

令和5年度第3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8月24日(月) 14時00分～17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：石塚豊構成員、伊藤みほ子構成員(オンライン)、杉山敦構成員、関口健二構成員、
塚田修構成員(オンライン)、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 小林広美構成員、中澤勇一構成員)

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、
堀内崇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、
加藤浩康大町保健福祉事務所長

4 会議録(要旨)

(1) 分野ごとの検討について

(渡辺座長)

それでは、よろしくお願ひいたします。

久保田課長がお話ししてくれましたように、3回目ということで、2回目までの皆さんの議論を含めて1つロジックモデルができて、それに対して今回3回目の前に一旦事務局でつくっていただいたものに対して皆さんの御意見を書いていただいて、それを3回目までにまとめてできたのがこの資料です。在宅医療に1時間半ぐらいをかけて議論しましょうかというふうになっておりますので、いろいろと御意見を伺う中で、最終的には4回目のワーキンググループに向けて、完成をしていくということになりますので、ぜひその辺を踏まえてよろしくお願ひいたします。

それではまず在宅医療という分野ごとの検討について始めていきたいと思ひます。

まずは在宅医療ということで、ロジックモデルと計画本文案について事務局から説明をお願ひいたします。

(医療政策課医療係 石川主任、資料1-1から1-4により説明)

(渡辺座長)

膨大な資料ありがとうございました。

皆さん配られた資料に一通り目を通していただいたかと思ひます。

それでは、ロジックモデルとそれに対応する計画本文の目指すべき方向、施策の展開、数値目標について、ロジックモデルの区分ごとに検討を進めていきたいと思ひます。

まずロジックモデルの退院支援の区分の中間成果及び個別施策、またそれらに対応する計画本文の内容について、御意見を伺いたいと思ひますがいかがでしょうか。

まず、退院支援です。退院支援につきましては、中間成果が、「入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる」ということで、指標については、医療機関が入院患者に対し、退院支援・調

整を実施した件数と書かれております。それで個別の施策については4つありまして、1つ目が多職種で在宅医療の提供を図るための取組、2つ目が地域の実情に応じた退院調整ルールの適切な運用促進、3つ目が地域連携クリティカルパス等の利用促進、4つ目が市町村、医療・介護関係機関等が連携した県民が必要と情報の発信ということで、指標がなかなか難しいというのが先ほどの説明でもありましたけれども、それぞれについて御意見があればということでお願いしたいと思います。杉山構成員から何かございますでしょうか。

(杉山構成員)

県が主導していただいた入退院ルール、介護側のケアマネなどが病院と連携するというものをつくっていただいて、実際に動き始めて、はじめは少し危惧したんですが、かなり使われていて、在宅に戻ってこられる時にもケアマネが先に情報を持って退院、医療機関と相談というような体制が非常にできてきたように思います。まずはじめにケアマネジャーが退院される日を把握して、在宅医療の診療所に連絡をくれるぐらいのことが起こるようになってきました。そういう面は非常に進んできていると思います。ですから、指標としては退院のときのカンファレンスですね。

それから新型コロナで、受ける側の医療機関が、病院まで行ってというのはなかなかできない。今後もウェブでできるような、スマホでやるようなことも、あるいはナースだけが行って、医師は医療機関で診療していてその時間だけ診てというようなこともやるようにはなってきていると思います。新型コロナで病院に伺うカンファレンスは非常に抑制されてしまった。それがその形のままで戻らない。在宅の受け側が病院にどのようにアクセスするのかというのは、指標としては結局、体感で退院時カンファレンスをどれくらいやったかっていうこと。病院側からの数値ですが項目としては妥当かなと思います。

(渡辺座長)

ありがとうございます。我々のところもそうですね、退院前にケアマネさんも入っていただくようにするんですけど、どうしてもオンラインでどうかするという形。それでもできればいいほうだと思っております。ありがとうございました。

関口構成員いかがでしょうか。

(関口構成員)

根本的な質問ですが、この計画ができると、これは医療従事者の努力目標になるということですか。特に実施の義務みたいなものではなく、ぜひこうやってくださいという行政側からのお願いということになるんですか。

(久保田医療政策課長)

計画について、これをやらないと何かペナルティーがあるだとかというものではなくて、計画は県がこういうことをやっていくという施策を明らかにすることでございまして、そういう中でそれぞれの立場で皆さんがこれに向かってやっていただく、これに向けて努力していただく、そういう意味合いです。

(関口構成員)

ここで指標として定められたデータについては公表してもらおうという感じですか。

(久保田医療政策課長)

指標につきましては、その状況がどれだけ進んだかということ、または達成したのかというようなことをそれぞれ年度ごとに評価していこうということでございます。

(関口構成員)

この中間アウトカムの指標になっている退院支援調整を実施した件数というのは退院前カンファレンスのことを指しているのでしょうか。

(医療係 石川主任)

私も元のデータについては今手元に持ち合わせていないんですが、国でこういった形でデータを公表しております。何を指しているかについては少しお時間いただけないでしょうか。

(関口構成員)

なかなか難しいと思いました。非常に項目が多いので、出たものに対して、これはこうだね、みたいなことを言うことはできるんですが、実は本当はこれ大切なものという項目から、これが抜けてるといえるのは結構難しいと思ってます。お話を聞いてて、すごいよくできていて、すばらしいと思いながら聞いてたんです。でも何か抜けてるかもしれないけれど、分からないというところを事前に検討してこいって話だったと思うんですが、難しいと思いました。今見たものの中で、退院前カンファレンスというところでいいのかどうかと、件数は分かるものなのですか。

(久保田医療政策課長)

確かに今、関口構成員から御指摘をいただいたように、この指標、ロジックモデル自体が一番上の目指す姿から、その実現に向けてどういったことが必要かという、そういう観点でつくってきたわけなんですけれども、どうしてもやっていく中でもう少しこういう指標あったほうがいいのか、またはこういう中間アウトカムがあったほうがいいのかという御指摘も多分また出てくるかと思えます。これが完全に最終型で、すべてこれで表しているものとは考えてはおらず、ぜひブラッシュアップしていきながら形にしていく、というようなことになろうかと思っています。

(渡辺座長)

よろしくをお願いします。

(杉山構成員)

入退院のルールにのっとって、ケアマネと病院やり取りをした数など調査されて、どれぐらい動いているかは数字で出るのでしょうか。

(赤羽医療係長)

入退院ルールによるその調整の数については、毎年数を確認しているものではないので、別途調査が必要になってくる数字になろうかと思えます。

(渡辺座長)

ありがとうございます。ここにしっかりと示され、何か足りないかもしれないというのがちょっと気づきにくいというのは、関口構成員がおっしゃるとおりだと思います。全員に聞きたいところではあるんですけど、限られた時間ではありますが、せっかくですから濱野構成員いかがでしょうか。

(濱野構成員)

今、関口構成員もおっしゃったことですが、退院支援の中間成果の1が退院前カンファレンスの件数ということになろうかと思えます。しかし、全ての患者さんにとって退院支援が必要だということでは決まっていますから、本来であれば件数ではなくて、退院支援が必要な患者さんの中で実際に退院支援ができた割合の方が指標としてはより望ましいと考えますが、実際にはこの数値を出すことは極めて難

しいですね。もう一つ気になるのは退院支援のところ、中間アウトカムが1個、個別施策アウトプットが4つありますが、そのうちで指標として設定してあるのが2個しかありません。もちろん、他の指標を定めるのはかなり困難ではありますが、2個の指標で実際に退院支援がしっかりと機能しているかを判断するというのはかなり無理があるかと思えます。

(渡辺座長)

ありがとうございます。評価とするとやはりある程度数を出して比べていくってところがありますので、ここは事務局でも今後の課題としておっしゃってございましたんで、また意見がありましたらということで後に加えられるかと思っております。

オンラインで参加されてる方でぜひという方がいらっしゃったら、お手を挙げていただければと思います。

伊藤構成員どうぞ、お願いします。

(伊藤構成員)

看護協会の伊藤です。よろしくお願いします。退院支援のところでは例えば訪問看護師が関わるということも、退院移行がスムーズにいく一つの要因だと思っているので、例えば訪問看護師が関わる退院時の共同指導加算を取るということが出来ますので、その加算がどのくらい取れているのかということも指標の一つになるのかなと考えます。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。いろいろな加算がありますので、その件数、それが実際どれだけ必要な人にできたかというところが難しいんですが、一旦は件数である程度見られるのかと思えますので、それも含めて御検討いただければと思います。伊藤構成員ありがとうございます。

それでは時間も限りがありますので、次に行きたいと思えます。

ロジックモデルの日常の療養支援の区分の中間成果及び個別施策、また、それらに対応する計画本文の内容について、御意見はございますでしょうか。ここは結構、膨大な量でありまして、気づいたところがありましたらお願いします。中間成果としましては、「在宅療養患者が疾患や重症度に応じて日常の療養支援を受けられる」ということで、これにつきましては指標が5つ出ているというところなんです。ただ個別施策になりますと、なかなか指標をつくりにくかったりするところもあるんでしょうけれども、指標のあるところもあるということで、これにつきましては、御意見伺いたいと思えます。

日常の療養支援の中で薬剤の部分ありますけれども、石塚構成員いかがでしょうか。

(石塚構成員)

薬剤師も今、訪問薬剤管理指導も積極的に行っているところですが、伸び悩んでいる地域もありますので、さらに裾野を広げるという意味でも、在宅訪問が件数少なくても在宅訪問ができる薬局を増やすために、「訪問薬剤管理指導実施薬局数」の指標でいいと思えます。

(渡辺座長)

そうですね。実際に数として数えることができるということで、それが年度ごとにちょっと増えていったりできればいいということだと思いますけど。ありがとうございます。

塚田構成員、いかがでしょうか。

(塚田構成員)

はい。うちも訪問看護やっており、その辺は杉山構成員が書いていた看取りの方法なんか参考になりました。今のところ意見はないですが、気が付いたらコメントします。

(渡辺座長)

はい、分かりました。

御意見ありましたら挙手でお願いしたいと思います。ありがとうございました。

新津構成員、12番のところにて在宅や介護施設等における歯科口腔管理に関わる歯科医療機関の整備とありますが、これについて何か御意見等ございますでしょうか。

(新津構成員)

はい、まず歯科の関係ですけれども、この個別の施策につきましてはこの指標というものはやはり一つの目安になるかと思っております。ただ、それが中間アウトカムのほうに、こちらは歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の実施件数とですね、これ同じ歯科なんですけれども、実際のところ訪問診療をやっている歯科診療所がそこそこあったとしても、歯科衛生士さんを派遣して訪問診療をやっているところが実はかなり少ない現状があります。ただ数字としては私調べたことはないんですが、個人的にはそれがうまい具合に反映されてるかどうかというのが少し疑問のあるところです。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。先日、新津構成員に、歯科衛生士さんが本当に少ない、特に地方に行くほど歯科衛生士さんが少なくなるということをお聞きして、訪問診療が本当にできるのかということも少し難しいということですね。指標としては、訪問診療のほうがいいのか、何を指標にするのかというところは少し考えなきゃいけないところもあるのかなと思いました。ありがとうございます。

関口構成員をお願いします。

(関口構成員)

はい、ありがとうございます。

この中間アウトカム、中間成果と、個別施策のこの区別も結構難しいですね。何か、じゃあ何でこれが中間で、これが個別なのみたいなのところもあるじゃないですか。この中間指標、個別でよくないか、のような。今の新津構成員の御意見もそういうことだったと思うんです。

例えば日常の療養支援という区分で、こうだったらいいなということを考えると、何か普通にやったら入院しちゃったけれど、うまいことやったから入院しなくて家でいられたよみたいなのは、家族とか患者が望んでいるものなので、何かそういうのが中間アウトカムになるんだろうと思ったんです。その結果、目指す姿である安心して暮らすことができるということにつながるってところだと思うので、よくそういう在宅の領域の学術的なもので、Ambulatory Care Sensitive Conditionsという、普通だったら入院してしまうかもしれない状況を取り出して、それをどのくらいの在宅医療でいいマネージができたかというような、そういうものがあるんですけど、願わくばですがそういうものが中間アウトカムになると今ここで出てる中間アウトカムで5つ挙げてくださっていますが、これはやはり個別だなという感じはありました。事前に言えばよかったんですが、今考えていて思いました。

(渡辺座長)

ありがとうございます。文章化するのは結構難しいですね。ただ確かにそうかもしれません。日常の診療の中でやっていく中で、中間成果としては入院しなくても済んだ人もいるといったそういうもの

をどのように拾い上げる、あるいは文章にするかというのはなかなか難しいとは思いますが。

(関口構成員)

個別のデータみたいなものでは佐久とか結構発表してくださっていますが、それを何か行政レベルでやるのはかなり難しい印象はあります。でもやはりアウトカムとしてはこういうことなのかと思います。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

これは杉山構成員などの御意見だと思います。ちょっと難しい話ですね。

濱野構成員いかがでしょう。

(濱野構成員)

今、関口構成員が言われたように、それぞれが中間成果指標なのか個別施策指標なのかっていうのは私もわかりにくいと思いました。中間成果となっているものを一旦個別施策にして、中間成果には何か適当な指標を設けるようなやり方の方が全体としてはいいのかなとも思います。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

(赤羽医療係長)

事務局でございます。

個別施策と中間成果の指標についてなんですけれども、基本的な考え方といたしましては、国で指標例を挙げておりまして、これはストラクチャー、プロセス、アウトカムという3つの分類に分けてそれぞれの指標の例で挙げているところになります。基本的に個別施策の部分については、ストラクチャーということで、例えば病院の数ですとか基盤の部分をストラクチャーとして挙げています。中間成果については、実際の実施件数とか、その基盤があることによって行われたものということでプロセス指標に入っているようなものを、今回位置づける形でやらせていただいたところです。

先ほど関口構成員がおっしゃっていただいたとおり、なかなか行政として点検の指標、点検のデータを入手することが難しいところがありまして、国の指標例に則って今回考えておりますが、もう少し中間成果としてふさわしい指標が何かないかというところは、引き続き事務局でも考えていきたいと思っております。ただ、なかなかより良い指標がないということになると、国の指標例に則った形でやらせていただくということにさせていただきたいと考えているところでございます。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。御意見が出ましたので少し再検討するところもあるかということで、宿題みたいになりますが、よろしく願いいたします。

いろいろとまだ御意見あると思うんですけども、次に進みたいと思います。

続いてロジックモデルの急変時の対応の区分、中間成果及び個別、またそれらに対応する計画本文の内容について御意見はありませんでしょうかということで、比較的分かりやすいといえば分かりやすいんですけども。中間成果が、「在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる」とで、急変時の対応としては個別施策が2つありまして、24時間体制で往診や訪問看護を実施する医療機関や訪問看護ステーションの整備、もう一つが急変時の対応における関係機関（医師・訪問看護師・介護事業者・薬局・消防等）の連携体制構築ということで、指標がなかなかつくりづらいのもこの辺のところではあるんで

すけれども、これにつきましていかがでしょうか。

村民の急変時の対応などで、なかなか苦勞されてるところもあると思うんですけども、平栗構成員どうですかね。何か急変時のときにこういうことがあったらいいというような御意見がありますでしょうか。

(平栗構成員)

ありがとうございます。実際の話、私どものところでは、診療所の先生が身近にいるということもありますが、実際には往診または診療所の看護スタッフが訪れるということが中心ですので、ロジックモデルへ記載するのもこういう書き方になるのかなと思って拝見しております。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

実際に訪問診療などをされてる杉山構成員から御意見等ございますでしょうか。

(杉山構成員)

先ほど説明あったのは、緊急往診か往診か。診療、診療というか在宅療養支援診療所の年間の届要件に緊急往診を手伝うと、数字で言えるんですが、緊急往診というのは、届出の定義は、日常診療の外来診療やっていると設定をしてる間に、時間では午前9時から午後5時ぐらいまでの間にその診療を止めて行ったものを緊急往診とするというのを、緊急対応の指標とされているんですが、これもなかなか納得いかないというか、しょうがないのでみんな受け入れて、届出してはるんですが、少し違う感じがします。感覚的には、携帯の電源入れてるわけですけど、どのぐらいご家族やご本人から電話を受けて応対をした、往診しなくても問合せか救急車呼びなさいという場合もありますし、訪問看護に指示を出すところなんですけど、その辺はなかなか数値化できないんですよ。何件、日曜日電話を受けたらカウントしろというところではないけれども、それを集計して全体とするというのはなかなか難しいです。本来はそういうことだと、在宅では、携帯電話でどのぐらい受けられるか、受けたか、だと思えます。受けてすぐ救急車呼びなさいだけではいけないんです。それでは駄目で指標はないですね。ただ1つだけ、ぽんと指標を打ち出すのは少し寂しいと思えます。いいアイデアはありませんが。

(渡辺座長)

ありがとうございます。私たちのところでもやはり急変時の対応で24時間体制を取っている訪問介護ステーションあるんですけど、やはりかなり看護師さんにかかるストレスっていうのは大きいので、人数的にも確かにある程度いかないといけないかと思えますし、訪問診療のカルテなどいろいろな記載があるんですが、その辺りもICTを使って、もっともっと楽になればいいのかと思っております。そのストレスをどういうふうにも本気になってできるのかということも非常に難しいところがありますので、まずは看護師さんにしても、補助するICTですとかその辺りを充実させることによって、もう少し軽減できるかと思えます。

いかがでしょうか。急変時の対応ということでは、地域の医療を担っている濱野構成員いかがでしょうか。

(濱野構成員)

濱野です。先ほど事務局から資料1-2の急変時の対応の中間成果指標としては往診件数ではなく適切な急変時対応が受けられる往診の割合の方がいいのではという意見の紹介がありましたが、これは私が記載した意見だと思います。これも、杉山構成員のご発言と同じで、この中間成果指標が単に往診を実施した件数というのは少し寂しいなという気持ちがあつての意見です。もちろん、もっと適切な指標を定めたとしても、それを数値として出すのは難しいことは存じてはおります。そんな意味合いでござ

います。

(渡辺座長)

ありがとうございます。オンコールで待機してるのか、どのように対応してるかというところを評価できると非常によいと思いますので、少しこの辺については御検討していただいて文章、あるいは指標をもう少し充実することができるのかというところまた話したいと思います。

ほかにいかがでしょうか、何かこれはということはどうでしょうか。

また後でお気づきのことがあれば言っていただくということにしまして、その次はもう一つ最後ですね、ロジックモデル、看取りの部分の中間成果及び個別施策、またそれらに対応する計画本文の内容について、御意見はありますでしょうかということ。

これについては「患者の意向が人生の最終段階においても尊重されてる」という中間成果で書かれておきまして、看取りについては、ACPや事前指示書の普及啓発等による在宅看取りへの理解促進ってというのが一つ。もう一つが在宅看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等の体制整備ということで、それぞれ指標があるんですけど、看取り、理解促進については、今のところ適切な指標がないとは書かれてるんですけど、何度も聞いて申し訳ないですが、ここはやはり杉山構成員に聞かないといけなかなと思います。

(杉山構成員)

指標としては、在宅の看取りの数、これがどのぐらいできてるかということだと思いますが、そもそもかかりつけ医がしっかり出てきて在宅医療をやりなさいというのは、やはり診断書まで書ける医師で、書いたんであっても診断書、だから当然だという、かかりつけ医の延長に在宅医療がある、そういうところの象徴ですので、基本はこの看取りの数でよろしいと思います。それに伴って自宅で診ましようというようなことをきちっと話をするという、アドバンス・ケア・プランニングに沿った話合い、御本人の意思とそれから話し合っただけで周りの人が利用者会議に従ってそれを理解するっていうそういうことを県民でやるということ。ですから指標の中間アウトカムの「話し合ったことがある割合」などは県民の意識調査などを見ていくしかないと思います。これは文化の醸成でもあるので少しずつジリジリいかないと、いきなり数値目標でやっても難しいと思います。これは地道に医師会などで今年秋は上田で在宅医療シンポジウムをずっとやってるんですけど、やはりやってくると、在宅医療そのものの内容というよりはやはりACP関連のことを皆さんにお伝えして、それに伴って在宅医療と聞くと良いよね、そういうような企画になる。もうそうやって続けていく。

あと事前指示書が必要かどうかということについては、まず少しやはり議論はあると思いますが、事前指示書はリビングウィルですね、尊厳死協会が推進しているのは形として書面にして意思表示というのを、強く出し過ぎるとうまくいかないというところから、厚生労働省はアドバンス・ケア・プランニングという考え方を持ってきてそれでやってるんですけど、今度は逆にですね、リビングウィルをやはり尊厳死協会も去年の秋に書き換えてます。今まではずっと医療、延命だけの拒否、拒否するというような、強い言葉で書いていたのですが、それが言葉遣いが変わって、なおかつ事前指示書のこういう医療は受けたい、受けたくないというのが今まではノーだったんですが、選ぶようになりました。少し考え方入れて、アドバンス・ケア・プランニングを推進していくことの影響が、尊厳死協会のリビングウィルが影響しているようなそういう状況があると思いますので、いい方向だと思っています。

ですから、やはり中間アウトカムの指標というようなことで形にするものはこのようもので、それを支えるいろんな言い方で啓発とか情報伝達というのは理解し合っていく、そういうことになります。

(渡辺座長)

ありがとうございます。行く行くはやはり県民の意識の調査などそういうもののもできるようになっていくのがいいのかということですか。

(杉山構成員)

この前もご照会したとおり、圏域でもやっていただきました。医師会の3年ごとにお伺いできる調査と、毎年、楽天のウェブの世代ごと何百人ずつがベースになってる、登録されてる方がどういう方が分からないんですが、それでもなかなか聞いたことがないという年代まだ多い。少しずつ増えてますが、また数字をお示しいたします。そんな状況です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。私たちの地域である佐久市と、我々の職員が参加してビデオをつくって、それを病院に流したりですとか、そういうことをしながら少しでも知ってもらうことを進めていくのと、各地域でも恐らくそういうことは少しずつ進んでいくのかと思いますし、そういう意味でもまず知っていただければということだと思います。

伊藤構成員いかがですか。何か御意見、お願いいたします。

(伊藤構成員)

ありがとうございます。協会立の訪問看護ステーションがあるんですが、実は木曾にあるステーションが今年度遠隔での死亡診断をサポートする看護師の研修というのを受講するようにしたのですが、だんだんそういうようなことが必要になってくると思っているので、県内でもこの研修を受けて、開業医の先生等と連携しながら遠隔での死亡診断がどのくらいされてるのかというのを把握していくことが必要かと思ったところです。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。そういうものも始まってますね。分かりました。ありがとうございます。

ほかにも御意見もいろいろございますと思いますけども、ここで一旦これは終了にしまして、また後で御意見があればということで。

これまでのロジックモデル今4つやったんですけども、区分に関わらず全体を通しての御意見があればお願いします。よろしいですかね。後でまたお気づきのことがあればということで。ありがとうございました。

(赤羽医療係長)

先ほど退院支援のところに関口構成員から御質問のありました、中間アウトカムの指標の退院支援調整を実施した件数ですが、国では入退院支援加算を算定した件数ということで、在宅での療養を希望する方に対して退院支援を行った場合に算定できる診療報酬の算定件数というものが、件数として上がってくるものになっています。

また、先ほど、私から入退院調整ルールにおける調整を実施した件数というのが調査しないと分からないと申し上げさせていただきましたが、介護のほうで調査している部分がありそうなので、そのあたりはまた確認して、指標とすることができるかということは事務局でまた検討させていただきたいと思っています。

(渡辺座長)

ありがとうございます。そうすると入退院支援加算も一つの指標になり得るんですかね。ありがとうございます。

(杉山構成員)

介護報酬に関連しているんですかね。件数は

(赤羽医療係長)

診療報酬のほうです。

(渡辺座長)

うちの病院でも、なるべくそれができるようにしたほうがいいと思います。ありがとうございます。

それでは続きまして計画本文に記載するコラム案について御意見をいただきたいと思うんですけど、事務局の案について御意見はありませんでしょうか。

いかがでしょうか。案としては杉山構成員にはひとつ、ACPに関するコラムを書いていただいたくということですね。

ほかにいかがでしょうか。何かこれはというものがありましたらいただければと思います。

お願いいたします。石塚構成員。

(石塚構成員)

ICTを使った連携という言葉も多く出てきていますので、医療DX、ICTや遠隔診療等のコラムがあってもいいかと思います。

(渡辺座長)

御提案ありがとうございます。事務局でもいかがですか。

(医療係 石川主任)

御提案ありがとうございます。またこちらでも検討させていただいて、相談させていただければと思います。

(渡辺座長)

またこれは後でお気づきになったときでも言っていただければということで、よろしいですかね。

続きまして、在宅医療における圏域の連携体制、機能別医療機関の一覧、在宅医療の提供体制について事務局から説明をお願いいたします。

(医療政策課医療係 石川主任、資料1-3、1-5から1-7により説明)

(渡辺座長)

ありがとうございました。ただいまの事務局の説明について項目ごとに意見を伺います。

まず在宅医療における圏域の連携体制について、御意見ありませんでしょうか。原則として市町村を単位とし、実情に応じて隣接する市町村が相互に連携という基本この考え方につきまして何か御意見等ございますでしょうか。

あまりおかしいってところがないということでもよろしいですかね。確かにそれを原則としてやっただけであればよろしいのではないかということだと思いますけど、いかがでしょうか、よろしいでしょうか。

それでは、特に事務局案に対して構成員の皆様からは特に修正意見がなかったということで、この内容で進めていくということでもよろしくをお願いいたします。

続きまして、機能別医療機関の一覧についてということで、御意見ございますでしょうか。

対応する医療機関を少し広げていく考え方ということだと思いますけれども、いかがでしょうか。

なかなか難しいんですけど。杉山構成員。

(杉山構成員)

現実にはとてもいいアイデアだと思いますが、これは県医師会に持って行って、全県へこの名前を載せませす、載せないとやるときに、やっているけどそういう名簿に掲載されるのは嫌だという、私を知ってる方で、本当に年間 10 人以上在宅で看取りをするのだけれど、24 時間 365 日というのは信念としてお受けできないので、在宅療養支援診療所を取らずにやっている方がいます。そういう方にも診療報酬が付くようにはなっていますから、そういう意味で緩和されていたと思いますが、実際にどうやるかだと思います。

例えばこの載せる表の、表題がこうなってるから、あなたはこれを 5 つ満たしているから載せませすということはどういうふうに調整するかということが医師会に持っていくと何か意見が出てくるかもしれない。

(赤羽医療係長)

事務局でございます。例年秋に、医療機能調査というものを県が実施しておりまして、そこで、該当する医療機関には、御自身で手を挙げていただいて、手を挙げていただいたところをこちらの一覧に掲載するという形にしております。今のお話であれば手を挙げて来ないというふうになってくるものかと思っておりますので、そのあたりは問題ないと考えております。

(杉山構成員)

分かりました。

(渡辺座長)

ほかにいかがでしょうか。

関口構成員、お願いします。

(関口構成員)

積極的な役割を果たす医療機関の項目で、1 番が医療機関が必ずしも対応してない夜間や医師不在時に云々というものがあるんですが、例えば杉山構成員のところは夜間対応しているじゃないですか。基本、何か夜間対応してるのかどうかみたいなところから始まるのかなど。その項目がないと思ったんですよね。

もちろん対応し切れないところ、対応し切れない部分をほかのリソースを使って診療支援をやって、そういうカバーの体制をつくっているというのももちろん大事だけれど、その前に夜間も対応しているか、時間外も対応しているかがこの 8 項目の中にはないとは思ったんです。少し細かいですが。

(赤羽医療係長)

事務局でございます。積極的な役割を果たす医療機関につきましては、国の指針でこういったことを期待するものということで記載がありまして、その中で、特に自ら在宅医療を提供しながらほかの医療機関も支援を行うようなところが積極的役割を担う医療機関だと定義されておりますので、それに則った形で記載させていただいております。

関口構成員おっしゃるとおり、夜間やっていただくということは非常に大事なことかとは思いますが、一覧の一番左側の、包括的に書いてある在宅医療を担う病院・診療所ですとか、そういったところで夜間担えるような体制整備を支援していくということは県の役割として重要かと思っておりますので、施策を実施していくに当たっては、そういったところも踏まえて行っていければよいと考えております。

以上です。

(関口構成員)

積極的な役割を果たすと言ってる時点で、ベースとして、時間外もある程度対応しているということが含まれてるということですか。

(赤羽医療係長)

そのように考えて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。

(渡辺座長)

基本的に毎日じゃなくてもいいわけですし、交代で担当してる、夜間を担当してる診療所もいいわけですよ。

(赤羽医療係長)

そうですね。毎日なのかどうかは県で指定しているわけではないですので、そのような場合であっても手挙げていただくことができると考えております。

(渡辺座長)

ありがとうございました。いかがでしょうか。

そうすると基本的には事務局案に沿って、構成員の皆さんから特に修正意見なければ、この内容で進めていくということでもよろしいかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

続きまして、在宅医療の提供体制についてということなんですけど、御意見いかがでしょうか。お願いします。

(関口構成員)

このポンチ絵の中の、急変時の対応についてなんですけど、これだと枠組みが病院の中になっていると思うんですけど、これ在宅医療の提供体制ですので、おうちにいる患者さんが急変したときにどう対応するかという。病院に運べば病院がやってくれるので、よく日常臨床をやっていて、訪問入っているけれど、送ってくるだけじゃんみたいな、そういう病院側ののんきな文句があるんですけど、そういうところがここだと拾えないというのもありました。つまり、先ほど言ったことと少しつながりますけれど、普通にやっていると病院に行ってしまうのが、例えば患者さんの自宅で過ごしたいという希望がある中で、場合によっては家でそのケアが続けられるみたいなのは要素としては結構大きなものがあるので、急変時の対応の枠組みはどちらかというと、この自宅や介護施設等の枠の中に入っていて、けどいろいろ病院に行かないといけない状態は当然多々あるわけです。そうしたら病院が色々やって退院支援という形になるので、枠組みとしてはそういう感じになるのかと思いました。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

自宅、老人ホーム、介護施設等で日常の療養支援の中の5番目が、病状急変時に在宅医療を担う関係機関が24時間サポートを行う体制の確立というのも大事かと思っております。その上で、必要があれば病院にという現状ですかね。

やはりこれ一目見ただけではなかなか難しいですね。説明が難しいと思いました。

ほかに御意見いかがでしょうか。

基本的には、この図案でよろしいですかね。関口構成員、もう少し何か変えたほうがいいですか御意見ございますか。

(関口構成員)

繰り返しになりますが、その急変時の対応という枠は少し何か意味がない感じがします。

(渡辺座長)

病院だけでないところでの急変時の対応をうまく書き記していただけるとよいかと思いますので、これについては少し事務局でも検討していただいて、次回に改めて協議できればと、宿題ということでお願いできればと思います。ありがとうございました。

いろいろと御意見いただいてありがとうございます。事務局は構成員からいただいた意見を基に、次のワーキンググループに向けた準備を進めていただくようお願いしたいと思います。

予定ではここで少しお休みをということで、休憩をしたいと思います。

何時ぐらいまでがよろしいでしょうか。

(赤羽医療係長)

10分程度休憩を取らせていただければと思います。

(渡辺座長)

では3時半から再開ということでいきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

ありがとうございました。

(休 憩)

(渡辺座長)

それでは後半に入りたいと思います。よろしく願いいたします。

次に、へき地医療の検討に入ります。まずはロジックモデルと計画本文案について、事務局から説明をお願いいたします。

(赤羽医療係長、資料2-1から2-4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もまずはロジックモデルとそれに対応する計画本文の目指すべき方向、施策の展開、数値目標について、ロジックモデルの区分ごとに検討進めていきたいと思っています。

先ほどと同様、対応している計画本文の書きぶりや指標などについて、御意見を伺いたいと思いますが、まずはロジックモデルのへき地における医療従事者の確保、この区分の中間成果及び個別施策またはそれらに対応する計画本文の内容について、御意見はいかがでしょうか。

なかなか難しいところではあるのですが、まず医療従事者の確保につきましては、「へき地医療に従事する医療従事者が確保されている」という中間成果ですが、個別施策の中ではへき地医療に従事する医療従事者の確保として、指標が3つ出ています。医科大学の卒業生の医師の数と、看護職員修学資金貸与者数の数が指標になっています。もう1点、へき地医療等に必要な知識・技能を有する医療従事者の養成ということでは、指標が医学生修学資金貸与者を対象とした研修会等実施回数、あるいは県立看護大学でのへき地医療における看護に関する科目の実施と、なかなか指標としても難しいというところですが、何か御意見いかがでしょうか。

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。

まず質問ですが、へき地医療といった場合、これは別に無医地区には限らないのでしょうか。

(赤羽医療係長)

事務局でございます。

基本的には無医地区と準無医地区を総称してへき地と呼ぶ形になります。

(関口構成員)

ありがとうございます。そうすると、表の10にあるもの、地域を対象にしているということですね。

やはり、私としてはこれがあまり現場での印象とマッチしない感じがします。例えば私は、大町でやっているので、大北だと、小谷の大網が準無医地区のみということですが、そこが現場の感覚とは大分一致しないというか、いやいや、もっとありますけどということなので、そこだけを取り出す施策だと、地域を意識、地域をカバーというところにあまりならないという感じがして、ほかの地域の皆さんはその辺はどう感じるかというのが疑問として、まずあります。

個別施策についてですと、私からできるのは医者の話だけですけれど、自治医科大学の配置人数は指標として出させていただいて、あとは修学資金貸与者も今どんどん医者になっていると思いますが、それを指標とすることがいいかどうかは、県で始めたことなので県で御判断いただければいいと思います。その辺も考えると載ってもよいと思いました。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

確かに無医地区は、この表10で表されたときに、自分たちの地域の中で実感としては難しいところがありますね。

濱野構成員いかがでしょうか。

(濱野構成員)

へき地における医療従事者の確保のところでは、事前意見に書きましたが、中間成果指標なしというのが気にかかっておりました。先ほど事務局からストラクチャーとプロセスの説明をさせていただいて、ある意味大変わかりやすかったのですが、あらためて考えてみますと、確かにプロセスにあたる中間成果の指標として適切なものはみつからないように思います。一方、個別施策の指標としては、へき地の診療所で働く医師数や、実際には週2日しか診療日数がないという場合もありますので、実際の診療日数などを指標としてはどうかと思いました。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

お願いいたします。

(赤羽医療係長)

事務局でございます。

先ほど資料2-4の事前意見の資料のところ、しっかりと説明させていただけばよかったのですが、2-13ページを見ていただきまして、濱野構成員から事前にいただいた御意見に対する対応案といたしまして、例えば、へき地診療所の常勤医師の換算の医師数ですとか、へき地診療所の診療日数

は県として毎年データを得ているものになりますので、そういったものが一つ指標になり得るかと考えております。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

確かに常勤換算としてどのぐらいの医師がいるか、というのも指標になるかと思います。

関口構成員どうぞ。

(関口構成員)

あと1点、人が足りないのをどう確保するかという話ですので、佐久大学でも、NP、Nurse Practitioner、診療看護師の養成を盛んにやっていて、ここ数年、結構養成として出ていて、これがへき地医療のモデルで、D to P with Nということですけど、このDのところをNPが大分代用できるというか、ある一定の自立性、オートノミーを持ってやれる、Nじゃなくて、NPとしてやるというのは一つの策としてはありですし、県としてそれを推進していくかどうかは考えていただくとよいかと思えますし、長野県のように広くて、人口密度が疎な地域には結構フィットするかと、モバイル診療車のようなものを使ってNPが主体になって、ときどきDが助言するといった、そういうパターンは先駆けられる可能性が素材的にもあるかと思えます。

(渡辺座長)

ありがとうございます。確かにNPは重要な役割を担っていると思いますが、それに対しては伊藤構成員いかがでしょうか。御意見を伺えればと思います。

(伊藤構成員)

実際にはどのくらいの方たちがどこでどう活躍しているということが把握できてないので、こういうところで実際にどのくらいNPがいるのかとか、どこにいるのかというのが分かるとよいと思えます。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

それも一つの指標としてなっていくとよいかと思えます。

(西垣参事兼木曾保健福祉事務所長)

西垣です。へき地医療の部分には書かれていませんが、別の章で、医師確保計画や、看護職員の確保の部分がありまして、医師の部分では、県の修学資金貸与者や自治医大卒業生の配置や、医師確保の目標といったあたりも書いてございますので、そちらと併せて見ていただくような形がよろしいかと思っております。

(渡辺座長)

ワーキングは違うということでしょうか。

(西垣参事兼木曾保健福祉事務所長)

そうですね。医師確保については薬剤師等も含めた他の職種も併せて、地域医療対策協議会で検討しております。

(渡辺座長)

ありがとうございます。それが見えるような形で出てくるとよいかと思います。
新津構成員、歯科はいかがでしょうか。

(新津構成員)

歯科にはこの記載がないんですけれども、可能でしたら、別の会議等でも少し申し上げたんですが、歯科医師の全体数はある程度は確保されてると。ただやはりここは、へき地という問題があります。在宅もそうなんですけれども、どうして県全体の平均としてはそれなりに確保してるんですけれども、やはり長野県は大きいと。その中で中山間地へ行けば行くだけ歯科医師の確保は困難になっているという状況で、さらにこれからそれが予想されるということもありますので、可能でしたら何らかの形でアウトプットのところに、そういった記載なりがあればよい、ありがたいかと思います。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

基本的にはよろしいのかとは思いますが。

では一旦、まだ御発言があるかもしれませんけれども、次に進んでいきたいと思います。

続きまして、ロジックモデルのへき地における医療等の提供体制の確保の区分の中間成果及び個別施策、またそれに対応する計画本文の内容について、御意見を伺いたいと思います。

これ結構いっぱいあるんですけれども、中間成果としては、へき地の住民が地域の中で継続的に、先ほど事務局から説明があったとおり、包括的な医療サービスというのも今回付け加えるということで、医療サービスを受けられるという中間成果に対して、それぞれの個別施策が6つ挙げられております。へき地診療所（歯科を含む）の運営支援及び施設・設備整備を支援する。これは指標としては数ということになると思います。へき地医療拠点病院の指定・見直し、運営支援及び施設・設備整備の支援。あとはへき地医療拠点病院等中核的医療機関からの医師派遣体制の構築等々あるんですけれども、何か御意見等ありますでしょうか。

へき地医療拠点病院等中核的医療機関からの医師派遣体制の構築につきまして、濱野構成員いかがでしょうか。

(濱野構成員)

先ほど交通手段のお話で8番の指標を定めるのは難しいとは思いますが、私が事前意見として出させていただいたのは、交通手段確保に向けて積極的な支援を実施している市町村等の数です。市町村等としたのは木曾郡ですと木曾広域連合という形で動いている場合もあることから、等としております。もちろん、何を積極的というかも大変難しいことですが、そういう市町村等の数というようなことがもし出せれば指標としてはふさわしいのかなと思います。

(渡辺座長)

事務局はいかがですか。そういう数は出せそうですか。

(事赤羽医療係長)

事務局でございます。

市町村で、どういった通院手段の確保を施策としてやっているかは、ある程度データとして持っている部分になりまして、なかなか積極的というところをどう評価するのは難しいんですけれども、実施しているかどうかという観点では、もしかしたら指標化できるかというところ、検討させていただきたいと思います。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

私たちのいる佐久市では、最初は巡回バスの回数券を皆さんにお配りしたんですが、ほとんど使用しないということがあって、今度、デマンドタクシーを各地域でできるようにして、それだと患者さんも結構通院できたりとかすることはあって、普通のバスの回数券だとなかなか行かなかったりして、少しずつ進んでいくのかと思います。

(杉山構成員)

杉山でございます。

2-16 ページにあるような形で、へき地の診療所をサポートされている病院がいてくださって、そこからへき地の診療所に医師を派遣していただく。やはり病院の力を借りてへき地の、直接的にはそういう体制をつくっていく。中心になってやってくださっているのは公立病院と、それから厚生連などだと思います。こういう構造をきちっと保っていくことによって医師のいない診療所の機能を保つというのが一つ、しっかりやっていくことだと思います。

それから交通手段をどのくらい補助ができるかだと思うんですが、タクシー券を通院のために出すというお金は多分出てこないと思うんですけど、乗り合いのバスなど車でまとまった人数の通院を支援する。

それからあとはやはり ICT 化。ICT 化と基本ここに書いてほしい。申し訳ないですけど、やはり情報、診療行為に対して通信でできる体制をしっかりつくっていくことが大切。医療情報のセキュリティなど機器の問題はものすごく進歩しているんですが、やはり医療のほうが、医療をやっている者のほうが遅れている。これは iPhone の FaceTime でやりとりをするとかなりのことが分かります。表情も分かるし、外科系のものであれば傷はその写真があるかどうか、そこを写してもらおうとか。あつという間に情報を当てられる。抜けるものはあるかどうかという危惧をしながらですけども、やはりそれを絶対に進めるっていうようにしないと、国も電子カルテを統一化するみたいな話もありますよね。ああいう動きは絶対進めないと。ああだこうだ言って、マイナンバーカードでもきちっと使えるようにしないと、保険証がなくなるどうのこうの、ひも付きが悪いとかそういう話ではなくて、別に保険証がなくなるわけじゃ、保険制度がなくなるわけじゃなくて、保険証機能を一つのカードの中に入れる。敢えて積極的に打って出てやる。それから訪問診療の、通信による診療もあまり難しいこと言わずにすつとできるようにする。

それから、当院は2年前に完全な電子カルテ化をしました。やはりクラウド型です。ご自宅にそのまま持っていけば完全なカルテが訪問先にあります。少し郊外に行くと Wi-Fi に繋がなくても iPhone のテザリングでつながれば、完全に医療機関内にいるのと同じ。それを持って土日家にいれば、夜中に電話かかってきてもそのカルテを直接見ることも可能ですので、やはりそういう格好がよい。そこに介護情報とか薬局の情報とか、そういうものが全部一緒に入っている体制をつくっていかないと、もう機器とか環境はできてると思うので、これらの業界がやる気を出すかどうかだと思います。へき地対策にもやはりその考え方を取り入れていかないと解決しないと思います。

それから、医師確保の問題、先ほどありましたが、医学会新聞に医師確保に向けた行政の支援という記事がありました。後ほどコピーして配っていただきますが、千葉県と大阪府と、新潟県のへき地に限らず医者をごどのように確保していくか、という内容です。結構ぶっちゃけたお話が出ています。

(渡辺座長)

多岐にわたってありがとうございます。本当に医師の確保、特に新潟県が一番医師数が少ないと言われてますけれど、ここがどのように医師を確保するかは、結構切実な問題として書かれていると思います。

やはりへき地では、実際 ICT どう活用するかというのが非常に大きな問題だと思いますので、その辺もしっかり書き込んでいただけるとよいと思います。

薬剤師さんから、へき地における医療や、薬剤師さんの関わりというのはいかがでしょうか。

(石塚構成員)

長野県内では無薬局地域もあり、隣接する近隣薬局が対応しているところですが、常日頃から近隣の薬局で対応するには薬剤師も偏在化もあって限界があります。へき地での人材確保については非常に課題になっており、薬剤師の偏在については来年度には予算組んで調査を行う予定です。長野県薬剤師会では、無薬局地域に赴いてお薬・健康相談等を行う事業を実施しましたが、そのような活動をしながらか地域との結びつきを強め、関わっていかねばならないと思います。さらには薬剤師だけではなく、地域に様々な医療従事者と一緒に関わっていければいいと思います。

(渡辺座長)

ありがたい話ですから、本当に進めていただければと思います。

平栗構成員、やはり交通手段を確保するっていうのはなかなか難しいところはあるんですけども、どのようなところを苦労されてるかということも含めて教えていただければと思います。

(平栗構成員)

交通手段についてですが、泰阜村ではタクシー券による補助、村内で無料のバスを走らせています。実際のところ泰阜診療所では、診療所そのものが患者さんの送迎をやっておりまして、それを使って泰阜村診療所へかかれる方が多いのですが、県立阿南病院へ通われる人は無料バスを使って通院される方がいます。それから、飯田市の医療機関へは、タクシー券を使って行かれる方が何人かいらっしゃいます。

あとは相当の人数が家族の送迎によって通っているというのが実情だと思います。

(渡辺座長)

確かに家族への依存というのもあると思うんですが、村の財政的なもの、そういった交通にかけるお金っていうのははどうなんですか。

(平栗構成員)

タクシー券は、実利用はそれほど多くないです。それから福祉バスについては医療機関の使用だけではありません。実際のところ、市のようなところだとデマンド交通などで空車率を下げるような工夫もされているのだと思いますが、その事務に対応する者の確保というのが大変なものですから、実際のところ市町村では空車のまま走らせている、それが最も経費的に安いんじゃないかと思います。ここは改善の余地があるところだとは思っていますけれど、現実には当面はそれでやっていくしかないと思っています。

(渡辺座長)

ありがとうございます、実情もすごくよく分かりました。

へき地における医療の確保については、やはりかなり難しいですし、指標をつくるのもなかなか難しいと思いますので、この辺りは今後検討が必要かと思います。

時間も限られていますので次に進みたいと思います。

これまでのロジックモデルと計画本文について区分に関わらず、全体として御意見があればお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいですかね。

では次に進みたいと思います。

続きまして計画本文に記載するコラム案について、御意見をいただきたいと思います。事務局の案について何か御意見ございますでしょうか。この辺をコラムにしたらどうですかという御意見あれば伺いたいと思います。

事務局から何か提案ございますか。

(赤羽医療係長)

事務局でございます。オンライン診療の話を杉山構成員からもお話いただきましたけれども、例えば、今、県内でどんな形でオンライン診療が実際行われているのかなど、そういった内容はコラムとして記載してもよいのではということは考えております。

(渡辺座長)

ありがとうございます。非常に重要な問題ではありますので、コラムにさせていただけるとよいかと思います。

その他、よろしいでしょうか。それでは次の事項に進んでいきたいと思います。

次に、機能別医療機関の一覧、へき地における医療提供体制について事務局からお願いいたします。

(赤羽医療係長、資料2-3、2-5、2-6により説明)

(渡辺座長)

ありがとうございました。項目ごとに意見を伺いたいと思うんですが、まず、機能別医療機関の一覧について、何か御意見ございますでしょうか。

特に御意見等なければ、事務局案で進めていただいてよろしいでしょうか。ありがとうございました。

続いてへき地における医療提供体制について御意見ございますでしょうか。

もし御意見なければ事務局案に基づいて進めていただくということでよろしいですかね。

では、この内容で進めていただくということでお願いしたいと思います。

以上をもちましてへき地医療の検討は終了したいと思います。

いろいろと御意見もありましたが、構成員からいただいた意見を基に、次回のワーキンググループに向けて準備を進めていただくようお願いいたします。

それでは、最後に外来医療の検討に入りしたいと思います。

計画本文案について事務局から御説明をお願いいたします。

(堀内企画管理係長、資料3-1、3-2により説明)

(渡辺座長)

ありがとうございました。

外来医療についてはロジックモデルを使用しておりませんので、計画本文について一括して御意見を伺いたいと思いますが、いろいろな問題があって、なかなか難しいというところがあります。

特に今、働き方改革が来年度から始まりますし、救急医療をどうしていくかというような問題もありますし、地域医療構想も含めて考えていかなきゃいけないという。その中で外来機能をどうするかという大変な問題がありますので、それでもやはりこの点しっかり対応しなければいけないかなというところがありましたら。

まず、濱野構成員からお聞きしてもよろしいでしょうか。

(濱野構成員)

ありがとうございます。

今、渡辺座長からお話もありましたが、現在、木曽病院でも救急医療については住民の皆さんに啓発をしっかりとされた方がいいと考えているところがございます。限られた人数の医師で、基本的には当直医 1 人ですべてプライマリーを診る形になりますので、本当に時間外に受診しなければならない患者さんなのかという方がたまにおいでになるということは、今後病院としても考えていかなければならないと考えているところがございます。いろいろと調べてみますと、救急車の適正利用というのはかなり啓発がされていますが、救急外来や救急病院とかのかかり方ということについて、長野県は少なくともホームページ等ではうたっていないという現状があるようです。都道府県によっては、具体的には山梨県や新潟県では、救急車の適正利用はもちろんですが、救急外来のかかり方とかいうものを少し考えましようというようなことにもしっかりと言及しているところがあります。ですから、今後はぜひ長野県も啓発を進めていただければと思っていますところでは。

それから少し別件で、これは前回言えば良かったことですが、3-2の表1にある圏域別の医療施設のうちの一般診療所の数ですが木曽が20になっています。木曽は医科診療所が10しかなく、以前にも同じような統計で木曽の診療所数20となっていて調べてみたことがあります。どうも特養などの診療所もカウントされていると思います。これは多分他の地域もそうだと思いますので、それを基に例えば人口10万人当たりの数値を出した場合に実際の現状とは乖離していることとなります。やはり一般診療所とは一般の住民の方々が自由に受診できる診療所と考えるのが普通だと思いますので、この厚生労働省の医療施設調査をもとに、人口10万人あたりのデータを論じていくことは宜しくないと思いますので、その点を御確認いただければと思います。

(堀内企画管理係長)

事務局でございます。

濱野構成員のおっしゃるとおり恐らく医療施設調査の診療所の中には、例えば特養の中にある診療所の数も含まれていると思われま。

濱野構成員がおっしゃるように、要はどなたでもかかれるような診療所の数だけをピックアップしているような指標があるのかということも含めて、調べてみて検討してみたいと思っています。

(濱野構成員)

ありがとうございます。厚生労働省の医療施設調査のデータをそのまま利用することはしないで、長野県では実際どうなのかということがしっかりと分かるようにと思います。是非、その辺の検討をお願いします。

(杉山構成員)

スポーツクラブの山雅の診療所も報告には上がっているんですかね。

(西垣参事兼木曽保健福祉事務所長)

保健所も診療所にカウントされています。

(堀内企画管理係長)

恐らく診療所として許可・届出が必要なものはすべて含まれているということかと思われま。

(渡辺座長)

やはり実情に見合ったような統計があったほうがよいですので、よろしくをお願いします。

(関口構成員)

少し細かいことになって恐縮です。3-1の最初のページのかかりつけ医機能について、かかりつけ医を明確にするにあたり、医療機関に最低限必要なのは、という文言があるんですが、プライマリーケアは医療の内容で、質の提供というのは書かれていない。それを提供できていないかかりつけ医はたくさんあるというわけですけど、最低限とかという簡単な話ではなくて、最初のパーツパーツのところをいろいろマネジメントするということだと思います。包括的に継続性を持って責任感を持ってやるというところがプライマリーケアということになるので、かかりつけ医とはそういうプライマリーケアを基本的には提供するものだというので、その中最低限のプライマリーケアもあって、そのプラスアルファ何かいろいろなことしているということではないので、そこは理解が共有できていればよいということでコメントさせていただきました。

あと、かかりつけ医機能報告制度というのは、これは日本医師会主導ですか、それとも厚労省主導ですか。

(堀内企画管理係長)

厚生労働省で検討している制度になります。

(関口構成員)

分かりました。ありがとうございます。

(渡辺座長)

ありがとうございます。かかりつけ医、かかりつけ医機能、その辺が、やはり国でもちょっとぶれてるようなところもありますので、厚生労働省が出していただくのであればそこでしっかりと確認する必要があるかと思います。

(関口構成員)

そうすると、コラムのプライマリーケアについてというのと、かかりつけ医機能についてというのは僕の認識と同じになります。ただ、書き手が違うと視点も変わるので、それはそれでもよいかなどは思います。

(渡辺座長)

その辺りは関口構成員と中澤構成員と相談して、分けて書くのも一つではないかと思いますのでよろしく願いいたします。

ほかにいかがでしょうか。

国の大きな方針があります。それに沿ってということではあるのですが、やはり長野県は長野県なりの大変さがあったりとか、地域ごとの問題もありますので、その辺も包括して今書いていただいております。その辺をしっかりと文章にさせていただくのがよいかと思います。

よろしいでしょうか。

4 その他

(渡辺座長)

御意見が一通り出たというところで、これだけは言っておきたいようなことはございますでしょうか。

(濱野構成員)

すみません、戻ってしまってよいですか。

(渡辺座長)

まだ時間はありますので、お願いいたします。

(濱野構成員)

先ほど言えばよかったのですが、1-12のページを見ていただいて、在宅での看取りで、最初の丸のところ、人生の最後の居住の場（自宅や老人ホーム等）で迎えたいと望む人の割合が令和4年度30.2%という記載があります。これは多分この前の県民医療意識調査の結果だと思います。以前の平成27年度の調査結果は43.2%でした。同じ意識調査でも調査対象者が同じではないので、もちろん比較すること自体に意義があるのかという問題はあるのですが、皆さんはどう考えるかなと思い、発言させていただきました。平成27年度は43.2%だったのが、令和4年度は30.2%と減少していることが、たまたまなのか、それとも他都道府県の同じような意識調査でも同じように減少しているのだろうか、疑問に思い、問題提起としてコメントさせていただきました。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

何かこれについてのコメントとかございますか。

(赤羽医療係長)

事務局でございます。こちら、県としても分析し切れていない部分もありまして、今、濱野構成員おっしゃっていただいたとおり、他県で同じような調査がなされているのかですとか、その辺で、例えば考え方に新型コロナの影響があったかですとか、そういったところを分析してみる必要があるかと思えますので、何か分かれば次回お話させていただきます。

(医療係 石川主任)

補足です。手元に正確なデータを持ち合わせていないのですが、内閣府等においても、在宅で最期迎えたいという方の割合というものを、数年おきに調査しています。確か、前回の調査から直近の調査にかけて数値が下がっていた記憶があります。全国的にもそういった傾向があったような記憶がございます。

(渡辺座長)

ありがとうございます。

それについては杉山構成員、何かコメントありますか。

(杉山構成員)

その数字自体は認識してなくて申し訳ないのですが、この前県医師会でやった在宅医療調査であれば3年度分、やはり在宅医療を担っている医療機関数は頭打ちで、少し減っている。全体の看取りの数は増え続けているんですが、医療機関数は少し少なくなっている。いろいろだと思います。10年の経過で高齢化して在宅医療を辞めた方もあるでしょうし、それから数件看取りをされていた方はこういうやり方ではよくないということで辞められたというのも考えられます。代わりに少ない件数だった方がもう少し件数を増やしましょうということで、本格的にやる方は増えてきて、ということです。全体の在宅医療、施策が始まったときは伸びていましたけれども、これからはどんどん伸びていくことはなくて、横ばいか維持という時期に差し掛かっている。それから在宅医療の様子が国民も見知ってきたので、意見を単純に考えるとそうではないという意見が出てきている可能性はある。それが、最期を迎える希望の場所として自宅を希望する割合がじりっと下がった、という結果に反映されるのかもしれない。しっかりした在宅医療がやれてないかというところではないと思うのですが、そういう評価になってしま

うかどうかは慎重な検討が必要だと思います。

(渡辺座長)

コロナの時代で3年間は、なかなか家族との面談ができない、面会ができない中では、むしろ最期を自宅で迎えたいという患者さんは結構多くて、1週間とか2週間の間で亡くなるけれどもその間自宅で過ごすという方が結構、当院の患者さんの中ではいたと思います。またコロナの時代があるので、その辺の影響ももしかしたら変化があるかもしれないと思います。確かに変わっていったのがどうしてなのかというのはやはり重要な視点だと思いますので、また資料があれば教えていただければと思います。ありがとうございました。

(新津構成員)

渡辺座長、いいですか。

(渡辺座長)

どうぞ。

(新津構成員)

歯科医師会の新津ですが、私も遡って恐縮なのですが、在宅医療の1-9ページですけれども、下のほうに、表の12、在宅歯科医療連携室における相談件数及び機器貸出件数というものがあるんですが、私、実は歯科口腔保健の会議で申し上げたのか、ここで申し上げたのか分からないんですけども、これの必要性について御検討いただきたいという気持ちがあります。というのが、これは在宅歯科医療連携室の数のみなのです。いろいろな機械を、地域医療介護総合確保基金を使いまして、長野県歯科医師会で購入したと。それで、歯科医師会は20郡市会があるんですけども、そちらのほうに貸し出しているというところもあります。その数はかなり多いです。もし記載するのであれば、その数も合計として出していただいたほうが適切な数字になるんじゃないかと思っておりますので、ぜひ御検討のほどよろしくお願いいたします。

以上です。

(渡辺座長)

ありがとうございました。ぜひ検討していただければと思います。

それでは、本日の会議事項は以上となりますので、私の座長としての役割を終了したいと思います。ありがとうございました。

(事務局)

渡辺座長、議事の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の会議を閉会させていただきます。

次回のワーキンググループの会議の日程でございますけれども、10月31日の開催ということで予定をしており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]