

第3回菊池地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成28年10月28日（金）19時00分～21時00分
場 所：熊本県菊池総合庁舎別館2階大会議室
出席者：＜構成員＞ 18人（うち、代理出席4人）、欠席1人
＜熊本県健康福祉部＞
松岡課長、高島課長補佐、西山課長補佐、村上主幹
＜菊池保健所＞
池田所長、田上次長、今村福祉課長、葉山衛生環境課長、
小林保健予防課長、戸上主幹、前川主幹、原主事
報道関係者：なし

開 会

（菊池保健所・田上次長）

- ・ 皆様こんばんは。本日の進行を務めます菊池保健所、次長の田上でございます。よろしくお申し上げます。
- ・ まもなく開会ですが、その前に資料の確認をさせていただきます。机の上に本日の会議次第、席表、設置要項、を置いております。
- ・ なお、事前に送付しております、資料1～7につきまして、本日、持って来られなかった方はお手をお上げください。係員が資料を持って参ります。
- ・ なお、本日の専門部会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、前回に引き続き公開とし、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。
- ・ また、後日、会議の概要等については、県のホームページに公開する予定としています。
- ・ 定刻となりましたので、平成28年度第3回「菊池地域医療構想検討専門部会」を開会します。
- ・ はじめに熊本県菊池保健所、池田所長が御挨拶を申し上げます。

挨 拶

（菊池保健所・池田所長）

- ・ みなさんこんばんは。熊本県菊池保健所の池田です。
- ・ 本日はお忙しいなか、またお足元の悪いなか、菊池地域医療構想検討専門部会に御参加いただきましてありがとうございます。
- ・ 第3回と申しましたが、第2回はいつかと言いますと、昨年10月30日と1年前になっております。ここまで時間が空いたのは、4月に熊本地震があったからでございます。この菊池地域においても甚大な被害が出ましたが、災害時には皆様から本当にたくさんのご支援をいただきましたことに、感謝の言葉を申し上げます。
- ・ 災害への対応について、まだ続いてはありますが、地域医療構想の年度内の策定を目指しまして、本日、第3回の会議を開催させていただいております。
- ・ 本日の会議の内容ですけれども、前半、後半に分けてありますが、前半で熊本地震の影響について、また前回の第2回会議のあとに県専門委員会のほうで協議がなされて

おりますので、その御説明をさせていただきまして現状を再度把握していただくということになっております。

- ・ 後半につきましては、地域医療構想の未定稿ということではありますけれども、皆様方にイメージをしていただくために提示させていただきます。素案とまではいえませんが、かなり作り込んであると思いますけれども、これについて御意見いただきたいと思えます。
- ・ 今回、ポイントは大きく2点ほどでございます。1点目は2025年の病床数の必要量について算定式に基づいて前回お示ししておりましたけれども、あくまでも推計値であって病床削減目標ではないということを明記した点でございます。
- ・ 2点目は、目標値ということではなく推計値ということですので、熊本県のほうでは独自の推計をお示しして策定させていただく、というのが大きな特徴だと考えております。
- ・ 医療政策課もお忙しいなかで策定に向けて急がれたのではないかとと思えますけれども、率直な御意見をいただきたいと考えております。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

(田上次長)

- ・ 構成員の皆様のお紹介につきましては、時間の都合上、お手元の構成員名簿並びに配席図にて代えさせていただきます。
- ・ なお、席順は構成員本人の氏名のあいうえお順に並んでおります。
- ・ また、今回から名簿順に、菊池郡市医師会の信岡理事、熊本県保険者協議会代表として菊池市の前田健康推進課長に新たに御参画いただいておりますので、御紹介します。
- ・ また、川口構成員が所用により御欠席との連絡を受けております。
- ・ それでは、ここから議事に入らせていただきますが、設置要領第5条に基づき、進行を岩倉会長にお願い申し上げます。

会長挨拶

(岩倉会長・菊池郡市医師会 会長)

- ・ 菊池郡市医師会の岩倉でございます。議事進行を務めさせていただきたいと思えます。
- ・ 先ほど池田保健所長からもありましたように、1年近く間が空いております。地震がひどかった上益城地域や阿蘇地域では、少し回復したようなところもあります。
- ・ 菊池地域は幸いなことに、それほど大きな被害を受けなかったもので、地震前とほとんど変わっていないということでございます。
- ・ 第3回は春頃に行われているべきだったのだと思えますけれども、地震のため遅くなりました。式次第は前半と後半に分けました。前半は「熊本地震について」と、すでに第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会が行われておりますのでその内容と、九州各県の地域医療構想の進み具合というのも含めて、事務局から御説明いただきまして、皆様から御意見をいただきます。
- ・ それから、菊池地域の地域医療構想の検討に入りたいと思えますので、御協力よろしく申し上げます。

議 事

[前半]

- (1) 熊本地震について【資料1】
- (2) 地域医療構想について
策定スケジュールについて【資料2】
構想について【資料6, 7】

[後半]

- 構想について【資料3～5】
- (3) その他

[前半]

資料1 熊本地震について

- ・ 前半として、資料1、2、7、6にかかる説明を10分ほどで説明させていただきます。それでは、座って御説明させていただきます。
- ・ まず資料1の平成28年熊本地震について説明します。
- ・ この調査の目的ですが、地域医療構想では、平成25年度の患者受療動向等が用いられているため、熊本地震前のデータを基に構想を策定するのは無理があるという御意見もあろうかと思しますので、熊本地震の影響が県全体として実際にどれくらいあるのかを調査しました。
- ・ 結論的には、上益城地域や阿蘇地域で人口や患者受療動向がやや減少しておりましたが、菊池地域では人口動態・患者受療動向等いずれもそれほど大きな変動は見られませんでした。
- ・ しかしながら、熊本地震の影響は大きく、将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた施策ごとに地震の影響を踏まえて取り組むべき課題があると認識しております。これについては、後ほど資料3にて御説明します。
- ・ また、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、別途御覧くださいようお願いします。
- ・ その他については、申し訳ありませんが、時間の関係もありますので、この会議での詳細な説明は割愛させていただきたいと思えます。
- ・ 資料1の説明は以上です。

資料2 地域医療構想について

- ・ 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13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えますので、よろしく願い申し上げます。
- ・ 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7 第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会資料 [関係箇所抜粋]

- ・ 資料7の第3回熊本県地域医療構想検討専門委員会資料をお願いします。
- ・ スライド1をお願いします。
- ・ 構想区域(案)についてですが、3月17日に開催された第3回県専門委員会において、最終的には地域部会で審議し決定するとしつつ、方向性としては、枠囲みの「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。」ということでした。これについて、後ほど御審議の時間を設けさせていただきたいと思っております。
- ・ それでは、スライド2をお願いします。
- ・ 「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」を御覧ください。
- ・ 現状では、療養病床のうち医療区分 で比較的医療度の低い方や、一般病床のうち医療資源投入量が175点未満の患者数も慢性期機能で看られておりますが、そうした方の一部を2025年までに在宅医療等に対応できるような体制づくりが求められております。
- ・ 次に、スライド3をお願いします。
- ・ 同時に慢性期機能は入院受療率の地域差があることから、将来的には全国平均を目指して在宅医療等に対応することが求められております。表題下の のところ、「都道府県は、原則として構想区域ごとに次のAからBの範囲内で入院受療率の2025年時点の目標を定める」とされております。このA、B、特例の順に、より慢性期機能の必要量の年次減少幅が小さくなっていきます。
- ・ 次に、スライド5をお願いします。
- ・ しかし、菊池地域は特例を適用する要件が2つあるうち、2つとも満たしません。したがって、下の枠囲みのおり、菊池地域は年次減少幅がより小さいパターンBを採用します。
- ・ 次に、スライド6をお願いします。在宅医療等の地域包括ケアシステムによる対応の方向性についてです。
- ・ 下の枠囲みを御覧ください。二重丸の1つめ、厚生労働省令の算定式に基づく推計では、2025年に在宅医療等での対応が求められる患者数のうち、地域医療構想の推進により新たに対応が必要となる患者数は「入院からの移行分」に相当するものです。
- ・ 二重丸の2つめ、その対応の方向性は、大きく分けて以下の2点と考えられます。1つめは「新たな受け皿づくり」で、国の検討会で示されている「医療内包型」「医療外付型」のことを言います。ここに「6ページで紹介」とありますが、こちらに相当する資料は今回含まれておりませんので御了承ください。そして、2つめは「医療と介護の連携の推進や在宅サービスの充実」です。
- ・ 次に、スライド8をお願いします。
- ・ 将来、「入院からの移行分」で対応することになるであろう具体的な人数の推計です。上の2013年推計値を現状としますと、現状は1日当たり在宅医療等に対応する人数が1,197人ですが、2025年になりますと、1日当たり1,678人となり、このうち既存のサービスではまかないきれない方が1日当たり690人ほどいらっしゃる、という推計になっております。
- ・ 最後に、スライド13をお願いします。
- ・ 患者流出入の調整方針について御説明します。こちらも第3回県専門委員会ですでに決定されたことではありますが、確認のためにお伝えします。
- ・ まずおさらいですが、菊池地域について県間調整の必要はありませんでしたが、県内

調整は必要とされておりました。

- ・ これについて、「1 患者流出入数の調整は、県間、県内ともに、すべての医療機能について「医療機関所在地の医療需要（医療機関所在地ベース）」により行うこととしました。
- ・ すぐ下ですが、その理由としては、「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設定が妥当と考えられる」こと、次に「患者住所地ベースは患者の受療行動の変更を仮定するものとなるが、患者の受療行動を行政的な整理で変更させることはできない、また、仮定を前提とすることが不確実な要素が増すため、現実的ではないと考えられる」という2点からです。
- ・ 以上で、資料7の説明を終わります。

資料6 九州各県の地域医療構想の体系（目次）一覧

- ・ 資料6の九州各県の地域医療構想の体系（目次）一覧について説明します。
- ・ 各ページとも、左の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。

質疑応答・意見交換

（岩倉会長）

- ・ いままでの御説明のところで御質問のある方はいらっしゃいますか。
- ・ 菊池は、今まで通りの二次医療圏で行くということで県専門委員会でも認められたようですので、現在の2市2町の二次医療圏を構想区域として設定したいと思います。
- ・ 皆さまから御意見なりご感想をお願いしたいと思います。

（水野合志市健康福祉部長：荒木構成員代理）

- ・ 策定スケジュールについて、後半に集中してということでしたけれども、第5回までされるということでしょうか。

（医療政策課・村上主幹）

- ・ 資料のとおり、第5回までの実施ということで検討しております。年度内での策定を目指しており、タイトなスケジュールになっておりますことを、是非御了承いただき、御協力のほどよろしくお願いします。

（坂田大津町住民福祉部健康保険課長：家入構成員代理）

- ・ 構想区域を二次医療圏の2市2町で進めて行くということでお話が進んでいることについて、ほっとしております。従来のとおり、2市2町でがっちり組んでやっていけるということなら、本当に助かると思っております。

（岩倉会長）

- ・ 大津には立野地区などから仮設住宅で来ておられるようですけれども、どのくらいいらっしゃるでしょうか。

(坂田大津町住民福祉部健康保険課長：家入構成員代理)

- ・ 正確な数字ではないかもしれませんが、大きい地区で2箇所、小さな地区で1箇所、仮設住宅の建設が進んでおります。全部でおおよそ200～300人ほど来ていらっしゃると思います。

(木原菊池市健康福祉部長：江頭構成員代理)

- ・ 前回の会議で熊本地域、上益城地域、宇城地域以外は二次医療圏を構想区域とするような案が出ておりましたが、今回、このまま菊池は二次医療圏を構想区域とすることで安心しております。

(木村構成員)

- ・ 慢性期機能病床の特例の内容を教えてくださいませんか。

(医療政策課・村上主幹)

- ・ 特例の内容につきまして、本来の策定方法としては、2025年を目標として数字を設定するとされておりますが、特例が使える場合は、これを5年繰り延べて設定できるとされております。
- ・ その要件ですが、資料7のスライド4の、点線枠囲みの下のほうに「特例適応に係る要件」というところがございます。
- ・ 「要件 慢性期病床の減床率が全国中央値(32.2%)よりも大きい」、そして「要件 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均値(9.3%)よりも大きい」、この2つを両方満たす場合は、目標年次を5年繰り延べて設定ができるということになっております。
- ・ 下の【本県のデータ】の菊池地域を見ますと、要件 につきましても全国の中央値より小さい31.8%であり、要件 につきましても、全国平均値よりも低い7.2%という状況でございますので、特例が設定できないということになります。

(佐藤菊陽町福祉生活部長：後藤構成員代理)

- ・ 構想区域を現行の二次医療圏で設定するということですが、この度の災害のこともありまして、そういうかたちが良かったのではないかと考えております。
- ・ この菊池地域においては、人口があまり変わらないなかで高齢化が進んでいくということで、在宅医療などそういった部分にどのようにつなげていかれるのか、関心を持って見ていきたいと思っております。

(齋藤構成員)

- ・ この方向で賛成というか、ほっとしました。

(田中構成員)

- ・ より在宅医療ということが求められると思います。老健施設として果たすべき役割、求められる役割というのを今後も真摯に担わせていただきたいと思います。

(樽美構成員)

- ・ 1年前は、慢性期機能の必要病床数のなかに、有床診療所の病床はどのような立場でされていくのか、まだはっきりしていないということだったと思いますけども、1年経ってそのあたりはどのようになったのでしょうか。有床診療所はどのような位置づけだったか教えてください。

(医療政策課・村上主幹)

- ・ 区別はないということで変わってはないという状況です。ただ、実際の現場のほうでは有床診療所が担われる役割が当然変わってくると思っておりますので、構想策定後、在宅医療等の問題もあるかと思っておりますので、そうした中で全体の体制・枠組みを作っていくことになるかと考えております。

(西本構成員)

- ・ 構想区域は二次医療圏のかたちで決まってきたということでしたけれども、薬剤師会としては在宅医療に積極的に進めております。今後も活動をさせていただければと思っております。

(野田構成員)

- ・ 病院のほうにおりますけれども、訪問看護師の確保が難しい状況でございますので、病院内でも養成に努めて行きたいと思っております。

(信岡構成員)

- ・ 構想区域についてはこのようなかたちで結構かと思っておりますし、慢性期機能については今後在宅でやっていかなければならないということで、医師会としても今後力を入れてやっていきたいと思っております。

(馬場構成員)

- ・ この地域医療構想に携わっていらっしゃる方は、当然、そのことをわかっていらっしゃると思いますが、今日も傍聴者はおられませんし、タクシーの運転手など一般の人は「地域医療構想」という言葉さえ知らない状況です。一般の方の意見も大事だと私は思いますが、そのあたりはいかがでしょうか。

(医療政策課・村上主幹)

- ・ 資料2のスケジュール案を御覧ください。一番下の行になりますが、各地域という欄、「12月～1月」にかけて、住民の方々にもお集まりいただいて、こういった地域医療構想を進めている内容ですとか、今後の医療提供体制がどのように向かっていくのかなどをお知らせして、意見をいただきたいということで、こういうスケジュールにも盛り込ませていただいております。実際は、開催が年明けになってしまう可能性もありますけれども、こういったかたちで住民の方への周知、及び住民からの御意見を伺いたいと思っております。

(前田構成員)

- ・ 前回の会議では現行の11医療圏を10医療圏にしようという案であったかと思いますが、現状の二次医療圏で行くということではっきりしているところです。

(宮本構成員)

- ・在宅医療を地域包括ケアシステムの実現に向けて、菊池地域でその取組を数年前から進めておりますが、これについては2市2町のみなさんと協力して、現在推し進めているという実情もありまして、構想区域が二次医療圏で決まったということでしたら、私としても有難いところでございます。
- ・現在、在宅医療を実践している者としましても、1医療機関が1人で担っていくというのは、特に個人で開設しているところについては非常に負担が大きすぎますので、ネットワークづくりが大事になってきます。
- ・そのための整備を進めており、このネットワークを多職種の方とどのように実現していこうかと話し合いを進めているところですが、地域住民の声を取り入れたいのですけれどもなかなか機会がなく、何かしらの機会に住民の意見が聞こえてきたときに、「そういったことが御希望なのだ」とはっとすることがあります。
- ・先ほど、タウンミーティングを実施していただくということもありましたので、県の取組としてはなるべく早めに行っていただきたい。でないと、取り入れるのはなかなか難しいというふうに思います。よろしくをお願いします。

(岩倉会長)

- ・医師会の手前味噌になりますが、今宮本先生を中心に、医師ばかりでなく、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護師、ケアマネージャーなどの代表からグループを作り、ネットワークを作り上げておりますので、かなりのところまで菊池は進んできていると思います。
- ・例えば、ひとり、在宅の患者さんが出てきますと、主治医の医師、訪問看護師、口腔ケアを担う歯科医師、薬剤師、ケアマネージャーから担当者をすぐ選んで、一人の患者さんをすぐにグループで見て行ける体制を作っておりますので、いずれはそれをどういうふうに機能させるかという段階まで来ております。患者さんがどのくらい増えてくるのかという問題もあろうかと思えますけれども、現時点ではそういったところです。

(明受構成員)

- ・いま岩倉会長のほうからもお話がありましたように、歯科医師会では在宅医療を一生懸命やってはおりますけれども、歯科の場合、個人でされている方がほとんどですので、なかなか進まない状況です。
- ・在宅全般について、需要は増していくなかで受け皿は大丈夫なのか、マンパワーが足りるのかどうか懸念はあります。
- ・歯科医師の場合は、そういう面からなかなか推進するのが難しいという気がしています。

(岩倉会長)

- ・この菊池地域では一般診療のただ1つの公立病院であります、熊本再春荘病院の米村先生からお願いします。熊本再春荘病院は元々、重度心身障害児(者)や神経難病を扱う政策医療が主でしたが、今では救急医療から一般診療まで、急性期から回復期を担っていかれて大変だと思えますけれども、お願いします。

(米村構成員)

- ・ 一番の感想としては、地震関係の資料で、地震の前と後ではほとんど変わらないことですね。6月の時点では特に地震の影響はあったのではないかと思いますけれども。ほとんど受療動向が変わらないというのは1つそんなものなのかなと思います。
- ・ 外来、入院の患者さんの高齢化がどんどん進んでいます。本当の意味で、地域全体で高齢者を支えて行かないと大変だなと思っています。
- ・ 後半のスケジュールが後半タイトになるということでしたが、協力してやっていきたいと思っています。

(岩倉会長)

- ・ 県のほうにお願いしたいのは、1つめに、我々医療関係者だけではなくて、一般住民の方に周知するということをお願いしたいと思います。
- ・ 2つめに、樽美先生からもあったように、有床診療所の立場をもう少し考えていただきたいと思っています。急性期病院から有床診療所の入院施設に紹介しても、在宅に帰したことになるので、厚生労働省は有床診療所を「在宅」と見ていないところがあります。
- ・ そのため、急性期病院からすれば、有床診療所にはなかなか帰ってこないという実情があります。全国及び熊本県に有床診療所協議会というのがあり、そちらのほうでも有床診療所が「在宅」にならないということが非常に問題になっておりますので、県のほうからも畳み掛けていただきたいと思っています。

[後半]

資料3 熊本県地域医療構想(未定稿)

資料4 2015年病床機能報告病床数と2025年病床数の必要量との比較

- ・ 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。
- ・ 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」としてあります。
- ・ 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が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」と設定したいと思います。

- ・この実現に向け、下の枠組みですが、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、枠組みのとおり、熊本地震を踏まえた課題についても考慮していきます。
- ・病床の機能の分化及び連携の推進に関しては、次のアイウ、在宅医療等の推進に関しては次のアイウ、そして医療従事者・介護従事者の確保・育成については次のアイのような課題があると分析しております。
- ・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しています。2010年が181.7万人で、2025年では社人研推計の166.6万人に対し、県人口ビジョンでは170.6万人と約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65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10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11ページ、12ページにおいて、平成26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13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14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。ここで、資料の訂正をお願いします。一番左の「介護老人福祉施設」の、右側「定員」欄で、下段が630(12.3%)と記載されております。こちらが、正しくは7.5%となりますので、訂正をお願いします。
- ・15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16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1,534人不足すると推計されています。

- ・ 17 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。
- ・ 19 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。各地域部会や県専門委員会での審議を踏まえ、追記する予定です。
- ・ 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。なお、さきほど資料 7 で御説明したところと重複する部分もございますが、予め御了承ください。
- ・ 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、上の で「慢性期については、在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立ち、在宅医療等の医療需要と一体的に推計します。そのため、療養病床の入院患者数のうち医療区分 1 の患者数の 70%、療養病床の入院受療率の地域差解消のための患者数及び一般病床で C3 基準（医療資源投入量 175 点）未満の患者数は、在宅医療等の患者数として推計します。
- ・ 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 ページの枠囲みのとおり、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 のとおり、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 のとおり、高度急性期 64 床、急性期 450 床、回復期 574 床、慢性期 588 床で、計 1,676 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とおり、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 20 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、当地域は図表 26 のとおり 1,678 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、図表 27 のとおり、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りません。
- ・ 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 33 の医療機関の方と情報・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 1 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 2 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 3 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。
- ・ 36 ページをお願いします。
- ・ ここから先は菊池地域のデータを基に説明させていただきます。
- ・ (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 178,831 人となり、2010 年を 100 とした場合の指数で 102.7 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 2040 年に 53,315 人でピーク、75 歳以上人口も 2040 年に 32,240 人でピークとなり、高齢化率は 65 歳以上、75 歳以上ともに 2040 年まで上昇します。
- ・ 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 7.2%と、県平均の 10.1%を下回っています。
- ・ 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 131.4、病床数は 151.0 となり上回っていますが、診療所数は 91.1、歯科診療所数は 77.5 となり下回っています。
- ・ また、県全域との比較では、病院数、診療所数、歯科診療所数及び病床数の全てで下回っています。
- ・ 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 27.4、在宅療養支援診療所は 53.6、在宅療養後方支援病院は 123.4、在宅療養歯科診療所は 65.8、訪問看護ステーションは 83.2 及び在宅患者訪問薬剤管理指導は 76.4 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、在宅療養支援病院は全国 0.8 に対し当地域が 0.6、在宅療養支援診療所は全国 11.5 に対し当地域が 6.6 で何れも下回っています。
- ・ 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(病院)は 66.1、医師(診療所)は 88.4、歯科医師は 77.4、薬剤師(薬局)は 67.3、薬剤師(医療施設)は 96.2 となり、全て下回っています。
- ・ 41 ページは、会議の時間もあり、すみませんが割愛させていただきます。
- ・ 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

のとおりですが、先ほどの 14 ページと同じところに訂正がございます。一番左の「介護老人福祉施設」の右側「定員」欄で、下段の 630 が、正しくは 7.5% となりますので、訂正をお願いします。

- ・ 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 2,228 床、パターン で 2,189 床、パターン で 3,006 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ので、本日の会議において多くの御意見をいただけるようお願いいたします。
- ・ 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）

- ・ 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）を説明します。
- ・ 全地域分をまとめており、当地域は 22 から 25 ページにデータ及び意見・課題等を整理しています。
- ・ 22 ページをお願いします。
- ・ 当地域では、33 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、急性期が 69.8%・16.1 日、回復期が 75.8%・42.0 日、慢性期が 64.1%・200.3 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 49%、その他見通し不明等が 37% となりました。
- ・ 23 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 34% で、見込み病床数は機能未選択を含めて最大で 3,006 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 33% の実施で 1 か月あたりの患者延べ数が 401 人、2025 年は 45% の実施で 1,167 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 29% で最も多く、「在宅医療の充実」では「在宅医療に取り組む看護職員の確保のための研修」が 26% で最も多くなりました。
- ・ 24 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、事務局としてまとめさせていただいたものです。
- ・ 「(1) 病床の機能の分化及び連携の推進」についてです。
- ・ <2025(平成 37)年における病床数の見通しにかかる考察> としましては、高度急性期機能を選択した医療機関はありませんでした。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おりました。
- ・ したがって、これについては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があるかと考えております。
- ・ 次に、<必要な取り組みにかかる考察> としましては、「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と考えました。
- ・ したがって、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と考えました。
- ・ 次に、「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%などと、設備投資への支援を求める意見が続きましたので、これについては地域医療介護総合確保基金を効果的に活用する必要があると考えております。
- ・ それでは、「(2) 在宅医療の充実等」についてお願いします。
- ・ <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> としましては、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 人という結果でありました。
- ・ したがって、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ましたが(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と考えております。
- ・ 次に、<必要な取り組みにかかる考察> としましては、「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りました。
- ・ これについては、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と考えました。
- ・ また、「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」が 14%でありました。
- ・ これについては、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と考えます。
- ・ それでは、「(3) 医療・介護従事者の養成・確保」ですが、ここからは医療機関から直接いただいた声を掲載しております。
- ・ 「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が限られている」「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」「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」「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」「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」といった声がありました。

- ・ それから「(4)その他」について、「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」との声があり、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った必要があるが、なかなか希望通りにいかない」といったことでした。また、「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」との声がありました。
- ・ 資料5の説明は以上です。

質疑応答・意見交換

(岩倉会長)

- ・ おそらく地域医療構想というのは、2025年に高齢者が増えたときにどうするのかという医療関係者に対する警報だと思います。それに、自然淘汰ということもあります。患者さんが少ない医療機関は存続できないので、それも考慮して医療提供体制を考えて行かなければなりません。
- ・ 熊本市の熊本赤十字病院の救急搬送の統計を見ますと、平成27年度は58%ほどが熊本市内で、菊池地域からは20%ほど、その次は上益城が8%ほど、阿蘇が5%ほどです。だいたい2市2町から1時間以内で行けるということや、ドクターヘリもありますので、高度急性期はこの地域では熊本赤十字病院を中心に動けば十分対応できるかと思います。
- ・ 回復期が菊池地域は少ないので、それをどうするかという問題があります。
- ・ 慢性期はこの菊池地域にとっても多く、また在宅医療等に今後移行していかなければならないという問題があります。この聞き取り調査のなかには無床診療所は入っていないのは情報が不足していると思われますが、こうした中でも構成員の皆さまから御意見を伺わなければならないということもありますので、よろしくお願いします。

(水野合志市健康福祉部長：荒木構成員代理)

- ・ 高齢者の実数は増えていくということで、回復期機能の充実をされていくのが望ましいのではというふうにも思います。
- ・ 在宅医療の充実について、医師会を中心に市町と協定を結んでいただいております。
- ・ それから、さきほど無床診療所が入っていないということでしたが、実数としてはもう少しあるということと、それから聞き取り調査の結果としても、今後在宅医療を実施する医療機関が33%から45%に増えていくということでしたので、少し安心したようなところもありました。
- ・ 引き続き、行政としては医師会と協力して在宅医療を進めていきたいと思っています。

(坂田大津町住民福祉部健康保険課長：家入構成員代理)

- ・ 聞き取り調査結果の地域の課題等にもありましたが、私も介護保険を担当したことがあり、「戻りたくても家に戻れない」という方がおられました。行き先がなく、どういふふうに将来設計をしていいかわからないと非常に不安で、本当に困ったというケースがありました。
- ・ 最終的には行政が用立てて行かなければならないのですが、それに至るまでの経過で、どこかで何か出来ないかという意味ではソーシャルワーカーの養成が求められてい

ると思います。

(木原菊池市健康福祉部長：江頭構成員代理)

- ・ 2025年に向けての地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現ということで、非常に重要な問題だと考えております。
- ・ 24時間で医療や介護を提供するには、医療と介護の連携が必要になってきます。そこで懸念しているのが、医療・介護従事者のマンパワー不足の問題です。
- ・ 2市2町のなかでは菊池市は高齢化が非常に進んでおります。今31%ですので、あと数年もしますと3人に1人は65歳以上の高齢者になってきますので、マンパワー不足の問題を非常に危惧しております。

(木村構成員)

- ・ 平成28年7月に菊池圏域の認知症疾患医療センターの指定を受けまして、今以上に各医療機関、施設、行政と連携を取りながら取り組んでいかなければならないと思っております。
- ・ 精神科病院が在宅医療にどのように貢献していけるかという点を今後考えていかなければなりません。往診は医師不足で手が回らないという状況ではありますけれども、認知症の方はなかなか外来に行かれない傾向もありますので、往診についても検討していきたいと思っております。
- ・ 地域課題のまとめにありますように、看護師不足が非常に問題になっているようで、訪問看護師の成り手がいないくらい不足しているということですので、検討が必要と思います。

(岩倉会長)

- ・ 認知症疾患医療センターは熊本が全国で一番多いですかね。菊池だけがなかったもので、これから菊池地域の中心としてお世話になっていくと思いますので、よろしく願います。認知症の患者さんを在宅で対応するには大変なので、どうぞ御協力をお願いします。

(佐藤菊陽町福祉生活部長：後藤構成員代理)

- ・ 聞き取り調査の結果の中でいろいろな御意見が出てきましたけれども、先生方が今後在宅を進めていかれるなかで、行政として今後どのようなことができるのか、つなげていけるのかを真剣に考えていきたいと思っております。

(齋藤構成員)

- ・ 地域周辺を見回すと独居の方がほとんどで、空き家も出てきております。生活困窮者の問題もあります。
- ・ 看護師、介護士が本当に確保できない。いろんな手立てで募集しても確保できない。

(田中構成員)

- ・ 老健は医療機関でもない、施設でもない「中間施設」というところから発足したわけですがけれども、うまく運営できれば在宅の「ステーション」という役割も担えるのかなと思います。
- ・ ただ、一筋縄ではいかないというのが現実で、開設して21年になりますが、近年明

らかに変わってきたのは、御家族からの看取りのニーズが増えたことです。

- ・ 一般の方も、病院が死を看取ってくれる場所ではないということ認識しておられます。それで、「できれば在宅での看取り」ということも“理解”はされますが、核家族、老老介護ということから不安が拭えず、「できれば老健で看取ってほしい」と言われます。今年に入って2倍近くなりました。最後の1週間でも自宅に帰せないかと努力はするのですが、御家族の不安を払拭できないという問題があります。
- ・ 「自宅ではない施設」を選ぶ方も増えております。有料老人ホームが増えているので、いいことではあります。何とも言えないところもございます。
- ・ 幸い、菊池地域は特別養護老人ホームも比較的充実しておりますので、熊本市内よりも比較的入りやすいという話を聞いて、市内の親御さんを菊池に転居させて、地域密着型は難しいけれども、そうではない施設に入れるのではないかとわれて来る御家族も多いのが現状です。私どもとしましては、御家族の逼迫した事情もよくわかるのですけれども、立場としてのジレンマもございます。
- ・ マンパワーに関しては、斎藤施設長もおっしゃったように看護師と介護士の不足です。リハ職は定員を充たしている状況です。
- ・ 介護士に関しては、老健協会から「3ヶ月限定でいいので、介護アシスタントの周知とそのための授業を行ってほしい」と頼まれました。介護アシスタントとは元気な高齢者の方に介護を行ってもらうもので、そうした制度の検討も業務の一環で取り組んでいくこととしております。マンパワーの確保、それから育成に主眼を置いて取り組んでいきたいと思っております。

(岩倉会長)

- ・ 「在宅」という言葉の定義がはっきりしていないのですが、施設も含めた「在宅」ということですね。有床診療所も含めた意味の「在宅」になればいいのですけれども。

(樽美構成員)

- ・ 先ほども質問しましたとおり、病院と有床診療所の病床を同じように考えるというのは非常に違和感があります。
- ・ 将来の有床診療所の病床数を予測するのは非常に難しいです。なぜなら、有床診療所は黙っていても減ります。へき地や特殊な医療を担うことは別として新規開設は認められておりませんので、後継者がいなければ自然に減ります。今の病床数には休床も入っていると思いますが、これからこうした問題が具体的にあれば返上されるでしょう。
- ・ それから、福岡の有床診療所で火事があってから、施設基準が非常に厳しくなりました。スプリンクラー設置義務や、建造物に関しても2階以上に300㎡以上有していれば3年に1回きちんとした検査をしなければならないなどがあります。それにはとても費用がかかります。また、防火設備については、毎年検査をしてきちんと報告しなければならぬと今年の6月から義務付けられました。いろいろな義務が出来たことで、いま休床されているところは間違いなく、そのような面倒で、費用のかかることなら再開の目途も立たないので返上しようということになります。
- ・ 医学部もだんだん難しくなって、自分の息子を医者にするつもりでいる有床診療所の先生方もなかなか難しい、昔とは全然違うようなところもあります。
- ・ 看護師不足は有床診療所にとっても響きます。有床診療所の入院基本料は病院と比べてとても安いので、給料も上げられず、それにも拘わらず当直がある。看護師さんはな

かなか集まりません。

- ・ そういう理由があり、有床診療所は減っていく。それを病院と有床診療所の病床を同じようにカウントするのは非常に違和感がある。
- ・ また、先ほども岩倉会長がおっしゃったように病院と有床診療所の働きは全然違います。例えば、急性期を例にすると、おばあちゃんが尻餅について圧迫骨折し、病院に行ったけれども、手術の必要もないものであれば、入院の必要もないので家に帰します。それで寝たきりになる方もたくさんいます。有床診療所はそういう方々を寝たきりにしないように急性期もやるし、回復期もやります。また、急性期病院の在院日数の関係で自宅に帰したいけれども、自宅に帰るにはもう少し看護が必要な方がたくさんいらっしゃるって、そうした方の受け皿としては絶対に必要であり、そうした特別な役割をしております。
- ・ それを有床診療所と病院は同じ働きで、病院から有床診療所へ転院させるのであれば「在宅」に帰したことになるにとすると、「有床診療所には帰せません」といった話にもつながる。先ほど質問したときの説明で、病院と有床診療所を同じように考えますというのは非常に違和感があります。その点をもう一度検討していただきたい。

(岩倉会長)

- ・ 有床診療所は非常に小回りの利く施設ですが絶滅危惧種であるともいえます。日本全国で年間1万近くの施設が減っていきっております。ですからどうか熊本県のほうでも救いの手を差し伸べていただきたいと思っております。

(医療政策課・松岡課長)

- ・ 有床診療所について、先ほどの数字の推計の話で、病院と有床診療所を一緒にカウントしているということがありました。また、岩倉会長のほうから、在宅医療の定義ということがありました。
- ・ 在宅医療の定義については、資料7のスライド2のところ、ここでいう「在宅」というのは医療区分の70%、175点未満、現時点で訪問診療を受けている患者数などを「在宅」とするというルールでございます。
- ・ さきほど、病院と有床診療所の役割は違うということがありました、まさにその通りでございます。あくまでも今回の推計は、将来の病床の必要量をいかに正確に推計するかということではなく、また目標値の設定ではないということになります。地域においてそれぞれ病院も診療所も役割があり、ただ省令で定められた計算方法による機械的、一律の数値で、地域性も何も無いのはおかしいということは、我々もすでに国に伝えております。
- ・ 樽美先生がおっしゃったように、病院と有床診療所の役割が違うということについては我々も理解しておりますので、今後地域で必要な病院、有床診療所の機能ですとか、ネットワークなどを議論していく中で、それぞれの機能に特化した在り方を関係者の中で協議して決定していく、ということで御理解をいただければと思います。
- ・ ですので、推計は公表されていますけれども、では今後、具体的に地域の医療をどうするかについては、「協議の場」で検討・整理をしていただければと思います。

(西本構成員)

- ・ 資料3の39頁にもありましたが、訪問薬剤管理指導が在宅でのベースになりますが、実施薬局数の指標は熊本県のなかでも低いということですが、それでも、地域の医療

関係機関と連携してやってきたというところでは。

- ・ 薬局の中でも積極的に在宅訪問をやっているところとそうでないところとありますので、そういった状況を見ながら進めていきたいと思えます。

(野田構成員)

- ・ 先ほどから看護師不足ということで、責められているようなところでもありますけれども、成り手を増やすということでは高校生に看護師体験をしてもらう活動をしております。
- ・ 熊本県には大学もありますが、福岡に近いようなところにあるのでどうしても県外に流れていくようなところもあります。あと、奨学金で東京、大阪など都心に流れていく方もおりますので、熊本県として奨学金があればいいのかなと思えます。
- ・ 看護師不足については、看護協会のほうもいろいろと取組を行っているところもありますので、頭の痛い問題ではあります。それから、訪問看護師については育成に力を入れております。

(信岡構成員)

- ・ 精神科は今回関係ないのですが、必要病床数がどうしても独り歩きしているというか、病床削減にもつながるという印象をどうしても持ってしまいます。
- ・ また、急性期については熊本市に流れていっているもので、圏域ごとに決めようとしてもなかなかうまく行かないように思えます。

(馬場構成員)

- ・ 先ほど資料3の16頁にも介護士不足の問題などもありましたし、老健協会での介護アシスタントの取組などもありましたが、熊本県のほうとして、看護師、介護士の確保のためにこういったことをしているのでしょうか。

(高齢者支援課・西山課長補佐)

- ・ 介護人材の確保対策を行っております。特効薬があるというわけではないのですが、2つの観点から取組を行っております。
- ・ 1つめが新たに介護分野をされる方への取組として、修学資金の貸付や合同就職会、啓発活動等を行っております。
- ・ 2つめに介護職員の定着のため、専門性を高めるための実習、勉強会の実施等をしているところでございます。
- ・ これらをしたからといって急激に介護職の方が増えるということではないのですが、今後もやっていきます。先ほどもありました介護アシスタントなども県の老健協会にお願いしながら進めていきたいと考えているところです。

(馬場構成員)

- ・ 先ほどもありましたように、60歳以上の人材の活用も考えていただければいいのかなと思えます。

(前田構成員)

- ・ 国保財政は大変厳しい状況です。医療環境が整うということは市民、県民にとっても嬉しいことでありながら、国保財政は厳しい状況に陥っています。平成30年

に国保財政が県に一元化されるということで、その過渡期のなかで財政を整えて県のほうに引き継ぐかということで頭を悩ませております。

(宮本構成員)

- ・ 日頃、私がまだまだ問題だなあと思っている点について御紹介したいと思いますが、先ほどから出ている看護師の問題ですが、訪問看護ステーションも2、3人で運営されているところも多くて、管理者の方は24時間365日ずっと携帯を持っていて、疲弊しているということがかなり見受けられている、そういう状況に飛び込んでいきたい看護師さんがいるかということ、確かになかなかいないのではないかと思います。そうした意味で、もう少しシステムを構築していく必要があるのではないかと思います。
- ・ もちろん、自宅で家族に看取られて亡くなる方は大変幸せではありますが、「在宅」というのはいろいろな状況が許さない方がたくさんいらっしゃいますので、施設や老健で亡くなる方が確かに増えているのも現状です。しかし、数年前までは施設などでは「看取りはできません。病院でしてもらってください」といった声ばかりがありました。今は施設での看取りも増えてはきておりますが、その施設で看護師さんが不足しているという状況です。
- ・ 私のところに、施設で働いていた看護師さんが半ばうつになって求職されて来られる方も最近非常に多くて、看護師であるがゆえに介護士から頼られて、全ての責任を負わされるような実情があって離職される方もあるようです。
- ・ ご自宅で亡くなる場合は家族に医療従事者がいるとは限りませんので、サービス付き高齢者向け住宅や施設などで、看護師でない方もスタッフとしている場合に、そういった方は看取り自体が経験値としてないものですから、精神的に負担になることもあり、問題ではないかと思っているところです。

(明受構成員)

- ・ 資料3の47、48頁の施策は、こういう施策が考えられるということか、それともこのようなことが出来ますということなのでしょうか。

(医療政策課・村上主幹)

- ・ 今記載しているのはあくまで項目として例示したところです。ここの記述を厚くしていくために、地域でいろいろな課題をいただいて、それをどう対応していくかを考え、深めて行きたいと考えております。今後また整理してお示ししたいと思っております。

(米村構成員)

- ・ 資料5の25頁「(4)その他」のところで、高度急性期に関することがあったので少しお話させていただきたいのですけれども、高度急性期、急性期、回復期、慢性期とされておりまして、分け方が難しい部分もあって、重症肺炎の方を人工呼吸器につないで治療するという場合に、実際には高度急性期だろうとは思いますが、全体的にそういう報告をするとすると、そういう方があまり多いわけではないのでこういうかたちで報告させていただいております。ですので、医療内容をもう少し緩和できる部分はないのかなというのが正直な感想です。
- ・ 全体として、2025年の病床数の必要量はこうした推計方法から出てくるんだろうとは思いますが、その受け皿が今のところあまりにも貧弱ではないかと、どなたも感じ

ていることではないかと思いますが、やはりこの部分を充実していくのが一番のポイントではないかと思います。現実的に、当院も退院できるという方も社会的環境、家庭環境からおうちまでたどり着かない方がいらっしゃいます。そのあたりが課題ではないかと考えております。

(岩倉会長)

- ・ データをもって結論が出ない非常に難しい問題だと思います。できればこの検討専門部会のなかで、菊池の特性をしっかりと滲み出させることができれば非常にいいのだろうとは思いますが、議長としてなかなか難しい課題です。
- ・ 「菊池はこういうスタイルだ」というのをそれぞれで作り上げていかななくてはいいのだろうと思います。数字に動かされるのではなくて、菊池地域はどうなんだというのをしっかりとまとめ上げていかなければならないと思います。

閉 会

(田上次長)

- ・ 岩倉会長並びに皆様方には、大変熱心に御協議いただき、ありがとうございました。
- ・ 本日いただいた御意見等により、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。
- ・ 現時点では12月14日(水)19時からの予定としておりますが、決定次第、おって御連絡いたします。
- ・ また、お手元に「御意見・御提案書」を置いております。
- ・ 本日御発言できなかったことや新たな御提案などがありましたら、お帰りになられてからでも御記入いただき、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。
- ・ ありがとうございました。

(21時00分終了)