

1 開会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 昨年度までの議論の整理

医療推進課 伊藤主任が資料1に基づき説明。

(吉澤委員)

資料6ページの二次救急医療施設について、県では11病院の輪番制という認識か。当院（信州上田医療センター）以外の10病院が輪番でやっていて、後方病院として当院が毎日救急患者を受けている。去年は3500台以上の救急車を受けており、二次だけではなく、三次に近いところまでやっていることを理解してほしい。

(医療推進課 伊藤主任)

報告や医療計画の中で、救急の医療機能として、どの医療機関がどのような救急を担っているかを輪番群として位置付けているが、同じ輪番群であっても圏域によって形態は違うという理解で考えている。

(結城委員)

救急体制について、もう少し考えていただきたい。市民が安心して暮らせるためには、赤ちゃんからお年寄りまで、いつかかるかわからないというのが救急医療であり、救急に関する議論が貧弱な感じがしている。

7ページの資料（医師の配置状況）で、信州上田医療センターは55人、東御市民病院は10人もいるというように見えるが、救急医療は若さ、体力が必要な医療である。人数が10人いるから大丈夫だろうと思うかもしれないが、なぜ10人必要なのかと考えていただき、若い医師なら3～4人でできても、60、70歳となると1回当直するとしばらく体がきついという医師が10人いる病院と、若い医師がたくさんいる病院と人数だけで比べられても、ちょっとおかしい気がする。救急医療体制の改善について、この場なのか、輪番制の会議なのか、大きな議論をする場がなかったが、市民にとって一番必要なのは、回復期が何床あるということよりも、まずは万全な救急体制であり、上小地域の救急体制が非常に貧弱であるということ認識して、対策を考えていかないといけない。人数だけでみると、なんとかできるだろうと感ずるかもしれないが、年齢遍在といったことも考えなければいけないと思う。

(医療推進課 伊藤主任)

医師確保計画を作るということで、まず圏域内に医師がどれだけいるか、単純にデータとして出したものである。仰るとおり、対応する救急患者についても高度急性期なのか、軽症急性期なのかによって医療需要も全く違うので、単純に医師がこれだけいるからと言って、人口当たり、病床当たり、救急車の受入件数当たりとして、足りている、いないの議論はできないと思っている。

(結城委員)

適切な年齢構成があるのだと思う。高齢者の医療はそんなに若い医師でなくともいいかもしれないが、救急や外科というのは若さが必要な医療なので、人数だけ揃えばいいというものではない。

(池田会長)

他にありますか。 なければ次に進みます。

(2) 医師確保計画・外来医療計画について

① 医師確保計画の策定について

医師確保対策室 渡邊室長が資料2-1に基づき説明。

(三澤委員)

医療圏ごとに少ないところに配置するというのはわかるが、そこに残らない。自治医大の卒業医師をみていると、例えば阿南病院に残っている医者は飯田出身の者である。上小地域が少なかったら、信州上田医療センターに配置し、そこから当院(依田窪病院)や東御市民病院とかへ派遣する拠点化をして、家をこの地区に建ててもらって住んでもらうようになると、9年経っても残ってもらえる。この(説明の)手法は確かにいいかもしれないが、医者はトコロテンのように逃げていく。バケツの穴に一生懸命、水を汲んでいる。阿南病院も木曾病院も残っている人は少ない。医療圏ごとに考えるのなら、上小地区出身の自治医大生をなぜこの地区に配置しないのか。阿南病院に毎年配置するので皆いやになって東京へ行ってしまう。それを変えるよう、地域ごとに基幹病院と医師不足病院、若い人がいない病院といった体制を組んだ方がいいと思う。上小地域は信州上田医療センターを多くして東御市民病院や依田窪病院へ派遣する、信州上田医療センターへ来た医師は、行くのが当たり前だ、この地域を守るぞという志がないと、単に駒のように使われるといい医療にならない。

また、例えば循環器の心臓カテーテルなど専門的なことばかりやっている人が依田窪病院へ来たら、全然できないじゃないかとなることも考えてほしい。田舎に来たって勉強できることはいろいろあるんだというカリキュラムの問題とか、いい医者を残すためにはきちっと制度を作って、今年信州上田医療センターがなった地域医療人材拠点病院から地域に医師を派遣し、その医師が地域に住んで医療を行う、そういうパターンになるよう考えてほしい。

(医師確保対策室 渡邊室長)

今回は医師遍在指標の算定などの会議内容であるが、今後、第2回、第3回の調整会議を行なっていく中で、今の考え方を踏まえながら進めていきたい。

(勝山委員)

長野県のドクターバンクは、制限が多い中で善戦してきた、頑張ってきたと思う。ただ、医師側からいうと専門診療科も勤務先も自由に選択してよいと、こんな先進国はない。その状況を作っているのは医者側なので、医者側も反省すべきだと思う。また、大学医局が医療行政の枠外にあってあまり機能していない。病院長が人事権もないと言っている状況。専門医制度の大学遍在など、こうした制約がいっぱいあり、日本医師会も自由に専門診療科を選んでよいという体制は変えないと言っているので、今後も大幅によくなることはない。

いくつかあるが、まず一つは、公立病院と私立病院、公的病院とあるが、この地区の公立病院(信州上田医療センターを含む)のベッド数は3分の1で、3分の2は私立病院と公的病院が担っている。公立病院の中で医師の配置を検討しても、3分の2には役に立たない。今日の午前中、二次輪番のことで担当の方が当院へ来られたが、結論的にはこの地区の二次輪番は破綻しつつある。極めて計画を組むのは難しい状況である。その主要な原因は、公立病院が分担をどんどん減らしており、私立が全部引き受けられるかということ、私立だってやっていけない。当院もできるだけ努力はしているが、どうやって賄っているかということ、信州大学からのパートの対応で補っている。公立病院同士で医師の派遣という発想はやめてもらいたい。地域医療を担っているのは公立病院だけではない。繰り返し言っているのに、いつまでも出てくるのは全

く理解できない。

次にもう一つ、二次医療圏ごとの比較はもうあまり意味がない。二次医療圏の中での偏在が問題である。この地域でいうと、信州上田医療センターに医師が増えているのはいいと思うが、長和町はどうか、旧和田村や旧武石村はどうなっているか。段々疲弊していくばかりで、医療体制は悪くなってきている。だから、二次医療圏で多い、少ないの検討は必要だが、二次医療圏の中での偏在を変えることをしっかり考えていただかないと、破綻するのではないかと思う。長野県は何年か前に、県民が皆輝いて生きるという総合計画を作り、県民一人ひとりが地域に定住して幸せに暮らせるというようなことが謳われ、医療を長野県の隅々まで充実させなければいけないと書いてある。二次医療圏の中にもすごい偏在があるということも是非考えていただきたい。

以前の長野県型総合診療医を作るというのは素晴らしい計画だったと思うが、残念ながら結局あまり稼働せず、今度また新しい計画を作るということになっている。20 年来から 30 年来の問題であるが、奨学金を受けている諸君と自治医大の卒業生について、キャリアプランをしっかり作って、かつどこで働くかを考えていかないと、大変な数の医師が本当の意味での戦力となってこない。いろいろな事情があったと思うが、現場の医師からすると来年の派遣が問題となってしまうことは我慢していただいて、何年先でもいいから、長期的に医師のキャリアを考えて派遣するという道を作っていただきたいと切に思う。

いくつか申し上げたが、一番目は、実際ベッド数が多いのは私立病院なので、公立病院間で医師をとという発想はもはややめてほしい。第二に、二次医療圏内の医師遍在が大問題であり、この二つの問題があって、今ここでは二次輪番制が破綻しつつある危機的な状況と思う。そして最後は、自治医大生と奨学金を受けている諸君のキャリアを踏まえた研修計画と派遣を考えてほしい。

(医師確保対策室 渡邊室長)

ありがとうございました。またよろしく願いいたします。

(池田会長)

よろしいでしょうか。時間の関係もありますので、次に進みます。

② 外来医療計画の策定について

医療推進課 伊藤主任が資料 2-2 に基づき説明。

(橋本委員)

資料 2 ページで、外来医師多数区域では訪問診療、在宅当番医等のお願いしたい事項とあるが、少数のところでもお願いして開業していただくだけでなく、少数のところこそやってもらわなければならない。当番医や学校医、急患センターとかはいやだということもあるので、少ないところでもお願いしなければならない、当然だということをお願いしたい。

(医療推進課 伊藤主任)

県内でも多数区域ではないところで、一次救急で当番医を組むのが難しいというような指摘をいただいているところもあるので、医師確保対策など全体で何ができるか検討させていただき、必要なものはしっかり対応するよう考えたい。

(結城委員)

この地域医療構想調整会議は、この地域の病床の機能とか数を議論する会議だと思って今まで出てきた。ですからメンバーも、有床診療所の先生もいらっしゃるが、病院の先生が大部分を占めていると思う。今度外来の機能に関してとなると、ベッドを持っていない開業医の先生、外来を一番担っている民間のクリニックの先生方の意見はどのように反映されるのか。

(医療推進課 伊藤主任)

地域医療構想自体は病床機能を考えることになっているが、在宅医療の推進ということも地域包括ケアシステムの構築というところでターゲットとしているところであり、今までも入院機能だけではなく在宅医療とかの外来機能も入っていたと考えている。今後外来機能を含めたターゲットが広がってきたときに、各地域の意見をどう反映させていくかは課題の一つと思うので、検討させていただきたい。

(池田会長)

よろしいでしょうか。 時間の関係もありますので、次に進みます。

(3) 医師遍在指標等に係る流出入の調整について

医療確保対策室 渡邊室長が資料3に基づき、医師遍在指標の患者の流出入について、厚生労働省へ報告する考え方として、レセプトデータを加味することとする案を説明。

(勝山委員)

こういう数値の上で重要なのは、将来あるべき姿ではなくて、現在ある状況を固定化して、場合によって格差の拡大につながるものが起こり得る。(患者が)流出しているから医師は少なくてもよいとか、疲弊しているところはますます疲弊することになるのがちょっと気になる。

もう一つ、産科・小児科の問題に対して、繰り返し言ってきたが、二次医療圏単位だけで考えてもらっては困る。というのは、旧丸子町の奥に長和町があり、上田市の一部、旧武石村から和田峠までであるわけで、それから立科町、旧望月町、ここで人口3万人余りいて小児科医は丸子中央病院の1人だけ、産科は開業して外来をやっている方が旧丸子町に1人いるだけ。お産は基本的に全くできる環境にない。小児科、産婦人科については指標なんか出しても意味を感じない。長野県の総合計画に言うような地域でハッピーに生きていくという状況ではない。お産ができなくて小児科医がいなくて、どうやって今後地区が生きていけるのか。二次医療圏で医療をするというのは意味がないわけではないが、長野県の場合には二次医療圏の中の偏在が大問題である。是非その点を忘れず、ご検討いただきたい。

(池田会長)

他にありますか。 なければ次に進みます。

4 その他

(1) 健康長寿ビッグデータ分析・活用事業について

医療推進課 伊藤主任が、資料4に基づき健康長寿ビッグデータ分析・活用事業について、参考資料2に基づき令和元年度長野県地域医療・介護総合確保基金事業(医療分)について説明。

(質疑なし)

(2) その他

① 意見等

(遠藤委員)

資料1の7ページに圏域内の医師の配置状況(有床医療機関)があるが、この会議は病院が中心でいろいろ計画を進めるのだが、国や長野県は有床診療所についてはどんな考え方なのか。ベッド数の中にはカウントされないという理解でよかったか。

(医療推進課 伊藤主任)

基準病床制度で有床診療所に病床規制が入っているかどうかであるが、考え方として今後設

置する場合には病床規制がかかるが、設置する内容によるという要項上の規定になっており、例えば在宅療養支援をする診療所を設置するというものであれば、今後必要となってくるので、たとえ病床過剰地域であっても、所要の手続きをとって設置することができるということになっている。県で在宅医療施策を進めるに当たって、在宅療養支援診療所であれば有床、無床に限らず設置をして地域を支えていくということは計画上位置付けている。県内の広い医療圏で、医療圏単位で考えることができず市町村単位で考えるときなどには有床診療所も大事だと考えている。

(勝山委員)

地域医療構想調整会議は病床数の調整が目的だったのではないかという話だが、確かに県の当初の話はそういうことだったが、この地域の調整会議ではそれはおかしいのではないか。もともと、地域医療の計画を立てるのであれば何が足りないかとか、将来的にどういうところを充実させるべきとかを優先させるべきという議論があって、ベッドはその一部であるというのが皆さんの共通認識だったと思う。ですから僕はベッド調整の会議に出ていた積りは全くない。今回、いろいろなところに議論が亘ってきて、むしろ地域医療構想調整会議の実態が充実して、いい方向に向かっているんだろうと思う。

もう一つ、資料1の5ページのベッド数について、丸子中央病院は記載のとおり147床のうち97床を介護医療院へ移行しており、この部分はベッドが減床となっている。

もう一つ、透析関係のベッドが足りなくなったり、今度発達障害の専門外来を始めて面積をとるようになったので、どうしても病床数を減らさざるを得ないということで、現在150床の部分で2～3床くらい、病院としてなるべく早く結論をまとめて保健所に相談したいと思っている。

(結城委員)

地域医療をどうするかという方向には賛成ですが、地域医療を担っているのは病院だけではなく、むしろ地域に密着した特に外来医療を担っているのは開業医であり、そういう大きな会議だとすれば、この中に開業医の委員がほとんどいないのはおかしい。メンバーを考えても病院の院長がほとんどであり、この地域の入院医療をどうしようかというようなことがメインだという気がしていました。今後外来のことまでを話すのであれば、是非開業医の意見がないといけないのではないかと思う。

(岸委員)

当院(岸医院)は有床診療所であり、資料1の6ページの基幹病院等の指定状況では○印が付いてないが在宅療養支援病院・診療所である。ベッドは急性期ということだが、ショートステイも行っており、在宅支援を行なっている。

外来のことに関しては、医師会の代表でもあり、結城委員の言われるように、(開業医の)意見を取り入れていただきたいと思う。

(丸山委員)

小県医師会長としてではなく個人的な意見であるが、公的病院の病床数を検討する会議だと思っている。その一番の理由は、民間病院は保険医療点数で左右され、いくら頑張ってもお金がなければできない。ところが公的病院は補助金等があり、あるいは市長の想いで病院は作れるので、これを一地方自治体の思惑だけでやると地域全体の医療が衰退してしまうということで、そういう会議だと私は位置付けしている。一方で、勝山委員の話のように、いろいろな方向性が出てきたときに、単純にそれだけではやっている意味がなく、これだけの方が出席しているので、やはり外来の話も地域を考える上で、これで結論を出すわけではなく、必要なことかなと思う。できれば開業医の意見もほしいと思うが、かといって人数が多くなりすぎると収拾がつかなくなるので…

次に、医師遍在指標について、この計算式が本当に正しいのかよくわからない。上小地域は本当に全国で下なのか、心配なのはこれが一人歩きしてしまうこと。一方で、我々がこうして集まり、上小地域は今これだけ困っているということに対し、県の人たちは何を考えてくれているのか、先ほどから自治医大の医師の問題などが出ているが、我々からみると、県は言っているだけで何もしてくれてないんじゃないかというもやもやがあると思う。県下で最下位の地域となるということなので、是非困っている地域に対しては少し厚くしてほしい。補助金等、いろいろなやり方があると思うが、配慮いただければありがたい。

上田市医師会で看護学校をやっている。この地域は医師だけではなく、看護師も少ない。最近長野市に大学ができた結果、この辺の看護師の成り手が減っている気がする。今後もこの状況が続くと、どんどん一極集中となって、地域遍在という以上に、上小地域に看護師がいなくなる。看護師がいなければ開業しようとしても無理であるし、病院の病床を増やそうと思っても無理であり、医師会も金を出して看護師の養成をやっているのに、補助金等いろいろなやり方はあると思うが、配慮をしてほしい。この地域は医師、看護師が少なく衰退してしまうので、是非そういう方向性で政策を配慮していただければありがたい。

(遠藤委員)

この地域でも看護学校の問題が大きくなっていると認識している。公立的な施設とそうでない施設があるが、やはり公立は民間ができないところをやるので税金をある程度投入してもよいというのが共通の認識で、地域医療構想調整会議のベースラインはそこにあると思う。

長野市内に二つの看護大学ができ、多くの看護学校が定員割れしていく中で、過去に須坂看護専門学校の廃止の方向が出ているが、医療推進課としてはもうそろそろということでよいか。

(医療推進課 原澤課長補佐兼医療計画係長)

(吉澤委員)

(信州上田医療センター) 緩和ケア病床については前回の会議で認められたと考えており、現在、国立病院機構本部に計画を出して、承認をもらうところである。承認はまだだが、ある程度具体的な計画を立てつつある。

(池田会長)

緩和ケア病床に対して、何かご質問等ありますか。

質問がなければ、次に事務局から何かありますか。

② 事務連絡等

(上田保健福祉事務所 松本企画幹兼健康づくり支援課長)

リーフレットに基づき、健康推進法の一部を改正する法律の施行に伴う受動喫煙対策について説明。

(日向副所長)

次回の会議は7月から9月というスケジュールですが、具体的な開催時期が決まりましたところで、事務局から日程調整をお願いしますのでよろしくお願いいたします。

5 閉会

(池田会長)

以上をもちまして、本日の議事を終了いたします。議事進行に御協力をいただき、ありがとうございました。