

平成30年度宮城県地域医療構想調整会議（大崎・栗原区域）

日 時 平成31年2月7日（木）
午後3時30分から午後5時まで
場 所 宮城県大崎合同庁舎1階 大会議室

次 第

1 開 会 2 挨 拶 3 議 事

- (1) 意見交換会及び地区部会における主な意見について・・・資料1
- (2) 構想区域の現状について・・・資料2
- (3) 定量的な基準について・・・資料3
- (4) その他の共有事項について・・・資料4
- (5) 病床機能分化・連携推進基盤整備事業について・・・資料5
- (6) 医療機関ごとの具体的な対応方針について・・・資料6

4 閉 会

< 配 付 資 料 >

-
- (資料1) 平成30年度地域医療構想調整会議第1回意見交換会における主な意見等，平成30年度地域医療構想調整会議仙台区域地区部会及び第2回意見交換会における主な意見等
 - (資料2) 現状の整理（データとアンケート等から見る構想区域像）
 - (資料3) 定量的な基準について
 - (資料4) その他の共有事項
 - (資料5) 病床機能分化・連携推進基盤整備事業 調書〔病床転換用〕
 - (資料6-1) 新公立病院改革プランの概要，公的医療機関等2025プランの概要
 - (資料6-2) 医療機関ごとの具体的な対応方針（公立・公的医療機関以外）

平成30年度宮城県地域医療構想調整会議
(大崎・栗原区域) 出席者名簿

【委員】

(順不同・敬称略)

分野	No	氏名	所属	備考
医師会	1	佐藤 良樹	宮城県医師会 理事	
	2	大山 匡	加美郡医師会 会長	
	3	近江 徹廣	大崎市医師会 会長	座長
	4	鎌田 啓	遠田郡医師会 会長	
	5	宮城島 堅	栗原市医師会 会長	副座長
歯科医師会	6	戸田 慎治	大崎歯科医師会 会長	
	7	三浦 満雄	栗原市歯科医師会 会長	
薬剤師会	8	千田 利彦	大崎薬剤師会 会長	
	9	今野 敏昭	栗原薬剤師会 会長	
看護協会	10	千坂 栄美子	宮城県看護協会 大崎支部理事	
病院	11	並木 健二	大崎市民病院 院長	
	12	中鉢 誠司	栗原市立栗原中央病院 院長	
	13	新田 篤	涌谷町国民健康保険病院 院長	欠席
	14	土井 秀之	公立加美病院 院長	
	15	玉手 英一	美里町立南郷病院 院長	
	16	小野 玲子	古川星陵病院 院長	欠席
	17	呉 賢一	古川民主病院 院長	代理:佐藤 純生 事務長
	18	鈴木 祥郎	永仁会病院 院長	
	19	石橋 弘二	石橋病院 院長	
保険者	10	山本 光一	全国健康保険協会宮城支部 業務部長	
	21	門間 博幸	宮城県国民健康保険団体連合会 事務局長	
市町村	22	安住 伸	大崎市民生部長	
	23	伊藤 郁也	栗原市市民生活部長	
保健所	24	大内 みやこ	宮城県大崎保健所長兼栗原保健所長	

【地域医療構想アドバイザー】

氏名	所属	備考
藤森 研司	東北大学 大学院 医学系研究科・医学部 教授	

【事務局】

氏名	所属
千葉 幸太郎	宮城県 保健福祉部参事兼 医療政策課長
遠藤 圭	同 保健福祉部 医療政策課 医療政策専門監
木村 文康	同 同 課長補佐(企画推進班長)

1. 開 会

○司会

ただいまから平成 30 年度宮城県地域医療構想調整会議（大崎・栗原区域）を開催する。

2. 挨拶

○司会

開会に当たり、県保健福祉部参事兼医療政策課長の千葉からご挨拶申し上げます。

○千葉保健福祉部参事兼医療政策課長

【挨拶】

3. 議 事

○司会

本日の調整会議の座長は、大崎市医師会の近江会長にお願いしている。

○近江座長

では、次第に従い議事を進める。（1）意見交換会及び地区部会における主な意見についてから、（5）病床機能分化・連携推進基盤整備事業についてまで、一括して事務局から説明、報告をお願いする。

○事務局

【説明】

○山本委員

資料 3 のスライド 6 の大崎・栗原地区を見ると、高度急性期としては将来的には 182 床必要で、現在は 51 床と書かれている。また、資料 2 の 3 頁の医療機関のアンケートでも、救急医療体制の不足や病院外来の負担が今後増すというよう意見もある。高度急性期部分の不足について、今後県としてどのような形で調整していくのか。

それから、要望として 1 件述べると、私ども協会けんぽの加入者、事業所の事務担当者に対して、地域医療に関してのアンケートを平成 30 年 4 月に実施した。その中で、在宅医療を求める意見、医療の充実を求める意見などさまざまな意見があり、やはり関心が高いということが感じられたが、800 近い回答の中で、地域医療構想を知っているかというところに関しては、5%程度の認識しかなかった。国の第 15 回ワーキンググループにおいても、地域住民への情報提供が必要と示されており、今県の方で、ホームページで広報していると思うが、更なる地域住民への啓蒙が必要と思われるので、ホームページの掲載だけでなく、わかりやすい丁寧な広報をお願いしたい。

○事務局

今 2 点話があった。まず、私どもが配った資料 3 のスライド 6 の左側の方で、病床の機能別の現在の報告数と 2025 年の必要数を比較して、高度急性期が不足しているが、それに対

する対応はという質問であった。地域医療構想は 2025 年、6 年後となるが、この大崎・栗原地域の人口動向を旧大崎医療圏と旧栗原医療圏に分けて考えてみると、5 年ごとに 1 万人人口が減少するのが大崎、5 年ごとに 5,000 人減少していくのが栗原というのが、国の社人研の推計である。そういった形で、5 年後、6 年後ではこういった棒グラフで示しているが、中長期的に 10 年後を見据えていくことを考えると、単に高度急性期、急性期というくりではなくて、急性期全般で考えていくべきではないかとも思っている。単純に高度急性期を増やす必要があるとは、現時点では認識していない。大崎・栗原地域は、並木委員のところの大崎市民病院、高度救命救急センターで担っているが、重篤・重症患者について、県としては集約化した上で、その後の後方病床との連携が必要と認識している。

一方で、救急搬送に対する要請は、各地域で非常に熱いものがあることを認識しているので、委員の皆様方の意見を聞きながら、救急搬送などの体制については、各地域の中で消防が受け入れ先を見つけやすいよう、医療サイドの条件も踏まえて、検討していきたい。

それからもう 1 点、地域医療構想を含めた医療について、住民、事業者に対して、わかりやすい広報の指摘があった。実はこれまでも多くの院長様方、市町村の方から、県が主体的に、現在の医療の提供体制のあり方、従前との救急のあり方の違い、在宅医療への転換の方向性などを住民に対して知らせてほしいという要望を多く受けている。県としても、身近な市町村の協力もいただきながら、広報紙なども活用し、指摘の件については対応していきたいと思うので、皆様方の協力もよろしくお願いいたします。

○近江座長

続いて、(6) 医療機関ごとの具体的な対応方針について、事務局から説明をお願いします。

○事務局

【説明】

○並木委員

登米や涌谷などは、かなり激変している。県は何か考えているか。

○事務局

最近だと、1 月末の地元紙において、登米市民病院の独法化の検討と、涌谷町が国保病院への支援が負担となり、財政危機宣言をしたという報道が同日にあった。

登米市は、現在 3 病院 4 診療所体制のうち、2 つの診療所が休止するような状況である。そういった中で、議会も含めて、病院の再編成が必要かどうか、地域医療の確保としての診療所の運営のあり方を検討すると聞いている。県としても、色々意見交換はしているが、まずは登米市において、病床、病院のあり方について検討しているということなので、それを見ながら、相談に対応していきたいと考えている。

ただ、一方で登米市は民間病院がなく、3 病院全て登米市立の病院で、米谷病院については改築されたばかりの状況。そういった中でどういった医療提供体制が必要かというのは、まずは地元市が考えることだが、周辺の大崎、石巻、栗原、気仙沼の各地域にも影響を及ぼすので、広域行政を担う県として、そこについては情報交換していきたい。

涌谷の病院については、突然今回の報道では出てきたが、県内には 26 の市町村立病院があり、実は毎年度ほぼ 200 億円の赤字が出ている。これに対して、設置市町村が地域医療を政策的に必要だという観点で、29 年度には 140 億円を負担金として拠出していて、差し引き 60 億円が赤字という形で見えてくる。この見かけの赤字 60 億円について、いくつかの病院はその段階で黒字になる場合もあるが、今回の涌谷の場合は 30 年度に入って、急激に医師確保の観点から病床稼働率が 20 ポイント近く落ちたということを議会で報告したと聞いている。涌谷病院は、町としては唯一の病院になるが、従来の病院完結型ではなくて、複数の病院がクリニックと連携するような形で地域医療を支えていかなくては難しい。スタッフの確保も非常に苦勞しているし、病院経営、クリニック経営も大きな課題と認識していて、単独病院への支援という観点ではなく、広域的に地域全体を支えるための県としての医療の支援のあり方を求められていると考えている。例えば、並木先生の病院だと、同じ合併市町村であるが、本院、分院の体制の中で色々構築しているし、中鉢先生の複数の病院においても、栗原市全体を考えてもらっている。県として、各医療機関を支援できるような取り組みを検討したいと思うので、調整会議の場も含めて、色々指摘、意見をもらいたい。

○並木委員

登米は 2 次医療圏から外れるが、登米の半分が石巻に行ったり、うちに来たりしているので、うちの病院にもかなり影響がある。

涌谷は 2 次医療圏内で、たしか人口は 1 万を超えており、そこだけ医療がつぶれてしまうのは良くない。他の地域でも青息吐息で頑張りながらやっていると思うが、議会であのように表明しているのに、我々同じ医療圏の者がこのように集まってのんびりとして良いものか。何とかしてあげないといけない。行政の壁があり、すぐに手を差し伸べたりすることは難しいが、地域の方々が迷惑を被らないように県等にはうまく調整してもらいたい。

○藤森地域医療構想アドバイザー

今回、4 つの医療圏の調整会議に出席して、この大崎・栗原地区は最も議論が進んでいると感じている。ただ、足元で、医療従事者の不足を考えていると思うので、今後一層議論を深めてもらいたい。必要なのは、連携と住民の啓蒙だと思うので、よろしくお願ひしたい。

○近江座長

回復期が非常に少なく慢性期が多いというのが大崎の特徴だと前々から言われているが、人口構成などが影響しているのか。それとも、医療、介護従事者の数が少ないことが影響しているのか。どちらもそうだと思うが、その辺はどのように考えているのか。

○事務局

各地域とも回復期はおしなべてどこも不足、慢性期は比較的大崎・栗原では充足しているということに、データ上はなっているが、病院長だけの会議での意見交換を聞くと、やはり地域が広いので、地域ごとに大きく事情が異なっている。それから、地域住民の世代の構成が従来だと 2 世代、3 世代だったのが、独居、老老というように変化する中で、単純に在宅

で診られるのかという指摘を、仙台以外の各地域で非常に多く受けている。そういった地域の違いを考えると、データ上だけで単純に多い、少ないと言うのは難しい。

先ほど協会けんぽからも医療のあり方についての指摘があったが、医療の現在の状況、スタッフの確保が非常に厳しいという中で、住民にかかりつけ医や中核的な病院をどのように利用してもらおうべきなのか。それから、救急搬送も非常に高齢化率が高まり、どんどん増えているが、病院長たちと話をすると、いわゆる重症ではないような方も救急搬送で受け入れている。そうすると、スタッフは拘束されるので、重症、軽症の分担がうまくいけば、限られた体制の中でももう少し効率的にできるのではないかという指摘を非常に多く受けている。

行政として住民に対して、今の医療関係者の置かれている状況についての周知広報が不足していたと認識しているので、市町村とも一緒に説明の機会を持ち、可能な限り身近のかかりつけ医を利用してもらいたい。また、中核的な病院や急性期だけが病院ではなく、回復期や慢性期の病院があって、初めて全体の医療が回るという今の状況を県としてもできるだけ説明する機会を設けるように取り組んでいきたい。

それから、医療機関、消防に対する負担が軽減されるように、電話相談を2種類県としては用意している。従来から、小児に対するウエートが、医療機関の関係者に非常に負担感が生じていたので、小児の電話相談ということで、#8000というのを従来からやっていた。これに加えて、昨年度から大人用の救急電話相談、#7119というのを始めている。まだ認知が進んでいないところもあるが、安易にクリニックに、特に休日、夜間にかかるのではなくて、まずは電話相談してもらい、看護師や必要に応じて医師の助言を電話で受け取った上で、必要性があれば救急搬送、もしくは夜間急患センターなどに行ってもらうように、広報に取り組みたい。委員からの毎回の指摘を受けて、気づくことがあるので、引き続きこの会議に限らず、指摘いただければと思う。

○近江座長

救急の問題だが、都会とこの地域では違いがあるか。例えば当地域が呼び過ぎるということがあるか。それはかかりつけ医が少ないからか。

○事務局

12の消防本部があるが、この大崎もしくは栗原の救急要請件数が人口比で多いかと言われると、今手元にデータを持っていませんが、多くはなかったはず。

一方で、先ほど紹介した電話相談の認知度については、多分、この大崎、それから石巻、気仙沼、登米の地域については、認知度が非常に低いということで、私どものPRの取り組みが少ないのかもしれない。もし、データでご存じであれば、お話しいただいても良いのだが。救急搬送が多いということであれば、消防の方か。

○大崎市（随員）

大人の電話相談での件数というのは、仙台に次いで大崎が多いということで、啓発は頑張っているつもり。救急体制を維持する必要があるということで、大崎市も含め1市4町で頑張っている状況なので、ご理解いただければと思う。

○事務局

たしか大崎市は、単独で 28 年度ぐらいまで、相談業務のような取り組みをしていたかと思う。県で救急電話相談を始めるといふことで、県の新しい取り組みについても、市から色々紹介をしてもらったと思うが、まだまだ認知が進んでいないので、引き続き市町村の理解を得ながら、取り組みをしていきたい。

○近江座長

かかりつけ医制度を充実させることによって、地域の医療を活発にして、連携をつなぐということは、そのとおりだと思う。日本医師会もかかりつけ医制度そのものを一生懸命やっているが、なかなか難しい。全部、内科の先生がやらなければならないとか、整形ではだめなのかとか、色々な意見もあるし、大体そういう制度が本当になじむのかどうかということもある。栗原の方ではどうか。

○宮城島委員

県医師会のかかりつけ医の講演会が牡鹿であるが、あまり出ていないというのが現状。私が見ている限り、人数的には 2 人ぐらい。

#7119 については、栗原の状況ははっきりとはわからないが、もう少し大崎に行く救急車の数を減らしてあげたい。#7119 を上手に使うことも一つの手。一応クリニックの中には貼ってあるが、患者が見るかどうかという問題もあるので、もう少しプロパガンダが必要。

あと、病床数について、大崎・栗原の場合は 500、600 近く、予想では大幅に減るといふ予想だが、県全体では 30 年から元に戻るといふ予想。栗原以外は増えるということか。

○事務局

宮城県内、4 つの 2 次医療圏があるが、仙台以外の 3 地域は基本的には減少していくと見ている。

一方で仙台医療圏については、人口は漸減していくが、高齢化率の高まりで、受療患者数は一度増えて、長期に渡って横ばいになるという見立てになっていて、そういった意味で仙台医療圏に引っ張られている。

○近江座長

地域包括ケアと医療構想は対だと思ふが、医療構想を進めていくには、地域包括ケア制度も進めなくては行けない。地域包括ケアの基本になるのは在宅医療だということ、常に言われている。ただ、在宅医療が、今後どんどん増えていくかといふと、やはり介護力がなくなってくるから、そうは増えない。独居老人などになった場合は、施設になるだろうが、これも施設も進まないということになると八方塞がり、何か夢がないような感じがしてくる。大きな問題は、看護師が少ないこともあるが、新たに開業する先生が少ないことだ。医師の偏在について、人口に対する医師数は全国と比較して決して少なくはないが、科の偏在が非常に大きい。これは多分国でも議論しており、もう何回も議論されているが根本的にどうしたらいいのか。大学や国を巻き込んで、ある程度タブーであったようなことも超えるような

大きな議論を起さないとだめなのでは。その辺、大学から来ている藤森先生はいかがか。最近、医科薬科大学が出てきて、地域医療の充実ということが叫ばれて、一步も二歩も踏み出したとは思っているが。

○藤森地域医療構想アドバイザー

医師数に関しては、宮城県はほぼ全国平均の医師数があるので、決して医師不足ではない。全体としては、仙台一極集中で、恐らく全国平均よりも3割か4割多くいるので、その均てん化と偏在を解消できるのかというと、非常に難しい。仙台市内の病院では患者の給料も高いので、かなり医療ニーズもあり、医師が必要という状況になっている。また、大学の各診療科に地域医療構想は少しずつは浸透しているが、やはり医師派遣になると全く別の世界の話になってしまって、地域医療構想とほとんど関係のない形で人事が動いている。そこは、お互いに干渉しないという哲学があるので、なかなか難しい。

○近江座長

例えば、卒前もそうだが、卒後の研修制度のあり方とか、地域医療の講座をもっと増やすとか、それなりに魅力がある仕事ではあるが、どうも負の面ばかりが喧伝されている。

○藤森地域医療構想アドバイザー

少なくとも今東北大学の卒後研修センターも含めて、少しでも県内に卒業生を残そうという動きはかなり活発化している。元々半分以上が県外に流出しているような状況だったので、それを少しでも留めていこうという中で、医科薬科大学の卒業生も増えてくれば、かなり実数としては定着してくる。ただ、まだ偏在というところの取り組みは全くされていないような状況だと思うので、今後の課題である。

○並木委員

私の方から2点。まず、してほしいのは、回復期の定義。うちの鳴子も、回復期とリハがくっついている。どこを指して回復期と言っているのかという理解度が非常に少ないのでは。

それから、リハビリという言葉が回復期とくっついていて、回復期・リハというふうになっていて、急性期ではリハをやっていないような、あるいは慢性期ではリハをやっていないような捉え方をされていて、急性期、回復期、慢性期とか、その辺のところの区切りを皆よく理解していない。そして、先生たちも、自分たちがどこに入ってくるのか、わかりにくいことがあるので、その区切りをきちんと医療機関や住民にわかるように説明してもらいたい。リハがないから回復期ではないという言い方をされるところがあるので。

そして、リハというと、運動機能のリハの方ばかり指してきて、内部障害のリハなどを人々はなかなか知らないというところがあるので、回復期を分けるのであれば、それぞれの定義をきちんとわかるようにしてもらいたい。

夜間急患センターについて、1次救急においては、大崎では始めているが、かなり高齢化してきているのと、2次医療圏においては、大崎と栗原で考えた時に、お金の出し方が少し違う。しかし患者は来ている。そしてやはり11時で終わってしまうと、高度救命センターの負担が大きくなって、どうしたら良いかというのがある。県北全体で1次救急をどういう

ふうに、何時までやるのかをもう少し考えないと、苦しい状況になる。県はどのように考えているのか。

○事務局

まず、回復期の定義の部分は、住民に対してもだが、医療関係者から急性期をやっていないというような話をよく受けるので、必ずしもそうではないということで、回復期のあり方については、周知の仕方を少し考えたい。

それから、大崎・栗原地域の1次、初期救急のあり方については、昨年、大崎市と相談しながら、周辺市町村も交えて、初期救急のあり方の検討会を作った。

隣の石巻市の場合、石巻赤十字病院の敷地内に、石巻市が開設する夜間急患センターがあるが、そこでは、例えば準夜帯で終わるということではなくて、深夜帯まで継続するという形をとっている。以前は離れた場所にあったが、震災もあり同一敷地内になってからは、敷地内の夜間急患センターが夜間ずっと稼働しているので、石巻日赤の3次救急の重症、軽症の割合の比率が逆転して、7割ぐらいの方が重症者という形に石巻日赤では変わっている。それ以前は、重症者は3割という形で、軽症者の方が多いという状況だったのが、同一敷地内で深夜帯もやることで、石巻日赤の負担感が少しは軽減されている。

ただ、石巻市開設の夜間急患センターであるが、利用する患者の住所地の市町村が広く負担するという形で、地域全体で支える役割を果たしている。県として、従来は3次の救命救急センター、こういったところに支援を重点化していて、それに加えて、受け入れ困難な方や高齢者、酩酊状態の方を率先して受け入れている2次病院に対して、毎年度4,000万円程度の補助金を出すということで、2次、3次に特化した支援を従来していた。

ただ、軽症の方が2次、3次にどんどん回ってきて、負担感が出ているという指摘を受けている。初期、県としては従来市町村主体というふうに、国と同様に役割分担等を考えていたが、この初期の部分については、まず他地域の制度など、枠組みの紹介を中心としながら、県としてどういった支援ができるかというのを、今検討している段階。3次、2次とのウエートの中で、どこを県が支援すべきなのかは、地域ごとにも事情が違うので、今は手さぐりという状況。

○近江座長

石巻市夜間急患センターは、ほとんど東北大学などからの応援か。

○事務局

元々、地元医師会からだが、不足するので東北大学からの応援や、あと震災地域という特殊事情があるので、費用は石巻市が負担するが、全国から、特に小児科医の方が、手を挙げてぜひ応援したいということで入っている。ただ、費用については、例えば一番遠い方で鹿児島の方もいるのだが、石巻市、地元自治体が負担している。そういった形で医師の手配の部分は少しは軽減されている。また、深夜帯までやると、総務省から開設者に対して地方交付税措置が手厚くなる。これが準夜帯で終わってしまうと交付税措置が出ない。

○土井委員

地域医療構想で、病棟など役割を考える上では重要だが、最近大学病院を回ってみて、人材確保が非常に難しくなっていると感じている。宮城県は公的病院とか、いわゆる大規模病院が少ない。だから、医師が宮城県に残らないというのではなくて、残るべき病院がないというのも一つある。例えば、公的病院で400床を超える病院はすごく少ないし、大学病院が大きな病院になっているが、実際に宮城県には医者はほとんど残らない。今ここに集まっている先生方は皆年をとっているから、6年たったら皆いなくなるのでは。会議は成り立つのか。人材確保は誰がやるのか。まず、県はできないだろうと思うし、今までもやってこなかった。やったのは東北大だけだったが、研修指定病院ができたおかげで、研修医が大きな病院に散らばって、帰って来なくなり、できなくなりつつある。

今度、専門医制度をやって、大学に医者を確保しようとしているけど、結局大都会に流れていく。この制度ができて、これからますます人がいなくなった場合に、地域医療構想をこのような会議で議論しても、何の意味も持たないのでは。

○事務局

東北医科薬科大学の学生が現場で活躍できるまでまだしばらくかかるが、県で奨学金の原資を拠出している。毎年30人ずつ仙台市以外の公立病院に勤務してもらい、初期臨床研修後10年勤務してもらおうと奨学金の返済免除になるという制度であり、今の学生にはPRしていく。実際、奨学金を貸与している学生はおり、彼らが後期研修の段階に入って数年経験を積み始めて現場で活躍できるまで、まだ6年とか7年程度かかってしまうが、毎年30名で10年間の義務年限なので、最大で300名確保できる。

それから、診療科の偏在も地域偏在ということで指摘を受けている。小児・周産期を専攻した先生については、この義務年限10年を2年間短縮するといった形で、小児・周産期のドクターを確保したいとは考えているが、指摘のように今の若い学生たちが、専攻科や働き方改革など、自分の将来のビジョンを考える中で、少子化の時代に本当に小児科・周産期を専攻してもらえるのか。そういった課題は大きく、他地域の委員からも指摘を受けているので、県としてもそこは考えていきたいが、短期的に配置の手立てがあると言われると、ないというのが実態である。そこで、言葉は悪いが、他県からドクターを連れてくるということで、県外から来たドクターに対して単年度100万円、最大で3年間300万円を支援するウェルカム奨励金という制度を設けていて、昨年あたりから小児科医・周産期などで数人ずつ入ってきている。

○近江座長

他県からというのは、大都会。

○事務局

県外であれば、オーケーということで。

○近江座長

それでは、少し向こうが気の毒では。やっていると思うが、国にもっと強く訴えていかないと、なかなかうまくいかない。大学、教育、専門医の問題など全部絡むので。

○中鉢委員

資料2について、慢性期機能療養病棟 813 床のうち、療養病棟入院基本料が 716 床だが、このうち療養病棟入院基本料 1 と 2 がどれぐらいで、介護療養病棟がどれぐらいというデータはあるか。

○事務局

県のホームページにも公表しているが、前回意見交換会の参考資料 1 - 2 に、届け出を行っている病床として、入院基本料を病棟ごとに記載している。

○中鉢委員

後で確認する。前も聞いたと思うが、そのうちいわゆる介護医療院に転換すると言っているのは、どれぐらいあるか。ほとんどなしか。

○事務局

定期的に県で調査しているが、あまりなかったかと。

○中鉢委員

今のところ転換した事例もないか。

○事務局

そうである。

○宮城島委員

在宅を進めたいという話が県でいつも出る。医師会に補助が出ているが、効果が出ているのか。

○事務局

手元にデータがないが、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の届出件数が一時期一度増え続けて、一旦減った。昨年度あたりから少し増え出してはいるが、基本的には横ばい。一方で、全てをドクターに頼るとするのは非常に難しい問題があるので、訪看ステーションの拡充によって対応していくことも必要。たしか訪看ステーションは徐々に増えつつある。ただし、これも地域偏在があり、仙台医療圏とそれ以外で大きな違いがある。あとは、在支診等でも 16 キロなどの制限があるが、広い地域の中で効率的に在宅をやり、経営もできるかという大きな課題もある。この辺は国でも議論はされているが、結果として診療報酬や制度での反映はなかなかされていない。在支診・在支病に対する県の補助制度として、診ている患者の数をこれまでより増やした医療機関に支援するという補助金をやってはいるが、キヤパが増えていると言われると、なかなか厳しい。補助金を出すに当たって、こういったところに対して支援するのが、地域、ドクター、訪看ステーションにとって良いのか意見を頂戴したい。

○宮城島委員

県では増やしたいが、残念ながら今までの政策では増えてない現状があるということか。在宅医療を進めたいという国の方針に対して、今後また新しく何かしないと。何年後というか、ある程度期限を決めて増やす方法を。例えば、先ほど、小児科と周産期で県外から来た方に支援する制度があったので、そこで県外から来てもらった方に、在宅をやってもらった場合にさらに補助をするなどの方法もあるのでは。

○近江座長

在宅療養支援診療所は別として、在宅専門の施設の現状は。

○事務局

数としては増えていない。ただ、登米と大崎は大きい事業所があるので、ある程度カバーしてもらっている。距離、エリアの問題があるので、在宅を拡充するというのは難しい状況。

○近江座長

本来ならば、かかりつけ医が最後まで診るとというのが包括ケアシステムだと思うが、それが難しい場合、在宅支援の専門が出てきてタイアップすれば、在宅診療というのは難しい問題ではない気がする。

人が少ない話は毎回のことになるが、看護師が少ない。私どもの医師会も、准看学校や本看学校の応募者がどんどん減ってきている。このままでは成り立たないのではないかと非常に大きな危機感を持っているが、看護師はどうか。

○千坂委員

看護協会でも看護師の確保で、県にも陳情したりして、対策を練って工夫はしているのが、やはり仙台圏に集中する。県医療人対策室中心に大崎、栗原圏域のバスツアーを企画し栗原中央病院、大崎市民病院で見学をやったが、参加者は数名、なかなか学生数が集まらなかった。県内でも県北、県南地域は厳しく仙台圏に偏在しており看護協会としても大変な状況と認識している。

白石には5年一貫教育の看護科の県の高校もあるが県内にとどまる人が少ないとも聞いている。

それぞれの事業所で、高校生の看護体験などを行っているが、受験は県内だけではなくて県外に、県外の看護学校への入学生も多い。そういう人たちが戻って来られればと、ただ、関東圏は奨学金で縛りもあるのですぐ戻って来られない状況。

また看護師採用にともない企業の人材派遣会社多く、1人看護師を紹介あれると、年俸の20%をその企業に出さなければいけない。ハローワークや看護協会のナースバンクなどは無料で紹介をしているが、なかなか厳しい。看護師は休みや夜勤の問題で就職活動が難しいが、スマホの求人情報はがすごく便利で人材派遣会社につながり、担当者は、とにかくかゆいところに手が届くように、丁寧に対応し、やめてもらって次のところに紹介するというのを徹底しているので、そこをどうにかできないかと思う。

私たち看護協会も、看護師が不足ということはすごくわかるし、地域包括ケア、地域に返すと言ったときには、看護職だけではなくて、介護職との連携も大事、その看護職のなり手がなかなかいないのも現実。2000年の介護保険導入時期には、高校の介護福祉学校進学者は数十人、今は介護への進学者も激減、福祉専門学校も今はもう定員30人としたら10人ほどしか来ない状況。看護職だけではなくて、介護職特に介護福祉士たちをどのように育成するかということも、非常に大きな課題。

高齢者が多くなる時代の医療介護も、地域の中で支えるといっても限界がある。25年、45年まで見据えた形で、医療従事者、介護従事者の育成定着について考える必要がある。

○近江座長

医療資源が非常に少ない中で、大事なのは連携だということなので、これからも色々と連携を深めるように努力していきたい。

進行を事務局に返す。

4. 閉 会

○司会

以上をもって、平成30年度宮城県地域医療構想調整会議（大崎・栗原区域）を終了する。