

第3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6月9日（木）午後2時45分から午後5時50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 伊澤敏委員、井上憲昭委員、上原明委員、牛越徹委員、大澤麻美委員、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、竹重王仁委員、日野寛明委員、細谷たき子委員、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 園原規子委員、竹前紀樹委員、保谷ハルエ委員）

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、健康増進課長 奥原敦夫、介護支援課長 井上雅彦、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）

皆様、梅雨どきのうっとうしい中ありがとうございます。では座らせていただきまして、話を進めさせていただきます。

先ほど部長からのごあいさつにもございましたように、今日は第3回目の策定委員会ということで、日ごろ地域でご苦労いただいている皆様方、10圏域の会長さんにおいでいただきまして、それぞれの圏域のご苦労や実態を報告いただく、ヒアリングをメインにしておりますので、その点をよろしくお願いいたします。

なお、今日は事務局の案では、この会議は3時間かかるとなっております。よく言われることではありますが、人の集中力の限界は2時間と言われております。したがって、それをはるかに超えて1.5倍の時間がかかりますので、あまり最初から根を詰めるといけませんので、力を抜いてやりたいと思っております。それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

（関委員長）

それでは次第に沿って進めてまいります。

（1）地域医療構想調整会議からのヒアリング、今日はこれがメインであります。それぞれの10圏域でご苦労いただいております会長の皆様から順番に沿って拝聴してまいりたいと思っております。まず1番です。佐久圏域の坂口先生、お願いします。

事務局としては、各圏域ごと15分という時間を一応予定しているようであります。10分ぐらいご説明いただいて、あと5分ぐらいを質疑応答となっておりますが、その通りスムーズに行くかどうか、これはわかりませんので、そこら辺は出たとこ勝負で行きたいと思っておりますが、よろしくお願いいたします。では、先生、お願いします。

（坂口佐久医療圏地域医療構想調整会議会長）

皆さん、こんにちは。ただいま紹介いただきました、佐久医療圏地域医療構想調整会議の会長で、小諸北佐久医師会会長の坂口と申します。

佐久医療圏におきましては、本年2月26日と5月12日の2回調整会議を開催いたしまして、委員の皆さんから意見をちょうだいいたしまして、本日、このようにまとめをさせていただきます。

た。

まず先ほど事務局からも資料の確認がございましたけれども、佐久医療圏では、1枚目の地域医療構想の策定に向けた意見ということで、簡潔に示された資料が一つあると思います。もう一つは、先ほど直前に配付していただきましたけれども、若干の補足説明をしていかないと、どういった内容なのかおわかりになりにくいということで、2枚目の資料を提出いたしました。二つとも関連はありますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思います。

それではまず1の佐久医療圏におきます医療提供体制の課題から申し上げたいと思います。

まず佐久医療圏におきましては、課題として回復期リハビリテーション病床の不足が掲げられました。これにつきましては流出入のデータから、回復期リハビリの25%ほどが上小医療圏に流出しているということが要因であります。この点、まだ今後とも引き続きこんな状態が続いていくのではないかと思いますので、上小医療圏におかれましてはこの点、よろしくお願ひしたいと思っております。

また、脳卒中急性期リハビリ、糖尿病外来、がん入院外来、二次救急医療などの分野で10%から30%ほどが、今度は上小医療圏から佐久医療圏へ流入が見られております。この点につきましては佐久総合病院並びに佐久医療センター、地域医療支援病院の医療体制の充実によるところが大変大きいと思われまふ。また、市立浅間総合病院との医療の連携体制が要因になっておるかと思ひます。なお、小児の入院につきましては20%ほどが松本に流出してありますが、三次的医療の必要性からと推察されますので課題には掲げておりません。

また佐久圏域は、現在、在宅医療を重点的に推進しておるわけですがけれども、在宅医療がまだ十分に整わない状況では、これから療養病床等の全国中央値までの需要増を見込む必要がありまふ。

次の2の全県における医療提供体制の課題でございます。医師の不足、医師の偏在等が解消されておられません中、構想では高度急性期、急性期の医療体制を回復期、慢性期にかなりシフトさせることになるようでありまふ。そういった中、こうした診療機能において、高い目標と気力を持って意欲的に働き続ける医療従事者をどこまで確保できるか、その具体的な方策についてこれからしっかり検討していく必要があろうかと思ひます。そこから病床数の方向性も見えてくるのではないでしょうか。

次にまいります。3、構想区域における2025年の望ましい医療提供体制、構想区域間の患者流出入の調整方法を含むということで、まず高度急性期は医療機関所在地ベースが基本であります。

佐久医療圏、上小医療圏におけるこれまでの長年にわたり積み上げられてきました診療体制の歴史を考慮したとき、流出入の流れを短期間で変更することは現実的に無理であります。医師をはじめ医療従事者の確保や新たな設備への投資が必要となり、現実的に無理であります。

そのこのところ、医師をはじめ医療従事者の確保と新たな施設整備へまた投資が必要となつて、現在の医療資源を効率よく活用することに支障を来すことは明らかと思ひておひます。そこで佐久医療圏としましては、他医療圏との流出入について、現状の医療提供体制をベースとした医療機関所在地ベースを基本とすることで、合意をいたしました。

次にまいります。4、全県における2025年の望ましい医療提供体制ですが、医療提供体制を充実するためには何としても医師等の医療従事者の確保が重要であります。必要病床数の検討に当たりましては、施設も含めた在宅医療も大きなウエイトを占めまふ。在宅医療に関する現状及び課題を明確にされた上で、在宅医療充実の具体的な方策について考える必要がありまふ。病床機能の変更を検討するためには、診療報酬・介護報酬をはじめとする諸制度の具体的な内容が明らかになる必要がありまふ。

そして、委員の皆様から出た意見でございますが、国の算出による2025年の病床についてはあくまでも目安であり、実際に構想に盛り込む病床数は地域の実情を考慮した数字が必要ではないかというようなこと、また病床稼働率が高い数値で設定されておひますが、病床数を示された数

字まで減らすと、実際にはもっと高い稼働率となり非現実的であるということ。療養病床から特養などの施設に転換した場合、どのような診療報酬、介護報酬になるかわからないと対応が難しいということがあります。

また療養病床中、医療区分1の7割を在宅医療へ移すことにつきましては、その受け皿部分が整っていることとセットで考える必要があります。今後は全体の病床数減が見込まれる中、在宅医療のニーズが今よりかなり増えることとなりますが、在宅医療の推進はそう簡単ではありません。病床機能の見直しだけに目を奪われることなく、在宅医療についても推進のためのさらなる環境整備を図っていかねば、地域医療構想自体が絵空事になるのではないかと懸念をしております。

終わりに、地域医療構想は個々の病院に一方的な病床削減を求めない自主的な取組が基本とされていますが、自主的な取組を進めるためには、個々の医療機関にとって諸制度の具体的な内容、並びに情報提供などが不可欠であります。

以上、佐久圏域が取りまとめた意見でございます。県の地域医療構想に反映していただけますようお願いをよろしく申し上げます。

(関委員長)

ありがとうございました。これにつきまして、何かご意見なりご質問ございますか。

それでは私から一つですけれども、この4番、全県における2025年の望ましい医療提供体制、上から4行目のところですか、ポツの3つ目ですね。病床の変更を検討するためには、診療報酬、介護報酬を初めとする制度の具体的な内容が明らかにならないとだめだということですね。

私もこここのところ、いつも申し上げるんですけれども、国のレベルでは地域医療構想を所管するのは厚生労働省の医政局ですよね。それから診療報酬を決める実際の実務は保険局ですね。だから医政局と保険局との間の整合性がどの程度とれているのか、どうもそんなに密にはとれていないのではないかという気がするんですね。ですから、医政局がいくらプランをつくっても実際の実務の保険局がそんなに動いてくれるのかという気がいたしますし、笛吹けど踊らずになってしまいますし、そうなれば、今度はプランは放っておいて、保険局のほうで締め付けるかという対応になってくることも十分考えられます。ここら辺の整合性をしっかりとっていかないと困るのではないかと思います。

それからその下の丸、意見として国の算出による・・・とあります。この3行目ですか、療養病床から特養等の施設に転換した場合、報酬がどうなっていくのかわからないので、みんなが二の足を踏んでいるわけです。ことに医療病床の医療区分1の7割を在宅に帰せるといっても、本当に在宅へ帰せるのかどうか。在宅は施設も含めて在宅です。そこら辺の受け皿がしっかりと困る。こういう療養病床の削減は問題ではないかと飯伊医療圏でも同じようなことを言われていますが、今回はかなり療養病床削減ということが書かれていますので、それについて私は非常に困るなど考えております。私からはこんなところです。

(坂口会長)

どうもありがとうございました。

(関委員長)

ではこれで、この件についてはよろしいですか。どうもありがとうございました。

次は2番目です。上小医療圏、森先生、お願いします。

(森上小医療圏地域医療構想調整会議会長)

上小医療圏地域医療構想調整会議の代表の森でございます。こちらに来るに当たりまして、勝

山先生から興奮して話してこいと言われましたので、よろしくお願いたします。

お手元の資料に沿って上小医療圏における検討結果をご説明いたします。それでは資料1の3ページをごらんください。

まず1に記載の上小における医療提供体制の課題でございます。高度急性期・急性期に当たっては、地域医療再生計画の成果として救急搬送患者の圏外搬送割合や出産取り扱いの割合は大幅に改善されましたが、依然として二次救急患者の20%は佐久へ、小児入院患者の40%が松本・長野へ、そしてがん患者に至っては半数が佐久圏域へ流出しているのが実態です。

一方、回復期・慢性期に当たっては、鹿教湯・三才山リハビリテーションには県内最大の回復期リハビリテーション病床があり、他圏域から多くの患者さんが流入しております。療養病床も圏域全体で867床あり、他圏域と比べて回復期・慢性期の病床が多いことが上小医療圏の特徴でございます。

また(2)の医療人材の不足でございますが、人口10万人当たりの人数では医師は154.8人と全県の4分の3程度であり、10医療圏の中で少ないほうから3番目となっております。看護師は811.2人と少ないほうから2番目ですが、准看護師は逆に400.3人と最も多くなっております。質の高い地域医療サービスを提供する上で大きな課題となっております。

次に2に記載の全県における医療提供体制の課題でございます。(1)の全般的な課題としては、市町村合併により一医療圏内において医療資源の偏在が見られ、医療需要へのきめ細やかな対応が必要ではないかという意見もありました。また高齢者が増加する中、5疾病には運動器の疾患が入っていないが、年齢と関係づけて議論すべきではないかという意見がありまして、認知症に関しては適切なサービス提供のあり方、あるいは介護タクシーが必要ではないのかという検討がなされました。

なお、小規模病院におきましては非常に経営が厳しいので、何とか連携を考えるべきとの意見がありました。

(2)医療人材の確保につきましては、修学資金を貸与した医師や自治医大を卒業した医師を不足する地域に重点的に配置することなどにより、医師偏在の解消を図る必要があると考えております。中でも総合医の確保は大変重要であります。なお、医師定着のための施策の充実については、1案として医師への居宅の提供といった具体的な提案もございました。

また質の高い医療を提供するために、准看護師のステップアップに向けた支援に対する助成や認知症の専門看護師の養成が急務と考えております。

なお、資料に記載はございませんが、上小の地域医療再生計画により実施いたしました、看護職を目指す養成学校の学生に対する修学資金の貸与については、看護師の確保に有効であり、助成制度を継続することが必要との意見が多数ございました。

また、人材派遣会社を通じての看護師の採用は多額の費用がかかるといった実態があり、ハローワークを通じて、看護師の採用がもっと速やかにいくような仕組みをつくったらどうだろうという意見がありました。

女性医師の増加に伴い、育児と仕事の両立に向けた環境整備などが重要との意見でございました。また医師に加え、看護、介護、多職種のスタッフの確保も必要と考えております。

なお(3)に記載の救急医療体制につきましては佐久医療センター、他医療圏の連携の必要性や、一つ飛ばして3つ目の丸にありますとおり、輪番病院を支援するため、頑張っている一次、二次救急医療機関への財政的、人的支援について議論されております。

次に、3に記載の上小における2025年の望ましい医療提供体制でございます。

(1)の高度急性期・急性期においては、今後、三次救急患者の一定数の佐久地域への流出が引き続き見込まれますが、信州上田医療センターにおけるがん診療機能の向上を初めとする、医療資源や体制整備により、患者の流出は減少していくものと考えております。

一方(2)の回復期・慢性期においては、鹿教湯三才山リハビリテーションセンターには、今

後も他医療圏からの患者の流入が予想されます。回復期の必要病床数は以降も増加するものと見込まれ、上小圏域として一定の病床数を確保していく必要があるものと考えております。

2025年の必要病床数の考え方につきましては、資料の四角に囲った部分でございますが、上小医療圏では隣接する他の医療圏と一定の機能分担が行われております。加えて現存する医療資源の利活用を考えると適当と考え、上小医療圏の地域医療構想において「医療機関所在地ベース」を基本に2025年の必要病床数を算出するという結論で、意見としてまとめましたのでご報告いたします。

最後に、4の全県における2025年の望ましい医療提供体制につきましては、長野県人口定着・確かな暮らし実現総合戦略等の県の計画と整合性を図る必要があるといった意見のほか、一つ飛ばして3つ目の丸ですが、上小医療圏は、地域医療再生計画により医療機能が充実してまいりました。病床数の推計に当たっては、2013年度以降の関係機関の努力の成果をできるだけ反映させることが望ましいという意見が出されましたので付け加えて上小医療圏からの意見といたします。ありがとうございました。

(関委員長)

どうもありがとうございました。これにつきまして、何かご意見なりご質問ございますか、よろしいですか。

基本的なスタンスとしては、現状の追認のスタンスということによろしいですね。高度急性期は隣の佐久医療圏のセンターがあるのでそちらでやると。特に回復期・慢性期は一番の鹿教湯三才山センターがあるので、そこに全県的にお願いしているという状況があると。だから基本的には医療機関所在地ベースだということによろしいですね。どうも先生、ありがとうございました。

それでは次、3番目、諏訪医療圏ですね。小口先生、お願いします。

(小口諏訪医療圏地域医療構想調整会議会長)

皆さん、こんにちは。諏訪医療圏地域医療構想調整会議会長の小口と申します。よろしくお願ひします。

諏訪医療圏の地域医療構想調整会議はこれまでに2回行われました。そこでまとめたものは冊子におおむねのことが書かれておりますが、冊子に書かれていないことで特に強調しておきたいことを中心として述べさせていただきたいと思ひます。

まず現状ですが、諏訪医療圏は比較的狭い地域に、おおむね市町村ごとに基幹病院がありまして、充実した病院があると思ひます。とりわけ救急の搬送時間、それから現場への到着時間も長野県の中では一番短い時間で到着し、搬送もうまくいっているということでありまして、その上、病院間の病病連携や病診連携、それから診診連携などもうまくいっている地域であります。

そのほか山梨県との境、富士見町には富士見高原病院がありまして、そこへは山梨県からの患者の流入もございまして、富士見高原病院はその一角を担っているとも言えます。

それでは課題ですが、患者さんの増加が見込まれるため、医療では特に介護の体制を今回中心に考えられているわけで、以前配られていると思われるイメージ図では在宅介護が当初の約3倍ぐらいのボリュームに膨れ上がっているようなイメージ図があります。ということは、今の在宅を担う人たちが3倍ぐらいにならないと担えないということになります。では在宅のことについてどのくらい触れられているのかということも、今回の地域医療構想に向けた大きなテーマではないかと思ひます。

調整会議のほとんどの方々の意見は、今ベッドのことをたくさん言われておりますが、これはあくまで参考値ということで、この数字に決して縛られることなく、我々が必要とするベッドは必要な数だけをボトムアップしていくのが本来のやり方であり、地域医療構想のスタンダードで

はないかということをおっしゃって、参考値に縛られないようにということで、皆さんのコンセンサスをいただいております。

特に在宅を担う医師、看護師、それから在宅というのは家だけではなくて施設も含まれるわけですが、その施設の充実度なども踏まえた在宅医療がどの程度充実しているか、それからどの程度、地域医療構想としてまとめていけるのかということについての記載がほとんどなくて、在宅を担う我々としては非常に困っているところであります。

2の全県における医療提供体制の課題というところにも、在宅を担う医師が不足する、今から10年後のことを考えると、60歳の人間は70歳になってしまうわけで、70歳の医師が毎日のように在宅に往診に行くということもかなりしんどいわけでありまして、若い先生をどうやって誼訪医療圏にとどめておくか、どうやって呼び込むかということについての検討も早速していかなければいけないということでもあります。

それから施設を中心とした介護サービスも2025年を境に人口が減っていく、箱物とかをつくってしまうと後が困ってしまうわけですね。そうすると、ソフトの面での充実が必要になってくるわけですが、それに対する介護サービスの具体的な案を出していかなければいけないということについて、今のところ、構想の中からは見えてこないということがあります。この辺もぜひ一生懸命やっていかなければいけないと思います。

今申し上げたように、ベッドの削減と、それから在宅医療というのは車輪の両輪でありますので、今、ベッドのことばかり注目されておりますので、ぜひこれからは在宅医療についてのさまざまな施策や方針などについて、具体的に進めていただけるとありがたいと思います。

それから今度3ですが、構想区域における2025年の望ましい医療提供体制としまして、誼訪圏域におきましては、急性期、回復期、慢性期については医療圏における完結を基本としていることから、患者住所地ベースを用いたいと思います。それから診療密度が特に高い高度急性期については、この地域での完結が必ずしも求められておりませんので、医療機関所在地ベースを推計に用いていきたいと思っております。

この(2)に付帯意見としまして、誼訪の医療圏は、特に高度医療機能をこれまでも結構担ってきているわけですね。ベッド数で見ますと、400床近くあった高度急性期医療のベッド数が、推計値で見ますと、200ぐらいに減ってしまって半分になるんです。人口が半分になるかといえば、半分にならない可能性が高いわけですから、そんなに減らしてしまっているのか、あくまでも参考値ですので、そんなに気にはしていないんですが、これは行き過ぎだろうと。

それから、6市町村にそれぞれ基幹病院がございますので、それぞれうまく機能しているわけですね。機能しているものを地域医療構想によって移さないでほしい。大きく崩されると、せっかく今までうまくいっていたところがだめになってしまうということもございまして、うまくいっているところはそれなりに見守ってほしい。人が少なくなって医療のペースが落ちてきたら、それはダウンサイジングすればいいだけのことで、この連携がうまく行っている関係を崩してほしくないというのも一つの意見です。

それから、今は病棟単位に区分されていますが、病棟だと何十床単位だということになるわけですが、ベッド単位で機能区分をしていただけると、余計な非効率的な予算もかからないし、きめ細かく対応できるということがございまして、病棟単位でなくベッド単位での機能区分をぜひ考慮していただけないかということも付帯意見として書かれております。

4、2025年の全県における望ましい医療提供体制ですが、車輪の両輪であるベッド数を確定していただくのはもちろんですが、在宅医療の方法、方式をできるだけ早く示していただいて、それなりの我々がすべきことを示していただきたいと思っております。

このたび消費税が延びて課税が増えなかったわけですが、社会保障費にかかるお金が担保されていないような論調が多いんです。そうすると、これから2年後に行われると思われる診療報酬や介護報酬についての当てがなくなる。そうすると削られていく可能性もあり、この辺はぜひ医

師会単位で国にもお願いしたいところです。消費増税が延期になったことで、診療報酬・介護報酬が下げられないような方法を県医師会や日本医師会でしていただきたいという意見もありますので、よろしく願いいたします。以上です。

(関委員長)

どうもありがとうございました。これにつきまして何かご意見なりご質問ございますか。

諏訪医療圏の現状を見ますと、地域的には、縦長とか横長に地域がばらけているというものではないですね、

(小口会長)

そうです。諏訪盆地ですので、諏訪湖中心とした、その周辺ということで。

(関委員長)

そうですね。市町村ごとに基幹病院があって、それぞれしっかりした特徴を出していると。比較的充実した医療圏ではないかということですね。そして山梨県の韮崎とか峡北からの流入も結構あるということですね。

そしてこの課題の1(2)のところの3行目ですね、有床診療所や慢性期の病床の診療報酬が低く抑えられている。これにできれば介護報酬も加えていただけるとありがたいと思うんですが、私の独断と偏見ですけれども。診療報酬や介護報酬が低く抑えられているためと、これが実態でございますので、そこら辺をお願いしたいと思います。

それからよく言われることですが、病床の区分は病棟単位でやれといっても、その病棟の中でもいろいろな疾患があるものですから、ベッド単位でやれとか疾患別にやれとかいう意見が多いですね。だから病棟単位というのは、これから考えるべき余地があるのではないかという気はいたします。

その他として、諏訪医療圏として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ということで行きたいということですね。

そして高度急性期からの病床の転換ですね。回復期が少ないと言われているので、回復期病棟、それから慢性期というところへも転換していくんだけれども、先ほど言われたようにあまり急激に400床あった高度急性期が約半分になると地域をカバーできるか、そこら辺も疑問になりますね。

それから急性期及び高度急性期の中でも、待てるものと待てないものとあります。がんとかそういうものはある程度時間がとれるんだけれども、待てないもの、急性心筋梗塞とか脳卒中というのは、それは非常に時間が限られたゴールデンタイムがあります。そこら辺で待てないのはなるべく地域でできればということは先生方の内々のお気持ちではないかなと思うんですけれどもね。そんなところですね。はい、ありがとうございました。またよろしく願います。

(関委員長)

それでは4番目へ行きまして、上伊那医療圏ですね。では北原先生、お願いします。

(北原上伊那医療圏地域医療構想調整会議会長)

上伊那医療圏地域医療構想調整会議会長の北原でございます。上伊那医師会会長を務めております。それでは、6ページをご参照ください。

第1番の構想区域における医療提供体制の課題ということで、実は先ほどからほかの圏域の先生からもお話ありましたが、特に上伊那医療圏は、以前から人口10万人当たりの病床数が約710数床ということで、10圏域の中で一番少ない状況がありまして、また医療施設従事医師数も県内で下から2番目という状況の中で皆さん頑張っておられるわけです。参考までに医師数は10万人

当たり長野県の平均では216人ですが、上伊那では136人という状況であります。

上伊那の中では精神科を除いて公立3病院と私立4病院がありまして、診療所とともに、機能分担と連結をして地域医療を支えていくということでもあります。

それから地理的条件が縦に長いということで、先ほどお話の出ました救急の搬送時間に関しても、諏訪や長野は20数分の搬送時間なんですけれども、上伊那は上から時間がかかることがございまして、32分というところなんです。そういうことではありますけれども、高齢化が進展していきまして、身近な地域で医療などを受けたいという住民の要望が強いわけでもあります。

先ほども申しましたように南北に長い地理的条件から、北部は辰野病院、中部の伊那市を中心としては伊那中央病院、それから南部は駒ヶ根市で昭和伊南総合病院という公立の基幹病院がありまして、主に急性期を担っており、慢性期後あるいは回復期リハビリを4つの私立病院が担っているという状況です。そういう点でアクセスしやすい松本とか諏訪、飯伊のへの流出が一定程度存在します。

資料をお示ししますが、疾病事業別のSCR、年齢調整標準化レセプト出現比で見ますと、上伊那は脳血管障害の急性期の流入が非常に高く、そのほかでは小児の入院、がんの入院、帝王切開、ハイリスク分娩などがほかの医療圏に流出しているという状況がございまして。

平成21年から25年度にかけて、上伊那医療圏地域医療再生事業により主に公立3病院の医療提供体制の充実が図られたわけなんですけれども、このほかにも、先ほど説明を落としましたが、看護職員も大変不足しておりまして、地域医療再生事業により看護職を目指す看護学生の奨学金の援助をやりまして、医療人材の体制の充実も図って参りました。現在も広域連合がその後を引き受けて、今後も続けていきたいということでもあります。

それから2番目の全県における医療提供体制の課題でありますけれども、お話をお聞きになっておわかりかと思えますけれども、病床及び医療施設従事医師が長野県の中でも偏在している地域間格差が生じているという状況であります。

それから3番目に、構想区域における2025年の望ましい医療提供体制ということで、従前から医師数及び病床数が少ないということで生じている、近年の流入流出の状況だけを捉えて将来の適正病床数を推計することは、上伊那医療圏内の医療提供体制の充実を図る上で望ましくないということになります。

これも資料でお示ししてありますが、平成26年度以降の上伊那圏域の中の病院の取組といたしましては、伊那中央病院が地域がん診療連携拠点病院となっておりますが、新しいリニアックとPET-CTを平成29年に導入の予定です。これにより今まで他圏域に流出していたがん患者が減少すると考えられます。それから産婦人科の面では、里帰り出産を伊那中央病院は断ってきたのですが、伊那市内に民間の産婦人科病院ができたということもありまして、里帰り出産の受け入れが今年の7月から再開されます。

それから急性期の病棟から回復期リハ病床への転換ということも考えておりまして、南部の昭和伊南総合病院では、特に回復期として地域包括ケア病床を32床運用しております。また町立辰野病院では地域ケア病床を20床運用ということで、将来に向けて上伊那圏域の病院が対応すべく、非常に頑張っているという状況であります。

したがって3番の丸の2番目ですけれども、病床数については患者住所地ベースを採用することを基本として、脳血管障害及び急性心筋梗塞等、一部を除いた高度急性期については医療機関所在地ベースで他圏域との調整を行うということでもあります。脳血管障害と急性心筋梗塞などに関しては、非常に早く対応しなければならない疾患でありまして、県でも各医療圏で完結させるべきとしておりますので、そういうようなこととございます。

それから、あるべき姿を目指す視点と現在ある医療資源を有効に活用する視点から、先ほど申しましたように、住まいをベースとして圏域内医療機関における在宅医療や介護を継続して提供できる体制を整えることで、将来的に地域包括ケアシステムの充実を図っていくこととあ

ります。特に前の先生方もお話になりましたように、ベッド数を減らすということが最初にあるのではなく、その圏域での必要ベッド数の積み上げを行って初めて長野県のベッド数が出てくるのではないかという意見が上伊那でもございました。

それからこれも資料には載っておりませんが、何人もの先生からお話がありましたように、例えば療養病床が減ってしまうということになりますと、慢性期の患者さんを受け入れる在宅の訪問診療、それから在宅医療・介護をいかに充実していくかということが非常に大変なことであります。往診、訪問診療などは、開業医の高齢化などで負担も大きく問題があって、特に在宅での医療というのは、実際、やっている先生方のボランティア精神に委ねているようなところもありますので、その辺をぜひ考えていただければと思います。

4番目は全県における2025年の望ましい医療提供体制ということで、一部の高度急性期については拠点病院が担い、それ以外については二次医療圏で対応できる医療提供体制を整備して、地域包括ケアシステム構築に向けて医療圏格差のない在宅医療、介護サービス提供体制を整備していくことが望ましいと思います。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。それではこれにつきまして何かご意見なりご質問ございますか。よろしいですか。

上伊那医療圏の特徴ですが地理的に南北に長いという状況があるわけですが、諏訪医療圏みたいにキュッとまとまっていればいいんですけども、そうではないので非常に難しいということがありますね。ですから、基本的なスタンスとしては患者住所地ベースということでもよろしいわけですね。中でも高度急性期は拠点病院が中心になりますので、医療機関所在地ベースにならざるを得ない。それ以外の急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベースでやりたい、特にこの部分については自分たちの圏域でできれば完結したいとおそらくどの圏域の先生方も皆さん、こう思っていると思うんですけども、そのような状況でいいですか。

当然、流入の多いところはどうしても医療機関所在地ベースになり、逆に出て行くところ、上伊那とかの基本的なスタンスとしては、患者住所地ベースにならざるを得ないということでもよろしいですね。

(北原会長)

回復期リハ病棟が当圏域では少ないということでもありますので、いずれ急性期からそちらへの転換をやるということになります。

(関委員長)

なるほどね。回復期のベッド数をもう少し増やしたいということですね。全国的に回復期病棟が少ないというのは言われてはいるわけですけども、そういうのはあります。先生、どうもありがとうございました。

それでは今度は飯伊医療圏お願いします。

(市瀬飯伊医療圏地域医療構想調整会議会長)

どうも皆さんこんにちは。ただいまご紹介いただきました飯伊医療圏地域医療構想調整会議の会長を務めております市瀬でございます。飯伊地区包括医療協議会の会長も兼ねておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、当調整会議の地域医療構想の策定に向けた意見を述べたいと思いますので、よろしく願いいたします。

最初に構想区域における医療提供体制の課題についてですが、当飯伊医療圏は大阪府や香川県

の広さに匹敵する面積を有しておりまして、また山間地も多く、人口が点在している状況があります。地理的・地形的にも患者さんは医療機関までの距離が長くなっておりまして、しかも無医村が現在2カ所あります。人口10万人当たりの医療機関数や医師数が全国や県平均を下回り、医療資源が少なく、今後、在宅での末期患者、看取りが増えた場合には、診療所の開業医の負担が増加することが予想されるので、さらなる介護施設の整備が飯田・下伊那地域においては必要であると思っております。開業医が年々高齢化しており、開業医が交代で行っている休日夜間診療所の運営が厳しい状況であります。今後、在宅療養者が増加した場合は開業医のマンパワーが不足し、地域全体の医療の確保が懸念されております。

次に、全県における医療提供体制の課題についてですが、医師を始めとする医療従事者の確保が必要です。平成26年12月末現在の長野県における人口10万人当たりの医療施設従事医師数は全国平均より16.8人少なく、216.8人で全国では31位になっております。当医療圏は県平均よりもさらに少なく、約30人少ない187人ということになっております。

次に構想区域における2025年の望ましい医療提供体制についてですが、当医療圏は、策定委員会で提出された資料のとおり、高度急性期など松本医療圏への流出の一部を除くと、ほかの医療圏への患者の流出は少ないことから、他の医療圏と比較すると自己完結型の地域であり、医療費は低く抑えられております。

当地域の各医療機関の今までの努力により、効率的で質の高い医療が提供されていると考えております。地域医療構想を目的とする医療機能の分化や効率性が既に確保され、考え方が先取りされているので、当地域ではそれ以上の大きな変革は求める必要はないと思っております。このため、構想区域間の調整は現行の医療機関所在地への患者の流入が継続したまま将来へ移行したと仮定する、医療機関所在地ベースを基本として考えております。将来、病床数が減少する場合は、在宅療養の受け皿となる医療や介護などの多職種や事業所間の連携を基盤とする地域包括ケアシステムを構築し、全ての在宅療養者へ必要な医療が常時提供できる体制の整備を行うことが望ましいと考えております。

システムの構築について、当地域では広域連合が事務局となり、関係各位、団体からなる南信州在宅介護連携推進協議会を去る4月25日に立ち上げ、構築に向けた広域的な課題対応について、協議・調整を始めたところであります。

最後にその他ですが、地域医療構想策定ガイドラインで、療養病床の医療的ニーズの小さな医療区分1の7割を在宅医療等に移行させる推計値は、患者の病態や療養環境を考慮しない機械的なものであり納得できません。安易に在宅へ移行した場合は危険性をはらんでいると考えております。胃ろうの経管栄養やたん吸引が必要な患者の介護施設での職員の研修など、教育体制が充実しなければ、病院から在宅等への移行は進まないと考えております。

地域における療養病床の削減が可能か判断するには、入院患者の実態でなく、在宅療養の受け皿となる介護施設と居宅での介護力の評価は欠かせません。特に居宅介護力が不足すれば、家庭崩壊や地域社会の崩壊につながる危険性があると考えております。発言は以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。これにつきましてご意見なりご質問ございますか。

飯伊医療圏の特徴はご存知のように長野県の一番南にあるわけですが、非常に面積は大きいし、山間部が多いという特徴がありますので、どこかほかの医療圏へ抜けるということはなかなかない。したがって、地理的に地域完結をどうしてもやらざるを得ないと、これはもう飯伊の医療圏は昔からそうですね。こういう状況にあるというのが特徴なんで、なるべく皆さん、医療関係者だけでなく地域住民もみんなこの地域でやってもらうんだという特徴が非常に多いところだと思いますね。

したがって、当然、自己完結型ということに主眼を置いていらっしゃるわけですね。そういう

意味では非常に時代を先取りしているわけです。ですから、医療機関所在地ベースを基本としていくということが主体であろうかと思えます。

ただその後ですね、先生が今言われたように、私も最初の佐久医療圏のときにお話し申し上げたんですが、慢性期の扱いですよね。医療療養病床は医療区分の1、2、3と分かれております。その一番軽い医療区分1については在宅へ7割は帰せるのではないかと考えておりますけれども、ここで今言っている在宅というのは、介護施設も含めて在宅ということがありますので、今どこでも介護施設も困っていると。それも、介護施設のやり方も報酬制度がどうなっているというのがわからないから、なかなか介護施設に転換しろといっても、そこで転換できないという問題が一つ。

それから今度は在宅といっても、在宅のマンパワーというのは昔と違って低下しておりますので、各家に人的な余裕はないんですね。昔は年寄り夫婦がいたりして、若い人も家にいたりしていいんですけども、今は嫁さんもみんな外へ出ていますから、もうぎりぎりの核家族に近いような家庭で、介護力が落ちているものをどうケアしていくかということが非常に問題になろうかと思えますね。これは全国的にも大きな問題になってくると思います。まあこんなようなところでよろしいですか。

(市瀬会長)

当圏域も気になるのが人口減少に伴って独居老人が多いのと、老老介護です。どちらが介護するというのがわからないような家庭が考えられないぐらい多くなっています。そういう点が気になりまして、介護施設をつくらなければいけないだろうし、それとともに、私たちが看取りに行くような場合、もう片道30キロ、往復で2時間、3時間ぐらいかかります。次の日に診療をやらなければならないと、医者の方も山間部の医者は本当に大変な思いをしていると思いますので、ぜひその点を考慮いただきたいと思っています。

(関委員長)

どうもありがとうございました。

(休憩)

(関委員長)

どうもご苦労さまでございます。それでは今度は6番目、木曾医療圏ですね。奥原先生と井上先生からご説明お願いいたします。

(奥原木曾医療圏地域構想調整会議会長)

では私から、医師会の立場から医療状況を述べたいと思います。

木曾圏域はご存知のように、香川県に匹敵する面積に唯一の県立木曾病院と、12カ所の診療所で地域住民の医療を賄っております。我々開業医は診療所の診療ばかりでなく、学校健診、保育園健診、産業医活動、あるいは施設の嘱託医を兼ね、さらには死体検案を行っております。その業務は多岐にわたっており、少ない数の医師で手分けして業務をこなしている状況です。これらの業務の一部の専門分野では、木曾病院の先生にも手伝ってもらっております。もちろん予防接種や特定健診などの町村の保健業務にも協力しております。

このような状態において、県立木曾病院は地域医療の拠点病院として常に我々の後方支援を担ってくれております。また現在、木曾病院は365日24時間、いつでも入院を引き受けてくれております。そのためにも常にベッドに余裕があることが必要であります。今までに入院を拒否されたことは一度もありませんでしたが、ベッド数が減れば入院拒否の可能性も出てくるものと考えら

れます。そうした場合、木曾から他の医療圏へ入院をしなくてはなりません、木曾地区では独居老人や老人夫婦のみの家族が多く、つき添う人がいなかったり、車の運転のできない老人が多いので、他の医療圏への入院は困難な人が多いと考えております。

病床数の減少に伴い、勤務する医師数も減ることが危惧されます。医師数が減ると、現在にも増して病院の医師の負担が増え、木曾病院勤務希望者はますます減るものと思われまます。さらには病院に勤務している医師や職員のモチベーションの低下も心配です。現在の木曾病院の先生方や職員の皆さんは献身的に頑張っておられます。モチベーションの低下は医療レベルの低下につながるものと考えられます。

このたびの地域医療構想では、病院から在宅や施設へ移る人が増加するわけですが、そこで問題になるのは在宅患者や施設入所者の急変時に必ず引き取ってくれる病院があるということです。そのためにも唯一の病院である木曾病院の役割は大変重要なものとなっております。2回行った調整会議においては、各町村長や住民代表の方々は木曾病院の充実、すなわち医師数の確保とベッド数の確保を切に願っております。ある委員からは、私は木曾病院に命を預けているとまで言ってくれており、今回の地域医療構想の結末を非常に心配しております。

また我々開業医の平均年齢も68歳となり、体調不良、病気持ちの医師も中にはおりますが、何とか頑張って診療に当たっております。また月に一度は木曾病院と木曾医師会との連絡の場が持たれており、顔の見える病診連携がスムーズに行われております。我々にとっても木曾病院の充実が日常診療にとっても重要なものとなっております。このような状況ですので、高度急性期は医療機関所在地ベース、それ以降の急性期、回復期及び療養期は患者住所地ベースで病床を整備することが望ましいと考えております。

あとは井上院長から、病院の立場からお願いします。

(井上木曾病院長)

木曾病院の井上敦と申します。木曾地域は二次医療圏に私どもの病院しかないということもございまして、特別にお願いしまして、ここで発表させていただくことをお許しいただきたいと思っております。ページは8ページになります。

先ほど奥原会長が申し上げましたとおり、木曾地域は非常に広くて1,540平方キロメートル、香川県の約8割という非常に広い地域でございます。山間部でございますけれども、病院は木曾病院しかございません。人口は約3万人を切るというところでございます。

そうした中、私の病院は、木曾地域の住民の希望に応えるべく24時間365日、いつでも救急医療、それから急性期から慢性期、訪問、さらに看取りまで、全ての領域にわたって標準レベル以上の医療を提供してきたということでやっているところでございます。

救急告示病院として種々の救急医療、あるいはへき地医療機関として無医地区の巡回診療、また今回の熊本県の地震のときは医療救護班を派遣、これまでもいろいろところで災害拠点病院として活動、あるいは拠点病院として行ってきました。私どものレベルの病院としては320列CTとかリニアックとか、病院の規模としては非常に高いレベルの医療機械をそろえておりまして、4月からは地域がん診療病院として認可されて、がん診療体制も充実しているところでございます。

来年の春から、信州木曾看護学校の卒業生が出てきますと、その実習病院、あるいは卒業後の就職の場でもございます。また地域の主要な雇用の場でもございまして、他の例にも漏れず、医師・看護師を初めとする医療人材不足の地域、人口減、あるいは少子高齢化の中で、地域の方々からは一定の信頼を得て、経営的にも平成11年以来、ずっと黒字を継続しているところでございます。

さて、今回の地域医療構想におけるベッド数に関しましては、それイコール木曾病院のベッド数ということになるわけですが、議論されているところは、現在入院されている

木曽病院の患者さんの数よりもはるかに少ない数をディスカッションされているところがございまして、特に地域の方々に非常に不安を呼び起こしているところがございます。私どもとしましては、先ほど奥原会長も申し上げましたとおり、高度急性期は医療機関所在地ベース、それ以降、急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベースで、現状より変わらない病床数が必要ではないかと考えているところでございます。

もともと木曽地域は10万人当たりの医師数が、県下は216だったと思いますけれども、木曽地域は117人ということで、県下の半分しかいない。それから看護師数も県下は970人ぐらいのところを850人と、県下でも非常に少ない地域になります。また、医師数も開業医さんも含めて30数名ですけれども、そのうちの20数名、つまり3分の2が木曽病院に集中しているということがございますので、木曽病院がなくなれば、木曽地域の医療がなくなるということでございます。

私ども大学とか県に医師確保とかでいろいろと回っているところでございますけれども、なかなか大学の先生あたり、いい顔をしてどんどん回してくれるということではなくて、木曽地域に行けばあれが不便だ、これが不便だと、なかなか回してくれないところ、いろいろと努力して医師確保を行っているところでございます。

ということでございまして、県として大幅に削減されれば木曽地域の救急医療体制は一気に崩壊すると思いますし、それから現在の医師数、診療科数も維持できなくなると思います。そうしますと地域に提供される医療レベルが大幅に低下しまして、他の都市部と深刻な医療格差が生じるものと考えております。

先ほども申し上げましたとおり、他の圏域に移動するにはあまりにも木曽地域は広すぎるということでございまして、木曽病院の診療体制が木曽医療圏の医療体制と同じと言えるという、その特殊性を踏まえていただきまして、長野県として木曽地域の医療をどのように確保していくかという面、あるいは政策的な面からいろいろお考えいただければありがたいということで特に発言させていただきました。以上、よろしく申し上げます。

(関委員長)

ありがとうございました。これにつきまして、何かご意見なりご質問ございますか。

木曽医療圏の特徴は、先ほど両先生から申されましたように、非常に地域特性がありますから、南北60キロ、東西約50キロ、香川県の約8割に匹敵する。とても深い木曽谷があるものですから、そこら辺が非常に対応が難しい、雪も深い難しいということがあるわけですね。そういう中で小さくこじんまりとまとまって、しっかり連携プレイをとれてやっていたのでありがたいと思います。

特に、今回とは直接関係はないんですけれども、2年前の御嶽山の噴火のときは両先生方に大変ご苦労いただきました。奥原先生を初めとした開業医の先生方は検死を受け持ってください、そして重傷者、外傷者に対しましては木曽病院でみな受けていただいたという実態があります。私と竹重先生も噴火の2日後に現地へ赴きまして、奥原先生や院長先生といろいろ話をさせていただきましたけれども、そのときのご苦労を思い出すと涙が出る思いであります。本当にあのときはありがとうございました。

それから、今、拝聴しておりますと、この地域の特徴は患者が流出しておりますので、高度急性期は医療機関所在地ベースになるということですね。それからそれ以外の急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベースになると。できれば、ここの分については地域で完結したいと。これはどの圏域の先生方もお持ちであろうと思うんですけれども、特に木曽の先生方はそう思っているということですね。

ほかに何かございますか、こういうことでよろしいですか。どうもありがとうございました。それでは次に長野医療圏の宮澤先生、お願いします。

(宮澤長野医療圏地域医療構想調整会議会長)

長野医療圏の地域医療構想調整会議会長の宮澤と申します。当医療圏の地域医療構想策定に向けた意見を述べさせていただきます。

14ページでございます。まず1の構想区域における医療提供体制の課題につきましては、長野圏域ではおおむね圏域内で完結できておりますが、小児医療と回復期リハビリの一部については、それぞれ松本及び上小圏域への流出が見られるという状況にあります。

この状況について、小児医療に関しては県立こども病院に全県の高度急性期を集約しており、流出は容認すべきと考えます。また回復期リハビリについては、圏域内での完結を目指すべきということで意見が一致しておりますが、そのための回復期病床等は多少不足している状況にあります。

一方で救急やがんの高度急性期において他の圏域からの流入が見られますが、長野圏域は三次救急を担う救命センターや地域がん診療連携拠点病院などを有しているなど、他の圏域を含めた三次医療や高度医療を担っている状況もあり、隣接医療圏からの患者流入については今後も容認すべきであります。

以上、申し上げましたように、圏域内でおおむね医療は完結できている長野医療圏においては、地域医療構想については病床機能別で考えるのではなく、疾病ごとに圏域内の医療機関相互の連携のあり方や患者調整をするか、こういう視点での論議が必要ではないかという意見も出されました。

また在宅医療推進の方針が出ておりますが、介護施設の不足感、あるいは看護職や介護職も人材不足、在宅医療を担う医師や医療機関などの負担などさまざまな課題があり、全体としては在宅医療が困難な状況にあります。

続きまして、2の全県における医療提供体制の課題につきましては、長野県は長寿と低い医療費が実現し、全国的にも理想的な医療を提供していると評価されている現状では、病床数など現在の医療提供体制を調整する必要性は少なく、特に療養病床数も最低水準にある本県では、高水準にある県の削減率を全国一律に課すとするには疑問を呈するところであります。

次の3の構想区域における2025年の望ましい医療提供体制につきましては、小児医療や高度医療など、疾病により広域レベルで集約化されるものについては、患者流出入については容認すべきであり、圏域を超えた連携も念頭に体制を構築すべきであると考えます。

このような状況から、長野医療圏としては構想区域間の患者流出入の調整方法は医療機関所在地ベースが望ましいということで、意見が一致いたしました。ただし、前の1で述べましたように、圏域内でおおむね医療が完結できているために、基本的には病床の調整の必要はないと考えていますが、回復期リハビリ等の流出を減少させるため、一定程度の回復期病床等への確保、誘導は必要となります。また病床機能を効率的に運用していくためには、在宅医療や介護などの受け皿の整備を充実させていくことが不可欠となります。

最後、4の全県における2025年の望ましい医療提供体制につきましては、圏域ごとに患者流出入がある現状においても、長寿や医療費の低さが実現できているのであれば、原則現在の体制の維持を容認してもよいのではないかと考えます。ただし、急性心筋梗塞や脳卒中など、時間に緊急を要する疾患については医療圏内で整備すべきですが、時間に余裕のある疾患等については集約化などを含めて圏域を超えた流出入を許容すべきで、そのためには疾病ごとに連携体制を構築していく必要があると思われまます。

そして、先ほどの2の全県における医療提供体制の課題のところでも触れましたが、病床機能の再編を含めた地域医療構想を検討し実現していく上では、地域包括ケア等の在宅医療は医療や介護の体制の論議と両輪で進めていき、必要な施設の整備と安心して在宅医療等が受けられる環境の整備など、受け皿側が整うことにより在宅への流れが進むものと考えられます。そのためには介護を支えている人材の確保のための方策や、病床転換を進めるために現在の急性期にやや偏

ったと思われる診療報酬の見直しを、回復期病床や療養病床等に対してインセンティブをつけるなど、診療報酬上のメリットが必要とされます。さらには在宅医療や介護を促進するためには住民の意識改革が必要であり、そのために死生観や医療観について、あるいは必要な医療に対する理解の促進など、啓発をする取組が必要であることが長野圏域では議論されました。

長野医療圏調整会議の地域医療構想の策定に向けた意見につきましては以上でございます。

(関委員長)

ありがとうございました。これにつきまして何かご意見なりご質問、ございますか。

長野圏域の特徴は、比較的恵まれているところです。ですから地域内の完結はなから充実しているからできるのではないかと。ただ小児医療については、こども病院は全県的なものがありますのでこども病院と、それから回復期リハについては鹿教湯三才山のほうへ行くという、これはそれぞれ追認していけばいいのではないかと考えています。

その次、流出入の容認ですか、1番の下から5～6行目ですね。これは病床機能、特に病棟別というふうな、今でもいいと言われているんですが、それでも同じ病棟の中にいろいろな疾患の患者さんが混在していますので、病棟単位で一律にやれといってもなかなかそこはできないところが多いです。だから、できれば疾病ごとといいますか、ベッドごとにしてもらえれば一番いいのではないかと。この辺が一番、病床機能の分類に際して皆さんネックになっているところではないかということをおもっています。

それから4番の全県における2025年の望ましい医療提供体制、これは現状を維持容認していいのではないかという状況であります。おそらくほかの圏域の先生方もこういうことで、高度急性期の場合は当然、医療機関所在地ベースでやるけれども、それ以外の急性期、回復期、慢性期についてはできるだけ地域完結にしたいという熱意で10圏域の皆さんそう思っているらっしゃる、それはそれでいいのではないかと思いますけれども。

ですから、先ほど私も冒頭に申しましたように、地域医療構想というプランは医政局、実務は保険局での診療報酬、介護報酬ということになりますので、このプランがうまくいかなければ、この次に待っているのは診療報酬や介護報酬の保険局の攻めが待っているわけです。そこら辺に対してどう私ども対応していくか、そこもこれから考えていかなければいけないと思います。先生、こんなところでよろしいでしょうか。

はい、どうもありがとうございました。どうもご苦労さまでございました。

その次は大北医療圏の小野先生、よろしく申し上げます。

(小野大北医療圏地域医療構想調整会議会長)

大北医療圏地域医療構想調整会議会長の小野でございます。よろしく申し上げます。それでは、大北医療圏地域医療構想調整会議について12ページをお開きください。

まず1番としまして、構想区域における医療提供体制の課題ということですが、まず第一に大北は、小谷から松川、池田まで細長い地域でございます。面積も非常に広い場所でございますが、人口は6万人ぐらいの地域でございます。そもそもこういう地方部では相対的に医療関係者、特に医師の高齢化、マンパワー不足が起りやすく、またさらに現在進められております在宅医療の推進ということになりますと、訪問診療体制の構築とか老健施設の医師の確保が絶対に必要となりますけれども、今のままではどうしても不足が予想されます。医師を確保する対策がこれからも必要だと考えます。

また在宅医療を推進するためには、在宅療養支援診療所の増加とか、かかりつけ医が往診をし在宅の看取りをするということ、あるいは認知症のサポートなどが必要となりますけれども、担当可能な医師が非常に少ない問題がございます。また、医師のほか在宅医療に必要な薬剤師の確保とか介護士、訪問看護師も慢性的に不足している現状でして、これらも養成して確保する必

要があると考えております。

これがまず第一に我々の地域での人材不足でございますけれども、それと同時に医療資源も不足している。在宅で見るとということになりますと、大北はほとんどが老老介護です。90歳を80歳が介護するという形です。どちらが介護しているかわからないような状況のところはほとんどでございます。ですから、在宅医療を充実させるという意味では、バックアップするような在宅療養支援診療所ですとか、訪問看護ステーションとか、老人を受け入れる老健施設等が必要となりますけれども、そういう施設は完全に不足しております。またそれらを充実させるような企業の参入とか資本の注入というの、我々のところには少ない現状です。また、訪問看護師が特定医療行為等を勉強するような機関もございませんので、それらの整備も必要になってくると考えます。これが人材不足と医療資源の不足でございます。

構想策定に当たっての大北医療圏の要望でありますけれども、地方部だからといって、日本の平均的医療が受けられない状況をつくっては絶対にいけないと考えます。単なる患者の流出の推計値で医療需要を固定化し、病床の削減等が議論されるべきではないと考えます。将来の地域医療のあるべき姿を展望したものにしてほしいということです。大北地域としても、医師偏在の解消努力や人口増の政策に努力しているところでございますので、その辺の努力も見てほしいと考えます。

それから病床機能分化に関してですけれども、この医療内容の定義を明確にしてほしいと考えます。点数で何点以上という、いわゆる高額医療というものが必ずしも高度医療とは限りませんし、必要看護師数とも相関しないものと思います。はっきりとした明確な定義をして分類していただきたいと考えます。

それから平成25年から我々大北地域の二次医療は大分改善されてきておりまして、また平成28年度には診療報酬改定もございましたので、策定に関してデータを使うのであれば、なるべく最も新しいデータを使っていたきたいという要望が出ました。

それから2番目としまして、全県における医療提供体制の課題でございますけれども、地域に必要な医師を確保することを主体として、いかに医療を確保し、人材の偏在を解消し、平均的な医療体制を構築するかということを目指していただきたい。

それから3としまして、構想区域における2025年の望ましい医療提供体制ですけれども、特殊な高額機器を使うがん治療とか移植医療とか、先進医療を受けるために医療圏外に出た患者は、流出とみなすべきものではなく、またそれを制限してはいけないと考えます。医療を受けることは全ての地域の人が平等であることが必要だと思います。しかし二次医療圏の中の必要な二次医療、急性期の脳卒中や心筋梗塞というのは地域内で完結する体制を維持しなければならないということで、大北地域もその体制は構築されつつあります。また、高度な治療を受けた患者は近くの都市部の病院でお願いすることになると思いますけれども、なるべく回復期に入ったら地域に戻すべく、その受け皿となる療養の病院の充実に力点を置くべきではないかと考えます。また、三次から二次への医療機関の連携を緊密にして、病院同士の病病連携を構築していただき、また地域から三次医療圏にすぐアクセスできるような交通網の完備を願っております。

二次医療に関しては、大北医療圏内での完結を基本とするということで、高度医療は別としまして、患者住所地ベースでということを我々は選択いたします。

4としまして、全県における2025年の望ましい医療提供体制ですが、医療圏の違いとか住む場所の違いによって医療の質、ひいては人命の重さに差が出てはいけない。県民の誰もが適切な医療サービスを受けることができる体制が必要であると考えます。必要ないからベッド数を減らすという引き算ではなく、地域に必要な医療はこれだから、それを確保するには何が必要かという足し算での考えをお願いしたいと思います。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。大北医療圏はご存じのように、一見、松本とか長野に近いですが、ちょっと奥まったところで、雪が多いという特徴があります。ですから、どうしても近間の松本医療圏、あるいは長野医療圏のほうへ流出する確立が高い。流出が多いものですから、患者住所地ベースを選択せざるを得ないという状況になろうかと思えます。

考えてみますと2年前、御嶽山噴火の後の2カ月後には神城断層地震でぐらぐらと揺れまして、そのときも会長が先頭に立って、地域の医療を必死に守ってこられました。そのおかげで、地震で直接亡くなる方はなかったというわけでありまして、大変な地震が相次いで起こったということがありまして、そのとき本当にご苦労いただきました。ありがとうございました。

そして、大北医療圏の場合はまだまだ医療の人材に恵まれていない、ということは、当然、医療人材も高齢化してきます。ますます来てくれないというようなことがあります。だからそこら辺で先生方に頑張ってもらっているわけですが、高度急性期の場合はもう医療機関所在地で、近隣の長野とか松本にお願いすると。それ以外のものは二次医療圏として、自分たちでできれば完結したいと、皆さんこう思っているわけですので、これが非常にいいかと思えます。

それから3番の構想区域における2025年の望ましい医療提供体制。先生が今、言われましたように、確かにがんとか移植医療、それから先進医療というものが非常に特殊な高度の医療になりますので、こういうものが一律にほかへ行ってしまうということで、流出して見えるから、この区分分けも矛盾があるのではないかということをおっしゃっているわけですね。ここら辺についてもこれから国のほうで考えてもらう必要があるのではないかと考えています。先生、そんなところでよろしいですか。はい、ありがとうございました。

それでは、次に北信医療圏の丸谷先生。

(丸谷北信医療圏地域医療構想調整会議会長)

北信医療圏地域医療構想調整会議会長の中高医師会長の丸谷和洋と申します。よろしくお願いたします。

それでは16ページをお開きください。まず第1に構想区域における医療提供体制の課題についてです。地域の医療提供体制の中核を担う病院では、内科、整形外科、外科医等の医師不足によって一部の診療科目において患者の受け入れを制限せざるを得ないという状況にあります。これ言いかえまして、医師を確保できさえすれば北信医療圏内の病院で、より高度な医療を除きまして、ある程度は完結できると考えておまして、これが当地域の最大の課題になっております。

次に、人口減少が進む中であって、今後10年間は高齢者の増加により入院患者数はほぼ横ばいで推移すると見込まれておまして、高齢者が多い当地域の実情を踏まえた医療提供体制を確保する必要があると考えております。2025年の人口は現在に比べて当地は減少するものの、75歳以上の人口は2030年ごろまでは増加すると見込まれております。医療需要は現在とほぼ同じである上にさらに高齢化が進んだ地域の姿を見据えつつ、将来のあるべき医療体制を考える必要があると考えております。

それから次に、救急医療は県内で最も救急搬送に時間を要しております。特に岳北地域という飯山以北の1市3村はいわゆる特別豪雪地域でありまして、冬期は移動するのに時間距離が大幅に増えることから、救急医療はもとより住民の医療の確保は安全安心な生活を維持する上で欠かせないと思われまして、実際に救急搬送に要する時間は県平均の34分に対しまして、北信は46分もかかっております。豪雪地域の状況は本県の他の殆どの地域と全く違う気象条件でありまして、ぜひこの辺を認識していただきたいと思えます。さらに隣接する長野医療圏へ搬送するとなると1時間を大幅に超えてしましまして、いわゆる救急医療体制が成り立たなくなります。医療資源はできるだけ患者さんの住所地に近くなければいけないと考えております。

次に少子化対策、定住・移住の促進など地方創生の観点から、子供を安心して産み育てられる環境づくりの一翼を担う産婦人科医、小児科医の医療の確保が急務となっております。いま市町

村では人口減少に歯どめをかけるべく、さまざまな取組を行っております。医療は住民にとって最上位のセーフティネットでありまして、安心して子どもを産み、次世代を育てられる体制がないと、移住・定住、人口増につながらないと思われまます。現状を追認するのではなく、将来を見据えて考えていただきたいと思っております。

次に当地区の志賀高原、野沢温泉等へ国内外から多くの観光客が訪れております。さらに新幹線飯山駅の開業を受けて今後ますます増加が期待されることから、観光客の受入態勢の面からも小児科、整形外科の医療の確保が求められます。今、都会の学校から子供たちが体験旅行に来ております。急病時の体制ができていないと、それも多分なくなると思われまます。また、冬は多くのスキー客が訪れておりまして、けが人も増えております。整形外科医が足りないために長野医療圏に搬送しているケースがあることが消防のデータからも明らかとなりました。観光は当地域の主要な産業でありまして、観光面からもその必要性を考えるべきと思われまます。

次に平成25年度までに当地域では療養病床が不足していたために、長野医療圏に患者流出してございました。ただ平成26年度以降、2病院で計82床が新設されまして、流出は減少すると見込まれます。実際に当圏域では介護療養病床が17床しかなかったものが、その後、療養病床が新設されています。慢性期病床は在宅医療とともに地域完結を目指すべきと考えておりまして、将来推計においても、少なくとも平成25年度以降の変動分も考慮していただきたいと考えております。

次に、高齢単身世帯が増加しまして、核家族化も相まって家族の介護力が低下していく中で住居が点在する、山間地域の多くを占める当地域の在宅医療の確保は容易ではありません。国は在宅医療の受け皿を増やすことを前提に推計しておりますが、国が考えるほど、それはやさしいものではないと考えております。

それから次に、2、全県における医療提供体制の課題についてです。高度急性期医療については当圏域内で完結することは難しいと思われまます。長野医療圏との連携により医療提供体制を確保すると思われております。例えばダビンチ手術などの高度医療機器が主流の手術については、長野医療圏に頼らざるを得ない状況であります。当地域は、地域によっては長野医療圏と生活圏が重複しておりまして、当医療圏内の病院と長野医療圏の病院と相互で医療圏を行き来するのは今後もある程度は続くと思われまます。

おわかりだと思ひますが、そもそも患者は行政区域や医療圏を意識して病院を選んでおりませんで、医療圏単位でのベッド数を推計すること自体、意義をあまり感じません。むしろ将来の地域の医療をどうするか、考えていただきたいと思ひます。

次に3、構想区域における2025年の望ましい医療提供体制についてです。がんについては、地域がん診療病院の指定を受けております北信総合病院と、拠点病院であります長野赤十字病院等との役割分担、連携によって医療体制を確保しております。がんなど長野赤十字病院や長野市民病院、信大附属病院、県立こども病院でなければ対応できないものは、引き続き役割分担が必要と考えております。

次に脳卒中、急性期及び急性心筋梗塞に対応できる専門医を確保するなどして、緊急的に対応しなければならない疾病についてはぜひ圏域内で完結できる医療体制を維持すべきと考えております。救急搬送に要する時間が長くて、また豪雪地帯であることから圏域内で完結しなければなりません。そのためにも医師の確保は絶対に必要であると考えております。冬期は特に移動時間が長くなることから、道路整備等により搬送時間の短縮を図るほか、自宅からの通院の手段を確保する必要があると思われまます。これは医療機関だけの問題でなく、行政と一緒に取り組む必要があるのではないかと考えまます。

次に内科、整形外科、外科は地域医療の根幹をなす診療科目として優先的に医師を確保する、それから豪雪地帯という厳しい気象条件があることを考えまますと、特に岳北地域の小児科、産婦人科、飯山赤十字病院では産婦人科のお産をやめたという現状もあります。それを踏まえて医師の確保によって診療科目の受入制限を解消することが急務と考えております。そういった内科、

整形外科、外科医が不足しておりまして、一番それが流出する要因とっていいと考へます。現状を漫然と追認するのではなく、最大の課題を解消することを指すべきと考へております。

それから、地域包括ケアシステムの構築を推進する面から、在宅医療提供体制の充実を図るとともに急性期、回復期、慢性期の各医療提供体制は圏域内での完結を指すと国も推進しております。将来の地域を考へてまずは地域完結を指すべきというのが当圏域の基本的な考へであります。

まとめますと、構想区域間の患者流出入の調整方法は、当調整会議では、高度急性期については医療機関所在地ベース、急性期、回復期、慢性期については患者住所地ベースを基本に患者流出入の調整を行うのがよいと考へております。高度急性期は、将来においてもおそらくこの圏域では完結できません。それ以外は現状の医療体制を維持することなどして、圏域内で完結できると考へております。

4、全県における2025年の望ましい医療提供体制についてです。特殊な専門性を有する医師や高度医療機器を必要とする医療については、隣接する長野赤十字病院や信大附属病院、県立こども病院等との役割分担と連携により医療を確保する。全県的な医師不足を解消するとともに、豪雪地という当地域の特殊事情を十分考への上、産婦人科、小児科、内科等の専門医等の集約化が過度にならないような地域的な配慮を行っていただきたい。ある程度の集約はやむを得ないと考へますが、気象条件が全く異なる等、特別豪雪地域であることをご理解いただきたいと考へております。以上であります。

(関委員長)

ありがとうございます。これにつきまして何かご意見なりご質問ございますか。

北信圏域は私も仲間ですけれども、冬になりますと、飯山以北県境は天気予報が特別扱いになるところでありまして、飯山以北になりますと本当に2メートル、3メートル、平気で降りますので、そこら辺の特殊事情を考へると、特に冬期は救急搬送がなかなかスムーズに行かないんです。患者さんのお宅から幹線道路までつれていくのが大変という特性があります。ですから、なかなかこの地域でできれば完結したいと思うんですけれども、そういうわけにはいかないと、医療機関の整備も思うように進んでいかないと。

高度急性期としても全部できるわけではないので、ある程度は長野医療圏、あるいは松本医療圏にお願いせざるを得ないという状況であり、医療機関所在地ベースになるんですけれども、それ以外の急性期、回復期、慢性期については患者住所地ベースということでやっていきたいと。

こちらの療養病床は大分不足しており、私のところの17床しかなかったんですけれども、最近ようやく北信病院と飯山日赤で医療療養病床を増やしてもらったものですから、現在療養病床全体として99床となっております。そういう意味では、まずそこら辺が弱いのかなと思っております。

以上、こんなところではありますが、どうも先生、ありがとうございます。

それでは最後のとりになりました松本医療圏。では鳥海所長さん、張り切ってどうぞ。

(鳥海松本保健福祉事務所長)

松本保健福祉事務所所長の鳥海でございます。本日は当圏域の百瀬会長、また会長職務代理者の池田先生の都合がつかせんで、私のほうからご報告させていただきます。

10ページと11ページは当圏域からの意見ということになるわけでございます。当圏域は信大附属病院ですとか、こども病院、相澤病院、松本歯科大学といった全県を見据えた三次病院があるわけでございます。精神科を含めまして管内に28病院、有床診療所が20あるわけです。そういった中で調整会議、そして全ての管内の病床を持つ先生方にお集まりいただく病院・有床診療所部会といったものを設置しており、全ての病床を持つ医療機関が何らかの形で参加して意見を述べ

られる体制を構築しているわけでございます。その中で会議を重ねてきたわけでございますが、非常に丁寧に、そして論点を定めて議論を深めていただいたところでございます。

当圏域からの報告ですが、3と4の、これは地域と全県を一つにまとめさせていただいております。そして最後の松本医療圏地域医療構想調整会議での合意事項は論点を定め議論したことについて書いてございます。論点は特に圏域間における患者の流出入はどうするのかといったこと、それから必要病床数の算定はどうするのか、そもそも国の示した推計値をどのように扱っていったらよいのか、そしてもし病床機能転換を各病院が行うとするならば、どのように行っていくかといったことについて議論を深めました。1、2、3についてはここに書いてあるとおりでございます。合意に至った経過につきましていろいろ意見を賜っておりますので、ご報告したいと考えてございます。

まず患者の流出入についてでございます。これは結論から言えば、圏域間の患者の流出入は制限せず今までどおり認めるといったことでございます。主な意見が4つ出ております。1つは患者の皆様理由、これは現システムでは家庭医制度をとっておりませんので、医療機関を選ぶのは患者さんであると、皆様はいろいろな理由で行きたいところへ行く、いわゆるフリーアクセスを行っています。

それからもう一つは医療者の理由でございます。当然、専門外で手に負えない。また施設の、設備やスタッフが不十分であれば、当然、治療できる医療機関に紹介し送るわけでございます。このために圏域内外にかかわらず、疾患ごとに、また各科ごとにいろいろな診療ネットワークができています。そして地域的な理由です。これは東筑摩郡の村長さんからのご意見ですが、当圏域は非常に広い中で、他圏域だけでも地理的に近ければ、そちらに患者さんが行っているんですよといった意見がございました。また歴史的な経緯がございます。これは基準病床を守るために松本圏域では病床を増やしたいという希望が大分あったんですけども、それを制限してきたといった経緯があります。

それから当圏域からも、回復期ですとか慢性期の患者さんがとてもお世話になっている厚生連のリハビリセンター鹿教湯病院と三才山病院、これは松本に近い温泉場のリハビリテーション病院でございます。松本圏域と非常に近い、深い関係を築いてきておりますし、両病院と管内の病院等を含めまして連絡協議会が実際に機能しているということを伺っております。

そして何よりも長野県は広い県土を今まで非常に少ない医療者でカバーしてきております。そして質を守るために各科各疾患ごとに、関係者の努力で診療ネットワークを築いてきていると。病院間では圏域内、圏域外にかかわらず、常に連携協力体制が多くとられている。これはあくまでも圏域間を患者が自由に流出入するという前提で成り立っているわけでございますから、それを崩すということは、特に過疎の地域等の医療崩壊といったことを誘発しかねないということで非常に危惧する声が挙がっておりました。

それから病床数の圏域間調整についてでございます。必要病床数の算定は医療機関所在地ベースとすると。それに対する意見は大きく5つほど挙げてございます。一つは、これは今までも出ておりましたけれども、患者の流出入は実際にあるんだと。各医療機関は医療機関所在地ベースを前提に、病床設備等を整備してきている。これを今までとは考え方が全く異なる患者住所地ベースにし制限することは医療機関のあり方を今後大幅に変えることになる。またそうならざるを得なくなるので、既に整備してきた医療資源がむだになるであろうといったことがございました。

2点目は、もし患者住所地ベースということであるならば、各医療圏ごとに医師確保、それから施設整備を迫られることになる。今まで以上に膨大な投資が必要になるし、現実的に可能なのかといったことが意見として挙がっております。

そして3番目でございますが、そもそも多くの圏域で既存病床数が医療計画で定められた基準病床数を上回っている実態があるだろうと。病床数による医療の管理は、地域医療充実に実際に

機能しているのか疑問があるといった意見が出ております。現在の不十分な状況は単なる病床のコントロールではなくて、県全体を見据えてさらなる圏域を超えた医療機関の連携、疾患ごとのネットワークの整備で解決を図ることが現実的であろうと。医療資源の現在の状況、それから供給の実態を踏まえた現実的な医療資源の供給体制の構築をまず図ることが先決ではないかといったことが述べられております。

県内の基準病床数は17,801床ですが、既存病床数が19,000を超えている現実があるわけがございます。また機能分類別に、また疾患別に分けて、いろいろ考えはあるわけがございますが、先ほど小野先生からお話がありましたけれども、高度急性期と、高度医療もしくは先進医療というのは全く別のものであると、これを混同して議論することで、いろいろ混乱を来しているのではないかということが出ておりました。

診療点数が1日当たり3,000点を越せば、これは高度急性期でございます。それ以下ならば急性期になるわけですが、入院して3日間は高度急性期、4日目から3,000点を切ったので急性期であると。では、それで患者住所地に帰るといったことはあり得ないと。高度急性期、急性期というのはある程度、一体的に考えないと危険であるといった話が出てございました。また地域の拠点病院は多かれ少なかれ、この4機能を持たざるを得ないだろうといったことが挙げられてございます。

いずれにしても、地域医療構想は構想区域を行政区域である二次医療圏で区切り、二次医療圏単位で医療完結を目指すのであるならば、これは二次、三次医療といった概念としっかり区別しないと無理があり、なかなかまとまらないのではないかといった意見があったところでございます。

次に国の示した推計値の扱いでございます。国の示した推計値は、これは一定の仮定のもとで出された推計値であり、あくまでも参考値として位置づけ、縛られずに検討するという結論でございます。この一定の仮説というのがいろいろ議論が出たわけでございますけれども、平成25年の入院受療率が将来も同じであると、そして推計人口を使っているわけでございます。この入院受療率というのは、新規患者数に平均入院期間を掛けたものでございます。これは全国と比べたら、長野県の場合、非常に入院期間が短いわけですので、受療率が非常に低く見積もられている可能性があるわけでございます。

国の説明では、平成25年度1年分のレセプトデータとDPCデータに基づいて出したということでございます。我々が利用できる患者調査による入院受療率でございますが、これは3年おきに行われております。精神科患者さんのデータ等も入っているわけでございますけれども、平成23年と26年を比較すると10万人に対して全国平均は平成23年は1,068名の入院、それが3年後の26年には1,038名と30人減少しているんですけれども、長野県は920名から970名と50名増加しているといった状態がございます。今後、今までどおり全国平均より少ない状況が続くとは限らないだろうと、全国平均並みになったら国の推計値と大きくずれてくる可能性があるといったことが指摘されております。

それからもし退院させるとするならば退院後の患者の受け皿になる、在宅医療体制、施設整備が社会情勢の変化、これは女性の社会参加の進展、核家族化の進展、高齢者夫婦・単身世帯の増加、認知症患者の急激な増加、そして複数の病気を抱える高齢者が非常に増加しているといったこともありまして、関係者は非常に努力されているわけでございますが、まだまだ不十分だろうと。先ほどもありましたけれども在宅を行っている医者も高齢化が進んでいます。現在の診療報酬体制ではかなり厳しいといった中で今後のことは見通せないという、そういう中で病床の議論のみ先行するのは危険だろうと。ちなみに当所管内の特養の待機者は896名でございます。

各市町村が非常に苦勞して地方創生、これは内閣府主導で行っているわけでございますけれども、人口増を図っていることに対する考慮とか、それから国の推計によると、松本管内では医療需要が最大になるのは2025年ではなく2030年であると。2025年を目標とした後どうしていくのか。

そもそも病院は当所管内で公立は21%、公的もしくは民間がほとんどで79%占めると。そうすると将来、そもそもやっているかどうかかわからないのではないかといった意見も出されております。公立病院のほうは公立病院改革プランの策定が予定されておるわけです。当然、病床数も影響が予想されると。介護療養病床廃止の方向は出されておりますけれども、これは先週、第1回の社会保障審議会の療養病床のあり方等に関する特別部会が開かれたそうでございますが、今までの案の再確認といった状態だと伺っています。

それから、地域医療構想よりも診療報酬による誘導で病床の激変が予想されるといったことがございます。既に当所管内では病床の機能転換、病床の減少、統合の動きが出ております。例えば回復期に特化した病院の開院、それから病床返上、これは4月1日前後としてかなり進んでおりまして、当圏域は現在、病床不足地域になっております。それから松本病院と中信松本病院の統合、松本市立会田病院のあり方といったこと等、検討が進んでいる状況でございます。また病床利用には季節性が見られるだろうと。通年、平均とは行かない中でどういう幅を持たせるのかといった配慮が必要であろうといったことがございました。

いずれにしても、国の推計値は目安であり、現時点で目標とすることは危険だろうと。推計値に過ぎないものを目標として設定して、それに縛られるのはまずいのではないかといったこと。そして何よりも各医療圏の積み上げではなくて、推計値を全体の目標として削減幅を割り振るといった形になるとするならば、現状は改善されずに非生産的な議論になるといった厳しい指摘もございました。

当圏域も高度急性期、また急性期病床を回復期病床等に転換するといったことが求められる可能性があるわけですが、もしそういったときにどういった形でやっていくかということにつきましては、今後の病床機能報告、社会情勢の変化を見つつ、各医療機関の見える化に努め、各医療機関もいろいろ情報発信する中で、当地域の適正な医療の充実のために調整会議で協議し、各医療機関の自主努力で進めるといった結論になったところでございます。以上でございます。

(関委員長)

どうもありがとうございました。詳しく説明いただきました。今の松本医療圏の説明が非常によくまとまっているのではないかと思います。これにつきまして何かご意見なりご質問ございますか。

松本医療圏は、皆様ご存じのように、大学もあるから高度急性期、急性期、回復期、慢性期とみんなあるわけでありまして。しいてここから出ているというのは回復期が鹿教湯・三才山のほうに出ているぐらいかと思えます。ですから、一律に地域医療構想をこの地域に持ってきて当てはめるといったことは非常に無理があるのではないかと思います。

それからその次の2番目です。全県における医療提供体制の課題、丸の2つ目です。そもそも地域医療構想と診療報酬、介護報酬も含めて改定に統一性があると思えない。私も最初から何遍も言っておりましたように、これは医政局と保険局の本省の雲の上の世界の違いだと思えますけれども、こういうことの整合性がなかなかとれていないんですね。

それからその次の2つ下の丸ですね。終末期医療、死生観に対する社会的議論の深まりが必ずしも十分ではない。こういうような高齢社会に向かった場合には必ず終末期はどうするんだ、それから死生観ですね。これは宗教者も含めての幅広い論議が必要になるのではないかと。ターミナルはどうしたらいいのか、こういうことに対してはどの程度医療資源を投入したらいいかと、こういうことにつながってくるわけです。ですから、90歳以上のような方でも1カ月の診療報酬が何千万円とかいうのがありますけれども、それで本当にいいのかなど。そういうことを時々、私も思います。私も医師広報組合の理事長も兼ねておりますので、そういうようなことも出てきますので、終末期医療、死生観に対する国民的なコンセンサス、合意づくりがこれから必要ではないかと非常に思います。そういう合意が得られれば、終末期医療に対してどの程度の医療資源

を投入していいのかといったことがある程度チェックができてくるのではないかと考えています。国民的なコンセンサスがまだできていない。だからこういう面については国でやるのも大事ですけども、むしろ日本医師会でもう少し、国民的な合意形成づくりをもっと上げていかなければいけないのではないかと私も最近考えています。日本医師会でもこういう話をもっともっと詰めていきたいと思っています。日医でも話は始めているんですけども、まだそういう点は、話の深まりがいま一だと思っています。

それからその下の過疎地域の第一の問題、医療従事者の確保です。医療というのは、ご存じのように、ドクターを頂点としたピラミッドでありますから、まずドクターがいないことには何もできないというのが医療の仕組みです。まずドクターの確保、それから従事者を何人確保していかなければいけないか、これが大事です。

それから全県における2025年の望ましい医療提供体制、長野県は他県と比べても現在の病床は過大とは考えにくい。だからこのままでいいのではないかなど。これ以上、いろいろお金と騒ぎを起こして、まあまあそこそこで回っている現状でありますので、これをあえて壊す必要はないのではないかと私も最初から申し上げておりますけれども、そういう感じがいたします。

それから4番の松本医療圏の地域医療構想調整会議での合意事項です。ここにありますように丸の2つ目ですか、国の示した推計値は一定の仮定のもとに出された推計値である、あくまでも参考値として位置づけ、これに縛られずに検討するとあります。だから必要病床数、いわゆる病床の必要量として示されている数値というのは、病床の4つの機能区分ごとのあくまでも推計であると。これは我々医療提供者側から見た場合には参考値とすべきであると。これはあくまでも参考値であって目標値ではない。これが大きな前提ではないかと思っています。

こういう参考値を目標値のようにして、行政が施策を進めるのはこれはいかなものかということは、日本医師会も注目というか非常にこれに対しての危機感を持っています。ですから、日本医師会の地域医療対策委員会の報告書でもこのことははっきりうたわれておまして、こういうことを構想にははっきりと明記すべきではないかと思っています。

竹重先生、補足してくれますか。

(竹重委員)

竹重です。補足という部分です。必要病床数推計値の持つ意味ということについて、日本医師会の地域医療委員会で検討がなされております。後で資料2の構想の骨子のときにも触れさせていただきたいと思いますが、はっきり申し上げて、病床機能報告であるとか必要病床数はあくまでも仮定の数字で、合っているものではないという部分をまず言いたいと思います。まずは医療資源投入量を何点と決めておりますけれども、この点数が必ずしもそのステージに合っているかどうかというのは別だと思っています。

先ほど大北の小野先生から、回復期というのは何となくイメージでわかるけれども、回復期の定義をしっかりと提示してほしいという意見がありましたが、医療資源投入量の回復期のステージを決められるという状況ではないと思います。

それから必要病床数は、この骨子にも目安とお書きになっておりますが、目安にもならないようなものではないかと思っています。私の感覚ではあくまでも参考の参考値という部分が私の考えですし、必要病床数に縛られないで行政がこれを目標値にしないでもらいたいということは、日本医師会の考えであることをお伝えしたいと思います。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。これはあくまでも参考値であって目標値ではない。これはあたかも目標のようにして、行政側が施策を進めるのはいかなものかと、日医は非常にそこら辺の危機感を持っているんです。よろしくお願ひします。日医のほうでは明記しろと言われたということで

あります。この辺でよろしいですか。どうもありがとうございました。

そうしますと、大体これで10圏域の皆様方からご意見を拝聴しました。これにつきまして、それでは今後のスケジュール等、事務局はどんなふうに予定していますか。教えてください。

(尾島医療推進課長)

ただいま各圏域の調整会議からさまざまなご意見をいただきました。また推計に用いているのは25年度の実績ということで現状を反映していないのではないかというご意見もございまして、第2回の策定委員会のときに病床機能に関する平成26年度以降の病院・有床診療所の取組状況の調査結果をお話させていただきましたけれども、そのようなものをどの程度勘案するかということも検討させていただきます。次回の策定委員会において、推計方法などについて事務局案をお示しし、ご議論いただけたらありがたいと思っていますところでございます。

(関委員長)

ありがとうございました。ではこのヒアリングについて何かご意見なりご質問、総合的にございますか。どうぞ。

(竹重委員)

1点お願いしたいのは、先ほど病床機能報告のことを申し上げましたけれども、病床機能報告は、各医療機関が医療資源投入量で区分けして報告しているわけではございません。定性的な部分でこの病棟は回復期だろう、この病棟は急性期だろう、高度急性期だろうと出しているわけで、医療資源投入量で計算される必要病床数と実際の病床機能報告とはかなり異なっていると思います。この辺の部分をしっかり解決しないと、急性期が何床、回復期が何床という部分は非常に間違った方向へ進むことがあると思います。先ほども申し上げましたように回復期は概念的にはわかりますけれども、どういう部分が回復期かという部分については、しっかり定義していただきたいと思います。

私の病院も回復期リハビリテーションをやっております。回復期リハビリテーションが回復期の代表のように言われていますが、いわゆる国の言う医療資源投入量という部分からいきますと、入院基本料とリハビリテーションの部分を除いた部分が医療資源投入量となっていますので、回復期リハビリテーション病棟は、いわゆる国の考えている医療資源投入量から回復期とは言えません。このように数字というものが非常にあやふやだということをまずはっきり捉えた中でいろいろなことを進めていかなければいけないと思いますので、今度、9月に出していただくときにはぜひ長野県のスタイルがあっというと思うんです。長野県のスタイルで各ステージはどういうものか、医療資源投入量に縛られない急性期はどういうものかとか、回復期はどういうふうなものを回復期と言っているかというような部分は、しっかりお示しいただきたいと思います。個人的な意見ですみません。

(関委員長)

ありがとうございました。ではこれでよろしいですか。はい、どうぞ。

(三輪委員)

今回の報告の中で、それぞれの医療圏の中で医療と介護、それから在宅の充実というところをセットで考えなければいけないということがどこの医療圏の中でも出てきました。

前回、訪問看護ステーションと訪問診療の調査データの間接報告があったと思うんですけれども、今後、在宅に移行するために訪問看護ステーション、訪問診療、在宅診療のあり方が重要となると思います。今、訪問看護ステーションが長野県内に135カ所ほどあるんですけれども、それ

が本当にそれで適切なのか、それからその機能がどうあるべきなのか、そういうところも含めて医療構想の中に組み込んでいく必要があると思いますので、ぜひ、その点もご検討いただければと思います。

(関委員長)
事務局どうですか。

(尾島医療推進課長)
前回、在宅医療提供体制の調査を報告させていただきました。在宅医療の状況がその中に幾つか出ておりますので、今回、骨子で在宅医療の必要量の推計という形で出させていただきましたように、その中でどのようなことをしていったらいいか、そのところは示させていただきたいと思っています。

(関委員長)
それでよろしいですか。井上先生。

(井上委員)
今日の全体を聞かせていただいて、一つは現状肯定というか、今の機能を持っている、その地域のことを肯定した上でというのが多くて、この地域は今はこちらだけでも今後についてこうしようという形での構想が欠けているように思うんです。

特に、一つは流出する患者が多い、医療機能の不足した医療圏における住民の不満が、こうだからしようがないと僕らはこれで見ると思うかもしれないけれども、実際、その地域ではものすごく不満が高いからそこに住むのは困っているというのであれば、その機能を残さないといけないわけでしょう。そういう観点が非常に少ない。

うちはどうしても医療圏に必要な病床機能を維持するというか、そういうためにはそのところに、医師も含めて必ず強制的にでも送り込んでその地域の医療を守るという観点がないといけないけれども。この形でやっていくと、今、ここには人がいないからもうしようがないという形で、その分のベッド数とかも減っていくという危険性があるわけです。県としては、医療圏ごとにこれだけのことは必要だからという、一つの理念みたいなものをベースに置かないと、現状肯定でやっていくのが非常に不安だということがあります。

もう一つ、3つ目は、財政力の弱い小さな市町村にある公的病院がその中核を担っていく場合、医師も集まらないということもありますけれども、医療の収縮と市町村の財政の問題で、医療機関が継続可能かどうかという問題が、長野とか松本は問題ないですが、ほかの小さい市町村ではそういう問題も起こるので、そこらも含めて継続可能な地域の病院なのかどうかということも含めて将来的な展望をつくらないと、2025年とか2035年にはその病院の経営が維持できなくなっているというようなこともあり得るので、そこらも踏まえて検討していただきたいと感じました。

(関委員長)
事務局、どうですか。

(尾島医療推進課長)
構想の中には、2025年度に向けての方向ですとか取組みたいなものもございますので、医療従事者の重要性といったものは今ご意見もたくさん出ましたので、そういうものもどこかで盛り込ませていただきたいと思います。

(関委員長)

ほかにございますか、どうぞ。

(唐木委員)

自治体の立場でお願いでございます。今、人口減少時代、どう人口を定着させていくかとそれぞれの市町村はそのことに苦慮しており、体制づくりを急いでおるところであります。

地方創生に関しては、地域の医療が非常に重要なウエイトを占めているところであります。したがって、地域の医療を守るという部分でぜひ構想をつくっていただければと思っておるところであります。

地域の医療を守れないところで、地方創生といくら言ってもなかなか難しいだろうと思っておりますので、それぞれいろいろな状況があると思えますけれども、それぞれの10圏域の特徴、特性を踏まえてつくっていくべきだろうという感じを持ったところであります。

(関委員長)

ありがとうございました。よく言われるように、医療がないところに人は住めませんからね。それを含めて、事務局、また今後検討してください。そのほか、どうぞ久保先生。

(久保委員)

毎回、指摘しているんですけども。県の地域医療対策協議会の会長も務めていますので、一言意見を言いますと、県の修学資金をもらっている学生さんが、将来的には150人以上来るわけです。そういう方々は本来医師不足病院に行くことになっておりますので、長野と松本以外は非常に医師不足で困っていますが、そういうところは彼らをうまく使えば解消できますし、今度、新しく始まる専門医制度にうまく連携させていけば優秀な専門医も輩出できますので、そうすれば各地域の医師不足もある程度、解消できると思います。

そういうところを踏まえて、患者住所地ベースは医師の不足を解消できない病院では無理じゃないかという意見もありましたけれども、そうではないということもありますので、ぜひそういうところも踏まえて検討していただきたいと思います。

(関委員長)

来春から少しずつ増えてきますよね。

(久保委員)

来春ぐらいから少しずつ増えてきます。6年間在学して、卒後9年間の義務のうちには3年間は医師不足病院に行くとなっておりますので、そういう制度をうまく使えば各医療圏、特に医者が不足している医療圏では相当、状況が変わってくるのではないかと思います。

(関委員長)

ほかにごなたか、ご発言ございますか。はい、どうぞ。

(上原委員)

協会けんぽの上原でございます。本日の発表をお伺いしておりまして、医療機関の病床数を固定化するのは危険であるとの趣旨のお話でしたが、医療機関所在地ベースで考えるか、患者住所地ベースで考えるかの違いはともかくとしまして、全ての医療圏で着地点をお示しいただいたことに皆様のご見識の高さを感じました。

まず、先ほど竹重先生から、医療点数による病床機能の分類は、あまり意味がない旨のご発言

がございましたが、ではそれが無意味であるとするれば、この会自体に意味がないということでしょうか。だとすれば、これから何をしろとおっしゃるのか対案をお示しいただきたい。

私は、医療はコストであると認識しております。今後、間違いなく起こることは、人口減少と医療ニーズの変化です。各自治体が一所懸命人口増加に取り組んだとしても、プラチナタウン計画でもない限りなかなか人口が増えないだろうと思われまます。そうした中で、どのようにして全ての県民に均質な医療が提供されるのか難しい課題です。理想を申し上げれば、それぞれの地域に全ての病床機能がそろっていることだと理解しますが、そのコストを誰が負担するのかという大きな問題があります。

先ほど点数ベースで区分した病床機能はあまり参考にならないとのご意見がありました。それはそれとしまして、西日本の病床数が多数ある地域では、モラルハザードが起っています。

我々が医療提供体制に求めるものは、必要十分な病床機能の提供ではなく過不足ないそれです。

従って、先生のおっしゃることは理解できないわけではありません。しかし、目標とは申しませんが、ある程度の数値的なターゲットとなるものがなければ議論にならないのではないのでしょうか。

2点目としましては、実は病床機能報告に基づいて、それぞれの病床機能別に平均在院日数と病床稼働率を計算してみました。平均在院日数と病床稼働率は、お互いに変数の関係にあり、どちらかの数値が上がれば他方の数値も上がる関係にあります。医療圏別にこの数値を見ますと大きな差があります。

病床機能報告基準の解釈が各医療圏で平準化されていない疑念があります。それぞれの医療機関が同じ尺度で報告することで現状がもっと見える化され、個々の医療機関がとるべき経営戦略も見えてくるのではないのでしょうか。

今後の人口減少と高齢化の進展に伴うニーズの変化は、医療機関に構造改革を迫っていると思っています。また、我々患者にとっても今の受療行動で本当に良いのかということをお聞きしており、それらについて議論していかねば、あるべき医療提供体制の議論にならないのではないかと考えています。

最後に、医療区分1の7割を在宅に戻すという話の中で、病床機能だけを論じてはだめで、受け皿をどのように整備するかが課題とのご意見がありました。まさしくその通りだと思います。誰が担うかと問われれば、地域社会が担うということでしょうか。それをどのように構築して行くのかを真剣に議論していく必要に迫られています。

医療とか介護という範疇だけではなく、働き方をどうするのか、雇用する側はどうするのかという議論を深めない問題は解決しないのではないかとともに思います。

地域医療構想を通じてさすが長野県といわれるものが発信できたら良いと思っています。

(関委員長)

どうもありがとうございます。では指名された竹重先生。

(竹重委員)

先生のおっしゃること、わかります。まず医師会の中でも話が出たのは、第6次医療計画と違って、今回、第6次に付記される地域医療ビジョンですけれども、各医療圏の実情であるとか問題点を抽出してこういう場で話し合うことができるようになり、医師会がそういうところに参加できるようになったという部分で、地域医療構想のこういう会議、本当にありがたく思っています。

ただ、必要病床数については、国の法令でこのやり方でやると決まっておりますので、それはしようがないですけれども、必要病床数がいかに危ういものかということはぜひ策定委員の方に

知っておいていただかないといけないと思って発言させていただきました。

決して調整会議や、あるいは策定委員会が無意味だと思っはおりませんし、むしろ、こういうことによって各医療圏の問題点が見える化しているという部分でありがたいことだと思っていますので、誤解のないようにお伝えいたします。

(関委員長)

宮坂先生、一言。

(宮坂委員)

各地域の医療体制が今日よくわかりました。今後のことですが、医療提供体制について、医療機関所在地ベース、それから医療機関所在地ベースと患者住所地ベースのミックス、それから患者住所地ベースと分かれているようですが、これは各地域ごとにわけて今後検討していくのか、一つ県としてまとめたの体制で行くのか、それによって区別がまた変わっていくかと思っましたので、よろしくお願ひします。

(関委員長)

では県のほうから。

(尾島医療推進課長)

基本的には、県で統一した形でどちらかを選ぶような形になっておりますので、事務局のほうで検討させていただきますして、どうするかを考えさせていただきますと思っます。

(関委員長)

それではほかによろしいですか。これで今日の山場を越しました。では次にまいりましょう。次に(2)ですね、長野県地域医療構想骨子(案)について、では説明をお願いします。

(尾島医療推進課長、資料2「長野県地域医療構想骨子(案)」について説明)

(関委員長)

ありがとうございました。これはこれでいいですね、お聞きするというこで。

【報告事項】

(関委員長)

では次に報告事項にいきましょう。

(1)平成27年度病床機能報告の確定値ですね。お願ひします。

(尾島医療推進課長、資料3「平成27年度病床機能報告の状況(確定値)について」説明)

(関委員長)

ありがとうございました。細かい数値はそれぞれお帰りになっごらんいただくということにしましょう。はい、どうぞ吉岡先生。

(吉岡委員)

お聞きしたいんですけども、この資料3は2015年7月1日時点の病床数ということですが、私の記憶では10月に27年度の病床機能報告をしたと思うんです。したがっ、この7月1日とい

うのは、平成26年に届け出た数値ではないかと思うので、変わっていると思います。今うちの病院を見てみたら、届け出たのと違うんですけども。長野医療圏の29ページで、619床で高度急性期となっていますけれども、去年はこれを減らしましたので、初年度の数値だと思います。

診療報酬の改定は28年だけれども、各施設が考えて、もっと現実に見合った形を変えてきていると思うんです。それを見ないとわからないし、28年度の診療報酬改定でまた変わるので、今年やるとまた変わるはずなんですよ。それをリアルタイムで見ないと、この資料は不毛の資料のように思いますけれども、どうでしょうか。

(関委員長)

不毛の資料と言われては困るから、ちゃんと答えて。

(尾島医療推進課長)

7月1日の状況を10月に報告いただくようになります。ですので、各病院さんから7月1日の状況を10月に報告した、その数字を入れていると理解しています。

(吉岡委員)

確認してください。お願いいたします。

(関委員長)

また後で確認しておいてください。

それでは、この資料3についてはよろしいですか。

(関委員長)

そうしますと全体を通じて、それでは本郷先生、何かございますか。

(本郷委員)

私、松本医療圏の中でいろいろ質問させてもらって、ただ、全県を見るとそれぞれ違うし、先ほどもご質問が出ましたけれども、では医療機関所在地ベースか患者住所地ベース、どちらかにというのは現実的になかなか難しい。どういう形でまとめられるのかというのが非常に、いや、まとめるほうが大変難しいということで、それぞれの折衷というか、どちらかを無視してしまうというわけにはとてもいかないと思うので、今後のまとめ方がどうなのかというのをとても危惧しているところでございます。

(関委員長)

まとめ方についてもう一度、言ってくれますか。

(尾島医療推進課長)

国から県の病床数が示されておりますので、それに合わせていく必要がございます、推計方法は、患者住所地ベースと医療機関所在地ベース、どちらかでまとめられないかということを検討していきたいと思っております。

(本郷委員)

全県ですか、各医療圏ごとですか。

(尾島医療推進課長)

全県でです。

(本郷委員)

それってなかなか現実的ではない。

(関委員長)

全県でオールオアノットで決めるわけですか。患者住所地ベースか医療機関所在地ベースか。

(尾島医療推進課長)

圏域間の数字もございますので、そのところはそうしていかないとなかなか難しいと考えています。

(関委員長)

全県でまとめるってということ？

(尾島医療推進課長)

全県で同じ方向でまとめます。

(関委員長)

オールオアノット、そんなの無理ですよ。

(本郷委員)

現実的じゃないと思いますし。

(関委員長)

非常に非現実的ですね。

(本郷委員)

幾つかの項目がありましたけれども、例えば県として、あるいは知事がこう決めることはできないということも書いてありますよね。

(関委員長)

稼働病床は減らすことはできないと。

(本郷委員)

そうですね。どちらかにというのも、えいやと、多数決というわけにもいかないと思いますし、何かそこをお考えいただければと思います。

(関委員長)

そうですね。

(尾島医療推進課長)

今、そういったご意見もありましたので、検討させていただきます。

(関委員長)

一つの圏域ですら患者住所地ベースだけでいいか、医療機関所在地ベースでいいかというわけにいかないの、両方混在しているんだから、全県でまとめるなんていうことは無理ですよ。では奥野先生、何かございますか。

(奥野委員)

構想の骨子ということで、先ほどご説明があったと思うんですけども、その中でぜひ幾つか今後に向けて、在宅医療のことがどの程度、現実性のあるもので、どの程度のもをバージョンアップしていかなければいけないのかということもぜひお示しいただかないと、病床数だけ減らしますという話では計画としては納得のいくものにはなっていないだろうと思いました。

特に高齢化が進む中で看取りが必要になってくるわけですが、各10の圏域の中で、在宅療養支援診療所が今後、先ほど先生方のお話にあったように、高齢化でどの程度減っていくのか、逆にどの程度増やさなければいけないのか、ナースステーションについても機能強化型のナースステーションでなければ見取りそのものが、24時間体制でやっていくというようなことができる場所でなければ現実的にはできないわけですよ。

先ほど三輪先生からもあったように、月に400件以上の訪問をしていないと、診療点数が上がりずに訪問看護ステーションそのものが成立しないということもわかっているんですね。そういう中で、多分、ナースステーションそのものもいろいろな連携をさせながらやっていかない限りは、看取りそのものが現実的ではないんだろうと思います。そのようなデータがないと、納得のいくものにはなっていないということを感じましたので、できる範囲の資料をぜひとっていただくとありがたいと思います。

(関委員長)

よろしく申し上げます。ではそれについて、細谷先生、いかがですか。

(細谷委員)

在宅医療推進がここでも言われておりますけれども、実際に、医療が訪問でされない在宅では無理な患者さんがたくさんいますし、だけれども、診療報酬では見合わないからそれはできないという言葉がこの報告の中で見かけられましたけれども。その現実合うような訪問診療をどうしたらいいのかと、それからどのくらい、今、実際にされているのかということも、ぜひ実現するためには必要な資料かと思いました。

(関委員長)

よろしく申し上げます。それでは伊澤先生、何か総括的に。

(伊澤委員)

各医療圏から実際の報告をお聞きして非常に地に足のついたといいますか、それぞれの医療圏の実情がよくわかりました。それぞれの医療圏の先生方、非常にまじめにそれぞれの医療圏の生活を考え、自分のところの病院のどうのこうのということではなくて、もっと大局的な意見をずっと考えて発言していらっしゃるということはよくわかり非常に私は参考になりました。

いろいろありましたけれども、要はその地域がちゃんと存続するためにどうすればいいかということ、医療の立場からどうしたら支えられるかということを考えるのが私たちの仕事だと思います。医療過疎のところに対してどう手当をしていったらいいのかとかいったことを、しっかりとこの会議としては誠実に考えていけばいいかと思います。

あと、先ほど新専門医制度について解説があったんですが、これが果たして医師不足病院を解消する方向に向かうのか、それと逆方向に行ってしまうのかというあたりは、まだその前なん

ですが、非常に私は懸念と強い危惧を持っておりますので、そういう方向に行かないように考えていただく必要があると思っています。

(関委員長)

ありがとうございました。では大澤委員さん。

(大澤委員)

各圏域の先生方のご意見というのをいただいて、私も本当に病床数がどうのこうのじゃなくて、先生方が患者のためにいろいろな検討をくださっているというのを知ることができて、自分の圏域しかわからない中で、長野県にはいろいろな地域があってそれぞれの問題点があって、その中で本当に一生懸命考えてくれたヒアリング結果がここにあるんだなというのがすごく参考になり勉強になりました。

それを踏まえて、どこの圏域でも、医療機関所在地ベースで行くのか患者住所地ベースでいくのかと、どちらか一方しか選べないというのが現実なので、それをあえて選ばなければいけない。その数字にのっかって、あくまで参考値としてというのを本当にしっかりうたってもらった上で、なおかつどちらをベースにしてやるのがベストだという答えが全く出ないにもかかわらず、国からの方針だからということでやっていかなければいけないのであれば、どこかに必ず一筆うたっておいてほしいなというのがあります。それをしっかり書いておいてもらった上で、ここの骨子にもあるように見直しがしっかりできる、合わないから見直すということができるような構想をつくっていくようにしたいと感じました。

(関委員長)

そうですね。どこの都道府県だって、絶対一つにまとまりっこないと思いますね。それでは日野先生。

(日野委員)

最後、おっしゃったように、本当に今日、10医療圏のそれぞれの特色ということの中で、本当に長野県、地域によって全然違うなど実感をしました。

せっかくいただいた意見を骨子の中にどのように反映するのかというのが一つあるかなと思っています。究極、病床数の問題とかあるんですが、その前に、この辺の地域の課題だとか、それぞれ挙げられた意見があると思うんですが、そこをいかに反映させていくかというのが一つ課題かと思っています。医療機関所在地ベースなのか、患者住所地ベースなのかというのを本当に一つにすることができるのかというのは、それは皆さんと同じ意見であります。

それと在宅医療の問題ということでございますけれども、確か第6次医療計画の中でも在宅医療をどのように長野県で推進していくかというのは、そんなに絵柄として入っていなかったような気がしているんですけれども。この第5節の中に在宅医療等の体制整備ということを書くことになっておりますので、この辺は、我々も含め多職種も含めた中での体制整備という論点で書いていただければいいかと思っています。

(関委員長)

ありがとうございました。では最後、春日先生。

(春日委員)

もう時間も押しているようですけれども、一言、話させていただきます。

地域医療構想って何なんだというのをまず私は思いたいんですよね。先ほど来も話がありまし

たけれども、13ページの大北医療圏の4の全県における2025年の望ましい医療提供体制、まさしくこれだと思うんですね。

10医療圏を聞いていますと本当にいろいろ格差があるんです。当然なんです。そこでどのように線引きするかというのはなかなか難しいんですよ。それでいつも、再三言っているように、その指標、目標値ということでは全然これ県によっても違うし、地域によっても全然違う、そんなもの全然メルクマールにならないんですね。とにかく地域の住民が一番、平たい言葉で言うと、しあわせに健康で長く生きていくためにどう医療がかかわっていくかということが根本的なんですよね。そのときに、医療費削減が常にこちら辺にあるような気がするんですね。2%がまた延期になってくると、社会保障費が据え置きになる。そうすると、医療費もまた影響を受けるということ、非常に問題が出てくる中で、最後は、弱い者という表現は不適切ですけども、住民が割を食うような制度にしないよう考えなければいけないと思うので。

結局、機能分化で病床を減らすと。結論としては施設、それから在宅、地域で終結する医療と、終の棲家であるというのは非常にいいんですけども、では実際に受け皿があるのかどうかということをもまず検討する。三輪先生もおっしゃっていましたよね。そういう部分からという非常に、本当に数え切れない問題が山積する中でどうやってルールづくりをしていくかということで、しかも、この長野県の10医療圏の中でもすごい格差があるのをどう説明していくか、どこで線引きするかというのは非常に難しいので、これから限られた時間の中で、第6次の中にそれを収載することなので、非常に時間的にもタイトなので大変だと思いますけれども、ぜひそんなことで、いいお知恵を出し合いながら、県のほうで非常にいい形の組織づくりをぜひお願いしたいと思っています。

(関委員長)

ありがとうございました。ただいまいい意見を、委員さんからお聞きしました。非常に貴重な意見だと思いますので、それを集約してください。お願いします。

【その他】

(関委員長)

その他として県から。

(尾島医療推進課長、資料4「地域医療構想策定に係るスケジュール」について説明)

(関委員長)

どうもありがとうございました。それでは全体を通じて、これでよろしいですか。では事務局にお返しします。

【閉会】