

令和4年度第1回長野医療圏地域医療構想調整会議 会議録

- 1 日 時 令和4年9月20日（火）午後6時30分から8時30分まで
- 2 場 所 長野保健福祉事務所3階 301～303 会議室
- 3 出席者

【構 成 員】

宮澤政彦座長、鶴田崇構成員、松井雅彦構成員、清水慎介構成員、小林博昭構成員、吉澤美智子構成員、土屋拓司構成員、池田宇一構成員、和田秀一構成員、中村裕一構成員、宮下俊彦構成員、番場誉構成員、寺田克構成員、小林淳生構成員、大西禎彦構成員、石井栄三郎構成員、本郷実構成員、森茂樹構成員、伊藤一人構成員、清水昭構成員、若槻吉章構成員、伊藤篤志構成員、中澤和彦構成員（代理出席：小林雅裕長野市保健福祉部次長）、浅野章子構成員、宮尾憲夫構成員、堀内弘達構成員、永井芳夫構成員、柄澤豊構成員、永野光昭構成員、峰村長男構成員

【県地域医療構想アドバイザー】

鈴木章彦氏

【長野市保健所】

所長 小林良清、副所長兼総務課長 島田武昭、課長補佐 北村和康、係長 窪田裕子

【長 野 県】

長野保健福祉事務所

所長 長瀬有紀、副所長兼次長兼総務課長 和田丈、課長補佐 中島百合子、主事 野池傑

健康福祉部医療政策課

主任 浅川喬也、主事 江上雄大

健康福祉部医師・看護人材確保対策課

担当係長 永井将志

4 議 事 録

（長瀬長野保健福祉事務所長あいさつ）

長野保健福祉事務所の長瀬でございます。本日は本年度第1回の長野医療圏地域医療構想調整会議に御出席いただきありがとうございます。構成員の皆様方におかれましては、地域医療の推進に御尽力をいただいておりますこと、また、新型コロナウイルス感染症に関しましても御対応いただいておりますこと、この場を借りて篤く御礼申し上げます。この2年間は新型コロナウイルス感染症の影響によりまして、会議中止あるいは書面開催とさせていただいたことから、久しぶりの対面での開催となっております。

地域医療構想に関する議論を本年度再開するに当たりまして、まずは第1回目の本

日の会議では、今後の方向性とスケジュールを共有させていただきたく思います。

また地域医療構想の推進にあたりまして、医療政策課からの当医療圏内における医療機能に関する情報を共有させていただき、こうした情報を元に長野医療圏内における今後の医療機関の役割分担の基本的な方向性について、御議論をお願いしたいと思います。

また、新たな論点といたしまして、外来機能報告や医師の働き方改革について御説明を申し上げます。こうした点に関しましても構成員の皆様方から御意見を賜りたいと考えております。限られた時間ではございますが、それぞれのお立場から率直に御意見をいただき、有意義な会議となりますようお願い申し上げます。御挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしくお願ひいたします。

(事務局)

- ・資料確認等

(宮澤座長)

座長の宮澤です。よろしくお願ひいたします。それでは早速、次第に従いまして、議事を進めてまいります。まず、会議事項(1)「今後の地域医療構想の進め方について」事務局から説明をお願いします。

(事務局 資料1について説明)

(宮澤座長)

ただいま、今後の地域医療構想の進め方についての御説明がありました。皆さんから御意見、御質問ありましたら挙手の上、御発言いただきたいと思います。いかがでしょうか。

(発言無し)

(宮澤座長)

御意見等ありませんので、今後病院におかれましては、将来意向調査への対応をよろしくお願ひいたします。

次に、会議事項(2)「長野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」事務局から説明をお願いします。

(事務局 資料2について説明)

(宮澤座長)

各医療機関の役割分担と基本的な方向性についてご説明がありましたが、皆さんから何か御質問等ありますでしょうか。

御説明にもありましたが、人口が減少する中、今後の地域全体で質が高く効率的な医療を提供していくためにはどのような役割分担を目指すべきか、皆様から御意見をいただきたいと思いますが、基幹病院として長野赤十字病院の和田先生いかがでしょうか。

(和田構成員)

今回、従来 of 急性期医療だけではなく、長野県の方からレセプトデータを用いて様々な切り口で見せていただき、良く内容が分かったと思います。

当院においては、地域における役割としては、急性期の多機能病院という姿が求められるものと思っておりますので、そういった方向に進んでいくべきと考えています。

御存じかと思いますが、当院は2025年に着工し、2027年に竣工ということで、新病院の建設を考えています。先ほどの入院需要の変化等を元に、これからの状況の移り変わりを予測しながら、こういったことを背景とした病院建設を考えていますので、色々なデータを示していただき、ありがとうございました。

(宮澤座長)

篠ノ井総合病院の宮下先生、いかがですか。

(宮下構成員)

当院は、篠ノ井総合病院ということでもありますが、南長野医療センターとして新町病院と役割分担をしています。篠ノ井総合病院は急性期を診る病院、新町病院は回復期、慢性期を診る病院といった棲み分けをしているところです。ただ、これは地域全体として見て、また検討が必要かなと思います。

(宮澤座長)

池田先生、いかがですか。

(池田構成員)

長野市民病院ですが、高度急性期の基幹病院の役割と、もう一つ、市民病院ですので、これから来る高齢化社会に向け、高齢者に対する軽症な急性期というか回復期の

機能も担っていこうということでやっています。全体として、地域の包括ケアシステムに乗っていきたいと思っています。

(宮澤座長)

番場先生、どうですか。

(番場構成員)

長野中央病院ですが、民間の病院としてということもありますけれども、一定の急性期医療を担いつつ、回復期の機能も併せ持つ病院としてこれからそのバランスをどのようにしていこうか、ということ当院として考えていきたいと思っています。

当院としてはおそらく10年、15年後くらいに建替え等を考えなければならない時期に入っています。そういう意味では患者が増えて、その後減少に転ずるという辺りの、少し先のことまで見通してこれから考えていきたいと思っています。

そして、いわゆる心不全といった、普段は慢性期とか安定している患者さんの急変にも対応するという意味では、高齢者あるいは療養、回復期の患者さんであっても、一定の増悪による救急医療ということがどうしてもセットになってくると思っていますので、総合的に対応できるような中で、バランスを考えていきたいと思っています。

(宮澤座長)

せっかくの機会ですので、中村先生いかがでしょう。

(中村構成員)

急性期が一体どれくらい必要かということと、今、当松代総合病院は回復期をしっかり拡充させようとしていましたが、このコロナ禍でどうしても上手くいかなくて、回復期がまだまだ伸び悩んでいるところとか、スタッフの問題で縮小せざるを得なかったのですが、それらを見て、3病院等大きな病院で急性期をやっていただいていますので、回復期に移行できるかなと。

それと同時に、やはり回復期であっても急性的なところは診なければいけないし、あるいは回復期でいくと次に療養の方へ行きますが、その療養で何かあった場合に、そこから急性期の、例えば3病院へ任せる、そこまで行かなくてもやはり急性期に近いところをやらなければいけないということで、病棟編成をこれから考えなくてはならないと思っていますけれど、今のところはコロナ禍で身動きが取れない状況です。

(宮澤座長)

寺田先生、いかがでしょう。

(寺田構成員)

今回の表で示していただいたように、当信州医療センターの場合ですと須高地区の

患者さんが圧倒的に多いわけで、行政との相談を十分した上で最終的な方針を考えて行かなければいけないのかなと思っています。

もう一つはこれまでの国等の資料で、例えば奈良県、新潟県の事例が出てくるのですが、奈良県の場合、断らない病院、それから面倒見の良い病院と2つに分けているのですが、この2つが概念的にどういう風に違うのかなといつも思っています、ここの意味合いの棲み分けというのは非常に難しいかなと正直思っているのと、国における役割分担の考え方の中に、基幹病院以外の中小病院等で初期救急等を担うということが書いてあるのですが、初期救急等をこういった形の基幹病院以外の中小病院で十分補えるのかどうなのかということは、地域特性によって難しいということがあるのかなと。そういう意味でも十分、地域の実情を反映したような形で考えて行かなければいけないという風に思っています。

(宮澤座長)

地域医療行政の観点で、市町村の方からありますか。

(柄澤構成員)

信越病院の立て替えですが、現在、小学校の跡地を壊してしまっていて、これから準備を進めて令和7年4月に新しい病院を開設予定です。

病床数が今97床あるのですが、令和7年には52床へ減らさせていただいて、一般病床が30床で、回復期になろうかと思えます。そして20床が療養病床ということで、これは慢性期になるのか回復期になるのか微妙ですけれども、そういうような状況で進めているところです。

(宮澤座長)

県地域医療構想アドバイザーの鈴木先生、何かあればお願いします。

(鈴木地域医療構想アドバイザー)

まとまった話にならないかもしれませんが、まず県が提示した資料の5ページですが、要するにスパッと2つに分けて基幹病院の機能をさらにパワーアップして集中、集約させる。確かに、集約化をするということは、限られた医療資源を効率的に使っていく上で、確かに有効な方法なんですけど、ただ、それぞれの地域性等を考えるとここまでクリアに行かないんですね。

これも先ほど話題に出たと思いますが、4ページに奈良県と新潟県の例が出ています。それで、私は前からこの奈良県の表現はどうかと思っているのと、新潟県は実は長野県と同じで、県に医系の大学は1個で、長野県よりも医師数は少なく、長野県以上に地域医療構想で苦労しています。

新潟県のプランっていうのは非常にクリアカットでして、要は、先程の県の方からありましたように、これからどんどん人口は減ってまいります。それで、御存じのよ

うに 2033 年に出生数が 80 万人を切るという予定だったんですが、コロナ禍の影響もあって今年度上半期の出生数が 40 万を切っております。という事で、もしかしたら予定よりも 11 年程早まって 80 万人を切ると。ですから、今回、県が予定した人口の推計数は、更に数字は厳しくなると思ってもおかしくないですね。それで、その中で、今後 2030 年に、国的には 2040 年が入院患者のピークというデータもあるんですが、長野県は 2030 年にピークアウトすると。それから外来の方はもうすでにピークアウトしていると。現状、こういうが推計がなされています。

それで、今後 2030 年に向けて入院患者が増えてくるんですが、ただ、その内容がちょっと異なってまいります。分かりやすく言うと、どちらかと言うと高度急性期、急性期対象の患者さんよりも、主には回復期相当の患者が増えてきて、結果として、2030 年まで増えていくと、そういう現状にありますので、今後は考えていく上で、本当にシンプルに言ってしまうと、地域で高度な医療を支える柱となる病院ですね、長野日赤さんをはじめ市民病院さん、篠ノ井病院さん等々が当てはまるのではないかと思います。それ以上に、これから重要になっていくのは地域包括ケアシステムを主に支えていただく医療機関、この 2 本建ての体制づくり役割分担をどのようにグラウンドデザインしていくということが一番大事だと思います。

さらに、今後生産年齢人口が減ってまいります。今後、医療状況を考えた時に、医療人材、マンパワーは不足してくる予想となっています。そういったことを考えると、医療資源をこの地域全体として、各病院じゃなくて医療全体として最大に活躍する、そういう視点に立ってぜひお考えをいただきたいという風に思います。

(宮澤座長)

色々な方向、立場から御意見いただきありがとうございます。

病床を有する医療機関に関しましては、将来意向調査が行われるということでありますので、今回出た意見を踏まえた形で調査に回答していただきまして、次回以降の地域医療構想会議では、将来意向調査の結果を踏まえて議論をしていただきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

(小林長野市保健所長)

資料の確認と、県への質問にもなるんですけど、資料の 10 ページを御覧いただければと思います。医療需要の推計ということで、特に下ですね、入院患者の推計というところで、色が見にくくて分かりにくいですが、総数を見ていただきますと、多分、2030 年が 110%位ということで、これがピークという風におっしゃっていたかという風に思います。

一方で、資料 1 の 5 ページをご覧くださいませでしょうか。長野医療圏で、国の計算式で出しているのが、一番右側の地域医療構想の推計値ということでありまして、こちらは明らかに 2015 年から大きく減っております。

片方で入院患者はこれから増えるという推計があるのに、もう片方で地域医療構想

で病床数が減ってるという、この大きな相違について、我々は非常に注目しなければいけないんですけども、この資料1の5ページで何が抜けているかというと、入院患者が全体に減ってくるという意味でこれが作られているわけではなくて、在宅医療とか、それから介護施設の方で対応するということが前提になって、この地域医療構想の推計値というのが出ております。

それをぜひ進めるように国が言っている訳ではなくて、あくまでも推計値ですよと言っていますので、いやいや、これとは関係なく病院で引き続き診るんだということで、2030年のピークに向けて病床整備するっていう考え方も、無くは無いと思うんですけども、そもそも国が考えているこの5ページのグラフが、そういう在宅医療と介護施設の方にはかなりの人たちが流れていくという、そういったことがあります。

そういう意味でこの資料2の10ページはですね入院患者さんそのものは増えていくんですけども、いわゆる医療密度が低い方、前は確か300点という風な数字も出ていたと思うんですけども、そういった方々はもう医療機関では基本的には対応しないという前提があります。

それで、県の方にはお願いとしては、この資料1の5ページに在宅とか介護の方の対応としては、どのくらいの数字が見込まれているかというのも一緒に書いていかないと、病院だけの数字で見ると現実と国が求めているものに大きな乖離があるので、そこはぜひこれからは入れていただきたいのと、そうすると今度、在宅医療とか介護というと、無床診療所もありますし、今日は市町村の方々もいらっしゃってますけども、これで介護事業計画を今度どうするのかといったところも一緒に考えていかなきゃいけないことになります。

それで、これは質問なんですけれども元々医療と介護の協議の場は各地域にあったんですけども、今回示していただいているタイムスケジュールにはその介護との調整のことがあまり載っていないんですけども、その点についてはどういう風に考えてらっしゃるかということをお聞かせいただければと思います。

(医療政策課浅川主任)

まず、御指摘のとおり在宅の部分につきましては、今回、資料の方からは落ちておりますが、重要な視点でございます。国の方の推計の中でも、比較的医療資源の投入量が少ない方につきましては、在宅で対応するというような形で国も推計しております。その受け皿を、2025年度までに作っていかなければならないということで、これまで調整会議の場での議論を進めてきたところでございます。

その中で、御質問にありました医療と介護の連携の部分ですけれども、資料の中では明示しておりませんが、大変重要な指摘だと考えておりますので、今後、介護支援課等の関係課との協議の中で、この調整会議の場でどのような形で今のような議論ができるかというところを検討して、提示していきたいと考えております。

(宮澤座長)

ぜひよろしくをお願いします。

まだ色々御意見もあろうかと思えますけども、時間も限られておりますので、次の議題に移らせていただきます。

それでは会議資料（3）「外来機能報告について」事務局の方からお願いします。

（事務局 資料3について説明）

（宮澤座長）

外来機能報告について、何か御質問、御意見ありますでしょうか。

（鈴木地域医療構想アドバイザー）

今、御説明ありましたが、外来機能報告は今年から始まったばかりで、今年度は7月1日から31日までの患者数等の報告が病院等に課されたわけです。まだスタートしたばかりなんですけども、確かにその表向きの目的は大病院の医師の外来負担を軽くするという大前提があるんですが、注意しておいた方が良いかなと私が思うのは、急性期病院の外来機能をより明確化してですね、患者の内容から考えて、急性期から回復期の病床機能再編をプッシュしていこうという、そういう狙いが私には感じられます。

先程、小林所長さんから話があって、県も同じだと思っておりますが、病床数を削減するとか、再編するなどという議論は一旦保留すべきことで、数をこれ以上減らすとか、そういう論議は今必要ないと思うんですね。

ただ、一番は、全国的にそうなんです、回復期病床は将来的に数が足りてないという、ここのところですよ。ですから、いずれの流れとしても急性期から回復期への流れを誘導していきたいというのは、国の考えとして大きくありますので、そういうことも絡んでくると。

それからもう一つ、これは日本医師会、県医師会共に危機感を感じているんですが、要するに財務省は、かかりつけ医を1患者1人と登録させていきたいと、それが根底にあります。そうなってくると患者にとっては、非常に利便性が落ちて問題になりますので、私が思うに、恐らく厚労省はその論議の前に、診療所も含めた今の外来機能状況をもうちょっと明確化した上で議論に持っていこうという風に考えてるのかなと思います。

（宮澤座長）

和田先生、日赤は紹介受診重点医療機関になると思えますけども、受ける側としてはいかがでしょうか。

(和田構成員)

正直なところ、このように単純にはいかないんじゃないかなと思いますけれども、国の流れで外来機能報告制度、紹介受診重点医療機関を明確にしてやっていこうということなんですから、当院としてはこれになるということは必然的な流れみたいに思います。けれども、先ほど言ったようにそんなに単純に物事は進まないんじゃないかなという気はしています。

(宮澤座長)

かかりつけ医機能という話もちょっと出ましたけど、松井先生どうですか、開業医の立場として。

(松井構成員)

色々ありますが、紹介状無しの特別負担 7,000 円ですか、あれが始まるといよいよ開業医の方に患者が向けられて大変になっていくと思います。それから、今後はなるべく病院の方にも紹介状を書いて、お願いする必要があるのかなという気がしていますけど、ちょっとまだこの辺のことはよく分かりませんので、勉強していきたいと思います。

(宮澤座長)

医療を受ける立場の皆様から、何か御意見ありますでしょうか。

(発言無し)

(宮澤座長)

よろしいですか。

新しく外来機能報告制度が始まるということですので、結果がまとまったところでこの会でも公表をしていただきたいと思います。今後、具体的対応方針についての議論に生かしていきたいと思っています。またよろしくお願いいたします。

それでは、次の議題に入らせていただきます。会議資料(4)「医師の働き方改革について」事務局からお願いします。

(事務局 資料4について説明)

(宮澤座長)

医師の働き方ということで、まさに病院長の先生方、今対応に追われていることと思えますけれども、ただいまの説明に対しまして何か御質問等ありましたらお願いします。

派遣元と言っではなんですけれども、市民病院はかなり派遣していると思うんですけど、池田先生何か働き方改革に御意見等ありますか。

(池田構成員)

正直言うと、なかなか働き方改革が理解できないというのがあります。医師の労働時間を短縮しろということで、例えば、土日週末、入院患者の受け持ち医が居ると、ちょっと顔を出して安心させるということが、我々の世代はありましたが、これを全部やめて、担当の医者を決めて、その人に何かあったら任せるということで、医療の質としていいのかなと思うところがあるのですけれども。

我々世代の医者ではなくて、今の若い医者はワークライフバランスを重視するから、我々のような考えで病院をやっていくと、おそらく若い医者が来なくなるだろうという、そういう皆様のご意見もありますので、粛々と今、A水準に向け取り組んでいるところです。

(本郷構成員)

時間外労働規制についてということで、AからC-2で出してもらっていて、28時間とか書いてありますけれども、書いていただくのは良い。ですが、私も当直をやっていますが、24時間やって、それでまた5時過ぎまでやってるわけですよ、実際のところ。だから、計算すれば、24に8から10くらい足して、34~5時間はやっているんですよ、実際のところ。それで別になんともないので、やっていますけれども、現実にはドクターが居ない病院というのは、そういう風になって、それで成り立っているんです。だから、ドクターの偏在とかそういうのを考えなければ、資料のように出来るんだろうけれども、誰かいないと駄目なんですよ。そういう病院は地方にいくらかもあるんじゃないかと思っています。

こういったことを書いていただくのはよろしいのですが、どこまでこれが現実味があるのか。大きな病院なら良いと思うのですが、小さい病院までこれでやっていったらどうなるか、と現実的に思うんですよ。

コロナは田舎の方まで来ていて、コロナの発熱外来も実際に週3回発熱外来で患者を診ながら色々やっていたりするんですよ。だから、地方の田舎の病院と、町中の大きな病院の働き方は全然違うのではないかと思っています。健康でなくてはできない。それで、実際、病気の人は何人もいて、そういうドクターの肩代わりをして当直をやっていかなければいけないし、大学からも、篠ノ井からも毎日来てもらっているけれども、日曜日はやらざるを得ないというのが現実なんですよ。

だから、資料のように図式化していただくのはいいけれども、そこら辺をどのように考えていただいて、どこまで実現できるのか、そこが非常に気にかかる。実際の各

病院の現状を把握していただいた上で、また、考えていただければいいんじゃないか
と思います。

(宮澤座長)

オンラインで参加していただいている土屋先生、いかがですか。

(土屋構成員)

こういう方向に進めて行かなくちゃいけないんだろうなという風には思っており
ます。

後は大学の方にも最近行ってきましたけれども、地域枠であるとか医師派遣の問題
とか、やはり、いかに人材をそこに費やして、働き方改革に沿って考えていくかとい
うことを前向きに考えて行かなければいけないんじゃないかと思っています。

(宮澤座長)

千曲中央病院の大西先生、先生のところも結構、派遣医師が多いと思うんですけ
どいかがでしょう。

(大西構成員)

当病院も今、労基等に対してですね、就業時間のことがありますので、救急外来に
いた時間がどれくらいなのか、電子カルテを開いている時間がどれくらいなのかとい
ったことを全部調査しているのですけれど、大変なんですよ。

救急外来にいた時間が、その先生がカルテ開けっ放しにしてそこにいなかったりす
ることもあったりとかですね、ちょっと矛盾していることもありますし、先ほど宿日
直許可をとってくださいと仰いましたけれども、それも結構複雑で、今、色々と病院
としても困っているのが実情です。

一つの大学だけではなくて、色んな大学の色々な教室から先生方お見えいただい
ていますので、そことのやり取りというのがありますし、先ほど本郷先生仰っていまし
たけれども、本当に、こんなことを言うては失礼ですけども、本郷先生は日曜日も
自分を犠牲にしてまで仕事しているというのは、これはあり得ないと思うんですよ。
だから、そこだけは助けてあげないと本当に倒れちゃう、地域医療を支えてられない、
信州新町を守れないんじゃないか。他にも信濃町もそうだと思いますし、色んなとこ
ろで病院の人材確保が少なくて、頑張っていらっしゃる先生はいますので、そういっ
たところを加味していただいて、こういう議論をしていただければ、本当にありがた
いかなと思います。

(宮澤座長)

その他、御意見ありますでしょうか。番場先生、いかがですか。

(番場構成員)

当病院は、色々調べるなかで、960 時間超える医者はやや限定的になってきているので、とにかく A 水準できちっと頑張ろうということで、今準備をしています。

ただ、先ほどもありましたけれども、医者なら皆当直できるかという、できない医者もいたりして、そうなると当直のできる医者の負担等が非常の大きくなっているのが実情で、なかなか時間外の救急を回すということについては、うまくやれるかどうか自信が無いような状態です。

ただ、やはり、これから若い医者を入れて行くためにはきちっと対策をとって、やっていますということのアピールできなきゃいけないかなと思うと、今までのようなやり方は通用しなくて、資料に書いてあるような基準をきっちりクリアしていかないとと思っています。

後は、やはり女性医師の比率は増えてきていますし、女性医師もどうやって活躍してもらかということも考えなきゃいけないですし、課題はすごく大きいと思いますが、A 水準できちんと取る方向を今、検討しているところです。

(宮澤座長)

ありがとうございます。

よろしいでしょうか。ちょっとこの場では結論は出ない問題ですけれども、検討していくこととなると思います。

では、御発言も出尽くしましたようですので、以上で、本日予定していた会議事項は終了といたします。円滑な議事進行に御協力いただきありがとうございます。事務局にお返しします。

(事務局)

宮澤座長大変ありがとうございました。

それでは、以上を持ちまして、第 1 回の調整会議を閉会させていただきます。本日は大変お疲れさまでした。皆様、お気をつけてお帰りください。