

## 第 3 回地域医療構想調整会議からの意見と対応について

区分	意見の内容	対応（記載事項）	構想案ページ
病床数の必要量の推計について	<p>ことさら国が定めた一定の仮定による病床数にすぎないことを強調しており、何のために地域医療構想を作るのか一般の県民からするとよく分からないので、策定する意図を明示してほしい。（北信）</p>	<p>高齢化の進展に伴い、今後とも医療や介護を必要とする方がますます増加することから、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要な医療・介護サービスを確保していくことが課題です。</p> <p>地域医療構想は、地域に必要とされる医療サービスの維持・充実を図りつつ、将来の医療需要に応じた医療提供体制の構築に向け、関係者が自主的な取組を進めるためのものであり、病床数必要量の推計値は、医療・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の参考値となります。</p>	1
	<p>目標といった性格を持つものではなく、参考値ということで、これが一人歩きすることのないようお願いしたい。（佐久）</p> <p>病床機能については、示された数字はあくまで推計であり拘束力はないというが、現実には国が診療報酬で縛ることが可能。医療圏に必要な病床機能は確保されるように望む。（諏訪）</p> <p>病床機能転換等は各医療機関が自主的に進めるものであり、医療機関を拘束し何らかの措置を講じさせるものではないことを明記すべきです。（松本）</p>	<p>2025年度の病床数必要量の推計値は、国が定めた一定の仮定等に基づき算出したものであり、県による病床数の削減目標ではないこと、関係者が将来の姿を見据えつつ、医療機関の自主的な選択により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あることを明記しています。</p>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想の策定に当たっては、病床機能報告制度により、国・県が直近データの分析を行い、また、今春の診療報酬改定の影響を検証した上で、議論をすべきである。</li> <li>・在宅での療養が困難な高齢者の実態を把握し、介護施設や居宅介護力の評価を行ってから必要病床数を推計すべきである。</li> <li>・国の一律的な施策も非常に重要であるが、特に高齢化が進んだ地域には、政策的に特別な制度を導入してほしい。（飯伊）</li> </ul>	<p>地域医療構想における将来の医療需要の推計は、国の法令通知に基づき推計することとされています。</p> <p>推計結果はあくまで将来の医療提供体制を検討するための参考値であることから、構想策定後に現状と推計値を比較しつつ、将来の医療需要に適合した体制の構築に向け、関係者が自主的に取組を進めていくこととなります。</p>	19

区分	意見の内容	対応（記載事項）	構想案ページ
病床数の必要量の推計について	療養病床の医療区分1の7割を在宅医療等へ移行させる場合は、施設など療養者の受け皿を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築を急ぐ必要がある。（飯伊）	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ました。	24
	療養病床の見直しにより医療施設以外に転換させる場合は、経営者側のインセンティブとなるような施策がないと経営上マイナスとなり、転換には踏み切れない。（飯伊）	地域医療構想策定委員会や地域医療構想調整会議からインセンティブを求める意見があることを記載しました。	26
	国が定めた必要病床数推計値に県が独自の基準を作り、国の定めた基準年ではなく他年度を基準として修正を加えることは適正でないと考えます。もし修正を加えるならばその根拠と修正を加えた旨、明記すべきです。（松本）	2014年度以降の病院の取組による病床数必要量の推計値の修正については、他年度を基準とした修正をしているのではなく、医療法施行規則第30条の28の3に基づく構想区域間の患者流出入の見込みの調整を行っているものです。	28
	病床数の必要量の推計はあくまでも参考値としているが、細かい修正がある。検討すればするほど数字が生きてきてしまうのではないか。（長野）	このうち、がん医療充実の取組については、地域がん診療病院の指定など、制度的にこれから続くものについて、今後ある程度診療機能の充実が図られるものと仮定して修正したものです。	
	<p>2014年度以降の取組を反映した調整について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療は高額な診断・治療機器を必要とする。これを二次医療圏ごとに設備投資していく必要があるのだろうか。がん診療については、三次医療圏で考えていかなくては、医療資源を無駄に増やしてしまうことになり、結果的に患者のためにならない。</li> <li>がんを他の疾患と同様に扱うのはいかがなものか。地域でがん治療を受けたいと考えている患者は一部であり、多くは二次医療圏を超えて動いている。</li> <li>拠点病院でも、スタッフの確保やナースの教育に何十年もかかっている。診療病院の指定を受け、すぐに実績があがるとは思えない。（佐久）</li> </ul>	なお、修正の理由を記載するとともに、修正値も県による構想区域間の患者流出入の目標ではないこと、及び、一部の調整会議等では、がん診療機能は集約化を図るべきとの意見があることを記載しました。	

	<p>今回示された修正の理由は下記のような項目で根拠が曖昧であり、不十分と考えますので推計結果に賛成できません。</p> <p>(1) 平成26年度以降の病院の取組を考慮したとの事だが、「国の定めた基準年」ではなく「県の基準年」はどこに置かれていますか。基準年が変われば国が定めた仮定の前提が崩れ、国から提供されたデータも全て変わってきます。また平成27年12月の調査以降の各病院の取組はどの様に考慮し反映するのか。特定圏域のみ病院も期限も定めず、「将来のがん医療の充実」を考慮するとされていますが、他の圏域は考慮されないのでしょうか。(松本)</p>	<p>あくまで、推計の基準となるのは2013年度(平成25年度)であり、構想策定の時点において、患者が流出している医療圏で病床が整備されたり、がんの診療機能の充実が進められているなど、今後の患者流出入に影響が予想される点を考慮して2025年度の推計をしたところです。</p> <p>なお、昨年実施した医療機関の「平成26年度以降の取組」の調査においては、概ね平成37年(2025年)までの取組予定を調査し考慮しているところです。</p> <p>がん医療の充実については、地域がん診療病院の指定など、制度的にこれから続いていくものが、今後ある程度診療機能の充実が図られるものであり、将来にわたって患者流出入に影響を与える可能性があるかと仮定して修正したものです。</p>	—
	<p>(2) 考慮しなければならない疾患が数多くあるにもかかわらず、「がん医療」だけで構想区域間に修正を加え、各構想区域の必要病床数推計値の総枠を決めることに賛成できません。そもそも「がん医療」はその緊急性において、脳卒中や急性心筋梗塞、重度外傷等とは別の範疇に入るものであります。(松本)</p> <p>(3) 「がん医療」にしてもがんの種類や関連各科の連携体制、がん診療拠点病院との関係等何等検討されていない中で、がん診療病院の指定もしくは将来の指定の可能性のみをもって将来の患者流出入の変化を定量化出来るとは考えられず、修正値の根拠とは言い難いと考えます。(松本)</p>	<p>様々な疾患がある中で、地域がん診療病院の指定など、制度的にこれから続いていくものが、今後ある程度診療機能の充実が図られるものであり、将来にわたって患者流出入に影響を与える可能性があるかと仮定して修正したものです。</p> <p>なお、がん医療は脳卒中や急性心筋梗塞などと異なり、比較的時間が許す医療であることから、一部の調整会議等では、がん診療機能は集約化を図るべきとの意見があることを記載しました。</p>	28
	<p>(4) そもそも修正の基としたデータは国保と後期高齢者医療のもののみで、決して全体を網羅したものではないことを考慮すれば、安易にこれをもって全体の数値の基準とし県の修正の根拠とすべきではない。(松本)</p>	<p>今回の地域医療構想策定における推計では、都道府県間調整においても圏域を越えた患者流出入の推計は国保と後期高齢者医療のデータから類推することとしています。</p> <p>構想区域間調整もこの考え方に沿って行っています。</p>	—
	<p>(5) 医療療養病床の整備のみ配慮し、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟等の整備は患者流出入への影響がないので配慮せず、という説明は無理がある。(松本)</p>	<p>北信区域の医療療養病床の整備による修正は、それまで圏域内に医療療養病床が全くなかったことから、患者流出入に影響を与えると仮定して修正するものです。</p> <p>回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟の整備は、圏域内における急性期から回復期への病床機能の転換とみなして一律に調整は行わないこととしました。</p>	—

区分	意見の内容	対応（記載事項）	構想案ページ
病床数の必要量の推計について	<p>(6) もし圏域間で必要病床数推計値の修正が必要と判断され、修正を加えるとするならば、ガイドラインで定められた丁寧かつ十分な構想区域間調整の手順が踏まれていないのではないか。(松本)</p>	<p>第3回策定委員会で全調整会議の代表から地域の意見をお聞きし、また、素案の段階においても全調整会議からご意見をいただいているところであり、ガイドラインで定められた手順を経ているものと考えております。</p>	—
	<p>(7) 地域医療構想は第6次保健医療計画の一部を成すものであるが、第6次の基準病床数を大きく超えている圏域へ、基準病床数を下回る圏域等から修正により病床を移譲させることは、2025年の人口増が見込まれている訳ではない中、論理的におかしく矛盾している。今迄病床規制の根拠としていた基準病床の位置付けとの関係が説明されていない。(松本)</p> <p>推計値は参考値であり、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」とは異なるとしているが、この2つの数字の関係が不明確であり、あるべき姿が可視化されているとは言えない。共有すべき数値を明確にされたい。(大北)</p>	<p>2025年度に各構想区域においてどのくらいの医療需要が見込まれるかという地域医療構想における病床数の必要量の推計値と、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」とは全く概念が異なるものです。</p> <p>なお、基準病床数と地域医療構想の病床数の必要量の関係性の整理については、現在、国において検討が進められているところです。</p>	19
	<p>医療機関所在地ベースの推計が、受療に係る不自由さを将来にわたって固定する可能性があるため、圏域によっては「患者住所地ベース」にすることを含めた目標設定がふさわしいと考える。(上伊那)</p>	<p>2025年度の病床数必要量の推計は、医療機関所在地ベースを基本としますが、高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は患者住所地ベースの推計値についても、30ページのほか、構想区域ごとのページにも記載しました。</p>	30 35～53
	<p>第3節3(7)「2025年度以降の将来に向けた病床数の必要量の推計」の項には、4ページで2030年度の医療需要が最大と見積もられていること、さらにその後は減少傾向に向かうこと、また若年者の減少と高齢患者の増加に伴う疾病構造の変化が予想されることを記載すべきです。(松本)</p>	<p>県全体の医療需要は2030年から2035年頃にピークとなり、その後は減少に向かう見込みであること、また、高齢患者の増加に伴い、現在と疾病構造に変化が予想されることを記載しました。</p>	30

	<p>将来の必要病床数については、療養病床の入院患者のうち「医療区分1」の70%が在宅医療等に移行するものとして推計されているが、その算定方法についてはブラックボックスであり明らかにされていない。在宅医療に移行した場合には費用が増大する可能性もあるため、移行しない場合と比較したデータを示してほしい。(上小)</p>	<p>在宅医療に移行した場合と移行しない場合の費用の比較については、今回国から示されたデータで推計することは不可能です。</p>	—
在宅医療等の必要量の推計について	<p>在宅医療等についても在宅を支える「診療所」、「訪問看護ステーション」、「施設等」の推計を示すことが必要であると考え。(上伊那)</p>	<p>在宅医療等の必要量の推計方法については、推計に用いるデータに制限がある中で、市町村ごとの推計などの細分化や詳細な分析を行うことには限界があります。</p>	—
	<p>地域包括ケアシステムは市町村単位なので、在宅医療の必要量も市町村単位で出して欲しい。(長野)</p>		
	<p>推計結果で、在宅医療の必要量が2013～2025年で1300ほどの増加に対し、訪問診療が600ほどの増加にとどまっているが、この程度でよいのか疑問がある。(長野)</p>		
構想区域ごとの概況について	<p>構想区域ごとの概況については大北医療圏地域医療構想調整会議からの提案のとおり修正願いたい。(大北)</p>	<p>ご提案のとおり修正しました。</p>	48 49
	<p>「医療・介護提供体制の現状と課題」については、課題を記載するだけでなく、どうやって医療従事者を確保するかをしっかりと記載すべきである。(上小)</p>	<p>医療従事者確保等に関する施策については、各構想区域に共通する部分もあるため、「将来の医療提供体制を実現するための施策」に一括して記載しているところです。</p>	60 61
将来の医療提供体制を実現するための施策 (病床機能の分化・連携)	<p>地域の医療のレベルを落とさず、高度医療も集約することが、他医療圏に患者が流出しないために大切である。(諏訪)</p>	<p>推計結果はあくまで将来の医療提供体制を検討するための参考値であることから、構想策定後に現状と推計値を比較しつつ、将来の医療需要に適合した体制の構築に向け、関係者が自主的に取組を進めていくこととなります。</p>	19
	<p>構想区域を行政区域でもある二次医療圏とするならば、圏域の括りに捉われずに実施されている三次医療体制やドクターヘリの運用はどの様に位置づけるのか考え方を明記すべきです。(松本)</p>	<p>信州大学医学部附属病院や県立こども病院等が担っている全県を対象とした3次医療については、今後とも維持・充実を図っていく必要がある旨を記載しました。</p> <p>また、病診(病病、診診)連携を推進するとともに、専門的な治療を必要とする疾病等については、全県及び隣接する圏域との連携体制の強化を図る方向性を記載しました。</p>	54 55
	<p>疾患ごとに圏域内・外に捉われず診療ネットワークの整備をさらに進め、地域の医療の確保と医療の質の向上を目指すべきことなど、今後の方向性について明記すべきです。(松本)</p>		

区 分	意 見 の 内 容	対 応 ( 記 載 事 項 )	構 想 案 ペ ー ジ
将来の医療提供体制を実現するための施策 (病床機能の分化・連携)	長野県はいくつかのエリアに分かれているので、基本はこの地域で対応する、カバーできない高度医療は他圏域も含めて対応するなど県民にも分かり易い形で示す必要があるのではないか。(北信)	専門的な治療を必要とする疾病等については、全県及び隣接する圏域との連携体制の強化を図る旨を記載しました。なお、現行第6次保健医療計画で、疾病・事業ごとの圏域間の連携体制について掲載しています。	54
	今後圏域で必要とされる回復期リハ病床を持つ病院を増やしつつ、高度急性期を扱う病院とスムーズな連携をとっていくべきと考える。(長野)	地域で不足する回復期機能などの病床機能への転換に向けた関係者の自主的な取組を支援する旨を記載しました。	55
	施策の記載を「 <u>病床機能の転換及び必要な設備等の充実強化に当たり、地域医療介護総合確保基金を活用して積極的に支援します。</u> 」に修正する。(大北)	ご提案のとおり修正しました。	55
	一般の住民が二次医療圏で何が欠けていると考えているのかを明らかにしていく必要がある。(諏訪)	地域医療構想調整会議には医療を受ける住民に接している関係者が出席しており、住民の意見も概ね反映されるものと考えます。	—
将来の医療提供体制を実現するための施策 (在宅医療等の体制整備)	療養を目的とした入院患者層は医療区分2、3の重症者が依然多く、介護施設における医療機能の不足もあり、慢性期機能の一層の充実と介護サービス・在宅医療における機能を強化する施策を明記する必要がある。(上伊那)	慢性期機能の一層の充実については、関係者が将来の医療需要の変化を共有し、それに適合した医療提供体制の構築を検討する中で、医療機関の自主的な取組により地域の病床機能が収れんされていくものと考えております。 介護サービスや在宅医療の機能を強化する施策については56ページから59ページにかけて記載しました。	1 56～59
	在宅医療等の推進には様々な課題がある。(諏訪、木曾、大北、長野、北信)	56ページから59ページにかけて在宅医療等の体制整備に関する施策について記載しました。	56～59
	地域医療構想は、病床数のことだけを明記するのではなく、具体的な在宅医療提供体制の構築について書くべきである。(飯伊)	引き続き、平成30年度からの県保健医療計画、介護保険事業支援計画の策定に向け、検討してまいります。	
	入院機能とともに退院後の受け皿として、かかりつけ医を中心とし訪問看護を充実させた在宅医療体制、介護体制、施設整備は一体で考えるべきものであり、地域包括ケアを構築し、医療・介護難民を発生させないための施策を、より具体的に記載すべきです。(松本)		



	<p>医療機関の機能別病床数と在宅医療・介護体制とは、地域医療にとって密接不可分の関係にあるが、後者の構築については極めて不透明な状況にある。可視化を図る意味でもロードマップを作成し、医療提供者と受療者に提示すべきである。(大北)</p>		
	<p>調整会議での議論は、地域包括ケアシステムの構築とも重なってくるため、それぞれがばらばらに進めていくのではなく、横の連携が必要である。(諏訪)</p>	<p>医療・介護・福祉の専門職や関係機関が相互に連携するとともに、近隣住民やNPO等による独自の活動も含め、医療・介護・生活支援等の各サービスが切れ目なく提供されることにより、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ました。</p>	56
	<p>在宅医療の充実のため、病院、行政、ケアマネで考えていくシステムが必要と考える。(北信)</p>		
	<p>認知症対策は重要な問題である。患者と家族を中心に地域で支えるシステムをどうしていくのか考える必要がある。(北信)</p>	<p>市町村が推進する認知症の早期発見・早期対応体制などの整備に対する支援について記載しました。</p>	56
	<p>地域包括ケアシステム的前提である特養等を維持確保するとともに、介護事業者を維持する必要がある。(木曾)</p>	<p>特別養護老人ホーム等介護保険施設については、施設サービスと在宅サービスのバランスに配慮しながら、圏域ごとのサービス見込量に基づいて策定した高齢者プランや市町村介護保険事業計画に基づく計画的な整備を支援することを記載しました。</p>	56
	<p>今後在宅での看取りを増やしていくために重要なのは訪問看護の普及であると考えます。(長野)</p>	<p>24時間対応の訪問看護ステーションの充実や、訪問看護師の確保・資質向上について記載しました。</p>	57 58
	<p>在宅では、老老介護が増えており、医療・介護・中間施設等が切れ目なく連携して家族が安心して利用できる体制の構築を望む。(諏訪)</p>	<p>二次医療圏ごとに設置した医療・介護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ることを記載しました。</p>	57
	<p>医療関係職種が少ない施設等入居者の緊急時の対応(看取りを含む)に関して、緊急対応する病院等の医療提供者に介護施設等からの病歴などの情報を含め連携を密にすることが必要である。(大北)</p>		

区 分	意 見 の 内 容	対 応 ( 記 載 事 項 )	構 想 案 ペ ー ジ
将来の医療提供体制を実現するための施策 (在宅医療等の体制整備)	ICT等を活用した医療、介護、薬剤などを統合した個人ごとのデータベースを構築するなど、関係者の負担軽減や業務の省力化を図る必要がある。(諏訪)	在宅や介護施設等で医療を受けている方の病状変化や介護の情報を、医療・介護関係者や家族が共有するためのシステム構築を支援することを記載しました。	57
	在宅患者の多職種連携に対応するため、在宅医療と介護連携のネットワーク化 (ICT化) を進める。 (大北)		
	現状では施設基準上 24 時間対応可能であり、一定の看取り実績のある在宅療養支援病院・診療所はわずかであり、上伊那医療圏における在宅医療は大変厳しい状況にある。実施している医療機関数の把握は重要だが、加えて 24 時間体制の実施や一定の看取り実績など「質」の部分の評価も必要である。(上伊那)	24 時間体制で、ターミナルケアを含む看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等の充実を図ることを記載しました。	57
	医師ばかりでなく、地域包括ケアを支える看護師も不足している。限られた人材をうまく使っていけるシステムを工夫する必要がある。(諏訪)	医師、歯科医師、看護師等、多職種の専門性を尊重したチーム医療により、必要な医療・介護サービスが受けられる体制の構築を目指すことを記載しました。	57
	地域に医師が不足しているのを多職種がどう連携して補うかを考えて行かなければならない。そのために看護師や介護士の確保を真剣に考える必要がある。(北信)		
	在宅で歯科診療を必要としている人は多く、それを在宅歯科医療として組み立てていくことが大きな課題である。(長野)	医療・福祉関係者との連携強化を図り、口腔ケア等訪問歯科診療を必要とす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ことを記載しました。	58
	訪問による服薬指導の実施体制を整える必要がある。(木曾)	薬剤師会等関係団体と連携し、訪問薬剤管理指導業務に係る研修を実施するなど、薬局・薬剤師が在宅医療に参画するための体制づくりに取り組むことを記載しました。	58
	薬剤師会としての在宅医療への取り組みは始まったばかりであり、マンパワーの問題から24時間対応はなかなか難しい。(長野)		
在宅でどこまでできるかは不透明で、住民の不安が行政に上がってくるのはこれからではないか。 市民の医療や健康に対する意識を高める必要もある。(諏訪)	県民の在宅医療等に関する理解促進について記載しました。	59	



	今後の医療の在り方を大きく左右する終末期医療について、事前指示書などによる意思表示に対する医療機関の取り扱いを含め、今後どのように考えて議論を深めるか、またその結果を県民に啓発していくのか、方向性を明記すべきです。(松本)	人生の最終段階における医療（終末期医療）や看取りのあり方について、医師会や医療機関等が行う県民への普及啓発の取組を支援することを記載しました。	59
将来の医療提供体制を実現するための施策 (医療従事者・介護人材の確保・養成)	深刻な医師不足の中、医師確保対策に上乘せ措置を行う事も検討が必要である。(木曽)	身近な地域で安心して医療を受けることができるよう、即戦力医師の確保を図るとともに、医師の育成を進めるなど、医師の絶対数の確保を図ることを記載しました。	60
	病院が取り組む医師をはじめとする医療、介護従事者の確保策に対し、積極的な支援が必要。(大北)		
	医師不足という重大な課題の解消はちっとも進まない。県はもっとスピーディーに取り組んでいただきたい。(北信)		
	ドクターバンク事業や医師研究資金貸与事業は、順調に進行しているが、各地区が恩恵を受けていると実感できるような医師の配置を希望する。(上小)	ドクターバンク事業は県内で勤務を希望する医師の要望に応じて就業先を紹介しています。医師の要望を尊重しつつ地域バランスにも配慮して医師不足地域の病院の紹介に努めてまいります。	60
	少子化対策や定住の促進等の観点から産婦人科や小児科等の医師確保が急務である。(北信)	長野県ドクターバンク事業や医師研究資金貸与事業、臨床研修医研修資金貸与事業等の活用により即戦力医師の確保を図ることを記載しました。	60
	地元高校生への教育を含め、看護、介護の人材確保、育成に長期的に取り組む必要がある。(木曽)	看護、介護の人材確保、育成を進めることを記載しました。	60 61
医師や看護師等と同様、薬剤師も不足している。県薬剤師会でも薬剤師復職のための事業を行っているが、行政としても人材確保のための施策は必要である。(諏訪)	薬剤師、歯科衛生士等の医療従事者について、養成施設における教育の充実が図られるよう、必要により関係機関と協力し適切な運営を指導する旨を記載しました。	61	
歯科衛生士の確保が難しくなっており、今後、訪問口腔ケアを推進していく上で、歯科医師会単体では解決できない問題である。(飯伊)			
研修がきちんとできる病院がある地域に若い医師は集まる。医師が地域に定着するような研修システムを構築し、地域を守ろうとする医師を養成する必要がある。(上小)	医療従事者の資質向上のため、各職種の関係団体が実施する知識・技能の向上を目指した学術研究会・研修会を支援することを記載しました。	61	

区 分	意 見 の 内 容	対 応 ( 記 載 事 項 )	構 想 案 ペ ー ジ
将来の医療提供体制を実現するための施策 (医療従事者・介護人材の確保・養成)	県には看護大学を作るなどの形で人材の確保の施策を推進してほしい。(諏訪)	新規看護師養成数の確保を図るため、民間看護師等養成所の運営費に対して補助を行うことを記載しました。	61
	医師・看護師等の医療従事者の確保については、専門別にどのくらい需要があるのか触れた上で施策を考えていくべきである。(ex 医師：総合医等、看護師：認知症認定看護師等) (上小)	現在、国の「医療従事者の需給に関する検討会」の医師需給分科会や看護職員需給分科会等において、医療従事者の確保の強化策等が検討されていることから、今後の動向を注視し、国へ県の意見を伝えてまいります。 今後は、国の需給見通しの策定方針に合わせ、実態調査の実施等を含め、次期保健医療計画策定の過程で検討してまいります。	—
	山間地等の病院は、医療従事者の確保が厳しい。例えば、医師が都市部に居住し山間地等へ勤務する体制も検討する必要がある。(上小)		—
	医師の地域偏在、診療科偏在の実態を把握し、解消に向けた取組が必要である。(大北)	総合医の養成については、日本専門医機構の新しい専門研修でも総合診療科が位置づけられたことから、今後の動向を注視し、対応について検討してまいります。	—
	専門医ばかりでなく、総合医の数を増やすべきである。(上小)	ご提案の趣旨は、第6節の「1. 推進体制」に記載しました。	62
地域医療構想の推進	個々の構想区域によっては、総合診療科や脳神経外科の新設等に伴う受診動向に大きな変化が生じ、患者流出の改善が図られているので、今後はこれらの動きを的確に反映した最新の情勢により医療提供体制を構築する必要があります。(大北)	第5節の施策については県が行うものについて記載しています。 そのほか、第6節に関係機関などに期待される役割を記載しました。	54～61 62
関係機関などに期待される役割	素案の記述には主語がなく、行政・医療関係者等それぞれの当事者意識が薄くなる。(諏訪)	関係機関などに期待される役割として医療機関・医療従事者・医療関係団体は地域の患者の動向や病床機能報告等の情報を共有し、人口減少や高齢化等に伴う疾病構造の変化に対応した過不足のない医療提供体制の構築に努めることが期待されることを記載しました。	62
	今後、様々な施策が出てくると思うが、「誰が」行うかを示していただきたい。(上伊那)		
	病院だけでなく診療所の医師の力が必要になるので、情報を流していく必要がある。(佐久)		

地域医療構想の見直し	地域医療構想の見直しの文言を「構想区域における医療情報提供体制の状況変化を定期的に把握し、地域医療構想の見直しを行います。」に変更願いたい。(大北)	国からのデータの提供が不定期であるため、定期的な把握は困難ですが、医療計画の改定時などに状況に応じた見直しを行います。	—
その他	医療計画の5事業に含まれる「産科・小児科」に関する施策を明記してほしい。(上伊那)	地域医療構想は医療計画の一部であり、主として入院医療及び在宅医療等の医療提供体制について記載することとされています。「産科・小児科」に関する施策は第6次保健医療計画(平成25~29年度)本体に記載しているところです。	—
	今夏から坂下病院(岐阜県中津川市)の外科が廃止され、救急受入も制限されているほか、外来及び入院機能の検討が進められている。年内に中津川市としての方針が示される予定であるが、検討の中では、診療所化も想定されている。 ・特に需要の見込まれる眼科、整形外科をはじめ、木曽病院が患者の受け皿となるよう医療機能を充実する必要がある。 ・南木曽町や大桑村の住民が、木曽病院へ通院しやすいよう、交通の利便性を向上させる必要がある。 ・救急については、搬送時間が長くなり患者に負担がかかることが懸念される。中津川市民病院への搬送が増えると、救急車の配車が困難になる事態も予想されるため、木曽病院における医療スタッフと病床を確保し、救急体制を維持する必要がある。(木曽)	中津川市立国保坂下病院については、引き続き地元町村等を通じてその動向の把握に努めます。 県立木曽病院の機能については、木曽地域の医療の状況や地域の皆様のご意向をお聞きするとともに、県立病院機構と連携しながら対応を考えてまいります。	—
	病気にならないことが重要であり、予防の観点にも引き続き力を入れて取り組む必要がある。(木曽)	県では、一人ひとりが生きがいを持ち、健やかで幸せに暮らせる「しあわせ健康県」づくりを進めるため、県民の健康増進を図る運動「信州ACE(エース)プロジェクト」を進めています。	—
	必要とされる機能が存在するだけでは、医療提供体制が整備されたとは言えない。受療者が提供される医療の質を判断できる指標の明示も必要。(大北)	医療の質を判断できる指標の設定については難しいところですが、県民が知りたい医療の情報等については「ながの医療情報ネット」などにより公表しています。	—

### 第3回地域医療構想調整会議の開催状況

構想区域	日 時	
佐 久	10月6日(木)	19:00~20:00
上 小	10月11日(火)	19:00~20:30
諏 訪	10月24日(月)	19:00~21:00
上伊那	9月23日(金)	19:00~20:30
飯 伊	10月6日(木)	19:00~20:40
木 曾	10月6日(木)	14:00~16:00
松 本	10月24日(月)	19:00~20:30
大 北	10月17日(月)	18:00~20:00
長 野	10月14日(金)	18:45~20:45
北 信	10月19日(水)	18:00~19:30

### 第3回調整会議における検討結果・意見等について

佐久医療圏地域医療構想調整会議

項 目	検討結果・意見等
病床数の必要量の推計について	<p>○目標といった性格を持つものではなく、参考値ということで、これが一人歩きすることのないようお願いしたい。</p> <p><b>【2014年度以降の取組を反映した調整について】</b></p> <p>○がん診療は高額な診断・治療機器を必要とする。これを二次医療圏ごとに設備投資していく必要があるのだろうか。がん診療については、三次医療圏で考えていかななくては、医療資源を無駄に増やしてしまうことになり、結果的に患者のためにならない。</p> <p>○がんを他の疾患と同様に扱うのはいかがなものか。地域でがん治療を受けたいと考えている患者は一部であり、多くは二次医療圏を超えて動いている。</p> <p>○拠点病院でも、スタッフの確保やナースの教育に何十年もかかっている。診療病院の指定を受け、すぐに実績があがるとは思えない。</p>
在宅医療について	<p>○病院だけでなく診療所の医師の力が必要になるので、情報を流していく必要がある。</p>

### 第3回調整会議における検討結果・意見等について

#### 上小医療圏地域医療構想調整会議

項 目	検討結果・意見等
全般的事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域医療構想は、医療提供体制を実現させるための施策が重要であるが、将来の病床数の問題に矮小化されてしまう傾向がある。</li> <li>○将来の必要病床数については、療養病床の入院患者のうち「医療区分1」の70%が在宅医療等に移行するものとして推計されているが、その算定方法についてはブラックボックスであり明らかにされていない。在宅医療に移行した場合には費用が増大する可能性もあるため、移行しない場合と比較したデータを示してほしい。</li> </ul>
地域医療構想（素案） 第4節上小構想区域（P35）  第5節2（3） 医療従事者・介護人材の確保・養成（P53）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「医療・介護提供体制の現状と課題」については、課題を記載するだけでなく、どうやって医療従事者を確保するかをしっかりと記載すべき。</li> <li>○医師・看護師等の医療従事者の確保については、専門別にどのくらい需要があるのか触れた上で施策を考えていくべき。（ex 医師：総合医等、看護師：認知症認定看護師等）</li> <li>○ドクターバンク事業や医師研究資金貸与事業は、順調に進行しているが、各地区が恩恵を受けていると実感できるような医師の配置を希望する。</li> <li>○研修がきちんとできる病院がある地域に若い医師は集まる。医師が地域に定着するような研修システムを構築し、地域を守ろうとする医師を養成する必要がある。</li> <li>○山間地等の病院は、医療従事者の確保が厳しい。例えば、医師が都市部に居住し山間地等へ勤務する体制も検討する必要がある。</li> <li>○専門医ばかりでなく、総合医の数を増やすべき。</li> </ul>
(参考意見)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○公立病院の改革プランについては、公立病院間のネットワークを作ることになっているが、医療の再編まで話が進まない。手術等の医療機能の集約について、公立病院間で話し合う必要がある。</li> </ul>



## 第3回調整会議における検討結果・意見等について

### 諏訪医療圏地域医療構想調整会議

項 目	検討結果・意見等
1 病床数の必要量の推計値について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病床機能については、示された数字はあくまで推計であり拘束力はないというが、現実には国が診療報酬で縛ることが可能。医療圏に必要な病床機能は確保されるように望む。</li> <li>・病床数について、推計はあくまで参考値であることが確認されたのは良かったと思う。</li> </ul>
2 将来の医療提供体制を実現するための施策について	
(1) 病床機能の分化・連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般の住民が二次医療圏で何が欠けていると考えているのかを明らかにしていく必要がある。</li> <li>・地域の医療のレベルを落とさず、高度医療も集約することが、他医療圏に患者が流出しないために大切である。</li> <li>・一般の患者は、信頼できる病院や、専門医等、医療の質を期待しているように思う。</li> <li>・ICT等を活用した医療、介護、薬剤などを統合した個人ごとのデータベースを構築するなど、関係者の負担軽減や業務の省力化を図る必要がある。</li> <li>・地域医療介護総合確保基金は、ICTなどでも、ハード整備には使えるがソフト事業には使えないなど使い勝手が悪い。</li> </ul>
(2) 在宅医療等の体制整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅では、老老介護が増えており、医療・介護・中間施設等が切れ目なく連携して家族が安心して利用できる体制の構築を望む。</li> <li>・在宅医療について、現在行われている訪問診療はすべて登録されており、関東信越厚生局分もインターネットで閲覧することができるが、資料で示されている数値と乖離がある。</li> <li>・地域の特性を活かした体制が組み立てられていくのが望ましい。</li> <li>・在宅でどこまでできるかは不透明で、住民の不安が行政に上がってくるのはこれからではないか。</li> <li>・調整会議での議論は、地域包括ケアシステムの構築とも重なってくるため、それぞれがばらばらに進めていくのではなく、横の連携が必要。</li> </ul>
(3) 医療従事者・介護人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師ばかりでなく、地域包括ケアを支える看護師も不足している。限られた人材をうまく使っていけるシステムを工夫する必要がある。</li> <li>・医師会で准看護学院を運営しているが、赤字で経営は厳しい。また、諏訪で看護専門学院を大学にしようとする行政の側が待ったをかけ、記載されている施策の方向性と矛盾する。県には看護大学を作るなどの形で人材の確保の施策を推進してほしい。</li> <li>・医師や看護師等と同様、薬剤師も不足している。県薬剤師会でも薬剤師復職のための事業を行っているが、行政としても人材確保のための施策は必要。</li> </ul>
3 その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療介護総合確保基金は内示が遅く、事業の執行が難しくなっている。年度初めから着手できるようスケジュールの検討をお願いしたい。</li> <li>・市民の医療や健康に対する意識を高める必要もある。</li> <li>・素案の記述には主語がなく、行政・医療関係者等それぞれの当事者意識が薄くなる。</li> </ul>

## 第3回調整会議における検討結果・意見等について

### 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
<p>1 地域医療構想（素案）に係る意見について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 第2節の5「在宅医療提供体制の状況」について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ (1) で二次医療圏ごとの在宅医療実施状況が分析されているが、現状では施設基準上24時間対応可能であり、一定の看取り実績のある在宅療養支援病院・診療所はわずかであり、上伊那医療圏における在宅医療は大変厳しい状況にある。実施している医療機関数の把握は重要だが、加えて24時間体制の実施や一定の看取り実績など「質」の部分の評価も必要である。</li> <li>・ 療養を目的とした入院患者層は医療区分2、3の重傷者が依然多く、介護施設における医療機能の不足もあり、慢性期機能の一層の充実と介護サービス・在宅医療における機能を強化する施策を明記する必要がある。</li> </ul> </li> <li>○ 第3節の3「構想区域における将来の医療需要と病床数の必要量の推計」の(6)「2025年度における病床数の必要量の推計」に、「現在の医療機関所在地への患者流入が継続と仮定する医療機関所在地ベースを基本に推計する」とあることについて           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 圏域を境にした隣接する医療機関受診という特殊な条件を除き、患者住所地ベースを基本とした推計が望まれる。特に、上伊那のような医療資源の不足する地域では、医療機関所在地ベースの推計が、受療に係る不自由さを将来にわたって固定する可能性があるため、圏域によっては「患者住所地ベース」にすることを含めた目標設定が相応しいと考える。</li> </ul> </li> <li>○ 第4節 構想区域ごとの概況について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケアシステム構築に向け、在宅医療等体制整備は重要な要素である。「第4節 構想区域ごとの概況」では、病床数の必要量の推計が病床機能ごとに示されているが、在宅医療等についても在宅を支える「診療所」、「訪問看護ステーション」、「施設等」の推計を示すことが必要であると考え。</li> </ul> </li> <li>○ 第5節 将来の医療提供体制を実現するための施策について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後、様々な施策が出てくると思うが、「誰が」行うかを示していただきたい。</li> </ul> </li> <li>○ 医療計画の5事業に含まれる周産期医療と小児医療について           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「産科・小児科」に関する施策を明記してほしい。</li> </ul> </li> </ul>

### 第3回調整会議における検討結果・意見等について

#### 飯伊医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
地域医療構想の策定に対する意見	<p>○地域医療構想の策定に当たっては、病床機能報告制度により、国・県が直近データの分析を行い、また、今春の診療報酬改定の影響を検証した上で、議論をすべきである。</p> <p>○在宅での療養が困難な高齢者の実態を把握し、介護施設や居宅介護力の評価を行ってから必要病床数を推計すべきである。</p> <p>（飯田医師会では、特養待機者数を在宅療養受容力の評価と考へ、将来的にも地域介護力の低下は進むと予測している。このため、在宅療養の受け皿となる介護施設と居宅受容力の評価を策定に反映してほしい。）</p> <p>○地域医療構想は、病床数のことだけを明記するのではなく、具体的な在宅医療提供体制の構築について書くべきである。</p> <p>○国の一律的な施策も非常に重要であるが、特に高齢化が進んだ地域には、政策的に特別な制度を導入してほしい。</p>
医療介護連携	<p>○療養病床の医療区分Ⅰの7割を在宅医療等へ移行させる場合は、施設など療養者の受け皿を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築を急ぐ必要がある。</p>
療養病床転換へのインセンティブ	<p>○療養病床の見直しにより医療施設以外に転換させる場合は、経営者側のインセンティブとなるような施策がないと経営上マイナスとなり、転換には踏み切れない。</p>
介護療養病床のイメージ	<p>○介護療養病床の入院患者は手がかからないイメージがあるが、実態は手がかかり、外科的な処置を必要とすることが多い。</p>
医療従事者・介護人材の人的資源の確保等	<p>○歯科衛生士の確保が難しくなっており、今後、訪問口腔ケアを推進していく上で、歯科医師会単体では解決できない問題だ。</p> <p>○ヘルパー2級資格の取得が以前より厳しくなり、介護人材の成り手が少ない。都会と違い、資格取得に資金を援助するなど積極的に行動しないと人材は確保できない。</p> <p>○在宅での薬の管理は、患者の負担無しで薬局薬剤師が行う、お試し訪問の取り組みも行っている。</p>

## 第3回調整会議における検討結果・意見等について

### 木曽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・介護の人材確保、育成について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 深刻な医師不足の中、木曽病院の診療科を維持充実するためには、医師確保対策に上乘せ措置を行う事も検討が必要である。</li> <li>・ 開業医が高齢化しており、これまで以上に在宅医療を担うのは困難になっている。</li> <li>・ 深刻な介護人材不足や、訪問に要する移動時間が長く採算性が悪いこと、高齢者人口減少の見込み等を背景に、訪問看護や居宅介護支援を行う事業者の撤退が相次いでいる。</li> <li>・ 地域包括ケアシステム的前提である特養等を維持確保するとともに、介護事業者を維持する必要がある。</li> <li>・ 地元高校生への教育を含め、看護、介護の人材確保、育成に長期的に取り組む必要がある。</li> <li>・ 訪問による服薬指導の実施体制を整える必要がある。</li> </ul>
2 坂下病院の機能見直しに伴う医療機能の確保について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今夏から坂下病院（岐阜県中津川市）の外科が廃止され、救急受入も制限されているほか、外来及び入院機能の検討が進められている。年内に中津川市としての方針が示される予定であるが、検討の中では、診療所化も想定されている。</li> <li>・ 特に需要の見込まれる眼科、整形外科をはじめ、木曽病院が患者の受け皿となるよう医療機能を充実する必要がある。</li> <li>・ 南木曽町や大桑村の住民が、木曽病院へ通院しやすいよう、交通の利便性を向上させる必要がある。</li> <li>・ 救急については、搬送時間が長くなり患者に負担がかかることが懸念される。中津川市民病院への搬送が増えると、救急車の配車が困難になる事態も予想されるため、木曽病院における医療スタッフと病床を確保し、救急体制を維持する必要がある。</li> </ul>
3 保健・介護の予防対策について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病気にならないことが重要であり、予防の観点にも引き続き力を入れて取り組む必要がある。</li> </ul>

平成 28 年 10 月 26 日

長野県医療審議会地域医療構想策定委員会  
委員長 関 隆教 殿

松本医療圏地域医療構想調整会議  
会長 杉山 敦

第 4 回長野県医療審議会地域医療構想策定委員会で示された長野県地域医療構想（素案）に対し松本医療圏地域医療構想調整会議では意見書をまとめましたので提出致します。宜しく御検討下さい。

第4回長野県医療審議会地域医療構想策定委員会で示された  
長野県地域医療構想（素案）に対する意見

1 圏域間における患者の流出入は制限せず、必要病床数の推定は医療機関所在地ベースとすることに賛成いたします。

2 推計値は目安であり、病床削減を求めるものではないとされたことには賛成いたします。さらに病床機能転換等は各医療機関が自主的に進めるものであり、医療機関を拘束し何らかの措置を講じさせるものではないことを明記すべきです。

3 P19 1 病床数の必要量の推計値が持つ意義に、「基本的に国の法令通知に従って推計しています。これは2013年度のデータを使った一定の仮定の下での推計であり、」と記載されていますが、国が定めた必要病床数推計値に県が独自の基準を作り、国の定めた基準年ではなく他年度を基準として修正を加えることは適正でないと考えます。P27、4行目においても「国が定めた一定の仮定」とのみ記載され、県の修正については触れられていません。もし修正を加えるならばその根拠と修正を加えた旨、明記すべきであります。

4 国が定めた必要病床数推計値を修正することが許されるとしても、今回示された修正の理由は下記のような項目で根拠が曖昧であり、不十分と考えますので推計結果に賛成できません。

○平成26年度以降の病院の取り組みを考慮したとの事だが、「国の定めた基準年」ではなく「県の基準年」はどこに置かれていますか。基準年が変われば国が定めた仮定の前提が崩れ、国から提供されたデータも全て変わってきます。また平成27年12月の調査以降の各病院の取り組みはどの様に考慮し反映するのか。特定圏域でのみ病院も期限も



定めず、「将来のがん医療の充実」を考慮するとされていますが、他の圏域は考慮されないのでしょうか。

○考慮しなければならない疾患が数多くあるにもかかわらず、「がん医療」だけで構想区域間に修正を加え、各構想区域の必要病床数推計値の総枠を決めることに賛成できません。そもそも「がん医療」はその緊急性において、脳卒中や急性心筋梗塞、重度外傷等とは別の範疇に入るものであります。

○「がん医療」にしてもがんの種類や関連各科の連携体制、がん診療拠点病院との関係等何等検討されていない中で、がん診療病院の指定もしくは将来の指定の可能性のみをもって将来の患者流出入の変化を定量化出来るとは考えられず、修正値の根拠とは言い難いと考えます。

○そもそも修正の基としたデータは国保と後期高齢者医療のもののみで、決して全体を網羅したものではないことを考慮すれば、安易にこれをもって全体の数値の基準とし県の修正の根拠とすべきではない。

○医療療養病床の整備のみ配慮し、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟等の整備は患者流出入への影響がないので配慮せず、という説明は無理がある。

○もし圏域間で必要病床数推計値の修正が必要と判断され、修正を加えるとするならば、ガイドラインで定められた丁寧かつ十分な構想区域間調整の手順が踏まれていないのではないか。

○地域医療構想は第6次保健医療計画の一部を成すものであるが、第6次の基準病床数を大きく超えている圏域へ、基準病床数を下回る圏域等から修正により病床を移譲させることは、2025年の人口増が見込まれている訳ではない中、論理的におかしく矛盾している。今迄病床規制の根拠としていた基準病床の位置付けとの関係が説明されていない。

**5 構想区域を行政区域でもある二次医療圏とするならば、圏域の括りに捉われずに実施されている三次医療体制やドクターヘリの運用はどの様に位置づけるのか考え方を明記すべきです。**

6 将来の医療需要ばかりではなく、不足した現状の医療資源と供給状況を踏まえた現実的な医療供給体制の構築について、具体的には疾患ごとに圏域内・外に捉われず診療ネットワークの整備をさらに進め、地域の医療の確保と医療の質の向上を目指すべきことなど、今後の方向性について明記すべきです。

7 入院機能とともに退院後の受け皿として、かかりつけ医を中心とし訪問看護を充実させた在宅医療体制、介護体制、施設整備は一体で考えるべきものであり、地域包括ケアを構築し、医療・介護難民を発生させないための施策を、より具体的に記載すべきです。

8 今後の医療の在り方を大きく左右する終末期医療について、事前指示書などによる意思表示に対する医療機関の取り扱いを含め、今後どのように考えて議論を深めるか、またその結果を県民に啓発していくのか、方向性を明記すべきです。

9 P28 (7)「2025年度以降の将来に向けた病床数の必要量の推計」の項には、P4で2030年度の医療需要が最大と見積もられていること、さらにその後は減少傾向に向かうこと、また若年者の減少と高齢患者の増加に伴う疾病構造の変化が予想されることを記載すべきです。

以上、宜しく御検討下さい。

### 第3回調整会議における検討結果・意見等について

#### 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>P48 患者の流出入の状況</p> <p><u>区域内居住者の受診先の所在地</u></p> <p>* P49医療・介護提供体制の現状と課題(現状)</p>	<p><b>【修正・追加】</b></p> <p>多くの診療分野について、……傾向にあります。<u>特に回復期・小児の入院の流出の割合が非常に高い状況です。</u></p> <p><b>【削除】</b> ○ <del>高度急性期・急性期・回復期については……高い状況です。</del>  ○ <del>医師の絶対数が不足しているうえ、地域の……予想されます。</del>  ○ <del>在宅護人材が慢性的に不足しており、離職率も高い状況です。</del></p> <p><b>【追加】</b> ○ 人口10万人当たりの医師数は、187.5人で県平均の216.8人を下回っています。また、医師の高齢化も進んでいる状況です。</p>
<p>P49 医療・介護提供体制の現状と課題(課題)</p>	<p><b>【削除】</b> ○ <del>区域内におけるがん診療機能の不足から……図る必要があります。</del>  ○ <del>地域や居宅に戻る患者をケアするために……整備する必要があります。</del></p> <p><b>【修正・追加】</b></p> <p>○ 医師の確保が急務であり、特に、地域で子どもを安心して産み育てられる環境を維持していくため、産科、小児科診療の充実を図る必要があります。</p> <p>○ がん診療機能の不足から、がん患者の多くが松本地域に流出しているため、地域におけるがん診療機能の充実を図る必要があります。</p> <p>○ 大町市以北の2村は特別豪雪地帯であり、冬期間の移動は時間を要することから、二次救急医療が地域内で完結できる救急医療の充実が急務です。</p> <p>○ 地域や居宅に戻る患者をケアするため、介護人材の確保とともに、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の介護基盤を整備する必要があります。</p>

項 目	検討結果・意見等
<p><b>P54</b> 第5節 将来の医療提供体制を実現するための施設 2. 現状・課題と施策の方向性 (1) 病床機能の分化と連携 <u>現状と課題</u></p>	<p><b>【追加】</b> ○ 近年、個々の構想区域によっては、総合診療科や脳神経外科の新設等に伴う受診動向に大きな変化が生じ、患者流出に改善が図られているので、今後はこれらの動きを的確に反映した最新の情勢により医療提供体制を構築する必要があります。</p>
<p>第5節 2. (1) <u>主な取組</u> 下から1行</p>	<p><b>【修正】</b> ○ 病床機能の転換及び必要な設備等の充実強化に当たり、地域医療介護総合確保基金を活用して転換を積極的に支援します。</p>
<p><b>P55</b> 第5節2. (2) 在宅医療等の体制整備 <u>現状と課題</u> 上から8行</p>	<p><b>【修正】</b> ○ 在宅医療を担う医師や医療従事者が不足しているとともに……</p>
<p><b>P55</b> 第5節2. (2) <u>施策の方向性</u></p>	<p><b>【追加】</b> ○ 医療関係職種が少ない施設等入居者の緊急時の対応（看取りを含む）に関して、緊急対応する病院等の医療提供者に介護施設等からの病歴などの情報を含め連携を密にすることが必要である。</p>
<p><b>P55</b> 第5節2. (2) <u>主な取組</u></p>	<p><b>【追加】</b> ○ 在宅患者の多職種連携に対応するため、在宅医療と介護連携のネットワーク化（ICT化）の検討を進めます。</p>
<p><b>P60</b> 第5節2. (3) 医療従事者・介護人材の確保・養成 <u>施策の方向性</u></p>	<p><b>【追加】</b> ○ 医師の地域偏在、診療科偏在の解消に努めます。</p>
<p><b>P60</b> 第5節2. (3) <u>主な取組</u></p>	<p><b>【追加】</b> ○ 医師の地域、診療科偏在の実態を把握し、解消に向けた取組みを進めます。</p> <p><b>【追加】</b> ○ 病院が取り組む医師をはじめとする医療、介護従事者の確保策に対し、積極的に支援します。</p>

項 目	検討結果・意見等
<p>P 6 2 第6節 地域医療構想の推進・見直し 地域医療構想の見直し 上から8～9行</p> <p>素案に対しての要望 全体的な項目 (施策・推進)</p>	<p><b>【修正】</b></p> <p>○ 地域医療構想の見直し 構想区域間における医療情報提供体制が変化する等の状況変化が生じた場合や、医療計画の改定時などに必要に応じ、<u>状況変化を定期的に把握し、地域医療構想の見直しを行います。</u></p> <p><b>【以下 3 項目 全国健康保険協会長野支部】</b></p> <p>* 協会（組合・共済等）の要望として、健康福祉部に提出済み事項。 ○ 推計値は参考値であり、病末の適正配置を促進するための基準である。「基準病床数」とは異なるとしているが、この2つの数字の関係が不明確であり、あるべき姿が可視化されているとは言えない。共有すべき数値を明確にされたい。</p> <p>○ 必要とされる機能が存在するだけでは、医療提供体制が整備されたとは言えない。受療者が提供される医療の質を判断できる指標の明示も必要。</p> <p>○ 医療機関の機能別病床数と在宅医療・介護体制とは、地域医療にとって密接不可分の関係にあるが、後者の構築については極めて不透明な状況にある。可視化を図る意味でもロードマップを作成し、医療提供者と受療者に提示すべき。</p>

### 第3回調整会議における検討結果・意見等について

#### 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 地域医療構想（素案）の病床数必要量の推計について</p> <p>(1) 長野圏域における病床調整について</p> <p>① 北信総合病院の「地域がん診療連携拠点病院」指定に伴う患者流出入への影響について</p> <p>② 北信医療圏における医療療養病床の整備に伴う患者流出入への影響について</p> <p>(2) 推計全般について</p> <p>(3) 病床数の必要量の推計について圏域としてのまとめ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域がん診療病院の指定により、病院間での症例検討などの交流は進んでおり、技術的な均てん化は今後図られていくことが期待されるが、現状では、北信医療圏からのがん患者の新規入院数は年々増加している。難しい手術の場合や治療成績の良い病院をさがして手術を受けるといった患者の考え方があるものと思われる。同病院は（地域がん診療病院の）指定を受けても、放射線治療はできないようであり、思いきった財政支援などにより医療資源が充実しないと、同医療圏からの流入は減らないのではないか。但し今後流入が調整案のように改善されるのであれば、北信の患者の期待にも沿うので、数字としてはこれでよいのではないか。</li> <li>・ 北信と隣接する病院では、入院患者で一番多いのは中野市（北信医療圏）の患者であり、北信医療圏からの流入がなくなると経営できなくなる。そうすると受け皿が減り、上小医療圏の患者の受入れも難しくなる。実際に、病院の中には、飯山赤十字病院の療養病床整備に伴う今後の患者の流れへの影響を心配する声もある。当医療圏の北と南ではそれなりの理由があって今の患者の流れになっていると思われ、北信からの流入減が、上小への流出減につながるという数学的な理屈という形には必ずしもならないのではないか。</li> <li>・ 構想区域毎の「必要量の推計」によれば、長野医療圏や松本医療圏の高度急性期は50～60%と非常に減るのに対して、他医療圏は増加や修正なしという推計方法が正しいのかという疑問がある。</li> <li>・ 病床数の必要量の推計はあくまでも参考値としているが、細かい修正がある。検討すればするほど数字が生きてきてしまうのではないのか。</li> <li>・ 今後圏域で必要とされる回復期リハ病床を持つ病院を増やしつつ、高度急性期を扱う病院とスムーズな連携をとっていくべきと考える。</li> <li>・ 千曲市、坂城町は上田市との結びつきが強い。医療圏という考え方にもあまりこだわらなくてもいいのではないのか。</li> <li>・ 長野医療圏としては推計値について、概ね委員からの理解が得られたものとする。</li> </ul>



<p>2 在宅医療等の必要量の推計について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅での看取りが増加しない。療養病床でも退院する方より亡くなる方が多いのが現状である。より積極的に在宅医療を整備する必要がある。在宅での看取りをしっかりとやらない限りは療養病床の需要はベッド数が増えても空きが出る状況にならない。</li> <li>・在宅医療の推計値の根拠が、医療需要の低い方の算定になっているが、現実には在宅で見る患者は決して医療区分の低い患者とは言えない。むしろ、病院に通えない寝たきりになってしまった方を在宅で看なければいけない現実が圧倒的である。</li> <li>・今後在宅での看取りを増やしていくために重要なのは訪問看護の普及であると考え。長野県は看護師が多く、以前から保健師の活動も非常に活発であった。医療需要から介護需要へとウェイトを移していくことが重要ではないかと思われる。</li> <li>・地域包括ケアシステムは市町村単位なので、在宅医療の必要量も市町村単位で出して欲しい。</li> <li>・千曲・坂城地域では、2年ほど前から地域包括ケアシステムの構築に向けた議論を進めており、須高地域でも取組みを進めているところである。</li> <li>・須高地域では訪問看護と在宅医療を行う医師でICTを活用した情報共有を行っている。</li> <li>・介護者である家族に対し、患者と一緒に最後を過ごすことの意義を啓発しなければならないのではないかな。</li> <li>・推計結果で、在宅医療の必要量が2013～2025年で1300ほどの増加に対し、訪問診療が600ほどの増加にとどまっているが、この程度でよいのか疑問がある。</li> <li>・医師が在宅医療をやりたいと思っても、診療報酬上の在宅支援診療所の条件（24時間365日）等を緩めてもらわなければ増加は見込めない。医療機関がグループを組んで対応（病院間の連携）をしなければ、24時間対応は難しい。</li> <li>・在宅で歯科診療を必要としている人は多く、それを在宅歯科医療として組み立てていくことが大きな課題である。</li> <li>・薬剤師会としての在宅医療への取り組みは始まったばかり。ただ、マンパワーの問題があり、24時間対応はなかなか難しい。</li> <li>・介護する人の介護力の低下も問題であり、訪問看護の役割は大きい。医療依存度の高い人は24時間対応の必要な人が増えており、病院併設の訪問看護はいいが、小さな事業所はマンパワー不足で対応が難しい。在宅を支える医師を探すのも難しい。</li> <li>・在宅医療に関して、三師会、看護協会との連携も重要であるが、うまく組み込みができていない。地域によって連携に差がある。</li> <li>・長野市内の在宅の看取りは約11%であり、ほとんどが特養や老健である。訪問看護師、訪問診療医師、薬局、歯科医師などが一体となっていくべきである。</li> <li>・各医師会から話の出ている「24時間365日」のハードルは何とかしてほしい一方、病院側としても地域医療介護総合確保基金などを利用し、病院間の連携を保ちながら進めていくことが重要である。</li> </ul>
---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 第3回調整会議における検討結果・意見等について

### 北信医療圏地域医療構想調整会議

項目	検討結果・意見等
1 必要病床数の推計について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ことさら国が定めた一定の仮定による病床数にすぎないことを強調しており、何のために地域医療構想を作るのか一般の県民からするとよく分からないので、策定する意図を明示してほしい。</li> </ul>
2 将来の医療提供体制を実現するための施策について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当地域は豪雪地であることから医療従事者の確保が一番の課題であり、特に少子化対策や定住の促進等の観点から産婦人科や小児科等の医師確保が急務であることに尽きるので、そういった「地域医療構想」であってほしい。</li> <li>・長野県はいくつかのエリアに分かれているので、基本はこの地域で対応する、カバーできない高度医療は長野地域も含めて対応する、病院だけでは対応できない事は道路を整備してカバーするなど、もっと地域から対策を積み上げていくような県民にも分かり易い形で示す必要があるのではないかと考える。</li> <li>・地域に医師が不足しているのを多職種がどう連携して補うかを考えて行かなければならない。そのために看護師や介護士の確保を真剣に考える必要がある。</li> <li>・県がまとめたアンケートにあるように、県民の約4割が在宅療養を望んでおり、また今回の在宅医療の推計値からも将来の必要量が示されていること、今後国が在院日数を短縮すると考えられることから、在宅医療の充実のため、病院、行政、ケアマネで考えていくシステムが必要と考える。</li> <li>・訪問看護師は看護協会加入者が少ないが、県看護協会では訪問看護師の研修会を行っているので、協会への加入を働きかけることが必要ではないかと考える。</li> </ul>
3 その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・構想案を見る限り、県が何をしようとしているのかよく分からない。ベッドを減らそうという意図があるが、豪雪地域で在宅医療を大きく増やすのは現実的に無理だと考える。</li> <li>・認知症患者が増えているが、介護する家族も認知症というケースもある。地域医療構想では精神科病床を対象としていないが、地域医療構想であるからこそ認知症対策は重要な問題である。患者と家族を中心に地域で支えるシステムをどうしていくのか考える必要がある。</li> <li>・地域は地方創生に取り組んでいるが、定住対策の足かせとなる医師不足という重大な課題の解消はちっとも進まない。構想の検討に時間をかけても現場は待ってくれないので、県はリーダーシップを持ってもっとスピーディーに取り組んでいただきたい。</li> </ul>