

## 令和5年度第4回 長野県医療審議会 保健医療計画策定委員会（要旨）

1 日 時 令和5年9月22日（金）15時15分から17時00分まで

2 場 所 長野県庁 本館3階 特別会議室

### 3 出席者

委 員：伊藤正明委員、藤森和良委員、若林透委員、斉藤雅恵委員、清水昭委員、  
下平喜隆委員、萩元聡子委員、松本良介委員、宇田川信之委員、小林恵子委員、  
竹内正美委員、中込さと子委員、花岡正幸委員、本田孝行委員、馬島園子委員、  
丸山和敏委員、吉澤徹委員、和田秀一委員、渡辺仁委員、飯塚康彦委員、杉山敦委員、  
鈴木章彦委員、関健委員、森浩二委員  
（欠席 白鳥孝委員、松本清美委員）

事務局：福田雄一健康福祉部長、笹渕美香衛生技監、西垣明子参事、百瀬秀樹参事、  
大日方隆福祉政策課長、久保田敏広医療政策課長、水上俊治医師・看護人材確保対策課長、  
田上真理子健康増進課長、西川勉国民健康保険室長、宮島有果保健・疾病対策課長、  
棚田益弘感染症対策課長、今井政文介護支援課長、久保田耕史食品・生活衛生課長、  
有澤美加薬事管理課長、社本雅人医療施策課企画幹兼課長補佐

### 4 議事録（要旨）

#### 【会議事項】

#### （1）ワーキンググループ・既存会議体における検討状況について

（本田委員長）

それでは、次第に従って会議を進めてまいります。

1 「ワーキンググループ・既存会議体における検討状況について」、事務局から御説明をお願いいたします。

（久保田医療政策課長、資料1により説明）

（本田委員長）

現在の進捗状況について御説明いただきましたけれども、何か御意見、御質問等などございますか。

前回は二次医療圏が話題になりましたが、疾患ごとに二次医療圏を検討された場合に、総合的に今度は二次医療圏を統合する場合には一体どうなのか、少し不安になるところはあります。木曾の医療圏は、全国で一番小さな医療圏とお聞きしてしまして、機構としても病院がございまして、私も少し不安なところがあり、色々なところと連携するのはもちろん大切なことですが、最終的には医療圏を統合するというようなお考えなのかどうか、お聞かせいただければありがたいと思います。

（久保田医療政策課長）

医療政策課長、久保田でございます。

今回の第8次の医療計画の中では、先ほど申し上げたとおり、まずは二次医療圏の見直しは行わないということを決めた上で、医療圏によってはすべての疾病・事業をどうしても担うことができない医

療圏が幾つかあるのではないかという観点の下、それぞれの疾病・事業ごとに、他の医療圏との連携体制というものをしっかり構築していくということを検討しています。

その上で、それから先の話ですけれども、まずは例えば木曾の医療圏で言いますと、木曾の中で完結できる疾病・事業もあれば、当然、上伊那医療圏ですとか、または松本医療圏ですとか、隣接する医療圏と連携せざるを得ない疾病・事業もあります。

ただ、その医療圏全体を見直す・統合するということになってしまいますと、例えば拠点となる病院の施設・設備整備であるとか、または圏域内の病床数だとか、そうしたものにも影響が及ぶことになります。

ですので、まだ今この段階において、今後、二次医療圏を見直すというようなことはここで断言できるものではございませんが、まずは、疾病・事業ごとに、こうした医療圏間の連携体制ということを考えていって、その先については、これから先の医療需要や患者の受療動向なども踏まえながら考えていくということかと思えます。そうしたそれぞれの実態や今後あるべき姿というものを念頭に置きながら考えていく必要があると認識しております

(本田委員長)

ありがとうございます。ほかに、御意見等はございますか。

ワーキンググループや既存会議体の座長を務めている先生方もいらっしゃいますが、何かつけ加えることなどございますか。よろしいでしょうか。

それでは、次に進めさせていただきます。

## (2) 第8次長野県保健医療計画の骨子案について

(本田委員長)

会議事項2「第8次長野県保健医療計画の骨子案について」、事務局から御説明をお願いいたします。

### (久保田医療政策課長、資料2により説明)

(本田委員長)

ありがとうございます。この骨子案について、何か御意見等はございますか。中込委員どうぞ。

(中込委員)

私、女性や子供のことを専門としておりますので、第2期のときには、第4編「健康づくり」の中に母子保健がありました。この度「健康づくり」と同列で、「母子保健」を入れていただいたことが、大きな骨子の中に含まれていなかったもので、どのような意図か、お聞かせいただければと思います。

(本田委員長)

はい。では事務局、お願いいたします。

(久保田医療政策課長)

こちらは、今お話しいただいた健康づくり第4編の部分、ここは第1章、第2章、健康増進計画という、保健医療計画とは別の計画ですけれども、ここで議論を進めているところでございます。

今、私が説明させていただいたのは、この表の丸印のところを、今回の保健医療計画、第8次の医療計画の記載事項として、取り扱っているものでございまして、この健康づくりの計画、いわゆる第4編

というのは、健康増進計画として議論がなされ、最終的に総合計画として統合されるという趣旨でございます。

この健康づくりの第1章、第2章について中身の検討自体は、こことは別の会議体でやっているため、今回の骨子案の説明の中からは落とさせていただいたというところでございます。

(中込委員)

ありがとうございました。

(本田委員長)

ありがとうございました。ほかにございますか。伊藤委員、どうぞ。

(伊藤委員)

次の表には、保健医療従事者の育成・確保がありまして、医師の確保計画、薬剤師の確保計画ということで、歯科医師の確保も入ってはいますが、歯科医師の場合は、計画まで立てずに確保に臨んでいくという意味合いでよろしいでしょうか。

(本田委員長)

事務局、説明をお願いします。

(久保田医療政策課長)

薬剤師の確保計画については、今回、国の指針の中で確保計画を立てるということで要請があり、国から示されたガイドラインに沿って計画を作ったというものでございまして、歯科医師に関しては、国からそうした通知がなかったということで、今回歯科医師の確保計画としての位置付けはございません。

しかしながら、当然歯科医師の確保や養成というものは非常に重要な事項でございますので、医師・薬剤師としっかり並べて、確保・養成対策について記載をしているというところでございます。

ですので、計画としての位置付けはないですけれども、施策としてはしっかりやっていくと、そういうことで御理解いただければと考えています。

(伊藤委員)

ありがとうございます。

地域医療対策協議会でもしっかり歯科医師不足の資料が出されていて、高齢化の資料も出されておりましたので、ぜひよろしく願いいたします。

(本田委員長)

ありがとうございました。他にございますか。

これについては、こういう計画を作っていくと、段々増えていってしまうという感じがありまして、どこか削らないと困るのではないかという感覚もあります。そういった削られたところはあるのでしょうか。

(久保田医療政策課長)

確かにそうした視点もあろうかと思っています。あまり増え過ぎてしまうと、逆に分かりづらかったり、またはボリューム的に多すぎたりという面もあります。今回は、前回と比べて少し増えています。当然必要なものについてはしっかり記載していくということですが、今、本田先生おっしゃられたように、例えば一緒にできるものだとか、そうした方が逆に分かりやすくだとか、そういう視点もしっかり

持って、考えたいと思います。次回の素案を検討するところで、しっかりとお示しできるようにしたいと思っています。

(本田委員長)

ありがとうございます。

他に何か御意見のある先生方いらっしゃいますか。よろしいでしょうか。

### (3) グランドデザインについて

(本田委員長)

それでは、グランドデザインについて、事務局から御説明をお願いします。

#### (久保田医療政策課長、資料3-1、3-2により説明)

(本田委員長)

ありがとうございます。役割分担をして効率的な医療を提供するというのが趣旨だと思いますけど、多分民主主義と資本主義が最も不得意とする分野ではないかと思います。

早期に退出される委員がいらっしゃいますので、そちらの委員の皆様方に先にコメントをいただければと思います。

松木委員、よろしいでしょうか。何かコメントがあればお願いします。

(松木委員)

特にありません。

(本田委員長)

それでは、歯科医師会長の伊藤先生、いかがでしょうか。

(伊藤委員)

今お示しいただいた5ページのように、歯科においても、これから歯科医師の偏在がかなりひどくなります。それにおいては、やはりこの前の協議会でもありました、機能分化という話がありましたけれども、あれは歯科の中の分化をするのではなく、やはり歯科医師の一般的な診療所と病院をしっかりと分化して、連携をとってやっていくことがこれから必要でして、今まで住み慣れたところで皆さん、同じような医療の提供を受けられるようにすることが重要ではないかなと思います。

(本田委員長)

ありがとうございました。それでは、歯科大の宇田川先生、よろしく願いいたします。

(宇田川委員)

拝見しまして、よく理解できました。本学におきましても、病院におきましても、正職員で、あるいは障がい者の歯科診療といった、そういう専門分野で貢献していきたいと思っています。

(本田委員長)

ありがとうございました。では佐久大学の小林先生、お願いします。

(小林委員)

よく説明していただいて、概要については理解できたつもりです。

資料の中で少し懸念するところは、やはり長野県は小規模町村も多く、地域包括ケアの推進に当たっては、保健師が1人であったり、絶対的に不足しているところもありますし、介護職もなかなか確保できていないところもあるので、先ほどのスライドの8ページのところでは理想図が書かれていますが、それらを推進していくには、人材確保等がとても重要であると思いますし、市町村同士の連携など、今後広域的な連携なども検討していかなければならないのではないかと感じております。

(本田委員長)

ありがとうございました。それでは、長野県議の竹内先生、よろしくお願いいたします。

(竹内委員)

私は県議会議員という立場で、こちらに参加させていただいておりますので、どちらかという医療を受ける側の視点といいますか、県民の皆様様の視点代表という立場で、コメントをさせていただければと思っております。

今回お示しいただきました、このグランドデザインですけれども、更なる病院の役割分担という考え方は、一定程度住民の皆様には御理解いただいていると思いつつも、やはり御自分、あるいは御家族、こういった当事者になったときには、まだまだ実際の行動が結び付いていないのが現状ではないかと感じております。

このグランドデザインを県全体で共有していくということは、本当に重要なことだと思いますけれども、皆様の意識が変わっていくことで、救急車の安易な利用ですとか、いわゆるコンビニ受診というものも減ってくる。そしてかかりつけ医を持つことで、広域型病院の負担も軽くなっていくということで、効果がとても期待できる場所だと思っています。

ただ一方で、病院がどんどん集約されていくことに、住民の皆様は、やっぱり不便に感じるという側面もある、そういう方も多いのではないかと感じております。

このグランドデザインの実現が、結果的に質の高い医療の提供を住民の皆様が受けられる、そういうメリットがあるんだということのメッセージをしっかりと伝えていくこと、そしてそういった不安を払拭していくような取組をしていくことが、更に重要になってくるのではないかと感じております。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、信州大学の中込先生、よろしくお願いいたします。

(中込委員)

このグランドデザインに関しては、おおむね肯定します。かかりつけ医、そして地域の病院、そして特定機能病院と、だんだん広域にはなりますけれども、しっかりとかかりつけ医が住民をサポートするという仕組みが、連携的にとれたらいいと思って、拝見しました。

そして、これを実現するに当たって、懸念、あるいは追加していただきたいと思う点が3点あります。

1点が、子供のことで、先ほどのロジックモデルのところでは本当はお伝えしたらよかったんですが、こちらの小児医療を拝見しますと、小児慢性特定疾病の子供たちに関連することが、あまり入っていないと思いました。

大体、全人口の5%に希少疾患があって、その7割は子供のときから発症するもので、しかもそれは遺伝性疾患で、家族全体で診ていかなければならない疾患だけれども、在宅医療は必ずしも必要がないという子供たちの内容が、若干抜けていると思いました。

その小児慢性特定疾病の人たちは、やがて難病になり、難病申請になっていくという形で、そういった方々が病気を持っているけれども、地域でよりよく暮らしていけるという仕組みは、絶対的に私はか

かりつけ医や、プライマリーケアがとても重要で、本当に時々専門病院に行くけれども、日常的にはかかりつけの医師、あるいは看護師がいてくれることが重要だと思っています。

2点目は、先ほどの母子保健のことでコメントさせていただきましたが、できれば女性というのは、母子だけでは括れない様々な健康課題があって、「女性・母子」としていただきたいと思っています。

そこに女性という言葉をあえて出さないとするならば、女性も男性も関係なく、性の多様性のこともありますので、性に関する健康というのを、健康づくりといったところに入れていただきたいと思っています。

やはり女の子の月経が始まって、小児科にかかるよりは、早いうちから婦人科にかかって、婦人科のかかりつけ医を持つというような意味でも、やはり性の健康ということをどこかに、将来的に入れていただきたい。

3点目が、人材確保というところで、看護師のことが書かれていますが、新人看護師の教育と、あと特定行為の看護教育になっているんですが、特定行為は確かに診療報酬と結び付くので、意義はあるんですけども、私今信州大学に参りまして思うのは、やはり専門家としてのナース、能力の高いナースを育てていかないと、将来的な医師のタスクシフトにしていく、医師の右腕になって、高度な医療と一緒にできるというナースを育てていくことが本当は重要で、そういった意味の人材育成の内容を入れていただくといいと思いました。

(本田委員長)

ありがとうございました。

次は私ですけれども、グランドデザインを打ち出すことはもちろん非常にいいものです。しかし、先ほども少し申し上げましたけれども、総合診療医を増やそうと思ってもなかなか増えない。枠は作ったが、そこに入る人たちが、多分かなり強制力を持たないと、なかなか分化していかないのではないかといいところもあって、形は作れますが、本当にそうなるのか非常に疑問に思うところです。

骨子としては良いと思います。

それでは、続きまして、栄養士会長の馬島委員、お願いいたします。

(馬島委員)

説明していただいて、すごくよく分かりました。意見は特にはないです。

(本田委員長)

ありがとうございました。それでは、長野県病院協議会長の丸山先生、お願いいたします。

(丸山委員)

病院が出ているので意見を言わなければいけないのですが、実は御存じの通り、公的、私的病院、それから公立病院でさえいろいろ地域によって役割は違うと思います。

地域型、広域型という分け方は本当にきれいですが、それに果たして当てはまるかどうかというのは非常に難しい。我々の病院もいろいろと機能をどうしたらいいかというので、すごく迷います。

それで、たまたま森委員も来ていますけど、上小地域はいよいよ医師偏在指数がトップランナー、最下位になったということで、じゃあどうするんだという話になったんですけど、いつまで経っても医師は来ません。

何が言いたいかと言いますと、その地域によってみんな違います。あるいは病院もこうしてくれと言われても、できる・できないの話にはなりません。医師の問題、看護師の問題、それから薬剤師の問題も大きくなっています。

じゃあどうするというのが、実は私もいろんな会議に出ている、答えがない状況です。ですから何らかの形でやっていかなきゃいけない。

医療の目的は、地域の皆さんが安全安心して暮らせるというのが最終目標だと思います。長生きして健康寿命を伸ばす。それが目標だと思います。

そのために医療だけやればいいのかというのは、私は疑問に思いまして、根本はやはり少子化です。高齢者ももちろんですけど、さっきの話、人材に関しても、子供の数がもうかなり減っているんで、当然働く人も減っているということで、人材がいない中、みんなで奪い合っているという話になって、じゃあそれをどうするんだというのは、いつまで経っても答えは出ません。

くどいようですが、どうしたらいいのか。答えはないですけど、医療だけで考えても駄目じゃないかと思っています。

たまたま大北の先生とお話ししたことがあるんですけど、道の問題、今地域医療構想で10圏域に県を割っていますけれど、例えば、インフラ整備がもっとよくなって、鉄道あるいは高規格の道路があって、50キロ離れても100キロで行くと30分で着くわけですよ。

そんな形で、これは医療だけ考えても全く駄目だろうと最近特に思います。それは県の政策でもありますがけれど、やっぱり市町村の皆さんがどういう町をつくりたいのか、一体になってやっぱり考えていかないと、先に進まないものと、最近強く思います。

それで、住みやすい街、それにはということまで含めて、その中に医療はありますけど、医療従事者も1人の住人です。では病院がなくなっていいのかという話になりますと、今日県立病院の先生も来られていますけど、木曽病院と阿南病院がもしなくなったら一体どうなるんだろうと。

それから、例えば小規模病院でもまず200~300人は医療従事者がいます。要するに地域の産業にもなっています。医療であって、産業でもあります。その家族になると2、3倍になりますので、木曽病院があることによって、木曽の産業を支えているという面もあるのかなと。ですので、県だからこそ、ぜひグランドデザインをもうちょっと広げていただいて、インフラ整備を含めて、長野県として、あるいは市町村それぞれがどういう街を作りたいのか、もうちょっと詰めていただきたいと思いますし、市町村も医療機関も、やっぱり精一杯なんですね。なかなか考えても分かりません。ぜひ国の支援とか、相談を受けながら、県の皆さんが手を差し伸べていただければと思います。

今回は医療の話ですけど、グランドデザイン的にはもうちょっと多くのコミュニティも含めて、インフラ整備、そういうことも含めないと医療を語れないし、それから10医療圏の話も、地域医療構想調整会議にも私は出ているんですけど、あれは都会の話だといつも思っています。半径5km以内に病院がたくさんあって、住宅も環境も全部揃っているという地域の話であって、ここみたいに、病院行くのに1時間以上かかるとか、救急も診れないという、そういう状況と全然違う中で、病床削減といってもそれはできない話です。それぞれの病院はそれぞれみんな経営のことも考えながら、地域のことも考えております。

ぜひそういう意味で、アドバイスも含めて、グランドデザインをやっていただければと思っております。

結論がないような話で申し訳ありませんけれども、ぜひ各病院、それぞれ考えておりますので、その中で自分たちはこういう機能を削減する、こういう機能は増やすというときにぜひ温かい手を差し伸べていただいて、地域で完結じゃなくて、長野県で完結するような形でありたいなど、地域の皆さんが安心安全で暮らせるような形にしていきたいなと思います。ぜひよろしくをお願いします。

(本田委員長)

ありがとうございます。続いて、長野赤十字病院の和田先生、お願いいたします。

(和田委員)

グランドデザインについて、基本的なところでは、特に大きく異論はないところであります。ただ、2点、こういう要望があったほうがいいんじゃないかなと思うところですけども、まず3ページ目、

共有したい危機感のところですが、やっぱり今医療界で一番危機的に思われるところが、生産年齢人口の減少で、恐らく急速な医療従事者の減少が生じてくるということだと思えます。

この医療ニーズの変化という言葉で括られてはいますけれども、もうちょっと危機感としてはとてもそれが大きいような感じがしますので、この生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の減少に対する対応を、もうちょっと大きく危機感として捉えたほうがいいんじゃないかと、私は個人的には思います。

それと、もう1つは、この役割分担のところ、例えば9ページ目にあるイメージのことですけれども、広域型病院と地域型病院というように分けられていて、これから高齢化が進む中で大事になってくるところは、この地域型病院が本当に主体になるんじゃないかなと思います。この診療所と並列して記載されているようなんですけども、基本的にはもっとこの地域型病院は、重要な役割を担っているところで、広域型病院は、高度機能が集約化されるべきであって、決して広域型病院に医療の資源が集約されてくるのではなくて、広域型病院は、高度機能を集約していくということで、こういう役割を持つ病院は、恐らく二次医療圏を超えて、もっと広域にいろいろやっていかなければならないということで、タスクとしては絞られてくると、僕は思うんですけども、もうちょっとこの地域型病院のウエイトを大きくして、こういった病院でかかりつけ医機能も持ちながら、高齢者の診療をしっかりやっていくということを出すべきじゃないかなと思います。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、続きまして、佐久総合病院の渡辺先生、お願いいたします。

(渡辺委員)

第8次医療計画に向けてのグランドデザインだと思うんですけども、今、日本で考えられているのは、2040年までも含めての方向性を考えましょうということだと思いますので、その辺の文言も少し入ったほうが、本当はいいのかなと、それこそグランドデザインではないかと思えます。

そういう意味では、やっぱり今までの皆さんがおっしゃっているように、人材確保が非常に大切で、実際に出生が80万人を切る時代になっております。そう考えると、どう人材を確保するのか。特に地域包括ケアの時代になるから、ヘルパーさんとかその辺も非常に確保が困難である。介護福祉士さんも非常に困難である。だから医師、看護師もそうですけれども、その辺の介護士さんの確保も含めて、やっぱりしっかりと対応していかなければいけないのかなと思います。

その次にへき地なんですけれども、オンライン診療などを進めていくことはもちろん大事なんですけれども、その一方で、やはりある程度、交通が不便なところをどう交通手段を確保していくのかということ、行政が関わっていかなければいけないので、その点はグランドデザインの中に入れたほうがいいと思います。オンライン診療とかどんどん進んでいくとは思いますが、ある程度年数がかかると思えますので、その辺の交通手段をどう確保していくのかということ、しっかりとやっていただければと思います。

後は、やっぱりかかりつけ医を持って、外来診療を行っていくということで、その辺の機能分化を進めていくんですけども、#7119とかそういうことを始めていくという意味においては、そういった行政の役割をもう少し書いていただいて、かかりつけ医を持ちましょうというものも、もう少し広報していくということも強調していただければいいかなと思います。

全体としてはよく書かれていると思いますし、こういうことができれば、本当にいいかなとは思いますが、それぞれ2040年も見据えた中での施策も必要ではないかと思えますので、そこも言及していったほうがいいと思いました。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは続きまして、長野県医師会の飯塚先生、お願いいたします。



(飯塚委員)

このグランドデザインを策定するに当たって、ひとつ大事なことは、先ほど竹内議員からも意見がございましたように、やはり利用する人、その御家族、あるいは市町村、そういった意見、今後この後斉藤さんや清水さんなどから意見が出ると思いますが、ここを一番大事にして、これを作っていただくのが一番いいのかなと私は思っています。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、杉山外科医院の杉山先生、お願いいたします。

(杉山委員)

拝見いたしました。4点、言わせていただきます。

まずICTの活用というのを、在宅医療のワーキングでもかなり申し上げたんですが、これやっぱり本当は長野県のやる項目、これは絶対に進めないですね、電子カルテの情報を医療関係者、それからそれをさらに介護にも適切に提供できて、在宅医療をやっている山のような書類とか見ても、ばさばさして、私は電子カルテにしたんです、最近、診療所は。だけど訪問看護ステーションから来る報告書、その指示書を出した控え、それからケアマネジャーさんが作ったケアプランですね。ああいうものが全部紙であるので、捨てられないので、ホルダーがあります。ですから電子カルテにしたのにもかかわらず、ホルダーがだんだん厚くなって、もう入らなくなって、これどうしようと、全部まとめて読み込んで電子化するとなると、膨大な作業になってしまいます。

それが象徴するように、やっぱりこのICTの活用は、医療機関だけじゃなく、介護まで含めて、抜本的に進めていただかないと。若林会長のご意見とは違うかもしれないですけど、保険証がまた秋から4桁の番号を入れなくても済むようなカードができちゃうので、それやるとマイナの中にアクセスできないとか、あんなことやってしまうとまた潰れちゃうという、絶対にそれがいかないようにしていただきたいと、本当に思います。

それからもう1つ、補助金を出して、ダウンサイジングを推奨しているのは、いいんでしょうかという感じを本当に受けました。

特にこのグランドデザインの頭のところに、医者が少ないというところで、本当に医者働く場所を減らしていいのかなと強く思いました。

地域型病院が存在していただくことについては、異存は全くありません。

それから、オンライン診療のところにポンチ絵が描いてあったんですけど、左下に下がったところに公民館が書いてあります。こういうのをやむを得ない、やらざるを得ないという考えがあるとは思いますが、在宅医療の領域では、都会では、私はメガ在宅というんですけど、たくさん、要するにコロナのときに活躍した存在ですね。それが1つの医療機関に百何十人医師を登録して、絨毯爆撃のようにダーッと在宅医療を受けるという形があります。

東京都は、今年そういう集約化された在宅医療のやり方に対して、3年間の単位で、多分これから発表になると思うんですけど、かなり補助して推奨する施策をとる。そういうことは、長野県ではまだメガ在宅はないんですけども、要するに、このオンライン診療のやり方によっては、そういう方たちがバーッと入ってきて、もうプログラムが組んであります、今日はどこどこ公民館にお越してください。予約して15人診療させていただきますというようなことが、オンライン上でどんどんされていくかもしれない。そういうのは本当にいいかどうか。やらざるを得ないと考えれば、やっぱり一番初めに在宅医療を始めた頃に、かかりつけ医の延長に、来れなくなった方のための在宅医療になると、そういう考え、午後から地域というキーワードで作りましたけども、そういうのが大事かと。ちょっとゆっくり考えないと、公民館のところに結んである図は、気をつけて考えないといけないのかなと思います。

それからもう1点だけ、言う機会がないと思いますので、がん対策のロジックモデルの一番左上ですけど、予防健康づくりの普及・啓発のところに、B型肝炎の定期予防接種と、HPVワクチンの予防接種、2つ書いてあって、その上に喫煙が入っている。これは問題ないんですが、やっぱり胃がん対策はピロリ菌対策、それから、C型肝炎と書いています。C型肝炎の除菌。これは在宅のところとは違うんですけど、ぜひ入れていただきたいと思いました。ここに入っていないと何か恥ずかしい気がします。やっぱり感染症と発がんというものが証明されている3つですので、肝炎ウイルス肝がん、HPVウイルス子宮頸がん、ピロリ菌、この3つは除菌とそれから抗ウイルス薬で、臨床的にデータ採れますので、その数をどのくらいたくさん得られるかで、将来10年後、20年後、変わってくると思います。検討いただければと思います。

松本市が中学2年生で、ピロリ菌鑑定をして、除菌をする取組をしていて、30人~40人、毎年除菌をしています。20年か30年すると、松本市で胃がんが極端に少ないというデータが出るかもしれない。全体が下がっておりますけども、こういう施策に載せないという考え方だったらいいんですけど、ぜひピロリ菌とC型肝炎ウイルスを入れていただきたいと思います。

(本田委員長)

ありがとうございます。諏訪中央病院の吉澤先生、よろしく願いいたします。

(吉澤委員)

当院は、近くに基幹病院である諏訪赤十字病院が、広域型病院としてございまして、我々はこの中でいくと、地域型病院の役割を果たしているかなと思います。そういう中で、総合診療科を中心とした若手医師の育成から、地域包括ケアのそういった多職種連携であるとか、診療所の協力とか、あと予防医学等も力を入れているんですけども、やはり地域型病院といっても、ある程度の専門医、専門家がいないと、なかなかそこで総合診療科の役割を果たすとか、若手医師の育成とか十分ではないものですから、地域型病院というところでは、医師確保、やはり少ないながらも専門医が必要というところで、常に医師確保に苦勞しているところであります。

先ほども意見が出ておりましたけれども、地域型病院だからこそ、様々な患者さんの絶対数といい、受診者の数といい、数も期待される場所かと思っておりますので、この部分はやはりどうしても大きな病院に、マンパワーであるとか、資金が行きがちになるので、何とかこの地域型病院が、この中で埋もれずに、しっかりと立ち位置が示せるような計画として進めていただけると、現場で担っていく我々としては、非常にやりがいが出るなと感じました。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは続きまして、すずきレディースクリニックの鈴木委員、よろしく願いいたします。

(鈴木委員)

このグランドデザインに関しては、長いこと地域医療構想に関わった者として、以前よりこうしたものを長野県として、早々に打ち出すべきではないかと申し上げてきました。前回のこの策定委員会でもお話したことでございます。

ただ、表題にあります「本県の医療提供体制の目指すべき方向性(グランドデザイン)」となっておりますが、今回の内容に関しては、基本的にはどちらかというと、医療計画的というよりも、地域医療構想的なレベル、要するに病院の役割分担をどう持ってくるかと、機能的な議論をどう持ってるかということに主体を置いたグランドデザインでありまして、とりあえずその観点に関しては、県の事務局のまとめられたこの内容は、簡潔で分かりやすく、評価できるかなと思っております。

次の2ページ目から触れていきたいんですけども、ここに②「県がリーダーシップを発揮しながら」とございますが、大変重要なことでありまして、地域医療構想を進めるに当たっても、なかなかまとまりがつかなかったわけですね。ですから県として、ある程度こういうプランニングでいくという姿勢を今後打ち出していくということは、大変議論の進捗には有効ではないかと評価します。

それから、この3ページ目のところですけども、下のほうの想定される事態ということで、要はどのような危機感を持つかということなんですけど、とにかく今のままいくと、地域全体の医療機能が低下してしまうということが危惧されるわけですが、それとともに若い医師が、長野県内でも研修といますか、専門医制度のことも含めてですけども、キャリア形成がなかなか難しいということで、都会、県外に流出してしまうと。そういう事態に至らなければいいなという、そういう危機感があるということも、大変大事だと思うんです。

それから5ページですが、今回事務局としては、地域型病院と広域型病院という表現で、地域型病院の中には、地域密着型と地域専門型、地域救急型という用語が出てまいりました。

まずこの用語がこれでいいかどうかは、また議論が必要と思うんですが、まず今回のこのグランドデザインを進めていくに当たって、実はさつき和田先生ほか、御意見があったように、これからの肝は広域型病院じゃなくて、地域型病院が、非常に重要になってくると思うんですね。

この地域型病院と一口に言いましても、ある程度救急に対応できる能力を持った病院と、そうでない病院と、2つに分けて考えないといけない。それから、その病院で働く先生方も、モチベーションといえますか、そういうものをどう保っていくかということも大事だと思うんです。

一方で、広域型病院は、ある程度現状を進めていただければいいことになるんですが、前回の策定委員会でも言いましたように、この広域型病院を効率よく機能させるためには、やはり高度医療の密度をもっともっと上げないと、経済的にももったいない。それからそのためには、転院の連携を今よりも進めなければいけないということは、考えられると思います。

6ページ目にはそれぞれのその役割が、地域型、広域型、書かれております。大体こんな内容でよろしいかと思います。

7ページにいきまして、ここもよく地域医療構想の話合いの中でも問題になるんですが、公立・公的病院は、ある程度不採算医療とか、特殊な医療の機能をするべきであるという考え方があるんですが、なかなか公立病院、また公的病院との間の経営的な違いというものもございまして、こここのところの考え方については、やはりその上に書いてあります、県及び市町村からの財政支援というものも、今後さらに進めていただきたいなと思います。

それから、(2)に書いております下り搬送ですね。要するに先ほど言った連携、これを今以上に広域型病院に対しては進める必要があるのかと思います。

最後10ページで、関係者の果たすべき役割があり、このグランドデザインを進めるに当たって、実は一番ポイントになってくるのは、これまでの患者さん、住民の方の病院の受診の仕方というものの概念をある程度変えていただかないといけなくなるわけですね。

例えば広域型病院で手術をして、今までだと退院までいたところを、もしかしたらその病院で術後管理等々レベルは必要ないけど、まだ入院がもう少し必要な場合には転院していただくとか、そういう形で変えていかなければ、このプランは回っていかないと思います。要は今後いかにして住民の皆さんにそういう変革と申しますか、改革を理解していただくかがひとつポイントになります。

その上でも、やはり県としてのリーダーシップを、今以上に発揮していただければと思います。

最後に、このグランドデザインというのは、実は限られた医療圏にしか当てはまりません。ざっと考えて、木曾医療圏、大北医療圏、北信医療圏、この3つにはちょっと当てはめにくい部分かと思うんですね。ですから、それ以外の医療圏も含めて、松本、長野等の大きな医療圏とは別に、このグランドデザインを基本骨子として、ある程度それぞれの医療圏で、多少のモディファイを加えた体制を、今後考えていく必要があるのかと思います。

基本的には、この内容に関しては、シンプルによくまとまっていると思うんです。これはこれとして、先ほど来言われているそれ以外の分野に関してのグランドデザインは、また今後検討いただければと考えます。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは続きまして、城西医療財団の関委員、お願いいたします。

(関委員)

まず、グランドデザインで示された内容というのは、実は地域医療構想会議の中での整理ができていればこれでいいと思うんですけど、果たしてできているのかどうか、それが疑問です。

松本圏域の調整会議に出たんですけど、どうみてもこんなふうに整理されてないという、まずその印象があります。

もう1つ、一定の要件を満たした病院も、特定機能病院、あるいは地域医療支援病院ということで、みんな認定しているわけですよ。それはもう現にあって、かつてそれも廃止にしようという動きも実はあったんだけど、現にまだあるわけですよ。

それと、広域型とか地域型というのは、県が認定するのか、それとも我々がそう認識して、その機能を使ってやっていくのかという、そのあたりがしっかり説明がなされていないと思うんですね。

それから、例えば産科を行っている病院は数少ない。これ実は広域型機能なんですよ。でも同じ病院で、その整形外科は必ずしも広域じゃないということがあるんで、病院ごとに地域型病院というのか、その辺を整理しなきゃいけないと思います。

ですからむしろ機能として、丸山先生がさっきおっしゃったけど、そのように病院が考えていて、この機能については広域から患者さんを受け入れて医療を提供しますよと。これは地域密着で、地域の方たちへのサービスであることを、それぞれ考えているんで、こんなふうに地域型、広域型というふうに分けるのはいかなものかというふうに思うんですね。

だから、我々が例えば国からいろんな機能として救急対応の1次、2次、3次というような形で救急の機能は分けられたし、それから高度急性期、急性期、回復期、慢性期という機能を前回までの計画の中でそれぞれ自分たちが考えて手を上げろということになっているんですね。そういうものともやはり整合性というか、今回出てきたグランドデザインに使われている広域型と地域型というのを、もう少し分かりやすく説明がないと、県民は分からないんじゃないかと、混乱するんじゃないかと思うんですね。その辺、ぜひこれからお願いしたいと思います。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、長野県医師会の森委員、お願いいたします。

(森委員)

丁寧な御説明いただいて、ありがとうございました。

もう私の申し上げることがないぐらい、皆さん、おっしゃっていただいたとおりでなと思います。

とにかく、このグランドデザインそのものを、各部署でというよりも、県全体で共有していただくということが非常に重要だと考えております。

それから、資料の中にも書いておりましたけれども、要するに限られた医療資源をいかに効率よく、うまく活用するかというような共通認識も必要ですし、それが長野県の地域医療を守ることにつながってくるんだろうと考えております。

先程来出ているように、長野県の10医療圏を考えますと、それぞれの地域の救急医療体制も含めた医療提供体制が非常に異なっておりまして、このグランドデザインが全て同じ体制で実現して、実施していくということはなかなか難しいと考えております。

ですから、地域の特色あるいは実情をしっかりと考えながら、その地域に合った施策の実現を実行するというのを、県医師会としても常に考えているところでございます。

それから、先程来お話し出ておりました、少子化の問題もそうですし、いわゆる超高齢社会になっておりました、これよく患者さん方の高齢化の話はよく出ますけれども、実はこれ医療従事者も高齢の問題が出ておりました、これ実は直面してみても非常に問題があります。県医師会の立場で言わせていただきますと、例えば先ほど来出ております、これからますます重要性が増すと考えられます地域型病院とか、かかりつけ、いわゆるクリニックの先生方、これ非常に御高齢になっている方々が多くて、そこにまた承継の問題ですとか、それから 2024 年 4 月からの医師の働き方改革が影響してきまして、地域の初期救急や在宅医療のような機能がこれからどうなってくるのかなということは、非常に県医師会としても憂うところでございます。

私、日本医師会の男女共同参画委員やっておりますけれども、超高齢社会における医師をどうやって考えていくんだという、要するにこれは、女性医師を含めまして、これが非常に大きな問題で、これを考えていくことによって結局医師の偏在対策、医師確保につながってくるんですね。

ですから、県もそういう意味で、例えば超高齢化社会、これは医療側も超高齢化社会における、例えば男女共同参画の問題も 1 つのグランドデザインの中に少し入れていただくというようなことも必要かなと思いました。

いずれにしろ、我々医療機関の役割分担もそうですし、実際に医療機関を受診なさる住民の皆様の意識改革というんでしょうか、そういうことがやはり県から普及・啓発というようなことも必要かなということで、そのあたりも取り組んでいただければ、さらにこのグランドデザインが実効性のあるものになっていくんじゃないかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは、ほっとくらすの斉藤委員、お願いいたします。

(斉藤委員)

このグランドデザインの中で、小児医療に関しての文言がちょっとないというのが、少し気になっているところです。

やっぱり長年訪問看護で小児を見てきている中で、医療的ケアをもって、在宅に入られている御家族についての支援が在宅医療支援の中に入っていて当然なんですけど、高齢者や精神の方に、ほとんど特化されている文言が多くて、例えば小児ですけど、10 年後にはもう「者」になっていますというお子さんとか、それから 10 年前には子供さんだったわけですから、今 30 歳になっていますとか、そういう方を、どこのエリアで受け入れていただけるのかというところで、今はまだ 30 歳のお子さんという形でしか、認識をされていない現実がありまして、まだこども病院に通っておられる方の中にはいらっしゃいますので、そういう方も含めての在宅支援をまず考えていただきたいですし、そして在宅支援を考えると、レスパイト入院ですね。本当に帰られた後の保護者への支援ということを含めれば、このレスパイトは医療ケアがあれば、なかなか普通の施設で受け入れていただけなくて、やっぱり病院施設が担っていたことしかできないんですね。

このグランドデザインの中で、地域型の病院のところまでは、何とか 1 例空床で受け入れてくださったとか、本当に喫緊に困っている案件に対しては、そういうこともあるんですけど、そういうところでもやっぱりデザインの中にも含めていただきたいというのが、私からの意見です。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは続きまして、保険者協議会の清水委員、お願いいたします。

(清水委員)

グランドデザインということで、こういう形ができてまとまってきたということは、ここに立ち返ればいいということで、非情に意義深いことではないかと思えます。

その中で、まず役割分担の部分ですけれども、医療機関、病院の機能を区分して類型化するということは、医療を受ける側としては、非常に分かりやすいと思えます。

細かいところは、先ほど来お話が出ている中で、いろいろあると思えますけれども、ぜひこうした方向性は保って進めていただければと思います。

それから、同じく後ろの10ページ目ですけれども、県の果たす役割の中で、県がリーダーシップを発揮するところを明確化していただいたのが、ひとつ大きなポイントだと思います。これによりまして、実効ある議論が進展するように期待するところでございます。

それから、ちょっと細かいところですが、もう1点、今の関係者の果たすべき役割の明確化という中で、私、保険者協議会の代表ということもありますものですから、医療保険者の役割といったところにも触れていただければありがたいと思えます。

医療保険者個別にと言いますか、独立して何か項目を持つということではなくて、例えば市町村のところに、市町村といえば国保の運営主体になるわけですけれども、被用者及びその扶養者は、県民の人口の約4分の3を占めるということを考えれば、ある意味実動部隊としての市町村との連携余地は、まだまだ多いと考えられますものですから、こういったところあたりに、医療保険者との連携といったような、特に一番、市町村の(1)の健康づくりのところあたりに入れ込んでいただけると、ありがたいかなと考えるところでございます。

(本田委員長)

ありがとうございます。それでは続きまして、豊丘村長の下平委員、お願いいたします。

(下平委員)

本当に先生方の真剣なお話聞かせていただきまして、勉強になりました。町村を代表して、先ほどから何人かの先生がやはり医療圏毎に違うというお話を幾つもいただきました。特に今10ページのところでもそのとおりですけれども、保健・医療・介護の連携と、市町村のところに出ております。もう必死でやっているところが多いけれども、そこそこの規模だとか、そこそこ大病院が近くにあるとか、そういう流れだと、それなりにはできるんですけれども、先ほど佐久病院の渡辺先生が言われたとおり、本当に過疎地と言いますか、そういうところが、また私ちょうど南信なんで、そういうところの町村が幾つかあります。で、それを見ていると、今まさに保健師の募集をしているんですが、共同で採用試験を飯田市が中心になってやってくれています。しかしながら、未だに保健師が、いわゆる申し込んでくれないというか、採用できる方がいないという、そういう町村もあります。

これをどういう形でフォローしていくのか、もちろん医師はいないんですけども、そんなような流れの中で、それぞれの連携をとりながら、いかに住民の皆さんの安心安全を確保していくかということ、非常に感じておる場所もあるわけでございます。

ですから、全体の医療としての、これからのグランドデザインというものは、それで十分しっかりやっていたきたいんですけども、それとともに辺境の地の、そういう場所で住んでいる皆さんをどうするかというようなのは、当然私たち町村が知恵を絞って、例えば共同採用をしたりとか、そういう流れの中でいかないと、なかなか本当、通うとしても非常に遠い、住むにはちょっと幾らなんでも住みづらいいねってところが、どうしてもそういう状況に陥ります。そういうのを、私ども町村で、しっかりと連携しながらやっていかなくちゃいけない。それを医療界でまた応援していただかなくてはいけないという状況なんだろうなということ、つくづく感じております。

このグランドデザインの形でもう十分ですけども、先ほどから言われているように、同じグランドデザインでも場所によっては、全然違う切り口のものが必要だよなんていう発言がありましたので、ぜひともそのようなところも入れていただければありがたいのかなということをおもいます。

私ども町村も全力で病院を応援しておるわけでございますので、御安心いただきたいなと思っております。

(本田委員長)

ありがとうございました。それでは続きまして、どんぐりの会の萩元委員、お願いいたします。

(萩元委員)

私は飯田市で介護助産師をやっているんですけど、昨年 11 月から母子特化型訪問看護ステーションというのを立ち上げて、本当に母子に特化した助産師がスタッフとして、その御家庭に出向いて、医療の提携をしている団体でございます。

中込先生の御意見にもあったように、子供のこと、遺伝子疾患を持っているけれども、地域の中で医療を受けずに生活できている。それが例えば、発達障害を持っているとすると、今発達障害をお持ちのお母様方は、必死になって子育てをしている状態で、そうするとお子さんの病気に関して判断ができずに、国の支援を受けられないというようなこともございます。そういったことを、私たち助産師として出向いていたりしております。

あるいは頻胎、多胎ですね。双子ちゃんとかそういった御家庭とか、あるいは精神疾患をお持ちのお母様ですとか、そういった特定妊婦も増えておりますので、そういった方々のその後の支援というところが非常に手薄だなということは感じております。

そういったことから、私たちは介護保険ではなくて、医療保険で訪問看護ステーションを開設いたしました。これは前例がないということで、時間はかかりましたけれども、厚生労働省で認可を受けた訪問看護ステーションになっております。

そういった活動が、もしかしたら助産師、あるいは小児の専門看護師といったところの活動の枠になっていったらうれしいなと思っております。

そしてまた先生方ですね、関わってくださる先生方、本当に高齢で、精神科の先生ももう 2 カ月待ち、3 カ月待ちという予約枠の中で、夜 8 時過ぎまで必死になって外来診療をしておられます。そういった先生方も、私どもも含めて、支援する側も支援するシステムというのを、ぜひ県にリーダーシップをとって、そういったシステムも考えていただけたらうれしいなと思っております。

(本田委員長)

ありがとうございました。それでは、信大病院の病院長の花岡委員、お願いいたします。

(花岡委員)

せっかく皆さんお集まりですので、まず全く関係のないことから言いますが、今地方の国立大学の医学部が何と呼ばれているかと言うと、6 年間の合宿免許と言われております。合宿免許というのは普通運転免許のことで、大体 1 週間で取れます。それと同じ発想です。6 年間我慢して、免許だけ取って、どこか行ってしまふ。信州に残るなんていう意味は全くありません。そういう学生が非常に多いです。

ですから、税金で運営している国立大学の医学部をどうするのか。在り方ですよ。これもっと国民的な議論を巻き起こして考えていかないと、本当に地方の医療が崩壊するんじゃないかと、私、大変長野に危機感を持っています。

それで、本題に入りたいと思いますが、グランドデザインですね。私が常々申し上げていたところですが、かなりきれいにまとめていただいて、大変感謝申し上げます。

特に、最初のところで、県がリーダーシップをとると明記していただきましたので、ぜひリーダーシップをとっていただきたいと思います。医者をもとめるのは大変だと思います。すごく苦勞すると思いますが、やっぱりどこかリーダーシップをとらないと、なかなかまとまらない話だと思いますし、あとやはり全ての医療機関の理解と協力がないと進まない話だと思います。これから少しお話ししますが、大変な理解と協力が必要だと思いますので、そこも今参加している医療機関のみならず、県内の全ての医療機関に理解と協力を求めています。

それで、役割分担と連携に関してですが、広域型病院と地域型病院に分けていただきました。それで、やっぱり救急医療をどうするかという視点が極めて重要だと思いますので、私の認識だと、広域型病院というのは救急を断らない。言い換えると自己完結病院ですね、これが広域型病院だと思います。

一方地域型病院は、やはりかかりつけ医の機能を持たせるということです。かかりつけ医、地域密着型の医療を展開する。この地域型病院も、やはり役割分担が必要なんじゃないかと思います。

ここで1つ指摘しておきたいのは、先ほども御意見あったと思いますが、地域医療構想との整合性が見えないということです。私独自に理解すると、広域型病院は急性期と、地域型病院は地域包括ケアと理解していますが、それでいいのかどうかという点です。

あとは、先日、松本圏域で地域医療構想の調整会議を行いました。各病院出してきたのは、圧倒的に急性期が多くて、病床数も減っていません。地域医療構想、病床数の削減が大きな命題だと思っていたんですが、どうも県の説明だと、削減しなくてもいいというお話があって、ちょっとびっくりしたんです。地域医療構想をこの中にいかに落とし込むかです。それをしっかり考えていかなきゃいけないと思います。

すごく大事な視点は、広域型病院に、研修医、あるいは専攻医を集めて、ここで症例をどんどん稼いで、あらゆる診療科を回って、豊富な症例をもって専門医を取得する。これは極めて重要な点だと思います。

それについては、若い先生だけではなくて、指導医を集約しなきゃいけないんですね。この視点をぜひ入れてほしいと思うんですが、広域型病院に指導医を集約しないと回りません。ですから、地域型病院から指導医を引き上げて、広域型病院に配置すると、そういった転換が必要になってきます。そこを各病院に理解していただかないと、この構想は絵に描いた餅になると思います。

指導医も、今開業したりとか、あるいは県外に出てたりして、大変不足しています。指導医不足でも深刻な問題になっていますので、そこにもぜひ焦点を当てていただきたいと思います。

ただし、広域型病院に魅力ある指導医がたくさん集まれば、若い先生も必ず集まってきます。都会の有名病院に負けないような研修病院になる可能性がありますので、指導医を充実させる、そして若い先生を集める、それが広域型病院に求められている役割だと思います。

あと、県の奨学金をもらっている学生は、地域型病院に配属するというので、よろしいんですね。そのあたりもちょっと見えなかったものですから、指摘しておきます。

あと、最後ですけれども、先ほど下り搬送という話が出ましたが、ここが極めて重要で、本田座長はよくお分かりだと思うんですが、信大病院のICU、半数は長期入院患者で埋まっています。ひどいときは3分の2埋まっていた。1年以上ICUに入っていたという方もいます。出すところがないんですね。ここをぜひ解決していただきたい。それにはやっぱり、この地域型病院との密接な関連が必要だと思いますので、それによって広域型病院もうまく回ると思います。救急の受入れもスムーズにいくと思います。

下り搬送のところですね。今まではいかに断らずに受け入れるかという視点だったんですが、逆の視点で、今度逆紹介ですね。超急性期を乗り越えた患者さん、しかしまだ急性期にある、そういった患者さんをいかに下り搬送するか、逆紹介するか。そういったところもぜひ重点的に考えていただきたいと思います。



(本田委員長)

ありがとうございました。それでは、長野県の薬剤師会長の藤森委員、お願いいたします。

(藤森委員)

薬剤師会からは、薬物療法が適正であるように働きかけるのが使命だと思っています。なので、救急医療のアウトカムにあるように、住むところによらずという言葉がありますが、住むところによらず、医薬品がちゃんと提供されること、適正に、的確に、薬物療法が提供されることを目指しています。

それから、昨今病院に薬剤師が本当に不足してしまっていて、そこでも適正な薬物療法というのが行われなくなる危険性があるので、その確保というのが、非常に重要であると思います。

また平時はいいですが、災害時においても、ここに災害薬事コーディネーターという言葉が載っていますので、これもちゃんと緊急時に機能するように、県と協力して働きかけたいと、そのように考えています。

(本田委員長)

ありがとうございました。それでは最後に、長野県医師会長の若林委員、お願いいたします。

(若林委員)

グランドデザインの内容についてですけども、広域型病院と地域型病院というイメージという形の役割分担を進めていくという趣旨なら、非常にいいと思います。あまりこう、かちつとした形で決められないのは、皆さんおっしゃるとおりでございます。

まして長野県は医療圏によってかなり医療資源が変わってきますので、特に私の大北なんかも乏しいところです。だからやっぱりその乏しい地域での役割分担を、この図のようにきれいに分けるというのは無理だと思うんですよ。だけど、そういった地域にあっても、このグランドデザインに沿った形の大枠の取組を進めていくということは、やっぱり大事じゃないかと思います。

だから、県民の皆さんや行政、医療関係者が、それぞれがグランドデザインを念頭に置いて、地域の実情に合わせた取組を主体的に行っていくようになることが望ましい姿じゃないかと感じました。

(本田委員長)

ありがとうございました。

## 【その他】

### (1) 今後のスケジュールについて

(本田委員長)

それでは、次にその他に入りたいと思いますけども、事務局、まだ何か御発言ございますか。

(久保田医療政策課長、資料4により説明)

(本田委員長)

ありがとうございました。

その他、皆様から何かございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、会議を終了させていただきます。

## 【閉 会】