

平成27年度第2回宮崎東諸県地域医療構想調整会議議事概要

1 日時

平成28年1月18日(月) 午後6時30分から午後7時45分まで

2 場所

宮崎県総合保健センター 5階 大研修室

3 出席者

(1) 代表者 16名

宮崎市郡医師会 会長 川名 隆司(宮崎市郡医師会病院 院長 兼務)
副会長 山村 善教

宮崎市郡歯科医師会 会長 相馬 博

宮崎市郡薬剤師会 会長 榎園 勝

全日本病院協会宮崎県支部 理事 古賀 和美

日本医療法人協会宮崎県支部 理事 金丸 禮三

宮崎県看護協会 会長 境 孝子

宮崎大学医学部附属病院 地域医療連携センター長 鈴木 斎王

国立病院機構宮崎東病院 副院長 塩屋 敬一

県立宮崎病院 院長 菊池 郁夫

宮崎市 健康管理部医監 坂上 祐樹

国富町 保健介護課長 坂本 浩二

綾町 福祉保健課長 森園 由美子

宮崎県保険者協議会 宮崎市国保年金課長 中武 博文

全国健康保険協会宮崎支部企画総務部長 佐藤 清光

宮崎県中央保健所 次長 金丸 雅子

*その他(代表者の代理) 1名

(2) 事務局

中央保健所総務企画課長、健康づくり課長、総務企画担当

医療薬務課医務担当主幹、医務担当

4 議事

宮崎県地域医療構想について

(1) 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上で、必要と考える施策について

(3) その他地域医療構想策定に係る要望や意見について

議事要旨

(議長)

〈宮崎県内及び宮崎東諸県地域の医療機能区分毎の病床数及び医療需要等について説明。〉

(提案概要)

宮崎東諸県医療圏は流入が多いので、医療需要は医療機関所在地ベースで算定するのが望ましいのではないかと。また慢性期や在宅医療の必要量では、慢性期病床がかなり削られ、在宅医療が必要になるが、在宅医療を実施している開業医が少ないところは厳しいと思う。宮崎東諸県医療圏は在宅医療を実施している開業医が多いので、在宅を実施している開業医が少ない地域の患者を必然的に慢性期病床で診ざるを得ないということになる。将来的にそれだけ慢性期病床を削るのであれば、それだけ在宅医療を行う医師を確保することが前提になると思う。

必要病床数等については、病床削減ありきということではなく、構想区域内において医療提供体制がとれるような病床数を決めるというのが目的であり、決して削るための会議では無いと言うことを強調しておきたいと思う。

これまでの提案内容をたたき台として意見は無いか。

(代表者)

病床を高度急性期で計上していても、患者の状況で次から次に病床や病棟を変えることは現実的では無いため、すべての病床が高度急性期で使用されているわけでは無い。

高度急性期病院でそのような状況がどのくらいの割合で起こっているのか検証してからでないと、高度急性期の病床数がどれくらい必要か算定するのは難しいのではないかと。

(代表者)

看護必要度と急性期病床がもし並行的に動いているのであれば、看護必要度というのは病棟を決めるのに一つの重要な指標にもなり得ると考える。

(議長)

診療報酬の改定があるが、来年度は15%が25%になると言われている。重症度25%以上が7:1の算定を受けることになると、7:1取れる病棟と取れない病棟とでわけざるをえなくなると思う。

(議長)

〇〇代表、7:1を算定できるのが急性期ということでよかったか。

(代表者)

このビジョンは、病床数の一番多い7：1病床を診療報酬とビジョンの両面から減らしていこうというのが主な狙いである。できるところは回復期に転換させるというのが国が考えていることだと思う。

7：1に満たない病棟を今後このまま7：1で算定するのと、地域包括ケア病床として算定するのと、どちらが経営的によいか病院毎に判断されていくものだと考える。

また、急性期や回復期についても、診療報酬で地域包括ケア病棟への転換も見込めるので、状況により病院毎の判断になってくるのではないかと考える。

(代表者)

日本医療法人協会では、昨年熊本で開催された会議で公立病院や医師会病院等は急性期主体にやっていただき、一般病院がどちらかという慢性期主体となるため、地域包括ケア病床については公立病院は持たないという取り決めがなされた。このことを始めから取り決めていただくと、民間病院は動きやすい。

(議長)

慢性期に現在入院している方々が医療構想策定後は、ほとんど慢性期病床に入院できず、在宅や有料老人ホーム等で診ざるを得ないということになるが、それについては何か意見はないか。

(代表者)

慢性期の中の70%が在宅になるということになると、高齢者向けの住宅が非常に多く必要になってくる。高額な有料老人ホームはたくさんあるが、宮崎県は所得が低い県なので、所得の面からも患者に対して充足しているのかは気になる。

(議長)

例えば、病院の慢性期の患者を附属で併設する有料老人ホームなどに移すということも考えられるのではないか。

(代表者)

補足だが、先日の15日(金)に「療養病床の在り方検討会」が行われ、厚生労働省が報告書をまとめたが、慢性期として残るのが、今の療養病棟入院基本料1の20：1の部分だけを想定しており、療養病床の25：1や介護療養病床は在宅の推計に回されている点については注意が必要だと思われる。

(議長)

ベッドが無くなるというわけではないということによいか。

(代表者)

ベッドが無くなるというよりも、施設類型が変わっていくということになる。

(議長)

宮崎東諸県医療圏については、在宅医療もしっかりしているし、医療機関も多いので2013年の病床稼働率で割り戻した必要病床数で足りるのではないかと考えるが、いかがか。

(代表者)

今の推計で行けば大丈夫かと思うが、今後さらに他の医療圏の医療事情が悪くなって流入が増えるという可能性も十分あるので、そこまで減らしていいのか、わからない。

(議長)

宮崎の医師が西都まで行って往診している場合も見受けられる。

(代表者)

在宅を訪問で回るのも時間がかかるし、訪問看護ステーションの数も地域によっては少ないので、在宅や訪問看護ステーションの充実も必要だと思う。

(議長)

〇〇代表、訪問看護ステーションの数については、宮崎ではどのくらいあるのか。

(代表者)

訪問看護ステーションについては、数だけはたくさんできてきたが、どこも医療従事者数が少なく最低数が2.5人となっている。おそらく訪問看護に期待されているのは、看取りや在宅でのターミナルケア等だと思うが、規模の小さいものしかできていないため心配している。

(議長)

高度急性期、急性期の病床数については、2013年の医療需要実績から、病床稼働率で割り戻した必要病床数で概ねよいのではないか。回復期、慢性期については、今後引き続き検討が必要だと思われる。

(議長)

議事の2番、地域医療構想を推進する上で必要な施策について何か意見はないか。

(代表者)

基金を県が配分することは理解しているが、国は機能分化のために使ってほしいと言っているので、積極的に機能分化をするところに官民分け隔て無く活用していただきたいと思う。

例えば急性期を回復期にするため回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転換するといった場合に、一床あたりの面積が4.3㎡から6.4㎡に広がるとか、リハビリ室を持っていないといけないとか必要な人材を揃えないといけないという一般病棟とは違う要件があるため、そのような部分に積極的に活用していただきたい。

また、急性期や高度急性期などの機能を高めるような病院にも活用していただきたい。

(議長)

今、話があったように地域医療介護総合確保基金を活用して急性期病棟から点数の高い地域包括ケア病棟への移行を図るとというのが一番現実的な施策ではではないかと考える。

(代表者)

人材の教育等には活用しにくいのか。

(代表者)

国は人材確保や急性期病院が急性期病院たるため必要な研修等にもこの基金が活用できると言っているので、人材確保にも使えるのではないかと考えている。

(代表者)

最終的には在宅でも医療を提供しなければならないということになっていくと、かなり医療レベルを底上げしない限りは在宅での医療提供は難しいと考える。老人施設や介護施設でもちゃんとした教育研修が必要だと考えるので、人材育成にどれくらい活用できるかも重要だと思う。

〈事務局から地域医療介護総合確保基金概要説明〉

(代表者)

研修の話が挙がったが、やはりそういうところに使っていただきたいと思う。在宅医療では、今まで病院に入院していた重症度の高い患者が退院し、在宅で医療の提供を受ける場合が増えてくるので、在宅医療の底上げが必要だと考える。そのためには、多職種間の顔の見える関係を作り、連携を図ることが一番ではないかと考えており、昨年末に宮崎東諸県地域医療協議会を発足したところである。それらには既に基金を活用させていただいており、今後も同じような在宅の底上げの部分に引き続き使っていただきたいと思う。

(議長)

在宅はそのように医師だけではできないので、看護師や介護士等を含めた多職種でトータルで見るというようになっていくので、他職種の部分の底上げが必要だという、そのようなご意見だった。

(代表者)

在宅のスタッフは足りているのか、現状はいかがか。

(代表者)

スタッフは不足している。現状としては、急性期病院に看護師が集中しており、それを他の病床に振り分けていこうといろいろやってはいるところだ。

また、今回の構想の中で病院が急性期から療養型に移行した場合、看護師を退職させることはできないと思うので、新しく入って来る看護師の入り口が狭くなってくのではないかという心配もしている。

また、在宅にキャリアがある看護師でも、一度病院に勤めた方は在宅医療等に目が向かないため、在宅医療等への就労を促す仕掛けをいろいろ考えているところだが、これから10年でどうなっていくのかとても不安がある。

(議長)

老人介護と在宅看護に誘導されるような施策が必要なのではないか。

地域医療介護総合確保基金を使って介護の質と量を増やすようにする。というような結論になろうかと思う。

(議長)

議事の3でその他地域医療構想策定に係る要望や意見についてはどうか。

(代表者)

事務局に確認だが、将来の医療需要の推計は医療機関所在地ベースなのか患者住所地ベースなのかは、まだ決まっていないという理解でよろしいか。

(事務局)

県全体としては、策定委員会でそのような議論も進められているが、各地域での地域医療構想調整会議が開催されているので、そこででた意見等を踏まえて決めていきたいと考えている。

(代表者)

要望だが、ぜひ、医療機関所在地ベースで考えていただきたい。理由は宮崎東諸県医療圏というのはかなりの患者の流入を受け入れているので、実際宮崎県を中心として機能している病床だと考える。そこを患者住所地ベースにしてしまうと不都合が生じてしまうので、医療機関所在地ベースで推計していただきたいと

強く要望する。

(議長)

この点は非常に重要なので、決めておきたいと思う。高度急性期、急性期については当然ながら、回復期、慢性期についても流入が多い状況であるため、宮崎東諸県医療圏としてはすべての病床機能を医療機関所在地ベースで算定するというところでよろしいか。

(代表者)

異議なし。

(代表者)

患者住所地ベースで行くのか、医療機関所在地ベースで行くのかは、医療圏毎に別々でも大丈夫なのか。別々だと、不整合は出てくると思うのだが。

(代表者)

現在の状況としては、100kmを超えて移動している患者もいる状況であるため、急性期までは、流入はいたしかたないと思うが、回復期・慢性期はもどすべきかどうかという議論は必要ではないかと思う。

(代表者)

ご意見のとおり、その視点は非常に重要だと思う。確かに慢性期ともなると生活とほぼ一体化するので、患者が住んでいる所がいいのではないかと思う。また在宅についても患者の住んでいる所がいいのではないかと思う。

診療報酬上、訪問診療できるのは16km以内というのがあるので基本的には16km以内で完結させないといけないため、本来であれば回復期、慢性期については、患者住所地ベースで推計するのが将来的には望ましいだろうが、現時点としては回復期、慢性期でも当医療圏への流入がある現在の医療の流れを踏まえると、医療機関所在地ベースで推計せざるを得ない。

(議長)

資料にもあるとおり数字として回復期や慢性期でも流入のある状況なので、病床を用意しておかなければ受け入れることさえもできなくなると思う。

(代表者)

これは将来構想という面もあるので、2025年に向けては今の現状を維持せざるを得ないしその方がいいのではないかと思うが、その先の2040年ぐらいを見据えた場合には患者住所地ベースにどのように移行していくかということも視野に入れて考えた方がいいのではないかと思う。

(議長)

本来であれば患者住所地ベースで算定するのが将来的には望ましいのだろうが、現時点としては医療機関所在地ベースにせざるを得ないという意見でまとめたと思う。