

1 開会

○ 事務局

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（仙南区域）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、会議の開催中は、カメラは常にオンの状態にさせていただく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、宮城県保健福祉部副部長の小林から御挨拶申し上げます。

2 挨拶

○ 小林保健福祉部副部長

皆さんこんばんは。宮城県保健福祉部副部長の小林でございます。一言御挨拶を申し上げます。

冒頭、YouTubeの配信の状況が悪く、お待たせいたしました申し訳ございませんでした。

改めまして、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関わらず、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。併せまして、日頃から本県の医療行政の推進につきまして格別の御協力と御理解を賜っておりまして、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まして、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年頃を見据えた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、生産年齢人口が急減いたしますので、限られた医療資源をさらに効率的・効果的に活用しまして、地域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、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、協議に必要なデータの収集の方法など、大変多くの項目について事務局から御説明をさせていただくこととなります。限られた時間での開催となることもあり、本格的な協議につきましては次回以降になるものと考えてございます。この他、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かかる御説明と、そしてみやぎ県南中核病院様から救急患者転院搬送（下り搬送）に関する取組についての御説明をいただくなど、大変盛りだくさんな内容となっております。委員及びアドバイザーの皆様におかれましては、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まして、忌憚のない御意見、御提言を賜りたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。結びに、本日の会議が実り多いものとなりますことを御祈念申し上げまして、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申し上げます。

3 議事（公開）

○ 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、次第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一人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。宮城県の情報公開条例では、非開示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。本日は、「5 議事（非公開）」の「(1) 病床数適正化緊急支援事業について」について、医療機関の経営等に関わる情報が含まれるため、非公開とさせていただきます。あらかじめ御了承ください。なお、名簿にはございませんが、本日は宮城県医師会の安藤会長にも御出席いただけるとのことで伺っております。安藤会長、どうぞよろしくお願いいたします。

○ 安藤会長

はい、どうぞ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、白石市医師会 大橋会長にお願いしております。それでは、大橋会長、よろしくお願いいたします。

○ 大橋座長

皆様こんばんは。座長を務めさせていただきます、白石市医師会の大橋でございます。本日は様々な議題が盛り込まれておりますが、それぞれのお立場から皆様の御意見を頂戴しますとともに、円滑な進行に御協力いただければと思います。限られた時間ですが、皆様の御協力を得ながら実りある会議にできればと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。それでは、次第に従いまして、議事を進めさせていただきます。はじめに、「3 議題」の「(1) 新たな地域医療構想の策定について」のうち、①～③について、事務局から説明願います。

○ 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と申します。どうぞよろしくお願いいたします。それでは、「新たな地域医療構想について」、御説明をさせていただきます。本日は、構想区域の設定など、複数の項目がございますが、次第の3 (1) ③まで、資料番号で言いますと資料4まで、通して御説明させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

はじめに、資料1により、厚生労働省から発出されました「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき、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医療機関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 ページを御覧ください。ガイドラインの位置づけですが、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ございます。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 ページを御覧ください。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います。

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、地域類型ごとのデータにより、個別に課題を整理していく必要性がございます。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、必要病床数を算出します。この計算方法は、従前から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っ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、全体的に高くなるよう見直しが行われました。

8 ページは参考として、推計入院需要の考え方と改革モデルについて掲載していますので、後ほど御覧ください。

9 ページは、地域医療構想の策定に当たり、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いる状況です。

10 ページを御覧ください。ガイドラインで示され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、表の 2 段目、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。

続きまして 11 ページからは、「現行の地域医療構想の振り返りと現状分析」に入ります。宮城県において、これまでの構想がどこまで進捗したのかを、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となっています。

13 ページを御覧ください。こちらは病床数総数の推移です。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% の水準まで減床が進みました。仙南区域においては、必要量に対して 93.7% と、推計値以上に減床したという状況でございます。

14 ページを御覧ください。こちらは区域別、機能別の病床数です。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ものです。

15 ページを御覧ください。入院受療率については、全県でのみお示ししていますが、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した。しかし、実際には、ほぼ全て

の年代で想定より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います。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、御覧の式のとおり、病床稼働率の低下につながったこととなります。

17 ページを御覧ください。こちらは病床機能ごとの病床稼働率と、地域医療構想で定められた病床稼働率を比較しています。高度急性期と急性期は、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結果となっております。

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、二つの課題が残りました。一つは、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、各医療機関において収入減少の要因となっていること、もう一つは、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。これらが医療機関の経営悪化につながっているとものと考えております。反省点としては、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なかったこと、また、コロナ禍で受療動向が変容し、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1の説明は以上でございます。

続いて、資料2「構想区域の設定について」を御説明いたします。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す。まず、構想区域を設定する際の考え方でございます。2 ページを御覧ください。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確認いただき、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います。

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 ページを御覧ください。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、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。仙南区域においては、医療需要創出の観点からは、人口全体は 17 万人から 13 万人まで減少しますが、特に多くの医療を必要とする後期高齢者人口は横ばいになると推計されています。一方、医療供給を支える生産年齢人口は、他区域も同様ですが、減少する見込みです。詳細はこの先の資料で御説明しますが、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ることを踏まえ、現行の構想区域ベースでは 1 拠点程度が目安と考えられます。

7 ページを御覧ください。こちらの表は、敢えて人口にのみ着目して、機械的に区域設定を行った場合の一つの考え方としてお示しするものです。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、仙南区域においても約 27 万人の人口を確保することができます。

8 ページを御覧ください。このスライドは、先ほど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、岩沼支所管内は、仙台市への患者流出割合が高くなっており、仙南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性がとれなくなってしまう。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点を示す資料でございます。

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・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、仙南医療圏から仙台医療圏へ 37%が流出しており、他の区域間の流出入と比較しても、最大となっております。

10 ページ以降が構想区域ごとに、流出・流入の状況を示したものです。

10 ページを御覧ください。こちらは、患者の流出状況でございます。区域全体としては患者の 62%が同区域内の病院で受療していますが、柴田町・川崎町については、約 50%が仙台区域へ流出しています。

11 ページを御覧ください。こちらは、流入の状況でございます。白石市においては、同市内からの流入が 71%と完結率が高くなっております。また、大河原町については区域全体から患者が流入していることが分かります。

12 ページを御覧ください。こちらは、仙台区域の流出状況をまとめたものですが、仙南区域との関係で見ますと、表の中段あたりに記載している亘理町、山元町については、約 10%が仙南区域に流出している状況です。他区域の状況については、説明を割愛させていただきます。

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・重症度別の流出の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います。

いずれの区域でも流入・流出が見られますが、仙南から仙台への流出が最も大きくなっております。

19 ページを御覧ください。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 分以内及び 30 分以内のアクセス圏を地図上に着色しており、小さな四角が一定の人口集積地を示しております。仙南区域においては、30 分以内であれば、白石市西部、七ヶ宿町、丸森町南部以外はカバーされている状況です。

20 ページを御覧ください。こちらは対象を広げ、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したものでございます。右側の 30 分以内で見ても、カバーできていない区域が一部残る状況です。

続いて、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は全国値を下回る区域を示しています。仙南区域においては、看護補助者以外の職種で平均を下回っており、医師、看護師、理学療法士、薬剤師などでは県内で最も人数が少なくなっています。

22 ページを御覧ください。こちらは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、仙南区域においては、急性期・救急搬送とも、一定程度仙台区域への流出が見られ、他の区域と比較しても完結率が低い状況にあります。

23 ページを御覧ください。こちらは、これまでの分析を踏まえた、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。仙南区域については、人口が 2040 年時点で 13 万人と、基準となる 20 万人を大きく下回ることに関する議論、仙台医療圏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。

続いて、今後の方向性でございます。25 ページを御覧ください。これまでの現状分析では、各医療圏へ流出している患者数の分析にとどまり、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おりません。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 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おります。その分析結果を、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お願い申し上げます。資料 2 の説明は以上です。

続いて、資料 3、「医療機関機能の確保について」を御説明させていただきます。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ことになります。

1 つ目は、「高齢者救急・地域急性期機能」です。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応える機能などを指します。

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。

資料の3ページは、各機能の関連性を示したものですので、後ほど御覧ください。

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。上段の表は、前のページからの抜粋になります。機能決定の進め方としましては、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います。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」することとされています。そのため、下部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です。

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、本区域の救急車受入件数や全身麻酔手術件数の一覧を掲載しております。ただし、今後の協議に当たっては、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ります。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おります。資料3の説明は以上です。

続いて、資料4、「協議に必要なデータの収集について」、御説明をいたします。1ページを御覧ください。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」に関する協議を実効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、患者の流出入状況といった、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おります。

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心不全、尿路感染症等の受入実績、さらには他院への転院状況といった「地域内の連携実態」についても可視化してまいります。

資料の3ページを御覧ください。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掲載しておりますので御確認ください。

3ページにお戻りください。活用方法の2つ目は、「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ページにお戻りください。活用方法の3つ目は、「医療機関へのフィードバック」を検討しております。御提供いただいたデータは、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ページに現時点での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予定です。

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の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。

○ 大橋座長

ありがとうございました。ただいまの説明について、御意見がありましたらお願いいたします。ございませんでしょうか。

○ 服部委員

協会けんぽ宮城支部の服部です。DPCデータの収集について確認させてください。今回の事例は、新たな地域医療構想の策定に当たっての取組の一環と捉えてよいのでしょうか。患者の流出状況に関する分析自体は、他都道府県でもすでに行われているかと思います。しかし、こうした分析が単に構想区域の検討にとどまらず、医療機関の機能分化等にまで活用されているような他都道府県での先進事例があり、それを参考に今回の取組を進めているのでしょうか。その点について確認させてください。

○ 大橋座長

それでは、事務局お願いいたします。

○ 事務局

御質問ありがとうございます。他都道府県におきましては、既に県内全ての病院から DPC データを収集している事例があると伺っております。その活用方法については都道府県ごとに様々ですが、私どもといたしましては、収集したデータをまずは構想区域の設定に活用したいと考えております。また、その後の各種協議におきましても、皆様の御同意をいただいた上で活用できるのであれば、様々な議論などにも積極的に活用を進めていきたいと考えております。

○ 服部委員

ありがとうございます。データ収集、かなり大変かと思いますが、ぜひよろしく願いいたします。以上です。

○ 大橋座長

他に御質問等ございますでしょうか。それでは小田部委員、お願いします。

○ 小田部委員

歯科医師会から一言発言させていただきます。仙南区域は人口減少が顕著な地区ですが、私ども仙南歯科医師会の会員数も減少傾向が続いております。先ほどの資料では医師の数など様々なデータが示されていましたが、歯科医師に関する記載がありませんでしたので、少し気になったところです。現状として、歯科医師数や歯科医院数、そして歯科医師会の会員数の減少ペースは、人口減少のスピード以上に進んでおります。今後、地域医療を支えていく上では、これも重要な観点の一つではないでしょうか。また、高齢化が非常に進んでいることから、高齢者の口腔管理や周術期口腔機能管理は必須であると考えております。これらにつきましても、こういった会議の中で検討対象に含めていただければと思います。以上です。

○ 大橋座長

ありがとうございます。事務局いかがですか。

○ 事務局

失礼いたしました。確かに提示した資料の中では、歯科医師数についてのデータをお示しできておりませんでした。申し訳ございません。今後につきましては、そうした点も十分に踏まえて協議に臨めるよう、事務局といたしましてもデータの整理を進めてまいりたいと考えております。以上です。

○ 大橋座長

小田部委員、よろしいでしょうか。

○ 小田部委員

はい、よろしく申し上げます。

○ 大橋座長

他に御質問ございますでしょうか。ないようでしたら議題（１）は終了いたします。続きまして、「（２）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します。

○ 事務局

事務局から御説明をいたします。資料５を御覧ください。

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のちに、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をいたします。

２ページを御覧ください。まず、地域医療計画に位置付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。現行の第８次計画は令和６年度から開始しており、今年度が３年目に当たることから、中間評価を実施するとともに、ガイドライン改正の内容も踏まえ、計画の見直しを進めてまいります。

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編として位置付けられており、４つの節で構成されております。

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となります。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いたしますと、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組」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節への項目追加、新たな節としての追加等を検討してまいります。

６ページを御覧ください。次に、赤枠で囲っている「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が、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で考えております。

最後に、中間見直しのスケジュールについて御説明をいたします。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きます。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て、最終案を第３回調整会議でお示しする予定です。事務局からの説明は以上です。

○ 大橋座長

ありがとうございました。ただいまの説明について、御意見があればお願いいたします。どなたかいらっしゃいますか。

では御意見等がないようでしたら、議事（２）はこれで終了といたします。

4 報告事項

○ 大橋座長

次に、「4 報告事項」に移ります。「救急患者転院搬送（下り搬送）に関する取組について」、みやぎ県南中核病院さんより話題提供いただきます。よろしくお願いいたします。

○ みやぎ県南中核病院

みやぎ県南中核病院救急科の古川と申します。今回、この取組について説明させていただくということで参加させていただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

資料6を御覧ください。「下り搬送の流れ」ということで、結構細かいマニュアルにはなっているのですが、大まかな概要を説明させていただきます。目的といたしましては、急性期病院であり救急患者を受け入れている当院といたしまして、患者の病床が逼迫することを少し分散させるため、必ずしも当院でなくてもよい患者さんに関しては、早期に転院をしていただくという目的で始まったものでございます。

対象となる医療機関としては、仙南地区の10病院に御協力をいただきまして、これが7月6日から現在の運用を始めております。昨日現在までで、一応このフロー、スキームに乗って実際に転院された患者さんは、今のところ16名です。本日も1名ございまして、現在17名ということで御協力をいただいております。

対象となる患者さんは、先ほど申し上げましたように、専門的な高度医療を必要としない、いわゆる内科的治療（抗生剤点滴や、酸素投与等）のその程度の治療で対応できる方ということで想定しております。そういった患者さんを当院で初期治療・評価した上で、他院でも大丈夫という結果が出た時に、御本人様・御家族の承諾をいただいた上で転院調整にかけることになっております。

具体的に、各病院さんで受入れ可能な患者さんのリスト、傷病名をあらかじめ把握させていただいており、肺炎、尿路感染、あるいは軽度の、例えば腰痛で動けないといった安静・保存加療で済むような外傷などを中心に転院をお願いしていることになります。これが2番に書いてある内容です。

実際の転院の流れに関しては、3番に書いてあります。例えば、救急外来、救急搬送で来られた患者さんで、転院搬送（下り搬送）の適用となった場合には、その時点でMSW（メディカルソーシャルワーカー）に動いてもらって、各病院への打診をしていただきます。同時並行で、我々医師は本人・家族へ転院に関しての説明等をして同意をいただき、同意が得られれば転院調整をかけるということになります。診療情報提供書を作成しますが、この辺は通常の転院搬送とあまり大きな変わりはないかと思います。受入れ当日中に転院が可能であれば、そのまま救急外来の方から、当院の救急車を使って転院していただくという流れになります。あるいは、当日の転院が無理ということであれば、翌日以降にスケジュールを組んで行っていただきます。先ほど16名の患者さんが転院搬送（下り搬

送)に移行したと申しましたが、このうち救急外来から直接当日中に移動した患者さんが6名で、残りの10名は一旦入院した上で翌日以降に転院搬送という形になっております。週末にかかったりすると、翌週以降の転院ということにもなりますので、どちらかという一旦入院という形が多くなっております。

そういう形でのスキームということで、2ページ目には紹介状のテンプレートを掲載しています。なるべく簡便にするということで、少し簡略化した紹介状を使わせていただいております。3ページ目には、その具体的なフローを文言で書いたものを掲載しており、これをもとに対応しております。

今のところ、転院したことによる大きなトラブルというのは把握しておりません。しかし、一旦下り搬送でお願いした後、4ページに書いてありますように、やはり転院後に重症化するということが当然考えられますので、この点につきましても、御家族や本人が希望されれば速やかに引き受けるということで、何かあったときにはまたみやぎ県南中核病院に戻ってきていただいて、必要な治療や対応を行うこととしております。これは夜間・休日であろうと、通常の転院対応と同様に、時間外対応をさせていただくという流れになっております。今のところ、転院後に当院に戻ってきたという症例は聞いておりません。ただ、一旦下り搬送で退院したのですが、再び救急車を呼んでしまい、また下り搬送を使ったという、複数回利用された方は把握しておりますが、入院中に戻ってきたということは今のところございません。

最後のページに関しては、これは患者さんに説明している文書となりまして、こういう形での説明で同意をいただいた上で転院をお願いしております。特に御希望等があれば、希望順位の病院まで書いていただいて、これを基にMSWが動くというようなスキームでさせていただいております。簡単ですが、御紹介とさせていただきます。ありがとうございました。

○ 大橋座長

古川先生、ありがとうございました。ただいまの説明について、御質問があればお願いしたいと思います。どなたかございますでしょうか。大丈夫でしょうか。

それでは、当初予定していた報告事項は以上となりますが、ちょうど本日、みやぎ県南中核病院の運営に、蔵王町さん、七ヶ宿町さんが参入する見通しとの記事を拝見いたしました。この件に関してよろしければ、みやぎ県南中核病院の下瀬川先生からお話いただくことはできますでしょうか。下瀬川先生、よろしく願いいたします。

○ 下瀬川委員

みやぎ県南中核病院の下瀬川でございます。御指名ありがとうございます。今朝の河北新報の記事に掲載されましたように、昨日、みやぎ県南中核病院の運営主体であります角田市、大河原町、柴田町、村田町の1市3町の構成首長さんたちに加えまして、蔵王町と七ヶ宿町の町長さんも加わって会議が開催されまして、みやぎ県南中核病院企業団に蔵王町と七ヶ宿町の2町が、来年の4月から加入することの基本合意が得られてございます。正式な調印は、現在調整中でございますけれど、9月の初め頃になる予定であります。

2町の企業団参入につきましては、昨年の6月頃に蔵王町、七ヶ宿町から打診がございまして、10月中旬開催の1市5町の首長会議におきまして了承され、経営面とそれから診療面で準備委員会を

何度か開催いたしまして、各種検討事項の合意が得られましたので、昨日の基本合意案の承認に至っております。

蔵王町、七ヶ宿町の企業団への参入によりまして、両町に将来に向けて安定した良質な医療サービスを提供するとともに、企業団の構成員拡大によりまして、企業団の運営並びに経営基盤が強化され、仙南地域全体に安定した医療を提供することができるものと期待しております。以上です。

○ 大橋座長

ありがとうございました。それでは、本日の公開議事はこれで終了といたします。続きまして、「5 議事（非公開）」パートに入ります。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につきましても御退出をお願いいたします。お忙しい中、御視聴、傍聴いただきありがとうございました。委員の皆様におかれましては、傍聴者の方々が御退出されるまで今しばらくお待ちください。