

令和5年(2023年)度第1回富良野圏域地域医療構想調整会議及び医療専門部会 (地域医療構想説明会) 議事録

日 時 令和5年(2023年)7月26日(水)18時00分～19時40分

場 所 富良野市文化会館会議室A

出席者 別紙「地域医療構想説明会出席者名簿」のとおり
(富良野市社会福祉協議会 小玉会長のみ欠席)

- 議 題
- 1 地域医療構想等に関する説明
 - 2 医師の働き方改革について
 - 3 地域医療構想推進シートの概要について
 - 4 人口構造の推移について
 - 5 富良野圏域の受療動向について
 - 6 紹介受診重点医療機関について
 - 7 共同利用計画書について
 - 8 感染症予防計画について
 - 9 中富良野町立病院の無床化について

議 事

(開 会)

鎌田課長) まず、一般参加の皆様へお知らせでございます。本日の議事は一部非公開となっております。その際に、再度ご案内をいたしますのでご退席をお願いしたいと思います。

本日はご多忙のところ、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。これより、「地域医療構想調整会議」、「地域医療調整会議専門部会」及び「地域医療構想説明会」を開催いたします。

開催に当たりまして、富良野圏域地域医療構想調整会議の小山内議長から一言ご挨拶申し上げます。

小山内議長) ただいまご紹介にあずかりました富良野医師会の会長の小山内です。本日はお忙しい中、またこの猛暑の中、この会にご出席いただきまして大変ありがとうございます。また、委員の皆様におかれましては、普段より富良野地区の医療、福祉、保健等を牽引していただき大変ありがとうございます。また、コロナの感染症に関して言えば、大変なご尽力をいただき、なんとか2類から5類には下がりましたが、現実問題として北海道自体もまだ、先週ちらっと定点観測を見たのですけれども、まだ、北海道自体も増えており、ただ富良野地区・富良野保健所に関して言えば先週よりも下がっていて、少し落ち着いてはいるのですけれども、ただこれからまた富良野は観光客が増えますので、また、これからコロナがどうなるのか、ただ重症化は少ないとは思っているのですけれども、感染者数自体は増えておりますのでこれからも十分注意していきたいと思っております。

また、地域医療構想はご存じとは思いますが、人口構造の変化、今日かな、今日も道

新にもでていましたけれども、北海道の人口は減っています。富良野地区も減ってはきているのですけれども、人口構造の変化に伴い限られた資源をいかに有効に使うか、この機能を富良野地区として医療を守っていかなければいけないので、そのための地域の実情を示すデータや意向調査などを共有するとともに各市町村や医療機関が抱える課題などについて意見交換を行っていき、この地域の医療を住民に対して安全安心な医療を提供できることを守っていく会議であると思います。

本日は構想実現に向けて協議をより一層推進するために、「地域医療構想調整会議」、「地域医療構想調整会議専門部会」及び「地域医療構想説明会」を開催し、今後の取組や医師の働き方改革などについてご説明申し上げたいと思っております。

新型コロナウイルスが蔓延してやっと5類には下がったのですけれども、下がったことによってここ3年間ほど、こういう対面での会議を開けませんでしたので、今日は対面で開けるということもあり、できるだけ活発なご意見・ご要望を賜りますようよろしくお願いいたします。

最後になりますけれども、本日の説明会がこの富良野地域の地域医療構想推進のために実り多いものとなることをご期待申し上げて、開会の挨拶にかえさせていただきたいと思えます。今日はよろしくお願いいたします。

鎌田課長) それでは説明に入る前に、配付資料の確認をさせていただきます。

まずこちらの1枚ものの「調整会議及び医療専門部会」、次第みたいなものですね。1枚です。次第がない。他に次第がない方はいらっしゃいますか？今ちょっとお配りしています。

それから続きますは、配席図はありますでしょうか？それから出席者名簿ですね。それからですね、資料ですね、全部で9まであります。資料1から9までですね。クリップ留めだったりしていますが、全部で資料1から9まで。大丈夫でしょうか？

はい、それでは本日の説明会の流れでございましてけれども、本説明会は富良野圏域地域医療構想調整会議及び医療専門部会として開催する説明会となっております。前半の方は行政から1時間程度、地域医療構想に関する説明を行いまして、後半は非公開の一部の説明とあと質疑も含めまして、本日お集まりの皆様による意見交換・質疑等を行いまして、19時30分を終了予定としています。

それでは早速、始めさせていただきます。北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課から資料1の「地域医療構想」、資料2の「医師の働き方改革」について説明いたします。

(内 容)

(1) 議題1 (地域医療構想等に関する説明) について

森係長) どうもお疲れ様でございます。北海道庁の地域医療課の係長をしております森と申します。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

まず、本日ですね、このような説明のお時間をいただきまして大変ありがとうございます。私は今年の4月から地域医療課の方に異動になりまして地域医療法を色々勉強させていた

だきながらこういった形でご説明させていただいております。既にですね、色々ご存じの事、知っているよという事もあるとは思いますが、もう今一度確認の意味も含めて聞いていただければと思っておりますのでどうぞよろしくお願いいたします。

まず、最初に私から地域医療構想の関係を続いてご説明させていただいた後に、当課で医師確保担当課長を務めております金須の方から医師の在宅関係についてご説明させていただければと思っておりますのでどうぞよろしくお願いいたします。座って説明させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

まずは地域医療構想についてなんですけれども、医療を提供する中において周知のことかと思うのですけれども、当然この地域医療構想を都合したからといって全てが解決するわけではなく、やはり医療を提供する中では構造、例えば地域医療構想というのはある意味、箱というような形、それから医師確保ということからいけば人の話、それから医療を受ける側からすればアクセスの問題ですとか、コストの問題、これは提供側も受ける側もそうですが、そういった構造が複雑に絡み合う中で1つの都合として地域医療構想というところを知っていくと少し、今後、議長のご挨拶の中にもございましたけれども、生産年齢人口ですとかそもそも人口が急減していく中で医療提供体制が十分な方に医療提供ができるのではないかと思います。

本日の説明事項なのですけれども、1、2、3という風に大きく分けておりますけれども、2番については少しちょっと細かい事項になりますので少し割愛させていただきながら時間調整させていただければと思っております。

2ページ目になりますけれども、地域医療構想の概要ということで整理をさせていただいております。地域医療構想はですね、平成28年12月に作成をしております。各圏域におかれましても各圏域の構想ということで整理、議論いただいて道内で合体をしてそれで医療構想というものを作成しております。その中でやはり重要なポイントとなるところが目指す姿などというところで記載させていただいておりますけれども、医療のあり方や人口構造の変化に対応し、バランスの取れた医療提供体制を構築することを目指すものと。こめ印の中で記載させていただいておりますけれども、病床削減が目的というわけではございません。あくまでバランスの取れた医療提供体制を構築すること。これはどういうことかと言いますと、2つの目の三角に書いてありますが、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の必要量を定め、各圏域の義務の中で提供体制を構築していくことを目指す姿としていきます。区域は21区域にご存じの通り分かれていまして、地域医療構想調整会議、本日のこの会議になりますけれども、これは医療法に基づく非常に重要な会議となっておりますので、その点をご理解いただければと思っております。

次に3ページ目になりますが、3ページ目、地域医療構想についてということでお伝えさせていただいております。人口の動態、自分もお話しさせていただければと思っておりますけれども、ターゲットイヤーとして2025年、令和7年となっております。この年は何かというと全国で団塊の世代が75歳になる年ということで医療、介護需要増加の1つの節目としてタ

ターゲットイヤーとしております。あくまで全国でというところに前置きを置かせていただいておりますが、それぞれの圏域によって、ピークの時期が異なりますので、全国でということでは全国の視点の中で地域医療構想を策定することを目的としております。

続きまして4ページ目になりますが、よく見るグラフになるかと思えますけれども、人口の推移ということで1965年から2015年、それから2025年、2040年と、これは国立社会保障・人口問題研究所のデータになりますけれども、2025年ですね、地域医療構想のターゲットイヤーを1965年から想像する形となっております。それから2040年ということで掲載させていただいておりますけれども、2040年が、次のターゲットイヤーになるのではないかといい、厚生労働省の方でも新しい地域医療構想の作成の準備をしているところなのですが、生産年齢人口というところが非常に併用されているところになります。

続きまして5ページ目になるのですが、日本の人口減少ということでこれはですね、今年の4月28日の財務省の財政制度分科会の資料をお伝えさせていただきます。財務省の財政制度分科会はですね、まずなぜ持ってきたかといいますと、一昨年、毎年説明しているのですけれども財政制度分科会から財政制度審議会にあげてですね、そこから建議ということで国の方に制度の方を提出してそれを踏まえて骨太の方針を作成する流れとなっておりますので、政府の考え方といいますか、そういったものが記載されているところで非常に重要な資料かなと思ひ、あとはですね、その他の事業をつけさせていただいておりますけれども財務省の財政制度分科会の資料ということでつけさせていただいております。一番上の枠になりますが、本格的な人口減少社会を迎えつつあるということと、それから2つめの白まるになりますけれども、民間の事業活動や行政サービスの担い手が不足することで、経済社会活動が衰退していくおそれがあると記載されております。

最近、道新で、地方版とかを拝見していますと例えば医療のネタではなくて、例えば北見バスで、運転手さんの方が少なくてバスの便の減少、少なくするとかあとは今日か昨日なのですけれども、根室の方でサービスですね、看護師さんが不足しているため、ストップしているというような、報道ベースにはなりますけれども、報道されていますとおり、生産年齢人口、働く方が少なくなっている中で高齢者の方が増えていくという比率の悪さがですね、今後経済の衰退につながっていくのではないかな、様々なことが生じるかなと思ひます。

6ページ目になりますけれども、将来人口推計ということで記載させていただきましたが、あくまで全国ベースになりますので、都道府県ベースはですね、国社人研の方からまだ公開されていないのですけれども近いうちに出るのではないかなと思ひます。将来人口推計ですけれども、上の枠に書いていますとおり2100年には総人口が現状の半分程度に減少すると見込まれているという形で人口減少が進みつつ、65歳以上人口が6割を超えてくる形になります。

続きまして、7ページ目になるのですけれども、ちなみにですね、資料7なのですけれども、2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通しということで調整会議の資料なのですけれども、先ほどお伝えしたとおりですね、人口が減っていくのに高齢者が増えてい

くという比率のアンバランスさが資料には記載されていないのですけれども、1980年に老人1人を支えるのに7.2人という形で支えていく状況でしたが、2000年には39人で1人、2020年には2人で1人という形で高齢者の方を支える比率がおかしくなっていて、これが非常に先ほども申し上げたとおり医療のみならず全てにおいて大きな課題となっています。

続きまして8ページ目になりますが、人口の推移・推計ということでこちらは古いデータから引っ張ってきたのですけれども、北海道はオレンジで色をつけてありますが、一番上のオレンジの15歳から64歳ですが、これは確実に減っています。その中で横に並べさせていただいておりますけれども、札幌圏を除きますと南渡島から始まっておりますけれども富良野圏域、9ページ目の一番右下でございますけれども、2040年で15歳から64歳と65歳が交差しておりますので2040年くらいには1対1の割合になるというようなことが推定されております。東胆振だけは若干一番上のオレンジのラインが緩やかになっておりますが、それ以外の圏域は非常に大変な印象を受けますのでそれぞれの圏域でグレーのラインとオレンジのラインが交差しています。

10ページ目も同様で他の圏域について資料をつけさせていただいておりますので、後ほどご覧になっていただければと思います。

続きまして11ページ目の「地域医療構想」における病床機能の考え方については、少し話が違いますので省略させていただきますけれども、高度急性期、急性期、回復期、慢性期ということで、点数で、医療資源投入量で分けておりまして、整備させていただいております。そういう形で移っていくということでもあります。

続いて12ページ目でございますけれども、地域医療構想について、基本的に入院に関して、病床に関しての政策になるのですけれども、これはですね、実は在宅医療というものの将来推計の考え方ということで記載させていただいております。入院が必要な方のうち、ある程度の割合を在宅医療によってひとまず過ごして、入院が必要な方を少し在宅医療の方で対応することを前提とした、在宅医療についてもある程度充実させていきます。

イメージになりますので省略させていただきます。

14ページでございますが、地域医療構想において将来(2025年に)必要と推計している病床数ということで、以下の表のように推計されております。

15ページ目でございますけれども、令和3年の7月1日時点の病床機能確保の結果でございます。真ん中の下から3つ目になりますが、富良野圏域におかれましては合計で424床、地域医療構想で推計した、14ページに戻りますが、487床を下回っています。他の圏域の病床数については参考にしていただければと思います。

続きまして、17ページでございますが、最初に概要の中でもお話させていただきましたが、地域医療構想調整会議は第34条14項に地域医療構想調整会議が医療法上で規定されておりますので、重要な会議ということでご紹介させていただきます。

次に(2)として国の動きになりますが、19ページ目でございます。令和4年12月14日から第10回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループが行われ、令和

5年3月31日に「地域医療構想の進め方について」ということで通知が発出されております。このほかにも通知が発出されておりますが、後ほど紹介させていただきますので詳細については省略させていただきます。

20ページでございますけれども、令和4年の11月28日の社会保障審議会医療部会で提出された資料でございます。先ほど申し上げた2040年はターゲットイヤーというところで、2つ目の資料をまとめたものができております。高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつターゲットイヤーを見据えていきます。検討のスケジュールのイメージの表になりますけれども、新しい地域医療構想の検討・取組ということで、2025年度には都道府県において策定される必要があり、2026年度は新たな構想に基づく取組が行われていきます。一番下の点線の枠の中になりますけれども、一度ここで規定させていただきます。2025年度までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画の策定と併せて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で2040年に向けたバージョンアップを行う必要があるということで、次の地域医療や在宅医療等もしっかりと提供していくことで形が必要ということをお示しいたします。

続きまして21ページでございますけれども、かかりつけ医機能ということでお示しいたしましたが、改正の概要の4番の1、かかりつけ医機能についてということで、かかりつけ医機能は令和7年4月にピックアップされ、新しい病床機能と外来機能、かかりつけ医機能を整理しています。厚生労働省の方で検討中でございますので、詳細についてはまだ確定していないというところです。それから4の④なのですが、地域医療連携推進法人制度について、個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入すると、適正化されております。

次は飛ばさせていただきます。

いま、地域医療連携推進法人制度ということでお話させていただきましたけれども、24ページにありますけれども、これは個人立それから介護事務所ですね、ということで記載させていただきましたが、2番の見直しというところをご覧になっていただければと思います。1番目白丸2つ目になりますけれども、参加法人が重要事項を決定する場合の意見紹介のうち、一部を不要とするとか、前段に書いていますとおり、カネの融通をしない場合には、公認会計士ですとか監査法人の外部監査の手続きの関与が不要となります。

それから25ページでございますけれども、親類系型の地域医療連携推進法人のイメージということで記載させていただいておりますので、ご参考にしていただければと思います。

続きまして26ページでございますけれども、新型コロナにおける医療機関の役割分担についてということで、最初にお伝えしたとおり財務省の財政制度審議会から掲載させていただいております。個人的には、ん？というようなところもあったりはするのですが、一応政府としての考え方を紹介させていただきます。一番上の四角の中にありますけれども、2つ目の白丸ですね、それ以前に求められていた医療機関や病床の役割分担が進んでいなか

った問題が新型コロナにおいて顕在化したものとも言えると記載があります。

それからちょっと飛びまして、28 ページです。地域医療構想の進捗状況ということでこれは既に発出された資料や通知を一部記載させていただいておりますので、参考にさせていただければと思います。

そして、29 ページでございますが、地域医療構想の進捗状況ということで違う資料ですが、地域医療構想の実際の進捗ははかばかしくない、ということで厚生労働省の検討会等で、医療の実際機能として進んでいないなという、地域医療構想がこのままのペースではなかなか進んでいないのではないかという意見もあってですね、会の中で進んでいる、進んでいないというところの指摘が置かれているという状況でございます。財務省の財政制度分科会の資料を記載させていただいております。

続きまして 30 ページでございますが、病床機能報告と診療報酬の関係ということで記載させていただいております。今後圏域ですでてくるかどうかわからないのですが、一番上の枠の3つ目の白丸でございますが、10：1 といった看護配置を要件とする急性期入院料は廃止を検討すべきではないかということで、財政課からこういった形が出ているのですが、これからこういった形のことを重視する必要があると思われま。

31 ページでございますけれども、医療法で定められている知事の権限ということで、実際にはなかなか全国的にも、ちょっと間違えれば個人的にはですね、健康法人にも引かかるかなとも思うのですが、非常に難しいかなとも思っているところでございます。

次の資料カラーでございますけれども、医療機関の併設事例ということで記載させていただいております。ちょっとご覧いただければと思いますが、33 ページにも、病院関係の話題がつながっております。舞鶴赤十字病院の例でございますが、北見赤十字病院、道立北見病院でもですね、同じような形で、玄関出て渡り廊下がつながっていて、高度専門医療を北見赤十字病院でも提供しているというような状況でございます。

重点支援区域でございますけれども、ちょっと説明を省略させていただいております。申請をしていただければ、技術的支援を、言えば提供いただけるとそういった全国的にも、重点支援区域として整理されてきているとことで記載させていただきました。ちょっと長い部分になりますので省略させていただきます。

続きまして 40 ページ目でございますが、その3、道の動きということでございます。先ほどお話しさせていただきましたが、国の通知を受けて北海道の方からも通知を出させていただいております。令和4年度 of 取組方針と、それから、令和5年度 of 取組方針の比較でございます。令和5年度においては時点修正ということで、基本的には内容は変わっておりませんが、地域医療構想はですね、本日、こういった対面という形で開催させていただいております。やはり対面で行うということがすごく重要なことかと思っております。通知文については割愛させていただきますが、改めてコロナが落ち着いて開催ができたかと思っております。44 ページまで続きます。

45 ページでございます。地域医療構想のスケジュールの関係をお伝えさせていただいてお

ります。一番左側が調整会議ということで公立病院の検討があり、地域医療構想推進シートの関係、毎年度作成をいただくことになっていますが、本日、この後も説明がありますが、こういったスケジュール感で地域医療構想推進会議がありますのでよろしくをお願いします。

地域医療構想の推進状況について、昨年、厚生労働省の方から進捗状況について調査がございました。非常に分かりづらい調査で各医療機関さんにご迷惑おかけしたかと思っておりますけれども、当方で取り纏めさせていただきまして 46 ページのとおりまとめさせていただいております。

続きまして 47 ページでございますが、来年度からの新しい医療計画、第2次になりますが、今、道の方で策定させていただいております。通知文の中で2次医療圏を先に検討してくれという風な形がございましたので、昨年の8月から実はですね、2次医療圏の設定について検討させていただいております。結論を申し上げますと、2次医療圏については今回の会議では答えることができないと申し上げさせていただきます。人口規模に係る人口の流出入数がそれぞれ20%未満である場合、行政的な指標といたしますか、そういったものがよく見える、例えば圏域の中で何かの医療機関を1個指定するとですね、合体するとですね、1となってしまうので行政的には非常によく見えるのですけれども、実際にどうなのか、どこまで合体するのかといったことが生じますので、よく検討して地域医療専門委員会というものを開催しておりますけれども、そこにおいて議論が必要かなと思います。その時の資料は48ページ、49ページとございますのでご参考にしていただければと思います。

続きまして 50 ページになりますけれども、南空知圏域ということで岩見沢市立総合病院それから中央労災病院の方で合体をして、令和10年頃を目標に、新しい病院を建設しているところがございます。

南檜山圏域でございますけれども、もうすでに地域医療連携推進法人を立ち上げて、地域の中でこういった形で医療を提供するというところで、圏域内で議論を進めているところでして、技術的支援を受けつつ、議論をして法人として進めているところがございます。

上川北部の、名寄市立とそれから士別市立もこちらも南檜山と同じタイミングで地域医療連携推進法人を立ち上げて申請の手続きを行っています。こちらも技術的な支援を受けており、名寄市立病院は複雑なところはあるのですけれども、手術室の増改修事業に着手ということで、手術室の治療もできるということでございます。

続きまして、54 ページでございますけれども、公立病院経営強化のガイドライン、総務省の方からガイドラインが発出されているのですけれども、経営形態の話ですとか、そういったところが内閣府から少しあったということですね、今回は第2の3つ目の資料のところですね、持続可能な地域医療提供体制を確保するため、地域の実情を踏まえつつ、必要な経営強化の取組を記載ということで、経営強化に重きを置きつつ、さらに右側の公立病院経営強化プランの内容になりますが、総務省の室長とご挨拶させていただいた時にお話させていただきました。先ほどお話しさせていただいたとおり、財政政策についても資料を添付させていただきました。

各事業の概要を簡単に添付させていただいております。それぞれ各事業ですね、色々、課、係に分かれておりました、もしご照会いただければ担当課に伝えたりさせていただきますので、何かあればどうぞよろしく申し上げます。本日はこれ以外にも、非常に多くの事業がございますご紹介させていただければと思います。

68 ページでございますが、個人的には少し都市部の話かなというように思っております、ちょっと時間が違うといえますか、距離感が違うといえますか、そういった形でございます。

79 ページでございますが、紹介受診重点医療機関についてということで、示しております。私からは以上とさせていただきたいと思っております。どうもありがとうございました。

(2) 議題2（医師の働き方改革）について

金須課長） 続きまして、本庁地域医療課の金須でございます。日頃は各委員の皆様方に置かれましては、道の地域医療行政の推進にあたりまして、特段のご理解ご協力を賜りまして誠にこの場をお借りしてお礼を申し上げます。また、貴重なお時間を頂戴いたしまして説明させていただきますことにも感謝を申し上げます。

私からは医師の働き方改革についてでございます、簡単な制度的な内容と、特例水準が適用されますと、対象機関の指定の方法等についてご説明をさせていただきます。それでは着座にて説明させていただきます。

資料の2をご覧くださいませたいと思っております。働き方改革関連法ということでございまして、既に、2018年に制度化をされておりまして、翌の2019年からは大企業をはじめ順次施行を既にされてきております。ただ、資料の下段の方にまとめておりますように、医師につきましては応召義務がある、業務の特殊性がございますので、この法施行の5年後になりますけれども、2024年の4月から上限規制を適用するということとされたところでございまして、この5年を使って医師のですね、具体的な特殊性を、また労働時間の短縮先、こういうことに関して検討を進めることとさせていただくというところでございます。

続きまして、資料の2ページ目になります。この時の国においてはですね、資料の中段になりますけれども、各種検討会を開催いたしてきてまして、議論が重ねられてきたところでございます。その結果を踏まえまして、一昨年の5月に医療法等の一部が改正をされました。また、昨年の10月からになりますけれども、具体的に評価センターの評価、厚労省のC-2水準審査の受付が開始、また12月からは講習会が開始され、具体的な準備が進められてきておりました、現時点で施行まで1年を切っているという状況にあるという段階でございます。

続きまして、資料の3ページ目になります。具体的な制度の内容についておさらいのご説明させていただきますけれども、資料の上段の方が、特例水準の内容でございます。2024年4月以降は医療機関で診療に従事する医師につきましては、中程にAと書いてある所がございますけれども、A水準の部分になりますけれども、年間960時間、月100時間未満までが認められるといった内容となっております。ただ、どうしても業務の必要性からですね、

やむを得ず医師を長時間労働させる必要性があつて都道府県知事の指定を受けた医療機関につきましても、Aの横に連携B・B・C-1・C-2とありますけれども、こうした特例水準の指定を受けることによってですね、年間 1860 時間、月 100 時間未満という時間外労働が認められる制度となっております。

次に、この特例水準の前提となります健康確保措置についてです。資料の中ほどに、「月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置」として記載をしておりますけれども、時間外・休日労働が月 100 時間以上となることが見込まれる医師がいる場合にはですね、この医師に対して面接指導を実施してくださいということになります。これはですね、特例水準の有無にかかわらず全ての医療機関が対象となる制度とでございます。

また、資料の下段の方になりますけれども、勤務間インターバルの確保と代償休息の取得、これが追加的健康確保措置としてルール化をされることとなっております、こちらは、A水準は努力義務になりますが、特例水準、B・C水準の適用となった医師については義務化されることとなります。

次に4ページ目になりますけれども、各水準の内容について説明をした資料となっております。A水準は先ほど申し上げましたように、原則適用される水準ということで年間の労働時間が、時間外労働が960時間まで認められております。以下特例水準ということもございますけれども、先ほど申し上げました健康確保措置の実施が前提となります。連携Bにつきましては、医師の派遣を行うことによって地域の医療提供体制を確保する上でやむをえず必要となる、そういった医療機関が対象となりまして、医師の時間外労働の上限は、派遣元、派遣先、それぞれの医療機関を合わせまして1860時間ということになります。B水準については救急医療など地域医療確保のためにやむをえず必要な業務を行うために時間外が増える医師が対象となりまして、1860時間までが上限となっております。C-1水準につきましては、臨床研修医が専門研修を行う上のもので、医師は大丈夫であります。C-2水準につきましては、さらに専門業種以降、さらに高度な医療を取得するためにやむをえず長時間労働が必要となり、これがC-2水準となりまして、それぞれ1860時間が上限ということになります。

続きまして先ほど申し上げました、追加的健康確保措置の対応についてでございます。

面接指導ということもございますけれども、まず、各医療機関においては、それぞれ所属する医師の健康状況を確認いたしまして、必要に応じて就業上の措置を講ずるために、先ほど申し上げましたように、1か月の時間外労働時間が100時間以上となることが見込まれる医師がいる場合にはですね、その医師に対しまして面接指導を行わなければならないということになっております。管理者はですね、面接指導対象医師がいる場合には、その疲労度を確認した上で、面接指導実施医師による面接を行うこととなります。この面接指導の中で、勤務の状況、睡眠の状況、疲労の蓄積の状況等などが確認されまして、その実施結果は管理者に提出されると。管理者は必要に応じて、健康確保のための措置を講じなければならないということになって参ります。

次に、勤務間インターバルの話になってまいります。まず、(1)のインターバルの確保の内容ということですが、原則としていたしましては始業から、業務の開始から24時間以内に9時間の連続した休息時間を確保しなければならない、これが基本となります。従いまして、連続勤務時間は15時間までとなります。これが基本。もう1つのパターンといたしましては、②になりますけれども、いわゆる宿日直業務になるのですけれども、宿日直許可というものが労働基準監督署から受けることができるのですけれども、許可を受けていない宿日直に従事する場合、この場合は46時間以内に18時間の連続した休息時間を確保することになります。こちらの場合ですと宿日直業務を含めまして28時間までが連続勤務時間の制限ということになって参ります。この②の補足と書いておりますけれども、46時間以内に18時間の部分につきましては、以前国が、宿日直許可のない宿日直に従事した場合のみ適用となるという風な解釈をしておりましたけれども、今年、6月に出されました国のFAQによってですね、宿日直業務という位置づけでなくでもですね、「夜勤」として整理をされている場合で、医療機関内の規則等においてこの夜勤の業務が明確化をされていて、さらに通常の日勤業務よりも労働密度が低い業務であるといったことが確認できる場合にも、②のルールを適用することができるという風な解釈が示されたところでございます。

続きまして、代償休息についてなのですが、先ほど7ページの(3)なのですが、代償休息ということは先ほども言いましたように、9時間または18時間の連続した休息時間をとる予定であった場合でもですね、どうしても急遽やむを得ない業務が発生をして勤務をしなければならない、その部分で、勤務に相当する時間を代償休息ということで代わりに休みをとらせなければならないということでございます。これは翌月末までに代償休息をとらなければならないということで、基本ルールでございます。

6ページに戻っていただきまして(2)にありますけれども、ただこの代償休息の付与を前提として勤務シフトを組むことは原則として、認められないということでございますので、勤務シフトを組む際にはまずは(1)のルール、まずはこの勤務間インターバルをしっかり取るという形での勤務シフトを作成することが必要となってきます。

8ページにはですね、この場で申し上げた内容を図解したものでございますので後ほどご参照していただければと思います。

次に9ページに目になります。2024年4月、制度の施行までに医療機関が取り組むことの資料でございます。まず、必要となりますのが、それぞれ所属している医師の勤務実態の把握ということでございます。当然、自院での労働時間の把握はもとよりですが、先ほど言いましたけれども、派遣先の、もし派遣先がある場合、副業・兼業がある場合ですね、派遣先の労働時間も通算をして考えなければなりませんので、派遣先における労働時間の把握も必要となって参ります。

また、先ほども申し上げましたとおり労働基準監督署から宿日直許可を取得いたしますと、宿日直を行っている時間は時間外労働からは除外をされるということでございます。時間外労働としてはみなさなくともいいということでございます。従いまして、自院が宿日直をと

っているかどうかということの確認、また、とってなくとも、必要があつて業務内容から宿日直許可が見込まれる場合には、新たに許可をとるといったようなことも重要な要素となつて参ります。こうした取組によりまして、医師の労働時間を把握いたしまして、全ての医師が960時間以内であるというようなことでありまして、先ほどのA水準ということになりますので、特段特例水準をとるために必要な手続きは必要がないこととなります。ただし、960時間を超える医師がいるということになりましたら、先ほど言いましたようにB、Cいずれかの水準をとらなければなりませんので、そのためにはこれから説明いたしますけれども、労働時間短縮計画を作らなければならないということ。また、評価センターの評価を受けなければならないといったような諸々の準備が必要となつて参ります。

また、資料の下段にありますけれども、A水準も含めまして、先ほどから申し上げておりますように面接指導が必要となつて参りますので100時間、超えるような医師がいた場合の面接指導を行えるような体制の整備が必要となつて参ります。また、勤務間インターバル、これは特例水準が義務付けとの、そのための対応も必要となつて参ります。

続きまして、具体的な特定労務管理対象機関の指定に関する手続きの流れをご説明したいと思います。

まず、労働時間短縮計画についてです。資料11ページ目になります。

特例水準の指定を受ける予定の医療機関は、この計画を作ることをございまして、この計画の内容といたしましては令和6年4月1日、制度スタートの日を始まりといたしまして、5年を超えない範囲の計画を作ることをございます。医療機関単位で作成をする必要があります。対象職種はこちら医師のみということをございます。また、医師全員を対象とした計画であっても結構ですし、個別の医師あるいは診療科を限定したものを作成しても可能をございます。また、複数の特例水準の指定を場合によっては受ける必要がある医療機関があると思ひますけれども、その場合には一つにまとめて作っていただければ可能ということをございます。記載をしなければならない内容については、下段に記載しておりますのでご参照していただければとおひます。

また、詳細な内容、また、作成するためのガイドラインについては、一番上の方に書いてありますけれども、国が運営しております、いきサポというホームページがございますので、ご参照していただければと思ひます。

続きまして、評価センターの評価の受審についてご説明をいたします。ただいま申し上げました労働時間短縮計画を作成した後に、計画の内容が適切であるかどうかの評価を受ける必要がございます。まずその評価を行うのが、医療機関勤務環境評価センターという日本医師会のところですが、そちらのセンターで評価を行うこととなります。各医療機関がこの評価センターのホームページから評価の申し込みを行います。

申し込みを行いますと、評価センターからですね、メールが来まして、基本情報を入力してください、また自己評価の結果を入力してくださいというメールが来ますので、30日以内にこの評価センターのホームページからその内容を入力する必要がございます。この入力

わかりますと、サーベイヤー、実際に評価を行う人たちですけれども、サーベイヤーによる評価が行われます。今年度、5年度、6年度につきましてはまずは書面評価を行うこととなっておりますので、サーベイヤーによる書面評価が行われまして、その後、評価センターの外部機関であります、審査部会や評価委員会、理事会、それぞれで議論が行われて、評価が確定をするということでございます。ただし、審査部会の確認の中で、必要な項目が十分できていないというような判断をされた場合には、中間報告という形、こういった項目を改善してくださいという連絡が評価センターから医療機関に来ます。そうしましたら、その項目が改善されるまでは一度評価が保留されるということになりますので、医療機関としては当該項目を改善するということになりまして、改善が確認された後に再度評価が再開されるということでございます。この評価センターへの書類の提出から評価結果が出るまでですね、中間報告というものがなくて順調に進んだ場合でも4ヶ月必要だと評価センターは言っています。

続きまして、指定申請の方法についてご説明をさせていただきます。こちら通知文ですけれども、今年の3月31日付けで、道内の病院と有床診療所の方に通知を出させていただきました。具体的な方法などについて記載をしているところでございます。書類による申請のほかですね、厚労省が作っておりますG-MISを活用しても申請ができるということにしております。

今年の申請スケジュールでございますね、16ページをご覧くださいと思います。今年についてはですね、医療機関の欄でございますけれども、医療機関、先ほど言いましたように、特例水準の指定を受けようとした場合にはまず計画を作るということ。計画の内容について評価を受けて、その後に道に対して特例の対象機関の指定を受ける申請をするという流れになります。その後道から指定を受ければ、その指定の内容に基づいて36協定を締結して、協定に基づいて時間外を行うことができるという内容になります。また、医療機関勤務環境評価センターの欄でございますけれども、先ほども言いましたように最低でも4ヶ月を要するということにご留意いただきたいと思います。その下、北海道の欄でございます。今年、道におきましては、3回に分けて各医療機関からの申請を受け付けて参ります。1回目につきましては6月30日に既に期限を迎えておりまして、この間、申請は1件もなかったという状況でございます。2回目につきましては、9月29日までを受付期限といたします。その後、さらに北海道、下の方にありますけれども、地域医療構想調整会議、医療対策協議会、医療審議会と書いてあります。それぞれの会議内において、協議をいただいた上で、指定を決定するということでございます。この地域医療構想調整会議につきましては、先ほどの特例水準の内、B水準、連携B水準について取り上げていただきたいと考えております。議論の内容といたしましては、この医療機関の申請の概要が、これまで各圏域で当然それぞれ医療機関の役割、今後目指すべき方向というものがあったかとございますけれども、その内容と整合的であるかどうか、といったような観点。もう1つはその医療機関が申請する医療機能、それが、代替性があるかどうか、つまりその他の医療機関で担えるものであるかど

うか、まあ、その医療機関で担える医療機関であれば、そのあたり長時間になってもやむを得ずできるかどうか、そういった内容についてこの調整会議でご協議をいただければと考えております。なお、具体的な協議、方法、進め方については現在、私どもの方で整理をしているところでございますので、追ってですね、またお知らせしたいと思っております。このような各会議でご協議をいただいた内容を踏まえまして、先ほど9月29日期限の第2回、つきましては12月下旬頃に指定を行いたいと考えております。また、第3回目ですけれども、11月30日までを期限といたしまして、こちらは2月下旬に指定を行いたいと考えております。従いまして、今年度中に指定を受けようと考えている医療機関につきましては、この第3回目、11月末までの申請に書類を準備していただいて道に申請をしていただく必要があるということでございます。

資料17ページ目でございます。こちら特例水準の対象となる医療機関の考え方ということでございまして、17ページはB水準について記載をしております。B水準については医療法に既に規定がされておまして、1つ目は救急医療、2つ目は居宅等における医療、3番目といたしまして、地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療ということがこれらの法律で定められております。救急医療につきましては資料に細かく要件が書いてありますけれども具体的なものが既に決められておりますので、この内容を満たす医療機関からの申請を受け付けて参ります。居宅等における医療につきましても、積極的にその役割を果たす医療機関ということが定められておりますので、道としましては、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所などを想定しているところでございます。(3)番目につきましては、こちら具体的な内容は地域の実情に応じて都道府県がそれぞれ決定することになっております。北海道といたしましてはですね、国の検討会の方で色々議論されておりましたので、その議論の結果を踏まえ、もう1つは、北海道医療計画の中で5疾病・5事業ということで医療連携体制の構築を進めるという風に決めておりますので、その整合を図るためにアからケまで書いてありますけれども、5疾病・5事業に則った内容の医療分野、こういったものをB水準の対象としたいと考えております。詳細につきましては、資料の方に記載しておりますのでご参照いただければと思います。

18ページについてはそれ以外の特例水準でございます。こちらの方は医療法等で詳細に定められております。資料の通りでございます。このような医療機関からの申請を受け付けて参ります。

19ページ目につきましては、指定の要件ということでございまして、4つここに記載をしておりますけれども、1つ目は先ほどの労働時間短縮計画がここに記載のように決められた要件に基づいてきちんと作成をされているかどうかということ。2番目が面接指導や休息時間の確保といった健康確保措置がしっかりととられるような体制が整備されているかどうか、3点目が労働基準法や最低賃金法、こういったものに今までですね、違反をしたことがないかといったようなもの、こういったものが指定の要件とされております。

20ページ目につきましてはですね、申請に必要な書類をまとめたものがございますけれども

も、こちらはご参照していただければと思います。

資料22 ページ目からはですね、現在、私ども、道内各地で制度の説明会をさせていただいております。その際には、各医療機関の皆様方をお願いということで確認をしている内容になっております。3点、ございます。

1点目はですね、改めてですね、特定労務管理対象機関の申請の必要性について、こういったものを点検してくださいというという内容でございまして、先ほど言った宿日直許可ですね、この宿日直許可をとれば先ほど言ったように時間外にならないという取り扱いになっております。ただ宿日直許可を取得できるだろうという前提でA水準を予定している医療機関につきましては、なかなか宿日直を必ずしも取得できるわけではないので、もし取得できなかった時にじゃあ、960時間の線は大丈夫なのかといったようなところをご点検いただくとありがたいと思っております。

2点目といたしましては、シミュレーションをしてくださいということでございます。特例水準を適用となるといったようなことになれば、先ほど言ったように様々な勤務間インターバルや健康確保措置を実施しなければならないといったことになりまして、当然、この勤務シフトを前提としたシフトを組まなければならないということでございます。ただ、実際にシフトを組むとなった段階で、例えば想定した以上になかなかシフトを組むのが難しくなって、医療提供の診療体制を組むのが難しくなるといったそういうようなことがないように、可能であれば今年度中に勤務間インターバルを適用するとなった時にどういう風にシフトを組めるのかどうかといったようなことをご確認されておけば大丈夫かと思います。

最後になりますけれども3点目でございます。先ほど申し上げました、評価センターの評価に現在でも4ヶ月かかるようでございます。ただ、こちらの資料の右の方に、評価センターへの評価の申し込みの状況が載っております。資料に載せてあるのは17日現在ということでございますが、現在こちら24日時点のものに更新がされておまして、北海道全体では17件の医療機関が申請をしている状況でございます。また、全国でも364件が申請してあるということで、必ずしも順調に申請が伸びているという状況ではないという風に考えておりますので、今後ですね、この申請が集中をした場合に、いま4ヶ月とっているものがもっと時間がかかることが想定されるところでございます。今年ですね、特例水準の指定を受けようと考えている医療機関におかれましては、こういった部分に時間がかかることが想定をされますので、できるだけ早め早めに準備を進めていただけますようよろしくお願いいたします。

雑多ではございました。私からの説明は以上とさせていただきます。ありがとうございました。

鎌田課長) 続きまして、富良野保健所から「資料3 地域医療構想推進シートの概要について」から「資料7 共同利用計画書について」まで説明をいたします。

(3) 議題3 (地域医療構想推進シートの概要) について

吉本主幹) 富良野保健所企画主幹の吉本です。どうぞよろしくお願いいたします。座って説明させていただきます。

紙の資料で説明させていただきます。よろしくお願いいたします。それでは、資料3をご覧ください。ただきたいと思います。地域医療構想推進シートについては、昨年度末に各委員にお知らせさせていただいていることから、概要について説明させていただきます。

地域医療構想策定の趣旨でございますが、議長からのご挨拶や地域医療課からの説明にもあり繰り返しになりますが、いわゆる団塊の世代と言われる方々が令和7年にすべて75歳以上となることから、病院完結型の医療から、地域や自宅での生活を支える地域完結型へ重点を移していく必要があります。地域医療構想は、病床の削減を目指すのではなく、新公立病院改革プラン等を踏まえながらですね、このような医療のあり方や人口構造の変化に対応し、リハビリや在宅医療の確保など、バランスのとれた医療提供体制を構築することを目指すものであります。令和7年における病床の機能区分ごとの必要量を定め、その実現に向けて、病床機能の分化、連携の促進、在宅医療等の充実、医療・介護従事者の確保・養成等の施策の方向性を示すものとなっております。

続いて(5)の病床の現況及び2025年の見込みについてです。令和3年7月1日現在では計443床ある状況でございます。25年の必要病床数の推計は計487床、一番下意が、意向調査での25の各病院の意向は424床となっているところでございます。次のページに内訳を記載しておりますので、省略させていただこうと思います。

(4) 議題4 (人口構造の推移) について

吉本主幹) 続きまして資料4についてです。こちら、すでにお示ししているものでございますので詳細は省かせて頂きますが、令和7年には65歳以上が36.8%となる推計となっております。続きまして次のページになります。黄色が推計の最高値となっているところでございます。上の総人口の推移のところ、25年から30年の間に富良野市で2万人を割り込む推計であります。先ほど新聞等で報道があったというお話もありましたので、減少が少し早い状況かと思われま。

(5) 議題5 (富良野圏域の受療動向) について

吉本主幹) 資料5でございます。富良野圏域の受療動向についてです。富良野圏域の住民の方が、どこの医療機関で外来受診や入院をしたかという割合をお示しした資料となっております。5ページをご覧ください。富良野市の住民の方が富良野市の医療機関で入院しているのが70.65%、上川中部、おそらく旭川市と思われまけれども、上川中部で入院しているのが25.65%となっている資料です。続いて次の6ページでございます。同じく外来受診を示した資料となっております。富良野市の方が富良野市内で外来を受診している割合が、85.23%。上川中部へは10.78%という状況でございます。富良野市内の受診

でいくと、外来受診が圏域で低くなるのが、占冠村、41.11% 村内での受診が32.75%、上川中部へいくのが5.97%となっている状況でございます。地理的な条件が影響していると思われま。7ページから疾病ごとの外来の流出状況となっております。13ページですね、入院患者の流出状況となっております。のちほどご確認いただければと思います。同じく19ページ以降ですね、三次医療圏の情報等を記載しているので、こちらもご確認いただければと思います。

議題6（照会受診重点医療機関）について

吉本主幹） 資料6の方になります。1枚ものの。先ほど地域医療課の方からも説明がありました。同じ資料でございますが、詳細はちょっと省略させていただきますが、医療機関の役割分担を図る制度で一定の基準と医療機関の意向によりますが、管内に基準を満たしている医療機関はなく、また医療機関からの意向もない状況ですので報告させていただきます。

(6) 議題7（共同利用計画書）について

吉本主幹） 資料7になります。共同利用計画書についてです。かわむら整形外科さんの方から提出がありましたので報告いたします。MRIの購入に関するもので、共同利用は特に行わないこととなっておりますので、報告させていただきます。私からは以上になります。

鎌田課長） 続きまして、資料8感染症予防計画について説明いたします。

(7) 議題8（感染症予防計画）について

佐藤課長） 富良野保健所健康推進課佐藤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。着席して説明させていただきます。資料8を使って説明させていただきたいと思ひます。

改正感染症法に係る感染症予防計画策定にむけた今後の取り組みについて説明させていただきます。時間が限られているので、少しはしょって説明させていただきたいのですが、この資料は令和5年6月29日厚生労働省主催の保健所向け説明会の資料となっております。抜粋させていただいております。おもて面が改正感染症予防法の改正の趣旨となつていまして、うら面が、都道府県が策定している「予防計画」の今後の改正事項の記載事項の充実等をまとめたものとなっております。

まずおもて面の改正の概要なのですが、関連するものとしては1番の(1)のところになります。感染症対応の医療機関による確実な医療の提供となつていまして、これは都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県と医療機関の間で、病床、発熱外来、自宅療養者への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化し、初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置を導入するというようにしています。続きましてうら面を見ていただきたいと思います。都道府県の「予防計画」の記載事項の充実についてまとめたのですが、現行の予防計画の記載事項の2の医療提供体制の確保の項目のところ、その項目の部分の数値目標が追加で記載するような形にな

っております。この体制整備の数値目標についてなのですが、協定締結医療機関の入院、発熱外来、自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供、後方支援、医療人材、PPE 等の数の数値目標を設定することとなっています。これは北海道において策定するのですが、これを策定するためにですね、今後体制予防計画の策定と新興発生感染時の医療体提供制の整備に向けてですね、今後ですね、道本庁において道医師会への説明を予定しております。8月以降、全道の医療機関への事前調査を実施する予定となっております。詳細がまた確定したらお知らせしたいのですが、秋以降、各圏域で協定締結に向けた協議を実施する予定となっております。詳細が決まりましたら、改めてお知らせしたいと思うのですが、まだ、北海道の方で始めるということになっていますので、また改めてお知らせしたいと思いますので、その際はご協力をよろしくお願いいたします。以上です。

鎌田課長) 冒頭でもご説明はしておりますけれども、ここからは、非公開とさせていただきますので、一般参加されている方につきましては、退室の方をお願いします。

それでは、続きまして、中富良野町立病院から資料9「中富良野町立病院の無床化」について説明をいたします。

(9) 議題9 (中富良野町立病院の無床化) について

矢原事務長) 皆さん大変お疲れ様です。私、中富良野町立病院事務長の矢原と申します。今回は調整会議で、この1コマいただきまして誠にありがとうございました。私の方からですね、無床診療所化への説明を、させていただいてですね、皆さんにご協議していただきたいなと思っておりますので、よろしくお願いします。

まず、非公開にさせていただいた関係だったのですが、うちのほうで、町民の方に無床化の決定は9月頃ということで、アナウンスしているところもありまして、今回調整会議の中でご同意をいただく形になってしまったことが、報道の方に伝わってしまうと町民の方が困惑してしまうということもありましたので保健所さんにご配慮いただいております。非公開とさせていただいておりますけれども、着座にて説明させていただきたいと思っております。

お手元ですね、資料9ということで、こちらですね、令和5年6月上旬に行われた議会における委員会資料の抜粋であります。スケジュール表ということでの説明になりますが、一番上ですね、自治体病院は、スケジュール上段にあります公立病院経営強化プランを令和5年度中に作成することとなっております。プランにおいては経営改善を主とした内容を盛り込むこととされています。当院の改善手法としましてはですね、無床診療所転換による経営規模縮小化により経営改善を図ることとして検討をしているところであります。現在は、2025年の富良野圏域の構想区域内、先ほどの資料3にもあったかと思うのですが、当院の病床数は25床の予定としており、団塊の世代が後期高齢者を迎える頃の圏域において、慢性期病床機能の一部といえますでしょうか、担うこととされているところであります。以下のスケジュール内容につきましては、順次協議に至る経緯等の説明で触れながらですね、

ご説明させていただきたいと思いますのでよろしくお願いします。

中富良野町立病院は、町内唯一の医療機関として、診療はもとより町の健康診断、ワクチン接種などの疾病予防や介護予防等の役割を担ってきたところでもありますけれども、人口減少など社会情勢の変化によりまして、年々ですね、患者数が減少となり、当院への繰入を行う町ですね、負担も年々大きくなっているところでもあります。現状を踏まえまして、令和2年度に、中富良野町立病院建替等検討委員会を設置しまして、町の負担を少なくするにはですね、「25床程度の病院」か、町の負担を大きく軽減できる「無床診療所」のこの2パターンで動向を見ながら検討することといたしました。検討後にはですね、コロナ情勢にも対応しながら患者数の確保に努めてきたところではありますけれども、検討委員会で協議した「25床程度の病院」に必要なですね、入院患者数の確保ができない現状に鑑みてですね、「無床診療所」が適切であると判断したところでもあります。資料にありますとおりですね、4月以降に、高齢者団体などへ無床診療所転換を検討するとした経緯説明を行っておりまして、8月の18日にはですね、全町民を対象とした説明会を予定しているところでもあります。また、表にもあるとおりですね、町民の声をよりいただく手段として、紙及びインターネットによる無記名の簡易的なアンケートも実施しており、今のところ無床診療所転換への賛成意見が多く占める状況となっているところでもあります。昨今の新型コロナの影響などですね、全国的な状況となっております看護師不足も、当院において例外ではなく、現在は毎週水曜日を、休診日ということで看護師不足の対策を行っている状況にあります。昨年度より看護師の募集を行ってきたところでもありますけれども、無床診療所を視野に入れまして7月21日の締め切りを持って募集を中止したところでもあります。北海道厚生局様などの各関係機関への、転換意向の説明や、相談を完了しているところであり、後は町民の意向の確認や当院、うちの町が抱える課題の整理を行い、こちらのスケジュール表で、9月、10月の太字で、赤色なのですけれども、ここの時期を、転換の可否を決定する時期ということで、判断いたしまして令和6年の4月1日から無床診療所として開設を目指すこととしております。富良野圏域の医療機関みなさまのご支援、ご協力をいただきたく、無床診療所へのご理解を賜ります様、よろしくお願いしますと思います。私からの説明は以上です。

鎌田課長) ありがとうございます。本日ご説明させていただき議題は以上でございます。ここから質疑・意見交換の方に入らせていただきます。つきましては、この後の進行を富良野圏域地域医療構想調整会議の小山内議長にお願いしたいと思います。

(10) 質疑・意見交換について

小山内議長) 小山内です。これから、この今まで道からの説明、働き方改革、病床転換、色々難しいこと、本当にできるのかどうか、すごく色々あったと思うのですけれども、まずは、ご質問、ご意見を富良野から聞きたいと思います。ご質問、ご意見のある方、挙手の方、お願いいたします。どうぞ。

角谷委員) 非常に色々なこと、教えていただきありがとうございます。富良野協会病院

院長の角谷と申します。今回のお話があった中で、特に私がお聞きしたいことはですね、地域医療連携推進法人の、多分、ちょっと新類型に関してお話されたと思うのですけれども、昨年、11月に多分、これが提出されてもうこの制度自体は始まっているという風に理解してよろしいのでしょうか？

森係長) 新類型についてはですね、来年の4月から施行となりますので…

角谷委員) 来年の4月から、自身はこの地域の医療を一定以上に維持するためには、地域医療連携推進法人は必須だというように実は考えておまして、これは色々な地域の方に図っていかなければならないのですけれども、もし進めることができるのであれば色々ところでは、大変積極的に進めていきたいというように、そういう風に考えているところではございますけれども、ということはまだ申請はできないということなのでしょうか？

森係長) すみません、ご質問ありがとうございます。親類型の申請をということによろしかったのでしょうか？

角谷委員) はい、そうです。

森係長) わかりました、ちょっとですね、縦割りで大変恐縮なのですが、申請については別の課で担当しておまして、ちょっと別途持ち帰らせていただいて後日、ご回答させていただいてよろしいでしょうか？

角谷委員) いずれにしても、準備を進めてもしできなくとも、4月から少なくともできますでしょうし、進めることができそうだという、形自体としてはある程度、準備しても構わない状況にあるという風に理解してよろしいですか？

森係長) はい、仰るとおりで準備の方は進めていただいて構わないのですが、そこについては改めて、含めてですね、確認させていただければと思います。申し訳ございません。

角谷委員) はい、この資料1の60ページの方に、病床機能分化・連携促進基盤整備事業（再編統合支援）のところで、地域医療連携推進法人の運営経費及び再編に係る体制整備に要する費用というのが、法人設立から最長3年間と、かなり補助をいただけるようなのですけれども、これも申請はやっぱり4月、これ自体が制度自体はあるからなのでしょうけれども、もし新類法人ができたとしたら、その時点で申請はしていけるという理解なのでしょうか？

森係長) この補助金自体はですね、前年度に事業計画ということでご提出いただいてその上で、我々も予算どおりの都合もございまして、その関係で前年度にできれば仮でも構いませんので、事業計画ということで、まだ、ちょっと照会の方、ちょっと事務が遅れていてですね、させていただいていないのですけれども、これから各医療機関様に、事業計画をだしてくださいということで、ご連絡させていただきたいと思っておりますので、本当に仮で構いませんので、それでいただくと大変ありがたいです。

角谷委員) 例えば、新制度自体は4月から始まるけれども、ある程度進めて仮で出しておいてということは可能だという理解なのでしょうか？

森係長) はい、もし仮にそれで、仮にですけれども、だめになったということであれば、

とにかく予算をとらなくてはいけないという我々の事情がございますので、いただければそれで我々の方も対応させていただきたいと思えます。

角谷委員) これは大変心強いお言葉をいただきどうもありがとうございます。色々なところをご相談させていただく必要があるのですけれども、私個人としてはあるいは富良野協会病院としては、この構想を進めていきたいとは思っています。

ちよっともう1つ質問してもよいですか？これじゃなくて、働き方改革の方なのですが、富良野協会病院としても特例の申請はしなければいけないという状況にはなっていて、うちの病院は多分、Bでの指定は受けられそうなのですが、もう1つ、臨床研修医もいるので、C-1指定でもありえろと風に思うのですが、これ、どちらで申請した方がよいとあってそういうことってありますか？

金須課長) 臨床研修医については、やはりまだ臨床研修という身分ということで他のドクターよりも規制が厳しくなっています。C-1水準って厳しいのですね。先ほど言った内容なのですが、臨床研修医の時間外が増えそうだとすることであればこれは必ずC1水準が必要となります。プラス他のドクターも、例えば、何か救急の業務や、何かの業務で超えそうだとすることになればBもC-1もとらなければならないということになります。

角谷委員) 例えば、臨床研修医はいるけれども、正直なところ、A水準のレベルで収まるのであれば、B申請だけでよいという理解でよろしいのでしょうか？

金須課長) 研修医が960以内に収まるのであれば、C-1は必要ありません。

角谷委員) わかりました、どうもありがとうございました。

小山内議長) ありがとうございました。

角谷委員) 当院の事務部長からちょっと質問したいことがあるということで…

菅原部長) 事務部長の菅原と申します。今日はありがとうございました。私も医師の働き方改革のところでご質問させていただきたく、まず時間外の基礎といいますか、それは例えば今年度申請するのであれば、4年度の実績を元に、この申請ということでよろしいのでしょうか？

金須課長) まあ、そうですね。基本的に例えば昨年1年であったり、あとは、その年によって業務がまた、増えたりなんなりする場合がありますので、100%前年のものを全て適用するということは難しいのかもしれませんが、そこはやはりある程度想定していただく必要はあるのですけれども、想定をして危ないかどうかとか、ギリギリだなというのであれば、申請を先におくことをおすすめいたします。必ずしもいつかいつまでの時間で判断するといったものでもないようでございます。

菅原部長) 危ないものに関しては申請しておいて、ということなのですね。急に例えば医療体制が変わったり医師も人数が変わったりして急に時間外が増えるという状況も考えられると思うのですが、そういう場合は、今後になると思うのですが、どのような申請？

金須課長) 当然色々まあ、医療提供体制が、医師の数も変わったりすることも当然ありうると思えます。先ほど言ったように今年度のスケジュールはもう決まっておりますので、も

し急遽、申請が必要になってどうしても今年の申請には間に合わないとなった場合には、私どもは来年のスケジュールはまだ明確に決めてないのですけれども、先ほど言ったのですけれども、準備がなかなか進んでいない医療機関があることも想定されますので、来年のなるべく早い段階で指定を受けられるようなスケジュールをまず考えたいと思っています。その上で、来年度に入っても早めに受ければ、要するに960を超える前に指定を受けることができれば、直ちに労働基準法違反になるというものではございませんので、状況が変わった場合には来年度のなるべく早い時点で申請をしていただくということになるかと思います。

菅原部長) わかりました、ありがとうございました。

小山内議長) あと他に何かご質問はございませんか？

森係長) すみません、ちょっと1点補足させていただいてよろしいですか？

先ほど先生の方からいただいた推進法人の関係なのですけれども、大体ですね、医療審議会、北海道医療審議会の方に最終的にかけて承認いただくという形になっておりまして、その前に社団法人の方に申請して承認いただくという必要があるのですけれども、大体ですね、スケジュール的に1年くらいはですね、目安として取り組みさせていただいて、例えば今ですと、西紋別の方で推進法人を立ち上げる手続きをしているところですので、当然調整会議の方でご理解をいただいた上で手続き等をして、最終的には北海道の医療審議会の方にかけるという形ですので、全体のスケジュール感も含めてちょっと担当者の方に確認しながらスケジュール感を提供させていただければと思いますので、よろしく願います。

角谷委員) はい、どうもありがとうございます。

小山内議長) あと他に何かご質問はございませんか？どうぞ、川村先生。

川村委員) かわむら整形の川村と申します。説明によってですね、私たちは有床診療所というのですけれども、今回の説明ではですね、私のような有床診療所の立場っていうのは明確にいつも書いてくれないのですね。それっていうのは、僕らは今、6千施設、1万人の病床を持っているのですけれども、全国ですけれども、いつも道から送られる資料というのが僕らの状態がわからないという、今後、いつも自分たちはどこにいるのだろうというのを悩むのですけれども、そこを道はどのように考えているかというのを1回聞きたくて質問したところなわけです。よろしく願います。

森係長) ご質問いただきどうもありがとうございました。地域医療系の森でございます。当然、病院とそれから有床診療所ということで入院機能を持っていただいて、想定以上の方を提供していただいているということで、当然我々としてはですね、重要な機能を担っていただいているというように当然、思っておりますので、それは我々誰に聞いてもね、そういうこの時間内で共通認識を持って色々な道ですね、施策とかを進めさせていただいておりますので、そこは全員同じ認識を持っているかと思っておりますので、よろしく願います。

小山内議長) あと何か？ただ、有床診療所に関して言えば道から来る書類に関していっても中身は随分少ないなっていうのはいつも病院の所を読んでいただけでだいぶ疲れてくる

のはあるのですけれども、そこら辺も今後よろしく願いいたします。

あと何かございませんか？それでは先ほど中富良野の。

矢原事務長) いいですか？

小山内議長) はい、どうぞ。

矢原事務長) すみません、何度も、中富良野町立病院の事務長の矢原です。このあとはずみません、小山内議長、うちの審議をしていただくということで。

小山内議長) はい、中富の、要するに進行計画を皆さんに承認していただけるかどうかを確認しようと思ったのですけれども。

矢原事務長) すみません、ありがとうございます。すみません、ちょっとですね、皆さんが急にですね、先ほどの連携推進法人の関係で、本来だったら一応、そういうお互いの足りない所を補いながらですね、やっていく法人なのかなとは思ってはいるのですけれども、中富良野町としてはですね、小さな町、小さな病院ではありますけれども、連携推進法人に関してですね。前向きに検討しているところでございます。

小山内議長) あと何かご意見、ご質問ございませんか？せっかく対面で3年ぶりに開かれましたので、せっかく道からも2人、課長さんが来ているので、まあ、文句は言いづらいでしょうけれども、色々道にも、いつも医師会の会議とか見ているとすごく気を遣っているようですけれども、結局、道の決めたことには従えっていう感じに、最終的には話になっているので、逆にこういう場でするので何か普段思っていること、ちょっと時間をオーバーしていただけますけれども、よろしいですか？

それでは、今、中富の町立病院のことにに関して、中富町立病院の今後の計画、一年間の計画に関して、一応、医療調整会議で承認されたということでよろしいでしょうか？よろしければ拍手でお願いいたします。(拍手)

それでは、中富の、先ほども中富の方からも言っていましたけれども、一応、オフレコということでよろしく願いいたします。中富の方はまあ、今後、病床とか協会病院、西病院とかの病院と相談して頑張ってください。

あと、なければ予定の時間をオーバーしておりますので、ご意見、ご質問がなければ意見交換会はこれにて終了したいと思います。よろしいでしょうか？

(閉 会)

鎌田課長) 小山内議長、ありがとうございました。以上をもちまして、「地域医療構想調整会議」及び「調整会議専門部会」及び「地域医療構想説明会」を終了させていただきます。

本日はご多忙のところ参加をしていただき、また、貴重なご意見をいただきましてありがとうございました。

今後とも地域医療構想の実現に向けた取組について、ご理解・ご協力をいただきますようお願い申し上げます。本日はどうもありがとうございました。