

日向入郷医療圏地域医療構想調整会議

1 開催日時 平成29年3月22日(水) 19:00~21:00

2 場 所 日向保健所2階多目的ホール

3 出席者

(1) 代表者

日向市東臼杵郡医師会	渡邊 康久
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
日向市・東臼杵郡薬剤師会	猿川 隆文
宮崎県看護協会	黒木 雅代
全国自治体病院協議会宮崎県支部 (美郷町国民健康保険西郷病院)	金丸 吉昌
宮崎県保険者協議会(門川町)	川邊 一孔
宮崎県済生会日向病院	林 克裕
医療法人誠和会和田病院	和田 徹也
日向市(地域医療連携推進室)	野別 秀二
椎葉村(福祉保健課)	那須 秀徳
諸塚村(住民福祉課)	甲斐 光治
美郷町(地域包括医療局)	中田 広喜

(2) 説明者

ア 宮崎大学医学部附属病院
地域医療連携センター長

イ 医療薬務課
課長、主事

(3) 事務局

ア 日向保健所
所長、次長、総務企画課長、健康づくり課長、衛生環境課長、主事(総務企画)

4 議題

- (1) 宮崎県地域医療構想の概要(確保基金の概要を含む)について
- (2) 宮崎大学医学部の調査事業について
- (3) 2015年病床機能報告からみた地域の課題と今後の調整会議の進め方について

5 内容要旨

議題に入る前に、日向入郷医療圏地域医療構想調整会議運営要綱に基づき、議事録署名人選出を行う。歯科医師会の田村会長、美郷町の中田事務長を提案し、全会一致で了承をいただいた。

- (1) 宮崎県地域医療構想の概要(確保基金の概要を含む)について
医療薬務課から説明。

(代表者)

医療需要と必要病床数 日向入郷」スライドの下の急性期が589→189となっており、厳しいと思っていた。しかし、医療需要をみると、128→140となつて

いる。2025年までの医療需要にどう応えるかというのが主旨だと思うが、この違いについて教えてほしい。

(説明者)

地域医療構想の冊子14ページに、病床機能報告で高度急性期から慢性期まで4つに分ける基準、あるいは4つの定義が載っているが、示された定義の中で、病院ごとに判断して、報告いただいたものを積み上げたものが病床機能報告の589という数値になる。

一方、医療需要の算定は、34ページの下に書いているが、医療需要の算定及び必要病床数は、診療点数の高さで考えている。よって、病床機能報告の589の中に高度急性期も入る、急性期も、回復期も、慢性期の一部も入る、という、見た目だけでは判断しづらいものになっている。

定義が違うので、単純に比較はできない。病床機能報告と診療点数で切った場合とで比較すると、病床機能報告のほうが急性期に多く入っているとご理解いただいたほうが良い。

定義が様々あり、非常に分かりづらくなっているところはある。あくまで医療需要を見ていただいて、2025年にどう対応していくのかを考えてもらったほうが良い。

(代表者)

そうすると、2025年までに増える医療需要に応えるということで考えるので、下の段の必要病床数は考えなくて良いか。必要病床数ありきだと考えていたが、定義が全く違うということが分かった。

(説明者)

これは必要病床数を具体的な目標にする、ということではない。ベッド数はあくまで結果である。どんな体制を作って、結果そこに何床くらい必要か、というのが出てきて初めて地域のベッド数が出てくる。

しかし、減らないということではない。地域の医療資源が限られている中で、増える在宅医療に対応していくときに、医療資源が減り、ベッドが結果として減るかもしれない。示した数値は効率的な諸条件をそろえたときの推計の結果である。間違いというものではなく1つの結果である。

(代表者)

結局これがマスコミに流れるので、1つの世論作りになる可能性はあるのではないかと。このような並べ方というのは無理があると考えている。

(代表者)

病床機能報告は曖昧な中で明確に判断して報告するので現段階では難しいものと受け止めている。数字については、ここにいる者は判断できたとしても、数字だけしか見えないので、誤解が生じる可能性はある。

(2) 宮崎大学医学部の調査事業について

宮崎大学医学部附属病院地域医療連携センター長から説明。

(代表者)

定義を使って数字で説明していく、というのは分かる。ただ、大学病院は1つの病院であれだけの割合を背景で持っているから運営できているというのはある。つまりあくまで目安なので、それを参考にしながら実態と合わせて自分たちの立ち位置でどう現場で考えるかというのが基本。数字はあくまで参考と考えて良いか。

(説明者)

今は急性期で上げているが、実際には高度急性期から慢性期まで入っている。それぞれの病院の実態は私たちには分からないので、それぞれで解析してもらって、これ

だけの実績を持っており、このような運営をしている、というのを全部足し合わせた時にこの数値と一致してくる。そして将来に向かって、こちらのほうが中心なので、他の機能は別の医療機関に任せるのか、などを役割分担していく。

(代表者)

救急はどこも大変で、宮崎市においても決して油断できない状況にある。そのため、この圏域の救急をどのように担っていくか、というのが頭にあり、そして、医師の日常的な専門領域で、ある程度こういう分布がある、という仮定ができる。そして慢性期では、ますます在宅しにくい状況になってくるので、コンパクトで身近なところでそれができる仕組みが必要になる。それを踏まえたときに、この地域に来る先生によって変わってくる。

あるときは充足していても、先生が変われば状況も変わる。マンパワーを確保するために、大学からその先生を安定的に派遣できるような仕組みが必要。医師確保すら難しいなど多くの前提があるため、予測が立ちにくい。その中で結論を出す、というのは難しいと思う。

(説明者)

各病院の先生も高齢化するので、引退したときにどうするか、となるが、ここの専門はまだ若い先生がいるから大丈夫だが、こちらはもう少し若い専門性のある先生を連れてくる必要がある、と考える。そして大学に、この診療ができる先生が欲しい、と具体的に伝える。

どういう医師が不足するのかを考えないといけない。補充できないのであれば、他の医療圏に任せてもいいのか。そこに患者を運ぶ手立てはしっかりしているのか。あくまでも指標として、このような患者がいて、現状はこの先生がいるので対応できているけれども本当にこのままで大丈夫かを考えてほしい。

(説明者)

目安がないと議論できないので、目安としてデータがあると思っていただきたい。

(代表者)

データは2015年の病床機能報告をもとにしているが、もう2年ほど経つ。よりしっかりしたデータがないと話が進まない。

また、1人でも先生が変わると全く変わってしまう。とにかく医師が少ないから、専門医かどうかわ変わってくる。この方法で将来を決めていいのか、慎重にする必要があると思う。

(説明者)

各病院の思いで報告しているので病床機能報告は正確ではないところはある。私のデータはアンケートを元にした数値で考えているので、病床機能報告よりは正確かと思う。

(代表者)

宮崎市は、ドクターが多くて入れ替わりも多いので、あまり変わらない可能性がある。しかし日向入郷では1人でも先生の専門性が変わればかなり違ってくる。宮崎市周辺と日向入郷では地域差があるので同じ目安では語れない。

また、在宅をすすめたいとなっても、広い医療圏で在宅するのは難しい。

(代表者)

うちは在宅をやっているほうだが、非常に難しいと感じている。2025年までに増える医療需要にどう答えるか、という中で在宅にもっていくのは無理だ。山奥の在宅はまず無理。1人の患者にどのくらい医療資源を使っているか。それより、病院の設備を良くするために使う方がより効率的だ。在宅は本人にとってはすごく良い治療だが、医療資源で考えると無駄のある医療になってしまう面はある。必ず在宅というのはおかしいのでは。

(説明者)

老人ホームのような施設単位で考えることも必要。医師の少ない地域でも患者はいるので、どの分野の医師が少なくなる、というのを見極めてどう維持していくかを考えないといけない。

(代表者)

例えば、大学に消化器の医師をください、と言ってもまず派遣してくれない。宮崎市には消化器の医師が多くおられるが。そのため、医師の専門性にまで及ぶと、調整会議はますます難しくなると思う。改善しようとして、総合医を作ろうとしているが、それすら頓挫しているわけだから。

(説明者)

総合医はおそらく間に合わない。求められているものに大学がどう対応するかを本来は大学側が考えないといけない。こうすべき、という提案はできるが、闇雲に医師をくださいとは言えないので、ここにこれだけ必要だと示すことが大事。そのポイントをなるべく絞った方が医師を派遣しやすいと思う。

(代表者)

医療計画や市町村介護保険事業計画、診療報酬の改定など全体的な流れの中で、それを踏まえた上での議論をしないと、地域医療構想だけの話をしても無理があるかと思う。

県にお伺いしたい。基金の活用について、公的医療機関等の中に、公立医療機関が含まれるのか。また、調整会議の中で承認までやっていけるのか。

(説明者)

公的医療機関には公立医療機関も入る。
また、承認までやっていけるのか、という話については、調整会議の中で適格性等について審査して承認いただいて、というのを自然に考えると、ビジョンがないと審査できないので、まずはビジョンを考えないといけない。ただ、良い要望があれば承認いただいて、ビジョンの途中でも良いし、ビジョンをしっかり固めてから、というのでも良い。ビジョンの実現のために基金事業があるので、どこかの病院がハード整備に何千万円かかる、という話になる。急いでほしい、という場合であれば、これは適格性がある、というのを途中であっても出すことはある。やってみないと、どのような要望があるかも分からない。今、基金事業は、各県がこれからどんどん要望を出してくるので、使い道を精査しておかないと場合によっては足りなくなる、ということもありうる。そこは各調整会議でしっかり審査、検討いただきたい。早い者勝ちかと言われると、7地区あるので、なるべく調整はしたい。ただ、早いにこしたことはない。

(代表者)

地域住民に理解してもらえるかが1番重要だと思う。地域で考えた結果、これしかない、という共通の理解が必要。そのためには、限られた医療資源を考え、住民が入ってきて、もっと議論を深めていくというサイクルもいる。部分も全体も大事。救急をどうするかという全体の議論も必要。住民を365日受け入れる体制の構築がまず必要。そのために医師不足の対策も必要。1人2人の救急は限界がきている。

慢性期は限りなく家に近いほうが良いが、現実的に人がいないので、医療療養病院という考え方ができれば、公的病院があるところがそれを利活用できる姿になっていくことが期待される。医師の対応力を考えると、回復期か慢性期が現実問題なので、急性期をどこが担っていくのか、というバランスの議論がある。慢性期は施設と家との行き来ができるような限りなく家に近い形ができるか。それを住民から見てどこまで理解してもらえるのか。研修医制度などの教育も変わっていくから、全体の構図の議論も必要。例えば椎葉は地域包括ケア病棟として全部をまかなっていくことが機能

として必要と思っている。それにつなぐ救急体制も必要。それから、美郷町単独でいいのか、諸塚村単独でいいのか、どういうネットワークが必要か、という議論が必要。東郷に関しては地理的な問題があるので日向全体で考えないといけない。3つの救急病院との関係で、東郷病院に公立病院としてどういう役割を期待するか、ということも皆で知恵を絞って考えないといけない。この地域をどう守っていくか、を焦点にするのも1つの考え方と思う。

- (3) 2015年病床機能報告からみた地域の課題と今後の調整会議の進め方について日向保健所から説明。

(代表者)

公開するのはいいが、誤解されるようなデータは作らないようにお願いしたい。

(代表者)

椎葉、諸塚、美郷の各地域でそれぞれどうするかを考えることが必要。住民の理解も難しいと思う。救急隊と診療所が集合して行くまでに10分~20分かかり、診療所に着くまでが1時間かかるので、そこからの救急医療というのは、私は考えられないので、各地域でそれぞれどうするかを考えることが必要。県病院の医師を充実させて、そこに3次医療をやっていただいて、2次医療につなげていければ。2次医療の構築のために県病院の医師の充実が必要と思う。医師確保、介護資源の確保が必要。在宅は未知数なので、介護資源から考えていかないと難しいと思う。椎葉、諸塚、美郷町など内輪では難しいので、医療機関や特老も含めて一緒に話し合っていないと難しいと思う。