

令和4年度第1回 長野県地域医療構想調整会議（要旨）

1 日 時 令和5年3月23日（木）14時00分から16時30分まで

2 場 所 長野保健福祉事務所3階 会議室

3 出席者

構成員：堤雅史構成員、橋本至永構成員、前澤毅構成員、古田仁志構成員、田澤秀夫構成員、花岡徹構成員、宮澤政彦構成員、高野次郎構成員、相澤孝夫構成員、井上憲昭構成員、鈴木章彦構成員、駒津光久構成員、竹重王仁構成員、日野寛明構成員、池上道子構成員、亀井智泉構成員、清水昭構成員、下平喜隆構成員、町田貴構成員、川真田樹人構成員、小林恵子構成員、酒井茂構成員、本郷一博構成員、松本あつ子構成員、丸山和敏構成員、和田秀一構成員、渡辺仁構成員、坂本泰啓諏訪保健福祉事務所長（細田源浩構成員の代理）、加藤浩康保健福祉事務所長（吉村一彦構成員の代理）

（欠席委員 伊藤正明構成員、花岡利夫構成員、宇田川信之構成員、奥野ひろみ構成員、馬島園子構成員、本田孝行構成員）

事務局：福田雄一健康福祉部長、西垣明子衛生技監兼保健・疾病対策課長、原啓明参事（地域医療担当）、高池武史健康福祉政策課長、百瀬秀樹医療政策課長、水上俊治医師・看護人材確保対策課長、久保田敏広健康増進課長、大日方隆感染症対策課長、須藤恭弘感染症対策課感染症医療対策監、社本雅人医療政策課課長補佐、堀内嵩之医療政策課企画管理係長 他

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（1）座長の選出について

（社本課長補佐）

それでは、会議事項に入らせていただきます。

まず（1）の座長の選出についてでございます。開催要綱を御覧ください。長野県地域医療構想調整会議開催要綱の第4では、調整会議に座長を置くとしております。本日の会議の座長につきましては、長野県医師会長である竹重構成員にお願いしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

（竹重座長）

皆さん、御苦労さまでございます。それでは、座長ということでさせていただきます。4年ぶりの開催ということです。皆さんの思いのたけをぜひ御発言いただければと思います。内容を見ますとどう見ても4時には終わりそうもないので、少し時間をオーバーしてもというようには事務局をお願いしてあります。それからぜひ構成員の皆様にはせっかくの機会ですので、一言ずつは御発言いただければと思いますので、後ほど指名させていただきますのでよろしくお願いいたします。

それから資料1の4ページを御覧いただきたいと思っております。長野県地域医療構想調整会議の概要という部分がございます。この下段のところに長野県地域医療構想調整会議の役割が書いてございます。広域的な観点からの発言ということでよろしくお願いしたいと思います。

では、以後座って進行をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

（2）地域医療構想について

(竹重座長)

それでは会議事項の(2)地域医療構想についてに入ります。事務局から説明をお願いいたします。

(百瀬医療政策課長、資料1により説明)

(竹重座長)

ありがとうございました。今年度各医療圏で調整会議が再開されまして、今後の進め方や圏域ごとの議論の状況について検討が行われておるといことでございます。せっかくの機会でございますので、圏域ごとの議論の状況について御発言いただければと思います。名簿の順で佐久医療圏の堤座長から御発言をお願いしたいと思います。今の資料の中の24・26ページの課題等のこともございますし、あるいは17ページの医療情勢等連絡会の議論が行われているかどうかといったことも含めてお話いただければと思います。10医療圏ありますので、3分から5分ぐらいの間でよろしくをお願いしたいと思います。

では堤先生、よろしくをお願いいたします。

(堤構成員)

佐久の堤です。佐久の圏域で問題となっているといいますか、データの的には圏域を超えて回復期リハの患者が上小へ流れているということ指摘していただいたのですが、これは鹿教湯病院がありまして、そこへ動いているわけですが、人口の観点、佐久だと15万人ぐらいですか。そうじゃなくて50万単位で考えて、もう少し圏域を広げて考えれば、別に上小へ回復期で移動し、また戻ってきてそこら辺はいいのではないかという意見がありました。だから今この現状でそれを越えた調整というのではなくて、これはこのままいけばいいのではないかという意見がありました。

あと今やはり一番問題となっているのは、来年度の4月から始まる働き方改革、そして昼間はいいのですがやはり夜間の救急体制、そこをどうするかということが一番問題となっていて、それに伴う人員というか人、医師の不足がありますので、それについてどうするか。1次・2次・3次、3次医療は基幹病院で佐久医療センターにお任せするしかないので、2次と1次をどうするか、そして1次は医師会というか開業医が中心となって、今ストップしています夜間の診療急病センターを再開するという方向で行きまして、あとは2次に関しては公的病院の輪番制によって何とか回していくことを今佐久広域連合を中心にこれから話し合っていく予定です。いずれにしてもそういう働き方改革が進められるに当たっても医師の不足がある状態なので、何とか少ない中でもうまく機能していけるようにしていきたいと考えております。

あとは私からの意見といたらあれなんですけど、先ほど国の意向で新興感染症、今回のコロナ禍において問題となったことというのが12ページにあります。国は将来そういう感染症が起きても地域医療構想の基本的な枠組みは変わらない、つまり病床数はなるべく削減の方向で考えているとありますけども、夏は患者が落ち着いているけれども冬になるとかなり忙しくなるなど、あるいは今回のような大きな感染症が今後起こることも考えられるので、少し余裕を持って、削減に向かうのではなくて今ぐらいの病床数を維持して、そういう有事のときに対応できるような病床数を余裕を持って県は確保していただきたいという意見を持っております。それだけじゃなくてやはり夏と冬のこの違い、夏はかなり余裕を持っていいから、冬にちょうどいいぐらいの病床数をこれからも減らすのではなくて維持するという方向にさせていただければと考えております。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。いわゆる非公開の医療情勢等連絡会なんていうのは開かれておりますでしょうか。

(堤構成員)

いや、まだしておりません。ただ今回の働き方改革に向けてこれから広域連合長、あるいは保健所、そして各病院の方々と非公開でこれからどんどん会議を求めているように思っています。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは、上小医療圏の橋本座長、よろしく願いいたします。

(橋本構成員)

上小地域はもう明らかに医療従事者が少ないということで全てでありまして、これにより救急対応が非常に困難となっております。具体的にはこの5月の連休の輪番が組めなくなるような事態が出ておりますし、夜間の内科・小児科救急センターの小児科医の不足により今年度何日か組めなくなりそうな事態が生じました。これはかなり無理を言って何とかしております。それからコロナのこともあったと思いますが、上田医療センターが約 1300 時間の救急受入れ困難時間が発生してしまったということで、急性期の病床を増やしてほしいという強い希望が出ております。それから医療情勢等連絡会はこの秋に1つやっていきたいというような動きは出ております。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは諏訪医療圏の細田座長の代理で坂本諏訪保健福祉事務所長、よろしく願いいたします。

(坂本諏訪保健福祉事務所長)

冒頭10分ほど遅刻しましたことをまずはお詫び申し上げます。諏訪保健福祉事務所の坂本です。本日は諏訪圏域地域医療構想調整会議の座長である諏訪郡医師会会長の細田先生に代わって出席させていただいております。

諏訪圏域では令和4年9月30日、諏訪2次医療圏の3医師会長、6病院長を含めた20人の構成員に御出席いただき、第11回会議を開催しています。諏訪圏域では座長、諏訪市医師会、諏訪郡医師会、岡谷市医師会の3医師会長に輪番制でお勤めいただき、今年度は細田先生が座長をお務めくださっています。当圏域でも対面での会議は実に3年ぶりであり、私を含め地域医療構想調整会議を出席するのは初めてという委員も多数いらっしゃいました。本会議では病床機能報告で御報告いただいた機能別の病床数が2025年推計値と若干差があることを改めて確認した上で、諏訪圏域が山梨県も含めた広域から入院患者の受入れをしている事実も併せて検討し、2次医療圏にいたずらにこだわらず、広い視野で病床機能ごとの必要病床数を検討すべきとの意見が述べられました。しかし圏域の課題としては回復期、慢性期の病床不足を懸念する声、急性期病床と慢性期・回復期の連携をもっと強化するべきとの意見も寄せられています。機能分化を進めていく中で、患者さんにはかかりつけ医の役割を含めた医療機関間の役割分担と連携について十分な情報提供をしていくことが住民の安心に不可欠との意見も伺っております。令和4年度2回目会議は、令和5年2月9日に前回と同じく20人の構成員に御出席いただき、第12回会議として開催しました。事務局から各医療機関の意向の取りまとめを報告した後で、各病院長先生から自院の果たす役割、そして他院との連携に期待するところの意見を述べていただきました。また各論としては諏訪圏域の分娩を取り扱う医療機関数に変動が見込まれることを構成員に報告し、令和5年度会議ではその影響の有無、対応方法について検討していくことを申し合わせています。また有床診療所の無床化計画についても会議で報告したのですが、その診療所は計画を前倒して今月の31日で病床を閉鎖し、4月1日をもって諏訪医療圏の病床数が減少することとなります。このことは座長である細田先生に諮り、3月13日に地域医療構想調整会議構成員に書面で報告したことをこの場で述

べさせていただきます。なお、医療情勢等連絡会議につきましては、令和2年にコロナについて1回開催した限りで、それ以降では開催しておりません。しかし諏訪圏域では主要病院の院長先生が年に2回非公開で集まって情報交換を行う病院長連絡会が開催されておりますので、それも地域医療構想の議論の場になると期待しております。

諏訪圏域では3医師会 139診療所、そして11病院が協力して高度急性期から慢性期、在宅医療の提供に当たっています。諏訪圏域地域医療構想調整会議は単なる数合わせを目指すのではなく、住民が安心して暮らせる地域であるかどうかを確認する場として開催し、住民に対し機能分化と連携をセットで情報提供していくことを努めてまいります。諏訪圏域からは以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは、上伊那医療圏の前澤座長、よろしく願いいたします。

(前澤構成員)

お願いいたします。上伊那医師会の前澤でございます。

先ほどの資料にもございました圏域ごとの課題という中の医療資源の充実という部分、それとその次の部分について簡単にお話をさせていただきたいと思っております。上伊那医療圏の病床数も推計値からするとかなり減ってくるような方向で今進めておりますが、それに伴いましてやはり在宅医療に移行する患者さん、特に高齢者が増えてくることが予想されております。資料の中でも4,000人ほど増えるというような推計が出ておりますが、やはり医師不足に加えましてナースを中心としたコメディカルの確保というのが非常に大切ではないかと考えております。看護師不足ということでは県全体では充足しているということでございますが、上伊那医療圏は10医療圏中9位とかなり看護師が足りていないという状況でございます。看護師の育成の場を維持していくために現在は広域連合とも協議を進めておりますし、今後とも県の関係者の皆様方には御支援もお願いしたいと考えております。

また伊那中央病院が中心となって2次医療・3次医療を行っていただいておりますが、救急医が数名離職するというような事態が今生じているということをお伊那中央病院の本郷院長からお聞きしました。そういう中で上伊那医師会としてもどのような形で協力ができるかということをお今後考えていく予定でございます。また、開業医の高齢化に伴いまして、診療をお辞めになる先生方も出てきております。市町村では開業支援制度というのを立ち上げて、現在伊那市、飯島町等で新たに開業している先生方もおりますが、やはりそこにも先ほどお話をしました看護師というものは必ずついてきておりますので、その辺の関係性というか協力体制がどのようになっていくのかということをお、また議論の中に入ってくると思っております。

それと昭和伊南総合病院が今後現在の場所から移転・新築をするという基本計画が報告されましたので、今後上伊那医療圏としてもそういう今後の計画の議論の場に参画をしていきたいと考えております。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは、飯伊の座長であります古田先生、よろしく願いいたします。

(古田構成員)

飯伊も医師不足に関しましてはほかの地域と同様、働き方改革や医師の高齢化によって本当に大変な状況になっておるのですが、2月に飯伊での地域医療構想会議第2回目をやりまして、県から医師確保人材対策課長の水上さんが来られて、そのときに各病院からいろいろと意見を言わせてもらいました。奨学金を貸与する医師が結構いるのですけれども、どうも飯田下伊那には少ないのではないかと、

そういう若手の人たちの教育もあるし、大学の医局の意向もあるので、なかなかこちらの病院等でお願いますような状況にはなっていないということで、もうちょっとそこら辺を県も踏み込んで力を入れてもらいたい。

あと精神科に関しましても飯田病院は精神科200床ぐらいあるのですが、駒ヶ根にもこころの医療センターがありますよね。そこと比べても患者対精神科医の数は5倍違うということで、かなり精神科の対応に苦勞しているのです、そこら辺ももう少し配慮していただきたいということです。水上さんには言っておりますので、また考えていただきたいと思っております。

あともう一つ、先ほどの資料にもありましたけど、医療的ケア児への支援体制、これは飯田や南信はそうだと思いますけど、やはり松本や長野まで行かないと大変ということで、早急にはできないと思っておりますけど、県としてもこれについてはぜひ検討していただきたいと本当に思っています。そういうことでなかなか進まない状況なので、飯伊も県だけに頼ることはなく、当地だけでも11病院がありますので、皆で病院委員会をつくりまして、医師をお互い融通し合いながら専門性も高めてやっていこうという風な対策を内部でも始めました。そういうことで県には大変いろいろと要望がありますけど、ぜひまたよろしくお願ひしたいと思っております。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

続きまして木曽医療圏の座長の田澤先生、よろしくお願ひします。

(田澤構成員)

木曽医療圏ですけれども、御存じのように人口減少と基幹病院が1つ、木曽病院だけです。そこで一応医療を完結できればいいのですけども、先ほどの資料のP37にもありましたように、許可病床が193床あるのですけども、病院の報告によりますと、看護師不足で今は145床しか稼働していなかったという実績もあるみたいなのですが、許可病床と実績の中に乖離が見られるのですけども、ぜひ許可病床の数は維持していただきたいというのは私どもの要望でございます。医師の高齢化と、あと病院の中でも常勤医師の高齢化がありまして、そろそろ退職の時期が来るということで医師確保もままならないような状態が続くようなことの報告を受けております。

今後の課題として2点上げさせていただいておりますけれど、オンライン診療のことと、あとは圏域をまたぐ救急体制ということで方向性を受けましたけども、まずオンライン診療についてはこういう木曽の医療圏みたいな過疎のところだと、本当は必要だというのは分かっております。技術的には可能でしょうという病院側の意見もありましたけど、まだ実施できておりません。また高齢化が進んでおまして、そこに行っても実際にオンライン診療ができるかということそれはなかなか難しいだろうと。一応横に看護師さんなり介護士さんがついて対面のような形でやることを1回やってみましょうというようなことの提案がありました。でもなかなかそこまでいけないような気がします。また圏域をまたいで救急搬送も課題なのですけども、ここには木曽医療圏から中津川への救急搬送のことが提案してありましたけども、実際には年間で140例ぐらいが救急搬送されたそうです。それも対応はしっかりとさせていただいたみたいで、ただ日常診療の中で南部の南木曽、大桑の診療自体が20%ぐらいは中津川に流れていっているような状態だそうです。また北部のほうでも木祖村とかがあるので、隣接の上伊那の伊那中央病院とか松本圏域の病院を受診されている方が結構いらっしゃいます。それで木曽病院に患者をなるべく集めようということで、巡回バスとかを用意していただいているところなのですけども、フリーアクセスということで、交通の便がいいほうに行ってしまうような状態でございます。木曽医療圏は人口も減ってマンパワーがまず足りないということが唯一問題点でございます。そういった方向の協力をまたお願ひして、医師の派遣などをお願ひできればと思っております。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは、松本医療圏の座長の花岡先生、よろしくお願いいたします。

(花岡構成員)

花岡でございます。風邪を引きまして声が聞きづらくて申し訳ございません。

松本医療圏では2月6日に令和4年度の第2回の松本医療圏地域医療構想調整会議を開かせていただきました。内容に関わりましては24ページ・26ページに書かれていることがほとんどでございますが、松本医療圏ではもともと松本広域の救急災害医療協議会というものがこの15年以上前から行われておりまして、これがいわゆる日本病院会会長の相澤孝夫先生が紹介してくださった松本モデルです。この協議会が3つの行政、1次・2次・3次の病院・診療所、それから広域消防、3つの医師会で行われております。昨年末に救急医療搬送困難事例が多少生じまして、この会議をもう一度ウェブでもちまして、医療機関から高齢者施設の施設長宛てに、コロナの陽性が判明しても原則施設内療養をお願いしたりとか、喀痰吸引を行って酸素ボーダーを測り直してもらいたい、それからラゲブリオ、パキロビット等の抗ウイルス薬を積極的に使用していただきたい、それから医療機関へ搬送された患者さんが10日間含んで軽快された場合には引き取っていただきたい、ACP、アドバンスケアプランニングができています患者さんは施設内のお看取りも考慮していただきたい、こういうことの申入書を作りまして発出しました。これによって年末年始の医療ひっ迫は何とか回避できている状況だと思っております。現在松本医療圏での一番の問題は、御存じのように松本市立病院の建て替えによりまして、これが現在産婦人科病棟の維持の問題が浮き上がってきてまして、3月中に院内で検討が行われ、4月からこの在り方検討会が開催されることになっております。したがってこの18ページにある4月から6月に必要に応じての開催ということでもう一回調整会議を開催しなければならないことになると考えております。簡単ですが以上でございます。

(竹重座長)

ありがとうございました。今の会議というのは非公開でやられているという形ですか、市民病院等のことは公開ですか。

(花岡構成員)

ウェブですので、以前は報道も入ったりしましたけども、ウェブで行っている分は非公開でございます。

(竹重座長)

ありがとうございました。

続きまして大北医療圏の吉村座長の代理で加藤大町保健福祉事務所長、よろしくお願いいたします。

(加藤大町保健福祉事務所長)

大町保健所の所長の加藤でございます。本日は大北医療圏地域医療構想調整会議の座長であります大北医師会の吉村先生の代理として、令和4年度の大北医療圏における議論の状況についてお知らせいたします。

当圏域については病床数につきましては、以前の県の調整会議でも報告がありましたとおりで、医療機関での病床数の調整がございまして、地域医療構想の推計値に近づいている状況となっております。当圏域の実情としましては、限られた2つの医療機関で4つの機能を分担する必要があるということで、2つの医療機関で急性期から慢性期まで5つの機能をカバーしなければならないという発言がございまして、長年にわたって培われてきましたそういった強みをそれぞれ連携して発揮していく体制の維持が重要であるということが調整会議内でも一致した意見となっております。具体的には小児の高度医療や

3次救急等、両病院でもカバーできないものについては、近隣の松本医療圏等で対応をお願いしていく中で、圏域内では対応できる急性期、あるいはしていかなければならない急性期につきましては、循環器あるいは悪性腫瘍、また脳血管疾患の対応など、疾患ごとに分担しながら急性期の対応を行い、またそのほか回復期や慢性期についても両病院で対応している実情を確認しております。

将来意向調査におきましては、現状今後の両病院において病床数を大きく変更する予定・計画はなく、機能的には大町総合病院においては地域包括ケア病床の強化を図り、かかりつけ医の役割を担う病院として地域医療を支える、あづみ病院におきましては認知症疾患、あるいは循環器疾患、整形外科の高度医療を担えるような人材確保を進めたいという意向がありまして了承されております。

また両病院、あるいは有床診であります神城醫院も含めた全ての入院対応医療機関において医師及び医療従事者の確保を課題として挙げております。医師がこれまでの同様のパフォーマンスを発揮できるような環境が課題とする一方、医師の考える医療を具現化するための看護師をはじめとするコメディカルの充実が医師同様、あるいはそれ以上に重要であり、人材確保・育成が喫緊の課題であるということとを共有しております。

今後の調整会議の進め方として、公立病院の経営強化プランあるいは公的医療機関等の2025プランの変更等の報告ということが今ございましたが、既に今年度の第2回調整会議におきまして市立大町総合病院経営強化プランの概要版について報告・協議がございまして、急性期から在宅医療までを行う地域の基幹病院としての役割を担うための地域包括ケアシステムを中心として担う病院として、在宅医療体制を確保していること、あるいは訪問診療部門の強化を図り、クリニックと連携をし、訪問における看護・リハの充実を目指すということが報告されております。また感染症指定医療機関として人材機能面での強化も今後図るといふことと、遠隔診療、連携によるへき地医療提供体制の強化なども報告されまして、全会一致で了承されております。

次回の来年度の第1回の会議において、あづみ病院で報告様式に沿って協議を行う予定となっております。

医療情勢等連絡会につきましては、現在議論されておりませんが来年度以降の進捗の状況に応じて、また座長の御判断等も見ながら検討していく形になるかと思っております。報告は以上となります。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは、長野医療圏の宮澤座長さん、よろしく願いいたします。

(宮澤構成員)

長野医療圏の宮澤でございます。

最初に病院における機能別病床数の意向を見ますと、2025年までに長野市民病院をはじめとして9病院で急性期からの機能転換、あるいは介護施設等への転換、また病床削減を伴う建て替え等が行われる見込みでして、さらに2030年までの間には長野赤十字病院の病床削減を伴う建て替え、栗田病院の機能転換、稲荷山医療福祉センターでの慢性期25床の増床などが行われる予定になっております。

長野圏域の課題といたしまして、初期医療や在宅医療、公衆衛生を担う開業医の高齢化と減少、また急性期病院からの転院患者の受け皿確保の問題、あるいは基幹病院と中小病院との医師派遣等を通じた連携などが挙げられておりました。長野圏域はそういったような課題ですけど、他圏域に比べたら非常に恵まれているのではないかと思います。今後の方向性としては、地域全体で医療資源を最大限に活用していくことや、働き方改革を踏まえた視点からも、各病院の役割分担を真剣に考え、推し進めていくことが最も必要かと思っております。先ほど看護師不足問題について触れられておりますので、せっかくの機会ですのでお願いを含めて述べさせていただきます。長野市医師会では看護師養成所を運営しているところですが、最近様々理由で財政的に運営が困難な状況になっており、今年度は長野市医師会から約5,000万円の繰入れをしております。将来の看護師の必要性を勘案いたしまして、ぜひ運

営については激励の声だけではなく、財政面の支援もお願いしたいと思っています。以上でございます。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは、最後です。北信医療圏の高野座長さん、よろしく申し上げます。

(高野構成員)

北信医療圏の高野です。

北信医療圏では役割分担の基本的な方向性に関する意見としましては、北信医療圏には公立病院がなく、中核病院は公的な病院として北信総合病院、それから飯山赤十字病院の2つのみということで、医療資源が乏しく、また豪雪地帯を含むということで、この2つの中核病院間で一部機能を重複しながら相互に連携する体制となっており、類型化された役割で明確に分担することは適当ではないということで意見統一がされております。

また将来意向調査で挙げられた圏域ごとの課題というところでは、この2つの病院の機能分化の軸足の置き方としては、北信総合病院が多機能急性期病院、新山赤十字病院はどちらかというと回復期に近いほうに軸足が来ると考えられますが、地域柄、飯山赤十字病院で救急患者を診ないとか、あるいは北信総合病院で地域包括ケア、あるいは慢性期の患者を全く診ないというわけにはいきません。機能分化とは言いますが、この地域は大きな病院が2つしかないというわけで、北信医療圏で完結できる医療を増やすためには、2つの中核病院が診療機能をあるところをかばい合いながら、一部をオーバーラップさせながら、各々の医療機関の特徴を生かした役割分担が必要になると。その実現のためには自治体・消防・医師会・医療機関等の地域の関係者間の情報共有、意志の疎通に基づく連携強化が必要であると。また地域医療構想を進めるに当たりまして、特に公立病院ではない公的な病院は経営面での厳しさというのがあります。先ほど県の説明から地域医療介護総合確保基金事業のお話がありましたけれども、とてもそのようなものだけで賄えるものではありません。より行政からの財政を含めた支援が必要ということでもあります。

また、在宅医療に関する課題として、高齢者の自宅退院に苦慮するケースの増加、訪問診療等のサービス縮小等が挙げられます。高度急性期で治療、リハビリで回復、治療が終わってリハビリが終わって一定のゴールに達しても介護度が高い状態で受け皿がなく、退院できないケースというのが非常に増加しております。豪雪地帯の患者さんは定期的な通院が困難なケースが非常に多くあります。介護タクシーの充実、訪問看護のしやすい環境、病院と患者宅をつなぐような移動システムなど、自治体とのタイアップが必要と考えられます。また診療所の数がやはり医師不足ということで少ない、それから医師の高齢化、在宅まで手が回らないというところで訪問診療等の在宅医療サービスの縮小というものが懸念されています。それに併せて開業医が少ないというところでいいますと、非常に耳鼻科とか皮膚科といった診療所が少ない中で、北信病院等にはそういう患者の初診、紹介状を持たずにそういう基幹病院を受診する患者さんが大勢いらっしゃるというところの中で、そういった患者に対するこれからの改革の理解、そういったものも必要になってくるというようなところでもあります。

将来意向調査で2025年の病床数が696床ということで、推計値の541床に対して155床増、2030年も変わらない見込みとなっておりますが、先ほど佐久からもお話が出ましたが、新型コロナを経験した現在では、例年患者が増加する冬場の病床ひっ迫、他の医療圏に頼れない状況等が予想されることから、今後の人口減少を鑑みましても現時点では2030年までの意向調査の病床数が必要と考えております。

最後ですけれども、医療情勢等連絡会の積極的な活用ということで言いますと、北信医療圏では地域調整医療会議の前に必ず両病院の病院長と集まりまして、両機関で意見統一をした上で調整会議に臨んでいるような状況です。また北信医療圏は今問題点として整形外科の救急搬送、今後非常にこの圏域だけでまかなえないということで、長野医療圏に非常に御迷惑をおかけしているケースがあるという中で、

何とか北信医療圏の中で完結できるようにというようなことで、両病院の整形外科部長のみならず全員参加でこちらの連絡会等に来ていただいて調整を行っているような状況であります。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

予定より 10 分ほど遅れていますけども、本日は地域医療構想のアドバイザーの先生方も御参加いただいています。御助言いただければと思います。相澤先生は全国的な観点からぜひ故郷も忘れないでという前からのお願いでアドバイザーをお願いしておりますが、相澤先生からよろしくお願いします。

(相澤構成員)

いろいろと地域の事情を聞かせていただいて、大変な事情であるということは分かりました。その中でまず 1 つ大きな問題は、2 次医療圏って何ぞやというのが本当に皆さん理解してそれをやろうとしているのか、これまでは 2 次医療圏内で全ての医療、一般医療は全部完結するんだということを国はずっと言い続けてきたのですが、果たしてそれって本当にできるのか、特に地方は人口が減って人口密度がものすごい勢いで薄くなっています。その中で維持できるのかといったときに、維持できないのではないかというのが結論です。ではどうしていくのかということをやはり真剣になって考えなければいけない、そんな時期になってきています。これはもう皆さんが御存じのように 2030 年ぐらいから人口はさらに急速に減っていきます。これにどう対応するかということがすごく大事ではないかと。もう一つは医療従事者が足りない、これは日本病院会にも各病院から看護師が足りない、薬剤師が足りないという声が上がってきてまして、今調査をしているのですが、やはりどこの病院も募集人員に達する人員はどうやっても募集できないというのが現状です。ではどうしたらいいのかというところが今後解決していかなければいけない、それは県の努力あるいは先ほど言いました地域ごとのそういう方を増やしてくるということで、薬剤師等に関しましては地域医療介護確保基金をつくって何か奨学金を出してやったらどうかということもあるようですので、薬剤師だけではなくて地域で足りない医療職は、僕はこれを使ってやるということも 1 つの手ではないかなと思っております。ただ、それももう前もってやった地方の話聞きますと、なかなか上手くいっていないという現実もあるようで、これは根本的な解決はなかなか難しいということになると、働く人のシェアということではできないのかなということも思っています。それは先ほどありました、診療所がなくなっていくということもあります。私ごとなのですが、ある田舎の診療所の僕の同級生の院長も年だから辞めると、でも地域の住民が困ってしまうから何とかしてくれと言われて、今病院から医師を派遣しているのですが、毎日全部をカバーできるかといったらなかなか難しい、ということになると例えば、1 週間のうちの何日と何日と何日のどこからどこまでの時間はそこがカバーするというような、皆で少しずつ助け合って地域の住民が「この地域にいてよかった、皆が支えてくれるんだ」という温かい風がそこに流れるようなことをつくれないうかなと思っております。そういうことをやっていければいいと思っております。先ほどありましたように病床機能報告に基づく地域医療構想というのは単なる病床の数合わせではないぞということを言っていました、僕もまさしくそのとおりだと思います。地域ごとに違いますので、地域ごとに話し合わなければなりません。ただ、この間実は日本病院会の長野県支部の総会を開いたら様々な意見が出まして、皆元気というか言いたい放題で言いたいことを言い合ったのですが、僕はその中で感じたことは、やはり本当にその病院は自分の姿が見えているのかなと、やはり現実のデータをちゃんと見ているのかなといったときに、これは県の批判ではないのですが、県が病院にデータを返していると言うのですが、どういうデータをどんなふうにもどしているのかということは調査をしてほしいなと思っておりますし、それもどう病院は扱っているのかということと、やはりトレンドを見ないとなかなか分からないということがあります。ですからぜひそのようなことで御自分の姿を見るということをやっていたらいいなと思っております。

それから新興感染症の話が出ました。2 月 20 日に社会保障審議会医療部会で新興感染症対応にどうするかという文書が出ました。これは読むと大変で分かりにくく書いてあるのですが、少なくとも最初

に協定を県と病院が締結をなさいと。そしてその病院がやっていくというようなこと、ちょっと時間がないので大まかにしか言えませんが、そういうことが書かれていて、それは入院はそうですが外来に関しましても診療所も含め、病院も含め、感染症外来をどうやっていくのかをちゃんと締結をして、どうやっていくのかということをしつかりと検討、医療機関と締結をしてやっていけということが主体になっております。その中で老人施設もどう助けていくのかということも書かれておまして、県がその辺をしつかりと医療機関と協定を締結してやっていくということになっております。ですからいつこれに関するガイドラインを出してくれるんだという話をしましたところ、何とかこの夏前ぐらいには方向性を示したいというようなことを言っていました、本当かどうかそこになってみないと分かりませんが、そこから新興感染症についてはどうしていきのかが決まってくるのだろうという具合に思います。

そしてもう一つだけ言いたいことがあります。今は先生方は御存じではないかもしれませんが、外来機能報告制度というのがあります。これが残念ながら厚労省がミスをして、データが全然拾っていないというところで、今ようやく厚労省がレセプトから拾ったデータを病院ごとに記載している状況です。これは病院の外来機能をどうするかというデータですから、これもぜひ今後地域の医療を考えていく上で活用していただきたい。

それともう一つは、これからかかりつけ医療機能報告制度というのが始まります。来年ぐらいから始まります。これもデータが出てきますので、これもやはり地域の医療をどうしていくかというデータとして非常に大切なので、それを見て考えていただきたいと思います。

最後にもう一言だけ、このいろいろな議論をすると外来も入院も救急も在宅も皆一緒に話をするので。これって一緒に話をすればするほどどんどんどんこんがらがってってしまうのですね。その中で入院はどうするの、外来はどうしていくんだ、在宅医療はどうしていくんだ、そして救急はどうしていくんだと、ちょっと分けて地域の皆さんで考えながら話し合っただけだと、また解決が出てくると思いますし、先ほどお話があったと思いますが、圏域を超えてやらなきゃ駄目じゃないかというのだったら、それも地域の事情として取り入れつつ、それをどう上手く回していくかということが極めて大事なことで、なぜならば、その地域に住んでいる県民の方々が困らないように、そしてしっかりと治療を受けられるようにしていくことが一番重要なことだと思いますので、地域の事情は様々ありますが、その点で御議論いただければ非常にうれしいと思いますし、ぜひその辺でどうなっているのか、こんなになったということもぜひ教えていただければ、また日本全体にも広げてまいりたいと思いますので、どうぞよろしくお願いたします。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

大変示唆にとんだお話をいただきました。長野県医師会の中でも 10 医療圏でいいのかということは一しょちゅう議論しますが、今の段階では介護の医療圏と合致しているものですからなかなか 10 を崩すということが難しいように思います。これからの高齢者の医療・看護を考えた場合に 10 を変更するというのは難しいように思いますが、その辺はいかがでしょうか。

(相澤構成員)

僕は先ほども言いましたように 2 次医療圏内で全ての医療が完結するという考え方がおかしいのではないかと考えておまして、先生も御存じのように、一時、医療計画をどうしていくかという検討会議の中で在宅医療圏というのをつくったらどうかという議論が出ました。それは地域のコミュニティを守っていく医療圏があってもいいのではないかと。それは先生もおっしゃるように 2 次医療圏ではあまり広過ぎますし、それから介護における日常生活圏ではあまりに狭過ぎる、ではそういう医療圏って必要なのではないかと僕は思っています。そんな幾つかを合わせて高度な医療も含めてどうしていくのかを考える、もう少し今の 2 次医療圏と違った圏域というのを皆で工夫しながら考えていくということが、この人口減少はどうしても止められない、そして人口密度も薄くなっていく、この中でやはり我々の英知

というのが試されているのではないかなと思っています。よろしいでしょうか。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは次、井上先生、よろしくお願いいたします。

(井上構成員)

私の立場としましては、私たちの自分のところから考えましても、山梨と長野の県境にあるわけですね。そして山梨というのは甲府中心に医療が集約していて、北斗市に非常に医療が薄いということです。それに比べて諏訪圏域は非常に医療の充実が図られている。私の立場として常に言えることは、相澤先生の会議でのお話は非常にその通りだと認める立場ではありますが、それと同時に、我々はやはりそこに住んでいる人間として、やはりどのように生活をつくっていくか、先ほど言われているように高齢化して人口が減っていくと。減っていく中においても地方では自由に動けない人たちが増えていくのですね。そういう人たちの生活をどう守るかということを中心に考えざるを得ない。それだったら昔は1人の先生がいたら毎日そこへ患者さんが来て成り立つところが、週に3日で済むとか、時には月に1回で済むというような状況も出てくることは事実です。ただもそのとき動けない人たちに無理にそこまで行けと言うのかという立場ではなくて、やはりそこで診てもらえる、その近くで診てもらう、我々のモットーは遠くの親戚より近くの公園病院と言うのですが、そういうふうによく診てもらえるような状況をどのようにつくっていくということを考えないといかんということになります。そのときにやはり病院というものは経営が成り立たないといかんで、先ほど先生が言われたようにそのままの状態をやっていたら病院はじり貧になって潰れるわけですから、そういうことはできない。日常的な今まで病院ではしていなかった在宅の訪問とか広がっていくということと同時に、やはりいろいろな今までの皮膚科とか耳鼻科とか、病院というものは高齢者が遠くに行かずにそのところで診療が継続できるような状態を週に一遍、2回のところから月に2回とかという形でも維持していかないと、そうするとなるとどういうことが必要かという、その圏域における中核の病院とか大きな病院、最近では諏訪日赤でも長野日赤でも地域の中小病院を支援するという形にかなり動いております。来てくださっていると思いますけども、そういう形を非常に重視して、やはりその地域に内科医なんかは常勤ですとそこにいながらもそこにいろいろな診療科についても地域で必要とされる最小限のことを維持していくようなことが必要かと思えますし、そういうふうにしていくときに公立病院は中小病院でもどんな赤字をつくっても税金で一応はその自治体が潰れるまでは維持されるわけですけども、公的病院とか、ましてや民間のそういう機能を持っている病院というのはほとんど援助がないわけです。やはり地域を守ろうと思うのであれば基幹的な医療機関に対する援助というものの、公的な県や市町村の援助というものがその病院が維持できて、そしてその地域の自治体の経営を危うくしない程度の援助でできるような体制というものを片一方ではつくってもらわないと。いつもこういう新しい転換をこうしろ、ああしろと言うけど、そうして転換してしまったときに自分のところで働いている職員とか看護師も含めて安定した経営ができなかったらどうなるんだという感覚になりますよね。今でもテレビで大企業がものすごくベースアップしているのを聞くときに、公立病院とか病院で職員にそんなことができる病院なんて、どこかはあるかもしれませんがほとんどないですね。そういう状況のないような形を、どういう風にして医療職にもつくっていくかということに対する支援というものも含めて、考えていってもらわないといけないのではないかと考えております。今後は基本的には中小病院としてもその地域で日常的に起こっていることを診ることと、そして突発的に起こったときにそこを経由してどのように救急を機能的に動かしていくということと、そしてそこから派生する極めて緊急性が高いけども専門性の高い治療のところへどういう風に患者を持っていくという、相澤先生が言われた広い意味での体制と、そういうものは分けて考えていく必要がある。ただ我々のそこに住んでいる者としては、やはり地域の人たちがどのような医療というか身近なところでどういう医療を続けてもらいたいということ

は十分把握した上で、それを無視してまで病棟の機能をどうするとかそういうことにとられる必要は全くないという風に考えております。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは、長野県病院協議会の会長の丸山先生、よろしくお願いします。

(丸山構成員)

相澤先生、それから井上先生が突っ込んだ話をされたので、同じような話になってしまうかもしれませんが、長野県病院会としては、正直な話を言うと統一的な意見を当然出せない状況です。公的病院、そして私立病院、そして地域も同じ地域でさえいろいろな診療所等の問題がありまして、一概にじゃあこうしようというような話はできません。私もいろいろと会議に出させていただいて、地域医療構想調整会議になっていますが、調整できないとつくづく思っています。そんな感じがします。ただよかったのは今こういう形で資料を出されて、それぞれ自分たちがどういう状況にあるかと、さっき相澤先生もおっしゃいました客観的に見る1つの指標はできて、将来の人口を考えて自分たちがどういうふうになっていくべきなのか、ならなきゃいけないのか、私は私立病院ですけど、これはもう経済的な理由で退場しなきゃいけないことはあるんですけど、一方で田舎にいますので赤字でも頑張ってるやになきゃいけないなという面もあります。一方公的病院は御存じのとおり再編の話も出ておりますので、また論議していただけたと思います。先ほど上小で橋本先生からお話いただいたのですけれど、調整というよりはまず医師がいないと、医師をどうするのか、看護師もいないという話で、先日本曾病院の濱野院長もおっしゃっていましたが、医師じゃなくて今度は職員がいないぞと。松本とか塩尻から通っていて職員がいないぞという状況です。こうやって議論を進めるほどもう混乱してきて、介護の話も入ってきますけれど、そう思うのは、これは要するに人口問題ですね。人口が減ってくるのをどうするかということにきてしまいます。日本全体の人口問題ですけど、長野県とかあるいは東北地方はある意味日本の将来の姿が早く見られるというか見てしまうような状況、ある意味最先端の医療をやっているのではないかと思うところもあります。そうしたら先ほどの人口の話ですけど、県の方は来ていただいているのですけれど、つくづく思うのは、市町村の首長がなかなかこういうところの議論に入っていない、来ていない、あるいは担当の部署も来ていても発言がないという、うちの医療圏だけかもしれないんですけど、すごく県の皆様の熱い思いと市町村の温度差があるような、もう少し市町村も巻き込まないと、これは医療だけをよくしようというわけにはいかないし、まちづくり、先日別の会議に出たのですけど交通もすごく大事で、過疎をどうやっていくのかとかという交通のお話、要するに病院とか医療だけでこれは解決できないと私は思っています。やはりこれは長野県、それからもうちょっと細かいところで市町村がどういうふうに分ちの町を考えていくのかというのが抜けていて、ここで一生懸命我々は医療を守ろうとしてもどうしようもないですね。ですから、ぜひその辺も市町村の皆さんにももうちょっと入っていただいて一緒に勉強をしていただいて、一緒にまちをつくるぞと、医療だけ守るのではなくて、まちを守っていくためには医療も大事ですし、医療を守ればまちも大丈夫、その辺のところをちょっと抜けた論理で一部の話、ここだけで解決できないのはそういう面もあるかと思えます。決して大勢の方が入ることによって余計混乱する可能性ももちろんありますけども、少なくとも地域の住民の皆様にはどういう状況かを知っていただきたい、うちの医療圏はこんな状態ということで市町村からもうちょっと広報活動をしていただきたいし、それからとやかく選挙等でいつも県議会選挙がありますが、皆さんは医療を充実すると出ているのですけど、実際に本当に分かっているのかと、それぞれ医師会の先生のところへ聞きにきますが、訪ねてきてどうしたらいいかという話はなく皆さんがいいこと言うのですね。医療に徹すると、実際にしたのかなと思うこともあります。話が飛んでしまいましたけれど、とにかく本当に決められない会議だと思っておりますし、ただそれではいけないし、支えていかないといけないし、ただ我々では限界があるので、もうちょっとお金も含めて人もつぎ込んでま

ちをつくっていかないと多分解決はできないかもしれませんが、いい方向性は出せないかと思っています。長くなりましたが以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。さっき相澤先生でもありましたけど、自分の医療機関の姿をもうちょっとよく見せてほしいという部分については、ぜひ県の方もよろしくお願ひしたいと思います。人口問題も出ましたけど、産婦人科の鈴木先生、そのことも含めてで結構ですので、どうぞお話しください。

(鈴木構成員)

長野県医師会の常務理事を務めます鈴木でございます。

前回の3年前の最後の本会議で当時私は北信医療圏の議長をしておりまして、先ほどの北信医療圏の高野座長も話しましたように、北信医療圏は病院が2つしかなくて、その調整というか、それであくせくしたのを覚えています。一昨年より地域医療構想アドバイザーの任に就かせていただいております。ただいまの少子化の問題があつて、産婦人科医としては、今第8次医療計画でつい最近ワーキンググループを開いたのですが、某大学の産婦人科の教授が周産期医療の計画の前に少子化を何とかするというのを考えろと言われて、まあまあまあまあと云ったところでしたが、11年も早く予想に反して昨年80万人を切ってしまったということは由々しきことですね。皆さんも感じていらっしゃるのですが、この先の日本は今言った人口減少、それに伴ってこれからどんどん生産年齢の人口が減少していくと、当然経済力も低下してくるということで、かねがね指摘されているように日本は死んでいくと、これは致し方ないと思うのですがこれは医療に限らず社会としていかに上手にこの縮小の流れを収めていくかということが肝心だと思います。当然この医療界におきましても医療ニーズが変わっていきましますし、人材の確保もますます課題となっていくと思います。こうした流れの中でいかにして持続可能で質の高い医療を提供し続けるかということになりますと、いかに限られた医療資源を賢く活用していくかということで、先程来、医療圏という問題が出ておりますが、取りあえず、今の10医療圏を維持するのと並びに、全県的なスタンスでランドデザインをきっちりと明確に描いていく必要があるかと思ひます。昨年の夏に各医療圏で8月から調整会議が再開されるに当たりまして、郡市医師会長連絡協議会でもお話をさせていただいたことなのですが、圏域全体のペーシェントフローマネジメントを考えた連携体制の構築が求められている今、目指すべき大枠の方向性として、今日の資料1の22ページにちょこっとだけ載っているのですが、私は新潟県の取組を見たら非常に分かりやすくずっと参考にさせていただいているのです。新潟県もやはり1県1医科学大学、医科大学が1個しかないということで割りと長野県と似ていて、医師も大変不足しているといことで参考にしておるのですが、ここに書いてありますように、大枠の方向性として地域で高度な医療を支える柱との病院と地域包括ケアシステムを支える医療機関の2本立ての体制づくりを明確にしていくことが1つの方策かなと考えております。柱となる病院、いわゆる言葉を換えれば中核病院、これは地域の最後の砦になる病院ということになりますけれども、この病院には高度医療の密度をさらに今後上げていただくことに努めていただく、専門的な治療・手術の提供はもちろんのこと、休日・夜間を含めての2次以上の救急患者の受入れ等の機能を中心に担っていただきたい。また今後来年からの働き方改革に対応した上で、将来にわたって機能を維持していくためには、ある程度医療資源を集約していく必要があるのですが、なかなか医師不足の現状から診療領域によっては医師が不足する場合には、この場合は医療圏にとらわれず圏域を超えた広域化した配置ということの検討は必要になるのかと思ひております。

次に、地域包括ケアシステムを支える医療機関ですが、釈迦に説法で皆さんも分かっていらっしゃると思いますが、超高齢化社会を迎えるに当たりまして地域包括ケアの中核となる病院をこれからどう確保していくかが私は今後の地域医療構想の重要な課題の1つだと考えております。これには一定の休日・夜間の2次救急患者を受け入れる救急拠点型と、日中の2次救急患者の受入れを含むサブアキュート機能や他病院との連携した退院支援機能が中心になる地域密着型の病院が想定されます。

どちらも今後需要の増加が見込まれる心不全・肺炎・骨折などのいわゆる回復期医療が必要な疾患を中心に担っていただきたくことになると思います。その上で大切だと思うことは、急性期医療を多少なりとも縮小して回復期医療に重心を振り分けるということですね。何となく一線を退いたイメージをされないように、医療とは決して大病院だけで完結するものではありませんで、地域にとって最も必要な医療はこの地域包括ケアシステムを支える医療機関で働くスタッフの皆さんであるという、自負というか意識の醸成が大切なのではないかと考えております。ただここで残念ですが、先ほども座長の先生方からご発言いただいたように、少なくとも木曾・大北・北信、この3つの医療圏域につきましては、圏域内に病院非常に少なくございまして、この2本立てのプランをそのまま当てはめることは困難だと思います。ということでこの3つの医療圏に関しては多少なりとも発想を変えた独自の構想を考えていかないといけない現状があるなというふうに思っております。いずれにしましても、本日御参加いただいている各医療圏の座長の先生方、調整会議を進める上で大変御苦勞をされていると思いますが、今後新しい考え方に基づく集約化や機能分化を補うネットワークの橋渡し、ときには積極的に介入していただいて、その病院間の調整役といったものをぜひお願いしたいと思っております。

最後に、3年前にも申し上げました、ただいま丸山先生からも市町村の首長さんたちの理解云々の話もございました。今後は働き方改革の影響という課題も含めまして、今まで以上に首長さんをはじめ各自治体の皆さん、それから最終的には住民・県民の皆さんの周知・理解といったものが非常に大事になってくると思います。そうした広報的な活動的な意味も含めて責任を持って、主には県でも努力していただきたいとお願いいたしまして、全くまとまらない話で恐縮ですが私の意見とさせていただきます。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは最後に、信州大学教授の駒津先生、御発言をよろしく申し上げます。

(駒津構成員)

ありがとうございます。冒頭出席が遅くなりまして申し訳ございませんでした。私は地域医療構想のことを皆さんの前と言うような見識はなかなかないわけでございますけれども、現在問題になっている地域医療構想とそれから医師の働き方改革、それからもう一つは医師の偏在という問題があって、本来は三位一体で改革していくというのが本来の流れだと思っておりますが、どうしてもそれぞれのことが大きいものですからなかなか同時に進められないということで医療の崩壊とか、うまくいかないところが出てくるのだろーと思っております。今日私が伺いましてやはり2次医療圏が10個あるわけですけども、長野県の場合は特にそれぞれの医療圏で特徴がかなり異なっているということがあると思っております。ですのでこれは医療圏ごとの事情も本当に考えながら個別の対応が多分必要なのだろうと、場合によっては2次医療圏を超えた協力とか、あるいは相澤先生がおっしゃったようにより医療圏の中よりもっと小さい中での調整とかが必要なのではないかなと思っております。私の立場からしますと医療機関でございますので、やはり医師・看護師なども医療従事者を長野県で働いていただけるような方をたくさん輩出したい、あるいはよその大学からでもいいので呼び込みたいというのが一番大事なのですが、そこで力を発揮するのは我々大学ももちろん責任だと思っておりますけれども、もう一つはやはり各市町村ではできないので県ですね。県で具体的には財政面も含めて今も十分やられていただいているのですけれども、それをさらに強固にして医師や看護師が喜んで長野県で働いていただけるような環境をつくっていくということが全ての調整とまた別の次元で大切なことになるのではないかなと思っております。本当に詳細については私では皆さんの知恵には及びませんので、一般的なお話で恐縮ですが、以上でございます。

(竹重座長)

ありがとうございました。

5人のアドバイザーから意見をいただきました。先ほども申し上げましたように4年ぶりの会ですので、今時間を見ますと30分遅れですけれどもこのまま続けさせていただきます。4時までで退席の方は退席していただいて結構だと思います。

それではぜひ構成員の方からも意見をいただきたいと思いますので、順番でお願いしたいと思います。薬剤師会の日野先生、御意見を手短かにお願いしたいと思います。

(日野構成員)

薬剤師会の日野でございます。今皆様が伝えられたように、まずは長野県は中山間地というそういったもの、あとは人口減の問題の中でやはり2次医療圏といっても本当に千差万別であるかと思えます。ですので2次医療圏の中でまず基本的な考え方を持ちながらも、それを連携してどういうふうに進めるのか、もう一個2次医療圏の中でもうちょっと小さい単位でどうかという、そういった論議が必要になってくるのかなと思います。薬剤師会の立場からしますと、特に医薬品の提供体制というのをどういうふうにしていくかというのが1つ大きな課題ということでもあります。1つはオンライン診療という中でそれを含めた形での患者さんとか地域住民の人たちに中山間地という視点の中で医薬品の提供体制をどうするのか、それからオンライン服薬指導、そういった医療のDXを利用した中でどういうふうにしていくのかということがあるのかなと思います。

それから在宅医療ということでは、多職種連携という言葉がありますので、薬剤師も含めた訪問服薬指導だとか、訪問看護ステーションさんとのそういった連携、そういった多職種連携の中でやはり進めていく必要があるのかなと思っているところでございます。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございます。

本郷先生が4時に御用事があるということですので、飛びまして本郷先生、御発言をお願いします。

(本郷構成員)

伊那中央病院の本郷です。順番を変えていただいて申し訳ないです。

先ほど各圏域の座長の先生方から聞いてやはりそれぞれ地域ごとの違いが非常にあるのかなということを強く思いました。私は属しているところは前澤座長が先ほどお話をされましたけれども、医療人材、特に当院の話も出ましたけれども、救急医の減少等による医療体制、その問題が院内の体制も再構築しながら上伊那圏内、医師会長を含めて調整を検討していただくというつもりでおります。審議会委員の立場としては、各圏域の事情が様々あるということをお申しましたけれども、他の圏域でも同じような共通の課題があると思います。それを本当にいいところを参考にしながらという意味でこの会議でも役割を果たすところが本当に大きいかなと思います。

それからあと2点ですが、病床削減をずっと言われていますけれども、病床数削減ありきでは必ずしもないんだということで、新興感染症が今後もコロナを含めて考えると柔軟な対応が必要かなということをお思います。

それからもう一点、先ほど来何名かの方が言われていましたけど、特に長野県は非常に広く広大であるということで、今後病院にかかる住民の方の病院へのアクセス、まちづくりにも関係、交通網についても関連すると思えますけど、そういった面でも考慮が今後必要なのかなと思いました。

以上でございます。ありがとうございます。

(竹重座長)

ありがとうございました。

続きまして、心ある母さんの会相談役、池上さんをお願いします。

(池上構成員)

ありがとうございます。先生方のお話を聞く中で私に何ができるのかというところを考えていますと、やはり地域の皆様のヘルスリテラシーというか、そういうところが足りないところで、会を開いたり皆にいろいろなことを伝えていく、県の医療従事者の皆さんはこの会の方々が本当に一生懸命医療について考えてくださっていることをきちんと伝えること、それから市町村のいろいろな会の中で話し合いをもって医療についてもっと皆で考えていくということをしていかなくちやいけないんだなということを感じたところです。今日はありがとうございました。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは次、長野子ども療育推進サークルM-てらす理事、亀井さんお願いします。

(亀井構成員)

亀井でございます。ありがとうございます。

医療的ケア児、それから病気を持っている子供、そして若者たちの医療のことを考えております。少子化と申しますが、確実に増えているのが障がい・病気を持つ子供たちでございます。特別支援学校の施設が足りなくなっているのは全県的なことでございまして、今お話を伺っていて非常に心強かったのは、病床削減、数字合わせを目的にしてはいけないということです。特に地域の医療をお考えいただく中でこの子供たち、そして障がいがある若者たちのことをぜひ視野に入れていただきたいと思っております。好事例と動き出していただいております飯伊圏域ですが、一般病床での子供たちの受入れ、つまり障害者施設等入院基本料を取りつつ、それに加えて療養介護病床へ、つまり医療の上に福祉の制度を乗せる2階建てのやり方で重症心身障害児もしくは重い医療的ケアを必要とする子供たちの受入れを考えようと今検討を始めてくださっているところに非常に心強く、ありがたく思っているところです。人工呼吸器を使っている人が呼吸器の業者に聞きましたら約 500 名前後県内でおられます。この人たちの居場所が圧倒的に足りていません。県立子ども病院はちょうど今年度開設 30 周年を迎えております。この子ども病院で助かった子供たちですが、助けていただいたのはありがたいのですが、ずっと長期入院児になって地域で居場所がない子供たちが多くいました。2007 年、平成 19 年の 12 月 26 日に厚生労働省からNICU長期入院児に対する適切な療育環境の確保について頑張りなさいというお達しが出まして、いわばこの通知によって県立子ども病院等で命を助けられ、NICUにいた子供たちがいわば追い立てられるように地域に帰ることを勧められました。そのときに頑張っておうちに帰ったお子さん、そして施設入所をしたお子さんがたくさんいます。この施設入所をした子供たちが今まさに施設から今度はさらに追い出されてしまおうというところに来ています。障害児入所施設に入所している 18 歳以上の入所者の適切な大人としての場所を確保しなさいという、これまたお達しが国から来ております。助けていただけたけれども、長期入院児として地域に帰され、そしてやっと入所してしっかりと育てていただいたらさらにそこから追い立てられ、地域に帰ることができない、卒業後の居場所がないという子供たちがたくさんいます。子供たちがいるということは親御さんもその数だけいるということです。誰も取り残さない、まさにそういう医療をつくってくださることはその上にある生活そのものが支えられることですので、誰も取り残されない長野県になれるのではないかと思います。一般病床を削減するその前に、その一般病床でもしかしたら人工呼吸器を使用している若者、子供たちを一生涯支えることができるのではないかと検討をぜひ圏域ごとにお進めいただきたいと思っております。もちろん先ほど来お話にありましたように、医療圏という圏域にこだわらずお隣の圏域などで協力し合っていただければと思います。コミュニティというのは何も地域に限ったことではなく、小児医療としての1つのコミュニティもあろうかと思われまます。地域医療連携推進法人という制度もありますので、それも視野に入れつつ子供たち、そして成長した重症心身障害児、医療的ケア児を支える仕組みをぜひ医療の場でもお考え

いただければありがたいと思います。御存じのとおり医療的ケア児等支援センターに身を置く身でもございます。先生方が取り組んでいただけるのであれば、いつでもはせ参じましてお手伝いもさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

(竹重座長)

ありがとうございました。

4時近くになりますので、もし御用事のある方は退席してくださいということでよろしくお願ひします。

続きまして、長野県保険者協議会の清水さん、よろしくお願ひします。

(清水構成員)

保険者協議会の清水でございます。よろしくお願ひします。

今日のお話にもありましたが、2次医療圏の定義であるとかいろいろと今までの議論とはちょっとまた変わってきたといひますか、そういったところは理解しているところですけども、かといって各医療圏の課題を明らかにせずして議論をするというのなかなか議論の意味がなくなってしまうということで、その意味で地域地域において課題は何なのかということをも分野分野に絞ってお話をするのはとても重要なのではないかなと思ひます。2025年の病床の推計値は削減目標ではないということは、数年来事務局からの説明でも承知しているところですけども、議論の中でどういうふうな推計値を参考にしたのか、それに対して各圏域全体の方向性はどうかということはやはり棚上げすることなく、関連づけて話し合っていく必要があると考えております。私からは以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

続きまして、長野県町村会社会環境部会長の豊丘村の村長、下平さんお願ひいたします。

(下平構成員)

下平です。お世話になります。

私の豊丘村というのは飯田市の近所にあります。先程来、町村の行政がもう少し病院と医療界をしつかりとつながって真剣にやってほしいというような話もありました。全くその通りでありまして、皆さんが頑張っていて、僕らも頑張っているのですが、医療というと行政の側から見ますと町村ですと自分のところに病院なんかがないところが多いので、特別な経緯といひますか、専門性が高過ぎることによって具体的な討論に入っていけないという可能性があります。ですからあまりは行っていないのですが、経営についてはしっかりと各町村が応援していると思ひます。その中で先ほどから意見も出ているのですが、長野県というこの広いところに人口密度が疎に住んでいて、人口がどんどん減っている、その中でいかに将来に向けて人口密度の低い中でどんな医療をしたら一番効率的なのかという、その最先端を行っているんだよというような話をいただきました。実は飯田下伊那というのは香川県よりも広いです。飯田市立病院に20分ぐらいで行けるとところに多分8割ぐらいの人が住んでいて、しかしながらその後のすさまじく広いところに残りの2万人の方が住んでいるのだらうと考えています。そうしますと無医村の村も2つぐらいありまして、特に長野県の西南部のほうに行きますと阿南病院を中心にその病院の周りに本当は5つ、6つの町村がありまして、そこには本当に無医村のところもあれば高齢の診療医しかいないということで、目先の医療をどうしたらいいのだらうという状況もあります。ですから今日みたいな議論の中でも、ぜひとも全体としてのレベルの医療をどうしていくかということと、本当に明日お医者さんがいなくなっちゃうよね、うちはどうしようかという恐怖におののいている山間部の議論とは区別をしていただく中で、県としましても、そういうところをぜひとも力強くプッシュしていただきたいなということをつくづく思ひました。今後特に飯田下伊那はこれからリニア中央

新幹線など、いろいろなことで大きな変化がまいります。そういう中では人口が増えていくという可能性もあつたりだとか、魅力あるこの長野県南部を発信するためには、やはり医療がないと人が住まない、人が住まないといわゆる地域が荒れる、自然や農地が荒れてしまうということがありますので、この地域を守るためにも、県をはじめ、医療界の皆さんの知恵を拝借して助けをいただきたいということを申し上げたいと思います。よろしくお願ひします。

(竹重座長)

ありがとうございました。

続きまして、腎臓病患者連絡協議会の町田さん、お願ひします。

(町田構成員)

どうもお願ひします。県腎臓病患者連絡協議会の町田です。

私ども透析患者の団体ですが、このところの大きな課題として上がっているのはやはり通院介護の問題です。地域医療構想等で病床数が慢性期を少し増やして、それから高齢者向けの施設、医療提供体制を充実させていこうという方向で行くようですけども、それについてはいいかなと思ひますが、我々は介護医療院等の医療の施設があっただけでは終わりません。よくそういうところに入りたいと思ひても、あなたは透析で1週間に3回も通うので、その通う通院の体制ができていないからといって断られる、そういう確率が多いのだそうです。今、我々透析患者の新規入院患者は70を超えています。既に2025年も超高齢化社会に突入しているということですけども、今は長野県の場合60%ぐらいが自分で自動車で通院している人が多いですけども、この頃は自分で運転できなくて家族に連れていってもらったり、あるいは有償運送を頼ったりというのが増えてきています。実際に私もついこの前までは自分で運転をして行つたんですけども、心臓の大きな手術をして足が駄目になってしまつて今リハビリをしているんですけども、今は家内に送つていってもらっています。そういうこれから通院していくにはどうしたらいいだろうかということがやはり大きな課題となっておりますが、高齢者向けの施設を充実だけではなくて我々透析患者は、その先どのように通院をしてくれるか、通院体制ですね。そういうようなものをまた考えていただきたいと思ひています。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

だんだん延びてきております。医療審議会の会議みたいにもなつてきていますので、ぜひ地域医療構想という観点でお話いただければと思ひます。

信大の病院長の川真田先生、お願ひいたします。

(川真田構成員)

よろしくお願ひいたします。

信大病院は地域医療構想においては医療人の育成、特に医師派遣のリソースとしての役目だと思ひます。長野県は各医療圏の事情が異なることは議論されていますけども、先程来指摘されました、新潟県のケースがやはりモデルになるのだらうと思ひます。地域で高度な医療を支える基幹病院に信大から医師を派遣して、この中には県の奨学金を受けた若手医師や自治医大の先生方も含めてですけども、そこから必要に応じてその地域の地域包括ケアシステムを支える医療機関に出させていただくと、これは非常勤の場合が多いのかもしれませんが、こういうのを県と協力して進めていただく必要があるかなと思ひます。地域包括ケアシステムを支える病院と言へども、高齢者の骨折や最小限の一般外科の手術は当然しなければなりませんので、こうした急性期医療は基幹病院からの医師の応援というのが今後はどうしても必要になっていくのだらうと思ひます。基幹病院と地域包括ケアの両方の役目を医療圏によっては1つの病院が、あるいは少数の病院が担わなければならないというような医療圏もありますので、そ

ういうところは隣の医療圏の基幹病院、信大から派遣された医師がまたそちらにお手伝いに行くというように今後はしていかなければいけないのかなと思います。また、重要なことは信大から基幹病院に派遣される医師も自分の専門に特化するだけでなく、地域包括ケアシステムを支える病院に外来機能であったり、手術を手伝いにいたりすることによって、最終的には1人の患者さんをシームレスに診る経験を経て、どっかの時点で専門医にこだわるといいますか、専門医療だけを追い求めていくのではなくて、総合診療的な方向も視野に入るような人材育成システムをこの地域医療構想に併せて、それと医師の働き方改革も進めていくと、その際には県だけではなくて市町村の首長さんの御協力などが必要だと感じました。私からは以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは、長野県の看護協会の松本会長、よろしくお願いします。

(松本構成員)

長野県看護協会の松本でございます。お世話になっております。

今様々な先生方のお話を伺って課題はたくさんあって、その課題を一つ一つ解決するということがやはり実は重要なのでしょうかけれども、なかなか収拾がつかないような状況にあるのかなと感じながら聞いておりました。ただ地域によってはその一つ一つの課題をより明確にしながら話し合いを進めていく必要があるのかなというふうに思いました。その中ではやはり地域住民の方、医療や福祉を必要としている方々を取り残さないためにしっかりとその方々もお話の中に加わっていただきながらこの地域をどんなふうにつくっていくかということや皆で検討していくことが重要ではないかなと感じながら聞かせていただきました。そのためには看護も地域の中でどんなふうに活動していくか、あるいは地域の中で看護職だからこそ訪問看護だとか、先ほど小林先生がチャットでお話をしたように、特定行為研修を受けた看護師たちが地域の中で活動もできますので、そういう方たちをフルに利用していただけるような、活用していただけるような仕組みだとかも含めて検討できたらいいのかなと思いましたので、今後ともよろしくお願いしますと思います。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。

それでは次です。長野赤十字病院の和田先生、お願いします。

(和田構成員)

それでは、長野赤十字病院の和田でございます。

長野医療圏にある基幹病院の1つとしての立場でお話をさせていただきたいのですが、長野医療圏では中心部の市街地の状況というのと、それからそれ以外の地域とで違いが少しあると思っております。市街地においては高度急性期・急性期の診療をする医療機関は幾つかあるわけなのですけれども、そういう中でその後の医療の受け皿がやはり圧倒的に不足しているという状況があります。それ以外の地域の病院では本当に医師不足のところがあって、その医師を確保するのにとても大変だという状況がありますので、長野医療圏としてはこれをどうやって対応していったらいいのかということで回復期・慢性期のベッド数を増やしていくような受け皿とかそういうことに対する対策と、それからそういう医師不足のところはどうやって人材を派遣していったらいいかという人材の支援をする仕方というものに課題があるんだと思います。人材の支援については仕組みが要るのではないかと感じたりして、基幹病院からそういう地域に人が派遣しやすくなるような仕組みを長野県で考えていただいていたことが必要なのではないかと思っております。

あともう一つ、長野赤十字病院としてのお話をさせていただきますと、やはりこの地域の中では産業

医科大の松田先生がおっしゃる急性期多機能病院としての役割を果たしていくのだろうと思っているところで、そういう立場をとったときに、周りの病院とどのような役割分担をしていくかということがやはり大切で、役割分担だけではなくネットワークということで、これは先ほどのお話のような人的なことも含めた仕組みが要るのではないかなと思ったところです。ということで新病院の建設もあるのですけれども、病床数については平均在院日数の検証とか、これから先の人口減少に伴って一定数の病床減少というものは、こういう地域医療構想で考えているというのではなくて、人口の減少とそういう社会的な情勢の中で病床の減少というのは必要なだろうと思っていまして、そんなような対応をしようと思っています。

(竹重座長)

ありがとうございました。

佐久総合病院の渡辺先生、よろしく申し上げます。

(渡辺構成員)

佐久総合病院の渡辺です。よろしく申し上げます。

私たちの佐久医療圏については、堤先生からも話があったように 2 次医療圏としては回復期の患者さんが上小に、救急の患者さんは上小から佐久医療圏に来たりとかということで、完全に 2 次医療圏だけで何かをするということにはできないので、その辺の連携はやはり考えていかなければいけないのかなと思います。

あとは我々の佐久医療圏の中では救急医療、働き方改革に伴う救急体制をどのようにしていくかというところでやっている中で、住民の方々が 1 次・2 次・3 次をすき間なく受けられるような形をつくるということから役割分担を含めて進めていかなければいけないかなということはあるのですけれども、しっかりと役割分担をして連携をしていく中で本当にそれぞれの医療機関がやはりある程度経営もうまくいかないといけないかなと、その観点はとても大事かなと思います。そういう意味ではいろいろな県からの意見も伺いながら、あとは医療情勢等連絡会で少し赤裸々にその辺のところも話していけないのかなと思います。

あとはどこの医療圏にもありますように、私たちも中山間地が多くてやはり人口減少はするのですけれども、高齢者は減らないと、ただどいわゆる生産人口というか働き手は少なくなる、あるところでは 4 割ぐらいの若者が減るという中で本当に在宅医療とか地域包括ケア、人がいっぱい必要なところのケアができるのかどうかということも含めて病床削減を併せて考えていく必要があるのかなと思いました。地域ごとの情勢によってやはりその辺のところも考えていく必要はあるかなと思いました。以上です。

(竹重座長)

ありがとうございました。時間を要しましたが、各構成員からも御発言をいただきました。

それでは会議事項を終わらして、報告事項に入りたいと思います。

【報告事項】

(1) 地域医療介護総合確保基金の配分結果及び計画案について

(竹重座長)

それでは報告事項の 1 番、地域医療介護総合確保基金の配分結果及び計画案について、説明をよろしく申し上げます。

(百瀬医療政策課長、資料 2 により説明)

(竹重座長)

ありがとうございました。質問はないようですので次に移ります。

(2) 第8次長野県保健医療計画の策定について

(竹重座長)

それでは続きまして、2番目の報告事項、第8次長野県保健医療計画の策定について御説明をお願いいたします。

(百瀬医療政策課長、資料3により説明)

(竹重座長)

ありがとうございました。報告事項の2件を説明いただきました。時間が押してきましたが、全体を通して何か御意見があれば挙手等をお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、これで令和4年度第1回長野県地域医療構想調整会議を閉会させていただきます。御苦労さまでございました。

【閉 会】