

平成29年度宮城県地域医療構想調整会議

(仙台区域：塩釜・黒川地区部会)

日 時 : 平成29年8月7日(月) 午後6時30分から

場 所 : 宮城県行政庁舎 9階 第一会議室

1. 開 会

○司会 皆様、おばんでございます。

定刻前ではございますが、丹野委員からは本日遅れる旨のご連絡を頂戴しておりましたので、ただいまから仙台区域の地域医療構想の調整会議、塩釜・黒川地区部会のほうを開催させていただきたいと思っております。

2. 挨拶

○司会 開会に当たりまして、宮城県保健福祉部医療政策課長の千葉からご挨拶申し上げます。

○千葉医療政策課長 千葉でございます。

本日は大変お忙しい中、ご出席賜りまして、誠にありがとうございます。

また、皆様方におかれましては、日頃より本県の医療行政の推進につきまして格別のご理解とご協力を賜りましておりますこと、重ねて御礼申し上げます。

さて、この会議は、医療法に基づきまして昨年策定いたしました地域医療構想の推進のため、地域において今後不足すると考えられる医療の機能や役割などにつきまして関係者の皆様と意見交換や調整を行う場として、県内4つの二次医療圏ごとに設置しているものでございます。

ここ仙台医療圏につきましては、非常に大きい医療圏になりますことから、3つの地域に部会を分けて設けておりまして、先日、仙台市域部会を開催したところでございます。本日に続きまして、今後、名取のほうでも開催することとしてございます。

後ほど、この調整会議の位置づけや今後の病床機能報告の状況などにつきましてご説明してまいります。皆様方におかれましては、ご専門のお立場から、また、医療現場の生の声として忌憚のないご意見を頂戴し、今後の進め方の参考にできればと考えてございます。

今日はできるだけ多くの意見をお聞かせいただき、情報共有させていただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

○司会 それでは、ここでお配りしております資料のほうを確認させていただきます。

まず1枚目に次第がございまして、裏面に本日の出席者名簿、そして2枚目に座席表、続きまして本調整会議の開催要綱と部会の運営要領と続きます。以降、本日の会議資料になります。右肩に資料番号、資料1と資料2とございまして、以降、参考資料の1から7まで続いております。不足等ございましたら事務局のほうにお声がけいただければと思っております。

それでは、本日は初めての会議となりますので、お手元でございます委員名簿に従いまして委員の皆様をご紹介させていただきます。

宮城県塩釜医師会副会長、赤石 隆様です。

黒川医師会会長、新海準二様です。

塩竈市立病院管理者、伊藤喜和様です。

富谷中央病院院長、佐々木修一様です。

仙塩総合病院理事長、鈴木寛寿様です。

松島病院理事長兼院長、丹野 尚様ですが、本日遅れる旨のご連絡をいただいております。

坂総合病院院長、内藤 孝様です。

公立黒川病院管理者、本郷道夫様代理として、本日は事務部長の櫻井博義様にお越しいただいております。

宮城利府掖済会病院院長、宮川英喜様です。

仙台リハビリテーション病院院長、渡邊裕志様です。

塩竈市健康福祉部部長、阿部徳和様です。

大和町保健福祉課課長、千葉喜一様です。

宮城県塩釜保健所所長、櫻井雅浩です。

同じく宮城県塩釜保健所黒川支所支所長、遠藤 薫です。

また、本日は地域医療構想を策定する際に懇話会の座長として取りまとめにご尽力いただきました東北大学の藤森研司先生にもオブザーバーとしてご参加いただいておりますことを、ご紹介させていただきます。

最後に、事務局のほうを紹介させていただきます。

先ほどご挨拶申し上げました宮城県保健福祉部医療政策課課長、千葉幸太郎です。

同じく医療政策課医療政策専門監、佐藤芳明です。

私、医療政策課企画推進班長の木村です。よろしくお願いします。

次に、本日の会議の公開・非公開についてですが、県の情報公開条例では非開示情報が含まれる場合等を除きまして公開が原則となっております。本日の案件は特に非公開とするべき案件がないものと判断されますことから、公開して開催することといたしますので、ご了承いただきますようお願いいたします。

2. 議 事

(1) 部会長及び副部会長の選任について

○司会 それでは、これより議事に入ります。

当調整会議部会運営要領第3第2項の規定によりまして、部会長が会議の進行を行うこととなりますが、部会長が選任されるまで、議事進行を事務局のほうで務めさせていただきます。

それでは、初めにこの部会の部会長・副部会長の選任についてでございます。

宮城県地域医療構想調整会議部会運営要領第3第1項の規定によりまして、部会に部会長及び副部会長を置くことになっておりますが、部会長・副部会長の選任についてはいかがいたしましょうか。

もしよろしければ、事務局案のほうをご提示させていただきますが、いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○司会 ありがとうございます。それでは、事務局案を千葉課長のほうからご提案させていただきます。

○千葉医療政策課長 事務局といたしましては、黒川医師会の新海委員に部会長を、宮城県塩釜医師会の赤石委員に副部会長をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○司会 ただいま事務局から新海委員を部会長に、赤石委員を副部会長にとの提案をさせていただきましたが、皆様いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○司会 ありがとうございます。それでは、皆様ご異議ないようですので、新海委員に部会長を、赤石委員に副部会長をお願いいたします。

では、大変恐縮ですが、両委員には部会長席、副部会長席のほうにご移動をお願いいたします。

それでは、新海部会長、赤石副部会長から一言ずつご挨拶をお願いいたします。

○新海座長 ただいま座長に選出されました新海準二でございます。

地域医療構想策定の際には策定調整会議、この意見聴取会で皆さんといろいろご意見を交換させていただいたところです。

その構想が昨年11月に策定され、今回は構想推進のために設置された調整会議として議論することになります。

今回は、事務局からさまざまなデータに基づく説明を聞き、地域の足元の医療提供体制がどうなっているのかを再確認するとともに、逆に委員の皆様からデータには出てこない現場の生の声をお聞かせいただくことで、まずは情報や問題意識の共有を図ることができればと思っています。

限られた時間ですが、皆様のご協力を得ながら議事を進めてまいりたいと思います。どうぞ

よろしくお願いいたします。

○赤石副座長 赤石でございます。

要綱にありますとおり、新海部会長が事あったときに務めさせていただくことになっております。どうぞよろしくお願いたします。

○司会 ありがとうございます。

それでは、座長、副座長が選任されましたので、以降の議事進行につきまして新海座長様、よろしくお願いいたします。

○新海座長 では、次第に従いまして議事を進めさせていただきます。

(2) 地域医療構想調整会議について

○新海座長 (2) 地域医療構想調整会議についてです。

事務局から説明願います。

○事務局 それでは、地域医療構想調整会議についてということでご説明をさせていただきます。

お手元の資料1をご覧ください。失礼して、座って説明をさせていただきます。

地域医療構想調整会議における議論の進め方についてということでスライドになります。

まずは、地域医療構想について簡単におさらいをさせていただきます。

本県では、昨年11月に地域医療構想を策定したところがございますが、下のスライド番号2番にありますとおり、2025年における医療需要と病床の必要量を、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能ごとに分類しまして、構想区域単位で推計をしております。そして、目指すべき医療提供体制を実現するために必要な病床の機能分化・連携については、この地域医療構想調整会議で議論することとなっております。

ページをおめくりいただきまして、スライド番号3をご覧ください。

国で策定しております地域医療構想策定ガイドラインのほうで示されております地域医療構想策定後の取り組み内容となっております。

枠の左側にありますとおり、まずは病床機能報告で集計した4つの医療機能ごとの病床数と地域医療構想で推計した必要病床数を比較します。それを踏まえまして、各医療機関の自主的な取り組み、つまり病床の機能転換のご検討を促すとともに、地域医療構想調整会議の場で機能分化についてご協議いただき、実際に機能転換をするとなった場合には、下にございます地域医療介護総合確保基金を活用してハード整備などをご支援するという構造になっておりまして、これを繰り返していくことで目指すべき医療提供体制の実現を図ろうというものでござい

ます。

スライド番号4に移りまして、今申し上げた内容が詳しく記載されています。

本日まで出席いただいております医療機関の先生方におきましては、1つ目の黒丸、現在行っている医療内容等に基づきまして、今後構想区域内において自院がどのような役割を果たしていくかをご検討いただきますとともに、2つ目の黒丸、調整会議の場を通じて地域における自院の位置づけといたしますか、立ち位置のようなものをご確認いただきまして、運営の改善と役割の明確化に役立てていただきたいというふうに考えております。

一方で、都道府県のほうといたしましては、協議の場となるこの調整会議を設置しますとともに、病床機能報告制度により各医療機関の現状を把握した上で、それらをわかりやすく資料・データにまとめまして、調整会議の場で皆様にお示しすることとなっております。

ページ移りまして、スライド番号5をご覧ください。

本県における調整会議の位置づけを記載しております。本県におきましては、地域医療構想を策定するに当たりまして、二次医療圏ごとに地域医療構想策定調整会議を設置いたしまして、地域の関係者からご意見を伺ってまいりました。構想策定後は、この策定調整会議を引き継ぐ形で今回の地域医療構想調整会議を設置したところでございます。

下に移りまして、本県の調整会議の概要をまとめております。先ほど、課長からの挨拶にもありましたが、構想区域ごとに4つの調整会議を設置いたしますとともに、医療機関数が多い仙台区域においては、3地区に分けた部会を別途設置してございます。構成員は基本的に策定の際の調整会議あるいは意見聴取会と同様とさせていただきます。

ページをおめくりいただきまして、スライド番号7をご覧ください。

調整会議での議論の進め方をまとめさせていただきます。この部分について、皆様と共有をさせていただければと思います。四角囲みの1段目、調整会議では、まず県のほうから地域における医療提供体制の現状と地域医療構想でお示ししております今後の医療需要をお示しさせていただきます。

真ん中の段、しかしながら、それはあくまでもデータでしかないので、このデータをどう見るかあるいはデータには表れない部分はどうかなどについて、委員の皆様が日頃の診療現場や業務を通じて肌で感じられている地域の課題も含めまして共有をさせていただければと思います。

3段目、その上で、地域で不足すると考えられる医療機能ですとか役割についてご議論をいただければと思います。

そして、下の矢印に移りまして、今後自院がどのような医療機能を担っていくべきかについてご検討いただくなど、自主的な取り組みを進めていただく際には、本日の会議で得た地域のデータをご活用いただくですとか、会議での議論・課題をご参考にしていただければと思います。

そして、矢印、左から上のほうに伸びます、この検討結果を次回の病床機能報告に可能などころから反映いただきまして、来年度の調整会議ではこれらを反映させた病床機能報告のデータを県のほうから提供させていただきます。

これを毎年繰り返していくことで病床の機能分化・連携を進めていきたいと考えております。

スライド番号8に移りまして、次の議題のほうでご議論いただくに当たって注意が必要な点ということで記載させていただきました。

タイトルの下の方にありますとおり、次の資料のほうでご議論いただきます病床機能報告の集計結果と地域医療構想の将来推計、これはそのまま比較できるものではないということでございます。病床機能報告は病棟ごとに4つの機能を選択していただきまして、それを自己申告していただくというものでございます。

実際の病棟内には、急性期ですとか回復期、場合によっては慢性期に当たる患者さんが混在しているという場合が多いかと思いますが、病床機能報告では、1つの病棟ではいずれか1つの機能しか選択できないことになっております。

一方、右側の地域医療構想の将来推計については、点数で切り分けた機能ごとに患者数をベースに将来の必要病床数を算出しております。

病床機能報告は病棟ごとの自己申告、一方、将来推計のほうは点数で切り分けた患者数がベースということで、それぞれ性格が異なりますので、単純比較というのができないものであるということでございます。

聞くところによりますと、他県で既に実施された地域医療構想調整会議の中には、このあたりの認識の共有が十分なされないまま病床機能報告の4機能の病床数と、それから、推計された2025年の4機能ごとの病床の必要量についてですが、その推計方法への疑問ですとか問題点に議論が終始してしまった例があったと伺っております。

この点については、この後の議題におきまして病床機能報告と必要病床数を並べて記載している資料が出てまいります、今ご説明しました2つの性質の違いを踏まえた上でお聞きいただければと思います。

ページ移りまして、スライド番号9、10のほうですが、こちらは国のワーキンググループの

資料を参考としてつけさせていただきました。

地域医療構想の実現プロセスということで、左側にありますステップ1では調整会議での協議、下に行きまして、ステップ2として地域医療介護総合確保基金により医療機関の機能転換を支援、それでも機能分化・連携が進まない場合は、右のステップ3として都道府県知事による適切な役割の発揮という部分が出てまいります。

例えば、地域で既に過剰となっている医療機能に転換しようとする医療機関に対しては、医療審議会での意見聴取等を経まして転換の中止を要請、公的医療機関に対しては命令することができるというものであります。

しかしながら、これはまずは調整会議における議論を踏まえまして、各医療機関において自主的な取り組み・検討が実施されることが前提であるというほか、医療機能の過剰・非過剰の判断材料となるこの病床機能報告、それと将来推計の関係については、先ほど申し上げたとおりでございますので、こういった権限の行使については枠組みとしてはございますが、それ以前に、まずは自主的な取り組みのサイクルを積み重ねていくということが肝要だろうというふうに考えております。

なお、9番目のスライドのステップ2にございます地域医療介護総合確保基金につきましては、本日一番最後の参考資料7として概要の資料をつけさせていただいております。こちらは消費税の増税分を財源として、国から財源をいただきまして都道府県で基金を設置しまして、病床を転換する医療機関などを支援しようというものでございます。

ページ、3枚目のスライドのほうには、現在、県のほうで実施しております病床機能転換支援の補助事業の概要を記載してございますので、後ほどご覧いただければと思います。

議題の2点目、地域医療構想調整会議についてのご説明は以上でございます。

○新海座長 ただいまの説明についてご質問等がございましたらお願いいたします。

ないようでしたら、この議事の(2)はこれで終わりとします。

(3) 仙台区域における医療提供体制について

○新海座長 続きまして、(3) 仙台区域における医療提供体制についてです。

事務局からお願いします。

○事務局 それでは、仙台区域における医療提供体制についてご説明をさせていただきます。お手元の資料2、医療提供体制の現状と医療需要の将来推計と記載されている資料をご覧ください。座って説明をさせていただきます。

こちらの資料は、地域における機能分化・連携を進めるに当たって、医療圏内の各医療機関の位置づけ、ポジショニングを把握していただくため、主なデータを整理したものでございます。

本日は、塩釜・黒川地区の部会ということでお集まりいただいておりますが、データ集計の関係上、仙台医療圏全体のデータを集計した資料となっておりますので、ご了承いただければと思います。

まずは、平成28年度の病床機能報告の結果などから、足元の医療提供体制を確認いただきたいと思っております。

資料を1枚めくっていただきまして、スライド番号3のページをご覧ください。

病床機能報告では、一般病床と療養病床を持つ医療機関に病棟ごとに高度急性期、急性期、回復期及び慢性期のいずれの医療機能を担っているかについて自己申告をしていただいております。

こちらの資料では、平成26年度から平成28年度までの3カ年分の報告結果、そして、平成28年度における6年後の予定である平成34年度の報告結果を棒グラフにして並べております。また、一番右側には、先ほどご説明したとおり、単純比較できるものではございませんが、参考ということで、地域医療構想でお示ししている平成37年、2025年の必要病床数を記載しているところでございます。

直近の平成28年度の報告結果と6年後の予定、そして必要病床数の3つのグラフについて、トレンドをつかみやすくするため太枠で囲んでおります。平成28年度の報告と6年後の予定というものを比較していただきますと、各医療機能ごとに若干の出入りはあるものの、大きな動きは見られない状況ということになってございます。

続いて、下のスライド番号4のページをご覧ください。

病床機能報告では、医療機関から様々な項目についてご報告いただいておりますが、その中から、入退院患者数から平均在院日数と在宅復帰率を計算したものがこちらということになります。上が平均在院日数、下が在宅復帰率という表になっておりまして、どちらも縦軸に医療機能、横軸に医療圏ということで、比較できるような表になってございます。

仙台地区についていいますと、いずれの表も高度急性期の数字が他の圏域と比べてやや開きができるような状況になっております。これは、ほかの3圏域、3医療圏における高度急性期病床が地域の中核的医療機関のICUでありますとか救命救急センターなどから構成されているのに対しまして、仙台医療圏の高度急性期については、様々な病院の病棟から構成されてい

ることによりまして、数値的にちょっと際立った形になっているのかなというふうに考えてございます。

なお、一番下の欄外に記載しておりますけれども、こちらで示している在宅復帰率につきましては、家庭への退院のほか、介護老人保健施設でありますとか介護老人福祉施設等の福祉施設への入所も含んだ数字となっておりますので、ご留意いただければと思います。

続きまして、隣のページのスライド番号5をご覧ください。

こちらは病床機能ごとに本区域、仙台医療圏の新規入棟患者の入棟前の場所を記載したものでございます。高度急性期、急性期につきましては家庭からの入院が7割から8割ということになっておりますが、回復期につきましては転院・転棟が約8割ということで多くなっておりまして、慢性期につきましては転院・転棟が4割、家庭からの入院が約5割となっていることに加えまして、介護施設、福祉施設からの入所が1割弱というような状況になっております。

下のスライド番号6をご覧ください。こちらは、今度は入院患者が退棟する際にどちらに移ったのかというものを、同じく病床機能ごとに整理したものでございます。高度急性期につきましては院内転棟が約4分の1、家庭への退院が約6割となっております。急性期、回復期では家庭への退院が大体7割強ということで、慢性期では死亡退院というものが2割強あるほか、福祉施設等への入所が他の医療機能よりも多くなって1割強あるというような状況でございます。

なお、個別の病院ごとの病棟の状況につきましては、参考資料1としてお配りしておるA3のデータがございます。若干細かい数字がたくさん記載された資料になっておりますが、こちらに記載をしております。

皆様からご報告いただいた病床機能報告のデータについては、病院ごとの個票を県のホームページのほうで公表しておりますが、こちらのこの参考資料1というのは、ご報告いただいたデータを項目ごとに病棟単位で整理した資料ということになります。病棟ごとの医療機能から始まって、許可病床数等々ございます。病棟ごとになっていきますので、ページ数でいうと7ページ目ですね。1つの項目が終了しまして、8ページから14ページにまた新たな項目で整理しているというふうなデータになっております。この場での詳細な説明は割愛させていただきますが、お戻りになってからこちらをご覧くださいいただければと思います。

それでは、もとの資料2に戻っていただきまして、こちらのスライド番号7の資料をご覧くださいいただければと思います。

H28病床機能報告の結果（診療実績等）①という部分です。病床機能報告では、平成28年6

月分の診療について具体的な医療内容をご報告いただいておりますが、こちらのスライドでは、手術でありますとか救急車の受入件数でありますとか、主に高度急性期から急性期の機能と思われる診療行為別に病院の内訳を示したものでございます。

仙台医療圏は病院数が非常に多くなっておりますことから、様々な病院により急性期医療が行われていますが、手術の種類ですとか救急車の受入件数等を見ていくと、各病院間で一定の役割分担がなされているのかなということが見てとれるかと思えます。

今ご覧いただいたスライド番号7番の下のスライド番号8の資料をご覧ください。

こちらは、今度は回復期や慢性期に属すると思われる主な診療実績について、それぞれ内訳を示したものでございます。整理したものでございます。

上のスライドと下のスライドを比べていただくと、双方のスライド、どちらにも名前が出てくる医療機関もございまして、おおむね高度急性期と急性期を担っている病院のグループと、回復期、慢性期を担う病院のグループというのが分かれているのかなというふうな印象を受けております。

地域における具体的な医療機関の役割分担については、もう少し細かいレベルでの診療実績というものを見ていただかなければいけませんので、少し細かい資料にはなるんですけども、本日お配りしている資料、参考資料2というものをちょっとご覧いただければと思うんですが、こちらの3ですね。ちょっと細かい数字がたくさん書かれた表になってございます。

こちらこの場での詳細な説明は割愛をさせていただきますが、こちらは各病院から報告いただいた昨年6月、平成28年6月の診療実績の項目ごとに、病院別のデータを並べた資料ということになります。手術の状況でありますとか、がんや脳卒中から救急、リハビリなど、幅広い項目について、他の病院の実績と比較できるような資料になっております。こちらは病院単位ですので、A3の資料、表と裏で1つの項目ということで、それぞれ整理をさせていただいております。

また、あわせまして、参考資料3というA4判1枚の資料をお配りさせていただいております。こちらの参考資料3は、部位別の手術件数の実績を整理したものとなっております。

また、参考資料4というものも同じようにA4判1枚で配付させていただいておりますが、こちらは全身麻酔の部位別の手術件数の一覧ということになってございます。

それから、参考資料5というホチキスどめの資料を配付しております。こちらをちょっとご覧いただきたいんですけども、参考資料5というものです。こちらは厚生労働省の研究班が急性期の度合いをはかる項目を整理してスコア化した急性期指標と呼ばれるものを整理した資

料ということになります。厚生労働省から各都道府県に提供されているデータということになります。

各医療機関からご報告いただきました診療実績のうち、急性期医療と関わりが深いと考えられる項目、66項目ということになっておりますが、そちらをピックアップして、全国平均を仮に1.0と置いた場合、各病院の数値がどれぐらいか、大きいか小さいかというのを把握することが可能な資料となっております。

ただ、ご覧いただくに当たって幾つか注意点がございまして、表面の箱囲みのところをちょっとご覧いただきたいんですけども、注意点と書いてあるところですね。こちらはこういった診療を行ったかという実績を積み上げたもので、医療の結果は反映されていないので、優れた病院ランキングのような形では使えないものということになっております。

それから、注意点の2つ目に書いてございまして、病棟単位ではなくて病院単位で集計した数字ということになるため、ケアミックスの病院では実態よりも低いスコアが出るというようになっているようでございます。ですので、あくまでそれぞれの医療機関の立ち位置を知るためのツールの一つとしてご活用いただければと思ひまして、配付をさせていただきました。

次のA3で2枚ほど数字が並んだ資料がございまして、これも病院ごとにそれぞれポイントを記載したものということになっておりまして、1.0より大きければ全国平均よりも上回り、1.0より小さければ下回るというような見方で見ていただくものとなります。

地域医療構想を推進する上では、それぞれの医療機関、皆様のご自身の医療機関の立ち位置というものを県内のほかの病院と比較していただきながら判断していただくということが重要となりますので、お戻りになってから、これらの資料をゆっくりご覧いただいて、ご自身の医療機関の立ち位置というものを数値的な部分からご確認いただければと思ひます。

それでは、また最初の資料2にお戻りいただければと思ひます。

資料2のスライド番号9というところをごらんいただければと思ひます。入院基本料におけるSCR（年齢調整標準化レセプト出現比）の状況①というところをご覧いただければと思ひます。

SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）というのは、端的に申し上げますと、各診療行為がどの地域でどれだけ出現したかというのを確認できるデータということになってございます。黒丸の最初に書いてございまして、全国平均が100となっております、100を上回ればレセプト数が多い、それ以下はレセプト数が少ないということになります。

年齢調整済みのデータということになりますので、高齢化率が高いからというような影響は

排除されていますが、流出入が考慮されていないため、仙台医療圏のように流入が多い地区ですと、数値が流入分だけ高く出る傾向はあるというものでございます。

以上を踏まえまして、スライド番号の10番、下の部分をご覧くださいと思います。こちらには、SCRのたくさんの指標がございまして、入院基本料の部分を抽出したものでございます。仙南、仙台、大崎・栗原、それから石巻・登米・気仙沼と4つの医療圏について記載してございますが、そのうち仙台の部分ですね。太線で囲った部分をご覧くださいと思いますが、上から3行目に7対1の入院基本料という数字が、仙台医療圏129.3というふうになっています。また、そこから4つほど下がっていただきますと、DPC入院の数字が123.2ということになっておりまして、高度急性期から急性期にかけての医療行為が多く提供されているということがわかります。

それで、7対1のすぐ下にある10対1を見ると、ここは105.8ということなので、ほぼ全国並みということになるんですけども、その下の13、15対1というところを見ていただきますと75.6ということで、やや低目になっております。また、先ほど見ていただいたDPCの下の療養病棟入院基本料48.3ということで、こちらも弱く出ているというような状況になっております。

このような見方をさせていただくデータということになりますが、本日お配りしている参考資料6というカラーの資料のほうには、ほかのこのSCRの指標も記載したものをお配りしておりますので、お戻りになってからご確認いただければと思います。

こちらの参考資料6のほうでは、120を超える数字が多いものは赤で着色しまして、80未満、少ないものについては緑で表示をしているというものですので、仙台医療圏については赤、通常100よりも多い、項目が多いなというのは、ぱっと視覚的にもご覧いただけるかと思いますが、詳しい内容はお戻りになってからご覧いただければと思います。

また、最初の資料2にお戻りいただければと思います。

スライド番号11、2013年度における区域内住民の入院先医療機関所在地ということで、スライド番号11番、12番は患者の流出・流入のデータということになります。

スライド番号11のほうは流出ということですね。区域内の住民の入院先医療機関の所在地を示すものということです。ご覧いただくとおり、慢性期、一部他の医療圏に流出しておりますが、それ以外の病床機能についてはほぼ医療圏内で完結しているのがおわかりいただけるかと思っております。

下のスライド番号12番のスライドは、逆に流入の度合いを見ることができまして、こ

こちらは高度急性期から慢性期まで、各医療圏からあるいは他県から一定の流入があるというのがおわかりいただけるかと思います。

次のスライド13番、14番以降は、地域医療構想でお示ししている医療需要の将来推計について、改めておさらいということでご覧いただければと思います。

まず、スライド番号14番、こちらは人口構造の見通しということになります。仙台医療圏の人口の見通しは、総人口は2020年を一応のピークに、その後は緩やかに減少していく見込みとなっておりますが、その内訳を見ていただくと、65歳以上の人口の比率、絶対量ともに増加するという一方で、15歳から64歳の生産年齢人口は大きく減少する見込みとなっております。

ページをめくっていただきまして、スライド番号15をご覧ください。

こちらは今後の入院医療需要の推計になります。仙台区域につきましては、高齢者人口の伸びに対応して、医療需要も2040年まで増加が続くというようなことになっております。

スライド番号16は、この医療需要を4つの機能ごとに分けてみたものということになります。全ての病床機能において、2025年まで増加、あとその後も増加ということになっておりますが、高度急性期が2025年以降は微増となっているのに対して、急性期、回復期、慢性期は、このグラフの角度がより急になっていて、この増加傾向がより著しいということになっておりますので、この部分へどのように対応していくのかというのが今後の課題になろうかなというふうに考えてございます。

次のスライド番号17のスライドをご覧くださいたいんですけども、こちらは、今度は機能別ではなくて疾病別に医療需要を見たものということになっております。がん、成人肺炎につきましては、それぞれ2025年に向けて1日当たりの入院患者数が200人以上増加するということが見込まれているということになります。

以上を踏まえまして、18番のスライドになりますが、こちらは冒頭でお示したグラフを再掲したものということになります。繰り返しになりますけれども、一番右側の必要病床数につきましては、病床機能報告でご報告いただいているものとちょっと積算の前提が違う病棟単位と患者ごとに算定するという違うものですので、単純に比較はできないものということになりますが、傾向としては増えるものということになっております。

急性期が2025年4,999、平成28年の報告値と比べると、7,187ということなので、2,000以上の開きがあるわけですがけれども、数字で2,000幾つ減らさなきゃいけないということではなくて、傾向として急性期が減少していく傾向。

一方で、回復期は平成28年度の報告では1,178であるのに対して、2025年は3,899ということ

で大きく増えるというふうな、そういう見込みになっているトレンドという形でご覧いただければと思います。

それをご覧いただいた上で、この数字について皆様が日頃の診療や業務の中で感じていらっしゃる実情を勘案していただきながら、どういった部分が不足するのか、回復期であればリハビリテーションなのかあるいは在宅期の支援なのかといった、どういった機能が不足しているのか。あるいは今そういった不足感を感じられているのかといったあたりについてご議論いただければというふうに考えてございます。

数字上で見える部分はこういった部分で、データとしてこういうのが出てきているわけなんですけれども本当にそうなのか。実際のところ、皆さんどのように感じられているのかというふうなご意見をお聞かせいただければというふうに考えてございます。

資料のほう、19ページ、20ページ、21ページ、22ページとございますが、こちらは将来推計と病床機能報告における医療機能の考え方ということになります。

19ページはそれぞれの医療機能ごとの医療資源投入量ですね。点数での境界線を示したものであるということになります。

20ページはそれぞれの境界点の考え方と患者像の例ということです。

21ページにつきましては、病床機能ごとにそれぞれ算定される特定入院料等の対応関係というものを示したものでございます。

それから、スライド番号22番については、特定入院料等を算定しない病棟について、入院基本料との対応関係を示したものであるということで、国のほうでも病床機能報告の精度を上げていきたいというふうに考えているようでございまして、今年度ご報告いただく際には、こういった部分も踏まえてご対応いただければというふうに考えてございます。

少し長くなりましたが、私のほうからの説明は以上でございます。

○新海座長 病床機能報告、地域医療構想での将来推計など、様々なデータの報告がありました。説明がありましたように、データをどう解釈するのか、データから見えない部分はないのかという視点が重要になってきます。こうしたデータを補うのが、実際に地域で医療に関わっている我々が持つ現場の感覚であろうと思います。

調整会議としては、最終的に地域医療構想の推進、つまり、2025年に向けて不足する医療機能をいかにして補っていくかを考えることだと思いますが、今回は初回ということもありますし、調整会議は現状や課題の共有が目的でもありますから、様々な立場からご意見を自由にご発言していただければと考えています。どんなご意見でも結構ですので、活発なご議論をよろ

しくお願いいたします。

また、本日は藤森先生にご出席いただいておりますので、何かお気づきの点があればご発言いただければと思っております。

では、ご質問、ご意見、どうぞ。赤石委員。

○赤石副座長 ちょっとご説明の資料に関して、2回上げていただいた、例えばスライド18の黒枠のところですね。一番右端と真ん中がたったの3年しか離れていないんですけども、この劇的な変化をどういうふうに説明されるのでしょうか。

例えば、黒枠の一番左端と真ん中はほとんど変わらないんですよ。6年あるんですけども、その右側のやつはたったの3年しか離れていないのにえらい構成が変わっているのは、これはなぜですか。

○新海座長 お願いします。

○事務局 必要病床数というのは、実際に行われている医療の実績に基づいて、将来の必要な病床数、このぐらい必要になるであろうというのを導き出した理論値というふうにご理解いただければというふうに思います。

一方で、病床機能報告というのは、それぞれの医療機関さんのほうで病棟単位で実際に受け入れているものを、病床の実態を見ながら判断していただいて、こういった機能を主に果たしているということでご報告いただいたものということになります。

必要病床数のほうが患者単位、それから、病床機能報告のほうが病棟単位ということもあって、必ずしも一致しないものというところもあろうかと思えます。

また、急性期の病棟ということでご報告いただいている中で、例えば回復期の患者さんを受け入れている例もあろうかなというふうにも考えてございます。ですので、国のほうの検討会などで言われているのは、病床の機能報告のほうとしては、ある意味、各医療機関さんのほうで標榜したいというか、こうありたいという姿が報告のほうに比較的表れていて、必要病床数のほうは患者単位で積み上げたときにこうなるだろうという、実際の診療実績に基づいて積み上げたときにこうなるだろうというような、推計した理論値ということになっていて、その差がこういう形で表れているとご理解いただければと思います。

○新海座長 確かに、3年間で余りにも違いますので、今の疑問は当然だと思いますね。

○事務局 それで、理論値ということもありますし、それから、その前提というのが、病棟単位と患者単位ということで違いますので、ぴたりと同じにはそもそもならないものという、前提として見ていただいているかと思うんですけども、先ほどちょっとご説明でも申し上げまし

たとおり、そのトレンドとしては、やはり将来に向けて急性期、理論上は急性期が今標榜されているよりも必要とされる量が少なく、回復期のほうが今標榜というか報告されているよりは多くなっていくというふうな傾向があるということ、将来の医療需要を考える際に、そうなっていくんだなということで皆様方の医療機関のほうで将来の姿、どのような形にということを考える上で、お考えいただく前提としてご検討いただければなというふうに思います。

○新海座長 ほかにご意見、ご質問ありませんか。櫻井委員。

○櫻井委員 公立黒川病院事務長の櫻井でございます。

今のスライドの18番に関連してお聞きしたいんですが、これはあくまでも仙台区域として包括された数字ですよね。今日、この部会というのは、いわゆる塩釜・黒川地区部会ということで前提になっていると思うんですが、この仙台市の中に包括されちゃうと、塩釜・黒川地区の実態というものがやはり見えないんですね。どの数字をもとにこの部会が議論していったらいいのか、私は非常に見えなくて、今日出ていない数字の中で塩釜・黒川地区のこの病床必要数であるとか、将来の推計ですか、それが出ているのであれば出していただきたいと思います。この数字で、やはりどういうふうに調整していくか、議論していくかというのは、なかなか議題にはそぐわないのかなという気がしますので、その辺、ちょっと質問と、今後数字が出るのかということをお聞かせいただければと思います。

○新海座長 はい。

○事務局 病床機能報告でご報告いただいている数字については、仙台医療圏ということでなくて、この塩釜・黒川で切り分けて数字をお示するというのもできるのですが、必要病床数のほうにつきましては、こちらは医療圏単位で数字を算定しているものですから、これの中身を地区ごとに分けるということがちょっとできないような状況になっておりまして、今日お示した資料というのは、そういう意味で、仙台医療圏全体としてのお示しというふうな形になっております。

○櫻井委員 分けられない理由というのは何ですか。

○事務局 構想区域が二次医療圏ということになっておるわけなんですけれども、二次医療圏の中で一定程度の高度急性期から慢性期までの4つの医療機能を充足するというふうな考え方になっておりますので、そういう意味からすると、主に入院の医療を提供する範囲内で入院の需要をはかるという考え方から、これを細かくしてしまうというのはちょっと技術的にも、考え方としてもなじまないところがあります。

○事務局 補足いたしますと、厚生労働省としての考え方が、入院が必要とされるべき医療機能、

これを二次医療圏というエリアの中で、基本的には自己完結することが望ましいという形でいろいろな施策をとっていると。そういうことから、地域医療構想についても、その二次医療圏の中で基本的には充足されるべきだという考え方の中で、膨大なデータを回しているものから、技術的に今の段階では、例えばより市町村単位ですとか、より今後の状況を狭い圏域での算出というのができないというのが今の実態になっております。

ですので、あくまで絶対値という押しえ方ではなくて、傾向として急性期よりは回復期のほうが将来不足するというような捉え方にしかならないという、そういう限界がございます。

あともう一点は、公的な病院以外に民間さんは様々な病院が実際にございますけれども、国の考え方は、まずは自治体病院なり公的病院が災害医療ですとか救急医療、それから周産期医療といった、極めて政策医療の度合いの強いものについて公的病院がどういう役割を果たしていくのかというところをまずお示しをして、それを見ながら、地域の民間病院さんに、例えば公的病院が急性期を非常に手厚くしていく傾向があるのであれば、それ以外の部分も担うのかどうするのか、そういったものの判断の材料にしてほしいというのが国の考え方になってございます。

それで、自治体病院につきましては、既に公立病院改革プランというプランを全病院が平成28年度中に策定しておりまして、そのプランの中で、病床の機能の再編なり整備のあり方について記述することということになっておりまして、こういったプランを策定しているかと思えます。

実は、国から通知が出たばかりで、まだ詳細をお示しできないものもあるんですが、8月4日時点で、自治体病院以外の公的病院、例えば日赤さんですとか独立行政法人の医療センターさん、そういった病院に対しても、公立病院の改革プランに準ずるようなプランの策定の要請通知というのが厚生労働省から出ております。今後、その詳細について、関係の公的な病院さんにはプランの策定をお願いすることにはなるんですが、先ほどの繰り返しになりますが、国のほうとしては、民間病院さんの前に自治体病院、公的病院について、この4つの医療機能の将来構想をまずうたっていただいて、それを地域の民間病院さんが参考にしながら、将来の自病院のあり方について見直す材料にしてほしいと、そういった形になっております。この仙台区域の部会についてなんですけれども、親会が1つ設置してございますが、余りにも膨大な数の医療機関さんがございますので、地域割で3つに、今日も含めて分けさせていただいております。その地域ごとにそこで自己完結するとか、そういったことをお願いしているわけではなくて、一応、顔の見える地域という形で、今回お集まりいただいておりますが、各病院さんの

将来構想などを参考にさせていただきながら、各病院がどう取り組むか。そういったもののあくまで参考の場としていただきたいということで、自治体、県としては、先ほど膨大なデータをお示ししたばかりですけれども、このデータをできるだけ読み解いていただいて、自病院の強みですとか、将来にわたってどうしていくのかの参考にさせていただければという、あくまでそういう参考の場の提供。国のデータを使いますと、急性期よりは回復期が不足しているという、このスライド18の結果、これはどの医療圏もほぼ全国的に一緒なんですけれども、医療機関の皆様からお聞きするのは、急性期が全て過剰というわけではないというお話ですとか、回復期が不足している、慢性期も不足していると言われるものの地域でそれほど不足しているという実態にはないというようにお声も各地域ではお聞きしておりますので、こういった一定の算式では表れないような地域の各病院の事情といったものを、この会議の中でいろいろ忌憚のない意見交換という形でお寄せいただければと、そういうふうと考えてございます。

ちょっとストレートな回答になっていなくて申しわけないんですが、そういうような位置づけとご理解いただければと思います。

○新海座長 どうぞ。

○櫻井委員 済みません。そうしますと、この平成37年、2025年の必要病床数のところで、回復期が3,899床と。これはクリアできなくてもいいという考え方でよろしいんですかね。

○事務局 必ずしも病床を削減するとか、そういった誘導をしていくという目的ではございませんので、各病院さんが判断して、地域でオーソライズされるような形であれば、そういった形もあり得るかと思えます。

○櫻井委員 ありがとうございます。

○新海座長 よろしいですね。

では、伊藤先生、どうぞ。

○伊藤委員 塩竈市立病院の伊藤と申します。よろしく申し上げます。

今、櫻井委員から話がありました。やはり、私は塩釜地区なんですけど、前は医療圏として塩釜は独立してございました。現在、8つの病院、仙塩病院さんが2つありますから全部で8つの病院がありまして、できるだけ病院長で集まったりして会議、いろいろな相談をしているんですけど、やはり、地域でそういう高度急性期・急性期・回復期の実際の報告と、それから将来の見通しのほうはということになると、実際わかりやすいなというのがあるんだと。それがわからない中で議論してもなかなか難しいところはあろうかと思えます。

それは難しいということなので、全体の中で考えなければいけませんけど、うちの病院が公立

病院ということで、新しい改革プランをつくりました。最初の改革プランは、平成21年からつくりまして、平成27年で終わりました、昨年からは新しい改革プランということで、そういう中で地域医療構想を見た上で改革プランを作成しろということで、一応うちの病院も機能を4つに分けて、急性期、それから地域包括ケア病棟をつくりました。一応、これは回復期ということで捉えまして、あとは療養。今、在宅もやっています、在宅は今大体100名ちょっとということで、4つの機能がある程度、そういう地域医療構想の意見を踏まえて組んでいるところでもあります。

ですから、さらにそこから進む場合にどうかという場合に、やはり細かい資料がもうちょっとあるといいかなと思って、県の中で考えていると、なかなかこの病院も難しい。仙台市全体で考えるとなかなかこれは難しいのかなという感じを私もしているものですから、せっかくこれだけ塩釜・黒川地区の皆さんがいらっしゃるから、そういう中で、これと同じような傾向だとは思いますが、実際に具体的に何床急性期が多くて、何床変えるべきだとか、そういうのがあるともっといいのかなと私は思っていますが。

以上です。

○新海座長 今の伊藤先生のご意見に関しては特によろしいですか。

○事務局 先ほどの回答と同じになってしまうんですが、現時点では、よりエリアを絞ったデータの提供はできないという形になりますので、圏域全体の傾向として押さえていただくしかないというのが現状になります。

○新海座長 赤石委員。

○赤石副座長 先ほどの公的病院がこの部会で、どういうふうやっていくのかというのが、黒川病院のお話もちょっと聞いてみたいと思うんですが、ただ、先ほどの乖離の話に戻るけれども、特に民間病院は保険診療報酬というもので動いておりますので、地域の病床のこれからの見込みがどうなるかということにストレートに、要するに受容するわけにはいかない事情があるんですね。したがって、この乖離が出てきているのではないかなと私は思うんです。

だから、本当にそういうふうに合わせてきたら、そういうふう診療報酬を合わせれば合うわけですから、その辺ちょっと県の方々にもその点は了解してもらい、この需要だけで動くものではないということだけは了解してもらいたいと思うし、それから、先ほど聞いていたら、多分、坂病院の内藤院長なんか怒っているのではないかなと知っているんですが、公的病院が全てではない、国としてはどうしてもそう考えるのは、恐らくそうだろうなと思いますけれども、地域の実際の状況というのはそうは行かないんだというのを、それだけは

ちょっと申し上げておかなければならないと思います。

○新海座長 そのことに関してはよろしいですか。

○事務局 今、赤石先生おっしゃっているとおりで、日々、公的病院、民間病院問わずに健全経営という形の中で地域医療を支えていただいているという形はよく存じておりますので、診療報酬のお話もございましたが、国のワーキンググループなどの中では、同じような発言が確かにございます。実際の7対1看護体制の今後のありようですとか、そういった診療報酬制度の今回の改定のありようによっていろいろ影響される部分は非常に多いかとは存じておりますので、あくまでこの地域医療構想、一定の算式に基づいた方向性という形で参考にしていただくという位置づけになるかと思えます。

一方で、各地域では、急性期、特に救急病院などを中心に地域医療を支えていただいておりますので、回復期、慢性期にしても、全て地域の必要に応じて用意されておりますので、そこは県としても十分承知しておりますので、あくまで地域でオーソライズされたものを推進していくという認識でございますので、その辺は皆様と考え方は一緒だというふうに思ってください。

○新海座長 確かに、民間病院では患者さんのニーズといいますか、それに応じて診療報酬はもちろんそれによって動いていきますよね。経営状態もそうだと思います。なので、今県のほうから言われたことで、この方針で行きましょうとか言われてもピンとこないのは現実的にあるとは思えます。

ほかにご意見ありませんか。

○内藤委員 ちょっと質問なんですけれども、入院医療の需要を示していただきましたけれども、入院とあわせて重要な医療内容、在宅医療というのがあるんですけれども、この推計というのは在宅医療は現在のままで維持したという前提でつくられたものなのか。それとも増える形なのか。在宅医療についての見通しも加味されているものなのか、お聞かせいただきたいのと、もう一つは細かいことなんですけれども、スライドの7番の経皮的冠動脈形成術が2病院しかやっていないということはないと思うんですけれども。

○事務局 まず、在宅医療の見通しということでございますが、在宅医療については、現在、在宅医療されている方で、その年齢構成の変更に伴って増大していくということに加えて、地域医療構想の算定に当たりましては、療養病床に入院されている患者さんの医療区分1の患者さんのうち7割の方が在宅に移行されるという前提のもとで、こちらのほう、入院患者推計を出しておるといふところになります。

あと、一般病床に入院されている患者さんについても、診療報酬が先ほどの資料2で見てくださいと、19番のスライドでC3という225点というものがあるんですね。それ未満の患者さんについては、これも在宅のほうに移行するというふうな、そういう前提での算定になっているというふうなことが一つであります。

それから、2つ目の質問にありました2病院でしか診療実績、経皮的冠動脈形成術をやっているところはないんじゃないかというふうな話なんですけれども、これは欄外に※で書いてございますが、まずその前提として、平成28年6月診療分の実績であることということと、病棟ベースで10未満の値については個人が特定されるおそれがあるということで公表が秘匿されているので、その分が集計に含まれていないというふうな事情がございまして、これは病棟単位ということになるので、多分、病院単位にすると数的には大きくなる部分もあろうかと思うんですけれども、そういったちょっと集計上の事情から、ここでは2つの病院だけが出てくるというふうなことであります。

○内藤委員 在宅医療に関して、需要の部分は入ったところで分かるんですけれども、一方、供給に対しての部分は、供給はあるんですか。在宅が必要なのはわかるけれども、やる人がいなければ成り立たないと思うんですけれども、その辺の見通しがあればお示ししたいと思っています。

○事務局 在宅医療の見通しにつきましては、おっしゃるとおり、需要を地域医療構想の中で、今申し上げたような形で算定をしております、それにどう対応していくのかということについては、現在、第7次の地域医療計画の策定のほうを進めているんですけれども、そちらの中で、介護のほうで対応する部分と、それから在宅医療で対応する部分というのを数字的なものですり合わせをしていくということを予定しております。

その中で、介護の施設なりあるいは訪問サービスで対応する部分、それから訪問診療等で対応する部分というのを数字的に見通しを立てていくというふうな内容になっています。

○新海座長 よろしいですか。ほかにご意見ありませんか。先生。

○内藤委員 ちょっと教えていただきたいんですけれども、10対1のベッドは、スライド番号22のところ、急性期及び回復期のところでそれぞれ分けるという話なんですけれども、実際、各病院が出した病床機能の報告と実際のデータ、10体1病床は仙台圏ではどっちにどの程度届けられているのか、割合とかわかれば。

○事務局 先生、ちょっとすぐには出てこないようなので、その辺、ちょっと確認して、追って可能な形で情報提供などできればと思います。

○新海座長 ほかにご意見、ご質問ありませんか。渡邊委員。

○渡邊委員 仙台リハビリテーション病院の渡邊でございます。

先ほどからずっと出ているスライドなんですけれども、平成34年から37年のかなりの変化ということで、これはそのまま見ると、急性期病床の3割近くが減少して回復期に移るという想定なんですけれども、回復期、私はリハビリ病院の者ですから、回復期というと回復期リハビリテーション病棟というふうにもう即考えるんですけれども、ここで言う回復期というのは、それプラス、急性期病床から即自宅退院はできないけれども目指すということで、地域包括ケア病棟でもないし、リハビリ病棟でもないものというようなイメージですか。ここは全部が回復リハビリテーション病床もしくは現時点での地域包括ケア病床になるという想定なんですか。

○新海座長 どうでしょうか。その各機能の定義みたいなものというか。

○事務局 算定の前提としては、スライド番号で言うところの19ページの、点数で出している、回復期に関して言うならば、600点から225点の間ということで、それを拾い上げているというものです。

イメージとしては、ご覧いただいているような、スライド番号22のところに記載しておる回復期機能のところ、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能であったりとか、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対するADLの在宅復帰を目的としたリハビリテーションというようなイメージということになります。

○渡邊委員 今お話しいただいたイメージを聞くと、現実には回復リハビリテーション病床もしくは地域包括ケア病床ということになるかと思うんですけれども、そうしますと、多分、3割弱が急性期から回復期もしくは慢性期に移行するということになると、総合病院の中の一部の病床が地域包括ケア病床もしくはそれをイメージした病床になるか、多くの病院がもう完全に回復期の病院に、もしくは慢性期の病院に移行するということを想定されているというふうにイメージしますよね。総合病院の中の急性期病院の中でそれだけ移行するということは、大病院の中のかなりの病床を移行しなければ、もう中小病院は全部移行しなければと、これはできないわけですからね。そんなイメージですよね。

○新海座長 いかがでしょうか。

さっきの説明の中で、急性期病棟の中にも回復期の人がいるとか、そういうことがありますよね。実際には、病院の経営者の先生がこうしたいと言っているとおり回復期の方が増えて

きている現状との違いが大分あるだろうと。理想と現実の違いみたいなものですね。なので、この乖離と申しますか、わずか3年間の間の違いはそういう対応をされているんだろうと。

佐藤先生からもありましたけれども、それ以外の何かありますか。

○事務局 一方で、回復期、ちょっと先ほど説明した21番、22番のスライドで、国の考え方がこのような考え方もあるというふうなご説明はしたところなんですけれども、一方で、回復期リハビリテーション病棟であったりとか、地域包括ケア病棟でなければ回復期の患者を診られないということでもないですし、そこは、やはり理論で出したところと実態とで、あとこれまでの会議の中で回復期と急性期というのをぴたりとどこかで分けることもなかなか難しいというご意見も出ておまして、そういったことを考慮すると、全てがそういうふうに移行するというわけでもないのかなとは考えているところなんですけれども。

○渡邊委員 わかりました。

さっき言ったように、国が求めている理想と現実と今の医療情勢は違うということは、ここに反映されているということだろうと思うんですけれども。

○新海座長 それでいいんだと思いますね。よろしいですね。

ほかにご意見は。先生どうぞ。

○丹野委員 松島病院の丹野といいますけど、先ほど来、やはり、私もこの18ページの表なんですけれども、先ほど赤石先生が指摘されたように、民間病院は診療報酬のインセンティブでいろいろ動いていくわけなんですけれども、1つには、地域包括ケア病棟ですね。これはどっちに入るんですか。急性期か、回復期。

○事務局 これもスライド21番のところのスライドの区分にはなるんですけれども、急性期と回復期と両方の機能を果たすというふうなことで。

○丹野委員 いや、ですから、これは分類としてはどっちにも入る、どっちかには分けるんでしょう、これからの。

○事務局 どちらにも入り得るというふうな整理になるかと思います。

○丹野委員 どちらにも入り得るということで、例えば、このスライド18番のような表をあえてつくる趣旨は何ですか。

○事務局 実際の患者さんの状態を見ていただいて、そこを各医療機関さんのほうでご判断いただいてご報告いただくということになるろうかと思います。

○丹野委員 それは、病床ごとのあれではないということですか。

○事務局 そうですね。病棟単位でのご判断をいただいて、それをご報告いただくということに

なろうかと思えます。

○丹野委員 大ざっぱに言うと、これは、やはり厚労省は診療報酬でこういうふうにするんだということだと思うんですね。いろいろな強制力ができないわけですから、民間病院には。地域包括ケア病床には急性期の患者が随分、私どもも入っていますからね。ですから、本来急性期なんだけれども回復期の点数しかあげないよというような診療報酬の誘導というか、そういう方向でこのようになってくるという意味じゃないかと考えているんです。そうじゃないと言われると思うんですけども。

最近の動きを見ると、自治体病院は、やはり厚労省のいろいろな指示、強制力が入るけれども、民間病院は入らないから、まず自治体病院をコントロールして、何とか思うとおりにやっけてから民間病院はまねしなさいと、そういうふうで最近の動きで聞こえるんですけども、やはり、そうなんでしょうか。

診療報酬がこうなるからこうなるぞという、一種のおどしのように聞こえるんですが、違いますかね。

○事務局 診療報酬については、直接我々のほうでも承知し得ない部分もあるんですけども、必要病床数は、先ほど来のご説明、繰り返しにはなるんですが、診療の実績から将来の見通しを立てたものということで、そちらの実績から将来の見通しを立てた必要な機能というのがこのような形になるというのが1つあるかと思えます。そちらを担う病棟をどういうふうにするというのは、医療機関さんの判断も含めながら決まっていくのかなと考えております。

それから、自治体病院なり公的病院をまずは、という話があったんですけども、厚生労働省の実際の動きとして、そういった公的な病院を中心にまず動きがあるというのは実際そのとおりだとは思いますが、そこから民間病院も誘導していこうということではないのかなと、我々としては考えているところです。

○丹野委員 ありがとうございます。

○新海座長 時間も近づいていますので、今の厚生労働省が保険点数によって病棟ごとの点数を変えたり操作している動きはこれからもあるでしょうね。

今日、県のほうで出ているのは、全体的に動きがこうなんだろうというところで、これを守らなきゃいけないとかではなくて、全体的にはこうなるんじゃないかと、そういうことを言っているんだと思っていいと思います。

ほかにご意見、もしありましても1回だけです。

○阿部委員 済みません。そうすると、結論から行くと、今日、様々な参考資料を渡されて、こ

それを我々持ち帰って熟読して、この方向で行くだろうということでお話しいただいたんですが、今後、この地域医療調整会議というのは繰り返されるのか。その中で、県のほうとしてどういう調整をしていくのか。あくまでも医療機関に任せちゃうのか。どうもスタンスがはっきりしていないので、なぜこの会議が必要なのかというものが非常にわかりにくいんですが。

○事務局 今ご指摘の点なんですけれども、まず、毎年度行われます病床機能報告のデータに基づいて、今回ご提示したようなデータを今後も毎年度ご提供していく予定になっております。

それで、例えば、今日のデータをもとに将来の自病院のあり方を考えていただいて、最新のデータが出た段階で、来年度になりますけれども、またこのような地域医療構想調整会議を開催させていただいて、毎年度定期的にデータを提供しますので、この会議の場でどこどこ病院の病床機能の結果を決めるとか、そういったことを県としては一切、今のところ意図してはおりません。ただ、国のいろいろなワーキンググループの中では、お話しございましたが、自治体病院などを中心にいろいろ誘導したいというようなご意見とかが開陳されているようなんですけれども、少なくとも宮城県としては地域医療構想調整会議の場は決定するという意味ではなくて、各医療機関の置かれている状況の共有という形で、あくまで情報の共有の場と考えております。

阿部委員からすると、決定する会議でないようなところの情報提供であれば、わざわざというような思いもあるのかと思いますけれども、既に厚生労働省のほうでこの地域医療構想の推進のあり方について、実は先週末も新しい文書が来ているんですが、我々の感知していないような情報提供が次々ありますので、そういった情報はやはり地域のこういった病院長の皆様方などを交えた会議の場でご提供して、それをもとに各病院様にはいろいろ考えていただける場が必要でないかと考えておりますので、年に1回もしくは2回ぐらいのペースでこの会議は今後も開催させていただきたいと考えております。

特に、自治体病院、それから公的病院につきましては、国から色々な要請が出てまいりますので、ぜひご参加いただきたいと考えてございます。

○新海座長 よろしいですか。ほかにご意見ありませんか。

○鈴木委員 実はこれ、すごく簡単な話だと思うんですけれども、国のほうで回復リハという、例えば回復リハだとか地域包括ケアはもう日付印をどんと押して、提出ぼんとやれば一発でできるんで、それが一番簡単なことだと思うんですけれども、どうでしょうか。

○新海座長 どうですか。今のご質問に関して。

○事務局 そういったお考えもあるかと思いますが、今の進め方は、あくまで自病院さん

に判断いただく材料の提供というところからまずはスタートしますので、今後また、ステップに応じていろいろなプロセスはあるかと思うんですが、現時点ではこの形で進めさせていただきたいと思います。

○新海座長 よろしいですね、先生。ほかにありませんか。

○赤石委員 P D C A サイクルを回すんだったら、もうちょっと頻回にやらないとだめだと思えますし、これは自治体病院の先生に怒られるかもしれないけれども、命令を聞くのが公的病院だとするならば、民間を先にやらせて、それに合わせるように命令するのが筋ではないかと思えます。厚生労働省にももしもお会いになったら、そういうふうに言っていたやつがいるとお伝えいただけるかというと思います。

あと、済みません。藤森先生がせっかくおいでになっているのに、最初から問題の、この真ん中の表と右側の平成34年の表と、各階層に診療報酬を掛ければ、総医療費がどのぐらい削減されるのかということが出ると思うんですけれども、これはどうなのでしょう。

○藤森教授 データをつくった責任上、ご説明いたしますけれども、今日もちょっと、議論もまだまだ地域医療構想も理解されていないだろうなというふうに思っているんですけれども、地域医療構想、本当の目的はこの18ページにあるような、こういう病床構成にしてくださいということでは全然ない。全くそうではなくて、本当に地域医療構想で伝えたいのは、例えば14ページにあるように、仙台の医療圏はこれからこういう人口になっていきますよと。そうすると、15ページにあるような医療の機能が必要ではございませんかと。それを、それぞれの地域の先生たちが話し合っ、協力のもとにこのようなボリューム、患者数が出てくるようなそれぞれの機能をどうやって手当てしていくんでしょうか、ということ話し合ってくださいというのがこの地域医療構想の調整会議、本来の。

ですから、ほとんどの地域で、急性期・高度急性期はほぼ現状あるいは頭打ち、一方、高齢化に伴って慢性期から回復期、それから在宅というのが圧倒的に増えてくるんですね。そこを今ある医療資源の中でやりくりするにはどうすればいいのかと。回復期を新規につくるとか、ほとんどできないわけですね。それであれば、むしろ今頭打ちになりつつある急性期をそちらに転換したらいかがかというものが根本にあって、その結果として最終的な、いわゆる18ページにあるような構成になるのではないかという、あくまでも推測であって、そのための議論をしてくださいというのがこれであります。

そのために、今回、参考資料にあるようなたくさんのデータが出てきていて、ただ、いろいろな前提条件がありますので、前提条件を間違えてケアすると間違った解釈になりますので、

ぜひぜひこの前提条件をご理解いただきたいと思うし、先ほど、仙台の二次医療圏では余りにも大き過ぎてものが見えない。まさにそのとおりだと思います。地域によって高齢化率は全く違いますし、高齢化のスピードもかなり違うと思います。おそらく、例えば黒川地区はまだまだ若いんでしょうけれども、塩釜は高齢化が進んだりとかいろいろあると思います。

例えば14ページ、これはあくまでも仙台二次医療圏ですけれども、これは市区町村別までデータがあります。ですから、市区町村別の人口の動きを見ていただければというふうに思いますし、あと参考資料6に出てきているSCRという医療提供の部分、これは我々の教室でつくらせていただいたんですけれども、これも市区町村別まであります。

そして、受療動向に関しましても、市区町村別までつくって県に届けてありますので、それをぜひとも見ていただいて、自分たちの地域で何が足りていないのか。患者さんがどう動いて行くのか。結果、じゃ何を何に転換すれば、本地域のニーズを我々で守っていくことができるんだという、そこをぜひ話し合っていたいただきたいですね。ニーズのないことだけを一生懸命やって、ニーズのあることを放置していけないですね。ニーズをまず把握して、ニーズに対応するというのが我々医療機関の責務なんだろうなというふうに思います。

経営健全化もよくわかりますけれども、本当にやらなきゃいけないのは地域のニーズに合った医療提供を全ての医療機関が協力して差上げていくということなんだろうと思います。在宅の部分で、ここはちょっと在宅は出ていませんけれども、在宅の推計もできています。あとは先生がおっしゃった提供体制がどうなのかということです。提供体制の調査はできていないんですね。それはちょっとこれから県あるいは市、あるいは医師会と一緒に協力してそういうことをやっていくんだろうというふうには思っております。これは国のレベルではなくて、地方のレベルだと思いますので、その辺、そういうことも含めて、ぜひ何がどういうデータが足りないのかということ、ぜひ議論をしていただきたいなというふうに思っています。

ちょっと医療費のことは全くわかりません。医療費を削減することがこの目的ではないですね。地域のニーズに合った医療とはこうだよということを議論するための場が調整会議ですし、医療構想ですので、その結果として医療費がついてくるかもしれないけれども、それはそれで本来の目的ではないので。ただ、保険局をこれは見えていますので、全部財務省もこれは見えていますので、これが実行されれば医療費困るよねという推測は確かにされているかもしれません。

○新海座長 藤森先生にまとめていただいたんですが、大体よろしいでしょうかね。

では、この項目については終わらせていただきます。

(4) その他

○新海座長 その他の項目について、委員皆様から何かございませんか。（「なし」の声あり）
ないですね。

事務局から何かありませんか。（「ありません。」の声あり）

皆様のご協力によりまして、議事事項を無事終了することができました。ありがとうございました。

県当局におかれましては、本日の議論を参考に、今回の医療政策の充実に向けよろしく願
いいたします。

では、司会に進行を預けます。

4. 閉 会

○司会 新海部会長様、赤石副部会長様、ありがとうございました。

委員の皆様、長時間にわたりまして貴重なご意見を賜りましてありがとうございました。

以上をもちまして、仙台区域の地域医療構想調整会議の塩釜・黒川地区部会を終了いたしま
す。本日はお忙しい中、ご出席をいただきましてありがとうございました。