

# 平成29年度宮城県地域医療構想調整会議

(仙南区域)

日 時 : 平成29年8月24日 (木) 午後6時30分から

場 所 : 宮城県大河原合同庁舎 別館2階第二会議室

## 1. 開 会

○司会 皆様、おばんでございます。定刻前でございますが、皆様おそろいのようなので始めさせていただきます。

本日はお忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

ただいまから仙南区域の地域医療構想調整会議を開催させていただきます。

## 2. 挨拶

○司会 開会に当たりまして、宮城県保健福祉部次長の高橋からご挨拶申し上げます。

○高橋次長 保健福祉部次長の高橋と申します。よろしく願いいたします。

本日は大変お忙しい中ご出席を賜り、誠にありがとうございます。皆様におかれましては、委員をお引き受けいただきましたこと、また、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いただいておりますこと、重ねて御礼申し上げます。

さて、この会議は、医療法に基づき昨年策定した地域医療構想の推進のため、地域で不足すると考えられる医療機能や役割につきまして関係者の皆様との意見交換や調整を行う場として、県内4区域ごとに開催するものです。後ほど事務局より調整会議の位置づけや病床機能報告の状況などについてご説明いたします。皆様に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お聞かせいただき、認識を共有できればと考えております。

本日はよろしく願いいたします。

○司会 それでは、ここでお配りしております資料の確認をさせていただきます。

お手元一番上でございます会議次第、そしておめくりいただきまして出席者名簿、2枚目が本日の席次表、そして調整会議の開催要綱と続きまして、次から右肩のほうに資料番号がございます資料1、そして資料2、そしてA4横1枚物の資料2-2が続いております。そして、以降、参考資料1から7までつけさせていただいております。不足等ありましたら事務局のほうにお声がけいただければと思います。

それでは、本日、初めての会議になりますので、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。

宮城県医師会副会長、佐藤和宏様です。

白石市医師会会長、小松和久様です。

柴田郡医師会会長、平井完史様です。

角田市医師会会長、高山敦様です。

白石歯科医師会会長、小野貴志夫様です。

柴田郡歯科医師会会長、玉野井修様です。

角田歯科医師会会長、目黒一美様です。

仙南薬剤師会理事、手代木貴也様です。

宮城県看護協会仙南地区支部長、曾根田浩子様です。

みやぎ県南中核病院院長、内藤広郎様です。

公立刈田総合病院院長、大橋洋一様です。

丸森町国民健康保険丸森病院院長、大友正隆様です。

国民健康保険川崎病院院長、内山美寧様代理として、本日は事務長の渡邊輝昭様にお越しいただいております。

蔵王町国民健康保険蔵王病院院長、酒井謙次様です。

大泉記念病院院長、松本純様です。

仙南病院院長、早坂弘人様です。

金上病院院長、安藤正夫様です。

全国健康保険協会宮城支部業務部長、山本光一様です。

宮城県国民健康保険団体連合会常務理事、小林裕様代理として、本日は事業推進課長の菅谷正孝様にお越しいただいております。

白石市保健福祉部部長、庄司昭利様です。

角田市市民福祉部部長、佐藤孝一様です。

宮城県仙南保健所所長、鹿野和男です。

最後に、県側事務局の出席者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次長、高橋達也です。

同じく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の木村と申します。よろしく願いいたします。

次に、本日の会議の公開・非公開についてでございますが、県の情報公開条例では非開示情報が含まれる場合など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、ご了承いただければと思います。

## 2. 議 事

○司会 それでは、これより議事に入ります。

座長が選任されるまでの間、議事進行を事務局のほうで務めさせていただきます。

宮城県地域医療構想調整会議開催要綱第3第1項の規定によりまして、調整会議に座長、副座長を置くこととなっておりますが、座長、副座長の選任につきましてはいかががいたしましょうか。

(「事務局一任」の声あり)

○司会 事務局一任との声をいただきました。それでは、事務局案を千葉医療政策課長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、白石市医師会の小松委員に座長を、仙南保健所の鹿野委員に副座長をお願いしたいと思います。

○司会 ただいま事務局から、小松委員を座長に、鹿野委員を副座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、皆様ご異議がないようですので、小松委員に座長を、鹿野委員に副座長をお願いいたします。

では、大変恐縮ですけれども、両委員には座長席、副座長席のほうにご移動をお願いいたします。

それでは、小松座長、鹿野副座長から一言ずつご挨拶をいただければと思います。

○小松座長 皆様、おばんでございます。ただいま座長に選任していただきました白石市医師会の小松でございます。

これから宮城県の仙南の医療についていろいろご議論いただきしたいと思います。大変な仕事だと思っておりますが、皆さんどうぞよろしくをお願いいたします。

○鹿野副座長 副座長に選任されました仙南保健所の鹿野と申します。

仙南保健所は今年4年目になります。地域医療構想というこれからのこの地域の医療の基となる構想実現に向けて、委員の皆様と一緒に頑張っていきたいと思っております。どうぞよろしくをお願いいたします。

○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、以後の議事進行につきまして、小松座長、よろしくをお願いいたします。

○小松座長 それでは、次第に従いまして議事を進めさせていただきます。

議事の（２）です。地域医療構想調整会議について、事務局から説明をよろしく願います。

○事務局 それでは、事務局のほうからご説明させていただきます。

議事の２点目、地域医療構想調整会議についてということで、お手元の資料１をご覧くださいければと思います。失礼して座って説明させていただきます。

まずは、地域医療構想につきまして簡単におさらいをさせていただければと思います。

本県では昨年11月にこの構想を策定したところですが、右肩のスライド番号２にございますとおり、地域医療構想では、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・連携につきましては、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。

国がつくっております地域医療構想策定ガイドライン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ました４つの医療機能ごとの病床数と、左側の下、地域医療構想で推計しま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、右側に参りまして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まして、実際に機能転換をするとなった場合は、右側中ほどにあります地域医療介護総合確保基金を活用してハード整備等をご支援するという構造となっております。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。

スライド下に移りまして、今申し上げました内容が詳しく書かれております。

その上のほう、医療機関でございますが、本日ご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、この中にあります、現在行っている医療内容などに基づきまして、今後構想区域内において自病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、調整会議を通じて地域における自病院の位置づけと申しますか、立ち位置のようなものをご確認いただきまして、自病院の運営改善と役割の明確化などに役立てていただきたいと思います。

一方、下の都道府県のほうは、協議の場となります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、まとめまして、それお分かりやすい資料・データにまとめて調整会議の場で皆様にお示しすることになります。

続いて、5枚目のスライドをご覧ください。

本県における調整会議の位置づけを記載してございます。本県で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しまして、地域の関係者からご意見を伺いました。そして、構想策定後はこの策定調整会議を引き継ぐ形で今回地域医療構想調整会議を設置したところでございます。

次に、下のスライドをご覧ください。

本県の調整会議の概要をまとめております。構想区域ごとに4つの調整会議を設置しますとともに、医療機関数が多い仙台区域につきましては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、基本的に策定の際参画いただきました皆様を基本として調整会議を開催していきます。

次に、ページをおめくりいただきまして、7枚目のスライドをご覧ください。調整会議での議論の進め方のイメージをまとめております。

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示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。そして、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ありませんので、そのデータをどう見るのか、あるいはデータにはあらわれていない部分はどうなのかなどにつきまして、委員の皆様から日頃の診療現場ですとか業務を通じて感じておられる地域の課題も含め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や役割についてご議論いただければと思います。

そして、下の矢印に移りまして、今後自病院は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いたり、会議での議論、課題などを参考にさせていただければと思います。

そして、下から上の矢印、その検討結果を次回の病床機能報告に可能なところから反映をしていただきまして、翌年度の調整会議ではそれらを反映させた機能報告のデータを県からまたご提供させていただきます。

これを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。

次に、下のスライドをご覧ください。次の議題のほうでご議論いただくに当たりまして注意が必要な点ということで記載させていただいております。

タイトルの下にありますとおり、次の資料でご覧いただきます病床機能報告の集計結果、それと地域医療構想の将来推計につきましては、そのまま比較できるものではございませんで、

左側、病床機能報告は、病棟ごとの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いております。実際の病棟内には急性期や回復期、慢性期に当たる患者さんが混在している場合が多いかと思えますけれども、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という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おきましては、点数で切り分けた機能ごとの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、単純に比較することができないものであるということになります。聞くところによりますと、他県で既に実施されまし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、病床機能報告の病床数と推計された2025年度の病床の必要量について、その推計方法などへの疑問や問題点に議論が終始してしまった例があったようでございます。この点につきましては、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きますけれども、今ご説明したこの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。

次の2枚のスライドにつきましては、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す。

地域医療構想の実現プロセスということで、ステップ1では調整会議での協議、そしてステップ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、右側、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などを経まして転換の中止を要請、あるいは公的機関に関しては命令することができるというものでございます。

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て、各医療機関において自主的な取り組みが検討、そして実施されることが前提でありますほか、医療機能の過剰・非過剰の判断材料となる病床機能報告と将来推計の関係につきまし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は枠組みとしてはございますけれども、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ことが肝要であろうというふうに考えます。

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、一番最後の資料7のほうにその概要を記載させていただいております。こちらは消費税増税分の財源を活用しまして都道府県に基金を設置し、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1枚おめくりいただきまして、3枚目のスライドには宮城県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おりますので、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。

○小松座長 ありがとうございます。

ただいまのご説明について何かご質問等ございましたらお願いいたします。

ないようでしたら、議事の(2)はこれで終了といたします。

続きまして、議事(3)仙南区域における医療提供体制について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、仙南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。こちらの資料は、地域における機能分化・連携についてご検討いただくに当たって医療圏内の各医療機関の立ち位置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。座って説明させていただきます。

まずは平成28年度の病床機能報告の結果をご確認いただきたいと思います。

ページをおめくりいただきまして、スライド番号3と書いてある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いずれの医療機能を担っているの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、左から平成26年から28年までの3年分の報告結果、そして28年度における6年後の予定である2022年の報告結果を棒グラフで並べております。一番右側が、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、参考として地域医療構想でお示ししている2025年の必要病床数を記載しております。

直近の28年度の報告結果、真ん中でございます、と6年後の予定、その右隣ですけれども、そして必要病床数の3つのグラフについて太線で囲んでおりますけれども、28年度と6年後の予定を比較すると、高度急性期は動いてございませんが、急性期では約50床、慢性期では約20床減少となって、回復期でその分70床増加という見込みであることがわかります。

次に、その下、スライド番号4の部分をご覧ください。

病床機能報告では各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、入退院患者の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になってございます。医療機能別、医療圏別に比較できる表になってございます。平均在院日数については、回復期が若干ほかの医療圏と比べると短めかなということがお分かりいただけるかと思っております。在宅復帰率



につきましては、28年6月の1カ月分のデータということで、その分、数値のばらつきもあるかなとは思いますが、急性期、回復期で見ますと各圏域ともおおむね70%から80%というふうな状況でございます。

なお、欄外に記載しておりますが、こちらで示している在宅復帰率につきましては、家庭への退院とそれから介護施設への入所も含んだ数値となっております。

次のページ、スライド番号5と書いてあるところをご覧ください。こちらは、病床機能ごとに仙南区域の新規入院患者さんの入棟前、病棟に入る前の場所を記載したものでございます。高度急性期につきましては、院内の他病棟からの転棟と家庭からの入院というのがおおむね半々程度になってございます。急性期と回復期につきましては家庭からの入院が7割から8割と最も多く、慢性期につきましては転院と転棟を合わせて約8割という状況でございます。

その下、スライド番号6につきましては、今度は入院患者が病棟から退棟後にどちらに移ったかを示したものでございます。高度急性期につきましては院内の他病棟が8割強となっておりますが、慢性期につきましては、死亡退院が高まっているほか介護施設への入所の割合が増えるなど、ほかの機能よりも退棟先が分散しているということがお分かりいただけるかと思えます。

なお、こちらの資料では入棟、退棟の行き先を整理いたしました、個別の病院ごとの状況については、別途お配りしております参考資料の1というA3判の資料のほうにまとめてございます。皆様からご報告いただきました病床機能の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で公表させていただいておりますが、参考資料1はご報告いただいた病棟ごとのデータを項目ごとに整理した資料となります。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ご覧いただければと思います。こちらの資料は病棟単位ということでちょっと多くなっておりまして、ページ数で言うと7ページで県内の全ての病院の病棟単位の状況が記載されております。8ページ以降はまた別の項目で14ページまで続きまして、15ページから21ページまでまた別の項目ということで病棟単位データを整理してございます。

それでは、また最初の資料の2のほうにお戻りいただければと思います。資料2のスライド番号の7というところです。今度は、病床機能報告においてご報告いただいております平成28年6月分、1カ月分の具体的な医療内容についてでございます。

スライド番号7のところでは、手術でありますとか救急車の受け入れ件数など、主として高度急性期から急性期の機能と思われる診療行為別にそれらを担っている病院の内訳を示してございます。当地域におきましては、主に県南中核病院や刈田総合病院が中心となって高度急性

期または急性期の医療を提供していることが分かります。

その下、スライド番号8の部分でございますが、こちらは急性期の後方支援や慢性期の機能を担っている病院の内訳を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、両方のスライドに名前が出てくる病院もございますが、高度急性期を担っている病院、それから慢性期、回復期と役割分担がなされている状況がお分かりいただけるかと思えます。

なお、この7番、8番のデータについては、欄外に書いてございますが、昨年6月1カ月の診療実績でございまして、さらに、病棟ベースで1以上10未満の値は個人の特定の恐れがあるということでこちらには表示してございません。ですので、例えば上のスライドですと中核病院の名前しかない項目もございますが、必ずしもほかの病院で全くこういった手術を行っていないというわけではございませんので、そういった前提でご覧いただければと思います。

地域における具体的な役割分担をより細かいレベルでご覧いただくには、こちらの資料で取り上げたもの以外にもご覧いただく必要があろうかと思えます。それで、参考資料としてお配りしております参考資料の2をご覧いただきたいと思えます。こちらは大変細かい資料になって恐縮でございますが、各病院からご報告いただきました同じく昨年6月の診療実績の項目ごとに今度は病院単位でデータを並べた資料ということになります。手術の状況ですとか、がん、脳卒中から救急、リハビリなど幅広い項目について、1カ月間だけのデータにはなりますが、ほかの病院と実績を比較することができるかと思えます。こちらは病院単位ですので、A3の資料、表と裏に県内の全ての病院を一通り書いているということになってございます。

併せまして、参考資料としてお配りしている参考資料の3と4をご覧いただきたいんですけども、A4判の縦の1枚物の裏表の資料でございます。参考資料の3は部位別の手術件数について、参考資料の4は全身麻酔の部位別の手術件数について、こちらも県内の病院の実施状況を一覧で整理したものということになります。

それから、同じく参考資料の5をご覧いただきたいんですけども、A4判の1枚物の後ろにA3判の資料2枚を折り込んで付けたものでございます。こちらは厚生労働省の研究班が急性期の度合いを測る項目を整理してスコア化した急性期指標と呼ばれる資料でございます。厚生労働省のほうから各都道府県に対して提供されているデータということになります。各医療機関から報告された診療実績のうち、急性期医療の関わりが深いと考えられる項目をピックアップして、全国平均を1.0として各病院のスコアを比較したというものでございます。項目ごとに全国平均と比べてどの程度大きい小さいか直感的に把握することが可能となっております。

すが、幾つか注意点がございませぬ。資料5の一番上のA4判の真ん中中ほどに箱囲みで書いてございませぬ。1つ目として、こちらは診療の実績を積み上げたものであつて、診療の結果については反映されておらぬので、「優れた病院ランキング」というふうな形では使えぬといふこととございませぬ。それから、病棟単位ではなくて病院単位で集計されていふこととから、ケアミックス系の病院では実態よりも低くスコアが出るといふような傾向があるようとございませぬ。そういった特徴があるものでございませぬので、あくまでそれぞれの医療機関の立ち位置、ポジショニングをご覧いただく際の参考資料としてご活用いただければと思ひ、本日お配りをさせていただいてございませぬ。地域医療構想を推進する上では、それぞれの医療機関の立ち位置といふものを医療圏内のほかの病院と比較しながらご覧いただくといふことが重要になるかと思ひませぬので、本日お配りした資料をお戻りになつてからゆっくりとご覧いただいて、それぞれの医療機関のポジショニングを数値的な面からご確認いただければと思ひませぬ。

それでは、また最初の資料の2のスライド番号9といふところにお戻りいただければと思ひませぬ。資料2、スライド番号9では、SCR、年齢調整標準化レセプト出現比についてご説明をさせていただきたいと思ひませぬ。このSCR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ているかといふことを確認できるデータといふこととになります。黒ぽつこの2つ目のところに書いてございませぬが、100が全国平均となつておらまして、それより大きければレセプト数が多い、それより少なければレセプト数が少ないといふこととになります。年齢調整済みのデータとございませぬので、高齢化率が高い地域あるいは低い地域といふふうな影響は排除されてございませぬが、流出入は考慮されていぬといふこととございませぬので、流入が多い地域では高めに出る、流出が多い地域では低めに出るといふ傾向があるといふこととございませぬ。

以上を踏まえまして、その下、スライド番号10のところをご覧いただきたいと思ひませぬ。SCRではたくさんの指標とございませぬが、こちらのスライドでは入院基本料の部分と抜粋して記載をしておらまして、仙南地区の部分、太枠で囲つてございませぬ。上から3番目の7対1といふところは70.0、それからその4つ下とすね、DPC入院については67.1となつておらまして、高度急性期から急性期にかけての医療行為が平均と比べてもやや弱く出ているといふこととございませぬ。ご覧いただいた7対1のすぐ下にある10対1といふのを見ますと、こちらは8.0と非常に少なくなつていぬ一方と、その下、13対1、15対1については239.7といふことと非常に多くなつてございませぬ。また、先ほどご覧いただいたDPCの下に療養病棟といふのがございませぬが、こちらは91.7といふこととでほぼ全国並みなのかなといふこととがわかりいただける

かと思えます。

本日お配りしている参考資料の6というA4判カラーの資料がございます。こちらの参考資料の6は、SCRのほかの資料ですね、かなりたくさん資料がございますが、それらを一覧で整理したものでございますので、お戻りになってからご確認いただければと思います。こちらの表では、120を超えるものを赤、80未満を緑ということで着色してございます。後ほど参考にご覧いただければと思います。

それでは、また最初の資料の2にお戻りいただければと思います。今度はスライド番号11番、12番というところをご覧ください。

こちらは、2013年度ということで少し古いデータになってしまいますが、患者の流出入を見るものでございます。スライド番号11がいわゆる患者の流出や自己完結の度合いを見ることができる部分で、下の部分がいわゆる流入を見ることができる資料となっております。流出については全ての医療機能において一定程度が仙台区域に流出していること、下のほうを見ますと、流入も急性期のほうで仙台圏から一定程度流入があるということがお分かりいただけるかと思えます。先ほどのSCRを見ていただく場合には、この流出・流入の状況を踏まえていただく必要があるということでございます。

次のページ、スライド番号13番からは、地域医療構想で既にお示ししている医療需要の将来推計について改めてご覧いただきたいと思えます。

スライド番号14ですが、こちらは人口構造の見通しということになります。仙南地域では総人口は2040年まで減少が続く見込みですが、内訳をご覧いただくと、65歳以上の人口の変化は少ない一方で、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。高齢化率はますます高まる見込みということでございます。

おめくりいただきましてスライド番号15番、こちらは今後の医療需要の推計ということでございます。仙南区域の医療需要につきましては、2035年をピークにその後は減少していく見込みとなっております。

その下、スライド番号16番は上のスライドを医療需要を4つの機能に分けて見たものでございます。高度急性期、急性期、慢性期につきましては増減幅が比較的小さいですが、回復期については2025年に向けて大きく増加し、その後は横ばいに転じるという見込みになってございます。

次のスライド番号17は、今度は機能別ではなく疾患別で医療需要を見ていただいたものということになります。成人肺炎が増加傾向になっており、がん、脳卒中についても同様の傾向を

示しておりますが、増加幅は小さくなってございます。

18番のスライドはこれまでの説明を踏まえて冒頭お示ししたグラフを再掲しております。最初の資料1の説明にもございましたとおり、病床機能報告と必要病床数の将来推計は、病棟単位の自己申告の数字と患者ごとの診療報酬点数で切り分けたものという性格の違いから単純に比較はできないものでございますが、真ん中の平成28年の報告と一番右端の2025年の必要病床数について比べてみていただくと、回復期、急性期を中心に数字的には大きな違いがあるということがお分かりいただけるかと思えます。これは、その数字を比較して急性期が795から357に減らさなければいけないということではなくて、大きな傾向、トレンドとして減少傾向にあるというふうにご覧いただければというふうに思います。

回復期については大きく増加をしていくような予測ということになってございますが、本日は、この開きを日常の診療や業務の中で実感しておられるのかどうか、実感しておられる場合はその部分をリハビリの供給量が少ないと感じているのか、あるいは在宅復帰の支援が不足していると感じておられるのかといったあたりを意見交換をしていただければと思います。また、感じていらっしゃるということであれば、それは周辺の医療圏の機能がカバーしているのか、あるいは急性期として報告されている病院で診ているケースがあるのかといったあたりのデータと日頃の実感を照らし合わせながらご議論いただければというふうに考えております。

続きまして、スライド番号19番から22番にかけての4枚のスライドは将来推計と病床機能報告の際の医療機能の考え方ということでございます。スライド番号19番は4つの医療機能の境界点の資源投入量の考え方を整理しているものでございます。20番のスライドにつきましては、それぞれの病床機能の基準の考え方と患者像の例を整理したものということになります。21番のスライドにつきましては、それぞれの医療機能とそれからそれに対応する特定入院基本料との関係を示したものの、22番のスライドにつきましては、やはり同じく医療機能と入院基本料の関係を示したものであるということになります。国におきましても病床機能報告の精度を上げていきたいと考えているようで、本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おります。

最後に、資料2-2として配付しております1枚物の資料についてご説明をさせていただきます。

こちらは、他の地域で調整会議を開催した際に、入院基本料ごとにどのような病床機能報告で報告されているのか分かる資料が欲しいというご要望をいただいたことを受けまして、追加で作成した資料ということになります。左側に仙南区域、右側に県内全域の入院基本料ごとに

どのような病床機能で報告がなされているのかというものを整理したものでございます。仙南区域について全県と比較してみますと、10対1の部分が少ないということですね。あと、回復期リハの1でご報告いただいているのがないという辺りがお分かりいただけるかと思います。

私のほうからの説明は以上となります。

○小松座長 ただいま現状における病床機能報告、地域医療構想での将来推計など、様々な非常に膨大なデータについての報告がありました。今の説明にありましたように、データをどう解釈するか、データから見えない部分がどういうふうになっているのかという視点が重要になってくるわけですが、こうしたデータを補うのが我々実際に地域で医療に携わっている者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ところだと思います。今回は初めてということでありまして、調整会議は現状や課題の共有を目的としていることもありますので、様々な立場からいろいろなご意見を自由に発言していただければと考えております。どのような意見でも結構ございますので、ご議論よろしくお願いたします。大橋委員、どうぞ。

○大橋委員 刈田病院の大橋です。

ちょっとお聞きしたいんですが、資料の2のスライド番号10番のところではSCRの説明があるんですが、7対1が高度急性期、急性期が弱く出ています。数が少ない部分は弱いと読めるんですけども、この意味するところというのは何か。その2段下の回復期、慢性期がかなり強く出ています。強く出ているということはもう十分なのか、それとも需要はまだまだあるというふうに考えるのか、ちょっとその辺の数値の見方を教えていただけないものかと思うんですけども。

○小松座長 事務局、お願いします。

○事務局 こちらのほうはレセプト数の数が多い少ないということなので、一概に足りている足りていないというふうなところをこの数字だけで多分測ることはちょっと難しいのかなというふうには思っております。平均と、結局患者像によっても違って来るのかなとは思いますが、ただ、7対1に関しては、先ほどご覧いただいた流出入のほうで仙台医療圏等々に流出している割合が少し高くなっておりますので、そういう意味では人口に対してレセプト数が少し弱く出ているという部分はあろうかというふうには思います。そのぐらいになってしまいますけれども。

○小松座長 大橋委員、よろしいでしょうか。

- 大橋委員 じゃあ回復期、慢性期は数として非常に多いので、これに関してはもうちょっと需要があるというふうに思っているんですね。多いわけだから需要があるんですか。
- 小松座長 事務局、お願いします。
- 事務局 他の圏域と比べてもすごく多くなっておりまして、そういう意味においては多いということになるのかなというふうに思います。
- 小松座長 高橋さん、どうぞ。
- 事務局 この数についてですけれども、全国平均が100でそれより多いか少ないかという形で出てございますので、全国平均よりは多い、全国平均よりは少ない。ただ、それが十分足りているとか足りていないとかというふうな議論とはまた違う議論になります。だから、この圏域は全国よりも多い少ない、ただそれだけを表しております。
- 大橋委員 多い少ない。多いということは……
- 事務局 レセプト数が多い。
- 大橋委員 ということは、だから患者が多いということになりますね。
- 事務局 そうということになります。
- 大橋委員 それで、急性期、高度急性期は少ないからというけれども、少ないんだけれども、流出が多ければ……
- 事務局 そのとおりです。
- 大橋委員 レセプト数が少ない、仙台のほうへ流れていく。わかりました。
- 小松座長 よろしいですか。
- 大橋委員 はい。
- 小松座長 そのほか何かご意見、ご質問ございますでしょうか。早坂委員、どうぞ。
- 早坂委員 仙南病院の早坂ですが、うちの病院なんかは一般病床の中に地域包括ケア病床を一部持っている。ただ、こういうふうな報告をするときには病棟の単位での報告になっていますから、それは一般病床、一般病棟として届けることになりますよね。それがこういうふうな資料でもって出すときに反映されていく段階で、その小さな積み重ね、いろんな病院ごとに複数の種類のベッドを持っているといったときに、それが数値に反映されないということが出てくるわけですよね。ですので、性格的には地域包括ケアというのは回復期に相当するような機能を持っていると思うんですけれども、それがこの資料の中ではうまく反映されない、そういうことが出てきますけれども、それについてはどういうふうに理解すればいいですか。
- 小松座長 事務局のほうでお願いします。

○事務局 冒頭にも、今先生おっしゃられましたように複数の、例えば急性期、回復期、慢性期が交じっていても、どれか1つを選択せざるを得ないと。一方で、2025年の必要病床数のほうは、ある時点のデータをもとに診療報酬の点数で自動的に計算したものですから、回復期と比較したときに、本当に私どもが今提示している棒グラフのとおり将来の必要数に足りないので増やしていかなくてはいけないかどうかというところは、この資料だけでは判断できないのは事実でございます。こういった会議の場で県のほうからはできるだけいろいろなデータをご提供申し上げまして、先生方が診療している実態の中で本当に回復期が不足している実感があるのか、十分ではないと感じているのか、そういった感覚も参考にさせていただきながら、毎年度、病床機能報告は続けていただくこととなりますので、日頃の診療の現場の部分も反映しながら報告いただき、それからデータを見てご判断いただくということになるかと思えます。

他の圏域での議論の中では、こういった病態、診療点数のときにどの機能を選択するのが一番望ましいのかとか、もう少しより具体的に照会の時点で提示してもらわないと、こういったデータの客観性が高まらないのではないかとのご指摘を多くいただいております。そういったところは国にも伝えていきたいと思いますが、現時点では、各病院の立ち位置ですとか将来の展望を描くときの傾向の把握、参考にさせていただきたい、そういう形のデータになってございます。

○小松座長 早坂委員、よろしいでしょうか。

○早坂委員 はい。

○小松座長 そのほか何かご意見ございませんか。玉野井委員、どうぞ。

○玉野井委員 柴田郡歯科医師会の玉野井でございます。本日は事務局からご丁寧にご説明いただきましてありがとうございます。

私は歯科でございますので、今冒頭に協議されていた、説明されていたベッドに関しましては、基本的には歯科のほうでは特別な医療が何もないんですが、昨今の歯科の流れとしましては、訪問診療関係、在宅の方々、どのようにしたらいいだろうという、地域包括ケアのことが随分語られている中ですね、そちらの方面。もう一つは医科と歯科の連携に関してどのようなシステムで臨んでいったらいいだろうという、2つの大きな柱でこの辺のことを考えているんですね。

ですから、1つは在宅のほうに関しましては、今ベッド数の話はいろいろ出たんですが、実際は、先ほどの資料でいいますとスライドの6番では、急性期、回復期、慢性期で家庭へ退院している方が半分以上いらっしゃるんですが、これはとてもいい状態なので退院しているのか、



いわゆる在宅医療になっているのか、ちょっとよく分からない段階・状況です。どんな状況になっているのか分からないので、我々も実は、訪問診療する歯科の先生方は何名ぐらい必要だとか、みやぎ県南中核病院には救急歯科・訪問ステーションという全国でも有名な施設ができたんですが、先生1人で足りるように何とかする方法を考えるわけなんですね。いろんなことを考えてございまして、是非、在宅の患者さんの方々がどの程度どういう状態で、今後それが増えるのか減るのか、その辺のデータも提示していただけると大変ありがたい。多分、在宅の診療を必要とする方々の9割ぐらいは歯科の対応を本当は必要としている方々というふうに思われるので、その辺のところをまずひとつよろしくお願ひしたいというふうに思っております。

もう一つは医科歯科連携の話で、先ほどの参考資料2というものの一番最後の最後に出ておりますが、医科歯科の連携状況ということで、これはずっとゼロがたくさん並んでいて、がんセンターとかがちょっと数字が出ているんですが、仙南2市7町において、仙南医療圏におきましては、医科歯科連携の数字がゼロであるというのは今後の地域医療構想としてはちょっとどうかと、もう少し連携が図れるような形にしなければいけないというふうには思っておりますので、この辺もご協力をいただければありがたいなと思っております。以上でございます。

○小松座長 事務局のほうから何かコメントございましたら。

○事務局 実は来年度から新たにスタートいたします第7次の地域医療計画の策定を今年度行います。ちょうど昨日、計画策定の第2回目の懇話会ということでございまして、今、玉野井委員からお話、ご指摘のありました内容についても、県歯科医師会のほうから同様の指摘、要望を受けてございますので、そういったところを少し検討させていただきたいと思っております。ご指摘ありがとうございます。

○小松座長 どうぞ。

○佐藤和宏委員 今の質問に関連することなんですけれども、国は療養病床の医療区分1の7割は在宅に戻れるはずだという推定に基づいて将来推計を出してくると思うんですけれども、宮城県で療養病床の全県的な調査をしていただいたときは逆の結果が出ていまして、33%の状況なんです。ですから、これはもう将来のことはいろいろな考え方で変わってきますけれども、現時点でどうだというデータもないんですよ。

参考までに申し上げますと、柴田町で主に訪問診療をやっている先生方に、今何軒やっているか、どれぐらいの余力があるか、それを調査しましたところ、まだまだ全然余裕があるという結果が出ました。これは仙台みたいな都市圏とやっぱり仙南地域あるいは町によって違うと思っておりますけれども、そういうデータが全くない中で議論を進められているというのが現実だと

思います。

○小松座長 ありがとうございます。何か事務局のほうでコメントありましたら。

○事務局 今佐藤委員にご指摘いただいたとおり、在宅に移行させるというのが国の基本的な考え方、方向性なんですけれども、宮城県の場合は、これ以上在宅に持っていくというのは実態上難しいのではないかといった部分も言われております。一方、診療現場のいろんなご意見を承りますと、本当に各地域で在宅のニーズがあって、訪問診療所なりそういったものの数をもっとどんどんどんどん増やしていく必要があるのかといった部分については、地域によってやはりいろいろ事情がございますので、今佐藤委員からご指摘いただいたような部分も宮城県の場合は地域ごとに踏まえながら、委員の皆様のご意見をいただきながら、例えば施策の組み方ですとか目標の数字の持ち方、そういったものは医療圏域ごとに考えていきたいと考えてございますので、今後ご指導よろしくお願ひしたいと思ひます。

○小松座長 このほか何かご意見のある委員の方がいらっしゃいましたらお願いいたします。

特にないようでしたら、今後、地域医療提供体制を考えていく上で、各公立病院がどのような体制、医療機能を担っていくかということが非常に重要だと思います。先日策定されました新公立病院改革プランの内容を踏まえて、各公立病院さんから今後の方向をどういうふうに持っていきたいかということをお話ししていただければと思ひますが、よろしいでしょうか。よろしければ内藤先生から。

○内藤委員 3月末に新公立病院改革プランを策定いたしましたけれども、今のところは私どものところ、このデータを見させていただいていても、資料2のあれが随分、時間外の数が一番多く出てきて、結構大変なんだなと思ひましたけれども、今のところは高度急性期、急性期を担っていくという方向で2025年も考えております。

それで、例えば診療報酬が7対1を維持できなくなるような診療報酬改定があればまた別かもしれませんけれども、来年度結構厳しくなると聞いているので、一応急性期と高度急性期で310床、目標は457なんですけれども、そのうちの310を担当させていただく方向ではありますけれども、7対1をどれだけ維持できるか、あまりおかしな条件にならないことを望んでいますが、今のところそういうことです。

○小松座長 ありがとうございます。大橋先生、お願いします。

○大橋委員 公立刈田総合病院も同じように3月、改革プランを新改革プランにブラッシュアップしました。まずやはり、参考資料1と、それから救急を扱ったデータがありましたね。参考資料……（「2の7」の声あり）そうですね。2の3ページというか、A4の。そこで見ます

と救急がですね、一番はやはりお医者さんの数が多い中核病院対応なのが4,000弱なんです、うちは1,500、救急を受けております。このうち大体5割から6割が入院となっている状況です。こういう状況からしますと、刈田病院がこのまま急性期にならないということはなかなか地域医療として考えると難しいと思ひまして、一応急性期、救急医療、救急機能をしっかりやろうということを1つ立ち上げております。

ただ、それだけではなかなか難しく、刈田地域には高齢者が非常に多いと。感染症等しょっちゅう入ってくるので、そういう方を集中的に治療し、そしていわゆる下肢、骨盤の外傷を治療できるように回復期機能という病棟を2つ、1つは回復期リハビリ病棟、それから地域包括ケア病棟という2つを立ち上げています。さらに、あとは健診をしっかりと考えています。あと、仙南の公立病院で唯一の、130人ぐらいの透析患者を扱っているということで透析、この4つをしっかりとやっていく考えでおります。以上です。

○小松座長 ありがとうございます。大友先生。

○大友委員 丸森病院の大友です。

私のところは90床の国保病院です。病床機能報告では一般が急性期という形でご報告させていただき、療養が回復期ということになります。丸森の地域性ということ考えた場合に、仙南地域で一番南側の端にありまして三方を福島県に囲まれている、こういう地域ですので、しかも高齢化率が非常に高く宮城県内では3番目ということでもあります。ですから、丸森の地域の方は丸森で診療を受けたいという、救急もある程度診てほしいという思いが強く、病床機能報告の結果の診療実績等では丸森病院が救急車の受け入れが4番目という状況になっております。そういう機能も維持しながら、あるいは県南中核病院さんや刈田総合病院さんが急性期病棟で治療をしておられる方の受け入れを目指すために、包括ケア病床というものも設置に向けての取り組みを始めているところであります。

それから、一般病棟入院中の患者さんの中では肺炎や尿路感染症など、感染症の症例数がかなりあります。そういうご高齢の方を引き受けるためには、急性期の部分というものも当然残していく、担当していかななくてははいけませんし、急性期が終われば次、回復期というふうに進むんですけども、一般の中で回復期を診て、あと療養の中では回復期と慢性期ということで将来的に考えております。

ただ、一番の問題は、この報告の範囲では余りそういう話は出てこないのですが、やっぱり医療従事者の確保が重要で、看護師が非常に少ないということです。なかなか人員確保ができず、今のようなことが本当にできるかどうかは人材の確保によるかと思ひます。

それから、在宅医療に向けては、丸森は非常に広い地域ですので訪問診療を実施するにも効率がすごく悪く、片道30分というところに行ったりする。筆甫地区ですね、そういうところもありますし、なかなか効率が悪いんですけども、住民の方が希望されれば拡大という方向で考えております。ただし、やはり高齢者の世帯、高齢者のひとり暮らし、二人暮らし、あるいは息子さんがいても日中は仕事に行って（家に）いないというような方は施設での介護を希望されたりすることが多いんですが、それにつながる部分としてやはり療養病床が大切で、この中で慢性期、回復期というのを診るといのが大事なのではないかなというふうに考えております。以上です。

○小松座長 ありがとうございます。川崎病院、内山先生いらっしゃらないので、事務長の渡邊さん、何かありましたらお願いします。

○渡邊事務長（内山委員代理） 川崎病院事務長の渡邊と申します。院長代理として今日参っておりますので余り大きなことはこの場では言えないんですが、こちらのほうで院長と話している内容についてちょっとだけ報告をさせていただきたいと思います。

まず、当院の病床関係でございますけれども、平成27年度に区分を変更させていただいて、従来60床あったものを現58床、2つほど減らしております。そのうち療養病床につきましては、前は20床あったものを現在28床ということで8床増加させていただいております。この意味するところとしましては、当院としましては、回復期、それと慢性期の病状を重立った診療区分としまして今後も続けていきたいというような思いから、このような病床区分になっているところでございます。

また、現在当院としましては、昨年から地域医療連携業務室を立ち上げまして、周辺の市町、それと各介護施設等の連携を強化しているところでございまして、回復期あるいは慢性期の患者さんの受け入れをさらに今後とも強化していきたいというふうな考えでおります。私からは以上です。

○小松座長 ありがとうございます。酒井先生。

○酒井委員 蔵王病院は本当に小さな病院で、一応急性期と称しているのが10床で療養病床が28床なんですけれども、実態を言いますと急性期というのは本当の患者は4人ぐらいなもので、いつでも満床なものですから、療養型の病床が実質的にはちょうど33床ぐらいと。

それで、急性期を担うということでいくと、ほぼ不可能に近いということで、在宅医療というのに、中核病院や刈田病院になるべくご迷惑をかけないようにということでやってきたんですけれども、今、大体蔵王というのは1万二、三千ほどの人口ですけれども、在宅診療では四、

五年前が一番多かったんですね、実を言うと。僕が若かったせいかもしれないんですけども、一番多いときで50人ぐらい回っていたんですけども、亡くなる方ももちろん多いですし、施設に入るといふ方もいて、もちろん順繰り順繰りになっているんですけども、今その当時から比べると30ちょっとぐらい、要するに、僕も力を老齢化してきたためにセーブしているわけではなんですけども、3割方減っているというのが現状なんですね。

そのちょっとした言い訳といたしましては、訪問看護ステーションというのが蔵王には今もあるんですけども、その看護師さんの数が減ってきてしましまして24時間対応というのができなくなって、村田のほうではやってもらっているんで、そちらのほうでといってもあまり使っていない。こういう田舎ですと、24時間訪問看護ができるような体制がないと、なかなか在宅診療というものが今より多く広がるということは僕を感じとしては難しいのではないのかなと。ほかの急性期の病院の先生方は、病棟の看護師が足りなくて急性期の病棟・床が、高度急性期がなかなか困難になってきているというところは1つですけども、割合そういうふうな、療養とか慢性期を扱う人間、そして在宅を少しやっている人間としては、そういう訪問看護師の不足というのが非常な制約になっているのではないかというのが今の感想です。

○小松座長 ありがとうございます。各公立病院の先生方からいろいろとお話を伺いました。大泉病院とか金上病院さんとか仙南病院さんのところ、私立病院の先生たちにもいろいろお話をお聞きしたいんですが、時間がちょっと足りなくなってきたんですけども、何かそこでお話したい先生いらっしゃいましたら。松本先生、いかがでしょうか。

○松本委員 特になんないんですが、一言だけお話を。

いつもお世話になっております。当病院では48床の病棟を維持しているんですが、いわゆる急性期のところ、今のところ10対1に上げようとしているわけです。看護師さんが少なくても10対1を狙っているんですが、全体的には、中核病院及び刈田病院から、いわゆる在院日数の多くなならないようこちらで訪問診療をやっているものですから、いわゆるまるめと療養のほうでいろいろ抗生剤を使ったりすることが多くて難渋しているところがあります。急性期のほうでも今のところ病床ぎちぎちという感じでやっているんですが、何とか、開業医の先生方が困っているとき、それから中核病院、刈田病院の後方の支援をこれからも頑張りたいと、そのように考えております。

○小松座長 松本先生、ありがとうございます。早坂先生、安藤先生、何かございますか。

○安藤委員 金上病院の安藤です。お世話になっております。

この会議で地域医療構想を検討していくというのはもちろん大事な話だと思いますが、基本

的には病床削減というのがベースにあるのでしょうか。当然、今既存の施設がどういったことをやっているのかというデータを出すのは重要なことではあります。今後本当にこの地域での医療、介護、それから福祉をしっかりとやっていくためには、やはり地域包括ケアシステムの構築は重要です。その際の考え方として、個々の病院での病床の検討をしていくのみではなく、やはり今後はそれぞれの連携が非常に大事になってくるわけですね。病院と病院との連携、さらにはその後の介護福祉施設など、そして居宅へとといった連携がどういうふうにできるかという観点で病床のことを考えていかないと。この地域の将来ビジョンを持った上で、じゃあどうするのかという発想をしないと。もちろん今後はそういった方向性になっていくのですが、その辺のところを見失わないようにしていかななくてはいけないなと思っております。

○小松座長 安藤先生、ありがとうございました。そのほか何かご意見。酒井先生。

○酒井委員 資料2の18というのを見ると、要するに急性期の病床を、回復期でちょっと出すという面もあるんでしょうけれども、要するにあと8年間の間に300床ぐらい減らすということなんですよね。

○小松座長 事務局のほうで。

○事務局 冒頭でもご説明しましたが、ちょうどこのスライド18番の右から2列目の、2番目の急性期が非常に多いところから、今お話があった300ぐらい減らすというお話がございましたけれども、左から2列目のほうは病棟単位に急性期か回復期どちらかを選ばざるを得ないと。各圏域でもご指摘いただいたんですが、急性期の患者が入っていれば病棟全体を急性期として申告している病院さんが非常に多いと。あと、ご意見の中には、診療報酬とは一切連動しないというふうに聞いていても、やはり7対1なり10対1を届け出している以上、急性期を選択せざるを得ないというような、そういったお話も結構ありましたので、実態として本当にこの急性期、747と書いてございますが、これが今も本当に747なのかというところは、毎年、今年も病床機能報告いただきますけれども、国のほうからももう少し具体的な選択の仕方ですとか、私ども県のほうでもより実態に近いような地域の数字を把握できるような方策をちょっと研究はしてみたいと思うんですが、ストレートにこの差分を減少もしくは増やすということではありませんので、そこだけのご承知おきいただきながら、今後の各病院の将来の方向性の参考という形でしていただければと思います。

それからあと、病床削減を目指して県として取り組むという考え方は持ってありませんで、将来人口減少が進みつつも高齢者人口は一定の規模が維持されると、それを限られた皆様の医療資源の中で県圏域全体として、今連携のお話も出てきましたが、こういった介護も含めて連

携をしながらカバーできるのか、そういったビジョンを、安藤委員のほうからもご指摘いただきましたけれども、こういった会議の場を通じてご議論して一種の案としてつくっていければというふうに考えてございますので、今後ご指導いただければと思います。

○小松座長 酒井先生。

○酒井委員 今を受けて、僕は内藤先生と大橋先生にお聞きしたいぐらいなんですけれども、どうなんでしょう、そこは。急性期を主として扱ってもらっているのは中核病院……

○内藤委員 いわば包含してです。

○酒井委員 いや、内藤先生、要するに、どういうことかわからないですけども病棟を減らすような方向で、徐々に減らすべきであって、本当に急性期として2つの病院で分担をするということが可能なんでしょうか。（「数のことですか」の声あり）はい。

○内藤委員 さっきもちょっと言いましたけれども、私のところも、7対1をとっているといっても追いかけられているんです。重症度・看護必要度が24%とかそこら辺で。それで、結局最近では11日ぐらいの在院日数ですが、10.5日とか10.3日とかになれば確かに必要度25%は悠々超えられます。多分そういうことで今後も必要度に追っかけられるので、7対1でいこうかと思うなら実際の病床数はそんなに要らないとは思いますが、だから、今の病床310床があれば、今後も7対1では看護必要度の厳しい制限がかかってきますので、もっともっとベッドが必要という感じではないですね。

○大橋委員 刈田病院は大体7対1でやっています。200床を急性期、あとの100床を回復期リハ、それから地域包括としている。その200床に関しては大体今、重症と、大体27%、28%、30%弱の形でキープできている状況です。この数、それからあとは2025年の必要病床数を考えてみて、中核さんと僕らで一応、高度急性期が中核さん、急性期を中核と刈田病院で何とかやっていけるんじゃないかというふうに考えては今のところおります。病床を削減するかどうかというのは、今後、来年度の診療報酬改定が一体どういうふうになってくるか、その改定を見てからになると思います。

その中でちょっと言うと、県のほうに聞きたいと思っていたんですが、7月26日に県で、地域医療計画策定懇話会か何かで、県の医療計画がちゃんとできているかできていないかというのを話し合いをしたその議事録が載っていたんですが、その中で、医師の数、それから看護師さんの数があるんですね。十分、平成28年度の目標達成ができていっているというふうなコメントがあったんですが、それは本当にそうなんだろうか。僕らのところを見てみると決してそういう状況ではないんですね。恐らく中核病院もそうだろうし、ほかの病院でもそうだと思うんで

す。それはなぜかという、恐らく仙台市の医者が非常に多いからなんですね。仙台市の看護師さんが非常に多いから。それをもってして、ただ平均をとって達成したというふうにポンと書かれると、本当にそれでいいんだろうかというような気がするんですよ。その辺は、例えばコメントでもいいから、ちゃんとやっぱり本来だったら書いておくべくことなんじゃないかというふうに僕は思います。そういうふうに、医師、それから看護師さんの数その辺ちゃんと配慮されてくると、何とか地域医療、仙南の地域医療というのはキープできるのではないだろうかと考えております。

○小松座長 何か事務局のほうでコメントあったらお願いします。

○事務局 今、大橋院長からお話がありましたのが、来年度からスタートする次期の地域医療計画の策定の懇話会の第1回目の際に、第6次が今年度最終年度に当たりますが、その各目標値に対する進捗状況のご説明をしております。全体の項目の中の数字がいろいろありますが、半分程度しか実際には目標を達成しておりません。

今ご指摘のありました医療スタッフの部分、医師、看護師についてですけれども、皆様ご承知のとおり、宮城県は全国平均に達していないという状況になっております。特に4医療圏で分けますと、仙台医療圏だけが充足はされるんですが、残りの医療圏の充足率が非常に低いと。医師につきましては、旧地域医療圏でいきますと登米が非常に低くて、県平均の半分ぐらいの医師の充足度になっております。一方、今、看護師のお話もございましたが、看護師につきましては当地区の仙南医療圏が一番充足度が低いという形になっております。会合の中でも医療圏別の医療資源の偏在、これの是正というのが非常に大きな課題だというお話も様々な会合でご指摘をいただいております。今日ご出席の佐藤委員のほうからも常々看護師確保などで様々なご指摘をいただいております。県としてもいろいろな方策を検討はしているんですけれども、今先生からご指摘いただいた部分はきちんと肝に銘じておりますので、今後配慮した形でいろいろな資料も出したいと考えております。

○小松座長 そのほかの委員、何かございますか。

○曾根田委員 すいません、お時間余りないのに、ちょっとだけ。

今ちらほらとやっぱり言っていた看護師不足のことで、協会としてもいろいろ、作戦じゃないんですけれども、いろいろ協議をしているところなんですけれども、これは協会の代表というより私個人の意見なんです、各病院の看護師さんもそうなんですけれども、さつき蔵王病院の先生が言っていたように訪問看護ステーションの看護師も、もう保健師も助産師もなんです、全部看護職が足りないんです。足りないというか、仙南の地域に充足がして



いなくて、仙台圏だけ何とか充足しているという状況は日々会議の中でさんざん言われ、高齢化が進み過疎化が進み介護とか看護の手が必要なのに、看護職もどんどん減っていつているんだというんですけれども、各病院での自助努力もちろん必要ですし、私たち看護職の努力がもちろん必要なんですけれども、その中で、仙南地区の看護管理者の会をやっと立ち上げまして、今下準備に入っていて、何とか私たちの中でも協力体制をとって、仙南から看護師さんを出さない、うちの看護師さんが辞めたら中核さんに、中核さんの看護師さんが辞めたらうちでもらうぐらいの勢いの、出さない工夫というのもじわじわとやっていかなければいけないなどというのは、各部長が集まって策をたんと練っているところなんですけれども、ちょっと話が変わるかもしれませんが、県とか国とか市町村とかですね、住みやすい、住みたくなる地域づくりを頑張ってやっていただいて若い人を呼び込まないと、私たち看護職も生活があり、ここに住み続けなければ、近くの病院に通いたいというのが一番の願いであったり、長く継続して働いていただくためには住みやすい地域が必要なんです。実際にここにいらっしゃる先生方も、病院を離れて仙台に住んでいらっしゃる先生がたくさんいると思うんです。看護職は割と病院の近くに住んでいたり通えるところに住んではいるんですけれども、仙南に魅力がないのかとか、ちょっと話が飛びますけれども、そういうのもお願いできれば、地域医療構想を飛び越えてしまうんですけれども、住みやすい地域づくりの、何かそっちのほうにもいろいろ工夫をしていただければ、いろんなところからインターンシップみたいに連れてきているんですね、今。秋田県だったり青森県から若い子を連れてきて寮に住んでもらって働いてもらっているんですけれども、そこで結婚して宮城県に住んでもらって、仙南に住んでもらって子供をつくってとやってもらえれば一番いいんじゃないかなと思うので、すみません、ちょっと飛び越えましたけれども、よろしく願います。

○小松座長 ありがとうございます。

もっと議論があると思いますが、もう時間になりましたので、これで議事を終了させていただきたいと思います。

その他になりますが、何かございますでしょうか。特になければ、事務局のほう何かございますか。

皆様、ご協力ありがとうございました。議事進行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。県当局の皆様には、本日の議論を参考に今後の医療政策の充実をよろしくお願ひしたいと思ひます。

では、司会に進行をお戻しいたします。よろしく願ひします。ありがとうございました。

#### 4. 閉 会

○司会 小松座長様、大変ありがとうございました。

委員の皆様も、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、仙南区域の地域医療構想調整会議を終了いたします。本日はお忙しい中ありがとうございました。