

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)

平成28年9月30日
熊本県健康福祉部

目 次

○ 集計対象データ	P 1
○ 調査結果の概要【県計】	P 2
○ 熊本県計	P 4
○ 熊本地域	P 6
○ 宇城地域	P10
○ 有明地域	P14
○ 鹿本地域	P18
○ 菊池地域	P22
○ 阿蘇地域	P26
○ 上益城地域	P30
○ 八代地域	P34
○ 芦北地域	P38
○ 球磨地域	P46
○ 天草地域	P50

<集計対象データについて>

① 聞き取り実施期間	H27.12.9 ~ H28.3.18
② 調査対象医療機関【当初想定】 (許可病床数)	513 (31,296床)
③ 年度内無床、休院、廃院等医療機関 (許可病床数)	8 (145床)
④ 調査対象医療機関 [②-③]	505 (31,151床)
⑤ 回答を得た医療機関 (許可病床数)	488 (30,915床)
⑥ 回答率 [⑤/④]	96.6% (99.2%)

【参考：地域ごとの状況】

地域	説明会開催日	聞き取り実施期間	① 調査対象医療機関【当初想定】 (許可病床数)	② 年度内無床、休院、廃院等医療機関※ (許可病床数)	③ 調査対象医療機関 [①-②] (許可病床数)	④ 回答を得た医療機関 (許可病床数)	⑤ 回答率 [④/③]
熊本	H27.11.19 H27.11.20	H27.12.14 ~ H28.2.25	202 (14,130)	2 (38)	200 (14,092)	188 (13,933)	94.0% (98.9%)
宇城	H27.11.30	H28.1.18 ~ H28.2.15	28 (1,507)	1 (19)	27 (1,488)	27 (1,488)	100.0% (100.0%)
有明	H27.12.9	H28.1.12 ~ H28.2.29	42 (2,089)	0 (0)	42 (2,089)	42 (2,089)	100.0% (100.0%)
鹿本	H27.11.25	H27.12.9 ~ H27.12.25	18 (828)	0 (0)	18 (828)	18 (828)	100.0% (100.0%)
菊池	H27.11.26	H27.12.17 ~ H28.2.4	33 (3,074)	0 (0)	33 (3,074)	33 (3,074)	100.0% (100.0%)
阿蘇	H27.11.30	H27.12.21 ~ H28.1.28	16 (884)	1 (14)	15 (870)	15 (870)	100.0% (100.0%)
上益城	H27.11.30	H28.1.12 ~ H28.2.22	23 (1,075)	0 (0)	23 (1,075)	23 (1,075)	100.0% (100.0%)
八代	H27.12.1 H27.12.2	H28.1.7 ~ H28.2.5	48 (2,174)	2 (36)	46 (2,138)	46 (2,138)	100.0% (100.0%)
芦北	H27.11.24	H27.12.16 ~ H28.1.29	23 (1,403)	0 (0)	23 (1,403)	23 (1,403)	100.0% (100.0%)
球磨	H27.12.3	H27.12.17 ~ H28.2.18	30 (1,465)	1 (19)	29 (1,446)	27 (1,414)	93.1% (97.8%)
天草	H28.1.16	H28.2.18 ~ H28.3.18	50 (2,667)	1 (19)	49 (2,648)	46 (2,603)	93.9% (98.3%)
熊本県計			513 (31,296)	8 (145)	505 (31,151)	488 (30,915)	96.6% (99.2%)

※ 年度内に無床、休院、廃院等の医療機関については、病床機能報告の対象外となるため、本調査からの対象外とする。

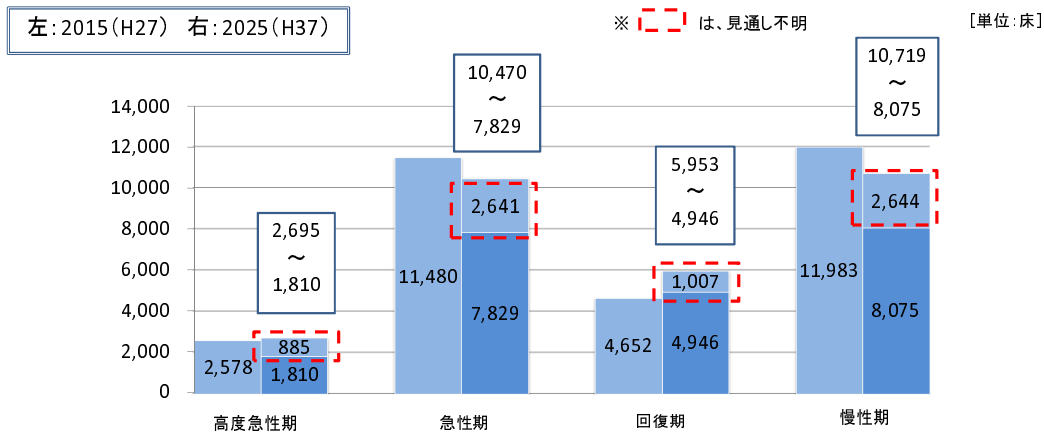
- 当該集計データのうち、病床数の見通し等は、あくまで現時点の予定であり、回答があった医療機関の今後の予定を拘束するものではありません。

調査結果の概要【県計】

1 平成27年度病床機能報告と2025(平成37)年の見通しについて

(1) 許可病床数

- 平成27年度病床機能報告では、高度急性期が2,578床、急性期が11,512床、回復期が4,671床、慢性期が11,983床。
- これに対し、2025(平成37)年における見込み数は、高度急性期が1,810床、急性期が7,829床、回復期が4,946床、慢性期が8,075床。
- なお、2025(平成37)年は、見通し不明と回答されたものについて、当該不明分を平成27年度の病床数でそのまま計上すると、高度急性期が2,695床、急性期が10,470床、回復期が5,953床、慢性期が11,983床。



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
(参考) 2025年必要病床数推計	1,870	6,010	7,048	6,161	21,089

※医療機関所在地ベース。慢性期は、パターンB(熊本、菊池)及び特例(宇城、有明、鹿本、阿蘇、上益城、八代、芦北、球磨、天草)で推計

(2) 病床稼働率・平均在院日数

- 平成27年度病床機能報告における病床稼働率は、高度急性期が90.3%、急性期が71.4%、回復期が74.0%、慢性期が82.9%。
- 平均在院日数は、高度急性期が9.4日、急性期が13.9日、回復期が45.8日、慢性期が165.7日。

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
病床稼働率 [単位: %]	90.3	71.4	74.0	82.9	77.4
(参考) 厚労省令の 必要病床数算定式 に用いる病床稼働 率[単位: %]	75.0	78.0	90.0	92.0	
平均在院日数 [単位: 日]	9.4	13.9	45.8	165.7	24.5

2 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

- 現在、回答があった医療機関の約53%が在宅医療(往診、訪問診療)を実施しており、1か月あたりの患者延べ数は7,914人。
- これに対し、2025(平成37)年における見込み数は、約56%が在宅医療(往診、訪問診療)を実施し、1か月あたりの患者延べ数は12,137人。

	実施医療機関の割合	1か月あたりの患者延べ数
現状の実施状況	53%	7,914人
2025(平成37)年における実施の見通し	56%	12,137人

3 「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

(1)「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み

① 病床機能を転換するための施設の整備	18%
② 病床機能を転換するための設備の整備	15%
③ 療養病床から介護施設等へ転換するための施設の整備	4%
④ 療養病床から介護施設等へ転換するための設備の整備	3%
⑤ 病床機能の分化・転換に伴う職員の研修・教育	23%
⑥ 連携に係る人材の確保・養成	37%

(2)「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み

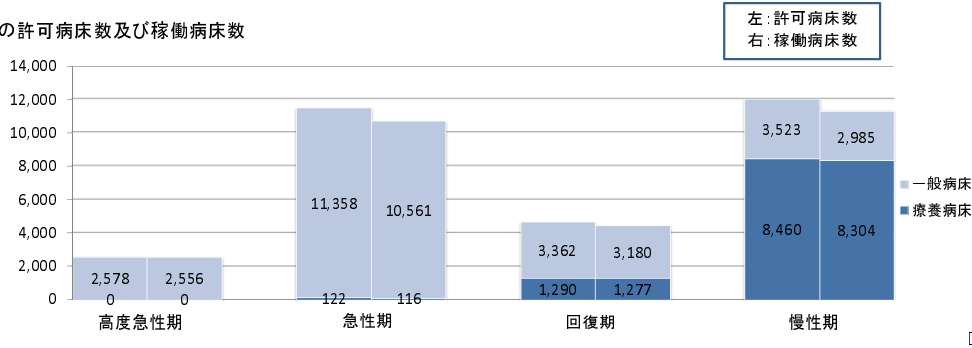
① 在宅医療に取り組む医師の確保のための研修	18%
② 在宅医療に取り組む看護職員の確保のための研修	25%
③ 取りに対応できる医師の養成のための研修	10%
④ 看取りに対応できる看護職員の養成のための研修	17%
⑤ 退院後の療養生活の相談に乗る窓口配置する看護職員や医療ソーシャルワーカーの育成のための研修	18%
⑥ 医療依存度の高い患者や小児等患者への対応力向上のための研修	9%
⑦ 在宅歯科医療を実施するための人材の確保	2%
⑧ 在宅歯科医療を実施するための設備の整備	1%

熊本県計

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	513(31,296床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	8(145床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	505(31,151床)
④回答を得た医療機関	488(30,915床)	⑤回答率	96.6%(99.2%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



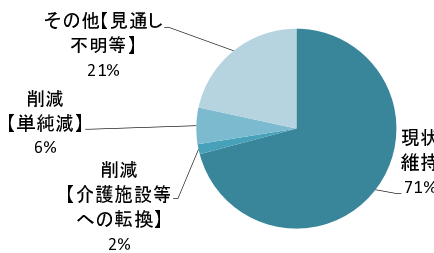
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	2,578	2,556	11,358	10,561	3,362	3,180	3,523	2,985	222	19	21,043	19,301
療養病床	0	0	122	116	1,290	1,277	8,460	8,304	0	0	9,872	9,697
計	2,578	2,556	11,480	10,677	4,652	4,457	11,983	11,289	222	19	30,915	28,998
(参考)休床		22		402		65		184		123		796

(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

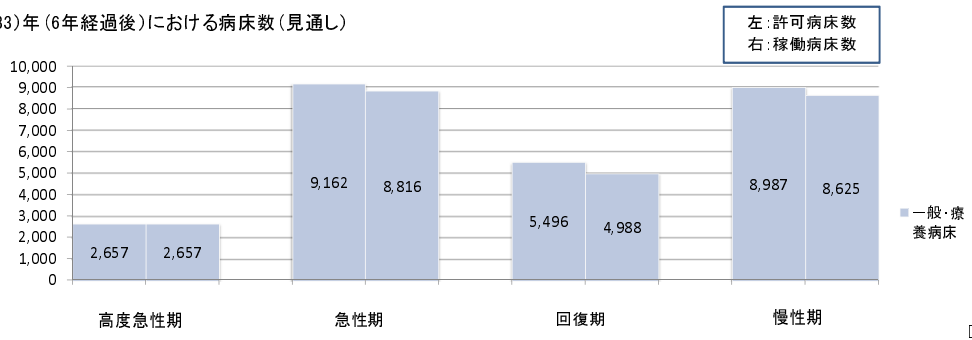
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体※
新規入院患者数(年間)	90,472	218,182	27,832	21,773	358,259
在院患者延べ数(年間)	849,478	2,993,473	1,255,707	3,624,419	8,723,077
退院患者数(年間)	90,386	213,488	26,944	21,965	352,783
病床稼働率	90.3%	71.4%	74.0%	82.9%	77.4%
平均在院日数[単位:日]	9.4	13.9	45.8	165.7	24.5
(参考)厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見直し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見直し)



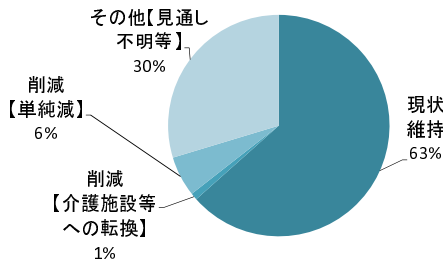
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	2,657	2,657	9,162	8,816	5,496	4,988	8,987	8,625	26,338	25,086	804
見直し不明※		82		1,381		437		1,780		3,773	機能未選択93床を含む。

※見直し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

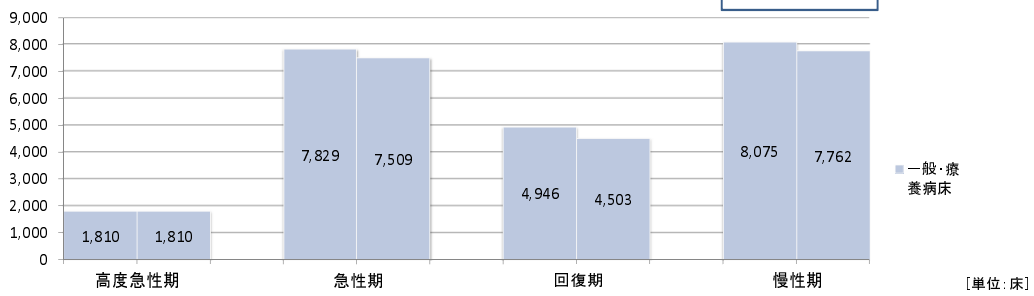
機能未選択36床を含む。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し



(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)



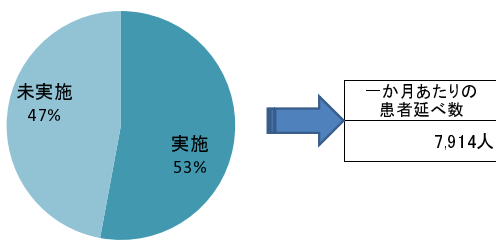
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	1,810	1,810	7,829	7,509	4,946	4,503	8,075	7,762	22,696	21,584	949
見通し不明		885		2,641		1,007		2,644		7,270	
見込み病床数 【許可病床ベース】	1,810	~2,695	7,829	~10,470	4,946	~5,953	8,075	~10,719	22,696	~29,966	
(参考)2025年 必要病床数推計		1,870		6,010		7,048		6,161		21,089	

※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(6年後の予定)の据置き。

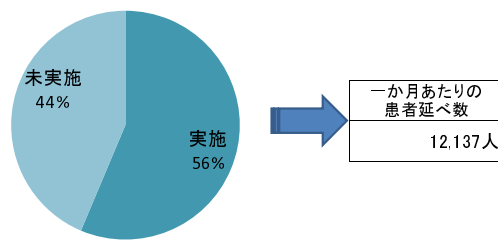
機能未選択36床を含む。
※医療機関所在地ベース
※慢性期は、パターンB(熊本、菊池)及び特例(宇城、有明、鹿本、阿蘇、上益城、八代、芦北、球磨、天草)で推計

4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

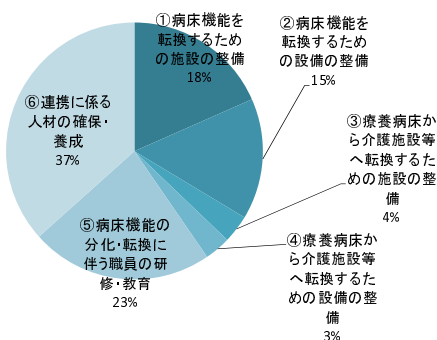


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

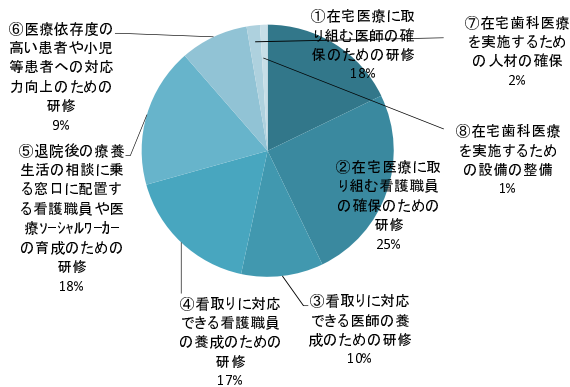


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み

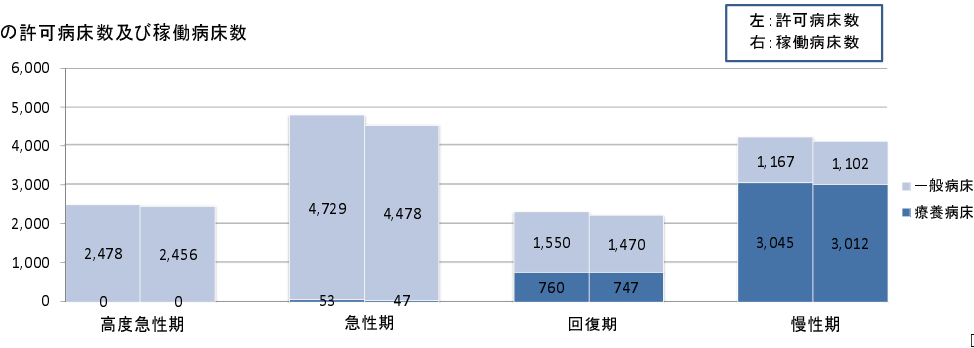


熊本地域

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	202(14,130床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	2(38床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	200(14,092床)
④回答を得た医療機関	188(13,933床)	⑤回答率	94.0%(98.9%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	2,478	2,456	4,729	4,478	1,550	1,470	1,167	1,102	151	19	10,075	9,525
療養病床	0	0	53	47	760	747	3,045	3,012	0	0	3,858	3,806
計	2,478	2,456	4,782	4,525	2,310	2,217	4,212	4,114	151	19	13,933	13,331
(参考)休床		22		153		22		53				324

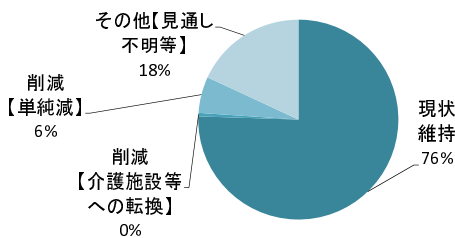
(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体 [※]
新規入院患者数(年間)	87,184	108,120	13,515	8,607	217,426
在院患者延べ数(年間)	820,814	1,254,194	626,841	1,328,937	4,030,786
退院患者数(年間)	86,504	105,774	12,987	8,732	213,997
病床稼働率	90.8%	71.9%	74.3%	86.4%	79.5%
平均在院日数[単位:日]	9.5	11.7	47.3	153.3	18.7
(参考)厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

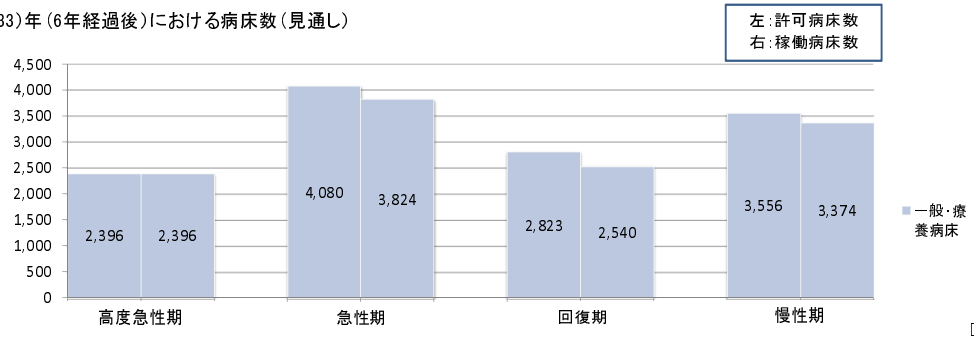
※機能未選択は除く。

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見通し)

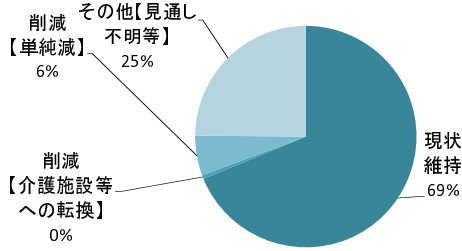


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	2,396	2,396	4,080	3,824	2,823	2,540	3,556	3,374	12,855	12,134	196
見通し不明 [※]		82		557		150		25		882	→機能未選択68床を含む。

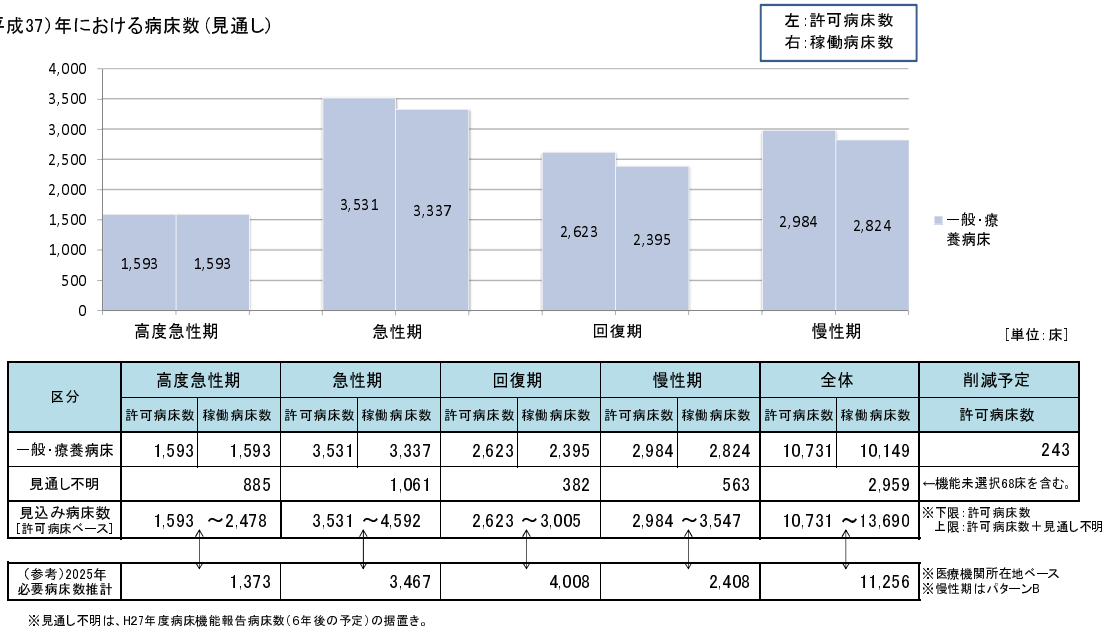
※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し

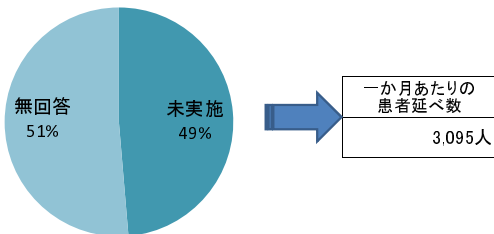


(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)

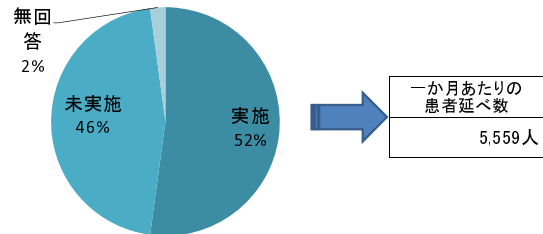


4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

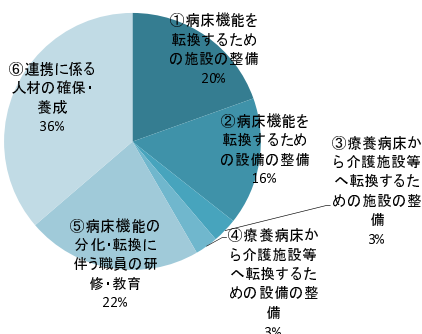


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

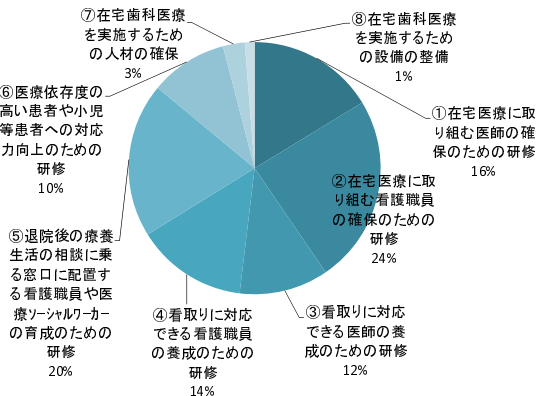


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 回復期を目指すとしても近隣の病院との連携もあるし、慢性期のニーズもある。地域でのバランスもある。
- 地域包括ケア病床は使いがてがよい病床。落ち着いたらまた在宅等に戻ってもらえるし、いざという時に受け入れるところがあれば、家族も安心して在宅で看ることができるのではないか。ただし、地域包括ケア病床は病棟単位でしかとれないため、ケアミックスの病院は転換が困難。

(2) 在宅医療の充実等

- 在宅医療について、24時間対応は現実的ではない。
- 在宅医療の充実については、病院同士の連携が大切。近隣病院同士が協力し、各々の得意分野を活かして、輪番で回していければよいのではないか。患者の情報を医療機関間で交換・連携できればよい。
- 医療ニーズの高い方を地域でどのように看取っていくのか。在宅看取りは家族の負担も大きいので、レスパイトの充実も考えていかないといけない。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

- 産婦人科医は減少傾向で、女性の割合は増えてきているが、自身の妊娠を機にサポートに回るため、減少傾向が加速される傾向。
- 医師の高齢化が課題。夜間の患者対応も疲れたと言っているし、在宅もほとんど対応できない。
- 地域包括ケア病棟を増やすことを考えているが、看護師確保などが課題。
- 夜勤に対応できる看護師の人員配置に苦慮。
- 退院後、老健、特老、在宅等へつないでいく人材が必要。

(4) その他

- 平日の病床稼働は多いが、週末は患者を退院させる関係で入院患者数は減る。単純に病床稼働率だけで病床削減の議論となっては困る。
- ある期間は稼働していないが、ある期間は稼働しているケースがあり、特に単科専門

はそういうケースがあるので、病床稼働率のみで削減しないでほしい。

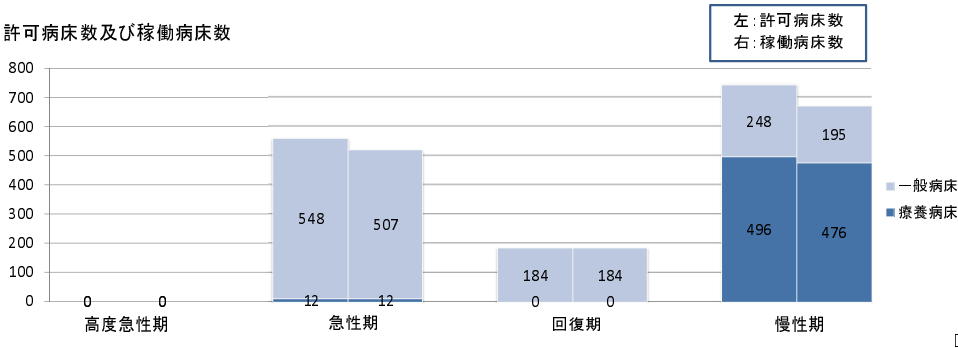
- 稼働率だけで判断すると、必要ない入院が増えてくるのではないかと懸念している。入院基準などが明確になればいいと思う。
- 空床があるから無駄というわけではない。災害時などのために有床診のベッドは必要である。
- 救急指定の病院は均等に受け入れてほしい。指定を取るだけで受けない病院が多すぎる。
- 施設の入所よりも入院のほうが費用が安い。
- DPC係数などで、同じ医療を行っても医療機関によって医療費が異なる状況であるが、このような医療を続けていいのか疑問に思っている。
- 熊本の救急医療体制は全国的にみても非常に整っている。熊本県の医療は熊本市に集中しているが、それでもうまくいっている状況。そんな中で、構想区域を設定し、区域ごとに検討していくのはいかがなものか。細かい区域設定にこだわらないというやり方も検討してもらいたい。
- 今回の構想の考えは、高齢者対策に偏りすぎではないか。周産期医療・小児医療の対策が弱いように感じる。

宇城地域

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	28(1,507床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	1(19床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	27(1,488床)
④回答を得た医療機関	27(1,488床)	⑤回答率	100.0%(100.0%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



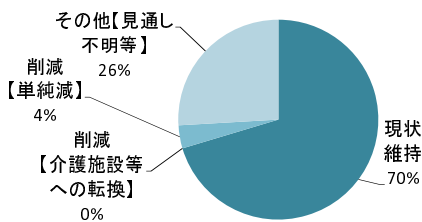
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	0	0	548	507	184	184	248	195	0	0	980	886
療養病床	0	0	12	12	0	0	496	476	0	0	508	488
計	0	0	560	519	184	184	744	671	0	0	1,488	1,374
(参考) 休床	0	0	0	0	0	0	23	0	0	0	23	0

(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

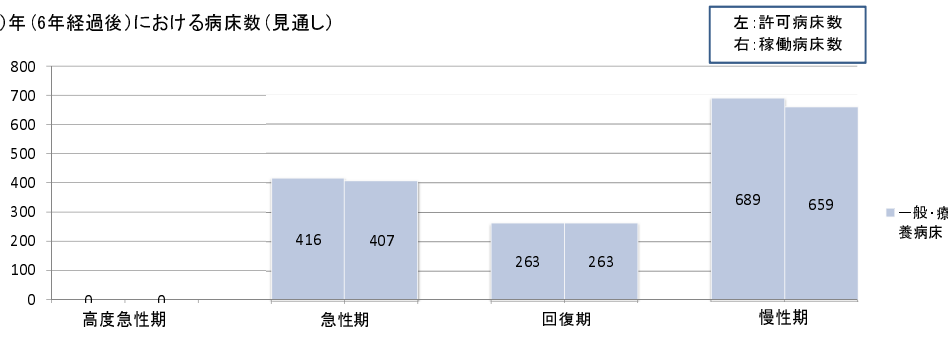
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	0	10,085	1,473	1,369	12,927
在院患者延べ数(年間)	0	151,330	63,184	225,940	440,454
退院患者数(年間)	0	10,213	1,480	1,355	13,048
病床稼働率	-	74.0%	94.1%	83.2%	81.1%
平均在院日数[単位: 日]	-	14.9	42.8	165.9	33.9
(参考) 厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見通し)

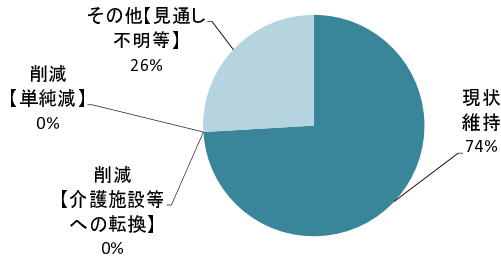


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	0	0	416	407	263	263	689	659	1,368	1,329	20
見通し不明※	0	0	40	40	0	0	60	60	100	100	

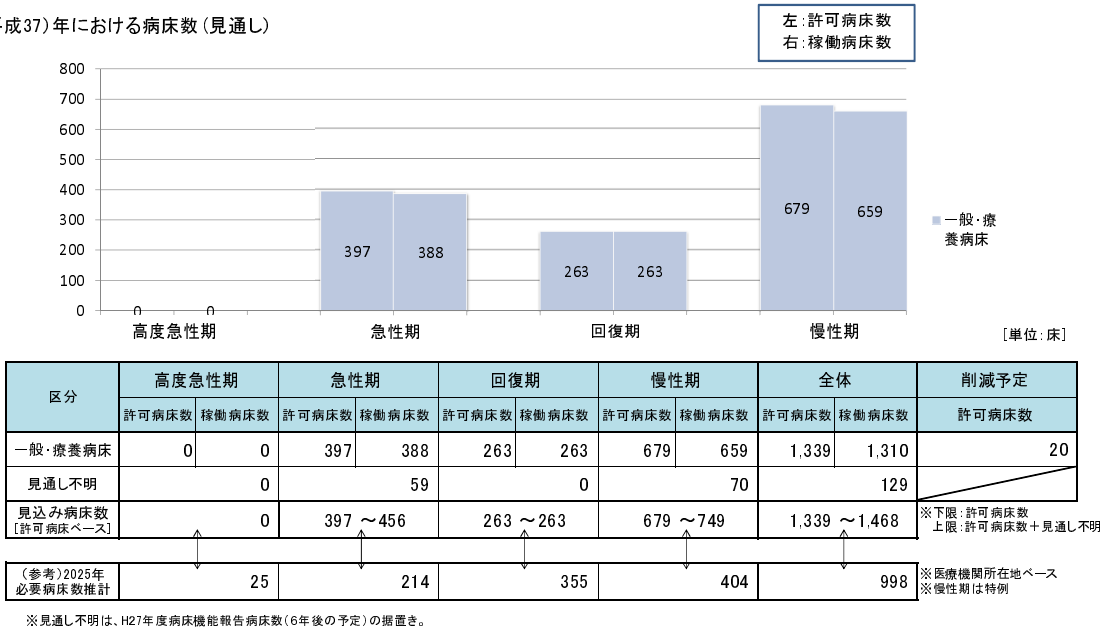
※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し

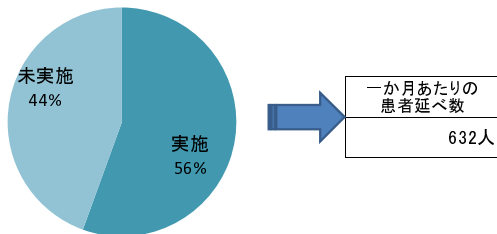


(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)

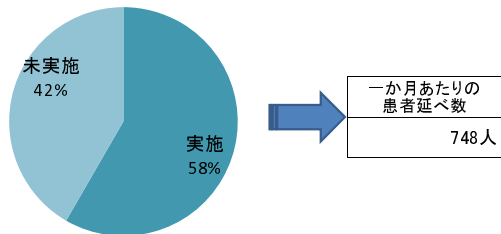


4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

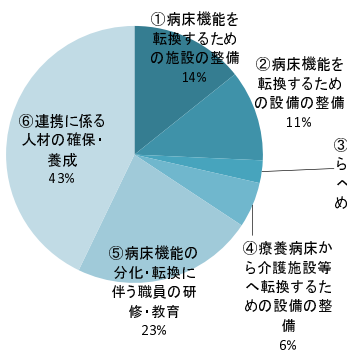


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

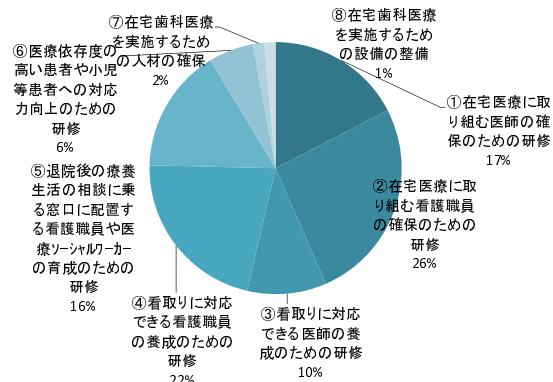


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 医療機能の連携にあたって、連携に係る人材の確保・養成が必要である。
 - ・「病診連携というが、病院が診療所の患者に対応できるか不安」
- 療養病床の機能転換について、方針が未定である医療機関が多い。

(2) 在宅医療の充実等

- 在宅医療に取り組む医師が不足している。
 - ・「医師不足により訪問先が増やせない」
 - ・「医師不足により在宅医療の実施ができない」
- 在宅医療に取り組む看護師が不足している。
 - ・「正看護師不足のため実施できない」
- 訪問看護に関する住民への広報・啓発が必要である。
 - ・「訪問看護を勧めても家に他人がはいるのを好まない方が多い」
 - ・「住民が、訪問看護と訪問介護の区別がつきにくいようだ」
- 在宅医療を行う医師を後方支援するための体制・施策が必要である。
 - ・「在宅医療は夜間休日も対応しなければならず医師の負担が大きすぎる」

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

- 医師、看護師が不足している。
 - ・「立地が不便であり医師確保が難しい」
 - ・「医師不足により入院患者が増やせない」
 - ・「在宅医療・看取りに対応できる看護師の養成が必要」

(4) その他

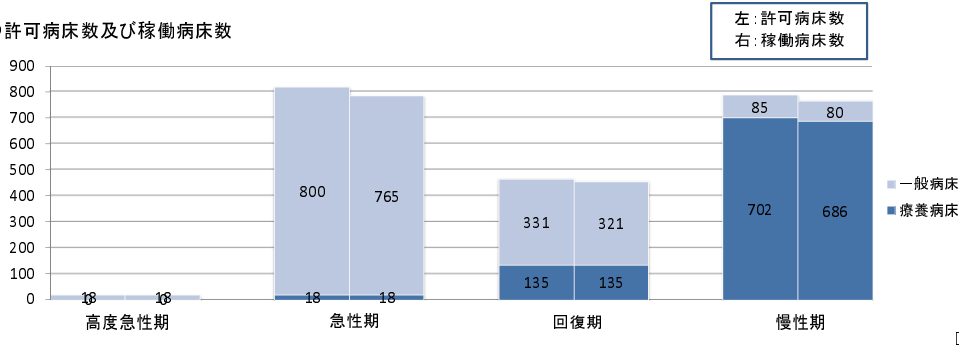
- 「将来の見通し（医療政策）が不明」と回答した医療機関が多い。
 - ・「医療行政がすぐ変わるので先の見通しが建てられない」
- 政策医療（へき地、小児、周産期）に準じ、対象（精神科、障がい児）が特定される病床については、きめ細やかに検討する必要がある。
 - ・「臓器別有床診療所の位置づけが必要」

有明地域

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	42(2,089床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	0(0床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	42(2,089床)
④回答を得た医療機関	42(2,089床)	⑤回答率	100.0%(100.0%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



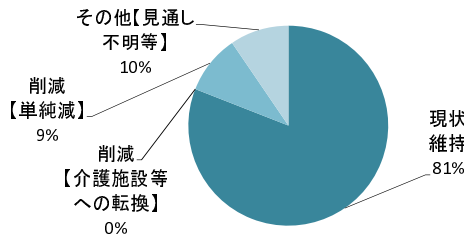
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	18	18	800	765	331	321	85	80	0	0	1,234	1,184
療養病床	0	0	18	18	135	135	702	686	0	0	855	839
計	18	18	818	783	466	456	787	766	0	0	2,089	2,023
(参考)休床		0		15		0		9		0		24

(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

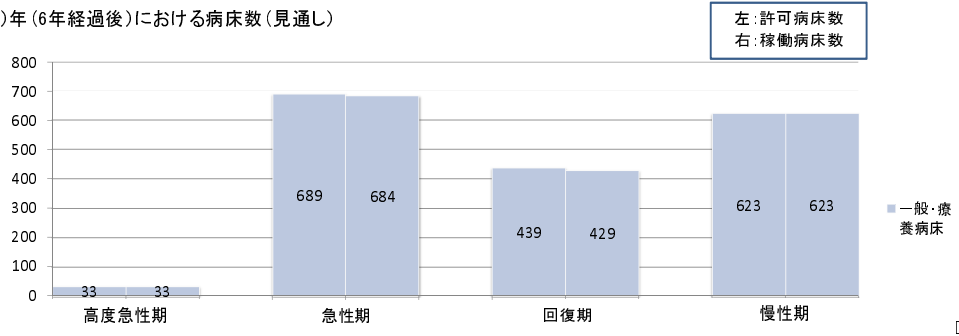
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	338	15,911	3,234	1,271	20,754
在院患者延べ数(年間)	3,044	201,474	133,267	258,094	595,879
退院患者数(年間)	990	13,754	2,738	1,209	18,691
病床稼働率	46.3%	67.5%	78.4%	89.8%	78.1%
平均在院日数[単位:日]	4.6	13.6	44.6	208.1	30.2
(参考)厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見通し)

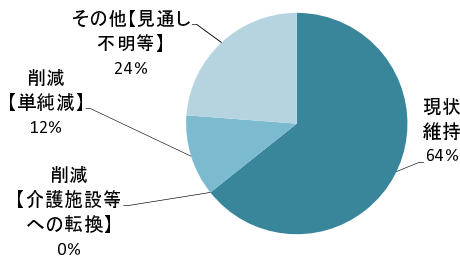


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	33	33	689	684	439	429	623	623	1,784	1,769	56
見通し不明※		0		0		55		194		249	

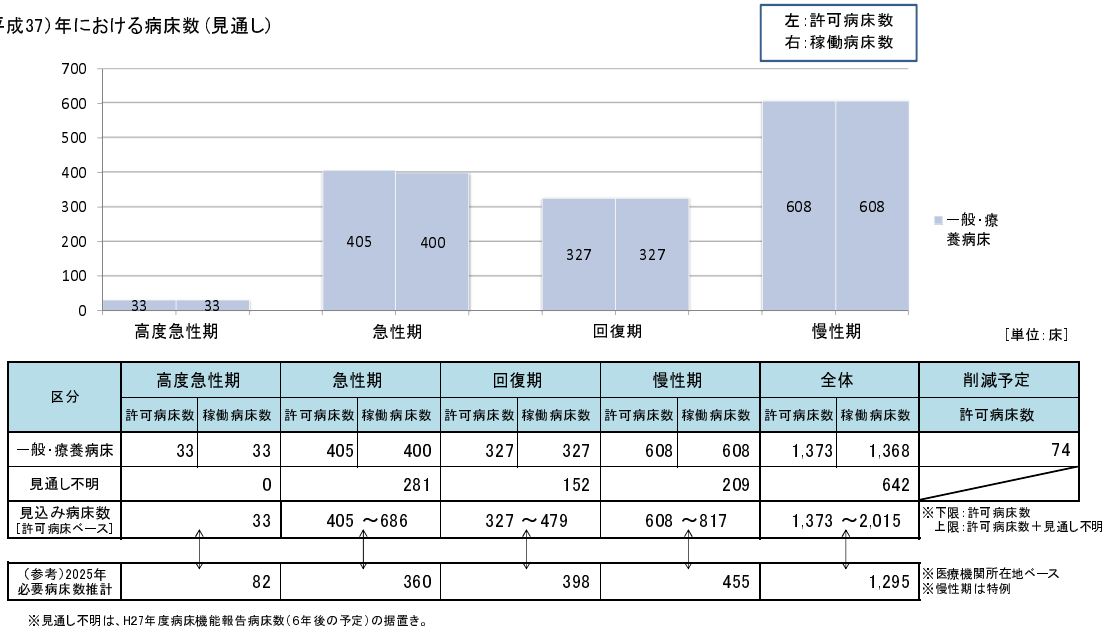
※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し

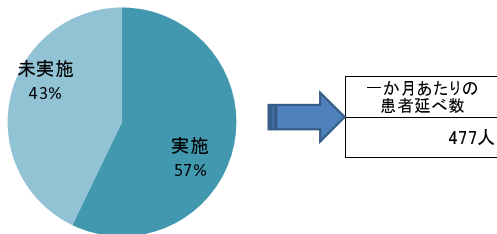


(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)

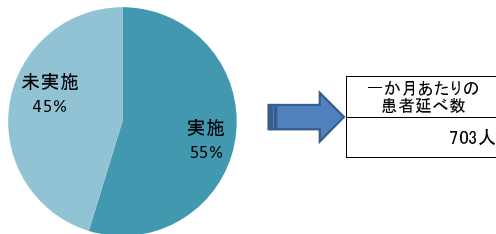


4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

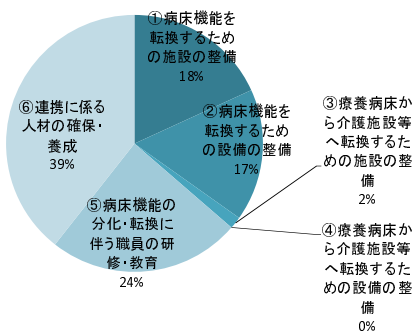


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

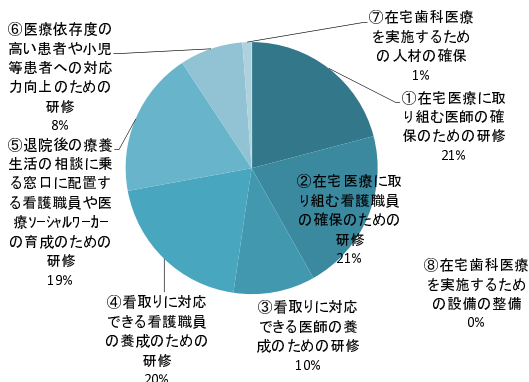


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

《荒尾・玉名共通》

- 回復期をどこが担うかなど、地域において公的病院、民間病院、有床診療所、高齢者福祉施設の機能分担の整理が必要である。行政主導の検討を望む。
- 病床機能報告における病床機能区分の定義が曖昧である。診療点数による区分が適当と思われる。また、診療点数は病院単位で設定されるが、病床機能報告は病棟単位であり情勢に応じた対応がとりづらい。
- 介護療養病床の今後の取扱いが不明確なため、病床機能の転換等の判断ができない。
- 病床機能転換をスムーズに進めるには、社会インフラ（上下水道や光ファイバー等）の整備が必要。

《荒尾》

- 荒尾市民病院の小児科の充実を望む。

《玉名》

- 地域の中核的病院に産婦人科の再開を望む。
- 脳卒中に対応できる病院が、圏域では荒尾市民病院しかなく玉名市等の患者は熊本市に行っている。地域完結型が望ましい。

(2) 在宅医療の充実等

《荒尾・玉名共通》

- 夜間の往診等、在宅の患者を一人の医師で対応することは難しい。複数の医療機関が連携して対応する仕組みが必要。
- 急性期を過ぎた患者を、病院から地域の有床診療所にスムーズにつなぐシステム構築が必要。
- 在宅を勧めても、家族や本人が不安を訴える場合がある。在宅介護関連施設は充実してきているが、それでも家族の負担は大きい。高齢者を家庭で介護する家族を支援する施策を充実させなければ在宅を希望する人は増えない。一例として、自宅で介護するには住環境の整備が必要。特に低所得世帯を念頭に置いた経済的支援が必要。また、退院をスムーズに進めるためには医療ソーシャルワーカーや看護師の要請が不可欠。
- 在宅医療に対する保険点数を上げて、医療機関のメリットを増やす必要がある。現状の保険点数では有床診療所で終末期の患者を診ることは経営的に厳しい。また、点滴等の医療行為は往診では難しく有床診療所の存在意義は大きい。施策は有床診療所を維持しづらい方向に向いている。

- 特別養護老人ホームの入所者や家族の中には、施設内（病院に転院せず）で看取りを希望されるケースが増えている。看取りに対応する施設職員の研修が必要。
- 家庭の介護負担を考えると 24 時間ケアできる小規模施設を増やす必要性を感じる。また、訪問看護ステーションの充実（看護師確保）も必要
- 都市部から離れており、24 時間の在宅医療に携わる医療スタッフの確保ができない。
- 在宅での看取りを推進するには、尊厳死の問題をきちんと整理する必要がある。
- 地域には認知症の高齢者も多い。認知症対策のさらなる充実を望む。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

《荒尾・玉名共通》

- 専門職（看護師、介護士など）の確保が大事。県の施策として力を入れて欲しい。
- 地元の看護学校を卒業しても都市部に流出してしまう傾向が強い。また、就労していない有資格者掘り起し等を実現する施策が必要
- 有床診療所は看護師、介護士等のスタッフ確保に苦勞している。

(4) その他

《荒尾・玉名共通》

- 将来的には病床数減はやむを得ないと思うが、職員処遇等の問題もあり、急激な変革は困る。計画的に進めてほしい。
- 有床診療所は、一定の患者数が確保できなければ維持は難しい。医師の高齢化、看護師等のスタッフ確保が困難等の理由で、将来的に有床診療所は足りなくなるのではないかと。

《荒尾》

- 県境を跨いで住民の生活圏が一体化している荒尾市と大牟田市において、医療・介護・福祉の連携を効率的に図るには行政同士の話し合いが必要
- 福岡県との患者の流入出があるという実情を踏まえて検討してほしい。本県の医療資源を無理に削減するのはやめてほしい。

《玉名》

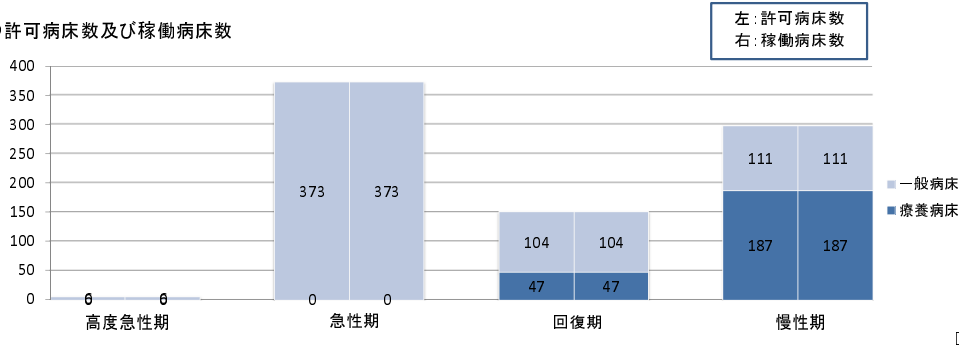
- 医療資源が豊富な都市部を前提とした施策だけでは、田舎は成り立たない。過疎地域に対応した施策の充実を望む。

鹿本地域

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	18(828床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	0(0床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	18(828床)
④回答を得た医療機関	18(828床)	⑤回答率	100.0%(100.0%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	6	6	373	373	104	104	111	111	0	0	594	594
療養病床	0	0	0	0	47	47	187	187	0	0	234	234
計	6	6	373	373	151	151	298	298	0	0	828	828
(参考) 休床		0		0		0		0		0		0

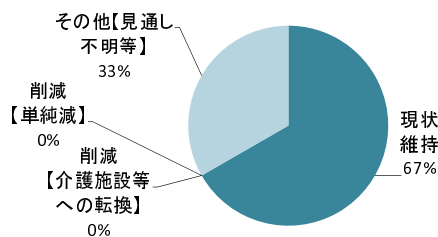
(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	93	5,306	1,055	902	7,356
在院患者延べ数(年間)	401	101,393	30,001	62,766	194,561
退院患者数(年間)	93	5,437	1,078	872	7,480
病床稼働率	18.3%	74.5%	54.4%	57.7%	64.4%
平均在院日数[単位: 日]	4.3	18.9	28.1	70.8	26.2
(参考) 厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

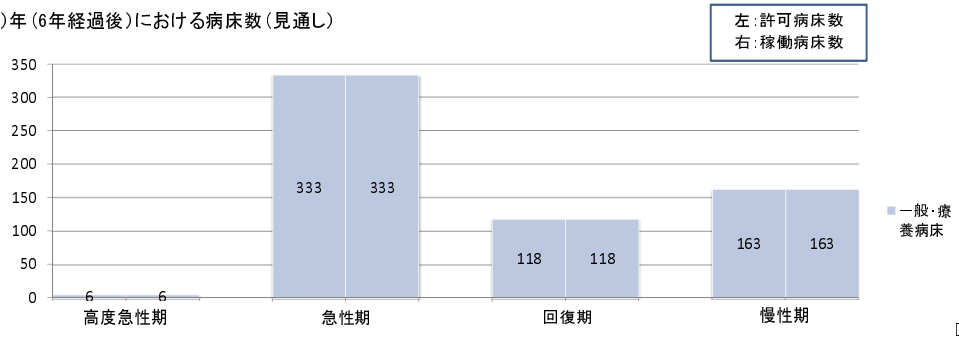
[単位: 人]

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見直し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見直し)

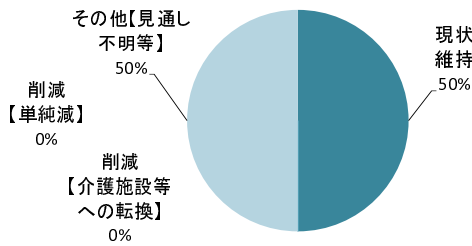


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	6	6	333	333	118	118	163	163	620	620	19
見直し不明※		0		65		28		96		189	

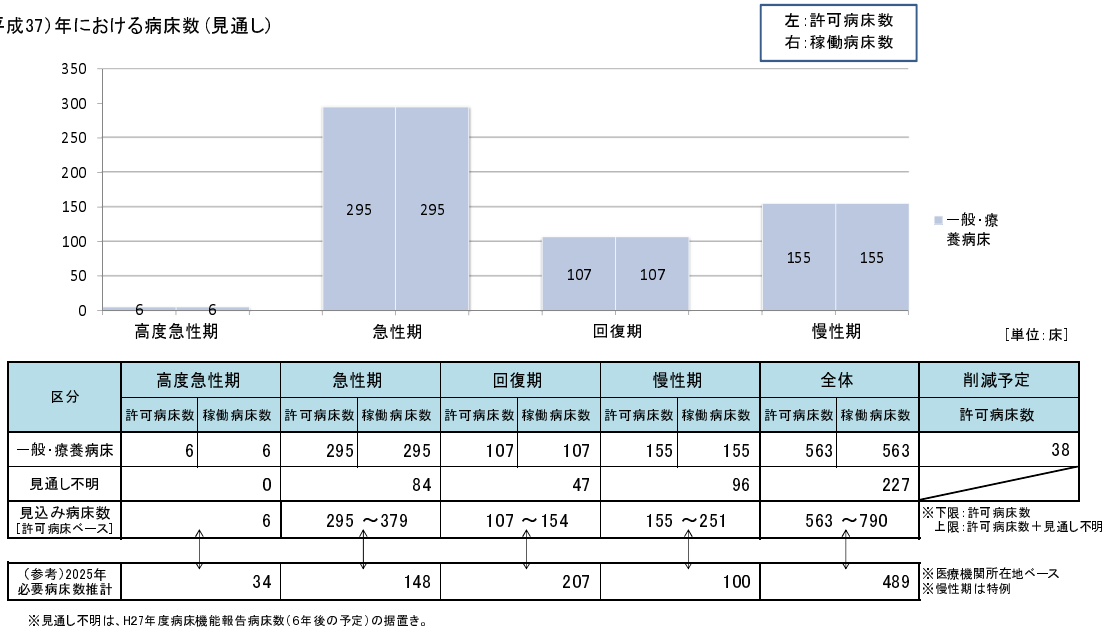
※見直し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し

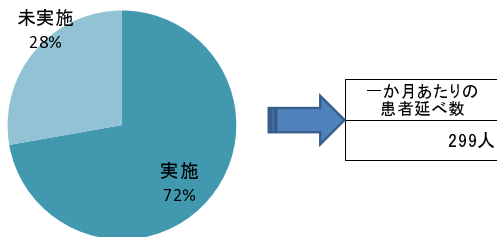


(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)

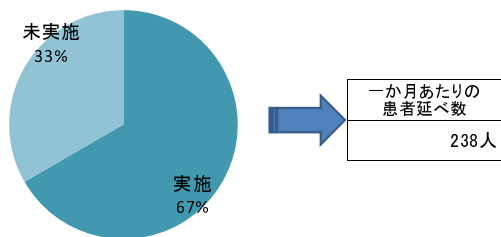


4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

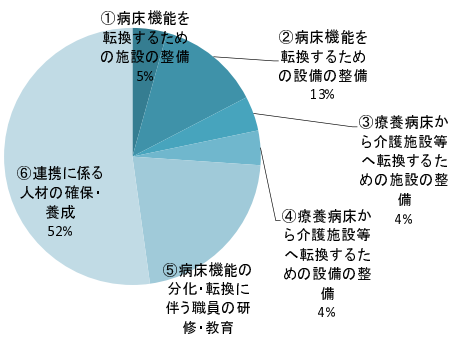


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

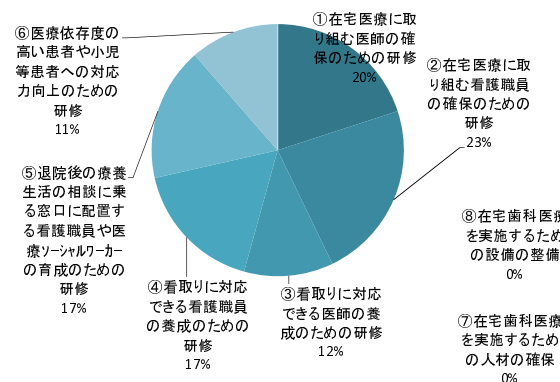


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 患者情報の共有化、医療機器の共同利用等、病院と診療所の連携が必要。
- 地元居住の医師が少なく、休日夜間、急患対応の連携体制が組みにくい。

(2) 在宅医療の充実等

- 遠隔地や山間地なども多く、往診や訪問診療は、時間や人手の面から厳しい。
- 訪問看護やリハビリ等の在宅生活支援に向けては、専門職の人材確保や支援内容の充実、設備整備が必要。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

- 医師又は看護師が不足しているため、満床まで患者を入れられない状況。
- 管内2か所の看護学校があるが、奨学金制度を利用して都会へ出ていくなど、学生が地元に着しない。また、山鹿に近く山鹿より給与水準が高いと言われる熊本市への流出傾向がある。
- 当直がネックになるなど、看護師募集への応募がない。当直看護師が不足し、夜間や災害時の救急対応ができない。結婚、出産を機に離職する傾向にあり、子育て支援や復職支援が必要。
- 2025年の介護需要のピークを前に、現時点で介護職も不足している。
- 地域医療の充実のため、特化した機能に対応できる専門医、看護師の確保、養成が必要。

(4) その他

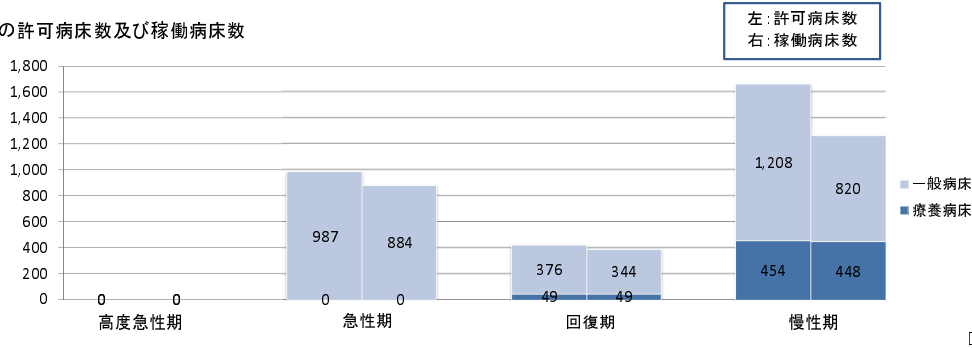
- 自力または家族支援での通院が困難な場合、なんらかの通院手段が確保されなければ定期的な通院やリハビリを受けることができない。
- 認知症や重症度が高くなり家族介護が見込めない高齢者、経管栄養となり施設入所が困難な高齢者などの受け皿確保が必要。
- 急性期の医療機関からかかりつけ医へ戻る場合や緊急時の対応のため、空床は必要。

菊池地域

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	33(3,074床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	0(0床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	33(3,074床)
④回答を得た医療機関	33(3,074床)	⑤回答率	100.0%(100.0%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



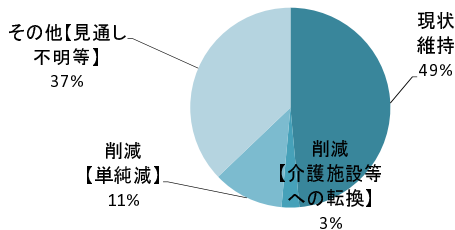
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	0	0	987	884	376	344	1,208	820	0	0	2,571	2,048
療養病床	0	0	0	0	49	49	454	448	0	0	503	497
計	0	0	987	884	425	393	1,662	1,268	0	0	3,074	2,545
(参考)休床		0		38		5		80		0		123

(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

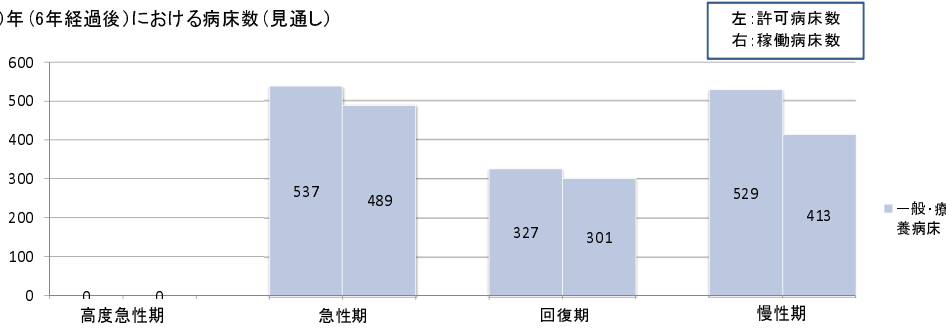
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	0	15,762	2,819	1,806	20,387
在院患者延べ数(年間)	0	251,356	117,607	388,642	757,605
退院患者数(年間)	0	15,368	2,784	2,075	20,227
病床稼働率	-	69.8%	75.8%	64.1%	67.5%
平均在院日数[単位:日]	-	16.1	42.0	200.3	37.3
(参考)厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見通し)

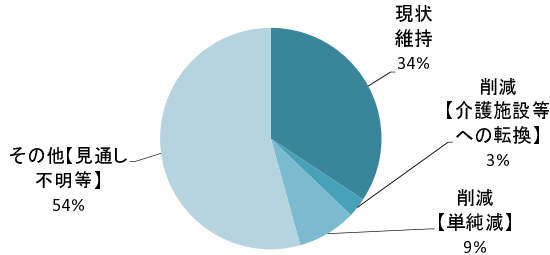


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	0	0	537	489	327	301	529	413	1,393	1,203	58
見通し不明※		0		410		114		1,099		1,623	

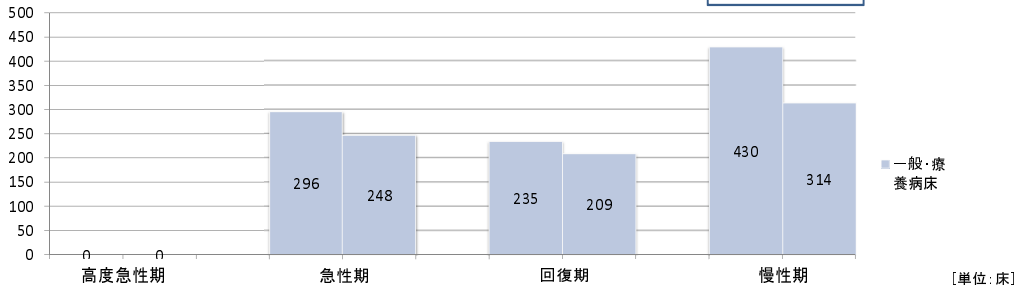
※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し



(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)



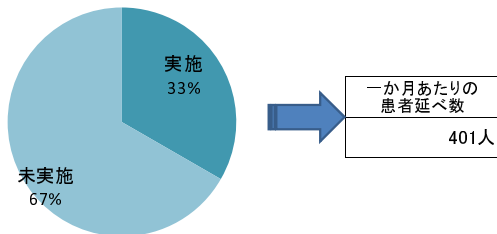
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	0	0	296	248	235	209	430	314	961	771	68
見込み病床数 【許可病床ベース】		0	651		206		1,188		2,045		
(参考)2025年 必要病床数推計		64	450		574		588		1,676		

※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(6年後の予定)の掲置き。

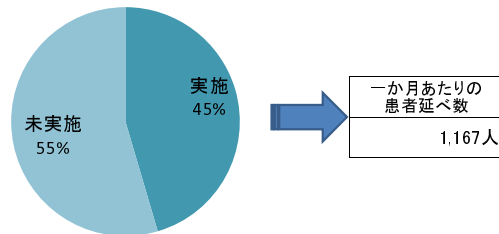
※下限: 許可病床数
 上限: 許可病床数+見通し不明
 ※医療機関所在地ベース
 ※慢性期はパターンB

4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

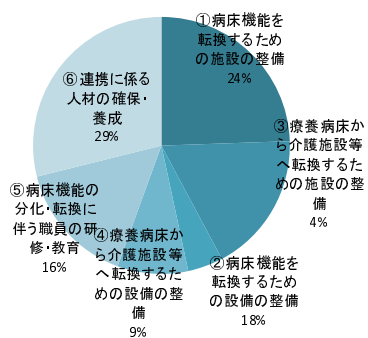


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

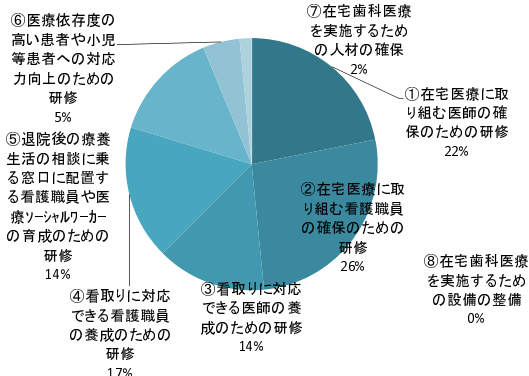


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

<2025(平成37)年における病床数の見通しにかかる考察>

- 高度急性期機能を選択した医療機関はなかった。また、回復期機能病床について、「見通し不明」とした病床数を含めてもなお不足していた。
 - 地域医療介護総合確保基金を効果的に活用し、回復期機能病床への転換を促す。

<必要な取り組みにかかる考察>

- 「連携に係る人材の確保・養成」が29%と最も高かったことから、入退院調整を行うスタッフの確保が求められている。
 - 医療ソーシャルワーカーやケアマネージャーなどの専門スタッフが入退院調整を行うことが望ましいが、専門スタッフを配置することが難しい場合であっても対応が求められるケースもある。実務担当者向けの研修会の実施、顔の見える関係づくり等が求められる。
- 「病床機能を転換するための施設の整備」が24%、「病床機能を転換するための設備の整備」が18%、「療養病床から介護施設等へ転換するための施設の整備」が4%、「療養病床から介護施設等へ転換するための設備の整備」が9%と、これらの設備投資への支援を求める意見が全体の半数近くあった。
 - 地域医療介護総合確保基金を効果的に活用する。

(2) 在宅医療の充実等

<2025(平成37)年における在宅医療(往診、訪問診療)の実施状況にかかる考察>

- 現状では「実施」と回答した医療機関が33%、1か月あたりの患者延べ数が401人であったところ、2025年ではそれぞれ45%、1,167人という結果であった。
 - 在宅医療を今後開始する(増やす)ことを検討している医療機関が一定数存在していることが判明した(無床診療所は今回の聞き取り調査の対象外)。今後も在宅医療に携わる医療関係者への支援を続けていく必要がある。

<必要な取り組みにかかる考察>

- 「在宅医療に取り組む医師の確保のための研修」が22%、「在宅医療に取り組む看護職員の確保のための研修」が26%と全体の半数近くあった。
 - 医療関係者によるスキルアップセミナー(看取りも扱うことが望ましい)の実施等が求められている。
- 「退院後の療養生活の相談に乗る窓口」に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」が14%であった。

→ 医師会、医療機関、市町村が企画・実施している研修を積極的に活用し、顔の見える関係づくりを進めることが望ましい。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

- 菊池地域は熊本市内に居住する医師が多く、在宅医療に協力できる医師に限られているとの声があった。
- 医師の確保については、医療機関の大小にかかわらず苦慮しているとの声があった。
- 訪問看護師の成り手を増やすには、育成支援・キャリア支援を充実すべきとの声があった。
- 看護師不足が理由で入院を辞めた、または病床を一部休床したとの声があった。また、入院の看護師が不足しており訪問看護を新たに実施することは難しいとの声があった。

(4) その他

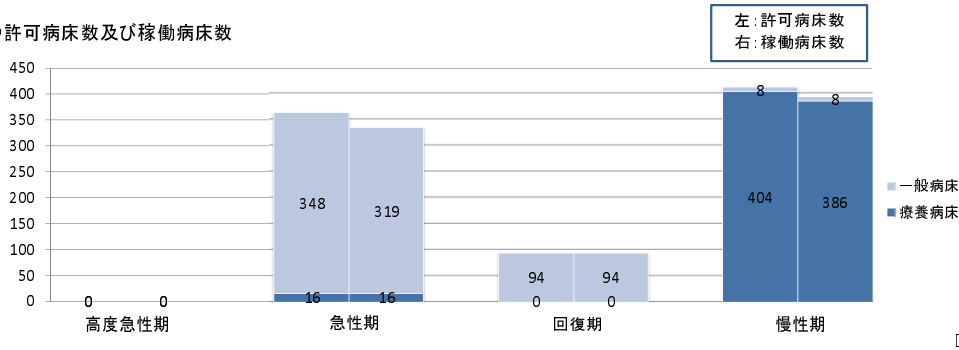
- 菊池地域には高度急性期を担う医療機関がないことについて、病院としての努力だけでなく、医局の協力がなければ成り立たないとの声があった。例えば、循環器科や脳神経外科で高度急性期を担うには医局から専門医を配置してもらう必要があるが、なかなか希望通りにいかないとのこと。
- 全てではないが、家庭環境や慢性疾患により自宅に帰りたくても帰れない方もおり、専門の医療ソーシャルワーカーでも対応しきれないとの声があった。

阿蘇地域

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	16(884床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	1(14床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	15(870床)
④回答を得た医療機関	15(870床)	⑤回答率	100.0%(100.0%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	0	0	348	319	94	94	8	8	0	0	450	421
療養病床	0	0	16	16	0	0	404	386	0	0	420	402
計	0	0	364	335	94	94	412	394	0	0	870	823
(参考) 休床		0		0		0		0		0		0

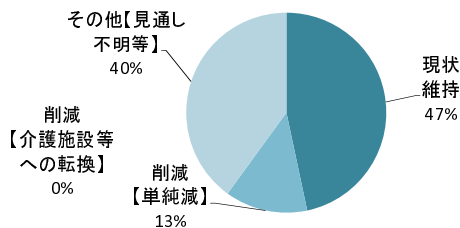
(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	0	3,884	828	845	5,557
在院患者延べ数(年間)	0	77,322	18,909	139,018	235,249
退院患者数(年間)	0	3,784	794	800	5,378
病床稼働率	-	58.2%	55.1%	92.4%	74.1%
平均在院日数[単位: 日]	-	20.2	23.3	169.0	43.0
(参考) 厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

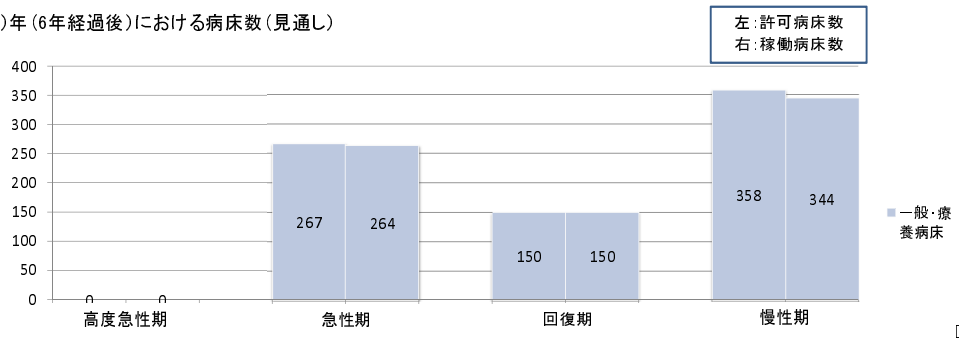
[単位: 人]

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見通し)

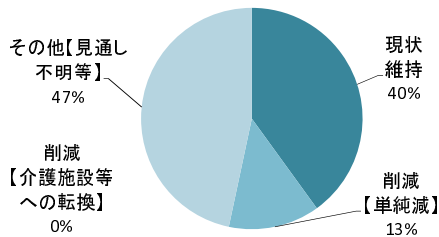


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	0	0	267	264	150	150	358	344	775	758	62
見通し不明※		0		19		0		14		33	

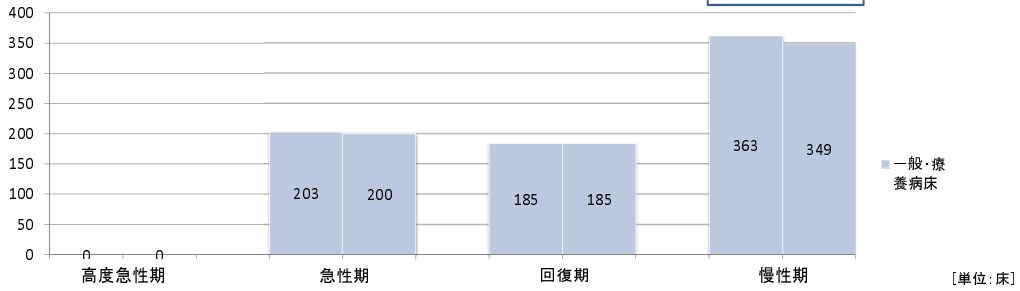
※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し



(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)

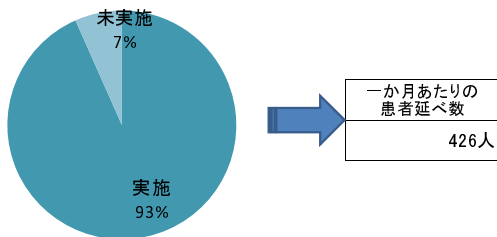


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	0	0	203	200	185	185	363	349	751	734	67
見通し不明		0		38		0		14			52
見込み病床数 【許可病床ベース】		0		203 ~ 241		185 ~ 185		363 ~ 377			751 ~ 803
(参考)2025年 必要病床数推計		19		119		110		198			446

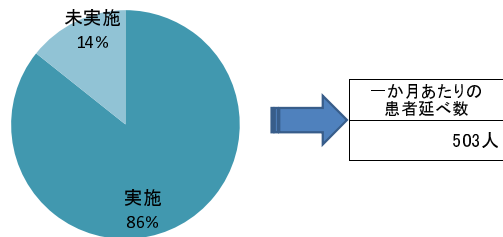
※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(6年後の予定)の掲置き。
※医療機関所在地ベース ※慢性期は特例

4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

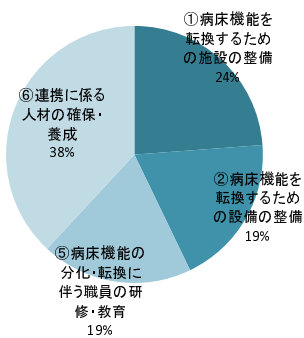


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し



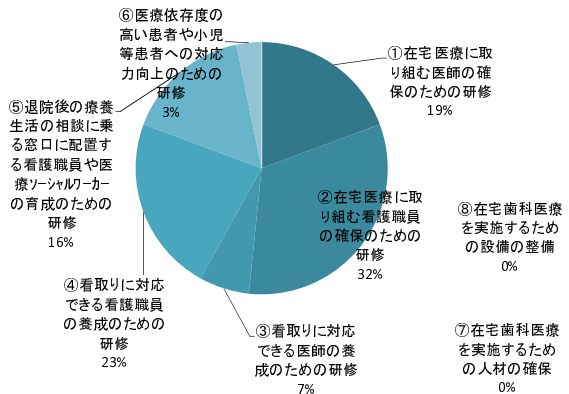
5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



- ③療養病床から介護施設等へ転換するための施設の整備 0%
- ④療養病床から介護施設等へ転換するための設備の整備 0%

(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 県地域医療再生計画のもとに推進された阿蘇医療センターの建設により、阿蘇医療圏の救急医療機能の充実、地域完結型医療の推進、急性期医療の体制整備等の実現を推進しているところ。
- 阿蘇医療センターにおいて、公立の中核的病院として、「地域完結型医療」を推進するため、地域医療連携システム「地域IDリンクシステム」を構築し、地域医療機関と紹介患者の診療情報の共有化を開始したところであり、このシステムの活用促進により、機能分化・連携につながる。
- 更なる入院患者の高齢化を見据えて、急性期及び回復期の病床を削減する一方で、慢性期の病床を増やすことを見込んでいる。
- 介護事業所の倒産、介護サービスが縮小される中、在宅医療につなげようにも受け皿が足りない。
- 連携にかかる看護師等のスタッフの確保、養成が必要。

(2) 在宅医療の充実等

- 在宅医療の充実を図るためには、地域ぐるみで関与すべき機関や人材の確保、情報共有できる体制の構築など、社会全体のあり方の見直しが必要。
- 診療所では、医師は1名体制であるため、在宅医療を行うことが困難。
- 在宅医療に係る医師及び看護師への研修や保健師、臨床心理士、ケアマネージャー等の新たな配置も必要。
- 地方では、往診するにも移動距離が長いため、都会のように効率的に往診できず、採算が合わない。
- 在宅患者の急変時にどう対応するかが課題。
- 家族が働いている場合や老老介護の場合など、在宅での治療・看護が難しく、また在宅医療はお金がかかるため、経済的理由から入院を希望されることが多い。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

- 過疎中山間地域では、医師及び医療技術職の確保が困難。
- 病床稼働率が年々低下している医療機関があるが、現在の診療報酬では、地域で病床を維持できるほどの人件費が確保できないことが要因。このままスタッフが確保できないければ、病床閉鎖を検討せざるを得ない状況。

- 民間医療機関としての努力には限界があり、政策的な後押しが必要。
- 平成28年熊本地震による通勤環境の悪化に伴い、医療・介護従事者の離職が増えてきており、人材確保がこれまで以上に困難になっている。

(4) その他

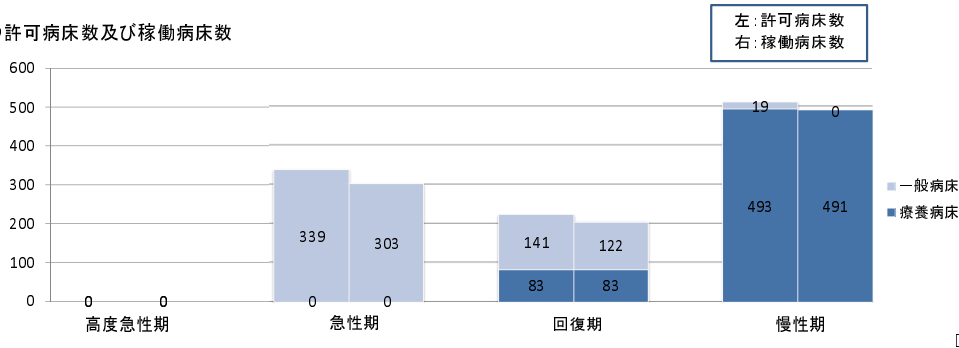
- 阿蘇医療センターが平成26年8月に移転新築となり、南阿蘇村及び高森町からの外来・入院患者が大幅に増えている。また、救急患者の搬送が年々増加している状況にあり、推計の基礎となる平成25年以降から状況の変化がある。
- 地域医療構想には災害時が考慮されていない。災害時の病床を確保すべき。
- 必要病床数の算定においては、災害が多い地域であるという阿蘇地域の特殊性をはじめ、その他いろいろな補正要因を加味してほしい。
- 平成28年熊本地震により国道57号線、阿蘇大橋の崩落等に伴う交通事情の変化により、3次医療圏への流出患者の割合も変化している。現状を踏まえた検討が必要。
- これからの高齢化社会を考えると、高齢の患者は術後の回復とリハビリに時間がかかるし、いくつもの慢性疾患を抱えており病状も複雑であるため、在宅での治療は困難であり、慢性期病床がどうしても必要。
- 高齢世帯の患者が、阿蘇外輪山を越えて阿蘇市や熊本市へ通院することは困難。
- 特別養護老人ホームからの入院が多い診療所の場合、経管栄養や寝たきりで、看護に時間と人手がかかる患者が多いため看護職が足りない。
- 診療報酬点数に反映されないような細やかなケアが必要な場合も多く、地域医療が崩壊しないためにも診療所の経営が成り立つように適切な診療報酬が必要である。
- 人口減、医療職不足、診療報酬改定等で、過剰とされる病床も今後自然に減少していくと思われるので、市場原理に任せるべき。

上 益 城 地 域

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	23(1,075床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	0(0床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	23(1,075床)
④回答を得た医療機関	23(1,075床)	⑤回答率	100.0%(100.0%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



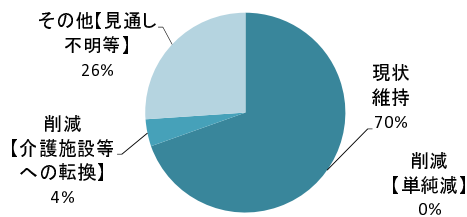
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	0	0	339	303	141	122	19	0	0	0	499	425
療養病床	0	0	0	0	83	83	493	491	0	0	576	574
計	0	0	339	303	224	205	512	491	0	0	1,075	999
(参考)休床		0		19		19		19		0		57

(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

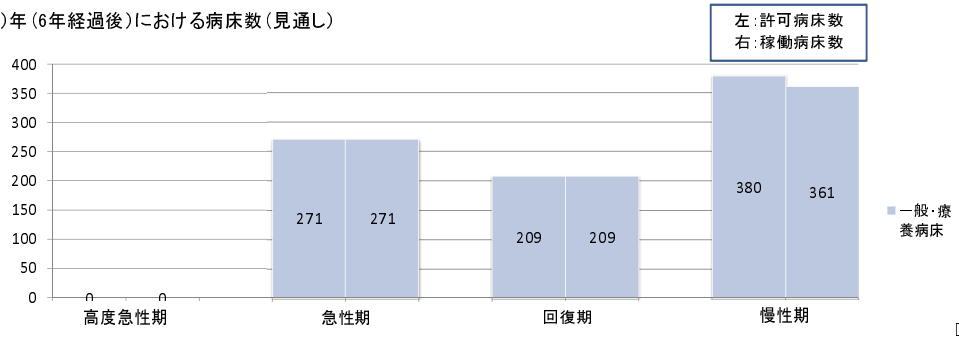
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	0	3,789	858	1,057	5,704
在院患者延べ数(年間)	0	90,855	55,304	165,299	311,458
退院患者数(年間)	0	3,752	841	1,055	5,648
病床稼働率	-	73.4%	67.6%	88.5%	79.4%
平均在院日数[単位:日]	-	24.1	65.1	156.5	54.9
(参考)厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見直し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見直し)

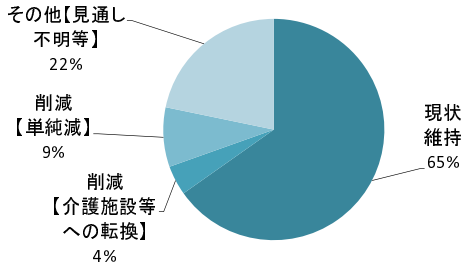


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	0	0	271	271	209	209	380	361	860	841	96
見直し不明※		0		48		35		36		119	

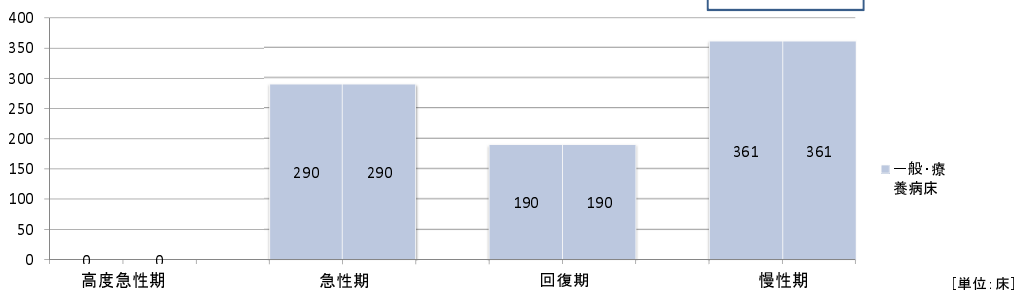
※見直し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し



(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)

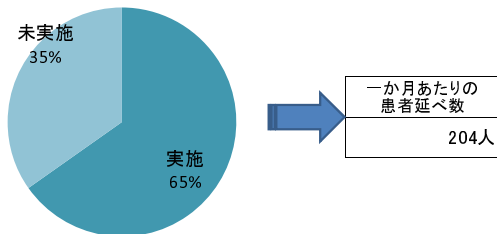


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数		
一般・療養病床	0	0	290	290	190	190	361	361	841	841	125	
見通し不明		0		19		54		36			109	
見込み病床数 [許可病床ベース]		0		290 ~ 309		190 ~ 244		361 ~ 397			841 ~ 950	※下限: 許可病床数 ※上限: 許可病床数 + 見通し不明
(参考)2025年 必要病床数推計		0		102		229		306			637	※医療機関所在地ベース ※慢性期は特例

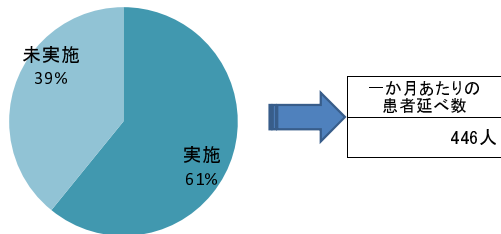
※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(6年後の予定)の掲置き。

4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

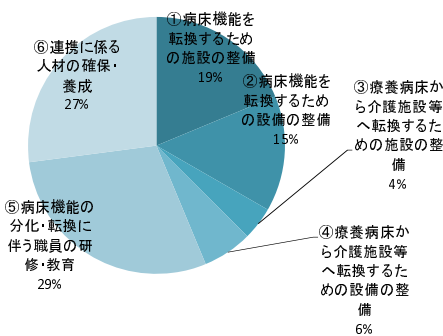


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

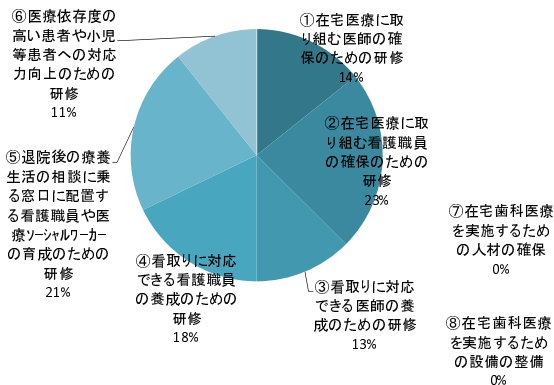


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 機能分化が進んでおらず、特に在宅・施設が不足しているため、急性期からの退院の際に受け入れ先がない。
- 機能分化・連携には、行政（国・県・町）の協力が必要。

(2) 在宅医療の充実等

- 山間部では住宅が点在している等の地理的条件、高齢世帯・高齢単身世帯の増加、老々介護など在宅医療を進めるうえでの課題が多い。
- マンパワーが不足しており在宅医療の実施は困難。
- 夜間対応の分担が必要である。
- サ高住等の高い家賃を払うことができない高齢者が多い。
- 在宅医療のニーズの把握が必要（できれば町単位）。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

- マンパワー不足により研修を受講する余裕がない。
- 人材確保（特に医師、看護補助者）に苦労している。
- リハビリスタッフが地域医療について学ぶ機会が少ないため、地域での確保が困難。

(4) その他

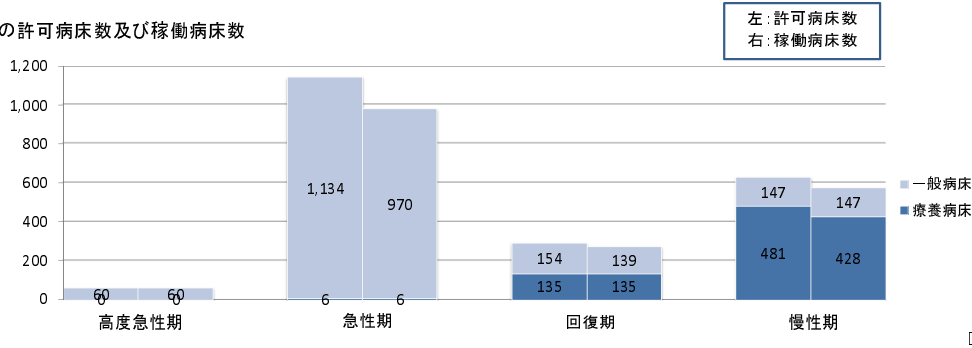
- 山都地区と熊本市への流出が多い平坦部とが相反していることを加味した検討が必要である。
- ある程度の病床数を削減する場合は経営面が厳しい。
- 病床を削減しなかった場合のペナルティーが心配との声がある。
- 病床削減は、看護師の削減につながり人口減少となることを懸念。
- 医療構想・在宅医療等の住民への啓発が必要である。

八代地域

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	48(2,174床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	2(36床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	46(2,138床)
④回答を得た医療機関	46(2,138床)	⑤回答率	100.0%(100.0%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



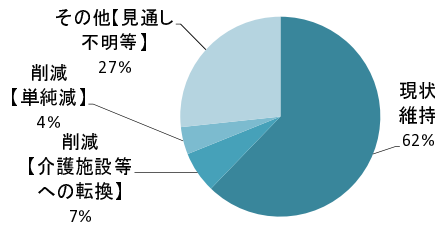
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	60	60	1,134	970	154	139	147	147	21	0	1,516	1,316
療養病床	0	0	6	6	135	135	481	428	0	0	622	569
計	60	60	1,140	976	289	274	628	575	21	0	2,138	1,885
(参考) 休床		0		45		0		0		10		55

(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

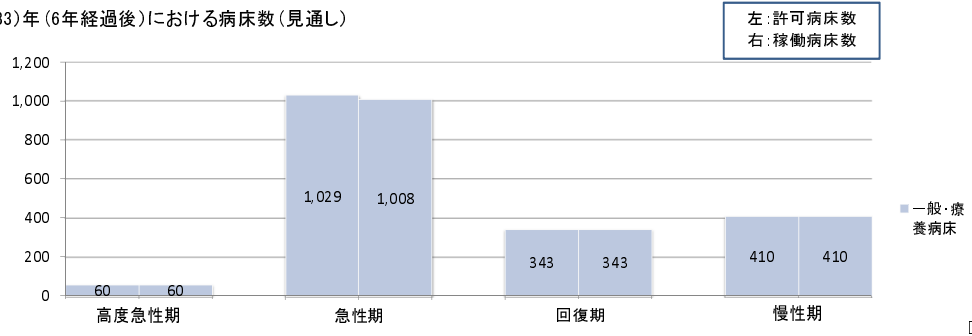
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	1,518	18,610	1,121	1,163	22,412
在院患者延べ数(年間)	20,081	302,738	85,449	176,268	584,536
退院患者数(年間)	1,428	18,887	1,337	1,156	22,808
病床稼働率	91.7%	72.8%	81.0%	76.9%	74.9%
平均在院日数[単位: 日]	13.6	16.1	69.5	152.0	25.9
(参考) 厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見通し)

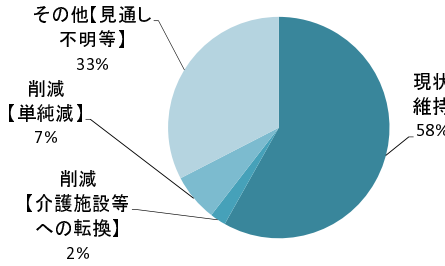


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	60	60	1,029	1,008	343	343	410	410	1,842	1,821	146
見通し不明※		0		37		36		66		150	

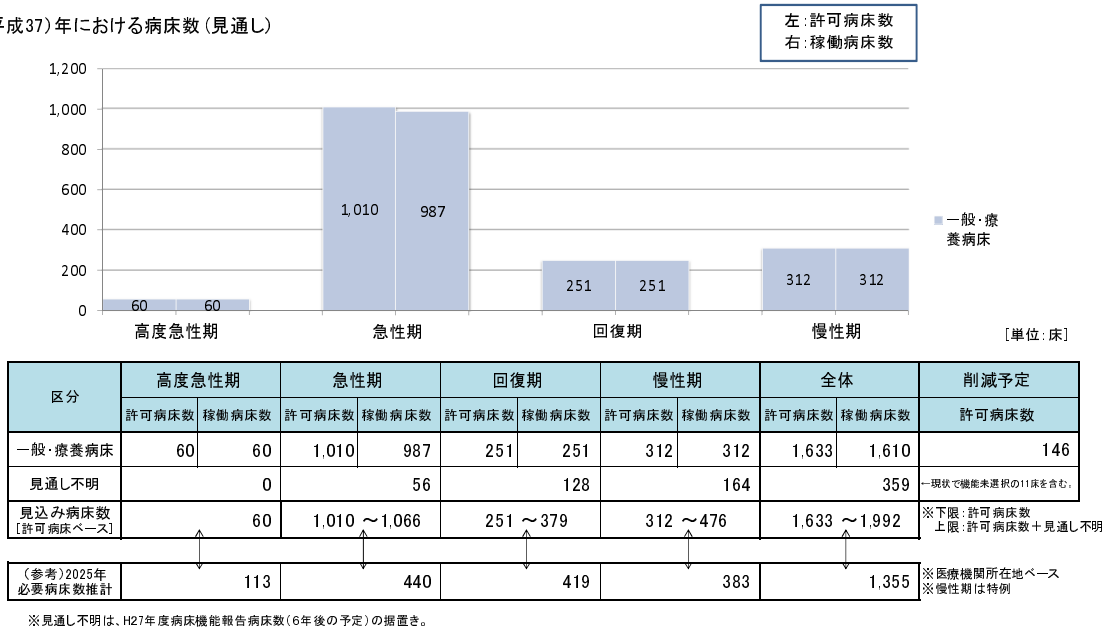
※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し

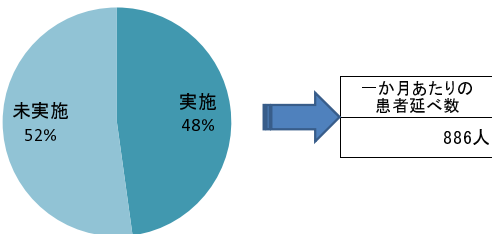


(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)

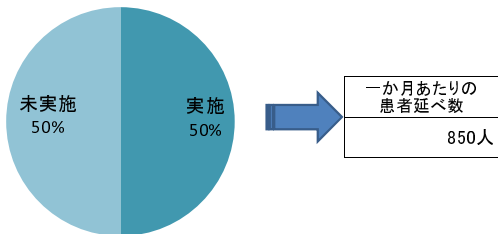


4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

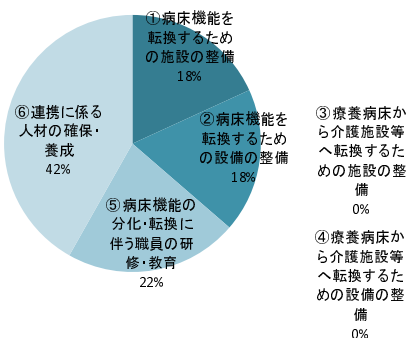


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

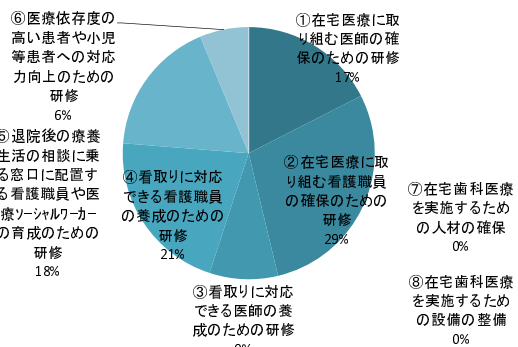


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 回復期病棟の不足。
- 慢性期に関しては圏域外で早期に受け入れてくれるため頼りがち。
- 病院－診療所間の連携、空きベッドの状況が分かるような仕組みが必要。

(2) 在宅医療の充実等

- 医師一人でかかりつけ医として対応するのは困難。対象の患者が増えてくれば、地域でチームを作るなどして、複数の医師で担当するような仕組みが必要。
- 家族に在宅の選択肢がなく、療養病床等長期受け入れる施設に入れてしまったり、在宅で診ていても最後はどこか受け入れ先を探してほしいと言われてしまう。在宅医療についての家族への教育が必要。
- 一人暮らしが増え、治療後に自宅へ帰ることは困難。施設が受け皿になるとしても、本人・家族の費用負担が増えることを懸念。
- 入院から在宅に移行した場合に負担する費用が増加するものと考えるが、本人等の経済状況により差が出ることを懸念。また、在宅への移行に伴う地域や家族の負担増加の影響を懸念。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

- 看取りに対応できる看護職員の養成が必要。
- へき地に来てもらえない。へき地も稼げる仕組みが必要。
- 夜勤対応をしてもらえるような意識改革を含めた研修が必要。

(4) その他

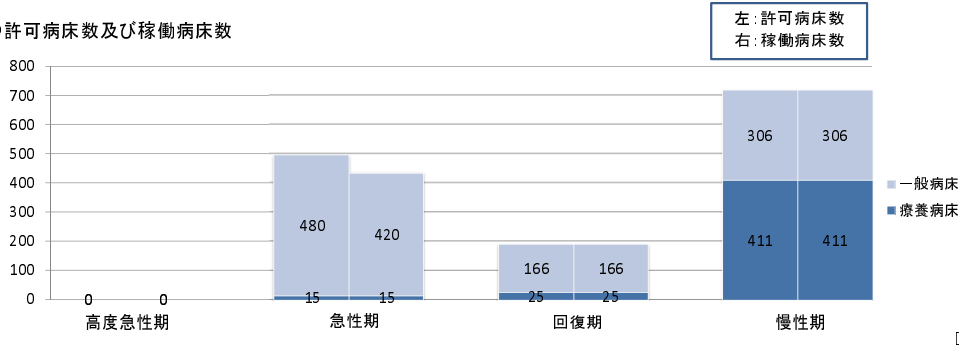
- 診療所は地域の様々なニーズに応じており、病床もさまざまな機能を持っているがそれを1つの機能にくくってしまうことに疑問。
- 大きな病院が気管切開等の長期呼吸管理が必要な患者やターミナルといった患者を診るのか、という事が療養病床の継続に影響するため、今後の方針を知りたい。
- 療養病棟に入院するいわゆる寝たきりの患者を移すのではなく、そのまま在宅医療とみなせないか。

- 医療が必要な患者も介護施設に入所することに疑問。患者の状態と施設選択のミスマッチがあるのではないかと。とりわけケアマネージャーに医療の視点がなく自分の身近な施設に回すのは課題。

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	23(1,403床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	0(0床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	23(1,403床)
④回答を得た医療機関	23(1,403床)	⑤回答率	100.0%(100.0%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



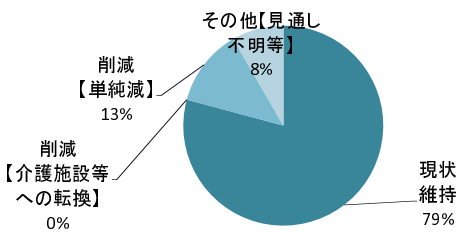
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	0	0	480	420	166	166	306	306	0	0	952	892
療養病床	0	0	15	15	25	25	411	411	0	0	451	451
計	0	0	495	435	191	191	717	717	0	0	1,403	1,343
(参考)休床		0		60		0		0		0		60

(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

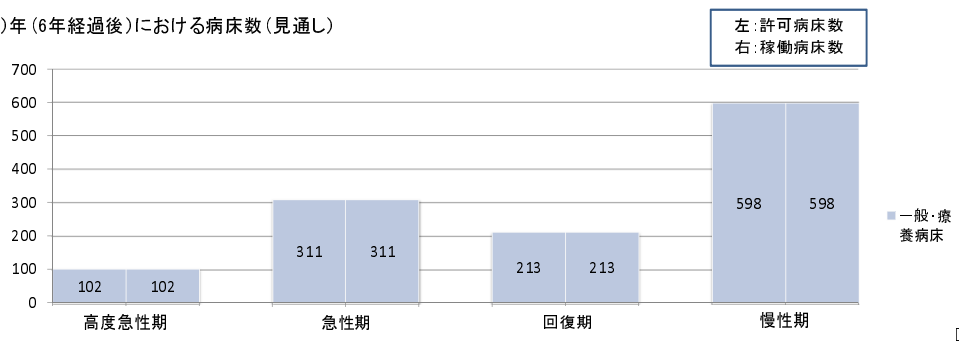
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	0	8,046	1,143	1,048	10,237
在院患者延べ数(年間)	0	132,305	47,118	250,301	429,724
退院患者数(年間)	0	7,631	1,149	1,029	9,809
病床稼働率	-	73.2%	67.6%	95.6%	83.9%
平均在院日数[単位:日]	-	16.9	41.1	241.0	42.9
(参考)厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見直し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見直し)

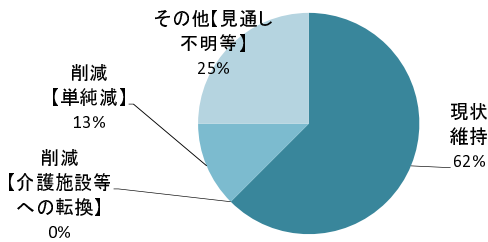


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	102	102	311	311	213	213	598	598	1,224	1,224	60
見直し不明※		0		0		0		119		119	

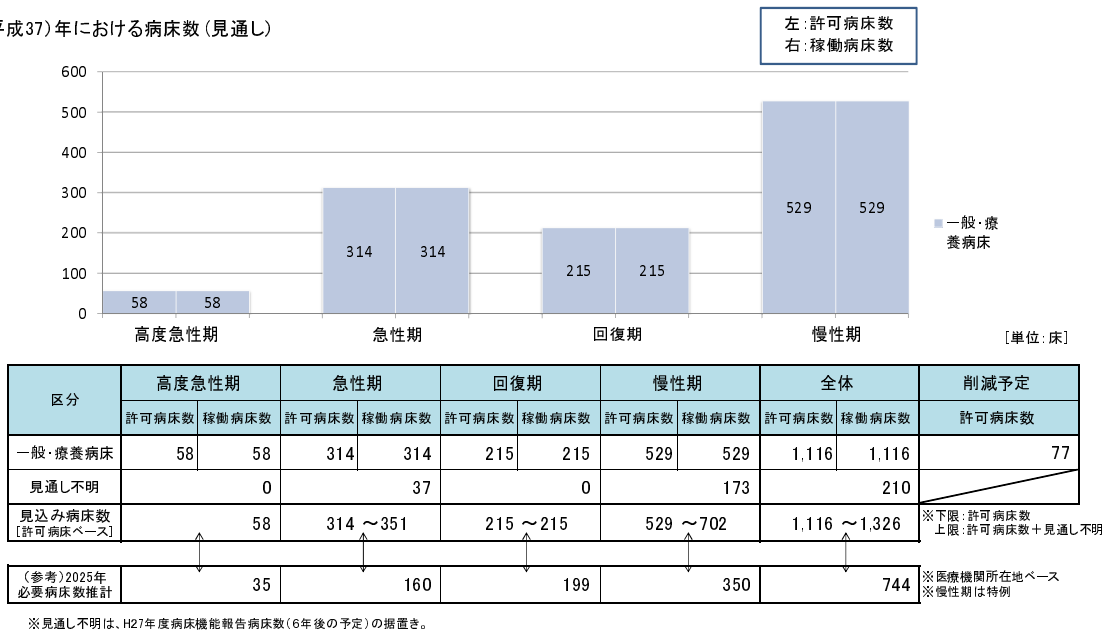
※見直し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し

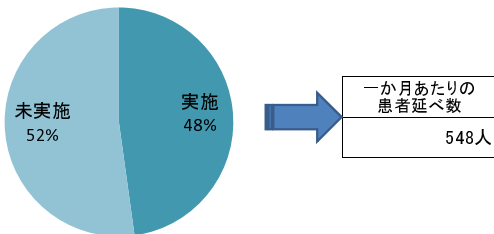


(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)

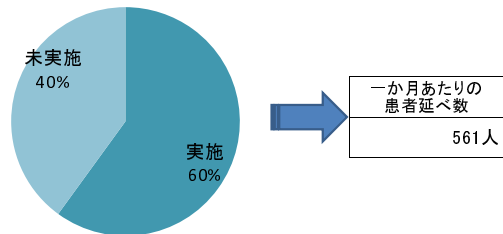


4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

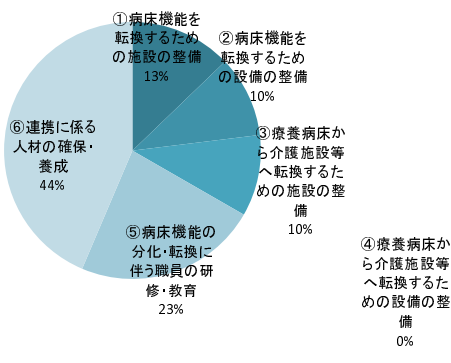


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

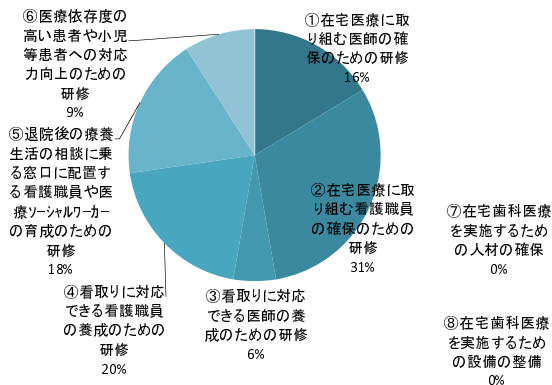


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(その他回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

【各機関・団体の連携体制の問題】

<全体的な連携体制の提案>

- 国保水俣市立総合医療センターを中核として病院、診療所、介護施設、介護事業所、行政、地域包括支援センター、自治会が情報を共有、連携して地域包括ケアシステムの推進が重要である。
- 高度急性期～慢性期、病院～診療所までのネットワークと二次医療圏を水俣芦北、その中で小さいユニットをどこまで配慮し、いかに連携するか。

<ICTの利用>

- 医療機関同士から徐々に広がり、情報のネットワークでつながることでよくなればいい。
- ICTで患者さんの登録も増え、医療機関も線（ライン）で繋がってきた。情報のネットワークがつながることで少しでもよくなればいい。

<大病院とクリニックの連携>

- 医療機関の連携とは、クリニック等既存の施設をできるだけ利用することではないか。
- 大病院との連携がよくないと感じている。大病院から家庭に帰すのは回復期の段階から連携するのが本来ではないか。
- 急性期病院の負担を軽減するためにも、（遠い病院より近い）かかりつけ医の対応が必要。

<医療と介護の連携>

- 高齢者の独居が多いので、医療と介護が担っていかなければならない。
- 情報提供が医療機関同士はできているが、介護施設からは十分でない。

<その他の連携>

- 在宅歯科医師同士、医師とコメディカルの連携ができないと難しい面がある。

<連携を可能にするマンパワーの確保、人材の育成の問題>

- 在宅医療を増やしたいが、医師一人では難しいので連携を図っていきいたい
（→マンパワー不足という問題を解決するための案としての連携）
- ケアマネージャーが忙しく情報交換と連携が難しい。
- 連携に係る看護師等全体が少ないので確保が大変、養成が必要。
- 退院調整ナースを養成しているが、地域、他の医療機関との連携ができる人材として

育成していかなければならない。

- 在宅を希望するナースが減ってきている。在宅となれば 24 時間待機拘束となるのでモチベーションがないと負担が大きい。地元の看護師の中から連携に携わる人材が出てこないか。
- リハビリの人材や連携の指揮を執って調整し連携していく人材（コーディネーター等）が必要。

（２）在宅医療の充実等

【制度の問題】

＜在宅医療全体について＞

- 在宅医療をどこまで充実させようとしているのかわからない。取り組みやすい環境づくりをしてほしい。
- 介護施設になった場合の基準緩和が必要。

＜病床数について＞

- ベッドを減らすなら平等に減らしてほしい（社会的入院をさせているところが有利というのはいかがなものか）
- 有床診療所は田舎では必要で、その病床は確保しておきたい。
- 芦北医療圏の 2025 年における高度急性期病床が 35 床と推計されているが現状の基準では困難である（地域の実情に合わせた施設基準緩和が必要）。
- 当該医療圏の現状（高齢化率、若者の不足）を考えると在宅の受け皿としてある程度の療養病床の確保が必要。

＜診療報酬や経営等、資金面について＞

- 今後、療養病床がどんな形になるのか、診療報酬もわからない。
- 在宅をしやすい環境に向けて経済的な支援や補助を整えてほしい。
- 人材充足は経営とも関係してくるので増やしたいが人件費を考えると難しい。
- 外来を止めて一人で在宅診療に行くと診療報酬が下がり経営が難しくなる。
- 在宅医のモチベーションで成り立っている状態で、運営が成り立つような公的医療を整備をする必要がある。
- 在宅眼科医療を行うための専用機器の導入、人材確保も必要だが現状では困難。
- 医療費から介護費、施設費になると負担が急に多くなる方もいるので難しいところがある。

【在宅医療全体の体制の問題】

＜全体の体制＞

- 地域医療・介護の全体を見てどういうふうにするか検討する機会があってもいいので

ないか（在宅医療連携体制検討会は一部である）。

- 24 時間サービスを提供できる医療、看護、介護の体制整備が進んでいない（医師も一人拘束状態になる、看護師等も対応できる人が必要、夜勤看護師の確保、在宅訪問看護師の掘り起しや教育も必要）。
- 予防の観点からも、在宅医療にはすべて訪問看護が必要。
- 病状の急変時、一人の医師が対応するのは無理（急変時に駆け付けられる体制を持つておかないと安心できない）。
- 病床機能の転換にあたっては、それなりの施設や設備が必要（病棟の再レイアウトも）

<病院の体制>

- 病院は、医療の必要性が高い方やリハビリが必要な方に対応できる体制が必要。
- 病院の中に生活機能を持った施設をつくるのがいいのではないか。

<既に一部で取り組まれている事業>

- 定期巡回・随時対応型訪問介護事業所を開始。
- 通所訓練をして、寝たきりにならないようロコモティブ症候群の予防に力を入れている。
- 介護保険でショートを開業したが、社会福祉法人と医療法人では考え方が違う。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

【在宅医療に関わる医療・福祉側の人材の問題】

*量（マンパワー）の問題

<全体として>

- 24 時間サービスを提供できる医療、看護、介護の体制整備が進んでいない（医師も一人拘束状態になる、看護師等も対応できる人が必要、夜勤看護師の確保、在宅訪問看護師の掘り起しや教育も必要）。
- 院内の業務が手一杯で在宅まではできない状態。
- 今後、スタッフの確保が難しく継続することができない医療機関が出てくるのではないか。
- ニーズがあっても働き手がいなくなる時期が出てくるのではないか。
- 人材充足は経営とも関係してくるので増やしたいが人件費を考えると難しい。
- 養成しても県外、都市部へ就職、転職も多い。
- 若い人材の確保に奨学金を出す医療機関が必要。

<医師の不足>

- 将来的には一般病床への転換等の選択肢を広げておきたいが、人的資源（特に医師の確保）の問題がある。

- 在宅医療を増やしたいが、医師一人では難しいので連携を図っていきたい。
- 病状の急変時、一人の医師が対応するのは無理（急変時に駆け付けられる体制を持っておかないと安心できない）。
- 医師、看護師のマンパワーや経験が不足しているので人材確保や研修が必要。

<看護職の不足>

- 看護学生の助成をしながら看護師の確保ができるような制度を希望。
- 看護等職員の確保に苦勞している。
- 夜勤が可能な看護職員の確保は難しい。
- 求人しても看護職がない。
- 看護師育成対策の一環としての看護学校設立構想を検討してほしい。
- 医師、看護師のマンパワーや経験が不足しているので人材確保や研修が必要。

<介護職の不足>

- ケアマネージャーが忙しく情報交換と連携が難しい。
- 介護職員の採用が困難な状況。
- 医療機関内に高齢者施設を設置しても、介護職員不足で人の問題が出てくる。

<その他>

- 在宅眼科医療を行うための専用機器の導入、人材確保も必要だが現状では困難。

* 質の問題

<医師>

- 訪問診療の専門医が必要
- 医師、看護師のマンパワーや経験が不足しているので人材確保や研修が必要。

<看護職>

- 医師、看護師のマンパワーや経験が不足しているので人材確保や研修が必要。
- 訪看ステーションと連携することが多いが、急な往診時は当院の看護師が様子を見に行けるよう育成したい。
- 訪問看護の研修があれば参加させたい（夜の対応、一人で訪問対応など）。
- 在宅に関する研修は、手が回っていない。外来の看護師はパートが多く勤務外の研修時間はとれない。
- 中堅クラスの看護職員をどう育てるか。
- 連携に係る看護師等全体が少ないので確保が大変、養成が必要。
- 退院調整ナースを養成しているが、地域、他の医療機関との連携ができる人材として育成していかなければならない。
- 在宅を希望するナースが減ってきている。在宅となれば 24 時間待機拘束となるのでモチベーションがないと負担が大きい。地元の看護師の中から連携に携わる人材が出て

こないか。

<その他の職種>

- リハビリの人材や連携の指揮を執って調整し連携していく人材（コーディネーター等）が必要。
- 医療ソーシャルワーカーの育成のための研修も必要。

<研修内容等>

- 在宅で看取る場合の痛みのケアをどうするか、研修会が必要。
- 個人病院では、相談窓口を設けていないのでそれができるよう研修が必要。
- 地域の研修案内があっても日々の業務をしていると忙しくて行きそこなうことが多い。

(4) その他

【患者／患者家族側の問題】

<患者／家族への啓発活動の必要性>

- 社会的入院の患者が退院できなくて何年も入院している。
- 在宅で経口のみで過ごすことは受け入れられないところがある。住民への啓蒙が大事（自然死は間違った考えではないということ）。
- 患者家族の意識（理解）、在宅医療への啓発が必要。
- 患者を看ってくれる家族がいない。入院の方が安心という住民の意識がある。介護している親の高齢化の問題がある。

<特にケアが必要な患者の存在>

- 透析患者は急変することもあるし、受診の介助も多い。

【医療だけではなく、地域全体としての問題・その他】

<魅力ある地域作りによる人口流出の阻止>

- 人口が減ると患者が減るので施設としては経営が難しくなる。人口の流出を止めて頂きたい。
- 田舎だが幸せな人生を送る為、マイナスイメージを払拭して人が集まってくるような地域をPRしていかないといけない。
- 必要なベッドは残っていくし、ベッドがあっても入院が少なければ自然淘汰される。
- 長年培われた水俣の医療水準が病床削減により著しく低下する可能性があることに危機感を持っている。

～まとめとして～

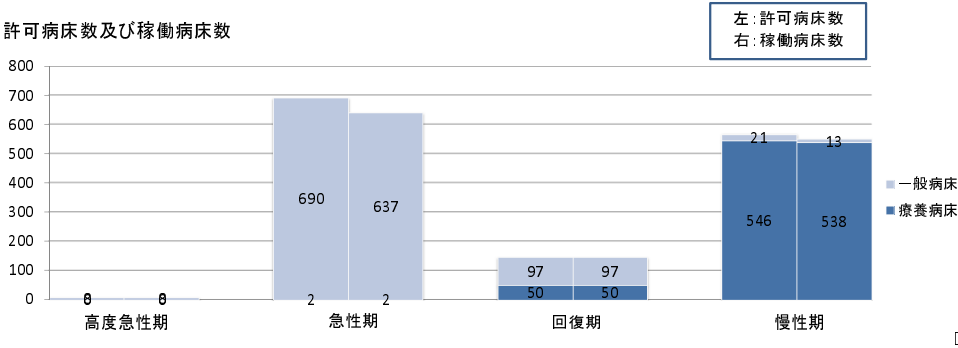
- 病床数を減らして、在宅医療を充実させるというのであれば、それに見合った制度（診療報酬制度含め）の確立が必要。
- 在宅医療に関し、まだまだ地域における全体的な体制整備や、大病院－地域のクリニック間、医療－介護間等での連携強化が必要。
- しかし、更なる体制強化・連携強化を進めるためには、各職種マンパワーが不足している。マンパワー不足を補うため、各職種の質的向上（スキルアップ）を目指して研修や人材育成などに取り組む必要がある。

球磨地域

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	30(1,465床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	1(19床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	29(1,446床)
④回答を得た医療機関	27(1,414床)	⑤回答率	93.1%(97.8%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



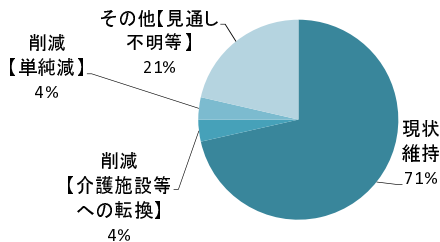
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	8	8	690	637	97	97	21	13	0	0	816	755
療養病床	0	0	2	2	50	50	546	538	0	0	598	590
計	8	8	692	639	147	147	567	551	0	0	1,414	1,345
(参考)休床		0		66		0		0		0		66

(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

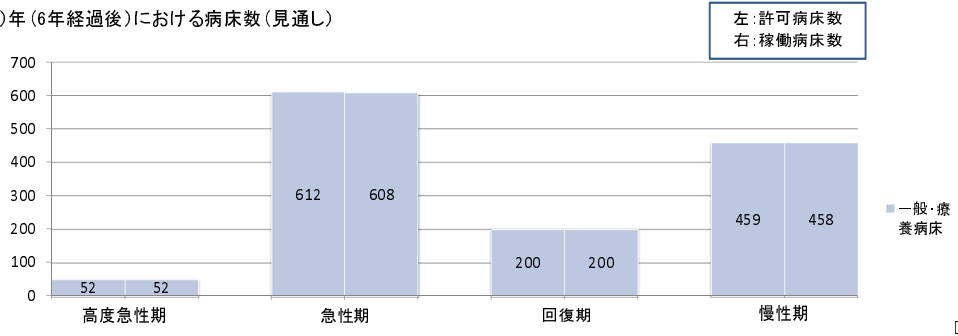
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	947	13,120	849	823	15,739
在院患者延べ数(年間)	2,864	173,030	44,568	169,595	390,057
退院患者数(年間)	980	13,569	838	831	16,218
病床稼働率	98.1%	68.5%	83.1%	81.9%	75.6%
平均在院日数[単位:日]	3.0	13.0	52.8	205.1	24.4
(参考)厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見直し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見直し)

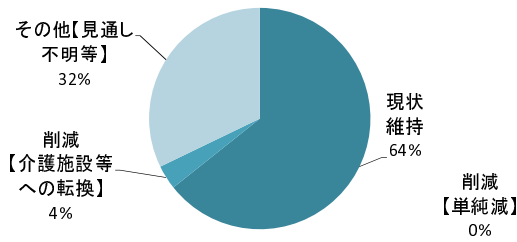


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	52	52	612	608	200	200	459	458	1,323	1,318	91
見直し不明※		0		0		0		0		0	

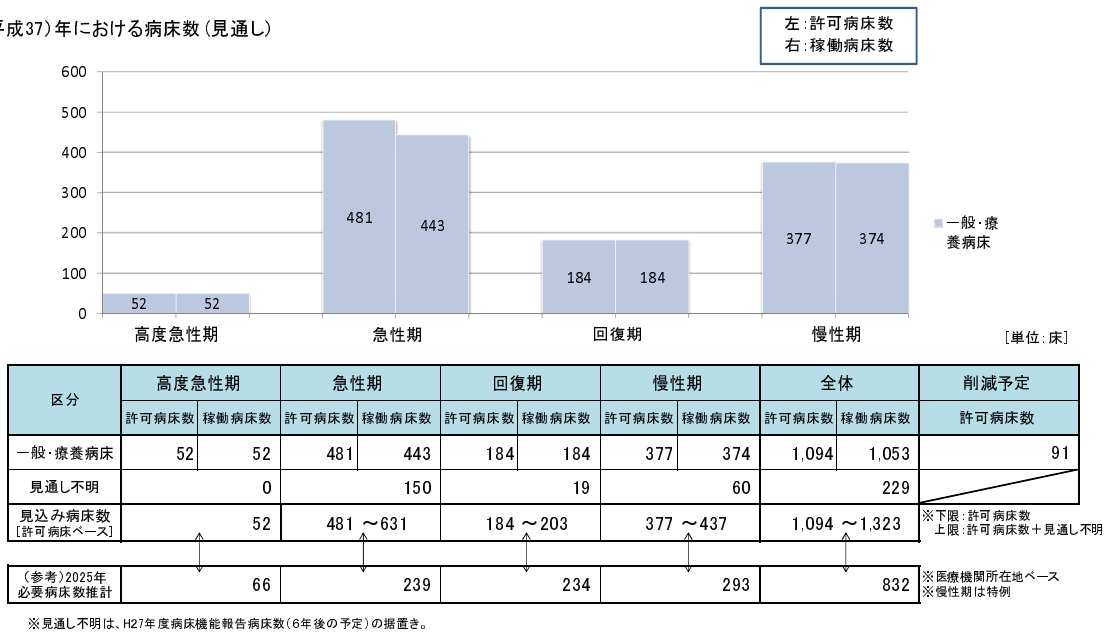
※見直し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

3 2025(平成37)年における病床数の見直しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見直し

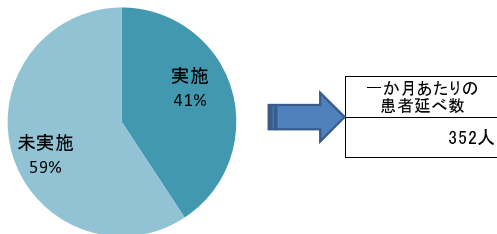


(2) 2025(平成37)年における病床数(見直し)

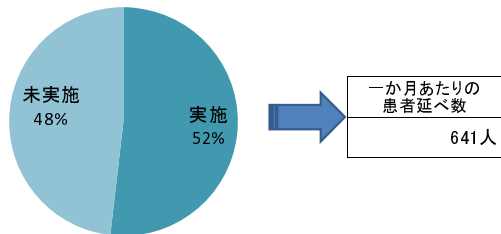


4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見直しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

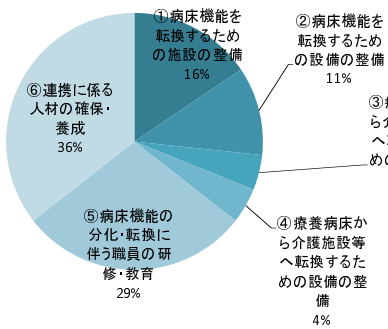


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見直し

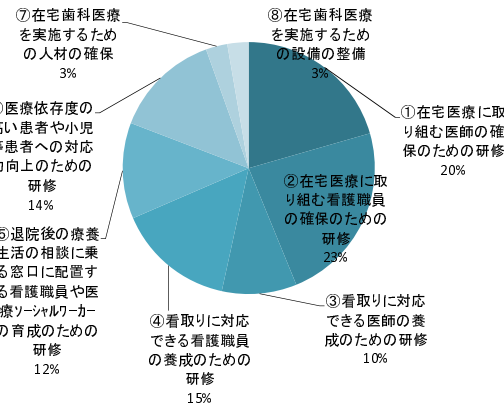


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 2025（H37）年における回復期病床見込み数：2025年必要病床推計値を下回る。
- 各病床機能（高度急性期、回復期）に対応できる看護師の確保と養成が必要。
- 医師やりハ職の確保が課題。
- 病床機能転換に伴う看護師の確保が必要。
- 関係医療機関との連携業務の増加に伴い、連携に関わる人材の確保が必要。

(2) 在宅医療の充実等

- 訪問看護は在宅医療にとって重要であるが、訪問看護師の確保が困難。
- 管内の訪問看護ステーションは立ち上がってはきているが小規模のところが多く、又訪問看護ステーション間のつながりも希薄であり訪問看護師にかかる負担が大きい。
- 小児在宅医療に対応できる訪問看護ステーションが少ない。
- 中心的な在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションがあれば廻っていくように思われる。
- 病院には在宅医療のバックアップや介護への橋渡しをお願いしたい。
- 行政も含めた連携が必要（在宅医療でうまくできていない部分については行政が積極的に関わってほしい）。
- 地域によっては、アクセスの不便さ、独居や夫婦世帯の高齢者が多いことも在宅医療の推進していく上でのハードルとなっている。
- 在宅医療については人材確保が一番の課題。
- 看取りに対応できる医師や看護師の養成及び研修等が必要。
- 病院看護師にも在宅医療についての研修が必要。
- 家族への在宅医療等に関する知識や情報等の周知啓発が重要である。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

- 在宅医療に対応する医師・看護師の確保が課題。
- 総合診療医の養成。
- 高齢患者の特性に対応できる看護師の養成。
- 職員の高齢化退職に伴う職員の確保が必要。
- 介護ヘルパーの養成・教育。

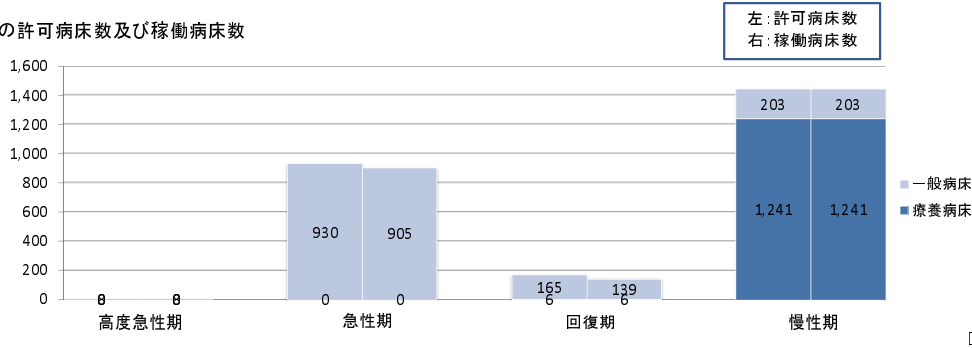
(4) その他

- 球磨郡の透析ニーズに十分に対応できていない現状がある。
- 地域でのメディカル補助スタッフや医療クレークや有償ボランティア等の育成、ニーズはあると思われる。

①調査対象医療機関【当初想定】(許可病床数)	50(2,667床)	②年度内無床、休院、廃院等医療機関(許可病床数)	1(19床)	③調査対象医療機関(許可病床数)	49(2,648床)
④回答を得た医療機関	46(2,603床)	⑤回答率	93.9%(98.3%)		

1 平成27年度病床機能報告における報告状況について

(1) 医療機能別の許可病床数及び稼働病床数



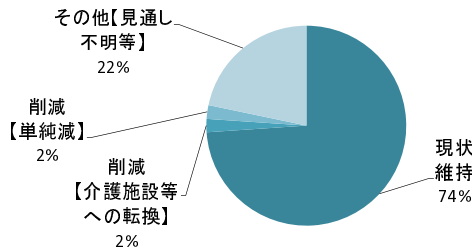
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		機能未選択		全体	
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数
一般病床	8	8	930	905	165	139	203	203	50	0	1,356	1,255
療養病床	0	0	0	0	6	6	1,241	1,241	0	0	1,247	1,247
計	8	8	930	905	171	145	1,444	1,444	50	0	2,603	2,502
(参考)休床		0		6		19		0				64

(2) 医療機能別の入院患者数の状況(年間)

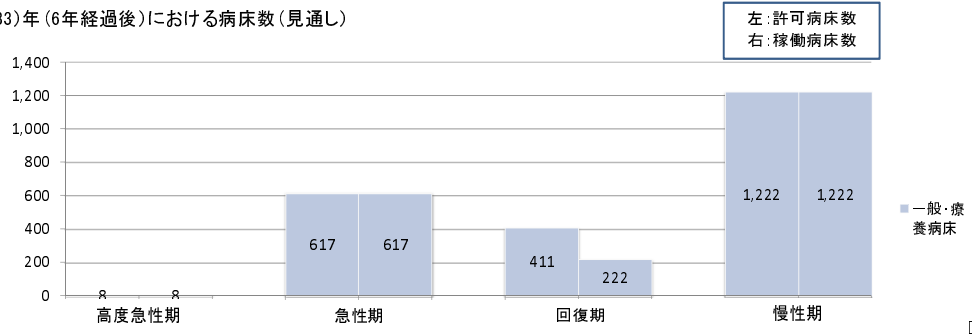
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体
新規入院患者数(年間)	392	15,549	937	2,882	19,760
在院患者延べ数(年間)	2,274	257,476	33,459	459,559	752,768
退院患者数(年間)	391	15,319	918	2,851	19,479
病床稼働率	77.9%	75.9%	53.6%	87.2%	79.2%
平均在院日数[単位:日]	5.8	16.7	36.1	160.3	38.4
(参考)厚労省令の必要病床数算定式に用いる病床稼働率	75.0%	78.0%	90.0%	92.0%	

2 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見通しについて

(1) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数の見直し



(2) 2021(平成33)年(6年経過後)における病床数(見直し)



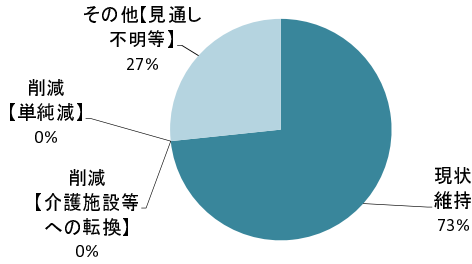
区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	8	8	617	617	411	222	1,222	1,222	2,294	2,069	0
見直し不明※		0		205		19		71		309	

※見直し不明は、H27年度病床機能報告病床数(現状)の据置き。

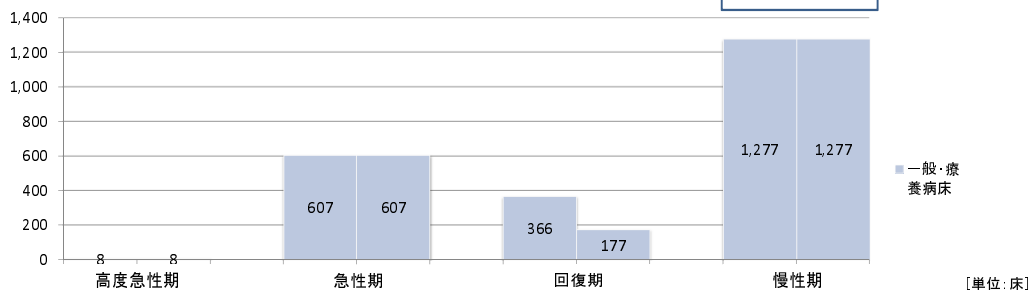
機能未選択36床を含む。

3 2025(平成37)年における病床数の見通しについて

(1) 2025(平成37)年における病床数の見通し



(2) 2025(平成37)年における病床数(見通し)

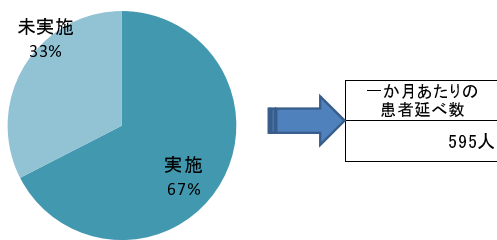


区分	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		全体		削減予定 許可病床数
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	稼働病床数	
一般・療養病床	8	8	607	607	366	177	1,277	1,277	2,294	2,069	0
見通し不明		0		205		19		71		309	機能未選択14床を含む。
見込み病床数 【許可病床ベース】		8		607 ~ 812		366 ~ 385		1,277 ~ 1,348		2,294 ~ 2,603	※下限: 許可病床数 ※上限: 許可病床数 + 見通し不明
(参考)2025年 必要病床数		59		311		315		676		1,361	※医療機関所在地ベース ※慢性期は特別

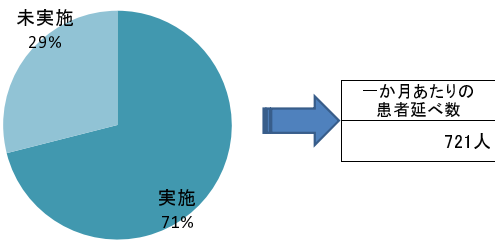
※見通し不明は、H27年度病床機能報告病床数(6年後の予定)の据置き。

4 在宅医療の実施状況と2025(平成37)年における見通しについて

(1) 在宅医療(往診、訪問診療)の現在の実施状況

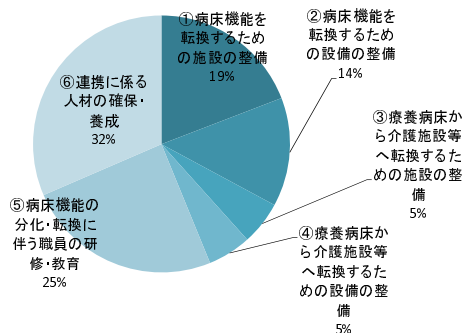


(2) 2025(平成37)年における在宅医療の実施の見通し

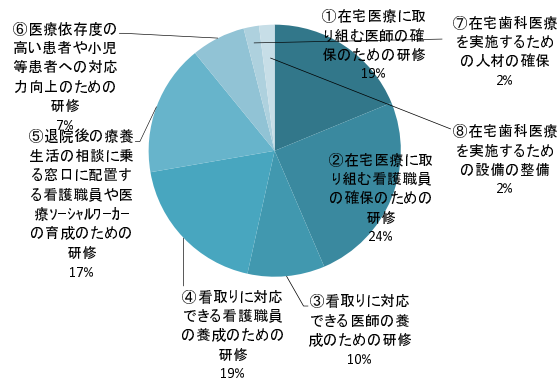


5 「病床の機能分化・連携」と「在宅医療の充実」の推進に必要な取組みについて(「その他」回答を除く。)

(1) 「病床の機能分化・連携」を進めるために今後必要と思われる取組み



(2) 「在宅医療の充実」を進めるために今後必要と思われる取組み



6 聞き取り調査で把握した地域の意見・課題等

(1) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 今後の診療科別の医療供給体制について精査が必要。
- 有床診療所は急性期病院や在宅移行時の橋渡し機能の意味で重要。
- 有床診療所の位置づけ方向づけがあいまいな中で将来に向けた整備に踏み込むことは困難。医療スタッフ不足が一番の原因であるが法制度の方向づけが見えてこない。
- 一般病床の活用としてショートステイ利用の件も取りざたされているが如何だろうか。
- 地域包括ケアの実現に向けた中での有床診療所のベッドの活用についても検討いただきたい。
- 在宅生活を支援していく中での地域行政や住民を巻き込んだネットワークづくりの中での有床診療のベッドの位置づけについて知りたい。
- 病院の位置が市街地から遠く、救急医療や入院治療を確保することは重要であり、現在の機能を維持していくことが必要と考える。
- 可能であれば病床を内包型に転換したいが、廊下巾が介護には狭いところがある。それらの条件緩和がほしい。
- 診療報酬の見直しで今後は地域包括ケア病床を中心としたスタイルか。
- 付近の診療所から患者が流れてくるが、リハをどうするか課題。
- 病室の閉鎖は厳しい。子供の代弁者として小児科医必要。
- 有床診療所は1人の医師でできる限界がある。他院からの応援、共同管理は無理か。

(2) 在宅医療の充実等

- 過疎地域では独居老人、老老世帯が多く、またその地域で支えるマンパワーが不足しており、24時間それらの方を支える力が脆弱。結果として本人及び遠方の家族などは入院、入所を選ぶ傾向が強いと思う。
- 在宅医療の充実も大切だが、まずは独居、老老世帯でも住み続けられる環境をつくることが最も大切と思う。
- 独居世帯が増えており、在宅での生活が困難な患者が増えている。医療ではなく福祉の対応が必要と考える。
- 独居、老老世帯の増加から在宅の介護力の低下が予想される。そこで在宅医療を実施する医療機関の後方支援、受入病院の機能を果たすため療養病棟については現状を維持したい。
- 地域の高齢化率に対し在宅医療実施数は少なく、在宅医療への転換については家族の介護力・診療報酬など考慮すべき問題がある。

- 近所に有料老人ホームはあるが、枠がいっぱい。認知症の方は家族がいても入所希望している。
- 入院患者は高齢者が多い。長期入院だが退院後の行く先がない。診療所も喜ばない。

(3) 医療・介護従事者の養成・確保

- 看護職員、管理栄養士の確保困難。また、診療報酬上の困難から有床診が激減しているのは残念。
- 医師や看護師の慢性的な不足等考えると訪問診療や在宅での看取りを個々の病院や診療所で行うのは現実的には難しい。
- 看護師の高齢化が問題。60歳前後多し。
- 看護師は准看がメイン。正看は進学コースが無く、もどってこない。
- 正看の学校について市がハード面、医師会がソフト面で出資するような案もいいのではないか。
- リハスタッフを募集しているが熊本市に流れていく。
- 看護師配置基準が25:1→20:1となるが人員の確保が問題。
- 看護師の育休多し。
- 地域包括ケア病棟はスタッフ不足。退院先がない。

(4) その他

- ベッド削減ありきの地域医療構想は陳腐。
- 在宅専門診療所は若い人がやるのではないか。
- 介護施設と比べ診療所は入院費が安い。経済的に行き場のない人もいる。
- 診療報酬が厳しい。入院期間が長くなると安くなるが安すぎ。
- 有床診療所の入院料低く、経営厳しい。
- リハビリや緩和ケアは採算が難しい。
- 特養は入所待機者数が多い。
- 患者の減は始まっている。人口減もあるし、治療法の変化等のシステムによる減もある。疾病構造の変化もある。ファクターは多い。