

## 平成 29 年度第 1 回上小医療圏地域医療構想調整会議議事録（要旨）

日時：平成 29 年 10 月 26 日（木）

午後 6 時 30 分～8 時 30 分

場所：上田合同庁舎南棟 2 階会議室

### 1 開会

### 2 あいさつ

### 3 会議事項

#### (1) 会長選出

上田市医師会長 池田 正憲 委員を会長に選出

#### (2) 会議設置運営要綱の改正

原案のとおり承認

#### (3) 長野県地域医療構想について

ア 病床数の必要量と病床機能報告の病床数の関係性の整理

イ 上小医療圏の現状について

（質疑なし）

#### (4) 第 7 次長野県保健医療計画について

（勝山委員）

「整理します。」「努めます。」「図ります。」等の記載が見られるが、行為の主体が誰なのかが書かれていない。主体を書かないのなら、計画の総括的な文章のところ、どう述べるのか注目していきたい。策定委員会にしっかり言っていただきたい。

上小圏域では、病院経営は薄氷を踏む思いである。来年 4 月の診療報酬改定によって、多くの医療機関は経営的に追い詰められた状態になる。この点を委員会としてどのように書き込んでいただくか注目している。

（県医療推進課）

医療計画に関する部分については、行為の主体は県になるため、一律に主語をつけていない。

（勝山委員）

そういうことであれば、計画の前段にしっかり書いてほしい。

（結城委員）

「健康で長生き」が目指す姿と書いてあるが、長生きする高齢の方には、軽症の急性期患者（高齢で認知症をもった軽症の方）が多い。そういう方は、介護的な手はかかるが、医療資源の投入という点では軽症なので割と少ない。「健康で長生き」はそのとおりと思うが、認知症を持った高齢者の軽症疾患の対策は明確ではない。認知症患者については、

精神科の対応だけでなく、例えば整形的な対応も必要。社会的ニーズを考えると、そうした患者を当院で診ていかざるを得ない。介護的な手はかかるが病院の収益が低い患者は今後ますます増えてくる。この点が、今後どんな計画になっていくか見えてこない気がした。

(長棟上田保健福祉事務所長)

在宅介護については、上田市に県のモデル事業として、24時間在宅ケアサービス推進事業を今年度立ち上げた。全県で上田市のみがモデル事業として行っている。定期巡回で、独居でも1日に何回もサービスに入る介護体制について、上田市で来年度からの実動化を検討している。ご意見を深く受け止めていく。

(三澤委員)

へき地医療について、現在長野県のへき地の医師不足病院の典型として阿南病院がある。自治医大の卒業生の配置に際して、産婦人科以外の医師は、出身地や研修病院などに関係なく阿南病院へ行くことになっているようだ。義務年限終了後にも阿南病院に残って地域医療を継続しているのは、飯田市出身の医師が多く、それ以外の医師は自分の出身地に戻らず、東京や自治医大のある栃木県に出て行っている。各地域と連携して地域を診る医師を育成するということと、個々の医師のキャリアパスを形成するということ、今まで行われてこなかったことが、いつまでたっても医師が充足されない原因になっていると思う。お金を出して医師を作るけれども、各医師がどのような研修を受けて、どこでどのように継続性をもって働くか、また後輩の指導を行っていくか、長野県がもっと積極的にかかわっても良い気がする。

へき地医療のワーキンググループの委員を見ても、本当に田舎で困っている中小規模自治体立病院の院長は入っていない。そういう人たちのことを考えて計画を作っていくことを、県の発想として持ってもらいたい。

学生も卒業した医師も、今後は新しい専門医制度が始まったため、多くが専門医になりたいと思っている。専門医も必要だが、今必要とされているのは、リハビリの指導もできて、患者を治療して、家に帰すことができる回復期を担当する医師であり、それを教育するところが県内にはない。専門医数がある程度制限して、地域を診る医師(総合医)を増やすべき時期が来ていると思う。

具体的には、阿南病院で働く医師は、まず飯田市立病院で研修しながら、週1回は必ず阿南病院に行って、阿南病院に派遣された医師は週1回飯田市立へ行って診療する。そうすれば医師は地域に残るのではないか。各地域の基幹病院と医師不足病院や診療所の連携を密にすべきと思う。各地域内で医師の希望に沿いながら、活躍できる場所を提供していくことが必要ではないだろうか。長野県は広いのだから、木曾出身の医師が木曾を助けるといった発想を県に持ってほしい。長野県を4分割して、その地域の中で研修して、指導医となり、次の医師を育てていくシステム形成が必要と考える。

(県医療推進課)

今後、へき地医療拠点病院やへき地診療所の勤務等で構成するへき地保健医療対策協議会を開催予定。現場の意見を伺いながら対応していきたい。

(長棟上田保健福祉事務所長)

終末期に関しては、当所のできることを私自身が講演を全県各地で実施しているが、何分一人では行ききれないので、今後介護支援課と相談していきたい。

(勝山委員)

以前、長野県型の総合医を作ろうと医療審議会で審議され認められたはずだが、その後どうなったのか。

(県医療推進課)

医師確保対策室の関係であるため、後日回答したい。

(岸委員)

在宅医療について、協力し合いながらやりましょうと書いてあるが、連携の仕方について全国的な他の地域では連携センターを作って医師会・自治体が連携しているように聞いている。県としてはどう考えているか。

(県医療推進課)

医療と介護の連携で、それぞれ市町村事業で進めている部分はあるが、連携センターについては確認させてほしい。

(岸委員)

長野県にはないと思うが、ほかの県では自治体と医師会が連携している事例があるようだ。県として主導してほしい。

(県医療推進課)

医療介護の連携については、市町村・医師会単位で地域包括支援センター等で図られているが、地域医師会、医療従事者及び行政との連携が在宅医療を進めていく上で必要なので、ご意見を伺いながら対応していきたい。なお、各日常生活圏域の地域ケア会議で連携体制をとっている。

(泉委員)

5疾病5事業ということで検討されているが、難病に関しては検討されていない。

筋ジストロフィ、重症心身障がい者等、大変な患者に関しては、各圏域で診れる体制はない。県全体をカバーするような病床として当院で対応しているので、圏域の中で他の療養病床が多いとの議論で減らすと言ったら、そういう患者さんを診る病床がなくなってしまうということがある。難病については、特に重度の医療介護を必要とする患者の難病医療対策を十分に議論してほしい。

(県医療推進課)

難病については、専門のワーキングはないが、保健医療計画策定委員会で直接検討している。総合計画の中にも難病対策を盛り込んでおり、そこを改正していくということで、ご意見を伝えて検討してもらいたい。

(遠藤委員)

健康長寿世界一を目指すとの記載があるが、いわゆる健康寿命の国・県のデータはあるのか。

(県医療推進課)

健康寿命は3つほど算定方法があり、ある分野では長野県は上位だが、ある分野ではそれ程でもないということがある。

- 1 日常生活に制限がない期間の平均 男性6位 女性17位
- 2 自分が健康と自覚している期間の平均 男性10位 女性20位
- 3 日常生活動作が自立している期間の平均 男女とも1位

算出方法により年数にも違いがあり、統一したものはない。基準が一律ではないので、今の段階では平均寿命を使っている。

(遠藤委員)

認知症を発症してからの平均寿命は、1年から10年くらいである。健康寿命にそれを定義するかは別だが、ここに相当力を入れないと、結局平均寿命と健康寿命とのギャップは縮まらない。もし、本当にこれをやるのなら、認知症を全面的に長野県の医療計画へ出すというのもあるかなという発想をしていた。精神疾患のところでもちょっと触れているが「認知症疾患センターは県で3つ作ってあります」としか、テーマ的には触れていない。実際は、認知症の方にどういう対応をするかについて、あらゆる医療機関が頭を痛めている。専門家が養成されているが、こういう仕事にウエイトをおいていくのが、本当の意味で至福を感じられる医療を提供できることになる。

(県医療推進課)

現在策定が進められている県の高齢者プランでも認知症について扱っているのだから、こちらも連携を図っていきたい。

(長棟上田保健福祉事務所長)

難病の患者さんについて、病院自体の医療スタッフの育成がきちんとされていないと患者を受け入れられないことは承知している。病床数についても、県と検討していきたい。

認知症対策や終末期・在宅医療等、県の力だけでは難しいところもあり、市町村や三師会等、様々な機関と連携し検討していきたいので、是非皆様にもご協力いただきたい。

- (4) 第7期市町村介護保険事業計画及び長野県高齢者プラン(第7期介護保険事業計画)について  
(質疑なし)

#### 4 その他

(次回の日程調整等について事務局から説明)

#### 5 閉会