

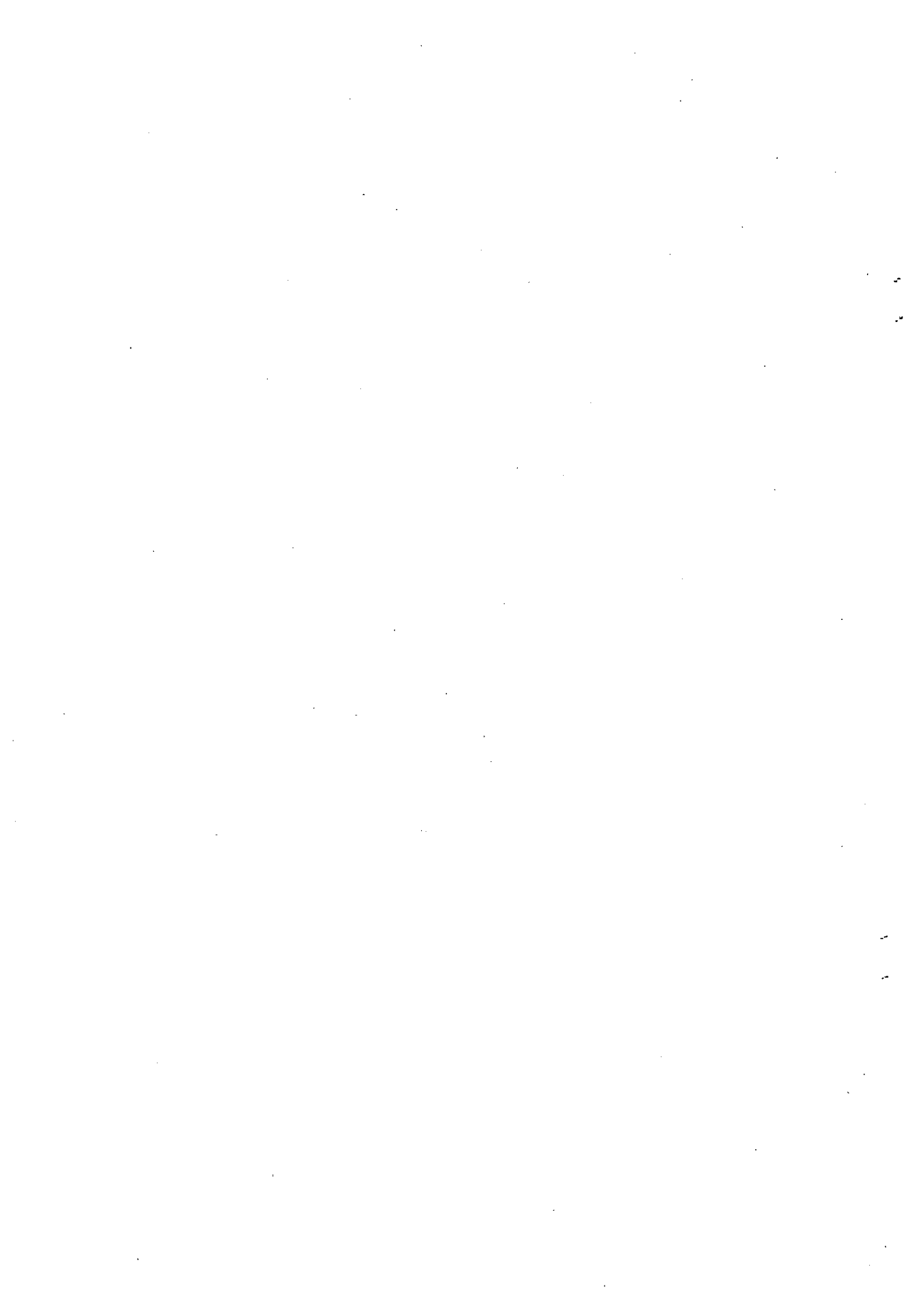
令和5年度

第2回

青森県医療審議会医療計画部会

議事録

(令和5年11月24日開催)



令和5年度第2回青森県医療審議会医療計画部会

日 時 令和5年11月24日(金) 17時00分～18時30分

出席部会員 村上部会長、淀野部会員、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、柗谷部会員、村岡部会員
(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、ただいまから「令和5年度第2回青森県医療審議会医療計画部会」を開会いたします。

開会にあたりまして、青森県健康福祉部長 永田からご挨拶を申し上げます。

(永田部長)

皆さん、こんにちは。青森県健康福祉部長 永田でございます。いつも大変お世話になっております。

本日は、お忙しい中、令和5年度第2回青森県医療審議会医療計画部会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

部会員の皆様には、日頃から県の保健医療行政の推進をはじめ、県政全般にわたり格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本日は、9月19日に開催いたしました第1回医療計画部会、10月18日に開催いたしました第1回医療審議会でのご意見を踏まえて、第8次保健医療計画における基準病床数や計画素案についてお示しをさせていただきたいと考えております。

部会員の皆様におかれましては、本県の保健医療提供体制の一層の充実・強化に向けて、それぞれ専門的見地から、忌憚のないご意見を賜りますようお願い申し上げ、挨拶とさせていただきます。

本日、ご審議、ご意見のほど、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名のうち過半数のご出席をいただいたことを確認しておりますので、議事の方は成立していることをまずもってご報告申し上げます。

それでは青森県医療審議会運営要領に基づき、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)

村上でございます。

議事に入る前に、本日の議事録署名者のご指名をさせていただきます。舛甚先生、お久しぶりです、よろしくお願いいたします。それから村岡部会員、先ほどはどうもありがとうございました。よろしくお願いいたします。

それでは次第に従って議事を進めてまいりたいと思います。3の議題「(1)第8次青森県保健医療計画の策定」の「①第1回医療審議会における意見と今後の対応」ということで、事務局からのご説明、よろしくお願いいたします。

(事務局)

青森県医療業務課の高橋です。よろしくお願いいたします。

私の方から、最初に「第1回医療審議会における意見と今後の対応(案)」について、ご説明させていただきます。資料1をご覧ください。まずはスライド2をお願いいたします。

医療審議会でのご意見1点目は、丹野委員からご意見がありました「医療と介護の境目がなくなってきており、そういったことを踏まえて保健医療計画を策定していく必要があること。また特に在宅医療と介護の連携が非常に大事でありまして、保健医療計画に盛り込んでほしい」とのご意見がありました。

このご意見を踏まえた今後の対応案として、事務局案になります。現行の第7次計画においても保健医療計画の一部としていた地域医療構想において、「高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで一連のサービスを切れ目なく、過不足なく提供される体制を確保していくことを目的」とされておりまして、第8次計画においても引き続きこの地域医療構想の実現をめざしていきたいと考えているところです。

また、医療連携体制の在宅医療対策において在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を構築するため、在宅医療・介護の連携について計画の素案の方に盛り込んでいきたいと考えております。

具体的にどういった形で盛り込んでいるかにつきましては、議題の(3)の計画の素案のところでご説明させていただきます。

続いて、2点目のご意見になりますけれど、リハビリテーションの関係になります。米田委員からご意見がありまして、「回復期リハビリテーションの病床は少なく、圏域を超えてリハビリテーションの対応をしている医療機関が少ないこと。また、こうしたことからリハビリテーションの体制を整備する必要がある」というご意見がありました。

これを踏まえた県の対応としましては、保健医療計画におけるリハビリテーションの重要性、こちら県としては十分意識しているところでありまして、医療連携体制の5疾病の中の「脳卒中対策」や「心筋梗塞等の心血管疾患対策」、こちらにリハビリテーションの体制の充実について盛り込んでいきたいと考えております。

また、人材の養成確保と資質の向上においても、リハビリテーションを実施している理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士、こういったところにも人材育成を盛り込んでいきたいと考えております。

こちらも詳細は計画の素案の方でご説明させていただきます。

続いて、3点目のご意見は、次のスライドにいきまして、田崎委員からロジックモデルについてです。「一部のロジックモデルにおいては、論理的に繋がっていないもの、こういったものもあることから、県民や現場にも論理的に繋がっていることがわかるように見直してほしい」とのご意見がありました。

こうしたことを踏まえて、田崎先生とも個別にやり取りをさせていただいてこのロジックモデルの見直しをさせていただいて、こちらの方で再度今回提示させていただくということと、あと、今後必要に応じて再度協議会等で検討するなど、ご意見を踏まえて進めていきたいと考えております。

スライド4以降につきましては、医療審議会でありましたご質問に対する回答になりますので、こちら、審議会当日に回答しておりますので、本日は説明を省略させていただきます。

資料1の説明は以上となります。よろしく申し上げます。

(村上部会長)

ただいま、事務局からご説明いただきました。丹野先生から、先般、医療と介護の連携というのはこれから非常に大事なもので、それに対してきちんとやっていただきたいというお話でございましたが、今のお話でよろしゅうございますか、丹野先生。

(丹野部会員)

ありがとうございます。後でその詳細は伺いたいと思います。

(村上部会長)

よろしく申し上げます。この後もまた話があると思いますが。

それからリハビリテーションの件も、理学療法士、作業療法士など、それぞれやりますので、この後もよろしくということでございます。

それから田崎先生、このロジックモデルについてのご質問をいただきましたが、医療審議会の意見を踏まえて、いろいろパターン化したロジックモデルを、この後また先生方にお伺いを聴きながら、もう少し検討したいということでございますが。よろしゅうございますか、田崎先生。

(田崎部会員)

了解です。

(村上部会長)

ありがとうございます。

それでは、事務局からの説明について、こういうことについてまた後でもありましたらよ

ろしくお願いします。

また②の基準病床数についてということでございますが、この件に関して事務局、お願いします。

(事務局)

引き続き私の方から「基準病床数(案)」ということで、こちらについて説明させていただきますので、資料2をご覧ください。

まずはスライド2をご覧ください。

その前に、先ほど司会の方からもお話をしたところですが、一昨日、急遽、直近の形で差し替えとしてさせていただきました、誠に申し訳ございませんでした。今後も引き続きよろしくお願いいたします。

それではスライド2の方になります。こちら、基準病床数についての制度のお話になります。こちらの基準病床数の目的は、病床過剰地域から非過剰地域に病床を誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、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。

仕組みにつきましては、既存病床数が基準病床数を上回るとき、これは病床過剰地域となるのですが、この病床過剰地域においては新たに医療法上に基づく開発許可を行う場合、都道府県知事においてある程度一定の制限を行うことができるということにしています。

例えば、公的医療機関については許可しないことができるとか、その他の医療機関については医療審議会の意見を聴きながらになるのですが、勧告を行うことができるなどの措置ができることになっております。

これを踏まえまして、次のスライドをお願いします。こちらが今の基準病床数と地域医療構想についての説明を記載しているところです。

まず今般の医療計画における基準病床数については、先ほどご説明したとおり、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、地域で整備する病床数の上限として定めているものとなります。

一方、右側の地域医療構想の病床の必要量になるのですが、こちらが2025年、令和7年の医療機能別の病床の必要量を示すものとなっております。必要な医療を適切な場所で受けられるように、将来の医療提供体制の構築を目指すこととしております。

こういった形で、国の考え方になるのですが、両者の目的や算出方法についてはデータとして異なるところであります。かならずしも一致するものではないと国の方では言っているのですが、ただ地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を目指す観点から、既に策定されている地域医療構想における病床の必要量との整合性を考慮した上で、今般の基準病床数を設定する必要があるということで、国の方の通知には記載してあるところです。

これを踏まえまして、今般、今回の第8次保健医療計画においては基準病床数を設定する

形になっております。なお、地域医療構想については、今回見直さずに、2025年度以降、こちらの地域医療構想の見直しの際に必要な病床数を定めることとしております。

次のスライドをお願いします。こちらが現行の第7次計画の基準病床数になっております。療養病床及び一般病床の基準病床数につきましては、二次保健医療圏ごとに算定することとされております。県全体で見ますと、現在、基準病床数が12,080ありまして、それに対する既存病床数が12,114ということで、こちらの方、全体で34床上回っているところです。地域別に見ますと、津軽地域、西北五地域において既存病床数が多くなっている、いわゆる病床過剰地域となっています。

精神、結核及び感染症病床につきましては、県全体で定めることとなっております、こちら、右の表のとおりになっております。

続いて次のスライドをお願いします。こちらが国で示しております今回の第8次計画における療養病床及び一般病床の基準病床数の算定方法になります。基本的には全国一律でこの算定式を使うことが決められているところです。今般、この中の①から⑥についてご意見を伺いたいと思っております。

あと、その他、①から⑥以外のところにつきましては流入・流出患者の方がありますが、こちらについては新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前の令和元年度の実績に基づいて算定しております。

続いて次のスライドをお願いします。算定に用いた値の個別の数値になっております。まず①について、人口についてですが、基本的に性別、年齢、階級別の値で、公式統計による人口で直近のものを使用してくださいということで国から示されております。

今般、その値を使用するものとしましては、住民基本台帳の令和5年1月現在の青森県の人口を使用することとしました。122万5千人というふうになっております。詳細については別にありますので、そちらを参考としていただければと思います。

なお、参考ですが、令和5年10月現在の状況ですが、人口は120万人を下回るような形になっておりまして、現在も人口減少が続いております。

続いて療養病床入院受療率についてになります。こちら、国から示されているものが性・年齢別の値を上限として、都道府県で設定する値とされております。国の方で設定している値については、通常であれば令和2年の値を使用するところですが、新型コロナウイルス感染症の影響を受けているということで、それを避けて平成29年の値を使用して国の方で算定しております。

こちらが国の値になります。県で独自で設定している値が案の1-2になるのですが、こちらが青森県の性別、年齢階級別の詳細の値を把握できないということから、全国の平成26年から29年の3年間の変化値を利用して、令和2年度の値を推計して、仮の値として県独自設定値として作っております。

こちら、後ほど案の1-1と案の1-2、どちらを使用すればいいかご意見をいただければと思っております。

続いてスライド7をご覧ください。在宅医療における対応可能な数。③になります。こちらは基本的に地域医療構想における推計した値と整合性を合わせて設定した値とされており、国の方では療養病床から介護施設や在宅施設への移行があまり進んでいない地域、こういった地域については地域医療構想における数値以外のものも使っているところではなっています。ただし、本県におきましてはそういったことはなく、地域医療構想が確実に進んでいると認識しておりますので、当時の地域医療構想における推計値をそのまま使用しまして算定に使っております。

次に④の病床利用率になります。病床利用率の方は国が設定した値を下限として、各都道府県で決めてくださいとなっております。この値、国の方がまず出してきた値としましては、案の2-1になるのですが、通常であれば平成28年から令和3年までの6年間の平均値を使用するところでありませうけれど、こちらでも新型コロナウイルス感染症の影響を避けて平成28年から令和元年の4年間の平均値を使用しております。

一方、県で独自に設定した値としましては、案の2-2になるのですが、こちらは青森県の数値をそのまま国の算定式に当てはめて平成28年から令和元年度までの4年間の平均値を使用しております。こちらでも案の2-1、案の2-2のどちらの方がいいのかということをご意見いただければと思っております。

次のスライドをお願いします。一般病床退院率につきましては、こちらは国の設定した値をそのまま使うこととなっております、都道府県としての裁量はございません。

続いて⑥平均在院日数になります。こちらでも国が設定した地方ブロック別の値を上限として、各都道府県で設定した値とされているところでは、平均在院日数に設定されている値につきましては、単純に統計的な平均在院日数を使うのではなくて地域差の観点から直近の実績値に近年の平均在院日数の短縮率を織り込んだものとしております。そうしたことを踏まえて、国の設定値であります案の3-1になります。

平均在院日数は、実績値で言いますと短縮傾向にはあるのですが、第8次計画において平成27年から令和元年度の平均在院日数の短縮率、これが2%から3%程度となっております、第7次計画と比べると、第7次計画の短縮率が10%から13%程度となっているということなので、その結果、算定すると、実績値と異なり第7次より第8次の方が長くなっているというのが現状になります。こうして国が算定した値は16.1日となっております。

下の方の案の3-2は、県の方の独自設定値になります。こちら、青森県の令和元年度の平均在院日数で短縮率をかけたものになりますと国の上限値を超えてしまうので使えないということから、第7次の数字をそのまま使っております。実質上、平均在院日数が短縮傾向にあるということなので、前回の第7次よりも大きい数字を使うよりは第7次を使った方がいいという観点から15.3、第7次の値を使用しているところでは、

こちらの方で次のスライドをお願いいたします。今の①から⑥、どの数字を使うかということで、①、③、⑤については基本的には1つの案としておりますが、②、④、⑥については案の1-1、案1-2のように2パターンそれぞれ使っておりますので、これについてど

の案がいいかというご意見をいただければと思います。

次のスライドをお願いします。この②、④、⑥のもの、それぞれ2つの値を用いて合計8パターンの試算を実施しているところになっております。

スライドの11ページ、12ページに関しましては、これらの試算を細かに計算しているものなので説明は省略させていただいて、試算結果のスライドの13をお願いします。

こちらが実際に計算したものになります。赤字で示しているもの、こちらが今回の試算で出た試算結果となっております。その右に記載しているのが第7次の基準病床数になるのですが、第7次と第8次、介護医療院の関係で一部算定から除かれるものがあるので436床です。これを除いたもの、11,644を記載しております、その右に書いてあるのが第7次と第8次の比較ということで記載されているところです。

この8パターンのうち、最大のものについてはパターン1になりまして、12,825床となっております。国の設定値をそのまま全部使用したものとなっております。パターン8が最少になっておりまして、これは県の独自数値をそのまま全部採用したのようになっております。

実際、今後の人口減少や地域医療構想との整合性を勘案すると、唯一、第7次の基準病床数よりも下回っているのはパターン8のみになっているところです。

こうしたことから、このパターン8というのも十分現実的な数字なのではないかと事務局としては考えているところです。こちらの方、後ほどご意見をいただきたいと思っております。

続いてスライド14をお願いします。こちらは精神病床と結核病床についてです。精神病床につきましては、国から示された値をそのまま使用しております、3,498床となっております。結核病床につきましては、令和3年度の結核患者数や入院の平均日数をもとに国の算定式をそのまま使っているところです。詳細については省略しますが、最終的には19床という形になっております。

続いてスライド15をご覧ください。感染症病床についてです。アにつきましては、特定感染症指定医療機関になりますので、本県ではございませんので0としています。

イは第一種感染症指定医療機関となりまして、各都道府県ごとに1か所、2床となっております。なので本県についても2床としています。

続いてウは二次医療圏ごとに算定することとなっております、人口が30万人未満であれば4床、30万人以上であれば6床という形になっております。本県ではこれらを勘案して、八戸地域のみが30万人以上となっておりますので、全部で28床という形になっております。

スライド16、次のスライドをお願いします。こちらがまとめになります。本日は、こちらの方の意見をいただきたいということで、特に療養病床及び一般病床、パターン1から8についてを重点的にご意見をいただければと考えているところです。

スライド17以降につきましては、療養病床及び一般病床の算定のための基礎資料等が

ありますので、説明は省略させていただきます。

以上で資料2の説明を終了いたします。よろしくお願いいたします。

(村上部会長)

ありがとうございます。非常に内容の複雑なところをざっと説明いただきました。現在の状況で、基準病床数、まずは全体としてご意見をいただけますかどうか、皆様にお伺いいたします。どうぞ。

よろしゅうございますか。まだ、例えば自分の該当するファクターのところだけですとすぐお答えをいただけるかも分かりませんが、いろいろ、例えば9ページのところの人口、それから療養病床、在宅療養、病床の利用率、退院率、平均在院日数、その辺からそれぞれの場所の数字を国の方向でやる方がいいか、青森県の方でやる方がいいかというお話を今いただきましたけれども。国の方向の決め方、そしてそれに対する青森県の方の決め方、その形でいいのかどうかも自分の対照するものに関してはすぐ答えることが可能かも分かりませんが、今回のこの計画部会の皆様は全ての病棟に関してなかなかご意見をいただけないことも、あるいは申し上げにくいこともあるかと思っておりますけれども、いかがでしょう。

まずは基準病床数の決め方ですね。2ページ、3ページのあたりを見ますと病床過剰、それから人口減少。それに対して病床を減らすためには増床は許可をしない。病床の増床とかをする時には勧告を行うとか、いろいろお話をいただきましたけれども。果たしてそういう形で。全然今までそういうことがなかったということではなく、昭和60年の医療法の改正、第1次医療法の改正から、この令和3年の第9次の医療法の改正まで、ずっと動いてきたわけでございますけれども。その辺を現場としてご苦労なさっている先生方から見ると、事務局の今の一般的な国がこういうからこうだ、青森県はこうだというのがすんなりといかないこともあるかと思っております。何かご意見、ございますか。どうぞ。

いかがでしょうか。具体的には、今、この数字がおかしいんじゃないかという形、計画部会としての形、意見を申し上げるには、ちょっと材料並びに流れが足りないのかなと、そんな印象も受けてございます。

(丹野部会員)

丹野です。1点だけなんですけれども。

パターン8の、いわゆる病床利用率の考え方なんですけれど。例えば、我々、一般病床の部分しか分からないので、一般病床だと利用率と稼働率という考え方がありますよね。実際、一般病床だと利用率より稼働率は大体5~6%上がるんですよね。なので、この0.79というのはいいのかなと思うんですけれども。療養病床の0.96というのはもうほとんど満床をずっとキープしないと維持できない。要は療養病床の稼働率というのは、あまり利用率と変わらないものなのではないでしょうか。この辺はどうなんですか。

(村上部会長)

今、丹野先生からお話ありがとうございました。

先生、今お話をいただいたのは7ページのところですか？

(丹野部会員)

13ページのまとめのところですね。パターン8のところの、いわゆる療養病床の病床利用率の0.96という値がかなり高い値で、これで療養病床としては十分やっているとあれなんですけれど、ちょっと高いんじゃないかなという気がしたものですからちょっとお伺いしました。

一般病床の方しか我々知らないんですけれども、実際は、一般病床0.79の利用率というのは、おそらく稼働率に直すと0.85ぐらいになると思うんですよね。85%ぐらい。大体一般病床だと5~6%上がるので、稼働率というか実際のところですね。

いわゆる療養病床というのは大体稼働率と利用率に、差がほとんどないものなんだろうかね。その辺がちょっとだけ気になったので伺いました。

(村上部会長)

ありがとうございます。村上でございます。

丹野先生のように一般病床しかなければそういうお話もあるかと思いますが、うちは一般病床と療養病床と両方持っています。その流れから数字を申し上げますと。

はっきり申し上げて一般病床というのは出来高だということは先生もご存じだと思います。ところが療養というのは、医療費も全て入院料に込みということで、入院させなければ全然収入にならないということで、治療をしようがしまいがそのコストでいきますよということなんです。

ですから、逆に療養病床でシビアな患者さんで医療費がうんと掛かるものは置けなくなるんです。ですから一般病床の出来高と意味がちょっと違うので、これを比較して何%というのは、ぼくらに言わせると無理なんじゃないかと思えますし、この辺は事務局でもおそらくはお分かりになっていないと思うんです。ところが国の方ではそれを足し算・引き算いろいろやって、今回のこの数字を出してきたのは何なんだというふうに、ぼくら例えば地域包括ケア病床でも療養病床でも、先ほど出た感染とか結核病床でも、いろいろ検討をして今決めるとか、そういうことでなく流れを見ないとダメだなと。

ぼくは全日病の立場から出ていますけれども、それぞれの病院の感覚が違いますものから、その情報を入れないとダメだと思って考えていました。以上でございます。

(丹野部会員)

ありがとうございます。パターン8は現実的かなと私自身は思いました。

(事務局)

村上先生、事務局からよろしいでしょうか。

丹野先生、ご意見、ありがとうございます。パターン8についてのご賛同もありがとうございます。

まず療養病床の利用率についてなんですけれど、一般病床は確かに稼働率と利用率で違いがあるというのは確かなんですけれど、どちらかと言うと療養病床につきましては出入りが一般病床に比べてそんなにないので、入ったら結構長く入っている方が多いので、そんなに稼働率と大差がある形ではないところです。

この0.96につきましては、平成28年から令和元年度までの国の調査に基づいた数値を、そのまま公式として国で出している青森県の数字をそのまま使っている4年間の数字を平均したような形で出しております。すいません、国の方の公表している数値の算定に浮いて、中身まで把握してないんですけれども、国の公式数値を使わせていただいているというところになります。

(丹野部会員)

了解しました。

(村上部会長)

よろしゅうございますか、丹野先生。

(丹野部会員)

分かりました、了解しました。ありがとうございます。

(村上部会長)

事務局で申し上げますと、今の話し方になるんですけれども、実は実は、高橋さんの今のご説明を聞きますと、療養病床は長くなるし、それから一般病床はそうでもないしというふうな表現をしてしまうんですけれども、現場では療養病床も、先ほど申し上げたみたいに介護保険に近い方々という表現がいいかどうか分かりませんが、そういう方々は長くなることが多いんです。

ところが、一般のベッドは、先生ご存じのように救急の患者が入ってくれば、さらに重症の患者が入ってくれば、軽くてもやっぱり出てもらわないとダメなんです。

ですから、そういう現場の違いがございますので、その辺をいろいろ考えながら、この算定の数字を考えていかないとダメなので。なかなかどのパターンがいいかというのは、国の設定と県の設定と決めてどうこうというのは、そんなに簡単にいかないような印象を我々は持っていました。よろしく申し上げます。以上です。

他にございませんか。

(事務局)

事務局からよろしいでしょうか。

村上先生がおっしゃったとおり、今それなりに現状が変わってきているという状況もありますし、地域医療構想、先ほどお話をしたとおり令和7年度までということになっていますので、これから先、地域医療構想の改定も予測されております。

なので、今回、6年間の形で基準病床数を定めさせていただきますが、地域の実情とか地域医療構想の改定に基づいて中間見直し等で変更することも十分あり得ますので、その辺を踏まえた上で、今回の第8次計画でこの基準病床数は必ず法律上定めなければいけないとなっておりますので、現在の分かる範囲内で定めていただいて、今後随時必要な時に見直していくという形にしたいと思っておりますので、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。という形で検討していただくのが一番安全なのかと思って伺ってました。よろしくお願いします。

ほかに何かご意見ございますか。よければ③の青森県保健医療計画の素案、この厚い資料でございますけれども、その辺のプラスマイナスのことをいろいろ考えたご資料を事務局の方からご説明をいただいて、この後のさらに我々ばかりではないんですけれども、地域住民も入れた人口減少、人口増加を入れた、人の流れも入れた形を作っていきたい、そう思っています。よろしくお願いします。

事務局、どうぞ。

(事務局)

ありがとうございます。それでは資料3の方を説明させていただきます。

こちらの「第8次青森県医療計画（素案）」というのが、村上先生の方からもお話があったとおり、かなり分厚い資料になっておりますので、こちらは本日概要のみのご説明とさせていただきますと思います。ご意見につきましては、本日、お伺いすることも可能ですし、その他、後日でもご意見をいただければと思っております。ただ、来月12月18日に医療審議会を行うことで考えておりますので、それに意見として紹介させていただきたいと思っておりますので、できれば今月中に事務局の方まで、ご意見がある場合、一旦いただければと思っております。

それではまず表紙の方をご覧ください。こちら、青森県医療審議会の計画部会時点、今日時点の素案という位置づけと考えておりますので、今後、医療審議会やこの医療計画部会のご意見を踏まえた変更を行うほか、いろいろな協議会をまだ開催しているとか、この間開催したばかりというのもありますので、そういったご意見を踏まえて変更する予定となっ

ておりますので、その辺は留意していただければと思います。

次の目次の方をお願いします。計画の構成につきましては、前回の医療計画部会の方で簡単にご説明させていただいたところだったのですが、主なポイントとしましては、これのもう少し下のところに医療圏体制の5疾病6事業のところ、6事業目として新興感染症発生及びまん延時における医療対策、こういったものを追加しております。

目次の次のページをご覧ください。こちら追加になった部分になりますが、その他の保健医療対策の中に慢性閉塞性肺疾患COPDですね、慢性腎臓病CKD、こちらの方が新たに追加になっているところです。

それでは計画本文の方に入らせていただきます。こちらの計画本文、まずは4ページをご覧ください。まずは第1編総論において、計画の趣旨や位置づけなどを記載しているところですが、こちらの1. 計画作成の趣旨です。

本県では、昭和62年12月に「青森県保健医療計画」を策定し、その後、必要に応じて見直しを行いながら、医療提供体制の確保を図ってきました。

高齢社会の進展などを踏まえて、第8次計画となる今般の青森県保健医療計画においては、地域医療構想を引き続き推進するとともに、5疾病、新たに加わりました新興感染症を加えた6事業及び在宅医療、それぞれについて政策循環の仕組みを一層強化し、良質かつ適切な医療の構築を進めることとしております。

この計画に基づき、今後も引き続き保健医療提供体制の充実を目指していくこととしております。

続いて下の方にいきまして、3の医療計画の位置付けになります。本県の医療計画に関する基本計画となります。本計画は医療法30条の4、1項において、都道府県において定めるものとされ、この医療計画の中身になっております。本県の保健医療に関する基本計画と位置付けているところです。

次のページにいきまして、5ページ目、(2)のところですが、本計画は、行政庁である県のほか、県民、保健・医療機関等の参画と協働のもとに、それぞれの主体が役割に応じて保健・医療分野の取組を進めるための基本指針としております。県だけではなく関係機関も含めてそれぞれの役割を定めているものになっております。

続いて計画の期間です。来年度の令和6年度から令和11年度までの6年間を基本としております。必要な事項については、3年毎に見直しを行うこととしています。

続いて5. 計画の基本理念についてです。こちらの(1)から(5)までにより、保健医療提供体制の構築を目指すこととしております。

続いて7ページをご覧ください。こちらの下の方の(4)になります。計画推進の手法になります。計画の推進にあたっては、PDCAサイクルの手法をとって進めていきたいと考えております。特に5疾病6事業及び在宅医療については、政策循環を強化するため、ロジックモデルを活用することとしております。

続いて8ページをご覧ください。8ページの下の方、第7次青森県保健医療計画の評価に

なります。現行の第7次計画では、数値などの具体的な目標が設定されている231項目のうち、目標を達成した項目及び未達成であるが改善した項目、これらを合わせると概ね6割程度となっておりまして、県としては全体として概ね前進したものと評価できます。

さらに第7次評価結果を踏まえて、第8次計画での課題や施策等へ反映し、引き続き保健医療提供体制の充実を目指すこととしております。また、前回の医療計画部会においては、ご意見として、直近の数字が判明していない指標もある、こういったことから、第7次の評価を引き続き行った方がよいとのご意見がございました。こういったご意見を踏まえて、第7次計画期間中においても、引き続き第7次計画の評価を行い、必要に応じて第8次中間見直しに反映させることとして、こちらのように記載させております。

続いて、飛んで13ページをご覧ください。地域医療構想になりますが、今回、先ほどもお話をしたとおり改定しない予定となっております、変更しない予定としておりますので、別冊として対応させていただいております。

続いて14ページをご覧ください。第3章の外来医療計画についてです。外来医療計画は、現行の第7次計画の中間見直しで保健医療計画の一部として策定されたものになっております。本県の外来医療計画は、県民が地域で必要とする医療を受けられるよう、地域における外来医療提供体制の確保を目指すこととしております。

計画の全体像としましては、外来医療計画においては外来医師偏在指標、外来医師多数区域を設定するとか、紹介受診重点医療機関について明確化するなどを記載しているところでありまして、詳細については、こちらの14ページから32ページまで記載しておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

ちょっと飛びまして33ページをご覧ください。こちらからが第4章になるのですが、本件の医療の概況になっております。こちらの本県の概況においては、人口、保健医療体制、患者の受療動向などを記載しているところになっております。こちらは前回の医療計画部会でも簡単にご説明をさせていただきましたので、本日は説明を省略させていただきます。

続いて、飛びまして58ページをご覧ください。こちらは保健医療計画の設定ということになっております。第1回医療計画部会でご議論いただいたところになっておりまして、それを取りまとめたものとなっております。

まず一次保健医療圏につきましては市町村単位、二次保健医療圏については6圏域、三次保健医療圏については県全体として設定することとして、いずれも現行の第7次計画と同様に設定しているところになっております。

続いて59ページをご覧ください。第1回医療計画部会で、様々今後の、第8次ではなくてその後の保健医療圏についてもご意見をいろいろいただいたところではありますので、それをまとめたものがこちらに記載してあります。まず高齢化が続くということから、こうしたことから人口減少や高齢化による人口構造や疾病構造の変化、さらには本県の地域的特性、医療提供体制の状況などを踏まえ、引き続き本計画期間中に二次保健医療圏の議論を進めていく必要があるとしております。また、医療機関側からも十分協議をする必要があると

いご意見もいただきましたので、今後の二次保健医療圏の議論にあたっては医療機関をはじめとする関係機関の意見を十分に踏まえた上で、医療審議会、こちらで進めさせていただきたいと思っております。こういったご意見を踏まえて記載を追加しているところです。

続いて、基準病床数になります。こちらは、先ほどいろいろご意見をいただいたところでもありますので、それを踏まえてまた後程相談させていただきたいと思っております。

こちらが第1編の総論の部分になりまして、次からが第2編の各論の方に入っています。69ページをご覧ください。

まず第2編の各論の最初の第1章が医療連携体制の構築となっております。5疾病6事業及び在宅の医療提供体制について定めている事項になります。

まずこちらの69ページにつきましては、5疾病の1つであるがん対策について記載しているところです。こちらもかいつまんで説明させていただきます。本県のがんにつきましては、75歳未満の年齢調整死亡率はおおむね改善傾向にあるものの、まだまだ全国平均を上回っているのが現状となっております。

続いて、飛んで73ページをご覧ください。いろいろ事情はあるのですが、それらを踏まえた今後の施策の方向という形になっております。まずがん対策の目的になるのですが、がんの罹患率の減少やがんによる死亡者の減少、がんによる苦痛の軽減や療養生活の質の向上、こういったところを行っているところです。これらの目的を達成するために、施策の方向性としては一次、二次の予防対策、あとがん医療の標準化などを進めることとしております。

またその下の方に、具体的な施策としては1の施策の方向性(2)二次予防のところの2つ目になるのですが、科学的根拠に基づくがん検診の推進など、本県独自のそういったところの取組も進めていきたいと思っております。

続いてロジックモデルの方になります。75ページをご覧ください。こちらの方、ロジックモデルになっています。こちらは第1回医療計画部会でもご議論をいただいたところですが、施策の実施状況や効果等、こうしたところを分かりやすく政策循環を強化するためにこのロジックモデルを作っているところになっています。詳細な説明は省略いたします。

続きまして79ページをご覧ください。脳卒中対策になります。こちら、5疾病の1つである脳卒中対策となります。こちらの脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男女ともに全国と比較して高い状況にあります。こういった特徴を踏まえて対策を行う必要がありまして、85ページの施策の方をご覧ください。

先ほどの現状を踏まえた今後の目的になるのですが、まず脳卒中による死亡者の減少、日常生活における脳卒中患者の質の高い生活、こちらを掲げております。この目的を達成するための施策の方向性としましては、脳卒中の予防や正しい知識、危険因子の管理、こういったことの普及啓発を行うことや脳卒中にかかる医療提供体制の構築を進めること、こういったところを施策の方向性として掲げているところです。

86ページをご覧ください。こちらは医療審議会における意見を踏まえて記載しているところですが。脳卒中のリハビリテーションが非常に大事というご意見がございましたので、こちらの方、脳卒中に関するリハビリテーション、急性期から実施することとしてこちらの方に記載しているところです。さらには当然回復期や維持期についてもリハビリテーションの提供ということで、こういったところも施策の中に入れ込みまして、今後の医療提供体制を進めていきたいと考えております。

続いて88ページ、こちらはロジックモデルになります。

続きまして94ページになります。5疾病の1つ、心筋梗塞等の心血管疾患対策となります。こちら、青森県の心血管疾患の死亡率は246.7ということで、こちらも全国よりも高くなっている状況です。また年齢調整死亡率につきましても男性76.8、女性36.6ということで、こちらも全国を上回っている状況になっています。

これらを踏まえた対策としましては、100ページをご覧ください。目的としましては、心血管疾患による死亡者の減少や心血管疾患患者の日常生活における質の高い生活を掲げているところです。施策としては、心筋梗塞等の心血管疾患の予防等の普及啓発や医療提供体制の構築等を推進することとしております。

101ページをご覧ください。こちら医療審議会等のご意見を踏まえて、急性期からリハビリテーションを提供する体制を整備することを施策として進めています。また、回復期、慢性期、発生予防期、こういったところにおいてもリハビリテーションについての質の向上等の記載をしているところです。

続いて103ページは心血管疾患のロジックモデルになっております。こちらリハビリテーションに関する指標も入れているところです。

続きまして108ページ、5疾病の1つの糖尿病対策になっております。糖尿病による死亡率は22.3で、全国よりもこちらも高い状況となっているところです。こうしたことを踏まえた対策が112ページになります。まず目的としては、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に、糖尿病予防対策を推進すること、あと適切な医療の提供、合併症・未治療者・治療中断対策、こちらを進めることとしております。

114ページはロジックモデルとなっています。

続いて118ページをご覧ください。こちら5疾病の1つの精神疾患対策になります。現状としましては、精神科等の初診待機期間が1か月を超える医療機関が複数、17か所あるということと、また医療期間が1年以上になっている精神疾患患者は約2,000人と多くなっているところです。

これらを踏まえた対策が118ページの12になります。目的としましては、初診待機期間の短縮や精神疾患患者の地域移行の推進などを掲げているところです。これらの目的を達成するために、施策としましては精神科の医療機関の役割分担や相互連携体制の構築、精神科等の医療機関以外の相談機関への支援の充実等を進めることとしているところです。

続いて118ページの15ページ、ロジックモデルをご覧ください。こちらはAのアウト

プットの3番目が、今後検討と記載しているのですが、こちら精神疾患の会長である田崎先生と調整させていただきまして、こちらのアウトプットにつきましては、「精神科訪問看護の利用者数」とさせていただきました。現状値は1,840人、目標値は2,040人とする予定で現在進めているところなので、一応情報提供させていただきます。

続いて119ページをご覧ください。こちらから6事業の方になりまして、6事業の1つである救急医療対策になります。引き続き救急の医療提供体制を整備していくため、初期救急医療や入院救急医療、あと救命医療、こういったところの提供が引き続き必要になってきているというのが現状になっております。

続いて125ページをご覧ください。現状と課題を踏まえた施策の方向になります。目的としましては、救急医療提供体制の構築というところと救急患者の生存率の向上を掲げているところです。これらの目的を達成するための施策としましては、相談体制の充実というところと適切な病院前救護活動が可能な体制の構築、重症度・緊急度に応じた医療が可能な体制の構築を進めることとしているところです。

127ページはロジックモデルとなっております。

続いて134ページをご覧ください。こちら6事業の1つである災害医療対策になります。近年、風水害とかの災害が相次いでいるところになりますので、引き続き災害医療の充実が喫緊の課題となっているところです。

139ページをご覧ください。現状と課題を踏まえた施策の方向になっております。目的としては、災害時における必要な医療が確保される体制の構築を掲げているところです。この目標を達成するために、施策としましては災害時における拠点となる病院等の体制整備を行うこととして進めているところです。

142ページはロジックモデルとなっております。

続いて148ページをご覧ください。こちら、今回加わった6事業の1つであります新興感染症発生・まん延時における医療対策についてになります。こちら感染症対策推進協議会において現在協議中なので、今回はお示しできない形になりまして、そちらで12月の協議会において検討をするということなので、改めて第3回の医療計画部会でお示しさせていただきたいと思っております。

続いて149ページをご覧ください。6事業の1つであるへき地医療になります。へき地医療については、11月13日に地域医療対策協議会を行っておりまして、そこで協議をしているところなので、その協議結果は反映されていない状況です。青森県におけるへき地の状況につきましては、無医地区が10、準無医地区が20か所となっているところです。へき地の医療提供体制については、現在、へき地診療所が15、へき地医療拠点病院が6、それらの支援を行うための青森県地域医療支援センターというのが1か所ありまして、そういったところで対応しているところです。

152ページをご覧ください。まず目的としましては、へき地に暮らす住民に対する医療サービスを継続して実施される体制を構築することを掲げているところです。施策の方向

としましては、へき地医療に従事する医療従事者の確保による医療体制の確保、並びに連携の強化を進めることとしております。

155ページがロジックモデルとなっております。

続いて160ページをご覧ください。こちら6事業の1つである周産期医療対策になります。周産期医療につきましては、11月17日に開催した周産期医療協議会、こちらにおいて協議を行ったところでありまして、そのご意見についてはまだ反映されていないところです。青森県の周産期死亡率については、現在、全国と遜色ない数字となっております。また周産期死亡率を維持していくためには、青森県周産期医療体制整備計画、これを円滑に運営していく必要があると考えているところです。

165ページをご覧ください。現状と課題を踏まえた施策の方向についてです。目的としましては、周産期死亡率の全国水準の維持を掲げているところです。これらの目的を達成するための施策としましては、妊産婦の健康管理や周産期医療体制の充実・強化等を進めることとしております。

167ページはロジックモデルとなっております。

続いて174ページをご覧ください。こちら、6事業の1つであります小児医療対策となります。こちら小児医療につきましては10月26日に小児医療対策協議会を開催しておりまして、その協議を行ったところですが、その協議結果、ご意見についてはまだ反映されていないところです。現状と課題につきましては、青森県の乳児死亡率は全国と遜色のない水準となっております。

182ページをご覧ください。目的としましては、乳児死亡率の全国水準の維持を掲げているところです。施策としましては、小児医療体制の確保並びに療養、療育支援が可能な体制の構築、確保を進めることとしております。

184ページについてはロジックモデルとなっております。

続いて188ページをご覧ください。在宅医療についてです。本県の65歳以上の高齢者人口につきましては、令和7年にピークを迎え、より急速に高齢化すると予想されております。こうしたことを踏まえて、在宅医療の需要の増加が見込まれているところです。

194ページをご覧ください。現状と課題を踏まえた施策の方向になります。目的としましては、在宅医療の需要に応じたサービス量を確保することを掲げております。施策としましては、訪問診療や往診などを実施している診療所や病院数等を増加させることを進めていくこととしています。

196ページをご覧ください。こちらは前回の医療審議会にて丹野先生の方からご意見のありました、在宅医療と介護の連携が非常に大事ということで、切れ目がなくなっていることも踏まえて在宅医療と介護の連携の促進という項目を入れているところです。多職種による協働とか相談窓口の設置、こういったところを入れつつ在宅医療と介護の連携の促進を図っていきたいと思っております。こちらを書かせていただいております。

197ページをご覧ください。ロジックモデルとなっております。

あと、その他人材育成の項目や健康づくりの項目のところですが、ちょっと時間の都合もありますので説明は省略させていただきます。

あと、その他、本日欠席の弘前大学の福田学長の方から事前にご意見をいただいていたところですが、そのご意見の内容を紹介させていただきます。福田学長からいただいたご意見としましては、「青森県の飲酒率は改善しておらず、高い飲酒率のままである。本県の生活習慣病の中で改善が進んでいない飲酒、アルコールに関して、記載をもっと増やした方がいいのではないか」というご意見でした。「特に生活習慣病であるがん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病など、または肝炎、こういった項目で増やすべきではないか」というご意見をいただきました。

県としては、この福田学長のご意見を踏まえまして、アルコール関連に関する対策を強化していきたいと思っていますので、今後、まだ素案には反映させてないのですが、協議会の部会員の方々とも調整しながら追加していく方向で検討していきたいと思っています。

以上で資料3の説明を、駆け足になりましたけれども終了させていただきます。よろしくお願いたします。

(村上部会長)

どうもありがとうございました。

ただ今の資料3の説明をいただいたわけですが、一通り、資料3の厚い資料をいただきながら、これは方向的に青森県と付いていますが、国の方向でこういうふうにしてやってもらおうということで、各場所、各疾患、がん対策から心筋梗塞、5疾病6事業、また感染症とかそういうところまでやって、死亡者を減少させろとか質の高い生活をさせろとか、予防や知識、それから提供体制をやれとか、環境をきちんとしろとかというのは、これは青森県と付いていますが、国の方向なわけですが。

ただ今、福田先生の方からも、さらに一人ひとりの健康管理をもうちょっとやって、きちんと国民を、県民を守っていかうじゃないかという話をいただいたということですが、まったくそのとおりでございます。

ということは、先ほどのようにベッド規制とか医療費を規制とか、早く退院させろとか、医療費を下げろとかということとちょっと方向が違いますけれども、ご意見をいただきましょう。よろしくお願いたします。どうぞ。

よろしゅうございますか、先ほどの話は人口減少があるからベッドを減らせと。それからベッドの休床率を適宜、その状態でうまく使って空床がないようにしろとか、そういう話でございましたが。我々現場のものとしては、そういうことはあまり考えなくて、重症の患者さん、あるいは軽い患者さん、いろんな状況の患者さん、在宅まで含めて戦っているわけでございます。

その辺を合わせながら、この資料3のごとくこの保健医療計画をやっていくということで、今、時間をかけてご説明をいただきましたけれども、ご意見いただければありがたいと

思います。

例えば、シビアな患者さんがいっぱい来るところは7対1でないとダメなんですけれども、7対1がどうしてもできないところもあるわけなんです。看護婦の不足で、東京に皆、看護婦が持っていかれて。そんなことを事務局ではきちんと分かっていたいただきたいというふうに考えています。なかなかその辺のことは、厚労省の方ともこの間も話をしたのですが、全国的に、平均的にいくという状況ではないと思いますので、青森県は青森県の一番いい方法を選んでいけばいいのではないかと、そう思っています。よろしくお願いします。何かご意見、ございませんか。

(村岡部会員)

村岡です。様々なご説明、ありがとうございました。1つ確認したいことがあるんですけども、196ページの在宅医療と介護の連携促進についてですが。

きっとこれ、各市町村で今、在宅介護医療連携事業がありまして、多分様々な圏域で医療体制、在宅介護医療連携の施策をされているかと思えます。普及をしていくとか相談窓口の設置をされるということでしたけれども、これは各市町村と県のヒアリングとか、そういった形も含めて何か提案というものが反映されるということがありますか？

(村上部会長)

高橋さん、いかがですか？分かります？

(事務局)

こちら、195ページの方に介護保険事業支援計画があり、細かい施策につきましては介護保険事業支援計画でも検討させていただきたいと思っております。保健医療計画は、あくまでも全般的な保健医療が中心になりますので、介護についての細かいものについては介護保険事業支援計画の方で定めさせていただきたいと思っております。

もし、介護に関して盛り込みたい内容等がありましたら、ご意見をいただければ保健医療計画に載せるか介護保険事業支援計画に載せるかも含めて検討させていただきたいと思っております。

(村岡部会員)

ありがとうございます。

(村上部会長)

村岡部会員、よろしゅうございますか？ただ今の表現は介護保険事業支援計画もあるということですが、保険者が違います、医療保険と介護保険と。そこで全然方向が違いますので、事務局にどうしますか？と言われても、これはダメな話なんです。ここは、や

っぱり介護保険の保険者である市町村と、あるいは医療保険の厚生局の方と一緒に話をしていただければダメなことなので。これはただ方向としてはあなたの言った方向で進んでいますから、ご心配なく。

それから、その他に何かございませんか。

(丹野部会員)

丹野です。せっかくの機会なので。基本的なところを私が分かっていない面があって。

いわゆる一般病床に関しては、今、自治体病院としても自主的に集約化して徐々に病床数は減ってきているというか、そういう形で集約化しています。一方で在宅医療のニーズというんでしょうか、在宅医療が何人必要だみたいなのは、どのような試算でできているんでしょうかね。

つまり一般病床が減って行って、かつ療養しなければいけないような方々が、いわゆる多死社会になっていくという流れの中で、在宅でいわゆる診なければならない人が必然的に多くなるのでという恰好の、いわゆる試算なのか。

その辺、在宅医療がこのくらい必要ですよという数というのは、どのように出しているんでしょうね。私もちょっと勉強不足ですいません。

(村上部会長)

ということですが、いかがでしょうか。事務局、分かりますか。

(事務局)

はい、ありがとうございます。在宅医療の移行の見込みにつきましては、地域医療構想においてそれを算定しているところになっております。具体的な数字は今、手元にはないんですけど、基本的には地域医療構想策定当時のものに。

地域医療構想においては、平成25年のNDBのレセプトデータ等を基に算定しております。今後、慢性期とか、そういったところからだんだん在宅医療が増えていくというところを基に算定して、地域医療構想の在宅医療の数とかを求めた上で必要な病床数を定めているところです。

現時点ではっきりと在宅医療がどのくらい進んでいるという明確な数字は手元にはないんですけど、在宅の診療の数とか、あと在宅診療をやっている医療機関の数とか訪問看護とか、そういったところはどんどんニーズも供給も増えてきているというのは事実になっています。

これらも踏まえて、今回の保健医療計画においては在宅医療がさらに伸びるだろうことを推定して、さらに高い数字で、地域医療構想を基に目標値を定めて増やしていくこととしています。以上になります。

(村上部会長)

ありがとうございます。

そういうことでございますが、丹野先生、よろしゅうございますか。

(丹野部会員)

分かりました。ありがとうございます。

(村上部会長)

ということは、今のは説明だと僕は思ってないです。ということは、これは医療費はどんどん下げないとダメだということで厚労省が動いて、また中医協も動いてやっているわけなんですね。そのために、その分を在宅医療でカバーしろということなんです。

ですから在宅医療がコストがどのくらいになるから地域医療が、あるいは医療費が下がるから何とかなると、そういう問題ではないんですけれど。ここら辺はもっと日医の方できちんと言いながら、在宅医療もやるけれども医療はきちんと続けないとダメだと。その医療をやる分においては介護保険も使いながら医療をやらないとダメだということを、大声でやっぱり世間に通していかないとダメだと思いますが。

今の中医協の形がそういう形になっていないような印象を受けますので、そこら辺は後ほどまた事務局とも相談しながら、いろいろご検討をしていきたいと思っています。その辺は、むしろ舛甚先生がいろいろ審査を見ながら詳しいんじゃないかと思えますけれども。

何かございますか、舛甚部会員。

(舛甚部会員)

ありがとうございます。それこそ国の施策というのが、国の財政の方が主として進んでおりますので、医療費の国庫負担よりも介護の方の国庫負担の方が少ないので、どうしても施策が在宅の方に動いているというのを実感しておりますので、そのことをお知らせしたいと思えます。以上です。

(村上部会長)

ありがとうございます。

ほかに何かございませんか。いかがでしょうか。

事務局、何かしゃべっているようですけど、ありますか？

(事務局)

資料3についてではないのですが。先ほどの基準病床数について、すいません、話を戻してしまって誠に申し訳ないのですが。

次回の医療審議会で県としての基準病床数の案という形で、1案に絞りたいという認識

でいます。先ほどもお話をしたとおり、今回決まったら6年間変えられないというわけではないので、中間見直しとか地域医療構想の見直しの際に必要な応じて変更することになりますが、一先ず今般の数字の方、医療計画部会としてご意見をいただきたいなと思っていたところですよ。

丹野先生からパターン8でいいというご意見もありますので、パターン8で構わないかどうかといったところのご意見もいただければ非常に助かります。

(村上部会長)

基準病床数の数字の場所ですが、一番シビアなところでいかがでしょうかということなんです。いかがでしょうか。

(事務局)

丹野先生、先ほどパターン8がいいというご意見もありましたので、その辺の理由とかも、もし可能であればお話いただければ議論が進むかなと思いますので、お願いします。

(丹野部会員)

丹野です。そうですね、いわゆる自治体病院として、一般病床が主に我々としては受け持たせていただいているので、実感として、やはり我々としてもダウンサイズしていかないと、いろんな意味で病床数が埋まらないなということは実感として感じていました。

あと、やはりアフターコロナになって、このような住民の皆さんの感覚というのはこのまま定着していくのかなというのがあったり。そういう流れを見れば、ある程度算定値の落としどころとしてはいいのかなと感じたところでございます。

印象的な、感覚的なものでございまして、意見として述べておきます。

(村上部会長)

ありがとうございます。今、丹野先生の方から基準病床数のパターンが、8の方がということで、一番少ない数字の方が、ある程度県としては、あるいは丹野先生の側としては楽なんだろうという形がありましたけれども。

実は実は、先ほど申し上げました療養ベッドとか介護とか、そちらの方を考えると、ベッド数を減らすと収入が減るということは先ほども申し上げました。ということは、同じ人数で同じスタッフが頑張っている時に、収入が減ることは大問題なので、やはりそこは両方を考えた立場で、救急ベッド、これは減るかも分かりませんが、慢性期のベッド、療養のベッド、その辺を加えたもののトータルで青森県民が、あるいは地域医療が困らない、苦しくない、あるいは非常に問題が起きたりなんかしない、そういうことを考えていただければありがたいと思いますので。

高橋さん、パターン8が今の計画部会で決まりましたではなく、いろんな意見があったと

いうふうにしてお話をいただければありがたいと思います。

淀野先生、何かございませんか。

(淀野部会員)

鳴海病院の淀野です。このパターン1から8あるんですけども。これは先に病院のベッド調整を始めた国公立病院に関しては、かなり病床の役割分担が進んでおりましたから、実情に合わせて少しずつベッドを縮小して整理をしていくというのはよく分かります。

しかし、民間病院の方はスタートが遅かったですし、最初は国公立主導でしたから、どういう立ち位置で民間病院の私どもがベッド調整をやっていくかということについては、まだはっきりしておりません。

ですから、むしろ急性期病床を持っている民間病院で在院日数が15とか、そういうのはちょっと考えにくいところがありますし。今、17.9で7対1看護を採っていらっしゃるところが多いかと思うんですけど、そういうのを考えると、一概に病床数を減らすという方向で決めるのはよくないなど。ちょっと国公立病院と民間病院では考え方が少しずつれていると思いますので、実情に合わせて弾力のある考え方をしないといけないのではないかと思います。以上です。

(村上部会長)

ありがとうございます。事務局、いかがですか、今の。分かってくれますか？

(事務局)

丹野先生、淀野先生、ありがとうございます。それぞれの立場からいろいろなご意見があるというのは十分理解できました。やはり、この医療計画部会では結論を出すのは難しいのかなという感じを受けましたので。まだ他の先生方もご意見とか、理由とか、いろいろあると思いますので、こちらも計画素案と同じように、今月末ぐらいを目途に事務局の方にご意見をいろいろいただければ、そのいただいたご意見を基に医療審議会の方で、こういったご意見がありましたということで、この8パターンを示しながらご意見を紹介させていただきたいと思います。

その時、審議会の方でまた改めてどういった方向がいいのかということをご審議いただくような形にしたいと思います。よろしいでしょうか。

(村上部会長)

いいかと思えますし、またパターン1、2、3、4、5、6、7、8ばかりでなく、療養ベッドの案の2-1、案の2-2とか、国指定、あるいは県独自の指定、その辺も数字は皆さまご苦労なさったみたいで、それなりの数字で、ああなるほどなと思うのもございますから、そこも検討しながらやっていただければありがたいと思います。よろしくお願いします。

他にございませんか。

なければ、このぐらいでよろしゅうございますか？事務局。

そうすれば、その他、何かございますか。なければ事務局にお返しします。どうもありがとうございました。

(司会)

村上部会長、司会進行の方、ありがとうございます。

それでは閉会にあたりまして、青森県永田健康福祉部長からご挨拶を申し上げます。

(永田部長)

皆様、こんばんは。永田でございます。本日、長い間、ご審議、ご討議いただきましてどうもありがとうございました。

病床のところ固まり切れなかったのも、ちょっと残念だと思いますけれども、両サイドというか、いろいろなご意見を賜ったということで、最後、村上先生がおまとめいただいたような形を踏まえて次の医療審議会の方にもお諮りをしていきたいと思っております。

その他、素案の部分についても、なかなか大部でございまして、皆さんも全部読み切れるということはないと思いますが、最後、高橋から申し上げましたとおり、ここの部分はどういうことなんだいと、こういうふうにしてほしいというご意見、引き続き事務局宛てにお寄せいただきますれば可能な範囲で対応を検討してまいりたいと思っております。

そのような形で、本日は閉めさせていただきたいと思っております。皆さん、長時間にわたりまして、最後となりますけれども、どうもありがとうございました。

(村上部会長)

ありがとうございました。

(司会)

先ほど事務局からご説明をしたとおり、基準病床数、あと素案の方のご意見やお気づきの点がございましたら、事務局の方に、なるべく今月中にいただければと思っておりますので、繰り返しになりますけれどもよろしくお願い致します。

それでは、これもちまして令和5年度第2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。

議事録署名者 氏名 村岡 甚 悟

氏名 村岡 真由美

