

令和6年度第2回群馬県保健医療計画会議 議事概要

日時：令和6年8月19日（月） 18：30～19：30

会場：群馬県庁 28階 281－AB会議室

参加者：別紙名簿のとおり

1 開会

2 健康福祉部長挨拶

3 新任委員の紹介

4 議長及び副議長の選出

5 議題：（1）第8次群馬県保健医療計画の進捗状況（令和5年度）について

事務局

- 資料1について説明

委員

- 「数値目標の状況」資料に記載されている成人の喫煙率男女計は、令和3年度が13.1%であり「目標に向けて前進している」と評価している。この数値は、県が実施した県民健康・栄養調査結果の数値（男性20.4%、女性6.1%、男女計13.1%）と推測されるが、協会けんぽ加入者の状況と乖離がみられるため、群馬支部の状況を報告したい。
- 令和4年度の群馬支部における35歳以上の喫煙率は、男性40.8%、女性15.7%、男女計約30.0%であった。これは1年間に健診を受けた35歳以上の男性約116,000人、女性約65,000人の喫煙習慣に関する問診結果を集計したものである。また、年代別では男性の40代が約45%と最も高く、次いで50代も同様に高い状況である。業種別では運送業就業者が47%と高い喫煙率である。
- 群馬県が示している喫煙率は20歳以上の集計であり、若年層は喫煙率が低い傾向があるために全体の喫煙率も低いとも考えられるが、群馬支部の喫煙率のデータでは、年代別や業種別によって楽観できない状況であることを示しており、喫煙率の削減に対しては、今後も手を緩めずに取り組む必要があると考える。

委員

- 若い人は、たばこを吸い始めない人が増えている。大学でも未成年者が喫煙するとそれだけでクラブ活動が止められたりする。
- 40歳以上の方は喫煙をやめない現状がある。また、加熱式たばこにシフトしてしまう状況である。
- 30ページの在宅医療の数値目標についてだが、往診を実施している病院・診療所数が増えな

い状況があるが、最近、在宅メインの診療所が増えてきているので、絶対数は増えないけれども、往診や訪問診療はカバーされているのではと思う。そういった視点も見ながらこの指標をどう評価していくのか考えていく必要があると思う。

議長

- 往診を実施している病院・診療所数は少なくなっているが、実態としてはそうではないのではないかという御意見があったので、実態を把握する努力をしたいと思う。

委員

- 子宮頸がんの検診受診率が下がったということだが、他のがんと比べて対象者が若い。そういった人達は働いていて、住んでいる地域とは別の地域で働いている。そういった中で、市町村の検診の相互乗り入れが行われていない現状がある。
- 若い人達が働いている地域で検診を受診しやすいよう、市町村相互乗り入れを進めていく方が良いと思う。

議長

- 子宮頸がんだけが相互乗り入れされていない状況か。

委員

- 他のがん検診であってもそういった方向にいけば受診しやすくなると思う。

委員

- 子宮頸がんについては、子宮頸がんのワクチンについても意識が低いと思う。啓発も含め、県と市町村が連携して、環境整備が必要と感じている。

議長

- 県としても、御案内かと思うが、HPV ワクチンの普及促進の推進について、県医師会の協力を得て、前向きな取組を行っている。子宮頸がん検診についても、一緒にやっていけたらと思っている。

（２）第９次群馬県保健医療計画の進捗管理について

事務局

- 資料２について説明

委員

- 心筋梗塞の例が記載されているが、心筋梗塞だけでこれだけの量の記載があるが、各疾病事業すべて管理するのか。

幹事

- ロジックモデルについては、５疾病６事業及び在宅医療それぞれにおいて、第９次保健医療計画策定時に御議論いただき、作成させていただいた。
- 今回は例として心筋梗塞を示しているが、５疾病６事業及び在宅医療それぞれの進捗状況等を示した上で、課題等の検証をさせていただき、会議で評価をお願いしたいと考えている。

委員

- 今までも 90 以上の項目で進捗管理していたが、それを更に細かく分類して、1 つ 1 つの問題点を出していこうという認識でよいか。

幹事

- それぞれの指標について、県が行う個別施策と目標に因果関係があり、効果として現れているかという観点も加えて、それぞれの指標について評価をしていくことになる。これまでの数字だけの評価から、事業、施策と、効果の因果関係を含めての評価をしていただくことを予定している。

委員

- 従来の目標値である喫煙率や搬送時間等の個別目標と、最終的な目標である「心血管疾患による死亡が減少」や「健康寿命の増進」を関連づけているが、このロジックモデルは苦労して作成したので、これに基づき進捗管理を行っていきたいと考えている。

委員

- 別表 1 について、C 最終目標の「2 心血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる」の目標値だが、健康寿命（男）、健康寿命（女）、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合が、全体として後退となっている。個々の目標値は、前進であったり後退であったりすると思うが、それぞれの目標値をスコア化して、全体評価をするのか。

事務局

- 個々の目標はあるが、包括的に捉えて各疾病事業で評価していただけたらと思う。

委員

- 精神疾患のロジックモデルだが、C 最終目標「精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域での平均生活日数」の目標値として、精神病床における新規入院患者の平均在院日数、入院後 3 ヶ月時点の退院率、6 ヶ月時点の退院率、12 ヶ月時点の退院率が記載してあるが、退院した患者の受け皿整備について記載がないがどうするのか。
- 厚生労働省が作成した原案に沿ってロジックモデルを県で作成したのだと思うが、受け皿をどうするかということがなく、退院させろという話しかない。受け皿整備を並行して行わないと意味がないと思うがいかがか。

幹事

- 医療だけで退院率を上げるのは無理があることだと思う。そういった中で、入院中の方が地域生活への移行を安心できるようにするために、地域では保健医療福祉の関係者で研究をして、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築ということで、連携体制の整備を進めているところである。
- 地域の受け皿をしっかり整備しないと、退院した方が、地域で自分らしく生活することが厳しいと思うので、地域での支援の充実と合わせて検討して参りたい。

議長

- 保健医療計画ということで記載内容に限界はあるが、精神障害者の受け皿としての体制整備も当然行っていかなければと県としても考えているので、平行して取り組んでいきたい。

(3) 2025 年に向けた地域医療構想の更なる推進について

事務局

- 資料 3 について説明

委員

- 地域医療構想は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つの病床の区分で進めているが、精神病床はなかった。2040 年に向けた患者さんの地域移行を考えたときに、精神病床も地域移行に入っていなければということで、方針転換する。
- 厚生労働省の精神障害福祉課と医療計画課の課長に申入れして、中央審議会で精神病床についても地域移行するということで、来年 3 月の中間報告では、地域医療構想に精神科病床が含まれる。そういうことを踏まえながら、群馬県も考えて欲しい。

議長

- これに対して、事務局で情報を把握しているものはあるか。

事務局

- 国のWG等を注視しているところであるが、来年度、国から、次の構想策定のガイドラインが示されると聞いている。ガイドラインをしっかりと確認しながら、群馬県での検討を進めて参りたい。

委員

- モデル推進区域の選定理由として、伊勢崎地域、藤岡地域ともに埼玉県との県境に位置することが挙げられている。伊勢崎地域、藤岡地域、埼玉県の本庄地域は非常に近く、本庄市は二次医療圏で非常に苦勞しており、毎年、本庄の保健所長が伊勢崎、藤岡に挨拶に来る状況である。伊勢崎地域と藤岡地域に埼玉県北部を含めて、モデル推進区域として考えているのか。
- また、技術的支援はいろいろな面で受けられると思うが、財政的支援は、あくまで再編統合により病床数を減らすことでお金が出るということで、これについては、地域で減床というところまで話ができていないと思われる。減床以外で財政的支援を受ける方法はないか。

事務局

- 1 点目について、モデル推進区域のルール上、伊勢崎地域、藤岡地域、埼玉県北部は一体ではない。ただ、埼玉県からの患者の流出入やそれを踏まえた医療提供体制構築が課題であるので、採択前の国との調整でも、埼玉県北部を含めたデータ分析等の技術的支援をお願いたいと申し上げてきた。その上で採択されたところなので、3 地域をセットで対応策を考える良い機会と考えている。
- 2 点目だが、国は再編統合ありきではないと言っているが、支援メニューとしては減床が

絡んでくる。2025 年に向けた地域医療構想の最終局面にあるが、スタート時から減床がキーワードになってきた。今回のモデル推進区域の制度でも、減床がキーワードになってはいるが、回復期転換といったメニューもある。

委員

- 伊勢崎地域は、県内では年齢が若い地域である。これから 2040 年にかけて 75 歳以上の人口が増加する。このため、これから 15 年くらいはある程度ベッド数が必要となる。その点を地域としっかり協議しながら進めてもらいたい。

6 その他

事務局

- 当日配布資料 1 ～ 3 について説明
(脳卒中・心臓病等総合支援センター、感染症関係、オンライン診療のすすめ)

委員

- オンライン診療についてだが、南牧村で行ったモデルケースは大賛成である。
- ただ、県内の患者について、東京のクリニックがオンライン診療を行って、適応障害の診断書を出した事例がある。東京のクリニックは、地域も知らない、勤務先も知らないという状況で、これで本当に患者の把握ができるのかと思う。
- 安易に診断書だけ出すだけという現状について、今後問題になると思うが、どうか。

委員

- 新型コロナの流行初期に患者が診療を断られたから、そういうことをなくすためにオンライン診療を始めたという背景がある。
- 新型コロナの患者が発熱して、オンライン診療で抗体検査も何もやらないで、薬をだすというのはおかしい話である。
- ビジネスモデルになってしまっているが、精神科の場合は、休んでいればお金がもらえるということで、うつ病の診断書をオンラインで書いて、投薬はせず診断だけして、傷病手当金を請求するクリニックがすでに出てきていて、非常に問題になっている。
- オンライン診療とオンライン処方がかっついて、オンライン診療所が発行するオンライン処方箋を調剤薬局に送ると、調剤薬局が調剤して、Amazon が配るというビジネスモデルが日経新聞で記事になっていた。1 回も対面診察をしないで医療行為が成立してしまう。オンライン診療で投薬された薬を飲んでおかしくなったときに、処方した医師に連絡がつくかという連絡つかないし、群馬県に住んでいる患者さんが東京の医師に相談しても、東京の医師ではどうにもならないので、近くの病院に行くよう言うだけである。

委員

- 最初は、医療機関と患者の自宅との距離が 30 分以内という制限があったと思うがなくなった。これは陰の部分で、こういう場で議論すべきと思う。

委員

- これは診療所のモラルの話だけではない。診療所を開設する場合は、1人の医師が終日診察するというのがモデルだが、建前だけの開設者を置いて、時間で医師にオンライン診療させる診療所がある。時間で働く医師が出てきており、医師のモラルも壊れてきている。

幹事

- オンライン診療については、医師と患者の信頼関係がベースにあり、かかりつけ医の先生を中心にやってもらうのが大前提と思っている。その前提の下で普及啓発を図って参りたい。

議長

- 課題としてしっかり踏まえさせていただきたい。

委員

- 脳卒中・心臓病等総合支援センターについては、循環器内科の石井英樹教授が音頭とりをして取り組んでいる。具体的には、情報提供、勉強会、公開講座など各種企画している。一方的に情報提供することから始まり、周知が進んだ段階で相談を受けるという順番になる。この後、いろいろな媒体を通じて広報していくので、機会があれば参加いただきたい。

7 閉会