

平成27年度第1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27年10月16日（金） 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 挨拶

3 議事

（1）座長及び副座長の選出について

（2）地域医療構想の策定について

4 その他

5 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、調整会議の概要について資料1から5までにより説明。
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 座長及び副座長の選出について

内藤委員（みやぎ県南中核病院長）から、座長を白石市医師会の佐藤委員、副座長を仙南保健所の鹿野委員にお願いしてはどうかとの提案があり、異議なく了承された。

（佐藤座長（白石市医師会長））

本調整会議は、当地域の医療需要と供給のバランスを現実的にとっていこうということがテーマになると思う。皆さまの立場は様々だが、忌憚のない御意見を述べていただきたい。

（鹿野副座長（仙南保健所長））

座長を助けて議事がスムーズに進むようにしたい。よろしくお願ひしたい。

2 地域医療構想の策定について

事務局から資料6及び資料7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）

この地区における2025年に向けた必要病床数、将来の医療需要をにらんだ病床機能の分化と連携に当たっての課題、慢性期における医療提供体制整備に向けた当医療圏での課題について、御意見をいただきたい。

（本多委員（仙南病院長））

この構想と地域包括ケアとの関わりは。

（事務局）

地域医療構想をもとに次の地域医療計画の見直しをすることになるが、将来的には地域包括ケアシステムの構築にもこの地域医療構想は整合していくことになる。

（本多委員）

3年後までに市町村が地域包括ケアの計画を出さなければならないことになっていると思うが。

（事務局）

地域医療構想を策定した後、県では次の地域医療計画を地域医療構想と整合を図るかたちで策定するが、市町村が策定する介護保険事業計画についても地域医療構想と整合

をとって策定することになるので、平成 30 年度から始まる介護保険事業計画とは整合が図られることになる。

(本多委員)

平成 30 年度でそれらの計画が一緒になるということか。

(事務局)

計画自体はそれぞれ策定するが、地域医療構想を踏まえたかたちで地域医療計画と介護保険事業計画が策定されるようになる。

(本多委員)

それは別のものととらえてよいか。

(事務局)

計画自体は別である。

(本多委員)

特に県南は、資料にも明確に示されているように、医療過疎とっていいような状況で、これを全国平均に近づけようという意図があるのか、それとも現状よりも削減したいのか。冒頭で、減らすだけではないというお話もあったが、そう捉えてよいか。というのは、現状は非常に医療資源が足りなくて困っている状況。「在宅」と規定されているが、その中には特老も入っているわけだが、ご存じのように特老の締め付けもあって、とても動かなくなっている。私もやっているが、その現状がもっとひどくなるのではないかという、おそれのようなことを考えなくてはいけないのか。良くするんだ、良くなるんだ、という前提で考えなくてはいけないのか。その辺をお聞きしたい。

(事務局)

冒頭の佐々木技監の挨拶にもあったとおり、病床数を減らすという前提があるわけではなく、そもそも知事に病床を減らす権限はないので、将来の医療需要をみながらそこにマッチするようなかたちでそれぞれの地域でどのように病床を整備していくかをそれぞれの地域で考えていきましょうということ。そして、国の計算式では、どうしても「在宅医療等」というところに数字が出てきてしまうが、在宅医療が進めばできるかもしれないが、在宅の受け皿がないままに病床を減らすことは到底不可能だと思う。そういうところを無理やり減らすというものではない。

(本多委員)

現在、県南地域の医療資源が圧倒的に足りないのだが、今後増えると捉えてよいか。

(事務局)

先ほど御説明したとおり、宮城県全体では、医療需要としては、データ上は間違いな

く増えることが窺える。特に仙台医療圏で高齢者が急激に増えるので、今まで仙台医療圏に仙南から、大崎から流出していたのが、仙台で受けきれなくなる可能性もある。その分地域でもそれなりの診れる体制をとっていただくことも必要なかなとも思っている。そのときに、できれば病床機能の分化と連携などももう少し進められるところは進めていただきながら、どのように地域で対応していくか。当然、医療だけでは対応できない部分もあるので、地域包括ケアシステム、3年後には介護保険事業計画も見直しをされるので、そこと合わせて、地域全体で医療から介護までを含めてどういう体制をとっていくのかという、その下地となるのが地域医療構想であると思っただけならば思う。

(本多委員)

ということは、かなりその、「あるべき姿」として、現状これしかないという部分はずっと増えるというか、一番いい形まで増やさないといけないというところも踏まえてそこも出してくれという考え方でよろしいか。

(事務局)

国の試算は、机上の計算なのでここまでうまくいかないとは思いますが、高度急性期、急性期、回復期をうまくまわすと、ベッド数は足りることになっている。現実的には、病棟内で急性期であるとか回復期が分かれているので、どこまで…。

(本多委員)

少し論点がずれているが、要するに、この地域では、医者もいない、看護師もいない、介護人もいない。そういうものを増やす算段ができれば、例えば看護学校も増えるとか、正看の数は微増はしているが、その恩恵は受けていない。そういうのを確保してくださいということも構想として出していいというか、そういうものが前提でよいか。

(事務局)

将来のあるべき姿を出すときに、当然現実とのギャップがある。今おっしゃったように、看護師が足りないとか。看護師がいないことであるべき医療提供体制がとれないのであれば、そういうのを施策として地域医療構想に載せることになる。この地域の中で何が課題なのか。課題解決のための施策としてはこういうものが要ということ、こういう会議で御意見をいただきながら、それを構想としてまとめていくことを考えている。

(佐藤(和)委員(宮城県医師会副会長))

日本医師会の考え方は、決して削減するというのではなくて、足りないところを手当することだと。この件に関しては、日本医師会の副会長の中川先生もしょっちゅう発言している。それを素直には受け取れないところもあるが、この前の東北医師会連合会で、5時間みっちりこの地域医療構想の話聞いた。先ほどから出ているように、強制的に減らすということではないとのことだった。現実には10年間で何もなくても全国で15万

床ベッドが減っていて、特に 20 床から 40 床の小病院は 4 分の 1 がなくなっている。さらに人口も減ってくる。そういう中で地域ごとに将来を見据えた計画を立てようということであると、やっと理解できた。私も、先ほど先生がおっしゃったように、地域包括ケアシステムとこの地域医療構想を連動して考えてしまって、病院のベッドを減らして在宅医療にまわして、なるべくお金がかからないように自宅で死んでくださいねという国の方針が透けて見える気もしていたが、それはそれとして、各病院の先生方が、将来、自分の病院をどうするかというアイディアが示されるという会かなと、考えが変わってきた。一方では、資料 7 の 2 3 ページを見ると、慢性期の病床数は今でさえ全国最低レベルの療養病床で、さらにベッド数を減らして在宅医療とか施設にまわすような書き方にも受け取れる。足りないところを増やすというのであれば、宮城県全体としては療養病床を増やしていいわけですよ。そういう議論をしてもいいんです。この調整会議は。しかも仙南の、例えば在宅にまわすといっても、122 の施設、医療機関のうち実際は在宅医療をやっているのは 19 施設。しかも 24 時間対応の在宅医療は 8 施設しかない。今でも足りない療養病床の人たちを在宅にもって行って在宅で診れるのか。まあできませんよね。なぜできないのか。なぜ在宅をしているところが少ないのか。仙台に近くて、開業をしている先生が夜は仙台に帰るとか、そういうこともあるので、そういう地域の特性を踏まえた上で、在宅で診るとするのは理想だろうけれども、現状では少し難しいと。やはり療養病床を維持するか、むしろ増やすという会議の結論が出て、何も問題は無い、そういう本音の議論をしていただきたいということだと思っている。

(本多委員)

では本音の部分で。在宅という言葉の中に特老から何から、要するに介護保険制度がみんな入ってしまっている。では介護保険にまわせる医療資源がどのくらいあるのかという推計も出してください。本当に在宅に戻れるというのは、ご存じのとおり、死亡総数の 12 % くらい。この地域の世帯の人員構成であるとか、平均収入であるとか、そういうことを全部調べて資料に載せてください。何が言いたいかということ、10 % くらいの世帯しか、本当の在宅というのは無理。必ず 1 人はうちに居ることができるような人がいるのか、そんな家庭がいったいどのくらいあるのか、その辺もしっかり調べたものを持ってきていただきたい。そうでないと、どれだけ在宅にまわせるのかという迂闊な議論はできない。実際に自分で特老をやってみてわかったが、今、平均介護度が 4.5 でないと経営できない。それでもぎりぎり。5 に近くないと無理。4 以上の人は、相当数、心不全その他非常に重篤な疾病を抱えて特老に入っている。うちは看取りをやっており、私がいるから医療直結でやっているわけだが、1 年間で 135 人入所させて、現状、残っているのは 79 人。その差は死んだということ。ひどい方は入所して 1 日で亡くなる。そういう方がたくさんいる。本来そういう方々は療養病床で診るべきではないかと思うが、その辺をよく踏まえた議論をしないと。要介護 3 から特老には入れるが、それでは経営できない。その辺まで踏み込んでいただかないと、実際の議論にならない。

(佐藤 (和) 委員)

私は、県の医療整備課の方ともつきあいがあり、厚労省の方々も、ある意味信じている。要するに、そういう計画を地域の実情に応じてつくったらそれはそれで出してくれると思う。ただ、一方でそう考えていない方々もいるのは事実。そこは分けて考える必要があって、特にご存じのように新基金は今年突然査定が入って、ソフト部門を大幅に削られて、ハード部門に積んでいる。何をするためかという、まさにこれにお金を使うため。病床を変えたりするためにはお金がかかる。そのために死に金を1年間積んでいる。それとこれとは違うと思っている。

(佐藤座長)

介護量、あるいは在宅医療を詳細に詰めて、実態を明らかにしてほしいという御意見だと思うが、先ほどの説明では、少なくとも仙南地域においては急性期、高度急性期、回復期、慢性期の病床数においては、現状でも不足はないし、2025年でもなんとかなるだろうということだったか。

(事務局)

資料6の41ページで、他の医療圏への流出入をどういうふうに見るか、というところとも関係してくるが、一番上の表が、今と同じように仙台に流出したり、他から流入してくるというケース。二番目の表が、仙南の患者さんはすべて仙南で診ますよというもので、果たしてこれができるかどうかはよく考えていかなければならないケース。三番目、四番目は、それぞれ高度急性期…

(酒井委員(蔵王町国民健康保険蔵王病院長))

資料4関連で、仙台に流出する割合は今と変わらないと考えるのが適切という有識者の考え方が出されている。先ほどの話だと、それを前提にして考えたときに、仙台で慢性期、回復期の医療を受けている方は地域に返さないといけないと、この資料4関連に書いているような気がする。そういう前提に立つと、資料6の41ページでは、仙南では92.8という数値になる。今の割合で、仙台に流出するという前提の元では。内藤先生と大橋先生に、この92.8という数値を受け入れられるだけの医者も確保できて、病棟も確保できる見込みが、あと10年後にあるのかないのか。92.8よりももっとたくさん、100以上になるような、いってみればそれだけ医者がきてくれるかどうかの見通しがないと、何の議論にもならないような気がする。仙台が忙しくなるから、仙南にしる、気仙沼地域にしる、医者は出さないよという方針になれば、この92.8ですら危うい。失礼かもしれないが、先生方はどういう医師の確保を考えていらっしゃるか。

(事務局)

補足させていただくと、資料6の35ページに現在の数字があるが、仙南地域は高度急性期病床として88.2床供給していることになっている。今、先生がおっしゃった92.8という数値からは、4から5床の乖離である。92.8だとそれほど増えるわけではないと思うが、高度急性期医療にどのくらい先生方が必要になるのか・・・。

(酒井委員)

現状は60いくつではないのか。

(事務局)

現状は、35ページと比較していただきたい。今は88.2床。それが将来推計で92.8床なので、4、5床の差ということになり、それほど変わらないようにもみえるが。

(内藤委員 (みやぎ県南中核病院長))

慢性期、回復期のことに関して貴重な意見が出ていたと思う。今、酒井先生からもお話があったが、この議論は、医者が揃うかどうかということの問題にしていない。将来の需給に対し病床がどのくらい必要かという議論。酒井先生のおっしゃることもよくわかるが、必要な病床数を出すということからいけば、おそらくこのエリアの中で、当院と刈田病院が、高度急性期と急性期を主に担っているの、過去10年間の地方公営企業年鑑で、刈田病院と当院の稼働病床数を調べてきた。平均で合計年間436床の稼働数でした。したがって、現実的なところでは、41ページでいうとデルタの表だと思う。なぜかという、例えば仙台に非常に吸収力のある病院、例えば東北医科薬科大学などができたり、あとは仙南で大きな病院をつくるか、そういうことをやらないと、おそらく高度急性期・急性期の流入は変わらないだろうと思う。先ほど本多先生からのお話のような議論もあるので、回復期・慢性期の病床をきっちり確保していく必要があるのだろうと思う。その面からもデルタが現実的なところだと思う。デルタのところでは高度急性期の92と急性期の356を足すと約450。当院と刈田総合病院で併せて436床くらいなので、そんなに現実離れした数値ではない。他のデータをみても約1.1倍くらいから1.2倍くらい、高齢の患者さんは増えるが、この数でいけるだろうと。それから、重要なことは、この中に、将来需給の予想については、在院日数の短縮部分の効果が含まれていない。今の在院日数でいけばこうなるだろうという数値。ところが国は、これからすごい勢いで在院日数の短縮化を図る。既に9月30日で特定除外が外れている。あとは短期滞在型などをどんどん導入してくるので、おそらく15%くらい在院日数は縮まる。そうすると、92と356を足して450くらいだが、実態として400で済むはず。医療の高度化ということもあり、黙っていても患者さんが早く家に帰るようになるので、高度急性期と急性期の病床は400あればおおよそ足りると私は思っている。そうすると、先ほど本多先生が、在宅がそんなにやれるわけがないとおっしゃったけれども、資料7の23ページを見れば、既存病床が仙南で1400ある。資料6の41ページで、デルタの表でいけば1250、もっと少なくても1200くらいで足りるはず。まだ200余っていることになるので、回復期と慢性期をきっちり確保できる計算であると。そういう意味で、10年後に高齢者人口は5万8千人、さらに20年後には5万4千人ですよ。10年後が高齢者人口のピークであれば、だいたい400床くらいで済むのではないかなど。多く見積もっても450。当院と刈田病院の実績で436床なので、全体では200くらいベッド数が余る。これを回復期と慢性期にもっていけるのではないかというのが私の考え。

(大橋委員 (公立刈田総合病院長))

委員を引き受けて日が浅いので詳しいことは言えないが、日医総研の「地域医療体制の現状と将来」というものを調べて持ってきた。その中で「急性期医療密度指数」というものを指標として使っている。仙南は 0.2, これは何を意味するかというと、居住面積当たりの急性期医療がどれだけできるかという指標。仙南は 0.23, 仙台は 2.15, 東京は 11.47, 要するに東京と仙南を比べると、仙南は東京の 50 分の 1。仙南は医療過疎の状況。こういう現状で、ベッド数だけで話をすることが本当にいいのか。今と同じ医者が、今と変わらずにいればできるかもしれないが、10 年後はみんな年をとる。その間、ドクター、看護師、医療スタッフがちゃんと補充されるのかということが考えられていないと、なかなか難しいのではないかと思う。さらに、仙南のことを考えると、高齢者が 2 人だけ、又は 1 人で住んでいる状況で、高齢者が病気になって入院する、少し良くなって帰ったところで、高齢者が高齢者をみるという状況になる。そうすると、2, 3 か月すれば、また具合が悪くなってしまう。それが続く。そういうことも考えてベッド数、医療の体制を考えていかないと、難しいと思う。

(本多委員)

内藤先生にお聞きしたいのだが、先ほど 400 あれば大丈夫だろうとおっしゃったが、ただ、今でもこの地域は仙台にかなり超急性期、あるいは重症の救急患者もかなり頼らなければならない状況で、仙台自体がこれから高齢化率が高くなり、アップアップになっていく。仙台に頼れない状況も考えられる。そうすると、ベータの表、需要と供給を二次医療圏で完結させるという方向も向かざるを得なくなるのではないか。医療資源が十分に確保できたという前提つきだが。その場合どうだろうか。

(内藤委員)

個人的な意見だが、本多先生がおっしゃることもよくわかるが、仙台の在院日数はどんどん縮まっていて、ベッドが空いている。高齢者は確かに増えるが、空いているベッドにそういう方々が入っていくので、こちらで全部診なければいけないということにはならないということが 1 つある。そしてもう 1 つ、やはり医療機能として全部診だけのハードを揃えてもペイしない。現実的にはベータのパターンはかなり難しいのではないかと思う。それから大橋先生がおっしゃったこととか、酒井先生のお話にもあったが、じゃあ医療スタッフはどうなるのかということはあるが、これについては宮城県も大変努力をしていて、宮城県の奨学金を 30 数名前後の学生が毎年もらっているわけで、東北大学の奨学金枠を入れると年間 50 人くらいずつ地域に医師が確保される。これが 10 年くらい続く。しかも途中、平成 34 年から東北医科薬科大学の卒業生が出てくる。そうすると、平成 36 年以降は多いときで 60 人くらいは県南地域の病院に毎年来るようになる。今までとは少し状況が違うと思うので、10 年、15 年後くらいには、地域に今よりも医者が来るようになると思っている。

(鈴木委員 (全国健康保険協会宮城支部 企画総務部長))

医療提供を受ける側の保険者としてお話をさせていただく。今回のデータの中で、流入、流出の数字、これはナショナルデータベースの数字でお作りいただいているが、結

果的にナショナルデータベースの数字には住所のデータは入っていないことからすると正確な流入、流出の数字になっているのかということがある。協会けんぽ、国保のデータを保険者協議会に提供しようと思っているが、協会の数字だけでも、例えば資料6 25ページのがんの数字だけでも、比較すると全く逆の数字になっていて、協会では7割が仙台に流出しているという状況。ご案内のとおり、協会は働いている方が対象なので、そういう年齢層、15歳から64歳までの間の方々ということになると、職場の動きというものもあるが、そういう実態が出てきている。全疾病で見ても、仙南から半分の方々の方が仙台に流出しているというデータが、協会のほうでは出ている。こういった数字をもう一度見ていただきながら先々の試算をする必要があると思う。今回の議論は、どちらかという国保、後期高齢者の方々の居住されている、いわゆる保険者の所在でみているが、実際に働いている方々はもっと動いている。急性期等、場合によっては慢性期、回復期も、仙台に流出しているという数字を私のほうから提供させていただくので、ご検討いただけたらと思う。

(事務局)

データをいただけるのであればぜひお願いしたい。患者さんの住所がわかるのは、年齢が少し高齢者に偏るくらいはあるものの、地域保険が唯一のものになる。流出入の割合としては一定の説得力、信頼度があるかなと思うので、ひとまずはこの流出入率を一つの目安として考えていただければと思う。

(安藤委員 (金上病院長))

事務局に教えていただきたいが、この調整会議が平成29年3月31日までということ、それまでの間にいろいろな検討がなされるのだと思うが、それと同時に各病院なり診療所のベッドを、この会議の結果を待たず、というか平行して実情に合わせたかたちでの変更が出てくると思う。それと今のような議論はどのように考えたらよいか。今こういう議論が始まったので、変更は会議の結果に準じて行うことになるので変更は少し待つように、ということになるのか、あるいは、方向性はだいたい見えているし、それに逆行しないのであれば、そういった動きも問題ないのものなのか。

(事務局)

今の国の試算上は、医療資源の投入量が3000点とか600点で高度急性期とか、急性期という分け方をしているが、それと、今許可しているのは一般病床と療養病床で、必ずしも療養病床だから慢性期かというところではなく、療養病床に入院されている方でも中には600点以上の方もいらっしゃるし、200点、230点という方もいらっしゃるの、必ずしもリンクしない。そこは国で検討中で、国の考えをみながら検討していきたいと思っている。

(安藤委員)

そうすると、基本的に会議は会議で動いていくけれども、病床転換などの現実的な動きは平行してやっていくということか。

(事務局)

そこは我々もどうしようかと考えているところなので、ここではお答えしかねる。

(内藤委員)

そこは結構大事。というのは、来年度は報酬改定がある。そこでの締め付けと、地域医療を提供しようじゃないかということがかなり真逆のことになる可能性もある。そうなった場合に、当然やっていけなくなったら病床を閉める方向に、現場では進んでいく。相手がある話なので、構想はまとまったけれども、実際にはもぬけのカラということもあり得る。この会議は、来年度の診療報酬改定と連動していると考えていいのか、その辺はどうか。

(佐藤(和)委員)

先生のおっしゃるとおり、診療報酬改定は非常に厳しくなるといわれている。日医は調剤薬局に切り込んでいくと言っているが、とにかく厳しい。非常に強硬らしい。これはあくまで理想を考える会議であって、現実とは違っていると割り切って考えていただくことも必要かなと。では何のためにこの会議をやるのかというと、地域包括ケアシステムもそうだが、やっていくとそれなりのメリット、いろいろな人と知り合いになったり、介護との連携等もある。構想策定も、ある程度、自分の病院のイメージを描くためには病院長にとっても良いのではないかと。こういうのをやるなどと言われても国策なので仕方ない。

先ほど本多院長から、非常にハードルが高い宿題をいただいた。先生がおっしゃることもよくわかる。経済的弱者や独居の方々が、在宅といわれても難しいんだと、そういう生活基盤を明らかにしてほしいとおっしゃったと思うが、仙南の特徴は、回復期を10年後に354床から469床と、まあ全体の方向性もそうだが回復期・リハビリだけでなくいろいろな内容を含んでいると思うので、もう少しその辺を教えていただきたい。あと、慢性期の問題は、全国的にも療養病床が少ない状況なのに、慢性期が今のベッド数697から将来338と、ベッド自体が減るような書き方だが、これは到底承服できないとみなさん思っていると思う。また、在宅医療などの増加分、と書いてあるが、計算のしかたもわかったが、もう少し具体的に現在の仙南地域の在宅の資源でこれを全部やれるのかどうか、やれないのであればこれを増やすしかないが、本当にそういうことができるのか。それが担保できなければ、こんなに病床を減らされたのでは、今でも療養病床が少ないので、もう少し現実的に資料を示していただきたい。宿題としてよろしくお願ひしたい。