

## 第 1 回地域医療構想調整会議の開催状況について

## 1 構想区域ごとの開催日時

日	時 間	構想区域	開催場所
2月 1日 (月)	19:00~20:30	松本	松本合同庁舎 203号室
2月 2日 (火)	15:00~17:00	北信	飯山庁舎 300号室
2月 2日 (火)	19:00~21:00	諏訪	諏訪合同庁舎講堂
2月10日 (水)	13:30~15:30	上小	上田合同庁舎南棟
2月16日 (火)	19:00~20:45	長野	長野保健所 3階会議室
2月17日 (水)	19:00~21:00	飯伊	飯田合同庁舎 502・503号室
2月18日 (木)	18:00~20:00	大北	大町合同庁舎講堂
2月26日 (金)	19:00~20:00	佐久	佐久合同庁舎講堂
3月 3日 (木)	15:00~17:00	木曾	木曾合同庁舎講堂
3月 7日 (月)	19:00~21:00	上伊那	いなっせ会議室

## 2 第 1 回調整会議の概要

- 「医療圏における医療提供体制の課題」及び「地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性」について意見交換
- 意見等の概要は別紙のとおり

## 第1回調整会議における意見等の概要

### ○佐久医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
1 医療圏における医療提供体制の課題について（在宅医療を含む）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・佐久医療圏の中で回復リハビリの病床がもう少しあってもよいのではないか。</li> </ul>
2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国の算出による2025年度の病床数については、あくまでも目安であり、実際に構想に盛り込む病床数は地域の実情を考慮した数値が必要ではないか。</li> <li>・病床稼働率が高い数値で設定されているが、病床数を示された数字まで減らすと、実際にはもっと高い稼働率となり、非現実的ではないか。</li> <li>・療養病床から特別養護老人ホームなど色々な施設に転換した場合にどのような診療報酬や介護報酬になるかわからないと対応が難しい。</li> <li>・療養病床中医療区分1の7割を在宅医療へ移すことについては、この受皿部分が整っていることとセットで考える必要がある。</li> <li>・他の構想区域との患者の流出入については、<u>佐久医療圏においては、医療機関所在地ベースを基本としていくことが望ましい。</u></li> </ul>
3 その他	

○上小医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
<p>1 医療圏における医療提供体制の課題について (在宅医療を含む)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 5 事業               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救急医療                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 三次救急をどのように担うか、将来的な議論必要。</li> <li>・ 安心して住める地域とは、救急と周産期医療が充実している地域。それぞれの医療を単一の医療圏で賄うか、他と連携するかが問題。</li> </ul> </li> <li>○ 災害医療                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療圏内に2つの医師会、管轄区域が分断されている。両医師会の連携が必要。</li> </ul> </li> <li>○ 周産期医療                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 信州上田医療センターがハイリスク分娩の受入れを開始。患者の流出は減少すると考える。</li> <li>・ 安心して住める地域とは、救急と周産期医療が充実している地域。それぞれの医療を単一の医療圏で賄うか、他と連携するかが問題。 【再掲】</li> <li>・ 産科医の高齢化。体力面など現実的な問題ある。</li> <li>・ 信州上田医療センターでハイリスク分娩の受入れを開始。ローリスクの患者は地域の医療機関で分担し、センターが、ハイリスクの症例に専念するシステムが考えられる。</li> <li>・ 産科医不足。県内（信大）からの派遣が受けられず、県外から招聘しているが、限界ある。</li> <li>・ 助産師は、正常出産に関する訓練済み。ただし、医師のバックアップ、連携あることが理想。</li> <li>・ 信大の助産師教育プロジェクト。助産師の育成、レベルアップ、活用に期待。</li> <li>・ 不妊症、不育症の専門機関の整備を研究している。</li> <li>・ 宮崎県では、周産期医療に携わる医師に、新生児医療の技術を高める教育・訓練を実施。分娩及び新生児のリスクにも対応。</li> </ul> </li> <li>○ 小児医療                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 宮崎県では、周産期医療に携わる医師に、新生児医療の技術を高める教育・訓練を実施。分娩及び新生児のリスクにも対応。【再掲】</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>➤ 5 疾病               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 信州上田医療センターが「地域がん診療病院」に指定。患者の流出は減少すると考える。</li> </ul> </li> <li>○ 脳卒中</li> <li>○ 急性心筋梗塞                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 三次救急をどのように担うか、将来的な議論必要。【再掲】</li> <li>・ 安心して住める地域とは、救急と周産期医療が充実している地域。それぞれの医療を単一の医療圏で賄うか、他と連携するかが問題。 【再掲】</li> </ul> </li> <li>○ 精神疾患                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症に関する議論が必要。 認知症と無関係でいることは困難。認知機能・身体機能の状態の見極め、適切なサービスの提供について、地域内で話し合えることが必要。</li> <li>・ 精神疾患患者の救急搬送に際し、診察してもらえない場合ある。</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>➤ 在宅医療               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢化に伴い、医療需要は、入院から外来・在宅へシフトすると予想。有床診療所に期待したいが、減少傾向。</li> </ul> </li> </ul>

<p>2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 患者の流出入 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療資源や体制の整備により、患者の流出は減少すると考える。 【再掲】</li> <li>・ 二次医療圏内での完結が言われているが、地域ごとの特色・現存する資源の利活用を考えるべき。</li> </ul> </li> <li>➤ 今後の取組み <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 長野県総合戦略（人口定着のための方策）との整合性が図られているか。</li> <li>・ 地域の医療の状態が県のレベルに達しているという実感なく、現状に満足してはいけない。</li> <li>・ 一医療圏内でも医療資源の偏在あり、医療圏を更にきめ細かに評価する必要ある。</li> <li>・ フリーアクセスにより、医療資源が偏在化し、供給の効率性が低下。地域医療構想が、医療提供体制を効率的に行おうとするものであるなら否定しない。</li> </ul> </li> <li>・ 全国一律で示された病床数には反論しないが、強制されるものではないと理解。</li> </ul>
<p>3 その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 人材の確保・定着 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療従事者数は、地域における医療体制の方向性との関連付けが必要。</li> <li>・ 自治医大卒業生の配分を平等に。</li> <li>・ 新規医師の希望と実配置がミスマッチ。単一の地域内で大小の医療機関に勤務させるなど研修システムを改め、地域のために頑張る医師を育成する必要ある。</li> <li>・ 産科医不足。県内（信大）からの派遣が受けられず、県外から招聘しているが、限界ある。【再掲】</li> <li>・ 医師に加え、看護、介護職員まで確保できて病院が機能する。多職種スタッフの確保が課題。</li> <li>・ 某大学、院内保育制度の拡充により女性医師の定着に効果あった。医師の女性比率が高まる中、医師の確保には、子育てと仕事を両立できる環境の整備が必要。</li> <li>・ 医療従事者資格を持つ女性が、子育てとの両立ができず就業していない。スタッフの不足、業務の過密・多忙、疲弊、離職の悪循環が発生。</li> </ul> </li> <li>➤ その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 運動器の疾患が論点になっていない。年齢と関連付けたデータを得て、議論すべき。</li> <li>・ フリーアクセスにより、一部の医療機関に患者が集中。制限が必要か。</li> <li>・ 小規模の病院であっても、緊急手術ができる体制は維持すべき。</li> <li>・ 入院患者の中には、在宅への移行が困難なケースあるが、そうしたニーズへの対応は経営を圧迫。現に求められている医療と経営が両立する体制を考える必要ある。</li> </ul> </li> </ul>

○諏訪医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
<p>1 医療圏における医療提供体制の課題について（在宅医療を含む）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>諏訪医療圏は、病院間、医師相互の連携があるほか、市町村ごとに基幹病院があり、それぞれに幅を持った診療をしており、救急搬送時間を短くできているなど、充実した医療圏。これは今後も残していきたい。</u></li> <li>・山梨県の峡北地域からの流入は、今後もこの地域で受け入れたい。</li> <li>・高齢者医療では、主な病状が完治したからといって即退院させられず、在院日数が延びる傾向があるため、慢性期の病床が必要。</li> <li>・在宅に帰りたくても医療度の高い人や、介護力や家族体制が整わず帰れない者もいるため、回復期や慢性期の病床は必要。</li> <li>・有床診療所や慢性期の病床を持つ病院は、診療報酬も低く抑えられているため、施設の更新などの投資回収が困難であり、施設の老朽化やスタッフの問題で病床の維持が難しくなってしまう。</li> <li>・医師の高齢化等のため、在宅医療を担う医院が減ってきており、それぞれの医師の負担が増え、さらに在宅医療を担う医師が減るという悪循環に陥っている。若い医師を在宅医療に誘導するには、診療報酬も含めた検討が必要である。</li> </ul>
<p>2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県全体の病床数を先に決めるのは、順番が逆。各圏域の積上げが県全体の数となるのが筋である。</li> <li>・在宅医療ができる体制が整ってはじめて在宅の患者が増えていくのであり、病床を減らせば在宅の患者が増えるわけではない。</li> <li>・在宅医療は、診療報酬からすれば、全く割に合わない。現状で在宅医療を増やすのは殆ど不可能。現実には病院から在宅におろしたくても病院から出られない状況だと、患者は医療機関が揃っている地域に流出し、その流れによって医師も流出する。いくら構想で何人になりたいと言ったところで現実には不可能になってしまう。</li> <li>・在宅医療等が当初の3倍くらいのボリュームになる振り分けイメージが示されているが、医師が3倍に増えるわけでもなく、診療報酬点数が減り医師のモチベーションが上がらない中での推計である。</li> <li>・急性期に関して言うと、救急医療体制のような「待てない」急性期というものがあり、がんは松本医療圏に流出しているように、ある程度病院を選んでいくような「待てる」高度急性期・急性期がある。医療の内容に応じて、人材や設備を時間をかけて作り上げる必要があり、病床数や区分だけで論じられない部分もかなりある。</li> <li>・当医療圏は回復期や慢性期は充足していないので、高度急性期や急性期から病床を移動する、あるいは慢性期の病床が守られるよう手当を施す</li> </ul>

	<p>といった議論をしながら具体的なものが見えてくると良いと思う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期、慢性期や在宅医療でどれだけできるかという議論が必要。資料3で示されている病床の機能区分の振り分けイメージだけでは十分ではない。</li> <li>・医療計画は医療を強化する主旨で策定されることを期待したいが、現在の地域医療構想の流れは異なるものである。</li> <li>・まず病床数ありきではなく、医療の質の向上を大前提に、どういう医療をどのように提供していくかを検討した上で病床機能を考えるべき。医師の量及び質の確保をきちんと話し合う場が必要。</li> <li>・地域で現在必要とされている医療機能を維持するための病床数は必ず確保した上で、必要なのに不足している病床数を加えていくといった対応が当面は必要。今後の診療報酬が不透明なまま病床数のみを議論できない。</li> <li>・現在の診療報酬では、慢性期病床維持のモチベーションがわからない状況になっている。介護の人材不足も深刻。施設も病床もそれを維持できる報酬がきちんと担保されないと次の選択に進めない。</li> <li>・病床機能報告は、許可病床ベースとのことだが、機能しているベッドと機能していないものの区別は必要である。</li> </ul>
3 その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・策定委員会の開催回数に比べ、調整会議の回数が少な過ぎるのではないか。各医療圏で抱える問題はいろいろと異なるのに、十分議論が尽くせるか疑問。主客逆転している。</li> <li>・策定委員会のスケジュールに必要病床数の検討とあるが、調整会議の意見に先行して病床数の議論が行われるのはおかしい。</li> <li>・今後は多職種が連携して、それぞれの職種でどれだけ専門性を活かして地域の医療に貢献していくかを研究していくときであると思う。</li> <li>・在宅については、地域包括ケアで、地域で支えろとの国の方針であるが、介護保険の改正もあり、実際に誰が支えるのかは大きな問題である。</li> <li>・地域の人たちの声が反映された議論になっていない。地域の人たちがどういう医療を求めているのかに耳を傾けることが必要。</li> <li>・在宅医療で医師が不足する中、看護師が特定行為として一部の医行為を行うことが法制化されたが、看護教育は医師の教育とは全く異なるものであるため、看護師はやはり医行為を行うべきではなく、在宅の医師が十分確保されることにより解決されることが必要である。</li> </ul>

○上伊那医療圏地域医療構想調整会議

項 目	検討結果・意見等
1 医療圏における医療提供体制の課題について (在宅医療を含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当地域は従前から人口 10 万当たりの病床数が最も少なく、医療施設従事医師数も県内で 2 番目に少ない。南北に長い地理的条件もあり、松本・諏訪医療圏や飯伊医療圏への流出は一定程度存在するのが現状である。</li> <li>・ 平成 19 年度以降、病院の無床診療所化や分娩取扱いの休止が相次いだため、診療科によっては医療の提供がますます厳しくなることが予測された。</li> <li>・ こうした状況を踏まえ、医療を提供する側の取組みとして、平成 21 年度に上伊那医療圏地域医療再生事業が策定された。県の基金を活用した補助事業により、主に公立 3 病院の機能再編推進のための体制整備、連携による周産期医療体制の整備、信州大学との連携による医師確保、看護師修学資金貸与等を実施し、現在も引き続き地域の関係者による各種の取組みが行われているが、効果的な解決策を見出すことは困難な状況である。</li> <li>・ 医療の提供を受ける側も、医療資源の少ない状況の中で工夫をしているが、個人的かつ小規模な対応にならざるを得ず、今後、特に在宅医療に対応できる医療提供体制の整備が強く望まれる。</li> </ul>
2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性について	<p>(基本方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>地域医療構想策定については、患者住所地ベースを採用するよう、県に働きかけていく。</u></li> </ul> <p>(理由)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 従前から病床数が少ないゆえに生じている近年の流入流出の状況だけをとらえて将来の適正病床数を推計することは、上伊那医療圏内での医療提供体制の充実を図るうえでさらに厳しい状況となると予測されるため。</li> </ul> <p>(取組み)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調整会議の他、公立私立を含めたすべての病院及び診療所等によるワーキンググループを設置する。</li> <li>・ 第 2 回調整会議において、第 3 回県策定委員会のヒアリングにおける当地域の意見をまとめる。</li> </ul>
3 その他	

○飯伊医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
1 医療圏における医療提供体制の課題について（在宅医療を含む）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想は、限られた地域内に病院が林立する都会型を想定しているものである。</li> <li>・飯伊地域は面積が広く、地理的・地形的に患者が病院までの移動距離が長い。</li> <li>・在宅医療への移行について、居宅で療養者を看られない場合は、施設の整備状況や施設（職員）の受入れ体制の整備が課題である。</li> <li>・開業医が高齢化しており、開業医が交代で行う休日夜間急患診療所の運営が厳しい状況にあるので、在宅療養者が増えた場合は、開業医のマンパワーに問題がある。</li> <li>・医療資源が少なく、介護職員も少ないので、療養病床入院患者が、在宅医療に移行し末期患者や看取り患者が増えた場合は、開業医の負担が増えるのではないか。</li> </ul>
2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の流出入が少なく地域完結型の医療圏である。</li> <li>・急性期から慢性期までを関わるケアミックスを行っていて、<u>疾病等により病院間の役割分担が明確になっており、ネットワークが形成されているので、これを無理に変えることはバランスよくやっている体制を崩してしまうので避けてほしい。</u></li> <li>・2016年の診療報酬改定が大きな影響があるので、それを見極めてから議論を進めたい。</li> </ul>
3 その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性期の医療区分1の7割を在宅医療に移行させることは、患者の病態や療養環境を考慮しない機械的なもので納得できないし、安易に在宅に移行した場合は危険性がある。</li> <li>・医療機能区分のイメージがつかみにくい。</li> <li>・医師の勤務状況や季節によって、入院受療率が流動的で変動する。</li> <li>・医療機関から退院する場合、たんの吸引や栄養挿入など医療行為が必要な利用者の受け入れが困難な施設がある。</li> </ul>



○木曾医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
<p>1 医療圏における医療提供体制の課題について（在宅医療を含む）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・木曾地域は広大で、山間部にも居住地が点在し、移動に長時間を要するへき地である。圏域境には隣接圏域の病院の方がアクセスのよい地域があるため、一定程度の患者流出があるものの、木曾地域全体としては、医療の均てん化を目的に県が設置した唯一の病院である木曾病院に全面的に依存している。木曾病院の医療提供体制が変動すれば、木曾郡の住民の生活及び訪問者（観光客等）に直接影響が及ぶ構造となっている。</li> <li>・観光が基幹産業である木曾地域では、誘客や移住等による地域振興についても「医療基盤」の上に存立している。医療が確保された安心な地域でなければ、負の連鎖により地域が衰退してしまう。</li> <li>・木曾地域は小規模町村のみで構成されており、中核となる都市がないため、県や県立病院の果たす役割が特に重要な地域である。 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、木曾病院が拠点病院としての役割を果たしていく必要がある。</li> <li>・医師確保が難しい中、木曾病院の診療体制が信州大学や自治医大からの派遣人員により左右され、住民等への影響が大きい。脳神経外科、精神科等で常勤医師が不在となっており、さらに平成 28 年 4 月からは、循環器内科の常勤医師も不在となる。 また、24 時間 365 日の救急医療体制を維持する上で、個々の医師への負担が大きくなっている。</li> <li>・深刻な看護師不足により、木曾病院の病棟が一部閉鎖されている。 平成 26 年度に開校した信州木曾看護専門学校の学生の研修施設及び卒業後の活躍の場としても、木曾病院の役割が期待されている。</li> <li>・救急搬送、他圏域への転院搬送、及び転院搬送中の他の救急搬送への対応に要する移動時間が長く、患者に負担がかかっている。</li> <li>・移動距離が長く気象条件も厳しい木曾地域においては、在宅医療・介護を効率的に行うことは困難で、在宅で生活する患者を支えるのに必要な体制を整えるのは難しい。また、在宅患者の急変時のバックベッドとしても木曾病院の病床が重要である。</li> <li>・在宅医療・介護の受け皿となる人材については、郡内開業医（医師会）が平均年齢 68 才と高齢化しており、今後開業する者も見込めない状況である。看護師不足により、訪問看護に支障を来たす事業所も出ている。 また、介護においても人材不足が深刻であり、施設の嘱託医等の</li> </ul>

	<p>確保が困難なほか、ヘルパーの不足により訪問介護サービスを休止している事業所も出ている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療の受け皿となる施設については、特養の待機者が多く、今後の施設整備予定がない。経済的に介護施設を利用できない人も多く、当地域においては木曽病院の療養病床が特に重要な役割を果たしている。</li> </ul>
<p>2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の地理的要因や人口減少等の課題、及び病院の診療科を含めた体制整備等の諸課題があるものの、住民の救急医療、へき地医療等の地域医療を存続させる視点から、<u>患者住所地ベースで病床を整備する必要がある。</u></li> <li>・木曽病院が平成 28 年 4 月から「地域がん診療病院」の指定を受けることにより、より家庭に近い医療機関で治療を受けられるようになり、患者流出への抑制効果が見込まれる。</li> <li>・大桑村における木曽病院と坂下病院の利用割合（介護保険データ）を見ると、平成 24 年は 48:52 だったが 27 年は 60:40 となり、木曽病院の利用割合の増加傾向が見られる。病床数の検討に当たっては、これら直近の傾向等を十分踏まえた上で推計する必要がある。</li> </ul>
<p>3 その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・二次医療圏内に有床医療機関が 1 施設しかないという特殊な地域であり、複数の病院等による機能分化や連携を前提とした議論、調整になじまない環境であることに十分配慮する必要がある。</li> <li>・医師確保、在宅医療体制整備に地域医療介護総合確保基金をさらに活用すべきではないか。</li> <li>・医療人材が少ないへき地において在宅医療を推進するためには、訪問看護の看護師の配置基準（2.5 人）の緩和措置も必要ではないか。</li> </ul>

○松本医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
<p>1 医療圏における医療提供体制の課題について（在宅医療を含む）</p>	<p><b>1 回復期・慢性期の患者が上小医療圏へ流出していることについて</b></p> <p>「患者や家族にとって、また、地域包括ケアの観点からも、アクセスの良い身近なところで医療を受けられることが重要」等の意見も出されたが、「圏域を跨いで医療機関の機能分担がなされてきた経緯があり、それを尊重すべき」「アクセスよりも医療的に優れている施設を選択するという患者のニーズがある」等、回復期・慢性期を増やす努力は必要ではあるが、流出を容認すべきとの意見が多く出された。</p> <p>また、「上小の病院と松本市内の病院で連携協議会が開催され、圏域を超えた連携が図られている」との報告があり、「上小医療圏は、松本市内から三才山トンネルを通れば近いところに位置しており、圏域を越えた医療圏ということを考える必要がある」との意見が出され、「回復期は流出だけでなく、近隣の医療圏から松本医療圏への流入もある」との指摘もあった。</p> <p><b>2 在宅医療について</b></p> <p>在宅医療については、「関係者が努力しているものの医師数が絶対的に少ない」「開業医の高齢化などにより参加する医師数が増えない」「外来患者数の増加により、在宅医療へ手が回らなくなっている診療所がある」「老人世帯や単身世帯が多くなり対応が難しい」といった課題が意見として出された。</p> <p>また、「医療区分1の患者を在宅へ移行させたとき、本人または家族が望まなかったため、トラブル解決に時間を要した」との報告があり、「医療区分1だから直ちに在宅へ戻すということは避けるべき」との意見が出された。</p>
<p>2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性について</p>	<p><b>1 二次医療圏完結（流入・流出を原則として認めない）とする考え方について</b></p> <p>「信大附属病院やこども病院、相澤病院などへ他圏域から多くの患者が流入している」「患者の流出入が現にあり、各医療機関は医療機関所在地ベースを前提に病床を整備してきた経過があるので、考え方の違う患者住所地ベースで推計した病床数を前提とすると、医療機関の在り様を大幅に変えざるを得なくなるため、既に整備してきた医療資源が無駄となる」「患者住所地ベースで考えると、各医療圏では全ての医療を賄わなければならないこととなり、機能が十分でない医療圏では、医師の確保や施設整備をせまられることとなる。また、現在、松本医療圏で機能している県全体の医療提供体制のバランスが崩れることとなる」「流出入をストップさせることは医療崩壊に繋がる」との否定的な意見が出されたほか、「圏域の境にある自治体によっては、隣接する医療圏に所在する病院へのアクセスが良い場合があることから、現に患者が流出している。」との報告があり、「医師の技術面や患者の事情もあるので、構想区域を長野県全体と考えることも必要ではないか。」との提言があった。</p>

	<p><b>2 今後の方向性について</b></p> <p><u>必要病床数の推計方法等については、「医療機関所在地ベースを基本とし、圏域間の流入・流出は、現状を認めつつ必要な病床機能を補完する努力も必要である。」という考えでまとめられた。</u>また、「病床数と在宅医療は表裏一体であり、もし、病床数を減らすとしても、その分、施設利用を含めた在宅医療のより一層の充実が求められるため、その取組が必要である。」とされた。</p> <p>今後、検討を進める中では、医療機関の自主的な取組や医療機関相互、また、地域の医療関係者間の協議等の取組が必要であるため、調整会議の下部組織として、「病院・有床診療所部会」を設置することとなった。</p>
3 その他	<p>他の圏域に在住の委員から「松本医療圏は、信大附属病院やこども病院、相澤病院など県全体の医療を担う中核的な病院があるため、他の圏域の患者が安心して利用できる体制を作ってもらいたい。」といった意見があったほか、保険者を代表する委員から「高齢者医療制度の負担が大きくなっており、医療費の適正化を議論してほしい。」といった意見が出され、「終末期医療に多額の医療費を使ってしまうような事案が見られる。」との報告があり、「終末期医療のあり方等について検討する必要がある。」といった意見が出された。</p> <p>また、病床数の扱いに関しては、「推計値がまだ正確でない現時点で、数値を追い求めることは困難」との意見もあった。</p>

○大北医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
<p>1 医療圏における医療提供体制の課題について（在宅医療を含む）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護人材のマンパワー不足の課題と在宅医療の推進を一緒に考えるには、国からその対策（展望、構想）を示して欲しい。</li> <li>・当圏域の医師は高齢化しており、新たに供給されない一方で、在宅医療需要は増大する。</li> <li>・地域、居宅に帰る患者をケアするため、看護師の特定医療行為を学べる機関が大北圏域にはないので、整備を願いたい。</li> <li>・医療資源は都会に偏在しているので、如何に地方に回すかという対策を考えて頂きたい。</li> <li>・在宅への往診の拡充や老健施設等の整備に伴い医師不足がいつそう進むと思われるが、医師確保はできるのか。</li> <li>・当地域では、介護基盤を整備する企業や資本金、人材等が足りない。</li> </ul>
<p>2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療ビジョンを作成するにあたり、データが古く、これをベースとすると現状との乖離があると思われる。なるべく新しいデータを活用していただきたい。（提供して欲しい。）</li> <li>・現在の流入出で医療需要が固定されれば、以後、現在の病床数は不要と一方的な議論になる。医師偏在の解消努力や人口増の政策努力をあることを前提に、かつ、あるべき姿を展望して進めていただきたい。</li> <li>・流入流出は何かしらの理由があり、単純に転出入の数の話だけでなく、原因を詳しく検討して、それをベースに考えていただきたい。</li> <li>・<u>2013年より医療提供の現状は改善されている。質のいい医療を住民に提供するために医療機関が準備を考えているので、その点も配慮していただきたい。</u></li> <li>・在宅医療だけでなく介護保険での整備等もセットで考えなくてはいけない。</li> <li>・平成28年度の診療報酬に伴い、医療機関の方針にかなり影響があると思われる。ビジョンの最終的な決定を遅くしていただければ、検討できる時間が生まれ、病院、医療圏の現状を正確なものに反映できると思われる。</li> <li>・在宅医療を考える時に、介護保険でも需要供給のデータを持っているので、北アルプス広域連合のデータも参考に添付してほしい。</li> <li>・病床減が即ち医師減とはリンクしない。医師業務の特性から機械的に病床数を減らすことにはならないと認識すべきである。</li> <li>・医療構想の中で、医療体制をどうして行くか、医師確保をどうして行くか、人材の偏在をどのように是正して行くかを定義して入れておかなければならない。また、必要な医療を確立出来るよう視点を織り込んでいかなければならない。そのような視点も提言できる余地は残しておくべきである。</li> <li>・会議で、どのような取組が必要か、項目としてまとめておくことが重要。</li> </ul>
<p>3 その他</p>	

○長野医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
<p>1 医療圏における医療提供体制の課題について（在宅医療を含む）</p> <p>2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性について</p>	<p>（移動、流出入について）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期の小児が松本のこども病院に、回復期の方が鹿教湯病院や三才山病院といったセンター化したところに流出するのは容認すべきではないか。</li> <li>・流出入の容認については急性期、回復期で考えるのではなく、疾病毎に考えた方がよいのではないか。たとえば急性期心疾患、脳血管障害はどういう連携をとるべきか、どう調整するかという視点が必要ではないか。</li> </ul> <p>（在宅医療への移行、在宅医療の推進について）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現状では介護施設も受入体制が十分とはいえず、自宅に帰るのも困難な人も多い。地域医療構想は介護のことも踏まえた議論が必要である。</li> </ul> <p>（必要病床数の推計方法について）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長寿と低い医療費が実現している長野県においても全国一律の考え方で必要病床数を推計するのか。</li> </ul> <p>（回答）医療機関の皆様に御協力いただき、長野県の療養病床の現状などの調査を行っているところである。</p>
<p>3 その他</p>	<p><b>【質問】</b></p> <p>（調整会議の役割）</p> <p>（質問）調整会議において長野医療圏の必要病床数を決めることになるのか。</p> <p>（回答）調整会議は各圏域の実情を策定委員会に反映させるために開催されている。最終的には策定委員会で決めていく。</p> <p>（議論の元となるデータについて）</p> <p>（質問）2015年10月の病床機能報告のデータを基に議論すべきではないか</p> <p>（回答）国からデータが提供されていないので、示すことができなかった。第2回の調整会議までには提示したい。</p> <p>（疾患構成について）</p> <p>（質問）疾患構成の変化をどう考えて推計しているか？</p> <p>（回答）年齢階層毎の疾患構成は変わらないが、高齢化していくので疾患構造も変わるということになる。</p> <p>（地域包括ケア病棟について）</p> <p>（質問）地域包括ケア病棟は急性期と考えるのか回復期と考えるのか。</p> <p>（回答）国が明確な基準を示していないため、回答できない。</p>

○北信医療圏地域医療構想調整会議

項 目	検討結果・意見等
<p>1 医療圏における医療提供体制の課題について（在宅医療を含む）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がんは、主に前立腺、子宮、血液腫瘍については医療圏内のみでは対応できていない。</li> <li>・糖尿病は専門医がいないため、I型の入院患者は医療圏内のみでは対応できていない。</li> <li>・精神疾患は、医療圏内で対応できているが、今後も体制を維持しつつ、認知症対策にも力を入れていく必要がある。</li> <li>・救急医療は、県内で最も救急搬送に時間を要している状況である。もし医療圏内で対応できなくなれば長野医療圏に更に30分かけて行くことになってしまうため、医療圏内で完結できる体制を整備する必要がある。また、整形外科医の確保や医療圏内の病院間の連携、道路整備についても検討が必要。</li> <li>・周産期医療と小児医療は、飯山赤十字病院で常勤医が不在になると特別豪雪地域である飯山以北の住民等にとって影響が大きい。</li> <li>・在宅医療は、地域で医療が完結できるよう身近な病院の充実をはじめ、地域の実情に応じた在宅医療の仕組みづくり、介護と医療の連携等が求められている。</li> </ul>
<p>2 地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性（病床数推計方法の考え方）について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域完結を目指し、<u>患者住所地ベースで将来のあるべき医療体制をつくるべき。</u>そのうえで当医療圏としては急性期病床と不足している回復期病床をどうしていくかを考えていく。</li> <li>・がんは、27年度に北信総合病院が地域がん診療病院に指定されたことにより、長野医療圏等への流出が減り、流入も増えている。</li> <li>・26年度以降に療養病床が82床整備されたため、慢性期は医療圏内で対応できるようになってきたと思われる。</li> </ul>
<p>3 その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・先に病床数ありきの議論をするのではなく、地域医療の課題を踏まえ整えるべき体制を議論すべきではないか。</li> <li>・緊急的に対応しなければならない疾病については、行政区域に関わらず、特に住民に身近な病院で対応できるようにすべきである。</li> <li>・もう少し現状がどう動いているか分かるデータを基に議論すべき。</li> </ul>

地域医療構想調整会議委員名簿 (平成28年3月25日現在)

(順不同、敬称略)

医療圏	氏名	役職
佐久	○坂口 宇多彦	小諸北佐久医師会 会長
	多田 博行	佐久医師会 会長
	山口 康弘	北佐久歯科医師会 副会長
	甘利 光治	佐久歯科医師会 副会長
	樽澤 清子	小諸北佐久薬剤師会 会長
	花岡 幹郎	佐久薬剤師会 会長
	中山 まゆみ	長野県看護協会佐久支部 支部長
	有馬 邦正	独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院 院長
	高木 桂三	医療法人山月会 小諸病院 院長
	黒柳 隆之	長野県厚生農業協同組合連合会 小諸厚生総合病院 院長
	伊澤 敏	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 統括院長
	渡辺 仁	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院佐久医療センター 院長
	田村 泰夫	川西赤十字病院 院長
	金澤 秀典	医療法人三世会 金澤病院 院長
	黒澤 一也	社会医療法人恵仁会 くろさわ病院 院長
	雨宮 雷太	医療法人雨宮病院 院長
	村島 隆太郎	佐久市立国保浅間総合病院 病院事業管理者
	山口 博	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院小海分院 院長
	小林 正明	佐久穂町立千曲病院 院長
	牧山 尚也	軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 院長
	小塚 裕	医療法人社団御代田中央記念病院 院長
	五十川 光信	全国健康保険協会長野県支部 企画総務部長
	川村 英紀	佐久地区賛助会 会長
	依田 秀幸	小諸市 健康づくり課長
	工藤 絹子	佐久市 健康づくり推進課長
	中島 行男	小海町 町民課長
	岡部 豊一	佐久穂町 健康福祉課長
	新海 貴	川上村 保健福祉課長
	津金 昇三	南牧村 住民課長
	柳澤 猛	南相木村 住民課長
	倉根 弘文	北相木村 住民福祉課長
	原 富士子	軽井沢町 保健福祉課長
	古畑 洋子	御代田町 健康福祉課長
	青井 義和	立科町 町民課長
	林 忠幸	佐久広域連合消防本部 消防長
	和田 徹	佐久地方事務所 地域政策課長
計	36名	
上小	○森 寛夫	上田市医師会 会長
	佐藤 和英	上田市医師会 副会長
	丸山 和敏	小県医師会 会長
	関 勇治	上田小県歯科医師会 会長
	飯島 康典	上田薬剤師会 会長
	尾美 友子	長野県看護協会上小支部 支部長
	安藤 豪隆	安藤病院 院長
	田幸 健司	J A長野厚生連 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 鹿教湯病院 院長
	森 哲夫	(独法) 国立病院機構 信州上田医療センター 院長
	遠藤 謙二	千曲荘病院 院長
	勝山 努	丸子中央病院 院長
	泉 従道	J A長野厚生連 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 三才山病院 院長
	廣瀬 健	上田市立産婦人科病院 院長
	結城 敬	東御市民病院 院長
	三澤 弘道	国民健康保険 依田窪病院 院長
	池田 正憲	池田クリニック 院長
	岸 秀幸	岸医院 院長
	五十川 光信	全国健康保険協会長野支部 企画総務部長
	宮本 智夫	上田市自治会連合会 会長
	柳原 渉	上田市 健康推進課長
吉澤 健二	東御市 健康保健課長	
小林 文江	長和町 町民福祉課長	
花見 陽一	青木村 住民福祉課長	
中部 通男	上田地域広域連合 事務局長	
計	24名	



医療圏	氏名	役職
諏訪	山田 雄三	岡谷市医師会 会長
	小松 郁俊	諏訪市医師会 会長
	○小口 晋平	諏訪郡医師会 会長（長野県包括医療協議会支部諏訪地区協議会 会長）
	大滝 祐吉	岡谷下諏訪歯科医師会 会長
	藤森 和良	諏訪薬剤師会 会長
	佐藤 文子	長野県看護協会諏訪支部 支部長
	大和 眞史	諏訪赤十字病院 院長
	濱口 實	諏訪中央病院 院長
	天野 直二	岡谷市民病院 院長
	井上 憲昭	富士見高原病院 統括院長
	稲村 いづみ	諏訪湖畔病院 院長
	岩間 智	諏訪共立病院 院長
	岩崎 眞明	エプソン健康保険組合 常務理事
	金田 照俊	茅野市社会福祉協議会 会長
	宮澤 順	岡谷市 健康福祉部長
	土田 雅春	諏訪市 健康福祉部長
	小林 孝司	茅野市 健康福祉部長
	増澤 功生	下諏訪町 健康福祉課長
	金井 誠	富士見町 住民福祉課長
	宮坂 道彦	原村 保健福祉課長
計	20名	
上伊那	○北原 敏久	上伊那地域包括医療協議会 会長
	前澤 毅	上伊那地域包括医療協議会地域医療充足委員会 委員長
	河野 宏	上伊那医師会 副会長
	春日 貴	上伊那歯科医師会 常務理事
	有賀 直実	上伊那薬剤師会 副会長
	伊藤 徹	伊那中央病院 事務部長
	新村 義弘	昭和伊南総合病院 事務長
	今福 孝枝	町立辰野病院 事務長
	森腰 孝之	県立こころの医療センター駒ヶ根 事務部長
	中村 杏子	上伊那保健師連絡協議会 副会長
	増田 仁美	長野県看護協会伊那支部 副支部長
	鹿野 恵美	長野県助産師会上伊那地区 地区長
	山崎 恭子	伊那市医療政策審議会 委員
	廣野 裕美	駒ヶ根市保健補導員連合会 会長
	杉村 桂子	中川村保健補導員連絡協議会 副会長
	土村 みどり	栄養士会伊那支部 支部長
	五味 一人	チノン健康保険組合 常務理事
	城取 誠	伊那市 保健福祉部長
	倉田 俊之	駒ヶ根市 民生部長
	守屋 英彦	辰野町 保健福祉課長
	百瀬 喜美子	箕輪町 健康推進課長
	宮下 寛	飯島町 健康福祉課長
	藤田 貞文	南箕輪村 住民福祉課長
	中平 仁司	中川村 保健福祉課長
	福澤 武	宮田村 福祉課長
	西垣 明子	伊那保健福祉事務所 所長（上伊那地域包括医療協議会委員）
計	26名	
飯伊	○市瀬 武彦	飯伊地区包括医療協議会 会長
	古田 仁志	飯田医師会 会長
	大鹿 和完	飯田下伊那歯科医師会 会長
	市瀬 光一	飯田下伊那薬剤師会 会長
	篠田 守	長野県看護協会飯田支部（飯田病院 看護部長）
	金子 源吾	飯田市立病院 院長
	原 重樹	飯田病院 院長
	牛山 雅夫	健和会病院 院長
	原 修	輝山会記念病院 院長
	網野 章由	下伊那赤十字病院 院長
	社浦 康三	長野県厚生農業協同組合連合会 下伊那厚生病院 院長
	西澤 良斉	医療法人龍川会 西澤病院 院長
	田中 雅人	長野県立阿南病院 院長
	瀬口 達也	瀬口脳神経外科病院 院長
	菅沼 哲夫	菅沼病院 院長
	有賀 克明	コーア健康保険組合
	森本 サカエ	飯田市連合婦人会 会長
	松島 貞治	南信州広域連合 環境福祉医療部会長（泰阜村長）
計	18名	

医療圏	氏名	役職
木曾	○ 奥原 佐	木曾医師会 会長
	蘆澤 則文	木曾医師会 理事
	古谷 久徳	木曾郡歯科医師会 会長
	小林 泰彦	木曾薬剤師会 会長
	重盛 るり子	長野県看護協会木曾支部 支部長
	井上 敦	県立木曾病院 院長
	篠崎 隆	医療法人篠崎医院 理事長
	長谷川 裕	キッセイ健康保険組合 常務理事
	井口 利夫	木曾病院・木曾地域の医療を守る会 代表
	久保田 禎子	木曾保健師会 会長
	羽毛田 盛雄	木曾郡町村社会福祉協議会連絡会 会長
	田上 正男	上松町長
	宮川 正光	南木曾町長
	原 久仁男	木曾町長
	唐澤 一寛	木祖村長
	瀬戸 普	王滝村長
	貴舟 豊	大桑村長
	古幡 勝彦	木曾広域連合 副管理者兼事務局長
	楯 啓二	木曾広域消防本部 消防長
計	19名	
松本	○ 百瀬 英司	松本市医師会 会長
	高橋 千治	安曇野市医師会 会長
	百瀬 篤	塩筑医師会 副会長
	竹渕 哲	松本市歯科医師会 会長
	加藤 祐美子	長野県看護協会松本支部 支部長
	加賀美 秀樹	松本薬剤師会 会長
	池田 修一	信州大学 医学部長
	本郷 一博	信州大学医学部附属病院 院長
	相澤 孝夫	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 院長
	北野 喜良	まつもと医療センター松本病院 院長
	中野 武	安曇野赤十字病院 院長
	高木 洋行	松本市立病院 院長
	原田 順和	県立こども病院 院長
	中土 幸男	社会医療法人抱生会 丸の内病院 院長
	具志堅 進	松本協立病院 院長
	上原 明	全国健康保険協会長野支部 支部長
	小川 憲一	長野県自動車販売店健康保険組合 常務理事
	井上 真由巳	松本市健康づくり推進員連合会 会長
	菅谷 昭	松本市長
	中村 武雄	東筑摩郡村長会長（朝日村長）
計	20名	
大北	○ 小野 壽太郎	大北医師会 会長
	若林 透	大北医師会 副会長
	横澤 厚信	大北医師会（前大北医師会 会長）
	平林 昭光	大北歯科医師会 副会長
	林 もと子	大北薬剤師会 会長
	市川 貴代	県看護協会大町支部 支部長
	井上 善博	市立大町総合病院 院長
	西澤 理	長野県厚生農業協同組合連合会 北アルプス医療センターあづみ病院 統括院長
	中井 和男	小谷村国民健康保険 小谷村診療所 所長
	西澤 頼雄	全国健康保健協会長野支部 業務部長
	牛越 徹	大町市長
	甕 聖章	池田町長
	平林 明人	松川村長
	下川 正剛	白馬村長
	松本 久志	小谷村長
	二條 孝夫	北アルプス広域連合議会 議長
	宮坂 佳宏	北アルプス広域連合 所長
	倉科 孝志	北アルプス広域連合 消防長
計	18名	

医療圏	氏名	役職
長野	○ 宮澤 政彦	長野市医師会 会長
	飯島 健司	千曲医師会 会長
	下鳥 正博	須高医師会 会長
	飯島 富士雄	更級医師会 会長
	長崎 忠悦	上水内医師会 会長
	北川原 穰	長野市歯科医師会 会長
	谷 憲昭	長野市薬剤師会 会長
	小山 幹子	長野県看護協会長野支部 支部長
	岡本 講平	独立行政法人国立病院機構 東長野病院 院長
	竹前 紀樹	長野市民病院 院長
	吉岡 二郎	長野赤十字病院 院長
	秋月 章	長野県厚生農業協同組合連合会長野松代総合病院 統括院長
	木村 薫	長野県厚生農業協同組合連合会篠ノ井総合病院 院長
	山本 博昭	長野医療生活協同組合 長野中央病院 院長
	寺田 克	県立須坂病院 院長
	石川 自然	長野寿光会 上山田病院 院長
	小林 淳生	小林病院 院長
	大西 禎彦	医療法人財団大西会 千曲中央病院 院長
	宮尾 陽一	特定医療法人新生病院 院長
	中島 英夫	ナカジマ外科病院 院長
	小瀬川 和雄	長野県厚生農業協同組合連合会 新町病院 院長
	上原 明	全国健康保険協会長野支部 支部長
	田々井 芳雄	北野建設健康保険組合 常務理事
	伊藤 篤志	長野市民生児童委員協議会 会長
	三井 澄子	長野県食生活改善推進協議会長野支部 支部長
	田中 幸廣	長野市 保健福祉部長
	樽井 寛美	須坂市 健康福祉部長
	宮島 葉子	千曲市 健康福祉部長
	大井 裕	坂城町 福祉健康課長
	八代 良一	小布施町 健康福祉課長
	善哉 政雄	高山村 村民生活課長
	高橋 徹	信濃町 住民福祉課長
	吉澤 文子	飯綱町 保健福祉課長
	伊藤 一芳	小川村 住民福祉課長
計	34名	
北信	○ 丸谷 和洋	中高医師会 会長
	高橋 智子	飯水医師会 会長 (佐藤病院 院長)
	平井 和夫	飯水歯科医師会 会長
	山崎 正衛	中高薬剤師会 会長
	常田 徳子	長野県看護協会北信支部 支部長
	古川 賢一	飯山赤十字病院 院長
	洞 和彦	北信総合病院 院長
	外川 善夫	全国健康保険協会長野支部 企画総務グループ長
	大口とし子	野沢温泉村民生委員
	足立 正則	飯山市長
	池田 茂	中野市長
計	11名	
合計	226名	

○ : 会長