

# 令和6年度第1回松本医療圏地域医療構想調整会議録

## 1 日 時

令和6年9月20日（金）午後7時から午後9時まで

## 2 場 所

長野県松本合同庁舎講堂

## 3 参加者

花岡徹（座長：松本市医師会長）、中島美智子（安曇野市医師会長）、宮原秀仁（塩筑医師会長）、西沢博子（長野県看護協会松本支部長）、久根下斉（松本市歯科医師会長）、小松仁（松本市保健所長）、藤澤泰彦（生坂村長）、花岡正幸（信州大学医学部付属病院長）、相澤孝夫（社会医療法人慈泉会相澤病院最高経営責任者）、武井洋一（まつもと医療センター病院長）、木下修（安曇野赤十字病院長）、佐藤吉彦（松本市立病院長）、稲葉雄二（県立こども病院長）、百瀬敏充（丸の内病院長）、佐野達夫（松本協立病院長）、清水昭（全国健康保険協会長野支部長）、長瀬有紀（長野県松本保健所長）、瀧澤修一（長野県松本保健福祉事務所副所長）

\* 敬称略

## 4 会議事項の概要

- 開 会（瀧澤松本保健福祉事務所副所長）
- あいさつ（長瀬松本保健福祉事務所長）

### ○ 会議事項

#### （1）地域医療構想の推進について

<医療政策課から資料1に基づき説明>

<質疑等>

（宮原一般社団法人塩筑医師会会長）

現在救急搬送される方の約6割が高齢者ということで、高齢者というのは不治の病を抱えていたり、心肺蘇生を望まない方がいらっしやったりということで、患者さんの意思を尊重した救急医療というのを考えていけないと思うんですけども、その患者さんの意思を尊重するという意味からもすぐ、まず人生会議というものを開いてもらって、その上で事前指示書を書いてもらうということが非常に大切じゃないかというふうに思っています。

7月25日に行われた松本広域圏救急災害医療協議会で、事前指示書に関わる救

急隊の活動についてという文書が出されまして、主治医が臨場することが確認できた場合には、その主治医の臨場を待たずに引き上げることが可能になりました。可能になって、関係機関とか救急隊は、これを承知することになりましたけれども、これによって高齢者の不必要な救急搬送が少しは減るんじゃないかというふうに思っています。現在松本医療圏ではあの松本市、塩尻市、山形村、朝日村、筑北村、でこの事前指示書を実施していますけども令和6年度中には、生坂村、麻績村にも運用する予定です。

これが普及することによって救急度は減っていけばいいなというふうに思っています。

#### (花岡座長)

ただいまの発言はですね、私、松本広域圏救急災害医療協議会の協議会長をさせていただきます。

この救急災害医療協議会の傘下に五つの委員会がありまして、その中のメディカルコントロール委員会、院長は信州大学の今村浩先生でございます。このメディカルコントロール委員会に年4回、MC事後検証会を行ってるんですが必ずこのDNARあるいは事前指示書が整っている症例で、救急隊が家族が急いだためにですね、誤って119番通報されたとき、救急隊が通報されますと必ず指示に従わなければならない。

そういうときにどうしたらいいのかっていうことが、ここ数年来で議論されてきました。

それまではですね、今、宮原先生がおっしゃったように、「救急隊は、主治医が現状に臨場するまでは、持ち場を離れることができない」というのは規定でございましたが、今これだけ救急搬送が数分に1回呼ばれるという事態ですので、そこで救急隊が滞っていること自体が、この医療の資源の枯渇に通ずるということで、令和6年7月29日の時点で、8月1日よりこの運用方法を一部変更しましたということで、電話で主治医と連絡が取れた場合は、主治医が臨場しなくても、救急隊は持ち場を離れることができるという、そういう体制に変わりました。

これにつきましては、ちょっと難産で、出産されたような議題であります、一部、いろんな法の運用に注意事項が含まれております。

それを見据えて、この8月1日より救急隊に運用をお願いしているところでございます。

#### (高 城西病院長)

先ほどの県の方からお話ありましたが、45ページの地域包括医療病棟、これは従来あった地域包括ケア病棟とは異なるものだというふうに考えてよろしいでしょうか。

**(井口 医療政策課企画管理係主事)**

所管厚生局になるので、詳細は承知していませんが、地域包括ケア病棟とは違うものとなっております。

何が違うかっていうと、人員配置基準も10対1と13対1で違います。またこの地域包括医療病棟が出来た経緯としましては、今後増加が見込まれている高齢者を中心とした救急搬送に対してどうやって対応をしていくか、また救急搬送された患者が長期入院することによって、ADLの低下が見込まれている状況でございまして、それを維持改善していくために、そういった部分に着目して新たにできたものとなっております。

一方地域包括ケア病棟に関しましてはイメージとしては、在宅で療養する患者ですとか、急性期経過後の在宅復帰への支援が必要な患者へのリハビリテーション等を含めて、地域に繋げる回復期的な機能として認識しているところでございます。

**(高 城西病院長)**

ということは地域包括医療病棟というのは現時点では松本医療圏ではないので、今後の病院としてそういう意向を出してくれば後は、これは地域包括ケア病棟からの、あるいは地域包括ケアから地域包括医療病棟への転換が可能なのか、それから慢性期の病床から地域包括ケア病棟の転向が可能なのか、それから急性期病床からの転向も移行として出てくれば、それも可能だというふうに考えてよろしいでしょうか。

**(井口 医療政策課企画管理係主事)**

診療報酬を設定されている施設基準ですとか、そういったものを満たせば、希望に応じて届出をする事になるかと思えます。地域包括医療病棟が想定しているものですが、現在急性期一般があり、その下に地域包括ケアありまして、その中間に位置するようなものとなっております。急性期一般で受けていた患者の在宅復帰に向けた支援として、一つの選択肢として、国が用意したものとなっております。地域の実情とか医療機関の実情に応じ適したものを選択されるのではないかなと考えております。

**(高 城西病院長)**

現状では急性期病床からの転換を考えていると、ということですかそれから慢性期からも転換可能なのかどうか。

**(井口 医療政策課企画管理係主事)**

国の資料上は、急性期と回復期の中間ぐらいになりますので、どちらかというところと急性期からの転換を主に考えている制度かなと、資料上は読み取っているところでございます。

(花岡座長)

おそらく高先生のおっしゃりたいのは、この地域でリハビリテーション病床が余っているのではないか、それを地域包括医療病床に転換が可能かという、そういう意味のご質問じゃないでしょうか。

それはどうでしょう。

(井口 医療政策課企画管理係主事)

なかなかですね、医療機関によって、おそらく人員ですとか、得意な分野が様々な中において、圏域として回復期はですね、稼働率は80%中間ぐらいある状況でございます。

医療機関によって稼働率は様々な状況でございます。

ただ一方で今後増えていくことが見込まれておりますので、今後見据えた上で完全に過剰であるかっていったらちょっとそこは話し合いながらになりますが、難しい部分もあるのかなと考えているところでございます。

(花岡座長)

はい、現状ははっきりどちらかということは申し上げにくいということによろしいですかね。

(宮原 一般社団法人塩筑医師会会長)

在宅の患者さんを、連携の医療機関に入院させ、緊急入院させようとしてもできないことが時々あるんですけども、それはどうしてかという、これは病院と在宅医の連携不足があるんじゃないかというふうに思っています。

うまく連携を取るために、やはり患者さんの情報を共有することが重要になってくるんじゃないかと思うんですけども、必ず在宅医は受け入れ先の病院に連絡を入れて患者さんの情報を享受して、また、緊急じゃないときはもう1人の患者さんに関して、その共同のカンファレンスをするとか、そういう常日頃の情報共有っていうのは非常に重要になってくると思うんです。

それで以前ですね、松本市立病院が在宅医療支援病院をやっていたときあるんですけど、在宅支援病院と200床じゃなくてないといけないんで、ちょっと今は、支援病院に変わったと思うんですけども、200床以上あって、在宅医療支援病院をやっていたときに、やっていたシステムですけども、前もって在宅医から患者さんの情報を市立病院の方に伝えて、その後も月1回ぐらいのペースで情報を共有しながら、もしも急変したときには急変して入院が必要になったときには、移行は非常にスムーズにできたように思います。

だから、そういうのもその高齢者の救急を減らすというのでは、情報の共有ってことが非常に重要になってくるんじゃないかというふうに思っています。

先ほど地域包括医療病棟のお話ですけども、増加する高齢者救急の対応策の一つとして今回の診療報酬改定で新設されたのが、地域包括医療病棟だと思います

けれども、それでこの病棟でリハビリを強化して、高齢者のスムーズな退院とか在宅復帰に繋げようという狙いだと思います。

それで、病院の先生方に、こういうのができたんですけどどうですかってお話をお聞きするんですけども、病院によってはいろいろなんですけども、例えば療法士が2人とも必要だとか、管理栄養士が1人は必要だとか、さっきお話出たそういう看護師の基準もちょっと厳しくなっていますから、ちょっと難しいなというふうにおっしゃる先生が多いんですけども、もう診療報酬改定で、3ヶ月ぐらい経ちますけども、今この長野県で地域包括医療病棟を申請している機関というのはどのぐらいあるんですかね。

**(井口 医療政策課企画管理係主事)**

まだできたばかりの制度ということもありまして、また申請先が厚生局の方になっておりますので、最新のデータが把握できておらず、現状として、この医療機関に申請いただいているというのは把握できていないというのが正直なところになります。

**(花岡座長)**

宮原先生、在宅からの入院困難っていうお話ありましたけど、私の印象ではこの地域、松本医療圏においては在宅からでも入院がお断りいただくなんてことはほとんどないような気がするんですけど。

**(武井 まつもと医療センター病院長)**

今の在宅とそれからの入院の関係ですね、包括医療支援センターが主体になってやっている中で、ほぼ意向がある場合には入院を受けるっていうふうなことは、以前に比べてずいぶんできるようにはなっているんじゃないかと。

十分かどうかというふうな部分はまだあると思うんですけども、現在もそれぞれ点検しながらですね、病院の方はやらせていただいているというふうな状況です。

追加になりますけども、やはり高齢者の救急の受診、入院っていうのは増えてはきているような、そういう印象はやはりあります。それは当然といえば当然のことでもあるんですけども、救急受診をされる方の、やはりあの80代以上の方ですね、それが例えば年間で入院が6千何百とあってある中で、救急で入院する高齢者っていうのは大体80歳以上の高齢者とする、大体トータルで2,000件くらいにはなっているんですけども、その中で救急搬送でとあっていうと、大体1,000人ぐらいですかね。

入院まではいいんですけども、その後の出口をどうするっていうふうなことも一つあるのが、それは今気になってきていることです。

それからもう一点、包括ケアではなくて、地域包括医療病棟のお話が出ました。

多分、内科的な高齢者、の入院緊急入院等々に対応する病棟として想定されるんだらうなというふうには思っているんですけども、読み解くとですねやはりかなり要件が厳しいなっているのが私の正直な感想です。

つまり ADL を下げないように、退院するとかですね、もちろんスタッフ揃えろという要件もありますけれども、ですのでその辺はおそらくみんなこの病院でもシミュレーションしながらですね、いけるかどうかというのを模様眺めしているという印象が私自身はございます。

(花岡座長)

宮原先生のご指摘が現実問題となっていることが分かったと思いますが、この地域ではですね、各病院が開業医とのネットワークを構築していらっしゃるの、その病院同士と開業医との連携は比較的上手にできているのではないかなというふうに私は思っております。

## (2) 次期地域医療構想について

<医療政策課から資料2に基づき説明>

<質疑等>

(宮原 一般社団法人塩筑医師会会長)

現行の地域医療構想っていうのは、2025年を見据えて病床機能についてずっと検討してきたんですけども、新しい地域医療構想というのは今ご説明がありましたように、病床だけじゃなくて、外来とか在宅も含めて、含めたその医療提供体制全体をどうやっていくかっていうことを検討していくということになるとは思いますけれども、今まで主に病床機能を中心はずっと話し合ってきたわけですけども、今後の新しい地域医療構想で、例えばですね、地域医療構想を策定した後に、先ほどの話じゃないですけども、この地域包括ケア病棟とか地域包括医療病棟というのが新設されて、両方の機能を持つような病棟ができたんですけども、それで、それでもこれまで通りその高度急性期・急性期・回復期・慢性期の四つの区分をそのまま使っているのかどうかっていうことが一つと、それから2025年の必要病床の推計値をっていうのは、最初は目標値、一生懸命話し合っていたんですけどもそのうちに、これは目標値ではなくて参考値だよということになってきて、最近あまりの病床数を問題にしなくなったんですけども、それでも新しい地域医療構想ではその2040年における必要病床数の推計値をっていうのをやはり設定することになっているのか、それはもうどうでもいいことになっているのか、ちょっとそれ教えてもらえます。

(井口 医療政策課企画管理係主事)

公表ベースの情報で、詳細な議論状況を見てないので、なかなか申し上げづらい部分があるのですが、基本的には4機能は維持する方向で、なおかつ新しい考え方

として病院の役割についても注目していきましょうという方向で議論がされているものと、考えております。

また、必要病床数ですね、おそらく算定する形で、参考指標の一つといたしますか、地域において医療を考えていく上での数値情報の一つとして、新しく計算されたものが国の方で示されるだろうと思って検討会を見ている状況でございます。

(宮原 一般社団法人塩筑医師会会長)

四つの区分はそのまま使って、違う推計値も出すと、そういう方向で考えられているということですね。

はい、わかりました。

(花岡座長)

以前の私がこの座長を受ける前の時点では、その各地域に見合った病床数を目標としていきたいと。

しかし、前回にも相澤先生にもご指摘をいただいたのですが、これから人口が減っていくので、病床は減っていったら当然です。

それに合わせた、見合った病床数を維持していく、構築していくっていうのが、この当会議の目標とするところではないかなというふうに思います。

ですので、病床削減ありきではないけれども、この地域包括医療病床というのは、在宅復帰を目指す病床だと思いますので、そういうところに従前の療養型と呼ばれるような病床からそこへ変化していくことが必要になってくるのではないかなというふうに推測します。

### (3) 医療DXについて

<医療政策課から資料3に基づき説明>

<質疑等>

(花岡座長)

マイナ保険証に関してですが、いろんな、私なんか臨床整形外科医のネットワークで話していると、半月くらいの、そのアップデートにタイムラグがある、なので、最近の情報を得ようと思ってもその患者さんの情報が得られないということがある。

そうするとですね、患者さんにこれが得られないので、ちょっとお待ちくださいって言っているうちに患者さんは、息をもう切らして帰ってしまうと、そういうことが結構起きているっていうこと、伺うんですが、実際どうでしょう。

(津田 医療政策課企画管理係長)

マイナ保険証につきましては、実際にその窓口で、例えば資格情報がエラーになる、先ほどのような情報の更新が遅いとか、そういった課題というのが見えてきている状況でございます。そういった課題につきましては、国の方にも担当課の方を

通じまして上げさせていただきますので、個別にご相談をいただければと考えております。

なかなか、国が早い段階でどんどん動いていく状況ではございますが、しっかりと県としてもですね、そういった部分についてサポートをしていければと考えておりますので、よろしく願いいたします。

(花岡座長)

私が文句言っただけではないかもしれませんが、保険改定のたびにですね、医療DXを使うのは医師、医療従事者の負担軽減の目的で、DXが進められているのに、かえってですね、入力する操作が煩雑になっていたりですね、医療従事者の負担が増えているような気がするんですけど、いかがですか。

(津田 医療政策課企画管理係長)

確かにそういった部分ですね、やはり負担が増えていってしまっている部分もあるかと思えます。

そういった部分も含めてですね、国の方にはしっかりと県の方では伝えていきたいと考えております。

(花岡座長)

はい、それでマイナ保険証の、その利用率に対して、この10月からはランクが設けられてくるというのですが、どうでしょう。

我々医師会員の立場だとおそらく一番低いレベル選ばなければいけないような医療機関が多いと思うんですけど、病院の先生方がいかがでしょうか。

病院の先生方のほうが電子処方箋等も利用されている率が高いと思うんですが、田内先生いかがですか？そのDXに関する算定も。

(田内相澤病院院長)

だんだん利用率が上がってきたんですけども、私共は、外来にかかる前に患者さんにアンケート、「電子処方箋にしますか、しません」というのをチェックして、それを持って外来に来ていただくんですけど、「しない」ってチェックが入っている患者さんが多いんですよね。

で、よくわかってないんだと思うんですよね。

で、そこをちゃんと啓発していかなきゃいけないなというふうに考えていますし、あと、かかりつけ薬局が対応しているかどうか、ま、これもこっちで確認するんですけども、一番上の患者さんが電子処方箋に対してまだ嫌だというふうにチェックが入っている患者さんが結構いらっしゃるというのが問題かなと思います。

(花岡座長)

マイナンバーカードに関してはどうでしょう。

(田内相座病院院長)

マイナンバーカードはだいぶ増えてきていて、今うちは40%以上じゃないですかね。

どんどん、どんどん今、増えてきています。

で、それも今、受付に全部職員を配置して、マイナも持ってきてくれる患者はこうやってくださいと、いうところずっと案内を続けているところです。

(花岡座長)

私たち開業医は10%までいく医療機関は非常に少ないんじゃないかなと思うんですけども、私が実際患者として、いくつかの病院受診してもですね、窓口の事務の方が、僕は、私が両方出していますね、保険証とマイナンバーカードと両方出してもですね、「保険証があればいいですよ」って言って、マイナンバーカードの登録を、マイナンバーカードの登録を窓口じゃなくて別の機械へ行ってやらなければいけないんですよ。

それで事務の方が「いいですよ保険証で」っていうふうに言うてしまう医療機関が非常に多いと思うんですけど、花岡先生、大学はどうでしょう。

(花岡 信州大学医学部付属病院長)

はい、花岡です。

信州大学病院では今年中にですね、個人認証の端末20台導入する予定にしています。

基本的には現行の保険証からマイナ保険証に切り替えると、その勢いで、やっています。まあどの程度実現可能かどうかわかりませんが、基本的にマイナ保険証でいくという方針を打ち出しています。

(花岡座長)

はい、ありがとうございます。

期待しておりますが、信州大学さんはやっぱり、官立なもんですから、事務員の人数を増やすとかそういう予算は半年前から計画しないといけないっていうので、医療情報の伝達等にも支障があって、医師会員から本当厳しいこと言ってしまっただ変失礼だったかもしれませんが、努力していただければ幸いですというふうに考えております。

他に病院の先生方、医師会の先生方から、何かこの医療DXに対する取り組みについて、ご発言ありますでしょうか。

薬局は非常にこの電子処方箋で、対応ができていていうか、なんですよ。

それも相澤病院さんがやっているから、用意するんだっていう薬局が多いような気がするんですけど、我々開業医の方として、それを聞いてびっくりしてるんですが、

今日のお話を聞いて、少し前向きに検討していかなければいけないかなというふうに感じています。

他の医師会の先生方、どうでしょう、安曇野市医師会の中島先生いかがでしょう。

(中島 一般社団法人安曇野市医師会会長)

やはり、あの、安曇野市は、いくつか時期がわかれておりまして、まだですね、電子処方箋…薬局の方が、電子処方箋の対応ができてないところがありまして、やってみようと思ったんですけども、まだなかなかうまくいかないというのが現状です。

ただ、薬局さんの方も取り組みはしておりまして、ただちょっと最近ですね、薬局さんの経営が変わったりしまして、それでうまくいってないところとかですね、再構築するとかっていうことがありまして、今、薬局薬剤師会の会長さんとも話をしたんですけども、進めていくような方針になっているようですので、我々医師会の方としても進めていきたいなと思っております。

(花岡座長)

はい、ありがとうございます。

これは、今日は、薬剤師会の田多井会長がご欠席ですのでお話を伺えないんですが、地方へ行けば行くほどですね、これはどうしても立ち遅れているっていうことは、やむを得ないと思いますけども、あのこういう会議の中で、あの、広めるようなスタンスをとっていただきたいと思いますし、できるだけ煩雑でない、道具を用意していただいて指導していただければ幸いだなというふうに思います。

#### (4) その他

##### ・許可病床の増床について

<相澤東病院から資料4に基づき説明>

<質疑等>

なし

##### ・地域医療構想における2025年に向けた対応方針の修正について

<事務局及び信州大学医学部附属病院から参考資料5に基づき説明>

<質疑等>

なし

#### ○ 閉会 (瀧澤松本保健福祉事務所副所長)