

## 日向入郷医療圏地域医療構想調整会議について

- 1 開催日時 平成27年8月31日（月）19:00～20:30
- 2 場 所 日向保健所2階多目的ホール
- 3 出席者
  - (1) 委員  
渡邊委員、千代反田委員、鮫島委員、田村委員、江藤委員、黒木委員、金丸委員、橋口委員、三輪委員、甲斐委員
  - (2) 事務局  
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）
  - (3) その他  
傍聴者：4名（県医師会、日向市、宮崎日日新聞社、夕刊デイリー）
- 4 議題
  - (1) 地域医療構想調整会議の進め方について
  - (2) 議事
    - ア. 地域医療構想の必要性について
    - イ. 宮崎県地域医療構想策定方針について
    - ウ. 将来の医療需要と必要病床数の推計値について
  - (3) 意見交換
- 5 内容要旨
  - (1) 地域医療構想調整会議の進め方について  
【地域医療構想調整会議の進め方について、事務局より説明。質疑応答は特になし。つづいて、運営要綱の第4条にもとづき、議長及び議事録署名人を選出。】
  - (2) 議事  
「ア. 地域医療構想の必要性についてイ. 宮崎県地域医療構想策定方針について  
ウ. 将来の医療需要と必要病床数の推計値について」  
【上記の3点について、事務局より説明。説明後、委員が県医師会から提供のあった地域医療構向日向入郷構想調整会議について説明。】
  - (3) 意見交換  
(委員)  
今後の調整会議の流れについて聞きたい。宮崎県では特に調整会議の位置づけを踏み込んでいただいております。現場の意見を反映させるためにこの調整会議を位置づけたと聞いている。そうであれば、2025年という予測が難しい問題に対して、この会議でどこまで現実に近い形で議論を踏み込んでいけるかが鍵になる。そうすると、11月に策定委員会があるとすれば、今日が8月31日ということを考えると、必要であればそれまでに相当頻繁にこの会議を招集していただく必要があると思うが、今後の予定はどのように考えているのか。

(事務局)

予定については、詳細はまだ県のほうからおりてきていない。資料11ページであるように、10月末から12月に策定委員会を開く案が出ている。そこでワーキンググループで考えた素案を出したいとのことなので、そのタイミングで素案が出てくるのであれば、次回の策定委員会の前にまた会議を開きたいと考えているが、まだ保健所のほうでも、どの段階で素案が出てくるかが見えていない。

(委員)

私の考えが間違っているのかもしれないが、この調整会議の議論の結果をワーキンググループの素案に落とし込んでいただいて、その上で策定委員会に上がっていくと理解していたのだがそうではないのか。

(事務局)

ここでの意見を素案に入れるにしても、素案自体がどういうものか見えていないという部分がある。そのため、この場で意見をいただいたとしても素案に対してどの程度反映できるかは分からない。まずは素案があって、それに対してご意見をいただくという形が通常ではあるが、会議を早めに開くことで、要望があればそれをワーキンググループに伝えていくということが可能になるかと考えている。

(委員)

言われるように、素案ができてしまうと、それに基づいてという部分は大きくなってしまふ。このような調整会議が位置づけられている理由は、調整会議の中で現実的にこの構想区域での希望を最大限まとめることができれば、それを素案に反映させることができるからだと思われる。ワーキンググループに考えを提供することで、そのことも含めて策定委員会で素案ができ、できた素案に対してもう1度調整会議で議論ができるという流れで考えると、厳しいスケジュールの中で大変だとは思いますが、可能だろうか。

(事務局)

できるだけご意見に沿えるようにやっていきたいと思う。

(委員)

医師会の中の病院がどのようなことで悩んでいるのかをざっくばらんに聞いて、ある程度そこから意見を出していかないと、私たちだけが代表して意見を出すわけにはいかないと思う。

また、こういった推計値の病床数は本当にその通りになっていくのだろうか。例えば、今現在でも看護師不足などによって本来は戻ってきて仕事をしたい人も戻って来れないような実態もある。そういった人たちに対して、地域がもっと地域をあげて医療体制を作るためには、単なる現在の病床数だけを見て行動して良いのかという部分は大きな問題だと考える。

さらに、季節的な問題もある。例えば冬場だとインフルエンザが流行するが、夏場は冬場の患者さんとは違う。

それから、同じ病床数であっても、男女を同じ部屋にすることはできず病床数に余裕が必要である。また、患者さんの中には認知症がひどくて、他の方が夜も寝られなくて他の病床に移らないといけないというのも現実にある。そういったところも意見を出していただいて、加味していただければと思う。

(委員)

現状、地域包括ケアシステムという言葉だけが先走りしていて、看護協会でも何から検討していけば良いかわからない状況である。

現在では小さな施設が多くあるため、病院に勤めている看護師だけではなくて、そのような小さな施設で働く看護師も含めて一緒に検討することとしたが、やはり現状何から手をつけて良いかわからない状況となっている。今後は、今回のような会議でまとめた意見を広めていき、看護協会のほうでも検討していきたいと考えている。

(委員)

公立病院改革ガイドラインが総務省からきており、今年度もしくは来年度までにいくつかのテーマにまとめて国に提起することとなっている。その1番前提となるのが、地域医療構想に照らして整合性を持って出すようにというのが課せられていることである。

日向管内には山間地が多くあるので、そういう視点で見えていくと、歴史的にも課題が多い場所であり、人口減や、高齢者の微増ももちろんあるが、その中でも特にそれを支える医療従事者の確保が特にこの地域は厳しさを増している。やはり構想を策定するに当たって、この会議をきっかけにさらに踏み込んでいかないといけない1番の問題である。

今のままの価値観と判断を維持することが果たして良いのか。これから先のことを見据えて、ある程度集約的に必要な人材を確保して、ある一定の質を持って、救急や地域包括ケアの構築も含めて推進するといった議論を期待するところがある。

これから先、約1ヶ月後に、日向管内のさらに具体的なデータの説明をいただいたとすると、そのデータを見ながら、この地域としてどうしたらいいのかという共通の意見を出せるのではないかと。私たちが公立病院改革を作るときにも、広域的な視野が必要になると思われるので、この会議は地域の垣根を越える重要な場だとも考えている。次の会議は、約1ヶ月後を目安に、個々のデータをもう少し具体的に示していただきたい。

また、管内の医療機関の生の声をいただきたい。そういったものを揃えた上でもう1度現実的な議論を行えると、ワーキンググループのほうに日向管内の現実をまとめた意見を持っていけるのではないだろうか。

さらに、地域包括ケアシステムを考えると、現実には日向管内での救急は千代田病院の1カ所になっている。現状が望ましい姿ではあるとは思えないので、このことをどう捉えて構想の中で生かして積み上げていけるのか、もちろん結論が出ない部分はあると思うが、しかし協議をすること自体が大変ありがたいと思う。今回は膨大な資料なこともあり、内容を把握するのがやっとだと思うので、そのような部分も含めて、可能であればそのような流れをお願いしたいが可能だろうか。

(事務局)

データを1ヶ月後までに集めて、また会議を開けるかどうかはまだこの場ではっきりとお答えできないが、可能な限りそれを準備してもう1度開けるように医療薬務課等と相談して決めたい。時期等については個別に連絡をとらしていただいて決めたいと考えているが、そのような形でも良いか。

(委員)

せっかくの機会なので、今後はぜひ先ほど説明したようなところまで踏み込んで議論ができればと思っている。

(委員)

訪問診療など、歯科のほうでも包括ケアを進めているが、制度の煩雑さもあり、なかなか

か普及してきていないのが現実である。医療が自分たちの故郷、地区で全うできることは非常に良いことだと思うが、いつも制度自体が煩雑になってしまい、理解が難しくなる。

1番良いのは、患者さんが望めば、その希望をすぐ行えるようになることだ。患者さんを優先しないといけないのに、制度を優先してしまいがちだと思う。介護保険サービスでも、知っている人は非常に良いサービスが受けれるのに、知らない人は受けれないというのは問題だと、いつも考えている。

#### (委員)

今後は、保健所のデータの取り方と現場のデータのずれの調整も必要と思う。薬剤師会としては、在宅のほうの需要数に対して、どれだけ私たちが供給を行っていけるかということや、病院にかかる前の、病院に行くまでもないような病気を自分で治せるセルフメディケーション等に力を入れていきたい。

#### (委員)

地域に必要なベッド数を確保するという一方で、やはり根底はいつでもどこでも必要な介護を受けられるのが国民皆保険の原則だと思っている。その中で、地域包括ケアが叫ばれており、地域包括ケア病棟への転換という話もある。例えば日向市には、住民から東郷病院の病床休止状態についてはなるべく早く復活してほしいという要望がきている。このような地域住民の声も無視できない部分だと思うので、調整会議では行政と医師会が中心ではあるが、私たちだけではなく地域住民の声も考える必要があると思う。病床がなくなること、住民の生命が脅かされないような取り組みにしないといけない。

#### (委員)

介護保険では医療と介護の連携ということで作成されているが、それに準じて医療構想は策定されているのだと思う。山間地において、救急・急性期関係については仕方ない部分があるが、回復期、慢性期については、地元のほうで最後までという方もおられるので、できるだけ本人や家族に負担がかからないように、地元のほうでどうにかできないかと考えている。中央を中心に位置づけて医療構想を進めても、椎葉村など過疎地域の方が回復期、慢性期のために中央のほうまで出てきて利用することは、経済的・精神的に負担となる。その課題として医師不足がどうしても問題となる。その課題解消についても地域医療構想のほうで位置づけられればと考えている。

今後についてだが、やはり具体的な日向管内のデータが分からない。ハード面がどういう風に位置づけられて、ソフト面がどのように位置づけられているのかが分かれば教えてほしい。

#### (事務局)

この地域でどういったデータを出すかについて、現時点では不明なのでお答えができない。今後、医療薬務課と相談して決めるのもう少し待っていただきたい。

#### (委員)

今回は保険者という立場で招集いただいたのだと思うが、保険者としては、この医療圏の住民が安心して適正な医療を受けられるための担保を担う役割があると思う。今回データで示されたとおり、実際に医療を受ける年齢に達する方が増えてくる中で、保険者としては、担保すべき部分、安心して医療を受けてもらうための原資の確保という部分に危機感を持っている。それと合わせて、今話題に上がっている、早期に治療を行っていただいて、ベッドにつかない、事前の時点での治癒という部分に重きを置いているところである。また、地域包括ケアシステムについては、保険者というよりは社会福祉関係の話となるが、

今まで保険者として供給をなかなかできていない部分があったので、このあたりについては今後進めていく必要があると考えている。

(委員)

私のところでは2年前に有床診療所から、無床診療所となっている。今後は高齢期人口が増えることによって急性期病床がいらなくなり、それを慢性化に転換するという流れがあるのだと思うが、現実問題として無床診療所をやっていると、生産年齢の方々が高齢者を介護できる力が無いと感じている。在宅医療が非常に困難だということである。例えば高齢者が骨折した場合に、急性期病床の病院に行っても満床状態で、治療後は自宅に帰れないとなると、行き場がなくなってしまう。そうすると、実際は在宅医療を受けたくても受けられない方が多いために、結局施設のほうに入らないといけないという状態である。一個人としての意見ではあるが、そのようなことも考えていただければと思う。

(委員)

今話されたように、自宅で看る力がないのが現実である。核家族化が進んでいることもあり、高齢者が80歳、90歳になるまで頑張っているけど、そこから1度転げてしまうと自分で帰ってくるのはなかなか難しい。生産年齢の方たちは仕事に行かないといけないので、在宅の環境が追いついていないのが現状である。

このような中で、病院では患者さんが入院してきた時から、今後患者さんがどこに行くのかということを考えておかないといかず、病床にはそれぞれの基準があるので考えどおりにはうまくいかないのが現実である。

急性期も何日までと日数が決められているし、地域包括ケア病棟も60日となっているために、そこから医療を必要とする方は医療用病床に移っていく必要がある。しかし、高齢なのでどうしても介護の割合が大きくなるのだが、介護の割合が大きくても医療の要件を満たさなければ、その医療用病床には入れない。そこで、介護療養病床に行く必要が出てくる。

しかし、介護療養病床は国の考えにより30年を目途で廃止予定となっている。これにより、現実問題どこに帰るのかとなるが、施設や介護療養病床を探すと時間が数ヶ月もかかってしまう。地域の実際の問題を反映していかないと、推計をあてはめていく考えだけでは地域の医療というのは成り立っていかないとと思う。

(委員)

話題を変えてしまうのだが、先ほど公立病院改革ガイドラインのことを話したが、医師確保の話と相当絡むと思っている。椎葉村は面積が600平方キロメートルあり、30床規模の病院を3人の医師で担っている。考えただけでも、いかにハードな勤務かが想像できるが、36時間勤務を重ねても追いつかない上、これだけ広い面積を1カ所の医療施設だけで診ている。しかし、このおかげで、なんとか椎葉の住民は安心して暮らせている。とはいえ、果たしてこの3人という人数が、適正な人数なのかを生身の人間として想像してほしい。3人の体制でやっていることについては、昔からこの現状は変わっていない。しかし変わっていないことは、ある意味で逆に厳しさを増しているとも言える。医学が進歩して提供する医療が高度化してきたことで、中心地との医療の格差が生じ、現場で担う人達にとってはよりストレスで、より厳しい体制になってきている。地域の方にとっては、どこの病院でも同じような医療を受けられるのが当たり前だと思っているが、それに合わせるだけの医師を確保することが現実問題で難しくなっているとうことである。

もう1つは、専門医制度についてである。2011年から始まっている同制度では、若い人たちが大学を卒業してキャリアを磨き、国民の医療に対するニーズに応えることが期待さ

れている。これは当然のことだと思う。このように、あらゆる医師がキャリア形成を目指して、なるべく早くに国民のために活躍し貢献したいということが山間地からはどのように映るかという、ますます山間地には医師が来なくなると見ている。あるいは若い医師が山間地に行きたくても行けなくなる仕組みであるというのも必然的な見方である。現在、国保に医療提供してもらっている医師の供給部分がきわめて厳しくなるのである。

また、大学病院には相当頑張ってもらっているが、今後は大学も新しい専門医制度に沿って考えないといけないので、若い先生がキャリアを積めないところには派遣できなくなる。宮崎大学だけではなく、熊本大学や鹿児島大学からの派遣もより厳しいものとなる。今まで大学からの派遣に依存していた西臼杵や西諸県郡は極めて深刻な事態になるということである。

このような時にどうすれば医師を確保できるのかと考えるが、これは就労環境にも繋がっていく。男女平等の視点も含めて、男性でも女性でも、医師がそこで活躍できるような環境を整えていくことが必要である。そういった状況で専門医制度に照らしながら、どうすれば山間地に医師を派遣できるかを考えると、やはり我が村、我が街だけの問題だけではなくて、より広域的な問題に当たってくるのではないかと考えている。これが公立病院改革でいわれるネットワーク化である。

現実に人口減や制度の変更、提供する医師という側面から見て、しっかりと若い人たちを育てて世の中に貢献する姿を作らなければいけないという視点を考えると、ある意味でやむを得ない部分というのが相当出てくる。それを踏まえながら地域包括ケアシステムの仕組みにどう取り込んでいくのか。これは医師だけではなく看護師でもそうである。山間地では訪問看護ステーションを成り立たせるのは困難で、夜間、早朝は難しいし、365日24時間体制はなかなか叶えられないという現実がある。

そうすると、そのような実情を住民にも同じ景色を見て理解してもらい、同じとらえ方をしてもらわないといけないと思う。せっかくこのような場をいただいたので、いろいろな方と議論を交わす良い機会だと思う。一番近いところで医療が満たされることは絶対に誰が否定することでもない。しかし、このようなことが限りなく厳しい現状の中で、次善の策として、今後、建設的にどのようなことができるかということをつまえていくことが必要だと思えてならない。

そのように踏み込むとすると、極端に言えば椎葉村は5人、6人医師がいなくおそらく成り立たないと思っている。そうすると、椎葉の面積を生かして中間地点に同じような所を作り、そこで椎葉と同じような中間地点を強化する取り組みを行い、皆でまとまって知恵を出し合わなければ、山間地は厳しさを増すばかりだと思う。そういったところで、村、市、町を越えて、エリアとして、面積として議論できればと思うし、そういった議論に住民にも参加していただいて、一緒に議論できればと思う。

救急医療については、私は是非、千代田病院と同規模の設備を備えられる病院として、済生会日向病院にも議論に参加してもらいたい。この2カ所を救急病院として位置づけられれば、延岡の病院が3次なので、2次医療圏の構想区域としても理想的な姿となる。今後、山間地は山間地なりの踏み込んだ議論をするべきである。

## (事務局)

本日の話をまとめると、地域的に山間部と市内部とで大きく分けることができ、山間部と市内部との特色があまりにも違うということがあった。それがある程度調整できるような形を作っていければと思う。また、人員については医療監視で厳しい現状は把握しているので、人員確保に繋がるような仕組みにも繋げていければと考えている。今回、急性期、回復期、慢性期という形での機能分化となっているが、国の話によると、今回は回復期といった形に落ち着いたとは聞いているが、もともと回復には急性が終わった後に続くところという捉え方もあった。そういったこともあり、一度、急性期で落ち着いた方や退院後

に症状が悪化した方が、地域包括ケア病棟を利用するということを国が考えたということもある。なので今後の調整会議では、回復期がリハビリのみではなくてもう少し広い意味での回復という意味を持つことも含めて取り上げてもらえるとありがたい。こちらが当初考えていた以上に地域の実情について議論いただけたので、それを最終的には医療計画に盛り込んでいけるようにできればと思う。次回いつ会議を開くかということをここで申し上げることはできないが、個別に連絡をとらせてもらうのでよろしくをお願いしたい。

以上