

# 第3回 恵那市地域医療ビジョン策定委員会

## 会議要旨

日時：令和5年10月19日 午後2時00分～4時17分

場所：恵那市役所西庁舎3階 災害対策室A・B

### 議題：

1. あいさつ
2. 前回までの振り返り
3. 議題
  - (1) 岐阜県の医療施策の紹介
    - ①地域医療構想について
    - ②岐阜県における医師の現状について
  - (2) 先進地事例の紹介
    - ①県北西部地域医療センターの取り組みについて
    - ②長野県伊那市の医療DX（デジタルトランスフォーメーション）の取り組みについて
  - (3) 今後の恵那市の地域医療の在り方について
  - (4) その他

### 議事：

- (1) 前回の振り返り（資料：3～6ページ）
- (2) 岐阜県の医療施策の紹介（資料：資料7ページ）
  - 1) 地域医療構想について（別紙：資料1）
  - 2) 岐阜県における医師の現状について（別紙：資料2）
- (3) 先進地事例の紹介（資料：8～17ページ）
  - 1) 県北西部地域医療センター取り組みについて（別紙：資料3）
  - 2) 長野県伊那市医療DXの取り組みについて（オンライン診療、移動診療車等）
- (4) 今後の恵那市の地域医療の在り方について（資料：18～20ページ）
- (1) 前回の振り返り（資料：3～6ページ）

前回の議事の項目に沿って簡単に振り返りを行います。2. 市内の医療・保健・介護・福祉・救急等の現状については、医療・保健・介護・福祉等の計画、二次医療圏における救急体制図、恵那市消防の医療機関別搬送人員について説明しました。3. 各公立医療機関の現状と課題については、2病院と6診療所の現状と課題について深掘した内容につい

て説明しました。また参考資料として歯科診療所、保険薬局の一覧や、第1回目にご意見がありました内容を含めた資料を配布させていただきました。

第2回委員会の皆様からいただいたご意見では、常勤職員の確保に苦慮していることや、市外の病院間との連携、透析患者の受け入れ体制、ICTの取り組みとして、オンライン診療の導入検討、民間の産婦人科の閉院に伴う市立恵那病院の分娩数の増加、人口減少に伴う働き手不足の課題、国保上矢作病院の収支についてのご意見がありました。

## (2) 岐阜県の医療施策の紹介（資料：資料7ページ）

### 1) 地域医療構想について（別紙：資料1）

※オブザーバー 岐阜県健康福祉部医療整備課からご説明

地域医療構想とは2年後の2025年に必要とされる医療機能、言い換えると、病床の性質を予測して医療機関の役割分担や相互の連携を進めていくというものです。何故2025年かは、いわゆる団塊の世代の方々年齢層が75歳以上になる年ということから、2025年を一つの目安として置いています。機能別の病床とは高度急性期・急性期、回復期、慢性期の3種類に分けています。高度急性期・急性期機能は、早期安定化に向けて医療を提供するというので、救命救急、集中治療室がある病院など、回復期機能は、急性期を経過しリハビリテーションを提供する病院など、慢性期は長期にわたって療養が必要な患者を入院させる病院などです。

地域医療構想の議論が必要な要因の1つは少子高齢化の進展、もう1つは、医師等の医療資源の不足です。1点目の少子高齢化として、岐阜県の将来人口推計では2015年から2045年で人口が23%減少、約47万人強が減少するという推計となっています。減少している年齢層は0歳から14歳、15歳から64歳が大きく減少しています。一方、65歳以上はほとんど変わらないこととなっています。そのため県全体では65歳以上の人口割合は2015年に28.1%から2045年に38%となる推計となっています。2点目の医療資源の不足については、医療福祉連携推進課から説明させていただきます。

少子高齢化が進み、後期高齢者の数が増加すると医療ニーズが高まる、病院にかかる高齢者の方が多くなります。また、人口減少によって働き手が減ります。労働力人口が減る中で、医療従事者も他の産業と同様に、人材の確保が難しくなっていくと考えられます。さらに高齢者の方が病気になると回復力が落ちてなかなか治らないという傾向が見受けられます。高度急性期・急性期の病院にいる期間はさほど変わりませんが、入院中に筋力が落ちてしまうと、その回復には時間がかかり退院後の在宅での療養も含めて、全体的に治療に要する時間がかかるということが考えられます。

このような背景から岐阜県で地域医療構想を策定し、各構想区域内で議論をいただいています。2025年に必要な病床数は参考値で14,978床と考えており、2018年は16,834床でした。回復期の病床が少なく、高度急性期、急性期の病床多いことが分かります。少子高齢化を念頭に置くと、急性期の病床を減らし、回復期を増やしていくことが必要なのは

ないかということで、このような方向で進んできています。必要な病床数の算出は、全国一律の算式に基づいて計算した結果に過ぎず、各地域によって状況は異なるため、あくまで推計を参考に地域で議論していただくことが大切ということで、恵那市が含まれる東濃圏域においても地域医療構想等調整会議を設置して、地元の医師や関係者に集まっていた議論を進めています。

地域医療構想を進めていくにあたり財政的な支援として、国と県が地域医療介護総合確保基金を原資として、地域医療構想に定めた方向性に導いていくための施策を講じています。将来のあるべき医療提供体制を実現するための5つ施策の柱として、1つ目は、病床の機能分化・連携、2つ目は、在宅医療・介護体制の充実、3つ目は、医療従事者等の育成・確保、4つ目は、介護施設整備、人材確保対策・資質向上、5つ目は、健康づくり推進を掲げています。特に5つ目は一番重要ではないかと思っており、医療機関にかからなければ、一番良いということで、食生活の改善などの取り組みも合わせて進めています。

同じ東濃圏域の再編統合、機能分化の事例として、土岐市にある土岐市立総合病院と瑞浪市にある東濃厚生病院が、令和7年度を目途に再編統合し、新しい病院として仮称ですが東濃中部病院を建設することが予定されています。この再編統合も地域の自主的な動きとして、県ではこうした動きをバックアップする役割を担っています。今後、少子高齢化、医療人材の減少が進む中で、東濃東部地域の医療体制が現状通りで良いのか、見直しが必要なのか、地域の実情を踏まえ検討していただきたいと思えます。

## 2) 岐阜県における医師の現状について（別紙：資料2）

※オブザーバー 岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課からご説明

岐阜県内の医療施設に従事している医者数の推移として、国で2年おきに調査を行っています。岐阜県では平成10年から令和2年まで毎年増加をしており、令和2年では4,442名の方が県内の医療施設に従事しています。また、人口10万人あたりに割り戻した時の数でも岐阜県では平成10年から令和2年まで毎年増加をしています。しかしながら、人口10万人当たりの全国での順位は、平成10年は44位、令和2年は37位と若干改善している状況です。次いで二次医療圏別の医療施設に従事している医者数についてもすべての圏域で増加をしています。

これまで医師偏在を測る指標として人口10万人対医師数が用いられてきましたが、令和元年度に国から若干調整する形で医療需要・人口構成、医師の性別・年齢などを加味した医師偏在指標という指標が提示されました。全国平均が239.8で岐阜県は206.6となり、下から3分の1を医師少数県とありますが、岐阜県は36位のため医師少数県となります。二次医療圏ごとの医師偏在指標では岐阜圏域は全国平均を上回っていますが、その他の圏域は下回っており、特に西濃圏域と飛騨圏域は下位3分の1ということで医師少数区域となっています。東濃圏域は少数でも多数でもない中位です。

県で医師確保計画を定めており、現行の計画は令和2年度から令和5年度の計画となります。計画では目標医師数を定めており、令和2年は4,442名だったものを令和5年には4,553名となるよう目指しています。この目標を達成するための施策として、地域枠卒業医師の確保、岐阜県医学生修学資金貸付制度による県内で勤務する医師の確保などがあります。

医師確保計画は令和5年度末が終期となり、令和5年度中に次の計画を立てるために国から医師偏在指標の暫定値が示されました。岐阜県の前回の医師偏在指標が206.6だったものが221.5となり増加しています。二次医療圏ごとにそれぞれ圏域で増加していますが、東濃圏域は全国の増加率より高くなっています。

暫定版医師偏在指標の全国順位では、岐阜県は35位で、前回36位より1つ順位を上げたものの、依然下位3分の1ということで医師少数県に該当しています。二次医療圏ごとの暫定版医師偏在指標の全国順位では東濃圏域は201で155位となり、岐阜県内では岐阜圏域に次いで2番目となっています。産科における暫定版医師偏在指標の全国順位では、東濃圏域は160位となり、上位でも中位でもない順位です。小児科における暫定版医師偏在指標の全国順位では、東濃圏域は181位となり、東濃圏域は岐阜圏域に次いで、岐阜県内では2番目となります。

県における主な医師確保対策として、地域枠卒業医師の確保では、医学部の入学定員は卒業後一定期間の地域医療等への従事を条件とする修学資金を設定することで暫定的に増員が認められているものです。岐阜県においても、平成20年度から岐阜大学と連携し、地域枠定員10名、平成27年度からは定員28名としています。この地域枠で入学された学生は医学部を卒業後、初期臨床研修2年間で県内の臨床研修病院で勤めていただき、その後、県内の医療機関等における7年間のうち4年間は岐阜圏域外で勤めていただくという制度となります。また、地域枠の中に、平成31年度入学生から地域医療コースを設定しています。こちらは、過疎地域等の出身者の方を対象に、出身市町村の医療機関での勤務を義務付けています。対象となる市町村として恵那市も入っており、県内の13市町村の出身の方が、本コースに進むことができます。こちらのコースでは、卒業後の初期臨床研修2年間で出身圏域の臨床研修病院で勤めていただくことと、その後の7年間のうち、4年間は出身市町村で2年以上と残りは出身圏域で勤めていただくものです。恵那市出身の学生も何名か地域枠や地域医療コースに進学いただいている状況です。

医学生修学資金貸付制度は、地域枠の学生や、その他に将来岐阜県で勤める意思のある学生に対する修学資金で、一定の要件を満たした場合は、修学資金の返済を免除するといったものです。第1種修学資金は地域枠や地域医療コースに入学された学生に入学金と授業料と毎月10万円を貸与します。また、地域医療コースの学生は、出身市町村からも10万円上乗せして貸与します。この貸付は先ほどの義務年限を勤務すると返済を免除するというものです。第2種は地域枠以外の学生や他の都道府県に所在する医学部の学生に対し

て、毎月 10 万円貸与します。以上が主な施策となりますが、県として、医師少数県、医師少数区域を脱するため、引き続き医師確保、偏在対策に取り組みます。

● 委員より主なご質問・ご意見

- ・ 具体的に恵那市の学生は何年生に何人ぐらいいるか。卒業後の行先はどのように決められるのでしょうか。
  - 現在、恵那市の出身の学生は地域枠が 2 名、地域医療コースが 4 名となり在学中の学生は 6 名です。地域枠の学生で卒業された方が 3 名いるので全部で 9 名です。
- ・ 現在、在学中の 6 名の学生は卒業後、恵那市内で勤めますか。
  - 出身市町村の医療機関に勤務することになるので、市立恵那病院、国保上矢作病院が対象となります。診療所も対象です。
- ・ (資料 1 の 4 ページ) 医師確保計画の目標医師数、目標達成に必要な増加数について、岐阜県、西濃圏域、飛騨圏域まで記載があり、岐阜圏域、中濃圏域、東濃圏域は西濃圏域・飛騨圏域と合わせて増加数 111 となるように取り組むということと記載がありますが、具体的な数値はありますか。
  - 現行の計画となります。当時計画を策定する時は、医師少数県、医師少数区域については目標を定めることになっており、このような記載となっています。
- ・ 岐阜圏域の医師数は全国平均より少し多いということですが少ない圏域に行ってもらうことは可能でしょうか。
  - 現在、医療機関に勤務している医師の方に、強制的に別の圏域の医療機関に勤務するよう命じることは難しいかと思います。地域枠や地域医療コースでは卒業後、岐阜圏域以外の医療機関に勤めるような制度を設けています。中長期的な対策にはなりますが行っていきます。
- ・ 東濃圏域の医師数は岐阜圏域に次いで多いですが、東濃中部と東濃東部は医師不足ではないですか。県立多治見病院に行かれる医師が多いのではないのでしょうか。
  - 圏域内で医師数が多い少ないという濃淡は当然あるかと思います。県の施策を実行する上で医療圏を設けていますので、医療圏ごとの医師数の説明をさせていただきました。また、部分的に医師が少ないこともあるので、医師少数スポットという形で医師確保計画に掲載しています。
- ・ 以前、木沢記念病院（現：中部国際医療センター）の理事長が若い医師が来てくれる病院を作ると言っていましたが現在、その通りになっています。東濃圏域では、東濃中部、東濃東部の医師は足りないのではないかと。県としてはどのように考え、施策を検討いただいていますか。
  - 地域医療コースでは恵那市の出身者が卒業後、一定期間、恵那市の医療機関で勤務するよう義務付けています。今年も夏休みに取り組みましたが、単に岐阜大学に入学するだけでなく、市町村、岐阜大学の先生、学生、出身地の医療機関の連携強化を図る場を設けております。人と人との繋がりは大切だと思いますので、このような取り組みを地道に積み重ねていき、地域医療コースとがしっかり根付くように進めていきます。
  - 地域枠制度が始まった当初は、医師少数区域に行くことが望ましいという文言でしたが、途中で義務化するようルールを変えてきました。制定より 10 年経過した時に、4 年間は岐阜圏域外の勤務を必ずする決まりとしました。岐阜大学医学部の定員は 110 名の内 28 名は地域枠の学生となります。他には、へき地医療対策といって医師が少ない地域に医師を派遣すると派遣した医療機関にインセンティブを与えるという制度があります。

- ・ 以前は、岐阜大学の派遣先はほとんど飛騨方面でしたよね。圏域全体に、配分していただけると良いです。
  - 地域医療コースでは東濃圏域出身の人は東濃圏域で初期臨床研修を行わなくてはならないという制度です。東濃圏域にある医療機関で初期臨床研修をスタートするのでそこで魅力的な勉強ができる環境が整ったりしていると、根付いていただけないのではないかと思います。現在、地域医療コースに入学した学生が5年生になったところです。もうしばらくすると恵那市の医療機関で勤務いただけると思います。また、岐阜大学は名古屋大学と連携法人を結んでいて、以前より連携は活発化しています。

### (3) 先進地事例の紹介（資料：8～17 ページ）

#### 1) 県北西部地域医療センター取り組みについて（別紙：資料3）

※県北西部地域医療センター/国保健康保険白鳥病院からご説明

医療を取り巻く変化とはいろいろあり、社会的背景として合併があります。合併前後より少子高齢化、人口減少が起こってきます。これからも人口減少自体は不可避だと思います。それが改善することはないので、その中でどうやってやるかということ議論しなくてはなりません。合併周辺地域にあるへき地の医療というのは、量的にも質的にも、全体で見れば縮小されてしまう方向に考えられがちということが起きます。また、少子高齢化、人口減少により、当然医療需要が減ります。そこにどれだけの人を配置するかということも考えなくてはなりません。さらに医療を支える側も減少するので、そこも考えなくてはなりません。

臨床研修制度について、今は医師のキャリア形成がかなり変わってきています。その中で、医療の高度化が進み、若い医師の興味は先進医療の方に向いてしまいます。医療が高度専門分化し、非コモディティ化することで、かつては大学病院や大病院でやっていた医療を地域に持ち込み、それを実践すること方法論だったのが、今はかなり難しくなっています。例えばロボットで手術をやるかということを経験する地域医療機関が実践できることはあり得ない状況です。

医師不足が起きると人口の多い地域と比べ優先性は低下し、へき地医療は量的にも質的にも縮小方向に働いてしまいます。国策として、地域医療構想と働き方改革と医師偏在対策が推進され、これらに関する対応も必要となってきます。医師確保について、一人診療所に赴任したい若手の医師がどれほどいるのでしょうか。一人診療所では誰に相談して良いか分からないし、今日診察した医療が本当に良かったかどうか振り返ることも大変です。大病院で研修していた時のように、放射線技師、検査技師、栄養士などはいません。また時間外診療や訪問診療している患者が急変したらどうするか、いつもいてもらわないと困ると言われても24時間365日いることは不可能です。勉強はどのように継続するか、自分で勉強できる YouTube もありますが、現実的に自分1人で本当に良いかということはない。また、1人で診療してきて、ある時、引き継ぎをされるとなると重なる時期がない

ので大勢の患者を次の医師に引き継ぐのはそれほど簡単にできるのかということがあります。あと、住民と行政との付き合い方です。「先生が〇〇にいた」など行動を観察されている話がありました。他、スーパーやコンビニがあるかないかなど、美濃北部だと雪の問題もあります。

小さな病院に少数の医師という環境にいわゆる臓器専門医が働きたいような領域となり得るかという点と難しいです。また、臓器専門医が医療・介護ニーズまで全部対応できるかという点も難しい。さらに定年延長による医師確保について、いつかはその医師はいなくなります。ベテランの医師の後釜を継いでくれる人がどれだけいるかという点も難しいと思います。

現在、医師の育成制度がいろいろと変更しています。今は初期研修医制度で2年間はいろいろな科を回って勉強するという点となっています。専門医制度としては、魅力的なキャリア形成を小さな病院でもイメージできるかということが大事だと思います。施策によって強制的に勤めてもらうだけではなくて、受け入れる側が来てくれる医師に対して自分の地域の魅力を伝え、自分のところで働いてくれるような環境をどう作るかということとしないとなかなか難しいと思います。

地域における医師確保として、右肩上がりの時代は医師を確保して、水平展開といって保健、福祉、介護関係の施設を一体化したりする地域包括医療・ケアをするところと医療の高度専門化という深いことをするところ、二軸のどこかにそれぞれの医療機関の立ち位置がありました。しかし、人口減少が起これば右肩下がりとなるのでスタッフは減り、マーケットは小さくなるので病院機能の再構築や政策への対応が必要となります。実はこのモデルはよく分かっていない。よく分かっていないからこそ、皆さんで考えて、どのようにやるのがこの地域にとって良いかということを考える時期に来ている、過ぎている状況になっています。

そのようなことから1つの手段としてネットワーク化というのがあります。診療所だけでネットワークを組もうとすると、それぞれの診療所に医師が1人しかいないので、少なくとも診療所よりプラス1は医師が必要ということになります。また、単に繋ぐだけでは、何をやるかということが明確じゃないので、必要な人材は集まらないし、組織の不安定性は解消されません。さらに自治体や医療圏に準じてだけを考えるとマーケットの拡大や人材の有効な労働に繋がりません。例えば中津川市と恵那市の境に住んでいる住民はどのような受療行動をしているかを考えると、恵那市だけなど自治体の枠だけで考えて良いかということです。

私はかつて合併前の和良村にあった国保和良病院で働いていました。和良村の人口が減り合併され、国保和良診療所となりましたが、医師不足のため、郡上市地域医療センターを立ち上げました。その後も人口が減り、診療所だけネットワーク化は厳しいので県北西部地域医療センターを立ち上げました。今は組織の安定化や法的な担保をするため、地域医療連携推進法人を立ち上げています。

合併前はそれぞれ旧町村に診療所がありました。合併してそのまま診療所を運営するには難しいことがありました。諸問題に対応するため、郡上市地域医療センターを立ち上げました。複数医師体制は望ましいけど、全ての診療所に複数医師を配置することは難しいので、複数の診療所をネットワーク化して複数の人で支えようという仕組みを作りました。郡上市内の診療所と国保和良病院が診療所となり、公的診療所を全てネットワーク化して、その中でお互いにサポートしながら運営するという仕組みにしました。主に総合診療医が活動し、単なる代診だけでなく、保健、医療、福祉活動にも積極的に関わろうという仕組みとしました。ところが、診療所だけ医師が足りません。次に、岐阜県の北西部地域である郡上市と高山市の荘川地区と白河村の地域医療を支える仕組みを作ろうということで、県北西部地域医療センターを立ち上げました。国保白鳥病院を基幹医療機関として診療所とネットワークを結び相互支援、機能的連携にて運営しています。相互支援、機能的連携というのが大事で、国保白鳥病院が診療所を支えているわけではなく、診療所の先生も国保白鳥病院を支えていただいているという相互支援体制でやるのが1つの肝です。

現在、一人診療所に1.5人ほど配置し、0.5人の動きをどうするかということを考えています。白鳥町にある国保白鳥病院、郡上市内のへき地と言われる、小那比、和良、小川、高鷲、石徹白の診療所、また、白川村の白川・平瀬、高山市の荘川の診療所を網羅しています。概ね国保白鳥病院から高速道路での移動も含め1時間くらいの範囲内のところを全部診ています。

地域医療連携推進法人というのは連携について法的に担保しようという仕組みです。現在、全国で34法人があり、自治体が運営する国保直診施設を含む法人が9つ、国保直診施設のみ法人は2つとなり、県北西部地域医療ネットと島根県の雲南病院がやっている雲南市・奥出雲地域医療ネットワークとなります。県北西部地域医療ネットは、診療所群と小病院で組んでいるおり、その法人によって、郡上市内あるいは中濃圏域、飛騨圏域の医療機関と役割分担をしていく形となっています。令和元年に一般社団法人化しまして、令和2年4月1日に県からの認可をいただきました。元々は二市一村で連携協定を結んでいましたが、法的な担保がないので、今回のように法人化した方が、法で縛られるということになります。また、人事交流といっても医療の専門職を派遣するには法的な制約があります。一昔前までは医者がへき地に派遣されることは許されるが、それ以外は許されませんでした。新型コロナ感染症を経て、薬剤師、看護師、臨床検査技師、放射線技師についてはへき地へ派遣しても良いことになりました。実際の人事交流は国保白鳥病院から診療所へは年間760回、診療所から国保白鳥病院へは年間142回、診療所から診療所の行き来があります。それ以外に、管理栄養士が急に辞めた診療所に応援に行ったり、看護師が産休に入った診療所をサポートしたり、理学療法士が1人という診療所もあり、休む時のカバーなどお互いにサポートできるような仕組みにしています。



継続的な人材育成・教育として、小学生の「わくわく病院体験ツアー」に始まって、中学生、高校生の進学セミナー、高校生では県と協力し合い「岐阜県へき地医療研修会」を開催しています。これは県内の高校生で医学部に進みたい学生に向け、へき地を体験してもらう研修会です。今までに恵那市の学生も何人か参加していただいています。また、最近「郡上北高 地域とともに発展（KCD）プロジェクト」を始めました。普通科の教育の中で少し職業訓練をしながら普通科の単位を取っていけるという仕組みです。国保白鳥病院に1年間、週1回来てもらうことで介護職員初任者研修の資格取得ができる仕組みです。毎年、数人ずつ資格を取得しています。どこでも人材不足なので、育成をどうするかをしっかりと考えなくてはいけないと思います。介護以外に看護学生とか医学生に向けたいくつかのプログラムを持つことで若い医者が集まってきています。

広域ネットワークが一法かというところ、人口が減少するとマーケットが小さくなります。病院を運営していく上で、こういったことは考えなくてはなりません。ネットワーク化することでエリアが拡大する分、維持や拡大する可能性があるかもしれないことと、それぞれの診療所等で雇用していた人を分散して配置することで人件費が少し抑制できることが考えられると思います。少子高齢化で人材確保が困難ですが、ネットワーク化のスケールメリットはこれまでと同様、診療所に1人しかいなくても、休んだ時にカバーできる仕組みと、働きやすい環境整備をすることが大事です。

医者や医療従事者を地域で育て、地域を支えるというような概念を持つこと。私に医者を育てることなんかできないと思われるかもしれませんが、大学病院で学んでいる学生が、地域に来て生活を見させていただくだけでも、いろいろな学びがあります。どこかにお任せして医者と呼んでくるみたいなことではなく、自らが自分たちの地域の良さを伝え、医師や医療従事者を確保するという発想をお持ちいただきたいと思っています。

ネットワーク化は簡単かと言われてもそう簡単ではありません。それぞれの地域には、文化、文脈があり、相互理解が必要です。また、理念がないとただくっつくだけで上手くいきませんので、その話し合いは必要だと思います。持つべき役割を確認し、それに準じた組織を構築していく必要があります。ネットワーク化すれば何でもできるのではないかと、そんなことはあり得ません。旗振り役がいることと、文化、文脈の違いから対立構造が起きることあります。そのような時、第三者がどうやって入って物事を進めていくか考える必要があります。

スライドにはありませんが、この秋にオンライン診療の実証実験を開始しました。「Doctor to Patient with Nurse」といい、医者と相手側には患者と看護師がいて、テレビ会議システムをオンラインで繋ぎます。八幡町の一番南の小那比と、白鳥町の阿多岐地区で始めたところです。他に訪問診療でのオンライン診療について、実施予定です。いろいろ課題を抽出していますが、何かを辞めてオンライン診療に変えていくには、最初は少し受入れ難いので何かに上乗せしていくような形が良いのではと思います。

す。医療DXと聞いても、いろいろ課題がありますのでよく考えてやられることがいいのではないかと思います。

● 委員より主なご意見

- ・ 国保白鳥病院は、高山日赤病院や下呂方面の医療機関との連携はどうなっていますか。  
→ 地域医療連携推進法人を作るには、地域医療構想等調整会議で報告が必要なので、中濃圏域や飛騨圏域の調整会議にも出席して理解を求めました、高山日赤病院や久美愛厚生病院に行かれる方もいるので、その場合は紹介しています。反対に在宅で暮らしたいが、もう一歩何かしなくてはいけない場合は国保白鳥病院で受け入れたりしています。
- ・ お話された地域は高齢の方がかなり多いと思います。高齢者夫婦のみで子供がいなくて運転免許を持ってない人がいるかと思いますが、そのような方が通う診療所が近くにない場合、何か輸送手段などは考えられているでしょうか。  
→ 現状はありません。私どもは診療所を一箇所も潰しておらず、診療所として生き残っています。そこで働く人たちが働きやすい環境を整えるのがネットワーク化の意味であり、診療所を無くすことにより患者を移動させるということではありません。ただし、より医療が必要になったり、一時的に家での生活が困難になったりした時は、病院で受け入れます。その時の移動手段は、今はありませんが将来的にはオンライン診療などを1つの手立てにしようかと思っています。その場合は、医者と患者だけだと、患者の状況を把握する力が少し問題になるかもしれないので、医者と向こう側は患者と看護師がいるという形にして、その看護師は将来的にはある程度学んだ看護師を付けたいと思っています。現在は課題を抽出中で、高齢者の方々の移動手段などいくつかありますので、そこをカバーリングする手立てを少しずつ取り組み始めているというようになります。

2) 長野県伊那市医療DXの取り組みについて(オンライン診療、移動診療車等)

※映像投影

映像は以上となります。実際、7月に事務局で視察に行き、話をいろいろ伺ってきました。市の方で車両を用意され、医師会の先生方と協力して、10医療機関の方がこの車両を利用して、オンラインの診療に当たっているということです。

(4) 今後の恵那市の地域医療の在り方について (資料：18～20 ページ)

第1回恵那市地域医療ビジョン策定委員会で提出した資料の再掲となります。大きく5つに分類し、現状と課題を整理しています。

これからの現状と課題を整理して表でまとめたものになります。恵那市が目指す地域医療提供ビジョンは、将来にわたり必要な医療サービスを安定的かつ継続的に提供することです。表の見方は一番左側の項目が恵那市の抱える医療資源の課題を区分したものです。その右側が項目の内容となっています。そのまた右側が解決のための手段、一番右側が行

政の介入として、上から順に行政の介入が可能と考える事項を記載しています。下に行くほど困難な事項を記載しています。例えば、恵那市が抱える医療資源の課題から説明させていただきますと公立医療機関の施設の老朽化では、建物設備の寿命や快適さの低下が挙げられます。飛びまして経営状況では、医療整備の更新が必要なことや、運営には市の負担が必要なことがあります。一番最下段の人口減少に伴う患者の減少と高齢化では、人口減少やそれに伴う患者の減少、また患者さん、家族の高齢化が挙げられます。次にそれぞれの課題について解決のための手段を記載しています。建物設備の寿命や快適さの低下については新たに建て替えることや、現施設の大規模改修が考えられます。働き手が不足していることや、働き手が高齢化していることについては、医療機関での人材交流や医療資源の集約、医療DXによる業務の効率化が考えられます。人口減少やそれに伴う患者さんの減少、また患者や家族の高齢化については、人口減少や高齢化を止めることは困難です。その状況に応じた医療資源の集約や地域に必要な医療の確保が考えられます。以上が整理したもので、あくまで参考としていただきたいと思います。本日は委員の皆様よりご意見を賜りたいと存じますので、よろしくお願いいたします。

● 委員より主なご意見

- ・ 恵那市においては、市立恵那病院が中心となり、恵那市から予算を潤沢に投入していただき、そこで働く先生たちが気持ちよく働けるようなキャパシティを作っただけだと良い。国保上矢作病院や国保診療所のほとんどを閉鎖し、そこには市立恵那病院から、若い先生と優秀な先生2人の当番制で診療所を運営する。そうすれば経費などが節約できるのではないかと思います。
- ・ ネットワーク化の話は非常に興味深く聞きました。どのようにできるのかというのはいろいろと考えないといけない部分が多いとは思いますが、施設を新しくすることばかりではないと思っています。また、最低限必要な施設が1つで連携することや診療所をそのまま残し、何かをする手立てがあればと思います。あと、現在薬局は会社組織が多く、チェーン薬局が増え個人のところが減っていくような流れになっている中、薬剤師も会社の中で配置されるためころころと変わったりと地域のことにあまり一生懸命でない人がいたりする状況です。薬局は商売になることはできると考えています。
- ・ センター化をして、人材を共有化する、効率よく運営するというのは、人口減少過疎地域、へき地というところの今後の生きる道というか方策です。そこに有効的な投資というか、どのように金をつぎ込んでいくか、恵那市が考えることではありますけども、いろんな方面からご意見を聞いて、どういう事例があるのか、どのようにしたら効率的で良いものができるのかどうか、ただ単に建物を建てれば良いというものではないと考えています。地域医療振興協会は、市立恵那病院と国保山岡診療所と老人保健施設ひまわりを指定管理者として運営させていただいています。先日、指定管理として5年の契約更新が済み、5年後はどうなるんだろうか、運営する上でタグを組まないといけないんじゃないとか、老人保健施設単体で運営し

ていけるのだろうか、診療所の併設が必要ではないかなど考えています。今、この3施設では人材の共有化として看護師、リハビリ、栄養士の派遣をしていますが、今後、さらにどのように進めていくのかも考えることです。また、若手の医療を担うべき人材がいないので、魅力ある施設づくり、団体づくりをしていくことも必要です。恵那市と協力して魅力ある恵那市を作らない限りは人も来ないというような話ですので、この委員会だけで済むわけではなく、恵那市の今後の施策というか方針というかその辺も考えながらの話になるんだろうと思います。現時点では3つの医療機関、介護施設をどのようにして回していくか、今実践している方法をどのように進めていくか、医療人材をどのように確保していくかと考えています。介護福祉士の育成もしているのでさらに進めていきます。

- ・ 地域医療振興協会が岐阜県の揖斐郡で、5から6つの診療所をまとめて運営しています。厚生連の揖斐厚生病院と西美濃厚生病院が統合して、新しく西濃厚生病院ができました。揖斐厚生病院の建物が残るので協会が進出しそこを診療所化します。揖斐郡の北西部は人口減少で患者が少なくなっていますが、揖斐厚生病院の建物を利用して新たな医療、介護を展開しようとなっています。そこで実践しようとしているのはNP (Nurse Practitioner) とかNDC (nursing designated care) といふ特殊な訓練など教育を受けた看護師ですが、こういう方を有効活用して地域医療の在り方を模索していこうではないかと、そういう動きもあります。市立恵那病院でも2名いるのでどのように活用していくか考えています。

- ・ 国保上矢作病院は回復期から慢性期の機能を担う病院になると思います。大きな病院で手術や治療をした患者はすぐに退院となります。実際には退院後、家で生活ができないですが、病院はタッチしません。そのため当院のような病院が中間に入ってきます。また、年取ればいろいろな病気になりますが、もうこれ以上どうにもできない状態になると大きな病院は、必ず家の近くにある病院に移るよう言われます。近くの病院がなければ自分の家で看ろということになります。家族いないとか、高齢者世帯で生活している人は行き場がない状況になります。そのため最期を看取るのは、当院のような慢性期の病院になります。当院が無くても何とかありますということであれば、いつ閉鎖してもいいし、まだまだそういった場所がないと困るということであれば継続していかないといけないと思います。

- ・ 岩村診療所でどのような仕事をしているか申し上げます。ご自宅で慢性期の病気の薬を飲んで状態が安定している患者の対応が3分の1、そういう方の状態が急激に悪化した時の対応や他の医療機関にかかっている、急に状態が悪くなり、他の医療機関が遠いので来た方の対応など状態が悪いので救急対応になりますが、いわゆる救急外来的な仕事が3分の1、残り3分の1は介護保険の対応なり福祉的な仕事となります。先ほど伊那市のモデルが紹介されていましたが、遠隔で診療するのは状態の安定した方が対応になると思います。当院は状態の悪い方、救急対応しなくてはいけない方というのはかなりの数があります。入院させなければいけない時は、的確な診断をつけて、対応できる病院を紹介します。のんびりやるわけにはいかず、スピードと的確な診断をしなければならず間違った診断で病院に送りますと、専門の先生からお叱りを受けます。実際には大学病院に送るか、県立病院に送るのか、あるいは中津川市民病院、東濃厚生病院なのか、市立恵那病院、国保上矢作病院にお願いするのか、そういうすべてを判断する必要があり、この仕事が非常に負担です。緻密な仕事でミスは許さず、それを1人でやっているのも非常にストレスフルです。医師は1.5人欲しいとは思いますが、現実的には無理で、時々大学から時間パートで来ていただいて埋めている現状です。地域の医師でネットワーク化する利点もありますが、現在、当院にパートで来ていただいている先生は、出身大学の愛

知医科大学や岐阜大学の小児科から来ていただいています。恵那市内だけのネットワークで完結してしまうと大学との関係が切れてしまうので、大学との関係をどこまで維持していくか、そこも考慮した方が良くと思います。

- ・ 少子高齢化と人口減少に歯止めがかからないという前提であれば、いろんな先進事例を参考にしながら、何か手を打っていかないと思います。そういった意味で、ネットワーク化の話は非常に興味深く伺いました。また診療所を1つも潰さずにやられているという点も大きいかなと思います。岩村町の住民は岩村診療所だけにかかっているわけではないですが、地域の高齢者の方が多いかなと思います。大きな病院に突然行くというわけにはいかないので、地域密着の医療施設がどうしても必要かなと思いますので、その辺も含めた解決策について考えていかなければいけないかなと思います。
  - ・ 私は恵那市でも一番西の方、瑞浪市、土岐市、多治見市あたりにいます。そのことを踏まえると、中津川市を含めた広域で大きな病院間のネットワークみたいなもの、例えばごみの焼却場なんかは広域連合で運営しているので、近隣へ拡げてネットワーク化をしてもらうのが非常に有用なのではと思います。また、この委員会で話し合われた内容を地域の住民にどう解ってもらうか、議員が地域の住民の総意を市の方へ届ける役割はあるかと思いますが、私たちにも少しなりに補完するため委員になっているのかなと思います。病院の在り方や交通問題など他の問題にも波及していくと思うので、地域住民にどうやって解っていただくか、こうしたことを広報というのか、やっていかなければいけないと思いました。
  - ・ 地域は『絶対、国保上矢作病院を存続』となります。国保上矢作病院と地域住民の想いがあります。平成23年の「恵那市公立病院等の在り方検討委員会」において、市立恵那病院を中核病院とし整備する、国保上矢作病院はへき地の拠点病院として移転再整備を行うと決まっています。同じ時期に、上矢作10地区それぞれで病院への想いや願いを検討して、いろいろ話し合いをしていただきました。その結果、市町村合併時の協議会の確認事項があり、そこで国保上矢作病院は現存通り存続していくというようになっています。『国保上矢作病院は命の砦』だからとにかく残して欲しいという声が本当に多かったです。この時の地域住民の想いは今も全く変わっていないと思います。なぜ、国保上矢作病院が住民の皆さんに信頼されて、本当に命の砦だとまで言っていたかというのを自分なりに考えました。とにかく自分の健康は自分で守るということいろいろなイベントをやりました。また、保健福祉総合施設を作って、保健と福祉と訪問看護を始め、365日24時間いつでも診てもらえる状況がありました。開設当時から今でも夕方5時から6時半まで夜間診療があり、子供が学校から帰ってきて熱発したり、慢性疾患を持つ患者が仕事終わりに診療を受ける体制があります。さらに病院開所当初から定期往診を寝たきりの人に提供していました。リハビリのため浴槽を自宅に持って行ったので入浴サービスもしていました。
- 明智町にある老人保健施設ひまわりは、恵南の医師会の先生方が、当時の町村長会にお願いして開設した経緯があります。地域包括ケアを実践するには地域に絶対必要だということで誕生しています。また、1人の医師では大変だろうと恵南の医師会の先生方への応援にも行っていました。恵南だけでなく、恵那市と東濃東部、中津川市の医療機関は繋がっていました。（中津川市民病院と国保坂下病院と国保上矢作病院です。）球技大会やレクリエーション、医事課の職員の研修会などを一緒に実施していました。また、恵南消防署には上矢作分署がありますが、消防署ともレクリエーションをし、職員との交流をしていました。そのため協力関係が上手くで



きていたと思っています。このように今は地域包括医療ケアと言われているものを、長年続けてきて、住民は普通に日常生活の中で見て聞いて実感して、今では当たり前の日常だと思っています。国保上矢作病院が無くなったら、住民の命の糧が無くなるということです。

今、医師不足で大変な状況があると思います。本委員会の委員長の牛越先生がいるし、市立恵那病院に愛知医大の若槻教授も来ていると聞いています。できることをやっていただき医師確保にまずは努めていただきたいと思います。

過疎地域に国保上矢作病院は必要だと思います。急性期の病院を退院して市立恵那病院で全部診れるかという点も難しいと思います。また、救急の関心が高いです。上矢作分署と国保上矢作病院の存続をぜひお願いしていききたいと思います。前向きに検討していただきたいと思います。

- 福祉と医療というのは当然のことながら密接に関係しています。最終的に病院がなければ福祉施設ということになるかと思っています。人材不足は福祉も同じです。最近特にヘルパーが高齢化し人材不足です。辞めても次の人がいないという状況にあり、福祉分野では危機的な状況にあります。社会福祉協議会はいくつかデイサービスを運営していますが、民間のデイサービスも結構あります。高齢者数が減ってくる中で少ないパイを奪い合う状況がこれから起こります。恵那市には社会福祉協議会と同じような社会福祉法人がいくつかあるので連携してこれから福祉の分野の事業を進めていきたいと思っています。その際は、医師の診断などが基本になりますので地域に医者や診療所などは必要と思います。過疎化で、お年寄りばかりなので福祉センターがいないかという点もそうではなく、同じような共通の悩みを持っていると思います。

- 長く主任児童委員を担っていたので、地域の若いお母さんたちの悩みや困ったことをよく耳にしたりします。お母さんたちはネットワークがあり、公園が欲しい、子供を遊ばせながら親が語るところが無いなど話が出てきます。本委員会の中でも、住みやすい街、子育てしやすい街は若いお母さんたちが集まって、ネットワークでやり取りしていることもあるので、そのような街ができると良いと思います。岩村診療所は住民の命を支えてもらっています。また、月2回ほど社会福祉協議会が開催している「遊びの広場」があったり、恵那市やNPOなどから子育てを応援したいという声も結構あります。「遊びの広場」はいつでも遊びにおいでというような開いている場で、そのように若い人たちも住みやすいことが大事だと思います。最近、高齢の方から耳にした話で、一命を取り留めたが透析をやることになり、先が見えないし、透析をしている間がすごい辛いと話されていました。透析をしている時間に好きなCDを聴くとか映画を観るとか、そういうことはできないのかなと話も聞いていました。

- 地域医療構想の資料から、高齢化が更に進み、県の人口は今後20年で20%減少する。働き盛りの15-64歳は30%近くの減少が予測される。

医師不足のみならず、看護師、理学療法士、その他医療を支える人材すべてが不足する。現に公立医療機関の職員の平均年齢は50歳越えたとのこと。民間医療機関の職員の高齢化傾向もほぼ同じ。

はじめにベッド数ありきで議論するのではなく、就労可能な人数で何が可能か？その中でベッド数を維持できるとしたらどこまでが可能か？余ったベッドは介護に回せるか考える。病院に介護施設が併設されれば、人員のフレキシブルな移動が可能となり効率が良くなる。

伊那市のオンライン診療、移動診療車について。医師が病院にいて、訪問看護の看

看護師が患者宅を訪問し、機器の取り扱いや、診療の補助を行う試みは興味深い。保険請求上、オンライン診療と訪問看護の両方の請求が可能かどうかでコストが大きく変わる。移動診療車に看護師が乗って、患者宅前迄行き、車内の医療機器で計測を行うのも良いと思う。しかし1人の診察に一体どれだけの時間がかかるか考えると、非効率な気もする。心電計もバックに入る物が既にあり、データをメールで送信可能なので、看護師が患者宅に入って診療補助した方が早くないか？

県北西部地域医療センターのように、公立医療機関同士が連携して支え合う方式なら、現在医師1人でかなり無理して診療している医療機関も少し負担が減るかもしれない。ただ、問題点として、各医療機関は医師の派遣に関して医局、または地域医療振興協会等との了承が必要となると思われる。

これを解決できるとすれば、法人化して医療を行う地域医療連携推進法人であろう。

最後に一言 当地域では介護保険審査会は、中津川恵那広域連合で行っている。この仕組みを医療でも取り入れて、地域医療連携推進法人を中津川市と設立できれば、昨今の坂下病院をめぐる議論も広域連合で考えれば、めざすべき方向性ははっきりすると考える。

- ・ 移動手段など困難な地域もあります。  
今後は在宅医療の充実、また、インターネットを利用できる方にはネット問診などネットワークを活用した医療推進を望みます。

#### ● オブザーバーよりご意見

- ・ いろいろ出てきた意見の中でコメントさせていただきます。必ずしも国保白鳥病院だけに患者を集中させているわけではありません。郡上市には郡上市民病院や民間病院が2つあります。ネットワーク化は恵那市のそれぞれの医療機関がどのような役割を持つか、その中で何をするのかを議論していくことが大事だと思います。ネットワーク化の話をする、集めればいいのではないかという議論だけになるとそれは間違っているのではないかと思います。

また、県北西部地域医療センターも非常勤医師が大学から来ていただいています。大学からの派遣についてどのように受け入れていくか、どのように運営していくかという議論かと思っています。集中化だけでなく、今あるものを上手く使いながら、どこがどのような役割を担うかを、住民の方々にも理解いただく。また移動を含めて考えていくことは重要だと思います。人口減少や少子高齢化は今まで誰も経験していないことに直面しているので、今までの延長だけでは考えられなくなってきていると思います。今は作った仕組みがいいとか悪いとか、判断できるものではなくて後からその評価は語られることではないかと思っています。モデルがない以上は、皆さんで知恵を出し合ってやれることをやっていかざるを得ない。先行している事例に引っ張られると思いますが、恵那モデルをしっかり作っていただくことが大事なのではないかと感じました。

- ・ この場合は地域医療の在り方を検討するといいつつ、実は恵那市のまちづくりという広い範疇で医療の部分にクローズアップして議論していると思っています。地域でどのように受け止めていくのかというのが非常に重要なんだろうと思いました。先ほど、広報という話がありました。岐阜県としては、できる限り将来に向けてどのように議論しなくてはいけないという観点を持ちつつも、皆様方にこういう形でお話をする機会がありませんでしたので、広報の仕方を考えていけないといけないと感じました。地域に戻られた際は、岐阜県のHPの地域医療構想のページでも

YouTube が見れますので、参考に見ていただければと思います。少子高齢化は避けられないということで広域化というのも1つの解にも成り得るだろうし、地域の皆さんで恵那モデル、恵那の地域にあった、恵那にしかできない形を十分に議論していただくことが重要ではないかと感じたところです。

- ・ 県では二次医療圏単位や県全体を中心に見てしまっていますが、その中にも濃淡があり、そうしたことも踏まえながら医師確保を考えていきたいと思います。
- ・ 本日のように地元の方々が主役となって、専門家の医療の先生方、行政と三者でより良い姿を目指すというのはとてもいい姿だと思いました。

以上