

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（大崎・栗原区域）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、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。宮城県保健福祉部の小林でございます。一言御挨拶を申し上げます。本日は大変お忙しい中、また毎回ではございますけれども、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は、格別の御協力と御理解をいただいておりますことに、厚く御礼を申し上げます。本会議は、地域医療構想の推進に向けまして、地域の皆様とともに、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議論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年を目途として、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、生産年齢人口の急減が見込まれる中、限られた医療資源をさらに効果的・効率的に活用し、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、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針と、大変多くの項目について事務局から御説明させていただくことになります。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、昨年度来検討を進めていただいているところでございます大崎・栗原区域における医療連携体制の強化につきまして、そして外来医療計画の中間評価及び見直しに係る協議に加えまして、さらに話題提供として公立病院の動向を栗原市様、加美町様から御説明いただくなど、本日はいつも以上に内容が大変盛りだくさんとなっております。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、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、本日の会議が実り多いものとなる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 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。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。本日の議題のうち、「5 議事（非公開）」の「（1）病床数適正化緊急支援事業について」につきましては、医療機関の経営等に関わる情報が含まれておりますことから、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、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

はい、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は大崎市医師会の佐藤会長にお願いしております。それでは、佐藤座長よろしくお願いいたします。

○ 佐藤座長

座長を務めさせていただきます、佐藤でございます。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。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 議事（公開）」の「（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まで通して御説明をさせていただきます。

はじめに、資料1により、厚生労働省から発出された地域医療構想の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組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おります。

続いて、地域医療構想策定ガイドラインについて御説明いたします。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・推進するに当たり、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、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たいと考えてございます。

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に見直しが行われております。

続いて、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おりますので、後ほど御覧ください。

9 ページを御覧ください。こちら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ます。多様な項目について協議が必要とされている状況でございます。

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 段目にありますように 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。

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% が減少し、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おります。

13 ページを御覧ください。病床数総数の推移を示しております。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% の水準まで減床が進みました。大崎・栗原区域においては、必要量に対して 120.6% と、推計値ほどは減床しませんでした。後ほど御説明いたします病床数適正化緊急支援事業による減少を含めると、概ね 110% 程度となり、推計値に近づいてまいります。

14 ページを御覧ください。こちらは区域別、機能別の病床数をまとめたものでございます。総数では適正化が進んでまいりましたが、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と考えております。

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おりますが、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ございました。しかし実際には、ほぼ全ての年代で想定よりも低い数値となっております。

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ものと考えております。

17 ページを御覧ください。こちらでは、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、2つの課題が残っていると考えております。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、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。これらが医療機関の経営悪化につながっているものと考えております。反省点としましては、事務局側で各医療機関が地域における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」、御説明をいたします。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。

1 ページ、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となっております。

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。大崎・栗原区域においては、医療需要創出の観点からは人口全体が26万人から19万人にまで減少しますが、特に多くの医療を必要とする後期高齢者人口は横ばいとなる見込みです。一方、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、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、あ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を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、大崎・栗原区域においても約26万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、黒川支所管内につきましては、仙台市への患者流出割合が高くなっており、大崎・栗原区域では現状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取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ことを示す資料として御用意いたしました。

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、大崎・栗原医療圏から仙台医療圏へ19%が流出しているほか、石巻・登米・気仙沼医療圏との間でも一定の流出入が確認されているところでございます。

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ございます。

大崎・栗原区域については、14 ページを御覧ください。こちらは患者の流出状況を示したものです。区域全体としては患者の77%が同区域内の病院で受療していますが、仙台区域への流出を見ますと、涌谷町が39%と高くなっていることが分かります。

15 ページを御覧ください。こちらが流入の状況でございます。栗原市においては同市内からの流入が85%と完結率が高く、大崎市については同市内が48%と最も高くなっておりますが、区域全体

から患者が流入していることが分かります。

続いて、16 ページを御覧ください。こちらは石巻・登米・気仙沼区域の流出状況ですが、登米市において大崎・栗原区域への流出が 32%と大きくなっていることが分かります。

続きまして、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 つの表でお示しをしています。大崎・栗原区域については、他区域との間で大きな流入・流出は見られない状況と捉えております。

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たもので、小さな四角が一定の人口集積地を示しております。大崎・栗原区域においては、右側の 30 分以内の方でございますが、こちらでもカバーされていないのが大崎市鳴子地区、栗原市栗駒地区の一部ということが分かります。

20 ページを御覧ください。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したものでございます。右側の 30 分以内の方を御覧いただきますと、先ほどと同様の地区がカバーされていないというような状況でございます。

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の下回る区域を示しています。大崎・栗原区域においては、医師、看護師などは県内でも仙台医療圏に次ぐ人数となっておりますが、それでも全国平均を下回る職種が多い状況でございます。

22 ページを御覧ください。これまでの分析結果をまとめたものでございます。改めて整理いたしますと、大崎・栗原区域においては、急性期、救急搬送とも、自区域内完結率が一定以上を確保されているという風に考えております。

23 ページを御覧ください。これまでの分析を踏まえまして、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。大崎・栗原区域については、人口が 2040 年時点で 19 万人と、基準となる 20 万人を下回ることに係る議論、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ものと考えております。

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」、御説明を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されております。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

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となります。

機能の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もとに、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、区域内で何箇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、それに合わせて高齢者救急・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ページ及び6ページには、現状把握のための参考データといたしまして、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、協議に当たりましては、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。

資料4の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

送の受入れ実績、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・救急症例の受入れ状況や、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れ実績、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たいと考えております。

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ございます。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、御確認ください。

3ページ目にお戻りください。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ページにイメージを掲載しております。実際に御提供するデータの内容や形式等については、今後検討を予定してございます。

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良いのか、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。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。ただいま資料1から資料4まで御説明いただきました。議事(1)の①から③まで、説明いただいた形になります。ただいまの説明に対しまして、御意見があればお願いしたいと思います。どなたか御意見等、ございますでしょうか。はい。南郷病院さん、お願いいたします。

○ 菅原委員

御説明ありがとうございます。南郷病院の菅原でございます。今日はデータの説明に終わって、次回から本格的な議論ということなんですけども、今回の資料について1つ質問をさせていただきます。今回の新たな地域医療構想の目玉として、病床機能の分類に関して回復期が「包括期」という名称に変わりますが、その内容を見ると「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」と書いてありま

す。実はこれまでも回復期において、うちも回復期なのですが、こうした高齢者の救急患者を診ているところです。おそらく他の回復期の医療機関も診ていると思うのですが、今回「包括期」という名称に変更したことについて、その理由をもう少し具体的な説明いただければと思います。

○ 佐藤座長

事務局、いかがでしょうか。

○ 事務局

御質問ありがとうございます。包括期に関しましては、どちらかと言いますと、今までの回復期についてはそのまま入るというようなイメージがされてございます。これまで急性期と分類していた部分につきまして、高齢者が中心となって受療していたというような病棟につきましては、包括期の方へ今後入るというようなイメージでございまして、言ってしまうと急性期が今後も急性期であり続けるところと、包括期の方に移行するところが出てくると、そういったイメージで考えてございます。

○ 菅原委員

ありがとうございます。そうすると、内容もかなり違ってくるのですか。今までの患者の流れなどが大きく変わるわけではないのですか。やはりこれまでとそう変わらないという解釈でよろしいのでしょうか。

○ 事務局

御質問ありがとうございます。あくまでもまず分類の話でございまして、分類としては変わります。ただ、それが直接的な患者さんの流れまで左右するものかどうかというところまではいかないものという風には考えております。ただ、あくまでもそういったデータに基づきまして、今後機能が過剰なのか不足しているかというような議論を進めていくための1つの指標として使わせていただくということになります。

○ 菅原委員

はい、ありがとうございました。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。他にはどなたか御意見などございますでしょうか。公立加美病院の佐藤委員が挙手されております。お願いいたします。

○ 佐藤委員

公立加美病院の佐藤でございます。今のところについて、もう少しお聞きしたいのですが、結局、この「包括期」というのは、これまで慢性疾患の急性増悪のようなものが急性期だったと思うのですが、そうしたものを包括期にするという理解でよろしいのでしょうか。

○ 佐藤座長

事務局、いかがでしょうか。

○ 事務局

こちらで今のところ把握しておりますのが、概ねこれまで急性期と分類していたものの5割程度を包括期というような整理にしたいという風には聞いてございます。

○ 佐藤委員

その5割というのは、具体的にどういう疾患が該当するのですか。

○ 事務局

そちらにつきましては、具体的なところはまだ国から示されてございませんので、今後示された暁には御説明をさせていただきます。

○ 佐藤委員

多分、心不全などの慢性疾患の急性増悪で、これまで急性期だったものが、おそらく包括期になるのではないかなと考えておりましたが、まだ分からないということですね。ありがとうございました。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。御質問、御意見いかがでしょうか。それでは、栗原市医師会の宮城島会長、お願いいたします。

○ 宮城島委員

栗原市医師会の宮城島でございます。資料3の1ページ「医療機関機能の確保について」というところで、「在宅医療等連携機能」というのがあります。また、次のページの全体スケジュールにおいて「2040年の医療機関機能の決定」というのがあります。これは、2040年頃に自院が担える機能を想定して、報告するという考え方でよろしいですか。

○ 事務局

御質問ありがとうございます。2040年において担う機能でございますので、将来的にどのような機能になっているかということについて、御報告をいただくことになります。

○ 宮城島委員

現状、簡単に言いますと、これは開業医の話なのですが、栗原地区も含めて高齢の開業医が多いのです。ということは、12年後というのはどうなっているか分かりません。その辺の事情は分かっておられますか。私は今73歳ですが、12年後というと85歳ですよ。その時にも医師をやっている

るかどうかは分からないので、このことについて簡単に答えられるのは公的医療機関しかないのではないのでしょうか。いかがでしょうか。

○ 事務局

御質問ありがとうございます。各医療機関、様々な御事情を抱えていらっしゃると思いますので、将来を見通すことができないような場合も当然にあるとは思っております。しかしながら、今回は2040年を見据えてということになりますので、そちらについてはどのような前提を置くかというのは大変難しいかとは思いますが、皆様に御報告をいただくような形で今のところは考えてございます。あくまでも2040年に向けた予測と言いますか、そういった要素を多分に含んだものとしての報告であるということは前提だと思っておりますので、そういった前提で我々としても捉えながら、今後の協議に役立てていきたいというものでございます。

○ 宮城島委員

現在開業している医師の年齢も色々ありますからそれらの要素を考慮に入れられないといけません。もちろん、その医療機関を継ぐ人が出れば問題はないのですが、そういうところばかりではないので、現状、人口も減って医師の高齢化が進めば、当然どんどん閉院していくのですね。ということは、この図に出ているようなかかりつけ医機能自体が破綻してしまう可能性があるということを考えておられるのでしょうか。

○ 事務局

御質問ありがとうございます。かかりつけ医機能につきましては、こちらの調整会議とは別にかかりつけ医機能報告に関わる協議の場というものを、今年度から保健所単位で設定させていただいておりますので、そちらで将来どのようになるかも含めて御議論をさせていただければと存じます。

○ 宮城島委員

12年後の予想をしろと言われても、ほぼ半数の医療機関が無理ではないのでしょうか。栗原の場合は、おそらく70代前半の先生方が圧倒的に多いですので、そうなってくると12年後は85歳ですよ。医師をやっているかどうか分からない、生きているかどうか分からない状況のことを想定しろというのは、かなり難しいと私は思います。

○ 事務局

御指摘についてはごもっともであるという認識はございますけれども、今時点で我々からお答えできる範囲で申し上げますと、やはりそこは色々な不確実性は含まれながらも、御報告をいただくということをお願いしたいということに尽きます。申し訳ございません。

○ 宮城島委員

では、予想がつかないというような選択肢や項目をぜひ作っていただきたいですね。それがないと書きようがないと思います。

○ 事務局

国の制度との整合性はございますが、そういったことについても検討させていただきます。

○ 宮城島委員

では、よろしくお願いします。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。他にはよろしいでしょうか。他にはないようですね。それでは、議題の「(1)新たな地域医療構想の策定について」のうち、①から③は終了いたします。続きまして、「(1)④大崎・栗原区域における医療連携体制の強化について」、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、大崎・栗原区域における医療提供体制の強化について、資料5により御説明をさせていただきます。

2ページを御覧ください。まず、本議題の背景と目的についてです。先ほど来、2040年を見据えた役割分担や病院間連携と申し上げておりますが、大崎地域におきましては、既に大崎市民病院と周辺の公立病院の間で「連携協約」を締結し、医師の派遣や機能分化を進めてきたところでございます。しかし、今後さらに複雑化する医療需要に対応するためには、民間医療機関や介護分野、高齢者施設等も含めた、より広範で強固な連携体制の確立が求められており、昨年度より議論を進めてきたところでございます。こうした背景から、令和9年度中の「地域医療連携拠点施設」の開所を一つの契機といたしまして、現在の任意の協力関係から一步踏み込んだ、持続可能な連携体制の構築を目指しております。具体的には、県内でまだ例はございませんが、「地域医療連携推進法人」の設立を見据えた議論により、各医療機関の意向把握、設立検討を進めることが本議題の目的でございます。

3ページを御覧ください。前回会議での委員やアドバイザーの皆様の御意見をまとめております。大崎市民病院の並木委員からは、現状の連携協約では民間や介護分野の参画が不十分であり、推進法人の構築を視野にできるところから進めるべきとの御指摘をいただいております。また、古川民主病院の呉委員、永仁会病院の宮下委員からも、単独運営が厳しい時代において、具体的な道筋があれば積極的に参加したいとの前向きな意向をいただいております。また、藤森・石井両アドバイザーからも連携体制構築の重要性を御指摘いただいております。

5ページを御覧ください。これらを踏まえまして、県では、今年6月から7月にかけて、大崎・栗原区域内の25病院を対象にアンケート調査を実施いたしました。資料の6ページ以降がその結果の概要となっております。

6ページを御覧ください。25病院中21病院に回答いただき、回答率は84%となっております。質問項目が37問と多いため、ポイントのみを御説明いたします。

資料の7ページをお開きください。質問4「経営上の課題について」です。約7割の病院が人件費の高騰や医薬品・材料費の高騰、患者数の減少に不安を抱えております。

また、8ページを御覧ください。質問8、資料左下のグラフでは、事務部門の効率化や価格交渉に

ついて、8割を超える病院が限界や課題を感じており、自力で十分可能であると回答した病院はございませんでした。

次に、資料の9ページを御覧ください。連携に関する現状評価についてです。問10への回答では、現在の役割分担におおむね満足しているとされている一方で、問12におきましては、半数以上の病院が休日当番医や転院調整、二次救急における近隣病院とのバックアップ体制に不安を感じているとのことです。

10ページを御覧ください。ICTを活用した情報共有につきましては、9割の病院が不十分、または進んでいないと回答しており、診療情報や画像データの共有に大きな期待が寄せられております。

次に、12ページを御覧ください。具体的な連携メニューへの期待度をお聞きしたところ、医薬品や診療材料の共同購入、医師・スタッフの合同研修、経営データの共同分析などの項目で半数以上の病院が参加を検討したいとの意向を示されました。

13ページを御覧ください。この議題の目的としております、地域医療連携推進法人への理解度は、まだ十分とは言えない状況でございます。問28におきましては、概要は知っているが詳細は分からないという回答が半数を占め、問30、問31では、法人制度の特例措置等についても分からないとの回答が最多でした。

続いて、14ページを御覧ください。推進法人制度につきましては、まず勉強会の開催や先行事例の共有を求める声が多く上がっております。

15ページを御覧ください。法人の設立検討への参加につきましては、資料右上のグラフにおいて、半数の病院が前向きな姿勢を示しております。また、資料下の間33-2では、法人を設立した場合の事務局等の役割につきまして、大崎市民病院より「法人の中核として参加したい」との回答を得ているところでございます。これら調査結果を踏まえた、今後の進め方を御提案いたします。

資料の19ページを御覧ください。アンケートによってニーズの高さが確認された、「医薬品等の共同購入・共同発注」「人材確保・人材育成」「経営状況の分析・改善」の3つの分類でテーマ別検討会議を設置し、実務者レベルでの具体的な議論を開始してはいかがでしょうか。これらの検討会議の立ち上げ時は県が事務局を担い、一定の方向性が定まった段階で、県といたしましても必要な支援は継続いたしますけれども、今回のアンケートで法人の中核として参加したいと御回答いただきました大崎市民病院へ、段階的に事務局機能を移行する体制を想定しております。

最後に、20ページを御覧ください。今後のスケジュールとしては、まず9月から10月にかけて、制度への理解を深めるための勉強会を開催いたします。その後、10月から順次、先ほど申し上げたテーマ別検討会議を設置し、具体的な実施手法の協議に入ります。なお、これらの会議への参加は、将来的な法人への参画を義務づけるものではありません。まずは情報収集の場として幅広く御活用いただき、地域の実情に合った連携のあり方を共に模索してまいりたいと考えております。事務局といたしましては、この取組を通じて、大崎・栗原地域の医療提供体制がより強固なものとなるよう取り組んでまいりたいと考えております。資料5の説明は以上です。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。医療連携体制の強化について、御説明いただきました。ただいまの説明に対しまして、御意見はいかがでしょうか。どなたかございますでしょうか。全国健康保険協会の

樋口委員、お願いいたします。

○ 樋口委員

全国健康保険協会宮城支部の樋口でございます。御説明ありがとうございました。ただいまの地域医療連携推進法人制度に係るアンケートの結果を拝見させていただき、現状を把握することができる非常に素晴らしい内容だなと思ったところです。ただ、今回、病院を対象にしたアンケート結果であり、その中で半数の方々については内容を深く理解されていच्छゃらないという回答であったのが、少し残念だなと思ったところです。この制度につきましては、大規模、中規模、小規模、それぞれのメリットを組み合わせうまく進めていけるような制度であると認識しておりましたので、より規模の小さい医療機関において、こういった認識がされているのか、そうした点についても少し不安を覚えたところです。地域の医療機関同士の連携がそれぞれの強みを生かしていくためにも、地域医療構想に関する情報提供、情報共有をしっかりと進めていただき、定期的にこうしたアンケートも実施していただきまして、勉強会の後の認識の変化についても見えるような形で公表していただけると、大変ありがたいのではないかなと思いました。地域全体で地域医療を進めていただきますようお願いいたします。以上です。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。他にはどなたか、御意見はいかがでしょうか。宮下委員、いかがでしょうか。

○ 宮下委員

永仁会病院の宮下でございます。まだ詳細がよく分からないところもあるのですが、勉強会なども参加させていただきながら、前向きに取り組んでいきたいと思っております。

○ 佐藤座長

ありがとうございます。涌谷町国民健康保険病院の前沢委員、いかがでしょうか。

○ 前沢委員

涌谷町国民健康保険病院の前沢でございます。特に申し上げる意見はございませんけれども、非常に今後のそれぞれの医療機関の命運をかけた、大事な組織体になっていくのではないかと期待をしております。よろしくお願いいたします。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。他にはよろしいでしょうか。栗原中央病院の平本委員、御意見などいかがでしょうか。

○ 平本委員

栗原市病院事業管理者の平本でございます。大崎地域の1市4町の連携協約の際には、私もオブザ

ーバーとして参加させていただき、よく存じておるのですが、やはりその時に大崎市民病院を中心に、本当に医師、看護師、技師などの人材を、この4町の病院に協約だけでうまく派遣できるだろうかという懸念を抱いており、その辺りに関心を持っておりました。また、今回の新しい地域医療構想というのは医療機関機能を重視しているわけで、5つの分類が示されましたけれども、その機能を発揮するためには、やはり病床の構成を変えていかなければならないということになりますと、どうしても自分の持っている病床の構成だけでは足りない、少しくまくいかないうところがあるという感じがいたします。そうした意味では、やはりこの地域医療連携推進法人というものが、それを解消する役割を担っている、そういうものとして提案されているのだということは、私も今回初めて理解したところであります。ただ、まだ我々のところでも、その理解が十分できていないところもありますので、ぜひその勉強会を開いていただき、皆が理解を深めることが大事なかと考えております。以上です。

○ 佐藤座長

ありがとうございます。 それでは、大崎市民病院の並木委員、御意見はいかがでしょう。

○ 並木委員

大崎市民病院の並木でございます。地域医療連携推進法人に関しましては、これから勉強していくのかなというところで、他県での先行事例も色々ありますが、まずは大崎地域の医療機関ができることから連携していけば良いと思っております。先ほど県の説明の中で黒川郡の話が出ておりました。黒川郡が入ってこない、本区域は将来的に人口20万人を切ってしまうということになります。国の指針では、やはり20万人という基準がございますので、今後は黒川郡の方との連携をしていく形になるのかなと思っております。懸念されることとしては、黒川郡の住民の皆さんはなかなかこちらを向いてくれないということがございます。ただ、これは県の意向もあると思っており、二次医療圏をきちっと決めていった時の行政のあり方も重要になってくると考えています。特に、救急車をどのように搬送するかについて、二次医療圏が「大崎・栗原・黒川」となった時に、その救急車が仙台に行かないで大崎に来てくれるのかどうか。来なければそれはおかしい話ではありますが、ただ、地域の住民の方々が大崎を向いてくれるかという、現時点ではあまり向いてはいないだろうと感じています。我々としても、PRなどをしながら、今後二次医療圏が一緒になった時には、しっかりやりましようと言えるように、うちの病院もやはり黒川郡の方々に信頼される病院になっていかなければならないと思っております。当然、大崎・栗原地域におきましても、急性期の拠点病院として大崎市民病院を信用していただくしかないのかなということで、勉強会をしながらお互いの信頼をしっかりと築いていきたい。そうしていかないと、国や県が言っている地域医療が崩壊してしまうということですので、やはり「今までやってきたから大丈夫だろう」ということではなく、先ほど宮城島先生の方からお話が出てきましたけれども、みんな高齢で亡くなってしまうから2040年の話ではないというのではなく、やはり我々、今ここで生きている者が、2040年の未来の人たちに繋いでいかなければならないという責任があるのではないかと思います。そこもやはり皆で話し合いながら、2040年という1つのターニングポイントを乗り越えて、日本、あるいは地域医療が未来に繋いでいけるような状況を皆で作っていくしかないのかなと思っております。そこで、今回は県が色々と面倒を

見てくれるということでございまして、まずは地域医療連携推進法人に関して県にしっかりとリードしていただいて、皆で力を合わせられる環境ができれば良いなと思っております。小林副部長、荒井課長には非常に期待しておりますので、よろしくお願いいたします。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。事務局の方からは、今の地域医療連携体制の強化について、何かコメントはございますでしょうか。

○ 事務局

事務局でございます。まずは勉強会というところがやはり大事なところだろうと思っておりますので、そちらにできるだけ多くの方々に参加をいただきまして、1つの共通認識というようなものを作っていければと考えてございます。よろしくお願いいたします。

○ 佐藤座長

ありがとうございます。それでは、他に御意見、御質問もないようですので、議事（1）はこれで終了といたします。続きまして、議事「（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、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きまして御説明をいたします。

資料6の1ページを御覧ください。こちらに目次を記載しております。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。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。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をいたします。

まず、5ページでございます。こちら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、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。説明は以上になります。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。外来医療計画について説明いただきました。ただいまの説明につきまして、御意見や御質問はいかがでしょうか。

特に挙手されている方はいらっしゃらないようですね。ありがとうございました。議事(2)はそれではこれにて終了いたします。続きまして、「4 話題提供」に入ります。「(1) 公立病院の動向について」、栗原市さんと加美町さんより話題提供いただきます。はじめに、栗原市さん、よろしくお願いいたします。

○ 栗原市医療局 佐藤局長

栗原市医療局長の佐藤でございます。それでは、資料7を用いて御説明させていただきます。栗原市立病院の再編についてであります。今回の再編は、栗原市立病院を将来にわたり維持・継続していくため、若柳病院と栗駒病院を栗原中央病院に集約する方針としたものであります。併せて、若柳病院と栗駒病院の活用について、栗原市医師会の会員である民間医療機関による病院活用事業者を募集し、資産の有効活用と地域医療への貢献が図られることを目指してまいります。入院機能の集約につきましては、若柳病院は令和8年10月に、栗駒病院は令和9年4月に療養病棟を休床し、栗原中央病院へ集約いたします。応募がなかった場合には、診療所化について検討いたします。集約後の栗原中央病院につきましては、現状の病床数の維持を基本とし、栗駒病院の入院機能の集約時に、現在休床している療養病床の再開と療養病床数について調整してまいります。栗原市では、将来にわたり必要な医療を提供し続けるため、今回の病院再編を進めております。委員の皆様には御理解をお願い申し上げます。説明は以上となります。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。栗原市の方から話題提供いただきました。続きまして、加美町さんからも話題提供をお願いいたします。

○ 武田委員

皆様、大変お疲れ様でございます。加美町保険健康課長の武田と申します。よろしくをお願いいたします。私から1点御報告させていただきます。新聞等でも報道がございましたが、加美町と色麻町で構成しております、加美郡保健医療福祉行政事務組合が運営します、公立加美病院並びに加美老人保健施設の経営形態の見直しにつきまして、組合より報告がありましたので、内容をお伝えいたします。組合におきましては、令和8年7月6日に組合議会、幹部職員及び郡医師会に対して基本方針の説明を行い、7月27日の組合の臨時議会において、指定管理者制度導入に関連する条例等が可決されております。簡単ではございますが、組合から報告のありました基本方針の要点についてお伝えいたします。まず背景といたしましては、医療人材の確保難や物価高騰、人口減少等により厳しい経営状況が続いていることが示されております。このため、現状の経営形態のままでは持続可能な運営が難しく、将来にわたって地域医療を守り続けるためには、民間の迅速かつ柔軟なノウハウを導入し、医療人材の確保や経営改善を図ることができる指定管理者制度への移行が有効であるとの方針が示されました。次に、基本理念といたしましては、90床の病床数の堅持や救急・小児医療の継続、必要な医療サービスの提供を大前提とし、併設する介護老人保健施設との一体的運営や大崎地域の広域連携の継承などが掲げられております。また、既存職員への配慮事項といたしましては、雇用の維持に加え、条件変更の緩和措置として、3年間にわたり一定率の給与保障を行うことなどが方針に示されております。両町といたしましても、住民の皆様がこれまでどおり質の高い医療や介護福祉を受けられる環境を将来にわたって維持できるよう、組合の手続きや取組をしっかりと注視し、連携してまいりたいと考えております。以上、加美郡保健医療福祉行政事務組合に関する御報告とさせていただきます。よろしくをお願いいたします。

○ 佐藤座長

ありがとうございました。話題提供といたしまして、栗原市さん、加美町さんから御説明いただきました。時間の都合により、話題提供については、質疑応答は省略させていただきますが、どなたかコメントがぜひあるという方はいらっしゃいますでしょうか。挙手されている方はいらっしゃらないようですね。ありがとうございました。それでは、話題提供につきましてはこれにて終了とさせていただきます。

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、傍聴者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、御視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。よろしくをお願いいたします。