

青森県医療審議会 第5回医療計画部会議事録

(平成28年2月16日)

青森県医療審議会 第5回医療計画部会

日 時：平成28年2月16日（火）午後4時30分から午後6時

場 所：ウェディングプラザアラスカ2階「ガーネットの間」

出席委員：村上委員（部会長）、和賀委員、三浦委員、淀野委員、木村委員、鳴海委員、
寺田委員、熊谷委員、品川委員（委員10名中9名出席）

（司会）

定刻となりましたので、ただ今から「青森県医療審議会 第5回医療計画部会」を開会いたします。

本日は、委員10名のうち過半数の出席をいただいておりますので、会議が成立していることを御報告いたします。

それでは、早速ですが、議事に入らせていただきます。

議事進行は、村上部会長にお願いいたします。

それでは、村上先生よろしくお願いたします。

（村上部会長）

まず、議事録署名の方、よろしくお願いたします。和賀先生、鳴海委員、お願いたします。地域医療構想の策定ですが、1、地域医療構想策定の経過、事務局お願いたします。

（事務局）

医療薬務課の工藤と申します。座って説明をさせていただきます。

資料1、地域医療構想策定の経過でございます。

昨年の6月に第1回の医療審議会を開催いたしまして、その後、引き続き医療計画部会の組織会を行い、策定手順やスケジュールの確認をしております。

また、第2回の計画部会では、国の推計ツールによります必要病床数の推計値をお示ししております。これをもとに9月には、6圏域におきまして勉強会も兼ねまして圏域でのヒアリングを行っております。

そして第3回、第4回の計画部会では、圏域間の調整をはじめとする必要病床数の調整などを行っております。

そして、これを基に第4回では地域医療構想試案の検討を行いました。

そして、この試案を第2回の医療審議会、12月ですが、中間報告としてお示ししております。

また、試案を活用しまして、今年に入りましてから6圏域でまた圏域のヒアリングを行いまして、先月末で終わったところですが、本日は、こちらでいただきましたご意見を踏まえまして、素案を策定しておりますので、ご審議をいただきたいと思いますと思っております。

また、今後の策定スケジュールですが、この後、素案がまとまりますと、パブリックコメ

ント、今月の下旬からお諮りをして、また、関係機関、関係団体への意見照会を行います。

そして、これらをまとめて案を整理しまして、年度末には第3回の医療審議会を開催し、地域医療構想の諮問答申を行って策定するという運びでございます。

来年度は、地域医療構想調整会議を設置して、構想を基に協議を行いたいと考えております。

1枚おめくりいただきまして、別紙とありますが、第2回圏域ヒアリングにおきます主な意見をお載せしております。

簡単にご紹介いたしますと、まず1つ目、構想区域に関してですが、現在、二次医療圏で完結できない状況になりつつあり、構想の中で見直ししていく必要があるのではないかといったご意見がありました。

また、病床機能分化・連携では、病床転換は調整会議だけではなく、誘導するための支援策が必要ではないかということ。

また、ご意見の多かったものとしては、在宅医療に関するものがやはり多かったところであります。

また、在宅医療と医療従事者の確保につきまして、かなりご意見をいただいております。在宅についてご紹介いたしますと、4つ目からですが、在宅にシフトさせていくための施策が必要というご意見や終末期医療、看取りの場所が重要で地域の実情に応じた対応が必要ではないかということ。

また、住み慣れた地域において医療機関に近い場所に住めるような環境づくりが必要。在宅医療について、医療レベルが落ちないように充実していくことも必要。家族の負担が増えるが、どのように回避していくかが問題。県としても、市町村と連携して在宅医療、介護連携に取り組む必要があるのではないかと。また、病床転換に関する基金の支援だけではなくて、慢性期や在宅医療を充実するための支援が必要ではないかと。医師1人で在宅医療をやるのは非常に厳しいということで、支援が必要ではないかと。等々のご意見をいただいております。

また、医療従事者の確保についてですが、こちらもお紹介しますと。

新しい専門医制度の中で回復期など、それぞれの医療機能に応じた医師をいかに確保するかということが重要だというご意見ですとか、在宅医療を行うための医師の確保・養成が必要だということ。将来の構想とそれを支える医師・看護師の確保を併せて考える必要があるということ。若い医師は、高度急性期などにモチベーションが向くのは避けられないので、回復期を担当する医師の育成が必要ということ。薬剤師数を増やす施策が必要ということ。また、医師の偏在、医師不足の解消を進める必要があるということ。研修医が増えたとしても、高齢化により医師が減っていくので、その辺も踏まえたことが必要ではないかということ。また、専門医を確保できるような病床規模の確保が必要ではないかと。こういったご意見がありました。

一番最初の構想区域については、医療は必ず二次医療圏で完結できなければならないというわけではありませぬので、今のままで6圏域の構想区域で進めたいと考えております。

また、その他の在宅医療ですとか、医療従事者確保の取組については、地域医療構想を実現させるための施策のところにも方向性を書いているところでありまして、それを具体化す

るための取組につきましては、来年度から協議の場として設置します地域医療構想調整会議で毎年度協議していただきたいと、そのように考えております。

説明は以上でございます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

今の資料1について流れを説明し、ヒアリングにおける意見等をご説明いただいたわけですが、ご意見、ご質問、いかがでしょう。

よろしいですか。

また、次の説明をいただいてからでも、資料1の2ページ目ですね、圏域のヒアリングで出た意見といたしますか、この辺も併せて後ほどやっていただきます。

では、素案についてお願いします。

(事務局)

県医療薬務課長の楠美でございます。

失礼ですが、座って説明させていただきます。

資料2、青森県地域医療構想（素案）をご覧ください。

まず、めくっていただいて目次をご覧くださいと思います。

第6章、各構想区域ごとの状況、こちらの方が作成が間に合わなくて、その前の部分まで送らせていただいたところですので。大変申し訳ございませんでした。

目次の方でまず大きく説明させていただきます。

第1章 基本的な考え方

第2章 本県の概況

第3章 構想区域

第4章 平成37年、2025年の医療需要と必要病床数

こちらの方につきましては、これまで試案ということでご議論いただいたもの、これをかなり文章化して表記させていただいたものになります。

考え方、内容については、基本的に試案とは変更がないということでご了解いただきたいと思います。

続いて、第5章が地域医療構想を実現するための施策と、第6章が各構想区域の状況ということで、各地域ごとに施策の方をとりまとめたものということになります。

本日、ご検討をいただきたいということで、第5章の方からご説明申し上げて、ご意見をいただきたいと思っておりますので、恐縮ですが29ページからご説明いたします。

29ページの第5章、地域医療構想を実現するための施策です。

施策の体系、これは試案の方でお示したとおりの同じ内容で図の中のローマ数字Ⅰの病床の機能分化、連携の推進の中の病床機能の分化・連携、在宅医療等の充実、休床中の病床への対応、この3つの柱、それとローマ数字Ⅱの効率的かつ質の高い地域医療サービスの確保ということで、柱だて、医療機能の充実・高度化、医療従事者の確保・養成、在宅医療

と介護との連携促進、へき地等医療の充実、こちらを柱にして施策をとりまとめております。

また、それらを円滑に進めるための取組として、自治体病院等の機能再編成の推進、地域医療介護総合確保基金の活用といったものを活用しながら取り組んでいこうということで、それに基づいて、将来のあるべき医療提供体制の実現を目指していくという構成になっております。

30ページが、現状・課題そして施策の方向ということでとりまとめたものになります。

ローマ数字Ⅰの病床の機能分化、連携の推進では、中段のところにあります施策の方向としてとりまとめているところですが、最初のマルの不足が見込まれる病床への転換の促進ということで、主な取組としては、病床機能報告等必要なデータ分析と情報の共有。急性期から回復期病床への転換に必要な施設・設備整備等への支援。

2つ目のマルですけれども、医療機関の役割分担を明確にし、連携体制の強化を図るなどの施策の方向をとりまとめております。

2番目の在宅医療等の充実ですけれども、めくっていただいて、31ページの施策の方向のところになります。

1つ目のマルですけれども、在宅医療ニーズの増加と多様化に対応し、在宅医療提供体制の整備の促進ということで、主な取組、連携拠点を中心とした多職種協働による在宅医療提供体制。在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション等の拡充。療養病床から老人保健施設等への転換の促進。

2つ目のマルですけれども、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等における適切な連携体制。医療資源が十分でない地域では、へき地等医療対策も含めた介護施設等での対応。

3番目の休床中の病床への対応としては、施策の方向の最初のマルですけれども、活用予定のない病床、これについては、許可病床の返還等の促進。在宅医療支援機能への転換等というものを施策の方向として出しております。

続いて32ページになります。

ローマ数字Ⅱの効率的かつ質の高い地域医療サービスの確保ですが、1番の医療機能の充実・高度化、この施策の方向といたしましては、三次医療を提供する病院の医療機能の充実、こういったものに基幹病院の機能強化。2つ目のマルですけれども、5疾病、そして5事業、これに対する施策の着実な推進。

主な取組としては、がん診療連携拠点病院におけるがん診療の十分な症例数の確保のための体制。持続可能な二次救急医療体制。ICTを活用した患者情報の共有。周産期医療センターへの適切なアクセス。こういったものを施策の方向として出しております。

続いて2番の医療従事者の確保・養成でございますが、めくっていただいて33ページになります。

施策の方向として、医師がキャリアアップができ、県内定着を進めていくための体制。回復期医療を担う医師・看護師に対する研修・教育、理学療法士、作業療法士等の育成、県内定着。在宅医療を担う医療従事者。

主な取組としては、医師の増加に向けた支援体制や情報提供。24時間対応できる訪問看

護ステーションの増加等。訪問薬剤師の増加に向けた研修。歯科医師の在宅歯科診療に向けた支援体制。多職種協働に向けた人材育成。

そして、次のマルですけれども、へき地等医療を担う総合診療医の定着というものを施策の方向として出しています。

33ページの3番の在宅医療と介護の連携促進ですけれども、施策の方向として、市町村を中心とした多職種協働による在宅医療の提供体制。県は、保健所等を通じた市町村との情報共有、医療機関との連携。

主な取組といたしましては、次のページですけれども、在宅医療の提供に係る好事例の普及。リーダーシップを担うことができる人材育成。医療ソーシャルワーカーの育成。病院、介護支援専門員や市町村の協議による退院調整ルールの策定を出しております。

続いて、4番のへき地等医療の充実でございます。

施策の方向としては、へき地診療所とへき地医療拠点病院との連携による地域医療。へき地等の在宅医療に対応できる体制ということで、主な取組としては、介護施設等と連携した在宅医療の提供。医療機関と在宅を結ぶ通院手段の確保等、交通弱者への対応。訪問看護、訪問服薬指導など在宅医療を支える体制。ICTを活用した遠隔医療システムの活用というものをしております。

続いて35ページになります。

これらの施策を円滑に進めるための取組として、まず最初に自治体病院等の機能再編成の推進ということで、主な取組として、自治体病院・診療所と公的病院を含めた自治体病院等の機能再編成に向けて、検討を進めていくための協議会等の設置促進。圏域の高度医療、救急医療・災害医療、がん拠点、周産期医療等を担う中核病院機能の維持・高度化。周辺医療機関において、病床規模の変更や機能の転換を進めていくための支援。

また、地域医療介護総合確保基金の活用としては、これは国の制度の中でということになりますが、36ページの基金対象事業、これらに掲げた事業の支援ということで活用していくこととなります。

続いて、各構想区域の状況ということで、構想区域単位でその現状と課題と施策の方向を定めた部分になります。

37ページが津軽地域になります。津軽地域の状況ということで、これまで試案でお示した人口推計の状況であるとか、入院患者数等の推移であるとか、病院の状況というものを示しております。

続いて38ページは、各拠点区域ごとの医療提供体制の現状、そして患者の受療動向、病床機能報告と病床数との比較を試案を含めた形で各構想区域ごとにまとめております。

続いて39ページが、この地域ごとに実践するための施策として各構想区域ごとにまとめた現状と課題、そして施策の方向ということですが、現状と課題としては、300床から200床の中小規模の病院が併存し、一部自治体病院の病床利用率の低迷など、再編ネットワーク化の検討が必要であると。

それから、民間病院の医師不足等による病院群輪番制の参加病院の減少、二次救急医療体制の再構築が必要。それから、救急搬送に係る病院への受入照会回数が他地区より非常に多

いといった救急受入体制の強化を課題としてまとめています。

施策の方向としては、自治体病院との機能再編成ということで、まず1番目として、中核病院の整備として、高度医療、専門医療、救急医療、災害医療の提供。また、医師の育成といったものも進めていくと。

他の自治体病院につきましては、病床機能の縮小や診療所化、回復期・慢性期への機能分化、中核病院との連携体制、在宅医療の提供。

3番目として、民間医療機関との役割分担、連携の明確化などを方向として目指しております。

続いて40ページが八戸地域になります。

このように下のグラフで現状の方をデータとしてまとめておきまして、42ページ、現状と課題ということで、500床から400床の中規模な病院が併存し、診療機能の重複、医師の減による機能低下があり、また、一部の自治体病院では病床利用率の低迷による再編・ネットワーク化の検討。

三戸・田子地域につきましては、へき地等の医療提供体制の整備を図る必要があるということで、施策の方向といたしましては、自治体病院等の機能再編成ということで、400床以上の3総合病院につきましては、八戸市立市民病院を中心とした他の2病院との機能分化・連携の推進。圏域内自治体病院等への支援。

他自治体病院につきましては、病床機能の縮小や診療所化。回復期・慢性期への機能分化。中核病院との連携体制、在宅医療の提供。特にへき地医療拠点病院、三戸中央病院になりますが、中心とした効率的なへき地等の医療提供体制の整備。そして、民間医療機関との役割分担と連携といったものを方向として打ち出しております。

43ページは青森地域になります。これらの動態をとりまとめたものを踏まえまして、45ページに現状と課題をまとめております。

600床、500床の病院が併存し、医師配置の減など、医療機能の低下・休床が生じていますが、一部自治体病院の病床利用率の低迷など、再編・ネットワーク化の検討。

県立中央病院は、唯一の県立総合病院として、県全域を対象とした高度医療、専門医療、政策医療を担っているということでその確保。

津軽半島北部地域につきましては、へき地等の医療提供体制の整備というものが必要になっております。

施策の方向として、まず、県立中央病院につきましては、高度医療、専門医療、政策医療の提供、医師の育成。そして、県全体での地域医療の支援が必要になると。

青森市民病院では、救急医療体制の確保、地域包括ケアシステムの構築、医療機能、医療需要に見合った病床規模の検討。

その他の自治体病院につきましては、病床機能の縮小・診療所化、回復期・慢性期への機能分化、中核病院との連携体制、在宅医療の提供、外ヶ浜中央病院を中心としたへき地等の医療提供体制。

民間医療機関との役割分担の連携というものを打ち出しています。

また、将来の検討の方向性としては、圏域における高度急性期、急性期機能の更なる集約

といったものを視野に入れた検討もこれから進めていくということを打ち出しています。

46ページ、西北五地域ですが、現状・課題は48ページ以降にまとめてあります。

介護療養病床が多く、在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数が他地域より多い状況にあり、療養病床から在宅医療等での対応に大きく転換していく必要がある。

つがる総合病院が整備されましたけども、病床利用率が低い状態に留まっており、中核病院としての医療機能の充実が必要である。人口減少や高齢化率で高く、今後の医療機能、病床機能の検討が必要。地域がん診療拠点病院が未整備であること。西海岸地域につきましては、へき地等の医療提供体制の整備を図る必要があるということです。

施策の方向といたしましては、つがる総合病院については、急性期機能の充実。がん医療提供体制の強化、あるいは地域がん診療連携拠点病院の指定の検討。圏域内自治体病院等への支援や在宅医療の提供です。

他の自治体病院機能につきましては、病床機能の縮小や回復期・慢性期への機能分化。中核であるつがる総合病院との連携体制。在宅医療の提供。鯉ヶ沢病院を中心としたへき地等の医療提供体制の整備。

民間医療機関との役割分担と連携というものを方向として出しております。

続いて、上十三地域ですけども、51ページをご覧ください。

現状と課題といたしましては、300床、200床規模の病院が併存し、医師の減による診療機能の低下や一部自治体病院の病床率の低下など、再編・ネットワーク化の検討。

回復期機能を提供する病床は他地域と比較しても少ないということで、回復期機能も確保すると。

地域周産期母子医療センターが未指定であり、産科、周産期医療の確保が必要であること。

それらの現状を踏まえまして、施策の方向といたしましては、十和田市立中央病院につきましては、急性期機能の充実、自治体病院等への支援、十和田市での在宅医療の提供。

他自治体病院につきましては、病床機能の縮小や診療所化。回復期・慢性期への機能分化。十和田市立中央病院との連携体制、在宅医療の提供。そして、周産期医療の充実、民間医療機関との役割分担・連携というものを方向として出しています。

続いて下北地域になります。54ページになります。

現状と課題としては、人口規模が小さいものの、他地域とのアクセスが遠い等の状況を踏まえて、地域内において急性期医療機能を提供していく。回復機能を提供する病床が他地域と比較しても少ない。人口減少の中でも、へき地等医療提供体制を図る必要があるということで、施策の方向といたしましては、むつ総合病院につきましては、急性期機能の充実、回復期機能の充実・強化。他の自治体病院等への支援や在宅医療の提供。

他自治体病院等につきましては、病床規模の縮小、回復期・慢性期の機能確保。むつ総合病院との連携体制。在宅医療の提供。むつ総合、大間病院を中心としたへき地医療提供体制の整備。民間医療機関との役割分担と連携、これを施策の方向として出しております。

今回の素案における現状と課題、施策の方向としてとりまとめたものとしてご説明申し上げます。

以上でございます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

今、駆け足でお話いただきましたが、かなりポイント、厳しい内容のものをいただきました。

先ほどのデータ並びに素案について、ご議論いただきましょう。

全部といってもかなり厳しいですね。病院の固有名詞まで出ておりますから、この順番にいきますか。

下北あたりは、お話を差し上げやすいのかな。

はい、どうぞ。

(寺田委員)

私はこの圏域ごとの構想で一番難しいのは上十三圏域だと思っております。

上十三は、ご承知のとおり面積が広くて、香川県と同じような面積を持っているということです。しかも医師不足の圏域だと思うのですが。この素案を見て感じるのは、十和田市立中央病院が中核になっているということはよいと思いますが、市立三沢病院の立ち位置といますか、そこが何も入っていないということで、疑問に思います。

私は自治体病院開設者協議会の事務局もしております関係もあって申し上げますが、東青圏域には県立中央病院と青森市民病院が盛り込まれています。こういうふうにならないのかな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)

いかがですか、事務局。

(一戸部長)

ここに具体名を記載していない病院については、大きな施策の方向の中で4月以降の調整会議の中で議論をしていただくといいと思います。

なので、今、現時点で個別の病院をどうしなければいけないかということよりは、まず、基本的な部分だけ決めていただいた上で、大きな方向性の中で機能分化を病院の中でも議論して進めていただくといいと思います。

ここに書いていないからといって、病院を全部無くすということではなくて、こういうふうな大きな方向性の中でどういうふうに地域の中で医療提供体制を考えていくかということだと理解していただきたいと思います。

(村上部会長)

ありがとうございます。

今、寺田委員が申し上げたのは、三沢さんを、二次医療圏を決めた決め方にも勿論問題があるんでしょうけども、八戸さんとも近いし、十和田さんとも近いし、その辺をどういうふ

うに考えて、この後、どの程度のどういう調整をするか、そこが寺田委員は聞きたかったのではないかと思います、どうですか。

(一戸部長)

現実的に患者さんの流れをみますと、三沢の方は、相当程度八戸に流れているという現状があって、じゃ、三沢の人が十和田病院に行っているかということ、そんなことは、そんなでないわけで、そういう地理的な問題とか、様々勘案した上で病床自体をどうするか。そもそも、急性期の医療提供は、多分、八戸に運んだ方が近いというような状況もあるのだと思ひまして、その中で三沢病院の立ち位置というものをどういうふうを考えていくか。

やっぱり地理的にも十和田病院は一定の上北地区の基幹病院としての位置付けが必要だろうというふうなことをございまして、患者の流れからみても、そういったことが言えるのではないかとございます。

(村上部会長)

ということをございますが、よろしいですか。

淀野先生、圏域が違いますけど、今、また弘前のように話移っていく時に今話を聞いて、先生、どう思いますか。

(淀野委員)

上十三の話の続きでいいですか。

三沢病院のベッド稼働率とかを見てみますと、十和田よりも高いですし、私自身も大学病院にいた時代、三沢病院に行かせていただいて、そこの病院の診療内容というのは、よく分かっているつもりなんです。その他自治体病院と同様に縮小という形にいくというのは、少しもったいないかなと思うんですけど。

やっぱり、あそこの上十三と、先ほど寺田委員がおっしゃったように、大変広い地域ですから、中核病院1つというふうに決めるなら、場所的な問題とか、十和田市立病院、新しくしてから、今さら大変な問題なんですけども。やっぱり、あそこの地域の中核病院、地域のある程度、中核にいないと、やっぱり交通弱者の問題とか、救急搬送とか、いろんな問題で便利にはならないんだと。そういう意味でしたら、二極化しておいて、八戸地区と連携をきちんととった方が、患者の流れも含めていいかなと思うのですが。

(村上部会長)

ありがとうございます。

委員の中に三沢及びそのガードをしてくれるようなドクターがいなかったものですから、淀野先生にお話をいただいたんですが、どうぞ。

(一戸部長)

そういう議論も、二次医療圏にも説明しに行っている議論をさせていただきました。

何度も申し上げているように、ここに書いていないからといって病院が無くなるわけではなくて、今の機能、それからこれから人口減少を迎えるにあたって、今の大きさのままでは過剰になってきますよということなので、その中で将来を見据えたうえで、どういうあり方があるかということをお話していただくということなんです。

なので、同じ地域の中に同じ機能を持った病院を2つも3つも残しておくということは、今の段階では難しいのではないかと考えています。

なので、三沢病院自体の存在を否定するのではなくて、診療データとかを見ていると、一日当たりの出来高単価とかを見ると、やはり十和田病院の方が病床稼働率、平均在院日数などを見ても、かなり十和田の方が急性期に寄っているという形を見る時に、今後、三沢病院の病院として残るといふことの中でどういう機能が必要かということをお話していただくということなんです。

ここで、何度も申し上げているように、今、私が答弁している内容どおり進むかどうかも含めて、この大きな方向性の中で二次医療圏の中で議論していただくということなので、ここに書いていないからといって「要りませんよ」と言っているわけではないということをお話していただくことをまずご理解いただきたい。

(村上部会長)

ありがとうございます。

はい、どうぞ。

(淀野委員)

部長さんがお話された内容についてですが、実際問題、西北五地区の構造をみると、つながる総合病院が中心でかなぎ、それから鱒ヶ沢とか、自治体病院の二次医療圏の中で果たす役割がどうしても縮小傾向にいくという形になっている。

僕がちょっと心配するのは上十三で、三沢は自衛隊、米軍さんがいるわけですね。あそこの人口って、青森県では特殊で、とても若い人達の人口の占める率が高いんですね、他の地域と比べて。そうすると、三沢の市立病院、僕があそこにいた時は、米軍のパイロットの健診とかをやらされたり、血管撮影やったり、したことがあるんですけども。自衛隊の職員と米軍関係者の人口動態というのは、ちょっと青森県の人口動態の推移と違うのではないかなど、僕自身は思っていて、その辺のところは考慮されていらっしゃるでしょうか。

(村上部会長)

いかがですか。

(一戸部長)

この地域医療構想の基になっているデータというのは、ある一時期のデータを基にしています。人口推計は当然、全国と同じような時期のものを使って推計しているわけですが、そこに米軍とかうんぬんというのは、殆ど加味はされていないと。これは日本人の人

口で、その地域でどうのこうのということになると思いますので。

基本的に申し上げているのは、病院の機能を全部奪うということではなくて、将来的に見据えてどの程度の機能をどの程度持っている必要が、どの規模で持っている必要があるかというのを真剣に考えてもらいたいということをお願いしているだけで、全く、三沢病院で何もやるなどか、ただ療養型になってくれるということを行っているわけではなくて、その地域で最低限必要、将来的な人口減少を見据えたうえで必要とされる最低限のところをどういうふうに考えていくかということを見据えていただくので、なので、その地域のその人達が必要とする、例えば、救急がどこまでなのかとか、そういったものを含めて議論していただければいいということです。

病院の提供している内容と、その地域の人達が求めている内容がどこまで合っているかということは、議論してもらわなければいけないのですが、単純に病院があるからといって、そのままの形で存続させるという選択肢は、多分、これからの人口減少の中ではありえないということだけは確かに言えると。その中でどういうふうを考えるかということ。

(村上部会長)

という話ですね。淀野先生、部長、ありがとうございます。

例えば、51ページの施策の方向、自治体病院等の機能分化、十和田市立中央病院、それから他の自治体病院とあります。この辺を他のところと一緒に上十三地区に関しては、同じくいかないだろうということを県の方でもお分かりいただきたいということなんだろうと思います。

結局、他のところの、下北さんとか、そういうところは大体分かりやすいんですけども、三沢さんの場合は、実際に今の淀野先生のお話のような状態がありますし、患者さん方の動きも、米軍の中にも病院がありますけども、あれはもう何も動いていません。

そんなことで、やはり両方を考えていただきたいということなんだろうと思うんですけど、淀野先生のお話は。

国からきたのは、1か所を残してあとは連携をやって回復期なんかをやるようにという流れなんですけど、そうでないところもあることを1つお考えいただきたいということなんです、淀野先生。

(淀野委員)

先生、よろしいですか。

先生が言っているとおりなんです。

もう少し詳しくお話させていただくと、三沢病院で持っている高度医療機器ってありますね。リニアックも入ってまして、CT、MRI、それから血管造影装置。十和田では、そういうものも同時にあるんですけども、血管撮影が一般の血管撮影が動いていないとか。どちらかという、内科、外科の一般急性期診療が動いていて、三沢市立病院は、あまり借金をせず、自衛隊とか米軍からの助成金で、あまり無理しないで高度医療を担うための設備投資ができています。そういうものを見ていると、10年間、あるいは20年間、二極構造

でどちらかが拠点病院としてふさわしく集約していけるかというのを見極める市場原理のようなものを考えた方がいいかなということも思ったんですが。

(村上部会長)

なるほどね。

もう少し、流れを見ながらどっちかというお考えみたいです。僕はそこまでは考えないで、両方ともやっぱり大事なんじゃないかというお話を先ほど申し上げたんですけども、お近くの三浦先生、何かお考えございますか？

(三浦委員)

特に上十三どうのという。

我々の病院、上十三でいえば、この前もちょっと、1か月ぐらい前ですかね、いろいろな連携といいますか、そういうもので患者さんの一番、例えば、うちの病院に一番紹介してくれる病院はどこかという十和田の市立病院です。そういう、いろんな連携にはなっているんですが、僕がいつも思うのに、さっき部長さんがそのようなお話を言われたのであれなんですけども。いろんな病院が、例えば、うちの病院、五戸があつたり八戸があつたり三戸があつたりとかしているんですけども、その1つの病院が、例えば、1つのファンクションで動くというふうになると、一番大事な医師の確保というのができなくなるんじゃないかと思うんです。だから、多分、そうじゃなくて、病床削減でも何でもいいんですけども、ある程度の、高度まではいかなくても、急性期機能がある程度備えて、メインは回復期だとか、そういうふうな感じにしないと、なかなか病院そのものが上手く地域で連携がとれないのではないかと、私は思うんですが。

(村上部会長)

一戸先生。

(一戸部長)

先生方がおっしゃることは重々、我々も検討させていただく中で、もしくはヒアリングさせていただく中で検討というか、当然、論点としては浮かんでいるわけですが。

今日は説明を割愛しましたが、青森県の医療従事者の数ですとか、これからの人口減少を見据えた時に、三沢病院の機能とか、今まで果たしてきた役割とか、その辺は重々理解した上で、やはり医療従事者の数、これが劇的に変わるといのは、なかなか難しい。それから、高齢化が進んでいって、人口が減少していく。要するに急性期の数が減ってくる。

こういったことを考えた時に、三沢病院が持っている機能があると思いますけど、このまま同じような形で存立させておくというのは、なかなか難しいだろうと。要するに共倒れになるんじゃないかというのが我々としては一番心配していることです。

なので、先ほどから何回も申し上げているように、三沢病院を無くすると言っているわけではないんですね、この論点で。なので、その中でどういうふうが一番有効な活用ができる

のかというのを考えていっていただく。

別に高度、高額な医療機器を持っているからといって、一般診療だけしかやっちゃいけないということではないので、検診とか、そういったものに力を入れていっていただくこともあると思いますし、そういったものも含めて、どういうふうなあり方なのかというのを考えていこうという方針でございます。

(村上部会長)

一番、その辺の問題が難しいのかなと思って、先ほど、お話をしたんですが。

例えば、今のいわゆる三沢市、あるいは三沢病院側からの先生のお考え、それから八戸さんからの三浦先生のお話という感じで、僕ら全く関係ないといえはおかしいんですが、離れている場所、場所から見させていただくと、三沢って、八戸のガードを、あるいは周りを固めていけばいいだけなのに、随分、機械、機材を入れるなという印象を持っているわけです。

ですから、その辺を10年後にどうするか、20年後にどうするか、30年後にどうするかは準備はある程度していかなきゃ駄目なんだろうという印象を受けますし、そういったことを今、部長からお話いただいたんでしょうし、他の委員の方々、ここばかりでなくて結構なんですが、お話、ございませんか。

木村委員、どうぞ。

(木村委員)

質問と文言の修正を検討してもらいたいところがあります。まず31ページです。

31ページの上から2つ目のマルの右側に、2段目、2行目のところに「居宅以外での在宅医療の提供を含め」と書いているんですが、正確には、多分、一軒家をイメージしているんだと思うんですね。今は、有料老人ホーム等々も居宅と言います。ですから、その文言も整理して欲しいということが1つ。

それから、その施策の方向の大きなマルの（主な取組）と書いてあって、1つ目の黒マルですが、「連携拠点を中心とした」とあるんですが、何の連携拠点なのかをもうちょっと書かないと、前後を読んだんですけども、多分、医療・介護連携拠点とか、そういうイメージだと思うのですが、そこを補足してもらいたいと思います。

それから33ページにいきまして、修正をお願いしたいと思います。

上から2つ目のマルのところに「訪問薬剤師など」書いてありますね。法的文書を読んでも訪問薬剤師という言葉が出てこないんです。ですから、ここは、医師の前に在宅医療を担うとあるので、「訪問」を取るだけでよいと思います。

同じく、真ん中ほどに施策の方向の上から3つ目のところの主な取組のところ、黒マルの3つ目になるんですが、ここ、「訪問薬剤師の増加に向けた」とあるんですが、前をならえば、在宅医療を担う薬剤師の増加がいいのかなと思っています。

それから、次のページです。

上から大きな四角に在宅医療・在宅連携推進事業の概要と書いてあるんですが、これは、県独自の推進事業でないとするれば、介護保険法の地域支援事業の中の定義というか、書いて

ある文言とすると、③のところが、「切れ目のない在宅医療・介護連携で医療介護を提供する」、そういう文言が書いてあるんですけど。主治医、副主治医は、生かしてよいと思うんですけど、要するに切れ目のない在宅医療・介護連携の提供というのが、国の示した資料の中にあるので、それが抜けているじゃないかなと思いましたので、そこを調べて欲しいと思います。

(村上部会長)

ちょっと、1つずついく？

まず、訪問薬剤師はどうします。訪問、取りますか？そのままいきますか？

(一戸部長)

これは直します。

(村上部会長)

それから、今のところは、

(一戸部長)

これは、調べさせていただきます。

(木村委員)

すみません、お願いします。

それで、34ページの下から2行目のところなんですけど、へき地等のところなんですけど、下から2行目の「訪問服薬指導などのへき地における」とあるんですけど、前、提案されたのは、処方箋に基づかなくても薬の配達うんぬんという言葉があったんですね。処方箋があれば訪問薬剤管理指導というんですけど、薬の管理となると、訪問服薬管理指導なのか、その言葉の整理を一度お願いしたいと思います。

まず、文言の修正はそういうことで。

もう1つ、運営上、管理上の説明の確認をしたいんですけども、3ページです。

ここに地域医療構想が決まって、関係者の役割と書いてあるんですね。3ページのところの③は理解できます。④も医療保険者と介護サービス事業者ってあります。

それで(2)に地域医療構想調整会議とあるんですけど、伺いたいのは、例えば、青森県医師会とか、青森県薬剤師会というのは、この構想が策定終了するのだから、圏域ごとに調整会議を進めていくので、県の職能団体の役割というものをここに位置付けなくていいのかということです。それぞれ役割のところに入っていないと思うんです。

職能団体が入っているとすれば、3ページの(2)の地域医療構想調整会議の圏域ごとの会議に私はこの団体が入ってくるんだと思うんです。その辺はどうなんだろうなと思って、最後は質問です。

(村上部会長)

3ページの(2)の地域医療構想調整会議の内容、どうぞ。

(一戸部長)

ありがとうございます。

おそらく、おっしゃりたいのは、③、④とかの並びにで、職能団体、そういうものを書くか書かないかということだと思いますけど。

我々としては、今後、地域医療構想調整会議のところは、医療関係団体の中でメンバーを選出していくということで、職能団体にもお願いしていくということになると思います。

医療審議会とか、この会議自体が職能団体の方も入っているので、こういったところで読んでいただければ。

(木村委員)

入れないということですね。

分かりました。

(村上部会長)

いいですか。ありがとうございます。

何かご意見ございませんか。

はい、どうぞ。

(熊谷委員)

今のこの地域医療構想調整会議のことなのですが、事務局は各圏域、どこに置くお考えですか。

(事務局)

当面は県が、医療薬務課がこの事務はやりたいと思いますが、実際の開催にあたっては、各保健所も一緒に事業を手伝っていただく形になると思います。基本は、医療薬務課が開催すると、6圏域ですね。そういう考えでおります。

(熊谷委員)

そうすると、今まであった保健医療協議会と違ってありますよね。それとは別個のものとしてこれは動くということですか。

(事務局)

はい。あくまでも別個のもので、別個の権限といいますか、別個の内容で動きます。

(村上部会長)

その権限の問題ですけれども、どの程度でどういうふうにするか、具体的なものはありますか。

(一戸部長)

ご心配は、県の、本庁の手が離れちゃうということなんだろうとは理解していますが。あくまでも議論する場合は、保健所とかも絡んで作ってもらいますけど、大きな県全体の医療提供体制の話なので、やはり議論の中核になるような部分については、当然、県、本庁のコントロールする形で調整会議は進めさせていただきたいと思えますし、基本、調整会議というか、地域医療構想、国の会議でも何度も関係団体の皆さんがおっしゃっているのは、自主的な取組で進めていくということが基本なので、そういった我々の提案はあるとしても、その中で議論をしていっていただくということになると思えます。

(村上部会長)

今の点、よろしいですか。

地域等々に、区域ごとに地域医療構想調整会議、いいんですけども、それをある程度まとめる基幹型地域医療調整会議というもの、実は地域包括ケアシステムの中でもやっぱり必要で、地域包括支援センターがありますよね。あれも、それぞれその場所で一生懸命やっているんですけども、基幹型がやっぱり必要で、国がこの間、やることにしたんですよ。

ですから、これもやっぱりそうなると思えますよ。県の方でも、やっぱりその辺はお考えいただいた方が安全だと思えます。

(一戸部長)

最終的には、医療審議会で各地域の議論を吸い上げてやることにやりますから、そこで基幹的な議論をしていただくということになります。

それは、当然、決まりましたよとってあげるということではなくて、随時、医療審議会も年2回はやっていますので、その都度、情報提供するという形もできると思えます。

(村上部会長)

よろしくをお願いします。

地域医療構想調整会議には、そういうことですよ、ということをちゃんと皆に言っておいってください。

他にございませんか。

はい、どうぞ。

(鳴海委員)

先ほど、上十三地区の自治体病院のお話が出ておりましたけども、別に淀野先生に肩入れするわけではないんですが、古い話ですけど、昨年3月の最後の医療審議会で淀野先生が御自ら携わったことなんでしょうけども、自治体病院の再編については、西北地区の先行事例

があるわけですから、その功罪といいますか、結果の検証、あるいは評価をされたらいかがでしょうかというふうなご意見が出たことを記憶しております。議事録にも記載されておりましたので。

そのあたりにつきまして、県側としましては、この構想の中に若干なりとも織り込んでいらっしゃるのか、あるいは、更に織り込む予定があるのかどうか、まずはご質問します。

(村上部会長)

いかがですか。

(事務局)

つがる総合病院をはじめとした中核病院の取組については、今の西北五地域で、まだ引き続き施策の方向として、急性期機能等の中核病院の、48ページになりますけども、急性期機能の充実であるとか、がん機能であるとか、そういったまだ足りない部分があるので進めていかなければいけないというふうに、まだ引き続き施策は必要だというふうに整理しておりますけども、基本的な考え方は、西北五地域においては、この再編を行った成果というのは、例えば、医師の充足率が高まったとか、大きな成果が出ていると思っています。

この自治体病院の再編というのは、青森県にとって非常に成功した事例だと思っています。

ただ、まだ足りない機能があるので、引き続き強化していかなければいけないというのが、この施策だと思っています。

これを踏まえた上で、今回の各圏域において、自治体病院の機能再編成といったものを打ち出しているのは、同じように取り組みを進めないと、医師の充足というのは、どんどん破たんしてしまうと。実際、西北五地域では、もう破たんしかけていた、救急も殆ど対応できない状況になっていた中で、何とか、今、やっとなり直したといいますか、再編よりもかなり上の方になったわけで、そういった取組は、県全体で取り組まなければいけないという前提で、今回の地域医療構想もまとめている次第です。

(鳴海委員)

ありがとうございました。

それから、少し、些細なことですが、これまでも構想の議論の中で、いわゆる必要病床数という推計を出しているわけですが、今日の資料を拝見しましたら、23ページのあたりは、ちょっと表現が変わってきていました。病床の必要量というふうに変ってきていて、たまたま、今日、拝見した雑誌の中に厚労省傘下の委員会か何かで同様の意見が出ていたという記事がございまして、すなわち、必要病床数という表現だと、当初、いろいろと質問を受けましたけども、病床削減ありきというふうな印象を受けやすいので、病床の必要量と変えて欲しいという意見が出ていたということなんですけど、このページだけこういう表現になっているんですけど、何か意図があれば。

(村上部会長)

いかがでしょうか。

(事務局)

今回の病床数の必要量という表現ですけど、これは、実際に医療法の方で示されている表現、これは病床数の必要量という表現ですので、文章そのものはその法律に合わせた形になっております。

(鳴海委員)

そうしますと、構想案では、このページのところだけはこういう表現でということでしょうか。

(一戸部長)

この文字の使い分けで何かを意図しているということは全くないです。

さっきご指摘いただいた23ページは、国の法律上の文言をそのまま用いてそこに記載させていただいていると。26ページとかのこの棒グラフの必要病床数というのは、我々として分かりやすく議論するためにこういうふうに言葉を使わせていただいているので他意はないですということです。

(鳴海委員)

すいません、最後に。

30ページ以降に様々出て参りますが、在宅医療等の充実という諸施策の中で、いわゆる今後、在宅医療の需要の増加が見込まれる、あるいはニーズが増えるという表現があるんですが、これまでの議論を振り返ってみますと、確かに、いわゆる自然増加もあるんだと思うんですが、この構想策定の流れからいきますと、在宅医療に誘導するといえれば表現が悪いかもしれませんが、そのような流れがあろうかと理解しております。

その中で、この素案を拝見いたしますと、当然に需要が増えるんだからという流れに読み取れるんですが、その辺、今後の調整会議等で何か問題になるようなことがないのかなと、ちょっと懸念しているんですが、その辺はいかがでしょうか。

(村上部会長)

いかがでしょうか。

在宅医療、国の方で一生懸命在宅医療のところを黄色くして、高さを減らないように棒グラフを書いているんですけど。テクニックの問題と内容の問題、どうぞ。

(一戸部長)

在宅医療のところは、31ページの施策の方向のところにかかせていただいていますけども。いわゆる地域医療構想の国が示している肝はここだと思うんですね。要するに慢性期

にいらっしゃる患者さんのうち、本当に病院に入院していきやいけない人の割合はどうですかという推計のもとに在宅医療でもいいんじゃないですかという人を推計して出しているわけですね、ここは。

ただ、我々としては、現に先生方も含めて現場を預かっておられる方々からすると、いきなりこの在宅医療にもっていくというのは、不可能に近いという前提のもとに、我々としては、ヒアリングでも在宅医療というのはなかなか難しいとか、青森県の地理的な特性を踏まえた時に、どこまで在宅医療でカバーすることができるのか。

それから、在宅医療というイメージが、多分、自宅をイメージされている方が非常に多いと思うんですけども。先ほど、木村委員もおっしゃいましたけども、今の居宅、在宅医療の概念というのは幅広くて、有料老人ホームですとか、サービス付き高齢者住宅も含めて、いわゆる半ば介護施設のようなところも含めた在宅医療というのもありますので、そういう医療と介護の連携も含める中で、在宅医療の必要性、それからさっきもどこぞの地域でありましたけども、医療施設から介護施設への転換とか、いろいろ議論されていますけども、そういう中で在宅医療の在り方を検討していくということで、無理に家に帰れということではなくて、医療機関のお医者さんも無理なく提供できるような範囲の中で在宅医療を進めていくということが必要なんだろうと理解しております。

(村上部会長)

よろしいですか。

ただ、鳴海委員、実際に青森県に来て、一戸先生が今みたいにお話をして、現実に、国でやったのが、鳴海委員がさっきお話しされたみたいに、その分を医療費から外せということなんですよ、はっきり言って。ですから、棒グラフにも37年のところに一生懸命黄色で高さが減らないように、在宅医療と下に小さく書いて、棒グラフのゼロ線を上げているんです。

だから、必要量と必要数も国の方ではあまり反対がこないように、ベッドを減らそう、医療費を減らそう、それを青森県ではそうではないと。少し、現場と話をしながらやっていこうということをお願いしているわけですから、よろしくお願いします。

他にございませんか。

淀野先生、どうぞ。

(淀野委員)

楠美さんが先ほどおっしゃった西北五地区の功罪、上手くいったんじゃないかとおっしゃったんですが、単純に医師の充足率が増えたからという問題じゃなかったのではないかと思います。やっぱりあれば、救急の問題からすると、鶴田病院がなくなって、かなぎが二次救急をやらなくなって、鯨ヶ沢の病院も救急をやらなくて、年間、あそこには千回の救急車搬送があるはずなんですね。あれが一遍につがる総合病院に集中した。大混乱している状況があって、例えば、虫垂炎の手術が同病院でできなくて弘前地区に救急搬送になったというのが1つや2つではないんです。

ですから、僕は、あその、あの地区をああいうふうにしたというハードの考え方は、

決して悪くないと思っているんですけど、それを動かすソフトが十分準備されていなかったのではないかというのが、僕、心配しているところ。

例えば、救急体制を、だから年間千件の救急搬送というのがあるわけですから、それを受ける受け皿を最初からつがる総合病院に置いておかなければならなかったというか、救急部とか、救急専門の医師が必要というか、外科系、内科系の当直医というような形で受けても難しいので、専門の救急体制を作って、ソフトを作って立ち上げないと難しいかなということ、今後、いろんな各地域の地域構想の場合は、分担する地域医療構想の役割分担とその中のソフトの部分を実際に真剣に議論していかなければいけないのではないかと僕は思っているんです。

これは、これで終わりにして。

あと1つお聞きしたいのは、一戸部長、全部、頭に入っているんでしょうけども、僕もいろいろ考えているんですが、地域医療構想策定ですから、地域医療ですから、自治体病院が中心になるのは分かるんです。これはそのとおりです。

青森県でやっぱり国立病院、労災病院、日赤病院、この病院がそれぞれの各地区で大きな役割を果たして、その地域医療策定にどれだけこの3つの病院がそれぞれの指揮系統があるわけです、ここの地区だけの論理では動かないはずなんですね。ですから、その関係をどういうふうにも今、考えていらっしゃるか。あるいは、具体的な行動をしていらっしゃるのか、ちょっとお聞きしたいと思います。

理由は何故かという、例えば、弘前地区でいけば、弘前市立病院と黒石病院が2つ合わさって拠点病院を作った方がいいのか。市立病院と国立病院が合わさって拠点病院を作った方がいいのかとか、凄く悩むんですね。

それは、強制力があるとかないとかは別にして、そういう話の土壌に国立病院や日赤病院や労災病院がのっていただけるのかどうか。お話を伺えればと思います。

(村上部会長)

いかがでしょうか。

10年後、15年後、20年後の話。

(一戸部長)

なかなかお話しづらいところもあるんですけど。

まず2点あったと思います。

第1点目は、西北五の再編についてですけども、まさにソフトの充実が重要というのは、先生がおっしゃるとおりなんですけど、ソフトを提供するのは、やっぱり医者なんですね。どうしたって、やっぱり西北五地域は医師不足地域であるという状況に変わりがないので、これを増やしていかないと、なかなかソフトもついてこないというのが、我々の意識です。

なので、これは今の再編をどうかという総括をして議論が前に進まないよりは、今後の地域医療構想を踏まえて、先に向けて充実していくという議論を我々としてはさせてもらいたいということ。要するにそういう救急の問題とかがあるということは理解しています。た

だ、それを充実させていくというのが地域医療構想の根本だと理解しています。

もう1つが、いわゆる日赤、労災、国病等のいわゆる昔の厚生労働省系の病院だと思えますけども、これは個別の地域の再編ですとか機能分化を行うにあたって、それぞれお話をしなきゃいけない時にはお話をさせていただいているということを回答とさせていただけるとありがたいと思います。

(村上部会長)

その時、その時で、その時の住民、あるいは地域の問題と一緒にやるということで、この後、その効果はどのくらいあるかどうか分からないけども、忘れてはいないという意味ですか。

ただ、関連なんですけど、一番大きい問題が津軽地域にあるんですよね。今のは、全部、管理監督が厚労省でしょう。文部科学省は病院ではないんですか。大学病院はどうするつもりですか、700ベッド。それをある程度、これに入れてエキスキューズをしないと駄目です。どうぞ。

(一戸部長)

39ページに津軽圏域の問題があるかと思いますが、津軽圏域では、当然、大学病院のお膝元であるにも関わらず、二次救急の問題があるというのは、一番大きな問題です。

ここは、自治体病院の再編の中で中核病院を設置するというような形を今、書かせていただいているわけですが、当然、大学病院というのは、応分の役割を果たしていただかなければいけないので、その中で大学病院が担っていただかなければいけないところは、当然、お話をさせてもらおうと。

今日、たまたま中路先生がいらっしゃらないのであれですけども、当然、この津軽地域の再編問題も含めて、要するに重要な医師の供給元である大学であるのには変わらないので、こういう構想を前提に大学にも医師配置ですとか、そういったものの考えをしっかりといただくと、連携をさせてもらおうつもりでおります。

(村上部会長)

文章に全く、弘前大学病院というのが出てこないのですが、それはどうすればいいですかね。

(一戸部長)

基本的に大学病院は、いわゆる一般医療と離れていると理解してまして、高度専門医療で、唯一地域医療に開かれるとすると、恐らく救急だろうというふうに認識しております。あとは、大きいのは、人材の確保ですね。こういうところを中心に大学病院には頑張ってもらっていただく必要があると思っています。

記載が必要だということであれば、その方向で記載させてもらいますけども、大学に全く何も期待しないとか、大学はそもそもここから外れているんだということではないという

ことです。

(村上部会長)

ただ、そう受け止められる可能性はあると。

地域医療をやっていないということになっちゃうと。

よろしく願いいたします。

他にございませんか。和賀先生、いかがですか。

(和賀委員)

自分の病院が障害系の病院で、なかなか自分の基盤からの話というのはできにくいところかと思っています。診療の中で、例えば、小児科医として、専門の診療の話が出ましたけれども、上十三の一病院を例にとると、比較的大きな病院に関わらず、小児科医が疲弊して、必ずしも診ている患者さんを適切な病院に送れない。あそこの地区は、先ほどおっしゃったように八戸市立病院が最後に頼られる病院なんですけど、疾患の内容によってはそれが難しいというふうなことがあります。

そうしてみますと、今、二次医療圏で分けをして、マクロ的に病床の整理をするというのは、今後、何十年か考える時に非常に大事な視点で、政策としては、非常に理解できるんですけども、医療圏を場合によっては跨ぐ考え方も医療資源の節約だとか、医師の活躍を有効に使うということで重要なのではないかと思います。

今、地域包括ケアだとか、集約病院の話をしているんですが、やはりこの構想というのは、全然、それとはちょっと違うのではないかと思いますね。こっちは、人口動態を意識して、医療が今後、何十年か患者さんの構造が変わってくるといった時の医療資源の確保ということ考えた時に、必ずしも、建物としての集約がメインになるのではなくて、やはり、場合によっては、圏域を跨いで本当の集約とは何かというところを考えていけばいいのではないかなと思います。

それから、あと、先ほど鳴海さんから西北の話をして、検証の話をしていましたけども、別の形で、いわゆる集約病院の検証というのではなくて、今、新たな会議で検証していくという話があったのですが、もう少し分かりやすい検証をして、次の10年に向けて、1つ1つ作業をしたことが見える形を示してもらおう。検証を示してもらいたい。

(村上部会長)

そうですね。

ありがとうございます。

それから、先ほど、三沢さんを話題にしたのは、先生のお話の圏域を二次医療圏に線を引くというのではなくということで、三沢さんをさっき出したつもりです。

地域包括の件は、これはシステムの形、地域医療構想、システムの形を言っただけで、内容は全然地域包括と違いますので誤解のないように。

他にございませんか。

どうぞ。

(淀野委員)

これは、追加の話、ヒアリングの時、津軽地区のヒアリングの時に、浪岡の大竹整形外科の大竹先生がお話していたんですが、浪岡地区を青森市の医療圏にしてあるんですね、今の段階で。実際、患者さんの動性とか、小児救急とか、津軽医療圏の中に包括されていて、ちょっと違和感が生じますという話があったんですけど。今さら修正するのは難しいかもしれませんが、浪岡地区というのは、非常に真ん中の山を越えて青森市の方の病院よりも、どちらかというと津軽の方に行ってしまう。

ですから、そのところだけ勘案していただければ思う。

(事務局)

ヒアリングの間でもお話したんですが、基本的に一次医療圏というのは市町村単位で、二次医療圏を見る時には、市町村からの患者の流出入を見ているので、いわゆる浪岡だけでなく青森市の一部が弘前の方に流入していると。そういった状況の中での計画づくりになっていますので、配慮はされているというふうにお考えいただいて良いかとは思っています。

(村上部会長)

流出入で処理していますと。青森市と弘前市、黒石。

はい、どうぞ。

(一戸部長)

大事なので申し上げておきますけども、地域医療構想の病床の積み上げは、医療機関のある場所に患者さんがどれぐらい行っているかということで積み上げている。患者の流れを基本的には見ているので、浪岡の人が弘前に行っているから、当然、弘前の病院の病床数にカウントしているわけで、そこは患者の流れと浪岡病院をどうするかという話は別の話というふうに理解していただいて。

(村上部会長)

よろしいですか。

それでは、品川委員、今日まだお話いただけていませんが、いいですか。

(品川委員)

はい。

(村上部会長)

八戸って、津軽って、上十三にって、青森付近で、熊谷委員、青森付近が一番詳しいんじゃないですか。

(熊谷委員)

青森市民病院の中で地域包括ケアシステム構築というのが他の自治体病院にはないので、何で青森市民にこれが出ているのですか。その理由は。

(事務局)

これまでのヒアリングも踏まえまして、青森市内で地域包括ケアシステム、包括ケア病棟を担うような病棟を持った病院がまだないということで、市民病院を位置付けにあげております。

(村上部会長)

病棟とこれ違うでしょう。

一戸先生。

(一戸部長)

ここに書かせていただいているのは、今後、今の青森市民病院の病床稼働率の状況ですとか、病床数に対する医師の数から考えていった時に、県立病院と同じような高度急性期機能を担うことはなかなか難しいでしょうと。さりとて、500床以上の病床を持って、医師も50何人いる病院の機能として、市民病院としての名前にもあるとおり、やはり市民に対して一定程度、二次救急も含めた医療提供を期待しているという意味での地域包括ケアシステムという意味です。

要するに高度急性期に対比するような意味合いとして書かせていただいているということで、要するに県病と張り合っただけで同じことをやってもらうのはなかなか難しいということ、端的に言えばそういうふうに申し上げているという。市民により近い医療を提供していただくということは、必要ではないかという意味でございます。

(村上部会長)

今の最後の一言は、各地域全部に当てはまる一言でございますので、それぞれその場所に該当する病院の先生方、またご意見をいただく方々、十分に今の意見を考えながら、10年後、20年後、30年後を考えていただければありがたいと思いますが。

これで大体、むつはやっていませんけどいいですよ。

各圏域のお話をいただいたこととなりますが。

よろしいですか。

結論の出る話ではないと思いますが、何回も申し上げますが。

ということで、県の方にも、この計画のみならず、皆様及び住民から十分な意見をその時、その時に汲んでいただいて、実際に現場の県民が、現場の医療介護が大変なことにならないようにしていただければありがたいということが目的なんだろうと思いますし、他にございませんか。

はい、どうぞ、三浦先生。

(三浦委員)

10年後のことだということで、前にも何回か確認させていただいたんですが、この構想は、在宅等のところがきちんと整備されてからやるんだということが前提だって、前から言及されていますよね。そこのところもきちんと進捗のところをきちんとやらないで進めれば、上手くいかないのではないかと考えていたんですが、よろしくお願いします。

(村上部会長)

今後の大きな話ですが、よろしくお願いします。
部長、どうぞ。

(一戸部長)

在宅医療の件は、何度もお答えしてもいいと思いますけども。

申し上げたように、在宅医療ができていない中で無理に病床削減をすることはないということは1つの事実というか、真実としてお話をさせていただきますが、さりとて、在宅医療を進めないといっているわけではないということです。在宅医療は必ずできる範囲で進めていく努力を関係団体も含めてしていただいた上で、その中でどこまでできるのかということを探っていくというのが、この構想だというふうに理解しております。

(村上部会長)

そうですね。よろしくお願いします。

今の件、非常に深い意味に入っています。いわゆるサ高住に関する対応もそうですし、それから介護施設に関する対応もそうですし、もう1つ、病院のベッドに関すること。病院のベッドというのは、いけば医療費が掛かるという概念で捉えられていますけども、それが、もしこの後、医療法が変わったりして、病院のベッドでも医療費という表現でなく、何らかの他に病床ベッドを使う方法ができるという方法もないわけではないので、そこは東京みたいに何十軒も高齢者アパートがあるとか、あるいは青森の冬場は大変だとか、在宅で家に帰ると事故になることが多いとか、その辺を考えながら進めていければありがたいなと思っています。

これは、青森県だけのお話ではないと思います。よろしくお願いいたします。

あと、よろしいですか、皆さん。

その他に入りますか。

何かございますか。

よろしければ、事務局にマイクをお返しします。

(司会)

村上部会長ありがとうございました。

今後の日程になりますが、本構想素案については、本日のご意見を踏まえて、必要な調整を行った上で、この後、パブリックコメントを実施することとなります。

パブリックコメントによりまして、広くご意見をいただいて、3月の医療審議会に諮ることとさせていただきます。

委員の皆様には、これまで5回にわたる医療計画部会の運営にご協力をいただきまして、大変ありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、本日の部会を閉会いたします。