

## 令和5年度第1回秋田県医療審議会医療計画部会 議事録要旨

1 日 時 令和5年4月25日(火) 17時30分から19時15分まで

2 場 所 秋田県議会棟 大会議室

3 出席者

【秋田県医療審議会委員(16名中15名出席)】(敬称略、五十音順)

伊藤伸一	秋田県医師会副会長	
大越英雄	秋田県薬剤師会長	
小野地章一	秋田県厚生農業協同組合連合会代表理事理事長	
小野剛	秋田県病院協会副会長	
加藤尊	全国健康保険協会秋田支部長	
神谷彰	秋田県病院協会理事	
小棚木均	秋田県病院協会会長	
白川秀子	秋田県看護協会会長	
菅原慶勇	秋田県理学療法士会長	
田口知明	秋田県市長会	
羽瀧友則	秋田大学大学院医学系研究科長・医学部長	欠席
藤原元幸	秋田県歯科医師会長	
古谷勝	秋田県国民健康保険団体連合会常務理事	
細越満	秋田県町村会副会長	
三浦進一	秋田県医師会副会長	
三島和夫	秋田県医師会(秋田精神医療懇話会)	

【事務局】

佐々木 薫	理事
伊藤 香葉	健康福祉部長
高橋 一也	健康福祉部次長
片村 有希	健康福祉部次長
石井 正人	健康福祉部次長
元野 隆史	福祉政策課長
野村 桃子	福祉政策課感染症特別対策室長
内田 鉄嗣	地域・家庭福祉課長
伊藤 幸喜	長寿社会課長
樋口 和彦	障害福祉課長
辻田 博史	健康づくり推進課長
加賀谷 修	健康づくり推進課国保医療室長
渋谷 清美	保健・疾病対策課長
石川 亨	医務薬事課長

柳 谷 由 己 医務薬事課医療人材対策室長  
堀 川 克 利 医務薬事課政策監

#### 4 議事等

##### 【事務局】

本日は、お忙しいところ御出席をいただき、ありがとうございます。

オンラインで参加予定の菅原委員がまだ参加しておりませんが、定刻となりましたので、ただいまから、令和5年度第1回秋田県医療審議会医療計画部会を開会いたします。

なお、本日の部会は、対面とオンラインの形式での開催となります。

発言される際は挙手によることとし、オンラインで参加の細越委員におかれましては、発言時以外、マイクをオフにしてくださいようお願いします。

また、説明などは、細越委員の方にも届くように発言いたしますが、もしも音声が聞こえづらいといったことがございましたら、御指摘いただけますようお願いいたします。

それでは、開会にあたり伊藤部会長から御挨拶をお願いいたします。

##### 【伊藤部会長】

部会長の伊藤でございます。

本日はよろしくをお願いいたします。

一言、挨拶をさせていただきます。

本日は、前回、3月13日に続き、令和6年度から始まる秋田県医療保健福祉計画の作成にあたり、主に二次医療圏の設定について審議していただくこととなります。

二次医療圏については、本県の医療計画ができた昭和63年時から医療圏は変わっておりませんが、人口規模、交通事情などが変わってきた現在、医療機関の役割も変わってきており、前回の部会では、まずは二次医療圏を見直した方がよいという意見でまとまったと思います。

本日は、前回の議論からさらに踏み込んで、医療圏の範囲や設定について考慮すべき点、計画期間中の対応等について、委員の皆様から忌憚のない御意見をいただき、活発な議論をしていただきたいと思いますので、よろしくをお願いいたします。

##### 【事務局】

本日は、所用のため、秋田大学大学院 医学系研究科長・医学部長の羽瀨委員は欠席されております。

また、出席者であります。配付しております名簿でご確認ください。それでは秋田県医療審議会運営規程により、会議の議長は部会長が務めることとされておりますので、以降の進行について伊藤部会長にお願いします。

伊藤部会長、よろしくをお願いいたします。

##### 【伊藤部会長】

それでは議事に先立ち、委員の出席状況と会議の成立について事務局から報告してくだ

さい。

**【事務局】**

御報告いたします。

本日は、委員16名中15名の御出席をいただき、委員の過半数を超えておりますので、医療法施行令第5条の20第2項により、本医療計画部会は成立しておりますことを御報告いたします。

**【伊藤部会長】**

次に、本医療計画部会の公開に関してお諮りいたします。

本医療計画部会は原則公開となっておりますので、公開で行うこととしてよろしいでしょうか。

**【異議なしの声あり】**

**【伊藤部会長】**

それでは、公開で行うこととします。

次に、議事録署名委員は秋田県医療審議会運営規程により、部会長が指名することになっておりますので、私の方から指名させていただきます。

神谷委員と古谷委員のお二人にお願いしたいと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、議事に入りますが、本日は19時30分を目処に会議を終了したいと思いますのでよろしく御協力をお願いいたします。

本日の議題は、「二次医療圏の設定について」となっております。

前回、この部会で二次医療圏の設定について協議を行い、今の8医療圏を見直すこととしておりました。

そして、本日は、事務局の方で案を作成していただいておりますので、今後のスケジュールと併せて医務薬事課長から説明をお願いします。

**【医務薬事課長】**

(資料により説明)

**【伊藤部会長】**

ありがとうございます。

ただ今、「二次医療圏の設定について」、説明がありました。

協議資料1の6ページに「本日の検討における論点」が示されておりますので、この論点に従って御意見を伺います。

まず、論点①です。「医療圏の範囲についての基本的考え方」ですが、いかがでしょうか。

【小棚木委員】

説明の中で地域医療構想調整会議という言葉が何度か出てきましたが、二次医療圏が見直された場合、これまで数年間、話してきたことをゼロにして新しい二次医療圏のもと、新しいメンバーで考えていくという理解でよかったですでしょうか。

【医務薬事課長】

地域医療構想調整会議については、第3回の医療計画部会が終了した後に第1回の全体会を予定しておりますが、まずは医療圏が確定するまでは、現在の8つの医療圏、構想区域で実施することとなります。医療圏が新たに設定された場合は、形は大きくなりますがその地域ごとに合同会議という形で進めていきたいと考えております。

【小棚木委員】

現在の地域医療構想調整会議の意見を二次医療圏の再編に反映させる必要はなくて、この部会で決めて、それで調整会議をやってくださいということでもいいのだろうか。

【医務薬事課長】

基本的には医療圏が設定されたら、それを前提に地域医療構想調整会議の中で議論していただくことを考えております。

【伊藤部会長】

小棚木委員の疑問については理解できますが、今後はそういった調整をしながらバランスを取って検討していくことになると思います。そちらについてもきちんと説明していく必要があると思います。

医療圏が変わってくると、今までの地域医療構想調整会議での議論とは違う議論になっていきますので、よろしく申し上げます。

【神谷委員】

北秋田市民病院の院長をしています。我々はこの再編の対象に入るとなっていますが、私たちの地域で今何が起きているかという、まず少子高齢化は確実に進み、医師も少ないということです。県の方はご存じかと思いますが、医師の数が県平均の半分程度で救急を行っています。高齢者が多いところの救急は、若者の多い地区の救急とは少し違います。今の救急の体制を近隣と連携する、例えば縮小するとなってくればかなり混乱すると思います。そこを踏まえた上での議論も必要だと思います。少子高齢化プラス医学部卒の医師が秋田県に残らない、十分に供給されないという問題もあります。供給されれば相当の部分の問題が解決しますが、医師がいない中で過疎化が進み、医療に従事する方が少ない。そこで再編したときに不便になるだけであれば、医療を必要とする患者は不安になります。私たちは救急を行っていて常に、患者さんの治療をどうすればよいか考えています。

脳卒中や心臓病など当院でできない場合は他院へ搬送しなければならないですし、そのシステムも作らなければなりません。それは交通の便が良くなっただけでは解決しません。そこには救急救命士などがかわって、ある程度処置をしてから搬送するとか、医療圏の再編後に、どこに運ぶといった議論も必要になってくると思います。

#### 【小野地委員】

私は大仙市住ですが、大仙・仙北医療圏の面積はほぼ東京都と同じです。県南3つが1つとすると、東京都の2倍の面積になります。しかも山林でなく比較的平野部が多い医療圏なので、広域なところで地域包括ケアというか住み慣れた地域で急性期でない医療をしていくとなると現実的には、なかなか難しいのではないかと思います。産科やPCIなどの件数はそれほど多くないので、搬送できるエリアを1つの医療圏として考えることは可能だと思いますが、住み慣れたところで色々な医療が完結することが広域な医療圏内でできるのだろうか。機能を拠点化、役割分担していくとなると拠点は少ない方が良いわけですが、(説明では)拠点は複数あっても良いとしていました。そこで患者がどうするかとなるとアクセスは自由ですよとなると、決めた医療圏は何のための医療圏なのかとなってしまいます。今論点①の話をしているが、論点②であれば、ある程度国から基準から示されていて、その基準をクリアするとなるとなかなか秋田県の人口だと4万人の二次医療圏では成り立たないとなって、論点①と②では若干逆の考えを持たなければならないのではないのでしょうか。現実的にいくつの医療圏案が良いかとなると結論はなかなか出ないと思います。将来の人口を考えて再編しなければならないのはそのとおりで、前回の部会でも述べましたが、いきなり90万人から60万人に人口が駆け降りるように人口が減るわけではありません。毎年毎年減って、行きつくところが60万人です。医療圏をどう決めようがある程度段階的に機能の拠点化を進めることで、医療圏をどう決めるかではなく、どのように医療機能を拠点化し連携していくかというのが長い期間を掛けて整えていくことであって、医療圏を決めるのが大きな問題ではないのではないのでしょうか。

ただ、住民がどう捉えるかといった視点が大事で、人口だけを見ると60万人であれば3から1医療圏でなければ秋田県ではできないことを理解はしているので、いきなり明日そうなるわけではないということをきちんと伝えていけば、括り方はどうであれその後の医療圏を見直したときに、地域医療構想をどういうスピードでどう進めるか、例えば広域となった医療圏の中に、今後10年間は拠点を2つ、その後は1つになるというような、そういったことをきちんと整理できれば、二つ目の論点でもある国の基準を全く無視はできないだろうから、そういった括り方をした上で、ただ行きつくところを目指すのではなく、行きつくまでにどういった機能を集約・連携していくことを考えればいいのではないのでしょうか。厚生連としては、9病院を全医療圏に持っているのですが、どういう括り方で一緒になろうか、どこかの病院に機能を集めたり、他の医療機関とも連携していくこととなります。3ではなく5医療圏となったとしても、いずれ県南については、大曲厚生医療センターと平鹿総合病院で疾病によってはどちらかが多かったり、少なかったりといった状況なので、一つの医療圏となったとしてもどちらかを拠点にするというのは現時点では難しいことです。そこらへんについては、何年後かにその状況に応じて、どちらかに機能を

集約しましょうということになります。3医療圏にいずれなるのであれば、今3医療圏にしても良いが、どういうスピードで実態として持っていくのかを今後考えることが重要だと思います。

#### 【小野委員】

基本的には小野地委員と考え方は同じですが、結論から言うと3医療圏案に賛成です。県南地域を考えてみても、今でも今の二次医療圏を超えて受診している患者もいます。住み慣れた地域といった地域包括ケアシステムについては、広域ではなくて市町村単位で主に進められております。介護保険についても保険者は市町村です。そういった中で、これまで合併していない町や村については、今担い手も少なくなりサービスができなくなってきました。今後はやはり広域化を考えていかないと地域包括ケアシステムが成り立たなくなっていくと思います。医療と介護の連携を考えると医療圏を広域化することは必要だと思います。地域包括ケアシステムを支える病院については、県南地区で言えば自治体病院と中核的な病院である厚生連という形を取らざるを得なくなっていくのだと思います。今の地域医療構想は2025年となっていますが、結果的に2030年の姿を考える必要があります。(3医療圏が)現時点でどうだろうかと抵抗があったとしても2030年の段階では目に見えて人口は減っているわけなので、そういった中で5年後の先を考えたときに、どういう括りにして役割分担を進めることとなります。ただ、すぐに県南地域でもまとまって物事を進めることはないと思います。当分の間は今と同じような医療提供体制で患者動向も同じだと思います。その中で一年一年、協議を重ねていきながら、患者さんもこのような形にしていこうということにいきついていくのだと思います。そういった中で、拠点をどうするのか、急性期についても病院の特性を捉えて複数あっても良いのではないかと。そういった中での役割としてA病院はこの機能が強い、B病院はこっちの機能が強いとそれぞれ特長を生かした形で、地域の患者さんが地域包括ケアシステムを支える病院から治療をお願いし、そこで治療が終わったら戻るといったことによって、患者としても住み慣れた地域で暮らすとすることができるのではないかとということを考えますと、そういった意味では医療圏を広域化した方が、5年後にまた同じ議論をせざるを得なくなると思いますので、この案(3医療圏案)については賛成です。

#### 【伊藤部会長】

3医療圏か5医療圏のどちらかにするかではなくて、将来的に3医療圏が望ましいというのはみなさんの共通認識だと思います。病院の統廃合をするということを言っているわけでもないですし、今の医療機能を維持したままで医療圏を3つにしたらどういうメリットがあるのか、5つにしたらどういったメリットがあるのか、逆にどういったデメリットがあるのかを部会の中で検討しながら医療圏を考えていくこととなると思います。

#### 【小野地委員】

医療圏の数を言っているのではなく、実態としてどういうスピードでどう持っていかかが大事であって、数で議論してしまうとそれぞれ良いとか悪いとか問題も出てきますので、

その後の議論をきちんとやっていくこと、地域医療構想調整会議での議論をどう持っていくかが大事です。小野委員が話したとおり、狭い範囲では大変だけど、地域包括ケアシステムについて、県南で言えば、雄勝と仙北市で同じくできるのかとなると別の問題もでてきたりして、一体どうやって決めればいいのかといった話になってしまいます。

【伊藤部会長】

そうになってしまうと、小棚木委員が最初に言ったように、これまで進めてきた地域医療構想調整会議がどうだったのかといった、そういった問題にもつながっていきます。

3とか5ではなくて、将来の医療機関の役割分担や連携体制に関して御意見をいただきます。

【三浦委員】

いずれは3医療圏になると思います。余談ですが高校の学区も全く同じだと思います。地理的な状況や人口分布等を見ると構造的に秋田県はそうなっているのではないかと最近感じているところです。現段階で3にするなどはっきり言う必要はないと思いますが、地域医療構想調整会議との兼ね合いの中で今後どのような連携をしていくのか、それぞれ自院の強みを生かしていけるような議論がこれからできれば、医療圏の中で完結できる仕組みをお互い考えていけるたたき台になっていければいいと思います。

拠点については複数でも良いということですが、結局、救命救急センターやがん拠点センター、ハイリスク分娩を取り扱う病院をどこにするのか、医師の確保状況による影響も大きいと思いますが、そういう議論が必要だと思います。もしも医療圏の議論がなければ、それぞれができるだけ頑張っ続けていくという状況になってしまい、秋田県の医療には心細いものを感じます。今回の議論の中で数を決定することが良いのか、いずれ3医療圏になる方針で、とりあえず5が良いのかは別にして、6年間はその一手手前の数として議論することが必要だと考えます。

【三島委員】

さきほど神谷委員の方から医師確保が難しいという話がありました。やはり今の若手医師が定着してくれないと医療圏を維持できないことになりませんが、最近の医師は、初期研修や専門医を取らなければならないため、病院機能については非常にナーバスで意識を集中している状況です。この先、地域医療構想調整会議等で役割分担について議論することとなると思いますが、病院の中には初期研修医にとって良き研修場所が無くなる、例えば病床サイズが小さくなり、経験症例数が少なくなるという問題が若手医師にどう映るかという懸念もかなり大きいと認識しています。若手医師のワーキンググループが来月以降に開催が予定されていますが、ここで次代を担う若手医師の意見をしっかりとくみ取っていただき、今後の議論に反映していただきたいです。ただの説明の場でなくよきアイデアや意見出しの場になってもらいたいと思います。

【伊藤部会長】

前回の若手医師のワーキンググループでは活発な意見交換がなされていて、若手医師にどう映るかということについては協議したいと思います。

#### 【小野地委員】

学生の研修について話がありましたが、厚生連には秋田大学以外にも北は岩手医科大学、南は東北大学から来ています。特に南の東北大学からはメインになる循環器内科や2病院では外科医がすべて東北大からきている状況です。今のような議論がなかなか東北大や岩手医科大には伝わらないです。その医師確保がこの秋田県の議論と全く違うところで決定されてしまうので、この点については秋田大学にもお願いしたいのですが、どこに集めるかというときに、その教育体制が必ずしも秋田大学で完結できない状況もありますので、そういったところも考慮しないと医師確保できなくなる可能性も排除できません。常に危うい状況で動いているところもあるので、考慮していただきたいです。

#### 【伊藤部会長】

その点は秋田大学からの派遣の問題もあると思いますので、しっかりタイアップすることが必要だと思います。

あとは県境の問題あると思います。大館については弘前大学からきていますので、そういったところとも調整しなければならないというのが秋田県の状況だと思います。

他にいかがでしょうか。

神谷委員から話があったように今の北秋田地域で大変な思いをしているときに、これ以上どうやって救急をどこに持っていくのかとかそういった問題も出てくると思いますし、現在秋田市を中心に集中しているところを、ある程度圏域でカバーしていかなければならないということもありますので、そこは議論③のところで、救命医療や産婦人科のハイリスク分娩やがんなどにも一緒に考えていかなければならないと思います。

医療圏を変えていくときに、3つにするなり5つにするなり、今の組み分けが大きくなることについて、どういったメリットを求めていくのか、神谷委員はどういったお考えをお持ちでしょうか。

#### 【神谷委員】

医師の働き方改革もあり、少ない人数で例えば救急や様々な分野の医療を行うこととなります。病院の規模からいって、当院外科の場合は1チーム、大きい病院では2チームや3チームできます。働き方の問題もあり医師が集まりにくいという秋田県全体の課題があります。学生は都会を見ているので、病院でどういう研修ができて、勤務形態はどうかを見えています。今までとは違った体制を考えた上での医師の配置が必要となりますので、メリットとしては一つの病院で無理してすべての医療を提供するのではなく分担できるということがあります。循環器に関して言えば、高度なテクニックが必要とする医療技術もあるので、中心となる病院を作って実施するのが望ましいと思います。ただ、この図の中に示されていますが、例えば、救急と地域包括ケアシステムに問題があると思います。私たちの地域に総合病院が1つしかないため当院では、救急も地域包括ケアシステムも全



で行っています。高齢者が施設に入って、肺炎になり当院で治療し、施設に戻すというように医療と介護が一体となっています。機能の集中化を行えばこれを全部で行うのはかなり難しくなります。広域になることで、今後地域包括ケアシステムだけやろうとした場合、年間 1,200 件程度ある救急搬送について他院で診ることができるのかという話もあると思います。そういったことを一つ一つの疾患ごとに分けて考えていかなければならないと思います。医療圏について2つの案が示されましたが、大きく見た方が良いとは私は思っています。非常に広大な地域にはなりますが現実味がどこまであるかについては疾患ごとにしっかり考える必要がありますが、広めに見た方が、選択肢が広がって良いと思います。

#### 【伊藤部会長】

大きなところで拠点的なもののハブ化ができてくると、若い医師や研修医も大学とコラボすることで派遣という形ではうまくいく気がしますので、医療圏が大きくなった場合の魅力ではないかと思います。

#### 【小野委員】

地域包括ケアシステムを支える病院が救急を一切やらないということではなくて、急性期といってもかなり幅がありますので、地域の軽度の急性期、特に高齢者の救急を全部拠点病院の救急に集めてしまえばパンクしてしまうと思います。そのためそこは棲み分けをして、中等度から高度の急性期疾患は拠点病院で、例えば肺炎とか骨折とか軽度の急性期疾患については、地域包括ケアシステムを支える病院で診ても良いのではないかと、といったことを圏域の中で棲み分けをしていけば、もっと救急医療もスムーズに行えるのではないかと思います。

#### 【伊藤部会長】

まさに地域医療構想の考え方だと思います。役割分担、機能分化連携といった考え方だと思います。

まずは、論点①についていかがでしょうか。

#### 【小棚木委員】

範囲に関して3医療圏に賛成するものでありますが、患者の受療行動を制限するものではないこと、直ちに病院の統廃合や病床削減を要請するものでないことという2つがしっかり認識されれば、括りはどうでも良いかと思います。現状であってもしばらくは誰にも迷惑はかけないので、その間に拠点病院等について地域医療構想調整会議で検討するということになっているとは思いますが、現実的に、地域医療構想調整会議では急性期を減らして慢性期、回復期を増やすというベッド数の操作に終始していますので、それは本質ではない。急激に病院のベッド数や機能をいじられれば患者に迷惑もかかるし、病院も上手くできない。言い方は悪いですが時間が経てば病院はそれぞれの考えで慢性期を増やしたり、機能を増やしたり急性期を辞めようとしたりするので、自ずと着地点はみんな心配しなくてもいいところに落ち着くのではと楽観視はしております。括りは大きくして、地域

医療構想調整会議ではたくさんの意見が出るとお思いますので、しっかり議論を重ねていけばいいのではないのでしょうか。括りを大きくしても紹介先病院が極端に変わることはありませんので、括りは大きくして今の状況が続けながら、次第に拠点はここに、その疾患の専門はこの病院にといった形にもっていくのが良いのではないのでしょうか。

#### 【伊藤部会長】

括りは大きくするというので、これまでの意見からしても県が示す医療圏をまとめるといった考え方には皆さん理解いただけているとお思います。

県に確認したいのですが、医療圏を3つや5つにするメリットというか、議論の中で市町村合併の話もありましたが、合併したけど、やはり中心部だけ潤って端のほうは良くなかった、良い思いをしなかったというところもあるようですが、括りを大きくすることで良くなることは何であるか、住民のみなさんが教えて欲しいことだとお思います、この点についてはいかがでしょうか。どのように説明していく予定でしょうか。

#### 【医務薬事課長】

見直しに関しては基本的にはこれまで取り組んできた医療提供体制を生かしつつ、足りない部分などについて補完しあいながら、地域の医療機能を整備していくという考え方になります。機能分担・連携も必要となりますので、住民にとっては多少遠くなりますが、そこに行けば確実に医療を受けられるといった安心にもつながるので、この点は住民にとってメリットはあるとお考えています。

#### 【田口委員】

医療圏の数を3にするとか5にするとかというよりは、秋田県の医療のあるべき姿があって、それに向けて人口減少など少子高齢化社会の中で医療圏を見直さなければならないということについて市民に対して理解をいただかなければ、8つが5つになれば何が変わるのか、我々の医療がどうなるのか不安です。住民は変化に非常に敏感なので、その部分がまずは重要だと思っていました。すべての論点に通ずると思うが自治体は少子高齢化の課題を抱えております。医療の提供によって人口が流出するといった状況になるのは一番困ります。逆に言えば安全・安心な医療を提供することによって、ほかの地域から移住してくることも考えられるのではないのでしょうか。例えば、子供を抱えた親御さんが仙北市に移住したい、秋田県に移住したいといった際に、秋田県ではこういった安全・安心な医療を提供できるのだということを我々自治体としても説明していかないと、いざとなったら過疎化が進んでちゃんとした医療もないとなってしまうと、当然、移住の選択肢には入ってきません。地元住民に対する医療もそうですが、移住対象者へのPRにもなりますし、若しくは観光で来県する方に対し、いざ何かあっても秋田県で対応できることを示していかないと、特に当市（仙北市）では田沢湖病院の救急対応ができなくなったときに、観光客、特に修学旅行生が全く来なくなったという経験がありました。本当に医療は観光にも直結する部分もありますので、何とかしてその人口減少を減らしていくためには安全・安心な医療は欠かせないとお思います。安心できるような見直しをしていただ

ければ良いと思います。

【細越委員】

小坂町の現状としては、鹿角市と一緒に中核病院であればかづの厚生病院の医師確保のため岩手医科大学の方に要請しに行っております。岩手医科大学の方でも医師が不足しておりますので、医師派遣に関しては難色を示しているところがあります。やはり医師確保が一番大切なところだと思っております。当町で病院にかかるとすると、かづの厚生病院と大館市立総合病院とおよそ半々となっていることから、医療圏が見直されたとしても患者動向については変わらないものと考えております。鹿角の方だとまずはかづの厚生病院に運ばれて、そこで手術などができなければ、今度は、大館の方に動くことになると思います。そうするとやはり医師確保が非常に重要になってくるのではないかと考えております。

また、搬送の際の救急についても大事になってくるのではないかと考えております。

【伊藤部会長】

それでは、次に論点②についてはいかがでしょうか。

【三島委員】

私の担当分でもある精神医療の状況についてお話したいと思っております。精神科では、毎日のように自殺企図や身体合併症を抱えて精神科救急にこられる患者がいて、かなりひっ迫した状態です。一つの医療圏の中で完結できるかというところはいかないところもあります。身体合併症については総合病院の中に精神病床をもっている医療機関は限定され、全国的に見ても秋田県は突出して精神科のリソースのある総合病院が少なく、秋田周辺を含め一部に限られています。二次医療圏を基本としつつも、私たちが従来行っている精神医療の実情や地域の実情を勘案しながら、かなり弾力的に運営していかなければならないと思っておりますし、今後の地域医療構想調整会議など様々な会議の中で円滑に進めるための議論をお願いします。

【藤原委員】

設定に当たりということですが、今の精神科の話にもありましたが、国の見直し基準をクリアすることは絶対でしょうか。秋田は少子高齢化の日本一であるので国の見直しに倣う必要はないかと思っております。どちらかといえば秋田県としては独自の基準で、秋田県はこうしましたとして見直しても良いのではないかと考えております。そういう意味では、地域包括ケアシステムをもっと活用させる。歯科に限っては、東京のある病院で歯科衛生士を新たに3人雇って何をしたかと言えば、口腔ケアをやったそうです。そうしたら、退院までの期間が減ったという実績がありました。ということは医療に役に立っているわけです。我々歯科に関しても感染症をメインに口腔ケアをしっかりすると、病院歯科でも採算の面ではじいてる医療機関もありますが、そうではなく院内の患者の口腔ケアを全部やるということも仕事だと思っておりますし、感染症予防等についても貢献できるのではないかと考えております。

【伊藤部会長】

県の方に確認ですが、国の基準は、原則としてということであって、絶対守らなければならないというわけではないですね。

【医務薬事課長】

国の基準なので我々としては基準を踏まえクリアしていくことが前提となりますが、一般的な入院に係る医療を一体的に提供できるかという視点で考えますので、はじめから圏域を超えることを前提とした入院医療を一体的に提供する圏域として成り立っていない医療圏を設定するとすれば、秋田県の実情など合理的な理由が必要になります。

【藤原委員】

秋田県の実情というか病態、秋田県ではどういう病気を抱えた患者を抱えているのか、地域的なもの、病気の種類といったものを把握していれば、それに対し対応していけば良いのではないかと思います。

【伊藤部会長】

看護の働き方や体制といった視点で白川委員はいかがでしょうか。

【白川委員】

今までの意見を拝聴していてまさしくそのとおりだなと思い、納得したところです。臨床のときの経験から言えば、患者さんは最初に大きい病院へ行きたがります。そして、そこで入院すると自分の心と身体が納得するまで退院したくないという患者を多く診てきました。今までの話のように医療圏は広い方が患者は安心する、そういった大きな病院にも行けるという納得感は得られると思い聞いていました。長くなると困るといふか、疲れるのは家族で、近くに連れてきたいと思う患者は近くの地域包括ケアシステムを支える病院で診てもらって、急変したときや、一年に一回大きな検査をしなければならないといった場合や治療が必要となる場合は、大きな病院へ行ってもらいたいという患者が多い印象がありますので、患者さんに納得していただける説明という意味では受療行動を制限するものではないとか直ちに病床を削減するものではないというのは大事なことだと思います。もちろん、県民のみなさんも少子高齢化が進行していることは知っていますので、しっかり時間をかけて、秋田県の医療はこのようにやっていきますということをきちんと説明できれば良いのではないかと思います。

【古谷委員】

これまでの意見については納得する部分も多く、そのとおりだなと思うところがほとんどです。医療圏については歴史的なものもあるみたいですが、拠点やHUBの部分はどう設定していくというのも交通の問題もクリアしながら大きく設定する必要があると思います。受診者からすれば、拠点やHUB病院が設定されていれば、最初からそこに行けば助

かったと考えるようなリスクは減らしていただければと思います。国の基準をクリアしていくことによって課題も解決していくとは思いますが、県が示した3医療圏については最終の姿だと思います。それまでの間、地域医療構想の議論など、工程が大事かと思いますが、行政と協力して進めていくしかないと思います。

#### 【大越委員】

医療圏については県民にも馴染みのある括りでもありますので、県北・中央・県南という3つで良いと思います。8つだと小さなエリアで解決していきなさいということもありますが、広域で進めるというのは良いと思います。変な意識として、越境意識みたいなものも持たないで済みますし、県民の目から見たときに、変な認識をされると困りますが、この病院ではもう診てもらえないだとかこの病院には行けないといった認識だけは誤解されないようにしていただきたいです。地域包括ケアシステムに関しては、各自治体という小さな括りだと思いますので、医療圏の設定にはあまり考慮しなくて良いと思います。

#### 【加藤委員】

医療現場や救急現場の話については非常に勉強になりました。保険者の観点から言えば、医療圏間の流出入データからみますと、あまり医療圏を意識しないで患者はかなり合理的に動いているというのが現実的ではないかと思います。と言いますのは、現実的に医療圏はすでにできているのではないかと感じるころもあります。医療圏の議論というのは私の認識だと部分最適でなく全体最適をどう目指すのかということにあるのだと考えておりますので、医療圏自体はビジョンのフレームの提示になると思いますし、各論的には何度も書かれているが、役割分担と連携が極めて大事になってくる部分だと思います。その中で医療と介護の連携体制を整えていくというのが重要だと考えております。

#### 【小棚木委員】

広域な医療圏となったときに郡市医師会はどうするのでしょうか。医師会は二次医療圏に大きな関わりがあると思いますので、広域になったときに、その範囲は自分の医師会の範囲ではない、関係しないといったことが起こらないですよね。そこをしっかりと、郡市医師会の連携ということで、ベストは新医療圏に合わせた広域の郡市医師会になってもらったほうがよりみんなのためになると思いますがいかがでしょうか。

#### 【伊藤部会長】

郡市医師会が合併する方が、医療圏の広域化より難しいと思いますが…。

#### 【三浦委員】

医師会の仕事は医療だけでなく介護や福祉にも関わっています。市町村単位できめ細かく対応しています。現状ではそういった意見を持たれる方はいらっしやらないかと思いますが、県医師会と郡市医師会は全く機能が違いますので、県医師会としては各市町村と相談しながらお互い協力しあっているところであり、行政との関わりが一番ですが、医療

圏が変わったからそれぞれの仕事が変わるとは思っていません。

【菅原委員】

我々リハビリテーション医療においては合併によるメリットは大きいと思っています。脳外科疾患障害や心疾患障害を考えると急性期でどのくらい潤沢なりハビリを受けて機能が最低限落ちない状況で回復期に渡し、回復期では機能再建に向けて、まず自宅に帰れる状態にして維持期に渡すこととなります。急性期と回復期の病院・医療の選択が幅広くなるという意味では役割分担にもつながると思います。連携システムができていれば非常に我々としては願ったり叶ったりであります。

【伊藤部会長】

それでは、次に論点③に入りますが、計画期間中の対応についてですが、いかがでしょうか。

【小野地委員】

救命救急、ハイリスク分娩、がんが書かれていて、順次整備という意味では良いですが、救命救急もがんも疾病によってだいぶ違います。一つ言えるのは、分娩についてはハイリスク分娩だけではなく、もはや通常分娩が問題になっているのが現状です。ハイリスク分娩について時間的に余裕があるのであれば日赤には申し訳ないですが一か所に集めた方が良いのではないかと思います。厚生連で問題になっているのは通常分娩をすべての病院でできなくなっていることで、それは医師の確保の問題でもありますし、助産師は分娩件数が少ないところには行かないという二つの点が挙げられています。2,000例近くあった分娩数がこの4年間で60%の約1,200件まで落ちてきています。厚生連の9病院中8病院で分娩を扱っていたが、すでに2つは扱いを止めています。まもなく100例を切っている病院も2つあって、通常分娩の維持が難しくなっていますので、機能分担という意味では集約して医療圏を大きな括りにしたときに最初に取り組むべきは、この分娩となるのではないかと思います。分娩をどこに集めていくのか、さきほど田口委員から移住や医療に心配ない自治体という話もありましたが、「〇〇市」で分娩ができないということがネックになるという話はよく分かりますが、現実問題として同じ自治体で数十例の分娩しかなくなったときに、それを維持していけるのかということ、もはや医師や助産師が確保できないし、分娩数が極めて少なくなっているときには、そこは早急に二次医療圏の見直しのあとに機能分担について、どこを拠点していくのか議論が必要だと思います。ハイリスクではなく通常分娩であることが大きな問題になっていると思います。

【伊藤部会長】

ハイリスクだけでなく分娩そのものが厳しくなっているということですので、そういった部分は集約化して対応すべき時期にきているということを含めて、医療圏を検討していく必要があります。

【三島委員】

精神科救急については先ほど申し上げたとおりですが、今後地域医療構想において全県的に圏域跨ぎで考えていかなければならないと思っています。さきほど分娩の話もあって非常に大変な状況だと分かりました。質問ですが、分娩、救急、特殊ながん診療などは拠点化が必要だと思いますが、それ以外で拠点に集約していかなければならない医療としては何があるのでしょうか。生活習慣病などは幅広く診ていかなければならないと思いますが、現時点で拠点に集約化していく具体的な疾患にはどのようなものがあるのでしょうか。

【伊藤部会長】

例えばコロナのときの感染症などが該当してくるかと思いますが、県の方で他に何かあるのでしょうか。

【医務薬事課長】

基本的に医療計画には5疾病6事業と在宅などとなりますので、まずは、疾患では、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患、事業で行くと救急、災害、へき地、周産期、小児医療、新興感染症及び在宅といったこれらを具体的に検討し、計画に盛り込んでいくこととなります。

【三島委員】

重症度もあるし、5疾病6事業を拠点化していくとなると、現在対応している病院にしてみれば手放すところも出てくれば死活問題になるのではないかと思いますので、検討の際には、かなりもめるのではないかと思います。精神医療でも精神科救急についてはリハセンでかなり受け入れてもらっていますが、精神重症となれば精神科救急とは別に構造のしっかりしたサイズの大きい精神科の専門病院でやってもらっています。精神医療と言えど一つにまとめられていますが、(様々な症例がある。)どこの病院が中心になって診ていくかの論議はかなり複雑であるため、今後の議論の中で丁寧に詰めていく必要があると思います。

【伊藤部会長】

救命救急のところでは解離性大動脈瘤など循環器疾患に関しては早急に対応しなければなりませんので、その中でも分かれていくことになるというのもあるかと思います。その疾患の中でも急を要するものに対する対応をどうするかということも考えなければならぬと思います。

【小棚木委員】

拠点の整備について申し上げますが、過去に秋田県にがんを専門に扱うセンターを作ろうという話があったとき、私はそれには反対しました。がんの患者にも高齢者が増えてきて、いざ手術をするときに心臓が悪かったり、糖尿病であったりなど複合した合併症をもっているがん患者もいらっしゃるのです。それをがんの専門医だけでは診られない。やはり

幅広い知識を持った人たちが揃う必要があります。一つのことの専門拠点を作るということは患者のためにならないと思いますので、その点を考慮した議論が必要です。

#### 【伊藤部会長】

救急など北秋田地域だと大館市立総合病院との連携もあると思うが、そういった部分をどう機能分化していくか、あるいはどこかを大きくしてHUB化していくなどといったことに関して何か感じておりますでしょうか。

#### 【神谷委員】

地域のことを考えて取り組んできていますが、例えば脳の疾患が来たらどうしようかと考え、大館市立総合病院に紹介したり、場合によっては秋田市の循環器・脳脊髄センターに紹介するという選択肢もあります。こういった体制が続くのであれば問題はないと思います。HUB化について、県北に1つどこかに作るとなると、それはどこですか、ということが非常に大きな問題になると思います。今の医療圏3つをまとめると人口が21万人となります。国は最低限の人口がこれくらいとしています。救急の搬送体制や初期対応をどうするかそういうレベルで考えていかなければならないと思います。あわせて救急と言ってもお年寄りが多くなれば、それは地域包括ケアシステムの中での救急なので、診療所の医師、開業されている医師の役割、最近ですとかかりつけ医機能ということが議論されているようですが、そういうところである程度担っていただいて、その上で、診療所の先生と病院とのつながりができればよいのですが、広い意味で考えていかなければならないと思います。なおかつ私たちの地域が将来どうなっていくのか、医師として症例の構造を見ていったときに、患者が減ってくると意欲が減ってきます。そこは行政に介入してもらい様々なことを進めないと上手くいかないと思います。病院だけでは解決できないと思います。最初に言われたHUB化に関しては初期対応を考えてそれぞれある程度はできるようにしておくことが必要だと思いますが、それをすべて行う総合診療医とは言いますが、未だ養成も進んでいません。幅広く知識をもって我々は総合診療的な医療をやっています。そういう意味での医師の育成も必要となると思います。

#### 【小野委員】

救急については、今後の中で高齢者救急というのは議論していかなければならないです。それは、地域における65歳以上人口が多くなってきている中、100歳の方もいます。その患者をすべて拠点病院へ搬送するかとなったときに、ほとんどの家族の方は「この病院でできることをやって診てください」と言われます。そのような方を遠くの拠点病院まで運ぶかと言われると、そうではないと思います。まだ普及はしていませんがACP(Advance Care Planning)というのを考えたとき、しっかりACPに取り組んでいる方は、高度急性期に搬送しなくても良いかということもあるかと思えます。そういう意味では高齢者救急については救急医療を考えるうえで、そういう方が結果的に拠点病院の救急の先生方に負担を掛けないということもあり得ますので、地域包括ケアシステムを支える病院でも寄り添う医療として、そういった患者の救急に対応する仕組みも必要ではないでしょうか。



【伊藤部会長】

本日欠席している羽瀨委員からコメントが寄せられていますので、事務局から紹介してください。

【事務局代読】

交通網や移動が以前より時間がかかるとはいえ、かなり改善されたことにより3医療圏で進める案でよろしいかと思えます。国の基準をクリアすることは当然として、秋田市への一極集中を避け、県北・県央・県南でバランスの取れた医療提供体制の整備については、県全般の人口が秋田市に集中する傾向が打開されない限り、医療提供体制も秋田市が中心となるでしょう。そのうえで少なくとも県北、県南に中核となる病院を1～2確保し、HUBとなって十分な医療供給体制を組むのが理想でしょう。高度ながん治療や一部のハイリスク分娩については数分、数時間レベルで争う問題ではないので秋田市を拡充していく方法でも良いかと思えます。基本的かつ重要な救急医療、脳梗塞、心筋梗塞、大動脈解離、外傷などこれらは3医療圏に核となる病院が必要で今まで以上に充実が必要ですが、3医療圏で各々の病院の役割を明確にして各医療圏での集約化も必要と考えます。

【伊藤部会長】

HUB や充実については予算がないとダメだと思えますので、そのための予算も確保しないと実現しない、単なる理想になると思えます。

【小野委員】

二次医療圏の話も進んでいき、連携や役割分担も進むと思えます。今後は地域医療連携推進法人のような、少し穏やかな連携をとった形での仕組みも何か所か作っていく方が、人のやり取りも含めて良いのかなと思っているところです。今後、このようなことも議論できれば良いと思っております。

【伊藤部会長】

なかなか他県と違って本県は県立病院が少ないため、小さくは可能だと思うが、大きなものは難しいのかと思う。JAがどう考えるか、JAとどう連携するかといった課題もありますが、こういったキーワードが出たということは書き留めておきたいと思えます。

他に何かございませんでしょうか。

【伊藤部会長】

さまざまなご意見をいただきましたが、前回の部会で二次医療圏の設定を見直すこととしておりましたが、先ほど申し上げたとおり昭和63年くらいから変わっていないという状況です。いざ見直しとなると必要性は感じるものの、いざ二次医療圏がこのようになるといった姿を見たときに、我々もそれに対する意見があるように県民を含め関係者も意見があると思えます。今後のスケジュールにもあるとおり県民や関係者の理解を求める必要

がありますので、次回の部会開催までに本日の意見を踏まえ課題を整理するよう事務局に  
お願いします。

**【伊藤部会長】**

本日の協議事項は以上ですが、他に皆様方から何かございませんか。

他になければ、これで終了となります。

事務局にお返しいたします。

委員の皆様、御協力ありがとうございました。

**【事務局】**

これをもちまして秋田県医療審議会医療計画部会を閉会いたします。

本日は、お忙しい中、御出席いただき、ありがとうございました。

令和5年7月12日

部 会 長                    伊 藤   伸   一                    印

議事録署名委員            神 谷                    彰                    印

議事録署名委員            古 谷                    勝                    印