

## 令和5年度 第2回上小医療圏地域医療構想調整会議議事録

日時：令和5年12月21日（木）

午後6時～7時45分

場所：長野県上田合同庁舎 南棟2階会議室

### 1 開 会

### 2 あいさつ

### 3 会議事項

#### (1) 地域医療構想における対応方針について

- ・[資料1-1] 地域医療構想における長野県の対応方針について
- ・[資料1-2] 各医療機関における対応方針について（上小圏域）
- ・[参考資料1] 地域医療構想の進め方について

（医療政策課 井口主事及び各医療機関（塩田病院、小林脳神経外科・神経内科病院、安藤病院、東御市民病院の4医療機関）が資料に基づき説明）

（橋本座長）

ありがとうございました。事務局からの説明、各医療機関の対応方針について、何か質問、ご意見はございますか。はい、藤森先生どうぞ。

（藤森構成員）

県の説明で、7ページの2025年推計値が、昨年8月30日の調整会議の2025年推計値と微妙に違います。8月30日のときは病床総数が1764、急性期547、回復期696ですが、回復期は今日の資料の678より大きくなっています。どのように計算をし直してこのようになったのでしょうか。

（橋本座長）

県の方からどうでしょうか。

（井口主事）

7ページ目ですが、一番右の推計値については、地域医療構想に関して国の方からツールが配られ、正確には2013年の医療需要を踏まえた上で、2025年の推計値を積み上げたものになっています。

（藤森構成員）

すみません。そうではなくて、推計値が昨年8月30日のときと変わってきているのですが、なぜですか。

(井口主事)

確認の上、後ほど回答させていただきます。

(藤森構成員)

後日でもいいです。

(橋本座長)

他にどなたかございますか。いらっしゃいませんか。はい、藤森先生どうぞ。

(藤森構成員)

追加です。7ページを見ますと推計値と比べて回復期病床は依然足りないところだと思います。救急に関しては2次輪番の後方支援を当センターでやっています。当センターは2次輪番には入っていませんが、2次輪番と後方支援と合わせて5,000台程の救急車のうち、4,000台程が当センターに来ています。申し訳ないですが、2次輪番を通過して当センターに来る救急車が圧倒的に多い状況です。

本来、厚労省で言っている輪番は、輪番病院が交替で務めて輪番病院で完結するというのですが、ちょっと苦しいというのが当地域だと思います。

信州大学の病院長と話をする中で、この地域は私立病院で成り立っているのが特徴なので、かなり苦しいということでした。前から言っていますけれど、当センターが満床になり救急止めをしまうと、結局、この2次医療圏の中で完結できないということになります。

今年度も8か月で466時間満床になってしまっている状況ですので、おそらく資料に出ています回復期病床が足りないという県の推計値は当たっていると思います。多分、その意向で言っても回復期が全然増えていないということで、先ほど各先生方の意見で、看護師が足りないという話もありましたが、おそらく急性期が必要な患者さんはそんなに多くないと思います。

当センターの集計をしてみたところ、いわゆる1日に投入する医療資源点数を件数で割ってみますと、地域医療構想で言うところの600点以上投入するのを急性期として計算しますと、当センターにおきましても、大体毎日35人くらい、10%以上の患者さんが回復期です。

ですから、回復期病床を増やしていただき、15対1ぐらいの看護師配置でも十分できるんじゃないかなと私は思っております。そうしますと看護師不足も多少解消できるのではないかと。

意向調査の中で回復期454に対し、推計値が678というのは圧倒的に足りないという気がしています。その辺、県のご意見はいかがでしょう。

(橋本座長)

県の方からどうでしょうか。

(井口主事)

医療政策課でございます。まず、先ほどご指摘いただきました7ページの推計値の部分ですが、令和4年8月30日に出した推計値が正しいものです。一部誤植があり大変失礼いたしました。後日

修正させていただきます。

また、今追加でご質問いただいた推計値の必要度と意向調査の差ですが、意向調査の部分は病床機能報告に基づく形で報告いただいたものです。病床機能報告は回復期と急性期の境目がそもそもの制度としてあいまいな部分があり、また、病棟単位での報告となっており、例えば60床の病棟では40床が急性期、20床が回復期とした構造だとしたら、メインを占める急性期でまとめて報告する形になっています。

このようなデータの特性もございまして、推計値と積み上げている病床数を機械的に比較することは難しいという形で、7ページ目の右側に赤字で記載させていただいておりますが、地域の関係者で医療提供体制の構築に向けた検討を進める上での参考値であり、これを目指す、これに完全に一致するというものではございません。

(藤森構成員)

もちろんそれはそのとおりで。言いたいのは急性期がこんなに必要なほど看護必要度の高い患者さんは実はそんなにいないと思います。

各病院、例えば7対1でやろうと思ったときに、看護必要度を上げるのに、逆に四苦八苦しているという現状があると思います。やはり、県が出された推計値で回復期がこれだけ必要というのは、実は正しいと思います。

(久保田医療政策課長)

ありがとうございます。医療政策課長の久保田でございます。今県側の方からご説明させていただいたとおり、この四つの区分を病床という形でお示しさせていただいたのですが、今お話をさせていただいたとおり明確な区分がなかなかできない中で、藤森先生がおっしゃったように現場の肌感覚みたいなものが非常に重要なというふうに思っております。

実際に今ご指摘をいただきましたとおり、上小地域において救急体制、先ほど鳥羽先生からも御指摘をいただきましたとおり、輪番が非常に厳しい状況などもございますし、また、令和6年4月から医師の働き方改革が始まる中で、この地域の救急をどうしていくのかといった課題が一方であると考えています。

地域医療構想の進め方というものは、四つの病床区分でアプローチしていくというのは県としても限界を感じているところでございます。現場の肌感覚といったものをしっかり捉えながら、救急体制をどうしていくかの議論をしていくと、この病床をどうしていくのかという話なのかなというふうに理解をしています。

下り搬送がつかえてしまうという地域の切実な課題。これを救急の部分からどのようにアプローチしていくのか、現在広域連合等でそういったところも含めて議論をさせていただきます。

この場という形でもなく、救急体制をどうしていくかという場を作っていただきながら、県としても救急の体制をしっかり維持できるよう支援してまいりたいと考えております。

(橋本座長)

広域の事務局長さんどうでしょうか。

(青木構成員)

事務局長の青木と申します。今久保田課長にもおっしゃっていただきましたが今年度から事務局に地域医療対策課が新設されました。何をやるかというところから始まった課ですが、これまで輪番病院の皆様、信州上田医療センターの皆様との現状の確認を進めながら、この地域の2次救急医療体制の将来像を担っていくことがとっても大切だと思っております。

スピード感を持ってやらなければいけない中で少し遅くなっている部分もあるかと思いますが、これから皆様と協議の場を持たせていただいて将来的な構想を立ててそれに向かっていければというふうに考えておりますので、皆様の御協力をよろしくお願い致します。

(橋本座長)

ありがとうございます。他にどなたか。丸山先生どうぞ。

(丸山構成員)

いつも議論していますが、結局もう限界が来ているなと思うんです。

県の地域医療構想会議で述べさせていただいていますが、10 医療圏の課題は全部違って、どこの医療圏もそれぞれの課題があります。特にこの地域は看護師、医師が少ないということがあります。別の会議では長野県の医者を目指す医者を多くするという話も出ていることを承知しています。

ですので、各病院も限界ですし、医者も看護師も少なくなるのがベースだと思いますので、その辺県の方であしろとはできないと思いますけれども、会議ですから行政の各市町村、広域の方もどういう形になるか分からないですけど、我々もできる限りのことをやっていますので、長野県から見捨てられないように行政の方には是非それにこたえていただきますようお願い致します。市民を犠牲にしたくないと思います。

結論は出ないと思いますので、各行政の方と連携を取りながら我々も取り組みたいと思いますので、よろしくお願い致します。

(橋本座長)

はい、どうぞ。

(久保田医療政策課長)

ありがとうございます。丸山先生からは折に触れてご意見をいただいているところでございます。上小地域は今お話いただきましたとおり、医療従事者が非常に厳しいところであるということは県としても認識をしております。

私の方では先ほど医療の提供体制、あるいは救急体制をどうしていくかという視点でお話を申し上げました。一方では医療従事者をどう確保していくかという両面からやっていかないといけない部分でございます。

今年度、医師の確保計画、それから医療計画、こういったものを含めて回答しているところでございますけれども、先生のおっしゃったことを踏まえながら、医師の確保、医療従事者の確保にも努めてまいりたいと思います。ありがとうございます。

(橋本座長)

はい、鈴木所長どうぞ。

(鈴木所長)

今、急性期病床と回復期病床のお話が出ましたけれども、実際には急性期病床に長期間入院している患者さん、医療資源の投入がそれほど必要のない患者さんというのも急性期病床にいらっしゃるかと思います。

先ほど藤森院長からもお話ありましたが、急性期から回復期に変更することによって、看護師配置が変わってまいります。それとともに、県から支援金、補助金などもありますので、そのあたりを有効に活用して、本当に何が足りないのか、どのようにしたらそういう支援を有効活用できるかというものを、何かご相談がありましたら保健所の方にご連絡いただければお答えさせていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

(橋本座長)

はい、藤森先生どうぞ。

(藤森構成員)

今丸山先生から医師が足りないとの話がありました。信州大学の病院長と話をしていると信州大学も医師が減ってきてちょっと危ないんです。

私は出身が松本ですがけれども大学は岩手だったので、岩手で医師が足りないから卒業したところへ帰れと結構最近まで岩手県庁から来ています。なので、長野県の高校から他県の大学へ行っている人一人ひとりに、それくらいのことは是非やってほしいと思います。よろしくをお願いします。

(橋本座長)

お願いします。はい、三澤先生どうぞ。

(三澤構成員)

小県の特殊性というのがあります。人口19万人程ですが、これくらいだと300床くらいの病院が三つぐらいあるのが普通ですけど、当地域は上田医療センターだけです。上田医療センターは頑張っているんですけど満床状態ということです。

依田窪病院も昔は急性期をやっていましたが、今は三つある病棟のうち二つを回復期に移しました。これで受入体制はできたんですけど、依田窪病院が空いているけれどもどうですかっていうと、上田の患者さんの方がそんな遠くまで行くのがいやだというのがあるかもしれない。

ですけど、コロナのときを見れば、上田市からどんどんコロナの患者が来ました。これはコロナの遺産であって、そういうことができるということです。

ですから、上田医療センターの方で患者さんが落ち着いた段階で、リハビリだったら依田窪病院や他の病院でもいいですし、そういったシステムをきちんと作って、上田医療センターに病床を空けて、

患者さんを取れる体制を作ってみんなで協力しなければいけないというのは、何年かずっとやっていて、輪番体制が崩壊してしまうというふうにみんな思っていたんですけど進まないの、ここで少しずつ始めていければいいかなと思います。

特に高齢者が多いことは、日本の中で最先端の地域ですから先にやっしまえばこっちを真似をするわけです。是非少ない医療資源を利用してうまくやっていく体制を上小で構築するというのが大事だと思います。大変大変だけではなくて一步一步やっていく。

地域の住民の方には、落ち着いた段階で他の病院に移ることは当然だと。例えば外科の手術であれば傷が閉じたうちの移動はあってもおかしくないことをご理解していただかないと。そうしないと特にこの地域を守れないということを行政の方から言っていただきたいと思います。よろしくお願いします。

(橋本座長)

はい、どうぞ。

(久保田医療政策課長)

貴重なご意見ありがとうございます。まさにそのとおりでございます。後ほど県の医療計画のご説明をさせていただきますが、こうした課題というものを県も感じておりまして、いわゆる病院の役割分担、それから連携は非常に重要なところでございますので、今回医療計画の中では県の医療提供体制のあるべき姿というものを掲げさせていただきました。

病院を広域的な機能を担う病院と地域型として担う病院という形で理念としてカテゴライズしまして、しっかり住民や県民、それから医療関係者も含めてですけれども、こうした理念をしっかりと共有していくということが非常に大事だと思っております。

急性期機能の病院、それから回復機能の病院。そうした役割が医療機関にあるということもしっかり県としても普及啓発してまいりたいと考えております。

(橋本座長)

他によろしいでしょうか。はい、安藤先生どうぞ。

(安藤構成員)

この会議が始まったときに国の方からこれからベッドを減らすんだという話かなと思って、結構私はどきどきしていましたけれども、回を重ねるにつれて、行政の方の真摯な対応を見させていただいている中で、本当に課題としているのがどういうものか分かってきました。

当院は急性期としてあげてはいますが、その中でも急性期ではない部分も当然ありますし、数字として今日時点でどうかという話はやさしいですけれども、急性期寄りで行ってきたいという気持ちを持っているだけであって、実際にできることには限りがあります。

(橋本座長)

はい、ありがとうございます。他によろしいですか。岩橋先生どうぞ。

(岩橋構成員)

私どもの東御市民病院のような地域の中核といいますか、地域の中心だけれども中小の病院というのは、訪問診療を広く展開するなど地域包括ケアシステムの中心にはなるだろうと思います。やはり総合的に幅広く診られる総合診療医とか、病院家庭医のような医師はしっかりそこで育っていかないとなかなか持続的な医療は提供できないかと思います。

そのような点から言えば、例えばうちの病院に手術をどんどんしたいという外科系の先生や非常に専門性の高い医師が来てもあまり活躍できる場はないと思いますが、小児から老人までを診たり、簡単な整形的な部分を診るような総合診療医については病院としても工夫努力をして、全国からそのような総合診療医が働きたいという病院を目指したいと思います。

特に自治医大の卒業生などはそういった技術がある方です。長野県全体のバランスはあるかと思いますが、うちの病院も含めたその地域で中核になっている小さい病院はそういった医師を欲していますので、県の方には派遣に配慮をしていただければと思います。

そういった方が少し入っただけでも非常に活性化すると思います。非常に大きな力を持っています。そういった病院の専門性や高度急性期、専門性の高い病院との連携がないとうまく回らないんじゃないかと思います。

(橋本座長)

他によろしいですか。ないようでしたら、これで意見交換は終了したいと思いますがいかがでしょうか。

それでは、今回ご説明いただいた各医療機関の対応方針については、了承することとしてよろしいでしょうか。

はい、ありがとうございます。それでは、今回ご説明いただいた対応方針については了承することとし、次の議題に入らせていただきます。

なお、第3回の調整会議の説明を予定されている病院につきましては、今回同様の対応をお願いいたします。それでは4報告事項の(1)第8次長野県保健医療計画(素案)について、県から説明をお願いいたします。

#### 4 報告事項

##### (1) 第8次長野県保健医療計画(素案)について

- ・[資料2] 第8次長野県保健医療計画(素案)の概要
- ・[参考資料2] 令和5年度第1回地域医療構想調整会議(圏域連携会議)の開催状況

(医療政策課 浅川主任が資料に基づき説明)

(橋本座長)

はい、ありがとうございました。現在策定を進めています第8次保健医療計画の検討状況について説明をいただきました。

ただいまの説明に対してご質問ご意見等がございましたらお願いします。はい、三澤先生どうぞ。

(三澤構成員)

拝見しましたが、急性期、回復期となっていて、同じ医者が全部診る。例えば年配の医者は急性期を診られないので回復期を診なさいというのではなくて、回復期を専門に診る医者を作らなければだめだと思います。

全身状態を診ることができて、なおかつリハビリをきちんと指示できる、そういう医師を養成するところを作らない限り、今の教育制度は看護師も医師もそうですけれど、こういう疾患があつてこういう診断をしてこういう治療をします。それで終わりです。

ですけど、病院はそういうものではなくて、急性期の医療があつたら途中で回復期の医療がありますが、それを誰が指導してどうやるのかというのはありません。今はリハビリ科というものもありますけど、本当に入っている先生は少なくて。実際に上小でも回復期の病院が必要と言われますが、それを誰が診るのかという制度ができてないので、やはり回復期を診る医者をもっと作らないと。

急性期で手術をやっている先生が偉いのではなくて、途中を診て家に帰してしっかりとやる先生も偉いんですよという達成感を作らなければいけないし、大学病院は急性期ばかり教えていくような教育制度になっています。それを県として、例えばそういう回復期を一生懸命やっている病院で指導体制を作って、そういう人を養成していくということを考えていただかないと。

急性期崩れのような者が年を食って回復期を診なさいと言ってもだめなんです。全然領域が違うので。高齢者も多いですし、認知症もいるし、そういう人たちを見つりハビリをして家に帰す医者を作らないと。今の教育制度は多分だめだと思います。国もあまり言っていないんですけども、そういうのは是非長野県として進めていただければいいと思います。

(橋本座長)

はい、どうぞ。

(久保田医療政策課長)

総合診療とは別のイメージ、そういう理解でよろしいですか。

(三澤構成員)

そうですね。総合診療の先生の中にはそういう人もかなりいると思います。ですから、総合診療の先生の中のそういった先生たちですね。

総合診療といっても、例えば総合内科と家庭医とは違います。内科系を全部診る先生じゃなくて、例えばうちの病院もそうですけど総合診療の先生は整形も外来もやってくれます。骨関節も診るし、内科の病気も診るし、何でも診ますという感じです。そしてリハビリも診てくれる。

そういう人たちが総合診療に全部行けるか分かりませんが、そういう人たちが多分回復期を診る。先ほど岩橋先生が言われたように中小規模病院にはすごく必要で、診断については急性期病院で診て、後は次を診るというのを作っていかないと。

多分教育の方からやっていかない限り、いくらやっても働く人のレベルが低くては患者さんも「そっちに行っても」、となってしまう。やっぱり、そっちに行ったらリハビリをしっかりやってくれて家に帰れるので患者の満足度も高くなる。働いている人の満足度も。

(橋本座長)

ありがとうございます。はい、どうぞ。

(久保田医療政策課長)

ありがとうございます。どちらかと言えば箱の部分の話をこちらの方ではしているのですが、人材をどのようにそういった人たちのところにはめていくかということも考えていかなければならないという貴重なご意見をいただきました。ありがとうございました。

(橋本座長)

他にどなたか。はい、安藤先生。

(安藤構成員)

2点あります。まず一つは、ベッドが多いから減らしていかなければならない。医者と薬剤師が足りないということですが、経営的にはやっぱり資金が必要ですけど、ベッドを減らすと病院としては稼ぎが減る。全体としてはどこの病院を減らすということではなく、地域でベッドを減らすことは多分収益も減り、人件費もかさむということになって、民間病院は結構しんどいかなっていうことは思います。

あと、医師の偏在指数の中で、薬剤師さんについては病院で足りているか足りていないのか出ていますが、医師についてはこれタブーなんですか。要するに開業医の先生と病院で働いている先生と、どっちがどれだけ足りないかということを経営者さんみたいにしていかないと、医師が足りないと言っても、開業医がいっぱい必要でやってほしいのか、病院で働いて輪番とかをやっている医師が足りないのか、高度急性期が足りないのか、その辺が分からない感じになっています。

先ほど、地域密着とかその病院の工夫は、ただ急性期、慢性期とやっているよりはいいと思うんですが、その中でどういうふうにか人が足りないのかっていうのは、この数字だけでは見えないです。

確かに医者の数はどうにかなって、それを派遣して回していきましょうということなのかもしれませんが、なかなかその辺の流動性も難しい部分があると思います。

そこがもう少し見えてくると、具体的に経営するにしてもお金がかかるところに人を出すんだったらこれくらいはやってもらわないと困るという話もできるんじゃないかと思います。

(橋本座長)

県の方から何かございますか。

(浅川主任)

ありがとうございます。地域型・広域型の病院の類型の部分の更なる助言ということでありがとうございました。

医師偏在指標の部分ですが、先ほどの薬剤師のように病院とそうじゃないところの分け方は全国一律の式ではなくて、医療施設に従事している医師をベースに算定式に基づいてはじいていることをご承知いただきたいと思います。

(橋本座長)

はい、鈴木所長どうぞ。

(鈴木所長)

公式なものではありませんけれども、保健所の方で診療所に勤務していらっしゃる先生、それから病院に勤務していらっしゃる先生の人口当たりの状況はどのようなものかと思ひまして、数字を出したことがございます。

具体的な数字は失念してしまいましたけれども、診療所に勤務していらっしゃる先生というのは、県の平均と上小地域の平均とほぼ同じでございます。

何が少ないかという、病院に勤務していらっしゃる先生が少ないということなんですけれども、それはこの地域の病院事情を考えたときに、やはりこういう結果なのかなと。

他の圏域ですと総合病院が多く、そこに医者が集まるということがありますので、この地域は病院勤務の医師が少ないという結果も納得の状況かとそのときは感じました。以上です。

(橋本座長)

よろしいですか。はい、藤森先生どうぞ。

(藤森構成員)

前も言ったかもしれないですけど、15ページの地域偏在の是正で、医師少数区域について、修学資金貸与医師等の優先的配置。これは県の奨学資金だと思いますけれども、医師少数区域の優先的配置はどのように行っているのですか。

(橋本座長)

どうですか。

(浅川主任)

また、確認します。

(藤森構成員)

医師偏在指標で少ないところに上小が出てきますが、今日信大の病院長にこれを示したらやっと分かってもらいました。教授は「私に全部見せて」と。県では実際に人事権を持っている教授たちにこれをちゃんと教えていますか。

前にも言いましたが、たまたまうちの病院にいる医局員の先生が開けてみたら県から奨学金が入っていると。医局の方もこの人は県から奨学金が入っていることを意識していません。申し訳ないけど、実質的に医師を配置しているのは教授ですから、教授にこれを言ってください。

(橋本座長)

はい、お願いします。はい、遠藤先生どうぞ。

(遠藤構成員)

上小地域は医師が少ないというデータが出ています。是非見える化できるといいと思います。

質問ですが、13 ページの各地域の基準病床数が気になります。鹿教湯病院グループは少し変化がありましたし、上田市立産婦人科病院も変化がありました。これは10月1日現在の数字ですね。この見通しは大体分かりますか。鹿教湯病院の合併はいつでしたか。

(浅川主任)

既存病床数には三才山病院の分も入っているかということですか。

(遠藤構成員)

はい、そうです。

(浅川主任)

今は入っている状況です。10月以降に廃止届をいただいていると思いますので。

(遠藤構成員)

下回っている可能性が高いわけですね。

(浅川主任)

詳細な数字は確認させていただきます。

(遠藤構成員)

気になるところなので、最新のデータをお願いします。

(浅川主任)

今後、令和6年3月に向けて計画を策定していく中で、内容を更新してまいりますので、その中でお示ししていきたいと思います。

(遠藤構成員)

上小地域は薬剤師さんも病院が少ないんですね。

(橋本座長)

はい、よろしいですか。何かありますか。はい、どうぞ。

(飯島構成員)

確かに病院の薬剤師さんは給料が違います。それは事実です。今回の診療報酬絡みでは多分その辺は何かあるんじゃないかなと思います。

それ以外に、上田市には医療特区を取ってほしいとお願いしました。なぜ医療特区を取ってほしいかという、病院のお医者さんの働き方改革があるので病院薬剤師の院内調剤の業務もできれば外注してほしいという話を上田市にお願いしました。規制改革会議には乗っているんですけども。病院側が受けてくれるかどうかは問題です。

その辺は、今回の働き方改革絡みでは病院薬剤師が足りないという中で、入院患者の調剤業務をできれば外に出してもらえるとというような仕組みを考えていただければ、多分少しは改革になると思っています。

薬の仕入れ方とかいろいろあるかもしれませんが、その辺はお互いに話し合いの中で。どこかの病院がやってくれるということであれば、上田市には医療特区を取るという意志があるので。そういうもので医師の働き方改革に協力できればと常日頃思っています。

(橋本座長)

はい、よろしいですか。他にどうですか。はい、丸山先生どうぞ。

(丸山構成員)

私は病院協議会の会長をやっていますが、そこで病院薬剤師の件でアンケートを取りましたら、県内の半分以上の病院で薬剤師が足りないと。これは長野市、松本市といった大都市でも同様でした。

先ほど出ましたように上小地域の薬剤師は多数です。これは多分飯島会長が頑張っているお陰かなと思っています。

一方で院内薬剤師は高いですね。じゃ全部出せっていう話ですが実は民間は経営的な問題がありまして、特に院内薬剤師はとっても助かっています。病棟に配置しますと明らかに看護師を助けるようになりますし、医療レベルの間違ひもないですし、全ての面でいいです。

それが点数の問題もありまして、なかなか配置をしたらいいけど、それだけやって病院経営をできるかいうとちょっと民間は結構厳しいところがありまして、やっぱりある程度の調剤をしてもらわないといけないというのがあります。

ただ給料は違いまして、ある先生は新卒の薬剤師を取ろうと思ったら、これは調剤薬局の大手だと思っんですけども、数百万も年収が違いと。とてもそれは出せないとおぼしておりました。

制度の問題があるんですけども。本当は医師みたいに2年間研修みたいなものがあればありがたいと思っんですけども。

薬剤師は6年制になり、奨学金を借りているので1日でも早く返したいということで、どうしてもお金のいいところに入ってしまうと。これは長野県だけではないと思いますけど。そんな状況です。

ただ上田薬剤師会が頑張ってるわけですので。言葉は悪いですが院内は高い状況ですのでその辺なかなか助成金を含めて難しいことがあるかもしれません。今、問題になっていることの結論は出ないと思います。

(飯島構成員)

ちょっと給料の件で。上田の街の開業薬局の給料はそんなには高くありません。どこが高いかというチェーン薬局とドラッグストアです。今丸山先生がおっしゃったように、奨学金を返さなければいけないということがあって、学生さんがどこに勤めるかというドラッグストアか調剤チェーン。

最初は給料がいいのですが、その後はずっと変わらないのでみんな辞めます。大体5年から10年で辞めるのが現状です。上田の街の開業薬局の給料はそんなに高くありません。公式な場なので言わせていただきます。

(橋本座長)

よろしいですか。他にどなたか。はい、鳥羽先生どうぞ。

(鳥羽構成員)

悲観的な話で申し訳ないんですけど、公式の会議で言うかどうか悩むところでございます。

実は今の日本の医療のあり方の大きい話ですけど、時に皆保険っていうのは限界なのかなと思うときがあります。フリーアクセスというのは大変素晴らしいことですけど、今回コロナ禍で厳しかったときに、国はコロナの病院の病床を増やしてくださいと言いましたけれども、こたえられるのは公的病院の3割だけ。7割の病院がそれに対応できないという。

そういう中で医療ジャーナリストの友達が言っていて、要するに日本国民はフリーアクセスで世界で一番優れた医療皆制度を持っているけれども、いざこういう時になってみるとそれが手かせ足かせになると。

やはりそういう厳しさがあるということです。その中で、救急を担当するときにアメリカのある州がもう医療崩壊になりかけているときにですね、行政が三つ提案したらしいんですね。

一つは、住民がいつでも医者にかかれる。いつでも専門医が診てくれる。そしてお金はできるだけ安くなる。この三つのうち一つはあきらめてください。そうすればこの州の医療は何とかやっているとそういう提案したんですが、非常にこれが意味深長だと思いました。

でも、日本では正直言ってこの三つを実現するためにこの計画があるのかなと。要するに地域住民のために常にアクセスできるように医療をしたい。

そして、その中で最高度のもの、最先端のものを提供できるようにしたい。でも皆保険を使ってなるべく負担を減らしたい。やはりどこかにひずみが出できたのかなと。今回のコロナ禍を通じましてそういうことを感じてしまいます。

今回の救急医療でも、先ほど藤森先生からこの医師の偏在を大学が知っていますかと言うんですけども、正直言って、救急医療も我々医療機関の自助努力だけではもう限界が来ているというのが正直なところです。

そうなる、こういう会議をしている行政の方にどうしても直接大学に向かって「もう限界ですよ」と。皆さんの方からイニシアチブをとってやってもらわないと駄目なときに来ていて、会議を通して皆様のご協力をお願いいたしますだけでは本当に厳しいかと感じるところです。

本当にみんなで頑張らなくてはいけないという中で、本当に悲観的な意見を申すようで申し訳ございませんが、そこまで来ているのかなと。大きく考えると日本の医療、今回は保険のことをやりますけ

れども、これだけ物価高などいろいろあるけど、保険点数は上がらない。

我々どう頑張って節約しようにも、保険医療の中でやっているわけですので、ある意味、電気代がこれだけ上がってどうしようかと思っているんですけども、それを補填することもなかなかできない。やはりそういう日本の医療事情を考えなければならないのかなと思いますけど。そこまでは手を付けられないのですけれども。

こういう会議を通しまして意見を聞きながらですね、本当にちょっと複雑な矛盾を感じながらどうしていけばいいのか感じるところです。最後に一言申し上げました。よろしくお願いします。

(橋本座長)

他によろしいでしょうか。よろしいようでしたらそろそろ意見交換を終了したいと思いますがいかがでしょうか。他にご発言もないようですので質疑を終了し、次の議題に入らせていただきます。

次に、その他として事務局から何かございますか。

## 5 その他

(中澤副所長)

はい、事務局でございます。次回の日程でございます。次回の会議でございますけれども、来年2月又は3月の開催を予定しております。具体的な開催時期等が決まりましたら、事務局から日程調整をお願いいたしますので、よろしくお願いいたします。

## 6 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。

議事進行にご協力をいただきありがとうございました。

(中澤副所長)

橋本先生、議事の進行ありがとうございました。

以上をもちまして、令和5年度第2回上小医療圏地域医療構想調整会議を閉会いたします。ありがとうございました。