

青森県医療審議会 第3回医療計画部会議事録

(平成27年9月14日)

青森県医療審議会 第3回医療計画部会

日 時：平成27年9月14日（月）午後4時から午後5時45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、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8名出席）

（司会）

それでは、御案内の時間よりまだ5分ほど前でございますが、委員の皆様お揃いのようなので、ただ今から青森県医療審議会 第3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。なお、和賀委員につきましては、本日出席の予定でしたが、急遽、所用により欠席という連絡をいただいております。

それではさっそくですが、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。

（村上部会長）

では、またお願いします。

議事に入る前に、今日の議事録署名者、淀野先生、熊谷先生、よろしくをお願いします。

それでは議題の地域医療構想の策定の①医療計画部会の進め方、及び第1回圏域ヒアリングの実施、事務局から説明をよろしくをお願いします。

（事務局）

医療薬務課の工藤と申します。失礼をして座って説明をさせていただきます。

資料1を御覧いただきたいと思います。医療計画部会の進め方という表題で、左側は前回、第2回の医療計画部会でもお示ししております策定のプロセスとなっております。これまでの日程、内容としましては、第1回目、6月10日ですが、組織会と策定手順・スケジュールの確認などを行いまして、前回、8月4日には将来の人口等の推計の確認、省令等に基づきます将来の医療需要、必要病床数の推計値の確認、患者の流出入等の状況の確認などをさせていただいたところでございます。

こういった協議を経まして、今回はまたさらに一歩進みまして、第3回の赤で囲んだ部分を御覧いただきたいのですが、医療提供体制の現状・課題等の確認、患者流入や医療提供体制を踏まえた構想区域の設定や圏域ごとの必要病床数の調整、そして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、こちらについて本日御協議をいただきたいと考えております。

1枚おめくりをいただきまして、資料2を御覧いただきたいと思います。

第1回圏域ヒアリングの実施状況でございます。圏域の医療機関の皆様方に地域医療構想の概要を理解していただくということ、そしてこれまで医療計画部会で2回ほど検討してまいりましたが、必要病床数の推計値などが出ておりますので、こういったものをまた御理解を深めていただきながら、そしてまた地域の方々から意見をいただくことを目的に第1回目の圏域ヒアリングを開催させていただいております。

各圏域ごとに、先週、6圏域全てヒアリングを終えております。参加者数、医療機関の院長先生など医療関係者等322名の御参加をいただいたところでございます。

1枚おめくりいただきますと、主な意見をお載せしております。例えば、病床機能報告に関しましては、それぞれの機能を定性的にとらえて報告するものですが、これは国で決めることなのですが、機能の基準をもっと分かりやすく示してもらいたいという御意見ですとか、それから医療需要の推計ですと○の3つ目など、西北五圏域では平成25年度の今回診療報酬のデータなどを使って推計をしているわけなんですけれども、中核病院の建設中ということで、26年4月の開院に向けて患者調整を行っていた時期でもある、これはつがる総合病院だけではなく成人病センターもそうなんですけれども、これが、つがる総合病院が提供医療の量がきちんと反映されていないのではないかとということで、患者住所地ベースを目標としていただきたいという御意見もございました。

もう2つ先にいきますと、医療需要の推計にあたっては、地域の状況を考慮して補正しているのか、医師数が少ないために休床になったりベッド稼働率も低いということもあるのではないかとといった御意見とか、また一番下の方を見ますと、回復期病床を増やすとのことだが、実感として多すぎるのではないかと、在宅復帰もそう簡単ではないといった御意見。

またおめくりいただきまして、次のページにまいりますけれども、地域医療構想の策定に関しましては、構想を検討する過程や調整会議の場では、提供側の実態も反映させた形で進めていただきたいという御意見とか、在宅医療に関しては、今後在宅医療に大きくシフトしていくこととなりますが、しっかりと受け皿が無いと大変なことになる。市町村が在宅医療に取り組むにあたって、現状としては具体的な支援策がないままだと進まないといった御意見などもありますし、また実際、独居高齢者が多くて、そんなに簡単ではないというお話もありました。

また医師確保に関しては、新しい専門医制度の医師が働く時代になってきているけれども、それぞれの医療機能に応じて医療資源や医師の確保が重要になってくる。県としてもバックアップしてほしい等々ありました。下の方に地域医療構想調整会議、これは来年度以降ですので、参考としてまた御覧いただきたいと思っておりますし、次のページも構想策定後の課題等ということですので、また後ほどこちらも御覧いただければと考えております。

私からの説明は以上でございます。

(村上部会長)

ということで事務局からの御説明が今、資料1と2であったわけでございます。

御意見、御質問、その他ございますか。よろしゅうございますか。

どうぞ、淀野先生。

(淀野委員)

需要推計ということに関してですけれども、需要の推計ということで、これは非常に今後の県全体の考え方で大きく変わるので、具体的にしゃべるのは難しいと思うんですけれども、弘前市も含めて全国的に関東圏、関西圏の医療・介護が少ないということで、何か地方では医療・介護はある程度余裕があって、地方に医療・介護を分散したらどうかという内閣の発言があったり、県としても、あるいは弘前市もそういう医療と介護で都会から人口減少に対して歯止め、ないしは解決策として医療・介護の受け入れというか、そういうことをこれからやっていこうと、そういう案も出ているんですが、市の総合会議で。

そうなりますと、現実に青森に、弘前市に移転してきて患者さんが僕のところの病院に來たりしているのが結構おられるんですね。全く青森県に関係のない人でも、老後をこちらで過ごしたいと。沖縄などはかなりそういうのがあると。今後、もしかしたら青森県もそういう需要が高くなってくるのは、10年度、少し反映させていかなければと思うんですね。

いかがでしょうか。

(村上部会長)

今の御意見は大きな2つの問題についてでございます。いわゆる医療機能の能力、地域の医療機能の能力、どういうふうにするつもりか、減らすというけれども、どうなんだということが1つ。もう1つは、首都圏と、それから青森県と、あるいは大阪と秋田県と、違うだろうと。その辺の医療需要の流れと、それらを地域では医療の不足分を介護保険にかなり頼っているわけなんです、その辺をどうするのか。介護保険との関連を、これをどういうふうにもっていくのかということなんです。そして、内閣府がベッドを減らせ、減らせ、少なくしろと言っているながら、その先に介護保険は地域の方が余裕があるから、人を首都圏から回そう。これは話が違うんじゃないということがあるんです。

部長どうぞ。

(一戸部長)

今回の地域医療構想の策定については、まず足下の青森県の医療需要を見ながら決めていくということなので、これは、この内容として議論をしていただければいいと思うんです。

今、淀野先生がおっしゃったのは、多分C C R C構想だと思うんですけども、これについてはまだ国からも優遇措置が出るみたいな話があるんですけども、本当にどのような形で出されるのか、一方的に老人を地方に押しつけるような施策というのは、これはおかしいと。国は地域包括ケアと言っていて、地域で住み慣れたところでお年寄りが住めるような環境といったものを進めている中で、施策の整合性みたいなところが問われているところもありますので、これはよく見ていかなければいけないと。

だから地域医療構想は目下、青森県の足下の状況を見ながら将来的に、首都圏から何人來られるか分かりませんが、青森県の高齢化の率というのは多分首都圏から來る高齢者の数以上に高齢化が進んでくるので、そういった面も含めれば今回の構想をしっかりつくるのが将来的にそういったことを考える素地にもなるんじゃないかと考えます。

なので、まず今の段階で首都圏から患者さんが來るということを織り込んでつくるということは、今のところはそういうつもりはありませんということです。

(村上部会長)

先生、よろしゅうございますか。今のお答えで。

首都圏から青森縣に來る人数が分からないから、とりあえず青森縣だけで地域医療構想を先にやろうという話をいただきましたけれども。

でも、そのわりに命令系統で一番大事な内閣府の命令の流れが一定していないような気がします。我々はどういうふう実際に現場として動けばいいのかというのが非常に分かりにくい。果たして地域医療構想を進めていいのかどうかというところまで考えないとダメだというふう認識しますが、その点に関しては、いかがですか。

(一戸部長)

はい、これから資料3と資料4である程度の医療需要の推計ですとか考え方を示させていただきますけれども。新聞紙上で内閣官房の専門調査会でいきなり20万床カットみたいな話が先に出ちゃったわけですが、そこは最終的に内閣官房の2025年の目標といたしますか、推計値として出しているわけで、この構想を今年度作ったからといって翌年すぐに何千床カットしなければいけないというわけではないので、将来的に2025年を見据えて、青森県の中でどういう計画が一番地元の需要とかそういうものにあった形で進められるのかというのを、またこれから御議論いただくと。我々としては、それを御理解いただくように資料を出させてもらうという形になると思います。

資料3と4で、また御説明をさせていただくということになります。

(村上部会長)

この後で説明を差し上げるということですが、いいですか。

(淀野委員)

はい。すいません、実はこの最初の「主な意見等」で5番目、青森県の地域の医療状況、医師がとても不足していると。人員が不足して、それぞれの病院が正しく稼働しているかどうか疑問なんですね。かなり医師が少ないからとか、そういうのに限定されて医療が進んでいるのがありまして、25年のデータに、やっぱり青森県の地域的な補正をしていただかないと。それから関西圏はたくさんDPC病院がありますけれども、青森県内はDPC病院は少ないです。だから急性期のベッドが今の段階でよく回っているのかというところを考えていただいて、それをぜひ補正して医療需要の評価にさせていただければと。これは発言した内容ですが、

DPCのことをしゃべっていませんでした？青森県はDPC病院、病床は少ないですよ。本当に地域の公立病院とか自治体病院が、本来なら基幹病院としてなっていないといけないと思うんですが、そこら辺がまだそこまで達していないので、それを考えると、ちょっと医療点数とか、そういうのが低めかなと、全国的よりずっと低いんじゃないかと。あるいは青森県の中でも高いところと低いところがあるんじゃないかと心配をしています。以上です。

(村上部会長)

いかがですか。

(一戸部長)

今日、資料3、4、5と御用意させていただき、我々、ちょっと遅くて事前に配布できなかったのですが、まさに今言ったような御議論を今日、資料で説明をさせていただいた後に議論をしていただければと思います。よろしくお願いします。

(村上部会長)

ということで、その後でもう1回お話をいただければということでございます。よろしくお願いします。

他によろしくございますか。ありがとうございます。

それでは慢性期機能の需要推計の考え方、事務局、お願いします。

(事務局)

資料の3を御覧いただきたいと思います。慢性期機能の需要推計の考え方という資料となります。慢性期以外の高度急性期や急性期、回復期などの推計につきましては、人口あたりでどれくらいの患者さんが入院されているのかという入院受療率を出しまして、それに将来の推計人口をかけ合わせることで需要推計を出すという考え方ですが、慢性期につきましては、療養病床の入院受療率、これが各都道府県において非常に地域差が大きいということがありまして、国においてはそれを解消させるためにパターンABCというものをつくっております。これについては都道府県がどれを選んでも良いということになっております。

まずパターンAでございますけれども、全国の中で一番療養病床の入院受療率が小さい県、こちらの方に全国の各地域の状況を合わせていきたいと思いますので、非常に慢性期の病床、療養病床が少なくなっているというパターンでございます。その分、在宅の方で対応していただくということになってまいります。

そして次にパターンBでございます。パターンBにつきましては、全国で最も療養病床の医療需要率の高い県、こちらを全国の中央値にまで下げていきたいと思います。それに併せて、それ以外の圏域も同じように下げていきたいと思います。

そしてパターンCですけれども、こういったパターンBの内容を踏襲しながら、その目標の達成年次を2025年ではなく2030年に、5年後に先送りするということによりまして、その分、2025年の目標値が少なくなるというものでございます。ただ、この場合、国から要件が示されておりまして、入院受療率が目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きいこと。また高齢者単身世帯が全国平均値よりも大きいという条件が2つ出されておりまして、こちらに該当するのは本県では西北五圏域だけということになっております。

1枚おめくりいただきまして、それで事務局からの調整案となりますけれども、西北五圏域はパターンCを、それ以外の圏域はパターンBを用いて推計すると。本県ではパターンAは使わずパターンBが基本ですが、西北五圏域はパターンCが使えますので、そちらを使うといった調整案でございます。

理由としましては、本県では在宅療養支援病院、そして在宅療養支援診療所、これがいずれもかなり全国平均値を下回っております。また、地理的条件ですとか医療資源の地域偏在など、在宅医療の提供を取り巻く厳しい状況、これを踏まえまして、より緩やかな目標設定とすることが適切であると考えております。

具体的に数字を見ていきますと、下の表でございます、真ん中に慢性期というものがありまして、パターンA、B、Cとございます。パターンAをとりますと津軽圏域から下北圏域まで合計した県計は2,235床ということになってまいります。パターンBをとっていきますと2,341ということで、106床の増加となりまして、さらに西北五圏域がパターンCをとるということでプラス21床増えるという形になってまいります。その場合での合計したものが隣の4医療機能の合計といった形でお示しをさせていただいております。

ということで、調整案としまして、西北五圏域はパターンCを、その他の圏域はパターンBを用いて推計するという案を提案したいと思っております。よろしくお願いたします。

(村上部会長)

ということでございます。ただ先生方、この表を見たのが今日初めての方もいらっしゃるかと思います。私はこれを見ていましたのでこの内容が分かるのですが。今の御説明では非常に分かりにくいと思います。パターンAというのは全国最低のレベルにしろということです。それからパターンBというのは、全国の中央値にしろということです。ただパターンCというのは、さらに5年、10年延ばして、それに合わせて現場を考えていこうということでございます。

御意見をいただきましょう。どうぞ、淀野先生。

(淀野委員)

現在、療養型と言われるベッドは、青森県ではこの表の中に大体入っているんですね。

(事務局)

全体の推計そのものがDPCデータとレセプトデータ、青森県内のデータに基づいて計算しておりますので、病院、あるいは有床診療所からのものが全部含まれた生データを使って推計しているという形になります。

(村上部会長)

一応そういう形では出しているんです。ただ、いわゆる90%、100%拾っているわけではないんです。

いかがでしょう。

(淀野委員)

これが現状だということですか。この数値は。

(村上部会長)

このデータに関する質問ですね。

(事務局)

今、例えば8ページの慢性期、パターンABCと示してありますのは、これは基データが2015年のレセプトデータ、DPCデータを使って、それを人口でのばした際に、慢性期の部分が一部については在宅医療の方に転換できるという前提のもとに、先ほど部会長様からお話があった、パターンAは全国の最小値にする、パターンBは中央値を平均とするという操作をした結果の数字になります。

ですから、あくまでも2025年の推計値という値になります。

(村上部会長)

付け加えると、青森県、弘前市を一人ひとり見たものではありませんよということです。それでいいよね、事務局。国の方から来たものですよ。

(事務局)

直接、青森県の数字ではなくて、先ほど言った最小値なり、あるいは中央値の値として操

作した結果ということです。

(村上部会長)

で、こういう方向で減らしていこうと。そして在宅医療を入れていこうという流れをつくっていこうということです。御意見ございませんか。

看護協会さん、何もありませんか。いいんですか。

(淀野委員)

有床診療所も入っているんですか。

(村上部会長)

有床はこれに入っていることになっているんだけど、ほとんどゼロです。

(淀野委員)

これは2025年の想定ですね。頭でパッパッと計算をすると津軽地区は足りないような気がする。

(村上部会長)

東京から北海道から、全部平均したものがこれなんですよ。ですから、そんなことじゃダメだという御意見が先生方から出ると、青森県はむしろやりやすいのかなと思うんですけども。

どうなんです先生、あまり余計なことを言っただめですか。

(一戸部長)

淀野先生のおっしゃっているのは、今の提供体制の療養病床の数からすると、多分、この資料で出している数値が今の現状の療養病床よりも明らかに少ないんじゃないかという違和感なんだと思うんですけども。それを在宅医療に移行するという前提のもとに考えるのがこの推計方法ということです。先生が思っている違和感というのはそのとおりなんだと思いますけれども、実際、国から与えられたツールで計算をするとこうなりますということになっております。

(村上部会長)

国の方の、いわゆる計算式ですよ。

(木村委員)

前回の資料を見直しして、第2回の資料3の7ページ、後で差替えになった図ですが、その一番右側にあるベッド数の数字をよく見たら、その時の説明も西北五地方はパターンCでと書いてありました。これだけ在宅に進めていかなければいけないといことになるので、時間軸が、このベッド数ありきでいった時に、在宅医療で支えなければいけないところをどうやってやっていくかというところ。

前日も話をしましたけれども、そこも、ここでは議論するかしないかは別にしても、この間の部長のお言葉を借りると、介護保険他、いわゆる在宅医療・介護の連携の事業とかを睨

みながら考えていかなければいけないとなりますから、そうすると5年くらいかかると思っています。

(村上部会長)

ですから、国の方から来て、「これでいきたいんですが、どうですか」ですから、ここの計画部会はその皆さんの御意見で「はい、そうします」ということになるのか、あるいは「ちょっとまだ無理だから、もう少し時間をください」という話になるのか。その辺の御意見を言っただけであればいいかと思うんです。

(木村委員)

今、数字を見て5,400を2,300にするということだから、ここの3,000を在宅医療で支えていくという仕組みをどう構築するかという議論をしないと、ここはきついです。

例えば、これはいい意味でも悪い意味でも、高齢者が住む住居の整備、その辺のところの内容ですよ、看取りまで、その集合住宅で看取っていけるかどうかということを含めて議論が必要です。一軒家、一軒家だと、とてもじゃないけど圏域ごとにかなりきつところが出てくるだろうし。

前回、終わってからマスコミにコメントさせていただきました。西北五地区で仕事をした経験から、冬場の地吹雪の時に医療従事者が移動するのにもものすごく制限されるとか、地区によっての気象事情というか、そういうことも考えると、圏域ごとにどうやってこの3,000人を支えていくとか診ていく仕組みを考えないと、かなりきつことになると思います。

(村上部会長)

ありがとうございます。

どうぞ、部長。

(一戸部長)

ちょうどいいスライドというか資料を開いていただいているので。

前回の時にも御説明させていただいたと思うんですけども、今の2025年の医療需要の推計で14,875、それが最終的に11,827になるというこの棒グラフですけども、3,000床程度の差があるわけですけども、これが必ずしも今、14,875人が全員入院しているとか稼働している病床なのかどうかということも含めて見ないといけない。

なので、生身の患者を全部3,000人、在宅に移すかどうかということも、まだもう少しデータを見ないといけませんねと、そういうことです。

なので、在宅医療を3,000人増やすというのがあるべき議論ではないということです。なので病床の稼働状況とかを見ながら、本当に在宅医療がどのくらい必要かという議論をしていかななくてはいけなくて、その辺は最終的にこの資料3、資料4でご納得というか御了承いただいた後に、資料5で我々としての青森県の状況を踏まえた御提案をさせていただこうと思っていますので、その時にまた御議論をいただければと思います。

(村上部会長)

国保連の寺田先生、どうですか。

(寺田委員)

現在、医療機関から慢性期機能の報告をいただいているのが 3,074 床です。最終的には 2,362 床まで減らしていくことになるので、目標まであと 700 床ぐらいですので、完遂可能なのではないかなと思います。

ただ、療養病床の削減に際しましては、行き場のない患者を出さないようにするため、介護施設に移行していただく必要があります。そうすることによって、療養型に入院している人が、そのまま老人保健施設などに入所することになるので、患者さんは動かなくてすむことになると思います。

(村上部会長)

一応、可能ではないかという御意見。

介護の品川さん、いかがですか、今のお話。あまりピンと来ませんか？かなり負担が増えると思うんですよ。

(品川委員)

はい。今でも結構重度の方を看ていることが多くて、先ほど熊谷先生にたん吸引の話もさせていただいたんですけども、そういう方が増えていくと、介護はますます大変になってきて、看護の需要が多くなってくるのかなと思います。

自分の住み慣れたところで最後というのは確かにいいことですけど、ちょっと大変になるのかなと思っています。

(村上部会長)

在宅だ、介護だということになるとね、かなり御負担にはなってくるだろうと思いますけれども。

そのことで、三浦先生の方はあまり超急性期、急性期をやっていらっしゃいますから、あまり慢性のあれはないでしょうけれども。何か御意見ございませんか。

(三浦委員)

私は、この病床の改変とかいろんなことには、いろいろ皆さん、御意見があるかと思いますが、ともかく生データを使用して推計した数値だと言われれば、今度はそれと青森県の現状がどうなっていくかというのかというのが問題、整合性があるのかどうか考えなければならぬのではないかなとは思いますが、

ただ、前回の会議で、一戸部長さんからだったかと思いますが、こういう数値をきちんとこういう病床配分をする前提として、在宅等の整備が前提だという話をされましたので、そのところをきちんと踏まえてやるということがまず必要なのではないのかなと思います。

(村上部会長)

ありがとうございます。前提がないと、ということですね。

熊谷会長、どうぞ。次に鳴海会長にお願いします。

(熊谷委員)

本来であれば5疾病、医療計画の中で疾病構造等も見ていかなければ、一概にこの病床だけでは在宅医療を考えるということにはならないのではないかと思うんです。

兵庫県でしたか、医療圏ごとに5疾病の区分ごとに一覧にしているところがあって、ああいうこともすれば一般の県民も少しは理解ができるんじゃないかと。単にベッド数だけで、病床機能分化のベッド数だけでは一般の方には理解できないのではないかなと思いますので、ぜひ、レセプトデータもございますし、そこら辺をまとめていただければと思います。

(村上部会長)

部長、どうぞ。

(一戸部長)

皆さん、詳しくすぎるので我々が用意した資料の後の方の各論の話をして、資料の3と資料の4は非常につまらない話で、資料の3というのは単純に青森県の地域性を考えると慢性期需要というのはまだあるので、あまり病床をカットしない、緩和するようなパターンで選ぶことでよろしいですよと、その1点だけです。

資料の4というのは、患者の圏域ごとの流入があるもので、それを加味してやりましょうという話。

最後に、それを踏まえた上で資料5で個別の医療圏ごとにどうしましょうかという議論の流れになっていますので、この資料の3について、こういうふうに慢性期需要については緩和するような形の案でいくということを決めていただければ、ちょっとシナリオ上、会長に申し訳ないですけど、資料の4と資料の5は一括して説明させてもらって御議論をいただいた方が、多分ここにいらっしゃる方は本当に各論の話がメインだと思いますので、そうさせて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。皆さん、地域医療構想の出たところから、あるいはまた国の調査会の新聞報道から皆さんピリピリしていますので、こういうところまで話が出たんだろうと思います。

今、ちょっと御意見をいただきましたので、鳴海会長、どうぞ、今の件に関して。まだ後で話をいただくと言いましたが、どうぞ一言、お願いいたします。

(鳴海委員)

一戸部長さんのお話で総括されたと思うんですが、要は、これは議論を進めるための叩き台で数字を出しているだけだと認識しておりますので、例えば、今、熊谷さんから出された5疾病云々というのも、確かにデータとしてはあるらしいですよ。ですので、要はスタートライン、こういう切り口でどうでしょうかという提供でございますから、私はそれでよいかと思います。

あと個別のものにつきましては、これからまだ機会がございますので議論をするチャンスはあるかと思っています。

(村上部会長)

ありがとうございます。

では皆さんから、一応、皆様の所属部門の御意見と考えてもよろしゅうございますか。大体の流れは分かりましたので。

それではその次、じゃあ4と5を一緒にいきますか。4. 圏域間の患者流出入ですね、それから将来のあるべき医療提供体制。

事務局、お願いします。

(事務局)

それでは資料4を御覧いただきたいと思います。圏域間の患者流出入を踏まえた必要病床数の調整というページでございます。

圏域ごとの必要病床数の設定にあたりましては、医療機関所在地ベースというもの、これに基づいた医療需要と、患者住所地ベースに基づいて推計した医療需要、これを比較しまして構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえた上で、医療需要に対する供給量の増減を見込む必要がございます。

医療機関所在地ベースと患者住所地ベース、この表の中に説明の内容を書いているんですけども、下の概念図でちょっと御説明をしたいと思います。

概念図の水色の部分の上、A圏域に居住する入院患者100人とございます。この患者さんの方、横の方に赤で1日100人というのを書いてありますけれども、この必要病床数というのは急性期の場合は稼働率が78%で計算しますので、100人の方を入院させるためには128床の病床が必要だということで、この患者住所地ベースに必要な病床数は128床と、これが患者住所地ベースという考え方でございます。

隣のB圏域の方も100人の患者さんがいらっしゃるの、こちらはこの圏域での患者住所地ベースでの必要な病床数は128ということになってまいります。

ところが、これは下に矢印で移っていますけれども、A圏域の方がB圏域の医療機関の方に20人入院されるといった場合、そうしますと下の方で御覧いただきますと、例えばA圏域では100人いらした患者さんが80人ということになりますし、そしてまたB圏域の方では100人が120人という数字になってまいります。80人の方は必要病床数は $80 \div 78\%$ ということで102床、そして右側のB圏域の方では120人を78%で割って154床となります。これはA圏域、B圏域、患者住所地ベースで足し合うと上は128と128で256、下の方は医療機関所在地ベースなんです、こちらは102と154を足すと256ということで、必要となる病床数は変わらないんですけども、この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ことで見ると、こういうふうに変ってくるというものでございます。

以上を踏まえて、次のページをまた御覧いただきたいと思います。

真ん中下に地域医療構想ガイドラインの記述を書いていますけれども、これに対して説明した事項を上から説明してまいります。

ガイドラインでは、急性期、回復期、慢性期、これらにつきましてはできるだけ構想区域内で対応することが望ましいとしておりまして、患者住所地ベース、要は自分達の住居のある所在地ですので、こちらを基本とするという考え方が示されておりますが、ただ、一方で地域の実情に応じて今ある医療資源を効率的、かつ効果的に使って、質の高い医療の提供を維持するという観点からの検討も必要となってまいります。

また○の2つ目ですけれども、脳卒中、心疾患、肺炎、大腿骨頸部骨折などの疾患別の自

圏域での完結率というものが参考資料の1ということで、24ページにお示ししております。こちらを少し御覧いただきたいと思えます。

24ページ、参考資料1でございます。これは疾病別でお示しさせていただいておりますけれども、まず一番左ががんということになりますけれども、これについて各圏域ごとに医療機関所在地ベースと患者住所地ベース、そしてその隣に自圏域での完結率という数字が載っておりますけれども、要は患者住所地ベースというのはその地域にお住まいの方々がどれぐらい必要かということで、医療機関所在地ベースですとよその圏域からも入っていらっしゃる方、これを含めた病床ということになりますので、例えば津軽・八戸・青森などは患者住所地ベースよりもよそからどんどん入ってくる医療機関所在地ベースの方が数が大きいということになってまいりますので、これを①を②で割り返した一番右の方を御覧いただきますと、津軽圏域、八戸圏域、青森圏域、この数字が大きなものとなっております。逆に西北五、上十三、下北は小さな数字となっております。

そして、その右の脳卒中の方を御覧いただきますと、こちらも津軽圏域、八戸圏域、青森圏域、これの数字の割合が高くなっておりまして、それ以外の圏域は少し少なめになっているという状況です。

次のページをおめくりいただきまして、実は急性心筋梗塞、人数が少ないので*で示されております。これは10人以下ということになっておりますので、こちらはなかなか具体的に見せることができないんですけれども。

また次のページを御覧いただきますと、左側、肺炎ということになっております。そして右側が大腿骨頸部骨折となっておりますけれども、この2つにつきましては概ね、どの圏域も100%付近ということで、自分達の圏域ではほぼ完結できている。大腿骨頸部骨折の下の方、西北五と下北は数字が出ておりませんが、これは*になっているので出ていないのですが、大体これは圏域で完結しているのであろうというふうに見ることができるかと思えます。

前の11ページの方にお戻りいただきますと、読み上げますと、

脳卒中、心疾患、肺炎、大腿骨頸部骨折での完結率をお載せしておりますけれども、脳卒中は津軽、八戸、青森の方に患者が入って来ていると、肺炎や大腿骨頸部骨折については概ね自圏域で完結していると。こういった状況を踏まえていただきたいと考えます。

続きまして救急搬送の状況、こちらも先ほどの資料の次、参考資料の2ということで、すいません、また後の方を見ていただくことになるんですが、27ページでございます。

こちら、平成24年度のデータとなってしまいますけれども、年間の救急自動車搬送受入れ人員といったものをお載せしております。これは各圏域ごとにまとめておりますが、赤の部分は救命救急センターの数字ということになってまいります。

これで見させていただきますと、まず各圏域の中核となります医療機関の方にかなり救急自動車の受入れ件数が多いということが御覧いただけるかと思えます。これは参考までに御覧いただきまして、30ページを御覧いただきますと、2次医療圏別の救急の搬送時間というものを載せております。数字としては、青の部分が救急の覚知から現場到着までの時間、そして赤の方が現場到着から収容までの時間と、これはトータルで覚知から収容までの時間ということになりますので、それぞれの圏域での時間をお載せしております。30分台、30分～40分というあたりでしょうか。大体そういった数字で各圏域とも並んでいる状態で、若干長めというところもありますけれども、大体似たような形になっておりまして、救急医療機関までのアクセス面というのは大体同じような状況になっているかということ

になります。

また、11ページの方にお戻りいただきますと、こういった状況で救急搬送の状況としては覚知から収容までの時間は県平均で34分、下北が最も短く30分という状況になっております。これは構想区域内でのアクセス面という考慮をした場合にはどうかという点での資料でございます。

そして一番下の○、都道府県間の調整方法についてということで、前回第2回の医療計画部会の時にも資料をお示しさせていただきました。今回も第2回医療計画部会の資料④を参照いただきたいということでお載せしておりますけれども、資料の中で記憶に残っていれば緑の部分とか黄色の部分、要は自圏域から他の県の圏域の方に患者さんが流れていたり、もしくは他の県の圏域から本県の方に患者さんが来ていたりといったところがございます。

国からの都道府県間の調整案としましては、10人以上、そういった流入、流出があるところについては調整しましょうという案がございました。これについては各県からいろいろな意見が出ておまして、現在、国の方では再整理中という状況でございます。

次のページに移っていただきたいと思えます。こういったもろもろの状況を踏まえた上で御覧いただきたいと思えます。こちらは高度急性期における2025年度の医療需要と流出入ということになっております。表についてちょっと御説明をさせていただきますと、一番右が患者住所地とありまして、県内と県外に分かれております。県内では津軽地域、八戸地域、青森地域というふうに順番に並んでおりまして、また逆に上の方では医療機関所在地が県内と県外。そして県内は津軽地域、八戸地域、青森地域というふうに並んでおります。

こちらの見方でございますが、患者住所地というほうの圏内の一番上の津軽地域、ここが189.7と数字がございます。これは1日あたり189.7の方が高度急性期で入院されるという数字になっておまして、津軽地域にお住まいの方が189.7です。

横にいけますと、津軽地域の医療機関で受けられる方が181.4、その他は八戸、青森と*がついておりますけれども、これは10人以下ということになりまして、これらの医療機関で受ける者の合計で189.7の方がこの地域の中で入院されているということになります。

また逆に上の方、医療機関所在地で見えていきますと、県内の一番左が津軽地域となっておりますけれども、238.8という数字がございます。これは津軽地域に立地しています医療機関で入院患者をどれだけ受け入れるかという推計値になっています。

ということで、例えば下にいきますと、その中で津軽地域に立地している医療機関で津軽地域にお住まいの方が入ってくるのは181.4、そして青森地域にお住まいの方が入ってくるのが15.1、西北五から25.8という数字、これらを全て足しますと津軽地域の医療機関では238.8人受け入れるといった数字になっております。

こういった見方ということで、あと左側の表でお示ししている内容を見ますと、津軽、八戸、青森の自圏域の完結率というものは概ね9割を超えている。これは色つきのピンクといえますかオレンジ色といえますか、同じ圏域同士で重なったところに色がついておりますけれども、自分達の医療機関で自分達の圏域の方が受けているというところがやっぱり高い数字になってくるんですが、津軽、八戸、青森は9割を超えていると。津軽、八戸、青森圏域には他圏域からも患者さんが流入している状況になっているということが分かるかと思えます。

そこで、下の調整案ですが、高度急性期につきましては、一番上の○の赤で囲んでいる部分でございますけれども、医療機関所在地ベースを基本として推計をしてはいかかとい

う調整案でございます。理由としまして下にお示ししておりますけれども、本県では、県内で3カ所、救命救急センターがございますけれども、重篤救急患者の医療を担っております。今後も現在の医療提供体制を維持していくものと考えますと、こういった医療機関所在地ベースを反映したもので推計してはいかがかというものでございます。

次のページを御覧いただきたいと思っております。次のページは急性期についてでございます。急性期の内容、表の一つひとつは追いませんけれども、右側のこの表の状況を表している記述の方を御覧いただきますと、津軽、八戸、青森、この圏域は自圏域の完結率が9割を越えている、やはり急性期でも9割を超えていると。上十三、下北は7から8割でありまして、概ね圏域内で完結している。西北五は完結率は6割弱となっております、3割が津軽圏域に流出しているほか、青森の圏域の方にも流出していると。西北五圏域では、自治体病院機能再編成を行いまして、昨年4月につがる総合病院が開院しておりますが、この2025年の医療需要の推計値というものとは開院前の2013年のレセプトデータなどの実績に基づいて算出しているということを考えなきゃいけないというものでございます。

そこで調整案でございますけれども、こちらやはり医療機関所在地ベースを基本として推計しますという案でございます。ただし、西北五圏域には自圏域の完結率を高めるように医療需要の調整を行うと。

下の方に理由がありますけれども、本県の限られた医療資源の中で現在ある医療資源を効果的に使って質の高い医療を維持する必要があります。推計のベースとなっております2013年の西北五圏域の完結率というのは、実は60.6%となっております、つがる総合病院への開院に向けて入院患者の調整を行っていた時期でございます。西北中央病院から入院患者さんを外に出していた。また成人病センターの方も診療所化すると。そういった動きがあった時でございます、レセプトなどの数字が現在の受療動向を表していないと考えられるものです。

ちなみに2012年の1月に、青森県受療動向調査という調査を行っております、その時の西北五圏域の完結率は71.2%となっております。1年ちょっとの間でこの11.2%の大きな開きが出ておりますので、やはりそういった影響が出ているものと考えられます。

また、西北五圏域では自治体病院再編にあたってのマスタープランでは、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するということで再編を行っておりますので、再編後の診療科の充実ですとか圏域の医師数の増が図られていくということから、そのことも考えていかなければならないと考えております。

以上から、基本的には赤で囲んでいるような医療機関所在地ベースを基本とする、しかしながら西北五圏域に関しては、自圏域の完結率を高めるように調整を行うという案でございます。

次の14ページを御覧いただきたいと思っております。14ページは回復期についてです。こちら、実は急性期と同じような状況にございまして、表の内容を右側に示しておりますけれども、津軽、八戸、青森が9割を超えている、上十三、下北が7割を超えている。ただし西北五は完結率が5割弱で、4割が津軽圏域に流出しているといった状況などがございます。

調整案としては、そこで先ほどの急性期と同じように、医療機関所在地ベースを基本として推定するという、また西北五圏域は自圏域の完結率高めるように調整を行うということ。理由は先ほどと同じような状況となっております。

なお、昨年4月につがる総合病院が開院しておりますので、そういったことでのこれからの一般医療、地域での一般的な医療の完結、これもこれからますます進んでいくものと考え

えております。

続きまして、次の15ページが慢性期となります。慢性期につきまして表の内容を記述しているところですが、津軽、八戸、青森は自圏域の完結率が8割を超えている。西北五、上十三、下北は7割前後となっております。津軽及び西北五から青森への流入が多くなっておりまして、他の医療機能とは異なる傾向が見られる。その他、青森から津軽、西北五へ流出するという逆の流れも見られるものでございます。

こちらの調整案としては、医療機関所在地ベースを基本として推計する。理由としましては、同じ圏域内で流入と流出が見られるなど、患者さんが自由に医療機関を選択した結果、流入が生じていることが要因の1つと考えられるということ。また今後人口減少が進む中で、現状の医療資源を効果的に使って機能分化・連携を進めていくことが適当であるということでございます。

1枚おめくりいただきまして、2025年の必要病床数の推計ということで、前回、第2回の医療計画部会でこのような表をお示しさせていただいておりました。前回のグラフに併せまして、今回、下の方に表として数字もお載せしております。見方としましては、一番右側に26年の病床機能報告、こちらの数値がございます。津軽圏域であれば、下の表を御覧いただきますと全部で4,391と、こういった病床数がございます。これを医療機関所在地ベースで推計していきまして、37年の必要病床数は3,270、患者住所地ベースでみますと2,775という数字になってまいります。これがそれぞれの圏域ごとにこういった数字をお載せしておりますけれども、先ほどの調整案ということでお話させていただいたところからしますと、例えば西北五圏域から津軽圏域や青森圏域の方に患者さんが流れているということで、急性期と回復期を調整させていただきたいという案でございましたので、この津軽圏域を御覧いただきますと、医療機関所在地ベースの37年必要病床数にあります水色で示した1,176床や1,308床、ここについては調整をすると津軽圏域が若干下がってくると。また、これを同じく青森圏域のところにも同じような青色の矢印がありますけれども、同様でございます。

そして下の方に赤で3,270と、津軽圏域の医療機関所在地ベースのところにある矢印、これは他県との調整をした場合にはこの辺の合計が変わってくるといったものでございます。これは津軽圏域と八戸圏域だけにこれは生じるものでございます。

1枚おめくりいただきますと、残る西北五、上十三、下北圏域のグラフと表になりますけれども、先ほどのお話で西北五圏域につきましては急性期と回復期、これらにつきまして若干プラスに持っていこうと、調整していこうという話ですので、急性期と回復期のところ、赤い矢印で上向きということになってございます。

以上のような形で調整を図ってはいかがかという案でございます。

よろしく申し上げます。

(事務局)

続いて資料5、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ことで、本日は主に現状と課題ということで取りまとめた資料で御説明をさせていただきまして、いろいろ御意見をいただきたいと考えております。

開いていただいて19ページになります。施策の柱立てですけれども、まず1つ目として、地域医療構想は、将来の医療提供体制のあるべき姿を定めるものであり、その「形」については、医療法、そして厚生労働省令で定められております。このため、構想区域の設定、構

想区域ごとに医療機能ごとの必要病床数を定めるということになりますけれども、その必要病床数の算出方法というのは、先ほど来の御説明のとおり全国一律ということで、国から示されているところです。

この地域医療構想の実現のためには、高度急性期、回復期、慢性期の4つの医療機能、そして在宅医療も含めまして2025年の医療提供体制の「形」に収れんしていくと、そのための施策、そしてその「形」の中で、効率的かつ質の高い医療を充実・確保していくための施策を両輪として取り組んでいきたいと考えております。

このために、この施策の案ですけれども、この2つの柱立てということで、1つ目は、医療機能別必要病床数の達成に向けた病床の機能分化・連携を推進していくための施策、2番目として、効率的かつ質の高い地域医療サービスの確保という柱、この2本立ての柱で施策を取りまとめていきたいと考えております。

この構想で定める医療提供体制の実現に向けて、課題というものを整理して具体的な施策というものを検討し、次回、事務局の方から試案を叩き台ということでお示ししたいと考えております。

続いて、20ページを御覧ください。これは委員の方からいろいろ課題としてもう既に御意見が出ておりますけれども、改めて説明させていただきます。

本県の特徴ですけれども、地勢の観点からは、広い県土、津軽半島、下北半島を有し、中央部に奥羽山脈が二分する。冬季の積雪、乏しい公共交通機関など、医療の提供にあたり、いわゆる地政学上の地域特有の課題があるということ。

2番目として、急激な高齢化ということで、青森県の高齢化率の順位は18位から2025年には4位、2035年には2位と急激に高齢化が進む地域であります。

○3の短い平均寿命。残念ながら男女とも全国最下位。

4つ目の○です。深刻な医師不足。医療施設従事者数を人口10万対で見ますと、184.5人、これは全国ワースト6位という結果になっております。

医療施設の状況ですけれども、参考資料の3、31ページを御覧ください。上の統計表8の右側の人口10万対施設数で見ますと、青森県、赤で囲った病院のところ、人口10万対で見ますと7.6ですが、全国の6.7と比べると上回っているという状況にあります。人口10万対施設数で見ますと全国を上回っている。また一般診療所の方で見ますと、特に有床のところですが、青森県は15.7ということで、全国の7.3を大きく上回っているところでもあります。施設数で見ますと大きく上回っています。

下の病床数の表を見ていただくと、病院の療養病床、210.2 となっておりますが、全国は257.8ということで、一般病床の方は青森県が787.5、全国の704.9を大きく上回っていると。両方合わせた数でも病床数で見ても上回っている状況にあります。一般診療所で見ますと237.4で全国の95.3を大きく上回っている。病床数で見てもそういう状況です。

続いて32ページを御覧ください。下の統計表15の左側の病床利用率を見ますと、青森県は一般病床で72.0、全国の75.5と比べまして下回っている状況にあります。療養病床については89.1、全国の89.9をやや下回っている。病床の利用率としてはこういうことになっております。

また全体の資料の21ページの方にお戻りください。県全体の共通の課題になります。医療従事者の確保。医療施設従事医師数は、全国平均を大きく下回っている。地域偏在や特定診療科の医師確保の課題があり、引き続き、医療従事者の確保・養成に取り組んで行く必要があります。

在宅医療の充実。在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所数はいずれも全国平均を下回っています。地理的条件や医療資源の地域偏在、これは圏域単位、あるいは圏域内の市町村単位でも偏在、本県特有の特徴を踏まえながら、在宅医療体制の充実を図っていく必要があると思います。

3番目ですけれども、休床中の病床への対応。すいません、参考資料4を御覧ください。34ページになります。平成26年度の病床機能報告におきます稼働・非稼働別の許可病床数の状況ですけれども、合計の方で紹介をしますと、病院合計の一番下の欄になりますけれども、稼働が12,286、非稼働が556床という報告を受けております。また、有床診療所につきましても稼働しているものが1,516、非稼働が530床ということで、現に26年度7月現在で稼働していない病床を合わせますと1,086床が非稼働ということで報告をいただいているところです。

またすいません、21ページにお戻りください。病院及び有床診療所において休床中の病床については、その活用方法、例えば現に少ない回復期病床であるとか、在宅医療とか、そういった活用、あるいは許可病床の返還など、その取扱いについて検討をしていく必要があると考えております。これが県全体での共通の課題ということで整理したところでございます。

続いて22ページを御覧ください。各圏域で見ました現状と課題ということで整理したものです。まず公的医療機関の状況ですけれども、特に青森県におきましては圏域の中核的な病院の機能というものが、市部の自治体などを含む公的病院が担っている場合が多いということ。一方、郡部の医療というものが町村立の病院、診療所が担っている場面が多いということで、特に公的医療機関について整理したところです。

現状では各圏域、津軽でいきますと公的病院としてはこういった病院があげられる中で、見ますと300から200床規模の病院が併存して、基本的に分散しているんじゃないかと。再編・ネットワーク化の検討が必要ではないかとされております。

また、救急につきましても、特に中核となる救急を担う医療機関がない中で、二次救急医療体制というものを維持していく必要があると。そしてへき地医療ということで、弘前市、黒石市、平川市の一部がへき地医療をきちんと担う体制が必要だと、求められているということになります。

八戸圏域では、こういった公的医療機関がある中で、500床から400床規模の病院が併存し、やはり機能分散しているのではないかと。再編・ネットワーク化というものを検討していく必要があるだろうということと、へき地として三戸町、新郷村の一部が改めてその対応がきちんと求められてくると思います。

青森圏域ですけれども、こういった医療機関がある中で600床、500床規模の病院が併存し、機能が分散しているのではないかと。さらに町村立の病院等も含めて再編・ネットワーク化の検討が必要ではないかと。

西北五については、圏域単位での機能再編が終わったところですが、基幹病院として、さらに診療科の充実であるといったようなことが必要ではないかと。へき地医療としては鱈ヶ沢町、深浦町の一部をきちんと担っていく必要があるということになります。

上十三では、これらの病院がありますが、300床、200床の病院が併存していると。その中で機能分散している中で再編・ネットワーク化の検討をしていく必要があるだろうと。また、横浜町、六ヶ所村の一部、へき地にきちんと対応していく必要があるとございます。

下北はむつ総合病院等、病院としての機能再編というものは進んでいったところですが、基幹病院としての評価というのはまだまだ必要であると。またへき地としては佐井村の一部についてへき地医療を担っていかなくてはならないと。

こういったところが各圏域における現状と課題ということで整理したところでございます。

続いて23ページの方を御覧ください。こういった課題を踏まえて、先ほど申した2つの柱ということで整理したものです。1つ目の柱、医療機能別必要病床数の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進では、不足する医療機能の確保、在宅医療等の充実、休床中の病床への対応。そして2つ目の柱、効率的かつ質の高い地域医療サービスの確保としては、在宅医療と介護との連携促進、医療機能の充実・高度化、へき地医療の充実、医療従事者の確保・養成。

そして、この2つの施策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といったものについての推進、さらに促進するための仕組であります地域医療介護総合確保基金を活用していく。こういった形で施策を取りまとめて、将来のあるべき医療提供体制を実現していこうという施策としてまとめていきたいと、そのための試案として準備していきたいと考えています。

以上です。

(村上部会長)

ありがとうございました。

それでは、皆様、御専門ですから、いろいろ今、資料の4並びに5について、また参考資料も御説明いただいたわけでございます。本格的な御議論をいただきたいと思います。

まず資料4の患者さんの流入を踏まえた必要病床数の圏域間調整。これは御意見、いただきましょう。

いかがでしょうか。どうぞ、寺田理事。

(寺田委員)

西北五の患者さんがかなり津軽圏域に移っているということで、今回、県の方で考慮していただいていますので、この案で良いと思います。

つがる総合病院は統合する前は常勤医師が確か28名で、それが今では約2倍の56人と増えており、これから70人、80人と充実される見込みであります。再編成されたつがる総合病院は現在多くの救急患者を受けておりますので、これからもその辺を考慮していただければと思います。

(村上部会長)

そうですね。これ、データをとった時がちょうどダメな時期なんです。その前の西北五も今の西北五も、ちゃんと50人、70人、医者もいっぱいいたし患者さんもいっぱいいたんですよ。一番少ない時で、バラバラになっている時に病院を作り直したのは、これは県ですから、やるようにしていただかないと、北五の方々は皆、困ります。よろしくお願ひしたいと思います。

ということは、このデータは使えないということで、よろしくお願ひします。

他にございませんか。

あと、医療機関の所在地と患者さんの住所地、これが全部斜めの線の真ん中のところにいけばいいんでしょうけれども、いかないというのはね、それなりに、特に急性期と慢性期あたりが、すぐ近くの病院に行けばいいだろうではないんですよ。例えば、御高齢の方々の肺炎が多くあります。高齢者の肺炎を治すのには2、3日、せいぜい4、5日で治るんです。ただ、2、3日、4、5日寝たために、その後、歩いて今までの家に帰れるかどうか、また体力を回復させるまで問題となります。回復期の病棟とかりハビリまでいかななくても時間が必要になるんです。

ですから、障害者や、あるいは御高齢の方々の医療をこれは国の方は考えてないんです。

ですから、そういうことも考えていただかないとダメだし、もう1つ、そういう方々が青森県では大体青森県の間がずっと住んでいるんですけれども、親兄弟、あるいは面倒をみる方、それがいる場所で御入院をするということで、患者住所地と病院住所地と合わないこともあるんです。ですから、そこら辺はこのデータに全く入っていませんので、それも非常にこの辺がルーズだなと思って聞いていました。よろしくをお願いします。

御意見、いただきましょう。他にございせんか。資料4、患者さんの流出入。

三浦先生のところは、すごく三浦先生のところに皆さんが行くだろうと思いますけれども、これは病院の能力もかなり高いですから、当然そうなると思うので、その辺のお考えをぜひ言っていたらいいかな。

(三浦委員)

医療需要といいますか、医療機関とか居住地とか言いますが、問題はたぶん生活圏の問題なのかなと思います。我々のところ、八戸ですと、例えば岩手県の患者さんも結構来ますし、上十三も来ますし。病院の機能と生活圏の兼ね合いでもって患者さん方が選んで来院されると思います。

(村上部会長)

そうですね、岩手県だから来ちゃいけないということはないですものね。

(三浦委員)

患者さん方が選んで来るんですね。

(村上部会長)

ところが国はそうなんですよ。

(三浦委員)

そういうことで多分医療圏というのは生活している人たちが自分達で選んで来るものから、そのところは我々がどうのということではなくて、多分患者さん方があるべき機能を求めて、自分達の生活圏の中で動いているんだと思います。

(村上部会長)

そのお世話をするとこうなるということですから、よろしくお願ひしたいと思います。

どうぞ、部長。

(一戸部長)

多分、これから資料の5を議論していただくんだと思いますけれども。その前提として病床の推計をする1つの提案として、我々としては資料3で慢性期の需要は緩やかな方向でみます。それから、医療圏ごとの患者の圏域の患者の流出入を踏まえて、今のところやっぱり医療機関の所在地ベースで、今受けている需要を踏まえた病院の推計にさせてもらいたい。一部、西北五ですとか、あとまだ決着がついていませんけれども他県、秋田とか岩手から来るところは、それは都道府県間の調整をさせていただきますという前提のもとに資料5の個別の策というのを議論していただくということで。一応、資料の3と資料4の考え方を皆様に御了解していただいた上で、資料5の議論を始めて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。ということは、言い方が悪くて失礼なんですけれども、この3と4、納得できないという方がほとんどなわけです。そこを分かりながら国の方でも県の方でもやっていただかないとダメだということなんです。

(一戸部長)

国の施策の根本的な部分への御意見があるというのは私は承知をしていますけれども、県としてのできる範囲で、現場に近い形での推計を我々としてはしたいという御提案で議論を進めていただきたい。根本的なところについては、また国で議論をするなら我々としても意見を言わせていただきますけれども、この与えられた範囲の中では我々としてはこの提案の中で資料5以降の具体的な議論をさせてもらいたい。そういうことです。

(村上部会長)

全くそのとおりだと思います。御協力差し上げていきたいと思いますが。

ただ、患者さんが隣の圏域に行った、あるいはお医者さんのところに行って、ちょっと他の病院に行った。それは患者さんの状態によることなのだからベッドを減らすという方向に行かないでくださいということなんです、問題は。よろしくお願ひします。

御意見をいただきましょう。資料4に関してはよろしゅうございますか。

資料5に入ります。将来のあるべき医療提供体制。いかがでしょうか。

(寺田委員)

本県でも既に高齢化や人口減少が始まっておりますので、一定の病床の集約化というのは、県から説明があつたとおり必要であると思いますが、ただ、本県は山間部やへき地を多く抱えており厳しい環境にありますので、その辺を考慮していただきたい。特にへき地の病院や診療所をなくさないようによろしくお願いいたします。

(村上部会長)

はい、これは理事、よろしくお願ひします。まあ理事も青森の方ですからお分かりだろうと思いますけれども、よろしくお願ひしたいと思います。

他に、意見ございませんか。例えば20ページ、広い県土に津軽半島、下北半島とありますけれども、これ、陸奥湾を書かなくていいですか。車で行けないんですけれど。

それから22ページに弘前大学が入ってないんですが。やっぱり入れた方がいいんじゃない

ないですか。

(一戸部長)

はい、入れます。別に外しているわけではないので。

(村上部会長)

いかがでしょう。医療提供体制。どうぞ、木村委員。

(木村委員)

私はケアマネージャーと薬剤師会と両方の立場で出ているので、今からの発言は薬剤師です。

医療従事者の確保は、まあ医師数のところはこのとおりでありますけれども、今の第6次の医療計画にも記載していただいているとおりで、薬剤師の人口10万人あたりの人数は、日本の中で下から1番目、2番目の薬剤師数です。

病院の中の定員の問題もありますけれども、これから薬局薬剤師が在宅医療に進んで行く時に、限定されて訪問指導に行く形になると思いますので、ここにざっくり医療従事者の確保・養成と書いていますけれども、看護師とか、皆、足りないところがあると思いますけれども、圏域ごとに特にどこが足りなくてどういうふうになっているということも表記しながら進めていかないとまずいと思います。

いつも話題の西北五に注目されるんですが、むつ・下北地区の薬剤師は、もっと足りないんですね。ですから、そこをどういうふうにカバーしていくとか、そういうことも考えていかなきゃいけないと思います。

在宅医療を充実させていくということに、前に進むという意味で提案させていただきます。よろしくお願ひします。

(村上部会長)

いかがですか、事務局。今の件。

(事務局)

資料33ページですけれども、100床あたりの従事者数ということで、例えば医師の他にも歯科医師、薬剤師も全国を下回っている状況というのはありますので、きちんとそれが青森県内で働く方が多くなっていただけるように、また看護師、准看護師も全国を上回ってはいるんですけれども、今後の在宅医療の充実等を考えると、まだまだ足りないのではないかと。もっと働ける場を増やしていく必要があるとも考えていますので、こういった取組は引き続きやるように施策の方でもきちんと書き込んでいきたいと思ひます。

(村上部会長)

よろしくお願ひします。

23ページ、青森県ではなくて国から来たやつがそのままなんですよ。ですから、これをまた調べていただいて、少し青森県用に直していただければいいと思ひます。

(事務局)

一応、柱立てをするのは青森県です。我々の方で整理した案になっていますので、国がバラバラに書き込んだものをこういった形で体系立って青森県は進めたいという思いで書いておりますので。

(村上部会長)

熊谷会長。

(熊谷委員)

在宅医療を担っている訪問看護師も看護師が一括りになっているものですから、そのあたりは区別をして、介護職員の方の需給も考えていただければと思っています。

在宅医療を担うのは病院だけじゃないんですよ。診療所なんです。訪問看護師が訪問している中で、やはり西北五は診療所が少ない。また、ある程度診療時間が終わると津軽圏域にお医者さんが帰る、そういう診療所がちょっと目立ってきておまして。やっぱり、何かあって24時間対応をする時でも、そこがかかりつけ医が揃っていないというところの問題もあるので、病院だけでなく診療所の体制ということでも、ぜひそこらあたりは書いていただいて、また調整ということも、そこまでも書いていただきたいなと思います。ここは県の医師会とともにやっていかなければならないところだと思います。よろしくお願ひします。

(村上部会長)

はい。ありがとうございます。よろしゅうございますか。

淀野先生、そろそろ上から下まで事務局が説明をしましたが、よろしゅうございますか。

(淀野委員)

最後の23ページの施策の体系図、これもそうなんですよね、実際問題として。ですから不足する医療機能の確保、何が不足しているのかということが後で明らかにされるんですね。

多分、僕は、青森県の医療に対して、機能は満足していない。特に二次救急の問題とか、それから高度医療、そういうものに対するものは具体的に後で出てくるんでしょうけれども。

だから実際の問題として、在宅医療になかなかいかない。それこそ、お話しされたように、診療所の先生たち、かかりつけ医という制度をきちっと充足しないと、なかなか在宅で死ねないという問題が出て来るんですね。

実際問題、在宅死を覚悟しても土壇場になると病院に運んでくれと、こういう状況が結構多くて、でも運び先がないという問題があります。ですから、この問題はいっぱいあって、総論じゃなくて各論に入った時、総論に反映される、どこで反映するかという余地を考えておかなきゃいけないと思っております。

(村上部会長)

よろしくお願ひします。

よろしゅうございますか。他にございませんか。

(三浦委員)

先ほどからお話に出ている診療所というのはどういうものを診療所と言っているんですか。いわゆるプライベートな診療所がそうなのか、公的なそういう診療所的なものが必要なのかというので全然違ってくるのではないのかなと思っています。

普通の、いわゆる診療所といいますと、プライベートで診療所を開くというのは、これは山間・へき地には誰も開かないんじゃないかなと思います。先ほど寺田委員が言われたように、やっぱり山間・へき地で、年老いたとえば申し訳ないんですけども、そういう方々を守るためには、やっぱりある程度公的なもので確保しなければ、青森県のへき地地域の中心から離れたところではなかなかうまくいかないのではないのかなと思います。

だから、病床確保の問題でもその辺のところをきちんとしてあげて、例えば在宅でもそういうものでなければなかなか県のコントロールも効かないでしょうし、地域医療に県がコントロールを効かせてやるためには、やっぱり公的な小さな診療所でもいいんですけども、きちっと整備をするということが必要なのかなと思っています。

あと、救急の医療で、僕らの病院では、先ほど淀野先生から話がありましたけれども、施設に入っている人でも亡くなる寸前でも、それこそ言葉は悪いですけども、いいんじゃないかと思うような人でも全部入ってくるものはすべからく100%引き受けている。そのまま亡くなる方も多くいますし、回復をしてまたその施設に戻られる方もいます。ただ、全体としては、地域によっていろんな事情があるでしょうけれども、三八の、八戸の地域では、もううちの病院は少なくともそういう患者さんはそのまま全部引き受けています。

(村上部会長)

ありがとうございます。まず診療所に関して、これは診療所にもいろいろ種類はあるでしょうけれども、県の方で何かございますか。

(事務局)

特にへき地等、今の自治体立の病院・診療所、診療所はもう有床だけでなくて無床の診療所も自治体立で一生懸命頑張らせていただいていますので、そういったところの力をできるだけ活用しながら、あるいは逆に負担を大きく増やさないようにしながら、へき地の医療というのを守っていく必要があると考えています。

(寺田委員)

他県と違って青森県が一番遅れているのは、在宅医療ではありますが、これは訪問するお医者さんが少ないことが要因だと思います。あともう1つ、へき地のことですが、青森県は津軽半島や下北半島、それから南へ行けば碓ヶ関など、端っこの方から人口減少が始まっております。開業医さんの場合は人口3千人以上いなければ経営が成り立ちませんので廃院することになります。地域住民の医療を確保するため、その部分はどうしても国保が直営で運営することになります。県にも医師確保の面で応援していただき、地域医療を守っていかなければならないと思っていますので、よろしくお願ひしたい。

(村上部会長)

よろしくお願ひします。

今、大きい問題をお二方からいただきました。診療所が、医師1人で自分で開いた診療所、これは自分の責任でやればいいわけですが、今、寺田理事からいただいたのは、例えばこの間のことですが、平川市の診療所、あの山奥の十和田に行く途中の指導に立ち会いました。やっぱり2~3日に患者さんが1人だそうです。それでもやっぱりお近くの方が一生懸命来るから、自分は抜けられないと言っていました。本当にカルテの枚数がないです。それでも平川市立病院と一緒にあって、自分の都合が悪い時や他の先生に夜などいてもらいながら、御高齢の先生方まで頑張っているわけなので、そういったところのいわゆる御診療所の維持、協力、非常に必要だと思います。

それからもう1つ、いわゆる三浦院長の方から今、お話をいただきました。私立の診療所の件ですが、これはやはり、この間も僕が申し上げましたけれども、診療所が有床として、今ちょっと街中にいてもなかなか暮らせなくなっちゃったんですね。ご存じのように、一戸先生はご存じでしょうけれども、1人の入院で入院基本料が1日3千円ちょっとだったんですね。あれじゃあカプセルホテルより安いんですよ。今はもうちょっと上がりましたけれども。あれだとね、まあ国の方針が有床診を潰せということでやったんでしょうけれども、順調に皆さん、潰れました。そして、今また医政局の方から地域医療の包括ケアに有床診療所、手伝えと言われても、手伝うバックグラウンドがもう無くなっちゃったんです。

ですから、そこの法律の流れをお一人の方できちんと前後が分かる方がやっていただければいいけれども、人が替わるとできないんです。医政局でも、あるいは事務次官でも、そこを先生よろしく、継続的な流れを厚労省の方でもやっていただければありがたいと思っています。

23ページの休床中の病床の中に、非常に今の有床診療所が入っているんです。ですから、そういった面で有床診療所のこともよろしくお願ひしたいと思います。

それからさっき寺田委員の方から在宅医療の方が出ました。一応、各診療所の先生方はベッドが潰れても在宅で頑張っていらっしゃいます。ただ、自分でできる範囲内で頑張っていらっしゃるんです。在宅医療だけをやって、1日に200人とか100人とかを往診しているような問題の多い医者は青森県にはいないんですよ。ですから、そこは少しお分りいただかないとダメだと思います。よろしくお願ひします。

あと、今、急性期、超急性期の病棟がございますよね。三浦先生に聞けばお分りですけど、あれは15日とか20日とか、いわゆる患者さんが回転しないとダメですね、CCUでもHCUでも。そうすると、その分だけ回転をさせながら次のを入れるために、必ず空床というのがないとダメなんです。おそらく1割じゃ間に合いません。2割近く、空床がないとダメでしょう？クルクル回すためには、おそらく、そう思うんです。

ところがこのデータは空床が3割だから3割減らせというような話に持っていかれると困ると思ってこの数字を見ていました。これは今の急性期、あるいは超急性期の医療費の体系が入院期間と一緒にそこになっていますので、これは、イコール空床ではないんです。そこをお分りいただかないとダメだと思います。よろしくお願ひします。

そこは医療費の方の専門でないと分かりませんが。熊谷委員、分かりますよね、言っていることね。よろしくお願ひします。

他にございませんか。鳴海会長、何もないですか。

(鳴海委員)

結構です。

(村上部会長)

どうぞ、淀野先生。

(淀野委員)

御提示いただきたいんですけども、休床中の病床というのは、具体的に医療圏ごとにデータがありますか。

(事務局)

34ページの資料になります。

(淀野委員)

非稼働というのは、いわゆる休床届をしているベッドですか。そうではないですよね。定床に対して動いてない部分、ですから休床と空床を含めた数でしょう。

(村上部会長)

レセプトからいってますから全くそのとおりです。

(事務局)

すいません、これはレセプトではなくて平成26年7月現在ということで、各病院から個々に報告いただいたものを集計したものになります。

(村上部会長)

レセプトも入っているでしょう？DPCも入っているでしょう？

(事務局)

そのデータではなくて、病院、診療所から直接報告をいただいた中で、病棟単位で稼働しているというものとしていただいたものになります。

(淀野委員)

稼働率ですよね。僕が言っているのは、例えば病院が120床ありますと、でも医師数とか看護師数で、今は例えば100床しか動いていないので、20床、県に休床届けを出す。動いていない全く閉鎖している病棟のことを言っているんです。僕はそういう意味で休床と。

(事務局)

そうです。厳密にはそもそも医療計画上、医療法上の許可病床がありまして、各病院で実際に使っていないので休床届を保健所に出している。その休床届で出しているものが非稼働として報告をしている分に含まれています。

保健所に現在届出がなくても病院として稼働していませんと報告をいただいたものも含まれているということで、保健所のものも含まれた数字と御覧いただければと思います。

(淀野委員)

すいません。保健所に届けた許可病床と休床している部分のデータをお見せいただければ。要するに無用の長物ですよね。許可病床と休床が分かる表があればいいかなと思っています。なんですけれど。

(村上部会長)

使っていないベッドという意味ですね。

(事務局)

実際、34ページの非稼働の部分に含まれているというふうに。

(淀野委員)

だから含まれていない、単体で。

(事務局)

すいません、その資料も準備いたします。

(淀野委員)

ありがとうございます。

(三浦委員)

その件の数字がよく分からないので、例えば22ページの八戸地域の病院、他病院のことで申し訳ないですけれども、青森労災病院では474と書いてあるんですが、でも稼働しているのは305床なんですよね。だからその数字がどういう数字なのか。ここに出てきている数字が稼働だったり休床だったのか、全然分からない。この474というのは元々の青森労災病院の病床の数なので。

(村上部会長)

どうぞ、部長。

(一戸部長)

その数字のところは、多分非常にそれぞれの医療機関でセンシティブなところなので、我々としてはこれから具体策を出す時にいろんなことで出させていただきますけれども。

今、御議論いただいたのは2つ論点があって、1つは休床って何なのと。要するに休床でも医療機関の経営上、必要な休床と、全く使っていないものが2つあるじゃないかという議論だと思います。

我々としては、過去何年か全く使ったことがないとか、現時点でマンパワーとして使えないというところについては、やはり医療資源の有効活用という観点から、ちゃんと稼働率が高くてバンバンやろうと思っているところに振り替えていくというようなことは考えています。なので、その辺の捉え方、委員の方々と認識の違いはないと思います。

なので、今、バリバリ稼働しているところから、ちょっと空いているからといって返してくれとか、そういう小さい話ではなくて、全くここ何年間か稼働していないようなところは、

本当に使う予定があるんですか？という話です。

もう1つは、在宅医療とへき地医療の話ですけれども、民間の診療所の先生方も含めて、霞を食って生きているわけではないので、開業して必ず在宅をやってくれと言っても、それは当然稼働が悪ければなかなか在宅医療には。今、開業されている先生方も60歳を超えている先生方もいっぱいいらっしゃって、24時間1人でやってくれと、なかなか難しいという状況を考えると、在宅医療ができる環境のところは在宅医療、へき地医療のところは今のへき地医療の体制でいいのか、それからいろんな体制を付加して行って、いろんなツールを使いながら新たなへき地医療の形をつくるのがいいのか、その辺はいろいろ我々としては考えていきたいと思えますし、へき地で全部在宅をやるのがいいのかどうかというのがあります。それはなかなか効率的に難しいところもある。なので、なるべく医療機関に入らないように、まだ在宅で介護とか訪問看護で何とかしのげるようなところをご自宅にいていただいて、どうしてもダメになったら、へき地のところはやっぱり医療機関に来ていただいた方が、多分効率性という観点からいいんでしょうという考え方もあると思えます。

そういったところで、地域性も踏まえてへき地と在宅医療というのは、多分青森県の場合は裏腹なところもあって、できるところから在宅医療というのは対象を整備していくという考え方にしたいと思います。

多分、この2点が大きなところだと思いますけれども。

(村上部会長)

それからもう1つ、先生のお話の中にもありましたけれども、在宅医療、それから有床診の件も、医者が複数いないとだめだとか、看取りが数多くないとだめだ、24時間診ないとだめだとか、但し書きでそのコストが取りづらくしています。ですからあそこはやはり本当に在宅をお進めになるのであれば、医政局に言って、あの厳しい条件を外さないと、なかなかできません。そこはよろしくお願ひしたいと思います。

他に御意見、ございませんか。よろしゅうございますか。いいですか。後ほどでもまた御意見がありましたら事務局の方にお願ひします。それでは事務局、その他で何かございませうか。

(事務局)

特にありません。

(村上部会長)

よろしゅうございますか。じゃあ、今回の計画部会、何か結論が出なかったみたいですがけれども、大切なお話をいっぱいいただきました。事務局、よろしくお願ひします。ありがとうございました。

(事務局)

次回のこの部会ですけれども、本日いただいた皆様の意見を試案の方にできるだけ反映させた形でまとめていきたいと思っておりますので、引き続きまたよろしくお願ひしたいと思います。また、本日、間に合わなかった御意見等がございましたら、遠慮なく事務局の方にお寄せいただければと思っておりますので、改めてお願ひ申し上げます。

(一戸部長)

あと、計算については今日は資料の3と資料の4で示したことを前提に我々としては数字を積み上げて計算させていただきますので、その点、御了解をいただければと思います。

(司会)

なお、次回の部会の日程につきましては、後日皆様の御都合を調整させていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは以上をもちまして本日の医療計画部会を終了いたします。ありがとうございました。