

## 平成27年度第1回宮崎東諸県郡地域医療構想調整会議議事概要

### 1 日時

平成27年8月31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 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 所長 藤崎 淳一郎

\* その他(代表者の代理) 1名

#### (2) 事務局

中央保健所次長、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の策定について

## 議事要旨

(代表者)

【検討用データ集P17】各二次医療圏での2025年度流出入状況であるが、患者流出先二次医療圏と患者流入元二次医療圏の違いについて伺いたい。

(事務局)

医療機能毎に、在住者の医療需要・流出者数・医療機関の医療需要・流入者数を示しているところで、宮崎東諸県医療圏以外の住所の患者が宮崎東諸県医療圏の医療機関に入院した場合に流入となり、逆に宮崎東諸県医療圏に住所のある患者が別の医療圏の医療機関に入院した場合には流出となる。

なお、患者流出入先二次医療圏毎で言うと、西都児湯からの流出入が一番多いということになる。

(代表者)

流出入数は、「医療圏毎の患者流出入の動きをどのように変えていくか」というところに大きく影響してくる部分だと理解している。

(代表者)

【検討用データ集P1】2025年度の医療需要と必要病床数の表で、「2013年度の医療需要」と「2025年度の医療需要(医療機関所在地)」「2025年度の医療需要(患者住所地)」と3項目あるが、どのように使い分けるのか、また、患者住所地とあるが、先程の患者流出入との関係はどうなっているのか伺いたい。

(事務局)

慢性期パターンAの宮崎東諸県・医療機能・高度急性期で説明すると「2013年度の医療需要」は403.3人で「2025年度の医療需要(医療機関所在地)」は418.2人、「2025年度の医療需要(患者住所地)」は293.0人となっている。

他の圏域からの流入等を考慮した医療機関所在地ベースの数になると若干多くなるが、他の圏域からの流入が非常に多いという現状を踏まえると、患者住所地ベースではこのぐらいの数に減ってしまうということになる。

(代表者)

2013年度の医療需要はレセプトベースで、2025年度の医療需要(医療機関ベース)と比較することができるが、2025年度の医療需要(患者住所地)数は流出入を加味した参考値ということによいか。

(事務局)

基本的にはレセプト等のデータをベースとして使っているが、宮崎東諸県圏域の医療機関の患者数が医療機関所在地ベースの数になっているため、実際に他の圏域の住所の患者数を除いた数になり、他の圏域ではその分患者住所地が増えるということになる。

(代表者)

同表、宮崎東諸県の2025年度医療需要(医療機関所在地)の小計では、10,845.5人、2025年度の医療需要(患者住所地)の小計では、9,888.4人と同程度の数が並んでいるが、他の圏域の小計でも同じような状況になっている。

これは、医療圏毎の人の動きではなくて、どこの圏域でも同じように人の動きがあるということかなのか。

(事務局)

医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの医療圏毎の小計を比較すると、宮崎東諸県の場合、医療機関所在地ベースが10,845.5人、患者住所地ベースが、9,888.4人となっており、他の圏域からの流入があるということがわかる。

次に都城北諸県の場合、同じく患者住所地ベースの方が若干少なくなっているので、こちらにも流入があるということになる。

延岡西臼杵の小計を見ると、医療機関所在地が3,042.9人、患者住所地が3,228.2人となり、この医療圏からは患者の流出しているということを見ることができる。

このように他の圏域を見ると、日南串間、西諸、西都児湯、日向入郷は流出が多いということになる。

圏域毎では宮崎東諸県、都城北諸県が流入が多く、その他の圏域は流出が多く結局、その流出先が宮崎東諸県や都城北諸県になっているという傾向が見られる。

(代表者)

推計入院患者数のグラフを見ると、宮崎東諸県では、2030年ぐらいまでは、患者が増えていくため医療需要としては伸びていくことになると思われるが、他の医療圏では、2025年ぐらいをピークに減少していくと思われ、日南串間に至っては、それよりも早く減少していくということが予測される。

2025年を目処にということになると、医療需要はまだ伸びている状況ということになる。

(議長)

今後20年は、人口は減って行くが、宮崎東諸県医療圏では、医療需要は増えていくということになる。

(代表者)

お年寄りが増えていくので医療需要は増していくということだと思う。ただし、若い人が減って行くので、急性期医療が終わったら帰るというパターンではなく、急性期医療が終わっても慢性期医療等で残っていくというパターンになっていくんだろうと思う。そのあたりをどう判断していくかということだと思う。

(議長)

人口は減るが高齢者が増え、また他の医療圏からも流入があるというのが宮崎東諸県医療圏の特徴ということになる。

(代表者)

県医師会作成資料で説明します。病床区分が4区分に分けられているが、医療機関から出されている病床機能報告の数字と医療需要と必要病床数とが乖離している。

病床機能報告で、高度急性期が734人、急性期が3,131人、回復期が604人、慢性期(パターンB)が1,355人と言う数は、各医療機関が評価して出した数なのだが、2013年度の医療需要(実績)の数字と乖離しており、医療機関側と行政側とでは認識が違うのではないかと。

(議長)

高度急性期と急性期との境界点は、診療報酬から算出した医療資源投入量が3,000点ということになっている。急性期と回復期の区分が600点、回復期と在宅では225点と分けられているが、その分けられた区分と実際、医師が感じる急性期や回復期のイメージが違うのではないかと感じる。例えば点数上では回復期であるが、診療していると急性期ではないかという例が多々あるので、その辺の整合性はどう考えているのかということだと思われる。

(事務局)

病床機能報告は定性的な定義に基づいて病棟単位で答えるということもあり、レセプトから点数で分けた数字とは若干違って来ているという状況がある。病床機能報告についても、現在厚労省がそのようなやり方を見直して整理した形での機能の分け方等の検討をしているところである。

厚労省も基準が違うということもあるため、これらが一致するということは全く想定していないとのことである。病床機能報告の数字というのは、一つの参考値として、特に今後構想ができた後に実際目標値に向かってどういうふう調整していくのかという時に、これも一つの傾向としての参考値として見ていただくことしか現状はできないのではないかと考えている。

(議長)

そのようにしか分けることが出来ないということもいたしかたないと理解しているところだが、数値以上のギャップがあるケースもあり得るということを目指しておきたいと思う。

(代表者)

そういう意味では今年から始まった医療・看護必要度の基準を満たす患者が15%クリアしないと7:1看護基準がとれないということで、厚労省はデータを取り始めたのだと思うのだが、そのデータが積み上げられて最終的には10:1看護になっていくのだと思う。

二つ目として2013年度の慢性期について、この医療資源投入量175点未満の療養病床の入院患者のうち医療区分1の70%相当の患者数は在宅医療等への追加数としてカウントされていないということだが、そのことについてはどうか。

(事務局)

構想を策定する際の慢性期病床のカウントのルールを厚労省が作っている関係があり、医療区分1の入院患者の70%については在宅ということで、2013年の実績においても同様のカウントとなっており、2025年の推計をする際も同様のルールでカウントをするということである。算定の仕方として、決められた形にはなるかと思うので、医療区分1の70%以外の部分で「パターンA」や「パターンB」及び「特例を要する」等の部分は、各医療圏毎での議論を進めていただき検討していくことになるのではないかと考える。

(議長)

そうすると医療資源投入量175点未満の一般病床と医療区分1の70%は在宅で看るということで慢性期病床から外されることになる。今後は慢性期病床がどうしても必要になってくると思うが、これを基準ではずされると足りなくなってくると思われるが、この175点と70%という基準の決められた根拠があれば教えていただきたい。

(事務局)

細かな根拠というところまでは、厚労省の方から示されていない。しかし、考え方として厚労省は医療区分1の70%から在宅に移行という方向でやってきているということは、結局10年後の構想を策定する上で厚労省としては在宅医療を推進していくという政策との関係でこのような算定の仕方を定めているのではないかと考えている。

(代表者)

それと関連して、地域包括ケアの推進事業で今後在宅医療の比率が高まると  
思うが、在宅医療を行う医師が不足したり、訪問看護ステーションがなかつた  
りして在宅で賄いきれない患者が増加した場合、地域によっては地域包括ケア  
病床という選択肢もあるのではないかと考えるがいかがか。

(事務局)

厚労省としても地域包括ケアや在宅医療等といった施策を推進していく中で  
必要となる施策は何か、またそれを実現していくためにはどうすればいいかとい  
うことも検討の中に入っていくと考える。そして、そのよう数値を定めて、  
構想を策定し、それに沿った施策を定め、それに向かって進んでいくわけですが、  
どうしても特別な事情等がある場合には、目標の数値を変えることもあり  
得るという厚労省の見解である。

(代表者)

先程から患者の流出入の話題が出ているが、医療圏毎の流出入の動きという  
のは、ドクターカーやドクターヘリの運用も上がって来ており、また高速道路  
の開通といった要素もあるが、予測としてはこのような部分はどうなっている  
のか。

また圏内においては、宮崎市郡等は土地等の値段が高いこともあり、医療機  
関等は郡部に作った方が建築コストとも安くなるため、そういった意味では宮  
崎東諸県以外の地域に出て行くのではないか。ただ、非常に大事なものは、郡部  
でスタッフが雇えるのかということもあり、不確定要素があると思うが、そ  
のことについてはどうか。

(事務局)

まさにその点が非常に重要なところで、議論のポイントになる部分かと思わ  
れる。結局のところ、医療機関所在地ベースと患者住所地ベースで出した数値  
から高度急性期を見ると、宮崎東諸県医療圏に流入が非常に多い状況で高度急  
性期の役割を担っている機能が非常に大きいということになると思うが、この  
ままこの機能を宮崎東諸県で担っていこうということで、医療提供体制が変わ  
らなければ、2025年についても医療機関所在地ベースのような数値になる  
うかと思う。

また、高度急性期の機能を宮崎東諸県以外の各医療圏で、少して担ってもら  
いたいということであれば、今後10年後を見越して、医療提供体制をどのよ  
うに変えていくのかを議論していただければいいのではないかと考える。

慢性期や回復期などは各医療圏毎にそれぞれ持つのが適当ではないかとい  
うことであれば、医療機関所在地ベースではそれなりの流入があったとしても、  
患者住所地ベースに近い数字で持って行くような方向で検討する等、他の医療  
圏の意見も必要となるが、どういった役割をどう分担していき、その中で宮崎

東諸県ではどんな機能を持って行かせたいか、その辺りを議論していくのが重要なポイントになっいくのではないかと考えている。

(代表者)

慢性期病床はどんどん削減され、それを在宅に回すという基本的な考え方があるのだが、実際にベッド数を減らして在宅で看る場合、医師の訪問診療や訪問看護師、訪問薬剤師が必要なわけで、次の患者を診に行くのに時間がかかり、また次の患者を診に行くのに時間がかかり、というような状況で、医療の効率的には、あまりいい方向付けではないように思う。

10数年前前に一度ベッド数を減らし、またここでベッド数を減らすということになっている。例えば、自宅で親を看るということになると、夫婦二人で稼いでいたのが、そのうち、一人は仕事を辞めて付き添わなければならない状況になったとき、結果的に保険料や税金の支払いも少なくなるといったことも一部じゃ考えられると思う。

それでもベッド数を減らした方が介護と医療と両方考えた上でも医療経済的に上がるものなのかどうかということと、それから、開業医の先生方もずいぶん平均年齢が上がってきているというのが現状であろうと考えているが、その中で国が進もうとしている今の施策が宮崎のこの状況にうまくマッチングしていくものなのかどうかという点で非常に疑問を感じている。

これらのことについて意見があればあれば教えていただきたい。

(事務局)

ご指摘である効率が悪くなるのではないかという点はもっともなご意見だと思う。構想策定については、10年後の状況を見せて構想を作ろうということで、患者側からの在宅の需要もあるという状況も考えられるので、それを実現していくための在宅医療の推進と、またそれを実現していくためには今後、こういった施策をやっていけばいいのかということも地域医療構想策定の中で検討していただく事項になるので、総合的に勘案しながら、議論を進めていくのかなと考える。

(代表者)

確認をさせていただきたいのだが、今後、必要病床数というのを決めていかなければならないと思うが、現時点で医療機関所在別でのニーズであるか患者住所地別のニーズであるか、まだ決まっていないということだと思うが、今後はやはりどちらかに決めていかなければならないと思う。

それを決めるのは、この場なのか県全体の親会議なのか教えていただきたい。

(事務局)

制度的に言うと、策定委員会で全体を見渡して策定するといことになるけれども、こういった構想調整会議を各医療圏で開いていただくので、そちらの意

見も十分勘案させていただきながら作っていくといったようなことになると思う。

(代表者)

要望がある。今後、高齢者が増えて行くと、認知症患者が増えてくるわけだが、認知症患者というのは、おそらく在宅では無理かと思う。そういう方々の介護施設をどのようなパターンで入れていくのか、これも考えて行かなければいけないと思う。よろしく願います。

(議長)

これは病床削減ありきではなくて、適正な病床数を決めるというのがこの会議なので、単に病床数を削減するための会議ではないということで、10年後に宮崎東諸県圏域では、どのような病床数が必要かということを検討していきたいと考えている。

(代表者)

高度急性期を移すという話が出たが、実際に高齢化していくと、心筋梗塞や脳卒中など増えてくるだろうと思われるが、今の現状で救急搬送やドクターヘリ及びドクターカーが充分賄えているか、患者の自宅に着くまでの時間はいいのだが、それから30分以上かかって医療機関を探すという状況があるので、そういった患者が増えてくると、高度急性期を担うような施設が各医療圏毎に必要となる可能性もあるのではないかと思う。また、がんなど慢性的に進むようなものについては、どこか一箇所に集中させてしまうなど、各疾患毎に施設を設ける方法もあるのではないかと思う。

どこまでが高度急性期でどんな疾患が該当するのかを考え、そういった対応ができる医師を送り込めるか、そういったことも考えて議論していければと思う。

(議長)

高度急性期でひとくくりでは無く、心筋梗塞、脳卒中などの疾患毎の流入分析も必要だということだと思う。

(代表者)

必要病床数の疾患別内訳になるとほとんど0で出てしまっている。

(代表者)

DPC病院の傷病別カバーエリア(急性心筋梗塞)を見ると、宮崎東諸県はほとんど30分以内となっている。

(代表者)



宮崎東諸県はいいのだが、宮崎東諸県が抱え込んでしまっていいのかということだろうと思う。分配する余裕があるのか。

(議長)

それは医療機関別の観点で決めないといけない。

(代表者)

特に赤い地域(90分超)である都農や川南あたりは海岸沿いでも、時間もかなりかかっているし、医療機関も少ないという現状がある。また、山の方は当然少ないので、その辺は十分対応出来るのか、ということも考えて配置しなければならないだろうと思う。

特に宮崎東諸県については、この医療圏だけですむ話ではないだろうと思う。

(議長)

今回の協議内容は、今後の宮崎県地域医療構想策定委員会でも参考にしていただくこととします。