

# 令和元年度宮城県地域医療構想調整会議 (石巻・登米・気仙沼区域)

日 時 令和元年10月23日(水)  
午後5時30分から午後7時00分まで  
場 所 宮城県登米合同庁舎5階 501会議室

## 次 第

### 1 開 会 2 挨拶 3 議 事

- (1) 地域医療構想調整会議における議論の進め方について・・・資料1
- (2) 医療需要の将来推計と医療提供体制の現状について・・・資料2
- (3) 医療機関ごとの具体的な対応方針について・・・資料3
- (4) その他の共有事項について・・・資料4
- (5) 定量的な基準について・・・資料5
- (6) 外来医療計画について・・・資料6
- (7) 具体的対応方針の再検証の要請について・・・資料7
- (8) 新たな医療機関の開設について【非公開】・・・資料8

### 4 閉 会

< 配 付 資 料 >

- 
- (資料1) 地域医療構想調整会議における議論の進め方について
  - (資料2) 医療需要の将来推計と医療提供体制の現状(石巻・登米・気仙沼区域)
  - (資料3-1) 新公立病院改革プランの概要, 公的医療機関等2025プランの概要
  - (資料3-2) 医療機関ごとの具体的な対応方針(公立・公的医療機関以外)
  - (資料4) その他の共有事項
  - (資料5) 定量的な基準について
  - (資料6) 外来医療計画
  - (資料7) 具体的対応方針の再検証の要請について
  - (資料8) 新たな医療機関の開設に関する理由書
  - (参考資料) 平成30年度病床機能報告結果(概要版)【病院(病棟ベース)】

令和元年度宮城県地域医療構想調整会議  
 (石巻・登米・気仙沼区域) 出席者名簿

【委員】

(順不同・敬称略)

分野	No	氏名	所属	備考
医師会	1	荒井 啓史	宮城県医師会 理事	欠席
	2	神部 廣一	桃生郡医師会 会長	欠席
	3	千葉 淳	石巻市医師会 会長	副座長
	4	大坂 國通	登米市医師会 会長	
	5	森田 潔	気仙沼市医師会 会長	座長
歯科医師会	6	鈴木 徹	石巻歯科医師会 会長	
	7	高橋 利光	登米市歯科医師会 会長	
	8	加藤 誠	気仙沼歯科医師会 会長	
薬剤師会	9	澁谷 和彦	石巻薬剤師会 会長	
	10	鳥居 栄人	登米市薬剤師会 会長	代理:小野寺 裕昭 副会長
	11	武田 雄高	気仙沼薬剤師会 会長	
看護協会	12	小山 よし子	宮城県看護協会 気仙沼支部 理事	
病院	13	石橋 悟	石巻赤十字病院 院長	
	14	横田 憲一	気仙沼市立病院 院長	
	15	松本 宏	登米市民病院 院長	
	16	椎葉 健一	石巻市立病院 院長	
	17	初貝 和明	南三陸病院 院長	
	18	齋藤 明久	齋藤病院 院長	
	19	勝又 貴夫	石巻健育会病院 院長	
	20	庄司 好己	真壁病院 院長	
	21	猪苗代 盛貞	猪苗代病院 院長	欠席
保険者	22	後藤 善征	全国健康保険協会宮城支部 企画総務部長	
	23	門間 博幸	宮城県国民健康保険団体連合会 事務局長	
市町村	24	守屋 克浩	石巻市健康部 部長	
	25	平山 法之	登米市市民生活部 部長	
	26	菅原 宣昌	気仙沼市保健福祉部 部長	
保健所	27	鈴木 陽	宮城県石巻保健所・登米保健所・気仙沼保健所 所長	

【事務局】

氏名	所属
浅野 幸夫	宮城県 東部保健福祉事務所登米地域事務所長
佐々木 真	同 保健福祉部 医療政策課長
日野 貴広	同 同 医療政策課 主幹(企画推進班長)

### 1. 開 会

#### ○司会

ただいまから令和元年度宮城県地域医療構想調整会議石巻・登米・気仙沼区域を開催する。

### 2. 挨拶

#### ○司会

開会に当たり、県保健福祉部医療政策課長の佐々木からご挨拶を申し上げます。

#### ○佐々木保健福祉部医療政策課長

【挨拶】

#### ○司会

本日の会議の公開・非公開について、県の情報公開条例では非開示情報が含まれる場合を除き公開が原則となっている。本日は、(7) 具体的対応方針の再検証の要請についてまでは公開して開催することとし、それ以降については、医療機関の開設にかかわる事項が含まれるため非公開とするので、ご了承願う。

### 3. 議 事

#### ○司会

本日の調整会議の座長は、気仙沼市医師会森田会長にお願いしている。

#### ○森田座長

それでは、次第に従い議事を進める。(1) 地域医療構想調整会議における議論の進め方について、(2) 医療需要の将来推計と医療提供体制の現状について、事務局から説明をお願いします。

#### ○事務局

【説明】

#### ○横田委員

入院医療の需要推計が記載されているが、当院の実測データをみると、急性期医療の需要は以前の気仙沼医療圏の部分だけでいうと、もう既に減少局面が顕著である。平成25年までは横ばいであったが、それ以降、6年後の現状では15%ぐらい減っている。いわゆる需要推計は、二次医療圏全体でみるとそうかもしれないが、個々の地域で見ると大きな違いがある。なので、当院で今、病床の機能分化を進めている。一つは、回復期機能を拡充していくため新病院で回復期リハビリテーション病棟を開いたところであるが、今後、地域包括ケア病床の病棟再編などを行い、病院の機能をアジャストしていこうと考えている。

地域包括ケア病棟の必要度がどれくらいあるかについて実測したところ、令和元年8月の1ヶ月のデータをみると、50床単位の病棟が一つ必要ということが分かった。しかし今は、患者を急性期病棟で管理しているという状況であり、病床の機能分化がまだ未成熟であるという現状である。

#### ○事務局

やはり傾向としては、今後、回復期が増えていくのは推計上もみえてくる。そういったところを実際の現場での感覚として考えをお話いただいたところかと思う。まさにそういったところについて、それぞれの病院からお話をいただきつつ、この構想区域としてどのように考えていくかについて議論を深めるのがこの会議であり、お話を頂戴しながら、データをお示しできるものがあればそれと照らし合わせながら皆さんで議論を深めていけれ

ばと思う。今後もそういった形で、病床のあり方や機能分化・連携について議論していただければと思う。

○松本委員

慢性期病床あるいは療養病床について、前回の診療報酬改定で介護医療院への転換を進めているところもあると思うが、それは慢性期病床に含まれているのか。

○事務局

介護医療院については、介護保険での対応であり入っていない。

○森田座長

ほかに質問等がなければ、項目（１）、（２）についてはこれで終了とする。続いて、（３）医療機関ごとの具体的対応方針について、（４）その他の共有事項について、（５）定量的な基準について、事務局から説明をお願いします。

○事務局

【説明】

○後藤委員

2点ほど伺う。1点目、2月の会議の際に高度急性期の不足、2025年の必要病床数192床に対し40床ということで、地域住民の不安感もあるかと思うが、県として高度急性期を増やす方策があるのか、病床機能の転換をどのように調整していくのか方向性を聞いたところである。

今年5月に協会けんぽ全体で意見交換会があり、その際、厚生労働省医政局地域医療計画課が出席しており、「宮城県内で高度急性期が不足している地域があり、2025年の必要病床数に達しない場合には、県全体として高度急性期の病床数を確保すればよいか」との質問をしたところ、回答は「地域医療構想策定ガイドラインでは、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも構想区域で完結することを求めるものではない。県単位など、広域での高度急性期の提供体制が整備されれば、必ずしも各構想区域で完結することを求めるものではない」であった。

参考資料においても、平成30年度病床機能報告では、2025年7月1日時点の高度急性期の病床数は40床であり、今後調整をしたとしても、192床の確保は難しいと思う。この区域での見直しとして、いずれかの時点で定量的な基準を修正することはあるか、また、県全体の高度急性期必要病床数2,265床とするため他の区域、特に仙台区域において、見直しを図る必要があると思うがいかがか。

2点目、2025年の急性期の必要病床数681床に対し佐賀方式でも1,427床であり、倍以上と、乖離が大きいと思う。急性期の必要病床数について、診療科ごとの病床数といったデータはあるか教えてほしい。開設や機能転換にあたり検討材料となるかと思う。

○事務局

高度急性期、急性期に関する、全県的な調整も含めた質問だったかと思う。

まず、一つ目の定量的基準の見直しについては、頻繁に行うものではないと捉えている。病床機能報告の状況を踏まえ、また医療計画の中間見直しなどのタイミングで必要があれば数字の精査は行っていきたい。

また、高度急性期に関する全県的な調整も含めた話については、資料5のスライド7頁をご覧ください。全県的にみた場合、病床機能報告で報告いただいている高度急性期は、2,463床であり、これに対し2025年の必要病床数が2,265床と現時点では必要病床数を上回っており、ある程度確保されているものと理解している。

なお、最後に質問のあった、急性期の診療科ごとの必要病床数については、データを持っていないというのが現状である。

○石橋委員

少し確認をしたい。現在の高度急性期の病床数は、あくまでも報告の結果ということによいか。また、先々の必要数は何に基づいているのか。例えば、在院日数が一週間以内の患者に対する病床数などといった、基準を教えてください。

○事務局

資料1をご覧ください。スライド8での説明のとおり、病床機能報告は病棟単位での自己申告であり、地域医療構想の将来推計については、患者数をベースに2013年の入院受療率に2025年度の推計人口を掛け、病床機能ごとの稼働率を割って算出している。稼働率については、厚生労働省令で高度急性期が75%、急性期は78%、回復期は90%と定められている。

○石橋委員

入院受療率とは何か。

○事務局

患者数を人口で除したものである。

○石橋委員

何の患者数か。

○事務局

保険点数ベースとなっている。高度急性期では3,000点以上、急性期は600点以上と投入量の基準が示されている。

○石橋委員

未来の予測については診療報酬の点数の現状と人口を掛け合わせて出しており、現状の数はあくまでも自己申告でそもそも出し方が同じではないということか。

診療報酬の点数でいけば、急性期病床でも高度急性期並みの患者をみている急性期病床は沢山あると思う。そういった数を出すと急性期から高度急性期に転換できる病床数はかなりあると思う。それは今後の検討に入ってくるのか。

また、大方、高度急性期で申請できないのは、看護師がいなくて一般病床にせざるをえなく、急性期において高度の患者を診ているところが多いと思う。そういった話をせず、ただただ高度急性期のベッドが足りないから増やせといっても、苦しい議論になるのではないかと思う。

○事務局

高度急性期については、特に診療密度の高い医療となるので実態としては、そういった病床もあるというご指摘かと思う。将来推計の計算の考え方は一定のルールとして今後も出していくことになるが、実際の病院の感覚といったことについては、こういった場で議論いただきながら、必要病床数、医療構想、医療計画を見直す、あるいは次のものを作る際に必要なものを反映させることになるかと思う。まずは、ここでの議論を活発にし、地域の医療における必要な役割などについて議論を深めていきたい。

○森田座長

今石橋委員からご指摘があった点については、この構想を作った時点で数字の切り方がどうかというそもそも論があり、診療報酬をベースにするとすると、先ほど三位一体改革という話があったが、医療従事者の確保が難しくなっている中で、非常に現実的な問題かと思うので、県としてもこういった状況を踏まえながら進めてほしい。

○松本委員

委員の先生方は公立病院の方が多く、地域医療構想として色々な改革案を持っているところだが、実際に回復期を増やすという段階において、この回復期の増加分は公立病院が慢性期に転換することで足りるとみているのか。登米市は、私たちの病院しかないのではなるとかなるが、気仙沼や石巻は民間のところもある。この辺の指導を今後どうしていくのか。

○事務局

必要病床は地域全体で考えていくべきもので、民間が担っている機能も地域の必要な医療として捉えていく必要があると考えている。公立・公的病院という考え方からすると、この後も説明するが、国において公立病院が果たすべき役割を果たしているかという観点で、病床を急性期として維持するのか、回復期へ転換するのか、そういったところも含めて地域の医療需要を総体としてみていくべきである。議論を活性化する狙いもあり、公表したものと思う。

従って、民間が担う部分はもちろん、公立病院が本来担うべき機能をこうした場で議論いただき、松本委員の話にあるような観点もここで捉えていくべきものであると考えている。

○松本委員

そのように考えてはいるが、なぜ進まないかというのは、やはり医療費の問題でなかなか転換できないこともあり、地域医療構想だけでこうやりなさいと言ってもかなり無理がある。2040年に向けて、再編統合等を院内で進めてはいるが、一番困るのが、公的病院が担う役割と言われるが、はっきり何を担うかが分からなく、また、回復期を担ったとしても私たちは公的病院なので、行政の指導が入るとそれに見合うようにはするが、せっかく出したデータを有効に活用するためには、地域医療構想だけでは駄目だと、指導と戦略を考えていかないといけない。国が言うように今まで効果的に進まなかったのはそういうところだと思う。今回、ただ公的病院の名前をあげたからといって進むわけではない。

また、名前を挙げられれば、しゃかりきになって何かをしなくてはならないが、それで病院が潰れてしまっただけでは意味がないので、そういうことを考慮に入れないと、やれやれと言われても足並みが揃わないので、その辺も考えてもらいたい。

○事務局

次の議題で説明する内容となるが、もう一つの観点として、県民に対して病院の適正受診の普及啓発をしていくことも必要と考えている。周知するためのチラシ作成を視野に入れて具体的な検討を進めているところである。そうした側面的な部分からも地域を考える材料を提供していきたいと考えている。

○森田座長

続いて、(6) 外来医療計画について、事務局から説明をお願いします。

○事務局

【説明】

○森田座長

入院と入院外という区別があり、入院に関しては病床の効率化といった点でこれまで議論しているところである。入院外は外来や在宅となるが、今年度、外来医療計画の策定として新しい内容の説明があった。当構想区域は外来医師多数区域ではないことと、共同利用については、機器数でいえば平均を超えているものではないという内容であった。

ただいまの説明について質問等があればお願いします。

○椎葉委員

色々な解析をされており、全体像がみえる感じがする。例えば、在宅医療に関しては、今後需要が非常に伸びるというデータが出されている。これに対応するのに、県としてどのような考えを持っているのか。

当院では在宅医療部門を伸ばしていきたいという使命を持ち整備したいところだが、基本となるのは医師の確保である。医師の獲得が大きい問題であり、特に仙台医療圏に医師が集中してしまっている。そのあたりを解決しないかぎり個別にどういうプランを立てると言われても実際にはこの会議で結論を出すのは厳しいと思うが、県としての考えは何か。

○事務局

在宅医療に関しては、地域にお住まいの方々が住み慣れた場所で適切な医療が受けられるという観点から非常に大事な分野と考えているところである。入院はもちろん、退院した後の、あるいは看取りの段階までも含めて医療や介護のサービスを継続的・持続的に提供できるような体制が必要だということから考えると、今後の需要は増えていくので、将来的な医師の供給体制をしっかりと取り組んでいく必要があると考えている。

医師確保に関しては、県の組織として医療人材対策室を設け、取組を進めてきているところである。一つの施策として、修学資金の貸付による地域への誘導に取り組んでいる。中期的にみれば、東北医科薬科大学の卒業生が輩出されることから、連携の中でしっかりと地域の医師不足解消に繋がるような対応をしていきたいと考えている。

○椎葉委員

東北医科薬科大学の学生が卒業し、地域に定着してくればかなり助かるというのは間違いない。例えば、在宅をやる医師がどれくらいいるのかについては掴めない。病院で専門的な治療、あるいはスキルを伸ばしていくということで、いわゆる在宅などの分野に興味を示し定着するような医師が今後どれだけいるのか疑問である。県としても東北医科薬科大学と色々話し合いをしながら、ぜひ、適正な分野への配分ということを今後考えてほしい。

○森田座長

私も少ないが在宅を行っており、非常に大変である。一人の医師が24時間対応するというのは難しく、また、偏在の地域では表裏一体の問題でもある。県としてもずっと前から取り組んでいる問題であると承知している。より踏み込んだ実効性のある対策を行っていただきたい。

○横田委員

在宅の話が出たが、東北医科薬科大学の卒業生が出て、2年間の初期研修はどこかで過ごし、その後の専攻医の段階、総合医の育成という部分で病院がかなり関わるということで椎葉委員がおっしゃった人材の育成というところに繋がっていくと思う。

当院は市立病院と本吉病院があるが、それぞれが別々に機能を分担しながら医療を行っている。将来的には中期的な目標として、病院を統合し地域の医療ニーズに合わせた総合医、あるいは家庭医といった人材の教育病院的な機能を担おうと考えている。この地域はへき地と言ってもよいと思うが、医師不足の地域であるため、そういった部分にも病院が力を入れていくことが大事と感じている。

○事務局

東北医科薬科大学の学生が卒業してすぐ一人前になるわけではなく、色々な経験を積みながら育成の期間もあると思う。本人のキャリア形成も考えながら、実際には地域の自治体病院に勤めながら磨いていくことになると思う。お話のあった意見も踏まえて対応を考

えていきたいと思う。

○勝又委員

外来医師偏在指標や標準化外来受療率という言葉が今日初めて聞いたが、この流れでいうと、あくまで医師数だけの話であり、専門医機構がよく専門科別医師数のバランスが悪いのではないかとやっているが、そういうことではなく、あくまで医師数が多い、ただ、その人達みんなが在宅をやるか、といった部分がよく分からないので教えてほしい。

○事務局

偏在指標は国から示された計算式に基づいており、診療科などを考慮していない。純粋な医師数のみで計算されているものである。

○森田座長

日本医師会が以前行ったアンケートでは、「在宅医療を今後やりたいか」という質問に6割くらいの医師が「したくない」と答えている。色々な意味で大変であり、やはり都市部と地方の在宅では状況が異なる。それが現実だということを踏まえて計画を策定してほしい。

○松本委員

在宅医療に関しては、医療だけではなく、介護や看護のニーズがかなり高い。それを統括する形で在宅医療があると思う。この会議では、介護保険は関係ないと言われるかもしれないが、連携を持ちながらやっていかないと駄目だと思う。

また、勝又委員がおっしゃったが、外来診療の地域偏在はかなりある。登米市に限って言えば、整形外科がない。そのために3病院において、大学からの非常勤に高いお金を払っている。そういう計算をどうするのか。あと、眼科は比較的多いが耳鼻科は1病院しかなく、幸いにして登米市民病院には毎日耳鼻科が午前か午後に来てくれているので、それを維持するために、公立病院としてやっているところもある。地域医療を考える時に、科ごとの偏在を解消していかないと、特に整形外科、お年寄りが多いところで慢性期の整形疾患を外来で診ていく時に整形外科がいなくて困る。なので、是非、各科別に医師に見せる資料などを作っておくと、ここが開業なら狙い目かなといったものがあっても良いかと思うので、提案させていただく。

○事務局

地域のニーズを整理した上で医師確保に努めてほしいという意見かと思う。医師確保に関する取組では、医療人材対策室を中心として、例えば、ドクターキュービット事業がある。これは、あるエリアにおいて医療を提供したいという医師と地元のニーズを繋ぐという取組である。松本委員のお話をうまく落とし込めるよう、医療人材対策室と調整しながら検討してまいりたい。

○森田座長

それでは、項目（6）についてはこれで終了とする。続いて、（7）具体的対応方針の再検証の要請について、事務局から説明をお願いする。

○事務局

【説明】

○横田委員

今回の公表については、再編統合を促すものではないとの説明があったが、結局は再編統合等の意思を表明しなさい、という少し矛盾する内容かと思って聞いていた。

今回の指標、急性期の部分について、丸が9つ又は6つの場合ということであるが、地域



医療構想とは二次医療圏全体あるいは地域ごとの医療機能を実情に合うように地域でやっ  
ていこうという考え方だと思う。とすれば、人口減少と共にダウンサイジング、地域の必  
要な医療機能の変化に伴う機能分化・連携、病院の再編などを示す指標があると病院とし  
ても考えやすいと思うが、たぶんそういう指標はない。そのことが疑問というか説得性に  
欠けると思う。あと、国としても必要な支援を行うとされているが、地域医療構想アド  
バイザーの3人の先生が色々アドバイスしてくれるという話があったが、どういった具体的  
内容をどのような形で相談すればいいのかについて具体的な答えをお願いしたい。

#### ○事務局

先ほど事務局からの説明にあったとおり、再編統合という言葉を使っているが、国はこ  
れを広い意味で捉えており、二つの病院が一つになるという趣旨のみならず、病床数を減  
らすことや、急性期から回復期への転換、そういうものも含めて再編統合と広く捉えてい  
るところである。言葉として、再編統合とまとめられているので、皆様からご心配の声が  
上がっていることも承知している。

今回の再検証についてAとB、二つの考え方を示した資料を提示しているが、これは急  
性期にフォーカスをあてて検証されているものであり、そうした内容が中心となっている  
ものである。

あと、今後各病院が検討を進めていく中で、指標のようなものは何かあるかといった発  
言があったが、9月に公表されてから国からはまだ正式な通知が届いていない。従って、ど  
のようなことを検討の視座において対応していくかについて我々も把握できていない。本  
日、国において、東北ブロックの説明会が開催されている。出席している職員がいるので、  
提供できるものがあればお伝えしたいと考えている。いずれ、ブロック会議が終わった後  
でない国からの正式な通知が来ないと考えている。

国として、必要な支援を行うということについて、アナウンスはされているところであ  
り、一つにはアドバイザーの活用もあるが、具体的な支援は国において考えていくという  
意思表明までは伺っているところである。具体的中身については、情報収集し、皆様につ  
なぎたいと考えている。現時点ではそこまでしか分からないので、情報提供という形で共  
有させていただきたい。

#### ○初貝委員

診療実績についてだが、9領域のうち、⑦災害、⑧へき地、⑨研修派遣機能とは、何を  
評価しているのか。また、当院も名指しされているが、具体的に何を求められているか分  
からなく、連絡を待っていただければいいのか。

#### ○事務局

資料の見方についてだが、①がんから⑥周産期までは手術の件数などの実績に基づいて  
いる。⑦災害については、災害拠点病院の指定の有無をもって判断されている。⑧へき地、  
⑨研修派遣機能も同じく指定の有無で判断されている。

今後の見込みについては、国から通知があり次第、情報提供させていただく。また、本  
日の国の説明会で新しい情報が得られていれば、情報提供させていただく。

#### ○齋藤委員

先ほどの質疑の中で、県から、公立病院が回復期へ転換することも検討しているという  
話があったが、公立病院の先生方は一言では語れないくらい地域へ貢献なさって、このよ  
うな再検証に名前を出されるということは違和感がある。現在も現場は非常に大切な役割  
を果たしていると思っている。そういったことを踏まえて、公立病院の取組というのは、  
議事(1)でも説明があったが、12頁にアからオまで記載されている。これが国の考え  
だと思うが、公立病院が回復期に移るとするのは、こうした趣旨に反してくるのではない  
かと疑問に思う。もちろん、医療費の問題にも繋がると思う。

私たち民間病院も今後のやり方を考えていかなければならないと思う。やはり再検証

の丸だけでは考えられない病院の苦労があるということも頭に入れて対応していただいた上で、民間病院のことも考えてほしい。

○事務局

民間病院との関わりの中で大切な視点かと思う。今回の指摘を受けて、何らかの見直しをした結果、民間の部分とバッティングするようであれば地域の医療提供体制という意味では、バランスを欠いたものになってしまい、これは本意ではなくなる。そういった意味でもこの調整会議の場において、関係する皆様で議論いただきたい。それを活性化することが国の目的の一つである。いずれにしても、一つの公立病院がやりやすい形でやった結果、それが地域にどれだけ貢献するのか、或いは地域にどれだけ果たすべき役割を提供していくのか、それも全体としてみていかなければならないと思うので、一つの視点としての、民間とのすみ分け、役割分担といったことも大切になってくる。これは今後の議論ということになってくると理解している。

○石橋委員

再検証の項目について、Aが9つ、Bが6つは、「または」か「かつ」かどちらか。

○事務局

「または」である。

○石橋委員

Bに6つ丸がついているのに、対象となっていないところがあるのは、なぜか。

○事務局

Bについては、仙台医療圏は除かれるためである。

○石橋委員

一つ一つの項目に、\*がついて、別紙にて詳述すると記載があるが、これは厚生労働省のホームページを見れば分かるものなのか。例えば、災害医療については災害拠点病院であるかないかが判定基準であるように、一つ一つの項目における判定基準を詳しく知りたい場合はどうすればよいか。

○事務局

本資料は、令和元年9月6日の第23回地域医療構想に関するワーキンググループの中で示された資料となっており、厚生労働省のウェブサイトにて全て公開されている。

○森田座長

ほかに質問等がなければ、項目（7）についてはこれで終了とする。

次の項目（8）は非公開となるが、その他この場で皆様から何かあるか。事務局から何かあるか。

○事務局

本日の会議資料及び議事録については、非公開とする資料8に関する部分を除いて、後日県のホームページに掲載する予定なので、了承願う。

【非公開】

4. 閉 会

○司会

以上をもって、令和元年度宮城県地域医療構想調整会議（石巻・登米・気仙沼区域）を

終了する。