

1 開会

○ 司会

ただいまより、令和7年度第2回宮城県地域医療構想調整会議（仙台区域）を開催いたします。はじめに、事務局から3点連絡事項がございます。1点目ですが、オンラインで御参加の皆様におかれましては、発言をする時以外は音声を切っていただきますようお願いいたします。また、会議開催中はカメラは常にオンの状態にしていただきますようお願いいたします。2点目ですが、正確な議事録作成のため、御発言の際は挙手の上、御所属と御名前を名乗っていただきますようお願いいたします。3点目ですが、本会議はオブザーバーとして傍聴希望のあった県内医療関係者様向けに、会議の様子をライブ配信しておりますので、あらかじめ御了承ください。

それでは、開会に当たりまして、県保健福祉部副部長の遠藤より御拶を申し上げます。

2 挨拶

○ 遠藤副部長

県の保健福祉部の遠藤でございます。本日は先生方、お忙しい中御出席賜りまして、誠にありがとうございます。また日頃より本県の医療行政の推進につきましては、格段の御理解と御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。

本日の会議におきましては、新たな地域医療構想等の検討状況につきまして、今後の進め方、そしてスケジュールなど、国から示されております最新の動向を御説明させていただきます。また、病床数適正化支援事業につきましては、これまで実施いたしました補助事業の概要を御報告させていただきます。

病院の開設・増床の案件につきましては非公開の議題とさせていただき、個別案件の情報を共有した上で、御意見を頂戴できればと存じます。本日は御専門のお立場から、また医療現場の生の声として、忌憚のない御意見を頂戴できますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

3 議事

○ 事務局

それでは、議事に入る前に会議資料などについて御説明をさせていただきます。本日お配りしております資料は次第のとおりでございます。

本日御出席いただいている委員の皆様につきましては、本来であればお一人ずつ御紹介すべきところではございますが、時間の都合上、お配りしております出席者名簿に代えさせていただきます。御了承ください。

次に、本日の会議の公開・非公開についてです。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、公開が原則となっております。本日は議題（3）「病院開設・増床等について」に、医療機関の経営等に関わる事項が含まれておりますので、非公開とさせていただきたいと考えております。それ以外の議題につきましては公開とさせていただきます。あらかじめ御了承ください。

それでは、これより議事に入ります。本日の調整会議の座長につきましては、仙台市医師会安藤会長にお願いしております。それでは会長、よろしくお願いいたします。

○ 安藤座長

仙台市医師会長の安藤でございます。今日はお忙しい中、皆様方にお集まりいただきましてありがとうございます。重要な議題がございますので、皆様方からそれぞれ御意見を頂戴したいと思います。また、円滑な進行に御協力いただければと思います。それでは始めさせていただきます。

次第に従いまして、議題（1）「新たな地域医療構想等の検討状況について」、事務局から説明をお願いします。

○ 事務局

医療政策課の小林でございます。いつも大変お世話になっております。限られた時間ではございますが、本日もどうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、「新たな地域医療構想等の検討状況について」御説明いたします。資料1を御覧ください。画面も共有させていただきます。

国では、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会を継続的に開催しております、今回は10月15日の5回目の資料等を用いて、検討会での議論について、県の検討状況と合わせて、御説明させていただきます。

なお、国の資料は全体で50ページを超えるものとなっておりますので、その中でも注目すべきと考えられるものを抜粋して、本日の資料とさせていただいております。

3ページを御覧ください。現在策定中のガイドラインの構成についてですが、構想の内容については、左下のローマ数字のⅡの3以降にありますように、新設される医療機関機能等に基づく需要推計の方法、入院医療、それから外来・在宅医療、介護との連携、医療従事者の確保について策定するものとなっております。

次に、4ページを御覧ください。「構想策定の具体的なスケジュール（案）」になります。これまでには、2026年、令和8年度中に構想を策定するものと考えておりましたが、今回新たに示されたスケジュール案では、2026年、令和8年度から、2028年、令和10年度にかけて段階的に議論を進め、策定を進めるスケジュールが示されております。

表の左端に項目がありますが、来年度にかけては、区域の点検や必要に応じて、構想区域の見直しを行うことになっております。具体的には、二次医療圏を基本としつつ、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能などについて、現在の4区域を見直す必要があるか、また、在宅医療等連携機能については、どのような区域で議論していくのが適当かなどについて検討していくことになります。

2行目の必要病床数については、現在、2025年までの数字で推計されておりますが、病院の開設、増床希望へ対応するための基準が必要であることから、できるだけ空白期間が生じないようにする必要があると考えております。このため、国のガイドラインを確認する必要はありますが、原則的には、来年度中に必要病床数を算定することを想定しており、その数値も使いながら、新たな地域医療構想における病院の機能分化・連携の議論等を行うものと考えております。また、病院の機能分化・連携の議論に当たっては、次の項目にあります医療機関機能の確保としまして、来年度、新設予定の医療機関機能報告の結果も考慮する必要があります。その下の、外来・在宅介護との連携等の項目につきましても、医療機関機能報告の対象となっておりますので、新たな地域医療構想に係る本格的な議論は令和9年度から始められると考えておりますが、国のガイドラインを確認しながら、今

後、県における具体的なスケジュールを見定めてまいります。

5ページでは、「地域医療構想調整会議における具体的な検討事項等」について示しております。4ページで御説明した検討項目について、それぞれの具体的な検討事項や想定される参加者、会議の形などが示されておりますが、こちらの内容も参考に、今後、県において準備を進めることになります。

6ページは、新たな地域医療構想における外来・在宅医療等の検討にも関わってくる「かかりつけ医機能報告」のスケジュールでございます。前回の会議でも御説明いたしておりますが、「新たな地域医療構想」に係る検討と並行して、今年度から「かかりつけ医機能報告」が導入されまして、本ページにお示ししているように、各医療機関様から報告いただき、それをとりまとめ、その結果に基づいて協議を行うよう、国から求められております。

「かかりつけ医機能報告」については、「医療機関等情報支援システム」いわゆるG-MISに入力する形で御報告いただくことになっており、国から県に入力マニュアルが届きましたが、国において入力に使用するG-MISの改修が終わっていない状況です。また、入力時期については、毎年、報告していただいている「医療機能情報提供制度」と同様に1月からとなっておりますので、実際に入力していただく職員の皆様の事務負担を考慮し、別々に御案内するのではなく、「かかりつけ医機能報告」と「医療機能情報提供制度」について、一括して御依頼の通知をする予定としております。

入力期限は、3月31日となっていますので、県において順次報告内容を確認しつつ、異常値があった場合は、各医療機関に照会するなどの作業を実施し、データの集計、分析などを行った上で、協議の場において、報告内容に基づき地域のかかりつけ医機能について議論していただくことになります。

7ページは、現時点で国から示されている資料に基づく、県における新たな地域医療構想等の検討体制について整理した資料です。

上の表ですが、「新たな地域医療構想に関する協議の場」としましては、白抜きのところですが、従来どおりの「必要病床数、病床機能の分化・連携」、また、今後開始されます「医療機関機能報告」の在宅部門「以外」を、二次医療圏単位の、この「地域医療構想調整会議」で協議を行い、ピンク色で着色している「在宅医療等連携機能」については、二次医療圏より狭い、保健所・支所の区域を単位とする協議を想定しております。

下の表ですが、かかりつけ医機能の確保に関する協議の場としましては、全部で5項目あります。そのうち2号機能の（ロ）に当たる、「入退院時の支援」を除いては、「在宅医療等連携機能」に関する「新たな地域医療構想に関する協議の場」と同様、二次医療圏より狭い、保健所・支所の区域を単位とする協議を予定し、準備を進めているところです。協議の場の運営体制や構成員については、現在、関係部署と調整・検討を行っているところですが、本日、御参加の皆様にも会議への出席を御依頼することもありますので、その際は、御協力いただきますようよろしくお願ひいたします。

なお、新たな地域医療構想、かかりつけ医機能の確保は、密接不可分な事項ですので、協議の場も、それぞれバラバラに設けるのではなく、同じ組織体で「新たな地域医療構想」、「かかりつけ医機能の確保」のどちらの協議も行うことで考えています。

続いて、8ページですが、新たな地域医療構想における「必要病床数の考え方・病床機能報告等」について御説明いたします。ここでは、国が地域医療構想等の検討会で提示している資料のうち、注

視することが必要と思われるものについて御紹介いたします、

まず、9ページの資料ですが、ここでは、入院患者数の推計と実績について示されております。資料の見方ですが、右上がりの赤線が、現行の地域医療構想策定時に、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないとして推計した入院患者数となっており、2013年と比較し、約1.2倍に伸びる想定となっております。

それに対し、青線のグラフが実際の入院患者数となっており、途中、コロナによる影響もありましたが、直近の数値を見ても、医療技術の高度化や在院日数の短縮などにより、2013年比で95.7%と入院患者数が想定よりも低くなっていることを示しております。

10ページを御覧ください。左側のグラフでは2005年、2014年、2023年の年齢区分ごとの入院受療率の推移が示されていますが、小さくてわかりにくいところもありますが、概ねどの年齢区分でも、がん患者の入院受療率が低下していることが読み取れます。右側の上のグラフは、がん患者についてですが、がんの入院患者数は年を追うごとに少なくなる一方、外来患者数が増加していることが示されており、下のグラフでは、がんで入院した場合でも、入院期間が2週間未満の割合が増えていることが示されています。

11ページから12ページにかけては、回復期リハビリテーション病棟の資料になりますが、11ページでは、回復期リハビリテーション病棟に入院されている患者の疾患について整形外科系が多くなってきていること、12ページでは、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する整形外科疾患について比較すると、回復期リハビリテーション病棟に入院されている方の入院期間が長くなっている傾向にあることが示されています。

13ページでは、整形外科疾患のうち、高齢者救急の多くを占める大腿骨近位部の骨折に関するデータになります。大腿骨近位部の骨折については、早期の治療、リハビリが行われないと、寝たきりに繋がりやすい疾患ですが、欧米に比べ、手術までの待機時間が長いことや、急性期病棟後の受入れ先で在院日数が変わってくることが示されています。

14ページは、地域包括医療病棟についてのイメージであり、令和6年度の診療報酬改定時の既出資料の再掲となっておりますが、12ページと13ページにありますリハビリテーションと関係する内容として、急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、在宅復帰が遅くなるケースがあることや、提供される医療サービスのイメージとして、早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供などの記載がありますので、回復期リハビリテーション病棟のあり方との関係で今後、どのような議論になっていくのか注視が必要と考えております。

蛇足ですが、11ページから14ページまでの資料の構成・内容を見ますと、厚生労働省としては、「地域包括医療病棟」を更に増やす施策を行おうとしているのではないかとも読み取れるように思います。

15ページを御覧ください。こちらは、病床機能報告についてのデータでございます。ここでは、急性期一般入院料1を算定する病床のうち、急性期として報告されている割合に都道府県間でばらつきがあることを示しています。100%に近い県もあれば、広島県のように55%の県もあります。

この点については、従前より議論があり、つまり各病院から御報告いただいている「病床機能」が、地域医療構想上で必要病床数を推計している、急性期、回復期等の区分と整合していないのではないかとの問題意識があり、「なんちゃって急性期」などともいわれましたが、厚生労働省は、各県

に「定量基準分析」を行うよう求め、当県でも「宮城方式」により、病床機能報告の補正を行ったことについては、前回御報告申し上げたとおりです。新たな地域医療構想では、この問題に対処するため、病床機能報告において、入院料の種類ごとに対応する区分の目安を整理することが検討されています。

最後に、16ページでは、これまでのデータや課題を踏まえた、必要病床数についての国の考えが、下の赤枠の部分に記載しております。

国では、今後の必要病床数の算定において、医療技術の進歩や効率化の取組により受療率が低下している点を踏まえ、こうした変化を「改革モデル」として算定に組み込むことを提案しています。

更に包括期機能についても言及し、今後増加が予測される高齢者の急性期患者の受入れや、回復期リハビリテーション病棟の効率化、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組による効率化も「改革モデル」に組み入れることを検討しています。

なお、この「改革モデル」と言われているものですが、私の理解では新たな地域医療構想上の「必要病床数」を減らすための取組みなどを「改革モデル」と厚生労働省は表しているものと考えています。また、その下の点の病床機能報告については、先ほど申し上げたとおりです。

これらの方針性は、地域医療構想の今後を考えるうえで重要であると県としても認識しております。引き続き、国の検討状況を注視しつつ、機会をとらえて、最新情報を皆様に共有してまいります。

資料1の説明は以上でございます。

○ 安藤座長

ありがとうございました。ただいま県から、新たな地域医療構想の検討状況に関する説明がございました。特にこのスケジュール、かかりつけ医機能、あるいは新たな地域医療構想等の検討体制についてということで、様々な新しいことが出てまいりました。また、必要病床数の考え方についても、前の推計よりもだいぶ患者が減っているということや、在院日数が短くなっていること、がんの患者について外来での治療が増えているといったようなことが説明されました。

皆様方から何か質問や御意見があれば頂戴したいと思います。いかがでしょうか。

【なし】

それでは、資料1において、新たな地域医療構想を考えていくに当たっての必要病床数の様々な論点が示されました。これまで必要数を踏まえて様々な議論を行ってきたところですが、2025年を迎えたことを踏まえて、これまでの振り返り、あるいは新たな地域医療構想に思うことなど、御意見をいただければと思います。橋本先生、いかがでしょうか。御意見を頂戴できますでしょうか。

○ 橋本委員

橋本でございます。先ほどの説明にもありましたけれども、地域医療構想策定時に推計した入院患者数と、実際の実績はだいぶ差が出ているということは、病院長の先生方はおそらく皆さん体感されていると思います。やはりこの病床の過剰感というのは、どの病院でも持つておられるのではないか

と思います。

仙台市内の病床稼働率は大体 70 %台です。昔は 90 % という病院がたくさんあったと思うのですが、現時点では病床が全く不足しているということは考えられないと思うのです。

一方では、厚生労働省は病床数適正化事業などを実施し、病床数を減らそうとしています。今度の新しい政権でも、維新などは 11 万床減らせということを言っていますから、そういうことを考えても、これから地域医療構想での適正病床数を見つけていく上に置いては、医療機関の経営状況や患者の受療動向等を十分に考慮して決めていかなければいけないと思います。

医療機関側で色々な困ったことがあると思います。病床だけではなくて、看護師が足りないために病床を休止する病院もあるため、そういう点も十分に整理・検証し、既存病床を十分に活用できるようにすることが必要だと考えます。

特に医療スタッフの不足については、有料職業紹介所が非常に暗躍しており、厚生労働省の検討会の方でもそのことがだいぶ話題になっております。看護師あるいは医療スタッフを紹介してもらうために、有料職業紹介所に莫大な手数料を支払わなくてはならない。その手数料がどこから出るかというと、診療報酬から出ている訳ですから、果たしてそれを国民が良しとするかということも含めて、県、あるいは国で十分に考えて実施していかなくてはならないと思います。

今度の地域医療構想は地域医療介護構想と言われるような仕組みになっております。訪問診療等の在宅支援機能の体制整備は十分に行わなければならぬのですが、果たして今それが達成されているのかどうか、そういうところも併せて検討していく必要があると考えております。以上です。

○ 安藤座長

ありがとうございます。

他にございませんでしょうか。

【なし】

無いようですので、議題（1）はこれで終了とさせていただきます。

続きまして、議題（2）病床数適正化支援事業につきまして、事務局から説明をお願いします。

○ 事務局

続きまして、「病床数適正化支援事業の実施状況について」御説明いたします。資料2を御覧ください。第1回の調整会議でも概要を御説明しましたが、その後、国から第2次内示があったことから、改めて御報告申し上げます。

本事業は、効率的な医療提供体制の確保に向け、医療需要の変化を踏まえて病床削減に取り組む医療機関に対し、経費相当分の給付金を支給するものです。対象期間は令和6年12月17日から令和7年9月30日まで、給付単価は1床当たり 4,104 千円でございます。本県の状況の（1）国交付決定額は、1次内示、2次内示合わせて、170床分の、697百万円余となっております。

なお、※のところですが、要望額は 812 床でしたので、国の予算の都合で 20 % 程度しか、御要望にお応えできていないこととなります。

下の表ですが、区域別の配分は、仙南区域が 16 床、仙台区域が 111 床、大崎・栗原区域が 19 床、石巻・登米・気仙沼区域が 24 床であり、病床種別では一般病床が 100 床、療養病床が 15 床、精神病床が 55 床となっております。県では、国が示す算定方法に基づき、該当医療機関へ交付決定を行いました。

資料の 2 ページを御覧ください。2 次内示における算定方法は、1 次内示時と一部異なる基準が示されました。

1 次内示では、一般会計の繰入等がない医療機関、つまり公立病院等以外で、令和 4 年度から 3 年連続経常赤字の医療機関又は令和 5 年度から 2 年連続経常赤字かつ令和 6 年度に病床削減済みの医療機関が算定対象となりましたが、2 次内示では、令和 5 年度から 2 年連続経常赤字の医療機関が算定対象となり算定対象が広がりました。また給付の上限は、1 次内示は 50 床でしたが、2 次内示では 10 床となっています。宮城県では、給付の対象となった医療機関へ既に給付金の支給を完了しています。

本事業は、国において経済対策の一環として位置づけられて実施しましたが、医療機関を取り巻く厳しい状況は変わっていないことから、今後も国の経済対策や関連施策の動向を注視しつつ、県としても医療機関の実情を踏まえた的確な対応を行ってまいります。資料 2 の説明は以上でございます。

○ 安藤座長

ありがとうございます。812 床の申し込みがあったうちの 170 床のみに配分額がありましたが、残りのところが大変です。また、今の状況が続くと新たに減らしたいという御要望も出てくるのではないかと思います。非常に厳しい状況です。ぜひ、国の動きをいち早く皆様方にお伝えするようなことをぜひやっていただきたいと思います。委員の皆様方、いかがでしょうか。御意見いただければと思います。

○ 赤石委員

赤石です。よろしくお願いします。これは空床を減らすということをしても、病院にとって別に収益が上がる訳ではありません。県の皆さんにはそのことを考えていただきたいと思います。患者さんのいる病床を減らすことは収益の減少につながりますが、空床を減らすというのは病院の収益にはなりません。

それを経営に困っている病院がもらえるというのは、宮城県並びに国の方針に合致することではあります、収益の増加には全く繋がっていないため、一時的なものに過ぎません。県の皆様方もご存知と思いますが、念のため申し上げます。以上です。

○ 安藤座長

ありがとうございます。県から何かありますか。

○ 事務局

先生のおっしゃるとおりでございます。これによって 1 床あたり 410 万円というお金が支払われ

る以外は、状況が改善するというわけではございません。この補助金以外にも、昨年度も実施した物価高騰対策など、今年度も報道等で盛んに報道されていますが、今後国からの交付金も出てきましたら、医療機関の皆様の経営に資するように努めてまいりたいと思います。

○ 安藤座長

ありがとうございます。ぜひよろしくお願ひします。他にはいかがでしょうか。

【なし】

無いようですね。では、議題（2）はこれで終了といたします。

それでは、冒頭事務局から説明があったとおり、これ以降の議事については非公開といたしますので、オブザーバー向けのライブ配信を終了させていただきます。また、現地会場の傍聴者の方々は御退出をお願いいたします。お忙しい中御拝聴いただきましてありがとうございました。