

日南串間地域医療構想調整会議議事録

1 日時

平成27年10月2日（金曜日） 午後7時～8時30分

2 会場

日南市吾田西1丁目5番10号 日南保健所多目的室

3 出席者

(1) 各団体等（計11名）

南那珂医師会 島田会長

宮崎県薬剤師会日南支部 平部支部長

宮崎県看護協会日南・串間地区 日高理事

医療法人文誠会 百瀬病院（全日本病院協会所属） 落合事務長

医療法人十善会 県南病院（日本医療法人協会所属） 藤元院長

県立日南病院 稲吉事務局長

日南市立中部病院 竹中院長

串間市民病院 吉岡事務長

宮崎県後期高齢者医療広域連合 吉田事務局次長

日南市地域医療対策室 濱崎室長

串間市医療介護課 田中課長

(2) 事務局

日南保健所 所長、総務企画課長、総務企画担当

4 協議内容

(1) 日南串間地域医療構想調整会議について

会議の趣旨等について事務局より説明。

(2) 議長選任

日南串間地域医療構想調整会議運営要綱（以下「要綱」という。）第4条の規定により、議長選出。

参加者からの提案なく、事務局案として南那珂医師会島田会長の議長選任を提案。

全会一致で島田会長を議長に選任。

(3) 議事録署名人の選任

要綱第7条第2項の規定により、議事録署名人に日南市立中部病院竹中院長と串間市田中医療介護課長を選任。

(4) 議事

① 地域医療構想の概要の説明

（事務局）

国が作成した資料に基づき、概要について説明。

② 病床機能報告の説明

(事務局)

高齢者数は2024年をピークに減少していく。2次医療圏で見ると、日南串間地域は県内でも人口減少が著しい。65歳以上の人口の推移においては、当地域は高齢化率が既にピークに達しており、今後はあまり増加せずに2025年以降は減少していくこととなる。

2014年に報告していただいた病院機能報告について、トータル病床が1,346床あるが、高度急性期はゼロ、急性期が703床、回復期が68床、慢性期が575床となっており、これを2013年の必要病床数でみると、高度急性期と回復期は充足されておらず、逆に急性期は大きく上回っている。

(議長)

今回の病床区分である「高度急性期」「急性期」「回復期」の概念については、医療者の認識に差があると感じるが。

(事務局)

必要病床数の算定は医療資源投入量によって行われ、保険点数で分類されている。一方、病床機能報告は定性的で医療者の感覚で異なっている。

また、必要病床数はベッド数でカウントするが、病床機能報告は病棟単位で報告をしている。たとえば1病棟に高度急性期と急性期が混在している場合、医療者はベッドが多い区分に振り分けるため、一方の区分が反映されないことになる。

(議長)

本日は資料のとおりテーマ1～4とテーマ7について議論していく。

③【テーマ1】日南串間地域医療構想区域の設定について

(事務局)

構想区域としては基本的に2次医療圏単位と思っているが、他地域への患者の流出入の状況を踏まえて設定する必要がある。

2013年の必要病床数算定の中で「患者住所地」と「医療機関所在地」の需要があり、これから割り出して充足率を大まかに算定した。宮崎東諸と都城北諸は病床率はオーバーしているが、日南串間は9割弱となっている。医療計画では2次医療圏と併せて5疾病6事業の医療圏を設定しており、他の地域は医療圏が2つに跨がっているが、日南串間は独立した医療圏を形成している。

救急医療・こども・災害医療その他についても同様で、単独医療圏として独立している。

(議長)

日南串間構想区域を設定するというを基本にこれから議事を進めていく。

④【テーマ2】慢性期病床の地域差の解消について

(事務局)

医療圏における病床数は、「医療機関所在地」における分類と「患者住所地」における分類、慢性期病床の削減で「パターンA」「パターンB」「特例パターン」との6つの組み合わせがある。

人口10万人当たりの必要病床数は、当地域は県全体よりも3割程度多く、県内でも恵まれた状況にあるといえる。

区分別にみると、慢性期が50%以上と非常に大きい。特に全圏域と比べ、慢性期病床は2.5倍くらい必要病床数として算定されており、愛泉会日南病院の124床もこれに含まれている。

医療機関所在地と患者住所地でも必要病床数が異なっているが、当地域では、患者流出が多い状況となっている。

慢性期の病床数を早く減らしていくのがパターンA、全国の中央値を基準に減らしていくのがパターンB、目標を2025年から2030年まで延ばすのが特例パターン、このどれを選ぶかがこの会議の議論のひとつでもある。

(出席者)

基本的に人口が減ってくれば、放っておいてもベッドは空いてくる。敢えて積極的にやる必要はないのでは。様子見という考えで、のんびりやった方がいいという気がする。

(出席者)

対象パターンをどうするか、医療機関所在地か患者住所地か、今の段階で単純に判断するのは難しい。3次医療は元々2次医療圏でやるという話ではないので、県内でひとつあればいいし、そこに患者が流れていくのは仕方がない。2次医療圏でやるべきことは、できるだけ流出をせず圏域内で完結するのが一番と思う。

重心病床を持っているのは県内2か所のみで、日南愛泉会病院は宮大の周産期等からの転院もあり、同じ慢性期でも高齢者の慢性期とは異なる。高齢者の慢性期と重心患者の慢性期を細かく分析し、慢性期病床の数を計算する必要があると言える。

高度急性期は、圏域でどれくらい治療できるのかを踏まえ、圏域で治療できない流出分は、流出先の病床を増やすという考え方をすべきではないか。

(議長)

慢性期病床の地域差の解消について、自然に任せるといった意見もあったが、流れに沿っていくと、急激な変化が望ましくないといった点から「特例パターン」がいいと思うが。

(出席者)

最終的な到達点は一緒である。

(出席者)

おそらく実際はもっと必要がなくなってくる。そうなると人口減少を加速することになるし、患者が在宅に回るかといったら、多分行かないだろう。

「特例パターン」を選択してデメリットはないのか。

(出席者)

医療法上の制度が明確になっていない。

現在は、一般病床と療養病床の相互の変更は可能である。しかし、高度急性期・急性期などの病床区分を決めた後は、各病床区分の必要病床数を上回る場合、病床の変更ができないとなれば個人病院にも影響が大きいので、医療法上の制度設計が明確になってから判断してもいいと思う。

慢性期病床削減パターンに関しては、特例パターンが無難である。

(出席者)

診療報酬の影響は大きいか。

(議長)

診療報酬はインセンティブにはなるとは思うが、ここは方向付けの会議であるため、いずれかを選択していただきたい。「特例パターン」でいいか。

また、緩やかなベッド数減少から考えると、医療機関所在地より患者住所地を選んだ方がいい。「患者住所地ベース」を選択していいか。

(事務局)

たとえば、宮崎東諸ではおそらく医療機関所在地を選ぶことが考えられる。最終的には県の策定委員会で調整されると思うので、若干圏域ごとの調整が入ってくる。

(出席者)

2次医療圏別に決めるという訳ではないのか。たとえば、日南串間は特例パターンを選択して、隣の圏域はパターンAを選択することは難しいということか。

(事務局)

それは大丈夫。ただ、病床数でいったら流入もあるので、当地域の最大をとるのではなく、医療機関所在地との中間の数字になると思っていただけたらいい。

日南串間圏域は、「患者住所地」の「特例パターン」でお願いするというところで、策定委員会へ繋いでおく。

⑤【テーマ3】地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計について

(事務局)

慢性期病床につきまして、愛泉会日南病院の重心病床は、前の医療計画の基準病床ではカウント外だったが、今回は慢性期機能病床にカウントされている。そのほか、医療区分1の70%は在宅に移行されるとしてカウントされている。

(議長)

慢性期については、2013年の実績において、医療区分1の入院患者の70%が在宅とカウントされており、既に病床数は削減されているということか。

また、愛泉会日南病院の重心病床は、慢性期病床にカウントされているということか。

(事務局)

今回の地域医療構想では、障がい者・難病患者の病床については慢性期病床に含まれている。しかし、削減の対象にはなっていない。

医療法では一般病床であり、病院機能報告でも慢性期に入っている。医療法上は医療機関であるが、実質的には福祉施設の意味合いが強い。

(出席者)

このままでいくと愛泉会日南病院の病床は確保されているということになる。

(事務局)

その分ベッド数に余裕が出てくる。

(出席者)

医療区分1の70%を削減するというところで、その70%の対象に愛泉会日南病院

の重心病床は入っている。医療投入量の高いところは在宅に持っていく対象となっている。反対に医療投入量の低い病床については、7割は在宅にすべきというのが国の考え方。

(議長)

地域性の病床区分として愛泉会日南病院があり、その他提案する様な病床はないということによいか。

⑥【テーマ4】各医療機能の確保について

(事務局)

病床機能報告の2013年の必要病床数でみると、不足する病床についてどのように対応していくかといったことが求められる。

当地域では、高度急性期・急性期のように高度な医療ほど圏域外に流出しており、逆に、慢性期療養などの医療は流入が多い状況である。

流出先は、宮崎東諸、鹿児島県曾於、都城北諸。地域性により串間市からの患者が推測される。また流入元は、宮崎東諸、都城北諸。

どういった患者が流入出しているかによって対策を立てる必要があるが、資料が黒塗りとなっているため、実際現場で診察されている先生の方がわかっているのでは。

(議長)

高度急性期病床が当地域にない限り、他の圏域に流出していると思われる。今のまま流出し続けるか、2次医療圏内で完結させるか。

(事務局)

先ほども発言があったように、3次医療は難しいかもしれないが、基本的にできるものは管内でやっていただけることがいいと思う。どれができてどれができないのか、その辺りを少し整理していく必要があると思われる。

(議長)

非常に医療の質が高いもので当地域で難しい症例は、宮崎・都城に行かれることが多々あると思う。

(出席者)

どういう疾患があるのか。

(事務局)

黒塗りばかりで実態が掴めない。

(議長)

個別の疾患は、がんとか肺炎とか出てくる。私は内科開業医であるが、大きな手術を伴う患者は宮大や圏域外の大きな病院に行かれる。当地域には近くに宮大という大きなスケールメリットがあることを考えると、ここに新たな3次救急施設を造るというよりも、今までどおり症例を選んで大きな病院で診てもらった、現在のポジションで構わないというのが私の考え。

高度急性期については、今のままでよろしいか。

(出席者)

逆に造ろうとしたらコストもかかるし、医者も揃えなくてはならない。現実的

に無理。

(出席者)

現時点では拠点医療としての責任もあり、これについては、将来も変わらない。それぞれの圏域で守備範囲のものとそれ以外のものを整理していくのが一番である。

(議長)

高度急性期病床については、今までどおり他の圏域にお任せしよう。

⑦【テーマ7】将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策

(事務局)

地域医療介護総合確保基金について、国の資料により説明。

以上