

令和4年度 第2回佐久医療圏地域医療構想調整会議 議事要旨

- 1 日 時：令和5年2月14日（火）午後6時30分から午後8時30分まで
- 2 場 所：佐久合同庁舎 講堂
- 3 出席者：委員 坂口委員、堤委員、関委員、野村委員、小松委員、今牧委員、島崎委員、千葉委員、村杉委員、橋本委員、渡辺委員、石毛委員、酒井委員、金澤委員代理出席、黒澤委員、雨宮委員、箕輪委員、由井委員、植竹委員、稲葉委員、中川委員、小林委員、大森委員、工藤委員、井出委員、佐々木委員、今井委員、中島委員、山口委員、土屋委員、荻原委員、鷹野委員

欠席 3名

事務局 健康福祉部医療推進課 堀内企画管理係長、浅川主任
長野県佐久保健福祉事務所 小松所長、荒井副所長 他

4 議事要旨

(1) 地域医療構想に関する将来意向調査の結果について

- ・事務局から、資料1に基づき説明。
- ・各医療機関より、①佐久医療圏における自院の役割分担と連携体制から見た、具体的な支障事例や課題 ②回復期リハビリテーション患者が圏域外に流出している現状 の2点についてご発言いただいた。

【石毛委員】

- ① まず役割分担の支障事例について、2つ挙げたいと思います。1つは、救急科の医師が不足していて、その確保が大変であるということです。当院で三次救急を適切に行っていくためには、救急科の医師が夜間に2名いることがどうしても必要になります。救急科の医師の働き方は、宿直は無理ですので、「夜間勤務」ということになります。2人で夜間をやっていくためにはかなりの人数が必要です。働き方改革の関係で言うと、A水準、B水準とあって、A水準は難しく、B水準になるかと思えます。B水準となるといろいろな条件が出てきて、それらをクリアするのはかなり大変です。B水準だと時間外労働は増えますが、その分いろいろな大変なことをクリアしていかなければいけないということになります。それでB水準でやったとしても、やはり救急科の医師を夜間に2名確保するのは厳しくて、来年度何とかなるか、ならないかというところで、その後の見込みも安定したものではない。それは、当院だけでなくおそらく地域のどこの病院もそうだと思います。また、2つ目として精神系の疾患を持っている患者さん、身体合併症を持っている患者さんは、ICU、HCUで診えますけれども、もともとICUやHCUというのは、重症な患者さんを診るところで、精神疾患の患者さんを診られる環境ではありません。なので、長期入院になりそうな場合は、当院では診られないので圏域を越えて信大や諏訪日赤などで診てもらっている状況です。そのところをどういうふうにしていくかが大きな課題かなと思います。
- ② 回復期については、当院で回復期になりそうな方は本院にお願いしています。南佐久の患者さんはそれでいいですが、北の地区の患者さんについては、受け入れてくれるところは医療圏を越えて、例えば鹿教湯などにお願いしていくことになります。受け入れる病床が増えると医療圏内で診れると思います。それから、冬になってコロナなどで受け入れ病床が足りな

なくなってくときに、後方的な支援をいただけるような体制を整えていただけると助かるなと思っています。

【箕輪委員】

- ① 現状と課題ということですが、やはり救急医療体制が維持できるのかどうかというところが一番の課題になっていると思います。特にうちの場合は内科の当直医が足りないということで、働き方改革に対応するために、夜10時～朝8時30分までは宿直許可、小児科産科は日直許可が取れたんですけれども、宿直許可を取るということは、週に1回しか宿直できない、日直は月1回しかできないというような別の縛りが出てきてしまって、人数が少ないところはとても回せない。時間は制限以内に収まるんですけども人は足りない。そうなってくると2次救急という役割は果たせなくなる可能性が出てくる。そうするとまた地域の3次救急に負担がかかってくる恐れもあるので、他の2次救急の病院と連携して3次を守るための防波堤をしっかりと作っていかなければいけないという危機感があります。逆にその連携が進んでいくと、診療科ごとに疾患のどこまでなら受ける、どこを越えたらどうするかというような話合いができて、連携というのがもしかすると強くなるきっかけになるかなと期待しているところはあります。いずれにしろ、医療従事者、当直をやる医者が少ないということが最大の問題かなと考えています。
- ② 回復期リハについてはですね、うちも地ケアがあるんですけれども、それを作るときに専任スタッフ基準や患者層などの課題があり、回リハはうちの病院では手を出さない状況になっています。圏域を越えて鹿教湯の方に送ることが多いのですけれども、それはだめなの？圏域を越えてやり取りできればいいんじゃないの？という思いもあります。

【橋本委員】

- ① 当院の役割は軽症・急性期、2次救急を中心にお話することになるかと思うのですが、圏域全体をみると1～3次の役割分担があまりされていないかなと。最後の砦の医療センターが実は1次から3次まですべて診ていることに対して、役割分担していかなければならないと思います。ではどうするかで1次2次3次の役割分担をするかは非常に難しい問題で、医療施設が膝を突き合わせて考えていかなくてはいけないと思います。当院の課題につきましては、当院は佐久医療圏だけではなくて、隣の圏域からも救急車を受け入れておりまして、約2,000台受け入れている。今年は非常に多くなりまして、25%増、2,500台を超える勢いで来ているんですけれども、不応需率をいかに下げるかということ毎月毎月検討しておりまして、どんどん上がっているんですね。実に、今30%の不応需率、それから佐久広域連合に聞きますと、紹介回数が5～7回、救急車が現場で待機している時間が50分など、おそらく数年前にはなかったことが起こっている。救急医療に関しては医療崩壊がもう始まっているのかもしれない。そんなことを危惧しています。当院の現状から言いますと、この5年前後に常勤医2割くらいが定年退職し、なかなか大学から若い先生達が来ないとすると、この先、今の救急が維持できるのかどうかということに非常に不安を感じていますし、このコロナ禍で各科のドクターが少ないので、例えば脳外のドクターが2人いっぺんにコロナに罹ってしまった場合、「外傷」が取りづらくなってしまふ。脳外に来る患者さんは「外傷」というふれこみで来ますが、実際は整形外科かもしれないけれども、やはり「外傷」と聞くと脳外がないのかというかたちで、昨今の医者不足が非常に大きな問題となっています。
- ② 回復期リハに関しましてですが、当院の特徴としまして、夏は病棟がガラガラ、冬はいっぱい。安定した収益を上げるためにいかに夏の患者さんを増やすかということで、実は、急性期病棟を回復期病棟にしようかということが狙上に上がってきているのですが、そうすると冬のベッドが満床のときに急性期の患者さんを断らざるを得なくなってしまう状況になりますので、果たしてそれが圏域にとっていいことなのかどうかということが検討

課題でございます。箕輪先生が仰られたように、おそらく回復期リハの患者さんは鹿教湯に行かれています。鹿教湯は専門に特化したリハビリ病棟があるわけですから、そこに圏域から外れて流出することは、必ずしもいけないことではないのではないかと私も個人的には考えます。

【渡辺委員】

- ① 佐久総合病院本院としましては、まだ宿直体制が実際には取れていないということもありまして、今はデータを集めて申請をしているところです。佐久病院グループ全体として医療センターの3次救急をどう守るかという意味において、医師などシミュレーションをしているところです。そういう意味で本院の役割としては、内科系の2次をいかにとるかということと、1次のウォークインの方々をどうするかということも課題であります。あとはA水準となると、週1回の宿直と土日1回くらいになっていかななくてはいけないので、その対応を維持するためにどう医師を確保していくかということも、先読みしながら医師と相談しながらやっているところであります。
- ② 回復期は42床ありまして、もう少し増やせないかということもあるんですけども、佐久医療センターの脳卒中の患者さん、それから地域の方々在实际には受け入れられない状況もあって、鹿教湯にお願いするんですけども、なかなか開かなくて、やっぱり無理ですということも本院に入るといってもあります。もちろんご指摘のように地域外に鹿教湯というところにしっかりとした回復期があつていいとは思いますが、地域の方々にとっては、やっぱり地元で診てもらおうという1つのメリットが非常にあると思いますので、回復期の病床というのももう一度考えていく必要があるのかなと思っております。あとは、課題として挙げましたように、当院には総合診療科があるんですけども、本院だけではなくて小海分院、それから南部の各診療所に実際に派遣しているものですから、人がいるようで実は足りないというところもあって、今後、かかりつけ医機能を手厚く見れば、非常に大きな課題であると思います。地域にご迷惑をおかけしています精神科についても、なかなか制御できていないところがありますので、身体合併症を伴った急性期の精神科の患者さんをどう診ていくかというのは、佐久医療センターも含めて検討中であるというところであります。

【中川委員】

- ① 昨年病院名が変わりまして、同時に体制を見直してドクターとかコメディカルの人員的な充実を図って、少し目途が立ちつつあるんですが、救急医療体制について当院は1次救急ができる範囲でやっていますが、できないところは佐久医療センター等他の救急医療機関にお願いしているということで、スムーズに救急に関してはお願いできているという点で支障になるということは実感としてはあまりないというのが現状です。
- ② 回復期リハビリ患者が流出している点については、当院には同じ施設内に老健、提携施設等を持っているので、リハビリはできる限りうちの施設でやっております、流出している印象は持っておりません。

【稲葉委員】

- ① 佐久医療圏における役割分担と連携においては、基本救急体制でかつ夜間の救急が一番のテーマになると思うんですけど、軽井沢病院のような100床くらいで常勤医が10人くらいの病院というのがなかなか一番難しいところで、実際働き方改革を実現しながら、今も結構ギリギリでやっているんですけど、それでさらに働き方改革で医療従事者の時間を守るというのはほぼずっと難しいというかほぼ不可能に近いというのが実際の印象。夜間、私も当直していて、夜中の1時とか3時、5時とかにパラパラ患者さんが来てほとんど眠れないということがよくあるんですけど、実際一緒に勤務する看護師の様子を見ていると、ほとんど電話対応みたいなことをやっていて、それは患者さんが不安だとか相談とか来るべきか来ざるべきかみたいなことを永遠と電話でずっと話してるんですね。実際そういうところで

やっている患者さんの話を聞いて、翌朝でもいいんじゃないかという人が実は多いのではないかと思っけていまして、そういう意味では何か電話相談センターじゃないですけども、そういうところを作って、あとは患者さんの病歴がわからなくて話せないのであれば、例えばIDリンクを活用してある程度情報を共有しながら、そういうかたちで夜間の不急不要な救急患者というんですかね、本来は朝でもいいような人たちを何とかこう、よけていくとかそういうことを同時にやらない限り、正直、軽井沢圏域で今の体制でかつ働き方改革を同時に満たしながらやっていくってことは、ほぼできないんじゃないかなというふうに思っているというのが現状です。

- ② 回復期リハの話ですが、当院も21床の回復期リハがあるんですけども、理学療法士が今の2倍とまではいきませんが、1.5倍くらいいるともう少し積極的に受け入れられるなどというのが実際に、例えば、土日の体制を組むとかですね、盆正月もずっとリハビリをやる体制となると理学療法士の数が正直足りない。働き方改革のような彼らの生活を守りながらリハビリを積極的にやっていくのは難しい。そういう意味で、じゃあ単純に2倍に増員すればいいのかというと、やはりそれで果たして経営が成り立つのかということところが常に苦しいところで、そこに何らかのサポートをいただくと、高齢化社会の中で積極的にリハビリをやって患者さんの医療を上げて健康的な生活を送れるようにするという本来の役割を果たせるなと思うので、金銭的なのがわかりませんが、理学療法士を増やしても何かしかりうまくできるようなことができるんだったら思い切って増やしたいというのが正直な思いです。あとは、自治体病院でよくある話なんですけど、私たちの職員の定数が決まっています、結局職員数を増やせない。大枠が決まっています。議会とも何度もいろいろ交渉してもなかなか容易に動かないところがありまして、大きな目的、回復期リハビリテーションで高齢者の方の健康的な生活を守るためのにそういうふうに増員したいと言ってもなかなか通じないところがありまして、自治体病院ならではの定数で決まっています増やせないところ。人材的にもう少し思い切って増やさせてもらえるんだたらもう少し回復リハを積極的にやりたいというのが現場の思いで、なかなかそれが少ない中途半端な人数で実現できないというのが私たちも実際現場として悩んでいるところです。

【由井委員】

- ① 佐久医療圏における役割ということに関して言いますと、私たちは救急の患者さんもそうなんですけれども、南佐久の南部ですね、小海町と4つの村の患者さんの救急はかなり頑張って受けていて、ただ、小さな病院で夜間の体制もありますので、頑張って受けるんですけども、それをまた本院や医療センターにお願いするというのもあるんですが、できる限り救急も含めて1.5次とか2次に近いような患者さんで私たちが診られる方は、南佐久南部に関して積極的に診ていこうという姿勢でやっております。あとは、佐久病院付属の小海診療所や4つの村ですね、村営とか国保の診療所に医師を佐久病院から出しているかたちですけども、そのマネージとか、診療所に出ている医師が小海分院でも行ったり来たりしながら仕事をしているのがあって、今までは川上や南牧や北相木は1人の診療所長というかたちでできていたのが、若手の医師の考え方とかですね、総合診療医の数がなかなか揃わないということで、今何とか交代制・日替わりとかで川上や南牧はお願いしていただんですけども、1つはもしかすると新しいかたちとして、川上とか南牧の在宅で診ていた方が小海分院に入院して、通常であればそのまま看取りだったりするような方がまた地域に戻って、小海分院で診ていた主治医が村でまた診療して在宅に関わっていくかたちでできて、在宅の自宅の看取りなんかもうそういう意味も含めて増えているかもしれない。これは正確に数えなければいけないんですけども、そういう連携が生まれてきているかなという印象があります。私たちが診れない患者さんに関してはほぼ本院や医療センターの方をお願いしていて、ときどき浅間病院さんとかほかの医療機関でお願いすることもありますけれども、ほぼみているよ

うな感じで、一方です、センターがかなりいっぱいになるといけなくて、そのポストアキュートですかね、それを小海分院はしっかり南佐久南部の方に関しては受けていくというのが使命で、そういったことを役割と自覚して仕事をしている次第です。具体的に支障になっていることというのは、渡辺統括院長のお話にありましたけれども、総合医とか救急医の育成というのは僕たちも全部3つの施設でいつも会議で話し合っていますので、そのところをどうにかして増やしていかなくちゃいけないとあります。それから、小海分院で言いますと、このところずっとですね、病床の稼働率が非常に高く救急を受け入れられなかったりとか、さきほど言ったポストアキュートの患者を受け入れるというような果たすべき機能を今年度に関してはあまり果たせていない場面が多くてですね、そうすると平均在院日数が増えてしまったりとか、非常に経営的にも苦しい面があるということが課題になっております。

- ② 回復期リハビリ病床に関してなんですけれども、私たちが小さい病院の病棟2つだけということで、回復期リハを申出の場合は病棟ごとで申請をしなければいけないとかですね、あるいはそこに専従専任のセラピストとか医師を配置しなくちゃいけないとか、そういった届出上のハードルもあって、小海分院の中で回復期の病床を運営するというのはちょっと難しいかなと考えております。

【植竹委員】

- ① 思い起こせば地域医療構想は2018年に台風と共にやってきたんですね。そのあとコロナがやってきて、当然コロナは亡くなった人もいらっしゃいますからいいことではないのですが、それによってわかった部分が、皆さんの共通の認識にあります。高齢化というのは、数字としては2040年に向けて何も変わらない事実ですけども、受け止めてきた部分があるんですね。ゆっくりとブレーキをかけてきたと言うか。それがコロナによって浮き彫りとして浮き出てきて耐えきれない部分がはっきりわかったという部分が、コロナが置いて行ったお土産かなと思うんですね。当院に関しては、当初は軽症者2名しか診れないということでやってましたけれども、結局地域として最大12人入院したりとかやっぱりコロナを診なくちゃいけない、それどころかコロナに関しては南佐久北部も南部も一緒に、高速も繋がっていることもあるかもしれないですけど、小諸の方からも来たりとか、そういうことで当院としてもやれることをやってきた。浮き彫りになった部分はですね、コロナ後の方とか高齢の人が戻れなくなってる人が今も大勢いるんですね。そういう部分は当院としても長く見ざるを得ない。そういう慢性期としてやっていかなくちゃいけない部分というのが、強引に我々の前に、特にうちの病院では明らかになりました。そういったこともあり、地域医療構想に負けたとは思ってないんですけども、当初新聞に載るぐらいですし、やはり確かにという部分もありまして、当院として来年度、病床の形態を変えさせていただく。病院としての全体の機能とか、仕事量としてはかえって増えるんじゃないかなと思ってますけれども、病床転換をさせていただきます。ですから医療としては減りますけれども在宅ですね、在宅に帰りたいけど帰れないような、地域全体の人はやっぱり受け止めなくちゃいけないということを知りまして変化をさせていただきます。

働き方改革ですが、当院の場合は大学やサポートセンターの皆さんにお願いしてる分もありますけれども、特に大学というのは来年の人事等が決まって、研修医制度の1期生2期生が今医局長みたいになっていて、逆にお願いする立場になっているんですが、日当直許可を取ってないと本当に全く出せないですね。当然1次、3次は当然当院はやらないですけども、そういう病院になってもやっぱり日当直許可を取ってない病院は、ほかの県であってもやっぱり大学はもう出せない。門前払いじゃないですけど、そういう事実があります。3次をされてる病院には本当に申し訳ないんですけども、当院としてできる範囲のことをやらせていただくことを維持するのかなと。本当に南佐久に関しては小海さんもいっぱいやっていら

っしやいますし、小海さんのできない時とかも当院でやってかなきゃいけない。その辺は頑張っていかなきゃなと思ってます。ただですねやはり医者が、当院は常勤非常勤を含めまして8人ぐらいいるんですけれども、7年院長やってても僕より若い人1人しかいないです。いつまでたっても若い人がいないことが本当に問題でして、全国自治体病院の中小病院会に僕は出ていますが、そこでもやっぱり全国の中小病院どこもシニアドクターの会を作るかみたいな話が出るぐらい、やはり厳しいんですよ。新人教育とかも含めて。ベテランの人で回すしかないし、ベテランどころかシニアですね。そういうような雰囲気になってまして、僕もあの65過ぎたら沖縄なりいろんなとこに手伝いに行こうかなと思ってる部分もちょっとあるぐらいで、本当にそうやって実績のある先生で今後診ていかなきゃいけないというのは佐久穂も全国も変わらないというような状態であります。

- ② リハビリに関してですけども、僕はそんなに強くは言えないですけども当院も15人います。土日とかもやっていただいたりとか、点数関係ないけど住民教育とか学校の部活とかに顔出したりとかしてますと、全然足りません。本当にみんな頑張っていると思います。あとコロナ等で、育児中の女性は濃厚接触者になると出勤できない。上小に関してというのは、本当に僕の考えですが、上小から医療センターの急性期に来られるとかもありますし、東信エリアとしては仲良くやってるのかなという印象です。

【酒井委員】

- ① 当院における役割分担についてはですね、かかりつけ機能というのは川西地区の住民に対して非常に大事なんですけども、特に時間外ですね、休日とかは他院からの応援医師をお願いしたりだとか、なかなか厳しい。レントゲンや検査は呼び出しで確保するようにしているんですけど、他院の先生方からすると呼び出すのはハードルが高いようで検査ができないからという理由で断ることが多いです。一応体制としては、レントゲンも検査の方も呼ばば来ていただくと、しかも常勤の医師と相談できるように当番を決めているんですけど、時間外の患者さんがかかりつけ医としてなかなか増えていかないという状況があり、その分ほかの病院にご迷惑おかけしているところでもあります。何とか改善していきたいと思っているところです。救急車の方も、常勤の医師がいるときはできる限り受けるようにしており、多少増えてきている印象があります。もう1つ、ポストアキュートとしてはその分しっかりやっていかなくはいけないんですけど、ある程度治療が落ち着いた段階で早めに移していただくのは全然構わないのかなと。ベッド稼働率はですね、療養病床は去年だと70%くらいで、一般病床も併せて80%前半くらいで病床が空いているんですけど、なかなかポストアキュートまでなかなかまわってこないような状況になっています。ただですね、患者さんもかなり季節性があるので、基本的には混んでくると他も混んでいるんですよ。実際混んできて、医療センターとかが困ったときにすんなりすぐぱっと取るというのが難しい状況があることは確かなんですけど、その辺がなかなか難しいところです。平均に合わせるわけにはいけないので、患者さんがいっぱい来た時でもちゃんとした医療ができるように人員を揃えなければいけないのでそういうかたちではちゃんとやっていますが、そういう面では経営にも厳しいところが出てくると思います。ただうちの病院としては、もう少し受け入れることは可能ですので早めに回していただいてもいいと思います。
- ② 回復期について、当院は2つの病棟しかないののでできないというような状況になっていますが、その分、在宅に繋がるリハビリというかたちで行っています。そういうかたちで今当院として対応していくしかないのかなとこのころで考えております。あと、2次医療圏の話がありましたけど、国で想定している人口はだいたい50万人ですよ。そうすると上小あわせて東信地区で考えていかないと、国の考えるようなかたちにはなかなか近づかないのかなというふうには考えています。

【黒澤委員】

- ① 当院は 83 床で一般が 30 床、地ケアが 26 床ですが、ほぼ内科と整形外科の患者さんで埋まっております。割と施設系の患者さんは嘱託医で受けているところが多いのと、在宅もやっていますけどどちらかというと施設の方が多く高齢者が増えて、コロナも受けていたんですけども、なかなかやっぱ帰れない、それから看取りということで入院されるんですけど入院が長い方が多いのが現状です。整形外科に関しては肩の専門医と私と大学からの専攻医が来ておまして、3人で外傷とか関節症とか人工関節等を年間 700~750 くらいやっているものですから、一般病床の 3分の2 ぐらいはそういった整形外科の患者さんで回しているような感じです。最近はいろんな機械を入れたりして少し在院日数が短くなっているので、先程お話があったように、季節柄やっぱり冬は手術される方とか外傷が多いので、ベッドが逼迫して大変なことが多いんですけど、最近は割と、逼迫することたまにあるんですけども、以前よりは少し余裕が出てきているかなというところなんです。如何せん 83 床という小病院ですので、受け入れられる患者さんのレベルにある程度制限が出てくるので、どうしても合併症の高齢者とかに関しては大きいところをお願いしたり、うちで治療していても途中でいろんな合併症を起こすとですね、医療センターなどにお世話になって診ていただいて、治療が終わったらこちらでまた引き取るというかたちで連携がとれていると思いますので、この辺は今のところ特に困っているでもないし、まとめとしてはうまくいっているんじゃないかと思っています。救急に関しても、一時期本当に外傷中心に受けていたんですけど、コロナ禍でなかなか受け入れられないことが多くなってきて、以前よりは少なくともはなってるんですけど、できるだけ南佐久も含めて依頼があったときには受け入れられるときは受け入れるというかたちでやっております。その後、特に遠方の患者さんは地元の病院さんをお願いして、ある程度病状が落ち着いたら引き取っていただくというかたちがとれています。これも本当にありがたく連携させていただいていますので、今後も引き続きできればというふうに思っています。
- ② 回復リハビリテーションに関しましては、うちもリハビリにはかなり力を入れているんですけども、回復リハという病棟を届出するかということになるとやはりハードルが高いので、地域包括ケア病棟でリハビリを受けるというかたちでやっておりますので、ベッドに余裕があるときはリハビリの依頼なんかも受けてやっています。自分のところに来た患者さんが上小や特に鹿教湯に行くというパターンは、ご希望があればだが、基本的には自分のところでなんとか完結するようにしていますので、今のところは受け入れに関してはベッドさえ空いていれば受け入れるという感じです。

【金澤委員代理 佐々木事務長】

- ① 金澤病院はかかりつけの病院ということを目指してきたんですけども、これからもかかりつけ機能を持った医療機関として進めていきたいということで考えています。うちの病院は非常に古くてですね、救急の受け入れが難しいとか、ベットコントロールがしにくい構造ですとか、感染対策のゾーニングができなくてコロナの患者さんの受け入れについてご迷惑をおかけしているんですけども、そんな中でやっと新病院が昨年 12 月に着手し、来年 4 月に完成するというので、何とか機能を持った病院としてやっていきたいなということで考えています。それから、常勤の職員も非常勤の職員もだいぶ高齢化が進み、70 代となってしまうので、今世代交代を進めている状況です。やっと常勤の 30 代の医師が 2 名来まして、これからあと 2 名来る予定で、受け入れ体制を進めているところです。うちの病院は高齢者の患者さんが多いものから、整形外科医は 3 人の非常勤の先生でやっていたんですけど、やっと新しく常勤の先生に赴任していただくことになって、少しずつ若返りをしています。また、介護療養病床が来年 3 月で廃止になるということで、実はうちの病院も持っているのですが、新しい病院となると医療だけになってしまいます。じゃあその人たちは次どこへ行く

んだと、入院しても不安になってしまうと思いますので、その辺りの受け入れをどうするのか考えているところです。

- ② 回復期については、佐久市内のほかの2つの医療機関の包括ケアに紹介してお願いしている状況です。

【村杉委員】

- ① 当院は精神科医の常勤が12名ということで、比較的、県内でも精神科医が確保できている病院です。基本的には佐久医療圏での精神障害の方を幅広く受け入れるというのは基本的な役割と認識しております。あとは長野県全体でみますと、東北信の精神科救急の輪番となっていて、精神科救急というのは自傷のリスクが切迫した方を受け入れるということでそういう役割を担っております。課題としましては、長年、病院の老朽化ということで建替えの話がずっと出ていてなかなか実現しなかったんですけども、ようやくちょっと具体化しつつあります。その建て替えの中で全体的なダウンサイジングということで315床から251床に減らすということと、あとは急性期の機能を高めるために上位基準の精神科救急入院の病棟を建てることを考えております。その中でより一層精神科の急性期の方たちを幅広く入れられればと思っています。当院の一般病床は重度心身障害児の病棟で今80床あるんですけども、それを60床に減らしつつ個室を増やして強度行動障害の子どもたちを受け入れられたらと思っています。全体的な病院の機能として足りない部分として児童思春期の領域が足りなくてですね、長野県は不登校とか子供の自殺が結構多い県なんですけれども、東信地域で子供たちが入院できるそういう専門病棟がないので、特にそれが作ればお役に立てるのかなと思っています。あとはですね、先程からいくつか出てきましたけれども精神障害の方の身体合併症について、ここに関しては今現在も精神障害を持って当院にかかりつけの方の合併症対応を近隣の先生方達にとってもお世話になっているんですけども、あとは圏域を越えてお願いすることも多々ありますので、やはりその方たちの対応というのは、ある程度連携をして具体的なシステムを作る必要があると考えていますので、また今後ともよろしく願います。

【雨宮委員】

- ① 現状の医療における役割分担なんですけれども、うちでは地域の1次2次救急を主に行っています。病床は地域包括ケア病床なんですけれども、ポストアキュートというところではできているんじゃないかと思います。特に今年はコロナで医療センターの救急がたくさんのときにですね、うちでもかなり受け入れて、救急にお役に立てたのではないかと思っています。うちの病院では自宅への退院を目指してリハビリ等やっているんですけども、最近の傾向としては自宅に帰れない方が多くなっていて、施設に一旦入るといのが多くなっています。そういう意味でも、地域連携室の負担が大きくなってきていて、重要になっているというのが現状です。
- ② 回復期リハについては、うちもやろうと思ったんですけども、小病院でも300例の手術をやっているんですけど、回復期リハになるとそれができなくなると思って、そうすると1次2次救急、ポストアキュートもそうなんですけど、うちの役割というのができないのではないかと考えてやっています。他の病院も回復期リハをやるのは難しい状況ではないかと僕としては思います。救急の受け入れが少ない状態がある中で、回復期リハを増やすのは病床自体が増えないと無理ではないかと思っています。非常に矛盾した状況にあるのではないかと思っています。それから回復期リハは敷居が高いです。うちも今の病床を回復期リハに変えようとするとな非常にリスクが高いようになってしまいます。だから簡単に回復期リハを増やしてほしいという言い方はなかなか難しいと思います。

(2) 外来医療体制について（外来機能報告、外来医療計画の進捗状況の共有）

- ・事務局から、資料2に基づき説明。
- ・委員から特に質疑はなし。

(3) 地域医療介護総合確保基金の要望状況について

- ・事務局から、資料3に基づき説明。
- ・委員から特に質疑はなし。

(4) 第8次長野県保健医療計画について

- ・事務局から、資料4に基づき説明。
- ・委員から特に質疑はなし。

(5) その他

- ・以下の意見交換が行われた。

【堤座長】

医師の働き方改革の関係で、地域医療構想に関する将来の意向調査の方にも、各施設で人が足りない、だけど来年4月からの医師の働き方改革は待たなし、そういったところで夜間の救急医療をどうするか、といった課題が待たなしで迫ってきています。そこに関して進捗状況というわけではないんですけども、少しお話いただければと思います。3次の医療センターを守るために、2次1次の夜間救急体制をどうするかということなんですが、2次の夜間救急も宿日直許可を取る取らない、あるいはもし許可を取った場合は輪番体制にするのかどうか、その辺の病院間の話し合いはどうなっているのでしょうか、渡辺先生いかがでしょう。

【渡辺委員】

ある程度夜間の救急車をどう受けるかということについては、宿直体制をとるとどのくらい受けられるかということもあるんですが、台数が少ないなかではある程度受け入れられることもあるかもしれない。ただし、ウォークインの患者さんも来ることもありますので、やはり地域全体として調子が悪い方はなるべく早い時間に受けていただく。そうすると、全体として1次救急センターみたいなものが一つはあって、でもそれだけではおそらく足りないと思うので、各医療機関もある程度21時とか22時くらいまで受け入れる体制を持ちながら、1次救急センターを核としてウォークイン患者を診ていければなあと思うところはあります。問題点としては、佐久医療圏だけでもかなり広いので、それだけで足りるのかということがあるんですが、行政も含めて、21時22時までには調子が悪かったらそれまでに受診してくださいと、それ以降については2次の輪番病院で受け入れるようなかたちで、もちろん急性期の対応が必要であれば佐久医療センターへと。そのくらいのことを今考えているのですが、1次救急センターのかたちをどうしていくのかという一つの課題と、夜間の救急車の受け入れを輪番でやっていくのかどうか、という課題はあると思います。今は止まっているということではないんですけども、その辺まで進んでいます。

【荒井副所長】

働き方改革につきましては、昨年8月から各病院さん、各自治体の皆さん、そして広域連合での意見交換などを進めてまいりまして、様々な課題が見えてきた状況です。その課題にどう向き合っていくか、というところがいくつかあるんですけども、その中でも先ほども話のあった、夜間休日のウォークイン患者をいかにして減らしていくのかということと、現在曖昧になっている輪番体制について、最後の砦である佐久医療センターを守りつつ、この広い佐久エリアの中でどう再構築していくかというところが挙げられている状況です。その中で、ウォークイン患者を減らすためには、いかに住民の方たちにどう理解を得ていくのか。こちらアプローチがなかなか難しい部分がございます。医師の働き方改革によって医師の方の健康が保障され

て、安心安全な医療があるんだよ、ということをしかりと住民の方たちに理解していただかなくてはならないということがございますので、こちらにつきましては、佐久広域連合さん中心で関係者と一緒になってですね、住民への効果的な広報を来年度やっていこうと決まっていることは聞いております。それから輪番の関係につきましては、こちらも佐久広域連合さん中心になって、できれば今年度中から救急患者受け入れ病院さんのご担当者を参集して、各病院さんのご意向を踏まえたなかで、いったいどういう輪番がよいかということの検討を進めていきたいというご意向があると聞いております。その中で、輪番体制のなかで当然ウォークイン患者をどうするのかという課題等も出てくると思いますので、そういったことを合わせつつですね、考えていきたいと思っておりますし、皆様方とそのような協議の場ができればなと思っております。今後ですね、情報共有あるいは意見交換できる場を設けさせていただきまして、それぞれのお立場のなかでどのようなことができるかということを意見交換できていければと思っております。各市町村さんにも協力をいただくなかでとなると思いますが、よろしくお願ひします。今のところの状況などを簡単にご紹介させていただきました。

【堤座長】

今、市民の方への広報は佐久広域でやっていただけるということなんですけれども、先ほど県からもですね、広報の話がありました。そこはどうでしょう。夜間の救急体制が変わることによって救急のかかり方など、やっていただけるのでしょうか。

【医療政策課】

我々も具体的な広報内容を検討中でございまして、いろいろな皆様方のご意見を伺いながら県としてやるのはどういうものがあるのか、市町村さんですとか広域連合さんで実施お聞きしたところがございますので、うまく棲み分けして広報していけたらと思います。

【堤座長】

開業医が1次救急を診ることにに関してですね、佐久医師会では協力していく。今まで平日夜間は浅間病院でやっていたんですけども、今後一つの施設を作るのかとか、あるいは佐久病院、浅間病院、こもろとかで3か所くらいに分けて作るのかとか、あるいは開業医の当番制にするのかとかいろいろ意見はあるかと思っておりますけれども、まずは参加する方向でやっっていこうと思っております。

【箕輪委員】

県の医療政策課の方にお伺いしたいのですが、総務省でやっている#7119について長野県では導入されていないのですけれども、1次にかかる前にまずは夜間時間外を減らすために相談窓口を作るということがいろんな保健所からも要望は行っていると思うのですが、どういう対応をしようと考えていらっしゃいますか。

【医療政策課】

県としても今内部の方で、今後どうしていったらよいか検討しているところであり、外部の有識者の方の意見もお聞きしながら、どうあるべきか検討してまいりたいと考えているところでございます。

【箕輪委員】

2次も3次も病院の電話対応が大変なので、ぜひ早めに実現するよう、お願いしたいと思います。

【鷹野委員】

みなさん、こんばんは。夜遅くお忙しいところ大変恐縮です。私、佐久地域振興局企画振興課長の鷹野裕司と申します。この場をお借りしまして、皆様方に一言申し上げたいと思います。今般、新型コロナウイルスのワクチン接種につきまして、県ではワクチン体制整備室を設置しまして、佐久地域の関係機関の皆様、関係者の皆様にお願ひさせていただいたところがございます。おかげさまで持ちまして、最近ではコロナの関係も少し落ち着いてきている状況にござい

まして、ワクチン接種の状況につきましても、佐久地域は概ね県平均程度というところでございます。幾分か市町村の皆様のおかげはありますけれども、そのようなかたちで接種が進んでいる状況でございます。そうしたなかで、国の方のワクチン接種の状況、今後の先行きはわからないところもございまして、これまでのワクチン接種につきまして、皆様方のご協力に感謝申し上げますとともに、また今後につきましてもコロナに対応する中では、高齢者の方あるいは重篤となられるリスクの高い方につきましてはワクチンは絶対となっていくところもございまして、今後ともご理解ご協力をお願いしたいと考えております。どうぞよろしく申し上げます。ありがとうございました。

【坂口委員】

医師の働き方改革について、地域の圏域でどういうふうにされたいのかと、小北医師会に対してどうしたいか、ご指摘といたしますか、そういったことを先日佐久市立浅間総合病院の事業管理者でおられる、今日いらっしゃいますけれども箕輪先生からそのことについて、具体的な内容の文書を我々小北医師会にいただきました。私も医師会としてどういうふうにならざることを、協力するところは協力して、できることは何なのかなと常々思っていたところでもありますけれども、いただいた文書からですね、圏域の救急医療が医師の働き方改革によって支障をきたさないように、また崩壊しないようにということが一番であろうと思います。その中で一つは1次の救急患者さんいわゆるウォークインですが、この夜間の軽症の患者さん達が救急病院に対して大きな負荷にならないように、もうなっているわけでもありますが、そうならないようにする必要があろうという理解をいたしました。そこで私たち医師会として取り組んでいけることは、じゃあすぐにでも1次救急患者さんの受け入れ体制を小諸北佐久地域でも確立しようというようにすぐに可能というわけにもいきませんが、圏域の1次救急医療の一部を何とか担って、佐久圏域で小諸北佐久からも患者さんが一定数、救急で約2割も行っているそうですね。そういったことを考えると、何らかの当医師会の対応をしなければいけないのかと思っているところです。ただ我々小諸北佐久医師会というのはご承知のように、3つの支部の地区からなっています。一つは浅麓支部、それから小諸支部、川西支部という3つの支部で小諸北佐久医師会の組織として活動しておりますので、このそれぞれの支部で診療体制、医療提供体制の状況の違いがあるわけです。なおかつ支部の行政区も違うわけですね。例えば浅麓支部であれば軽井沢と御代田町様、小諸支部は小諸市様、川西においては立科町様が主であるなど複雑な面がございまして、なおかつ当会の高齢化とか、若手の先生がなかなか入っていただけないということで、医師会の医師数も減少傾向が顕著であります。少ない医師数のなかで何とか日中の業務をこなしながらですね、行政からの受託事業もやっておるところであるわけで、そんななかでこういったことに対して、会員の先生方の合意形成を得るのはなかなか困難というハードルがいくつかあるわけです。そういったこともご理解いただきまして、先ほど佐久保健福祉事務所副所長の荒井様からですね、現状と佐久広域の市長さん達との懇談会も開かれたということで、今後もそういったなかで圏域の救急医療体制をどう維持、確保していくかという話をしていくと伺いましたので、そういったことであれば、私たち小諸北佐久医師会もその中で協力できるところは協力していきたいと思っているところでございます。いろいろ内々のことを申し上げましたが、小諸北佐久医師会としてはそのような考えであります。

以上