

平成 29 年度第 1 回大北医療圏地域医療構想調整会議・
大北地域医療推進会議 会議録（要 旨）

1 日 時 平成 29 年 9 月 14 日（木）午後 6 時から午後 8 時 20 分まで

2 場 所 長野県大町合同庁舎 5 階 講堂

3 出席者

委 員 横沢伸委員 牛越徹委員 若林透委員 甕聖章委員 平林明人委員 下川正剛委員
松本久志委員 勝野富男委員 上野法之委員 細川隆委員（代理出席：降旗寛次総
務課長） 井上善博委員 西澤理委員 中井和男委員 小野壽太郎委員 平林昭光
委員 林もと子委員 酒井陽子委員 飯高良造委員 柳沢由里委員

アドバイザー 宮澤敏文アドバイザー 諏訪光昭アドバイザー 久保田俊一アドバイザー

大町保健所 小松仁所長 酒井貴篤副所長兼総務課長 有澤昌翁副参事兼健康づくり支援課長
和田純子食品・生活衛生課長 増尾和久企画幹兼福祉課長 他

県医療推進課 下條伸彦課長補佐兼医療計画係長 他

4 会議録（要旨）

【会長あいさつ】

会長の横沢でございます。

本日は大北医療圏地域医療構想調整会議及び大北地域医療推進会議を合同で開催しましたところ、委員及びアドバイザーの皆様には大変お忙しいところご出席いただき、誠にありがとうございます。

本日は昨年度末に策定された地域医療構想に記載された大北医療圏の課題への対応や病院相互の連携や役割分担、医療・介護の連携などを議論いただくとともに、現在県で作成中の保健医療計画についてもご意見いただくため、医療構想調整会議と併せて推進会議を合同で開かせていただきます。

地域医療構想に記載のとおり大北地域は総人口が減少気味でありますけれども、75 歳以上人口は 2030 年頃にピークとなり、同時に 75 歳以上の入院患者数もピークになる見込みです。また、在宅医療の必要量は 2025 年には 2013 年度と比較して約 14%増加することが見込まれています。

2025 年度に向けて限られた医療・介護資源を有効に利用し、必要な医療・介護サービスを確保することが課題となっておりますが、とりわけニーズに応じた病床機能の強化や退院後の生活を支える在宅医療の充実が求められています。

さらに、今後とも不足が懸念されている医療・介護人材の確保を図っていく必要があります。

今回、事務局からの説明事項は大きく 2 つです。

1 つは地域医療構想にかかわること、2 つ目は現在策定中の第 7 次保健医療計画でございます。

会議時間の約半分を意見交換にとつてあります。この会議の狙いは大北医療圏の現状を踏まえて解決策について検討を行うことです。各委員はそれぞれの取組み、課題、ご意見、ご提案を発言頂きたいと思っております。

県へも対策を求めています。委員の皆さん全員で考え、取り組んでいくことが大切と考えます。

各委員の積極的なご発言、ご提言により有意義な会議となりますようお願いして会長あいさつといたします。

(資料1 大北地域医療推進会議設置要綱の改正について 酒井副所長兼総務課長説明)

主な説明内容

- 大北地域医療推進会議アドバイザーの追加

(質疑 なし)

(資料2 大北医療圏の現状と課題 酒井副所長兼総務課長説明)

主な説明内容

- 地域医療構想策定の意義・内容及び病床数の必要量の推計について
- 大北構想区域のポイント
- 将来の医療提供体制を実現するための施策

(資料3 社会福祉施設現地調査結果について 増尾企画幹兼福祉課長説明)

主な説明内容

- 趣旨及び実施概要
- 施設から提示された課題・工夫している点・要望等 (人材確保・施設 (法人) 運営)

(資料4 病床数の必要量 (地域医療構想) と病床機能報告の関係の整理について

下條医療推進課課長補佐説明)

主な説明内容

- 病床数及び病床の機能について
- 病床数の必要量と病床機能報告の関係 (長野県全体及び大北医療圏の状況)

(資料2～資料4まで一括説明)

(質疑 なし)

(資料5 第7次保健医療計画策定に係る医療連携体制の検討状況について

下條医療推進課課長補佐説明)

主な説明内容

- 保健医療計画策定委員会及びワーキンググループ会議における検討状況について
- 医療連携体制の検討状況について (5事業5疾病)
- 今後のスケジュールについて

(資料6 現行計画に係る各病院の取組、見解等について 酒井副所長兼総務課長説明)

主な説明内容

- 地域医療構想及び5事業5疾病に係る第6次計画事項等の各病院見解等

(資料5～資料6まで一括説明)

(質 疑)

【会 長】

質問がないようですので、続きまして会議事項の(4)に入りたいと思います。これまでの事務局からの説明を踏まえ、大北医療圏の現状と課題、第7次保健医療計画をはじめ、各団体における課題等もあろうかと思えます。

これからは各委員の方々からご意見をいただく意見交換の時間とさせていただきます。

あいさつの中で言いましたとおり、十分意見交換の時間を取りたいとのことですので、意見のある方は挙手の上、ご発言をお願いしますが、資料6の保健福祉事務所からの説明にありましたとおり、補足も頂きながら大町病院の井上院長、あづみ病院の西澤統括院長のお二人に資料6の補足若しくは意見がございましたら発表していただきたいと思えます。

最初に井上院長からお願いします。

【井上委員】(市立大町病院長)

ただいま大町保健福祉事務所からおおまかな説明がございましたが、補足をしたいと思えます。

同じようなことを言うてしまうかもしれませんが、まず、地域医療構想、2ページに病床機能報告のことが書いてありますが、平成28年度病床利用率61.8%、許可病床数278床に対するもので、稼働病床数が大体211床ほどございます。そこから計算しますとだいたい80%くらいの稼働率と言うことになります。

病床は現在278ですが211しか動いていませんで段階的に減らしていけばいいのではないかと。

これは大町市の条例に記載されているので、条例を変更する場合、一応目安は今月末ぐらいと考えております。

救急医療に関しては3ページに記載がありますが、応需率と言うのがありまして平成26年度86.1%から28年度91.2%に上昇しておりまして、次の4ページには救急車受入件数が26年度1,297件から28年度1,515件へ増えております。

災害時の救急医療としてはDMAT2チーム配備してありまして、1月の大震災あるいは御嶽の噴火の際に出動しています。

今話題になっている周産期医療に関しては、ここに記載がありますように常勤医1名が9月末で退職予定となっております。現在、医師確保に全力を尽くしておりまして、これに関しましては現在開会中の大町市議会9月定例議会最終日の9月21日に牛越市長から最終的な結論を発表する予定です。

それから小児医療、在宅医療に関しましては個々に記載のとおりです。

がん医療ですが、地域がん診療病院指定をあづみ病院さんが目指してらっしゃいますが、大町病院ががんの患者を扱っていないかと言いますとここに記載がありますように結構な数の患者さんを診ておりますので、ケアをやらないわけにはいかない。

脳卒中对策、糖尿病対策の取組みについては、先程説明のありましたとおりです。

【会 長】

続いてあづみ病院西澤統括院長さん、お願いします。

【西澤委員】（あづみ病院統括院長）

いわゆる在宅医療の緩和医療医師が6月に2名退職しまして、その対応に追われたわけでございます。

結果的には在宅医療1名の体制でできたわけで、緩和ケア、これは緩和ケアチームを再結成しましてこの資料にありますように薬剤師、リハビリ、栄養士と極めて熱心なチームができてまして、6月から再活動を始めました。

6月から現在まで週1度、火曜日に1時間程度カンファランス、回診をするんですけども延べ人数で約13病例を医師10名ぐらいでやっています。肺がん、大腸がん、胃がん、それから当院の特に外科の呼吸器外科で診ている患者さんたちですが、だいたい3週間から2週間程度入院して、最終的には本院の6階の個室に入っています。

現在、地道ですが再開できましたので、ぜひともこの地域で体制を整えて、来年には指定がんセンターになるように、小泉教授には2月から2か月に1度、また緩和医療の間宮教授には1か月に1度来ていただいております。信州大学のがんセンターとも連携してやっていきたい。

先程お話がありました、実際に診療しているがん件数は大町病院とほぼ同数でございます。いずれにしろ、この地域に緩和医療がしっかりと定着するよう一生懸命努力しております。

【会 長】

それではこの後、意見又は事務局への質問等をお受けしますので、挙手の上ご発言願います。

【中井委員】

在宅医療ということで大北医療圏の課題にも介護基盤の充実が書かれていますが、なかなか人数を増やしていくと言うことは難しい課題だと思います。

小谷村では特に人数が増えない代わりに医療と介護の連携を密にするために、試験的に去年から医療と介護の共通カルテを作って連携しています。

今年は試験的に白馬村のメディアと福祉連携の取り組みをやっていきたいと思っていますので、よろしくお願います。

【平林委員（大北歯科医師会）】

先ほど、目指す方向で「健康で長生き」という話がありました。歯科、口腔ケアをきちんとしていると健康寿命が延びるということなんです。かかりつけ歯科医がいると健康寿命が延びるということです。去年5月の政府の経済財政諮問会議においても切れ目のない口腔ケア、検診したりすることが健康寿命につながっているという意見が出ました。

学校健診とか乳幼児の健診とかあるんですが、学校を卒業してしまうとそういった機会がない。

それと介護に関してですが、介護されている側にとっても食べることは一番の楽しみであり、おいしく食べるのが結果にもつながる。

一方、介護する側にとっても食事をさせるということは大変なこと 好きではないもの、例えばペーストしたものを食べさせるには、マンパワーも必要である。ご家庭で、いつまでも好きな物が食べれるということは大切なことだと思う。

【若林委員】

大北医療圏の現状と課題の資料別冊の大北医療圏の救急医療体制の状況ですけれども、これ

はどこの部署で作られたのか。

【酒井副所長兼総務課長】

医療推進課です。

【若林委員】

7ページに大北地域の医療救急体制の状況ということで平成26年度の救急搬送に要する時間が出ているんですけど、二次医療圏において他の医療圏と人口も違うしベッド数も違うし広さも違う。「大北医療圏においては、比較的、現場到着から収容まで時間が長くなる傾向にある。」というのは表現が良くないと思う。むしろよく頑張っていると思う。

逆に時間がかかっているということは、更に充実するように県が協力してあげなければいけない。消防なんかは一生懸命やっているというのにこの表現はどうかな、と思うんですが。

【下條課長補佐】

今の先生のご指摘、ごもっともだと思います。二次医療圏それぞれ地理的条件、消防の体制も違うということもございますので、ここで「比較的時間が長くなる傾向にある。」と言う表現は軽率であり、反省しているところでございます。

各地から現地到着までは各医療圏毎の時間の差はあまりない、その後については現場で救護活動をやったりする部分もあるということで、消防の皆さんからご意見を頂戴することもありますので、その点は今後注意して対応していきたいと思います。

【若林委員】

ここの部分、表現だけ直しておくようお願いしたい。

【酒井副所長兼総務課長】

補足ですが、実は同じ表現で医療構想にも記載されていますので、それを引用したものです。

1つの課題として調整会議で取り上げていただきましたので、アクセスの整備、除雪体制であるとか、そういったものも含めて対応して行くということが大事だと思います。

【会 長】

進行係が意見を言うのはどうかと思ったんですけど、まだ時間も十分残っていますし、最近どうしても気になることがあるものですから医師会を代表して一言、意見と言うか、こういう方向でやったらどうかということで発言したい。

在宅医療に関してです。私の考えでは在宅医療は在宅介護の中の1つが医療という考え方で。今、全国的な考え方は医者が先頭に立って在宅介護をやりなさいということです。

これは大北医師会よりも上部、県医師会あるいは日本医師会がこういった考えを持っている。かつ、保健福祉事務所も医者先頭にして在宅介護を廻している部分がある。

特にこの地区は、大町市で開業しておられる横澤厚信先生が先頭に立って在宅介護を引っ張

っている。実はワーキンググループを作った時は10人位で始まったものがどんどん大きくなり、今は20数人のメンバーになっている。

横澤厚信先生も高齢で、もう何年もやったからそろそろ勘弁してください、ということになっている。その後が続く医者がないんです。在宅をやる場合には自分の診療科の診療もやりながら、かつ、在宅の患者さんを診なければいけないということで、診療所の仕事をないがしろにして外に出るわけにはいかないものですから、その辺のことを医師会としては今後どうしていかなければいけないかと考えています。

今後、在宅で手のかかる人たちが増えてきます。それは何かと言うと、そういう人たちを受け入れる施設がこれ以上増えてこない、そういった人たちを在宅で診ましようというのが今の考え方ですから、医者もそうですけれどもマンパワーが必要になってくる。

今日の資料の中にも在宅で診る人がいないというのがありましたけれども、その人たちを増やすにしても時間はかかるしお金もかかる。ではどうするかといったときに、地元の人たちで子育てが終わった、昼間やることがないと言った人たちをボランティアとしてどうにか一緒に手伝ってもらえないかという考え方です。

各市町村長さんお集まりですので、それぞれの地区でも大変な問題として抱えていらっしゃると思います。私の口から言うのもなんですが、地区によっても頑張っているところと、もうちょっと頑張った方がいいのではないかと言う地区があるのも事実です。

今は人が足りないですから、いかに在宅介護の現場で働いてもらえる人を増やすということを考えなければ。

これはある意味この地区の特徴だと思うんですけれども、私は医師会として頑張ってやっていくつもりですし、それぞれの担当の機関にはいろいろとご協力をお願いするし、いろいろな意見を言うと思いますのでよろしくお願いします。

【松本委員】

小谷村の村長ですが、会長、小谷村診療所の中井先生もおっしゃったんですが、在宅医療の関係は小谷村のような広範囲な地域を抱え、なおかつ交通の便がよくないということで大変な思いをしております、さきほど中井先生がちらっとおっしゃったんですが、福祉関係の方と患者さんというか治療を受けなければいけない人のデータを共有しようということを実験的に行っていらっしゃる。

私どものところは診療所が1か所で中井先生1人しかいない。そのため中井先生には診療所にも居てもらわなければいけないし、在宅医療もやってもらわなければという過酷というか大変な状況です。

一方でへき地医療では医療従事者の確保、医療を支援する体制を作っていくという目的が同じ資料6に載っている。この辺がスムーズにいけば在宅医療も上手く行くと思うんですが、今の状況ではマンパワーを増やすと言うことは難しい。今のままのマンパワーでいかに効率的に上手く廻していくかということを考えざるを得ないというのが行政の立場でございます。

先ほど横沢先生もおっしゃっていましたが、誰かの手助け、医療と福祉プラスアルファの手助けを考えざるを得ないのかな、いろいろな活動をやりながら思っているところです。

それがうまく活かせるような、どこかで思い切って試験的にやっていただけないだろうか。

村でも試験的にやってみなければならぬ状況になってきている。どこかでいい例があれば教えていただきたい。

【齋委員】

在宅医療とは離れますけども、医療費が昨年度に比べるとグンと上がりまして、その要因を見ますと重症化ということが一番の問題となってきました。

多くの医療機関の研修等で行われているのが、糖尿病の予防をしていこう。糖尿病から透析患者に進むというケースが非常に多くなってきている。透析に入りますと医療費が本当に上がってしまって、町でも特定健診の受診率を上げていくんですけど、看護師にとってはこれだけ受診率が上がったのに医療費が上がってしまったということで我々もショックを受けているんですけど、糖尿病専門医が欲しいということが現場の意見として出てきております。何とかその辺の対策を取れないかと感じているところです。

いずれにしても重症化を防ぐ、予防をしていくことを町としてはテーマとして抱えているところです。そのあたりをご検討いただければと思います。

【会 長】

保健所と医師会で糖尿病重症化予防プログラムが始まっております。事務方で誰か報告をお願いします。簡単で結構ですから。

【小松所長】

今後、具体的にどうして行くかが大切で、その場合も医師会もそうですし、市町村のマンパワー、病院の協力も得ながら進めていければと考えています。

糖尿病の重症化予防と言うことで言いますと、発症する人をいかに少なくするかと言うことと、現在糖尿病の方を透析に行くまでの期間を長くするかの大きく2つの流れになります。すぐに効果が出てくるかという時間もかかりますし、目に見えて効果があるということは難しいのではないかと思います。池田町長さんがおっしゃられている規模の小さいところの医療費は本当に大変だと思います。それもあって重症化予防プログラム始まったところでもありますので、この重症化予防プログラムを圏域として進めていけたらと考えております。

【井上委員】

糖尿病専門医の招聘については信州大学の糖尿病内科の方に常勤の先生をお願いできないかと依頼に行ってるんですが、経験を積んだ専門医が不足しているという難しい問題があります。従いまして非常勤の先生でもいいから出してほしいとお願いしているんですが、大学の方も外部の医療機関に専門医がいないということは認識しておりまして、何とかしたいということで困っていると感じております。

【会 長】

ほかにどうでしょうか。

【牛越委員】

特に糖尿病の重症化予防について、小松所長さんがおっしゃるとおり発症予防と重症化予防の2つがセットにならないといけない。医療の体制も病気になってからでは十分ではないということであれば、市町村保健センターを中心に、例えば特定健診の受診率を向上させる、あるいは色々な健康指導の中に織込んでいく、当面それしかないと思うんですね。

私ども国民健康保険の保険者としても本当に必死にやらないといけませんし、大町市の規

模でも人工透析が20人前後ではなかったかと思うんですが、それが1人増えただけで医療費がかなり上昇してしまう。今後県を中心とした、いわゆる国保の広域化も目前にきていますので、個々の保険者が健康指導、健康づくりに最優先で取り組んでいくことは大きな使命と感じております。

もう1つ、本日一番最初に説明がありました、いわゆる医療圏ごとの病床数については議論が出し尽くされ、概ねそちらの方向に行く。当圏域でも非常に大きな病床数の削減が行われる訳ですけど、先ほど説明いただいた資料2の2ページのところ、中段以降に大北構想区域のポイントの将来の見込みの3つ目の、2025年、約8年後ですが、予想される病床数は403、これが私たちに与えられた命題です。このように、必要とされる病床数がどんどん減っていく。この背景が、医療資源、医師不足、医師の確保が難しいからとの要因でこうなっているのではないかと絶えず疑問に思っているんです。

というのは、在宅医療の必要量はむしろこれだけ増えている（資料2 2ページ 在宅医療の必要量 参照）。患者さんからすれば、もちろん療養の段階になれば在宅での医療がふさわしい医療の形態だということですが、まだ病院で治療を受けながらという人から見れば、なぜ病院に置いてもらえないのかという疑問につながるのではないかと。

この考え方がどういう発想でできたのか。先ほど横沢先生のお話にもありましたが、医師不足が在宅医療の不足と同じように急激に進んでいる。そうした中で在宅医療が増えると見込まれるので病院の病床数は落としていかなければいけないと、その辺りの説明を私どもはどう理解したらよいか。

それと関連して、資料4で説明していただいた病床数の必要量について、地域医療構想の中での考え方、資料4の2ページ目にリハビリが行われる急性期の病床、病床当たり月1件以上のリハビリが行われている病床は3,063床である。これでは、もう急性期からはずしてもよいように見える。

例えば2週間後に手術を予定している患者さんについて手術後の回復を早めるために、手術よりも前に急性期でありながらリハビリを行った事例を知っているんですが、そうした予防的なリハビリも急性期ではなく慢性期の病床に相応しいというのであれば、1件以上と言う厳密なくくりでカウントしているのは何か急性期の病床を削減していこうという作為のようなものを感じるのです。このことも含めてご説明をお願いしたい。

【下條課長補佐】

ご指摘ありがとうございます。

1つ目の在宅医療が増える、代わりに病床数が減るという推計のカラクリなんですけども、地域医療構想策定時にも説明したかと思いますが、大きな影響は医療人材とかではなくて入院している、2015年度の入院患者に将来の人口推計を掛けていると言うところがあります。従って人口、日本全体を見れば人口は減っていくので病床数は減っていくということが1つ。

もう1つは地域医療構想に記載してありますように、国の推計方法の中で今現在、実際に入院している療養病床の比較的医療区分の軽い1の方は実際もう在宅医療で対応するんだよ、という推計上の前提があるということで、そこで病床数が併せて減ってしまう。もう1つは今、入院しているにもかかわらず、その方は在宅で診るということに推計上はなるので、当然その方は在宅医療の推計にカウントされてくるので、それが増えていく。そういったことで病床数の推計は将来的に減少、在宅医療は高齢化の影響もありますけれども人工的な要素と、推計上の国が描いたシナリオと2つの要因で在宅医療が増えている、ということで認識しております。

2つ目の、地域医療構想の考え方ですが、地域の患者さんの病状に応じた病床を提供しようというのが1つ目の考え、その当時、平成25年あるいは24年の状況を見ると急性期の病

床、いわゆる看護配置基準 7 対 1 の病床を取っているところが多かったのが急性期が多い。それが実はがんの患者さんが増えたり、脳血管疾患で療養期間が長くなる患者さんがふえてくると療養病床ですとか回復期リハの病床が必要ですから、回復期の病床が必要ではないか、急性期が多すぎるから回復期にしましょうというのが地域医療構想の中の 1 つの思想自体になっています。

この図に戻って頂いて、急性期が多くて 10,072 人、長野県の病院から報告を頂いた数ですので急性期が多いと言う申告を頂いてますが、急性期を減らすと言うことでなくて、長野県は回復期が足りないと言うことではないのではないのか、すなわち急性期の病床の中でも回復期的な治療を行っている病床があるわけですので、一概にこの病床推計の数値をもって、急性期が多くて回復期が足りないと言うことはどうなのか。そういう問題提起と言うことで作成した資料です。

国もその辺については問題意識として持っていると言うことをお聞きしたものですから、資料 4 の 2 番のところでも国の議論の状況を見守っていくと書かせていただいた。

【牛越委員】

補佐の説明、私も頭では理解しているつもりですが、最初の話に戻りますと、国の考え方のように在宅医療を提供すべしと、ところがこの地域をみますと、どこへも開業医の先生が往診に来てくれるような、あるいは病院が訪問診療できる環境にあればいいんですが、そうではない。

仮に病状が軽くても在宅で治療、療養しつつ、何かあったときに、手当する手段がないときに病院の病床が少し余裕を持っていることによって本当に必要な人が救える、そうした体制が必要だと思うんです。

できれば、国の方へも県からしっかりと地域の実情をあげていただく、この地域は長野県内の他の医療圏とはまた違う厳しい状況、例えば先ほどの救急車の搬送に時間がかかるというのは単に地形や地勢の問題だけでなく、例えば気象の条件もあります。現地に到着した後も患者さんを適切に搬送しなくてはならない、雪道での搬送というのも時間で解決できる問題ではない。特殊な条件、制約があるということも含めて国の方に意見を申し述べる機会を設けていただきたいと思います。要望でございます。

【宮澤アドバイザー】

今、松本村長さんが言われて、また横沢会長さんがいわれた、地域の中で医師が少なくなってきた、どうやって在宅を進めていくかという中で福祉人材、看護師、介護士さんの技量のアップということもあるかもしれません。いい提案であるので、ぜひとも私、県議会の立場でお預かりさせていただきたいと思っています。

また、若林先生が言われたように、また市長も言われましたが、県の方々がこの地域の実情をどうやって活かしながら、モデルとして長野発にしていくかということなんですよ。

国の方も同じ聞き方をしているわけではないので、それぞれご提案されている部分をどうやって実現して行くかと言うことを我々も考えて行く必要があると思うんです。

伝えたいと言うことでなく、吸い取ってもらうためにと、そういう立場でやっています。

実は私、今、県の食育の関係の責任者をやっているときに、それと平林先生がおっしゃってくださったんですが、手術をする前に口腔外科へ行って歯の治療をしていただく。

それを食育、栄養士の皆さん全部の前で発表しているわけですよ。それが食育関係者の皆さん、非常にいい取組みで、発信したいと言う話になった。

平林先生がおられますけど、なぜ松川村が男性長寿日本一かを平林先生のほうで調べられ

たときに、林先生のところでいっておられる、薬の飲み方が非常に上手なのではないかと。

こういった具体例をそれぞれの先生方が、それぞれのお立場でお話いただきながら、何が必要かということ議論して行くのが大事で、国が唱えていることを上意下達みたいに話をするのではなく、逆にこの地域の工夫であるとか状況、若林先生のおっしゃった大北発で地域医療をどうやって変えていくか。

大町病院、あづみ病院それぞれ奮闘しておられるし、大きな決意をされていていらっしゃる。

2か月前に信州大学の安藤先生と小泉先生とじっくりお話しする機会があったとき、信大もがんセンターを中心に集めていきたいということで県のほうに要望した。

先ほど西澤先生が言われた緩和ケアの間宮先生の人件費補助を少しお願いできないだろうかと言うご相談もございました。

いろいろな形でやりとりを行っていますが、それぞれの中で御苦労されている部分をお出し頂いて御奮闘しているところを、大北発の地域医療、特色を議論していけるような場を持っていきたい。その辺を詰めて頂けるともっとよい結果になるのではないかと思います。みんな頑張っているんだぞと言ってらっしゃることが真実だと思います。

松川村が男性長寿日本一にただなったわけではない。

そこらへんを踏まえて議論を深めていただきたい。

【平林委員（松川村長）】

資料2の2ページ、(病床数が)427から403になる、24床減りますよね。資料6の2ページに大町病院さんは40床減らしたいとあります。数字が合わないです。ただ、この数字は資料6の1ページにあづみ病院さん病床を増やしたいとなっておりますので、国に枠を取られないように、ぜひ、増やしたい、減らしたいと言うことの調整をしてもらって、資料2の2ページでは24床減るとなってますけども、こちらあたり上手く数字をあわせて出してもらいたい。

【飯高委員】

標記の問題でお尋ねしたいんですけども、資料5の在宅医療の(4)のところなんですけど、アンダーラインの入っているところが今までと変わったところですね。

見出しの「人生の最終段階における」という言葉、あえてここで標記する必要があるのかな、と思ったんですけど、これを加えるようになった理由などがあったら教えて欲しい。

【下條課長補佐】

これについては昔、終末期医療といわれてましたが、厚生労働省で改めて人生の最終段階におけるコンソーシアム医療と言うようになりましたので、それに併せて変更したものです。

【飯高委員】

私が聞いていても、人生の最終段階におけると言うことは、あえて付け加える必要はないのではないかと思います。

【下條課長補佐】

確かに用語については、昔の後期高齢者のように色々のご意見がありまして、この言葉も多分議論があったのではないかと考えております。意見がありましたと言うことで承り、持ち帰らせていただきます。

【酒井委員】

大北の看護師は不足していると言うよりは高齢化が進んでいるということと、7対1を大町、あづみの両病院とも取れている状況ではありますが、医療の現場ではいろいろな病気を併発している患者さんを抱えながら診ていますし、ベッドコントロールと言って病床区分を維持していくために、1つの病棟でたくさんの科を併用していたり、落ち着けば地域包括病棟に移動したりと言うことで、看護師が満足して1人の患者さんを診てられない。長い経過を診ると言うことができない状況であり、満足して患者さんとかかわるとか、気持ちを持ってかかわるということをおぼろげに、病棟はバタバタしている。

同時に若い新人さんの教育も1つの科の中で、単科でしっかりと教育が出来ればいいが、多科にわたる疾患を教育して行かなければならなかったりという現状があって、働き始めて初めて新人看護師たちが順調に看護師を続けていくことに対してストレスを感じたり、やりがいを見つけていくと言うことに問題点を感じている。自分の病院に対して愛着が若い看護師さんたちには不足している現状があるように私は感じますし、今後ともそれは問題としてあると思いますし、これから地域とか、在宅とか訪問看護とか、そういうところに力を入れてやっていくには今後看護師の数は足りないですし、検診に行く時間とかも不足していますし、医師配置をしっかりとしてもらうということでは保健師の役割と言うところもこれから問題化して行かなければならないし、看護師、助産師、保健師それぞれの立場でしっかりとやって行かなければならない。特定行為のできる看護師の育成なども協会などで研修を設けたり、訪問看護の充実を図ったり、地域の研修でも看護師の連携が取れるような研修を設けたりもしています。

看護師、看護協会と言うと医師のところへはなかなか意見を言えないところがあるんですけども、医療と在宅と言う両方とかかわるところで看護師もそれぞれ役割もあると思いますので、協会としても看護師としてもそれぞれのところで協力したり、会長さんよくおっしゃるんですけど、顔の見える関係というところで私たちも一緒に大北の医療、看護の場で力を発揮できればいいなと思いますし、若い世代の方が大北の医療を、健康を守っていき、地域を守っていきと言うところに意識が行くように、私たちも若いスタッフを育てていけたらいいと思っています。

皆さんと一緒に頑張ろうと思いますし、看護師も頑張っていますので、どうかよろしくお願ひします。

【会 長】

他に意見ございますか。そろそろ時間となりましたので。

【林委員】

薬剤師の問題となってしまうんですが、薬局は、国や県の方針に沿って私たちも在宅に入っていくんですけど、ここ2、3年本当に至って薬剤師の数が足りなくなってきました。

県内に薬学部がないので地元に残ってくれる薬剤師がいないこともあるんですけども、こちら（大北）に連れてくるには、この地域が魅力ある地域であればいいな、と思うんです。

今回、Iターンで2人の薬剤師が管内に入って来てくれたんですけど、安曇野で子供を育てたいということでIターンで入ってきた。この人たちが嫌にならないように、地域としての活性化、行政の人にはお願いしたいと思います。

それと患者さんがいつまでも自分で薬局に診察で来られたり、お薬を取りに来られたりということが、うまく自分で体を維持して行くためには大事なことだと思うんです。そのため
のバスとかも行政の方にやっぱりお願いしたい。

【会 長】

他に意見ある方、いらっしゃいますか。それでは指定した時間となりましたのでこれで
わりとしたいと思います。

それでは事務局の方から。

(資料7 地域医療介護総合確保資金(医療分)について 下條課長補佐説明)

主な説明内容

- 制度の概要及び対象事業
- 平成30年度事業の実施意向調査について

以 上