

都城北諸県地域医療構想調整会議議事録

1 日時

平成27年11月30日（月） 午後7時～午後8時30分

2 会場

都城市上川東3-14-3 都城保健所多目的室

3 出席者

(1) 各団体等

一般社団法人都城市北諸県郡医師会 会長 飯田 正幸
副会長 田中 穰次
病院部会長 平田 宗勝
有床診療所代表 仮屋 純人

一般社団法人都城歯科医師会 専務理事 永井 省二

一般社団法人都城市北諸県郡薬剤師会 会長 野中 弘幸

公益社団法人宮崎県看護協会 都城・北諸県地区理事 入江 博美

宮崎県保険者協議会（都城市 保険年金課長） 西河 邦博

（宮崎銀行健康保険組合 常務理事） 椎葉 尚美

独立行政法人国立病院機構 都城医療センター 副院長 税所 幸一郎

都城市 健康部長 渡邊 一生

三股町 町民保健課長 内村 陽一郎

(2) 事務局

都城保健所 所長、総括次長、技術次長、総務企画課長、健康づくり課長、
総務企画担当

4 協議内容

(1) 議長選出

都城北諸県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。

参加者からの提案なく、事務局から都城市北諸県郡医師会の飯田氏を提案。全会一致で同氏を議長に選出

(2) 議事

① 議事録署名人選出

要綱第7条第2項の規定により、議事録署名人に宮崎県保険者協議会の西河氏及び三股町の内村氏を選出

② 宮崎県地域医療構想の策定について

県が作成した資料に基づき、構想の概要について事務局から説明。質疑なし。

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

県が作成した資料に基づいて事務局から説明

構想区域については、現行の二次医療圏である都城北諸県医療圏とすることを全会一致で了承

イ 慢性期病床の考え方について

（事務局）

医療圏における病床数の考え方については、「医療機関所在地」「患者住所地」による分類と、慢性期病床について「パターンA」「パターンB」による分類がある。慢性期病床における「パターンA」は、慢性期総入院受療率の全国最小値を、「パターンB」は全国の平均値を基準に病床数を減らしていくものである。この2つの間で目標値を定めることになるが、これについて意見をお伺いしたい。なお、パターンCについては当区域は対象外となる。

（委員）

パターンAかBかを選択するならば、病床数の多いBを選択するべきではないか。

（委員）

患者が減れば必然的に病床を閉じなければならなくなる。今から10年先のことを決めるのは困難である。国、県は、患者の動向に従って病床数を減らしていくという考え方はしていただけないのか。

（事務局）

あくまでも目標を設定するものであり、全国一律にある考えに基づいて目標を設定していかなければならないというのが現状である。ただし、目標については、経過とともに状況が変わってくることもあり、医療計画の改定の際に目標の見直しがあることも考えられる。

（委員）

全国ともAかBを選択するのか。かなりの投資をして設立した医療機関の病床を強制的に削減させられるのか。

（事務局）

全国とも目標値を設定するが、強制的に削減するのではない。ただ、AからBの間を外れた目標値は設定できない。

（委員）

国が病床数を算定している計算式は、納得できる内容なのか。

（事務局）

受療率が正しいものであれば、男女別、人口別で計算されているので、ほぼ正確な値になっているのではないかと考えている。

（委員）

県は都会からの高齢者受入を施策として進めているが、これは人口に加味されているのか。

(事務局)

考えられていない。もし、多くの流入があれば目標値を見直さなければならぬだろう。あくまでも県の現在の人口と将来推計を基に想定されている。

(議長)

これは慢性期から在宅に返せという基本的な話だと思う。人口や若者が減少していく中で、誰が在宅の方を看るのか。自宅で看ることが出来ないから慢性期に入院しているのであって、そういったことを考えていくと、慢性期病床を減らしていくということであれば、病床に入れられない方たちのことを地域や国で考えていくしかないと思う。

(事務局)

この問題については、現在国の療養病床の在り方に関する検討会の中で議論されており、数年後には見直すことになるかもしれないが、現時点では先ほど説明した内容によって構想を策定するのが国の考えとなっている。

(委員)

AかBかという設問なので、答えとしてはBと答えることしか出来ないが、やむなくBにするということを伝えたい。

(議長)

必要病床数はあくまで努力目標であって、パターンBを努力目標とすることで進めていきたい。

ウ 流出入に対する考え方について

(事務局)

2013年の患者の流出入について、都城北諸圏域は回復期までは他医療圏からの流入の人数が、流出の人数より多くなっている。慢性期については、流出の人数が、流入の人数より多くなっている。2025年においても傾向は変わらない。延岡及び都城圏域は県を越えて病床数を調整する必要がある。

二次医療圏における必要病床数は「医療機関所在地」と「患者住所地」における分類があり、医療機関所在地は患者の流出入を考慮した場合の病床数であり、一方、患者住所地は患者の流出入を考慮せず、圏域の人口をベースに算出した病床数となっている。どちらのパターンをとるべきかご意見を伺いたい。

(委員)

医療機関所在地か患者住所地かということだが、地域がこれまで果たしてきた役割、今後果たしていこうとしている役割を考慮すると、例えば、高度急性期と急性期は医療機関所在地、慢性期は患者住所地で考えるというような混在は認められないのか。

(事務局)

病床機能区分ごとに混在してよいかどうかは、最終的には県全体での調整となるが、ご意見は伝えたい。また、高度急性期の患者については、圧倒的に宮崎市に流出している状況であり、病床機能報告においても、当圏域の高度急性期の希望病床数が必要病床数より少ない。医療機関所在地で考えた場合、将来当圏域で高度急性期を担える体制が充実したとしても、既にその分は宮崎市にカウントさ

れており、病床を増やすことができない可能性はある。

(議長)

希望病床数が少ないということだが、病床機能報告の結果は実態を反映していない。現状でも高度急性期に多く対応しており、その分が今は急性期のカウントに入っているということ。これを他の地域に譲る必要はない。

(委員)

普通高度急性期と言え、三次救急を想定しており、それでこういった結果になったと思うが、点数で考えるのであれば現状の病床数を保つべきである。

(議長)

当然、必要な病床数を確保していくべきであり、病床数については基本的に医療機関所在地で考えるということでもいいだろう。

(事務局)

慢性期については患者住所地で考えたいという意見を、県の策定委員会に伝えたい。

また、他県からの患者の流入については、県同士での調整が必要になる。国が示した方法によれば、流入側からの申出が必要となる。その上で、協議を行い、双方が納得すれば問題はないが、協議が決裂した場合、現時点では流入先の病床として考えてよいということにはなっている。協議の過程において、場合によっては調整会議の方々にも協力をお願いするかもしれない。

④ 病床機能報告について

病床機能報告について国が示した資料に基づいて事務局から説明。質疑なし。

⑤ 地域医療介護総合確保基金について

地域医療介護総合確保基金について国・県が示した資料に基づいて事務局から説明。質疑なし。

以上