

令和4年第1回北信医療圏地域医療構想調整会議 議事録要旨

1 日 時

令和4年8月23日（火） 午後6時30分～8時30分

2 会 場

長野県飯山庁舎 3階大会議室

3 出席者

【構成員】

高野 次郎（調整会議座長・中高医師会長）
畑山 靖典（飯水医師会長）、古田 義博（中高歯科医師会長）
三橋 寛一（飯水薬剤師会長）、佐治 瑞恵（長野県看護協会北信支部長）
荒井 裕国（北信総合病院統括院長）、岩澤 幹直（飯山赤十字病院院長）
高橋 智子（佐藤病院長）
田邊 剛一（全国健康保健協会長野支部企画総務グループ長）
畔上 秀一（木島平村民生児童委員）
湯本 隆英（中野市長）、足立正則（飯山市長）
鈴木 章彦（前北信医療圏地域医療構想調整会議議長）

【事務局】

長瀬 有紀（北信保健福祉事務所 所長）
小松 健一（〃 副所長兼総務課長）
富井 正代（〃 総務課課長補佐兼総務係長）、北原 将貴（〃 主事）
浅川 喬也（医療政策課主任）、江上 雄大（医療政策課主事）
永井 将志（医師・看護人材確保対策課）

4 議事録（要旨）

【高野座長】

皆さん、本日はご苦労様です。
座長を務めさせていただきます高野です。

令和2年度、3年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、北信医療圏地域医療構想調整会議が開催されることなく、本日は令和元年来の開催となります。

そのため、私を含めて、構成員が前回からがらりと変わりました。

メンバーが変わっても、今まで協議されてきた課題に対する私達の役目は変わりありません。

目指すは2025年にむけて地域医療構想と、その後、少子高齢化・人口減少等、社会の変化に対応した北信医療圏としての医療提供体制作り、そちらに対する検討・協議・調整です。

本日お集まりの委員の皆さん、それぞれ置かれた立場が異なりますから、そこから先の医療圏の適切な医療体制を守るために調整が必要であるということでもあります。

それぞれの立場でいろいろお考えがあるかと思いますが、一つの医療圏として方向性を導くため、本日は、限られた時間の中ではありますが、ご協力をどうぞよろしくお願いします。

それでは着座にて失礼いたします。

これより、次第に従いまして議事を進めてまいります。

まず会議事項（1）「今後の地域医療構想の進め方について」事務局から説明をお願いします。

【医療政策課】

（資料1について説明）

【高野座長】

はい、ありがとうございました。

事務局から今後の地域医療構想の進め方についてということで、これまでの経緯と今後の進め方について、令和5年度末までの流れを説明していただきました。

ただいまの事務局からの説明に対し、皆さんからご意見、ご質問があればお願いいたします。

【荒井委員】

北信総合病院統轄院長の荒井と申します、ご説明ありがとうございました。

全体の進め方よく理解しました、おそらくこの将来意向調査の内容が大変キーになってくるのだと思いました。

というのは、2025 プランでご提示されているものが、コロナを経験する前の段階で提案されたプランでありまして、例えば、このコロナの状況を鑑みますと、病床逼迫という状況になっていて、この2025 プランがもし実行されていたら、その後どうなっていたのか、とんでもないことになっていたと逆に思います。

実際、私どもの病院でコロナの病床を30床用意してますけども、そのために48床の通常病床を潰さなければいけないという状況になっています。

ですから、これに関しては、今日の時点で、もうコロナをぎりぎり回して、救急をぎりぎり受けて、今度はコロナじゃない患者さんのベッドがもう満床になって、おそらく今週の半ばには、なんらかの入院制限をしなきゃいけないかもしれないというところに来てるということは、現場の肌感覚としては、今の病床が減るということは、現状の新興感染症のことを考慮すると、それを受け入れたら最後、地元地域の医療が崩壊してしまうというような大変な危機感を感じています。

ですから、私自身としては、本当にもう1回、ゼロベースでこの2025プランを考え直す必要があるんじゃないかと感じておりますので、そういった新興感染症のことも含めまして、将来意向調査につきましては、ご回答させていただきたいなと思います。

以上です。

【高野座長】

はい、ありがとうございました。

飯山赤十字病院岩澤委員お願いします。

【岩澤委員】

はい、飯山赤十字病院の岩澤です、よろしく申し上げます。

荒井先生からもお話がありましたが、医療機関同士の連携について意向調査をすることは理解できました。

もうひとつ、令和5年までにあります5疾病6事業の医療領域ごとの役割分担について、具体的なところはやっぱり持っていないので、私はどの程度必要と思ってそれを議論したらいいのかわかりにくいものがありますが、ひとつ、方向性をもって意向調査の素案みたいなものを早い段階でお示しいたらければ、検討していきたいと思います。

その中で荒井先生がおっしゃいました新興感染症も含めてもうちょっと検討できるのではと考えておりますので、そういった情報を早めに伝えていただけるとありがたい、よろしくお願いします。

【高野座長】

はいありがとうございました。

最初の荒井委員からお話があったところでは、県のスライドの説明の中にですね、人口構造の変化の見通しは変わっていないので、地域医療構想も感染拡大時の短期的な医療需要には医療計画に基づき自動的に対応することを前提に、地域医療構想の基本的な枠組みを実施するというふうにされているところですが、なかなか今の病院の状況を考えると、そのまま終わらないというような気がすると思います。

またこの先でも議論が出るかと思います。

他にございますか。

【足立委員】

飯山市長の足立です。

前の地域医療構想調整会議に出席させていただいたところなのですが、前の話は、少子高齢化が進むので、病床数を縮小しないといけないよという話でした。

それに基づいて、どのくらい縮小すればいいんだというような、そういうことを、この調整会議の中で、まとめないといけないというような話だと思うんですけども、ところが、コロナが発生しちゃって、根本的にその方針はもう瓦解してしまったんですね。

今、現状の中で、すでにコロナ感染が拡大していったって、一般の患者さんにひどい影響を及ぼしているんですけど、前の調整会議の話、つまり少子高齢化をベースにして、それでさらに病院同士で連携していただきたいということなんだけど、根本的に違うんですよ。

要するに少子高齢化というのは、今までの延長上の話だけど、ここに新たな感染症ということですが、コロナがもし仮に収まったとしても、またこの次にあらたに感染症が出てきた時に同じ状況になりますので、新たな感染症が出てきた時に住民の命を守れるような医療体制をどう確保するのか、現状の医療プラス新たなリスクに対しどう対応するかというのは、それが前のものをベースにして医療機関同士の連携でカバーしなさいというのはちょっと根本的に無理があると思います。

それで、そうしたものについて管理した上で、例えば、その地域でそういう体制を考えていく、地域医療構想は地域で考えなさいよということなので、それは当然、国が容認しないといけないというのが根本だと思うのですが、ちょっとその辺が曖昧な気がします。

そういう体制をきちんと国が容認するのか、その辺もしっかり含めてやっていかないと、前と同じように国から言われたでは無理がありますので、その構想をまとめないといけない。その辺については、現実的な問題としてとらえないと地域の住民たちの命を守れないので、国はもちろんそのスケジュールを進めたいと考えているようですが、その地域の実情を踏まえて、やっぱりしっかり考えていかないといけないというのが、自治体の長の立場から思いますのでよろしくお願いします。

【高野座長】

ありがとうございました。

はい、荒井委員

【荒井委員】

大変貴重なご意見をいただいたと思うのですが、私は病院っていうのは一つの地域を守る基本的なインフラの一つだと思うんですね。

すなわち、川に例えると、これから川の流れの水量が減ってくるから堤防をさげておいていいよねっていうのが、前回の議論だったのですが、増水したときにはとんでもない事になりますから、この増水したときにも十分な堤防を作るとというのが一般的な考え方。

同じように病院をとらえてみれば、この新興感染症の患者さんが増えるそうという災害が起こったときにもちゃんと持ちこたえる、そういう地域医療の枠をつくるのがこれから求められているのではないかと思います。

【高野座長】

ありがとうございました。

はい、湯本委員

【湯本委員】

中野市長の湯本でございます。

ただいま、病院長や足立飯山市長からもお話ありましたけど、7ページに記載されているですね、コロナ禍にあっても、人口構造変化の見通しは変わらないとありますが、これらの新興感染症等の拡大っていうのは、もうコロナといったものですね、昔は船で何ヶ月もかけて来ていたものが、今は飛行機ですので、新しい感染症が出れば、次の日にはもう日本国内に入ってくる。

荒井先生が川に例えたように、堤防を作る、常に余裕も持ってですね、そういうものに対して防ぐことができる、そういう医療体制を確保しないとですね、コロナ禍から学ぶということを基本にしないと、次のときには慌てて対処療法的なものしかできないんじゃないかという意味で、お三方の話には非常に賛成いたします。

【高野座長】

ありがとうございました。

今、各委員から出たご意見に関しましては、またこの後の議題にも関係してくることですので、先に進めさせていただきます。

まずは今後、各病院におかれましては、今年度10月から12月に予定されている将来意向調査への対応をお願いいたします。

それでは次に、会議事項（2）「北信医療圏における今後の各医療機関の役割分担の基本的な方向性について」事務局から説明をお願いします。

【医療政策課】

(資料2を説明)

【高野座長】

ありがとうございました。

事務局から北信医療圏における各医療機関の役割分担の基本的な方向性について、ということで、今後の人口構造の変化に伴う入院需要変化、医師の働き方改革、医療従事者の確保、新興感染症等の感染拡大時における医療などと合わせ、病院の医療提供体制の役割分担の考え方を北信医療圏の医療提供体制の現状を踏まえて説明していただきました。

それではまず、ただいまの説明につきまして、皆さんから御質問がありましたら、お願いいたします。

はい、荒井委員。

【荒井委員】

北信病院の荒井でございます。

まず、20 ページの地域包括ケアの状況が飯山市赤十字病院さんしか記載されていないんですが、確かに 2018 年までは北信総合病院は地域包括ケア病棟を持っていませんでしたが、2019 年以降、北信総合病院は地域包括ケア病床 44 床持っておりますので、現状としては、北信総合病院は地域包括ケア病棟に患者さんに受け入れていることなので、ここはそういったことを資料に加えていただくのがよろしいかと思えます。

続きまして、23 ページのこのリハビリテーションの実施状況に関して、なぜ飯山さんの方が少ないのだろうと分析してみたのですが、これはピックアップの仕方だと思うのですが、地域包括ケアの入院料を取っているとリハビリをやっても丸めになってしまうので、実際には飯山赤十字さんは、ここの数値の倍以上のリハビリが行われてるんじゃないかと思えます。

飯山さんはしっかりリハビリされてるので、ちょっとこの評価は、おかしいなと思いました。

それから 25 ページの解釈の仕方なんですけども、長期療養患者、一見私どもの方がたくさん診ていると見えますけれども、うちのベッドは 38 床で飯山さんが 44 床、うちの方が多いうことが何を意味するかというと、結局、本来その長期療養ですから、手がかかって長い患者さんを見てると、それだけ回転数が悪く、患者さんの受入れの総数が減ってしまう。

ですから、どちらかというところ、この2018年の時点では、私どもの今の慢性期の役割が地域包括ケアレベルの患者さんも含まれていたということがあるんじゃないかと思ひまして、患者回転数が早いので増えているのではないかと、むしろ飯山さんのこの数字の方が、本来のこの慢性期の病床としての役割を示している数字だと私は感じました。

それとですね、ちょっと戻っていただいて、急性期ですと11ページのところなんですけれども、この流出のところから5つ目かな、カテーテル治療、結構長野に流れてると衝撃を受けたんですけど、実はこのデータ、令和2年のデータで、このときに比べましては、循環器医師の数は私ども倍になっていまして、従いまして、ここはかなり現状とはかけ離れてるかなというちょっと感じました。

ただ、もうちょっと詳しく調べないと分からないことだと思うんですけども。

そういったことがバックグラウンドあつての表現だと思うのですが、この2ページのところで、人口構造の変化に伴う入院需要の変化ということで書かれているのが、疾患別でみると、肺炎や心不全等の総合的な診療を求められる疾患が、がんや循環器系疾患等の高度・専門的な診療を求められる疾患よりも増加することが見込まれている、これは間違いではないですけど、私循環器専門ですから申し上げますと、この心不全で総合的な診療の必要な患者さんっていうのは、その核となる病態があつて、そういった診療っていうのは、しっかり地域として診療できる体制を整えておりますので、ですから、つい循環器ではこだわってしまうんですけども、決して、この比較として多いか少ないかではなくて、これはつながりのある疾患のことをおっしゃってるなっていうふうに思いました。

最後になんとか今このまとめ方を拝見しますと北信病院が、急性期多機能病院で飯山赤十字病院が地域密着型多機能病院というような感じの誘導をちょっと感じなくもないんですけど、この3ページにあるこの有識者による役割分担、あるいはその次の奈良県の事例ですけど、これってですね、複数の病院がある地域の話だと思うんですよ。

例えば30病院があつて、その中の10の病院が急性期で、10の病院が地域密着型で10の病院が慢性期であればこういう絵が確かにかけるんですよ。

あるいは断らない病院、面倒見の良い病院っていうのが15・15あるなら、それはそんな絵をかける。

この地域の特殊性っていうのは、そのメジャーな病院が北信病院か飯山赤十字病院しかない状況にあって、実際コロナのこの現状において、お互い助け合ってるんですよ。

これはもう記載されてましたよね。ですから、私どものところで動けなくなったときには、飯山赤十字さんをお願いするし、その逆もある。

一方で、北信総合病院は本当に急性期しかみてないかというところ、地域包括ケアや慢性期の患者さんも受けている。

ですから、大きな傾向として、仮にこういう傾向で軸足を置くことがあるとしても、それは完璧に二つの病院に塗り分けられるようなことではなくって、お互いに一部分ずつ機能をオーバーラップするあるいはジグゾーパズルのようにうまく具合に噛み合うという部分があって、二人三脚をすることによって、全体としての道ができあがるんじゃないかと思うので、類型化することは大事だとは思いますがそんなにしっかり類型ができるような状況がバックグラウンドにあるわけではないということを個人的に思っています。

【高野座長】

今荒井委員の方からこのスライドの解釈とご意見ということでお話をいただきました。

それではですね、今後、北信医療圏として地域全体でのその入院需要の変化に対応し、質が高く、効率的な医療を提供していくために、どのような役割分担を病院の立場としてしていくべきかということ、今の荒井委員のお話を踏まえて飯山赤十字病院岩澤委員お願いします。

【岩澤委員】

荒井先生、いろいろと北信医療圏全体のことをお話しいただき、ありがとうございます。

先生がおっしゃる通り、この制度が実態についていけないというのが北信医療圏の状態です。

2つの病院しかありませんので、先ほどのリハビリの話もそうですし、回復期リハビリ病棟という上限が決まっているので、ここに収まりきれない患者さん、でもリハビリがいる人たちは包括ケアに入ってもらって、包括ケアで認められるリハビリの数は

2単位と決まっております、それ以上請求できないリハビリの提供を行っている。それは逆に、それにマンパワーが使われますから、もっとマンパワーをかけたい回復期にかけられない、実態がデータに表れていないと思う。

まさに当院は面倒見のいい病院であるべきだと思いますけれども、この地域において、病院ですので根本的に救急を担当しないと病院としての信頼が得られない。

一定の成績を出さないといけないと思いますので、救急医療を提供しなきゃいけない、そういった使命があると思って当院は二次医療を担当しています。

もっと質を上げたいんですけども、やはりマンパワーがありますので、ある程度以上は北信病院にお願いしている。

どこまで二次救急するのか北信病院と相談しながら具体的に詰めていかなとイケないかなと思っています。

実際に医療ニーズは大まかにあるのですが、もう一つはこれを持続可能な形で考えますと、2030年がピーク、だからあと8年ぐらいこの状態が続いていく。

あと、これは私ちょっと言っておきたいのは、公立病院の話ばかりなんじゃないかということにして、実際、高度急性期、回復期、比較しますと例えば1病床当たりの単価が倍ぐらい違う。

回復期となると、3分の1くらいに落ちる、ということは病床によって経済的なバックグラウンドかなり違うわけです。

それをニーズだけに合わせて決められていくと、そこに経営的な視点がどこにあるのか、財政支援があるのか、このデータでは全く入ってきてないんです。

それが、今後、荒井先生と具体的にどういう風にやっていきたいと思いますという話をする場合に非常にこの経営的な値は分からない、これを保障する財源支援がない状態で、調べていただければ、当院の状況や北信病院の状況についてよく分かるとは思いますが、一つの地域のニーズに対して、具体的な施策が見えてこないと協力しようもないというのが意見ですし、北信医療圏の特殊なところとして公立病院がなく公的病院が2つあるというのが他の地域とちょっと違う。

どんな支援が可能か、やはりその支援内容の検討をしていかなきゃなって感じます。

【高野座長】

はい、ありがとうございました。

北信医療圏の特徴として、まず公立病院がなく2つの公的な病院ということで、それぞれ経営母体が異なる、お互い経営的なことが非常に問題になってくるということでございます。

このような点を踏まえまして、地域の観点からですね、両市長何かご意見ございませんでしょうか。

【足立委員】

5ページですね、なぜ総務省なのかわからないのですが、模式図ですね。

現実的に飯山以北っていうのは豪雪地域なんで、例えば飯山赤十字病院に行くにはですね、市の中で冬は1時間ぐらいのかかる場合もある地域ですので、急性期を集約っていうのは、現実的にはなかなか難しい、急性期の患者さんも当然ながら発生するので、それに対する対応というものがありませんね。

これ北信地域の課題というそういう点をしっかり踏まえないといけないと思います。

それから、今の急性期集約の話、先ほどのコロナ、新型感染症の部分が問題ですよ。これが、全く何もは言ってないですよ。

基幹病院に通常よりも余裕のある人員体制を常にもっておいて、中小に派遣するというのも現実的では無理な話だと思うので、ここで今、新型感染症に対するリスク対応というのが全く加味されていない。

もう1点、急性期と慢性期、医療経営を考えると、やっぱり違いがあるわけです。

この病院経営としての視点が欠けているんだけど、そうした体制をとったときに、果たして病院の経営というのがしっかりできるのか、そういう視点が非常に大事だと思います。

そうしたものを全部ひっくるめて解決をしていかないといけないんだけど、それって誰が作るのかということ。

今、県の方から説明していただいたのは国がこういう風にはしていますよと、そこから説明していただいたんだけど、地域医療構想会議が原案をつくるのだろうか、それとも、この会議レベルでそのソリューションを作るのか、その辺が非常によくわからないので、これはもう極めて専門的な分野なので、本当に解決できるような、先ほど

何かリソースがあるという話もあったんですけども、このレベルで議論をして結論を出すのは難しいと思いますので、本当に医療体制の話、それから、新型コロナウイルスの対応、そしてその経験をひっくるめて検討してもらおうような、そういうのが必要ではないかな、我々行政は全くそういう部分については分からないです、そういうアプローチでないと、問題解決に向けて具体的に進んでいかないのではないかと思います。

【高野座長】

ありがとうございました。

医療提供体制を整えるためには、住民の理解ということも非常に重要になってくるかと思えます。

そういうことを踏まえましてですね、皆さんから北信圏域における各医療機関の役割分担の、基本的な方向性に関してご意見いただいたことも含めましてですね、今後、病床を有する医療機関においては、将来意向調査が実施されるということですので、今回出た意見をふまえた形で調査に回答していただき、次回以降の地域調整会議の場では、将来意向調査の結果を踏まえて議論していただきたいと思えます。

時間も押していますので、先に進めさせていただきます。

【荒井委員】

すみません、岩澤先生がおっしゃったその経営的な問題って大変重要で、この絵を書こうと思ったときに、入院の算定料というものは急性期じゃないのものは大変低いので、この絵を本当に書くのであれば、行政からもかなり強い支援がないと難しい。

一方で、北信病院の急性期はどうかというと、急性期を維持するためにはCTを買わなければならない、放射線治療の設備も維持しなければならない、結構お金がかかるものです。

ちょっと皆さん誤解されてるのは、北信総合病院は厚生連から補助金が出ていると思っているかもしれませんが、全くありません。例えばリニアックを買い替えるのに5億ですよ。

それを一つの病院が買って、どうやって維持するのか、それがないと地域の患者さんが、がんの放射線治療が受けられなくなるので何とかしなければならない。

僕は県の方にちょっとお願いしたいのは、こういういわゆる公立病院がない地域、

県として、一定の補助金というものをちゃんと分配するような、それはもう市町村まかせにしないで、県の方としてこういう施策を進めるのであれば、我々もやりませけど支援がないとできない。

ですから、それを継続的にある程度支援するような体制っていうのは、行政としてぜひとも考えていただきたい。

すみません、割り込みました。

【高野座長】

私もちょっと住民の理解ということでお茶を濁してしまいましたけども、今、荒井委員がお話しされたようなことですね。

今、医療設備を整えるにはお金がかかるという中で、そこは自治体の協力が必要であるということで、首長さんそれから県に対してですね、そういったことを十分に理解していただきたいなということで申し上げました。

その他よろしいですか。

【医療政策課浅川主任】

貴重なご意見ありがとうございます、大変参考になりました。

データの不足している部分につきましては、今後の調整会議の場で補っていきたいと考えております。

新型コロナウイルスの対応と地域医療構想の関係というところで、先ほどお話しがありましたけども、国の資料や検討会の議事録等を見ておりますと、考え方としては、地域医療構想は将来的な医療需要を踏まえたものであり、今後の医療需要の見込みは変わらない一方で、新興感染症等の感染拡大時における短期的な医療需要に対してどう対応するのかとなったときに、平時から余分に病床を持ってそこに人を当てられるように維持しておくのかといいますと、それはなかなか経営の観点から難しいだろうというような議論がありまして、じゃあどうするのかとなった時に、平時からすぐに体制を切り替えられるように地域であらかじめ役割分担について話をしておいて、重度の患者さんはこの病院が、回復後の患者さんはこの病院がというような、有事の役割分担を平時から決めておきましょう、そのような考え方から、医療計画に新興感染症の部分を追加しましょうということになっております。

ただ実際、地域に落としてこんで見ると、単に将来の医療需要を踏まえて減らしていいのかというと、現状を考えると肌感覚としては難しいだろうというようなご意見だったと思います。

国の方もその部分については明確な答えを出していないところであり、その点は地域の実情を踏まえて検討してほしいということとして、今後国から新たに新興感染症の医療関係のガイドラインが出る予定であり、その中で病床の確保の在り方について具体的な形で示されると思いますので、県としてはそういったものを参考としながら、今後の体制について地域医療構想の観点からも議論をさせていただいて、この地域の医療提供体制について、皆様と一緒に検討していきたいと考えておりますのでよろしくをお願いします。

【高野座長】

ありがとうございました。

次回の調整会議で具体的方針について話し合いたいと思います。

それでは会議事項（３）「外来機能報告について」事務局からの説明をお願いします。

【医療政策課】

（資料 3 - 1、3 - 2 より説明）

【高野座長】

はい、ありがとうございました。

ただいま外来機能報告について、外来の機能分化・連携強化に向けた議論を進めていくため、今後、外来機能報告結果をもとに、地域の外来医療体制の現状をデータにより明らかにし、地域の紹介患者への外来を基本とする医療機関、すなわち、紹介受診重点医療機関について協議を進めていく予定ということで、事務局から説明がありました。

以上の説明につきまして、まず、ご質問がありましたらよろしくをお願いします。

特にご質問ありませんか。

それでは、かかりつけ医の機能等について、医療を提供する立場から、ご意見をいただきたいと思います。

まず、飯山赤十字病院よろしくお願いします。

【岩澤院長】

飯山の岩澤です。

紹介受診重点医療機関の目的は非常にありがたいです。

診療所と病院の機能を明確にする。

飯山市を見てみると、診療所の数が12、すべての診療科目がそろっているわけではないので、ちょっとモデルにうまく合致できない状態、方針と現状がちょっとあっていない状況があります。

ただ、こういった国の方針がありますので、病院としては、こういった機能をもって紹介を受け入れる対応を持たないといけないということはよく分かりますし、資質を高めていかなければならないのは分かります。

持っていきたいのですが、現状の受入れでは難しいだろうと思います。

【高野座長】

ありがとうございます

はい、北信病院荒井委員

【荒井委員】

国策として、かかりつけ医を持って病院の機能をこのように集約化するという構想ですよね。本当に国策として強い圧力、流れを感じてしまう訳なんですよ。

私どもの病院の立ち位置からいくと、こうしたものに手上げすべきなんだろうだと思っている、例えば市民病院さんとか長野赤十字病院さんなど長野市の大きな病院はすでにこうしたものに入っているのですが、岩澤先生がおっしゃったようにこの地域での診療上の特性がですね、外来医師偏在指数というのが、確か私の記憶ではですね、人口10万人あたりのその外来診療所の医師数の指標なのですが、全国平均106に対して松本は127とすごい多いんですよ、ところが北信は76、全然少ない。

すなわち、こういう絵が描けるのは松本あたりですと、診療所の受け皿がたくさんあるんで、充分綺麗な形でかかりつけ医の機能と病院の機能を分けれるのですが、外

来医師偏在指数がこれほど低い北信地域でそれをやっていいのか考えた時に、各科のうちの紹介率という所で見ても、課によってはですね、例えば循環器内科はほぼ100パーセントの紹介、多くの科でいい数字が出てるんですが、一方で、例えば小児科は29、皮膚科は5.6、耳鼻咽喉科は14.8%という紹介率、これが何を意味するかというと、紹介状を持ってない患者さんを病院の初診として受けると、その患者さんから7,000円いただかないといけない、現状だと1,500円です、これが7,000円いただかないといけない。

小児科、年間2,400人の初診患者さんがいて、紹介状持っている人が180人しかいない。

皮膚科、2,200人、紹介状を持ってらっしゃったのは114人しかいない。

残りの方は全員7,000円払わなければならない。

ということが、この地域の問題として起こってきてしまう。

ただ、病院の役割を考えると、紹介受診重点医療機関ということに対しては、国策の流れには逆らえ切れないというのがあり、大変矛盾、自己矛盾を感じている。

私が今、考えてるのは、先ほどフローがありまして、手上げをするしないところですが、おそらく、重点外来の比率とか考えてみると、うちの病院で基準を満たすのは結構厳しいかもしれないと思いますし、あの紹介率等に関しても、充たすこともちょっと厳しいんじゃないかなと。意向なしとした場合には何の議論もなく終わってしまうのではないかと思います。

私はここでですね、やっぱりそれは病院単独での問題じゃなくて、地域全体で医師会も交えてですね、議論するべきことだなと、そして行政の方も入っていただいて、議論すべきことかなと思っております。

私の現時点での意向としては、一応意向ありとして、手上げをしておいて、そこから皆様方と議論を重ねると。でも結果としては厳しいんじゃないかな。

今回はですね、最初に病院の意向ありって言ったじゃないですか。何か責任をね、押し付けるような作りになってるのはおかしいなと思って、本来は意向ありなしに関わらず、やっぱりここで、今後の国策も交えた中で、地域医療、それから住民の皆さんのことを考えた時に、診療所と病院がどうあるべきか、そういう議論を重ねた上で、結果を考えていくならいいのです。

このフローを見るとその議論をするためには一応今日手を上げなければいけない。

そういう議論をこれから行うという目的であれば、一応意向ありということで、進めてもいいのかなというふうに、大変苦渋の決断とありますが、はっきり決まった訳ではないですが。今そのように考えています。

【岩澤委員】

フローを見ますと、荒井先生がおっしゃられたように、当院としましては、北信地域の2病院として手挙げをして、一緒に検討していただく、という風に考えておりますので、そういう議論の中に一緒に入れていただいて話をしていきたい。国策というのが大きいですが、現状では厳しいということです。

よろしくをお願いします。

【高野座長】

ありがとうございました。

今お二方、病院の考えについてお話をお聞きしました。

当地域での特徴としまして、医師偏在県内でも少数である地域であると。

診療所も少ないため、病院の外来機能については、診療所的な診療を行わなければならない。また、紹介率のみでは判断できないという話がありました

診療所の立場として、飯水医師会長、畑山委員ご意見お願いいたします。

【畑山委員】

診療所の立場から言いますと、今、荒井先生がおっしゃたように、まず小児科なんかは、この科を入れると、圧倒的に紹介率が下がっちゃうので、科によっては抜いてもらうとか、個別でやってかないと小児科なんてこの辺は日赤さんと北信さんだけです。

こういうことを始めるのであれば小児科を除くとか、耳鼻科も開業医少ないので個別に読み込まないと長野市みたいに、いろいろな科があるわけではないんですね。

さっきの話に戻りますが、北信地区は2つの大きな病院があって僕たちがいろいろやらさせてもらってるんで、東京みたいに半径1キロ以内に大病院が10個、20個もあつたり20床から100床の中小の病院が何百個もあるような地域と違うので、この枠から北信地域だけちょっと外してもらいたいなと考えています。

ただ、これから経済が伸びていけば、医療の方に回してもらえし、お金の問題が本当に入っていないので、高齢少子化でも、もし今後、経済が昔みたいに伸びていけば、こういうことをしなくてもいい。

ただこれは総務省とか財務省の考えなので、国会と総務省の考えと違って除いてほしいというのが考えです。

以上です。

【高野座長】

ありがとうございました。

スライドの中に紹介状なしで7,000円の話もありましたけども、医療を受ける立場として何かご意見ございますでしょうか？

両市長。

(意見無し)

木島平村民生児童委員の畔上委員いかがでしょうか、医療を受ける立場として何かご発言ありますか。

【畔上委員】

木島平村の民生児童委員を仰せつかっております畔上と申します。

私はこの会議参加させていただくの初めてで、非常に専門的な発言をする会議なんでちょっと私としては、面食らっているというのが正直な話です。

市民というか、そういう立場でのお話ということですが、私も病院さんにかかるという、そういう経験がございますが、軽度の風邪とか、そういうものはあるのですが、大病を患ったことはなく、子供とか年寄りもそうなんです、それぞれ病院さんのお世話になったことはあるのですが、なかなか私の個人的な意見としましては、会議の内容が十分理解できておりませんので、先ほどの委員さん方の話が非常に有意義なものとしてあります。

私もこれから、この会議は続こうかと思っておりますので、ちょっとこれから私なりに勉強させていただいて、私の立場からご意見を出させていただければというふうに思っ

ておりますので、大変恐縮ではありますが、今日のところは、そういうことでよろしく
お願いします、ありがとうございます。

【高野座長】

はい、ありがとうございました。

骨太の方針の方でも出ましたかかりつけ医制度も含めてですね、なかなか国の道筋
通りにいかないのかなというようなことを、私も感じております。

また、今後ですね、新しいこの外来機能報告制度が始まるということですので、結
果がまとまったところで、この会議でも公表していただき、あるいは関係病院間等で
いろいろ議論をしていただきながら、調整していただければと思いますのでよろしく
お願いいたします。

他にご発言、ご意見ありますか。よろしいですか。

それでは時間も限られておりますので、次の議題に進めさせていただきます。

会議事項（４）医師の働き方改革について、事務局から説明をお願いします。

【事務局】

（資料４より説明）

【高野座長】

はい、ありがとうございました。

ただいま、医師の働き方改革について、2024年4月施行に合わせ、医師の時間外労
働規制、宿日直許可、今後のスケジュール等を事務局から説明がありました。

飯山赤十字病院・北信総合病院では、医師の働き方改革の現状についてですね、ど
のようになっているかお話しいただければと思いますます。

まず、岩澤委員。

【岩澤委員】

この医師の時間外労働規制については複雑な話で、理解してるのは、私と荒井先生
だけで他の方はよくわからないと思います。

何が困るか単純に言いますと、夜連続労働時間が制限される、あるいは総時間外労働時間を制限されると、夜遅くなるような手術ができなくなってしまう。

祝日・休日などの救急外来が労働時間に換算されると働けない医師がでてきてしまって穴があいてしまうことがおきてしまう。

医師がたくさんいれば、それを通常の勤務としてシフト勤務ができますが、それだけ医師に恵まれているところは、一部の大学と一部の三次救急センターを持っている病院くらいしかなく、ほとんどのおそらく8割、9割の病院はどこかで欠員がでる、ということが危惧される。いかにそれを防ぐかと各病院で努力されているということだと思います。

飯山赤十字病院の話をもっと簡単にすると、当院は医師の時間外労働時間は平均月34時間です。年間で480時間ということでA水準、ですから、この医師の時間外労働規制には入りません、また荒井先生もおっしゃると思いますが、診療科によって違います。

問題なのは連続勤務28時間の勤務インターバル、これをクリアするのが大変なのです。

これは例えば、朝医師が出勤して、夕方まで働いて、それから当直に入り、翌朝まで働いて24時間、お昼まで働いて28時間。その先生は、その当直明け翌日の午後は働いちゃいけなくなる。

そうすると、外科のメンバーが足りなくなる。5人も6人も医者がいればいいですが、2、3人でやっているところは午後検査ができなくなってしまう、通常の診療に制限がかかってしまう。

もう一つは、当院もそうなのですが、土日祝日は信州大学の医師の派遣を受けている、その先生方の総労働時間の中に当院での労働時間が組み込まれます。

そうすると、例えば24時間の労働時間となった場合場合に、大学での労働ができなくなりますので、派遣を制限されることが危惧される。

当院では、それで、宿直許可申請というのを長野労働基準局に6月に出しまして、7月に審査・調査を受けまして、7月の末に宿直許可を夜10時から朝8時まで10時間、つまり、その時間は万が一働くことがあっても、労働時間としては認めないよということになりました。

そこで、9時間のインターバル規制をクリアできましたので、当院で6月から実施しますけど、当院に働く常勤の先生方は、夕方5時15分から夜9時半までは時間外労働

働時間、夜 10 時から朝の 8 時までには宿直、労働時間としてカウントされないということでインターバルをクリアしている。

宿日直に関しては祝日、休日に関しましては、大学の方にそういった連絡をしまして、検討してもらってまして、2022 年以降、どのような派遣体制になるか大学の判断に委ねられますが、当院では 10 時間のインターバルをとれるということで、今後も大学の派遣は続けていただけると期待をしていますが、大学の判断となります。

そのような状況です。

【高野座長】

ありがとうございました。

北信総合病院の状況はいかがでしょうか？

【荒井委員】

今、岩澤先生が大変わかりやすく、ご説明していただきました。

これ見方によれば、今まで医者が本当に身を削って働いていて、それで地域医療を支え、患者さんを守ることが行われていたということです。僕も若い時に 1 週間も病院に泊まり込んで働いていました。

ある意味、医療を覚えていくという点で大事なことですが、国の方からそういうことはやめなさいということを行っているわけです。

それは我々医療者からすると、自分たちの健康を守るという点では、28 時間以上の連続勤務はダメとか、9 時間必ず休むということは、それはすごくありがたい話ではあるんですが、見方を変えると、それによって何にしわ寄せがくるかということ、患者さんなんです、間違いないです。

僕らは診療してあげたい、でもごめんね、僕休まなきゃいけない時間になっちゃうから今日は手術してあげられない。今日はもう検査できないんです。

これはですね、国が国策としてしなさいと言っており、守らなきゃいけないことが決まってしまったんで、せざるを得ない。

ということは、結構現場では、いろんな問題がこれから起こってくる。

それをどうやって回避しようかということで、抜け道を今作るようなことを一生懸命こっちとしては考えているわけです。

宿日直手続き、これ、先ほど6ページの医療機関が適切に宿日直許可を取得することが重要と書いてありますが、適切にって言われてもですね、救急の患者さんを扱っていて、その状況を労働基準局が見たときに、いやこれは宿日直じゃないでしょという風に言われたら、その手続きは取れなくなってしまう。

それを適切にとるためにどうしたらいいのか、枠にはまるようにするには僕ら、夜中の仕事をしなきゃいい、患者さんを見なきゃそうすれば適切に取れる。

それは本当におかしな話なんです。

ところで今、飯山日赤さんの宿日直がとれたというのはよかったなと思ってるんですけど、言ってみればですね、現場はそれなりの労務というのがあるところにおいて、どこまで労働基準局が杓子定規のことをいうのか、あるいはどれだけ勘案してくれるのかというのが一つのポイントではあるんです。

かといって、やっぱり今やってる義務を減らすわけにはいかない、我々もこれから宿日直を正式に取得していかなきゃならない訳ですけども、宿日直許可がとれば、一応としては、成り立つ形に持っていけそうな感じがします。

例えばですね、医者っていうのは、常に自己研鑽をしなきゃいけないし、いろんなカンファレンスをしなきゃいけない、患者さんの症例をまとめなきゃいけない。そういうときに上司が、あなたはこれをまとめなさいと言ったらもうそれは勤務。自発的にやっていたってことに置き換えるのかな、自発的にやってるから勤務ではないので時間から外れるとか、そういうことをちょこちょこ切り詰めていって、何とか自分たちはこう勉強してやってるわけだけれども、自己研鑽をしてるけれども、いや、勤務としてはこの時間なんです、だから、労基署として許してくださいということを形作っていかなければならないというのはすごく現場としてはやるせない。

例えば心臓血管外科はもう今学会としてこれは破綻しますということをはっきりメディアに言ってます。

この1,860時間にしても、おそらく半数以上の心臓血管外科医が、そこから既に漏れてしまっている状況でそれによって今、動脈瘤の手術とかができなくなってしまうことが起きるので本当に国に対して大きな声を張り上げて言っているんだけど、だけど、結局突き進むということになっていて正直、いろんなことが起きるということで地域住民の方にとってはあまりいい話ではないと思う。

ですけれども、我々としてはそういう影響が最小限になるようになんとか許可をいただくようお願いし、そしてテクニカルな問題として、勤務時間というものを限定

するような形での勤務表作成とか、そういう形で何とかもう切り抜けざるを得ない。一般の方々はなかなかわかっていただけないと思いますが、僕らとしても働きたくても働けない。世の中の流れですから、岩澤先生と情報共有しながらなんとか切り抜けなければならない。

北信病院の場合、宿日直に関して、大学からの支援の日直とか宿直はほとんどないので、自己完結の中でうまくやっていけば、なんとかできるかなと思っております。

あと、先ほど岩澤先生が御懸念されていたように、一部の診療を大学病院の医師に依存してる場合、働いたことによって、大学に戻った時にその次の日仕事ができなくなってしまうと、大学としては、もう人を出せなくなり、大変な問題が起きる、そういうところをいろいろ知恵を絞って回避していくことが大事だと思います。

【高野座長】

ありがとうございました。

ただいま病院の現状、ここについて、お2人の委員から非常にわかりやすくご説明がありました。それを受けて、皆さん何かご発言ありますか。

荒井委員のお話にもありましたように、日本の医療というのは、医師の自己犠牲的な長時間労働によって支えられているというのが今までの現状であります。

今後、医師の偏在を含む地域の医療体制の観点からですね、行政における枠組みや支援、医療機関、医療従事者の意識改革、それから国民の医療のかかり方ですね、全ての関係者が一丸となって、改革を進めていく必要があると感じています。

時間も押してきました。何か最後委員の皆様からこれだけはということはありませんでしょうか。よろしいですか。

最後によろしいですか、すいませんちょっと私から1点だけすいません。

高橋委員、佐藤病院に関してなんですけれども、協議事項の(2)北信医療圏における今後の各医療機関の役割分担の基本的な方向性について、佐藤病院が地域で果たしてきた役割や今後の見込みについて、何かご意見いただければと思います。

【高橋委員】

佐藤病院の高橋です。

佐藤病院は内科病床 20 床で、あとは残り 100 床は、一般精神が 70 と、認知症疾患治療病棟 30 床でやっている関係で、精神科の方は北信地区の当番制の救急をやらせていただいております。

2 病院と全く違うちょっと方向性なので、これはまた県の方針としてやらせていただこうと思いますので、よろしく願いいたします。

【高野座長】

ありがとうございました。

ご意見も出尽くした内容ですので、以上で本日予定していた会議事項は終了とします。ご協力ありがとうございました。

事務局にお返しします。

【事務局】

高野座長ありがとうございました。

またご出席の皆様におかれましては、1 日のお仕事でお疲れの中、遅い時間にも関わらず、貴重なご意見をいただきまして本当にありがとうございました。

それでは以上をもちまして、令和 4 年度北信医療圏地域医療構想調整会議を閉会いたします。

本日は大変お疲れさまでございました。

ありがとうございました。