

令和6年度第1回北信地域医療構想調整会議 議事録要旨

1 日 時

令和6年9月19日(木) 午後6時30分から午後8時30分まで

2 会 場

長野県飯山庁舎3階大会議室

3 出席者

【構成員】

三澤 一道 (調整会議座長・中高医師会長)
鳥羽 茂幸 (飯水医師会長)
古田 義博 (前中高歯科医師会長)
岡田 穰 (飯水薬剤師会長)
荒井 裕国 (北信総合病院統括院長)
岩澤 幹直 (飯山赤十字病院長)
高橋 智子 (佐藤病院長)
田邊 剛一 (全国健康保険協会長野支部企画総務グループ長)
丸山 孝治 (木島平村民生児童委員)
河野 三枝 (野沢温泉村民生児童委員)
湯本 隆英 (中野市長)
江沢 岸生 (飯山市長)
鈴木 章彦 (元北信医療圏地域医療構想調整会議会長)

【事務局】

山田 裕美 (北信保健福祉事務所長)
原 克彦 (〃 副所長)
富井 正代 (〃 総務課課長補佐兼総務係長)
北原 将貴 (〃 総務課主事)
久保田敏広 (医療政策課長)
浅川 喬也 (医療政策課 主査)
井口 雅都 (医療政策課 主事)

4 議事録(要旨)

【三澤座長】

中高医師会の三澤です。

それでは次第に沿って進行させていただきます。

会議事項(1)「地域医療構想の推進について」、初めに県からの説明をお願いいたします。

【久保田医療政策課長】

医療政策課長の久保田でございます、本日はお忙しい中ありがとうございます。

日頃より本県の医療政策の推進に、関係者の皆様に大変ご尽力いただいております。この場をお借りいたしまして御礼申し上げます。

私ども県内の10圏域において、こうした地域医療構想調整会議開催をさせていただきまして、私もこの会議、昨年度から参加させていただいております。

非常に皆様方から熱心にご議論をいただいております、県としてもこうして皆さんのご意見、それから課題に対する認識をしっかりと共有させていただきまして、施策に生かしてまいりたいと、このように考えております。

それでは、私どもから説明をさせていただきます。

【医療政策課】

(資料1について説明)

【三澤座長】

ご説明ありがとうございました。

こちらの議題につきましては、資料1ページに記載のとおり、人口構造の変化等を踏まえた高齢者救急への圏域における対応状況、及び資料11、12ページに記載の通り、今年度の報酬改定で新設された地域包括医療病棟の状況についての二つの論点があるかと思えます。

それぞれの論点につきまして、北信総合病院および飯山赤十字病院からの現状の説明をいただき、それぞれ質疑応答をお願いしたいと思います。

まずは、高齢者救急への対応状況について、北信総合病院お願いいたします。

【荒井委員】

北信総合病院の荒井と申します、資料2をご覧ください。

3ページ目から私どもの救急搬送の現状を記載しております。

2023年度のデータですけれども、昨年、救急搬送総計が3,384件ございました。

そのうち、65歳以上を一応高齢者と定義付けいたしましたけれども、2,205件、すなわち、全体の65%、救急患者さんの全体の65%が既に高齢者と位置づけられております。

どこから来たかということですが、北信地区がほぼ90%です。

須高からの患者さんが3.4%、その他7%、県外とかそういう方もいらっしゃるの、こういう形になるかと思えます。

4ページ目をご覧ください。

そういった患者さんがその日どういう転帰をとるかということ、高齢者、緊急搬送された方の約6割が入院となります。38%の人が帰宅で、3%の方が死亡だったということになります。疾患の内訳としては84%が急病ということですが、

次に5ページ目をご覧ください。

どのような科が高いかということですが、消化器、循環器から呼吸器、脳外科、実は脳外科と脳神経内科を足すと一番多くなります、脳関係です。

それから整形外科、それから腎臓内科、こういった消化器系、循環器科、呼吸器そして脳疾患、整形外科はやっぱり骨折ということになるわけですが、腎不全のような患者さん、こういった高齢者特有の病気の方が多く入院されることになるということが見てとれるかと思えます。またおめぐりください。

6ページですけれども、考え方をちょっと戻しまして、この6ページの左側のところにございますけれども、救急搬送から入院した患者さんのうち、高齢者がどのぐらいあるかという見方を変えてみますと、実は8割の方、高齢者ということになります。

その患者さんが先ほど当日の転帰でしたけれども、その後入院していたらどうなるかということですが、右側のグラフの上です。6割から7割が在宅復帰になっておりますが、転院が13%、お亡くなりになる方が15%。その転院先どこかということですが、飯山赤十字さんと佐藤病院合わせた北信地域が41.3%、そして新生病院・轟病院といった須高地区にある病院が37.1%となっております。

最後のスライド7ページ目をご覧ください。

今度はどうですか、今回、入院患者全般による動向はどうかと、先ほどお示したのは、救急搬送された患者さんですが、私どもの病院がどういう患者さんを入院対象としているかということですが、全体の入院患者さんの7割弱が高齢者の方になります。

そして、入院患者全般で7割の高齢者の方の在宅復帰率を見ると、大体8割から9割は在宅復帰することができています。

転院は約6%あるのですが、驚いたことにですね、この転院の患者さんの転院先が、北信地区よりも須高地域の方が多い。北信が35%であって須高が44%ということなのですね。

ですから、救急搬送で最初のスライドで須高からいらっしゃる患者さんが3.4%に過ぎないにもかかわらず、下り搬送としての転院先においては、むしろ2次医療圏を越えた隣の、我々にとっては距離的には結局近くなるわけですが、須坂ですとか、小布施で

すとか、そういったところにある施設が多く、患者さんを引き取っていただいているということですから、このあたりが、レセプトデータで見ていったときに限界が出てくるのではないかなと思うのです。

レセプトデータだけ見てみますと、要するに2次医療圏に流入がどうだ、流出がどうだって、こういうことになるわけです。実際救急で、この圏域で、救急で取っていた患者さんを、下り搬送として今度は隣の圏域の近いところに送っているということなのです。先ほどマスタデータでこの圏域の今後の分析をされるというお話を伺いましたが、そのところはちょっと欠けてくるのが、ここの外の圏域に向かって下り搬送されてくる患者さんの部分の分析がうまい形で組み込まれると、より地域の問題が浮き彫りになってくるのではないかなということが見て取れると思います。

まとめますと、とにかく私どもの病院、高齢者の救急搬送がどうだというよりも、もう扱っている患者さんそのものが、高齢者主体になっていると、そのことを皆さんおわかりいただければと思います。

【三澤座長】

ありがとうございました。

では、次に飯山赤十字病院岩澤院長よろしくお祈いします。

【岩澤委員】

よろしくお祈いします、資料3 飯山赤十字病院の資料です。

おめくりいただいて、高齢者救急患者増加の状態につきまして、令和元年の救急患者約9,000でしたが、令和5年は6,300人に減少しています。救急患者全体が減っておりますが、その中で高齢者の患者は増加状態です。

令和5年度の入院患者の状態ですが、円グラフにありますように、新入院患者の88%が高齢者65歳以上です。北信病院は65%でした。さらに新入院患者の75%が後期高齢者。75歳以上の方が75%です。それぐらい超高齢化、高齢化が進んでいます。治療内容については、皆さん入院前から介護を受けていますので、まず急性期病棟に入らせていただいて疾患治療をします。これは約1週間10日ですね。症状が軽くなって、あるいは治った後に包括ケア病棟又は回復期リハビリ病棟に入ります。それが2週間から3週間リハビリし、社会復帰されます。

平均的な肺炎の患者さんの場合は急性期病棟で7-10日肺炎の治療をしまして、自宅へ帰るためにさらに2週から3週必要です。つまり、飯山赤十字病院に肺炎で入院しますと、1ヶ月入院して帰っていただく。

厚労省が示すように、高齢者の救急医療はいわゆる救急医療だけではなくて、救急医療+回復医療・リハビリを十分にやる必要があります。当院ではそういう治療を今行っております。

厚労省データでは、2025年に急性期病床が51万床、包括ケア・回復期病棟は21万床しかないのです。

国内病床のプロポーシオンが高齢者治療には向いていないので、厚労省は急性病床を病床転換して、回復期・包括ケアのリハビリをする病棟を増やそうとしています。今現在、21万床を何とか40万床にしようと転換を図っていると、それが次のページです。

令和6年診療報酬改定があり、急性期病床の基準が厳しくなりました。平均在院日数を短くする事と医療必要度、つまり手のかかる患者さんをたくさん診療する、手術患者を増やす、救急患者をたくさん診ないといけないというふうな急性期病棟の基準を引き上げました。

それによって、急性期病棟から回復期病棟に自然に病院のプロポーシオンが変わっていくことをはかってあります。

新基準が6月から適用され、当院では2種類ある基準割合の20%、27%に対しこの3ヶ月平均で20.45%、34.7%で達成することができました。

一つめくっていただきまして、急性期病棟の基準が厳格にされた後も、飯山赤十字院は基準を達成していますので、当面、病棟体制に変更はありません。

これは当院が平成26年から30年の間にすでに病床再編成を行ったためです。

許可病床 288 床ですが、現在コロナの影響で休床している病床もあり、現在は急性期病床 64 床、回復期病床 120 床、療養型 44 床という形で国が進める政策に合致した病棟体制になっております。

当院は、急性期で入院し自宅に帰るまでのリハビリが適切に行われるいわゆる地域にとって面倒見のいい病院、そういうふうな体制を整え地域の皆様を支えるようになっていきます。

次のページは、国としては新しい病棟制度として地域包括医療病棟、これは最初から治療もリハビリも兼ねるといふ制度が新設されています。今当院では、地域包括ケア病棟、回復ケア病棟という従来からの回復期病棟で診療しておりまして、新しい包括医療病棟にするかどうかはいろいろハードルが高いものですから、今後検討課題になっています。

退院転帰につきましては、73%の方は自宅に復帰できますが、11%の方は死亡退院されます。残り 15、6%の方が転院あるいは施設に入院することになっております。

退院調整が一番困ります。例えば 90 歳の方が独居で暮らしていらっしゃるって症状が軽くなって家に帰る事例では、週に 1 回か 2 回の訪問看護で支えられるか？施設が空いてないか？そういった退院調整に課題を残している。

医療だけでなく、介護の受け皿に岳北地域にはまだ課題が残っているということを感じるといふ状態あります。以上です。

【三澤座長】

ありがとうございました。

高齢者救急への対応状況について、事務局からの説明及び各医療機関の現況について皆様から質問やご意見がございませうか。

いかがでしょうか？

住民の安心住民のニーズの観点からは中野市長さん、飯山市長さんからもご意見を伺いたいと思っております。中野市長さんお願いします。

【湯本委員】

はい、今のですね、北信総合病院の院長先生と飯山日赤の院長さんのお話を聞いたのですが、赤十字病院さんでのお話は全国的な理想的な形を今行ってるってことでしたね。

おそらく今、全国の高齢化率というのは 29.3%と言われていまして、中野市がですね、おそらく高齢化率が 34%近く。全国のですね 29.3%のときはいつかということ、おそらく今からも 10 年ぐらい前にですね、全国と同じ高齢化率の平均的なものだったわけです。

ということは、何が今現実に起こっているかということです。

いわゆる、より指先ですね、心臓から離れた地方自治体の規模の小さいところから、まず、高齢化率が高くなって、それが順次心臓に近づいてくるということになります。

ですから、今後起こる問題というのは、やはり全国的に高齢化率が高まれば高まるほど、やはり先ほど飯山赤十字の院長さんがおっしゃったような、そういう形で移行していくのではないかとこのように考えられるのではないかと思います。

よって、北信総合病院さんのあり方も、まだ中野・山ノ内で大体人口が 5 万 2,000 人近くいますので 2050 年、あと 26 年経つと 3 万 5,000 人ぐらいに減っていきます。

ですから、おそらく順繰りにですね、その形態が変わっていく可能性があるのではないかとこのように推測いたします。以上です。

【三澤座長】

飯山市長さんお願いします

【江沢委員】

私は今のところ特にございませぬ。

【三澤座長】

他にご意見ご質問ありましたら、お願いします。

はい、それでは次の点として地域包括医療病棟について、北信総合病院お願いします。

【荒井委員】

湯本市長から俯瞰した形でのご意見をいただいたわけですが、私どもの病院の大きな悩み、ここで大きな悩みというか役割を考えてみると、やはり、私どものところが脳外科あるいは心臓血管外科といった、本当の高度急性期の待たなしの患者さんを受け入れなければならない、一方で、そういう高齢者も増えてくると、リハビリが必要な患者さんも診ていかなければならない。

国や県が描いている絵というのは、広域型病院や地域型病院ですね。

おそらく私どもは、広域型病院としての役割をしなければいけないわけですが、本来、広域型病院の周りにサテライトとしての地域型病院が複数あって、私どもはそういう高度急性期を扱った後で、下り搬送としての病院がいくつか存在するというのが一番絵にはまるんです。

残念ながら、この地域の問題というのが、飯山日赤さんと私どもしかないところで、そこが難しいんだと言って、結果的に須高の方まで下り搬送の患者さんを送ってもらう、病院として支援していただいているという形なのです。

ですから、私どものところはよろず屋的にですね、何でも診なければいけないところが難しい一方で、国の施策にうまく合わせていかなければいけない。

そういうことを踏まえた上で、ここから資料4をご説明したいと思います。

私どもが高齢者をたくさん抱えていながらも、高度急性期の治療をやっていかなければいけない。

それで、おめくりいただいて2ページ目の資料です。

今回、7対1看護体制が維持できるかどうかと、先ほど岩澤先生からご説明がありましたけれども、保険の改定があって、いくつか基準が厳しくなりました。

7対1看護体制を維持するためには、平均在院日数が16日以内でなければいけないということ。

それから、医療看護必要度で2つの計算式があるのですが、27%基準と20%基準と両方満たさなければいけないのですが、去年1年間を見ても、これが平均在院日数と27%基準を充たしているのですが、20%基準がどうしても充たせないということになりました。

どうしてこういうことが起こったかと申しますと、いわゆるB基準という介護の要素が、今回この基準が取払われてしまったのですね。

ところが、やはり高齢者が多いですから、その介護で手を取られている部分がすごく多くて、これを取払われて、これを充たさないと急性期医療をやってはいけませんよ的な言い方をされたところで、我々としては本当に困るわけです。

といっても手を尽くさないわけにいかないもので、3ページ目をご覧ください。

このまま何も手を尽くさないでいると、私どもの病院が7対1から10対1の基準、すなわち、どういう意味かと申しますと7人の患者さんに対して1人の看護師さんか、10人の患者さんに対して1人の看護師さんというこの基準なのですよね。

つまり、国が基準を厳しくしてしまっただけで、そのままになってしまいますと、私どもの病院が扱っている患者さんがとてもじゃない。患者7名に対して看護師さん1人はいなければまずい病院にも関わらず、患者さん10人に対して患者の看護師さん1人というようなことになってしまうのですね。これでは医療が成り立たないわけです。

そこでおめくりください、次のページですけれども、もうこうなってくると、何とかこの7対1の基準を死守するためにいろいろ手を尽くす。

あるいは、ある一つの病棟を、先ほど少し出てきた地域包括医療病棟というのは定義づけの不明な病棟ですが、これに移行して、残る病棟を7対1として守っていくという考え方があるのですが、地域包括医療病棟というのが、リハビリをされたい病棟なのか、それとも高齢者救急患者を診ていかなければいけない病棟なのか。

何かその概念が、実際どういう患者を入れるのか不明瞭で、この病棟を造るといっ

とが、なかなか難しいのです。

そこで我々としては何とか今後、私どもの高度急性期医療を維持していくために、やはり7対1看護体制を、病院の全体として頑張っていかなければいけないだろうということなのです。

飯山さんと違って、私ども実はリハビリ病棟はございません。

すなわち、どちらかというと高度急性期と急性期が中心となった病院です。

それが地域から求められているということで、そういうベッドと機能を持っているわけですが、この維持に向けて、まずは、この現在の運用の変更を見直そうとそこで、HCUを機能強化してICUからの患者さんを積極的に受け入れる。

要するに、集中治療体系を根本的にちょっと変えていこうということになりました。

両方合わせて救急集中治療センターとして機能を強化しつつ、内容を少しずついじるということでもあります。

それから必要度の高い新規入院患者さんを取り入れないと、この基準を満たさないのので、救急車の受け入れをより積極的にやり、それから手術に関しては積極的に増加させていかなければいけない。

算定方法から介護基準などが削除されたわけですが、点滴がどうだとか、ドレナージがどうだとか、傷の処置がどうだとか、介護基準以外の算定方法がいろいろあるのですが、そこに取こぼしがないかということも、もう全科を上げてですね、勉強会を開催して総点検しました。

その結果、6ページですが、一応、4月から6月、5月から7月の速報値を一番右側に書いておりますが、平均在院日数それから27%基準さらに20%基準を、20%基準に関しては、ギリギリのところですが、何とかクリアすることはできました。

地域にとって、急性期病棟をしっかり回すということは、我々の義務だと考えておりますので、何とかその方向でやっていきます。

7ページ目最後をご覧ください。

結構かなり頑張って平均在院日数を短くしたところ、経営的には空床が目立つ状況が起りまして、4月から6月で前年に比べて約9,000万円の収支の悪化が起っております。

ただ一方で、去年の夏は本当に満床続きで、救急車を断り続けなければいけないことがあったのですが、今年の夏は救急車を断ることなく全て受け入れるようになってまいりました。

入院患者は高齢者なのだけど、頑張って高回転で回して現場は大変です。

これはですね、国の基準に合わせるようにして、経営的には少し厳しくなっていますが、私どもの病院の役割を果たすべく今スリム化を図っているとお考えいただければよろしいかなと思います。

結果的に、この地域包括医療病棟に関しては、様々な要件の難しさから、私どもの病院としてはそぐわないということで、そちらへの移行は現時点では考えておりません。

ただ先ほど湯本市長も少しおっしゃいましたけど、これから高齢化率がどんどん増えてきて、病院の役割を少しずつ変化していかなければいけない時代がおそらく数年後には来ると思うので、その時点で、今持っている急性期病棟を減らして、一部こういった地域包括医療病棟にしなればいけないターニングポイントというの、いずれ来るのではないかということは、考えております。

【三澤座長】

ありがとうございます。

飯山赤十字病院お願いします。

【岩澤委員】

先ほど中野市長さんがおっしゃったように、国の第8次医療計画は高齢化率29%の世界で考えであると思います。長野県は平均35%ぐらい、飯山市が41%になるかならないかっていう、全国より10年、20年近く進んだ高齢化社会です。

新たな制度が必ずしも合致なくて、副作用が出ています。北信総合病院ではとルールを守るために1億近い減収になっている、というふうな状態になってきていて、私達

のところも低い入院基本料のまま、介護度が高い認知症の患者さんの診療をおこなっています。医療必要度高くはないにしても、介護して転ばないように気をつけなきゃいけない、徘徊に気をつけなきゃいけないなど、看護負担は増えるのですが、医療費は削減されているので収支が悪化する。そのため、必要な人材も獲得しにくい。このようなことが今地方では起きています。

医療制度変化がもたらす病院収支の悪化は、病院のものだけでは解決不可能で、行政も考えていただかないと、病院は存続できないと危惧しています。

理想のようにいかないのが高齢化の進んだ地域の実情じゃないかと。荒井先生のお話を聞いて、私も全く同じ意見で、頑張っても収益がなかなか伸びない。こういう場を通して、事態を皆様によく理解していただければ、非常にありがたいです。よろしく願いいたします。

【三澤座長】

ありがとうございました。

地域包括医療病棟のイメージについては、資料1の12ページに記載しております。事務局からの説明、各医療機関の現況についてご質問ご意見ありますか。

時間が押していますので次に行かせていただきます。お願いいたします。

それでは会議事項(2)「紹介受診重点医療機関について」でございます。

昨年度までの調整会議等の中で、北信圏域においては、北信総合病院・飯山赤十字病院ともに意向あり、だが基準を充たさないということで継続審議になっております。

この点に関して北信総合病院および飯山赤十字病院から、紹介受診重点医療機関に向けての現況について、ご報告いただけたらと思います。

まず北信総合病院をお願いいたします。

【荒井委員】

ありがとうございます。これは国の施策として、かかりつけ医を皆さん持っていただいて、中核病院はかかりつけ医から紹介を受けた患者さんを診療して、患者さんがある程度良くなったらまた逆紹介という形でかかりつけ医に戻す。

こういう2人主治医制度な形を、国は描いているということが前提になっているかと思えます。

それが導入されるとどういうメリットがあるかという、私どもの中核病院において、風邪程度の軽い患者さんは診ないようになるわけですが、そうすると、勤務医がその分マンパワーを担保することができて、働き方改革に貢献し、なおかつ、より入院患者さん、急性期の難しい患者さんの治療に注力できると。

そういう考え方で国はこの制度を作っているというふうには私は理解していますけれども、そうするとですね、病院はある程度外来患者さんを絞り込むことになりまますから、その分の収益が減る。そのために国としては、別の形で補填をするというような仕掛けになっているわけですね。

ですから、私どもとしては、働き方改革とか、それから病院の機能の充実のためにはこの紹介受診重点医療機関をとっていきたいわけです。

そこに、基準値というのがあって、本来、これは重点外来と言って外来に来た患者さんが、どのぐらいその重症度があるか。つまり、どのぐらい病院の高度医療を受けることができるかということが主な基準になるのですけれども、それと同時に、紹介率・逆紹介率という、これはもう、えいやのざっくりの数字で、これまた本当困ってしまうのですけれども、国が示しているのは紹介率の基準値50%以上、逆紹介率基準値40%以上を充たさない、この紹介受診重点医療機関の範疇に入れるのは難しいよと言っているわけです。

そのために、私も岩澤先生ももう本当に苦しんでいるわけです。

去年それが達成できなかったわけです。

この2ページ目をご覧ください。

私どもの状況がどうかというと、現状はですね、本当にみんな頑張っています。

頑張っている現状として紹介率、高い月で44.7%、50%にはまだ届かない状況です。

逆紹介は40%ラインを上に行ったり、下に行ったりしています。

ですから、紹介率がどうしても達成できないという状況があるのですね。

紹介受診重点医療機関になれないことによる損失が、実際どのぐらい起こっているかというと、年間約5,000万円の損失が起こっているわけです。

これを取れると、それだけの国からの補填が来るような形になっているのです。

実際、紹介受診重点医療機関となると、去年まで初診の選定療養費が1,650円だったものが一気に7,700円に跳ね上がるのです。

我々としては、それを取りたいのですが、それが急に跳ね上がったときに、地域の住民がかなり苦しむ、混乱が起こるだろうということで、今年のこの会議を経て一旦その半額である3,850円まで上げさせていただきました。

その結果として、どのぐらい初診患者さんの動向に変化があったかということがこの3ページ目に書かれているわけです。

正直ですね、この3,850円になることによって若干初診の患者さんは減りました。

ですが、紹介状を持った患者さんは、ここの棒グラフの4月、5月、6月に608人、625人、589人。

これか去年に比べて増えていて、その初診患者さんの中での紹介率は去年に比べて上がってはきています。

すなわち、中野周辺においては、このかかりつけ医を使う患者さんが少し増えて、若干紹介として送られてくる患者さんが増えたという流れにはなってきたので、行政さんの思惑の流れには乗ってきたかなとは思いますが。

ただ、まだ遠く紹介受診重点医療機関の基準に届かないのが辛いところです。

4ページ目をおめくりください。

これはですね、クリニックさんからの検査件数がどのぐらい変化しているか、これも重要な要素です。

私どもの病院はMRI、CT、リニアック、様々な機械を持っています。

そういった機械を、かかりつけ医である一般の診療の先生が、私どもの病院の大型医療機器をどのぐらい使うかという、変化を見ているわけですが、4月以降若干増えているということになっているので、これも私どもの病院としてのあるべき機能を果たしているのかなというふうに思われます。

最後の方の5枚目がちょっとショッキングなスライドなのですが、先ほど申しましたように紹介受診重点医療機関がそもそも何なのかと考えると、紹介受診重点医療機関というのは、要するに、大型医療機器を持って、他の病院に医師派遣をすることができ、そして、その外来でより重症度の高い患者さんをどれだけ見ているかという、そういう指標なわけです。

そこで、我々がこの数字を作れない原因は何かなと思って解析してみますと、実は皆さんご存知かどうか分かりませんが、中野以北で皮膚科のクリニック、専門医として皮膚科のクリニックでやってらっしゃるところ、専門クリニックは無いです。

私どもの病院が唯一、日々そういう専門医としての皮膚科の外来を持っているところです。

この右側のグラフ、円グラフをご覧になっていただくと、初診の患者さんで、皮膚科が2割を占めている。283人、1ヶ月ですね。

その皮膚科の患者さんが紹介状を持てきますか？ハチに刺されました、湿疹ができました、持ってこないですよ。

ですから、皮膚科の患者さんは紹介率7%、蜂刺されでお薬出しました。

それを逆紹介でかかりつけの先生にしますか、逆紹介率1.7%です。この皮膚科に対するプライマリーケアを私どもがやっているが故に、この数値が低くなっていて、実はこの皮膚科の患者さんを除くと、紹介率は楽々52.7%、逆紹介率は楽々49.2%。

すなわち、本来の紹介受診重点医療機関の目指すところである、内科系ですとか外科系のそのようなメジャーな科の紹介率とか、逆紹介率はしっかり基準を充たして、病院としてはその機能を全うしているわけです。

なのに、なかなか皮膚科だけのことで、この基準に入らない。私どもの病院が紹介受診重点医療機関のお墨付きを得られない。

国の基準はあるかもしれないけど、そうは言ってもこの地域はこういう地域の事情が

あるのだから、皮膚科を除けば充たせるのであれば、紹介受診重点医療機関として認めていただいているのではないかと、そのところをですね、私は今回、県の行政の方々にですね、強く申し上げたいということでございます。

【三澤座長】

ありがとうございました
次に飯山赤十字病院お願いします。

【岩澤委員】

資料7をご覧ください。

1 ページ目ですが、地域医療構想の中で、病院と診療所の機能分化ということがあります。

これも都市型の考えです。

病院は入院治療をしっかりやりましょう、症状が安定した外来患者さんは診療所に入れましょう、そういった中で新しい仕組みとしては200床以上の病院を対象に紹介受診重点医療機関という制度ができました。

目的というのは、紹介率・逆紹介率を上げていくことによって、患者受診する患者さんの待ち時間の短縮を図り、スムーズな受診を保障するという患者さんのサービスを向上すると。

もう一つは病院勤務の先生の外来の負担を軽減して、勤務医の先生は入院を重点的に見ていくと、そういった部分を達成するために、この紹介受診重点医療機関の制度が新しくできました。

めくっていただきまして、重複しますけど、荒井先生がおっしゃったように、紹介率は50%、逆紹介率は40%以上です。当院を見ますと、令和5年は43%・37%ですが、紹介逆紹介率を上げるようにと医局の先生方をお願いしまして、また医師会の先生方にもお願いしまして、令和6年の平均としては57.45%・39.55%で当院としましては、令和6年のうちにこの基準を達成する見込みが立っております。

達成して認定されますと診療報酬の餞が付きます。どんな餞かと言いますと入院初日に800点入院基本料が増えると。もう一つは紹介状が無い場合に一定の条件、もちろん救急患者さんからもいただけませんし、難治疾患のようなものもいただけませんが、それ以外のものでは、選定療養費が7,700円いただけると、今現在、当院の選定療養費は下にありますように、令和5年が1,500円、令和6年は北信病院と歩調を合わせて値上げさせていただきまして2,750円。

毎月200人から300人の方から選定療養費をいただいております。

これは受診している方の4%から5%にあたりますが、現在まで特に混乱は生じておりません。

現在、長野県内で13病院が紹介受診重点医療機関に指定されております。南信でいくと伊那中央病院、昭和伊南病院、飯田市立病院。松本地区は信大と相澤と安曇野赤十字病院と国立松本病院で、長野地区は市民病院、長野赤十字病院、篠ノ井病院。

北信地域はまだありませんが、私どもは北信病院と歩調を合わせまして申請をして、国が求める病院機能を果たしていきたいと努力しております。課題もありますので、荒井先生が申されたように、昨年度のように意思があれば認めていただけるというふうな方向をもう一度再検討していただければ大変ありがたいと思いますし、1つの医療圏に2つあるのはごく自然だと思いますので、ご助力をお願いしたいと思います。

よろしく願いいたします。

【荒井委員】

岩澤先生、この昨年から4月にかけて、突然ジャンプアップして、60%になったのは、やはり皮膚科の要因が大きいということなのでしょうか。

【岩澤委員】

分子の部分、紹介、逆紹介は、診療科の先生方をお願いをして、件数を上げてもらう。分母は新患の新患者さんですね。

昨年は皮膚科が常勤から非常勤になりまして、診察日が3日間になったものですから、皮膚科の初診の患者さんが減りました。それで分母がちょっと減り、紹介状のない新患者数が減少したことも影響して、数値が上がった状態です。

この地域で皮膚科の専門医がいない特殊な条件のもとでこういった算定が果たして適正かどうか、疑問は私にもあります。そういった点については、ぜひ公で再検討していただければありがたいと思います。

【荒井委員】

どうもありがとうございます。

少しこのような矛盾が生じているということがあります。

つい先日ですね、タイムスFAXで出ていました、長野中央病院が外来を一部分離移転して、新規のクリニックを開設すると。その心は紹介受診重点医療機関を目指すこと。

すなわち、こういった矛盾の解決のために、紹介率の低い科をクリニックとして分離するというのを始めている病院が県内にあるので、私衝撃を受けたのですけどちょっとここら辺のことですね。

僕からですが、行政の方にどういうことなのか、教えていただきたいです。

【医療政策課井口主事】

医療政策課でございます。

長野中央病院の件ですが、長野圏域の議論を踏まえまして、長野中央病院は外来患者が、非常にたくさん受診されている状況で、外来の待ち時間、また、医師の負担がかなり大きいという状況になっておりまして、外来の負担を軽減したいというのが前提でございます。

紹介受診の趣旨としては大きな病院、いわゆる中核的な病院ですかね、そういった病院に外来患者さんが集中してしまっていて医師または外来の待ち時間というのが逼迫してしまう状況を何とかするという趣旨で設けられた制度でございます。

そういったことを踏まえまして、長野中央病院の外来負担を軽減する策として検討が進められていると承知しているところでございます。

これ以上の事情は承知していないところです。

【荒井委員】

そういうこともあるのでしょうかけれども、つまりですね、我々としては、皮膚科を撤退することはできないわけですよ、いいですか。

飯山さんもやむなく常勤のドクターを置くことができない状況になって、ところが、その結果が幸いして、変な話ですよ、数値が上がってしまった。

私どもが皮膚科撤退したらどうなるのかといたら、もうこの2次医療圏において、蜂刺され、アレルギー、今どれだけたくさんの患者さんを月に診ていて、その患者さんの行く場所がなくなるわけです。

ですから、私どもは地域医療を考えると皮膚科の常勤医をそのまま置いて、外来は閉めるつもりはございません。

けれども、こういう制度上の矛盾を解決するには、長野中央病院がされたように、例えば皮膚科の部分だけ切り離してクリニックを外に造るとか、そんな馬鹿げたことをやらないと、今の問題は解決できないということなのです。

それをやれということになるわけです、この条件を充たすためには。

おわかりになりますよね。したくないのです。

けどもう、そういう点も世の中にはあるのだからってことで、僕は衝撃を受けたということなのですよ。

ですから、そういう動きに持っていくのではなく、やはりこの地域の実情というものを踏まえた上で、定義づけですか、紹介受診重点医療機関としての定義づけを若干補正して皮膚科を抜いてもいいのではないかと。それ以外の科がこれだけしっかり紹介率・逆紹介を満たしていれば、それはお認めいただいてもよろしいのではないですかというふうに私は言っていたきたいなと、思っているわけでございます。

【久保田医療政策課長】

荒井先生のおっしゃることは、そのとおりで、紹介受診重点医療機関を取るために診療所を分離するのは、本末転倒的な部分もございます。

一番大事なのは、地域の住民の方々に必要な医療をしっかりと提供することが一番大事で、そういう意味において北信総合病院も含め、皆様方には医療資源が少ない中で外来機能の部分、いわゆる診療所の機能をも補完しているという役割を果たしていただいていることについて、県としてしっかり理解させていただいております。

北信医療圏は、病院が三つしかないという中で、国が思い描くような役割分担が綺麗にできるのかということは、確かにご指摘のとおりだと思っています。

先ほど申し上げたとおり、地域の住民の負担の部分も当然ございますし、そうした中でも医療の質をしっかりと担保できるかという視点も必要かと思っていますので、慎重にしっかり見ていく必要があるかと思っています。

先生がおっしゃったように、例えば、特定のその診療科を除いたことにより、残った部分での数字がクリアできるようなお話もございました。

国の方に対しては、県としても、こうした地域の現場の実態や、制度と実際の現状が乖離してしまっていること、本来の制度の趣旨と合ったものになっていないのではないかということについて、しっかり意見を伝えていきたいと思っております。

地域医療をしっかりと支えていただいている医療機関の

実情を考慮した制度になるよう、働きかけてまいりたいと思います。

【荒井委員】

本当に行政におすがりするしかないので、よろしく願い申し上げます。

ありがとうございました。

【江沢委員】

ちょっとよろしいですか。

今のやり取り聞いていて思ったのですけれども、しっかり国に伝えていくのはそうなのでしょけれど、国はこれどういうところで決まっているのですか。

何か法律でこういうことが決まっているのですか、それとも何か、課長通知とか係長通達とかそういうもので決まっているのですか。

それとも審議会の手続きとかあるのですか、それちょっと教えてもらえますか。

【医療政策課井口主事】

診療科ごとという部分については、国の検討会の方でもかなり意見が出たところでございまして、国の検討会では、患者のわかりやすさの観点から一旦診療科ごとではなく医療機関単位としてまとめるという方法で示されているところでございます。

なお、この部分の意見を受けまして、国の方で引き続き改善策を検討することとしている方針を示しているところでございます。

また、それがどこで決まっているかという部分でございしますが、医療法と局長通知等で示されている形となっております。

以上でございます。

【江沢委員】

よろしいですか。それであればね、根拠は法律にあるかもしれないけど、局長の判断となるわけですよ。

それでこの医療構想会議というのがどういう会議と、私はまだよく理解できないのだけれども、今聞いていてわかったのは、北信病院の院長さんの話は私はわかったのですよね。

それでそういうことは地方の意見をちゃんと国に、厚生労働省に話してそれを変えさせるのがこの医療構想会議の仕事じゃないのですかね。

国の方針をある程度いろいろ地域の事情があるけどやってくれやというようなことをやってもね、またお伝えしますとしていても、非常にコロナワクチンとか見ると通常考えられないような治験で、ものすごいスピードで入っていくものがあって、社会

に不安を与えている反面、こういう地道な話がね、もっとスピーディーに行くべきじゃないですかね。聞いていて私はこういう話は県の市長会なんかで出して、他の市町村の意見を聞いてみて、どうかってというような問題にふさわしいような気がしましてね。さっきのベッドの数なんかもそうじゃないですか、地域の特性を踏まえないでね、全国一律のことをやろうとするから、いつまでたっても一体何次、第何次と行くたびに良くなるのならいいのだけど、なかなかそういう感じがしない。

だからこの医療構想会議って何なのでしょうかね。

病院と行政だけが意見を言いましたが、これだけ委員さんがいらっしゃるのですから、もっといろいろ皆さんの意見もお聞きしたいし、基本的には私はそのこういう場の意見を国に伝えて実現していくのがこの会議の役割じゃないかと思うのですが、いかがですか。

【久保田医療政策課長】

市長がおっしゃったとおり、地域医療構想調整会議の場というのはこうした形で皆様方からも現場の課題、ご意見を踏まえながら議論していく場と認識しております。ちょうど昨年、市長から、特別交付税のお話をいただきました。市長会からも問題提起をしていただいた上で、今年の春、厚労省の方に対しまして、その旨しっかり要望するなどの対応をしています。

公的病院である飯山日赤、北信総合病院が政策医療的な部分を支えていただいている、そこにしっかり市町村、県も含めて交付税を含めた財政措置で支援していく。そういった議論は、まさにこの調整会議の場で行われているものです。

地域課題について議論していくという場として捉えさせていただきたいと思っておりますので、また引き続きご意見をいただければと思います。

どうもありがとうございました。

【湯本委員】

飯山市長がおっしゃるとおり、基準値というのは紹介率 50%、逆紹介率 40%というふうにされてはいますが、さっき言ったみたいにですね、地方の市町村の人口の少ないところはそれなりの努力はしていますし、北信総合病院さんも地域に必要な皮膚科をやっているのですよ。

ということは何かというと、やはり地方の人口も少ないと全く病院の数も少ないのですよ。

だから、その算定基準をね、この基準値を、これをやはり何て言うのだろう、そういう意味で努力しているところは紹介率 50%を 5%下げた 45 に、逆紹介も 40 を 30 でいいとかですね。

そういうふうね、やはり国の方にね、なんていうのだろう、努力しているそういう地域を、そういう地域だから、人口を減らないようにみんな努力しているわけですから、そういう部分もやっぱり基準の算定の中に入れるべきだというふうに思います。はい、以上です。

【鈴木委員】

先ほど飯山市長さんの方からこの会議って一体何がもう、どういう会なのかっていうご意見いただきましたけれども。

10 年近くこの会に携わってきた者として、申し上げたいのはそもそも最初のスタートラインからちょっとおかしかったのですね。

どういうことかということ、もう国はですね、とにかく医療費を下げたいと。いかに病床を減らすかということから、入っちゃったのですよ。

そこがそもそもおかしいところで、私はずっとどう考えてこの会議に臨んでいるかと申しますと、あんまりこういうこと言ったら角が立つのかもしれない。

今日は公開の会議なので、国の政策というのはですね、なかなか田舎を見てくれないうです。

どうしても、霞が関のあの中で考えるとしか思えないことが多いですよ。

ですから、どうしても当てはまらないのですよ。

この当てはまらないことの矛盾、北信医療圏に当てはまらないところはどこなのだというのをこの会議を通して明確化して、それを先ほどおっしゃったように、国にどうやって意見を上げていくかというのも一つなのですが、もう一つはですね、実は病院とか、それから行政だけが決めていいものではなくて、やっぱり地域の住民の方のニーズなりご意見がすごく大きいと思うのですよ。

それからそもそも医療、今の自分の住んでいる地域の医療体制というのはどうなのかってことを知っていただくことがまず大事なのですよ。

この辺のですね、啓蒙活動というか、周知に対して、私は県も全く足りてないということで、この3人にも言ってきたのですけども。

ですから、この会というのは、平たく言うんですけどね、その国の政策がこの地域はどうも当てはまらないのかってことを明確にすることと、地域の方々にどういう医療を求めるとか、それからこの地域にどういう問題があるのかってことをもっともっと知っていただくことと。

それはですね、最終的には、これ国に文句を言っても何も進まないんで、矛盾の中でどうやってみんなで知恵を絞り合って、少しでも良いこの医療体制を構築していくかと、そういう議論の場がこの会議だというふうに理解してきました。一言すみません。

【久保田医療政策課長】

今の鈴木先生のお話にちょっと補足をさせていただければと思います。

この地域医療構想というのは、病床の最適化というテーマのもとに、これまではどちらかというと病床の数合わせ的な議論に終始してきてしまったという、県としても反省すべき点だと認識しております。

県としては今お話をさせていただいている通り、病院の機能についてしっかり議論をしていくことで、単なる病床の数合わせではなく、地域課題をどう解決していくかというアプローチをしていきたいと思っています。

この地域課題をしっかりと解決していくことが最終的には病床の適正化にも繋がってくると思っています。

引き続き、その最適な医療提供体制を地域住民の皆様方と考えていくという形でこの会議を進めていきたいと考えています。

【三澤座長】

時間の都合もございます、そろそろ意見交換を終了したいと思います。いかがでしょうか？

北信総合病院と飯山赤十字病院から課題等を中心に報告をいただきました。

今後、北信医療圏で紹介受診重点医療機関を選定できることを目指して前向きな検討を進めていくということで、次回以降の調整会議の継続協議事項として提案させていただきました。いかがでしょうか？

そういう形でよろしくお願いします。

続きまして次の議題に移らせていただきます。

会議事項（3）「次期地域医療構想について」をお願いします。

【医療政策課】

（資料8について説明）

【三澤座長】

はい、ありがとうございます。

ただいまの説明に対してご質問ご意見ございましたら、お願いいたします。

それでは次の時間の都合がございます。意見交換を終了とさせていただきたいと思っております。

それでは次の議題「医療DX等について」に移らせていただきます。

【医療政策課】
(資料9について説明)

【三澤座長】
この件に関しては、ご意見ご質問ありましたらお願いします。

【荒井委員】
こういうへき地におけるオンライン診療というのは大変重要な要素だと思います。
それは本当にこれから取り組んでいくといけないこととは思うのですが、これですね、実は阿南病院全事業費に対する補助金の比率は46%です、木曾病院は24%です。北信病院0.7%です。

つまり、こういうへき地のオンライン診療とかはですね、病院任せでできることでなくて、やるためにはやっぱり財源がないとできないことでありまして、そのうちこういうことを進めていくためには、本当官民一体になって、そこで特に官からもですね、強力な補助というものをいただかないとこれは成り立たないと思います。

実際、長野県はまだ何とか持ちこたえています、新潟の厚生連ではボロボロな状態で去年の負債が30億、今年は60億になるのではないかとされている状況で、長野県も本当に今構造的に難しいところは、特に北信圏域は私のところと岩澤先生のところも公的病院ですけど、公立病院じゃない。

したがって、補助金が今回、湯本市長も頑張っていたいただいて、不採算部門とそれから救急告示に加えていただいたのですが、それでもですねやっぱり桁が違うんですよ。

市民病院は12億入っていますから。こういうところと同じように比べて求められても、その地域に還元することは大変難しいのです。

こうした医療DXは素晴らしいと思います。

こういうプラットフォームを作って世の中のためにやっていく、へき地診療をやってそのためには財源が必要です。

ということで、県の方にはまた、こういう公的病院に対する別枠での何らかの支援というのもお考えいただきたいということでございます。

【三澤座長】
ありがとうございます。
他にございますか。

【江沢委員】
北信病院の院長さんの公的病院と公立病院の話をもたお聞きしたわけですけども、それぐらい大変だと思うのです。

それで私が申し上げたかったのは、このマイナンバーカードなのですけども、私の立場をはっきりさせておいた方がいいと思いますので申し上げます。

私はマイナンバーカードについては、一旦立ち止まって見直すべきであるという意見でございます。

既に2回、全国的なパネルディスカッションで、小さな自治体で意見を言ってくれないかということで出しております。

例えば広報のあり方は今日も飯山の市議会で、一つの委員会の委員長報告があります、そういうのはあるんですけど、その中で12月2日から医療保険証がなくなっても、個人なんでしたっけ、個人認定証じゃなくて個人認定証でしたね、名前ちょっとあれですけど、それがきちんと出ますということをお知らせしてほしいということが出ています。

それから地方の議会では全国で私が聞いた時点で1,700市町村のうち230ぐらいの市町村で、マイナカードについて、見直しの意見書が厚生労働省にあがっていると思います。

時間がないと思いますから、端的な例で申し上げれば、現官房長官が総裁選挙に際して見直した方がいいという趣旨のことを言っておられるわけですね。

この事態をどう考えるかを話さないで、こういう政府広報みたいなことを県庁の職員

がこれだけ言うのはおかしいと思うのですよ。

一方ではこういう意見も世の中にあります、けどこういうことを進めていくのはこういうメリットがあるのだというふうに、これじゃまるで厚生労働省だか、デジタル庁の資料をこの会議で伺っているような、そういうことになっちゃうのですよね。

ですから、そういう意味でも会議というのは一体どういう会議なのかということ、もう少し真剣に考えてきたらいいなと思います。以上です。

【久保田医療政策課長】

ありがとうございます。

最初にお話をいただきました公的病院への支援のお話でございますが、ちょっと先ほどのお話と若干重複しますけれども、厚生連日本赤十字社という公的病院が地域をしっかり支えていただいているという現状がございます。

国に対しても今回お話いただいたことも踏まえて、しっかりした交付税等の要望を行ってまいりたいと考えています。

各市町村に対しても、交付税の措置等も含め、お話をしていきたいと考えています。飯山市長からもご指摘いただいたマイナンバーの関係につきましては、国の方針に沿って、今回お話をさせていただきました。

一方で、制度導入に対する不安、それからまだ課題があるのではないかとという指摘を踏まえて話をするべきではないかというのは、おっしゃるとおりでございます。そうしたことを含めた説明を行わなかったことについては、お詫びを申し上げます。

ただ、制度として進められているという状況については、こういう形でお示しをする必要があるという認識で今回お話をさせていただきました。

国の制度に対する考え方と実際の地域の実情や認識の違いで、またはその課題といったことを把握していくのがこの会議での一つの目的でもございます。

市長からお話をいただいたようなことも、こういう課題がある、また現場ではこういう不安があるということで、しっかり受け止めさせていただきたいと思います。

【荒井委員】

本当に補助のこと、よろしく願いいたします。

子どもがどこまで持ちこたえられるか。気がついたら倒産していた。都心部の何とかクリニックみたいなところが買収して、不採算部門はもうやりませんなんてことになってしまったら、この地域の医療は本当に崩壊してしまいます。

ですから、本当に時間はそんなにないような気がするので、ぜひとも積極的にお願いたします。

【久保田医療政策課長】

今お話いただきましたとおり、先般、知事の方にも厚生連全体から要望をいただいております。

要望の趣旨を踏まえて対応してまいります。

【三澤座長】

マイナ保険証の利用促進に関して、実際の現場ではどのような状況でしょうか、飯水医師会からご意見をお願いします。

【鳥羽委員】

飯水医師会の鳥羽です。

利用状況というよりも、私見なのですが、実際にマイナンバーカードを持って医療機関にきて、それを使って受付するといった患者さんは非常に少ないです。

なぜかという、やはり、この飯水地区は高齢者も多いもので保険証を持ってくる方がほとんどで、マイナンバーカードで医療機関を受診するという意識が薄いというか、非常に少ないと思います。

ただ何%利用かは私どもの飯水医師会全体で聞いてはおりません。

私のところでは大体8%から10%ぐらいです。

この間ちょっと面白いことがあったのが、マイナンバーカードをお持ちですかと、受付で聞いて、そのマイナンバーカードはこの医療機関で作れるのかなって感じで、患者さんは言ったのですよね。

もう非常にびっくりしまして、受付も違いますよと、市役所で作ってくださいと。いやそのぐらいのもう認識ですね。

ですから、行政というかマイナンバーカードを作ってくださいというね、そういう啓蒙もあるのでしょうかでも、マイナンバーカードを持っていないお年寄りというのは医療機関で作ってくれるかって質問を受けました。

そんなような認識の差で、ちょっと総務省のページを見ましたら、飯山市の保有率が71%という状況ですね。

私の私見で申し上げますけれども、また武見厚労相マイナンバー推進が1丁目一番地とね、令和6年に推進していくっていうような話はあったと思うのですが、保険証でいいと思うのですよ。

私はなぜそれを一体とする必要があるのかということ、これは医師会長ではなく私の私見ということです。

あと電子処方箋ですかね、電子処方箋も先ほどあったように、我々の開業医療機関でも電子処方箋を入れたという医療機関は私知る限りはまだ3件ぐらいだと思います。

要するに、こういうデジタルを使いますと、個人情報が出てしまうのがですね、閲覧することは非常に便利なのですが、こんな感じでメリットとしてあるのですが、その個人情報を保護していくかという。DXの推進で便利な世の中になっていくと思うのですが、そういったことも含めて、個人情報をいかに守るかというのは大事だと思います。

以上です。

【三澤座長】

中高歯科医師会の古田委員からご意見をお願いいたします。

【古田委員】

はい中高歯科医師会の古田です。

私もDX推進という形で、中高地域しか調べてないのですが、中高年の歯科医師会管内では、利用率は15%ぐらい、これを見ると非常に高いように聞こえるのですが、すごく温度差はあります。

比較的先生も若い、病院も新しいというようなところであれば、DX推進に対しての補助が少しありますので、一生懸命やっている若い先生もいらっしゃるのですが、比較的高齢であったり、昔からの病院で患者さんも高齢者が多いというような病院はほとんど使っていないというような感じですね。

当然患者さんの方も若い人は比較的マイナンバーカードに対しての違和感がないんですけど、大体60過ぎのような高齢者になってくるような方々は、マイナンバーカードすら持ってないという方もいたりして。マイナンバーカードが保険証とか、あとちょっと免許証もどうなのという話もありましたけど、そういうものになるということ自体に、やっぱりもう慣れてないというか、認識がない、やっぱり患者さんは高齢者が多い。

だから、歯科医師会の方は先生も高齢者というような病院は、ほとんど稼働してないというような状況です。

やっぱり鳥羽先生の方からもお話ありましたが、やっぱりマイナンバーカードが保険証や免許証だってなるっていうのはどうかと思う。

私見ではありますけれども、ぜひやめていただきたい。

以上です。

【岩澤委員】

私は使ってくださいという立場です。ただ使っていくには電子カルテシステムを更新していかなきゃいけない病院の事情がありますので、タイミングをみて進めていく、いきます。

【三澤座長】

電子処方箋につきまして、薬剤師会からも意見をいただきたく、岡田委員お願いいたします。

【岡田委員】

飯水薬剤師会の方よろしく申し上げます。

電子処方箋の導入に関して、薬局の状況をこの資料では37%ということなのですが、おそらく地域でも差はあると思うのですが、多くの薬局では導入に向けて整備を進めていると思っています。

薬局内のネットワークの関係で、先ほど鳥羽先生もおっしゃったように個人情報があるのでシステム事業者との連携とか、なかなか難しくて進まないということも多いようです。

ただ工程表にあるように、来年度、おおむね全ての薬局に導入になっているので、また補助金追加のご支援もあつたりするので、受入の体制に向け、ピッチを進めている薬局は多いかと思えます。

【三澤座長】

ありがとうございました。

他にご意見ありますか。

では他の意見もないようですので質疑を終了し、次の議題に入らせていただきます。

それでは会議事項（5）「昨今の医療制度改正に伴う現況等について」です。

ここでは、医師の働き方改革について、北信総合病院および飯山赤十字病院からの現況をお願いします。

【荒井委員】

私ども勤怠管理に関しまして、デジタルの管理システムを導入しまして、これが4月から7月までの成績でございます。

病院を挙げて取り組みまして、約8割の医師が月の時間外労働時間30時間以内で収まっております。

働き方改革におきましては、年間の時間外労働時間が960時間以内で、それから単月で100時間を超えてはならないというような、これはA基準というのですが、私どももそれやっているわけですが、これを見ますと唯一ですね80時間ラインを超えた医師が2名というか、同一人物ですけども、2回あったわけです。

呼吸器内科です、何かなと思うと、コロナですよ。

結局、今なんだかんだいって、常に10人近いコロナ患者さんを受け入れてやっているわけですね。

これもこの地域の特性なのですけれども、うちと飯山さんしかないので、長野市においては、軽症の患者さんは一般の病院で、こういう中核病院は中等症以上を診ればいいってことになったのですけれども。

これはもう保健所さんからもお願いされて仕方ないとなって、やるべきだと思ってやっているのですが、結局軽症の患者さんも含めて、特に高齢者の方いらっしゃるんで、一つ間違えると具合が悪くなっちゃうんです。入院させますよね。

やっぱり、そういう患者さんも診ないといけないので、呼吸器内科医の負担は上がってくる。60から80時間の間をボーダーに入っているところは、やっぱり外科系の心臓外科とか。これもそうだなということですけど、一応ですね、100時間を超える医師はいなかったんで今、外来が若干少なくなった状態で病院をスリム化しつつも、この入院患者さんに医師のマンパワーを注ぐというその基本的な方針にのっとりやって結果、現場医療のクオリティを損なうことなく、とりあえずはですね、時間外労働内ギリギリで、一応充たせる状態でできています。

そういう点では、地域の方ご安心くださいということを申し上げます。

【岩澤委員】

飯山赤十字病院では、医師全員22名、A水準です。荒井先生おっしゃったように年間

時間外勤務 960 時間内です。平均は月 27 時間程度でした。

一昨年に当院は宿直許可を取ることができました。

宿直許可を取りますと宿直分が労働時間とはカウントされませんので、労働時間の管理が楽になります。

そういったことで、土日祝日を信州大学で非常勤の先生を宿直当直にお願いしていますが、派遣を維持できました。

当院は 2024 年に医師の働き方改革が始まりましたが、診療体制に大きな変更なく対応できている状態です。

ただ医師数が今後減ることがあれば、事情が変わってくる可能性はあります。

【三澤座長】

医師の働き方改革による地域への影響は、両病院のご努力によって地域において大きな影響は見られないとの報告をいただきました。

ただいまの説明に対して何かご意見ご質問ありましたら、お願いします。

精神科医療という地域に不可欠な医療を担っていただいております佐藤病院様におきましては、医師の働き方改革の取組に関してはどのような状況でしょうか。

【高橋委員】

佐藤病院では、特にドクターの夜勤勤務っていうのは無いのですね。

副院長が同じ土地の中に住んでいますので、特によそから先生を頼んでいるとかそういうのはありません。

それからあと、私も医師の働き方改革っていうのを何か勉強しなくてはいけないっていうので、この間この働き方改革について、オンラインで勉強を受けさせていただいたんですけど、病院長が面接指導実施医師にはなれないっていうことなので、私の中でそれを取ろうと思ったのですが、なれないというのがわかったので、やめました。

なので、特に今のところ変更を考えていることはありませんので、現状のまま続けていこうと思っております。

【三澤座長】

ありがとうございます。

また医師との連携が不可欠なコメディカルな職種における働き方改革について、看護師会からもご意見をいただきたいと思えます。

下田委員お願いします。

【下田委員】

長野県看護協会北信支部長の下田と申します。

医師の働き方改革において、看護部としますと近年では特定行為研修修了者というものを養成しております。

私は北信総合病院に勤務しておりますが、当院でいいますと、今年度 5 名の方が養成を修了しまして、これは医師の手順書に基づいて医療行為を行うというところなのですが、そういった医療行為をできる看護師を養成しているというそんな状況ではあります。

【三澤座長】

どうもありがとうございます。

他にご意見ありますか。

全体を通してご意見ご質問などがございましたら、お願いいたします。

本日の感想がありましたら、ご発言をお願いしたいと思いますけれども、全国健康保険協会田邊委員お願いします。

【田邊委員】

全国健康保険協会長野支部の田邊でございます。

意見というものはないのですが、私どもが参加しているということで一つだけお伝えしたいことは、先ほどからのお話もありましたとおり、私どもは医療保険制度を

運営している立場の者です。

会議の当初の目的の中で役割、病床数とかそういったところの話、観点がありまして、診療報酬を支払う側という立場からの参加というのが当初のところであったとは思いますが、最近議論の変化がありまして、私どもが加入している加入者、患者になられる方、私どもは医療保険制度を担っていますので、加入者の方が医療が必要なときに、その必要なタイミングで受けることができるという、そういう制度を前提に運営しているところでございます。

今日の議論にもありましたとおり、必要な医療を受けるという、そこが崩れてしまうということになりますと、本当に医療保険制度もこの地域で崩れてしまうというようなことにもなりかねませんので、この会議の中で私どもはどうすればいいのかっていうところまでは、ちょっと踏み込んだ意見を申し上げられないんですけれども、そういった観点で今後のもう医療の供給体制とか、そういったところを検討していきたいなと考えております。

【三澤委員】

最後に住民代表といたしまして、木島平村民生児童委員の丸山様、野沢温泉村児童民生委員の河野様より、ご感想ご意見申し上げましたらお願いいたします。

【丸山委員】

丸山と申します、うまく話ができなくて困るのですが、いい勉強会にはなるなという感じで聞いていました。

これからもいろいろ話は聞きたいなという感じでございます、よろしく申し上げます。

【河野委員】

今、中野市長様からいろいろお話があったかと思えます。地域医療構想会議、私もなぜ選ばれたのかわからなくていろいろ戸惑ってはいたのですが、北信病院の実情とか日赤の実情とか、いろんな話を聞くことができたことは、すごい勉強だったと思えます。

地域の代表として来ているのですけども、やっぱりまだいろんな課題がたくさんあって、少子高齢化になっていく、自分もそうですけどマイナンバーのこともいろいろありましたが、私も一応登録はしていますが、1回も使ったことはございません。

あと高齢化のこともそうなのですが、野沢の現状として今インバウンドがだいぶ増えています、外人の方もだいぶ家を買って移住してきていきます。これから考えていかなければいけないことだと思っています。以上です。

【三澤座長】

ありがとうございました。事務局から何かありますか。

【事務局】

事務局でございます。次回の調整会議でございますが、冬の開催を予定しております。具体的な開催時期などが決まりましたら、事務局から日程調整をお願いさせていただきますので、皆様どうぞよろしくお願いいたします。

【三澤座長】

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

【事務局】

三澤座長様、本日の議事の進行ありがとうございました。
以上をもちまして、令和6年度第1回北信医療圏地域医療構想調整会議を閉会いたします。

皆様本日はどうもありがとうございました。