

令和5年度第2回 長野県保健医療計画策定ワーキンググループ会議
(外来・へき地・在宅医療WG) 議事録

1 日時 令和5年6月5日(月) 15時00分～

2 場所 長野県庁 西庁舎1階 110会議室

3 出席者

構成員：伊藤みほ子構成員(オンライン)、小林広美構成員、杉山敦構成員(オンライン)、
関口健二構成員(オンライン)、中澤勇一構成員、新津恒太構成員(オンライン)、
濱野英明構成員、平栗富士男構成員(オンライン)、渡辺仁構成員
(欠席構成員 塚田修構成員、長谷部優構成員)

事務局：久保田敏広医療政策課長、社本雅人医療政策課企画幹兼課長補佐、
堀内崇之医療政策課企画管理係長、赤羽和也医療政策課医療係長、
松岡裕之飯田保健福祉事務所長(オンライン)、西垣明子参事兼木曾保健福祉事務所長、
加藤浩康大町保健福祉事務所長(オンライン)

4 会議録(要旨)

(社本企画幹兼課長補佐)

本ワーキンググループの座長につきまして、第1回に引き続きまして、渡辺構成員にお願いしたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

以降の進行は渡辺座長にお願いいたします。よろしくお願ひいたします。

(渡辺座長)

佐久総合病院の渡辺です。

それでは、会議事項(1)国の医療計画作成指針等の概要についてです。

事務局から説明をお願いいたします。

○(1) 国の医療計画作成指針等の概要について

(久保田医療政策課長 資料1により説明)

(渡辺座長)

ありがとうございます。本日3つの議題がありますが、それらはその指針に沿ってロジックモデルで検討していくという説明がありました。ただいまの説明について質問等ありましたらお願いしたいと思います。

これについては、議論を進めていく中でまた検討、いろいろ御意見が出てくるかなと思います。御発言がないようですので、次の会議事項に入らせていただきたいと思います。

○(2) 疾病・事業ごとのロジックモデルについて

(渡辺座長)

次に、会議事項(2)疾病・事業ごとのロジックモデルについてです。この議題と次の(3)外来医療については、本来のメインテーマとなっております。まず、事務局から説明を受けた後、構成員の皆様よりそれぞれのお立場から計画が目指すべき姿、取り組むべき事項等について御発言をお願いしたいと思います。

まずは、会議事項(2)のへき地医療について、事務局から説明をお願いいたします。

(【へき地医療】赤羽医療係長 資料2-1により説明)

(渡辺座長)

ただいま事務局から説明がありました。

へき地医療のロジックモデルについては27ページですね、右側から目指す姿(分野アウトカム)、中間成果(中間アウトカム)、個別施策(アウトプット)の順に検討していきたいと思います。

最初に、目指す姿(分野アウトカム)について検討したいと思います。事務局から示されている論点、またそれ以外についても何か御意見はありませんでしょうか。目指す姿は、へき地において継続的に医療サービスが受けられ、安心して暮らすことができるということです。何か御意見等ございますでしょうか。

それでは、濱野構成員、お願いいたします。

(濱野構成員)

濱野です。この分野アウトカムの案にある「へき地においても継続的に医療サービスが受けられ」という語ですが、単に医療サービスが受けられるでは、物足りないと思います。そもそもへき地の方々では受けられる医療サービスの質が低い可能性がありますので、実現は難しいとは思いますが、「継続的に質の高い医療サービス」と「質の高い」という文言を是非入れていただきたいと思います。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。質の観点というのが大事、という濱野構成員からの意見ですけれども、その他にいかがでしょうか。

関口構成員、お願いいたします。

(関口構成員)

ありがとうございます。へき地医療ということですので、質の高いプライマリ・ケアをどう提供できるかということなんですよね。そうすると、プライマリ・ケアの定義は何かというところを考える必要があって、プライマリ・ケアの定義というのはいろいろなところで提供されているんですが、一番よく用いられているのは、A、C、C、C、Aと言われる5つの要素というものが言われていて、このうちの1つに継続性というのがあるわけです。先ほどの発言でも指摘があったように、継続性さえ担保されていればいいというわけではないということになります。その他は何かというと、Accountabilityの責任性、Accessibilityの近接性、Comprehensivenessの包括性、Coordinationの協調性、この5つの要素がプライマリ・ケアの定義です、というのが一般的に使われているということだと思います。

質を考えるとというのは、やはり包括性とか責任性というところに関わってくるわけです。今までの多くの医者キャリアというのは、ある特定の領域を深めていくという、そういうモデルで医者キャリアが形成されていたので、へき地でやりがいを感じて、それをスキルアップの1つとして医療をやっているという医者がほとんどいなかったわけです。ですので、こういうへき地医療を考えるときには、継続性を考えるのと同時に、責任性、包括性、あるいは協調性みたいなところを考えるということです。へき地での医療を医者キャリアとして、へき地だからこそそういう医療ができて、包括的な、協調性を持った医療ができるという、そういう考え方を持った医師を育成して、その医師を派遣していくという、そういう形が必要になってくると思います。

何が言いたいかということ、継続性もそうですが、包括性、責任性を高めるために、プライマリ・ケアをキャリアとして大切に考える医師を育成して、そういった医師によってへき地医療を保持していくという、そういう長期的なモデルが必要なんじゃないかなと思います。

このロジックモデルに戻って言うと、この分野アウトカムは、へき地においても安心して暮らすことができるということが一番のアウトカムになって、継続性は中間成果の1つとしてあると、

継続性を担保するためにどうするかということを考えないといけない一方で、質の担保という話が出ましたので、それは責任性とか包括性というところになってくると思うので、それを担保するためにどのような個別施策を考えていかなければいけないかという考え方でやっていくのがいいんじゃないかなと思いました。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。目指す姿を考える上では、やはり中間成果をよく考える必要があるということ。他に、目指す姿について御意見等はございますでしょうか。それも含めて、やはりアウトカムがこんな感じで書かれたときに、中間成果を見ますと、へき地医療に従事する医療従事者が確保されている、単に確保だけではなくて、どういう医療従事者かという問題があるだろうということと、もう一つは、へき地の住民が地域の中で必要な医療等が受けられる、必要な医療がどういふものなのかということも含めて少し議論が必要なのかもしれません。

本当はまず目指す姿について議論したいところではあるんですけど、それについて話をするとやはり中間成果について十分検討する必要があるだろうということですので、中間成果についても検討していきたいと思えます。事務局から示されている論点、またそれ以外について、何か御意見等がありますでしょうか。

濱野構成員、お願いいたします。

(濱野構成員)

濱野です。今、関口先生がおっしゃられたのは、分野アウトカムを、むしろへき地において安心して暮らすことができるというような形のほうがいいんじゃないかという御発言ということによろしいですか。

(関口構成員)

そうです。

(濱野構成員)

ですから、むしろ医療の何とか、というのは、中間アウトカムとか、個別施策に入れたほうがロジックモデルとしてはいいんじゃないかという御指摘だと思います。私もそうかなと思いました。

(渡辺座長)

ありがとうございます。へき地において安心して暮らすことができるということをもまず目指す姿として、それについて中間成果でどういうことを考えていくかということと考えていきたいと思います。御提案だったと思えます。関口構成員、濱野構成員、お二人とも同じような意見ということですので、そういう形で進めていってよろしいですかね。何かほかに構成員の方で御意見等はございますでしょうか。

杉山構成員いかがでしょうか。

(杉山構成員)

関口先生の御意見、拝聴しました。医療従事者、要するに医師を地域に用意するという姿勢は基本的には大切なことだと思うんですけども、ただ、西垣参事が担当されている、医師を確保するという点において、例えば診療所があるから常勤の医師をそこに置くということは目標にしたほうがいいのかどうか、それはしないほうがいいのかも私には思っています。医療を提供することに関しては大事だと思うんですけども、要するにその医療圏の中核病院が、医師を例えばその診療所に週1回派遣をする、安定した予約がとれるような形の外来の方はその日だけ、

午後だけとか、診療を受ける形にする。それ以外は先ほどの交通のアクセスのほうを十分検討して、迅速に病院であったり地域の都市部の自分の医療機関にアクセスできるような、そういう形をとるのが、長野県はやはり広くて山奥深いところがございまして、村営の全ての診療所に医師を置くというようなことは目標にしないほうがいいんじゃないかという感想を持っております。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。木曾保健所長もいらしているので、少し御意見いただければと思います。お願いいたします。

(西垣参事兼木曾保健福祉事務所長)

医療人材確保担当の参事兼、今日は木曾保健所の所長として参加しております西垣です。

先ほど関口先生のほうからもありましたように、質の高いプライマリ・ケア、質の高い地域医療を提供する上で、へき地診療所を含めた各診療所全てに常勤医がいなければ提供できないのかという、杉山先生おっしゃったようにそれは違うと思いますので、こういった目標についてもこのワーキングで検討していただけるものと思います。あまり現実的でない目標を立てることが医療計画の中で必要かどうかということは悩ましく感じるところでございます。

以上でございます。

(渡辺座長)

ありがとうございます。確かに人材の数を考えても、全部いればいいのですが、ということだと思いますが、中間成果のところを見ますと、へき地医療に従事する医療従事者が確保されているという項目があり、これについて指標は幾つかあるということです。

関口構成員お願いいたします。

(関口構成員)

ありがとうございます。今、現実的ではない目標は立てないほうがいいという話があったと思うんですが、おっしゃるとおりだと思います。いろいろな方法があつていいと思うんですよ。理想なことだけ言っても、全然人がいないじゃないかということも当然あると思いますので、理想論だけ言ってもしょうがないとは思いますが、将来的にどういう医療を目指していくかというところを、このプランを、ビジョンを立てるのが医療政策の仕事だと思います。例えば地域のマグネットホスピタルに医者が集まっていて、そこから派遣という形で医師が行って、病気を診ればいいんだよ、ということであればそれでもできると思うし、ただ、へき地であっても人が生きていて暮らしがあつて、その暮らしの中の一部として医療があるというふうに考えたときに、疾患だけを取り出して、じゃあ医者がちゃちゃつと行って、「お薬出しときますね」みたいな、そういうことでいいのか。へき地に住んでいる以上、医療としてはそれでいいだろうと、我々長野県、あるいは医療政策を考える者たちがこれでいいと考えればそういう方向でもいいのかもしれないし、当面は医者がそもそもいないから派遣の形をとるしかないけれども、この地域で暮らしている人たちの生活を守るため医療を提供していくということを考えたときに、それでいいのかみたいな視点も必要だろうと思います。

どの程度のスコープで考えるかというところが非常に大切で、こういう施策って年度年度で出さないといけないので、とりあえず数字を出さないといけない、決めないといけないという事情はあるだろうとは予想しますが、やはり少し中長期的な、この衰えゆく日本の中で、その中でも人は生きてるので、その中でどういった医療を目指すのかというところのビジョンこそ、医療政策のほうで提示していくのが大切なんじゃないかなと思います。

やはりへき地の話なので、どこがへき地に当たっているかという話もありますが、へき地に今当

たっているところの現場の方の声もぜひ聞いてみたいなと思いました。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。なかなか難しいところがありますが、平栗構成員、何か自治体として、行政として、医師の確保とか、診療所に必ず医師がいたほうがいいとか、その辺の御意見というのはございますでしょうか。

(平栗構成員)

ありがとうございます。泰阜村の場合は、泰阜診療所に医師が今1人おるわけですが、医師の確保というのは常に、泰阜村と周辺の阿南、売木、天龍などの自治体の首長さんにとっては本当に大変な問題だと思います。

医師の確保について、現実味のある計画にするか理想的な姿を描くのかということ、また難しいことなのですが、現実には売木村では、診療所がありながらお医者さんが確保できなくて阿南病院によるオンライン診療を始めざるを得なかった。今後、ますます条件不利地域では、こういう方法で地域の医療を確保していかなければいけないんじゃないか、ほかに方法がないんじゃないかと、首長の皆さんは考えざるを得ないんじゃないかと思っています。

ですので、あるべき姿とすれば、全医療機関に医師、医療スタッフの確保というのがあればと思いますが、現実それはこれからどんどん困難になっていくのではないかとということも踏まえて、今回の計画の中に書き込んでいただければよろしいのかなと思います。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。この議論はなかなか難しいところではあると思うんですが、あともう一つ、中間成果の中では、医療従事者が確保されているということと、必要な医療等が受けられるということが書かれておりますが、この点について、伊藤構成員いかがでしょうか。御意見等ございますでしょうか。お願いいたします。

(伊藤構成員)

看護協会の伊藤です。地域住民の方たちがどんなことを望んでいるのかという、やっぱり主役的なところは住民の方だと思うので、地域によってはそれぞれ望んでいるものが違うのかなということがあるかと思っています。ですので、そこを把握しておくというのが大事かなと思います。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。必要な医療などは、地域によってもまた、希望も含めてよく聞いておく必要があるだろうということでしょうか。ありがとうございます。

中澤構成員御意見ございますでしょうか。

(中澤構成員)

難しい議論だと思うんですが、やはりへき地医療の医療従事者、そもそも指標が非常に難しいということがありますよね。人口が少なくても必要性があれば、例えば患者さんが10人でもニーズがあるという判断をするということになると、やはりその部分をどうやってロジックモデルに落とし込むかということが非常に大事だということが1点と、先ほど杉山先生がおっしゃったように、現実的にはやはり常勤医を派遣するというのは非常に難しいということを見ると、やはり僕は現実的に外来というか、非常勤の医師をどうやって派遣するかを考えたほうがいいモデルができそうな

感じがします。

なぜかという、恐らくへき地は今後、人口減ということが進むという状況においては、やはり人口減、ニーズが縮小するに当たってどうするかということも考えなきゃいけないということになると、非常勤ということが一番あれだし、そうするとへき地医療の人材確保においては、どうやって県がガバナンスというか、そういうのを発揮できるかという、本当にそれに尽きてしまうんじゃないかと思うんですね。自然に任せると、経済学的な理論に任せると、当然ドクター等はへき地に散らばる可能性は今後かなり低いと思うので、どうやって県が関わってそういった仕組みをつくるかという、ある程度強制力という言葉はあれなんですけど、そうするとどうしても就業資金貸与という話も出てきてしまうんですが、やはりその部分がどうしてもここには外せない感じがします。

(渡辺座長)

ありがとうございます。中間成果なんですけど、これは個別施策の中にしっかりと落とし込まないといけないかなというところだと思います。ありがとうございます。

小林構成員、いかがでしょうか。

(小林構成員)

難しくてもどうでしょうかって思っているところですが、今、中澤先生おっしゃったように、少ない人数でもニーズがあれば医療が必要という状況になる中では、現実的に何をロジックモデルの中に入れ込んでいくかということなんだろうけど、医師ということだけではなくて、そこを取り巻く医療スタッフも何か支援体制の中に組み込んでいけるというか、どうしても医師だけでは支え切れない部分があると思うので、そのあたりも併せて考えていけるといいのではないかと。先ほど、病気を診るだけではなくて、生活を守るという話もあったので、そんなところも組み込んでいけるといいなと思ってお聞きしておりました。

(渡辺座長)

ありがとうございます。どうしても医師のほうに行っちゃうんですが、やはり生活全体を見ていくという意味においては、医師だけではなく医療従事者もという御意見だったと思います。

ただ、これは次回にはある程度まとめていかないといけないというところもありますので、今個別施策について結構いろいろ御意見が出てきたと思うんですが、そのためにはどうしたらいいかという御意見が出てきたと思うんですが、それにつきましていかがでしょうか、何か御意見等はございますでしょうか。

濱野構成員、お願いいたします。

(濱野構成員)

ここでいうへき地というのは、いわゆる無医地区とか準無医地区のことを指しているということですよ。木曽病院も、実際に準無医地区に巡回診療に行っています。ところで、無医地区とか準無医地区というのは、公共交通機関がないことも条件となっていますが、その地区の方でも車の運転ができて自分で移動できる方は普通に医療機関に通院している場合も少なくありません。そのようなことを考えますと、へき地医療については、医師の確保以上に、地域によっては公共交通の確保という問題も極めて重要ですから、一番下の個別政策を考える際にはこの点も考慮した方がいいと思います。

また、このように考えていくと、無医地区、準無医地区の定義自体も見直していく必要もあるかなと考えています。

(渡辺座長)

ありがとうございます。結構重要な提案かなと思うんですが、事務局いかがでしょうか。

(赤羽医療係長)

国が言う無医地区の定義を改めて確認させていただくと、地区の中に医療機関がなくて、かつ地区の中心的な場所から概ね半径4キロ以内に50人以上が居住しており、かつ交通機関がなくて容易に医療機関を利用できない地区ということになっております。人口が減っている中で、50人以上居住しているというような無医地区の要件から外れていくようなところもあったりするんじゃないかということも思っていますが、そういった地域も当然医療のニーズがある状況ではあると思います。国の言う無医地区、準無医地区の定義からは少し外れるんだけれども、という地域をどう考えていくのかということは、県としても考えていかなければならないとは認識しています。

(渡辺座長)

ありがとうございます。難しいところですね。

議論がいろいろと行ったり来たりする中で、もう少し御意見を伺えればと思うんですが、実際にオンライン診療などの現実味というのはいかがなものでしょうか。これは杉山構成員に聞いたほうがいいかもしれません。お願いいたします。

(杉山構成員)

オンライン診療、私、先ほど交通をとということを中心に強調したんですけど、オンライン診療はどんどん使うべきだと思います。私は、在宅医療をしてもiPhoneを使ってFaceTimeでお話しすることがあります。確かに触診とか聴診とかは難しいですが、画像とかを見て実際に会話が成立すれば、かなりのことができる、判断ができる、診療として成り立つと思います。ただ、診療の片手間でちょこちょこっと通信をして診療ということではなくて、やはり対面で行う、医療機関に来ていただいてやる診療と同じようにきちとした時間と、お話をして何をするかということを決めて、その場にナースがいてくれればその方のメモを借りてやる、在宅でやっていることでも同じようなことが成立すると思うんです。オンライン診療はいろいろと制限がとか言わずにどんどんやったらよろしいと思います。

要するに、これでオンライン診療として診療報酬に成り立つようなものとしてやるかどうか、医療保険できちとしたルールはありますが、今はうるさ過ぎるというか、使えない状態に持っているような気がします。だから、これは先ほどの基幹病院からそこへ今日は行くという、出張するのと同じぐらいのレベルで、オンライン診療で診察時間を15分ごとに予約をとってきちんと診療するという、そんな使い方をぜひやるといいと思っております。

(渡辺座長)

ありがとうございます。確かにオンライン診療は進めていくべきものなのかなとは思いますが、その形がなかなか難しいということだと思いますが、交通手段などについては、交通弱者の方について、何か御意見等はございますでしょうか。個別の施策としては大事なところかなとは思いますが。

小海で歯科をされている新津構成員、いかがですか。何か御意見ございますでしょうか。

(新津構成員)

すみません、私、歯科医師会の新津と申します。私、山奥でやっておりますので、県から提示がありましたとおり、また先ほど御説明があったとおり、いわゆるタクシー券とかデマンドのバスであったり、スタッフの輸送というのがやはり、現実的かなと思っております。いずれにしても、やはり医療機関の協力も必要かと思うんですが、どれだけ行政でそれに対して協力していただけるかというのは、地域住民にとって非常に大きいことなのかなと日々思っております。

私は歯科ですけれども、午前中は後期高齢者の方のみということがほとんどあるんです。やはり交通手段が本当に大きな問題になります。私は南佐久の小海なんですけど、隣の南相木、北相木では、

佐久総合病院のほうでお医者さんの確保ということでお医者さんたちに来ていただけています。ただ、やはりそのためにも私は在宅医療というところにも広げているんですが、患者さんが歯科医院に来るということになったとき、どういう手段が良いかというのが本当に難しい問題だと思っております。特にみんな独り暮らしということがありますので難しい問題です。

以上でございます。

(渡辺座長)

ありがとうございます。確かにいろいろな交通手段を考えながらいかなければいけないところもあるということだと思うんですけども、いかがでしょうか、あと御意見等はございますでしょうか。

中澤構成員、いかがでしょうか。

(中澤構成員)

全て今お話が出てきたもの、非常に重要な話だと思いますので、ぜひまとめていただいて、入れていただければと思います。従来のもの、言葉はあまりよくないんですが、へき地医療に関して言うならば、正直なところあまり新しい話が出てこず、常に同じ議論ということになっているので、つまりある意味それは解決されていないということなんです、何かその先に解決ができる糸口とか、新しいものが見つけられるようなものをつくっていただければと思います。

(渡辺座長)

ありがとうございます。御意見いろいろと出していただきありがとうございました。なかなかまとめるのが大変かと思いますが、ぜひその辺はよろしく願いいたします。

へき地医療のロジックモデルの検討は一旦ここで終了したいと思います。事務局は構成員からいただいた御意見をもとに修正等、よろしく願いいたします。

続きまして、在宅医療について事務局から御説明をお願いいたします。

【在宅医療】赤羽医療係長 資料2-2により説明

(渡辺座長)

ありがとうございます。ただいま事務局から説明がありましたが、在宅医療のロジックモデルについて右側から順に検討していきたいと思っております。

最初に、目指す姿について検討していきたいと思っております。事務局から示されている論点、またはそれ以外についても何か御意見はございますでしょうか。

まず杉山構成員のほうから御意見を伺えたらと思っておりますが、よろしく願いいたします。

(杉山構成員)

はい、ありがとうございます。まず「ICTの活用による対応力連携強化」ということに関しては、これも電子カルテの機能を診療所や、在宅やってる者はやはり全部持つ必要があると思っております。私は完全に電子カルテ化したのは去年で、クラウド型のものにしました。以前から在宅に行ったときに入力したものをどうやって本体に取り込むかとか、そういう話からずっと始まっていたわけですが、やはりクラウド型で持っていくと、デスクトップ4台とノートPCを4台でナースが1台ずつ持って外来診療もあるし、そのままこれを持って在宅に行くと。そこで入力されたものはすぐ薬局へ処方箋が出るような形を、留守の間にできるとか。そういう形ですので、やはり電子カルテ、ICT化というのはもっと高いレベルで、持っていったパソコンで入力したものを持って帰ってきて、線をつないで電子カルテに読み込ませるとかそういうレベルじゃなくて、一体的なものをつくっていくべきだと思います。それから今、国で電子カルテの横向きの情報交換をしていますが、そういうも

のは絶対に必要だと思います。それから、先ほどの画像とかですね。いろいろな訪問看護からスマートフォンを介してショートメールで来るような、画像とかをすっと取り込めるような。もうデータなんてその瞬間に見て判断するものであって、録っておいて溜めておいて、データベースができました、なんてやってもしょうがないので、その場で生ものとして扱えるようなICTの構築は、すぐお金をかけるんだったらこれだろうと思います。それから、御高齢だから使えないとかそんなことを言っていないで、もう周辺機器は揃っているわけなので、それを利用して実際の医療に使っていくと、そういう姿勢がどうしても必要だろうと思います。

それからACPの普及、急変時の搬送ルールづくりなどは、松本市で、前に御紹介したと思います。3年がかりでリビングウィルをつくり、それを運用するときには広域消防局ともずっと運用の相談をし、広域消防局内でこれを持っている、リビングウィルを書いて、心肺蘇生などは遠慮したいという意思表示をしてる人がたくさんになってきたよということを知っていただいて、認識していただきました。それで、かかりつけ医に連絡が取れば搬送しない、心肺蘇生をしないで待機するような一定のルールをつくってくれました。ただ、そのときに、幾らリビングウィルで心肺蘇生ノーとしていても例外がございます。水に溺れたとかで、低体温で蘇生の可能性がある場合。それから御家族が心臓マッサージをした場合、これは幾らしても御家族は心肺蘇生をするという、蘇生をする意思があるわけですのでそのときにはやはり通常の救急隊としての活動をするんだと。それから、やはり除細動を行う、心室細動ないし心室心拍によるものというのは、除細動によって救命されることもございますので、そのリビングウィルのとおりにはしないという、そういうような基準までつくって、対応してくれているルールを医師会とも相談させていただいて一応つくりました。ですから、そういう急変時の搬送ルールですね、施設でどうするか、救急隊とどうするか、警察をどうするか。こういうルールはやはり構築していかなければいけないと思います。そのときに行政と一緒に警察をどうするか、消防局の救急隊をどうするか、それから救急医療をやっている救急医、それから救急の病院ですね、二次、三次の病院とどういうふうにきちんとした話し合いを持った上で、このルールはつくらないといけないと思います。それから施設の介護職員などは、普段から看取りまでするんだよ、と。そういうときはどうするんだというのをきちんと話し合い、勉強会をする、そういうことを進めていけば十分対応可能になると思います。全然看取りはしないというような施設で心肺停止が起こったときに変な慌て方をしない、そういう教育環境や話し合いを十分進める必要があると思います。

以上です。

(渡辺座長)

はい、ありがとうございます。日常の療養支援をどうしていくかという意味においては、ICTをしっかりと活用するということと、看取りについてはACP、その辺をどう一定のルールをつくりながらやっていくかということなんですけれども。目指す姿としては、「必要なとき、望むときに負担なく在宅医療を選ぶことができ、自分らしい生活を続けることができる」という文章があるんですが、いかがでしょうか。関口構成員から手が挙がっております。よろしく願いいたします。

(関口構成員)

杉山先生、ありがとうございます。在宅はやはり医師会が主導で動くとか動いていく感じがして、だから松本は杉山先生がいろいろ動いてくださっているがゆえの展開があるんだろうなというのを改めて感じましたが、このロジックモデルに戻って言うと、今後こういった杉山先生をはじめとした行動をしてくださってる先生が、もう教育をやってくださってる、システムを整えてくださっているがゆえにいろんな指標が出てくるという形になると思います。この在宅のロジックモデルの途中までのものは非常にそのあたりよく考えてくださっていて、いい指標だなと感じました。

今、杉山先生がいろいろACPも含めて言うてくださっていて、非常にすばらしい活動をしてくださっていると思うんですけど、それがこのロジックモデルに数値として置き換えられていったとき

に「あ、やっぱり松本いいじゃん」という形になるということなのかなと思うので、この目指す姿もいいなと思いましたし、中間アウトカムもそういったものがあるべき在宅医療を反映するものになっているように感じました。

以上です。

(渡辺座長)

よくできてるということですけど、ありがとうございます。

小林構成員いかがですかね。

(小林構成員)

はい、ありがとうございます。この「目指す姿」のところで、「負担なく在宅医療を選ぶ」というこの「負担なく」というのは何にかかって負担なくなのか、この「負担なく」という言葉がすごく気にかかっているところです。言葉だけなので、ここを何か違った形にでないかなと思います。

その「人生の最終段階における」という指標のところで、これはこれからの時代の流れなんでしようけど、在宅で診ておられるとか、何ていうのかな、最期は在宅を選ばないかもしれない。その人自身が最期の場所も在宅を選ぶ人もいるし、そうじゃない人もいるという状況の中で、その本人の望む死に場所みたいなものがあるとすると、在宅で亡くなることができたというだけが指標になるのかなというの、これから先の時代の流れを見込んだときに若干気になるところではありました。ただ、やはり住み慣れた地域でと言ってる状況があるので、このあたりが難しいなというところはありますが、ちょっとそこは気になった点です。

(渡辺座長)

はい、ありがとうございました。

確かに「必要なときに、望むときに負担なく在宅医療」の負担のないというのが経済的なものなのか、心的な負担なのかということも含めて、この辺は事務局御意見等ございますか。

(事務局)

そうですね。「負担なく」と書かせていただいた意図としましては、どちらかという心的な負担ですね、在宅医療を本当は選びたいんだけども家族のことを考えると選ぶことができなくて、そういった意思を表示できないような方も多くいらっしゃるのかなというところから、この「負担なく」という文言で入れさせていただきました。確かに、ここは少し分かりにくかったりするような部分とかもあろうかと思いますが、何かいい表現があれば御提案いただけるとありがたいと思います。

(渡辺座長)

はい、ありがとうございます。確かに、実際に患者さんはやはり家族に負担をかけるんじゃないかということで、いろいろ心配されるんですが、実際話を聞いてみるといろいろな方々が加わりながらできるので、御家族にもそれなりに負担はあるけれども、そんなに思ったほど無いというのは実際あるようなんですが、いかがでしょうか。この辺については、何かこの「負担なく」については、もう少し違った表現もあってもいいのかなということなんですけども御意見ないですかね。

はい、よろしく願いいたします。

(杉山構成員)

直接の回答ではないんですが、この「在宅」という言葉の中にですね、例えば、特養とかですね。それから介護付の老人ホーム、それから老健とか、そういう施設に入っておられる方の医療というのも、やはりこの領域で一緒に考えなければならぬと思う次第です。ですので、今「在宅」と言

ったときに純粋に御自宅にいらっしゃるといふものだけを在宅医療と呼ばないほうが私もいいと思うんですね。ですので、自宅にいても施設の中に入られてても、病院におられても、やはりどれも、よい医療を、その方の人生の最期、特に終末の段階で、最終の段階で提供できることが在宅医療ということですよ。

特に具体的にいいますと一つは特養ですね。今、特養の医療というのは介護保険の枠組みの中で、特養が医師を雇用するわけです。例えば、月給幾らということ。中に診療所があるという形になっていますので、私も今29床の地域密着型の特養を拝見していますけど、そこに雇用されてるんです。杉山外科院としての診療というのは処方箋を出す。処方箋の発行だけで、もちろん再診とかないです。だからその看取りをしたから何か上乘せねとか、そういうことも今ない状態です。名古屋はその月給が物すごく少ないですよ。ですので、なり手がいらっしゃらない。だから在宅やってる人が24時間電話を受けるよって人がいるところはまだその特養で看取りができるんですが、もう名古屋なんか本当に具合が悪くなったら、すぐ救急車で関連の病院へ、というのばかりで。特養での看取りは増えてないんですよ。そういう状態、この間の4月はコロナのクラスターになって、物凄く受診があってその間に4人も看取りがあったんですが、ほかの医療が入ってこれない。ほかの方の在宅訪問診療も入れないですし、訪問看護も入らない。ですので、そのナースとうちのナースに手伝ってもらって、1人で1か月40人ぐらいクラスター対応したんです。保健所も助けてくれましたが、要するにそういうので特養の医療というのが非常に限定された医師、配置医に任されていて、他から入らないという、要するに医療を受ける権利からすると、かなりレベルが低くなっている場合というのが存在すると思うんです。ですので、これは厚生労働省もかなり認識していて、勉強会をしておりますし、資料もございます。それから、特養の全国団体も、特養経営の全国団体も昔と全然言うことが違って。昔は自分たちの組織の中に診療所を造れるんだ、対応できるんだよということで、絶対配置医の制度を譲らなかったんですが、やはりこの間のコロナを経験してですね、やはりそれではちょっと医療提供ができないんだということがありますので、その辺のルールを変えなきゃいけないと思います。

なので今、来年の診療報酬改定に向けてかなりのディスカッションをしております。在宅療養支援診療所の全国の組織からは、国会議員と在宅医療について語る会が来週あります。そこへ今、その件を中心にして診療報酬改定に向けての在宅医療の意見を出すという準備もしております、そこにもちょっと参加させていただいております。一つはその特養の配置医の形が適切な在宅医療、かかりつけ医ということもあります。

それからもう1つが、介護付の老人ホームですね。これは特定施設と言って、かなりレベルの高い介護の状態をつくって、いろんなランクが担保されてるんです。そこへは協力医療機関という形で契約が結ばれていて、その先生たちお二人とか紹介をする。要するに入所するときは元のかかりつけ主治医から紹介状が行って、それでその先生が見るといふような形ですが、きちんと2人、3人の医師を提供できるところはいいんですが、1人の先生が完全に全部受けてしまう、持ってしまふところがあったりするんですね。

それからもう1つは、この間松本であったんですが、20人ぐらい拝見していて、15年ぐらいやってた方と、施設長とで何かいろいろな意見の食い違いもあったのかもしれないんですが、突然医師に解雇通告が来て、「今度はこっちの先生に全部見てもらいますから20人分の紹介状を書いてください」という事例が松本で発生しました。受けられた方は、在宅専門クリニックを松本で始めたクリニックの方なんですが、そういうのも問題かなど。要するに、その施設、介護付老人ホームに入ったらもうこの先生が全部の医療を担いますから紹介状全部、というのではなくて。ただ、ある程度の集約化がないとばらばらでも困りますので、少なくとも複数の医師が訪問診療、往診に来てくれるよ、というような、そういう状況って、やはりないといけないと思うんですね。それから、かかりつけ医だった先生が往診するよって言ったら、それを「いや、もうそんなことはしません。紹介状を出してもらってこっち側の医師が全部見ますから」というのも、医療のフリーアクセスに関しては非常にレベルが下がってしまっているような状況ってあると思うんですね。ですから、そういう

ものをやっぱり先ほど申しました施設の中での医療というのも在宅医療と連続して、かかりつけ医との関係も連続して、それで考える。ここに掲げた在宅医療というのが純粋な自宅だけではなくて、訪問診療をしたりするものの範疇に入るようであれば、それも一緒に考えるのがないこの在宅医療ロジックモデルってうまくいかないんじゃないかなど。長くなりましたけど、今物凄く施設の中での看取りとか、訪問診療とか、往診とか訪問看護とかというのは、どうしたらいいか。バランスがやはり今、非常に内部で医療の提供レベルが薄いと思うんですよ。純粋な自宅へと一生懸命言っている、在宅勢が言ってる訪問診療、在宅医療と比べると薄いところがあるかというふうに思います。その辺のところは反映できるような言葉になるべき。「負担なく」については、ちょっといいアイデアがすぐに出ないですけど。

(渡辺座長)

はい、ありがとうございます。自宅以外にやはり施設とかいろんなものも含めて考えていく必要があるだろうという御意見です。難しいですね。表現の仕方として、どのように表現したらいいかというのがあるんですけどね。

中澤構成員どうですか。

(中澤構成員)

最後の「目指す姿」に関して「負担なく」は、本人の負担なく、と同様に家族の負担なくというのも含むんですかね。

(事務局)

そうですね。そのような意味合いを入れたいとは思っています。

(中澤構成員)

それとあとぜひ考えていただきたいのは、個別施策の中でもし入れていただくのが可能であれば、今回この在宅医療のロジックモデルの中では、これ大体医療だけを話してるんですけど、実際には在宅医療の現場というのは介護とか福祉とかそういうものがあって。もし可能であれば何かICTが、地域でデータベースがあって、そこで全て医療と福祉・介護、この方がどういった介護サービスを受けているか、あるいはどういった内服があって、デイサービスなんか行ってるかとかそういうのを全てそこに入れる。もう、1台の端末で分かるようなシステムを作っていただくと、それだけ地域包括ケアシステムが完結してしまうんじゃないかというような気がするんです。理想なんですけど、そういう方向性がもしできればと思います。

(渡辺座長)

はい、ありがとうございます。そうですね。他職種で連携しながら、その情報が共有されていて、ICTでうまく共有されれば恐らく一番いい。いろいろなものが提供できるのではないかということで、非常に貴重な御意見だと思います。ありがとうございます。

他にいかがでしょうか。

伊藤構成員からいかがでしょうか。看護というところもあると思うんですけども。

(伊藤構成員)

はい、ありがとうございます。中間アウトカムのところで、先ほど小林構成員も言われていた4番の在宅看取りの数とか、やっぱりそこを指標にするのでしたら「目指す姿」にもう「在宅看取りが最終的に」とか何か入れないと、今ここだけの数ではないなと思うので、やはりどう御本人たちの意思確認をしていくかということがどう話し合われるのか、いわゆる多職種でそういう話し合いが持てるようになるとかを入れたほうがいいと思います。

以上です。

(渡辺座長)

はい、ありがとうございます。確かに、看取りのところだと在宅で看取られる人の数の指標とか在宅での看取り死亡の割合とかってだけに限られてるので。そういう在宅で、自宅で亡くなるということを希望される方はもちろんそうかもしれませんが、そうじゃない方もいらっしゃるということ。その辺のところをうまく表現していただくといいのかなという御意見でした。ありがとうございます。

濱野先生お願いいたします。

(濱野構成員)

はい、濱野です。やはり私も最初にこれを見させていただいたときに、分野アウトカムの負担なくというのはちょっと気になる感じがありました。全ての方が在宅医療を希望されるわけではないので、在宅医療を希望される方が在宅医療を選ぶことができ、自分らしい生活、あるいは満足度の高い生活を送れるとかいうような形に表現を変えたほうがいいかなと思いました。

また、中間アウトカムの、在宅で看取られる人の数というのも皆さんが在宅でのお看取りを希望されるわけではないので、それぞれの方が希望に応じたところで最期を迎えることができた方の割合とか、そういう指標がいいのかなと思いました。

もう1つ、ACPについては、できれば中間アウトカムとか、あるいは個別施策に入れていただければと思いますが、木曽地域も実は杉山先生のところがつくられた松本のリビングウィルを使わせていただいて、まだまだ普及できてはいませんが少しずつ活動しています。実際に御家族で最期について、話し合いを持たれた割合なども一つの指標になるのかなと思います。確か、どこか分厚い資料の中で、どこでしたっけ。どこかにありましたよね。

(事務局)

県民意識調査の114ページがその関係の部分です。

(濱野構成員)

ありがとうございます。114ページにある「最期について御家族とか周りの方と話し合ったことがある割合」はかなり重要なのかなと考えております。そういうのを指標に入れていただくといいのかなと思いました。

以上です。

(渡辺座長)

はい、ありがとうございます。そうですよね。やはりみんなで検討するということが大事かなと思います。ありがとうございます。

いろいろと御意見をいただき、少し全体像が見えてきたのかなと思います。「在宅」というのは自宅だけでない考え方というのを少し入れていただくということが大事かなと思いますので、よろしくお願いいたします。

ほかに発言はありますか。よろしいでしょうか。

そうしましたら「在宅医療のロジックモデルの検討について」はここで一旦終了させていただきます。事務局は構成員からいただいた意見を基にぜひ修正等を行うようにしてください。また難しい問題ではあると思いますが、よろしくお願いいたします。

次に、会議事項を(3)「外来医療について」でお願いいたします。

医療政策課の資料3による説明をお願いいたします。

○（３）外来医療について

（堀内企画管理係長 資料３により説明）

（渡辺構成員）

はい、ありがとうございます。大変重い課題で難しいかなという気がしますが、その前に関口構成員から提出資料がありますので、その説明をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

（関口構成員）

はい、ありがとうございます。これは画面を共有させてもらってもいいでしょうか。

（渡辺構成員）

はい、よろしく申し上げます。

（関口構成員）

では、お願いします。簡潔にさせてもらいたいと思います。というのはですね、今説明していただいたことの中に結構含まれてるなっていうところだったんで、先ほどのACCCAはこのことでございます。プライマリ・ケアの定義ですね。広く一番使われているところで、今日のこのへき地医療とか外来医療の在り方みたいなところを考える上で、これを各要素分解して考えていくといいんじゃないかなと思いました。このページ、先ほど入れ込んだので添付の資料には入っておりませんが、加えさせてもらいました。

前回のワーキンググループで、非常に統計データが量的なデータで、医者の数だとか普通に医療の質についての検討が全くなされてない、もっとこの機能の指標を、というところを問題提起で挙げさせてもらいました。先ほどの説明にあった、特に38ページなんかでは、これからは医療の質を測っていきこうというところの提案がありましたので、まさしくそこかぶっているところですので、それについての説明ということになります。

医療の質を測っていきこう、特定していきこうという動きは、ここ10年ぐらいで非常に盛んになっていて厚労省からもされているところですが、ほとんどは病院でやっぱりJTCでやってる枠の中でも測定できるものを特定しているというところにとどまっているのが現状で、ここには日本病院会が先導しているQIプロジェクトとしての様々な医療の質のものがあります。

厚労省も在宅医療の部分などで医療の機能についての評価を始めているところだというのは、今日の議論でも出たところです。

今日はですね、この医療の質の特定について、特に米国の状況について少し情報共有をさせていただきたいと思います。医療の質の向上の取り組む各段階ということで、1、2、3、4とありますけども、最初は一部有志の病院、病院団体などの自主的な取組ということで、我が国の日本病院会などでQIの項目を設定して、それを自主的に取り組んでいくというところにあるかと思います。ただ、今報告にもあったように、厚労省でも積極的に制度化を進めようとしていて、場合によっては今後公開していくというようなことで段階が進んでいるなというのを感じています。米国では、もう既に4の段階ですね。支払報酬、診療加算のほうに反映されているという状態になっております。

この臨床指標があるんですけど、これはアメリカもそうですけど、病院での臨床指標というのが主体になっていて、なかなか外来での質を評価するというのは、それを実行していくのは結構難しいというところがあり、アメリカではそれを先導するのは政府の組織で、「AHRQ」というところがそこを先導しています。

いろいろ書いてありますけど、これは九州大学の馬場園先生という先生のものがインターネットに落ちていましたのでそれを拝借しておりますが、様々な項目に分けていますが外来指標でいうと、

この5番の「患者中心の医療ホーム」というところが、特にオバマケアですね、オバマケアのときにここを推進していこうということで、トランプ氏で一回頓挫して、バイデン氏になってまたやろうというような形になっている状態で、日本内科学会でも2015年にそのワーキンググループが立ち上がったときに僕は入ってませんが、患者中心のメディカルホームを推進していこうということが言われております。

患者中心のメディカルホームの各項目が、患者中心とか云々というのがあるんですけど、今日お話をたまたま出したこのACCCAとほぼ同じと考えていただいてもいいと思います。ですので、やはり外来にせよ、へき地にせよ、その医療の質をみんなで高めていこうというモデルをつくる時には、こういった要素分解をして考えていくのが医療だろうと思います。アメリカの外来レベルは、AHRQで外来診療を公表して診療加算に反映するということは国レベルではなってませんが、ということで例えばミネソタ州は、かなりそういったところが進んでいて実績もエビデンスも出されているという状態です。

先ほど38ページのを貼ったんですが、もう既に厚労省でも機能の評価をしようということになっているということを知りましたので、非常にいい方向だなと思いました。

加えて言うならば、この1番の部分、38ページの1番の部分。外来医療の提供、幅広いプライマリ・ケアというところが1項目になっておりますが、そこも非常に広い範囲を包含していて、その部分が結局提供されてないがゆえに、今回のCOVID-19のような非常にもろく崩壊する外来診療というものが露呈された形になっていると思います。ですので、先ほどのACCCAを基盤にしなから、特にそこをさらに要素分解していくと。1番の幅広いプライマリ・ケアというところに関しては、例えば臨床マーカーみたいなものを筆頭にしてみるということを考えてやっていくことになるかなと思っております。

繰り返しになりますが、とはいっても外来診療は数字として指標になるものが中々ないので、現実的には何らかの量的な評価項目を切って、それを代用マーカーとして質的な項目の強化というふうにしていくのがいいのかなと考えています。

そういうことで、質的な評価の現状について説明をさせていただきました。以上です。

(渡辺構成員)

はい、ありがとうございました。質的な評価というところでどう組み込んでいくかというのが大事かなと思いました。

事務局及び関口先生から説明がありましたけれども、外来医療はロジックモデルで作成する対象ではないんですが、検討段階では同様の考え方で検討してもらおうと。ここにありますように、34ページにあります目指すべき方向及びその指標について事務局から示されている論点、関口先生からの御意見、またそれ以外についても何か御意見等ございますでしょうか。

その目指すべき方向の最初、どの地域でも持続的・効率的に適切な外来医療を受けられているということなんですが、確かに持続性・効率性ということについては触れられているんですが、この辺に質をどう入れていくかってこともちょっと問題なのかなと思っております。何か御意見等ございますでしょうか。

関口先生、この辺の文章的にはどのようにしたらいいかというのは、御提案ありますでしょうか。

(関口構成員)

そうですね。やはり外来医療に関しては、一番右のところは「質の高い外来医療を受けられる」ぐらい単純なほうがいいと思うんですね。いつまでも追いかけてもたどり着きませんというところにしておいて、じゃあ具体的にどうするのっていうときにACCCAで要素分解して、これが中間のところ、じゃあ継続性を担保するにはどうするのかとか、包括性を担保するにはどうするのかというようなことを、中間のところに入れていくという形がいいのかなは思っています。

(渡辺構成員)

はい、貴重な御意見ありがとうございます。
他にいかがでしょうか。御意見等ございますでしょうか。
はい、杉山構成員、お願いいたします。

(杉山構成員)

かかりつけ医の、今最後に関口先生が出されたかかりつけ医機能の充実・強化に向けた協議のイメージというところに、かかりつけ医の1つの要件に「在宅医療の提供」というのが明記されてるんですね。私、個人的には大変いいことで、これはかかりつけ医の重要な要素である、診療所医師、開業医であっても、死亡診断書まで書けるような医療を提供する、お世話をするっていうことはとても重要な項目だと思うんですが、厚生労働省はずっと前から在宅医療の提供というのを入れているんですが、それでいいと思うんですがただこれを強く出すと、私はかかりつけ医じゃなくてもいいって人がたくさん出てきそうな気がします。看取りはしませんとか訪問診療をしませんっていうのがあって、そうするとこのかかりつけ医機能というのを充実させようとしたときに、これを強く要求し条件にすることがいいかどうか、ちょっと疑念や心配があります。

それから、要するに開業医の中には、こういうジェネラルに地域の人を診るっていうこと以外に、例えば眼科なりある一定の領域に限って、内科でも糖尿病に限って、だから外科系でも痔の手術、そういうものに限って徹底して追求して、病院とか大きな医療機関よりも、大学病院なんかよりもレベルの高いことをやって診療所をやってる、医療機関をやってるという、こういう存在の方はたくさんいるわけです。

ですから、それがこのかかりつけ医って言葉のときに、そういう方はもう全然別だからいいっていうふうにするのか、そういう方たちにもやはりこういう機能を持って、基本の機能を持ってほしいと考えるかって、なかなか難しいだろうなど。やはりジェネラルにかかりつけ医機能を高めていく、診療所のほうで考えれば、診療所とそれからそういう一つのやり方として特化して、大学病院に負けない外来の非常に特化した部分を徹底して提供することによってきちんとした存在意義がある医療機関と、2つあるような気がしています。

ですから、皆様で在宅医療というのをかかりつけの条件にするっていうことでいいかどうかというのを、やはり御意見をいただきたい。私はいいと思うんですけど、ありがたいことだと思うんですけど、そう言い切ってしまうとちょっと、私はかかりつけ医だと言って言う人が少なくなるんじゃないかと思っています。以上です。

(渡辺構成員)

はい、ありがとうございます。かかりつけ医とかかりつけ医機能って、昔から議論されてる問題ではありますね。

関口構成員、お願いします。

(関口構成員)

はい、ありがとうございます。僕も杉山先生の意見に賛成で、この38ページで指摘されてるところで一番の問題としては、1番の外来医療の提供というところが一番の問題で、先ほどの痔の手術だとか糖尿病だとかというのは、僕の考えではやっぱりそれはもうプライマリ・ケアではなくてセカンダリーのコンサルタント。それは医療の役割としては非常に大切だけど、プライマリ・ケアではない。かかりつけ医ではない。そこが非常に曖昧になっているがゆえに、日本の外来診療は非常にこう、誰もちゃんと患者さんを継続的に診る責任を持たない、という行動ができてしまう元凶だなと感じるので、やはりかかりつけ医、専門的なケアを提供するという医療機関というところは明確に分ける必要があるなと思います。

そのときに、じゃあかかりつけ医だというふうについて明確にする医療機関の最低限必要なのは

この1番の外来医療の提供というところなので、そこをもう少しひも解いて、じゃあ実際何がという、プライマリ・ケアのことを分からずに開業されてやってる先生方はたくさんいるなというのが僕の印象で、皆さん杉山先生みたいなスタンスだったらその辺の問題も議論するまでもないんですけど、そういうことではないという現状があるので、やはりここをそのロジックモデルとしては指標にしていっていいなと思いますし、もっと言えばですけど、在宅は在宅で別個というか、もちろんやっていただいたらすごいうれしいけど、やっていただかなくてもそれは役割分担としてやっていけばいいというところと、もっと言えばですね、2番の休日・夜間も別にやってくださる人は素晴らしいけど、やってくださらなくても全然大丈夫だと思うので、やっぱりそのミニマム・リクワイアメントとしてのかかりつけ医みたいな、これは日本医師会のほうでさんざん議論されていることなんだろうと思いますが、ロジックモデル、長野県としてのロジックモデルということを考えてときに、その辺りを明確化してやるといいかなと思います。

(渡辺構成員)

はい、ありがとうございます。

中澤構成員。

(中澤構成員)

先ほどの杉山先生がおっしゃったかかりつけ医の定義ということに関しては、私たちが知っているかかりつけ医というのは、あくまでも役割という意味合いでしかなくて、その先生がどういう質かということ全く話していない。ただ、役割という名前のかかりつけ医なので、正直言って新たに長野県の場合、かかりつけ医という定義を、杉山先生がおっしゃったような形に再定義するっていうのもありじゃないかなという気がします。これが可能かどうかは、また別ですけども。やはり、かかりつけ医との近接性ということを重視してるだけなので、正直どんな科でもいいし、近くでいつも、すぐに開いていてすぐに薬を出してくれる先生がかかりつけ医というのが現状なので、と考えると、やはり杉山先生の意見は非常に重要じゃないかと思うのと、あともう一点ですけど、目指すべき方向にせっきゃく県民が適切な受療行動を取れているという部分があるので、これなかなか難しいと思うんですね。フリーアクセスを前提とした医療供給体制であって、そもそも適切な受療行動をどうするかというのは非常に大きな課題であるし、医療機関そのものがフリーアクセスを前提にして経営している現状において、本当にゲートキーパーとして医療が必要か必要じゃないかという判断を適切にできてるかどうか。そもそもが人头制という制度じゃない限り、患者さんが来ないと経営が成り立たないという現状を考えると、やはりその部分も非常に曖昧でなかなか書くのも難しいと思うんですけど、せっきゃく適切な受療行動と書いてあるので、何かうまい具合に、その先、日本に落とし込めればモデルみたいなことになるかなと思います。

(渡辺構成員)

非常に難しい問題ですけど大切なところですよ。ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

濱野構成員、お願いいたします。

(濱野構成員)

皆さん、質の高いお話をされておられますが、木曽医療圏の話をちょっとさせてください。

この外来医療計画、ロジックモデルをつくる必要はないということでもっと安心しましたが、木曽医療圏は他医療圏とは明らかに違う点があると感じています。県民医療意識調査報告書の108ページでは、木曽地域の皆さんはと地域の医療体制についてやはり非常に不安である方が大変多く、また、109ページでは診療所で適切な診療を受けられるか不安である方が36.8%と飛び抜けて高いという状況です。御存じのように病院は私ども木曽病院1つで、診療所は10ありますが、そのうち

1つはついこの前までは一旦休診をしていました。また10のうち2つの診療所の診療日は週1日か2日程度に限られているという状況です。

外来患者の受療動向を確認しますと、木曽圏域の住民は松本圏域、上伊那圏域、また県外にあわせて3割以上の方が出ています。一方で、高齢者など足がない方は、近くの医療機関にかかるしかなく、唯一の病院である木曽病院も医師の確保の問題や医師の体調不良による療休などいろいろ御心配をかけていますので、本当に住民の皆さんは不安であると思います。ですから、目指すべき方向の「どの地域でも持続的・効率的に適切な外来医療を受けられている」ということはとても木曽圏域では難しいのかなというのが正直なところです。すいません、ちょっと水を差すような意見で申し訳ございません。

17ページの国資料の概要の3つ目にある「地域の実情に応じた外来医療提供体制の在り方」とありますが、唯一の病院である木曽病院は紹介受診重点医療機関の条件にも合致しませんし、外来医療の機能分化などについては木曽圏域ではどう考えていくべきなのか、大変悩ましいところです。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。国の指針としてはよく分かるんだけど、全部の地域に当てはまるかっていうとなかなかそれも難しいということで、長野県の中での医療計画ですので、ある程度その辺も踏まえた記載ができるかどうかというところの難しさはあります。少し御検討いただければと思います。ありがとうございました。

まだまだここは御意見のあるところではあると思うんですが、ここで終わりにさせていただきたいと思います。

外来医療の検討を終了させていただきます。事務局は本当にいろいろと大変だと思うんですね。いろんな施策も含めていろいろ御意見が出たと思いますので、それを基に修正等を行うようにぜひよろしく願いいたします。

(杉山構成員)

すみません、渡辺先生ちょっと30秒だけ。

(渡辺構成員)

はい、お願いいたします。

(杉山構成員)

36ページの外来機能報告のこの項目について、渡辺先生、その病院長の御立場から、これはこんなのでよいか、これで外来機能の評価、報告事項でよいかって思われてるかどうか、その辺のところの御評価を教えてください。ちょっとだけすみません。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。これだけでの評価というのは、結構機械を使ったものとか何か機能的にはできてると思うんですけども、質はできてるかって言われると非常に難しいかなとは正直思います。

(杉山構成員)

ありがとうございます。

(渡辺構成員)

ちょっと私の意見であれなんですけどね。ありがとうございます。

その他、全体会議を通して何か意見等ありますでしょうか。よろしいですかね。

いろいろ意見を出していただき、ありがとうございました。
以上をもちまして、本日の会議を終了いたしたいと思えます。御協力ありがとうございました。

(社本企画幹兼課長補佐)

渡辺座長、議事を進行いただきありがとうございました。

以上をもちまして、外来・へき地・在宅医療ワーキンググループを閉会いたします。

なお、第3回のワーキンググループ会議は、8月中旬から9月上旬の間に開催を予定しています。

今後スケジュールの調整をさせていただきますので、よろしく願いいたします。お疲れさまでした。ありがとうございました。

【閉会】