

令和7年度第2回北信地域医療構想調整会議 議事録要旨

1 日 時

令和8年2月9日（月） 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）
佐々木範充（飯水薬剤師会長）
荒井 裕国（北信総合病院統括院長）
小山 茂（飯山赤十字病院長）
高橋 智子（佐藤病院長）
下田千恵美（長野県看護協会北信支部支部長）
吉村 佳子（全国健康保険協会長野支部企画総務グループ長）
穂澤 弘（木島平村民生児童委員）
上倉美穂子（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）

【事務局】

中山 幹大（北信保健福祉事務所長）
北澤 良和（〃 副所長）
北原 将貴（〃 総務課 主任）
塚原 仁（医療政策課長）
宮坂 美咲（医療政策課 主任）
江上 雄大（医療政策課 主任）

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。

【塚原課長】

医療政策課長の塚原です。

来年度から新たな地域医療構想の本格的な策定が始まります。

併せて第8次保健医療計画の中間見直しなど、長野県の医療行政の方向付けをする

大きな仕事が来年度待っているということで、今日ご説明させていただく内容もそれに繋がるものでございますので、お聞きいただいたうえで分からないことがあれば、お尋ねいただければと思います。

それでは、担当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】

ありがとうございました。

医療政策課から新たな地域医療構想の検討状況について説明いただきました。

ただいまの説明につきまして何かご質問ご意見ありましたらお願いします。

【荒井統括院長】

はい、北信総合病院の統轄院長の荒井でございます、よろしく願いいたします。

皆さん一番最後に参考資料1というものが置いてありますので、今ご説明いただいたことに関しまして、私としての提案を説明させていただきたいと思います。

今のお話伺ってますと、2次医療圏、人口減少が起こってくるころは大きなところと包括すべきじゃないかというそういう論調での議論が進んでいるわけですが、やはり我々この地域におきまして、栄村のような豪雪地帯とか考えていきますと、救急搬送などを考えた場合、これが長野医療圏と包括されるということになると地域の住民の方々にとって大変な困難を来すということを大変危惧しております。

それで今の資料を私事前にいただいておりましたので、それに沿いましてですね、ご意見させていただきたいと思います。

参考資料1、これページ数が26ページからスタートしているので、その数字で説明させていただきます。

まずおめくりください。

27ページって書いてますけど、今のこの2次医療圏の区分は、元々ですね、地域振興局の担当区域と全く同じに作られていたということが、実は大きな問題だったのです。

本来、この2次医療圏としての役割というのは医療としての分担がされなければいけないのですが、長野県の場合はなぜかこの地域振興局の分担と同じになっていたと、そこでこの28ページにありますけれども、確かにこの2次医療圏、これではまずいので、新たな構想区域を考えようという考え方はいいと思うんですよ。

ですが、この次の29ページからですね、先ほどお話ありましたように、この人口減少が見込まれている地域に関しては2次医療圏を2つまとめて構想区域にすればいいのではないかと30ページにありますように、この既存の構成区域を2つ合わせればいいのではないかとという考え方で進んでいるというわけですが、確かにですね、次めくってください、31ページですね。

この木曾・大北・北信医療圏がおそらく一番問題視されてる地域なのではないかなと考えるわけです。

先ほどの資料1では24ページにあったこと、この32ページですけれども、ここを見ますとですね、2次医療圏別の自己完結率ということで、この上の題目見ますと一般病床の推計患者数の各領域の流入・流出割合を見ると、上伊那、木曾、大北、北信で20%以上の流出が見られるって書いているのですが、割合って言いながら流出だけが問題視されている。そこで、これを線でプロットしてみました。

この横軸が流入で、縦軸が流出なんですよ。

見てみますと、例えばですね、流入/流出比が木曾は1対10よりも大きい。大北は1対5よりも大きい。

それで、北信は、実はこの1対2から1対2.5の間ぐらいのところにあるわけです。

それ以外の地域も、もちろん1対1以下のところは長野とか松本とか佐久とかあるわけですが、よくよく見てみるとですね、長野と北信を比べてみると、流入に関してみると、これ長野11%ぐらい、北信が14%、13~14%ですか、むしろ長野よりも北信は流入が多いんですよ。

確かに流出もあるかもしれないけど、流入もあってこの比率からいったら、ここをですね、この木曾・大北と北信を同じような議論にも持ってくるのはちょっと乱暴なんではないかなというふうに私は思うわけですね、次をめぐってください。

33ページって書いてありますけど、これは元々の資料1の23ページなんですけれども、縦軸が時間外救急手術の発生日数、横軸が人口、これ何かわかりにくいなと思ってこれにも線を引っ張ってみました。

実はですね、北信というのは、10万人あたり、この緊急手術、100日と一番多いんです、長野は10万人当たり33日と一番少ないんですよ。

どう見るかというと、つまり、この黄色いところに書いてありますが、人口10万人当たりの時間外緊急手術発生日数は長野のように流出数が少なくても施設数が過剰

な場合に少なくなり、大北・木曾のように施設数は少なくとも流出数が多いと少なくなるんです。

一方でですね、北信は3次救急症例など一定数の流出がありますが、しかしながら、地域としてはですね、最大限の緊急手術が行われており、ある意味全県で最も忙しく働いている場所ということになります。

すなわち、私どもの北信地域というのはしっかりこの救急に対して対応ができてるとそういうふうに見ていいんじゃないかと思うわけです。

この34ページですけれども、これには、長野県の400床以上ある急性期病院の分布が星印で示されています。

このうち、心臓血管外科の修練認定施設、すなわち緊急手術ができる心臓血管外科があるのがこの丸のところだけなのです。

動脈瘤が破裂しても、南信では助かりません、ヘリで搬送して信大に送るしかないんです。

でもこの北信地域というのは私どもの北信病院がありますので、自分で言うのもなんですけども、究明手術をして差し上げることができる。

特にこの循環器系の救急診療って大変重要なんですけども、私どもの医療圏は、その拠点病院がある地域だとそういう認識を持っていただきたいなと思うんですね。

これが北信地域のバリューです、そして次おめくりください。

400床以上の病院は赤で、黄色が200床以上で、この青が200床以下の病院ですが、これを長野医療圏と北信医療圏とで比べてみました。

そうすると長野医療圏というのは綺麗なピラミッドになってるんですけども、北信医療圏というのはトーテムポールみたいな感じになっているわけなんですよね。

先ほどご提示いただいた、これ大変重要なこの次のページですけれども、今度の新しい考え方で、高齢者救急・地域急性期機能と在宅医療連携機能と、急性期拠点機能と専門等機能この四つに分類してるわけですよ。

この四つの機能をバランスよく考えていくということが、新しい医療圏の考え方の中で大変重要になるわけでございますけれども、先ほど急性期拠点病院の担う役割として、災害拠点、感染症対策、それから専門医研修、そして地域の医療機関の人的協力、こういった機能を考えると私どもの病院は急性期拠点病院であろうと、おそらく飯山日赤さんはこの高齢者救急と地域急性期機能になるかと思えます。

佐藤病院さんはおそらく専門等機能ですけれども、そうは言っても精神科の患者さんが多いですから、どちらかというとりハビリテーションに特化したと言い切れるかどうかかわからない。

一番問題なのはですね、この在宅医療等連携機能を担う施設はこの北信地域にない

ということです。

ここが大きな問題で、今度の医療構想の骨格っていうのはこの在宅医療等の連携機能を持ってる、そこの病院がしっかり働いてくれることで、それによってですね、在宅医療というものをある程度充実させようというのがベースにあるにも関わらず、この地域にはこの機能を持った病院がない。

ここが問題点ですね。

実際どうなってるか次をおめくりください。

37 ページですけど、私どもの高齢者救急の搬送、救急搬送から入院転院に向けた流れを見てますけれども、この左側の円グラフ、実は高齢者救急の9割が北信地域で、須高から来るのは実は3%なんですけれども、転院となると北信地域が34%に対して須高に43.2%、すなわち新生病院と轟病院、信州医療センターといったこうした、要するに下り搬送を受け入れてくれるリハビリ等ができる病院に搬送されてるってことで、そこが流出の大きさになってるわけですよ。

それを裏付けるようなデータは実はこの先ほどの資料1の25ページ、今回の38ページ、次のページですけども、この赤で書いてある療養病床入院基本料に示されています。

比率が北信46%、長野が52%と書いてあるんですけども、やはり下り搬送が長野の方に流れてる。

これ実は去年だったか一昨年だったかな、この地域医療構想調整会議の場ですね、県の健康福祉部の方で資料を作っていただきました。

そうするとやはり回復期の患者が小布施、須坂に流れていました。

そこのやり取りで初めてこの地域は成り立ってるってことがわかるわけです。

次をおめくりください、39 ページです。

すなわち、現実はどうかということ、2次医療圏を跨いだ北信圏域とそれから須高地区ですね。須高地区との広域連携がもう既に生じているわけです。

小布施町、須坂市には新生病院と信州医療センターがあります。

さらにですね、これよく見てみると災害拠点の話が先ほど出てきましたけど、災害って今何が一番問題になるかということ、次の40ページと書いてありますけれども、水害が一番問題なんです。

皆様方19号台風の記憶はそんなに古くないかと思うんですけども、あのとき、橋が渡れなかった小布施橋、村山橋、屋島橋が使えなくなってしまうと結局、今、須高地区っていうのは長野に含まれてるわけですけど、この地区の住民は災害拠点病院として反対側にある長野日赤ですとか、あるいは市民病院に渡ることできないんですよ。

結局私どもの病院が災害拠点病院として機能しなきゃいけない。

ということを総合的に考えてみて、おめくりください。41 ページですね。

この病院の分布状況と、それから災害対策、こういった平時・有事の状況を考慮すると実は北信医療圏と須高地区を合併をさせることが、医療政策を考えていく上で合理的なんじゃないかと、この今トーテムポールみたいなものが、もしも須高地区が一緒になった場合どうなるかっていうとこれピラミッド状況が作れることになるんです。

そして新生病院は在宅医療をしっかりとやっていただけてます、それで轟病院さんはリハビリ等もしっかりやっていただけてる。

このような綺麗な病院としての分布が行われる。

次、最後のスライドですけど 42 ページって書いてありますけど、このようにした場合、長野はどうなるか、北信はどうなるかっていうと、まずですね、人口として今の長野医療圏というのは 51 万、馬鹿でかいんですよ。でかすぎる、これ 44 万になります。北信が 7 万 6000 人から 14 万人になるんです。

同時に面積を見てください、ほとんど同じになるんですよ。

ですから、僕は何が言いたいかっていうと、現在ある 2 次医療圏をもとに、そこをくっつけるのはどうのこうのって議論してますけど、そもそも 2 次医療圏の設定が地域振興局に基づくもので、長野医療圏の設定がでかすぎて、これがおかしいと、むしろ須高地区を北信医療圏と一緒にすることで、ここら辺の救急医療も賄えるし、それから災害にも対応できるし、医療圏のバランスとしても、現実に即した議論ができる、ここに実際に須高地区の方がいらしたら、もっと建設的な議論ができるんじゃないかとそういうことをご提示したいということでございます。

ありがとうございました。

【三澤座長】

ありがとうございました。

ただいまのご意見として、医療政策課として、どのようなご意見があるかお伺いしたいのですが。

【塚原課長】

荒井院長ありがとうございます。

今ご説明いただいた内容、データに基づいて、患者さんの動きのところも教えていただいたので、ご説明いただいた内容自体に我々としても何か大きな問題点があると

考えていないところです。

ただ、地域医療構想自体、来年度から策定するわけですが、国全体の中で長野県としてどうするのかというところを考えなければいけないところもありますので、まずは国のガイドライン、どのようなものが出てくるのかというところは非常に今注視しているところでございます。

ただ、県として、一つ言えることは医療提供体制のグランドデザインは大きな方針としては一つありますが、それは医療提供体制であってエリアの議論はあまりそこでは言及していません。

また、新たな地域医療構想を検討するときには急性期拠点機能の要件をどう定めるのかというところも非常に大きなポイントですし、それによってエリアの捉え方も変わってくるところも非常に大きなポイントと思います。

いずれにしてもそういった国の動きですとか、あとは様々なデータっていうところもしっかり見ながら、当然今荒井院長からお示しいただいた、こういったそれぞれの地域ごとの特徴っていうところをしっかりと見て、考えていただきたいと思います。

今日は貴重なデータを共有していただきありがとうございました。

【荒井統括院長】

はい、ご理解いただきありがとうございます。

このプラットフォームをまず、どう設定するかっていうのは、これからの会議体、それがどうなのかってことを決めます。

それからこれから出てくる行政の様々なデータもそのプラットフォームに基づいて出てくることになるのですから、やはり実際この新しい構成区域どうするのが重要になります。

残念ながら「新たな地域医療構想に関する懇談会」のチームの中には、北信だとか、南信の人たちは入ってないんですよ、真ん中の人たちばかり入ってこれ本当にこのメンバーで議論できるのかっていうのをちょっと疑問に思うわけなんです。

ですから、ぜひやっぱりこのプラットフォームの議論に我々も加えていただくことが僕はすごく重要だと思うんです。

おっしゃったことはわかりますけれども、それが決まらないと次の議論がスタートしない。

ですから、こここのところはですね、ぜひ強くですね、認識していただいて、ご検討いただきたいということでございます。ありがとうございました。

【江沢市長】

着座のまま失礼いたします。飯山市長でございますけれども、もし私の理解が違っていたらですね、飯山日赤病院の院長さんから直していただきたいんですけども、私は北信病院の院長さんのこのお話を初めて伺いましたのは、北信病院の総会でしょうか、その場で伺いました。

その後、飯山日赤病院の方でも、このことをずっと検討されてこられて、飯山日赤病院の院長さんは賛同するというご意見であったということによろしいんでしょうか？

【小山院長】

今のお話ですか。

急性期の高度医療担当は北信病院さんにお世話にならないといけないですし、我々が高齢者の方の救急に集中していくっていうのは間違いないですね。

ですので今、国というか県が考えている医療構想に沿っている感じです。

そういう同じような高度急性期をやってるわけでは全然ないですね。

【江沢市長】

専門的でよくわからないと思うんですけど。

【小山院長】

専門的っていうか、2次より3次よりの救急っていう感じでしょうかね。

【江沢市長】

そうすると一言で言って何か問題があるというわけじゃないんですね。

【小山院長】

荒井先生のお話ですか、非常に説得力あるお話だと理解しております。

【江沢市長】

それから荒井院長に伺いたいんですが、医療構想の懇談会の地域のメンバー構成が何か偏在しているというのは、青木村と諏訪市のことでございますか。

【荒井統括院長】

これは要するに2次医療圏として人口が少なく、こういう拠点病院が少ないっていうところとして、その代表として今問題視されてるのは木曾と大北と北信地域なんですけれども、ただ、北信地域を木曾・大北と同じように考えて欲しくないっていうのが私の考え方なんです。

それはどこが違うかという、こういう私どもの病院のような心臓外科も緊急手術もできるような拠点病院があるということ。

しかしながら、救急までカバーできていながら、一方で問題点は、その後の下り搬送としてのリハビリ専門にやるような病院ですとか、あるいはその在宅医療をやる病院がそこにはないということです。

現実問題として、私どもの病院に、高齢者救急運ばれた人が、どこにその後リハビリ行くのかという、それが小布施であり須坂の病院、それが現実問題としてあるわけですよ。

だったら、どうしてあそこの須高地区が長野に入っちゃったのかなというのが私のスタートラインとしての疑問なんです。

同時に災害のときを考えてみても、うちが面倒見なきゃいけない地域なわけです。

だから、そこは私どもが栄村から須高地域まで、そこまでのエリアとして全体を捉えて、医療構想を考えた方がより地域住民の方々にとって利便性のあるんじゃないかとそこにのっっているのです。

万が一にですよ、長野の医療圏と私どもの医療圏が一緒になったらどうなるかという、そうすると、もう議論がぐちゃぐちゃになってしまう、実際こんなに熱のある議論がされてるのは、ここのエリアだけらしいです。

実際によそのエリアよりもかなりしっかりした議論がこのエリアで行われているのは事実で、それは何でかっていうと、こういう限られた病院で地域のことに根ざしたこととして僕らが共通の意識を持ってるからなんです。

これを都市部の医療と中山間部の医療を一緒にするのは、それもおかしいでしょう。

都市部の医療としては長野圏域でやっていただければよろしいんだけど、やっぱり中山間部としては我々のエリア、私も高山村に住んでますけど、中山間部ですよ。

そこを須坂それから小布施地域と一緒に議論していった方が、いろんなことが建設

的にできるんじゃないだろうか、ということなんでございます。

【江沢市長】

私としてはですね、今の県の方のお答えぶりは非常に絶妙な感じの答えなんですけども、結局何かこの議論がいつの間にかね、持ち越されてしまうようなことではいけないだろうと思うんです。

そのことだけとりあえず申し上げたいと思います。

【三澤座長】

今のご意見、それに関しては前からでもありますし、それから須高の課題もありまして、全体の問題だと思えます。

ただし、建設的な意見としてぜひお考えいただいて、討議の席に入れていただければと思います。

他にございますか。

【小山院長】

飯山日赤の小山でございますけれど、先日、医療政策課の方からお話伺ったときはまだ診療報酬改定の話がなかったものですから、それを踏まえて、県の方がこういうことを目指してらっしゃるというのがよくわかりました。

具体的にはですね、以前は広域型病院と地域密着型病院というグランドデザインに対してですね、それ今こちらの4病院機能に集約されてきたわけなんですけれども、この北信圏域で申しますとですね、高齢者の救急を受け入れている当院と北信病院さんが主だと思うんですけど、何て言いますかね、救急車の受け入れ数ですとかですね、手術の件数でかなり厳しい診療報酬の算定がされる状況になってましてですね、これからの当分の間はですね、高齢者の救急をどうやって受け入れるかっていうのが一番問題になると思いますので、そこが県としてどういうグランドデザインをやっていかれるかというのが一つであります。

それと、なかなか難しいところなんですけれども、包括期がやはりどうしてもこの圏域は足りないんじゃないかと思うんですね。

ですので、そこをしっかりと長野と合わせるっていうのも、例えば先ほど荒井先生からお話があったように、栄村の方が長野まで行くというわけにはちょっとなかなかいかないものですから、そういう包括期の病床はかなり不足するだろうと、あるいは病院が不足するだろうと思いますので、そういう形で構想区域を考えていただければな

と思います。

以上です、ありがとうございます。

【塚原課長】

冒頭私がお話しできなくていけなかったんですが、来年度から新たな地域医療構想ということで検討が本格的に始まるわけですが、今年はその前段ということで、有識者、医療機関の先生方、それから介護ですとか、在宅というところの関係者の皆さんにも集まっていただいて情報共有や勉強会、そういったことをさせていただいております。

その中で出てきたご意見として県境に近い部分で、特にこの長野と北信の二つのエリアを見たときにどうしても大きな病院というのは、長野市の中心部に集まっているというのが現実としてあって、その中であって北信総合病院さんは非常に頑張っているというのと、ただ、そういったときにやはりエリアをどう捉えるか、大きく捉えてしまうと県境部分の問題が出てくると考えています。

来年度の本格的に議論をするときにも、そういった観点も大事に、特に長野県はエリアとして非常に広いですし、谷筋も多いっていうようなところから考えると、医療機関へのアクセスってところが非常に大変ということが全国の他地域と比べて、多いものですから、そういったことも丁寧に議論の中で、結論を導き出していくというところはしっかりとやっていただきたいとご意見をいただいておりますので、我々もそういったところは意識して進めていきたいと考えてます、ありがとうございました。

【中山所長】

すいません、補足になるかどうか分かりませんが、今の構想区域という話なのですけれども、基本的に構想区域というのはですね、その将来の医療を考えたときに、その区域・地域で医療が完結できる区域という意味です。

だから構想区域っていうのは将来の医療提供体制を考えたときに、その将来、その地域・区域で医療が完結できるような医療提供体制区域を設定して考えましょうというのが、この構想区域っていうことの方ということなんです。

だから、荒井先生のおっしゃる通り、いろいろ地理的な問題ですとか、そういったものがその構想区域っていうところを設定したときにその区域内で全部完結できるのが大事なところだから、例えば急性期の手術、心臓の手術とか整形外科の骨折の手術とかしてもすぐに退院して家に帰れるわけではない、まず手術をする病院、高度医療を提供する病院があって、それが終わってある程度術後の管理が終わって落ち着いたところで退院してその後リハビリする病院、それをどこにするか、それが北信医療

圏ちょっと足りないよという話をしています。

これだと今のままだと完結できない、だから将来的にその区域をどうしたらいいかというのが今の話でございます。

補足になっているか分かりませんがコメントをさせていただきます。

【江沢市長】

今の資料1について説明をお願いしたいところがあります。

一つは資料10ページから11ページにかけて、長野県の地域医療課構想の懇談会というものについて説明されておりますが、この名簿の中を見ますと、市町村が二つしかないんですよ。

バランスを欠いてると思いますが、その点いかがでしょうか？

【塚原課長】

はい、関係者をどういったバランスで集めるかというところも確かに慎重にやらなければいけないと思っております。

先ほど申し上げた通り、まずは懇談会自体は、情報共有ですとか、あと来年度に繋げるという意味合いもあったものですから、まずは市町村というところについては、それぞれの関係団体をお願いをして、選出をしてもらったという背景はございます。

市町村ということで我々として一番大切にしているのは、こういった調整会議の場で、先日も市長会の総会でご説明させていただきましたし、今後も町村会の総会の場でも説明をさせていただく予定ですが、来年度からは医療法の改正もあり、この調整会議の場に市町村もしっかりと入ってくださいというふうに明記をされたところがございます。

これは我々だけでなく知事も非常にそこ（調整会議に首長の方々が参加すること）を大切にしております、ぜひ市町村の首長の方々にですね、地域の代表者としてご出席いただいて、市町村の今の現状、将来こうあるべきだということをお話していただいて、この場で議論を活発に行っていただければというふうに考えております。

【江沢市長】

もう一点だけ。

これは3ページぐらいから2040年を見据えた治し支える医療というような記述がございます。

私この医療介護というような言い方をしますけれども、医療の中でもですね、予防医療とかですね、未病というふうに言う方もいらっしゃいますけど、そういうところをもっと強く考えていただきたいというふうに思っています。

これ意見として申し上げたいと思います。

その中には例えばコミュニティの大切さとかですね、そういったことも関わってくると思います。

それからもう一点だけ、この地域は特別豪雪地域、岳北・岳南と言いますが、中野市さんを除いて、他は飯山市を含めた特別豪雪地帯ということで、非常に雪が多い地域です。

長野県全体から見ると、わずかなところなんですけどそういう点もぜひ頭に置いていただきたいと思います。

【三沢座長】

そういうことでお願いします。

時間が押してまいりでしたので、この議題1に関しては終了させていただきたいと思えます。

それでは次に会議事項2「地域医療構想調整会議の見直しについて」の御説明をお願いします

【医療政策課】

(資料2について説明)

【三澤座長】

ご質問、ご意見ございますか。

今後、この構想会議が拡大して範囲も広がってきた場合、座長が保健福祉事務所長になるのは、私はそれが正しいと考えます。

範囲が広がります、それから市町村も中野市。飯山市以外にですね、拡大してやっていくこと、これは非常に重要ではないかと考えます。

もしご意見ございましたらお願いします。

【江沢市長】

住民の意見もよく聞くようにという趣旨のことが書いてあるんですが、その住民は、例えば、首長が推薦する住民とかいうふうになってると、かなり限られたような人になっちゃう可能性もあると思うんですね。

ですから、こういう何々団体の代表とかいう場以外にもっと平場でですね、誰でも入れるような形で、説明されて、いろんな意見を聞いてみるというようなことは、大変労力を要するでしょうけれども、私どもとしてはぜひそういう場も設けていただきたいという要請でございます。

以上です。

【三澤座長】

今後に関しては、範囲に関してはまた今後検討かと思えますけれど、全体の方針として、この方針でいくということによいと思えますがよろしいでしょうか？

そういう形でまた検討よろしくお願いします。

次にいかさせていただきます、(3)「地域医療構想の推進について」県からの発言をお願いします。

【医療政策課】

(資料3について説明)

【三澤座長】

ありがとうございました。

ただいまの説明につきまして何か、ご質問ご意見はありますか。

【小山院長】

飯山日赤の小山です。

この4ページの入院患者数の推計なんですけれど、2020年から、これコロナの影響はいかがでしょう。

【宮坂主任】

入院患者数の変化においては、コロナの影響も一定あるかと思います。

【小山院長】

コロナのころ確保病床というのがありましたし、後々かなり皆さん感染対策を強力にやっていたので、インフルエンザは全く流行らなかつたりしたので、入院患者さん減ったなっていうのはあったのですが、ここ1年はちょっと戻ってきてるんじゃないかっていう評価で、おそらくコロナの影響がかなり大きいのでこれ以降の推移で、おそらく横ばいでいくんじゃないかなという印象であります。

【三澤座長】

ありがとうございます。

他にございますか、事務局の方から何かございますか。

よろしいですか、では次に行かせていただきます。

次に会議事項4「外来医療計画の進捗について」、5「令和8年度実施予定の地域医療介護総合確保基金事業について」、6「医療機関への支援策について」ですが、県からの報告事項が主であるために、県からまとめてご説明をお願いし、その後一括して御質問を受けたいと思います。

よろしく申し上げます。

【医療政策課】

(資料4、資料5、資料6について説明)

【三澤座長】

ありがとうございました。

ただいまの説明に対して質問、ご意見ございますか。

いくつかの補助金があるということで、これ私は詳しく分からないのですがけれどもぜひみんな施設でできるものは使われることが必要だと思いますのでお願いします。

それでは次の議題に入らせていただきます。

会議事項7、「北信総合病院に係る紹介受診重点医療機関への合意について」です。

昨年度までの調整会議等の中で、北信病院は紹介受診重点医療機関について意向ありだけど、数値を満たさない医療機関ということで、継続審議になっておりました。

昨年書面で開催しました令和7年度北信医療圏第1回調整会議において、北信総合病院から紹介受診重点医療機関選定に関する意向の発議がありました。

紹介受診重点医療機関については、協議の場であるこの地域医療構想会議において協議を行い、協議の整った医療機関を都道府県において公表するということになります。

本件について、まず北信病院から現状の説明、住民への広報についてご説明をいただければと思います。よろしく申し上げます。

【荒井統括院長】

北信総合病院の荒井です、説明させていただきます。

今日は様々な領域の方がいらっしゃいますので少し噛み砕いた話として資料を用意いたしました。

資料7でございます。

まず1ページおめくりください。

基本的なところは変わらないと思うんですけども、この地域医療構想の考え方として、というか国としても、かかりつけ医とそれから広域型病院というような考え方の位置づけがあるわけですが、これが2ページ目、3ページ目のところで、私どもの病院はこの入院機能としては、がん・脳卒中・心疾患・精神・救急医療・災害・周産期・小児医療・感染症・医師派遣、これ全てを満たしてるんですけども、問題はですね、この4ページ目のですね、外来機能に関しまして、紹介患者を中心に診る医療機関ということを求められている点に関しては、残念ながら今まで満たすことができなかった。

つまり、長野県内の400床以上の急性期病院でこの紹介受診重点医療機関および地域医療支援病院の指定を受けていないのはうちの病院だけということなんです。

この5ページ目をご覧ください。

これは長野県の300床以上ある急性期病院の分布状況ですけども、星印が300床以上の病院でそこで丸がついてるのは紹介受診重点医療機関なんですけども、残念ながらこの北信地域には紹介実施重点医療機関はないと、同じように木曽にも大北にもないということになってしまうわけなんですけども、何でこんなことが起こったかってことなんですよね。

次、おめくりください。

私どもは紹介受診重点医療機関、これはもう本当に今までこの会議で県の方からも積極的に取るようにおすすをいただいて、これは患者さん向けですね、こういうパンフレットも作り、そしてもう様々な場面においてですね、地域住民の方々、病院

祭を含めてですね、広報をずっと続けてまいりました。

この紹介受診医療機関になると何が変わるかっていうのはこの7ページ目に書いてあります。

患者さんのメリットとしては紹介状によって適切な医療機関にスムーズに受診できる、待ち時間も短くない混雑を避けられる、専門的安全な高度な医療を受けられる安心感、かかりつけ医との連携で継続的な健康管理が可能と。

病院側のメリットとしては、高度医療に集中でき専門性を強化できる、外来患者数の適正化で医師の負担を軽減できる、地域の診療所との連携が進み医療体制が整う、確かに絵としてはこれで正しいですし、国もそれを進めたわけです。

ただですね、これ要件がありまして、次8ページですけど実はこの紹介率が50%以上、それから逆紹介率が40%以上、という一つの大きなハードルがございました。

私どもの年度ごとの推移を見ますと紹介率がじわじわ上がってきてるんですけども昨年度まだ50%に達してなかった。

逆紹介率に関しては昨年でやっと40%ってボーダーを越すことができました。

ただいずれもですね、上昇トレンドにあるので、このまま放置しておいても、近い将来何年かかればこの両方のハードルを越すかなと思っていただけなんですけど、次9ページ目をご覧ください。

ただ一方でですね、私どもの病院が紹介受診重点医療機関の指定を受けると何が起るかっていうと、紹介状を持たない患者さんの初診時に現在3,850円いただいているんですけど、この初診時選定療養費が今の2倍の7,700円取らなきゃいけないと、そういうことが義務付けられるわけですね。

これは地域の方にとって逆にネガティブに働くんじゃないかということ突き詰めて考えてみました、次をめぐりください。

10ページになります。

各科の紹介率、私どもの病院はどうなっているかっていうことを見ますと、実はですね、小児科の紹介率は約20%、皮膚科に至るや約7%って少ないんですが、それ以外の診療科においては、もう80%以上優に超えてほぼ100%近い紹介率が実績として出ていることはわかったんですね。

つまり、これは三沢先生始めとする中高医師会の方々とも大変強力な連携体制がとれてきて、医師会の先生方がかかりつけ医となって、私どもがその紹介を受けるといようなモデルプランがですね、もう実際に内科とか外科系ではほぼ出来上がってんですが、残念ながら小児科・皮膚科ではそれができてなかった。

この20ページ目を御覧になっていただくとそもそも私どもの地域ですね、皮膚科と小児科の医院が少ないということなんです。

三沢先生のご専門は泌尿器ですけど皮膚科も診ていただいています。

ですが、実際にこの小布施以北で、皮膚科の専門医として外来をやっているのはうちの病院の石原先生だけだという状況。

一方で半田クリニック、今井こども医院、頑張ってくださいますけども、もう今井先生もちょっとかなりお疲れな状況になっている状況、こういう問題点があったわけですね。

そこでどう解決したらいいかということで、この次をめくりください、12 ページです。

実は昨年7月1日にこの北信クリニックを開院したわけですね。

これは何かって言うと、小児科と皮膚科に特化した、皮膚科に関しては再診も診るんですけども、初診の患者さんを受け入れるクリニックを病院のお向かいに別立てで作ったんですね。

このことはですね、この次の13 ページにありますけれども日本農業新聞の全国版でも掲載されました。

同じようにいろんな地域で、この紹介率と逆紹介率に苦労しながら紹介重点医療機関を取れてない施設があるので北信モデルとして紹介されたわけですね。

次をおめくりください、14 ページ。

実際この北信クリニックでは、皮膚科・小児科に関しては初診外来を本院と分離して地域のニーズに合った医療提供する、より気軽に、より経済的に、より短い待ち時間で、すなわち紹介状はいりません、初診時選定療養費は取りません、0円です。

診察時間はスマホで予約できる、これは小児科のみですけども、このようなことができるようになりました。

15 ページをご覧ください。

この一番問題であった皮膚科と小児科に関して、クリニックを開設したおかげで、仮にうちの病院が紹介受診重点医療機関になっても、初診時選定療養費はかからないという環境を整備したわけですね。

次をおめくりください。

これ大変重要なスライドなんですけど、16 ページ。

実はですね、北信クリニックを開設して以降、今年度ですね、紹介率、逆紹介率ともにですね、このハードルを越すことができました。

紹介率は50%ラインを超えました。

逆紹介率も一気にジャンプアップしてます。

なんでこんなに数字が良くなったかと申しますと、実はこの17ページをご覧ください。

うちの病院の初診患者さんの中で、3割弱が実は皮膚科と小児科の2診療科が占めてたんですね。

ですから、この小児科と皮膚科の患者さん、これ北信クリニック作ったのは、紹介受診重点医療機関になっても地域の方々にご迷惑がかからないようにということが一番の目的なんですけれども、その副次作用として、実はこの最も初診が多かった二つの科が減ったことで、要するに分母が小さくなったので、計算式としては分子が生きて、紹介率、逆紹介率が一気に上がったという状況になりました。

先ほど三澤先生もご説明いただきましたけど、もう一回今までの振り返りでこの18ページですね。

この紹介受診重点医療機関をどうやって認定するかというプロセスなんですけども19ページ、実は令和4年度の第1回のこの地域医療構想会議で、外来機能報告が出てきたんですね、次をおめくりください。

20ページで、赤線引っ張ってありますけれども、この紹介患者への外来を基本とする医療機関、紹介受診重点医療機関を明確化する。

このポンチ絵の一番下にありますけれども、かかりつけ医機能を持つ医療機関と、それから紹介受診重点医療機関で紹介と逆紹介をこういう風に行う、この構想を国として整備していきましょうということがはっきりうたわれたわけです。

ではその紹介受診重点医療機関をどう決めるか、21ページにあります。

これは令和4年度の会議資料ですけれども、この外来機能報告で、やっぱり紹介受診重点医療機関となる意向がまずある、重点外来、この計算式ものすごい難しく、半年以上たたないとわかんないんですけど、これは仮に基準を満たさなかったとしても、ここは大事です、その次の地域医療構想調整会議、この会議ですまさに、黄色で書いてあります。

ここで医療機関に出席を求め、意見を聴取、紹介率・逆紹介率の状況等を参考にし議論すると、そこで意向と協議の場での結論が一致した医療機関を紹介重点医療機関として公表できると、このようにはっきり示されてるわけですね。

さらにですね、おめくりください。

これは令和5年のこの地域医療調整調整会議の資料ですけど、紹介受診重点医療機関の選定についてで23ページ、はっきり書いてあります。

医療機関の意向等をもとに、地域の協議の場、地域構想調整会議で協議を行い、協議が整った場合に紹介受診重点医療機関として公表できると、その下にございます、医療機関からの意向があつて重点外来の条件が不明な場合には、紹介率・逆紹介率等を活用し協議を行う、そしてそこにある数値は、紹介率50%以上、かつ逆紹介率40%以

上と明記されております。

次をおめぐりください。

先ほどのグラフをより分かりやすく示した数値として、24 ページ、これが一番大事なスライドなんですけれども、上のこのオレンジのところですけども、令和7年度、今年ですね。

4月から12月のデータですけども、今紹介率が58.6%、逆紹介率63.9%でいずれも満たす状況になりました、昨年は紹介率が満たなかった、令和5年度はどちらも満たなかった、令和7年度の推移が書いてあります。

実はこの今年度ですね、4、5、6月はまだ北信クリニック開業してなかったんですけど、4月のみ紹介率で至らなかったんです。

ところが7月以降ご覧なってください。

一気にですね、もうジャンプアップして紹介率が例えば7月67.6%、逆紹介率65.8%それはさらにどんどん上昇傾向にありまして、紹介率同じぐらいですけど12月65.1%、逆紹介に至るは76.3%ととんでもなく高い数字が出た状況で一番下は3ヶ月平均なんですけどこのようにですね、もう現時点において確実にですね、今年度平均してこの50%ラインと40%ラインを各々越せる状況であるということが、もう目途というよりもほぼ確定したという状況になりました。

ということで、この数字をもってですね、ぜひとも最後に書いてありますけれども、北信総合病院に紹介受診重点医療機関の認定を、この会議をもって、お願いしたいと存じますと、本当にこの紹介受診重点医療機関のない医療圏として北信が大北・木曾と一緒に並んでるわけですけども、やはり我々この医療圏を守っていかなくちゃいけない。

行政からもやっぱり認められる地域として我々がちゃんと完結した医療圏として自立していかなくちゃいけない。

そのためには、これは一つの必要なステップだと思いますので私どもの病院のことだけではなく、この地域全体を考えて、ぜひともですね、この場で認定をお願いしたい。

数字は十分な余裕を持って満たせる状況になりましたということでございます。

よろしくご審議のほどお願い申し上げます。

【三澤座長】

ただいま北信総合病院から紹介受診重点医療機関についての紹介率・逆紹介率の現況について説明いただきました。

何かご質問ございますか。

県からは、ありますか。

【宮坂主任】

ありがとうございます。

紹介受診重点医療機関へのご意向は過年度からお伺いをさせていただいておりましたが数字がなかなか満たさなかったところ、今般の北信総合病院の取組で、数字も満たしてきたというところがございますので、この場でご意見等がなく、協議が整えば公表の手続きを進めさせていただければと思います。

【三澤座長】

それでは北信地域において北信総合病院を紹介受診重点医療機関として認定するという事に異論はございませんか。

(委員から異議なしの声)

【三澤座長】

それではこの手続きにつきましては、医療政策課の方で進めていただければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

その他に出席者から何かございますか。

(その他意見無し)

それでは、本日の議事を終了いたします。