

地域医療構想（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

平成 28 年 12 月 14 日から平成 29 年 1 月 12 日まで、長野県地域医療構想（案）に対するパブリックコメント及び医療法に基づく関係団体や市町村等への意見照会を行いました。（意見提出状況 パブリックコメント：9 者 25 件、関係団体・市町村等：13 団体 24 件）

寄せられたご意見とそれに対する考え方は以下のとおりです。

項 目	意見提出区分	意 見 の 内 容	考 え 方（対応等）	構 想 案 ペ ー ジ
はじめに	パブリックコメント	<p>1 ページの「地域医療構想により・・・地域の医療提供体制が見える化され・・・行政や医療提供者による取組により・・・安定的に医療サービスが受けられるようになることが期待されます。」「重要な事は・・・地域の病床機能が収れんされていくというアプローチです。」との記述をまとめると、地域医療構想により、地域の医療提供体制が見える化され、その結果、地域の病床機能が収れんされていくというアプローチが進むと解釈できます。</p> <p>2025 年度の 4 つの機能区分ごとの病床数の必要量が、現状と比較して削減された数値として示されるのであれば、この病床数になったと仮定したときに必要となる在宅医療等の提供体制の整備に向けた協議が進まなければ、安定的に医療サービスが受けられるようになるとは期待できません。</p>	<p>病床数の必要量の推計値は、病床の削減目標ではなく将来の医療提供体制を考えていくための参考値であり、実際には、構想案の 24 ページに記載したように、将来の医療需要を見据えつつ、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病院のベッド以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して検討していく必要があります。</p> <p>その上で、医療機関の自主的な病床整備に関する取組により、地域の医療需要に応じた病床数に収れんされていくことになると考えます。</p>	1 (修正なし)
	関係団体 (長野県保険 者協議会)	<p>1 ページの 3. 病床数の必要量の推計値に関する留意点の下から 5 行目の「病床数必要量の推計値の意義は、将来の医療提供体制について、医療関係者をはじめ、介護関係者や医療を受ける住民の方々に一緒に考え行動していただくため・・・」を「病床数必要量の推計値の意義は、推計値と病床機能報告差異が見える化することにより、将来の医療提供体制について、医療関係者をはじめ、介護関係者や医療を受ける住民の方々に一緒に考え行動していただくため・・・」に変更願いたい。</p> <p>また、「参考値」を以下全て「参照値」に置き換え願いたい。</p>	<p>推計値と病床機能報告との差異の見える化については、31 ページに両方の数値を記載しており、地域の関係者が将来の医療提供体制を検討するために必要なものでありますが、定義が異なるため、現状では単純に比較することはできないと考えます。</p> <p>病床数の必要量の推計値は、国が定めた一定の仮定を基本に推計したものであり、照合するという意味の「参照値」ではなく、関係者が将来の医療提供体制を考えていくための「参考値」としています。</p>	1 (修正なし)

項目	意見提出区分	意見の内容	考え方（対応等）	構想案ページ
はじめに	パブリックコメント	<p>法令上は県に稼働病床については削減の権限がないとされており、構想案にもその旨記載されている。しかし、非稼働病床については、公的病院（県立病院、自治体病院、日赤、厚生連など）に対して削減命令ができ、民間病院に対しても要請することができる。また、機能分化に向けて公的病院へ指示、民間病院へは要請することができるなど、県知事の権限は法令上強化されている。</p> <p>長野県では公的医療機関の比率が高く、各医療圏において地域医療の中心的役割を果たしている公的病院が優先的に病床削減の対象とされる形であり県民に不安感を与える。長野県としては病床削減の命令、指示、要請等を行わないことを宣言し、地域住民のために必要病床を確保する姿勢を強く打ち出すべきである。</p>	<p>1 ページや 19 ページ等に重ねて記載しているとおおり、病床数の必要量の推計値は、病床の削減目標ではなく参考値であり、構想策定後は医療関係者等が推計値の意義についてご理解いただいた上で、地域の医療資源や、在宅医療や介護施設の状況、国の療養病床の見直し等を考慮しながら、それぞれの地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、関係者が自主的な取組を進めていくことにより、医療需要に応じた病床数に収められていくものと考えており、県は医療機関の取組等に対して、地域医療介護総合確保基金等を活用して必要な支援をまいります。</p>	1 19 29 (修正なし)
第1節 地域医療構想の基本的事項	県独自修正		<p>第6次保健医療計画期間（平成25～29年度）の途中で地域医療構想を追記する根拠の説明が不足していたことから、1. 地域医療構想の位置付けに、『2014年（平成26年）6月に制定された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の施行に伴う医療法の改正により医療計画に定める事項として位置付けられました。』と記載しました。</p>	2 (修正あり)
	パブリックコメント	<p>2 ページの地域医療構想の位置づけの2つ目の○に、「在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策等について定める」とありますが、今回の地域医療構想（案）の中に地域ごとに在宅医療の目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策が提示されておらず、活発な意見交換が出来ていないように思います。</p>	<p>地域医療構想は現行の第6次保健医療計画（平成25～29年度）の一部として追記するものであり、在宅医療の目標等については、平成30年度からの第7次保健医療計画の策定における圏域連携会議等の場で、地域の実情を踏まえ協議・検討していくものと考えています。</p>	2 (修正なし)
第2節 長野県の概況	県独自修正		<p>3 ページ等に記載の2015年（平成27年）の人口について、国勢調査の人口等基本集計が公表されたことから、それまで記載していた毎月人口異動調査の数値から置き換えました。</p>	3 33～52 (修正あり)

	関係団体 (長野県保険 者協議会)	6 ページの(2) 医療従事者の状況の「ア 人口10万人 当たり医療施設従事医師数の説明に「全国との比較では、 松本医療圏を除く全ての二次医療圏で全国平均の数値を 下回っています。」を加筆願いたい。	ご提案のとおり追記しました。	6 (修正あり)
	市町村等 (上伊那広域 消防本部)	12ページのイ 救急搬送時間の「北信・大北・上伊那 などで現場到着から収容まで時間がかかる傾向がありま す。」とのコメントは、すべて搬送する側(消防側)に要 因があるものとの誤解を与える。 消防は、「現場到着から収容まで」を、「①現場到着か ら現場出発まで」及び「②現場出発から収容まで」に分 け、常に時間短縮に向けた検討を行っている。 ①には、救急隊が現場において行う応急処置にかかる 時間、又医療機関の受入れ照会にかかる時間、受け入れ が不可の場合は、別の医療機関に照会する時間などが含 まれ、②は、現場から病院までに要する真の搬送時間 であり、距離等の地理的条件、交通状況などの影響を受け る。 また、最近、救命士による処置が拡大されたことによ り現場滞在時間が延びる傾向にあるため、訓練を重ねる など、時間短縮に向けて努力しているところであり、こ うした救急現場における現状を加筆するなど、「時間がか かる傾向がある」ことについて説明を加えてほしい。	ご指摘を踏まえ、3つ目の○として「近年、救 命士による処置が拡大されたことにより現場滞 在時間が延び、現場到着から収容までの時間は長 くなる傾向があります。」と記載しました。	12 (修正あり)
第3節 医療 需要と病床数 の必要量等の 推計	関係団体 (長野県保険 者協議会)	1. 病床数の必要量の推計値が持つ意義に記載の「推 計値は2025年度に必要とされる病床数の推計値であり、 医療計画上の病床の適正配置を促進するための基準であ る基準病床数とは異なるものです。」に「～異なるもの ですが、将来的には、基準病床数と推計値との不整合が生 じないように、需要予測の精度を高めていくことが求め られます。」を加筆願いたい。	構想案に記載のとおり、病床数の必要量の推計 値と、基準病床数とは定義が異なるものであり、 現在、国による医療計画の見直し等の検討の中 で、その関係が整理されています。	19 (修正なし)

項目	意見提出区分	意見の内容	考え方（対応等）	構想案ページ
第3節 医療需要と病床数の必要量等の推計	パブリックコメント	<p>長野県全体では2040年までは2013年のレベル以上の入院医療需要があると予測されているが、地域医療構想（案）では、約1割の病床削減を目標値とする結論になっている。国の算定基準に基づく計算から得られた参考値であるとの但し書きがあるが、将来の入院需給バランスからかけ離れた説明のつかない結論により医療現場に混乱を持ち込むようなことは慎むべきと思う。少なくとも、2040年までは現在の病床規模を維持するという地域医療構想にすべき。</p>	<p>地域医療構想で定める2025年度の医療需要や病床数の必要量の推計方法については、療養病床の入院患者のうち、医学的に退院可能であるとする患者の一定数を、自宅や介護施設等に対応すると仮定するなど、基本的に国の法令・通知に基づいた推計方法を用いることとされています。</p> <p>このため、構想案には推計値が病床の削減目標であるといった誤解を与えないよう、推計値の持つ意義について、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あくまで将来の医療提供体制構築に向けた参考値であること。 ・推計値が県の病床削減目標といった性格は持たないこと。 <p>を明記したところです。</p>	19 (修正なし)
	パブリックコメント	<p>2025年の医療需要と病床数の必要量の推計方法については、県の策定委員会でも推計方法に関する疑問が多数上がっていたが、国が示している推計値は2013年度のレセプトデータに基づき、入院受療率を人口推計に当てはめただけの机上の空論といえる。</p> <p>現状でも病床不足や費用など諸事情により入院が必要な患者すべてが入院できているわけではない。こうした前提に立った推計では地域住民にとって必要十分な医療が提供できないこととなる。</p> <p>また、医療機能を4区分としそれぞれの推計値も同時に示しているが、この数値についても、医師確保の問題を含めて地域の現状とは乖離している。</p> <p>地域医療構想の本質は全国一律の計算式で2025年の病床数を推計し、推計値に収斂させることにより都道府県ごとの医療費適正化（抑制）を推進することである。</p> <p>長野県の構想（案）では、推計値は「一定の仮定に基づく推計」で「参考値」であることを随所で強調しているが、1に掲げたように数値の信頼性に乏しいものを参考値とはいえ記載する必要はない。こうした数値は誤った施策の指標となりかねない。</p>	<p>医療法により地域医療構想では2025年度の医療需要や病床数の必要量を定めることとなり、その推計方法については、療養病床の入院患者のうち、医学的に退院可能であるとする患者の一定数を、自宅や介護施設等に対応すると仮定するなど、基本的に国の法令・通知に基づいた推計方法を用いることとされています。</p> <p>このため、構想案には推計値が病床の削減目標であるといった誤解を与えないよう、推計値の持つ意義について、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あくまで将来の医療提供体制構築に向けた参考値であること。 ・推計値が県の病床削減目標といった性格は持たないこと。 <p>を明記したところです。</p>	19 (修正なし)

	<p>関係団体 (長野県保険 者協議会)</p>	<p>20ページの(3)病床の機能区分に「病床機能報告制度は、医療提供体制の現状を正確に理解するための根幹であり、機能区分の解釈が医療機関によって大きく食い違わないような仕組みの導入が求められる。」を追記願いたい。</p>	<p>病床機能報告制度の注釈に、「病床の機能区分は医療機関の自主的な判断による報告のため、機能区分の解釈が医療機関によって大きく食い違わないよう制度の見直しを求める意見がある。」と追記しました。</p>	<p>20 (修正あり)</p>
	<p>パブリックコメント</p>	<p>療養病床は、医療区分1の患者の約7割が退院可能と試算して病床目標値を試算している。しかし、長野県が行った療養病床入院患者のアンケートでは、医療区分1の患者であっても家庭の介護力等の理由により約6割の患者が退院できないという結果である。受け皿となる家庭の介護力の低下等により受け入れの前提条件が崩れている中で、実現の可能性のない療養病床削減の目標値を示すことは矛盾している。 また、全国最下位レベルの療養病床をさらに少なくする推計結果は、地域で療養病床の入院が必要な住民の受療権をさらに奪うことになる。</p>	<p>地域医療構想における将来の医療需要等の推計は、国の法令通知に基づき推計することとされています。 現実には24ページに記載のとおり、医学的には退院可能でも実際の退院は容易ではないことから、病床の削減については、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要な旨を記載しています。</p>	<p>24 (修正なし)</p>
	<p>パブリックコメント</p>	<p>在宅を含む医療及び介護体制の整備や、医療従事者の確保がなされないうちに、先行して病床を削減しないことが重要です。高齢者が安心して地域で生活していくためには、医療・介護体制の充実が不可欠です。</p>	<p>ご意見の趣旨は24ページに「病床の削減については、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要です。」と記載しています。</p>	<p>24 (修正なし)</p>
	<p>パブリックコメント</p>	<p>療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%は在宅医療等とした点についてその根拠はなく、十分な受け皿の整備無しに病床削減のための機械的な試算といえる。 在宅で療養できる環境整備、医療や介護の診療報酬上の評価の充実など具体的な施策が示されないままに在宅への移行をすすめることは非常に危険である。</p>	<p>24ページに県独自に実態調査した結果を示したうえで、「病床の削減については、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要です。」との考えを記載しています。</p>	<p>24 (修正なし)</p>

項 目	意見提出区分	意 見 の 内 容	考え方（対応等）	構想案 ページ
第3節 医療 需要と病床数 の必要量等の 推計	パブリックコ メント	地域医療構想（案）の中では療養病床を居住施設に転換させる方針が述べられているが、施設建設・改修の減価償却が終わらない前に、収入が下がり現在の職員を退職させるような制度への誘導は、民間の医療機関の経営のイロハを知らない乱暴な机上の案であると思う。もう少し長い期間で制度変更を図るべき。	療養病床については、国の療養病床の在り方等に関する検討会や社会保障審議会の特別部会における議論の状況を記載したものです。 今後は、介護療養病床については社会保障審議会介護給付費分科会、医療療養病床については中央社会保険医療協議会で議論されるため、その動向を注視してまいります。	26 (修正なし)
	関係団体 （上小医療圏 地域医療構想 調整会議）	介護療養病床を新基準にするよりも、現状維持にして、介護度の低い人は在宅に移行させた方が経費が軽減するのではないのでしょうか。	平成29年度末で廃止が予定されている介護療養病床等については、これまで国の療養病床の在り方等に関する検討会や社会保障審議会の特別部会で検討されてきましたが、今後は、介護療養病床については社会保障審議会介護給付費分科会、医療療養病床については中央社会保険医療協議会で議論されるため、その動向を注視してまいります。	26 (修正なし)
	関係団体 （長野県保険 者協議会）	29ページの赤枠の事項は、繰り返し述べられており重畳的に過ぎるため削除してはどうか。	病床数必要量の推計値の持つ意義を周知するため、繰り返し記載しているものです。	29 (修正なし)
(在宅医療等 の必要量の推 計)	パブリックコ メント	病床が削減されれば、患者は当然在宅医療へ移行することになるにもかかわらず、在宅医療の受け入れ体制についての将来必要量予測値は、結果として削減目標とされる病床数を下回る必要予測値が出されている。 地域医療構想(案)では訪問診療の必要量も低く見積もられているが、高齢者世帯、独居高齢者の増加により、訪問診療の必要量はもっと多くなるとわれ、もっと現状に沿って詳しく厳密な調査を行い、安易に訪問診療供給体制の希望的な予測は行わないようにすべき。 療養病床を削減することで、介護入所施設で医療処置が必要な入居者が確実に増える。介護入居施設で胃瘻患者・在宅酸素治療・気道吸引が必要な患者の受け入れが、どのようなことにより可能になるかを、介護入居施設を	病床数の必要量の推計値は、病床の削減目標ではなく参考値であり、実際には、将来の医療需要を見据えつつ、在宅医療等が充実する中で、医療機関の自主的な病床整備に関する取組により、地域の医療需要に応じた病床数に収れんされていくことになると考えています。 このため、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病院のベッド以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を、将来の必要病床数と合わせて考えていく必要があると考えます。 県としては、28年度に「高齢者の生活介護実態調査」により、在宅の要介護者の生活介護の実	32 (修正なし)

		<p>対象にした調査を行い、改善策を検討すべき。</p> <p>訪問診療や訪問看護があっても、家庭の介護力がない限り自宅療養はできないため、自宅療養に欠かせない家庭の介護力をもう一步進めて調査を行う必要がある。高齢者世帯、独居高齢者、日中独居・高齢者世帯等の実数を把握する必要がある。</p>	<p>態や介護サービス事業者の医療的ケアへの対応状況などを調査しているところであり、こうしたデータを踏まえつつ、第7次保健医療計画や次期高齢者プランを検討する中で、在宅医療の整備などに関する医療機関や市町村等の取組への支援策について検討してまいります。</p>	
第4節 構想 区域ごとの概況	パブリックコメント	<p>上伊那地域の2025年度の病床数の必要量等の推計値について「高度急性期 119 床、急性期 432 床、回復期 381 床、慢性期 221 床」として、介護施設等を含む在宅医療等へ2015年度の稼働病床よりも33床も減らす推計となっています。</p> <p>県は「削減を県が押しつける」ものではないとしていますが、国の算定指標は全国一律のものであり、全国的に医療費が増えているために、病床を削減するために目標として、国が各都道府県に推計値を作らせるものです。</p> <p>しかし、長野県の状況は、医師不足により、すでにある病床も稼働できないところが沢山あります。特に上伊那地域では医師不足が深刻であること等から、推計値は最低でも「高度急性期 119 床、急性期 519 床、回復期 450 床、慢性期 240 床の合計 1,328 床」とするべきです。</p>	<p>地域医療構想で定める2025年度の医療需要や病床数の必要量の推計方法については、療養病床の入院患者のうち、医学的に退院可能であるとする患者の一定数を、自宅や介護施設等で対応すると仮定するなど、基本的に国の法令・通知に基づいた推計方法を用いることとされています。</p> <p>このため、構想案には推計値が病床の削減目標であるといった誤解を与えないよう、推計値の持つ意義について、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あくまで将来の医療提供体制構築に向けた参考値であること。 ・推計値が県の病床削減目標といった性格は持たないこと。 <p>を明記したところです。</p>	41 (修正なし)
	市町村等 (駒ヶ根市)	<p>41ページの医療・介護提供体制の現状と課題で上伊那は人口10万人当たり病床数、医師数、看護師数が少なく、これらの確保が必要という課題が示され、このことは当該地域にとって深刻な課題です。しかし、これに対応する施策の記述がほとんどなく、当該地域としては懸念が深まります。さらに踏み込んだ施策を盛ることが必要ではないでしょうか。</p>	<p>構想案の構成では将来の医療提供体制を実現するための施策は第5節に記載することとしています。</p> <p>医療従事者の確保については、当該地域だけでなく全県的に取り組むべき課題であると認識しており、構想案の60ページから61ページにかけて医師や看護師等医療従事者の確保・養成に関する施策の方向性を一括して記載しています。</p> <p>県としては、引き続き第6次保健医療計画に基づく医療従事者の確保・養成に取り組むとともに、現在策定を進めている平成30年度からの第7次保健医療計画を策定する中で、医療従事者の地域課題の解決に向けた具体的な施策を検討してまいります。</p>	41 (修正なし)

項 目	意見提出区分	意 見 の 内 容	考え方（対応等）	構想案 ページ
第4節 構想 区域ごとの概 況	市町村等 (秦阜村)	<p>飯田下伊那地域は、都市型の人口構成地域もあるが山間部はすでに高齢者人口も減り始めている。すべての世代で人口減少が進んでおり、在宅医療推進を掲げる国の政策がそのまま当てはまる地域ではない。つまり、在宅医療推進といっても家族介護が前提とされているがその家族介護力が落ちているし、介護人材の確保がかなり厳しくなっている。</p> <p>また、診療所を中心に地域医療も推進されているが、それは各診療所の赤ひげ先生に頼っているケースが多く、在宅医療ができる体制が整備されているわけではない。それを整備するのは、行政の役目と言われるが、それがいかに難しいことかは経験済み。</p> <p>そこで考えられるのが、地域全体としては、病院のベッド数を減らすことなく、病院が高齢者のある程度の受け皿になる必要があるということ。</p> <p>という視点から2025年度の病床数1,338床でなく、回復期、慢性期を100床ずつ増やし現在並みの1,500床程度を確保する計画にしてほしい。</p> <p>在宅医療、福祉をやってきた秦阜村、現在でも在宅死約4割を維持している。医療費増対策としての在宅推進は、村の経験から理解できるが、すでに縮小社会のフロントランナーである飯田下伊那地域は、国の方針通りでは、時すでに遅い。高齢者が減り、医療費を押し上げる要因のないこの地域では、現在の医療資源を確保しながらいかに終末を迎えるか、ということ。</p> <p>国の示す基準どおりの計画でなく、長野県独自の数字を出してほしい。</p>	<p>地域医療構想で定める、2025年度の医療需要や病床数の必要量の推計方法については、療養病床の入院患者のうち、医学的に退院可能であると患者の一定数を、自宅や介護施設等に対応すると仮定するなど、基本的には、国の法令・通知に基づく推計方法を用いることとされています。</p> <p>このため、構想案には、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あくまで将来の医療提供体制構築に向けた参考値であること。 ・推計値が県の病床削減目標といった性格は持たないこと。 <p>を明記したところです。</p> <p>構想策定後は地域の医療資源や、在宅医療や介護施設の状況、国の療養病床の見直し等も考慮しながら、それぞれの地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、関係者が自主的な取組を進めていくことが大切だと考えています。</p>	42 43 (修正なし)
	パブリックコメント	44 ページの患者の流出入の状況のとおり木曾地域の回復期リハビリ患者の多くは遠距離地域に頼っています。今後、医療と介護が切れ目ない連携を取りやすいよう、地域内のリハビリ機能を量的、内容的に増やして頂くか、近隣地区に木曾地域用の病床を用意して頂きたい。	地域医療構想における将来の医療需要や病床数の推計値はあくまで参考値であり、個々の構想区域における医療提供体制については、地域医療構想調整会議等で地域の実情を踏まえ協議・検討していくものと考えています。	44 (修正なし)

	<p>関係団体 (木曾医療圏 地域医療構想 調整会議)</p>	<p>45ページの医療・介護提供体制の現状と課題の「現状」について、1つ目の○の「広い面積の中で、」を削除し、2つ目の○を、「隣接する岐阜県中津川市が国保坂下病院及び中津川市民病院の機能再編を進めており、将来的な木曾区域の患者流出入の動向に影響を与える可能性があります。」に変更していただきたい。</p> <p>また「課題」について、1つ目の○を、「地域住民や移住者、旅行者等が、安心して暮らし、訪れることができるよう、救急医療、災害医療、感染症対策、へき地医療等の政策的医療について、引き続き県立木曾病院が拠点病院としての役割を果たすことが求められます。それに伴い、医療機能やアクセスの確保が必要です。」に、2つ目の○を、「人口当たりの医療施設従事医師数及び看護職員数は、共に10 医療圏の中で最少であり、医療従事者の確保が大きな課題です。また、開業医師の高齢化等により、診療所を含めて地域医療提供体制を存続させていくための検討を行う必要があります。」に、3つ目の○を、「採算性の低い山間地等の訪問サービスを担う介護事業所の休止、閉鎖が続いており、介護サービス提供事業者及び介護従事者の確保、育成も重要となっています。」に変更していただきたい。</p>	<p>ご提案のとおり修正しました。</p>	<p>45 (修正あり)</p>
	<p>パブリックコメント</p>	<p>木曾構想区域の2025年度の病床数必要量の推計について、2015年度の木曾郡唯一の有床病院である長野県立木曾病院の許可病床数 259 床、稼働病床数 186 床を、2025年度には病床数の必要量等推計値が 138 床まで引き下がっていることにたいへんな不安を感じている。</p> <p>少なくとも2025年度推計値としては、現状の186床の長野県立木曾病院の機能維持をお願いするほか、下記の5点を県民意見として提出する。</p> <p>1 木曾郡の状況</p> <p>木曾郡の面積は香川県の8割余りで県下の中でもとても広い地域である。(1546.26km²)南北に走る木曾川に沿って国道19号線、JR中央西線が走り、木曾福島地区を中心として町村が散在し、訪問医療では1日2か所しか行けない山間地もある。しかし、信州と名古屋、関西を結ぶ要路を確保している面もある。冬季に厳しい寒さを迎</p>	<p>地域医療構想における将来の医療需要や病床数の推計値はあくまで参考値であり、個々の構想区域における医療提供体制については、地域医療構想調整会議等で地域の実情を踏まえ協議・検討していくものと考えています。</p> <p>また、県では、医師確保を重要な課題であると認識しており、木曾地域の医師確保については、今後もドクターバンク事業による医師の紹介や信州大学等の関係者に支援を求めるなど、医師の確保に努めるとともに、現在策定を進めている平成30年度からの第7次保健医療計画を策定する中で、さらに具体的な施策を検討してまいります。併せて、木曾病院が木曾地域唯一の病院としての役割を果たすため、今後も必要な支援を行なってまいります。</p>	<p>44 45 (修正なし)</p>

項 目	意見提出区分	意 見 の 内 容	考え方（対応等）	構想案 ページ
第4節 構想 区域ごとの概 況		<p>える地域でもあり、人口 28,000 人余で少子高齢、過疎化が進んでいる。</p> <p>2 医師数の増加を 木曾郡の医師数は県下でも格段に少なく、実数 34 人で 10 万人当たり 117.2 人、比率で見ると県平均の 54%、松本圏域の 33%であり、全国平均の 50%となっている。各町村の在宅医も減り、医師の高齢化も進んでいる。唯一の県立木曾病院でも常勤医が減っている。医師の増員は住民の悲願でもあり、現在木曾で活躍している医師の苦勞を減少でき、在宅の医療にとってもプラスになると考える。</p> <p>3 木曾郡唯一の有床病院で 53 年の歴史のある木曾病院の充実を 地域医療の要である木曾郡唯一の木曾病院の充実は、木曾地域住民の医療に対する悲願である。 日本遺産に代表される観光地としての木曾の魅力を更に上げる。古来より信州の南玄関口である木曾地域の発展がひいては長野県の発展に繋がると考える。そのためにも、木曾病院を魅力ある病院としたい。 現在、木曾南部の住民は岐阜県、坂下病院へ通う人が多い。ところが坂下病院の存続が設置自治体で検討されている。木曾郡南部の住民も少し遠距離だが、来たくなるような木曾病院であってほしい。 今後、様々な方向を考えると、郡民にとって木曾病院は魅力ある病院としたい。循環器、脳神経外科等々の再開はもちろん耳鼻科等々の常勤の医師の存在は病院を魅力あるものにする。来院者も増加して魅力ある病院となると考える。</p> <p>4 医療従事者にとって魅力ある、働き甲斐のある病院を 家族を見舞って帰る夜、看護師さんの詰所で、一面に張られたたくさんのレントゲンの説明を受けたり、意見や質問する医療者の姿を見て、生きいきと学ぶ姿に感動</p>		

		<p>したものだった。</p> <p>医療に携わる人たちは探究心、向上心に満ち、和やかに連携することが必要だと考える。木曾病院だからこそ学べることも多いのではないだろうか。医療の従事者にとって、魅力があり、働くことに充実感を持てる病院であってほしい。それが患者にとっても魅力ある病院であるはずだと考えている。</p> <p>地域住民も信州木曾看護専門学校の支援や、明るい病院とするための努力を続けていきたい。</p> <p>5 交通の利便性向上を</p> <p>現在も木曾郡各地から木曾病院へのバスや福祉タクシーは出ているが、さらに増便や、遠距離の場合は特急のようなバスを工夫して走らせることで、木曾北部、木曾南部、山間部からの木曾病院通院の時間短縮や交通の便をよくして、今まで以上に木曾病院が木曾の中心となり、木曾の医療の充実を図ることができると思う。</p> <p>安心して住める地域には、医療の充実が必須である。</p>		
第5節 将来の医療提供体制を実現するための施策（基本方針）	関係団体（長野県保険者協議会）	<p>1. 施策の基本方針について、</p> <p>「県民が安全で質の高い医療サービスを楽しむことができる体制」を「県民が安全かつ効率的で質の高い医療サービスを楽しむことができる体制」に加筆願いたい。</p>	ご提案のとおり修正しました。	54 (修正あり)
(病床機能の分化・連携)	関係団体（長野県保険者協議会）	<p>2 (1) ア 医療機関の連携体制の構築の1つ目の○</p> <p>「限られた医療資源を有効に活用し、質の高い医療を実現するために」を「限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するために」に修正願いたい。</p>	ご提案のとおり修正しました。	54 (修正あり)

項 目	意見提出区分	意 見 の 内 容	考え方（対応等）	構想案 ページ
(病床機能の 分化・連携)	関係団体 (松本広域消 防局)	<p>機能分化、連携が重要視されてくる中で、患者等の移動は増加が見込まれます。</p> <p>消防救急の問題として、転院搬送（全体の約1割）、福祉施設からの搬送（全体の約1割）が決して少なくない現状があります。</p> <p>救急車が本当に必要か疑問を感じる事案も少なくなく、今後も増加することにより、救急車の現場到着時間の遅延により助かるはずの命が助からない事案が生じる懸念があります。</p> <p>地域医療構想の中で、一定の方向性を示すことはこれらの懸念を解消する大きな役割を果たすことになることと考えるため、(1) 病床機能の分化・連携の医療機関の連携体制の構築の主な取組に、「○病院間、高齢者福祉施設間の移動手段について、民間患者搬送事業者、病院又は施設等の移動手段の確保について支援する。」を追加してほしい。</p>	<p>患者搬送における移動手段の確保への支援については、第7次保健医療計画の救急事業における策定過程の中で検討してまいります。</p>	55 (修正なし)
	パブリックコメント	<p>24 ページの「病床の削減については、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要です。」との記述について、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行させるためには、圏域内における在宅医療等の提供体制の協議を進めることが必要になります。そして、在宅医療等の提供体制の協議は、地域医療構想に示されている在宅医療等の必要量（対象患者数）の推計だけでは情報不足であり、「平成27年度長野県療養病床入院患者等実態調査」に示されている「在宅での受け入れが困難とされる理由」のように、圏域内での「在宅での受け入れ可否」の状況分析がなければできません。</p> <p>従って、地域医療構想では、圏域内での「在宅での受け入れ可否」の状況分析の方法論にも触れて、在宅医療等の提供体制の協議が進むように促すべきです。</p>	<p>在宅医療等の状況分析については、平成27年度に、医療機関等に対して「長野県における在宅医療提供状況等に関する調査」を行っており、また、28年度に「高齢者の生活介護実態調査」により、在宅の要介護者の生活介護の実態や介護サービス事業者の医療的ケアへの対応状況などを調査しているところです。</p> <p>こうしたデータの地域への提供については、構想案55ページに「医療機関の自主的な取組の検討に資するため、病床機能報告やDPCデータ等を活用して地域の現状を分析し、地域医療構想調整会議等を通じて提供する方策を検討します。」と記載したところです。</p>	55 (修正なし)

	パブリックコメント	<p>32 ページに「それぞれの地域にあった在宅医療等の提供体制を目指すことが重要です。」と記述され、31 ページの図にも在宅医療等の説明として「現実には、在宅医療や介護施設等の充実の状況、国の療養病床の見直しなどを考慮し、地域の関係者が自主的な取組を検討していく部分です。」と記述されていますが、在宅医療等の提供体制は削減された病床数を下支えする最も重要な医療と介護のサービス提供体制であり、十分な状況分析をして体制整備に臨まなければ、将来の医療提供体制全体に歪みが生じかねません。</p> <p>従って、地域の自主的な取組が望まれるのは当然としても、取組が遅れないような配慮が、地域医療構想には盛り込まれるべきです。</p>	<p>在宅医療等の状況分析については、平成 27 年度に、医療機関等に対して「長野県における在宅医療提供状況等に関する調査」を行っており、また、28 年度に「高齢者の生活介護実態調査」により、在宅の要介護者の生活介護の実態や介護サービス事業者の医療的ケアへの対応状況などを調査しているところです。</p> <p>こうしたデータの地域への提供や取組が遅れないような配慮については、構想案 55 ページに「医療機関の自主的な取組の検討に資するため、病床機能報告やDPCデータ等を活用して地域の現状を分析し、地域医療構想調整会議等を通じて提供する方策を検討します。」「地域で不足する病床機能への転換及び必要な設備等の充実強化に向け、地域医療介護総合確保基金を活用し積極的に支援します。」と記載したところです。</p>	55 (修正なし)
(在宅医療等の体制整備)	関係団体 (長野県保険者協議会)	56ページのA 地域包括ケア体制の構築の施策の方向性に「地域住民に対して、居住地域の地域包括ケア体制の構築状況について必要な情報発信を行う。」を追加願いたい。	ご提案を踏まえ、主な取組に「各地域における地域包括ケア体制構築の進捗状況が明確になるよう、構築状況の可視化に取り組みます。」と追記しました。	56 (修正あり)
	市町村等 (箕輪町)	41ページの上伊那の現状に、「医療提供体制の充実が図られ、機能分化・連携が進んでいる地域」とあるが、圏域内の一部の地域に限られていると思われる。 また、在宅医療・介護をいかに充実していくかという課題に対して継続して提供できる体制をどのように整えていくのか、地域包括ケアシステムの充実はどのようにしていくのか具体的に記載してほしい。	現状と課題については、市町村ごとの現状ではなく、あくまでも構想区域（二次医療圏）を基本として記載しています。 また、56 ページに地域包括ケア体制の構築に係る施策を記載していますが、引き続き、第7次保健医療計画や次期高齢者プランを検討する中で、在宅医療や地域包括ケア体制の構築に向けた施策を検討してまいります。	56 (修正なし)
	関係団体 (木曾医療圏地域医療構想調整会議)	56ページのイ 多様な住まいの整備の施策の方向性の2つ目の○を、次のとおり変更していただきたい。 「療養病床から新たな施設系サービス等への移行については、構想区域の実情やそれに基づく自治体の要望及び国の制度改正を踏まえ、円滑に進むよう医療機関の自主的な取組を支援します。」	ご提案のとおり修正しました。	56 (修正あり)

項 目	意見提出区分	意 見 の 内 容	考え方（対応等）	構想案 ページ
(在宅医療等の体制整備)	パブリックコメント	<p>国の提唱する地域包括ケアの内容は、今まで利用できていた介護保険サービスの利用を制限する施策です。</p> <p>病床削減により介護施設や在宅療養に押し出される患者の受け皿となる介護サービス供給体制を同時に後退させることは、まったく矛盾した逆の施策であり、地域の状況をさらに悪化させることになります。</p> <p>このような制度の後退が起こらないよう、県としても独自に国へ意見することを希望します。</p>	<p>国に対し、介護保険制度が安定的に運営されるよう、国の責任での財政措置や必要な制度改正を要望しております。</p>	56 (修正なし)
	パブリックコメント	<p>開業医も含めた病院等からの往診や介護施設の充実など、より身近な医療や介護の体制整備を人材確保と並行して行うべきです。</p>	<p>より身近な医療や介護の体制整備について、57ページに「可能な限り、住み慣れた地域で療養生活が送れるよう、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、在宅療養患者の症状が急変した時の対応、人生の最終段階（終末期）の看取りまで、医療機関や地域包括支援センター等、医療従事者と介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制の構築を目指します。」と記載し、また、介護施設の充実については、56ページに「介護保険施設のほか多様な種類の高齢者向け住まいについて、中長期的な将来の利用見込みに配慮しながら整備を進めます。」と記載しています。</p>	56 57 (修正なし)
	パブリックコメント	<p>地域包括ケア体制の構築には、入退院時の情報を共有するため、現在進行中の入退院時連携ルールの早期策定と、確実な実施が必要です。特にケアマネジャーが退院時の病院情報を詳細に把握し、家族と地域医療者の橋渡しをすることが重要です。</p>	<p>ご意見の内容は、57ページのウ 医療と介護との連携の主な取組に「二次医療圏ごとに設置した、病院、診療所、介護、市町村等関係者による協議の場を活用し、入退院時の情報共有の仕組みの策定・運用や在宅医療・介護連携の相談支援体制の整備などを進めます。」と記載しています。</p>	57 (修正なし)

<p>関係団体 (長野県看護協会)</p>	<p>57 ページのエ(ア)の現状と課題に、 「○今後、訪問看護師の役割が期待される中、訪問看護師育成の教育体制が乏しい。実習受け入れ施設の確保や訪問看護ステーションでの新人看護師育成体制整備が必要です。 ○在宅療養を推進するためにも、訪問看護ステーションと病院の看護職出向システムにより、相互の連携が期待されます。」 と追加してほしい。</p>	<p>訪問看護師育成の教育体制や新人看護師育成体制整備の必要性、看護職出向システムについては、58 ページの主な取組の訪問看護に携わる看護職の確保、訪問看護事業所の運営等に関する体制強化への支援等に含めて記載しています。</p>	<p>57 58 (修正なし)</p>
<p>パブリックコメント</p>	<p>在宅療養の要となる訪問看護ステーションを強化する方針が書かれているが、人口が少なく面積の広い山間部では、看護師の人的費と事業所を維持するだけの在宅療養患者が集中していないため、実際には経営は成り立たない。飯田下伊那地域では、南部の阿南町を中心として訪問看護体制を維持することが困難に直面している。 現在の介護報酬・診療報酬では行政からの財政的な支援がなければ周辺山間部の訪問看護の体制を構築できないため、何らかの行政の財政的支援対策が必要。</p>	<p>中山間地域では、介護保険サービスの利用者が少なく、かつ、点在しているなど、介護サービスを安定して提供することが困難な場合があることは承知しています。 介護報酬では、中山間地域へのサービス提供に対する加算が設けられていますが、そうした厳しい地域の状況を踏まえ、中山間地域への支援策を国へ提案するためのモデル事業の実施を検討しています。</p>	<p>57 58 (修正なし)</p>
<p>パブリックコメント</p>	<p>56 ページのア 地域包括ケア体制の構築の施策の方向性として「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を目指す。」とある様に、過疎地や中山間地域に定期的に鍼灸師が巡回サポートをし、介護予防運動の実施やセルフメディケーションとしての鍼灸の施術、つぼを応用した肩こり、腰痛、膝痛など高齢者の3大症状を軽減させる事により、健康で活力ある自立した健康老人を増やす事を目的とし、これにより医療費の削減も可能。57 ページのエ 在宅医療等提供体制の整備の(ア)の施策の方向性の中に何故我々鍼師、灸師、按摩マッサージ指圧師が入っていないのか甚だ疑問。</p>	<p>ご意見にあるとおり、56 ページのア 地域包括ケア体制の構築の施策の方向性については、鍼師、灸師、按摩マッサージ指圧師、柔道整復師等も含め、様々な専門職の参加により高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を目指すことを記載しているところです。 ご指摘のエ(ア)の施策の方向性の2つ目の○に記載した「医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、介護支援専門員等」については、一人の患者に複数の専門職が連携して治療やケアに当たる「チーム医療」に関して、主に在宅医療・介護の場面における専門職の連携の事例を挙げたものですので、ご理解ください。</p>	<p>58 (修正なし)</p>

項 目	意見提出区分	意 見 の 内 容	考え方（対応等）	構想案 ページ
(在宅医療等の体制整備)	パブリックコメント	<p>58 ページに「公益社団法人長野県看護協会と連携し、訪問看護に携わる看護職の確保、訪問看護事業所の運営等に関する体制強化への支援、訪問看護に関する専門研修を実施します。」との記述があり、また、61 ページに「在宅医療の中で大きな役割を果たす訪問看護師の確保・資質向上を図るため、訪問看護師専門研修に参加しやすい環境を整えます。」とも記述されています。</p> <p>訪問看護人材の確保は、特にへき地や郡部では克服が困難な課題です。長野県看護協会は当圏域で「訪問看護ステーションさくら」を運営していますが、当協会ですえ、平成 28 年に、へき地における訪問看護事業の経営困難を理由として「さくら」の事業規模の縮小を決定しました。この際に当協会は、事前に事業対象地の自治体や医療機関並びに医師会、保健福祉事務所とも協議をせずに、このような決定を下したことは、地域医療構想に名称が乗る団体としては関係機関に対する配慮を欠いていると言わざるを得ません。しかしながら本事例は、へき地における訪問看護事業の経営困難は避け難いことであることの証左と理解できます。従って、へき地での訪問看護人材の確保は、研修に参加しやすい環境を整える程度では全く不十分であり、県の補助事業の対象になるような取組みを地域医療構想に盛り込んで頂きたい。</p>	<p>中山間地域では、介護保険サービスの利用者が少なく、かつ、点在しているなど、介護サービスを安定して提供することが困難な場合があることは承知しています。</p> <p>介護報酬では、中山間地域へのサービス提供に対する加算が設けられていますが、そうした厳しい地域の状況を踏まえ、中山間地域への支援策を国へ提案するためのモデル事業の実施を検討しています。</p> <p>また、引き続き、第 7 次保健医療計画や次期高齢者プランを検討する中で、訪問看護人材の確保に向けた施策を検討してまいります。</p>	58 61 (修正なし)
	市町村等 (山形村)	<p>個人医院が在宅医療（往診）を行っている場合、医師が休めないので、個人医院同士や在宅医療支援病院などでフォローできる体制があるとよいと思います。</p>	<p>58 ページのエ(ア)の主な取組で「自ら 24 時間対応の在宅医療を提供しつつ、他の医療機関や医療・介護の現場での多職種連携の支援を行う在宅医療支援病院・診療所の整備を支援します。」と記載しているところです。</p>	58 (修正なし)
	パブリックコメント	<p>58 ページの(イ) 歯科の施策の方向性にある在宅療養患者がサービスを適切に受けられる環境の整備を促進するには、在宅診療に係る機器整備のための補助事業の大幅な拡充と 100%近い補助率の拡大が必要。</p>	<p>在宅歯科医療機器整備に関する補助事業については、歯科を含めた(在宅)医療機器整備事業全体として調整しており、また補助率についても一律としているため、毎年度の予算編成時に事業の必要性などについて検討してまいります。</p>	58 (修正なし)

<p>(医療従事者・介護人材の確保・育成)</p>	<p>市町村等 (岳北消防本部)</p>	<p>岳北消防本部管内では、平成23年頃から飯山赤十字病院の救急受入れ件数が減少し、北信総合病院の受入れ割合が増加。更に北信医療圏外への搬送割合も平成24年以降は10%を超えている状況です。</p> <p>当消防本部管内は、2次医療機関まで遠距離な集落が点在していることに加え、管外への搬送が影響し現場到着から収容までに時間を要していることが課題となっています。</p> <p>北信医療圏の課題にも挙げられている医療従事者の確保による救急受入れ状況の改善が急務であると考えます。</p>	<p>医療従事者の確保については、当該地域だけでなく全県的に取り組むべき課題であると認識しており、構想案の60ページから61ページにかけて医師や看護師等医療従事者の確保・養成に関する施策の方向性を一括して記載しています。</p> <p>県としては、引き続き第6次保健医療計画に基づく医療従事者の確保・養成に取り組むとともに、現在策定を進めている平成30年度からの第7次保健医療計画を策定する中で、医療従事者の地域課題の解決に向けた具体的な施策を検討してまいります。</p>	<p>60 (修正なし)</p>
	<p>パブリックコメント</p>	<p>医療従事者のIターン・Uターン確保に於いて、都市部のような生活インフラもなく、受け皿となる施設、地域の選択幅は少なく、整備も整っていない状況では、マッチングが上手くいかないのではないのでしょうか。</p> <p>特に木曽地域は医療従事者が足りないようにみえます。受け皿にも対策が必要ではないのでしょうか。</p>	<p>県内の医師不足を解消するため、Uターン・Iターンを希望する県外医師等の求職と病院の求人に対応する長野県ドクターバンクを平成19年に設置し、医師の無料職業紹介を実施しています。ドクターバンクでは、求職医師の県内医療機関での就業に向け、個々の希望に応じたコーディネート業務のほか、病院、市町村等とも連携して、住まいやお子さんの就学等の相談にも応じる等きめ細かな対応に努めてまいりました。併せて生活インフラだけでなく、地域の文化や食などの魅力も含めて発信することにより、これまで106名の医師の就業についてお手伝いしてまいりました。</p> <p>なお、地域医療構想は医療計画に追記するものであり、生活インフラなどの整備については記載しておりません。</p>	<p>60 (修正なし)</p>
	<p>パブリックコメント</p>	<p>身近な地域でより安心な医療が提供されるためには、在宅医療を提供する病院や診療所における医療従事者の確保が喫緊の課題です。医師をはじめとして、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士などより幅の広い人材の確保に優先的に取り組むべきです。</p>	<p>医療従事者の確保については、全県的に取り組むべき課題であると認識しており、構想案の60ページから61ページにかけて医師や看護師等医療従事者の確保・養成に関する施策の方向性を記載したところです。</p> <p>県としては、引き続き第6次保健医療計画に基づく医療従事者の確保・養成に取り組むとともに、現在策定を進めている平成30年度からの第7次保健医療計画を策定する中で、具体的な施策を検討してまいります。</p>	<p>60 61 (修正なし)</p>

項目	意見提出区分	意見の内容	考え方（対応等）	構想案ページ
(医療従事者・介護人材の確保・育成)	関係団体 (長野県看護協会)	6ページのイ 看護師等の就業者数の状況の1つ目の○のなお以下を「保健師数は全国2位、助産師数は全国3位に位置しているが、医療圏毎の格差が大きい。特に、小さい町村では保健師の人材確保が深刻な課題となっている。」に修正してほしい。	「医療圏毎の格差が大きい」については、次の○に「地域間の偏在が見られ、」と記載しています。 「特に、小さい町村では保健師の人材確保が深刻な課題となっている」については、60ページ(3)ア 医療従事者の現状と課題の一番目の○の「短時間勤務の増加や夜勤者の確保が困難になるなど」を、「医療機関における短時間勤務の増加、夜勤者の確保が困難なことや、保健師の確保が困難な小規模町村があるなど、今後とも人材確保と定着を図ることが課題となっています。」に修正しました。	6 60 (修正あり)
	関係団体 (長野県看護協会)	60ページからの(3)ア 医療従事者の主な取組に、「○長野県ナースセンター(ナースバンク事業)を充実し、再就業支援・就業相談等を積極的に行い、看護職の確保定着の支援を行います。」と追加してほしい。	ご提案を踏まえ、「○長野県ナースセンター事業(ナースバンク事業、看護学生向けU・Iターン事業等)や看護職員修学資金の活用により、中小規模の医療機関への看護職の確保や町村等への保健師の確保などを図ります。」と追記しました。	61 (修正あり)
その他	市町村等 (箕輪町)	呼吸器を装着など、重症心身障がい者(児)のレスパイトのための入院(入所)対応をしてくれる医療機関が南信にないので要望したい。(療養介護の病床数を増やしてほしい。)	地域医療構想においては、重症心身障がい者(児)等の医療需要は慢性期の医療需要として推計しています。 実際の病床については、重症心身障がい者(児)等を短期的に受け入れる医療型短期入所事業所は南信地域に4カ所、また、療養介護事業所は、県内に7カ所あり、年々定員数を増やしているところです。 県としては今後とも療養介護事業所の定員の拡大を医療機関等に働きかけてまいります。	— (修正なし)

市町村等 (飯田市)	<p>当地域の医療提供体制については、飯伊地区包括医療協議会を中心に、飯田医師会をはじめとする三師会とともに県、飯田市、町村会などの行政も参加して救急、災害医療、健康の記録手帳、産科医療機関、医師等の確保などの課題に取り組んできました。</p> <p>また、医療と介護の連携については、飯田医師会と南信州広域連合が中心となって、南信州在宅医療・介護連携推進協議会を立ち上げて検討を重ねています。</p> <p>これらの取組と経過に充分配慮して、計画の立案とそれに伴う調整や実施をしていただきますようお願いいたします。</p>	<p>地域医療構想の策定に引き続き、第7次保健医療計画や第7期介護保険事業支援計画(長野県高齢者プラン)、市町村介護保険事業計画を策定しますので、医療・介護の充実等が一体的に行われるよう、地域医療構想調整会議などで地域のご意見をお聞きしながら策定作業を進めてまいります。</p>	— (修正なし)
市町村等 (坂城町)	<p>本町では、町内に入院できる医療施設がないため長野地域または上小地域にお願いする立場にあります。</p> <p>入院患者数については、2030年をピークに減少が見込まれるとのことですので、県全体として必要となる病床数が確保できるよう計画をお願いします。</p>	<p>地域医療構想における将来の医療需要や病床数の推計値はあくまで参考値であり、構想策定後、地域医療構想調整会議等の場で他の構想区域の動向も共有しながら、それぞれの地域の実情に応じた医療提供体制を構築するために関係者が自主的な取組を進めていくことにより、地域の医療需要に応じた病床数に収れんされていくと考えています。</p>	— (修正なし)
パブリックコメント	<p>地域の医療従事者や地域住民への理解と同意のないままにまず本構想が決定し、その後医療機関の自主的な取組みを促すというのは本末転倒である。</p> <p>地域の医療提供体制を考える上では、今回の国の推計値ではなく、長野県の医療実態に即したデータ収集と分析を行った上で、県民、関係団体への情報提供と意見集約が必要である。</p>	<p>地域医療構想については、国の策定ガイドラインに定められた2013年度の長野県のレセプトデータ等に基づき、医療審議会地域医療構想策定委員会や全ての構想区域(二次医療圏)に設置した地域医療構想調整会議等で様々なご意見をいただきながら策定作業を進めてきたところであり、医療関係者や住民等からのご意見を反映する手順を経ているものと考えています。</p>	— (修正なし)