

第1回長野県保健医療計画策定ワーキンググループ会議会議録（要旨）

[外来・へき地・在宅医療]

- 1 日時 令和5年3月30日（木）午後3時～
- 2 場所 長野県庁議会棟3階 第1特別会議室（Web会議併用）
- 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、
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）、
長谷部優構成員（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）

事務局：百瀬秀樹医療政策課長、社本雅人医療政策課課長補佐、
和田良仁医療政策課課長補佐兼医療係長、堀内嵩之医療政策課企画管理係長、
松岡裕之飯田保健福祉事務所長（オンライン）、
加藤浩康大町保健福祉事務所長 他

4 会議録（要旨）

【会議事項】

○（1）座長の選出について

（社本医療政策課課長補佐）

それでは、会議事項に入ります。まず（1）の座長の選出についてです。資料1を御覧ください。第8次長野県保健医療計画策定ワーキンググループ開催要綱、第4ではワーキンググループに座長を置くとしております。本ワーキンググループの座長につきましては、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いいたします。

（渡辺構成員）

座長をさせていただきます佐久病院の渡辺です。よろしくお願いいたします。不慣れた座長ではありますが、円滑な進行に御協力いただければと思っております。また、構成員の皆様はそれぞれの分野で本当に現場の事情をよく御存じだと思いますので、忌たんのない御意見が伺えたらと思っておりますのでその点も含めてよろしくお願いいたします。

それでは開始したいと思います。会議事項（2）第8次長野県保健医療計画の策定についてです。事務局から説明をお願いいたします。

○（2）第8次長野県保健医療計画の策定について

（百瀬医療政策課長、資料2により説明）

(渡辺構成員)

ありがとうございました。保健医療計画の概要、趣旨についてや策定体制について当ワーキンググループの位置づけなどを御説明していただきました。ワーキンググループとしては4回、来年度の10月、11月までに4回のワーキンググループの会を開くということで御説明いただきましたけれども、ただいまの説明につきまして何か御質問等ございますでしょうか。よろしいですかね。何度か確認をされてることだと思いますので。では、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ます。

次に会議事項(3)国による検討状況についてです。事務局から説明をお願いいたします。

○(3) 国による検討状況について

(百瀬医療政策課長、資料3により説明)

(渡辺構成員)

ありがとうございました。資料3につきましては昨年末頃に国の検討会で取りまとめられた意見ということで、この内容を踏まえて明日、厚生労働省から指針が示される見通しということだそうです。ただいまの説明につきまして、質問等ありましたらよろしく願いいたします。いかがでしょうか。よろしいですかね。また明日の厚生労働省からの指針を見てということになると思います。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ます。

次に会議事項(4)疾病・事業ごとの現状と課題についてです。この議題は本日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現場の実情や課題について、御発言をお願いしたいと思います。

なお、本日配布されている資料、参考資料3ですが、私も参加しております先月開催された第2回策定委員会で長野県の医療が目指すべき方向性について、意見交換を行った際の主な意見がまとめられておりますので御承知ください。

それではまず外来医療について、事務局から説明をお願いいたします。

○(4) 疾病・事業ごとの現状と課題について (【外来医療】【へき地医療】【在宅医療】)

(【外来医療】堀内医療政策課企画管理係長、資料4-1により説明)

(渡辺構成員)

ありがとうございました。外来医療の現状や課題について御説明ありましたけれども、まずはこれにつきまして御意見や御発言ございますでしょうか。それぞれ地域の現状、課題があると思うんですけれども。濱野構成員、県立木曽病院の所で外来医師偏在指数が高いということで御説明があったと思うんですけれども、その辺の現状も含めて御説明があればと思います。よろしく願いいたします。

(濱野構成員)

木曽病院の濱野でございます。今、渡辺構成員から御指摘いただいたこの外来医師偏在指標ですが、実際に7ページの(2)の二つ目の丸の所にもこの外来医師偏在指標の考え方による問題点ということで取り上げられていると思いますが、これはあくまで診療所の先生方の数ということで考えていけばいいのですが、いろいろな資料で今日も出てきておりますが、木曽の場合は病院がかなり外来の患者を診療所よりもむしろ多く入れるという状況があります。そういったこともあって実際に木曽の場合に診療所の先生が多いという結果となっているのは、いかんとも理解し難い状況であります。

私が申し上げたいのは、外来医師偏在指標について国全体で取り組みを行っていることは分かりますし、従来の10万人当たりの指標よりもいい点はあることは分かりますが、木曽のような中山間地区、また診療所の数が少なくて病院が外来医療の多くを担っている、あるいは他の圏域へ外来患者が流出しているとか、また医療資源が少ないといった木曽地域のような場合にはなかなかこの指標を鵜呑みにするわけにはいかないということを是非お話をさせていただければと思っていました。

この偏在指標は今日のワーキングのテーマとは違いますが、周産期で産科や小児科についても言及されております。例えば小児科は木曽病院の場合、今医師が二人しかいません。単純にこの偏在指標では足りているということになりますが、病院の小児科医師が二人で実際に今後2024年の働き方改革に向けていろいろ当直体制とか、あるいは拘束体制というのは担えるかということとやっぱり難しいということになり、是非その辺のところも考えていただければというふうに思っています。

それから、今日の資料には出てきてないのですが、木曽圏域で調整会議が行われた時に外来医療計画の話も出てきました。県では外来医療計画については、既にいろいろ意向を確認していただいておりますが、現在の意向の確認自体が新しく診療所を開設したいという場合にのみ伺っているということになっております。御存じのように木曽で診療所を新しく開設するっていう計画は全くありませんので、そうするとその意向計画の中には木曽は外来について何も問題ないような印象を持たれてしまいます。木曽では診療所数も減っており、ほとんどは内科の先生方だけなのでそれ以外の診療科につきましては、本当に木曽病院の常勤医師がいない分は大学病院の方に非常勤医師を派遣していただき、あらゆる診療科の外来診療を、表現が適切ではありませんが、赤字覚悟でやっているという状況がありますが、その辺も御配慮いただければというふうに思います。

(渡辺構成員)

現状をお話ししていただきありがとうございます大学側からの医師の派遣とか、その辺もいろいろと考えていかなければいけないところではあるんですけども、中澤構成員の方から少し御発言があればと思います。お願いいたします。

(中澤構成員)

信州大学中澤です。一つ言えるのは、この外来の指標は都市部での開業を抑制したいっていう意味合いを持っているということであれば、正直なところこの10医療圏でこうやってしまうと、本当に何が問題かよく分からなくなってしまいます。ですから、これを医

療圏でディスカッションするから分かりづらいので、例えば長野市と松本市とか、そういうようなところにそういう形でやった方が分かりやすいということが一つと、あと先ほど濱野構成員が仰ったように木曾に関して言うならば、正直なところニーズは別にして、もはや行政として必要っていうそういう話になるので、こういう指標で話し合うことが実情を全く反映していない可能性が、僕は常々、正直言って医師、偏在指標もしかりなんですけど、あると思うので、実はその部分が今後の新しい計画ということであれば、あまり医療圏にこだわって何か薄まるよりは、もっと明確な方がいいのか、もうちょっとはつきりとした方向性を出すにはそういう方が、実際にいいんじゃないかという気がします。

(渡辺構成員)

実際に即した数字ということではなくて、少し判断するのもなかなか難しいかなと思うところですけども。関口構成員から手が挙がっております。お願いいたします。

(関口構成員)

ありがとうございます。この会議は長野県の医療をこれからどう良くしていこうかという、そういう会議だというふうに理解しておりますけど、こういう行政の会議だとどうしても県全体を見る何らかの数的なものが必要なので、こういった数で見ってしまうということになるんだろうと思います。先ほど中澤先生も御指摘のように、こういった数で見て何か意味があるのかっていうところはあるわけですね。今回コロナでも分かりましたけど医師会が十分機能できてない中で、数が足りていれば外来の医療の機能が果たせてるというわけでは全くないな、ということが、多くの医療のことを注視しておられる方々は分かったんだろうと思います。医療の現場にいると、それは非常に強く感じる場所です。なので、どこか別の資料にもありましたけど、かかりつけ医とは何かをもっと検討する必要があるみたいなのが書いてありましたけど、もう、そのかかりつけ医というのは多くの、日本から外に目を向ければかかりつけ医、家庭医療とかジェネラルプラクティス、ファミリーメディシンというような単語でも議論が尽くされているわけですね。外来医療の中核を担うかかりつけ医が何をしないといけないのかっていう、どういう役割を持っているのかってことはもう明らかなわけですね。今まで外来医療というもののトレーニング、研修みたいなものがなかったので、数がいても役割を果たせない、あるいは果たしてなくても果たせていないことを自覚してないっていうところもあるかもしれませんけど、そういったところがあったわけですね。なので、もちろんいろんな所で偏在しているのは問題ではあると思いますが、やはりこれからの長野県外来医療を良いものにしていくということを考えたときに、世界的に見ても議論されているかかりつけ医の機能を十分に果たせる医師の集団の充実みたいところが非常に大切なんじゃないかな、と思いました。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。数字として表されるのは、実情とかい離してるところが実際あるのだと思います。どのような形で進めていくのか、二次医療圏もやっぱり地域医療構想の中では、本当にもう1度見直す必要があるのかなって議論が出てきてると思いますので、実情を踏まえた形でうまく数字が出せるといいのかなと思うんですけど

も。

(関口構成員)

医療提供してる質を指標化するみたいな働きがあるといいと思います。かかりつけ医機能としてこういうことが求められています。それは継続性だったり包括性だったりケアの調整機能だったりするわけですけど、そういったことを各診療所が果たしているのかっていうところを数値化してみると面白いと思うんですよね。そうすると、ある診療所では非常にそういったことができていて、ある診療所は何か血圧と糖尿とコレステロールのお薬を出して、患者さんが聞くと私はあそこに薬をもらいに行ってるだけですみたいな、そういう所もあるわけですね。薄利多売の診療所のこの今のシステムでなかなか難しい部分もあると思いますけど、そういうところの指標化によっていろいろ見えてくることがあるんじゃないかなあと思います。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。私の方からの質問なんですけども、そういったことを実際に日本のどこかの地域で指標化っていうのはされているんでしょうか。

(関口構成員)

それは行政の方にそれをお答えしていただいた方がいいと思います。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。いかがでしょうか。行政の方から何か御返事ありますでしょうか。

(堀内企画管理係長)

医療政策課の堀内です。診療所で行っている医療の質というものを数値化ができないのかという御指摘であったかと思います。

なかなか我々の方でもそういったものを見た記憶がこれまでないところではあるんですけども、今、国会でも議論をされています「かかりつけ医機能報告制度」というものがありまして、その中で各診療所の方で「かかりつけ医機能」をどれだけ担っているのか都道府県の方に報告していただきまして、それを都道府県の方でまとめて各地域の協議の場などにおいて、不足している機能が何なのかというような議論をするという仕組みを制度化していこうという動きもございます。そういった議論の中で医療の質の部分も議論できればいいのかなと考えているところでございます。よろしく申し上げます。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。医療の質をどう評価に、数字で表すのかってなかなか難しい問題ではあるんですけども、是非その点も全国的に見てどうなのかっていうところも、県の方でも検討していただければと思います。やはり課題はたくさんあるということが分かったんですけれども、時間もありますので他に御発言もあろうかと思いますが、次に入らせ

ていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

続いて、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】和田医療政策課課長補佐兼医療係長、資料4-2により説明

(渡辺構成員)

ありがとうございました。へき地医療、これにつきましても現状、課題について説明をしていただきましたけれども、これにつきまして何か御発言等ございますでしょうか。いかがでしょうか。新津構成員は私と同じ地区で一緒に働いてもらっている方なのですが、南佐久郡という大きな広い領域の中で歯科医師が3人で実際やっているというところがありますので、その辺も含めて何か御意見がありましたら、突然で申し訳ありませんけれどもお願いいたします。

(新津構成員)

渡辺構成員ありがとうございます。私も今日、渡辺構成員と佐久総合病院の病棟と一緒に仕事をさせていただいた以来なので、20年ぶりということなのですが、先生とこういう形でお会いできて非常に光栄でございます。ありがとうございます。

まず先ほどの外来医療とちょっと絡むところもあるんですけども、歯科医師は従来過剰だといわれていたところであったんですが、今後やはり歯科医師全体として減少していくことが予想されると。そして、その中でも急激な現役世代の減少を迎えるのではないかと、危惧されるところでございます。

その中で、やはり一番県全体として考えた場合、私、南佐久の山の中でやってるんですが、今後周りを見ててもやはり影響、歯科医師全体が減少傾向、現役世代が減少していくという中で影響を受けるのは、特にへき地ではないかっていうことを予想されるところでございます。

ただ、それは確定ではないので今後どういう形になるかということもあるんですけども、その辺のところを県としても対応していただければ有り難いと思っております。

そして、あとやはり私ども一人で開業をされてる先生方がほとんどですので、これからまた在宅医療の絡みも出てくるかと思うんですけども、私ども歯科口腔保健というものもこれから充実していかなくちゃいけないということを考えております。その中で、周術期の口腔機能管理で訪問歯科診療、地域包括ケアシステムの参画等、そのほか市町村における歯科口腔保健活動の増加ということも、これから質と量も全体的にボリュームが増してきていると思っはいるんですね。

その中で、やはりへき地っていうことになってきますと一人でやってると。その中で、高齢の先生方が非常に多くなってくのではないかと。そうなってくるとやはり保健もそうなんです、保健の方にまで手が回らなくて医療も非常に対応困難になるのではないかなというところを危惧してるところでございます。

今の段階では以上でございます。ありがとうございました。

(渡辺構成員)

ありがとうございました。実情を踏まえていろいろとありがとうございました。泰阜村の平栗構成員の方から御発言がありますので、よろしく願いいたします。

(平栗構成員)

平栗です。今お話しくださいましたのは現状と課題ということでありましたので、ちょっと先走ってしまっているかなということもあるんですが、先ほど資料3の中でへき地医療につきましては、オンライン診療も有効というような見解が示されているということがありまして、南部の方では阿南病院さん、それから原飯田医師会長を中心に、売木村で一部オンライン診療も始まっておりますので、現状と課題の中で含まれなくてもは思っておるんですが、このオンラインについてはへき地医療のどこかの項目の中で入れていただけないかなと思います。これからのことになりますので、先走った意見かもしれませんがお願いしたいと思います。よろしく願いします。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。オンライン診療ですね。私の方から平栗構成員にお聞きしたいんですけども、泰阜村の方では交通弱者などに対して何か対策とかされているのでしょうか。

(平栗構成員)

まず医療についての交通弱者対策ですけれど、私どもは泰阜村診療所というのを設置いたしておまして、今のところ島田恵太先生が比較的若くて熱心に取り組んでいただいております。患者さんについては診療所のスタッフが送迎をいたしております。それ以外には月並みではありますけれど、タクシー代が50%減免になるタクシー券を交付して販売しております。

それから、村内には福祉バスと称しまして無料のバスを運行しておりますので、それに乗ってお隣の阿南病院さんの方へ行かれる患者さんがいらっしゃいます。私どもの交通弱者対策は、病院への通院も含めてそのような形でやっております。

(渡辺構成員)

ありがとうございました。ほかの構成員の皆さんから御発言等ございますでしょうか。

(濱野構成員)

木曾病院の濱野でございます。

(渡辺構成員)

濱野構成員、お願いいたします。

(濱野構成員)

へき地医療のところで必ず話題に出てくるオンライン診療あるいは遠隔医療ですが、木曾でも是非やりたいとは思っています。

ただ、なかなかそういういいシチュエーションがないというのが現状かなというところでは、一つ確認しておきたいことは、都市部で行われているオンライン診療というのは、患者さんがお一人でいろいろ自分のスマホでやるってことができますけれども、木曾のような非常に高齢化率の高い地域ではとても一人では無理です。そうすると、どういう形でやっていけばいいのかというのを是非考えていかなければいけませんし、オンライン診療で全ての診療内容ができるわけではなくできる医療は限られています。

つまり、実際には医療機関に来ていただかなければできない検査とかいろいろあるわけでは、ですからオンライン診療、遠隔医療は今後必要な仕組みだとは思いますが、渡辺構成員も言われたようにむしろ交通弱者をどうするかという問題の方が、例えば島であればそこから陸地に行くには相当大変ですが、陸路であれば実際には自分で車を運転することができない患者さんが多くいて、その人たちがオンライン診療の対象となることが多く、本来であればやはり病院に来ていただいた方が、私は望ましいと思っています。そのためにはむしろオンライン診療以上に優先順位が高いこととして、木曾でもそうですが交通弱者の方々の足をどうやってその地域として確保していくかということの方が、やはり重要なんじゃないかなということも思っております。以上です。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。私たちの圏域にある実際の村の村長さんとも話をすると、人数が少なくなっていく中で診療所を維持するのがいいのか、それともより交通網を、交通弱者を救うような形で交通手段を確立する方がいいのか、その辺もちょっと今後検討していかなければいけないかなと仰っておりました。

やはり高齢化率が40パーセントを超えるような地域が今後出てくる中で、その中でオンライン診療とかどういう形でやるのかというのは、都会と違うということがあると思いますので、その辺も含めて県の方でも御検討していただければと思っております。他にいかがでしょうか。はい。お願いいたします。

(中澤構成員)

中澤です。私、信州医師確保総合支援センターの信大の分室という専任教員なんですが、実際にこの長野県医学生修学資金貸与のドクターはへき地の診療所に派遣するということは、現状としては非常に難しいと考えております。

それはなぜかということ中小病院でも医師が足りないという状況を見ると、まずはそこということなんですが、今後可能なということであれば先ほどお話があったようにニーズの問題から考えると、実際に病院に患者さんを連れてくるっていう方向性は当然あるべきなんですが、現状としてはなかなかそれがうまくいかないということになると、じゃあそういう患者さんの数が少ない高齢化の所にどうやって医師を派遣するかとしたら、それは常勤であるか非常勤であるかということも考慮すべきでしょうし、じゃあ非常勤であればどこから連れてくるのかということであれば、それは例えば木曾地域であれば木曾病院からとかですね。そういう捉え方をした方がちょっと話としては進みやすいかと思うんで

すが、それでもその修学資金貸与のドクターたちがということであれば、将来的に総合診療を専攻するドクターが徐々に増えつつあるというのが現状です。

でも、このドクターたちがもうしばらくしないと一人前というか、最後の7、8、9年目のそういう年にならないので、可能であれば彼ら、彼女らはある病院に所属しながらですね、そういった必要がある診療所の支援に伺うということは将来的に可能ということになると思うので、やはり常勤でいくか、非常勤でいくかっていうのは非常に大きなポイントだと思うもので、その部分も一つ論点ということであった方がいいかなということだと思います。既にもう出てるんですが、実際ははっきりとその部分を、ということがいかがかなあと思いますが。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。はい。関口構成員、御発言お願いいたします。

(関口構成員)

はい。ありがとうございます。今の中澤先生の御意見に加える形で、少し僕もコメントをさせてもらいたいと思ったんですけど、やっぱりこれも数で言ってしまうとなかなか継続可能な地域、特にへき地を含めた地域を支える、責任持って支えていく医療を継続的にやっていくっていうのは、けっこう難しくなると思うんですね。

これも日本からスコープを長めに見てみると、そういう地域に根ざしてまるとみていこうぜ、ということ、専門の診療科として、医師のキャリアとしてやっていっているわけですね。ほとんど多くの先進国でですね。

そうすると今までは、へき地は医者がなんとか限られた年数だけ行ってください、あるいは金銭的なインセンティブを持たせて行ってもらうという形で、いつまでたってもその地域が自立した医療を提供できないっていう形だったわけですけど、その地域に根ざしてまると医療提供するっていう領域がですね、医師のキャリアの一つというふうにして認められて広がっていけば、そういったへき地といわれている所で非常にやりがいを持ってやれると。医者キャリアとしてそれをキャリアアップとして、考えてやっていけるという形が出来てくると思うんですね。

それをやっていく中で、二次医療圏のへき地拠点病院を一つの二次医療圏のマグネットとしてそこから派遣していくみたいな形で、それぞれの地域がその地域のマグネットホスピタルで守られていくという形になると継続可能だし、そうすることでその地域特有のニーズに応える形の医療が提供できていくんじゃないかなと思うんですね。今までのようにどこか大きな施設が人的プールを持っていて、人さえ出せば充足していきだろうっていう形だと、なかなかいつまでたってもその地域に根ざした医療が継続的に展開していくということは、難しいんじゃないかなと思います。

(渡辺構成員)

中澤構成員ありがとうございます。なかなか地域に医師派遣、そういうのを含めていろいろ難しい問題はあるんですけども、沢山課題はあるんですが恐らくこの在宅医療も含めて、考えていく必要があるかと思っておりますので、他に御発言があるかもしれませんけれど

も、次に入らせていただきたいと思います。併せてへき地医療と在宅医療を考える必要があるのかもしれませんが、続い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】和田医療政策課課長補佐兼医療係長、資料4-3により説明)

(渡辺構成員)

ありがとうございました。続きまして杉山構成員、提出資料について杉山構成員から説明をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

(杉山構成員)

はい。杉山でございます。よろしくをお願いいたします。かかりつけ医の話が先ほど出ておりましたけれども主に診療所医師かと思いますが、看取りまでお世話をできる医師であり続ける、基本的には医師はそういうことを実現するための一つとして、在宅医療を担おうという姿勢でやってると思います。コロナの診療などでやはりコロナ患者さんを診ない、発熱患者さんを診ないという医師がたくさんいたことも確かでございますけれども、特にやはり初めの本当の恐怖感のある時期じゃなくて、ある程度様子が分かってきてなんとか対応できる、きちんとしたPPEで感染対策をして対応できる、そういうレベルになっても一切触らないというのは、やはりこれは国民に指摘されても仕方ない状況はあったかと、残念なことはあったかと思っておりますけれども、ただ一方で在宅医療やってる者はかなり積極的に施設にも行きましたし、在宅でフルのPPEで自宅へ訪問するというようなこともやってきたと思います。

長野県医師会、それから松本市医師会など各郡市医師会でも、在宅医療推進の立場でいろいろやってまいりました。それで、まず報告が三つあるんですが在宅で看取りまでお世話をするというところをしたときに、やはりアドバンスケアプランニング、それからそれに伴うリビングウィルのことというのはどうしてもきちんと検討しなければいけないということで、まず一つ目の県民意識調査。これは、今回県の方でやっていただいている県民の3000人の意識調査と重なる項目もございますけれども、これは、調査方法は楽天の楽天リサーチというシステムを使っておりますのでセレクトは県内の従業者。ただ、詳細は分かりません。どういう方がネット上に登録されるかということ、楽天からの呼び掛けで登録される方ということ。ですので県の調査と少し数字が違うところがあれば、またそこは分析したいと思っています。ただ、その代わり年代別の比率とか男女比率はピシャッと半分ずつ分かれておりますので、数字的にはバランスが良いということです。

ポイントだけ申し上げますと6ページを見ていただいて、「アドバンスケアプランニングを知っていますか」が8パーセント。ここは5年間連続してやっているのですけれども、かなり推進してきたつもりですが、コロナで全然身動き取れない状況があったので大きくは増えておりません。

でも、初めは4パーセントぐらいでしたので、それでも少し増えて横ばいということで

す。次の7ページですが、「人生会議の日、11月30日知ってますか」は悲しいことに3.4パーセントであります。それから、8ページ医療ケアについて考えているか、39パーセント。医療を要するにこれからの人生とかです、ね自分がどんな医療を受けたいか、ケアを受けたいかについて考えているという方、4割ぐらいがイエスと答えている。

それから、9ページはかかりつけ医持ってるという返答した方、やはり4割です。それから、少し飛ばしまして13ページ。「人生会議に相当するものをしてますか」、「医療ケアチームとも話し合うことが大切である」、「信頼する人と相談をしていますか」は15パーセントであります。この数字、初めは17パーセントでしたから余り増えていないということですね。それから16ページ、アドバンスケアプランニングっていうのは必ずしもリビングウィルを、署名をして書面で残すことが必須ではないというわけですけど、「リビングウィルを作成したことがあるか」ということ、やはり15パーセントぐらいの方がイエスと答えておられます。

このような調査結果でございますが、19ページは「リビングウィル、事前指示書について関心がありますか」、関心がある方はやはり半分ぐらいの方は関心があると、そのような調査結果でございました。

2番目に御提示しました私のリビングウィル作成の手引。これは、次のページ見ていただいて一番下の所に松本市医師会・松本市地域包括ケア協議会、つまり松本市の連名で作ったものです。実はかなり前にですね、阿部知事からも長野県版のこれ作れないかということ、問い掛けをいただいたことがございました。松本市医師会で県医師会を通して長野県から少し事業費を補助いただいて、私のリビングウィル事業として平成29、30それから31、令和元年と3年計画でこれを作ってまいりました。内容については見ていただきますとアドバンスケアプランニングのことを強調して、治療しても回復が見込めない状態になったときの延命治療についてということで項目を書いておりますが、こういう形は日本中で検討がされていてたくさんありますので特段珍しいものではないのですが、たくさんの方で話し合っただけで考えましょうという姿勢を取りました。ですから地域包括ケア協議会を構成している多職種、在宅医療を担う多職種の代表が集まって一字一句全部検討いたしました。バージョンは四十何バージョンまで作って、弁護士も入ってもらってしました。

それから、あと検討としては救急医とかですね、それから元々地域包括ケアには見守りとかそういうのが入りますから、松本警察署の生活安全課の方は入ってんですけど刑事一課の課長にも来てもらって、要するに検案とか検視の問題、パトカーが来ちゃう、本当に死後硬直が始まっているような形で見つかりと主治医が駆けつける暇なく、救急車は搬送しませんのでパトカーが入って検案になります。ですから捜査課長にも入ってもらって、もちろん救急医とか弁護士も入っていただいてやっただ。

それから、松本市の各地区で勉強会を開いて民生委員さんとか公民館活動とか、地区の方たちともディスカッション繰り返しながら作ってきたものであります。特徴としては、本人証明があるのはよろしいですね。右の上にそこに何度でも書き直しができます。アメリカでやった時は署名がされてしまうものすごい法的な扱いをしてしまう。それを何年もたってからそのまま適用すると、必ずしもいいアウトカムがなかったという結果でございました。何度でも書き直しができるアドバンスケアプランニングの基本の考え方を示しております。

それから、自由記載の部分でその1から6まではチェックを入れて、その他の希望、自由記載のものを広くした。それから、代理判断者を書いた。それから、これが出来上がったらすねやはり医療者、かかりつけ医の所に持って行って提出して、コピー取ってもらってカルテホルダーに入れてもらう、電子カルテに画像を保管してもらうということが大事でありますよということをして作ってきたものであります。令和元年の5月1日に正式にスタートしたんですけど、その前に松本広域消防局の救急隊の方たちも、これを運用するに当たってどういう考え方をしたらいいか、こういうものを持った方が救急搬送要請されていたらどういう姿勢でやるかということ、ちゃんと警防課長通知で出してもらって理解を得た上でスタートしております。スタートして市民に啓発をしたところでコロナでしたので、そのままの状態になっておりますが、やはり何もなくてアドバンスケアプランニングしましょうというのはちょっとなかなか難しいと思っておりますので、私もやはり字に書くもの、日本尊厳死協会の活動そのものとはちょっと一線を引くようにはしておりますけども、やっぱりこういう形のものが必要ではないかということで進めてきて、知事にも宿題報告という形で状況は御報告申し上げました。

それから3番目が、在宅医療調査のアンケートの結果でございます。多くのデータは、今、印刷中で年度内に公表ということになっております。序文と、それから18ページ目に概要の分析、少し詳しく書いたものがございまして、序文をもってポイントを御説明させていただきたいと思っております。これは3年ごとにやってまいりましたので、9年前からやって10年間の経過があつて中には、過去3回分との比較データも入っております。その序文の1、2、3、4となっておりますが、1番目が郡市医師会の協力により890医療機関に対する横断調査で65%の回収率、県医師会に入っていない医療機関からも回答がきております。大体70%から65%の回収率が得られているということです。在宅医療、訪問診療を実施していますかというのは全体で48.8%という数字でありました。ただこれは全国的に同じ業種の調査をしますと非常に高い方だと思います。長野県はこういう気持ちを持った医師、診療体制をもった医師が多いということは間違いないですが、4回目の調査で若干減少に転じています。あとで数字を見てください。

訪問診療に従事する医師数も減少している。医療機関数と医師数と両方減少しております。3番目が年間に数例、1、2例とか3、4例、看取りをしますという、要するに普段かかりつけ医としていて、特に入院しなくてもいいような状況で、お年を召した方を御自宅で診て差し上げる、今週ちょっとビール我慢してっていうようなドクターがたくさんいたので、ロングテールなんですね、もっとたくさん看取りしているところからずっとロングテールで、そのロングテールを太くしよう、それから長くしようというのは初めに掲げて、やってきたんですけども、1から4件の小規模で在宅を実施している医療機関を増やすことにはならなかったです。結果としてはむしろそういう方たちで御高齢の方は引退をされたりということではなかったのですが、やはり15件前後ですね、中堅で月にお一人ぐらいつつ看取りをする、在宅看取りをする、医療機関の数はやはり増えて在宅での看取り数というのは2,500件ぐらいから4,500件ぐらいですか、かなり増えています。4,500というと亡くなる方が6万人ぐらいですから17.5%ぐらいですかね、令和3年度のデータでは、ですからそのくらいを在宅で看取っていると、この中には純粋な御自宅それから高齢者の入所施設どちらも増えています。そういう結果でございました。

それから4番目ですけれどもその医療機関の状況ですが、4分の3以上の医療機関が一人医師です。ね診療所、60歳以上の医師の割合は50%、平均が先ほどデータが出ていましたが、高齢化率40%ぐらいですか。在宅医療をやっている人の高齢化率は更に高いです。24時間対応における負担の軽減は確認できず、緊急時ファーストコールは訪問看護の果たす役割が更に大きくなっていると。そのことが訪問看護との医師協同で実施されているというのが、現状であるということだと思います。

あとは自由記載のものがたくさんございます。あえてあまりまとめないでそのまま掲示してございますので、御一読いただければ有り難いと思います。全体としては在宅医療の数字的なものは、これ以上は、特に医療機関と関わる医師を増やすというのは、多分今と同じ政策それから診療報酬制度であると、横ばいか若干、数的には減るかもしれません。ですので、これからはやはり内容を充実させることと、今やっている医療機関の力を維持する、それからもう医療界全体の問題ですが、きちんとした継承ができてその医療機関がもしできたら継承する方がいて、お身内でもあるし、それから全然そうでない方とも継承をきちんとしていって医療機関がなくならないようにするというような段階に差し掛かっていると思います。

それからやはり今回のこの保健医療計画を考えるときに社会福祉法の、令和2年6月に示された地域共生社会を作ることがキーワードだと思います。これまで高齢者を中心に介護保険中心にはこの在宅医療培われてきたわけですけれども、この重層的支援体制というのは、障がい者・児支援、子供の支援、それから精神科医療などに拡大していることで求められているのですが、県庁でも担当課が分かれていて、もちろん市町村も全部そうですね。なかなか壁があって、それからいろんなそこに携わる従事者の報酬体系も差があるので、言葉は美しいんですけども、そういうものにですね、在宅医療で培ったもの訪問看護ステーションとか、それから地域包括支援センターとかをうまくまた障がい者の方で、相談体制をまた1から構築するとかではなくて、そういうものに応用していくということが必要かと思います。、ただ地域包括支援センターに全部投げ込むと、もう一度壊れかけたことがありました。在宅医療の全体の状況はそんなことではないかということを御報告申し上げます。ありがとうございました。

(渡辺構成員)

杉山構成員ありがとうございます。現状と課題ということだったんですが、実際にどのようなことが行われて、何が課題かというのが、数字だけでは見えないところがよく分かりました。ありがとうございました。

それでは在宅医療の現状課題について何か御発言等ございますでしょうか。できましたら訪問看護等につきまして伊藤構成員の方から一度御発言をお願いできればと思いますけれども、いかがでしょうか。

(伊藤構成員)

看護協会の伊藤です。ありがとうございます。在宅医療をやっていく中でも訪問看護ステーションは、特に在宅の看取りを強化して取り組んでいます。開業医の先生等と一緒に取り組んでいく中で、例えば訪問看護を使うことで夜間呼ばれる、ファーストコールは訪

問看護ステーションにくるといようなことで、先生たちの御負担も少し取れているのではないか。このデータが無いというということですので、そういうような先生たちにとって訪問看護を使うと、どんな負担が取れるのかという現状も把握していきたいと思っています。

あとは今、協会立の訪問看護ステーションで訪問看護師が在宅看取りを語るということを、包括支援センターの方をお願いして地域住民の方にやっているのですが、実は杉山構成員が御説明された ACP の取組ですね。一般の方がイメージできないまま、じゃあ最後はどうするのかというような選択を、意向を確認するのは本当に難しい。だからこれって進まないんじゃないかなと思います。訪問看護師が一番最期の時期を支援していると思っているので、訪問看護師は看取りを体験してたくさんのことを学んでいます。それを一般の方に返していかないと、この ACP のことは進まないと思っています。今、少しずつこの取組をやっているところです。なので是非この訪問看護の現状どんなことをやっているかということが、この中に表せられていない、緊急を、24 時間体制をやっているとか、看取りやっているぐらいの情報なので、もう少し現状を何か示せたらいいのかなと思うところです。以上です。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。訪問看護の看護師さんが最期に関わる人が多いということで、我々のところでもストレスも多いということで、大変な仕事かと思っております。はい、ありがとうございました。小林構成員の方から御意見等ありますでしょうか。お願いいたします。

(小林構成員)

はい。ありがとうございます。ケアマネ協会の小林です。先ほどいろいろ数字を課題ということで見せていただきましたが、実際にやっているっていったところの数値が出ていて、やっていますといわれても実際現場と、その数とニーズっていうのがそぐっていないというように、在宅での診療っていうのが、数値で見ればあるような気がするけれど、実は現状としたらとても不足しているというのは、日々ケアマネージャーをしていても感じるところではあって、先ほど杉山構成員の御報告の中にもありましたが、やはり地域の中で看取りだったりとか地域医療を真剣にやってくさっている先生方っていうのは、一人体制の先生が多いので、どうしてもそこには数の限界があるという状況の中だったりとか、一人の先生がお休みを取るとなったら、その患者さんは在宅でと思っていたのに、それを今度また施設でという形に変えていくとか、そんな状況も見えてくるとすると、やっているとはいってもそういった部分での連携っていうのが、まだまだ不足しているような状況があるということが、数字だけではなかなか見えないと感じたりですとか、あるいはそのように取り組んでくださる先生がおられても、その地域にそれと一緒に動いてくださるようなステーションがしっかりとあるとか、その看取りに特化でき、看取りに関われるというような看護師のスキルがあるステーションがあるとか、あるいは、たん吸引のお話も少しありましたけれど、今まだ地域の中に出てきている、たん吸引もできるようなヘルパーさんたちっていうのはなかなかおられない現状、医療依存度の高い方であったりと

か、ALS だったりとかそういった方たちを在宅で診ていくというのが難しいような現状もあるよね、ということになるとすると、やはりそういった人材の確保も含めて、関わっていく人たちのスキルというか質の向上というのもすごく大事なんじゃないかなと思ったりしながら先ほど聞いてました。

あとこの部会、へき地ということになるので、へき地というところで考えていくと、そこに例えば診療所なり往診してくださる先生がいても、今度そこに行くサービス事業所が全くないような状況で、そうしていくとそこで支えたくても支えられないという現状もあるので、へき地を考えていくときのそういった周囲のサービスの支援体制っていうのも考えていくことが必要なのではないかなと思います。

先ほど ACP のお話ありましたが、ACP のことって早い段階から自分の最期をどうするかということを考えていかなければいけないので、気にするのは本当に高齢者になってからだとか、要介護状態になってから、あるいはその方たちを介護するようになってからといったところなんですけど、実はもっと早い段階で自分の人生どうするかということを考えていくというところの中では、そういった意識付けといったところでは、もっともっと早くから、先ほど 2 パーセントだったかな、杉山構成員からの御報告もありましたが、そういった啓発活動というのがとても大事だなと先生の御報告も聞きながら考えていたところです。以上です。

(渡辺構成員)

ありがとうございました。あともう一方、御意見をお聞きしたいと思うんですけども訪問診療、在宅医療を行うに当たっては、薬剤師さんの役割が非常に大きいと思うんですけど、長谷部構成員の方から御意見、御感想を頂ければと思いますけれどもいかがでしょうか。

(長谷部構成員)

長谷部です。まず一つ、これは 7 ページ目にあります注射の無菌調剤室の数ですけども、この資料では施設数が 17 か所ということになっておりますが、現在は規制の緩和とか施設基準の緩和によって共同利用というのが進んでいまして、実績ある数として 60 施設が在宅における輸液の調整を行っているという状況です。それほど在宅でこの輸液のニーズがあるかというのはなかなか難しいんですが、必要に応じて特にターミナルであったり、そういうような場には対応できるよう薬剤師会としても研修会等を行ってますので、それぞれの地域の薬剤師会等に一言お声を掛けていただければ、そういう施設を御紹介させていただくということも可能かと思ってます。

また訪問患者の薬剤管理指導については、長野県内 1,000 軒をちょっと超える薬局があるわけですけども、そのうちの 97.7 パーセントというような数字が出ておりましたが、ほぼ全ての薬局で対応しているということがあります。ただそうはいつでもまだ医師会さん、歯科医師会さんの無医師地区、無歯科医地区のような状況の所には同じように無薬局地区というのは存在するということがあります。ですので今度始まります電子処方箋、これの活用を県としてうまく構築して処方箋の紙自体がなくても何とかできるようなシステムというか、援助していただければより在宅の薬剤に関しては県薬剤師会としても御支

援できるかなと思っています。以上です。

(渡辺構成員)

ありがとうございました。各方面から多職種連携でやっていかなきゃいけないことなんです、課題を挙げていただいたということがあります。恐らくもっともっと御発言されたい先生もいらっしゃるだろうし、もっと検討しなければいけないことではあると思いますが、時間の制限もありますので、一旦はここで終わりにさせていただきたいと思います。杉山構成員よろしいですか、何かもし最後に御発言あれば、お願いいたします。

(杉山構成員)

在宅医療の推進というのは、やはり今しばらく先ほど申し上げたとおり推進がどうしても必要だと思いますが、診療所医師がやっていて、病院の医療と対立を、導入の時期にはしましたが、今後そうでなくて総力戦で両方が協力してどこまでやれるかということであろうと思います。

やはり介護医療院だったり、それから有床診療所の病床なども総力戦だろうと思います。やはり入所の高齢者施設というのも非常に重要なんですが、一つ実際に私も担当、配置をしているんですが、特養の、医師の在り方、そこに在宅医療が入らない、入れない、訪問看護行けないという状況、要するに特養の中には診療所がある、配置医が医師としてちゃんと仕事をしているのですけれども、そこがそれでいいか、もう少し在宅医療が外からも入ってその配置医の先生と協力してやるという体制がないと、特養の看取りとかの、ああいうものは増えにくい、すぐ病院へ救急車でというのが増えてしまうのではないかということは、在宅医療をやっている側からは今議論があります。これはもう法律が変わらないと駄目なんです、そのようなことが今議論している課題かもしれません。

(渡辺構成員)

ありがとうございました。多死社会が実際にくるわけですので、どのような形で看取りをしていく、というのは重要な課題だと思います。ありがとうございました。

続きまして会議事項(5)ロジックモデルについて事務局から説明をお願いいたします。

○(5)ロジックモデルについて

(百瀬医療政策課長、資料5により説明)

(渡辺構成員)

ありがとうございました。現行の第7次医療計画からの大きな変更点の一つとして、このロジックモデルの導入が挙げられると考えられます。事務局からの説明によれば次回第2回ワーキンググループにてロジックモデルの事務局案が示され、本格的な検討をスタートしていくということになると思います。

ただいまの説明につきまして質問等ありましたらお願いいたします。いかがでしょうか。

ロジックモデルという横文字だとなんとなく難しい感じをするんですけども、事務局の方でも、これからということになるんですが。関口構成員お願いいたします。

(関口構成員)

そうですね。ロジックモデルとか何か英語にすると新しい感じがしますが、よく考えると当たり前ですね。至極当たり前で最終アウトカムから考えようということなので、特に新しいことはないなと思いました。

ここのワーキンググループは、外来、へき地、在宅と3分野ですね。今ずっとこう話を聞いていて、へき地は外来と在宅と両方の要素を持っていますが、何か形態としては外来診療部門と在宅診療部門という感じだと思って、へき地はその地理的な特性はあるけれども外来医療と在宅医療両方が絡むことだと思ったのですが、このロジックモデルの最終アウトカムを立てる時に、つまりその外来とへき地と在宅をそれぞれ考えていくつもりなのか、あるいは外来、へき地、在宅というものについての最終アウトカムとするのかというところは、どのように現段階では考えておられるか教えてください。

(百瀬医療政策課長)

御質問ありがとうございます。現時点では資料の中の、表で掲げさせていただきました6ページの所で御覧いただいたような区分で、それぞれのワーキンググループですとか既存の会議体の中で御検討いただくということになっていまして、ちょうど真ん中辺りの所に、へき地医療・在宅医療というような形で、今御指摘いただいたような書きぶりで書いてありますけれども、実際今私ども事務局の方で頭の体操的に、それぞれの分野の担当者の方で最終アウトカムから作り始める作業には既に着手をしております。でするのでその検討過程の中で今日いただいた御意見なども踏まえまして、こういった形でその最終アウトカムを設定するのかということも、これからまだ煮詰めていく、これから進めていくというような感じになる予定ですので、また御相談しながらと考えております。以上です。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。

(関口構成員)

ということは現段階では外来は別個で立てるとか、へき地と在宅は一緒にして立てるとかということは決まってないということですね。

(百瀬医療政策課長)

はい。5疾病6事業という言い方ですので、スタートしてみればそれぞれの切り口からってということでも考えていたのですが、今日そういった貴重な御意見もいただいておりますので、参考にさせていただきながらもう少し議論をしつつ、頭の体操を始めていくという感じになろうかと思えます。

(関口構成員)

ありがとうございます。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。オーバーラップをするところがいっぱいあると思いますので、その辺をうまく作っていただくということなのですが。他にいかがでしょうか。杉山構成員が今後の在宅医療の課題として内容の充実とかということを仰られていたのですが、これ最終アウトカムにするにはなかなか難しい課題かなと思いつつ考えたのですが、何か御意見ございますでしょうか。

(杉山構成員)

先ほどから出ていた気管内吸引ができる介護士さんを養成するとか、やはり医療要求度の高い方も大丈夫だよ、というところがないと、その力をつけた在宅医というのは他のもっと平時のというか静かな時のお世話とかですね、高齢者が静かにというものにもきちんと対応できる在宅医療を担う医師ではないかなと思います。

(渡辺構成員)

ありがとうございます。ほかに何か御意見等ございますでしょうか。また第2回目のワーキンググループの時にそのロジックモデルの事務局案が出されますので、それについてまた検討していきたいと思っております。ありがとうございました。

その他、何か事務局の方からございますでしょうか。よろしいですかね。

御発言がないようですので、以上をもちまして本日の会議を終了いたしたいと思っております。ちょっと不手際ございまして時間がオーバーしているわけですけど申し訳ありませんでした。今後ともよろしく願いいたします。御協力ありがとうございました。

(百瀬医療政策課長)

渡辺座長さん、議事の進行を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WG会議を閉会いたします。

なお、第2回のワーキンググループ会議につきましては、6月5日に開催を予定しております。詳細については、別途御連絡いたしますのでよろしくお願いいたします。お疲れさまでした。ありがとうございました。

【閉会】