

# 埼玉県地域保健医療計画（第7次）中間見直し（案）に対する ご意見・ご提言

埼玉県保健医療部保健医療政策課 企画・構想担当

FAX：048-830-4800

E-mail a3510-13@pref.saitama.lg.jp

ページ	ご意見・ご提言
<p>3 5</p> <p>3 6</p> <p>3 7</p>	<p><b>【 埼玉県依存症対策推進計画 】</b>に関連する以下の記述について</p> <p>「また、アルコールやギャンブルに限らずゲーム依存など様々な依存がみられることから、依存症全体として調和のとれた対策を推進していく必要があります」</p> <p>「(8) アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症など様々な依存症を包括的に位置づける埼玉県依存症対策推進計画を策定し、総合的な依存症対策の推進に取り組みます。」</p> <p>「(10) 「埼玉県依存症対策推進計画」に基づいた依存症対策を推進し、依存症の理解の促進を図るとともに、相談体制の強化、医療機関をはじめとする関係機関との連携構築、回復・社会参加に向けた支援を行います。」</p> <p>などあります。</p> <p>→ （意見） 今年9月～10月20日までに「埼玉県依存症対策推進計画」に対して県民コメントの募集が行なわれたところです。</p> <p>この計画案の中では、上記（8）に例示されている「アルコール依存症」「薬物依存症」「ギャンブル等依存症」に対して、「今後とも依存症に対する専門的な医療が提供できる体制を整備し、専門的な治療の提供、人材の育成等を図り、依存症治療拠点機関・依存症専門医療機関の周知、整備を図っていきます」</p> <p>と述べられていますが、現状の専門医療機関はアルコール依存症で5件、薬物依存症で2件、ギャンブル依存症で3件、といずれも大変に少数であり病院ばかりです。地域に身近な診療所・クリニックの紹介は1件のみしかありません。また、ゲーム、たばこに関する依存症については、専門医療機関の紹介がありません。</p> <p><u>依存症対策推進計画における補強も必要と思われませんが、今回、地域医療推進計画も追記修正が検討されているようですので、せめて、(10)における追記案の箇所に、「担当医療機関、担当する医師、をそれぞれ増やす」ことを追加し、埼玉県の計画の中に、依存症の担当医療機関数や担当医の増加、増員計画について記述ください。</u></p>
<p>4 1</p>	<p>第7節 新型コロナウイルス感染症対策</p> <p><b>【新型コロナウイルス感染症対策 全般】</b></p> <p>→ （意見①） 新型コロナ感染症が終息していない現状で、地域保健医療計画へ追加記述することは困難であろうかと推察しますが、<u>これまでの経験を踏まえ、今後の埼玉県における対応方針と計画を積極的に示してください。</u></p> <p><b>【保健所の増設、マンパワー増強、業務負担の軽減について】</b></p> <p>→ （意見②） 感染症法に対応する行政機関として「保健所」に多くの業務が集中していたため、「検査」の紹介・受け入れ対応など、感染症の発生当初より業務がパンクし、医療機関からの電話照会にも対応できない時期が続きました。</p> <p>その後2021年夏の第5波における自宅療養者に対する医療提供観察事業で顕著となりましたが、自宅療養のまま亡くなってしまった県民や、モニタリング業務の外部委託によって発生した事故、など県の体制不足に起因して生じたものといえます。</p> <p><u>しかしながら、今回の計画への追加案の中で、保健所の業務・役割を支えるマンパ</u></p>

ワー増強計画や、保健所数そのものの増加、または、保健所の業務・役割を限定し現在のマンパワーで凌いでいく計画とするかなどが明示されていません。

4 3 「2 現状と課題」では「保健所への過重な負担の軽減が求められます」とありま  
4 4 す。「3 課題への対応」では、保健所の業務負担の軽減とあり、「4 主な取組」で  
4 6 は「保健所の体制強化」とあります。

→ (意見③) 体制を強化しながら業務負担を軽減することですので、より具  
体的な計画や方向性などを追記してください。地域保健医療計画の他課題と同様に、  
計画の具体化が必要です。また、保健所の設置数は国の基準では足りません。国基準  
の一方で本県独自の設置計画などを示し、体制を強化してください。

4 5 → (意見④) 4 5 頁には、国が2024年度から開始する第8次医療計画において  
新型コロナウイルス感染症を踏まえた対応を「新興感染症等の感染拡大時における  
医療として位置付ける予定」「本県においても、次期計画策定に向け、国の動向を注視」  
とありますが、これらを待つことなく、埼玉県として可能な準備や整備をしてくださ  
い。

#### 【感染者の受入れ医療機関を、感染者の受入れ病床を持つ病院へ補足】について

4 2 4 2 ページ4 行目 「また、感染者の受入れに当たり、診療や感染防御対策に課題を  
抱える医療機関も少なくなかったため、感染症専門医や県看護協会の感染管理認定看  
護師の協力を得て、これらの医療機関への技術的支援や助言を行っていただいたところ」  
「今後、各医療機関において、感染症専門人材をはじめとする医療人材の確保や医  
療機器の整備、感染防護具の備蓄など、平時から備える必要があります」

4 4 「(3) 感染症専門医や感染管理認定看護師が配置されていない医療機関に対して、感  
染症対策に精通した感染症専門人材を育成・確保します」

4 5 「(5) 感染症専門医や感染管理認定看護師が配置されていない医療機関に対する感  
染症専門人材の育成・確保」と記述があります。

→ (意見) 医療機関と表記があるが、「重症患者受入れ病床を持つ病院」「受入れ  
病床を持つ病院」等として、医療機関を特定した記述により意味合いを正確にしてく  
ださい。外来や在宅医療等で感染患者に対応する医療機関も患者を受入れております  
が、専門医の配置や認定看護師の配置など迄を必要とされていないものと推察します。

#### 【検査体制を確保】について

4 4 4 4 ページ1 行目 「検査需要に対応できる検査能力を確保できるよう体制を構築し  
ます」とあります。

→ (意見) 政府が感染拡大時期においては無症状者でも県の判断で無料で PCR 検  
査や抗原検査を受けられるようにする方向と、第6波に向けた調整中と言われていま  
す。県が指定する施設で実施する想定で、無症状の状態での検査数を増やすことで感  
染者を早期に把握し、感染拡大を防ぐ、という政府の方向性に沿って取り組みを計画  
ください。

#### 【宿泊療養施設等の医療担当者】について

4 4 「(5) 患者推計に基づき、必要となる病床数の確保や一般医療との両立を図る体制を  
平時から構築するとともに、宿泊療養施設の確保を図ります」「(6) 宿泊・自宅療養  
者が安心して過ごせる仕組みを構築します。」とあります。

→ (意見) あまりに記述が淡泊です。新型コロナウイルス感染症では、中等症の  
感染者であってもやむを得ずに自宅で療養せざるを得ない場合が発生しましたが、入

院できる臨時施設の確保を計画に含め、自宅療養を前提とすることがないようにしてください。家庭の状況により家庭内隔離は困難である場合も多くあります。

宿泊療養施設における医療提供の担当者の確保策も検討ください。

平時における在宅医療担当機関は、本地域保健医療計画に明示されているとおり、既に多くの役割が課せられており、しかも担当する医療機関が増えていない状況に明らかかなように多くの負担が集中しています。感染症の体制確保計画の策定においては、平時に在宅医療を担当している医療機関からの協力を前提とせずに、医療提供体制の確保を検討ください。

#### 【「かかりつけ医」を「かかりつけの医師」等に修正】について

4 7 4 7 ページ 1 行目 「(8)かかりつけ医や宿泊・自宅療養者支援センターによる療養者の医療体制の強化」とあります。

→ (意見) 「かかりつけ医」との表現は、現在、様々な意味合いにて用いられています。政府や医師会でもそれぞれ異なる定義や意味合いにて使用されています。患者が日常的に受診しており患者の病状等を理解していたりする医師や医療機関であれば、「かかりつけの医師」などと改めていただくと、誤解が少なくなります。本地域保健医療計画で、他の箇所でも「かかりつけ医」との表現がありますが再考のうえ、本県施策においては、「かかりつけの医師」等とすることも検討ください。

#### 【新型コロナウイルス感染症／パンデミックに備えた体制計画の不足について】

5 9 第 3 章 在宅医療の推進

6 7 第 4 章 医療従事者等の確保

→ (意見①) 今般の新型コロナ感染症への対応で、自宅療養者や宿泊施設療養者に対する医療確保策として、在宅医療を担当する医療機関へ往診依頼等がありました。3章における「1 目指すべき姿」に記述のとおり患者の日常を支える医療として在宅医療は実践されています。日常の在宅医療提供体制と、感染拡大時における医療提供体制への備えは別のもといえます。

第 3 部第 1 章の 7 節における宿泊施設療養者に対する医療担当者の確保策や計画、見直しなどについて記述を追記してください。

→ (意見②) 医療従事者等の確保の中で、感染症の担当者を確保することについて計画追記ください。

#### 【在宅医療等における看護師等とのオンライン診療】について

6 4 「さらに、在宅で療養する患者に対し、訪問看護師等のサポートを得るなど効果的なオンライン診療を推進していきます。」とあります

6 5 「(3) 訪問看護師等のサポートを得るなど効果的なオンライン診療の普及」とあります

→ (意見①) 現在政府の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」が定期的開催されており、新型コロナ感染症以降、2021年10月までに10回を数えます。検討会は「オンライン診療の適切実施に関する指針」(2019年一部改正)について見直しや詳記等が審議がされているが、「オンライン診療」という文言が1人歩きし、社会全般で様々な印象が拡散されていることに対し、定義づけや医療上の効果や限界性を確認するなどにより、医療現場において適切に導入をはかろうとしているところです。

今回、地域保健医療計画の中に埼玉県が追記しようとしている記述では「オンライン診療」の言葉の1人歩きや誤解が助長されかねません。

訪問看護時における「オンライン診療」は「D to P with N」として、上記指針中の「患者が看護師等といる場合のオンライン診療」において規定され、その中でさらに、「最低限遵守する事項」が引用されるなど、大変に繊細に規定をしているものです。

現在、この繊細な記述について国の検討会が審議中であるところの一方で、埼玉県が地域保健医療計画の中で、淡泊に記述を挿入することは避けるべきです。

→（意見②）仮に、地域保健医療計画の中に記述をするのであれば、「効果的なオンライン診療」について、国の指針を引用のうえ、埼玉県としての解説、例示等を添えることが、最低限必要です。

また「推進」の主体はドクターなのか、診療チームなのでしょう吗？

「効果的」の語は「オンライン診療」に係るのか、「普及」に係るのでしょうか？

いずれにせよ、オンライン診療そのものの安全性や有用性が立証されている疾患は現時点で限定的であり、対面診療で得られる情報の優位性は揺るぎません。多くの疾患について医学的根拠に裏付けられていない状態で、オンライン診療推進ありきの方向性には問題があります。埼玉県の本追記は、そうした不用意な推進イメージを後押ししている印象を与えます。

### 【ジェネリック医薬品の安定供給と品質確保を揺るがす事件】について

7 0 第3節 医薬品の適正使用の推進

ジェネリック医薬品の数量シェア 目標値80.0%以上（令和5年度末）

（第6部 医療費適正化計画）

7 3 「国においては、患者や医療関係者が安心してジェネリック医薬品を使用できるような環境整備を図っているところですが、本県における令和2年（2020年）3月現在の数量シェアは81.3%となりましたが、市町村別、年齢別にみると80%を達成していないところがある状況です。

要因の一つとして、ジェネリック医薬品の品質に対する県民や医療関係者の信頼が高いとはいえない状況にあることやジェネリック医薬品の安定供給及び情報提供体制に関する問題点も指摘されています。」とあります。

→（意見①）73頁の上記の波線アンダーライン部分は、昨年来より生じているジェネリック医薬品メーカーの製造手続き上の不正や、そのことに起因する供給不安定、突然の製造中止、自主回収、流通の滞りなど、現場に大きな障害を起こしてきている事態が鑑みられていません。2021年5月から8月末までの間に出荷調整中の医薬品が2.6倍（2220アイテム→5885アイテム）に増加しているとの報告もあります。また、ジェネリック医薬品の供給回復には数年かかるとみられています。

ジェネリック医薬品の工場では、製造ラインを共有して多種の医薬品を製造しているため、メーカーは膨大な数量のすべての製品の在庫量を維持することが難しいとしています。

品質に関しても一般に、製造管理および品質管理において求められるGMP（Good Manufacturing Practice：医薬品の製造管理及び品質管理の基準）については先発医薬品とジェネリック医薬品で違いはないとされますが、今回発生した事態は当該企業のGMP軽視が長年来糊塗され続けていたことに起因しています。2021年の地域保健医療計画版であるからには、何かしらの記述が必要です。

→（意見②）自主回収などで供給不足の事態まで起きている時期に、「80%に達していないところ」を殊更強調する記述は不要です。国が示している達成目標の一方で兼ねてより問題視されてきたことの改善が急がれます。

そもそも現在使用しているジェネリック医薬品の「適正使用」の本質は、医学的、



治療的というより経済面を優先したものであり、疾患治療における「適正」とは一線を画しています。

現にジェネリック医薬品による、治療効果の低減や先発品に無い副反応、それに伴う疾患の増悪は、現場で経験されています。また、医師の処方裁量権の侵害という側面も看過できません。

「達成」時期という、「ありき」の方針そのものが地域保健医療計画において適当なのかも問われます。

#### 【健康マイレージに関する評価記載】について

74

「(1) データヘルス計画に基づく保健事業実施・展開市町村数(市町村国民健康保険実施分) 現状値49市町村 → 目標値全63市町村(※)

「※ 平成29年度末で全63市町村がデータヘルス計画を策定し、計画に基づき保健事業を実施しています。」とあります

→ (意見) データヘルス計画の一つの事業である、「健康マイレージ」については、県議会で「事業開始当初の目標を大きく下回っており、かつ下方修正した目標参加者数にも達していない状況である。これまでアプリの活用や様々な取組を行っているものの、登録参加者数や県民参加の機運の向上につながっておらず、事業効果に懸念がある。ランニングコストと事業効果を含め、事業の在り方について再度検討すること」と指摘もされているとおり、今回の計画において、見直しに関して言及が必要です。

こうした事業は、参加した住民には効果があるかもしれませんが、参加者は限定的であり、住民全体に対して効果が及んでいないといえます。「ヘルスケアポイント」も構図は同じといえます。

今回、わざわざ敢えて「※平成～」の記述を入れるのなら、現状について本計画の途中経過として記述することが、県民や計画に関わる全員にとって有意義なことと思われます。さもなければ、「※平成～」は追加しない方がよいと思います。

ご住所(法人等の場合は主たる事務所の所在地)

〒 330-0074 さいたま市浦和区北浦和4-2-2 アンリツビル5F

お名前(法人等の場合は名称及び代表者の氏名)

名称 埼玉県保険医協会

代表者 理事長 山崎利彦