

平成27年度第2回石巻・登米・気仙沼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4日(木) 午後7時から午後8時30分まで

II 場 所 宮城県登米合同庁舎5階 大会議室

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。

（森田座長）

ただいまの事務局の説明について、ご意見、ご質問をお受けしたいと思います。

なお、今ご説明ありましたイメージ案の37ページにあります「達成に向けた取り組みの方向性等」については、次の議題ですので、それ以外でご意見をお伺いしたいと思います。

また、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記載されておりましたように、構想そのものがそれほど間を置かずに見直されていくことになると思われますが、今回の構想策定に関わ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りますので、各委員の皆様においては各地域でのそれぞれの思いや考えを忌憚なくご発言いただければと思います。

33ページにございます人口構造の見通しでございますが、これについては本当にこうなるのかなというふうな見方もあるかと思いますが、でもお話しいただいたところによりますと、このようになるだろうと。例えば大きな震災があったとか、あとは移民を受け入れるとか、そういうことがなければこのような感じで人口は推移していくと。それをもとに、当医療圏の中での地域医療をどうするかということについて、委員の皆様からご意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。はい、どうぞ。

（勝又委員）

石巻健育会病院の勝又と申します。

私は2年前まで宇都宮の急性期病院にいた人間なんでございますけれども、33ページのところでもって「高度急性期・急性期を担う医療提供体制や、二次救急、三次救急体制が整備されています」というふうに、ずっと書いてあるんですが、石巻の市街地のところでもかなりこういうことでは苦勞しております、本当に高度急性期と急性期、ずっとここはもうできてるからほかのほうで頑張るんだよということに結論付けていいんだろうかとちょっと疑問を持ちました。

（森田座長）

ありがとうございます。

36ページにございますけれども、一番下の図でございます、図表Ⅲ-20の下の表ですが、今ご意見ございました病床機能報告の数を見れば、急性期が非常に多くて、あと回復期が少ないというふうな状況でございますので、これはあくまでも申告ですので、実際このとおりになっているというわけではございませんが、石巻での実態はそのようであるというようなご意見ございました。

ほかにございませんでしょうか。

やはり石巻・登米・気仙沼といいましても、前回の会でもお話し申し上げましたように、それぞれ地域の置かれている状況は全く異なっておりますので、その上で二次医療圏としての構想をまとめるという意味では、各市町村でのある意味では地域医療構想が必要なのかなと思いますが、県としてこれをまとめるという意味でぜひ各地域での違いをわかって進めていかないと、事務局からのご説明にもありましたように単なる設計図をつくって、それだけで終わってしまうという、これは非常にもったいないといえますか、でございますので、ぜひ地域の実情についてご意見いただければ。はい、お願いいたします。

(神部委員)

そういう各論ではなくて原則的なことについて、私自身の理解が足りない部分もあるかと思うんですが、恐らく出席の皆さんがほとんどわかっていない部分は、まず地域の必要病床数というのは何なんだと、これを決めてそれをどうするんだという話なんですけれども、実際にこの辺を担うのは概ね民間病院がやるわけですね。この病院は必要病床は実際何床かということ、県あるいは住民の皆さん、あるいは健康に支障を来している人たちは実際に担っていただいている病院にお願いをするしかないわけですね。こんなふうにやってくれないかということになるわけです。これが県が決めたからこうやれと言って、法律には従うでしょうけれども、民間病院は経営もありますし、いろんなことがありますから、これを言ったとおりにやるかどうかはわからない。ここは何とかお願いしたいと、理解はしています、こういうことを実現するためには一番犠牲を払わなくちゃいけない、実際に今療養とかそういうことを担っている医療機関にいろんなことで支援するとか、心情的に応援するとか、こういうバックグラウンドがないと、これはただの構想であって、この何床というのをどうするんだと。あんたの病院は急性期はこれにして、回復期はこれにしてこうやりなさいと、ただ今抱えている人数、設備、そういったことは全く無視してこういうふうにするんですよというか、やれというふうにとれるわけですね。ですから、そういうことでなくて、円滑に推進していくためにはとにかく公立あるいは自治体じゃなくて、実際に担う民間の医療機関、こういうところに対して最大限の支援をみんなで共有するといったことが必要だと思います。同じように、在宅とか、これからいろいろ出てくる包括の問題とか、これは実際に担うのは民間なんだということをぜひ頭に入れていただいて、今ここにおられる方は恐らく半数以上は公的な方だと思うんですが、そういう方が決めて、決めたのはいいけれども実際にやるのは民間なので、できなければこれは退場するしかありませんので、その辺が無理のないようなことで計画をやっていたいただきたい。

それと関係ないんですけども、ここで医療区分1の結果が出ていますけれども、半分が何とかと書いてありますけれども、この調査は実際にフィールドに向かって調査されたんでしょうか。それともレセプトか何かでただ数字から出した、例えば14ページの医療区分1、医療介入が必要なので退院できないんだ、あるいは退院できるんだけれどもとりあえずいるんだとか書いてありますけれども、この辺はどうやって調査されたんでしょうか。

(森田座長)

では、事務局のほうからこれについて。

(事務局)

お手元の資料1-3をご覧くださいと思います。

昨年の12月1日現在の県内の療養病床入院患者の調査ということで、県内の療養病床を有します病院及び診療所に対しましてアンケート調査を実施いたしました。回収が53医療機関からいただきました、7割以上からいただいております。そのうち、休床の4床と回復期リハ病床をとっている485床を除きました療養病床数ということで、1,949床分の調査結果を示しているものがございます。そのうち、介護分を除きました1,751床につきまして、入院されている患者さんが1,677人いらっしゃいまして、そのうち医療分が1,499人、その結果を3の(3)以降に載せてございまして、医療区分1の患者さんが385人となっております。

そのうち、医療区分1の患者状況ということでまとめているのが(4)以降でございまして、①として入院による医療介入が必要という理由で退院が困難な患者数193人、これが50%でございます。

(神部委員)

ありがとうございました。数字はわかりました。要するにアンケートでいただいたということですね。

医療区分1については、前回からもかなり議論になっておりますけれども、まず医療区分の2と3というのがその前に前提としてありまして、そこがお金をかける病床、あるいは病院側から言えばお金をたくさんもらえらえると言うのはおかしいんですが、そういう区分ですね。そこに引かからないのが1だということで、例えば僕は具体的には自分のところは違うので、理解が違っているかもわからないんですが、医療区分の2と3が平常はよろしいんだけど、例えばそこで一生懸命やって、医療区分1になってしまうと全く病院にとってのメリットが非常に損なわれるということで、この人たちは帰らなさいというような区分になるかもわからない。ですから、この辺の、前回から言ってますけど、区分1というのは果たして、この区分2と3というのはえらく厳しいですね、ハードルがね。僕らの感覚としては、1のほうがいっぱいいるわけなんです。ただ、経済的な理由で1にいられない方、これは調査してもそういう患者ですから、たぶんこうなるんだと思うんですが、実際は果たして本当に反映しているのだろうかということが一つ疑問です。例えば医療介入が必要だというのは、在宅とか介護に行った場合に無資格者が医療をやれないような状況ですね、僕ちょっと具体的によくわからないんですが、例えば尿道留置カテーテルなんていうのは、あれはいいんですか。それから胃管から栄養をしているのはだめで、ならいいとかあるかもしれませんが、いろんなことがあるわけですね。気切のカニューレははいるかとか、こういうことが医療法上医療介入が必要であればここも介入が必要だというふうに入りまして、そういうことが全く要らなければそっちには入らないわけですね。こういう区分でやったものが実態を反映しているとはなかなか言い難いところはあると思います。県の方々も実際大変だとは思いますが、そういうアンケートとか楽なことしないで、実際に病院に行ってみて、どんな患者が入院してるんだとか、やっぱりそれを肌で味わってもらわないと、こういうデータはアンケートの集計だけでありまして、あまり実態のないものになると思います。あまり話し過ぎると申し訳ないんですが、こういう構想はやっぱり経済から出てきた話だと思うんですね。だから、ぜひお金の付いた議論をしてもらいたいと思います。例えば医療区分1というのはどんな医療費が何の保険からあって、その人1人当たりこういうお金になると、例えばこれを在宅とか介護と組み合わせた場合にはこういうお金になるんだというようなことを付けて、お金が付いた議論でやっていただかないとなかなか僕らも具体的なイメージが湧かないので、ぜひこの次はお金の付いた議論をしたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

(森田座長)

率直なご意見、ありがとうございました。

猪苗代先生、どうぞ。

(猪苗代委員)

気仙沼の猪苗代です。

平成30年に療養病床は閉鎖といいますかなくなるということになると思いますけれども、きのうあたりの、これは私の病院会のニュースなんですけれども、厚労省のほうで社会保障審議会に療養病床を3パターンで選択肢を出して、新たに設けるというニュースが出ているんですけれども、療養病床は3パターンでこれから継続されるのか、あるいは今70%在宅に持っていくという話ですけれども、療養病床についてはどのように宮城県では計算されて、なっていくのかなど。もしおわかりだったら教えてください。

(森田座長)

新しい情報でございますけれども、療養病床を廃止した後に新たな療養病床といいますか、療

養病床の中である程度やるか、そんなに大きな資源を投入しないでやるか、その中間というような、そういうふうには伺っておりますけれども、それについて。

(事務局)

平成30年度に療養病床がなくなるというのは、介護保険の適用の部分はなくなりますということで、療養病床が全部なくなるとかという話ではないです。医療保険適用の療養病床について、今回の地域医療構想にも関連はいろいろかするのですが、国の方で、療養病床、それから慢性期医療のあり方についての検討がなされていて、その中で慢性期の医療・介護ニーズに対応するためのサービスの類型として、先週3つの案が出されました。医療内包型というものが2類型、それから医療外付け型というのがもう一つでして、そこを、今療養病床を持たれているところが、その地域の医療ニーズに合わせて現行の療養病床のままで行くのか、それとも新たな類型への転換などを考えていくのかということだと思えます。

(猪苗代委員)

介護保険のほうの療養病床は残るけれども……

(事務局)

すみません、逆です。

(猪苗代委員)

医療保険のほうの。

(事務局)

はい。

(猪苗代委員)

そうすると、療養病床はまた介護も含めて増えるということですか。

(事務局)

介護保険の適用はなくなるので、その部分は医療保険の適用病床になると思えます。

(猪苗代委員)

というのは、医療圏の中でこの問題を解決していかなきゃならないことになってくるわけですね。そこには複数の自治体や自治体病院が入ってくるわけなんですけれども、自治体病院に近いところとそうでないところとか、介護病床の多いところとかそうでないところ、お互い自治体の中で話し合っ、この二次医療圏の中の医療費削減についてコンセンサスを持っていかなければならない、そういう会議もこれから開かれていくわけなんですか。

(事務局)

今回は地域医療構想をつくった後に、来年度、再来年度2カ年かけて、県では次の医療計画をつくることになりまして、あと市町村は次の介護保険事業計画をつくることになりまして、そこでお互い連携をとりながら、地域も巻き込みながら、次にどういう形で持っていこうかということになるかと思えます。

(猪苗代委員)

すみません、しつこいようで申し訳ない。ある雑誌の中で、やっぱり各自治体そのものが市長さんも含めて、選挙のスローガンの公約になりますよね。すると市町のいろんな医療制度のあり方の担当の方とか、地域住民のニーズとか、それぞれ別々なものがあると思うので、それを医療圏の中で統一していくのはかなり難しいんじゃないかという話もちよっと聞いたものですから、今大変難しい地域医療構想が話し合われているので、今2年ごとの改定というお話を聞いて、わかりました。

(森田座長)

ほかにいかがでしょうか。はい。

(舛委員)

石巻の舛ですけれども、先ほどかなり厳しい、神部先生からお話があったんですが、神部先生は急性期病院の院長先生、そして私がお聞きしたいのは齋藤病院様は石巻で大きな病院をなさっていますが、急性期から回復期、慢性期、そして在宅まで手広く仕事をなさっているのです、ぜひ総合的になさっている先生の貴重なご意見を伺えないかなと、ちょっと副座長の立場で、申し訳ありませんがよろしく願います。

(齋藤委員)

齋藤病院の齋藤ですけれども、一つ自分で疑問に思っているのは、県の方々に聞きたいんですけども、今国のほうでは在宅、在宅と言っているんですけども、核家族になりまして、各家族内が少なくなった。そういうときに、在宅、在宅のほうに行って、一体在宅で看られるのかと。どのように考えているのか、いつも不思議に思っているんですけども、家族が核家族になって、家族が少ないところで在宅で看られるものなのか、24時間。いつも不思議に思っているんですけども、そこをどう考えているのか。

(森田座長)

ありがとうございます。在宅医療についての今後の方向性に関する県のスタンスと伺いますか、今現場からご意見いただきました。私も在宅をやっているんですけども、やっぱり独居の方の在宅というのは大変なんですね。もう毎日のように行かなきゃならなくて、介護保険が始まる前に試算をしましたら、独居の方、高齢者の方ですね、ご家族がいらっしゃらないと伺いますか、後見人の方ならいらっしゃいますけれども、大体月80万円から90万円かかるんですね。でも介護保険ではそこまでは見れないと。当然医療保険の部分もありますけれども自己負担もあると。あと、ご家族がいらっしゃる場所でも、在宅医療をするためにはやっぱりご家族、奥様のことが多いんですけども、奥様がパートを辞めざるを得ないと。大体仕事を辞めなきゃいけないということで、医療保険から、大体介護保険からの持ち出しは少なくなるけれども、施設から在宅というようなことになりますけれども、家計はそれ以上の持ち出しが出てくるというのが在宅医療を行うときの現実なんですね。その辺のところのお話を現実的に、在宅医療等ということではありますけれども、このデータの中でもかなり乖離がございます。これを埋めるというのは、先ほど申し上げたことも踏まえるとかかなりこれは大変なことだと思いますが、それは現状でございますけれども、それについて何かこのようなことを次期の構想をそういう形で進めていくためにはこういうこともあるのかとか、こういう形でどうかというような、そういうことだと思いますが、いかがでしょうか。

(事務局)

地域医療構想というか、医療だけで将来何とかなるというのではなくて、冒頭森田先生の方

からもお話があったとおり、地域包括ケアシステムを今後どういうふう to それぞれの地域でつくっていくのかということとあわせて考えていくものだと思っ ていまして、核家族化が進んでいるなど、全て在宅医療で というものではないと思っ ています。なので、地域包括ケアを今後どこま で進めていくのかということと隣合わせというんですか、背中合わせになっていると思っ てお ります。

(森田座長)

たぶんよろしくないと思うんですけれども、県としても国としてもこれは財政的な裏付けを持っ てこないといけないと思っ ていますので、なかなかここでは決められないけれども、やっぱりそ うい う問題があるということですね。在宅医療等を進めるについてはやはりそういう財政的な問題があるということだと思っ ています。

(齋藤委員)

療養病床がかなり大切だということをわかっていただければいいんじゃないかなという感じはし ます。それを在宅でできない場合に、療養病床がいかに担うかということが私大切なと思っ て います。

(森田座長)

ありがとうございます。

だいぶいろいろお話が出てまいりますけれども、ほかに。

地域包括ケアを進めるに当たっては、やはり認知症の問題というのはかなり大きな問題となる かと思っ ています。例えば私ども気仙沼の地域では精神病院もあるわけですが、やはり精神 科の救急となるとかなり大変なことがござい ます。石巻にお願いをしたり、場合によっては県の センターにお願いをしたりというようなことがあるわけですが、その辺、地域を 担当されておられる市立病院の安海先生、いかがでしょうか。今後の認知症、現場での認知症の 患者さんへの救急での対応とか、その辺のところ、いかがでしょうか。

(安海委員)

気仙沼市立病院の安海でございます。

年間、私どもは9,000件ほどの救急を拝見していますけれども、その中で250件ぐらいが認知症 の患者さん絡みの救急になっています。急性期はもちろん入院していただきまして、いろいろ加 療させていただけますけれども、その後の受け皿がなくて困っているという現状でござい ます。7割を在宅へということになりますと、その中の認知症患者さんの対応をどうするのか、急性期 は当然私どもで担いますけれども、通常の状態での認知症患者さんへの取り組みはどう考えてい らっしゃるのかということで、伺いたいと思っ ています。以上です。

(森田座長)

ありがとうございます。

非常に県のほうでも鋭意取り組んでおられますし、各市町村単位でも今回地域包括ケアの協議 会を設立されたところもござい ますし、やはりなかなか非常に難しい問題ですし、特に救急とな ると人手もかかりますし、大変なことでござい ますけれども、これも避けて通れない問題でござい ますので、県としてのスタンスといいますか、現時点でいかがでしょうか。認知症疾患医療セ ンターとかを設けて、いろいろ地域の方々への啓発等も含めてやっていただいているわけがござい ますけれども、現状と方向性ということで、いかがでしょうか。

(事務局)

地域医療構想に絡めて申し上げますと、今回は疾病別とか事業別のところまで踏み込んでいません。というのは、疾病別に、二次医療圏ごとに、さらにそれを医療機能別に分けると、そこまでの精緻な統計データが出てこないということもございまして、疾病別までの分析を今回はしていません。こういったことも含めて、次の地域医療計画をつくる際にはまたもう少し踏み込んだ形で次につなげていかなければいけないなと思っているところでございまして、今回についてはここまでのところということで考えてございます。

(森田座長)

ありがとうございます。

今日は各郡市の歯科の会長先生方もお見えになってございますけれども、この前菅野先生のほうから被災地のほうではまだまだ復旧が進んでいないというふうなお話をいただきましたが、先生、現在に至って、あと今後のことも交えて、いかがでしょうか。

(菅野委員)

あまり的を得た答えができるかどうかわからないんですけども、歯科に関しては在宅の訪問診療にこれから取り組みが盛んになっていくのではないかと考えております。仙台のような都市部では、もう既に在宅専門の歯科診療所とかというのもできています。かなりの数の患者さんを診ているなというような感じを受ける場合もあるんですけども、被災地のほうではやはりマンパワーが足りないということで、現在のところ外来診療に追われているのは、歯科だけでなく医科のほうももちろんそうだと思いますので、在宅のほうに力を入れていただけたところは限られたところだということが今のところだと思います。これが近いうちに改善されていくという見込みはたぶんあまり期待できないのではないかとというふうに個人的には考えております。

(森田座長)

ありがとうございます。

ほかにありませんか。

(舛委員)

確認ですけども、認知症高齢者グループホームっていうのがありますよね。あそこで亡くなくても、在宅死ですよ。どうですか。先ほど認知症のお話が出ましたので、ここの29ページの下のほうに介護老人保健施設、療養型医療施設とか特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループ、特定施設入居者生活介護、亡くなるのは大体全て在宅死と入れてよろしいんでしょう。その辺の確認をさせていただきました。

その上で、さらに37ページの一番上、iii、居宅等における医療の必要量のところで、4行目、「当区域の介護老人保健施設のサービス提供見込み量は、第6期みやぎ高齢者元気プランにおいて1,808人と見込まれることから、その差である455人分について、地域の実情に応じた在宅医療等の整備が必要となる」と。ということは、その455人の分に関しては特養も入れてグループホームも入れてということでもいいんですか。その辺がここに書いていないので、どうなのか。いかがでしょうか。

(事務局)

ここについては、多分おっしゃっているとおりというか、この1,808人というのは地域医療構想の考えが出てくる前に国のガイドラインに基づいてそれぞれの市町村が推計した数字を積み上げたものになっていまして、今後地域医療構想を踏まえながら、介護保険の事業計画も見直して

いくことになるので、このままの老人保健施設のサービスの見込み量のままですか、455人分埋めるためにもっと増やすようにするのか、それともそこまで老人保健施設をつくれないのであれば訪問診療をもう少し増やせないかというような、そこはそれぞれの地域の資源とか考え方もって対応策をこれから考えていくということになります。

(舛委員)

ですから、この37ページの上のほうはちょっと説明不足ですよ。

(事務局)

失礼しました。そういうことでございます。

(森田座長)

実情と必要量にはかなり乖離があるということだと思いますけれども、それをどのように埋めていくのか、どのようにしていくのかということに対して、より具体的な動きが必要かなと思います。それについては、今後の地区ごとの地域医療構想会議等で議論をしていくということになるかと思えます。

ほかにはいかがでしょうか。どうぞ。

(石井委員)

登米市民病院ですけれども、資料1の3ページの「構想策定後の病床調整について」の一番上の欄に、「各医療機関の自主的な取り組みにより」機能別病床数の調整をやれと。これは各医療機関で自由にやっただけよという意味なんですか。そういうふうにも読めるかなと思うんですが。

(森田座長)

今日の会では、具体的などこが何床とかそういう話までには言及しないというようなことでございますが、ただ先生が今おっしゃられたように、いずれこれを検討しなければならない時期が来るかと思うんですけれども、これについて事務局のほうで具体的にこれをするときにはどういうふうなことで県も関わっていくのかということについてご意見をいただきたいと思えます。

(事務局)

地域医療構想策定後につきましては、病床の増床とか、それから転換するときに、その地区で過剰な病床機能に増床なり転換する場合は、基本的には調整会議の意見をお伺いすることになります。過剰じゃない病床に転換する場合においても、例えば石巻・登米・気仙沼地域ですと現在の数字の算定上は36ページに高度急性期はあと3床くらい必要になりますよというふうに書いているんですが、ここのところに例えばA病院さんが3床、B病院さんも3床と、例がちょっとあれですけど、3床分必要なところに6床分手が上がった場合、そういうときは病院間で調整をしていただく、こういうことが自主的な取り組みというふうに考えてございまして、この部分ははっきり書いてございませんが39ページに地域医療構想調整会議と書いているんですが、地域医療構想を策定した後に、今ここの会議は策定調整会議というものでして、策定後は「策定」が取れた調整会議というものをまたそれぞれの医療圏ごとに設置し、その中で協議いただきながら、その地区に必要な病床数の整備について話し合いをしていただきたいというふうを考えているところです。

(石井委員)

確認ですけれども、構想区域ごととありますけれども、これは二次医療圏の構想ということですか。それとももっと細かい、市町村ごとといますか、二次医療圏の中であれば石巻・登米・気仙沼という、その個別の構想区域というふうな、どちらでしょうか。

(事務局)

調整会議については、法令上構想区域ごと、つまり二次医療圏ごとに調整することになりますが、案件によってはその当事者だけであるとか、その地区だけとか、協議する中身によってメンバーは自由に変えられると思っていますので、そこら辺についてはそれぞれの地区、地域の方からどういう会の持っていく方をすればいいのかというのをお話を伺いしながら、その調整会議のあり方についても考えていきたいと思っています。

(森田座長)

よろしいでしょうか。
ありがとうございます。

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。

(森田座長)

事務局から構想の達成に向けた施策等についてご説明がありました。これを参考にしながら、それぞれの区域で構想達成に向けた施策や取り組みの方向性についてどういうものが考えられますか、いろいろより具体的なことが施策としては考えておられますけれども、現状いろいろ問題もあるわけがございます。いかがでしょうか。

例えば、人材確保という部分では前回もお話いただきましたように、資料1-1にありますように医療従事者の養成所の一覧を今回具体的に出していただいております。また、裏面には医療従事者の養成所の卒後の県内への定着率というデータもいただいております。ドクターに関しては、今年から東北医科薬科大学の学生募集も始まっております。看護師養成所に関しては、大学もございしますがやはり民間の、医師会でもそうですけれども、看護師の養成所を維持していくといますか運営していくといますか、非常に大変なようでございます。これは地区の先生方が身を削って運営してくださっているという事情がございます。そういうことも含めてでございますけれども、いかがでしょうか。はい、どうぞ。

(庄司委員)

真壁病院の庄司です。

今の話では人材の確保というような話、施策の具体的な取組例について今お話しになりましたけれども、結局絵に描いた餅みたいな感じでものすごく暗いと思うのですね。実際我々の病院は、医者も少ないですが看護師をいかに確保するかというのを苦勞してしまして、結局入ってきては辞めていくというか、看護師の全体の数も少ないので仕事の量が多いとか、いろいろそういう点もあるんですけれども、いかに確保していくのか考えています。結局私どもの、例えば介護の方だとか、入ってきた人にお話をして、准看護学校に入っただいて、そういう方は大体病院の近くに住んでいらっしゃる方になるんですけれども、そういう方に奨学金を与えて、それで学校

に行っていて、准看護師の免許を取っていただくと。そして上の学校に行くということであれば、さらに奨学金をとということで、何とか年間、最近では数名の看護師さんを確保することがやっとならなくなったと。5、6年前までは、ゼロなんていう年もありましたので、そういう意味では少し進歩してるかなと思うんですけども、結局自助努力でやらざるを得ない。当然民間ですから、致し方ないとは思いますが、そういうふうな人の確保というのは、とりわけ震災を経験した人土地なので余計に集まらない。ましてや医者は東京だとか仙台にばかり集まる。

実際老人医療とか何かでも、仙台市内も当然高齢化は進んでおりますけれども、沿岸地域も高齢化は進んでおりまして、そういう方々をいかに地域で守っていくか、医療を施すか、非常に苦労している毎日です。そこで国から在宅にどんどん患者さんを回せといふようなことを言われて、できるだけそういうふうな方向に持っていきたいなとは思いますが、実際一人一人の患者さんと話をしていると、結局退院しなさいと、在宅に持っていきましょねと言うと、それは看る人がなかなかいない。看るにはどうしても人手が必要だと。先ほど他の先生もおっしゃいましたけれども介護のために仕事を辞めざるを得ないというふうな状況もあると。それは実際私もそういう方を見たことがありますけれども、そういうのが現実なので、ましてやひとり暮らしだと、家族は遠くにいてなかなか面倒を看てくれないと。結局年金暮らしという人が多いわけですから、そうすると在宅でだめだからどこかのグループホームとかというとお金がかかると。そちらにも行けないと。そういう人をどうするのかというのが実際の医療をやっている現場では非常に悩ましい問題で、それをどこに相談して、そういう人を助けることができるのかというのは非常に頭の痛い問題であります。それをやはり行政とかにお願いできないかなというのは、ふだんいつも私は思っていますけれども、なかなか話すチャンスもなかったものですから、こういう機会なのでそういう現状をお伝えして、こういう施策もいいんですけども、現実こういう問題があるんだということをご理解いただければというふうに思います。

(森田座長)

貴重なご意見、ありがとうございます。

経済面から見ると、看護体制にもよりますが入院よりは施設、施設よりは在宅というのが保険からの出し分は少なくなるのは明らかですね。その分、今もお話いただきましたように、家族の負担が在宅に行った場合に大きくなるということをきちんと認識した上で、在宅医療等を進めていかないと、やはりこれは実現が困難なものになるだろうということは、やはり現場の共通した認識だと思います。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

(尾形委員)

看護協会の尾形と申します。

こちらの今施策及びその事業、資料3を見せていただいたんですけども、まず看護職員も、それから在宅における訪問看護ステーションの看護師も、今ですら不足しているのに、今後またいろんな在宅に向けてという施策があるわけなんですけれども、実際に看護師をどのように確保するかという具体策を私は知りたかったんですけども、この事業の概要というところを見せていただきますと、要するに既存の看護職に対してどういう支援をして、在宅の看護に向けていくかということが書いていないんですけども、実際に看護師確保そのものが沿岸部では難しい状況です。今庄司先生もおっしゃっていましたが、看護師を募集してもなかなか来ない、その中でやっぱり自分たちの民間病院としては投資をして、育てて、そして一人の看護要員として確保するという方法を、たぶん民間病院ではほとんどとってらっしゃるんですね。ただ、この地域の中で看護職がこれだけたくさん必要になってくるということが具体的に見えているわけで

すから、県としてはどのような、38ページにも書いてありますけれども、看護職員等の確保等に強力に取り組んでいきますというふうに書いてありますけれども、どのような確保の方法を考えていらっしゃるのか、ぜひお尋ねしたいと思います。

(森田座長)

ありがとうございます。現場の切実な意見でございます。いかがでしょうか。

(事務局)

今回、県としての考えではなくて、この地域としてどういう施策をしていくのか、こういうあり方だと看護職員を確保するためにはこういう施策をすべきだというご意見を頂戴したいと思っております。ここの地区としてこういう施策とかこういう補助制度があったらもっと医療従事者を集められるんだけだなというような、そういう会議でございましたので、そこら辺のご意見を頂戴したいと思っております。

(森田座長)

名案をいただきたいということなのですが、実際民間病院では本当に投資をされて育てて、それでも皆さん必ずしも残っていただけないと。あとまた沿岸部はもちろんですし、仙台に集まる傾向がありますけれども、最近では仙台でさえ東京に引っ張っていかれるという状況がありますので、全国的に見れば仙台でさえ平均くらいと、大体は平均以下ということなので、それが現状なんです。民間で看護師さんを養成するという点に関しては、かなり限界に来ているという感じがいたします。そういう意味で、今も県からのご支援もいただいておりますけれども、さらなるご支援を賜ればというふうなことだと思います。国のほうからもいろんな医療とか介護の事業の補助金とか交付金とかありますけれども、実際見てみると使えないものが多いんですね。いろいろハードルがあって。そういうものでは実際困るので、より現場、つまり今いらっしゃる看護師さん、あとはコメディカルの皆さんをいかに定着させるかというのも確かに大事ですけども、養成そのものがかなり窮地に立たされているという、特に民間の場合ですね、ございますので、これはここで決まる話ではないですけども、ぜひそういうことを念頭に置いた具体的な県のご支援がいただければ、地域医療構想もより具体的なものになるのではないかと感じがいたします。

あといかがでしょうか。全体的なお話をうかがえるのは、さっき申し上げましたようにこの策定調整会議は今日で最後でございますので、あとは秋にまず皆様方からのご意見をいただきまして決めていくわけでございます。ございませんでしょうか。

それでは、貴重なご意見ありがとうございます。

これまでの意見を改めて確認させていただきます。

病床の機能分化・連携ということにつきましては、療養病床の区分1の70%を在宅医療等への転換をするということでございますが、宮城県においては施設、あとは在宅医療についても現実との乖離があって、それを乗り越えなければいけないさまざまな課題があるということが認識できたかと思っております。その上で、その現状をよくご理解した上で、実効性のある地域医療構想を策定していただきたいと。

あとは、構想を実現するためには民間病院への具体的なご支援もぜひ検討していただきたいと。

また、在宅医療の充実については、認知症の問題もございました。これは地域包括ケアの中でも各地域で取り組んでいただかなければならない大きな課題でございます。

また、在宅医療を構想のとおり進めるためには、やはりドクターもそうですし、看護師さんも含めたコメディカルの方のマンパワー不足がございますので、さらなる県のご支援と、また養成に関わることにしても、より具体的な県の関与、そしてご支援をいただきたいということかと

思います。

あとは、最終的に地域医療構想をつくるに当たっては、決して絵に描いた餅で終わってはいけないということですので、ぜひ前回と今回の現場の意見をよく反映していただいて、つくっていただければと思いますので、ぜひ県には構想案を作成する際に参考としていただきたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

では、本当に最後までございますけれども、何かこれはということはございませんでしょうか。

それでは、時間もだいぶ押してまいりましたので、以上で本日の議事を終了いたします。ご協力ありがとうございました。

以上