

# 西諸地域医療構想調整会議議事録

## 1 日時

平成27年12月14日（月曜日） 午後7時～午後8時30分

## 2 会場

小林市大字堤3020-13 小林保健所 多目的ホール

## 3 参加者

一般社団法人西諸医師会 会長 高崎 直哉  
一般社団法人西諸医師会 副会長 内村 大介  
一般社団法人西諸医師会 理事 丸山 賢幸  
一般社団法人西諸医師会 監事 丹 光明  
一般社団法人小林・えびの・西諸歯科医師会 会長 児玉 芳邦  
一般社団法人小林えびの西諸薬剤師会 会長 簗原 哲也  
公益社団法人宮崎県看護協会 小林・えびの・西諸県地区理事 朝倉 公子  
宮崎県保険者協議会 高原町町民福祉課長補佐 水町 洋明（代理人）  
小林市 健康福祉部長 畠中 光男  
小林市立病院 事業管理者 坪内 斉志  
えびの市 健康保険課長 領家 修司  
高原町 ほほえみ館長 増田 正澄

## 4 協議内容

### (1) 議長選出

西諸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、議長選出を行う。

参加者からの提案はなく、事務局から西諸医師会長の高崎直哉氏を提案し、全会一致で同氏を議長に選出した。

### (2) 議事

#### ① 議事録署名人の選出

要綱第7条第2項の規定により、議事録署名人に西諸医師会副会長の内村大介氏と小林市健康福祉部長の畠中光男氏を選出した。

#### ② 宮崎県地域医療構想の策定について

（事務局）

宮崎県地域医療構想の概要について事務局から説明を行った。

### ③ 宮崎県地域医療構想（案）について

#### ア 構想区域の考え方について

（事務局）

構想区域の考え方について事務局から説明を行った。

（議長）

7つの構想区域については平成25年度から平成29年度までの医療計画が策定される前に、県の医師会から様々な問題が出た。

4つの二次医療圏について提案があったが、宮崎市郡医師会、延岡市郡医師会、都城市郡医師会が賛成であり、西諸医師会、南那珂医師会は反対であった。

日南串間地域医療構想調整会議では宮崎県地域医療構想（案）の構想区域で良いと言うことで聞いている。

何か意見はないか。

（出席者）

特になし。

（議長）

西諸は宮崎県地域医療構想（案）の構想区域でよいか。

（出席者）

一同了解。

#### イ 慢性期病床の考え方について

（事務局）

慢性期病床の考え方について事務局より説明を行った。

（議長）

西諸の場合は都市部と比較して高齢者の割合が高く、特例を選択することが可能である。特例を選択することで何か利点があるのか。

（事務局）

慢性期 A より慢性期 B、慢性期 B より特例の方が慢性期の病床が多い。

目標値を先送りにしてよいということで、検討時間が長くなるためどうしても削減が必要になったときは余裕をもって検討ができる。

（議長）

4つ病床機能が分かれている中で慢性期のみパターン A、パターン B、特例の要件を分けているのはなぜか。

（事務局）

慢性期の入院患者については高齢者の方が多いので、なるべく在宅で見ていきたいとの考え方が根本にあるのではないかと考えている。

(出席者)

基本的にデータについては包括医療費支払い制度（DPC）に基づいた計算をしており、患者の背景は分からない中で計算をしている。

将来的に高齢者が増えていき、入院患者が2025年は増えていると考えられ、入院患者が増えていく中での受け入れ先を考える必要がある。

医療を提供する側からすると患者さんからの要望等もあり、可能な限り病床は残したい。

そのため、特例を使い5年先送りにすることで実際の患者さんの状況とあった状況で減らすことができる。

また、西諸地域ではDPCを導入している病院はなく、DPCを導入していない地域であるのにDPCを元にした算定をされているのでその数値を使って計算するのは実態とそぐわないのではないかと考えている。

(出席者)

結局は全国をある状況をもとに計算して丸めてしまおうという計算なのか。

(事務局)

医療保険が適用できるベッドを絞っていきたいという考えである。

(出席者)

全国最大値が長野県395.1、全国最小値81となっている。

この数値の開きの原因は何なのか。

(事務局)

基本的には、西側の都道府県の数値が高くなっている。

長野県と高知県の数字の差の原因については把握していない。

(出席者)

データの数値は正しい数値であると理解してよろしいか。

(事務局)

医療費の面から見ると一番少ない数値が一番医療費がかかっていない。

あくまで医療費の考え方であると御理解いただきたい。パターンAは医療費が一番低くするためのもの。

パターンBの考え方は、それはあまりにも厳しすぎるので全国平均までは下げていく考え方である。

(出席者)

受療率の平均は正しいという考え方でよいか。

(事務局)

厚労省からすると正しいと聞いている。

医療費が一番高いところの数値に合わせるというのはできないと考えている。

(出席者)

医療費を低く抑えたいと考えているのであれば、医療費が一番低いパターンAにしては

どうか。

(事務局)

西諸としてパターン A を選ぶのであれば、その意見を報告することになる。

(出席者)

医療費を一番低くし、在宅医療を推進できる医療資源が備わっていれば、パターン A にすることが可能ではないか。

医療費を低くすることで起きる不具合に対しては誰が責任をとるのかという話である。

医療機関は決められたことしかできないが、明確に西諸については保健所が責任をとるのであればそれでよい。

また、現状のデータで住民の方は理解できるのか。

(事務局)

パブリックコメントと医療計画等をホームページに公開するなどして住民には周知を行っている。

西諸がパターン A であるということになれば、パターン A になる。あくまでパターン A、パターン B、特例までの範囲でしか決められないという条件がある。

現状の数値が正しい数値かどうかは不透明である。

(出席者)

パターン A、パターン B、特例のどの要件を使うかはいつまでに決めないといけないのか。

(事務局)

本日中に決めていただきたい。

(出席者)

例えば、パターン A にすると慢性期病床が少ないので当然在宅医療に関する資源が増えてくる。

在宅医療を進めることで在宅医療に対応できる医療資源があるかどうかの問題が出てくるがそれが不透明な状況である。

また、パターン B 又は特例を選び5年間猶予があった場合に、状況によってはそのために地域の方の医療費、保険料が上がることが予測される。

そうなったときに地域の住民、保険者、医療機関等に何らかのデメリットがあるのかどうか。要するに成果として出なければ具体的なペナルティがあるのかどうか。

(事務局)

おそらく具体的なペナルティはないと予測している。

病床を削減して在宅で医療を提供できるのかという問題がある。

次の医療計画を策定する際には、点数だけではない様々な問題を協議することになる。

圏域毎に地域医療構想調整会議をすることで様々な情報を収集でき、会議を開催することで住民の方も関心を持つと考える。

また、データについては今後必ず見直しがあると考えている。

しかしながら、どの条件を選ぶかは意見として決めないといけない。現状ではこのデータを元に決めなければならないので現状のデータで決めていただきたい。

(議長)

人口について総数をみると緩やかに減少となっているが、75歳以上、65歳以上の人口の推移をみると大幅に都市部と比べて高齢者の割合が多くなってきている。

それを踏まえたうえで、パターン A かパターン B かであれば取りやすいのはパターン B ではないか。

(事務局)

病床が少ないよりも病床は多い方がよいと考えている。

(出席者)

私は特例だと思っている。特例が認められる区域であるのであれば、特例を使い5年猶予を持ちたい。

日南・串間でも出ている話であるが人口が減れば、医療従事者も減りベッドも空いてくる。

5年の間で変わるものを見定めていくのが西諸のスタンスでよいのではないか。

(議長)

要するにパターン A よりパターン B、パターン B より特例という考え方でよいか。

(出席者)

その考えで良いが、慢性期の定義は診療点数225点未満となっており実際にはどのくらいの需要が発生するのか分からない。

5年の間に様々な意見を吸い取った方がよいのではないか。

(出席者)

住民の方に理解を得るのにも時間がかかる。特例を使えるのであれば特例がよい。

(議長)

取扱いについては、特例を重視するということがよいのか。

(出席者)

一同了解。

## ウ 流出入に対する考え方について

(事務局)

流出入に対する考え方について事務局から説明を行った。

(議長)

これも4年前から県の医師会で様々な話が出ているところであるが、西都・児湯は7つの医師会の中で一番流出率が高い。

西諸については、各医療機関の努力により流出率は少ない。

地理性もあるかと思うが、西諸については流出率については悪くない状況である。

それを踏まえた上で検討していただきたい。

(出席者)

高度急性期、急性期については、流出に対応できるマンパワーの問題があるかと考えている。

「日南串間医療圏」と「西諸医療圏」は同規模の地域であるが、「日南串間医療圏」の流出が少ないというのは、県立病院を中心とした医療提供体制が整備されているからである。

西諸では、小林市立病院、えびの市立病院、国民健康保険高原病院が公立病院としてはあるが、これとは別に公立病院があれば流出も抑制されると考えている。

西諸については患者住所地としていただきたいが、県内の中で西諸のみ患者住所地という訳にはいかないのが県の策定委員会の決めた方向でとしか言いようがない。

医療を提供する側の体制が大きいので単純に数字だけで判断するのは難しい。

(議長)

二次医療圏も絡めての話になるが、流出率の高い低いで見たときに宮崎東諸県、都城北諸県、延岡西臼杵の医療圏は流入が高いことになる。

地域医療構想において二次医療圏を再構築するような考えを県としては持っているのか。

(事務局)

二次医療圏を変更するのは、構想区域を変更するより難しい。構想区域としては西都児湯と宮崎東諸県が構想区域を一つにする可能性はあるかもしれない。

平成25年に策定した医療計画が平成29年までとなっているため、次回の医療計画の策定時に二次医療圏については大きな問題になるのではないかと考えている。そのため、医療計画の改定時期にならないとわからない。

(出席者)

マンパワー、医者の問題が解決すれば、流出が減る。それが解決しない状況がある。

患者さんが出て行くのではなくて、医者を確保すれば流出は減る考え方もあるのではないか。

医療自体の供給が保てない中で、県病院の医療機関が中心となってできる地域ではなく、西諸については各医療機関が連携をしながら医療を提供している状況なので、それを踏まえた上で検討していただきたい。

医療を提供する側からすると当然病床は多い方がよい。

(議長)

西諸については、お二人の御意見のあったような流れで考えるということでしょうか。

(出席者)

一同了解。

(事務局)

基本的には患者住所地で、県の地域医療構想策定委員会に伝えてよろしいか。

(出席者)

一同了解。

#### (4) 病床機能報告制度について

(事務局)

病床機能報告制度について事務局から説明を行った。

(出席者)

病床機能報告制度は、病棟毎に報告することになっているが、診療点数で報告する等の見直しも必要であるかと考える。

地域医療構想の病床の定義においては高度急性期が3,000点以上、急性期が600点以上3,000点未満の医療を受ける入院患者、回復期が225点以上600点未満、慢性期が225点未満で病床が区分けされているが、病床機能報告制度と異なった定義で区分けされている。

診療点数を元に報告するとなれば、例えば小林市立病院では3,000点以上の患者がいるため高度急性期については10床分程度報告することになる。

実際は高度急性期の患者を診ているはずであるが、病棟毎の報告となると高度急性期としては報告できなくなってしまうため、病床機能報告の定義と地域医療構想の病床の定義に乖離があるのは問題があるかと思う。

また、病床機能報告制度による報告に基づいて、看護師等の人員基準を満たしているかどうかの判定をされると厳しい現状にある医療機関が報告をためらうこともあると考えられる。

(事務局)

現在、病床機能報告制度は病棟毎に報告をしていただいているが、病棟毎の報告方法の見直しを検討する必要があるかと考える。

特に高度急性期については、病床の報告方法について何らかの対応をしていく必要がある。

医療機関で医師が確保できる状態になれば、急性期ではなく高度急性期として報告ができる仕組みが整備されていくのではないかと期待している。

#### (5) 地域医療総合確保基金について

(事務局)

地域医療総合確保基金について事務局から説明を行った。