

平成27年度第1回仙台地区地域医療構想策定調整会議 会議録

I 日 時 平成27年10月14日(水) 午後7時から午後8時30分まで

II 場 所 宮城県行政庁舎 講堂(2階)

III 次 第

1 開会

2 挨拶

3 議事

(1) 座長及び副座長の選出について

(2) 地域医療構想の策定について

4 その他

5 閉会

IV 出席者

委員出席者名簿のとおり

議事の前に、事務局から、調整会議の概要について資料1から5までにより説明。  
情報公開条例に基づき、調整会議は公開とすることを確認。

## 【議事概要】

### 1 座長及び副座長の選出について

岩城委員（仙台市健康福祉局保健衛生部長）から、座長を仙台市医師会の永井委員、副座長を宮城県保健福祉部の佐々木委員にお願いしてはどうかとの提案があり、異議なく了承された。

（永井座長（仙台市医師会長））

先ほど、佐々木技監、事務局から説明があったように、この調整会議は現在の仙台圏の医療提供体制を十分把握した上で、2025年、団塊の世代が後期高齢者となるとき医療体制、その後も含めてだが、十分に考慮した上で、病床をどうするか。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床の機能分化、連携をどうしていくかを検討する会議である。県から説明を受けたときに、病床削減のための政策ではないことを確認している。将来のより良い医療提供体制を地域の方々のためにつくりあげるのが目的ではないかと思っている。特に仙台圏の場合は、仙台に患者さんが集まってくる、要するに流入が非常に多くて、流出が少ないという特徴があるので、それを踏まえて委員の皆さまと検討していきたい。

（佐々木副座長（宮城県保健福祉部技監兼次長））

地域医療構想策定の場面場面では、難しい局面も生じることもあるかと思うが、永井座長と協力して議事を進めさせていただきたい。

### 2 地域医療構想の策定について

事務局から資料6及び資料7により説明を行った後、以下のとおり質疑等が行われた。

（永井座長）

ただ今膨大な資料について説明いただいた。本日の議論のポイントは、現状の医療体制をみながら、将来の人口構造の変化、つまり高齢者が増えるということと、疾病構造の変化を踏まえた将来の医療需要をにらんで、2025年の必要病床数ほどの程度になるのかということ、2つめは病床機能の分化と連携に当たっての課題、3つめは慢性期における在宅を含めた医療提供体制についての課題、この3つが大きなポイントになると思う。

（田所委員（仙台医療センター病院長））

この会議での議論は、病床削減が目的ではないとお話があったが、高度急性期、急性期は相当減らすということになるので、そこに合わせなければならないと、プレッ

ヤーを感じている。

例えば、高度急性期は3000点以上と、明確な数字があるので、それをクリアすれば、懇話会などもあるけれども、やらなくともそれで済むのかなど。極端な話だが。

事務局に聞きたいのだが、構想区域は二次医療圏ということで決定したのか。もう1つは、3000点とか600点とかで高度急性期云々に分けられているが、これは西高東低の傾向があるので、これは絶対的な数字なのか、相対的な数字なのか。

(事務局)

構想区域は二次医療圏で決まりかという点については、国からは、原則的には二次医療圏が構想区域と示されている。地域の実情に応じて変えてもよいとされているが、宮城県においては、今の第6次地域医療計画を策定する際に患者さんの流出入割合等を踏まえて現在の4つの二次医療圏に分けた経緯があり、4つの構想区域というかたちで進めていきたいと考えている。

もう1つ、3000点、600点という数値は確定的なものなのか、という点については、現在、国において、高度急性期、急性期、回復期をどのように分けるかということ委員会を設置して検討中のようなものである。どのようなものを高度急性期病棟、急性期病棟とするかについては、必ずしもこの3000点、600点という数字で確定されるものではないと考えている。今後、国がどのような分け方をするのか注視したい。

(本郷委員 (公立黒川病院管理者))

二次医療圏で構想を策定するということが、今日の資料を見ても、仙台医療圏とそれ以外の医療圏の構図は、仙台市と仙台市以外の仙台医療圏の地域の違いと全く同じであると思う。例えば黒川郡と、仙台市、旧仙台市では、医療状況はまったく違う。そういう状況を勘案しないと、周辺部の医療は非常に難しい状況になると思う。

(永井座長)

本郷先生のお話は、黒川郡の医療圏から旧仙台市に流出しているというか、集まっているということだと思うが。

(本郷委員)

急性期病棟の数の調整が進んでいったときに、黒川郡では、今は急性期の患者さんがかなりいらっしゃる。高度急性期までは手は出せないが、急性期はたくさんいる。それを仙台市全体というかたちで調整に向かったときに、周辺部の急性期病床の調整もある程度勘案していかないと、仙台市から外れたところの急性期医療に問題が出てくる。そういう要素が難しいところだと思う。

(永井座長)

仙台市周辺部の地域でも急性期をかなり担っているというわけだが、それについて将来的にどうなのか。

(事務局)

仙台医療圏は面積も広い。今回の構想の策定に当たっては、まずはこの地域、仙台医療圏にあるべき医療提供体制を考えるときに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、どの程度の病床数が必要なのかを考えるのが第1点。その後、どの病院がどういう機能を担っていくのかということについては、今後2025年に向けて、構想を策定した後にそれぞれの医療圏で調整会議を設置することになり、その会議で調整していくことになる。実際に住民の方々がどのような受療行動をとるか、それから病院だけではなく救急の搬送体制等を含めて将来的に考えていかなければならないところである。

(本郷委員)

将来検討していただければと思う。

(鳥越委員(宮城県塩釜医師会長))

塩釜、多賀城地区もやはり旧仙台地区に編入された地区である。それまでは、それなりに地域で医療をしていたのだが、一番変わったのは厚生労働省の診療報酬の考え方。手術をしなければ、あるいは高度な医療といわれるものをしなければどんどん減る、稼働率も下がるという状況で、塩釜地区では苦勞しているところ。診療報酬についても考えていかなければいけない。

もう1つは、仙台市内に新しい医科大学ができるが、そのベッドは今のままの状況でやっていけるのか。私自身としては、なかなか難しいと思うのだが。そのベッド数をどう考えたらいいのか。

(永井座長)

塩釜地区の現状についてお話いただいた。もう1つは、東北薬科大学が東北医科薬科大学になるということで、将来の病床はどうなっていくのかとの話題が出たが、せっかくの機会なので近藤先生、いかがでしょうか。

(近藤委員(東北薬科大学病院長))

ただ今のお話だが、医学部の附属病院ということになると、最低600床は確保しなければならない。現在は薬科大病院で460床くらいで、150床ほど足りないということになるが、それについては、昨今報道もされているところだが、本日いらっしゃるNTT病院の譲渡を受けて、必要病床数を確保する計画。全体の病床数が既存の病床数を超えるということではない。

(永井座長)

内容としては、高度急性期の患者さんが増えるということですよ。

(近藤委員)

機能的なことについては、実際に救急部を立ち上げたりすることもあるので、高度急性期の割合は、相対的には増えることになると思う。

(樋渡委員（亀山委員（仙台市立病院長）代理・同病院副院長）

最初にお話のあった、病床数を減らすということではないといいながら、本当はやはり経済的な問題が根底にあるので、今のままの高度急性期の病床数はまず認められないだろうということは、みなさんも同じ思いだと思います。ただ、そのときに、先ほど鳥越先生もおっしゃったように、保険制度、診療報酬との兼ね合いがきちんとされていないと、多くの病院が困った状態になると思う。極端に言えば、回復期も慢性期も全く同じ条件で、今の現状でいえば在宅が非常に高い傾向にあるけれども、必ずそれは変わると思うし、慢性期で受け入れることになると思う。そうすると足りない。それから先ほど本郷先生がおっしゃった、高度急性期までではないけれども急性期を受け入れる医療機関の配分というのも、保険の診療報酬とうまく合致しないと、非常に問題が多くなるのではないかと思う。それぞれの病院がうまく経営ができないという状況に陥りかねない。その辺をできれば解決していただきたいと思う。

(事務局)

診療報酬については国が決めることなので、なんと申し上げてよいかかわからないが、先ほどの資料7の24ページを再度お聞きいただきたい。現在の仙台地区の病院、診療所がどういう状況になっているかの図である。一番左の病床機能報告の部分を見ていただくと、高度急性期であると御回答いただいた病床数が2812床、急性期であると御回答いただいた病床数が7440床とある。これは推測だが、高度急性期、急性期の患者さんを診られる体制をとっていらっしゃるのだと。実際の出来高で見ると、2つ隣の図の「機能区分別病床数」があり、高度急性期については、3000点以上の出来高の病床数が1603床、急性期については4085床と、実際の入院体制よりも少なくなっているのが今の現状かと思う。10年後の2025年の必要病床数の図を見ていただきたいが、仙台医療圏については、先ほども御説明したとおり、高齢者の数が急激に増えるということもあって医療需要がかなり増え、高度急性期の病床数としては、現在と同じ流出入割合で考えると、1798床と、200床近く必要となる。今よりもそういった患者さんの数は増えてくる。急性期についても900床近く必要病床数が増えてくると推計される。そういったことから、今以上に急性期、高度急性期の患者さんが増えてくるということで、診療報酬がどうなるかはわからないが、出来高点数が高く算定される患者さんの数が増えてくると思われる。国が、病院の経営ができないような診療報酬を出すということは、日本の医療が成り立たなくなってしまうので、そういうことはないだろうと思う。仮にそういう話であれば県としても今後国に対して要望活動をしていかなければならないと思う。

(永井座長)

高度急性期と急性期に関しては、資料7の24ページにあるように、病床機能報告ではこれだけの数になっているが、保険点数で機能を区分すると、24ページの機能区分別病床数の図にあるような数になるということ。この乖離はどのように読んだらよいか。

(本郷委員)

基本的には、こういう病床規模で縛っていくという点では基盤になる数字だと思う。実際の点数で動いている。ただこれを全国規模で見ると宮城県の病床削減規模は5%前後だが、西日本では20%というとんでもない数字になる。これを考えたときに、西日本の医療費が高いということで影響が出てくるのかなということで、疑問に思えてくる。厚労省の考え方を聞かなければいけないのでここで質問をしても答えは出てこないと思うが。難しいことを選択させられるという思いはある。

(永井座長)

地域医療構想の大きな問題点は、医療費の西高東低というところがある。高知県などは異常に病床数が多いと。国は全体を見て検討していく材料にするのではないかと思う。

(橋本委員 (宮城県医師会常任理事))

先ほど事務局から御説明があったが、医療需要を見ると、例えば資料6の34ページと40ページを見比べると、県全体としての医療需要はすごく増える。それに合わせると、病床数の削減などとてもない話になる。地域医療構想のガイドラインを見ると、現在の療養病床の中での医療区分1のうち70%は在宅だという記載があるが、宮城県の人口動態を見ると当然のことながら全体的に減少、仙台圏での人口は減らないまでも高齢者人口は増えて若年者は減る。ということは、在宅の患者さんを診るマンパワーがないということ。宮城県に関しては少なくとも慢性期病床の部分をいくらか在宅にまわして病床を増やさないようにしよう、ということはなかなか難しいことになる。したがって、結局のところ、医療需要からみた病床数というのは、おそらく減ることはないだろうと思う。この構想自体も、先ほど診療報酬の話が出たが、診療報酬についてはこれから中医協でやっていくことであって、この構想自体に診療報酬の中身は関わっていないので、それはさておき、実際の需要に対してどれだけの患者さんを収容できるのかということを考えていかないといけない。例えば、1つの考え方としては、今、他の医療圏から仙台にたくさん流入している状況であるし、それは高度急性期、急性期だけでなく、回復期、慢性期といわれる患者さんも結構流入している。そういうものも含めて、果たして将来の推計として、今のまま将来も仙台に流入するような状況でいいのかということも併せて考えていかないと、将来の仙台圏の必要ベッド数は推計できないことになる。今日はそれほど事務局から説明はされなかったが、国のガイドラインでは、高度急性期については集中することは認めましょうと、しかし急性期についてはできるだけ自分の圏域で診て、なおかつ回復期・慢性期については個々の圏域内で医療需要を満たしなさいということが書いてある。宮城県に関しては、急性期に関しても周辺の医療圏から仙台に入ってこざるを得ない。それはマンパワーの点からも、医療資源の点からも仕方がないことであり、この調整会議でまず考えていくことは、先ほどの病床機能報告にもあったように、自らの病院は高度急性期、急性期であると思っている病床の中で、レセプトの状況からみると回復期の患者さんもみんな急性期の病棟で診ているという現実がある。将来的に果たして今のままの病床機能を各病院が守っていくことができるのか、それから周辺から回復期・慢性期の患者さんまでもが仙台に流入してくることがい

いのか、ということを考えていかなければならない。資料も膨大で極めて難しい問題だが。

(赤間委員(松島委員(総合南東北病院長)代理・同病院副院長))

別の会議で、看護体制7:1の病床がものすごく増えたので、今度は減らしていくという話を聞いた。そうすると、7:1は高度急性期や急性期の病床数だが、それを是正するというのはどういうことなのか。その辺の兼ね合いをお聞きしたい。

(事務局)

減らすということではなく、今、この地域の医療需要に応じてそれぞれ病床機能の分化と連携を進めていただいてより質の高い医療提供体制を整えていこうという考えなので、7:1を減らす減らさないという話とは次元が違うと思う。

(永井座長)

現在の7:1の病床数が適切なのかどうかということも話題になっているが、現場として赤間先生のところではいかがでしょうか。

(赤間委員)

うちは7:1ではなく10:1なのだが。

(事務局)

必要病床数を把握するに当たっての3000点、600点などという数値は、入院基本料の部分は除外して考えることになっているので、今お話に出ていた7:1、10:1のような看護必要度の話とは切り離れたところで議論が進んでいる。両者の関係については我々もまだ詳しい知識があるわけではないが、御指摘いただいたので今後確認していきたい。

(中嶋委員(中嶋病院理事長))

先ほど別の先生もお話しになったが、そもそもこの話が出てきたのはやはり医療費が高いということで、医療費削減というところがあるのかなと私は理解している。要するに高度急性期、急性期が多いので必要な分だけ減らして、慢性期を増やす。国の方針はそういうことではないかと思う。その結果医療費を減らす。先ほど県の担当者の方々からは、減らすための計画ではないとか、もっともな理由を話されているが、自分たちとしては、民間医療機関は介護にも挑戦しているが、県によって対応は違うものの、最終的には県知事が決める。方向性は早めに出していただきたいと思う。

(永井座長)

医師会などでも、医療費削減のためにこの構想をつくるのではないかという意見が出ているのだが、その辺はどうか。

(事務局)

先ほど橋本先生からもお話があったが、私どもとしては、やはり診療報酬の見直し等に関しては中協医との話の中で進められていくということで、国策としての誘導策は今後も国の責任において考えられていくと思うが、これはいわゆる計画の問題として、都道府県の医療行政の範囲で将来の高度急性期から回復期、慢性期、在宅、もっといえば地域包括ケアという考え方まで行き着くかもしれないが、そういう切れ目のない高齢者の方々に対するサービスを念頭に置いた計画の話であるということをご理解いただくと幸いである。