

令和5年度第4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) 会議録

1 日 時 令和5年10月31日(火) 14時00分～

2 場 所 長野県庁 西庁舎 202号会議室

3 出席者

構成員：石塚豊構成員、伊藤みほ子構成員(オンライン)、小林広美構成員(オンライン)、杉山敦構成員(オンライン)、関口健二構成員(オンライン)、塚田修構成員(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

事務局：久保田敏広健康福祉部医療政策課長、社本雅人健康福祉部医療政策課企画幹兼課長補佐、堀内嵩之健康福祉部医療政策課企画管理係長、赤羽和也健康福祉部医療政策課医療係長、松岡裕之飯田保健福祉事務所長、西垣明子参事(医療人材確保担当)兼木曾保健福祉事務所長 他

4 会議録

(1) グランドデザイン(案)について

(渡辺座長)

佐久総合病院の渡辺です。最後のワーキングということで、よろしくお願ひいたします。それでは会議事項(1)「グランドデザインについて」です。事務局からの御説明をお願ひいたします。

(医療政策課 久保田課長 資料1により説明)

(渡辺座長)

ありがとうございました。

グランドデザインについて説明をしていただきました。まずは御意見や御質問がございますでしょうか。

これは全部の地域に当てはまるわけではないけれども、1つの考え方として、理念としてこういうことを中心に置きながら、それぞれ地域で考えてくださいということだと思ふんですけども、何か御意見等ございますでしょうか。

杉山構成員、お願ひいたします。

(杉山構成員)

はい、杉山でございます。Webで失礼いたします。

この間も策定委員会でこれを拝見したんですが、オンライン診療のことについて、ちょっと質問をさせていただくのと、ちょっと意見を述べたいと思ふます。

1-9ページでございますが、右側に「オンライン診療」が出ました。私のへき地医療のことでもオンラインはやはり積極的に構築すべきだという意見を申し上げて、今度ちょっと反対に聞こえる発言に

なるかもしれませんが、この矢印が行った先の右側は「クリニック」になっていますから、例えば、医師が常駐してなくても診療所的な建物がある場所。そこへ患者さんが現場に集って、そこへつなぐという形でいいと思います。

左側の「公民館」と書いてあるのが非常に気になるのですが、これ場の設定ですね。公民館で診療する人たちが集まる場の設定というのは、責任の主体はどのようになりますでしょうか。役所というわけでもないですね。例えば、村だったら村長がその場を設定する。だから村の保健師が安全な場所をつくって、そこへ患者さんが来て、それで本来の診療を受けるというようなことだと思うんですけど。何を危惧しているかという、1つは、その場をどのように誰が責任を持ってつくるか。医療機関であれば例えば、右側は「クリニック」になっているから看護師がいて、医療機関として設定できますが、この「公民館」というのは誰が責任を持ってその場をつくることを想定してらっしゃるか、非常に重要なことだと思うので教えていただければありがたいです。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

オンライン診療の図の中で、公民館という形になっておりまして、も医師と患者さんといいますけれども、この場の設定をどういう形でしているのかというのを御検討していただいているのであれば、教えていただければと思います。

(久保田医療政策課長)

医療政策課長の久保田でございます、御意見をいただきまして、ありがとうございます。

確かに策定委員会のときにも杉山構成員からこうした御指摘をいただいたかと思っております。公民館というのは、あくまでこれは例示という形で示しているものでございまして、今後こうした規制緩和の流れであるとか、または人々が集う場の象徴という形で今回使用させていただいたわけでございますけれども、特にそれぞれのいわゆる地域ですとか、そうした考え方の中でこの場の設定だとか、そうしたものというのは考えていくべきものであろうかと思っています。

今、現在におきまして必ずこういう形で、こういう場を設定してくださいとかいうものを特に県で決めているものというものではございませんけれども、この公民館というものが何か決めつけたり、明示しているようなものとして捉えられるという御懸念があるということであればこの記載については検討したいと、このように考えております

以上でございます。

(杉山構成員)

ありがとうございます。

医療法では、医療を提供する場所として、病院と診療所と、それから介護医療院と老健とが挙がっているわけですが、やはりこのオンライン診療をやるときには、そういう医療をする場所、場というのは定義して、緩和とか広げていかなくちゃいけないと思っていますが、そのときに注意しなければいけないのは、要するに医療を提供する場所としては病棟と外来と、それから1982年か1983年に医療法が改正になって、在宅が医療をする場所として認められて、道端で医療をしちゃいけないというのはずっと保ってきたわけです。歴史的に見ると、こういう公民館とか集会所に旗を立てた車が来て、事前に土曜日の午後どこどこ大学病院助教授の何々先生が来るということで人を集めて医療をするようなことは適切でないのではないようにしようと言ってつくられてきたのが今のルールだと思います。

ですので、やはりそれも一つ非常に重要なことで、ここにこの前懸念すると言ったメガ在宅ですね、要するに何百人も医師を抱えて、在宅医療をダーッとやるようなチームが、今度このオンライン在宅医療をやるよと言って、すごい組織をつくって、それで「ここにいらっしゃい。この公民館に来ればいいですよ。何時に来れば医師の診療を受けられて処方箋も出ますよ」みたいな、そういうことまで言って

しまうと不適切な、あまり好ましくない医療になってしまうのではないかというのを逆に非常に危惧するところがあります。ですので、このオンライン診療はいいのだけれども、どんどん進めていいよといかず、そういう変な医療の構造ができてしまうというのはよくよく注意していかなくちゃいけないと思います。

ですので「公民館」という言葉、もし本当にかなり具体化されて考えていらっしゃるならいいのですが、そうでなかったら公民館という表現はこのグランドデザインには入れないで、その集まる場所をどうするかというのは慎重に考えていただきたいと思いますという次第です。

以上です。

(渡辺座長)

はい、事務局からお願いいたします。

(赤羽医療係長)

事務局の医療政策課医療係長の赤羽でございます。

今年度、厚生労働省から通知が出ておりまして、今、「へき地等に限る」という形にはなっているのですけれども、公民館等に医師が常駐しない診療所を開設することができると、少し規制が緩和されている状況になります。そのような中で、診療所を開設するという形なのか、もしくは例えば、病院の事業として公民館を使って巡回診療を行うということが今年度からできるようになっております。ただ、杉山構成員がおっしゃるように医療を受ける場所という観点で、これまでさまざまな規制があったところもございますので、しっかりと医療を受けられる場所なのかという観点を踏まえて、オンライン診療の関係、どこで受けるかということは検討していく必要があるかと思っておりますので、こちらの表記についても事務局で構成員の御意見を踏まえて検討させていただければと思います。

以上となります。

(杉山構成員)

ありがとうございます。公民館の中に医師のいない診療所をつくるということですね。そういう丁寧な議論がないと、非常に危ないことが起こるかと思存しますので、ぜひこれを検討していくときには慎重な進め方をして、本当にその場所が集まるに至る清潔な場所なのか、プライバシーが守られている空間なのかとかいうことを、誰がきちんと責任を持つかというようなことまで考えながら進めていきたいと思っています。よろしく申し上げます。

以上です。

(渡辺座長)

貴重な御意見、ありがとうございました。

隣に看護師さんがいるとか、雰囲気としては、1対1でやってみたいな感じになってしまう、というのはあると思います。

ほかに御意見ございますでしょうか。

中澤構成員、お願いいたします。

(中澤構成員)

中澤です。グランドデザインの中の文言を見ると、「地域医療構想」という言葉がないような気がするのですが、これは意識的にないのでしょうか。そこが分からなかったのですが。「地域包括ケア」は出ているんですが、内容が地域医療構想の目的とかなりかぶっているのがあるなどの理由で入れていないのでしょうか。

(久保田医療政策課長)

医療政策課長の久保田でございます。今、御指摘をいただいたとおり、このグランドデザインというのは、地域医療構想も包含するものでございます。地域医療構想自体はどちらかというと、病床機能に着目したものでございまして、ここでいいますと、今回は入院の部分に関係しているかと思っています。ただ、今回グランドデザインというのは本県の医療提供体制全般にかけるという思いもありまして、いわゆる入院、それから在宅、外来。こうしたところにもこの考え方、この共通の理念をしっかりと持ちたいというところでお示しをさせていただいたところでございます。中澤構成員の御指摘のとおり地域医療構想の部分はこの入院医療体制のところの部分で、今回はこの病院の機能という形で包括しておりますけれども、いわゆるこの地域型病院、広域型病院、こうした連携をしっかりと分けて、それぞれの機能、役割分担をしっかりとしていくということは機能が当然集約されていくということになり、その結果として、地域医療構想、それからそれに伴う病床等の考え方、こうしたものにつながっていくということです。ですので、あえて「地域医療構想」という言葉を使わずに、どちらかというと病院の機能に着目しながら、病床をどうするというよりも病院の機能をしっかりとすることによって地域医療構想をしっかりとすべきという、そういう今回の取組といいますか考え方を分かりやすい形でお示ししているということで御理解をいただきたいと思っております。

(渡辺座長)

いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(中澤構成員)

はい。

(渡辺座長)

ありがとうございます。そのほかに。

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。

いくつかの基本的なところを1問1答的な感じでお聞きしたいんですが、このグランドデザインというのは長野県独自のグランドデザインということでよいでしょうか。

(久保田医療政策課長)

さようでございます。特に国としてこういったものが示されているわけではなくて、これまで本県の中ではどちらかというと医療提供体制の中で、県としてこういう方向性でやっていくというようなものを示したものはございませんでした。今回、医療計画の策定に当たりまして、やはりこうした考え方をしっかりと最初に示しておくことで、それぞれの提供体制を考えていくと。そういう形にしたいという思いから今回新たにつくったもの、こういうことで御理解をいただきたいと思っております。

(関口構成員)

ありがとうございます。そうすると、長野県のその地域特性を踏まえた県・国の方向性には準じていくものの、長野県という地域特性を踏まえた方向をみんなで共有して、その方向に進んでいこうという、そういう試みということですね。

ということは、本来であればグランドデザインから始まるべきだったところけれども、冒頭にもありましたが皆さん大体ディスカッション、こんな感じだったから発表が遅れたみたいなの、そういうことですね。ありがとうございます。

このグランドデザインの時間軸はどのくらいを想定されているのでしょうか。つまり5か年計画的なものなのか、10年なのか、30年なのかというところはどうか。

(久保田医療政策課長)

御質問ありがとうございます。時間軸の関係でございますが、特に明確な期間というものは定めてございません。ただ、先ほど申し上げたとおり地域医療構想、これにつきましては、これまで2025年でくくりということだったんですが、国においては今2040年までという形で、それを見据えた次期の地域医療構想というものを考えているところでございます。ですので、当然これは本県の医療提供体制の目指すべき方向性、姿ということですので短期的な期間ではなくて、少なくとも2040年ということであれば15年先でございますし、15年から20年、そうした中長期的な部分を見据えたものということで御理解いただきたいと思っております。

(関口構成員)

ありがとうございます。このところの道程はすごく大事だと思っていて、というのは結局、医療というのは今日も必要な人がいて、明日も必要な人がいて、今日も明日も足りない、足りないという議論になるので、どうしても場当たりの、とりあえずの医療ニーズを満たす。つまり、このグランドデザインは置いておいて、そうは言っても医師が足りないところを何とかしないといけないじゃないですか、という。討論ばかり言っているかもしれないでしょみたいな、そういう意見がやはり出がちです。なので、そうすると全体の方向性を見失うというところがあるので、こういうグランドデザインというのを示すときには時間軸というところを明確にしないと、結局どういうふうにも理解できないみたいな、そういうものになってしまいがちなので、そこが大切だと思います。ありがとうございます。

続けて質問したいんですが、この地域型病院とか広域型病院という、この単語そのものはどこから出てきたものなんでしょうか。つまり一般的に使われている、あるいは国の政策みたいなものでも使われているものなのか、今回、長野県としてそういう単語を作ったものなのかというのはどうか。

(久保田医療政策課長)

ありがとうございます。地域型病院・広域型病院の名称の関係でございます。こちらにつきましては、今回このグランドデザインの素案を考えていく中で、いわゆるその病院の類型をいかに県民の皆様がイメージとして持っていただくか、ここの部分を中心に考えました。その中で、特にこうした病院の区分については地域型・広域型と明確にルール化して置かれているものではございません。我々が、いわゆる地域包括ケアですとか地域の救急ですとか、患者さんに近い部分、そうしたところをイメージするために、こうした地域型という言葉を使っています。また、さらには専門的、高度な医療を行う部分、そこについては当然、広域的にカバーしていくと、そういうイメージを持たせるために広域型病院と、この言葉については当県で、また事務局で考えたものでございます。

(関口構成員)

ありがとうございます。この県側で考えたこの区分というのは、病院側においてはどの程度の強制力を持つものなんでしょうか。

(久保田医療政策課長)

説明の中でも申し上げましたとおり、特に県のほうでは、地域型病院・広域型病院というものを明確に指定するというものではございません。何か認証するだとか、または認定するというものではないということで御理解いただきたいと思っております。

ただ、これも医療計画の基本の理念として掲げることを想定しておりますので、各医療機関において

は当然それぞれの病院が、自分たちがどういった機能を担っていくのかということ、それはもうそれぞれの地域の中でしっかり考えていただくということです。

1-6ページのところで「持つ機能として想定するもの」がございまして。広域型病院のところにおいては高度専門的な医療を提供する機能ということで、どちらかということこれはもうがんとか脳卒中とか、それぞれ疾病の治療においては、いわゆる拠点的な機能を果たすものとして、県でもこうした部分については補助等を行ってまいりましたが、広域型病院についてはどちらかということと何となく皆さんも分かっているということだと思います。

今回のポイントとしては地域型病院という累計類型をしっかりとつくるということ、ここを大事に考えておきまして、いわゆる地域型病院というものが、どういう機能をしっかりと担っていただくのか。または、どう広域型病院と役割分担をして連携をしていくのかと、そういうようなことに重きを置いて、当然こうした区分をするためには、県としても広域型病院にはこれまでも補助をしてきたところですが、地域型病院、いわゆる地域の住民に近い病院をどう支えていくのかと、そういう視点で考えていきたいというところでこうした区分を設けたところとございまして。それぞれの病院がそれぞれ考えていただくというところで御理解をいただければと思います。

(関口構成員)

ありがとうございます。今の御説明は、本当に大切なものだと思います。今までずっと病院を盛り上げていこうという病院側での働きかけはですね、この1-6ページの広域型病院としてやっていこうというところにどの病院も注力していたわけです。実際に日本の医療もこういう形で発展して行って、単一疾患を治療するための箱としての病院があったわけですが、我々日本国民もこういう医療を享受して、それでうまくいくと思っていただけ、超高齢社会になって、いやどうも何か今までの単一疾患を診断して治療するという形の、病院の都合に合わせた治療だと、特に高齢者はいい感じにならないなということに気がついて、今の流れができています。

地域型病院というこの考え方、つまり病院だけに完結するのではなくて、より病院の都合に合わせたものじゃなくて、患者さん側の都合に合わせた医療を必要に応じて提供していく。そしてそれは病院の中だけじゃなくて、外側も在宅を始ははじめとして、いろいろ外でも提供してケアの一貫性を保っていくというところのシステムをどのようにつくるかという、そういう提言だと理解しました。この部分が今、概念としても非常に曖昧なところもありますし、長野県の多くの病院で地域型病院の役割を本当は果たしてもらった方がいいと思うようなところも、その保険医療点数的に、広域型の病院のシステムを進めた方がもうかるというところも結構あるので、特に200床を超える病院ですけれど。そのあたりの役割分担がされていくとよいと思います。

その上で1点、資料の1-5ページですが、広域型病院の矢印の書き込みのところ「若手医師が充実した指導、設備のもとで」というところもありますけれども、ここはこのグランドデザインとしてどのようにするかをぜひ考えていただきたいと思います。つまりどういうことかということ、今までこの若手の医師の教育というのが広域型病院の機能を有する病院で、そういう特定の疾患を診断して、高度医療を提供するというのを若手医師の研修と画一的に捉えられていたわけですが、今説明したような形で病院の中だけで完結する医療ではなかなか人がハッピーになっていかないという現実を踏まえて、地域型病院の役割にある、病院の中と外と一貫した総合的な診療を提供していくというところのトレーニングの必要性も同時にあると思います。むしろこれが叫ばれている。そしてこれは今までの医学教育の反省でもあるわけです。グランドデザインを示すときに、若手医師が広域型病院でとにかく研修してもらおうということでもいいのかということですね。その答えは恐らくノーなのです。日本は長いこと、戦後から大きな病院で研修すれば、10年もしたら地域型病院でやれるようなことができるようになるからという理解の下に教育システムがあったのですが、いやそれは違うということは諸外国の制度を見れば明らかです。地域型病院のような機能を持ったところで適切に機能する医師あるいは医療者を育成するためには、そのための教育がないと、研修がないとそのような医師になっていけない、あ

るいは医療者になっていけないということが、今は前提の1つかと思いますので、ぜひこの広域型の病院機能で役割を果たす者たちと地域型の医療機関で役割を果たす者たち、それぞれがそれぞれにふさわしい能力を習得できるような研修システムを支援するというような形になるとよいと思います。

長くなりました。以上です。

(渡辺座長)

貴重な御意見ありがとうございました。

グランドデザインを進める中でも少し時間テーブルを引き出していただきながらということと、現実問題としては地域型病院に医師が集まりにくいので、その辺りを御理解していただきながら県がどう支えていくのかということを考えていただくとよいと思います。

ほかにも御意見たくさんあるかとは思いますが、時間的な問題もありますので次に進みたいと思います。

## (2) 分野別計画素案について

(渡辺座長)

それでは会議事項(2)「分野別計画素案について」です。

本日は、次第に記載されている順番で各分野の計画本文等の内容について、皆様と検討したいと思います。はじめに①の「在宅医療」です。事務局からお願いいたします。

(医療政策課医療係 石川主任、資料2-1から2-3により説明)

(渡辺座長)

御説明ありがとうございました。

前回のワーキングで指摘されたこと、それからワーキング以降で構成員の皆さんから御指摘を受けたことを中心に修正をさせていただいたことの説明ということです。また、数値目標については、在宅の患者さんが増えるであろうということで、1.3倍を基本的な考え方として数値を作ったけれども、この数値については何か御意見等ございますでしょうかということと、全体につきましても御意見等あれば、ぜひよろしくお願いいたします。いかがでしょうか。

新津構成員、お願いいたします。

(新津構成員)

ありがとうございます。歯科関係についてお聞きしたいんですけども、2-18ページなんですが、1点質問しようと思っていたことが、まず一番上の「歯科診療所のうち在宅療養支援歯科診療所の割合」で、これがやはり今修正していただいたので疑問点は解消しました。現状を維持するというので、まずそれはオーケーです。

上から3つ目の「歯科訪問診療を実施した件数」につきまして、その目標数値の考え方が「2019年から2020年の最高値以上を目指す」とあるんですけども、これというのは結局、コロナ前の数字を目安にするということでしょうか。よろしくお願いいたします。

(医療係 石川主任)

事務局でございます。おっしゃるとおりコロナ前の最高値を目指すということで書かせていただいております。

(新津構成員)

ありがとうございます。理解できました。

そして、あと2-20ページのロジックモデルのところですけども、その「中間アウトカム」のところで、先ほど真ん中のところですね。「在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる」というところで、この指標の「歯科訪問診療を実施した件数」、これが前回、アウトプットの方であったかと思うんですけども、それをこちらの方に持ってきた理由を教えてください。

(医療係 石川主任)

事務局でございます。この指標については、国の指標例の考え方に基づいて記載させていただいているところです。その考え方としまして、前提として「ストラクチャー指標」というものが一番左の個別施策というところに並んでおります。中間成果のところについては「プロセス指標」という形で並べさせていただいているところですが、このストラクチャー指標は何ぞやというところですけども、これにつきましては例えば、病院数だとか看護師の数だとか、そういった骨格となるような部分をストラクチャー指標としているところです。プロセス指標については、その結果です。例えば、何々の実施件数とか、そういった骨格が整ったことによって見えてくる指標をプロセス指標としている前提があるんですけども、そのような考えに照らし合わせますと歯科訪問診療を実施した件数というものは、プロセス指標に置いておくことが適切だということで移設させていただきました。

以上です。

(新津構成員)

ありがとうございます。理解できました。

(渡辺座長)

新津構成員、ありがとうございました。

関口構成員、よろしく申し上げます。

(関口構成員)

ありがとうございます。ちょっと本論とずれてしまうかもしれないんですけど、2-11ページの「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とリビングウィルについて」なんですが、杉山構成員に書いていただいたということなんですけれど、この最初の段落のアドバンス・ケア・プランニングについて、「何々等について具体化することを目標としています」という文言があって、やはりACPは、多分杉山構成員と考えていることは同じだと思うんですが、文面的にこれだと、決めることが目的みたいな、そういうニュアンスで捉えかねないと思った点がちょっと気になりました。

あともう一点は、段落3つ目なんですけど、「リビングウィル（事前指示書）」となっていて、これは確か松本市医師会でもこうなっていたと思うんですけども、リビングウィルは尊厳死協会が出してる、今の医学では回復の可能性がなくなったときの意思表示、医療をやめるみたいなどころの意思表示がリビングウィルで、事前指示書はそれこそ最初の段落にあった人工呼吸器をどうするか、心肺蘇生処置をどうするかみたいなどころが事前指示書となると理解しています。なので、この言葉の使い方が合っているのかどうか気になりましたので、御意見として。

(渡辺座長)

ありがとうございました。

杉山構成員、いかがでしょうか。



(杉山構成員)

これ、私だけが書いてお送りしたので、構成員の皆様事前にチェックしていただく機会がなかったので申し訳ないですが、今の1番目のお話はニュアンスがおかしければ言葉遣いの問題で、修正できそうなのでいいアイデアがあったらぜひお願いいたします。後でまた事務局と検討させていただければありがたいと思います。

第3段落のリビングウィルと事前指示書が、これ括弧で同じものと今までずっと私は使ってきたんです。尊厳死協会のものだけをリビングウィルと呼ぶのではなくて、それから先に発展した、いろいろな第1段落に言えるようなもののアドバンス・ケア・プランニングのようなものを記録したのも含めて、幅広く扱ってきたつもりですから、こういう格好になりました。関口構成員のような考え方があるのは存じ上げてはおりますが、そうですね、どうしたらいいでしょう。全県にこれは出すものですので、なるべくたくさんの方が合意いただける表現にはしたいと思います。もう少しその点、検討させていただくということでどうでしょうか。

尊厳死協会のリビングウィルが、リビングウィルとしてはやはり先頭を走っていて歴史的には非常に長くやっているものだと思います。ただ、去年ですかね、尊厳死協会もこのリビングウィル、初めはやりたくない医療を拒否するという医療拒否的な言葉だったのが、かなり運用の面でこの書式の変更をしました。これはやはり尊厳死協会も、このACPを検討して厚生労働省が一生懸命やって、検討してきたことに逆に影響を受けて、選択をするという形ですね。一方的にこの治療を拒否するという、そういう医療拒否的な表現から、選択をするみたいな形の運用に変わってきていますので相互に影響は受けていると思います。したがって、今はこのリビングウィルという言葉は尊厳死協会だけのものということではなくて、事前指示書的な表現にして扱ってもよいのではないかと、そのような立場をとっているのですが、学術的におかしいでしょうか。御意見いただければと思います。

(渡辺座長)

事務局から意見ををお願いします。

(赤羽医療係長)

事務局です。日本尊厳死協会のホームページを確認させていただいていますが、日本尊厳死協会の中でも2022年11月にリビングウィルの関係で改定をしているようでございます。その中では、リビングウィルということで「人生の最終段階における事前指示書」という形の副題がついたものがホームページに上がっている形になるので、リビングウィル(事前指示書)という表現も大きくずれているところではないかとは思いますが、その辺り、調べた上で杉山構成員とも御相談させていただいて、修正するかどうか考えさせていただきたいと思いますが、関口構成員、このような形でよろしいでしょうか。

(関口構成員)

よいと思います。こういうリビングウィルとかはやはり横文字だから、ACPも横文字ですけど、全部こういうものはアメリカから来ていて、アメリカはリビングウィルから始まって事前指示書になって、ACPになっていったという、その歴史があるので、それに基づいて今、話をしましたが、日本は日本の動きもありますし。僕もそこは十分に確認しないといけないと思いましたので、また僕の方でも何かあればメールさせてもらいたいと思いました。ありがとうございます。

(杉山構成員)

御意見いただければありがたいです。

(渡辺座長)

ありがとうございました。そのほかにいかがでしょうか。

また、よく数字などを御確認していただいて、数日間余裕がありますので、事務局に御連絡していただければと思います。よろしくお願いたします。

それでは、ほかに御意見はあるかと思いますが、次の検討分野に進んでいきたいと思ひます。続きまして②「へき地医療」です。事務局から説明をお願いいたします。

(医療政策課 赤羽医療係長、資料3-1から3-3により説明)

(渡辺座長)

ありがとうございました。

へき地医療について説明をしていただきました。ロジックモデルも含めた計画の本文案について、皆さんの御意見を伺いたいと思ひます。現状と課題、目指すべき方向と医療連携体制、施策の展開、数値目標、ロジックモデルの内容などについて何か御質問等ございましたら、よろしくお願いたします。

まずは事前意見として出していただいたことについて、関口構成員と新津構成員にお伺いしたいと思ひます。このような形で事務局案として出されましたが、関口構成員いかがでしょうか。

(関口構成員)

へき地というか、医療が十分に提供されにくい地域に具体的に今取組をされていて、その成果としてどのくらい上がっているかというところが示されたという意味では、こういう形で変更していただいたことはすごくよかったと思ひます。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございました。

新津構成員、いかがでしょうか。

(新津構成員)

対応案についてはある程度、予想はできていたところではあります。ただ、対応案のところに書いてありますけれども、実際、高齢化や地域偏在というのがもう顕著になってきておりますので、中間の見直しもあるということなので、また今後、県にこの辺の対応をぜひ要望していきたいと思ひます。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

中間の見直しもあるということで、やはりその辺りはしっかりしていく必要があるかと思ひます。ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。

へき地におけるオンライン診療の取組というものがありますけれども、県立木曾病院の濱野構成員いかがでしょうか。

(濱野構成員)

木曾病院の濱野でございます。コラムのところでもオンライン診療の内容を記載していただきまして、うちの病院もようやく試行的に導入ということもございまして、触れていただきありがとうございます。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。数値目標のところ、数字など気になるようなところはございますでしょうか。

よろしいですかね。また見ていただいて御意見等があれば、事務局にお寄せください。よろしくお願いいたします。

続きまして③の「外来医療」についてお願いしたいと思います。事務局から説明をお願いいたします。

(医療政策課企画管理係 江上主事、資料4-1から4-2により説明)

(渡辺座長)

ありがとうございました。

外来医療について御説明をいただきました。3回目のワーキングでの御意見と、それから事前意見ということで修正点も含めて御説明をいただきましたけれども、何か御質問御意見等ございますでしょうか。

中澤構成員、お願いいたします。

(中澤構成員)

中澤です。コラムについて、私は「かかりつけ医機能」というのを書きましたが、これ話が非常にややこしいのは「かかりつけ医」というのが、実は定義が厚労省とかいろいろあるんですが、あれが定義かどうかはまた微妙なものなんですけれども、本来、かかりつけ医の部分をごここに入れないと、いきなり「かかりつけ医機能」と書かれても何となく分かりづらいかと思うので、例えば、「厚労省ではこういう定義をしている」などと言った方がよくて、その後、「現時点で法整備がされた」というか、そのような形で書き直すところとちょっと分かりやすくなるかと思えます。

関口構成員が書かれた「プライマリ・ケア」に関しては、実はこれプライマリ・ケアとかかりつけ医機能は全く同じ、僕は正直、結構同じ内容な感じで、いきなりプライマリ・ケアということを書くのではなくて、本文の中に「プライマリ・ケアというのはこういったものだ」と書いていただいて、「日本では遅れている、かかりつけ医はこうだ。やっと整備として法整備があった。」と、順番を追って説明していただいた方が分かりやすいかという印象があります。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

関口構成員、いかがでしょうか。

(関口構成員)

ありがとうございます。確かに、先ほど事務側の説明もそうでしたが、プライマリ・ケアの、ACC CAの5つと、かかりつけ医機能で言っている5つというのは、たまたま数字が同じ5ですけれども、相互に関連するものではないということも、ぱっと読んだだけでは分からないので、その基礎的な説明を入れるというのは読み手の理解を促すという意味においては、そういう形に加筆の方がよいかということでは思いました。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

そうすると、関口構成員と中澤構成員と事務局とで、どのような形で2つ並べるのがよいのか、一連の流れの中でやっていくのがよいのかということをお検証していただくということでよろしいでしょうか。

それでは、そのようにお願いいたします。

ほかに御意見いかがでしょうか。事前意見をいただいております濱野構成員から何か御意見などございますでしょうか。

(濱野構成員)

今の説明でもありましたように、診療所の数ですが、限定していただいて大変現実的に、しっくりするような数字になりました。ありがとうございます。

(渡辺座長)

ありがとうございました。

ほかに何か御意見等ございますでしょうか。「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」と、なかなか難しいというのが分かりづらいところがありますね。

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。先ほどの発言からの続きとここの事前意見のことも絡んで言いますけれども、プライマリ・ケアというものの提供は、本当はすごく難しいです。だけれども、そのプライマリ・ケアというものをちゃんと理解しないと、「とりあえず基本的なものだよな」みたいな、そのような誤解の中でやられています。例えば、医師会の勉強会なども、結局、製薬会社が入ってやる勉強会なので、単一の疾患で治療を受け学びたいな形で、かかりつけ医とかプライマリ・ケアについて学ぶ機会がやはり欠如しているというところがあると思います。

プライマリ・ケアの一番の肝は結局何かというと、「かかりつけ医機能」にある時間外に対応するとか救急に対応するとか、在宅に対応するとかいうことではなくて、1人の患者の包括性というところで、具体的に言うと薬を出すだけではなくて、その予防的のところ。それは多くの場合、経済的なインセンティブが働かないのでないがしろにされるわけですけれども、そういう予防的なものも含めた包括性というところがプライマリ・ケアの非常に大切なところになってくるのです。その部分の理解が乏しいと。それは医療者側も患者側も乏しいというのが僕の中の問題意識で、だからこそ患者側もかかりつけ医を持っていると勘違いして、7割の方がかかりつけ医を持っていると考えている。だから、これは医療者側にもアンケートをとってもらって非常に面白いのではと思いました。プライマリ・ケアを十分に提供することは非常に難しいので、なかなかそういうふう気軽に言えない部分もあるのではないかと。ところが問題意識としてあって、ぜひその部分を政策立案側の皆さんに適切な知識を共有してもらって、それをみんなで学んでいくという形にしてもらうとよいと思いました。

(渡辺座長)

貴重な御意見ありがとうございます。

我々の病院でもプライマリ・ケアということをやっているんですけども、なかなか難しい定義があったりと、いろいろあると思いますので、我々の中でも検討しているところではあるんですが、確かに供給側としてもしっかりとした意見が読めることがよいかと思います。他にいかがでしょうか。

まだ御意見はあろうかと思いますが、次に進めていきたいと思います。

以上で各分野の検討をひととおりさせていただいたということになります。この他に御意見等ございましたら、11月6日までに事務局に御連絡をいただければと思います。なお、いただいた御意見への対応も含めまして、計画案の修正等につきましては、できましたら座長に一任させていただくとさせていただきますと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なしの発言あり)

私もいろいろ勉強しているところがありますけれども、一緒に事務局と検討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。

それでは一任にさせていただきますと思います。

#### (4) その他

(渡辺座長)

続きまして、議題の4の「その他」ですが、事務局から説明をお願いいたします。

(医療政策課 堀内企画管理係長、資料5により説明)

(渡辺座長)

ありがとうございました。

策定スケジュール案ということで御説明をいただきましたけれども、これにつきまして何か御意見等ございますでしょうか。よろしいですかね。

今後、素案という形で提出させていただきますけれども、11月6日まで時間的猶予がありますので、何かありましたら、ぜひ事務局の方に御連絡をいただければと思います。

以上をもちまして、本日の会議事項を終了したいと思います。お疲れでございました。ありがとうございました。

今回が最後のワーキングということで、私から座長ということで一言御挨拶させていただきます。

構成員の皆様は専門家ということで、その立場からいろいろと貴重な御意見を伺ったということで私も勉強になりましたし、本当によかったと思います。それぞれの意見というのが非常に貴重でありまして、それをやはり事務局で上手にまとめていただいたということがありますので、事務局の皆さん、ありがとうございました。

これからの第8次の保健医療計画ということで、実際にはこれからさらに素案ということで、策定ということに進んでいくことになると思いますけれども、ぜひ皆さんの意見が反映されるような形で進めていければよいと思っております。

へき地医療ということについては、長野県は非常に広いですし中山間地が多いという中では、日本の中でも本当にしっかりと進めていかなければいけないと思います。DXやICTやオンライン診療など、その辺りのところを先進的に進めていければよいと思いますので、また皆さんの御意見を伺うこともあるかと思いますが、よろしくお願いいたします。

外来診療につきましては、プライマリ・ケア、それからかかりつけ医ということでは、これからの地域医療構想、あるいは地域包括ケアを進めていく中でも重要な位置づけになると思いますので、この辺りもしっかりとした素案として提出できればよいと思います。

やはり地域包括ケアの中では、在宅医療というのは非常に大きなウエートを占めるということがありまして、私も非常に勉強させていただいたところがありますし、また、おそらく時間とともに変わっていくということで、中間施策も含めながらしっかりと対応していくべきところではないかと思っております。

大変、勉強させていただきました。至らぬ座長で大変申し訳なかったのですがけれども、第4回までしっかりと終えることができました。本当に皆さんお疲れさまでした。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、議事の進行、本当にありがとうございました。

最後に、事務局を代表いたしまして、健康福祉部医療政策課長から構成員の皆さんに御挨拶を申し上げます。

(久保田医療政策課長)

医療政策課長の久保田でございます。構成員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中にもかかわらず4回にわたる会議に御出席をいただき、また専門的なお立場から御意見等いただき厚く御礼を申し上げます。この間、私自身この議論に参加させていただきまして、皆様方の熱心な議論を間近で聞かせていただき大変勉強になりました。またこうした議論を通じて、つくられたこの計画をいかに実行性のあるものにしていくかという責務を改めて痛感したところでございます。

ワーキンググループの会議につきましては本日が最後ということになりますが、構成員の皆様方には、今後も計画の策定に当たっていろいろと御相談をさせていただくことがあろうかと存じます。その折には御指導を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

最後になりましたが、議論をまとめていただいた渡辺座長、そして熱心に御発言をいただいた構成員の皆様方の益々の御健勝と御活躍を御祈念申し上げます、御礼の御挨拶とさせていただきます。本当にありがとうございました。

(社本企画幹兼課長補佐)

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会議を閉会させていただきます。お疲れさまでした。