

平成29年度宮城県地域医療構想調整会議

(仙台区域：名取・亶理地区部会)

日 時 : 平成29年8月9日(水) 午後6時30分から

場 所 : 塩釜保健所岩沼支所 会議室

1. 開 会

○司会 皆様、おばんでございます。

まだ到着されていない方がいらっしゃるようですけれども、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。

ただいまから仙台区域の地域医療構想調整会議の名取・亶理地区部会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 皆様、本日は大変お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

また、皆様には、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、この会議でございますが、医療法の定め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について、意見交換、協議する場として設置してございます。

皆様ご承知のように、人口減少と同時に高齢化が進行する中で、今後、各地域において必要とされる医療機関の役割でありますとか、必要な医療機能についてご協議いただければと考えてございます。県内4つの二次医療圏ごとに設置してございますが、ここ仙台につきましては、非常に大きな医療圏でございますので、地域ごとに3つに分けて、仙台、それから多賀城の方ともう既に2回終えまして、今回、地域部会の3回目ということで名取・亶理地区という形で皆様にお集まりいただいております。

後ほど、事務局より、調整会議の位置づけですとか病床機能報告の状況についてご説明させていただきます。皆様にはご専門のお立場から、それから医療現場の生の声として忌憚のないご意見を頂戴いただければと考えてございますので、今日はどうぞ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方を確認させていただきたいと思っております。

お手元の資料をご覧ください。まず一番上に、本日の会議の次第と、裏面に出席者名簿がございます。続いて座席表、そして、この部会の運営要領と調整会議の開催要綱、そしてその後、右肩の方に資料番号がございまして、資料1、資料2とございまして、それ以降、参考資料として1番から7番までということで付けさせていただいております。不足等ありましたら事務

局の方にお声がけをいただければと思います。

続きまして、委員、職員の紹介です。本日は初めての会議となりますので、お手元にあり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。

亘理郡医師会会長、熊谷 明様ですが、到着が遅れているようでございます。

名取市医師会会長、丹野尚昭様です。

岩沼市医師会会長、森 学武様です。

宮城県立がんセンター総長、片倉隆一様です。

守病院院長、東郷 暁様です。

国立病院機構宮城病院院長、永野 功様です。

南浜中央病院院長、玉垣 千春様です。

総合南東北病院院長、松島忠夫様です。

名取市健康福祉部部長、小林善幸様です。

岩沼市健康福祉部部長、高橋広昭様です。

山元町保健福祉課課長、桔梗俊幸様です。

宮城県塩釜保健所所長、櫻井雅浩ですが、所用につきまして欠席となっております。

宮城県塩釜保健所岩沼支所長、草刈宏哉です。

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、県側の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医療政策課長、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。よろしくお願いいたします。

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。

3. 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の議事進行を事務局の方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、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。（「事務局一任」の声あり）

ありがとうございます。事務局一任ということでしたので、事務局案のほう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 それでは、事務局といたしましては、名取市医師会の丹野委員に部会長を、岩沼市医師会の森委員に副部会長をお願いいたしたいと思っております。

○司会 ただいま事務局から丹野委員を部会長に、森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、皆様ご異議がないようですので、丹野委員に部会長を、森委員に副部会長をお願いいたします。

それでは、丹野部会長、森副部会長から一言ずつご挨拶をお願いいたします。

○丹野部会長 皆様、こんばんは。名取市医師会の丹野でございます。

こういう広範囲な部署にわたる会議というのはちょっと不慣れなもので、拙い司会になるかもしれませんが、よろしくをお願いいたします。

○森副部会長 丹野部会長をアシストさせていただきます。森と申します。よろしく申し上げます。

○司会 ありがとうございます。

それでは、部会長、副部会長が選任されましたので、以降の議事進行につきまして丹野部会長をお願いいたします。

（2）地域医療構想調整会議について

○丹野座長 それでは、平成29年度宮城県地域医療構想調整会議（仙台区域：名取・亶理地区部会）の次第がございます。

3の議事の（2）に移りたいと思っております。3の（2）地域医療構想調整会議について。

事務局の方から説明をお願いします。

○事務局 それでは、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をご覧くださいと思います。失礼して、座って説明を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きたいと思います。

本県では、昨年11月に地域医療構想を策定したところですが、右下のスライド番号2番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となる病床の機能分化・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番をごらんください。

国が作っております地域医療構想策定ガイドラインの方で示されています地域医療構想策定後の取組内容になります。

四角囲みの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、下にある地域医療構想で策定した必要病床数とを比較します。それを踏まえまして、各医療機関の自主的な取組、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。

下のほうに移っていただきまして、スライド番号4番をご覧ください。今申し上げた内容が詳しく記載されております。

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、四角囲みの黒丸1つ目、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、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、自院の運営改善と役割の明確化等に役立てていただきたいというふうに思っております。

一方、県の方は、下にございます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り各医療機関の現状を把握した上で、それをわかりやすい資料・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となっております。

続いて、スライド番号5をご覧ください。

本県における地域医療構想調整会議の位置づけを記載してございます。本県では、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、地域の関係者の皆様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。

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、医療機関数が多い仙台区域につきましては、先ほど千葉課長の挨拶にもありましたとおり、3地区に分けまして、部会を別途設置させていただいたところでございます。構成員につきましては、基本的に策定の際の調整会議及び意見聴取会の構成と同様とさせていただいております。

ページをおめくりいただきまして、スライド番号7をご覧ください。

調整会議の議論の進め方をまとめております。ここについて皆様と共有をさせていただいた上で、議論のほうを進められればというふうに考えております。

四角囲みの1段目、この調整会議では、まず県の方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、こ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表れ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や業務を通じて感じられている地域の課題なども含めまして共有を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います。

そして、下の矢印のほうに移りまして、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組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活用いただいたり、あるいは会議の議論・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、矢印、左から上の方に伸びまして、その結果を次回の病床機能報告に可能なところから反映していただきまして、翌年度の調整会議ではそれらをさらに反映させた病床機能報告のデータを県の方から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。

下のスライド番号8をご覧ください。次の議題の方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きました。

ここに記載されていますとおり、病床機能報告の集計結果と地域医療構想の将来推計はそのまま比較できるものではございませんで、左側にあります病床機能報告につきましては、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、急性期の患者さんですとか回復期、慢性期に当たる患者さんが混在している場合も多いかと思いますが、病床機能報告では、1つの病棟ではそのいずれか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。

ということで、病床機能報告は病棟ごとの自己申告、将来推計は点数で切り分けた患者数がベースになっているということで、それぞれ性格が異なっておりますので、単純比較ができないものであるということになります。

聞くとおきよりますと、他県で既に開催されました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4機能の病床の必要量が異なる性格であるにもかかわらず、その推計方法への疑問や問題点に議論が終始してしまった例があるようでございます。この点につきましては、次の議題におきまして病床機能報告と、それから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。

次のスライド番号9、10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付けさせていただいたものでございます。

地域医療構想の実現プロセスということで、スライド番号9の左側にありますステップ1では調整会議での協議、そして、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関しては、医療審議会の意見聴取などを経まして転換の中止を要請、公的医療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。

ただ、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や検討が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、それから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というの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ような自主的な取組のサイクルを積み重ねていくことが肝要だろうというふうを考えております。

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、本日一番最後に付けさせていただいております参考資料7としまして、この総合確保基金の概要を記載した資料を添付させていただいております。こちらは、消費税増税分を財源としまして都道府県に基金を造成しまして、病床を転換する医療機関などを支援しようとするものでございます。

ページを1枚めくっていただきまして、3枚目のスライドの方には、県の方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させていただいておりますので、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。

○丹野座長 ありがとうございます。

まず、こういうことが法律上で決められているんだと。2025年が一応エンドポイントで、それまでに実際に医療の需要と病床の直接的な配分を目標としていると。その手段として、毎年病院から上がってくる病床機能とこの将来推計と、この2つを、必ずしもこれがバッティングするわけではないものであると。お互いにこれを勘案して考えて、各院が自分の立ち位置を考えてくださいねと。

もう一つのキーワードが、機能分化と連携ということで、一番最後に、知事の権限によりというのが、最後、「伝家の宝刀」みたいな適切な病床の配置を、だめなときはこういうこともあるけれども、そういうことなしに行政と医療機関の間、同時に、医療機関の中でキーワードがこの機能分化と連携ということで、その地域に即した自分の院の立ち位置ですね。これを考えていってほしいと。病床機能を転換する場合は、補助金の基金もありますというお話だったと思います。

ちょっと間違っていなければそういうことかなと思うんですけども、ただ難しいのは、やはりこの病床機能報告が上がってくる、病院から毎年上がってくる報告は病棟単位だと。1つの病棟で高度急性期、急性期、回復期の人も混じってくるのかなと。実際、病院で病棟を運営していればそうですね、それはね。それと将来推計とが合わないときもあるだろうけれども、必ずしも敵対するデータと考えずに、それをうまく読みこなして調整していくというふうで

一タを見てくださいというお話だったんだろうと思います。

これに関して、何かご質問、ご意見ございましたらどうぞ。

次も似た病床の話にはなっておりますけれども、今少ししていただければということで、2025年がエンドポイントなので、毎年こういうことをやっていって、病床機能報告と推計図をつくっていって、その中で自然に病院の中でお互いが自分の立ち位置を修正していけば理想だという趣旨でよろしいんですかね。知事さんの権限は最後の話だということでもよろしいですか。

○事務局 はい。

○丹野座長 その辺どうでしょうか。病院の先生方。どうぞ。

○永野委員 今先生おっしゃったんですけれども、手元のスライドで指摘された病床機能報告。

実際の病床から病棟単位の報告をしているので、これを基にして仙台地区でも足りない、例えば回復期も足りない、そういうことを言っておるわけですね。病床機能報告ということで。そうすると、実際はどうか。

私どもの病院では急性期と報告している病床が60床ありますけれども、実際は本当に急性期に相当するというのは、こんな感じかもしれないです、それは。3対1とか4対1とか。そういうところをどうやって数値として上げていくのかどうか。全てはデータに基づいた構想というようなことになると思うんですけれども、その病床機能報告制度に基づいた必要病床数の推計というものはどうなんだろうと思いますけれども、その辺。それとも、何かもっとリファインされた報告制度を作っていくのか。

○事務局 病床機能報告のやり方そのものについては、国の方でも、この後の説明でも少し出てくるんですけれども、いろいろ入院基本料との関連性であるとかあるいは加算でこういうのを加算しているときにはこの機能で報告するというふうな、そういった考え方を示されていて、できるだけ実態と報告内容が合うようにしていくような工夫というのは考えられていくのかなというふうには考えております。

ただ、最終的に、先ほどご説明したとおり、将来推計については患者さん単位のデータから引っ張ってきたもので、病床機能報告は多分どこまで行っても病棟単位の報告というところ以上に細かいものはちょっとなかなかご報告いただくのが難しいのかなというふうに思いますので、ぴたりと数字を一致させようと思うと、やはりそこは難しいということになりますので、数字で合わせるというふうなことではなくて、ちょっと次の資料でご説明させていただきますけれども、傾向としてトレンドとしてちょっとご覧いただきながら、あとはそれと実際に出てきている報告を積み上げたものと、日常の診療内で感じられている部分との差があるのであれ

ば、その辺はこの場で実際はこうではないよねというふうにもしお感じになられているのであれば、そういったご意見を聞かせていただきたいと思いますし、もし、例えば、後でご説明しますが、回復期が少し不足気味だったというふうな結果になるんですけども、本当に不足しているというふうにお感じになられているのか。もし感じられているのであれば、回復期中でも、例えばリハの部分がないのかあるいは在宅復帰の支援の方が不足しているというふうに感じられているのかといったあたりは、皆様方が感じられている部分をお聞かせいただいて、データの見方というのをちょっと補っていければなというふうに考えているところでございます。

○丹野座長 この将来推計図というのは、結局レセプトから持ってきた患者のデータということによろしいんですね。病院からの病棟単位ではないと。将来推計図はレセプトから、高度急性期、急性期と分けていってと、こっちはそうだという話ですよ。当然、ギャップ出ますよね。そういうふうにとこら辺がまず問題になるんだろうと思うんですけども。

ほかにご意見よろしいでしょうか。

(3) 仙台区域における医療提供体制について

○丹野座長 次の議題にも当然絡んでくるので、続きまして、議題(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。

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の主なデータを整理したものでございます。

本日は、名取・亶理地域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、こちらは仙台医療圏全体の資料として調整をしておりますので、ご了承の上、ご覧いただければと思います。

まず、昨年、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ご確認いただきたいと思います。

資料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様に、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いるということでございます。

こちらのスライド番号3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年後の予定ということでご報告いただいている、平成で申し上げますと、平成34年度の予定を棒グラフに並べております。

一番右側には、今もご説明したとおり、単純に比較はできないんですけれども、参考といたしまして、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いうものになります。

直近の平成28年の結果と6年後の予定、必要病床数の3つのグラフについて太枠で囲んでおりますが、平成28年度と6年後の予定を比較すると、それぞれの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という状況になっておるかと思っております。

下のスライド番号4のページをご覧ください。

こちらは、病床機能報告で各医療機関様の方からいろいろなデータをご報告いただいておりますけれども、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資料ということになります。上が平均在院日数、下が在宅復帰率の表ということになりますけれども、どちらも横軸に医療圏、それから縦軸に医療機能ということで、比較できるような表になっております。

仙台区域について見てみますと、どちらの表も高度急性期の値が、他の地域と比べるとちょっと開きができているような感じになっております。平均在院日数でいうとほかの区域よりもちょっと長くなっておりますし、在宅復帰率でいいますと他の区域よりも高くなっているということでございます。

これは、他の地域の高度急性期が地域の中核的な医療機関のICUでありますとか救命救急センター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によって構成されているということでちょっと開きが出ているものというふうに考えております。

また、欄外に記載しているんですけれども、こちらで示している下の方の在宅復帰率の在宅というのは、家庭への復帰のほか、介護老人保健施設でありますとか介護老人福祉施設などへの入所も含んだ数値となっておりますので、そういった前提でご覧いただければと思います。

続きまして、次のページ、スライド番号5のスライドをご覧ください。

こちらは病床機能ごとに仙台区域の新規入棟患者の入棟前の場所というものを記載したものでございます。高度急性期と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、回復期については、今度は逆に転院・転棟というのが8割と多くなっておりまして、慢性期につきましては、家庭からの入院・転院・転棟のほか、介護施設、福祉施設からの入所というのも1割弱あるような状況となっておりますということでございます。

下のスライド番号6ですが、こちらは、今度は逆に入院していた患者さんが退棟後にどちらに移ったのかというものを示したグラフということになります。高度急性期については、院内の他病棟への転棟というのが4分の1、家庭への退院というのが6割となっております。急性期と回復期については、家庭への退院というのが7割から8割と一番多くなっております。慢性期では、これらの他に死亡退院というのが2割強あるほか、福祉施設に入所するというのも1割強あるというような状況になってございます。

こちら、全体をまとめたものなのですが、個別の病院ごとの病棟の状況というのは、別途お配りしております参考資料1というA3の資料になりますが、こちらの方にまとめてございます。ちょっと大変細かい表になってございますが、皆様方医療機関からいただいた病床機能報告のデータについては、病院ごとに今公表を、県のホームページも公表しておりますが、こちらの参考資料1というのは、項目ごとに病院からいただいたデータを並べてあるというものになっております。病棟単位の資料ということなので非常に多くなっておりまして、裏表になっておりますけれども、7ページで県内の全病院の全病棟を一通りご紹介しているようになっておりまして、8ページ以降になると、また別の項目になるというような格好で整理をさせていただいております。大変膨大なデータになっておりますので、この場でのご説明は割愛させていただきますが、お戻りになってから参考にご覧いただければというふうに考えております。

それでは、また最初に説明してございました資料2の、今度はスライド番号7という部分にお戻りいただければと思います。

スライド番号7番は、H28病床機能報告の結果（診療実績等）①ということで記載をしております。病床機能報告では、平成28年6月の1カ月分の診療について、具体的な医療内容についても報告をいただいております。

こちらのスライドでは、手術の件数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記載をしております。

仙台医療圏については、病院数も非常に多くなっておりますので、様々な病院により急性期医療が行われておりますけれども、手術の種類でありますとかあるいは救急車の受け入れの状

況を見ていくと、各病院間で一定の役割分担がなされているということがおわかりいただけるかと思います。

それで、ちょっと別の地域で指摘いただいたんですけども、この中で経皮的冠動脈形成術というのが、仙台厚生病院と医科薬科大学病院の2つだけになっているが、2つだけということはないだろうというふうなご指摘をいただいた。実際2つだけではないんですが、欄外に注意書き的に書いておるんですけども、1件以上10件未満のご報告については、個人が特定される恐れがあるということで、公表する際に秘匿という扱いになっておりますので、それを受けまして、こちらの方ではこの集計にも含んでおりません。病棟単位ですので、病棟数が多いとかなりの件数をやっている病院も他にもあるかもしれないんですが、この集計上はちょっと除かれている分があるということでご承知おきいただければというふうに思います。

続きまして、下の8番のスライドでございます。こちらについては、今度は回復期や慢性期に関連の深いと思われる診療実績について、同じように担っている病院の内訳を整理した表ということになります。

上のスライドと下のスライドを比べていただきますと、どちらにも名前が出てくる医療機関さんも当然あるわけでございますが、高度急性期、急性期を主に担っている病院のグループと、回復期、慢性期を主に担っている病院のグループというふうに分かれているのかなということが見てとれるかなというふうに思っております。

地域における具体的な役割分担、もう少し細かいレベルでの役割分担については、他のこの資料に記載されているもの以外の実績も見なければいけないということで、少し細かい資料になりますが、また参考資料としてお配りいただいている資料の方をごらんいただきたいんですけども、何種類か診療実績に関する資料をお配りさせていただいております。

まず、参考資料2というA3の資料になります。こちらもちょうとこの場での詳しい説明というのは割愛させていただきますが、各病院から報告いただいた昨年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になります。先ほどの資料は病棟単位だったんですけども、こちらは病院別にデータを並べております。したがって、A3の資料、表と裏で県内の各病院を一通り網羅しているような資料ということになってございます。

例えば手術の状況でありますとか、がん、脳卒中から救急、リハビリなど、幅広い項目で、昨年6月の1カ月間だけのデータということにはなるんですけども、どの病院がどんな診療をやったのかという実績が見られるような資料ということになっております。ほかの病院との比較というのできるかなということでお配りさせていただいております。

あわせて、参考資料3あるいは参考資料4という、こちらはそれぞれA4判の資料になりますが、お配りさせていただいております。

参考資料3というのは、これは部位別の手術件数。これも同じく昨年6月の実績ということになりますが、病院単位でどの部位の手術を何件やられているのかというのを整理したものが参考資料3という資料になります。

それから、参考資料4というのは、こちらは全身麻酔の部位別の手術件数ということになってございます。いずれも表裏で県内の病院を一通り網羅するような資料ということで、これも近隣の病院さんなどとの状況とご自身の医療機関との状況を比較する上で参考になるかなということでお配りをさせていただいております。

それから、参考資料5という資料についてもご説明をさせていただきたいと思います。こちらは厚生労働省の研究班が、各医療機関の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資料でございます。厚生労働省から各都道府県に対して提供されるデータということで、参考までにお配りをさせていただいているものでございます。

これはどうやって作ったデータかと申しますと、各医療機関様から報告された診療実績のうち、急性期医療とかかわりが深いと考えられる項目をピックアップして、全体で219項目ご報告いただいた中の66項目ほどをピックアップしていると言われております。全国の平均を1.0とした場合に、それぞれの医療機関の項目がどのぐらいかというのを相対的にスコア化したものということになっております。ですので、项目的に平均と比べてどの程度大きい小さいかというのを直感的に把握することができる資料となっております。

ただ、ご覧いただくに当たって注意点が幾つかございますので、説明させていただきますと、表紙のところの真ん中あたりに箱囲みになっていて注意点というふうに書いてある部分なんですけれども、黒ぼつの1つ目ですけれども、診療の実績を積み上げたものであって、診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として使えるものではないということ、それから、黒ぼつの2つ目ですけれども、病棟単位ではなくて病院単位で集計しているものであるため、ケアミックスの病院では実態よりも低いスコアが出てしまうということでございます。そういった点がありますので、あくまでそれぞれの医療機関の立ち位置を知るための参考資料の一つとしてご活用いただければということでお配りをさせていただいております。

具体的なスコアの中身は、今ご覧いただいたA4判の後ろについておりますA3判の資料のほうにスコア66項目、2枚にわたりまして裏表で記載しておるものでございます。

例えばということでご覧いただくとすると、A3の一番上の公立刈田総合病院というのがありまして、その左側のほうに合計ポイント、隣に看護師ポイントというのが1.0というふうにありますけれども、これは公立刈田総合病院の看護師数の配置が標準と同じであるということを示している。隣の助産師数というのは0.90ということなので、これは標準よりもちょっと少ないぐらいですね。そういったような見方をするものということでございます。あくまでも参考資料ということで配付をさせていただきました。

こういった資料をご覧いただきながら、皆様方それぞれの医療機関の立ち位置というものを比較しながら、それぞれの担われる医療機能というものを判断いただくということが重要かというふうに思いますので、これらの資料については後ほど、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。

それでは、恐縮でございますが、また最初の説明資料2にお戻りいただきまして、今度はスライド番号9と書いてあるところをご覧いただければと思います。

こちらは、SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）というデータについてご説明をしたいと思います。これは、簡単に申し上げますと、各診療行為がどの地域でどれだけ出現したかというものを確認できるデータがSCRということになります。100が全国平均になっておりまして、それ以上の数値であればレセプト数が多い、それ以下の数値であればレセプト数が少ないということになります。

数値を出すに当たっては、年齢調整を行っておりますので、高齢化率が高いからあるいは低いから、若い人が多いからというふうな影響は排除された数値になっておりますが、流出入については考慮されていないので、仙台医療圏のように流入が多い地域ですと、その分、数値が多く出る傾向がある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番のところをご覧いただきたいんですけども、その数値の中から代表的なところをピックアップしてご説明をさせていただきます。こちらを見ていただきますと、入院基本料の部分をピックアップしております。太枠で仙台医療圏の部分を囲っておりますけれども、例えば上から3番目の7対1の入院基本料を見ていただきますと129.3ということで、100よりも大分大きくなっています。また、その4つぐらい下にDPC入院というのがあるんですけども、こちらは123.2ということで、高度急性期、急性期に属するような診療行為については、仙台医療圏では高く出ているということがこれでわかります。

それから、最初にご覧いただいた7対1のすぐ下に10対1というものがございますが、こち

らは105.8ということで、大体標準よりもちょい上ぐらい、大体標準並みということになります。その下の13、15対1というところをご覧いただくと、こちらは75.6ということで、ちょっと100よりも大分低くなっております。ただし、先ほどご覧いただいたDPC入院の1つ下にある療養病棟入院基本料に関しては48.3ということで、大分低くなっているということで、これを見ますと、慢性期あるいは回復期の部分がやや仙台医療圏に関しては低目に出ているのかなということがわかるような資料になってございます。

それで、本日お配りしている参考資料6というものの、先ほどは5まで見ていただきましたけれども、6というカラーの資料をお配りしておりますが、こちらは入院基本料以外の指標も記載したのになってございますので、お戻りになってからご確認いただければというふうに思っています。

こちらでは、120を超えるものは赤、80を下回るものについては緑という形で着色しておりますので、ぱっと見ていただいても、仙台医療圏については赤い色がついた項目が非常に多くなっているというのがわかっていただけるのかなと思います。お戻りになられてからご覧いただければというふうに思います。

次に、また先ほどの資料2にお戻りいただきまして、スライド番号11番、12番のところをご覧いただければというふうに思います。

これは、2013年のデータ、少し古いデータになりますが、患者の流出入を見た資料、医療機能ごとに見たものということになります。上が当該区域に住んでいる患者さんの流出、下のスライドが他医療圏から当該医療圏への流入になります。

ご覧いただいてわかるとおり、仙台医療圏に関しては流出はほとんどなく、慢性期で一部あるぐらいになっておりますが、流入については、各病床機能ごと、高度急性期だけじゃなくて慢性期まで全ての病床機能で一定の流入が各医療圏あるいは他県からあるということがわかりいただけるような資料ということになってございます。

次に、ページをおめくりいただきまして、スライド番号13からは、地域医療構想の中で既にお示ししている医療需要の将来推計のポイントについて、改めてご覧いただきたいと思っております。

最初に、スライド番号14番でございまして、これは仙台区域の人口構造の見通しということになってございます。当区域も、総人口のピークは2020年ということで、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、年代別の内訳を見ていただきますと、65歳以上、75歳以上という部分が、比率、絶対量ともにそれ以降も増加していきまして、逆に15歳から64歳の生産年齢人口は大きく減少していくというような見込みになっているということでございます。

ページをおめくりいただきまして、15番のスライドにつきましては、その人口構造に基づきまして推計した今後の入院の医療需要の推計ということになってございます。仙台区域については、高齢者人口の伸びに対応して、医療需要も2040年まで一貫して増加していくということで、ほかの3医療圏については、2025年あるいは2030年ぐらいにピークを迎えて減少する見込みになっていますが、仙台医療圏については一貫して増加の見込みになっているということでございます。

下の16番のスライドについては、その15番のスライドの需要を病床機能ごとに見ていただいたものということになります。いずれも増加の見込みにはなってございますが、特に急性期、回復期、慢性期の増加の程度が著しいということがおわかりいただけるかと思えます。

それから、おめくりいただきまして、17番のスライドにつきましては、今度は機能別ではなく疾患別に医療需要を見たものということになります。こちらを見ていただくと、がん、成人肺炎という上の2つ、こちらは2025年の1日当たりの入院患者数がそれぞれ230人前後ということで、大きく増加することが見込まれているというような資料になります。

それらを踏まえて、18番のスライドは最初にご覧いただいたスライドの再掲ということになりますが、ただいまご説明いたしました資料を踏まえて再度ご覧いただきたいという趣旨で出しておるものでございます。

最初の説明でも申し上げましたとおり、ここの18番のスライドの真ん中の平成28年の病床機能報告と一番右側の平成37年の必要病床数というのは、単純に比較できるものではございません。ですので、急性期が平成28年の7,187から平成37年の4,999まで、2,000幾ら減らしていかなければいけないというような、そういった見方をするものではないというふうに我々は考えております。

ただ、傾向として、やはり、今、急性期としてお考えいただいているよりも、将来の急性期に対する需要はどうやら減っていきそうだということ。今、回復期というふうに報告していただいているよりも、2025年の回復期の需要は増えそうだというような、そういったトレンドとして見ていただきたいというふうに思います。

ただこれは数値的に出てきているトレンドでございますので、先ほどの説明の繰り返しにはなりますが、皆さんが日々やられている診療活動の中で、業務の中で、本当に回復期が不足しているとかというふうな実感があるかどうかとか、ある場合にはどういった部分がといったあたりのご意見をお聞かせいただいて、それらを踏まえてそれぞれの医療機関さんが今後どういった機能を担っていくのかなというふうなものをお考えいただく上での判断材料にさせていただ

ければというふうに考えております。

続きまして、19ページ以降につきましては、こちらは将来推計をする際、あるいは病床機能報告をしていただく際の医療機能の考え方を整理した資料ということになってございます。国の方でも病床機能報告の精度を上げていきたいということで、今年度も10月に報告をお願いすることになるんですけれども、そういったときには、こちらの資料に書かれた部分も踏まえてご対応いただくということになろうかと思っておりますので、参考にご覧いただければと思います。

19ページはそれぞれの病床機能ごとの機能分類の境界点ということで、高度急性期が3,000点、急性期が600点、回復期が225点ということで示されている数字ということになります。

それから、スライド番号20番は、それぞれの境界点の考え方や患者像の例ということで、国の方でこちらも示されているものでございます。

また、ページをおめくりいただきまして、スライド番号21番、こちらは特定入院料等を算定する際のその入院料と病床機能ごとの対応関係の考え方をそれぞれ整理したものということになってございます。

スライド番号22番については、特定入院料を算定しない病棟についてのそれぞれの病床機能との対応関係というものを示したものになっております。これらは、国のワーキンググループのほうで病床機能報告のあり方等を検討する際に出されている資料ということで、参考までにお示ししたものでございます。

少し長くなってしまいましたが、私の方からの説明は以上となります。よろしくお願いいたします。

○丹野座長 ありがとうございます。病床機能報告を分析して現在の医療提供体制はどのようになっていますという話で、それから、2番目とすれば、2025年、2040年ぐらいまで、どんなふうに疾病構造、それに応じた必要な病床の内訳が科学的に載っております。非常に盛りだくさんな内容で、ありがとうございました。

ただ、私が1つ疑問なのは、仙台区域の全体像ですよね、これは。なので、今日は名取・亶理地区ということで、二次医療圏としてくくってこういうふうになるんですけれども、例えば名取ですと市立病院がない。どちらかといえば、仙台市の医療機関、あとやはり岩沼の南東北さんに依存している部分が多いかなということですね。岩沼・亶理ですと、また少しずつ違ってくるのかなということで、その違和感といいますか、できれば名取・亶理地区のデータがあって、それでも同じようなトレンドがとか、違うんだというのがあると、もう少しうれしいなという気はします。

病床数とすればそんなに、2025年ぐらいまでは変わっていかないだろうと。内訳がもしかしたら高度急性期、急性期が減ってきて、回復期が増えるというか、そっちの病床が必要となってくるのかなという趣旨なのかと思いました。いろいろな病院によって違うということですね。

あと、やはり急性期の考え方、ちょっと些末なことかもしれませんが、ありましたよね。項目を442項目から219目、さらに66項目に縮めたと。

それから、この病床規模の補正で、療養型と一般病床を足して割っているという、ここがよく私なんかはわからない。これは永野先生からあった疑問と非常に似てるような、療養型を入れて、療養の病床を入れて割ってしまうというのはちょっとどうなんだろうという疑問はありますが、全体のデータとして拝見させていただきましたけれども、そういうデータの提示の仕方が、本当にいいんだろうかと。一般病床の中での急性期がどのぐらいだというのはわかるんですけども、療養病床も入れて、それで割っているという、分母に療養病床を入れて割って、急性期の指数みたいにするというのは、ちょっといいのかなという疑問はありましたので、済みません、私を感じたことですね。そういうことでございます。

ここまで膨大なデータですけれども、いかがでしょうか。

今の県の佐藤さんの方から説明あったとおり、これが全てではないと。ただ、現状の分析と将来の推計度とすれば、こういうものを提示しましたということで、最初にお話しあったとおり、エンドポイントは2025年までですので、ここで何かを出すということではなく、基本はやはり現状とその課題ですね。どこが問題だというのは、やはり我々が共有の認識を持つということが大事だろうということの趣旨でございますので、それに即して何かご発言、それぞれの病院のお立場からあってもいいのかなと思うんですけども。

松島先生、いかがですか。

○松島委員 感じるところは、病院で決断してかじ取りを間違えると病院が潰れますね、民間病院は。それだけ厳しいところで、データ上見えてこないのは、利用率と書いてあるんですけども、稼働率ではないんでしょう。そうすると、病院の収支がどうなのかが見えてきませんので、これだけ膨大な資料がありながら、そうすると収支は別のデータを、それはあるんですけども、それも載せないと、参考としては非常に弱いのではないのか。かじ取りを間違えると、病院は、民間は潰れますから。

實際上、例えば仙台赤十字病院がここ4、5年赤字なんですよ。前の院長、替わりましたけれども、嘆いていました。

結局、これは病院の経営上はじゃどうなんだとなると、病院任せ。経営上で破たんしたら、公立病院は補填があるからいいですけども、民間病院なんかは全くありませんので、そうすると、かじ取りを間違えば一発で終わりですから、銀行も貸してくれませんので。

そうすると、やはり非常に厳しい状況で、うちは大体方向として考えていますけれども、じゃ今後、方向を考える流れとしては、もっと回復期を増やせと。補助金は回復期しか出ていないみたいですから、その流れをつくられているのかなど。そうすると、どういうところが回復に変えるのかとなったときに、この稼働率が低い赤字の公立病院が、例えば稼働率、経営上考えると、90%以上行かないと黒字になりませんから。じゃこの辺はどうですか。ある病院が稼働率は非常に低いのを噂で聞いている。そうすると、経営上どうなのかという考えが、県としてはどういうふうに考えているのか。みんなそこはお任せですよと、こういうデータを出しますから選んでくださいという、意味はわかりますけれども、一步間違えばもっと赤字になってしまいます。

そのためには、今度は人を確保できるかです。医者を確保できるか。看護師は、例えば、前に宮城病院の院長、前の先生は非常に看護師の確保が大変で、この相馬公立も看護師確保が大変で、そうすると仙台とちょっと離れたところ、我々も在になりますけれども、やはり簡単ではないです。7対1看護を国でやったときに大きなしわ寄せが、我々民間、物すごく食ったんですね。ところが、今度は7対1看護が重荷になっていまして、人件費を出すために稼働率行かないとみんな赤字になったと。県の、日本医師会の副会長がある講演で、「どうも7対1看護で黒字が減っちゃったんじゃないかというのを類推できる」というようなことを言っていたんですね。だから、その中からこれは貴重なデータだと思うんですけども、これはかじ取りをお任せしますというのは非常に難しい問題なんです、病院にとっては。1個ずらしたときに、もうちょっとどうなるのかなという。その前に、今度は医師の確保は安定してできるかということは、そうでは全然ありませんので、看護師もそうですよね。あとほかのコ・メディカル。例えば、今度は理学療法士、作業療法士は、今、学校ができてどんどん出ていますけれども、そういう人たちがちゃんと回復期の病棟に行って単位数を増やせば黒字になるんです。そのかわり、稼働率が、ベッドが50床のときにやはり9割以上、95%以上は行かないと、やはり黒字はなかなか難しいので、その中でいいリハビリをやってというところで、そういうのを各病院で考えざるを得ないんですけども、これからはそういう方向性が見えないんですよ。流れとして回復期は必要だと、計算だからわかりますよ。療養型も、じゃ療養型は国の流れからいうと、もうプラスにならない状況ですから、療養型は選びませんよ。療養型がなくなっちゃう

と、じゃ在宅だ。じゃ在宅、誰がやるんですかとなったときに、今度は地域包括ケアに変わってきて、確かにそういう流れではいいんですけども、なかなか院内で平均化でできるのかというのはいつも疑問に思います。感想です。簡単ではない。

○事務局 おっしゃられるとおり、病院あつての医療なので、その病院の経営が立ち行かないようになってしまうと、本当に医療の提供ができなくなってしまうということなので、そこをまず考えながら行かなければならないというのは、本当にそのとおりだと思います。

本日、我々の方で持っているデータで出せるものをお出しさせていただきました。なかなかこのままでは使いにくいであるとか、これだけでご判断できないとか、それもそのとおりだと思います。

ただ、我々としても把握し得る部分とそうでない部分とがあるものですから、その中でご提供できるデータを提供させていただきたいというふうに考えておきまして、こういったものというふうなお話をいただければ、そういったもので我々で把握できるもの、持っているものについては提供させていただきたいというふうに考えております。

それだけで、我々から提供するデータだけではなかなか決め切れないというのはそのとおりだと思いますし、我々がその判断に資するデータを逆に全部出せるかというのと、そこもまだ無理なものですから、可能な範囲で、こういった場に出させていただいて、データとどうなのか、実際の現場のご意見というのでも聞かせていただきながら、必要な情報を補足しながらやらせていただければなというふうに思っております。

今、補助制度の、先ほどの話で回復期がメインじゃないかというふうなお話がありました。今わかり得る報告の中で、大きな流れとして、その回復期の部分が不足しているというふうな格好で出てきている部分があつてということを受けて、こういった形でその支援の制度を作らせていただいているところなんですけれども、もちろん実際に将来の医療機能、地域の医療の課題を考えていったときに、それ以外の部分での支援が必要だということであれば、そういった部分も何らかの形で県としても応援できるように考えていきたいというふうに思っておりますので、その辺も含めて、こういった場でご意見を聞かせていただければなというふうに考えてございます。

○松島委員 この補助金で、例えば、稼働率が低いところで回復期に急性期の病棟が4つあったときに1つをすると。そうなったときに、これはある程度手を挙げるところは仙台、岩沼だけの考えでなく仙台も考えると、そういう意味で、回復期は20キロ、30キロ圏内動きますから。そうすると、今度は過当競争になるのかなという心配があります。これは自由競争ですから。

そこは非常に決断の難しいところで、そうすると、結局、競争というのはいいサービスが提供できるところを口コミなり紹介なりで稼働率に結びつくので、そうすると、いい競争ということになるんですけれども、淘汰される場所が出てくるわけですから、その淘汰される場所はどういうふうにか考えるのか。潰れていいんですよということですか。そういうふうにか規制とか何かを考えるんですか。

○事務局 今の部分は、国からは何も示されていないんですが、今のようなご不安の部分を踏まえてだと思んですが、国としては、この調整会議の中で、まずは率先してどういう医療機能の転換を考えているかを示すのは、自治体立の病院がまず示すべきだと。その次の段階で、つい先日出たばかりなんですけれども、次に、例えば日赤さんとか国立病院機構さんのようないわゆる公的な病院が自治体立病院に続いて病床の再編などの考え方を明示すべきだという打ち出し方を国はしてきております。

自治体立の病院は、昨年度中に全国全ての病院が改革プランという名前のもとで病床機能の再編の今後のあり方を全て明示するようになっていきます。明示しないと、自治体病院の場合、国の方から、整備するときの借金を認めてもらえない方向に誘導されていますので、自治体立病院は昨年度中に全て作ってありまして、全部公開されております。

一方で、日赤さんとか病院機構さんですとか、あとJCHOさんとか、そういった病院についても、実は先週末通知が突然出たばかりなんですけど、できるだけ年内に自治体立病院のプランと同様の、各自病院が今後考えて行く方向性を定めたプランをできるだけ作って、それをやはりこの調整会議などの場を通じて公表することで、民間病院さんが判断の材料にできるようにしてほしいという打ち出し方を厚労省では打ち出しはしてきております。

ただ、これから各病院さんも当然考えながら検討しますので時間はかかるかと思いますが、そういったものが出てきますので、それを参考にしてもらうことはできるんですけれども、今、松島委員おっしゃられたように、最終的な決断は各病院様が行いますので、判断に足る材料を提供できるかと言われると、その部分は確たるものは出せないんですが、そういった限られたデータの中で参考にさせていただければということになります。

先生の発言の中にも、スタッフ、医療資源、限られた中で日々の健全経営も考えながらの提供になるんですけれども、限られた資源が今後増える、少子化の中で医療スタッフが拡大していくということは基本的には考えにくい中で、高齢層は拡大していくことだけは間違いありませんので、そういった中で、我々も今後できるだけ地域でわかるような資料というものを、部会長からも先ほどお話がありましたけれども、出せるものをできるだけご提供しながら、こう

いったデータが欲しいというものを逆に皆様から具体的に教えていただきながら、できるだけ応えられるようにはしたいと思いますので、こういう会議を来年度以降も継続して開催して、毎年その要望をいただいて提供できるものをご提供して、それを繰り返す中で自病院のあり方の参考にしていただければと考えております。

それから、在宅のお話もございましたが、国からは在宅を拡充していくようにという話を受けてはおりますが、各地域で病院長さんなり市町村の方とお話すると、在宅が必要だという地域もあれば、充足しているのではないかとといったご意見をいただく地域もあります。そこは、やはり各地域の病院さんの事情、訪問診療の体制の状況とか、あとは住民の方の考え方、そういったものもありますので、一律に言えないのかなとは考えておりますが、在宅のニーズがあるところに対しては、国から比較的手厚い支援が得られる現状にございますので、そういったところは市町村さんとも相談しながら、できるだけ地域には対応したいとは考えてございます。

ちょっと先生のご意見に対して100%の回答はできない状況ではあるんですが、できるだけご意見をこういった形で頂戴しながら対応していきたいと考えております。

○丹野座長 ありがとうございます。

非常に難しい話だと思うんですけども、既に自治体立の病院は改革プランを出している。

○事務局 はい。公表はしております。ただ温度差はございます。

○丹野座長 法律にのっかって、そういう指令というか、国から出たということでもいいですか。

○事務局 法令ではないんですけども、ガイドラインという形で指示がありまして、先ほど言いましたように、病院の改築などをするときの財源調達、自治体立病院は当然借金をして調達するんですが、その借金について認めないという方向で誘導をかけられていますので、作らざるを得ないという形で全自治体立病院が作ってあります。

ただ、詳細にどの病棟を、例えば緩和ケア病棟を何年の時点で何床にするという、非常に個別具体的に提示している自治体立病院もあれば、「今後検討してまいります」のようなアバウトなプランの自治体立病院もあって、そこは温度差が非常に激しいんですけども、常に改善しろという話が出ていますので、こういった地域医療構想調整会議などを通じて、自治体立病院さんの中でまだ曖昧なプランのところについては、より具体的な数値目標まで入れて作るようにというガイドラインになっていますので、そういった地域の病院を参考にいただきながら、このエリアですと余りないんですけども、他の地域ですと、そういったものを参考にしながら自病院のありよう、連携のありようとかを考え始めている地域も中にはございます。

○丹野座長 確かに、名取・亶理地区には自治体立病院がないので、あるとまた全然難しいです

よね。そちらの改革プランが優先ということでは、やるぞということでしょうから、それによっておのずと病床の割合とか共有の仕方も全然変わってきますね。ありがとうございました。

○松島委員 あと来年の診療報酬と介護報酬が同時改定なんです。あれも相当追い込まれますね。

○事務局 はい。各地域でも、そのところの指摘が非常にございまして、判断、立ち位置を見て、次のステップを考える上でも、報酬の改定内容を見ないと、何とも動きにくいというお話は確かにいただいております。

○丹野座長 そういうのがないと、比較的、机上の空論とは言いませんけれども、ちょっと地に足がついた議論ではなくて理想論のようになるのかもしれないね。

同じ民間で、玉垣先生、何かございますか。

○玉垣委員 私どもの病院は精神科の単科病院でありまして、ちょっとこの資料とは余り縁がないんですけれども、精神科についてももう少し詳しい資料があればありがたいなとは思いました。今日は一般病床の話が中心だったので。

○丹野座長 同じ民間で、東郷先生、いかがですか。

○東郷委員 これは本当に長期療養型を潰す法律ですよ。法律というか、そういう案ですよ。診療報酬が既に5%カットになって、生きていけないですよ。

ですから、皆さんご存じのように、我々の生きる道としては、大きい病院の関連病院になるしかないということで、9月1日から東北医科薬科大学の名取分院という形で事業譲渡するということになりまして、とてもじゃないけれども、もう生きていけません。松島先生言われたように、稼働率90%以上ないと、もうやっていけませんし、もう長期療養型になった時点で、選んだ時点で、もうこのご時世はお手上げです。

だから、どんどんこれで、松島先生言われたように、公立病院は、聞いた話によると、ある病院は1カ月で2億円の赤字だと、今聞いてはいるんですが、1年で24億円の赤字を出しても潰れないと。一般病院というのは補填も何もないというところで、かなりこれ、2025年でしたか。

○事務局 そうです。

○東郷委員 それでも大きく潰れる病院がいっぱいあって、特に民間病院とか。この机上の空論というものもできなくなってきちゃうんじゃないかなという気はしていますけれどもね。かなり厳しいと思いますよ。現実と、今ここに出ているものと、2025年で病床数とかいろいろそうですし、恐らく長期療養型はものすごく減ると思います。

○丹野座長 ありがとうございました。

来春の改定がどうなるか大切ですよ。

永野先生はよろしいですか。

○永野委員 国立病院機構も、昨年度ぐらいから全体が赤字ということで、それまでは全体が黒字だったんですけれども。当院は、一応ある程度の黒字、小さいかもしれないんですけれども。慢性期の病床も持っていますけれども、それは特殊疾患ということで管理加算ということがあって、特に、難病やあるいは重症心身障害者病棟ということで長期入院できる。それは政策医療ということですから、こういう疾患を診る病院があまりないということで、県内では一番だと思います。あとは、国立病院機構仙台医療センターが、ほぼ中心的な総合医療があって、それは黒字を作り出しているというような状態ですけれども、しかし、西日本の方では、先ほど言った看護師さんや医師、それから人件費の部分で国立病院機構でもかなり赤字化していると。じゃそのお金はどうなったということは、国立病院機構から借りているんですね。それは借りたら毎月償還計画というのがあって、毎年少しずつ返さなくてはいけないということがありまして、ただ、償還が滞っていくと統廃合の対象になって、今年度では静岡県静岡富士病院というところがなくなるし、あとは北海道の八雲病院というところもなくなるというふうなことでありまして、民間病院ほどではございませんけれども、様々な計画に従って、黒字を出せということが すごく非常にありますけれども、それは当然ながら診療報酬の改正が、やはり国立病院でも当然強い影響を及ぼしていくわけです。

あと宮城病院の立ち位置というのは、これは亶理郡に1個しかないということで、本当は、ちょっとこれは問題かもしれませんが、特殊疾患だけを扱っていると、比較的黒字化ができるんですけれども、我々唯一の病院として地域の医療をやっていると。地域の急性期、いわば二次救急をやっているということだったんですね。それについては、かなり厳しい状況ではありますし、稼働率もかなり厳しい。結構稼働率が今月は上がったなと思うと、次の月にはがたっと下がると。全体的には赤字という状態で、その赤字を特殊疾患の病床で緩和しているという状態なわけですね。

ただし、この地域の病院として地域医療というのは当院としては続けるつもりですので、何とか看護師の問題、先ほどご指摘あったように、今でも当然あって、なかなか宮城病院なんかは確保できなくて、公立の総合病院とか、いわゆる総合病院と看護師さんを取り合っているわけですね。むこうからこっちに来たり、あるいはこっちからむこうへ行ったりとかね。

回復期について、当院は昨年1月からいわゆる地域包括ケア病床というものを設けましたが、最初はよかったんですけれども、最近はやっと稼働率が落ちております。

ですから、回復期病床が足りないというデータが出ているということですが、どうい
うところに回復期が足りないのかなと、なかなか難しい。

国立病院機構のほかの西日本とか関東の病院の先生方とちょっと話すと、やはり地域包括ケ
ア病棟、この1年ぐらいに設けた病棟、いろいろ話を聞いてみると、なかなか稼働率が上がっ
ていないところが多いですね。

だから、実際はこれはどうなのか。回復期が足りないというデータが出ているだけ
れども、どうなのかということ。

あとは、全国の地域、国立病院機構だと、やはり全体的に、先ほど赤字化と言いましたけ
れども、それは医療材料費の高騰とか、人件費の高騰とかいろいろな要因があるけれども、や
はり、全体的な病床稼働率が下がっていますよね。少しずつ下がっている。だけれども、仙台
は、これは病床、その入院医療の需要がどんどん右肩上がり。これは私はどうなのか。ど
ういうことなのかということのをちょっと思ったりしていて、これも分析についていろいろ教え
ていただきたいなというふうに思っている次第なので。これに従って、じゃ、我々も一応仙台
医療圏に属しているので病床をもうちょっと、少し、実は病床数を増やしてもいいかなとは思
っているけれども、そのままキープしたほうがいいのか。その辺のところ、地域の中でも病床
数、機能分化ということでを話し合っていないといけないと思うんですけど、どうい
う状態の、先ほどちょっと疑問を呈しましたけれども、いろいろ拝見しますと、実際に我々が
感じていることとちょっと齟齬があるかなというのは常に感じているわけで、これに従って、
じゃこういうことでこういうふうなことはなかなかできないなというふうには感じています。

○丹野委員 それこそ二次救急は今いるメンバーでやれているんですか。

○永野委員 そうです。二次救急は、今いるメンバーと、あとは来年から当直もいただけるので、
その先生方にも話を伺いますけど、はっきり言って、仙台救命センターでも救急の医師の高齡
化、いわゆるロートル化ですけれども、それが進んでいまして、当直できる医師も少し減っ
ているので、看護師よりもむしろ医師の確保というもの、特に若年医師の確保に非常に苦慮し
て、年々厳しくなっていますね。

それと、呼吸器が今、大変な課題で、来年にもちょっと退職する先生もいるし、その後任を
どうしたらいいか、全くイメージが湧かない状態です。

○丹野座長 ありがとうございます。

最後に振って恐縮ですが、片倉委員、がんセンターはちょっと立ち位置が特殊ですけ
れども、専門病院。

○片倉委員　がんセンターというのは、自治体病院協議会というものの支部長をやっている、明日、東北ブロックの会議があって、テーマがあって、宮城県全体の16病院の意見を私が実は説明しなければいけないんですけども、その中の意見は、やはり、今も聞いていると、東北のこの調整会議をどうやって進めていくのとか、どういうデータをどういうふうに出させて、どういうふうに分析してやっていくか、そういう詳しいデータ、分析の方法ですよ。これはぱっと見られたって、そう簡単にこれを全部理解しようとしてもなかなかわからないので、やはりそれをもらわないとわからないというのが1つと、あと一番は区域、構想区域がこれでもいいのかというのは、全然この仙台医療圏なんて、まとまるわけなんてないような、そういう大きなところで、山の方からですね、家族構成から全て違うんですよ。求めている医療が全然地域によって違うのに、1つの大きな医療圏としてくくって数字が出てくるなんて言ったって、計画に全然合わないわけですね。だから、名取とこの岩沼と亶理のこの組み合わせでいいのかという、これだって1つの大きな課題ですよ。

そういう地域でというか、この地図上の地域でくくるということは、もっと大きな病院とか、その中心となる病院だって必要なわけですし、そういった単位で1つの単位を作っていくって、1つの医療圏とか構想の中の区域を作っていくと本当はだめなんです。だから、そういうふうになっていないところが問題で、今さらそれを言ってもなかなか県の方も困るし、難しいんですけども、もともとは辻さんともしゃべったことがあるんですけども、柏でやっている今大きなモデル事業をやろうとしているんですけども、その単位が、あっちのほうは物すごく大きな単位でなく、こういうもっと小さな単位からスタートするんですよ、普通。学区ぐらいの単位からスタートして、そこにどういう人が住んでいてどういう家族構成で何を求めているかというところを少しずつ広げていって、それで1つの病院があって、その単位で1つの医療圏というものができ上がってくるんですけども、そういう単位でものを見ながら、どういうものがそこで必要だということをやっているわけだけども、こういう大きなくくりで、医療圏でぱつと言われても、仙台医療圏とこの名取・亶理が合うとは思えないですよ。

実際に高度急性期にしても、高度急性期はほとんど宮城県の場合はもう9割方、多分仙台なんです。それを今、将来構想だってそれを大崎とか何とかで、また2、3しかないところに大崎を200近くまで持っていけとか、そういうふうな必要病床数が出ているんですけども、実際現実的ではないので。それはそれで構わないんですかね。

こうなってくるといろいろな問題も出てきたり、これは一番は区割りというか、一つの単位をどういうふうにして見ていくかということと、あとさっき言ったように、病院の経営そのも

のまで考えなければいけないとなったら、そのデータがどういうふうに出てきて、どうやって分析してやるか。しばらくは何を我々は参考にしてこの話を進めていくのか、その必要な資料は何なんだというものを正確な、できればもっと細かい単位で欲しいんですよね。この地域の単位で欲しい。仙台医療圏の単位というものがこの会議に持ち込まれても、なかなかそれであらうですかというわけにいかないですからね。全然求めているものが違うので。家族構成から何から、仙台市内と地方とは全く違っちゃっているし、多分、求めているものが全部在宅の分、在宅なんて全然、仙台方面では求めていないかもしれないですよ。全部核家族でいるかも。そういうところも、そういう特殊性というか、地域の特性を見ながらやるべきだし、そういう意見ももちろん明日もある程度言わなければいけないんですけども、そういう、一番はやはり区割りというか、1つの単位というものの構成をどういうふうにして作っているかというのが大事なんですよ。

しばらくは、どういうデータを分析していったらいいかというか、知って判断するか、その判断材料をどうやって得るかということが、多分この会議ではしばらくかかるのではないかと気がしますがけれどもね。

○丹野座長 ありがとうございます。

やはり、もう名取・亶理地区のデータだけというのは出ないんですか。

○事務局 出るものと出ないものがあるというのが実際のところですし、市町村ごとに出ているデータとかもあるので、そういった部分は積み上げとしてお出しすることができる部分もあります。

ただ、将来の必要病床数というのは医療圏単位で出しているというか、提供されているデータを使ってやっているものですから、そこに関しては残念ながら仙台医療圏としか出ないんですけども、人口であったり、いろいろな市町村単位でいただいているデータというものもあるので、その中から名取・亶理の部分を、例えば切り取ってというふうな出し方ができる部分もあることはある状況です。

今回はこういう形にはなったんですけども、次回以降に向けて、そういった出し方というものも検討させていただきたいなと思います。

○丹野座長 ある分野だけでもいいので出していただけると、また見方が違いますよね。

さっきの心カテで仙台厚生病院と東北医科薬科大学しかないなんていうのは、そんなことはあり得ないわけで、各病院、循環器の先生が一生懸命やられているわけですから、データ、個人が特定できるから出さないということですけども。

ただ、ある程度出さないと議論も全然できないので、少なくとも循環器の救急医療に関しては、やっているのは2病院だけではないのでね。

○事務局 はい、わかりました。

○丹野座長 ただ、非常にいろいろなデータを提出していただいて、個人とすればとてもためになって、ありがとうございました。

○松島委員 手術件数とか病気の治療の、この前、河北新報が一冊の本に出していますよね。あっちの方が参考になりました。あれはかなり細かいですよ。

○丹野座長 河北新報が出したやつですか。宮城県内のね。

○松島委員 そうです。宮城県内の各病院でいろいろな病気と手術との、手術だけではなくて病気についての、多分レセプトを集計したんですかね。よくわからないけれども。1冊の本になっています。つい最近、数カ月前に出た。

○丹野座長 「宮城県の医療と健康」とかいうやつですか。

○松島委員 そうです。

○丹野座長 わかりました。データはいろいろあったほうがいいんですけども、やはり、その地域がどうなんだというのがもっとあると、ここの議論が進むのかなというふうに思いました。時間も押してきていますので、最後に、藤森先生の方から一言お願いしたいと思います。

○藤森教授 どうもありがとうございます。

済みません。今年の調整会議のときには出られなくて、今回初めてお目にかかりますけれども、座長をやらせていただきました。

今日もお話を伺って、非常に稼働率も上がらなくて経営が厳しいということで、まさに、我々の大学でもまさに全くそういう状況なんですけれども、あくまでもここに今回示したいろいろなデータが出始めてきているので、まずこのデータをじっくり読んでいただいて、あとまだまだお渡ししていないデータもたくさんありますので、必要なものをどんどん言っていただいて、この地域の医療ニーズの変化を的確に押さえていただいて、その医療ニーズに合うような提供体制を、各病院がばらばらするのではなくて、十分話し合いのもとに協調して協力してやっていただきたいというのが地域医療構想でございます。

一番大事なのは、やはり、14ページの人口構造の変化、これは仙台の二次医療圏全体ですけども、仙台市を含むところでさえも、もう働き手はどんどん減っていくと。恐らくこちらの地域はもっと減ってくると思うんですね、スピードとして。ですから、もうより看護師は集まらなくなるし、より医師も集まらなくなるという、そういう状況の中で、どうするか。

一方、高齢者はまだ増えますので、増えてくる高齢者に対してどういう医療を提供できるのかということ、やはりニーズとのマッチ・ミスマッチを十分に考えていただいて、まず病院の方向性を考えていただくというのが、この地域医療構想であります。

先ほども、佐藤さんも言っていましたけれども、例えば、この14ページのような人口動態、これは市町村別までありますので、これは市町村別に出せますし、あと17ページにあるような疾病別のやつも、別なデータですけれども、一定程度こういうような、どんな疾病が伸びるのか伸びないのかというようなデータも出せます。

それから、先ほどのSCRの、これは実は我々の教室でつくっているものですが、これの市町村別もありますし、この精度での患者さんの市町村間の移動というデータもありますので、それを見ていただくと、どれほど仙台市内に流出しているのか、あるいはどれぐらい福島県から来ているのかみたいなデータとかわかりますので、そういうものを駆使していただいて、例えば稼働率が上がらないということは、もうニーズがなくなっているのか、それともかなり仙台市の方に流出しているのか、どちらかだと思いますので、やはり的確に押さえていただいて、適切な病床規模を考えていただく、あるいは適切な病床構成を考えていただくしかないんだと思うんですね。

これは厚労省が悪いのではなくて、もう人口構造の変化が、そういう意味ではまさに先取りする形で進んでしまっているんですね。逆に、地域医療構想が遅過ぎたぐらいなものであって、ですけれども、2025年に向けて何とか我々やっていくとすればということで、ぜひこのデータを駆使していただいて、いろいろ議論を進めていただければなというふうには思っております。

いろいろご支援はさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○丹野座長 ありがとうございます。

ということで、議論すればたくさんあるのかと思いますけれども、時間にもなりましたので、意見、そういったものを加えてですね、本日の議論を踏まえまして、次回は1年後ぐらいになるわけですか。

○事務局 今年度も病床機能報告の調査をさせていただきますので、その最新データをもとにということにはなるんですが、また皆様から早い段階でやりたいとか、そういったご意見も聞きながら、ちょっと考えさせていただければと思います。

○丹野座長 先ほどの議論あったようなデータの、これ以外の新しいデータといいますか、出していただけると、非常にありがたいのかなと思います。

では、司会の方に進行をお返しします。

4. 閉 会

○司会 長時間にわたりまして、熱心にご議論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名取・亶理地区部会を終了させていただきます。

本日はお忙しい中、どうもありがとうございました。