

令和7年度

第1回

青森県医療審議会

議事録

(令和7年12月23日開催)



## 令和7年度第1回青森県医療審議会

日 時 令和7年12月23日(火) 17時

場 所 ウェディングプラザ アラスカ  
地下1階「サファイア」

(司会)

それでは定刻となりましたので、ただ今から「令和7年度第1回青森県医療審議会」を開会いたします。開会に当たり、奥田副知事より御挨拶を申し上げます。

(奥田副知事)

青森県副知事の奥田でございます。皆様、日頃から大変お世話になっております。

本日、審議会の開会に寄せまして、宮下青森県知事から開会の挨拶を預かって参っておりますので、代読をさせていただきます。

本日は、お忙しい中、御出席いただき、誠にありがとうございます。委員の皆様には、日頃から保健医療行政の推進をはじめ、県政全般にわたり、格別の御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、県では、「青森県基本計画『青森新時代』への架け橋」に基づき、「健康を支える医療環境の向上と共生社会の実現」に向け、医療の担い手の育成・確保や、医療分野におけるICTの推進など、次世代へつなげる医療連携体制の強化に重点的に取り組んでいるところです。

人口減少や高齢化が更に進む中、今年度から、かかりつけ医機能報告制度に基づく取組を実施しておりますほか、来年度以降は、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想を策定することとしております。

また、持続可能な地域医療提供体制の構築に向けて、医療機関の広域連携を促進してまいりますので、引き続き、皆様の御協力と御理解を賜りますようお願いを申し上げます。

本日は、青森県保健医療計画の推進状況などについて御審議いただくこととしております。委員の皆様には、本県の保健医療提供体制の一層の充実・強化に向けて、それぞれの専門的見地から忌憚のない御意見を賜りますようお願いを申し上げ、挨拶といたします。

令和7年12月23日、青森県知事宮下宗一郎、代読をさせていただきました。

では皆様、本日はよろしく願いいたします。

(司会)

奥田副知事におきましては、公務によりここで退席させていただきます。

本日の出席者については、委員27名のうち過半数の御出席を頂いておりますので、医療

法施行令第5条の20第2項の規定により、会議が成立していることを御報告いたします。  
議事に先立ちまして、新たに委員に就任された方を事務局から御紹介させていただきます。

青森県議会環境厚生委員会委員長、谷川政人委員です。

(谷川委員)

よろしく願いいたします。

(司会)

青森県市長会副会長、佐々木孝昌委員です。

(佐々木委員)

よろしく願いいたします。

(司会)

青森県町村会副会長、山崎結子委員です。

(山崎委員)

よろしく願いいたします。

(司会)

日本公認会計士協会東北会青森県会長、宮下宗久委員です。

(宮下委員)

よろしく願いいたします。

(司会)

青森県消防長会副会長、石岡悟委員です。

(石岡委員)

よろしく願いいたします。

(司会)

それではここからの議事進行は、医療法施行令第5条の18第3項により高木会長にお願いいたします。

(高木会長)

それではさっそく会議を進めてまいります。

議事に入る前に、本日の議事録署名者を指名いたします。本日の議事録署名者は、長根委員と石岡委員にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、次第に従い、議事を進めてまいります。

協議事項の①青森県保健医療計画の進捗状況について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

医療業務課の中嶋と申します。それでは、協議事項の①青森県保健医療計画の進捗状況について説明いたします。資料1-1を御覧ください。

1ページ目です。第8次青森県保健医療計画の概要についてです。本計画は、計画期間を令和6年度から11年度までの6年間として策定しております。本県の保健医療体制の充実を目指し、基本理念として、医療連携体制の構築を掲げ、5疾病・6事業及び在宅医療対策について記載しており、本日はその進捗状況について説明を行うものです。

2ページ目を御覧ください。保健医療計画の進行管理についてです。本計画では、実効性ある施策が図られるよう、5疾病・6事業及び在宅医療にそれぞれ数値目標を設定しており、下の図にありますとおり、医療対策毎に設けられた協議会において、数値目標を踏まえ、毎年度進行管理を行っております。また、それぞれの進捗状況については、毎年度医療審議会に報告することとしております。

3ページ目を御覧ください。ロジックモデルについてです。本計画の進行管理では、政策循環を強化するため、ロジックモデルを活用しております。ロジックモデルは、施策の実施内容や実施結果に関する「アウトプット」、個別施策が達成されたかを評価する「初期アウトカム」、そして最終的な目標・目的を記載する「分野アウトカム」の3つの指標で構成しておりまして、指標間の連携を明らかにしながら、達成状況を評価していくこととしております。

4ページ目を御覧ください。第8次計画の進捗状況についてです。ここで、大変申し訳ございませんが、本資料に掲載している数値について訂正がございます。一番上のがん対策につきまして、濃い青色のグラフにある目標達成の数字が4.3パーセントとなっておりますが、正しくは6.4パーセントとなります。また併せまして、一番下の5疾病・6事業及び在宅医療の合計の目標達成の数字につきましても、26.7パーセントではなく、正しくは27.1パーセントということになります。大変申し訳ございません。訂正後の数字で申し上げますが、5疾病・6事業及び在宅医療につきまして、令和6年度末時点で目標達成している項目は27.1パーセント、目標未達成であるが改善している項目が26.7パーセントとなっております。昨年度本審議会でも報告した令和6年9月末時点での数値と比較しますと、目標を達成している項目は4.8ポイントのプラス、目標未達成であるが改善している項目が、0.4ポ

イントのプラスとなっております。

5 ページ目を御覧ください。前のページの進捗状況の詳細についての表となっております。こちらは大変申し訳ございませんが、訂正がございまして、一番上のがん対策につきまして、改善し目標達成したという項目が1項目となっておりますが、正しくは3項目で、パーセンテージも6.4パーセントとなります。そして、隣の変化なしで目標達成という項目が、1項目ではなくて、正しくは0でございます。そして、一番右の評価困難ですが、こちらが18項目ではなくて17項目、38.3パーセントではなくて36.2パーセントが正しいものとなります。また併せまして、一番下の合計の欄ですけれども、改善し目標達成した項目は54ではなくて56項目、21.9パーセントではなくて22.7パーセントとなります。また、変化なしで目標達成した項目が12ではなくて11項目となりまして、パーセンテージが4.5パーセントとなります。そして、評価困難の項目に関しましては、50項目ではなくて49項目になりまして、パーセンテージが19.8パーセントとなります。申し訳ございません。

次の6 ページ目は、前回の審議会でお示した令和6年9月末時点の表となっております。参考として掲載しております。

7 ページ目を御覧ください。第7次計画の評価についてです。こちらは、令和5年度の本審議会で頂いた御意見を踏まえまして、第7次の計画期間である令和5年度時点の指標がまとまるまでの間、引き続き評価し、必要に応じて第8次計画の中間見直しに反映させていくこととして、評価を実施しているものでございます。第7次計画については、5疾病・6事業及び在宅医療につきまして、目標達成している項目が41.9パーセント、目標未達成であるが改善している項目が21.9パーセントとなっております。昨年度の本審議会で報告しました数値と比較しますと、目標達成している項目は1.3ポイントのプラス、目標未達成であるが改善している項目は1.3ポイントのマイナスとなっております。

本資料の8 ページ目、9 ページ目は、先ほどのように進捗状況の詳細を掲載したものとなっておりますので、後ほど御覧いただければと思います。

続きまして、資料1-2を御覧ください。第8次計画における各分野でのロジックモデルの評価について、抜粋して説明いたします。まず、1 ページ目は、がん対策となります。右側の指標C1の年齢調整罹患率は改善しているものの目標未達成であり、C2の75歳未満年齢調整死亡率は悪化しているため、更なる効果的な取組が必要であるという評価となっております。

2 ページ目を御覧ください。脳卒中対策につきましては、指標Aについて生活習慣の改善に一定の進展が見られ、指標Bについて急性期医療やリハビリ提供が改善しているという状況があるものの、指標Cの健康寿命は女性が悪化していることから、課題が残るとしております。また指標Cの脳血管疾患の年齢調整死亡率や在宅復帰率は最新値が未更新であるため、今後の動向に注視が必要であるという評価になっております。

3 ページ目を御覧ください。心筋梗塞等の心血管疾患対策につきましては、指標Aについて生活習慣の改善に一定の進展が見られ、指標Bについて改善しているものの目標未達成

の項目があり、指標Cの健康寿命は女性が悪化しているということから、課題が残るとしてあります。またCの1から8にあります心血管疾患の年齢調整死亡率や在宅復帰率は、最新値が未更新であるため、今後の動向に注視が必要であるという評価となっております。

4 ページ目を御覧ください。糖尿病対策になります。指標Aの肥満に関する目標値が悪化していることから、対策の取組強化が必要としてあります。また指標Bの糖尿病である者の割合なども悪化していることから、県民の適切な受診の促進や望ましい生活習慣の定着促進を目指し、引き続き、糖尿病に関する正しい知識等を広く普及啓発していく必要があるという評価となっております。

5 ページ目を御覧ください。精神疾患対策につきましては、精神医療について、本県の医療資源が十分ではないこと、マンパワー不足の市町村もあることなどが主な課題となっているため、目標達成に向けて、医療機関のほか、市町村や職能団体、民間事業者とも協力していく必要があるとしてあります。また、認知症対策につきましては、認知症サポート医に関し、研修終了後の活動につながっていないことや、活動状況を把握できていないことが課題となっており、養成研修の周知を継続するとともに、研修を通してサポート医による地域支援の強化を図り、イベント等でサポート医の活用を図っていくこととしてあります。

6 ページ目を御覧ください。救急医療対策となります。指標Bの救急出動件数に占める軽傷者の割合が増加傾向であることが課題であるため、県が実施している救急電話相談体制に関する県民への周知強化により、医療機関の適正受診及び救急車の適正利用を図るとしてあります。

7 ページ目を御覧ください。災害医療対策となります。指標BのDMATチーム数に関しまして、DMATの養成研修枠が限られているなどの課題があるため、都道府県主催のDMAT研修の実施等の取組により、災害医療体制の充実・強化が必要であるという評価となっております。

8 ページ目を御覧ください。新興感染症発生まん延時における医療対策につきまして、指標A及びBの医療措置協定関係については、順調に進められているところであり、県主催の感染症対策研修や事業を周知し、参加施設や参加者を増やす必要があるとしてあります。

9 ページ目を御覧ください。へき地医療対策となります。各項目の目標達成に向けまして、限られた医療資源で、より効果的に地域の医療ニーズに応えられるように取組を継続していくとともに、ICTを活用した遠隔医療の実施など、関係機関が連携して地域の実情に合った持続可能な医療体制を構築する必要があるとしてあります。

10 ページ目を御覧ください。周産期医療対策につきまして、指標A及びBの助産師数及びアドバンス助産師数は改善が見られるものの、体制確保のため周産期医療従事者の確保育成に関する取組の継続が必要であるとしてあります。また、周産期医療を取り巻く環境が厳しさを増していることから、周産期医療体制の見直し等も含めて取り組んでいく必要があるとしてあります。

11 ページ目を御覧ください。小児医療対策につきまして、指標A及びBの小児科医師数

は、小児人口1万人当たりでは改善しているものの、実数は減少していることから、小児医療体制を構築・維持していくことが課題であるため、医師確保や専門医育成に向けた取組を継続していくこととしております。

12 ページ目を御覧ください。在宅医療につきましては、指標Cのレセプト件数はいずれも増加し目標達成しておりますが、訪問診療や往診を実施する医療機関数が減少している地域があることから、在宅医療のサービス量の確保や看取りの体制整備に向けた取組を引き続き進めていく必要があるとしております。

最後に、第8次保健医療計画の各分野で設定している指標につきましては、分野アウトカム指標が設定されていないものや、策定時の数値が現状値と大きく乖離しているため評価に適さないものなどがありますことから、来年度予定している計画の中間見直しにおいて、指標の見直しについても検討していきたいと考えてございます。説明は以上です。

(高木会長)

ありがとうございます。それではただ今の説明について、御意見・御質問がありましたらお願いいたします。

非常に多岐にわたっていますけれども、ございませんか。よろしいですか。

それでは、特に御意見・御質問ないようですので、続いて、協議事項の②青森県病床数適正化推進事業費補助金について、事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局)

医療業務課の天内です。資料2 青森県病床数適正化推進事業費補助金について説明します。

1の制度概要について、地域医療構想の実現に向け、病床機能再編を実施する病院や診療所に対し、減少する病床数に対して、地域医療介護総合確保基金を活用し、給付金を交付するものであります。

2の交付要件について、県医療審議会の意見を踏まえ、地域医療構想の実現に向けて必要な取組であると認めたものとなっております。

3の令和7年度計画の概要について、いずれも津軽地域におきまして、いちろうクリニック、吉田クリニック、鷹揚郷腎研究所弘前病院の3医療機関から、合計で病床数の見直しが38床、交付予定額4,300万円の計画提出があったものであります。

2ページ目です。県としましては、いずれも地域で過剰となっている急性期機能又は慢性機能の病床が減少するものであり、地域医療構想調整会議において合意を得ていることから、地域医療構想の実現に向けて必要な取組であり、補助金を交付することとしたいと考えております。説明は以上です。

(高木会長)

それでは、ただ今の説明について御意見・御質問をお願いいたします。

特に異論はないでしょうか。県は必要と考えたということですが、議論はありますでしょうか。特にございませんか。

それでは、特に異議がないようですので、事務局の説明どおり、3医療機関の取組について、本審議会として適当として認めてよろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは適当と認めますので、事務局においては必要な手続きを進めてください。

続いて、報告事項の①青森県地域医療構想の取組状況について事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局)

資料3 青森県地域医療構想の取組状況について説明します。

1の経緯として、地域医療構想は、地域の実情や患者のニーズに応じて資源の効果的かつ効率的な配置を促し、病床の機能分化・連携の推進を図り、高度急性期から在宅医療・介護に至るまでの一連のサービスが切れ目なく、過不足なく提供される体制を確保することを目的として平成28年3月に策定したものです。

2の取組状況として、県内6つの二次保健医療圏ごとに地域医療構想調整会議を開催し、関係者間で医療提供体制に関する協議・検討を実施するとともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携に向けた医療機関の取組を支援しているものであります。

2ページ目です。令和6年度病床機能報告の結果であります。県全体で12,688床となっており、構想実現に着実に向かっているものの、令和7年の必要病床数11,827床に対し、861床上回る状況です。医療機能別では、急性期機能が2,104床上回り、回復期機能が2,037床下回る状況であり、引き続き病床の機能分化・連携を進めていくことが必要と考えております。説明は以上です。

(高木会長)

ただ今の説明について、御意見・御質問はございますでしょうか。これはございませんね。

それでは、報告事項の(2)新たな地域医療構想について、事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局)

資料4 新たな地域医療構想について、以下、国の示す資料に基づき説明します。

1ページ右上の点線で囲っている部分のとおり、新たな地域医療構想は、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとなります。

2ページ目です。新たな地域医療構想と医療計画の関係です。上の四角のポツの1つ目の記載のとおり、新たな地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提

供体制全体の将来ビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとし、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図るものとなります。

3 ページ目です。新たな地域医療構想の概要について説明します。左下中ほどの(2)病床機能医療機関機能です。①病床機能は、これまでの回復期機能について、その内容に高齢者等の急性期患者への医療提供機能を追加し、包括期機能として位置付けられます。②医療機関機能報告として、医療機関から都道府県に対し、構想区域ごとに、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能を、広域的な観点で、医育及び広域診療機能を報告いただくこととなります。③構想区域・協議の場は、必要に応じて、広域的な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議することとなります。右上の(3)地域医療介護総合確保基金は、医療機関機能に着目した取組が追加されることとなります。右下(6)として、精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとなります。

4 ページ目です。進め方です。上の四角の中の丸の1つ目のとおり、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に方向性、病床数等を検討・策定した上で、令和9年度から令和10年度に医療機関機能に着目した機能分化・連携の協議等を行う想定となっております。

具体的には、5 ページ目です。スケジュールといたしましては、まずは、区域の点検・見直し、続いて必要病床数、続いて医療機関機能など、順次検討を進めることとなります。

最後に6 ページ目です。左上記載の医療審議会では、重要事項として調査・審議いただくこととなります。中ほど記載の地域医療構想調整会議では、後ほど御説明する都道府県単位と構想区域単位とで協議することとなります。説明は以上です。

(高木会長)

ただ今の説明について、御意見・御質問はございませんでしょうか。はいどうぞ。

(長根委員)

すいません。着座で失礼いたします。青森県社協の長根と申します。

今御説明いただきました資料4、2 ページ目の図ですが、青い枠組みの中に、ちょうど真ん中あたりの文章で、「新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る」ということがありまして、その下の「今後」という図を見ますと、地域医療構想の中での介護との連携、将来構想という表現がされて注目をしております。そこで、右側の介護保険事業支援計画との整合性を強調してサークル矢印が書いてございますが、この介護保険事業支援計画と整合性を図るのは量と機能との整合性だろうと思われませんが、この整合性を図るといのは、具体的にどのようなところまで話が進んでいるのかをお聞きしたいと思います。

(高木会長)

事務局どうでしょうか。

(事務局)

現時点でお答えできることについてお答え申し上げます。この4ページ記載の図のとおり、まず地域医療構想が医療計画の上位に位置付けられるという前提ではありますが、具体的内容は、今年度中に国からガイドラインで示されることとなっておりますので、委員御指摘のとおりではございますが、詳細などの情報については、現時点では国の情報を待っている状況となっております。

(高木会長)

よろしいでしょうか。

(長根委員)

一つ、3ページの右側(2)③の中にも、狭い区域での協議とございますけれども、基本的に今までは、医療は二次医療圏域、そして介護等は日常生活圏域の中での議論と数量の設定がされてきたように思っております、この枠組み・スキームについては、情報が無いということよろしいでしょうか。日常生活圏域の中での医療の課題も感じておりますが、これから広域ということでお話もありましたものの、計画の策定の中での範囲についてお聞きしたいと思います。情報のある範囲で結構でございます。

(高木会長)

事務局お願いします。

(事務局)

お答えいたします。前提として申し上げますと、現行の地域医療構想調整会議は、二次保健医療圏ごとに6地域で開催しているところです。ここで在宅医療等のより狭い範囲では、例えば、市町村単位が想定される場所ではありますが、やはりこちらも今後国から示されるガイドラインを踏まえつつ、どのような在り方が適切かを検討していかなければならないと認識しております。以上でございます。

(高木会長)

よろしいでしょうか。

(長根委員)

はい、ありがとうございました。

(高木会長)

そのほか、御意見・御質問はございますでしょうか。はい、村上先生。

(村上委員)

村上でございます。私、病院関係のお手伝いもしております、今の地域医療構想に、もちろんこの人口減少の日本、そしてこの今の医療の内容、その辺を考えながら、この後も御協力差し上げていかないと駄目なんでしょうけれども、こちらにおいでになってる方、あるいは長根先生もお分かりだろうと思うのですけれど、ベッド減らしなんですよね。そして、ベッドを減らして、人口減少への対応あるいは医療費の抑制をしようということ、これは分かるのですけれども、今まで、地域医療をしっかりと支えてきた各病院並びに診療所は、地域医療構想のその方向を考えながら、急速にこれを進められると、現場は非常に困るところが出てくると思いますので、もちろん御協力はしますし、賛成はもちろん申し上げますけれども、マイルドに、決して地域に問題が起こらないような色んなディスカッションをしながらお進めいただきたい、そういうことをお願いしたいと思います。以上です。

(司会)

事務局いかがでしょうか。

(事務局)

御意見ありがとうございます。委員のおっしゃるとおり、単に数の話ではなくて、しっかり地域で医療提供体制が確保できるように、丁寧に御意見を頂きながら進めてまいりたいと考えております。よろしく願いいたします。

(高木会長)

そのほか、御意見・御質問はよろしいですか。

(淀野委員)

淀野と申します。私がおここにきている背景が、全日本病院協会の青森支部ということで、中小民間病院の代表のような形で参加しています。来年度からの地域医療構想についての観点で、大切なところ、ここを重点的に少し検討していただけないでしょうかということをご提案したいと思います。

病院の機能再編ということで、色々お話が出ています。急性期医療に関しましては、それぞれの6つの二次医療圏の中の基幹病院を中心に整備されていると思うのですが、その後の回復期医療とか療養型の医療ということで、後方病院というような一括りでお話されているのですが、それは決して十分体制ができてないと思います。

後方病院という形に入るのかどうかよく分からないのですが、100床から200床未満の病院の今の在り方というのは、大変疲弊しておりまして、医師不足です。それから人材不足です。ですから、簡単に後方病院というような形では片付けられないので、この体制をきっちりとして整えていかないと大変なことになると思います。

例えば、今日もあったのですが、介護施設である程度寝たきりに近い患者さんがコロナになりました。41度くらいの熱を出してしまっていて、救急要請されて、とある基幹病院2つに断られました。輪番病院です。結局、救急隊から、まっすぐ私どもの病院に搬送してください、と。これで僕が断ったら、どこも行くところがないだろうなと思って引き受けましたが、今日は医療審議会の会議ですから、ぎりぎり間に合って着きましたけれども、ちょっと患者さんの状態が悪ければ、ここの会議に出られないというような状況があります。

それから、津軽地区での年末年始の救急体制について、弘前市の主催で会議がありました。輪番病院の大学病院、それから弘前総合医療センター、それから健生病院の3つが昨年度パンクしまして、救急車が立ち往生してしまったということで、今年はそういう意味で救急体制が破綻しないように、急性期が終わったら後方病院で引き受けてくれないかという話がありました。やはり年末年始は暦どおりの診療になりますから、私どもの病院も人がいないのです。そういうところに、後方病院として患者さんを受け入れてくださいと言われても非常に困ります。

ですから、青森県内の民間病院等々の医療の体制をテコ入れしないと、勝手に回復期病院とか、療養型の病院とか、後方病院とか、後方ベッドとか、そういうことを簡単にさばいてしまっただけは無理があるのではないかなということ、次期地域医療構想のときには、中心ではなくて結構ですので、そこを重点的に検討していただけないかと思います。以上です。

(高木会長)

ただ今の御意見について。

(淀野委員)

もう少しよろしいでしょうか。この中で例もあります。高齢者救急が増えるのです。高齢者救急が輪番病院の救急に入ると、ベッドを塞ぐことになるのです。ですから、この高齢者救急は当然問題になっているのですが、この引受けも輪番病院が一旦断る体制を作ると、行きどころがなくなって、救急車からまっすぐ病院要請という、本来輪番でない病院に来るような形になります。ですからこれも考えなければならぬことだと思います。以上です。

(高木会長)

事務局どうでしょうか。

(事務局)

大変重要な御意見ありがとうございます。

もちろん、後方病院と急性期病院との連携の問題や、あるいは人材の確保、また高齢者救急の増加が見込まれるということで、その点の対応ということも今後の議論の重要なポイントになると思いますので、そういった御意見を踏まえて、地域医療構想の策定に取り組んでまいりたいと考えております。貴重な御意見ありがとうございました。

(高木会長)

そのほか、御意見・御質問はございますでしょうか。納谷委員どうぞ。

(納谷委員)

公募の大間町の納谷です。先生方、県の皆さんには日頃よりお世話になっております。今日は案外お天気が良かったので、会場参加すればよかったなとちょっと思いながら、地元で参加しておりました。

今御説明を聞いておまして、精神医療が地域医療構想に位置付けられることがすごく良かったなと思って聞いていました。精神の分野には地域包括というのが少し遅かったということで、精神の患者の皆さんにはすごく申し訳ない状況だったと最近知りまして、そこにこういう構想があることを見て、良かったなと思っていたところでした。一つ質問というか、確認やお願いになるかもしれないのですが、この1ページ目に挙がっていました外来医療・在宅医療、介護との連携というところなのですが、ここに社会福祉的な分野との連携というものが含まれているのかどうかというところが少し気になりました。今、身寄りのない方をどうするかというのがすごく取り上げられていまして、そろそろ国の方でもどういうふうにしていくのかというところが出されてくるとは思うのですが、身寄りがないということで、入院だったり施設に入るということだったり、困っている方というのが本当に増えてきたなという印象でしたので、それについても来年度からの県の計画に何か載せていただければいいかなと思っておりましたので、もし何か今の時点でお聞かせいただけることがありましたら、お願いしたいです。以上です。

(事務局)

御意見ありがとうございます。身寄りのない方の支援というのも大変重要なポイントですが、医療の分野に限らず、様々な分野でそういった対応というのが必要になってくると思いますので、この地域医療構想や医療計画の見直しの際には、そういった視点も踏まえて検討してまいりたいと考えております。以上です。

(高木会長)

では、村岡委員お願いいたします。

(村岡委員)

すいません。会場で参加する予定でしたが、今日急遽オンラインでの参加となりました、県介護福祉会の村岡です。よろしくお願いします。

質問なのですけれども、1ページの、今、納谷委員からもありました医療介護の複合ニーズと連携のところなのですが、今、介護福祉士、介護人材不足というところもある中で、2040年に向けて、どこの分野も人材不足になっていく中で、その連携体制を構築するに当たっては何かしらの会議体を持っているのか、もしくは今後そういったところも含めた、何かしら単位の会議とかそういったところから御意見いただくのか確認したかったです。以上です。

(高木会長)

事務局どうでしょう。

(事務局)

お答えいたします。介護事業者の皆様につきましては、現行の地域医療構想調整会議にも御参画いただいているところであります。新たな地域医療構想の策定に当たりましても、引き続き御参画いただくこととなるので、御意見を踏まえながら検討・策定していくこととなります。以上でございます。

(高木会長)

よろしいでしょうか。その他ございますか。よろしいですか。それでは、報告事項の③かかりつけ医機能報告制度について、事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局)

医療薬務課の中嶋です。それでは、報告事項③かかりつけ医機能報告制度について説明いたします。資料5をご覧ください。

かかりつけ医機能報告制度の概要ということで、本制度は高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、「治す医療」から、「治し、支える医療」を実現していくため、これまでの地域医療構想等の取組に加えまして、かかりつけ医機能が発揮されるよう、国民が医療機関を選択できるための情報提供の強化、地域で必要なかかりつけ医機能を確保することを目的として、国が整備したものとなっております。本制度では大きく分けて3つの取組で構成されておりまして、下の図にありますとおり、①のかかりつけ医機能を医療機関が県へ報告するという取組と、②のかかりつけ医機能を県が内容を確認しまして公表するという取組、最後に③の外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する取組がございます。

2ページ目を御覧ください。本制度に基づいて医療機関が実施する事項について、説明を記載しております。まず、各医療機関は下の図の①にありますとおり、自らのかかりつけ医

機能を報告するということが必要になります。G-MIS と呼ばれる医療機関等情報支援システムを用いまして、1号機能と呼ばれる「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」というものを報告いただいて、2号機能と呼ばれます「通常の診療時間外の診療」や「在宅医療の提供」等に関する事項について報告いただくという形になってございます。また、②院内掲示とありますように、自らのかかりつけ医機能につきましては、院内掲示を行う必要がありまして、③患者説明ということで、患者家族から求めがあったときには、治療計画等について説明を行うというものになってございます。

3 ページ目を御覧ください。外来医療に関する地域の関係者との協議の場に関する説明となっております。協議の場につきましては、県が実施主体となりまして、市町村や医療・介護の関係者と調整の上、開催することとなっております。下の図は、国がガイドラインで示しました協議の場の概要となっております。令和8年度からの開催に向けまして、圏域や枠組みの整理、かかりつけ医機能報告等のデータの収集・分析、かかりつけ医機能推進コーディネート等の設置等の検討を進めていく予定としてございます。

4 ページ目を御覧ください。かかりつけ医機能報告制度の主なスケジュールについて説明いたします。医療機関による報告は、来年の令和8年1月から3月に実施することとしております。令和8年4月以降、都道府県による報告内容の確認や公表といった事務を進めてまいりまして、同時進行で報告内容の集計・分析を実施する予定としております。また、令和8年7月以降、協議の場を開催いたしまして、12月以降には協議結果について公表を行うというようなスケジュールを予定してございます。説明は以上です。

(高木会長)

それでは、ただ今の説明について、御意見・御質問はございますでしょうか。村上委員。

(村上委員)

村上でございます。先ほど、いわゆる人口減少、それから医療費の削減、国の流れ、人口の流れ、青森県の流れを申し上げましたが、これも、関連してやはり同じような目的、人口減少のための病院のベッド減らし、あるいは介護の人数減らし、そこら辺と一緒の流れがあるわけでございます。ですから、例えば報告をさせたり、院内掲示したり、患者説明をしたり、もう当然でございますし、かかりつけ医としては良いのでしょうかけれども、逆に、かかりつけ医でないからこの診療をやめてくれとか、そういう方向につながる要素を非常に持っているわけでございます。ですから、これは行政の方がそうかそうかと言って、院内掲示や患者説明をしないところを削ってかかりつけ医にしないなど、そういう流れといたしますか、一つの国の力といたしますか、そういうものを、先ほど申し上げましたけれども、マイルドに、青森県を考えながら、各医療機関の御協力ももらって差し上げて、マイルドに進行させてほしいと思っております。よろしく申し上げます。

(高木会長)

事務局どうでしょうか。

(事務局)

御意見ありがとうございます。このかかりつけ医制度の協議の場を設置して、皆様の御意見を伺いながら進めるということになりますので、その辺りの御意見も丁寧に伺いながら進めてまいりたいと考えております。よろしくお願いいたします。

(高木会長)

そのほかにございますでしょうか。よろしいですか。それでは報告事項の④医療機関の広域連携について、事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局)

資料6 医療機関の広域連携について説明します。

1の趣旨としまして、県では高齢化や人口減少が更に進む中で、医療提供体制を維持していくためには、医療機関の連携が必要不可欠と考えており、各地域における連携に向けた取組と並行して、地域を超えた広域的な連携を促進するため、検討を進めていくこととしております。

2として、11月の県自治体病院開設者協議会からの要望に対し、医療機関の広域連携の進め方についてたたき台を提示したところであり、今後、関係者からの意見等を頂きながら、検討を進めていくこととしております。

2ページ目が提示した資料です。今後、県内6地域ごとに連携の枠組みの構築を促していきます。具体的には、青森地域では、昨年度設立したあおもり医療連携推進機構の参加団体拡大を進めます。西北五、上十三、下北地域では、広域連合や連携推進法人などの既存の枠組みを活用した連携体制の構築を図ります。津軽地域と八戸地域では、既存の枠組みがないことから、連携推進法人などによる連携体制の構築について、地域医療構想調整会議で取組を促進するとともに、連携推進法人設立に向けた財政支援や伴走支援も行います。また、全県連携の枠組みとして、地域医療構想調整会議の全県版の検討・設置をしていきます。説明は以上です。

(高木会長)

ただ今の説明について、御意見・御質問はございますでしょうか。

(丹野委員)

丹野ですけれども、よろしいですか。全国自治体病院協議会の丹野といいます。先ほどの新たな地域医療構想の中で御質問するかどうか迷ったんですが、この広域といいますか、お

そらく二次医療圏を超えた話し合いみたいな形で捉えましたけれども、基本的に地域医療構想調整会議がまずはあると思いますが、今までやっていた地域医療構想調整会議がやはり施設ごとにだけやってなかなか全体で進まなかったなという印象があって、そういう経験を踏まえて、この新たな地域医療構想の中では、もう少し広域な形で、おそらく今回県知事さんの権限が強くなったようにも思いますし、あとはやはり大学の先生方にぜひ絡んでほしいと言いますか、地域医療構想調整会議とか広域的なもので、今回この3者協議会が全体で関わるのかもしれませんが、ぜひ各地域で行われる地域医療構想調整会議の中にも、やはり大学の先生方にぜひ絡んでいただかないと、なかなか二次医療圏の中での機能分化、本当の病院の機能分化が進まないと思うのですよね。今までの地域医療構想調整会議を踏まえて、その経験に基づいてそのような形でやっていただきたいなと思っているのですが、県としてのお考えはどういうふうになっていますか。

(高木会長)

事務局お願いします。

(事務局)

ありがとうございます。今現在の二次医療圏ごとに行っている地域医療構想調整会議に大学の先生方にも入っていただかないと、進まないというお話でしたけれども、たたき台の全県の枠組みの中にも記載がございますけれども、現在、県と県立中央病院と弘前大学の3者による医師派遣配置調整会議というものを令和6年から設置してございます。県病と弘前大学については、県内の各医療機関に対して医師を派遣する役割を担っておりまして、地域の実情に応じてどのような医師の派遣の仕方や配置調整が必要かというところをこの中で議論しているところでございます。地域の医療提供体制をどのようにしていくかというところも、当然医師派遣との関連で議論が必要になってくることだと思います。また、丹野委員から御意見いただいたとおり、実際の各圏域の協議の中に大学の先生も入っていただきたいということも今後の検討になるかと思っておりますので、今回はたたき台としてお示しさせていただきましたけれども、どのような方々に入っていただいで協議をするか、どういった単位・圏域でやるのかなどについては、皆様の御意見を頂きながら検討してまいりたいと考えております。今後、皆様方に改めて御意見を伺う機会を設けたいと考えておりますので、よろしくお願いたします。

(丹野委員)

お願いします。

(高木会長)

そのほかに、御意見はございますでしょうか。

(福田委員)

よろしいでしょうか。弘前大学の福田ですけど、今の件に関して、3者の協議会においては、医師の派遣、要するに地域における医師不足をきちんと評価して、それに対して大学あるいは県病がサポートするような方向で進めています。地域医療構想調整会議に関しては、大学は津軽地域の調整会議には、病院長あるいはそれに準ずる人が参加していますけれども、それはあくまでベッドの調整という意味合いが大きいと思います。大学関係者が、例えば青森地域あるいはそれ以外の地域の調整会議に入ることに関しては、医師を派遣している地域のいろいろな情報を入手できるように思いますので、大学病院の方にも相談させていただきます。以上です。

(高木会長)

そのほか、ございますでしょうか。はいどうぞ。

(米田委員)

理学療法士の米田と申します。私たち理学療養士は回復期の領域で働いている割合が結構多いのですが、地域医療構想に関しても、私は青森圏域で働いていますが、回復期・慢性期の患者さんで、他圏域から移ってくる方が実際に多くて、急性期の医療だけでなく回復期の医療も圏域ごとにより病床の差があって、住み慣れた地域で療養できない方というのも増えているかと思しますので、そういうところもこの調整会議の中で、全体的に回復期が圏域間でどういう流れになっているかということも含めて審議いただければいいのかなというふうに思いました。以上でございます。

(高木会長)

事務局どうでしょうか。

(事務局)

ありがとうございます。リハビリもそうですけれども、今まさに二次医療圏だけで完結できない状況というのが課題として見えてきていると思いますので、そういった圏域を越えた連携というところは今後検討をしていかなければならない部分だと思いますので、御意見等を参考に、検討を進めてまいりたいと考えております。以上です。

(高木会長)

そのほかございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは最後にその他ですけども、委員の皆様から何かございますでしょうか。淀野先生。

(淀野委員)

お願いがあるのですが、県の医療業務課の人に、かかりつけ医機能というか、かかりつけ医制度がとても分かりにくくて、イメージしづらいのです。例えばイギリス型のような、住民と医療機関との契約で成り立つのか、そういうことは全くなさそうなので、イメージがとても湧かないのです。それで、医療業務課の人にちょっと私に講義をしていただけないかなと思ひまして、ぜひお願いします。中小民間の病院になると、外来でかかりつけ病院みたいなイメージで通われているお医者さん・患者さんがたくさんおられるので、そういうことも含めてちょっと整理しないといけないと思いますので、少し勉強の機会をください。以上です。

(高木会長)

何か要望のようですけれども、そのほかにございますでしょうか。はいどうぞ。

(山崎委員)

外ヶ浜町の山崎と申します。本日町村会の副会長として出席させていただいているのですが、町村会からではなく、外ヶ浜中央病院の情報共有ということで発言させていただければと思います。今、救急車を外ヶ浜中央病院が受け入れられなくなってから1年以上が経過し、高齢者の方が非常に多く、皆さん青森まで運ばれます。その中には比較的軽い、例えば熱中症だったり、転んで足を打撲したという方も全て青森市に行っています。当院の場合、救急を復帰させるにはもう少し医師がいないと働き方改革的に難しいのですが、例えば日中の医師の数がそろっている時間帯だけでも救急車を受け入れることができないのかということ町民からよく言われます。二次救急となれば365日24時間受け入れなければいけないので、今はなかなか難しいです。おそらく病院の先生が良いと言えば受け入れることはできるんでしょうけれど、それは二次救急とは違うので、救急指定病院の交付税は来ない上に仕事が増え、リスクが高まるので、先生方にもおもしろいところもあります。1.5次救急的な、例えば時間を区切ってこの時間だけ救急車を受け入れられる、みたいな仕組みができたということについて、条例や法律で難しいことは重々承知しているんですが、こういった声もあるということで挙げさせていただきます。

(高木会長)

今のは事務局ではちょっと答えづらいと思うので、検討課題だと思いますけれども、そのほかにございますでしょうか。よろしいですか。納谷委員どうぞ。

(納谷委員)

すみません、時間まで来ましたが、参考資料1を読んでいて目に留まったのが、5ページ目のがん患者の支援のB10のところの「身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十

分であるとする患者の割合」というところが悪化していたんですよ。悪化しているんだと思って次のページのC3「自分の心日常生活を送れていると感じるとする患者の割合」というのは改善していて、治療と自分らしい生活の関係ってどうなんだろうって、ちょっと自分でも考えさせられたというか、患者体験調査というのを見てもいいんですけども、結構膨大な量で特にこの関連というものについては、見つけられなかったんですけども、今、地域緩和ケア連携調整員というのを昨年度から県病主体で各圏域で進めているところだったんですけども、なんとなく皆さんと共有したい課題というかちょっとここについて自分なりに考えてみようとか話聞いてみた方がいいのかなとは思っているんですけど。その緩和と自分らしい生活ってどうなんですかねっていう問いを投げかけたいなと思いました。以上です。

(高木会長)

事務局どうでしょうか。

(事務局)

がん・生活習慣病対策課の山田と申します。患者体験調査については、詳しく分析・把握できていませんが、実際に患者さんの気持ちというのは個々それぞれだと思いますので、様々な機会を捉えながら、委員の意見も聞きつつ、取組を進める上で参考にしていかなければいけないというふうに思っております。

(高木会長)

よろしいでしょうか。

(納谷委員)

ありがとうございます。

(高木会長)

そのほかにございますか。その他ですけども。

(川野委員)

すいません。青森県看護協会の川野と申します。戻ってしまって恐縮ですけども、確認しておきたいなと思って発言させていただきます。資料6だったのですが、医療機関の広域連携の進め方の中に、先ほど医師の確保というところではお話を聞かせていただきましたが、その中で、人材育成とか人材確保という観点においては、医師だけではなくて看護職はじめ他の医療従事者、専門職もその中に入っているという理解でよろしかったかどうかということだけ確認させていただきます。

(高木会長)

事務局をお願いします。

(事務局)

ありがとうございます。資料の中には医師確保とか医師派遣というような形で書いておりますけれども、この人材の中には当然看護師をはじめとする医療従事者全体を確保して、それをいかに地域で、例えば融通したりとか、派遣したりとか、そういったところが進められればいいかなということを考えております。以上です。

(高木会長)

そのほかにございますか。よろしいですか。それでは本日の案件はこれで終了といたします。事務局にお返しいたします。

(司会)

高木会長、どうもありがとうございました。閉会に当たり、健康医療福祉部工藤次長から御挨拶を申し上げます。

(工藤次長)

閉会に当たりまして一言御挨拶を申し上げます。本日は、多くの貴重な御意見を頂きまして、誠にありがとうございます。皆様から頂きました御意見を踏まえながら、今後とも本県の現状に即した保健医療体制の一層の充実・強化に努めてまいりたいと考えております。引き続き、皆様からの御支援・御協力をお願い申し上げ、簡単ではございますが、閉会の挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

(司会)

それでは、これもちまして、令和7年度第1回青森県医療審議会を閉会いたします。オンラインで御参加の方は、適宜ミーティングルームから御退出くださるようお願いいたします。本日はありがとうございました。

議事録署名者 氏名 長根祐子

氏名 石岡悟

