

平成30年度 長野県地域医療構想調整会議

日 時 平成31年 3月15日（金）  
午後 2時30分～4時30分まで  
場 所 長野保健福祉事務所 3階会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 会長選任

○事務局

それでは、お配りしております調整会議の次第の3番目でございますが、会長の選任ということでございます。

お配りしております設置要綱第4の規程で、会長の選任は委員の互選ということになってございます。どのようにしたらよろしゅうございますでしょうか。春日委員、お願いします。

○春日委員

歯科医師会の春日でございます。発言させていただきます。

今、ありました会長ということでございますけれども、ご存知のように医療審議会の会長を務められております、長野県医師会の関隆教委員ですね、最適任者と思っておりますので、ぜひよろしくをお願いします。

○事務局

はい、ただいま春日委員から、関委員のご推挙をいただきました。皆様方、いかがでございましょうか。

（異議なしの声あり）

○事務局

ありがとうございます。委員各位のご賛同をいただきましたので、関委員に会長をお願いしたいと思います。それでは関委員、会長席へお願いしたいと思います。

それでは、関会長から一言、ごあいさつをお願いしたいと思います。

○関会長

皆様、こんにちは。先ほど大月部長さんのほうからごあいさつがございましたように、今日は本当に年度末のお忙しいところ、大変ありがとうございます。

この調整会議は、今、企画幹のほうからお話がございましたように、初めてのことでありますが、2年に、この地域医療構想策定のときに一回だけ、県単位のこういう調整会議として皆様方、10圏域の皆様方においでいただきまして、お話し合いをしたことがございます。それ以

来でございます。

二次医療圏、それぞれ10圏域ではやっているわけではありますが、最近は国のほうから県単位の調整会議をつくると、そういうことになってきておりますので、今回がそういう意味で初めての調整会議と、こういうことになろうかと思えます。

今回はさらに地域医療アドバイザーという方の力量を含めたものに、地域医療構想を含めましたもの、非常に適任者がいらっしゃいます。4名の方がいらっしゃいますので、この4名の方の先生方にもご助言を賜わろうと思っております。どうぞよろしく申し上げます。

私的には、この調整会議が終わりますと、その後、また医療審議会がございまして、その中でもまた法人部会がありますので、大変盛りだくさんの状況になっておりますし、途中でスタミナ切れになるかもしれませんけれども、ひとつよろしく申し上げます。

今日は本当にお忙しいところ、ありがとうございます。

#### ○事務局

ありがとうございます。次に設置要綱第4の3項に基づきまして、会長から職務代理者の指名をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

#### ○関会長

それでは、私から職務代理者、代理者ということで指名申し上げますので、よろしく申し上げます。

信州大学病院の本田先生をお願いしたいと思いますが、よろしく申し上げます。私はときどき欠席するかもしれませんが、よろしく申し上げます。

#### ○事務局

それでは、会長職務代理者は本田委員をお願いしたいと思います。

それでは以降、会長に議事進行をお願いしたいと思います。なお、議事録作成の都合上、ご発言されるときはマイクでお話を、マイクがまいますので、マイクでご発言をいただければと思います。それでは関会長、よろしく申し上げます。

## 4 会議事項

### (1) 地域医療構想について

#### ○関会長

ありがとうございます。それでは、今日の会議事項ですね、一つは地域医療構想、それからもう一つは地域の医療介護総合確保基金の医療分ですね、これについてのいろいろなご審議を賜りたいと、こう思っております。

ア 地域医療構想の概要及び進め方

イ 県全体の進捗状況

#### ○関会長

それでは、順を追って進めてまいりましょう。(1)の地域医療構想について、そのアですね。

地域医療構想の概要及び進め方、資料1ですね。それからイ、県全体の進捗状況、資料2ですね。

これらはいずれも関連性がありますので、一括してご説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○牧医療推進課長

資料1・資料2の説明

○関会長

どうもありがとうございました。今、資料1と資料2でご説明をいただきました。

皆様方はもう既に、こういうことは重々ご承知のところであると思いますので、改めて申し上げる必要はなかろうかと思いますが。

3ページですね、(3)の地域医療構想調整会議で地区の、10圏域の調整会議の主な意見ですね。これは高度急性期に対しては、これは現状のままでいいと。それから急性期とか回復期、この辺は病床機能報告といっても、回復期なのか急性期なのか、地域包括ケア病棟なのか、線引きがよくわからない。ここら辺が主な、皆様方のおっしゃった点でしょうかね。

それから慢性期は、慢性期の患者さんは、介護医療院も含めて在宅医療に委ねたらどうだと、こういうような意見が出ているようでございますね。

それから、先ほどの資料の2ですね。これにつきましては、病院、診療所、主に病院の再編ですね。それについてのものであります。

国保会田病院ですね。それは去年の3月に病院を廃止しまして、現在は無床の診療所ということになっているそうであります。ここら辺が特に変わったところだと思います。

あと、その他、計画されている主な再編計画、それからその他と、こういうことがありますので、それぞれの圏域のお話を伺ってから、このところもお話を伺えればよろしかろうかと思えます。

ウ 各医療圏における進捗状況

○関会長

それではその後、次の一番の本命であります。各医療圏からの調整会議のお話をお伺いして、それから質疑応答としたいと思いますが、よろしく願いいたします。

それでは、資料3にまいりましょうか。

資料3ですね、10圏域の進捗状況ですね、これ順にお話を伺いたいと思いますが、何か事務局の話で4分でやれというような話だそうではあります、4分でいくのかどうかは別としまして、一応、目安はそんなようなところがございます。事務局になるんですが。

では、トップバッターからまいりましょう、佐久医療圏、坂口先生、お願いいたします。

○佐久医療圏

佐久医療圏の場合、小諸北佐久医師会の坂口と申します。よろしく願いいたします。では、着座で説明いたします。

それでは、佐久医療圏地域医療構想調整会議の進捗状況について、ご説明を申し上げます。資料3をご覧くださいながらがよろしいかと思えます。

まず、内容といたしましては大きく3点にわかれます。順を追って1から2、3と報告、説明をいたします。

まず最初は病床の機能区分ごとの病床数についてでございますが、これは平成30年現在の許可病床数は一般病床が1,761床、療養病床は448床で、合計しますと2,209床になっております。

平成30年の稼働病床数は高度急性期が70床、それから急性期が1,239床、回復期が287床、慢性期が414床で計2,010床となっております。稼働病床数は2,010床ということになっております。

これを2025年の当医療圏の病床数の必要量は、高度急性期が193床、急性期が733床、回復期が494床、慢性期が334床でトータル1,754床というふうになっております。

対応方針での病床数は、高度急性期が90床、急性期が1,189床、回復期が326床、慢性期が387床で、計1,992床となっております。これもこの資料にあります。

それで病床数、機能区分ごとの病床数については以上でございますけれども、そういったことで、これまでの協議の経過を申し上げます。

まず、この医療圏内の各病院の現状と、それから病床変更については、各病院の状況を踏まえまして、意見交換をいたしますとともに、病床変更を行った病院から状況を報告していただきまして、会議で情報共有を行いました。

平成30年度に佐久医療圏で病床数の変更を行っているのは、川西赤十字病院と佐久市立国保浅間総合病院です。川西赤十字病院は、平成30年10月1日付で療養病床8床を一般病床に変更されました。なお、病院全体の病床数の増減はありませんでした。

次に佐久市立国保浅間総合病院は、休床されておりました療養病床40床を、平成31年の3月31日に廃止いたします。

続いて公的医療機関など、2025年プラン、また新公立病院改革プラン及び具体的対応方針の調査結果の共有を申し上げますと、各プランについて該当の病院から説明をいただきまして、調整会議におきまして、各プランと共有したことを確認いたしました。また、プラン策定以外の民間医療機関、具体的な対応方針につきましては、調査結果に基づいた対応方針の報告をいただきまして、これも共有したことを確認いたしました。

そしてお隣、隣接医療圏との連携条件についてですけれども、主に上小医療圏との患者さんの流入状況や、上小医療圏の状況についての情報を会議内で共有し、意見交換を行ったところでございます。

続きまして、最後に今後の課題、方向性としまして、一つとしまして、まず病床機能分化・連携に関することといたしまして、在宅医療のニーズの増加に対する訪問診療を行う医師の確保に向けた、医療・介護の関係機関等の連携強化ということで、診療所に従事する医師の高齢化によりまして、訪問診療を行う医師の確保が大きな課題となると考えられます。

また、佐久医療センターを三次医療機関とした連携、佐久医療センターを三次医療機関とした連携を引き続き進めてまいります。満床時の救急搬送の受け入れで、各病院が協力していくということも確認をしております。

そのほか、地域の医療提供体制に関することとしまして、この区域内での回復期機能の不足につきまして、回復期リハビリテーション患者が上小区域に流出しておりまして、区域内で回復機能が不足しております。また、神経科、救急医療の受け入れ体制の整備が必要であるということもありまして、佐久総合病院では精神科の先生の不足が課題とされております。また、小諸高原病院では、今後、精神疾患の救急、急性期を担える医療体制の充実を図っていくことも今後の課題であり、必要なことであろうというふうに思います。

以上のような事項につきまして、調整会議において意見が出されたところであります。これで佐久医療圏地域医療構想調整会議の調整、進捗状況につきましては以上となります。

#### ○関会長

はい、ありがとうございました。そうすると佐久医療圏では、今後の課題としては、特に佐久の医療センターを三次医療圏とした連携を進めていきたいということですね。

それから圏域内での回復期の医療に対しては上小のほうへ出ていると、そういうことが気になるんですね。精神科救急はもう少し整理をしていきたいと、小諸高原、それから佐久病院ですね、そんなような点がポイントでしょうかね。

ありがとうございました。よろしいですか、では次にまいりましょうか。

その次は上小医療圏ですね。では池田先生、お願いします。

## ○上小医療圏

それでは、資料の2ページです、上小医療圏ですが、上小医療圏の調整会議の会長を務めております、上田市医師会の池田でございます。調整会議の進捗状況について資料によりご報告いたします。では、着座にて失礼します。

まず1の病床数ですが、病床機能報告による稼働病床数は、グラフの左側から、26年度は2,032床、30年度が1,958床となっており、30年度の許可病床数は2,201床であります。これに対して、地域医療構想で推計する2025年の必要量は一番右の1,764床で、県が調査しました2025年に向けた対応方針の調査結果は、右から2番目の1,881床であります。

機能区分ごとに見ますと、急性期と回復期は、全体と同様に、地域医療構想と病床機能報告の基準の違いがあるものと思われまます。

慢性期につきましては、30年度の稼働病床数は701床で、グラフの下の参考のとおり、介護保険適用病床が143床あり、このうち97床は、昨年10月に介護医療院へ転換されております。丸子中央病院が転換しております。

次に2の協議の経過ですが、これまで6病院の新公立病院改革プラン、及び公的医療機関等2025年プランと、公立・公的以外の7病院の具体的な対応方針について共有をしております。

個別の取り組みとしては、信州上田医療センターから入院患者が増加している現状報告とともに、非稼働病床となっている100床の運用見込みに関する計画について説明や協議を行いました。

非稼働病床のうち、急性期を脱した入院患者のための地域包括ケア病棟、50床程度については、委員から、病院間で分担して地域連携を進めていくとの意見が多く出され、今後の受け入れ先確保の状況を見ながら議論を進めることといたしました。緩和ケア病棟、30床程度の開設等については方向性は大筋了承されたところであります。

また、公的医療機関等の再編として、東御市民病院と鹿教湯三才リハビリテーションセンターの再編・ネットワーク化について検討状況の報告がされました。病床過剰地域である当医療圏において、医療法の特例により、東御市民病院の病床を増やすという内容であり、委員からは増床の必要性や具体的な運営体制についての異議等が多く出されております。まだ検討中の段階であり、両病院へは、委員の検討を踏まえてしっかり検討し、関係者へ丁寧に説明するよう求めているところであります。

次に3の今後の課題・方向性ですが、(1)の機能分化・連携に関することとしましては、信州上田医療センターの急性期を脱した入院患者に対する病院間の役割分担を協議する必要があります。また、東御市民病院と鹿教湯三才山リハビリテーションセンターの再編計画について、引き続き協議が必要となっております。

(2)のその他、地域の医療提供体制に関することとしましては、11病院の輪番制に対応している二次救急医療体制、信州上田医療センターは、計画する緩和ケア病棟など新たな医療機能の整備、医師を初めとする医療従事者などの医療資源の確保について、今後、検討が必要な課題と考えております。説明は以上でございます。

## ○関会長

はい、ありがとうございました。そうしますと、この上小の医療圏の問題につきましては、医療センターの問題ですね。医療センターが、今、非稼働の病床が約100床ぐらいあると、そのうち30床ぐらいは緩和ケアに持っていきたいと。これについては、なから合意ができています。あとは、地域包括ケア病床を50床ぐらいにしたいということ、これはまだ、ちょっと協議を要するところで、合意というところまで到っていないと、こういうところですね。

それからもう一つの問題、公的医療機関として、東御市民病院と鹿教湯三才山のリハビリセンターですね。この再編問題で、鹿教湯リハビリセンターのベッドの一部を東御のほうへ持つ

ていきたいと、それで、この市民病院の増床をやらせたいと、そこら辺が今、課題になっておりまして、これから協議の段階ということですね。

#### ○上小医療圏

そうですね、一応、三才山病院が120～130ベッド、空いているらしいんですね。その一部、90床ぐらいを東御市民病院移す、その辺が今、もめているところです。

#### ○関会長

はい、ありがとうございます。ここら辺が上小の医療圏の課題だと思いますね。それでは次にまいりましょうか、3番ですね、諏訪医療圏、お願いいたします。

#### ○諏訪医療圏

諏訪医療圏は、調整会議の議長であります岡谷市医師会長の山田先生、今日は欠席ということで、私、代理で受けさせていただいております、諏訪赤十字病院の院長の梶川と申します。

当事者でもあち、話しにくいところがございますので、ご承知おきいただければと思います。

3ページの諏訪医療圏の地域医療調整会議の進捗状況ということでご覧いただければと思います。

現在、平成30年の許可病床数は、諏訪二次医療圏で1,867床となっております。平成26年よりやや増加しておりますが、稼働病床数としては、平成30年で1,779床、内訳としましては高度急性期が349床、急性期が868床、回復期が231床、慢性期が331床となっております。

2025年に向けての対応方針の数値を見ていただければなんですが、各病院の意向から判断しますと総病床数は1,823床、それから高度急性期は、平成30年と比べて変化なく349床、それから急性期はやや減りまして775床、回復期がやや増加しまして311床、慢性期は、療養病床であります388床と、やや増加しております。しかし、この二次医療圏で見たこの2025年の病床数の必要量から判断しますと、総病床数としてはやや過剰という判断になります。

それから、やはり高度急性期の部分がちょっと349床ということで、これ当院が主なんですが、かなり多めに報告させていただいていることがありまして、実際の必要病床数をかなり上回っております。急性期もやや、まだ必要量に比較して多い対応状況になっております。

それから、一番問題なのはこの回復期であります。必要量としては510床に関して、各病院の意向ではまだ311床ということで、かなり少ないことになっておりますので、この数字からいきますと、この高度急性期、急性期の病床から回復期の病床への病床の転換は必要な部分があるのではないかとこのように判断されます。

これまでの諏訪の二次医療圏の調整会議の協議の経過を、2番に報告させていただきました。最初取り組んだのが、各地域での在宅医療のアンケート調査という形で行われました。最初に説明がありましたが、諏訪の二次医療圏は比較的、医師数自体は確保できておりますが、在宅医療におきましては各医師の高齢化、それから医療・介護の人材不足、それから連携の不備などがまだまだ課題ということで、問題となりました。

それから諏訪の二次医療圏には主に6病院がありますので、その病院間での増床計画についての調整が行われております。その中におきましては、平成29年の会議の際ですが、療養病床を有する病院が、48床の病院が廃止されました。そのかわり、新たな増床計画として、諏訪湖畔病院に回復期の病床、30床が増床予定となっております。またもう一つ、15床の療養病床が設置予定でありましたが、これは断念されたということで、現在了承されております。

それから、やはり在宅医療の充実というのが、今後の医療圏でのやはり課題ということで、各自自治体を主体に、医療・介護の連携を図るという取り組みが現在、諏訪地域では進んでおります。諏訪市ではライフドア諏訪という、諏訪市の地域医療・介護連携推進センターが設置さ

れました。それから茅野市では、諏訪中央病院が応援する茅野市医療・介護連携支援窓口などが、実際の活動を開始しております。

今後の課題でありますけれども、今、お話を聞きましたが、まだ、やはり慢性期、療養病床から在宅への患者さんの移行がまだ不十分なところがありますので、諏訪医療圏として、在宅医療の充実を図っていきたいというのが、主な現在の取り組みであります。以上です。

#### ○関会長

はい、ありがとうございました。そうしますと、諏訪医療圏における問題は、3番の今後の課題・方向性とありますが、療養病床の調整はほぼ済んだといいますか、ついたということによろしいでしょうか。

#### ○諏訪医療圏

実際には在宅へ、やはりなるべく帰りたいということで取り組んでおりますが、この対応方針からしますと、慢性期の病床はまだ過剰ということになっているんですが、なかなか現状としては、地域としてはその慢性期の患者さんの受け入れ先が、まだ必要という部分もありますので、それをなるべく在宅のほうへ回したいというのが現在の一番の取り組みになっております。

#### ○関会長

療養病床、ほぼ確定したと、そういうことではないんですね。なるほどね。だから調整中ということですね、はい、わかりました。

それで、やはり在宅の調整ということが難しいですね。

医療・介護の連携、これもドクター、ナース、それから介護とかいろいろありますので、そういうことで、これから出張、在宅のほうに向けてやっていかなければ、こういう社会に向けてはどうしようもないですね。そこら辺、どこが権限を持つか、こういう在宅の充実ということは言われていますが、そんなところが課題ですね。はい、どうもありがとうございました。

ではその次ですね。それでは上伊那医療圏ですね、北原先生、お願いします。

#### ○上伊那医療圏

上伊那医師会の北原でございます。着座にて説明させていただきます。上伊那医療圏について、地域医療構想調整会議の進捗状況についてご説明いたします。

4ページの上の図を見ていただきたいと思います。平成30年度の稼働病床数は1,244床で、許可病床数は1,321床であります。

平成26年度からと比べますと、高度急性期が398から128になっておりますけれども、これは基幹病院である飯田中央病院が、高度急性期390床から高度急性期116床、急性期238床と、合併した改定であります。

2025年の病床数の必要量は、高度急性期が119床、急性期が432床、回復期が381床、慢性期が221床となっておりますけれども、対応方針としましては、その病床数が1301で、高度急性期は128と、そんなに変わらないんですけれども、急性期が多くなっております。それで、回復期が逆にちょっと少ないような状況になります。

対応方針の1,301床と、必要量よりふえているのは、非稼働病床が病院において今後、全て稼働するという事を見込んでいることによるとみられます。一部の病院において、改築整備に向けて、現在、あり方検討をされており、今後、変動する可能性があります。

次の2、これまでの協議の経過であります。29年度の県の地域医療構想策定以来、当医療圏の医療提供体制、新公立病院改革プランや公立・公的医療機関以外の医療機関の具体的方針、

各病院の病床数ですとか、建てかえなどの動向について情報を共有するとともに、当圏域の課題である地域包括ケアシステム構築に向けた、医療と介護の連携についても意見交換を行ってまいりました。

特に医療と介護の連携については、今年度より新たに介護保険関係者を委員に委嘱し、医療と介護、それぞれの立場からの意見を反映させるようにしたところであります。

続きまして、3の今後の課題・方向性についての(1)の機能分化・連携に関することとなります。ご承知のとおり、当圏域は南北に長い条件の中で伊那中央病院、昭和以南総合病院、辰野総合病院、公立3病院中心に、たくさんの民間病院と地域の開業医、それぞれが分担して地域を支えているわけでありますけれども、地域医療再生事業として救急を初めとする機能分化や、圏域内、他圏域と連携強化などに取り組んでまいりました。しかしながら医療資源の不足から、隣接医療圏などへの流出があり、さらなる連携の必要性を出しています。

また、高齢化が一層進むことから、在宅医療を担う開業医の不足や高齢化が今後の大きな課題でありまして、関係者が知恵を出し合ってこの難題に対処していくことが課題と考えております。

調整会議において、今後の高齢化社会に向けてですけれども、駒ヶ根市など、検診を進めて自己免疫性肝炎など、在宅医療と介護連携にかかる先進的な取り組みについて情報を共有し、今後、圏域全体でこうした取り組みを広めていくよう、各機関に働きかけていきたいと考えております。

(2)のその他、地域の医療提供体制に関することについてであります。

先ほどもお話がありましたけれども、当圏域は、人口当たりの病床数や医師や看護師数が県内最小レベルで、非常に偏在した状態でありますけれども、特に先ほどもお話ししました医師少数区域とされておりまして、医療従事者の不足が深刻な状態であります。それで、医師も特に重要でありますけれども、やはり看護職員の不足というのが本当にさげばれておりまして、そこを何とかしていきたいと思っております。

病床数の議論もさることながら、まずは医療資源の充実ということで、医師・看護師などの医療従事者の確保に、最重点課題として取り組む必要があると思えます。

今後、策定が予定されております医師確保計画において必要な対策を講じていただき、国、県の強力な支援のもとで、そういったものを進めていきたいと考えております。以上です。

#### ○関会長

ありがとうございました。そうしますと、上伊那医療圏のところですね。やっぱり公立3病院と私立4病院、それぞれ何か連携を保ってやっている、こういうことですね。

特徴的なことは、確かに先生、今もおっしゃられたように、人口当たりの病床数、それから医師・看護師数が県内最小の状況が続いていると、ドクターの数も減っているし、そういうところの、上伊那地区の先生方に言わせると、子供たちがなかなか帰ってきてくれないと、我々は高齢化で年を取る一方だと、そういうようなことがあります。また、ナースの養成ですね。これは、10数年、毎年毎年、私ども、長野県医師会として、この上伊那地区に何とか医師会立の養成校をつくってもらえないかと、ずっとお願いしているんですが、なかなかうまくいかない現状でありますし、介護士さんは全国どこでも足りない、こんなような状況はあります。これが一番の上伊那の特徴ということですかね、そういうところですね。はい、ありがとうございました。

それでは次にまいりましょう。飯伊の医療圏ですね、では市瀬先生、お願いします。

#### ○飯伊医療圏

包括医療協議会からの市瀬でございます。

平成26年の病床数1,544です。平成30年は1,558と、その差はありません。急性期と回復期とどういう判断をするのかと、医学的にどういう判断をするのかということが問題になっております。

このような協議の機会は平成29年度第2回、ことしの平成30年1月において新公立病院改革プラン・公的医療機関等2025プランについて、公立2病院、公的2病院が内容の説明を受け内容を共有いたしました。医療機関からの課題として、医師、医療スタッフの慢性的な不足、建物の老朽化が共通の課題として挙げられます。

平成30年度、今年の1月においては、民間病院の具体的な対応方針について県の調査結果を説明、共有いたしました。

公立・公的病院と同様に、医師、医療スタッフの確保、施設の老朽化が医療機関の課題となっております。また、介護医療院への転換を図る議題も挙げられました。一つの病院で、ある病院で病床、全病状が111床だと思いますが、介護医療院への転換を予定しております。

今後の課題・方向性ですが、機能分化・連携に関することは、長野県独自の病床機能区分の定量的な基準の導入が必要であるということがございます、ということです。

飯伊医療圏は範囲が広く人口密度が低い中、各病院がケアミックスした機能を持ちながら地域医療を支えております。病院間の役割分担もきちんとされており、さらに機能分化を進める必要がないというのが、圏域の医療会議の共通認識であります。

地域医療構想が、回復機能の確保にこだわるのであれば、急性期と回復機能をわたる県独自の基準の導入が必要であるという意見が出されております。

その地域の医療提供体制に関することは、地域医療介護総合確保基金を利用した飯伊地区の周産期ネットワークについて、飯伊圏域では平成28年に分娩を取り扱う医療機関は、飯田市立病院のみとなりました。その一部の助産所で分娩の取り扱いを始め、新たに検診を行う医療機関が増加することとなり、地域の周産期提供を共有するため、平成30年度の地域医療、介護総合確保基金により周産期ネットワークの構築を行うというもので、本年、3月から本稼働をいたします。

飯伊地域の今後の課題につきましては、飯伊地区の救急医療に関する課題であります。勤務医の協力はもちろん、病院管理でやっておりますので、我々医師会の開業医が救急医療にかかわっておりますけれども、医師の高齢化が目立ち、また、新しく開業する先生たちも少なくなっておりますので非常に問題だと思えます。

郡部の診療所の存続も危機であります。郡部は13町村がありますけれども、それぞれの町村が人口の減少に伴い、なかなか診療所の経営状態も低下するばかりで非常に危機感を感じております。今後の課題・方向性については、飯伊包括医療協議会より資料説明を受け、医師の共有を図ります。病院のみならず、他地域全体で医師の不足、高齢化が課題となっているという状況であります。以上です。

#### ○関会長

ありがとうございました。飯伊の地域というのは非常に地理的な特性がありますね。長野県は、ご存知のように縦長でありますので、一番南のほうに飯伊地域があるというので、ですからこの医療の領域が、あらゆることが飯伊の皆さん方は地域の完結型と、そうしないと間に合わない、こういうような、独立独歩というんでしょうか、そういうような非常に気概を持った地域かなと、まず感じますね。

そして、今、市瀬先生が言われましたように、この医療圏の場合、今後の課題、方向性、まず長野県独自の病床機能区分の定量的な基準の導入が必要でありというふうに検討されています。先ほどおっしゃいましたように急性期と回復期、これなかなかこの区別が、地区の調整会議等でもはっきりしておりません。このはっきりした区別ができないと、そういうことがこれ

からの問題かなというふうに考えますね。

それから飯伊医療圏の今後の課題についての共有ということで、休日・夜間の救急医療に関する課題、それぞれの診療所についての存続についての問題であります。

今日はたまたま日本医師会で「赤ひげ大賞」というものの授賞式を行っております。これは日本医師会で、第7回目ですね、毎年やっておりますが、今年は20件ぐらいの、全国から応募があったようですが、そのうち5件ですね。5名の先生方が受賞ということになりまして、日医の常任理事に聞きますと、多分、長野県の場合はトップで受賞されたということなんですが、飯田の市瀬先生のところの飯田の医師会に属していらっしゃいます、阿智村の先生ですね。橋上好郎先生、いいことだから名前を出してもいいと思うんですが、92歳の方です。

阿智村は、ご存知のように人口が6,500人で、高齢化率は34%です。こういうところでありまして、村の診療所は4つあるんですね。村立の診療所が4つあるなんて普通では考えられないですね。これだけ山は高く谷は深いと、こういうようなところのせいであろうと、それを92歳の橋上先生が頑張らずっと、4つの診療所を掛け持ちされて、今、飛び回っております、ということで、日医の赤ひげ大賞を受賞されまして、今日は東京うで授賞式をやっているの、私はそっちのほうへ行きたいと言ったんですけども、、今日は橋上先生のお供をしたいと思ったんですけども、事務局に聞いたら、だめですと怒られました。このようところが飯伊の医療圏の特徴ですかね。では、ありがとうございます。

では次にまいりましょう。それでは木曽医療圏ですね、宮島所長さん、お願いいたします。

#### ○木曽医療圏

本日、奥原委員の代理として出席をさせていただいております、木曽保健福祉事務所長の宮島でございます。どうぞよろしくお願いいたします。それでは、早速説明に移らせていただきたいと思っております。

1番、病床の機能区分ごとの病床数でございます。平成30年の木曽圏域、この木曽圏域は有床の病院は県立木曽病院の1カ所でございますので、これはイコール県立木曽病院の病床数となりますが、現在、合計165床でございます。

平成30年の許可病床数は235でございますが、今後の高齢化の進行、また人口減少などを鑑みまして、病床数の必要量は138病床というふうに考えております。

これに対しまして対応方針としては、2025年に合計159床、このうち急性期が85床、回復期48床、療養病床126床を考えておりますが、その後、平成32年3月に介護医療院への転換の予定を絡めまして、この26床というところは19床に減ってまいりますので、さらに7床を検討し152床を対応方針と考えております。

2番のこれまでの協議の経過にまいります。木曽圏域は県立木曽病院一つなんですけれども、そのほかに木曽南部地域の方々が、県を越えまして岐阜県中津川市の病院に受診される方も多くいらっしゃいますが、この中津川市の病院の機能縮小、診療所化がもう決定しております、ますます木曽圏域の中での受診の機会が減っていく状況にもなります。これに加えて、診療所の医師の高齢化、後継者問題や、あるいは歯科医師、また木曽病院の中でも医師の確保が困難というようなことから、木曽圏域の中でのその受診の機会が難しいこと、また、標準的な診療科目を維持すること事態が難しいというのが状況になっておりまして、特に救急医療、在宅医療、歯科医療では、今後ますます困難を極めていくのではないかとということが協議されております。

それに対しまして、現在、県や自治体、町村を挙げまして積極的に医師の確保や、あるいは医療人材の確保、また受診支援としまして乗り合いバスの運行など、さまざまな支援を行っているのですが、どれも進めていくに当たってまだまだ不足しているということが、協議の中で伺っております。

今後の課題と方向性としまして、会議のほうでは3つの項目を立てさせていただきました。まず1番、医療従事者の確保、これが何といても喫緊の課題でございます。

これまでも様々な方法で医師確保に努めてまいりましたが、圏域だけでの確保が難しいというようなことが、切実な思いがこの会議の中でも挙がりまして、国や県への働きかけ、要望をして、ある程度、一定の強制力を持ってこういったへき地医療、あるいは医師少数区域への医師配置をしてもらえるような仕組みを考えてもらえなえないか、あるいは偏在を解消する措置を考えてもらえないかというようなことを行っております。

また、信州大学や自治医科大学の地域枠など、地域に根ざした医療を目指す学生を育成していただいて、優先的に医師偏在の解消をさせてもらえないかという話や、それから県のほうで地域医療人材拠点病院を配置して、そこから医師を、医師の不足している地域へと派遣するという仕組みが始まっておりますけれども、当木曽圏域ではこの拠点病院が存在しません。こういった地域では非常に不安が大きくて、拠点病院が違う圏域であると、なかなかこちらには派遣してもらえないのではないかというような意見もありますので、ぜひ、この医療従事者の派遣の仕組みとしてへき地医療の対策を考えてもらいたいと、医師確保の対策を考えていただきたいということになっております。

2番目としまして、この病院の機能の維持・充実です。医療従事者自体が高齢化している、これは診療助手だけではなくて、病院勤務の医師も高齢化してきて疲弊してきているということで、常勤の医師などの職員の速やかな確保をお願いしたいと。また、施設設備を充実させ、標榜科目を減少させないようなことをしていただきたいと考えております。

また、現在ない科目ではございますけれども、歯科口腔外科については、地域でやるのは、歯科医師会からの木曽病院に開設をお願いしたいというような要望も上がっております。

3番目としまして、住民への啓発でございます。木曽地域もかなり広がるございまして、しかも交通手段があまりないものですから、簡単に受診もできない状況にございますので、住民の方たちが、その不安を少しでも減らしていくようなことで、重症度の判定や救急車を呼んだほうがいいかどうかといった啓発に、なるだけパンフレットを作成したり、あるいは乗り合いバスなどの運行をして、受診の機会がふやすような仕組みをやっていますが、これをますます進めていきたいと思っております。

いずれにしても医師、あるいは医療従事者のことが喫緊の課題となっております、それについて、今後も協議を進めてもらいたいと思います。以上です。

#### ○関会長

ありがとうございます。木曽圏域も先ほどの阿智村の話と境遇が同じでして、非常に山は高いし、木曽川のところですから、非常に谷底を流れている地域でありますので、大変なかなか、地理的な問題がとて高いと思いますね。

この木曽圏域の特徴は高度急性期がないということですね。それが一つの、特徴といたら変な話ですけども、こういうようなものが問題であるかというふうに思っております。

ですから、この地域はどうしても課題は山積しておりますね。特に木曽の南部地域の場合には、岐阜県の中津川のところですね。国保の坂下病院ですか、これ診療所化に伴うものですから、南部の地域の人に通えなくなると、こういうようなことであります。一応、この地域では木曽病院の医師の支援などの指摘をいただいているわけですね、へき地の医療対策、救急、在宅、医師介入、ここら辺も大変で課題が多いところなんですけれども。その辺、最後に3番の今後の課題、方向性ということでもあります。医療従事者の確保ですね。それはある程度の強制力を持たせて医師の少数区域へ配置すると、こういうようなことをしなければいけないんですが、これは結局、地域枠ですね、それを有効に利用するのが一番手取り早いんじゃないかなと思うんですね。

今現在、長野県でも奨学金で、1カ月20万円ですか、出してくれているんですね。だからこれはかなり、全国的にいってもかなりお金をいっぱいだしてくれているところなので、そういう点では長野県も頑張ってくれていると思います。1カ月20万円掛ける12カ月掛ける6年ということになりますと、1,440万円というお金が出ていきますので、大変な金額になるのかなと思います。したがって、そのもらったお金の1.5倍は勤務しろと、県内のところへ勤務しろと、それで毎年、配置を決めておまして、行ってもらうようになっております。

このような配置を強制力を持たせて配置していかないとだめだと、国会が、国のほうでも業を煮やして、地域枠5年やると、地域枠を下手に一般枠として、勝手に言うてはいけませんが、このようなことが出てくるわけです。こういう点を使って、ある程度、強制力を持たせたいというふうに考えています。それでは、最近始まりました地域医療人材拠点病院が存在しない地域への応援していくと、こういうことも始まりましたので、始まったばかりですので結果は全然わかりませんが、こういうところも使ってやっていくと、こういうことしか今のところは方法はないんですね。まあ、こんなところでしょうか、ありがとうございました。

それでは次にまいりましょう。それでは松本医療圏、杉山先生、お願いします。

#### ○松本医療圏

松本医師会の杉山でございます。松本医療圏における状況について説明させていただきます。

まず、1の機能区分ごとの病床については記載のとおりでございますけれども、他の医療圏と同様に、対応方針に基づく2025年の病床数は2025年の必要病床数を上回っておりまして、この数字でいいますと、260床上回っているということになります。

次に2のこれまでの協議の結果ですが、当圏域では、記載にありますように、緩和ケア病床や回復病床などの医療機能の転換、整備を計画する病院についての情報共有を行い、地域の合意を図ってまいりました。

また、そこに2つの部会をつくっておりますけれども、病院、有床診療所の部会、病床を持っている医療機関での検討を進めるところ、それから病床医療機能検討部会といたしますのは、塗ってあります医師会の会長と、診療所を中心にして広い立場から、医師会の視点から検討する部会をつくって、それぞれ検討して全体の会議をしています。

3の今後の課題と方向性についてですが、これまでの調整会議、松本の調整会議で特に議論されてきた事項といたしましては、当圏域には3次医療を担う信大病院、県立こども病院、相澤病院などが全県的な役割を果たしていることや、他圏域から急性期患者を多く受け入れていることなどの現状から、基準病床や必要病床数に沿って、数字を計算するとこうなるんですけども、病床を減らすのはゆっくりやるべきと、拙速に病床を減らすことは県全体の医療への影響が大きく、慎重であるべきということが多くのこの会議の意見としてございました。

したがって、当圏域の病床機能等については、単一医療圏での調整というのは非常に困難な部分がございます。全県の単位での検討が必要と考えておりまして、この調整会議での広域的な議論をしていただきたいということは、ぜひお願いしたいと思っております。

次に圏域内の状況ですけれども、各病床機能についてはおおむね圏域内で完結できるという議論になりました。地域医療構想の初めの検討からすると、松本医療圏は上小圏域で回復期の10%が流入しているというのを非常に強調されて言われ続けておりますが、圏域内での地域包括ケア病床への転換や回復病床の増床が進められているということは、それに対応する好機だと思っております。

今後の圏域内における機能連携分化の観点からですが、高齢化に伴う、あの疾病構造の変化に対応するためには、病床のことだけではなくて疾病単位で連携ということを、この視点はどうしても必要だろうという意見が出されています。いわゆる、ポストアキュートの急性期病院、

慢性期病院の間の連携につきましては、医療機関ごとに一定の方針がこうなされていることは、当地といたしますと上伊那と協力体制があります。しかしながら、急性期病院における地域包括ケア病棟や回復期病棟の整備が進みますと、今度、慢性期の病院へ転院患者の減少や、慢性期病院における勤務医師の高齢化による将来的な医師確保の課題など、地域における、慢性期病院の維持、経営が、さらにこの動きは在宅医療へも影響してくるというようなことが示されて、今後の課題としてあります。

在宅や介護施設等に入所する患者の、入院治療が必要になったときのサブアキュートの連携というのは、現状では状況が少し不明確で、要するに病院と在宅とか介護施設の関係ですね。今後は圏域内の状況をもう少し把握していくとともに、課題の検討が必要であるという議論がされております。

繰り返してございますが、連携単位の医療を担う当圏域の特徴をご理解いただきまして、必要病床数を初め、当圏域の病床機能のあり方については、全体での動きをお願いしたいと思っております。以上でございます。

#### ○関会長

はい、ありがとうございました。松本医療圏は非常に、いわゆる恵まれたところでありますね。ですから、そういう意味では全県から患者さんが押し寄せてくると、そういう意味で、大学病院、それからこども病院、相澤病院というような大きな病院がしっかりしておりますので、そういう点は非常にありがたいなと思います。ですから、逆に今度は、その松本医療圏単位だけでやるとちょっと問題があると。外科から来た場合の対応をどうするのか、そこをちゃんと診てもらわないとだめだということで、これは全県からの対応、全県的な対応は必要ではないかなと思いますね。

一部、いつも言われておりましたのは、いつも言われておりますが回復期ですね。これが上小のほうで診てしまうので、そこら辺に対して地域包括ケア病棟と回復期病棟の、これが出てくれば、そこら辺も圏域の中でうまくやれるんじゃないかなと思いますね。

それから、いつもこのときでこれ出ますのは、いわゆる疾病単位で病床機能の分類ですね。これは、今、国で言っているのは病床単位ぐらいでいいと言っているんですけども、疾患、病床ですね、病名といいますか疾患ですか、疾患別で分けたいんじゃないかと、結構、そういう言い方をしている都道府県も結構ありますので、そういうような見方でやっている県も、もうどんどん出てきているんですね。だから、そういう意味での検討のほうはより実務的ではないかなというふうに、私どもも思っております。

それから、しいて言えば、在宅のほうに対してはまだ少し、これがちょっと課題が残っているかなと、介護施設や、これ在宅にいらっしゃる方が経験したときの受け入れですね。受け入れ先の病床がしっかり確保できなくては困ると、こんなようなところですかね。ありがとうございました。それでは、次にまいりましょう。大北医療圏ですね。横沢先生。

#### ○大北医療圏

大北医師会の横沢です。大北医療圏の進捗状況について発表します。今回の発表は3分程度という指示がありましたので、これ全部説明すると3分を過ぎますので・・・4分、はい。1番と2番は抜かします。

それで、現状をわかってもらいたい中では、今年2回やりました医療構想調整会議の内容、どんな議題になったかということを発表するのが一番、この地区の医療をわかってもらえるんじゃないかなというふうに考えまして、このときに出た議題について発表します。

まず出たのが、市立大町総合病院の減床です。この表のところにも書いてありますとおり、市立大町総合病院が在宅療養支援病院になりまして199床になりました。80床ぐらいのベッド数

を減らしたわけです。

やっぱり地区とすれば、それだけのベッド数が減るということは危機感があります。それで県のほうは2025年のそのベッド数の量からいくと、いや、ちょうどいいんじゃないという答えだったものですから、ベッドは少しでもあったほうがいいということで、それにつきましては、同じ医療圏の中にありあます厚生連のあづみ病院のほうに、少しでもベッドを受けてもらえないかなと相談しているところであります。ただ、それぞれの病院にも事情がありますので、前向きには検討しますという答えは返ってきているんですけども、ただ、そのベッド数につきましては、やっぱり今後、県内で若い先生たちをどんどん入れていく中では、やっぱりベッドはあったほうが、その先生たちを活躍させる場所がなければ若い人たちは入ってこないと思うので、できれば、そのベッド数を減らすという考え方よりも、医者を増やすためには、ベッドが必要じゃないのという考え方に方向性を向けたほうがいいんじゃないかなと考えてございます。

今現在、問題となりましたのがやはり医師不足です。我々の医療圏の中では、国保診療所で先生がやめた後、後任が先生が見つからなくて、市の担当の方が非常に苦勞していた経過がありますし、また、中規模病院のほうでは内科の先生、整形の先生がいなくて、やっぱり病院の財政のほうにも問題が出てくるような状態だと。

そんな中で、県は、地域医療人材拠点病院ということで各地区に拠点病院をつくったわけがあります。拠点病院には250万円の上限としての補助、それからあとは派遣に対し日当みたいなものを補助しますという事業を今年から始めました。それで、この事業を始めることによって北信、それからあと佐久、諏訪、南信のほうではその恩恵に、本当によくなった診療所とか、小規模病院があると思うんですけども、いかんせん、やっぱり地域差が出ているのは事実だと思えます。大北地区は拠点病院はありませんし、それで困っているところは現実にあるわけでありまして。

ちょっと不公平感がある事業じゃないかなというふうに思いますけれども、でもせっかく始めた事業ですから、今後続ける中では、その地区だけに出すのではなくて、全県的に考えて、例えば北信から南信とか、そういう形で出せるような状況にしてもらえるといいんじゃないかなということは、地域の医療調整会議の中では話したところであります。以上が当地区の問題点です。

#### ○関会長

ありがとうございました。そういうのと、今、現状では、大北の医療圏は高度急性期がないんですね。だから、それに2025年に向けては、35床ぐらいの高度急性期は持って行ってほしいと、そういうことになるわけですね。

大町総合病院は去年の7月ですか、市長さん、そうですね、85床を再編したということですが、県内の最大の削減ですね、こういうことがございます。

そういうことで、今、横川先生がおっしゃいましたように、私ども日ごろやっております医療というのは、まずドクターがいないことには何も動けませんので、まずドクターを確保して、それからやると、こういうことが基本になりますので、まず医療人材の中でもドクターの確保、それからナース、介護するとか、こういうふうになってくるかと思えます。こういうふうに思えます。

特に大北地区の場合には産科から在宅、それから救急医療、こころを充実してもらいたいと、こんなようなところが考えられますね。また後ほど、市長さんにもお伺いしたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。こんなところですかね。それでは次にまいりましょう。

それでは長野医療圏ですね、小林所長さん、申し上げます。

### ○長野医療圏

宮澤委員さんが欠席ですので、長野県保健福祉事務所長の小林と申します。よろしくお願いいたします。10ページをお願いいたします。

1番の病床数についてはご覧のとおりということでありまして、2番のこれまでの協議の経過ということですが、ポイントとしては、最初のポツにありますように、長野医療圏としてはおおむね圏域内で医療が完結できていますけれども、小児の医療と回復期のリハビリについては、一部、他圏域への流出が見られるという指摘がありました。

それから一番下のポツになりますけれども、やはり長野医療圏においても、在宅医療についてはまだまだ大きな課題があるのではないかとということで、介護施設の不足、それから介護職、看護職の不足、それから在宅医療のほうでは医師の不足等がこの地域にもあるということで、全体としては、在宅移行が必ずしも容易ではないというふうなことが指摘をされてございます。

11ページに行きますけれども今後の方向性ということで、2つ目のポツにありますけれども、先ほど来、出ておりますけれども、その病床機能として考えるというよりは、やはり疾病や診療分野ごとに各医療機関の役割分担、機能分担、それから連携について考えていくほうがいいのではないかとというふうなお話がありました。また、病床機能報告制度の中で、判断基準が、やはり医療現場の実態と少しく離れているように思われるので、もうちょっとここを、現場に受け入れやすいような提議が必要ではないかというふうなお話がありました。

あとは回復期の充実、それから、下の二つはやはり在宅医療について、看取りも含めた体制であったり、住民の皆さんにも安心していただけるような体制が必要ではないかというふうなお話もございました。

なお、資料にちょっとございませぬけれども、実はこの地域で、有床診療所の新規開設の計画が2件ございまして、12月の調整会議でその2件について意見交換を行ったところであります。

1つは急性期に当たりますけれども、整形外科の手術を行うということで、17～19床程度の計画、それからもう1カ所が回復期を担うということで、18床の計画がございまして、いずれも地域の調整会議でお話をいただいて、調整会議としては「異論がなし」ということございまして、今日、この会議の後に行われます医療審議会で、その2件について審査をしていただく状況になってございます。以上になります。

### ○関会長

ありがとうございます。そうしますと、松本医療圏とか長野医療圏というのは非常に恵まれていると、そういうことは一般的にいわれるわけですね。

長野県医療圏の特徴としては、小児医療はこども病院があつて、それから回復期のほうは上小のほうへ流れていると、こういうのは少しあると、こういうことが特徴ですかね。

それから夜間の初期救急ですね。夜間急病センターへの人的支援と、これは先生方が行っていていただくんですね、篠ノ井病院とか長野市民病院とか。

### ○小林長野保健福祉事務所長

あの地域で協力をしていただいています。

### ○関会長

そうですね、先生方、そちらに夜間、行っていただくんですね。

### ○小林長野保健福祉事務所長

そうですね。

## ○関会長

そういう意味では非常によく、初期救急としてはできているなというふうに思っております。

それから、先ほど松本の地域で出ましたように、病床機能報告というのは疾病、あるいは診療件ごとですね、こういうほうが実態ではないかなというのを日本医師会のほうでもいろいろ、こういう話はちょっと出ております。こんなふうに改善していただいたほうがいいのではないかなというふうに思っております。

しいて言えば、松本医療圏も同じであります、やっぱり在宅の場合ですね、ここをもう少し充実させていく必要があると。急変時からの引き受け、あるいは看取りとか、そういうことも含めて、在宅のほうにももう少し、力を入れていく必要があるのではないかなと、こんなようなところでしょうか。はい、ありがとうございます。

それでは最後、トリであります、北信医療圏の鈴木先生、お願いします。

## ○北信医療圏

中高医師会の鈴木でございます。北信医療圏と介護の進捗状況につきまして説明させていただきます。

本日説明時間は、最初は3分でということで、ポイントだけ絞って説明させていただきます。それでは資料12ページをご覧くださいと思います。

当圏域には、公的医療機関としまして厚生連の北信総合病院、飯山赤十字病院の2つがありますが、基本的には北信病院を中核病院として急性期をメインに、それから一方で飯山日赤は医学療法士、作業療法士の数が多く、この特徴を生かして特に回復期、リハビリ等に力を入れていくということで、双方、互いの得意分野を補完し合う形での協調体制を構築していくという基本方針としております。

資料の上段の病床数の問題ですけれども、現在のところ、機能区分ごとの病床数につきましては、設定された必要病床数との間にどうしても、少なからず乖離が見られております。中でも特に急性期におきましては、現在のところ、大きな差異が見られておるんですが、実はそこには二つのファクターが絡んでおります。一つは当圏域と長野県医療圏間で、患者さんがかなり動いております。かつ、その数字が、結構、流動的でありまして、将来的なこの予測を困難とさせております。

それからもう一つは、以前からの当圏域の場合の大きな課題なんでありまして、冬場と夏場では患者数に大変極端な差が出てしまうという点がございまして。当地域、冬になりますとスキー場、温泉地等への来客者、特に近年インバウンドの急増、それからそこで働く労働者が他県からも含めて大勢流入してきます。ということで、冬になりますと当地は一気に人口がふえるという、そういった状況になります。

実際に今年も1月から2月、両病院ともに超満床状態という形が続いてしましまして、救急事例も含めて長野医療圏のお世話にならざるを得ない状況でありました。この必要病床数を考えるときに、果たして1年間の平均値で捕らえていいのかどうか難しい問題でありまして、大変、そこを苦慮しているところでございます。

次に医療提供体制に関しましては脳卒中、急性期、急性心筋梗塞等々、緊急対応が求められる疾病につきましては、ある程度圏域内で完結できる体制が整いつつあります。ただ前々から整形外科医の不足という大きな課題を抱えておりまして、現状として整形外科診療も、約4割程度しか圏域内で対応できていないという状況にあります。

まずは整形外科医の充実等図ることは喫緊の課題でありまして、それがかなえば、救急医療も含めて今以上に圏域の医療提供体制を確立し、圏域外への流出も減少するのではないかなというふうに考えております。

それから、先ほど来、話に出ております、先月の2月18日に公表されました医師偏在指標ですが、当地域も医師少数区域ということで、圏域の医療従事者は県の平均を大きく下回っております。したがって、医療従事者の確保については大変大きな課題であることは言うまでもありません。また、医師を含めて、住民の高齢化の進行は県内でもトップクラスでありまして、さらに住民が点在する中山間地域を多くを占め、特別豪雪地帯を抱える当地域におきましては、在宅医療の確保が大変困難な状況にあります。仕組みづくり、医療と介護の連携等をさらにすすめるべく検討を重ねているところでございます。

最後に、当地域のような圏域におきましては、公的病院は採算性を考えての運営はなかなか困難でありまして、2つの病院、ともに経営面においては大変厳しい状況でございます。そういう意味では、採算性を度外視しなければ、地域の医療を守ることはできないのが現状であります。両病院とも自治体病院ではありませんが、今後はこれまで以上に自治体からの協力をお願いしていくことも必要かと考えていくと、そういったような状況でございます。以上です。

#### ○関会長

ありがとうございます。この北信医療圏の場合、先ほどの飯伊の医療圏と同じでありまして、飯伊のほうは南ですが、こちらは一番北のほうでありますので、北のほうの特徴というのは非常に雪が深いということが特徴なんですね。ここら辺があるものですから、夏は病床稼働率が75%ぐらいで、冬はほとんど100%ぐらいになります。特に冬は豪雪地帯になりますので、まずスキーとかスノーボードの外傷が非常に多い。そこの急患の搬送ですね。そこら辺が大きな問題になるし、病院でもなかなか満床で手をつけられないと、こういうことが問題になってまいります。

特に飯山から奥とかそういうところになりますと、冬の場合、患者さんを長野まで搬送することになりますと、1時間から1時間半ぐらいかかるんですね。そういうのが豪雪地帯の特徴で、なかなか医療が追いついていかないと。また、こういうところは整形の先生も嫌いまして、私も整形なんですけれども、なかなか病院に居ついでいただけない。病院に居ついでいただければ、すぐ入院して手術ができるんですが、なかなか居ついでいただけないので、そこら辺が大きなネックになるなと思っております。

私ども開業医から見ますと、当然、病院のほうは、スタッフ、設備等も充実してもらわなければどうしようもないので、そこら辺で、冬だとかへ送るかということでもひと苦労いたします。こんなようなことが、この私どもの地域の特徴かなというふうに思っています。そんなところですかね。

そうしますと、これで10圏域の皆様方のご意見を一通りお伺いしました。その後、今日はお忙しい中、おいでいただきましたアドバイザーというんですか、スーパーアドバイザーの方が4方いらっしゃいますので、お伺いしたいと思います。

事務局では5分でいいとか何か言っているんですけれども、まず相澤先生お願いします。コメントをお願いします。

#### ○相澤地域医療構想アドバイザー

やはり地域の特性が非常に大きいので、もう全てを一つの方法案で解決するのは非常に難しいと思います。ですから、地域の特性を踏まえてどうしていくかということを考えなければいけないんですが、その中で、先ほどからいろいろお話をお伺いしていると、患者の流出入をどう考えていくのかというのは大きな問題で、それによって必要ベッド数は大きく変わってしまうわけでございますので、流出入をやめて、その各医療圏で全て完結するようにするのかどうか、することが住民にとっていいことなのかどうかということは、やはり真剣に議論をしなければいけない問題ではないかと思っております。

厚生労働省のほうでも医療圏同士の連携とか、あるいは医療圏で補完し合うということを今後考えていかなければいけないという議論がされておりますので、そこを長野県はどう考えていくのかということが大事ではないかなというぐあいに思います。

それから先ほど来出ている、病気による分類ではなくて、疾病による分類によって病院のありようを変えていったらどうかということですが、これも、確か昔、長野県で疾病ごとに少し診療圏を広げてやったらどうかという議論があったと思います。脳卒中ですとか、がんとか、心臓病などは、こう圏域を広げて考えないとかなり難しいだろうということで検討した経緯があるかと思いますが、その疾病ごとは、どういう疾病でどういうくくりでやっていくのかということを、もうそろそろ考えていかなければいけない時期に来ているのではないかと。では、それはどうしていくのかということとは、これからの大事なことになるんじゃないかと思っております。

それからもう一つは、この人口が減少して行って、医師も医療従事者も不足していく地域に対してどういう支援なり、どういう策を取っていったらいいのかということとは、画一的なものではなくて、地域の事情を考慮しながらやっていかなければいけないというぐあいに思っております。ですから、それは各地域の事情を見ながら、よい方法を考えていくということが大事ですが、どだい医師がいないと、先ほど議長がおっしゃったように、ない袖は触れないわけでございますので、そうすると、そこをどうしていくのかという、これはもう県全体でやはりカバーしていくしかないと思っておりますので、そこをどう調整していくのかというのは極めて大事ですが、そのときに、若い先生に行ってもらおうということもいいんですが、そうではない、県全体のこう、そのカバーの仕方ということを考えていくということが必要ではなかろうかという具合に思っております。

なぜならば、地域は、ただ疾病だけを診るのではなく、やはり総合的に診て、先生が巡回して、その先生に活躍してもらわないと、その地域の医療は持たないと思っておりますので、そういう総合的に診れるお医者さんをどう県内全体でうまく、こう移動をかけていくのかということに対してどんな方策をしていくのかということを考えないと、若い先生、これから地域枠等で育てましても卒業するのに6年、そして初期研修をするのにさらに2年、そして専攻医になるのは3年ということになりますから、もうあと10何年もその人たちを、そうすると、とりあえず、もう少し総合的に診れる医師をどう集めて、どうこう県内で、その足りないところを支援するのかという策をもう一度考えていくというのは極めて大事なことになるのではないかなというぐあいに思います。以上です。

#### ○関会長

はい、ありがとうございます。次は竹重先生。

#### ○竹重地域医療構想アドバイザー

竹重でございます。先に私の立ち居地という部分からご説明しますが、関会長のもと、県医師会の地域医療構想担当というご説明をさせていただきました。

それから長野県病院協議会、この後、ご発言の井上先生のもとで副会長をさせていただいております。

それからもう一つ、日本医師会に病院委員会というのがございまして、その委員長が松田晋哉先生、産業医大の教授ですが、地域医療構想の生みの親で育ての親ということで、今期で3期委員長をやっておられまして、地域医療構想を含めて病院委員会で話をさせていただいております。

私、2点、主な部分を、時間がない中でお話させていただきたいと思っておりますが、今まで10圏域の中で出てきました、いわゆる公的医療機関2025年プラン、あるいは新公立病院の改革プラ

ン、共有という文言も出てきました。情報の共有ということは大事なことです、これが本当のいわゆる心の共有になっているかどうかという部分でございます。で、地域医療構想を進めていくには、やはりデータという部分がうんと大事になるというふうに思います。データを見ますとDPCデータもありますが、いわゆるナショナルデータベースのデータ、あるいは消防庁のデータ、SCRという年齢調整標準化レセプト出現比ということで、あるいは病床機能別の医療需要であるとか、人口の将来予測、あるいは疾病別の入院患者数の推移という、こういう7項目ぐらいがございます。

2015年から、いわゆるその活用方法について国でもいろいろな指導をしておられて、多分、県の方もかかわっていると思いますので、そういうデータをしっかり分析していただいたり、また活用する方法について、各圏域の調整会議の中でぜひ提供していただかないと、今後の地域医療構想が進まないというふうな認識です。つまり、地域医療構想を進める基本はデータの共有化ということだと思いますので、その辺でぜひ、県の方もご配慮いただきたいというふうに思います。

それからもう1点は調整会議の開催のことでございます。29年、30年、各圏域で2回ずつ開催していきますが、厚生労働省の会議とかで聞きますと、佐賀モデルと称して、佐賀県では何圏域あるかわかりませんが、50回以上の調整会議をやっているというような、佐賀モデルと称するようなものも出ております。

ですので、例えば松本医療圏であるとか大北医療圏とか、問題が発生したときに、この会議だけじゃなくて、もっとフリーに、必要に応じて調整会議が行われるような仕組みをつくらせていただきたいと思います。その窓口をどこに持っていくのか、その辺をぜひお考えいただいて、各調整会議、これ大事な地域医療構想を進める元ですので、問題があったときには、ぜひここで会議が開かれるというような調整会議にしていただきたいと思いますので、その2点について、県の方々よく相談したりしながら進めていただきたいと思いますというふうに思います。以上でございます。

#### ○関会長

ありがとうございます。では、続きまして信大の中澤先生、お願いいたします。

#### ○中澤地域医療構想アドバイザー

信州大学の中澤と申します。私、信州医師確保総合支援センターの信州大学分室の選任教諭ということで、長野県の修学資金の学生の皆さん、ご卒業のドクターのいろいろなことの相談に乗ったり、いろいろなそういった業務をしているんですが。

これまでお話に出てきました医師の確保ということに関して、ちょっとお話をさせていただきますと、就学資金を貸与したドクター、卒後6年、貸与された後は9年間義務年限ということで、長野県の病院に勤めるということなんですけれども、実は、ここで医師の確保ということがありますが、実はこれ一体どんな医師か、何科の医師かという議論がなかなかないものですから、正直言っているいろいろな専門をという、希望するドクターも多いですし、現実には今のところ内科のドクターが非常に多いんですけれども、常に地域枠の話という、ディスカッションという意味で、そのドクターは何科のドクターかという話がどうしてないということ、それで非常に講義、楽しく繰り出してしまっているということと、医師免許を取りましたら全て、いわゆる標準的な治療が必ずしもできるということでは当然ありませんので、やっぱりその何科のドクターということ、先ほど、もう内科の先生が全てを診るドクターというか、総合的な力を持つドクターという、そういったお話もできなかったんですが、もちろん総合的なものを診る科というのは当然ありますし、それとともに内科の先生方は、当然ですが内科一般、全般を診る力も当然あると思います。ただやはり、どうしてもそこら辺、なかなかそれができ

にくい科もあるということも、ちょっとご承知いただければなというふうに思います。

それともう1点なんです、在宅医療に関しても、やはりかかわるドクターの高齢化とかそういう問題があると思うんですが、私、幾つかの市町村等の診療所等で診療しに行きますと、どんな小さな村、どんな町でも、やはり行政のほうはもう既に十分、受け入れ体制のいろいろなこの、何というんでしょうか、在宅医療にかかわっていく、これやっている体制というのは非常にできているという印象が非常にあります。ですので、人材を本当に確保できれば本当に、急激にどんどん進んでいくのではないかという、非常に期待感があるということです。

それで最後なんです、先ほど相澤先生もおっしゃっていたように、やはりいろいろな医療の分野において圏域というか、医療圏を越えて、実際、患者さんは移動しているということが現実に表れます。

大北、木曾、松本、あるいは木曾は上伊那に行ったり、あと、先ほど出ましたけれども北信が長野に移動しているとなると、やはりその部分、非常に大きな論点だと思いますし、ただ、圏域の中で、医療圏の中で完結しなければいけないという部分である救急とか、あと産科、あと小児とか、こういった部分をやっぱり、何というんでしょうか、慢性の病気だったら多少こういうふうに通院手段を使いながらいろいろなことができると思うんですけれども、やっぱり、そういった医療圏になると、どうしてもこれ完結できなければいけないんだろということに、科によってはこういうふうな、ノータッチでもいいんじゃないかという、そんな印象があります。以上でございます。

#### ○関会長

ありがとうございました。井上先生。

#### ○井上地域医療構想アドバイザー

私は、立場というようなことから、まずお話をさせていただくと、県病院協議会の会長という形ですが、こういう会議は大きいところの先生が多い、病院とかが多いですから、私はどちらかという、郡部の小病院を代表するようなことの見解を述べさせていただきたいと。

私自身は在宅医療とか入院の関係にも常勤医を長くしておりますし、医療介護連携ということで、多くの介護施設等の支援もしてきたという経験があります。

そういう中ですけれども、まずこの地域医療構想の調整会議の今までの進み方がですね、どちらかだとすると4病棟区分というんですが、そのところはかなり重心が行って、その中での内容というか、各病院の、それぞれの持っている病院の実際の機能というものが、その委員の人がみんなよくわかって話をされているということは少ないように思うんですね。一つ一つはやはり、例えば循環器であっても、心カテ（心臓カテーテル）ができる場合、パスができる、それが何でできるとか、そういうふうなことも十分理解をして、そのデータを元に今後のことを考える。この医療圏に欠けているものとか、例えば長野県全体として欠けている医療機能もあるのに、それを放っておいて二次医療圏だけのことを考えているというような問題もありますので、そこらについては、先ほど県の方が言われた資料の1-1ですか、ビッグデータの活用事業というものは早くから、もう早くそれを利用して、それを、それぞれの二次医療圏のところへも提示されて、そういう具体的なデータのもとに、どうあるべきがいいのかと、これするな、あれをするんじゃないけれども、そういう姿勢がどうしても必要だと思います。

高度の急性期医療というのは、二次医療圏でも隣り合わせとか、三次医療圏でも一つというようなものもありますし、最低限これだけの医師とこれだけの設備がないとやっていけないというところもあると思うので、そこらのことについて、もう少し具体的に実態を知ることが必要かと思えます。

これを言いますと、あまり集約ばかりの方向へ行くんですけれども、それと同時にあわせて、

やはり小学校や中学校をつくるのと同じように医療機能というのは、その小学校圏域、中学校圏域、三次医療圏の圏域の中において、最低限これだけの医療機能を持たないといけないというルールをつくっておかなければいけないと思うんですね。あの最低限の標準的な医療診療科もないような地域はつくらないようにしないとイケない。それに対しては、県がどういうふう  
に人を送るということをしないとイケないと思うんですけれども。

そのときにやっぱり考えていかなければいけないのは、いわゆる公私関係なく、公立だから応援するというのではなくて、私立、私的の病院、民間病院でもそういう機能を持ってやっている民間病院があればそこへ積極的に応援すると、それは小さい病院であってもですよ。その地域でなくてはならない、過去にやっているときでも応援していくというような姿勢が必要なんだと思います。

それからよく出るんですけれども、よく地域とか、外れたところにある地域のところには医師とか、これ来さえすればとか、施設がありさえすればとよく言うんですけれども、そんなところ、患者が来ないところに何々さえあればとか、僕がよく言う言葉ですけれども、勉強部屋をつくってくれば勉強しますよなんていうところに勉強する奴はおらないわけで、現実問題、医師がいればというんじゃないで、いなければどう方法を考えるかという方法だって考えないといけないというふうに思います。

だから今後、山間地なんかではIP診療の規制を緩和するとか、保健師を置いて、そしてそのための、そういう診療をするための要件を決めておいて中核の病院が支援するとか、そういうふうな取り組みということが、これからは必要なんじゃないかというふうに思います。

それから地域医療支援、医師支援病院というのができました。このときに、僕らはないよりはあったほうがいいし、前から言ってきたことなんだけれども、地域医療のことで支援が出せる病院というのは、経済的にも基本的にも安定していてスタッフが多いところが多いんです。そして受ける病院は形態的にも苦しくてお金もなくて、患者数としても、支援してもらったらそれと同じだけの、普通の大学からしてもらおうと同じお金が絡むんですよ。だけど、患者さんはそんなに来ないんです。経済的に余計負担があるんです。だけど、出すほうのところにはお金が行きますけれども、その地域を守るためにそういう先生を受け入れる側にはお金は来ないんですよ、小さい病院からすれば。

そういう面に対する配慮というか、それは基本的にその地域で最低限こういう医療を守らないといけないという使命を持った病院が、その使命を果たすために行動している場合はそれに相応した負担はある。ただ無造作に、ざるに補助金をつぎ込むようなことする必要はないと思います。だけど、基本的な必要な医療に対しては、十分な経済的負担もするというのも大事なかなと、そのぐらいにしておきます。

#### ○関会長

それでは4方のスーパーアドバイザーの先生方にお伺いしましたので、少しディスカッションしたいと思いますが、まず市長さんからお願いします。

#### ○牛越委員

ありがとうございます。特に4名のスーパーバイザーの先生方には本当に目配りを、県内全部のというわけには、それ、いかないでしょうけれども、その圏域ごとに今まで検討してきた、こうした地域医療を守るためのそれぞれの取り組みにアドバイスをいただくのは大事なことです。

その中でやはり、私ども一番期待していたのは、医師確保という点でいえば、やはりいわゆる支援病院による医師派遣の制度には本当に期待をしているんですけれども、なかなか今、井上先生からもご紹介があったように、受け入れても果たしてそれが、直接それなりの収益につ

ながら、そして謝金、報酬をお支払できるのかどうか大きな課題であります。これにつきましては、全て県の施策の中に折り込んでいただければ、それぞれの圏域ごとによってなくてはならない、先ほど、これ圏域内で完結すべき分野ということで言えば、産科、小児科というような周産期の分野、あるいは救急としての脳外科のようなところに、もしこうした仕組みが活用できるとすれば、それに対する病院側の、小さな病院側の支援の策についてはぜひご検討いただきたいと思います。

先ほど関会長先生からもお話がありました、大町病院が思い切った選択をして病床数を削減したわけですが、やっぱり苦渋の選択であります。なぜかというやはり、圏域住民の皆さん、市民の皆さんもやはり不安、本当にそんなに話して大丈夫だろうか予感がずっと今までもあったわけですが、やっぱり実際の稼動を見極めますと、この199床というところまでは何とか頑張れるとうことで理解を得たわけであります。

しかしながらやはり、それによってメリットもあるんですね。病院の経営では非常にコンパクトな経営ということを目指したいと、あるいは診療報酬上のメリットも得られるということで、これで収益にもつながるといふ部分もありました。

一方で、先ほど、これは横澤先生からもお話がありましたように、実際にその医師が充足したならば、あるいはしていかなければいけないんですが、そうした折には、この医師の増強について、この病床数で本当に賄っていけるのかという、もう一つの課題も確かにあることはあります。そんなような圏域の、もう一つの安曇、安曇病院との連携の中で解決していきたいと考えています。

なお、ご出席の先生方への地域協定でもありますが、内科は信州大学の総合診療のご支援等いただきながら大分充実してまいりました。また初期、後期の医師も、今、ちょうど今年度は6人ついていただきました。そうした活気ある病院になったにもかかわらず、やっぱりそれを専門科、各専門科で治療を行えとう、そうした分野でいえば、外科、整形外科、脳外科、それぞれ本当に少ない先生方で担っていただいています。こういったところについてはなお充実を図る必要がありますので、これから私どもも努力してまいりますし、また多くの医療機関や、また信州大学等の拠点病院のご支援をいただきながら進めてまいりたいと考えております。以上でございます。

#### ○関会長

はい、ありがとうございました。それでは、ほかにどなたか。

それでは、ほかにどなたかどうでしょうか。平野先生、どうですか。

#### ○平野委員

とうとう何かしゃべること、というご発言を伺いました。私、不勉強なものですから、医療というのも本当に広い範囲にわたっていろいろなことがありまして、これを皆さん議論されて、ああ大変なことをやっているんだなど。

実は今、私もそうなんですけれども、選挙の最中でして、県会議員が今、ふるいにかけている最中で追いまくられて、逆に、だからこそ県民の意識を、ものすごく聞きながら、そうなるとうわかるかもしれません。

一番、やっぱり県民の皆さんが興味があるのは医療と、それから介護、そしてもちろん福祉等も含めて、ここのところは特に女性は関心があります。男は道路に関心があったり、いろいろな関心があっていろいろなことを言ったりするんですけれども、よくよく見ていると、やっぱり女性が何を考えているかと、その女性に聞いてみると、今言ったように医療と、それから福祉を含めた介護、これはやっぱり一番、皆さん、気になるわけです。それがどうなっていくか、いずれ誰もが通る道ですけれども、しっかりするから長野県に育っているんだけれども、

介護とか福祉とか、そういう面において、長野県、大丈夫かしらという、今、申し上げましたように本当に選挙人の意識というのは、要するに県民の意識に一番関心があるのはこの分野でございます。

どうか、いろいろな大変なことがあるでしょうけれども、いろいろ知恵を出していただきまして、私どもも、もちろんしなくてはならないんですけども、少しでもいい県で、さすが長野県といわれるような県になりますように、大変、道は遠いでしょうけれどもお力添いを、知恵をいろいろ教えていただいて、皆さんにお願いするわけでございます。よろしく願います。

○関会長

ありがとうございます。松本さん、どうですか、何か。

○松本委員

すみません、看護協会長をしております松本です。もう本当に、医療構想というのは非常にこう、大変な皆様の話し合いでこのような形になっているということで、今日、知ることができました。

それで今、お話があったように、一体、県の方たちがどういうふう考えているのかというところが、ちょっとやっぱりわからないなというのが率直な、今日の感想です。

提供する側で考えたときに、このようにあったらいいとか、そういうようなことでありますが、ちょっとその側の方たちがどのように考えているかというところを、少し見ていただければうれしいなというふうに思ったことと、看護協会でするので、ぜひいろいろなところで在宅診療ですとかそういうようなところへしっかりと、自分たちも加わって進めていかれたらいいなというふうに思いました。ありがとうございます。

○関会長

ありがとうございます。山田先生、いかがですか。

○山田委員

歯科の立場からちょっとお話させていただきたいんですが、慢性期からの在宅医療推進というような方針が出ていまして、私たちの中で医師、看護師の定着が今後大変じゃないかというお話なんです、そういった在宅医療の中で口腔ケアとかの協力が大事だと思いますので、歯科医師の今後研修をして在宅医療推進を行っていききたい。

○関会長

ありがとうございます。では、お隣の吉岡先生、願います。

○吉岡委員

長野赤十字病院の吉岡でございます。私の発言はバイアスがあつて、やはり長野医療圏でいかに地域住民の皆さんに、安全で安心な高度な医療を提供するんだということに普請をしておるわけですので、そういう立場での発言になりますけれども。

井上先生にはちょっと叱られちゃうかもしれないけれども、県のほうで地域医療人材支援事業を立上げられて、非常にまことにいいことだと思うんですけども、では、どの病院が医師が多くてどの病院が医師が足りないのかということになると、ただ単純に、医師の数だけで議論ができないんですね。求められる医療がどういうレベルかということによってかなり違ってくるので、やっぱり従事者に一人というふうに考えて、医師一人いればやっていける内容と、

非常に重症で緊急度の高い患者さんを診ると、例えば3人に一人ぐらいの医師がいないと、とてもそれに見合った医療を提供できないというような使命を、使命によって、その医師の多い少ないというのは違ってくるということは前提として理解をしてもらわないといけないことだというふうに思いますので。

当院の場合、比較的医師がいるというふうに言われがちなんですけれども、診療の流れから見ると、とても医師不足なんです。だから、それは単純に数だけで医師が多い少ないということはなかなか言えない実態なんだということを、これ前提にご理解をいただきたいというのが一つあります。

あと、今、うちは、新聞に出てしまったから労基所が入ってくるんです。そうすると、労災が起こった・・・こんなことをいっちゃいけない。医師の働き方改革と同じでそれと一緒、この間、問題になっていたのは、年間、特別な地域は1,860時間だったって、相澤先生、そうでしたね。

それは働き方改革にはならないわけなんですけれども、これは、では特別なところですね、認めましょう。だけど、そうすると時間外は病院のほうに入りなさいということですから、財政的支援がなくて、どんどん働かせるなんていうことはとんでもないことだと、病院が成り立たなくなりますので、そうすると、病院が成り立たないということは診療の医師がいないということになってしまうということもあると、ずっと勝手な話をさせていただきます、2点だけ、先生に振っていただきましたのでお話をさせていただきました。よろしいですか。

#### ○関会長

ありがとうございます。では大学はどうですか、本田先生。

#### ○本田委員

我々のところは、医師をおそらく派遣するところだというふうに思われていると思いますけれども、基本的に考えていただきたいのは、医師数が多いと医療レベルは上がる。医師数が少ないと医療レベルがやっぱり下がるということになります。

ですので、集約化してくると、どんな病院でも多分レベルが上がってくる。だけど分散化してくると、皆さんのアクセスはものすごくよくなるんですけれども、レベルは下がって、そういう格好で、一体どこにその集約化と分散化を図るということを考えていただきたいというのがあります。

もっと、今、お話を聞いていますと、医師は必ず一人がそのところのところにいなければいけないという、そういう発想でお話をされていると思うんですけれども、医療資源はもう限られていますし、我々のところで、後期研修医へ入ってくるのは大体80人で、長野県全体で110人ぐらい、これはもう変わらないということになると、どこからか奪わなければいけないとか、他県から奪わなければいけないという考え方ですと、それはなかなか成り立たないのではないかとということになりますので、医療資源をどうやって生産的なものを上げていくとか、効率的にやっていくかという、やはり医療資源をこう流動化させるということが結構、重要なもので、先ほど言いましたが、もし、冬、北信が足らなければ北信のほうに少し持っていくとか、そういう流動化ができれば、非常にそういうものは働きやすくなってきて効率は上がるんじゃないかと思っておりますので、固定された先生を固定されたところに置くという考え方よりは、いろいろな先生を少し動かして、3人の先生に助けをもらおうとか、そういう発想を持たれるといいのではないかと。

あともう一つは、やはりどこに必要なところがあるのかどうかというのがやはり、県のコンセンサスとしてどこに何が足りないのかという、そういう情報があれば大学としても、今、医師の派遣は各診療科がやっているわけなんですけれども、全体的に長野県でこう示させていただく

と、我々の各医療のほうにお願いできるのではないかというふうには思っておりますので、やはり人口は非常に重要なものではないかなというふうには思います。

ですので、医療資源の生産、配分ですか、図るとするのが多分必要になってくるのではないかと思います。以上です。

○関会長

ありがとうございました。細谷先生いかがですか。

○細谷委員

佐久大学は看護師の養成と、それから昨年から特定行為を含めた、いわゆるプライマリケアができるナースの養成を始めました。ことしで2年目で、実習が2019年度から始まるとか、いい看護師が育ってくれたらいいなということですが、5名です、5名がいわゆる入学定員でして、その人たちは今、全員、所属は各病院で、病院の配慮で実習期間が仕事をせずに、仕事をせずにというか、その病院が実習の指導病院であれば、そこで実習できるんですけども、いわゆる特定機能を含めた医療行為というか、医師の先生たちからの指示のもとに、これだけはやってというほうにもできるナースという、プライマリケアなんですけれども、そういう人たちが育っていきます。こういった点は、県立病院とは先駆的にもう実施されてかなりの年数がたつんですけども、データを蓄積していて、再入院の確立が減ったという実績が出ています。

歴史というのは、新しいナースですから、これからの活躍が期待できるころだと思うんですけども、いわゆる看護職として、そして医師と一緒に、看護師ができる範囲でいわゆる医療のもっと何というんですか、患者さんは最後の立場にあって、生活を含めた見方をした、そういうプライマリケアができて、こういう医療資源が、人材が足りないところでの応援ができればいいのかなと、私たちも協力を始めたところでございます。以上です。

○関会長

ありがとうございました。伊澤先生どうですか。

○伊澤委員

もう、4時半を大きく超えているんですね。あまりたくさんのお話を申し上げる時間はないと思うんですけども、新専門医制度が始まりまして、明らかに大学への回帰傾向が起きていると思います。ほとんどの若い子というのは専門医になるんですけども、それもより専門性がくっきりした診療科の専門医になっていく傾向も、これもこれから進むだろうと思います。

総合診療医の必要性というのは叫ばれているんですが、昨年も今年も確か全国で100、全国で140名弱しか、総合診療医を専攻するドクターがいないわけなんですね。おそらくこの傾向も続くということを前提にして、これから考えていかないといけないと思うんですけども。

大学に回帰するだけじゃなくて、また都市に帰っていく傾向も、これも非常にくっきり出てきていますので、そこをどうするかということじゃないかと思えます。

○関会長

ありがとうございました。次、清水委員さん。

○清水長野県保険者協議会副会長

保険者協議会の清水でございます。地域医療構想調整会議の設置目的といいますか、主眼的には財政運営のところが大きくあったというふうには思います。

今、議論の中では、不足医療機能をどのように担っていくかというふうなところを中心にお

話が進んできたんじゃないかなと思うんですけれども、2025年に向けて、もう一つ、大事どころが、余剰になるであろう病床をどういうふうに調整していくかということを実現していくかという、やっぱり、そちらの面での議論も必要なんじゃないかなというふうに強く思います。

で、今日お話の中で、資料1の4ページ目の、定量的な基準を導入するというので、ちょっと話が元へ戻ってしまうようで恐縮なんですけれども、これは県の考え方であるのか、県の統一の基準を設定するのではなく、必要に応じて検討するというふうになってはいますが、これ結構、調整していく上では、この定量的な基準を入れるというのは、必要になるんじゃないかなというふうに思っております、これを地域ごとに検討するというのはなかなか難しいんじゃないかなというふうにも思っております、ですので、この辺のところをどうやって検討していくのかというあたりも、かなり大事どころになるんじゃないかなというふうに思います。以上です。

○関会長

ありがとうございます。では、亀井さん。

○亀井委員

お時間ないのに、お時間をちょうだいしてありがとうございます。

小児在宅医療から成人後期についてまで今すごく、それにやっているんですが、急変してからドクターにすぎるといのが、主にこれまでの医療の形であったかと思うんですが、小児医療の場合は、特に急変させない支援というのが重要だなというのを痛感しているところです。圏域によっては看護連携とか、看護師やリハビリ医療講師の連携、地域医療を支える人たちの連携によって急変させない支援というのが、少しずつできてきておりますので。

先ほどの細谷先生のプライマリナースのような、地域ごとの医療を支えることのできる看護師さんをしっかり育てていくことで、お医者さんの仕事を余計にふやさないようなことができるのではないかと思います。

看護師さんの育成、お医者さんだけではなく、看護師さんの育成と育成した看護師をつなげて、お医者さんを支えるような仕組みが、もっと重要視されてもいいのかなと思って伺っていたところでした。以上です。

○関委員

ありがとうございました。それでは最後に池上さん。

○池上委員

ありがとうございます。受ける立場からということで、医療圏域のために、自分の介護、看護、入院してからのことを見てくれる家族が、圏域を超えては入院ができなかったとか、そんなこともあったりします。そういうのも含めてですけども、やはり今、亀井さんもおっしゃっていましたが、小児に限らず、地域を支える医療に、保健師も看護師も、私は助産師なんですけれども、助産師も、あと医師も、みんなで訪問して支えていくみたいなことがあればいいのかなというふうにも思ったりもします。

あと、病棟で今、産科のほうが、少子化ということで混合病棟になっていて、結構、高齢者の方が入院されていると、お産になって飛んでいけなくちゃいけないときに、助産師が食事介助をしていて分娩に立ち会えない、で、医師が呼ばれて助産師の仕事をするみたいな話もあったりするので、ぜひその辺も、病院長も回転ばかり考えないでしっかりと、ちゃんとした立場のお仕事ができるような形にしていっていただきたいというのは思います。

○関会長

ありがとうございました。では、最後にとり、県立病院機構の久保先生。

○久保委員

各圏域の話聞いていまして、やはり長野、松本以外は非常に医師不足で頑張っているということなんですが、県が始めました地域医療人材拠点病院支援事業と、それから県の修学資金の貸与者が、この4月から数名、実際に病院で勤務するようになっておりますし、今後、どんどんふえてきて、多くて年に20名の方が出ているので、この二つの対策で何とかうまく、それぞれの病院を支援するようにしてもらいたいと思います。

特にこの人材拠点病院の支援でございますけれども、可能な限り、常勤医を派遣するというような方向で考えていただかないと、単に外来だけですと、その病院にとっては非常に経営的にも厳しい状況がわかりませんので、常勤医を派遣するというようなシステムでやっていただくと、地域の中小の病院が非常に助かるだろうなと思っております。以上です。

○関会長

ありがとうございました。これで本日いらっしゃいました皆様方、全ての皆様方からご意見をちょうだいしました。皆様方は、各その方面においてはトップリーダーの皆様方ですので、こういう機会はめったにありませんので、皆様方からのご意見を拝聴いたしました。ありがとうございました。これは言いっぱなしでいいんですか。

それでは、次にまいりましょう。地域医療介護総合確保基金の医療分ですね。

(2) 地域医療介護総合確保基金（医療分）について

○事務局

資料4の説明

○関会長

ありがとうございました。この辺はよろしいですね。

それではその次、5番のその他、何か、その他で、これご議論いただくことはございますか。よろしいですか。では事務局にお返しします。はい、どうぞ。

5 閉 会