

## 第4回阿蘇地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成28年12月21日(水)19時00分～20時30分  
会場：阿蘇保健所2階会議室  
出席者：<構成員> 13人(欠席1人)  
<熊本県阿蘇保健所>  
服部所長、内村次長、平嶋総務福祉課長、下村保健予防課長、  
田中参事、納参事  
<熊本県健康福祉部>  
医療政策課 阿南補佐、村上主幹 高齢者支援課 清田審議員  
認知症対策・地域ケア推進課 高島補佐  
オブザーバー：4人

### 開会

(平嶋阿蘇保健所総務福祉課長)

ただ今から、第4回阿蘇地域医療構想検討専門部会を開催します。

本日の司会を務めます熊本県阿蘇保健所の平嶋でございます。

まず、説明資料の確認をお願いします。

会議次第、資料1及び資料2並びに参考として「地域医療構想策定スケジュール(案)」を1部ずつお配りしております。

不足がありましたらお知らせください。

なお、本日の部会は、「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。現在のところ、傍聴者はいらっしゃらないということになっております。

また、会議の概要等については、後日、県のホームページに掲載し、公開する予定としています。

それでは、開会にあたり、熊本県阿蘇保健所長の服部がご挨拶申し上げます。

### あいさつ

(服部阿蘇保健所長)

皆様こんばんは。

本日はご多忙の中、第4回阿蘇地域医療構想検討専門部会にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

昨日、阿蘇山の噴火レベルが3から2に下がったということで、年末年始に向けてうれしいニュースだと思っておりまして、また俵山ルートが通ればより一層にぎやかな阿蘇が年末年始戻って来るのではないかと考えているところです。

前回、10月に行いました第3回のこの検討専門部会では、皆様に熱心に御議論いた

だきまして、たくさんご意見をいただいて、本当にありがとうございました。

皆様の御意見等を踏まえまして、今回、第4回では、前回、未定稿としてお示ししておりました熊本県地域医療構想の部分を原案としてお示ししております。

前回、作成中としておりましたところを埋めて御提示しているところですが、ポイントは2つでして、1つは構想区域が決まったということです。阿蘇は一つというところできていましたけれども、上益城圏域と熊本圏域が一緒になったということで、私は阿蘇に影響ないのかなと思っていましたが、計算式の関係で、病床数の必要量が若干ですが阿蘇の方にも影響がっておりますので、また後程、御説明させていただきたいと思います。

もう一つは、これまで阿蘇の現状と将来の姿としてデータ等を皆様に御協議いただきましたけれども、今後の施策というのが、将来の課題に向けて大事になって参りますが、今後の施策と今後の地域医療構想の実現に向けた推進体制というものをお示ししておりますので、本日は、今後の施策につきまして、主に皆様から御意見をいただきたいと思っております。どうぞ、よろしく申し上げます。

(阿蘇保健所 平嶋総務福祉課長)

構成員の皆様の御紹介につきましては、お手元の構成員名簿と配席図をお配りしておりますので、それに代えさせていただきます。本日は、阿蘇やまなみ病院院長の高森構成員が御都合により欠席となっております。

また、阿蘇市町村会の会長の日置構成員が御都合により欠席ということでございましたけれども、代理としまして阿蘇市の佐藤市長に御出席いただいております。

それでは、ここから議事に入らせていただきますが、設置要領に基づき、進行を平田会長にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいいたします。

(平田会長)

皆さんこんばんは。

地震から8カ月たちまして、本来ならば、地域医療構想検討専門部会をゆっくりとした議論をした方がよかったが、地震の影響でスケジュールが押してしまって、時間をかけて検討することができないのが残念ですが、今年度中には作ってしまわなければならないということですので、皆さんの忌憚のない意見をお聞かせいただければ幸いです。

それでは、お手元の次第に沿って会議を進めます。

本日の説明資料は2種類となっておりますが、事務局からの説明を一通り受けた後に意見交換を行いたいと思っております。

事務局からの説明をお願いします。

## 議事

1 第3回各地域医療構想検討専門部会の結果について	【資料1】	納参事説明
2 熊本県地域医療構想(原案)について	【資料2】	内村次長説明

### 資料1 第3回各地域医療構想検討専門部会の結果について

今回、お配りしております資料1及び資料2を計30分程度で説明させていただきますので、よろしくお願いいたします。

資料1をお願いします。

第3回各地域医療構想検討専門部会の結果について説明します。

阿蘇地域は10月24日の開催でしたが、同じく10月に各地域で部会が開催され、構想区域に関する審議と地域ごとの課題に関する意見交換を中心に議論が進められました。

なお、構想区域につきましては、表の2列目のとおり、当地域を含む9圏域が現行の二次医療圏どおり、2ページ目及び3ページ目の中ほどのとおり熊本及び上益城が統合と決定されました。

表の3列目の課題に関する主な意見等としましては、在宅医療並びに人材の確保をどのように進めていくかについて、多くの御意見がありました。

阿蘇地域については、2ページの2段目に記載してありますとおり、

- ・回復期を担う病院では、スタッフの労働に比べて医療点数が低く、スタッフの人件費をまかなうのが困難。
  - ・医師、看護師の人材確保が問題。定年退職後の再任用職員で対応しているが、危機的ラインを越えている。
  - ・国は在宅医療を進めると言っているが、入院で診るよりもマンパワーを要すもの。地方の病院では病棟を維持するのも難しい状況なのに、在宅医療を担う医療人材はどこから持ってくるのか。
  - ・熊本地震後の交通事情の悪化により、熊本市内に通院していた患者が受診していない状況がある。
  - ・病床数の必要量について、地域の実情等を聞いて定期的に見直ししてほしい。
  - ・昨年まで病床削減ありきで冷静な議論ができなかったが、この1年で地域の実情や意見を聞いてもらい、削減ありきではないことが理解できた。
- といった御意見をいただきました。

資料1の説明は以上です。

**資料 2** 熊本県地域医療構想（原案）について

資料 2 をお願いします。

熊本県地域医療構想（原案）について説明します。

表紙をおめくりいただき、目次を見開きでお願いします。

本日は、前回「作成中」としていた箇所を含め、「第 6 章 将来の目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策」と「第 7 章 地域医療構想の実現に向けた推進体制」までの全体をお示しております。

前回から修正及び追加した主な内容を説明します。

2 ページをお願いします。

中ほどの「（ 3 ）将来のめざすべき医療提供体制の姿」につきまして、各地域部会での議論を踏まえ、文末、前回までの「患者の状態に応じた質の高い医療を」に続いて「地域の関係者が連携することによって」との表現を加えるなどの修正を行いました。

4 ページをお願いします。

「 3 構想の策定体制・プロセス」は前回作成中の箇所で、「（ 1 ）策定体制」及び 5 ページからの「（ 2 ）策定プロセス」を追加しております。なお、今後の見込みの部分についても括弧で囲む形で記載しております。

2 1 ページをお願いします。

「第 3 章 構想区域」につきまして、これまでの検討経過を追加しました。

2 5 ページをお願いします。

資料 1 で説明した各地域部会の決定に沿って、「 2 構想区域の設定」のとおり 1 0 の構想区域とするしました。

なお、図表 2 0 の下のマルのとおり、4 機能のうち的高度急性期については全県的な対応を進めていくとしております。

2 7 ページをお願いします。

「第 4 章 将来の医療需要・病床数の推計」です。

構想区域の設定にあわせ、病床数の必要量等の数値を、1 1 圏域から 1 0 構想区域に見直しております。

3 4 ページをお願いします。

上から 2 行目の病床数の必要量の意味合いに関する「病床の削減目標を示したものではありません」との記述について、下の脚注の欄に前回盛り込めておりませんでした昨年の塩崎厚生労働大臣の国会での答弁内容を追記しました。

また、このページのマル 2 つは基準病床数と病床数の必要量との違い並びに関係性についての内容となりますが、現在の国での議論を踏まえた内容に修正しました。

国では、次期の医療計画で新たに設定する基準病床数について、病床過剰地域で病床数の必要量が既存病床数を大きく上回る場合は、基準病床数の算定を見直すことができるようにすると検討されています。本県は直近のデータによる試算で、すべての構想区域が病床過剰地域で、病床数の必要量が既存病床数を下回っていますので、対応の可能性は低いと考えられます。

43ページをお願いします。

「第5章 構想区域ごとの状況」として、当構想区域のデータを整理しています。

45ページをお願いします。

第5回県専門委員会での御指摘を踏まえ、診療所数の内数として、有床診療所のデータを盛り込みました。なお、阿蘇構想区域では、人口10万人当たりの有床診療所数は全国平均を上回っています。

49ページをお願いします。

第3回地域専門部会及び第5回県専門委員会での御指摘を踏まえ、新たに「医療施設に従事するその他の主な医療スタッフ」として、理学療法士から精神保健福祉士までの13の職種に関するデータを追加しました。

50ページをお願いします。

「介護施設数」について、第3回地域専門部会での御指摘を踏まえ、下の図表51-06のとおり老人ホームに関するデータを追加し、整理しました。

51ページをお願いします。

「法令に基づく医療需要及び病床数の必要量の推計」です。

厚生労働省令に基づく医療需要及び病床数の必要量の算定において、熊本地域と上益城地域との統合により、基礎となる入院受療率や他地域への流出入率が全構想区域でわずかに変わってしまいます。

そのため、小数点以下の四捨五入という端数処理等の関係で、当構想区域では図表53-06のとおり、4機能合計で医療需要が前回の388から389人/日、病床数の必要量が446床から447床に変わりますので、御報告します。

なお、その下のマルに記載している在宅医療の必要量も1,089人/日から1,094人/日に変わります。

52ページをお願いします。

「熊本県における将来の病床数の独自推計」です。

下の枠囲みに示す3つの推計方法のうち、推計については、基礎となる厚生労働省令に基づく医療需要がわずかに変わることに連動し、図表54-06のとおり、阿蘇構想区域の推計値が前回の575床から577床に変わります。

なお、推計とは変動ありません。

54ページをお願いします。

「(5)医療提供体制上の課題」ですが、ここからが新規に追加した内容となります。

「病床の機能の分化及び連携の推進」に係る課題として、まず、図表57-06及び58-06に掲げる5疾病・5事業に係る拠点病院や地域医療支援病院等との連携体制の強化・充実の必要性を挙げています。

次に、図表59-06の病床稼働率、図表60-06の平均在院日数、図表61-06の許可病床数に対する稼働病床数の割合等のデータにより、区域内の受療実態を区域全体で共有し、各医療機関が自ら検証していくことの重要性を挙げています。

さらに、図表62-06で、昨年度の聞き取り調査で示された「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」を挙げています。なお、図中の「と」に関する病床機能の転換のための施設や設備の整備については、機能ごとに病床の過不足への対応を構想区域で協議の上、進める必要があると考えています。

56ページをお願いします。

「在宅医療等の充実」に係る課題です。

まず、図表63-06に再掲する厚生労働省令の算定式に基づく在宅医療等の必要量を見据え、より一層の医療・介護提供体制の構築などに取り組む必要性を挙げています。

次に、図表64で、全国のデータではありますが最期を迎えたい場所を示すとともに、図表65-06で死亡の場所の推移に関する当構想区域及び全国データを示しました。このような意識と実態の差を把握し、対応を進めることの重要性を挙げています。

57ページをお願いします。

一つめのマルに、人口10万人当たりの施設数が全国平均より少ない在宅療養支援診療所を中心に、今後の受療動向や地域のニーズを見据え、在宅医療に取り組む医療機関の増加を図ることの必要性を挙げています。

また、二つめのマルに、聞き取り調査で示された「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」と個別の御意見等を整理し、地域の事情を考慮しながら、患者本人や家族のニーズに応じて、できるだけきめ細やかな対応を進めることの重要性を挙げています。

さらに、図表66-06の下のマルに、地域特性に応じた医療・介護、生活支援等のサービス基盤の一体的な提供、介護予防、地域リハビリテーションといった予防的な取組みの重要性を挙げるとともに、新たな受け皿づくりやサービス量を考慮しながら、第7期以降の介護保険事業計画等において検討していくことも重要とまとめています。

58ページをお願いします。

「医療従事者・介護従事者の養成・確保」では、診療科別、医療機関の規模別等での差異や構想区域間の患者の流入などにも留意し、人材の養成・確保を進めること、具体的に、人材の養成については、聞き取り調査で示された必要な取組みを通じた資質の向上、人材の確保については、処遇の向上をはじめ、キャリア形成の支援や勤務環境の改善を通じた定着・就業継続を図ることなどを挙げています。

59ページをお願いします。

「第6章 将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた施策」です。

課題については構想区域ごとに整理しますが、施策についてはまず全県的な対応に関する方向性や取組みを整理することが必要との考えから、まとめて記載しております。

施策の柱の一つめの「病床の機能の分化及び連携の推進」についてです。

施策の方向性として、枠囲みのとおり、まずは、本県の医療提供体制の立て直しのため、被災施設の復旧・復興を進めること、そして、各医療機関による病床の機能の分化及び連携のための自主的な取組みが促進され、実効性のあるものとなるように、必要な体制や基盤の整備、支援を進めることとしています。

そのため、「(1)被災施設の復旧・復興への支援」「(2)病床の機能の分化及び連携を支える体制・基盤の整備」、60ページの「(3)病床の機能の分化及び連携に取り組む医療機関への支援」と区分し、主な取組みを整理しています。

具体的な取組みとして、災害復旧費補助金やグループ補助金の積極活用の促進、熊本地震時における医療救護活動等の検証を踏まえた災害・救急医療提供体制の充実・強化、地域医療構想調整会議による協議・調整、医科歯科連携に向けた体制づくり、ICTを活用した「くまもとメディカルネットワーク」の構築などを挙げています。

62ページをお願いします。

施策の柱の二つめの「在宅医療等の充実」についてです。

施策の方向性として、枠囲みのとおり、2025年を目途に、県民が住み慣れた地域で医療や介護、生活支援等が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進め、在宅医療等の充実に必要となるサービス基盤の強化、受け皿づくりを進めること、また、県民が健康で安心した生活を住み慣れた地域で送ることの重要性に関する認識を高めるとともに、介護予防や地域リハビリテーションの充実を進めることとしています。

そのため、「(1)在宅医療基盤の充実」、63ページの「(2)医療と介護の連携の推進」「(3)在宅等住まいの場における看取り等の終末期療養の充実」「(4)介護予防や地域リハビリテーション機能の充実」、65ページの「(5)退院支援機能強化のための人材養成の充実」「(6)高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントの推進」「(7)日常的な見守りや生活支援など在宅生活を支える基盤の強化」「(8)中山間地域における介護基盤の充実」と区分しています。

主な取組みとして、訪問診療、在宅歯科医療、訪問看護サービスの基盤充実のためのスキルアップ研修や小児在宅支援コーディネーターの養成、在宅歯科医療連携室や各地域の在宅訪問薬剤師支援センター等の運営支援、市町村や地域包括支援センター等と連携した地域における介護予防の推進、三層構造での地域リハビリテーションの推進、また、被災地支援として、被災地における介護予防や生活不活発病対策の推進に向けた「県復興リハビリテーションセンター」の設置運営等を挙げています。

66ページをお願いします。

施策の柱の三つめの「医療従事者・介護従事者の養成・確保」についてです。

ここでは、医療従事者と介護従事者を分けて整理しています。

まず、「3 - 1 医療従事者の養成・確保」に係る施策の方向性として、枠囲みのとおり、5 疾病・5 事業、地域で不足が見込まれる機能、チーム医療の推進に係る医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカーなど、必要な人材の養成と確保を進めること、また、医療機関の魅力ある職場づくりを支援することとしています。

そのため、「(1) 人材確保と資質の向上」、68 ページの「(2) 魅力ある職場づくりの支援」に区分し、「(1) 人材確保と資質の向上」では医師、看護職員、チーム医療や地域連携の推進に係るその他の主な医療スタッフでそれぞれ整理しています。

主な取組みとして、医師に関しては、修学資金貸与、オール熊本での初期臨床研修医の確保と県内定着、総合診療専門医養成システムづくり、「特例診療所制度」を活用した在宅、へき地、小児、周産期医療の担い手確保等、看護職員に関しては、修学資金貸与、看護師等養成所における看護学生の県内定着への取組み支援、潜在的な看護職員に対する定期的な研修等を通じた再就業支援等を挙げています。

なお、平成30年度開始予定の新専門医制度については、熊本大学医学部附属病院や県医師会等の関係団体と連携し、医師が偏在することなく専門医の質を高める体制の構築を図ります。

69 ページをお願いします。

「3 - 2 介護従事者の養成・確保」に係る施策の方向性として、枠囲みのとおり、介護ニーズの増大に伴う介護人材の確保のために、多様な人材の参入促進、介護職員の定着の観点から、総合的に介護人材の確保・養成・定着に向けた取組みを進めていくこととしています。

そのため、「(1) 多様な人材の参入促進」「(2) 介護職員の定着促進」「(3) 情報共有・国への施策要望」に区分し、主な取組みを整理しています。

70 ページをお願いします。

「第7章 地域医療構想の実現に向けた推進体制」です。

「1 推進体制」につきまして、地域医療構想の推進には、策定主体の県はもとより、市町村、医療機関・医療関係団体、介護事業者・介護関係団体、医療保険者及び県民が将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた今後の方向性を共有し、それぞれの役割を果たしていくことが重要となります。その中核として医療法に規定された協議の場である「地域医療構想調整会議」を構想区域ごと並びに全県単位で設置し、引き続き二段構えで推進を図っていきたいと考えております。

なお、調整会議での議論の進め方については厚生労働省で検討中ですので、最終の取りまとめを踏まえ、本県の運営方針を定める必要があると考えています。

71 ページをお願いします。

「2 関係当事者の役割」として、まず県では、調整会議の効果的かつ効率的な運営



やデータ提供、地域医療介護総合確保基金等を活用した第6章に掲げる施策の推進、県民への周知啓発、市町村介護保険事業計画の策定に当たっての助言等を行っていきます。なお、図表74のとおり、構想実現に向けた知事の権限が規定されていますが、これまでに説明してきたとおり、知事に稼働している病床を削減する権限等は与えられていませんので、医療機関の自主的な取組みを促していきます。

72ページをお願いします。

「(2)市町村」の役割として、地域医療構想にも留意した在宅医療・介護連携の取組推進、市町村介護保険事業計画の策定に当たっての構想の策定趣旨や内容を踏まえた検討を挙げています。

「(3)医療機関・医療関係団体」の役割として、一般病床及び療養病床を有する医療機関においては、毎年度の病床機能報告を確実に実施いただくこと、地域医療構想をはじめ、県が示すデータ等を参考に、構想区域における自院の病床機能の相対的な位置づけを把握した上で、自院が将来めざす医療の実現に向けた自主的な取組みを行っていただく、その際に病棟単位で選択した病床機能に応じてどのような患者を受け入れていくか、また、それに伴ってどのように必要な体制を構築していくかを検討いただくこととしています。なお、有床診療所においては、①から⑤までに例示する機能について、地域の実情に応じて必要な役割を担っていただくこととしています。

併せて、図表75の下のマルのとおり、医療関係団体におかれては、医療機関の自主的な取組みへの支援をお願いします。

「(4)介護事業者・介護関係団体」の役割として、介護事業者におかれては、医療機関との連携強化を通じて介護サービスの充実を進めること、介護関係団体におかれては、介護事業者の自主的な取組みへの支援をお願いします。

73ページをお願いします。

「(5)医療保険者」の役割として、構想の策定趣旨や内容に関する加入者への周知・啓発、構想の推進に必要な医療提供施設の機能に関する情報やその他の必要な情報の県への提供をお願いします。

「(6)県民」の役割として、人生最後の場面をどのように迎えたいのか、どのような医療を希望するのかということを、一人一人が考えておくこと、限りある医療資源を有効に活用できるよう、医療に関する適切な選択を行い、医療を適切に受けるよう努めることを挙げています。なお、平成26年の第6次医療法改正により、卒団みのとおり国民の責務が規定されています。

「3 構想の進行管理」として、構想の実現に必要な事業の進捗状況を毎年度評価し、調整会議等に報告するとともに、県庁ホームページにて公表すること、評価結果に対する調整会議での意見等を踏まえ、必要に応じて施策や事業を見直すとしています。

資料2の説明は以上です。

(平田会長)

では、今の事務局から説明ありましたけど、この原案に対して、ご意見をお願いします。

なければ、順番に構成員の方々の御意見を伺わせて下さい。

(甲斐副会長)

前回の会議で大きく流れが変わったなど、皆さん印象を持ったと思いますけど、51ページの図表53-06、数字(病床数の必要量)が微妙に変わっているのは、熊本市と上益城が統合したことに関連しているということだが、この間の話では、これが国が示した最初の数値で447床。

52ページの新たに熊本県の独自に推計値を違う計算式で出していたのが、推計、 、 すべて数値が変わっていますけど、この間の話では、この4つのプランを国に提出するというので、国がどれを採択するかというのを教えてもらえませんか。

(阿南医療政策課課長補佐)

本県の地域医療構想としては、この原案を最終的に承認・決定いただければ、これを国に提出しなければならないという規定がありまして、4案併記で提出します。

国がどの病床数推計を採択するか、ではなく、これが県としての、阿蘇地域としての地域医療構想となります。

どの推計値を目掛けてという話ではございませんで、こういった推計を参考にしながら、患者の状態に応じた適切な医療提供体制をどうやって作っていくのかということをして今後、医療構想策定が終わったら、地域医療構想調整会議というのを第7章に書いていますけれども、それを立ち上げまして、地域医療の提供体制というのを整備していこうという話です。

繰り返しになりますが、国の方で推計はこれではなければならない、ということにはなりません。

(甲斐副会長)

この地域医療構想を今年度中に報告書をまとめて、次は調整会議というものを立ち上げるということだが、阿蘇エリアは阿蘇エリアで調整会議を作って、うちではこれでやってみようというのは、これらを参考にして、これに近づけていこうじゃないかということをごちうで独自に決めて良いということか。

(阿南医療政策課課長補佐)

病床機能報告と病床数の必要量というのが、53ページの図表56-06の方に示してありますが、厚生労働省令に基づく病床数の必要量、2025年の人口動態を見据えたうえでのが447床、県の独自推計ということで聞き取り調査の結果とか推計は各医療機関から出された数値ということで積上げております。

それに対する2015年度の病床機能報告による病床数ということで、これは毎年1

回、各医療機関へ病棟ごとに有床診療所におきましては一つの病棟とみなすということで、各機能を選択していただきます。

こういった差が出ておりますので、例えば、回復期についてはわずかながら足りないのではなかろうか、という結果が出ておりますので、まずは回復期の充実を図るべきかどうかということの議論をしていく場かなと思っております。

要は、過剰な所を削るということではなくて、不足している機能をどう補っていくのか、そのときには、新規に病床を作るといことはなかなかできませんので、いずれかの医療機関に機能転換していただきますというようなことになりますので、その辺の議論とか、あとはもう一度70ページをお願いします。

70ページの(2)の枠囲みの中ですが、医療機能の役割分担についてというところがございます。これについて、構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有ということで、厚労省のワーキンググループで示されているのが、中核となる医療機関の立ち位置、2025年に向けてどのような医療提供体制を提供していくのかというのを発表していただいて、ということがあります。

それに沿って、それに連携する医療機関、病院、診療所ありますけれども、そういった拠点病院の動きを見ながら、自分たちの医療提供体制を地域医療構想調整会議の中で皆さんで共有していただく、といった段取りになると見込んでいます。

この点につきましては、今後4月以降に向けて、県庁の方でも議論を整理していきたい、こういった形で地域医療構想調整会議を回していくのか、ということも整理していきたいと思います。今、分かっているのは、こういう状況でございます。

(甲斐副会長)

地域医療構想調整会議が立ち上がった時に、72ページの図表75のような現行の幅を持った色々な医療機関の状況を集約して、4つのパターンに再度配置換えを下さい。ということとその調整会議で決めていくと。調整会議のメンバー自体は、だいたいこのメンバーが入っていきそうなんですか。

それとも、全く違う介護や福祉の話も入ってきているので、そういったところからの施設長とか代表者もメンバーに入って来ますか。

(阿南医療政策課課長補佐)

こちらについては、もともとこの会議自体も、基本的には、地域医療構想策定後に設置しますというのが、医療法に書いてありますけれども、策定後を見据えて、策定段階からこうした会議を設置し、議論に入っていただくということにしていますので、基本的には、このようなメンバーで、また関係団体等と協議いたしますけれども、(このように考えています。)

当然ながら、こちらの皆様方は、代表者という位置付けでありまして、個々の医療機関さんは具体の議論の際には、お呼びするとかいう形になるかもしれません。

進め方については、また研究しなければいけないと、他県の先進事例なども見ながら、場の設定について発表していきたいと思えます。

(甲斐副会長)

地震後の対応について盛り込んでいただいたので、ありがたいんですけども、看護職の代表者の方もおられますので、地震後、阿蘇エリアで通勤とかが困難になって、離職を考えられている方がかなりおられます。

これは、看護職だけでなく介護職も一緒だと思いますけれども、今度、医療政策課の方で、冬季に帰宅困難になった場合の宿泊補助をしていただきましてありがとうございました。

ただ、長期に阿蘇地区で働こうと思うと、やっぱり働きづらいと言って、熊本市内や大津辺りで、就職先を変えようと考えている人が結構いることが分かったので、この間、県の看護協会とか県の医療政策課とかにお願いに行きましたけど、看護職や介護職の維持というのを真剣に構想の中に盛り込んでいただかないと、いくら病床機能を書き替えても、病院自体の維持ができなくなると、介護施設の維持ができなくなると、絵に描いた餅になってしまう。

(阿南医療政策課課長補佐)

今回の地域医療構想の原案の3つの柱ということで、病床機能の分化・連携と在宅医療の充実と、最後に甲斐先生ご指摘の部分なんですけれども、66ページから医療従事者の養成・確保、69ページから介護従事者の養成・確保として書きました。

当然ながら、病床のうんぬんより人の問題、ハードを作っても、担い手がいなければ、という部分がありますので、これについては書かせていただきました。

(清田高齢者支援課審議員)

介護職員の件もございましたので、今、先生がおっしゃったような形で、介護職員につきましても、県の12月補正予算で、同様の冬季に帰宅が困難な方のための補助制度を創設しておりますので、参考までにご報告させていただきます。

(上村構成員)

甲斐先生がおっしゃった看護師を確保できるかどうか、やはり結局は何らかの形で予算が付かないと、絶対、絵に描いた餅になるんですね。

地域医療再生会議とかでも、ずっと5年間ぐらい、勉強会、勉強会、勉強会だけど、結局、人増えたの？という成果から考えると、？、？、？となる。

実際、色々お書きになっていいんですけども、本当に集められるの？というのと、結局、お金がかかってくると思うんですね。お金なしじゃ何もできない。だって、集めるの大変ですよ。

実際、うちは病院がもうああいう状態だから、また再建しますと言ってるけど、じゃあ本当に集められますかというのと、お金がないとダメなんですよね。結局、そこになってくる。

職員たちに、離れた職員、あるいは新しい職員さん集めるにしても、今、色々聞き取

り調査しているけれども、じゃあ給与大丈夫なんですか。住むところ大丈夫なんですか。山越えする時の交通費の補助なんか出るんですか。もう非常に現実的な問題ばかり。

結局、自分たちのこの地域医療を私たちが守るというのは、二の次。自分たちの生活が実際なんです。僕は、今、ずっと調査してますけど。なかなか戻ってきてくれるという快い返事はほぼ皆無なんです。これが実状です。

だから、絵に描いた餅にならないように、予算的な裏付けがきちんとないと、なかなか難しいと思います。

それと、全国の流れを調べてみると、まず、急性期をどこがやるかということ、公立病院が急性期をやるよという形で、今、全国的に急性期がまずまとまって、急性期がどういう役割を担うということが最初にバシッと決まって、それから回復期があって、それから慢性期というふうになっているというのが、全国のトレンドでしょ。

だから、それに合わせて、僕らは阿蘇医療センターさんにもものすごく期待しています。ただ、甲斐先生といつもお話しするのは、やっぱり医者が足りない。看護師が足りない。結局そこなんです。

病床うんぬんというのは大事なんだけど、それは最初にしなきゃいけないんだろうけど、それにつづくような人材確保、ドクターを含め、大学ときちんと関係性を、甲斐先生お一人でどうのこうの問題ではなくて、やっぱり県とあるいは国とかそういうところで、医療センターさんにドクターを派遣するみたいなことを確約してもらおう。そうすると、僕らは安心して、医療センターさんに患者を送れるし、そこがきちんとか決まってくると、回復期をどのくらいにしようか、じゃあそれでなかなか難しいのであれば、在宅で看るためにどうしようか、まあ一番難しいのは療養病床ですよ。

だから、難しいところからやっちゃだめなんです。決まるところから先にやらないと、現実問題（難しい）。だから、順序立ててやっていかないといけないと思います。

それと、もう一点。それで、地域医療構想調整会議に出すためのワーキンググループを作れと、県の医師会の先生方言われています。各市町村の医師会がワーキンググループを作って、先生方から案を出してくれ。というのがきていますが、そのワーキンググループで調整したことを調整会議に提出して、そこでまた議論するという形になるのかな。と、僕は思っているのですが、そういう形でもいいんですか。

（阿南医療政策課課長補佐）

地域医療構想調整会議というのが、医療法に基づいて設置して、地域医療構想の実現に向けて協議の場ということで、医療関係者だけでなく、看護等も含めて、このようなメンバー・代表者で集まって協議するという事です。

先生がおっしゃる医師会さんの動きのように、当然、医療提供体制の問題でもありますので、医師会さんが独自にワーキンググループを作って議論を活発にさせていただくというのは、逆にありがたいことだと思います。

（上村構成員）

医師会（林先生）から随分強く言われるから、ただ、本当に我々だけで、直接その利

益に關与することになるから、これはまだ林先生に言っていないんですけれど、それを本当にやれと言われて、我々が顔を突き合わせて、それをやれるかどうか、これはまた次の問題ですよ。この推計値はいいと思いますよ。ただ、本当にやれるのかなと、たしかこの前もここでこのような話をしたと思うが、自発的に考えるというのがいいとは思いますが、まとまるのかな。と、それを懸念しています。

(阿南医療政策課課長補佐)

上村先生がおっしゃったように、まず急性期から決めるべきではないかという全国的な流れですが、国の議論をちょっとご紹介いたしますと、医療機関の役割の明確化という中に、医療法の考え方、整理の仕方なんですけど、読み上げますと、「地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うか明確にすることが必要です。」と。その際に、次の各医療機関が担う医療機能等を踏まえ、地域医療構想調整会議で検討を進める、ということで、次の医療機関というのが、救急医療や災害医療等の中心的な医療機関が担う医療機能、次に公的医療機関、国立医療機関等が担う医療機能、最後は地域医療支援病院というのがありますけれども、地域医療支援病院及び特定機能病院、これは大学病院が担う医療機能、まずはここから決める。ということで、先生のおっしゃるとおりです。

それ以外の医療機関につきましては、これらの医療機関との連携やこれらの医療機関が担わない医療機能や地域の多様なニーズを踏まえ、医療機能を明確化していく、というふうな段取りになっていますので、先生のおっしゃったとおりの流れに地域医療構想調整会議はなると思います。引き続きよろしくお願ひしたいと思ひます。

最後、お金の話ですが、様々な施策ということで、今回、限られた予算をいかに効率的に使うかということなんですけど、71ページ、関係当事者の役割の県というところがりますけれども、マルの3つめ、地域医療介護総合確保基金等を活用し、第6章に掲げる施策を推進します。というふうに書いています。先程、甲斐先生からご紹介のあった冬季における帰宅困難者の宿泊対策とか、清田審議員が説明した介護の分もこの基金をうまく活用しながらやっています。

この基金については、例のICT、熊本県医師会さんが進めていただいて、県と熊大と一緒にやっているICTに投資したりとかしています。

あとは、当然ながら、医師確保、看護職員確保の部分の対策にもこの基金を使っています。

これは、全県的な形で進めていますので、地域独自の部分について、必要な施策は何かをこの場で考えていただいて、あとは予算取りの話がありますので、予算が通るように、これは全国で分捕り合戦なんですよ。効果があると認められれば、国も付けてくれるという話になりますので、実効性等も訴えさせていただきながら、また皆さんと一緒に考えていきたいというふうに思っています。

(村上医療政策課主幹)

今、阿南の方から申し上げました地域医療介護総合確保基金の活用というところで、

59ページをご覧ください。第6章の「1病床の機能の分化及び連携の推進」というところで、「(2)病床の機能の分化及び連携を支える体制・基盤の整備」の一つ目のマルですけれども、3行目から地域医療介護総合確保基金の活用など必要な協議や調整を進めますと書いております。

まさに、構想策定後に設置します調整会議において、この基金等の使い方についても、各地域ごとにご協議をいただいて、重ねてにはなりますけれども、これを国にあげて予算取りにつなげていくという方向で考えておりますので、よろしく申し上げます。

(内田構成員)

どうもありがとうございました。第4回にきて、だいぶ分かりやすい形になってきたと思います。

現場の方の意見として、上村先生が言われたように、急性期の方から決めていきやすいんだらうと思います。今までのこの専門部会の結果を見ても、大半は地方の医師会というか、書いてある8割以上のことが、どうやって在宅医療を診ていくのか、どうやって介護の方と連動していくのかとか、熊本市のところが一番少ないんですよ。

急性期とかそういうところはある程度何とか流れが作れるんだらうなと思います。

で、実際問題、資料にもありましたけれども、慢性期の方を見てもらうと、平均在院日数が160日ぐらいになっていたと思うんですけど、実は、半年かからないぐらいで回ってるんですよ。

実際、うちの病院も慢性期なんですけれども、入った時点から入院計画書は作っていくんです。1カ月でここまで、2カ月でここまで、3カ月ぐらいでここまでやってみましょうと、そういうことをやっていながら、家族にも最初から説明して、この辺までやっていきますよ。と。それで、皆が皆そういうことはいかないんですけど、ちゃんとやれるところは、月1回ぐらい、家族と話し合っていながら、そうやって4か月5か月かかって、次の施設に移っていける。

全国の平均を見ても、約160日で回っているところを見ると、どこでもそんなに差は出ていない、一所懸命やってもそれぐらいになってしまう。90才平均とかになると、実際問題、そういうところが、伸びてきてるんだと思います。

それが一つで、介護職をどう離職を無くすかというのが書いてあったんですけど、ここに書いてあることは、私たちもちろん十分考えてやっていくんですけど、実際問題、定着はすごく難しいですよ。やりがいとかいうより、費用の問題が一番なんだろうと思います。

30歳代で男性で、子ども一人二人持ってらっしゃる方で、定期昇給がないところでずっとやっていくというのはなかなか難しい。というのが一つ。

そうならば、自前で育てていくしかないということで、看護師さんとかも自分たちのところで助成金なども出しながら、学校に行ってもらってということをやりますけれども、例えば、新卒の子で若い子が入って来ますよね、新しく入ってくるんですけど、実を言わせてもらおうと、3年も一所懸命仕事してくれればしてくれる子ほど、中央に出て勉強したいと、そういう循環になってしまう。そういう前向きな気持ちで言われると応

援しない訳にはいけないので、しっかり頑張っておいで。と。それで帰って来る保証はないですよ。その繰り返しなんですよね。

かと言って、ここに書いてあるように就業からいったん離れた人たちをとると、今度は平均年齢の問題とかですね、色んな問題が出てくるので、地方の現実的な問題をもう少し具体的に応援できるシステムを考えていただけるととてもありがたいなと思っています。

それともう一つはですね、誤嚥性肺炎がすごく多いんですよ。そういった意味で、口腔ケアとかも一所懸命やっているんですけど、それでもマンパワーが絶対的に足りないというのがあります。最近、管理栄養士が見直されてきて、管理栄養士の仕事の関わりとかがいろんなところで取りざたされてきていると思いますけれども、これ(資料)を見ると阿蘇はちょっと多いような形になっているんですけど、これでも全然足りないと思っています。介護士さん、看護師さんだけでなく、管理栄養士さんとかですね、実際的に高齢者のADLを少しでも上げていくために、具体的にどういったことが必要かということの検討をできたらしていくべきかなと思っています。

(下村構成員)

私のところは老健施設として125床持っていますけれども、なかなか入っても帰っていくところがないので、自前で有料老人ホームをやがて2月ぐらいから始めますけれども、そういった受け皿を作っていないと、なかなか老健に入った人の行き先がない。

在宅をやっていくマンパワーは大変なんですよ。それよりも、やっぱり老人ホーム、特養とかそういう所を充実させた方が、効率的にはいいのではないかと思います。

田舎だから自宅で頑張ってみようと言われる方もおられるんですけど、なかなかそれも難しい。子供さん達もいないから。だから、在宅よりも施設が現実的です。

先程からの人材不足も、私のところも、大津、菊陽から通ってくる人たちが通えなくて、何人か離職しました。だから、やはり道路の状況で今後のあれが全然変わってくると思います。それと、今度の同時改定で療養病床がどういうふうに機能分化するかでまた変わってくると思いますので、その辺が流動的でなかろうかと思います。

(坂本構成員)

基本的には、この医療構想は賛成なんです。必要な所に必要な病床数があって、そしてそれに見合う人材を育成・派遣してもらおう。

しかし、一番引っかかるのは、前も言ったと思いますけど、病床機能評価が何で病棟単位なのかということ。病床単位では、何でいけないのかな。といつも思います。

今、うちの病院は、何とか2病棟を維持してありますが、例えば5年後、2病棟あるかという非常に難しいと思います。たぶん無理じゃないかなあと。理由は、看護師不足ですね。先程、皆さんおっしゃったけど、通勤困難で離職者が出るということ。小国の場合は、元々通勤困難なんですよ。外輪山があるから、通勤できません。看護師が単身赴任で小国に勤めるということはまずない。

だから、今のままでは、多分3年後には大量に定年が出ますので、その時点で考えん



といかんとかなというのを今みんなで検討しているんですけども、今、うちが話しているのが、要するに二次救急からもちろん普通の急性期も回復期、慢性期も全部まかっている。それ以外にも、(小国には)病院というのは1軒しかないし、開業医の先生3軒なんです。だから、町としての行政の新生児の検診から予防接種、ワクチン、すべて保健・福祉までやっとするんですけど、それでどれか一つを選べと言われたときに、非常に悩みます。

要するに、在宅医療の推進というところで、「住み慣れた地域で最期まで」という言葉がありましたけど、小国に住んでいる人が最期に阿蘇市の施設に行くのが、同じ阿蘇圏域ですけど、住み慣れた地域というのかどうかです。ずっと山を越えてあまり行ったことのない人が、同じ圏域とはいえ、阿蘇市まで出かけるのが住み慣れた地域というのか、と思います。

今、毎年、小国町と南小国町で、亡くなられる方が年間150人~160人いらっしゃいます。死亡広告が出るのだけでもですね。56ページに図がありましたが、最期を迎えたい場所は、自宅が一番多くて55%、28%は病院かなというところで、もしも急性期の病院はないんですよ。新しく病院が5年後、10年後にできるとは考えられないから、希望としては、必要なところに必要なだけの病床、必要な病床だけではなくて必要な病床機能が必要なところに、だから病棟単位というのは何とかならんかなというのが切実な気持ちです。

(荒尾構成員)

丁寧に書いてあって、内容に関しても基本的に賛成ということですが、病床機能の数と人に関する意見が続いております。で、将来の取り組むべき施策に関しても、医療の従事者数、49ページ図表49-06にありますように、色んな医療職がいますが、熊本県と比べましても、人口10万人単位で下回っているものも多くございます。

たぶん、阿蘇保健所でこの数はずっと把握していらっしゃると思いますけど、今までの施策では、これが改善に結びついていないんじゃないかなというふうに、私も考えています。

つまり、今、医療構想という箱モノの国の施策がありましたから、次こそは、医療従事者の“ヒト”、特にへき地に対する人を増やすというのを国に強く強く言って、そしてへき地に対する診療報酬の改定のところでも分厚くするような意見を県からも国に強く言ってほしいと思います。

そうしないことには、阿蘇地域の人が標準(平均)に戻っていくことは困難じゃないかなというふうに思う訳なんで、ここは数値目標として本当は書いてほしいなと思ってはいますが、そこを言うとちょっとあれでしょうから、その裏付けとしては、上村先生などがおっしゃっておられた予算ということになりますよね。

国の人に対する地域の手当というのを強く言っていただきたいということを希望、要望したいと思います。

実効性のある予算でなければ、またさらに基準改定の際にも、また検討をというところで考えています。

(平田会長)

医療機関からの意見はだいたい聞きましたので、看護協会の方からお願いします。

(八木構成員)

まず、やっぱり人材不足というところで、若い人が離れていってしまうことと、若くない人というか、ある程度子育ても終わっているような方に助成して資格を取ってもらおうと、学費に係るお金だけでなく、生活の保障もしてあげないと、資格を取りに行くというのは難しいということで、思った以上にお金がかかる。

阿蘇に看護師をとということは、もう前から課題で何べんも取り組んでいるんですけど、全然具体的などころにならなくて、例えば、熊本市内の公的医療機関の看護師さんは、へき地を経験することによって階級が上がっていくみたいなシステムが取れないのかなと、もう少し具体的などころがと言いつけて、もう何年てなるので、そういうシステムが取り入れられないのかなということと、ここは医療関係者だけなので、今後、介護支援専門員の方の活躍というのが期待されて、今、介護支援専門員の研修に行っているんですけど、看護機能ということをしきりに言ってらっしゃって、疾患に対する研修時間が長くなってきているんです。免許を取って、実務者研修に入るときにも、カリキュラムが変わってきているということで、おそらく疾患の勉強とかに時間がとられるんじゃないか。それと看取り。

私が取ったころは、「看護師は疾患で人を見るもんね。」と言われたんですね。で、立てるプランが「看護師が立てたんだらう。」みたいな感じで、すごく嫌な印象があったんですけど、十数年経つと、そこを知らなければマネジメントができないというような考え方にこうも変わってきたんだなと実感しているところなので、そういう働きのできるケアマネージャーさんが阿蘇圏域に足りているのか、というか、今、一所懸命ケアマネージャーさんの質を上げようとして取り組んでいらっしゃるの分かるんですけど、そのあたりというのは、私の中では、どのくらい充足できているかというのは分からないので、医療機関と在宅を結ぶ方達の情報がもう少しほしいなというふうに思っています。

あとは、地域の自主性というところで、何度も文言の中に入ってきてるんですけど、やっぱり介護と医療の同時改定の中で導かれる所って、決まっているのかなと。どういふふうに改定が進むんだらう、本当に自分たちで考えてこうあるべきというふうな構想に本当に行けるんだらうかという不安があります。

(安光構成員)

歯科医師会の方は、医療構想にはなかなかそぐわないかもしれないんですけど、誤嚥性肺炎とかで貢献できるのかなとっております。急性期、回復期、慢性期、もっと言えば入院する前から歯科の方に通っていただいて、口腔ケアを含めた歯科医療が途切れなく、入院前から在宅介護に至るまでできればいいのかなとっております。

その中で、先程から出てますけど、歯科医師の場合は、1医院に1、2人しかいないというのがほとんどでありまして、それだけでなく、日中の診療、皆さんそうだと思います。

ますけど、休む暇もなくずっと診療されていて、その後に訪問とかいうことはそもそもシステム上無理があるのかなという気がしておりますので、人材確保というのがやっぱり一番の課題だと思っております。

人材確保の中で、よそから連れてくるというのはたぶん無理だと思いますので、今から育っていく子ども達に、医療とか在宅看護の重要性をいろんな場面で知っていただいて、地域のスタッフは地域で賄えるような方法ができればいいのかなと思っております。

だいぶ前から、中学校の職場体験というのがあってまして、それに中学生が来られて、それで先生とかになられた人もおりますので、それはたぶん、小っちゃいことかと思えますけど、そういうところで、啓発ができたらいいいのかなと思います。

(坂梨構成員)

薬剤師も同じように、人が余っている訳ではございません。逆に、足りないぐらいで、あと地域的なところもあって、募集してもなかなか声があがらない。また、地元出身の薬剤師っていうのも、ここに71人というのがありますけど、そのうち3分の1から4分の1ぐらいしか地元出身はいないということで、ほとんどの方が、熊本県外の人もあるしというふうな所の構成になっております。

今後、介護というところをすると、看護師さんたち、お医者さんも言われるように、マンパワーというのが必要になってきたときには、どうしても人手不足。そして、それに見合う報酬のところはどうなるのか。というようなところでの各薬局と病院との動きというのが、今後、具体的ところでどうなるかというのが分からないと、人の確保もできないし、今後の提言ができないんじゃないのかなというようなところで考えていますので、そのへんのところを地域的なところを含め、大きな要因であることを国に対して要望をしていただきたいと思います。

(平田会長)

その他なにか、これだけは言っておきたいというようなご意見はありませんでしょうか。

(蓮田構成員)

うちの特養は南小国町にあるんですけども、私が施設長になって10年目なんですけど、ほんとに人材不足は、10年前から、私が施設長になった頃から、人集めに大変な思いをしております。

ここ2~3年は、本当に急激に、離職されて入られる方は半分以下なんです。2~3年前から、今いる職員に時間外でつないでもらっている。今いる職員が疲労困憊しているような状況で、このまま事業縮小しないといけなくなるかなという危惧はしております。本当に厳しい状況です。

なんとか人を集めたいという気持ちで、人を集めたいだけにすると、人材の質というのが下がってくるんです。

介護保険が始まった頃っていうのは、介護に対しての希望がすごく湧いてて、その頃

というのは、試験をしたりとか、人がすごく集まって、選別できてたところが、今はほんとに猫の手でも借りたいような状況で、人を集めることに大変苦労してます。

介護職員の実務者研修が今年から始まってますけれども、うちの方は、貸付制度をして職員を受けさせる。これは介護職員の質の向上だと思うんですけど、そういう事情なので、うちが貸付します、5年間働いたら免除します。というようなことで始めたんですけど、現場はすごい疲労困憊してるから、そういなかったんですよ。今、2人受けてるところなんですけど、それも通信課程で10日ぐらいスクーリングで市内に行かないといけないんですけど、忙しい最中、自分の公休や年休を使って行って、それでまた仕事をしてというような感じで、今後どうなるか、続けていきたいとは思いますが、そうやってやる気を起こさせる。

マスクミで、介護の方はすごい3Kで叩かれて、すごいイメージダウンしてしまっただけなんですけど、やっぱり県や国の方でもイメージアップを図っていただきたい。介護に対してのイメージアップを図っていただきたいなと思います。

介護ってというのは、介護保険制度が始まったとき、希望に満ち溢れた職業っていうことで、たくさんの方が実務3年済んだら国家試験受けて、資格が取れるというような希望はあったんですけど、今は、今の業務をこなしているのがもう精一杯、うちのところは、資格を持って入らない方がほとんどなので、そういう夢を持って、入って、目の前の業務に追われて疲労困憊して辞めていくというのが実情だと思います。

(上村構成員)

特養は全くそうですよね。うちも震災で20名ばかり職員が辞めて、実際、補充がきかないんですね。

全国からボランティアで来られて、あの人たちはすごいなと思ったんですけど、半年以上居られてましたから、今でもちょっと残って。富良野の若い女性がうちに就職したんですよ。そういう意味では、志高い人もいるけど、地元では疲弊して辞めていく。

少なくとも2040年までは、年寄りが増えていきますからね。そんな中で、職員がいないとって、みんな取り合いですよ。福祉資源の取り合いですよ。

うちの近くの湯ノ里荘さんが、存続を求めため、建物に被害があるからとって、皆さんで国会に行かれたみたいですけど、ああいうのも難しいんですね。

僕ら民間と、公益でやっておられるところでは、陳情に行かれると、僕ら民間はう～～と。テコ入れの仕方とかが、あまりにも違うんじゃないかと。

これもあまり言うとし訳ないんですけども、熊本市民病院さんも、いきなり300億とかが下りたりとかですね、あんなのを見ると、僕らガクッときて、看護師さんもどこかに研修という形で県外に行かれたり、うちは首にせなんかったから、泣く泣く彼ら戻って来るかどうかも分からん。

でも、熊本市民病院さんは熊本市だから、お金いっぱいあるからできるんでしょうけど、同じ使命を持って一所懸命やっているけど、これだけ差が出ると、やっぱり民間に勤めてもやっぱり一緒なんだなみたいなイメージに取られちゃうと、同じ目的で一所懸命やっているのに、これだけ差が出るとガクッとときちゃうね。

ある程度、そういった意味では、これがタイミング的には、先ほど言われたへき地に対する手厚い医療報酬、看護報酬なり、今度の同時改定とかで思い切って何とかならんですか。でないとバランス取れませんよ。

(甲斐副会長)

今話し合いをしている地域医療構想と、この中に盛り込んでいただいた地域包括ケアの仕組みとなったときに、担当部署が県でいうと医療政策課と違う部署になってくると思うんですけど、県庁の中での行政の縦割りで、部署、部署でそれぞれのお金の使い方もあると思うんですけど、これを機にそれぞれの課同士と一緒に連携してできるような、県庁の中でも医療と介護と福祉と一緒に横断的にするような仕組みを作っていただいて、そうすると予算の使い方とかも良いように回るのはないかなと。

(阿南医療政策課課長補佐)

昨年までは医療政策課だけで説明に来させていただいたわけですが、在宅医療の話とか介護人材の話とかあつてますので、部を挙げて、皆さまからの意見を聞きましょうということで、本日のように関係課も一緒に説明に来させていただいています。

この構想(原案)自体の策定に当たっても、医療政策課だけではなくて、在宅医療や介護の視点とかを入れながら作っておりますので、先生からのご指摘を踏まえて、また綿密に連携しながらやっていきたいと思います。

(甲斐副会長)

なんでかと言うと、結局、皆の意見というのは、医療だけじゃなくて、医療がうまく回るためには介護とか福祉まで、患者さん1人にとってはずっと流れがあつて、それをうまく流れるような仕組みを作つてないと、どこかで滞つてしまつているというのを実感しているの。

(坂本構成員)

病床機能評価をしますよね。それで決めたところで、今、基準看護ってあるでしょ。7対1とか10対1とか。高度急性期、急性期、回復期、慢性期で基準看護は変わってくるんですか。

(阿南医療政策課課長補佐)

病床機能報告制度というのが、病棟単位でということで、看護体制を意識したところでの制度になっております。ただ、72ページの図表75に書いておりますけれども、急性期を選んだからといって、その医療機関では患者さんが急性期の状態の方だけしか入院できないということではなく、ある程度の幅があるというか、色んな状態、病気の方がいらっしゃるわけですね。

逆に、病床単位にすると、話がややこしくなるのかなと思います。

特に、小国公立病院みたいに、あらゆる機能を担わないとやっていけない地域は、あ

る意味、医療機関も多数あり、個別の医療機関において病床機能を集約してやっていける地域とは違うと思います。それと、何対1とかという話は、厚生局の方の基準であって、こちらとリンクする話ではないです。急性期を取ったからといって、看護体制を何対何にしないでください。という話は出てきません。

ただ、病床機能報告の記載例では、特定入院料、例えばICUを持っているところについては、これは「高度急性期」が適切とか誘導するようなことはあるかもしれないですけれども、通常の体制については、どういう患者さんを診ているかということに応じて医療機能を選択してくださいということになっています。

(甲斐副会長)

資料を読ませていただいたときに、医療と介護と福祉については盛り込んでいただいたが、熊本県はせっかく認知症対策の3層構造というのがあるのに、それはこちらには入れられなかったのか。

(阿南医療政策課課長補佐)

認知症の方は、医療計画という部分があって、今回、4つの機能とプラス在宅医療ということでフォーカスを当てた構成になっております。

また、先程の認知症の話とか5疾病・5事業の話とかは、医療計画ということで平成30年度から始まりますので、平成29年度に策定作業がありますので、その時にまたご意見をお伺いしたいと思います。

認知症の話とかは、現場の方にとっては連動する話だと思いますけど、先程先生がおっしゃったように縦割りじゃないかのご指摘もありますが、計画としては区分させていただきます、整理を進めていきたいと思っております。

(平田会長)

いろいろとご意見ありがとうございました。実は、今日のこの会議の一番大きな目的は、この原案を認めるかどうかでした。

いろんなご意見を出していただいたのですが、原案に関する意見はあまりなかったように思います。人材とか国の予算とかのご意見しか出なかったということは、基本的にはこの原案は、ほぼこのままの形で皆さまご了承いただいたというふうに私は解釈いたしました。皆さんよろしいでしょうか。

賛成の方は挙手をお願いします。

(全員挙手)

ありがとうございます。

本当は、あと1回会議を開いて、完全に原案の言語の修正などを協議する必要があると思いますが、文言の修正だけでまた全員お集まりいただくというのは、皆様方の負担も大きいと思いますので、この後は事務局の方で、てにをはとか、ちょっとした修正が入る程度の修正であれば、もう私に御一任いただくか、私と甲斐先生が保健医療推進協議会に出席しますので、私と甲斐先生がチェックして、もしも何か新たに加筆されたこ

とがあって、これはちょっと皆さんにご意見を聞いた方がいいかなと思ったときに、全構成員に向けて書面を持って承いただくようにした方がよいかなと思います。

年度内にもう1回というと、難しいので、もうこれから内容を大きく書き換えられることはないと判断して、私と甲斐先生に任せていただければ、もし必要があれば、構成員の皆さんに文書を送って確認いただくということにさせていただきたい。それによろしいでしょうか。

では、そういう形で進めさせていただきます。

事務局にお返しします。

(平嶋総務福祉課長)

平田会長、甲斐副会長並びに皆様方には大変熱心にご協議いただき、色んなご意見をいただきまして、ありがとうございました。

ご意見等を踏まえ、構想のとりまとめや次回開催の手続きを進めて参ります。

平田会長からもお話がありましたが、親会議であります保健医療推進協議会を次回開催したいと思いますので、そのところで、平田会長と甲斐副会長にご出席いただくような方向で、考えていきたいと思ひます。

なお、お手元に「御意見・御提案書」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。

ありがとうございました。