

地域医療構想の策定に向けた意見

佐久医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

- ・回復期リハビリテーションの病床が不足している。

2 全県における医療提供体制の課題

3 構想区域における 2025 年の望ましい医療提供体制

(構想区域間の患者流入出の調整方法を含む)

- ・医療機関所在地ベースを基本としていくことが望ましい。

4 全県における 2025 年の望ましい医療提供体制

- ・医療提供体制を充実するためには、医師等の医療従事者の確保が重要である。
- ・必要病床数の検討に当たっては、施設を含めた在宅医療も大きなウエイトを占める。在宅医療に関する現状及び課題を明確にした上で、在宅医療充実の具体的な方策について考える必要がある。
- ・病床機能の変更を検討するためには、診療報酬・介護報酬をはじめとする諸制度の具体的な内容が明らかにされる必要がある。

「地域医療構想の策定に向けた意見」に関する説明

佐久医療圏地域医療構想調整会議

1. 構想区域（佐久医療圏）における医療提供体制の課題について

○回復期リハビリテーション病床の不足が挙げられます。

これにつきましては流入出のデータから回復期リハビリの 25%ほどが上小医療圏に流出していることが要因であります。一方「脳卒中急性期リハビリ」「糖尿病外来」「がん入院・外来」「2次救急医療」などの分野で 10%から 30%ほどが上小医療圏から佐久医療圏へ流入がみられています。尚、小児の入院につきましては 20%ほどが松本に流出していますが 3 次的医療の必要性からと推測されますので課題には挙げておりません。また在宅医療が整わない状況では療養病床等の需要増（全国中央値）を見込む必要があります。

2. 全県における医療提供体制の課題

○医師の不足、医師の偏在等が解消されていない中、構想では高度急性期・急性期の医療体制を回復期・慢性期にかなりシフトさせることになるようありますが、こうした診療機能において高い目標と気力を持って意欲的に働きつづける医師をはじめ医療従事者をどこまで確保できるかその具体的な方策についてこれからしっかりと検討していく必要があります。そこで病床数の方向性も見えてくるのではないかと想うか。

3. 構想区域における 2025 年の望ましい医療提供体制（構想区域間の患者流入出の調整方法を含む）
○まず高度急性期は医療機関所在地ベースが基本である。佐久医療圏、上小医療圏におけるこれまでの年に渡り積みあげられてきた診療体制の歴史を考慮した時、流入出の流れを短期間で変更することは現実的に無理であります。医師をはじめ医療従事者の確保やあらたな施設・設備への投資が必要となり現在の医療資源を効率よく活用することに支障を来すことは明らかであります。そこで佐久医療圏としては他医療圏との流入出について現状の医療提供体制をベースとした「医療機関所在地ベース」を基本とすることで合意を致しました。

4. 全県における 2025 年の望ましい医療提供体制

- ・医療提供体制を充実するためには、医師等の医療従事者の確保が重要である。
- ・必要病床数の検討に当たっては、施設を含めた在宅医療も大きなウエイトを占める。在宅医療に関する現状及び課題を明確にした上で、在宅医療充実の具体的な方策について考える必要がある。
- ・病床機能の変更を検討するためには、診療報酬・介護報酬をはじめとする諸制度の具体的な内容が明らかにされる必要がある。

○意見として国の算出による 2025 年の病床数についてはあくまでも目安であり実際に構想に盛り込む病床数は地域の実情を考慮した数値が必要ではないか、病床稼働率が高い数値で設定されているが病床数を示された数字まで減らすと実際にはもっと高い稼働率となり非現実的である。療養病床から特養等の施設に転換した場合どのような診療報酬、介護報酬になるかわからないと対応が難しい。また療養病床中医療区分 1 の 7 割を在宅医療へ移すことについてはこの受皿部分が整っていることとセットで考える必要がある。

今後は全体の病床数減が見込まれる中、在宅医療のニーズが今よりかなり増えることになりますが在宅医療の推進はそう簡単ではありません。病床機能の見直しだけに目を奪われることなく在宅医療についても推進のためのさらなる環境整備を図っていかなければ地域医療構想自体が絵空事になるのではないかと懸念しております。終りに「地域医療構想は個々の病院に一方的な病床削減を求めない、自主的な取組が基本」とされていますが自主的な取組を進めるためには個々の医療機関にとって諸制度の具体的な内容並びに情報提供等が不可欠であります。

以上、佐久医療圏が取りまとめた意見でございます。県の地域医療構想に反映していただけますようご配慮を宜しくお願い申しあげます。

地域医療構想の策定に向けた意見

上小医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

(1) 病床機能別の特性

ア 高度急性期・急性期

- 地域医療再生計画の成果として、救急医療体制が強化され、救急搬送患者の圏外搬送割合が大幅に減少したが、2次救急患者の約20%が佐久へ流出している。
- 信州上田医療センターにおいてハイリスク分娩が開始され、圏域内の出産取扱い割合が大幅に改善する一方、小児医療体制については、小児の入院患者の約40%が松本・長野に流出している。
- がん患者の約半数が佐久・松本・長野へ流出しているほか、急性期の脳卒中患者の約10%が佐久に流出している。

イ 回復期・慢性期

- 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター（鹿教湯病院・三才山病院）が県内で最も多くの回復期リハビリテーション病床を有しており、佐久・松本・長野から多くの患者が流入している。
- 上小圏域には、同センターの531床を含め867床の療養病床があり、他の医療圏と比較して回復期・慢性期の病床が多くなっている。

(2) 医療人材の不足

- 医師、看護師等の人的医療資源が大幅に不足している。

平成26年の上小医療圏における人口10万人当たりの人数

・医師数：154.8人（全県216.8人）	・看護師数：811.2人（全県969.1人）
・准看護師数：400.3人（全県253.2人）	・助産師数：26.8人（全県37.8人）

2 全県における医療提供体制の課題

(1) 全般的な課題

- 市町村合併が進み、一医療圏内でも医療資源の偏在があり、医療圏内の医療需要にきめ細かく対応する必要がある。
- 5疾病には、運動器の疾患が含まれていないが、高齢者が増加する中、年齢と関係づけて議論すべき。
- 認知症に関しては、認知機能・身体機能の状態を見極め、適切なサービスの提供について、各地域で議論していくことが必要である。
- 高齢者の足を確保するため、介護タクシーなどの利用も考えていくべきである。
- 小規模な医療機関の経営は厳しい。経営面からも医療機関の連携を考えるべきである。

(2) 医療人材の確保・定着

- 県の修学資金を貸与した医師や自治医大卒医師を医師不足の地域に重点的に配置する等、医師の偏在を解消すべき。特に総合医の確保は重要。また、医師の定着のための施策を充実すべき。
- 准看護師から看護師へのステップアップを支援するとともに、教育を通じて看護師の「質」の向上を図るため、民間養成機関や看護協会等への助成を充実すべき。特に、認知症の専門看護師の養成を急ぐべきである。
- 医療従事者は、地域における医療体制の方向性と関連づけて確保すべき。
- 医師の研修システムを改め、地域のために頑張る医師を育成していく必要がある。

- 医師の女性比率が高まる中、医師の確保のため、子育てと仕事を両立できる環境を整備する必要がある。
- 医師に加え、看護、介護職員まで確保できて病院が機能するため、多職種のスタッフを確保していく必要がある。

(3) 救急医療体制

- 東信地域は佐久医療センターに救命救急センターが設置されている。三次救急のあり方は、将来的な課題として議論していく必要があるが、まずは佐久医療センターとの医療圏を越えた連携の充実を考えいただきたい。
- 住民が安心して住める地域とは、救急と周産期医療が充実している地域であるので、医療圏内で完結させるか、他の医療圏と連携するかを議論していく必要がある。
- 一次、二次医療体制が上手く機能していない。輪番病院を支援するため、頑張っているところには財政的な支援や若い医師の派遣を検討していただきたい。

3 構想区域における2025年の望ましい医療提供体制

(1) 高度急性期・急性期

- 東信地区の救命救急センターが佐久医療センターに設置されていることから、高度急性期の患者の一部は今後も佐久医療圏へ流出する見込みである。
- 信州上田医療センターが、「地域がん診療連携拠点病院」を目指し医療機能の向上を図ることで、がん患者の流出の減少が期待される。
- 上小医療圏は、地域医療再生計画により医療体制の整備が進んだが、今後も、医療資源や体制の整備により、急性期の患者の流出は減少していくと考えられる。

(2) 回復期・慢性期

- 鹿教湯三才山リハビリテーションセンターには、今後も佐久、松本、長野など他の医療圏から、回復期・慢性期の患者の流入が続くことが予測される。また、同センターでは、多くの難病患者を受け入れている。
- 2025年における回復期の必要病床数については、増加することが推計されている。
- このため、回復期・慢性期の病床については、一定の病床数を確保していく必要がある。

<2025年度の必要病床数の考え方>

上小医療圏の三次救急や、がん、小児等の高度急性期・急性期の医療の一部を隣接する医療圏が担う一方、佐久、松本、長野等の医療圏の回復期、慢性期の医療の一部を上小医療圏が担っており、隣接する他の医療圏との間で一定の機能分担が行われている。
また、二次医療圏内での医療の完結が言われているが、地域ごとの特色・現存する資源の利活用を考えるべきである。
このため、上小医療圏の地域医療構想においては、「医療機関所在地ベース」を基本に2025年の必要病床数を算出することとする。

4 全県における2025年の望ましい医療提供体制

- 県の計画（長野県人口定着・確かな暮らし実現総合戦略等）との整合性を図っていく必要がある。
- 医療資源が偏在化する中、地域医療構想は、医療提供体制を効率的に行うために策定すべき。
- 上小医療圏は、地域医療再生計画により医療機能が充実してきており、病床数の推計に当たっては、2013年度以降に成果が生じたものについて、できるだけ反映させることが望ましい。

地域医療構想の策定に向けた意見

諒訪医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

(1) 現状

- ・諒訪医療圏は、病院間、医師相互の連携があるほか、概ね市町村ごとに基幹病院があり、それぞれに幅を持った診療をしている。救急搬送も短時間でできているなど、充実した医療圏である。
- ・山梨県峡北地域と人口分布が連なっており、今後も流入が見込まれる。

(2) 課題

- ・高齢者の増加が見込まれる中、医療では、回復期の需要増が見込まれるほか、介護の体制が整わないことなどから在宅に戻れない者が増えるため、慢性期の病床が必要である。
- ・有床診療所や慢性期の病床の診療報酬が低く抑えられているため、施設の更新などの投資回収が困難であり、施設の老朽化やスタッフ確保の問題で病床の維持が難しくなっている。
- ・医師の高齢化等により、在宅医療を担う診療所が減少するとともに、医師の負担が増加し、さらに在宅医療を担う医師が減少するという悪循環に陥っている。

2 全県における医療提供体制の課題

- ・在宅医療を担う医師が不足するとともに高齢化している。
- ・在宅医療や介護サービスの不足が見込まれるため、十分な退院後の受け皿を整備する必要がある。

3 構想区域における 2025 年の望ましい医療提供体制

(構想区域間の患者出入りの調整方法を含む)

(1) 諒訪医療圏における 2025 年の医療需要の推計値

地域医療構想策定ガイドラインにおける病床機能区分の考え方沿って、急性期、回復期、慢性期については、医療圏内での完結を基本とする患者住所地ベースを用いる。診療密度が特に高い医療を提供する高度急性期については、構想区域内での完結が必ずしも求められないことから、医療機関所在地ベースの推計を用いる。

(2) 付帯意見

- ・諒訪医療圏は、県下でも数少ない高度医療機能をこれまで培ってきていることから、高度急性期については、医療機関所在地ベースの推計値に、今後の他医療圏からの更なる流入増を加味したい。
- ・概ね市町村ごとにあるそれぞれの基幹病院内の機能区分の調整は難しい。
病棟単位で区分するのではなく、同じ病棟内に複数の機能が認められれば、新たに非効率な整備も必要とならず、きめ細かく柔軟に対応ができる、望ましい医療提供体制に向けた調整が可能となる。
- ・諒訪医療圏においては、将来の必要病床数に対して、回復期や慢性期の病床の不足が見込まれるため、慢性期病床維持の方策を図りつつ、必要に応じ、高度急性期や急性期からの転換を検討する必要がある。
- ・在宅医療を推進するため、退院時の病院側の情報提供の向上等、病院医師の意識改革や訪問看護の充実など病診連携の強化が必要である。

4 全県における 2025 年の望ましい医療提供体制

- ・在宅医療等を支える医師の確保や介護体制の充実が必要である。
- ・例えば急性期でも、救急医療体制が必要な「待てない」急性期と、がんのようにある程度病院を選ぶ余裕のある「待てる」高度急性期・急性期があり、疾病や医療の内容に応じて、人材や設備を時間をかけて作り上げる必要がある。

地域医療構想の策定に向けた意見

上伊那医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

- 上伊那医療圏は従前から人口 10 万人当たりの病床数が最も少なく、医療施設従事医師数も県内で 2 番目に少ない。
- 南北に長い地理的条件から、ブロックごとに基幹病院があり、地域の安全・安心を担っているが、アクセスしやすい松本、諏訪医療圏や飯伊医療圏への流出が一定程度存在する。
- 病院完結型医療から地域完結型医療への転換促進のため、平成 21 年～ 25 年度にかけて上伊那医療圏地域医療再生事業による医療提供体制の充実が図られ、現在も引き続き地域の関係者による各種の取組みが行われている。

2 全県における医療提供体制の課題

病床及び医療施設従事医師の偏在により地域間格差が生じている。

3 構想区域における 2025 年の望ましい医療提供体制

- 従前から医師数及び病床数が少ないゆえに生じている近年の流入流出の状況だけをとらえて将来の適正病床数を推計することは、上伊那医療圏内の医療提供体制の充実を図るうえで望ましくない。
- 病床数については、患者住所地ベースを採用することを基本とし、脳血管障害及び急性心筋梗塞等一部を除いた高度急性期については医療機関所在地ベースで他圏域との調整を行う。
- るべき姿を目指す視点と、現在ある医療資源を有効に活用する視点から、住まいをベースとして圏域内医療機関における在宅医療や介護を継続して提供できる体制を整えることで、地域包括ケアシステムの充実を図る。

4 全県における 2025 年の望ましい医療提供体制

一部の高度急性期については拠点病院が担い、それ以外については 2 次医療圏で対応できる医療提供体制の整備とともに、地域包括ケアシステム構築に向けた医療圏格差のない在宅医療や介護サービス提供体制を整備する。

地域医療構想の策定に向けた意見

飯伊医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

- (1) 医療圏の面積が広く、地理的・地形的に患者が医療機関までの移動距離が長い。
- (2) 医療資源が少なく、在宅での末期患者や看取患者が増えた場合は、開業医の負担が増えるので、更に、介護施設の整備が必要と思われる。
- (3) 開業医が高齢化しており、開業医が交代で行う救急医療の休日夜間急患診療所の運営が厳しい状況にあるので、在宅療養者が増えた場合に、開業医のマンパワーに課題がある。

2 全県における医療提供体制の課題

- (1) 医師をはじめとする医療従事者の確保

3 構想区域における 2025 年の望ましい医療提供体制

- (1) 当医療圏の患者の流入出は少なく、他の地域に比して自己完結型の地域であり、医療費は低く抑えられている。各医療機関でのこれまでの努力により、効率的で、ある程度質の高い医療が提供されていると考えられ、既に地域医療構想における考え方は先取りされているため、大きな変革は求める必要はない。
このため、当医療圏の構想区域間の患者流入出の調整方法は、「医療機関所在地ベース」を基本としたい。
- (2) 将来、病床数が減少する場合、在宅療養の受け皿となる多職種・多事業所間の連携を基盤とする地域包括ケアシステムを構築し、全ての在宅療養者へ必要な医療が常時提供できる体制を整備することが望ましい。

4 その他

- (1) 慢性期の医療区分 1 の 7 割を在宅医療に移行させる推計値は、患者の病態や療養環境を考慮しない機械的なもので納得できないし、安易に在宅に移行した場合は、危険性がある。
- (2) 胃ろうの栄養やたんの吸引が必要となる患者の介護施設での職員の教育などの受入れ体制が充実しなければ、病院から在宅等への移行は進まない。
- (3) 地域における療養病床の削減が可能かを判断するためには、療養病床の入院患者の実態のみならず在宅療養の受け皿となる介護施設と居宅の受容力の評価は欠かせない作業であり、特に居宅介護の受容力が不足すれば家庭崩壊ひいては地域崩壊につながる危険性がある。

地域医療構想の策定に向けた意見

木曽医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

(1) 木曽圏域の地理的特性

木曽圏域は南北約 60km、東西約 50km と広大な地域であり、全町村が過疎地域に指定され、中核となる都市がないため、県や県立病院の果たす役割が特に重要な地域である。

観光が基幹産業である上、リニア中央新幹線の開通や人口減少対策としての移住交流の促進も重要であり、地域振興の基盤としても医療の維持確保が求められている。

(2) 医療、介護面での地域特性と課題

ア 全般的課題

当圏域の医療は、医療の均てん化を目的に県が設置した唯一の病院である木曽病院に大きく依存しており、木曽病院の医療提供体制が変動すれば、木曽郡の住民の生活や観光客等に直接影響が及ぶ構造である。

圏域内では、アクセスの関係から、隣接圏域の病院に一定程度の患者流出がある。

イ 医療人材

医師不足は当圏域において特に顕在化しており、現在、木曽病院では循環器内科、脳神経外科、精神科等で常勤医師が不在となっていることから住民に影響が出つつある。

また、24 時間 365 日の救急医療体制を維持する上でも、個々の医師への負担が大きくなっている。

郡内開業医（医師会）は平均年齢 68 才と高齢化しており、今後、現在の診療所数の維持も見込めない状況である。

ウ 救急搬送

救急搬送に要する移動時間が長く、患者への負担が懸念され、また循環器内科、脳神経外科・整形外科の常勤医師の不在・不足により、急性心筋梗塞、脳卒中等について、速やかな処置が取れないリスクが生じている。

エ 在宅医療・介護

移動距離が長く、積雪も多いことから、在宅医療・介護を効率的に行うことは難しい。

また、看護師不足により訪問看護に支障を来たす事業所も出ているほか、介護においてもヘルパー不足により訪問介護サービスを休止している事業所も出ている。

特養も今後の施設整備の予定がなく、経済的に介護施設を利用できない人も一定程度存在する中で、木曽病院の療養病床が特に重要な役割を果たしている。

2 全県における医療提供体制の課題

医師不足や偏在により診療科が空白となっている圏域がある等、受診機会の地域較差が生じている。

3 構想区域における 2025 年の望ましい医療提供体制

(望ましい医療体制)

急性期以降の医療の提供に必要な医療人材が確保され、救急医療、災害医療、感染症対策、べき地医療等の政策的医療について、木曽病院が拠点病院としての役割を引き続き果たし、地域の住民等が安心して暮らせる地域医療体制を存続させていく必要がある。

また、当圏域は、在宅医療・介護に困難な要素が多いことから、地域包括ケアシステムの構築にあたり、急変時のバックベッドとして一定の病床を確保することが不可欠。

平成 26 年度に開校した信州木曽看護専門学校の研修施設及び卒業後の活躍の場としても、木曽病院の役割が期待される。

(患者の受療動向)

患者の流出傾向については、木曽病院が平成 28 年 4 月から「地域がん診療病院」の指定を受けたことにより、一定程度の抑制効果が見込まれる。

また、圏域境の地域の患者流出について、直近のデータでは流出の減少傾向が認められるほか、岐阜県中津川市が平成 27 年 12 月に「中津川市公立病院機能検討会」を設置するなど、隣接圏域において医療提供体制を見直す動きも出ており、今後、南部地域の住民の受療動向が変化する可能性がある。

(病床整備の基本方針)

高度急性期は医療機関所在地ベース、それ以降の急性期、回復期及び療養期は患者住所地ベースで病床を整備するのが望ましい。

なお、当地域は、二次医療圏内に有床医療機関が 1 施設しかないという特殊な地域であり、複数の病院等による機能分化や連携を前提とした議論、調整になじまない環境であることに留意が必要である。

4 全県における 2025 年の望ましい医療提供体制

高度急性期を除く医療はできるだけ二次医療圏において完結するとともに、高度急性期における専門性の高い医療の提供については全県的な拠点的病院が中核となり、地域の病院等と連携して医療を提供することが望ましい。

地域医療構想の策定に向けた意見

松本医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

- 一般診療だけでなく、医療者の養成・育成、研究、高度先進医療の提供等の多くの部分を担っている。
- 分娩を扱う医療機関が減少し、周産期医療体制の維持が課題。特に全県のハイリスクの母子の多くは当地域に搬送されるシステムになっており、当地域に機能不全が生じれば全県に与える影響が大きい。
- 高齢者の救急搬送の増加による全体の救急搬送の増加。
- 圏域面積が広く、山間地、郡部等、医療過疎地域を抱える。
- 全県を対象とした病院が複数あり、各地から多くの患者が流入している当地域に、行政区域である二次医療圏単位での医療完結を目指す地域医療構想を当てはめるには無理がある。

2 全県における医療提供体制の課題

- 経営母体が異なり、民間も多い医療機関に対し、構想で一律に病床機能変換を誘導することは困難。
- そもそも地域医療構想と診療報酬改定に統一性があるとは思えない。
- 退院後の患者の受け皿になる、在宅医療体制・施設整備が社会情勢の変化（核家族化の進展、高齢者夫婦・単身世代の増加、認知症患者の急激な増加、複数の病気を抱える高齢者の増加、等）もあり、関係者の努力にも拘わらずまだまだ不十分で、さらに悪化することも懸念され、今後のことを見通せない。
- 終末期医療、死生観に対する社会的議論の深まりが必ずしも十分ではない。
- 現在の医療過疎地域の第一の問題は、医療従事者の確保であり、構想区域の設定や病床管理で改善するとは思えない。
- 医療の高度化に伴う新専門医制度の開始を控え、如何に専門医を養成し確保していくのか。

3 全県における2025年の望ましい医療提供体制

- 長野県は他県と比較しても現在の病床が非常に過大とは考えにくく、単なる病床コントロールではなく、限られた医療資源の現状と供給状況を踏まえた現実的な医療提供体制構築を先ず考えるべきである。具体的には、圏域内・外に捉われず疾患ごとに中核病院、拠点病院を中心とした診療ネットワークの整備をさらに進め、地域の医療の確保と、医療の質の向上を目指すべきである。そして医療資源供給体制を構築するべきである。
- 今迄通りにフリーアクセスを維持し、圏域間における患者の流出入は制限すべきではない。
- 優秀な医療人材を育成し確保する。

4 松本医療圏地域医療構想調整会議での合意事項

- 圏域間における患者の流出入は制限せずに認め、必要病床数の算定は医療機関所在地ベースとする。
- 国の示した推計値は一定の仮定のもとに出された推計値であり、あくまで参考値として位置付け、縛られずに検討する。
- 病床機能転換については、今後の病床機能報告、社会情勢の変化を見つつ、各医療機関の見える化に努め、当地域の適正な医療の充実の為に調整会議で協議し、各医療機関の自主努力で進める。

地域医療構想の策定に向けた意見

大北医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

(1) 医療に係る人材の不足

- 訪問診療の拡充や老健施設等の整備に伴い、医師不足が一層進むと思われるが、医師確保が困難であり、医師の絶対数が不足している。加えて、大北医療圏の医師は高齢化しており、新たに供給されないと負担が増えていくことが予想される。
- 看取りを行う在宅医及びかかりつけ医が不足しており、認知症患者の増加が見込まれるなか、認知症サポート医師が少ない。また、在宅医療に対応可能な薬剤師が不足している。
- 医療関係職種の不足に加え、在宅医療に関わる介護士などの介護人材も慢性的に不足しており、離職率も高い現状があり、来たるべき時代に懸念が生じている。

(2) 医療資源等の不足

- 地域医療構想は、在宅医療の充実を前提としたものであるが、大北医療圏においては、地域や居宅に戻る患者をケアするための基盤、すなわち在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、看護師が特定医療行為を学べる機関の早急な整備が必要である。
- 一方で、これら介護基盤整備を担う企業や資本力も不足している。

(3) 構想策定に当たっての大北医療圏の要望

- 現在の流出入の推計値で医療需要が固定された場合、以後現在の病床数は不要という一方的な議論になる。医師偏在の解消努力や人口増の政策努力があることを前提として、あるべき姿を展望していただきたい。
- 病床機能分化では、高額医療を必要とする疾病と高度医療管理を必要とする疾患との整合性がなく、また医療業務の特性として、病床の減が医療スタッフの減に単純にはつながらない。医療構想策定に当たり、機能分化における医療内容の定義を明確に示していただきたい。

- 平成 25 年より、医療提供の状況は徐々に改善され、質のいい医療を提供するための医療機関の自主努力も進んでいるので、その点も配慮していただきたい。
- 医療構想策定に当たっては、平成 28 年度診療報酬改訂が医療経営に及ぼす影響や介護保険に係る最新のデータを反映させていただきたい。

2 全県における医療供給体制の課題

- 医療構想では、医療体制、医師確保策、人材の偏在にどう対処していくかを先に記載し、必要な医療の実現可能性の視点も盛り込んでおくべきである。

3 構想区域における 2025 年の望ましい医療供給体制

- 県がん診療連携拠点病院等の特殊で高度な施設を受診する患者は、「流出」と見なすべきではなく、二次医療圏では地域や居宅に戻った患者及び地域で治療可能となった患者の受け皿としての医療供給体制が望ましい。
- 医療機関の連携の推進を図り、大北医療圏内での完結を基本として、患者住所地ベースを選択する。

4 全県における 2025 年の望ましい医療供給体制

- 医療圏の違い、住む場所の違いによって、人命の重さに差があってはならない。県民誰もが、適切な医療サービスを受けられる体制が必要。

地域医療構想の策定に向けた意見

長野医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

- 主な疾病・事業別の患者流出状況を踏まえると、当圏域については概ね圏域内で完結できているが、小児医療と回復期リハビリについては一部、それぞれ松本および上小圏域に流出が見られている。
- 小児医療については、県立こども病院に全県の高度急性期を集約しており流出は容認すべきである。一方で、回復期リハビリについては圏域内での完結を目指すべきであるが、そのための回復期病床等が不足している。
- 救急やがんの高度急性期で他圏域からの流入が見られるが、三次救急を担う救命センターや他圏域の地域がん診療病院と連携している地域がん診療連携拠点病院などを有しているなど、他圏域を含めた三次医療や高度医療を担っている状況もあり、隣接医療圏からの患者流入については、今後も容認すべきである。
- 病床機能別で考えるのではなく、疾病ごとに、圏域内の医療機関相互の連携の在り方や患者調整をするかという視点での議論が必要。
- 在宅の推進の方針が出ている中、介護施設の不足や介護職や看護職の人材不足、在宅医療を担う医師や医療機関などの負担などの様々な課題があり、全体としては在宅移行が困難な状況にある。

2 全県における医療提供体制の課題

- 長寿と低い医療費が実現し、全国から見ると理想的な医療を提供していると評価されている現状で、病床数などの医療提供体制を調整することの必要性は少なく、特に療養病床数も最低水準にある本県に対しても、高水準にある県の削減率を全国一律に課すとするのは疑問である。

3 構想区域における 2025 年の望ましい医療提供体制

(構想区域間の患者出入りの調整方法を含む)

- 疾病により広域レベルで集約化されているもの（小児医療や高度救急等）については患者出入りについては容認すべきであり、圏域を超えた連携も念頭に体制を構築すべき。
- こうした状況から長野医療圏としては、構想区域間の患者出入りの調整方法は、医療機関所在地ベースとすべきと考える。
- 圏域内で、概ね医療が完結できているために、基本的には病床の調整の必要はないと考えられるが、回復期リハビリ等の流出を減少させるためには、一定程度の回復期病床等への誘導は必要である。

- 病床機能を効率的に運用していくためには、在宅医療や介護などの受け皿（出口）の整備を充実していくことが不可欠。

4 全県における2025年の望ましい医療提供体制

- 圏域毎に患者流出入がある現状においても長寿や医療費の低さが実現できているのであれば、原則現在の体制の維持を容認してもよいのではないか。
- 急性心筋梗塞や脳卒中などの間に緊急を要する疾患については医療圏内で整備すべきであるが、時間に余裕のある疾患等については、集約化などを含めて圏域を超えた流出入を許容すべき。そのためには、疾病ごとに連携体制を構築していく必要がある。
- 病床機能の再編を含めた地域医療構想を検討・実現していく上では在宅医療や介護の体制（地域包括ケア）の議論と両輪で進めていき、必要な施設の整備と、安心して在宅医療等が受けられる環境の整備など受け皿側が整うことにより、在宅への流れが進むものと考えられる。
- そのためには、以下の課題の整理が必要。
 1. 介護を支える人材の確保の方策
 2. 病床転換を進めるためには、診療報酬上のメリット等のインセンティブ（回復期病床や療養病床等に対する手厚い報酬等）。
 3. 死生観や医療観について、あるいは必要な医療に対する理解の促進など住民の意識啓発（意識改革）の取り組み

地域医療構想の策定に向けた意見

北信 医療圏地域医療構想調整会議

1 構想区域における医療提供体制の課題

- ・地域の医療提供体制の中核を担う病院では、内科、整形外科、外科等の医師不足により一部の診療科目において患者の受入を制限せざるを得ない状況にある。
- ・人口減少が進む中にあっても今後 10 年間は高齢者の増加により入院患者数はほぼ横ばいで推移すると見込まれることから、高齢者が多い当地域の実情を踏まえた医療提供体制を確保する必要がある。
- ・救急医療は県内で最も救急搬送に時間を使っている。特に岳北地域と呼ばれる飯山市以北の 1 市 3 村は特別豪雪地域であり、冬期は移動に要する時間距離が大幅に増えることから、救急医療はもとより住民に身近な医療の確保は安全安心な生活を維持するうえで欠かせない。
- ・少子化対策、定住・移住の促進など地方創生の観点から、子供を安心して産み育てられる環境づくりの一翼を担う産婦人科、小児科等の医療の確保が急務となっている。
- ・志賀高原や野沢温泉等へ国内外から多くの観光客が訪れており、新幹線飯山駅の開業を受けて今後ますます増加が期待されることから、観光客の受け入れ態勢の面からも小児科や整形外科等の医療の確保が求められる。
- ・平成 25 年度までは当圏域に療養病床が不足していたため長野医療圏への患者流出があった。しかし、平成 26 年度以降、2 病院で計 82 床が新設されたことから、域外への流出は減少すると見込まれる。
- ・高齢単身世帯が増加し、核家族化等も相俟って家庭の介護力が低下していく中で、住居が点在する中山間地域が多くを占める当地域の在宅医療の確保は容易でない。

2 全県における医療提供体制の課題

- ・高度急性期医療については当圏域内で完結することは難しく、隣接する長野医療圏との連携により医療提供体制を確保する必要がある。
- ・地域によっては長野医療圏と生活圏が重複しており、当医療圏内の病院と長野医療圏の病院との間で互いの医療圏に居住する患者の行き来は今後も一定程度は続くと思われる。

3 構想区域における 2025 年の望ましい医療提供体制

- ・がんについては、地域がん診療病院の指定を受ける北信総合病院と拠点病院である長野赤十字病院等との役割分担と連携により医療体制を確保する。
- ・脳卒中急性期及び急性心筋梗塞に対応できる専門医を確保するなど、緊急的に対応しなければならない疾病については圏域内で完結できる医療体制を維持する。
- ・冬期は移動時間が長くなることから、道路整備等により救急搬送時間の短縮を図るほか、自宅から医療機関への通院手段を確保する。
- ・内科、整形外科、外科は地域医療の根幹をなす診療科目として医師を優先的に確保するとともに、豪雪地域という厳しい気象条件にある岳北地域の小児科、産婦人科等の医師の確保により診療科目の受入制限を解消する。
- ・地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、在宅医療提供体制の充実を図るとともに、急性期、回復期、慢性期の各医療提供体制は圏域内の完結を目指す。

(構想区域間の患者流出入の調整方法)

- ・当調整会議としては、高度急性期については医療機関所在地ベースとし、急性期、回復期、慢性期については患者住所地ベースを基本に患者流出入の調整を行うのがよいと考える。

4 全県における 2025 年の望ましい医療提供体制

- ・特殊な専門性を有する医師や高度医療機器を必要とする医療については長野赤十字病院や信大附属病院、県立こども病院等との役割分担と連携により医療を確保する。
- ・全県的に医師不足を解消するとともに、豪雪地という特殊事情を十分考慮のうえ産婦人科、小児科、内科等の専門医等の集約化が過度にならないよう地域的な配慮を行う。