

# 平成29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29年8月17日(木) 午後6時30分から

場 所 : 宮城県大崎合同庁舎 大会議室

## 1. 開 会

○司会 皆様、おばんでございます。定刻となりました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。ただいまから大崎・栗原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 本日は大変お忙しい中ご出席を賜り、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の機能や役割などについ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現状についてご説明をいたします。皆様につきましては、ご専門の立場から、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 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。

まず、一番上にごございます本日の会議の次第と、裏面に出席者名簿となっております。2枚目、調整会議の席次表がございまして、会議の開催要綱、続いて本日の会議の資料ということで、右肩に資料番号、1、2、そして2-2という番号つきのもの、そして以降、参考資料の1から7ということを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、本日は初めての会議となりますので、お手元にご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。

宮城県医師会理事、佐藤良樹様です。

加美郡医師会会長の大山匡様です。

大崎市医師会会長、近江徹廣様です。

遠田郡医師会会長、横山眞和様です。

栗原市医師会会長、佐藤尚様ですが、本日ご欠席の連絡を頂戴しております。

大崎歯科医師会会長、戸田慎治様です。

栗原市歯科医師会会長、三浦満雄様です。

大崎薬剤師会会長、千田利彦様です。

栗原市薬剤師会会長、今野敏昭様です。

宮城県看護協会大崎地区支部長、千坂栄美子様です。

大崎市民病院院長、並木健二様です。

栗原市立栗原中央病院院長、中鉢誠司様です。

涌谷町国民健康保険病院院長、新田篤様ですが、本日、急用のため欠席とのご連絡を頂戴しております。

公立加美病院院長、土井秀之様です。

美里町立南郷病院院長、玉手英一様です。

古川星陵病院院長、小野玲子様です。

古川民主病院院長、呉賢一様ですが、本日、欠席のご連絡をいただいております。

永仁会病院院長、鈴木祥郎様ですが、若干到着が遅れているようでございます。

石橋病院管理者、石橋弘二様です。

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事務局長、門間博幸様代理として、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。

大崎市民生部部長、佐々木雅一様です。

栗原市市民生活部部長、伊藤郁也様です。

宮城県大崎保健所並びに栗原保健所所長、西條尚男です。

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出席いただいておりますので、ご紹介させていただきます。

最後に、県の事務局のほうをご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。

### 3. 議 事

○司会 それでは、これより議事に入ります。

当調整会議開催要綱第3第2項の規定によりまして、座長が会議の進行を行うこととなりますが、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。

それでは、この調整会議の座長・副座長の選任でございますが、当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、選任についていかがいたしましょうか。

よろしければ、事務局のほうからご提案させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○司会 ありがとうございます。

それでは、事務局案を千葉医療政策課長からご提案させていただきます。

○千葉課長 事務局といたしましては、大崎市医師会の近江委員に座長を、栗原市医師会の佐藤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近江委員を座長に、佐藤尚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、ご異議がないようですので、近江委員に座長を、佐藤委員に副座長をお願いいたします。

なお、佐藤委員におかれましては本日ご欠席されておりますけれども、仮に事務局案となった場合に副座長を推薦することにつきまして、あらかじめご了解をいただいております。

それでは、近江座長のほうから一言ご挨拶をいただきたいと思います。

○近江座長 皆さん、どうもおぼんでございます。座長に就任することになりました近江でございます。よろしくお願いいたします。

先ほど話がありましたように、2年間にわたって検討されていきました構想会議、医療構想ですね、これは県知事に11月に答申されまして、いよいよ今度は各地域で、この地域ですと大崎・栗原地域ということになりますけれども、それぞれ皆さんとともに検討して、2025年までに、必要な過不足ない病床をどのようにつくるか、検討していきたいと思っております。

なるべく皆さんの意見がまとまりますように努力してまいりますので、よろしくお願いいたします。

○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、以降の議事進行につきまして近江座長によるしくをお願いいたします。

○近江座長 それでは、次第に従いまして議事を進めていきたいと思えます。

議事の（２）地域医療構想調整会議についてであります。事務局のほうから説明いただきます。

○事務局 それでは、議事の（２）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 をご覧いただきたいと思えます。失礼して座って説明させていただきます。

まず、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きますと思えます。

先ほど近江座長のご挨拶にもありましたとおり、本県では昨年11月に地域医療構想を策定したところですが、右下のスライド番号 2 番でございますとおり、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。

国の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になっております。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ております必要病床数を比較します。それを踏まえて、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まして、実際に機能転換をするとなった場合には、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。

下のスライドに移りまして、今申し上げた内容が詳しく記載されております。

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、2 つ目の黒丸、調整会議の場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に役立てていただきたいと思えます。

下のほうに移りまして、一方、都道府県においては協議の場となるこの調整会議を設置するとともに、病床機能報告制度によって各医療機関の現状を把握し、それを分かりやすい資料や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。

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おります。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させていただいたところです。

スライド番号6に移りまして、本県の調整会議の概要をまとめてございます。

構想区域ごとに4つの調整会議を設置するとともに、医療機関が多い仙台区域におきましては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の調整会議と同様でございます。

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ております。こちらの四角囲みの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、それはあくまでもデータでしかございませんので、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かなどにつきまして、委員の皆様が日頃の診療現場ですとか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させていただきたいと思っております。そして、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いただければと思っております。

そして、下の矢印に移りまして、今後自病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の自主的な取り組みを進めていただく際には、本日の会議でお示する地域のデータをご活用いただいたり、あるいは会議での議論、課題をご参考にしていただければと思っております。

そして、下から上に伸びる矢印、その検討結果を次回の病床機能報告に可能の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これらを反映させた病床機能報告のデータを県から改めてご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。

続いて、スライド番号8ですが、次の議題のほうで出てきますが、注意が必要な点につきまして記載をさせていただいております。

こちらのタイトルの下にありますとおり、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、それから地域医療構想の将来推計は、これらはそのまま比較できるものではないかと、病床機能報告につきましては左側にございますとおり病棟ごとに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ものです。実際の病棟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もあるかと思っておりますけれども、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、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、そして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っておりますので、単純に比較することはできないものであるということをございます。

聞くところによりますと、他県で既に実施されている地域医療構想調整会議の中で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機能ごとの病床数と推計された2025年度の4機能ごとの病床の必要量が異なる性質であるにもかかわらず、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るというふうに伺っております。

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が、今ご説明したとおり、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。

続きまして、次の2枚のスライド、9と10におきましては、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いたものです。

地域医療構想の実現プロセスということで、左側、ステップ1では調整会議での協議、下のステップ2では地域医療介護総合確保基金により医療機関の機能転換の支援、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て、各医療機関において自主的な取り組みが検討・実施されるという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につきましては枠組みとしてはありますが、それ以前にまずは先ほどご説明した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だろうと考えております。

なお、スライド番号9のステップ2で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としてつけさせていただいております。こちらは、消費税の増税を財源として都道府県に基金を設置しまして、病床を転換する医療機関等を支援しようというものでございます。

参考資料7のページを1枚めくっていただきまして、3枚目のスライドのほうに、宮城県で実施しております病床機能転換の支援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。

議事の2点目、地域医療構想調整会議についてのご説明は以上になります。

○近江座長 ありがとうございます。

ただいまの説明につきましてご質問等がございましたらばお願いいたします。

特にありませんでしょうか。

それでは、議事の2番はこれで終了ということにいたしまして、続きまして議事(3)大崎・栗原区域における医療提供体制についてご説明いただきます。

○事務局 それでは、議事の(3)大崎・栗原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・連携を進めるに当たって医療圏内での各医療機関の立ち位置を把握していただくため、主なデータを提示したものでございます。

まずは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ご確認いただきたいと思います。

ページをめくっていただきまして、スライド番号3と書いてある資料をご覧ください。

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機能のいずれの病床機能にな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、病床機能報告が始まりました平成26年度から直近の平成28年度までの3カ年分の報告結果、そして、28年度に6年後の予定である平成34年度の状況というのを報告していただいておりますので、それを棒グラフにして並べております。一番右側には、

先ほど議事の（２）のほうでの説明でご説明したとおり単純比較できるものではないですが、参考として地域医療構想でお示ししている平成37年、2025年度の必要病床数を記載しております。

直近の28年度の報告結果と6年後の予定、右から2番目のところですね、それから必要病床数の3つを太線で囲んでおりますが、28年度と6年後の予定を比較していただきますと、高度急性期については動きがございませんが、急性期では約110床、それから慢性期では約50床、それぞれ減となっております、回復期では170床増えるというような予定になっているということがわかります。

次に、下のスライド番号4というところをご覧ください。

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、入退院患者数から平均在院日数と在宅復帰率を計算した表がこちらになります。2つ上下に並べておりますが、どちらも医療機能別、医療圏別に比較できる表となっております。

上の平均在院日数について大崎・栗原区域についてご覧いただくと、回復期と慢性期が他の区域よりも若干短めということがわかるかと思えます。在宅復帰率については、こちら平成28年6月、1カ月間のデータということになりますので、その分、数値のばらつきも大きくなっているかと思えますけれども、急性期、回復期で見ますと各医療圏とも80%前後ということになっております。

なお、一番下、欄外のところに記載してございますが、ここ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や介護老人福祉施設など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了承いただければと思います。

次に、隣のページに行きまして、スライド番号5と記載してある資料をご覧ください。

こちらでは病床機能ごとに本大崎・栗原区域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。高度急性期につきましては院内の他の病棟からの転棟と家庭からの入院というのが半々程度、急性期については家庭からの入院が4分の3となっております。回復期につきましては転院・転棟合わせて6割強、慢性期については同じく転院と転棟合わせて8割弱というような状況となっております。

下のスライド番号6の資料のところでは、今度は入院していた患者さんが退棟後にどこに移ったのかというものを同じく提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の病棟が7割強となっておりますけれども、慢性期、一番下のところを見ていただきますと死亡退院、一番右側ですね、の率が多くなっているほか、他

の機能と比べて退棟先が分散している、家庭もあれば福祉施設なども結構多くなっているということがわかっていただけるかと思います。

こちらでは入棟前の場所、それから退棟後の場所というのを整理したんですけども、個別の病院ごとの病棟ごとの状況というのは、お配りしております参考資料の1というA3の資料がございます。こちらのほうにまとめてございます。全県分の各病院の病床機能の状況をまとめた資料になっておりまして、大変細かくなっており恐縮でございますが、こちらのほうにまとめてございます。

大崎・栗原区域の病院の状況というのは、1つ目の項目が6ページの上のほう、上から10行目ちょっとぐらいのところから始まっております。宮城県立循環器・呼吸器病センターから下が大崎・栗原区域の病院の状況ということで、こちらが病棟の医療機能でありますとか、それから許可病床数等を整理したものでございます。

この資料は7ページで全体の県内の病院を一通り表しておりまして、8ページ目からはまた新しい項目という形で整理をしたものでございます。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いうふうに思います。県のホームページのほうでは個別の病院ごとのデータを公表していますが、今回はこの項目ごとに病院の状況を並べたデータということで整理した参考資料となっております。

それでは、また最初にご説明をしておりました資料の2のスライド番号の7と書いてあるページにお戻りいただければと思います。

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。このスライド番号7のスライドでは、手術でありますとか救急車の受け入れ件数など、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、どういった病院が担っているのかという内訳を示した資料でございます。ご覧いただけるとお分かりになられるかと思いますが、当地域では主に大崎市民病院、そして栗原中央病院が中心になって、高度急性期または急性期の医療提供をしているというような状況になってございます。

その下、スライド番号の8と書いてある資料です。

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、同じくどんな病院が担っているのかというのを整理した資料ということになります。上のスライドと比べて見ていただきますと、どちらのスライドにも名前が出てくる医療機関ももちろんございますが、高度急性期、急性期を担っている病院と回復期、慢性期を担っている病院と、一定の役割分担がなされていることがお分かりいただけるかなと思います。

なお、こちらのスライド番号7番、あるいはスライド番号8番のデータについては、平成28年6月、1カ月間の診療実績でございまして、また、どちらのスライドも欄外に記載してあるんですけども、病棟ベースでご報告いただいたデータで件数が1以上10未満の値については、個人の特定の恐れもあるということでこちらの集計には含まれておりません。このため、例えばスライド番号7で言うと腹腔鏡下手術、それからスライド番号8で言いますと特殊疾患入院施設管理加算は1つの病院の名前しか記載されていないんですけども、必ずしもどこかの医療機関で実績が全く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いうふうに思います。

今、主な診療実績についてご紹介をしたんですが、地域における具体的な役割分担、より細かいレベルでの役割分担については、他の実績も見ていただく必要があろうかと思っておりますので、また少し細かい資料になるんですけども、お配りしている参考資料の2というものをちょっとご覧いただきたいんですけども、詳しい説明は割愛させていただきますが、各病院からご報告いただいております、同じく昨年6月、平成28年6月の診療実績について、項目別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、それから疾患別の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、実績をほかの病院と比較ができる資料ということになっております。こちら県内の全ての病院について整理したものでございまして、これは病院単位ということで、裏表で1つの項目、2枚目はまた別の項目ということで整理をしているということになってございます。

あわせて、参考資料の3と4という、今度はA4判の裏表の資料をお配りをさせていただきます。参考資料の3につきましては部位別の手術件数の実績、参考資料の4につきましては全身麻酔の部位別の手術件数ということで、それぞれの実績について、こちら裏表で県内の全ての病院について実績を記載したものということになってございます。

それから、同じく参考資料でお配りしている参考資料の5というものをご覧いただきたいんですが、参考資料の5はA4の1枚物の資料にA3判の2枚物の資料がついているものなんですけども、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ものでございまして、厚生労働省から各都道府県に対して提供されているデータを整理したものでございます。各医療機関から報告された診療実績のうち、急性期医療と関わりが深いと考えられる項目、66項目になりますが、をピックアップして、全国平均を1.0とした場合に各医療機関の状況がどのぐらいかということで、0.9とか1.1とかというふうに一目見てわかるような形で整理したものでございまして、これをもとに全国平均との比較を客観的

に把握することができる資料となりますが、幾つか留意点がございますので、説明させていただきます。

資料5の一番上の紙の真ん中あたりに注意点ということで大きな字で書いてあって箱囲みになっている部分をご覧くださいんですけども、1つは、こちらは診療の実績を積み上げたものであって医療の結果については反映されていないので、優れた病院のランキングのような形で使えるものではないということ。それから、2点目になりますが、病棟単位ではなくて病院単位で集計をしているため、ケアミックスの病院では実態よりもより低いスコアが出るようがございます。そうした留意点もございますので、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います、参考資料ということでお配りをさせていただきます。

地域医療構想の推進を図る上では、それぞれの医療機関の自らの立ち位置というものを、同じ医療圏内のほかの病院と比較しながら判断していただくということも重要になろうかと思っておりますので、こちらの参考資料をお戻りになられてからゆっくりご覧いただいて、ご自身の医療機関の立ち位置、ポジショニングを数値的な部分からご確認いただければと思います。

それでは、また最初の資料の2のスライド番号の9というところにお戻りいただければと思います。スライド番号の9、入院基本料におけるSCRの状況ということで、「SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）とは」と書いてある部分でございます。

このSCR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を確認できるデータということになっております。100が全国平均となっております、それ以上はレセプト数が多い、それ以下はレセプト数が少ないということになっております。数値は年齢調整済みということですので、高齢化率が高い・低いといった影響は排除されておりますが、流出入は考慮されていないということでございます。

そういった点を踏まえまして、スライド番号10番のほうにSCRはたくさんの指標がございますが、入院基本料の部分を抜粋して記載をさせていただきます。

若干細かいんですが、大崎・栗原のところを太線で囲んでおります。これ、上から3番目のところですね、入院基本料の7対1が69.5ということを出ております。それから、4つ下のところにDPC入院とございまして59.1ということを出ております。全国平均が100ということですので、こういった急性期系の数値については、若干この地域は弱く出ているということでございます。

7対1の下に10対1、あるいはその下に13対1、15対1というのがございます。こちらは

98.9と95.7ということで、概ね100ぐらいということですので、回復期系の医療行為はほぼ全国並みということになると。

さらに、先ほど見ていただいたDPC入院の下に療養病棟入院基本料というのがございまして、こちら107.9と出ております。県内のほかの医療圏の状況が隣に出ておりますが、県内で唯一100を超えている、全国以上ということに当地域がなっているというふうな状況があると思います。

本日お配りした参考資料の中に参考資料の6というカラーの資料をお配りさせていただいております。緑と赤で着色した資料なんですけど、これは、今入院基本料のSCRをご紹介いたしましたが、そのほかの項目について整理したのが参考資料の6という資料になってございます。こちらの表では120を超えるものについては赤、それから80未満のものは緑という形で着色した資料で、要件ごとにほかのデータもどういった数値になっているのかというのを整理したものでございますので、こちらもお戻りになられてから、大崎・栗原の状況をご確認いただければと思います。

それでは、また資料の2にお戻りいただきまして、スライド番号の11番、12番のところをご覧いただければと思います。

こちらスライド番号の11番、12番は、2013年度、少し前のデータになってしまいますが、区域内の患者さんの流出入を示した資料ということになります。上の表は、区域内にお住まいの住民の皆さんがどちらの医療機関に入院しているかを示す資料ということで、いわゆる流出を示すものでございます。下は逆に流入ということで、当該区域、大崎・栗原区域内の医療機関にどちらに住所のある患者さんが入院されているのかというのを示した資料ということでございます。

上の流出のほうを見ていただきますと、いずれの医療機能も仙台に一定の流出があるということがお分かりいただけるかと思います。下の流入を見てみますと、各医療機能ですね、石巻・登米・気仙沼から一定程度の流入があるほか、慢性期に関しては仙台からの流入、あるいは県外からの流入というのも一定程度あるというのがお分かりいただけるかと思います。先ほどのSCRを見る場合には、この流出入についてもご覧いただく必要があると思いますので、ご参考にご覧いただければと思います。

次のページ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考えてございます。

スライド番号の14番につきましては人口構造の見通しになります。総人口は2040年まで減少

が続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歳以上の人口の変化が少ない一方で、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いうことで、高齢人口比率はますます高まっていく見込みということになってございます。

次のページをおめくりいただきまして、スライド番号15番につきましては、この人口の状態に対応した入院需要の推計ということになってございます。地域医療構想では、療養病床の入院患者数のうち医療区分1の患者数の70%が在宅医療に移行するという前提で推計されていることもございまして、医療需要は2025年に向けて減少となる、そしてその後やや微増するというような見込みになってございます。

スライド番号16のところは、その入院需要を医療機能ごとに分けて整理をしたものということになってございます。高度急性期は減少傾向、急性期はほぼ横ばいということになっておりますが、回復期は1割から2割程度増加というようなことになっております。先ほどご説明した地域医療構想における推計方法の関係もあって、慢性期の医療需要は7割程度まで大きく減少していくような格好になってございます。

次、スライド番号17番は、今度は機能別ではなく疾病別の医療需要ということになってございます。成人肺炎は増加する見込みになってございますが、がん、脳卒中は減少する見込みとなっております。

18番のスライドは、以上を踏まえまして、冒頭でお示ししたグラフを再掲したものということになってございます。最初の資料1の中でご説明したとおり、病床機能報告と必要病床数の将来推計、病棟単位の自己申告と患者ごとの診療報酬ベースで切り分けたものという性格の違いから、単純な比較はできませんが、病床の動きを見る上で、傾向を見る上では参考になるかと思えます。

病床機能ごとに見ていただいた場合は、2016年、平成28年の急性期は1,540で、2025年に567で大きく減少しておりますが、これは性格が違うので単純に数字の比較をして1,000床減らすというふうに見ていただくのではなく、必要病床数、あくまでも予測ということで、トレンドとして捉えていただければと思います。減少するというトレンドとして捉えていただきたいと思えます。

この必要病床数のトレンドに皆様方が日頃の診療や業務の中で感じていらっしゃる地域の実情を勘案しながら、今後、この地域でどのような医療機能が不足し、何を充足していかなければいけないのかということをお考えいただければと考えてございます。例えば回復期に関して言うならば、2025年に669床必要になるとなっておりますが、現在の148と比べると大分大きな

隔たりがあるような形にはなっております。この開きを日常の診療や業務の中で実感しておられるかどうか、実感しておられる場合は、リハビリの供給量が少ないと感じていらっしゃるのか、在宅復帰に向けた医療が不足していると感じていらっしゃるのかといった辺りですね、感じていらっしゃるののであれば、それは例えば周辺の医療圏の病院がカバーしているのかとかいろいろなケースがあると思いますので、その辺をご議論いただければというふうに考えてございます。

ページをめくっていただきまして、次のスライド番号19番から22番までにつきましては、地域医療構想の病床の将来推計と、それから皆様方に毎年お願いしております病床機能報告における医療機能の考え方、国から示されているものを整理したものでございます。

スライド番号19番は、医療機能ごとに、区分が、医療資源投入量、高度急性期は3,000点以上、急性期は600点以上といった点数を示したものでございます。20番については、それぞれの医療機能の境界線の状態ですね、患者像の例、基本的な考え方を示したものであるということでございます。21番につきましては、特定入院料等を算定する病棟について、それぞれの病床機能ごとに、紐付くと考えられる特定入院基本料を整理したもの、スライド番号22番は、特定入院料等を算定しない病棟について、入院基本料等で病床機能への区分の考え方を整理したものであるということになってございます。

国のほうで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すので、今後ご報告いただく際はこのような部分を踏まえて対応いただければというふうに考えてございます。

最後に、資料2-2ということでA4の1枚物で横の資料をお配りさせていただいております。こちらは、これまで開催しました調整会議の中で整理して追加で出してほしいという要望があつて整理した資料でございまして、それぞれの主な入院基本料について、どういった病床機能報告でご報告いただいているのかというのを整理したものでございます。大崎・栗原区域に関して言うならば、入院基本料ですね、7対1から15対1、全て急性期という形でご報告をいただいていると。それから、回復期リハの入院料2、それから地域包括ケアについては全て回復期でご報告をいただいていると。療養病棟の基本料1は一部回復期で多くは慢性期、同じく基本料2については慢性期でご報告いただいているということで、その入院基本料との関係についてご参考までにお示ししたものでございます。

少々長くなりましたが、説明は以上でございます。

○近江座長 ありがとうございます。

病床機能報告、それから地域医療構想での将来推計など、データについての報告がありまし

た。ただいま説明がございましたこのデータをどう解釈するか、あるいはデータに見えない部分はないのかといった視点が重要になってくると思います。こういったデータを補うのは、実際に地域で医療に携わっている私ども現場の感覚であろうと思いますけれども、今回、調整会議といたしましては、最終的に地域医療構想の推進、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ということでございますが、今回は初回ということもございまして、調整会議は現状や課題の共有が目的でもありますから、皆さん、様々な立場からいろいろなご意見があろうと思いますので、どのようなご意見でも結構でございますので、ご発言いただければ非常にありがたいと思います。よろしく願いいたします。

また、本日、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ございましたら発言よろしく願いいたします。

膨大な資料の説明だったので、なかなか意見も出ないかもしれませんが、どうでしょうか。どうぞ、小野先生。

○小野委員 最後の平成28年度の病床機能報告の主な結果ということで、大崎・栗原地区でも一般病棟13対1とか一般病棟15対1も急性期として報告が上がっているということですがけれども、国の基本的な考え方の医療資源の供給量というところになってくると、何対1ぐらいが急性期という考え方というのは、一概に当てはまるというわけではないんですけれども、その辺の乖離というのがあるのかどうか、お話を聞かせていただければなというふうに思うんですけれども。

○近江座長 お願いします。

○事務局 先ほどご説明いたしました資料の2の一番最後のスライド番号の22のところをご覧いただければと思うんですけれども、「病床機能報告における医療機能の考え方②」という資料がございまして、ちょっと見づらいんですけれども、右端に入院基本料の表が、上から一般病棟7対1、特定機能病院一般病棟7対1、専門病院7対1というふうにございまして、これからすると7対1入院基本料については高度急性期と急性期、それから10対1については急性期と回復期、それから13対1あるいは15対1については、回復期と慢性期に太い矢印が入っているのでそこが中心で、急性期にも細い矢印が入っていますので一部は急性期ということですね。国のほうから示されているのはこういったような考え方になっております。

○近江座長 はい、どうぞ。

○小野委員 そうだとすると、平成28年度の病床機能報告の結果と必要病床数（大崎・栗原）というところの急性期がすごく現状ではいっぱいあって、目標のところではかなり少なくなって

いますよね。そうすると、現状の国の7対1とか10対1でこれぐらいの割合なんだよということになると、それに入れた場合の、要は今病院側が急性期と言っているのでこの薄いグレーだけれども、本当のところの機能で分化すると現状はどうなっているのかというのもある程度お示しいただかないと、何となくちょっと合っていないような気がするんですけども。

○事務局 病床機能報告については各医療機関からの報告に基づいているものですので、そういう意味で必ずしも国が示している考え方と合わない部分があって、恐らく国が示している考え方に照らし合わせると、急性期がこんなに多くなくて、ほかの病床機能のほうがもうちょっといっているんじゃないかと。例えば回復期も実際にやっているところが多いのではないかとというようなご意見も、そのとおりにかなというふうには思います。

そこは、ただ、最初でもご説明したとおり、一つの病棟単位でどうしても病床機能報告というのをさせていただくことになりますので、その中で患者さんの状態も変わり得る中で、それらも見ながら各医療機関さんのほうにご判断いただいて報告していただいているという部分もありますので、なかなか私どものほうでそこを勝手に付け替えるということもちょっとできないものですから、ここはほかの医療機関さんの状況なども、今回医療の実績なども、大分細かい資料にはなってしまうんですけどもお示しをさせていただきましたので、この辺もご覧いただきながら、病床機能報告、毎年お願いすることになりますので、今年も10月にまたお願いするようになりますので、その中で、ほかの病院との兼ね合い、あるいは国から示している、この本日お示した資料なども見ながら、改めてご自身の医療機関の病床機能というものがどういったものなのかというのを各医療機関さんにご判断いただいて報告いただいて、それを集計後、私どものほうでご報告させていただくと。それで、国のほうの考え方と少し乖離があるということであれば、そこも分かるような形でお出しして、ご意見をいただくということなのかなと思います。

○小野委員 分かりました。自分のほうで気づかないとお国のほうから指導が入ってくるということに、端的に言うとなるんでしょうか。

○事務局 今の制度上は、その報告の内容について、この内容はおかしいんじゃないかというふうな指導が入る仕組みにはなってはいないです。ただ、報告の仕方として、こういった考え方というのが示されておりますので、違ったところとかがあると、なぜこれと違った形なんだろうねというふうなお尋ねとかは、例えばこういった場ですることもあるのかもしれませんがということで、あくまでも病院の皆さんからご報告いただくというふうな制度に今のところはなっておりますので。

○小野委員 わかりました。ありがとうございます。

○近江座長 手を下さないで本当にある程度のコンセンサスを得るように持っていきたいということでしょうね。

○事務局 そのようになっていくと、構想で示している必要病床数というのは一定の基準というか考え方に基づいていますので、それに近い形でご報告いただければ、比べてみるときも傾向を見るときもより見やすくなりますので、考えやすくなるというふうに思います。

○近江座長 この資料2-2を見ますと、大崎・栗原だけが15対1まで全部急性期ですものね。他との違いがちょっと出ていますね。でも、一般的にどの区域も、13対1も15対1も急性期として出しているようですね。よろしいと思いますが、大崎だけが際立っているという感じでもないんですけれども、いささかちょっと大崎のほうが多いのかなという気がいたします。

○事務局 地域によって色々ではあるんですけれども13対1、全部急性期とご報告いただいている地域もありますし、そうでない地域もございます。どちらかという、そうでないところのほうが多いかもしれないくらいです。

○近江座長 ほかにご発言ございますでしょうか。特にございませんか。

それでは、先に進めさせていただきます。

地域医療体制ということを考えていく上で、やはり公立病院が今後どのような医療機能を担っていくかということが非常に大切になると思います。そこで、新公立病院改革プランということそれぞれの病院で策定されたと思うんですけれども、各公立病院の皆さんから、今後の方向性についてご発言いただきたいと思います。

それでは、まず最初に、大崎市民病院の並木先生、いかがでしょうか。

○並木委員 早速のご指名ありがとうございます。基本的に、先ほど小野先生のほうからご質問がございましたけれども、結局民間病院のほうには何も行かないで、公立病院のほうに命令とかそういうものが来る。そこで大崎市民病院と栗原市立病院が自主的にいろいろやらないと、県のほうで地域医療支援病院を最後は取り消しますよというお話なのかなと。結局、公的病院がどのように自分たちで自主的に病床を再編するかというのを示しながら、そして民間病院がそれに倣い、あそこの病院はああいうふうにやっているんだからおまへたちはこうだろうというのを県がお金をちらつかせながら、そして権力をちらつかせながら、この会議を最終的に仕切っていく。それで、いいものができたら県の成果だというふうになると。それで結局苦労するのは我々ということになるんだろうと。昨日、一昨日、これを読ませていただいてそう思いました。

文句ばかり言っていてもしようがないので建設的にやるしかないんだろうと思います。当病院としては本院は基本的には大崎地域の超急性期から急性期を担っている病院であって、慢性期を基本的にはやる気はないんだと。やっちはいけないかなという気です。本院のほうはそんなに問題にならないのかなと。ただ、うちは分院を抱えておまして、ここをどういうふうに持っていくかというのは当院の改革プランを見ていただくと分かるんですが、これのほうはまだ地域への説明、一応、議会のほうで説明してありますけれども、地域の住民への説明がきちんと終わっていないので、今日どうのこうのということではございませんが、その地域の人口推計から医療需要を鑑みて、一応当院としては改革プランを出してある。その数字が幾つかというのはまだ最終的に決まっていけないので、この公の場では間違ったことは言えませんので控えさせていただきますけれども、やはり当院の病院事業としては大崎市病院事業として全体を動かして、大崎市の医療を守っていくという態度は変わりません。しかし、合併しても、なおかつ10年たっても、まだまだおらが町という壁がございまして、大崎市が一つになっているとはまだまだ言えないと。来年、市長選もあるので、その辺のところはもめるのかと思いますけれども、どうしても合併前からある旧町立病院ですね、うちの分院のほうは、その地域からの思い入れが強くて、なかなかその機能に見合ったというか、今日、美里とか来ていますけれども、そこの町長さんたちも、急性期医療とか、全部の患者を診ようとか、そういう思いが強くて、大崎市がまだ一つになっていなくて医療をどういうふうに全体的に見ていくかというのが定まっていけないと同様なので、この会議を踏まえながら、我々病院事業の医療をどういうふうに、民間の病院とどのように調整をつけていくかというのはやらなきゃいけないなど。

急性期は、多分小野先生が言うように、もうちょっと皆さんが病床を見直しながら、うちのほうもそうですけれども、減らしていく方向だろうと。回復期では小野先生の星陵病院に非常に期待しているんですけれども、特にこの地域の薄いところなので、皆さんがどのように担っていただけるのかなというところがこれからのこの地域の課題だなと思っています。慢性期に関しては、やはり負うところは民間の先生方のところが多いのかなと思いますので、その辺のところをざっくばらんに話し合いながら、地域医療構想の中でこの地域医療をぐるっと回すような、包括ケアもそうなんですけれども、今日は大崎・栗原ですけれども、この県北でうまく患者さんを回すという変な言い方ですけれども、患者さんたちがきちんと医療が回るような形にしていければいいかなということで、私の発言は終わりにいたしたいと思います。

○近江座長 ありがとうございます。

では、続いて栗原中央病院、お願いします。

○中鉢委員 栗原中央病院の中鉢です。

基本的には当院も栗原市の中の、二次救急病院ですので急性期を中心とした医療を今後も続けていきたいということですが、うちは中央病院と若柳、栗駒と3病院ありますけれども、大崎みたいに分院という形になっていませんので、本来であれば回復期、慢性期の部分に関しては3病院がもう少し機能分担していればいいんだろうとは思ってはいるんですが、いろいろな問題でなかなか難しいので、それは今後の課題だろうと思っています。今後、回復期、若柳とか、うちも地域包括ケア病棟1つありますけれども、若柳とか栗駒にそういう回復期をつくるにしても、なかなか難しいんですよ。ハードルが高いというか、それなりの点数をとるためには人も必要ですし、候補になるところがないとなかなか難しい部分があって、そう簡単ではないと思っています。

なので、何となく思っているのは、この調整会議で、大崎と栗原はやっぱり遠いのでなかなか、例えば慢性期に関して言うと、じゃあ療養を栗原のほうで減らす、なので古川のほうにある慢性期の病院に行くかという、なかなかそんなことはないと思うんだよね、住民の方々はね。慢性期は特に入院期間が長いですから近くにとと思うのが、住民の方は普通はそう思うので、特に慢性期に関してはなるべく栗原市内とか、要は栗原の住民の人たちは栗原市内で何とかしたいなと思っているので、この調整会議がどれぐらいそれを支持してくれるかちょっとわかりませんが、あとは調整会議でいろいろ、じゃあそこはどういうふうにしましょう、この辺はどういうふうにしましょうといっても、恐らくは診療報酬改定の影響のほうが大きくて、経営を考えると、調整会議のをじゃあどうしようかというよりは、経営を考えて人員をどうしようかと考えるほうが多分大きいと思うんですよ。なので、あまり調整会議の内容でそんなに左右されないんじゃないかなとは実際思っています。どこの病院もね、恐らく。という感じに思っています。

ちなみに、循環器・呼吸器病センターは2年後ということで移管しますけれども、当院としては急性期病棟の病床数は増やす予定はないですし、今のところですね。あとは結核、感染病棟も30床を今のところ予定しています。今、向こうの病院では50床ですけれども、こっちに来たときは30床でという予定はしています。

○近江座長 ありがとうございます。

それでは、土井先生、お願いします。

○土井委員 うちでは、先ほど栗原でもおっしゃっていましたが、地域が広いので、例え

ばうちの病院で療養を減らして、それでほかの療養病棟のほうに回すとか、療養の病棟とか急性期の数だけで宮城県の地域構想というか、この区域内を統括されてしまった場合には、住民の方々がここに行く交通手段とか利便性がかなり欠けるんじゃないかと思います。だから、単に数だけではなかなか難しいのではないかというふうに思っております。

例えば、うちでも在宅とか何かは今24時間体制で取り組んでいるんですけども、例えば行くにしても3件くらい行っただけで、もう三、四時間ぐらにかかるとですね。そういう時間がかかるんです。だから、在宅でもすごく限界というか、ありますし、じゃあ在宅を担当してくれる医者数を増やしたいといっても、例えば県のほうにお願いしたとしても、人材バンクにはそういうことを希望する人は誰もいないしというふうに言われてそこで終わってしまう。病院の機能だけではなくて、医者の年齢も大体高齢化してきていますし、看護師さんもかなり高齢化しているんですよ。何年後か先のことを病床の機能だけでというだけでは、例えば医者が亡くなってこういう機能を維持できない病院もいっぱい出てくるんじゃないかと。だから、数だけで決めつけても、今度その対応ができなくなってくるんじゃないかと。例えば大学病院に医者の確保をお願いしに行ってもほとんどみんな断られて、並木先生のところとか栗原中央病院のところに医者をやっているからそこを相談しろよというふうに言われて終わりなんですね。そこを県がどういうふうにして調整するのか、それを教えてほしいなということがまず1点あります。

あと、看護師さんとか、例えば住民が減ってくれば、若者も減ってくるので、地域で働く人の数も減ってくるんです。それをどういうふうと考えていただけるのかというのも、この地域医療構想には今回は全く入っていませんので、そこら辺も少し考慮してほしいなというのは考えています。

うちの病院としては、急性期とかニーズもありますし、一般病棟でも病床稼働率が大体85%ぐらいは去年のデータだといっていますので、急性期と、あるいは慢性期、療養ですね、あとは回復期病棟とかそういうふうな地域包括病棟とかも本当はしたいんですけども、さっき中鉢先生が言ったようにハードルが高くて、そのための人材確保とかをしなくちゃいけなかったりとか、そういうのを考えるとなかなかできないと。最終的には診療報酬でカットされてしまえば病院としては成り立たないので、そこら辺までできるかどうかと。

あとは診療報酬の改定もどうなるかということですからすごく左右されるので、病院改革プランも一応作成していますけれども、そういうふうなところを考えながら今しているところです。以上です。

○近江座長 ありがとうございます。

それでは、南郷病院の院長先生、お願いします。

○玉手委員 美里町の南郷病院です。

美里町に病院が、南郷地域には医療機関は私のところだけでほかには全くありませんので、南郷病院が機能を停止すれば大変なことになるという地域であります。50床で1病棟単位ですので、やっている内容に関してはいろいろ急性期もあれば回復期、慢性期というような、そういう状態で、少しずつ対応している状況で、病床稼働率は大体75から80ぐらいのところではあります。どのくらいこれを評価するかとかというのは、全体から見たらちっぽけな50床ですけども、その地域にとっては非常に大きいということをご理解いただきたいというふうに思っております。

改革プランに関しては、というわけで基本的には今の状況を何とか維持して、大崎の一番南の端っこですけれども、少しでもこの地域を支えていきたいという状況にございます。大きな流れには逆らえないのかもしれませんが、少しでも頑張ってみようというところでもあります。

○近江座長 玉手先生、ありがとうございます。

各院長先生からお話しいただきました。こういったお話を踏まえた上で、皆さんから何かご意見ございましたらば。回復期は今後不足するだろうと言われてはいますが、それが今後これからどういうふうに充足していくのかとか、そういった問題についてご意見ございますか。はい、どうぞ。

○小野委員 これからやはり回復期のハードルが非常に高いということで、うちでも療養病床の中にリハビリ部門を組み込んで現実にはリハビリはしているんですけども、回復期病棟として独立はできないんですね。そういうふうにできればいいなというふうに思っているんですけども、在宅復帰率だとか専門のドクターだとか、そういうことでハードルが高いので、現実、リハビリをいろいろやって、お家へ帰っていただくためのいろいろな支援は病棟内では療養病床の中でやっているんですけども、回復期リハというハードルをもう少し下げてもらいと、どこの病院でも回復期リハのお届けが、現実、ほかでもうちと同じようにリハビリをちゃんとやっていて頑張っているんだけど独立した病棟として申請できていないところというのは結構あるんじゃないのかなという感じはするんですね。なので、そこもやっぱりさっきの急性期病院の13対1、15対1も急性期で出していて、現実、国の思うところと乖離している。それで、回復期リハのほうも、療養病床の組み込みをしながら、うちと同じように結構頑張ってリハビリやっているんですけども、回復期病棟としては届けられていない。ハードルが高いので、

リハビリはしていて、やっているけれどもお届けになっていないところというのは、やっぱり結構あると思うんですね。そこがやっぱり国の目指すところの区分と外れてくるところなんじゃないかと思うんですね。そのこのミスマッチを何とかしていかないとお国の目標のところには私達はなかなか近づいてはいけないなという感じはちょっとしますという感じはあります。

○近江座長 ただいまの小野玲子先生の意見について何かございますでしょうか。県のほうとして。

○事務局 今のようなお話は他の地域での意見交換の中でも、先ほど診療報酬のお話が出ましたけれども、基本的には経営をしていく中では診療報酬の改定が最大の関心事であると。それから、今お話にあった基準の緩和が望ましいのではというお話もあつたんですが、基本的に厚生労働省のほうで現在2年ごとの改定のほうを現在検討しておりますし、あとは基準の緩和のほうは、これまでの傾向を見ますと、緩くするよりは非常に厳しく続いているということがこれまで続いております。現在、国のほうで診療報酬の改定、いろいろな議論を報道等でも耳にしておりますけれども、地方から国に対しては地域の医療を支える上でさまざまな要望、現状がありますということはお伝えしていきたいと思いますが、基本的には大変申し訳ございませんが、国のほうにお伝えするということができないというのが現状ではございます。

○近江座長 非常に厳しくなってきましたね。在宅の医療もそうですね。在宅の医師を増やそう増やそうと言う割に在宅支援診療だと非常にハードルが高くて、本当にやる気あるのかなという感じがあるんですけれども、この辺のこともちょっと県のほうからいろいろ上げてもらえればありがたいと思います。

第1回目ということでございますので、ほかにございますか、何か言いたいということが。よろしいですか。どうぞ、先生。

○石橋委員 いつもお世話になっております。栗原市若柳の石橋病院長、石橋です。

ここに来て資料を見て数字を見て、それでこういうふうになってこういう方向で行きますよというときに、さっき土井先生のほうからもあつたり、中鉢先生のほうからもあつたり、いろいろなその地域地域で特色があると。それで、その数字自体を病床数を整えて、ハードルの高い低いとあつたときに、最終的にその医療を受ける人たちが本当に満足するのだろうかというところが、いつも何か理想論になって、大切なことって、僕も医者になって20年以上経つんですけれども、いつから慢性期、急性期って分けちゃつたんだろうかって。患者さんにとっては慢性期、急性期もないですよ。だから、医療を受ける人たちにとっては関係ない話だったりするんですね、実は。だけど、我々の中ではそれを分けていなかきやいけない状況になった。

国がそういう状況になったということですが。ですけれども、忘れちゃいけないのは、やっぱりそれで本当に、並木先生がおっしゃったように地域の人たちの健康やそういったものが守れるのかどうかということが、やっぱり大事になってくるんじゃないかなと思うんですよね。だから、ハードルを上げる下げるとか、小野先生からもありましたけれども、国の方針はこうだというのは我々も分かっているんですけれども、この地域が一番いい方向にというふうに進んでいければと僕は思っているんですね。

それで、在宅医療、国は一時、在宅、在宅って、今も求めていますけれども、在宅には持っていけないじゃないですか。特に栗原地域は共働きがほとんどですよ。核家族化がそれにプラスになっていて、そこでどうやって在宅に持っていけるのかという問題もあったりするんですね。ですから、そういった、この数字で、人口が減りましただけじゃなく、その中に含まれている別な要因というものも考えなければいけない。でも、これを言っちゃうとすごい複雑な会議になってしまうんですけれども、何か数字だけ、病床数をこうしましょう、ああしましょうということだけでは済まない問題が、この地域はあるのかなと思います。

何かまとまった意見じゃないですけれども、何かやっぱりそれを利用する人たち、医療を期待する人たちというのが何を、急性期、慢性期を分けたことで、うちは栗原中央病院や大崎市民病院、またはいろんな医療機関の病院から患者さんを受け入れているんです。現実的な声は、急性期の病院を出されたと言います、やっぱり。出されてしまったと言うんです。長く置けないからと。それが恐らく急性期から慢性期に移るときの実際の住民の人たち、医療を受けた人たちの感想だと思うんです。せつかく急性期で一生懸命現場の医療人たちが頑張ったことに対して出されたという結論になったときに、何かいつも寂しさを覚えるので、何か感覚的なことでちょっと申し訳ないんですけれども、ちょっと最後につけ加えさせてください。

○近江座長 非常にこの医療構想にとって根源的な話が出ましたけれども、なかなか難しい問題がたくさんありますね。

ほかにはよろしいでしょうか。

時間も押しておりますので、第1回目ということですのでなかなかまとまりのある結論にはならないだろうともちろん思います。

これで議事の3は終了といたします。

本日はこれにて議事を終了させていただきたいと思うんですけれども、よろしいでしょうか。ありがとうございました。

それでは、本日、この構想会議にも非常に深く関わっておられた東北大学の藤森先生がお見

えになっておりますので、先生のほうからコメントをお願いいたします。

○藤森教授 大変混乱を引き起こしてしまったみたいで大変申し訳ないんですけども、今日、第1回目なので、まず、いろいろな県の持っているデータをご提示して、議論のきっかけにさせていただきたいなというところでございます。

特に、この参考資料の6の医療提供体制、これは実は私の大学の教室でつくっている全国に配布しているものですが、これはさらに市区町村版まで作っておりますし、市区町村間の患者さんの移動もこの項目立てでありますので、県は持っていますから、もし必要であればそういうこともここで出させて、医療の提供体制をどう考えるかということを経験して、一番大事なことは、この資料2の3ページ目の病床数の数合わせ、これは実はどうでもいいた言えどどうでもいいんですね。これはむしろ先生たちがどういう自覚を持っていますかということの反映がここに出てくるだけあります。ただし、一番右側の必要病床数というのは国の推計、これは財務省と厚労省と医師会で合意した推計なんですね。ということは、今後の診療報酬改定でこれぐらいに締め込まれる可能性は十分にあるだろうなということは、これはもう是非是非ご留意をしていただきたい。これはもういい悪いの話じゃなくて、もうそこしかお金がないわけですよ。

ただ、それで本当に大事なことは、是非見ていただきたいのは、この15ページの今後の医療区分ごとの患者さんの動きというのを見ていただくと、この地域は恐らくあと20年ぐらいはほぼほぼフラットで患者さんというのは推移するだろうと思います。一定程度の患者さんが常に存在する。ただ、若干、急性期的な患者さんが減ってきて回復期的な患者さんが増えてくるという中で、それをこの14ページにございます、この減り続ける、また土井先生がおっしゃられたように減り続ける労働生産人口の中で、この患者数をどうやって本当に支えることができるのかと。ですから、恐らく10対1も組めなくなるというのが今後出てくる。逆に15対1で急性期をやらなきゃいけない病院が本当に出てくるんだろうと思うんですよ。ですから、そこをまさにこの調整会議で話し合って、お互いに協力して納得して機能分担をしていくというのが本来のこの調整会議の部分。当然、さらにその地方ごとの課題がいっぱいあると思います。それをきちんとここで話し合って、急性期はここでやって回復期はここでお願いするみたいなことも含めて議論をしていただく。

ですから、一番大事なのは、この14ページの64歳以下の人口がこれだけ減るといふこの事実を踏まえた上で、どのような医療を、医療ニーズは変わりなく存在するわけですから、そこをどうやっていくのかということを経験して是非是非検討していただきたいなと。本来はこれがこの

調整会議の目的で、その結果としての自覚が先ほどの病床の部分に出るというだけの話ですので、決して数合わせをする必要は全くないわけですから、そこを是非ご留意いただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○近江座長 ありがとうございます。

人口がどんどん減ってきて働き手が少なくなる段階で、患者さんはそう減らないんだと。どのようにして我々がうまく対応していけるかと。ありがとうございました。

ほかにございますか。

ちょうど時間も押し迫ってまいりましたので、もしなければ私は任を解かれないと思えますけれども、よろしいでしょうか。

事務局のほう、特に何かございませんか。

それでは、皆様のご協力で議事進行を無事終了することができました。県当局におかれましては、本日の議論を参考に、今後の医療政策の充実についてよろしくお願いいたします。

では、司会を進行の方にお任せいたします。

#### 4. 閉 会

○司会 近江座長様、ありがとうございました。

委員の皆様におかれましても、長時間にわたりまして貴重なご意見をいただきましてありがとうございました。

以上をもちまして、大崎・栗原地域の地域医療構想調整会議を終了させていただきます。本日はお忙しい中、大変ありがとうございました。