

青森県医療審議会 第4回医療計画部会議事録

(平成27年11月17日)

青森県医療審議会 第4回医療計画部会

日 時：平成27年11月17日（火）午後4時から午後5時50分

場 所：ウェディングプラザアラスカ地階「サファイアの間」

出席委員：村上委員（部会長）、中路委員、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10名出席）

（司会）

それでは、ただ今から「青森県医療審議会 第4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。

よろしくお願いいたします。

（村上部会長）

それでは、会議を進めて参ります。

議事録署名者よろしくお願いいたします。木村先生、それから品川さん、よろしくお願いいたします。

今日の議題でございますが、地域医療構想の策定、医療計画部会、圏域間の患者流出入を踏まえた必要病床数の調整、事務局、説明をお願いします。

（事務局）

医療薬務課の工藤と申します。

私から、資料の1番から3番までについてご説明をさせていただきます。

失礼して、座って説明をさせていただきます。

A4横の資料でございます。

1枚おめくりいただきまして資料の1でございます。

毎回、医療計画部会の際にお出ししている資料ですけども、左側に策定プロセスがございまして、右側に日程と内容とございます。

本日、第4回目を迎えましたが、前回、第3回のところをご覧くださいますと、前回では、医療提供体制の現状と課題等の確認ですとか、患者流出入や医療提供体制を踏まえた構想区域の設定、圏域ごとの必要病床数の調整など。それから、病床の機能区分ごとの必要病床数を踏まえた医療提供体制を実現するための施策の検討などを行ったところです。

赤で書いた部分が決定した内容でございますが、医療機関所在地ベースを基本に必要な病床数を設定するということ。

それと西北五圏域につきましては、必要病床数の推計に用いるデータが自治体病院の機能再編成をしている時期ということで、患者調整を行っている時期であったことを踏まえて、急性期と回復期については、自圏域の完結率を高めるように調整するといったことを決定しております。

こういったことを踏まえまして、今回、第4回では、圏域間の患者流出入を踏まえた必要

病床数の調整、そしてこれまでの経緯を踏まえまして、検討の経緯を踏まえまして、地域医療構想試案、こちらについて検討していただきたいと考えております。

1枚おめくりいただきまして、資料2は、患者流出入を踏まえた必要病床数の圏域間調整についてでございます。

また、1枚おめくりいただきたいと思っております。4ページでございます。

(1)患者流出入を踏まえた必要病床数推計の都道府県間調整ということでございまして、経緯ですが、構想の策定におきます必要病床数の推計にあたりまして、都道府県間で患者の流出入がある場合には、都道府県間で協議して定めるとされております。

国から9月18日付けで具体的な調整方法が示されまして、本県では岩手県、そして秋田県間の流出入が調整の対象となっております。

国からの通知が下で囲っているところがございますけれども、まず1つ目に必要病床数の推計は、患者住所地の医療需要を基本として定める。推計にあたっては、患者住所地ベースというものと医療機関所在地ベースというものがございまして、患者住所地ベースというのは、住民、お住まいの地域の患者さんの状況ということになりますし、医療機関所在地ベースということになりますと、その圏域にあります医療機関、こちらでどのような医療が提供されているか、その量ですね。そういったものをベースとしたものということになって参ります。

②番ですが、4つの機能区分、そして二次医療圏ごとに流出入している数が10人未満の場合、この場合は調整の対象外とすると。よく、これまでの表でもアスタリスクが付いていた部分です。これについては、調整の対象外としまして、これらの需要については、医療機関所在地の医療需要とするとされております。

医療機関所在地の需要となりますと、要は自分達の県の方でのものは、他県には行かないという形になります。

3番目に他県から流入してくる状況を維持したいと考える都道府県が、相手方の県に対して協議をもちかけて調整すると。本県では、例えば、秋田県の大館から患者さんが流入してくるというのがありますけれども、そういう場合には、青森県の方から協議をもちかけると、そういった形でございます。

4番目に、協議においてはいろいろな要素、例えば、患者、住民へのヒアリング結果ですとか、受療動向のデータですとか、こういったものをお互いに示して、いずれかの計画がより実効性が高いと判断して調整すると。

そして5番目が大事なんですが、12月までを期限として協議を行うのですが、調整できない場合には、医療機関所在地の医療需要として算出するといったことが国からのお示しされている内容でございます。

1枚おめくりいただきまして、次のページが調整の対象となる流出入の状況でございます。

本県では、流出入があるのは八戸圏域と津軽圏域となりますが、岩手県の久慈、そして二戸、こちらから八戸圏域に患者さんの流入があると。

また、八戸から逆に盛岡に流出がある。

秋田県との間では、大館・鹿角圏域から津軽圏域に流入があるといった状況でございます。

また、1枚おめくりいただきたいと思っております。

そして、本県での調整案でございます。

本県の医療圏に流入している10人以上の医療需要につきましては、本県、医療機関所在

地の医療需要とすることについて、岩手県と秋田県に協議をすると。

本県から逆に流出している、10人以上流出している医療需要については、岩手県だけなんです。岩手の方から協議があった場合には、それに応じて岩手の医療需要とすると。このことについては、文書によりまして協議を行って合意内容を確認するという、そういった調整案でございます。

理由としまして、岩手と秋田からの患者の流出入は、地理的に生活圏が重なっているということ。そして、患者さんは任意に医療機関を選択しているということ。それが主な要因として考えられること。

また、将来的に医療機関の大規模な整備ですとか、そういった医療提供体制の変更などがない限り、今後も今のような流出入が継続されるということが考えられるということ。

現在の医療資源を有効に活用していくという観点から、国の通知でも協議が整わない場合には、最終的に医療機関所在地の医療需要とするとされていること。

以上から調整案のような内容にするというものでございます。

第2回と第3回の医療計画部会におきましても、本県の各圏域ごと、県全体、そして各圏域ごとの必要病床数の推計値というものを出しておりますけれども、これは、医療機関所在地ベースといったもので計算しておりますので、既に他県からの流入患者、流出もあるんですが、これを本県の需要として見込んでいるというものになりますので、本県からの調整案どおり合意できれば、今までお示ししてきました必要病床数に変更はないと。これまでの数字どおりであるということになって参ります。

逆に医療施設所在地ベースではなくて、患者住所地ベースでみましょうという話になると、今、推計している数よりも本県では減ってしまうという形になってしまいます。

本県としては、医療機関所在地ベースの方で協議を進めていくという案でございます。

今後のスケジュールですが、11月の中旬、今、現在なんです。青森、岩手、秋田、それぞれにおいて検討組織に対して、こういった取扱い方針を説明します。各協議会で疑義等があった場合には、必要に応じて県の間で調整を行いまして、12月中には合意文書の取り交わしを行いたいと、そういった流れでございます。

続きまして1ページおめくりいただきまして、今度は都道府県間ではございませんで、県内の圏域間での患者流出入の調整でございます。

西北五圏域につきましてです。

2025年における4つの医療機能別の必要病床数の推計につきましては、前回、第3回の医療計画部会におきまして、1つに医療機関所在地ベースを基本として推計すると。2つ目に西北五圏域については、急性期、そして回復期については、自圏域の完結率を高めるよう医療需要の調整を行うということで決定しているところでございます。

下の四角の部分が第3回の医療計画部会の資料から抜粋したものでございますけれども、このように決めた理由を、中間以下の理由でご覧いただきたいと思っておりますが、マルの2つ目でございます。

推計のベースとなっております2013年における西北五圏域の完結率は60.6%といった数字なんです。つがる総合病院の開院に向けて入院患者の調整を行っていた時期であることから、必ずしも、現在の需要動向を表していないと考えられるということ。

ちなみに、2012年の1月に行った、要はそのベースとなるデータの1年前に行った調査では、西北五圏域の完結率は71.2%と10%以上開いているという状況でございます。

マルの最後なんです。西北五圏域では、自治体病院機能再編成マスタープランにおいて

圏域内で一般的な医療を完結させて地域医療の底上げを図ることを目的として再編を行ったというものでございまして、再編後、診療科の充実とか、圏域の医師数の増加が図られていることから、その影響を考慮するとしたものです。

1 ページ、おめくりいただきたいと思います。

そして、今回の調整の考え方でございます。

患者の流入入につきまして、この表では、まず、右側、患者住所地とございまして、県内というふうにあります。そして上から津軽、八戸、青森とあります。この左側の上からの津軽地域、八戸地域というのは、患者の、お住まいの患者さんの状況を表します。そして、上の医療機関所在地というところ、津軽地域、八戸地域というように並んでおりますが、これは津軽地域の医療機関、八戸地域の医療機関で提供されるものというふうにご覧いただければと思います。

左側の方の津軽地域の住所地ベースの津軽地域の隣りが2,352.1とありますのは、この津軽地域で2,352.1人の患者さんがいらっしゃると。これは、津軽地域の医療機関に2,240.6人掛かっていますし、青森地域の医療機関に69.1人掛かっていると、そういった見方でございます。

こういった場合に、やはり自分達のお住まいの方が自分達の圏域の医療機関に掛かるとい割合が非常に高いものでございまして、例えば、津軽と津軽というのが重なる部分は、2,240.6人で95.3%という数でございます。八戸と八戸が重なるところが93.1、青森と青森が重なるのが90.7と、こういったところで多くなっておりまして、また更に右側の参考、黄色の部分ですが、平成23年の受療動向調査というところをご覧いただきたいと思います。平成23年に行った受療動向調査、津軽圏域は95.5、八戸は95.6、青森は93.5というように、やはり国のツールを基に推計したものと似たような割合ということになっております。

ただ、しかしながら赤のマルで囲んだ西北五、西北五で重なるところが56.9%と非常に低い数字になっている。そして、これを右の方にずっと追っていただきまして、2013年の受療動向調査を見ると71.5という数字になっているものでございます。

これが、先ほど申し上げた自治体病院機能再編成の影響であるというふうに考えておりますので、これを基に平成23年の受療動向調査の71.5という数字になるようにこの辺は調整をしていきたいと。

調整先につきましては、この西北五圏域の患者さんが出ていっている先というのが津軽地域と青森地域ですので、こちらとの調整を行う。この調整を行うことにつきましては、前回の第3回でもこの圏域で行うということはお示していたところでございます。

1 ページ、おめくりいただきたいと思います。

調整する数字ということになりますけれども、この表の左上が調整前、そしてその下に矢印で調整後というふうにすり替わっていくんですが、調整前の数字としまして、また一番左、患者住所地とありまして、県内、西北五地域とあります。そして下に計とあります。この計は、高度急性期から急性期、回復期、慢性期、合計したものになりますけれども、西北五圏域の患者さん全部で904.8人という患者さんがいらっしゃると。

この方々、今の調整前の数字ですと、津軽地域に232人、青森地域に94.1人、西北が515.1人ということで西北五の割合が56.9%となっているところでございます。

この56.9%を下調整後というところをご覧いただきますと、調整後の同じく計の西北五の一番下、②と書いている部分ですが、こちらを71.5%にすると。56.9を71.

5%にしますと、515.1人だった患者さんの数が646.9人という数字になって参ります。

これは、一番右側の計算方法と書かれている部分のマルの1つ目ということになって参ります。自圏域の完結率を56.9から71.5という数字に変えていきますと、患者さんの数としては、131.8人増加するということになりますので、515.1が646.9になるというものでございます。

続いて矢印の下ですけれども、今度、この増えた、増えたといいますか、患者さん来た時に、これを急性期と回復期に分けることになります。西北五圏域では、急性期と回復期だけ調整をするということにしていますので、この増加する131.8をこの急性期と回復期に分ける必要があります。

急性期と回復期の率というのは、上の調整前のところで③と④とありますように、142.2人というものと、150.4人という、大体、急性期も回復期もほぼ同様な数なんですけれども、こういった比率でそのまま掛け合わせてあげますと、下の調整後というところでは、赤色で示した206.3人と218.1人といった数字になって参ります。

それから、また右の計算方法の矢印下のマルの3つ目にいきますけれども、西北五圏域の方に患者さんを戻したことによりまして、これまで流出していた津軽圏域と青森圏域から逆に患者さんの方を減らすということが必要になって参ります。

急性期と回復期、それぞれに計算する必要があるんですが、急性期で戻した64.1という数、これを津軽と青森で按分する必要がありますので、それぞれの患者さんの割合で按分してあげるということにしますと、津軽が23.2人、青森が5.1人ということになりまして、津軽は52.6の減、青森は11.5の減となります。

また、回復期も同じように回復期で戻した67.7人を津軽と青森の比率で割り返しますと、津軽は62.2人となりまして、57.8人の減、青森は10.6となりまして9.9の減という形になって参ります。

これを全てまとめた表が一番下の調整に伴う病床数の増減のまとめというところになっておりまして、例えば、津軽圏域では、急性期の医療需要は52.6人の減になる。回復期は57.8人の減になる。合わせて110.4人の減となります。

そして病床数ですけれども、地域医療構想では、急性期は78%、回復期は90%という病床利用率で計算することにしておりますので、この急性期の52.6人の方を入れる器として66病床が必要と。この分が△が立ちますし、回復期は64の減と、合わせて津軽が130床の減になります。

同じように青森は26床の減、トータルで西北は157床の増という形になって参ります。

これが数字的なものとなって参ります。

次いで、10ページからが2025年の医療需要と必要病床、調整後というもので、一体、全体としてどのような状況になるかというものをお示しします。

まず1ページ、開いていただきまして、11ページでございます。

前にも何回もご覧いただいている表でございますけれども、基本のところからご説明させていただきますと、一番真ん中の棒グラフ、これを基準となる棒グラフと考えていただければいいんですが、26年度の病床機能報告で報告のあった本県の対象となる数です。一番上に15,928床とありますけれども、報告対象外の数などもございますので、この棒グラフの左側に15,313という数がありますが、こちらが基本となる数でございます。

実際、それに対しまして、このツールで計算した場合に、本県の必要な病床数、今は幾らなのかと言いますと、その隣の棒グラフで13,853床となります。

そして、これが2025年、平成37年では幾ら必要かとなりますと、またその隣の、右隣の棒グラフとなりまして、14,875床となります。この増加した分については、高齢者人口の増加による医療需要の増と考えております。

この数につきまして、この14,875床のうち、一番下のところなんです、グラデーションが掛かっている部分が一番右のグラフでは黄色の在宅医療等という部分に移っていくところ。要は、在宅の方に移行する部分、この在宅医療での対応を促進することによりまして、病床の必要数としては、11,827になると。そういった資料でございます。

そして、1枚おめくりいただきまして、この内容で各圏域ごとに表したものの、そして、今回の西北五の調整を行ったものがこの資料、2025年の必要病床数の推計、二次医療圏別といった資料になって参ります。

一番左の津軽圏域でご説明いたしますと、上の棒グラフと下の表の部分というのはリンクされておりますので、両方とも見比べていただければと思うんですけども、津軽圏域の26年の病床機能報告による数というのは、下の表でご覧いただきますと4,391という数字となっております。

そして、これを医療機関所在地ベースで推計した数でみていきますと、平成25年の医療需要は3,914で10年後、37年の医療需要は4,042と、この中から在宅の方に移行する数を除きますと3,270、平成37年の必要病床数は3,270ということになります。この3,270という棒グラフは、津軽圏域の右から数えて3本目の棒グラフとなりますが、今回、調整を行うと一番右側の棒グラフとなると。下の表では、赤で囲っている部分になります。3,139床になるということで、△の131ということになります。

この一番右の棒グラフとの隣りにまた1つありますけども、ちょっとへこんだような棒グラフがありますけども、これは、患者住所地での需要を表したものでございますので、よそからの流入がない津軽圏域の、そこに純粋にお住まいの方の医療需要だとこれぐらいだということです。

ですので、そこによそから入ってくる、西北五から特に入ってくるんですが、ということで右側の必要病床数になるということになります。

このような形で見ていきまして、隣の八戸圏域につきましては、特に調整を行いませんので、表でいきますと一番右側の下、3,231という数字になります。

そして、青森圏域に移りますと、青森圏域は、表でご覧いただきますと一番下の表で、表の右側から3つ目の37年の必要病床数が3,050とありますけども、これから西北五との調整で26減りますので、一番右の調整後が3,024になるというものでございます。

1枚おめくりいただきまして最後のページでございます。

西北五圏域につきましては、また、下の表でご覧いただきますと、右から3つ目のところの平成37年の必要病床数が647とあったところが157増えまして、一番右の調整後では804という数字。

そして、上十三、下北につきましては、調整がありませんので、赤で囲んだ調整後という一番下の数字をご覧いただきますと、上十三が1,176、下北が453といった数字になるというものでございます。

私からの説明は以上でございます。

(村上部会長)

ただ今の資料3の11ページの棒グラフの14,000とか何とかって言ったのは、ここに数字が書いていなかったんですね。

ここで一回、ご意見をいただきましょう。

いかがですか、今の形で、流れで、患者流入、医療需要、必要病床数、ご意見ございませんか。

1つ、今、北五の病院のは、この後、流れをみないとこの通りにいくかどうかは何とも言えないですけど、そのことに関して、まず、いきますか。

西北病院、新しい計画、そこに関して、いかがでしょうか。

こういう形でいきたいと言っても、あ、そうですかということだけで、それに対しての意見というのは難しいと思いますけどね。

どうぞ、和賀委員。

(和賀委員)

教えて欲しいんですが、この受療率は毎年出るものなんですか。

(事務局)

患者調査の年ですけども、青森県では医療計画の策定ごとに、5年ごとに青森県の調査として実施しているものであります。

(和賀委員)

それで、質問は、他のところは2013年と比較しているけども、その1年前のデータを使っていますよね。

(事務局)

いわゆる2013年というのは、国の推計ツールの基準年になっていまして、全国数の2013年になるんですけども、2013年が丁度、西北五地域で病院再編にあたって、昔の西北中央病院の入院調整、入院制限をかけていた時期なので、その時の入院受療率は使えないということで、その前の年に県の方でたまたま調査した受療率があったので、それに合わせて推計し直せばという。

(和賀委員)

たまたまという理解でいいんですか。

(事務局)

そういうことです。

(和賀委員)

この受療率が毎年ある月に出てくるもので、その中で計算、比較したのかなと思ったので、たまたまそれがあったということの理解でいいんですね。

分かりました。

(村上部会長)

ということでございますけど。

西北中央病院の今のお話、病院が移る、移らない、検討の期間が長かったし、その間も患者さん、やはり西北さんに行かないで、弘前に行ったり青森に行ったり、その辺は、あまり厳密にしないで流れを見ながらいかないと駄目なような気がしますけども。中路先生、淀野先生、影響のある先生方、いかがですか。

(中路委員)

まだ流動的なところがあって、つがる総合病院になってから糖尿病の診療科を置いて、まだ若い先生が来られて、糖尿が多い地域ですから。これから地域枠が出てきたりして、そこも少し充実されるんじゃないかと。その見込みをどうするかというところなんですけど。見込み的にはそういうことなんですけど、数字としてはちょっと分かりませんが。

(村上部会長)

何とも申し上げられないですよ。

淀野先生、ご意見ございますか。

(淀野委員)

前もお話しましたが、医師充足率が極めて青森県の場合は低い状況で診療していて、診療の内容が結構、歪められて、麻酔科や内科、手術件数や在宅など、いろんな歪められた状況での基礎データに基づいて策定するのは、ちょっと疑問がある。そのところをどう公表していくのか、僕自身も分からないんですけども。全国平均230、人口10万あたり。ところが青森県は人口10万あたり平均医師180人と。10万あたり50人強の医師が少ない。そういう状況の中で医療の需要というのは歪められている。それを基礎として算定するというのが違うんじゃないかということ。

(村上部会長)

その辺も見ながら、西北中央病院の動きを、やっぱり病院というのは、出来上がってから2年、3年の問題ではなく、10年単位で考えないと、患者さんの流れとか、地域的状況は分からないところがありますから、その辺も県の方もお考えになりながら、1つやっていただきたいということだろうと思います。

よろしくをお願いします。

先ほど出ました圏域間の患者の流出入、例えば、大館、八戸の方、盛岡、岩手県、ご意見、ございませんか。

いかがですか。

(三浦委員)

先ほどの説明にもありましたけども、医療需要の部分は生活圏の問題だと思うんです。それから、我々、八戸のところは、久慈とか、あの辺が生活圏になっているものですから、患者さんは入ってくる可能性がある。

あと、もう1つは、盛岡というのは、きちんとしたデータがなくてあれなんですけども。八戸赤十字病院が岩手医科大学の系列の病院になっていまして、それぞれ重症といます

か、ある程度の患者さんを治療する場合に岩手医科大学の方に紹介されているというふう
に聞きましたので、その部分が結構流入出の大きな原因になっているのかと思っています。
流入の方は、多分、生活圈の方、久慈とかあちらの方から来ています。

(村上部会長)

そうですね。久慈あたりの患者さんというのは、もう八戸市民のつもりですからね、極
端な言い方をすると。

今の盛岡市に行くというのは、大学間の関係性がありますからね、2つ、ちょっと違う考
えで。

その辺を事務局、何か考えています？

大学病院の、あるいは系列病院の関連。

(事務局)

基本的に系列病院の関係も、勿論、盛岡だけのことではなくて、大館の関係も青森県とし
てありますので、そういった形はまだ引き続くものだと考えております。

(村上部会長)

鳴海さん、何かご意見ございませんか。

(鳴海委員)

他県との中では、私も八戸に住んでおりましたし、弘前にも住んでおりましたので、状況
的には感覚的にも理解できるところでございます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

寺田理事、どうですか。

(寺田委員)

案としてはいいとは思いますが。

ただ、本県は他県に比べて在宅医療が弱い気がしますので、計算どおりいくかどうか不安
はあります。

(村上部会長)

国が在宅医療を入れるようになっているんですよ。入っているだけなので。品川さん、何
かご意見ございませんか。患者さん側から。失礼ですが、ご住所はどちら。

(品川委員)

青森市です。

ちょっと全然違うかもしれないんですけども、こういうふうに圏域、県というふうになる
と、自分の診ていただきたい先生のところには行けないということになるんですか。

(村上部会長)

そんなことはない。

いわゆる、医療の力として、この圏域にこの人口があるから、このぐらい置きますよというだけで、他のところに行っちゃいけないというのは全然ありません。

(品川委員)

やっぱり、どうしても自分の行きたいというか、診て欲しい先生のところに行くと思うんですね。

例えば、青森に住んでいても、八戸の皮膚科の先生がiiiってなればそっちに行ったりということはあると思うので、その辺のところ、この数字どおりにはいかないのかなというふうには思います。

(村上部会長)

そうですね。それはご自由です。どちらに、東京に行ってもどこに行っても構いません。アメリカに行っても構いません。

熊谷会長、何かありますか？

(熊谷委員)

寺田委員の方からも言われましたけども、本当に慢性期と在宅医療の兼ね合いというのは、本当にこのままいくのかなと。それから、回復期病床と在宅医療とは対になって考えていかなければならないと思います。というのは、何かあれば回復期の方に緊急入院できるとか、在宅でいる患者にしてみれば安心なんですよね。そこが担保されて、何かあったらいつでも来なさいと体制が整っていくと、それが在宅医療が進む1つのきっかけになっていくのかなという思いがあります。

(村上部会長)

いわゆる、超急性期から急性期に入る時、在宅、その辺の流れ、この間からやり始めて、これをそれぞれ分けた方向でいこうじゃないかというのは、ここ3、4年の問題で、医療費のコストもそれに合わせて、今、動かしていますので。まだ、まだ、その状況はいろんな疑問点も出てくるだろうし、いろんな問題点も出てくるだろうし、解決策もあるんだろうと思いますけど、その辺をやはり、ある程度、県の方も弾力的に考えながらやっていただかないと駄目だと思います。

それから、在宅にいきたい患者さんが一杯いる圏域と、そうでないところも勿論あるでしょうし、いろんなそういう格差があると思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

どうぞ。

(木村委員)

先日、村上会長も出席の、あおもり高齢者すこやか自立プラン2015の会議がありました。

その日は、事務方がそこになかったと思うのであえて発言させてもらいますが、その場でもはっきり言いましたけど、介護保険制度も改正して、介護保険制度の中の地域支援事業で在宅医療介護連携事業を市町村の方で進めるということがありますが、この間、指摘したんですが、推進事業が、高齢福祉保険課が、こっちとリンクしているという感覚がはっきり

言っていないように認識しました。それを指摘しましたが、今日、例えば、ここに高齢福祉保険課の担当もいて欲しいんです。熊谷委員とか、寺田委員が在宅医療を進めなきゃ駄目だ、駄目だと言っている時に、片方の、在宅介護と連携というか、在宅介護から在宅医療への連携という側ですけども、そこを一緒に聞いてもらってやっていかないと、ベッドの数もいいいけれど、在宅医療の周辺の制度的なことを一緒にやっていかなきゃ駄目なんじゃないかと思いましたので、あえて指摘させていただきます。

すみません、よろしく申し上げます。

(村上部会長)

そうですね、よろしく申し上げます。

和賀先生の方からどうぞ。

(和賀委員)

その前にちょっと質問ですけども。

既に説明がなされて筋違いかもしれませんけども、11ページの右側の在宅医療等、慢性期、色が突然変わってきているわけですが、これまでグラデーションかかっていたやつが、一番右側になって在宅医療等が黄色くなっていて、計算すると、これが、上並びだとすると3,048という数字が出てくるんですが。この計算式というのは、何かどこかで示されていたんでしたっけ。

(村上部会長)

どうなんでしょうか。

(事務局)

第3回の医療計画部会の際にご説明申し上げたんですが、国の推計の考え方として、一定割合、こういう要件については今の慢性期ベッドから在宅医療に転換できるとかいった形で推計をされる数字にはなっております。

(和賀委員)

あと、もう1つ、人口推計ですが、2025年ということで、人口がうまい具合に老人人口が増えていった、それから下がる流れを考えていて、それが西北五地区で、早くその現象が現れているということで、このような傾向になったと思うんですけども。

一番最初の時の既存病床数の考え方の時に、自然減というものが有床診療所、病院の自然減というのがあるんですけど、その辺の自然に人口減少が、高齢者が増えて、これから先に、場所によっては、その現象が早まって自然減という現象が起きているんだと思うんですけども。そういうふうなことについては、何か考察とかございますでしょうか。

(村上部会長)

青森県としての考え、ございますか。

(一戸部長)

11ページの資料をご覧くださいと、これは、どういう意味があるかといいますと、右か

ら2つ目のバーが2025年で一番入院需要が多いと思われる時期で14,875床必要などところに真ん中の現在の病床数が15,928ありますということで、一番入院需要が高まる時期と比べても、なお、現時点で病床数が多いという状況を示しているわけです。

なので、2025年に向けてどういうふうに病床を考えていきますかと。ほぼ同じような数なんですけども、その中身をどう変えていくかということ。

それから、今、おっしゃられた自然減も加味した上でどういうふうに病床を調整していくかという話になってくるかと思います。

もう、ほぼ各論に入ってきていると思いますので、それを資料4以降でご説明させていただきたいと思います。

(村上部会長)

よろしいですか。

今の、部長も今、言ってくれたのは、真ん中の1万5千何床は書いてますよね。その後に1万4千何床は書いてないんですよ。

(一戸部長)

11ページの右から2つ目のところが14,875で、多分、一番最初、先生がおっしゃられているのは。

(村上部会長)

2013年。

(一戸部長)

2013年のところが13,853なんですけども。

整理しますと、一番右から3番目が13,853、その次が14,875。

(村上部会長)

書いてある？

(一戸部長)

棒グラフの左隣に数字、真ん中に書いてあります。

(村上部会長)

縦に書いてあるんですね。

失礼しました。

(一戸部長)

そういう形で病床をみていますということでございます。

(村上部会長)

一生懸命探したんです。

(一戸部長)

すいません。私も見つけられないときもあるんですけど、こんな感じで。

今までの議論を踏まえて病床の数をあらかた、こういうふうな目安を示した上で、我々としてどういうふうな構想を作ることが最後の目的にかなうといたしますか、資料4でご説明をさせていただきたいと思います。

(村上部会長)

もう一回、今のところの一番右側の11,827の在宅医療の人数はいくらって言いましたっけ？

(一戸部長)

3,048床分です。

実人数と病床数はちょっと違うんですけど。

(村上部会長)

ということだそうです、いかがですか。

地域医療構想の試案をまたご説明いただきながら、この話をしていく方向でいかがですか。

資料4、事務局。

(事務局)

医療薬務課長の楠美でございます。

本日、試案の方をご説明させていただきますが、本来は、委員の皆様事前に送付してお目を通していただかなければいけないもの、事務局の作業が遅れまして送付できませんでした。大変申し訳ございませんでした。

すいませんが、本日、ここで説明しながらご理解いただき、ご意見をいただきたいと思っていますのでよろしくお願いいたします。

それでは、資料4、青森県地域医療構想の試案ということになります。

これは、地域医療構想の骨子という位置付けで作成しています。この後、更にこれをたたき台として医療審議会、医療計画部会、圏域ヒアリング等のご意見等をいただきながら、地域医療構想の素案としてまとめて重ねていくということで考えております。

2ページ目をご覧ください。

これは、地域医療構想試案の構成でございますが、第1に基本的な考え方、第2に本県の概況、第3に構想の区域、第4に平成37年の医療需要と必要病床数、そして第5に将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策という柱だてで順にまとめております。

続いて3ページをご覧ください。

この基本的な考え方ですが、まず、構想作成の趣旨の背景ですが、3つ目のポツ、平成37年の団塊の世代が75歳以上になる、ここをにらんだ背景ということになります。

(2)の目的ですけれども、医療の需要に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者の状態に見合った病床で、状態に相応しい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが目的となります。

2番の構想の位置づけですが、青森県保健医療計画の一部ということになります。

3の構想の期間ですが、平成28年から37年までの10年間ということになります。

4番の推進体制ですが、(1)地域医療構想調整会議、これを構想区域ごとに設置して、協議の場というものを設置することになります。

(2)の関係者の役割ですが、県民、医療機関、県等、関係者がそれぞれの役割に応じて達成するということになります。

(3)の知事が講ずることができる措置ですが、過剰な医療機能への転換、不足している医療機能の提供、稼働していない病床の削減に係る命令又は要請等を行うことになります。

進行管理ですが、PDCAサイクルを取り入れてやっていこうと。また、県の医療審議会への報告、評価結果の県民への公表といったことで進行管理をしていくことになります。

4ページの方をご覧ください。

本県の概況として取りまとめているものになります。

地勢等、そして2番の人口推計等になりますが、総人口は、この10年間で14.4万人減少する。75歳以上は、10年間で逆に3.6万人増えていくと。青森県の高齢化率は、2010年の全国18位から2025年は4位、2035年は2位と、全国の中でも急激に高齢化が進行していくという状況にあります。

5ページをご覧ください。

1ポツ目ですけれども、入院患者数の推計は増加した後、減少に転じると。

2ポツ目ですけれども、特に西北五地域は、ピークは平成27年がピークに減少が始まる。津軽、青森地域については平成37年、八戸、上十三、下北地域については平成42年にピークとなる見込みとなっております。

続いて6ページ目です。

医療提供体制ですけれども、まず病院数を見ますと、人口10万対7.6ということで、全国の6.7を上回る状況ですが、特に市町村立病院の比率、右側の円グラフですが、下、全国の方の市町村7.8%となっております。上の青森県は市町村が24.8%と市町村立病院の比率が多いというのが特徴としてあげられます。

一般診療所につきましては、67.1で全国を下回っております。

有床診療所については、15.7で逆にこれは全国を上回っているということになります。

7ページをご覧ください。

病床数ですけれども、病床数は病院1,342、一般診療所237.4、いずれも全国を上回っております。

特に診療所は大きく全国を上回っている状況になっております。

基準病床数に対する既存病床数、医療計画上に定める基準病床数に対する既存は、八戸圏域以外は上回って、過剰になっているという状況にあります。

8ページをご覧ください。

病床利用率ですが、病床利用率は77.9ということで全国を下回っております。

その内訳を見ますと、一般病床については、特に上十三、青森が低いといった状況が見られております。

(4)の平均在院日数ですけれども、一般病床の平均在院日数、これは全国をやや上回っていると。特に青森は7位という状況が見られます。

療養病床については、全国を下回っている状況にあります。

一般病床については、特に病床利用率が低い中で在院日数が長いといった状況が伺えるということになります。

9ページをご覧ください。

稼働・非稼働別病床数ですけれども、非稼働の許可病床数、報告ベースになりますが、1,086床の報告がございました。これは、全体、報告があったのが14,888床ということで、全体の7.8%が非稼働であるという報告を受けております。

続いて10ページをご覧ください。

医療従事者の状況ですけれども、2ポツ目、医師、歯科医師、薬剤師、助産師、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士については、全国を下回っております。特に医師数、医療施設従事医師数については184.5人、先ほどもご指摘がありました全国ワースト6位になります。地域的な偏在というものも見られる状況にあります。

11ページ目をご覧ください。

県の施策上進めている拠点病院等の状況でございます。

まず、救命救急センターは3圏域に設置されているほか、ドクターヘリが2機あります。地域がん診療連携拠点病院は、県内6圏域のうち西北五地域が未整備となっております。地域周産期母子医療センター、6圏域のうち西北五圏域、上十三圏域が未整備という状況となっております。

12ページをご覧ください。

自治体病院の状況です。

全部で自治体病院は24か所ございます。図表12-2をご覧ください。

26年度見込みで病院数24のうち、経常損失を生じた病院数18あります。これは、収入から支出を引いた経常損失が18病院あると。その2つ下、純損失を生じた病院数、経常損益から更に特別損益、いわゆる引当金等の手当てを引いたものが、また引くと、20病院が純損失になっているということで、経営的に非常に厳しいものがあるといった状況が伺われます。

6の2ポツ目ですけれども、へき地等への医療の提供ほか、地域の中核病院として、二次救急医療、災害医療の拠点として貢献しておりますけれども、医師不足、経営等の課題があるということになります。

13ページ目をご覧ください。

病床機能報告ですが、病床機能報告によると、急性期と報告があった病床は55.5%と比率が高くなっております。一方、回復期は9.8%と低くなっております。

6年後の予定の病床数は26年度とほぼ同じ割合、あまり移動がないということで報告を受けております。

14ページをご覧ください。

病床報告について、各圏域ごとにみたところですが、基本的には急性期が多く、回復期が低い、少ないという回答ですが、西北五圏域については、急性期よりも慢性期が非常に高い割合で回答があったという状況が伺えます。

15ページは、データから見る医療提供と患者受療動向の現状ということで、これは参考資料1ということで取りまとめておりますが、資料の中身としては、データベースに基づく患者の受療動向であるとか、疾病別の必要病床数と自圏域での完結率。全国と比較できるような年齢調整標準化したレセプトの出現比。DPC対象病院の診療実績。救急搬送の状況。入院・外来患者数の市町村別の推計。5疾病5事業の状況等をまとめた資料になっておりますが、本日、時間が押していますので、説明の方は割愛させていただきたいと思っております。

16ページをご覧ください。

介護サービスの状況ですけれども、これは、平成26年度に策定いたしました「あおり高齢者すこやか自立プラン2015」の計画段階でまとめた数字になります。従って、今、取りまとめようとしている地域医療構想で基づく病床の転換の見込みとは全く反映されていない、在宅医療の転換等については配置されていない数字になりますが、参考までに示させていただきます。

簡単に説明しますと、左側の一番下の表、介護保険施設設計の表ですが、利用実績、県計でいきますと12,369人に対して、平成37年は14,082人ということで、1,713人分の利用サービスの増を見込んでおります。

また、2番の居住系サービスですけれども、右側の表の下から2つ目、居住系サービス計でいきますと利用実績の県計5,503人から平成37年は6,313人ということで、810人の増。基本的には、すこやか自立プランにおいても、介護サービスについては平成37年に向かって利用者数が増えていく、そういったものに対応するサービス量をきちんと確保していくという計画になっております。

今後、地域医療構想で計画する必要なサービス量というものが今後反映されていくものと考えております。

17ページをご覧ください。

構想区域ということになります。

構想区域については、2番、構想区域の設定、人口規模、これの医療計画策定指針では、人口規模20万人未満を見直しの基準としておりますが、これは西北五、上十三、下北圏域が該当します。

患者受療動向を見ますと、津軽、八戸、青森圏域は90%以上、自圏で対応しておりますが、西北五が57%、上十三、下北が75%前後となっておりますが、主な疾病、肺炎、大腿骨頸部骨折等の構想区域内で対応すべき疾患については、概ね自圏域内で対応しているものと認められます。

その他、地理的要因等、あるいは生活圏の状況等、総合的に判断し、現行の二次医療圏を構想区域として設定していきたいと考えております。

18ページをご覧ください。

平成37年の医療需要と必要病床数。これは、先ほどの事務局からの説明どおり、推計の考え方として、慢性期についてはパターンB、国の示した中でパターンAに比べて緩やかな変化となるパターンBを用いて推計する。西北五地域については、また、特に減少幅が大きいということで、国のこれを利用してもっと緩やかな減少幅にするという形で推計したいと思っております。

都道府県間調整も先ほどご説明したとおり、医療機関所在地ベースの計算、構想区域間調整も医療機関所在地の医療需要を基本とし、先ほどお諮り申し上げました西北五について、急性期、回復期を調整し、青森圏域、津軽圏域の調整を行うということで調整したいと思います。

2番の平成37年の病床数の必要量は先ほど説明の資料の数字のとおりとなります。

続いて19ページをご覧ください。

平成37年の在宅医療の医療需要でございます。

これは、下の注で推計値に含まれる内容ということで説明してありますが、①の訪問診療を受けている患者数。

②の介護老人保健施設の施設サービス受給者数、これは現に在宅医療を今受けている人、

それが人口推計で変動した分ということで含んでおります。

③の一般病床入院患者数のうち、医療資源投資量が175点未満。

④の療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%。

⑤の療養病床の入院患者数のうち、入院受療率の地域差解消分。これについては、将来、在宅医療での対応が可能と見込むということで示されたものということで、それについては、在宅医療の医療需要ということで見込むということになります。

その結果、在宅医療等の人員としては、16,179人ということを見込んでおります。

続いて20ページをご覧ください。

平成37年の必要病床数と病床機能報告の比較ですが、これは、先ほどの事務局の説明どおりですけども、いずれの地域の急性期が過剰で回復期が不足しているという状況にあります。

また、慢性期から在宅医療等での対応に大きく転換していくことが求められる。特に、西北五地域における慢性期医療機能については、乖離が大きいという状況があります。

グラフとしては、20ページと21ページにお示ししたとおりであります。

22ページから将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策として取りまとめたものになります。

施策の体系ですが、こちらは第3回の医療計画部会の方でこういう柱だてで検討したいということでお諮り申し上げたものになります。地域医療構想では、医療提供体制の形に収れんさせていくための施策の取組と効率的かつ質の高い医療を確保していくための施策という柱を位置づけたい。

そして、この施策を円滑に進めるための取組。それを県全体で共通して取り組む事項ということでまとめたものの他、各構想区域単位で重点的に取り組む事項ということでまとめているということで、柱だてを整理しております。

23ページからが、事務局で取りまとめました案ということになります。

最初に申し上げたとおり、試案ということですので、今後、医療審議会、またこちらの部会、圏域ヒアリング等の意見を参考としながら、具体的に記載していくということになります。

病床の機能分化・連携の推進ですが、簡単に概要を説明させていただきます。

まず、現状と課題、1ポツ目ですけども、現状と平成37年における医療機能別の必要病床数の乖離があるということ。

2ポツ目、病床の機能報告と実際のレセプトデータによる実際の診療内容にも乖離が見られる。

3ポツ目ですけども、回復期病床を充足する必要がある。

4ポツ目、必要な慢性期病床の確保、在宅医療等の確保を一体的に進める必要がある。

次のポツですが、従事医師数が全国ワースト6位、病床数は全国平均より上回っている。

次のポツですけども、平均在院日数が全国平均よりやや長く、病床利用率は全国平均より低い。

最後のポツです。郡部の自治体病院では、入院患者数の減少が大きく見込まれるということ。

これらの現状や課題を踏まえまして、具体的な施策として、1ポツ目ですけども、医療機関の自主的な取組、医療機関相互の協議による医療機能の選択の促進。

次のポツ、急性期から回復機能への病床転換の促進。平均在院日数が特に長い医療機関等

については、転換を促進していく。

療養病床、一般病床の介護施設等への転換。

医師の集約による診療機能の役割分担の促進。

急性期と回復期の機能分化による適切な医療。

自治体病院の機能見直しによる再編・ネットワーク化、診療所化の検討、としてまとめております。

続いて24ページ、在宅医療等の充実ですけれども、現状・課題としては、在宅療養の支援病院、在宅療養支援診療所が少ない、地域偏在があること。

2ポツ目として、県土が広く、冬期の積雪など、本県特有の課題等を踏まえ、介護施設、高齢者住宅等の対応等も含めた検討が必要。

ということで、具体的な施策は在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション、訪問薬剤師、歯科医師の確保。

入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援。

病状の急変時における往診体制、あるいは後方入院病床の確保。

看取りができる体制の確保。

医療資源が十分でない地域では、へき地等の医療対策も含めた介護施設、高齢者住宅等への対応。

続いて、休床中の病床への対応ですけれども、病院、有床診療所の休床中の病床について、その取扱いを検討する必要があるということで、具体的な施策としては、活用予定のない病床については、許可病床の返還等の促進。

2ポツ目、在宅医療支援機能への転換等による効果的な活用方策というものも検討していきたい。

続いて25ページです。

医療機能の充実・高度化ですが、現状・課題として、高度・専門医療の提供を行う基幹病院の機能の強化。

集約が進んだ周産期医療につきましては、遠隔地でも安心して出産できる体制。

急性期、回復期、慢性期機能について、構想区域内で対応できるよう、不足する医療機能の充実、医療機関の連携強化という課題がある。

具体的な施策としては、5疾病5事業ごとに現在、保健医療計画に掲げている事業といったもの、施策といったものをきちんと推進していくこと。

そして、三次医療、いわゆる全県単位で提供している医療につきましては、医療機能の充実、二次医療を担う病院との機能の役割分担と連携促進。

二次救急医療体制につきましては、持続可能な体制の強化。

がん診療拠点病院につきましては、がん診療の十分な症例数の確保。

周産期医療提供につきましては、ハイリスク妊産婦について、周産期医療センターへのアクセスの確保。

あおもりメディカルネット等といったICTを活用した情報共有といったことを進めていくということを掲げております。

26ページ目をご覧ください。

現状・課題として、医師の不足感が高く、各病床機能を提供する医師の県内定着を進めていく必要。

2ポツ目です。回復期医療を担う医療従事者の育成。

続いて、在宅医療を担う医師、歯科医師、訪問看護師、訪問薬剤師等の養成。

在宅医療と介護の連携を深めていくための人材。

へき地等医療を担う総合診療医の養成といったものを課題として掲げております。

具体的な施策として、医師が指導医・専門医の取得等のキャリアアップができる県内定着。

回復期医療を担う医師・看護師に対する研修・教育。

回復期医療を担う理学療法士、作業療法士等の育成と県内定着。

在宅医療を担う医師の増加に向けた支援。

24時間対応する訪問看護ステーションの増加。

訪問薬剤師、歯科医師等の体制。

多職種協働して在宅医療等を提供するための人材育成やへき地医療を担う総合診療医の定着、こういったことを施策として掲げております。

続いて27ページをお開きください。

現状・課題として、自宅でのケアを軸として、住まい、医療、介護、予防・生活支援が一体として提供される。

在宅医療と介護の連携を通じた新たなケア体制への変革。

介護保険制度における市町村が中心となった取組を進めるために市町村の実践能力を高めていく必要があるということで、具体的な施策として、多職種協働による提供体制。

医療・介護支援マップ等の提供。

在宅医療・介護連携に関する会議。

多職種連携のための研修。

退院支援に資するような連携体制。

住民への普及啓発。

地域の特性を踏まえた介護施設、高齢者住宅等への提供。

退院の相談に対応できる医療ソーシャルワーカーの育成。

リーダーシップを担うことができる人材育成。

介護従事者に対する在宅医療に係る研修。こういったことを掲げております。

28ページには、へき地等医療の充実ということで、町村部等の入院患者数の減少。

町村部等の医療機関の減少に伴い、医療資源がより乏しくなる地域の拡大。

町村の患者が隣接する市部への流入が見られる一方、交通弱者への対応が必要。

へき地等において効率的・効果的に在宅医療ニーズに対応していく体制の構築ということで、具体的な施策として、へき地診療所、拠点病院との連携による提供。

医療機関と在宅を結ぶバス等の送迎、退院支援。

I C Tを活用した遠隔医療システム。

介護施設等と連携した在宅医療。

訪問看護、訪問服薬指導など、在宅医療を支える体制。

自宅への薬の配達、買い物支援等を組み合わせた支援など、高齢者に配慮したサービス。

続いて29ページが、これらの施策を円滑に進めるための大きな支援策ということで、自治体病院等の機能再編成の推進ということです。

自治体病院については、先ほど、いろんな課題があるということで説明申し上げました。具体的な施策として、圏域における自治体病院・診療所と公的病院を含めた自治体病院の機能再編成に向けて検討を進めていくための協議会の設置促進。

高度医療、救急医療、災害医療、がん拠点医療等、中核病院機能の維持・高度化を進めて

いくための支援。

サテライト医療機関において、患者の医療ニーズに対応した病床規模の変更、機能の転換、といったものをまとめております。

30ページ目が地域医療介護総合確保基金の活用ということで、国の基金を活用して整備を促進していこうということになっております。

続いて31ページが(2)の各構想区域で重点的に取り組む事項として圏域ごとにまとめたものになります。

最初に津軽圏域については、課題として、300から200床の中小規模の病院の併存。

一部自治体病院の病床利用率の低迷。

病院群輪番制の参加病院の減少等、緊急搬送に係わる病院の受け入れ照会回数が多い。などの課題を踏まえまして、具体的な施策として、自治体病院等の機能再編成による高度・専門医療等を担う中核病院の整備。

救急医療、小児救急医療の拠点。

地域枠で卒業する医師等の受け皿として、若手医師の育成拠点。

災害医療への対応。

2つ目のマルですけれども、周辺医療機関との役割分担、連携体制の構築ということで、中小自治体病院の規模見直し、回復期、在宅医療、介護施設等への機能転換。

再編やネットワーク化などをまとめております。

32ページは、八戸地域となります。

500から400床の中規模の病院の併存、診療機能の重複や医師の減による機能低下が考えられる。

具体的な施策としましては、自治体病院等の機能再編成による機能分化・連携の推進。

400床以上の3つの総合病院については、診療機能の高度化等により、充実した医療の提供を目指した機能分化・連携。

へき地等医療の充実につきましては、三戸・田子地域については、人口減少の中で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、具体的な施策としては、へき地医療拠点病院を中心とした効果的なへき地等医療提供体制の整備とまとめております。

33ページが青森地域になります。

500から400床の病院が併存。

特定機能病院である弘前大学附属病院の他に臨床の件数を多くこなし、全国レベルの高度・専門医療を提供できる機能の確保。

一部自治体病院の病床利用率の低迷。

具体的な施策として、県全域の拠点病院としての機能を強化していく。

圏域としての中核病院が備えるべき機能についても整備していく。

周辺医療機関との役割分担、連携体制の構築。

そして、自治体病院等の再編・ネットワーク化。

そして、へき地等医療につきましては、津軽半島北部地域についても、具体的な施策として、へき地医療拠点病院を中心とした医療提供体制や役割分担の明確化をしていくということでもあります。

34ページが西北五地域でございます。

慢性期の患者の状況により、療養病床から在宅医療への対応に大きく転換する必要があるということで、施設等も含めて、在宅医療提供体制を整備していく。

2つ目のマルですけれども、地域がん診療連携拠点病院が未整備であるということで、隣接圏域と連携した地域がん診療病院の指定による、がん医療提供体制の強化とまとめております。

へき地等については、西海岸地域になります。こちらについても、へき地医療拠点病院を中心とした医療提供ということであります。

35ページが上十三です。

300床、200床の病院が併存、自治体病院の病床稼働率が低い。医師の減等を踏まえまして、自治体病院等の機能再編成、周辺医療機関との役割分担、連携体制の構築を求めています。

医療機能の充実・強化では、地域周産期母子医療センターの未指定ということで、施策としては、周産期母子医療の充実を求めています。

36ページが下北地域です。

急性期医療の機能強化の課題があるということで、中核病院の急性期医療機能の充実・強化。

へき地については、下北半島地域について、へき地医療拠点病院を中心とした医療提供体制ということとまとめております。

以上です。

(村上部会長)

一気にご説明いただきました。

最初のうちは、試案とか構想でしたが、最終的には、病院の固有名詞ぐらい出るような感じのデータでございますが。

さて、ご意見をいただきましょう。

病床の機能報告、急性期が多い、多いという話に関してはどうですか。

ご意見、ございません？

どうぞ、三浦委員。

(三浦委員)

関係しているか分からないんですが、二次保健のデータで、先程来、救命救急センター、3圏域に救命救急センターという話を何回かされていたんですけども。具体的な施策、僕、青森県支部長の立場で出ていてあれなんです。三次医療を提供するという病院といいますと、県立中央病院、弘前大学医学部附属病院、例えば、うちの八戸市立市民病院、三次医療を山のように提供しているんですけど。これ、何か全県単位で提供する医療といいますと、皆、全県単位でやっていると言われると困りますけども、三次医療は全部、山のように、よその、それこそ県立中央病院とか大学病院に数だけではひけをとらないぐらいやっているはずなんです。これは、何か載っていないというのは、どういうことなのかな？と。三次医療を提供する病院を充実させるということになると、救命救急センターがある、うちの病院も載せなければおかしいのではないかと聞いていたんですけど。

(村上部会長)

同じことを僕も言おうと思っていましたが、事務局、これはどうですか。

(事務局)

保健医療計画の中では、三次医療を担う病院として、県立中央病院、弘前大学医学部附属病院、救命救急については、八戸市民病院ということで、そういう形で整理されております。

(三浦委員)

救命救急って三次医療ではないんですか。

(事務局)

八戸市民病院は、三次医療の中の救命救急を担っているということで整理されています。

(三浦委員)

これだと、全然意味が通じないというか、僕が支部長の立場で病院の主張をするのも変なんですけども。これだと、我々の病院は非常に納得しかねるんですよ。

(事務局)

すみませんでした。

きちんと、ここは、端折らないで保健医療計画に基づいた表記にきちんと整理します。

(三浦委員)

保健医療計画か何か分からないけど、とにかく三次医療ということを提供する病院をきちんと医療機能の充実をするというのであれば、ここに県立中央病院と弘前大学附属病院と八戸市立市民病院を入れるべきだと、僕は思うんですけども。

(村上部会長)

それもそうだし、ここ、県病と大学の附属病院の括弧を取ればいいんですよ。八戸さんはやっていますよ。分類の仕方がどうのこうの問題じゃなく

はい、どうぞ。

(一戸部長)

すいません。

これは、資料の作りがよろしくなくて、医療計画の書きぶりにこだわってこういうふうに書いただけの話で、何も八戸市立市民病院が三次医療を提供していないとか、そんなことをピン留めするためにわざわざ書いたわけではないので、それは誤解を解いておきますし、そもそも、試案の段階でどういうふうを書くかというのは、これから書きます。そこはご心配なくいただきたいと思います。

これは、ご指摘いただいた点も踏まえて、我々も注意してこれからやらせていただきます。

(三浦委員)

よろしくお願ひしたいと思ひます。

文章に出ていますと、それを納得したんじゃないかと。あなたも委員で出ていたんじゃないのって後から言われたりしても困りますので、よろしくお願ひします。

(村上部会長)

ということでございます。

その他に、皆さん、関係者の方ばかりですから、今みたいなお話をいただきたいと思いません。

まず、大分内容が多いんですけども、急性期が多いという話を随分しましたけども、このことに関してはどうですか。

勿論、回復期が少ないとかいうのは、その病院の経営の仕方だと思うので、急性期が多い、多いということではなく、急性期にしないと病院の維持ができないということもあるんですよね。ですから、その辺を意図的にどんどん医療費をかからないようにして、急性期の病棟を減らしつつあるんです。療養病棟という形にしちゃいますと、非常に経営が不安で、対社会的に病院そのものの維持がかなり厳しくなる、その可能性もあるんでね。

ですから、御協力差し上げてもいいんですけども、やっぱり行政の方から厚労省に言わないと駄目だと思うんです。一戸先生は、この間までそれをやってきて下げたわけですから、十分それを喋っていただければありがたいと思っていました。

はい、どうぞ。

(一戸部長)

どこの病院の急性期病床が過剰なのかということは、我々は、今の試案の段階ではマクロの話としてやっているんで、個別具体的にどの病院に割り振れとか、そういう話は構想ができた後に皆さんでお話をして推進していただくということになるんですが。

実際、急性期病院、もしくは急性期病床でいきたいと、病床機能報告制度で出している病院が提供している内容が本当に急性期かどうかというのは、これから国から出てくる定量的な基準ですとか、実際、多分、病院の皆様方、分かっていると思うんですね。どういうものかという。その中で、どの程度の急性期病床なのかというのは、それぞれの病院の中で考えていただくことになると思います。

私、第1回目の会議から申し上げているのは、3,000床減らすみたいな話だけがスタートしているんですが、実際、先ほどの試案の中にあっただよように、実際、稼働していない病床も既にあるわけです。これ以上にも稼働していないところもある。というようなところも踏まえて、今後、経営の観点から、自治体病院の方がメインだと思うんですけども、本当に病床を維持しておくことが経営にとって良いのかどうかということも踏まえて考えていった上で、今、実際に稼働している病院の機能分化をどう進めていくかという議論になりますので、ここではマクロの見た中でどういうふうになっているかということをご理解いただきたいと思えます。

(村上部会長)

方向は分かるんですけど。具体的に固有名詞を書かれちゃうとまずいんですから。

医療区分とか、そっちの方の、療養病棟の件もその後にくるんですけど、これもやっぱり、今、部長が言ったように同じことなので、その辺を、自治体病院の苦情とか実情とか、あるいはベッド、いわゆる病棟が休んでいるとか、その辺がまた別格できちんと対応しないと、あれは全部、税金も払っていないし、国の補助金をもらっているわけですから、その辺はちゃんとしていただければありがたい。

淀野委員、どうぞ。

(淀野委員)

一戸部長がおっしゃったところで質問があるんですが。

全国的に青森県の病床数が、病床の増加について、在院日数が長いと。それから、空きベッドが多いと。ベッド利用率が低いと。これは、何ででしょうというのが1つ。

やっぱり理由が分からないと、反映しようがないんですね。これからベッドを、適正なベッドをどういうふうに算定していったいいのかという。いろんな要素があるんだと思うんですけど。

例えば、医師数が少ないとか、看護師が少ないとか、そういうことで利用できないベッドをやむを得ず置いておく。実際問題として、それを置いておいても何か支障があるのかどうか。自治体病院に関してはそうだと思います。

あともう1つ、各圏域ごとに自治体病院中心に動いている、先ほどのデータで青森県の場合は特徴的だというのはよく分かる。私もよく分かるんですけど。その中で国立病院、それから日赤、労災等々の病院があって、それぞれの疾患、あるいは医療に関して得意な役割を果たしている。例えば、弘前では周産期医療センターが国立病院が中心になっていると。そうすると、例えば、市立病院、黒石病院等々が小児の救急を扱えない救急病院というのはあり得ないんですよ。脳外科がない救急体制、循環器の医者がいない救急というのもあり得ない。

そういう、それぞれの個々の疾患、あるいは医療に関して特徴的に一生懸命頑張っているところがあって、そういうものをどういうふうに取り込んでいくのかなというのは、少し分からないところが。

ですから、例えば、病院を巨大化して、総合病院化して機能を高めようということが、何となく、結局、病院の差別化のような気もするんですけど。

それとは別に、ここの自己完結できる疾患というのは、整形なんか特に、とても、とある病院では脊髄疾患ではとんでもない手術件数と凄い治療をしているところもありますから、そういうものを自治体病院以上に頑張っているところもあるわけですね。それをどういうふうに評価するかということ、よろしくお願いします。

(村上部会長)

いかがですか。

(一戸部長)

大きく2つ、ご質問をいただいたと思いますが。

まず1つ、各県の同じような検討の状況をみますと、まず1つ大きな問題は、急性期から回復期に移行する時に、診療報酬が不透明だと大きな大枠は分かるんだけどなかなかいけない。これは、その通りだと思います。これは、県の中で議論してもなかなか進まないところで。

もう1つは、今、淀野先生がおっしゃったように、これは田舎の県で多いんですが、要するに医者とか看護師がもっといたら病床稼働率が上がるはずで、経営が悪い、悪いと言われているけども、もっとできることがあるんだという議論が1つあるんですね。

ただ、先ほども資料をお見せしましたけども、一番入院需要の高い2025年ですら、今の既存病床よりも少ないという結果が出ているわけです。要するに医療従事者が増えれば、

病床の稼働率が増えて、経営が今より劇的に変わるというのは、多分、おそらくこの数字からいくと幻想に近いといえますか、入院需要が減っていくとことも予想されるので、医療従事者が少ないことが入院需要を減らしているということではないんだというふうに私は理解しています。

もう1つは、自治体病院の話在先ほどしたので、自治体病院だけということではなくて、それぞれの圏域で行うこの地域医療構想、もしくは自治体病院機能再編の中身は、当然、市町村立病院だけじゃない部分も含んだ形で見直しをしなければいけません。

特に、31ページの津軽圏域については、今、おっしゃった周産期の問題、救急の問題も絡めて関連する病院全てをどういうふうに考えるかというふうなことを構想で作っていかなくちゃいけません。

それから、特に八戸地域においては、八戸市立市民病院、日赤病院、それから労災病院と同じような大きさの病院がありますので、その中で機能分化、得意な分野とか不得意な分野があると思いますけども、それを八戸市民病院を中心にしてどうやって機能分化していくのかということ構想でどう書くのかということになってくるかだと思います。

その辺は、我々、参考資料を今日は説明しませんでしたけども、こういったデータの中でどういうふうな方向が良いのかというのを考えていくことになると思います。

(村上部会長)

こうだというご説明ではなかったんですが、幅があることをこの後考えていこうということなんでしょうね。

よろしいですか。辛いよね。

(淀野委員)

一戸部長、ちょっとお答えになっていないところがあった。

ベッドの有効利用、利用率が低いのは単純に人の問題だけじゃないというのは、僕もそう思います。ですから、それはそれで検討の余地がありますが。

じゃ、在院日数が長い、要するに在院日数を短くできれば、ベッド数が少なくても治療効率が上がるわけです。ですから、何故青森県は、DPC病院が少ないというのものもあるような気がするんですけど。何故在院日数が高いんでしょうか。

それも、例えば、急性期でどのぐらい高く、高度急性期、あるいは急性期でどのぐらい高いのかというのが、ちょっと不明瞭で、その辺のところはどう考えますか。

(村上部会長)

いかがですか、在院日数。

(一戸部長)

今、つまびらかな数字でお答えすることは分析をしていないのでできないんですが。自治体病院を中心にして、私の直感的な思いからすると、やはり一般病棟といいながら、結構、療養病棟化しているような病院、特に13対1、15対1の低い看護配置のところはそうでなかろうかと。そこは、平均在院日数要件が緩いんです。

ただ、ここにおられるような先生方の病院については、そんなに長くなっているとは思いませんけども、そういうところをまさに急性期だと言っているけども、急性期じゃなくて回復期

だ、慢性期だというのに機能転換していってもらおうというのが、この地域医療構想。

要するにあなたのところの病院のデータってこうなんだから、急性期やりたいて言っても違うでしょうというのが、地域医療構想なわけで、そこは実際のデータを見ながら、転換をお願いしていくという形になっていくと思います。

むしろ、療養病床の平均在院数は短いんですよね、青森県は。これは、他の県と全く違う、逆でして、そういう意味からすると、医師とか看護師がいない分、療養病棟で一般病棟のような形で機能を高めている民間を中心とした療養病棟を持っている病院があるんだろうとっていて、そこが実際、この平均在院日数に反映されているのではないかというのが私の考えであります。

(村上部会長)

いかがですか。

(淀野委員)

僕の考え方からすると、現場の印象ですが、1つ急性期の在院日数が高いのは、先生がおっしゃった、療養型的な機能が急性期の中に入って、手術が終わりました、でも回復してどこに行きます、ということがなかなか決まらなくて急性期病棟に患者さんが残っちゃったりとか。

それは、欧米ですと、在院日数、10日とかで出るわけですから、その代わり周辺にホテルがあって、外来通院しちゃうわけですね。凄く充実しているし、ホテル内の医療施設が充実しているので、通院で賄っていると。療養型でいくべき病院がきちんと充実している。

青森県の場合は、急性期が終わって、次、じゃどこに行くかということ、こんな言い方をするお医者さんもいるんですね。家族の人に「探してください」って。もうここは在院日数2週間、だから、行くところ、2週間たったら探してください、という言い方をする先生もいて、「先生、お願いできませんか」と来たりする患者がいて、そういうシステム、急性期なら急性期、在院日数10日間って決めたら、10日の中で足りない部分、回復期をどういうふうに整備するかということが必要ですよ。それが、今、やっぱり一戸部長が言っているとおり足りないところなんです。

それから、療養型は、基本的に重症の例が多すぎる。亡くなるんです。亡くなるから在院日数が短くなる。本来なら、ある程度、在院して、退院していけば在院日数が基本的に長くなる。早く亡くなっちゃうって、決着がつくので、療養型の皆さん。というところが現状かなど。

だから、そういう分析をもうちょっとこまめにしないと、ちょっと困るなど。

(村上部会長)

ありがとうございます。

淀野先生、最も現場でお忙しい先生です。朝昼晩、寝ないでやってらっしゃるからこういう話が出るのだと思います。

中路先生、何かありますか。

(中路委員)

青森県の一人当たりの老人医療費が高いのかと思ったら、結構安いなと思って。一番安か

ったのは長野県で、今はどうか知りませんが。長野県は元気な年寄りが多いから安いんだろうと。あれ、青森県は後ろから10番目ぐらいなので安い方なのでしょうね。

これは、結局、これだけ病気が多くて死ぬのに近いところだから、来ていないのか、あるいは来てても医者がいないのか。やっぱり、医師の数とか、医師の数だけじゃないですね。やっぱり幾らか影響してくるのかなという気持ちがあって、やっぱり余計医者がいるところが一杯患者を診てということになりやしないのかなと。

じゃ、そういった分析もあまり見たことがないんですけども、青森は凄く医療費が高い、無駄な医療費が高いイメージは違いますよね。むしろ低いんです。長野は元気だからで、こっちは病気もいっぱいあるのに何で医療費が安いのか、その辺のところはやっぱり、少し医師の数とか、そういうところが影響してくるんじゃないかなというのは、僕の印象です。

(村上部会長)

実は、介護保険が一番高いんですね。介護保険と医療保険を足すと大体全国と一緒になる。非常に大事な話を中路先生からいただいています。

(木村委員)

書きぶりをお願いしたいんですが。

10ページのところを見てもらって、10ページの4番に医療従事者の状況と書いていて、いつも医療計画で特だしするのが、医師の数が全国ワースト6位って書いてあるんですね。

医療計画の本体には、薬剤師数は全国ワースト2と記載されています。それを書いて欲しいという意味ではなくて、「全国を下回る」と書いているけれども、「大幅に」とか、そのような書きぶりをお願いします。

それから23ページに飛んでもらえますか。

ここからお話したいのは、施策の中で介護施設とか、施設等と書いているんです。それを、提案ですけども、分解してというか、正確に記載して欲しいです。

例えば、23ページの右側の上から3つ目に「療養病床、一般病床の介護施設等への転換」と書いてありますが、正確には、介護保険施設の中の、例えば、医療機能強化型の老人保健施設とか、そういうふうには書かなければいけないと思うし、それから24ページにいくと、24ページの右側の上の欄の上から4つ目のところに、「住み慣れた自宅や介護施設等」と書いてあるんですが、これを正確には、介護保険施設もあれば、有料老人ホームもあれば、サービス付き高齢者向け住宅も、そういう一括りの表現をもうちょっと考えなきゃいけないのかなと思います。

更に、28ページを見てもらいたんですけども。28ページの右側の同じく上から4つ目のところに、介護施設等と連携した在宅医療の提供とあるんですが、ここも介護施設でもう少し細かく定義が必要と思われるのでお願いします。

最後に誤解を招いちゃいけないので、そのページの一番下に「自宅への薬の配達や」と書いてあるんですが、医薬品・医療機器等法(旧薬事法)でいくと、薬局からの一般用医薬品の配達は、事前に知事に特定販売の実施や特定販売を実施する一般用医薬品の区分の届出が必要です。すべての薬局が届出しておりません。

そこで意見ですが、この1つ上との意味合いからすれば、医療用医薬品の配達ではなくて、訪問指導等の表現なのか、ここはへき地の話なので、一般用医薬品も含めた違う書きぶりを

しないはずだと思います。細かいですが、きちんと精査していただければと思います。
以上です。

(村上部会長)

今、医療側から色々話をいただきましたので、保険者側からも簡単な全体を通じての印象、寺田委員、どうぞ。次、鳴海委員、お願いします。

(寺田委員)

保険者サイドとしては、本県は、医療費そのものは39位と全国に比べて低いが、これから在宅医療を進めていくと高くなると思う。ちなみに長野県の国保の1人当たり医療費は本県よりも高くなっているが、その要因を聞いたところ、在宅医療費の急増によるものであるとのこと。在宅医療をあまり進めれば医療費が高くなっていくという話もありますので参考までに。

(村上部会長)

ありがとうございます。
鳴海委員、いかがですか。

(鳴海委員)

具体的な施策というところで、先ほど、一戸部長が民間病院も当然含まれますよということをおっしゃっていましたが、書きぶりを拝見する限りでは、自治体病院の機能再編という表現に偏りがちで、今後の調整会議の場などで少し誤解を招く可能性があるんじゃないかなと、ちょっと危惧いたしました。

それからもう1点、これは今回の構想の策定とは直接リンクしないのかもしれませんが、将来的な人口減少、それから年齢構成の変化によって、入院治療だけじゃなくて外来も当然減るといふような分析もあるようでございます。

その辺、この資料ではありませんけれども、施策という意味では、有効に活用できる可能性もあろうかと思っておりますので、是非、ご検討いただければと思っております。

以上でございます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

今、申し上げましたように、これはもう今日の結論の問題ではないので、この後も、計画部会はまだまだあるんですね。

それもありますし、また、行政の方と、この辺が問題だということで、先生方、これをお持ち帰りいただいて、十分に読みながら、十分に内容を見て、県に直接ご質問をしたり、あるいはご追加をお願いしたり、することが可能だと思いますので、委員の先生方、よろしいでしょうか。そういう形を取らないと、皆で集まって意見を言い合おう、そこで決めようという状況ではファクターが多すぎて不可能ですので、その辺を県の方もよろしく願います。

その他に入りたいと思います。

(淀野委員)

県内の大きい医療圏が津軽、青森、八戸とあるんですが、僕の今までの経験からして、試案の中に、実は巨大病院を作っていただきたい。各地区の1,000床規模の病院を置かないと、本当にいろんな総合病院としての機能、あるいは三次医療を提供する高度医療の病院というのはできないと。ですから、いろんなしごらみがあって難しいと思うんですけども。

1,000から1,500と、そういう巨大病院を残していただければ将来にわたって青森県民は幸せな医療を供給、享受できるような気がするので、もっと大胆に策定したらどうでしょうか。

以上です。

(村上部会長)

ありがとうございます。

療養を全部潰せというお話とも受け取れるお話でした。

また、皆さんからのご意見をいただきながら進めていただきたいと思います。

その他事務局からありますか。

(一戸部長)

ご意見、ありがとうございます。

我々の資料の提示も遅かったので、委員の先生方、何か特段ご意見がありましたらお寄せいただきたいと思います。

ただ、我々がこの会議に提示させていただく試案としては、これをたたき台にさせていただいて、これから関係者へのお話ですとか、ヒアリングをさせていただく。できれば、素案までにはもう少し具体的な内容でお話をしたいと。

なので、今、半分、奥歯にももの挟まったような言い方の部分もあるんですけども、それをいかに調整しながら具体的に書けるか。

あとは、構想ができた後で自治体病院及び民間病院に構想の中でどういうふうにやっていただくかというのが、地域医療構想調整会議ですので、鳴海委員がお話になったような民間の記載がないからといって、民間病院は全く何もしなくていいということではなくて、単純に現在の構想として打ち出す目玉のようなものについて、今回、各圏域で出させていただいているということですので、機能分化は全ての病院がしていかなければいけないという認識の下に構想を進めさせていただきたいと思っております。

以上でございます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

それでは、できるだけ早く、もしご意見があれば事務局の方にお話いただければありがたいということでございますので、よろしく申し上げます。

では、事務局に返します。

(司会)

村上部会長、委員の皆様、大変ありがとうございました。

最後に事務局から今後の日程についてお知らせいたします。

今後の日程としましては、既にお知らせしておりますように12月14日に医療審議会を開催する予定としております。

本日のご意見、またこの後いただくご意見を踏まえ、調整した試案をこの医療審議会でご提示していきたいと思っております。

それから、次回のこの計画部会ですが、今回の開催通知の際にもお知らせしておりますが、来年、年明け後の1月27日を予定しておりますので、よろしくお願いいたします。

委員の皆様、大変ありがとうございました。

これをもちまして、本日の計画部会を終了させていただきます。