

## 平成 30 年度 第2回飯伊医療圏地域医療構想調整会議 会議録(要旨)

1 日 時 平成 31 年 1 月 31 日 (木) 午後 7 時から午後 8 時 50 分まで

2 場 所 飯田合同庁舎 5 階 502・503 号会議室

### 3 出席者

委 員 市瀬武彦委員、古田仁志委員、大鹿和完委員、熊谷均委員、篠田守委員、堀米直人委員、原重樹委員、和田浩委員、露久保辰夫委員、朔哲洋委員、西澤良斉委員、田中雅人委員、菅沼哲夫委員、大久保憲一委員、近藤陽子委員 (欠席 網野章由委員、瀬口達也委員、有賀克明委員、)

委員代理 瀬口脳神経外科病院事務長 中島寿雄 (瀬口達也委員代理)

説明者 飯伊地区包括医療協議会事務局長 菅沼文秀

長野県 飯田保健福祉事務所長 松岡裕之、副所長 田村浩志、福祉課長 片桐賢二  
総務課担当係長 清澤由実子  
健康福祉部医療推進課課長補佐兼医療計画係長 棚田益弘、主事 山浦幹夫

### 4 議事録 (要旨)

(飯田保健福祉事務所長あいさつ)

本日は、遠いところあるいは足元の悪い中お集まりいただきありがとうございました。雨がだんだん雪に変わりつつあるので心配ではありますが是非良い議論をしていただきたい。このような会議ですとどうしても県からの話が主になり皆さんからの意見がなかなか出てこないような場面があったかと思いますが、飯田下伊那の状況を出して頂きたい。

お手元の資料に参考資料 1 として厚生労働省医政局地域医療計画課長から都道府県の衛生主管部への通知がございますが、それによりますと「各県で地域医療構想の地域の実情に応じた定量的な基準を考えていかなければならない。都道府県においては、地域医療構想調整会議における論議を活性化する観点から、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。」と言われている。

病棟と病床の基準について、時間を費やさなくてよろしいと、目的はこの地域だということ、柔軟に考えていただいて、飯田下伊那のみなさんの医療を担うという立場で議論なさればよろしいかと思えます。

皆さんからのご意見をよろしく願います。

#### 【会議事項】

(1) 公立・公的医療機関以外の 2025 年に向けた具体的対応方針の調査結果について

(市瀬会長)

こんばんは、お忙しいところまた夜遅いところ大変ありがとうございます。今日はこれから雪が降るようですので、つたない司会者ですが、委員各位のご協力をいただき円滑な会議の進行のもと

9時前には終わりたいと思います。

それでは会議次第に従い議事に入ります。

会議事項(1)「公立・公的医療機関以外の2025年に向けた具体的対応方針の調査結果について」  
最初に県から説明し、その後、各病院から補足説明をお願いします。

### (医療推進課、資料1を説明)

(説明省略)

(飯田保健福祉事務所副所長)

民間病院さんの今後の対応方針の調査結果について今回調査対象であります民間病院の委員さんから補足説明をお願いします。資料1では7ページまでの部分になります。

名簿順に飯田病院さん、健和会病院さん、輝山会病院さん、西澤病院さん、瀬口脳神経外科病院さん、菅沼病院さん

できましたら、2分程度で今後の方針や課題などについて、ご説明をお願いします。

(原委員)

飯田病院の原と申します。

今もご説明にあったとおり、世間の動きは病院医療から在宅医療への流れかもしれませんが、飯田下伊那地域は広域で、在宅医療といっても効率は悪いし、なかなか大変ですから、在宅でなく施設で介護すると言う事が必要ではないかと思っております。入院医療に関して飯田病院は急性期病床といっても、急性期からポストアキュート、あるいは回復期の患者さんも来ます。

それから、今飯田病院では急性期の病棟3棟と地域包括ケア病棟1棟ですが、いずれの病棟もだいたい稼働率90パーセントを維持しております。2025年と言うのは6、7年先ですので、10年20年先という事ではなく直ぐだと感じております。現在、急性期160床ですが、それから減らすという勇気がなくて160床は維持していきたいという気持ちから現状維持という数字を出しました。

(和田委員)

健和会病院の和田です。

スライドの4を見ていただきたい。訂正があります。

高度急性期のB欄が5床減の0となっておりますが、担当者がハイケアユニット5床を急性期に入れてしまったようで、高度急性期のB欄は5で、減らさない予定です。

慢性期は、37増えて70となっておりますが昨年、平成30年から包括ケア病棟にしましたので、29年と比較すると慢性期が増加しますが、現状とは将来構想としては、変わりありません。

(露久保委員)

輝山会記念病院の露久保と申します。

当院の2025年度の目標としては、より地域に密着した病院を目指していきます。現在急性期は52床ですが入院の内容を見るとかかりつけの患者さんのサブアキュート、地域包括ケアに適した入院患者さんがやや増加傾向にあるので、徐々に急性期の中での地域包括ケア病床を増やしていく。現在16床まで増やしている段階ですので引き続き増やしていきたい。

特色としては、回復期のリハビリ病棟100床と言う事で、対応方針では2025年は急性期の地域包括分の16床が上乘せされているが市立病院からのポストアキュートとして受け入れを担う役割を今後も充実していきたいと考えている。

(西澤委員)

西澤病院は介護療養型病床ですので、方向としては介護医療院に変換する予定で考えています。

介護療養型は一人当たり6.4㎡でよかったところが、介護医療院は8㎡でなければならないというところがあって、お蔭様で95%以上の稼働率なので111床維持していきたいと考えると、今の建物が一杯いっぱいなので、ここまで投資してどうかというところがあるが、維持するとすると、増築せざるを得ないと考えている。

増築となると、工事費の問題もあるし、患者さん一人ひとりを衝立で区切らないといけない問題があって、それも単純に区切ればいいということではなく、区切るとエアコンの噴出し口をどうするかとか、一箇所だけに集中するといけないので。そうなってくると、かなりの工事になってしまうのではと考えています。

衝立、区画することについては、決まった事なのでしかたないと思いますが、現場からすると、それは動けない方を周囲から隔離してしまう。プライバシー保護ではなくて、認知症の患者さんが増えてしまうのではないかと疑問に思うが国が決めた事なので、介護医療院に変換する方向で考えています。

(瀬口脳神経外科病院中島事務長)

16床が高度急性期ということで4月に脳卒中ケアユニットを開設ということであげてあるのですが、実際には脳卒中ケアユニットで認可頂いているのは9床。したがって、7床稼働してない状況があります。これも検討しているところですが、実際16床全部残すとすると夜勤の看護師が常時6名要るため現実的ではないということで9床あるいは12床までもっていく方向で検討している。

もう一点、地域包括ケア病床が6床ありましたが昨年12月にいったん返還しております。ヒアリングスタッフの関係で戻している。4月に増員を図るのであらたに包括ケア病床は稼働していく。

先ほどの脳卒中ケアユニットの関係ですが当院の場合それ自体が1病棟となっておりますので、基準としては発症から14日以内というしぼりがありまして、その後は他の病棟に移る

事になる。おそらくその病棟から他院へは出ないという特殊性がある。転院ではなくて院内の病棟である。制度上そのようになっている。

(菅沼委員)

菅沼病院の菅沼です

介護の医療院への移行も考えたが、病室の広さ、ベッドの広さを今よりも大分大きくしなければいけないので、とてもそれだけ部屋を広くして介護医療院にしていくのはちょっと無理だという判断になりました。

今のところ、現状では介護療養病床が 19、医療療養病床が 13 なのですが、最近では飯田市立病院さんからの看取りの患者さんの受け入れが非常に増えています。中には胃がんの末期の方を受け入れて、3日後に亡くなってしまったということがあり、看取りの病院になりつつあるということで、病床数は少ないのですが、32床を医療療養病床で看取りを中心にしてやっていかなければ仕方がないかなというのが現状です。

(市瀬会長)

ありがとうございました。ただ今の説明の内容についてご質問などありましたらお願いします。公立病院以外の先生方がいかがでしょうか。

ないようですので、各病院の対応方針については当会議で共有したと言う事で次の議題に移ります。

会議事項(2)の地域医療介護総合確保基金事業について説明をお願いします

## (2) 地域医療介護総合確保基金事業について

(医療推進課、資料2、説明)

〈説明省略〉

(市瀬会長)

ありがとうございました。ただいまの説明について質問などございましたらお願いします。

(古田委員)

飯田医師会の古田です。

各病院の先生方で総合確保基金を申請しているわけですけど、参考になると思うので数分よろしいですか。

長野県医師会はこれに対して国に対して要望している事として、県職員の皆さんはご存知かと思えますけど、確保基金は未だ1000億以上使われていません。長野県でも5億だか8億だか使われずに残っている。

なぜそういうことになっているかというと、先程言われた事業区分ⅠⅡⅢというのが、また

いでは経費の配分がいけないとか、いろいろ制約がありましてすごく使い勝手が悪いということがある。

長野県医師会も、日本医師会にも去年要望を出しまして当時の厚労大臣、加藤さんのところへ行って、なんとかならないかということ、日本医師会と共に要望しに行ってきたわけです。

阿部知事さんも県医師会と一緒に去年12月に吉田議員と自民党幹事長のところへ要望に行ってくださいまして、もう少し使い勝手が良くなるかということ、を要望されたわけです。

そういった陳情が多分功を奏したと思うのですが、12月末に確保基金の額がまた100億追加され、長野県も1億4000万位余分に付く事になりました。県の健康福祉部の大月さんはよくご存だと思えますけれど、使い勝手の悪さに関して事業区分のⅠⅡⅢをもう少し緩和してもらいたいというのが、私どもの要望であります。

この基金に関しては、平成27年、4年前にイズムリンク、飯田下伊那でやっているICT共通のツールを申請する時にこの基金を使わせて頂きました。その時にも非常に苦労したのですが、ちょうどその頃、しあわせ信州長野県という広報で長野県ICT活用戦略というのが出ていました。すでにその時、信州大学附属病院を中心としたネットワーク、これは今、阿南病院でも多分使われていると思います。それと同時に飯田下伊那地域での診療情報の共有が行われていますということ、広報で全県下に言ってくれている。なので、我々も基金を要望したんですけど、金額の上限がありまして、たしか事業区分Ⅱだと思いますが、上限が2100万でしかも3分の1が補助金で3分の2が自己負担ということです。今、地域包括ケアシステムを作れということで、国から言われている。作るにあたって南信州広域連合にお願いしているんですけど、そこを中心として今地域のICTをやろうと言う事で、4~5年前に平成27年に更新するにあたって、この確保基金を申請したのですが、上限が低すぎて、ここにいるほかの病院の先生方、市立病院や、飯田病院や、健和会、輝山会、瀬口脳神経外科あと下伊那日赤、みんなでお願ひして、それぞれに基金の申請を出すようにして、その病院も申請した3分の2は自己負担をしなければいけないというような、そんな状況で、皆さんに協力をいただいてやってきたわけなのです。

国も県もICTをもっと推し進めろと言っているながらこんな補助金の出しようではどうにもならないということで、上限を2100万でなくもっと4~5000万位に上げないと利用されなくなるんじゃないかということが心配なのでもう少し、条件をゆるくするという事を検討してもらいたい。

飯田下伊那は、ICTについてはある意味先進的にやっているんですけど、今度薬剤師会ともイズムリンクを使った電子お薬手帳をやるということになりまして、これも全国ではすごく稀、しかも、二次医療圏で薬局全体が参加するというのは日本で初めてなのです。

さらに、まだ飯田下伊那の他の病院も連携してやっていかなければいけないとなるということで、かなりバージョンアップしていかなければいけないので、そのためには、とにかく、もう少し県としても、推進するのであれば協力をお願いしたい。特に阿部知事さんもそう言ってくれて国まで行って言ってくれたので、この地域に対しても、特段とは言いませんが、もっと使いやすく将来的にICTをもっと利用できるような状況も十分考慮した配慮をお願い

いしたいという事を是非訴えたいと思います。状況によっては県まで陳情に行こうかと思っているので是非ともよろしくお願ひしたいと思います。

もうひとつ。先ほどの資料2にありました、全県下において、見ていただくと、長野県医師会が7500万で出ています。凄い額で、突出している。

でも実態は、詳しくは言いませんが、あまり工夫のないお金を毎年使っているような気がするのです、これに対しても考えていい対応をしてもらわないと、もったいないと思います。ということは、我々医師会の中でも意見が出ていますので、こんな金額を使うのだったら、もう少し有効に考えてもらいたいという意見もありました。付け加えさせていただきます。

(市瀬会長)

ありがとうございました。

飯田医師会からの意見を頂きましたが、県への要望、県医師会への要望ですよね。是非飯田医師会の要望を聞いていたただきたいと思います。

そのほか何かありませんでしょうか。よろしいでしょうか。

会議事項(3)の長野県地域医療構想調整会議の開催について説明をお願いします。

### (3) 長野県地域医療構想調整会議の開催について

(医療推進課、資料3を説明)

(説明省略)

(市瀬会長)

ただいまの説明につきまして質問がありましたらお願いします。

以前、地域医療構想を策定する時の会議の委員について飯田下伊那地区から委員が出ていないのはなぜかと質問したのですが。

長野県地域医療構想調整会議の委員に飯田下伊那地域が一番広い地域ですからここから一人委員を出してもいいのではないかと。その後も入っていない。

今回の長野県地域医療構想調整会議の委員のうち医療関係者で一番南は伊那中央病院院長ですよね。飯田市の病院の院長が入っていても良いのではないかと。

(事務局：医療推進課)

長野県医師会との相談の中で、ここにある医療関係者というのは、現状の医療審議会の委員さんがそのまま入っていただいている前提にもなっていて、そういう前提から現状の医療審議会の委員さんのほうに飯伊地区の方が入っていないというのが実態になってしまっていますが、医療審議会の委員さんのなかにもどうしてこの地区から入っていないかというのは、ご指摘は確かにと思いますので、今後の課題として、今後の委員選定の中でどういう形ができ

るかというのは、考えさせていただきたい。

(市瀬会長)

皆さんいかがでしょうか。要望というか、なぜ偏っているのかと思っている。是非検討してください。

その件に関してご意見がありますか。長野県阿南病院長の田中さん。

(田中委員)

長野県は南北が長い、また飯伊地区というのは凄く面積が広い。中央からは少し軽く見られるというように思う。

20年も前の話で、社会部というところがあって、社会部の仕事として当時長野県信州青年の船で2週間位若者たちと中国へ研修に行きました。その添乗員、医師として同行しました。

衛生部はそんな事はないと思いますが、社会部の若い人達が「阿南町は長野県にあるんですね？」県の職員がそう言っていた。もうちょっと南部へも目を向けて欲しい。

(市瀬会長)

どうもありがとうございました。ほかにご意見はありますか。

市立病院堀米院長さん如何でしょうか。

(堀米委員)

県の会議というと、どうしても松本か長野で。人口も多いというのもあるかもしれませんが、そちらは委員さんが沢山いらっしゃるので意識して飯伊地区から入れて頂ければありがたいかなという思いはいつもしております。

(市瀬会長)

ありがとうございました。是非よろしくお願ひしたいと思います。御検討ください。

そのほかご意見ありますでしょうか。

では 会議事項(4)飯伊医療圏の医療介護連携について説明をお願いします。

#### (4) 飯伊医療圏の医療介護連携について

(事務局：飯田保健福祉事務所副所長)

次の議題につきましては前回の調整会議で病院の平均在院日数が話題となりました際に、介護保険施設の状況もあわせてみるべきとのご意見をいただきましたので、当圏域の介護保険計画、今年から3年間の計画がまとまっておりますのでその数値について、保健福祉事務所福祉課から説明させていただきます。

**(飯田保健福祉事務所福祉課長 資料4を説明)**

(市瀬会長)

ありがとうございました。

ただいま説明のあった内容についてご質問がありましたらお願いします。

輝山会記念病院の露久保院長さん如何でしょう。

(露久保委員)

それなりに多方面の地域間サービスとしては整っていくのではないかというふうに思います。

(市瀬会長)

ありがとうございました。そのほかご意見ありませんでしょうか。

ないようですので次に進みます。

会議事項(5)その他として休日・夜間の救急医療に関する課題等について。

説明をお願いします。

**(5) 休日・夜間の救急医療に関する課題等について**

**(飯伊地区包括医療協議会 菅沼事務局長 資料5を説明)**

(市瀬会長)

ありがとうございました。

ただいま説明のあった内容について、ご質問、ご意見がありましたらお願いします。

根羽村大久保村長さん如何でしょう。

(大久保委員)

西南部の医療危機については、確実に起こる問題でありますので、是非これは地域全体で考えていただきたいと思います。

直接ではないですが、そういった面で広域連合といたしましても、1つは看護師の確保対策として医師会の皆さんと一緒に、地域で残っていただける看護師さん、保健師さん、介護職員さんを育成していくという形で、奨学金の貸与が出来る制度ができるということで、お蔭様で5名の予定でしたが毎年10名に増やしていただいて、医師会のほうからも助成を頂いておりまして、助成を受けた方には是非地域に早く戻ってきて勤務していただきたい。

それから先ほど古田先生からイズムリンクの話がございましたけれど、5年の更新時期が31年度になります。

内容についても、薬局さんが全部入ってきたり介護施設が入ってきたりという形で、非常に

バージョンアップといたしますか、使い易い重要な部分だとお聞きしておりますので、今研究会等で細かな検討に入る 1 年になると思っておりますが是非更新にあたっては県の基金ですとか様々な面でご支援いただければと思います。また県の皆さんにもご相談申し上げたいと思います。

(市瀬会長)

どうもありがとうございました。そのほか質問ありますか。

以上でしょうか。これだけは言っておきたいというようなお話があればご発言をお願いします。よろしいでしょうか。

(飯田保健福祉事務所長)

病院の急性期病棟というのは 7 : 1 や 10 : 1 で看護師さんを配置してそういう病棟を作ってきたという歴史があるので今更触れたくないというのはその通りだと思うんですね。

そのなかにかかっておられる患者さんは急性期を脱した人もかかっているということだとすれば、それはそれとして、在院日数に関わってくるわけで、急性期病棟で 18 日が平均だということは、やはり、急性期である 14 日を超えて、20 日 30 日と在院しておられる方が居るわけですから、その患者さんに関しては、急性期病棟としての保険点数は請求できない、15 日以降は慢性期として扱うというようなことを決めてしまえば、急性期病棟の病床数云々ではなくて、実際急性期でかかって居られる患者さんの数というのは国が示している数字に近づくのだらうと思うんですね。そういうことで、入院しておられる患者さんの在日数に応じて点数をつけていくということをしましょうというふうにすれば、この数字でそんなに悩む必要はないのだらうと思うのです。

ただ、いやとんでもない、7 : 1 病棟の中に 20 日だらうが、30 日だらうが、みんな急性期扱いにして付けていかなければならないということであれば議論しなければならないと思うけれど、おそらくさっき、棚田さんが沢山資料を示してくださったのですが、結局 11 ページの在院日数の多さ、で分けて、14 日なり、15 日なりを越えた部分を急性期ではないとするのが最もシンプルではないかと思えます。

もう一つ、本日、根羽村へ行って老人力という話をしてきたのですが、できるだけ老人は元気でピンピン生きて 3 日でコロッと死にましようということを、私は飯田下伊那地域のお年寄りの生き様、死に様ではないかということのを定着させていきたいと思えます。

それは、医師会が昔から言っているように事前指示書というものを書く。あるいは書くのみならず、まわりの人たちに、自分はこうして死にたいと、点滴をしてくれるなど、胃管は入れてくれるなどということを繰り返し繰り返し言うことで、そういう死に方をすることによってよく考えていただくということをしていくなれば、意思表示がないがゆえに、点滴をしなくては、胃ろうも作らなくてはということによって自分の死に様を自分の思うようになっていかなければ、場面は多くあると思うので、医療費そのものを削るということもさることながらやっぱり人間は死ぬものですから、生きている間は一生懸命生きれば良いし、死ぬ方向へ向かったらコロッと死ぬように、そういう飯田下伊那を作っていくように保健所長としての努力はしていきたい

と思います。

余計な発言かもしれませんが、失礼いたしました。

(市瀬会長)

どうもありがとうございました。

それでは他には御発言がないようですので、事務局へお返しします。委員の皆様ご協力ありがとうございました。

(飯田保健福祉事務所副所長)

市瀬会長さん、また委員の皆様遅くまでありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、平成 30 年度第 2 回目の飯伊医療圏地域医療構想調整会議を閉会させていただきます。