

第9回諏訪医療圏地域医療構想調整会議 議事録（要旨）

1 日 時 令和2年1月24日(金) 午後7時から午後9時まで

2 場 所 長野県諏訪保健福祉事務所5階 講堂

3 出席者

委 員 今井智彦委員、小松郁俊委員、細田源浩委員、天野直二委員、吉澤徹委員、梶川昌二委員、矢澤正信委員、岩間智委員、林文子委員、古屋真一委員、小野哲也委員、濱克典委員、関隆雄委員、両角直樹委員、小松信彦委員、上原万智子委員、小林正雄委員（欠席 稲村いづみ委員、浦野順委員、小口浩史委員）

長野県 諏訪保健福祉事務所 加藤浩康所長・森山秀一郎副所長、健康福祉部医療推進課 原澤徳泰課長補佐兼医療計画係長・竹内学主任・山浦幹生主事、医師確保対策室 渡邊卓志室長、加藤慧主事 他

4 議事録（要旨）

（1）医師確保計画の素案について

【医師確保対策室渡邊室長が資料に基づき説明。】

説明資料名：医師確保計画（案）の概要・長野県医師確保計画（案）・医師確保計画策定等に係るスケジュール（予定）

（小松会長）

ただいまの説明について、御質問・御意見がありましたらお願いします。

（梶川委員）

計画策定のスケジュールに従って、今年度中に計画を策定するということでしょうか。

年度内に再度調整会議を開く予定はありますか。

（医師確保対策室渡邊室長）

今年度中に策定する必要があります。

国から示してきた指標等が、11月の時点で公表できる状態ではなかったため、日程がずれ込み、今回の会議が1月になってしまいました。今後、3月までに調整会議を開き再度協議することはできないと思います。

策定したものを実施する段階で、調整会議との調整を図り、4年後にはより良いものに見直しを行う予定です。

（天野委員）

医師確保計画とは、医学生修学資金貸与者である若い医師を、県内のどの地域に配置するかを重点とした計画であると認識していいですか。

9年間の義務年限のうち、7、8、9年目の臨床的にもトレーニングを積んだ医師を拠点病院に配置し、その後医師不足病院へ派遣するという形でしょうか。

(医師確保対策室渡邊室長)

国は2036年までに医師偏在を解消することを目標にしています。国としては、その頃には医師の数が需要を下回ることはないと認識しています。しかし、長野県としては、当県がそのような状態になるとは考えておりません。

そこで本県としての医師確保計画としては、現在勤務している医師に他の地域に移るようによりに依頼しても医師の生活基盤等があり難しいと思われるため、新たに勤務する修学資金貸与医師について、県の人事のできる範囲で配置する地域を指定し、医師としてのキャリアアップを図りながら、地域医療に貢献していただきたいと思っております。

本県としては、7年目以降の医師を配置する計画です。

(天野委員)

全員人材拠点病院に配置されるのですか。それとも医師不足病院へ何割かは配置されることもあり得るのでしょうか。

(医師確保対策室渡邊室長)

修学資金貸与医師が実際に配置の対象になるのは、貸与を受けてから10年以上経過後になります。今年はまだ18名しかおらず、来年でも27～30名程度です。

令和5年頃になれば、各医療圏に複数人の医師配置が可能になると思われませんが、今のところは全員人材拠点病院配置を予定しています。医師不足病院への直接配置については今後も検討すべき課題だと思っております。

また、診療科目についてですが、総合的な診療のできる内科・外科・救急にできる限り絞って貸与していますが、それ以外の診療科目を専攻する医師もいます。そのような医師に対してどう対処するかも検討事項です。

(梶川委員)

当院では、今は大学の医局からの派遣が多い状況です。大学の人事との関係はどうなるのでしょうか。

(医師確保対策室渡邊室長)

医局の人事は無視できないものですので、信州大学の医師とも連携し、お互いに協議してやるしかないと思っております。

(矢澤委員)

人材拠点病院は、医師不足ではない状態でも修学資金貸与医師の配置を受けるとは思いますが、医師不足医療機関へその医師を派遣することを県として義務付けるということでしょうか。

諏訪赤十字病院のような高度急性期医療を担う病院の場合、大半の医師が専門医です。そのような病院へも、専門ではなく一般的な診療をする医師の配置をするのでしょうか。

(医師確保対策室渡邊室長)

医師不足の医療機関へ派遣することは責務として行ってほしいため、現在、職員等が各人材拠点病院の院長を回り、この制度への御理解をお願いしているところです。

高度急性期医療を担う人材拠点病院へも、一般的な診療をする修学資金貸与医師の配置を行う予定です。

(矢澤委員)

医師少数スポットについてですが、原村が医師優先配置地域のB地域として挙げられています。確かに原村は行政単位としては独立していますが、茅野市や富士見町への距離的な利便性を考えると、医療の上でそれほど独立した区域とは考えられません。

行政単位の村の中に診療所しかないという理由で、医師少数スポットに指定されるのでしょうか。

(医師確保対策室渡邊室長)

いろいろな考え方があると思いますが、わかりやすいのは行政単位ということで、村内に診療所しかない原村をB地域に挙げました。

県としては、その地域を支援できる病院に対して施策を行うことしかできません。直接診療所に医師を配置することはできないため、診療所しかない原村は、特に医師優先配置の対象にしています。

(小松会長)

国の試算で大北地域と諏訪が同じ状況の区域になるという結果には疑問があります。どのような算出方法なのか、現状の把握をよくしたうえで計画を考えてほしいと思います。

また、医師少数スポットについては、行政単位もいいですが、それ以外も考えた方がいいかと思います。

諏訪地域では、茅野市から富士見町にかけての西山地区が特に医師が少ない地域で、そこに住む患者は困っています。それに比べ、原村は人口等からみて、それほど医師不足とは思えないのですが、地元の医師会長の細田委員はどう思われますか。

(細田委員)

原村について、人口当たりの医療機関の数を調査したことはありませんが、諏訪中央病院や富士見高原病院もそう遠くない場所にあり、関連の診療所もあつたりして、特に医師不足の印象はありません。

(小松会長)

このように医師不足のスポットについては、地元の認識とずれているところがあると思います。これを訂正する方法があれば教えていただき、将来的には正しいものに変えていければと思います。

(2) 外来医療計画の素案について

【医療推進課竹内主任が資料に基づき説明。】

説明資料名：外来医療計画の主な記載事項について・外来の医療提供体制の確保（外来医療計画）（案）

(小松会長)

ただいまの説明について、御質問・御意見がありましたらお願いします。

「外来医療」ということですが、診療所のみ対象ですか。病院の外来も含みますか。

(医療推進課竹内主任)

新規開設の診療所のみ対象です。

(今井委員)

自由開業医制度を制約するものではないとの説明があり安心しましたが、新規開業者と調整会議で協議した後、具体的にはどのようなことをするのでしょうか。

(医療推進課竹内主任)

開設時の届出等の内容を基に、不足する外来医療機能への対応について調整会議で協議しますが、その協議結果をホームページで公表します。

不足する医療機能を担うよう強制することはできないため、担う意向がない場合もその旨公表します。ホームページでは実在名を公表する予定です。

(細田委員)

地域において不足する外来医療機能として挙げられているものは、現在医師会が請け負ってやっているものです。医師会に加入しなくても、その機能を担うようお願いするのでしょうか。

(医療推進課竹内主任)

新規開設者については、医師会に加入しなくてもお願いしていただきたいと思います。

このような医療機能を担うことについては、今までも行政としてお願いはしていたのですが、これからは行政上の手続きとして、届出に意向を記載していただく形になるということです。

(細田委員)

不足する機能を担うことを拒否した場合でも開業は認められますか。

(医療推進課竹内主任)

開業は認められますが、ホームページで拒否したことが公表されます。

(小松会長)

開業するとなると、半年以上前に資金をかけて医療機器等を購入しています。開設後10日以内の届出の時点で、不足する医療機能に合わせて変更して欲しいと言われても実質的にはほとんど不可能に近いです。この計画を有効に実施するには、かなり早い時期からの協議が必要になります。

また、医師会は市町村と契約を交わして事業を行っています。そのことについて、県が口出しすることはできないと思われませんが、その辺はどうお考えでしょうか。

(医療推進課竹内主任)

法律上の手続きということで御理解いただき、開業について医師会に事前に相談があったら、その時点から、不足する医療機能を担っていただくようお願いしていきたくと思います。

県が医師会と市町村との契約に対して口出しできないことは承知しておりますので、実際の進め方に関しては、各医師会と連携を取りながら課題解決をしていきたいと思っております。

(今井委員)

医師会としては疑問の残る計画です。

医師会の事業として、診療以外に地域の予防接種等も行ってはいますが、医師会の中でうまく運営しようとしているものについて、県が新規開設者の意向を確認したりするのは筋違い

ではないかとも思います。もう少しお考えいただければと思います。

(医療推進課竹内主任)

今伺いました御意見を参考に、今後の計画策定に取り組みたいと思います。

(小松会長)

計画について意見がある場合は、調整会議に出せば反映されるのですか。反映され、改善されることを条件に、この計画策定を受け入れたいと思いますが。

(医療推進課竹内主任)

この調整会議で不足する医療機能等も話し合うので、意見が出れば、適宜対応します。

(3) 公立・公的医療機関の再検証について

【医療推進課原澤課長補佐兼医療計画係長が資料に基づき説明。】

説明資料名：公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証

(小松会長)

ただいまの説明について、御質問・御意見がありましたらお願いします。

公立・公的医療機関の委員の方、いかがでしょうか。

(梶川委員)

これからの人口減少を見据えて、効率的に医療を進めるには大切なことだと思います。

(天野委員)

全国的に一律に分析されても困ります。その地域ごとに特徴があるからです。

また、公立の医療機関ばかり再検証の対象にしていると、病院の機能をつぶしていくことになります。

平成29年度の病床機能報告だけで判断するのではなく、2025年までの流れも考慮して、常に変化している臨床の現状に合わせた判断をお願いしたいと思います。

(矢澤委員)

当院では山梨県の患者を、救急で3分の1、外来で5分の1、入院で4分の1の割合で受け入れています。

同一医療圏にあるから「近接する類似医療機関」と言われても、地域ごとに病院の役割は違います。現場としては、地域の実情を尊重しながら対処していきたいと思います。

(医療推進課原澤課長補佐兼医療計画係長)

今回分析の対象にならなかった領域のデータや、経年変化のわかるもの等、県で入手できるものは調整会議にお示ししますので、各医療機関の役割分担について今後も議論いただきたいと思います。

(4) 令和2年度地域医療介護総合確保基金の要望状況について

【医療推進課山浦主事が資料に基づき説明。】

説明資料名：令和2年度地域医療介護総合確保基金事業（医療分）要望状況

(小松会長)

ただいまの説明について、御質問等ありましたらお願いします。

[特に質問等なし]

では私から質問しますが、この基金については市町村も要望できるのでしょうか。
(医療推進課山浦主事)

要望できますが、諏訪医療圏については、今年度は市町村からの要望がありませんでした。

(5) 諏訪医療圏における病床数について

【事務局が現在把握している病床数の増減計画を説明。】

増減計画：小池医院（富士見町） 療養病床 15 床廃止
諏訪共立病院（下諏訪町）療養病床 15 床増床

(小松会長)

ではまず、小池医院の 15 床廃止について、何か御意見等ありますでしょうか。

[特に意見なし]

では、この廃止について、調整会議として了承することとしてよいでしょうか。

[異議なし]

それでは、小池医院の 15 床廃止については、調整会議として了承されたものといたします。

次に、諏訪共立病院の 15 床増床についてですが、まず諏訪共立病院から説明願います。

【諏訪共立病院長が資料により説明。補助金無しで増床する旨も説明。】

説明資料名：諏訪共立病院での療養病床 15 床増床の概要計画報告について

(小松会長)

事務局等から補足することがあれば説明してください。

【事務局が資料により説明。】

説明資料名：諏訪医療圏における療養病床の現状について・基準病床数制度について

【医療推進課原澤課長補佐兼医療計画係長が資料に基づき説明。】

説明資料名：都道府県知事の権限の行使の流れ

(小松会長)

この増床計画についての御意見等がありましたらお願いします。

(梶川委員)

諏訪市に限ると療養病床は十分ではありません。転院までの待機日数は 40 日、50 日を超え、中には待っている間に亡くなってしまう患者もいます。

諏訪市内の病院では療養病床数が限られるため、当院で一番転院を受け入れていただいているのは諏訪共立病院（下諏訪町）です。そちらも無理な場合は、県外、例えば山梨県の病院にお願いすることもあります。

現状の調査から分かった療養病床の必要数と対比しても、15 床の増床は、当院にとって、またこの地域全体にとっても大変助かることだと思います。

(小松会長)

諏訪地域の患者が、住み慣れた場所で療養したいのに、その機会が奪われているので、この地域に療養病床が増えるといいということですね。

(梶川委員)

そうです。

(吉澤委員)

最近は患者の重症化が目立ち、介護が必要な方、頻回に吸痰を要する方、透析が必要な方等、在宅や介護施設に移るのが難しい高齢者も増えています。そのような患者が療養できる病床を確保することは重要なことだと思います。

(小松会長)

一般病床でそのような患者を長期にわたって看るということはよくあるのでしょうか。

(梶川委員)

患者が療養病床に転院すると了承しても、いつ移れるかが見込めず待てなくなり、やむなく一般病床に転院することもよくあります。そのようなことをなくすためにも、療養病床の増床をお願いしたいと思います。

(小松会長)

一般病床は、その本来の目的に合う患者のために使うべきと言われても、実際に長期の患者を受け入れるところがなければ、やむを得ず一般病床に入院させるしかないと思います。

そのような場合、病院の収入面ではどうなるのでしょうか。

(梶川委員)

かなり厳しい状態になります。

(天野委員)

当院の中で患者を移すことでさえ苦労している状態です。急性期が終わっても、状態が悪く、家に戻れない患者が増えています。

療養病床が実際にはどのくらい不足なのかということを数値的に知りたいと思っていましたが、この資料を見て不足の現状がわかり、改めて15床の増床は必要だと思いました。

(矢澤委員)

当院は急性期と回復期の病床を持っていますが、富士見町から療養の病床をなぜ持たないのかと言われます。しかし、我々としては、慢性期の療養が必要な方には介護施設を用意しているからと返答しています。

回復期を過ぎてもすぐに施設入所ができないような、回復期と介護施設療養の狭間でどちらにもいられない患者が当院にもおります。諏訪医療圏では、そのような患者を受け入れるところが不足しているため、県境にある当院では、家族に理解してもらって、山梨県の慢性期病院へ不本意ながら移っていただいているのが現状です。

資料で確認できた療養病床の不足の数には満たないにしても、諏訪医療圏で15床の増床があれば、そのような患者が地元で入院できる選択肢が増えることになります。今後人口が減るにしても、2040年位までは減少することのない急性期や回復期後の慢性期療養に対応するためには、この増床計画は必要なものだと私は思います。

(小松会長)

増床することによって療養を要する患者の転院までの待機期間が減れば、それだけ急性期病院の在院日数の短縮に繋がります。このことは、国の求めている姿に近づくことでもあると考

えます。

この地域では、転院先が見つからない場合、やむなく一旦在宅に戻って入院先を探そうとすると、具合が悪くなってもなかなか入院できない状況になってしまいます。特に冬の時期は大変です。急性期病院の諏訪赤十字病院では、どのような現状でしょうか。

(梶川委員)

全国的に在院日数は短縮の傾向にあります。

当院の場合も、一人当たりの在院日数は、前年度に比べて、1年間の平均で1日短縮、ともすれば月に2日程度短縮されているところもあります。

それに対し、新たに入院する患者数は、月に100人程度、寒くなる時期は救急患者が増えます。そのため、月に何日かは、救急車で運ばれてきた患者の入院先を確保するのに苦労しています。本来なら入院が望ましい患者でも、やむを得ず自宅に戻ってもらい、翌日外来に通院するよう依頼することもあるのが現状です。

これからまだしばらく需要が増える慢性期の患者に対応する病床を増やすことは、急性期の病床を有効に活用する意味でも必要だと思います。

(小松会長)

自分の診療所の患者でも、先日諏訪赤十字病院に行き、肺炎だったのに返された例がありました。結局その夜、救急車で日赤に運ばれたのですが、諏訪地域の医療の現実はこんな状態なんです。

それならば在宅医療を充実すればいいという考えもありますが、在宅医療は実際に行う側にとってはきついもので、なかなか思うようにいきません。

将来的には2000人以上を在宅患者にしたいという計画がありますが、現実には、諏訪市医師会で十数件の医療機関が対応してもせいぜい500人から600人程度の患者しか診ることができません。2000人を診るには相当な医療機関の数が必要です。

岡谷市では、現実的に在宅医療を担う医療機関はほとんど無いと聞いています。茅野市でも在宅医療をやるといって新規開設者は無い状態だそうです。

在宅と外来と診療報酬の点数に変わりがないため、在宅の方が診療所としての収益が下がることになります。外来と別に在宅医療をする時間を作ることが難しい現状であり、もし在宅の患者を診療するため、通常の診療時間中に訪問すれば、外来の患者にとっては診療に対応する時間が減ることになり、別の医療機関に移ってしまう一因になります。

在宅医療をやりなさいというのに、在宅医療ができにくい保険制度になっているのが現実で、医師会としては在宅医療を勧めています、なかなか受け入れられず困っている状態です。

しかも老人ホームなどの施設で看取った人については自宅死と認められず、診療単価が下がります。施設が増えれば増えるほど、自宅での看取りが減り、在宅医療を担う難しさが増すのではないかと感じています。

外来の患者を診ながら在宅の患者も診るといってはなかなか大変で、365日縛られてどこにも行けず、さらに電話で急に呼び出されるというのは、今の若い医師はやろうとはしないです。私達現役の医師は、地域のためと思い、この大変な生活を続けていますが、諏訪地域のこれからの状況としては大変厳しい現実があります。

(今井委員)

療養病床は、急性期から病状が移行していくなかで非常に大切なものだと私は考えています。

自分の診療所でも、長期入院後、自宅に帰ってもいいと言っても帰らない患者がいます。よく言う「社会的入院」で、帰りたくても帰れない、行くところがない患者もたくさんいます。そのような患者の受け皿が今はない状態です。

高度急性期・急性期の病院では、長期入院の患者がいるために、本来の急性期の患者を受け入れることができないことになるので、長期療養患者の受け皿としての療養病床を増やすことが必要です。

今回の資料で数値的にも療養病床が不足していることがわかりますので、諏訪赤十字病院等の急性期の病院のためにも、諏訪共立病院に療養病床を増床していただければ有難いと思います。

(細田委員)

国は在宅、在宅と言いますが、実際に在宅医療に携わっている方々は、本当に身を粉にして働いています。

茅野市の諏訪中央病院は在宅に関して非常によくやったださり、訪問看護ステーションもとても一生懸命に活動していただいています。

施設や在宅医療の関係者と医療機関の関係者とが皆で協力してやっていくことは非常に大事なことだと思います。

療養病床の不足は数値的にも確かであると資料を見て思いました。数値的な面だけでなく、いろいろな要素を勘案してこの調整会議で決めていくことに意義があると思います。

(古屋委員)

在宅療養についてですが、国から私達薬剤師にも対応するように指示がきています。

在宅の方の自宅を訪問し、薬を届けてその様子をただ医師に伝えるだけではいけないということですが、私達はお話を聞くだけしかできないため、薬がきちんと飲めているか、たくさん飲み残しがあればなぜ飲めないのかをお聞きし、その内容を医師に伝えることは必要だと思っています。

一人二人でやっている薬局も多く、24時間連絡があればすぐに訪問する体制を整えることは実際には難しいです。どんな風に対応していくか頭が痛いところですが、少しでもお役に立てるようにこれから考えていきたいと思っています。

(小松会長)

今は多職種連携ということで様々な勉強会も行われ、地域全体として医療と介護の連携が図られてきています。その中での御意見として承りたいと思います。

ではそろそろ調整会議としての意見をまとめたいと思います。

この増床計画について承認するという意見が圧倒的に多かったと思われませんが、調整会議として15床の増床計画を認めるということで良いでしょうか。

[異議なし]

では、承認ということにいたしますので、よろしくお願いします。

(6) その他

(小松会長)

この機会に何かお話ししたいことや、本日の会議全体を通しての御意見等ありましたらお願いします。

[発言なし]

御発言がないようですので、以上をもちまして本日の議事を終了いたします。

御協力有難うございました。