

## 第1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27年10月16日（金）午後2時30分から午後4時30分まで

2 場所 長野県庁議会棟3階 第1特別会議室

3 出席者

委員 相澤孝夫委員、伊澤敏委員、上原明委員、大澤麻美委員、大淵律子委員、奥野ひろみ委員、春日司郎委員、久保恵嗣委員、高坂宗昭委員、関隆教委員、竹重王仁委員、竹前紀樹委員、日野寛明委員、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 牛越徹委員、園原規子委員）

長野県 健康福祉部長 小林透、衛生技監兼医療推進課長 山本英紀、医療推進課医師確保対策室課長補佐 酒井和幸、健康増進課企画幹兼課長補佐兼健康づくり推進係長 唐沢忍、保健・疾病対策課企画幹兼課長補佐兼母子・歯科保健係長 原啓明、介護支援課企画幹兼課長補佐兼計画係長 油井法典、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 熊谷健吉 他

4 議事録（要旨）

（1）委員長の選出について

委員の互選により委員長に関委員が選出される。

（関委員長）

委員の皆様方におかれましては本当にご苦勞様でございます。このように19名プラス2名というメンバー構成でこの策定委員会を進めてまいりたいと思っております。

策定委員会は、先ほど部長からもお話がございましたように、平成27年、28年の2年間を使いまして策定するということになっております。都道府県によっては1年だけというところもあるように聞いておりますが、長野県では慎重を期して十分な審議を尽くそうと、小林部長、それから山本技監のお話もございまして2年間でやるということになっておりますので、ひとつよろしくお願ひします。

そしてこの策定委員会は医療審議会の下にあるということですが、地区において調整会議を行うに当たっては二次医療圏を単位とした構想区域を決めていかななくてはいけないので、それをどうするかということもご審議いただきたいと思ひます。それで調整会議は実務的な会議になりますので、まず三師会に入っていて、それから行政、保険者、それと多職種の医療・介護の関係者の皆さん方に入っていて、一堂に会してその地域での病床の必要量等を含めてつくっていかねばいけないというようになっております。

そういう意味で、調整会議の意見をこの策定委員会でまとめて、それを医療審議会にかけて知事に答申をするという流れになるかと思ひます。実際、これからいろいろ大変な問題が出ると思ひますので、どうぞご協力をよろしくお願ひしたいと思ひます。本当に今日はどうもありがとうございます。

○委員長代理の指名について

関委員長により本郷委員が委員長代理に指名された。

（2）地域医療構想の策定について

（関委員長）

それでは、(2) 地域医療構想の策定について、まず資料1から3は関連しておりますので、事務局から一括してご説明をお願いします。

(山本衛生技監兼医療推進課長、資料1「地域医療構想で定めるべき事項について」、資料2「長野県の人口推移と医療提供体制の現状」、資料3「構想区域の仮設定について」説明)

(関委員長)

どうもありがとうございました。資料1、2、3と説明を受けたんですが、まず資料1で、先ほど申し上げましたように、地域医療構想で定めるべきことはあくまでも医療計画の一部であるということになるわけです。

具体的には、3つの事業区分に分かれます。まず1番は、大体2025年、10年先を見ているわけですが、場合によっては2025年、30年、35年と、先も見据えていかなくてはいけないということになるわけですが、そこにおける病床の機能区分です。ご存じのように高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分かれています、それぞれの機能区分ごとの病床数がどれだけ必要なんだということになります。

国では、特に高度急性期、急性期が多いので、これをなるべく減らしたいということを考えているわけでありまして。慢性期も、点数単位は非常に安いんですけども、入院期間が長いということになりますので、これもある程度は入院・入所から在宅のほうへ向かわせられないかということ国は考えているようでありまして。本当に国が言っているようなことになるのかという、病床の必要量も考えていかなくてはいけないと。

それからその次、在宅医療です。在宅医療の推進と言っているんですが、医療の必要量が実際どれだけあるのかということがありますし、在宅へ何でも持っていけばいいというものではないし、在宅へ患者さんを持って行って、果たして家族がそれに対応できるのか。今、非常に少人数の家族になっておりますし、昼間は大人も子供もみんないませんが、そういうところに年寄りだけとか、認知症とか様々な疾患のある方をひとりで置いておいていいのかという問題もあるかと思えます。

それから地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化と連携です。疾患別ということもやっていかなければいけないということでありまして。

それから資料2につきましてはいろいろ細かい資料を出していただいたんですが、実際はそれぞれ地域の方でないとよくわからない。ご自分の医療圏でこれをよく見ていただければ実際の状況がわかろうかと思えます。全体の高齢化の状況、それから今度は10年後、20年後の高齢化の予測はどうなるかということになってまいります。こういうことは非常に細かいことで大事なことでありますが、地域の方でないと私たちが見てもわかりません。

23ページからのレーダーチャートを見てもみますと、総論的にいいますと、そういう地域特性ということではわかるような気がいたします。

それから26ページ、27ページ、疾病・事業別の患者さんの流出入について、この横の棒グラフが何なのかさっぱりわからなかったんですが、今、課長の説明を聞きまして、こうなっているのかとわかってまいりました。

それから、資料3ですが、本日ここである程度お決めいただきたいのは、まず二次医療圏を原則に構想区域としたいと、長野県は10の医療圏に分かれておりますので、できればこの10の医療圏ぐらいに大きく分けて、当面、話を進めていったらどうだろうか。

資料3にありますように、今後、地域医療構想の策定過程で構想区域を確定させていくが、まずは二次医療圏を構想区域として仮に設定し、地域医療構想の検討を進めることとしたいとあるんですが、これについてはいかがでしょうか、よろしいですか。

(異議なしの声あり)

(関委員長)

それをお決めいただくのが今日の一番のメインでございます。それではここで構想区域を設定していただきました。

次に資料4と資料5は関連しておりますので、一括してご説明をお願いいたします。

**(山本衛生技監兼医療推進課長、資料4「医療需要と必要病床数の推計値」、資料5「必要病床数の推計方法と慢性期入院受療率の目標設定」説明)**

(関委員長)

ありがとうございました。資料4は数字が並んでいるだけでちんぷんかんぷんなんですけれども。

これで見ましても、資料4で2025年、10年先の医療需要、これは患者さんの数、それから必要病床数と、いろいろ二次医療圏別にやっていたらいいんですが、数字がいっぱいあって何のことかピンと来ないし、言葉も医療需要、必要病床数とか、パターンAとかBとか、医療機関所在地ベースとか、患者住所地ベースとか、いろいろ聞き慣れない言葉が出てくるので、相当読み砕かないとよくわからないんですけれども。

資料4の4ページに一応、解説はしてあり、先ほど課長から説明していただきましたけれども、医療機能ごとの医療需要の推計に用いる指標の概要と、先ほど申し上げましたように、今、医療区分を4つに分けると言っております。高度急性期、急性期、回復期、慢性期と、慢性期は療養病床の患者ということが主としてあります。

その下の医療機関所在地ベースと患者住所地ベースがなかなかわからない。医療機関所在地ベースは、患者がかかっている医療機関が自分たちの生活している医療圏の外に行った場合、それから患者住所地ベースは患者が生活している医療圏の中でやった場合という違いのことなんです。

それから7ページに現在の病床のトータルが出ております。一番最後に2014年7月の病床数が出ております。長野県では現在、高度急性期のベッドが3,381、急性期のベッドが9,660、それから回復期は2,005、慢性期が4,389、回答なしが237、合計19,672床ということで、約2万床弱ありますが、これを少しずつ減らしてもらいたいと、これが国の方針です。

それから資料5についてですが、これは難しいことが出ておまして、統計上のことでよくわからないんです。

資料5の2ページを見ますと、高度急性期というのは3000点以上のものを指すと、それから急性期は3000点以下600点まで、回復期は600点以下175点まで、それから慢性期及び在宅医療、これは175点未満ということでやるんだそうです。

それでこの3ページの、4機能区分の振り分けイメージとか、パターンAとかBとか、この辺の分けも何だかわかったようなことでわからないんです。

3ページの慢性期の入院受療率の目標設定について、これは療養病床というのは今現在、医療療養病床と介護療養病床に分かれています。この2つをあわせて言っていますが、療養病床を低受療率の県に近づける、慢性期の病床数を圧縮すると。パターンAは最小県に合わせると、ベッド数がお宅の構想区域は多過ぎるのでガンと減らせと、こういうことですね。それからパターンBですが、全国中央値まで減らすということを目標にしてくれと言っております。削り幅は少なくていいだろうというのがパターンBです。

それから4ページの療養病床の都道府県別の受療率のグラフを見てみますと、長野県は下から3番目です。山形県が一番少なく、宮城県が下から2番目、そして長野県は下から3番目とい

うことであるので、これを何でまた減らさなくてはいけないのかというようなことで非常に不可解なのです。

こちら辺について、ベテランの竹重委員、いかがですか。

(竹重委員)

では、質問も含めてお尋ねさせていただきたいと思います。

資料5の3ページ目のところです。私、個人的には療養病床は持っておりませんが、療養病床というのは今後、在宅医療と一緒にグループになりますので、長野県医師会が進めている在宅医療という部分にかかわる部分ですので、細かくお尋ねしたいと思います。

3ページ目の上の図ですが、療養病床が医療療養病床と介護療養病床に分かれております。

先ほどの表の中に、療養病床全体では、長野県で4,265という数字をお聞きしましたが、いわゆる医療療養病床と介護療養病床が幾つあるのかという部分をまずお聞かせいただくことと、医療病床のうち、2017年度末に廃止予定になっている25対1の特例病床の数が幾つぐらいあるかというのをまず一番目にお尋ねさせていただきたいと思います。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

まずお手元の資料2の最後の36ページ。いわゆる介護療養病床数は1,440というのが一つ数字になっておろうかと思っております。

また、6ページで療養病床の総数が4,265でございますので、これが医療療養と介護療養あわせた数になっております。その差が医療療養病床です。特例の件は今すぐ手元に出てまいりませんので、次回までに準備をさせていただければと思っております。

(竹重委員)

もう一つお願いしたいのは、今、一番問題になっているのは、療養病床のうちの7割を在宅に返せるんだという国の方針になっています。その中で、介護療養病床は医療区分では区切られていないわけですし、その医療区分で区切られていない介護療養病床をどういうふうに、推計しているのかという状況を2番目に教えていただきたいと思います。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

内訳についてですが、今、委員からのご指摘のとおりで、介護療養病床は介護保険ですので、要介護度で区切られているんですけども、7割という数字については、医療療養を対象にした調査の結果を、一定程度外挿して推計するというのが国の推計の方法になっております。

後ほど、次のセクションでご説明できればと思っておりましたけれども、推計自体は国の省令、通知等でかなり縛られておりますけれども、実際、長野県で今後取組を進めていく上では、実態をよくよく把握をさせていただければと思っております。それは長野県独自で今後調査をさせていただく部分も、これは逆をお願いをさせていただければと思っております。

直接お答えになっていないかもしれませんが、以上でございます。

(竹重委員)

もう1点、先ほどのパターンA、Bのことなんですが、4ページのところ長野県の療養病床の入院受療率が下から3番目だということになっています。

この中のパターンA、Bが一番最小に合わせるか、中央値に合わせるかの部分ですが、私の個人的な考えの中では、在宅医療がうまく整わない場合には、必ずしも最小に近い長野県がそのまま置く必要がない気もしております。逆にいうと、療養病床のベッド数を中央値まで増やしてもいいんじゃないかと思っております。

そのパターンA、Bについて、増やすという方向の考えをこの委員会で持っているのかどうか、それはいけないものなのかというのをお尋ねさせていただきたいと思います。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

その点については、県でもかなり厚生労働省と可否の協議を進めていたんですけども、先般、回答が来たんですが、7割については国の検討会で、さまざまな検討を経て省令等で定めてきているものなので、地域医療構想を策定する上では7割を使うという見解が示されたところでございます。

しかし、この取組を進めていく上では地域の現状をしっかりと把握するということが重要だと思っていますので、やはり今後取組を進めていく上では、推計はそういうふうに仮に行うにしても、長野県の実情を踏まえた上で今後の機能分化・連携に関する取組自体は進めていく必要があると考えております。

(竹重委員)

ありがとうございました。厚生労働省の医師確保等地域医療対策室の佐々木室長も、47都道府県、二次医療圏344、それぞれ独自の構想があつていいと言っていますので、この7割という数字に縛られたくないという部分がございます。これはあくまで指標ではあつて、7割という数字でなく、構想区域で考えていってもいいということ、厚生労働省でも我々日本医師会には言っておりますので、そういう方向で進めていいかどうか、前提条件としてもう一度尋ねさせていただきます。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

先ほどご説明させていただきましたが、法律上、国の検討とそれを踏まえて県でやっていく上では、やはり7割でやっていくことが省令の中で基本的には定められておりますので、ここは原則としては7割というのが基本になってくると思っております。

しかし、実際にその数字に基づいてどのように進めるかは県の中での取組だと思っておりますので、そこは地域の実情を把握した上で取り組んでいく形で考えております。以上でございます。

(竹重委員)

ありがとうございました。省令等につきましても、佐々木室長はそれにこだわらないと言っておられますので、省令もこの委員会に提示して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。療養病床の話が出たついでなんですが、ご存じのように、療養病床には医療療養病床と介護療養病床がございます。医療療養病床は医療保険、介護療養病床は介護保険でやっていると。したがって、医療療養病床は医療区分の1、2、3と、比較的軽いのは区分1、重症なのが3ということになっていまして、ここで、2、3についてはそのままいいと。1についてはそのうちの3割はそのままでもいいけれども、7割は在宅へ返すと。介護療養病床はここで示されていないので、介護療養病床の考え方ですね。

私は介護療養病床をやっております。つぶされる少し前のような感じのところですけども、そういうところでやっていると、大体要介護4と5ですね。新たに利用者が入ったので、家族とお話をするんですが、そのときは、ここで全部看取りをしてもらいたいと、在宅へ返してもらっては困ると、私ども息子夫婦は昼間はいないんだと、子供は学校へ行っていないんだと、昼間は留守になってしまうから、認知もあるから、どこかへ行ってしまうと困るということであ

りまして、在宅へ戻してもらっては困るというのが現状ですね。

それで要介護4、5というのはもうほとんど歩けません。最終的に、家族と入所のお話するのは、もうここで看取りをしてもらいたいというふうになっています。ですから、在宅へ戻すのは100%できません。退院するときは死亡退院です。こういうところが私どもの介護療養病床でありまして、私はたかだか17床しかやっておりますけれども、そういうところでも毎月、1人2人は必ず看取りをやっています。

私のところで、今まで10何年になりますけれども、在宅へ帰ったという人は一人もいません。全て全員、看取りですね。死亡退所です。こんなことが私のところの現状です。家族も返してもらっては困ると、これが切実な願いです。こんなようなところもありますので、これからもう少し医療療養病床、それから介護療養病床について、財政的な面だけで国のほうは戻せ戻せと言っていますけれども、家族のことも考えないといけないのではないかと。戻してもらっては困ると、これが実態なんです。

こういうこともいろいろ検討していただいて、長野県の方向を出していただきたい、それには実態の把握も必要だろうと思いますね、そういうわけでよろしくをお願いします。

それでは、この資料4と5につきましてですが、このパターンAとかBとかよくわからないけれども、これについては竹重委員、どうですか。

(竹重委員)

必要病床数が多いからということでパターンBにお決めいただくのはいいと思いますが、ただし、一つ前提としまして、そう決めますと、先ほど申しましたように増やすということはないということになりますし、数が固定しまして、それがひとり歩きします。それが既成事実になりますので、あくまでも、やはり仮定の段階だという前提をきちんとしていただきたいと思います。

(関委員長)

仮定ということで通りますか。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

次回また省令の説明をさせていただければと思います。

あと、パターンA、Bについては、今回完全に決定するというものではございません。資料がわかりにくいというご指摘もありますが、A、B、それぞれずっと示し続けますと、ご議論いただくのは難しい状況になりますので、国の推計に基づく資料を提出させていただくというのは、パターンBでお出しさせていただくことをまずご了承いただければと思って、最終的な決定すること自体は当然、最終的な段階でと思っております。

(関委員長)

私どもとしても、心情的にはAよりもBのほうが長野県としては適しているだろうと思っておりますけれども。ここで正式に決めるのは待ったほうがいいんじゃないかなと、私は思うんですけれども。宮坂委員いかがですか。

(宮坂委員)

Bでいいと思いますが、もう少し検討してくださいという感じですね。

(関委員長)

決定するのはまだもう少し先送りしたほうがいいですね。では、そういうことでよろしゅうご

ございますか

(異議なしの声あり)

(関委員長)

はい、では心情的にはBということにはなるんですけれども。先ほど竹重委員のほうからもお話ございましたように、決めてしまうと増やすということが難しくなるし、必ず数字はひとり歩きするので、そこら辺で少し待っていただきたいということになります。

部長、いかがですか。

(小林健康福祉部長)

そういうことで、まずパターンBで論議をスタートさせていただくというところでご了解をいただければ、そんな取り扱いにさせていただきたいと思います。

(関委員長)

まあ当面はBということでやるけれども、正式な決定ではないと、そういうことでよろしゅうございますか。では、そういうことで決めさせていただきますが、よろしゅうございますね。

(異議なしの声あり)

(関委員長)

はい。それでは4、5はこれでよしということですね。はい、久保委員どうぞ。

(久保委員)

この病床数の削減の根底に、各医療圏からの流出があり、これを今後、議論したいと思うんですけれども。

例えば大北とか木曾ではドクターの数が少ないですので、医師不足がありますと、当然、患者さんは、例えば松本とか長野地域の大きな病院に移りますので、そうしますと、やはり地域が本当に医師不足でどんどん崩壊していく可能性がありますので、流出というののもちょっと考えてほしいと思います。将来的に、県の修学資金の貸与者がこれから150人以上出ますので、そうしますと、そういう地域の医師不足の病院にドクターが派遣されますので、そうすると患者さんの流出も当然なくなってきました。

人口減に伴う高度急性期とか急性期とか回復期の患者の数の減少は理解できますけれども、現時点で患者がほかの圏域に行っているから病床数を減らすというのは、将来の医療状況を考える上で、そういう短絡的な発想でいいのかなと思います。以上です。

(関委員長)

これは、この後の資料6、7、8でやります。久保委員、そこでまたご発言をお願いします。それでは、資料4、5はよろしいですか。

(異議なしの声あり)

(関委員長)

ありがとうございました。

では次に、資料6から資料8まで説明を受け、久保委員と本郷委員のお話を伺いたいと思いま

す。お願いします。

**（山本衛生技監兼医療推進課長、資料6「必要病床数の都道府県間調整について」、資料7「医療需要に係る構想区域間の調整に関する論点（案）」、資料8「今後の進め方について」説明）**

（関委員長）

ありがとうございました。まず資料6です。都道府県間のベッド数の調整です。

これは一番下にありますように、急性期の場合は、山梨県から諏訪医療圏へ1日25人ぐらい流入する。回復期も山梨から諏訪医療圏へ流入すると。そしてこういう場合には、流入してくる長野県のほうから山梨県へ調整に関する協議の話を持ちかけるということですね。

それから木曾医療圏の場合ですね。すぐ隣が岐阜ですので、回復期はそちらへ流れてしまって、これは岐阜県からこちらへ話しかけてくるのを待つということでもよろしいですね。

これ、いつ調整やるんですか、まだいいんでしょう。調整はいつごろの話ですか。

（山本衛生技監兼医療推進課長）

各県の取組状況に差がありますが、議論の開始はできるだけ早く、年内には一定程度、他県と議論調整を始めたいと思っております。

しかし、先ほどのスケジュールのとおりで、調整会議の開催そのものは年明けになっておりますので、進め方については検討した上で、いずれにしてもできるだけ早くというようには考えております。

（関委員長）

ありがとうございます。ではこれは、そういうことでいいですね。

次に資料7です。今度は県間ではなくて、県内の10医療圏についての調整の方向です。

これは困ってありますように高度急性期は他の医療機関で医療提供することも難しいということがあります。特に高度急性期というのはそんなに数があるわけではありませぬので、例えば大学病院とか、こども病院は全県的に集まってこなくてははいけないし、その医療機関としての使命でもありますので、ぜひ、こちら辺は大学病院やこども病院に頑張っていただきたいと。これは、今までの状況を見ましても大学、あるいはこども病院へ流入というのが非常に全県的に見られていると、これは当然のことだと思いますね。

それから急性期から回復期、慢性期、これはもう原則的に、同一の構想区域内でやってもらえればいいたと。そして当然、大学やこども病院、同じ圏域内ではやっていただくということは当然でありますけれども、そういう全県下を対象としてまいりますので、大学とかこども病院には、高度急性期のほうを当然やっていただきたいと。

それから、資料8の今後の進め方ですね。

1番、地域医療構想策定のため更に調査を進める事項、それから2番、二次医療圏の代表が策定委員会で意見を述べる機会を創設、これは調整会議の会長さんや病院団体とお話する機会が当然なくてははいけないので、そういうご希望もありましたら、その機会を設けるということになるうかと思えます。

それから3番、今後の策定委員会及び地域医療構想調整会議のスケジュールであります、この3つですね。

それからもう1枚めくっていただきまして、先ほど療養病床のほうでいろいろお話を申し上げました、療養病床を含めた在宅医療ですね。長野県在宅医療等提供体制調査分析事業実施計画とあります。

そして2番ですが、大きいIが調査の背景と目的、実施内容の2ですね。アンダーラインが引



いてあります。在宅医療等関連調査、(1)医療機関等調査です。これ療養病床の実態を把握するというので、下のほうにありますように、療養病床を有する医療機関については、療養病床への入院患者を対象として病状、それから在宅復帰可能性、自宅の介護力、在宅療養への移行時の課題というアンケート調査をやっていただけるんですね。いつごろになりそうですか。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

時期でございますが、年内には行いたいと思っております。今、質問票の案を作成しているところでございます。

(関委員長)

原案ができましたら、県医師会にも説明をお願いいたします。

それから次のページですが、地域医療構想策定に係る今後のスケジュールについて、これは平成27年度から28年度の2年間でやるという構想のようであります。

今、資料6、7、8についてご説明をいただきましたけれども、これについて本郷委員、いかがですか。

(本郷委員)

信大病院の本郷です。今、関委員長が言われました大学病院の当事者として一言だけ発言させていただきたいと思っております。

県の唯一の特定機能病院ということで、県全体、どこにいてもいい医療が得られるというつもりでやっております。またこども病院も同じスタンスで、信大の場合には、4割は他圏域から、5%は県外からですね。こども病院は7%が県外からということを知っています。

ぜひそういう立場でやっていることをお考えいただいて進めていただければということを強く申し上げたいと思っております。よろしくをお願いいたします。

(関委員長)

先ほども資料7でお話ししたけれども、特に大学とか、こども病院というのは全県的にやられているし、もちろん県外からも患者さんがいらっしゃるわけで、そこに対して、それだけの機能があるわけでありますので、そこら辺をよろしくお願ひしたいと思っております。久保委員、先ほどの発言で何かありますか。

(久保委員)

ぜひ流出を防ぐべく、県でも医師不足病院には適切にドクターを派遣して、地域の医療を支えるという姿勢がほしいなと思っております。

(関委員長)

そうですね。見ていますと、確かに急性期、回復期、慢性期は大抵その圏域でやっているんですけども、慢性期だと例えば三才山に療養病床の大病院がありますけれども。あとは大体、圏域内ででき上がっているからいいなと思うんですけども。

高度急性期は大学とか、こども病院もすぐ行かなければいけないということがありますので、そこら辺は、何度も申し上げますけれども、大学病院とかこども病院の使命でもありますので、よろしくお願ひいたしたいと思っております。

それでは、どうぞ相澤委員。

(相澤委員)

一つだけ、皆さんの考え方を、中央の考えに合わせていただきたいと思います、高度な医療をやっているのと高度急性期は全く違います。高度な医療は高度な医療なんです。

これは患者さんが急に入ってきたときに、たくさん医療をしなければいけない。そういうのはおそらく日赤でもやっていますし、佐久総合病院でもやっていると思うんです。そういう人を高度急性期と呼んでいるのであって、点数で切っているというのは、そういうことなんです。ですから、高度な医療というのと高度急性期とは全然意味合いが違うということ、まずご理解していただきたいと思うんです。

そしてもう一つは、高度急性期の大変な状況からちょっと落ちついた急性期の状況になったからといって、その患者さんはほかの病院に行くことはできないんです。ですから、高度なことをやっているところというのは、急性期まで絶対診ざるを得ないという現実があるんです。高度急性期でプツンと切ることにはできないんですね。切れるとすれば、急性期が終わって落ちついたから回復期へというのはあり得るかもしれませんが、高度急性期、急性期というのはつながった概念なんです。

そうなったときに患者さんをどういうところで治療するのが適切かというのは本当に真剣に考えないと、単なる数字だけを当てはめると大変なことになるんだということをまず申し上げたいんです。

一般的にいいますと、ここでは医療需要と呼んでいますけれども、入院している患者さんの発生数をどうやって計算されるかということ、新たに発生した疾患×平均在院日数なんです。要するに急性期の場合、急に病気になった方×急性期の平均在院日数というのが急性期として発生する患者さんの数なんです。

それをこの方式できちんと把握できているかということ、多分、この計算式ではうまく把握できていないんです。なぜならば、急性期の期間が長ければ長いほど、患者さんの数が増えるんです。例えば、5人の患者が10日間急性期だとすると、50人の患者がいることになるんです。ところが、同じ5人の患者でも100日間急性期が続いたとすると500人の患者が発生することになるんです。これを理解してかからないと、とんでもない失敗をすることになると僕は思っています。

ですから、県が把握しなければいけないのは、急にあるイベントが発生する患者の数がどれくらいで、その人はどれくらいの間、高度急性期の期間であり、どれくらいが急性期の期間であり、回復期の期間であるということ把握してから考えないと、僕はとんでもないことが起こって、県民に大きな迷惑をかけるんじゃないかと非常に心配しています。

で、厚生労働省や財務省はこの計算した病床数に合わせると言っているんですが、甚だ僕は怪しいと思っていて、これは日本医師会の某先生も言っているんですが、これは目標とする数値として捉えるのではなくて、おおよそ急性期がちょっと多いかなとか、回復期が少し少ないかなという数値に考えたほうがいいと言っておられるので、僕も全くそのとおりでと思います。

で、何を言いたいかというと、資料7で急性期は構想区域内でなるべく完結するよにということですね。回復期も構想区域内でなるべく完結するよにということなので、本当にこういう方向で進んでいっていいんだろうかというのは、一度、議論したほうがいいのではないかと思っています。

というのは、例えば松本地域は、上小に回復期の人を相当お願いしているんですけども、それをやめて、松本地域で回復期をつくるとすると、新たな投資をどんどんしなければいけないわけですね。今、大きな問題が起こっているかというと、ほとんど起こってなくて、うまく連携ができていますから、それを壊してまでその構想区域内で完結するよにというのは、僕は全く考え方が納得できないというのが私の言いたいところです。

だから完結するのではなくて、もっと緩やかに考えるということと、数値も、それを目標だと言われると非常に窮屈になってしまうので、むしろそういう数値が算定されたということぐらいで考えながら、地域でしっかりと議論をしながら積み重ねるということをしていただきたい

ということをお願いしたいと思います。

(関委員長)

ありがとうございました。数値のひとり歩きですね。数字でガッと動いてしまいますから、さつき竹重委員もおっしゃったとおりなので。では山本課長。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

先ほどの圏域間の流出についてはまさにご指摘のとおりで、国からそうしたガイドラインが示されていますけれども、それを本当に当てはめるかは、まさに地域の調整会議のご意見を伺った上で進めていただければと考えております。

また、数値の取り扱いというのは、やはり推計がどういう過程で出てきた数字かということ踏まえて考えていく必要があるかとは思っております。以上でございます。

(関委員長)

ありがとうございました。それでは高坂委員どうぞ。

(高坂委員)

町村長の立場でお世話になっております。基本的なところで確認をお願いしたいんですが。

資料2からずっと、各地域の人口をベースにして、それでどのくらいの罹病率がありベッド数につなげていくかという手法をとっておると思うんですけども。

今、県もそうだと思いますが、各市町村それぞれに地方創生の戦略作成をしております。そこに大きな柱として人口ビジョンというのをまず掲げて、それを基本にいろいろ戦略を立てるといいう作業に入っております、10月いっぱい大体方向を出すと、また必要に応じて年度内に出すという形になろうかと思えます。

今、ここで示されております10年間の方向づけの中では、それとどのように整合性が図られているのかということ、場合によってはかなり狂ってくるという失礼ですけども、今、県も市町村も何としても人口減に歯どめをかけなければならないと。それで、子育て支援や婚活といった定住促進施策にいろいろ頭をひねってやっているわけでして、何とか歯どめをかけよう。

特に国も言っておりますが将来的に1億人ぐらいを維持した上で、一極集中から地方へ流すということになっております。その場合に、つい最近のアンケートでは、都市部から、特に東京が多いんですけども、移住定住をする上で一番、候補地として魅力があるのが長野県だと、これは新聞に出ましたのでご承知かと思えます。

そうしますと、こういうデータは、基本的にもう一遍見直す必要があるのではないかと。それから、当然、圏域間の調整も市町村によって、転入・転出と今までの分析がかなり変わってくると思えますので、ぜひその辺のところをご一考いただきたいということと、それから、さつきそれぞれの委員がおっしゃっておりますように、入り口の部分なんですけれども。例えば上伊那の医師の数、よく10万人に何人という医師の数を示されるわけですが、大北、あるいは木曾、上伊那もそうですが、極端に低いレベルにあると。そのために、なかなかかかりたくてもかかれないという実態があるわけでありまして、それが流出につながるということでもありますから、これは、当然圏域間調整に入りますと、そのことが必ず振り返して議論になると思えます。また、要望も出てくると思えます。

簡単にはいかないと思うんですけども、まず医師確保という点をきちんとベースに置いて、それからあるべき流入・流出のベッド数の方向を出していくべきではないかということだろうと思えます。

それと同時に、今、県ではドクターヘリが盛んに活用されているということで、これは伊澤委

員のところと、それから信大病院となっておりまして、かなり今、それが活用されてきて、こういう一つの一定の手法ではなくて、例えば信大病院のベッド数につながっていく部分が非常に大きいと、だから、基幹病院のベッド数というものは別枠の考え方で確保するべきではないかと思っておりますが、よろしくお願ひします。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

まず1点目の人口については、一応、現実的な推計は国の通知では社人研の数値を使うということで使用させていただいております。

前回、相澤委員がおっしゃいましたように、現実的なことをといるところで、ベースはやはりそうした数値をと思っておりますが、当然、人口増をした場合にどういう形になるのかというのは、可能な範囲で推計はさせていただければと思っております。

医師確保は、まさにそれも、今後、調整すべきかどうかということを検討するには重要な要因だと思っております。しかし、まず、医療機能を強化することによって留まる人たちがいるのか、それとも、そもそも住所地的に他圏域のほうが近い方もいらっしゃるという実態もあらうと思っておりますので、そこは、私どももできる限り情報を整理した上で、今後の提示をさせていただければと思っております。

最後のご質問の、各病院の機能について、今回の地域医療構想では、まず各圏域のことを決めた上で、各病院のことはその次のプロセスということなんですが、それを行っていく上でも、多分各病院のことを念頭に置きながら各圏域では議論されるかと思っておりますので、そこはプロセスとしては別なんですが、念頭に置きながら各圏域、またこの委員会でもご議論いただければと思っております。以上でございます。

(高坂委員)

医師確保の問題は、この問題とは直接関係はないかもしれませんが、やはり連携を持たせて考えるべきだと思います。

(小林健康福祉部長)

その辺も含めて、調整会議も立ち上げますので、それぞれの地域のご事情も十分踏まえて論議をしていただきたいと思いますと思っております。

(関委員長)

よろしいですか。それではそのほかに、竹重委員、お願ひします。

(竹重委員)

スケジュールの中でお願ひの部分がございまして。調整会議は小規模なところは1回、中・大規模なところは2、3回という書き方になっておりますが、県医師会の考え方では、地域包括ケアシステムを構築するためにこの調整会議は大事な会議と捉えています。各医師会の会長を初め、会員の皆様にもそういう点、伝えておりますので、ぜひ、調整会議でなくてもいいかもしれませんが、それにかわるようなものをできるだけ多くやっただきまして、各地域の問題点を抽出して、地域医療構想につなげていただきたいと思いますので、会議の回数はもう一度検討していただきたいと思いますと思っております。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

圏域の大きさごとの回数については、我々も特にお示ししたものにこだわるつもりはありませんので、フレキシブルに考えさせていただければと思っております。

またこの調整会議以外でも、定型の会議だけでは難しいかと思しますので、まさに今日ご出席いただいている委員の皆様にもご協力をいただいて、いろいろな地域や医療現場、もしくはほかの方々も含めた議論が展開されるように、ご一緒に取り組みさせていただければと思っております。以上でございます。

(関委員長)

調整会議とかそういうのにこだわらなくて、地域のことは集まって話そうという形でどんどんやっていかないとまずいと思うので、その辺よろしくをお願いします。では三輪委員。

(三輪委員)

三輪でございます。これからの予定の中に、在宅医療の実態把握ということで、期待しているところです。

これから在宅、在宅と言われますけれども、在宅医療、訪問診療、訪問看護の部分がこれからどのくらい必要になってくるのか。先ほど委員長からありました、もう看取りは施設というか療養病床でお願いしたいという方たちが増えてきている中で、訪問看護がこれからどんな方向に行けばいいのかというのも、ここが今、岐路に立っているところだと思っておりますので、その方向性がこの中で見えればいいなと思っております。

それと、急性期、慢性期、回復期というのは、看護の配置基準に非常に大きく影響してくると思います。そうすると、看護師の必要数というものもこれからどう変化していくかということも課題となってきます。今、7対1をみんなとりたいということで不足しているので、非常に採用が厳しいということですが、これが10対1とか、15対1とか、もっと少なくてもいいということになってきますと、看護師の必要数はこれから第7次の需給見通しが出るかと思うんですけども、そこにも影響してくると思いますし、私たちこれから看護職員の確保・定着を考えていく上で非常に大きな課題だと思っておりますので、その点についても一緒に考えていただければと思います。

(関委員長)

在宅系の場合に訪問看護の皆さんの信頼度が非常に高いんです。在宅で一番信頼されているのは訪看ですよ。

私たちのところには、まず通常、患者さんのお宅からは来ないんです。必ず訪問看護ステーションに来ます。それで訪問看護ステーションの皆さんに行っていただき、患者さんを診ていただいて、その具合で私たちドクターに報告が来ます。それで、私たちも診るという形になるわけです。

家族から見ますと、訪問看護ステーションへみんな連絡が行くという、非常にその重要性和信頼性があります。それから先ほどの急性期の看護基準というのは私たちではどうしてもできないので、それはまたよろしくをお願いします。

それではそのほかに何かございますか。上原委員どうぞ。

(上原委員)

保険者協議会を代表してまいりました上原と申します。

いずれにしても、この議論を深めていただくことは、我々の切実な願いであります。先ほど、委員長からもありましたように、この議論は非常にわかりにくく難しい。これ医療提供体制について言っているわけですが、もう一方の主役は我々、医療を受ける側の人間なわけです。

例えば地域医療構想にしても、地域包括ケアにしても、我々保険者の努力が足りないところも

あるんですけれども、なかなかおわかりいただくのが難しい。だから、こういった委員会、それからこれから調整会議が始まりますが、今、どういう医療の実態で、それをどういう方向に持っていったらいいのか、ぜひ県民の皆さんにわかりやすく、我々医療を受ける側からも考えられるような解説をしていただきたい、情報を提示していただきたいと思います。

それから2点目、先ほど竹重委員からパターンBだと、ただし、ここで決定はしないんだと、これはまさしく、私もおっしゃるとおりだと思います。逆にいうと、その逆もあり得るということも含めて、パターンBで論じていていただきたいと思います。

いずれにしても、我々保険者からしますと、もう、医療費を払うことは限界だというふうになっているので、国民皆保険を維持しながら医療を守っていく上では、本当に、今でも十分に効率的なのかもしれませんが、効率的な医療、適正な医療をやっつけていかざるを得ないという中で、双方がウィンウィンの形になれるような話し合いをぜひやっていただければありがたいと思います。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。では、大澤委員どうぞ。

(大澤委員)

かなり難しいお話なので、患者側の立場から一言申し上げさせていただきたいのは、先ほどから出てきているこども病院というのが、私、全国心臓病の子どもを守る会の長野県支部の代表をしております、それで生まれつき慢性疾患を持って生まれてくる子どもにとっては本当に最後のとりでと言われていて、先ほどあったように、県外からもこども病院に来ております。

なので、この数字と一緒に右にならえ、左にならえで合わせられてしまうと、疾患を抱えている子供たちはどうしたらいいんだと、路頭に迷ってしまうようなことがないようにだけはぜひして欲しいのと、大きくなった子供たちは、信大に成人のセンターもありますので、本当に大事な部分を担っている病院に関しては、配慮をいただいた中でいい方向に進むようにお話が進んでほしいなと思っております。よろしく願いいたします。

(関委員長)

ありがとうございました。そのほかにどなたかございますか。伊澤委員。

(伊澤委員)

一つ、教えていただきたいんですけれども、基本的に構想区域内で調整会議を持つわけですね。その場合、構想区域間の調整というのが最終的に必要になってくるわけですが、お隣の構想区域内でどんな計画をされているのか、どんな見通しであるかといったことがわからないと、当該構想区域内での話し合いも焦点がぼやけてしまう可能性があるわけです。

例えば東信地域でいいますと、上小の思いがどんなところにあるかといったことは、佐久医療圏にとっては非常に重要な問題になってくるわけです。そういったところの調整をどんな形でやっていったらいいのかということと、そういったことをするとき、今、患者団体からお話がありましたけれども、住民の利便性ですとか、住民の声というのをしっかり聞いていかないといけないだろうなということを思います。

こういう区域で線引きされているんだからこうしなければいけないという形での誘導は多分無理だと思いますので、住民の利便性をお聞きしながらやっていかないといけないのかなということは感じました。

あともう一つ、これは厚生連の病院、富士見の話です。隣接する山梨県から非常に大勢患者さんが見えているわけです。そういったところの話というのは、これ県対県の話になってくるわ

けなんですけれども、それについては県のほうで何か調整をしていただくという形をとっていただけののでしょうか。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

まず構想区域間の調整につきましては、基本的には調整会議でご議論いただいて、必要に応じて複数の圏域でご議論するという場も工夫をしていければと思っておりますし、先ほどお話のあった非公式のものも含めて、柔軟に対応していければと思っております。

また都道府県間の調整について、これはまずは一旦、行政で当たってみたいと思いますが、その後の取り組み方については検討させていただきたいと思っております。以上でございます。

(関委員長)

それでは三師会を代表して春日委員、ございますか。

(春日委員)

それぞれ委員さん、それぞれの立場でおっしゃったこと、まさしくそうで、スタートラインですから、いろいろな意見でいいと思います。

当たり前の話ですけれども、こういう一つのシステムを構築していくにはデータが必要なんですけれども、確かに読みにくいというか、わかりにくい。かなり説明していただいたので、ペーパーで見たよりはわかりやすいんですけれども。ただ、再三、同じに話になりますけれども、データに頼ってシステムづくりをするというのは、これはやっぱりまずいと思うんです。

先ほど上原委員も言いましたように、基本は住民というか患者さんのフリーアクセスの部分もある中で、流出、流入は、目くじらを立てる問題じゃないと思うんです。適切な医療を患者さんに与えることが大前提であって、国の方針として、将来、国家予算に匹敵するような医療費になるので何とか下げようということで、このデータによると、今の20,000床を16,000床ぐらいにしたいということですが、病床を下げるのが果たしてどういうことなのかということを慎重に考えた中で、その中心にあるのはやはり地域住民、患者さんだという認識を忘れてはいけないと私はこの会に出席して感じました。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。ほかの委員方、何かございますか。

それでは、資料6、7、8についてはこれで終わりました。

### (3) その他

(関委員長)

では(3)のその他ですが、何かございますか、では竹前委員。

(竹前委員)

27年度の病床機能報告を今月いっぱい出すということになっているんですが、そのデータはこれに何か反映するのでしょうか。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

地域医療構想は、基本的には各病院の議論というよりは圏域の話ですので、直接、リンクはないかもしれませんが、各病院の機能がどうなっているか取りまとめて、この会等で提示するということはあるかと思っております。

(竹前委員)

もう一つですけれども、高度急性期はどのくらいとか、2025年という数値が出ています。数値が出ていますと、そこが目標で、そこに収れんしていくようにどこの医療機関も考えてしまいますよね。高度急性期はこうしようとか、あるいは療養型はやめていこうとか、それぞれみんな考えていくと思うんですが。

そういう目標値というかこういう数字が出ますと、それに対して動くのは普通だと思うんです。そうした場合に各病院が勝手にそういうことをやっていくのではないかと、現に長野医療圏でも、住民から、あるいはほかの医療機関から、そんな話は聞いていないぞということも出てきております。

数値が目標値として動いていってしまうのではないかとということを恐れているんですが、それはいかがでしょうか。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

先ほどからの議論とリンクする部分かなと思っております。今回は一定の仮定のもとに推計したもので、本当に各病院がどういう機能を担うかというのは各圏域で、これは策定後に調整会議で、それぞれが担っている機能や患者さんがどれぐらいいるのかということを見ながら、実現に向けて取り組んでいただくということになると思います。

実際の現場がどう動くかというのは、地域で、各医療機関で、調整会議で正式にご議論いただくことになってくるというプロセスだと思っております。以上でございます。

(関委員長)

ありがとうございました。では吉岡委員。

(吉岡委員)

今、竹前委員のお話がありましたけれども、それぞれの立ち位置によっていろいろなご意見が出たと思います。

ここへ参加している病院は高度急性期を担っている病院でありますけれども、今日お示しいただいた内容は、それなりにビックデータを用いて出された案だと通覧させていただいて思いました。具体的な数字が適当であるかどうかは別として、立ち位置によって、慢性期病床について竹重委員から、また回復期については、相澤委員から議論が出ましたけれども、当院は高度急性期をにらんでおりましたけれども、全体の流れを見ていきますと、高度急性期と急性期という形になっていきますし、急性期病院は回復期に移行していくということはもう避けようのない現実だと思いますので、病床機能報告制度については、そういうスタンスで変えていきたいと思っております。

大きな流れは、私は今日お示しいただいた流れだろうなと思っております。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。では奥野委員。

(奥野委員)

私は公衆衛生の立場でこちらに参加させていただいておりますので、医療に関して十分にわかっているところが少ないのですけれども、医療の問題を考えるときに、予防と医療と、それから介護や福祉とさまざまなもののリンクがとても重要なことだろうと思っております。

この中心の医療のところをこの委員会で考えるということですが、その前段階、あと後ろのところも含めてさまざまなデータをお出しいただいたほうがよりわかりやすいかなと思っておりま



す。

特に長野県は健康長寿県ということで、健康なご高齢の方が多いと思うのですが、おおよそどのくらいのスパンで寝たきりになって最期全うしているのかというデータも含めて情報をいただけますと、イメージがつきやすいかなと思いました。以上です。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

療養病床の平均在院日数等のデータがありますので、そうしたものを、可能な範囲はご提示できればと思っております。

(関委員長)

山田委員、いかがですか。

(山田委員)

在宅医療に大分シフトするというお話があったかと思います。今、奥野委員からもお話がありましたように、長野県は長寿県ということもあって多くの介護病床も必要な方がいらっしゃるんじゃないかと思います。

先ほどお話があり、今後分析されていくということなんですが、その辺、十分分析していただいて、本当に在宅でこれだけやっていけるかどうかということを確認していただきたいということ、あと歯科では、先ほどの医療審議会で、いろいろな事業の中で歯科の在宅にかかる分野、例えば貸し出しユニットですとか、連絡先のいろいろなものを設けていただいているんですが、まだ介護との連携は十分ではないようですので、その辺をしっかりとやっていただければと思います。

(関委員長)

ありがとうございました。それでは大淵委員。

(大淵委員)

私は長野県というところはもともと地域医療が全国的に見ても早い時期からしっかりやっていたということで、私はここに来て4年目なんですけれども、外からはそう思っていました。ということは、これからの在宅へのシフトというところですが、今までやってこられたことを上手に生かしていくということが十分できるんじゃないかなと思いましたし、それともう一つは、例えば私は佐久地域で訪問看護の分野で学生の教育にかかわっていますが、非常に訪問看護の内容というのは質が高いと思っております。これは今までずっと積み上げてきたものがしっかりとそこに根づいてきているということで、先ほどどなたかもおっしゃっていましたように、訪問看護に対する信頼感というのは非常にしっかりあるというのを実感しております。

そういうことで、病床数ということもあるんですが、長野県としてどういう構想を持って、病床もそうですが、在宅ケアとか、在宅医療という、それから、先ほど奥野委員がおっしゃっていました保健のところ、これは相当大きいところだと思いますので、そういう総合的な視点のもとにこの構想をしっかりと、今までの実績も踏まえてよりよいものにしていくことができるんだというふうに、そういう力を持っているところだと思っておりますので、そういうところでの期待と、もう一つはやはり、どなたかもおっしゃっていましたように、医療を受ける方、ケアを受ける方の視点に立つというところをしっかりと踏まえて、そして現実の状況を見ながら進めていくというところを本当に期待したいと思っております。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。それでは保谷委員。

(保谷委員)

前回と今回と出させていただいて、こんなふうにみんなで話し合いをして長野県の医療が進められているというのを、本当にすごく感心していることと、それからこのへき地を抱え、すごく広いという、ほかの県とは違った中で医療をどう進めていくのかという、難しさがすごくあるというのを実感しているところです。

私は普段は出産しているお母さんたちと、それから子育てしているお母さんたちにかかわっていて、その方たちとのかかわりの中で今回出させていただいたので、ここではお産のことがあまり出てこないの、どこでどんな意見を言っているのかわからなかったんですが、先ほど部長さんが最初に、出産とか子育てとかもしっかりしていくんだというお話があったし、それから病院に産科の先生が少し配置されてお産ができる環境が変わってきたということがうれしいなと思いました。

ただ、子育てをしているお母さんたちが、お産をして、それからその後ケアを受けていくというところでは、どこかケアが途切れるところがあって、そういう部分でお母さんたちをみんなで見守っていけるような継続したケアができればいいなと思います。

(関委員長)

どうもありがとうございました。これで各委員さんからお聞き取りをいたしました。

それでは、これで今日の会議事項はこれぐらいとして事務局にお返しします。

## 5 閉 会