

平成27年度第2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28年2月2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1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。

（近江座長）

ただいまの事務局の説明について、ご意見、ご質問をお伺いしたいと思います。

なお、イメージ案の32ページにある「達成に向けた方向性等」については、次の議題としておりますので、それ以外でご意見をお伺いしたいと思っております。

先ほど事務局から説明がありましたように、構想のイメージ案にも記載されておりましたように、構想そのものはそれほど間を置かずに見直されていくことになると思いますが、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になります。そこで、各委員の皆様におきましてはそれぞれの思いや考えをしっかりとご発言いただければと思っております。

それでは、ご意見、あるいは質疑、何でもよろしゅうございますので、お願いいたします。どうぞ、菅原先生。

（菅原委員）

34ページの「基準調剤加算1又は2届出薬局は46施設」とありますが、現在は46施設なのですが、今度の改定で施設数がおそらく減る見込みになりますので、そのところは構想に関して加味していただけるのかどうかをお聞きしたいのですけれども。

34ページのiiiの在宅医療等のところの、「基準調剤加算1又は2」というところが、今度の診療報酬改定で基準調剤加算1しかなくなるのですね。それで、結構、加算1を取るための条件がきつくなりますので、おそらく半分以上に減るのではないかなという予想なのですけれども、4月の改定ですので、そのところを将来的に加味していただけるのかどうかというのをお聞きしたいです。

（近江座長）

どうぞ。

（事務局）

構想自体は今年の秋ぐらいに策定をしたいと考えておまして、極力構想に使うデータについてはその時点で最新のデータに書き替えていきたいと考えてございますので、4月以降、その数字がわかり次第、数字は新しいものに替えていきたいというふうに考えてございます。

（近江座長）

よろしいですか。

ほかにはどうでしょうか。中鉢先生、どうぞ。

（中鉢委員）

資料1-3の療養病床区分1の患者さんの中で、要は帰れない、退院が困難だという理由がいくつかあるのですけれども、恐らくこういう人たちが今後、在宅とかいろんなところでという話にはなるのでしょうか、困難な具体的な理由というのはわかりますか。医療介入が

必要でないにもかかわらず退院が困難という場合は、何が困難なのかという具体的なことについてわかるのですか。県で把握しているのか。

あるいは、入院による医療介入が必要という理由で退院が困難という場合は、具体的にどうい医療介入が必要で、それは在宅でも可能な医療なのかどうかとか、そういう何かはあるのですか。

(近江座長)

はい。

(事務局)

昨年12月に各病院に対して調査を行っておりまして、資料1-3の裏面をご覧いただければと思いますが、④で入院による医療介入が必要でないにもかかわらず退院困難な患者数について、その理由ということで挙げられているものですが、一番多かったのが「家庭の事情」でございます。次いで「単身世帯で自立生活が困難」、あと「高齢者のみの世帯で家族介入が乏しい」というところでございます。

(中鉢委員)

こういう人たちをいかに在宅に持っていくかということなのですね、恐らくは。

(近江座長)

こういう難しい人たちをいかに在宅に持っていくかということなのでしょうね。
はい、先生、どうぞ。

(蒲生委員代理)

これは医療介入が必要でないので、介護療養病棟から在宅へという流れだと思うのですけれども、そのときに言っている在宅というのは自宅だけではないですよ。つまり、家庭の事情とかという理由で自宅には帰れないという意味だと思うのですが、在宅ということ定義する場合にこれは必ずしもこれは自宅ということの意味しているわけではない、そういう理解でよろしいですか。

(近江座長)

よろしいでしょうか。必ずしも在宅医療、いわゆる訪問だけではないと。

(事務局)

地域医療構想の中では、「居宅等における医療の必要量」の「居宅等」には介護老人保健施設なども入ってございますので、自宅だけではないと捉えていただきたいと思います。

(近江座長)

そうしますと、そういったいわゆる施設の準備というものが急がれるということですね。
ほかにございますでしょうか。土井先生、どうぞ。

(土井委員)

加美病院の土井といいます。1点目は必要な医療従事者の確保ということですが、今まで研修医制度というのがあって、その研修医制度の影響として大学に戻る医者が少なくなってきた、かつ地域の医療病院に行く人がどんどん減ったということはご存知だと思うのですが、

今度専門医制度というのが発足しますよね。この地域医療を考える上で、そこら辺は考慮に入っていないと思うのですが、恐らくまた、いわゆる大学に戻る医者が少なくなったりとか、きっとそれは目に見えて多くなると思うのですが、そうするとますます医者の確保ができなくなると。例えば必要病床というのを今算定していますが、そこに勤める医者をどうやって確保するのかというのがまず問題になってくると思うのですが、そこら辺に関してはきっとまだなっていないからわからないと思うが、きっと減るのではないかと。そうなった場合に、田舎のほうにはほとんど医者が来なくなると。専門医制度を満たすためにはある程度大きな病院にいないといけないことになるし、療養を減らしたいということに関してはすごくいいと思って、医者が来なくなるからつぶれるのだろうけれども、必要な療養病床に関しては、うちは自治体でやっているのですが、例えば今後診療報酬改定によりペイしなくなれば、どんどん病院もやめざるを得なくなると思うのですね。そうした場合には、県は県の予算でそういう療養病床を確保するという覚悟があるのですか。今まではみんな自治体ですよ。あと例えば仙台医療圏にいっぱい患者さんが流れ込むといっても、大学病院があるから行っているだけであって、そこに例えば大きな病院があって、そこに流入しているというわけではない。大学病院も人が集まってこれられなくなればだんだん流入する人も減ってくるだろうし、そこら辺のところはこういう構想に入っているのかなというのがちょっと疑問なのですけれども。結構いっぱいいろんなこと言ってしまいましたけど、そこら辺のことに関してはどう考えていますか。

(近江座長)

医師の総数は増えてくるけれども、必ずしも地域のほうに赴任してくる医師が増えるわけではないだろうと。むしろ減ってきて、病院の経営も難しくなってくるということもあると思いますが、どうでしょうか。

(事務局)

医師確保対策室長の志賀と申します。

直接的な答えにならないかもしれませんが、まずもって医師の総数の確保、続いてもう一つ、地域偏在と診療科の偏在といった課題が今現実にあります。医師の絶対数を増やしていく施策につきましても、御案内のとおり大学の入学定数を増やして、それに伴って修学資金を貸し付けて、一定年数は必ず義務として地域に残っていただくといった施策をやり始めて、卒業して、今初期研修医に入ってきている段階に来ております。もう1、2年しますと、こういった方々が研修を終えた臨床医という形で世に出てくる期間になってきて、総数自体は増えてくるといったような大まかな流れになってございます。

一方、先生からご指摘ございました専門医制度は、新たな制度が平成29年度からスタートしますが、現在、実際にプログラムをやっていく拠点病院ごとのプログラムの編成と申しますか、そういったものが現在進んでおります。診療科ごとにプログラムはでき上がっていきませんが、最も大きいのはたぶん内科系の診療科の専門医プログラムをどうするかといったところで、東北大学病院を中心に各地域の拠点病院等においても独自のプログラムを作っていくといったことになろうかというふうに現在準備が進んでいると把握してございます。そのプログラム、内科の専門医プログラムはお聞きするところによりますと大体3年間のプログラムが標準になるということですが、その3年間のうちの一定期間はプログラムを抱える基幹病院と連携する施設、いわば地域の施設の方と一定期間の症例数を抱えながら、必ずローテーション的に勤務をして、修行を積んでいくといったようなプログラムが標準的になると聞いております。したがって、3年間のうちの何年、どれぐらいになるかというのはまだ未確定ですけれども、一定期間は必ず地域の医療機関の方に出ていく期間が出てくるといった形になろうかと思っております。その地域の医療機関との連携体制ですね、それは、東北大学はもちろんですけれど

も、各拠点病院でプログラムを構える病院の方からも、地域の方からも一定期間出ていくと、こういった複合的なスタイルを確立していくことによって、期間限定、人数限定にはなりませんけれども、一定期間ある程度の人数は地域の医療機関の方に必ず勤務していくといった体制が整いつつあるといった状況にはございます。いかんせんまだ正式な状況にはなってございませんので、そういったことをとらまえた上で地域の医療の人材確保、こういった方向に何とか持っていくように、病院、大学当局等々とより緊密な連携調整を図っていきたいというふうに思っております。

(近江座長)

先生、どうぞ。

(蒲生委員代理)

今の点に関してちょっと補足ですが、今度の専攻医のプログラムというのはかなり、土井先生ご心配されているよりはむしろ大学に一旦人を集約する形、というのは内科医系にしても外科医系にしても、専攻医のプログラムをつくれる病院が宮城県で恐らく大学病院と大崎市民病院と石巻赤十字病院と仙台市立病院、それに仙台医療センターぐらいかな、たぶんそのくらいの数しか専攻医のプログラムはつくれないですね。そういうところにみんな若い人たち、特に奨学金を宮城県から受けている人たちがみんな集まると、結局そこだけで教育を完結できないので、必ず地域に出すことになると思います。むしろこれからは若い人たちの教育にこだわるなら一定期間は地域に出ていくというのが定常化するというふうに私は考えている。たぶん、動向を見ると。例えば大崎市民病院は研修医が来ても、そういう人たちが来ても病院だけではとても教育できないんですね。大崎からいろんな地域に一定期間出すというようなプログラムをつくらないと教育できなくなってくるので、むしろそういう流れになるというふうに思っております。

(近江座長)

よろしいですか。いろいろ議論はあると思うのですけれども。

ほかに、どなたか。小野先生、どうぞ。

(小野委員)

古川星陵病院の小野でございます。お世話様でございます。

私どもの病院は、医療整備課から300床の療養病床数をいただきまして、工事に着工し始めたところなのですが、療養病床の削減という話を聞きますと、いただいた上にじき返す羽目になるのかなと非常に不安に思っているところでございます。新聞で最大20万床削減の記事に対して、厚生労働省の医政局のほうから参考値としての位置付け、それから稼働している病床数を削減させるような権限は存在しない、それから医療体制を構築するまでのあくまで自主的な取り組み、あと需要に対しての適切な提供というふうなお話が各都道府県に通知が出たのは県の皆様もご存知のことだと思います。一方、去年10月9日に財政制度等審議会では民間医療機関に対する転換命令等、医療保健上の視点に係る都道府県の権限の一層の強化という事案がもう既に出ておまして、28年度末までに結論を得て、遅くとも29年度通常国会に所要の法案を提出ということが財政審議会でもう既に発表されているところでございますので、転換命令等ということで、命令という非常にはっきりした文言が入っておりますので、私ども民間も転換してくださいというはっきりとした命令を受ける立場になるのかなというふうに思っている次第です。

前回、この間並木先生のご質問で、公的病院は現行、知事の命令で病床などの削減に応ずる

というふうなお話向きがあったように思います。たぶん民間病院と公的病院では取扱いが違ってくるのかなとは思いますが、現状公的医療機関はどのような状況に陥ると例えば転換とか病床の返還というふうなことになるのかなというふうに思っておりまして、そういうこの状況をお聞かせいただいて、民間医療機関が同じにならないにしてもある程度参考とか心積もりになればなというふうには思っているところなので、県の方からのお返事をいただきたいというふうに今日は思って来ました。よろしくお願いします。

(近江座長)

今の小野先生の不安といいますか、そういったものについてお答えいただきたいと思いますが、けれども。

(事務局)

宮城県医療整備課医務班の八楯と申します。大変お世話になっております。

現在の医療法の規定上、まだ現段階で地域医療構想が策定できていないという状況で、現在、都道府県に与えられている権限としては、小野先生が先ほどおっしゃいましたとおり公的病院に対しては稼働していない病床を返還してくださいというような命令権限というのがあります。今現在、地域医療構想ができていない段階で都道府県知事に認められている権限というのはその1点でございます。地域医療構想策定後は、例えば必要病床数よりも過剰な病床機能、慢性期が過剰ですとか、急性期が過剰だといったことができた場合に、そういった機能での病床等の整備を考えていった場合におきましては、民間の病院さんに対しては、少ない病床機能を整備してくださいというような要請、それから公的病院に対しては命令・指示ができるという整理になっておりまして、ゆくゆく地域医療構想ができた際にはそういった役割が都道府県のほうに出てくるということになってございます。

(近江座長)

民間病院には要請という形だそうです。

(小野委員)

現行では要請だということはよくわかっております。ただ、法案が通れば転換命令ということなので、命令いただくようにやはりなるのだらうなというふうに理解をいたしました。どれぐらい私どもの立場をご理解いただいたりとか、何か申し開きをしたりとか、ご相談できるような余裕があるのか、一方的に言われるのかなというのはちょっと、命令等という非常にはっきりした文言で出ておりましたので、非常に不安に思った次第ではあります。また何かわかれば、早い段階でお教えいただければ非常に安心できるのかなというふうには思いました。

(近江座長)

大変な問題ですので、ひとつよろしく願いいたします。

ほかにご意見ございましたら、どうぞ。7時35分ごろまでこの問題について質疑応答が許されておりますけれども、いかがでしょうか。もしなければこの後ということでもよろしゅうございますか。

それでは、ひとまず議事(1)は終わらせていただいて、議事(2)の構想の達成に向けた施策等についてということで、ご説明いただきたいと思っております。

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。

(近江座長)

事務局から構想の達成に向けた施策のあり方についての説明がございました。これを参考にしながら、この区域での構想達成に向けた取り組みの方向についてどのようなものが考えられるか、ひとつご意見をいただきたいと思います。

(蒲生委員代理)

まず、今回病床機能の地域構想をつくる時に、病床機能報告制度というので一度この圏域も、昨年度ですか、病床機能がそれぞれ自主的な報告で寄せられたのだと思いますが、その報告制度からのそれぞれの急性期、回復期、慢性期、高度急性期の実態と、最終的に目指すバランスまでまだかなりの乖離があるはずで、例えばこの11ページで医療資源投入量によって、最初に自主的に回答を求められた病院群は急性期と回復期とかそういう言葉で、みんな答えているのだと思いますが、この医療資源投入量によってこういう機能になるのですよっていうことをもう少し具体的に施設に説明をしていかないと、例えば大崎市民病院事業の中でも実際には岩出山病院、鹿島台病院、鳴子病院はそれぞれ40床、40床、50床の急性期として届け出ているのですが、この医療資源投入量をきちんと試算すると、ほとんどこれは全部回復期でいいはずなのですね、市民病院は、急性期じゃないのです。というふうに、市民病院自体ももう一回精査して、急性期じゃなくて回復期ですよっていうふうに定義し直すつもりではいますが、そういうことを定義し直す急性期じゃなくて回復期のほうがいいのか、いや慢性期じゃなくて回復期のほうがいいのかということが必ずきちんと定義すると出てくるはずで、まずそこを丁寧に説明した上で、きちんともうちょっと実態に合った報告をするということが基本にあるのではないかなと思うのですけれども、それをどういうスキームで県が利用するなり、あるいはこの協議会がリードするなりでやっていくのがいいのかということ議論したほうがいいのかというふうに私は思います。

(近江座長)

病床機能分類をどのように、皆さんが納得できる形で制定できるかということですが、どうでしょうか。

(事務局)

病床機能報告のあり方についてですが、実はあさって、2月4日に厚生労働省のほうで地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会、13回目の検討会が開かれる予定でございまして、そこの議題の中で病床機能報告の病床機能の基準についての考え方についても一つの議題になるようでございます。そこで、これまで定性的に報告されていたものをどこまで定量的にと言いますか、それぞれの主観とかがなるべく混ざらないような形での報告制度になるのかも含めて、方向性くらいは示されるという話も聞いていますので、その情報がわかった時点でまたお知らせしたいと思いますし、それがたぶん今年、もしくは来年からの病床機能報告に反映されていくのだろうと考えているところでございます。

(近江座長)

先生、よろしいですか。検討されるということですね。
はい、どうぞ。

(石橋委員)

若柳の石橋病院の院長の石橋といいます。いつもお世話になっております。

僕、前回の会議をくしくも欠席してしまったのですけれども、この構想自体の話の前回事務局から報告を受けて、今回参加させていただいて、率直な意見として思うことは、的外れかもしれませんが、いんですけれどもご了承ください、まず今やろうとしていることで一番大事なのは、要するに患者さんや家族にとって一番いい施策なのかということ自体が何となく、それを忘れて進めてしまおうとどうなのかなって思うんですね。要するに、制度はつくりました、システムはつくりました、でも本当に医療制度自体整備したものが国民にとって、地域住民にとって一番いい制度なのかということがあまり出てきていないような、もちろん皆さん知ってお話されているのだと思うんですけれども、必要なんじゃないかなと。それで、すごく不思議なのは療養病床、僕は医者になってずっと、海外の病院とかも見たことがあるのですが、日本の健康保険制度というのは世界に冠たるものだと思っているのです。すばらしい制度をつくってやってきて、うまくいっているなと思っていたのです。だけど最終的に何か国の方向性が違って、国自体が少子高齢化になって、要するに経済的にも医療に回すお金がなくなったというようなことで、いろんなことを策としてやっていくのです。じゃあ宮城県は、日本がつくった保険制度でうまくいってなかったのかといったときに、僕はうまくいっていたのではないかなと思うのです。それをあえていじらなきゃいけない理由というのが全然明記されてないのです。療養型自体というのも、要するに我々がどういう医療をやりたいかということも大事です、けれどもどういう医療を求められているのかということがそれ以前に優先されなければいけないのだと思うのです。だから、小野先生がおっしゃった療養型を増やすというのは、たぶん地域にとって必要だと思ったから増やしたいというふうに手を挙げたと思うんですね。もっともなのです。だけど、宮城県は療養型に関しては全国でも下から2番目ぐらいですよ。なぜそれをいじっていかなきゃいけないのかということがわからないで、国がそう決めたからやらなきゃいけないのですよというのは、僕はちょっとおかしいのではないかと。僕の考えが間違っているのかもしれないですけれども、何か不思議な議論をしているような気がするのです。この地域の医療にとって一番いいスタイルというものの自体、そのものを考えていくということ自体が地域医療じゃないかなと思うのです。だけど、何か国民不在、国民不在ってよく言われますけれども、これも要するに医療・福祉を受ける国民自体がどうなのかなというのがちょっと率直な感想です。すみません、前回出てきて何か言えばよかったと思うんですけれども、ちょっとそういう感想を持ちましたので、ちょっとお話しておいたほうがいいのかなと……。

うちは栗原市で、主に公的な病院と連携して、急性期を終えた方、国民にとっては急性期も慢性期もわからないです、実は。医療従事者を中心にわかっているだけであって、病院にかかる人間にとっては急性期も慢性期も回復期もないのです、実は。だから、いろんな病院と連携をとって、大崎市民病院とも連携をとって、うちは県北なので登米市、あと岩手県南の南光病院とか岩手病院とかとも連携をとってやっているのです。それを考えていったときに、例えばもし国の方針でうちの病床、極論を言うとゼロにしたらどうなるのだろうかと思ったときに、僕はちょっと怖くてできないですね、それは。今まで、僕はスタッフにも後方支援を頑張ろうぜって言っている人間なので、地域のために後方支援、要するに急性期病院ができないこと、あとは在宅でできないことを登米、栗原、岩手県南でうちしかなかったりするのです、それでやっていこうぜって言っている人間なので、恐らく次の今日の会議と次の会議というのは小野先生がさっきおっしゃっていた国から命令が下るかもしれないという状況になっていたときに、忘れてほしくないのは大切なのはここに住んでいる住民の人たちなのだよってことをちょっと付け加えさせてもらって、意見とします。どうもありがとうございました。

(近江座長)

この構想会議の根源的な問題が改めて提起されたような感じがするんですけれども、これにつ

いてどなたかご意見ございますでしょうか。はい、先生。

(蒲生委員代理)

患者のための医療というのはまさにそのとおりだと思います。急性期、回復期、慢性期というのはむしろ患者がわからないのもそのとおりで、だからこそ僕らがきちんとスキーム、結局かかるコストとか、投入する人材とか変わるわけですから、患者がわからないからこそ患者さんたちにとって一番いい連携のシステムをつくる責任はこちら側のテーブルに座っている僕らのほうにある。そのために議論するというので、例えばさっき僕大崎市民病院の分院の話をしました、急性期40床、40床、50床で出している。それは急性期と言うものの、例えば反対に言うと全麻の手術ができるところということです。うんと簡単に言うと、急性期病床というのは。そうすると、それは回復期でやったほうが絶対地域の住民にとっていい、この3分院は、極端に単純化して話をすると、急性期というのは全麻の手術ができるような病床を持った病院ということです。ほかにもいろいろ内科的な機能とかあるんですけども、そういうことを考えると回復期がこの地域にはもっともっと必要だねとかいう話が出てくるはずで、それは医療者じゃないとなかなかそこが整理できないので、ここでやっぱり整理する必要はあると思います。

(石橋委員)

全くそのとおりで、先生がおっしゃるように我々がやるべきところというのはさっき僕が言ったそれが念頭に置かれているということ自体というのが、こういう論議って結構熱くなればなるほど何か誰のためにやっているのだらうという話になるので、先生がおっしゃられるようにそのところを忘れなければ一番いい案が出てくると思うのです。どうもありがとうございます。

(近江座長)

基本的にはこの大崎・栗原地域の患者さんのためにということですね。そういうことを考えた上で、先ほどの事務局のお話について、もう少しご意見なりございましたらどうぞ。

この構想会議というのは、もちろん包括ケアとも離すことはできない、ほとんど同じようなものですよ。同じようなベースを持っているのですが、この在宅ということに関してですけれども、盛んに今在宅医療の勉強会とか研修会をやっているんですけども、果たしてこれがどんどん発展するのかどうかということに対して、私ちょっとやっぱり今疑問を持っているんですね。というのは、大都市部ならばやっぱり必要だろうと思うんです。そんな簡単に施設がくれるわけないから。しかし、これだけ広範囲にわたって医師の少ないところで、しかも最近若い開業医も来ないんですね。当直も結構苦労しているところなんです。

それからもう一つお話しさせていただければ、看護師さんが絶望的に少ない。うちの医師会も学校をやっているんですけども、看護師さんを育てる教員がまずいない。いくら探してもいない。もう私暗澹たる気持ちになりまして、こういう状況でこれ何か打開策というのは果たしてこれから出てくるのだろうか、こういったふうにいるんなものをうちあげてはいるんですけども、そういう気持ちがするんですけども、いかがなものでしょうか。

病床を考える上で、在宅医療をどこまでやれるかということが非常に慢性の病床を考える上で大事だろうと思うんですけども、私はやっぱりいわゆる各病院との連携というのがすごく大事じゃないかなと思うんですけども、看取りはあくまで在宅医、かかりつけ医がやらなくちゃいけないのかということになりますと、これは負担が大き過ぎてなかなか難しいだろうと思うので、そこはやはりもう何度も言われていますけれども一般病院との間で連携をもっと密にしてということがすごく大事だろうと思うんですね。それから、一般病院のレベルアップもすごく大事ですよ。慢性だから特に要らないというわけじゃないわけで、やはり在宅の患者さんを送り込むにはやはり一般病院の方にもおくらなくちゃいけないということで、看護師さん、医師の確保とい

うのはすごく大事だなと思っているんですけども、どうでしょうか。はい、どうぞ。

(高橋委員)

看護協会の高橋と申します。

看護協会では、仙台のほうで総合研修ということで、在宅を目指す看護師と、あとは病院で働く看護師、あるいは施設で働く看護師といういろいろな分野で研修を始めています。ですので、私たち大崎とか栗原の者が仙台のほうに出向いていくという時間帯もありますので、本当にこの地域でそのようないろいろな施設とか病院で働いている看護師の研修とかが実現できれば、多くの看護師が参加できるかなとは思っております。

それから、届け出制度ということで、離職をしたときに看護協会のほうに届け出をして、潜在看護師のほうの発掘ということにも看護協会では努めております。

以上です。

(近江座長)

大変力強いお言葉、ありがとうございます。

はい、蒲生先生。

(蒲生委員代理)

私たちは病院医療のほうを担当する側なので、在宅のほうは直接はあれなんですけれども、先生がおっしゃったとおりにやはり地域全体でバックアップする、バックアップ側にはいると思っています。バックアップ体制がかなり安心して地域分、もちろん大崎市民病院や栗原中央病院だけじゃなくて民間の病院も含めて在宅医を支援するバックアップ体制を病院側がどうつくるかというの、一つ在宅がうまく進むための要件だと思っていて、例えば成功事例というのものもあるわけですね。大崎地区じゃないですけども、登米では在宅の新しい診療所ができて、そこは若い先生たちがやっていて、今は非常勤も含めると5、6人……、いや、7、8人かな、のチームで在宅をやっています。そこは我々大崎市民病院もうそうですけれども、登米市民病院と栗原中央病院と非常にうまく連携をチームでつくっていて、若い人たちがおもしろくて、東北大学から研修に来ているんですね。だから、やり方次第ではすごく一気に進む可能性もあって、そこを全力でバックアップしたいと、病院群としては。だから、ここに今日お集まりの病院以外にも民間の病院がこの地域にいくつかありますから、ぜひそういう病院の院長先生たちが一堂に集まって、この会議に出られていない先生方も含めて全体の連携システムをちゃんとつくれるような話し合いの場というのをつくっていただきたいなとは思っています。在宅の支援というのは、在宅医だけではできなくて、入院病床を持って、困ったときにバックアップできるという仕組みと平行だと思えます。

(近江座長)

まさにそのとおりで、在宅医と病院、それから病院群の間の連携がうまくとれるようにならないとなかなか難しいだろうと思えますけれども。その方向にあえて行こうと思っておりますけれども。

ほかに何かご意見ございましたら。先生、どうぞ。

(石橋委員)

たびたびすみません。さっき先生がおっしゃった在宅医療というものがいろんな施設も含めて在宅医療と。国は箱物をつくるときって結構補助を出してくれるじゃないですか。でも、人材育成ってあんまりしてくれないんですよ。現場任せの部分があって、だから在宅医療というもの

自体をじゃあ将来充実させてって言うんだったらどうやって人材を確保し、地域医療に供給するのかと、その方針自体も同時にあわせて示してほしいかなと思うんです。例えば看護学校を増やしていく、あとは介護士の確保はどうするんだと。必ず施設、何万人分の施設をつくったら、それに見合った看護師の供給が必要になってきますよね。この場で言うのも何なんですけども、栗原市に医学部が来るっていったときに、絶対無理だって医療従事者はわかるわけですよね。なぜかという、要するにパラメディカルが集まらないということ、看護師、介護士、その他の人間が集まらないということが明確だったわけじゃないですか。それはちょっと言い過ぎですけども、この地域の問題点というのは、結局は、ここだけじゃなくてやっぱり地域の問題点はスタッフの育成を国がどう考えているのかということ、箱物だけじゃなくて人材自体の育成をどうしていくのかというのが問題だと思います。

あともう1点は、これも先生おっしゃったのかな、地域でじゃあ今度本当の在宅をやった場合に、遠過ぎるんですよ、個々の家庭が。僕も前に在宅で行ったことがあるんですけども、午後、登米、栗原で3件しか回れないんですね。だから、それが現実的にどうかということ自体がある地域なんだなということも考慮して進めなければいけないかなと思います。

(近江座長)

確かに大崎・栗原は広いですね。お金もかかるんですね。

(石橋委員)

一番は人材の育成を。

(近江座長)

その人材の育成に関して、県のほうとしてどなたか。

(事務局)

今回、人材の育成を国がどう考えているのかではなくて、逆にこの地域で、今お話をお伺いしていますととにかく人材の育成が大切だということであれば、この地域の取組の方向性として、例えばさっき近江先生が言ったとおり、看護師の学校に先生が集まらないのであれば、先生を増やすような支援策が欲しいとか、定数を増やすのであれば、増築というんですかね、そういうのが必要だとかという、そういうご意見を今日いただければと思います。ただそこまで具体的に書くと、そこだけしか補助金とかつくる時になかなか融通がきかなくなるので、この地域としては医療従事者の養成のための施策を充実させることが必要だとか、そういった形で構想のほうには書き込んでいくような形になろうかと思っています。ただ、そうは言ってもこの地域でやっていただかなくちゃならないので、県立で何かそういうのをつくるとか、そういう話ではなくて、こちらの方々が自主的に取り組むものに支援できるものは支援していくという形になっていくのかなというふうに考えています。

(石橋委員)

県立じゃないと無理だと思います。前にそういうことを確か平田先生、登米・栗原で看護学校を共同でと考えたんですけども、市をまたぐと責任問題で大抵嫌がるんですね。どっちの責任でそれをやるんだって話になるので、行政として市、県をまたいだときに何か外国とやるみたいな感じの制度になるので、やるとすれば県がやらなければ難しいのが現状だと思います。市をまたいだら、必ず責任問題が発生するというのが今ありますので、そういうところから入っちゃうので、何をすべきかよりもどの責任だになっちゃうので、やっぱり県が絡まなければ実現しないのかなというふうに思っています。

(近江座長)

いろいろ我々もアイデアを出して、県を動かして、県にお願いして、どういう形になるかいろいろ勉強していかなくちゃならないと思いますけれども。どうでしょうか。先生、いいですか。

(平田委員)

先ほど石橋先生がおっしゃいましたように、栗原市は広いですね。とても回り切れないといえますか、それが一つ。

もう一つは、人口の減少が非常に、10年で1万人くらいのペースでどんどん減っています。ということは、ご老人を介護する人材、人も減っているんですね。そういうのが問題にあります。

もう一つ気になるのは、在宅医療をしている医師ですね。医師がどんどん高齢化してきております。近江先生おっしゃいましたように、若い人が戻ってこないんですね。それが非常に気になります。それをじゃあどうしてカバーしていくかとなると、介護施設、それから介護サービス、これの充実が絶対必要ですね。それがない限りは、在宅医療その他、今までの構想とちょっと違って地域包括ケアのほうに入るかもしれませんけれども、無理だろうというふうに考えております。

(近江座長)

いろんな意見を頂戴いたしましたけれども、大体いろんな意見が出ましたので、本案を作成する際に参考にしていただきたいと、このように思っております。

もうそろそろ時間も押してまいりました。そのほか、この場でぜひお話ししたいということがございましたら。はい、どうぞ。

(戸田委員)

この会議、1回目からここまで病床機能の役割の分化をどういった形にするかということが主な議題だったので、歯科の方では、そういうものが決まってからの受け皿としての役割と考えておりましたので、なかなか発言する機会がありませんでした。この会議も、それほど回数がないということでしたので、お話させていただきます。歯科における在宅での役割としては、今までの口腔機能の回復だけでなく基礎疾患の重症化・発症予防、栄養管理などでも協力できるのではないかと考えています。また、先ほどの資料では病院歯科のスタッフの充実ということがありましたが、大崎では既存の歯科診療所の先生方を十分活用させていただいて、在宅における口腔機能の改善というものに取り組みたいと思いますので、是非ともその体制作りというものも構想の一つに加えていただければと思っています。

(近江座長)

先生から力強いお言葉をいただきました。

ほかに。先生。

(及川委員)

先ほど平田先生が言ったこと、加美郡も同じですね。3つ言いましたけれども、ほとんどうちも同じ。ちょっとだけ違うのは、1人頑張ると何とかと、加美病院にヨコヤマ先生という方がいらして、それで在宅はかなりやっつけていただいています。でも、逆に言えばそういう人がこけるとまたあつという間になくなるということで、今のところ1人のボランティアに近い、そういうところにおんぶしている部分があるんじゃないかという気がするので、これから先、これをもっと広がってくれればいいけれども、どうなんだろうとちょっと心配しています。

(横山委員)

遠田郡医師会の横山です。

一応遠田郡医師会ではアンケートをとって見たんですけれども、ここ1年間で在宅で看取りをした医者というのはほとんどいないですね。私は何人かしましたけれども、あとゼロなんですね。どこか病院に行って亡くなっているというのがほとんどみたいで、そういう状況でこれを進めていくためには、最後のページにありましたけれども、そういう在宅での医療機関の同行訪問を含んだ研修というんですか、それにはやっぱり財源が必要で、そういうものを具体的に、看護師さんもそうですし全てそうですけれども、やっぱり財源がないとそれはできないし、それを具体的に進めていかないと、ただ紙の上だけの話になってしまうのかなと思いました。

(近江座長)

時間が過ぎてしまいました。最後は在宅の話ばかりになっちゃったみたいですが、最後の話だということで皆さんいろいろお話しいただきましたけれども、以上をもちまして私のほうとしてはこれにて議事を終了させていただきます。ご協力どうもありがとうございました。

以上