

第2回日向入郷医療圏地域医療構想調整会議議事録

1 開催日時 平成27年12月9日(水) 19:00~20:30

2 場所 日向保健所2階多目的ホール

3 出席者

(1) 委員(計9名)

日向市東臼杵郡医師会	渡邊 康久
日向市東臼杵郡医師会	千代反田 晋
日向市東臼杵郡医師会	鮫島 貴
日向市・東臼杵郡歯科医師会	田村 俊二
宮崎県看護協会日向・東臼杵地区	黒木 雅代
美郷町国民健康保険西郷病院	金丸 吉昌
門川町町民課	和田 裕次
日向市健康福祉部	三輪 勝広
諸塚村住民福祉課	甲斐 光治

(2) 事務局

日向保健所所長、日向保健所次長、総務企画課長、健康づくり課長、衛生環境課長、総務企画担当

4 議事要旨

(1) 議事録署名人の選出

要綱第7条第2項の規定により、議事録署名人に日向市東臼杵郡医師会の鮫島理事と日向市健康福祉部の三輪部長を選出。

(2) 協議事項(1) 2025年の医療需要と必要病床数の推計結果について～地域医療構想に反映すべきと考える地域の実情について、(2) 地域医療構想を推進するために必要な施策について、事務局より説明。質疑応答は特になし。

(3) 意見交換

(委員)

この2次医療圏の調整会議がないと県全体の構想には繋がらないという意味で、最も重要な会議だと認識している。とはいえ、将来を推定して出した数字は色々な関係性の中で変わってくる部分もあると思うので、そのような中で決めごとを決めていくのは難しく、どこから切り口を開いていくのかが混沌としていると感じている。ここで、前回の議事録からいくつか説明不足のところがあつたので補足させてもらいたい。

まず資料1の3ページ、「専門医制度がはじまり、山間地に医師が行きたくてもいけない状況となった。」のところだが、専門医制度が始まると、どうしても医師は認定施設に行かざるを得なくなる、という意味である。つまり、行く気持ちはあってもなかなか行きにくくなっていく。

それから椎葉の面積の話のところだが、極端に言うと、これほどの面積だと、医師5~6人がいないと、1カ所の医療機関では、介護も含めた十分なサービスが提供できないのではないか、という意味である。

エリアとして議論するという点については、例えば西米良は熊本県の多良木との関

係もあるため、宮崎県の2次医療圏の中での西米良と、熊本県の2次医療圏の中での西米良、という視点での議論が進んでいると思われる。椎葉村をそのようなエリアで見たときに、諸塚村と美郷町との旧4村の中で、どこかに1カ所、ER型で救急対応を含めた昼間の診療の充実もかかさず場所作りを議論することが必要ではないか。それにあたって、村や町であることを超えて、いかにこの地域を守っていくか、という主旨での発言であった。

人口は少ないが、面積があるし高齢化率が高いところで、救急という概念で、その地域で受け皿作りをすることで、専門医制度の中でも若い医師に来てもらえて、役割を果たせるのではないか。とはいえ机上ではないので、一緒に住む地域の人たちにも立ち上がってもらって、一緒に踏み込んでいただくという視点で旧4村としては議論していければ良いのではないかと考えた。意見がどこまで集約できるかは分からないが、せっかくの機会なのでそのような議論をしたい。

(委員)

日向地区は高齢者が多くなっていく中で、何が不足してくるか、何が必要になるか、に視点を置いて議論すると良いのではないかと考えた。病床数だけで最初に決めていくのは非常に難しいと思う。

ここで2点、事務局に質問がある。

1点目に、一般病床、療養病床にはどのような病床が含まれるのか。例えば地域包括ケア病棟は、一般病床と療養病床のうち、どちらに入るのか。日数からすると療養病床に入るかと考えている。

2点目に、病床数には休止中の病床も含まれているのか。

(事務局)

1点目については、診療報酬上の届け出に基づいて出した数字となっており、地域包括ケア病棟が、どちらに含まれるかはまだ確認できていない。

2点目については、医療関係台帳で一般病床として上がってきた数字を出しているの、細部までは確認が漏れている状況である。

(委員)

資料の2の最後のページに病床機能報告制度の2014、2025年の推計値が載っているが、無回答の数字についてはどのように考慮されているのか。また、2014年の609床の急性期病床については日向入郷圏の数字か。この数字は病床機能報告を行ったところだけの数字ということか。

(事務局)

この数字は有床の医療施設から提出があった数字を積み上げたもので、日向入郷圏のものである。

(委員)

定義をもう少し詳細にしていただけるとありがたい。

(議長)

やむをえず休床している医療施設も多いと思うが、そのあたりを含めているかも分からないため、今後教えていただけるとありがたい。

(委員)

東郷病院は30床が休床している状態なので、その数字がどうなるのかも分からない。

また、日向市の介護保険事業計画において、介護老人福祉施設を60床増床すると、介護療養型医療施設から介護老人福祉施設に50床ほど転換することになっているが、そのあたりが今後どのように反映されるかが分からない。この統計を見たときに、2025年にあたっては医療需要が増えるように見えるが、病床の状況や無回答をどのように考えるかも決まっていなくて推計していくのは難しいと考えている。

(委員)

資料2のほうで、医療機関所在地と住所地のどちらで進めていくかということについてだが、かなり乖離があるかと思う。山間地で考えると患者住所地という考え方で捉えた方が良いと思うが、広い広域的な考え方で、例えば日向・門川・美郷町まで入れたときには医療機関所在地でとったほうが良いのかとは思う。

福祉の考え方としては、要介護度2の線引きが難しく、国は要介護度2は特別養護老人ホームには入れないこととしている。入所している方が要介護度3から2になった時に、どこに行くかとなるが、おそらく有料老人ホームしかないと思う。しかし山間地の高齢者の方々は、年金世帯の方達ばかりで所得が少ないため、有料老人ホームの費用はまかなえない。そのため、医療機関にいる内に、もう少し回復してから調査をする、もう少し安定してから認定調査をするというようにすれば、在宅でも良いとなるかもしれないので、医療と介護とで連携ができれば病床数も回転が良くなるのではないかと思う。

また、保険者として言わせてもらおうと、先ほど話が出た、面積で考えるという話はすごく良い提案ではあると思うが、面積という考え方は、山間地には非常に不利な状況となる。なぜなら山ばかりで、傾斜距離でかなり伸びがあるからである。山の上にも少数の家があり集落もあるが、そのような中で拠点施設を作るのは難しいのかと思う。やはり我が村・町で資源を確保する、日向のほうに依存するという形でないと厳しいと考えている。

(委員)

医療施設側としてはできるだけ早く家に帰してあげたいと思っているが、もう少し回復してから別の施設に移行させようとしていると、その間に肺炎など別の病気を起こして入院が長引くようなこともあり、ジレンマを感じている。

(議長)

時間もないので、次に、議題2の地域医療構想を推進するために必要な施策について議論していただきたい。

(委員)

推計値で出される数字は色々な関係性の中で変わってくるので、数字ありきで物事を決めるべきではないと思う。そのため、おそらく議題2のほうの方がより重要になってくるのではないかと。地域医療構想を推進するために必要な施策としては、1つに救急の問題があるかと思う。在宅を支える上でも救急は1つの柱になる。今後、済生会日向病院にも救急を担ってもらえるように、スタッフの確保などを含めた救急医療体制の重点化な

どを必要な施策として議論ができないか。

それから、先ほどの話だが、山間地には全てが集約された拠点が必要ということではない。昼間の診療が一番近いところで診てもらうのが良いが、救急という点ではある程度場所を決めて、そこに人がいないと担えないところがあるので、そういったバランスのところを議論できないかということである。その点から考えると、椎葉、美郷、諸塚は救急の常備化ができていない。アクセスが弱い中で、本来の常備化が必要ではないかという議論が、政策的な議論の中でぜひあってほしい。

また、千代田病院以外に救急の担い手を増やすという議論はできないか。救急は専門性の当直が多くなってきており、なかなか1回の救急で救急車が動けないことがある。そこで、可能であれば、ER型の救急がこの県域にできないかどうか、それが済生会日向病院や千代田病院に併設するのが良いか、設置が良いかなどの議論をするのが、施策の議論ではないかと思う。それが施設からの救急の対応、在宅からの救急の対応にも繋がる政策になってくるのではないか。そこが町や村を超えていく、2次医療圏としての議論ということである。

(委員)

スタッフが不足しており、特に県北の看護師は、今年の入職者は0に近かったのではないかと思う。私たちはこの地域をしっかりと守るという観点からすると、看護師をしっかりと育てていく、あるいは希望者を増やしていく努力をしないといけないと思う。教育施設を充実させることも大事だが、それよりも、地元を目を向ける方達を、地元で育てていくことが大事ではないか。しかし、人口が減っていく中でスタッフ数が追いつかない状況も出てくるかもしれない。

かつて、厚生労働省が看護師を育てるために海外から1000人ほど呼んだが、実際に看護師に就職したのは10人もいなかった。言葉の壁もあり、他国から看護師を育てるのは難しかったかと思う。しかし、介護をされる方は看護師に比べると他国の力に頼れるところがあるのではないかと思うので、そういったところを施策に盛り込んでもらえればと思う。

(委員)

県内どこの地域もスタッフ不足に悩んでいる状況なので、医師だけでなく、看護師など資格者の方々への支援が必要なのではないか。県枠で資源を育てる支援を考えていただきたい。

医師のほうでは地域枠があり、宮崎大学の推薦枠の方々がいるが、その方々ができるだけ県内に残っていただけるような契約の拡充ができないか、ということを提案させていただきたい。

(委員)

現在の地域枠、特別枠の制度で、卒業後の選択肢として地域に残ってもらうのはなかなか厳しい。宮崎大学の地域枠、特別枠において、卒業後に、しっかりと地域で貢献することなどの約束事（自治医科大学に近い約束事のようなもの）を決めてもらえるとありがたい。

(事務局)

今まで様々なご意見をいただいたので、意見を整理し、県のほうに報告させてもらいたい。

予測する数値については患者住所地で出して良いのか、それとも医療機関所在地での考え方が良いのかというところについては、予測する数値がはっきりしていないので決めにくいというところはご意見としていただいているが、どちらの考え方で10年後の推計値を出すのがよろしいだろうか。

当地域においては患者が流出することが多く、それも延岡・西臼杵地域と東諸県に流出していくという状況で、急性期、高度急性期については、延岡・宮崎市周辺に流出している。そのような状況で、患者住所地であるこの日向・入郷地域でみてもらうような形で10年後の推計値を出すのか、それとも医療機関所在地で、流出もやむを得ないという考え方で良いのか、を決めていただきたい。また、先ほど山間部では患者住所地が良いが日向を含めると医療機関所在地という話があったが、流出入については、圏域を越えて出るか出ないか、という話なので、基本は患者住所地のほうがこの圏域でみていくという話になるので、そこは少し話にズレがあったかと思う。

また、地域医療構想策定に当たって、当地域の考えを策定委員会に反映させることが必要なため、次回、また次回と伸ばしていくと反映が難しくなってしまう。慢性期の推計値など、詳細が分からず回答をするのが困難な部分はあると思うが、今この地域では高齢の単身世帯や高齢の夫婦世帯があり、隣との距離が非常にあることで、在宅については都市部での効率的に回れるという状況とは条件が違うというのが1点ある。また、福祉施設においても、入所までに1年以上待つなどの形で充実が図られていないなどの状況がある。他にも医療区分1を入院患者の7割が在宅に移行すると考えられているのが問題だ、などが課題としてあろうかと思う。そういう点を1つは県のほうに挙げさせていただけるのか。

また、スタッフ不足のため、医師、看護師等のマンパワーの確保が必要な状況である。構想が策定された後もそれらの面について引き続き継続してほしい、ということを経に挙げて良いか、などを決めてほしい。

最終的に特例にするか、などはこの地域においては出せないということもあろうかと思うが、そうは言っても、引き続き確保することを続けてほしい等の要望を挙げることはできるかと思うので、次の2点をお聞きしたい。

1点目は医療機関所在地か患者住所地か。

2点目は慢性期のA、B、特例の部分をどうするか。地域によってはAで出してほしいなどの意見を決めているところもあるが、当地域では決めにくいということなので、構想を作成した時には、そういった部分をはっきり支援することを継続して検討するなどしてほしいという意見を挙げて良いのか、というところをお諮りしたい。

また、医療従事者の確保が必要なので、そのための支援が必要である。その中に、海外枠や地域枠、特別枠などの工夫で支援をお願いしたいという意見を挙げて良いか。また、宮崎大学の医学部についても、もう少し確約した形での地域枠への入学の検討など、そのようなところを再度ご意見をいただけるとありがたい。

(議長)

1点目の医療機関所在地か患者住所地病床数については、患者住所地で良いか。

(委員)

患者住所地にしなければ2次医療圏ごとにみましよう、という考え方が崩れてくる。崩れる場所としては、県外、例えば椎葉だと熊本など限定されているので、医療圏という面では患者住所地をベースにしたほうが良いと思う。

(議長)

それでは、1点目については患者住所地ということで決めさせていただきたいと思う。

(事務局)

今、椎葉の話があったが、その中で熊本に流出した患者の数は10未満のため数字が出てこないというところだと思われる。なので、この部分で熊本側に流出しているのは五ヶ瀬町や高千穂町の患者になるかと思われる。また、この部分の検討については、受け入れている県が、流出している県に働きかけを行っているルールがあるが、当県域に県外から流入されている部分はないので、まずは県域の中で患者さんをみていただくことがはっきりすれば、それですむのではないか。

(委員)

慢性期病床についてだが、例えばうちの診療所が慢性期病床を2床ほど欲しいと言った場合、それは可能なのか。

(事務局)

それについては、病棟単位のような取扱になるという話は聞いているが、現段階ではどういった形で転嫁していくかまでは聞こえてきていない。しかし、構想を作るにあたっては慎重にしてほしいというような意見を挙げることも可能である。また、在宅医療の推進についても、慎重な対応、十分な合意形成を図っていく必要があるのではないかというご意見を挙げさせてもらうことはできる。なお、福祉施設も在宅医療に含めるという考え方となっている。

(委員)

そうであれば、病棟ではなくて空床の利用という形で、例えば定員が20という状況の中で、20の内の2床、3床という形であればハード的な費用負担もいらなくなってくるのではないか。

それから特別養護老人ホームの入所の関係についても、慢性期病床の中で対応していただくなどすると安定した時の調査等ができると思うので、ぜひ柔軟な対応をお願いしたい。

(委員)

もし許されるならば、可能な限りゆっくりと慎重に議論をして、最後の最後のぎりぎりに間に合うほどの慎重さを持って、議論をさせてもらいたいという意見を挙げてもらえるとありがたい。

(事務局)

ここまでをまとめて、次のような意見を挙げさせていただく。

- ・必要病床数は患者住所地をベースに検討して欲しい。
- ・慢性期については今のところまとまっていない。
- ・隣との距離が非常にあり、見守り等が厳しいという地理的な条件がある。
- ・福祉施設の入所については費用面での問題があるので、そのようなところを承知して欲しい。

- ・医療区分の入院患者の7割を在宅として見込むということについては、地域として課題が残っている。
- ・医療従事者のマンパワーの面について、現状でも困難を極めているのでできるだけ適切な医療が提供できるように構想の作成、及びその後の継続的な検討をしてほしい。
- ・慢性期病床の取扱いや在宅医療の推進に当たっては慎重な対応と十分に合意形成できるような取り組みをお願いしたい。

(委員)

介護療養病床が廃止になるが、それに変わる新しい類型としてリハビリ等を重点的に行う施設が案として上がってきている。今後はそのようなこともふまえて、数が出てくるのかと思う。多くの療養病床を持つ施設では、介護療養病床を医療療養病床に転換したいと思うことが、気持ちの上では7～8割ほどあるのではないかと思うが、実際にそれが保険制度の中で可能かは難しい問題である。そののところで、新しい類型が出てきそうなところも、今後の施策に組み込んでいただければ、と思う。

(事務局)

新しい類型についても検討をお願いしたいという意見で挙げるという形で良いか。

(委員)

実際、高齢者は増えていくが、財源も無いので、既存のものを有効に使っていく方向が必要ではないかと思うので、そのような意見を挙げていただきたい。

(事務局)

病床を転嫁するための支援の施策という部分も必要だという意見で良いか。

<地域医療構想(案)について、事務局より説明。質疑応答は特になし。>

(議長)

その他、何か意見はあるか。

(委員)

私たちは毎日ベッドコントロールをしており、患者を自宅に帰す際には、30分から1時間ほどかけて話をしているが、その中で出てくる話を本日はまとめてきた。

- ・医療依存度の高い独居の高齢者に対して受け皿が少ない。
- ・低所得年金者が入りたくても有料老人ホーム等が利用できない。
- ・中山間地区ではサービス事業が少ない。
- ・中山間地区では、特に透析患者は近隣に医療機関が少ないため退院できない。
- ・老老介護が増えている。
- ・高齢の子供と、さらに高齢の親の世帯が増えている。
- ・中山間地区は、住宅事情が悪いところが多い。
- ・生活困窮者が多い。
- ・家族の退院指導に対する理解度や支援意識が薄い。
- ・介護者負担軽減ができる、退所までの期間が少ない。
- ・過疎体型が多様化して、個々の対応が難しい。
- ・個人情報保護の関係から介入しづらい部分がある。

- ・寝たきりだが、医療依存度が低い。
- ・小規模の施設に看護師や介護士が点在しているが、職員数が少ないために研修等に参加する機会がなく、質の向上が図れない。
- ・医療依存度が高いと、受け皿が少なく、受け入れられても十分な看護力、介護力がな
いために医療機関への再入院が多い。

お互いの医師達が、ここまではうちが診るが、ここまではおたくでお願いというような役割分担が必要ではないか。近所の住民がいつの間にか患者がいなくなったことに気づくこともあるので、医療施設を利用している現況を周りが把握できるシステムがあると良いかと思う。

また、必要な施策の1つに、若い人たちに疾病予防行動の啓発として、健診を受けるよう支援することも必要ではないか。

それから、潜在ナースが非常に多いことも問題である。介護福祉士も資格を持っているが働いていない人も多い。新しい人材の育成だけではなくて、潜在ナース等の掘り起こしも必要である。

なお、私たちとしては、社会福祉士が一番必要と感じている。社会福祉士がいてくれると、退院までが非常に効率的に進められるからである。

(委員)

医療機関と介護事業所の連携が希薄だと感じている。鹿児島の場合は、医師会が中心となって資源がどれくらいあるのかを調べ、どの地区にどのくらいの配分を持つという構想で動いていた。医療相談室や医療ソーシャルワーカーと各地域の包括担当者との顔の見える連携体制を構築する必要があるということで提案したい。

(事務局)

それでは、今までいただいたご意見をまとめさせてもらい、議長と相談して、県のほうに意見を提出したいと思う。議長に一任しても良いか。

<異論なし>

(事務局)

慢性期の集約できていない部分については、医療薬務課に報告した際に再度、意見を伺うというようなことも出てくるかと思うので、どのように意見を伺うかはその時に検討させていただきたい。

以上