

第1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29年3月23日(木) 午後6時30分から午後8時まで

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

会員 鶴田和仁

会員 関屋亮

宮崎市郡歯科医師会 会長 相馬博

宮崎市郡薬剤師会長 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 宮崎・東諸県地区理事 小牟田佐知子

宮崎大学医学部附属病院 地域医療連携センター長 鈴木 齋王

県立宮崎病院 院長 菊池 郁夫

宮崎市 健康管理部長兼市保健所長 代理 保健医療課課長補佐 中野佳代

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 全国健康保険協会宮崎支部企画総務部長 蓑部敏雄

宮崎県中央保健所 所長代理 次長 金丸雅子

(2) 事務局

宮崎県福祉保健部次長、宮崎県医療薬務課長、宮崎県中央保健所総務企画課長、健康づくり課長、総務企画担当

4 議事

(1) 宮崎県地域医療構想の概要について

(2) 宮崎大学医学部の調査事業について

議事要旨

(事務局)

〈宮崎県地域医療構想の概要について説明〉

(議長)

宮崎県地域医療構想の概要について御説明いただいたが、何か御意見御質問等ないか。

(代表者)

医療需要はどのように算定されたのか。

(事務局)

地域医療構想の34頁に病床の機能別分類の境界点の考え方の表がある。一人の患者の日々の診療点数を足し上げて、一日あたりの診療点数を割り出して、病床機能を算出している。

(代表者)

必要病床数も同じような方法で算出しているのか。

(事務局)

医療需要をもとにそれぞれの病床毎に稼働率を設定し、その稼働率で割り戻して病床数を出すという推計方法を取っている。

(代表者)

医療需要と必要病床数は同じ方法で計算されているのに数字が違っているというのは、何か途中で違ったプロセスがあるのか。

(事務局)

医療需要は入院患者数をもとに算定しており、必要病床数は病床機能毎で設定した稼働率で割り戻して機械的に算出しているので、そこで差が生じてくる。

(議長)

今後の議論として大事なポイントは、急性期から回復期への転換をいかに図るかということだが、その点で意見はないか。

(代表者)

原則的な話だが、例えば若い人は胃の手術をしたらそれで終了だが、健康な高齢者は、治療中に合併症が増えて治療内容の幅が広がるということだ。急性期が少ししか上がらないということは無いと思う。高齢者の方は、たくさんの合併症を持って入院してくるわけで、当然治療費はかかる。それなのに、こんなほとんど変わらないような急性期の数は実態に則していないと思う。

(議長)

急変すると急性期になると思うが、安定してくると回復期になると思われる。

(代表者)

急性期のあとに回復期になるのかというと、高齢者の病気は死亡率も高いので、回復期は確かに少なくなっていく可能性もある。それを念頭にいれると、在宅医療が大きくなって回復期が小さくなるというのは実態に則していないと思う。

(議長)

回復期というのは、便宜的に点数で割ったものなので、本当の回復期かどうかはわからない。

(代表者)

一日当たりの患者の診療点数で病床機能を分類していくと思うが、一人当たりの医療費は増えていくと思われる。今更ではあるが、こういう分類の仕方は合わないと考える。以前もその意見を出したが、医師会側の意見を入れた内容というのはどこに入れてあるのか。それが我々にはぜんぜん聞こえてきていない。

こういう意見があるというのは医療法人部会でも出したが、それに対する回答はなく、どこでどういうふうに決まっていたのか全然わからない。我々はこうして会議に出席する以上、責任を伴うので、話を聞いているだけではいけない。

そういった意見があったということを議事録に残してほしい。

(議長)

地域包括ケア病床が宮崎市郡でも昨年12月時点で215床できているので、厚生労働省の言うとおりに、急性期から回復期病床への移行が進んでいくと理解している。

〇〇代表が言われた在宅の増大についてはいかがか。

(議長)

療養型病床が減っていくということだが、6年間据え置きがあるが、それを認めるとなかなか減っていかないと思うがその点はどうか。

(事務局)

医療療養病床と介護療養病床を介護施設に転換する形になれば、病床数としては消えるので減少することになる。

(議長)

宮崎東諸県地域は在宅を行っている医師が多いのでまだいいのだが、他の二次医療圏では、在宅を行う医師が少なかったりいなかったりする所もあるので、誰が、こんなに多くの在宅の患者さんをみれるのかと思う。そのため、慢性期の必要病床数を減らすのは厳しい面があると思う。地域包括ケア病床として慢性期病床を転換するのであれば、実態はそんなに変わらないのでさしたる混乱はないのではないかと思う。

(議長)

医療介護総合確保基金について説明があったが、何か意見等ないか。

例えば回復期病棟に移すためにリハビリの施設を作るといった場合に基金を利用するというのはよいのか。

(事務局)

病棟の改修だけでは無く、それに伴ってリハビリ施設が狭いため拡張するといったものにも使えると考えている。

(議長)

ポイントとしては、急性期から回復期に転換を図るために基金を活用する中で、地域包括ケア病床の要件の取扱いがどうなるかということだ。急性期、回復期、慢性期の患者がそれぞれいる中で、回復期の病床機能の充実が必要とされるということであれば、地域包括ケア病床を増やしていくというのが一番現実的な選択ではないかと考える。

また、慢性期であれば在宅を活用するということになると思う。宮崎市郡の場合は在宅を実施している医療機関が106機関あるのでその中でなんとかしたいと思うし、宮崎市郡医師会では来年度から宮崎市郡在宅医会を立ち上げて、在宅医の質と量を高めていくという取組を行うこととしている。

他に意見等なければ、次の宮崎大学医学部の調査事業について御説明をお願いします。

〈宮崎大学医学部の調査事業について説明〉

(議長)

今の説明について、質問等ないか。

(議長)

これはD P C病院だけのデータなのか。

(代表者)

いいえ。D P Cだけだと歯抜けになり、宮崎市では解析ができないため、D P C病院以外の病院から提供していただいたレセプトデータも入れて、解析している。ただ、医療構想には近いデータになると思うが、不正確な部分も出てくると思う。

(代表者)

急性期から回復期に移った患者はD P Cには算定されないもので、そういったケアミックスの部分の抜けは加味されているのか。

(代表者)

国もそういった場合はレセプトデータで吸い上げている。このデータもレセプトデータだと包括されてわかりにくいので、実際に出来高として医療行為を出していただいてそれに点数をかけて出している。

(議長)

この調査事業は、医療構想を推進する中でどういった病床に転換していけば2025年の医療需要を適正にまかなえるのか、また、病床転換が妥当か否かの判断材料となる流入流出状況もわかるので、また詳しいデータ等ができあがったら教えていただきたい。

(議長)

確認だが、地域医療介護総合確保基金の使い方については、医師会でとりまとめているが、最終的に調整会議で報告するといった流れでよいか。

(事務局)

調整会議において、事業として適格性があるかどうか、地域が目指す将来の姿に合うものなのかどうか判断していただくことになる。地域が目指す将来の姿が最終的にまとまっ

てから見るとというのが普通だが、それをやっていると1年2年かかるかもしれない。ところが、整備事業というのは医療機関の都合で動くことになるので、それを待つてはいられないということであれば、調整会議として地域の将来像をまとめきっていない状態であっても、提案された事業がおおよそ地域の将来像に合うという判断ができれば、その時点で認めていただいてよろしいかと思う。

と言うのも、約900億円という基金をこれから毎年各県で本格的に取り合うことになる。そのため早く手を挙げた県がたくさん取れる可能性もあるので、県の中でも不公平感が出ないようにできる限り調整はするが、各地域からも早く要望していただくことに越したことはない。また、当該基金は消費税増税財源を使っているが、社会保障費が今後抑制されながらも増えると見込まれるのでそこに消費税増税分が充当され、逆に基金は減らされていく可能性もある。そうなるとなればなるほど期待していた基金が来なくなる可能性もあるので、そういった意味からも、できるだけ早めに希望する事業を出して、調整会議で検討判断していただいた方がいいと思う。

(議長)

来年度分についても、宮崎県医師会から下りて来ると思うので、会員の方々にお知らせして有効な使い道を提案していただければ、市郡医師会でまとめた上で調整会議の場で諮りたいと思う。

病床の転換というのは、上から言われて行うものではなく、あくまでも医療機関が主体となって決めていくものだと考えるので、その一線だけは曲げないようにしていきたいと思う。

主に慢性期病床を減らすということになるが、在宅医療を行う医師のマンパワー不足等により、どうしても減らせない事情があればそれは慢性期病床を、医療機能を内包した施設系サービス等へ移行し整理せざるを得ないと思う。削減ありきではなく、医療機関の意思によって病床機能を決めていくというスタンスは残していきたいと思う。

では、次の議題(3)その他についてですが、事務局から何かありますか。

(事務局)

今後の進め方でございますが、詳細につきましては、議長に御相談しながら皆様にお諮りしたいと考えておりますので、よろしくお願いたします。

(議長)

そのほかに何かありますか。

(代表者)

地域包括ケア病棟は宮崎県では今どのくらいあるのか。

(議長)

宮崎市内は215床だったと思う。

(代表者)

では、地域包括ケア病床を増やすという方向性でもいいわけだね。

(議長)

急性期病棟から回復期病床への転換が急務であり、そうだと思う。

(代表者)

それぞれの病床機能の稼働率はどれぐらいが適切だという考え方でやっていこうと国はしているのか。

(事務局)

この稼働率は医療需要から必要病床数をはじき出すために設定した便宜的に置かれたものだと考えていただいた方が間違いないと考える。一般的に療養型になればなるほど統計的に上がるものだと思うので、このような設定になっているんだろうと推測する。

(代表者)

地域包括ケアは間違いなく病棟単位から病床単位になっていくと考えているのだが、そのような考え方でいいのか。

地域包括ケア病棟を立ち上げた医療機関の中でも、そのままではなかなか維持することができないために、障がい者病床や回復期病床に変更していつている医療機関もある。

そのため、今後、地域包括ケアが病棟毎なのか病床毎なのかで、大きく影響してくると思われる。

将来的には地域包括ケア病床も回復期病床になっていくんじゃないかと思っている。

(代表者)

しかし、全国的には急性期病床が増えつつある。

(代表者)

しかしどう見ても、宮崎県の状況を見ると、病床の稼働率は下がっている。そうになると一般病床は残れない。

(代表者)

だから、地域包括ケア病床に移行するのか。

それにしては、宮崎は地域包括ケア病床の数が少ないのではないか。

(関屋代表 代表者)

ただ、地域包括ケア病床に移行しても、維持できないため、変更したり止めたりしている病院がたくさんある。そういった現状がある。

(議長)

地域包括ケア病床にするかどうかは、各医療機関の考え次第だと思うが、誘導される必要はないと考える。

(代表者)

しかし、それが誘導されているのだ。

(代表者)

厚労省の考え方だと地域の方が肺炎等起こした場合にすぐに看れるような病院として地域包括ケア病棟なり病床なりを使いましょう、というようなイメージで描いている。そうすると在宅復帰率が維持できなかつたり、患者を確保できなかつたりということであきらめる、というようなパターンが見受けられる。

ただ、今のところは地域包括ケア病床でとった方が金額が少し高いので、それに誘導されているという状況ではあると思う。

ただ、来た患者は何でも診るといった昔の 100 床ぐらいの病院のようなイメージではないかと思う。そういった病院が各地域に無いと、地域包括ケアシステムは成り立たないのではないか、またその中核になるのが地域包括ケア病棟ではないかと思う。

(議長)

地域包括ケア病床は 13:1 であり看護師も多くはいらないので、現在は移行の要件が厳しい現状はあるかもしれないが、次期診療報酬改定でもう少し取りやすくなるのでないかと思っている。

点数は低くなるけれど、要件を緩和して地域包括ケア病床を増やしていくような診療報酬改定になるのではないかと考える。

ほかに御質問もないようですので、これで議事を終了します。