

長野県地域医療構想（案）に係る意見募集の実施結果について

長野県健康福祉部医療推進課

【募集状況】

- 意見募集期間 平成 28 年 12 月 14 日～平成 29 年 1 月 12 日（30 日間）
- 意見募集内容 「長野県地域医療構想（案）」に対する意見
- 意見提出状況 25 件（9 個人・団体）

項 目	意 見 の 内 容	県 の 考 え 方	構 想 案 ペ ー ジ
はじめに	<p>1 ページの「地域医療構想により・・・地域の医療提供体制が見える化され・・・行政や医療提供者による取組により・・・安定的に医療サービスが受けられるようになることが期待されます。」「重要な事は・・・地域の病床機能が収れんされていくというアプローチです。」との記述をまとめると、地域医療構想により、地域の医療提供体制が見える化され、その結果、地域の病床機能が収れんされていくというアプローチが進むと解釈できます。</p> <p>2025 年度の 4 つの機能区分ごとの病床数の必要量が、現状と比較して削減された数値として示されるのであれば、この病床数になったと仮定したときに必要となる在宅医療等の提供体制の整備に向けた協議が進まなければ、安定的に医療サービスが受けられるようになるとは期待できません。</p>	<p>病床数の必要量の推計値は、病床の削減目標ではなく将来の医療提供体制を考えていくための参考値であり、実際には、構想案の 24 ページに記載したように、将来の医療需要を見据えつつ、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病院のベッド以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して検討していく必要があります。</p> <p>その上で、医療機関の自主的な病床整備に関する取組により、地域の医療需要に応じた病床数に収れんされていくことになると考えます。</p>	1
	<p>法令上は県に稼働病床については削減の権限がないとされており、構想案にもその旨記載されている。しかし、非稼働病床については、公的病院（県立病院、自治体病院、日赤、厚生連など）に対して削減命令ができ、民間病院に対しても要請することができる。また、機能分化に向けて公的病院へ指示、民間病院へは要請することができるなど、県知事の権限は法令上強化されている。</p> <p>長野県では公的医療機関の比率が高く、各医療圏において地域医療の中心的役割を果たしている公的病院が優先的に病床削減の対象とされる形であり県民に不安感を与える。長野県としては病床削減の命令、指示、要請等は行わないことを宣言し、地域住民のために必要病床を確保する姿勢を強く打ち出すべきである。</p>	<p>1 ページや 19 ページ等に重ねて記載しているとおり、病床数の必要量の推計値は、病床の削減目標ではなく参考値であり、構想策定後は医療関係者等が推計値の意義についてご理解いただいた上で、地域の医療資源や、在宅医療や介護施設の状況、国の療養病床の見直し等を考慮しながら、それぞれの地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、関係者が自主的な取組を進めていくことにより、医療需要に応じた病床数に収れんされていくものと考えており、県は医療機関の取組等に対して、地域医療介護総合確保基金等を活用して必要な支援をしてまいります。</p>	1 19 29

項 目	意 見 の 内 容	県の考え方	構想案 ページ
第1節 地域医療構想の基本的事項	2ページの地域医療構想の位置づけの2つ目の○に、「在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策等について定める」とありますが、今回の地域医療構想（案）の中に地域ごとに在宅医療の目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策が提示されておらず、活発な意見交換が出来ていないように思っています。	地域医療構想は現行の第6次保健医療計画（平成25～29年度）の一部として追記するものであり、在宅医療の目標等については、平成30年度からの第7次保健医療計画の策定における圏域連携会議等の場で、地域の実情を踏まえ協議・検討していくものと考えています。	2
第3節 医療需要と病床数の必要量等の推計	長野県全体では2040年までは2013年のレベル以上の入院医療需要があると予測されているが、地域医療構想（案）では、約1割の病床削減を目標値とする結論になっている。国の算定基準に基づく計算から得られた参考値であるとの但し書きがあるが、将来の入院需給バランスからかけ離れた説明のつかない結論により医療現場に混乱を持ち込むようなことは慎むべきと思う。少なくとも、2040年までは現在の病床規模を維持するという地域医療構想にすべき。	地域医療構想で定める2025年度の医療需要や病床数の必要量の推計方法については、療養病床の入院患者のうち、医学的に退院可能であるとする患者の一定数を、自宅や介護施設等に対応すると仮定するなど、基本的に国の法令・通知に基づいた推計方法を用いることとされています。 このため、構想案には推計値が病床の削減目標であるといった誤解を与えないよう、推計値の持つ意義について、 ・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こと。 ・推計値が県の病床削減目標といった性格を持たないこと。 を明記したところです。	19
	2025年の医療需要と病床数の必要量の推計方法については、県の策定委員会でも推計方法に関する疑問が多数上がっていたが、国が示している推計値は2013年度のレセプトデータに基づき、入院受療率を人口推計に当てはめただけの机上の空論といえる。 現状でも病床不足や費用など諸事情により入院が必要な患者すべてが入院できているわけではない。こうした前提に立った推計では地域住民にとって必要十分な医療が提供できないこととなる。 また、医療機能を4区分としそれぞれの推計値も同時に示しているが、この数値についても、医師確保の問題を含めて地域の現状とは乖離している。 地域医療構想の本質は全国一律の計算式で2025年の病床数を推	医療法により地域医療構想では2025年度の医療需要や病床数の必要量を定めることとなっており、その推計方法については、療養病床の入院患者のうち、医学的に退院可能であるとする患者の一定数を、自宅や介護施設等に対応すると仮定するなど、基本的に国の法令・通知に基づいた推計方法を用いることとされています。 このため、構想案には推計値が病床の削減目標であるといった誤解を与えないよう、推計値の持つ意義について、 ・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こと。	19

	<p>計し、推計値に収斂させることにより都道府県ごとの医療費適正化（抑制）を推進することである。</p> <p>長野県の構想（案）では、推計値は「一定の仮定に基づく推計」で「参考値」であることを随所で強調しているが、1に掲げたように数値の信頼性に乏しいものを参考値とはいえ記載する必要はない。こうした数値は誤った施策の指標となりかねない。</p>	<p>・推計値が県の病床削減目標といった性格は持たないこと。</p> <p>を明記したところです。</p>	
	<p>療養病床は、医療区分1の患者の約7割が退院可能と試算して病床目標値を試算している。しかし、長野県が行った療養病床入院患者のアンケートでは、医療区分1の患者であっても家庭の介護力等の理由により約6割の患者が退院できないという結果である。受け皿となる家庭の介護力の低下等により受け入れの前提条件が崩れている中で、実現の可能性のない療養病床削減の目標値を示すことは矛盾している。</p> <p>また、全国最下位レベルの療養病床をさらに少なくする推計結果は、地域で療養病床の入院が必要な住民の受療権をさらに奪うことになる。</p>	<p>地域医療構想における将来の医療需要等の推計は、国の法令通知に基づき推計することとされています。</p> <p>現実には24ページに記載のとおり、医学的には退院可能でも実際の退院は容易ではないことから、病床の削減については、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要な旨を記載しています。</p>	24
	<p>在宅を含む医療及び介護体制の整備や、医療従事者の確保がなされないうちに、先行して病床を削減しないことが重要です。高齢者が安心して地域で生活していくためには、医療・介護体制の充実が不可欠です。</p>	<p>ご意見の趣旨は24ページに「病床の削減については、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要です。」と記載しています。</p>	24
	<p>療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%は在宅医療等とした点についてその根拠はなく、十分な受け皿の整備無しに病床削減のための機械的な試算といえる。</p> <p>在宅で療養できる環境整備、医療や介護の診療報酬上の評価の充実など具体的な施策が示されないままに在宅への移行をすすめることは非常に危険である。</p>	<p>24ページに県独自に実態調査した結果を示したうえで、「病床の削減については、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要です。」との考えを記載しています。</p>	24
	<p>地域医療構想（案）の中では療養病床を居住施設に転換させる方針が述べられているが、施設建設・改修の減価償却が終わらない前に、収入が下がり現在の職員を退職させるような制度への誘導は、民間の医療機関の経営のイロハを知らない乱暴な机上の案であると思う。もう少し長い期間で制度変更を図るべき。</p>	<p>療養病床については、国の療養病床の在り方等に関する検討会や社会保障審議会の特別部会における議論の状況を記載したものです。</p> <p>今後は、介護療養病床については社会保障審議会介護給付費分科会、医療療養病床については中央社会保険医療協議会で議論されるため、その動向を注視してまいります。</p>	26

項 目	意 見 の 内 容	県の考え方	構想案 ページ
(在宅医療等の必要量の推計)	<p>病床が削減されれば、患者は当然在宅医療へ移行することになるにもかかわらず、在宅医療の受け入れ体制についての将来必要量予測値は、結果として削減目標とされる病床数を下回る必要予測値が出されている。</p> <p>地域医療構想(案)では訪問診療の必要量も低く見積もられているが、高齢者世帯、独居高齢者の増加により、訪問診療の必要量はもっと多くなると思われ、もっと現状に沿って詳しく厳密な調査を行い、安易に訪問診療供給体制の希望的な予測は行わないようにすべき。</p> <p>療養病床を削減することで、介護入所施設で医療処置が必要な入居者が確実に増える。介護入居施設で胃瘻患者・在宅酸素治療・気道吸引が必要な患者の受け入れが、どのようなことにより可能になるかを、介護入居施設を対象にした調査を行い、改善策を検討すべき。</p> <p>訪問診療や訪問看護があっても、家庭の介護力がない限り自宅療養はできないため、自宅療養に欠かせない家庭の介護力をもう一步進めて調査を行う必要がある。高齢者世帯、独居高齢者、日中独居・高齢者世帯等の実数を把握する必要がある。</p>	<p>病床数の必要量の推計値は、病床の削減目標ではなく参考値であり、実際には、将来の医療需要を見据えつつ、在宅医療等が充実する中で、医療機関の自主的な病床整備に関する取組により、地域の医療需要に応じた病床数に収れんされていくことになると考えています。</p> <p>このため、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病院のベッド以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を、将来の必要病床数と合わせて考えていく必要があると考えます。</p> <p>県としては、28年度に「高齢者の生活介護実態調査」により、在宅の要介護者の生活介護の実態や介護サービス事業者の医療的ケアへの対応状況などを調査しているところであり、こうしたデータを踏まえつつ、第7次保健医療計画や次期高齢者プランを検討する中で、在宅医療の整備などに関する医療機関や市町村等の取組への支援策について検討してまいります。</p>	32
第4節 構想 区域ごとの概況	<p>上伊那地域の2025年度の病床数の必要量等の推計値について「高度急性期119床、急性期432床、回復期381床、慢性期221床」として、介護施設等を含む在宅医療等へ2015年度の稼働病床よりも33床も減らす推計となっています。</p> <p>県は「削減を県が押しつける」ものではないとしていますが、国の算定指標は全国一律のものであり、全国的に医療費が増えているために、病床を削減するために目標として、国が各都道府県に推計値を作らせるものです。</p> <p>しかし、長野県の状況は、医師不足により、すでにある病床も稼働できないところが沢山あります。特に上伊那地域では医師不足が深刻であること等から、推計値は最低でも「高度急性期119床、急性期519床、回復期450床、慢性期240床の合計1,328床」とするべきです。</p>	<p>地域医療構想で定める2025年度の医療需要や病床数の必要量の推計方法については、療養病床の入院患者のうち、医学的に退院可能であるとする患者の一定数を、自宅や介護施設等で対応すると仮定するなど、基本的に国の法令・通知に基づいた推計方法を用いることとされています。</p> <p>このため、構想案には推計値が病床の削減目標であるといった誤解を与えないよう、推計値の持つ意義について、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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こと。 ・推計値が県の病床削減目標といった性格は持たないこと。 <p>を明記したところです。</p>	41

	<p>44 ページの患者の流出入の状況のとおり木曽地域の回復期リハビリ患者の多くは遠距離地域に頼っています。今後、医療と介護が切れ目ない連携を取りやすいよう、地域内のリハビリ機能を量的、内容的に増やして頂くか、近隣地区に木曽地域用の病床を用意して頂きたい。</p>	<p>地域医療構想における将来の医療需要や病床数の推計値はあくまで参考値であり、個々の構想区域における医療提供体制については、地域医療構想調整会議等で地域の実情を踏まえ協議・検討していくものと考えています。</p>	44
	<p>木曽構想区域の2025年度の病床数必要量の推計について、2015年度の木曽郡唯一の有床病院である長野県立木曽病院の許可病床数259床、稼働病床数186床を、2025年度には病床数の必要量等推計値が138床まで引き下がっていることにたいへんな不安を感じている。</p> <p>少なくとも2025年度推計値としては、現状の186床の長野県立木曽病院の機能維持をお願いするほか、下記の5点を県民意見として提出する。</p> <p>1 木曽郡の状況</p> <p>木曽郡の面積は香川県の8割余りで県下の中でもとても広い地域である。(1546.26km²)南北に走る木曽川に沿って国道19号線、JR中央西線が走り、木曽福島地区を中心として町村が散在し、訪問医療では1日2か所しか行けない山間地もある。しかし、信州と名古屋、関西を結ぶ要路を確保している面もある。冬季に厳しい寒さを迎える地域でもあり、人口28,000人余で少子高齢、過疎化が進んでいる。</p> <p>2 医師数の増加を</p> <p>木曽郡の医師数は県下でも格段に少なく、実数34人で10万人当たり117.2人、比率で見ると県平均の54%、松本圏域の33%であり、全国平均の50%となっている。各町村の在宅医も減り、医師の高齢化も進んでいる。唯一の県立木曽病院でも常勤医が減っている。医師の増員は住民の悲願でもあり、現在木曽で活躍している医師の苦勞を減少でき、在宅の医療にとってもプラスになると考える。</p> <p>3 木曽郡唯一の有床病院で53年の歴史のある木曽病院の充実を</p> <p>地域医療の要である木曽郡唯一の木曽病院の充実は、木曽地域住民の医療に対する悲願である。</p> <p>日本遺産に代表される観光地としての木曽の魅力を更に上げる。古来より信州の南玄関口である木曽地域の発展がひいては長</p>	<p>地域医療構想における将来の医療需要や病床数の推計値はあくまで参考値であり、個々の構想区域における医療提供体制については、地域医療構想調整会議等で地域の実情を踏まえ協議・検討していくものと考えています。</p> <p>また、県では、医師確保を重要な課題であると認識しており、木曽地域の医師確保については、今後もドクターバンク事業による医師の紹介や信州大学等の関係者に支援を求めるなど、医師の確保に努めるとともに、現在策定を進めている平成30年度からの第7次保健医療計画を策定する中で、さらに具体的な施策を検討してまいります。併せて、木曽病院が木曽地域唯一の病院としての役割を果たすため、今後も必要な支援を行なってまいります。</p>	44 45

項 目	意 見 の 内 容	県の考え方	構想案 ページ
第4節 構想 区域ごとの概 況	<p>野県の発展に繋がると考える。そのためにも、木曽病院を魅力ある病院としたい。</p> <p>現在、木曽南部の住民は岐阜県、坂下病院へ通う人が多い。ところが坂下病院の存続が設置自治体で検討されている。木曽郡南部の住民も少し遠距離だが、来たくなるような木曽病院であってほしい。</p> <p>今後、様々な方向を考えると、郡民にとって木曽病院は魅力ある病院としたい。循環器、脳神経外科等々の再開はもちろん耳鼻科等々の常勤の医師の存在は病院を魅力あるものにする。来院者も増加して魅力ある病院となると考える。</p> <p>4 医療従事者にとって魅力ある、働き甲斐のある病院を</p> <p>家族を見舞って帰る夜、看護師さんの詰所で、一面に張られたたくさんのレントゲンの説明を受けたり、意見や質問する医療者の姿を見て、生きいきと学ぶ姿に感動したものだ。</p> <p>医療に携わる人たちは探究心、向上心に満ち、和やかに連携することが必要だと考える。木曽病院だからこそ学べることも多いのではないだろうか。医療の従事者にとって、魅力があり、働くことに充実感を持てる病院であってほしい。それが患者にとっても魅力ある病院であるはずだと考えている。</p> <p>地域住民も信州木曽看護専門学校の支援や、明るい病院とするための努力を続けていきたい。</p> <p>5 交通の利便性向上を</p> <p>現在も木曽郡各地から木曽病院へのバスや福祉タクシーは出ているが、さらに増便や、遠距離の場合は特急のようなバスを工夫して走らせることで、木曽北部、木曽南部、山間部からの木曽病院通院の時間短縮や交通の便をよくして、今まで以上に木曽病院が木曽の中心となり、木曽の医療の充実を図ることができると考える。</p> <p>安心して住める地域には、医療の充実が必須である。</p>		

<p>第5節 将来の医療提供体制を実現するための施策 (病床機能の分化・連携)</p>	<p>24 ページの「病床の削減については、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要です。」との記述について、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行させるためには、圏域内における在宅医療等の提供体制の協議を進めることが必要になります。そして、在宅医療等の提供体制の協議は、地域医療構想に示されている在宅医療等の必要量（対象患者数）の推計だけでは情報不足であり、「平成 27 年度長野県療養病床入院患者等実態調査」に示されている「在宅での受け入れが困難とされる理由」のように、圏域内での「在宅での受け入れ可否」の状況分析がなければできません。</p> <p>従って、地域医療構想では、圏域内での「在宅での受け入れ可否」の状況分析の方法論にも触れて、在宅医療等の提供体制の協議が進むように促すべきです。</p>	<p>在宅医療等の状況分析については、平成 27 年度に、医療機関等に対して「長野県における在宅医療提供状況等に関する調査」を行っており、また、28 年度に「高齢者の生活介護実態調査」により、在宅の要介護者の生活介護の実態や介護サービス事業者の医療的ケアへの対応状況などを調査しているところです。</p> <p>こうしたデータの地域への提供については、構想案 55 ページに「医療機関の自主的な取組の検討に資するため、病床機能報告やDPCデータ等を活用して地域の現状を分析し、地域医療構想調整会議等を通じて提供する方策を検討します。」と記載したところです。</p>	55
	<p>32 ページに「それぞれの地域にあった在宅医療等の提供体制を目指すことが重要です。」と記述され、31 ページの図にも在宅医療等の説明として「現実には、在宅医療や介護施設等の充実の状況、国の療養病床の見直しなどを考慮し、地域の関係者が自主的な取組を検討していく部分です。」と記述されていますが、在宅医療等の提供体制は削減された病床数を下支えする最も重要な医療と介護のサービス提供体制であり、十分な状況分析をして体制整備に臨まなければ、将来の医療提供体制全体に歪みが生じかねません。</p> <p>従って、地域の自主的な取組が望まれるのは当然としても、取組が遅れないような配慮が、地域医療構想には盛り込まれるべきです。</p>	<p>在宅医療等の状況分析については、平成 27 年度に、医療機関等に対して「長野県における在宅医療提供状況等に関する調査」を行っており、また、28 年度に「高齢者の生活介護実態調査」により、在宅の要介護者の生活介護の実態や介護サービス事業者の医療的ケアへの対応状況などを調査しているところです。</p> <p>こうしたデータの地域への提供や取組が遅れないような配慮については、構想案 55 ページに「医療機関の自主的な取組の検討に資するため、病床機能報告やDPCデータ等を活用して地域の現状を分析し、地域医療構想調整会議等を通じて提供する方策を検討します。」、「地域で不足する病床機能への転換及び必要な設備等の充実強化に向け、地域医療介護総合確保基金を活用し積極的に支援します。」と記載したところです。</p>	55
<p>(在宅医療等の体制整備)</p>	<p>国の提唱する地域包括ケアの内容は、今まで利用できていた介護保険サービスの利用を制限する施策です。</p> <p>病床削減により介護施設や在宅療養に押し出される患者の受け皿となる介護サービス供給体制を同時に後退させることは、まったく矛盾した逆の施策であり、地域の状況をさらに悪化させることとなります。</p> <p>このような制度の後退が起こらないよう、県としても独自に国へ意見することを希望します。</p>	<p>国に対し、介護保険制度が安定的に運営されるよう、国の責任での財政措置や必要な制度改正を要望しております。</p>	56

項 目	意 見 の 内 容	県の考え方	構想案 ページ
(在宅医療等の体制整備)	<p>開業医も含めた病院等からの往診や介護施設の充実など、より身近な医療や介護の体制整備を人材確保と並行して行うべきです。</p>	<p>より身近な医療や介護の体制整備について、57 ページに「可能な限り、住み慣れた地域で療養生活が送れるよう、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、在宅療養患者の症状が急変した時の対応、人生の最終段階（終末期）の看取りまで、医療機関や地域包括支援センター等、医療従事者と介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制の構築を目指します。」と記載し、また、介護施設の充実については、56 ページに「介護保険施設のほか多様な種類の高齢者向け住まいについて、中長期的な将来の利用見込みに配慮しながら整備を進めます。」と記載しています。</p>	56 57
	<p>地域包括ケア体制の構築には、入退院時の情報を共有するため、現在進行中の入退院時連携ルールの早期策定と、確実な実施が必要です。特にケアマネジャーが退院時の病院情報を詳細に把握し、家族と地域医療者の橋渡しをすることが重要です。</p>	<p>ご意見の内容は、57 ページのウ 医療と介護との連携の主な取組に「二次医療圏ごとに設置した、病院、診療所、介護、市町村等関係者による協議の場を活用し、入退院時の情報共有の仕組みの策定・運用や在宅医療・介護連携の相談支援体制の整備などを進めます。」と記載しています。</p>	57
	<p>在宅療養の要となる訪問看護ステーションを強化する方針が書かれているが、人口が少なく面積の広い山間部では、看護師の人員費と事業所を維持するだけの在宅療養患者が集中していないため、実際には経営は成り立たない。飯田下伊那地域では、南部の阿南町を中心として訪問看護体制を維持することが困難に直面している。</p> <p>現在の介護報酬・診療報酬では行政からの財政的な支援がなければ周辺山間部の訪問看護の体制を構築できないため、何らかの行政の財政的支援対策が必要。</p>	<p>中山間地域では、介護保険サービスの利用者が少なく、かつ、点在しているなど、介護サービスを安定して提供することが困難な場合があることは承知しています。</p> <p>介護報酬では、中山間地域へのサービス提供に対する加算が設けられていますが、そうした厳しい地域の状況を踏まえ、中山間地域への支援策を国へ提案するためのモデル事業の実施を検討しています。</p>	57 58

	<p>56 ページの ア 地域包括ケア体制の構築の施策の方向性として「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を目指す。」とある様に、過疎地や中山間地域に定期的に鍼灸師が巡回サポートをし、介護予防運動の実施やセルフメディケーションとしての鍼灸の施術、つぼを応用した肩こり、腰痛、膝痛など高齢者の3大症状を軽減させる事により、健康で活力ある自立した健康老人を増やす事を目的とし、これにより医療費の削減も可能。</p> <p>57 ページの エ 在宅医療等提供体制の整備の (ア) の施策の方向性の中に何故我々鍼師、灸師、按摩マッサージ指圧師が入っていないのか甚だ疑問。</p>	<p>ご意見にあるとおり、56 ページの ア 地域包括ケア体制の構築の施策の方向性については、鍼師、灸師、按摩マッサージ指圧師、柔道整復師等も含め、様々な専門職の参加により高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を目指すことを記載しているところでは、</p> <p>ご指摘のエ (ア) の施策の方向性の2つ目の○に記載した「医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、介護支援専門員等」については、一人の患者に複数の専門職が連携して治療やケアに当たる「チーム医療」に関して、主に在宅医療・介護の場面における専門職の連携の事例を挙げたものですので、ご理解ください。</p>	58
	<p>58 ページに「公益社団法人長野県看護協会と連携し、訪問看護に携わる看護職の確保、訪問看護事業所の運営等に関する体制強化への支援、訪問看護に関する専門研修を実施します。」との記述があり、また、61 ページに「在宅医療の中で大きな役割を果たす訪問看護師の確保・資質向上を図るため、訪問看護師専門研修に参加しやすい環境を整えます。」とも記述されています。</p> <p>訪問看護人材の確保は、特にへき地や郡部では克服が困難な課題です。長野県看護協会は当圏域で「訪問看護ステーションさくら」を運営していますが、当協会さえ、平成28年に、へき地における訪問看護事業の経営困難を理由として「さくら」の事業規模の縮小を決定しました。この際に当協会は、事前に事業対象地の自治体や医療機関並びに医師会、保健福祉事務所とも協議をせずに、このような決定を下したことは、地域医療構想に名称が乗る団体としては関係機関に対する配慮を欠いていると言わざるを得ません。しかしながら本事例は、へき地における訪問看護事業の経営困難は避け難いことであることの証左と理解できます。従って、へき地での訪問看護人材の確保は、研修に参加しやすい環境を整える程度では全く不十分であり、県の補助事業の対象になるような取り組みを地域医療構想に盛り込んで頂きたい。</p>	<p>中山間地域では、介護保険サービスの利用者が少なく、かつ、点在しているなど、介護サービスを安定して提供することが困難な場合があることは承知しています。</p> <p>介護報酬では、中山間地域へのサービス提供に対する加算が設けられていますが、そうした厳しい地域の状況を踏まえ、中山間地域への支援策を国へ提案するためのモデル事業の実施を検討しています。</p> <p>また、引き続き、第7次保健医療計画や次期高齢者プランを検討する中で、訪問看護人材の確保に向けた施策を検討してまいります。</p>	58 61
	<p>58 ページの (イ) 歯科の施策の方向性にある在宅療養患者がサービスを適切に受けられる環境の整備を促進するには、在宅診療に係る機器整備のための補助事業の大幅な拡充と100%近い補助率の拡大が必要。</p>	<p>在宅歯科医療機器整備に関する補助事業については、歯科を含めた(在宅)医療機器整備事業全体として調整しており、また補助率についても一律としているため、毎年度の予算編成時に事業の必要性などについて検討してまいります。</p>	58

項 目	意 見 の 内 容	県の考え方	構想案 ページ
(医療従事者・介護人材の確保・養成)	<p>医療従事者のIターン・Uターン確保に於いて、都市部のような生活インフラもなく、受け皿となる施設、地域の選択幅は少なく、整備も整っていない状況では、マッチングが上手くいかないのではないのでしょうか。</p> <p>特に木曾地域は医療従事者が足りないようにみえます。受け皿にも対策が必要ではないのでしょうか。</p>	<p>県内の医師不足を解消するため、Uターン・Iターンを希望する県外医師等の求職と病院の求人に対応する長野県ドクターバンクを平成19年に設置し、医師の無料職業紹介を実施しています。ドクターバンクでは、求職医師の県内医療機関での就業に向け、個々の希望に応じたコーディネート業務のほか、病院、市町村等とも連携して、住まいやお子さんの就学等の相談にも応じる等きめ細かな対応に努めてまいりました。併せて生活インフラだけでなく、地域の文化や食などの魅力も含めて発信することにより、これまで106名の医師の就業についてお手伝いしてまいりました。</p> <p>なお、地域医療構想は医療計画に追記するものであり、生活インフラなどの整備については記載しておりません。</p>	60
	<p>身近な地域でより安心な医療が提供されるためには、在宅医療を提供する病院や診療所における医療従事者の確保が喫緊の課題です。医師をはじめとして、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士などより幅の広い人材の確保に優先的に取り組むべきです。</p>	<p>医療従事者の確保については、全県的に取り組むべき課題であると認識しており、構想案の60ページから61ページにかけて医師や看護師等医療従事者の確保・養成に関する施策の方向性を記載したところです。</p> <p>県としては、引き続き第6次保健医療計画に基づく医療従事者の確保・養成に取り組むとともに、現在策定を進めている平成30年度からの第7次保健医療計画を策定する中で、具体的な施策を検討してまいります。</p>	60 61
その他	<p>地域の医療従事者や地域住民への理解と同意のないままにまず本構想が決定し、その後医療機関の自主的な取り組みを促すというのは本末転倒である。</p> <p>地域の医療提供体制を考える上では、今回の国の推計値ではなく、長野県の医療実態に即したデータ収集と分析を行った上で、県民、関係団体への情報提供と意見集約が必要である。</p>	<p>地域医療構想については、国の策定ガイドラインに定められた2013年度の長野県のレセプトデータ等に基づき、医療審議会地域医療構想策定委員会や全ての構想区域（二次医療圏）に設置した地域医療構想調整会議等で様々なご意見をいただきながら策定作業を進めてきたところであり、医療関係者や住民等からのご意見を反映する手順を経ているものと考えています。</p>	—