

## 令和元年度 長野県地域医療構想調整会議

期 日 令和2年3月24日（火）

午後3時～5時

場 所 長野保健福祉事務所3階 会議室

### 1 開 会

### 2 あいさつ

### 3 会議事項

#### （1）地域医療構想の進捗状況及び今後の進め方について

（関会長）

それでは、今日は第1部として、地域医療構想の県レベルの調整会議を進めてまいりたいと思います。

会議事項が2つございます。まず1番の地域医療構想の進捗状況及び今後の進め方について、資料1に沿って、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

（医療推進課）

資料説明

（関会長）

どうもありがとうございました。今日は調整会議ということですので、せっかくの機会でございますので、各地域で調整会議の会長として御苦労いただきました先生方から、御苦労の内容をお聞かせいただきたいと思います。

まず3ページですね、取組状況がございます。これによっていきたいと思いますが、まず佐久医療圏ですね、坂口先生、何かまとめめのご発言いただけますか。

（坂口委員）

佐久医療圏におきます調整会議、数回、決められた範囲でやりましたが、佐久医療圏につきましても、やはり病棟の再編構築ということについて、3病院の名前が昨年上がってきたところですけども、このことにつきましても、今後また、調整会議の中でどういった方向で進めるかという段階です。あくまでも地域の実情に沿った、この医療の提供体制ができればいいのではないかと、いずれ佐久保健福祉事務所のほうと連携といたしますか、中では、この3病院を中心といたしましてこの調整を、さらにどういった方向で進めるかということを検討していきたいと、このように現段階ではなっております。

ですので、今、説明を受けました7ページのところの、公立・公的医療機関などの再検証を受けた今後の進め方ということですね、これに沿って進めていきたいというふうに思っております。以上でございます。

（関会長）

ありがとうございました。御苦労様でございます。

それでは、今回、一番大きな動きがありますのはやっぱり上小のほうになりますので、上小

の医療圏で、池田先生、お願いいたします。

(池田委員)

資料の、参考資料2というのがあります、それをごらんいただきたいと思いますが、基準病床数制度の特例を活用する、鹿教湯三才山リハビリテーションセンターの再編計画につきまして、平成30年9月の調整会議において、病院側から検討状況の中期報告をいただき、その後、継続して協議を行ってまいりました。

鹿教湯三才山リハセンターでは、病院施設の老朽化、ライフラインや公共交通機関の減退などの課題があり、三才山病院を廃止して鹿教湯病院へ機能の移設統合整備を進めるという計画であります。

鹿教湯三才山リハセンター、2病院の再編計画につきましては、許可病床数は178床の減床となります。病床の主なもの慢性期の医療療養病床のほか、介護療養病床、回復期リハ病床で、一方、県内全域からの重症障がい者を受けいれている指定療養介護のため、障がい者施設は増床となっております。昨年10月に開催した調整会議におきまして、鹿教湯・三才山リハセンター、2病院の再編計画に異論はなく、合意に至ったところでございます。説明は以上でございます。

(関会長)

ありがとうございました。大まかな説明はこの資料の4ページにあるということで。

(池田委員)

4ページにも書いてありますように、それを参考にいただければと思います。

(関会長)

今、三才山病院は昔は鹿教湯病院ですね、医師会立でやっていたんですが、厚生連に買い取っていただいて、それからこういう長い年月を経たわけでありましてけれども、どうもいろいろありがとうございます。

そうしますと、この三才山病院は大分時間が経っているので、三才山病院は一応、病院としての機能は撤廃し、237床をゼロにすると。そして今度は鹿教湯病院のほうは416床だけれども、そこに59床あったという、そういうことで475床とすると、こういうことのダウンサイジングで、合計マイナス178床でやると、こういうことですね。

こちら辺、我々長野県では今年、今回、一番大きな問題はこの問題になるかと思えますし、またこの後も医療審議会で最終的にとりまとめまして、厚生労働省のほうへ上げたいと思っております。御苦労さまでございました。

それではその次、諏訪医療圏ですね、小松先生、お願いいたします。

(小松委員)

諏訪医療圏のほうでは、今、さまざまなことについて、事前に調整会議で定員がいるだけでなく、本音を基本的に話し合うことが必要だということで、医師会長として委員の先生方にたびたび集まっていただいて、さまざまな話し合いを行いながらやっています。

その中でやはり、諏訪共立病院のほうに今回、少し病床を増やしたいという話がありまして、地域としてもその必要性を認めてバックアップしてやっていこうじゃないかというようなことで、今回、そういうような結論を出してお願いしているところでございます。

また、そして諏訪の医療というのは病院ごとに、なかなか、ばんからなところがありますので、その辺を調整しながら、諏訪赤十字病院を中心とした急性期医療というものを、さらに充

実していくためにどうしていったらいいかということも、話し合いながら行っているというところで、現在コロナの対策についても、そういうふうにして医師会長、そして院長たちが集まって実質的な話し合いをしながら、医療圏としての必要な医療圏を担保していこうということで話し合いをしております。以上です。

(関会長)

ありがとうございました。それでは次に、上伊那の医療圏、前澤先生お願いいたします。

(前澤委員)

上伊那の前澤でございます。調整会議の中では、今まで病床数ということに重点を置いて議論を重ねてきたものだと思いますけれども、昨今、この上伊那というのは非常に医師数が足りない、上伊那は少数区域にも指定されていることがありまして、病床数にとらわれることなく、そこに住まわれている地域の住民の方たちにどのように医療を提供できるかということ、現状とともに医療と介護、その辺の連携も含めて考えていきたいというふうに思っております。

その中で、ここにもお示ししてありますけれども、昨年12月から伊那市において、モバイルの医療の実証実験がスタートしております。これは民間の会社と企業と伊那市が提供しまして、地域の中で、過疎地域ですね、そういうようなところに、移動の診察車を派遣して、そこで遠隔医療をしようということ、今、始めております。

その成果というのが担当から追々出てくるとは思いますけれども、そういうことで、すぐに医師が増えるというわけではございませんので、このような遠隔医療の体制をしっかり築いていきたいというふうに考えております。

また、昭和伊南総合病院に関しましては老朽化が進んでおりまして、平成30年からあり方検討委員会というのをやっておりまして、地域において何が必要かということ、医師会並びに民間、いろいろな立場の方々からお話をいただいて、今、検討しているというところでございます。以上です。

(関会長)

ありがとうございました、御苦勞さまでございました。

飯伊の市瀬先生は今日ご欠席ですね、それから木曾の奥原先生もご欠席、それから松本の杉山先生もご欠席ということで、次に大北の横沢先生、お願いします。

(横沢委員)

大北の横沢です。当地区ですけれども、市立大町病院が経営状態の中でベッド数を199床、76床減らしたものですから、県のほうが希望している、この地区のベッド数というのはほぼ同じぐらいのレベルになっているのは事実であります。

ただ、その大町病院のほうですけれども、ベッド数が減った分、ベッドが足りないということではなくて、これは、大町病院の先生方が本当に頑張って、ベットをやりくりしてくれている結果だというふうに思っておりますけれども、一応、そういう状況です。

それで、今、問題になっているのは何かというと、実は大町病院に二人いた産科の先生の一人がいなくなったものですから、一人の先生で産科を診なければいけないという状況で、これをとにかくどうにかしなければいけないと、それからもう一つは、小児科なんですけれども、小児科は二人の常勤医がいたんですけれども、この一人が辞めて、新しく信大から一人の先生に来てもらったんですけれども、その先生が家の都合で時間外は受けられませんというような状況です。そんなものですから、そのときにはどうしようかということで、こども病院のほうと連携を取って、だめな場合にはこども病院に送るような体制を今、つくっているところであ

ります。

それで、うちの地区には2つの総合病院がありまして、実はこの2つの総合病院の院長がすごく仲がいいものですから、両病院で協力し合えないかと、それで経営母体が全然違いますから、なかなかそんな中で病院間で協力し合うということは難しいと思うんですけども、うまく話が進んでいまして、この科はうちのほう大変だから、手伝ってくれないというような話まで、今、進んでいるところであります。今年中にはその成果が出るんじゃないかなというふうに思っていますので、皆さん楽しみにしてください。以上です。

(関会長)

御苦労さまでございます。

それでは、その次に長野医療圏ですか、会長さんが今日はお休みですね、ここの所長さんがいらっしゃいますので、所長さん、お願いします。

(小松保健福祉事務所所長)

宮沢委員が都合で欠席なので、長野保健福祉事務所の所長をしております小松ですけども、代わって簡単に説明させていただきたいと思います。

3ページのところに、项目的には2項目ありますが、その前に、県のほうの報告でもありましたけれども、公立、公的病院の再編関係につきまして、やはりここに書かれているような9項目以外でも、やはり地域での貢献があるということも考慮してほしいという意見が出されています。

また、ある委員からの意見で、この地域はある程度の機能分化は進んできているところではないかなということ、それも含めてさせていただきたいというふうに思いました。

それから2番目の項目を先に説明いたしますけれども、基準病床数制度の特例として、有床診療所2施設、前回と今回とあります。その設置の要望がありました。1施設、ちょっと都合で休止ということになりますけれども、それからもう1点、ここには書いていないんですが、休床している病床を再開したいという意見がございました。それぞれ了承されたということになります。

また、その3ページの項目に、今日は和田委員長、出席されておりますけれども、長野赤十字病院の建て替え計画の説明もされ、その中にダウンサイジングを考慮した計画にしていきたいというお話が出ましたので、今後は建て替えと、そしてほかの病院の病床の変更等、これから議論していくことになるかと思えます。以上でございます。

(関会長)

ありがとうございました。それでは最後になりますが、北信の鈴木会長さん、お願いします。

(鈴木会長)

北信医療圏の鈴木でございます。当医療圏は、昨年この会で報告させていただいたんですが、総合病院といたしましては北信総合病院ですね、それと飯山赤十字病院、2つございます。その中で規模としても体制としても、北信総合病院を中核的な病院ということで捉えて協議を進めているところでございます。

当地域としても、この2つの医療機関におきまして病床のダウンサイジングを、体制を移さないレベルで図っていくということで、ずっと協議を進めてきております。大分、当初よりもダウンサイジングの方向で進んでいるんですが、ただ、与えられました推計値からみれば、まだはるかに、特に急性期ですね、病床はかなりオーバーしているという現状でございます。

それで、昨年9月の再検証の件でございますが、当医療圏では飯山赤十字病院が再検証の対

象となりました。このことで、1月にありました北信医療圏の地域医療構想会議で、大分、飯山市さんのほうからいただいたんですが、病院の設置は医療の根幹であって、そもそもこれは地方自治の問題であって、厚生労働省管轄ではないだろうという強い意見といますか、反発をいただいているところがございます。

私としましては、ぜひとも北信医療圏という単位で、そういう視野を持ってこの事案を捉えていただきたいということで進めておるんですが、なかなか住民感情もございまして、そのところで難渋をしております。

ということで、実はこの今回のコロナ騒動がなかったら、2月の初めから自治体サイドの方を抜きにして、両病院の院長と私と、それから保健福祉事務所長という、クローズドの会をつくって、医療サイドだけでなく、今回、腹を割って話を進めたいということで会を立ち上げました。ところが現状、コロナ騒動で止まっております、何としてでも、何とか4月中には遅くともこの会を持って話を進めたいなというふうに考えているところであります。

当地区では、会議を進めていくにあたって、難しいのは、我々のような医療者サイドと、それから自治体サイド、要するに住民目線のところですね、かなり感覚の乖離があるんだなということを感じます。

ということで、こういった話を進めていく中でぜひとも、広く言えば国民ということになるんでしょうが、要するに医療関係者じゃない一般の住民の方々への理解とか、正しい情報提供を、今回のコロナのことにしても、かなり情報提供がまずかったんじゃないかという面が多々あったんじゃないかと、私は思うんですけれども、そういうことを含めて考えていかないと、誰のための改正かわからないというような気もちよっといたしておるところでございます。

それからもう一つだけ、今の進捗状況の話なんですが、当医療圏は、もう皆さんご存知のとおり、大変小さな医療圏でございますので、そんなに贅沢なことは言えないのはもう重々承知の上です。資料の6ページに、今回、再検証の対象となった診療領域、幾つか挙げられておりますが、これ、みんなもちろん大事な領域だと思うんですね。がんに関しても、心筋梗塞に関しても、ただ、地域の医療を守るという、医療を地域のインフラとして考えたときには、もっとも私、重要なのは救急医療じゃないかなと思うんです。二次救急まではやっぱりその地域で、持続的に安定して供給できる体制を守らなければいけないと思っております。

ということで、当医療圏の調整会議におきましてもまずは最大の命題、もしくは最低の命題として、救急に関することだけはきちんとできる体制をしていくと、そうすれば、地域住民の納得不満足は、ある程度いただけるのではないかという意見がございましたし、私もそのように考えて進めていきたいなというふうに考えているところでございます。以上です。

(関会長)

ありがとうございました。医療サイドの側と、本当に行政といますか、首長さん方とは、ちょっとずれがあるということですね。

それでは、今日、いらしていただいている、町村会の社会環境部長の軽井沢町長の藤巻さん、藤巻先生、どうですか、何かご意見をお願いします。

(藤巻委員)

すみません、ちょっと私、初めてのことでですから、また、お聞かせいただいて、よろしくお願いします。

(関会長)

なかなか飯山の市長さんとは、ちょっと袖が合わない点が私どももありますので、私も中野ですので、同じところですからよく感じておりますので、またよろしくお願いします。

それでは、一通りお聞きさせていただきました。その上で、今日のためにわざわざ、おいでいただいております地域医療構想アドバイザーの先生方の4名に、それこそアドバイスをいただきたいと思えます。まず相澤先生から。

(相澤地域医療構想アドバイザー)

まず基本的な概念として、日本の医療は、経済が非常に豊かだったときに分散化をずっとして医療を支えてきました。こんなに住民の近くに病院がたくさんあるという国は、私はほかにはないと、日本だけの特徴ではないかなと思っています。それがこの皆保険制度と相まって、日本のすばらしい医療を築いてきたことは間違いありません。

ところが経済が、ご存知のようにもう成長が期待できないという中で、やはりこの分散化した病院、分散化した医療というのを支えきれなくなってきてしまった。ではどうするのかといったときに、この分散化したという、すばらしいこの日本の医療を、どこまで守るのかということが極めて大事なことではないかという具合に思えます。

特に長野県においては人口密度が薄く、そしてかなりこう、地域が山等で区切られながら分散しているという、こういう地域においてどうしていくのかというのは、おそらく長野県という県独自の問題ではないかなという具合に思えます。

ですから、日本全体を平均で考えたものに、そのまま従う必要は私はないだろうという具合に思えます。が、一方で、このままの体制でいったら、長野県は非常に保険財政等、非常に厳しい状況になってくるということも間違いはない事実であります。

では、どこまでなら集約化、集中化をし、どこまでだったらこの分散化した医療を守っていくのか、というところを決めなければいけなくて、それにやはりデータというのが今、重要になってきているんですが、残念ながら厚生労働省の出しているデータは、まったく役に立ちません。そのデータをもとに物事を考えたら間違った方向に行く、これはもう間違いのないことではないかなというふうに思っております。

このデータをやはりきちんと整えるということが、先ほどお話があった住民の人にわかっていただく、こういうデータでこの地域はやっていけても、将来はこうなっていくんです、では皆さん、本当に知恵を絞って考えましょうということをしなければいけないのではないかなという具合に思えます。

その中には、残念ながら大変厳しい、大変つらい思いをしなければいけないこともあるでしょう。しかし、それを乗り越えなければいけないというのが、やはり日本の現状ではないかなというふうに思うところでございます。

そしてもう一つは、この医療提供体制と医師を中心とする医療者の数、あるいは配置というものは極めて密接に関係します。この医療提供体制をどうするかによって、その必要とする医療に携わる人々も変わってくるわけですので、これからおそらく医療者、あるいは医師の確保をどうしていくのか、大きな問題になってくると思いますが、その点も全く分離して考えることができないというふうに思えます。

もう一つ、これは厚生労働省が言っていない、私、今、ちょっといろいろな政府の人にこうお願いをしているんですが、今ですね、もう一方で、もうこれは県もご存知だと思いますが、総務省を中心に、もう人口増加モデルでつくってきた日本の地方自治の在り方というには見直さなければいけないということが言われているわけです。これはもう、人口が減っていく中で、このままではありえないということを、先ほど、もう一つのステークホルダーであった、地方自治体の皆様方にもよく理解をしていただかないといけないということがあります。

これは、総務省が言うにはバックキャストिंगに課題を整理して、過去からの延長線上で対応策を議論するのではなく、将来の危機とその危機を克服するためにどうするのかということ、きちんと地方自治の面でも考えていかなければいけない。その地方自治のこれまでの延

長線上ではだめだという中に、子育てだとか教育に加えて、医療だとか介護というのも入っているわけです、当然。ですから、これは全く切り離して考えることができなくて、これは一体的に議論をやはりしていかなければいけないだろうという具合に思います。

ですから、県でいったら、医療、福祉のそういう絡みでなくて、課を超えてやはりチームを組んでやっていかないと、今、抱えている問題は解決ができない、私はそう思っております、ぜひそういう、日本にどうだ、ということを示すような、ぜひ長野県モデルを作っていただきたいということを、私は心からお願いをしたいという具合に思います。以上です。

(関会長)

どうも貴重な御提言、ありがとうございました。では、井上先生。

(井上地域医療構想アドバイザー)

私のほうは、小さい病院のほうから見ていうところもあるんですけども、長野県の中においても、諏訪というところはちょっと他のところと比べて、ある意味では医療的には非常に充実したところであるというふうに思います。

そのところの違いが、3市2町1村のうちの原村を除いた全てのところにある程度の基幹病院があって、それが二次救急から始まって、一応、その地域の中学校のような機能を持っていると、そしてそれぞれが基本的に経済的にもどうにか成り立った形をしているという状況がかなりあります。ただこれが先生が言われた、相澤先生のお話からつなぎますと、分散化した医療というものをいかに守るかということになるわけですけども、やはり医療者と住民とのギャップというのは、やっぱりその生活圏における住んでいる人たちがどういう医療、最低限の医療を求めているかと、やっぱり小学校はくれないと困るだろう、あるところには中学校までほしいと、ある範囲だと高校一つぐらいほしいというのがあります。

これはそれぞれの地域によってちょっと違うかもしれませんが、基本的にはそういう考えがあるわけですから、それと同時に、そのそれぞれの生活圏、行政圏なり生活圏における最低限補償しないといけない医療、そして先ほど北信の先生が言われたように、いわゆる二次救急、救急の問題というものは、その中で最低限完結させないといけない、そういうものをどういうふうに確保していくのかというようなことが重要になってくると思います。

その上に、諏訪の場合は、地域医療人材拠点病院が日赤と中央病院という2つがありまして、そういうところとの連携のもとに、基本的には高度医療、一般的な二次救急のトリアージをるところから始まって、日常的な診療をるところと、それから救急のところの高度医療をるところ、それよりも超高度な医療は、そうしたら諏訪と松本なり、諏訪と東京なりの間でどういうふうにつないでいくかというふうな形でつくっていくということが、非常に大事なんじゃないかなと。

まず長野県全体ということもありますけれども、諏訪の中でそういう体制がきちんとでき得ることが、他へのモデルにもなり得るのではないかというような感じをしています。

何よりも大事なことはやはり地域住民、そこに住んでいる人たちがそこに住みながら、どういう過不足のない安心できるような医療提供体制、時間的なことも含めて、アクセスの時間も含めて、それがどういうふうに構築されているかということが非常に大事で、そのためには、いわゆる先ほどいわれた分散化された医療を守り得るものは守って、守れないものについては、どういう支援を周りからいただくかということ、考えて進めていくということが大事なのではないかと、そういうふうに思っております。

(関会長)

ありがとうございました。では、竹重先生。

(竹重地域医療構想アドバイザー)

お願いいたします。まず再検証の424病院がでましたが、再編であるとか、統合であるとか、ダウンサイジングとかという、マスコミ的な言葉に非常にとらわれて、過敏になっているように思います。要点は各病院の機能分化と連携ということが主眼ですので、このダウンサイジング、再編という言葉にとらわれないようなことがまず大事ではないかなというふうに思います。

それから2040年には長野県はかなりの人口減になりますので、人口減の中で、効率より医療機関同士の連携・協調を視点にして、今後、考えていかなければいけないなというふうに思っております。

全国のいろいろな情報を聞きますと、例の類似近接の部分のことで、病院間の院長同士が、犬猿の仲になって、話もしないような関係もできてしまったりするようですので、先ほど大北の横沢先生がとても仲良く玄関で言っているというようなお話もありましたが、本音の中で腹を割って仲良く、協調した話し合いをしていかないと、地域医療が守れないんじゃないかなというふうに思っています。

それから、再編の再検証の部分につきまして、今年の9月までにという厚生労働省の発表がありました、それは訂正されて延期になりましたので、少し長いスパンを持って話し合いをしていただきたいと思います。

最初に資料1の8ページに、今後の進め方がありますが、今までどうしても地域医療の調整会議の全体会議という部分がメインでやられてきましたが、長野県でも個別の課題について、関係者が集まるという共有の場をつくっていただきましたので、ぜひそれを利用していただいて、先ほどの北信医療圏の鈴木議長さんの発言もありましたが、関係者によって、ぜひ本音で情報共有や交換の場をつくっていただきたいというふうに思います。

その中には首長さんを配慮していただくというようなことも必要なんじゃないかなというふうに個人的には思っておりますので、お願いしたいと思います。

それから、ちょっと私なりに資料の中で、付録についておりますが、データで提供した資料をちょっとご覧いただきたいと思います。SCRという部分です。

これは日本医師会でもいろいろな部分でやっておりますが、こういう指標があるということを知りまして、長野県でまとめてくれないかということでもまとめていただきました。資料を説明します。

2ページ目をめくっていただきまして、点線で囲んである部分ですけれども、これはナショナルデータベースを活用した、地域差の指標を見える化したものだとということでございます。3ページ以降はご覧いただきたいと思います。

対象データの取り扱いの中で、一番下の部分ですが、要は医療機関所在地ベースの集計でありますので、住居地ベースの集計ではないということでございます。そのデータをまとめたのが、その3ページ目に表がございますのでご覧いただきたいと思います。

これは、一番下に濃度の濃いほう、平均の全国の診療の指標を100とした場合の、それに対してどういう指標かという部分が数値化されています。

色もついていまして、色の赤いほうが100より多いほうだということ、それから低いほうは緑色というふうな色付けにいただいています。

表の医療圏ごとが、上の右に佐久から始まって北信まで書いてありまして、その診療行為という部分が、縦でつくらせてございます。これは深読みするとなかなか面白い、私自身おもしろい表だなというふうに思いますので、持ち帰って、各医療圏ごとのデータをご覧いただきたいというふうに思います。

概略といいますと、例えば木曽医療圏なんかは黒枠と緑ばかりで、100以下の部分ばかりです、ね、本当に島崎藤村のいう、木曽路はいつも山の中であるという部分のデータだと思います。



大北もそんな状況です。

それから100というところから比べますと、例えば400を超えるというような部分がございます。例えば北信医療圏の回復リハ病床というのが464であるとか、佐久医療圏の地域包括ケアの402とか、あるいは松本医療圏の回復リハの466、大北医療圏の地域包括ケアの437と、こういうふうに全国平均よりものすごく多いところもございますので、この原因については、各医療圏の調整会議で議論していただきたいなというふうに思っております。

それからこの表、県にまとめていただいたときに、すばらしいなと思いましたのは、一番下の在宅という部分の指標も出していただいております。それをご覧いただきますと、例えば往診をしている部分というのは、大北が非常に多いなというところとか、あるいは往診の中では、いわゆる訪問診療という、決まった形で診察している部分がありますけれども、これを見ますと、例えば諏訪の小松先生のところが131というふうに非常に多くなっております。

それから在宅訪問診療は、最近、いわゆる建物内、サ高住を中心とした部分への訪問診療という部分も多くございますけれども、これを見ていただきますと、長野とか松本とか、今、88とか80とかというふうが増えてきて、これはやはり、そういう都市部においてはそういう施設、施設内での在宅という部分が多くなっているというふうな気がします。

それから訪問看護指示料の算定は、佐久の佐久総合病院の部分が突出しているのでしょうか、そんなような状況ですので、この表を、また各医療圏の調整会議でご利用いただければというふうに思っています。

一つ、いつも気になっているのは、回復期というと回復リハビリテーション病棟という部分が上がってきますけれども、回復期のイメージングという部分をもう少ししっかり持っていただきまして、回復期リハビリテーション病棟、あるいは地域包括ケア病棟が回復期だけではないんだという視点で、話し合っていたきたいというふうに思います。

あと付録ですけれども、例のコロナ騒ぎの中で長野県の感染病棟46、今、いろいろ工夫していただいて、コロナ対策の病床を増やしていますけれども、長野県の休眠病棟があるとか、あるいは空いている病棟があるとかということは、結構、いいことかもしれません。きちぎちに全てが効率化した中での病床ではなくて、ゆとりのある病床というのは、余裕とか、ゆとりとかにつながるんじゃないかなというふうに考えていますので、感染症病棟の病床のことは、ちょっと今まで抜け落ちていたような気がしますので、もう少し考えていかなければいけないかなというふうに思っています。以上でございます。

(関会長)

ありがとうございました。休眠病棟も使いようによっては、コロナ対策に非常にいいという話をいただきましたので、早速、よろしくお願ひします。

それでは田中先生。

○田中委員

信州大学の地域医療推進学の田中と申します。今年から地域医療構想アドバイザーということで参加させていただいております。

私が主にしている仕事は人材派遣ということがメインになります。その中でも特に修学資金貸与者をどうするかということが重要なポイントなんですけど、これ、皆さん方御存じのように、全国で、地域医療の切り札として、今、進められているという状況です。

長野県でも修学資金貸与者も実際に地域医療の場に行く人たちの数が、ようやく20人、30人と増えてきたということで期待が持てるわけですが、ただ、いろいろ考えるべきことがございまして、お前は金をやったんだからそこで働けという、こういうスタンスは非常によくない。やっぱり不満も出ますし、将来、地元に戻らないんですね。若い先生が地域で開業するという

のは、それなりにベテランの医師のように苦勞も多いということで、その修学資金貸与者に対するそのサポート体制、それから教育体制というものは、やはりきちんと持っていかないと、将来、長野県の医療を担う人を育てるという見方で、こういう人達を育てていくということが重要なのではないかというふうに思っております。

そういう観点で、人材派遣の基幹病院と拠点病院という制度をつくって、各医療圏ごとにしっかりやろうということで、現在それを地対協のほうを中心に進めているという状況であります。

それをやるときに重要なのは地域の基幹病院と医師不足病院との連携がよくないと困るんですけども、先程来、仲がいいとか、非常に前向きな意見が出ていて頼もしく思っていますので、また具体的に地域にお邪魔して、いろいろお願いすることになるとは思いますけれども、よろしくお願ひしたいというふうに思います。

(関会長)

そうですね、特に地域枠とはそういうことで、学生さんのうちから事務局も大変苦勞してくれまして、年に一遍は、実際にあたりしていろいろやってくれております。それで、今度は研修もある程度終わって、今度は就職で実際に働くときには、調整会議を見ていると、こんなに無理に希望を聞かなくてもいいんじゃないかなとむしろ僕は思うぐらい、事務局が聞いてくれるので、そういう点では今の、特に地域枠から上がってくる人は非常にやりやすいんじゃないかなと感じています。もう卒業して、はいそれまでよとするのでなく、卒業した後も、ちょこちょこ呼び出しているいろいろ聞いてやると、そうすれば長野県に未練を持ってもらえるので、ずっとそこに居ついてももらいたいと、そういうようなことを、今、事務局も大変苦勞してくれているので、そういう姿勢を今後も続けてもらいたいと思いますね。ありがとうございました。

それでは地域医療構想アドバイザーの4名の先生方から貴重なお話を頂戴いたしまして、本当にありがとうございました。

これで一通りお伺いしましたけれども、何か先生方のほうからご意見なり、ご質問ございますか。はい、どうぞ。

(酒井委員)

私、県議会、県民文化健康福祉委員会の委員長を仰せ使っております酒井茂と申します。よろしくお願ひをしたいと思います。

私のほうから地域医療構想に関して2点、意見を申し上げたいと思います。まず1点でございますけれども、私も過日、2月の定例議会におきまして、この地域医療構想における公立、公的病院の統廃合の問題について取り上げたところでございます。

資料にも配られておりますけれども、参考資料の4番目のところに、厚生労働省の医政局長通知というものが出ておまして、これが厚生労働省の考え方が示されているわけであります。

その中で4ページの下段のほうに、2といたしまして、対応方針の再検証の期限及び議論の状況把握についてという項目があって、その次のページの8行目にあるんですが「なお」という、なお書きがございます。その中に地域介護医療確保基金の配分について記述をされております。10行目のところに、具体的には各都道府県における具体的対応方針の再検証等に関する議論の進捗状況というものを考慮するんだと、配分に当たっては考慮するんだという言い方をしております。

私の受けとめからしますと、議論が遅い都道府県には基金の配分を減らすというふうにとられるわけでありまして、こうした考え方は、私はちょっと、簡単には受け入れられないというふうにご考慮しております。この問題について知事の考え方を求めたところ、知事は厚生労働省の考え方はお金で地域をコントロールするという昔ながらの発想だと感じるということで、お

答えをいただきましたが、私も大いに賛同したところでございます。

こういう形で、今、少し、国のほうが早期に議論を進めようというような形が見えてくるといってございまして、やはり長野県は長野県としてのやり方というものをぜひ貫いていただきたいとなというふうに思っているところでございます。

もう1点、申し上げたいと思いますが、これ資料1の11ページにございますが、各地域の議論の場の設置について書かれておまして、一番下の欄のところに、四角の枠で囲んだところに議論の場としまして、各会議の会長のご判断のもと、主たる関係者が議論を深める場を設定すると、それは会長のご判断のもとでやられることは結構だと思うんですが、何か私の捉え方でいきますと、県の姿勢というものが、そこにちょっと見えてこないというふうに思っております。

ぜひ各地域の会長さんの判断はよろしいんですが、丸投げするというのではなくて、全県的な視野に立った、その県の姿勢というものを連携する中で、ぜひ議論を進めていただきたいと思っております。

いずれにしても、地域医療構想の推進については、あくまでも地域が主体的に議論をするものであって、国からとやかく言われてやるものではないと私は考えております。そういうふうにししないと、最終的にはうまくいかないのではないかなという懸念があるわけでありまして。

県としてはやはり漫然と国からの要請を受け入れるのではなくて、地域、長野県として特性を踏まえた中で、調整会議でしっかりと議論していただくように、私としての要望であります。よろしくお願ひしたいと思っております。以上であります。

(関会長)

酒井先生、よろしくお願ひします。御協力いただきましてありがとうございます。

それでは久保先生、県立病院機構でありまして、地対協で御苦勞していただいておりますので。

(久保委員)

この3ページに各医療圏の取り組み等があります。ここに、先ほど田中先生がおっしゃいましたように、県の修学資金貸与者の学生、ドクターが輩出されるようになってきますと、かなりいい方向に進むかなという期待が非常に高い、特に医師不足病院が多い木曾だとか、あるいは飯伊、上小、あるいは大北のところは、かなり期待が大きいんじゃないかというふうに思いますので、先ほど田中教授がおっしゃったように、社会資産として若い人たちをしっかりと教育してそこに残ると、9年終わった後に、その医師不足病院に残ってもらえるという、そういう体制をつくるのが非常に大事かなと思います。あとは今回のコロナ騒ぎを受けまして、やはり感染症の指定病院でありながら感染症の専門医がいないとか、それから、呼吸器内科のドクターがいないとか、そういうやっぱり地域偏在だけでなく、診療科偏在というのも大きな問題かなというふうに思いました。以上です。

(関会長)

ありがとうございます。偏在というのは働く場所の偏在と、それから診療科の偏在ですからね、どうしてもそれは永遠の課題で残っておりますので、だからドクターの面子は大分増えてきたけれども、中身はなかなか整ってこないと、こういうことが問題ですね。

では伊澤先生、いかがですかね。

(伊澤委員)

私、佐久医療圏にいますけれども、佐久医療圏は比較的、高度急性期の医療機関から、その

周辺にある中小規模の医療機関がうまく連携して機能しているエリアかなというふうに思います。

ただ人口が、佐久医療圏は20万人ですね、隣の上小が、これもやっぱり延長の20万人ぐらいで、合わせると40万人なんです、全国の医療圏、二次医療圏の平均の人口が、確か40万人ぐらいだったと思うんですね。そうしますと、その中にある基幹病院というのは、二次医療圏だけではなくてもっと広い、隣の二次医療圏まで含めた形で構想を考えていったほうがいいのかなと、それはお互いに行ったり来たりしながらですね、やっていく必要があるかなということをお思いますのと、基幹病院、高度急性期を担う病院の周辺にある病院がありますけれども、これだけ地域の生活を支える病院なんですね、地域の生活にとってなくてはならない病院でありまして、と同時に、その高度急性期医療を担う病院にとっても、そういった病院、非常に重要で、つまり平均在院日数が10日前後の高度急性期病院での治療を終えた、あるいは途中の患者さんたちが転院していく病院として、そういった病院が稼働的に必要になりますが、そういったところに一旦移って、それからまた住み慣れた家に帰ってくると、その住み慣れた家の近くにある、その体制のある、かかりつけの病院というのはどうしても必要で、実は昨年9月にやり玉に挙げられたのは、まさにそういう病院たちなんですね。例えば川西日赤であるとか、佐久穂町にある千曲病院ですとか、もう一つ、厚生連の私たちの小海病院ですか、そういう100床規模の病院というのは、高度急性期医療の後医療をやるという意味で、非常に重要な役割で、かつ最初に申し上げたように地域の生活を直接支えるような、そういう役割を果たしていますので、こういったところとのバランスが非常に大事だというふうに思っています。

ですから、あそこで挙げられた基準というのは、大都市である大きな病院の基準をそっくりそのまま地方の小さい病院に当てはめられているので、これも、まったく無茶苦茶なものだと思うんですが、先程来、出てますように、長野県には長野県の実情に合った医療機関のバランスのとれた配置というのがあると思うんですが、そういったものをしっかりと見ながら、構想を整えていく必要があるというふうに思います。以上でございます。

(関会長)

ありがとうございました。では飯伊地区はどうですか、堀米先生。

(堀米委員)

当地域では地域医療構想調整会議はすんなりと決まりました、返還する病院に手を上げていただきまして25年の予測図、目標値にほぼあったような形になって、すぐその会議は終わっているのですが、その中で地域ごとの問題について話が進んでおりまして、当地域は非常に高齢化が進んでいて大きい地域ですので、分散したところの、一時救急をやってくれる先生方、委員、病院が、もしかして統廃合されればなくなってしまうという、そういうのが一番話題になりまして、そういう方のところに関して、やはり統廃合はなしだねというのが当地域ではもう、二つの病院が名指しされたんですけれども、そこは必要だということで、全会一致で、それは断固反対すべしという会になりました。

それからあと、開業される先生方がいなくなってしまう、やめられてしまう、廃業されてしまっていますので、そういうところでどうしようかというのも、この会議で話し合うような形になりまして、その11ページの下の方のところ、各地域、各会議会長のご判断のもとでの話し合いということで進んで、提案書というか、ここのところに、長野県の地域の推薦枠で来た先生たちを、人材拠点病院に配置して、そこからジャンプしてそこにいる先生を地域のほうに送ろうということで、阿南病院が実は少し動きだして、地域のなくなった、なくなった先生の診療所の代行をしようというようなところまで、この調整会議で話し合うというような形になっております。ほかと違う印象があるかなと、そういう話し合いの会議の核になっておりま

す。

(関会長)

ありがとうございました。では、お膝元の長野医療圏について、和田先生、どうですか。

(和田委員)

赤十字病院としての考え方みたいなのもあると思いますので、ちょっとそれも話させていただきたいと思うんですけども。

長野県の中には6病院の赤十字病院があります。それぞれ地域における立場というものが、赤十字病院、さまざまであります。当院の立場、諏訪赤十字病院とか、あるいは安曇野、飯山、下伊那、戸隠というようなところで、地域によって、その赤十字病院の立場が随分異なりますし、あるいは全国と、91病院、赤十字病院あるんですけども、それぞれ、決してみんな効率のいいところではなく、地域とかなり密接なことをやっていないとできないというようなところがいっぱいあると思うんですね。そういう中でこういう話が出てきたときに、それぞれ厳しいところに立たされる病院が結構ございます。

例えば、そういったときにどういう振る舞いをしていくかということなんですけれども、これから診療報酬でいろいろ変わってくる可能性があります。そうすると、もういやがおうにも、様変わりをしていかなければいけなくなるというところが出てきて、そういうときに、それぞれの地域に密接にこうやってきている病院なんかは、どうやって取り持っていくかというのは、どうも厳しく求められていることがあって、地域の返上とか、そういったことに密接にやっていくというところもありますし、独自の対応を取っていくというようなときが出てきますけれども、そうなってくると、それぞれ赤十字病院としての意味付けというのが、地域の中で失われていくときも、時にはあると思うんですね。そんなようなことがあって、大変、厳しいところがあると、全国的には思っております。

長野医療圏についてはかなり、また別の意味で問題がありまして、先ほどのこういう地域医療構想会議だけじゃなくて、連絡会というのも開くことになりまして、実際、それをやりましたけれども、その中では高度急性期、急性期とか、そういった役割をその地域の中で、これから10年後、20年後が過ぎたときに、今の現状とは絶対違う状況が生まれてきますので、そういう中でどうやって役割分担をしていくかということが非常に難しいところで、なかなか簡単には答えが出ない現状です。

(関会長)

ありがとうございました。それでは松本明子さん。お願いします。看護協会。

(松本委員)

看護協会の松本でございます。この地域医療構想に関しましては、やはり地域住民の方たちも含めた、いろいろな形での検討が重要なことというふうに感じながら、今、お聞きしておりました。

そして、その中でチーム医療というような観点を考えたときに、看護の代表として言わせていただければ、訪問看護でありますとか、あるいは特定行為研修を修了した看護師たちもおりますので、ぜひ、その地域の中で活用いただきながら、地域医療を支えられるように持っていけたらいいなというふうにご検討してお聞きしておりました。以上です。

(関会長)

ありがとうございました。では廣田先生。

(廣田委員)

長野県栄養士会の廣田と申します。今、お話を聞いておまして、やっぱり地域ごとの事情というのが非常に異なっているので、その地域ごとの検討というのはとても大事だなというふうに伺っておりました。

それぞれまとめ役の先生方、御苦労なさっていると思いますけれども、そういうことを踏まえて、いい医療体制が取れるようにご検討いただければと思います。

(関会長)

ありがとうございました。では本田先生、大学では。

(本田委員)

大学の役割としてはやはり医師の派遣ではないかなと、11ページをちょっと見ていただけるとありがたいのですが、信州大学としては、県と連携を結ばせていただいて、いろいろちょっと検討させていただいております。

その項目にある①のところにある医療行政の分析と活用というのは、先ほど相澤先生が言われたそのもので、1点、医師の分布と患者の分布はどうなっているのかという、結局、最終的には医療資源は限られていますので、どういうふうに分布すれば一番よろしいのかというところで、大学としてはどういう医師をどこに置くのが一番効率的かというのが分かれば、それはそういうふうにやるのが、願いますという形になるかもしれませんが、できるのではないかなというふうに思っております。

それで県とは、やはり医師の分布がどうなっているのか、患者さんの分布がどうなっているのかというところに一番の問題がある。あと病院自体が、長野県の場合には、やはりどちらかというところ総合病院が多いというところで、さっき竹重先生も言われましたように機能分化とすれば、二次医療圏で専門的な病院が幾つかあって、最終的には全体で総合病院の役割を果たせばいいと考えると、一つの病院が全部のものをやらなくてもいいということになると、さっき言った分散化と集中化で、そうなるやっぱり医療のレベルは下がる、集中化すると今のレベルは上がるというところが、病院が分散しながらも行える方法もあるのではないかなというところがあるのではないかなというふうに思います。

あと、そういうふうにして、この、どこにいればどれだけの医療が受けられるかというような、そういう場所がわかれば、やっぱり長野県としても、なるべくならば医療をお受けになりたいなら、この地域に住んでいきたいとかという、そういう働くところと住むところと分けるということも可能になってくるのではないかなと思いますので、やはり医師と患者のマッチングというのは、やっぱり相当重要なところではないか、そのデータがもう全くないというのが一番の問題、相澤先生がおっしゃるとおりで、作戦の立てようがないところではないかなというふうに思っていますけれども、以上です。

(関会長)

ありがとうございました。それでは佐藤先生。

(佐藤委員)

佐久大学の佐藤と申します。先ほど看護協会の松本会長もおっしゃってございましたけれども、医師の働き方改革、医師の偏在の対策の一つとして、特定看護師の活用と推進というのも図っていただければというふうに思います。

特定看護師は、あらかじめ医師が作成した指示書をもとにして、自分の判断で特定行為を行

える看護師ですので、この活用と育成と、活用の推進をお願いできればと思います。

(関会長)

ありがとうございました。では清水委員お願いします。

(清水委員)

保険者協議会の清水です。どうしても私どもは医療保険の財政の健全化であるとか、そういった、ほぼ立場でもっている発言になってしまうわけですがけれども。

先程来、お話が出ております再検証の問題につきましては、出し方の問題、今も離れているところは承知しておりますけれども、なかなか地域医療構想の調整が、想定通りに進んでいないということの現れではないかなというふうにも思うところであります。

今日の資料の一番最初のページの裏に出していただいていますけれども、平成25年の予想病床数というんですかね、これはだんだんと縮小傾向にあるんですけれども、その推計値、いわゆる必要病床数との乖離幅は、やっぱりまだ2,300床、いまだに大きいものがあって、シミュレーションする方向性というのはなかなか見えてきていないというふうに思われるわけです。

地域医療構想を実現するといったときに、一つの目安としての必要病床数と比較しての議論は、これは避けて通れないのではないかなというふうに思っております、もちろん機能分担の明確化であるとか、それからそういったプロセスを踏んでいるところが大前提にはなるというふうに思いますけれども、こういう、そうした形で議論が進んでいくというようなことを期待をしているところでございます。以上です。

(関会長)

ありがとうございました。では大学に戻りまして、奥野先生。

(奥野委員)

信州大学医学部保健学科の奥野と申します。医療構想を考えるにあたって、今、ベッド数をどう、病院としてどうしていくかということが大きな議論の中心になっておりますが、それに加えて在宅ケアをどう推進していくかということどうまくバランスを取っていかないと、なかなかうまくいかないところが大きいのではないかなというふうに感じて、お話を聞いていました。

先ほど市で、SCRの地域差のデータを見せていただいておりますけれども、訪問看護につきましても非常に差があって、300というところから30という大きな差があって、このあたりも、やはりナースステーション等についても、バランスのとれた配置というのは、やっぱりどういう数字を示していけばいいのかというようなことにつきましても、ぜひ県を中心に何らかの数値を出していただくと、動きが少し加速するんじゃないかなというふうにお話を聞いて感じました。以上です。

(関会長)

ありがとうございました。それでは亀井先生。

(亀井委員)

患者家族の側から申し上げます。今、本田先生を始め、ずっとそのお話を聞いていて、面的整備という言葉が一つ、浮かんできました。

これまで拠点型で支えていた医療から、地域の面的に整備をしていく、支えていくということ、その当然、必要になってくるのが各医療機関の役割分担、それから、面的にある各医療機関の間をつなぐのは、やはり訪問看護であろうかというふうに感じております。

特にこのS C Rのデータを拝見していますと、今、お話にありましたとおり、佐久医療圏域では非常に訪問看護が充実していると、これは地域の方が訪問看護師さんの使い方をよく知っているということの証左ではないかと思えます。やはり文化的にそういう地域医療が充実したところですので、地域住民の人たちが、訪問看護師さんを通して医療というものをどんなふうに分たちの暮らしの中に落とし込めばいいかということ、よく知っているということだと思えます。

実は小児医療の世界では、訪問看護師さんにありとあらゆる場所に来てほしいんですが、それに必ず指示書が必要だということを知らない福祉の人、学校教育現場の方というのは、まだまだ非常に多いんです。

指示書が必要なんです、訪問看護師というのはこういう仕事をする人ですよという、いわば医療資源の使い方といいますか、この人材の専門性はこうですよという、私たちの暮らしにその専門性をどう生かすかということ、住民レベルでもっと啓発していく必要があるのではないかなと感じています。

それともう1点は、地域リハビリテーションです。地域リハビリテーション、非常に進んでいるのが実は南信、飯伊の圏域でして、飯田市の中にいる地域リハビリテーションを担当しているPTさんが、ありとあらゆる学校教育現場、養育の場、それから介護保険の場所などに出張して行って、地域リハビリテーションを推進してくれています。環境整備、姿勢管理など、まさに面的整備の面の部分を埋めるような活躍をしておられます。

そうすることで、どういうメリットがあるかといいますと急変させない支援が行えるという、地域リハビリテーションと訪問看護が両輪のようになって、各圏域、その圏域内の医療を支えているんだなという実感を持って見えています。当然、広い圏域をうろうろするのは大変ですので、今後、遠隔診療というものも充実していく必要があるかと思われま。

国は病院さんがICTの機械を買うのにお金を出しますよと言ってはくれているようですが、連携していく相手方である福祉の現場、学校現場などにもICTのグッズを買うための補助がなければ、当然、医療だけで高度な遠隔企業のネットワークを持っていても有効には活用されないわけですので、今後、ベッド数を減らすということは暮らし全体の中に医療が下りてくる、その受け手となる暮らしの現場にも、遠隔診療を進めるような環境整備が必要なのではないかなと感じていました。

いずれにしても面的整備というものを、今後、ベッド数を減らした地域全体で医療を支えていく仕組みにしていかなければならない、面的整備といった言葉で表現していいのであれば、そこを埋める看護師さん、それからリハビリテーションの人、特に小児に関してはリハビリテーションの人材がまだまだ足りません。そういった人材育成についても、私も患者家族の立場からも頑張っていかなければならないなと思ったところでした。以上です。

(関会長)

ありがとうございました。それでは次に心ある母さんの会を代表して、池上先生、お願いします。

(池上委員)

心ある母さんの会の相談役の池上です。お世話になっています。

今、皆様のご意見をお聞きしながら、やはり病床数が減ってくるということになると、在宅医療を充実しなければいけないというのは、すごく受け入れる側としては、ではどうしたらいいんだというのが、すごく考えるところで、今朝も出てくる前に、母が急に息苦しいと言い出してどこへ受診しようかという、そういうあたりから、もうすぐ近くに病院があれば受診ができるという、そういうところからも考えてしまう。長野県のこの広い範囲の中で、やはりす



ぐ近くに病院があって受診できるということは、すごく素晴らしいことだと思うし、それから交通の便がよくなってきているので、それこそ長野に来ることも、それから安曇野のこども病院に行くにも、1時間足らずで行けるくらいのそんな県下の中で、いい条件がというか、そういう地域にいるわけなんですけれども、まだまだ過疎のところがあって、今、やはり、神谷のほうでも遠隔医療が進められてきていますけれども、木曾とか飯伊、本当に飯田なんかは山が多くて、山の中だなというようなところも多いんですけれども、そこでぜひ認定看護師も含め、それからリハの方たちも含めて、チーム医療をしっかりと推進していけたらうれしいなというふうに思っています。

まだまだ、まだまだというか、ますますというか、地域の先生方、高齢化が進んでいまして、本当にこれからという、平成25年、これでいろいろなものが整備されたかなというときに、次の世代にうまく、続けていってもらえるのかということもすごく心配をしているところなので、その辺をまた、先生方をお願いしたいなというところなんですけれども。

私たちも、自分たちの力で、防災に関しても自治防災というのがあるわけなんですけれども、自分たちで健康を守るということをやっていきたいとは思っていますが、ぜひ、医療のほうも充実して受けられるようにしていただけたらうれしいなというふうに思っています。

一つ、知り合いがネパールのほうへ、医療の研修というか、行ったときの話なんですけれども、医師の働き方改革ということもありますけれども、私は午後2時までの勤務ですという医師がいて、もうすごい大出血していて、今にも危ない人がいても、もう自分はその時間でおしまいなので、「はい、さよなら」というような、そういう医療体制だという話を聞いて、ぜひ日本ではそういうことが起こらないけれども、医師の側も意欲的に、そして自分の生活、自分の時間を守られるような、そういった医師の働き方改革ができるような医師数も確保していただきたいし、いろいろ要望がありますけれども、何とか皆さんで頑張っていけるようにできたらいいなと思っています。すみません、長くなりました。

(関会長)

ありがとうございました。では、日野先生、最後のとりまとめを。

(日野委員)

薬剤師会の日野と申します。薬剤師会としても、この間、県とか厚生労働省の事業という中で、無薬局地域に対して医薬品の供給とか、住民の方たちの薬の啓発をどういうふうにしていくのかというような事業も行っていましたし、それからその中山間地への薬局とか薬剤師のあり方等についても事業等も行っていました。そんな中で、やはり全国の平均的なものには当てはまらない、本当に長野県独自の対応が必要だということを痛感しているところでございます。

そんな中、先ほども皆さん方の意見の中で、やはり国で示すような、全国の平均した考え方は長野県には当てはまらなと、長野県は、やはり山の中、中山間地域、そういった状況の中、やはり長野県独自の考え方をきちんと示しながら対応していくということ、それから、その地域の特性も本当にそれぞれ、10医療県の中で違うということの中、地域の特性を踏まえながら検討、取り組みを進めていくというのがすごく重要だということだというふうに感じました。

ですので、やはり長野県全体としての考え方を示しながら、それをうまくリンクさせながら、その地域での特性という形でまとめていくことが必要だということを、皆さんのご意見をお聞きしながら考えましたということでございます。以上です。

(関会長)

ありがとうございました。せっかくの機会でございますので、今日は各委員の先生方からお

話を頂戴いたしました。こういうような意見をまとめながら、長野県は独自の縦長といった地域特性から始まりまして、さまざまな特性があるわけです。そのために10医療圏に分かれているわけですから、そういう意味で、それぞれの地域に合った特性を作り上げていただきたいと思います。

また、これも本日の内容も、皆様方の議論の活性化の一つに役立っていただければよろしかろうと思います。それでは、1はこの辺でいいですか。では次にいきましょうか。はい、どうぞ。

#### ○相澤地域医療構想アドバイザー

私、厚生労働省の回し者ではないのですが、ずいぶん、その地域医療構想について誤解がすごくあるということだけは説いておかなければいけないだろうという具合に思います。

国は公立病院、公的病院の役割として、一つは地域で病院がない場合に、その病院が地域の一般的な医療をきちんと守っていくんだという役割が一つあって、もう一つは政策医療をやってほしいという目的がある。だから、補助金を出しているんだという、そういう理論になっているわけです。

ですから、公立や公的病院が2つあって、片方の病院は一生懸命政策医療をやっていると、もう片方の病院は中途半端にやっているとすれば、その中途半端にやっているとたくさんやっている病院に移していただいて、その中途半端にやっていた病院は、その地域の一般的な医療をちゃんと確保することをやったらいかがですかと言っているの、統廃合しろとは一つも言っていないんです。これはやっぱり、ちゃんと認識をしなければいけないだろうという具合に思います。

その上で、なぜ厚生労働省がああいうことをやったかということ、厚生労働省は公立病院、公的病院にこれからどうしていくのか、病院の計画を出してくれと言って出してもらっていたんです。厚生労働省がすごく怒っていたのは4年前、2年前、今年、計画が一切、変わらない。毎年同じものを出してくる。地域の状況が変わっていて人口も変わっている。で、厚生労働省は、ついにぶち切れたと、ふざけるなというところがあったということだけは、ちゃんとやっぱり皆さん覚えておいていただかないと、これは全然違った方向に行ってしまうので、ぜひこれだけはご理解を賜りたいと思います。厚生労働省の回し者ではございません。間違えのないようにということでもあります。すみません。

(関会長)

ありがとうございます。貴重なご提言、ありがとうございます。確かにそのとおりですので、よろしくお願ひしたいと思います。

大変貴重なご意見をそれぞれいただきました。それでは、1はこの辺でよろしいですかね。

#### (2) 地域医療介護総合確保基金（医療分）について

(関会長)

では次に2番に参りましょう。地域医療介護総合確保基金、医療分の話ですね、では事務局からお願いします。

(医療推進課)

資料2説明

(関会長)

ありがとうございました。この基金の場合、いつも問題になっておりますが、何せこの内示が遅いと、あまりにも遅すぎて、こういうことで事業が進むよりも、お金がないのでどうしようもないということをいつも聞かれます。47都道府県、どこでもそういうような話が出ています。

もう一つは、事業区分のそれぞれ、1、2、3の間の融通性がなかなか認めてもらえないと、こういうようなことで、財務省はかなり強く、厚生労働省が言ってもだめだと、直接言ってチェックすると、こんなような細かいことを言っておりますので、ここら辺の2つの融通性と内示を早くしてもらいたいと、これはもう全国どこでも共通なお願いであると思うんですけども、これについて皆様方いかがでしょうか、ご意見がありましたら。前澤先生、何かございますか。ほかには。

○前澤委員

諏訪の医師会ですが、諏訪の医師会の計画は入っているのでしょうか。

(事務局)

実際の積立と執行というのは違うので、諏訪の計画は、今回、要望いただいた分については、全て反映してあります。

○前澤委員

この中に入っているということ。

(事務局)

要望いただいたものは入っています。

○前澤委員

わかりました、ありがとうございます。

諏訪の医師会は、今、在宅介護支援センターも引き受けていて、市民の、かかりつけ医の教育から看護師さんや介護士さんや栄養士さんまで集めた講習会を開いていて、そういうものも全部連携してやっていて、医療だけではなくて、そういう薬剤師会や歯科医師会の先生たちとも一緒に勉強会をやるというふうにやっています。それが実際にはできないと、地域医療構想にある医療というものが、現実には支えることができないという考えでやっていますので、もし可能だったら、その各地域の自治体の先生たちというか、医師会でも、こういった取り組みを行っていただければ地域全体として、各医療圏として、そういった連携が出来ていると、初めてこの地域医療構想会議に出てきたんですけれども、さまざまな栄養士さんたちとか、さまざまな方たちが出てきてご意見をいただいているんですが、そういったことの実現に非常に役に立っていくのではないかなというふうに感じていますので、ぜひ、私たちとしては諏訪地域として、先ほど今井先生もおっしゃいましたけれども、地域として完結した医療体制というのには、医者だけではなくて、地域の人たちが関わるボランティアの育成から全て、やはり関わっていかないと実現できてないところがたくさんありますので、在宅医療の確保にも非常に苦勞してやっているのが現状ですので、そういうところにやはり、重点的にこれからも配分していくということと、さまざまな医師会のところに、こうしたらこういうことができるということも、できたらご指導いただいたらいいんじゃないかなというふうに思っていますので、関先生、よろしくお願いします。

(関会長)

ライフドアの実態はどうですか。

○前澤委員

現在、さまざまな窓口機能としていろいろなことをやっております。ですから、例えば地域の看護師さん、訪問看護師さんがさまざま教えるわけなんですけれども、医者が看護師さんに教えるのではない、看護師さんが看護師さんに教える、介護士さんが介護士さんに教える、栄養士さんが栄養士さんにして、そういう場を私たちが提供しているということをやっています。

そうすると、そこにさまざまな市民の方たちに関わることができるので、地域全体の支える会議では、地域の民生委員から銀行の方々ですね、郵便局の方々まで出てきていただいて、そういうことを実際にやりました。それをしないと地域全体が動かないというふうになりますので、やはり地域全体を動かさないと、さまざまなことは実現できないというふうになります。

ですから、そのためには市民が気楽にそういうところに触れられる機会というので、もう素人の、タレントみたいな人が寄ってきてやると、医療の大切さを私たちがたくさんやるよりは、その人たちが1回言ったほうが遥かに感激がすごいというのは、本当にすごいので、もう500人、600人という人たちが押し寄せて、皆さん聞いていくということが、現状、今、楽しみにされているということですので、井上先生たちにもご指導していただきながらやっていると、そういうことで一所懸命やっています。

(関会長)

先進的な取り組み、御苦労さまでございますが、よろしくお願ひします。

それでは、ほかに何かご意見なり、ご質問ございますか、ご要望なり。

(田中委員)

県が今やっているところで、電子カルテの統一化というのを少し考えさせていただいています。結局、遠隔医療とか、そういう医療に携わってくると、最終的にはウェアラブルの医療データが幾らでも手に入るようになるんですけれども、その利用がまた非常に難しくなってくるんじゃないかと、だから統一したカルテをつくると、クラウドで可能になっていますので、電子カルテ自体がいろいろな介護とかに入っていく、ただ、同じ基準でないとなかなかそれができないことではないかと。

県とは6年後ぐらいに、信大病院と県の統一のカルテができないか、検討にちょっと入らせていただいていますので、カルテ自体を統一するというのも結構、遠隔医療とか、そういうところも重要だというのを、少し頭の中に入れておいていただければ、ありがたいかなというふうに思います。

(関会長)

その件で、新たに電子カルテを設置するときに補助金が出るというあの制度は、その後どうなっていますか。

(事務局)

基金のほうでやるという話ですよ、私どものほうにも全く、情報は入ってきていないような状況でございます。

(関会長)

この前、本省の迫井先生にお伺いしたら、この3月までには何とか出したいという、多分、

4月以降に、年度が変わったほうで行くのではないかと、そんなふうにしたきり、全然、何も聞こえてこないのか、どうなっているのかなと思ったんですけども。

(事務局)

今までは、この地域医療介護総合確保基金のほうで電カルの関係を一部みさせていたんですけども、今年から厳しくなり、新たに診療報酬基金のほうでつくるという話だったのですが、私どものほうにも、割と早い時期にそういう話があったんですけども、その後、まったく情報が入ってきていない状況でございます。

(関会長)

去年の10月ごろ、そういう話を聞いたんですけどもね。その後音沙汰がないようですが。まだ、県のほうにもそういう話は来ていないんですね。わかりました。では、それはいいとして。

そのほかにどうですか、皆様方何かご意見なりご質問ございますか、よろしいですか。

では2番の地域医療介護総合確保基金の医療分については、これでよろしいですね。

では会議事項はおわりました。

#### 4 その他

(関会長)

ではその他、何かその他で何かございますか。事務局、何かございますか、よろしいですか。それでは、これで事務局へお返しします。

#### 5 閉 会

(事務局)

ありがとうございました。それではこれを持ちまして、令和元年度、長野県地域医療構想調整会議を閉会いたします。