

第2回 長野県医療審議会 保健医療計画策定委員会 会議録（要旨）

1 日時 平成29年2月10日（金）午後4時から午後5時15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 伊澤敏委員、井上憲昭委員、上原明委員、大澤麻美委員、奥野ひろみ委員、春日司郎委員、唐木一直委員、久保恵嗣委員、関健委員、関隆教委員、園原規子委員、竹重王仁委員、竹前紀樹委員、日野寛明委員、細谷たき子委員、本郷一博委員、宮坂圭一委員、三輪百合子委員、山田一尋委員、吉岡二郎委員
（欠席 牛越徹委員、保谷ハルエ委員）

長野県 健康福祉部長 山本英紀、衛生技監兼保健・疾病対策課長 小松仁、健康福祉参事兼健康福祉政策課長 清水剛一、医療推進課長 尾島信久、国民健康保険室長 蔵之内充、医師確保対策室長 牧弘志、介護支援課長 井上雅彦、薬事管理課長 斉藤邦昭、医療推進課企画幹兼課長補佐兼管理係長 柳沢由里 他

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（1）長野県医療の目指す方向について

（久保委員長）

では第2回の保健医療計画策定委員会を始めます。既に各委員にはワーキンググループに入っ
ていただいて、第1回のワーキンググループが既に終わっているかと思えます。今後、策定に向
けて検討が始まりますけれども、今回は第2回ということで、今回の主な目的は、各委員の先生
方から、長野県の医療のあるべき方向性についてご意見をいただきたいと思っておりますので、
よろしくお願いします。

それでは、お手元の次第に従いまして進めます。まずは県から資料1～4まで説明をいただき、
その後、主に医療の目指す方向について各委員の立場から、あるいはワーキンググループの立場
からご意見をいただきたいと思っておりますので、お願いいたします。ではまず、資料の説明を
お願いします。

（清水健康福祉参事、資料1～2、尾島医療推進課長、資料3～4を説明）

主な説明内容

資料1

- 現総合計画では保健医療に関する7つの計画を一体的に策定しており、保健医療関係の個別計
画を統一したことで県の施策の方向性が明確になるなどの効果が見られたため、次回も一体的
な総合計画としての策定を考えている。
- 次期計画での主な変更は、計画期間を5年から6年にしたこと、アルコール健康障害対策推進
計画を新たに盛り込むことなど。
- 一方、これまで入っていた自殺対策推進計画は、保健医療だけでなく労働、教育、福祉その他
関係施策と有機的な連携が必要であり、計画期間も異なるため別計画とする。
- 個別計画の検討状況の情報共有及び目指すべき全体の方向性を検討するため、平成29年度に各
検討組織の代表者による合同会議を開催予定。

資料2

- 現行の信州保健医療総合計画では、目指すべき姿として「長生き」から「健康で長生き」を掲

げている。現行計画を参考に、次期計画の目指すべき姿についてご意見をいただきたい。

- 県では「健康で長生き」を実現するため、健康づくり県民運動（信州ACE（エース）プロジェクト）を推進するとともに、地域医療再生計画やその後の地域医療介護総合確保基金による医療提供体制の充実・強化の取組や信州医師確保総合支援センター、ナースバンク事業等による医療従事者の確保、医療と介護との連携などを推進しているところ。

資料3

- 長野県の人口構造、出生率、死亡率、死亡原因、平均寿命、傷病別患者数・受療率、保健医療施設・保健医療従事者の状況、医療圏、基準病床数及び既存病床数の状況等を説明。

資料4

- 資料4-1「第6次長野県保健医療計画の進捗状況の評価について」により、施策区分ごとの評価結果を【総合分析】欄を中心に説明。
- 評価の対象とした531項目中、約50.5%の項目（268項目）について、計画が「順調」又は「概ね順調」に推移している。一方、「努力を要する」とされた項目は、約18.3%（97項目）となっている。 など

（久保委員長）

どうもありがとうございました。何かこの資料について質問等ございますか。

（竹重委員）

2点ほど質問させてください。資料2の5ページですけれども、(3)の医療費の適正化の2段落目、「しかしながら」から始まる部分で「10歳から30歳代の一部の年齢層では、1人当たりの医療費が全国平均を上回る」という、「若い時からの健康づくり」という、それはどういう内容かご説明いただきたいと思います。

（久保委員長）

今、わかりますか。

（清水健康福祉参事兼健康福祉政策課長）

すみません、細かいものを持ってきていないものですから、後ほど、ご説明したいと思います。

（竹重委員）

もう1点、お願いしたいと思います。資料3の12ページです。一般診療所の数がありますが、有床診療所は全国的には2000年に比べると2015年が17,000から7,000に減っているんです。医師会として、有床診療所は大事な医療資源と考えていますので、このデータに一般診療所だけでなく有床診療所も入れられないかどうか、そういうデータがあるのかなのか、その辺をお教えください。

（尾島医療推進課長）

それについても、確認をさせていただきます。また次回の策定委員会等でできるものはお示しをしたいと思います。

（久保委員長）

よろしいですか、どうぞ。

(細谷委員)

資料2の4ページの健康長寿世界一の信州を目指しての四角の中の4番目のポツに「医師、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士等の専門職種」に「等」とありますけれども、地域の保健医療活動は訪問看護師も含めて、あるいは地域包括支援センターでは看護職もかなり多くいますので、ここで保健師だけというのはまずいかなと思います。どういう意図でしょうか。

(尾島医療推進課長)

資料2の4ページの四角の中ほど、「医師、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士」、そこでよろしいでしょうか。

(細谷委員)

そこです。保健師の後に続けて看護師を入れていただけないかという。

(尾島医療推進課長)

これは現行計画のもので、次期計画では気をつけて、確認をさせていただきたいと思います。

(久保委員長)

ほか何か、どうぞ。

(井上委員)

資料1の今後の予定の丸の2つ目で、高齢者プランと障がい者プランは別にするというんですけれども、今後、政府も両方のことを言っているんですけれども、長野県は依然として、2つの計画を分けたままでやられるんですか。

(山本健康福祉部長)

今は冊子としては分けることを考えております。当然、共通の部分があるので、内容自体の整合性は十分考えていきたいと思っておりますけれども、何でも一つの冊子ということが必ずしもいいわけでもないとも思っておりますので、現時点ではそう思っておりますが、必要に応じて検討させていただければと思っております。

(井上委員)

基本的には、両方、両者が非常に関連があるし、結びつけていけないところが多いという発想ではあるんですね。

(久保委員長)

ほか、よろしいですか。

では、最初に案内しましたように、資料1から4を踏まえまして、長野県の医療の目指す方向性につきまして、各委員から意見発表をお願いしたいと思います。主に医療の目指す方向性についてお願いします。

今日は委員が20名おられますので、できれば一人2分にさせていただけると、3分ですと1時間かかりますので、2分以内で意見発表をお願いしたいと思います。

では、関会長さんからお願いします。

(関(隆教)委員)

先ほどは地域医療構想の策定委員会をおまとめいただきましてありがとうございました。

今、言われている病床の機能区分ですね。高度急性期は急性期に落とす、急性期は回復期に落とす、回復期は慢性期に落とす、慢性期はできるだけ自宅へ持っていきとなっていますけれども。最後の慢性期から、広い意味での在宅への移行に対する、国もはっきりした施策を示していないし、これからだんだん高齢者が増えていくと一番その辺が大きな課題になってくるんじゃないかと思うんですね。そこのところを、まあ国は国で行きますけれども、私ども長野県の特色としてはどういう対応をしていくのか、これを本当に真剣に考えていく時期に来ているんじゃないかと思しますので、ひとつよろしく願いいたします。

(細谷委員)

地域連携についてかなり不安があるんですけども。診療報酬が入って地域連携とかがいわゆる退院支援の面も含めまして、実際に医療ケアが多く、そして在宅に、あるいは施設に連携するときの受け皿がかなり不足して、例えばここではがんとか糖尿病とかとっていますが、がんの患者さん、整形の患者さんも退院するときにはひとり暮らしの人が多くなっているし、それから経済的に苦しい人も多くなっているし、受け皿の施設がないということで、かなり困っている現状が地域連携にあるということを経験しました。

そういうことで、在宅の強化もいいんですけども、医療のケアのある人は福祉施設では受け入れてもらえないんですね。だから、そこを充実する方向で検討いただきたいと思っております。

(本郷委員)

この計画、基本的には非常に妥当なものだと思います。健康寿命の延伸ということで、健康と疾病の予防という2つの基本があると思うんですけども。

総論的な話にはなるんですが、どこの医療機関でも全ての疾患を診ることはできない、これは当然で、それぞれの医療機関ごとに特徴を出すということ、供給体制というのは有限なものですから、それをきちんと認識することが必要かと思えます。

長野県内では、我々信州大学、それから県内の多くの施設がかかわって、患者さんに同じ検査をする必要がないようにということで、ICTを使ったメディカルネットをやっているんですが、それがまだまだ十分生かされていないので、もっと県としても大きく推進するようにしていただければ有効に活用できるんじゃないかと思えます。

それから医学部附属病院は、高度医療を提供しつつ開発ということをやりながら教育機関ということで、優秀な医師、医療人を受け入れて教育指導を全県下にということをやっています。県で奨学金をと今やっていますけれども、当然、総合診療は必要ですし、もう一方、それぞれの専門領域の専門医も必要ということで、うまく両立させないといけない。専門医も各地域には必要なくても、長野県内のどこかで必ずかかれるようにということは必要だと思うので、奨学金を受ける研修医、学生研修医が希望する、どこの専門科領域でも行けるようにということはぜひ配慮していただきたい。借りようとする学生にもわかるようにということはこの場でもぜひ申し上げさせていただきたいと思えます。以上です。

(三輪委員)

看護協会の三輪です。基本方針の4項目はとても重要なことですし、特に自助、共助、それから地域全体で医療を支える体制の構築は、地域包括ケアにとって大切なことだと思ひまして、このような書き込みはいいと思ひます。

看護に関することでは、看護職の従事者状況では全国比を若干上回っていますが、現場での充足感はありません。非正規では入院期間短縮による入退院への対応、慢性期では在宅復帰へ向けた調整、訪問看護を含めた在宅領域では24時間体制の負担感があると思ひます。市町村の保健師の確保は課題ですし、助産師の偏在、それから訪問看護師、特に中山間地域での不足は課

題となっておりますので、出向システム等の活用も一つの方法かと思えます。

看護人材確保・定着については大きな課題ですので、今後、ナースセンター、ハローワーク、県の勤務環境改善支援センターと連携しながらの取組を考えていければと思っています。以上です。

(吉岡委員)

長野赤十字病院の吉岡です。私は救急災害のワーキンググループに属しています。5疾病5事業の中で救急事業を担当するわけですが、これ見ますと平成30年から35年ですから、西暦でいうと2018年から2023年ですね。2025年に向けた道程の中で少子高齢化が一層進み、認知症の患者さんが多くなっていく中での救命救急を考えていかなければいけないというのは、今までと違った内容が入ってくるのではないかと思います。

世界の中で高齢者、あるいは認知症が多い社会での救急医療というのはどういうものかというのが、参考となるものがあるかどうかはわかりません。多分、日本が一番少子高齢化が進んでいますので、他にはないと思いますけれども、このワーキンググループで高齢化社会、認知症の多い社会での救命救急のあり方というものを少し考えてみたいと思っています。以上です。

(奥野委員)

予防の視点からですが、今、様々なところで重症化防止ということで健康診断等が行われていますが、全国でも企業の健診だと約7割以上が健診を受けていますが、国保の方は3割にとどまっていると言われています。この人たちが糖尿病の予備軍になったりということで、医療の問題と非常に直結しているところがあると思います。

そのあたりでは、保健や医療の枠では対応できないような様々な問題が生活者の中にたくさんあるという視点で、ぜひ様々な検討をしていければと思っています。

(園原委員)

栄養士会でございます。先ほどもご報告がありましたが、健康づくりでは概ね順調にいろいろ県の施策が進んでいて、それを県民の運動として進めているという状況なので、これをそのまま継続していくというところがございます。

もう一つ、医療従事者の養成確保では、来年、県立大学が開校するわけですが、そこに管理栄養士の30名の科ができますので、それから5年後ですね、養成されて社会に出てくるときに、県立大学ですので行政で門戸を開いていただいて、ぜひ就職ができるようにしていただきたいと思っています。

たまたま、在宅ワーキンググループに入れていただいているわけですが、介護支援課にも追々管理栄養士を置いていただけるような方向で、ご尽力をお願いしたいと思っています。

もう一つ、市町村への管理栄養士の配置もなかなか進んでいないようですので、これも在宅を進めるに当たってネックになっているところかと、今、アンケート調査を始めてみて気づいているところですので、よろしくお願ひしたいと思っています。以上です。

(竹重委員)

前回の6次計画については、日医の会議とかいろいろな会議等で非常にお褒めの言葉をいただきます。長野県の計画は立派だということは自分のことのようにうれしいんですが、このお手元にある冊子のことも非常に褒められますので、今回もぜひ、久保委員長さんのもとでいい計画ができればいいなと思っています。

2点だけ指摘したいのは、1点目は、先ほど井上先生もお話くださったけれども、要は医療計画だけでなく、介護保険事業計画とのすり合わせ、医療・介護という部分について、後で

資料にも整合性であるとか協議の場ということが出てきますが、そういうことについてしっかりどう考えているか、県の考え方を聞かせていただきたいと思います。

それからもう一つは、5疾病5事業のほかに、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）であるとかフレイル（加齢に伴い身体の予備能力が低下し、健康障害を起こしやすくなった状態）であるとか、そういうものも加えろというようになっていきますので、こういうものについてはこのワーキングで話し合っていくのかということとはきちんと決めたほうがいいと思います。以上、2点だけ指摘します。

（宮坂委員）

在宅医療の立場からですが、今、現状では在宅というのが自宅の場合と施設の場合が増えていきます。実際に私の場合もそうですが、在宅が自宅よりも施設のほうが増えだん多くなってきたという実態がありますので、そこら辺は分けて考えていく必要があると考えます。

それから在宅の中で今回も数字が出てこなかったんですが、訪問リハビリとか通所リハビリの理学療法士、作業療法士がどの程度いるのか。先ほどのフレイルの問題もありますけれども、理学療法士、作業療法士の方たちの実態をぜひ挙げていただけないかと思います。

それから現実的な問題でもう検討に入っていると思いますが、認知症サポートの問題で運転免許証の停止という問題が出てきますので、専門医としての精神科の先生が足りないという中で、認知症サポート医がどういう働きをするのか、また停止された後の生活をどうするのかという部分についても、ワーキングで話をさせていただけないかと思っております。以上です。

（山田委員）

歯科の立場でお話させていただきたいと思います。超高齢社会になりますと、要介護の方だと思われるんですが、長野県、非常に広うございまして、例えば今回の資料でも大北、木曾、北信とか、そういったところは歯科医師が少ないという状況で、歯科医師が少なく広い土地になりますと訪問歯科診療が手薄になりまして、そういった地域での対策ということが大事になるんじゃないかと思っておりますので、そういった実態を調べていただきたいと思います。あと衛生士の方につきまして概ね順調ということで、資料4-1の7ページに記載されているんですけども、こういったものは地域全体としては概ね順調なのかわからないんですが、例えば木曾とかでは、歯科医師と同じように不足していて、訪問のときに大変な状況ではないかと思っておりますので、そういった数字がもしわかるのであれば、示していただければと思います。以上です。

（関（健）委員）

今回も総合計画になるということを非常に評価したいと思います。その際に先ほどヘルスプロモーションということがあったんですけども、オタワ憲章とっているんですけども。このヘルスプロモーションの最終的な目標は幸せになるということなんですよ。だからここでも長生きから健康で長生きと言っているんですけども、本当の目的は幸せであるということです。それで「しあわせ信州」という、せっかく、そういう定義もあるので、ぜひ今度の計画は「しあわせ信州 保健医療総合計画」にしたらいんじゃないかと思っております。ただ長生きしたってしょうがないんです。幸せというものを追求するのが計画では一番大事な部分かと思っております。

それからもう一つ、先ほど薬局が非常に増えているということがあったんですけども、これはチェーン薬局がすごく増えていることと、増えていくとどんどん医療費が増えますので、これはあまり喜んでられない。薬剤師会の日野さんもいらっしゃるんですけども、その辺は何とかしてほしいと思っております。以上です。

（井上委員）

基本方針の4つ目の丸に、医療と介護・福祉との連携ということがありますが、現実

的には、いろいろ問題もありますけれども、医療と高齢者福祉との連携というのはかなり進んできているし、これからも進むと思うんですが、一番問題になるのは、地域における障がい者福祉との連携というのがあって、医療と福祉と介護とですけれども、それが障がい者福祉の場合、特に18歳から40歳までの人たちの、施設入所が県の中でも偏っているということで、地域包括ケアの中で、地元で育った人がそこで介護を受けられるという状況ができていないんですね。そこらの問題を、県としては独自で柔軟性のあるようなものをつくっていただければ非常にありがたいというのが一つ。

もう一つは、簡単に健康で長生きと言いますが、全員どこかで死ぬわけで、その前の何年間かはだめになるときがあるんですから、この中に平穏死とか、そういうような状況のことは一つも書かれていないんですけれども、いい死に方ということについての検討も入れていただきたいと思います。

(唐木委員)

行政の立場であります。行政は、住民の生活を守っていかなければいけないということが一番の基本になります。そのためには地域医療をどう充実させていくか。どこに住んでいても安心して医療が受けられる、そういった体制をつくっていかねばならないと思っております。

そういったことを考えると、医療の偏在の解消はぜひやっていただきたいと思えますし、基本方針にいろいろ書かれておりますけれども、行政がかなりかかわっていかねばならないことが多いかと思えます。生活習慣病の予防だとか健診等々、本当に今、悩んでいるところであります。いくら訴えてもなかなか住民の皆さんが受けてくれない。それから医療、介護、連携が必要と言われておりますけれども、介護の部分では最終的には介護保険法も改定されて要支援1、2が市町村の事業におりてくるわけでありまして。そういった中で地域でどう支えていくか、これもなかなか難しい問題があります。

口で言うことは簡単でありますけれども、実際にやっていくとなると大変なことであり、そんな行政の悩みも理解していただければありがたいと思えますし、行政的には医療費が増加して本当に財政的にも大変になってきております。特に国保財政は、これはどうしたらいいんだろうかという思いもあるところであります。私の村は15,000人の村でありますけれども、国保の赤字補てんへ1億円近く入れなければならないと、これも住民の生活を守るためにはできる限り、あまり上げたくないという思いもあります。そういった財政的な部分の体制というのも必要という思いがありますし、今、いろいろ皆さんのお話を聞いていますと、管理栄養士、うちの村にはおりますけれどもなかなか人数を増やせないという事情もありますので、福祉、介護部分はその辺も酌んでしっかりと財政サポートをしていただくことをお願いしたい。そういったことも強く訴えて、見直しをしていただければありがたいと思えます。よろしく申し上げます。

(大澤委員)

私は小児周産期のワーキンググループに属しておりますので、患者を持つ親ですので、患者の立場という意見が多くて、まとめていくのは難しいかもしれませんが、心臓病の子どもはいまだに100人に一人の割合で、出生率が下がっても生まれていますので、人数的にはずっと変わらないで、障がいを持つ子が生まれる率が高くなっているという言い方のほうが正しいのかなと思えます。

その中で、医療の進歩で大人になっていけるようになりましたので、第6次長野県保健医療計画を策定する際に、成人しても診ていただける場所が長野にはなかったもので、信大とこども病院にお願いして実際にできたんですけれども、そのための文言を第6次のときに「心臓病だけではなくて慢性疾患を持っている糖尿病のお子さんやがんのお子さんも、大人になっても診れるように」というような文言をこの中に実際に入れていただいて、その結果が一つ信大にセンターができたというので、全国的にもすごく注目されています。

先ほど竹重先生がおっしゃったように、全国に行ってもすごくいい計画だと言われているよう

に、そうやって長野県のセンターが全国でもすごく素晴らしいと評価されているので、ここでできた何かが後退していかないように、今後7次の計画を立てていけるようにしたいと思っています。

(上原委員)

保険者協議会です。私からは健康づくりの観点から一言。

これまでそれぞれの保険者が健康づくりに取り組んできておるわけですが、いろいろなセミナー、それから講演、参加者は結構たくさんいらっしゃいます。でも問題なのはそこに参加していただけない人たちがかなり多くいらっしゃるんですね。ここに対してどういう働きかけをするかというのは、まさしく医療云々というよりも地域をどうやってつくっていくのか、あるいは県庁の組織で言えば、組織横断的な健康づくりのシステムをどうやって構築していくのかということがかなり大きなウエイトを占めるんじゃないかと思います。ぜひ、その観点で健康づくりに取り組むようお願いできればありがたいということが1点。

それから、これは医療連携になるのか医療費適正化になるのかわかりませんが、私どもの28年5月のレセプトデータを調査しました。これでわかったことは、調剤薬局をどの程度利用されているかということですが、レセプトの4割の方が複数医療機関を受診していました。その4割のうちの90%を超える方が複数薬局を利用している。だから1医療機関1薬局というような形での利用状況があります。

そこでかかりつけ医院であるとか、かかりつけ薬局であるとか、そういった体制を県民にぜひ働きかけるようお願いできればと、以上、2点でございます。

(竹前委員)

少し変わった視点ですが、総合分析の中で死亡率が10.9から11.8へ増加したとありますが、それはもうこれから当たり前のことだと思うんですね。全体で多死社会と言われているんだから死亡率に関しても増えていくに決まっているので、そんなところをやってもしょうがないと。むしろ年代別で、新生児だとか乳児だとか、10代、20代、そういうような人のところでの延伸ということを目指すべきではないかと、それを一つ思います。

それから、先ほど井上先生から言われたのも、高齢で平均寿命が伸びていますので、死に方というようなものを、県民に対してどういう形で死ぬのかという形を問うようなものが必要なのではないかと考えています。

(伊澤委員)

厚生連佐久総合病院の伊澤です。資料2に関して、2点ほど申し上げたいんですが。

一つは健康寿命についてですが、これは厚生労働省から示されている指標ですから、ここで議論してもしょうがないかもしれないんですが、①、②、③とありまして、特に②は極めてあいまいな指標です。長野県みたいなまじめな県民性ですと、例えば高血圧で薬を飲んでいるだけでも自分は健康でないと判断してしまう人が少なからずいるんじゃないかと思います。この辺、もう少し具体的に聞く聞き方はないものかと思うんですが。例えば、フレイルの基準が今、5つありますね。そういったものを利用して、もう少し客観性のある健康寿命の指標を打ち出せないかということだと思います。これ、全国で統一してやらないといけないことですので、ここで申し上げてもしょうがないんですが。

もう一つは、2ページ目の取り組む姿勢の中でヘルスプロモーションの考え方をポイントに入れられることは大賛成で、オタワ憲章にうたわれたことをこういった形で盛り込まれるというのは素晴らしいことだと私は思います。

オタワ憲章については先ほど関先生も言われたんですが、それとはまた少し違う視点で、住民の皆さんが主体的に健康増進に取り組めるような、これは県内各地でいろいろなことをされてい

ると思いますので、それを県としても強力にご支援いただくような体制をぜひつくっていただきたい。住民の主体的な健康増進活動を県内全域に広げることができれば素晴らしいことだと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。以上です。

(日野委員)

医療連携体制の連携の部分で先ほどもお話がありましたけれども、情報の共有化の仕組みはICTを含めると非常に費用がかかる。そういう中で、それぞれの地域の中でどういった仕組みづくりが必要なのかとっております。

それから、医療と介護の一体となった体制づくりで、先ほど地域医療構想の中でもありましたが、それをいかに形として具体的にしていくかというのが、この6年間のすごく重要な部分ではないかと思っております。

あと、まだ在宅医療とか介護の体制整備は非常に弱いところがあると思っておりますし、特に認知症の方のサポートをやっていかなければいけないことだと思っております。

それから薬剤師会といたしましては、安全で質の高い医療を提供するという中で、入院から通院、在宅まで円滑に安全で質の高い薬物治療を提供するという視点は非常に重要だと思っておりますし、さらに健康づくり、それから災害医療の医薬品の供給というのも重要と考えております。

薬局のことでご意見をいただいたわけですが、一昨年、国から今の薬局の姿を10年かけて変えていくというビジョンが出されまして、そのキーワードはかかりつけ機能と、それから健康サポート機能という2つの機能を調剤機能にあわせてつくっていくところがございます。10年以内に薬局の姿を、今の姿からそういった機能に変えていくという形で、会としても頑張りたいと思っておりますが、行政としてもそういう視点を持って医療計画をつくっていただければと思います。以上です。

(春日委員)

歯科医師会の春日でございます。まず総合計画の目指す姿は健康で長生きということで、健康寿命の延伸ということは常に言われていることですが、我々歯科は生活を支える医療だということで、生きるためには食べるんだと、食がどのくらい大切だということで進めております。

余談になりますけれども、8020運動というのはご存じかと思っておりますけれども、平成元年に始まりまして四半世紀過ぎました。当時は数%でスタートしたものが今は約40%弱、38%ぐらいの達成率になりまして、当時80歳の方で残存する歯が数本だったというデータがありますけれども、現在は10数本にまで増えてきたという形で、大分、市民権を得てきたということです。

繰り返しになりますけれども、食べるのが生きるためには必要だということで、先ほど来、死に方というか死を迎える形ということですが、我々は本当に、夜、食事をして、そしておいしかったねということで家族だんらんで、そして理想を言えば、朝、旅立てたというような形で介護ができれば非常にいいと考えているところでございます。

あと、国の医療政策が地域完結型医療ということなので、病床の機能分化で病床を減らすということではないでしょうけれども、流れの中で施設、在宅も増えるという形になりますので、我々は訪問歯科診療を考えていかなければいけないということです。それについては我々だけではなくて、医科は当然ですが、薬もそうですし、チーム医療の中でいろいろな職業の方と情報交換して、そして地域包括ケアの中での我々の立ち位置もきちんとして進んでいくということ、今、考えていますけれども、それについては我々自身がスキルアップして歯科医療、訪問歯科医療に対応できる形にと考えております。

それからもう1点ですが、先ほど山田先生から話があったけれども、歯科衛生士と歯科技工士という医療の従事者について、歯科衛生士は出ていますが歯科技工士の文言は出てまいりません。現実に、今日も見せていただいたところ、2,000人弱の衛生士さんがいるというデータが出ていますけれども、この間も長野県の衛生士会と会合を持ちましたら、衛生士会に所属

しているのは220名だということ。それから技工士会は190名しか所属していないということで、聞いたところによると、では毎年、何人技工士さんが出るかと聞きましたら、1,000人出るそうなんです。1,000人出て、5年以内に80%の方がリタイアするという数字が出ていますので、歯科医療を進めていく上では従事者ということで衛生士さんと技工士さんも非常に大切だということで我々考えております。

繰り返しになりますけれども、今、我々が考えているのはキュアからケアということで、オープンケアということを中心に考えていると。要するに治療は当然ですけれども、治療からその先のケアをしていくことで、実際に口腔ケアをきちんとした場合の術前術後の状況が全然違うとか、入院日数が違うというようなエビデンスも出ておりますので、予防の先の口腔ケアという部分がかかなり重要な部分だということなので今、進めているというのが現状でございます。以上でございます。

(久保委員長)

どうもありがとうございました。僕が意見を言ってもいいですか。

では3点ほど。一つは、私、がんのワーキングですけれども、がんの治療は本当に様変わりしてまして、分子標的薬やがん免疫の薬が出まして非常に高額で医療費を圧迫しているという問題と、がんと共存して長生きできるという人が増えてきましたので、そういう人たちの就労ですね、仕事をどうやって維持するかという視点が大切になっています。

それから2つ目は、先ほど本郷先生もおっしゃいましたけれども、長野県の修学資金を使っている方々をいかにして教育するかということが医師不足病院にとって非常に大事ですので、ぜひそういう教育ということをしっかりしてほしいと思っております。

それから3つ目は、人口減ではなくて人口を増やすためにどういう医療をすればいいのか、人口増がないと地方創生になりませんので、いかに人口を増やすかということも大事だなと思っております。

ほかに、委員の皆様からご意見がありますでしょうか。よろしいですか。

では、今の意見を事務局でまとめていただいて、ワーキング等に図っていただきたいと思っております。

(2) 医療計画の見直し等に関する国の検討状況について

(久保委員長)

では次に(2)医療計画の見直し等に関する国の検討状況について、説明をお願いします。

(尾島医療推進課長、資料5-1、牧医師確保対策室長、資料5-2を説明)

主な説明内容

資料5-1

- 医療計画は医療法により国の基本方針に即し、かつ地域の実情に応じて県が定めることとされている。次期医療計画の作成指針は国から3月末頃に示される予定のため、現時点での国の検討状況を紹介。
- 医療連携体制について、5疾病・5事業の区分は第6次と同様だが、ロコモティブシンドローム(運動器症候群)、フレイル(加齢による運動機能や認知機能の低下)、肺炎、大腿骨頸部骨折等について、5疾病に加えることはしないが、盛り込む方向が検討されている。
- 計画期間は次期計画から6年間を基本とし、3年目に在宅医療等について調査・分析及び評価を行い、必要があると認めるときは医療計画を変更する。
- 心筋梗塞等の心血管疾患対策について、これまでは急性心筋梗塞に限っていたが、第7次からは心不全等の合併症や、他の心血管疾患を含める。

- へき地保健医療計画、周産期医療体制整備計画を医療計画に一本化する。
- 在宅医療は、必要な医療機能を確実に確保するため、各医療機能との関係が不明瞭な指標の見直し、実績に着目した指標の充実を図る。 など

資料5-2

- 医師確保対策については国の「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」で医師偏在対策として議論されている。
- 医療計画による医師確保対策の強化として「医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定し、専門医等の定員の調整に利用」とか、都道府県の役割の強化として、「不足する地域・診療科等で確保すべき医師の目標値を設定した医師確保計画の策定」とあるように、国ではこれまで各都道府県でまちまちだった医師確保の取組について数値化することを検討している模様。 など

(久保委員長)

どうもありがとうございました。資料5-1と5-2につきまして何かございましたら。

今、牧室長から説明があった2ページ目の(4)のうち、医療計画による医師確保対策の強化ということで、診療科の偏在とかがありますがけれども、それは県のほうで専門医等のある程度の数を出そうということ考えていいんですか。

(牧医師確保対策室長)

国の考えでは、新専門医制度の施行する際に、専門医の定員数に反映させたい意向から、都道府県ごとの医師数の目標値をつくりたいということでお聞きしております。

(久保委員長)

よろしいですか。特に発言がないようですので、その他に移ります。

(3) その他

(久保委員長)

次はその他です。事務局から説明をお願いします。

(尾島医療推進課長、資料6「保健医療計画策定ワーキンググループの開催状況」、資料7「今後のスケジュール」について説明)

(久保委員長)

どうもありがとうございました。各ワーキンググループに関しまして委員の先生方から何かご注文とか追加はございますか、よろしいですか。

では、ちょうどいい時間になりましたので、予定した会議はこれで終了いたします。では事務局へお返しします。

【閉 会】