕は経済的なことは良く分かりませんので。

【事務局】（阿南補佐）

確かに余裕があったら病床は有った方が良いと思いますが、日常的に賄うための維持コスト等を考えますと、緊急避難的にいざ災害が起こった場合に際してのみ200床しか持てないところが220床まで持てるなど、そういった制度の方がまだ合理的ではないかと思うんですけど。

基準病床数を超える中でベッドを多く持つという意味合いは、その分医療スタッフも必要なわけですからそのコストはどうするのか、診療報酬は入ってこないわけですから、そこをどうするのか悩ましい部分がありますね。

【中野構成員】

よろしいですか。

今の話、阿南さんの話もなるほどと。私はここで事実だけお伝えしておきたいと思います。

熊本地震があって、結局、100人ちょっとぐらい患者さんがやって来ました。いっぺんに100人来たわけではない。たまたまその時期が、例年は患者さんが多くない時期だったんですが、比較的多かったんですね、それで、患者さんが何人来るか分からないもんですからとにかくベッドを空けないと、どれくらい来るか見当がつかないと。結局、患者さんを一生懸命説得して、転院をしていただいてベッドを空けてニーズの分だけ受け入れることが出来ました。ですからこれは病院の経営とかじゃなくて、住民の安全と言うような観点から、どこか各拠点の病院の余力のベッドが、この計算では急性期が75だったですかね、というぐらいになってはいるんだけど、時期によってはほとんどみんな埋っていて、たとえば夏の気候がいい時には60%だけど冬は95%ぐらい埋っているところに更に何かあった時には

どこも受け入れられないと。今回は比較的、被害を受けられた方には申し訳ないけれど狭かったですよね。比較的病院の被災が、熊本市民病院以外の大きな病院はまあまあ何とかあったので、周りで、熊本市内でも受け入れたし何とかないけれど、これが県外に患者さんが移動したという本当に熊本で受け入れられなかったのかという、ある病院が、久留米大学系列の病院が久留米大学病院に移しちゃったから県外に移っている訳で、実際にそんなに病院がなかったわけではないけれど、もうちょっと大きいのが来たら、本当に県外まで運ばなきゃならない。実際にヘリで運べるといっても運べる人数は限られている訳で、そういう住民の安全という意味で、もう少し基幹病院には余力のベッドがあってもいいじゃないかというご意見なんだろうと、私も経営のことは別にして、それは必要じゃないかなという感じはいたします。

【平山会長】

はい。ありがとうございました。

貴重な意見たくさんいただきましたが、我々の要望を聞いていただいてですね、ご検討いただければと思います。他にございませんか、時間も来ましたけれど。

【事務局】(阿南補佐)

荒尾市医師会様がせっかくペーパーをまとめてありますので、現時点の考え方を説明してもよろしいですか。

【平山会長】

はいどうぞ。

【事務局】(阿南補佐)

このような形でまとめていただいて、私どもも参考になり、勉強になりました。

1点目の圏域構想のところはよいとして、2、3点目の、推計について必要最小限の病床数と考えるべきではないかというご主張なんですけども、そうした考えはいわゆる基準病床数の考え方です。これは医療計画に基づくものです。一方、病床数の必要量はあくまでもこれは推計値です。「必要最小限」ではなくてあくまでも推計値だということで、この点については先ほどのご説明でご理解いただければと思います。これを必要最小限と言ってしまうと、アッパーがあるのかと言った話になってしまうので、今回の病床の必要量と言うのをあまりガチガチに考えない方がいいのかなと考えます。

震災前ですが、国からも熊本県の策定の進捗度が遅いと言われました。なんで病床数の議論にこだわっているんですかとか相当言われました。どちらかと言うと今日いただきました地震の時の課題とか、高齢化の問題とか有明圏域でどんな課題があって、2025年を考えるとときに必要なこと何かと言うことを中心に議論してくださいと言う事でした。

次の患者流出入の県間・県内間の方針について、「患者住所地で考えるべきではないか」というご意見です。この考え方はごもっともです。。これが理想だと思いますが、今回につきましては、それをやろうとした場合、例えば福岡県とか熊本市から何床分必要なんですかと、自分たちで受け入れるんですか、その見通しはどう

なっているんですかという話になってしまい、結局協議してまとまらなかった場合は今までどおりの医療機関所在地ベースとしますというルールであります。

先ほど会長の方から話しがありましたとおり、あくまでこれは2013年度を限定して推計した病床数でございますが、裏面にもありますけども、この期間中でも必要となる病床数は随時見直すべきではないかという意見が多く、県から出されており、本県もこうした動きになるよう働きかけを行っていきたいと思います。これは各県も2013年度だけをベースに必要な病床数を決めていいのかと、これがいわゆる不足する機能に対する基準になるものですから、病床機能報告との比較で不足する病床数はどれだけかと言うのがありますので、これは重要な話だと思います。そういった意味で実績を見ると、今は医師が隣の区域にいるから行っているけど、こちらの区域の病院に来れば患者さんの受療動向も変わると。これは当たり前のことでありまして、確かこの有明圏域の専門部会で1回お叱りを受けたんですよ。「なぜ行政は2次医療圏単位で患者さんの動向をみるのか」と。実はこの荒尾、大牟田の医療圏の連携が非常に良くできているという評価を聞いておりまして、これは第6次の医療計画で記載されています。本当にこういう決め方をしなければいけないのは私たちも心苦しいところです。そのため、境界線を作ってこの圏域だけで考えるわけではなくて、今までどおり他の医療圏と連携というのをぜひやっていただきたいと思います。理想は当然ながら自分達の圏域で患者・市民を守るのはわかりますが、他の医療機関の資源というのも上手く活用しながら、距離的にも普通ならば生活圈も一体というのもありますので、その辺もご理解いただければと思います。

あと、構想区域の状況について、在宅の話とか地域のご意見ということで参考にさせていただきたいと思います。将来の目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策、また、荒尾市民病院のこととか書いてありますので、今後必要な施策の参考にさせていただければと思っています。

ここで1点だけ、5番の一番下の なんですが、急性期機能の病床数が不足することが予測されているとありますが、実は患者住所地で見た場合が不足するということがございまして、医療機関所在地ベースで見た場合はちょっと過剰なのかなというのが今日の資料4であります。この点については申し訳ありませんが、構想の議論としては医療機関所在地ベースで進めていくというご理解をお願いします。

ただし、他圏域への流出を食い止めるという取り組みについて否定するものではありませんので、それに向けて頑張っていただければと思っています。

すいませんけど、このような回答でございます。

【平山会長】

はい、ありがとうございます。

【平山会長】

ご意見も出たようですので、事務局へお返しします。

閉会【事務局】

平山会長並びに皆様方には、大変熱心にご協議いただき、ありがとうございました。本日いただいたご意見等により、資料3の肉付けを進めて参ります。

なお、次回の部会は、資料2のスケジュールでお示ししたとおり、11月または12月に開催したいと考えております。

具体的な日程等につきましては、おってご連絡さしあげます。

また、お手元に「ご意見・ご提案書」を置いております。

本日ご発言できなかったことや新たなご提案などがありましたら、お帰りになられてからでもご記入いただき、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。

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。

大変ありがとうございました。

《以上》