

## 1 開会

### ○ 事務局

ただいまから、令和7年度第2回地域医療構想調整会議を開催いたします。初めに、事務局から3点、連絡事項がございます。

1点目でございますが、オンラインで御参加の皆様におかれましては、御発言をされる際以外は音声をミュートにしていただきますようお願いいたします。また、会議開催中はカメラを常にオンの状態にし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、御発言の際には、所属及び氏名を名乗っていただきますようお願いいたします。

3点目でございますが、今回はオブザーバーとして、一定規模の県内医療関係者の皆様に向けて、会議の様子をライブ配信しておりますので、あらかじめ御了承下さいますようお願いいたします。それでは、開催に当たりまして、県保健福祉部副部長の遠藤から御挨拶を申し上げます。

## 2 挨拶

### ○ 遠藤副部長

県保健福祉部副部長の遠藤でございます。本日は御多忙のところ、御出席を賜り、誠にありがとうございます。また、日頃より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賜り、厚く御礼申し上げます。本日の会議では、新たな地域医療構想等の検討状況につきまして、今後の進め方やスケジュールなど、国において示されている最新の動向について御説明させていただきます。また、病床数適正化支援事業や重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業につきましては、これまで実施してきた補助事業の概要について御報告させていただきます。更に、報告事項といたしまして、石巻区域における病院連携の見える化をテーマに御説明させていただきます。

なお、本資料の作成に当たりましては、石巻地区の各病院の皆様にお時間を頂戴し、御協力を賜りましたことに、改めて御礼申し上げます。本日は、これらの資料を基に、病院間の連携の在り方につきまして、委員の皆様の間で意見交換をいただきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

## 3 議事

### ○ 事務局

それでは、議事に入る前に、会議資料について御説明いたします。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。また、本日御出席いただいている皆様につきましては、本来であればお一人ずつ御紹介すべきところではございますが、時間の都合上、お配りしております委員名簿をもって紹介に代えさせていただきます。次に、本会議の公開・非公開についてでございます。県の情報公開条例におきましては、個人情報等が含まれる場合を除き、原則として公開とされております。本日の議題につきましては、特に非公開とすべき案件はございませんので、公開で開催することいたします。御了承下さいますようお願いいたします。それでは、これより議事に入ります。本日の地域医療構想調整会議の座長につきましては、気仙沼市医師会長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、こんにちは。本日は12月25日という御多忙の中、御出席いただき、誠にありがとうございます。日程調整の結果、本日開催となりましたことにつきましては、何卒御容赦願います。

本年度、令和7年度に進めてまいりました地域医療構想につきましては、令和9年度、すなわち2027年度以降、精神医療を含めた病床、更には外来、在宅医療、介護、福祉に至るまでを包含した、新たな地域医療構想として国において検討が進められているところでございます。

その内容を見ますと、より細かな区域単位での密な連携や協議が必要になるものと考えられます。本日の会議におきましても、関係者間の情報共有及び有意義な協議の場となるよう進行してまいりたいと考えておりますので、委員の皆様におかれましては、忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げます。

それでは、次第に従いまして議事を進めてまいります。議題1「新たな地域医療構想等の検討状況について」につきまして、事務局から御説明をお願いいたします。

## ○ 事務局

医療政策課の西内です。いつも大変お世話になっております。限られた時間ではございますが、本日もどうぞよろしくお願ひいたします。それでは、「新たな地域医療構想等の検討状況について」御説明いたします。資料1を御覧ください。画面も共有させていただきます。

国では、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会を継続的に開催しておりますが、今回は10月15日の第5回目の資料等を用いて、検討会での議論について、県の検討状況と合わせて、御説明させていただきます。

なお、国の資料は全体で50ページを超えるものとなっており、その中でも注目すべきと考えられるものを抜粋して、本日の資料とさせていただいております。

3ページを御覧ください。現在策定中の新たな地域医療構想のガイドラインの構成についてですが、構想の内容については、左下のローマ数字のⅡの、3以降にありますように、新設される医療機関機能等に基づく需要推計の方法、入院医療、それから外来・在宅医療、介護との連携、医療従事者の確保について策定するものとなっております。次に、4ページを御覧ください。「構想策定の具体的なスケジュール（案）」になります。これまで、2026年、令和8年度中に構想を策定するものと考えておりましたが、今回新たに示されたスケジュール案では、2026年、令和8年度から、2028年、令和10年度にかけて段階的に議論を進め、策定を進めるスケジュールが示されております。

表の左端に項目がありますが、来年度にかけては、区域の点検や必要に応じて、構想区域の見直しを行うことになっております。具体的には、二次医療圏を基本としつつ、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能などについて、現在の4区域を見直す必要があるか、また、在宅医療等連携機能については、どのような区域で議論していくのが適当かなどについて検討していくことになります。

2行目の必要病床数については、現在、2025年までの数字で推計されておりますが、病院の開設、増床希望へ対応するための基準が必要であることから、できるだけ空白期間が生じないようにする必要があると考えております。このため、国のガイドラインを確認する必要がありますが、原則的には、来年度中に必要病床数を算定することを想定しており、その数値も使いながら、新たな地域医療構

想における病院の機能分化・連携の議論等を行うものと考えております。また、病院の機能分化・連携の議論に当たっては、次の項目にあります医療機関機能の確保としまして、来年度、新設予定の医療機関機能報告の結果も考慮する必要があります。

その下の、外来・在宅介護との連携等の項目につきましても、医療機関機能報告の対象となっておりますので、新たな地域医療構想に係る本格的な議論は令和9年度から始められると考えておりますが、国のガイドラインを確認しながら、今後、県における具体的なスケジュールを見定めてまいります。

5ページでは、「地域医療構想調整会議における具体的な検討事項等」について示しております。4ページで御説明した検討項目について、それぞれの具体的な検討事項や想定される参加者、会議の形などが示されておりますが、こちらの内容も参考に、今後、県において準備を進めることになります。

6ページは、新たな地域医療構想における外来・在宅医療等の検討にも関わる「かかりつけ医機能報告」のスケジュールでございます。前回の会議でも御説明しておりますが、「新たな地域医療構想」に係る検討と並行して、今年度から「かかりつけ医機能報告」が導入されまして、本ページにお示ししているように、各医療機関様から報告いただき、それを取りまとめ、その結果に基づいて協議を行うよう、国から求められております。

「かかりつけ医機能報告」については、「医療機関等情報支援システム」いわゆるG-MISに入力する形で御報告いただくことになっており、国から県に入力マニュアルが届きましたが、国において入力に使用するG-MISの改修が終わっていない状況です。また、入力時期については、毎年、報告していただいている「医療機能情報提供制度」と同様に1月からとなっており、システムは1月から入力が可能な状況となりますことから、近々御案内させていただきます。

入力期限は、3月31日となっていますので、県において順次報告内容を確認しつつ、異常値があつた場合は、各医療機関に照会するなどの作業を実施し、データの集計、分析などを行った上で、協議の場において、報告内容に基づき地域のかかりつけ医機能について議論していただくことになります。

7ページでは、現時点で国から示されている資料に基づく、県における新たな地域医療構想等の検討体制について整理した資料です。

上の表ですが、「新たな地域医療構想に関する協議の場」としましては、白抜きのところですが、従来どおりの「必要病床数、病床機能の分化・連携」、また、今後開始されます「医療機関機能報告」の在宅部門「以外」を、二次医療圏単位の、この「地域医療構想調整会議」で協議を行い、ピンク色で着色している「在宅医療等連携機能」については、二次医療圏より狭い、保健所・支所の区域を単位とする協議を想定しております。

下の表ですが、かかりつけ医機能の確保に関する協議の場としましては、全部で5項目ありますが、そのうち2号機能の（ロ）に当たる、「入退院時の支援」を除いては、「在宅医療等連携機能」に関する「新たな地域医療構想に関する協議の場」と同様、二次医療圏より狭い、保健所・支所の区域を単位とする協議を予定し、準備を進めているところです。協議の場の運営体制や構成員については、現在、関係部署と調整・検討を行っているところですが、本日、御参加の皆様にも会議への出席を御依頼することもありますので、その際は、御協力いただきますようよろしくお願ひいたします。

なお、新たな地域医療構想、かかりつけ医機能の確保は、密接不可分な事項ですので、協議の場も、それぞれバラバラに設けるのではなく、同じ組織体で「新たな地域医療構想」、「かかりつけ医機能の確保」のどちらの協議も行うことで考えています。また、この協議の場では、地域の実情に応じて、例え

ば、休日当番医の在り方などが議題となることを想定しております。続いて、8ページですが、新たな地域医療構想における「必要病床数の考え方・病床機能報告等」について御説明いたします。ここでは、国が地域医療構想等の検討会で提示している資料のうち、注視することが必要と思われるものについて御紹介いたします。

まず、9ページの資料ですが、ここでは、入院患者数の推計と実績について示されております。資料の見方ですが、右上がりの赤線が、現行の地域医療構想策定時に、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないとして推計した入院患者数となっており、2013年と比較し、約1.2倍に伸びる想定となっております。

それに対し、青線のグラフが実際の入院患者数となっており、途中、コロナによる影響もありましたが、直近の数値を見ても、医療技術の高度化や在院日数の短縮などにより、2013年比で95.7%と入院患者数が想定よりも低くなっていることを示しております。

10ページを御覧ください。左側のグラフでは2005年、2014年、2023年の年齢区分ごとの入院受療率の推移が示されていますが、小さくてわかりにくいところもありますが、概ねどの年齢区分でも、入院受療率が低下していることが読み取れます。右側の上のグラフは、がん患者についてですが、がんの入院患者数は年を追うごとに少なくなる一方、外来患者数が増加していることが示されており、下のグラフでは、がんで入院した場合でも、入院期間が2週間未満の割合が増えていることが示されています。

11ページから12ページにかけては、回復期リハビリテーション病棟の資料になりますが、11ページでは、回復期リハビリテーション病棟に入院されている患者の疾患について整形外科系が多くなってきていること、12ページでは、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する整形外科疾患について比較すると、回復期リハビリテーション病棟に入院されている方の入院期間が長くなっている傾向にあることが示されています。

13ページでは、整形外科疾患のうち、高齢者救急の多くを占める大腿骨近位部の骨折に関するデータになります。大腿骨近位部の骨折については、早期の治療、リハビリが行われないと、寝たきりに繋がりやすい疾患ですが、欧米に比べ、手術までの待機時間が長いことや、急性期病棟後の受け入れ先で在院日数が変わってくることが示されています。

14ページは、地域包括医療病棟についてのイメージであり、令和6年度の診療報酬改定時の既出資料の再掲となっておりますが、12ページと13ページにありますリハビリテーションと関係する内容として、急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、在宅復帰が遅くなるケースがあることや、提供される医療サービスのイメージとして、早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供などの記載がありますので、回復期リハビリテーション病棟のあり方との関係で今後、どのような議論になっていくのか注視が必要と考えております。

蛇足ですが、11ページから14ページまでの資料の構成・内容を見ますと、厚生労働省としては、「地域包括医療病棟」を更に増やす施策を行おうとしているのではないかとも読み取れるように思います。

15ページを御覧ください。こちらは、病床機能報告についてのデータでございます。ここでは、急性期一般入院料1を算定する病床のうち、急性期として報告されている割合に都道府県間でばらつきがあることを示しています。100%に近い県もあれば、広島県のように55%の県もあります。この

点については、従前より議論があり、つまり各病院から御報告いただいている「病床機能」が、地域医療構想上で必要病床数を推計している、急性期、回復期等の区分と整合していないのではないかとの問題意識があり、「なんちゃって急性期」などともいわれましたが、厚生労働省は、各県に「定量基準分析」を行うよう求め、当県でも「宮城方式」により、病床機能報告の補正を行ったことについては、前回御報告申し上げたとおりです。新たな地域医療構想では、この問題に対処するため、病床機能報告において、入院料の種類ごとに応じて対応する区分の目安を整理することが検討されています。

最後に、16ページでは、これまでのデータや課題を踏まえた、必要病床数についての国の考え方、下の赤枠の部分に記載しております。国では、今後の必要病床数の算定において、医療技術の進歩や効率化の取組により受療率が低下している点を踏まえ、こうした変化を「改革モデル」として算定に組み込むことを提案しています。

さらに、包括期機能についても言及し、今後増加が予測される高齢者の急性期患者の受け入れや、回復期リハビリテーション病棟の効率化、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組による効率化も「改革モデル」に組み入れることを検討しています。

なお、この「改革モデル」と言われているものですが、私の理解では新たな地域医療構想上の「必要病床数」を減らすための取組みなどを「改革モデル」と厚生労働省は表しているものと考えています。また、その下の点の病床機能報告については、先ほど申し上げたとおりです。

これらの方向性は、地域医療構想の今後を考える上で重要であると県としても認識しております。引き続き、国の検討状況を注視しつつ、機会をとらえて、最新情報を皆様に共有してまいります。資料1の説明は以上でございます。

#### ○ 森田座長

ただいま、事務局から新たな地域医療構想等の検討状況について御説明がございました。委員の皆様から、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。それでは、横田先生、お願ひいたします。

#### ○ 横田委員

まず、新たな地域医療構想につきましては、数年先送りとなる可能性があるとの御説明であったかと思います。国においては、2040年に65歳以上人口がピークを迎えることを見据え、それに合わせて地域医療構想を進めていくという考え方であると理解しております。

一方で、森田会長も御認識されているとおり、気仙沼地域では既に20年ほど前から人口減少や高齢化が先行して進んでおり、それに伴い医療需要の内容も大きく変化しております。以前は急性期中心であったものが、現在では回復期や慢性期の需要が大きく増加していると感じております。また、医療従事者の確保という点でも非常に厳しい状況がございます。昨年、気仙沼市立病院と気仙沼市立本吉病院が医療再編により統合され、一つの病院となりましたが、統合前は両病院合わせて8病棟があるものの、十分に稼働できない状況でございました。統合により病棟数を整理した結果、効率的な運用に戻すことができたという経緯がございます。

今後10年、15年と時間が経過する中で、医療需要と医療提供体制、そして医療従事者の確保をバランスよく進めていかなければ、地域医療は成り立たないと考えております。

そこで1点目として、医療需要推計についてお伺いしたいと思います。これまでには、いわゆる急性期中心の医療を前提とした推計が多かったように思いますが、震災以降、回復期機能を整備しながら高齢化社会に備えてきた中で、今後、医療需要はかなり大きく変化すると考えております。

現在、人口は約5万6千人ですが、15年後には約4万人まで減少するとの推計も示されております。人口は減少するものの、待ったなしの疾患や、一定程度待機可能な急性期拠点機能など、求められる医療の中身は変わっていくと考えます。

こうした将来推計について、策定に当たっては、病院が独自にデータを提出する形なのか、それとも国が示すガイドラインに基づいて算定されるものなのか、そのイメージをお聞かせいただきたいと思います。

○ 事務局

御質問ありがとうございます。必要病床数の算定方法につきましては、現時点では国から詳細なガイドラインは示されておりませんが、基本的には国が示す算定方法に基づいて推計することになると考えております。例えば、気仙沼地域におきましては、人口減少を前提とした形で算定されるものと認識しております。

なお、現在の必要病床数につきましても、各病院から個別に提出されたものではなく、国の算定式に基づいて算出しているところでございます。

○ 横田委員

ありがとうございます。そうしますと、例えば仙台市内の大都市圏と、人口減少が進む医療圏とは、一定程度区分された算定方法が用意されるという理解でよろしいでしょうか。

○ 事務局

そのようになると考えております。

○ 横田委員

気仙沼医療圏につきましては、地理的にも石巻などから距離があり、一定程度、圏域内で医療を完結できる体制を維持する必要があると考えております。急性期拠点機能なども含め、どこまで継続できるのかという点は、今後の検討課題であると感じております。

その際、東北大学の医師派遣機能など、大学病院の役割と、国が考える地域医療構想の方向性が一致していかなければ、実現は難しいのではないかと感じております。大学における医育教育や教授会等の中で、こうした課題がどの程度重要視されているのか、正直なところ見えにくい部分もございます。ぜひ情報共有を丁寧に行っていただき、気仙沼のような地域特性を踏まえた医師配置や医療提供体制について、意識を持っていただきたいというのが私の意見でございます。以上です。

○ 事務局

ありがとうございます。医療従事者の確保や医師派遣機能につきましても、次期の地域医療構想に関するガイドラインにおける重要なテーマの一つとして、検討が進められる予定となっております。

○ 森田座長

横田先生、どうもありがとうございました。それでは、時間の都合もございますので、資料1に示されております「新たな地域医療構想を考えるに当たっての必要病床数の論点」につきまして、これまで様々な御議論をいただきてきたところでございます。宮城方式、埼玉方式などの考え方もございましたし、新たな地域医療構想全体についての御意見もあるかと思います。本日は、地域医療構想アドバイザーとして大学名誉教授の藤森先生に御出席いただいておりますので、御意見を頂戴したいと思います。藤森先生、よろしくお願ひいたします。

○ 藤森アドバイザー

ありがとうございます。新たな地域医療構想につきましては、これまでの反省も踏まえ、ややスローペースではあるものの、着実に内容が整理されてきていると感じております。今回の構想では、単なる病床機能区分にとどまらず、病院機能を明確化し、医療機関がどのような機能を担い、地域の中でどのように連携していくのかを整理することが重要であると考えております。

その上で、患者の受療動線を整理し、どの医療機関も経営的に成り立つ形を目指していくことが、今後の地域医療構想の本質ではないかと思います。また、高齢者救急への対応や、介護との連携も大きなテーマとなります。限られた医療・介護人材をどのように配置していくのかという視点も含め、今後さらに具体的な議論を深めていく必要があると考えております。以上でございます。

○ 森田座長

ありがとうございます。アドバイザーの石井先生お願ひいたします。

○ 石井アドバイザー

横田委員からの御指摘のとおり、大学病院といたしましても、地域における医療提供体制の方向性が一定程度整理され次第、医師派遣等の課題について、議題として取り上げ、検討していきたいと考えております。

○ 森田座長

ありがとうございます。

それでは、続いて議題2から議題4までにつきまして、事務局から一括して説明をお願いいたします。

○ 事務局

それでは、「病床数適正化支援事業について」御説明いたします。資料2を御覧ください。第1回の調整会議でも概要を御説明しましたが、その後、国から第2次内示があったことから、改めて御報告申し上げます。本事業は、効率的な医療提供体制の確保に向け、医療需要の変化を踏まえて病床削減に取り組む医療機関に対し、経費相当分の給付金を支給するものです。対象期間は令和6年1月2月17日から令和7年9月30日まで、給付単価は1床当たり4,104千円でございます。本県の状況の(1)

国交付決定額は、1次内示、2次内示合わせて、170床分の、697百万円余となっております。

なお、※のところですが、要望額は812床でしたので、国の予算の都合で20%程度しか、御要望にお応えできていないこととなります。下の表ですが、区域別の配分は、仙南区域が16床、仙台区域が111床、大崎・栗原区域が19床、石巻・登米・気仙沼区域が24床であり、病床種別では一般病床が100床、療養病床が15床、精神病床が55床となっております。県では、国が示す算定方法に基づき、該当医療機関へ交付決定を行いました。

資料の2ページを御覧ください。2次内示における算定方法は、1次内示時と一部異なる基準が示されました。1次内示時では、一般会計の繰入等がない医療機関、つまり公立病院等以外で、令和4年度から3年連続経常赤字の医療機関又は令和5年度から2年連続経常赤字かつ令和6年度に病床削減済みの医療機関が算定対象となりましたが、2次内示では、令和5年度から2年連続経常赤字の医療機関が算定対象となり、算定対象が広がりました。また、給付の上限は、1次内示は50床でしたが、2次内示では10床となっています。宮城県では、給付の対象となった医療機関へ既に給付金の支給を完了しています。本事業は、国において経済対策の一環として位置づけられて実施しましたが、医療機関を取り巻く厳しい状況は変わっていないことから、今後も国の経済対策や関連施策の動向を注視しつつ、県としても医療機関の実情を踏まえた的確な対応を行ってまいります。

資料2の説明は以上でございます。

続きまして資料3、「重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業の実施状況について」、御説明申し上げます。資料3を御覧ください。本事業は、今後も一定の定住人口が見込まれる一方で、人口減少よりも医療機関の減少スピードが速い地域を「重点医師偏在対策支援区域」として設定し、当該区域において診療所を承継または新たに開業する場合に、施設整備、設備整備、そして地域への定着支援を行うものです。

重点医師偏在対策支援区域としては、仙南医療圏、大崎・栗原医療圏、そして石巻・登米・気仙沼医療圏の3区域を指定しております。支援の対象となるのは、これらの区域内で承継または開業し、県の地域医療対策協議会および保険者協議会において支援対象として合意を得た診療所となっております。

石巻・登米・気仙沼医療圏では、3診療所から、承継1件、開業2件の申請があり、各協議会で合意を得ております。申請内容ですが、施設整備事業に3件、設備整備事業に3件、定着支援事業に1件となっており、補助対象経費は施設整備事業が117, 184千円、設備整備事業が20, 370千円、定着支援事業7, 691千円となっています。実際の補助金額はそれぞれ58, 592千円、20, 185千円、5, 127千円となっております。

資料の2ページ目には、国が示す、それぞれの事業における補助対象・補助基準額を示しておりますので、御確認ください。地域によっては、医師の高齢化や後継者不足などにより診療継続が困難となるケースも見られる中で、こうした承継・開業支援を通じて地域医療の担い手を確保することが重要となっております。

県としても、関係団体や市町村と連携しながら、円滑な事業実施と地域への定着を支援してまいりたいと考えております。資料3の説明は以上でございます。

それでは、令和7年度病床機能再編支援事業の事業計画について、御説明申し上げます。画面も共有させていただきます。右肩に「資料4-1」と記載されている、横書きの資料を御覧ください。病床機能再編支援事業の活用に当たっては、この調整会議と医療審議会の意見を踏まえることが要件とされ

ておりますことから、今年度中に本事業の活用を予定している医療機関の事業計画について、御意見を頂戴するものでございます。

まず、1の「趣旨」になりますが、地域医療構想の実現を図る観点から、自主的な病床削減等に対して財政支援を行うものでございます。2に「事業区分」を記載しておりますが、本事業では、3つのメニューが示されており、今回は、「統合支援給付金支給事業」として気仙沼市立病院と気仙沼市立本吉病院の統合が対象となっております。

なお、ここには代表医療機関として気仙沼市立病院のみ記載しております。支援の概要としましては、病院の統合に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関全体で減少する病床に、病床稼働率に応じた単価を掛け合わせた額を支給するものとなっております。

なお、対象となる病床機能は、回復期を除く、高度急性期、急性期及び慢性期のいずれかの機能となっております。詳細については、「参考資料2」にその他の区分の内容も含めて記載しておりましたので、後ほど御覧いただければと思います。「3事業計画の内容」に医療機関ごとに計画内容をまとめております。

気仙沼市病院事業では、働き手不足の深刻化や医師の働き方改革等へ対応するため、病院事業全体で急性期病床のうち稼働病床数288床を238床に削減した上で、本吉病院の回復期病床のうち稼働病床数29床を気仙沼市立病院に統合して無床診療所化する内容となっております。

なお、資料4-2として、「病院再編統合にかかる事業計画書」を添付しておりますが、今回の統合計画の概要につきましては、令和5年度第3回地域医療構想調整会議において、公立病院の具体的対応方針として委員の皆様に御承認いただいており、既に実施されているところでございます。詳細につきましては、後ほど御覧いただければと思います。簡単ではありますが、事務局から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。ただいまの説明に対し御質問等ございましたらお願ひします。

【なし】

それでは、ないようでしたら、議題（2）から議題（4）まではこれで終了といたします。

#### 4 報告事項

##### ○ 森田座長

続きまして「4 報告事項」として、「(1) 構想区域内における病院間連携について」、事務局から説明をお願いいたします。

##### ○ 事務局

「構想区域内の病院間連携について」、御説明申し上げます。資料5を御覧ください。この資料は、第1回調整会議において、病院間の連携事例について御紹介した際に、本地域も病院間の連携が取れてい

る地域であるので見える化したらどうか？という御意見があつたことから、まずは石巻地域の病院にヒアリングし、作成した資料になります。連携については、様々な分野がありますが、本地域の高度急性期、急性期医療の中心となっている石巻赤十字病院にヒアリングした際、下り搬送の根詰まり感についての指摘がありましたので、その視点での見える化を試みております。

なお、各病院へのヒアリング時には、病院のその先、例えば、特養や老健施設などの介護保険施設や在宅への流れにおいても根詰まりがあるのではないか？といった視点からも様々に現状を教えていただきました。経営的に近いグループ内に入所系の施設があるかないかでの融通の利きやすさなどの違いはありましたが、総体的には、あまり根詰まりは感じられませんでしたので、資料では病院までの記載しております。その点について御意見があれば後程、頂戴したいと思います。

それでは、資料の記載内容について説明させていただきます。各病院の箇囲みには、病床数、病床機能報告上の病床機能、入院基本料、病床利用率を記載しております。また、各病院へ延びる矢印には、石巻赤十字病院からいただいた資料に基づく令和7年4月から11月までの各病院の受入患者数、転院調整日数を記載しております。この点について、各病院様からお聞きした数値もあったのですが、基準点を決めずに聞いてしまい、目線がばらばらになってしましましたので、石巻赤十字病院様からお聞きした数値を参考に記載しております。

次のページに、「下り搬送」に関する現状と今後の方向性について記しております。本地域では、高度急性期、急性期の患者対応について、石巻市立病院、仙石病院においても、重要な役割を果たしていると認識しております。記載されている内容については両院にも共通している部分があるかと思いますが、一旦、石巻赤十字病院から聞き取りした内容を中心に記載しております。

左側に記載してある送出側の現状として考えていく必要がある点ですが、1点目は、他院との退院調整の開始時期、2点目は、転院先において患者様との認識齟齬が生まれないような病態などの事前説明、3点目は、受入先において円滑に治療を開始できるような治療方針の明確化です。これらの内容については、送出側として考えていく必要があると思いますが、あまりに多くのことを求めると、送出側の医師やスタッフの負担が重くなり、逆に時間がかかるてしまうことも懸念されることについては、留意する必要があるのではないかと考えております。

右側は、転院先となる受入側病院についての現状です。一点目は、先ほどのネットワーク図に記載しましたが、病院ごとに退院調整日数に差があるようです。もちろん、円滑に患者を受け入れ、適切な医療を提供するためには、入念な事前準備が必要になってきますが、短縮化の余地がないか検討する意義はあるものと思われます。2点目は、受入手順等が病院ごとに異なっているという点です。3点目は、なかなか難しいとは思いますが、夕方は、応援の医師に切り替わる時間ですし、休日も同様ですので、転院要請があった場合にすぐに対応することが難しいことが、下り搬送に関する現状として挙げられると思います。

別添の資料は、昨年度、仙南地域での救急に関する会議で紹介した大崎市民病院本院を中心とした県北地域における転院調整事例ですが、共通様式を用いた転院調整や、担当者の定期訪問を通じた相互理解などに取り組んでおられます。

石巻地域においても、病院間の連携を推進するための協議を行う場として、事務部長会議が1月に開催され、その中で転院調整に関するツールの導入も話し合われる予定であるなど、転院の円滑化に向けた動きが着実に進められていると承知しております。

本日は、病院間の連携に関するこうした動きについて、本会議を利用し、認識を共有化したいという視点で資料を作成し、御紹介いたしました。

なお、石巻市立病院様や仙石病院様からの矢印には、数値が入っていませんが、今後、数字を教えていただく中で、違った傾向が見られたときは、そこをヒントに話し合いを深めていくこともできるのではないかと考えておりますので、今後ともどうぞよろしくお願ひいたします。

○ 森田座長

ただいまの説明について、御意見がございましたら、頂戴したいと思います。石巻赤十字病院の、石橋先生お願ひいたします。

○ 石橋委員

御説明のとおりでございます。県内に限らず、全国各地の地域におけるネットワークの作り方も参考にしながら、地域の中でも話し合いを重ねております。国が示す方向性を見据えつつ、地域としてどのように形を作っていくか、皆様と相談しながら少しづつ進めてまいりたいと思っております。

その際、県の御支援が必要となる事象が生じましたら、御協力を頂きながら相談し、進めてまいりたいと思いますので、引き続きよろしくお願ひいたします。

○ 森田座長

ありがとうございました。石巻医師会の千葉先生、いかがでしょうか。

○ 千葉委員

難しい課題が多く、コメントしづらい面もございますが、先ほど石橋**院長**がお話しされたとおり、現場では非常に御苦労が多いと外からも感じております。

医療従事者の不足もある中で、患者の受入れも含め、大変な状況ではないかと思います。例えば、紹介の御相談をする際にも、見立てを行った上で、必要に応じて他院へ繋ぐといった対応があるなど、受入れに当たっての負担も大きいと感じております。石橋院長として、現状をどのように受け止めておられるか、率直なお話を伺えればと思います。

○ 石橋委員

ありがとうございます。何を持って「大変」とするかにもよりますが、外から見て常に逼迫しており、地域のニーズに十分に応え切れていないという点は事実としてございます。忙しいことは忙しいのですが、内部としても改善すべき点が多くございますので、そうした点にも取り組みながら、地域のニーズにも応えていくということで進めております。また、人的資源につきましては、地域の中では当院が比較的多い状況にございますので、皆様と協力しながら、一定の役割を担っていかなければならぬと考えております。

十分なお答えになっているか分かりませんが、御配慮いただき大変ありがたく思っております。うまくお答えできず恐縮でございます。

## ○ 千葉委員

ありがとうございます。毎回、県の皆様には御支援をお願いしているところでございますが、石巻地域は、気仙沼地域などからの患者受入れも多く、負担が大きいと伺っております。気仙沼地区の先生方もバックアップされているとは存じますが、地域間連携についても、引き続き県として御支援をお願いしたいと思います。この場で県の方々に申し上げるのは筋違いかとも思いましたが、何卒よろしくお願ひいたします。

## ○ 森田座長

ありがとうございました。それでは、隣接する立場として、石垣委員、御意見をお願いいたします。

## ○ 石垣委員

桃生郡の石垣でございます。皆様、大変お世話になっております。今、千葉会長がお話しされた点は、私も申し上げようと思っていたところでございます。他地域も同様かと思いますが、石巻に負担が集中している状況があり、診断までは行うものの、治療は他院でお願いするというケースも多いと感じております。地域として連携は取れているとは思う一方で、そのパワーバランスがどの程度取れているのかは懸念しております。地域医療構想が少数の議論にとどまっているのか、内容が伴っているのか、今後どのように反映されていくのかについて、心配しているところでございます。以上です。

## ○ 森田座長

率直な現場の御意見をありがとうございました。続きまして、隣接して深い関係にございます八嶋会長、御意見をお願いいたします。

## ○ 八嶋委員

私も、石巻にお願いすることが多い立場として感じるところを申し上げます。千葉会長、石垣委員がお話しされたように、いわゆる「上り搬送」の問題がございます。開業側から病院側へお願いする際、患者が石巻での受入れを希望しても、すぐに受け入れていただけない場合があると感じております。

一方で、国の方針として病床が減少している中、本当に適正な病床削減であったのかという点は気になります。ベッドがないと言われると、他を当たることになってしまい、患者ニーズに応えるための病床が十分に確保されていないのではないかという印象もございます。

もちろん石巻のみならず、循環器系については栗原中央や大崎など、お願いできる先は複数ございますが、近隣で大きな病院となると石巻一択になりがちです。救急隊からも、石巻で受けられないかという問い合わせがある状況でございます。是非、現実的な課題として捉えていただければと思います。以上でございます。

## ○ 森田座長

ありがとうございました。ただいまの御意見を、今後の地域医療構想調整会議の議論に生かしていただきたいと思います。本日は、地域医療構想アドバイザーの藤森先生にも御出席いただいておりますので、この件につきまして藤森先生から御意見を頂戴したいと思います。よろしくお願ひいたします。

○ 藤森アドバイザー

今回の資料5のように整理された内容は、議論の出発点として良い整理であると思っております。ただ、おそらく高齢者救急にフォーカスして議論した方が分かりやすい部分もあるかと思います。焦点を明確にした上で、数値等を埋めながらブラッシュアップしていく形で議論が進むことを期待しております。また、先ほどの「上り搬送」のような課題は、より広域な視点、二次医療圏全体の議論にもつながると考えますので、こうした全体像の絵姿も示されるとよいと思います。

さらに、地域包括ケアシステムという観点から、介護も含めたより小さな単位での絵姿を描くことも、議論を進めやすくするのではないかと感じました。今後の発展を期待しております。よろしくお願ひいたします。

○ 森田座長

ありがとうございました。それでは、ただいまの件につきましては、これで終了いたします。

5 その他

次に、「5 その他」として、これまでのことも含めまして、委員の皆様から御質問、御意見はございませんでしょうか。言い漏れたことも含め、何かございましたらお願いいたします。松本先生、御発言をお願いいたします。

○ 松本委員

登米市民病院の松本です。現在困っておりますのは、医師数の不足です。また、開業医の先生方も努力されておりますが、皆様高齢であり、定着がなかなか進んでいない状況がございます。後継として息子さんが戻られる例もありますが、地域全体として高齢化が進んでいることが課題でございます。病院の稼働率につきましては、当院も努力して8割を少し超える程度でございますが、病院が機能するためには9割以上の稼働率が必要であり、病床数が適正かどうかは検討しなければならないと考えております。ただし、すぐに減らすというわけにもいかないため、将来を見据えて適正化を進めていく必要があると感じております。その際、支援や補助が必要であると考えております。単に減らせばよいということではなく、減らすための補助が必要です。国は急性期を減らすよう求めますが、慢性期は費用がかかります。近年、人件費も上がっております。

年末にかけて、入院患者が増加しており、食事介助や排泄介助など、看護師の負担が増し疲弊しております。人材確保も含め、慢性期医療に係る診療報酬を引き上げなければ、病院が慢性期に手を挙げにくい状況が続くと考えます。国に対しても、地域医療・高齢者医療の現状をしっかりと伝えることが大事だと思っております。

さらに、医師派遣についてでございます。県からの自治体枠の派遣は当院も受けておりますが、近頃は滞りがちであり、大学に依頼してもなかなか派遣が得られないのが現状です。医師が退職したり、他の医師が定年を迎える中で、当院も将来的に医師不足が深刻化する見込みです。現在、若い医師は23名おりますが、独自の奨学金で確保している医師も多く、8年後には多くが離任する可能性があり、病院として医師がいなくなる懸念がございます。県として、地域への医師派遣をより本気で検討

していただきたいというのが、現状に基づく要望でございます。長くなり申し訳ございません。

○ 森田座長

現場からの貴重な御意見をありがとうございました。先ほど、病床数適正化支援事業の説明の中でも、要望したうち約2割程度しか交付されていないというお話がございました。残る8割の医療機関がどのように対応しているのかという不安もございます。適正化を進めた結果として、将来において不適正な状態が生じないよう、検討を深めるとともに、国に対しても働きかけていく必要があると考えております。本日は南三陸病院の初貝先生にも御出席いただいております。石巻にも登米にも気仙沼にも関わっておられる立場として、御意見がございましたらお願ひいたします。

○ 初貝委員

石巻市立病院にはお世話になる一方で、現場として目の前の対応で精一杯というのが実情でございます。この場で申し上げられることは多くございませんが、以上でございます。

○ 森田委員

ありがとうございました。では事務局よりお願ひいたします。

○ 事務局

それでは、「5 その他」といたしまして、国の補正予算にかかる医療機関等への支援について御説明申し上げます。画面で、資料を共有させていただきます。国の今年度の補正予算については、現在、衆議院を通過し、参議院で審議中ですが、その中で医療機関等への支援策が示されていますので、時間の関係もありますので、その中から2つだけ御説明申し上げます。なお、本日御説明する資料以外にも、厚生労働省のHPで「令和7年度補正予算案の主要施策集」として示されていますので、後程御確認いただければと思います。まず、「医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援」について御説明します。こちらは、御覧いただいている表にあるとおり、病院、有床診療所等に、賃上げ、物価上昇に対する支援を行うもので、上の2つの表は、病院に対するものであり、基礎的支援として、1床あたり、賃上げ分は8万4千円、物価上昇分として11万1千円が交付されるものです。また、その他にも、その下の表ですが、救急の受入件数等に応じて、1施設当たり、500万円から最大2億円の加算があります。また、一番下の表ですが、一番左の表を御覧いただきまして、有床診療所1床当たり賃上げ分7万2千円、物価分1万3千円、その隣の表ですが、無床診療所や歯科診療所は1施設当たり賃上げ分15万円、物価分17万円が交付されます。この支援策については、御注意いただきたいことが2つあります。一つは、交付申請先が、病院とその他によって異なるということです。まず、病院、つまり、上二つの表分は、国が直接、病院に対し交付することとなります。申請先・手続きなどについては、まだ、国の予算が成立していないこともあり、示されていません。

次に、有床診療所や無床診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーション分、つまり、このページの一番下の表にある部分ですが、こちらは県から交付することとなり、申請先も県となります。いずれ、近々、国若しくは県から、交付申請を促す通知がありますので、お見逃しが無いよう御注意いただければと思います。

もう一つ御注意いただきたい事項としては、「賃上げ分」の支給要件です。こちらは、賃上げに対する支援を行うもので、「賃上げ」を行わないところは対象外となることが想定されております。一方、どのような場合に賃上げ分が支給されるのか、賃上げしたことを何により確認するのかなどは、現段階では国から示されておりません。こちらも、賃上げ分の支給の要件が国から今後示されるはずですので、御留意いただければと思います。

さらに、ただいま御説明いたしました国の補正予算を活用した「賃上げ分」「物価上昇分」への支援のほかに、国から県に一括して交付される「物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金」を活用しまして、県から医療機関等に食材料費と光熱費にかかる支援が行われる予定であり、現在開会中の県議会に予算案が諮られております。

県が行う食材料費と光熱費に対する支援スキームは昨年度に実施したものと同じであり、公立の医療機関は、市町村に県と同様に「物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金」が交付されることから対象外となっております。

こちらにつきましても、議会の議決がありましたら、近々単価も含めまして、申請の御案内を行う予定としておりますので、関係機関の皆様はお見逃しが無いよう御注意をお願いします。

次に「病床数の適正化に対する支援」について、御説明申し上げます。資料の「③施策の概要」を御覧いただきたいのですが、箱囲みの2行目（概要）のところですが、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行うもので、その下の行ですが（交付対象・交付額）にありますとおり、病院・有床診は1床減らすごとに4,104千円、休床の場合はその半額の2,052千円が支給されるものです。

この事業は、先ほど資料の2で御説明しました「病床数適正化支援事業」に近い事業スキームになっていますが、「④施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等」の部分の、手続きのフロー等を示した図を御覧いただきたいのですが、一番右の医療機関から、計画提出の矢印が「病床数適正化緊急支援基金 基金管理団体」となっております。つまり、今年度実施しました「病床数適正化支援事業」は、病床を減らす医療機関からの申請を県が受付し、県から支援金を支給していましたが、国が補正予算で示した新たなスキームでは、都道府県は通さず、直接国の基金管理団体に計画等を提出するというスキームになるようです。こちらについても、まだ詳細は不明ですので、御関心のある医療機関の皆様は、いずれ示される国からの通知、資料等をお見逃し無いよう、御留意願います。先ほども申しましたが、本日御説明申し上げた2つの制度以外にも、国が補正予算として示した事業等が厚生労働省のHPに示されておりますので、お時間があるときに、お目通しいただければと思います。

## ○ 森田座長

ありがとうございました。ただいまの御説明に関連し、先ほど御説明いただきました緊急支援パッケージの申請に係る周知方法についてお伺いします。県から個別の医療機関へ直接、文書等で御案内するのか、医師会を通じて各医療機関へ周知するのか、どのような方法をお考えでしょうか。

## ○ 事務局

御質問ありがとうございます。周知方法につきましては、まず個別の医療機関の皆様に御案内いたします。

なお、県医師会にも周知し、二重に周知する仕組みとしたいと考えております。

○ 森田座長

ありがとうございます。また、事前に事務局と協議した内容について、御回答いただきありがとうございます。

○ 事務局

緊急支援パッケージの補助金に関し、基準の考え方について補足いたします。前回の診療報酬改定において「ベースアップ評価料」が設けられました。病院では多くの医療機関が申請していると伺う一方、診療所では半数程度、あるいは6割程度と認識しております。今回の補正予算が、こうした財政支援を求める、いわゆる手挙げを行った医療機関をベースに配分されるのか否かについて、現時点では必ずしも明確になっていない状況でございます。昨年度の診療報酬改定のスキームでは、ベースアップ評価料の手挙げが、今後の補正予算の対象になるという整理であったと理解しておりますが、現時点では確定的ではない旨、御報告いたします。来年度の診療報酬改定では、実質2%の引上げが行われ、特に病院への経済的支援を中心に実施されると伺っておりますが、具体的な条件や、2%がそのまま反映されるかどうかについては、現時点では不透明でございます。以上を補足させていただきました。

○ 森田座長

それでは、ただいまの御説明、令和7年度補正予算の関係につきまして、委員の皆様から御質問、御意見はございますでしょうか。

【なし】

○ 事務局

最後に、本日の議事録の作成に当たりましては、皆様に御確認をいただいた上で、公表をさせていただきます。また、次回の調整会議の日程等については改めて調整させていただきますので、どうぞよろしくお願ひいたします。事務局からは以上でございます。

○ 森田座長

皆様の御協力により、会議を無事終了することができました。本日は年末のお忙しい中、活発な議論をいただきありがとうございました。司会に進行をお戻しいたします。

○ 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。以上を持ちまして、令和7年度第2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ましてありがとうございました。

(参考)

当日音声トラブルにより服部委員への質問を受付することができませんでしたが、後日質問内容の聞き取りを行いました。質問及びそれに対する事務局の回答は以下のとおりです。

質問内容：服部委員

1. 資料4-1「令和7年度病床機能再編支援事業の事業計画について（石巻・登米・気仙沼区域）」において、気仙沼市立病院の統合事例が説明されましたが、実際の現場では、この統合による病院機能の効率化は効果的であったと感じられているのか。また、現在の気仙沼市立病院の病床稼働率は何%なのか。
2. 質問2. 6月の第1回の会議において、「令和7年度宮城県地域医療構想推進支援事業」の説明があったが、令和7年度は何病院支援実施があり、区域ごとの内訳はどのようにになっているか。

回答：事務局

1. 今回の医療機能再編の主たる目的は、少子高齢化による働き手不足や疾病構造の変化に対応しつつ、持続可能な医療提供体制を構築することである。  
2. 病院を1病院1診療所（附属医院）体制としたことで、病院事業全体の迅速な意思決定や、効率的で柔軟な人事管理ができるようになったという点において、効果的であったと認識している。また、現在の気仙沼市立病院の病床稼働率については、直近（令和7年11月時点）で82.6%となっている。  
なお、参考として統合前後の病床稼働率は、統合前（令和5年度）が77.4%、統合後（令和6年度）が82.1%となっており、一定の改善が見られる。
2. 令和7年度における「宮城県地域医療構想推進支援事業」については、3病院に対して支援を実施しており、区域ごとの内訳は、以下のとおりである。

仙台区域：1病院

大崎・栗原区域：1病院

石巻・登米・気仙沼区域：1病院