

「地域医療構想に関する医療機関との意見交換」実施結果について

令和7年2月 13 日

長野保健福祉事務所
長野市保健所

1. 調査目的

長野医療圏地域医療構想調整会議では、これまでに2025年を想定した圏域の病床機能の在り方について検討が行われてきた。今後は、より高齢化並びに人口減少に伴う医療ニーズの変化が顕在化することが予想される2040年に向けた医療提供体制の構築について議論することが予定されている。そこで、当圏域の医療提供体制の現状と課題並びにあるべき将来像などについて、圏域内の医療機関の病院長等の意見交換を実施し、今後、圏域において議論すべき論点の整理を行う。

2. 実施方法

長野保健福祉事務所並びに長野市保健所において、圏域内の主たる医療機関に訪問（一部立入検査時等を活用）し、下記項目を中心に、病院長等よりヒアリングを実施。

（意見交換項目） * 詳細は、別添資料参考

① 地域医療構想について：

これまでの長野医療圏地域医療構想調整会議に対する所感や課題、圏域として目指すべき医療提供体制の在り方等

② 病床機能連携について（主として圏域内のポストアキュート患者の病病連携について）：

ポストアキュート患者の回復期病床への転院等の病病連携状況（圏域内における回復期病床の過不足感）、転院調整に関する課題、あるべき将来像について等

③ 圏域における救急について：

当圏域における救急体制（特に高齢者救急の受入れ）の課題について

（実施医療機関） 計 24 医療機関（順不同）

長野赤十字病院、長野市民病院、篠ノ井総合病院、信州医療センター、長野中央病院、長野松代総合病院、千曲中央病院、上山田病院、轟病院、新生病院、飯綱病院、信越病院、稲荷山医療福祉センター、東長野病院、県立総合リハビリテーションセンター、北野病院、朝日ながの病院、山田記念朝日病院、ナカジマ外科病院、吉田病院、小林脳神経外科病院、愛和病院、田中病院、竹重病院

3. 調査結果 （別紙）

長野医療圏における地域医療構想調整会議に関する医療機関との意見交換（概要）

(1) 地域医療構想について

◎要約

【会議・議論の在り方について】

- ・ 地域医療構想調整会議については、参集メンバーの数が多く、また団体や職種も幅広いため、活発な意見交換を行う場になっていない。
- ・ 圏域全体の病床数や、定義が不明確な病床機能報告による4区分別病床数など「数」の議論が中心で、具体的な機能分担や連携などの現実的な議論が行われていない。
- ・ 昨年度の地域医療構想調整会議が、各医療機関の対応方針に基づく病床数のみに着目した話になっており、患者の流れや、民間病院等の病院経営も含め、より広い観点から詳細な分析により議論する必要がある。

【圏域の現状・今後の課題等について】

- ・ コロナ後の患者数変化や高齢者ニーズのピークアウトが見えてきているなど医療ニーズの変化が具現化してきており、病床数を維持していくことが難しい現状になりつつあり、病床数削減に取り組む医療機関も多く、一定の流れではないか。一方で、救急機能の維持等を考えると、一定の病床数確保は必要。
- ・ 医療経営の面では、今後さらに厳しくなることが予測されるため、経営の観点からの議論が必要。地域医療構想の観点より診療報酬による誘導により進まざるを得ない。
- ・ 長野圏域は、人口・面積ともに大きく、圏域一律で連携等を議論することには限界がある。圏域を、千曲坂城、長野市、須高（上水内郡）などの単位に分けた連携体制構築の観点も必要
- ・ 今後、地域医療構想の推進、圏域内の病床再編・連携体制の構築にあたっては、県のリーダーシップを求める。

【今後、圏域として目指すべき医療提供体制の在り方】

- ・ 圏内における各医療機関の位置づけや役割分担の明確化、限られた医療資源の集約化が必要。
- ・ 急性期、回復期、慢性期のニーズを踏まえた病床数確保と連携が重要
- ・ 医療連携を強化するにあたっては、空床情報などのリアルタイムで「見える化」できるシステムや利便性のある画像共有などのICTプラットフォームの構築が求められる。
- ・ 県医療計画におけるグランドデザインについては、圏域内では、ある程度広域型病院と地域型病院が整理され、連携ができてきているのではないかと。広域型病院から地域型病院への人材支援を求める。

【今後の方針（事務局案）】

- ・ 地域医療構想調整会議以外にも、議論すべきテーマを限定し、内容ごとに参集者を設定した地域医療情勢等連絡会議を開催するなど、より具体的な意見交換を可能とする場を設定

- ・ 病床数確保の議論だけではなく、県のグランドデザインに基づき、病院を単位とした機能分担及び人材確保を含めた連携体制の構築に向けた具体的な議論を実施。議論にあたっては、医療ニーズだけでなく、医療経営面を反映したデータの可視化を検討する。
- ・ 機能分担・連携構築にあたっては、圏域を細分化した議論の場の設定も必要に応じて検討（例：千曲坂城地域、須高地域、上水内郡、長野市等）
- ・ 医療連携体制の効率化にむけた、ICT システムの運用について国や県の動向を踏まえつつ研究をしていく（ニーズ分析、運営主体・方法、予算確保等）。

◎ 具体的な意見

【2025 年に向けた地域医療構想に対する所感と対応すべき課題】

（会議・議論のあり方等について）

- ・ 昨年度の地域医療構想調整会議は病床数のみに着目した話になっていて議論が活性化されなかった印象。
- ・ 参加メンバーも幅広く、活発な議論がなく報告会的な位置づけになっており、反対意見も出てこない。
- ・ 地域医療構想調整会議では、地域や住民の声を聞いていない。
- ・ 国で示している推計値はどんな意味を持つのか。高度急性期と急性期の区別の違いや基準が不明確。回復期もリハビリが必要となる患者なのか、医療を必要としない患者の病床なのか、区分や分け方が不明確。
- ・ 地域医療構想調整会議は、病床を4つに分類しラベリングして、そこに近づけることが目的になっている。それぞれの機能や、患者がどのように流れているかの動態を見ていないのが問題。
- ・ 病床といったハード面だけでなく、そこで働く人材確保や育成といったソフト面での議論も必要
- ・ 地域医療構想の病床数も理想論の世界で書いていると思うが、現実やはり現実論で語らないといけない。
- ・ 急性期病床を一定数回復期病床に移行させたことは、地域医療構想に沿ったことだと思うし、時代の流れとすればそうなのだろうと思っている。

（圏域の現状、今後の課題等について）

○ 今後のニーズ変化について

- ・ 地域医療構想については、コロナ前後で大きく状況は変わっている。どこの病院でも入院患者が減少してきて根本論が変わってきており、新しい想定のもと議論を再度構築することも必要ではないか。
- ・ 今後、さらに高齢者人口が増加することを前提にしているが、すでに急性期病床の入院者数が減少してきており、高齢者ニーズのピークアウトがすでに見えてきている。このような状況の中で、高齢者の受け入れを想定する地域包括ケア病床を新設し増やしたところで、

病床を埋めていくことは難しいのではないかと感じている。

- ・病床を減らすと、救急の受け入れが困難になる可能性もある。急性期病床を持っている病院が多いが、救急車の受け入れ状況や病床稼働率も見て、統廃合・合併も含め医療機関の在り方を考える必要があるのではないかと。
- ・回復期病床は外来機能への移行が起り、自然に収れんしていくと予想している。従って、現段階での病床数には余りこだわらなくても良いと考える。
- ・長野圏域にあっては慢性期の平均在院日数が非常に長い。慢性期病院の中でも、療養型病床は、病院によるばらつきが非常に大きい。平均在院日数が20日とか30日でやっている療養型病床もあれば、1,000日という病院もある。そういった状況があるので、機能や患者の流れを見ないで、慢性期とかラベリングするだけでは、議論が非常に浅くなってしまうと感じている。

○ 経営・医療経済面について

- ・地域の中での役割の議論よりは、診療報酬の誘導により進まざるを得ない。
- ・病院を存続させるためには、診療報酬の中で最大限利益を生むことが必要であり、病院経営を無視して数だけの議論を進めることは問題がある。もし病床数を減らすという議論展開ならば、公立病院ということになる。民間病院はある意味自然淘汰されるもの。
- ・今後、経営と人手不足により病床運用が難しくなり、特に公立病院等は、自然淘汰的に病床が減っていく方向になるのではないかと。
- ・医師数や医療スタッフ数の他、病院運営に係る経費について、地域医療構想の中でどのように考えるのか。数だけの論理だけで、保険医療で使うお金は増えていくのではないかと。

○ 圏域の特性について

- ・長野圏域は広く人口も多いため、全域的な議論とともに、もう少し圏域を分割してエリアごとで連携体制などを議論できると良い。
- ・長野圏域は面積も広く、例えば南部と北部の課題は違うと認識している。調整会議で、別エリアの話題を触れられてもコメントが難しい。
- ・長野市の医療圏を考えた時、北部地域と南部地域に分けても良いと考える。

○ 県の役割について

- ・県で議論のリーダーシップを取っていただきたい。
- ・調整会議の議論について、病院が自主的に調整することは難しいため、県が病床再編等も含め主導的に取り組むべき。

【今後、圏域として目指すべき医療提供体制の在り方】

○ 機能連携・分担について

- ・圏域内における各医療機関の位置づけや役割分担の明確化、限られた医療資源の集約化が

必要。

- ・病院の機能や診療内容でオーバーラップしている面があり、機能分担を議論する余地があるのではないかな。
- ・今後、回復期病床を増やすということになると、その病床利用率を上げるという方向になるかと思う。そうすると敢えて空床とにならないように働き甲斐を維持できない医療従事者を増やすことになるだろうし、結果として看護師や地域連携室も忙しい時だけ人がほしい、お金がほしいという話になりかねず、更に活性化した社会をつくるためには、もっと違う方法があるのではないかな。
- ・急性期と回復期だけで患者を回すのは非常に困難だと感じており、急性期の病棟を回復期にする時に、療養の病棟を持つケアミックスにしたかどうかと考えたことはある。療養病床の増床も地域医療構想調整会議で検討する必要があるのではないかな。
- ・地域包括ケア病棟で、軽症者と高齢者のちょっとした急性期を担えるような病棟がない。この受け皿があれば急性期病院の救急受入の負担も軽減できるのではないかな。
- ・病床機能の連携が必要。連携する病院がどのような機能を持っていて、今直ぐにその病院に搬送できるかどうか、リアルタイムに知りたい。「見える化」が必要。
- ・信州メディカルネットワークがあまり機能していない。県で、全県レベルの ICT 連携のプラットフォームを率先して推進してほしい。
- ・医療機関同士が機能分担をして、各医療機関の専門性に応じて医師を配置すべきで、その調整にあったては、経営母体の垣根をはずして、医師配置が柔軟にできると良い。

○ 県医療計画におけるグランドデザインについて

(圏域におけるグランドデザインに基づく体制構築について)

- ・広域型病院と地域型病院は上下関係的なものではなく、地域型病院は在宅医療と密接に関連し、在宅医療を担う医療機関をつくることが重要で拡充が必要。また、地域型病院が二次救急も引き受け、広域型病院は高度急性期、三次救急を担うということかと思う。
- ・グランドデザインについて、広域型病院や地域型病院の医師数等と照らし合わせて、在宅患者も含め現実的に医療を提供できる体制なのか検証しながら進めていく必要がある。
- ・現状でも、医療機能により棲み分けができており、すでに広域型病院と地域型病院の機能連携ができているのではないかな。
- ・広域型病院に関しては、圏域としては、実質、整理・運用されているのではないかな。
- ・広域型病院には、経営母体の違いを超えて、当直医等の配置を積極的に行ってほしい。広域型病院からの当直医が重症者等のトリアージをして、必要ならば地域型病院に紹介していただき治療していただく流れができると理想。比較的若手医師のスキルアップの場としても活用できると思う。
- ・広域型病院には、外来の診療支援を希望したい。

(県医療計画におけるグランドデザインの考え方に対する意見)

- ・本来的に、この広域型病院という言い方が適正かどうかという印象を受ける。このレベル

の患者は、この病院で診ることではなく、手前の段階の地域の病院で診てもらわなければいけない患者だとセグメントしたいのではないかと感じる。

- ・ 当院の場合、機能の一つに地域型がある。診療科目から考えると、県内から患者が集まるので広域型かと思うが、その辺はどう考えるのか。
- ・ 医療機関同士が機能分担して、在宅で最後は看取りをという理想は良く分かる。現実として、それを追いかけられるだけの対応として、この医療圏には在宅医療を担える医者が何人いて、その医者一人が何人の患者を診られるのかということから入っていく必要があるのではないか。圧倒的に医者の数が足りないとする、そもそも成り立たないのでは。
- ・ デザインには、診療報酬とか介護報酬とかのコストが付いていない。在宅を中心としていくのであれば、そこにお金をかけないと誰もやらないという話になってしまう。また、在宅に行った時に、独居の方が多かったり、病院に来るにも救急車を使わざるを得なかったという現実があり、在宅でも安心だというインフラ整備も行政にはやってほしい。
- ・ 医療提供体制のグランドデザインは、理想的で、このようにできれば良いと思う。ただ、この通りにやると、地域型病院は紹介状の手間がかかるのが問題。
- ・ 長野県は10医療圏全てに各分野の診療拠点を置くことが難しくなっている。今後は医療圏数の減少統合を検討した方が良い。

(2) 病床機能連携（主として圏域内の回復期機能の過不足を評価）

◎要約

【高度急性期（急性期）で受け入れた患者のポストアキュート（回復期）の動向】

- ・ 回復期病床の過不足感について、不足感はないとする病院が多数ある一方で、不足感があるとする病院もあり、過不足両者の意見あり。
エリアごとによる状況や急性期病院側と回復期病院側とで認識が異なる可能性あり。
- ・ 現状では、各病院の地域医療連携室を介した連携体制が構築されており、比較的円滑に患者紹介が行われている。

【急性期から回復期に移行する患者の調整に関する課題】

- ・ 急性期から回復期に移行する患者の調整に際しては、医療的要因（高度な医療ケアや高額な治療薬が必要等）に加えて、社会的要因（老々介護、独居など社会的サポートが望めないなど）により難航するケースが見られる。
- ・ 受入側病院では、特段の条件を付けず極力受け入れるスタンスとしている病院が多い。
- ・ 転院に際して、患者情報等の共有などが円滑にできていない。
- ・ 家族に、転院することについて理解してもらえず、調整が困難となるケースが多い。
- ・ 入院によって患者の ADL が低下してしまうことがあり、早めにリハビリで改善するなど、在宅等に向けて少しでも元の生活に戻せるようにすることが大切。

○介護施設等との連携について

- ・ 介護施設等との連携（急性期治療後の施設復帰、施設復帰後の急変時対応等）については、比較的円滑であるという意見が多数。
- ・ 一方で、施設で尿路感染等が重症化してしまった後に医療機関に搬送されるケースもあり、もう少し早く医療機関に送ってくれば ADL も下がらずに済んだケースもある。
- ・ 施設との調整あたっては、入所待機期間が長い、あるいは入院中に空きがなくなり同じ施設に帰ることが難しくなるケースがあるなどの指摘もあり。
- ・ 高齢者施設との勉強会を開催し、連携を強化する取り組みも始まっている。

○在宅医療との連携について

- ・ 退院時の調整について、ケースワーカーを中心に円滑に調整されている。
- ・ 今後、さらに開業医との紹介・逆紹介の連携を深める必要があるが、今後、開業医の確保自体に不安がある。

【圏域の急性期から回復期・慢性期の機能分担・連携のあるべき姿について議論すべきこと】

- ・ 医療連携を強化するにあたっては、空床情報などのリアルタイムで「見える化」できるシステムや利便性のある画像共有などの ICT プラットフォームの構築が求められる。
- ・ 病院間や病院・施設間の当事者だけでなく、長野圏域の行政、福祉関係者など様々な関係機関の連携について議論してほしい。
- ・ 医療連携における転院の必要性、適正受診の呼びかけ、ACP の普及など行政が連携して

圏域内の周知啓発が求められている。

【今後の方針（事務局案）】

- ・ 回復期病床のニーズについて過不足両者の意見があることから、病床数確保の観点だけではなく、空床情報等の情報共有などを含めた医療機関間のマッチングなどや転院ルールなどについて圏域全体で連携体制の課題抽出および連携策について議論を実施。
- ・ 在宅医療や高齢者施設などの連携についても議論をおこない、地域包括ケア体制を構築する議論と平行して検討していく。これらの議論にあたっては、必要に応じて医療関係者以外の福祉関係者や市町村など多職種の参画も検討する。
- ・ 行政が連携し、ACP の活用、病院間連携による医療提供体制への理解（転院への理解促進）などの住民への発信を強化していく。

◎ 具体的な意見

【高度急性期（急性期）で受け入れた患者のポストアキュート（回復期）の動向】

○ 全体

- ・ 回復期、リハビリの総病床数が足りない印象はない。10 年前と比べると充実している。ただし、受け入れてもらうまでに時間がかかるケースもある。（同意見多数）
- ・ 回復期リハ病床について、空きが出てきており、急性期病院からの流れが滞りつつある。近隣医療機関も同様であると聞いている。
- ・ 長野市内には、小規模病院が多く、そこが受け皿になっており、周辺部では紹介が減っているのではないかと。
- ・ 回復期・慢性期の受け皿が少なく絶対的な不足感がある。
- ・ 長野医療圏には回復期が少ないので、地域包括ケア病棟が機能するような病院があれば随分違う。
- ・ 慢性期病床が少ないので、増やす必要がある。
- ・ 療養病床への転院も調整が困難であり、入院期間が長期化している患者がいる。
- ・ 地域連携室同士で顔の見える関係が築かれており、円滑に調整できている（同趣旨発言多数）。
- ・ 長野医療圏は 80 床以上の病床を持つ病院が少なく、慢性期病床も少ない。後方連携病院が少ない中で、小規模の医療機関を含む多くの医療機関との連携が必要な状況。ツールを使ってニーズを可視化し、リアルタイムに対応する必要がある。
- ・ 下り搬送を考えると対象エリアを絞り、長野医療圏を分けて各エリアで協議するといったことも考えられる。
- ・ ポストアキュート受け入れを進めるためには、状態に応じた病院の転院があることなど県民の啓発も重要。病院のイメージもあり、転院に難色を示すこともある。また、居住地と距離があると患者・家族が選択しない。

○ 受け入れ側の現状・課題

- ・ポストアキュートを積極的に受け入れるため、中核病院との連携を深めたい。
- ・何か容態が変わったりすると、急性期病院は断ることもせず受け入れてくれている。
- ・ポストアキュートの受け入れの条件は、特段決めていないが、高額な抗がん剤等を使用するなど特殊な治療を必要とする医療の質の高い患者、あるいは患者や家族が急性期と同様の治療を求めるなど要求が高いなどの場合、受け入れは難しい。一方で、高齢独居や老々介護世帯等の社会的サポートがない患者については、積極的に受け入れている。
- ・患者や家族の同意があれば、ほぼ受け入れており、特段の条件付けはしていない。
- ・下り搬送を積極的に受け入れ、急性期病院の負担を軽減したい。

○ 急性期から回復期に移行する患者の調整に関する課題

- ・高い薬価を使用する患者、人工呼吸器装着患者、透析患者、身体拘束が必要な患者、麻薬による治療が必要な患者、精神疾患患者は転院に調整が難航することが多い。加えて独居や経済難の患者など社会的な要因があると調整が難航することは多い。
- ・転院については、患者の情報の受け渡しが難しいと感じている。
- ・転院について家族の理解が得られず、調整が困難なケースがある。行政としても圏域での転院の枠組みづくりを進め、転院について理解を求める啓発が必要ではないか。

○ 介護施設等との連携について

- ・介護施設等との連携はできていて、スムーズに対応できている（同趣旨多数）。
- ・施設からの入院患者は、回復後、施設に戻しており連携は比較的スムーズであるが、医療ニーズ（処置等）が高くなると、受け入れ困難と言われるケースが多い。
- ・施設から入院した人が、退院時には施設の空きがなくなっているケースがあり、どこに戻すか苦労することがある。
- ・施設の中にも、胃瘻や人工肛門の処置などお金がかかること、毎日の血糖測定など手間のかかることがあると受けられないところもある。
- ・介護報酬改定により、介護施設は協力医療機関と連携し、入所者の病状急変時への対応が義務付けられた。今年から高齢者施設と勉強会を開催している。勉強会をきっかけに連携を進めていきたい。
- ・施設の入所待ちで、ずっと回復期で入院しているという方が多いという印象。むしろ病床数をどうこうするよりも介護施設等を増やすとかにシフトした方が良いのではないか。
- ・いくら回復期を増やしても、その次の介護施設等がなければ退院できない状況になる。
- ・高齢者施設からの入院患者が、近年減少傾向にある。施設からの高齢者の入院ニーズもピークアウトしてきたのではないか。

○ 在宅医療との連携について

- ・在宅での体制整備は、受け入れ体制に加えて、人や知識、人材活用など地域の施設との連携の在り方等についても考えていきたい。
- ・回復期に入った患者が在宅に戻った時には、ケースワーカーが自宅に状況確認する等、連

携を取っており、スムーズに在宅につながっている。

- ・元々介護保険を利用されている患者は、入院時にケースワーカーからアセスメントシート的に入院前の生活状況を書いてもらい、退院する前にも、どのような環境が良いのかということなどをケースワーカーと連絡を取り合ったり、サービス調整も含め家族・本人も交えて会議を開く等、連携している。
- ・外来機能という点で、開業医の先生と紹介、逆紹介の機能を強めていく必要がある。開業医が増えてくれないと、紹介先がないという状況が生まれたり、休日当番医など地域医療が崩壊してしまうのではないかと危惧している。
- ・注射を打ち続けなければいけないとか、高額な薬が必要となる医療の質が高い患者だと、特殊な治療が日常に入ってくるので、逆紹介できない状況がある。

○ 急性期から回復期・慢性期の機能分担・連携のあるべき姿について議論すべきこと

- ・画像共有システムが展開できてない。また、転院先の病床の状況、どのような患者の受け入れが可能かなどのリアルタイムな情報共有が必要。どこの医療機関に、どのような機能の病床があるか「見える化」が必要
- ・冬場は多くの病院が満床になることがあり、回復期の空き病床のある病院を探してそれぞれの病院が連絡を取り合っている状況で不効率。行政が主体となって、空床を管理するシステムを整備してもらえるとありがたい。
- ・病院間や病院・施設間の当事者だけでなく、長野医療圏の行政、病院の他、様々な関係機関の連携について議論してほしい。
- ・ポストアキュート受け入れを進めるためには、状態に応じて他病院への転院があることなどに理解を求めるための県民の啓発も重要。
- ・長野医療圏としてのコンセンサスを得ながら、適正受診、ACP について行政としても取り組むことが必要。

(3) 救急に関する課題（主として二次救急以降）

◎要約

【救急に関する現状と課題】

○ 病院群輪番制病院の立場から

- ・ 二次医療機関への救急搬送件数は増加傾向が続き、その多くが入院に至らない軽症者が占め、重症者受け入れへの影響やスタッフの負担の増加につながっている。
- ・ 現状では、医療機関の負担は大きくなっているが、消防のメディカルコントロールによる搬送調整が適切に行われており、圏域内では「たらい回し」が回避できている。
- ・ 二次医療機関の救急受診者数の増加要因は、「高齢者の軽症患者」や「ウォークインの軽症患者」といった初期救急で対応可能な患者が増加していること
- ・ 高齢者救急の増加要因は、高齢者人口増加により、高齢者施設からの救急要請などが増えていることにもよるが、移動手段のない高齢者が救急を要請せざるを得ない状況もある。
- ・ 郡市医師会の開業医の高齢化等に伴い初期救急体制の維持が難しくなっており、輪番病院が初期救急患者に対応しなければならず、本来の役割である二次救急に影響が出ている。
- ・ 高齢者救急を受け入れてくれる病院の増加や、積極的な下り搬送の受け入れに協力いただきたい。その上で、重症度に応じた搬送体制が構築されるべき。

○ 救急告示医療機関等（輪番群病院以外）の立場から

- ・ 高齢者救急を受け入れていく必要性を認識している医療機関は多い。
- ・ 一方で、特に夜間休日などの医療従事者のマンパワー確保が課題であり、対応が難しい現状。
- ・ 下り搬送について、積極的に受け入れる意思を示す病院は多い。
- ・ 下り搬送の受入れ強化や、日中の高齢者救急の受入れなどで急性期病院の負担を軽減したい。

【今後の方向性の整理について】

- ・ メディカルコントロール協議会を活用するなど、圏域の救急体制を具体的に協議する場の設定が必要。
- ・ 議論のポイントとしては、高齢者救急の受入医療機関と高度救急受入医療機関（現：病院群輪番病院等）との機能分担と連携体制（搬送調整、受入医療機関の確保、高度救急受入医療機関から急性期後の速やかな転院促進（下り搬送））の構築などを体系化していくこと。
- ・ 圏域内で、救急外来受診時の処方ルール（例：1日処方のみ）や救急搬送時の費用徴収などの適正利用促進のためのルール化の可否についての議論も必要。
- ・ 初期救急体制の維持についての議論も重要。
- ・ 時間外救急の在り方を含む県民への適正受診、ACP 普及などの周知啓発の促進が必要。

【今後の方針（事務局案）】

- ・ 救急体制の確保については、当圏域としては優先度の高い課題であり、市町村や消防関係者を含めた議論を行う場の設定を調整する必要がある。
- ・ 検討にあたっては、高齢者救急を含む軽症者受入れを担う医療機関と高度救急を担う医療機関の機能分担や下り搬送の受入体制構築などによる機能分担の可否について整理が必要。
- ・ また、二次救急の負担軽減のためにも、夜間休日の一次救急体制（夜間休日救急センターや当番医体制）などの確保・維持について、医師会や市町村と検討が必要。
- ・ 行政が連携して、住民への適正受診の啓発等を強化する取り組みを検討

◎ 具体的な意見

【救急に関する現状と課題】

○ 病院群輪番制病院の立場から

- ・ 近年、二次救急医療機関への救急搬送件数は増加傾向が続き、その多くを軽症者が占め、本来の重症者の受け入れへの影響や医療機関スタッフの負担が増加してきている。
- ・ 高齢者の救急受入が、一部の２次・３次救急医療機関に集中している。
- ・ 一次救急患者が、輪番病院の時間外受診をしている。
- ・ 「高齢者の軽症患者」や「ウォークインの軽症患者」といった初期救急で対応可能な患者が増加し、病院群輪番制病院の救急患者数が増加傾向。
- ・ ウォークイン患者が多いため、軽症患者は救急告示病院でも診てもらえれば良いと考える。
- ・ 高齢者救急の増加は、高齢者人口の増加に加え、高齢者施設からの救急要請増加や交通手段のない高齢者が救急要請せざるを得ない状況も要因として考えられる。
- ・ 普段から交通手段がなく移動できない人（特に高齢者）が救急車を呼ぶ現状があり、この部分は致し方ないと考える。今後も増加すると予想する。
- ・ 郡市医師会の開業医の高齢化に伴い初期救急体制（夜間休日急病センターや当番医体制）の維持に影響が出てきていることも、二次救急に影響を及ぼしている。
- ・ 現状の救急は、消防のメディカルコントロールにおいて、重症度に応じて、各医療機関に受け入れ可能な疾患の搬送調整が行われていると感じている。
- ・ 現在、医療機関の負担は大きくなっているが、いわゆる「たらい回し」の状況は、当圏域では避けられていると認識している。
- ・ 患者の重症度によって搬送先を考えるべき。
- ・ 下り搬送を積極的に行える仕組みづくりが必要
- ・ 救急受入を維持していくためには、ある程度の規模が必要。勤務医師も高齢化してきており、救急を担える若手医師の確保も必要。
- ・ ある程度救急を受け入れれば、身体機能が落ちている人は入院させなければいけないだろうし、そのためにはベッドも空けておかなければいけない。したがって、救急患者受入れについては、基本的には急性期機能の病棟でなければ受けられないと思う。
- ・ A C P の認知度が低いのが課題。

- ・病院群輪番制を機能させるために、もう少しわかりやすい財政補助体系になると良い。

○ 救急告示医療機関等（輪番群病院以外）の立場から

- ・高齢者の軽症患者の受け入れを増やしたい意向はあるが、医療従事者のマンパワーの制約などにより限定的。
- ・日中に関しては、地域の救急を積極的受け入れている。日勤帯中心の受け入れを集中することも、高度急性期を担う医療機関の負担軽減につながるのではないかと。
- ・救急車の搬送受け入れは、かかりつけ患者、軽度の外傷ならば受け入れている。夜間は応需不可能。要請件数は少ない。
- ・急性期を受けていない前提で働いている職員が多く、ここで急性期を受けることになると、人材がやめてしまい人手が確保できなくなる可能性を危惧する。受け入れるためには、病院のコンセプトと体制全体を変えなくてはならないが、人と施設の候補の面で難しい。
- ・救急患者は基幹病院で診てもらった方がよい。昼間であれば、普段から加療を要する患者は受け入れているが、夜間は医療スタッフの問題もあり、救急医療の体制づくりが難しい。
- ・2次救急病院の後方的位置付けとして、急性期病院の救急科に入院されている患者は直ぐに受け入れられる様な形を取っている。
- ・急性期病院へ救急搬送された患者が2、3日後に容態が安定すれば転入院を受け入れることは可能である。
- ・ポストアキュート患者の下り搬送の受け入れについては、積極的に行うことが現実的。この点において、急性期病院の負担を軽減するための連携に貢献したい。
- ・高齢者の受け入れを増やし、急性期病院の負担軽減に寄与したいという気持ちはある。
- ・今後、体制を整え高齢者救急の受け入れを増やしていきたい。
- ・高齢者は自宅から動かすことができない。急病者を動かすのも怖いし、近所の方全員寄って何とか自家用車に入れて連れて行かなければならない状態があるかと思うので、救急車が呼ばれてしまうのも仕方ないのかも知れない。

【今後の方向性の整理について】

○ 関係者による調整について

- ・メディカルコントロール協議会が議論の場と認識しているが、消防にすれば、重症度に応じて患者を救急搬送するかを議論する場としての認識は低いのではないかと。その意味で、こういった問題を協議する場が、メディカルコントロール協議会なのかどうかという部分を含め、考える場というものを明確にする必要がある

○ 圏域全体の救急体制について

- ・議論のポイントとしては、高齢者救急の受入医療機関と高度救急受入医療機関（現：病院群輪番病院等）との機能分担と連携体制（搬送調整、受入医療機関の確保、高度救急受入医療機関から急性期後の速やかな転院促進（下り搬送））の構築の可否。
- ・救急の場合、長野医療圏ではどこの病院を受診しても、受診した日の1日分の処方箋しか

出さないといったことをルール化すれば救急患者は3分の1減ると思う。また、救急の場合、それなりにお金をいただくという方法も考えられる。

- ・二次救急医療機関とすれば、救急患者を一旦は引き受けても良いが、その後然るべき病院で受け入れるということを、行政としても、今後病院との間で、システムとして取り扱ってほしい。

○初期救急体制の維持について

- ・ウォークインが二次救急医療機関に来てしまっている状況を考えると、地域の一次救急のあり方に課題があると感じており、今後二次救急医療機関の医師の働き方改革への影響が懸念される。夜間休日救急センターや在宅当番医の維持・確保にむけた市町村や医師会等との協議促進が必要。

○県民への啓発について

- ・休日（救急）受診の意味を勘違いしている人もおり、その人たちへの周知をお願いしたい。
- ・軽症での適正受診に関する積極的な広報（市町村広報誌等）。
- ・「#7119、#8000（医師や看護師による救急電話相談）」の周知。
- ・介護・医療連携の一環としてのACPの普及。
- ・特に、救急受診の意味を勘違いしている県民への周知が必要。