

令和5年度 第3回飯伊医療圏地域医療構想調整会議 会議録

1 日時 令和6年3月18日（月）午後7時から9時まで

2 場所 飯田合同庁舎1階 101号会議室

3 出席者

委員 原政博委員、建石徹委員、宮島平一委員、木下雅文委員、木下嘉代委員、堀米直人委員、原栄志委員、塚平俊久委員、露久保辰夫委員、馬場淳委員、朔哲洋委員、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、市瀬直史委員

長野県 健康福祉部医療政策課長 久保田敏広、医療政策課企画管理係主事 江上雄大、主事 井口雅都、飯田保健福祉事務所長 松岡裕之、副所長 鷲澤太、総務係長 大月久史、主任 小椋桂子、主任 西川真紀

4 議事録（要旨）

（飯田保健福祉事務所 松岡所長あいさつ）

皆さんこんばんは。今日もようこそお越しくださいました。

この会議は以前は嫌だなと思ってやってたんですが、だんだん地域からの声が県の方に上がるようなそういう会議になってきて、楽しい会議になりつつあるんじゃないかなと思います。

今日も2時間ほどですが、活発なご討論をしていただきたいと思います。

今回も塚平先生のご提案に沿いまして、通し頁をつけてありますので、例えば17ページを開いていただくと、1年ぐらい前に、この地域医療構想の進め方は、PDCAサイクルをよく回すようにという通知が出ています。従って地域地域で最も実情に合った医療の展開を考えていただいてよろしいと思います。

思えば着任から7年が過ぎました。

この圏域の人口も、私が着任したときが16万、今は15万ですから、ものすごい減り方です。

当然医療の方の状況も変わってきていると思いますので、その状況状況に応じた役割分担というものを考えになってくださればよろしいかと思います。

どうぞ活発なご討論をお願いいたします。

【会議事項】

(1) 地域医療構想における対応方針について

（原会長）

それではご指名をいただきました原政博です。議事進行させていただきますけれども、皆さん改めて次第をご覧ください。

次第3会議事項括弧1から括弧7、括弧7はその他なんですけれども、括弧1から括弧5は、うがった表現をしますが、ここは長野県内の二次医療圏全て同じ会議事項であります。

同時に、この圏域は既に2025年の地域医療構想等々に関して既に意見集約をさせていただいていますので、あとデータの説明等は新しい部分もあるんですけども、それは知識でありますということで括弧1から括弧5は迅速に進めさせていただきたい。

なぜかという括弧6をご覧ください。

括弧6の飯伊圏域独自事項、このような項目が入っております、これはこの圏域にとって非常に重要な項目であります。

ここに時間を割きたいというふうに考えておまして、事前に保健所並びに県庁側と、時間調整の配分の仕方の腹積もりをしております。

青山学院の監督も原さんでしたかね。

常にストップウォッチを持っていますが、今日は私もストップウォッチを持って議事進行しなければいけない状況にあります。

繰り返します。

括弧1から括弧5は、私達はこの意見集約がほとんど進んでいるような部分でもありますので、迅速決裁をお願いします。

それではまず両括弧1、県庁からのご説明をお願いいたします。

〈説明省略〉

(原会長)

ありがとうございます。

飯田病院の原栄志院長は、ただいままだ間に合っておりませんが、輝山会記念病院並びに県立阿南病院共々各病院長には事前に県側からのご説明で、各病院長からのご説明は省略させていただくという形で承認を得ております。ですが、田中先生と露久保先生、絶対言わせろみたいな追加はないですね。

はい。

ありがとうございます。

では、引き続き2番と3番を県庁サイドから説明をしていただいて、その後、1から3に関してまとめて質疑応答に入りたいと思います。

では、2番3番説明を県庁をお願いいたします。

〈説明省略〉

(原会長)

ありがとうございます。

両括弧1から両括弧3まで県庁の方からご説明をいただきました。
通して皆さん方から疑義照会等ございますか。

それではなさそうなので大変ありがたいです。
どうぞ。

(瀬口委員 (瀬口脳神経外科病院))

継続協議ということですが、何を協議するのかっていうことと、今日この場でその協議があるのかなと思って資料等を準備してきたんですが、どういう感じで進める形になるのでしょうか。

(医療政策課 井口主事)

医療政策課でございます。ご質問いただきありがとうございます。

こちらの制度でございますが、基本的に基準及び参考値を満たしていただいた段階で選定をしていただくという形が基本的なルールとなっておりますので、引き続きご意向があるという形で報告いただく状況でしたら、毎年度協議をする制度となっております。

(瀬口委員 (瀬口脳神経外科病院))

であれば特に協議は必要ないってことですね、継続協議という。

(医療政策課 井口主事)

もし来年度報告でも引き続き意向あるという形でご報告いただきましたら、そのご意向ありといただいた報告内容の数値について、この場でご確認をさせていただくというものとなっております。

(瀬口委員 (瀬口脳神経外科病院))

わかりました。

そしたらこの場を借りてちょっとお願いがあるんですが、当院紹介受診重点医療機関として公表していただきたいという意向がありまして、今回数字を出したんですが、割合として満たしてないのがこの最新での検査なりということなんです、こちらの方は2%程度なのですぐ満たすことができると思うんですが、この参考値がどうしても必要だということになればちょっと紹介率を上げなきゃいけないんですけど、これは絶対必要なんですか。

(医療政策課 井口主事)

基本的に基準が満たして意向があれば、選定されるものとなっております、この紹介率については絶対に満たせという数値ではございません。ただ、参考値が満たせていない状態において、この地域で選定されても大丈夫かというような部分となっております。

まずは、基準を前提に参考値も踏まえ、ご確認いただく形となっております。

(瀬口委員 (瀬口脳神経外科病院))

わかりました。今県の方から説明ありましたが、ちょっとわかりにくいと思うんですが、できれば参考値もってということですので、うち、すごく初診が多いんですね。

紹介状持ってこない患者さんがほとんどなんです。口頭で先生が行って来いよって感じで来る方が多いんですが、もしこれを上げなきゃいけないとなると、紹介状が欲しいなというところなんです。これを満たすためということだけになってきてしまうんですが、もし先生方ご協力いただけるならお願いしたいということです。

最終的には、県の方の説明もちょっとよくわからなかったんですが、この場の会議で協議していいよってことになればなる、ということなので専門性を持って、患者さんを診ていきたいと思しますので、皆さんに承認していただけるように努力しますのでよろしく願いいたします。

(原会長)

ありがとうございます。

私も瀬口先生から発言が出ると想像してました。

繰り返しになります。

紹介受診重点医療機関に関しては当初から市立病院ですね、そこはこの圏域にとってはなるべきだというようなイメージ雰囲気はあったと思います。今後も引き続きそういう形で市立病院は動いてください。

そこはもう既に了解事項と移行中の部分においても私達はそれを了解事項と一方あるんだけど、基準は満たしていないというのは前回も瀬口先生の方からご説明があった。

重点外来患者割合ってのは、最新が、もうちょっともったいないんだけど、ここは必ず瀬口先生も頑張ってください、この重点外来患者割合が合格点を取れたときに、この紹介率50%以上の参考値を、この圏域として絶対条件とするかどうかというところが問われてくるんだと思います。

しかしながら、あまり今と同じような数字であると、市立病院の努力は一体何なんだというような部分もそこも議論も一応審査をし直す。市立はなくてもいいのってということにもなってしまうので、ですから本日は瀬口脳神経外科病院は、意向は持ってるんだってことはこの圏域の合議合意事項といたしましょう。

そこは誰も反対はないと思います。

同時に、瀬口脳神経外科病院では重点外で患者割合は、次回の報告のときには満たす形で報告をしていただきたいと、そのときに参考値に関してはどこまで上げられるか、瀬口先生がここで今、皆さん方をお願いをしました。

改めて建石会長、理事会の方でも、そういう形で会員の医療機関の方へも依頼をしていただくという方向でチェックして、そういうようなお願いで医師会にもしてしまっていていいですかね。

(医療政策課 井口主事)

医療政策課でございます。こちら国の方でレセプトを集計して計算して出しているものとなっておりますので、基本的に正しいものと県としては認識しております。

(原会長)

では、瀬口脳神経科病院が紹介受診重点医療機関へ向けて、この基準を満たす方向で努力を重ねるところで、この圏域の医療機関も、それ相応のご協力をお願いするという形で、もうここでこのことは決めておきましょう。

先生方、構成員の方々よろしいですよ。

特にご反対はありませんよね。

ということで、この圏域としては合意事項というふうに判断させていただき、まず一つでも決めるものはその場で決めたいと思います。

他にございますか。

なければ先へ進めさせていただきます。

それでは、両括弧4と両括弧5二つまとめて県庁からご説明をお願いします。

〈説明省略〉

(原会長)

ありがとうございます。

両括弧4の総合確保基金事業ですけれども、これは本日列席していただいている三師会並びに県看護協会には持ち帰っていただいて、関係施設に情報提供はしていただいて構わないわけですよ。

(医療政策課 江上主事)

はい。

県からも看護協会や歯科医師会さんにも通知をさせていただいておりますので、もちろん結構でございます。

(原会長)

ということであります。

ということで両括弧4両括弧5、この二つに関しまして皆さん方から質問疑義照会等ございますか。
松岡先生。

(松岡飯田保健福祉事務所長)

オブザーバーではあるんですけども、私これ最後の会議出席になりますし、記録に残しておいていただきたいと思うので、発言します。

73ページのNo.35に、医師確保対策事業として1億円余り計上されていて、お金はたくさん出してるんですけども、地域枠の医学生をもっと、長野県は真剣に育てないといけません。

お金を払ってればそれでいいんだってことはないんですね。

自治医科大学というのは、全員が地域枠みたいなものなので、出身県学生の結束がすごく強いです。

1年生から6年生までがしばしばミーティングをし、コンパをしたりして、県の面倒見もすごく良いです。

そうすると約束を果たさずに脱落していくということが起きにくくなります。

だから長野県も奨学生はちゃんと定期的にミーティングをして、顔を合わせて上の学年下の学年はしっかり結束できるような、そういう努力をしないといけないと思います。

それから、地域枠で信州大学に入った学生が、地域枠の学生と地域枠じゃない学生が分からないように扱っています。

それは地域枠で入った学生を育てるという姿勢から後退すると思うんですよ。

地域枠で入った人はもっとプライドと自信をもっていただきたい。

自分がこうしたいっていうことを学生同士で議論して、より良い長野県の医療づくりを、学生のうちからちゃんと意見を言って夢を持っているべきだと思います。

そういうことをしないと、どんどん脱落してしまう。それから卒業した後も、信州大学とかに丸投げしてしまうと、信州大学の各医局に属して医局の人事になってしまいますので、おまけにそれが地域枠の学生かどうか出身かどうか分からない状態にさせていますので、コントロールが全然効かなくなっちゃうんですね。

この地域枠から入って、卒業後もその医師を9年間コントロールするってことは一大事業です。信州大学の病院長と、長野県知事なり副知事なり、健康福祉部長が毎年話をして、この地域がこんなに人が足りないんだからこのようにしてもらいたいってことを意見交換すべきなんです。

そういうことをしないで、寄附講座をつくってそこの教授が何かやっていますっておっしゃるけど、そんなの医師の人事に影響は全くないわけですよ。

結論として、地域枠の学生の意思をもっと尊重して信頼して育てるっていう、そういうことをやっていただきたいと思います。

すいません、委員じゃなくて、傍聴の席からでしたけども発言させていただきました。

(原会長)

ありがとうございます。

他にご意見あります。

今の松岡先生の発言は、これもこの圏域にとって非常に重要なことに関連すると思います。

私のストップウォッチは今止めています。

重要事項だと思います。

ですが一方、例えばここにいらっしゃる各病院長の先生方が、例えば信州大学とか県の対応に対して発言ができるかといったら、そこは残念ながら実質的にはなかなかありません。

そのチャンネルを持つてるのはやっぱり行政だと思うんです。

ということですね、広域連合の部会長を務めていらっしゃる市瀬村長、なかなか大変なことがあって、そこから駆けつけてくださったんですけれども、今の松岡先生の発言内容、これはこの圏域にとっても重要ですし、実は県全体にとっても非常に重要なところで、そこをぜひとも広域連合なりこの自治体が、県に上げていく、ないしは県議会を動かすっていうような働きかけがなければ突破口はできないと思うんですが。私の一方的な発言で申し訳ありませんけども、市瀬村長は今の松岡先生のご発言に関して、いかがでしょうか。部会長の立場も含めて発言をしていただけたらありがたいです。

(市瀬委員(広域連合部会長：喬木村長))

はい、突然の火事で遅れて参って申し訳ございませんでした。

松岡先生のおっしゃったこと、それから今までこの会議に出させていただいて、長野県の医師不足の抱える課題の一部が見えたような気がしております。

何回も出させていただいてるうちに、自分たちでは思いもよらなかった医師の不足の状況ですとか、高齢化の状況、今まで当たり前のように使っている緊急時ですとか、土日の当番の話。

いろんなことを勉強させていただきまして、こちらについても過日、包括医療協議会が開かれたわけですが、その中でも広域連合長である飯田市長の方から医師会、それから飯田市、広域連合の三者で新しい協議会を立ち上げて、この課題解決に向けて、まずは協議会を作ってもらい出しましょうという前向きな発言をいただいておりますので、本当に大きな問題だと思うんですが、解決の糸口とか、そういうのを医師会の先生方のお話を通して、行政として何ができるのかなっていうのをしっかり考えていきたいと思います。

突破口としては医療的ケア児の問題についても、医師会の皆さんとの協議の中で一つ前に進めたのかなっていうふうに思ってます、これからあまり時間がない中で取りまななきゃいけない課題だっていうふうには思っておりますけれども、ぜひその協議会が立ち上がったところで、皆さんと協力して

この課題解決にあたりたいと思いますし、信大の問題については、詳しい中身は僕らはよくわかりませんが、地域で育てる学生さんが、この地域の医療のためについていう志を持っていただくことは大変重要なことだと思いますので、県の行政の皆さんとも協議をしながら、何とか良い解決策を探っていきたいなというふうには思います。

(原会長)

ありがとうございます。

あと医療従事者の発言を受ける場というのは、過去もいろんな局面ですけれども、この医師確保の部分っていうのは、医療界がどんなに右往左往してもなかなか突破口が生まれないというところで、地域ぐるみで行政ぐるみのそういうことになってくると思うんですね。一方で、なかなか発言の立場がない保険者の立場で、支部ですので、前田さんもなかなか自分のポジションで発言するのは難しいとは思っています。

しかしながら、保険者サイドでこの地域に医者が回ってこない、それも行政からお金も出してるんだけど、松岡先生の説明の通りです。

育て方が悪いんじゃないのかと、そこを書いてもらいたいというところで、保険者がこういうところに発言とか介入とかの可能性というのはあるんでしょうか。

(前田委員 (全国健康保険協会長野支部))

はい。ご指名なので、発言させていただきますが、保険者から発言をしたりだとか、アクション起こしたりするということは、残念ながら今のところ機会がないです。ゼロです。

今回そういったお話を今いただいたところでございますけれども、我々として、保険者としてどこまでできるかというのは、これからいろいろ探してみたいとは思いますが、これから我々としてチャレンジしていくということしか言えないという状況でございます。すいません。

(原会長)

はい、ありがとうございます。

立場というものがあると思いますけれども、情報共有をしていただいて、力が発揮できる場所では、みんなでスクラムを組んでグイグイ押すことができたというふうに願います。

市瀬村長も大変ありがとうございました。両括弧4、5通して皆さん方からご意見等ございますか。なければ、いよいよ、先へ進みます。

両括弧6飯伊圏域独自事項であります。

早速行きましょう。

ですけれども、ここは下伊那赤十字病院の馬場院長先生からご説明をいただきたいと思います。馬場先生、よろしくお願ひします。

(馬場委員 (下伊那赤十字病院))

下伊那赤十字病院の馬場と申します。

前々回のこの会で各病院の意向調査を発表させていただきました。

当院では2025年には急性期病床を10減らすという内容でした。

本日は、その削減実施日を、この4月1日で行いたいという事をお諮りしたい。

先ほども県の方から説明がありました、病床機能再編支援事業を活用して行いたいと考えております。今日皆さんにお諮りいただいて、承認が得られれば、当院としてはそのような方向で進めていきたいと思っております。

削減理由は、やはり住民の数の減少です。

急性期というよりも当院の立ち位置として、ポストアキュート及び在宅サービス等を充実させて、地域包括ケアシステムへの貢献ということを当院の軸足にしていきたいと考えております。

以上です。

(原会長)

ありがとうございます。

馬場院長先生のご説明に鑑みて皆さん方からご質問等ございます。

病院としての方向性ですので、異論はないとは思いますが、よろしいですかね、皆さん。その上で、これはもう決意だと思えます。馬場院長の決意だと思えますが、馬場院長、一応決意はこれ余計なことかもしれません。

ですが私の耳には、馬場院長は今年度3月限りで院長職は退任なさるというふうに伺っておりますので、他は院長の決意は引き続き、当たり前であります。下伊那赤十字病院には受け継がれて行くということで、それもこの場で確認をしておきたいと思えます。

(馬場委員 (下伊那赤十字病院))

当院の方針は、地域包括ケアシステムを支えるそういったことで、もうぶれることはありません。

次期病院長も、それで引き継いでいってくれるというふうと考えております。

(原会長)

先生ありがとうございます。

他に皆さんからご質問等ございますか

では採決します。いいですね。

次に、医療的ケア児の現状について、医師会長の建石先生ご説明をお願いします。

(建石委員 (飯田医師会))

医師会長の建石でございます。

本日の資料は81ページ以降でございますね。

これまでの医療的ケア児者の入所施設開設に向けた取り組みについてご報告するとともに、今後の課題についてご支援をいただきたく、今回医療圏の課題として提出いたしました。

飯田医師会では、瀬口里美在宅医療・介護保険担当理事が中心となって、県を初めとした関係機関や医療機関と連携しながら、医療的ケア児についての取り組みを進めてまいりました。

その結果としまして、短期入所に関しましては、瀬口先生が施設長をしておられるセンテナリアンに医療型短期入所事業所が開設されるに至りました。

医療関係者や医療介護の関係施設における認識が深まるなど、短期間で長足の進歩があったものと考えております。

今後もその他に新たな短期入所施設の開設や医療機関の取り組みが進むことを期待し、そのように進めてまいりたいと考えています。

一方、関係者の悲願であります長期入所施設につきましてはハードルが大変高く、現状においては全く見通しが立たない状況です。

医療的ケア児の長期入所施設につき、ぜひとも飯伊医療圏への設置を切望するものでございますが、広域的な施設でもあり、県を初めとした関係機関の協力の取り組みや支援等をお願いしたいと考えています。

それでは資料を用いまして経過をご説明して参ります。

これを見ていただきますと、そもそもスタートは2022年9月、この地域医療構想調整会議の場において、医療的ケア児について「当圏域に受け入れ可能な施設がない」という課題が挙げられたことが発端となっております。

その後の主な取り組みとしては、ここにお示しましたように、瀬口担当理事を中心に、2022年11月、2023年2月は、関係者による懇談会を開催しました。

2月18日には、医療型短期入所事業所の開設に関わる研修会を開催しております。

3月第1回医療的ケア児支援プロジェクト研修会を開催しており、参加者は記載のとおりでございます。

そしてその努力の甲斐あって、7月センテナリアンが、当圏域で初となる医療型短期入所事業所の指定を受けました。

その後、9月には医療的ケア児者保護者への説明会を開催し、10月から受け入れ開始、現在も着実に実績を重ねておられます。これが短期入所についての動きです。

一方、長期入所施設についての動きをその後お話いたしますが、10月に長野県庁で医療政策課長ほかの皆様と懇談会、11月長期入所の開設についての支援プロジェクト研修会、参加者は記載のとおりです。

本年1月、長野県庁にて健康福祉部長と長期入所施設開設及び、今後の医療的ケア児施策について懇談しています。

その結果、現時点では大変ハードルが高いということが判明してきております。同年2月飯田市・下伊那郡選出県議会議員4名にあて、これまでの取り組みを含めた情報提供を行い支援を要請しました。

その結果、最下段でございます、2月29日長野県議会におきまして、「医療的ケア児等への支援の充実を求める意見書」が可決され、衆議院議長、参議院議長及び内閣総理大臣ほかの大臣に送付されました。

まとめますと、1) 短期入所につきましては、極めて短期間の間に医療的ケア児に対する取り組みが進められ、関係者の認知度も格段に高まるとともに、2) 実際に医療型短期入所事業所の開設に至りましたが、3) 関係者の悲願であります長期入所施設につきましては、非常にハードルが高く、見通しが立っていないのが現状でございます。

こちらについては広域的な施設でもあり、ぜひとも県的な取り組みをお願いしたいとするものです。なお82、83ページの施設見学やその他の研修会及び長野県の健康福祉部長との懇談会資料については、お目通しいただければと思います。

私からの説明は以上です。ありがとうございました。

(原会長)

ありがとうございます。

医療的ケア児の入所施設の開設については、81ページにありますように、本当にマイルストーンとなったのは2023年7月1日のこの指定を受けたということ。

このときに私の耳に入ってきたのは、やっぱり極めて極めて短期間に、2022年の9月6日がここがスタートラインですから、ここに県庁側から、この圏域の課題っていうものをドカーンと示されたわけです。

それを受ける中で、極めて短期間にここまでたどり着いたっていうことに対して、県庁側も非常に高く評価をしてくださったというふうに伝え聞いております。

ありえんだろうというような表現も含めて、よくこの圏域は。

一方、長期入所施設なんですけども、おめくりいただいて83ページの中ほど、県庁へのお願いで両括弧1のポツの二つ目、2023年11月17日の研修会において参加医療機関の全員が、これ病院だと思えますが、長期入所開設は無理と認識したと。それはやっぱり非常に経営的にペイできない、それからやっぱりそれなりに当然のごとく厳しい管理が必要な子供たちですので、その子供たちを長期で預かる

それなりの技術を持った職員さんを取り付けなければいけないということも含めて、とっても困難な事業というような判断がここで下されたそうなんです。

このようなハードルの高い施設ですので、この中長期入所施設のこの圏域の子供たち、並びに保護者の方々の安心を求めるためにどうしていったらいいのかと。一方これも画期的だと思うんですけど、今年の2月29日県議会において議員提出議案ということで、なんと、衆参両議会の議長とか総理大臣宛に文書がお願いが行ってるわけですが、医療政策課長久保田課長もそこら辺のやり取りは十二分に把握されていると思います。

この圏域の子供たち並びに保護者の方々が利用可能な長期入所施設がこの圏域にできる可能性って思うことでいうと、県側の現時点における認識はいかがですか。

(医療政策課 久保田課長)

医療的ケア児への対応というご質問でございます。今お話をいただきましたとおり、国の制度の問題と県の対応の問題というところと2つございます。国に関しましては、先ほどお話がありましたとおり、県議会議員の提言を受けて、意見書の方を上げられ、採択されたところでございます。

仮に療養介護という形で、まず医療機関でこうした医療的ケア児を受ける場合には、診療報酬上の問題ですとか、利用定員の基準の問題など、クリアしなくてはならない課題があります。こういうところは国の方に対応を求めていくということで、意見書の方採択をいただいたところでございます。

一方で県の対応ですが、南信地域の体制について検討していく必要があります。療養介護ありきではなく、様々な選択肢もあろうかと思えます。

県としても検討の必要性は認識しておりまして、この南信地域に長期の入所施設がないという事実は確かにそのとおりでございますし、また、現在、どれだけの市町村のニーズがあるかとか、そうしたものもあわせて検討すべく、調査を行っているところでございます。

県としても、どういう形での対応が最適かということは一緒に考えていきたいと考えておりますので、ぜひまた引き続きご意見・ご指導等いただければと思っております。

(原会長)

建石医師会長、これもある程度まとめるというか方向性をつけておきたいと思うんですけども、今の県側の理解のされ方を受けて、今後の進めるというか、そういう施設を作る方向性で医師会の方からお願いとか、県では表現で言うと窓口は開けとくよみたいな、そういう相談窓口を開けておくよっていうようなそういうレベルなのかなというふうに私の耳には聞こえたんですが、医師会としてはどうですかね。このまま済むのか、もう一度ちょっとより具体的な何かが欲しいのか。

(建石委員 (飯田医師会))

去年の11月17日の長期入所の研修会において、参加されたどの医療機関の方も開設は無理と発言された、という現状があります。そうすると、自前で作ることは不可能、また、現存の施設を使うことも無理という判断になりますね。これは飯田医師会として何か独自の提言をして行くことが大変難しい面があると考えております。そこら辺を県のお力を借りて何かできないのかなということ、希望させていただいた次第です。

(医療政策課 久保田課長)

はい、ありがとうございます。確かに県としても、いわゆる医療機関で受けていただく療養介護という形のみを検討しているわけではございません。もちろん様々な選択肢がございまして、必ずしも療養介護の利用を希望している方が全てかといったらそうではなくて、グループホームなどで対応していただきたいという方もいらっしゃいます。まずはしっかりニーズを捉えつつ、様々な方策を検討していくことかと考えています。

ですので、まずは今、せっかく短期の入所で素晴らしい取組を瀬口先生中心にやっていただいておりますので、その中にぜひ医療機関の皆さんも、どういうことやっているのか、どのくらいの大変さがあるかとか、ぜひその短期入所のところにも絡んでいただいて、ぜひご理解いただく、もしかするとこれだったら長期でもできるかなとか、そういうようなアプローチも必要なのかなというふうにも考えております。そういうご理解もぜひ皆さんにはいただけるとありがたいと考えております。

(原会長)

その理解をどういうふうに作っていくかの部分が難しいんですかね。

(西澤委員 (介護医療院西澤病院))

介護医療院の西澤です。

今おっしゃったグループホーム云々ですとか、そういうのは介護保険が適用される場合には対応できると思うんです。例えば介護医療院でも40歳になれば、介護保険が適用されますので、長期でも、当院でも受けられるんです。

今問題になっているのは、すぐ介護保険が適用されない方達についてですよね。

介護保険が適用される40歳になれば、公的な手は入れると思いますし、そのあたりは瀬口先生ともお話ししておりますけれども、当院が介護医療院として今できることとしては、40歳以上の方であれば、そういう方はもう短期であろうが、長期であろうが受け入れます。しかしやはり40歳に満たない方で、非常に重度な方については本当に困っていることがわかりますので、それは長期の施設は必要だろうと思います。しかし先程から話が出ているように、もう民間施設が単独でやっていくにはとても経営が成り立ちませんので、はっきり申し上げますと、県立でとか公のところが作っていただかないと難しいと思います。

正直なところ、もう公のところで設立などしていかないと、そのような40歳に満たない方の長期の施設というのは民間ではどこもできないんじゃないかと私は思っております。

(原会長)

ありがとうございます。

西澤先生、例えば先生も以前からそういう発言をしてくださっていて、例えばですよ、20歳以上で介護保険と同様な補助がいただけるとしたら、先生のところでも、例えば見れますとかそういう話はいかがですか。

(西澤委員(介護医療院西澤病院))

公的なそういう制度がもしあればですね。もし公的に年齢的なしぼりを無くすように認めてくれる制度があれば、介護医療院としてもできる部分は大きいとは思っております。

(原会長)

はい、ありがとうございます。

瀬口先生どうぞ。

(瀬口委員(瀬口脳神経外科病院))

はい、センチナリアンを預かってる私、理事長なんですけど。実は、この医ケア児をうちの施設で受け入れるってことは全く知らなかったですね。

定款変更で理事長の社印がいるっていうときに初めて知ったんです。

先ほど原先生の方から、これ劇的に進んだと、すごいというお話がありました。

それは、なぜかという、私が関与してなかったからというふうな結果なんです。

何を言いたいかっていうと、例えば私の方に最初医師会から、お宅の施設でっていう話があれば、私はやっぱり法人を預かる身として、まず第1に、その小児を診ることで安全かどうか、やっぱりお子さんを預かるのでお母さんの気持ちとか考えて何かあったときということと、次に職員が対応できるか。もう一つは、経営が成り立つか、これを考えたので、多分こんなに早くは進まなかったと思います。

だから私、理事長抜きでずっと話が進んでたので、これだけ早く行ったんだということです。

今西澤先生から話もあったように、やはり正直厳しいです。

経営的にも、お金というよりもやっぱりそこにかかるマンパワーであるとか、それに対する部屋の準備であるとか。そういうところで経営が厳しくて、やっぱり老健施設っていうのは、そういう制度でできたものですので、非常にそういうところが厳しいという認識でいます。

ただやっぱりこの地域で困ってるということでのうちの施設長の方が、どうしてもということでの話です。

やはり、今後の中長期も含めて考えると、まず一つは経営をちゃんとやれるように何か対処してほしいということと、もう一つはそれが厳しければ、やはり今出たような公的機関でっていう将来性は、今は緊急的にということだと思んですけど、この圏域でやるとしたらやっぱり公的なものを、になっていくというのがいいのかなというのが私の考えです。

(原会長)

今後とかを考えていったときに、人数だとかはやっぱり肌感覚としては相当あるというそういう認識でよろしいですか。

(瀬口委員 (瀬口脳神経外科病院))

いいとは思んですけど、ちょっと僕も何人受け入れたかもわからないんですけど、その辺の話をまだ聞いてないのでわからないんです。

上手くいくためには、そういった経営的な問題であるとかそういうことをやっぱり考えていかないと、他の医療機関ではなかなか来てくれないのかなというふうに思います。

(原会長)

ありがとうございます。

これは、やっぱり本気の本音なんでしょう。

やっぱりやるには、現実的に国や他のできなきゃ当然できない人を雇えませんので、ということは、これ根本的に制度が間違ってるのかもしれない。

そこをぜひとも県の方でそれなりの意見を吸い上げる努力をまずされた方がいいのかな。今のようない意見、実際に取り組んだときにどのぐらいの費用が必要になるのかっていうところですよ。

それがもう少し見えてくる形で県の方で補助制度を作るとか、そういうふうに動いてくださらないと、やっぱり突破口はできないというようなお話であったと思います。

それから西澤先生の方の、やっぱり40歳というところに当然のことながら介護保険制度は線引きがあるんだけど、窓口を広げるという可能性としても、能力がある介護医療院であれば、かつては病院ですので、そういうところは何ヶ所かの形で年齢の基準ってのはそういう施設の要望も捉えて、にはなってくるんでしょうけども、西澤先生からいただいたアイディアとして、そういうことも行政サイドで新しい制度を長野県に作るような試みがあってもよろしいのかもしれないと。いずれにしてもこの圏域で今の制度上では、ほぼ間違いなく長期入所の施設は無理だし、短期入所も極めて短期間で来たんだけど、それも相当の理事長の立場でも、飲み込むものを飲み込んでのところであるということのを改めて県庁サイドにご了解をしていただけたらと思います。

どうぞ。

（医療政策課 久保田課長）

ありがとうございます。今話をいただいたように、まさに先生おっしゃったような患者さんも、まずはそのニーズの問題、それからその後はその医療人材の応募をどうしていくのかというその問題、それから最後にその経営の部分、そこをどう担保していくか、そういったところをしっかりと県の方としても受けとめさせていただいて検討してまいりたいと思います。

（原会長）

ありがとうございます。
西澤さんどうぞ。

（西澤委員（介護医療院西澤病院））

それと、さっきの肌感覚でおっしゃった、どのぐらい長期入所を要する医療的ケア児がいるかということですが、実際にいろいろ調べたところで分かったことですが、長期での預かりという方の中には、非常に重度の介護を要する状態で、もう本当に大変だからとてもとても家庭では見られないうって方もいらっしゃるわけです。そして親が「もうこんな子もういない」となってしまうケースがあるわけです。

そういうふうに親に判断されてしまった子は行き場がないですね。親が一生懸命だったらいいですけども、こんな子いないっていうふうに判断されてしまったらそういう子はどうするのか、どこに行けばいいのかとなってしまいます。そのためにも、重度の介護を要する、40歳未満の医療的ケア児の長期的な受け入れ施設があることが必要となってきます。

この地域でも、そのように親に判断されてしまう医療的ケア児が今後とも産まれてくる可能性はあるわけですから、やはり1人でも2人でも、そのような長期的療養を要する医療的ケア児がいれば、公のところが動かないと長期的な入所施設は出来ない、と思うんですよね。

（原会長）

それも厳しい現実ですね。

県庁の方には非常に赤裸々なご意見が伝わったと思います。

それから持ち帰るといふふうにも言ってくださったのでここも医師会長もご納得はしていただける。よろしくお願いします。ありがとうございます。

他ございますか。

よろしいですかね、先に進みます。

ウですね、休日夜間の救急医療について、建石医師会長お願いします。

(建石委員 (飯田医師会))

それでは引き続きご説明させていただきます。資料は85ページ、86ページです。

タイトルが「休日夜間の救急医療に関する課題について」。この救急医療につきましては皆様、当然ご承知のとおり、一次医療は休日夜間急患診療所と在宅当番、二次医療は輪番病院、三次医療は救命救急センターという役割分担に維持されています。

ただ、開業医の高齢化あるいは医師の働き方改革などにより、医師少数区域である当地域では、そのシステムをフルセットで維持することが、困難な状況に直面していると考えます。

今回は一次医療の視点からを中心に報告させていただきますが、今後この問題の解決に向けた協議の場の設置が必要と考えており、その場では二次医療を担う輪番病院、あるいは三次医療を担う市立病院としてのご意見もおありでしょうし、行政としてのスタンス、住民への医療体系の提供のあり方も重要な要素となり、極めて難しい課題ですが、速やかな取り組みが必要であり、関係各位の格別なご配慮をお願い申し上げます。

それでは資料の説明をさせていただきます。

資料85ページをご覧ください。

1の(1)「休日夜間急患診療所の執務医師の、人数と平均年齢」の表をご覧くださいと、現在の体制になった平成24年度から人数が徐々に減少し、平均年齢も高くなっていることがわかります。なお、ここには記載してございませんが、現在70歳以上の医師が8名含まれており、大変厳しい状況で運営されています。現状の課題は太字の3点にまとめられまして、①執務医師の人数が減少傾向で、平均年齢が高い。しかも②65歳以上の42%と高齢者の割合が高い。③高齢医師により維持され、やめられても医師の確保が非常に難しいという休日夜間急患診療所の問題がございます。さらに、(3)の真ん中に「職員の雇用が困難」と書かれていますが、実際に最近看護師が欠員となってしまいました。

募集をかけ、人づてに探しても全く応募がないので、仕方なく診療所長の医療機関から回してもらっている状況、ということで、非常にピンチな状況にあると考えます。

次に2番目の在宅当番医制度の現状と課題です。

下の表をご覧くださいまして、在宅当番を内科・小児科・外科、それからあと年齢別にまとめております。グレーで網掛けをした60歳以上の医師の割合が、右端にありますように67・67・83%という状況です。

(2)にその問題点を2点まとめました。

①医師の高齢化が進み、特に小児科および外科が非常に激しい状況にあります。

高齢医師に支えられている状況であり、フルセットで在宅当番医を確保することは困難な状況です。

②令和6年2月、インフルエンザ、コロナの蔓延の時期には小児科の在宅当番医から、ここに書いてある申し入れがありました。そこは内科と小児科をセットで在宅当番をして下さっている医療機関ですが、蔓延期に患者が増えて、発熱患者の対応に手間は当然かかりますので、一つの医療機関のキャパシティを超える状況となってしまいました。

そのため職員が疲弊する、あるいは待たされた患者さんからいろいろ心無い苦情とか書き込みがあったため、「小児科を抜いて内科のみの在宅当番にさせていただきたい」という申し出がありました。現在対策を検討中ですが、大変厳しい状況だということを実感しております。

Ⅱに対応策が書いてあります。

一つ目のポツは、当然これは私達医療界のみで解決できる課題ではないため、昨年11月、これにつきまして、南信州広域連合、飯田市長、飯田保健所長に対して、要望書を提出しております。既に事務局レベルで何回か協議をしておりますが、まだ具体的な対応策の検討段階にはなっていない状況でございます。

2番目のポツの後半部分に書いてあります通り、休日夜間急患診療所や在宅当番医制度がその機能を縮小することは、必然的に二次輪番病院に影響することになります。

二次・三次医療を担う病院におかれましても、ぜひとも協議への参加や具体的な対応策の検討にご協力をお願いと考えております。

三つ目のポツに、「行政の長等に機会をとらえて積極的な対応を要請」と記載しました。先ほど市瀬村長さんが言われましたとおり、先週3月14日の飯伊地区包括医療協議会の理事会でこの危機感を強く訴えました。包括理事会における原会長の進め方も巧みでした。その結果、南信州広域連合長である佐藤飯田市長が「この問題に関する協議体を設置する」旨の発言をされました。そして、その理事会に同席された市町村長の方からもご賛同をいただきました。

この喫緊の問題に対して、このように圏域の関係者で協議する動きが発生しつつある状況でございます。

県の関係者の皆様におかれましても、ぜひご理解とご協力を賜りたく改めてお願い申し上げる次第です。

Ⅲ「その他」につきましては、次のところで松岡先生が詳しく話されますので、省略させていただきます。

説明は以上です、ありがとうございました。

(原会長)

ありがとうございます。

一次救急の医療提供体制が非常に厳しい状況にあると。その一つは、飯田市が財源を担って下さっている休日急患診療所、それに関しその運営自体が執務の先生方の数が、高齢化も含めて先細りにな

るのはもう確実で、一方執務医の先生方の先細りっていうのは年単位の予測にはなってくるんですけども、明日をも知れないっていう事態が足元で起こってしまった。その確保が非常に厳しいと。場合によっては明日からもう休診をせざるを得ないというような綱渡りの状況が現実みを帯びてきたというそれが一つ、休日急患診療所の大きな課題です。

一方在宅当番医制というのがあるんですが、在宅当番医制も全く同じで、開業医の高齢化それから供給はなかなか進みはしてはいませんので、先細りはもう現時点での推計として、もうはっきり出ているわけです。

ということで、在宅当番医制も先細りするし、休日夜間急患診療所も明日をも知れぬ状況というところが一時救急の極めて危機で。では在宅当番医制が先細りする状況の中で休日夜間急患診療所のようなものをやっぱり圏域として維持しなければいけないのではないかと、そういう議論は当然のごとくあるわけです。

でも今、何度も同じ話ですけども、そうかもしれないので、その経営の仕方を根本的に変えなければいけないというような発言が出てきて、それをこの先週の木曜日3月14日に開催された包括医療協議会の理事会の場において、市瀬村長も同席をしてくださっている中で広域連合長の方から、テーブルを設置して具体的な課題解決に向けて進めましょうという発言をいただきました。

ですから、どういう形での課題解決が出てくるかっていうのは、もうここはもうアイディア勝負になってくるので、その形で姿スキームをここで示すことは、まだ当然できませんけれども、今まで大変だ大変だと言いつけて何年も来たんだけれども、今回はこのタイミングにおいて、しっかりとテーブルを作るというところで行政と医療界が合意を作ってくれたということです。それを皆さん方にまずは医師会長からご説明をしていただいたと。どういう形で休日夜間急患診療所のような医療提供体制を新たに作っていくかということになると、二次輪番病院群の先生方の、そこに影響が出ていってしまいますから、お知恵やお力も拝借しなければいけないと。そういうところも含めて、この地域医療構想調整会議の場でも、情報共有をすることが重要であろうと、医師会サイドの方では考えてこのような医師会長からの説明に至った次第であります。

ということで、いかがですか。ご意見ご質問、疑義・・・。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

休日夜間急患診療所に関しましては大変なことを続けてるというのが、ずっと実感でありました。佐久の方でもこういう休日の診療に関してどのように分担をっていうような議論をしたとき、一つのアイディアとして出ましたのが、基幹病院に何でも診るような外来を併設して、そこで、検査機能もありますので、やっていくっていうのがどうかという提案をしたんですけど、各々のメンツだとか、利権争いとか、そういうので構想が成り立ちませんでした。

ですが今行政も含めて広域連合も含めて、今危機的状況が共有できてきてる中でいけば、やっぱりある程度の夜間も動いている病院群に外来を併設していきつつ、開業の先生たちの力をそこに、夜間休日にお力をいただきながら整備していくってような形が一番いいでしょうし、一番大変な看護師さん等の雇用というところが確実にできるとすれば、そういう形態が一番収めやすいのかなってというのは前から聞いておりました。

それと、検査機能が上がるし、やる先生方も、検査できないでやる不安を解消できる部分もあるんじゃないか。

それで、その病院機能と診療所のコラボってというのは、いいかなと思い、ぜひお願いしたいのは、この議論あんまり医療者側からやると、なんか医者がさぼりたがってるとか住民から変な誤解を受けかねないので、本当に今のこの危機的な医療の状況っていうのを、行政側からぜひ住民の方に情報提供していただくのがベースであって、その上で私達が議論をできればいいなっていうのがありますし、資金的な問題もどこに負担がかかるか、そこに資金投入する県や広域連合で考えていただいて、仕組みを作るってようなのが理想ではないかと思います。

ですけど、そういいながら、うちの病院は二次輪番を受けておりますけど、二次輪番、4人のうちの3人はもう60過ぎておりますし、1人は70代ですし、病院の救急も同じような状況だと思いますので、よろしくをお願いします。

(瀬口委員 (瀬口脳神経外科病院))

僕も今の朔先生の意見とほぼ一緒に近いんですけど、私救急医の立場からすると、夜間休日診療所って、言ってみれば夜間救急専門のクリニックですよ。非常に不安だと思うんですよ。

検査機器もないし、何もないし、そういうとこでやるってというのはやっぱり大変だと。特に高齢の先生方にとってはやっぱり不安もあると。

だから根本的な解決にはならないかもしれないんですが、その二次輪番を立ち上げてるところの、その日のその内科の当番のところに執務医の先生が行って、そこで外来を一室借りて、ウォークインいわゆる一次を診ると、いわゆる一次から三次までいっぺんに診る、いわゆる北米型の救急というか、そういうことをすることによって、少しは負担が軽くなって、やってくれる先生も増えてくるのかなというふうに思います。

やっぱり、今おっしゃったように検査ができるという何かあれば、二次だって言えばすぐにそこで紹介できると。

1つめにでもやっぱりそれの方が、資源的にもやっぱり助かりますし、いいのかなと。

私も来たときだから、うちが例えば神経内科神経救急立ち上げてるときに、当然検査技師全体的にいますので、そこで一次の先生が来ていただいて看護師も使っていただいて、できる検査とかやっていただくことは全く問題ないなど。うちの病院はそうかなと。

そしたら他の二次輪番病院の先生方がどう考えるか。

職員の負担は少し増えるかもしれませんが。そういつて圏域で救急を担っていくということは大事なのかなというふうに思います。

(原会長)

あくまでも二次輪番後に、じりじり全体に一次救急の負担がドカーンていかないようにするにはというようなアイデアを今、先生方が出してくださったわけなんですけれども、いかがですかね。本日ここで答えは絶対出ません。テーブルを設置してそこで協議しようというところまでが、これから皆さん方にも私が求める合意のラインであって、ここでどうしたらいいのかっていうアイデアを絞る協議は本日はありません。他ございますか。

でも二次輪番郡に窓口作るって言ったって、それだって本当は大変なんだぞっていうのは、実は各病院長当然のごとお持ちだと思います。

それと木曜日の包括医療協議会の理事会で私は議事進行になって、隣に広域連合長飯田市長が座ってくださったんですけど、私は、やっぱり市長に対して進めてくれとライン、令和6年度、やらないやると、これを決心しましょうと半ば相当圧力があつたのかもしれませんが、そういう状況の中もうやっぱり市長の方では、もう受けざるを得ないだろうというような形でのご発言であります。ということで、市瀬村長、広域連合としてもそういうテーブルを設置して、まずは行政もそこに入って、医療界と一緒に話をしていこう、そういう理解の仕事で、改めてここでもよろしいですね。

(市瀬委員 (広域連合部会長：喬木村長))

部会長の私の立場であまりな事は言えませんが、あの場で市長がはっきりと皆さんの前でお約束なされたことなので、これから広域連合の方で、首長が協議の場にあるのか、もっと詳しい担当者が入るのかわかりませんが、前に進めるように市長は努力するとおっしゃってましたので、広域連合としてもその方向で頑張るということであります。

(原会長)

ありがとうございました。

建石医師会長、ここでも部会長の減収をとりましたので、すいません。

なぜかという、実は医療界にいる先生方みんなご存知で、10年来ずっと大変だ大変だ大変だと言いつつ続けてきて、なかなか突破口が、協議のテーブルが設置されてこなかった課題なんです。

そこにブレークを作るという決意を持って話の内容になってきたわけでありまして。

ということで、特にテーブルを作って協議を進めるということでは、よろしいですね。

(木下委員 (看護協会飯田支部))

看護協会の支部の木下です。看護師がいなくて大変ということで、実は求人票を(包括の)宮内事務局長から直接いただいて皆さんに知らせてくださいということで、結構私も声をかけているんですけども、なかなか休日夜間の診療所に行ってみましょうというスタッフがおられません。当院のOBも1人長く休日夜間の診療所に行っている者がいるので、とても頑張っているってこともよく知っております。この地域全体でも夜勤者確保は大変厳しい状況です。また、救急を医師と看護師1人で診療することに大変負担を感じています。声かけたスタッフは大体そんな感じだったので、今言われたように、その機関の中に複数で就労できればもう少し年代的に広げることは可能かもしれません。また、休日夜間の時間までメリハリよく就労するようなシステムができれば、配置はしやすいのではないかと今のお話を聞いて思いました。

(原会長)

ありがとうございます。

協議のテーブルには、建石医師会長、今の看護師さんいなくなったら明日から駄目っていう話ですからね、やっぱり看護協会なり看護師さんの思いをテーブルの上にも乗っけていかないと確実にできるものはできないのかもしれないですね。

ありがとうございます。

非常に良い意見をいただいたと思います。

よろしいですかね。

あくまでも、繰り返しになりますけど、協議のテーブルはもう令和6年度から作ると、そういう方向で先生方のお知恵を拝借するっていう、一応コンダクター一つ一つは間違いなく1回にはなると思っていますので、よろしく願います。もうこれも今この場でも結審はしておきたいと思っていますので、ご反対等ございませんね。

ありがとうございます。

では先へ進みますが、最後です。大規模災害医療救護計画の見直しについて、このご説明は、飯田保健所長でもあるのですが、この国において類まれなる存在であります、医師会の災害対策理事を兼務して下さった松岡先生からご説明をいただきたいと思っています。

願います。

(松岡所長 (飯田医師会災害対策理事))

はい。

87ページから89ですね、3ページの内容です。

概要のところで大體尽きているんですけども、この地域は大規模災害の医療計画を平成15年に策定しまして、改訂を2回しております。その内容は先ほどもちょこちょこ出てきましたけども、市町村で救護所を作って、そこに医療の資材から人員を集めて、面倒見るといふプランであります。

ただこれだと、どうしても初動が遅れてしまって、そもそも医者がちゃんと通ってくれるのか、機材がちゃんと揃うのかという問題があります。最初の72時間、DMATが来て、やいのやいのいうその72時間にちゃんと人が診れる体制をつくっておくことが大切です。

そこで救護所立ち上げではなくて、各医療機関で力があるところ、ダメージの少ないところに、応急医療機関として手を挙げてもらい、患者さんを診てもらうということに舵を切ることにはしたいと提案しました。

二つ目の大きな点は、どのくらいの規模の患者さんを診なくちゃいけないかある程度想定した上で計画を立てるといふことであります。

87ページ下の方に南海トラフ地震が発生したときの被害を想定しています。震度6強の地震に襲われたとき、この地域では死者が7名、赤のトリアージが30名、黄色のトリアージが60名、軽症のトリアージが120名と、この大體200名余りの人たちを3日間にどう診ていくかってことを考えましょうといふことであります。

さらに被害想定として停電はずっと続くこと、断水も3日は続くだろうとか通信網も断たれる可能性があります。

でも、データ通信はある程度できるだろうとか、衛星通信はもちろんできるという想定です。

ちょっと上の方の見直しの方針の方に戻りますが、この2番目に被害者の搬送があります。この作業はDMATそれから、市立病院に一元化させました。

それからあと4番目のところに、発災72時間までは各医療機関で頑張る、いつまでも頑張れって言うんじゃないで、72時間まで頑張るなさいと時間を区切りました。そして72時間以降は保健所、保健医療福祉調整会議がこの合庁を拠点として避難所等の支援対応の手配を行うということにします。

ですから、ここに書いてある基本計画は、あくまでも72時間を目途とするものであります。想定は非常に単純で、200名くらいのケアネットであります。

72時間以降は今度は、いわゆる薬が足りないとか、避難所で熱が出たとか、そういう内科の医療を必要とするような問題が次々に起きてくるはずで、その辺の詳細は89ページに表を作ってあって、あれこれあれこれ細かいことは書いてあります。

次は策定のスケジュールですが、今年8月までにこういった概要について各市町村で良しと言ってもらい、それから医師会ほかでも良しと言ってもらい、8月の地区包括医療協議会理事会で了承を得て、計画書を新規のものに改訂する。こういう計画であります。

実際問題としては、赤対応は重症30人。30人を災害拠点病院に診ていただく。頭部の外傷等は瀬口先生のところに診ていただくということになります。

それから中程度60人ぐらいの対応として、飯田病院、健和会病院、輝山会記念病院、県立阿南病院、下伊那厚生病院、下伊那赤十字病院で、黄色と緑を対応していただく。

それから、緑に関しては、外科系の病院の名前がずらっとありますね。

それと外傷ですので皮膚科の先生方をお願いできないかと。これは意向調査をちゃんとやって、アンケートでもって、伺った上でこんな72時間の対応を考えております。

その他内科系の医療機関に関しましては、この緑の診療所あるいは黄色の病院に駆けつけて医療に当たっていただけるかどうか、アンケートで聞いていくと、そういった計画を立てているところであります。

以上説明しました。

(原会長)

ありがとうございます。

繰り返しになりますけれども、従来の医療救護計画は、救護所を設置すると。過去にも毎年回り番で災害の日に訓練をやりましたよね。

先生方もその地域に所属していると参加をお願いされたと思うんですけども、能登半島地震を見てみると、救護所の設置なんて絶対無理だなと、この圏域では。中山間地がそこら中にあるわけですから、そういうことで言うより現実的なのは、88ページの分散型地域内トリアージ、市瀬村長のところの道路が橋が駄目になってトンネルが駄目になって、喬木が孤立化すると。どこからどこまで孤立化するのかっていうときに、ここに書いてある病院、会社診療所の名前から言うと、72時間までの間に関わるところは日赤なのか厚生連なのかとか、診療所レベルだったらどこなのかっていうところで、アクセスが各自治体、14の自治体に対して、自分のところのアクセスがもう破綻してしまったときに、その自治体の当座アクセス可能な医療機関と、いかに連携を取るかっていう、そこがより具体的なこれから先の協議になってくると予測をしております。

やはり最初のページにもあったように、予測されるのは水も電気も駄目になっちゃうと、それを前提にすると例えば自動洗浄のところだと医療機関、その水電気をどういう形で行政としても支援をするかと。事前に発電機を設置するように補助金を使うとかですね。

水をどうするかとか、事前にそれを詰めておかないと、これも絵に描いた餅になってしまいます。救護所も絵に描いた餅なんだけど、私達は絵に描いた餅は食えないぞということで、一極集中の救護所設置から分散型という形で舵を切ろうとしてますので、より具体的に、先々は行政が自分たちのアクセスを考えていただいて、踏み込んだ形、ロジスティックを考えていただきたいとそういう手順になってきます。

医師会としては、特に一番下のこの緑の部分だと思うんですね。

緑の部分の医療機関に対して、建石会長、まだこれは確実に医療機関に対してご了解取り付けてるわけではないんですよ。これからですよ。

一応標榜している医療機関はこうですよということでここに書き上げてただけで、医師会医療界としても、発災時にはお願いするよってという了解を、分かったり、承ったってという話はここから先です。承ってもできた上で、関連する自治体とロジスティックに関してどうするかとかですね、事実人員の供給はどうするのかっていう具体的な話を詰めていただくことになってきて、それがより具体的な医療救護計画になっていくと、あくまでもこの分散型するよという感じを受けるよっていうところまで、そこから下の細かい計画は各自治体が自ら動いて作っていただかないと、そこから先進みませんので、そこも市瀬村長よろしくご了解をお願いしたいと思うんですけども、お願いいたします。

というような方向性なんです、黄色とか赤のとりあえず次の部分に関して、各病院さんが担うということは、ここは大枠では変わってはいないと思います。

各病院さんはちょっと待てはまずないと思うんですけども、一点集中から分散型っていうところで、どうですかね。医療界からまたご発言ありますか。

朔さんどうぞ。

（朔委員（下伊那厚生病院））

大変すいませんが、佐久の方で病院設計に携わっていたので発言します。

重要なのは最初の3日間ですね。3日間断水したときに耐えられる設計をしているのは市立病院しかないと思いますので、現状ですと他の病院は全部診療機能が止まります。

当院では水を何とかもうちょっと持たせようと思って現在検討を進めています。実は当院の貯水のタンクは0.6日しか持ちません。0.6日たったら当院の蛇口から水は出ません。

それから、重油で非常電源を動かしたとしても、1日ぐらいしかもちません。発電のための重油の供給が可能なのかも問題です。この地域の段丘の地形を考えると、地震でがけ崩れがおこり、道路が寸断されたり、今は気付かずに走ってる道路が架橋であるところも多く、橋が落ちれば物流は止まりますので、重油やガソリンが来るという期待を持てる状況ではないと考えています。災害医療の一番最初の入口であるその病院がどれぐらいの災害に強い診療機能を持つのかっていう、設計基準自体が絶対的に不足しています。最初の3日間に問題なく耐えられるような病院は、多分ないんじゃないかと思います。それを当院は準備してるぞと言えるようにしたいと思って検討はしています。通常の診療してる上で、災害時の医療をどうするかなどは考えないで診療していると思いますので、院長先生方もどこまでチェックできているか明確に答えられないかもしれません。当院ではそういう現状ですので、井戸を掘ろうと思って検討を進めました。

井戸水で、少なくともトイレだけ流せれば、水道水の備蓄の消費を抑えられると考えたのです。しかし、井戸を掘って整備するだけでも1000万円以上かかるとわかりました。災害以外であまりメリットはないこのような問題に、各病院がお金を費やしてくれている気はしませんので、その辺を洗い直したら、すごく怖い現実が見えるんじゃないかなと思います。

(原会長)

ありがとうございます。全くそのとおりだと思うんですね、やっぱり。

分散型ってなったときに自分のとこにどのぐらい降ってくるかというときに、水も電気もないっていうことを前提にして、どのぐらい持つか、そこをスタートラインにしたときに無理ってなったときに、でもそれを守ってもらいたい地域住民のその自治体が、今度はどのぐらい支援ができるかっていう、そこを詰めるという協議であります。

その協議のスタートラインになるというところで、本日はそこまで結審をしていただいたら、まずは広域連合等で14自治体に振っていただいて、14自治体がそうなったらどうするんだろうというふうに考えて、各自分たちが関連する医療機関とちょっと話をし合いませんかというふうに持って行っていただきたいというふうに考えているわけであります。

よろしいですかね、先生方並びに構成員の皆さん方。こういう方向性でまずは動いていただかなければいけないので一度先生、市瀬部会長のところ、いや、広域連合14自治体よろしくお願いします。それから、これはここには医療医科だけのことを書きました。救護所の設置のときもそうなんだけど、歯科の先生方、薬科の先生方、しかも救急は当然のごとく、起こったらこれはなかなか大変であります。薬も届かなければ、これなかなか大変であります。

ということで、包括協議会の理事会のときにも三師会の会長が同席してくださっておりますので、こういう形で域内分散型になると、それに合わせてしかも救急並びに薬科の救急も、これに合わせて考え方を示していただくようにとご依頼をさせていただきました。

両会長からは承っているというふうにもその場で発言がありましたので、改めてここで確認します。

歯科医師会並びに薬剤師会もよろしいですよ。

ということで、そのように関係者が向く方向になっております。

看護師さんは、各医療機関と連動でよろしいですよ。

木下さん。

(木下委員 (看護協会飯田支部))

はい結構です。

災害時の支援は協会の本会からの指示のもと、被災地以外のところから支援に入るという体制を作りますので、あとはそれぞれの地区のそれぞれの病院のところ、対応していくということだと思っております。

(原会長)

ありがとうございます。

よろしいですかね。いずれにしてもこれからテーブルを作って答えを出すということばかりであります。テーブルの設置が決まったということでもありますので、よろしいですかね。これも結審ということにさせていただきます。

圏域の独自事項に関してゆっくり時間を割くことができました。

では私のタイムウオッチも、55分までというふうになってましたので、合格点いただけると思います。

その他なんですけども、ここは事務局の方へお返しして、私の議事進行は、ここまでにてその他は全てのことを含んでやっていただきたいと思います。ご協力ありがとうございました。

(鷲澤飯田保健福祉事務所 副所長)

会長、円滑な議事ありがとうございました。

事務局からでございますけれども、本年度第3回ということで3回開かせていただきましたけれども、来年度も引き続きこの会議の予定しております。来年度第1回につきましては7月から9月の開催を予定しております。

また具体的な開催時期等決まりましたら、日程調整の連絡をさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして令和5年度第3回飯伊医療圏地域医療構想調整会議を閉会いたします。ありがとうございました。

(原会長)

ありがとうございます。

最後に私から、本年度3月いっぱいでの構成員の中で、今のポジションを退職ないしは退院される構成員並びに事務局の方がいらっしゃいます。

お1人は松岡保健所長であります。

更に（下伊那赤十字病院の）馬場院長であります。それから（飯田市立病院の）堀米先生は今でも話はもちろん市立病院では継続重要事項ですよ。

(堀米委員（飯田市立病院）)

次の新宮新院長には確実に伝えておきますので、はい、参加させていただきますのでよろしくお願いいたします。

(木下委員 (看護協会飯田支部))

看護協会の支部長は6月までの任期です。

(原会長)

では、4人の構成員の方が本年度を持ちまして、調整会議委員の長い長い協議にご尽力をしていただきました。

私の勝手なところでありますけれども、なかなか大変だったと思います。

たった2時間で圏域のことをここまで詰めて進めなければいけないという、これは構成員の方々のご熱心な前向きな取り組みなくては絶対にできなかったと思います。

改めてこの4人の構成員の皆さん方に感謝を込めてどうか皆さん方、最後の盛大な拍手をお願いします。