

第3期信州保健医療総合計画（案）に対する御意見等への県の対応について（北信医療圏関係分）

編	計画案の該当箇所		意見・提言要旨	県の考え方	計画修正
	計画案のページ	項目			
第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	北信医療圏での病院機能役割分担については、すでに当院と北信総合病院で、地域型と広域型病院に近い実態となっています。それぞれの病院機能維持し医療崩壊を防ぐには、病院のハード機能更新が必要です。しかし、全国病院会の調査では、コロナ禍後全国の70%以上病院で赤字収支であり、当院も例外ではありません。今後の電子カルテ、CT、MRIや透析設備の更新には、合計10億を越える大きな費用が見込まれるため、ぜひ自治体からの財政支援をお願いします。	県としては、今後、地域型病院と広域型病院がそれぞれの役割を發揮できるよう、機能の維持・強化に向けた財政支援を実施することが重要と考え、グランドデザインにもその旨明記しているところです。今後、地域型病院に対する具体的な支援策を検討してまいります。	
第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	概要版8～9ページの広域型病院と地域型病院の概念図であるが、当院は、地域医療人材拠点病院に指定されており、北信医療圏の他病院を支援すべく、信州大学は人材派遣を当院に集約しており、その点で8ページ下段の入院医療体制については、当院が広域型病院に該当すると受け取れる。しかしながら、9ページ下段の外来医療体制では、広域型病院イコール紹介受診重点医療機関のような記載がされており、これは、当医療圏の現状にそぐわない。当院としては、紹介受診重点医療機関を目指すものであるが、広域型病院の要件として必須ととらえられ、この医療圏に広域型病院が存在しないことになる。この点について、県のお考えを伺いたい。	・地域型病院・広域型病院という考え方はあくまで概念であり、県が指定するものではなく、紹介受診重点医療機関であることが広域型病院の要件ということはありません。 ・ご意見を踏まえ、外来医療体制を示すイメージ図における表現を修正（「紹介受診重点医療機関」⇒「紹介受診重点医療機関など」）しました。（計画案P167）	○
第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	1. 県の強力なリーダーシップへの期待 概要10p以降に関連して、県がリーダーシップを發揮されることに、大いに期待するところです。特に以下の分野について、更に強力な推進を希望します。 ①地域中核医療機関（公立・公的を問わず）への県からの財政支援と国への働きかけ ②医師確保対策として、研修機能を持たない（指導医不在）医療機関も含めた修学資金貸与医師の配置調整等への関与 ③へき地医療、在宅医療における訪問診療システムなど ICT の活用、デジタル化の促進	ご意見をいただきました内容については、概ねグランドデザインで明記した県の役割として列挙した事項（計画案P159）に含まれているものと理解しており、グランドデザインで示した目指すべき医療提供体制の実現に向けて、県としての役割をしっかりと果たせるよう取り組んでまいります。	
第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	2. 市町村および県民の役割 概要10p以降に関連して、市町村と県民の役割の望ましいあり方について、以下の点も広く共有したい。 ①地域包括ケア体制を推進・深化するための、医師会・医療機関・介護との連携構築に向けた地域全体の意識共有 ②県民は地域医療提供体制や自分の地域の医療機関の状況について関心を持ち、現状の体制維持向上のため、自らの健康づくりや予防（未病）に努める	ご意見をいただきました内容については、グランドデザイン（計画案P160～161）及び第1編第4節の「推進体制とそれぞれの役割」（計画案P8）で記載されている市町村及び県民の役割の内容で概ね網羅されていると理解しており、今後、各主体に求める役割が果たされるよう、次期計画の周知徹底に努めてまいります。	
第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	[第5編 医療提供体制のグランドデザイン] ・基本的には、シンプルによくまとまった内容となっている。 ・広域型病院 高度医療の密度をより上げること、転院（下り搬送）の連携を進めることが必要。 ・地域型病院 今後の主体であり、重要な役割を担うことの認識が肝要。 ・このグランドデザインを進めるに当たっては、市町村と県民の理解と協力が必須。 ・このグランドデザインを基本骨子として、それぞれの医療圏に適したモディファイを加えた医療体制を協議していくことが大切。	ご指摘いただいた内容はいずれも大変重要であると認識しており、今後県として必要な支援策を検討するとともに、グランドデザインで示した医療機関間の更なる役割分担のあり方を骨子として、各医療圏固有の課題解決に向けた取組が進められるよう、調整会議における議論の活性化等に取り組んでまいります。	

編	計画書の該当箇所		意見・提言要旨	県の考え方	計画修正
	計画書のページ	項目			
第6編 第1章 第2節	174～178	医療圏の区分及び設定	<p>概要版12 ページの疾病・事業ごとの圏域の設定および二次医療圏相互の連携体制であるが、脳卒中と心筋梗塞等の心血管疾患の項目であるが、長野医療圏に依存するかの記載(■)となっていることには異議を申し立てたい。当院は、循環器内科の常勤医師6名、血管造影室2室を有し、急性心筋梗塞に対応している。心臓血管外科も常勤医師4名を有し(ちなみに、市民病院は1名、南長野医療センターは2名)、急性大動脈解離や大動脈破裂の緊急手術を受け入れている。脳神経外科は、4名の常勤医を有し、一次脳卒中センターの認定も取得している。また、3名の脳神経内科医とともに脳卒中センター(ホットラインあり)を運用し、すでにt-PA治療、脳血管内治療、外科的治療等の脳卒中急性期の治療は当院で完結できる体制をとっている。これらの診療科は、いずれも365日24時間体制で急患の受け入れを行っている。こうした緊急性を要する循環器疾患こそ、この2次医療圏で自己完結を目指すべき疾病であり、特に冬季に豪雪地域から長野圏域への短時間での搬送は困難であるため、私どもの病院の一つの重要な使命と考えて、診療体制の拡充を図ってきた。従って、この両領域について、(○)の記述への変更を求める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ご意見をいただきました疾病・事業ごとの圏域の設定及び二次医療圏相互の連携体制(計画書P178)は、疾病・事業ごとに、現状の患者の受療動向(新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない2018年度のレセプトデータに基づく二次医療圏間の流入)や医療資源の状況等を分析して設定しております。 ご指摘を踏まえ、北信医療圏の「脳卒中」及び「心筋梗塞等の心血管疾患」に関する医療提供体制の現状を改めて確認した結果、両領域を当該圏域内で対応する圏域(○)に修正させていただきます。(その他、本文や注釈等も修正)(計画書P178) これに伴い、脳卒中対策の本文(計画書P463)及び心筋梗塞等の心血管疾患対策の本文(計画書P498)を修正しました。 	○
第7編	183～209	地域医療構想	<p>3. 次期地域医療構想について 概要6p、13pにおいて、次期地域医療構想は2025年度中に見直すこととされており、従来の病床数に基づく議論にとどまることなく、地域の実情に沿って県がリーダーシップを発揮して議論を進めるとの方針が示されている。圏域の調整会議において地域と現状や意識の共有を一層進められ、議論が深まることを期待します。</p>	<p>県としては、グランドデザインで示す目指すべき医療提供体制のあり方を軸に、地域医療構想調整会議等の協議の場における議論を活性化することで、各医療圏固有の課題解決に向けた取組が関係者の協働により進められるよう、取り組んでまいります。</p>	
第8編 第2章 第1節	226～249	医師(医師確保計画)	<p>医師不足は深刻です。医学部地域枠入学者の増加と医師不足地域への派遣強化を強くお願いします。県の医師人材バンク機能の強化をお願いします。県からの信州大学病院医局への働きかけも重要です。地域病院対大学のパワーバランスでは、医局員派遣交渉はむずかしい事を経験します。県で、例えば“地域医療研究費助成金”など新設検討いただき、医師派遣についてインセンティブを大学医局に与えてはどうか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 本項目の「第5 医師の確保に関する施策」に記載のとおり、地域枠等のさらなる増員や、医師少数区域等における修学資金貸与医師及び自治医科大学卒業医師の優先的な配置に取り組むとともに、県内就業を希望する医師に対し、長野県ドクターバンク事業により県内医療機関への就業斡旋を行います。 なお、信州大学の各医局とは定期的に意見交換を行いながら修学資金貸与医師の派遣先を決定するなど、連携を図っているところですが、引き続き最適な医師派遣となるよう取り組んでまいります。 	
第8編 第3章 第6節	350～367	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療について 資料に「退院支援から日常生活の療養、急変時の対応、在宅看取りまでの在宅医療提供体制を充実させることは課題で、多職種による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行う」とあるが、医師についてポイントを絞ると、一人医師の診療所にとって急変時や看取りの訪問診療・往診を行う患者を一人でも担当することは、時間的・精神的負担が大きい。勤務医の働き方改革が取り上げられるなか診療所医師の働き方について話題にならないが、診療所の医師にとって看取りの医療を行うことは実質24時間、365日オンコール体制となる。しかし今後の入院病床数の減少等医療情勢の変化に対応するために診療所は、かかりつけの患者が在宅・看取り医療が必要となった際には可能な限り在宅医療に係わるべきである。かかりつけ医が対応困難の際には当番制で医療提供を行う診療連携という考えもあるが、在宅医療・看取りの医療といっても、癌の末期や脳梗塞や高齢による老衰等と患者背景は異なり、かかりつけ医でない経営の異なる複数の診療所が輪番で急変時や看取りの医療を行うことは、患者家族とトラブルに発展することも予想され診療連携については慎重にならざるを得ない。複数の診療所医師が一人の在宅患者を診て在宅医療を拡充させるためには、この点を解決する必要がある。何にしても多くの診療所が在宅医療を提供するよう整備づくりをすることが医師会の責務と考える。 	<p>ご指摘のとおり、在宅医療においては、医療従事者や介護事業者をはじめとした関係者が在宅療養者の生活に密接に関わることから、特に規模の小さな医療機関等における負担は大きいと認識しております。県では、在宅医療を提供する医療機関への支援を行うとともに、限られた医療資源の中で在宅医療を提供していくために、地域で在宅医療を支える体制構築を進めているところです。今後も引き続き、関係機関との連携を図りながら、より良い体制づくりを進めてまいります。</p>	

編	計画案の該当箇所		意見・提言要旨	県の考え方	計画修正
	計画案のページ	項目			
その他	—	介護との連携	<p>北信医療圏での地域包括ケアシステムの中核である当院は、入院患者の90%が70才以上、平均年齢86才という超高齢化病院です。このため、入退院後も介護が必要な患者がほとんどであり、退院調整に30日ほど要する患者さんが多く、病床回転が悪化しています。現保険制度では、在院期間が長いほど入院料は低くなっているため、平均在院日数の延長は、新入院患者の制限だけでなく医業収入減少をもたらしています。病院の介護施設化を避けるため、後方介護病床を増やす必要があります。</p> <p>第9期長野県高齢者プランの策定に向けた北信圏域調整会議では、令和8年北信医療圏では介護施設定員はニーズに対して93人/月不足し、長野医療圏の介護病床は720床/月ほど過剰と予測されています。退院施設として、長野市内介護施設を利用できるよう、長野市介護施設空床状況を把握できるネットワーク構築を希望します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護施設については、介護需要がピークとなると推計される2040年に向け、ピークアウトも見据え、在宅サービス・施設サービスなど、計画的に整備することとし、現在策定しております「第9期長野県高齢者プラン」において整備目標を設定しているところです。 医療と介護との連携を強化し、入退院時の情報共有のための「入退院調整ルール」を主に二次医療圏を範囲として圏域ごとに設定・運用いただいているところです。 当該ルールの実施状況を把握しつつ、ご指摘の圏域をまたいだ入退院調整がより円滑に行われるよう、情報提供に使用する様式の統一を検討するなど、改善を図ってまいります。 	
その他	—	医療アクセスの確保	<p>地域包括ケアシステムにおいて、治療やリハビリのため超高齢患者患者が通院するには、通院の足を確保が必須です。運転手不足は深刻かもしれませんが、自宅まで迎えらるような通院介助も含めたデマンド交通網の整備が望まれます。医療Dxによる地域交通網整備が必要です。冬季は、COVID19、インフルエンザ入院患者増も加わり病床運用が難しくなります。通院利便性の向上により、降雪のため通院できないので、春まで入院したいという社会的入院による病床圧迫の軽減をお願いします。</p>	<p>ご意見をいただきました医療アクセスの確保については、介護・福祉との連携や医療DXの推進など、多角的な観点で検討が必要と考えており、北信医療圏における課題の一つとして、地域の自治体も参画する地域医療構想調整会議の場で議論する方向で検討します。</p>	