

1 開会

○ 事務局

定刻となりましたので、ただいまから令和8年度第1回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点目でございます。御参加の皆様におかれましては、御発言の時以外、音声を切っていただくようお願いいたします。また、会議中はカメラを常にオンの状態にさせていただきますようお願いいたします。2点目でございます。正確な議事録作成のため、御発言の際は挙手ボタンを押してお知らせください。発言権が移りましたら、御所属とお名前をお願いいたします。3点目でございます。本会議は、傍聴希望のあった県内医療関係者様等に会議の様子を生配信しております。あらかじめ御了承ください。それでは、開会に当たり、県保健福祉部副部長の小林が御挨拶申し上げます。

2 挨拶

○ 小林保健福祉部副部長

皆様、こんばんは。県保健福祉部の小林でございます。本日は大変お忙しい中、また毎回ではございますが、日中のお仕事でお疲れの夜分にもかかわらず御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。また、日頃から本県の医療行政の推進につきまして、格別の御理解と御協力をいただいておりますことに厚く御礼申し上げます。本会議は、地域医療構想の推進に向けて、地域の皆様と共に将来の医療提供体制のあり方や、各医療機関等の役割などについて、地域の実情を踏まえた協議を行う大変重要な場として開催しているものでございます。これまで本県では、2025年を目標といたしまして、病床の機能分化・連携の推進などに取り組んでまいりましたが、今後は2040年頃を見据えまして「新たな地域医療構想」の策定を進めていくこととなります。高齢者人口がピークを迎える一方で、生産年齢人口の急減が見込まれる中、限られた医療資源をさらに効率的・効果的に活用いたしまして、地域医療の持続性を確保していくことは、本県に限らず日本全国における喫緊の課題となっております。本日の議事におきましては、「新たな地域医療構想の策定について」を議題の1つとしておりますが、限られた時間での開催となることもあり、実質的な協議の第1回目となる今回は、まずは構想区域の設定や医療機関機能の確保の考え方、そして協議に必要なデータ収集の方針などについて事務局から御説明させていただき、本格的な協議につきましては次回以降お願いしたいと考えてございます。この他、外来医療計画の中間評価や病床数適正化緊急支援事業についても御説明を申し上げる予定としてございます。委員及びアドバイザーの皆様方におかれましては、専門的な見地から、2040年を見据えた実効性のある医療提供体制の構築に向け、忌憚のない御意見、御提言を賜りますようお願い申し上げます。結びに、本日の会議が実りあるものとなりますことを御祈念いたしまして、私からの挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

3 報告事項

○ 事務局

議事に入る前に、資料について御説明させていただきます。本日お配りしております資料は、次のとおりでございます。本日御出席いただいております委員の皆様につきましては、本来であればお一人おひとり御紹介すべきところではございますが、時間の都合上、お手元の出席者名簿をもって御

紹介に代えさせていただきます。本日はどうぞ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。県の情報公開条例では、非公開情報が含まれる場合などを除き、公開が原則となっております。本日の案件は非公開とすべき案件がございませんので、公開にて開催することといたします。あらかじめ御了承いただければと思います。

なお、名簿にはございませんが、宮城県医師会の安藤会長にも本日御出席いただいていると伺っております。安藤会長、どうぞよろしくお願いいたします。

○ 安藤会長

よろしくお願いいたします。

○ 事務局

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は、気仙沼市医師会の森田会長にお願いしております。それでは、森田会長、よろしくお願いいたします。

○ 森田座長

皆様、どうもお晩でございます。梅雨は明けたものの、厳しい天候が続く中、本日も多数の委員の皆様の御参加をいただき、ありがとうございます。厚生労働省から先月、約 80 ページに及ぶ「地域医療構想策定ガイドライン」が配られておりますが、非常にボリュームのある内容です。本日は、それもベースにしながら、先ほど案内がございました構想区域の設定、そして前回この会議で議題になりました石巻地区を中心とした高齢者救急に係る転院調整などについても、石巻地区で色々練っていただいた案だと思いますが、それらも含めて協議させていただきたいと思っております。本日もどうぞよろしくお願い申し上げます。それでは次第に従い、進めさせていただきます。はじめに、「3 報告事項」の「宮城県地域医療構想調整会議（石巻・登米・気仙沼区域）構成員の追加について」、事務局から御説明をお願いいたします。

○ 事務局

事務局を務めております、宮城県医療政策課の荒井でございます。どうぞよろしくお願いいたします。まず、石巻・登米・気仙沼区域における構成員の追加について御報告申し上げます。今後の地域医療構想を推進していくにあたり、本区域におきまして新たに「石巻ロイヤル病院」様、及び「仙石病院」様の 2 病院に、本会議の委員として御就任いただくことといたしました。どうぞよろしくお願い申し上げます。報告は以上でございます。

○ 森田座長

ありがとうございます。ただいまの御説明について、御意見があればお願いいたします。よろしいでしょうか。ございませんか。ないようでしたら、報告事項はこれで終了といたします。

4 議事

○ 森田座長

続きまして、「4 議事」に入ります。「(1) 新たな地域医療構想の策定について」のうち、①から③について、事務局から御説明をお願いいたします。

○ 事務局

それでは、新たな地域医療構想について御説明させていただきます。新たな地域医療構想につきまして、本日は構想区域の設定等、複数の項目がございますが、次第の順番で一通り御説明させていただきます。はじめに、厚生労働省から地域医療構想の策定ガイドラインが発出されましたので、資料2により、新たな地域医療構想の全体像を御説明し、ガイドラインの内容、宮城県の現状分析の結果を御説明いたします。

2 ページを御覧ください。現行の地域医療構想と新たな地域医療構想の考え方の違いをお示ししています。現行の構想は、2025 年を目途に病床の機能分化と連携を進めることを目的とし、医療機関の自主的な取り組みと相互の協議を前提に取り組んでまいりました。一方、新たな構想では、2040 年頃の医療需要を見据え、医療機関の役割分担や連携のあり方を整理し、地域全体として適切な医療提供体制を構築することを目的としています。

続いて、地域医療構想策定ガイドラインについてでございます。

4 ページになります。ガイドラインは、2040 年頃にかけて見込まれる複合的なニーズを抱える高齢者の増加等の劇的な変化に対応するため、各都道府県が新たな地域医療構想を策定・推進するにあたり、実務上の具体的な進め方や基本的な考え方を示すものとして作成されたものです。本県といたしましても、ガイドラインに沿って検討を進めてまいります。

続いて5 ページです。先ほども触れたとおり、これまでは主に入院における病床の機能分化に重点が置かれていたところ、新たな地域医療構想では、外来医療や在宅医療、介護との連携、さらには人材確保を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づけられております。

6 ページを御覧ください。新たな地域医療構想では、人口構造の変化を踏まえ、地域類型ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要性があります。例えば、人口規模に応じて御覧のような3 区分で課題が異なることを前提に検討を進める必要がございます。

7 ページを御覧ください。医療需要の推計方法については、年齢階級別人口に入院受療率を乗じ、さらに連携・再編等の効果を反映させ、必要病床数を算出いたします。この計算方法は、従前からの病床規制の基準として利用してきた基準病床数の算定と近くなつたとされております。また、病床稼働率の算出基準も、急性期において78%から83%になるなど、高くなるよう見直しが行われました。

続いて8 ページでございますが、こちらは参考といたしまして、推計入院需要の考え方と改革モデルについて掲載しておりますので、後ほど御覧ください。

9 ページにつきましては、地域医療構想の策定にあたり、この先、協議が必要な事項を掲載しており、多様な項目について協議が必要とされております。

続いて10 ページを御覧ください。ガイドラインで示されました地域医療構想の策定スケジュールです。新たな地域医療構想は2028 年度までに策定することとされており、そこに向けて、データの分析、地域での協議、構想の取りまとめといった作業を段階的に進めてまいります。

続いて、現行の地域医療構想の振り返りと現状分析に入ります。ここからは、宮城県において、これまでの構想がどこまで進んだのかを、データに基づいて確認してまいります。

12 ページを御覧ください。まずは人口です。結論から申し上げますと、本県の人口はほぼ地域医療構想策定時の推計どおりに減少いたしました。表のとおり県全体では約 4.8%減少し、これは推計値 221 万人に対して 101.0%と、ほぼ想定どおりの水準でございます。

続いて 13 ページが、病床数総数の推移でございます。構想区域ごとにばらつきがありますが、県全体では、病床数は必要病床数のほぼ近似値である 99.3%の水準まで減少が進みました。石巻・登米・気仙沼区域では必要量に対して 103%となっておりますが、後ほど御説明する病床数適正化緊急支援事業での減少も今後見込まれているところでございます。

14 ページを御覧ください。こちらは区域別、機能別の病床数を表したものです。先ほど申し上げたとおり、総数では適正化が進んでいましたが、機能別に見ますと、特に全ての構想区域で急性期機能が過剰、回復期機能が不足となっており、本構想期間内での是正はしきれなかったというものでございます。

15 ページを御覧ください。入院受療率につきましては、全県のみで明示をしておりますけれども、地域医療構想の策定時においては、受療率は今後も維持されるという想定でございました。しかし実際には、ほぼすべての年代で想定よりも低い状況となっております。

16 ページを御覧ください。ここまでの分析を、病床稼働率の算定式に整理してお示ししております。人口と病床数の総計は、いずれも地域医療構想策定時の推計どおりに進捗してまいりました。しかしながら、入院受療率が想定より大きく低下したことで、御覧の算式のとおり、病床稼働率の低下につながったということになります。

17 ページを御覧ください。こちらでは、実際の病床稼働率と地域医療構想で定められた病床稼働率を比較しております。高度急性期と急性期の一部の区域で想定された病床稼働率を上回っているものの、ほとんどの病床が想定した病床稼働率を下回っていることが分かります。先ほど、急性期の過剰、回復期の不足について御説明いたしましたが、病床稼働率を見る限り、単純に回復期が不足しているとは言い難いような状況となっております。

18 ページを御覧ください。現行の地域医療構想のまとめでございます。各医療機関の自主的な取組により、病床のダウンサイジングや機能転換は一定程度進捗いたしました。しかしながら、2つの課題が残りました。1つは、入院受療率が想定より大きく低下したことで病床稼働率が下がり、収入減少の要因となっていること、もう1つは、病床機能の適正化が進まず、効率的で適切な医療を提供できる体制に至らなかったことです。これらが経営の悪化につながっているものと考えております。続いて、反省点といたしまして、事務局側で各医療機関が自院の立ち位置を客観的に把握できる判断材料の提供が十分ではなかったこと、また、コロナ禍において受療動向が変容し、将来予測や機能転換の判断が難しくなったことで、各医療機関が機能転換等に慎重にならざるを得ない状況であったことなどが挙げられます。

よって、新たな地域医療構想では、策定段階から自院の役割を意識できるデータを事務局で収集・分析・提供することで、機能転換をさらに促し、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築を目指してまいります。資料2の説明は以上でございます。

続いて、資料3を御覧ください。「構想区域の設定について」、御説明いたします。新たな地域医療構想を進めるに当たって、構想区域を検証する必要があるものでございます。まずは、構想区域を設定する際の考え方でございます。

2 ページです。こちらは、構想区域の設定に向けた検討の流れをお示ししたものでございます。本日の会議では、既存のデータによる現状分析の結果を御覧いただき、その上で、より詳細な分析を行うため、DPC データの収集について御協議いただきたいと考えております。続く第2回の会議では、収集した DPC データの分析結果を共有し、これを踏まえて構想区域の点検・見直しについて御協議いただく予定でございます。

3 ページを御覧ください。構想区域の基本的な考え方ですが、構想区域は医療提供体制の構築を進める単位であり、御覧のとおり大きく2つの役割がございます。特に、医療提供体制の構築に向けて、将来にわたり地域の医療資源に応じた効率的な体制を確保できるよう、急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術などの急性期医療の需要に合理的に対応できる単位として設定する必要があるとされております。

4 ページを御覧ください。区域の検討に当たって整理すべき事項を記載しています。ガイドラインでは、将来人口推計や患者の流出入等の客観的なデータを踏まえ、現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点から、区域として一定の医療提供が完結できるかといった観点で、課題を整理することとされております。

5 ページからは、構想区域に関する現状分析の結果を御説明いたします。

6 ページでございます。こちらの表は、現行の4つの構想区域の基本情報を、医療需要と医療供給の両面から整理したものでございます。2020年から2040年にかけての人口や後期高齢者人口、生産年齢人口の推移等をお示ししています。石巻・登米・気仙沼区域においては、医療需要を創出する人口は減少しますが、特に多くの医療を必要とする後期高齢者人口は横ばい、一方で、医療供給を支える生産年齢人口は減少する見込みとなっております。詳細はこの先の資料で御説明いたしますが、ページ下段のとおり、新たな地域医療構想において、急性期拠点機能は人口20万人から30万人に1つ程度が目安とされていることを踏まえましても、現行の構想区域ベースで考えますと、1拠点程度が目安と考えられます。

続いて7ページでございます。こちらの表は、あえて人口にのみ着目して、機械的な区域設定を1つの考え方としてお示しするものでございます。左の表が現行の構想区域、右の表が、各区域で人口20万人以上を維持することを念頭に、仙台区域から仙台市以外の市町村を保健所の支所単位で隣接区域に統合した場合の区域でございます。現行区域では、仙南区域や大崎・栗原区域が2040年に人口20万人を下回る見込みですが、右の表のように再編した場合、各区域いずれも20万人以上の人口を確保することができます。

続いて8ページでございます。このスライドは、7ページの考え方により、仙台区域から別区域に移った区域の受療動向を流出率でお示ししたものでございます。前のスライドで人口の観点から区域を再編した場合を見ましたが、実際の患者の流れと照らし合わせますと、塩釜保健所管内は仙台市への患者流出割合が高くなっており、石巻・登米・気仙沼区域ではほとんど受療していないことが分かります。やはり、人口規模だけで区域を区切っても、住民が実際に受診している医療機関と構想区域との整合が取れなくなってしまうと考えられます。このように、区域の検討に当たっては、人口と受療動向の両面から見ていく必要があるということを示す資料として御用意したものでございます。

続いて9ページを御覧ください。現行の区域別の流出入状況を御確認いただきます。なお、新たな地域医療構想において、構想区域は急性期拠点機能の確保といった提供体制を協議するための適切

な範囲とされていることから、急性期拠点機能を主に担う DPC や急性期一般入院料 1 の患者を対象に、流出入の状況を整理しています。医療圏別に見ますと、仙台医療圏は区域内で医療が完結する割合が 99%と非常に高く、他の医療圏からの流入も見られるところがございます。石巻・登米・気仙沼医療圏からは、約 20%が仙台医療圏へ流出しているという状況でございます。

続いて 10 ページ以降が、構想区域ごとに流出入の状況を示したものでございます。石巻・登米・気仙沼区域については 16 ページを御覧ください。こちらが当区域における患者の流出状況でございます。区域全体として、患者の 74%が同区域内の病院を受診しているというデータでございます。急性期一般入院料 1 をとっている病院は石巻市と気仙沼市に存在し、女川町や東松島市、南三陸町からは石巻市の病院への受療が多くなっております。一方、気仙沼市は同市内での完結率が高いというような結果となっております。

17 ページは流入の状況でございます。石巻市の病院は、東松島市や女川町、登米市など、周辺の市町から幅広く患者を集めており、地域の中核的な役割を担っています。また、気仙沼市の病院は、市内の患者を中心に、南三陸町などからの患者を受け入れているということが分かります。

続いて 18 ページを御覧ください。こちらは、救急搬送について、区域別・重症度別の流出状況を整理したものでございます。「全数」、「うち重症」、「うち軽症」の 3 つの表でお示ししております。先ほど見た急性期機能の流出と同様に、いずれの区域からも仙台区域へ一定割合の搬送の流出が確認できます。

続いて 19 ページでございます。こちらは、年間の救急搬送受入件数が 2,000 件以上の病院への、20 分以内または 30 分以内のアクセス圏を地図上で着色しており、小さな四角が一定の人口集積地を示しております。石巻・登米・気仙沼区域においては、概ね 30 分以内であれば、ほぼ全域が病院へアクセスできるということが分かります。

20 ページでございます。こちらは、対象を広げまして、年間の救急搬送受入件数が 500 件以上の病院へのアクセス圏を、同じ条件で地図にお示したものでございます。石巻・登米・気仙沼構想区域においては、2,000 件以上の場合とあまり違いは出ていないというような状況でございます。

21 ページを御覧ください。こちらは、人口 10 万人当たりの医療従事者数を、現行の構想区域別に整理した表でございます。青く塗りつぶした部分が、全国の下回る区域を示しております。石巻・登米・気仙沼区域において、いくつかの職種で全国平均を上回るものもありますが、医師、看護師といった主要な医療従事者としては不足していることが分かります。

続いて 22 ページでございます。こちらで、これまでの分析結果をまとめています。改めて整理いたしますと、石巻・登米・気仙沼区域においては、急性期・救急搬送とも自区域内完結率が一定以上を確保しているものと考えてございます。

23 ページでございます。こちらは、これまでの分析を踏まえ、構想区域の見直しの論点を区域ごとに整理したものでございます。構想区域の考え方が、急性期拠点機能の確保の観点から設定するものであるため、石巻・登米・気仙沼構想区域については、仙台区域へ流出している患者の性質等を確認する必要があると考えております。

25 ページでございます。今後の方向性でございます。これまでの現状分析では、各医療圏へ流出している患者の性質や、疾患別の流出入の状況までは把握することができてございません。そこで、宮城県内の DPC 対象病院及びデータ提出加算を届け出ている病院から、厚生労働省へ提出されてい

る直近の DPC データをお預かりし、県において分析を実施したいと考えてございます。なお、事前に配布した資料におきまして、「宮城県内の DPC 病院を対象に」データをお預かりするという旨の記載をしておりましたが、現在共有させていただいております画面のとおり、「データ提出加算を届け出ている病院」の方々からも DPC データをお預かりしたいと考えてございます。会議終了後、訂正した資料を改めて送付させていただきます。申し訳ございませんでした。提出いただいたデータの分析結果を、次回、第 2 回の地域医療構想調整会議でお示しし、構想区域を決定するための判断材料とさせていただきますたく存じます。御負担をおかけいたしますが、何卒御協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

資料 3 の説明は以上でございまして、続いて資料 4 の説明に移らせていただきます。医療機関機能の確保について御説明をさせていただきます。

資料 4 の 1 ページを御覧ください。はじめに、概要について御説明いたします。新たな地域医療構想では、地域において必要な医療提供体制を将来にわたり確保していくため、2040 年頃の医療需要を見据えた医療機関の役割分担や連携のあり方を整理し、地域全体として適切な体制を構築することとしております。具体的には、各医療機関が 2040 年において担うべき医療機関機能を、本調整会議における協議を経て、遅くとも 2028 年度までに決定してまいります。確保すべき医療機関機能の内容については、5 つの分類を表にまとめて記載しております。各医療機関には、原則として、以下の機能から 1 つ以上を確保していただくということになります。

1 つ目の機能が、「高齢者救急・地域急性期機能」でございます。こちらは、高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、入院早期からのリハビリテーションや退院調整を行い、早期の退院やその後のリハビリ提供を確保する機能でございます。

2 つ目は、「急性期拠点機能」です。医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や重症救急といった医療資源を多く要する症例を集約化して提供する機能でございます。

3 つ目は、「在宅医療等連携機能」です。24 時間の往診対応や、他の医療機関、介護施設等と連携した入院対応など、生活圏における受け皿となる機能でございます。

4 つ目は、「専門等機能」です。これまでの機能には当てはまらない、集中的なリハビリや中長期の入院、または特定の診療科に特化したニーズに答える機能などを指しております。

5 つ目は、「医育及び広域診療機能」です。主に大学病院本院が担うもので、医師の派遣や育成、広域的な診療を総合的に担う機能です。これらの機能を構想区域ごとに確保してまいります。

次に、資料の 2 ページを御覧ください。医療機関機能決定までの全体的なスケジュールを記載しております。当面は現状・課題の把握を行います。先ほども申し上げたとおり、遅くとも 2028 年度までに、全ての医療機関が 2040 年に担う医療機関機能を決定することとなります。具体的には、今年度から新たに制度運用が開始されます「医療機関機能報告制度」で、まずは各医療機関から、現在担っている機能と 2040 年において担う医療機関機能を御報告いただきます。その後、医療機関機能の報告状況を基に、客観的なデータも踏まえながら地域医療構想調整会議で協議を行い、各医療機関が担う機能を決定することとなります。

資料 3 ページにつきましては、各機能の関連性をお示ししたものでございます。後ほど御覧いただければと存じます。

4 ページを御覧ください。具体的な機能決定に当たっての協議の進め方について記載しておりま

す。機能決定に当たっては、ガイドラインでは、急性期拠点機能について、まずは構想区域及び医療機関ごとの診療実績の現状や今後の見通し、医師の確保状況等を踏まえた上で、区域内で何か所程度確保することが最適かを整理したのち、決定することとされております。また、高齢者救急・地域急性期機能は、急性期拠点機能を担う医療機関の配置状況も踏まえて確保することとされております。そのため、下の点線囲みに記載しておりますが、急性期拠点機能の配置を優先的に検討し、それに併せて、高齢者救急・地域急性期機能についても協議を進める予定としてございます。

資料の5ページ、6ページには、現状把握のための参考データとして、各区域の救急車受入件数や全身手術件数の一覧を掲載しております。ただし、協議に当たっては、単なる件数の比較だけではなく、診療科別、年齢別等の詳細な内容や将来のアクセス、経営面、持続可能性などを総合的に勘案する必要があるとされているところでございます。そのため、今後はより詳細なDPCデータの収集・分析を進め、それらを基礎資料として皆様と議論を深めていきたいと考えてございます。

続きまして、資料5でございます。「協議に必要なデータの収集について」、御説明させていただきます。1ページ目を御覧ください。新たな地域医療構想の策定に向け、これまで御説明した構想区域の設定や医療機関機能の確保に関する協議を実行性あるものにするためには、病院間連携の実情や手術件数、救急搬送の受入実績、患者の流入状況といった詳細な診療実績の把握と分析が不可欠でございます。そのため、令和6年4月以降のDPCデータの提供・収集への御協力をお願いしたいと考えているところでございます。データ分析の主な目的は3点です。1つ目は、各医療機関が現に果たしている「機能の確認」、2つ目は、疾患別、重症度別の詳細な「受療動向の確認」、そして3つ目が、地域における「役割分担の課題整理」でございます。

資料の2ページ目を御覧ください。具体的な項目案をお示ししております。今回の分析では、特に急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能の検討に資する項目としております。例えば、重症・救急症例の受入状況や、全身麻酔手術の集積状況、また、高齢者に多い肺炎や大腿骨近位部骨折等の受入実績、さらには他院への転院状況といった、地域内での連携実態についても可視化してまいりたいと考えてございます。

資料の3ページ目を御覧ください。収集したデータの活用方法についてです。まず、活用方法の1つ目として、匿名化した形での活用を考えております。今後の地域医療構想調整会議において、まずは地域全体の現状を客観的に把握するため、病院名を伏せた状態で分析結果をお示しし、構想区域の点検や課題の抽出を行ってまいります。4ページに資料のイメージを記載しておりますので御確認ください。

それでは、3ページ目に戻っていただきまして、2つ目でございます。必要に応じて、医療機関名を公開した形で協議を実施する場合があると考えております。例えば、複数の病院から急性期拠点機能を担う意向が示された場合などには、具体的な配置やアクセスへの影響をシミュレーションするため、病院名を明らかにした上で、診療実績の比較検討を行う場面もあると想定しております。5ページから7ページにイメージを掲載しておりますので御覧ください。

それでは、3ページ目にお戻りください。3つ目の活用方法といたしまして、医療機関へのフィードバックを検討しております。御提供いただきましたデータは、県で分析した結果を各病院へお返しいたします。各病院において、自院の経営改善や2040年に向けた自律的な機能検討の資料として御活用いただきたいと考えております。8ページにイメージを掲載しております。御提供するデータの

内容や形式等については、今後検討する予定でございますけれども、皆様の検討に資するような形で御提供をさせていただければと考えているところでございます。

最後になりますが、このデータ分析は、構想区域が現行のままでよいのか、あるいは見直しが必要なのかを判断するためにも重要なエビデンスとなります。事務局といたしましては、精緻なデータに基づき、将来を見据えた納得感のある協議を進めてまいりたいと考えておりますので、データ提供への御協力をお願い申し上げます。資料の説明は以上でございます。

○ 森田座長

ありがとうございます。より細かな区分であったり、あとは実際上の臨床データに基づく構想の策定を求めているということかと思えます。特に 2028 年度末までには、全医療機関が自院の医療機関機能のスタンスを決めるという風なことも求められているということでございます。2040 年までの持続可能性を問われますと、なかなか厳しいものもあるかなとは思いますが、以上の報告を踏まえまして、委員の皆様から忌憚のない御意見をいただきたいと思えます。いかがでしょうか。それでは、横田委員、お願いいたします。

○ 横田委員

よろしくお願いします。文言の定義の件についての質問ですが、事務局の方にお聞きします。「高齢者救急・地域急性期機能」に関しまして、高齢者救急に関する説明は非常に十分されていますが、「地域急性期機能」に関する説明や記載が、あまり十分でないと思われまます。私なりの解釈として、地域の病院が通常行っている医療、平時に行っている頻度の高い一般的な医療と考えています。「地域急性期機能」の説明としては、高齢者に限らず、メジャー、マイナーを問わず、全般において平時頻度の高い標準的な急性期医療を担う機能と解釈したのですが、そのような解釈でよろしいでしょうか。

○ 事務局

御質問ありがとうございます。まさに先生のおっしゃるようなところが、地域急性期機能として担っていただく部分であると考えております。具体的な範囲について、頻度の高いものというのはおっしゃるとおりですが、この部分は構想区域の中での病院の配置等によって、一定程度、急性期拠点によるものと、地域急性期で担っていただくものというのは分かれてくると思っております。そのあたりの線引きなどにつきましては、この会議の中で、ある程度後半になろうかと思いますが、協議をさせていただければと存じます。

○ 横田委員

ありがとうございます。

○ 森田座長

他の委員の皆様で、先ほどの御説明について御意見、御要望はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、後の協議もございますので、進行を進めたいと思えます。議題（１）の①か

ら③は終了いたします。

続きまして、議題（１）④「石巻地区を中心とした高齢者救急に係る転院調整について」、事務局から御説明をお願いいたします。

○ 事務局

石巻地区を中心とした高齢者救急にかかる転院調整について御説明をいたします。資料６で御説明をいたします。

資料の１ページを御覧ください。この件につきましては、昨年度から地域医療構想調整会議の場で御提案をさせていただいたところでございます。本日は、これまでの議論の方向性を整理した転院調整のフロー図と、新たな地域医療構想の考え方について御説明いたします。

２ページ目をお開きください。まず改めて経緯を確認させていただきます。昨年度の地域医療構想調整会議では、構想区域内の病院間連携を進める上で、高度急性期、急性期の患者さんの下り搬送の目詰まり感が課題の１つとして挙げられてございました。まずは石巻地区における各病院の患者さんの流れや、他の区域での転院調整の事例などをお示しした上で、他の区域と同様の取組を導入することを検討し、転院調整の標準化・効率化を図ることについて御提案しておりました。その際、会議では、まずは高齢者救急にフォーカスした方が議論しやすいのではないかと御意見をいただいたところです。そこで、今年３月の会議では、高齢者救急をメインに据え、例えば高齢者の入院数上位の疾患例ごとに、転院に係る基準を策定し、地域内の病院間で共有してはどうかとの御提案をさせていただいたところでございます。今回お示ししている資料は、救急車等を受け入れる医療機関への患者さんの流れをイメージとして表したものでございます。今回基準を策定しルール化を図ろうとしているのは、このイメージ図のうち、③の患者に対しまして、⑥、⑦、⑧、⑩のルートを確認することとでございます。今年度に入ってから、既に、関係する医療機関様の間で検討に向けた会議が開催されたと伺っております。基本的に、具体的な基準の策定に関しては、関係医療機関の皆様方に議論を主導していただきながら、県では必要に応じてサポートを行ってまいりたいと考えております。なお、フロー図では、最後に在宅・介護保険施設への矢印も引いております。これは、いずれこの取組が、在宅医療関係者や介護関係者との連携も必要になるものであることとお示したものでございます。また、昨年度の調整会議では、下り搬送だけではなく、上り搬送の課題についても御意見をいただいたところでございます。まずは関係医療機関の皆様方を中心に、フロー図の③、⑥、⑦、⑧、⑩の基準や流れを御検討いただくこととし、それ以外の⑪に関する連携や上り搬送については、県も関わりながら整理を進めてまいりたいと考えてございます。

３ページ目をお開きください。これは、新たな地域医療構想の策定にかかる国のガイドラインのうち、入院医療に関し、関係部分を要約したものでございます。ガイドラインでは、入院医療の現状と課題として、地域ごとに抱える課題が異なること、それらを踏まえて持続可能な入院医療提供体制を構築することが重要であるとし、それに向け協議すべき事項として、まず資料左下にあるとおり、医療機関機能の確保が挙げられてございます。こちらは冒頭の議題でも御説明申し上げたとおりであり、ここでの説明は割愛させていただきます。また、入院医療に関し協議すべき事項の２つ目として、資料右下にあるとおり、急性期医療の役割分担に向けた取組が挙げられており、特に手術と救急医療について記載されております。このうち救急医療については、増加が見込まれる高齢者救急を含

め、救急需要を受け止める体制整備に向けた取組が必要であること、救急搬送受入後の連携については、下り搬送や上り搬送ができる連携体制の整備が重要であることが記載されております。

今回の転院調整の取組は、まさにガイドラインの内容とも合致するものであることから、皆様とともに引き続きルール化に向け、検討を進めさせていただきたいと考えております。資料の説明は以上でございます。

○ 森田座長

どうもありがとうございました。以前のこの会議でも話題になっておりました。また、石巻赤十字病院の石橋院長が委員長を務められております「地域医療支援委員会」や石巻地区での病院長の会議等でも協議していただいております、その流れの中での話であると思います。合併症を抱えた高齢者の方の救急、または時間外の受診などは、どの地域にとっても重要な課題でございます。これについて、委員の先生方から御意見等はございますでしょうか。いかがでしょうか。それでは長南委員、お願いいたします。

○ 長南委員

今回から委員に加わらせていただきました、仙石病院の長南と申します。よろしくお願ひいたします。今の件についてですが、病院長会議の中でも伺っておりました。石巻赤十字病院が率先して救急医療を担ってくださっていることに深く感謝しております。当院といたしましても、常勤医のいない呼吸器内科などでは、石巻赤十字病院で一度スクリーニングしていただいた後に御紹介いただくという連携を行っており、大変安心して患者さんを診ることができまして、非常にありがたく思っています。一方で、石巻赤十字病院のみで救急医療をすべて担うことは困難と考えられます。各病院の強みを生かした役割分担をしながら、石巻赤十字病院の負担を軽減していく。このようなことが、拠点病院にとっても地域にとっても大切であると思っております。例えば当院におきましては、心臓血管センター、循環器内科ですけれども、24時間の救急受入態勢を整えており、心筋梗塞など迅速なカテーテル治療を行っております。検査・治療数におきましては、石巻赤十字病院に決して劣るものではないと自負しております。今後は病院長会議だけではなく、診療科の医師を交えた実務者会議のようなものも、率先して開いていただき、その役割分担について具体的に話し合いたいと考えております。先ほど事務局からも、既に会議等が開かれているという話がありましたが、あくまでそれは総論的な話であり、具体的にどの診療科においてどのように行っていくかという詳細な検討はまだされていないと受け止めております。そのような具体的な部分を進めていただきたいと考えております。以上です。

○ 森田座長

長南先生、非常に建設的な御意見をいただき、ありがとうございます。現状はそのような状況であるということですね。他にいかがでしょうか。石巻赤十字病院の石橋院長、いかがでしょうか。

○ 石橋委員

石橋です。お世話になっております。長南先生からもお話がありましたが、現状は総論的なところ

でしか進んでおりません。先ほどのフロー図のとおりそのまま進めるということではなく、それぞれ現状を見ながら、また各病院の特徴がありますので、そのあたりを鑑みて、どの部分から手をつけていくかという形になるかと思います。ただ、今回お示しいただいた図は現状を非常によく表しておりますので、これに基づいて、今後は各論に入っていこうと考えております。ありがとうございます。以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。続きまして、石巻市立病院の椎葉院長、いかがでしょうか。

○ 椎葉委員

石巻市立病院の椎葉です。いつもお世話になっております。長南先生がおっしゃるとおり、具体的な話の話し合い、特に救急等を主に扱う現場の医師、また様々な専門領域の医師が話し合いを進めた上で、どのような役割を分担できるかを詰める必要があると私も思います。各病院の得意・不得意な分野、そして人員配置等もそれぞれ異なります。外部医師に依存する部分が多い病院もあれば、自院の常勤医が主に対応できる部分もあるなど、様々な状況がありますので、それを踏まえて話し合いを進めていきたいと考えています。また、個別には石巻赤十字病院と当院の間で、受け入れる患者の疾患、あるいは下り搬送等に関する受入方法について、地域連携室等を通じて話が具体的に進んでおり、ある程度のコンセンサスが得られていると考えております。実際、下り搬送はかなりスムーズに動いていると感じております。少し話は逸れますが、当院として、図の⑪番にあたる在宅あるいは介護系保険施設への患者さんの転院・退院調整について、受入先の確保など非常に難しい状況が多々あります。ここが解決しないとなかなか円滑な受入れや、その後の患者さんの受け渡しがスムーズにいかない状況がありますので、ここについても一緒に考えていきたいと思っております。私からは以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。貴重な御意見をいただきました。介護保険施設とも、より強い連携がないとなかなか回らないということでもございます。続きまして、齋藤病院の古関院長、いかがでしょうか。

○ 古関委員

齋藤病院の古関です。いつもお世話になっております。当院でも先日、石巻赤十字病院の地域連携室の方が来られ、どういった場合に患者の受入れが可能か協議したばかりです。今後も協力して取り組んでいきたいと考えております。以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。続きまして、石巻健育会病院の永野院長、この件についていかがでしょうか。

○ 永野委員

石巻健育会病院の永野です。お世話になっております。先日、石巻赤十字病院の地域連携室のスタッフの方が来られ、当院でこういった患者が受け入れられるかについて、例えば日中に常勤医がすぐ対応可能な患者など、受入条件について協議いたしました。おそらく今後の実務者会議等でも同様の話し合いが行われるかと思いますが、具体的な話を事前に整理しておくことが重要だと考えています。ただ、各病院の人員の実情も様々であり、どの時間帯にどのような患者の受け入れが可能かということは、石巻赤十字病院の地域連携室の方も既によく把握されている印象を受けております。今後もさらに連携を深めていきたいと考えています。実際、当院で受け入れた後方支援の患者や他院からの患者について、後に状態が悪化した場合には、救急搬送で再度石巻赤十字病院で診ていただき、急性期治療が終わった段階で当院に戻していただくという連携を、日常的に行っております。具体的な連携の実績がありますので、これをより深化させていければと思っております。以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。さらに連携を深めていくというお話でした。真壁病院の眞壁院長、いかがでしょうか。

○ 眞壁委員

真壁病院の眞壁です。こんばんは。お世話になっております。当院でも、上り・下り搬送に関しましては、皆様に大変お世話になっております。やはり現状、我々が得意とするような診療科等についても、地域の皆様に広く知っていただく体制を整えたいと考えております。そのため、診療連携会議等において、受け入れ可能な疾患や病態の患者を取りまとめ、今後の運用に活かしていく試みを進めているところです。そうした具体的な情報を皆様に御提供し、円滑な受け入れ体制を構築していければと考えておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。石巻ロイヤル病院の河村院長、いかがでしょうか。

○ 河村委員

今回初めて調整会議に参加させていただきます、石巻ロイヤル病院の河村です。よろしくお願いいたします。当院におきましては、現状多くの患者が、石巻赤十字病院や仙石病院からの転院、すなわちリハビリを中心とした、急性期を終えた慢性期の患者で占められております。自院で対応困難な急変患者が発生した際には、石巻赤十字病院や各病院に大変お世話になっており、日頃の連携のおかげで病院の運営が成り立っている状況です。この連携体制において、当院のような慢性期病院が連携先として位置づけられることは当然ですが、今後は急性期病院が円滑に機能できるよう、自院で対応可能な範囲において、より積極的に患者を受け入れていきたいと考えております。今後ともよろしくお願いいたします。以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。病診連携という意味で、前回までの調整会議でも貴重な意見を頂戴しました、石巻市医師会の千葉会長、いかがでしょうか。

(応答なし)

○ 森田座長

千葉会長、接続がうまくいっていないようです。それでは、桃生郡医師会の石垣会長、この件についていかがでしょうか。

○ 石垣委員

桃生郡医師会の石垣です。皆様、いつも大変お世話になっております。今のお話の中で、石巻圏域では、石巻赤十字病院が救急・急性期医療を一手に担っており、下りの転院調整自体は比較的スムーズに連携が取れているという実態が確認できました。ただ、一極集中という現状に変わりはありませんので、長南先生や椎葉先生から御提案のあった「役割分担」を、より具体的に進めるべきだと感じております。このフロー図において、比較的早い段階で転院できそうな患者、あるいは「この状態であれば当初から他院で救急対応可能である」といった具体的な分担が明確になれば、石巻赤十字病院の負担軽減にもつながり、地域全体の効率的な医療提供が実現できると考えます。また、椎葉先生が懸念されていた⑩番の「介護施設等への逆紹介・お返し」に関しては、施設の嘱託医との連携が非常に重要になると考えております。今後、この圏域において、石巻保健所の上野先生に主導していただき、役割分担に関する具体的な会議を重ねていただければ、より実効性のある動きが出てくるのではないかと思います。以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。今お名前が挙がりました、石巻保健所の上野所長、いかがでしょうか。

○ 上野委員

石巻保健所の上野です。実務者・担当者の会議を保健所主導で実施できるかどうかにつきましては、本庁の医療政策課と相談しながら進めることになると思いますが、その前に、各医療機関の診療体制や得意分野（疾患別、臓器別、あるいは診療科別など）を、あらかじめ行政側に御提示いただくなどの御協力をいただければと考えております。また、救急を日々担当されている病院の、日々の病床の空き状況や、当日の担当医の専門といった詳細なデータを共有いただければと、こちらとしても具体的な議論やシミュレーションの参考になりますので、皆様の御協力をお願いできればと思います。

○ 森田座長

ありがとうございます。かかりつけ医機能報告も提出されております。また、全ての医療機関が自院のスタンスを2028年度末までに決定していくことになります。それを踏まえて、これからも協議を重ねてまいりたいと思います。また、登米からも石巻へ多くの患者を御紹介いただいているとのこ

とですので、登米市医師会の八嶋会長、この案についていかがでしょうか。高齢者救急をこのように進めていくことについて、御意見はございますか。

○ 八嶋委員

登米市医師会の八嶋でございます。いつもお世話になっております。私は開業医の立場ですので、先ほどの転院調整において最も懸念するのは、⑪番の「在宅や介護保険施設への退院・移行」の部分です。現状、ここに出席しているのは医師ばかりですが、受入れ側となる介護保険施設等の実情や意見を十分に把握し、反映できる場が必要ではないかと感じております。この最後の受け取り部分である⑪番の調整をスムーズにするために、例えば地域包括支援センターをメンバーに加えたり、介護施設のケアマネジャーの代表者を窓口を設定するなどの工夫をしてはどうかと考えます。それにより、在宅や介護施設への入所、あるいは帰宅の調整がより円滑に進むのではないかと思います。気づいた点は以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。

○ 千葉委員

森田先生、すいません。石巻市医師会の千葉です。接続がうまくいなくて失礼いたしました。皆様お疲れ様です。いつも大変お世話になっております。私からは、先ほど長南先生からお話がありましたとおり、各論における「実務者会議」を、ぜひ早急に開催していただきたいと思います。これは県主導の開催になるかと思いますが、保健所主体で実施するのも含めて、御検討をお願いいたします。私からは以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。先ほど八嶋会長からお話がありました件に関連して、気仙沼地区におきましては、気仙沼市立病院の大友院長が実際に介護施設を回って要望の聞き取りを行ったり、市立病院の総合患者支援センターが地域のコメディカルや開業医の先生方と連携し、情報交換の場を設けているなどの取組があり、非常に好評を博しております。本日も、総合患者支援センターからレスパイト入院の空床状況の案内（現在1名の空き）が届いており、こうした具体的な情報提示が連携において極めて重要だと感じております。隣接する、登米市民病院の高橋院長、この件についていかがでしょうか。

○ 高橋委員

登米市民病院の高橋です。お世話になっております。この高齢者救急の連携フローにつきましては、これまでも緩やかに行われていた運用と合致しておりますので、特に問題はなく、この流れで進めていただいて良いと考えております。また、高齢者に限らず、転院後に経過観察のみで対応可能な病態であれば、たとえ自院の専門外の疾患であっても、総合的な診療スキルを活かして積極的に引き受けていく方針です。ただ、当院は建物が古いため、施設環境に関して患者さんから若干の不満が出

るのではないかとこの点のみ懸念しておりますが、仕組みとしてはぜひこのような形で進めていただきたいと思います。以上です。

○ 森田座長

ありがとうございました。石巻地区を中心とした高齢者救急に関わる転院調整について、具体的なルール化の方向性が見えてまいりました。これを基に、現場レベルでの細かな専門医同士の調整や連携をさらに深めていければと思います。他に御意見がないようでしたら、この議題は終了いたします。

続きまして、議題（２）「第８次宮城県地域医療計画（外来医療計画）の中間評価及び見直しについて」、事務局から説明をお願いいたします。

○ 事務局

それでは事務局より、第８次宮城県地域医療計画（外来医療計画）の中間評価及び見直しについて御説明をいたします。

資料７の１ページを御覧ください。こちらに目次を記載してございます。本議題の目的と背景を説明した後に、今後の方向性と現時点で想定されるスケジュールについて御説明いたします。

２ページを御覧ください。まず、地域医療計画に位置づけられている外来医療計画については、医療法に基づき３年ごとに調査・分析・評価を行い、必要に応じて見直すこととされております。第８次計画は令和６年度から開始しており、今年度が３年目にあたることから、中間評価を実施するとともに、国のガイドライン改正の内容を踏まえ、計画の見直しを進めてまいります。

次に、本議題の背景について御説明いたします。３ページを御覧ください。こちらは、現在の外来医療計画の構成をまとめたものとなります。現在の外来医療計画は、第８次宮城県地域医療計画の第９編として位置づけられており、４つの節で構成されているものでございます。

４ページを御覧ください。こちらは、地域医療計画の検討体制をまとめたものでございます。外来医療計画は、医療法において「外来医療に関する協議の場」で協議することとされており、本県では「地域医療構想調整会議」を協議の場として位置づけておりますので、本会議で御意見をいただきながら見直し作業を進めてまいります。

次に、今後の方向性について御説明いたします。５ページを御覧ください。冒頭にも御説明いたしましたが、今回の見直しについては、中間評価結果及びガイドラインの改正内容を踏まえながら検討を進めてまいります。

中間評価結果や本文の見直し案は、次回の調整会議でお示しいたしますが、５ページから７ページにかけて、ガイドラインの改正内容を踏まえた対応方針について整理しております。いくつか抜粋して御説明をいたします。

まず５ページの赤枠で囲っている、「外来医療提供体制の確保に向けた取り組み」についてですが、新たな地域医療構想を踏まえ、かかりつけ医機能の確保やオンライン診療の活用などの内容が追加されました。これを受けまして、既に記載している文言の修正・追加や、第１節での項目追加、新たな節としての追加等を検討しているところでございます。

６ページを御覧ください。こちらの赤枠で囲っております、「地域外来医療の公表」についてです

が、地域において特に必要とされる外来医療を「地域外来医療」と位置づけ、外来医療の協議の場で協議の上、公表及び周知することが新たな項目として追加されました。これを受けまして、既に記載している文言の修正・追加や、第2節への項目追加等を検討してまいります。

7ページを御覧ください。「外来医師過多区域の設定・取組」が新たに追加されました。しかしながら、本県の二次医療圏は、国が示す候補区域に選定されていないことから、計画には追加しない方向となっております。

最後に、中間見直しのスケジュール案について御説明いたします。8ページを御覧ください。来年3月の計画変更に向けまして、9月から10月にかけて中間評価や本文の見直し案を作成し、第2回調整会議で御議論いただくことを予定してございます。その後、医療審議会部会での審議、パブリックコメントや関係団体への意見聴取を経まして、最終案を第3回調整会議でお示しをする予定としてございます。資料7の説明は以上でございます。

○ 森田座長

ありがとうございました。ただいまの説明について、委員の先生方から御意見、御質問がございましたら頂戴したいと思います。いかがでしょうか。

特段ないようでしたら、この議題は終了いたします。

続きまして、議題（3）「病床数適正化緊急支援事業について」、事務局から説明をお願いいたします。

○ 事務局

事務局から、病床数適正化緊急支援事業について御説明をいたします。資料8でございます。

1ページを御覧ください。本事業は、地域の実情や医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化、すなわち病床の削減を通じて、効率的な医療提供体制の確保と経営の安定化を図る医療機関に対し、診療体制の変更や職員の雇用等に伴う様々な負担を支援するものでございます。対象は、一般・療養・精神の病床を有する病院及び有床診療所で、削減に伴う支給額は稼働病床が1床あたり410万4,000円、休床が205万2,000円。国の予算額につきましては、3,490億円となっております。なお、国の予算につきましては、昨年度の428億円から大幅に増額されているものでございます。資料中央に補助スキームを図で示しております。医療機関から県へ計画書提出と交付申請を受け付け、県が審査・計画認定を行い、国が設置しました基金管理団体を通じて、支援金を交付する仕組みでございます。現在、県では、図の右側、赤枠で囲っております「審査・計画認定」作業を進めているところでございます。

続いて2ページを御覧ください。事業の実施状況について御報告いたします。表は、令和7年度の実績と令和8年度の申請状況を、それぞれの欄の左側・右側という形で表示をいたしまして、県内の各区域別・病床機能別にお示ししたものでございます。凡例のとおり、各区域の医療機能を過剰・不足で色分けをしております。石巻・登米・気仙沼区域の申請状況といたしましては、現在128床の申請をいただいております。現在、県全体では999床となっております。なお、令和7年度は補助実績についても記載しておりますが、実際の申請数としては今年度の申請数より、やや下回るくらいの申請を受け付けていたところでございます。また、令和8年度の申請分につきましては現在審査中で

あり、今後変更となる場合がございますので、その点に御留意いただきますようお願いいたします。

3 ページを御覧ください。令和 8 年度の補助金の支給にあたり、次のいずれかに該当する場合には、地域医療構想調整会議での議論が必要とされてございます。「①都道府県への申請日時点で入院医療の受入れを行っていない、または病床削減により入院医療の受入れを停止する場合」、「②令和 9 年 3 月 31 日時点で廃院を予定している場合」、「③現に患者が入院している病床を削減する場合」、「④ 1 医療機関で合わせて 100 床以上を削減する場合」の 4 つの場合でございます。これらに該当する案件につきましては、本事業の目的を踏まえ、廃院や病床削減が地域の医療提供体制に与える影響について、代替となる在宅・外来医療の確保状況なども含め、他の医療機関における患者受入れの調整状況などを確認し、支障がないか皆様に御議論をいただくというものでございます。今回、当地域で協議対象となる医療機関は、「登米市立豊里病院」、「南三陸病院」の 2 つの医療機関でございます。①の観点で、登米市立豊里病院が該当いたします。③の観点で、登米市立豊里病院と南三陸病院が該当している状況でございます。個別の協議内容に関しましては、各病院から御説明をいただきたいと存じます。まず、登米市立豊里病院さん、御説明をお願いいたします。

○ 登米市立豊里病院（高橋委員）

登米市民病院の高橋です。豊里病院に代わりまして説明させていただきます。まず背景としましては、登米市の人口は 7 万数千人なのに対しまして、市立病院が 3 つあります。登米市民病院が 198 床で急性期と回復期、豊里病院と米谷病院がそれぞれ 90 床ずつで、どちらも回復期と慢性期を担っているという状況です。ただ、病床稼働率が非常に低く、3 病院合わせて常に 100 床以上が空きベッドとなっておりますので、実質的に病床が余っている状況です。当然、赤字が膨らむ一方ですし、このままいくと数年後には 3 病院が共倒れになってしまうという深刻な状況まで来ております。そのため、来年 4 月に豊里病院を無床診療所とした統合再編を行っていく決定をいたしました。資料中、「（1）閉院または病床削減に向けた入院患者への対応」についてですが、急性期の患者さんは今までどおり登米市民病院が担いますし、回復期・慢性期に該当する患者さんは米谷病院が受け入れることにしておりますので、入院患者の受入れ体制は確保されております。豊里病院の入院患者数は常に 40～50 名程度ですが、それに対しまして、登米市民病院と米谷病院を合わせると 60 床以上の空床がございますので、患者の受入れにおいて地域での支障は生じないと考えております。「（2）地域医療への影響」についてですが、入院患者の対応は登米市内で完結できると考えております。外来診療につきましても、無床診療所移行後も今までの診療体制を維持し、訪問診療や訪問看護に関しても継続して行うことにしております。また、電子カルテも 3 つの市立病院で共通のシステムを使用しておりますので、紹介や逆紹介における情報共有体制も万全です。病床削減後も地域の医療提供体制に支障は生じないと考えておりますので、何卒御理解のほどよろしくお願いいたします。以上です。

○ 事務局

ありがとうございました。それでは次に、南三陸病院さん、説明をお願いいたします。

○ 南三陸病院（佐藤委員）

南三陸病院の佐藤です。よろしくお願いいたします。南三陸病院におきましては、現在一般病棟が

40 床、療養病棟が 50 床、計 90 床で運営をしておりますが、これを一般病棟 34 床、療養病棟 28 床、合計 62 床に削減したいと考えております。病床の削減と同時に、院内に定員 12 名の「介護医療院」を開設する計画を進めております。これにより、医療病床 62 床と介護医療院 12 床を合わせて、合計 74 床の体制となります。現在の入院患者数から見ましても、入院を必要とする患者さんへの受療の影響は非常に少ない、あるいは生じないと考えております。また、地域医療への影響についてですが、今回の見直しは入院機能のみを対象としておりますので、外来診療や在宅診療はこれまでどおりの体制を維持いたします。院内に介護医療院を開設する目的といたしましては、在宅復帰が困難な患者さんや、福祉施設の入所待機者の方々の一時的な受け皿としての役割に加え、医療必要度の低い看取り患者等の入所を予定しております。これにより、一般病棟の稼働率向上や、療養病棟の運営単価の向上を図りたいと考えております。ベッド数としては医療と介護を合わせて 74 床を確保し、現在の入院患者数を上回る規模を維持いたしますので、地域医療への影響は最小限に留まると考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

○ 事務局

ありがとうございました。資料の説明は以上でございます。

○ 森田座長

ありがとうございました。ただいまの 2 つの病院からの病床適正化緊急支援事業に関する御説明につきまして、委員の皆様から御意見、御質問はございますでしょうか。それぞれ地域の事情、実情を踏まえた上での御選択であると受け止めております。南三陸病院の初貝院長、いかがでしょうか。

○ 初貝委員

南三陸病院の初貝です。お世話になっております。病床数を削減し、病床機能を変更するというのは非常に政治的な決定ですので、町長とも綿密に相談を重ねて進めております。今回の診療報酬改定において療養病床の要件が厳しくなり、現状、医療区分の低い患者が多く入院している南三陸病院としては、これまでの規模で療養病棟を維持することが困難な状況にありました。そのため、医療区分の低い患者を受け入れるための介護医療院を院内に新設し、経営状況の改善、ならびに大幅な赤字を是正する方向へ向けたいという趣旨から、今回の病床変更を決断いたしました。御理解のほどよろしくお願いいたします。

○ 森田座長

どうもありがとうございます。率直なお話をいただきました。その他、御意見、御異議などはございませんでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、補助金の受給に関して、本会議での協議が調ったことを対象医療機関へ対し、事務局から改めて伝達をお願いいたします。それでは、協議はこれで終了といたします。

○ 森田座長

続きまして、本日は地域医療構想アドバイザーの 3 名の先生方に御出席いただいております。ま

ず、橋本先生、本日の会議に関しまして、御指導、御意見をお願いいたします。

○ 橋本アドバイザー

橋本でございます。お世話になっております。新しい地域医療構想のガイドラインが出たばかりですので、今後、順を追って検討を進めていくこととなりますが、本日、大きな議題となりました石巻地区における高齢者救急の転院調整につきましては、非常に前向きに進んでいると受け止め、大変喜ばしく思っております。ただ、根本的な課題として、石巻赤十字病院に救急搬送やウォークインが過度に集中している現状がございます。これは以前からの長年の課題であり、ここを解決しなければ、石巻赤十字病院の負担軽減は実現できないと考えます。特に高齢者の救急搬送事例においては、高度な急性期治療を要しない軽症・中等症のケースが少なくないというデータもございます。そうした意味でも、当初から各病院の得意分野を活かした形で直接搬送を行うなど、石巻赤十字病院への搬送集中を未然に防ぐ仕組みづくりが、今後重要になるのではないのでしょうか。以上です。

○ 森田座長

ありがとうございます。非常に貴重な御提言をいただきました。続きまして、宮城県医療顧問の藤森先生、お願いいたします。

○ 藤森アドバイザー

藤森でございます。先生方、本日はありがとうございました。新たなガイドラインに基づき、より詳細な議論が求められる中、DPC データを活用して診療領域ごとの詳細な検討を行う方針は、非常に素晴らしい取組であると思います。一方、DPC データだけでは、病院間の具体的な連携や、医療と介護の連携実態は完全には見えてきません。そのため、必要に応じて実務に則したデータを追加で収集・補完していかれると良いと考えます。また、先ほどの高齢者救急の転院・役割分担の件に関しましては、新しい国のガイドラインでも、高齢者救急は「急性期拠点機能」の病院ではなく、原則として「地域急性期機能」を担う病院が診るべきであると明記されております。ぜひその方向性についても、今後の協議で深く御検討いただければと思います。以上です。

○ 森田座長

ありがとうございました。それでは最後になりますが、東北大学の石井教授、御意見をお願いいたします。

○ 石井アドバイザー

石井です。お晩でございます。今回の新たな地域医療構想は、以前よりも多岐にわたる項目が盛り込まれ、より複雑化しており、県や地域の皆様の調整の御苦労を察します。石巻地域に関しましては、私も以前勤務しておりましたので実情はよく理解しておりますが、やはり石巻赤十字病院への患者集中が大きな課題です。ぜひ、石巻地域において実務的なディスカッションを重ねていただき、具体的なプランに落とし込んでいかれることを強く希望いたします。総論のままで具体的な改善につながりにくいのですので、実務に即した仕組みづくりをお願いしたいと思います。以上です。

○ 森田座長

どうもありがとうございました。皆様の多大なる御協力によりまして、活発な協議を重ね、本日の会議を無事終了することができました。ありがとうございました。それでは、進行を司会へお返しいたします。

5 閉会

○ 事務局

森田座長、進行ありがとうございました。また、委員の皆様におかれましては、貴重な御意見を賜り、誠にありがとうございました。本日作成いたしました議事録につきましては、皆様に御確認いただいた上で、改めて公表させていただきます。また、次回の調整会議の日程等につきましては、追って調整・御連絡をさせていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

以上をもちまして、令和8年度第1回宮城県地域医療構想調整会議（石巻・登米・気仙沼区域）を終了いたします。本日はお忙しい中、御出席いただき誠にありがとうございました。