

## 第4回 長野県医療審議会 地域医療構想策定委員会 会議録（要旨）

1 日時 平成28年9月2日（金）午後3時50分から午後5時15分まで

2 場所 長野県庁本館3階 特別会議室

### 3 出席者

委員 伊澤敏委員、井上憲昭委員、上原明委員、牛越徹委員、奥野ひろみ委員、春日司郎委員、唐木一直委員、久保恵嗣委員、関隆教委員、園原規子委員、竹重王仁委員、竹前紀樹委員、日野寛明委員、細谷たき子委員、保谷ハルエ委員、本郷一博委員、宮坂圭一委員、三輪百合子委員、山田一尋委員、吉岡二郎委員  
（欠席 大澤麻美委員）

長野県 健康福祉部長 山本英紀、医療推進課長 尾島信久、衛生技監兼保健・疾病対策課長 小松仁、健康福祉参事兼健康福祉政策課長 清水剛一、国民健康保険室長 蔵之内充、医師確保対策室長 牧弘志、介護支援課長 井上雅彦、薬事管理課長 斉藤邦昭、医療推進課企画幹兼課長補佐兼管理係長 日向修一 他

### 4 議事録（要旨）

#### 【会議事項】

（関委員長）

それでは、医療審議会地域医療構想策定委員会の4回目を開催させていただきます。

次第に沿って進めますが、まず、（1）長野県地域医療構想（素案）について、事務局から説明をお願いします。

#### （尾島医療推進課長、資料1「長野県地域医療構想（素案）」について説明）

主な説明内容

- 地域医療構想策定の背景・意義。
  - 地域医療構想は現行の第6次保健医療計画（H25～H29）の一部として追記すること。
  - 構想区域ごとの概況。
  - 将来の医療提供体制を実現するための施策は構想策定委員会や調整会議等の意見を参考としながら、今後具体的に記載して構想案としてまとめること。
  - 将来的に地域の医療提供体制の状況や国の動向等を踏まえ、医療計画の改定時など必要に応じ地域医療構想を見直すこと。
- など

（関委員長）

ありがとうございました。資料1ですが、地域医療構想の素案の概要ですから総論的なまとめですね。細かくは資料2、3、4と出てくるので。2025年度の医療機能ごとの病床数を推計すると、これは医療機能でいいのか、疾患別なのかということも少し問題はあるんですけども、国はこういう言い方をしているんですね。それで、これは今、進んでおります第6次の保健医療計画の一部であります。

それから病床数の必要量の推計値はあくまでも国が定めた一定の仮定により、2013年度の患者の入院受療動向を基にした推計であると。今現在のものではないと、あくまでも将来の医療提供体制構築に向けた参考値であり、目標値ではない。推計値が県の病床の削減目標といった性格を持つものではないと、県に稼働している病床を削減するという権限もないと。それから、実際の病床の整備や機能転換はあくまでも医療機関の自主的な取組を基本とするというわけですね。

それから構想区域の設定及び将来の医療需要と病床数の必要量等の推計の中で、一番は、構想策定の単位ですね。構想区域は、今、仮設定の段階でありますので、これは現行の二次医療圏を仮設定から本設定という形にしたほうがいいと思うんですね。

それから、推計は各区域からの患者流出入が続いた状態で、将来の人口構造に移行すると仮定した医療機関所在地ベースを主として取り入れると。

それから2014年度（平成26年度）以降の医療機関の取組のうち、構想区域間の患者さんの流出入に影響を与えると思うのは、特にまだいろんな意味の整備が脆弱であるといわれている上小、木曾、大北、北信、ここにおいて、がんを取り上げているんですけども、その辺の説明を後でいただきたいと思います。それから北信区域における医療療養病床の整備についてですね。

最後に、将来に向けて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もあわせて示すということになっております。資料1は総論なので、この後、資料2、資料3とやってからまた戻りたいと思います。

では続いて資料2、3ですね。地域医療構想における病床数の必要量の推計について説明をお願いします。

**（尾島医療推進課長、資料2「地域医療構想における病床数の必要量の推計について（案）」、資料3「2025年度における在宅医療等の必要量の推計」について説明）**

主な説明内容

- 2025年の病床数の必要量の推計は、「医療機関所在地ベース」で行う。
  - 推計値のもつ以下の意義について構想に明記する。
    - ・推計は、国が定めた一定の仮定に基づくもの。
    - ・推計は、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。
    - ・推計値が県の病床の削減目標といった性格を持つものではない。
    - ・現在稼働している病床を削減させるような権限は県には存在しない。
  - 「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」の推計値も併せて示す。
  - 2014年度以降の医療機関の取組のうち、構想区域間の患者流出入に影響を与えると考えられる、「上小、木曾、大北、北信医療圏におけるがん医療充実の取組」、「北信医療圏における医療療養病床の整備」について「医療機関所在地ベース」の修正を行う。なお、この修正も、一定の仮定に基づく推計であり、構想区域間の患者流出入の目標といった性格を持つものではない。
  - 2025年度における在宅医療等の必要量の推計について、患者の居住地で在宅医療を受けるものと仮定して2025年度の推計値を算出すると、医療需要は全県で1日当たり25,382人となる。
  - 在宅医療等の必要量についても、あくまで国が定めた一定の仮定に基づく推計であり、参考値であること。
- など

（関委員長）

ありがとうございます。まず資料2からやりましょう。地域医療構想における病床数の必要量の推計について、資料2の2、基本的な考え方です。長野県の2025年の病床数の必要量の推計は「医療機関所在地ベース」で行うと。それから推計は国が定めた一定の仮定に基づく推計であると。

その次は、推計はあくまで将来の医療提供体制構築に向けた参考値であって目標値ではないと。また推計値が県の病床の削減目標といった性格を持つものではないと、稼働している病床を削減

させるような権限は県にはないと。

将来に向けて各医療圏、医療機関が医師の確保や医療提供体制の充実に取り組むことにより、「患者住所地ベース」の推計値に近づくということが考えられる。したがって、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も併せて示すということです。

要は高度急性期は医療機関所在地ベースでやるわけでありますが、今日、一番の問題は、各圏域でこれまでに明らかになってきたのは、圏域内でのいい点と、それから医療介護で不足している点があるわけですね。その医療機能の不足分をどう充実させていくか、こういうことが非常に大事なことなので、これは人口減少社会が進行しているわけですが、それに対して患者さんが安心して地域の医療、介護、それから日常の療養生活を送れるようにしてあげるのがこの構想の一番大事な部分ではないかと思うんですね。ですから、各圏域の努力により患者住所地ベースの推計値に近づく、その努力を押し量って、みんなで助け合っていくことが非常に大事なことでないかと思えます。

そういうことで、将来に向けて各医療圏・医療機関が医師の確保、医療提供体制の充実に取り組むということで患者住所地ベースの意味があるわけです。この推計値に近づくということが考えられる。したがって、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も併せて示すということです。

その次、3番、枠の中ですね。2014年度以降の取組の反映。「なお」という下のほうです。2014年度（平成26年度）以降の取組を反映した調整についても、病床数の必要量の推計と同様に、一定の仮定に基づくあくまでも推計であると。構想区域間の患者の流出入の目標ではない。そうですね。それからその下の、上小、木曾、大北、北信医療圏におけるがん医療充実の取組、ここについては、もう少しお話を聞きたいと思えます。

あと4ページの2025年の病床数の必要量推計値の修正案について、各10圏域が並んでいます。佐久で（医）というのは圏域の希望が医療機関所在地ベースですね。上小は医療機関所在地ベース、それから諏訪は、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。上伊那は、高度急性期は医療機関所在地ベースですね。それから急性期・回復期・慢性期は患者住所地ベース。飯伊は医療機関所在地ベース。木曾は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。松本は医療機関所在地ベース。大北は患者住所地ベースです。それから長野は医療機関所在地ベース。北信は高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は患者所在地ベースというように10圏域の希望としては挙がっているわけです。

資料2について全体的に何かございますか。どうぞ、伊澤先生。

（伊澤委員）

がん診療に関して、佐久医療圏から上小医療圏に合計44床を移すという数字が示されております。この数字はあくまで人口の推計値に基づく参考値であって、削減目標にはならないと前置きにありますが、この44床という数字が、今後ひとり歩きするのではないかと非常に心配です。と言いますのは、佐久市と上田市は地理的に近く、特に高速道路と新幹線が開通してからは、短時間に行き来できるようになりました。同じ佐久医療圏の南の方から佐久医療センターなどに来るほうはるかに時間がかかります。上小医療圏と佐久医療圏は別の二次医療圏として分けられていますが、患者さんの立場からするとほとんど境界はありません。互いへのアクセスも悪くないので、行きやすい病院に行っているというのが実態だと思います。

地域医療構想は二次医療圏を基本に策定することになっていますからこういう数字になるのだろうと思いますが、実態を考えますと果たして患者さんのためになるのか疑問を感じます。ここに示された数字の通り病床を動かすとして、佐久医療センターと浅間総合病院と小諸厚生総

合病院からベッドを削って、信州上田医療センターにもっていくとすることをしないといけなくなるわけですが、病床だけではなく高額な診断治療機器や医師をはじめとするマンパワーも移さないといけないわけです。これは病院の経営統合でもしない限り無理な話で、現実離れしています。二次医療圏という枠にとらわれて構想するとうような数字が出てきてしまうのだと思いますが、患者さんにとってもこれが理想的と言えるのかその辺りもよく考えて構想し、数字が独り歩きしないようにしなければいけないと思います。

(関委員長)

ありがとうございました。では続きまして、竹重先生、日本医師会の専門委員会にいらっしゃるので、お願いします。

(竹重委員)

何点かお願いしたいことも含めてです。今、伊澤先生から出た議論は必要病床数という部分に関して、前回の委員会でもお話ししましたが、数字がひとり歩きして目標値にならないかという点についてはしっかりお願いしたいと思います。

必要病床数というのは、将来の医療提供体制について、医療関係者を初め介護関係者、医療を受ける住民の方々が一緒に考えて行動していただくための参考値だということで、病床の削減を目標にするといった性格ではないということをしつかり書き込んでいただきたいと思います。

重要なことは、将来の姿を見据えて医療機関が自主的な選択によって、地域の病床機能が収れんさせていくアプローチだということではないかと思います。この辺については別冊の素案の19ページに書き込んでくださっていますが、その辺についてはぜひ誤解のないように、これが目標値でないという部分についてはしっかり捉えて、大事な「はじめに」のところでも書いていただきたいと思います。

それから2点目ですけれども、私としては、病床機能報告制度と地域医療構想についてお書きいただきたいと思います。「必要病床数と病床機能報告制度による病床数を単純に比較することはできません」と書いていただきたいと思います。病床機能報告制度における高度急性期、急性期、回復期及び慢性期は病床機能を示す定量的な基準はなく、また複数の機能を持っている病棟でも、主たる機能を選択して病棟単位での報告になっております。病床機能の選択というのはあくまで医療機関の自主的な判断で決まっています。

一方、地域医療構想の必要病床数に定められています病床機能、いわゆる高度急性期、急性期、回復期、慢性期は法令に基づいて診療報酬点数等をもとに区分されていて、病床機能の捉え方が全く異なっています。また地域医療構想における必要病床数は、どちらかという政策的な在宅医療等の移行を前提とした推計値になっていますので、病床機能報告制度と地域医療構想の違いについて、書き込むことを検討していただきたいと思います。

それからもう1点、強調したいのは、慢性期の病床についてです。これは別冊の23・24ページにお書きいただいていますけれども、地域医療構想では、療養病床に入院する医療区分1の患者の7割が在宅医療で対応するという事になっています。第2回のこの委員会の資料で、長野県における療養病床の入院に関する調査結果の概要が出ましたが、医療区分1の7割ではなくて、63.7%が病状が安定して退院ができるとなっていますけれども、では実際、医療区分1のうち在宅が可能な方々はどのくらいいるかという点は13.3%にとどまっていますし、在宅受入困難なため現実には退院が不可能という方は58%、入所、施設の入所待機中が38%という、これは複数回答ですけれども、なっています。ですので、単に地域医療構想どおりの施策を進めていきますと、処遇困難な医療・介護難民が多数発生することとなりますので、地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想との整合性を図りながら施策を進めていただきたいと思います。

それから、平成29年度末に廃止が予定されています介護療養病床と看護職員配置25対1の医療

療養病床については、廃止後の受け皿になる新たな施設類型について、現在、国が提案を出していますけれども、転換を進めるには診療報酬等のメリットのインセンティブが必要になると思いますので、この辺も全体の素案の中にしっかり強調して書いていただきたいと思います。

病床数も、それから病床機能報告制度や慢性期病床についても誤解のないように書いて第6次に付記していただいて、その後の7次計画につなげていただきたいと思っておりまますので、検討していただきたいと思います。

今言ったのは、言葉足らずの部分もありましたので、後で事務局に置いていきますので、ご検討いただきたいと思っています。

#### (関委員長)

ありがとうございます。まず病床機能報告制度と、それから地域医療構想で出てくる必要病床数は全然違うものです。病床機能報告制度というのは、竹重委員が申しましたように、病床機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに分けて、それを、うちの病院はどこへ報告すればいいのか、病棟それぞれで独自に、まあ勝手にとっては失礼ですけども、うちのところの病棟はこれでいいかなというのを報告するわけです。

ところが地域医療構想の場合は法律できちんと定数で定められているんですね。高度急性期は医療投入資源が3,000点以上。1点は10円ですから、3,000点以上というのは3万円以上ですね。それから急性期というのは3,000点以下600点まで。回復期は600点から175点まで。そして慢性期というのは175点未満、1,750円未満、こう決まっているわけですね。そういう点数できちんと規定されているものですから、重みが全然違うわけです。国の扱いもごっちゃになっているので、そこら辺をきちっと分けたい方がいいと考えています。

それから、先ほど伊澤先生が言われたように、こういうベッド数というものの数字が出てきますと、どうしてもこれはひとり歩きするので、今は県の事務局の皆さんも非常に気を使って推計値であると、それと参考値であると、病床の削減目標といったものではないと、そういうことを今うたってもらっているんですけども。これが数年すると、今度は国のほうの段階ですね。伊澤先生を初め全員ここにいらっしゃる皆さんが心配しているのは、国が適当に言い方を変えてくるわけです。特に財務省、それから内閣府の経済財政諮問会議、あれ内閣府で総理の直轄の会議ですね。そこには医療関係者は入っていないんです。だからそこら辺あたりで、もう財界の連中ばかりですから、そういう人たちが、参考値、推計値をあたかも目標値のように言い回してくる可能性が数年後に多分にあるわけです。そこら辺を医療関係者はみんな一同に心配しているわけです。こういう数字のひとり歩きを心配するというのはそういうことなんです。

だから、部長さんも本省へお帰りになったときは、ここら辺をぜひお願いします。そんなことは長野県では聞いていなかったなんて言われては困るので、ここら辺、ぜひよろしくお願ひしたいと思っています。全員、こういうことは心配しているわけです。だから伊澤先生も今言われたとおりなんです。

#### (本郷委員)

2つ申し上げたいと思います。1点は、今、まさにお話のあった推計値がひとり歩きする懸念がともあるということで、資料1の1ページの真ん中に、推計値が持つ意義として3つ書いてございます。「あくまでも参考値である」と、「県に稼働している病床を削減する権限もない」、「自主的な取組が基本」と書いてあるんですけども、今、言われたように、この参考値をみて、我々それぞれの医療機関でアクションを起こす必要があるのか。こういう推計値が出たということを見ているだけでいいのか。先ほど伊澤先生も言われましたけれども、何か具体的に機器を動かし、マンパワーを変えるというアクションが必要なのか。どういう意味のある数字なのかということをととても危惧しています。減らさなければいけない、増やさなければいけない、そういう強制力

はないとここには書いてありますが、数年後には強制力を持ってしまうという懸念があるということ、ぜひ私もここで申し上げさせていただきたいと思います。

それからもう1点、構想は二次医療圏単位でということ、これは第1回るときからそういう前提で、仮の設定でということを進めた。第1回目、私、大学病院の立場で申し上げたんですけども、大学病院、あと県立のこども病院も同じ立場だと思うんですけども、大学病院では4割は二次医療圏外から患者さんが来られています。また、全体の1割は県外からということで、医療圏内での医療というのではなくて、全県、あるいは県外も見据えて取り組んでいますが、そういうことをぜひ、原則二次医療圏ということは当然承知しておりますけれども、この中にぜひ付記をしていただきたい。その点について要望したいと思います。

(関委員長)

今、言われた2番目の話ですけれども、特に大学で扱っていらっしゃるの、高度急性期は全県的な観点からこういう拠点に集まってくるので、それを容認すべきだし、また、それを今度は周りの地域がどの程度、大学と連携をとってサポートしていくか、大学の場合は別格ですからね。こども病院もそうですけれども、ちゃんとそこら辺を記載しておいていただきたいと思います。

それから推計値がひとり歩きする点について部長いかがですか。

(山本健康福祉部長)

非常に重要な懸念事項であると考えておまして、その点については、今現在、病床の規制は基準病床数という、先生方もご承知の制度で動いておまして、それと必要病床数とは異なるものとして運用するということは、現時点での国の検討でもそうなっております。

将来のことはと言われると、これはいろいろ議論があるのかもしれませんが、少なくとも現時点での検討はそうなっておりますし、またそうしたご懸念もあることから、長野県においては構想の中ではそうした懸念がないような記載をしっかりとさせていただくということで対応させていただければと考えております。

(関委員長)

基準病床と、それから地域医療構想で必要病床数、病床機能報告制度で出てくる病床と、みんなそれぞれあるんですよね。そこら辺も整理したらいいと思うんですけども。

それではそのほか、どうぞ竹前先生。

(竹前委員)

資料2に、これまでの議論の2番目の丸で「医師がいれば病床は稼働する」と、これはそうなんですけど、そうはいつでも、医師は行かないところには行かないと思っているんです。特にこれからは、新しい専門医制度というのが今回は潰れたようなんですけれども、あれが出てきたら、卒業した医師は専門医をとりに行くだろうと思っていますので、そうすると、外へ行くということですので、よほど強制というものがなければ行かないんじゃないかと思っています。前提として「医師がいれば」と、それはそうだと思いますけれども、これはそんな簡単に2025年までに行くとは思えないんです。特に高度医療をやろうとするときには一つの科だけでは、複数いなければいけないし、多くの科が交わらなければいけないと思うので、救急に関してもそうだと思いますが、それは仮定はそうだけれども、実際には難しいんじゃないかということを考えていったほうがいいだろうと私は思います。

それから基本的な考え方で、県がこういう文章を構想に記載するということが非常に素晴らしいことだと思います。あくまでも参考値であるとか、病床の削減目標といった性格を持つものがないということを明記するということが本当に素晴らしいことで、あくまでも推計値だということ

とを、一番最初によく書いておいてほしいと思います。

それから「県が稼働している病床を削減させるような権限は存在しない」と言いますが、まあ、そういつては失礼ですが、国は県にそういうことを言いますよね。それと同じように、県は市町村には言いやすいんじゃないかということ、自治体病院協議会でいろいろ意見が出てくるときにそういう意見が出てきています。民間の病院には行かないだろうとは思いますが、市町村の病院長はそういうことを危惧しております。だから、これははっきりと書いていただきたいと思います。これを書くということは非常にいいことだと思っています。

それからもう一つですけれども、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と書いてありますが、特に慢性期については、先ほど竹重先生から言われましたようにいわゆる療養病床というのが29年度にどうなるかわからないですよ、医療区分1の問題もあるけれども、医療区分2、3、あるいは入院基本料の1、2というものもなくなる。あるいは介護療養病床は消失すると言っておりますように、今度慢性期のベッドがどうなるのか全然わからない。県は、慢性期を担うような病院はどういうものか。例えば診療報酬でいくと入院基本料の1をとっている病院なのかとか、どういうものを念頭に置いているのでしょうか。

(関委員長)

先生、その後でやりましょう。次の項でやります。

大北だけ患者住所地ベースですけれども、牛越市長さん、何かございますか。

(牛越委員)

ただいま竹前先生がおっしゃられたように、確かに医師の確保、これは本当に地域の命題として行政も挙げて病院とともに取り組んでいます。確かに実現するのはなかなか容易なことではありません。言い方は失礼ですが、医師供給の仕組みから直していかなければ解決できない、そうした課題については重々承知しております。

でも、その中で医師が確保できれば、事実、確保できていた時代がありましたが、地域の皆さんの期待は、確保さえできれば、今、稼働していない病床だってまた生き返るという期待が非常に大きい。しかしご指摘のように、高度急性期の医療については到底不可能で、それはチームで医療に携わっていただかない限り集まることはあり得ません。そこで、慢性期を中心とした医療については、患者住所地ベースで修正を加えていただくことについて私も大きな期待をしております。

(関委員長)

ありがとうございます。では唐木村長さん。

(唐木委員)

市町村の立場で、今、牛越市長が言いましたけれども、医療機関所在地ベースになることは、そうなるだろうという予想はしておりました。その中で、県として※印の部分、また丸の部分というのを加えていただいたということは、ありがたいですけれども、懸念といたしましては先ほどから出されている部分で、目標値に変わってくるんじゃないかと、市町村の立場としてこういう懸念を持っております。書き方としてはこういうことでしょうかけれども、その辺を強く、全面に出していただくような構想にさせていただければと思っております。

医師さえ確保できればという部分もありますけれども、医師確保、これは本当に市町村も、公立病院、真剣にやっております。しかし、なかなか増えてこないという実態がありますけれども、医師さえ確保できれば、稼働していない部分も稼働できるのではないかという考え方を持っておりますので、県も医師確保については、また一緒に努力をしていただきたいと思っております。

で、よろしくをお願いします。

(関委員長)

ありがとうございます。では久保先生、医師確保の話を、機構の理事長として。

(久保委員)

医師確保につきましては、県の修学資金の貸与者の方が150名以上出ますので、私、いつも言っていますけれども、彼らをもって医師不足病院もある程度回復する可能性があります。そうしますと、県がおっしゃるようなことは可能だと思っております。

先ほど、数字がひとり歩きすると困るという話がありましたけれども、全くそのとおりでありまして、実は資料1の3ページの木曾のところに※印で「岐阜県中津川市の病院再編の状況による」という文言があります。これは坂下病院という160床の病院が中津川と一緒にになったものから、中津川市は坂下病院の維持が難しいということで、診療所化するか、あるいはベッド数を減らすという話がありました。厚い冊子の25ページに、前回の議論で、木曾の患者さんが岐阜県へ行きますので、19床を岐阜県に渡すということになっているんですけれども、病床数というのは状況でかなり変わりますので、そういう部分もしっかりと伝えていきたいと思っております。特に公立病院の場合は国から地方交付税をいただいておりますけれども、今までは許可病床数でしたが今度から稼働病床数で計算されます。そうしますと少ない数字は非常に困ると思っておりますので、数字については慎重にお願いしたいと思っております。

(関委員長)

では井上先生。

(井上委員)

病床数の推計のところですが、先ほども出ましたように、大学は県外からでも持ってくるような病床数があったほうが長野県としてはいいですし、こども病院の全県枠的なものについては配慮すべきことだろうと思っております。

それから、病床数の推計値の修正ですが、全体的に見せていただきますと、信濃の国の歌にあるように「松本、伊那、佐久、善光寺」ですか、この4つのところを増減したりしているんですね。今はそれぞれ二次医療圏を分けてありますけれども、一つの平らとしては、松本というのは大北と松本ですし、佐久は佐久と上小ですし、長野は長野と北信なんですね。そういう医療圏の中で、地域がん診療病院の設置ということを軸に、この患者の希望的観測というのは、地域の市町村長さんたちのことも配慮して修正をしてある感じがするんですけれども、それは僕はいいいことだと思うんですよ。だけど、この急性期ベッドの配慮には、別になんだけじゃなくて脳卒中や心筋梗塞なんかも含まれているんですよ、本当はね。だけど、修正をするために地域がん診療病院ということを入れる。将来的にこれが望んだように、そこへ医師が行くかどうかなんていうのはわからないし、希望的観測かもしれないということだと思うんですよ。

ただ、できるかできないかは別として、その次はどうなるかという、うまくいかない場合は、上小だったら佐久と上小の話し合いで、どういう患者はこちらで診ると、これの一番大事なことは、そこに住む人たちがあまり遠くへ行かなくても済むように、例えば急性期のがんは佐久で診ても、あとのケモセラピー（抗癌剤や抗生剤などを用いた治療法）の継続は上小ですとか、そういう組み合わせを、例えば上小と佐久、大北と松本と、次はそういう話し合いをきちんと持っていて、そこに住む人たちにとって、一時的に遠くへ行っても、できるだけ近くでやれるような体制をつくるということがこれから大事だと思うんですね。

だから、このことについては、数年の間にそれがうまくいかないのであれば修正を加えるとい



うことと、2つの医療圏ごとの話し合いをもっと密にして、自分たちの得意な部分を充実させていくという取組に持っていったほうがいいんじゃないかと思います。ただ、全体としての枠を減らされるのは困ると思うんですけどもね。

(関委員長)

そこら辺の書き込みでいいですか。

(伊澤委員)

上田と佐久は、そんなに遠くないです、ほとんど一つです。

(井上委員)

一つの平ですから、二次医療圏という考えを、国が言ったように20万人というのがあるので、その中で実際問題話し合わないと、ということだと思うんですよ。

(関委員長)

そうですね。吉岡先生、いかがですか。

(吉岡委員)

今の議論をお聞きしていると、至極ごもっともな話ばかりですけども。私自身は、この資料2の基本的な考え方、1のこれまでの議論、2、基本的な考え方、それから資料1は全体をサマライズしたのですが、まあまあ今までの議論は組み込まれていると見ておりました。

厚い冊子は、資料をいただくのが間際なものですから今日は読んでいません。だけど、資料1、資料2のご説明を聞いておきますと、なから今までの議論が入っているかなど。ただ病床機能報告制度は、当然、地域医療構想の進捗状況と診療報酬改定に影響されて報告しておりますよね。だから、例えば28年度は7対1の基準が非常にハードルが高くなりましたので、7対1が急性期病床だという考え方で捉えますよね。3,000点というのがありますけれども、仮にそういう設定をしているだけの話ですから。高度急性期は特定入院料をとるような病床が高度急性期と想定しているだろうと。そして7対1をとれる病棟が急性期にリンクして国はやっていくので、地域医療構想でいくら議論をしてみても診療報酬改定で変わってきてしまうんですよ。ですから、地域医療構想の策定については、今日見させていただいた資料1で、今までの議論が考慮されていると私は思いました。

ただ重要なことは、皆さんが心配されておりますように、この数値が目標値にならないようにということでもありますから、この資料1の最後のところに、必ず見直しをするという文言が入っていれば、私はいんじゃないかと。ほどほどの数字は出さないと、これはまとめられないでしょうと思います。

(関委員長)

ありがとうございました。資料2の2ページですね。この(1)上小、木曽、大北、北信医療圏におけるがん医療充実の取組、がんは非常に大事なのでいいと思うんですが、何でがんだけ出したんですか。

(尾島医療推進課長)

先ほども一部ご説明させていただきましたけれども、昨年度、病院にお聞きしました調査の中で、2014年度以降、いろいろな取組が出てきました。その中で制度的ですとか、構造的にこれから続くようなものを拾わせていただきました。その中で地域がん診療病院は、指定されますと、

例えば医師や看護師に指定の基準があったり、また運営費の補助等もございますので、今後、ある程度の充実がされると考えまして、調整してもいいと考えているところでございます。

ほかにも例えば地域包括ケア病棟とか、いろいろなものを検討した中で、推計にどこまで反映させるかということは大変悩ましいところではありますが、制度的に指定したようなものは反映してもいいんじゃないかということで、このようにしております。

(関委員長)

拠点病院とか指定病院とか、いろいろなものがあるので、がんは大事だからありがたいですけども。

それでは、ここはいいですか。そうしますと、では今の資料2は大体、この辺でよろしいですか、ディスカッションとしては。

(上原委員)

よろしいでしょうか。まず一つは、こういった形でかなり苦しい見解と思われる結論をお書きいただいた県に対しては敬意を表します。

実は協会けんぽでは、協会けんぽの患者さんのレセプトを点検しました。点検は何をやったかということ、自分の勤務地が同じ医療圏に、例えば佐久に住んでいる方が佐久に勤める方と、佐久に住んでいる方が長野に勤めている方、こういうものを切り離して、同じ医療圏で職住が同じ医療圏の人、それから職住の医療圏が異なる人、この人を比較すると、職住が一致している医療圏の人は、高度急性期は別ですけども、ほとんど移動の範囲が小さい。それからさっき申し上げましたように、住んでいるところと勤めているところの医療圏が違う人たちは勤めているところの医療圏に引っ張られる傾向があると。

だから、先ほどの議論の中にもありましたように、それぞれの地域が努力して、そこに住んでいる人たちに対応するとおっしゃっていますが、本当にそういう結果になるかは多分、わからない。

推計値のところを書いてありますように、ひとり歩きさせない、あるいはこれが目標値ではないと、ここまで書いていただいているということで、私はこのまとめ方はいいんじゃないかと思えます。それで実態的には、これから医療というものを継続的にやっていかなければいけないですし、介護は介護で地域包括ケアがまた充実してくるだろうという中で、当然、動き方も多分変わってくる。だから、それにあわせて、医療コストを変えていけばいいんじゃないかと思えます。

先ほど来、先生方からは、数値はひとり歩きするんだと、数値は目標値ではないと、再三おっしゃっていただいていますけれども、我々支払いする側から申しますと、前回は申し上げましたように、過不足のない状況にさせていただきたいということが、我々の基本でございます。

(関委員長)

ありがとうございました。

それでは、時間も押してきましたので、資料2についてはこれでいいですか。いかがですか。

【出席者から 異議なしの声あり】

(関委員長)

では、次は資料3に行きましょう。2025年度における在宅医療等の必要量の推計、竹前先生、ここでまとめて言ってください。

(竹前委員)

修正案についてですが、私、個人的ですけれども、今年の4月から療養病床に勤めまして見ていますと、当院には入院の待ちが非常に多いんですね。

そして入院患者の約半分が経鼻経管と胃ろうなんです。そして皆さんご存じのように、胃ろうの患者さんを受け入れてくれる施設は比較的ありますが、経鼻経管を受け入れてくれる施設は非常に少ない状況です。こうした中で、我々の病院は経鼻経管が46%おり、そういう人が入院を待っている。待つ理由はそのほかにもありますが、息子さんたちが長野に住んでいるから、1年なり何か月入院していますと、キーパーソンの近くがいいということで長野に来ているということで、必ずしも短期ではなく来るということがあると思います。

それともう一つは安いということです。療養病床に入院している場合には患者さんは1割負担ですから非常に安いということ。一番安いということもありますね。

それから医師も常時いますので、安心していただけるということから、待機者が非常に多いという現状を知っていただきたいと思います。

それで、先ほどの療養病床については、医療区分1が今度どうなるかということ、療養病棟入院基本料1をとるには医療区分2、3が80%以上いないといけないというようにだんだん厳しくなっているわけです。急性期の7対1と同じようにパーセントが厳しくなっているんですね。そういう中で、患者の待ちがあるということから考えると、北信地区の慢性期の病床についてはそのまま推計のとおり出しておけばいいのではないかと私は思います。

#### (関委員長)

ありがとうございます。一般病床のリハビリを含めた医療資源の投入量が175点未満ですね。これがいわゆる在宅医療と慢性期ということになっていまして、また、今、竹前先生が言われたように、平成29年度末に介護療養病床と医療療養病床の25対1の看護基準をとっているところは廃止なんですね。ですから、廃止した後をどうするか。これは医療を中に持っている内包型と、医療がなくて、外から往診とかに行く外付け型と2つに分かれています。2つぐらいの中でやるようですけども、その将来性が全然見えていない。

だから、将来どうするかということは、これは介護保険でやりますと、介護保険は単位ですね。医療保険の場合は点数です。1点10円、介護保険は単位で計算しているんです。1単位10円です。こういうことでやりますけれども、プラスへ誘導しない限り、これは誰も動こうとしないですね。お前たちのところはもうだめだからこちらへ行けと。行けといっても、減らされては行く人はいないです。子どもだってそんなところへ行かないですよ、金を削るからそっちへ行けといっても誰も行かない。

今度新しくやるのであれば、そういうことを考えてやらないとうまくいかないし、前の転換型老健では保健所から私のところへ将来どうするか、さんざん電話が来たり書類が来ました。転換しないんですかと言ってきました。それ、行きようがないんですね、将来性がわからないので。その辺、この介護療養病床、それから医療療養病床の25対1のところの先の見込みについては明らかにしていただきたいと、ぜひお願いします。

もう一つは、高齢社会になった場合のいわゆるターミナルケアをどうするかということの検討が、今、全然なされていない。これに対する検討をやるべきではないかと。死生観というか医療観というか、介護観というか人間の尊厳を持った最期をどうしていくのか。こういうことの国民的な議論が全然なされていない。こういうことは、むしろ私ども日本医師会でやらなければいけないと思っています。日本医師会長もこれはやらなくてはいけないと言っています。

ですから、医療をどこまで加えたらいいのか、それに対して、宗教観、倫理観、価値観はどこにあるのか。法医学者とか宗教家とかいろいろな方を含めて、全人的な、国民的な議論を巻き起こしていかないと、ターミナルケアに対してどう対応したらいいかという国民的なコンセンサスがなくて、介護保険や医療保険は必ず先が行き詰まってしまう。そこら辺のことを私ども日本医

師会としてやりたいなと、希望としてはそう思っています。

(井上委員)

医療区分1の70%の患者を在宅なり在宅系のところへ戻すという話ですけれども。我々のところもたくさん介護施設を運営しているんですけども、諏訪においても、今、特養がかなりできてきて、老健は空床が目立つぐらいになっているんですね。地方では高齢者の減少も早くなっているところがあって、老健は稼働率が92%ぐらいなんです。

そういうことからしますと、在宅扱いの施設、特に老健は医師を置いているし、特に病院の併設とか、診療所併設の老健の場合については、在宅扱いの施設の医療充実度を高めたことによってその人たちを受け入れるとか、そこには当然、シフトするためにお金を少しあげるとか、そういうことと並行してくれないとやっていけないんですね。だから、全部で80床あるうちの20床だけでも医療度を充実させればそれだけの受け入れをしてもいいとか、そういう方法を併設していくことが必要です。

にもかかわらず、今でも単純な喀痰吸引にまで、職員が何日間もかかって、一人に8万円出して研修に行かないとできないとか、そういう面で制約をつけている部分がいっぱいあるんですよ。そういうのを撤廃して、在宅扱いの施設の医療充実というものを前提としたシフトをしない限り、先ほどのような問題は解決しないと思っておりますので、検討していただければと思います。

(関委員長)

在宅に関して、宮坂先生、お願いします。

(宮坂委員)

先ほど関会長さんから看取りの話もありましたが、この前長野県医師会の杉山先生のところで報告書を出したと思います。在宅をやるには訪問看護ステーションの充実がなければできないという開業医の先生が非常に多かったと思います。本県の訪問看護ステーションの実態が出てはいないんですが、訪問看護ステーションは現実が増えてきているのか、停滞しているのか、減ってきているのか。診療所の先生たちは一人でやっている先生が多いので、それによってその先生たちが在宅をちゃんとやっていけるような状況が今後育っていくのかどうかということも検討していただければと思います。

(関委員長)

そうですね。ステーションが間に介入してくれるから、直接、私たちが行かなくて済むんですよ。ステーションでまず患者さんとやりとりしてもらって、だめなら私のところに来る。そういう形で行くんで、非常にそういう意味では、訪問看護ステーションの信頼度は、患者さんからも医療機関からも非常に高いです。そういうのがありますので、ぜひそこら辺をお願いしたいと思います。

(三輪委員)

その点、お願いしたいところです。資料3には、在宅医療等の必要量の自宅という中に訪問看護ステーションの役割が入っているんだと思うんですけども。その部分が見えてきていない。私たちもどこまでやればいいのか、先ほど関会長が言われた、今、在宅での看取りということを希望される方も増えてきていますし、診療区分の中で在宅の推計値が出ていますけれども、1日当たりの必要患者数ということだと思うんですけども、訪問看護がどのくらい必要なのかとか、先ほど井上先生が言われた特養とかがどれだけのベッド数が必要なのかということのも、これから考えなければいけないんじゃないかと思います。

(関委員長)

日野先生どうですか。

(日野委員)

今の話の訪問看護なんですけれども、多職種連携による在宅医療の体制整備ということでは、いろいろな職種も含めて、県の中でも検討していただければと思いますし、薬剤師も薬の関与ということの中で在宅にかかわる研修をやっていこうと思っておりますので、そういう中で多職種の連携の中で進めていくということをきちんと盛り込んでいただければと思います。

(関委員長)

ありがとうございます。では春日先生。

(春日委員)

在宅医療ということで、もともと地域医療構想の病床の機能分化の中で、この先には病床の削減があるということがあります。それから超高齢社会になって、施設や在宅に一定程度帰っていく中で、我々歯科医師会としてもそれに関してやらなければいけない部分が非常に多くなると。今、我々の考えとしては、歯科は生活を支える医療だと、食べることが健康で生きることだと、健康寿命の延伸には歯科が大きく関与するという部分で、それは関先生がおっしゃられたように、終の住家でどのような形で終わっていくかというときに、最後の最後まで自分の口で食べて、そして逝くというのが理想だと思いますが、その辺を我々の立場としては考えていかなければいけないんですけれども、なかなか、前へ進まない部分があるんです。

先ほど、他の委員さんも言われたように、チーム医療というか、多職種の連携の中で、特に在宅ということになれば主治医の先生がいらっしゃいますので、その先生方と連絡をとった中でチーム医療として進まなければ、我々個人だとなかなか進まないということで、包括ケアを含めた中で進めていくという、我々歯科としての発言をさせていただきます。

(関委員長)

ありがとうございました。では細谷先生、お願いします。

(細谷委員)

訪問看護は在宅医療の中ではとても大事な役割を果たしております。ただし、訪問看護ステーションの数も伸び悩んでいますし、7対1の看護が求められたときに、訪問看護師の中で臨床に戻った看護師も数多くありまして、訪問看護師は不足しております。

実際に在宅医療が急増していきますと、訪問看護のニーズは本当に高くなるんです。なぜ訪問看護師が増えないかという、給料とか、職場条件とか、もう一つは少人数でやっているから、いろいろな状況の中で悩んでどうしていいかわからないときに医師に助言を求めますが、その場で判断しなくてはいけないことも多いし、そうすると研修が必要なんですね。でも、少ない人数ですので研修に出られない。研修に出ると訪問ができなくなってしまう状況がありまして、在宅医療の強化の中には、訪問看護師の研修のシステム化というか、金銭の面でも配慮が必要だと思いますので、ぜひお願いいたします。

(関委員長)

ありがとうございました。では続いて奥野先生、お願いします。

(奥野委員)

資料1の4ページに、今後の体制を実現するための施策ということで、医療従事者、介護人材の確保・養成というところがございます。

そこで看護職のことが、ポツの4つ目に新規の養成数の確保ということで書いてございますが、松本周辺の短期大学や専門学校の話をお伺いすると、学校に入っても、1割や2割の方が途中でやめていくような状況が起きているようです。成績がついていくことができないということで、おやめになっている方が多いということをお伺いしています。

そういう意味では、簡単に学校を増やせば看護職が増えるという時代ではないという現実があるかと思えます。ぜひ、質の高い人たちに看護職になってもらうために、大学化等を考えていただくというのがとても重要なことかと考えております。

加えまして、先ほど在宅のプログラム等でも、医師が少ない中で看護職も動きにくいというのがございますけれども、近年、ナーススペシャリストという人々をたくさん輩出しようということで、看護協会を含めて看護系の大学協議会等でいろいろな活動がされています。ぜひそういうところにも目を向けていただいて、医師が不足しているところで看護職の役割で期待できる場所もたくさんあると思えますので、うまくその辺と連動させていただくようなことも検討いただけたらうれしいと思えます。

(関委員長)

ありがとうございました。では大学の立場から、山田先生、お願いします。

(山田委員)

先ほど春日先生もお話しされていましたが、年をとると食べるのが大事になってくるかと思えます。また誤嚥性肺炎の問題もあると思えます。

在宅で歯科が訪問するには歯科衛生士が必要になってくると思うんですが、衛生士、実際にはすごく不足しております。ただ、衛生士をやめている方が多いんですね。そういった方が復帰できるようなシステム等をさらに強化していただければと思えます。

あともう1点、病床数の必要量の推計値で、私どもの大学病院でも顎変形症の患者さんとか、いろいろな疾患の方に来ていただいているんですが、こども病院等とも先天異常の患者さんとか、信州大学の形成科と連携してやらせていただいているんですが、そういったことも配慮して病床数を検討していただきたいということと、目標値ではなくて、あくまでも自主的な数でご検討いただければと思えます。

(関委員長)

ありがとうございました。それでは続きまして、園原委員さんどうぞ。

(園原委員)

お久しぶりの審議会で、皆さんのお話を聞かせていただいておりますが、先ほど春日先生もおっしゃったように、それぞれ在宅医療のところをお願いしたいと思っております。

管理栄養士は、医療職に置かれていないとか決められていないので、立場があやふやなんです。国の施策には管理栄養士が在宅訪問栄養指導に参加しなさいと出てこないんですよね。長野県の在宅医療推進連絡協議会の多職種の中にも管理栄養士が入っていないんですね。それで私、組織の中に入っていないんですが、オブザーバーとして来年度から出席させていただいて、それからだんだん入れさせていただくと、在宅訪問栄養指導につながるかと思っております。

県の栄養士会も、長野の在宅専門の先生から栄養ケアステーションを通じて在宅訪問栄養指導のお話がありまして、去年から始めています。でもはっきりいって需要が少ないです。在宅で来

てくださいという方は、今まで3件ぐらいしかありませんでした。これは私たちの力不足もあるんですが、歯科医師の先生方等も含めて、食べることは大切というのは皆さんわかっているんですが、なかなか家に帰って、何をどうやって食べたらいいかというのをとまどっていらっしゃる方が多いと思いますので、またよろしくお願ひしたいと思ひます。

(関委員長)

ありがとうございました。多職種連携の中に栄養士は入っていませんでしたか。

(園原委員)

在宅医療推進連絡協議会の中に多分入っていなかったと思うんですよ。年に2回ぐらい開かれているんですけども、私、参加しておりませんので、またよろしくお願ひします。

(関委員長)

竹重先生、覚えておいてください。すみません、それは大変失礼しました。それでは最後、ほやっこサロンの保谷委員さん、お願ひします。

(保谷委員)

助産師として何を言ったらいいのかとさっきからずっと考えていたんですが、一応、私は医療を受ける立場という形で参加させていただいていますので、先ほどからいろいろ話を伺っていると、多分、2025年ごろは私も75歳ぐらいになっているというところで、そのころは本当にドクターが減りまして、看護師が足りなくてという、そんなことを考えると、自宅で死を迎えたいという、市民としてはそんな思ひでありますが、そういうことが本当に可能になるのかどうなのかという、そんなことをすごく真剣に考えて、そして皆さんが、そういうことをずっと考えていてくださっているということをすごくうれしく思ひました。

(関委員長)

ありがとうございました。そうしますと、今、全員から意見をお伺ひしましたけれども、資料1に戻りまして、長野県地域医療構想の素案であります、各委員さんにおかれましては、大体、この素案で了承していただいたのかなと思うんですけども、どんなものでしょうか。部長がぜひまとめろと言っているんですけど、はいどうぞ。

(三輪委員)

基本的にはいいんですけども。先ほど委員長が言われた看取りという、くくりのものが入っていないように思うんですけども、そういうことは、この中に入れないのでしょうか。

(関委員長)

どうですか。

(尾島医療推進課長)

資料4のところで説明をしますが、この第5節は資料4へ抜粋して出していますが、ここについては、本日策定委員の皆さんから、いろいろな意見がございましたので、看取りというものも含めてここに入れさせていただいて、次にお示しをさせていただくということで、お願ひをしたいと思います。

(関委員長)

ぜひそのほうがいいよね。無限にどこまで医療資源、介護資源を投入していいかということの問題になってくる。だから、ターミナルについて死生観、いろいろな面でその価値観という、日本中の全体の問題として取り上げてもらうようにしたいと思うんですね。

(尾島医療推進課長)

書き方についてはまたご相談します。

(関委員長)

お任せしますので、お願いします。

(本郷委員)

確認ですけれども、素案ということで、先ほど議論が出たことをさらに書き込んで次の段階へということでもよろしいでしょうか。

(関委員長)

そういうことでいいですね。

(尾島医療推進課長)

素案、次に案という段階で、様々な意見をいただきまして、修正を進めていきたいと思っています。

(関委員長)

今日は、素案のいわゆるまとめですね。

(尾島医療推進課長)

まとめをお願いできれば。

(関委員長)

今日のいろいろなディスカッションをしたのも含めて整理していただいて、それからあと調整会議もしていくということでもよろしゅうございますか。

【出席者から 異議なしの声あり】

(関委員長)

それでは次にいきましょう。資料4 将来の医療提供体制を実現するための施策について（たたき台）ですね、お願いします。

(尾島医療推進課長 資料4「将来の医療提供体制を実現するための施策（たたき台）」について説明)

説明内容

○第5節「将来の医療提供体制を実現するための施策」は構想策定委員会や調整会議等の意見を参考としながら、今後具体的に記載して構想案としてまとめること。

(関委員長)

資料4は、これでいいですか。



(尾島医療推進課長)

基本方針ということで、今の第6次の医療計画に追記するものですから、第6次の保健医療計画の方針を基本に、医療提供体制の充実強化ですとか、医療・介護等の連携というような基本方針を定めさせていただきまして、その後、基本方針をもとに、現状、課題、施策の方針について、それぞれの3つの区分で記載させていただきます。中身についてはリニューアルさせていただきたいということをお願いします。

(関委員長)

そういうことでよろしいですね。ではその中には、三輪委員さんから言われましたようなものの書き込みをお願いします。

**【その他】**

(関委員長)

それではその他、資料5スケジュールですか、お願いします。

**(尾島医療推進課長 資料5「地域医療構想策定にかかるスケジュール」を説明)**

(関委員長)

今日のこの会議の結果は各委員さんにもお諮りするけれども、各圏域の調整会議にも検討してもらおうわけでしょ。

(尾島医療推進課長)

会議を開くのか、書面でやるかは、それぞれの圏域の皆さんにご検討いただければと思いますけれども、第4節の構想区域ごとの概況や第5節の施策にご意見があれば反映したいと思っておりますので、ご意見をいただきまして、この中に入れていきたいと思っています。

(関委員長)

ご意見というのは、ここで集まってやるの、それとも文書でもらうだけ。

(尾島医療推進課長)

圏域ごとに調整会議を開催していただきまして、文書等でご意見をいただき、私どものほうで構想案に入れてそれを策定委員会で示していくことを考えています。

(関委員長)

では、この前のように調整会議の各会長さんをお呼びして、お話をお伺いするという事ではないんですね。

(尾島医療推進課長)

はい。

(久保委員)

調整会議は各圏域でやるんですか、それとも、もうやらないのですか。

(尾島医療推進課長)

調整会議については、行っていただくようお願いしております。

(関委員長)

やってもらったほうがいいですね。いろいろ突っ込んだ箇所があるから。

(尾島医療推進課長)

スケジュールのところにも記載してございますように、調整会議の期間を6月から12月ごろまで延ばさせていただきまして、ご検討いただいたものを反映していきたいと考えております。

(関委員長)

やってもらったほうがいいよね。実際、みんなで顔を合わせていろいろ議論しなければだめだよ。文章を送るだけじゃなくてね。今日、これだけみんな集まってワーワーと、2時間も話をしているんだから。それでは、事務局にお返しします。

**【閉会】**