

## 第5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11月4日（金）午後3時30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、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、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、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 本郷一博委員）

長野県 健康福祉部長 山本英紀、医療推進課長 尾島信久、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）

ご苦労様でございます。これが今日の修羅場でございますので、よろしく願いいたします。それでは次第に沿って進めてまいります。

（1）長野県地域医療構想（案）について、11月4日現在の案、それから（2）第4回策定委員会における意見と対応について、それから（3）第3回地域医療構想調整会議からの意見と対応についてということで、ご説明を伺いまして、一つ一つやっていきます。よろしく願いします。ではまとめてどうぞ。

#### （尾島医療推進課長、資料1「長野県地域医療構想（案）について」～資料3「第3回地域医療構想調整会議からの意見と対応について」説明）

主な説明内容

- 資料2の第4回策定委員会における意見とその対応（構想案への記載状況）を説明。
- 資料3の第3回地域医療構想調整会議からの意見とその対応の主なものを説明。
- 資料1-2（長野県地域医療構想案）の第5節「将来の医療提供体制を実現するための施策」、第6節「地域医療構想の推進・見直し」を説明。

（関委員長）

どうもありがとうございました。新幹線並みのスピードでしたので、わかったような、わからないような気がしますので一つずつ見ていきましょう。

まず資料1-1、長野県地域医療構想（案）ですね。これは長野県地域医療構想の総論的な総括ですね。地域医療構想策定の背景・意義、基本的事項、長野県の概況、3節は2025年度における医療需要と病床数の必要量の推計、病床数の必要量の推計値が持つ意義、国が定めた一定の仮定等により、国の人口推計や2013年度の患者の入院受療動向を基にした推計であり、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。県に稼働している病床を削減する権限もない。実際の病床の整備や機能転換は、各医療機関の自主的な取組を基本とする、そういうことですね。

そしてこの2013年度の入院患者の受療動向をもとにした推計、これはナショナルデータベース

で挙げているのは国保と後期高齢者医療ですね。では社会保険関係に対する推計はどのようにしているのかについて説明をお願いします。

(尾島医療推進課長)

資料3の3ページの下から2つ目をご覧くださいと思います。(4)そもそも修正の基としたデータは国保と後期高齢者医療のもののみで、決して全体を網羅したものではないことを考慮すれば、安易にこれをもって全体の数値の基準とし、県の修正の根拠とすべきではないという意見も伺っています。

これにつきましては、今回の地域医療構想の策定における推計では、都道府県間調整においても、圏域を越えた患者流出入の推計は国保と後期高齢者医療のデータに基づいてやっております。社保等については、国保と後期高齢者医療のデータをもとに推計しているという形になります。

(関委員長)

部長、どうですか。

(山本健康福祉部長)

課長からご説明させていただいたとおりで、データとしては、国のナショナルデータベースの被用者保険は使用しておりませんが、それは被用者保険は住所地情報がないので、ナショナルデータベースではできないという制約のものです。疾患構造や患者の受療動向、構想区域を越えている、越えていないについては、国保と同じ疾患構造だったり受療行動だという仮定で行っています。データが欠損しているというよりは、国保、後期高齢者医療のデータから類推し、穴埋めをした上で推計しているという意味で、考慮はしていると考えております。

(関委員長)

そうすると、国保と後期高齢者医療のデータ分析をした上で社保に対する推定はしてあるということですね。

その次、資料1の説明で構想区域の設定ですね。現行の二次医療圏を構想策定の単位となる構想区域に設定すると。これ最終的な構想区域の確定は次回でいいんですか。

(尾島医療推進課長)

私どもの案とすれば10圏域でやりたいと思っています。決定はこの構想案が決定したときです。

(関委員長)

今、構想区域は仮設定で来ているわけでしょ。本決定は次回でいいんだね。

(尾島医療推進課長)

そうです。次回で。

(関委員長)

そういうことでいいんですね。わかりました。

その次、将来の医療需要と病床数の必要量等の推計。推計は、現在の医療機関所在地に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」を基本とするということですね。

そして、特に「上小、木曾、大北、北信区域におけるがん医療充実の取組」及び「北信区域における医療療養病床の整備」を反映して推計するということがよろしいですか。長野県としては

医療機関所在地ベースを基本とするということでもいいわけですね。

あとはそのページ以降に、各圏域の状況がいろいろ書いてございます。2015年度の病床機能報告と比較しまして、2025年は、ベッド数が3,000ぐらいは減るんじゃないかという状況ですね。

そして、下のポツにありますように新たな施設類型対象の療養病床、これは平成29年度末で介護療養病床と看護職員配置が25：1の医療療養病床は廃止ということですね。あと、それぞれの10圏域ごとに主だったことが書いてあります。

大体、後期高齢者という75歳以上の方は平成30年から35年ごろがピークだと。だから入院患者数も大体そこら辺がピークになるんじゃないかということですね。

ということで、この資料1-1については確認なり、ご意見なり、ご質問、どうでしょう。

(上原委員)

先ほど来、被用者保険はどうかというお話をちょうだいしていると思います。

実はガイドラインができる前に、私どもの12万数千の人間を抽出して、そのデータでどのように流出が行われているかという分析をした資料がございます。

先ほど申し上げましたように、ガイドラインに基づいていないので、今までお出しするのを控えていたんですけども、それによりますと、入院レセプトに関して申し上げますと、他医療圏からの流入・流出を見ると国保とほぼ同じ動きをしております。例えば、流入でいえば、佐久、松本がよそから受け入れている医療圏になると思いますし、上小、大北、木曾、北信においては、どちらかというと流出的な傾向が高いという傾向は伺えますので、あまりナショナルデータベースとの違いはないのではないかと私は思っています。

もっと具体的な数値ということであれば、どこかの機会でお出しすることも考えたいと思います。ただ、あくまでもこれはレセプトの枚数でやっていますので、若干、数値の相違はあるかもしれません。

それから2点目ですが、これはどこかの医療圏からの指摘にもありますように、今回の推計はあくまでも参考値だという位置づけは変わらないとしても、病床の適正配置を促進するための基準である基準病床数とのダブルスタンダードになるのではないのかという気がします。そこもきちんと議論すべきだと私は思います。

ほかにも何点かあるんですが、改めて保険者協議会の意見書として提出させていただきたいと思います。以上です。

(関委員長)

保険者協議会からしっかり挙げてくださいね。

それではほかに、市長さんどうぞ。

(牛越委員)

これは前回からも課題になっているんですが、いわゆる病床数の必要量の意味ですけれども、資料1-1の概要版の中で第3節の中段下にあります、病床数の必要量の推計値が持つ意義ということで整理していただいています。2番目の丸ですが「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く、県に稼働している病床を削減する権限もない。」とあります。この「県に稼働している病床を削減する権限もない」ということの意味ですが、これ本編では19ページにあります。医療法の改正で都道府県知事の対応を規定したところですけども、この稼働しているということに私はこだわりますが、これは稼働していなければ削減する権限が与えられているのかという誤解が生じます。これ多分、稼働している、いないにかかわらず、県知事に削減の権限を与えているわけではないということですよ。とすれば、概要版に出てくる、この「稼働している」は削除したほうが誤解のおそれがないということですね。つまり本編でいえば19ペー

ジと1ページに苦心して入れていただきました、1ページの最下段、赤で修正いただいておりますが、このように県に削減の権限はないということをより明確にするために、稼働している、いないにかかわらず「県に病床を削減する権限がない」にしたらどうでしょう、提案ですが。

(関委員長)

どうですか。

(尾島医療推進課長)

地域医療構想の都道府県知事の対応というご質問だと思いますけれども、基本的に稼働しない病床への対応については、既存の医療機関が過剰な病床の機能区分に転換するような場合については、医療審議会の意見を聞いた上で、知事が要請なり、また命令なりをすることができるとなっております。

(牛越委員)

補足で意見を申し上げますと、それはまさにその下を書いてある、つまり1ページの下に「実際の病床の整備や転換機能が何々と、そして自主的な取組が基本」としているわけですから、尾島課長さんが言おうとしたことは、ここでよろしいんじゃないでしょうか。

(関委員長)

竹重先生、意見はないですか。日医でこういう話は出ていますか。

(竹重委員)

いわゆる稼働している病床というのは、全体的にいうと、病棟単位でという意見が多く出ているように思います。資料1-2の19ページに厚生労働省からの通知があって、そこに同じように稼働している病床を削減させる権限はないという書き方がしてありますので、本来は病棟単位で稼働していないときにはという意向だろうと思いますけれども、こういう表現はしょうがないかなと私は思いました。

(牛越委員)

おっしゃるとおりだと思いますが、いわゆる強権的に発動するという意味で病床削減の権限を地域医療構想の中に残しておくこと自体、私は国の意向というものが見え隠れしているように思えてしょうがないんですね、これは前回、ほかの委員さんからもご指摘がありました。

(山本健康福祉部長)

これは既に医療法に規定があるものでございます。公的医療機関等とそうでない医療機関に差があるんですけれども、公的医療機関等については、非稼働病床については都道府県知事が削減を命令することができます。公的医療機関等以外にも要請はできるという形で、強弱はあるんですけれども、非稼働病床については都道府県知事が関与できる。しかし従来から記載させていただいているように、今、稼働している、今まさに患者さんを診られているところを強制的に要請する権限がないということなので、今の原文が正確な表現になっているので、我々としてはこのままの記載としたいと思います。医療法で非稼働病床については規定があるというところでございます。

(牛越委員)

今の説明を聞きますと、要請する権限を有している。だけど削減を命ずる権限はないのですね。

(山本健康福祉部長)

削減の命令権限が公的病院に対してはございます。

(牛越委員)

公的病院ですね。

(関委員長)

公的だよな。

(牛越委員)

私ども一番心配するんですけどもね、わかりました。

(尾島医療推進課長)

医療審議会の意見を聞いた上でということ。

(関委員長)

もちろんそうですね。久保先生、何かありますか、今、市長さんがおっしゃったことについて。

(久保委員)

例えば大北とか木曾の医療圏は、患者住所地ベースで推計してほしいという意向が強く出ていますので、それをどこかにしっかりと記載してほしいと思います。

これでいきますと、多分、将来的には医療機関所在地ベースで計画されるだろうと思いますので、どこかにしっかりと記載してほしいと思っています。

(関委員長)

今のところはこの辺でいいですか、稼働していない病床は、公的は確かに知事が命令できると、よろしいですね。

では、次にいきましょう、資料1-2ですね。

長野県地域医療構想の(案)、素案から案になりました。これについては、皆さんから何かご意見なりございますか、分厚いのでいろいろあると思いますが、どうですか。

では、口火は私のほうからしてみます。まず24ページのエです。慢性期の病床数推計値の低減に関する考え方、上から3行目、「病状は安定しており退院可能な患者は医療区分1では63.7%と、国による推計方法決定の根拠となった調査と同様の傾向でした。」とあります。ただ、国の場合は、一番上にありますように、「地域医療構想では療養病床の入院患者のうち医療区分1の7割の患者は」と書いてありますね。70%は国は介護施設を含めたところに、退院という言い方で移ることが可能だと。でも県の場合63.7%であり、これを同様の傾向というのはまずい。推定は入れるべきではない。

その下に関連データという大きな囲みがありますね。平成27年度長野県療養病床入院患者等実態調査から、これ年末にやってもらいましたね。「入院患者の退院の可能性についてみると、医療区分1の患者については、「病状は安定しており退院可能」が63.7%となっています。」と書いてあります。このように、ただ事実だけ言い推定の文言は入れないほうがいい。僕も労働局の労災員をやっていますので、労働者からいつも裁判をぶつけられる。こういうところにいるとやりとりするときには、推定分は入れないことが答弁書の書き方です。

だから、上から3行目からは「病状は安定しており退院可能な患者は医療区分1は63.7%でし

た。」でいいのではないか。これでその下と整合性がとれるんですね。

その次、28ページの2014年度以降の病院の取組による医療需要推計値の修正。「①上小、木曾、大北、北信区域におけるがん医療充実の取組」がありますね。ポツの3つ目、一方で、とありますね。「がん医療は脳卒中や急性心筋梗塞などと異なり比較的時間が許す医療であることから、」とありますが、「許す」というより「相対的に緊急性が低い医療」というほうが文言としていいんじゃないですか。

先ほどの保健医療計画策定委員会の資料3の6ページに「二次医療圏のあり方に関する論点」とあります。その2に「二次医療圏と5疾病・5事業との関係」とありまして、ポツの1つ目が「緊急性の高い医療（脳卒中、急性心筋梗塞）」、ポツの2つ目が、「一方、緊急性が相対的に低い医療（がん等）」と書いてあるので、こういう言い方にしたほうが僕はいいんじゃないかと思うんですね。緊急性が相対的に低い医療、あるいは相対的に緊急性が低い医療。比較的時間が許すとか許さないとか、何か詰め腹を切らされているみたいなので、このほうがいいんじゃないかと思うんですけども、どうですか。

（尾島医療推進課長）

そのように修正させていただきます。

（関委員長）

それから、資料1-2の60ページですね。後ろから2枚目です。（3）医療従事者・介護人材の確保・養成とあります。そのア、医療従事者の現状と課題ですね。

2行目から読んでいきますと、「また人口10万人当たり看護職員の県内就業者数については保健師、助産師、看護師は全国平均より高い状況ですが」とあるんですが「准看護師は下回っています」と、入れたほうがいいんじゃないですか。

6ページを見てください。6ページのイの看護師等の就業者数の状況「2014年末現在の県内就業者数は28,041人、人口10万人当たりの就業者数では、保健師、助産師、看護師では全国より高く、准看護師で下回っています」と書いてあるので、60ページにも「准看護師では下回っています」と入れたほうがいいんじゃないですか。ですから、保健師、助産師、看護師は、全国平均より高い状況ですが、准看護師では下回っています。それから単時間勤務がどうなっているか、これ入れたほうが、准看護師さんのもいいと思うんです。どうですか。

ほかに皆様方のほうから何かございますか。

（竹重委員）

2点ほどあります。資料1-2の7ページから入院医療機関の分布状況ということで書かれているんですが。

医療圏が10あるのを、例えば7ページだと、佐久・上小・諏訪とひとくくりにしてしまっただけが出ていますけれども、これを各医療圏ごとに修正できないかということについて回答いただきたいと思います。わざわざ何で一緒にするのかということ、佐久・上小と諏訪とはまるっきり違う医療圏だと思いますので、こういう書き方がいいのかも含めて、県の回答をお願いしたいと思います。

（尾島医療推進課長）

これについては、各医療圏のものにするかどうか検討したんですけども、この絵自体が、実は昨年度、委託事業でつくってございまして、これを替えるというのは難しいという現状がございまして、構想案ではこんな形にさせていただいています。

(関委員長)

他意はないんだそうですが、いかがですか。井上先生、よろしいですか、佐久・上小と一緒にだけでも。

(井上委員)

前もそうでしたか、ほかのところは見ていなかったですから、まあ別にいいですけども。同じにするなら、南信ですから南信をまとめてくれたほうがまだましですが。

(関委員長)

では、井上先生のお許しが出たというので、これはいいですか。ほかに何かございますか、どうぞ、三輪先生。

(三輪委員)

今回、在宅医療の部分がかなり書き込まれていますけれども、56ページの一番下のウ、医療と介護の連携の部分ですけども。現状と課題のところ、「在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した患者や何らかの医療処置を必要とする患者が増えてきたことから、入院初期からの退院後の生活を見据えた退院支援や介護との連携の重要性が高まっています。」ということです。

この医療依存度の高い方々が在宅系へ移行するためには介護というよりは医療、看護が重要となってくるんじゃないかと思っています。看護の場合、医療の中に含まれる場合が多いんですけども、ここではかなり医療処置を必要とするという非常に重要な課題を言っているの、看護も含めて在宅医療の部分をきちんと書いていただきたいと思います。それから57ページのエの在宅医療等提供体制の整備のところ、初めて訪問看護ステーション数の現状が出ているんですけども、これから2025年に向けて、今後、どこまで必要になってくるのかということ推計できないものか。在宅の部分を表記するときに市町村単位である程度きちんと検討して考えていくべきだということですが、この辺は推計できないものなのではないでしょうか、その点をお伺いしたいと思います。

(尾島医療推進課長)

今回の地域医療構想で国から示されているデータを使いますと、構想案の32ページにあります在宅医療等の必要量、うち訪問診療分ということでもありますけれども、区分けとするとここが精いっぱいなんです。本当は市町村ごとにあればいいんですけども、そこまで行かないというのが現状でございますので、推計とすれば、これで2025年度の推計値が出ているという形です。それとは別に、では今後どうするかという話は検討課題とは思っております。

(関委員長)

医療は県が主体になっているけれども、介護保険は市町村が主体でやれとなっているんですけども、在宅医療について市町村単位で出すことはなかなか難しい。

(尾島医療推進課長)

地域医療構想上は国から示されているデータでは市町村単位は難しいです。

(三輪委員)

そうすると、在宅医療に関して市町村単位ではわからないのですか。

(尾島医療推進課長)

引き続き調整会議等でどんな数字が出せるのかも含めて、今後検討させていただくということかと思えます。今の段階では、私どものほうでは手元に数字はないということです。

(関委員長)

宮坂先生、何かコメントありませんか。

(宮坂委員)

各地域ごとも必要ではあると思うんですが、現状ではこれでひとまず出して、先ほど県も言っていました。今後、進めていく時にそこら辺の細かいものを出していただければいいんじゃないかと思えます。ひとまず、今回は訪問看護ステーションを含めて出していただいたのはよかったと思っています。

(関委員長)

保健医療計画もこれから第7次をやるので、そちらで課題としてお願いしていきますね、これはいいですか。

ほかは何かございませんか。竹重先生、さっき残っていたのを。

(竹重委員)

今回、資料1-2は前回の意見についての対応をきちんと書いていただけてありがたく思っています。赤字で抜いてありますけれども、わかりやすくなっていると思います。

実際の構想案をつくるときに、赤字は消して黒字になると思うんですけれども、強調していただきたい部分は、29ページを見ていただきますと、少し太字になっていて、しかも赤囲みがしてあるんです。先ほどの病床削減のことであるとか、そういう部分について、こういうような書き方をとっていただきたいと思ってお願いします。

例えば1ページの下赤い、病床数必要量推計値の意義というところは今のような太字にしたいと思っていますし、20ページの病床機能報告制度の病床区分の違いについて赤字にしたいと思っていますけれども、ここはぜひ太字にしたいと思っています。

あと24ページ、先ほど委員長からも出ましたけれども、エの考え方についてはぜひ強調していただきたいと思っています。

あと細かくは見えていませんが、赤字のところ重要だと思われるところは、少しポイントを置いた書き方にしたいと思っていますのでよろしくお願いします。

(関委員長)

そうですね、せっかくこれだけよくまとめていただいたんだから、肝心なところを強調するように黒字で太くて、あと枠は赤にするか黒にするか、いろいろあると思います。検討してください。せっかくのデータですから、よろしくお願いします。

(上原委員)

よろしいですか、そもそも論のところをお伺いしたいんですけれども。

今、竹重先生がご指摘いただいた20ページですけれども、病床機能報告制度と推計値算出の基準とは定義が異なるということですが、そうすると、ここの議論というのは何だったのかなというところにまた立ち返らざるを得ないんです。

我々保険者は、見える化するということで、地域医療構想が一步進歩したなと思ったんですけれども、見える化されるものがダブルスタンダードであれば、患者側が何をもって、現状の医療提供体制とあるべき姿のギャップを判断するのか、そこのところが極めて曖昧な話になるのでは

ないかと私は考えるんですが、いかがですか。

(尾島医療推進課長)

今回の地域医療構想につきましては、2025年という長い目で見てどういう体制がいいのか自主的に皆さんで考えましょうということで、この数字を参考にしながらこれから地域の体制がどうなっていけばいいのかということ、その出発点として、この構想があるものと思っています。

(関委員長)

これはそもそも国の発想だよね。国がどういうことをやっていくのか、そういうことのもとに現実のほうが行くので、そこら辺が非常に難しいと思うんです。部長から何か。

(山本健康福祉部長)

今、単純に比較することはできませんと言いましたが、では全く比較することはできないかという、そうではないと考えております。地域医療構想は将来の医療需要を見越して取り組んでいただくために、要するに医療提供体制の整備や維持には多大な労力、コストがかかりますので、そこを関係者で共有するためにやっています。区分ごと、定量的な高度急性期や急性期も明確な定義がなかったという、さまざまな課題があるので、運用上、これは都道府県としても困る面があるので、国にも改善を求めていると思います。トータルの病床数やそれぞれの区分、急性期の比率等々については、方向性としては示しているということなので、完璧な比較はできないんですけれども、大きいトレンドとしては見てとれるのではないかと考えています。

(関委員長)

ありがとうございました。上原さん言われるとおり国の基本はどこにあるのか、それですね。

(竹重委員)

この前も上原さんとはそういう議論があったんですけども、今の病床機能報告制度自身が、私も病院の報告をしますが、必ずしもこの21ページの点数のように病棟がそういう区分の中に入っているわけではなくて、混在している中で病院長がここは急性期であろうという報告を出していますので、そういう部分をぜひ捉えておいていただきたいと思います。私も大事なことだと思いますが、次の段階では必ず病床機能報告を参考にしている施策をしろとなりますから、病床機能報告がそれほど確かなものではないということは、理解しながら計画していただかなければと思います。

全体の傾向は21ページの表のようなことでしょうけれども、実態的には違うということは理解しながらという思いがあります。

(関委員長)

ありがとうございました。ほかに何かございますか。

(細谷委員)

61ページの丸の2つ目、訪問看護師の確保・資質向上を図るため、訪問看護師専門研修を実施しますと、これはとてもありがたいんですが、現在実施されていますが、現状としては忙しくて出られない状況、いわゆるマンパワーが少なく出られない現状があります。

それを鑑みますと、ここのところ、「実施し、研修参加支援体制を整備します」とか「研修に参加できるように支援します」とか、そこら辺の文言を追加していただければありがたいです。

(関委員長)  
どうですか。

(尾島医療推進課長)  
そちらについては検討をさせていただきます。

(関委員長)  
よろしいですか。ほかに、では伊澤先生。

(伊澤委員)  
細かいことですが、資料1-2の13ページの左の真下に、回復期機能の流出入の矢印がありますが、これを見ますと上小から佐久に回復期の患者さんが流入する矢印になっているんですが、逆ではないかなと思うんです。これはこの形でいいですか。

(関委員長)  
回復期が上小から佐久へ行くと、患者の流れで。

(伊澤委員)  
最初からずっとこの矢印で来たものですから、これでよろしいんですか。

(山本健康福祉部長)  
これは国の推計方法の問題点が出ている面もあると思っています。診療報酬点数で切りますので、がんや脳卒中で行かれた方が一定の点数の方は回復期と整理されているので、回復期リハ病棟に入っていない方も点数上で整理されているので、こういう形で見えてしまっているものと理解をしております。

(伊澤委員)  
これで間違いではないということですね、わかりました。

(関委員長)  
この矢印はそのままでもいいんですね。なるほど。

(尾島医療推進課長)  
急性期で行った方がそのまま回復期に残っているという形になっています。

(関委員長)  
それでは、ほかに春日先生。

(春日委員)  
歯科で発言させていただきます。第5節の58ページの(イ) 歯科の主な取組ということで記載してございますけれども、非常にいい表現になっています。ここに記載してあります在宅歯科医療連携室というのはハードの取組と訪問歯科診療に関する相談を行っています。

それから後半の部分、在宅歯科医療を実施している歯科医院との橋渡しについてですが、橋渡しを一層推進していくためには県内1箇所の連携室では困難なため、各圏域等でもその体制整備が必要と考えます。

(関委員長)

では日野先生、どうですか、薬剤師会から。

(日野委員)

58ページの真ん中部分、文言についてはないんですが、施策の方向性の中ですべての薬局が在宅での対応を含む「かかりつけ薬局」になるように推進するという形で、「すべての」ということで県の施策として記載されたということはすごく重要だと思っております。

(関委員長)

それでは、そのほかにどなたかございますか。唐木村長さん。

(唐木委員)

構想自体には別段ありませんけれども、在宅医療、在宅介護だとか、これは市町村が主体ですから、現状でも本当に大変です。地域包括ケア体制をどう実現していくのか、今、悩んでおるところであります。できるだけ構想に沿うようにしていかなければいけないと思っておりますけれども、小規模自治体は本当に厳しいというのが実態でありますので、その実態だけはおわかりをいただければと思います。

(関委員長)

村長さんのところは特に範囲が広くて、山は高いし谷は深いという地理的なものもありますしね。

(唐木委員)

私のところは比較的ましなところですが、ただ新しい住民の皆さんが多いものですから、なかなか協力体制というのが難しい面があります。

(関委員長)

ありがとうございました。それではよろしいですか、大きな山場を一つ越えましたね。その次に行きましょう。

## (2) 第4回策定委員会における意見と対応について

(関委員長)

では次は資料2ですね。これは今回1枚の表裏でまとめていただいたんですけども、これをご覧になりましていかがでしょうか。

裏の2ページの真ん中より少し下で、将来の医療提供体制を実現するための施策（在宅医療等の体制整備）、この一番下ですね。「人生の最終段階における医療（ターミナルケアや看取り）に関する国民的な議論が必要である。」と、私、申し上げましたので、ここでは「人生の最終段階における医療（終末期医療）や看取りのあり方等について、医師会や医療機関等が行う県民への普及啓発の取組を支援することについて記載しました。」とありますので、私どももこれをやっていきたいと思っております。竹重総務、覚えておいてくれる。言い出しておいて何もやらなかったというのでは怒られますから。こういうのは医師会がやるべき本来の姿であろうと思っておりますので、取組を始めさせていただきたいと思っております。

これはよろしいですか。そうですね。(2)はそういうことで。

### (3) 第3回地域医療構想調整会議からの意見と対応について

(関委員長)

その次は、先ほど圏域でまとめていただきましたが、資料3にまいりましょう。これについてはいかがですか。

では、私から少しお聞きしていきますが、3ページです。先ほど尾島課長の説明がテンポよく行かれたので、私の能力を超える範囲でありまして、もう一度、教えていただきたいんですが。

(2)に、考慮しなければならない疾患が数多くあるにもかかわらず、「がん医療」だけ構想区域間に修正を加え、各構想区域の必要病床数推計値の総枠を決めることに賛成できないとあるんです。これについてのご説明をもう一度お願いします。

(尾島医療推進課長)

この修正につきましては、昨年度、各医療機関の皆様にもどのような変化があるかというのを調査をさせていただきました。その中で、ここにも書いてありますように、病床が新しくできるなど、制度的、構造的にこれから続いていくものについて将来に向けて反映していったらどうかと私ども考えております。そういうものががん医療ということでございます。今回は、地域がん診療病院の指定など、制度的にこれから続いていくものが、今後ある程度、診療機能の充実が図られるものであり、将来にわたって患者流出入に影響を与える可能性があるという仮定をさせていただきます。これについてのご説明をもう一度お願いします。

(関委員長)

まあ確かにがんは日本人の死亡のトップですからね。一番、今こういうふうメインで挙がってくるのは問題ないということでいいですか。では、次にいきますか。

(3)がん医療にしても、がんの種類や関連各科の連携体制、がん診療拠点病院との関係等は何ら検討されていない中で、がん診療病院の指定もしくは将来の指定の可能性のみをもって将来の患者流出入の変化を定量化できるとは考えられず、修正値の根拠とは言いがたいんじゃないかと、これに対してどうですか。

(尾島医療推進課長)

どこまで拾うかということで私どもも大変悩んだところでございます。私ども今回、先ほどの繰り返しになってしまっただけで申しわけないんですけども、調査した中で、制度的なもの、これから続くものということが地域がん診療病院の指定でございますので、これについて今回、可能性があるかと仮定して修正をさせていただくということで追記をさせていただきました。

(関委員長)

がん診療拠点病院とまではいなくても、最近がん診療病院に指定していただいたんですが、これからは可能性があるとは思いますが、がんもある一定のところに100%集中しろというわけにはいかないです。それぞれの圏域である程度のところまでのがんの治療をする必要があると思うんですね。それ以上のレベルのときには高度医療は集める必要があると思うんですけども、一般的な治療までは地域でやる必要はあると思うんですけどもね。

(尾島医療推進課長)

地域がん診療病院に指定されますと医師の確保、看護師の指定の基準みたいなものもございまして、補助もございまして、どこまでと言われても苦しいところですけども、何らかの影響が生まれると今回は仮定をしまして、推計をさせていただいたということでございます。

(関委員長)

ある程度の診療のレベルのところまでは地域でやる必要がありますね。これはこの辺でいいですか。

(4) はいいですね。先ほどありましたので。

(5) 医療療養病床の整備のみ配慮し、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟等の整備は患者流出入への影響がないので配慮せずとの説明は無理があると、これはどうですか。

(尾島医療推進課長)

今回、地域医療構想では、圏域の間でやりとりがあるかどうかという点を重視して考えさせていただきました。

回復期リハ病棟ですとか地域包括ケア病棟につきましては圏域の中で、急性期から回復期への移行であろうということ、これも仮定なものですから、そういう仮定で今回は影響はないものとさせていただいたところです。

(関委員長)

圏域間ではなくて圏域内ということですね。

(尾島医療推進課長)

圏域内での移動じゃないかということで、追記をさせていただきました。

(関委員長)

それでは、そのほかに委員の皆様、何かございますか。各、調整会議の皆さん苦勞して、また事務局の皆さんにもまとめていただいたんですが、保健所の皆さんにお願いしてまとめていただいているんですけども。

(唐木委員)

地域の調整会議がしっかりと地域の実情というものをよく反映して、計画としてこうだというのはいいんですけども、このやりとりというのは、ここで終わってしまうわけですか、これもう一回地域へ返すとか、そういうことは考えていないんですか。

(尾島医療推進課長)

最後の資料4のスケジュールのところでご説明しようと思ったんですけども、今回、この構想策定委員会の後に、構想案としてパブコメ等もとろうと思っています。そのときにも、策定委員の皆さんにも送りたいと思っていますし、調整会議からもご意見があれば再度お寄せいただいた上で、2月に構想案の実質的な決定としたいと思っています。

(唐木委員)

もう一回、そういう場面があるということによろしいわけですね。

(尾島医療推進課長)

はい、調整会議を開くのか、文書で情報を提供するのかというのは構想区域の中で違うとは思いますが、何らかの形でご意見は伺える形にしたいと思っています。

(関委員長)

吉岡先生、どうぞ。

(吉岡委員)

いろいろなご意見を拝聴いたしました。私の理解に間違いがあればご指摘いただきたいんですけども、2025年に向けた社会保障と税の一体改革の中で、平成26年に地域医療介護総合確保推進法が制定され、その中で地域医療構想をつくることと病床機能報告制度が制定されたわけです。

ずっと議論してきて、なかなかよくまとめていただいていると思いますけれども、地域医療構想というのは医療提供体制の変革なわけですね。その中で医療資源投入量で高度急性期と急性期と回復期、慢性期に分けたんですね。ですがこの分類は現実的にはこういうふうに分けがたいところがあって、それが先ほど来、お話しされている地域医療構想の病床機能と、病床機能報告制度が違うんじゃないかという要因にもつながってくるわけです。例えば特定入院料をとるところが高度急性期というように想定されていますけれども、実際の患者さんの流れはそういうわけにいかないんですよね。ここは高度急性期病棟、ここは急性期病棟、回復期病棟というようには絶対いかないの、将来的に次の地域医療構想が策定されるときには、ぜひこの考え方をもっと洗練されたものにしていただくということが大前提ではないかと感じています。

どの時期に見直すのかわかりませんが、平成30年度には診療報酬改定と介護報酬改定があり、それでまた大きな変化がありますので、その辺、もっと洗練された整理をしていかないと、ずっと議論が噛み合わないと思いますので、一言だけ言わせていただきました。

(関委員長)

そうですね、もっと明確な区分けがないといけないですね。ありがとうございます。

それでは山田先生いかがですか、大学の立場から。

(山田委員)

資料2の在宅医療等の体制整備で、歯科医師、歯科衛生士のことを書いていただいております、構想案の61ページで、歯科衛生士について教育の充実が図れるようにということを書いていただいております。

実際、歯科衛生士は不足してしまっていて、その原因として、若いときにやって、それでやめてもうしないとか、そんな状況で、衛生学校があるところはわりと多いんですが、そうじゃないところは少なかったりして、こういう教育も大事ですが、やめた人もいるので、復帰しやすい状況といますか、配置のこともまた、いろいろ今後考えていただけるといいんじゃないかと思いました。

(関委員長)

ありがとうございました。竹前先生、どうですか。

(竹前委員)

本当によくまとめられていると思います。

私、気になっていたのは、超少子高齢化ということですが、同時に2025年とか30年というのが、だんだん死ぬ数が増えていくんですね、多死社会になっていくことになるわけですが。それについてどういうふうやっていくのかと。これはこのこととは全然関係ないんですが、多死社会に対して、要するに家で看取りをするというようなこととか、家とか在宅で看取りというようなことだったら、多死社会というものを担っていくんだということもほしいなど。したがって、在宅のほうも必要だろうなというふうにも、逆に医師会の人もそう言うておりますので、そういうことが必要なのかなということを思いました。

それからもう一つ、亡くなるということに関して、がんの場合の急性期はもちろんいいんです

が、ターミナル、あるいは緩和ケアというのは一体どこの病棟でやるのかなど。ここでは全然出てこないわけですし、それから死因の2番目、心筋梗塞、心疾患に関しては急性期のところがかたがつくと思うんですが、3番目と言われる高齢者の肺炎は一体どこの病棟で診るのか、あるいは在宅で診るのか、その辺のところははっきりしないなという感じは持っています。

(関委員長)

ありがとうございます。井上先生、今日はめずらしく黙っていらっしゃいますね。

(井上委員)

いえいえそんなことはないですよ。先ほども出てきたんですけれども、地域医療構想は二次医療圏での医療を中心とした考え方で、地域包括ケアは基本的には中学校区を中心とした市町村を中心とした考えですね。

国は基本的にこれで医療費をとということもあってやっているんですけれども、基本的には我々は共産主義国家ではありませんから自由診療の中でやっているんですから、先ほどの意見での強制力というのはそんなに強く出されても、日本の医療をしていく上では不利だと考えています。ただ、地域包括ケアは特に郡部の市長村、県境だとか、そういう市町村にとっては非常に問題があって、大きいところにいろいろな機能を集約するというのはどこだってできるんですよ、放っておいても。ただ、これからどうなっていくかというのは、郡部の人口が減少していくところで、そこで住み続けなければいけない人たちがいるわけで、その支援をどうしていくかと。これは地域包括ケアを市町村がやろうとするときに必ず出てくる問題で、そのときの支援がないとどうにもならないと。この圏域ごとの推計とは別に、そういう市町村の支援をどうするかというのは、県が積極的に取り組んでいただかなければいけないところだと。

その部分をきちんとつくって、中央にある大病院にはそういう義務というんですか、周辺を応援してこそ、その病院の存在意義があるというぐらいのことをしていただかないといけないのかなと思っております。

(関委員長)

もう井上先生の根っからの持論でありますよね、よろしくお願いします。  
それでは奥野先生、大学のほうからよろしくお願いします。

(奥野委員)

今日の医療構想そのものと、それから多分、続き物になっていくと思うんですが、保健医療計画の策定とがぜひ別々のものにならないように。ここで示されているものが保健医療計画でどのように分担され、最終ゴールとしてのこの構想とつながっていくのかというところをぜひお示しいただき、ワーキンググループの活動に入っていけるとありがたいと思うんです。

(関委員長)

そうですね、ありがとうございます。地域医療構想に続いて保健医療計画がスムーズに実務的にも動いてもらわなければ困るので、非常に貴重な基本的流れのご意見だと思います、ありがとうございました。

それでは、保谷委員さん、お願いします。

(保谷委員)

いつも難しい話で、うまく話に入っていけなくて、これは何かお医者さんたちのすごく難しい話なんだなということで、わからないところばかりですが。

ただ、地域医療構想というのは少子高齢化が進展する中でみんなが安心して暮らせるようにと書いてあるんですが、2025年、私も75歳になりますが、本当に高齢化高齢化とすることだけが、少子化のほうはどこでどんなふうに話をされていくのかなど。今度私たちを支えてくれるのはこれから生まれてくる人たちが支えてくれると思うので、両方バランスよく話をしていかないと、高齢化の話だけだと何かうまくいかないのかなという思いがしていました。

(関委員長)

そうですね。年寄りのほうばかりみんな向いているものですから、若い人のほうにいかねばいけないので、ありがとうございました。

それでは、あと大澤委員さん。

(大澤委員)

私も、なかなか難しいお話でわからないところがいっぱい、ご意見をしっかりまとめてくださっていると思うんですけども、どこまで理解できるのか自分の中でもわからないまま話を聞かせていただいています。実際にでき上がった案を見ていく中で、保谷さんおっしゃったように、私は心臓病の子どもを守る会の小児のほうの関係の立場が強いので、これ見ていると高齢者だけじゃなくて慢性疾患なども医療に関しては同じようなものを抱えて、これから大人になっていかなければいけないんだろうなというのを感じました。

今、保谷さんおっしゃったように、疾患を持った子どもたちも大きくなっていく中で、今度、年をとっていく私たちを支える立場になっていくので、そういった子たちも、障がいの程度は個人差が大きいの、社会に出て働いて支えていく立場になる子もいるので、そういう子をどのように支えていくとか、61ページのところに県民の役割というのがあるんですけども、病院の勤務医が大変だとか、かかりつけ医を持ちなさいというのは病院に行くたびに書かれているので、それはすごく理解しているんですけども、実際に地元で、ではどんなかかりつけ医がいるんでしょうというのを先生に相談すると、専門医の先生たちもご存じなかったりするので専門の医療機関に頼らざるを得ない状況です。

かかりつけ医を持ちなさいということをやっているのであれば、疾患を持っている子でも診ていただける内科医であったり、また歯科医であったりというのわかるように、県でしっかりホームページなりで記載をしていただけるようなこともしてほしいというのを感じました。

(関委員長)

そうですね、ありがとうございました。

そうしますと、資料3は10圏域の調整会議からいろいろ出ておりますので、調整しながら事務局でまとめていただいたんですが、これでこの辺はよろしいですか。

(出席者一同)

異議なしの声あり

(関委員長)

はい、(4)のほうはそんなところだということだそうであります。

**【その他】**

(関委員長)

ではその他について事務局からご説明をお願いします。

(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」を説明)

(関委員長)

今日の会議でいろいろ出た点も考慮して、また私たち委員のほうにフィードバックしてもらえるんですね。

(尾島医療推進課長)

パブリックコメントにあわせて、後日、送付させていただきたいと思います。そこでご意見を返していただければ、次の構想案のときに反映させていただければありがたいと思っています。

(関委員長)

まとめたものをまたもう一度、委員の皆様方に提示してください。お願いします。

(尾島医療推進課長)

今日のご意見の内容につきましては、また委員長さんにご相談をさせていただきまして、県の案としてまとめていきたいと思っています。

(関委員長)

パブリックコメントはいつごろやりますか。

(尾島医療推進課長)

パブリックコメントは12月中旬ごろからを考えております。それまでに今日の意見を反映させていただきます。

(関委員長)

そういうことだそうですので、また委員の皆様方におかれましては、これを検討いただきまして、またよろしく願いいたします。

それでは、今日のところはこんな辺でよろしいですか。ありがとうございます。では事務局にお返しします。

**【閉 会】**