

2019年1月17日

長野県知事
阿部 守一様

長野県保険医協会
会長 宮沢 裕夫

長野県の医療・介護・福祉施策に対する要望

1、医療提供体制等について

- (1) 地域医療構想においては各医療機関が地域で果たしてきた役割、経営方針を十分に尊重し、率先して病床削減のための議論を誘導しないこと。また、都道府県知事による命令及び要請・勧告は行わないこと。

長野県の「地域医療構想」では、2025年度における病床数の必要量等推計値を2016年度の稼働病床数18,699床から1,860床少ない16,839床としています。この数値は参考値であり病床数の削減目標といった性格を持つものではないと説明されていますが、国は地域医療介護総合確保基金の配分を地域医療構想の進捗状況と連動するなどインセンティブを与えるなど都道府県を主体として医療費抑制のための病床削減へと誘導しています。

- (2) 今後の医療計画において二次医療圏ごとに医師数の指標が機械的に算出されることになるが、こうした指標をもとにした、医師数の制限や開業規制などを行わないこと。

7月の医療法及び医師法の一部改正において、都道府県の医療計画に外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項や医師の確保に関する事項が追加された。都道府県では二次医療圏ごとに医師数の指標を機械的に算出し、確保すべき医師数の決定や、医師少数区域、医師多数地区を設定するなど外来医療を含め都道府県による医師数の統制を強化する方向です。

- (3) 診療報酬は全国一律に医療の質と経営を保障し、国民皆保険制度の根幹をなすものであり、地域別診療報酬単価設定は絶対に行わないこと。

医療費適正化計画や地域医療構想を推進するために、高齢者の医療の確保に関する法律第14条では、都道府県は厚生労働大臣に対しての診療報酬の特例として地域別診療報酬単価の設定について意見を提出することができることとされています。奈良県知事は国保都道府県単位化にあわせ抑制的な医療費目標を設定し、県が医療費適正化を主導する体制を整備しようとする中で、地域別診療報酬の積極活用を検討しています。

- (4) 在宅医療を担う医療機関の育成、グループ診療などに対して県が財政負担するなど在宅医療提供体制の確保のための支援策を検討すること。

地域医療構想における在宅医療等の必要量の推計推計の結果、2025年度は2013年度に比べて、全県で約2割程度在宅医療等の必要量が増加の見込とされている。しかし、現在在宅医療に取り組む開業医医師が高齢化する一方で、在宅医療に参入する新規開業医は少ない状況と推測する。診療報酬上の制限により患者一人に対して訪問診

療を担当する医師は原則一人のため、夜間の緊急往診等などによる過密労働で医師への負担が大きい。既存の医療機関の連携や今後グループ診療などの体制構築への行政の支援や在宅患者の医療に関する不安や受診相談などに対応する夜間のコールセンター設置などの検討が必要である。

2、国民健康保険事業について

- (1) 高すぎる国保料（税）の負担を緩和するため、国に対して国庫負担金の増額を求めるとともに、県財政からの法定外繰入金等の財源投入をすること。

平成 30 年から国保の財政運営の都道府県単位化がはじまりました。本会調査によると、県下 42 市町村で保険料（税）率を据置き保険料の上昇を抑えようといった動きがある一方で、所得 200 万円、夫婦子どもの 3 人世帯で昨年度よりも 5 万円以上引き上げとなる自治体も見られます。年齢構成が高く、所得水準が低いなど国保の抱える様々な構造的問題は、国庫負担金の支出割合を増やすなどの抜本的な制度改定が必要です。

- (2) 短期被保険者証の運用について、国保運営方針に以下の項目を盛り込むなど、市町村に対して指導、助言を行うこと。

- ①短期被保険者証の発行基準を明確化すること
- ②短期被保険者証の有効期限は 3 月以上とすること
- ③窓口の留置をなくすこと

本会の市町村アンケート調査では短期被保険者証のうち 1 月を有効期限とするものが 1 / 4 もあること、更に窓口で保険証を留め置いて実質無保険状態となっている世帯も多数あることが判明しています。これでは保険証の役割を果たしていません。

- (3) 国保の均等割について、県独自に 18 歳未満に対する免除・軽減制度を創設すること。少なくとも減免制度を設けようとする市町村に対して誤った助言、指導は行わないこと。

被用者保険とは異なり、国保では稼働所得のない子どもにまで保険料が賦課されています。市町村国保における 18 歳までの子どもの均等割を免除・軽減する制度を、県として独自に創設してください。また、新聞報道では小海町が独自制度を設けようとしたところ、県からの指導で撤回したことが報道されていますが、不当な介入だと考えます。

3、福祉医療費助成制度について

- (1) 県の福祉医療費助成制度の対象を入院外においても中学卒業までとすること。
- (2) 障がい者やひとり親家庭についても現物給付化を検討すること。

8 月より中卒までの医療費については県制度として現物給付とされました。また、58 市町村が高校卒業まで現物給付の対象を拡大しています。一方で県の制度は入院が中学校卒業まで、外来は小学校就学前までにとどまっています。子育て先進県をめざす長野県としては対象年齢を拡大して市町村財政を支援してください。また、障がい者やひとり親家庭についても現物給付化の検討をしてください。

- (3) 受給者負担金を全県統一で廃止にすること。

9町村では受給者負担金を廃止し、窓口の完全無料化を実施しています。現物給付の場合に医療機関では、現在、市町村によって窓口負担金が異なり、場合によっては負担金の上限管理が必要となるなど新たな事務も発生しています。

- (3) 住所変更など資格喪失の場合に、医療機関が受給者証の確認を行っている場合には、レセプトは返戻しないで保険者間で調整する方式をルール化すること。

福祉医療の受給者証は受診の都度医療機関が確認することとされていますが、市町村によって受給者証の有効期限は1年であったり、当該市町村の対象年齢までであったりと様々です。住所変更があった場合でも受給者証は回収されずに医療機関の窓口へ提出される可能性が大いにあります。

少なくとも医療機関で受給者証を確認している場合は、レセプトを返戻せずに市町村間で調整するようルール化してください。

4、災害時の診療所等の医療確保

- (1) 災害拠点病院以外の病院や診療所のための補助制度の創設や発電のための重油の備蓄など災害時の医療提供体制の確保をはかること。
- (2) 在宅酸素療法等を行っている患者の停電時の支援体制を構築すること。

先の北海道胆振東部地震では、ほぼ全域が停電となり医療機関は一時、深刻な状況に陥りました。長野県でも同様の事態を想定して大地震等に備えて中小病院や診療所においても自家発電設備の整備する必要があります。

また、長期停電時には在宅で酸素療法や人工呼吸器を使用している患者さんへの支援体制を構築する必要があります。

- (3) 雪害対策

- ① 医療機関へのアクセス（特に当番医等の場合や透析医療機関等）のための道路の除雪を優先すること。
- ② 豪雪の場合には県知事の判断で医療機関から薬局にファックスで処方せんを出すことを可能とし、関係機関に周知すること。また、医薬品供給体制を確保すること。

過去の大雪災害では会員医療機関からは除雪体制のありかたや医薬品の授与方法などで苦慮したとの報告が多数寄せられました。

5、その他

- (1) 小児救急電話相談事業を19:00～翌朝9:00とすること。

厚生労働省が発表によると2018年4月現在の小児救急電話相談事業（#8000）の全国の実施状況によると、平日で19:00～翌朝9:00など夜間深夜の時間帯、休日は24時間対応している都道府県も多数あります。しかし、長野県は平日・休日ともに19:00～23:00の4時間のみで、深夜0時以降実施していない7県のひとつとなっています