

令和4年度 第1回上小医療圏地域医療構想調整会議議事録

日時：令和4年8月30日（火）

午後6時～8時

場所：長野県上田合同庁舎 講堂

1 開 会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 今後の地域医療構想の進め方について

- ・[資料1] 今後の地域医療構想の進め方について
医療政策課 浅川主任が資料に基づき説明

(橋本座長)

ただいまの説明について整理させていただきますと、今後の地域医療構想の進め方として、主に2点提案があったと認識しております。

1点目は、公立病院、公的医療機関や民間病院、有床診療所それぞれが、既に策定している対応方針の見直しの可否を明らかにし、調整会議において必要な議論を重ねていくというものです。

2点目は、各医療機関が圏域において担うべき役割を調整会議の場で検証するというものです。具体的には、2025年における医療機関ごとの役割を将来意向調査なるもので把握し、その集計結果を話し合うというものです。

こちらについて、ご質問、ご意見等があればお願いいたします。はい、飯島委員。

(飯島構成員)

説明ありがとうございます。参考の令和3年度病床機能報告結果、上小医療圏許可病床ベースの一番右側の棒グラフですが、私の記憶の中では、平成29年度版の長野県地域医療構想の中で作られたと認識しています。その中で書いてあることで医療センターの話ですが、がんの多くの患者が隣接する佐久、松本、長野地区に流出していると。その30パーセントは松本地区、10パーセントが長野地区に流出しているという文言があって、そのようなものを基にして、この棒グラフは作られているのではと思っています。

今後の地域医療構想の進め方については、このところをしっかりと。現状では信州上田医療センター、それぞれの公立病院があります。今回のコロナ絡みで相当、地域医療提供体制というものが激変しているように思っています。そういうことも考慮しながら、この棒グラフの見直しのお考えはあるのでしょうか。

(橋本座長)

ただ今の飯島委員の意見につきまして、県から何か。

(浅川主任)

ご意見をいただきましてありがとうございます。一番右側の棒グラフを見直す予定はあるのかということでございます。県としては、地域医療構想の推計値はあくまで参考値という形で示しております。また、国の方でも今回のコロナ禍にあつて、こちらの推計値の基本的枠組みは維持するという方針でございます。

この点につきまして、県としては、現時点では見直しをする予定はないということでございます。

(橋本座長)

藤森先生どうぞ。

(藤森構成員)

最初にこのグラフが出てきて、このグラフに従えみたいな順番になっているのでお尋ねします。2025年まではすぐですけれども、現状きちんと見ていただきたいのは、明日、明後日と336のベッドが空いているのかということ。400空いていれば絶対にいいですけれども。

(橋本座長)

ただ今の意見についてどうですか。

(浅川主任)

明解な回答にならないと思っておりますが、県としては、大前提としてこちらはあくまでも参考値です。ですので、それよりも将来、人口が減っていき、医療ニーズが変わっていくので、そのときどう対応していくのかということを経験するときの参考値として、このデータを使用していただきたいと考えています。

(藤森構成員)

慢性期を含めて全てのベッド数で言いますと、データ上は、入院数は2030年に向かって増えるのであればベッドは減らさないということも考えられる。

(浅川主任)

地域の現状を見ていく中で、将来的に考えても、医療圏域から考えても、減らすことは妥当ではないという点については、調整会議の場で議論していただくことと思っておりますので、よろしくお願ひします。

(藤森構成員)

今一番の問題は救急の関係で、この地域が保健所ごとの電話回数が一番多いと指摘されています。それは単純に言いますと、二次救急の後方支援をやっています信州上田医療センターが満床だったということ、単純にそれしかないです。なので、本当にこの地域が400床空いているというところを示していただかないと、各医療機関のベッド数を減らせばいいと報告できるかどうか、非常に疑問であります。

(橋本座長)

飯島委員どうぞ。

(飯島構成員)

先程私が新しい資料はどうだと言ったのは、今回 11 人いらっしゃる新しい委員は、29 年度版の長野県の地域医療構想のときの状況を知らないのですよ。現状も知らない。知らない中で議論をするときに、不公平感があるのではと思っています。

やはり、藤森院長がおっしゃるように、現状がどうなっているかということをご皆さんに共通認識していただいて、この参考値をどうするかを議論するのであればいいけれども、ただ唐突に 11 人委員が変わった中で、そのまま動かすのはいかなものかなということですよ。

(橋本座長)

飯島委員の意見について。

(浅川主任)

地域医療構想調整会議では、2025 年における病床数の必要量は参考値ということをごベースにしながら、将来的には必ず人口が減っていき、ニーズが変わっていくことを皆さんに認識していただいて、今後どうするかということをご議論するための場だということをご県としては考えていますので、そういった御認識で議論いただければと考えています。

(橋本座長)

よろしいでしょうか。はい、勝山先生。

(勝山構成員)

説明ありがとうございました。さて、この会議は地域医療構想調整会議です。今説明いただいたのはこの地区はベッドが過剰だということは分かりました。県はベッドが過剰だと認識しているとは分かりました。それでしたら、上小医療圏はどういう問題を持っているかという見識を示してほしい。今日は人材確保の担当の方も見えている。ただ、我々はなぜ人材確保できないのかよく分かっているのだから、責めるつもりはありませんけれども。

また、上小の医療圏がどこに問題を抱えていて、我々が日々仕事に呻吟しているか。二次輪番する救急体制ですら、今崩壊しそうです。県が減らそうとしなくても、今のままだったら病院は立ち行かないので、ベッドは多分自然減少するでしょう。

この医療圏が何の問題を抱えていて、我々医療を担っている人間たちは、どうしなければいけないのか。県としてどう考えているのか。保健所なり県の方から見識を示していただけたらと思います。

我々としては日々患者さんに対して本当に申し訳ないという気持ちで医療に取り組んでいるわけで、そういう課題に真摯にこの会でご取り組んでもらいたい。上小医療圏の抱えている課題について、総括的に取り組める会はこれしかありません。

この会議を有効活用して少しでも人材確保を進めるとか、そういう方向に進めるよう議論をまとめていってほしいというのが、私の切実な気持ちです。あなた方の苦労は大変よく分かりますが、そのことをよく認識した上で、議論を進めてほしい。

(橋本座長)

はい、三澤先生お願いします。

(三澤構成員)

今回のコロナの中で分かったことがあります。救急医療です。コロナの人が入る部屋がなければいけないが、それ以外に心筋梗塞、脳出血、これになった人が入る部屋がない。ですからこれを例えれば、こういうものは何床と積み重ねていくと思うんですけども、救急に関して上小は今、上田医療センターしかない。それに対して佐久は3つ、4つある。諏訪もそう。しかし、上小は1つしかないから、上田医療センターが本当に頑張っている。でも、患者の数が多から間に合わない。そういうことも考慮していただきたいのが1つ。

それから、5疾病のところ運動器が入っていない。患者数が内科の次に多いのが整形外科です。2番目に多いんです。それに関して考慮されておらず、ただベッド数を議論するとかと言っている。それは、申し訳ないですけども積み重ねなんです。

例えば、腸閉塞になって、緊急で手術できるのが上田医療センター。他でできますかと言っても、上小では他はほとんどできないです。そういうとこまで議論していくのがこの会議だと思います。ベッド数は二の次で、救急や周産期をどうするかが一番です。

それを先に議論すべきであり、上小がこんな状態だからそれを直すにはどうしようとか、上小の2次医療圏の中でどうするべきか考える中で、難しいのであれば、他の医療圏と合併することも視野に入れる、ということになるわけです。

一生懸命やっているのにうまくいかない状況を踏まえ、こういうことを皆で話し合っていたきたいとお願いしたい。

(浅川主任)

ありがとうございます。この病床数の推計値にとらわれて、数合わせの議論をするのは意味がないと考えておりますので、正にこの地域の現状はどうなっているのかということに視点を置いて、今後、この地域で将来の医療ニーズが変わっていく、また、医師の働き方改革の話であったり、医師確保の話であったり、新興感染症の話がございますので、そういったことを踏まえて、今後どうしていくのかということ、この場で皆さんと活発に意見を交わしていただきたいと考えていますので、よろしくお願いします。

(橋本座長)

他にいろいろと言いたいこともあるかと思いますが、時間の関係もございますので、この議題は終了とします。よろしいでしょうか。県においては、本日の委員の意見を踏まえ、今後の地域医療構想の進め方について十分反映いただくようお願いします。

(2) 上小医療圏における今後の各医療機関の役割分担の基本的な方向性について

- ・[資料2] 上小医療圏における今後の各医療機関の役割分担の基本的な方向性について
医療政策課 浅川主任が資料に基づき説明

(橋本座長)

事務局からの説明にありましており、上小圏域における今後の各医療機関の役割分担の基本的

な方向性について皆様と共通認識をもつために、意見交換をさせていただければと思います。

事務局から示されている資料やデータなども踏まえてご発言いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。はい、大澤先生どうぞ。

(大澤構成員)

鹿教湯病院の大澤と申します。ご存じのとおり、鹿教湯病院と三才山病院の2病院は1年後ぐらいには一緒になることが決まっています。今のデータの中でグラフが2つ出ていましたけど、来年以降は1個と考えていただかないと困るということが一点。

もう1つは7ページです。鹿教湯病院と三才山病院の許可病床数と書いてありますが、1年後に一緒になった後のベッド数の合計は475です。現在の基幹病床数から1年後には黙っていても178減ると。先ほど336という推計値がございましたけれども、そのうちの180ぐらいは1年後には自動的に減ることになりますので、そこをよろしくお願ひしたいと思います。

(橋本座長)

県の方から何かございますか。よろしいですか。他にどなたか。はい、三澤先生どうぞ。

(三澤構成員)

国の役割分担の考え方の中に、基幹病院に急性期機能を集約するとあります。実際、長野県内のいくつかの高度急性期病院を見ていると、外科の手術がいっぱい入って、他の科の手術も入って、ダヴィンチも買ってやっているの、手術もパンパンになってしまって、整形外科の手術は入らないからよその病院に行ってやってくれとなっているのが現状です。

ですから急性期の中でも、この手術はこことここで分けてやるという視点が重要で、病院が大災害になったとか、病院にクラスターが出来てしまえば、病院は止まってしまうので、これを基幹病院に集めるというのは、全体的な流れではいいが、個々の部分はやはり分けてやっていくべきだと思います。例えば整形外科では、関節とかは上田医療センターにお願いして、脊椎は当病院でやっていくというように分けている。そうすると、非常にうまくいっている。

ただ集めればいいのかというのではなくて、もう少し細かく詰めていった方がいいと思いますので、単に国の考えを持っていくのではなくて、各地域によって実情は違いますのでその点を考えていただきたいと思います。

(橋本座長)

他にどなたかございますか。他県の事例では、医療資源を集約した急性期の基幹病院と、地域の患者を支える地域包括ケア機能を持つ病院という形で役割分担を進めているようですが、上小圏域の基幹病院のお立場から信州上田医療センターの藤森先生いかがでしょうか。

(藤森構成員)

後に出てくるとは思いますけれども医師の働き方改革の問題もあって、大学の医局も医者を出さないようなことを言っているの、基本的には断らない病院と勝山先生のとこの面倒見のいい病院しかないと思っていますけれども。

(橋本座長)

勝山先生、何かご発言があれば。

(勝山構成員)

働き方改革は全く医療のことは頭になくて勝手にやっている。今の保険制度の保険点数の改正とかで締め付けていると、病院は自然と減少します。病院経営が成り立たないからベッドを削減する必要などありません。

上小医療圏について言うと、議論の余地もなく最大の課題は医療資源の不足です。人についても物についても。医師については厚生労働省から出しているとおり上小は334名でしたか。これについて、県はどういう考えでいるのか。医師・看護人材確保対策課の方もお見えになっていますが、まず答えはないと思います。どうしてないかと言ったら、現在の医師の人事は基本、大学の医局でやっている。

我々のところは断らない病院で、居心地のいい病院になろうとして努力していますが、中山間地の病院として絶対に必要なのは、認知症の専門家や、心療内科の医師とかいろいろあります。ところが決定的な不足でどうしようもない。それが実は多くの病院が抱えている問題だと思います。

だから、334名の定員に200名にしようとは思わないが、せめて順番をもう少し上げる方策を、極めて難しい問題ですけれども、県として取り組んでほしい。

こういう問題を棚上げにしておいて、先程分析のデータをたくさん見せていただきましたが、我々は自分の経営があるので、こういうデータは毎月見せられて、先生こうやってくださいと締め付けられている。今日、繰り返し見せていただきましたが。そういう喫緊の課題をもう少し正面から取り組んでいただかないと、この会議が意義深いものにならないかなというのが正直な印象です。

救急救命センターについて言うと、藤森先生のところが断られているといいますが、信州大学の高度救急救命センターには常勤の医師が30名くらいいます。それで3交代で完全に行きわたるだけの医師が揃っています。その他に全科が当直しています。そういうところは断らない本当の高度救急救命センターになれるが、藤森先生のところは総数が80名とか85名くらいなので、全部断らない病院にしようというのは無理だと思います。

これは藤森先生がと言っているのではなく、まずは足りない医療資源をどうやって補うかを皆さんと共にしっかり議論していきたい。そのために県の方々が今日見えていると思うので、絶大なるご支援をお願いしたい。

(藤森構成員)

付け足しですが、そのとおりで医者が少ないのです。去年配られた資料で見ますと、医師少数区域への対応は、奨学資金と自治医大卒医師ということですけど、県の中で医師の少ないところと多いところがあって、地域は困っているということを県から大学側に言っていただきたい。

(橋本座長)

他にどなたか。はい、三澤先生。

(三澤構成員)

県の方で、医師を確保していくことを考えていると思うのですが、藤森先生の病院は、専門家の方、循環器とか、外科の救急医療とか、そういう方が大勢集まっていたかなくては困る。

だけど、実際、私のような病院のところをみると、総合医の先生が一人いれば、内科としてみんな診てくれます。重症は上田医療センターに送るということになるので、医者が1人で3人分やってしまう。総合医なんですけれども。それは、長野県では信州型総合医と言っていたのですが、実際には全然いない。わずかしかない。何でもっと養成しようとしなくていいのかということですね。

私は自治医大の卒業生ですが、自治医大の卒業生にそういう研修を受けさせていますかという、信州医療センターの研修はそうになっていない。諏訪中央病院とか佐久総合病院は、認知症の患者で、内科の病気を抱えていて家族が困っている人をどう対応するかを、1人の医者が全部やってくれます。そういう医者を作らなければいけない。

大学の医局では絶対そういう医者は作りません。スペシャルティーのある人ばかり作る。その辺はもっとこういうのが地域では求められているということを県の方で伝えてほしい。

自治医大の卒業生ですけど、言ってみれば、上小には自治医大の卒業生は一人も来ていません。ここ何年か知りませんが。こんなに医師不足なのに。みんな阿南病院に行っています。自治医大は阿南病院に行くための大学ですか。私は疑問に思います。

実際、私の後輩はみんな阿南病院に行っています。それで、2年間やって専門科辺りを何もしないで2年間終わって不満を漏らしている。そうではなくて、阿南病院に行っても楽しく勉強できるような体制を組まなければいけないから、総合診療科をもっと楽しくやっていると若い医師を入れるべきだと思います。

それが今までない。特に私たち田舎病院だと、内視鏡しかできません、心臓しか診ません、そういう人が1人来ていただいても困る。しかし、専門家志向の強い医師でも変化することもあります。是非それを実現したい。

(橋本座長)

他にどなたか。よろしいですか。他に御発言もあろうかと思いますが、時間の関係もございますので、意見交換を終了し、次の議題に入らせていただきます。それでは、会議事項(3)の「外来機能報告」について、県から説明をお願いします。

(3) 外来機能報告について

- ・[資料3-1] 外来機能報告について
 - ・[資料3-2] 外来機能報告等に関するガイドライン
- 医療政策課 江上主事が資料に基づき説明

(橋本座長)

圏域内の医療機関の外来機能を明確にし、地域の医療機関の役割分担を図っていくための報告制度がスタートするという事です。

ただいまの説明に対して御質問、御意見等がありましたらお願いします。はい、藤森先生。

(藤森構成員)

これは今までの地域医療支援病院とは別のものを作るということですか。

(江上主事)

別に作る形になります。ただ、既に地域医療支援病院になっている病院から見ると、何か新し

く変わっていくことはあまりないです。どちらにもなれるという形になります。

(藤森構成員)

要するに、両方持ちなさいということでしょうか。

(江上主事)

持たないといけないというわけではないですけども、地域医療支援病院の場合ですと、病院のホームページ等で紹介状なしで受診すると定額のお金がかかりますと、各病院さんで伝えていただいていると思います。紹介受診重点医療機関になりますと、その広報を県などでも行うということになります。

(橋本座長)

他にいかがですか。他に御発言もあろうかと思いますが、時間の関係もございますので、質疑を終了します。県においては、本日の委員の意見を踏まえ、今後の対応を検討いただくようお願いしたいと思います。

それでは、会議事項(4)の「医師の働き方改革」について、県から説明をお願いします。

(4) 医師の働き方改革について

・[資料4] 医師の働き方改革について

医師・看護人材確保対策課 永井担当係長が資料に基づき説明

(橋本座長)

ただ今の説明に関して、ご質問、ご意見がありましたらお願いします。はい、三澤先生。

(三澤構成員)

自治体病院の中の会議であったのですが、各病院が医師の何か月間の勤務実績を全部持って労基署に行って、これで宿日直許可で取れますかと言ったら、ちょっと待ってくださいと言って答えてくれないんです。

それで、困っている病院がいくつかありまして、例えば、上小だったらまとめて全部の病院がそこへ持って行ってこれでいいですか、そういうふうにしたらいんじゃないかという意見が出ています。個々の病院が持って労基署に行っても全然相手にしてくれないという事例がすごくあるみたいで、皆困っています。

労基署では多分、基準がはっきりしていないということだと思います。ですから、持って行っても労基署の方でも困ってしまって、ちょっと待ってくださいとなってしまうらしいです。

その辺も、労基署に行ったらすぐ答えられるようにしておくのか、それとも地区でまとめて病院が行った方がいいのか、そういったことを是非県の方で指導していただければ。これから各病院、非常に大変だと思います。是非、よろしくお願ひしたいと思います。

(橋本座長)

ただ今の三澤先生のご発言について、県の方から何かございますか。

(永井担当係長)

はい、ありがとうございます。先ほど説明でも触れましたが、医療機関が相談に行くということに関して、私どもの方も、それぞれの所轄の労基署を管轄する長野労働局とも意見交換をしながら密接に連携を取っています。ですので、単体の病院で行かれた方がいいのか、病院がまとまって行った方がいいのかといったところについては、そういうご意向もあるということをお労働局の方へ伝えさせていただければと思います。

(橋本座長)

はい、藤森先生。

(藤森構成員)

宿日直許可は既に取りつてあるところで言いくいんですけれど、少なくとも輪番と後方をやっているところは絶対に認められないと思います。先ほど出てきた医師確保と平行して考えていかないと。本当にきちんとした方法だと、医師も看護師と同じで3交替をやるのは当たり前のことです。

(橋本座長)

他にどなたか。はい、勝山先生。

(勝山構成員)

大学のときに人事担当理事をやっている、国立大学法人化になったのでこういう問題が出てきて非常に苦労しました。僕の理解でいうと、宿日直は勤務ではないので、突発事項があった時に、例えば災害とか、火事とかそういう時に起きて対応する。つまり、管理当直であるように、労働基準監督署から繰り返し言われました。

それで今、藤森先生が言われたように、実は病院の当直は、元々当直ではなくて無賃当直。医師の当直はなくて、実態は勤務。ここにこう書かれています、一体旧労働省と十分に協議した上で、こういうことが書かれているのかということをお非常に疑問というか、私の経験から言うと労働基準監督署がこんなことを言うはずはないという感じがします。裏切られたという感じがします。本当に旧厚生省が、旧労働省と十分に協議したのか疑問で、本当にこれができるのか不審な点です。

それから、上小の医療圏は信州大学の労働力にかなり依存しています。信州大学は国立大学なので、その医師はみなし公務員です。したがって、基本的に職務専念義務があります。今はバイトで処理して、ほとんどの教員が外へバイトに行っていますが、これは厳密にいうとそんなことはできるはずはありません。

だけど、それを禁止すると、地域医療が止まってしまう。それから、大学の教員の収入源がなくなって、みんな辞めてしまうから、なるべく触らないようにしてうやむやにしている。

非常に心配することは、これをきっちりやっていくことになると、信州大学の多くの教員は実際はバイトができなくなる。そうすると、信州大学も立ち行かない。我々もこの地区の輪番は1か月後には全部崩壊します。これは議論も何も関係なく現実問題として、非常に迫った状態にあるので、本当に宿日直を認めるつもりなのか、僕の経験では、そういうことを許すことを未だかつて1回も聞いたことはない。

交替勤務にしろさいという話は山ほど言われましたが、宿日直は管理当直ではない。この点については、是非県の方で、労働局か労働省系か分からないですけれど、十分に協議して我々のところに

正確な情報を入れていただきたいと思います。

(藤森構成員)

逆にそこでダメと言われていたら終わってしまう。医者を3交代制にする医師数を揃えていかなければならない。

(橋本座長)

県の方から何かございますか。

(永井担当係長)

ありがとうございます。おっしゃるとおりで、御意見を承らせていただくとしか申し上げられません。我々も信大病院の方へ労働局と一緒に行かせていただいてお話をする中で、パンドラの箱を開けたという話を、具体的に言われているところもございます。

宿日直許可の取り方の一つの例とすれば、18時から宿直に入って次の日の朝まで宿直の時間だといったときに、全部の期間を宿日直許可と取れないとしても、救急があっても患者さんが来なくなるような時間に限って宿日直許可が取れた事例もあると伺っております。

(橋本座長)

他によろしいでしょうか。時間の都合もございますので、そろそろ審議を終了したいと思いますがいかがでしょうか。他に御発言があらうかと思いますが、時間でございますので審議を終了します。県においては本日の議論を踏まえ、対応いただくようお願いいたします。

(5) その他

(橋本座長)

次に、「その他」として、何かございますか。事務局から何かありますか。

(三井副所長)

次回の会議でございますが、今年度の1月から2月の開催を予定しております。具体的な開催時期が決まりましたら、事務局から日程調整をお願いしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

4 閉 会

(橋本座長)

以上をもちまして、本日の議事を終了いたします。議事進行に御協力をいただき、ありがとうございました。