

平成27年度第2回仙南地区地域医療構想策定調整会議 会議録

I 日 時 平成28年2月16日(火) 午後6時30分から午後8時まで

II 場 所 宮城県大河原合同庁舎別館 第二会議室(2階)

III 次 第

1 開会

2 議事

- (1) 宮城県地域医療構想(イメージ案)について
- (2) 構想の達成に向けた方向性及び施策等について

3 その他

4 閉会

IV 出席者

委員出席者名簿のとおり

議事の前に、事務局から情報公開条例に基づき、本調整会議は公開とすることを確認。

## 【議事概要】

### 1 宮城県地域医療構想（イメージ案）について

事務局から資料1及び資料2により説明を行った後、以下のとおり質疑等が行われた。

（佐藤座長）

ただいまの事務局からの説明について、御意見・御質問をお伺いしたいと思います。

なお、イメージ案の22ページにある「達成に向けた方向性等」については、次の議題としているので、それ以外で御意見をお伺いしたいと思います。

それから、先ほど事務局から説明のありました構想のイメージ案にも記載されていたように、構想そのものは、それ程間隔を置かずに見直されていくことになると思われませんが、今回の構想策定に係る調整会議としては、本日の調整会議が一旦の区切りとなるようですので、委員の皆様におかれましては、それを念頭に置いてしっかり御発言いただければと思います。

（本多委員）

この地域における病床の数についてはわかるかなという感じはするのですが、在宅医療の数を一定数増やしていかなければいけないということについて、具体性が全く見えないという風に思います。これから、この地域における医療資源が確保されるであろうということだとしても、ここで推計データとしては出ているが、住民の気持ちについて全くふれられておりません。この地域の住民は多くは、医療機関ないしは介護施設の入所を非常に希望しているケースが多いです。つまり、自分のところからなるべく手のかかる人は放したいという要求が非常に強い地域だと思われれます。その反面、当院での入退院でみますと、だいたい6割の方は自宅に帰っているのは確か。ただ、要介護2以上になりますと、その大半は施設入所を希望されます。そういった方々の多くを在宅に戻すには、それなりのインセンティブをつけないと戻るといのはちょっと考えづらい。そして、それを在宅でみていく我々医療資源側も、我々自身が高齢化していったら、動きがとれなくなる、あるいは在宅医療が推進できなくなる、そういったことをどう担保するのか十分に御配慮していただきたいと思う。

（事務局）

地域医療構想を策定した後に、第7次県地域医療計画と合わせて、第7期市町村介護保険事業計画と第7期の県介護保険事業支援計画を策定していくこととなりますので、介護保険事業については、その時に地域医療構想を踏まえながら、具体的にどうしていくかを、そこで詰めていくことになると考えています。

（本多委員）

対象者になる方は介護も医療も両方必要なのです。どちらかだけで詰めていって、片方だけで補おうと考えていくと、どこかで必ずはみ出しがでます。そのことを十分にわきまえてください。ですから、両者が常に同じ目線で一人の人のことを考えていかないといけないのです。今はばらばらなのです。医療と介護の間に挟まれている人がすごく多いのです。そのことをわかってください。そこをわからず、構想といっても、そこからはみだす人が増えるのです。実際そういう例が後を絶ちません。結局どこにも受け入れる先がなくて、どこも手を引っ込めてします。そういう人を出してはいけません。そのことを十分にわきまえてくださいよということを申し上げておきたいです。

(佐藤座長)

医療と介護の連携について十分御配慮願いたいということですね。

(大橋委員)

刈田病院の大橋です。基本的なことをお尋ねしたいのですが、急性期病床の定義についてどのように考えているのか。急性期病床に対して、看護師の配置基準とかがあるのか。

(事務局)

地域医療構想における高度急性期については、医療資源投入量が3,000点以上の患者、急性期については600点以上3,000点未満の患者を急性期としてとらえて、これをもって医療需要を推計することになっております。

(大橋委員)

医療資源投入量だけで区切っていくと、ある程度の重症度と関係しますが、看護師の配置との関係はあるのか。

(事務局)

推計に当たっては、看護師の配置基準とは切り離して考えています。

(本多委員)

点数だけでみるというのが妥当なのかどうか。出来高で積み上げた点数だとわかるのだが、包括であるとか、DPCであるとか、看護単位がかなり入ってくるはずなんですね。7:1とか、あるいは13:1とか、最低は25:1。そこら辺によっては点数の配分がかなり影響するのではないかと。そうすると、看護師がこの地域にどのくらいいるかが、非常に大きなファクターになるはずで。白石高等学校看護科の看護師はこの地域にとどまる率は36%なのです。仙台、その他地域からはこの地区には来ない。この36%でなんとかやっていかないといけない。そのあたりを踏まえて考えていただかないと、みやぎ仙南中核病院が、今後も、中核的な高度急性期をやりたいといっても、人がいないという話になってしまうのです。そこら辺をよく踏まえた議論というか、構想を作っていただかないと。個々の医療資源である看護師、リハビリテーション専門職、臨床工学技士をどう増やすか、あるいは新規の医師をどうやって確保するのか、そこら辺を十分に入れていただかないと、ただの机上の空論になってしまう。よろしくをお願いします。

(佐藤(和)委員)

宮城県医師会副会長の佐藤でございます。今の本多委員のお話は私も十分わかっておりまして、いろんなところで、仙南は全国平均の7割しか看護師がいないところでどうやって夜勤の基準を守るのかということをおっしゃって、「先生方、大変だね」ということでお終いです。勝手にやってくれということですね。ですから公的病院ももちろんですが、民間の5つの病院が本当に大変な状況でやっているということをおっしゃって、わかっている人はほとんどいない。勝手にやれということですね。ですから、本多先生、期待しても無理だと思います。申し訳ないですけど。

今のことはさておきまして、資料2イメージ案の14ページの療養病床の医療区分1の患者状況を県で調査して出していただいたことは、本当に貴重だと思います。国の方では医療区分1の7割は在宅に戻れると聞いていたのに、事実に基づいてこのような資料をだしてもらった

のは貴重である。入院による医療介入が必要で無いにもかかわらず退院が困難な患者33.5%のいわゆる社会的入院といわれるのですが、いろいろな事情があって家に帰れない。決して病院の都合で入れているというわけではないのです。

21ページについて、基本的なことをお聞きしたいのだが、必要病床数の見通しについては、今後、回復期が増える推計となっているが、ここでいう回復期とは具体的にどのようなものを具体的に指しているのか伺いたい。例えば地域包括ケア病棟であるとか。そういうことをお伺いしたい。

また、病床機能の分化ということで、ハード事業にお金を使うということで、今、お金を貯めていると思うのですが、具体的にどういうところにお金を使うのかわからないので、病床転換をするためのお金だと思うのですが、具体的に何をどういう風に使っていくのか、これからだと言われてしまえばそれまでなのですが、イメージとして少しでも教えていただければと思います。

(事務局)

地域包括ケア病棟は回復期になると思っております。

平成30年から診療報酬が変わり、療養病床についても、現在の看護基準でいうと25:1の経過措置がなくなりますので、20:1になおすか、そこまで看護師等のスタッフが集められない場合は何らかの対応をするという形になると思います。例えば、看護スタッフを増やして回復期病棟にするとか、そういうイメージだと思います。

基金と病床機能分化・連携関係のカテゴリー1の部分ですが、佐藤委員がおっしゃるとおり、各県とも、具体的に何に該当するのか悩みながらお金を計上しているということになるのですが、いま、機能別にみた場合の4類型のうち、回復期の病棟については、少なくとも、どの地域においても数量的に増やしていかなければならないということで、回復期の病棟としてリハビリテーションを行うための施設とか、付随して必要になる診療室なども含めた施設整備について、一定程度の助成を行うといったようなことを、今の時点では念頭に置いています。今後、いろいろ御議論が進む中で、こういった施設の転換が必要になるのではないかということが、各地域の地域医療構想調整会議の場でできましたら、そういったことも御提案いただきながら考えて参ります。あともう一つは、急性期から回復期だけでなく、療養病床から回復期ということもあり得ると思いますので、そういったことも含めて考えていきたいと思っていますのでございます。

(内藤委員)

中核病院の内藤です。単純なことですが、5ページの仙南の人口推計について、国勢調査の結果と推計値の両方を使っているが、どちらかにそろえた方がよいのでは。

説明を聞かせていただいて、おそらく今日見て欲しいのは、21ページと22ページの図ですよね。20ページの方が需要の見通しで、21ページのほうが必要病床数ですから、稼働率で割っていくと、回復期と慢性期は需要値に病床数が近くなってくるわけですよね。急性期は稼働率がかなり変動するので必要病床数を多めにしておかないといけないということですよ。

今後、P21の2025年の必要病床数の見通しの図ですが、これが最も重要だと思うのですが、高度急性期93床、急性期357床、回復期456床、慢性期334床を目指して、それぞれについてどうしていくかという別の調整会議を行い、それから、20ページの訪問診療533人/日と訪問診療を除く在宅医療等1,255人/日の部分に関して、具体的にどうしていくのかという調整会議を別個に行い、進めていくという解釈で良いのでしょうか。今後の

予定として。

(事務局)

イメージ案の39ページにも記載させていただいておりますが、構想策定後に設置する地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14の規定によりまして、県が、構想区域ごとに設置するものでございます。そこで、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策、それから居宅等における医療の必要量を達成するための方策などについて、協議を行っていく場という形として設置したいと考えております。

今、内藤委員がおっしゃったように、個々の病院・診療所の機能別の病床数の調整など、個別具体的な協議を行う場合は、地域医療構想策定ガイドラインにも記載されておりますが、実効ある協議ができるように、その当事者や利害関係者などに参加者を限って開催することも検討しているところでございます。

なお、具体的な協議の場の持ち方につきましては、構想区域ごとに事情も異なってくる可能性がございますので、別途、それぞれ地域の関係者の方々の御意見などもお伺いしながら、詰めていきたいと考えているところでございます。

(内藤委員)

わかりました。そうすると、我々は、資料2の20ページと21ページの数値を頭に入れておけば良いということですね。

(安藤委員)

金上病院の安藤です。この地域医療構想策定調整会議は、会議として流れていくわけですよ。その次に、次期の地域医療計画を策定していくとか、介護保険事業支援計画の方に結びつけていのだというお話をいただくのですが、常にこういう会議はどんどん流れていっているのです。ところが、現場は現場として、常に、別の流れとして、現実問題として対応していかなければならないことがたくさんあるわけなのです。この流れのなかで、我々は、どういうタイミングでどういうことをやっていけば良いのか、わからないことや戸惑うことがあるのです。

例えば、基金について、病床機能の分化・連携に対してある程度の助成を考えているというお話がでるのですが、いったいつからいつまで、そういったことに対して、具体的にどういったものがでるのが決まっていらないのです。でも、現実的には、回復期を増やしましょうということ。

具体的には、回復期を増やしましょうということで、うちの病院は、急性期病棟を全部地域包括ケア病棟に変えて、急性期から回復期へ。それから、介護療養病棟を地域包括ケア病棟に変えて、回復期を増やしている。そうすると、国の流れや地域の流れに則って、決まってからではなく、民間病院は看護師確保など、大変な思いをしながら取組、出費をして、運営している。我々としては、助成がいつからいつまであるのか、いつ助成があるのかは、死活問題なのです。

(事務局)

策定後の調整会議につきましては、少なくとも年1回以上開催する予定です。その時には、一つは、病床機能報告制度について、いま現在、どういう病床数となっているか報告したいと考えております。そのほかにイメージ案にもありますが、方向性と施策について、調整会議の場で御意見をお伺いしたいと考えております。

補助事業のタイミングにつきましては、国の予算措置のタイミングも、平成26年度は年度の途中から始まっていて、県でも年度当初に予算措置がしづらいという状況ですが、今後につ

いては、国の基金の予算措置のタイミングもありますが、できるだけ使いやすいように、運用していきたいと考えております。

(佐藤座長)

議事の1はだいたい意見は出たと思います。

療養病床の医療区分1の70%や一般病床の入院患者数のうち医療投入量が175点未満の患者方たちが路頭に迷わないように配慮していただき、地域医療構想案にまとめていただきたいと思います。

## 2 構想の達成に向けた方向性及び施策等について

事務局から資料3により説明を行った後、以下のとおり質疑等が行われた。

(佐藤座長)

事務局から、構想の達成に向けた施策についての説明がありましたが、これを参考にしながら、この区域で、構想達成に向けた施策や取組の方向性について、どういうものが考えられるか、御意見をいただきたいと思ひます。

(齋委員)

薬剤師会の齋清志でございます。地域医療構想の推進体制について、県の説明では、概念的な記載、あるいは、個別の調整が求められる場合は当事者あるいは利害関係者が個別に議論し調整をしていくという説明に受け止めましたが、薬剤師の立場なので、病床の調整についてお話しするのは少しおこがましいとは思ひますが、利害が絡むわけではございませんので、是非この機会に意見を述べさせていただきたいと思ひた次第でございます。

私の受け止めとしては、前回の議論の中で、みやぎ仙南中核病院の内藤院長が、必要病床数と医療機能の分化に関わる重要な発言をされたと受け止めております。簡単に説明させていただきますと、高度急性期と急性期を主に担う病院は、刈田病院とみやぎ仙南中核病院ということになりますが、地方公営企業年鑑によりますと、稼働病床数は、436床というお話でございました。これから人口は減少していきます。しかし、65歳以上の人口は増えていきます。10年後の推計で5万8千人。先程内藤先生のお話にもありましたが、仙南はもっと厳しくて、10年待たないで減少に転ずるような状況になっていくのだと思ひます。そして、また、在院日数の短縮の話もございました。また、医療の高度化の話もございました。そういったことを考慮すると、多くても、450床で高度急性期と急性期への対応は足りるということであったという風に思ひます。そこで、150から200病床あまる病床については、回復期と慢性期に転換できるのではないかというのが結論だったと思ひます。

仙南医療圏の将来構想を策定する上で、この議論を避けることはできないのではないかという風に強く感じております。個別の病院同士の対応については、当事者と利害関係者で行うということでしたが、かつて、地域医療再生基金の活用が議論される中であって、医療審議会などとは別に、個別に刈田病院とみやぎ仙南中核病院の議論の場に県が入ったことがございました。そのときは、病院に関わる首長が、それぞれに入って議論がなされました。こういった話を公の場で私が申し上げるのは問題になるかもしれませんが、課題がそこにあるという認識にたてば、概念的な記載ではなく、しっかり議論していく、詰めていくことが大事だと私は思ひます。

資料3の説明もありましたけれども、これは基金の運用も関係するわけなので、医療機関の施設又は設備の整備ということも入っていますし、その中で病床機能の分化・連携に関わる具体的な取組を議論していくと、こういうのは、ひとくくりにして部会みたいにして議論していくみた

いなことがあってもいいのかなという風に私は思います。

もう一つ、在宅医療の充実について部会にして議論していく、こういうことが、構想の実現に向けた方向性あるいは施策等の議論としてあるべきだと思ったところですがいかがでしょうか。以上でございます。

(内藤委員)

資料2の22ページ、達成に向けた取組の病床機能分化・連携と在宅医療の充実については、早く部会を設置し議論しないといけないと思う。今回も、地域医療介護総合確保基金事業の申請の募集が、1週間位まえに来て、さあ書けといわれても、地域医療構想の話は何も進んでいなかったのて書きようがなかったのです。必死になって書きましたけど、病床機能の分化・連携のことは一步も進んでいないので、先程安藤先生もおっしゃったように、平行して診療報酬の改定も迫っていますから、その話が進まないと書きようがないし、大きな事業の予算は要求できないので、病院部会等の会議は相当急いでもらって、しかも頻繁にやってもらいたい。

(事務局)

地域医療介護総合確保基金事業については、平成26年度から開始され、地域医療構想ができあがらないところから始まっているということが現実問題としてありまして、今後は先程事務局からお話をいたしましたとおり、策定後は、調整会議を毎年開催していくことになりまして、場合によっては、特定の課題について、特定の関係者の方に集まっていただいて個別に議論をしていくことも地域医療構想策定ガイドライン上想定しているところですので、今すぐというわけにはいかないのですが、来年度の中盤に、まずは、地域医療構想をまとめていきたいと思いますが、毎年議論して、必要なものについて基金事業の方に反映できるよう、うまくサイクルにのるように、県としても勢力的に取り組んで参りたいと考えています。

(本多委員)

資料3にこういうことに取り組んで欲しいよということが示されているが、かなりの部分でお金が必要になるが、この事業を行う場合、補助事業が受けられるという風にとらえて良いということですか。

(事務局)

予算の限度はあるが、補助制度としてつくって参りたいと考えています。

(本多委員)

ほとんどが、急性期が終わったら、家に帰るまでの定義しかないのですが、実際に死ぬ、人生の最後のところが全く抜け落ちているという風を感じるのだが、読みようによってはどうにでも読めるところなので、もう少し具体的に詰めていかないと、死ぬ場所がなくなってしまうので、そのところよろしくお願ひしたい。

(事務局)

在宅医療の推進というところを、主に医療関係の方では担当しておりますが、訪問診療を含めて、取り組んでいただける医療機関、先生方を増やしていくことについて、いろいろ考えておりますけれども、なかなか短期間では難しいというような感想も持っておりますが、在宅医療の中には看取りといった範疇のものも含まれているとは思いますが。一方では、医療だけではなく、同時に、今、県の保健福祉部としては、地域包括ケアシステムの構築にも積極的に取り組んでいるところでして、多職種の連携等をさらに進めながら、地域の方々が暮らしているそれぞれの地域

で最期まで全うできるといったような方向性についてもできうる限りの取り組みを進めて参りたいと考えているところであります。

(山内委員)

看護協会の代表の山内でございます。資料3で、様々な人材育成のための研修がありますが、これから仙南医療圏の病院や診療所の連携や協力を進めるに当たって、今のこのようなながれ、状況を看護職がなかなか把握していないという状況だと思います。看護協会の会員数は今、630人なのです。仙南の看護職をみると1600何人なので、1000人くらいの協会以外の看護職は、研修会にも参加できないし、流れをわかる状況には限られていると思うのです。加入されていない方でも、基本的な知識を得るための研修を協会でも進めていきたいので、医師の皆様、行政の皆様にはよろしくお願ひしたい。

(佐藤座長)

構想達成に向けた施策について、意見を集約するまでにはいきませんが、多大なデータ、御意見と十分に考慮されて、構想案を作成していただきたいと考えます。

これで議事の2を終了します。

以上