

令和5年度第3回 長野県医療審議会 保健医療計画策定委員会（要旨）

1 日 時 令和5年5月26日（金）14時10分から17時00分まで

2 場 所 長野県庁3階 特別会議室

3 出席者

委 員：竹重王仁委員、日野寛明委員、亀井智泉委員、清水昭委員、小林恵子委員、中込さと子委員、花岡正幸委員、本郷一博委員、本田孝行委員、馬島園子委員、丸山和敏委員、和田秀一委員、飯塚康彦委員、杉山敦委員、鈴木章彦委員、関健委員

（欠席：伊藤正明委員、池上道子委員、宇田川信之委員、下平喜隆委員、白鳥孝委員、竹内正美委員、町田貴委員、松本あつ子委員、渡辺仁委員）

事務局：福田健康福祉部長、笹渕美香衛生技監、西垣明子参事（医療人材確保担当）、百瀬秀樹参事（地域医療担当）、大日方隆健康福祉政策課長、久保田敏広医療政策課長、水上俊治医師・看護人材確保対策課長、田上真理子健康増進課長、西川勉国民健康保険室長、宮島有果保健・疾病対策課長、須藤恭弘感染医療対策監、今井政文介護支援課長、久保田耕史食品・生活衛生課長、有澤美加薬事管理課長、堀内嵩之医療政策課企画管理係長

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（1）医療計画作成指針等の概要について

（本田委員長）

それでは、次第に沿って会議を進めてまいりたいと思います。

2の会議事項（1）医療計画作成指針等の概要について、事務局から説明をお願いいたします。

（久保田医療政策課長、資料1により説明）

（本田委員長）

ありがとうございます。ただ今の御説明に対します、何か御意見、御質問等ございますか。よろしいでしょうか。それでは、御質問がないようですので、次に進めさせていただきます。

（2）県民医療意識調査報告書について

（本田委員長）

それでは、（2）県民医療意識調査報告書について、事務局から説明をお願いいたします。

（久保田医療政策課長、資料2により説明）

（本田委員長）

ありがとうございます。ただいまの説明につきまして、御意見、御質問等ございますか。

こういう調査では、回答率というのは大体どれぐらいでしょうか。

(久保田医療政策課長)

この調査は抽出調査ですが、毎回このくらいの回答率となっています。

(本田委員長)

分かりました。ありがとうございます。

何か御質問等ございませんか。よろしいでしょうか。

(3) 計画の枠組み及び検討体制について

(本田委員長)

それでは、(3) 計画の枠組み及び検討体制について、事務局から説明をお願いいたします。

(久保田医療政策課長、資料3により説明)

(本田委員長)

ありがとうございます。

ただいまの御説明につきまして、何か御意見、御質問等ございますか。

これは委員の方は全くメンバーを変更せずに現行施策と同じというふうに考えてよろしいでしょうか。

(久保田医療政策課長)

3番のところに記載をしております。基本的には皆さん移行いただくようになっておりますけれども、新たに消防機関、長野市及び松本市の保健所から1名ずつ、計3名加えるという形を考えています。

(本田委員長)

ありがとうございます。御質問等ございませんか。よろしいでしょうか。

(4) 二次医療圏の設定について

(本田委員長)

それでは、次に(4) 二次医療圏の設定についてとなっております。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

(久保田医療政策課長、資料4により説明)

(本田委員長)

ありがとうございます。結構重いテーマだと思しますので、委員の皆様全員に発言をお願いします。

順番は、竹重委員、日野委員、花岡委員からは、最後に全県的な面から御発言をいただきたいと思っております。

まずは、この二次医療圏、日頃から肌で感じていらっしゃる先生、誠に申し訳ありませんけれども、本郷委員、丸山委員、和田委員、この3名の方からコメントを頂いて、あとは名簿の上から順番をお願いします。

それでは、本郷委員、コメントをお願いします。

(本郷委員)

伊那中央病院の院長をしております、本郷と申します。

大変重い課題だと思います。お話を伺っていて、どういう状況に今後していくのがいいか。この二次医療圏の基準なのですが、人口、あるいは流入、流出率とずっと以前から言われているわけですが、北海道の三次医療圏が6つに分かれているというような、地域の特性はともあると思います。県内は非常に広域で山間部も多く、患者の医療機関へのアクセスの容易さ、時間、そういったものを人口だけではなく考えないといけないという長野県の非常に大きな特性があると思います。

例えば、三次医療圏は中南信、東北信、4つにということもありますが、場所によっては隣県に行った方がとてもアクセスがいいということもあり、都道府県ごとに決めるのも、受診する立場にとっては難しいと思います。

どういう方向に持っていくかということですが、長野県の特性を考えつつ、確かに1個1個の医療圏で病院を運営していくのはなかなか難しい。でも、どうしても拠点病院としての役割があるということで、あまり大きな変更をするのは現実的に難しい。人口が少なくても拠点病院としての役割を果たさなければいけないところはどうしてもあるわけですし、そういうことを考えて、3つの方法が提示されましたが、現実的なのは、まず今の体制で疾患あるいは状況によって、その連携を検討する。あるいは拠点の機能の見直しなど、そういう形のディスカッションに持っていくのが現実的ではないかと思います。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、丸山委員、お願いします。

(丸山委員)

長野県病院協議会の丸山です。上小地域ということで御指名いただいたのではないかと思います、医師偏在指標も下の方です。最初に質問ですが、二次医療圏を見直すことによるメリット、デメリットは何でしょうか。感覚的には分かっているのですが、財政的な面もあるのでしょうか。

もう1つ、市町村単位、行政単位があるのは仕方ないですが、単位を見ますと旧郡をベースにしている、隣接の市町村で合併があつたりしているところを考慮しないで、あくまで10医療圏の中でどちらに入れるかという形になるのか。隣接の市町村によってはもしかしたら違う隣接の方がいいのではないかということもあるのですが、その辺り、分かる範囲で教えていただければと思います。

(久保田医療政策課長)

御質問いただいたのは、医療圏の統合によって生じるメリットとデメリットというお話かと思いますが。資料の中で記載をしてございますが、メリットとしてはいわゆる一般的な入院に係る医療を地域の中で完結できる体制が整うことだと思っています。ただ、どの程度整えばよいのかということには議論の余地があるかと思っています。一方、デメリットですが、拠点病院が集約化されることによるアクセスの課題などが挙げられます。

このように医療圏の見直しには、メリット、デメリット双方の視点があると考えています。

(丸山委員)

最終的には財政的な面、拠点病院になればしかるべき財政の支援が出てくるというような話もありますか。

(久保田医療政策課長)

もちろんそれもあります。

(丸山委員)

分かりました。上小医療圏、流入も流出も同じぐらいということで、流出は多いというイメージがありましたので、ちょっとびっくり何ですけど、多分恐らく慢性期の流入じゃないかと思っています。

それで、上小地域が輪番制をやっていますが、崩壊していると私は思っております。どこかの病院がやられたら、全部が崩壊ということで、上小地域は今回の検証の対象にはなってはませんが、同じようなことが多分それぞれの地域であるのかなと思っています。特に、先ほど出ていた北信や木曾とか、多分大きな問題かと思っていますので、また検討が必要だとは思いますが、さっき本郷先生がおっしゃいましたが、今更変えるのは結構難しい問題じゃないかと思っています。

一方、それでいいのかという話になりますと、私からすると流出があってもいいと思っています。それだけ広域的にしっかり診れるところもあれば、別に隣接の医療機関、場合によっては、隣のところに行ったほうがいい医療が受けられる場合も多々あるんじゃないかと思っています。

そういう意味で、もう少し大きい医療圏で、柔軟に、二次医療圏はある程度維持したまま、バックアップ的に診ていけるような、今の制度では中途半端かもしれないが、二次医療圏で支えきれない地域の交通の便、それから病院機能の問題、難しいものがありますので、今さらじゃあこれで変えるのは多分難しいのかなと思います。

それを周りの地域がバックアップできるような体制にさせていただいて、そういう意味で、広い医療圏でしっかり、その中で何とか収めようというような方向性を出していただければいいのではないかと思います。

(本田委員長)

ありがとうございました。連携を密にしていくということになりますか。

(丸山委員)

そうですね。そのような形になっています。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、和田委員よろしくお願いします。

(和田委員)

長野赤十字病院の和田です。二次医療圏については、日本病院会の相澤先生が、アクセスとか時間軸で考えるということをよく言われているところだと思いますが、全国を見て、長野県は地域性があって、立地系の問題があるということで、ある程度移動が難しいところがあるというのは事実なので、あまり大きなエリアとして捉えるより、細かく分けていくことが必要なのではないかと思っています。

今、分析をいただいて、いろいろデータを提示していただいて、ある程度論拠がある内容をいただいたと思っています。大変ありがたく思います。例を挙げて、1～3まで見ましたが、面積やアクセスの点を考えると、現状の二次医療圏というもののあり方がそれなりに意義を持っているとは思いました。

これを画一的に変更するというのは、とても難しい状況になると思ひまして、基本的には現状の二次医療圏を維持していくというのがいいのではないかと思います。

ただし、疾病など、それぞれどういう診療の地域でということについては、かなり柔軟に考えて、どういう枠で捉えるかというものを疾病ごとに考えていくということが現実的ではないかと思っています。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、亀井委員お願いいたします。

(亀井委員)

亀井です。私は、小児、それから障害児者の医療について主にお話をさせていただきたいと思います。

やはり二次医療圏というのは生活圏と重なっておりますので、これを壊してまで遠くの病院に行くというのは非常に難しいと思います。また、この県民医療意識調査報告書を拝見していると、いわゆる持病を持たない人が、女性で41.2%、男性で36.7%、裏を返すと多くの人が持病を持って地域で暮らしている。この持病を持っている方たちが、そんな遠くの医療、基幹病院まで通うのかと思うと、やはり難しいと思いますので、まさにアクセスを考えると、日本の医療はどなたでも痛いとき、苦しいときは受け入れてくれるのが日本の医療の非常にありがたい特徴でもありますので、これが距離というファクターが入ることで、行きづらさという、病院に行きにくいというものが生まれてしまうと、日本の医療の大きな力が落ちるのではないかと危惧します。

また、遠くに離れてしまうと、親元から遠くに離れて入院しなければならない子供たちがもっと増えるのではないかと、そこを危惧します。子供は家族から切り離せず、家族は本来地域から切り離してはいけないものなので、地域の生活の中に自分たちの医療があるように、大きな福祉の基盤を支えるのが医療ですので、やはり生活圏から医療というものを切り離してほしくないと思っています。

本当に大きな拠点病院がどんとあるのではなくて、中くらいの拠点病院が10圏域にあるという形を維持するとしたら、やはりお医者さん同士、医療機関同士の支え合いが必要と思いますが、オンライン診療なども、これから少しずつ広がっていくと思いますし、本当に小さな数字ですが、居住地別にこのオンライン診療の周知度を見ても、上伊那地域は遠隔診療が天竜川の左岸で行われていることで、遠隔診療の周知度が高いですし、利用したことがある方も多いです。

飯伊圏域はISMリンクがありますので、知っている方が他圏域に比べると数が多い。本当に小さな数字ではありますが、地域を耕しはじめていくという違いが出てくるのではないかと思いますので、こういったオンラインというコロナ禍の置き土産も活用しながら、疾病ごとに先生方、医療機関の連携の体制を考えて、生活圏から医療を引きはがさないような工夫をしていただきたいと思います。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。続きまして、清水委員、お願いいたします。

(清水委員)

保険者協議会の清水でございます。水曜日に資料をいただきまして、保険者協議会としての総意ということではございませんが、私の意見ということでお聞きいただければと思います。結論としては、二次医療圏はこの10圏域を維持と考えます。

理由は、先ほどからお話にあるアクセスの時間、距離の問題です。これを考慮すると、結局圏域一様に検討するのは相当難しく、無理があるのではないかと考えるためです。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは続きまして、小林委員、お願いいたします。

(小林委員)

佐久大学の小林でございます。よろしくお願いいたします。

私も二次医療圏の考え方としては、長野県は、やはり交通のアクセスというのが他県と比べて特に厳しい、高速道路が都市間で1本で通じているとかそういう構造ではなく、峠も多い地形なので、大変厳しいと長野県内の市町村を移動していてそのように思います。

二次医療圏というと、メインになるのは、やはり救急医療をできるだけその中で完結させるという視点で議論していったいいのかどうかということは、確認させていただきたいです。

それと、今、お話もありましたけれど、今後DXや医療情報のデータ共有などが進んでくると、どのように医療が変化していくのかということも、今後が明確にイメージできないような状況でもありますし、そこでまだ自分の考えというのが明確に示せないところがあります。

それともう1点、佐久大学の大学院では、特定行為で10区分23行為の、ちょうど特定行為研修修了ということと併せて、ナース・プラティクショナーという診療看護師の資格の修了生を輩出していて、医師と連携しながら医療行為もできるようにということで、救急の場に置かれる等、貢献できることもあると今後考えているところです。

(本田委員長)

ありがとうございます。

(久保田医療政策課長)

御質問をいただいた二次医療圏の考え方ですが、一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位ということで、救急医療にも関係しているものでございます。一般の入院というものには、症例の数や治療の方法など、様々な観点があるかと思えますけれども、こうした一般的な入院医療をその地域内で完結させるかどうかという、そういう視点で考えていただければと思います。

(小林委員)

ありがとうございました。

(本田委員長)

よろしいでしょうか。それでは、中込委員、お願いいたします。

(中込委員)

私が以前、山梨大学におりましたのと、その前に広島大学にいたこともありまして、県の広さという意味では広島は非常に近く、山口県あるいは岡山県へ患者さんが流出するのが当然というような形で、生活圏の中でその方々、御家族が御自身の病院を決めるときに県内県外はあまり考えておられないところの共有しているエリアというのはあると思ひまして、二次医療圏をそのまま維持するということは合意したいと思ひます。

そしてまた、今、小林委員がおっしゃったように、長野県内はいわゆる上級実践看護師（医療に対して高度な実践を持つ看護師）の割合が非常に少ない県ということで、高度実践をする看護職の活用をさらに考えていただくことが大事。そして、入院ではありませんが、私は助産師なので周産期の集約化ということにおいて医療機関にかかる負荷が非常に大変な状況になっておりまして、集約化というのは、もうこれ以上、促進していただかないことを望んでいます。できるだけ中間地点を置くような医療が受けられるといいと思っています。

最後に、私は遺伝カウンセラーとして希少疾患の小児慢性特定疾病や難病の方々を診ておりますと、やはりオンライン診療と非常に専門的に高い医療サービスを、医療情報を伝えられる医療機関と、でも日常の難病支援をするという第一次医療機関がやはり連携していくことが重要だと思ひました。

(本田委員長)

ありがとうございました。次は、私です。私は確かにアクセスも重要ですが、医療レベルもどうしても必要になってくるのではと思ひます。先ほど定義にありましたように、割と通常の疾患を完結的に診ていくという観点からしますと、どうしても感覚的に言いますと、350～400床ぐらいの基幹病院が必要になるのではないかとこの考え方が出てくるのではないかとと思ひます。

ただ、それは、今までの委員さんたちが言われましたように、アクセスが悪くなるということもありますし、圏域を決めたからそれに従わなければいけないのかということ、そういうわけでもないと思いますので、やはり連携を密にして、なかなか基幹病院としては難しい病院をどうやって助けていくかということになります。書いてありますように、連携が非常に重要になるのではないかと思います。一度線を決めても、役割を果たさなくなることもあり、線はそれなりに決めておきながら、連携を強化していく必要があると思います。

それでは、次は馬島委員、お願いいたします。

(馬島委員)

長野県栄養士会の馬島でございます。よろしくお願いいたします。

とても難しい問題で、私も今すぐく田舎に住んでおまして、医療を考えたときに、高齢者の方々が遠い病院になってしまうと、とても先生のところにかかりにくいと思います。それで、やはり今の病院の数って、本当に必要な数なのではないかと考えています。

ですので、かかりつけの先生に診てもらい、大きな病気があれば先生方で連携を取っていただける今の体制は、とても必要だと生活の中で実感しているところです。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、飯塚委員、お願いいたします。

(飯塚委員)

長野県医師会の飯塚です。先ほど和田委員からお話ございましたように、二次医療圏を考えると、長野県の場合はアクセス、時間、それから疾病別という問題が非常に大事になってくると思いますが、16、17ページのところに、二次医療圏ごとの拠点病院という表を見たときに、どこが一番大事になってくるかということ、今の左から3番目の救命救急センターというところ。それから、周産期母子医療センター、それから、がんの診療拠点病院、臨床もあると思いますけども、こういう疾患別の捉え方というものが非常に大事になってくるというふうに考えております。今、10ある医療圏の中で、救命救急センターがない医療圏というのは、これを見れば幾つかあるわけです。例えば、丸山先生がお話しされましたように、上小はないのにもかかわらず頑張っているというようなところもありますから、1つの医療機関がドロップアウトしてしまうとうまくいかなくなるというお話もありましたけども、そういう医療圏をもし減らすのであれば、こういう救命救急センターを中心にあるいはがんの治療を軸に数を減らしていくというふうに考えるという考え方が1つあるので、もう1つは、この二次医療圏の数を同じものにするというふうに考えるのであれば、逆にそういう疾患を診てくれる救急とかがんとかその疾患を診てくれる医療機関をきちんと確保するということが大事になってくると思いますので、そういった形の考え方中心に皆さんからいろんな御意見を頂ければいいのかなというふうに考えました。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。杉山委員、お願いいたします。

(杉山委員)

杉山でございます。在宅医療、へき地、それから外来機能を担当させていただいております。

事務局にはお示ししましたが、御存じのとおり、国の財務省が5月10日時点での予算に向けてのレジュメを見ますと、医療介護福祉の分野で、コロナでお金を使い過ぎたという、私には厳しい内容がたくさん書かれておまして、当然この検討会に出てくるガイドラインも、それを反映したものに、あえて厳しい内容になっているというふうに思います。

基本的には、在宅医療などは、市町村民のそばに寄り添って当然存在するものなので、医療が先にどうこうするのではなくて、その地域がどうあって、住んでいる方がどうだからこういう医療が要るだろうという、そういう発想でなくちゃいけないというふうなことを思う次第です。

中信地区で医師会の活動をやってまいりました経験からすると、大北と松本を一緒に考える、それから権兵衛峠が通ってれば木曾と伊那がつながって、協力的にというのは一定の理解はできるようになると思っています。

大ざっぱな質問みたいになりますが、これは医療の方を先に考えていますけど、例えば長野県全体の住んでいる地域振興局はどうするのかとか、それから中核市の2つの保健所、それから保健福祉事務所はどんなふうになっているのかなというようなことについては、健康福祉部の枠を超えるかもしれませんが、県として、今もしお示しになれる考えがあれば、お示ししてほしいなど、ちょっと教えていただきたいのと、それから逆に考え方が、医療圏のほうを先に色々動かして、それをお手本にして、県全体の振興局のあり方みたいなものを動かしていくんだみたいなことを考えていらっしゃるのか、その辺、もし教えていただければ。

(久保田医療政策課長)

先ほどガイドラインのお話をさせていただきましたけれども、杉山委員から御指摘をいただいたとおり、医療圏の設定に当たりましては、広域行政圏の範囲も参考にするとされています。また、保健所につきましては、医療圏ごとに設置するとされておりますので、医療圏を見直す場合には保健所の統廃合といったこともあり得るということになるのかと思います。

そういったことをしっかり念頭に置いて、二次医療圏の設定について検討するよう指針では示されているところでございます。

現時点において、二次医療圏について県がこうしたいということをお示しはしてございませんが、医療圏を統廃合するような場合には、こうした大きな影響が出るという認識を持って考えなければならないということかと思えます。

(杉山委員)

ありがとうございました。

(本田委員長)

ありがとうございました。それでは、鈴木委員、お願いいたします。

(鈴木委員)

長野県医師会の鈴木でございます。皆さんの御意見どおりなのですが、最終的に申し上げますと、私は以前よりこの10医療圏の設定というのは、ある程度、面積的なものを考えた、長野県の地形等を考えて、非常に理にかなったものだと思います。

あえてこれを現時点で、変える必要は全くないと思います。

ただ、当然のことながらそれぞれの医療圏で全ての診療分野が完結するはずはございません。また、そうする必要もないというところです。

先ほど、丸山委員がおっしゃられた、国が提示してきた見直しの条件ですが、流入、流出20%を超えるという、大変申し訳ないのですが、これは事務的な考え方だと思いますが、現場を知らない。流出20%を超えて何がいけないのかなど。というのは、私、実は住んでいるところは長野医療圏です。長野市に住んでいますが、長らく北信病院で仕事をしていて、その後開業して中野市でクリニックをやっています。

私のところの患者さんは、外来だけですけれども、ざっと見て長野医療圏から来ている方が3割は超えています。

それから、北信病院で分娩をやっていた当時は、少なくとも年間に200人は長野医療圏から来ておりました。

ということで、先ほど来の北信医療圏ですが、当然となり同士の医療圏の行き来というのはあるわけです。だって、車で中野と長野はあっという間ですから。

だから、そここのところの線引きというか、数字にあまり囚われないほうがいいのではないかと。

それから、現実的にデータで出てきた数字は、何となく私の肌感覚とは若干違っています。だから、なかなかデータ処理というのは難しく、要はどうしてほしいかという、今、たまたま8次医療計画をそれぞれのワーキンググループでやっているわけですから、当然それぞれの診療分野で医療圏の捉え方というか、例えばがんの治療というのは緊急性が必ずしもあることではありませんので、特に進行したがんの治療ということであれば、全ての医療圏には必要ないわけですよ。周産期分野に関しても、残念ながら10の医療圏全てに出産施設はそろっておりませんが、何とか、先ほどこれ以上集約化はしてほしいというご意見をいただきましたが、私もこれ以上周産期部門を集約化するつもりはないんですが、ただ集約してきたがゆえにある程度、前回申し上げたように、医療水準を維持するメリットもちやんと数字として出ておりますので、ですから、要はそれぞれの分野でディスカッションしていく中で、フレキシブルな捉え方というのはあっていいのではないかとというふうに考えております。

あと、一応もこれも数字だから仕方がないかもしれませんが、例えば、先ほどのアクセスの距離的な問題です。例えば、栄村と中野間が70分とありましたが、これは冬期になりますと大体5割増しになりますので、これが豪雪地帯、我々の住んでいるところはそれがつらいところなものですから、そう考えると、ちょっと考えたらえらいことになっちゃうので、ですから、このまま10医療圏でせっかく議論を重ねてきたので、それとあと、あまり医療圏を合併しちゃうと、多分地域医療構想の議論もますます混乱して、まとまらなくなる。

ですから、このままの形で、もうちょっと柔軟な診療分野ごとに医療圏の想定を明確にしながら議論を進めていくというのがいいのかなというふうに私は考えます。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。それでは、関委員、お願いいたします。

(関委員)

私は、皆さん誤解している方が多いのではないかという印象を持っています。

つまり、二次医療圏がなくなると医療が受けられないみたいに思っている方がいらっしゃるという、それは全く違うので、恐らく二次医療圏を見直したからといって、患者さんの受療動向は変わらないと思います。

というのは、必要な医療というのはどこかにあるわけで、必要な医療を受けるためにそこに行くわけですから、だからそれぞれの医療圏の中には当然かかりつけの先生が大勢おられて、一般的な診療はそこで受けているわけですからね。二次医療圏を見直したから医療を受けられないということはまずない。

例えば、埼玉県は東京都の病院に行っている人、相当いるわけですよ。当然アクセスがいいからそういうことになる。だから、逆に言えば、ある意味では医療政策あるいは行政のスリム化をやっぱり図っていくべきだと思います。

ですから、10医療圏をやっぱり7医療圏にして、それに応じた医療政策を策定し、あるいは行政のスリム化を図る。これが今後のいろんな費用等のことも考えて、必要な措置だと思います。

ですから、そこから考えればいいわけで、あるいは交通のアクセスは、それができたら道路を造ればいいわけですね。これは医療のためだけでなく、例えば大北と松本を結ぶ広域の道路という計画は実際にあるわけで、そういったアクセスを良くすることは後からちゃんとやれば、それは新たな政策としてついてくるわけで、そういった発想は必要じゃないかと私は思います。

ですから、やっぱりまず行政のスリム化を図って、それに応じて医療圏の中での医療を考えていくという方向も打ち出していいのではないかと。7次のときにそれをやらなかったのが、今回、そういった方向をぜひ出してほしいと私は思います。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

それでは、先ほどのお三方にお願いしたいと思います。

最初に花岡先生、お願いいたします。

(花岡委員)

信大病院の花岡です。純粋に医療として考えた場合に、現在の10医療圏を変える必要はないのではないかと考えています。

私たち、急性期の医療をやっています。ですので、どうしてもその急性期医療といいますか、救急医療の観点で見るとすけれども、やっぱり二次医療圏に課せられた命題というのは、二次救急が完結できるということじゃないかと思えます。やはり現状である程度、それぞれの医療圏で完結できてるんじゃないかと認識しています。

ただその中で、どうしても高次の医療機関に搬送が必要だという場合は、当然救命救急センター等のある病院に搬送することになりますので、この救命救急センターの配置を見ると、各医療圏にはありませんが、全県にまんべんなく配置されておりますね。ですから、高次医療が必要だということであれば、こういったところに紹介搬送するというような措置でいいと思えますので、あとは連携を取れば、例えば松本と大北と木曾ですよね。ここで連携を取っていけば、医療の面から見れば何ら支障がないと思えます。

既に、大北、木曾と松本、この3か所は十分な連携が取れているのではないかと考えていますので、現状の継続・維持、こういったところを十分に行っていけば医療圏の見直しは必要ではないと考えています。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、日野委員、お願いいたします。

(日野委員)

薬剤師会の日野でございます。

私は、皆さんの大筋の方向性と同じかなと思います。やっぱり長野県については、地理的な問題と日常生活圏域の交通事情等を勘案すると、従来の10医療圏ということで設置をしてきたので、現段階では、やはり10医療圏という形で進むべきではないかと考えています。

ただし、こういった国の指針が出る中で、ずっと未来永劫そう行くのかということについては、やはりどこかの段階で必要ではないかということも含みを持たせながら、検討していくべきではないかなというふうに思っています。

ただ、国の指針が非常に機械的で、人口20万とか、流出率でも数字で切っているのが、これは本当にある意味霞が関での考え方だと思います。ですので、やっぱりそういうことを勘案すると、長野県は中山間地域が多い県という、そういった事情を考えると、やはり現状のままと思っております。

ただし、連携ということでお話がありましたけれども、医療圏ごとそれぞれの特異な事情もありますので、原則連携し、その中で課題があると思えますので、連携を取りながら検討をすべきだと思いますし、特に、逆にその国の指針で当てはまらないというか、一体化を検討すると言われている木曾と大北と北信については、特に県の中でどういうことが課題になってくるかということも踏まえて、今後検討していく必要があるのではないかと考えております。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

それでは最後に竹重委員、お願いいたします。

(竹重委員)

お願いします。このことについて、まず県医師会でまとめたディスカッションをしていないので、個人的意見だというふうにお聞きいただければと思います。

13ページに、二次医療圏の見直し例という部分が出ていますが、おおかたの先生がおっしゃったとおり、現状どおりの10医療圏を維持して、その上で疾病事業ごとの患者受療動向をうまく検討して、医療圏ごとの連携ということが一番大事だろうと思います。

次に、3ページを見ていただきたいのですが、要は8次医療計画において二次医療圏を見直せよという通達なんですけども、主にはその①で書いてあります、人口規模が100万人以上の二次医療圏で、構想区域としての運用に課題が生じている、こういうところはやはり二次医療圏というものを見直さなければいけないと思います。

それで、その中で理由として、駄目な場合にはという部分で書いてありますけども、地理的条件であるとか、面積であるとか、さっき交通アクセスが出ましたけど、こういうことから言っても、今の10医療圏を見直すなんてことはとても無理です。ですから、そのままやっていただきたいというふうに思っております。

全体的に言うと、この議論、国から第8次計画の二次医療圏という部分で出てきたものですけども、長野県は交通アクセス、広い土地、あるいは特定病院等も必ずしも医療圏ごとに充実しているわけではないので、圏ごとにそれぞれ考えたほうがいいことで、これは厚労省の考え方の見直しというものについては、見直しませんよとしっかり言っていただければと思っています。

その見直さないという根拠の中で、例えば10ページを見ていただくと、アクセスのことについて出ていますが、下の注意書きに、アクセス時間については一般道は時速40キロ、高速は80キロ、有料道路を50キロで走行した時間というふうな根拠も出ていますけども、これがそういう根拠でいいのかどうか、単純になかなか一般道を40キロでずっと走るとするのは無理だと思いますので、これも厚労省の示しているアクセス時間の計算方法なのかどうかは、もう一度加味していただいて、こういうところも含めて今の見直しは無理だとはっきり厚労省に言っていただければと思います。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

大体皆さん同じ同様なご意見だったと思います。

(鈴木委員)

すみません。一つだけ、これは意見じゃなくてお願いですけども、今回長野県の、ページで言うと、14ページ、15ページになります。レセプトデータの分析を出していただけていますが、恐らくそれ以外のデータもお持ちだと思うんです。こんな形のデータは非常に分かりやすいし、参考になるので、それぞれの分野のワーキンググループ等に提示していただくと非常に参考になると思うので、よろしくお願いします。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

ほかに何かございますか。

(丸山委員)

入院の想定ですが、一番困るのは多分救急だと思うんです。がんであれば、例えば信大でやりたいとか、佐久でやりたいとか、多分休日の問題はないと思うんです。

ところが、やっぱり夜間休日、あるいは日中ですとドクヘリでそれこそ、今どこでも県内行けますので問題ないですけど、やっぱり夜間休日が一番問題になると思います。

せっきくの機会ですから、さっき連携連携といいましたが、どうやって取るのかという話なんですけど、上小医療圏の話なんですけど、医師会長として保健所長といろいろ話はしますが、解決策は全くありません。

ある程度、広域連合でやってはいますが、トーンが弱まってしまっています。これを機会に、県がもう少し相談に乗るような窓口、例えば上小医療圏で今まさにこういう人が少ないとか、あるいはお金がないとか、いろいろな問題が出てくるとは思いますけれど、県の指導でやるという意味ではなくて、ぜひ相談窓口という形で連携とれるよう県が相談に乗れるような方法もぜひ考えていただいて、10医療圏にしていただければと思います。

(本田委員長)

ありがとうございます。

私どもは県立病院機構ですので、木曽病院を抱えております。それで、今、伊那中央病院に非常にお世話になっています。この関係を崩してしまうとなかなか難しい。二次医療圏の基幹病院としての役割を果たしていけるのかどうかという、瀬戸際に来ているとお考えいただいてもよろしいのではないかと思います。

人口が減っていますので、基本的にはどうしても病院の機能は落とす。そのときに、最低限この機能がなければいけないというのを、ある程度採算度外視で持ってくるのかどうかという、そういうところに来ているのではないかなと思います。医療圏に関しましては、以前の通りで問題はないと思うんですけど、本郷先生のところに協力していただかないと成り立たないことになりますので、よろしくお願ひします。

(本郷委員)

ありがとうございます。今、本田先生が言われたように、実際、疾患によっては、病床でなく連携を取ってやり取りをして、実際上は問題ないかなと私も思っております。

(本田委員長)

ありがとうございます。

ほかに何か御意見、お伺いいたします。よろしいでしょうか。

ありがとうございました。委員の皆様の御意見を踏まえますと、現行の10医療圏は維持しつつ、疾病・事業ごとに医療圏の間で連携体制を取る方向でということになったのではないかと考えます。

特に、論議を踏まえまして、現行の10医療圏は維持しつつ、検討していきたいと思っておりますけども、何か異議ございますでしょうか。

それでは、長くなってしまいますので、ここで次の議題に入る前に10分間休憩いたしたいと思っております。50分から再開したいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

(休憩)

(5) 地域医療構想の推進と「目指すべき方向性」の記載について

(本田委員長)

それでは、次に(5)地域医療構想の推進と「目指すべき方向性」の記載についてとなっております。それでは、事務局から説明をお願いいたします。

(久保田医療政策課長、資料5により説明)

(本田委員長)

ありがとうございます。これも非常に重要なことだと思いますけども、なかなか会議の段階で現実になるかどうかというのは非常に難しいテーマではないかと思います。

これに関しましても、全ての委員の方から御意見を賜りたいと思います。

それでは、飯塚先生からお願いいたします。

(飯塚委員)

長野県医師会の飯塚でございます。この地域医療構想の目指すべき方向性というテーマでございますが、論点の1～3番まであるわけですが、やはり地域医療構想というのは、先ほどの10医療圏の考え方と非常に遠からずというところもあると思いますが、こういう疾患はこの地域で完結したい、あるいはこの疾患はこの地域で診ていきたいということが考え方の中心になると思います。

医療だけではなくて、資料の1ページ目にもあるとおり、在宅医療も考えないといけない。

非常に人手不足になっているところがあるので、医療施設だとか介護施設を増やそうにも限度がある。薬剤師や介護福祉士ですとか、有資格者をどう確保するかということも含めて、その数の中でいかに地域で医療から介護まで完結するのかということを中心に考えていくのが地域医療構想のこれからの大事な論点ではないかと考えております。これは我々だけではなく、県や市町村といった考え方で話を進めていただければいいかと考えております。以上でございます。

(本田委員長)

ありがとうございます。論点についていろいろコメントを述べていただいてありがとうございます。

可能であれば、この論点について述べていただけると非常にありがたいです。

杉山先生、お願いいたします。

(杉山委員)

在宅医療の長野県医師会で竹重先生のもとでさせていただきました、長野県医師会在宅医療に係る実態調査、ワーキングには資料をお示ししておりますけれども、9年間の経過を見ますと、経年的な看取りの実績というのは、3年、3年、伸びております。

純粋な在宅の看取り、それから訪問診療の入る高齢者施設、介護付き老人ホーム、特養などの配置員による看取り、いずれも増加してきましたので、この9年間で在宅医療で看取るというのは倍以上になりました。だから、全体としての力は上がっております。

それで、少数の看取りをしている方を増やす、ロングテールというもので、それを長く太くするというのをずっとお示してまいりましたけども、それはあまり長くならないですが、在宅のほうでやっておられた方、10年たちましたので、増えてきたことと、それから中堅で10～20名ぐらいの看取りを在宅でやるところは医療機関数が増えて、全体として先ほどの話になってまいりました。

ただ、全体の在宅医療でやってますよと回答する医療機関が、やっぱり今回は伸びなかった。ちょっと減ります。医療タイムスに減ったと書かれてしまったが、そうではなくて、少し横ばいになったという、そんな状況だろうと思っております。

それで、現在の在宅医療を進める施策からすると、これから在宅医療を担う医療機関が大幅に伸びることが絶対ない。むしろ、しっかりやっているとところがさらに在宅医療をしっかり診る、それか

ら地域共生社会をつくるということで、介護保険の高齢者で培ってきたもののケアマネジャーだとか訪問看護とか、地域包括支援センターだとか、そういうものの知見を今度は障害者の方の世話、それから子供さんの医療的ケア児も含めた子供さんの世話、それから精神障害児とか、そういうものに登用していくことによって、行政も含めて枠を取らないと、法律の境目でいつもそこに引っかかって、障害者のほうがまた新しい相談のシステムをあっちの中にまたつくる、地域包括支援センターという、本当にそれを応用していけばよろしいかと思っておりますので、ただ一時、地域包括支援センターは何でも投げ込み過ぎて、今度は機能がなくなってしまったということがありましたけれども、ちゃんとした予算と人を入れて、そういうものでつくっていくと、そういう地域包括ケアの動きとともに、在宅医療を質の充実をしていく。それから、継承していかなくちゃいけない。若い世代に維持をして継承していく、そういうものを考える段階に来ているのではないかなというふうに思っている次第です。

今、全国的に検討されているのは、高齢者施設、特に特養なんかの医療のあり方なんですけど、介護保険の方で配置医を給与で雇用するわけです。その範囲内でされていないので、今度のコロナみたいなことが起こるとか、それから看取りとか、買い物は本来入っていないところという感じで、ちょっと具合が悪い。コロナだと診てる先生も、在宅でやっているような医師が24時間電話を受けるよというような先生が配置医をしている場合はいいですけど、場合によっては眼科の先生がやっていたり、そうすると、ちょっと加減が悪くなるとすぐ救急車というような、そういう看取りの数もあまり伸びないというふうなこと、もう少し配置医のあり方、そこに入れる、要はそこに在宅医療は入れないわけです。訪問看護師も行けないですし、訪問診療もないというような状況を、少し修正できたらいいんじゃないかというふうなことを、医師会では施設の方とともに検討しているというような状況だと思います。

総合的には、診療所医師だけが在宅医療をやるんじゃないで、病院も在宅医療、施設の世話をする。介護医療院というのは、どうみても、やっぱり在宅医療と同じ対象の方を見ているので、そこがのびれば在宅医療もいいかと思っております。

状況はそんなような形で、病院と在宅医療ということで、立ち上がりの初めはキュアを目指すのなら病院医療で、安心と尊厳の医療が在宅医療であるとか、対比的にせざるを得ない時期がありましたけれども、そうではなくて、両方がきちんとした医療を担っていくというのが大切で、その形をどうやってつくっていくということを考えることだと思います。長くなりましたが、ありがとうございます。

(本田委員長)

ありがとうございました。鈴木委員、お願いいたします。

(鈴木委員)

鈴木でございます。まず最初に、昨年からの地域医療構想調整会議が再開されましたが、残念ながら私、地域医療構想アドバイザーの1人として期待するような議論が、各地区の医療圏の会議で行われたかといったら、かなり疑問なんです。なぜ議論が進まないかということ、やはり今回、特に課題なのは、各病院の医療機関の医療提供の役割分担をクリアにすることなんですけど、その前段階として、長野県としてのグランドデザインをきちんと描けていないということが、そもそもその議論の進行が進まない一因かなと思いますし、それからどうしてもその議論が各病院間同士、もしくは病院ごとの状況を聞かされて終わってしまうという現状なんです。このグランドデザインというのは、大きなグランドデザインもありますが、特にこの役割分担をどうしていくかということが、結局肝になりますので、私はもう以前から、今日の資料の3ページにも出ております、2つの県のうちの新潟県を参考にしています。

新潟県というのは、ご存知のように長野県よりも医師偏在指標が低く、確か46番目、シビアなところですよ。長野県と似てるのは、県内に大学が1つだけと、意外と横長というか縦長というか、長いですよ。都市部と周辺の人口格差が大きいという点も長野県と似ていると。面積も比較的あるということで、非常に医師が少ないということもあって、かなり当初から危機感を持ってディスカッションが

進んでおりまして、日本医師会の地域医療対策委員会でも、新潟県のプランというのは大いに参考になるということで、解説をいただいた経緯がございます。

ということで、私はその新潟県の方針がすごく参考になると考えております。今日の資料には少し載っているだけですけども、要はなるべくシンプルな発想がすごくいいと思っております、何回か発言してきましたが、いわゆる中核の病院、その地域の高度医療を支える病院と、それから地域包括ケアシステムを支える医療機関をはっきり区分けして、お互いのその連携を取ることによって限られた医療資源をうまく動かしていこうという発想なわけです。

まず、この高度医療を支える柱となる病院を、今後さらに、例えばここに相当するのは今日御出席されてますが、長野赤十字病院等々をお願いしたいのが、もちろんこれを維持するために、信州大学の協力等もあって医療資源の集約化というのはますます必要になると思うんですが、と同時に、もっと診療内容の中の高度医療の部分の密度を上げていただきたいんです。

そのためには、今度、上手な転院の連携というのを強化していかないと駄目ですよ。その受け皿になるのが、地域包括ケアシステムを支える病院ということになるわけです。

実際に難しいのは、多分2番目のほうの地域包括ケアシステムを支える医療機関、これはいわゆる中小クラスの病院ということになると思うんですが、数も大変多くございまして、その病院の先生方、もしくは病院の方にどれだけ御理解いただいて、自分の病院の将来の姿をきちんと描いていただけるかというのが肝だと思うんです。

そういう議論の中には、ある程度、県が指導しろとは言いませんが、ある程度県の主導的な発言も時にあってもいいのではないかというふうに希望しておるところであります。

それから、新潟県なんかは本当に医者が足りないので、どういう危機感を持ってるかという、だからやらせていくと、結局その大病院も崩壊していくんじゃないかと。結果として、若手医師からも見向きもされないと。だからみんな県外に出て行ってしまわないかと。

現在、信州大学の卒業生が何名県内に残ってくれてるか、ちょっと私は詳しいこと分からないんですけども、私が卒業した頃はほとんどが卒業と同時に県外に戻っちゃったんです。

新潟大学の場合は、多分信州大学よりもっと県内に残る方が少ないそうで、やはり今の若い先生というのは、かなりドライですし、プライベートを優先しますし、やっぱり自分のやりたいこととかを大事にしますから、ある程度魅力ある病院というものでないと、なかなか残ってくれないですね。

これは私が言うことじゃないかもしれないですが、昔よりも多分、信州大学から若い先生を派遣しようとしたときに今の先生方のほうがなかなか、素直に、はい行きますとは言ってくれないんじゃないかと思うんですね。

ですからその辺のことも含めて、この2つの二本立てをクリアにして、なおかつ連携を密にするということは、その中核病院に赴任したドクターを、ある程度そこから派遣という形で、これは国もそういう提案をしていますが、周辺の病院に派遣することによって、その中小病院の診療のプラスにもなるし、それから派遣されたことによって地域医療を学ぶという貴重な体験も若い先生方にしていただけるわけです。

ということで、そういう回し方をしていくという発想で議論が進めばいいかなというふうに期待しておるところです。

それから、この県が考えた論点です。論点の中で3番目の、県や市町村の役割、県民に求められるものとしたしましては、県に求めたいのは、地域医療構想調整会議の中に、もう少し県の考えというものをを出していただいてもいいんじゃないかと。厚生労働省の考えというのはよく分かるんですけども、県の姿勢が出てもいいんじゃないかと。

それから、今度、県民に求められるものというのは、これは今後、その後の参考の中に医師の働き方改革等々出てきますけども、これどうやったって、どうしても、我々医療者側だけじゃなくて、医療を受ける側の方の意識も変えていっていただかないと、どうにもならないわけです。

今回の働き方改革が行われることによって、もう絶対救急分野に関してはパワー的には落ちざるを得ないと思うんですね。なるべく落ちていかないように皆さんきっと御苦労されると思うんですが、それでも。

患者さんというのは、自分の主治医は1人だけという感覚ですよ。でも1人のドクターが全てをカバーしていると、いろんな形で時間を制約されてしまいます。患者さんによっては、時間外であっても主治医が診てくれるものだという意識を持っている方もいますが、もうこれからは通用しなくなるかと思えます。病院の産婦人科ではかなり前から進んでいますが、これからはある程度主治医制からチーム医療体制に転換していくことが求められます。またコンビニ受診をいかに減らすかということも肝要であり、県によっては県民の方にそういう周知を徹底するようかなりの活動をしているところもございます。ですから、これからはそういうこともしていけないと。

それから、市町村に関しては、どうしても地域医療構想の関与していく中で、かなりこれは地域によって温度差があるんですが、本当にその地域の首長さんたち、分かってくれてるのかなど。医療のことはなかなか分かりづらくて、逃げてる方もいらっしゃるんですが、でもその実いざとなると、やっぱり自分の地域にはこの医療は絶対残してもらわなきゃ困るとい苦言を呈されるわけです。

こうなってくると議論があっち行ったりこっち行ったりになっちゃうし、それから首長さんが変わったとたんにまた方針が変わってきたりとかございますので、その辺の周知もなかなか我々医療者側にはできませんので、県を通してお願いできれば、していけばというふうに考えております。

まとまらない話ですみませんが、以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。それでは関委員、お願いいたします。

(関委員)

まず、コロナ禍で地域医療構想会議というのは全然進んでなかったというのが現実だと思うんですね。その間に、医療提供体制というのはかなり変わってきてる。今後もドラスティックに変わっていく、非常に兆候が見えてます。

例えば、都会では、オフィスを持たない在宅診療専門の医師というのが相当増えてます。そして、それが株式会社がこれをマネジメントして、まさに出前医療というのが行われてるわけですね。これは非常に急激に増えてます。

それから、薬も出前の薬局というのも相当数あるわけですね。そういう意味では、もう黙ってても変わっていくわけですね。

いわゆる脱施設化っていうことはもうこれから進んでいこうと思うので、地域医療構想でどこの地域にどういう病院を何床にするかは今後話題にならないんじゃないかというふうに変わっていくんじゃないかと思えます。

その中で、やっぱりキーワードというか、地域包括ケアです。これは、2025年に向けての到達点だと思うので、この後残された、この第8次医療計画です。これがやっぱり中心になってくるんじゃないかと。

そういう中で、今言った在宅医療という相当な割合を占めていくので、病院等の施設としては、それに逆はどう対応するかということにもなってくると思うんです。在支診はちょっと伸びが今あまりないんですが、在支病は相当増えてます。

ですから、そういった意味でも、医療提供体制がどんどん変わっていくということを踏まえて、この8次医療計画の中でもその辺を踏まえた検討が必要になっていくというふうに思います。

とにかく、黙ってても医療提供体制というのは変わっていくということも踏まえておかなきゃいけない。ですから、そんなことで、まずは2025年の到達点を地域包括ケアというところに力点を置いて、考えていけばいいんじゃないかというふうに思います。

その際、やはり救急も非常に重要になってきます。特に二次救急です。二次救急が今崩壊しつつあるということもあって、いわゆる開業医の先生たちの高齢化ということもあつたり、そういうこともあつて、二次救急というのが非常に危機になってきているので、これは在宅医療を支える上でも非常に重要なので、そのことも踏まえて、救急の問題も一緒に考えていただけたらと思います。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは亀井委員、お願いいたします。

(亀井委員)

亀井です。私からは、主に小児の話をしていただきますが、今、一通りのこのこれまでの今日の会議を聞いていまして、小児医療においては、この断らない病院と面倒見のいい病院とか、高度な医療を支える病院と地域包括ケアシステムを支える医療機関という、この仕組みに近い形ができ始めているのかなということを感じています。

県立こども病院ができて30年になります。私の娘も助けていただいて、そこで看取りをしていただきましたが、その同期のような仲間たちが、今しっかり育っていってくれる中で、県立こども病院は助けるだけでなく、助けた命のその先をどう支えるかということ、広く私どものような患者家族も含めて一緒に考えながら仕組みを作っていました。

この論点の中に沿ってお話ししますと、まず、少子高齢化の進展に伴う疾病構造の変化とありますが、単に子供が減るだけではなくて、疾患や障害を持つ子供が増えています。したがって、医療の手助けが必要な子供は確実に増えています。

ただ、何でもいわゆる逸脱の医療化という形で医療化してしまっていていいかということ、決してそうではなく、やはり疾患や障害がある子供さんの親御さんというのは、やはりを母子愛着形成が非常に難しい、母子相互関係が難しい、できるのが困難なので、子育て力が伸びにくいんです。

今日、御欠席されていますが、県内の助産師の皆さんの力、そして市町村の保健師の力、そして訪問看護ステーションの力が非常に大切になってきます。

医療的ケア児に関わらず、医療の手助けがなければ子育てが難しいような小さく生まれたお子さん、双胎・品胎で生まれたお子さんの支援は、ぜひ地域のソーシャルキャピタルといいますか、ソーシャルな地域のコメディカルの皆さんの力を積極的に取り入れる形で、子供の医療というのはそこから積み上げていかなければならないと感じています。

また、限りある医療資源の有効活用ということ、それから医療従事者の確保などということも含めて、県立こども病院の役割について、もう一度県民のみんなで話し合う必要があると思います。県立こども病院に全県の助けてほしいという子供たちが集まり、そして高度医療の牙城として子供たちの命を助けてきました。そのことによって、県立こども病院の医療技術、看護技術は非常に高いレベルにあります。

全国で一番レベルの高い病院、このレベルというのは海拔という意味もあるんですよということをよく院長先生はおっしゃるんですが、まさに高いレベルのケア、キュアの力というのは、子供たちが集まってきたおかげで、子供たちが子供病院のレベルを上げた。であれば、子供たちが地域に帰るときにはその高められた技術を地域にお返しする必要があります。

したがって、県立こども病院に求められるのは、新潟のこの図にあるような、地域の基幹病院が子供たちをしっかりと支えていくためのこの地域包括ケアシステムを支える医療機関というのに当てはまるのが、小児医療の場合は、先ほどの二次医療圏ごとの拠点病院の状況で御覧いただくとおり、小児周産期の母子医療センター、各地域の基幹病院があります。この病院が、各地域の圏域の病院が、この地域ケアシステム、要するに地域の福祉教育特別支援学校、県が17校の学校の先生方たちもしっかりつながりながらという病院です。この病院を支えるような技術を、しっかりこども病院から提供していただく必要があります。

こども病院は治すだけではなくて、地域で子供を支える人を支える病院であってほしいと思っています。こども病院も30歳になりましたので、建て替えなどの必要も今後出てくるかと思いますが、建物だけではなく、そういった地域との連携のあり方も、具体的に小児医療に関しては絶対に断らず、必ず助けてくれるこども病院、そしてこども病院で助かった子供が帰ってきたときに地域で子供たちを受け止めて、地域の皆さんとチームを作って支える基幹病院、そしてその地域のチームを支える人を支える子供病院というあり方、そして地域の皆さんが、さらに先ほどお話ししたような助産師さん、訪問看護師さん、そういった方々とつながる仕組みが必要かと思います。

特に、訪問看護については、新卒でも訪問看護師さんになれるようになりました。また、県の看護協会では訪問看護ステーション総合支援センターを立ち上げていただいておりますので、まさにこの地域の訪問看護師さんをどう育てるかというのは、地域のニーズをそのセンターがしっかり汲み上げて、地域の求める人材を提供できるように、医療的ケア児等支援センターの側としてもしっかりつなぎ手として働かねばならないと、自らを任じているところでございます。

県はというよりは、医療的ケア児等支援センターというものができて1年になりますが、その県立こども病院と地域の病院、そして地域の病院と地域の支援者、それぞれのニーズがあります。また、福祉と教育と医療というのは、言葉が通じるようで通じないものがありますので、そこを通訳して、歩くつなぎ手としての役割もあると思います。

私は当事者として、多くのお母さん方の苦勞と、そして、お医者さんには言えないけれども、実はちゃんと心の中で作り上げているお子さんのためのACPをお医者さんにきちんと届けながら、子供の在宅医療のゴールはお看取りではなくて、子供の自立です。そこを支えていけるような医療体制をつくる側でもあり、要望する側でもありというところで、これからも、この既にできかけている、支える病院、治す病院、そして支える病院を支える病院といったあり方を具現化していけるようにしていきたいと思っています。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは続きまして、清水委員、お願いいたします。

(清水委員)

お願いします。論点の①についてですが、こちらは、私は各地域の特徴を踏まえながら、地域医療構想で示された区分別の病床数を参考にして、過不足のない医療提供体制を目指すというあたりが、目指すべき共有理念になるんじゃないかなと、こんなふうに思っております。

それから、2番目ですが、医療機関の目指すべき役割分担についてですが、各医療機関の役割を地域で共有するためには、まず最低でも新潟県ぐらいの区分でもって、各医療機関を色分けと言ったほうが、ちょっと言い方が悪いんですけど、区分していただいて、議論していただければどうかと。そのための資料をもう昨年度示されているものというふうに考えております。

それから、3番目ですけれども、特に県民に、我々医療を受ける側に求められるものとして明示する必要があるものの一つとして、今、頭に浮かぶのは、正しい医療機関へのかかり方というんですか。コンビニ受診、はしご受診の抑制であるとか、あるいは大病院信仰であるとか、この辺を私も含めて県民の皆さん方によく承知をしていただいて、医療提供体制が機能するようにしていかなきゃいけないなというふうに思っております。私のほうからは以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。小林委員、お願いいたします。

(小林委員)

ありがとうございます。私、実は前任大学が新潟大学で、新潟に長くおりましたので、長野県はむしろ新潟から見るととても医療が充実していて、きめ細かな提供体制がされているということで、とてもうらやましく思っておりました。

ただ、新潟も医師がおらず、そしてまた離島も抱えてるといようなそういうハンデと申しますか、そういうところからスタートして、佐渡など離島では、保険、医療、福祉、データを全部連結したりして人材不足のところをそれで何とか補って、割と田舎ですので、それに登録する住民の方が7割とか、そんなような状況で何とか工夫を進めているような状況です。

ただ、私、今度大学の立場で申し上げますと、やはり少子化が先生方御存じのとおり進んでおりました、看護系大学でも定員割れをしているところはかなり増えてきて、長野県もそうです。本当に私立大学ですと、定員を充足するのにもかなり大変な状況で、今は何とかなっている、今後5年10年、この人数では維持できないなというところがありますし、看護学校も先生方御存じのとおり、閉鎖してるところも多いと思います。

そうした場合に、今度医療を担う人材というのは一体どのように供給されていくのかということ、とても今のやり方ではなかなか難しいなというところで、先ほども少し申し上げましたけど、DXだったり、また高度人材で、もう少しちょっと働き方が変わるような人材の育成というようなことも検討していかなければいけないというふうに考えているところです。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。花岡委員が御用事があるということですので、花岡委員、お先に御発言願えますでしょうか。

(花岡委員)

順番飛び越して申し訳ないです。信州大学の花岡です。

まず、医師の供給をどうするかですよね。これを行政及びこの医療者側が真剣に考えていかないと、どうしようもならないと思います。

今、大学からの派遣という形で医師を供給している病院が多いんじゃないかと思いますが、大学がしなければならぬという法律もないし規定もございません。

今後間違いなく医師不足、現在でもそうなんですけれども、今後さらに医師不足が加速すると思います。私たちが一生懸命リクルートしてるんですが、今年も専攻医の数が減っています。さらに働き方改革が追い打ちをかけています。

このような非常に脆弱な医療資源をいかに有効活用するか、ぜひその視点で議論していただきたいと思います。

さらに輪をかけるのが、拍車をかけているのが、医療の高度化、複雑化ですよね。あらゆる分野で医療が高度化しています。そして複雑化していて、当然1人、2人の手ではどうにもならない状況になりつつあります。チーム医療です。これを行っていかないとなかなか高度化した医療に対処できない、そういう時代になっています。

ですので、率直に申し上げて、地域の拠点病院に今までどおり医師を派遣するのが非常に難しい状況になってきています。

じゃあどうするかということなんですが、今までは大学と地域の拠点病院で2段階の構造だったんですが、これを3段階にさせていただいて、拠点病院の拠点病院を数か所をつくっていただく。そこに大学から医師を派遣して、高度医療、先進医療を行うと。拠点病院の拠点病院は、その地域の拠点病院に医師を派遣していただくと、こういった3段階の構造が必要なんじゃないかと私自身は考えています。そうしないと、今までのような旧態依然としたやり方では必ず破綻する日が来ると思います。

あともう一つ、さらに追い打ちをかけているのは専門医制度です。この新しい専門医制度になって、教育病院、いわゆる認定施設でないと専門医取れません。ですので、今の若い先生方は専門医が取れるかどうかということで病院を選択します。専門医が取れないような病院は絶対行かないということをはっきり言います。

ですから、やはり専門医の取れるような拠点病院の拠点病院、そこに大学から医師を派遣して高度医療、先進医療を行って、急性期病院として三次救急も行うと。拠点名の拠点病院から拠点病院へ人材を派遣していただいて、地域医療を支えていただくと、そういった3段階の構造、これをぜひ検討していただければと思います。私からは以上です。ありがとうございました。

(本田委員長)

ありがとうございます。続きまして、中込先生お願いします。

(中込委員)

長野県の状況がまだ未熟なので、あまり積極的な意見を申し上げることはなかなか難しいんですけども、今の小林先生、花岡先生がおっしゃった、人材をどう確保するのか。働き方改革以前にどのように雇用するのか。でも、やはり過疎地にもナースが行って学ぶ意味というのはすごくあって、でもその病院を退職してまた就職するというようなことではなくて、本当に看護職、医師もそうかもしれませんが、どういうふうに分業のキャリアをいろんな地域で、あるいはいろんな医療レベルで経験するかということも、もう少し広域で考えていただいて、チャンスが増えるといいなというのは常日頃思っているところです。

この①②③の論点というか、皆さんでの目指すべき方向性にどのようなコンセプトを入れるかということに関しましては、やはりこの長野県、新潟県のことを拝見すると、やっぱり病院中心なんだなというのと、あと、なかなか高齢者が中心なんですけど、やっぱり県民の人たちが知ってほしいのは、日常的に自分の健康をどのように推進してより良くしていくかというメッセージをもっと伝えられないかというふうに思います。

それは、やはり女性の立場からすると、女性がこれだけ働きなさいと言われていて、女性の健康レベル、あるいは女性が普段から婦人科を受診して健康管理をするということに非常に低いし、がん検診の受診率も、本当に受けてほしい若い世代が受けないということがあって、やはり本当に男女共同参画基本法ができてはいるけれども、女性に対するバックラッシュが非常に強くて、女性たちがもっと生き生き働けるという環境の中に、女性の健康レベルを上げるための何かサポート、ダイバーシティというコンセプトをしっかりと入れていただきたいというのが一つ。

そして、やはり子ども基本法ができて、子供たちのやはり日本のインクルーシブ教育が非常に立ち後れているということを言われていますが、インクルーシブ教育を実現するためには、やはり看護者が学校の中にきちっと派遣されるということが確保されないといけない。そういうことによって、長野県で生み育てる、子供を育てるってすごく充実してると思ったら、人口流入がたくさん来るのではないかと。

そういった意味で、はやっぱり健康な人が健康でいるための保健医療は、これだけ充実してるといふようなことをもっとインパクトで示すと、この新潟県、奈良県の病院がどうかではなくて、県民全体でみんなでどんな健康レベルであったとしても、その人らしく生きていくための医療体制があるというメッセージを伝えられるといいなと思いました。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。本郷先生、お願いいたします。

(本郷委員)

本郷です。私は、2040年に向けた構想も見据えて、グランドデザインを第8次医療計画に記載する、これぜひ必要だと、全く賛成でございます。

論点、3つありますけども、まず1としては、2040年、この頃、超高齢社会とともに人口減、今話題に出てましたけども、医療を提供する立場の働き手も激減すると、これはもう避けられないということ、これは長野県だけではなくて全国そうだと思うんです。

ただ、前提として質は下げないんだけども提供量として確実に減っていくという、そういう認識がその1としては必要かなというふうに思います。

2としては、方向としては、例えば具体的に医療機関での機能の集約化は必要になってくるでしょうし、いわゆる人の手を使わないでも可能な業務はできるだけ、いわゆるDXと言われてるものです。それは最大限活用していくことが必要であると思います。

小林委員、花岡委員も言われましたけども、看護師、医師、その絶対数を増やすために、教育です。教育が非常に大事だと。小学校、中学校、高校の児童生徒さんたちに医療職を目指すという、そういうかなり長期的な問題になりますけども、そういうことを思ってもらえるような施策も、行政としては考える必要があるのかなという具合に思います。

また、そういう状況を、③になりますけども、行政だけじゃなくて県民、県民もまた医療を受ける立場としてもそういう状況、何でもかんでもやってもらえるんだという従来の考えは立ちいなくなるということ、受ける立場の県民にも理解してもらわざるを得ないかなと。そういう中での在宅とか、いわゆるACPというようなことも言われてますけども、そういうのも、それぞれ自分のこと、家族のことということで考えていく、そういう方向も示す必要があるのかなというふうに思いました。以上です。ありがとうございます。

(本田委員長)

ありがとうございました。

少し時間が押してまいりましたので、ちょっと私は時間があればしゃべらせていただくということで、次に馬島先生、お願いいたします。

(馬島委員)

よろしくお願ひします。2040年の先のことで、やっぱり私も少子高齢化が進み、働き手がいなくなるということになると、いろんな病院のあり方も変わるんだろうなということは思っているんですけども、一つ、この参考資料にあります、この新興感染症への対策ですけど、2の地球温暖化で、これからまだ予測できない感染症が増えるというふうなことも言われてて、今回このコロナのときに、すごく医療機関ですとか保健所ですとか、大変なことになっていたんですけども、こういうようなことも含めて、今後の病院のあり方ですとか、市町村とか、保健所も医療圏が減ったら減っちゃうんですかね。そんなようなことも考えながら、ちょっと方向性を考える必要があるのかなというふうには思いました。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。丸山委員、お願いいたします。

(丸山委員)

丸山です。地域医療構想、それぞれやってるかと思ひます。10医療圏あれば10医療圏それぞれ違うと思うんです。先ほど出てますように、その地域のいろんな人口含め、交通のあり方等ありまして、松本と長野も多分違うと思ひますし、うちの上小医療圏もまた違ひます。必要とされるもの、それから今ある病院の病床数です。

今まで上小医療圏、県の方が説明して来られるんですけど、これにあります、2020年とか、大体これを出されるともうみんな頭がつかかしまして、ヒートアップして、多分県の方がだいぶ辛い思いをしてるんじゃないかと思えます。出てくるのは、減らせと言うんだけど、ちゃんと救急をやりたいけど医師がいないと、どういうことだ、そんなことを勝手に言ったってできないぞという話で、もう一つ側面は、救急やろうと思ってますけど人材がいない。一方で急性期をやっていかないと経営的に厳しいところもあるんです。これは経済側面もあるかと思えます。

そういう形で、これはあくまで厚労省が多分出してきて、それで一番は医療の適正配置という形だろうと思えますけれど、適正配置は本当にそれは、東京の適正配置と長野の適正配置、全然違うと思えます。松本の適正配置、それから木曽、上小も違うと思えます。

その点で、私からすれば、全体共通というのは、やっぱりそれぞれの地域に合った病床のあり方、病床数のあり方というのを論議してやっていくべきではないかと思ってます。

上小はそういう形で議論が全く進みません。ただ、良かったなと思うのは、それぞれ各病院の様子が見えます。また、発表されるので内訳はこうかということで、県の方もこうしようなんて決して言わないんですけど、それぞれの横のつながり、連携を取るというわけじゃないんですけど、やっぱりうちの病院はこうしておこうという、それぞれのところで情報共有できたというか、それが良かったと思ってます。

一方、病院のあり方という話になりますと、先ほど医師の派遣が難しいとありましたけれど、もし県立病院で、出しちゃいけないんですけど、木曽病院がなくなったらどうなるんだと。医療は困りますけど、実は医療だけじゃなくて、そこにいる従業員の方です、職員の。その生活のいることによって地域を支える面もあるかと思えます。病院があることによって、その地域医療だけじゃなくて、社会を支える。当然、従業員が数十人から数百人いれば、その家族が数倍います。その方はまた買い物をしたりとか、そういう病院があることによって地域を支えるというのは、医療だけじゃないと思うんです。その辺も加味していかなくちゃいけないし、一方で、我々一生懸命医療介護の看護師を探してますけど、魅力あるとこじゃないと来てくれないんですね。

本人はいいと言っても家族が了承しなくちゃいけない、じゃあ何が問題かって、やっぱり子育ての話とか、それから交通の問題です。交通の悪いところに行かないですね。やっぱり教育のいいところというと、大体交通のいいところ。学校はどういう学校があるかとか、子育ての話にもなってきます。

それから、さっき関先生もしました仰いましたが、道路の話も出てきます。これははっきり言って、もう医療だけの話ではもうないと思ってます。地域全体がどう考えるのか。それはやっぱり各首長さんがどういう町をつくりたいから、そのグランドデザインを示してくれないといけないんですけど、幸か不幸か、我々のところでは市の担当者の方は一言も話をしません。ただ話を聞く。ですので、こういう市にしたい、こういう町にしていきたい、その上で医療をどうしていくかという話を、もうこれは医療だけの話じゃなくて、もう長野県全体の話だと思っております。医療で良くしようなんてことは無理だし、やっぱり職員は行きたいところ、住みやすいところ、もちろん給料も入ってくると思えますけれど、それからモチベーションが上がる場所はこれらにあると思えますので、今後、分担というのはやっぱりそれぞれ見て、自分たちで考えていい話です。

首長さんは、もうちょっとどうしたらいいのか。多くの場合は、ただ維持してだけなんです。そのため、赤字をどんどん増やす。医師が足りないから何とか派遣してくれということで多分やるけど、じゃあこの地域をどうしたいというのは、多分私からすると、議員さん含めて、ちょっと勉強不足の形があると思えます。

さっき言いましたように、医療だけじゃなくて全体の話になってきますので、町全体、どういう町をつかっていくかの中に初めて医療も入ってくると思えます。そのときに病院をどうするか、どういう病院が必要か。あと、こども病院の話も出ましたけど、本当にすばらしいと聞いてます。

こども病院は正直多分黒字にはならないですよ。いいんです。よく言うように、説明できる赤字という言い方をします。警察は黒字か赤字か、誰も言わないですよ。消防もそうですよね。消防は今年

は件数が多くて黒字になりましたなんて話があるわけない。必要だからですね。やっぱり子供は必要です。その上で、県内、あるいは他県からも来るという話も聞いてます。それはやっぱり、この地域の誇りでもあります。それは、県民の皆さんに赤字が出て、皆さん説明できると思います。企業の中では努力が必要だと思います。されなくていいということはないと思います。

そういう意味で、本当に医療だけの話じゃなくて全体一緒に考えていく場を設けて、そして、今後2040年に向かってどういう町づくりをしていかなければいけないか。人口減は避けられないんですけど、それに向かってどうやっていくかということをもうちょっと論議するような方向でしていただければと思います。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。和田委員、お願いします。

(和田委員)

長野赤十字病院の和田でございます。まず第一に、この人口減少と、それから限りある資源という言葉は絶対に起こることで、これは切実、とても大事なことだということをまずしっかり認識して、先ほど二次医療圏をどうするかという話もあって、それの中では、皆さん割と同じような考えで、長野県としての特性としてあるところは、細かいところは細かく対応して、疾患によっては広く考えていく、そういう方向、これがみんな一致したようなところがあったように思います。

ですからこういったことは理念にさせていただいて、地域には在宅医療とか、そういったものをしっかり提供してもらって体制をつくって、安心感を持ってもらいながら、疾病に対してはもっと大きく捉えて、その地域だけじゃなくていろんな長野県内の中のときには県を超えることがあるかもしれませんけども、そういったところで対応してというようなことを考えて、そういったことが長野県の理念というふうにしていただくというのはどうかなというふうに思っています。

そういう中では、ここにある役割分担ということで、これが非常に大切だと思うんですけども、これはしっかりどこかで考えていかなきゃいけないことで、例えば基幹病院としての立場でお話しさせていただくと、先ほど鈴木委員のほうからありましたように、もっと高度医療をやっていただきたいというふうに言われまして、本当にそうだと思うしております。

そのためには、やっぱりどうしても集約化が必要で、集約化をしていただかないと高度医療を担う医療機関もやっていけないというふうに思っています。

こういったことは診療報酬もいろんなところで対応があるかもしれませんが、ぜひ行政のほうでそういう観点で指導をしていただいて、これは避けられないことだと思いますので、ぜひやっていただきたいというふうに思います。

やっぱり、医療を受ける側の住民の方々にも、こういう状況をよく分かってもらうためのメッセージを医療者としても出していくということが必要なんじゃないかと思いますので、行政だけじゃなくて、医療界としてもそういうメッセージを出して、理解をしていただきながら進めていくというところなんじゃないかなというふうに思いました。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、日野委員、お願いいたします。

(日野委員)

薬剤師会の日野でございます。提案があったように、本県の医療提供体制で目指すべき方向性、ランドデザインを、第8次医療計画に記載するということについては、もう賛成ということで、積極的に記載するべきではないかと思っております。

そういう中で、皆さんのお話があったように、人口減少とか少子高齢化の進展での疾病構造の変化、限られた人材資源という、そういったことを踏まえるんですけれども、今、話があるとおり10医療圏、それぞれの特徴がありますので、そういった10医療圏の中で、ある意味で専門的な医療から在宅医療まで、切れ目ない医療体制の構築、役割分担ということで、必要な医療がそれぞれの地域の中で提供できる体制というのを、2024年を想定しながら記載していくことが重要なのかなと思います。

ただ単に医療だけではなく、やはり暮らしという話もありましたけれども、やっぱりそれぞれの地域の住民の人たちが暮らしを継続していく中で、どういった医療体制を提供していくのか。首長さんがなかなか理解が得られないという話がありましたけれども、やはり市町村、県も併せて、行政全体として医療のことを考えていただければなというふうに思っているところであります。

それと、特に提供体制の中でポイントになるのは、医療を担う人材の確保と育成、教育というのがポイントになると思います。医師、看護師ということもありましたけれども、特に今、先ほど、馬島先生の話がありますが、病院の薬剤師というところで課題がありますので、医療を支える医療従事者全体的に確保、育成・教育ということ、県として重点課題という形でぜひ進めていただければなというふうに思っているところでございます。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは最後に竹重委員、お願いします。

(竹重委員)

この論点にあります2番目と3番目について触れさせていただきたいと思います。

医療機関の目指す役割分担の中で、特に外来のことについてお願い等があります。

この策定委員会のワーキングの中に、今は外来医療のところに来来医療計画という部分が大事なんですけども、それが今、外来・へき地・在宅医療ワーキンググループというの中にまとめられています。外来医療計画というのは今後非常に重要になってくる部分ですので、ワーキングの議論をたくさん重ねていただけるように、まずお願いしたいと思います。

その中で、今、医療機能の情報提供制度があります。県から別冊子でどこの病院がどうだというようなこと書いてありますけれども、それを充実するような記載方法を考えていただきたいと思います。

そして、ぜひ県民がそのことを参考にして見れるような方法をお願いしたいと思います。それはなぜかといいますと、今、かかりつけ医の機能ということが言われていますけれども、かかりつけ医を選ぶときの重要なポイントになりますので、そこはしっかり考えて書いていただければというふうに思います。

それから、3番目の県民に求められるものという部分ですけども、先ほど来、医療圏のことでもありましたけれども、交通アクセスのことについてしっかり書き込んでいただきたいと思います。

過日、総合5か年計画という部分をいただきました。その中で、5つの政策の柱があるということの中の1番目で、持続可能で安定した暮らしを守ることが書かれていまして、その中に公共交通の充実をはじめ、移動の利便性、快適性を向上するという、そういう総合計画を立てておられますので、その部分についてぜひ総合政策課とも協調していただいて、すり合わせをお願いしたいと思います。

交通の部分というのが今後いわゆる医療の一番の根幹にもなるように思いますので、その辺の部分をしっかりうたっていただければと思います。以上、2点でございます。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、時間も押してますので、本日委員の皆さんから頂いた意見を踏まえまして、次の策定委員会でランドデザインの素案を示していただけるということで、よろしくお願いたします。

【その他】

(1) 今後のスケジュールについて

(本田委員長)

それでは、その他について事務局から御発言がありましたらよろしくお願いたします。

(久保田医療政策課長、資料6により説明)

(本田委員長)

ありがとうございます。

では、これで終了したいと思いますけど、何か委員の方から御発言ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、会議を終了させていただきます。

【閉会】