

平成30年度 第1回長野県医療審議会 会議録（要旨）

1 日時 平成30年9月14日（金）午後2時30分から午後3時30分まで

2 場所 県庁本館棟3階 特別会議室

3 出席者

委員 春日司郎委員、関隆教委員、日野寛明委員、清水昭委員、牛越徹委員、亀井智泉委員、唐木一直委員、伊澤敏委員、井上憲昭委員、奥野ひろみ委員、平野成基委員、久保恵嗣委員、川合博委員、本田孝行委員、山田一尋委員、吉岡二郎委員
（欠席 池上道子委員、廣田直子委員、細谷たき子委員、松本あつ子委員）

長野県 健康福祉部長 大月良則、衛生技監兼医師確保対策室長 徳本史郎、健康福祉政策課長 滝沢弘、医療推進課長 牧弘志、健康増進課長 原啓明、国民健康保険室長 蔵之内充、保健・疾病対策課長 西垣明子、介護支援課長 小山靖、薬事管理課長 太田靖、医療推進課企画幹兼課長補佐兼管理係長 小林真人 他

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（地域医療構想の進め方について）

○関会長

今日の会議は協議事項が1つ、それから報告事項3つということですね。それでは次第に沿って進めてまいりましょうか。

まず協議事項の1番、地域医療構想の進め方について、資料1ですね。では事務局のほうからご説明をお願いいたします。

（牧医療推進課長、資料1-1、資料1-2、資料1-3による説明）

○関会長

ありがとうございます。それでは、資料1-1から見ていきましょうか。今後の地域医療構想の進め方になります。

地域医療構想ですから、これは地域医療介護総合確保基金ということで、新たな財政支援制度で平成26年度から出たものですね。これは消費税のアップ分を財源とするということで、このような制度ができてきたわけでありまして。そういうわけで、毎年度こういうふうにやっていくんですね。

それで地域医療構想の概要ですね。これは皆様方もよくご存知で、2025年ということターゲットにしまして、そこに対する医療需要はどの程度あるのか、それから病床の機能の必要量がどれだけあるのか、こういうことを策定していく。そしてここには高度の急性期、急性期、回復期、慢性期と、4つの機能ごとに分けようということが示されておりまして、それからその施策としては、その2にありますように、まず事業区分の1ですね。これは病床機能の分化と連携、事業区分の2としては在宅医療の推進、それから事業区分の3としては医療従事者の確保、これらの事業区分に分かれているわけですね。

それに基づいて、まず各医療機関が自主的に病床機能の報告をします。それ、また報告依頼が来るんですね。来年の2月ごろですか。

○牧医療推進課長

ええ、また行いますので、よろしくお願いいたします。

○関会長

7月時点の状況をそろそろ報告してくださいということで、また、書類が来ると思いますので、よろしく願いいたします。

こういうようなことで、そのトータルとして、実際にこの現状に合っているかどうかということ調整会議でバランスをとっていくということになっているわけですね。

そしてその下ですね、これは病床機能の報告の結果、いろいろご報告の4機能の分類についてそれぞれベッド数が出ておりますけれども、2023年のときは今より幾らか減ってくるんでしょうか、2025年になりますともっと減ってくるだろうという見込みですね。それから、最近出ておりますのは「介護医療院」という名前が出てきておまして、これはおそらく、医療機関の中でも介護療養病床、特に病院の中で介護療養病床をやっているところが介護医療院へ転換することが考えられるのではないかと思います。診療所の介護療養病床については現行では非常に厳しいものですから、この介護医療院には転換できないと、二の足を踏んでいるんです。

私の診療所も介護療養病床をやっておりますので、残念ながら、今の制度では厳しすぎて、とても転換できないと、こういうのが実態でありますので、当面は病院の介護療養病床が転換するという状況ではないかなという感じはいたします。

それからその次のページですね。(3)地域医療構想の調整会議、長野県は現在10の地域の区域に、構想区域に分かれておりますね。この構想区域で、年2回程度やってもらいたいということですね。

それから、その課題等では、公的・公立病院ですね。公的病院というのは、長野県では日赤と厚生連病院ですね、この2つが公的医療機関になるだろうと思います。このようなところの今後のプランの内容について協議をしていくんですけども、ちょっとわかりづらいというようなお話が委員さんからあったようでございます。

そして3番、対応方針としては、もう国のほうで示されておりますけれども、県単位の調整会議をつくる必要があると。今、区域は10ありますので10の調整会議があるんですが、その上に県単位の調整会議を一つつくる、こういうようなことも必要ではないかと、こんなようなことが資料1ですかね。

それから資料1-2です。これは今、申し上げましたように県単位の調整会議を設置してもらいたいということですね。

このところで、3番の県の対応方針(案)ですね。地域医療構想の策定の際には、医療審議会の下に策定委員会というものをつくったわけなんです。そして、そのところでまた調整会議というものをつくった覚えがございます。ですから今回も、県単位の調整会議は医療審議会を母体にして県単位の調整会議というのをつくったほうが、人の出入りが少なくていいのではないかなと思います。何しろこの県単位の調整会議をつくるときには、私も医療審議会のメンバーをそのまま入れてくださいと、そして、そこにさらに必要な委員さんを県下から少し入れていただければいいんじゃないかと言った覚えがございますので、この一番下の枠にありますように、医療審議会の委員さんをベースにして、県単位の調整会議というのを考えていただければいいのかなというのが私の考えであります。

それからその次は資料1-3。これは地域医療構想のアドバイザーですね。調整会議の議論を活性化するために、このアドバイザーを設けることになっておまして、これが2番になります。

本県の地域医療構想のアドバイザーとして4人の方が委嘱されたわけですね。それでまず相澤孝夫先生ですか、この方は相澤病院の理事長さんでいらっしゃるし、現在は日本病院会の会長さんということになります。この人をまず入れていただいて、それからそちらにいらっしゃる井上先生ですね、富士見高原病院の名誉院長となっておりますが、この立場でいいんですか。確か長野県の病院協議会の会長さんという立場ではないかなと私は思うんですけどどうでしょう。井上先生いかがですか。

○井上委員

いや、それでいいです。

○関会長

やはりアドバイザーとしては、長野県の病院協議会というお立場のほうがよろしいんじゃないですかね。井上先生、それでよろしいですね。では井上先生のご希望もありますので、私を変えてよろしければ、そのようにさせていただきます。

竹重先生は、先ほど訂正していただきましたように、現在、長野県医師会の総務理事であります。理事の前に総務と入れていただければよろしいですね。

それから中澤勇一先生、信大の医学部の准教授ですね。地域医療推進学講座というのがあります。ここの准教授でいらっしゃいますので、このアドバイザーには一番ぴったりとするのではないかなと思います。

このようなことが今、牧課長のほうからご説明いただいた内容かなと思いますが、これにつきまして、何か委員の皆様方からご意見なりご要望ございますか、よろしいですか。

(委員から異議なしの声あり)

○関会長

はい。それではですね、今、事務局のほうでこのような案を進めていきたいということでありますので、これをベースにして進めてまいりたいと思います。

県単位の医療構想調整会議は、こちら辺をベースにして進めていきたいと思いますが、よろしく願いいたします。この辺で協議事項はよろしいですか。

(委員から異議なしの声あり)

(地域医療介護総合確保基金計画(案)について(平成30年度医療分))

○関会長

それでは2番に行きましょうか。報告事項です。

地域医療介護総合確保基金計画(案)について、平成30年度の医療分についての案ですね。

では、ご説明をお願いいたします。

(牧医療推進課長 資料2により説明)

○関会長

ありがとうございました。それでは、地域医療介護総合確保基金の30年度医療分ですね、今年度分の医療機能報告ですね。これのご説明であります。

まず1番の計画策定の趣旨、先ほども申しましたように、この医療分につきましても、①病床機能分化・連携推進事業、それから②ですね。在宅医療推進事業、それともう一つ③ですね。医療従事者確保事業、この3つに事業の区分がされておまして、事業区分の間でそれぞれの融通性は全然認められことになって非常に使いにくい状況になってまいりました。

それから2025年の超高齢社会の進展ですね。2025年というのは団塊の世代の皆さんが75歳の、いわゆる後期高齢者になってくると。3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上になるということになりました。

当然、年齢が上がると慢性疾患ですね。こういうような相当な数の疾病を一人で持つようになってきます。ですから当然、手術だけでなくリハビリも大事だし、当然、寝込んでしまうと今度、在宅も必要になってまいりますので、在宅に対して目を向けていかなければならないと、こうい

うようなことになってくるわけですね。

特に長野県の現状ですね、三大疾病のがん、急性心筋梗塞、それから脳卒中ですね。こういうことに対しての、二次医療圏ですとやはり弱いというところが上小、木曾、大北、それから北信というようなことが言われていますので、ここら辺のところを少しずつ充実して医療を強化していかなければいけないとなっているんですね。ですから、やっぱりどの医療圏においても県民が等しく標準的な医療を受けられるようにしてあげたい。そして2番目として、患者さんが早期に社会復帰できるように、みんなでサポートしていくと。病床機能の見直しとともにですね。

3番として平成30年度の基金の計画額ですね。10億円ちょっとですか、これは国が3分の2、県が3分の1と、こうなっているんですけども、補助率はハードが3分の1、それからソフトは2分の1、あるいは定額、こんなようなことになっているわけです。

それで次のページをめくっていただきますと、事業区分の1ですね。病床機能分化・連携、これは3億円ぐらいあります。特にICTをこれからやっていかないと、特に在宅の場合はICTをやっていないとどうしようもないということがあります。

それから事業区分の②ですね。これは在宅医療、これは1億3,800万円ですね。在宅の場合でも特に2番目にありますように在宅歯科医療の施設整備、それから薬剤師を活用した在宅医療の推進研修会となっております。

それからその次のページですね。事業区分の③ですね。医療従事者の確保になります。よく言われますのが、医師の偏在というのは、要するに診療科の偏在と働き場所の偏在であるということですね。診療科の偏在というのは、一言で言いますと訴訟リスクを避けたいというドクターの考えがありますので。

それから働く場の偏りですね。これは山奥とか離れ小島とか、そういうところはあまりみんな行きたくないですよ。都会のほうが子どもの教育にもいいし、華やかだし、遊ぶところもあるし、それはいいなと私も思いますけれども、こういうことにあまり集中してもらっても困ります。最終的には井上先生がよく言われるように、ある程度、国の強制力をかけないと、こういう医師の偏在の解消というのはなかなかできないのではないかなと思っています。

医師の場合には自由開業制というものがありますから、診療科の選択の自由性、開業する場所の選択性、勤務する土地も選択できる、自由度がありますから、そこら辺との兼ね合わせをどうやって、やっていくか、そこら辺が大きな問題であろうと思うんですね。

だからこの目標値、それと主な事業、その一番下の看護師養成所の運営費の補助金、ここら辺はいつでもお金がつかなくて、特に医師会立の看護師の養成所は万年赤字でピンチになっているけれど、この前も都県の医師会でこういうことのアンケートをしたんですけども、都県の医師会でもまず黒字経営というのはほとんどないので、あとは大体大幅な赤字ということになります。長野県医師会でも補助金は出しているんですけども、10都県の中では一番出しているんですけども、なかなかここら辺は非常に難しい問題であります。お金がなんぼあっても足りないし、全部行政におんぶに抱っこするわけにいかないし、そこら辺は非常に問題があります。こんなようなところは重要なかなと思います。

それではこの資料2についてはいかがですか。何かご意見なりご質問はございますか、はい、どうぞ。

○久保委員

やっぱり2ページ目の問題で、①の病床機能分化・連携推進事業ですけども、この中で主な事業のところ「地域医療ネットワーク活用推進事業」とありますけれども、これは具体的にはどういう内容になるのでしょうか。

○関会長

では、では事務局どうぞ。

○牧医療推進課長

今年度は下伊那、飯伊圏域で周産期のネットワークをつくろうというところで、ネットワークの構築分と、それからそれぞれの病院がネットワークに接続するための電子カルテの整備、その部分が主なものでございます。それと継続事業でやっております信州医療センターの電子カルテの整備が含まれております。

○久保委員

これは、今、こども病院でもおそらく年間のコストが非常にかさんで、大きな問題になっているんですけども、そういうところにもこれ使えるんですか。

○牧医療推進課長

ええ、標準事業費が決まっております、3分の1ということなんですけど、そういうものを対象にしてございます。

○関会長

そんなようでよろしいですね。はい、どうぞ、井上先生。

○井上委員

ネットワークに接続するための電子カルテの要望というのは結構多いんですけども、現実に診療標本の共有化を全県的に進めるとすると、カルテを参照するときにも中核になるものを県とかで一つにまとめていかないと、ちょっと難しい。それぞれの病院ではできないんですけども。まずその上に一つ何かをつくるとか。スウェーデンとかはもう全部一つになっていますよね、電子カルテは。

それと同じように、長野県の中だったら長野県でいろいろなデータがあっても、そのまとめを県としても持って、いろいろなビッグデータをこうやっていくというような方向を持たないと、それぞれに一つ一つお金を出していくという方向だと非常に難しい。簡単ではないと思いますよ。

例えば経営のことを考えていたら簡単にいかない。それを先に県でやっていくとか、そういう方向にするのならお金を出しましょうとかね。そのときは3分の1のところを2分の1出しましょうとかというような方向を考えたほうがいいんじゃないかと思うんですけども。

○関会長

どうですか。

○久保委員

いいですか。このネットワークも各地域で独自でやっているんですよね、バラバラで。本当は県で調整するのが・・・。

○関会長

難しい、すごい難しい。

○久保委員

これ相当お金がかかるので、県でやれというのもちょっと厳しいのかなと思うし、ただ、うまくネットワークの構築ができるようにしないと、せっかくの電子カルテが無駄になるのかなと思うし、ちょっと自分自身もあまりいい案がないんですけども、本当はどこかで、上のほうでつ

ながってやっていけばいいのかなとは思いますが、

○関会長

牧さん。

○牧医療推進課長

最後の互換性の話というのはちょっと新しい話だと思うので、民間レベルでも結ばれているようにはなっているんですけども、ちょっと難しいような状況で、それについては、ご意見を賜りましたので研究させていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○関会長

理想的には、やっぱりこれまとめるのが一番いいけれども、ものすごい難しいよね。具体的にやっていくのはね。

ちょっと長い目の検討課題になりますけれども、そこら辺も検討してください。

それでは、吉岡委員どうぞ。

○吉岡委員

よろしいですか。長野赤十字病院の吉岡ですけれども。この資料を見せていただいて2ページ目ですね。一番下の在宅医療運営総合支援事業に7,528万円を使うということになっております。その下に往診・看取りなどを実施する医療機関への運営費の支援、当番医制により看取りの体制を構築・運営する郡市医師会への支援ということが書いてあります。

皆さんご存知のように、ACPということが今、盛んに行われて対応を求められておりますけれども、救急の現場においても高齢者の終末期をどうしたらいいのかという救急を担う病院においても大きな問題で、在宅で看取りというのは今後の長寿の社会においては重要なことなんですけれども、この7,528万円を具体的にはどういう項目に使われるということでしょうか、ちょっと教えていただければと思います。

○牧医療推進課長

実際には看取りを行った者に対する診療報酬で措置されない部分についての支援ですとか、あるいは郡市の医師会から要請されて行った場合ですとか、あるいは、急変時に受け入れた病院に対する運営費の支援ですとか、それらをまとめる郡市医師会ごと運営会議を行っておりますが、それへの支援ですとか、そういうようなものになってございます。

○吉岡委員

これ、非常にいろいろな項目があって、それは別紙のどの項目に該当されるのでしょうか。

○牧医療推進課長

ページを振っていなくて大変申しわけないんですが、別紙の2枚目の真ん中に在宅医療運営総合支援事業ということで掲げさせていただいております。

○吉岡委員

ここに7,582万円、具体的にはどういうふうに使われるんですかね。これ救急の現場では非常に深刻な問題になっていて、施設に入ったりしている方はかなり高齢で、誤嚥性肺炎の人は救命救急センターに搬送されるんですよ。

救命救急センターというのは基本的には救命なので、治療せざるを得ないというようなことがあって、集中治療室にお入りになるという本当に深刻な問題が出ているので、関心を持っている

いろいろお聞きしたんですけれども。

○関会長

高齢者の場合には看取りという場合もありますけれども、もう一つは救急ですね。救急救命をどこまでやるか、こういうことが大きな問題になってくると思うんですね、特に看取り、この2つが大きな問題になるだろうと思うんですね。だから、なかなかちょっと難しいのかなと思います。

例えば逆に胃ろうだとか経管栄養とか、こういうこともどこまでやるのかと、そういうようなこともいろいろ含めて国民的な合意、コンセンサスがないとなかなかちょっと、その辺が難しいのかなというふうに僕は自分自身でちょっと考えているんですね。

○吉岡委員

方向が出れば次回にでも。今、おっしゃったところの在宅医療総合支援事業のところ、この72,828千円のところが具体的にどういうふうに使われるのかということは非常に重要なことだと思うので教えていただければ、次回でよろしいので。

○牧医療推進課長

すみません、説明がちょっと雑ばくで。3つの事業に分かれてございまして、1つは在宅医療推進事業ということで往診と看取りを実施した件数を指標にして、それにかかわる医師や看護師の24時間オンコール体制にかかる費用、それから検案等にかかる費用を見てございます。これが6,417万8,000円でございます。

それから当番制による在宅看取り体制構築事業というものを実施してございまして、これは実際に、郡市医師会において当番制の構築、運営する事業のための費用でございまして、診療時間内に主治医が看取りを行うことが困難な場合に、郡市医師会からの依頼によりまして代わりに待機する期間に対する待機料でございまして。

それからもう一つは体制整備の強化事業といたしまして、在宅医療患者の入院を受け入れた医療機関に対して、診療報酬で手当されていない医師や看護師の待機費用を見てございます。

○関会長

吉岡先生、いかがですか。

○吉岡委員

ちょっとよくわからないけれども、今日はいいです。

○関会長

では、そこら辺もちょっとまとめておいてください。

○牧医療推進課長

わかりました。

○関会長

わかりやすくね。ではこれはよろしいですか。

(医療介護総合確保法に基づく計画の事後評価について(平成29年度医療分))

○関会長

では次にまいりましょう。3番。医療介護総合確保法に基づく長野県医療計画の事後評価です

ね。ですから去年の分ですね。平成29年度の医療分について、資料3をお願いします。

(牧医療推進課長 資料3の説明)

○関会長

ありがとうございました。それでは事後評価でありますので平成29年度分、昨年度の医療分についての評価であります。

ここは2番で実績、事業区分Ⅰは5億7,000万円、事業区分Ⅱは1億4,700万円、事業区分Ⅲは5億5,000万円、こういうことですね。これが実績としての結果ですね。その次のページへ行きますと、事業区分の1、病床機能分化・連携推進事業についての達成状況としては、県立こども病院の施設の整備、それから木曾医療圏、大北医療圏、こういうところにも引き続き体制の強化を図っていきますと。

それから事業区分の②ですね、在宅医療。これについても、地域における在宅医療提供体制の充実がある程度は図られたということですかね。

それから事業区分③ですね、医療従事者の確保。主に地域偏在の解消を目指すということがありますが、なかなかこちら辺は先ほど言いましたように強制力を持たせないと、国の強制力を持たないとやっぱり難しいかなと、まあそんなところですね。これにつきまして何かご意見なり、いろいろございましたら。

よろしいですか。では次にまいりましょうか。

(医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要)

○関会長

4番ですか、医療法及び医師法の一部を改正する法律案の概要、資料4ですね、それではご説明をお願いします。

(牧医療推進課長 資料4の説明)

○関会長

ありがとうございました。それでは4ですが、医療法及び医師法の改正ということで、ゆくゆくは国が都道府県知事に権限を移譲し、そして国が民間の日本専門医機構、こういうようなところに対して口を出すと。こういうようなことで、だんだん国の管理医療を強めることに結果的にはなっていく、これが趣旨であろうと思っています。

この2ページですね。2ページをご覧くださいませるか。医療法及び医師法の一部を改正する法律案のポイント、左が現状と課題です。右側に法案の概要ですね。ここにあります。

1番は医師の少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設。医師の少数区域、こういうところを認定した場合にはここで勤務した者を国が評価する認定制度をつくった。そして認定を受けたドクターのみが地域医療支援病院というある程度大きな病院の管理者になれると、こういうようなことを国はやろうとしていると。

それから2番ですね。都道府県における医師確保対策の実施体制の整備。都道府県事務にキャリア形成のプログラムを策定する、医師少数区域への派遣を追加すると。

それからその次は医師確保計画の策定。大学、医師会、主要医療機関等を構成員とする地域医療対策協議会での具体的な医師確保対策の協議を追加すると。地域医療対策協議会の権限を強化していくと、そういうことですね。

それから3番目は、医師養成過程を通じた医師確保対策の充実をすると。医学部に対しては、その所在する都道府県知事からその大学に対して地域枠とか地元出身枠を増やせと、あるいは無かったらそれをつくれと、こういうことを要請すると。その次は何年か経つと命ずることがで

きると、このようなことになってきますね。

それから臨床研修ですね。国から都道府県知事に対して研修病院を指定したり、定員の設定権限を国から知事に移譲すると。それから専門研修ですね。日本専門医機構等に対して、専門研修に必要な措置実施に関する厚生労働大臣の要請規定、意見聴取規定を追加する。今までは口を挟まなかったんだけど、今度は日本専門医機構に対して国が要請する、あるいは意見聴取をする、これはそこから何年かすると、これは命令するということですね。

こういうようなことで非常に国の権限を強める。国は結局、管理料を目指すということですので、そういうふうには今年度は行きたいと、こういうことがだんだん露骨に読みとれてくるわけですね。申し上げておきますが、県のレベルの話ではございませんので、これは上の国の話になりますので、こういうことですね。

それから5番は、地域医療構想の達成を図るため都道府県知事等の権限を追加するということですね。これから国がやろうとしていることの本質がだんだん見えてくる。そこら辺を私どももいろいろ考えていけなくちゃいけないなと思っています。

私がいつも申し上げているとおり、国が言ってきたのをそのまま右から左と、私は受け取る気持ちにはならないと。これにつきまして何かご意見なり、はい、どうぞ。

○伊澤委員

医師確保で関連するものがございます。当院の事情を申し上げますと、これまで初期臨床研修医ですね、定員が16名で、大体、それに応募してくるのは毎年30名を下らなかったんですが、今年初めて26名ということで、30名を切ったんですね。おそらく新専門医制度、その影響があるかと考えています。

その前からちょっと危惧はされていたんですけども、都市部に集中が起こるだろうということで、案の定、実際ふたを開けてみたら、東京にかなり専門医が集中するというようなことで、特に内科医はそういうことがあると思うんですが。このあたり、やはり何かの対策は必要だろうと私は思います。

それからもう一つ、総合診療医ですね。これも確か全国で138名しか希望していなかったということが言われております。実際、総合診療をやるには、内科的な知識だけではなくて、在宅医療に関する知識、あるいは経験というものも必要で、そういう医者を養成するのは非常に難しいんですね。

そういったこともあって、おそらく医者の方定員、少ないんだろうと思うんですが、実際に医療の現場のニーズが大変高いんですね。ですから、こういった医師を県内でも確保していけるような工夫は必要かなと。新しい法律ができましたので、そんなことで、どんなふうはこの対策を進めていくか、非常に大事なことになるんじゃないかと考えております。

○関会長

総合診療医というのは、学生の場合は最初のほうで総合診療科を希望するのが多いということですけども、だんだん学年が上がってきますと、何だかだんだんそういう希望者が減ってくるかなと見ています。

○伊澤委員

それはわかる気がします。内科医でなくて、総合診療医というのは、やるのが非常に漠然としていると思うんですか、幅広いですから。生活まで含めて見ていかないといけないと思うんですが。

実は診られるほうですね、患者様側からすればそういう医者こそ必要なんですけど、実際、なかなかそこまで手が回らないといいますか、そういった幅の広い教育をしづらい状況じゃないかと思いますが、その辺のところを何とか、長野県でも形をつくっていただけたら。

○関会長

研修医でも初期研修の2年は法律で義務づけられていますのでそれはいいんですけども。それから3年、4年、5年になると後期研修といいますか専攻医となりまして、これの募集をかけると大体、皆さん、都会のほうがいいんだと言ってこうなるんですね。川合先生、いかがですか、川合先生のところは。

○川合委員

私のところは、おかげさまといいますか、研修医の定員がここ3年間ぐらいどんどん増えていきまして、ことしは定員が7人になっていますね。それまで3年、4年前までは2だったんです。それが上伊那地域の医師不足の一つの原因ではなかったかなと思うんですが、今年は応募も10人になりますので、少しいいのかなというふうには思っているんですが。

まだ、その後、専門研修のできる体制までは当院はできていませんので、もうちょっと医師を充実させて専門研修までできるような病院にしていかないと、地域の医師が増えてこないかなと思っております。

○伊澤委員

最近の臨床研修医、初期研修医は専門研修までできるかどうかということの一つの判断基準にして病院を選ぶ傾向があるんですね。

○関会長

大学病院はどうですか、本田先生。

○本田委員

なかなか大学ではやりにくいところではないかと思っています。

総合診療をなかなか受けないのは、まだその総合診療を教えられる人たちが少ないんですね。やっぱりそこに行きたいという人たちが少ないのではないかなと思いますので、もっとやっぱり教える側を充実させていかないと総合診療はなかなか難しい。それが大学でできるかという、なかなかできないというような、周囲の基幹病院の先生方と協力してやっていかないとだめだなと思っております。

○関会長

そうですね。では牛越先生。

○牛越委員

ちょっと話が飛ぶかもしれませんが。まず総合診療は市立大町総合病院では、今までほとんど研修医がゼロという時代があったんですが、信州大学の先生方の大変なご支援で最近では、去年6人、今も5人、前期・後期、初期研修、保健師、本当にありがとうございます。

私のほうからそれに加えて、やはり今回このような、先ほど関先生おっしゃったように、いわゆる働く場所の偏在を解消するために何とかこうした新しい、公正な体制で法制ができたというのはありがたいことだと思うんです。もちろん、これは医師の先生方の働きがい、あるいは専門的な技術のスキルを高めていくという観点からいえば、なかなか食いとめがたいことではありますし、また、医師の先生方が本当に働きがいを持って働いていく、そうした基盤をつくるのは、逆に地方の役回りではあると思うんですが、一方で、ここまで偏在が顕著になって来ますと、やはりこうした法制はありがたいなと思います。

その中で、一つ事務局にご質問なんですけど、全体として地域に医師が定着する仕組みをつくっ

ていただくのはありがたいんですが、特に6ページのご説明の中の外来診療についての議論は、ここだけ独立して柱になっているのか。

私どもは、もちろん地域の開業医の先生も高齢化が進んでおりまして、何とかそれに対する支援策に役立てばありがたいと思うんですが、それ以上に外来だけではなく、小さな病院の入院機能もしっかり維持していくため、専門医の先生が定着できるような、そうした偏在に対する初期対策が講じられなかった理由は何かということをお尋ねしたいんですが、いかがでしょうか。

○関会長

どうですか。

○牧医療推進課長

まず、地域医療構想の中で病床数については計画を立てたと。それで今度、外来医療機能に関する情報を明らかにしていこうというのが、この外来医療機能の偏在・不足等への対応というふうにお聞きしてございます。

それで、今、研修医が地域に根付かないという話があるんですが、理由についてはいろいろあると思うんですけども、やはり、若いドクターの皆さんに教育する時期というのがありまして、教育のときに指導医ですとか、そういう方たちがこういうところに集まってしまうというのがございまして、どうしても、先ほど関会長さんが言われたようにどちらかという強制的なようなものがないと、なかなか地域に根付いていかないのかなと考えてございます。

○牛越委員

よろしく申し上げます。確かに今回の法律体系の一番大きな改善点、2ページの1から5まで出てきておりますが、その前にやっぱり病院機能を果たす、一番機能の多いのは、偏在していて、なおかつこれから強化していかなければいけない分野というのは病院だと思うんですが、その大半がこの1～5までで収まっているというような、そんな解釈をさせていただくことはよろしいでしょうか。

○牧医療推進課長

確かに医師確保というのは今まで計画みたいなものではなくて、その指標に基づく医師確保計画をつくるという話なものですから、それはかなり踏み込んだ計画になってございますので、それはすごく意義のあるものと考えてございます。

○牛越委員

ありがとうございました。

○関会長

では行政の立場から、唐木村長さん。

○唐木委員

上伊那の場合には、公立病院がその機能分担をしながらやっておるというのが実態であります。これをいかに進めていくのか、この辺がかぎになるのかなと思っていて、上伊那は10万人当たりの医師数がかなり少ないものですから、これをどう増やしていくのかというのが大きな課題であります。

それから在宅医療の分野でちょっとお聞きするんですけども、在宅は介護を含めて在宅という構成になっておるんですけども、これはこれでしっかりやっていかなければいけません。

基金の中でも行政を含めてしっかりそういった組織を構築する、そういったことをやっていか

ないとなかなか難しいのかなど。医療機関全てを含めたそういった組織的な体系というものをつくっていかないと、在宅はなかなか進んでいかないかなという気は、私自身はしております。その辺をしっかりとやっていく必要があるんじゃないかなと思います。

○関会長

なるほどね、わかりました。では代理の立場から山田先生。

○山田委員

私は歯科の代理ですので、ちょっとそんなところからお話をさせていただきたいんですけども。

資料2に、今回の在宅医療推進事業の中に、在宅歯科医療の事業として書かせていただいているんですが、回復期とあわせて、特に歯科衛生士さん、今、人材が不足してしまっていて、残念ながら子供が減っているということもあるんでしょうけれども、途中で辞めていく人もいますので、なかなか確保が難しいと思っております。

資料3で、平成29年度の造成基金活用分で、歯科衛生士さんの人材育成、いつでも職業紹介というのを29年度やっていただいているんですが、これは今年度もまた継続してやっていただけるんでしょうか。その際、ぜひそういった意味で新卒の皆さんは減っているので、結構入って辞められて資格を持っているのにやっていない方がいるので、その辺の普及を含めて、いろいろ働きかけをしていただければいいのではないかと思います。

○関会長

はい、ありがとうございました。では保険者協議会の立場から、清水さんいかがですか。

○清水委員

保険者協議会というよりは、今のお話を聞かせていただきますと、私、被保険者の立場として加入していらっしゃる皆さん方の、どこの地域に住んでいても安心して医療を受けられる体制というものを、当たり前のことですけれども、必要だということで、ある程度、そこに規制というのはなかなか難しいかもしれませんが、ある程度の強制力を持ってつくっていただきたいというところだけでございます。

○関会長

なるほどね、ありがとうございました。では大学のほうから。

○奥野委員

看護の立場からなんですけれども、在宅医療の推進がやはり非常に重要なポイントだと思っております。その中で2つほど、ぜひご検討いただければなと思っております。

今、全国の中では訪問看護ステーションにいる人数が多いエリアということにはなっているんですが、ナースステーションの規模に大きな偏在があります。例えば大きな病院に附属しているようなナースステーションは、看護職が10人以上いて非常に充実したプロが提供できるんですが、4人とか2人というような、そういうナースステーションも現実にございます。そういうところに関しましては、さまざまな研修を企画していただいて、看護協会さんや県のほうでそこに参加できるようなシステムをつくっていただいているんですが、現実には小さなステーションでは、実際にそういう場面に行って登場させるということが非常に難しいというようなことを伺っています。

その結果、看護職の質の幅が非常に大きくなってしまおうというような現状もありますので、ぜひそういう小規模の、経営が非常に難しいナースステーションにどのような対策が可能なのかと

いうことも考えていただけるとありがたいなと思っています。

2つ目なんですけれども、さまざまな職種の連携が在宅の場合は必要だと思うんです。先ほどお話があったように、生活の基盤をどのように多くするかということで、それぞれの職種が同じ方向に向かってサポートをするという、そういう連携を促進するような研修というのもとても重要なところだと思います。

今、うちの大学では、病院の看護師さんと在宅の看護師さんのために共同で研修をするというプログラムをやっているんですけれども、それをすることで少しずつ、その在宅の看護職と病院の看護職の連携というのが少しずつ高まっているというところなんです。ただし、この研修は文部科学省からいただいている予算で行っておりまして、今年度で終わってしまうというところがございます。

ぜひこのようなことにつきましても県から補助をいただきながら、一つ一つの職種の質を上げるだけではなくて、横で関連性をつくっていくような研修、企画等もご検討いただけるとありがたいなと思います。

○関会長

今日、たまたまお昼に私のところに葉書が来ましたが、今月いっぱいを持ちましてこの訪問看護ステーションを閉じますと、こういうようなはがきを受けました。ちょっと困ったなと思っていますけれども。

これ、確かに在宅をやりますと、どうしても患者さんのお宅とどこかのところと、中間を取り持ってくれるところになると訪問看護ステーションになりますので、訪問看護ステーションが無いとどうしても困るので、僕の家のお隣のステーションはこれで閉じますということを知りましたから困ったなと思って、たまたま今日ですね。そんなことがありました。それでは、亀井委員長さん。

○亀井委員

ありがとうございます。小児のみならず、成人移行していった障がいを持っている人たちの、特に地域医療についての課題なんです、やはり訪問看護師さんが鍵だと強く感じています。

訪問看護の皆さん、どうしても高齢者のほうに気持ちが向いてしまいがちなんですが、これからは、実は姿が見えていなかったけれども、ご家族が抱え込んで大変な思いをしておられて、本当だったらもっと看護の力、訪問看護師さん、それから地域医療の手が届いてしかるべきであったという人達が、児童福祉法の改正などもありまして姿が見えてくると思います。それにしっかり対応していくために訪問看護師さんの、障がいを持っている人たち、子供たち、大人のための看護師を育成することが欠かせないのかなというのが1点。

障がいを持っている人達の、ご高齢の方もそうでしょうけれども、訪問看護師さんだけではなくて、福祉事業所で働く看護師さんのスキルアップの重要性にしっかり光を当てていかなければならないかなと思っています。

訪問看護師さんと連携することで、福祉事業所に非常にたくさん加算がつくといった流れになってきていますので、福祉事業所と訪問看護ステーションとの連携も視野に入れながら、福祉事業所で働く医療スタッフのスキルアップというのも、医療のこの枠の中でしっかりやっていただきたいなと思っています。以上です。

○関会長

ありがとうございました。次に日野先生。

○日野委員

薬剤師会です。特に確保基金で、在宅医療の分野の中では、このうち薬剤師を活用した在宅医

療推進研修会ですね。その中で関連する事業という形で特に残薬とか、そういったことに関して行っていただいて、その成果があらわれているんじゃないかと思っています。

それぞれの地域の中でも、例えば多職種連携という話がありましたけれども、今、薬剤師会が主催でいろいろな職種の方の参加のもと、ワールドカフェ形式の研修会を開かせていただきまして、500人弱ぐらいの方に参加いただいた中、やはり薬の問題についてご興味をいただいたりとか、課題も見つかるかなど。そういうことをこの数年間ずっと連続してやってきたおかげで、薬剤師から在宅医療への参画という形で、それなりに積極的にかかわらせていただくことができたということと、逆にほかの職種からもこういった薬剤等の問題、それから薬剤師の活用についても気付きをいただいたというものがすごく大きな成果だったのかなと思っています。

多職種連携の中、在宅医療をする方の支援という形で、行政の方も含め、連携しながら推進していくというのがますます必要かなと思っています。以上です。

○関会長

ありがとうございました。最後、春日先生、お願いします。

○春日委員

春日ですけれども、先ほど山田先生からお話がありましたけれども、まず歯科という立場でお話しさせていただくんですけれども、繰り返しになりますけれども、歯科の場合、いわゆる歯科衛生士という部分も担うと思います。非常に大きくなってきたんですよ。

話がありましたけれども、29年度実績、第2期の保健医療総合計画の中にも載っているんですけれども、不足ということで、現実には養成校が4校ありまして、定員が116あるんですけれども、29年度実績では87人ですか、入学者がそれしかないということで、実際に定員割れしているので、養成校自身も大変だということがありますけれども、我々自身、現場で非常に、差し障ることが出てくるということで、基金を活用しまして、高校を回って衛生士の仕事ってこうなんだよというような話をしながら、また基金を使って、先ほど項目がございましたように復職支援ということで、リタイヤされた衛生士さんが再度、また現場に復帰するというようなことのお手伝いというようなことをやっていますけれども、現実には歯科の場合、医科もそうでしょうけれども、施設基準がありまして、保険点数があるので、請求できない部分もありますので、非常にこれ問題だということなんですけれども。

そんなことで、我々は今、医療従事者の判断で歯科の立場から言えば、歯科衛生士さんの不足というのはとても問題だということで、行政もしっかりその辺は認識していただいて、先ほど言いましたように基金を使ってということで、研修会等をやっているところでございます。

それから、再三言われているように格差があるんですよ。大北とか木曾とか幾つかその辺、格差があるというので、県民としてはやはり格差を是正ということで、先ほど最後に報告がありましたそういうことを手助けする中で格差を無くそうという方向性というのはわかりますけれども、なかなか難しいということで、県民の立場からすればやはり医療資源の均一化ということは難しいですけれども、ぜひ、行政を含めた中で進んでいかなければいけないと感じております。以上です。

○関会長

ありがとうございました。おかげで、まとめていただきましてありがとうございました。

それではほかに何かございますか、よろしいですか。それでは、一応、報告事項は終了いたします。

4 その他

○関会長

4番のその他、何かここでいろいろお話がございませうか、事務局は何かございませうか。

○事務局

その他は特にはございませう。

○関会長

よろしいですか。委員の先生方何かございませうか。よろしいですか。しゃべりたそうな顔をしている方がいます。

○井上委員

よろしいですか、一言ですけれども。去年、長野県は地域の中小医療機関を支援する、今年の中核病院に対して補助を出していくという方向性をとられて、この前もお話しありましたけれども、ほかの圏域、ほかの県ではそういう形をやると中核病院への関係が抑制されたというようなことをお聞きしましたけれども。

やっぱり大事なものは、長野県の場合は10医療機関に分かれてますからね。若い人たちを無理やり、そういう弱小医療機関のところへ、いないから送れというような姿勢じゃなくて、長野県としては、その二次医療圏ごとの一つ一つの中核病院に対して、特に大学なんかはそこを中心に人を送っていくというような姿勢で、それよりも、その送られた中核医療機関は、自分の医療圏に対して責任を持つという姿勢をもっとはっきりさせていく必要があるんじゃないかと。

外来診療の応援というのもありましたけれども、若い人を修行に行くためにころころ変えて出されたって、行ける病院は出してもらったと喜んでいても、そういうところへは患者さんは全然集まらないんですよ。やはりパートの先生であろうが、そこにずっと居ついて、週一遍でも月に2回来てくれる先生というのは必要なんです。大学の若手の派遣よりは、中核病院の中堅クラスの先生からの派遣のほうがずっといいんですよ。そういうシステムをつくっていかないといけない。

それと、そのところには経済観念が全然ないんですよ。少なくとも外来患者に一人5万円払うのなら、10人とか20人患者が来てくれないといけない。その分をみてくれないといけないのに、2~3人で5万円を持って行って、来てくれと言って送っているんだからいいだろうなんていう考えになると、非常に問題があるので。

ということがあるので、長野県の戦略としては、その医療圏ごとの中核病院をどういうふうに応援するか、そして中核病院がいかに周辺を支援するか。大きい病院は数の論理でどんどん収入を上げているんですよ。今の訪問看護の問題だって、公的な大きい病院がどんどん増やすことはできる。そんなことをするよりは、やはり公的病院の訪問看護の数はある程度に抑えて、それ以外の周辺地域でやっているところは何人まで支援をするとか、そういうふうな圏域の中核病院のnoblesse obligeというんですか、そういうものを期待しているような地域医療構想をやっていく必要があるんじゃないかと。

最後でしたけれども、ちょっと時間のないところですが。

○関会長

何か、拠点病院制度の中身の話を井上先生言われたんですけども。それでは、部長。

○大月健康福祉部長

すみません、この間まで医師確保対策室長ということで大変お世話になりました。

県内の拠点病院ということで400床以上、常勤医70名以上、そして研修医10名以上という病院の

皆さんに、ぜひ地域医療を守るという、その中心となっていたきたいと同時に、そこで若い医師の皆さんの指導もしていただきながら、私どもも研修医の皆さんの、これからのキャリアアップということもやはり責任を持っていかなければいけない状況ですので、若い先生もその地域でしっかり育てていただきたいということで、今回この制度を始めたところであります。

井上先生がおっしゃるように、確かに拠点病院さんからさらに医師不足医療機関さんへ医師を出すということは、拠点病院さんにとってもいろいろな意味で、経済的な意味でも負担感が多いですし、また同時に、その中小の病院さんにとっても経済的負担というのもありますので、県としても財政支援は一定程度させていただくような仕組みにはしています。

ただ、これは確かに必ずしも十分でないというところではありますが、まずこの制度の大きな方向性として、長野県としてもそういう形で拠点病院を中心に長野県の地域医療を守っていく仕組みをしっかりつくるという大きな方針を今年度示させていただきました。

ですから、またご意見をいただく中で、それが安定的、継続的にしっかりやっていけるような仕組みにすべく、私どももしっかりやっていきたいと思っておりますので、ただいまのご意見もしっかり加えながら進めてまいりたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

○関会長

ありがとうございました。せっかくこういう拠点病院の支援センターができましたので、中身については、だんだん充実してくると思います。

それではよろしいですか。大分、時間も経ってしまいました。では、事務局にお返しします。

5 閉 会