

令和元年度 第2回飯伊医療圏地域医療構想調整会議 会議録

1 日 時 令和元年 12 月 23 (月) 午後 7 時から午後 9 時まで

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、原政博委員、澁坂崇委員、熊谷均委員、篠田守委員、堀米直人委員、原栄志委員、和田浩委員、露久保辰夫委員、網野章由委員、朔哲洋委員、西澤良斉委員代理堀内康成事務長補佐、田中雅人委員、瀬口達也委員、菅沼哲夫委員、近藤陽子委員 (欠席 西澤良斉委員、有賀克明委員、大久保憲一委員)

説 明 者 飯田市健康福祉部長 清水美沙子

長 野 県 飯田保健福祉事務所長 松岡裕之、副所長 手塚靖彦、総務課課長補佐兼総務係長 中山博、担当係長 清澤由実子
健康福祉部医療推進課医師確保対策室室長 渡邊卓志、主事 加藤慧、医療推進課課長補佐兼医療計画係長 原澤徳泰、主任 竹内学、主事 山浦幹生

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。今日はお忙しい中夜遅くお集まりくださいます。誠にありがとうございます。日頃は長野県の保健医療行政にご理解ご協力を賜り感謝申し上げます。

今年度は色々な災害がございまして、たまたま伊那谷の方は災害がなかったのですが、北信を中心に医療の問題、農業の問題、色んなことで大変になっております。ONE長野と知事が申しております、南の方からも北の方へ医療の協力、あるいは保健福祉の協力が参っておりますが、みんなONE長野、呉越同舟であるということで結束をお願いしたいところがあります。

本日は令和元年度第2回の地域医療構想調整会議ということで、主として医師確保計画、外来医療計画等についての説明、あるいは討議をしていただきます。また9月に厚生労働省が公表を行いました公的公立医療機関の再検証について説明を行いますので、皆様のご意見をいただきたくよろしくお願いいたします。

前回は意見が飛び交いまして活発な会議になっておりますので、今日もきつとにぎやかな会議になると思いますけれども、限られた時間しっかりと討議を重ねていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【会議事項】

(1) 医師確保計画の素案について

(市瀬会長)

皆さんこんばんは。大変お忙しい中ご苦勞様でございます。規定によりまして、議長を務めさせていただきます。会議が円滑に進みますよう各委員のご協力をよろしく願いいたします。

それでは会議次第に従いまして進行いたします。会議事項 (1) 医師確保計画の素案について事務局から説明をお願い致します。

(医療推進課医師確保対策室、(資料1-1)(資料1-2)(机上配布資料①)(机上配布資料②)(参考資料1) 医療計画の素案についてを説明)

〈説明省略〉

(市瀬会長)

ありがとうございました。ただいま説明のあったことについて委員の皆さんご質問などありましたらお願いいたします。事務局がマイクをお持ちしますので、発言よろしく願いいたします。いかがでしょうか。

(和田委員 (建和会病院))

建和会病院の和田です。基本的なことなんですが、なぜこのタイミングでこの会議が設定されたのでしょうか。つまりまだ配布できない公表できない資料なんですね、でももうじき公表できるわけなんですよ。それから議論すればこんな面倒くさいややこしい説明を受ける必要はない。それからこの資料は届いたのが土曜日くらいかと思うんです。土日に届いた資料は普通は月曜日の昼頃に僕の机上来ます。そうしたら見る暇ないんです。もうちょっと1週間とか余裕いただかないと事前に見てくることはできない、たまたま来ているはずだと思って昨日見に行ったらあったので読みましたが、2時間くらいかかりました。とっても大事な議論をする会議なので、ちゃんと議論ができるセッティングになぜならないのだろうかとても不思議なんです、どうなのでしょう。

(医師確保対策室 渡邊室長)

まず、資料送付が遅れたことについてお詫び申し上げます。このような運びになった背景ですが、スケジュール表が参考資料1で付けてあります。この医師確保計画については法律で本年度内に策定しなければならないということになっております。一方で、国において集計した医師偏在指標がなければ、各医療圏が医師確保計画上の医師多数区域なのか少数区域なのか分からないということがあり、今回のスケジュール感で協議をお願いすることとなりました。国において集計した医師偏在指標が出てくるタイミングが、どうしてもこのタイミングになってしまうということでご了承願いたいと思います。また、本日の開催前に他

の地域で調整会議を開催した結果、会議資料に必要な修正を行う等の対応がございました。今後余裕を持った資料作成に努めます。

(和田委員 (建和会病院))

国がすごく焦っていることなのかなと思うんですが、ものすごく無理やり進めようとしている、この間の公的病院の件もそうですけど、そういう感じがするんですね。それはそもそも無理がある、前回も言ったが日本の医師数というのは OECD35 か国の中の 30 番ですから欧米だと人口 1000 に対して 4 ぐらいのところ日本は 2.4 とかですので、そもそも少ないのが問題であってそれを勝手に 3 等分して多いとか少ないとか、こっちはどこに入るか一喜一憂するわけですね。そこがそもそもおかしいと思いますし、国が強引に推し進めようとするのはそもそも間違いだと思います。という意見が出ているというのを是非お伝えください。

(医師確保対策室 渡邊室長)

ありがとうございます。医師確保計画については様々な指摘があると思います。国の方針もあり、策定期間など法律上の規定もありますが、本県といたしましても先ほど目標医師数のように、実態に即した患者の流出入を反映させるなど、地域の実情に合ったように考えていきたいと思っています。

また、知事会をはじめ 12 月の末に岩手県を中心に医師少数県に位置づけられている県が集まって国へ提言していくというような知事の会も作るようになっていきます。国には今後も引き続き必要なことは言っていきたいと考えておりますので、ご了解願いたいと思います。

(原政博委員 (飯田医師会))

医師会の原ですが、確認をさせて下さい。42 人のドクターの増加という数字が出てきましたけども、それは医師確保計画の 2023 年ターゲットイヤーとしての数値と理解してよろしいんですね。それは飯伊全体にとって求めるべき医師の増加数なんですけども、域内においては飯田下伊那は郡部が非常に危機的な状況にさらにあります。域内の中ではたぶん少数スポットを設定するということはないというお話でしたので、この域内で 42 人の増加を目標にする中で域内のドクターの調整自体は圏域の内部でやるという話ですか、それとも県もそのところに関わるんでしょうか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

それにつきましては机上配布資料①の下、概要②とありますけども、先程の施策で対応していくしかないと思っていますが、地域偏在対策においては地域枠医師の優先的配置ということで考えています。これは修学資金貸与医師の配置ということで、2023 年に十分医師

が配置できるかという論点がありますが、少なくとも令和2年から3年後くらいには修学資金の対応医師の中で医師不足病院に行ける医師の数が40人くらいは出てくるというような推計をしておりますので、拠点病院に修学資金貸与医師を配置致しまして、そこから必要な医師不足病院とか医療機関に医師を配置していくということを考えています。

そのために拠点病院には修学資金貸与医師の教育とかフォローアップを一緒にやっていただきながら医師不足病院の医師の派遣ということについて考えていただけるよう、拠点病院の院長さんとお話しながら進めていく段取りを医師確保総合支援センターを中心に動いています。

(原政博委員 (飯田医師会))

今の室長のご回答は、飯伊の地域医療拠点病院は飯田市立病院ですので、市立病院へドクターを優先的に配置すると、それは県の中でも医師少数二次医療圏に対する動きだが、この飯田下伊那二次医療圏の内部で医師偏在が少数二次医療圏なんだが少数二次医療圏の内部でもさらに医師偏在が地域性によってあります。明らかにあります。その医師の調整はある意味我々が自前でやれということなんですね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

まずは、拠点病院中心にやってもらいたいと思っています。そこに地域の声をもっと反映させる方法があるのであれば反映させながら、拠点病院中心に、地域でうまく配置できるよう、県の方から考え方を押し付けるといったつもりはありません。ただ基本的な流れとしては、拠点病院中心に医師を配置していきたいと思っています。そこから先についてはこうした調整委員会の中で話してもいいと思いますし、それはその時その時で考えていくことだと、その地域ごとに考えていくことだと思っています。

(原政博委員 (飯田医師会))

調整会議がどのくらいの頻度で開催されているかといったら本年度においてもそれほど回数はありませんし、本日も大体2時間で時間が制限されております。そのあとは担当課の方へ述べて下さいとの話ですから、それでは当圏内での課題、当圏域内部で調整することはできません。ですからそういう打ち合わせの場が絶対必要になります。それは例えばこの場の中で参加している構成員の先生方等にご理解をさせていただいて、そういう設置を例えば保健所の方で勘案するとかそこまで言うていただかないとあまりにも中途半端すぎる。

(医師確保対策室 渡邊室長)

ご意見としていただいて検討していきたいと思っています。いずれにしても施策の中で地域の実情の反映を目的とした医師の配置調整等の仕組みの検討ということで謳っておりますので、その中で再度先生のご意見を踏まえましてどのようにやればいいのか検討させてい

ただきたいと思います。

(原政博委員 (飯田医師会))

ありがとうございました。

(市瀬会長)

他に質問でしょうか。

(和田委員 (建和会病院))

小児科に関する事でもいいですか。資料 1-2 4 ページの上の本県の基礎データというところですが、入院患者流出入率という数字が良く分からなかったんですが。事前配布の「表 1-③本県の基礎データ (小児科医の偏在指標算出等に用いるもの)」です。入院患者が飯伊から出ていくとマイナスだろうなという意味に思うんですが。

(医師確保対策室 渡邊室長)

考え方としてはマイナスになっているのはその地域から出ているということです。

(和田委員 (建和会病院))

分母と分子がどういうふうになっているんですか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

確認して回答致します。

(和田委員 (建和会病院))

分かりました。また教えていただければいいですが、これは数字が大きいほど流入が多いという意味ですね。諏訪はそんなに多いんですか。松本に安曇野が入りますよね、こども病院にはたぶんうんと集まっているはずだと思うので、松本が 102 で諏訪が 155 というのは不思議な感じがするんですけど。

(医師確保対策室 渡邊室長)

そこは再度調べてご報告したいと思います。

(原栄志委員 (飯田病院))

飯田病院の原栄志です。確認ですが、精神科医師に関してはここでは全く触れないということ良かったでしょうか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

今回の医師確保計画で作るのは医師全体と産科・小児科です。そのみです。

(原栄志委員 (飯田病院))

全体では精神科医も入るということでしょうか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

入っています。

(和田委員 (建和会病院))

資料 1-2 の 29 ページですが、やはり小児科の所ですが、下の表に偏在対策基準医師数というのがあります。これは偏在対策をしてこれくらいに持っていくという目標値という意味合いでしょうか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

これは医師全体の下位 33%となっております。

(和田委員 (建和会病院))

ではこういうふうにしようという意味ではないんですね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

政策的には、この 33.3 を脱するよう医師を確保していくということです。

(和田委員 (建和会病院))

もともとこういう数字はあくまで一つの基準としてあるだけだと思うのですが、例えば木曽は 1.5 というのはとんでもない話で、木曽病院のドクターだと思いますけど、木曽に木曽病院しかなくてそこにドクターが 1.5 いればいいのかというともちろん全然そうではないわけです。子どもの心肺停止が発生したら全てこの先生たちが対応するわけですから、少なくとも 3 くらいは必要ということで、ご存知のことと思いますけども、そういう事だと思います。木曽は明確に出してしまうのですが、他の所も色々そのような地域の事情を加味して考える必要があると思います。

(医師確保対策室 渡邊室長)

ありがとうございます。これはあくまでも先ほどの説明の中で申し上げましたが、医師全体で考えれば医師少数区域と下位 33.3 を脱する最低限の数字なので、我々としてはこれに近づけるだけでなく、これ以上のものを作って医師不足を解消していくとの認識の下で

やっていきたいと思っています。

(和田委員 (建和会病院))

それからその次のページの 2 地域偏在対策の 14 行で、「小児医療に係る医師の確保が困難な地域においては、医療の連携をはかることにより、対応できる体制を維持する」とあります。この医療の連携をはかることによってというのは具体的にどういう意味でしょうか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

各医療圏同士の連携ということですので、例えば大北地域とか木曾地域とかというのは松本地域との連携というものを想定できるかと思います。

(和田委員 (建和会病院))

この場合の連携とはどういう意味ですか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

例えばこども病院を中心に松本地域と大北の大町市民病院と連携とか、そういう役割分担をそのところでして連携をはかっていくということだと思います。そういう事も想定できます。

(和田委員 (建和会病院))

医師を派遣するのではなくて。

(医師確保対策室 渡邊室長)

医師の派遣につきましては、それも考えられると思います。木曾地域には拠点病院がないので、そういう面から行くと松本地域から派遣ということも考えられるかもしれません。

(市瀬会長)

他にどうでしょうか。ご質問ありますか。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

下伊那厚生の朔です。資料読む時間なくて、今の説明を聞いて全くついて行っていないのが現状です。元々国が出すと県の出したのと違いが 16 年からの実績に伴ってどうこうというのが全く分かりません。もう一度丁寧に説明をしていただいていいでしょうか。何を書いてあるのか、何を考えているのか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

今回の目標数値を設定するにあたり、まず実績を踏まえるということで、今回 2036 年までの 16 年間のなかで考えていくことを基本にし、さらに言えばこの目標については 2023 年の 4 年間の計画ですということで、過去 16 年の実績の伸び率を先ず参考にしたいと考えています。それを 2000 年から 4 年ごとに伸び率を全部 1 年スライドし、その伸び率の中で医師少数区域となっていくと飯伊はなっていますので、普通区域、多数でも少数でもない区域の 4 年間の伸び率の一番最高の部分を使って伸び率を数字を作っているということです

(朔委員 (下伊那厚生病院))

それが具体的にこの資料 1-2 18 ページのどの表が何を言っているのですか。県の中で少数と普通と多数と分けて 16 年の実績で多数がどれくらい伸びているか普通がどれくらい伸びているか、少数が伸びているかというのを表しているわけですね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

普通区域の最高の伸び率というのが 2007 年から 2010 年の所の 2.61%、多数区域の場合は平均伸び率というのを使っておりまして、それが 2.13%ということで、この伸び率を今回は使わせていただいています。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

網掛けを使ったってことですね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

そうです。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

普通区域の伸び率は、少数区域のたくさん伸びたところの伸び率を充てるのですか。それが良く分からない。

(医師確保対策室 渡邊室長)

少数区域になった、例えば飯伊の場合は少数でも多数でもないという普通区域の最高の伸び率、普通区域というのは少数区域より医師がいるということに相対的に位置づけられていますので、そこのところの伸び率を使わせていただいて 2.61 という伸び率を使って算出していると。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

多数区域の伸び率平均 2.13 というのは多数区域はそのまま見ていけって考えですか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

普通区域ですから、多数区域を使ってるのは少数でも多数でもない区域というものに関しては多数区域の平均伸び率、一番多いというよりはその真ん中を取りまして、平均の伸び率を使ってやってるということです。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

少ない所は早く伸びた方がいいから早く伸びた**伸び率を当てはめる**ということですね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

はいそうです。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

何故それが何で説明があったような「現実的な数値」になるのですか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

基となる伸び率というのは過去 16 年間の実績を使っていると。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

伸びるところが伸びただけの話で、伸びないところ(医師少数地域)に伸びる数値(医師普通地域)を当てはめてもそれが現実的であるという根拠は何もないじゃないですか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

そのために少数区域に医師を優先的に配置していくという目標値を設定しています。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

何も数字がないと何も書けないのでこうゆうことをやったけれど、現実的でもなんでもなく、現状で医師が少ないところには多く、多いところには少なく配置するよっていう配分をこうゆうふうに数字を当てはめて書いたってことですよ。

(医師確保対策室 渡邊室長)

少数区域とされている地域を手厚くやりたいと、優先的にやりたいということで数字を作るという考えでやっています。県としてはできるだけ下位 33.3 ではなく上の偏在がないという真ん中の中央値になるべく早く行けるようにということで、最高の伸び率というものを今回使わせてもらっているということです。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

そうすると国の目標値の方が低いということですか。県の目標値の方が高いということですね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

はいそうです。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

そうすると、国の方が現実的ですね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

医師偏在指標に基づく北票医師数の試算値は現在よりも少なくなってしまう。それは県として受け入れられず、独自に目標値を設定させていただきたいということです。試算値との整合性という話が出れば、県の実情を主張していきたいと思っています。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

そうすると机上配布資料②17 ページの一番下の表で国が出している標準化指数というのが今の調査の段階での数であって、目標医師数が国が出した基準で出しているということですね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

17 ページの-12.7 という数字が国が目標にするとして今回示してきた数字です。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

国の目標医師数からすると、飯伊はむしろ医師数を減らして他の地域を助けなさいという形になっているということですね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

医師少数区域にも関わらず目標医師数が現在よりも少ないというのは我々には受け入れがたく、医師不足だという日常が肌感覚であるという地域の声は聴きますので、現在よりもマイナスとなる目標値は無いだろうということだと思います。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

はい分かりました。やっとなかった。いいです。

(市瀬会長)

他にないでしょうか。ご発言がないようなので次の課題に進みます。会議事項(2)の外来医療計画素案について、説明をお願いいたします。

(2) 外来医療計画の素案について

(医療推進課、(資料2-1)(資料2-2)(机上配布資料③) 外来医療計画の素案についてを説明)

<説明省略>

(市瀬会長)

ありがとうございました。ただいまの説明の内容についてご質問がありますか。いいかがでしょうか。和田先生どうぞ。

(和田委員 (建和会病院))

新規開業の時に書類を出してもらおうと、そうすると不足する外来医療機能について、私はこういうことをしますということを書いてくださいということなんですね。

(医療推進課 竹内主任)

そうですね、そういったところで考えています

(和田委員 (建和会病院))

そういうことをしないと開業は難しいですか。

(医療推進課 竹内主任)

開業を規制するものではないので、不足する外来医療機能をやらなかったから開業はできないというわけではないですが、そういったことをお願いしますということで、協力ベースにありますが、やっていこうというところです。

(和田委員 (建和会病院))

そうするとこういう部分で開業の先生であまり協力的でない先生が結構いるということですか。

(医療推進課 竹内主任)

法改正の大元の趣旨なんですが、国の方の視点が都市部に向かっている部分があります。

一つのビルの中に複数の診療科が入ってというところが多数あるので、都市部に診療所の先生方が固まってしまっていると、そういったところをいかに日本全国にまんべんなく配るためにどうしようかというところで考えたのがこういったものでございまして、それを受けて都市部と飯伊医療圏は違うじゃないかということはあるんですが、新しく開業される先生方には在宅医療だとか当番医だとかを担っていただきながら地域の医療体制を確保したいというところから、県の素案でもそういったものを担っていただくようお願いするというので、記載させていただいているところです。

(和田委員 (建和会病院))

これは全国的にやるのですか。

(医療推進課 竹内主任)

不足する医療機能に関しては、各地域で話し合うことなので、状況が違うかもしれないが、ガイドラインにも示されておりますので基本的にはこういった形になるのではないかと思っています。

(和田委員 (建和会病院))

文書を出させるというのは全国的にそうやるのか。

(医療推進課 竹内主任)

細かい部分に関しては地域によって取り組みは違うと思います。長野県においてはこういった形で進めたいということです。

(和田委員 (建和会病院))

分かりました。

(市瀬会長)

よろしいでしょうか。

(堀米委員 (飯田市立病院))

これを調整会議で議論するのはどうなのでしょうかね。調整会議というどっちかというのと了承的なものなので、臨床の日々のことというどっちかという開業の先生の方が多いものですから、医師会の関係とか、此方の分科会みたいな形でむしろここじゃなくてもうちちょっと専門的にやっている、外来患者をやっている先生達が部会でやった方がいいような感じを受けるんですけど如何でしょうか。

(市瀬会長)

私も今聞いていてそんな感じを受けていました。昔医師会で調整会議みたいなのがありましたね。その部類の話に近いのかなあとと思って聞いてましたが。

(原政博委員 (飯田医師会))

医師会の原ですけども、本日最後の方で飯田市からの要望書の説明をされることになっていますが、当圏域ではここにいる先生方全て知っています。包括医療協議会で市と共に休日夜間急患診療所というのを運営してきています。その診療所自体のサステインの部分に近い将来危機的であるというお話を市の方からもさせていただくんですが、そこは堀米院長先生が言われたように病院だけではない、院長先生方にお話してこの場で協議しても圏域全体の大きな課題になってきますので、視点として捉え方として書いていただきたいと強く医師会の代表者としても感じます。

(市瀬会長)

行政の方がいかがでしょうか。

(医療推進課 竹内主任)

調整会議の場を活用して議論するというご提案をさせていただいたところでございますが、今の堀米先生、原先生の方からご意見がございましたので、今後検討させていただいて、又どのようにしていくかというご報告をさせていただきたいと思っておりますのでよろしく願いいたします。

(市瀬会長)

ありがとうございました。よろしく願いいたします。その他このことについて何か。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

国から一律で指示が出されているので、都市部の医療対策と農山村の医療対策と全く方向性が違うのだけれど、同じ文章で要求が出ているのだと思うのです。都会の中でクリニックを経営して専門科だけをやって、これから重要な在宅医療だとかやらないとすると、医療難民だとか介護難民だとか都会で出るというのがたぶん一番の国の悩みだと思うので、そういう偏在対策という外来の診療機能の再編をやりなさいということなのだと思います。

けれども、今長野県で外来の診療体制の偏在があるとすると、医者が根本的に足りてないので、これ以上の仕事を抱えたらつぶれるから俺はちょっと在宅やらないぞと、産業医までは手を出さないぞとか、みんなそういう選択の中でなんとか仕事を回している中で、次開業する先生に「在宅診療を担ってください」などと、ああだこうだというと、こんな七めんどくさい県から出ていこうというお医者さんが増えるのじゃないか。それが心配です。そうい

う視点から考えると、都会部にいるお医者さんが長野の医療を担う方が面白くて楽しいし、県も頑張って支援してくれる、だから長野県で働きたいというのがあるのが根本的な医師対策だと思うのです。そこが行政から、足りない医療を担ってくれる的をお願いしていくとかそういう形でやっていったら、長野県に新しい医者は来ないような気がします。むしろ移住してくれるIターンをどうやったら増やせるのかくらいの感覚で、医師対策を考えていただいた方が現実的に実りのある対策になるんじゃないかと思います。

もちろん政策的なのを書かなくてはいけないという大変さがあるとは思いますが、僕らの仲間が来てくれるかなというこの地域の医療体制の明るいイメージを出すには、何の呼び水がいいかという感じの方がよろしくないでしょうか。

それから院長先生方が多いので、聞いていてピリピリと緊張するのが、「基幹病院に人を入れてそこから派遣をして足りない場所に埋めていく」というのは旧来の考え方なのです。働き方改革の中で救急医療を大きな病院が回せるかどうかというのがこれからの大きな課題です。過重労働をしていたのはどちらかという大きな病院のお医者さんの方なのです。その構造をどう変えるかという議論がないままに大きな病院に医師を集中させてそこから不足している病院へ派遣しなさいというのは、ちょっとモデル的に今の働き方対策を何とかしろといわれている病院として受け取れないメッセージなんです。そこら辺が現場感とずれているのですが、何とかならないでしょうか。むしろ、働き方改革の対応を迫られてからは、本当に病院の救急体制が維持できるように人をどうするかという大病院側の医師不足の方が課題となっています。働き方改革の国の基準を守った場合、大前面に出てくる課題になりそうなのです。大きな病院に医師を増やして、不足病院・不足地域に派遣する対策モデルは、ちょっと違う気がします。

(市瀬会長)

どうもありがとうございました。この地域医療を考えるには朔先生のご意見大変貴重なご意見だと思いました。他に質問ありますか。なければ会議事項(3)の公立・公的医療機関の再検証について、説明をお願いします。

(3) 公立・公的医療機関の再検証について

(医療推進課、(資料3)(参考資料2)公立・公的医療機関の再検証についてを説明)

<説明省略>

(市瀬会長)

ありがとうございました。ただいま説明のありました内容についてご質問ご意見などありますでしょうか。原先生どうぞ。

(原栄志委員 (飯田病院))

飯田病院の原です。最後のページの一番上の○の2行目、「この分析結果を基に再編統合の検討を行うことは適切ではない」ということですが、それでもということ、結局何を目的とするかということですが、再編統合を目的とするということのデータでしょうか、それともそうではないというデータでしょうか。医療連携ということですが、すでにこの地域では色んな医療連携があるわけですが、何が問題なのか、県として何かこの地域の医療連携の何が問題なのかを具体的にどう思われていて、何をしたいのか目的が分からないものから教えていただきたい。

(医療推進課 原澤課長補佐)

今ご質問のありました、今回のデータが適切ではないと申し上げたのは、厚生労働省の方で公表に当たって分析をしたデータというのが限られているということで、一面的なものだという意味で適切ではないという話でございます。この医療圏に関して県としてどう思っているかという話ですが、地域医療構想の推進自体については、この医療圏だけではなく県内すべての医療圏でかなり議論をしていただいているというふうに認識しています。

今回国の方でこういったことをやってきたという元々の話は、聞いている限りではある病院を再編統合するのが目的ではなくて、地域医療構想の推進のための議論が沈滞しているのではないかとというような国の考え方があって、議論の活性化ということを目指しているということも聞いているところでございます。

そういう意味で行くと、県としてこの医療圏で何が足りないのかということについて議論が足りないと言うふうには思っておりません。今までどおり今後の方向性についてこの調整会議でご議論をいただいて方向性を出していただければと考えているところです。

(市瀬会長)

よろしいでしょうか。

(原政博委員 (飯田医師会))

改めてしつこいようですが確認ですけれども、長野県は飯田下伊那二次医療圏に関して、国が2病院の名前を公表しましたがけれども、その再編統合に関しては長野県としては、現時点では必要ないと言うふうに私たちはとらえてよろしいわけですね。

(医療推進課 原澤課長補佐)

必要ないというか、2病院だけ名指しをして検討していただきたいというのは違うのではないかと思います。最後のページの二つ目の○にありますように2病院だけではなくて圏域全体で将来の人口減少だとか少子高齢化社会というのを踏まえて医療提供体制の在り方についてはご議論いただきたいと言うふうに考えています。2病院に限ってどうし

てくださいという、国からは多分そういう通知が来ると思います。国から通知が来れば各医療機関には今策定している公的医療機関等 2025 プランの再検証はお願いすることになるかと思いますが、調整会議としてはこれまでどおりこの医療圏の医療提供体制の今後の構築について議論をこのまま続けていただければと思います。

(原政博委員 (飯田医師会))

北部の赤十字病院、厚生病院も絶対なくてはならない病院であるのは明確であるからこそ、先程朔先生からも話がありましたけれども、例えば内科の医師がたった3人で休日夜間を二次輪番病院で回していると、非常に危機的状況でそういう物が分析の中に反映されていないわけですね。それはきっちりと県の方でも受け止めて明記する形で分析していただきたいと思います。それをやるためにこそ休日夜間体制ですね、診療所も含めて一次救急においての休日夜間診療所体制がくるってしまったら、今ギリギリの状況である二次輪番病院も連鎖的に倒産して行ってしまいます。そこをここの調整会議だけでは話が詰めれるところではない、同じ話を蒸し返して申し訳ないんですが、きっちりそういう事が、二次輪番病院の危機的体制も分かるようなそういう協議の場の工夫を改めてしていただきたいと強くお願いいたします。

(市瀬会長)

いかがでしょうか。

(医療推進課 原澤課長補佐)

調整会議以外の会議のことでございますけども、医療情勢連絡会というようなのも今年度設置することが可能になるようにいたしましたので、必ずしもこういった名称だけではないので、今先生がおっしゃったような形で調整会議の前段の会議という形で話し合ってくださいというのが可能だと考えています。

(和田委員 (建和会病院))

この分析の指標が、かなり急性期の高度の医療をやっているかどうかというようなところなのですよね。心臓に関しても、これができるのは市立くらいしかないですよね。それをやってない所を、診療実績が特に少ない病院って本当に失礼ですよね。うちの病院の理事会でもこれ話題になりまして、うちの病院の理事も松川町、高森町の人もいるのですよ。絶対うちの町になくてはならない病院なのだと、守らなきゃいけないんだと言う意見が出ています。本当に頑張っておられるので、やっぱりこういうやり方っていうのは地域医療を守っている病院を踏みつけるというか、他の所ではこれが流れて就職内定した人が辞めたとかそういう話も出てまいすよね。本当にひどい話だと思いますので、その思いはたぶん一緒だと思いますけど、本当にひどいと思います。

(市瀬会長)

その他ご意見はあるでしょうか。網野さんいかがでしょうか。

(網野委員 (下伊那赤十字病院))

今回うちの病院も 424 の一つということで朔先生のところもそうですが、これ確かに平成 29 年 6 月の 1 か月、もっと長ければこんな対象にならなかったのかといえ、地域医療ということでやっている病院ですから、例えば脳卒中とか血管疾患とかがんとかなんて、そんなにはない。うちの地域医療をやっている入院も 80 代、90 代。そういったところで脳卒中、血管疾患、がんをやっていないじゃないかと言われても、じゃあそれをやるのかっていう、そういった設備を整えて、医師も確保してなんていう、それこそ無駄というか、言っていることが何か外れているというか、むしろ集約的なものかなという、産婦人科にしてもそうになっていますけれども。

そういう中で、そうは言っても再編とかやっとなければいけないということもあるもので、とりあえず準備しているところで再編統合 2020 年 9 月末までと言っていますけど全国でもやれるところってあるのかなあと、相当何年前に準備してないとできないだろうと言うふうに考えています。再編統合を伴わない場合 3 月末までというので、私としてはこの二次医療圏は一般病床が長野県の医療圏の中でも少ない方だと、平均以下と、そういうことで療養病床をここでは減らしていこうとか言うのが私の中ではあったので、介護医療院とかそういったことで考えていたのですけども、それ以上のことが要求されるのであればまた検討しなければいけない。3 月はすぐなので。

あとは先ほどの輪番制じゃないですが、夜間救急の受け入れを中止すべきみたいな、やらなくていいのかという我々の立場では嬉しいと思います。輪番制のことをやらなくていいなんて言ったら、ドクターが働き方改革じゃないですけど、輪番制の時と普通の当直と分けて輪番制にあたったときの翌日は早く帰るとか色々対策考えなきゃいけないなあという中で、対策が不要になります。夜間救急の受け入れを中止しなさいなんて言われても、実際はできません。輪番制でも、一つ減らしたいといっただけでも大変なのですよ。しかも 0 にしていいのかななんて、実情ではありえない。そういう事もあってちょっとずれている印象があります。たぶん朔先生も何かあるでしょうけども。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

名前が挙がりまして、色んな所からご心配をいただきまして、頑張りますと言って回っております。

でも公的病院としての税金の優遇というのは明らかに私たち受けていますので、小さな病院ですので私たちができる範囲での公的な役割を担えるように、先程ありましたような医療機器の共同利用等医師会の先生方とやっていくとか、医療のネットワークの一つの役割を医師会の先生の中で果たしていくとかいうことをちゃんと襟を正して公的病院として

推進しなきゃいけないなと思いました。

ただこの地区で今この病院があるのに、これをどうしろと言われても、今のバランスからすると、あんまりいじるべきじゃないなと思います。例えばこの二つが合体してもうちょっと大きな病院ができますと、これこそ中途半端な規模になっちゃいますので、今のバランスがすごく絶妙なので、合体して大きくなってこういう「がん治療」や「手術」ができるようになりましたとやりだせば何か飯伊地区でいいことが起きるかといえば全くそういう気がしません。ですから、できる範囲の中で公的な役割を果たしたいと思っています。

(市瀬会長)

どうもありがとうございました。われわれ頑張っている地域医療と厚労省が机上の上で考えてることと随分乖離があるような気がします。常日頃そういうことを思っていますけれども、ちょっと言い過ぎかもしれませんけども、そんな感じがしないでもありません。我々一生懸命包括医療を中心として地域で頑張っておりますので、医師会の先生たちがさっきお話したように輪番病院やって次の日に休んで帰れると言うような事は全くなく頑張っているのです、そういう点を考慮しながら行政の方も頑張ってくださいたいと、こういう印象を受けました。

それでは会議事項(4)令和2年度地域医療介護総合確保基金の要望状況について、事務局からお願いいたします。

(4) 令和2年度地域医療介護総合確保基金の要望状況について

(医療推進課、(資料4) 令和2年度地域医療介護総合確保基金の要望状況についてを説明)

<説明省略>

(市瀬会長)

ただいまの説明の内容について、ご質問ご意見あるでしょうか。原先生どうぞ。

(原政博委員(飯田医師会))

今回収める机上配布資料①の1ページ目ですね。表面の医師確保計画素案の概要②下段の部分です。左側の一番上「目標達成のための施策」というところで、⑤医師の働き方改革への対応、ICT等を活用した労働時間短縮に向けた取り組みの汎用化と言うふうには書いてあります。ICTという表現がここに入っているわけですが、当圏域ではイズムリンク(ism-link)というものが運用されておりまして、皆さん方もそれなりにご理解をいただいていると思いますが、当圏域の登録患者数は20%です。全国でも有数の所まで成長してきていま

す。それは各病院、開業病院並びに診療所だけではなくて、まさに医療介護連携のための情報ツールとして育ててきたわけですが、さらに今回は薬剤師会が電子お薬手帳というものを薬剤師会の中で整備してイズムリンクに乗るように本年度から実際に動き始めています。そのような試みは正に医師の働き方改革にも直結していく内容になってくると思うんですけども、将来的に⑤の部分の ICT というものに対しての、当然補助事業になると思うんですが、どのような形での補助と考えていらっしゃるんですか。

(医療推進課 山浦主事)

今後どういった補助制度になっていくかというご質問だと思うんですけども、イズムリンクについては、長野県内でも無数にある情報ネットワークの中でもかなり多くの医療機関だったり、皆さんにご活用いただいているものになっていると思っております、かなり素晴らしい仕組みだと私も認識しています。県としましても今後遠隔医療だったりオンライン診療が進んでいく中で、県立病院機構と連携をして救急搬送の時に画像であったりとか、病院と現場をつなぐようなシステムのジョインというシステムの活用をして何かやらないかというところでモデルを模索し始めています。

(原政博委員 (飯田医師会))

⑤に関してですね、圏域としてこういうような事をやりたいんだという希望を述べて、それに対して皆さんが勘案していただいて補助事業という、そういう窓口というかそういう手法もありますか。もっと言うと飯田下伊那は面積が長野県の二次医療圏の中で最大です。だけど医師少数区域です。何を意味するかというと、郡部へき地というので非常に医療状況が危機的です。そういう所に対する遠隔診療というのもあり得ると思うんです。上伊那の方でやり始めた車を動かす物ではなく、郡部へき地の診療所機能を維持していくと、それが将来非常に重要になってくると思うんですが、へき地の診療所に医者が24時間365日貼り付けてもそれはただ資源の無駄です。やはり運用実績としてリアルな医者がどう動くかと、リアルな医者がいない時にはそれをどうゆう形で医療になってくかといったら、現実には遠隔診療のようなものが極めて想定される内容になってくると思うんです。

例えば新野診療所に遠隔診療ができる設備を付けて置いて、医者は週に2回程度県立阿南病院から行くと、リアルな医者が不在の時には遠隔診療で他の時間帯を担うということは、おそらく近い将来、少なくとも私がダメになったら考えなければいけないと思います。そういうような提案をこちらからしていったら、市瀬先生も言いましたが、行政の上から目線では現場のことを皆さん方は理解が難しいと思うんです。

私達が現場でこういう体制があったらうまく進むかもしれない。将来の医師不足、地域崩壊、それを未然に防ぐ対策があるんだということ、それを挙げさせていただいて、それに対する補助事業であるとか、県の支援が必要だと思うんです。具体的な事例を私達が挙げていて、それに対応できるようなそういう取り組みの捉え方をして下さるかという意味なんです。

す。以上です。

(医療推進課 山浦主事)

ご提案をしていただくということにつきましてはもちろん可能となっています。私たちもなかなか現場を知らないという部分が当然ございますので、先生方の貴重なご意見をいただきながら制度設計をしてみたいと思っております。

(原政博委員(飯田医師会))

言葉だけで終わらさないで、必ずこういう協議の場の俎上に上がるような体制を整えておいてもらいたい。今ここでそういう返事をしたからそれで終わりではなくて、次回それに対してどういう捉え方を県がするかと、その回答を次回必ずお願いしたい。よろしくお願いいたします。以上です。

(市瀬会長)

今原先生の要望ですけども、よろしくお願いいたします。それでは他に質問はありますか。ないようですので次の議題に進ませていただきます。会議事項(5)休日夜間の救急医療に関する課題について、説明をお願いします。

(飯田保健所 手塚副所長)

この課題につきましては昨年度もご協議いただいた内容ですが、今般飯田市さんより別紙のとおり要望がございますので、飯田市の清水部長さんよりご説明いただければと思います。

(5) 休日夜間の救急医療に関する課題について

(飯田市保健福祉部長 休日夜間の救急医療に関する課題についてを説明)

<説明省略>

(市瀬会長)

ありがとうございました。今の要望ですが、包括医療協議会と飯田医師会、歯科医師会、薬剤師会などを含めてワーキンググループを作りまして検討して行って、何かあれば調整会議に出して検討していただくということではいかがでしょうか。

(原政博委員(飯田医師会))

主管は県というか保健所か。

(市瀬会長)

それは我々が決めてまた保健所にお願ひすればいいのではないか。

(原政博委員 (飯田医師会))

三師会含めた構成員でワーキンググループを設置する方向になると思うんですが、そこに県とのパイプ役としての行政機関が入ってこなければ、またその話は地域医療調整会議等に上がってこない、絶対になし崩しになってしまうので、そこは管轄は行政機関が是非とも入るべきだと私は思います。

(市瀬会長)

検討してワーキンググループの中に行政も入ってもらいたいと思いますので、検討しましょう。今までのことで総合的に何かご発言があればお願いします。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

今日の議論を聞いていて県の方に是非検討していただきたい事があります。それは信州大学の機能をどう考えるかという事です。この医師偏在の中で。大卒での県の医療を考えた時に、信大の役割をどう考えるかというようなベースがなくて偏在の数だけ出しても松本は医師が多いねになると思うんです。

ただドクターの指向性からすればある程度の大きな実績のある大学があるというような県には確かにそのあとも勤務しやすいでしょうし、研究を含めて勉強環境は実は県が持っている大学の機能というものと能力というのに大きく依存する部分があると思うんです。偏在対策と言いつつ矛盾するのですが、大学機能をいかに高めるかということを入れておかないとただ平均にならせば対策が済むのではないと思います。そういう視点が県の計画の中から見えてこない気がしますので、是非その検討をお願いしたいと思います。

もう一つは二次医療圏ごとの中核病院ですね、今何となく中核病院に人を入れてみんな捌けさしてどこかに派遣しろというような構造ではなく、魅力的な中核病院を二次医療圏ごとにどう構築するかということがないといけないと思います。中核病院がマグネット病院となってお医者さんを集める以外難しい部分があると思うのです。東京や大阪、名古屋に居るお医者さんたちをターゲットに考えていくとすれば、そうゆう発想になると思うので、是非もうちょっと県全体の医療レベルを上げてやろうというメッセージを県から発信していただくといいのではないかと思います。必要なのは、医療従事者が過ごしやすい県、よく話を聞いてくれる県、というのがどうゆう形かと考えることだと思います。

それに続いてですが、薬科大がないというのは非常にこれから弱い県ですので、そうゆうのも含めて、これだけ地域の医療を国が県に丸投げをしてきている時だからこそ県の施策の中に医療とか、薬学部だとか看護大だとかいうのを計画の中にどう盛り込んで、それをベースに地域医療を守るかというそうゆう夢のある計画にしていきたいなというお願い

です。

(堀米委員 (飯田市立病院))

地域医療人材拠点病院である飯田市立病院としては、一枚目の資料 1-1 の下の右側の図はうまいこと書いてあるなと思いました。県の貸与者が今は 20 名、30 名勤務しているんですけど、2 年後 3 年後になると 50 人 70 人とどんどん増えてきます。その人達を推進の田中教授を中心にしていかに育てていただけるか、私は大いに期待しているんです。

その人達をうまいこと 3 年なり 4 年なり専門医を取ってから地域へ出ていただいて、その時に私たちも頑張るけども、直接この下の図でどこか医師不足の病院に行って、但しそこが研修に行くときは、私の方から人を出してその病院をバックアップするとか、色々な支援の仕方があるというこの図を見せていただきましたので、私はむしろ貸与者がどんどん増えていって大いにこちらにも来ていただけるという期待をしていますので、是非県の方にも頑張ってください、そうするとさっき朔先生が言ったように魅力のある地域の病院ってことがきっとできると思いますので、皆さんで来てくれた先生を大事に育ててあげるという形で見ていただければと、そうさせていただければ有難いなと、この図を見て感じたのでよろしくお願いします。それが地域医療人材拠点病院としてのこれからやりたいなあという夢でございます。

(瀬口委員 (瀬口脳神経外科病院))

今日は医師確保の会議ということだったんですが、県の方から色々お示しいただいて、医師を増やしていくという説明をいただきました。本当にその通りになればいいなあと思うんだけど、半分以上難しいかなと、何十人も増えるというのはどうなのかなあというのが一番浮かんだことでした。そんな中で飯田市の方からの要望の夜間休日救急医療に対する課題ということなんですけど、これやっぱり喫緊の課題だと思うんです。もう明日からの問題だと思うんですが、これを何とかしなきゃいけない、何とかするには今いる人材で頑張っていくしかないというふうに思っています。さっきも話が出ましたが、働き方改革というのも出てきて、救急を担う先生達は非常に苦勞をしていると思います。以前から色々意見を言わしていただいていたんですが、今の二次輪番制をこのままで続けていけばどこかで破綻するかなと思っていて、やはり今いる人材でということになれば、疾患別の二次輪番、あとは二次三次を分けるということが必要なかなと思っております。県からいただいた資料を見ても分かるように、飯田市立には 3,500 台の救急車が入るんですが、その内入院になるのは半分以下ぐらい、ほんとに緊急の患者が飯田市立の救急救命センターで活用しているのかということを見ると、ここはただの二次輪番制各病院で当番というのではなかなかうまくいかないと思いますので、是非さっき話のあったワーキンググループを立ち上げて二次輪番をさらに良くして行っていただきたいと思います。

(市瀬会長)

ありがとうございました。他にいかがでしょう。無いようですので、次回の会議で・・・今年度の会議は今日で終わりですか。

(飯田保健福祉事務所 手塚副所長)

今年度の調整会議については一応終わりということを考えております。

(市瀬会長)

さっきもお話したようにワーキンググループとか必要だと思いますし、医師会と他の協議会の話もあってなかなか難しい話になっていくようなので是非医師会の先生達も頑張っていていただいて、ワーキンググループ等で協議して、また行政側ともお話ができる機会があればよろしいかと思っておりますので、是非よろしくお願いします。特に他にございませんか。無ければ以上で本日の会議事項は全て終了いたしました。

(飯田保健福祉事務所 手塚副所長)

会長様円滑な議事進行どうもありがとうございました。それでは以上を持ちまして令和元年度第2回飯伊医療圏地域医療構想調整会議を閉会といたします。先程申し上げましたが、お手元の資料の内机上配布資料についてはそのまま机上に残していただければようお願いいたします。皆様大変お疲れさまでした。気を付けてお帰りください。