

第1回都城北諸県地域医療構想調整会議議事録

1 日時

平成29年3月30日(木) 午後7時～午後8時40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) 川村 幸一郎
(宮崎銀行健康保険組合 常務理事) 疋田 俊弘
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 常盤 公生
三股町 町民保健課長 斉藤 美和

(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
県福祉保健部 次長(保健医療担当)、医療薬務課医務担当

4 内容

(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川村氏
及び三股町の斉藤氏を選出

(2) 議事

ア 宮崎県地域医療構想の概要(確保基金事業の概要を含む)について

資料1に基づき、事務局から説明。

(委員)

基金は当圏域分としてどれぐらいの額が確保されているのか。

(事務局)

県全体の額を国に要望しているところであり、これを県内の各圏域でどう配分
するかはまだ決まっていない。

(委員)

資料1の6ページに2015年の(急性期の)病床機能報告が1,971床、2025年の必要病床数が675.8床と書いてあるが、(急性期の必要病床数が)こんなに減る理由がよく分からない。これはある1日のある1点をとって推計された数字であり、1年を通してみたらこうはならないと思うが、このように数字を決められても、私たち(医療機関)はどのように病床を削ればいいのか分からないし、話の持って行きようがない。これについて、県はどのように考えているのか。

(事務局)

資料2-2をご覧いただきたい。確かに、委員のおっしゃるとおり、この数字はある病棟のある1日の利用状況を見立てて推計したものであり、実態にあわないとおっしゃるのも理解できるが、必要病床数を推計する手法として国が示したものである。これを見ると、医療資源の投入量としては、急性期が大部分だと思われている大学病院や市郡医師会病院においても、回復期や慢性期への投入量が4割を超えているということがわかる。

(委員)

全く実態にあわない数字であると思う。そういうことを国からやってくださいと言われても、私たち(医療機関)は簡単には納得出来ない。こういうことはもっと時間をかけてやってほしいというのが私たちの意見である。

(事務局)

これは、全国共通の問題であると理解しているところであり、次の議題でもお話ししたい。なかなか納得はいただけないと思うが、まずは、皆さんに共通の認識をもっていただくことが重要であると考えている。

イ 病床機能の実績値の計算ツールについて

資料2に基づき、事務局から説明。

(委員)

どの病院にも急性期から慢性期まで入院患者には幅があると思うのだが、その辺はどう考えていけばいいのか。それさえある程度納得できるような説明がいただければ、物事は決まっていくと思うのだが。

(事務局)

おそらく、「うちの病院は高度急性期だけやります、回復期だけやります。」というのは難しくなり、病院によって、急性期を中心とした山が出来たり、回復期が中心だったりオーバーラップしたような形になると思われる。それに対し、診療報酬がどのようになるのかということが病院の経営上は重要であると思うが、まずは、このようなツールを使って、自らの病院の立ち位置を確認したり、今後、どの部分を中心にやっていけばいいのか等を各病院でご判断いただく必要があると考える。

(委員)

現実的には、明らかに急性期なのに点数的には低い処置等をやらないといけない場面が多々あり、大学病院とかは経営に影響が出てくるのではないかと。国はそ

の辺をもっと真剣に考えて欲しい。

(事務局)

このような客観的なデータを元にした議論を行い、全国でも同様の議論を行って、「やっぱり今の制度はおかしい」という動きが出てこないと厚労省は制度を変えようとはしないのではないか。そういう意味では（客観的データを収集・分析する）鈴木先生のプロジェクトは大変重要であり、医師会としてもデータの提出にご協力いただきたい。

(事務局)

患者の様態は日々変化するし、病院によっても疾患によっても違うので、点数分布をきっちり行うことは難しいと考える。客観的なデータをもって分析し、その病院が地域でどのような役割を果たしているのかをきちんと整理した上で議論していく必要がある。なお、医療需要でみると、2025年までは供給が足りない状況にあるが、在宅医療をどうするのかという点が大きな議論となっている。本来なら在宅医療でよい方が家に帰りたくても帰れずに入院しているという実態があるが、在宅医療の受け皿として、往診する医師・看護師の育成や介護保険・報酬との関係等についても整理していく必要があると考える。

(委員)

おっしゃることはよく理解できる。しかし、医者も高齢化しており、どうやって一軒一軒回っていくのかが大きな問題である。市長ともよく話をするが、在宅医療を行うためのベッドタウンをつくり、医者が1～2人いれば回れますよという状況を作っていたかないと現実的には在宅医療は難しいのではないかと。国の方にも進言していただきたい。

(委員)

在宅医療には宅老所等も入っているのか？

(事務局)

サービス付き高齢者住宅、小規模ホーム等も在宅医療という位置づけとなっている。

(事務局)

おそらく、慢性期で退院して家に帰れる患者は基本的に「外来通院」になり、通院も難しい患者が「在宅医療」になると思われる。「在宅医療」の必要数はより正確に把握する必要がある。

(委員)

小児疾患等についてはどう考えるのか。

(事務局)

一番難しい問題。神経疾患等もそうである。全国共通の問題であるが、他に（推計する）手法がない。（客観的データ等）を積み上げて、全国でこのような議論を行っていく必要があると考える。

ウ 今後の調整会議の進め方について

資料3に基づき、事務局から説明。

(委員)

所長は他県の事例等をかなり勉強されているようだが、他県で進んでいるようなことを都城・北諸県で行うことは難しいと思われているのかどうか、所感をお聞かせ願いたい。

(事務局)

当圏域は曾於市を含めると約 25 万人弱の人口があり、大きな病院が機能できるレベルである。30 万人ぐらいの人口がないと、地域の中で高度急性期まで対応できないと言われているが、当圏域は市郡医師会病院、藤元病院、医療センターの 3 病院をあわせると約 900 床あり、当圏域に高度急性期にも対応できる病院を作ることにも可能ではないかとの夢は描いている。しかし、現実的にはかなりハードルが高い。一方、人口が少ない圏域は、急性期を担う病院すら無くなるのではないかと危惧している。住民にとっては急性期の病院が無くなる大きな問題である。さらに難しいのは疾患毎にどう対応するのか。たとえば癌は県に一つあればいいのではないかとも思うが、逆に、外傷、心疾患、脳卒中等に対応できる医師、カテーテルが出来る医師を各圏域毎に必要であり、これらの人材をどう確保していくのかが非常に大きな問題であると考えている。

(委員)

厚労省は、日本の医療費をどう減らすのかということしか考えていないようにも思う。

エ その他

質疑等無し。

以上