

## 令和7年度 第1回飯伊医療圏地域医療構想調整会議 会議録

**1 日 時** 令和7年10月27日（月）午後7時から9時まで

**2 場 所** 飯田合同庁舎 101号会議室

### 3 出席者

**構成員** 原政博座長、建石徹委員、牛木猛雄委員、木下雅文委員、新宮聖士委員、原栄志委員、塚平俊久委員、露久保辰夫委員、白子隆志委員、菅野隆彦委員、田中雅人委員、瀬口達也委員、菅沼孝紀委員、西澤良斉委員、前田浩史委員

**長野県** 健康福祉部参事 若月真也、医療政策課企画幹 松井浩隆、医療政策課企画管理係主任 江上雄大、飯田保健福祉事務所長 岩本靖彦、副所長 唐木英司、総務係長 大月久史、主任 西川真紀、主事 片桐泰

### 4 議事録（要旨）

（飯田保健福祉事務所 岩本靖彦所長あいさつ）

飯田保健福祉事務所の岩本でございます。

日頃から本県の行政に対しまして理解とご協力いただきまして誠にありがとうございます。

本日は当圏域の今年度の第1回目の地域医療構想調整会議でございます。会議内容は次第の通り、1から5番までございます。今回は飯伊圏域独自事項について、この前の信州保健医療総合計画の第3期をもとにいろいろとディスカッションするということになるかと思えます。皆様方の忌憚のないご意見をいただければと思っております。本日はよろしくお願いします。

#### 【会議事項】

(1) 現行の地域医療構想の振り返り

(2) 新たな地域医療構想について

（原座長）

皆さんこんばんは。包括医療協議会の原政博ですが、議事進行の指名を受けておりますので私の方からさせていただきます。

次第に沿って進めていきたいと思えます。まず会議事項1、「現行の地域医療構想の振り返り」こちらを県の方からご説明をお願いします。

（健康福祉部 若月参事）

県の健康福祉部で地域医療担当しております若月と申します。

皆さんお疲れのところ、この会議にご出席いただきましてありがとうございます。

皆さんご承知のとおり、現在インフレで医療資材も人件費も高騰していますが、その一方で昨

年改定された診療報酬が十分物価高に対応した引き上げになってないということで、各病院が大変厳しい経営状況にあるということでございます。そういった中で新しい地域医療構想に向けて体制を検討していかなければいけないという状況にございます。

県の方も、はっきりとした答えはまだ持ち合わせておりませんので、まさに地域の皆さんと意見交換をし、地域の実情や資源等についても考えながら、その地域にとって一番良い医療提供体制を考えていきたいと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

それでは資料を担当の方から説明させていただきます。

〈説明省略〉

(原座長)

ご説明ありがとうございます。

この資料の縦に見ると、連番のページが打ってありますよね。それで、連番のページで 25 ページに新たな地域医療構想等の医療計画の関係の整理(案)の下に、左側が現行、右側が新たな地域医療構想ということになりますけれども、ここに示されています左側の現行の方を見ると、現行の地域医療構想というのは言い切ってしまうと機能別病床数の数をどう整理整頓していくかというのが議論の主体でありました。

右側の新たな地域医療構想については、入院医療外来、在宅医療介護との連携等を含む医療提供体制全体の将来の構想となっております。現在進行形の地域医療構想は、病院のベッド数に関わる協議が主体でしたので、表現を変えてみると、病院の医療提供体制が主体でした。一方、新たな地域医療構想は、医療提供体制全体に関わる、協議の枠が病院医療というものから医療全体に広がっております。これはある意味、非常に協議の枠組みが広く、病院の院長であれ、一般の住民であれ、保険者であれ、皆さん方の置かれた立場において、この協議の内容、進め方、課題は多方面にあると思います。

この新たな地域医療構想については、将来像のデータのお示しが本日は多かったわけですが、こういう形で今後は医療提供全体に対する協議の進め方・方針が国の方から示されました。主な課題といろいろなデータを示していただいたうえで、主な課題を踏まえた方向性について追加した方が良い視点や対応方策など幅広くご意見をいただきたいと県の方からも求められております。

しつこいようですが、現在進行形の医療、地域医療構想は、病院医療の提供体制でしたけれども、今後私達に取り組まなければいけない新たな地域医療構想という課題は、医療全般にわたってであります。

協議の方向性で何かご意見はありますか。

(原委員(飯田病院))

お世話になります。

まず、働き手減少の一方で高齢者の増加による医療需要の増加という中で我々がどうするかということだと思いますが、やはり連携というのがキーワードになっていて、おそらく連携をするという理由は発展的な縮小をするということが必要になると理解しております。

それに向けてということなんですが、グランドデザインというのがこれまでありましたけれど

も、通し番号 14 ページに患者さんを中心に診療所や病院や介護施設ケアマネ事業所薬局などが囲んで連携していくんですが、同じ輪の中にあるのに官民格差の問題がありまして、設立母体によって、公費助成の差があまりに大きすぎることを申し上げたい。我々は診療報酬によって公定価格で行っているのに、その設立母体が公の病院は、公費助成補助金があることに関しては、全くこれまで触れられていないと思いますので、今後の方向性として、そういう補助金のあり方それはぜひ議論の中に挙げていただきたいと思います。

それから、通し番号の 25 ページに地域医療構想の中で、医療と介護との連携、要するに暮らしを支えるとそういう視点が出てまいりました。ここがとても大変なところでして、例えば、コロナのときを思い出しますと、私達の病院でこれ以上の医療は難しいので次は介護施設あるいは在宅ですよというときに、介護施設の方で受け入れてもらえなかったり、介護施設の中でコロナが流行ってしまうと、介護施設も受け入れができなかったりすることがありました。医療介護者との意見のすり合わせというものも、必要になってくるのではないかと思います。

もう一つ、53 ページに医療資源の状況があります。医師数が少ないということは非常に大きな問題になりますが、この会議で医師の偏在対策ということを盛んにやりましたけれどもなかなか実を結びませんでした。

一方で看護職員や薬剤師、他の職種は全国平均よりも多い傾向にあるとありますけれども、実はここも非常に問題がありまして、この資料には言及されておらず、前回の資料には触れられていたのですが、この地域の介護・看護師は、急性期病院においては足りないけれども、慢性期の病床においてはむしろ多いのであって、急性期においては看護師不足で回っていないかもしれない、一方、慢性期においてはむしろ余剰になっていて経営的な問題を抱えていないかという考察がありました。それは多分現在も同じであります。加えて申し上げれば、慢性期の病床に勤務する看護師は、おそらく急性期の病床に勤務する看護師よりも高齢化が進んでいます。そういう資料は多分ないと思いますが、それは私の肌感覚として持っております。それは看護師不足もあるからだと思いますが、やはり看護職員をちゃんと確保できないと急性期病院はやっていけない。医師だけではなく看護師を魅力ある職場として確保していくかというのはとても大事で、都会と同じような全国一律の仕組みでやってしまうと都会に負けてしまうんじゃないかと、やはり地域の特色をどう出していくかっていうことが大事でないかと、それによって確保をどうするかということを考えないと、そのように考えております。以上です。

(原座長)

ありがとうございます。

この会が始まる 1 時間前から、私は座長として県庁の担当の皆さん方と事前打ち合わせをしました。その場で私が聞き取った内容ですけれども、特に新たな地域医療構想に関しては、国の方も各地域で地域課題を抽出して今後の医療全般の提供体制を考えなさいという話なので、この調整会議からでてきた意見なり発言は、県庁の方でしっかり精査をして国に対して述べるべきこと・言うべきことは県の方から国へ上げていくと県庁担当者若月参事の方から伺いました。

今の原先生のご発言もそうですけれども、まさに現場目線で課題というものを出示していただければ、それが直接県の方で精査していただく国とも交渉するということですので、時間の許す限りご意見をいただきたいと思います。

西澤先生いかがですか。

(西澤委員 (介護医療院西澤病院))

介護医療院ですので、医療の病院とは少々違いますが、先ほどの14ページの図で綺麗な円が描かれていて、私立の病院がこの中心にはまってるんだと思います。ただ病院はずっとそこにあるように思われるでしょうが、建物は老朽化してきます。おそらくこの病院も歴史が古いところはそうだと思います。当院も元々医療型病院であったところ、3病棟あるんですが、一番古い病棟は昭和58年のものでして、そこは結構しっかりした建物ではあるんですが、コンクリートの耐用年数を考えた場合に、どうなんだろうかと。将来的にここを建て直すことになると思うと建築コストどんどん上がっている昨今、私立病院が借金をして、果たして建て替えができるんだろうかと思っています。耐震工事費用もどんどん上がっていますから。この図を見ると地域型の病院とくに私立の病院がずっと未来永劫安定してそこにあるように想定されていますが、それぞれの病院の経営をしていらっしゃる先生はそういうことまで考えて不安に思われていると思います。特に医療費も抑えられている中では、どうしていくかというのは本当に皆さん真剣に考えていらっしゃると思います。そういう不安を国や県など行政側は認識しているのかなと。私立の病院といっても地域のインフラの一つですから、存続していかなければならない。でも建物はどんどん古くなっていく。そういうときに、どうしようかというのは。こういう地域医療構想が安定的に実現していくためには私立の病院も安定して存在していく。市立病院や県立病院は行政がバックにいるからそういう心配はないのかもしれませんが、どこの私立の医療機関も、おそらく同様の悩みを抱えてるんじゃないかと思っています。慢性期介護型の施設や病院は本当に職員の高齢化が進んでおりますが、まだ高齢の職員が頑張っている状況で、あちこちの病院で同様の状況があると思います。そのような現実があるのだということもわかっていただければと思います。

(白子委員 (下伊那赤十字病院))

下伊那赤十字病院の白子と申します。

このグランドデザインの構図は、例えば松川町でいくとうちの病院を中心にシステムが構築されて、広域型病院というのが市立病院、確かにそれでいいと思います。理想はすごく素晴らしいと思うんですが、西澤先生から話が合ったように建物とか経営が上手くいかない、そして医師の確保ができない状態で、最終的には多分連携集約化という形で、例えば高森の下伊那厚生病院さんとうまくやるかという話に実際になってくると思います。今まで自主性に任せて、最終的にはなかなか先に進まない状況ですので、ぜひ新しい構想の中では県がイニシアティブをとって自治体も含めて、自主性ではなくある程度トップダウンで進めていかないといけないと思うんです。だからぜひその辺をよろしく願いしたいと思っています。

(新宮委員 (飯田市立病院))

当院の話になって恐縮なんですけれども、今地域中核病院として、急性期医療を担っておりますが、先ほどお話があったように、人口減少と高齢化に伴いまして、急性期医療を必要とする患者さんは今後減っていくことが推測されております。近隣の病院も急性期病床を減らしておりますので、確かに今後どの程度圏域で急性期病床数が必要になってくるのかわかりませんが、当院といたしましても、入院患者は戻ってきておりませんし、急性期病床を減らす病院のダウンサイジングに踏み切る必要があると考えております。ただ先ほどからお話があるように医療人材の確

保というのは年々厳しくなっておりまして、そうした中でも当院は今後も急性期地域中核病院として、高度専門医療を提供することが求められております。さらに当院は、大学からの若手の派遣医師や研修医の教育という人材育成という役割も担っております。またおそらく近い将来、圏域の二次輪番を担当する日数も増えてくることが予想されます。

限られた人材でそれらに全て対応するのは、非常に困難であると言わざるを得ません。先ほど白子先生もおっしゃっていたように、ぜひ行政がリーダーシップを取って圏域の集約という方向にいかないと医療を守っていくことは難しいのかなと思っております。各病院の判断に任せるのではなくて、行政主導で集約化ということをぜひ考えていただきたいと思います。以上です。

(原座長)

ありがとうございます。

連番のページで 29 ページをご覧ください。

そもそも本年度の調整会議は今回が第 1 回なんですよ。なぜここまでずれ込んだかということなんなんですけども、この新たな地域医療構想という課題が、国の方から各都道府県に下りてきて本県においても、新たに地域医療構想の県としての方向性のある程度整理するために、この懇談会というのを設置して話を進めてきています。そういう内容がこの 29 ページですけれども、医療全般ですし、県は広いですし、各地域特性というのが非常に混然としております。ですから、県自体でこの新たな地域医療構成の取り組みをどうしたらいいのかというところ非常に戸惑いがある、というのも事実でしょう。それが第 1 回の地域医療構想がこれだけずれ込んだという理由にもなっておりますので、当然のごとくご意見をいただきたいと私が皆さん方に働きかけましたが、今回意見が出尽くす、ないしは意見が出始めるとは到底思えません。

お時間をいただく中である程度発言をいただきましたので、その発言をもとに、県の方でも改めて考えていきながら、私達も本日いただいた内容を自分の置かれた立場で再度お考えいただきたい。第 2 回目のときにこの圏域として、より具体的で、より充実した発言、意見をするように努めたいと座長として考えます。

時間の都合がありますので、1 と 2 の協議事項は一旦終了させていただいて先へ進めさせていただきます。それでは協議事項 3、かかりつけ医機能報告制度について、こちらの説明を県庁の方からお願いいたします。

### (3) かかりつけ医機能報告制度について

〈説明省略〉

(原座長)

ありがとうございます。

連番でいうと 79 ページにかかりつけ医機能報告制度が始まりますと書いてありまして、対象医療機関を特定機能病院および歯科医療機関を除く全ての診療所が対象で、各病院さんの報告も資料としてつけてくださっていますけれども、建石医師会長、医師会内部ではどの程度この報告制度が始まるということは理事会等でご理解ないしは各医療機関への周知というところは、現状では

どの程度の進捗がありますか。

(建石委員 (飯田医師会))

医師会長の建石でございます。

現在では県医師会等からくる通知を全会員に配布して、それを周知しているという状況段階です。もれなく周知をしているつもりですが、もう 1 月から始まりますので改めて周知も考えたいと思います。以上です。

(原座長)

ありがとうございます。

もうこれはもう国の制度としてやりますとなっていますので、これはもう受け取るしかないんですが、ご意見ご質問ございますか。

それでは一旦先へ進めて、時間の余裕があればまた振り返りでご質問ご意見を伺いますので、

4 飯伊圏域独自事項、病床削減についてですけれども、こちらはまずは報告者が飯田病院、輝山会記念病院、瀬口脳神経外科病院の 3 病院からと事務局の方からも説明をさせていただくという手順であります。まずは飯田病院の原先生です。

#### (4) 飯伊圏域独自事項

##### ア 病床削減について

(原委員 (飯田病院))

通し番号 81 ページであります。

私達の病院は、許可病床数を今年度 4 月から削減しておりますので、改めてご報告申し上げます。一般病床数を 210 床から 199 床の 13 床減らしております。また、精神病床数を 235 床から 225 床にし、両床合わせて 23 床減らして 424 床の病院となっております。

その理由ですけれども、実態に即した病床を運用すること、また例えば 5 人部屋を 4 人部屋にするとか、4 人部屋を 2 人部屋にするとか、そういうことで療養環境を向上させるとか、稼働率をアップさせるということを目標に許可病床数の変更を指定おります。

また特徴ですけれども、当院は一般病床と精神科病床が半々という全国でも稀な形態な病院であるということであります。精神科は特に地域唯一の入院医療を支えております。また筋骨格系においても整形外科が特に頑張っているところであります。課題としまして、やっぱり医師あるいは看護師人材の確保であります。以上です。

(原座長)

ありがとうございます。では引き続きまして輝山会記念病院です。よろしくお願いします。

(露久保委員 (輝山会記念病院))

当院は全体で現在 199 床の病床数で運営しております。内訳で言うと、急性期が 52 床で、回復期が 100 床で、療養病棟と慢性期が 47 床という括りになっているんですが、今回病床ベッド数削減ということでどこを減らすかという、回復期の 20 床減らす予定にしております。

理由は回復期の病棟を開始してからずっと 100 床で来てるんですが、ここ 2 年間くらい稼働率が減少傾向にあり 8 割いかないことが続いている状況で、国の政策として急性期を減らして回復期を増やすという方針があるんですけども、実際に回復期の患者さん減ってきてるので、100 床のままでは運営がうまくいかない。プラスして、職員数の確保が非常に難しくなっていて、患者数も減るし職員も減るということで、回復 100 床を維持するのは難しいということで、こちらを 20 床減らすという方向性で進めているところであります。以上です。

(原座長)

はい、ありがとうございます。引き続きまして瀬口脳神経外科の瀬口先生お願いします。

(瀬口委員 (瀬口脳神経外科病院))

瀬口脳神経外科病院の瀬口です。

当院はここに書いてありますように 63 床で高度急性期 9 床、これは脳卒中専門病棟というところになります。あと急性期治療に特化した病院ということになっておりまして特徴は神経救急が中心となる病院であります。先ほど少し問題にもなっていたと思うんですが、飯伊地区では救急医療がうまくいってない中で、神経救急はだけは何とか頑張ってやっていこうということです。市立病院と飯田病院と瀬口脳神経外科病院で神経救急輪番を引いて、全ての神経救急患者さんを確実に一発で取るというような試みをやっております。

今後もこの形態で持続できたらと思っていますが、今後の課題として、やはり救急医療を続けていくには、なかなか厳しい状況になってきまして先ほど設備の問題もありましたが、当院も例外ではなく、設備投資、あと人材確保といったところがうまくいかないと、なかなか急性期の医療は続けていけないというのが課題であります。

それに対してどうしていくかということをいろいろ考えてはいるんですが、なかなか難しく、原先生から先ほど急性期医療をやるにあたって補助金云々という話があったと思うんですが、人材を集めるためにもやはり資金補助、具体的に言えば補助金といったようなものは大事になってくるのかなと思います。以上です。

(原座長)

ありがとうございます。

それでは慶友整形外科に関しては、事務局の方からご説明をお願いいたします。

(事務局)

はい。事務局でございます。資料は 87 ページになります。

本日慶友整形外科の院長先生がお見えになっておりませんので事務局からご説明ということでございます。

許可病床 19 床でございましたが 16 床減じまして、今後 3 床で運営をされているという状況でございます。施設老朽化ということが主な原因と聞いております。以上でございます。

(原座長)

どうもありがとうございます。

4 医療機関から説明がありましたけれども、各医療機関のご事情ですのでそれに対してご意見ご発言ありますかというのも、一応形式的に皆さん方にお尋ねしますが、ございますか。ではないと判断して私達は受け止めていくというようにさせていただきたいと思います。

#### (4) 飯伊圏域独自事項

##### イ 飯伊地域の医療提供体制の確保のための県に支援について

(原座長)

引き続きまして「飯伊地域の医療提供体制の確保のための県に支援について」ですが、こちらは私の方から県の方へ座長意見としてお尋ねをした内容がいくつかありますので、その内容に関して県の方からご回答が準備されております。それを説明させていただきます。

当圏域の独自事項に関し、やはりトップの課題は、外来診療に含まれる救急医療の提供体制の窮状が、一次救急、在宅当番制も含めた一次救急のみならず、二次輪番体制でも顕在化したことと上奏させていただきます。本県の9月定例会議で知事も発言していますが、病院経営のひっ迫を受け、不採算分野の診療科の支援策も来年度の当初予算編成で検討すると。先ほどの意見にも官民格差という発言もありました。ということでこの二次輪番体制の破綻予防策も含まれるのか、この点につきまして具体的にどのような支援策を県としてはお考えかを尋ねさせていただきたいと聞きました。

また、病院間の役割分担や連携強化、白子先生も触れましたが、あの地域型とか広域型とかというようなグランドデザインの内容も踏襲してのことではありますが、この部分も知事が強調されています。病院間で相互理解していかなければ連携強化の醸成はできませんので、このような相互理解の醸成に対して、県はどのようなリーダーシップをお取りする予定であるか、どのように考えていらっしゃるか、とお尋ねをいたしました。

まずはこの予算編成について支援策の具体的な案はあるのか、それから病院間の連携強化に対して県のリーダーシップはどのようなものがあるかという点に関して件のご回答をお尋ねいたします。

(医療政策課 若月参事)

はい、ありがとうございます。

順不同になりますが、まずグランドデザインの方向性として、医療機関の役割分担と連携の推進について、広域型病院と地域型病院に類型化して、それを県のリーダーシップの発揮のもと進めようとしています。座長から説明がありましたとおり8月28日の記者会見で知事が発言した件ですが、広域型病院と地域型病院の機能について改めて説明をしたうえで、各病院が判断材料にできるように、今後DPCデータ等も用いて、受療動向等の分析をするので、それぞれの病院が地域の中でどういう位置づけにあるか、ぜひ一度考えてほしいという発言をされました。

県としても現在医療コンサルタントに委託をし、そういった分析を進めているところであり、今日も一部データは出ておりますけれど、今後さらに地域医療構想の検討を進めていく中で、参考になるようなデータを出していく予定でありますので、そういった中で各病院が位置づけを考えていただきたいと思います。と思っています。

その上で先ほど何人かの先生から県がリーダーシップをとって、再編とか機能を進めてほしい



というお話があったんですけれども、公的な病院もあれば、民間病院もあるということで、県がこうしなさいというのはなかなか難しい部分もありますので、まずはこういったデータをもとに各地域で考えていただいて、こういう再編をしたい、あるいはこうした連携をしたいということが地域の中で見通しが立った段階でご相談いただければ、県としても市町村と一緒に調整するとか、そういったことはできると思いますので、ぜひご理解のうえ今後進めていただければありがたいと思います。

それから、当初予算についてでございます。現在も当初予算に向けて、財政当局や知事とも議論が始まっております。論点は大きく二つあると考えております。一つは、昨年定めたグランドデザインというものをどのように予算を使って具体化していくかという観点です。それからもう一つが小児周産期、救急、災害、へき地医療など、いわゆる不採算医療とされている分野にどう支援ができるかという、この２点だと考えております。こういった不採算医療についても、一定程度医療政策課としては支援を検討していかなければいけないと考えているところです。

それから、地域型病院に対しましては今後高度医療ニーズが減って高齢者の慢性疾患が増えてくる中で、病院が地域型病院として地域包括医療病棟、あるいは地域包括病棟、あるいは高齢者救急・地域急性期機能に再編または転換しようとお考えになられる場合に、当然将来に向けて収支シミュレーションや、再編実行計画が必要になってくると思います。そういったことを支援できるように、医療コンサルタントに財政支援をし病院の今後の検討に資するような事業も考えていかなければいけないと検討を進めているところです。また各病院の立ち位置がはっきりしてきますと、近隣の病院とどう連携していこうかという話の中で、例えば転院とか退院調整みたいなものも必要になってくると思いますので、病院間の協定締結というところも医療コンサルタントが支援できるような事業も充実していかなければいけないと考えています。

それから救急医療のところですが、まず、制度的に申しますと小泉内閣のときに三位一体改革がありまして、初期救急や二次輪番病院について、当時は国庫補助金という制度があって、直接国庫補助金が出てたんですけれども、それが三位一体改革で変更されまして、現在は地方交付税措置ということで、市町村の自主財源に変わっております。そういったところを考えますと、まずは初期救急とか二次救急のところは、市町村がどのようにお考えになられるかというところが大事になってくると思っています。一方、県は、その三位一体改革のときに、三次救急、いわゆる救急救命センターですね、そこは県の方に財源措置されておりまして、地域医療介護総合確保基金ですとか、特別交付税によることになっています。

(原座長)

はい。ありがとうございます。丁寧にご説明をしてくださったと思います。既に複数の先生方からご意見をいただきましたけども、ある程度各先生方のご意見に対するご回答の部分も含んでいたと思います。とはいえ、県の懇談会も現在進行形でありますし、本日第１回でありますので、今の県からのご回答に対して改めてここでもう少し突っ込んで質問するということは、とりあえず避けさせていただきたい。私の方で座長意見として上奏したものがまだ他にありますのでそちらの説明をさせていただきます。

具体的に言いますと、新しい地域医療構想は医療全般にわたる協議を進めようという内容なんですけども、私が気づく点としては、郡部へき地の医療提供体制と人口減少が極めて高度に進んでいる。同時に高齢化も進んでいて、生産年齢人口も少ない。そういう地域社会、そういう自治

体がこの圏域には少なからずあります。例えば、西部地区平谷村と根羽村、そこに佐藤医院の佐藤先生お1人しかいらっしゃいません。万が一佐藤先生に体調不良が起こった場合に、その地域はいきなり無医地区になりかねない。現状でも先生がいなくなった途端に無医地区になってしまう。そういう危機的状況になる可能性が高いです。

そういう視野を持つと、この圏域においては、郡部へき地の医療提供体制の維持堅持ということが非常に重要な課題になってきますが、グランドデザインの中でも、県がリーダーシップを発揮しながら、地域ごとの課題解決に向けた議論を進めることが求められていると示されておりますので、この郡部へき地の医療提供体制の破綻の危機に対して、県はどのようなリーダーシップを発揮される方針であるのかお尋ねした次第です。ご回答をお願いいたします。

(医療政策課 若月参事)

山間地へき地医療というのは長野県の特徴的な問題だと思っております、先ほどからお話いただいているとおり、医師看護師等の医療従事者の供給制約がある中で、大変大きな課題であると考えております。信州保健医療総合計画の中でも記載されておりますけれども、こういったところに ICT 技術の活用を考えていくのが重要と思っております。例えばオンライン診療も一つの解決の方法だと思っております。こちらから国会がスタートすると、改正医療法案が審議されていくことになると思うんですけれども、その中でオンライン診療が法律に定義されて、手続きの規定ですとか、提供できる施設も規定される聞いております。県内にはへき地医療拠点病院というのがございます。そういった病院を中心に、各へき地医療を守っていただいている診療所の医療をどう確保していくか、供給制約もあるので一律同じように維持確保していくのは難しいかもしれませんが、そこを IT 技術を活用してできるだけ維持できるよう、地域の診療所で県民の方が一定程度の医療を受けられるように支援していく必要があると考えております。

先ほど当初予算のお話もさせていただきましたけども、このへき地医療もまさに不採算部門の医療でありまして、当初予算に向けてどのような支援ができるかを検討していきたいと考えております。以上です。

(原座長)

ありがとうございます。

最後の座長意見ですけれども、医療タイムズにアップされた記事内容なんですが、新たな地域医療構想に関して知事がこのような発言をしております。「住民代表を構成員に入れるなどして、客観的な議論を進めたい」という内容であります。さて、ここにいる構成員の方々は、大多数が病院長であります。しかし今後は、医療全般にわたっての協議を求められていますので病院長の先生方だけではやっぱり協議はなかなか進まないだろうと、そういうところを知事も踏まえての発言と解釈いたしますが、一方で、医療に関わる内容ですので、住民代表という位置づけをどのようにお考えになっているのか。県の方へお尋ねをした次第であります。いかがでしょうか。

(医療政策課 若月参事)

座長がご説明いただいたとおり、新しい医療構想というのは、外来医療、在宅医療、それから医療と介護の連携まで含めて提供体制を考えていかなければいけません。特にこれから高齢者の患者が増えていく中で、そういった視点が大事だということでもあります。知事も現行の医療提供

体制は、病床数の数字だけに着目して議論しがちだったところがあったので、新しい構想の中では、県民視点で医療提供体制を作っていくことが重要ではないかというお考えになられて、住民代表も入れた方がということだと思います。

ただ、座長もご心配のとおり医療というのは、一般県民には理解が難しい部分もあろうかと思っておりますので、医療関係団体の代表として県民意見を言えるような方とか、NPO 法人の代表とか、そういった方が考えられると思っています。どういう方を対象にするかを検討し来年度以降に向けて準備していきますし、地域医療構想調整会議は、今はこのような形で、各圏域で開かれています、このあり方についても検討していかなければいけないと思っています。

(原座長)

ありがとうございます。

以上が私の方から座長意見として県の方へ上奏させていただいた内容であります。

同時に県からのご回答をいただきましたが、このようなご回答をいただく中で構成員の皆様方の先ほどのご発言も含め、ここから先の新たな地域医療構想に対するご意見・ご発言があればいいかがでしょうか。

(原委員（飯田病院）)

飯田病院です。

県としましては、リーダーシップは取れないけれども医療コンサルタント等にアドバイスを求めるというようなお話がありました。おそらく連携するということは、先ほどお話を申し上げましたが発展的縮小が必要になるということかと思っております、医療需要と供給のバランスをなるべく合致させるということだと思いますけれども、この地域で誰が音頭を取るのか。それはすごく曖昧になったなと思います。医療コンサルタントがどのような提案を出されるか、それは期待したいと思います。

それから一次、二次救急と三次救急でちょっと違うというお話がありました。今の枠組みではそういう枠組みだということは理解いたしますが、それが本当にそうなのかと、それが効率的な地域の運用になるのかということは、私はそうじゃないと思いますので県と市町村がもう少し一体となったやり方がないだろうかと、私自身は個人的に思います。

それから通し番号の 66 ページ、先ほどお話もありましたが、高度専門医療を中心に担う医療機関と高齢者疾患等に対応する医療機関の役割分担とそういうお話がありますけれども、では具体的に、高度専門医療を中心に担うという高度専門医療とは何かということであります。例えば救急の話で言えば脳卒中がそうでありますし心筋梗塞、大動脈解離の破裂とか、そういうものがあると思いますが、死因の 1 位であるがんの内訳は 1 位肺がん、2 位大腸がん、3 位膵臓がんです。そういうがんは、ほとんどの場合は循環器疾患と違い緊急性がなく少し余裕があります。そのような疾患で当院が送るのが多いのは愛知県が 1 番です。理由は、そちらの方がサービスがいいし早いからです。もちろんそればかりではなく地域にお願いもしております。そういう状況でありまして、高度専門医療中心になる拠点病院を当地ではそこではかかりつけ医を持たないとしてしまうと医療資源や財源が限られている地域ですので困るのではないかと、大きな病院もかかりつけ医として、もっとやればいいんじゃないかなと思います。高度専門中核病院が本当に高度のことだけに待ち構えた大きな構えを持つと逆に赤字が増えるんじゃないかなと思っています。

官民格差ということでオブラートに包んでいたんですけれども、例えば県では、県立病院機構財務諸表の公表がありますので、ここで確認させていただきます。皆様ご存知のことかもしれませんが、例えば阿南病院さん、昨年度公費助成 7 億 8000 万円です。こころの医療センター駒ヶ根は 7 億 7000 万円です。平均稼働病床数は阿南病院 38.4 床、こころの医療センター駒ヶ根 100.6 床です。1 床あたり阿南病院さんは年間 2,000 万円の補助金助成があります。こころの医療センターは 1 床あたり 760 万円です。これを飯田病院の平均稼働病床数にあてはめるとすると 702 億円、こころの医療センターの基準を当院精神科に当てはめると 199 床稼働しておりますので、年間 14 億 4000 万円になります。そういった補助金の規模感ということでありまして、ただ、阿南病院さんとこころの医療センター駒ヶ根さんは、当然人事院勧告に基づいた適正な県の対応です。ここで注視すべきは、この官民格差が働き手の給与差に広がっているということでありまして、働き手の給与を確保するために補助金が使われていることです。それは市立病院さんも同様であります。市立病院さんは市町村からでありますけれども約 14 億円の補助金があり、さらに赤字が昨年度約 8 億円ありそれも補填されました。これも働く者の給与に充てられる金額となっているということでありまして、そこが官民格差であると盛んに私が申し上げているところです。具体的な数字を各病院で当てはめればイメージしやすいかと思います。県立病院を県が支えるのは当然だと思いますが、地域医療は県立病院だけで行っているわけではありませぬので、地域の医療人を支えるために何ができるかということ考えると、県単位市町村単位よりはもう少し別の考え方があるのではないかと私は思っております。以上です。

(医療政策課 若月参事)

さきほど救急のお話をさせていただきましたが、あれは財源の話をさせていただいたつもりで一次と二次を市町村がやって、県は一次、二次は全然関知しないとか三次だけやってればいいというつもりはありませんので、当然救急医療体制全般をどうしていくかというのは県としても考えていかなければいけません。まず前提として財源がそうなってるので、そこが主体に考えながら、もちろん困ったりするところがあれば市町村と連携して体制は考えていかなければいけないということでございます。

(原座長)

ありがとうございます。

今の原先生の発言に対して、構成員同士で意見を言い合うということは、それはやめましょう。あくまでも一構成員のご意見ご発言として挙げさせていただいて、県の方から今ある程度のご回答をいただいたとよろしいですかね。

それでは新たな地域医療構想医療全体にわたる地域社会での将来構想を考える組み立てるという内容なんですけれども、歯科の立場と薬科の立場で、この新たな地域医療構想に対してですね、どのような捉え方というか、歯科なり薬科なり、私たちの立場をもう少し取り組んでいただきたいとか、そういうご発言があり得ると思いますので、まずは歯科の牛木会長いかがでしょうか。

(下伊那歯科医師会 牛木委員)

下伊那歯科医師会会長の牛木でございます。よろしくお願いします。

初めて参加してこういう会議なんだろうというところが大体わかってきたというところでは。

歯科の立場は難しいところがあって、医療の中に歯科というのはまた別として捉えられるような傾向があると感じています。あくまでも歯科医療ですので、医療圏の中に歯科があるっていう当たり前のことなんですけどもね。やはり医療の中の歯科というものはどういうものかというところをもうちょっとアピールしていきたいのと、もう一つは行政サイドについて申し上げますと、県職の中にいわゆる歯科医師がいないんです。これは本当に大変なことで、昨年度まではいらっしゃるはずですが、それを担うのにどうしようということになって、今は長野県歯科医師会の役員が臨時職員的なことを担っていただいて何とか流れを食い止めようといいますが、繋いでおこうということをしてます。ただこれが果たしてそのやり方はどうかというところでは。これは、この圏域の中でも行政職の中に、いわゆるその歯科専門職と言われる歯科医師、歯科衛生士とか専門の肩書きを持ったものがなかなか入り込めていけないという事実があるわけです。先日も市町村の担当者の方と懇談をしたんですけども、歯科専門職がいないことで、行政の中の保健師、あるいは行政職の方が歯科医療に関する業務を兼務で何とか歯科行政をやっているということをしているわけです。ただ、その専門職ではないというところで、私たちの要望をそこから伝えたとしても、果たしてどの程度理解されているのかというところが非常に難しい現状があります。まずはそのところから始めていかないと、歯科行政として基礎的な部分がなかなか進まないというところもあるし、もう一つ先ほどから話題になっております無歯科無医療地域の問題があるわけです。先ほどもおっしゃってましたけど阿智村から以西南はほぼ歯科医がいない状況なんですね。つい最近まで阿智村もう2軒ほどはあったんですがやはりもうお辞めになられてしまって、阿智村も歯科医がいないという状況に陥ってます。やはりここは行政サイドとして歯科医療を守るというところで、歯科に関する診療の体制を整えていただきたいということをここ数年は訴えている状況です。以上です。

(原座長)

ありがとうございます。

引き続きまして薬剤師会木下会長お願いします。

(薬剤師会 木下委員)

薬剤師会木下です。

このような機会をいただきまして大変ありがとうございます。

薬剤師を取り巻く環境というところで先ほど薬剤師の数はこの地域は全国平均より多いですよという結果がありました。そもそもこの全国平均が何を意味してるかっていうところがよくわからなくて、その平均より上なら薬剤師が足りているのかというと全くそういうことはないと考えております。これはある地域の話ですが、その地域の中核病院が在宅医療をやりたいので門前の薬局へその協力をしていただけないかということをお願いしたところ、「人員がいないのでできません」というような返答もらってその病院薬剤師が非常に困ってしまったというような話もあったんですが、当地域ではやっぱり薬剤師は慢性的に不足しているのかなと。特に病院薬剤師ですね。これは全県的にもそうだと思うんですけども、最近は非常に賃金格差ではないですけども、やはり大手の調剤薬局等が入ってくると、賃金の関係で若い人がなかなか病院へ就職しな

いというようなところも問題としては上がってきております。

また各薬局もそれこそマイナンバーカード顔認証システムや電子処方箋、こういったものに補助金もいただいているんですけれども、そもそも設備投資にはお金がかかります。そういったシステムを導入しなければいけない。レセプトを送信しようとする、あなたの薬局はいつシステム入れるんですかみたいな、アンケートが毎月のように来るわけです。ところが私の感覚では、半分ぐらいの方がマイナンバーカード持ってないんですね。そんなことやるわけないだろうみたいな感じで、薬局で怒鳴り散らして帰るような患者さんも中には何人かいらっしゃいまして、そういった方でもスタッフはマイナンバーカードをお持ちですかという声をかけなきゃいけないところにストレスもあるのかなと思っております。

また、毎年の薬価改定っていうところで薬価がどんどん下げられていて薬価差益がない中で、薬剤師の給料を上げてくださと言われても無理な話でしょうと、薬価は国が決めてるので、そこはサービスで減らすとかできないことが増えるので、各薬局は非常に苦労してると思っております。最近では特に高額な薬が非常に多くなって、1錠10万円で患者さん1人で100万円の費用がかかっているところも、結局原価率等にも非常に大きなウェイトを占めておりまして、結果的になかなか収益が上がらない。また、そういった薬が、次の機会には変わってしまっていてそれが在庫になってしまうというようなことも各薬局で頭をかかえているので、会としては横の連携を深めて対応していかないといけないところで、いろいろ対策を考えております。

また地域での標準医療というところで、地域フォーミュラリーというようなところも今年の骨太の方針の中にもそういった文言も入ってきておりますので、この地域でそういったエビデンスのある標準療法といったようなところをまた先生方ともご協力しながら進めてまいりたい、そういうところで少しでも医療費の削減とかに協力できたら良いなと考えております。以上です。

(原座長)

ありがとうございます。

歯科医師数も薬剤師数も医師偏在数というのは、単純平均ではありません。それなりの工夫をして数を出してくださっているので、確かに歯科並びに薬科によっては看護師さんも医師偏在指数と同じような考え方での数の出し方も必要になっていく。

それから、格差の話が出ましたけれども、そういう部分もある意味見落とされている可能性も十分にある。国の方へぜひともどこから上げていただきたいという内容だと思います。

時間も大変押してきました、残り時間非常にわずかです。

最後に全国健康保険協会長野支部の前田様に、新たな地域医療構想で住民代表というような指摘を知事もされているんですけども、その部分に関して本日の構成員の医療関係者ではない唯一の構成員ですので、ご意見をいただけたらありがたいです。

(前田委員(全国健康保険協会長野支部))

協会けんぽの前田です。

医療全体の新たな方向性といったお話だったので、保険者として新たな提案させていただければと思います。

協会けんぽで行っている事業の内、保険給付の中に傷病手当金という制度があります。これは

働いている方が病気や怪我でお休みされたときに給料の代わりに支給する制度です。この傷病手当金という制度ですが、昔と違って精神疾患が非常に増えている状況です。これは協会けんぽ全体的話になりますけれども、傷病手当金の支給の35%を超えるものが精神疾患になっております。このことは大きな問題で、第1位が精神疾患、第2位ががん等の新生物となっており、新生物に関しては全体の約13%ということなので、圧倒的に精神疾患が多いという状況でございます。支給額にしますと全体の4割以上が精神疾患になってしまっているという状況でございます。

我々としては、新たな医療全体のことを考えますと、現役世代がそういったものにかかってしまって、経済活動にも影響を与えていると考えておりますので、ぜひそういったところも新たな視点ということで、ご検討いただければなと思いました。以上でございます。

(原座長)

ありがとうございます。

残り時間4分です。ではその他にもありますが、その他ございますか。ないと判断させていただきまして、議事進行は以上で終了させていただきます。

最後に事務局に返しますけども次回の開催予定も含めて事務局の方で最後お引き取りをお願いします。

(事務局)

事務局でございます。

次回の会議でございますけれども、1月から3月の開催を予定してございます。

具体的な開催等時期が決まりましたら事務局から日程調整のご連絡をさせていただきますので、改めてよろしくお願いいたします。

以上をもちまして令和7年度第1回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。ありがとうございました。皆さんも気をつけてお帰りください。