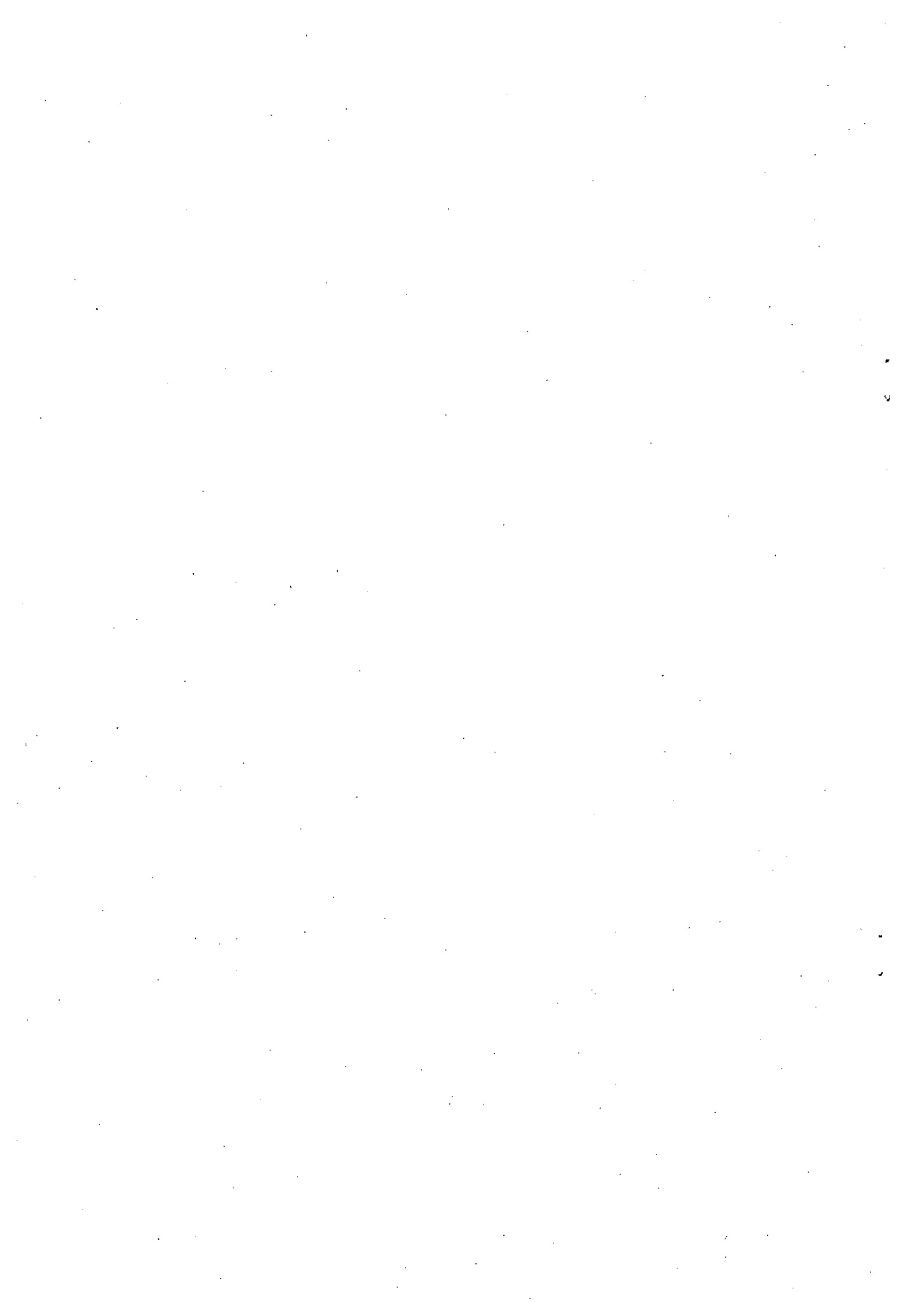


青森県

医療審議会医療計画部会

議事録

(令和5年9月19日開催)



令和5年度第1回青森県医療審議会医療計画部会

日 時 令和5年9月19日(火) 17時00分～19時00分

出席部会員 淀野部会員、村上部会員、丹野部会員、田崎部会員、福士部会員、
白滝部会員、舩甚部会員、福田部会員、柁谷部会員
(部会員10名中9名出席)

(司会)

それでは、定刻となりましたので、ただ今から「令和5年度第1回青森県医療審議会医療計画部会」を開会いたします。

開会にあたり、青森県健康福祉部長 永田より御挨拶を申し上げます。

(永田部長)

皆様、こんにちは。

青森県健康福祉部長の永田でございます。

本日は、お忙しい中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

皆様には、日ごろから保健医療行政の推進をはじめ、青森県政全般にわたり格別の御理解と御協力を賜わり厚く御礼申し上げます。

さて、青森県の医療を取り巻く環境は、人口減少や高齢化の進行に伴い、疾病構造が次から次に変化する。あるいは、医療技術も様々に高度化していくといった形で大きく変化をし、また、医療に求められるニーズも益々多様化しているところでございます。

こうした中、現状において、青森県では平成30年度から令和5年度までを期間とした第7次青森県保健医療計画に基づき、様々な保健医療提供体制の確保を医療機関をはじめとする関係者皆様の御協力のもと、進めてきたところでございます。

今般、来年度からの6年間を見据えた第8次青森県保健医療計画を策定することとしております。

本日は、この第8次計画の策定に向けて、それぞれの各ジャンルの協議会において、議論をどのような形でやっているのか、などについて御報告をさせていただきますとともに、第7次計画自体の評価、あるいは、保健医療圏、基準病床数や5疾病6事業及び在宅医療の方向性などについて御意見を伺いたいと考えております。

医療計画を議論する計画部会でございますので、大変重要な会でございます。

委員の皆様には、本県の保健医療提供体制の一層の充実・強化に向けて、それぞれ専門的な見地から忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げ、部長としての挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしく願いいたします。

(司会)

本日の出席者につきましては、部会員10名のうち、出席者名簿のところにもございますが、9名を予定しております。今、淀野先生、少し遅れているというお知らせがありまして、現段階で8名御出席いただいておりますので、議事の方が成立していることを、まずもって御報告いたしたいと思います。

また、本日は、部会員指名後の初めての部会ですので、はじめに本部会の部会長及び職務代理者を選任していただきたいと思います。

医療法施行令の規定により、部会員の互選により定めることとされております。

どなたか、部会長及び職務代理者の御推薦はございませんでしょうか。

舛甚部会員、お願いいたします。

(舛甚部会員)

私から推薦いたします。

前回に引き続きまして、部会長には全日病青森副会長の村上部会員、部会長職務代理者には弘前大学学長の福田部会員を推薦いたします。

以上でございます。

(司会)

ありがとうございます。

今の御推薦の御発言に御異議等ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

(異議なしの声)

ありがとうございます。

御異議等、ございませんようですので、村上部会員には部会長を、福田部会員には職務代理者をお願いいたしたいと思います。

それでは、青森県医療審議会運営要綱に基づき、以後の進行を村上部会長をお願いいたします。

(村上部会長)

よろしゅうございますか。

村上でございます。ありがとうございます。

また、福田先生、よろしくお願ひ申し上げます。

ただ今、選任いただきました、この議事を皆様からの考えをいただきながら、おまとめ差し上げたい、そう思っております。よろしくお願ひ申し上げます。

また、議事録署名者、これは、御指名させていただきますが、白滝部会員と柗谷部会員にお願いしたいと思います。よろしくお願ひ申し上げます。

それでは、次第に従って議事に入らせていただいておりますか。

それでは、議題の(1)「第8次青森県医療計画の策定 策定の考え方」、事務局よりよろしくお願いします。

(事務局)

青森県医療薬務課の高橋です。よろしくお願いいたします。

それでは、私の方から、第8次青森県保健医療計画の策定の考え方について、御説明させていただきます。

資料1を御覧ください。

こちら、5月に事前に配付させていただいた資料の時点更新をしたものになります。詳細の説明は省略させていただきますので、ポイントのみの御説明とさせていただきます。

まず、スライド3の方を御覧ください。

こちらは、国が示している医療計画の策定の考え方についてお示ししているものです。

医療計画とは、医療法に基づき各都道府県が、医療提供体制の確保を図るために策定するものとなっております。病床数などの医療提供の量と医療連携などの質を定めることとしております。

都道府県の医療計画の策定にあたっては、こちらのスライドの下の方にある体系の方になりますが、厚労省による基本方針や作成指針、構築指針、こういったものに基づいて、各都道府県が、右側のような形で医療計画を策定することとなっております。

スライド4を御覧ください。

こちらが、国でまとめた次期の令和6年度から施行される第8次計画に関する変更のポイントとなっております。

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえて、新たな事業として、新興感染症の発生・まん延時における医療に関する事項。こちらを新しく追加しております。

こちらの追加によって、今まで5疾病・5事業、在宅医療となっていましたが、この1事業を追加することによって、5疾病・6事業、在宅医療という形で事業が1つ増えております。

その他、細かいところは、スライドの記載にあるとおりです。

スライド5を御覧ください。

こちらは、本県における第7次保健医療計画の概要となっております。計画の期間は、平成30年度から令和5年度までの6年間で、保健医療計画に関する、青森県における保健医療計画に関する基本的な計画として位置付けております。

スライド6を御覧ください。

こちらは、本県の第8次計画の策定に向けた第7次計画からの変更のポイントとなっております。

先ほど、国の説明にあったとおり、新興感染症発生・まん延時における医療を新たに追加

していることと、下の方に書いてあります、政策循環の仕組みの強化などとなります。今までは指標で管理する評価でしたが、ロジックモデルを活用して政策循環を強化することとしております。

次のスライドをお願いいたします。

こちらが、第7次計画から第8次計画に変更の構成案になっております。先ほどの新興感染症の追加など、赤字で書いてあるところが変更した部分になっております。

次のスライドをお願いします。

こちらは、第8次計画を策定するにあたって、第7次計画の評価の方法についてです。

第7次計画においては、指標を数値的な目標値として掲げているものがありますので、それらをどのように評価するか、統一的にするために、改善、変化なし、悪化、評価困難などの6項目に分けて評価することとしております。

次のスライドをお願いします。

こちらは、5疾病・6事業及び在宅医療の連携体制の在り方について、簡単に記載方法をまとめたものになっています。ポイントとしては、患者や住民に分かるやすくするように記載方法を検討して整理したものとなっております。

13 ページまでが、この記載方法に関する事項になっておりますので、説明は省略させていただきます。

スライド 14 を御覧ください。

こちらが、第8次青森県保健医療計画を策定する体制となっております。地域医療構想や外来医療計画については、地域医療構想調整会議の場を。5疾病・6事業については、こちらの協議会の場を。在宅医療については、在宅医療対策協議会を。協議の場とすることとしております。

続いて、スライド 15 を御覧ください。

こちらが、策定のスケジュールになっております。

本日の会議につきましては、真ん中の赤で囲んでいる第1回計画部会になります。

本日は、部長の挨拶にもあったとおり、第7次の評価や二次保健医療圏、こういった事項に関する御意見いただきたいと考えております。

その後、本日の御意見を踏まえまして、親会議である医療審議会を10月18日に開催する予定としております。

なお、今年度は、本日の会議を含めまして、医療計画部会を3回、親会議である審議会を3回開催する予定としておりますので、引き続きよろしくをお願いいたします。

以上で資料1の説明を終了いたします。

(村上部会長)

ありがとうございます。

ただ今の事務局からの御説明に対して、御意見、御質問ございましたらよろしくお願ひし

ます。

皆様、おそらく、新興感染症、コロナですね。大分、行政を含めて、皆さん、御苦勞なされたと思いますが、その部分が増えてございますし、また、COPDとか、CKDなど増えてございますが、いかがでしょうか。何か御意見ありましたら御教示ください。

よろしく申し上げます。

今、あまり皆様ないようでございますが。

後でも、御意見、また出てきたら受けられるように考えていきたいと思っております。

2番の第7次の計画の評価について、御説明お願い申し上げます。

(事務局)

それでは、引き続きまして、「第7次青森県保健医療計画の評価」について、御説明させていただきます。

資料2を御覧ください。

まずは、スライド2を御覧ください。

第7次計画においては、数字などの具体的な目標が設定されている項目が231項目としておりまして、このうち、目標を達成している項目が77項目で全体の33.3%にあたります。

目標未達成ですが、改善している項目が59項目で全体の25.5%にあたります。合わせて58.8%となっていることから、全体として、第7次計画については、概ね前進したものと評価しているところです。

評価結果を踏まえまして、第8次計画に反映し、引き続き保健医療計画の体制の充実を目指していきたいと考えております。

スライド4以降は、5疾病・5事業及び在宅医療の評価の中身になっております。

まずは、スライド4を御覧ください。

こちら、がん対策となります。指標の6割が目標達成又は改善となっているところです。

がんの検診受診率は、概ね向上しております。

一方、生活習慣病に関する指標は、概ね悪化しているところです。

また、がんの死亡率は、改善傾向となっておりますが、全国平均を上回っていることから、引き続き検診の促進やその精度管理の向上に取り組む必要があります。

続いて、下の方の脳卒中になります。

こちらは、指標の概ね6割が悪化となっております。

がん対策と同様に生活習慣病に関する指標が悪化しており、特定検診や生活習慣の改善、こうした普及啓発が必要となっております。

また、医療提供体制については、早期に適切な治療やリハビリテーションを受けることができる体制を維持していく必要があります。

続いて、スライド5を御覧ください。

心筋梗塞などの心血管疾患対策についてです。

こちらも概ね6割が悪化となっております。

がんや脳卒中と同じように生活習慣病に関する目標値が悪化しており、こちらも引き続き特定検診などの普及啓発が必要と考えられます。

また、医療提供体制については、急性期から慢性期にかけて、切れ目のない地域の実情に応じた体制を構築していく必要があると考えております。

続いて、下の方の糖尿病対策になります。

こちらは、指標の6割が目標達成又は改善となっております。

指標のうち、肥満に関する指標が悪化しておりますので、肥満対策の強化が必要であります。

一方、市町村版、糖尿病性腎症予防プログラム、こちらが県内全市町村で作成されたこと、また、参加する医療機関が大幅に増加したことから、こちらは一定の評価ができるものと考えられます。

続いて、スライド6を御覧ください。

精神疾患対策についてです。

指標の5割が目標達成又は改善となっております。

認知症の指標は概ね改善しております。今後も高齢化を見据えて、引き続き早期の発見、早期治療などに繋げる施策が必要と考えております。

また、精神疾患患者の退院に関する指標は、新型コロナウイルス感染症の影響もあって、入院が長期化し、悪化しております。

引き続き、関係機関と連携し、地域移行を推進する必要があると考えております。

続いて、スライド7を御覧ください。

こちらからが5事業になります。

まずは、救急医療対策についてです。

指標の5割が目標達成となっております。

救急救命士が同乗している救急車の割合や救急出動件数に占める軽症者の割合などが改善しております。

引き続き、こうした病院前救護体制の構築、医療機関の適正な受診と救急車の適正利用の促進を普及啓発していく必要があります。

続いて、下の方にいきまして、災害医療対策についてです。

全ての指標で目標達成又は改善となっております。

引き続き、災害発生時における平時からの体制構築や関係機関との訓練、研修の必要があると考えております。

続いて、スライド8を御覧ください。

周産期医療対策についてです。

指標の5割が目標達成又は改善となっております。

乳児死亡率や新生児死亡率、周産期死亡率は、全国と比べて遜色がない状況となっております。

また、精神疾患を合併した妊婦への適切な医療を提供するための連携体制が全ての周産期母子医療センターで整備されました。

こういったところも評価できるポイントとなっております。

続いて、下の方の小児医療対策を御覧ください。

指標の6割が改善となっております。

令和4年の乳児死亡率は改善しており、引き続き小児医療体制の充実に取り組む必要があります。

また、小児に対応している訪問看護ステーション数は増加しております。医療的ケア時が医療的支援を受けられるよう、引き続き支援体制を整備していく必要があります。

スライド9を御覧ください。

へき地医療対策についてです。

指標の7割が目標達成又は改善となっております。

限られた医療資源によって、より効果的に地域の医療ニーズに対応できるよう、これまでの取組を継続するとともに、遠隔医療などを行うことによって、地域の実情に合った持続可能な医療体制を構築する必要があると考えております。

最後に在宅医療対策についてです。

指標の8割が目標達成又は改善となっております。

今後、更に高齢化が進み、在宅医療や訪問診療の更なる需要が見込まれます。施設数や従業員の確保に引き続き取り組んでいく必要があります。併せて関係機関の連携強化や機能強化、情報通信機器の活用などによる業務効率化により、安定的な訪問看護サービスの提供が必要となります。

以上が資料2の説明となります。

(村上部会長)

ありがとうございます。

ただ今、第7次医療計画の各分野の評価ということでお話をいただいたわけでございます。

この御意見、御質問、よろしく申し上げます。

それぞれ、現場の先生からのお話がいただけるのではないかと考えてございますが、私共は、循環器の医者ですが、この悪化の円グラフを見ますと、「そうかな？現場はあまりそんな感じではないけどもな」というような印象も受けますが、いかがでしょうか。御意見、どうぞ。

よろしゅうございますか。

がんに関しては、よく、テレビや新聞で「青森県は」「青森県は」というふうに出ていますが、福田先生、よろしゅうございますか。

(福田委員)

折角ですので、一言。

よろしいでしょうか。

(村上部会長)

どうぞ、申し上げます。

(福田部会員)

前の会議でも申し上げましたが、いわゆる現状値がなかなか出ない指標が結構あったと思います。そのような場合、どう評価してこのような結果になっているのかというのが疑問です。評価困難のパーセントが結構あるのではないかと思います。そのあたりはいかがでしょうか。

(村上部会長)

いかがでしょうか、事務局の方、データの拾い方とか、取り方、いろいろあると思いますが。今、僕も申し上げましたが、循環器、あるいは脳卒中、そんなにマイナスになっているような感じはしなくて受け取っていますけど、現場では。

事務局お願いします。どうぞ。

(事務局)

福田学長、ありがとうございます。

まず、評価困難についてですけど、スライドの3ページの方に、評価困難の数字を記載しているところで、具体的に言いますと、項目数でいうと231項目のうち、16項目が評価困難というような形になっております。

確かに、福田学長や村上先生がおっしゃるとおり、ここの指標だけでは判断できない項目

も多々あるところで、年度によって、かなり上下してしまうところがあります。青森県は、そもそも母数が少なくて、上下してしまうところとかもあります。特に、周産期とかは、そのような傾向のものもあります。その辺は、数値的に、機械的に評価したものが、資料の数字になっております。

そういった指標として評価することが正しくないものも当然ありますので、第8次計画から、本当に評価に適した指標の方に置き換えるような形で、各協議会で考えているところです。

先ほどからお話になっている、循環器については、そんなに悪くなっている印象はないと、村上先生からお話があったと思うのですが。確かにその通りでして、どちらかというところ、生活習慣病に関する指標が下がっています。

具体的にいうと、メタボリックシンドローム予備群の割合が上がったとか、糖尿病でいえば、薬の服用していない方の割合が上がったとか。医療提供体制、患者に話すというよりも、どちらかというところ生活習慣病の方が悪化しているというのが多いのかなという印象を受けているところです。

その辺の細かい評価については、各協議会の方でしっかりと協議して、評価の方を進めさせていただいているところです。

以上になります。

(村上部会長)

ありがとうございます。

これは、やはり現場の感覚と行政の感覚と少し違うところがあると思いますけど。ひとつ、その辺を、この後も非常に重要なことなので、ディスカッションをしながらできるだけ現場の話をここに反映できるようにしていただければありがたい、そう思っています。

他に、この御意見、ございませんか。いかがでしょう。

(福田部会員)

もう1点、よろしいですか。

(村上部会長)

どうぞ、福田先生。

(福田部会員)

そうすると、今回の取りまとめは、令和5年度の指標、結果を基にまとめているということとよろしいのですね。

(事務局)

指標自体が、毎年更新されているものと、何年かに1回しか公表していないものとかありまして。

(福田部会員)

そうなのです。だから、評価が困難な項目がもっと多いのではないかなと思います。

(事務局)

そうですね。基本、直近を使用させていただいているところなので、おっしゃるとおり、機械的な数字では判断できない、直近の評価ができないものも多いのかとは思いますが。

(福田部会員)

特に、がんの関系の指標に関しては、現状値がかなり遅れて出るんですね。なので、本当に現状、どうなのだ、ということはなかなか評価できないのではないかと思います。分析方法については、もうちょっと考えないと、対策を立てにくいのではないかと思います。そのあたりを御検討いただければと思います。

(村上部会長)

ありがとうございます。

(福田部会員)

永田先生、手、挙がっています。

(村上部会長)

ありがとうございます。

永田先生、どうぞお願いします。

(永田部長)

皆さん、御意見ありがとうございます。

福田先生もどうもありがとうございます。

非常に重要な指摘だと思っております。

今回、まとめさせていただいているのは、この6年間というところなんです。特に、スタートとなる27年からの比較が多いです。なので、今、我々が持っている、令和5年に持っている感覚とちょっとずれるような指標もございます。

また、期間の後半、コロナの感染拡大があり、その間に、例えば、いろんな調査ができていない。となると、その前のデータを持って来るといったこともやらせていただいておりますので、確かにずれてしまうというところはあるかもしれません。

ただ、重要な御指摘だと思っております、今回は、どれを改善している、やや改善しているとするのかということについては、かなり客観的に、私が指示をしたということがございまして、今後も永続的にこのスコアが改善しているのかどうかを見るための指標として、適当なもの、あまり適当ではないなと思うものが、正直、これまでありましたので、次なる、本日御意見をいただきます第8次に向けては、そういった指標も落としながら、何故かといいますと、やっぱり項目数が多すぎますね、単純に言って。アウトプットは、多分、皆さんイメージできているものがあるにも関わらず、かなりシャビイな細かい部分を評価軸にしているところもありますし、それが、5年に1回出てくる指標みたいなものがさらにあります。

なので、それだと、この6年間の計画期間、PDCAを回すということに意味はあまりないんじゃないかというようなことを議論しながら、今、第8次を進めているところでございますので、変な言い方になりますけど、第7次までは、御勘弁をいただきたい部分がありますし、逆に第8次、これからの議論のところ、もっとこうすべきじゃないかという御意見をいただければ幸いです。

(福田部会員)

なので、今回は、7次の総括じゃなくて、7次の総括は6年間が終わってからで総括すべきだと思います。今回は仮の総括で、僕はいいのではないかなと考えています。その点を御考慮いただければと思います。

(村上部会長)

ありがとうございます。

先ほど申し上げましたように、現場の意見もいただきながら、できるだけ本県に合った結果を、皆様のお力添えで出していければ、それが良い方向にいければ、そう思っておりますが。その方向で、事務局さん、よろしゅうございますか。

(事務局)

はい、ありがとうございます。

計画策定後も引き続き第7次の評価をさせていただきたいと思っております。

また、計画策定後も中間見直しなどの機会がありますので、その際も皆様の御協力、御意見を伺った上で、引き続き進めさせていただきたいと思っております。

(村上部会長)

ありがとうございます。

よろしく申し上げます。

それでは、やはり、こういうのは、現場のお話が十分に入って、納得できるように結果を

出して行って、7次だから7次で終わり。次、8次だということではなく、今、福田先生がおっしゃったみたいに、ずっと流れを汲んで、この状況を掴んでいていただければありがたいと思います。

よろしく願い申し上げます。

その他に何か御意見ございますか。

なければ、次、医療の概況について、よろしく願いします。

事務局、どうぞ。

(事務局)

引き続きまして、青森県の医療の概況などについて御説明させていただきます。

資料3の方を御覧ください。

まずは、スライド2の方を御覧ください。

こちらが人口などの概況になっております。

本県の人口です。国勢調査においては、令和2年10月現在で、123万人となっており、更には、推計人口において、今年の4月、119万人となり、120万人を下回ったところでは

更に2025年以降につきましては、将来の推計人口によれば、こちらのピンク色のグラフになっておりますけれども、引き続き人口減少や少子高齢化が進んでいくものとして予想されております。

続いて、スライド3を御覧ください。

こちらは参考となります。青い折れ線グラフの方が、国勢調査の数字を使っております。赤い折れ線グラフの方が、平成20年に実施された将来の推計人口の方になっております。実際の人口が将来の推計を下回っているような形になっております。

こうしたことを勘案すると、今回の将来推計人口、令和27年度に82万人と推計されておりますが、もしかしたら、実際には、これを下回る可能性も十分考えられるということになっております。

続いて、スライド4の方を御覧ください。

こちら、出生率と死亡率についてです。

出生率については、人口1,000人対で5.0人となり、減少傾向になっております。

秋田、岩手に次ぐ低さとなっております。

下の方の死亡率については、人口1,000人対で16.8人となり、増加傾向となっております。

秋田、高知に次ぐ高さとなっているところです。

続いて、スライド5を御覧ください。

本県の主な死因についてです。

多いところでいいますと、悪性新生物、心疾患、老衰、脳血管疾患が上位を占めているところです。

また、最近の傾向としまして、高齢化に伴いまして老衰が年々増加しております。

続いて、スライド6を御覧ください。

本県の平均寿命になります。

男女ともに年々増加しているところですが、全国最下位ということは変わりません。

続いて、スライド7を御覧ください。

本県の健康寿命となります。

男女ともに年々増加傾向になっており、男性が全国で42位、女性が全国で13位となっております。

スライド8を御覧ください。

ここから先が本県の医療提供体制の状況となっております。

まずは、本県の医療施設、関係施設の状況となっております。

病院、一般診療所、歯科診療所はともに、平成28年度から比べると減少している状況です。

このうち、有床診療所については、人口10万対でいうと10.2となっており、全国と比較すると2倍以上となっております。

スライド9を御覧ください。

本県の病床数になります。

病院、一般診療所、いずれも平成28年から比べると減少はしております。

いずれも、人口10万対で全国を上回っており、引き続き地域医療構想の推進が必要となっております。

スライド10を御覧ください。

本県の医療従事者の状況となります。

平成28年と比較すると、医師、薬剤師、看護師が増加する一方、歯科医師、准看護師などが減少しております。

また、全国10万対で全国と比較しますと、医師、歯科医師、薬剤師が全国を下回っている状況にあります。

続いて、スライド11を御覧ください。

こちらが、今までの内容を簡単にまとめたスライドになります。

以上で資料3の説明を終了いたします。

(村上部会長)

ありがとうございます。

医療の概況といいますけども、皆様、御存知のように、どんどん人口が減少しております。青森県も「150万だ、150万だ、青森県が」って言っていたのが、もう120万を切っております。ということは、その分の医療ばかりでない、いろんな体制がこれに合わせてやらないとダメだということで、今、この我々もそのお手伝いをしているわけでございます

が。

この件に関しまして、いろいろお考えはあるかと思いますが、御意見いただきましょう。よろしくをお願いします。どうぞ。

よろしゅうございますか。

ひとつ、全国に比べて有床診療所が多いというのも、やっぱりこの辺にも少し問題があるのですが、いかがでしょうか。御意見、ございませんか。

(福田部会員)

折角なので、よろしいでしょうか。

(村上部会長)

どうぞ、福田先生、お願いします。

(福田部会員)

その有床診療所が青森県は多いわけですが、実際、稼働しているベッド数というのは、どのくらいかというのは把握しているのですか。

(村上部会長)

いかがでしょう、事務局。

(事務局)

御質問、ありがとうございます。

県の方では、一応、今、地域医療構想の推進という形でベッド数とかを調べて、休床の方も調べてはいるところですけど、ちょっと、今、手元にはありません。また、一時だけ休んでいるところか、永続的に休むころかなど、詳細を各医療機関に調査をしているところです。今後、地域医療構想調整会議等でその辺の話を確認しながら、精査をしていきたいと思っています。

その結果を踏まえ、地域医療構想の実現に向けて進めていきたいと考えております。

(福田部会員)

あともう1点、これ、何回も発言しています。看護師さんの数が全国平均よりも多いというのが、非常に実態と乖離していると思うのですが。

例えば、県病で看護師さんが確保できなくて、病棟を一時閉鎖するとか、むつ総合病院も同じ状況にあるときがあったはずですが。現状と、このデータが非常に乖離しているように思うのですが、看護協会の柘谷さん、コメントお願いできますか。

(柗谷部会員)

よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

トータル的に看護師が増えたことになっていますが、実態として、病院の看護師は増えていません。増えたところは、訪問看護ステーション、それから介護施設、グループホームとか、特養とか、そういうところが増えていて、病院の看護師は、全くこの頃、横ばいというのが実態です。

ですから、医療現場は厳しいと思っていますので、そこら辺、大きな課題だと思います。

これ、助産師が足りないというところが凄く大きくなっています。これも、何度も言いますが、県土が広いので偏在が顕著でということで、病棟を看護師不足でクローズドにしているというのが、本当にこの1、2年、目立っていると思っています。

ですから、確保と定着が大きな課題であると思っています。

以上です。

(村上部長)

ありがとうございます。

ただ今の件ですね、やはり人口減少だけでなく、青森県のこういう地域性とか、そういうものもあるのかなと思っていました。

今、福田先生のお話を聴きながら、私はどちらかといえば、いわゆる開業医で、診療所に近いようなものしか持っていませんけども、そうでない、大病院のお考えと看護体系、7対1の看護体系と療養ベッドの看護体系と。それから、今、柗谷さんからございました、いろんな在宅の看護体系と、その辺のものが、まず第一にバランスを見て考えないとダメだと思います。

その上で、やはり、御診療所の先生方、かなり御年齢が高くなっていることも確かなので、そうしますと、御診療所を閉めたり、あるいは御診療所に看護師さんを置かないで、自分たちだけでやったり、あるいは、看護師さんがそのために、今、看護協会からお話いただきましたように、在宅、あるいは訪問看護、こちらの方で必死に地域医療をお手伝いしたり、そういう形になっているかと思えますので、これは、やはり、そういうことを考えながら見ていかないとダメだと思います。

これ、実際的人数がどうなって、実際に間に合っているか足りているか。そんなことはなかなか申し上げられないような状況にあるかと思えますが、その現場の方、いかがでしょうか。もっと他の御意見、ございますか。

どうぞ。

(丹野部会員)

丹野です。よろしいでしょうか。

(村上部会長)

どうぞ、丹野先生。

(丹野部会員)

自治体病院の丹野でございます。

すみません、今、ちょっとお話を聴いていて。

実は、この地域でかかりつけの先生がどのぐらい病院を閉じられたか。そして、その後、どのぐらいそれを継承されているか、ちょっとチェックしたことがあります。やはり、この上十三の地域でも、二桁ぐらいのかかりつけ医の先生たちが閉めていました。ただ、その中で継承されているところが3とか4とか、そういう形なのですよね。各地域では、かかりつけ医の先生自体がかなり減ってきていますので、この後のいろんなデータで、かかりつけ医機能をどうする、みたいな話が必ず出ると思いますが。基本的には、中核病院がかかりつけ医も一緒にやりながら、そういうのが、もう地域の実情なんじゃないかなと思っていました。かかりつけ医の先生たちも本当に高齢化されていて、村上先生、一番御承知かもしれませんが。やはり引退されて、その後を継承する方がいないというのが、本当に現状じゃないかなと思っております。

以上です。

(村上部会長)

ありがとうございます。

本当にコロナの時は、丹野先生、いろいろありがとうございました。

本当に青森県のスタート、本当にきちんと形を作ってくれて、青森県がいくらコロナを収めやすくなったという形になったと思います。本当にあの時はありがとうございます。

また、今、お話いただいた御診療所の先生方の御年齢が大分高くなって、それで、お辞めになったり、あるいは、ベッドをお閉めになったり、そういうところが、これからどんどん、どんどん動いていくと思いますので、その辺は、やっぱり行政と一緒に相談しながらやっていかないとダメだと思いますので、永田先生、よろしくお願いします。

何かございますか。

(永田部長)

ありがとうございます。

余裕があったら、この看護師さんの数をどういうふうにカウントしているのかということとを後で御説明いただければと思います。

つまり、皆さんに御理解いただきたいのは、我々が出している数字が実態と乖離しているバーチャルな数であるというふうに捉えてもらっては困ります。これは、2年ごとにしてい

る調査結果に基づいているものだと思います。

個人のことを考えると、例えば、今、看護学部の4年生の子の考えると、この子たちに我々がこの医療計画で何を語るかということが、今、問われているのだと思います。

例えば、在宅系のものが凄く多いから、あるいは病院が凄く少ないから、あなたたち、若い看護師さんになる人たちは、在宅系ではなくて、病院系の働く看護師さんになってくださいと我々がこの医療計画を打ち出すのか。あるいは、在宅は在宅で大事だし、病院も病院で大事だから、皆さん、個人の判断をしてくださいと言うか、というような世界観だと思います。

今日、この会議で結論を出してくださいということをお願いするわけではございません。

ただ、看護師さんがいない、看護師さん、こっちによっている。だから、どうする。という話をする時に、実は、どこで働くのかというのを各個人の選択をするという世界観が、実はありますので、そういった中で大きなメッセージ、医療計画という大きなメッセージの中で、我々はこれからの医療、これから6年間の医療にどこが大事だということは、是非、論じていければなというふうに思っております。

繰り返しますが、今日、結論を出してください、ということではないと思っておりますが、全体として、平均以上のところで、こっちが足りない、こっちが足りない、こっちが足りない、ただだと、あまり建設的な議論にならないのかなというふうに思っております。

以上です。

(村上部会長)

ありがとうございます。

全くそのとおりで、今、皆様の、先生からお話をいただいたみたいに、今、現場の看護師がいなくなったとか、そういうことでなく、それぞれの医療機関が連携を持ちながら、地域のために、今の永田先生のお話のように、役に立っていこうじゃないかということ、医者も含めて、そういうことなのだろうと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

他に御意見ございますか。

(福田部会員)

1点、永田さんに確認です。

看護師さんの数のカウントは、看護師の免許証を持っている方のカウントなのか、それとも、実際に働いている数なのか。その点だけ、もう1回確認させてください。

(永田部長)

これ、事務局からお答えいただければと思ひますけども。

私の認識としては、現役の人、全てですね。

というのは、今、どこで働いていますか？ということの調査に対して、「私はお仕事をし

ていません」という回答もありますし、「私、病院で働いています」とか「介護系の施設で働いています」というようなことを2年ごとに調査をしていて、それに基づく数だという認識でございます。

事務局、補足お願いします。

(事務局)

事務局の鈴木でございます。

この看護師の数につきましては、これは、2年に1回調査しております医療従事者届、看護師の従事者届ですけども、実際に働いている人、医療施設等で働いている方の届出があった数というのをカウントしておりますので、資格、有資格者ということではなくて、実際に働いている方、その数をカウントしております。

(福田部会員)

もし、そのデータがあるのであれば、2年ごとに看護師さんがどういう動きをされているかということも、おそらく分析されているのではないですか。

例えば、大病院に勤務している方がそっちの方に流れているとか。あるいは、県外に出て行ったとか。詳しく分析をしないと、いつまで経ってもこの問題は解消しないのではないかと思います。

例えば、介護施設とかにどんどん看護師さんが流れていってとしても、いずれは飽和状態になるはずなんです。そういう状況にないということは、おそらくどこか別なところに流れているのではないのでしょうか。

そのあたりの分析をしてみるのがいいのかなというふうに思います。その点、よろしくお願いします。

(村上部会長)

よろしく申し上げます。

定年とか、そういうこともございます。看護師、あるいは医師の働き方及びその場所的なものと、御定年の問題。あるいは、業務量の問題、その辺が今、非常に問題になってございますけれども、連携を取りながら、そこを、言葉、悪いのですけれども、無駄にしないような方向で、皆で頑張っていければ、地域のためになるのでは、そう思っております。

他に何か御意見ございますか。

よろしゅうございますか。

それでは、保健医療圏、事務局、お願いします。

(事務局)

それでは、引き続き、保健医療圏について御説明させていただきます。

資料の4を御覧ください。

まずは、スライドの2を御覧ください。

保健医療圏としましては、保健医療サービスを適切、かつ、きめ細やかに提供するために設定する、地域の単位としておりまして、下の表にあるとおり、まず、医療法においては、二次と三次について医療計画に定めることとしております。

これを踏まえて、青森県としては、第7次計画におきましては、医療法上、特に決まってはいいのですが、一次の初期医療について、こちらの方も初期医療と疾病予防を考慮して、市町村単位とするということを定めております。

二次保健医療圏につきましては、入院医療を考慮しまして6圏域、今の6圏域としているところです。

三次については、専門性の高い医療を考慮して、全圏域として設定しているところです。

スライド3を御覧ください。

こちらが、本県の二次保健医療圏の概要となります。

こちらが、昭和62年に保健医療計画を策定した当時から、6圏域として設定をしております。

その後、受療動向や社会情勢の変化などを踏まえて検討はしてきましたが、大幅な変更は特にありませんでした。

唯一の区域変更につきましては、市町村合併に伴う旧浪岡町について、津軽地域だったのですが、合併に伴って、青森市と合併したことから、青森地域の方に変更となっております。

スライド4を御覧ください。

こちらが、今般の第8次計画における国の考え方となります。

既存の医療圏においては、入院医療が一体の区域として成り立っていない場合、その見直しを検討することとされております。

具体的にどういったところが一体として成り立っていないのかと言いますと、人口規模が20万人未満であり、かつ流入患者が20%未満で、流出患者割合が20%以上の二次医療圏については、一体の区域として成り立っていないと考えられるため、見直しについて検討する必要があるということが国からは示されています。

こうしたことを踏まえて、スライド5以降が本県のそれぞれの二次保健医療圏の状況を検討したものになります。

まずは、スライド5の津軽地域を御覧ください。

こちらは、圏域の人口が20万人以上、流入患者・流出患者ともに20%未満であり、また、通学・通勤などの社会的条件や鉄道や道路網などの自然的条件を考慮しても、現行の二次保健医療圏を維持することが妥当と考えております。

スライド6及びスライド7、八戸地域と青森地域になりますが、こちらも津軽地域と同様に人口流出患者、社会的条件や自然的条件、こうしたことを考えると、現行の二次保健医療圏を維持することが妥当と考えております。

続いて、スライド8になります。

こちらは、西北五地域になります。

こちらは、圏域の人口が12万人となりまして、流入患者が20%未満、かつ流出患者が20%以上ということなので、こちらが国の指針でいいますと、見直しの検討対象に該当するところでは。

一方、通勤・通学の社会的条件や交通などの自然的条件、こちらは、圏域として一体性があると考えられます。

また、定住自立圏というものがあまして、こちらにおいても、五所川原圏域という形で定住自立圏が一致しております。

こうしたことを踏まえて、この保健医療圏の見直しを検討したところ、圏域の面積が全国の平均よりも青森県は広く、こうしたことも考慮した上で、現行の二次保健医療圏を維持することが妥当と考えております。

スライド9、上十三地域、及びスライド10、下北地域についても、見直しの検討対象となっているところですが、同様の理由から、現行の二次保健医療圏を維持することが妥当と考えております。

スライド11がまとめになります。

一次保健医療圏は、初期医療、疾病予防を考慮し、第7次計画と同様に市町村単位として設定することが妥当と考えております。

二次保健医療圏については、6圏域のうち、西北五地域、上十三地域、下北地域の3圏域が国の指針において見直しの検討対象となっております。

患者の受療動向を踏まえると、圏域で入院医療が完結しているとは言い難い部分もございますが、人口や面積、社会的条件、自然的条件を考慮して、現行の6圏域全ての二次保健医療圏を維持することが妥当と考えました。

ただし、今後、人口が更に減少してくることが考えられます。こうしたことから、人口構造や疾病構造の変化などを踏まえて、第8次中間見直しや第9次計画策定時に向けて、第8次計画期間中、この計画期間中に二次保健医療圏の見直しを議論していく必要があると考えております。

最後に三次保健医療圏につきましては、特殊な保健医療圏サービスを提供するためとしておりまして、現行と同様に県全体で一圏域とすることが妥当であると考えております。

スライド12以降は、受療動向などの参考資料となりますので、説明は省略させていただきます。

以上が資料4の説明となります。

(村上部会長)

ありがとうございます。

保健医療圏に関して、現在の流れ、今までからの流れ、御説明いただきました。

厚労省は、人口が減るのだったら医療圏を簡単にしろと言いますが、本県の場合は、真ん中に陸奥湾がございます。他の県と形が違います。そういう意味で、今、行政の方からお話をいただきましたが、御意見いただきましょう。よろしくお願いします。

今、事務局では、人口は少ないけれども、地域的なもの、交通の便、そういうことを考えると、今までどおりやらせていただきたいということのお話でございましたが。

私共、現場の人間にとっても、そういう印象は持っています。

いかがでしょうか、御意見ございませんか。

(丹野部会員)

丹野です。

(村上部会長)

どうぞ、丹野先生、どうぞ。

(丹野部会員)

この問題は非常に微妙というか、とりあえず当地域も見直し対象になっていて、いずれ、いずれと言いますか、人口減少も確実にきますし、ある程度、集約化というか、まとまってやっていかなきゃいけないという感じはしております。

医療圏としても、とにかく機能分化連携といっても、どういうふうなところで、どのぐらいの範囲でやるのかみたいなのは、二次医療圏にかなり制限されているっていう感じがするので、タイムスケジュール的に、ちょっと、8次の中の途中で見直しの議論をするという話は出ていますが、実際、どこかで決断しなきゃいけないような気がするのですよね。

あとは、最後に質問しようかと、実は思ったのは、この8番目に地域医療構想についての部分がございますよね。これって、2025年の中に見直して、新しい地域医療構想を考えるのですよね、きっとね。その時に、確実にこの問題は入ってくるような気がするのですよね。

なので、この辺は、県としては、答え難いでしょうけど、実際のところ、やっぱり、将来的には、確実にどこかと一緒にして、保健所長さんもないことですし、保健所の機能も集約化というのは、絶対必要なので、少し、ダウンサイズすべきなんじゃないかなとは思っています。お考えを聴きたいということでございます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

永田先生、いいですか、すぐで。

永田先生もよろしくお願いします。

(永田部長)

丹野先生もどうもありがとうございます。

一番言って欲しいことを丹野先生に言っていただいているところなのですけど。

ここで、見直すということを決めるかどうかって凄く悩んだのですよ。うちのスタッフ同士でもディスカッションしました。

1つ、私が大事にしたのは、やっぱり数字をもって客観的に議論するということが大事だと思っておりますので、20万人で1つの医療圏だよって、全国的な外観があって、今、青森県は何人なの？120万人です。圏域、いくつなの？6個です。なので、ここは、この瞬間、令和5年は、あるいは、この8次が始まる令和6年からは、これは、筋が通っていると私は思うのですね。

なので、今回は、見直すという話をしなかったというところですよ。

ただ、前段で部下が説明をさせていただきましたけど、凄く人口が、更に減っているわけですよ。となると、この6年後を想像すると、何人だっということをお私、申し上げにくいところではありますけど、6年後もこの6個なのか、ということに対しては、ちょっと疑問があります。

例えば、他の県と比較するものではないですけど、隣の秋田県は、見直しに今回、着手したわけですね。バーチャルな話になりますけど、今、6圏域を、例えば、10個にすべきじゃないか、20個にすべきじゃないかということをお私が皆さんに問いかけたら、そんなわけ、いくわけないだろうと言うと思うんですよ。何でかということ、6個のものであるものを10個とか20個に分割したって、1つの圏域が閉じないからだと説明をされると思うんですよ。

これから、我々、5疾病6事業の具体的な話に入っていますけども、既に閉じていないデータが一杯出ているのですね。この瞬間においても。

なので、今回は、第8次の冒頭においては、ここを見直さないということをお事務局としては提案させていただきますが、この丹野先生がおっしゃっていただいたとおり、凄く大事な基本的な一番根幹中の根幹みたいな概念なので、これは、第9次、6年後、我々が同じ会議を持つ時の第9次には、やっぱり見直さざるを得ないよね、というところまで、この6年間で話を進めていった方がいいと。

この二次医療圏を見直すということをお拙速にやると、これこそ大混乱に陥る。だから、今回は、120万人、6圏域ということをおもって見直さないということをお事務局としては提案を差し上げて、その上で、ただし、6年後には、やっぱり議論が不可避ではないか、まだ、6年後にこうしてくださいということをお、今、全然事務局として申し上げることではないですけど、6年後には、議論は不可避だという前提で、まずは、例えば、第8次中間に向けて議論を積み重ねていく。あるいは、第9次、その後の後半の3年間でデータを見ながら議論を積み重ねていって、村上先生からもありましたけども、こっちの半島とこっちの半島をどうやってくっつけるみたいな話をやっぱり丁寧に丁寧にやっていきたいというふうなことを事務局からは、今回は宣言させていただいたというところでございます。

非常に根幹でかつ大事なところで、ある意味、誰かが責任を取らなければいけないという

のは、これまで右肩上がり人口が増えてきた時代から、やっぱり人口が下がりつつあって、それぞれを閉じることができなくなったということを直視して、こういうふうコンパクトにして行こう、ダウンサイジングにして行こうということを6年間かけて議論をしていきたいですということを事務局として、今回、宣言させていただいたというか、提案をさせていただいたというところでございます。

以上です。

(丹野部会員)

ありがとうございます。

自治体病院の気持ちをくみ上げていただいている気がしました。

ありがとうございました。よろしくお願いします。

(村上部会長)

ありがとうございます。

ただ今の十和田の丹野先生、そして、永田部長先生のお話、非常に大事なお話で、教科書的なお話だと思います。

ただ、僕、言っているのかわかりませんが、申し訳ありません。

僕は青森の人間なんですよね。そうすると、下北とか、あるいは津軽半島とか、あるいは南部とは言いませんけども、この八戸方面とか、あるいは津軽、この弘前大学とか、全部、歴史が違うんですよ、はっきり申し上げて。それを、じゃそのままとめてやろうじゃないかって、人数が少ないから、人がいないからという問題ではないような気もするんですね、地元の人間にとっては。

ですから、その辺は、勿論、効率をよく、なおかつ厚労省の方向を考えて、日本全体を考えるような方向でいかないとダメだと思いますが。秋田は、全部、土地が繋がっているんですよ。ところが、青森県は、このとおり、先ほど申し上げたように、陸奥湾がございます。そのために青森から、あるいは弘前から、ヘリを飛ばしているんです。

ですから、そういうことを考えながら、地域医療をきちんとまとめていただきたい。人数の問題じゃないだろうということは、僕は申し上げたいような気がします。

すみません、余計なことを言って。

他の御意見、ございませんか。

どうぞ、田崎先生。お願いします。

(田崎部会員)

青森精神の田崎です。

本当にこの問題というのは、難しいし、ただ、やっぱり考えていかなきゃならないことなんだろうなと思って、ずっと把握していました。

精神の方では、第7次の時点から、県の医療圏とはまたちょっと別に精神としての医療圏という形で6つじゃなくて、4つか、4つの医療圏で医療機能ということを考えています。

要するに精神領域の医療資源というのが、やっぱり1医療圏だけでは、全部賄いきれないとか、ニーズに応えきれないということで、2つの医療圏で協力して精神の医療を提供していきましようという発想でやってきていました。

やっぱり、これ、行政主導ということではなくて、現場の方でいろいろシミュレーションしながら、どんなふうなやり方があるのかとか、じゃどういう課題があるのかということをやったり我々も現場の方も考えなきゃいけないのかなというふうに、特にこの医療圏の問題ですね、そんなふう考えているので、この第8次、6年間というのは、そういう現場の方でも考える期間として、この問題、難しい問題ですけども、どういう方向性があるのか、どういう形がいいのかということをやっていかなくちゃいけないのかなというふうには思っているし、一方的に行政で、こうしましよう、ああしましようじゃない形で作っていかねばいいかなというふうに思っていました。

以上です。

(村上部会長)

ありがとうございます。

田崎先生は、県全体を御覧になっていきますので、僕らの狭い考えとは違うような意見も中にはあるように感じましたけど。

いろいろそういうことを考えながら、行政の方、事務局の方は、この後、考えていただければありがたいと思います。

他にございませんか。

まだ、いろいろ御意見が出るかと思いますが、後ほどでも、あるいは、今日の会議が終わってからでも、いろいろ御意見、この事務局の方に差し上げていただければありがたいと思っています。

それでは、次の基準病床数ですね、いきたいと思います。

よろしく申し上げます、事務局。

(事務局)

それでは、基準病床数について御説明させていただきますので、資料5を御覧ください。

まずは、スライド2の方を御覧ください。

基準病床数については、現時点において算定中ですので、本日は、算定方法のみの御紹介となります。

スライド2の中にあります、基準病床数の目的のところになります。

目的としましては、病床過剰地域から非過剰地域へ病床を誘導することを通じて、地域の病床の方の偏在を是正し、全国的に一定の水準以上の医療を確保することを目的としてお

ります。

下の方、仕組みになりますが、既存病床数が基準病床数を上回る、いわゆる病床過剰地域においては、医療法において、都道府県が行う許可等に一定の制限を設けることにより、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを行っております。

スライド3を御覧ください。

こちらが、第7次計画における基準病床数と既存病床数の状況になります。

療養病床及び一般病床の基準につきましては、二次保健医療圏ごとに算定することとされておりまして、県全体の基準病床数は12,080床となっております。

これに対して、現在の既存病床数は12,234床なので、県全体として154床、既存病床数が多くなっているところです。

地域別に見ますと、津軽地域、八戸地域、西北五地域において、既存病床数が多くなっており、病床過剰地域となっております。

右側の方にいきまして、精神、結核、感染症病床については、県全体で算定することとなっており、算定につきましては、右の表のとおりとなっております。

スライド4を御覧ください。

こちらが国で示しております、第8次計画における療養病床、一般病床の基準病床数の算定の方法についてです。

基本的には、全国一律の算定式を用いて算定することとなっております。

算定に用いる数値のうち、受療率や病床利用率、平均在院日数、こういったものにつきましては、国が示した数値を上限、もしくは下限とし、県が設定することとなっております。

また、流入入院患者及び流出入院患者につきましては、新型コロナウイルス感染症の影響がありましたので、影響を受けていない令和元年度を実績ベースとして流出入の患者の方の算定をしたいと考えております。

これらの数値を用いて算定して、基準病床数につきましては、改めて次回以降に算定結果をお示ししたいと考えております。

以上で資料5の説明を終了いたします。

(村上部会長)

ありがとうございます。

これは、先ほどの医療圏の問題にも通じますが、基準病床数について、御意見をいただきましょう。どうぞ。

(福田部会員)

ちょっといいでしょうか。

(村上部会長)

福田先生。どうぞ。

(福田部会員)

福田ですけど。

3ページ目の、津軽地域ですけども、基準病床数に比べると167増えていますが、策定時に比べては200ぐらい減ったということでもいいのですか。減ってはいるのですよね。

(事務局)

はい、そうです。

(福田部会員)

市立と国立の統合とか、あるいは、近隣の町立病院の診療所化とか、そういう影響を受けての減少でよろしいでしょうか。

(事務局)

はい、そうです。

病院の統合もありますし、診療所の閉院とか、そういった理由もあります。

(福田部会員)

大分進んだと思うのだけど、それ以上、必要だということなのですね。

はい、分かりました。

(永田部長)

村上先生、私からよろしいでしょうか。永田でございます。

福田先生、予告ですけど、今回、数字をお出しできなかったのですが、大分、日本全体が混乱しそうな数字が出てきそうなのですよ。

というのは、事務局、計算式、出してもらっていいですか？画面共有で。

ここの、例えば、一般病床を見ていただきますと、この計算式自体は、厚生労働省の審議会の方で、これはもう了承済となって、実際、各県が数字を入れていくという段階に、今、入っていて、我々も、こっちの数字をこうしたらどうなのだろうみたいなことをやってみて、まだ確たるもの、データが集まっていない部分がありましたので、今回、お出しできなかったのですけど。

例えば、ここの平均在院日数のところ、これ、高齢化が全国的に進んでいて、数字が伸びていると言われているのですよね。

一般病床の退院率もそんなに下がってないです。

なので、全国的に見ると、ここの、実はこの、基準病床の数が伸びるのではないかという

話になっています。

これ、今までの話と全く逆になってしまって、先ほどから言っている地域医療構想の話になるのですが。人口が減少していますということが1つ。あるいは、高齢化していて患者さんの疾病構造が変化していきますという話だったのですが、人口が減る、すなわち、ざっくり言うと、患者さんが減るという世界観で病床が過剰になっていると、なかなか皆さんも、すぐに右に曲がったり、左に曲がったりするのが大変だから、コンパクトにしていましようよという話で、ギリギリ、ギリギリ、その数字に合わせなきゃいけないというわけではないんですけども、本当に福田先生がおっしゃってくれたみたいに、例えば、何とか病院は何とか有床診療所にダウンサイジングしようと、皆さんの御協力をいただいて、青森県は凄くよく進んでいる方なんです。

なんです、計算をすると、基準病床が伸びるみたいな数字になりかねないんじゃないかなと。そこは、ちょっと、厚労省の担当にも大分強く言っていて、今までのストーリーと全然変わってしまうぞと。2025年があって、さらに次、2040年、42年だという話を次しようという話、さっきも丹藤先生からもありましたけども、そういう議論の流れの中で、この基準病床、幾つなんだ。各病院に求めるものは何なんだみたいな話を差し上げたいんですが。どうも、何かそうならない。しかも、それは青森だけではなくて、端的に言うと、高齢者が非常に伸びる、東京などをはじめとした人口多い系の県にこの計算式全体が引っ張られて、人口が減少している我が県にとっては、何を今までと話が変わっちゃうのということになりそう。

今回は、数字を出して議論できていませんので、ここまでの予告みたいな形で差し上げおきますけども、今回は、是非、ここに着目していただいて、まさかこんな数になるとはってような数字が、我々には出ているところで。

以上でございます。

(福田部会員)

怖いですね、先生。

(村上部会長)

どうもありがとうございます。

よろしゅうございますか、永田先生。

福田先生、実はそれにプラスして、私共の立場から申し上げますと、特に青森県は、中心として弘前大学がございまして。そして、弘前大学がこの地域ならびに青森県全体を今までこの地、医療として、あるいは力として治めてきたところがございまして。

そのために非常に青森の地域的な問題よりも、弘前は、非常に御診療所、その他、大学にいろいろなものを頼みやすいし、すぐ大学病院が面倒をみってくれるので、あるいは連携をとってくれるので、やりやすいという数字が、今の数字に表れているものと我々、離れた場所か

ら見ると感じます。

ということで、今、永田先生がおっしゃったこと、厚労省の意味と、それから青森県の特
殊位置、そして大学が1つしかない。そして、大学が県全体をまとめている。その辺が私も
弘前大学の人間ですが、やはりあるんだろうと思いますので、先ほどの地域医療構想等含め
て、大事にしていきたいものの1つだろうというふうに考えてございます。

よろしく御協力をお願いしたいと思います。我々も御協力差し上げていきたいと思っ
ています。

どうぞよろしくをお願いします。

以上です。

他にございませんか。

よろしゅうございますか。

それでは、次の5疾病・6事業、在宅にいかせていただきます。

事務局、お願いします。

(事務局)

それでは、5疾病・6事業及び在宅医療について説明させていただきます。

資料6を御覧ください。

まずは、スライド2、3を御覧ください。

がん対策についてです。

がんの検診につきましては、受診率が概ね向上していますが、一方でがんによる死亡率は
全国を上回っている状況にあります。

こうしたことを踏まえて、第8次計画における施策の方向性については右の方にありま
す。

目的として、がんの罹患率の低減、がんによる死亡者の提言、がんによる苦痛の低減や療
養生活の質の向上、この3つを掲げております。

この目的を達成するために行うことが、こちらの下の4つのものになりまして、

1つ目としては、生活習慣病の改善や喫煙対策などの一次予防

2つ目としては、検診受診率やその後の精密検査受診率の向上

3つ目としては、がんの診療連携病院などの整備や医療従事者の養成によるがん医療の
標準化

4つ目として、がんの相談支援センターの認知度向上や理解促進
を進めていきたいと考えております。

なお、がん対策については、がん対策推進協議会におかれまして、専門家の意見をお伺い
しながら協議を進めているところで、7月31日に書面により開催した第1回協議会の御意
見を踏まえて、ロジックモデルを修正しているところです。

ロジックモデルの方を御覧ください。

以下、他の事業もロジックモデルありますけども、詳細は控えさせていただきます。

ロジックモデルの考え方としましては、一番右の方の分野アウトカムが最終的に目標を達成するものになりまして、こういった罹患率の低下や死亡率の低減、そういったものを目的に掲げております。

初期アウトカムがそれを行うためにどういう状況になればいいのか。アウトプットは、その状況になるためにどういう施策を県として、または医療機関等として行うべきかをアウトプットとして、一番左に記載しております。

そういったところをどこまでやったかという達成を評価しながら、この指標が良いのか、この施策が良いのかというのを協議しながら、政策循環を行っていきたいと思っています。

こちらの指標につきましては、第8次計画期間中も中間見直し等で見直しを行っていきたいと考えております。

続いて、次のページ、スライド4、5の脳卒中対策について説明させていただきます。

脳血管疾患の死亡率は、全国を上回っているような状況になっております

また、医療提供体制については、医療機関が実施している血栓溶解療法の実施件数やリハビリテーション実施件数は、全国平均を下回っている状況にあります。

こうしたことを踏まえて、右側の第8次計画における施策の方向性についてです。

目的としては、脳卒中による死亡者の減少、日常生活による脳血管疾患患者の質の高い生活の2つを掲げております。

この目的を達成するために、

1つ目として、県民に対する脳卒中の予防や正しい地域の普及啓発

2つ目として、t-PA静注療法及び脳血管治療などの医療提供体制の構築

3つ目として、リハビリテーションの提供やリスク管理などによる脳卒中患者を支える環境づくりの推進

を進めていきたいと思っております。

なお、脳卒中対策につきましては、脳卒中対策協議会により協議を進めておりまして、6月29日、8月31日にそれぞれ協議会を開催して、御意見などをいただきまして、本日のロジックモデルなどを修正して、この形になっているところです。

続きまして、スライド6、7、心血管疾患対策についてになります。

心血管疾患の死亡率は全国を上回っているところです。

また、喫煙などの心血管疾患の危険因子が悪化しており、危険因子の管理への理解が必要です。

こうしたことを踏まえて、右側の第8次計画における施策の方向性についてです。

目的としては、心血管疾患による死亡者の減少。心血管疾患の患者が日常生活の場で質の高い生活の2つを掲げております。

この目的を達成するために

1つ目として、県民に対する心血管疾患の予防や正しい地域などの普及啓発

2つ目として、心血管疾患発症患者の診断や専門的な治療が迅速的に開始できる医療提供体制の構築

3つ目として、リハビリテーション提供による心血管疾患患者を支える環境づくりの推進

この3つを進めていきたいと考えております。

なお、心血管疾患対策につきましては、心血管疾患対策協議会による協議を進めておりまして、6月26日、8月22日に協議会を開催して、御意見を踏まえて虚血性疾患患者以外の疾患患者にも着目するなど、ロジックモデルなどを修正しているところです。

続いて、スライド8、9の糖尿病対策についてです。

糖尿病の死亡率は、全国を上回っているところです。

また、新規透析導入患者数は減少しているものの、人口減少などを考慮すると、透析患者の総数の減少には寄与していないことが予想されます。

こうしたことを踏まえて、右側の第8次計画における施策の方向性についてです。

目的としては、糖尿病による死亡者の減少を掲げております。

この目的を達成するため、

1つ目としては、生活習慣病の改善、肥満対策の普及啓発などの予防対策の推進

2つ目としましては、糖尿病の早期発見、治療中断者の発見、合併症の普及啓発などによる症状に応じて適切な医療を提供できる体制の構築

3つ目としては、治療中断者への介入やかかりつけ医、腎・眼科・歯科医などの連携による治療中断防止対策を進めていきたいと考えております。

なお、糖尿病につきましては、糖尿病対策協議会により協議を進めておりまして、6月28日、9月1日に協議会を開催し、御意見を踏まえて施策の方向性などを修正しているところです。

続きまして、スライド10、11の精神疾患対策についてです。

精神疾患患者のうち、入院患者が減少しておりますが、通院患者は増加しております。

また、初診待機期間が1か月を超えるような医療機関が複数確認されている状況です。

更に入院期間が1年以上となる患者が2,000人となっており、地域移行を進める必要があります。

こうしたことを踏まえて、第8次計画における施策の方向性についてです。

目的としては、入院患者数の減少や通院患者数の増加、これに対応した医療機関の役割分担や相互連携の強化、初診待機期間の短縮、精神疾患患者の地域移行の推進の3つを掲げております。

この目的を達成するために

- 1つ目としては、検討会の開催などによる医療機関の役割分担や相互連携の強化
- 2つ目としては、医療機関以外の相談機関の充実による初診待機期間の短縮
- 3つ目として、精神疾患患者の地域で受け入れる体制を整備することによる地域移行の推進

この3つを進めていきたいと考えております。

なお、精神疾患対策につきましては、精神保健福祉審議会により協議を進めておりまして、6月28日に審議会を開催しており、9月に開催する予定の第2回審議会においてロジックモデルなどを再検討することとしております。

続いて、スライド12、13の救急医療対策についてです。

救急医療については、限られた医療資源の中、初期救急医療、入院救急医療、救命医療を引き続き維持していく必要があります。

こうしたことを踏まえて、第8次計画における施策の方向性についてです。

目的としては、全ての救急患者に対応できる救急医療体制の構築。救急患者の生存率向上の2つを掲げております。

この目的を達成するために、

- 1つ目としては、各種電話相談による相談体制の構築
- 2つ目としては、適切な病院前救護活動が可能な体制の構築
- 3つ目として、初期救急、入院救急、救命医療など、重症度、救急度に応じた医療提供体制の構築
- 4つ目としては、救急医療機関などから療養の場への円滑な移行が可能な体制の構築を進めていきたいと考えております。

なお、救急医療対策につきましては、救急災害医療対策協議会により協議を進めており、7月31日、9月7日に協議会を開催し、御意見を踏まえて施策の方向性などを修正しております。

続いて、スライド14、15を御覧ください。

災害医療対策についてです。

近年においては、風水害などの災害が相次ぎ、災害医療の充実は喫緊の課題となっております。

こうしたことを踏まえて、第8次計画における施策の方向性についてです。

目的としては、災害時における医療を、必要な医療を確保される体制の構築を掲げております。この目的を達成するために、

- 1つ目としては、研修や訓練の実施、浸水対策などの設備による、災害時に拠点となる病院の体制の構築
- 2つ目としては、災害時に拠点となる病院、それ以外の病院の体制構築

3つ目としては、コーディネーター機能の確認を行うなど、訓練による県の体制構築
この3つを進めていきたいと考えております。

なお、災害医療対策についても、救急・災害医療対策協議会により協議を進めており、7月31日、9月7日に協議会を開催し、施策の方向性などを修正しております。

続いて、スライド16と17、新興感染症の発生及びまん延時における医療対策についてです。
本県の新型コロナウイルス感染症の対応につきましては、医療機関の御協力のもと、感染状況や変異株の特性に応じた病床の確保など、必要な体制を構築・維持してきました。

一方で、診療につきましては、診療・検査医療機関の不足などにより、一部の医療機関に負担が大きくなってしまったという現状があります。

こうしたことを踏まえて、第8次計画における施策の方向性についてです。

目的として、新興感染症の発生、まん延時に円滑に医療提供体制を立ち上げる仕組みを平時から構築することを掲げております。

この目的を達成するために病床確保や外来医療などについて、県と医療機関の間で医療提供体制の確保に関する協定を締結することを進めていきたいと考えております。

なお、保健医療計画における新興感染症の発生・まん延における医療対策については、感染症法に基づき定めることとしている、青森県感染症予防計画、これのうち、医療措置協定の締結に関する部分を保健医療計画に記載することとしております。

現在、この青森県感染症予防計画については、青森県感染症対策連携協議会において議論をしているところです。

ロジックモデルにつきましても、協議会において協議をしているところで、現在のところは、案としては取りまとまっていないところです。

続いて、スライド18、19を御覧ください。

へき地医療対策についてです。

青森県のへき地医療につきましては、10無医地区、20準無医地区となっております。今後、限られた医療資源で地域の実情に合った持続可能な医療体制を構築する必要があります。

こうしたことを踏まえて、第8次計画における医療の方向性についてです。

目的としては、へき地に暮らす住民に対する医療サービスが継続して実施される体制を構築することを掲げておりまして、この目的を達成するために

1つ目として、へき地医療に従事する医療従事者を確保すること

2つ目として、へき地診療所、へき地医療拠点病院、地域医療支援センターなどによる医療提供体制の確保や関係機関間の連携強化

これらを進めていきたいと考えております。

なお、へき地医療対策につきましては、地域医療対策協議会により協議を進めており、8月31日に協議会を開催し、ロジックモデルなどを協議しております。

続いて、スライド 20 と 21、周産期医療対策についてです。

乳児死亡率及び新生児死亡率及び周産期死亡率は、全国平均と遜色ない状況となっております。引き続き周産期医療体制の充実・強化を図る必要があります。

こうしたことを踏まえて、第 8 次計画における施策の方向性についてです。

目的としては、周産期医療提供体制の確保を掲げております。この目的を達成するために

1 つ目としては、妊婦検診などによる妊産婦の健康管理

2 つ目としましては、周産期システムの効果的な運営などによる医療体制の充実・強化

3 つ目としては、周産期救急研修などによる搬送体制の充実

4 つ目としては、医師や助産師などの周産期医療従事者の確保

を進めていきたいと考えております。

なお、周産期医療対策につきましては、周産期医療協議会により協議を進めており、8 月 3 日に協議会を開催し、ロジックモデルなどを協議しているところです。

続いて、スライド 22、23 を御覧ください。

小児医療対策についてです。

乳児死亡率は、全国平均と遜色ない状況となっており、引き続き小児医療体制の充実・強化を図る必要があります。また、小児に対応する訪問看護ステーションの数は増加しており、引き続き、医療的ケア児の支援体制、整備に向け、取組を行う必要があります。

こうしたことを踏まえて、第 8 次計画における施策の方向性についてです。

目的として、小児医療体制の確保を掲げております。

この目的を達成するため、

1 つ目としては、小児救急医療体制の確保

2 つ目としては、子ども医療電話相談（＃8000）等による相談支援の推進

3 つ目としては、医師確保や医療連携による小児医療体制の確保

4 つ目としては、医療的ケア児に対する専門的治療や訪問看護などの療養、療育支援が可能な体制の構築

を進めていきたいと考えております。

なお、小児医療対策につきましては、小児医療対策協議会により協議を進めており、8 月 2 日に協議会を開催し、ロジックモデルなどを協議しているところです。

続いて、スライド 24、25 を御覧ください。

在宅医療対策についてです。

今後、急激に進行されると予想される高齢化に伴い在宅医療などの必要量の増加が見込まれております。訪問診療や訪問看護のニーズにつきましても、引き続き対応する体制整備が必要となります。

こうしたことを踏まえて、第8次における施策の方向性についてです。

目的としては、在宅医療の需要に応じたサービス量の確保、患者や家族が希望する場所で最期を迎えることが可能となる体制の構築の2つを掲げております。

この目的を達成するために、

1つ目として、訪問診療や往診を実施する医療機関の増加などによるサービス量の確保

2つ目としては、在宅看取りを実施する医療機関の増加などによる体制の整備を進めていきたいと考えております。

なお、在宅医療対策につきましては、在宅医療対策協議会により協議を進めており、6月27日、8月30日に協議会を開催し、御意見を踏まえてロジックモデルなどの修正を行っております。

以上が資料6の説明となります。

(村上部会長)

ありがとうございました。

かなりボリュームの多い各論の話になってございます。

既に8月にいろいろ会議をおやりになりながら、現場の話もお聞きになったとは思いますが、この現状と課題、並びに施策の方向、青森県の状況も、勿論、入ってございますが、厚労省の流れも、これに大分入ってございます。

そうしますと、先ほど申し上げました医療圏の問題もこれに入って、現場の先生方からは、ちょっと違うんじゃないという話もこの中には大分あるんだろうと思います。

また、施策の方向性も、厚労省の方向、これが第一にあって、なおかつ、本県の形を作っていくとダメだという流れになってございます。

御意見をいただきます。よろしく申し上げます。

どうぞ。

福田先生、どうぞ。

(福田部会員)

ロジックモデル、非常に分かりやすいというか、思います。

1点、この目標値の設定の根拠、何をもって、この数値、特に数値目標を設定されたのかを1点。

それから、健康あおもり21検討項目という欄があるんですけど、これの会議体は、どういう会議体なのかということ、そして、いつ頃その指標が示せるかも併せてお願いします。

(村上部会長)

事務局、いかがでしょうか。目標値の設定方法及びその意味。そして、健康あおもり21ですね、よろしく申し上げます。事務局。

(事務局)

御質問ありがとうございます。

まず、目標値の設定につきましては、国である程度示していただいているものもありますし、あと全国平均を目指すというものもあります。また、全国平均を上回っているものについては、現状維持という考えなど、いろいろあります。

それらの目標値については、がん対策推進協議会など、それぞれの協議会で事務局案を示したうえで、その数値が妥当かどうかというのを専門医の方々に数値等を見ていただいて、目標値を設定しているところです。

現在、記載してあるのは、そういった協議会を経て、大体出てきているもので、まだ検討中で「？」というふうになっているものもありますし、あおもり健康21 というような形で、まだ協議会の中で議論中のものもあります。

これらを含めて御意見をいただいて、また協議会で検討していきたいと思っています。続きまして、健康あおもり21については。

がん・生活習慣病対策課の古川と申します。よろしくお願ひいたします。

健康あおもり21も、今、第2次ということで、来年度に向けて第3次の計画の策定期間でございます。

これまで、6月と8月に2回協議をいたしまして、委員の先生からいただいた御意見を踏まえまして、また指標などを検討しているところでございます。

概ね11月ぐらいに、また3回目をと考えておりまして、その頃には、意見が大体まとまって指標の形もできてくると思います。

以上でございます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

福田先生、よろしゅうございますか。

(福田部会員)

はい、結構です。

(村上部会長)

いろいろ御意見があるんだろうと思いますし、それ全部を載せるといっても、あるいは、まとめて載せるといっても大変なんですけど、一番の大事な本県の問題でございますので、よろしくお願ひしたいと思います。

他にございませんか。

淀野先生、どうぞ。

(淀野部会員)

新興感染症の対策に関する質問でございます。

青森県の医師会、ないしは全日本病院協会の方の、いわゆる一般的な民間病院の先生の方から疑問が出ています。新たな新興感染症の病床確保に関して、一定の割合で全医療機関に担っていただくというふうになっているかと思うんですが。それに関しまして、各医療機関の判断で通常診療が大きく犠牲なるので、感染症は受付できないというふうに判断する病院もありますし、新興感染症の重症度によっては、その医療機関の施設では無理だと。

例えば、デルタ株とか、オミクロン株程度の病原性であれば担当はできるけれども、感染症の2類に入るような病原性の高い新興感染症であれば、私共の病院では担当できないという医療機関も出てくるのではないかと思うんですが。そういう中で、全医療機関、ある一定の割合で病床を担うということは、不可能ではないかと思えます。

そこら辺のところを県の方では、再確認いただけないかというふうに思います。

(村上部会長)

ありがとうございます。

ただ今の資料の6の16ページの新興感染症発生、まん延時における医療対策、その中の1つとして、現在、淀野先生のところは、鳴海病院さんは、この重点医療機関として必死で頑張っております。私共もそうなんですが。

その時に単純に、どちらの病院も全部引き受けてくれとか、あるいは、数を県で決めるから、そのとおりにやってくれとか。その辺は、ちょっと無理があるところも出てきますし、その辺の具体的な方向をどういうふうに考えているのか、ということでよろしゅうございますか、淀野先生。

(淀野部会員)

はい、そのとおりであります。

病院ごとに、やっぱり格差があると思いますので、病院の意向をもう少し汲んでいかないといけないんじゃないかと思っています。

(村上部会長)

ありがとうございます。

事務局、いかがですか。新興感染症のまん延時におけるその対応、対策、よろしくお願ひします。

(事務局)

県の保健衛生課の中村と申します。御意見ありがとうございます。

今、おっしゃったように、様々各病院さん、御意向あるかと思えます。現在、各病院さんに御協力いただける病床数に対しまして、照会をかけているところでございます。

それが取りまとめましたら、9月末に青森県感染症対策連携協議会の計画部会1において、その病床割当案、取りまとめをする予定となっておりましたので、それを見て、最終的には、医療審議会の方に御意見を伺いこととなっております。

決して、各病院さんに無理強いをするという趣旨ではなく、あくまでも次の感染症が起きた時の協力体制を構築するという事を第一義に考えて、現在、事務を進めさせていただいているところですので、御了解いただければと思います。

以上です。

(淀野部会員)

よろしいでしょうか。

発言してもよろしいでしょうか。

(村上部会長)

どうぞ、淀野先生。

(淀野部会員)

私が言っているのは、そういう趣旨ではなくて、病院の事情によって、病床を確保する、担う、担当するということができないという病院、判断する病院がありますということで、一律、担当していただくというふうに文章に書いてありますので、そういう文章を書くこと自体、よくないんじゃないかというふうに申し上げます。

(村上部会長)

事務局、淀野先生のお話は、計画部会、あるいはこの医療審議会で、ベッドを決めて、皆で話し合っ、それを決めました。そういう問題ではないでしょうということを言っているわけなんです。

その時に事務局が、その該当病院にお願いしないとダメな状況じゃないですかということをおっしゃっているわけですが、いかがですか。

(事務局)

御意見、ありがとうございます。

淀野先生のおっしゃるとおり、基本的に全ての医療機関でどんな新興感染症も診ていただくというところではなくて、それぞれの新興感染症の特徴によって、その時々で、多分、変わってくると思います。

現時点では、そのお願いというような形で、まず、第一段階として、アンケート調査を行っている段階なので、今後、改めてそういった事情も含めながら、運用のやり方も話し合わせさせていただければと思います。

(村上部会長)

よろしくお願ひします。

ということは、このオミクロンばかりでなく、今のBA5とかXBBとか、あるいはツ一、ファイブ、ファイブ、これらも状態がよく分かってないんです。どういう状況が解決する方向に、治療になるのか。その辺が、まだ、どこからも出ていません。

そして、少し時間的経過を経てから、全身の血栓性の病変が始まったり、いろんな問題が起きています。

ですから、病態そのものが、COVID19に関しては、殆どまだ掴んでないところで、これを順番に決める、あるいは数を決める、そういう状況でなく、やはり相談ごとのテーブルを持ちながら、ちょっとこれ、やってみてくれないかとか。そういう状況が必要だということを申し上げているわけなんです。

よろしくお願ひします。

淀野先生、よろしゅうございますか。

(淀野委員)

もう一度、これは、幾つかの病院からの希望ですので、計画の中に文章が入ってしまうと、やっぱり担当を引き受けることができないという明言することが抑制されるようになってしまうという、無理強いをしていることに客観的になるということに対する僕の発言です。

ですから、そういう文章を入っちゃうと、それに対する反発をしている病院が幾つかあるということです。

ですから、そういう文章を強引に入れなくてもいいかなと思うんですが、どうでしょうか。

(事務局)

はい。

(村上部会長)

よろしくお願ひします。

いいですか、それと、もう1つ、今、淀野先生も頑張ってるしゃいますし、いろいろ治療を頑張っています。

ただ、病態がよく分かっていけませんので、血漿交換をしたり、あるいは、ECMOを使ったり、あるいは強制的に酸素を入れたり、いろんな方法で、今、やっていますけども。どれ

がいいか、どれが必要か、そして、その状況がどういう格好になるか、まだ分かっていません。

それから、先ほどのベッドの件ですが、22年の1月あるいは4月、5月にも、厚労省の方から、入院させたらしっかり、特別に治療しろと。重点医療機関はやれというふうに言われていますけども。それに対して、国保はないんですけども、社保は査定などしているんですね、審査。

だから、何をやっているんだろうというような話も出ていますので、その辺も十分に、県の仕事ではなく、厚労省の仕事なんです。

この辺も十分に気を付けながら、協力をして、皆でやっていきたいと思っています。

よろしくをお願いします。

以上です。

他にございませんか。

よろしゅうございますか。

では、次、外来医療計画、医師確保、お願いします。

(事務局)

それでは、引き続きまして、外来医療計画及び医師確保計画について御説明させていただきます。

資料7を御覧ください。

外来医療計画及び医師確保計画については、平成2年3月に第7次計画の中間見直しの時に、青森県保健医療計画の一部として策定したものです。

まず、外来医療計画についての説明になります。スライド2を御覧ください。

外来患者数の延べ数は、全国平均を上回っております。

一方で、人口10万人あたりの一般診療所医師数を医療需要などの指標化した外来医師数偏在指標においては、県内全ての圏域で全国平均を下回っている状況にあります。

こうしたことを踏まえて、第8次計画における施策の方向性です。

目的としては、地域における外来医療提供体制の確保を掲げております。

その目的を達成するため、

1つ目として、外来医療機能の偏在の解消による外来医療提供体制の確保に関する取組

2つ目として、医療機器の配置状況や保有状況を可視化することによって、効率的な活用に関する取組

3つ目については、紹介受診重点医療機関の明確化による外来医療報告の活用

この3つを進めていきたいと考えております。

スライド3を御覧ください。

こちらは、今年度から制度化された紹介患者の外来を基本とする医療機関、紹介受診重点医療機関の一覧表になります。

今年7月の地域医療構想調整会議の場において協議をしたもので、現在9つの医療機関が公表されております。

続いて、医療確保計画になります。

スライド4を御覧ください。

医師就学資金の貸与など様々な対策を県においては行っているところであり、県内の医師数は、着実に増加しているところですが、人口10万人あたりの医師数は、医療需給などで指標化した医師偏在指数は、全国46位と低位にある状況にあります。

こうしたことを踏まえて、第8次計画における施策の方向です。

目的としては、2,972人の医師の確保を掲げております。

この目的を達成するために、引き続き経済的支援をはじめとする、これまでの取組を進めていくとともに、キャリア形成プログラムの活用など、県内の医師確保に結び付けていくことを行うこととしております。

以上で資料7の説明を終わります。

(村上部会長)

併せて、地域医療構想、お願いします。

(事務局)

では、資料8を御覧ください。

スライド2を御覧ください。

地域医療構想は、人口減少及び高齢化を見据え、病床の機能分化・連携を推進するとともに、高度急性期から在宅医療、介護に至るまで、切れ目なく一体的な医療提供体制を構築することを目的としております。

計画期間、資料、平成29年度からになっておりますが、これは、記載の誤りで平成28年度からになります。

口頭で訂正させていただきます。申し訳ございませんでした。

計画期間の方は、平成28年度から令和7年度までを計画期間としております。

スライド3を御覧ください。

こちらが、先ほども少しお話に出ました、次期地域医療構想の話になりまして、国で示されている、これからのスケジュールの方になっております。

国において、2025年以降のスケジュールを示しているもので、今年度から来年度にかけて、国において、次期地域医療構想の検討・制度における対応について行うこととしております。

今回の第8次保健医療計画においては、こういったこともありますので、すぐさま、医療計画に反映させるようなことはせずに、次期の地域医療構想の調整の状況を見ながら、中間見直し等において反映させていきたいと考えております。

スライド4と5につきましては、地域医療構想の進捗状況になります。

令和7年における必要病床数11,827床に比べて、現在の病床数が13,233床と1,406床、まだ上回っている状況にあります。

ただし、着実に地域医療構想の実現に向けて、グラフを見てのとおり、順々に減ってきている状況、先ほど、福田先生の方から話があったとおり、順調に進んでいるものと認識しております。

今後も、引き続き、地域医療構想の着実な実現に向けて進めていきたいと考えております。以上で資料8の説明は終了いたします。

(村上部会長)

ありがとうございます。

それでは、ここで外来医療計画並びに地域医療構想のお話をいただきました。

まずは、このところの御質問をいただいて、その後、第8次青森県保健医療計画全体の御質問もいただくようにしましょう。

いかがでしょうか。

(福田部会員)

ちょっとよろしいでしょうか。

(村上部会長)

どうぞ、福田先生。

(福田部会員)

医師確保のところ、4ページ、ここ数年、弘前大学の卒業生は、50人から60人は、県内に定着しているはずですが、それでも、こんなに伸びていないということは、定年退職されたり、亡くなったり、県外に就職・転出されたりとか、そういう方が結構いるということでの理解でよろしいでしょうか。

(村上部会長)

いかがでしょうか。

(事務局)

事務局の方からお答えします。

福田先生のおっしゃられたとおり、弘前大学の卒業生の方、若手医師の方、一定数、県内に定着していただいているところです。

ただ、やはり、御指摘のありましたとおり、高齢になると共に、年齢を重ねると共に、廃

業するというわけではないですけれども、医師として勤務することを見合わせていく方が一定数存在するということもありまして、数字が一定数に抑制されているという状況にあります。

(村上部会長)

よろしゅうございますか。

(福田部会員)

あともう1点、2036年の必要医師数が3,318、絶対不可能な数字です。これから人口が減っていく中で、おそらくこんなに医師は必要なくなる時がいずれは来ると思うんですが、人口減少を加味した必要医師数を算定したものでしょうか。それとも単純に現状から計算して出てきた数なんですか、これは。

(村上部会長)

事務局、いかがですか。

(事務局)

お答えします。

まず、こちらの3,318人という数なんですが。国の方の算定式にあてはめて、示された数字となっております。

考え方としましては、2036年において、下位33%の医師偏在指標にあるわけですが、それを是正できるようなお医者さんの数ということで、この3,318というのがはじき出されております。

福田先生がおっしゃられたとおり、3,318、これ、将来的な部分も考えればどうなんだろうというお考えも当然あろうかとは思いますが、出す仕掛けとしましては、国の方で示した計算式に当てはめて出しているものということになります。

(村上部会長)

結局、青森県とは関係ないということでしょう。

そういうことですね。

ですから、そこを福田先生が聴いているわけなんです。

その辺を十分、青森県のことを考えながら、吟味していただきたいということ、福田先生が申し上げているんじゃないかと思えますけども。

福田先生、よろしゅうございますか。

(福田部会員)

まあ、そうですね。

もう少し分析というか、県の事情に応じた目標値を出すべきではないかと思うんですけどね。例えば、2026年までにあと300人、増やさなきゃといわれても不可能ですよ。目標としては仕方ないんですけども、何か希望が持てる目標値を設定していただいた方がいいんじゃないかなという気がします。

(村上部会長)

ありがとうございます。

言われたことをそのまま言うのではなく、考えて連携を取りながらやっていきたいと思います。

さて、ここで、第8次の青森県保健医療計画の策定に関して、全体を通して、いかがでしょうか。御質問、御追加、おありのある方、先生、御挙手ください。

よろしゅうございますか。

(淀野部会員)

先生、よろしいでしょうか。

(村上部会長)

どうぞ、淀野先生。

(淀野部会員)

今の青森県の医師の必要性に関してなんですが。

県の分析の中に、今、現在、進行している医師の働き方改革、暫定案で一部、年間1,860時間の時間外を認めるとか。

それから、A施設で、年間960時間の時間外を認めるという、そういう方向で、今、動いていますが。それでも、一般労働者の年間の時間外、許容時間が360時間と比較しますと、医師の時間外労働の時間数というのは、ちょっと常識外れに多いわけです。

ですから、この医師の働き方改革が進む中で、医師の時間外労働が減った場合、もう少し、医師数が多くないと難しいのではないかと思うんですが。ここら辺のことを考慮されているのでしょうか。

(村上部会長)

一番の問題点でございますが、事務局どうですか。

(事務局)

御指摘された点は非常に重要な点だと思います。

おっしゃられた通り、医師の働き改革が今後進むにつれて、医師数そのものは、これまで以上に必要になるのではないかとというのが予想されているところです。

こちらにつきましては、国の方のガイドラインでも同様の指摘がなされているところでして、こういった今後の動向も踏まえながら、医師確保、必要な医師確保については、進めていく必要があるのではないかと考えているところです。

(村上部会長)

そこですね、すぐ、それを医師確保というふうには言わないで、医師及び看護師は、そのとおりいかないんだということを、まずお考えになりながら、前の方に進んでいただきたいということを淀野先生は申し上げているんだと思います。

きちんとお願いします。

他にございませんか。

(福田部会員)

よろしいでしょうか。

(村上部会長)

はい、どうぞ。

(福田部会員)

そうすると、医師の働き方改革への対応も含めて、この人数ということでいんでしょうか。それとも、それを考慮すると、もっと必要だということですか。どちらでしょうか。

(村上部会長)

青森県はどう考えていますか。

(事務局)

すみません、事務局 奈良です。

国の方で必要医師数ということで、算定した段階でも、ある程度、働き方改革に関する部分というのは、折込済みにはなっております。

また、女性医師が増えてきているということで、その分に関しては、例えば、他の男性医師よりも、多少勤務時間が短いのではないかと。そういった時間数の積み上げを基に必要医師数というのは算定しておりますので、全く、働き改革に関する部分というのが反映されていないというものではないんですが、ただ、これからどんどん、どんどん、医師の時間外の上限時間というものも減らしていく、減っていくというのが、国の施策となっておりますので、そういうものが進行してくれば、もう少し医師数が、もしかしたら必要になるというよ

うな積み上げが出てくるのかもしれませんが、現時点では、そういう状況になってございます。

以上です。

(村上部会長)

先ほども申し上げたんですけどね、国の政策だから、そういうふうに行くんだ、ではなく、青森県なりの方法を我々と協議しながら、密着して相談しながら、進んでいきたいということを申し上げているわけなんです。

国から来たから、それでやりますよでは、青森県はなっていないから、よろしく願います。

他にどなたかございませんか。

よろしゅうございますか。

それでは、今日の会議をこれで終わらせていただきますが、その他、事務局、ございますか。

(事務局)

特にありません。

(村上部会長)

では、事務局にマイクをお返しします。

以上です。

(司会)

村上部会長、どうも進行の方、ありがとうございました。

また、皆様、様々な御意見をいただきましてありがとうございました。

本日の説明につきまして、また、村上部会長もおっしゃっていましたが、御意見、御不明な点等ございましたら、後ほどでも構いませんので、事務局の方に御連絡いただければ対応させていただきますので、よろしく願います。

それでは、これをもちまして、令和5年度第1回青森県医療審議会医療計画部会を閉会いたします。

皆様、どうもありがとうございました。

(村上部会長)

どうもありがとうございました。

議事録署名者 氏名 白 滝 貴 子

氏名 桎 谷 京 子

