

令和6年度会津・南会津地域医療構想調整会議
第1回全体会議
議事録

日時：令和6年7月2日（火）
午後7時00分～午後8時10分

（司会：会津保健福祉事務所 生活衛生部 星部長）

会津・南会津地域医療構想調整会議を開催いたします。本日の出席者でございますが、時間の都合により、お手元の名簿と席次表の配付にて代えさせていただきます。なお、出席を予定しておりました医療法人昨雲会飯塚病院附属有隣病院の飯塚委員、両沼地方町村会の新井田委員の2名が欠席となっております。

それでは、本日の議事に移ります。会津・南会津地域医療構想調整会議設置要綱第5条第1項によりまして、調整会議の議長でございますが、福島県会津保健福祉事務所長が招集し、会議を総括し会議の議長となると規定されておりますので、これより議事の進行は、笹原保健福祉事務所長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

（議長：会津保健福祉事務所 笹原所長）

それでは早速議事を進めてまいります。

本日は、協議事項が（1）から（4）まで用意されております。各協議事項の説明の後、ご意見等を伺いまして、全ての協議事項の説明後、全体の承認につきましては、最後にもう一度お諮りしたいと思います。

まず、協議事項（1）の「第8次福島県医療計画（地域編）の進捗管理について」、事務局から説明をお願いします。

（事務局：地域医療課）

昨年度作成に御協力いただきました第8次福島県医療計画の地域編の進捗管理について御説明いたします。

資料1をご覧ください。2ページ目でございます。今回の第8次医療計画では、計画の評価及び見直しについて策定し、計画の推進を図ってまいります。

進捗管理の全体像ですが、計画全体では、各種施策や取組と地域住民の健康状態や患者さんの状態といった、ここではアウトカムとも表現しますが、成果との関係性を明確にした上で、毎年度、指標による評価及び進捗管理を行うとともに、施策や取組について効果検証を行うということといたしました。計画本体の5疾病6事業と、在宅医療については、ロジックモデルを活用して指標470個を設定いたしました。

地域編の評価、検証につきましては、毎年度、地域医療構想調整会議等において評価、検証進捗管理を行うこととしております。

さらに、計画の進捗状況や評価・検証は、原則として県のホームページ等において公表するとともに、必要に応じて施策や取組に反映させることとしております。

計画全体で、毎年度、各分野の協議会などや福島県医療審議会での意見を踏まえ、より効果的なものにな

るように必要に応じて施策や、取組の見直しを行うと計画に盛り込んだところでございます。

3ページをご覧ください。医療計画地域編の評価・検証の検討につきまして御説明いたします。医療計画の地域編では、各地域で特徴を踏まえ、圏域における重点的な取組を検討し、策定していただきました。

今後は各圏域で具体的な取組に対する評価・検証を地域医療構想調整会議等で行っていく必要がございます。

さらには地域編の評価・検証は、地域医療構想調整会議を通して、それぞれの御立場、御視点で、地域課題が把握され、課題解決に向けたきっかけとなることが重要であると考えております。

地域編の進捗管理ができる統一的な様式を9月ごろまでに提示させていただきますので、各地域の御意見を踏まえながら、記載事項などを検討してまいります。

各地域で掲げた目標の達成状況を、各指標や結果、アウトカムを明示し、調整会議等での御議論を踏まえ、評価調書の作成の上、毎年度の総合評価等を行っていただきます。

こうした議論の中で、最終的に、福島県医療審議会保健医療計画調査部会等で報告するものとしております。

最後のページになりますが、4ページでございます。想定スケジュールをお示ししました。9月ごろに行われます、第2回地域医療構想調整会議までに、評価調書案を御提示いたしまして、御意見を伺ってまいります。年度後半にかけましては、ご覧の通り調整会議で進捗管理を適時行っていただきます。

補足といたしまして、会津・南会津の医療圏における医療計画の地域編を抜粋させていただきました。それが5ページから9ページになってございます。こちらでは、7ページと8ページにまたがります2つの重点的な取組、1つ目が連携した医療提供体制の強化継続。それから8ページにございます、地域包括ケアシステムの実現ということで設定されております。

こちらにつきまして、具体的な取組や、それから指標の結果などを踏まえまして、今後計画の進捗管理を行っていくことになります。

(議長：会津保健福祉事務所 笹原所長)

はい、ありがとうございました。

ただいま事務局から協議事項(1)の第8次福島県医療計画(地域編)の進捗管理について説明がありました。

説明内容に関しまして御質問等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。では次に移りたいと思います。

続きまして、協議事項(2)福島県における定量的基準の導入について事務局より説明をお願いします。

(地域医療課)

10ページ目の資料2をご覧ください。

本県における定量的基準の導入ということで、昨年度から県内の各構想区域において、説明や検討を行ってまいりましたが、会津・南会津地域様につきましては初めてとなります。

その説明の際には事例としまして、先行県の定量的基準などを用いて、各構想区域の構成員の皆様から御意見を伺ったところでございます。

資料にも記載しておりますが、そもそも導入の背景、経緯としまして、2025年の必要病床数と、病床機能報告で報告された病床数に乖離があり、特に急性期、回復期病床の差が大きい。急性期や慢性期の機能を担う病棟においても、回復期の患者が一定数存在することや、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じている。こういった御意見等が国及び本県内からございました。

このような御意見を踏まえまして、地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するために、目安として活用する。こういったことを目的としまして、定量的基準を導入していくこととなったところでございます。

先ほど冒頭で申し上げましたとおり、昨年度から各構想区域で説明や検討を開始しており、各構想区域からいただいた御意見を踏まえ、県として検討した結果、その導入方針を定めたものが、本県における定量的基準の導入方針でございます。

本県における定量的基準の導入方針としまして、1つ目は福島県独自の基準を導入すること、2つ目としまして、定量的基準は、病床機能報告の結果について、県が必要量との乖離について分析するために活用することの2点となります。

特に、2つ目につきましては、これは病床機能報告で使用するものではなく、あくまでも県が分析のために活用するということを想定したもので、医療機関が病床機能報告時に、この基準を用いてということではなく、必要量との乖離について、県のほうでどのように考えているかを問われた際に、県が必要量との乖離について分析するために用いる。そういった活用を想定しております。

それではこの方針を踏まえた本県の定量的基準案でございますが、11ページをご覧ください。資料上段に記載しておりますとおり、手術件数、救急医療管理加算、呼吸心拍監視の3指標のうちのいずれかが、1日単位で50床にならして換算した場合の件数が、0.5件を超える場合は重症急性期に分類し、0.5件以下の場合は軽症急性期に分類するというものとなっています。

こちらの基準に至った経緯等の詳細につきましては、後ほどデロイトトーマツより説明させていただきます。

次に、資料中段の定量的基準の活用方法でございますが、今後の病床機能報告の結果に上記基準を当てはめ、重症急性期を急性期、軽症急性期を回復期とした場合に、2025年の必要量との差異がどのようになるかを確認の上、必要量との乖離について分析するために活用するものです。

先ほども申し上げましたが、医療機関が病床機能報告のタイミングで用いる基準ではなく、あくまでも病床機能報告の結果が出た後に、上記基準を当てはめて、県が必要量との乖離について、分析に使用させていただくと、そういった限定的な活用方法を想定しております。

最後に、資料の下段の定量的基準の導入の効果でございますが、参考としまして、令和4年度のデータを用いまして、県全体の定量的基準の導入前、導入後のグラフを記載しております。

急性期病床を重症急性期と、軽症急性期に分けまして、軽症急性期を回復期に含める。そうしますと、結果としまして県全体で回復期相当とする病床数が、1,606床増となりまして、必要病床数との差異が小さくなる、このような分析に活用したいと考えております。

福島県の病床機能報告の数字だけ見ますと、回復期が2,483床となっております。定量的基準に当てはめてみますとさらに1,606床というのが実態として、回復期ではないかということになり、このような分析ができるということでございます。必要量との乖離について県のほうでどのように考えて

いるのかと、そういったことを問われた際に、本県の定量的基準を当てはめてみますと、実態としてはもっと回復期があると、県としては分析しています。

このように本件の分析を報告する際に活用していければというふうに考えておるところでございます。県としましてはこのような形で定量的基準の導入をしたいと考えておりますので、皆様にも御了承いただければと思います。

駆け足の説明となり恐縮でございますが、本県における定量的基準の概要につきましては、以上となります。引き続き、基準の詳細についてデロイトトーマツより説明いたします。

(デロイトトーマツ)

定量的基準の検討の経緯を御説明いたします。資料12ページからでございますが、経緯等については16ページから御説明させていただければと思います。

まず、前提条件として、定量的基準の項目や、この閾値の選定方法の全体を示したものでございます。カテゴリーの選定、次に項目の選定、最後に閾値の決定というような3つのステップで検討しております。まずはカテゴリーの選定というところでございますが、こちらは令和4年度の病床機能報告のデータを活用しております。この病床機能報告のデータの中には、項目ごとにグループ分けされており、これをカテゴリーと呼んでおります。このカテゴリーの中に急性期に関するものがいくつかございまして、それがこちらに記載しております幅広い手術、救急医療の実施状況、全身管理の状況、がん・脳卒中・心筋梗塞の治療状況というのがございますので、こちらから項目を選定したという流れでございます。

次に、それぞれのカテゴリーから1つずつ指標となる項目を選定しております。その選定方法といたしましては、急性期一般入院料1から6だとか地域包括ケア入院料、回復期リハビリテーション入院料を基準として、これらの入院料と病床機能に一定の相関があることを前提とし、入院料と項目の実績値に相関がある項目を候補として採用しております。同じこのカテゴリーの中で、相関があるような項目が複数あるケースがございますが、その場合は、より実績値が大きいものを候補として選定しております。最後に、閾値の決定については、急性期と回復期と回答された病棟の1日50床当たりの件数を算出し、急性期と回復期の分布の違いを参考に閾値を設定しております。この閾値を超えた場合に、超えた病棟を重症急性期、超えない病棟を軽症急性期というふうに集計をしております。

17ページ、18ページが実際に項目を選定した図でございます。左側の折れ線グラフに沿って説明いたしますと、横軸に左から順に急性期1・2・4・5・6、地域包括ケア、回復期リハと並べております。縦軸はそれぞれ手術総数、全身麻酔の手術総数、人工心肺を用いた手術、胸腔鏡下手術、腹腔鏡下手術の各病棟の1日あたり50床当たりの件数を縦軸にプロットしたものでございます。多少ばらつきがありますが、基本的には左に行けば行くほど急性期が高い医療と考えていただいて違和感がないのかなと考えておりますが、この見方としてこの折れ線グラフが右肩下がりになっていれば、一定の病床機能と実績値に相関があるというふうにみなして項目を選定しております。

この幅広い手術であれば、見た目上どれもある程度右肩下がりになっているような感じで、複数の項目で相関があるというような見方になるかと思いますが、その場合は値がもっとも高い対象としてやると、それで幅広い手術であれば、手術総数が対象になるというようなルールのもと項目を選定しています。右側の救急医療の実施状況では、院内トリアージや、夜間休日救急搬送医学管理料、救急医療管理加算、救命のための気管内挿管、非開胸的心マッサージ、カウンスンショック等の項目がございますが、同じル

ールで見ていきますと、この水色の救急医療管理加算が項目として選定されるような流れでございます。

同じく全身管理の状況、がん・脳卒中・心筋梗塞への治療状況についても同じ見方、ルールでみていきますと、それぞれ全身管理の状況でいくと呼吸心拍監視、がん・脳卒中・心筋梗塞の治療状況でいけば、値としては化学療法が高いが、病理組織標本作成の方が相関としては高く見えますので、今回はこちらを採用しております。

19ページ、20ページにつきましては、今選定した項目の閾値を検討した資料です。横軸、まず手術総数についてみていきますと、縦上段に急性期、下段に回復期と並べておりますが、これはそれぞれ病床機能報告で、急性期と回答された病棟で、下段が回復期と回答された病棟を並べています。それぞれの病棟に対して横軸が、先ほど紹介した1日あたり50床あたりの件数を0.5刻みに並べたもの、縦軸がその病棟の数を並べたものです。

それぞれの項目について、回復期の病棟でよく見られる値、手術総数でいくと0とか、0から0.5以下というような値は急性期においても回復期相当の実績値であろうというような仮定のもと分布の違いを見て、閾値を設定しております。手術総数でいけば、この0から0.5以下と0.5から1以下というところで、回復期の分布が変わりますので、ここは0.5が1つの閾値なのであるという見方で閾値を設定しております。

救急管理加算や、20ページの呼吸心拍監視、病理組織標本作成についても、同じような見方で閾値を設定しております。結果的には、すべて0.5という結果にはなっていますが、それぞれの分布の違いをみて閾値を設定しております。24ページが、この指標について重症急性期、軽症急性期を受けた場合の結果を示したものでございます。項目にある閾値について結論から申し上げますと、病理組織標本作成についてはあってもなくても結果が変わらないということが分かりましたので、本件においては手術総数で、救急医療管理加算、呼吸心拍監視、それぞれの閾値が0.5というのを分類の指標として採用しております。

結果として、会津・南会津区域では上から2番目のところでございますが、軽症急性期と分類された病床数が253床と、回復期が報告されているのが201床、合計454床というような結果となっております。

25ページは、先程ご説明差し上げたとおり、病理組織標本作成があってもなくても結果が変わらなかったというところを示したものでございます。右側それぞれの病床数の数値になっておりますが、赤枠で囲っているところでございます。あってもなくても数値が全く変わらなかったということになります。

26ページ以降はアペンディックスとして、今回検討に使った項目の一覧やそのほか、先行事例として、大阪方式、奈良方式、佐賀方式等で検討した場合どういった結果になるのかということを示させていただきますので、お時間のあるときにご覧いただけたらと思います。

(議長：会津保健福祉事務所 笹原所長)

ただいま事務局のほうから定量的基準の導入について説明がございましたが、御意見、御質問等ありませんでしょうか。

(全国健康保険協会 沼田委員)

昨年度の本会議におきまして協会けんぽから急性期病床に回復期、高度急性期病床の患者が入院していることが考えられるため、定量的な基準を設けていただき、医療機関が適切な選択を行えるよう丁寧

なサポートをお願いしたい旨を述べさせていただいておりましたが、今回の福島県における定量的な基準の導入については、病床機能報告に関する理解不足などにより、実際の区分ごとの病床数との乖離が生じていることを踏まえ、分析する上で非常に興味深い結果であると感じます。

我々保険者としては、地域住民の方が安心して良質かつ効率的な医療が受けられるよう、急性期病床の削減ありきではなく、協会けんぽからもデータを提供しておりますFDB、福島県版健康データベース等を活用し、実態に即した適切なデータに基づく機能を引き続きお願いしたいと思います。

(議長：会津保健福祉事務所 笹原所長)

ありがとうございました。非常に重要な点だと思います。その他にございますでしょうか。

では、ここで、地域医療構想調整会議アドバイザーである医大の中里先生に今までのところで、何か御意見、御助言あればお願いしたいと思います。

(福島県立医科大学地域医療支援センター 中里アドバイザー)

この定量的評価につきましては、各地区の医療構想調整会議でこれまで何度か話題になっておりますけれど、会津・南会津地区では、1回目だということで、説明が詳細にあったことと思います。

これまでも、簡便にだいたい病床の機能像を把握するという観点から、毎回この詳細な報告で計算するのではなく、常に出ているもので簡便に、しかもなるべく正確に、判断していくものがないかということで、先行地域の例えば大阪府であるとか奈良県、佐賀県のモデルを参考に、福島県に合うものはないだろうかということで検討されてきたと思っています。

それで、先ほどの御説明にありましたように、福島県の今の案は、手術件数と救急医療管理加算と呼吸心拍監視というもので、大体推定できるのではないかと、ここに至るまでに、前は化学療法の施行数を入れて検討したり、先ほど説明ありました、病理組織の判定件数を入れたりしましたが、福島県の場合は手術と救急医療加算と呼吸心拍監視の3つでやったものと変わらないだろうということでこのような形になっております。

資料の27枚目のスライド資料に、参考という一覧がありますが、この指標を使って色々検討していたと思います。皆様の中に、この指標を使ったほうが実態に沿うのではないかとというようなことがありましたら、ぜひ意見として出していただきたいと思います。

私自身の専門が循環器でありますので、例えばカテーテル治療で経皮的冠動脈形成術の回数が参考になるのではないのかなと思いますし、脳循環をみている方に関しては脳血管内手術算定件数もという意見もあるのではないかと。やはり全体として見ますと、それほどやってない病院でなければゼロになってしまうので、大きなウェイトを占めるものは、やはり総手術件数、救急医療管理加算、呼吸心拍監視ということで、この3つで今、動いているところでありましてけれども、やはり細かく見れば、地域とか、場所によって違う指標があったほうがいいというようなこともあるかもしれませんので、そういう場合はぜひ御指摘いただいて、より良いものにして方向に持っていきたいなというふうに思います。この件に関しては以上です。

(議長：会津保健福祉事務所 笹原所長)

はい、ありがとうございました。今のお話も含めて、他に何かございますでしょうか。

(猪苗代病院 土佐委員)

先程の分析に関しては、確かにそのとおりだと思いますが、都市部ではそれで効率よく医療が進むと思いますが、田舎、特に郡部においては、急性期病床に超急性期から急性期、回復期、慢性期っていうのも混在して、それはまずいことなのではないでしょうか。実際、年間を通じて急性期病床が満床になるということはないでしょうし、田舎においてはそういう混在を許容すべきじゃないかと思うのですが、いかがでしょうか。

(議長：会津保健福祉事務所 笹原所長)

それは、地域、地域の現状に応じて、望ましい形があると思いますので、それは柔軟に考えていければというふうに思いますけども、地域医療課から何かございましょうか。

(事務局：地域医療課)

急性期病床に色々な病床機能の患者さんが混じってそれを受入れて、地域の医療は成り立っているのではないかと、そういったような御意見だと受け止めました。おっしゃるとおりだと思います。そのあたりの実態については、検証していかなくてもならないところではあるかと存じます。

ただ、一方で国のほうからも、現状の必要量と現状の病床数の差異についての分析を求められており、こういった指標を用いて、福島県としては分析をしていて、回復期相当の実態というのがこのくらいあるのではないかとということを報告することができる。そういったことを想定して、この基準の検討を進めてきたところでございます。そのような形で御了承いただければと思います。

(猪苗代病院 土佐委員)

各病棟は、急性期とか回復期とか慢性期とかもう固定することが、あまり意味がないのではないかとと思うのですが。

(事務局：地域医療課)

確かにそういった御意見もあるんですけれども、一方でずっとこの2025年に向けまして地域医療構想ということで病床機能を中心に検討してきたっていうこともございますので、ひとつ何らかの形で、この病床機能に対して、一つの答えといいますか、このくらい必要病床数に近づいたっていうようなところをひとつ示す必要があるというようなこともございますので、そういった際に分析としてこの基準を用いばなということで、御提案させていただいております。

(猪苗代病院 土佐委員)

分かりました

(議長：会津保健福祉事務所 笹原所長)

その他ございますでしょうか。なければ、次の協議事項に移りたいと思います。

続きまして、協議事項(3)福島県における推進区域(仮称)の候補について、事務局から説明をお願いします。

（事務局：地域医療課）

協議事項 3、福島県における推進区域（仮称）の候補について説明いたします。

本日の説明につきましては、厚生労働省に、推進区域（仮称）というものを、都道府県あたり 1、2 か所程度を設定するよう指示があったことから、県において検討した結果、会津・南会津区域を福島県における推進区域（仮称）の候補として厚生労働省のほうに推薦したいと考えていることに関してのようになります。

それでは、まずこの推進区域（仮称）というものについて説明いたします。

資料 3、36 ページをご覧ください。今年の 3 月 28 日付けで、国から、地域医療構想の取組をさらに推進するための通知が発出されました。

この通知の主旨は、（1）地域医療構想をさらに推進するため、2025 年に向けて国都道府県が取組事項を明確化するというものでございます。

この通知の中で、今年度から新たに取組事項として、推進区域（仮称）に関することが挙げられました。その内容についてですが、（2）の 1 つ目の黒ポチ、厚生労働省が都道府県と相談した上で、推進区域（仮称）を都道府県当たり 1、2 か所か所設定することというものです。この取組の進め方ですけれども、厚生労働省より候補案が提示され、その候補案をもとに、各都道府県において、1、2 か所選定の上、厚生労働省に報告し、その報告をもとに厚生労働省が設定するといった流れで行われます。

次に 2 つ目の黒ポチ、都道府県は地域医療構想調整会議で協議を行い、推進区域（仮称）における医療体制上の課題、当該問題解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む推進区域対応方針（仮称）を策定するというものでございます。

この取組の進め方ですけれども、事務局で推進区域対応方針案を作成しまして、それを地域医療構想会議で意見を伺った上で策定するといった流れで行われます。こちらの厚生労働省からの通知内容につきましては、参考として 45 ページに資料を添付してございますので、こちらのほうについては後で御確認いただければと思います。

また、先ほど説明しました推進区域対応方針（仮称）について御説明したいと思いますので、こちらは様式例が 54 ページに添付しております。こちらは厚生労働省が作成しました様式例となっております。

次の 55 ページをご覧ください。記載する内容ですけれども、上から順に、グランドデザインから始まりまして、現状と課題やこれまでの取組、進捗状況の検証やその周知方法、56 ページに移りまして、各時点での機能別病床数のほか、今後の対応方針やその取組、想定される 2025 年の予定病床数や次の 57 ページになります、今後の取組を踏まえた具体的な計画などを記載する内容になってございます。

先ほどもこちら説明しましたが、対応方針案の作成につきましては、今までの取組状況や、皆様に策定いただいた 2025 年における対応方針、こちらのほうをもとにしまして、事務局において作成したいと思っております。以上が推進区域（仮称）を設定するに至った経緯になります。

次に、厚生労働省が定めた推進区域（仮称）の設定基準について説明いたします。資料戻りまして 37 ページをご覧ください。厚生労働省において、候補案を選定するにあたり設定した基準がここに記載されている 4 点になります。

1 点目は、データの特性だけでは説明できない総病床数の必要量との差異が特に生じている区域、2 点目は、データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じている区域、3 点

目は、令和5年9月末時点における地域医療構想の検討状況等調査、こちらは過去に再検証対象医療機関であった公的医療機関のみが対象のものでございますけれども、この調査で対応状況が検証中、または検証見返しと報告した医療機関がある区域、4点目は、その他医療提供体制上の課題があつて、重点的な支援の必要性があると考えられる区域、以上この4点の設定基準が厚生労働省のほうで定め、それを踏まえて、厚生労働省が選定した推進区域（仮称）の候補案、こちらが38ページになります。

38ページのほうをご覧ください。先ほど説明しました、設定基準1による候補案は、県南地域を除いた県北、県中、会津・南会津、相双、いわきの5区域、設定基準2による候補案のうち急性期病床、こちらのほうにつきましても同じく県南区域を除いた5区域、回復病床につきましては、県北、県中、会津・南会津の3区域、設定基準3による候補案は県北、県中、相双の3区域になります。

なお、設定基準4につきましては、都道府県で独自に判断するために、あくまで設けられた基準のため、厚生労働省からの候補というものはございません。

こちらの情報をまとめたのが、下段の表になっており、該当する部分をマル、非該当部分をバツで表示しております。また、こちらの設定にあたった基準の数値データにつきましては、42ページにございます各種データという資料になります。Iのところ、こちらの候補案のデータということで記載してございますので、こちら数値のほうをもとにして厚生労働省が設定しています。以上、厚生労働省が選定した候補案になります。

こちらを踏まえまして、厚生労働省が提示された候補案に対して、県として候補案を選定するために設けた選定基準を39ページに記載しています。

選定基準は4点ございます。まず1点目は厚生労働省の候補案から選定すること、2点目は厚生労働省の設定基準1及び2については、先ほど協議事項2で説明しました福島県における定量的基準案を用いて再検証すること、こちらにつきましては厚生労働省の基準の中での要件の1つでございまして、説明できる際、説明できる際というのは、先ほど定量的基準を策定したときと同じような形ですが、データ上で説明できる部分については除いて考えましょうというふうなことになるので、それを確認するために行うものでございます。

3点目は、厚生労働省の設定基準3につきましては、昨年9月時点の調査結果であるということなので、こちらは最新情報に更新して再検証するということになります。

4点目は、再検証した結果及び厚生労働省の設定基準4によりまして、福島県として地域医療構想の推進に関する対応ニーズを踏まえ、転換等により動きがある区域から選定することという4点になってございます。特に4点目は都道府県独自ということで、福島県としましては区域の医療提供体制をより多くするためにも動いている区域にスポットを当てたいと考えて設けさせていただいております。

次に、県が設けた選定基準のうち、2点目及び3点目にあげた再検証の結果について御説明します。40ページをご覧ください。こちらのほうの再検証に活用しました数値データにつきましては、42ページのⅢに記載してありますので、そちらとあわせて、御確認いただければと思います。

再検証した結果をまとめたのが、40ページの下段の表になります。下線部分が変更箇所で表記してございます。厚生労働省の設定基準の1及び2の急性期病床に関しましては、数値上、大きな変化がありませんでしたので、候補案としての変更はございませんでした。

次に、厚生労働省の設定基準2のうちの回復期病床に関しましては、数値上、県中の見込み数が大きく増加したことによりまして候補案から外れ、県北、会津・南会津の2区域に変更となりました。

最後に、厚生労働省の設定基準3に関して、最新の報告では、県北と相双で検証未開始の医療機関が1つずつありましたが、それぞれの地域医療構想調整会議において、やむを得ず検証未開始になっているということ、また、今後の展開が見込めるということ等によりまして、各会議のほうで対応方針について了承されているということになっていきますので、3に関しましては候補なしということで変更になってございます。それを表したのがこの表でございます。以上が再検証した結果になっております。

この再検証した結果を踏まえまして、県として選定しました福島県における推進区域の最終候補案について御説明します。41ページをご覧ください。最終候補案を選定したポイントは、次の3点になっています。

1点目は、再検証後の設定基準①及び②の全て該当している区域であること。2点目は、区域として必要とされている、または不足していると言われている回復期病床への転換等により動きがある区域であること、こちらは2022年度病床機能報告の2025年見込み数と、令和4年7月1日現在の差異の絶対数が大きい区域ということで考えています。最後に3点目は、各医療機関における2025年に向けた対応方針において、急性期病床から回復期病床への流れをスムーズにして欲しいという要望がある区域であることの3点になっています。

なお、2点目の数値データにつきましては、43ページのIV及びVに、3点目の要望の結果につきましてはVIに抜粋したものを記載しておりますので、後で御確認いただければと思います。

以上の選定基準や選定のポイント等を踏まえまして、県としましては選定基準等に全て合致し転換等により動きがあり、本県の中で他区域のモデルとなり得る区域として判断できる会津・南会津区域を候補として選定したいと考えてございますので、皆様に御了承いただければと思います。

(議長：会津保健福祉事務所 笹原所長)

ただいま事務局から、福島県における推進地域（仮称）の方法について説明がありましたが、御意見御質問等がありますでしょうか。よろしいでしょうか。

実際に何をやるのかというようなことを皆さん多分御質問があるかと思います。それについては、資料の47ページ以降に記載があります。こういったところから具体的な、参考になる情報とか、色々な助言とかが出てくると思いますので、そういったものを参考にしながら、地域医療課とも連携して進めていくことになるかと思っております。

(事務局：地域医療課)

若干の補足でございまして、議長のほうから国の資料の御紹介いただきました47ページの国の推進といったところもございましたが、この47ページはモデル推進区域ということで、国のほうで推進区域を設定した上で、その中から全国から地方のどこをピックアップするといったモデル推進区域の例という資料でございます。推進区域につきましては、45ページの資料の下段のほうに、国による積極的な支援ということで、①が病床機能の見える化、②と③は好事例の周知、④は補助金の分かりやすいリーフレット作成といったようなことが書いてありまして、これらの国の支援もございまして、また、県といたしましても調整会議の議論の御参考にしていただけるようなデータや、分析方法を提供させていただきたいと考えております。

(議長：会津保健福祉事務所 笹原所長)

はい、ありがとうございました。何かございますでしょうか。よろしければ次の協議事項に移りたいと思います。

それでは続きまして、協議事項（４）病床機能等の転換等についてですが、病床の過不足について検討し望ましい体制を構築するために、各病院から提案していただき、この会議で了承することとされています。

当該施設から発表後、御意見等を伺いまして承認につきましては最後にもう一度お諮りしたいと思います。では、福島県厚生農業協同組合連合会高田厚生病院について説明をお願いします。

（高田厚生病院 本田氏）

高田厚生病院事務長の本田と申します。日頃より大変お世話になっております。また、当院の病院運営、御協力いただきありがとうございます。高田厚生病院より１点御報告させていただきます。

５８ページ、資料４をお開きください。２番の変更内容の（２）医療機能の状況につきまして、これまで療養病棟５３床のうち１８床を地域包括ケアとして運用しておりました。今回、診療報酬の改定に合わせて、病棟の運用効率化を図るために、２床部屋１室、地域包括ケアへ変更しております。

病棟としてはこれまでどおり療養病棟の５３床、慢性期のままではありますがその施設基準上の内訳変更したことを御報告させていただきたいと思います。

（議長：会津保健福祉事務所 笹原所長）

はい、ありがとうございました。

ただいまの高田厚生病院の説明内容につきまして、御質問や御意見等ありましたら、挙手をお願いします。よろしいでしょうか。それでは、高田厚生病院の発表について御承認いただくということでよろしいでしょうか。それでは、皆様異議なしとして承認したいと思います。

協議事項全体を通して御質問や御意見等ありましたら挙手をお願いします。

では全体を通しまして、中里アドバイザーから何か御意見等、御助言等ありましたらお願いしたいと思います。

（福島県立医科大学地域医療支援センター 中里アドバイザー）

大きなものではありませんが、今年は４月から医師の働き方改革について、医療従事者にも厳密に適応されるってということが１つありましたのと、６月には診療報酬の体系に少し変更があり、その辺りの影響が地域の医療状態にどのような影響を与えるかが、これからじわじわと分かってくることがあれば、色々と対応しなければいけないことが出てくるかもしれませんので、今後の調整会議でまた議論、検討していただければと思います。

（議長：会津保健福祉事務所 笹原所長）

ありがとうございました。他に何かございますでしょうか。他になければですね、５のその他に移りますが、その他として何かございますでしょうか。

御意見御質問ありましたら挙手をお願いします。よろしいでしょうか。それでは事務局から何かございましょうか。

(事務局：会津保健福祉事務所 寺島)

会津保健福祉事務所の事務局のほうから、今後のスケジュールについて御説明させていただきます。
資料1のほうでも地域医療課のほうから説明がありましたとおり、今年度、この調整会議につきましては、今回を含めまして4回開催する予定です。次回につきましては、9月の開催を予定しまして、1つ目が地域医療計画地域編の指標等の様式に基づいた評価検証の事務局案、2つ目が推進区域（仮称）についての事務局案をお示しできればと考えております。あらためて委員の皆様の方には、開催時期につきまして、御連絡させていただきます。

(議長：会津保健福祉事務所 笹原所長)

ただいまの事務局からの説明につきまして御質問御意見等ありましたら挙手をお願いします。
よろしいでしょうか。では以上で予定の議事は終了となります。
議事のスムーズな進行に御協力をいただき、ありがとうございました。それではここからの進行については、事務局にお渡しします。

(司会：会津保健福祉事務所 生活衛生部 星部長)

はい。本日は長時間にわたりまして、いろいろ数多くのご意見ありがとうございました。議会の開催日程につきましては、決まり次第追って皆様に御連絡したいと思います。
以上をもちまして令和6年度第1回会津・南会津地域医療構想調整会議を終了いたします。
本日はありがとうございました。