

平成27年度第1回大崎・栗原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27日(火) 午後6時30分から午後8時まで

II 場 所 宮城県大崎合同庁舎 大会議室

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

事務局から、大崎市医師会の近江委員に座長を、栗原市医師会の平田委員に副座長をお願いする案が提示され、異議なく了承された。

(近江座長 (大崎市医師会長))

本調整会議は、大崎・栗原地域の将来の医療提供体制の構築に必要な調整事項について意見を述べる場。皆さまの意見をできるだけ汲み上げて、適正な議事運営に努めたい。

(平田副座長 (栗原市医師会長))

座長を補佐して副座長を務めたい。

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。

(近江座長)

今日の議論のポイントは、1つめは大崎・栗原地域における2025年に向けた必要病床数について、2つめは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について、3つめは慢性期における医療提供体制整備に向けた大崎・栗原地域での課題について、御意見をいただきたい。

(並木委員 (大崎市民病院長))

先日(9月2日)開催された県の懇話会にも出席したので、基本的な内容は同じだと思うが、一つずつ質問させていただく。病床について、当病院は10月1日から44床増床になっていることと、今日は小野先生も見えているが、古川星陵病院が新病院建設により300床増床するという数字はこのデータに盛り込まれているのか。

(事務局)

盛り込んでいない。

(並木委員)

盛り込んでいただかないと、この医療圏の数字は少し違ってくるのではないかと思う。既に県に申請して許可されている数字なので、これを加味していただかないと議論ができないのではないかと思う。

(事務局)

将来の医療需要については、2013年度の実績をベースに将来推計人口をみながら推計している。

(並木委員)

それはわかっているが、現在の数字がない状態で議論をするのはおかしいのではないか。このデータに加味されていないことはわかったので、その上で皆さんで考えていただければいいかなと思う。

それから、先日の懇話会でも指摘があったが、データの抽出が、国保ともう1つのものだけで、全てが入っているわけではないと。それは修正していないのか。

(事務局)

患者の住所地がわかるデータとしては、国保と、後期高齢者医療制度のみ。先日の懇話会で委員から御意見があったが、他の社会保険のデータを入れるとしても、患者の住所地はわからないデータであるので、反映は難しいのではないかと考えている。

(並木委員)

懇話会では、データを提供すると発言された委員からデータをいただく、と県では言っていたが、県ではそれを反映させずに却下したということか。

(事務局)

データの提供はお願いしているところであり、まだ頂戴していない。そのデータを見ながら反映できるものであれば反映する。反映できるかどうかは現時点では判断できないため、この国保と後期高齢者のデータを使っている。

(並木委員)

来年の夏まで地域医療構想を策定すると言って、懇話会を9月2日に開催して、今はもう10月末。2か月くらい経過しているが結局反映できないということだと、来年夏までに何ができるのかという話になるので。

2番目として、大崎・栗原の問題として、今年4月から一次救急対応の大崎市夜間センターの運営が始まったが、一次救急、二次救急、三次救急、これを二次医療圏で、救命センターであれば県北に入ってくるが、こういうものに関して県はどのように考えているのか。それを考えていかないと病床数については考えられないのではないかと。

(事務局(佐々木技監))

病床の構想の中には、疾病ごと、事業ごとに患者さんの動向を把握することも必要であるといわれている。救急に関しても、患者さんがどういう地域からどのように受療しているかという分析については、今後のことになるが、その辺も加味した上で検討させていただきたい。

(並木委員)

加味していただきたい。

次に、分娩について。前から申し上げているが、大崎市で分娩できる医療機関も1つお辞めになって、当病院に分娩が集中している。これ以上は耐えられなくなって、来月から分娩制限をしなくてはならない状況になっている。登米は、二次医療圏には入っていないが、登米市立病院もできない。栗原市立病院もできない。それで人口は減っていく。子どもを産まなければ子どもはどんどん減っていく。分娩環境、周産期の環境を整えていかなければただ人口が減っていくのを指をくわえて見ている状況になってしまう。人口が減っていくからベッド数を減らしましょうというのは、それはそれでよいが、人口を増やすためには分娩環境を改善しなければならないと思う。もしかしたら仙台でしか産めない状況になるかもしれないと東北大学の八重樫教授はおっしゃっているが、県では、この分娩環境を変えるとか、介入するとか、そういう考えはお持ちなのか。

(事務局 (佐々木技監))

分娩に関しては、これまで産科医が不足しているという状況を踏まえ、ある程度の集約化はやむをえないということで、これまで分娩施設の整備を図ってきたが、やはり、仙台でしか産めないという状況は、県にとってもあってはならないことだと思っている。地域の中で中核的なところに産科医が必要数いて、きちんと分娩ができる体制というのは維持していかなければならないと思っている。周産期医療協議会もあるので、協議会の中できちんと議論させていただいて、そういう方向にはいかないように、地域の中核的な病院で分娩ができるような体制をつくっていききたい、つくっていかねばならないと思っている。

(並木委員)

ただ人口が減っていくということだけでなく、人口を増やす努力を県でもやっていただかないといけないと思う。

それから、慢性透析患者の入院が増えてきている。これは、透析ができて、急性期ができる病院がうちだけになっているから。登米もできない、栗原もできない。永仁会病院はできるが少し特殊なところなので。こういう透析患者が入院する先がうちしかない。透析患者は、かぜをひいても、三次、二次でなくとも、入院が必要になってくるのだが、入院先が全くなくて、登米に話を聞いたところ、JCHO仙台病院と災害時の協力関係があるからということで終わってしまったが、実際に、災害時でなく救急車で運ばれてきて透析患者さんが具合が悪くなって入院しなければならなくなったとしても、受入れはうちだけ。うちである程度良くなってご飯が食べられるようになって、帰す先がない。他の病院は、透析ができないのでうちでは診れませんと。もっと診なければいけない救急の患者を我々は受け入れられなくなってしまう。慢性透析患者のベッドというのを県ではどのように考えているのか、教えていただきたい。

(事務局 (佐々木技監))

透析を受けられる医療機関は、診療所を含めて50数カ所あるが、入院等が必要となる透析患者さんのための整備、対応というのは十分ではないと思う。透析をやっていたく先生の数も十分ではないというところもあるし、今おっしゃったような現状があるかと思う。これは、今この場でこうしますということは言えないので、それぞれの圏域、構想区域の中での、透析患者さんを含めての対応というものを、それぞれの地域、県全体として検討していく必要があると思う。

(並木委員)

今日は意見を言う場ということで、どんどん言わせていただく。今日は公的病院、民間病院の方も来ているが、ベッド数は、削減はしないとっているが、いらない病床もたくさんあるわけで、引き算をすればその分なくなるわけだが、これを公的な病院から削減していくのか、民間病院から削減していくのかで、かなり違いがあると思う。そういうことはあまり考慮しないで数だけを決めて、あとの数の調整は、適宜、大崎市医師会会長である近江先生を中心にやりなさいということなのか、県の考えをききたい。

(事務局 (佐々木技監))

病床が過剰だからこの数まで削減しなさいということは、県としての権限もないし、誰にも権限はない。県がやれるのは、病院が開設する際に不足している病床の機能を新たに持っていただきたいとか、今ある病床を転換する際に、既にその構想区域の中で過剰になっているのにそういう病床に転換したいという病院が出てきた場合に、その病院に対して、中止等を要請、指示ができるとか、稼働していない病床がある場合に、削減も含めて命令、指示なりができるということがある。公的病院に対してはある程度の指示、命令ができる。民間病院に対しては要請にとどまらざるを得ない。そういう状況が生じたならば、構想策定調整会議の中で十分に議論していただきながら、県としても必要に応じて対応させていただきたい。

(並木委員)

息子が帰ってきたらこの病床を広げたい、そのためにとってあるという民間病院もあるのではないかと思うが、それは後で皆さんで議論いただければと思う。

地域包括ケアの病床はないようだが、これを公的な病院、あるいは民間病院でどのように進めていくのか。これを進めて行かないと地域医療構想は成り立たないと思うが、なかなかみんな二の足を踏んでいて、どういうメリットがあるんだろうと。国が進めてきているので、県が先頭を切ってやっていただかないとなかなか進まないと思うが、どのように進めていくつもりか、教えていただきたい。

(事務局 (佐々木技監))

地域包括ケア病棟に関しては、県全体でみるとゼロというところだが、地域包括ケア病棟として整備していく要件もいくつかあり、その要件をクリアしないと地域包括ケア病棟になり得ないということなので、要件をきちんとクリアできるかどうかが必要となる。そういう病棟を整備して、どの地域もそうだが、回復期が足りないという状況にあ

るので、地域包括ケア病棟は回復期の機能に入るので地域包括ケア病棟を整備できる病院をこれからその地域で増やしていくことは当然必要であると思っている。その辺をこういう調整会議の場で検討していくことが必要であると思う。

(並木委員)

ぜひ県が指導していただきたい。我々がやるのはいいが、国の施策であり、やらなければならないということであればいろいろな場面で県が助けていただけるといいと思う。我々だけでやるのは厳しい。

最後に、うちの病院が建つときに、分院は死守するというので旧首長さんたちが頑張って分院を守ってくれたわけだが、そのベッド数を減らすことになれば大騒ぎになる。これはうちの市長だけでは抑えきれない。ベッド数の調整ということは県で言っているわけなので、きちんと、例えば公的病院のベッド数を減らすときには、旧首長、地域の住民の方々に、市だけでなく県でも説明していただきたいと思うが、説明をする気はあるのか。

(事務局)

公的病院については、稼働していないベッドがあった場合は、いくつかのステップを踏んで、病床の削減について知事が命令することができるが、稼働していればそういうことはない。仮に全く稼働していないベッドがあれば、法に規定されたステップに基づいて、最終的には医療審議会等の結果を踏まえて知事から命令することになる。その際には、当然に地域の方々にも説明することになる。

(並木委員)

ぜひそういうことになったら、市や町に投げないで、県が出てきて、地域の方々、旧首長、市議会議員等に県から説明をしていただきたい。

(小野委員 (古川星陵病院長))

今回の話を聴いて不安に思うことを述べさせていただきたい。療養型のベッドで、医療区分1とか、診療報酬の点数が175点以下の患者さんを在宅へ誘導するということになるのかなと思った。在宅に戻れるのであれば、その点に異論があるわけではないが、若い人たちが医療圏の中でこれからどんどん減ってくることになれば、慢性期のベッドは少なくていいという流れになってきても帰す先がないのではないかと。訪問診療、在宅に戻せないのではないかと。現状、既に入院患者さんを抱えていて不安に思っていて、患者さんが入院してくると、帰れますか、どうですか、という話が現場では出ている。これから先ますます高齢化すれば、高齢者の1人暮らし、又は2人暮らしで、若い人たちが全然いないという状況になる。医療現場での若い人材の確保も難しい。でも入院してくる患者さんは高齢者。どこに帰したらいいのかということに不安に思っている。地域包括ケアについては、私は賛成だが、住み慣れた地域で、その人らしい、医療、介護を受けて完結する、すごく素晴らしいことだが、それはその人に対してオーダーメイドでやっていくということ。医療も介護も。それは現実的にはお金も手間もかかる。お

金もかけない、手間もかけないで、住み慣れた地域で自分らしい生活をしていくことは、私は不可能だと思う。これからお金もない、人もいない時代で、どうやって整合させてやっていくのかということ、それが実現できればすごく嬉しいことだと思うが、そうはならないのではないかという不安は、医療現場で毎日働いている自分にはある。その辺をどう考えているかお聞かせいただければと思う。

(近江座長)

慢性期病床を減らした分、在宅に移行することになるが、果たして在宅がうまく機能するのかという危惧は、皆さん同じ思いだと思う。その辺はどうか。

(事務局)

回答はずれるかもしれないが、資料7の25ページを開いていただくと、今回、必要病床の計算に当たっては、現在の医療需要をベースに将来の性別・年齢・階級別の人口と、現在の受療率で推計しており、その際に、医療資源投入量が175点未満であるとか、医療区分1の70%を在宅医療等の需要として推計するというに、国の算定式では決められている。しかし、佐々木技監が挨拶でも申し上げたとおり、今回の地域医療構想は、ベッド数を減らすということではなく、仮に在宅医療がうまく機能すればこのくらいの病床数で足りるだろうという、あくまでも将来のあるべき姿を出したものであって、必ずしも病床数を減らすというものではございません。

(小野委員)

病床数を無理に減らすわけではないということはわかっているが、現実的に、地域での医療と介護の包括ということを考えていく上で、県北地区の若い人たちが減ってくることも加味しないと、都会とは違うし、過疎化が進む中で、絵に描いた餅にしかなくなる。このようにやっていこうと思っていたことと現実とが乖離してうまくいかないことにもなると思うので、地域ごとにつくるのであれば、この地域の人口が減ってくることも考えた上で大崎・栗原に見合うものをつくっていかないと。ベッド数を減らさないと言われていたわけではないことは了解したが、実情として若い人たちがこれくらい流出しているの、現状はやはりこのくらいのベッド数が必要なのではないかとか、その場合の医療と介護をどうしていくかということが、私は本論だと思う。そうじゃないと言われても、いつまでたっても現場とは合わない話にしかならないと思うが。

(事務局 (佐々木技監))

慢性期病床のあり方については、どこの地域でも、在宅が本当に進むのか、本当に減らせるのかと。在宅がうまく進んだ前提でこの目標値が出ているわけだが、皆さん不安であるという御意見は同じであった。やはり、それぞれの地域で在宅医療の進捗状況であるとか、またここで在宅と言っているのは介護の施設等も含めた取扱いであるが、介護施設がどの程度その地域で整備されていくのか、そういう状況を見ていかなければならないと思う。先ほどの説明にもあったが、資料7の36ページでは、介護保険サービスにおける将来のサービスの提供量ということで、介護保険事業の支援計画の中で、そ

それぞれの地域でどの程度介護系サービスを整備していくかという見込量が載っている。2025年までにこういう介護施設が本当に整備されていくのだろうかというところも踏まえた上で構想を策定しないと、結局、慢性期病棟を退院された方が行き先がなくなるといふことにもなりかねないので、地域の在宅医療の進捗状況、介護施設の整備状況を踏まえた上で、その地域で慢性期の病床をどの程度確保したらいいのか、ということ はまさに調整会議の中で目標をもって検討していただければと思う。

(中鉢委員 (栗原市立栗原中央病院長))

来年8月までに構想をまとめるということだが、具体的にどういう形にまとめたいたのか分からないと意見の出しようがない。例えば大崎、栗原で、高度急性期は何床、急性期は何床、回復期、慢性期は何床くらいというかたちでまとめたいたのか、そうではないのか。しかも強制力がないのであれば、まとまったとしても報告で終わり。そのために集まることに意味があるのかという疑問がある。二次医療圏で集まることもあまりないので、そうであればどう連携していくかということをお話し合ったほうがまだいいと思う。どういうかたちでまとめてほしいのか、具体的に教えてほしい。

(事務局)

資料3に、最終的に県全体としてどういうかたちのものを策定するかというイメージをお示ししている。医療圏ごとにそれぞれ分けた上で、県全体でも策定することになる。病床数の必要量という点については、国の算定式に基づいて数字を出していくことになるが、それについては資料6の41ページに、他の医療圏との出入りをどう考えるか、それによって変わってくるが、9月に県全体で開催した懇話会の中で、ケースアルファとケースデルタのいずれかではないか、という御意見もあったので、その御意見も参考にしながら、どちらがいいのか、又は少しアレンジするのかというところで数字を出すことになる。数字を出す一方で、現状とギャップがあるので、必要病床数を達成するために課題となっているもの、先ほど小野先生がおっしゃったように、在宅が進めばこういう数字になる、ということなので、この目標を達成するためには、在宅医療を進めていかなければならず、そのための施策としてこの地域ではこういうものが必要ではないかという御意見をいただいて、構想に盛り込む。機能別の病床数の数字も出てくるので、連携と分化を進め、その数字に近づけるためには、こういう仕組みがこの地域で必要だということなどの御意見を頂戴しながら、そういったことも構想に盛り込んでいきたいと思っている。

(中鉢委員)

そのようにまとめたものは、そのときは強制力はないが、後から、県から、こういうふうにまとめたじゃないかということで強制力をもってくるのか、後から県の予算がおりるとか、そういうことになるのか。

(事務局)

構想実現に向けた施策に掲載したものについては、昨年度から始まっている地域医療

介護総合確保基金の事業として、予算の範囲の中で手当していくことを考えている。

(並木委員)

急性期の病床数が多いわけで、病床機能報告の際は各医療施設が勝手にうちの病床はこうだという報告をしたと思うが、結局、急性期はそれほどないでしょうということで、レセプトデータで区切っているわけなので、各病院のレセプトを弾けば各病院の急性期病床数はこれくらい、というのは必然的に出てくる。お宅の病院は急性期として報告したけれど急性期の点数までいっていないよ、というものを県で出してくれば、各病院でベッドを持っているところは数字が出てくると思う。それでのめますかという話になると思うが、その数字は出すのか。それとも我々が急性期だと言っているのをそのまま受けて進めるのか、あるいは我々が自主的に急性期を療養に換えるのを待つのか。県は我々に対して病床の割り当てを言う気はないのかあるのか、お聞かせいただきたい。

(事務局)

個別の医療機関ごとのレセプトのデータまでは県では把握していない。把握しているのは、病床機能報告において公開している数値と、公開していない数値、例えば手術の技術度に応じた件数など。これらについては、医療機関だけが集まるような場限りでそういう情報を出すことは考えている。

(清野委員 (宮城県医師会常任理事))

構想の中で一番問題になるのは慢性期だと思う。地域包括ケアとの関連もあるが、先ほど小野委員がお話になったことは誰もが考えていること。県の説明では、療養病床がこの地域で過剰だということであった。また、星陵病院が300床増えるということになればますますこの地域で療養病床が増える。療養病床は私たちもやっているが、いわゆる医療区分1の方々を在宅に、という考え方がどこから出てきたのかが疑問。医療区分1の方々にもいろいろなタイプがある。慢性期が非常に問題になっているのは、それを「在宅」という言葉で消してしまっているということ。これが病床削減じゃないかということに繋がっている。7:1はある程度減ってきている。この間も日本医師会の話を聞いたところ、一見、7:1は増えているが、全体的には減ってきている。それは入院日数の短縮などいろいろな要因があって、ベッドも空いているということ。

今日の説明にはなかったが、慢性期の病床数について、パターンA、B、Cとあるが、最小の県に合わせるか、中間の県に合わせるか、もう少し待つかというところだが、県ではどういう方向で考えているのか。

(事務局 (佐々木技監))

清野先生からお話があったとおり、3パターンあって、どういう目標を設定するかは地域の実情を踏まえた上でどのパターンを採用するかということになるが、パターンAというのはかなり療養病床を削減する数が大きくなる。パターンCに合致するには要件があるので、その要件を検討しなければならないが、少なくともパターンBくらいにはしなければならない。国からはパターンAとパターンBの間での目標値の設定をしな

いと言われている。ただでさえ宮城県は療養病床数が少ない状況にあるので、削減幅を厳しく設定するというはまずあり得ないのではないか。パターンBくらいを目標にしていこうかとは、現時点では思っている。

(清野委員)

300床増やすとって、急に削減ということはあり得ない話なので。ある程度の既得権というのは医療機関側にもあると思う。急性期の問題は、県とも交渉しながら、昔から医師会でも検討しているが、なかなか解決しない。分娩についても救急についても。非常に微妙なバランスの中でやっている。流入、流出がありながら、その地域でなんとか救急はやっている。分娩は問題があるが。今後は慢性期のことを中心に考えていただきたい。

(近江座長)

いろいろ御意見はあると思うが、この場でまとめるということは難しいので、一旦、副座長と練り直して次回までにまとめたいと思う。