

令和6年度 第1回飯伊医療圏地域医療構想調整会議 会議録

1 日時 令和6年8月28日（水）午後7時から9時まで

2 場所 飯田合同庁舎 101号会議室

3 出席者

委員 原政博委員、建石徹委員、宮島平一委員、木下雅文委員、北沢百合子委員、新宮聖士委員、原栄志委員、塚平俊久委員、露久保辰夫委員、白子隆志委員、朔哲洋委員、田中雅人委員、瀬口達也委員、菅沼孝紀委員、前田浩史委員、市瀬直史委員

長野県 健康福祉部医療政策課長 久保田敏広、医療政策課医療係主任 富澤友輔、医療政策課企画管理係主事 江上雄大、主事 井口雅都、飯田保健福祉事務所長 岩本靖彦、副所長 唐木英司、総務係長 大月久史、主任 小椋桂子、主任 西川真紀

4 議事録（要旨）

（飯田保健福祉事務所 岩本靖彦所長あいさつ）

皆さん、4月にご挨拶して以来、しばらくご無沙汰しておりました。飯田保健福祉事務所長の岩本でございます。日頃は県の保健医療行政にご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。本日は圏域の令和6年度第1回地域医療構想調整会議を開催させていただいたところ、委員の皆様には大変お忙しい中にも関わらずお集まりいただきありがとうございます。昨年度は計3回の調整会議を開催し、県全体の課題のみならず圏域独自課題の検討・前進にもご尽力いただきありがとうございます。本日は地域医療構想の推進についてなど、県からの説明を行う他、圏域独自事項として、地域医療連携推進法人についての進捗状況報告等を予定しております。皆様にはそれぞれのお立場から忌憚のないご意見を賜りますよう、よろしく願いいたします。

【会議事項】

(1) 地域医療構想の推進について

（原座長）

皆さんこんばんは。座長の指名を受けております飯伊包括医療協議会の原と申します。拙い議事進行になることを事前にご容赦ください。

それでは着座にて議事進行させていただきますが、まず式次第の方を見ていただきまして、会議事項の両括弧1「地域医療構想の推進について」まずは県庁の方からご説明をお願いいたします。

(久保田医療政策課長)

皆さんこんばんは。長野県健康福祉部医療政策課長久保田と申します。日頃より大変お世話になっております。

県の方からは地域医療構想の推進について等々、いくつかご説明をさせていただければと思います。まず、最初に飯伊医療圏の調整会議におきましては、今回独自事項ということで議題を挙げていただいております。長野県内のそれぞれの医療圏でこうした調整会議が開催されておりますが、この飯伊医療圏におきましては、医療圏自体の課題におきまして非常に積極的にご議論をいただいている場だと認識をしております。県といたしましても、こうした場に参加をさせていただくことで地域の皆さんの実情を知り、そしてまた他の医療圏との違い、それからまたその好事例の展開、そうした形でお話をお伺いできる非常に良い機会だと捉えております。何卒よろしくお願いたします。それでは県の方からご説明をさせていただきます。

〈説明省略〉

(原座長)

ご説明ありがとうございます。皆さん3ページ目を改めてご覧ください。

議論の観点と書いてありますけれども①現状の高齢者救急への対応状況について②今後を見据えた高齢者救急への体制について③その他なんですけれども、この①現状の高齢者救急への対応状況について議論してくれということなんだけれども、例えば①に対する回答は県庁サイドはどういう形での回答を望んでおります？

(医療政策課 井口主事)

ありがとうございます。正直申し上げますと、地域における医療提供体制については、圏域ごと医療資源や地域性等が様々ですので、どのような形が正解かというのは厳密には県としても1つの答えを持っていない状況でございます。そういった中で、こういった調整会議の場で、皆さんの知恵をお借りしながら、この圏域の医療提供体制がどうあるべきか、というのを県も一緒になって考えさせていただければという形で設定しております、ざっくりばらんに現状こういうことは困ってる、こういうふうに関連している、また今後こういうふうにより医療資源変わっていくからこういうふうに関わりを考えていってはどうかというご意見いただければ非常に参考になるなど考えているところでございます。

(原座長)

ありがとうございます。座長としても、この圏域でどういうふうに関わりを担っていくのか、というところで悩むところなんです、包括医療協議会の組織の中では、病院長会議という委員会がありまして、そこで病院の二次輪番ないしは三次輪番、三次輪番はこの圏域では飯田市立

病院が担ってくださってますけども、二次三次の病院輪番体制を決めるというような、そういう委員会というか体制が既に動いております。そういう状況の中で救急車がどういうふうに搬送されたかというグラフもありますけれども、同時に、地域医療支援病院として位置づいている飯田市立病院では年に2回会議が開催されまして、そこに消防長が出席をしてくださって、圏域における救急搬送の実数も含めた状況報告と、どういう点で救急搬送上問題があったかということも地域医療支援病院運営委員会、市立病院ですけども、その中で消防の方からご説明がされます。一方、そのような内容も包括医療協議会が主管する病院長会議の中では消防長から報告をさせていただいております。

私の大雑把な解釈では、全般的には消防と各病院さんとの連携の取り方というところに、少なくとも現状においてはあまり大きな課題はないだろうと。一方、特に前回は出た話なんですけど、神経救急においては特化した病院っていうのが既にあるので、例えば瀬口先生もいらっしゃるけど、瀬口先生からの発言だったんですが、神経救急については、救急搬送のあり方を特化した病院に対して持っていく、そういう流れを検討してくださいというような協議も進められております。

ということで、座長がこのような回答をしてしまっているのかどうかという疑問も持ちますけれども、①の高齢者だけではないんだけど、救急搬送に関しては、現状においてはあまり課題はなからうかと推察はしますが、ここでお1人、飯田市立病院新宮院長、今説明させていただきましたけれども、消防長の方からも市立病院への救急搬送も一番多いものですからご説明がありますが、この①に対するこの圏域の回答として、地域医療支援病院の立場として、ご発言をいただけたら大変ありがたいんですが。

(新宮委員 (飯田市立病院))

はい新宮と申します。先ほど原先生がデータを上げたように、医療圏の救急搬送の大体半数を受けておまして、ほとんどが軽症中等症なんですね。大体昨年度の飯田広域消防の統計によりますと、88%から90%が軽症中等症で、高齢者に限って言うと65歳以上の高齢者の割合は68%ぐらいだと思うんです。搬送された患者さんの大体20%から25%前後が入院になってるわけなんですけれども、必ずしも当院で診なくてもいい方もいらっしゃるんで、うち今救命士さんが1人しかいないので、いわゆる下り搬送はできないんですけれども、来年度から救命士が増える予定ですので、そうすると、当院で受けておいて下り搬送で他の病院さんに受けていただくような形にさせていただくと、うちとしてもありがたいのかなと考えております。

(原座長)

ありがとうございます。他の先生方は追加のご発言ございますか。朔先生。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

救急車の受け入れ台数なのですが、令和3年と4年はコロナ禍のため、通常とは全く状況が違

うデータですので、あまり出してもしょうがないような気がしています。当院では現状では年間300台あります。あのときの特殊状況をここに出されても、あまり意味ないかなという気はします。

(医療政策課 井口主事)

県の方へ大変重要なお意見だと思っております。病院様の負担も考慮しまして、国の方で実施している病床機能報告からデータを引っ張っております。令和5年度報告が1年遅れの令和4年度の実績になっておりますので、コロナ禍のデータも入ってしまっている状況でございますが、随時更新されていくデータですので、平時といいますか、現状の見えるような形で工夫させていただければと思っております。ご意見ありがとうございます。

(原座長)

他はございますか？

(原委員 (飯田病院))

飯田病院の原です。色々な切り口があるかと思うんですが、一つは、下り搬送のご対応を市立病院さんがどうされるのかなというのは興味を持っておりましたが、来年からというお話がありました。市立病院はどうしても救急搬送が多いですから、そこから次の連携ということが大事かなと思っております。

もう一つは、高齢者は介護がついてくるということがあって、1疾患1治療をすればそれで解決するって問題じゃない、そういう人たちが運ばれてきますので、医師だけではなくて、MSW、ソーシャルワーカーさんとか、そういうスタッフの力がすごく大事です。それを今後、病院間でどれだけ連携するか、そこが大事だろうと思っております。

疾患別に関して言うと、緊急の循環器救急に関しては、やはり市立病院さんに頑張っていただくということかなと思っておりますが、心臓血管外科ですね、そういう外科系に関してはおそらく、搬送する、地域だけでは完結できない課題というか、そういう認識を持っていかないといけないのかなというふうに私としては思っております。

この地域全体では救急車が右肩上がりであるという状況ですが、非常に当院も増えていて大変であると。でもそれはおそらくどこの病院も一緒だろうとそういうふうに思っております。以上です。

(新宮委員 (飯田市立病院))

すみません、心臓の話が出たんですけども、現在当院心臓血管外科1名体制なんですけど、この10月から2名体制になりますので、これまでよりかなり対応できるのかなと思っております。

(医療政策課 井口主事)

様々なご意見いただき本当にありがとうございます。今、座長の先生からもありました救急体制、現状受け止め切れているという状況でございますが、先ほど飯田市立病院様の方から、救急搬送の中にも症例によって重症や中等症、様々な分類があるといった中で、全部飯田市立病院で診る必要があるのかという観点で、その後の状況に応じては、下り搬送という連携という部分も検討していく必要があるのではないか、という観点で大事なご意見かなと思っておりまして、そういったご意見も踏まえながら検討して、またこの場を有効に活用させていただければと思っております。貴重なご意見ありがとうございます。

(原座長)

ありがとうございます。心臓血管外科ですね、そちらの方で市立病院の方で補填が何とかというような発言がございました。それが輪番体制を回す中で神経救急の話を私の方から触れさせていただきましてけれども、現状上手に回ってきているのか原先生も循環器等にも触れていただきましたが、瀬口先生いかがですかね。前回そのような発言をしていただいた立場も含めて。

(瀬口委員(瀬口脳神経外科病院))

瀬口脳神経外科病院の瀬口といいます。以前からお話してるんですが、やっぱり救急っていうのは地域の要だと思うんです。ここが崩壊したらやっぱり地域住民に安心を与えられないということで、先ほど原先生の方から話が出たんですけど、当圏域は二次輪番制度は、正直、前回もお話させていただいたんですが、実際現場を見ている私とか他の先生の話も聞いて、あんまりうまくいってないのかなと実際は。表を作って今日ここに送るっていうのは、それはそれなりに形は整うんですけど、でも救急隊員がどこに送るかっていうところで、迷ったりとかいろんなところでやっぱりちょっと障害は出てきているというふうに思ってます。そんな中で、少ない人材で良い医療を提供の効率よくというところで疾患別の輪番制を、まずはちょっと神経救急で聞いてみました。

実際、飯田市立病院と飯田病院とうち三つでやってまして、もう輪番の日は決めて、そこだけ救急体制を整えてやって、働き方改革にも合致しても、医師もその日は休めると、この日は市立病院に搬送されるので休もうと。そういったことでうまくいってると。それで原先生の方から循環器の話が出ましたが、これもぜひ少ない人材で、なるべく効率よくやるためには、疾患別にやるべきかなというように思ってます。やっぱりどうしても専門性が高い病院への集中は特にそういった事を引いた方がいいのかなというふうに思います。

あと一つだけ。これも前から言ってるんですが、やはりちょっと市立病院への負担がすごく大きいと思うんですね。もうこの救急車の台数以上ですよ。普通に考えてもおかしいと思います。なので、僕の中での救急の理想は、最終的には市立病院は三次救急を担う、二次以下は他の病院、我々も含めて頑張ると、そういった体制を構築できれば理想かなと。これは患者さんにとってもいいのかなということと、その救急車の台数はそれで減るかどうかわかりませんが、少しでもこの市立病院に市立病院の役割を果たしてもらうためにも、やはりこの救急車の台数は軽症

中等症合わせて何とかしないといけないかなというように思います。

(白子委員 (下伊那赤十字病院))

白子です。地元に戻って来てまだ3年なので、市立病院のお話もいただいたんで、市立病院の救急のこともある程度わかっていますが、ちょっとこの地域の救急のことで、救急車が市立病院に集中するのは、例えば我々のような病院が断ってるから市立病院に集中するのか、それとも救急隊が若干オーバートリアージをしまして、二次軽いんだけど、やっぱり市立病院に患者さんの希望とかいろんな背景で運んでいくのかっていう、そういうことで、多分市立病院に集まっている可能性もあるので、ちょっと確認したいのは、我々のような病院が断ってるかどうかっていうのがですか。その回答を新宮先生出ますかね。

(新宮委員 (飯田市立病院))

今私は直接当直やってないので、やってる者からの聞き取りなんですけれども、確かにそんなこともあるみたいで、特に休日輪番の日直帯の終わりの方は、もうその病院では受けなくて、宿直の輪番が市立だったらそちらに送れとかそういうことですよ。そういったときに、かなり多くうちの方に回ってくることはあります。

(瀬口委員 (瀬口脳神経外科病院))

あとは先生おっしゃるように患者さんの希望ってのもあるんです。僕それ聞いてて、いいのかどうかっていうのをいつも消防隊に言ってるんですけど、この日のリングはここだからここっていう説明はできないかっていう話もするんですが、いや患者さんの希望をまず第1に聞かなくて、っていうような回答だったので、そこも絶対改善をしていくべきだと思ってます。

あと断るといって言えば、これ絶対三次救急輪番すっ飛ばして市立行かなきゃいけないっていうのも、修正変更となっていることもあるんですよ。なのでそれはやっぱり、大変だからっていうのはあると思う。だからさっき言ったように、本来ある姿、救命救急センターを持っている市立病院にそういう患者さんが運べるようにということはしなきゃいけない。

最終的に今度台数の話になるんですけどやっぱり市立に集中するのは、やはり人気あるんですよ、一つはね。さっき言った患者さんの話もそうですし、輪番の方でちょっと専門性がないというようなときにはもう市立それで増えちゃう。ただ本当に専門性があるのは市立病院行くのはもう僕は当然だと思うんですけど、その軽症中等症ってことに関しては、しっかり分析して、ちょっと何とか市立に行かないようにしていかなきゃいけないのかな。

(原座長)

先生ごめんなさいね、座長権限で、ちょっと時間の配分があるもんだから、包括医療協議会宮内事務局長がいますので、先生方ご存知のように包括医療協議会では病院長会議がございます。そこで冒頭で説明させていただいたように二次輪番体制の協議を進めているわけなんですけれども、

今のお話、もう尽きるところはやっぱり無いのだと思う。結果的にこういうものをやってみたらやっぱり課題も出てくると当然のことですので、いろいろPDCAサイクルを回していかなきゃいけないから、この場所で議論詰めて答えを出すっていうことはもちろんできません。ですから申し訳ないけど、ここで一旦切らせてください。

(塚平委員 (健和会病院))

僕ここで意見を言うつもりはありませんが、この救急搬送のデータが、ウィークデーの昼間の件数と、休日や時間外の件数を足したもののようなので、救急受け入れの議論の根拠にならないと思います。それだけです。

(原座長)

ありがとうございます。ということで、県庁側からもこういう議論を与えられているんですが、この圏域はご覧いただいたように、やっぱり課題はこういうふうに出てきます。それを圏域では、この包括医療協議会の病院長会議の中で、消防長も同席していただいて、改めて各病院長から課題を出していただいて、それを解決する方向ということで協議をするように進めたいと思います。繰り返しますけれども、この場で答えを出すようなことは不可能ですので、そこはご了承ください。医師会長もご心配は募ると思いますけれども、包括の病院長会議の方でこのようにおすすめしても建石会長よろしいですよ、医師会の方でとかいいですよ。

(建石委員 (飯田医師会))

はい。

(原座長)

ということで、ここから先は課題解決に向けての協議を、包括医療協議会の病院長会議の方で進めるようにいたします。

次に②もあるんだけど、今後を見据えた高齢者救急の単位で今後見据えたというところで、これこそこの圏域としてどのような回答をしていいのかっていうのがちょっと雲をつかむようなものなので、県庁としたらどういう回答の仕方を望まれますか？

(医療政策課 井口主事)

ありがとうございます。今までの議論の中では①②包括している部分があるかなと思っておりまして、現状の飯田市立病院様に救急搬送が集中しているというご意見がございました。また今後、高齢者人口割合が増えていく中において中等症軽症の患者さんが増えていくことが一般的な予想されているところでございます。その中で中等症軽症の患者さんをどういったふうに病院が受けて、飯田市立病院さんと連携していくかという観点、既にご意見をいただいておりますので、そういった意味で①②も含めたご意見なのかなと。

なかなか①②明確に分けられない部分がありますが、既にありがたい大変貴重なご意見をいただいたと思います。また今座長の先生から発言がありましたけど、限られた時間であり、尚且つ医療提供体制の課題に対する答えがすぐ出せるかということ、なかなかそういう簡単なものではないと思いますので、この場で解決できれば一番理想ではございますが、皆様役割様々でございますので、担っている役割から見える課題っていうものを、この場で共有していただく、ご発言いただくことも非常に価値があるものだと考えております。

(原座長)

ありがとうございます。このいただいた議論の観点というところの方向性は、本日構成員の方々、特に先生方には十分にご記憶にとどめていただいて、包括の病院長会議でこの部分も改めて議題として協議をしたいと思いますので、宮内事務局長は医師会の方とも十分に意思疎通をとってよろしく願いいたします。

それと③になります。高齢者救急以外で医療機関間における分担連携に関する観点で、この役割分担に関しても、以前からこの圏域では相当議論をし続けてきたということが検証されたと十分ご理解をいただいていると思います。例えば神経救急の話が出るというのも邪推で申し訳ありませんが他の圏域ではなかなかないと思います。

ということで、この部分も含めて病院長会議で議論は今後深めさせていただくということではないですかね。この最初の両括弧1について、ここで協議は終了させていただきたいと思います。

次進みます。両括弧2「次期地域医療構想について」。これも県庁の方からご説明をお願いします。

(2) 次期地域医療構想について

〈説明省略〉

(原座長)

ありがとうございます。ただいまの説明についてご質問等ございますか。

ある意味国の方針ということで、情報提供ですから、なかなか県庁の方へ聞いたとしても、すぐ回答が出てこないことばかりだとは思いますが、朔先生どうぞ。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

下伊那厚生病院です。当医院では地域包括医療病棟を取らせていただいて8月から運用開始しています。基準としては救急車の受け入れからの入院が15%という結構なハードルがあるということで、積極的に救急車を受けていくのは救急車が増える今の時代に適応していると感じています。市立病院さんに救急搬送されるのは、手術ができるとか何ができるっていうような高度な医療をやる人たちです。高齢者の救急医療というのは大抵僕らのようなところで大丈夫なことが多

いですから、あえて茨の道ですけど踏み出してみました。

新しい病棟基準をとってまた悩ましいのが、この地域医療構想で急性期や慢性期とかりハビリという分類のどれに当てはまるかです。地域包括医療病棟は一体これ急性期なんですか、慢性期なんですか？認可病床と、この地域医療構想の言う急性期、回復期、慢性期という区分が違うんですよね。なので、あまりこの数がどうか方針がどうかって聞かれても実態と区分がずれているので、ますます分からなくなりました。今度新しい地域包括医療病棟という基準が出て、この地域医療構想の分類のどれに当てはまるかもわからないというような運用の形態のもので、何かそこら辺をあまり言われても、もうどうでもいいなって気がします。県庁から逆にご指摘とかご指導があればと思います。

(医療政策課 井口主事)

ありがとうございます。県の方としまして、急性期の数にどれだけ意味があるかといったらなかなか難しい部分はございますが、先ほど救急体制の話がございましたが、先生がおっしゃるように、実態に即した医療提供体制になっているかという部分に関して、この場で議論を進めさせていただき、単なる数値では把握しきれないギャップの部分を考えて進めたいと思います。また、国の方にも、うちの県も含めてですけど、各都道府県から病床数だけに固執した議論をしても地域のためにならないという意見を多く伝えておまして、国の検討会の中でも、病床の数だけではなく、連携体制がどうあるべきかという部分に主眼を置いた本質的な議論ができるような観点で検討が進められていると存じております。国の検討状況も踏まえながら、県としてどうあるべきか、圏域としてどうあるべきか一緒に考えさせていただければと思っております。

(原座長)

よろしく願います。よろしいですかね。新宮先生。

(新宮委員 (飯田市立病院))

飯田市立病院の新宮です。うち地域包括ケア病棟 46 床あるんですけども、コロナ禍で一時期コロナ専用病棟にしたため、病床数を減らしました。その後少しずつ包括の患者さんも入れまして、現在 26 床で運用してます。

といいますのは、看護師が減ったので、13 対 1 にしても 46 までは増やせないということですね。今回の診療報酬改定で、かなり条件が厳しくなったと言いますが、院内からの転棟率が 65%未満で、短期滞在手術数は除くということで、とても来年度から地域包括病棟を維持するのは、困難だと思うんですね。ということで、まだ病院全体のコンセンサスは得られてないんですけども、私個人の意見としては、来年度からはもう地ケア病棟を廃止したいなというふうに考えております。

(原座長)

ありがとうございます。これも話はなかなか尽きないと思うんですが、特にこの資料1の、各病院さんの患者の受け入れと患者の退院調整また退院先ですね。それを見ると、やっぱりこの圏域広いもんですから、特に郡部へき地に位置するということであると、南部に位置している県立阿南病院の入院患者の入口出口ですね。それが介護施設が非常に多いような形になっております。そういう部分でも阿南病院さんは、包括ケア病棟に関しても取り組みは率先して行われているとは思いますが、そういうもの南部というか郡部へき地の特殊性も含めて、田中先生ご発言もしあれば。

(田中委員 (阿南病院))

病床数を減らしてまして、その中でも地域包括ケア病床に関しては増やしていくという方針です。できるだけ地域包括ケア病床に優先して入院してもらい、別に治療しなきゃいけないというわけではないので、広い範囲で入院患者をそこに優先して入れるという、そういう方針でおるんです。少し前までは、結構ベッドが埋まっていた。今の時点ではちょっと人数が厳しいかなっていう感じで、人口の減少というよりも、高齢者が多いということが原因。その辺でちょっと工夫が必要かと思います。

(原座長)

ありがとうございます。この圏域は相当広いので地域背景が相当違う。それから高齢者といっても超高齢者、そのような患者さんも介護施設から入ってくるっていうような、そういう事情まで抱えているというようなものが非常に多岐にわたっていると、そういうような状況の中各病院さんは頑張ってくださってるっていう情報共有というか提供になります。

ということで、ここも一旦切らせていただいて、先へ進めさせていただきたいと思います。それでは両括弧3「医療DX等について」県庁の方からご説明をお願いします。

(3)医療DXについて

〈説明省略〉

(原座長)

ありがとうございます。電子処方箋の部分なんですが、長野県では病院では2.5%と書いてありますが、この圏域で電子処方箋を導入している病院さんはいらっしゃらないんですね。ということですが、「公立・公的病院におかれましては、周辺地域の診療所や薬局とともに、電子処方箋の導入を積極的にご検討ください」というのが、県からのお願いという形になってきます。

私達返事をどうしていったらいいのかなと思うんですが、これも、ここでだけ協議をしてもなかなか詰まっていけないので、宮内事務局長、これも病院長会議の中で一応入れておいてください。将来的に各病院さんで電子処方箋の導入のお考えがあるかどうかというところで、一応

取りまとめをすることだけはしておきたいと思います。それを今回の私達の責任として回答させていただきます。

あと、薬局については、薬剤師会木下会長いかがですかね。

(木下委員 (飯田下伊那薬剤師会))

薬剤師会の木下です。電子処方箋の受け入れにつきましては、実際数は確認はしておりませんが、いくつかの薬局では既に対応できます。診療所さんの方からも実際に電子処方箋を発行されているような例もありまして、その対応ができる薬局というのは少しずつですが整備はされております。ただこの電子処方箋の運用に関しましては、結局は患者さんが薬局に来ないと調剤が始められないというのが最大の欠点です。今は診察の後、処方箋をFAXで薬局に事前に送っていただけますので事前に薬を取り揃えられる。実際に一包化とか時間がかかる調剤はもうその時点で調剤を始めることができるんですが、この電子処方箋になると、患者さんがそこに来てからの調剤になるので結局待ち時間が長くなる。事前にFAXで送ると言ったら、それは今までと何も変わらないところは、個人的にいかがなものかというふう感じております。

(原座長)

非常にインパクトのあるご意見というか現場の状態だと思うんですけども、県庁サイドから何かご回答あります？

(医療政策課 江上主事)

はいご意見ありがとうございます。

まず今おっしゃられたことというのはまさにその通りでして、今電子処方箋にしても、メールやFAXで事前に送らない限りは、本物の電子処方箋を受け取ることはできないというのはその通りです。電子処方箋にする場合に、手続き的に何か少なくなるかということ、多分あまりそういうことはなくて、メリットとして挙げられていることとしては、禁忌薬剤が同時に使われていないか、重複投薬が行われていないか、というようなチェックが行われるという部分ですとか、実際に処方した薬局の薬剤師さんから病院にフィードバックをコメントで返せるとか、そういった医療の質を上げるという部分については、いろいろメリットを挙げることはできるのですが、すぐ連絡が行くようになるとか、そういったところはなくて、これまで通りというのは実はその通りというところがございます。

(原座長)

病院長会議で協議を俎上には載せる方針をいたしますが、私が何となくまだ難しそうだなっていうふうには感じました、ということでこの話はもうここで切らせていただいて……。どうぞ。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

国から言われて県も大変だと思いますけど、抵抗するところは抵抗していただいたらと思います。喬木村の医院さんが、この度廃業を決められました。お話を聞いたのですが、マイナ保険証に対応するというのをこの年齢で俺にやらせるのか、ということで、もう嫌になったとやめられます。9月いっぱいです。一番この会議で今まで問題になったのは医師不足の問題です。医師不足の中で高齢の医師でも、みんな頑張って救急医療を担っています。その頑張っている先生たちに一番苦手なデジタル化を押しつけるってことは、多分長野県の山の中の診療っていうのが、ガタガタに全部なるんじゃないかっていう心配をしています。

ですから、県にお願いなのですが、国にこっそりでもいいですから、今の電子化の動きの中で廃業を考えられている先生が実質どういう数いらっしゃるのか。実態としてその医療が成り立つのかどうかっていうことを調べていただけないでしょうか。調べることができるのは県だけだと思いますので、そこは冷静に調べていただきたいなと思います。辞められた後に困ったって言うてもしょうがないことですので、もうちょっと時期は近すぎますけれども、そこにどういう救済制度を入れればその先生たちが続けていただけるのか検討していただきたい。国の配慮があまりにもなさ過ぎるので、少なくとも技術的なバックアップやお金が入ると言われれば、まだ頑張るって言われる先生もいるかもしれませんので、ぜひお願いしたいと思います。

(原座長)

また違う形での依頼というかお願いというか発言がありましたけども、県庁サイドでは、今の発言受けてくださる？

(医療政策課 江上主事)

ご意見ありがとうございます。近いご意見を、町村会ですとか、他圏域の会議でも出していたことがございます。

効率化のための医療育成、それで医師が減ってしまうというのは問題だというのはこちらも同じ認識ですので、そういった部分に対し、どういった支援ができるかというところ、改めて確認をさせていただきたいと思います。

(原座長)

よろしいですかね。時間も相当押してますので次の会議事項、両括弧4「県立病院の方向性について」これも県庁から説明を。

(4) 県立病院の方向性について

〈説明省略〉

(原座長)

ありがとうございます。県立病院機構の阿南病院も含めた骨子となるわけですけれども、ご質問等ございます？

阿南病院に関しては冒頭の資料、DXの中でも、県でも先進事例というふうにオンライン診療とかをデカデカと考えてくださっておりますし、まず中期目標の中でも影響してくださっている極めて特徴的な阿南病院の努力も反映されている内容だと思っておりますが、ご質問等ございませんか。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

厚生連からは健診事業をヘルスクリーニングという名前で全県に提供していますが、なかなか医師確保とかスタッフ確保が厳しくなっているという現状があります。例えば大鹿村の場合、みんなで佐久から車で移動して健診を行っても、受診者は38人しかいないのが現状です。採算性は合うはずがありません。南部地域もそういう現状なのだと思います。そうすると今後は人口の過疎地での健診事業というのが、どこでも大変な状況になるのじゃないかと心配をしています。木曾病院とか阿南病院さん、やっぱり地域の住民の健診をするというものもきっちり考えていただいた方がいいんじゃないかなという気がしています。その辺も考えていただけたらと思います。

(医療政策課 久保田課長)

ご提案ありがとうございます。先生のご指摘につきましては、(資料4)2ページの左下のところに「地域の保健福祉関係機関との連携の推進」という項目がございます。こちらのところでは、先生がおっしゃったように母子保健の関係予防医療、さらには「検診の啓発」といったようなものも盛り込ませていただいております。医療の提供に加えて、地域の拠点として、県立病院の役割というものをしっかり果たしていただきたい。こうしたような思いも込めておりますので、ご理解いただければと思います。ご指摘については詳細をお伺いし、検討させていただきます。ご意見ありがとうございました。

(原座長)

ありがとうございます。(阿南病院)田中院長も久保田課長の発言に対してうなずいてくださっていたので、田中院長の気持ちも含めて課長が代弁をしていただいたというふうに理解をさせていただきます。他ございます？

それでは、両括弧5飯伊圏域の独自事項ということで、まずは「地域医療連携推進法人について」これは南部5町村からのご発言ということで、代表して本日阿南町が出席をしてくださっておりますので、阿南町の方からご説明をお願いいたします。

(5)飯伊圏域独自事項

ア地域医療連携推進法人について

(阿南町 松澤副町長)

はい、阿南町の副町長松澤と申します。本日は皆様の貴重なお時間を頂戴し、下伊那郡南部地区 5 町村の阿南町、売木村、下條村、天龍村、泰阜村が検討しております「地域医療連携推進法人」についてご説明させていただく機会をいただき、深く感謝申し上げるところでございます。

本日は下伊那郡南部 5 町村を代表しまして、阿南町から私副町長の松澤、民生課長の奥田それから皆様ご存知の方が多と思いますけれども、元飯田市立病院の地域連携室で ism-Link（イズムリンク）の立ち上げに関わっておられた丸山さんに、今年の 4 月から知見者の立場で関わっていただいておりますので、一緒に出席をさせていただいております。よろしく願いをいたします。

私達南部 5 町村は飯田下伊那の 2 次医療圏域内でも極めて山間へき地に位置し、過疎化が先行して進んでいる地域でございます。社会保障人口問題研究所が今年公表しました消滅可能性自治体に、南部地区では当町も含めまして 2 町村が含まれております。この算定方式にも賛否両論はございますが、このような中で、全国的に医師の偏在ということが問題になっているのは紛れもない事実でございます。

この問題が取り沙汰される以前より、下伊那郡南部の町村では、診療所の医師が不在となったときなど、地域医療提供体制の本来は地域の存続まで影響すると考え、町村長さんたちが大変なご苦労をされております。直近では、天龍村の村長さんが医師探しに奔走する姿を度々目にまいりました。残念なことに今後も診療所の医師がいなくなったときに、確実に医師が確保できるかという、それは難しいだろうというのが、南部 5 町村の行政側の統一した見解となっております。

阿南町内には、ご存知のとおり県立阿南病院さんもあり、南部地域の中核病院として頼りにし、24 時間対応していただいておりますが大変お世話になっているわけですが、地域の診療所の医師が不在となったとき医師を派遣していただけるかという、現在売木村国保直営診療所で週 3 日、半日ずつ触診とオンライン診療されているのが事実でございます。これ以上は無理といったことも相談に行かれた村長さんからもお聞きしており、現状では大変難しいと考えております。ただ、このオンライン診療が可能となったのも、新野診療所の医師が嘱託医として、特養施設を診ていただいていることから可能となっていることもあり、南部地域としましても、阿南病院のオンライン診療が可能となるよう、できる限りの努力を協力をしているものでございます。

そこで、限られた医療資源人材と財源でございますけれども、これを有効活用するために、飯伊の既存のインフラであります ism-Link でございますが、これらを活用して、町村間で連携し、困ったときに助け合う仕組みを作れないかということを考えました。代診をオンラインで行う仕組みです。これには事務局もいるだろうし、報酬等のやり取りもあるだろうということで、地域医療連携推進法人を立ち上げる方向で進めているところでございます。

日本国憲法第 25 条では、「全て国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」

と、国民に健康な生活を保障するのは国の役割となっているわけですが、現実、そのような悠長なことは言っている余裕はございません。本町においても、2人の診療所の医師は60代になっており、本日座長であります新野診療所の原先生は、大変失礼でございますけれども、退職されるまでのカウントダウンが始まっている状況であるというふうに我々も考えております。

一旦医師が不在となりますと、次の医師が確保される。確保できるとしても、これまでの実績からいって年単位の時間を要する必要もあります。それは住民の生活に不便を強いることにより不利益も生じさせてしまいます。行政の義務として住民の皆様が1次医療に係る医療体制を整えなければならない。けれども来てくれるお医者さんがいない。飯田市や北部ではまだ遠い話かもしれませんが、休日夜間診療所の体制維持が厳しくなっていると伺っておりますし、全国的にも人口減少が進んできていることを考えますと、市や北部にとっても、いずれは直面する問題ではないかと推測いたします。また、南部地域の地理地形からして、時間と移動距離を短縮するという観点から、人材不足を補完するICTの活用は日常的に使えますし、災害時こそ有効活用できるものではないかと考えております。

今まで述べたように、単一の自治体では医師確保が困難であることはわかっております。これら諸問題解決のため、事前設定をし、それをどう対処していくか検討が必要ですので、事務の法人化により、各町村の町村間の情報共有と、素早い対応が可能となると考えております。

こういったことから、南部での取り組みを、飯田下伊那の2次医療圏においてお認めいただきたく、本日ご説明に参りました。南部地区内の診療所等の先生には所在地の町村からそれぞれ情報提供をし、7月25日に意見交換会を開催いたしました。まだまだ細かなところは先生方にご意見をいただいて決めていただかなければなりません。先生方のご意見を直接聞けて有意義な意見交換となっております。

今後、皆様にご参加をいただき、まず年内に一般社団法人を設立し、詳細を詰めまして、県知事より、地域医療連携推進法人の認可をいただけるよう進めていく予定でございます。

ただいま私の方から本日の説明の概要を申し上げましたが、民生課長から資料に基づきましてご説明申し上げますのでよろしくお願いをいたします。

(阿南町 奥田民生課長)

阿南町役場民生課の課長の奥田でございます。本日はよろしくお願いいたします。

早速ですがお手元に配られている資料の資料5をご覧ください。南部5町村で目指している地域医療連携推進法人について資料によりご説明させていただきます。

1ページ目を開いて資料の36ページをご覧ください。まず初めに南部地区の医療の状況についてをお願いいたします。この表は南部地区の患者数の推移を表した表になります。昨年構成の町村の担当課を通じまして、医療機関の皆様にご協力いただいて作った表でございます。歯科の方も調べてございましたが、本日は以下の資料を用いてご説明させていただきます。ご覧いただくと、診療機関が増えた下條村は患者数が増えておりますが、他の町村は大体5分の1から3分の2程度まで減少しており、人口のグラフと比較すると人口減少とともに減ってきたことがわかると

思います。65歳以上の人口も4割を超えており、人口が減って高齢化が進んでいるということは、若い人が少なくなったことも読みとれ、退院の足通院の足の確保も課題となっております。

続きまして37ページをご覧ください。阿南町で行っている交通対策の事業の状況でございます。左側が町民バス、右側がタクシー券の助成の利用人数でございます。本町では、高齢者や障がい者等の交通弱者に対し、補助率8割のタクシー券購入助成事業を行っておりますが、左側の町民バスは減ったり増えたりしながらも一定の利用を保っているのに対し、タクシー券の助成は年々利用が伸びており、ドアツードアの移動の需要が高まっていることがうかがえます。この事業は町内での利用に限られていて、市内には南部公共バスまたは電車での移動となり、本数も少ないため病院にかかるのも1日仕事となり、地元ですぐにかかれるお医者さんがいることが、交通の面からも重要となっております。

続く38ページは、南部5町村のそれぞれの課題を掲載してございます。これにつきましては後ほどご確認いただければと思います。

次の39ページですが、これが南部5町村共通した課題でございます。大きくは先ほど申しましたモビリティの問題、医師確保の問題、そして地域の問題がございまして。地域の問題というのは、先月、南部地区で医師と行政との意見交換を行った際に、天龍村の永嶺村長さんがおっしゃっていたのですが、村長さんが移住の促進のイベントに直接行かれることがあるそうでございますが、そのときにネックとなるのは医療と教育で、医療と教育がないところには興味を持っていただけないということをおっしゃっておりました。移住者に敬遠されるばかりではなく、医療がなくなれば、今住んでいる住民にとっても住みづらい場所となり、そこに拍車がかかることとなります。行政にとっては医療の問題は医療だけにとどまらない、人が住むために必要なものの一つという点で、切実な問題となっております。教育の問題については、各自治体に教育委員会があり、教育の場を確保していく専門の組織がございまして。

では医療はと申しますと、教育委員会的な組織はございませんので、このままでは医療提供体制の確保は担保されないといったこととなります。医師が不在となったとき、空白の時間を作らずに、住民に医療を提供できるか、その方法、そして南部5町村ではICTを活用したオンラインによる代診を考えました。幸いにして、飯田下伊那には、ism-Linkやトリニティケアクラウドといったシステムが既に存在しております。これらを活用して、将来にわたって私達が医療提供体制を確保する方法として、診療所等、地域の医療機関が横連携をして、相互に助け合う仕組みを作ろうとしております。南部では売木村と阿南病院さんがトリニティケアクラウドを利用してオンライン診療を実施している例もございまして。電子カルテの問題などクリアしなければならない問題もありますが、このオンライン診療を横に広げることで、診療所間のオンライン診療もできるものと考えております。

40ページをお願いいたします。こういった仕組みを作ることのメリットでございますが、患者さんにとっては先ほど移動手段の課題もお話しましたが、かかりつけの診療所等で医師が不在、これは医師がいなくなった場合の他、急病でしばらく診療ができないような状況、または学会等で遠方へ出かけるために休診しなくてはならなくなった場合等も想定しておりますが、看護師さ

んが診療所にいれば、他の診療所の医師にオンラインにより遠くの医療機関への移動を考えなくても診療を受けることができるメリットがございます。先生方にとっても困ったときの対応を担保することになり、安心して働けることにも繋がるかと思えます。しかし、仕組みを作ったからといって必ず他の先生にオンラインによる代診をお願いしなければいけないのかということではなく、あくまでも必要なときに助けましょう、助けてもらいましょうという仕組みを考えておりますので、行政としてはこの仕組み作りを行い、いつでも使える状態にしておくのが役割となります。

これまで通常の医療体制確保についてのお話でしたが、大規模災害が発生した場合、1月に発生した能登半島の大地震では道路が寸断するなどして孤立した地区がございましたが、南部には、夜間休日に町村内に医師がいない診療所もあり、地形的にも崩落や橋梁の落下等が想定され、被災地と往来できないことが想定できます。ですので、この仕組みができれば、大規模災害が発生したときにも有効と考えております。ですが仕組みを作っただけでは動かすことはできません。この仕組みを実際に動かすためにルールを作って、技術的な支援や事務的な業務の中心となる組織が必要となります。協定ということも考えられますが、協定では約束事だけになってしまいますので、法人を設立し、それに参加していただき、その中で事業として行うことで、実際に危機管理システムとして完成させたいと考えております。そしてこれは地域医療の継続にとって必要かつ重要な役割を担う法人ですので、県知事の認可をいただき、地域医療連携推進法人を目指しております。

41 ページは厚生労働省の地域医療連携推進法人制度の概要でございます。このタイトルの下の枠の二つ目のポツには、「複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療体制を確保」と書かれております。地域医療連携推進法人を設立することにより、まずは南部から新しい医療提供体制確保の形を作ってまいりたいと思います。

そして最後のページですが、連携を内科・歯科・薬局の他、介護施設と福祉分野にも広げ、ICTを活用して、時間距離といった物理的に不利な要件をカバーして、包括ケアを行っていく将来をイメージした図でございます。

今後の大雑把なスケジュールでございますが、まず一般社団法人の設立準備を進めます。設立費用につきましては、阿南町の一般会計で確保してございます。そして、必要な手順を踏みまして、長野県知事への認可の申請を行う予定でございます。その前に一般社団法人を設立し、実際に動かせる仕組みであることを確認してから長野県知事への認可の申請を行う予定です。

まずはこの会議で南部の方向性についてご理解をいただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。続いて丸山さんの方から南部が目指す法人の地域連携推進方針案についてご説明させていただきます。

(丸山さん)

お世話になります。丸山の方からは、医療連携推進方針の案ということで資料の43ページから

45 ページを使ってご説明ご報告をさせていただきます。

先ほど奥田課長の方から説明がありましたけれども、地域医療連携推進法人の県知事の認可を受けるためには、大前提としてこの医療連携推進方針というものが決まってなくてはならないということになっております。これが、国や県が推し進める地域医療構想の推進、地域包括ケアシステムの推進、これに資する内容でなければならないということが大前提ですので、地域の実情を踏まえた中で、この推進方針が大変大切になってくるということで、現状の案を報告させていただきたいと思っております。

まず1ですけれども、医療連携推進区域ですが、南部町村が推進区域ということに定める予定でございます。

続きまして2番参加法人ですけれども、最大参加の場合の法人機関をここには記載させていただいておりますので、ここに記載されている機関が既にこの法人に加入されるということではございませんのでご承知おき願います。医療機関が9、歯科診療所が4、調剤薬局が3、訪問看護ステーションが1、老健施設が1、老人福祉施設が6、自治体に設置されております社会福祉協議会が5、全29機関が仮に全部参加いただいた場合はこの数に達するというところでございます。

その続き、次でございますけれども、3番の理念・運営方針ですが、理念と運営方針に分かれておりまして、理念だけ読ませていただきます。

「少子高齢化と地域外への人口流出が著しく、医療資源が極めて乏しい長野県下伊那郡南部地域において、長期的に持続可能な地域医療・へき地医療体制を構築するために、基礎自治体を超えた連携で機能する枠組みを構築し、医療機関間の協力体制を強化し、介護・福祉サービス事業者等との協力体制に基づいた機能分担による地域完結型の保健医療介護福祉サービスを一体的に提供することにより、地域包括ケアシステムの構築を推し進め、地域住民が住み慣れた地域で安心安全に暮らすことができるよう支え合うことが、南部地域医療連携推進ネットワークの理念である。」というふうに一緒にさせていただいております。

運営方針につきましてはこの理念を実現するための方針ということで①から⑦までの7項目を方針として打ち出ししております。

続きまして4番の「医療機関相互の機能分担及び業務連携に関する事項及びその目標」ということですが、各医療機関等の機能分担と場所に伴う業務の連携に関することということで、8個の目標を丸でタイトルを作っておりますけれども、44ページの下段の方から45ページの中段のところまで書かせていただいております。丸のところタイトルだけ見ますが、区域内施設の機能分化、医療介護従事者等の人材確保・人材育成、医療介護従事者等の確保が困難な施設に対し、簡易な手続きにより参加機関間で職員の人事交流及び派遣が可能な体制とする。研修会に続きまして、区域内施設の経営効率化、地域包括ケアシステムの構築支援、ICT利活用による患者情報共有化等医療DXの推進と医療の負担軽減・効率化への支援、最後に在宅医療の充実ということで8項目を掲げております。

次に大きな5番ですが最後になりますけれども、介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業等に関する事項ということで二つの項目を挙げておりますが、「各種介護サービスの安全性と

質の向上」。新型コロナウイルスのときにも非常に地域圏域の医師会さん、保健所さんにもお世話になりましたけども、感染対策やリスクマネジメントの介護の領域でも必要とされる方に対し、共同研修の実施や医療介護のスムーズな連携強化を図っていくと続きまして「地域包括ケアシステムの構築支援」ということで、二つの項目を考えております。

この仕組みの一番の特徴は、ここにはあまり書かれておりませんが、この方針に具体的に明記されていないんですが、医療資源が極めて乏しい、このへき地の医療提供体制を維持していくために、行政、この五つの自治体はその運営がしっかりできるように、しっかり関わっていくという、そういう体制にする予定でおるといふところでもあります。

またこの地域で平成 21 年度以降育て上げてきました ICT のネットワークの仕組みはいくつかございますので、そちらを平時から通常の医療介護福祉までの連携の中で使えるような形に育てていくと、本当に使えるシステムとして平時から医療の中で使っていく機関間の連携にも使っていくという、そういう組み立てを考えております。

先ほど朔院長先生がおっしゃっておられましたけども、システムがあってもそれを DX を進めようとしても、それをレクチャーをしてくれる人物数それを推進していくために、お医者さん、あるいは介護施設その他の方々にそれを一緒になって、使えるように推進をしていくっていう事務局がなかなかない。そこが課題だと思っておりますので、この南部の推進法人ができたときには、事務局にそうした専門の職員をきちんと配置をして、南部の 5 町村の中での参加医療機関施設等がきちんと運営ができるように整備をしていくと、そういうことを予定しておりますので、あわせて報告させていただきます。以上です。

(原座長)

ありがとうございます。現状においては、現在全国で地域医療連携推進法人、これは国が定めてくださったと思うんで、改訂版が今年の 4 月にでてきたわけですけれども、7 月 25 日に五つの診療所のドクターが一堂に集まりました、私も含めて。南部の町村長並びに担当課長が参加してくださいってお話を私達も聞いたわけですけれども、全国に 39 あるんだけど、へき地の弱小自治体が自ら、これから先の医療提供体制を確保するために動き出そうというようなそういう理念というか、そういうポリシーで作られた連携推進法人は、現状においてはどうやらないそうで、へき地の 5 町村が何とかしようというような試みというご説明であります。

今聞いても先生方は構成員の皆さん方も、なかなか雲をつかむような部分も十分にありうるとの推察はしますが、ご質問いかがでしょうか？白子先生どうぞ。

(白子委員 (下伊那赤十字病院))

この取り組みは僕は素晴らしいなと思っています。というのは、自治体 5 町村ですかね、が本当に真剣になって危機感を覚えてやり始めたっていうことはすごく僕は評価できると思います。南部だけじゃなくて他の地域でも同じようなことが起こっているんで、先ほどおっしゃってたように、他の地域の自治体も真剣に考えないといけないと思います。ついでに言わせていただく

と、最初に説明していただいたグランドデザインの中で、もちろん診療所が今どうのこうのなくなるんじゃないかということで今お話ありますけど、5年先に地域型の病院が生き残れるかということを考えていただくと全く一緒です。だからグランドデザイン、立派なデザインですけど、ほとんどあれは絵に描いた餅になる可能性が高くてですね、それを真剣に県と自治体がやらないと多分、本当に机上の空論に僕はなると思いますので、ぜひ本当に県が主導じゃないって最初に何か言い訳書いてありますけど、県が主導しないで、どうやってやっていくか僕はわからないので、そこをお願いします。

(原座長)

ありがとうございます。私が受けたレクチャーの中でも、連携推進法人の枠組みの図がありましたね、41 ページ。この法人の認可は県知事であります。そもそも決定権は、医療審議会でありますので、当然のごとく県を通してのご判断になるので、既に南部5町村は本日いらっしゃってくださっている県庁サイドとは十分に情報共有をされていて、県の進め方としても、ご指導を受けて行っていると同っておりますので、今のところ県はノータッチというところでは、そこから先は、43 ページをご覧ください。ここに最大限参加の場合の法人と記載されてはいるんだけど、現状において各自治体が各自治体の村営の診療所の先生とかとお話しながら進めていらっしゃると思いますが、これ、大雑把に言って現状においてここに書いてある施設機関の何割ぐらいがご賛同というかご参加の方針なんでしょうか。現状において今お話を進めている途中というふうには思いますけれども。

(阿南町 奥田民生課長)

はい。医療の方から先に進めていこうということで、各診療所の先生、それから病院さん、それと薬局と歯科の方には方針を説明させていただいて、町村の診療所につきましては、町村がやるんだったら、どういう参加の仕方は自分はわからないけれども反対はしませんよ、といったような主なそんなスタンスでいるんですけれども。協力はしていただけるといったような返事をいただいております。やはり私立、個人の病院ですとか診療所医院の方では、やはり慎重な姿勢かなといったふうに思っております。介護の方につきましては、これからお話しして大体の方針が固まったところで説明させていただいて、こういうのできますよ、どうですかというような感じで仲間になっていただければというふうに考えております。

(原座長)

資料に関するお願いなんだけれども、これも非常に重要な事業なんでしょう。白子先生がおっしゃってくれたようにこれは素晴らしいカードですが、やっぱりよりわかりやすくするために、今は歩みを進め始めたところで、特に43ページの参加法人で、「最大限参加の場合の法人」というふうにここに書かれてしまうと、誤解を生む可能性があります。例えば今歯科医師会の宮島会長もいますが、ここで私が宮島先生に確認することはできません。それは場合によって

は、大きな誤解を生む可能性があるもので、正確には既に説明をして了解を取り付けたところ、まだ回答を得ていないところとかを、丸とか三角とかね、そういう形で記載をしていただかないと、特にこういう場では誤解を生む原因になってしまうので、そこは資料としては改めてくださいと、まず座長判断として座長権限としてお願いをさせていただきます。

あとは時間も相当押してるんですが、結論としては今のお話を聞くと、南部5町村としては県の指導も受けながら、このような連携をする。医療提供体制を将来にわたって確保することを目的にした、そういう理念を持った法人を作る方向で動いているというところで、構成する医療介護の施設もこれから仲間になっていただけるかというモデルで進めていかなければいけないんですが、こういう方向で南部が医療提供体制確保のために動いているという内容をこの場で発言させていただいて、一応ご了解というか、イエスノーとか承認とかっていうことではなくて、一応ご了解をお願いしますというような、そういう決裁しかできないと思います。

同じ自治体として、構成員であります喬木村の市瀬村長は、南部の5町村のこのような働きに、同じ首長としてご発言をいただけたら。

(市瀬委員(広域連合部会長：喬木村長))

はい、南部5町村がこのような検討を進められているということは承知をしておりましたが、今日初めて概要についてご説明をいただきまして理解をいたしました。私どもの抱えているところも状況はそんなには変わらないというふうに思っております、下伊那の北部ではございますけれども、私どものところと豊丘村、こちらは今の開業医の先生たちがお辞めになったら無医村状態になってしまう。ただ状況が違うのは、飯田市街地とか高森町と非常に近いもんですから、医療に困ることは当面はないだろうと思っておりますけれども、身近な住民の皆様にしてみると、かかりつけのお医者さん、往診してくださるお医者さんが地域からいなくなるってことは、行政にとってはとても大きな課題だというふうに思っておりますので、この取り組みをしっかりと支援をさせていただいて、当面は我々は医療スタッフ、医師の確保も含めて、こちらの問題にしっかりと取り組んでいく中で、地域の課題を解決していきたいなというふうに思っております。

(原座長)

ありがとうございます。いかがですか皆さん、一応南部5町村がこのような組織体を設置する方向で動いているということはご了解をしていただけるということによろしい？病院並びに診療所も含まれていますし、歯科診療所も薬局も含まれております。まだ全ての丸とか三角とかなってるのかわからない状況であります、歯科医師会の会長先生もよろしいですかね。ありがとうございます。では、一応進めていることに対する了解は、この調整会議では取り付けたという決裁をさせていただきます。私達は一つ一つのものを決めて進めなければいけませんので。どうぞ。

(田中委員(阿南病院))

阿南病院です。この方針の一番最初に県立阿南病院がある。ちょっと遡って、以前この会議で僕が発言をし、また別の日に当時の原医師会長も発言されているんですけども、飯伊地区は広くて、南と北では大違いだと、そういうのを南と北をひとまとめにするのは、ちょっと問題があるんじゃないかと言ったことがあるんです。地域医療連携推進法人ですかね、これをうまく運用することで、南部のそういう格差みたいなもの、ここにはそういう発想ってあんまりない。しっかりとわかるような形では書いてないけど、そういうことに役立つのかなというふうに思うんですけども。ただ現時点でも阿南病院は地域と連携して運営してきたつもりだし、実際にこういう法人がなくても、例えば売木診療所に応援をしているとか、そういう連携に務めてきた。ですけども、この新しい法人のことも、今、現状ではしっかり研究をさせていただいている最中ですが、ただ現時点では具体的な活動内容だとか、各機関がどのような具体的な役割なのか、もっと簡単に言うと具体的に誰が何をするのか、予算はどっから降りてくるのか、各参加者の費用負担だとかその辺が全然見えてこなくて、一步つまずいてしまうと大変なことになるので、もうちょっと細かい精査というか現実味を持った議論が、紙の中で帳尻を合わせるんじゃない実際に運用できるような方針が必要じゃないかなと現時点では考えています。

阿南病院の医師の半分は自治医大の卒業生で県から派遣されているけれども、県からの派遣以外の医師の半分の人、もう 60 代なんですね。だから、診療所の存続という問題もあるけれども、阿南病院の存続も本当に心配になってきて、それどころじゃないっていう、そういう思いです。

(原座長)

ありがとうございます。そこはおそらく、北部の病院の 2 人の病院長、それから南部の病院長、西部には病院はないんですけども、この 3 人の病院長のお気持ちは自分の病院が将来どうなるのかというのは、既にこの調整会議の中でも何度か発言があったとおりで、自然消滅しかねないということですから、その状況の中で医療提供体制を各自治体が守れるのかということが大きな課題。

(朔委員 (下伊那厚生病院))

下伊那厚生の朔です。下伊那赤十字病院の白子先生とはこの間から結託して何とか生き延びようという努力はしておりますので、それも何か成果が出ればいいなと思っています。ですが、全体この地域のやっぱり医師不足という根本的なところをどうするっていう発想がないと、多分玉突き的に医師不足の連鎖がずっと起きるのだろうと心配しています。病院の医師も高齢化していますし、開業医の先生も高齢化している。その中で何が起こってるかということ、大きな病院、市立病院もそうだと思うんですけど、定年後の先生の再雇用をされる。そうすると、再雇用された先生は私達の病院に移ってくることなく、ずっとその病院にいらっしゃるようになる。かつては大きな病院から、定年のときに、あるいは 10 年後に定年なら今開業するか、などと開業するという決断を 50 代だとか 40 代に判断されていたと思います。けれど現状のように、ズルズルと病院

にそのまま勤務できる環境があると、開業に回る先生はいないし、他の病院に移るっていう先生もいない。そうすると、どんどんどんどん端っこから高齢化が進んでいるというのが現状なんじゃないかなと思います。

ですから、一番この地域医療連携推進法人の形を飯伊全体に広げた場合、やっぱり市立病院がいかに発展的にやっていけるかというのが大きなポイントと思っています。ただ違う点は、阿南病院は県立ですから、県が責任を持っていますが、市立病院は飯田市が責任を持っているという違いです。ところが、市立病院に医療を依存している住民は飯田市民のみならず、もっと広い飯伊地区全部に広がっています。院長先生が悩ましい市議会定例の報告というようなときに、求められているものと市政と言う枠組みにギャップがあるのではないかと思います。飯伊地区全体の行政が市立病院を応援するという枠組みができれば、もうちょっと資金的な余裕もできるのではないかと。そこに県も少しカバーしていただくか、関与していただければいいのではないかと思います。各自治体、お金の問題もありますので、どこかが音頭を取っていただかないとそういう形にはなりません。少なくとも飯伊地域の医療の中心は飯田市が握っていると、運命を握っているという側面があるので、その構造をやっぱり全体の他の市町村が支えつつ、県が支えるというような、そういう地域の構想になれば市立病院がもう少し発展できるのではないかなと考えます。

先日、飯田市長に面会に行ってお話をしたのですが、リニアが来たら、住民は市立病院じゃなくて名古屋で治療しますとか、東京で治療しますっていう方が増えてくる可能性があります。住民が受診しなくなれば、市立病院の機能がもうどんどん落ちてくるということは避けられません。患者さんが行かなくなればやっぱり診療機能は落ちちゃいますよね。そこをやっぱり意図的にここを残すとすれば、県、市、近隣自治体で支える枠組みを考えていただいて、市立病院を盛り立てて、そこからちゃんと次の医療機関に医師、看護師が供給されるという形があれば、飯田市はリニアの時代に伸びると思います。ですが、セーフティーネットである医療が荒廃すれば、南部地域と同じように、地域住民の移住も企業の侵入も少ないという飯伊地区になってしまいかねません。これらの県がもし飯田市がこのリニアの時代で、長野県のもう一つの核になるという方向で期待し支援したいという判断で動いていらっしゃるなら、この医療のネットワークを崩壊させない対策を、ぜひ県主導で音頭を取っていただけたらと思っています。市長選もあるので、医師会長、歯科医師会長いろいろ動いていただいて、市立病院をさらにしっかりしたものに育てていくことを考えていただけたらと思います。なんで違う病院の院長の私が言ってるのだらうと思いますけれど。市立病院、他の病院と開業医の順番に、この地域医師は連携しており、医師供給の源流は市立病院の医師確保にかかっているとの認識で発言しました。

(新宮委員 (飯田市立病院))

いろいろ心配していただいてありがとうございます。

うちも医師数は多いんですが決して良い状況ではなくて。といいますのは、常勤がみんな高齢化しております。中堅どころはあんまりいません。大学から派遣される医師は定期的にいるんで

すけれども、それも新臨床研修医制度になって以降、信大に入る研修医が少なくなりましたので、信大から来る先生も実は十分じゃない、以前よりは減ってるんですね。ということで、私自身もかなり危機感を持っておりまして、大学の教授たちにはいろいろお願いに回るんですけども、とても出せない。もうお前らも独自で募集しろということでホームページで募集したりですとか、エムスリーで募集したり、本当に危機的な状況なんですね。私自身はうちが果たしてどの程度、今後今と同じようにやっていけるのかという自信は正直なところないんです。ということで、この飯田下伊那の医療をうちが支えていくというのも、何となくもう今の時点では不安なところがあります。

(原座長)

正直なところをありがとうございます。では、座長権限を発出させてください。私達には時間がありません。駐車場が閉まっちゃう。ごめんなさい。ということで、ここで一旦まとめますけれども、南部5町村の取り組みの方向性としてはこの調整会議では、同現状の進め方について了解を致すと。一方、多分この郡部平均値の医療、将来の医療提供体制は当然のごとくしぼんでいくんだけど、実はそれだけじゃないぞと、この圏域全体だと。だからそういう発想をやはり圏域全体で共有できるところまで持っていく必要性もあるだろう、というような意見であったと思います。

ということで、南部5町村の取り組みを一つの発端としていただいて、圏域全体に波及するまでのお話を、また順次その発端がさらに進む中で煮詰まっていく、という方向で次の多方面の会議の方へお話をすすめるように、座長並びに包括医療協議会の会長としても務めるように努力をします。

時間がないので、一旦ここで切らせてください。先に進みます。

次、独自事項として「休日夜間急患診療所と在宅当番医制の課題対策プロジェクトチームの報告」、これは建石医師会長。

イ 休日夜間急患診療所と在宅当番医制の課題対策プロジェクトチームの報告

(建石委員 (飯田医師会))

報告いたします。口頭での報告となりますがご了解いただきます。

前回3月18日の会議におきまして、私から、休日夜間の急患救急医療に関する課題について、この急患診療所と在宅当番医における現状と課題について先ほどお話も出ました、医師不足、高齢化ということも含めて触れさせていただきました。その中で対応策としては医療界のみで解決できる課題ではなくて、行政を交えての検討が必要であると申し上げました。その後飯田市が事務局となって「休日夜間急患診療所と在宅当番医制の課題対策プロジェクトチーム」が発足して、既に検討を開始しております。そのメンバーは合計12名で構成されておりまして、医師会から4名、包括医療協議会の幹事長1名、休日夜間急患診療所の所長1名、市立病院が2名、保健

所1名、南信州広域連合2名、飯田市1名、合計12名。また事務局として飯田市保健課、飯田医師会事務局、包括事務局の3名が加わっています。プロジェクト会議は既に2回、6月4日と7月8日に開催されまして、第3回の会議は9月2日の予定となっております。これまでの検討の状況について述べます。

対策としては大きく二つの事業期間に分けて、まず一つ目は、中長期的な対策（例えば2030年以降）、二つ目は、当面（この2年から5年間）の対策、この二つに分けて検討されております。

ただし、対応策は誰かが、あるいはどこかで費用や負担増等を伴うということが想定されるものですから、多くの関係者の議論が必要であるという報告を現状で受けております。ご存知のとおり先ほどの高齢者の救急もございましたが、これは一次医療のみならず、二次医療三次医療にも大きく影響する課題でございます。本日の会議には、輪番病院を担う先生方が参加しておられますので、このプロジェクトチームについてご承知いただくとともに、もしチームに参加したいとご希望ご要望があれば、医師会推薦のメンバーとして検討をいたしたいと思っております。以上で報告を終わります。よろしくお願いいたします。

（原座長）

建石会長ありがとうございます。この供給体制も飯伊全体で相当厳しい状況になってきているというのは、先ほどのお話の延長上にもある内容だと思っておりますが、ご質問等ございますか？

質問というよりも、こういう現状で非常に厳しい状況になっていると、そこを飯田市の協力も得て、医師会が音頭をとりつつ何とかする、対策会議を進めるというお話でございますので、これを皆さんご承認というかご了解をしていただきたいと思います。よろしいですかね。

その他なんですけれども、飯田病院の原院長先生の方から神経救急輪番体制についての発言をさせていただきたいというふうに承っておりますので、原先生よろしいですか。

ウ その他

（原委員（飯田病院））

ありがとうございます。資料はありません。神経救急輪番に関わることだと思いますので話題提供ということでお話をいたします。心臓ペースメーカーが入っている方のMRI検査についての話題提供になります。

脳梗塞の急性期においてはMRI検査をして、例えば内頸動脈であるとか、中大脳動脈のM-1ポーションであるとか、そういうところに脳梗塞の所見があるかどうかというのはとても大事なことであったりして、急性期においてはMRI検査が必要になってくることが多いんですけれども、心臓ペースメーカーを入れている人のMRI検査をやっていいかどうか3学会共同ステートメントが出ております。3学会というのは日本医学放射線学会、日本磁気共鳴学会、日本不整脈心電図学会でありますけれども、心臓植え込み型デバイス患者のMRI検査については、循環器医師と放射線科医がいるところでない、原則行ってはいけないと、そういうステートメントが出ました。

それを当てはめると、当院では放射線科医はおりません。この地域において、循環器、放射線科医が常勤でいらっしゃる病院は市立病院だけになります。今後、神経救急において、ペースメーカーが入っている患者さんは誰が診るのかと、その脳梗塞が疑われるときに、今は先ほどこの地域の先進的な取り組みとして三つの病院で受けるというお話があったばかりですけれども、学会のステートメントだけに従うとすると、MRI は取らないで緊急の TPA 治療を始めるということになります。どちらが医療上安全なのだろうかと。

学会のステートメントとしましては、緊急時やむを得ない場合は循環器医が同意し、ちゃんとトレーニングを受けた循環器医が同意をしていれば適切な設定変更などをして MRI を撮っていいということでありまして、当院におきましては、当院で埋め込んだ MRI 機器に関しての緊急の MRI 検査を行います。ただ他院で MRI を入れた場合の心臓ペースメーカーに対して責任を持ってないということになりますので、そういったものに関しては今後どうするかということです。特に救急以外の場としまして、アルツハイマーの新薬、レカネマブですね、適応に関して MRI の検査が必要になってくるんですけれども、それもペースメーカーが入っている場合は、一旦紹介元にお戻しして心臓ペースメーカーを入れた医療機関で MRI を撮ってきてくださいとか、そうでなければ市立病院さんで撮ってくださいと、そういうことをしないと学会上は、違反することになります。ちょうどいい機会だと思いましたので発言させていただきました。心臓ペースメーカーデバイスの MRI 検査についてで検索していただければそういうステートメントがすぐ出てきます。当院としては緊急の場では、市立病院さんをお願いするしかないんじゃないかと、そういう認識で今いるところであります。

(原座長)

ありがとうございます。なかなか医学的にも専門性の高い部分も含めた判断を求められる内容ですので、特に神経救急に関しては冒頭のところでも瀬口先生、新宮先生にもご発言をいただきました。今それに対して、例えば市立病院からご回答いただくかといっても、神経系の病気に限ってその専門家の先生方ともご相談をしなければいけないというふうにも思いますので、これは、ここで回答を出すことはあえてしないようにしていただいて、逆にこの課題は各病院の先生方を自分のところにそういう患者さんが来るということを前提に、特に神経輪番で言うと瀬口脳神経外科、市立病院、飯田病院になりますが、他の病院も万が一のことで可能性はありますので、お持ち帰りください。これまた包括事務局の方にこの場で次回の病院長会議のテーブルに載せるようにいたしますので、それで内容については結審とさせていただきます。よろしくお願います。

さて、相当時間も押してしまいましたけれども、最後の両括弧 6 のその他であります。事務局からまずはお説明がある予定になっておりますので、お願いいたします。

(6)その他

(飯田保健福祉事務所 唐木副所長)

はい、事務局からご説明申し上げます。

有床診療所の病床数減の申し出についてでございます。昨年度の調整会議におきまして管内三つの有床診療所につきましては、現在と同数の病床を維持するという対応方針のご承諾をいただいているところでございますけれども、この度、市瀬整形外科の市瀬院長先生より「高齢につき、体力知力の限界を知るところにより、19床の病床を2床にしたい、在宅医療等については今後も協力したい」との意向が示されましたので、この件についてお諮りしたいと存じます。

(原座長)

我々がもう十分に崇拝している医師の先生からこのような申し出が保健所の方に入ったということなんですけれども、保健所の方からこちらにお諮りと言われても私達も困りますが、ご質問等ございます？皆さん方、というよりも、ここは市瀬先生自身からのお申し出であるのであれば、私達はそれを受け止めることが大切だと思うんですけれども、座長がこのような発言をすることに対して何かございますか。よろしいですかね。

では、市瀬整形外科の代表者であります、管理者であります市瀬院長先生からベッド数の削減の申し出がありましたけれども、ここは一応この会議の名称が地域医療構想調整会議、すなわちベッド数の管理も含めた部分でありますので、それはこの会議としては承認致すという決裁をさせていただきます。よろしいでしょうか？ありがとうございます。

それでは全体を通して何かご発言等その他ございますか。よろしいですかね。

それでは私の議事進行は終わります。長い時間を経過しました。申し訳ありません。事務局にお返しします。

(飯田保健福祉事務所 唐木副所長)

原会長、議事の進行大変ありがとうございました。

以上をもちまして、令和6年度第1回飯伊医療圏地域医療構想調整会議を閉会させていただきます。ありがとうございました。お気をつけてお帰りください。