

第2回長野県保健医療計画策定ワーキンググループ会議
がん・生活習慣病対策・歯科・医薬WG議事録

1 日 時 平成29年5月31日（水）午後2時から午後4時30分まで

2 場 所 長野県庁議会棟3階 第2特別会議室

3 出席者

委 員 上原明委員、笠原哲三委員、金子源吾委員、久保惠嗣委員、駒津光久委員、
小山淳一委員、藤澤裕子委員、山田一尋委員
（欠席 奥野ひろみ委員、唐木一直委員、桑原宏一郎委員、小池冽委員）

長野県 上田保健福祉事務所長 長棟美幸、保健・疾病対策課長 西垣明子、保健・疾
病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長 徳武義幸、保健・疾病対策課歯科保
健推進医監 永井明子、医療推進課課長補佐兼医療計画係長 下條伸彦 他

4 会議事項

（1）第1回ワーキンググループ会議の開催状況について

（2）第2回保健医療計画策定委員会における主な意見について

○久保座長

それでは、会議事項（1）及び（2）について事務局から資料の説明をお願いします。

○下條医療推進課課長補佐兼医療計画係長

資料1、資料2の説明

○久保座長

ありがとうございました。

質問等ありますか。

（質疑等なし）

（3）医療計画策定指針等の概要について

○久保座長

それでは続いて会議事項の（3）について事務局から説明をお願いします。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

資料3の説明

○久保座長

ありがとうございました。

資料の中にある黒丸の指標については全て数字を出すということですか。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

資料に記載の指標はあくまで国が示す指標例ですので、必要により、都道府県の判断で計画
に記載することになります。

○西垣保健・疾病対策課長

指針はあくまで技術的助言ですので、記載のもの全てを記載する必要はないと思っております。

○久保座長

黒丸の指標は重点的にやる項目ということでよいか。

○西垣保健・疾病対策課長

そのとおりです。

(4) 分野別・項目別の検討体制について

○久保座長

続いて(4)について事務局から説明をお願いします。

○下條医療推進課課長補佐兼医療計画係長

資料4の説明

○久保座長

ありがとうございました。

質問等はよろしいですね。

(5) 疾病・事業ごとの現状と課題を踏まえた今後の方向性の検討について

○久保座長

続いて(5)について移ります。

県で論点をまとめていただいていますので、各分野の委員の方から御意見をいただきたいと思えます。

多くの疾病等がありますので、関連する項目はまとめて議論いただきます。

それではまず、資料5-1・5-2について説明をお願いします。

医薬分業・医薬品等の適正使用、薬物乱用対策

○佐伯薬事管理課薬事温泉係担当係長

資料5-1・5-2の説明

○久保座長

では意見交換に入りたいと思います。最初に医薬分業・医薬品等の適正使用につきまして何かご意見等ございませうか。

○藤澤委員

薬剤師会です。お世話になります。

県民調査結果が参考資料2にあります。19ページに、「かかりつけ薬局をお持ちですか」というアンケートがありました。「かかりつけ薬局を持っている」と回答した割合が53.4%ということで、まだまだだなどというところもあります。国の施策で2025年までに全薬局をかかりつけにと方向性が出されておりますので、かかりつけ薬局の定着、あるいは店員の方への啓蒙、理解といったことをぜひ進めていきたいと思っております。

先ほどの資料の中で健康サポート機能、健康サポート薬局という説明がありました。これは、薬局の中で健康サポート機能を持っているところを健康サポート薬局として厚生労働省が認定するという、新しい薬局の形が出てきました。去年の10月から申請が開始になりましたが、長野県では20%ぐらいの薬局を健康サポート薬局として将来はつくっていききたいということでございますので、ぜひここら辺も力を入れていきたい。

○久保座長

健康サポート薬局とかかりつけ薬局ですね。かかりつけ薬局については大体、国民の何%とか、数字目標はあるのですか。

○藤澤委員

具体的にはわかりませんが、ほぼ全てだと思います。全部の薬局をかかりつけ薬局にすると厚生労働省でも言っています。何%という数字がはっきり言えなくて申しわけないですが。

あと、ここには挙げていませんが、長野県薬剤師会で認定している信州健康支援薬局という制度があります。これは長野県の薬事管理課と一緒にどういう方向性で行こうかということと相談している中で、約50%を認定したいということで、薬局の再編ビジョンの中ではあります。現在、48%位です。これは長野県薬剤師会の認定なので、本当の公的なものではありませんが、健康サポート薬局はかなりハードルが高くてなかなかないなので、その中間の位置づけとして、ある程度の基準をクリアしたところを認定しながらそれを育てていきたいというところですね。

○久保座長

健康サポート薬局という、これは国の認定ですか。

○藤澤委員

はい。国の認定です。

○久保座長

それはハードルが高いので、信州健康支援薬局というのは長野県独自としてつくったと。

○藤澤委員

長野県独自でつくってあるので、50%以上を目指していきたくて思っております。

○久保座長

県はどうでしょうか、今の提案は。

○佐伯薬事管理課薬事温泉係担当係長

県としましては、信州健康支援薬局を国で進める健康サポート薬局の認定のステップ1として、ステップアップのためにまずそれとっていただいて、それから国の健康サポート薬局をお願いしていただいています。2段階で目指していきたくてということですので、県薬剤師会と協力しながら進めていきたくて思っています。

○上原委員

医療審議会の席でも申し上げたと思いますが、私どもの、26年、27年だったかちょっと記憶にないですけども、1カ月間の加入者のレセプトを見たところ、約6割が単一の医療

機関を受療していると。その人たちのほぼ90%以上は一つの薬局を利用している。それ以外の40%の人というのは複数、要するに複数医療機関を利用する人は複数薬局を利用するという傾向にあります。これはやはり駅前薬局が便利だから、そういう感覚というのはどうしてもある。あるいは、診療科によってはそこに本当に私の必要とするお薬があるのかどうかということも多分あると思います。

駅前薬局の趨勢が変わらない中でどうやって、かかりつけ薬局をアピールしていくのかというところが現実問題としては非常に厳しいハードルだと感じています。

当然、我々医療を受ける側からしても禁忌の服薬を防止する。あるいはジェネリックを推進するという面でも、かかりつけ薬局があつて、そこで正しい薬の飲み方、あるいは無駄にしない薬の使い方、こういったことを指導していただけるということは医療費適正化にもつながるので、ぜひやっていきたいと思うんですけども。しからばどうやっていくかと、そこが一番の課題で、医薬分業を進めるということはどう考えても時代の趨勢というか、これはやるべきことなんですけれども、それをどうやって形にしていけるのかということが一番問われます。ここを考えていく必要があるという気はします。

○久保座長

お薬手帳だけでは無理ですか。

○上原委員

手帳も、複数冊数を持つ方がいます。我々が実験的にやったのは、お薬手帳のカバーを一つ作りましょうと。その中に手帳を1冊入れてくださいと。そこに診察券であるとか、それから保険証であるとか一緒に携帯してくださいと。当面はかかりつけ薬局が無理であるとするれば、どこで発行されたお薬手帳でもかまいませんけれども、1冊のお薬手帳を持ってその薬局へ伺ってくださいと。そこのところが収斂してくると、では薬局の役割というのは何か、自分の求めるものは何かということもまたでき上がってくるのではないかと。そうすると自然にかかりつけ薬局という制度が定着してくるのかなということでは始めています。

これから3万枚配って結果を見ると。データの有効であるとすれば、長野県の保険者協議会こぞってやろうかなということは考えております。

○藤澤委員

県民医療意識調査の19ページですが、年代別を見ていくと、年代が高くなるにつれてかかりつけ薬局を持っているという傾向が明らかですね。なので、疾患が多くて、たくさん薬を飲んでいる人はだんだんかかりつけ薬局を決めていく傾向は出てきているかなと思います。そこで、よかったなという思いをしていただくと、だんだん増えてくるだろうと考えています。

具体的な施策としてどうということはなかなか言えませんが、こういうところできちんと薬剤師の役割を入れさせていただいていくというのが、結局は大事なことだと思っています。

○久保座長

かかりつけ薬局の定着を図るということではいいですか。

○金子委員

質問いいですか。お伺いしたいのは、お薬手帳というと一元的にいろいろなところから処方されているのが一つの手帳に書いてあると見ていて、2冊も3冊も持っている方は見たことは、正直言ってないですが、基本的にはそれでよろしいんですか。

○藤澤委員

本当は1冊にまとめたいということで、私たちもよくお話しします。ですが、実は患者さんは、この病院はこれとって、先生に見せたくないとかいろいろな意識があるようです。

ですが、今、本当に1冊にまとめるというのが大きな運動なものですから、私たちもパンフレットを配ったりして1冊にまとめてくださいというのは言い続けてはいますが、実際には…

○久保座長

医師に見せている手帳と、違うものがどこかにあるかもしれないですね。

○藤澤委員

割合としてそれほど多くないですけども、いらっしゃいます。

○久保座長

啓発活動は大事ですね。

○藤澤委員

あと問題なのは、院内投薬されている場合ですね。それはなかなか手帳に出てこないものですから、そのところが非常に難しいと思っています。

○久保座長

ほかはよろしいですか。

ここにセルフメディケーションとありますけど、これは薬剤師さんがしっかりと対応しなければいけないのではありませんか。頭が痛いけれどどんな薬がいいとか、質問があれば受けますので、このまま単に増えているとか推進するというだけでいいのですか。県民のセルフメディケーションの推進に寄与していると書いてありますけれども。

○藤澤委員

薬剤師会もずっとここ何年か勉強会をやってきました。座長が今、言ったように、例えば頭が痛いとかお腹が痛いと見えたときに受診勧奨すべき患者さんもたくさんいらっしゃると思います。緊急性とか重大性とかをきちんと見分けられ、お受けして対応できるならばそれはやっていただいて、だめなら受診とか、あるいは生活環境とか、そういうのは生活指導をするなり、ちゃんと患者さんを見て判断ができるよという研修会を何回かやってきました。それをしっかりやらないとセルフメディケーションの推進というのはなかなか難しいと、私たちも力をちゃんとつけないとだめだなと思っていて、それをぜひやっていかなくてはいけないと思います。

○久保座長

お願いします。

ほか、どうぞ。

○金子委員

血液製剤の適正使用というところで、表の説明をもう一回お願いします。

○久保座長

表、何番ですか。

○金子委員

表の7です。供給量と使用量というのがありまして、それで使用割合が91.00%から96.1%と書いてありますけれども、逆に言うと、その残りは廃棄されているかという疑問がわくわけなんです。このパーセントの廃棄率というのは、普通の病院でいったらものすごいこれ問題になるようなものですから、そういう意味の有効利用というのも考えなければいけないかなと。

廃棄ではなくて、この期間に使ったパーセントだということであれば、残った分はまた別に使うというものであれば、それはそれでいいと思いますが。

○久保座長

この残りは廃棄ですよ。

○佐伯薬事管理課薬事温泉係担当係長

おそらく、一部戻っているものもあるかもしれないですが、ほとんどは廃棄というデータだと思います。

○金子委員

そこを、何とかやったら、適正使用にはつながるということではあると思います。

○久保座長

ほか、資料の5-1に関してはよろしいですか。

次の薬物乱用対策につきましては、これでもよろしいですか。

○藤澤委員

私ども学校薬剤師というのをやっていますが、学校の保健授業の中で、薬の適正使用をやっています。お薬は必要なときにちゃんと使うというようなこととか、あるいは薬物乱用のまん延とかそういう話をしています。学校の授業の中でフルにやっているので、ぜひそこを充実させて、若年層がちゃんと薬の適正使用、あるいは、薬物乱用に手を出さないようにしていく。小学校ぐらいから始めていますが、今、医療薬品の向精神薬なんかの乱用、非常に多くなっていますので、薬ってどういうものかという話から入って、麻薬の話まで学校の教育の中でやっていくことが大事かなと思っています。

○久保座長

それは大事ですよ。

○藤澤委員

ええ、ぜひ。

○久保座長

それは県のほうでもそういう対策はやっているんですか。

○佐伯薬事管理課薬事温泉係担当係長

若年層の啓発については、やっています。

○久保座長

ではしっかりと、書いていただいたほうがよろしいですね。

○駒津委員

質問よろしいですか。今の全国の覚せい剤の検挙数という図1ですけれども。これ平成8、9年ごろをピークとして、その後、10年間で、半減まで行きませんが、これは何か特別な対策というか、事情があったのですか。

○佐伯薬事管理課薬事温泉係担当係長

具体的に何をしたかというものは、現状では持っていません。

○駒津委員

もし何か知っていることがあれば、今後の対策の参考になるのではないかと思います。

○久保座長

取り締まりが厳しくなったということですか。

○佐伯薬事管理課薬事温泉係担当係長

おそらく、覚せい剤以外のもの、危険ドラッグ等に走るという者もいるということなので、減少したということもあると思います。詳細はわかりませんが。

○小山委員

2件、あります。一つは先ほどの献血の件です。人口比で、説明するのは難しいとおっしゃいましたが、若い人が減ってきていますので、人口比でデータがないと果たして、先ほどの適正使用もそうですけれども、本当に増やしていかなければいけないのかどうかということとはわからないと思いますので、それもつけたほうが良いと思います。

もう一つ、薬物乱用対策ですが、薬物、特に覚せい剤以外のものが増えていますが、なぜいけないかです。なぜ覚せい剤、薬物を使ってはいけないかということで、先ほどの教育の面もあったかもしれませんが、検挙された理由、例えば暴力事件とか、あるいは事故、けが、何かしらの犯罪、そういうものが、覚せい剤なり薬物と関係しているということが明らかになれば、その情報をもって、また次の課題とかになると思います。

ただ検挙数が何人でしたら終わってしまっただけでは次の課題が見えづらいのではないかと思います。以上です。

○久保座長

その資料が出すことは可能ですか。

○佐伯薬事管理課薬事温泉係担当係長

持ち帰らせていただきます。

歯科保健、歯科医療

○久保座長

では次に移ります。次は歯科保健と歯科医療になります。資料5-3、5-4をご説明していただきまして議論したいと思います。お願いします。

○永井保健・疾病対策課歯科保健推進医監

資料5-3・5-4の説明

○久保座長

ありがとうございました。まず、現状の説明につきまして何か質問ございましょうか。歯科保健から歯科医療につきまして。資料についてはよろしいですか。

では、歯科保健に関する論点を県から提出していただきましたので、これについて、これ以外にも論点がありましたら提案していただくということにしますけれども。

まず歯科保健に関する論点につきましては、1番目、歯科健診・検診の受診率の向上とありますが、これについてはいかがでしょうか。

○笠原委員

長野県歯科医師会の笠原と申します。よろしくお願いたします。

検診率についてなんですけれども、これはなかなか増えてくれないというのが私たち取り組んでいる者の実感でもございます。ここに現在の取組として3つ書いていただいているんですが、歯科単独での一般の方への講演会のようなものは、なかなか集まっていただくのが難しい。例えば医科の糖尿病、駒津先生にもお世話になって、今、一緒にやらせていただいているんですが、そういった場面で一緒に講演をさせていただく。がんの講演、脳卒中の講演、そういうところで一緒に講演をやらせていただくという形のものが、これからできていけないのかなというようなことは考えているところです。

それから事業所対象というのは、事業所の数はごくごく少ないですが、それでも年ごとに増えてきているというのが事実です。しかし、対象になった事業所からわざわざ歯科診療所に行って検診を受けていただくというのが難しい状況にある。場合によっては、会社に出向いて行って検診をするというような形をとらせていただいているところもあるようですが、そういったところではそれなりの検診率はあるようには聞いております。今、お話ししたように、なかなか歯科だけのために歯科診療所に行くというのはうまくいかないことがあるかと思えます。

それから小学校の3年から6年生の学校歯科医をやらせていただいていると、学校歯科医のやる気ももちろんですし、やはり養護の先生がどれだけ関心を持っていただいているかということが学校歯科に関してはかなり左右する面があります。養護の先生が転勤されると変動が出てくるという状況がございます。

かかりつけとか検診については20代の方がかかりつけ医に行くのが極端に少ない状況にございます。高校を卒業した後の若年層が、フリーになってしまって、我々が直接呼びかける術がないという現状がございまして、こういうところにどういうふうな形で取り組んでければいいのかというのを、今のところ模索しているということが現状です。

それから口腔機能の維持向上という点に関してですが、摂食嚥下というのは、僕ら大学で摂食嚥下という形での講義はなかったものですから、最近になってこういうことがクローズアップされてきて、私たちも今、勉強を一生懸命しているところです。ただこれに関しては、全ての歯医者がその専門的な知識、経験がなくてもいいのかなと。やはり地域ごとにそういう人たちを僕らのほうで育てて、それを活用していただくような形の取組をしているところです。

特にこれからキーワードとなるのが、フレイル。オーラルフレイルという言葉ももう定着しつつありますが、そのフレイルがこれからキーワードになってきて、それに対して、今、僕らがどういうアプローチができるのか、広めていけるのかなと。医療、介護、多職種連携というのは当然必要になってきますので、そういう方々との連携をどうやってとっていくのかということも、活動をこれからしていこうと、そんなところでございました。

○山田委員

受診率の向上ですが、かかりつけ歯科医の割合から考えて、定期診断をする人が少ない。かかりつけ歯科医の割合は5割から7割。70歳では9割ぐらいありますが、健診率は10%から30%ということで、虫歯が減っているということもあるんだと思いますが、歯周病等の管理を行いますと、そういった健診というのは非常に大事だと思います。

実際難しいところはあると思いますが、かかりつけ歯科医で健診の重要性を、あと県からの表示というのは非常に大事だと思いますが、そういったことも歯科医院でPRといいますか、さらに広めるというのが一方で大事なことです。

全体では、先ほど笠原先生の話がありましたように、歯科衛生環境の重要性について医科と一緒に講演会を開催したりすることが重要です。20代のときに一たん地域を離れていきますので、そこでまた新しくかかりつけ歯科医院の取組というのは重要ではないかと思います。

あと、口腔機能の維持向上ですが、笠原先生からお話があったように、なかなかこれ全部ではできないことだと思います。松本歯科大学に特別なセンターができてきましたが、そういったセンターを中心として、歯科医師会と連携してシステムを構築してそれぞれの地域で核となるところをつくって、研修もやりながら、専門的なことを増やしながシステムをつくっていくのが大事じゃないかと思います。以上です。

○上原委員

保険者の立場から申し上げますと、私ども生活習慣病に関する検診、医科の健診をやっていますけれども、なかなか歯科まで手が回らないというのが実態です。ただし、最近のエビデンスでも口腔衛生と、生活習慣病にかなり関連があるという中で、何とか歯科健診を通常の特設検診の中に入れ込めないかと考えていますけれども、一番の抵抗は時間ですね。時間がかかりかかってしまうということで、一部は私どもの協会けんぽの各都道府県でやっているところがありますが、どういうやり方かと申しますと、試薬を使って、その結果に応じて後の治療をどうするかという相談をしてくださいますところにとどまっております。

ここに論点として挙がっているように、確にかかりつけ歯科の先生を持って、そこに通うことは一番望ましい形ではありますけれども、その入り口の部分として、検診の中に歯科項目も入れ込めないか。そこら辺のところを推進していくことによって定着化が図れる可能性もあるということで、これは医療提供体制だけではなくて、それぞれの受療者を抱える事業所の従業員の健康をどうするかという観点の中から、議論を進めていく必要があるかと思います。ぜひこれは取り組みたいテーマであります。以上です。

○久保座長

特にこれから、高齢者の誤嚥性の肺炎が非常に問題になってきますので、そういう意味でも口腔ケアというのは非常に大事ななと思っていますけれども。では歯科医療につきましては、何か質問ございますか。

なければ、最後のページに論点をまとめてもらっておりますので、最初に障がい者の歯科医療体制について現状では不十分だと。

○笠原委員

長野県では障がい者の相談員ということで、会員の半数ぐらいがその資格を持っている。その資格は、松本歯科大学の特殊歯科で実習を含めた講習を受けた先生に、名前をつけているということになっております。ただ、実際に、これを診療室に掲げていて、そのおかげで何か増えていくのかということなかなかそれが無いというのが現状であると思います。

これは歯科医のほうにも問題がありますが、そういう方が歯科の狭い待合室にいらっしゃる

というのはなかなか、いろいろ苦しむということで歯科のほう avoids 傾向にあるように聞いております。そういう点では歯科医院に来やすいような形というのはもっととっていきべきだと思います。

また、こちらから施設なり在宅なりで出かけていくというのは、地域、地区によっては、例えば歯科医師会で取り組んでいる、または歯科医師会とその施設で年に何回かやっているところは散見される状況です。こういったことは、地域で顔の見える者同士で始めていただかないとどうにもならないということがございますので、そういった方向でこれから進めていくということかと思っております。

○久保座長

県の体制としては大体、形はできていると思いますけれども、そうでもないのですか。

○笠原委員

一応、形としてはできていると思います。

○久保座長

山田先生、何かよろしいですか。

○山田委員

笠原先生のお話があったように、うちの大学は待合室がその人たち専用ですので、通院は非常にしやすい状況ではあります。

そういったことを考えますと、2ページの表4にある4つの病院は重度心身障がい者の歯科診療施設ということで通いやすい病院です。その障がいの程度によってはいろいろな方がいらっしゃると思いますので、普通の一般の開業医さんでも通えるような人については、この病院へ行かなくてもよいといったすみ分けができるといいのではないかと思います。

○久保座長

よろしいですか。最後の医科歯科の連携体制、これは今後非常に大事ななと思っておりますので、がんの化学療法というのも大事ですし、嚥下、誤嚥性肺炎も大事です。講演のときには必ず歯科の先生にも入っていただくというような体制をとってもらえればと思います。よろしいでしょうか。何か質問ございますか。

がん対策

○久保座長

それでは次に移ります。次はがん対策でございます。非常にこれは大きな課題かと思っております。では最初に説明をお願いします。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

資料5-5の説明

○久保座長

何か質問はございますか。

○上原委員

表の3、がんの総患者数年代別推移とあります。この表の中で、前回比率ということで比較をしています。先ほどの話の中にも出てきたように、人口構成がかなり動いているはずですが。例えば35～74歳のところで、平成26年度は18,000人とありますが、これは多い数字なのか、少ない数字なのか、そこら辺がわかるように、調整をした数字を入れるべきなのかなという気がします。

逆に75歳以上の人口がほとんど増えていないという観点から行くと、これはまた一つの驚くべきことで、非常にいい結果だと。であるとすればその原因、要因がどこにあるはずですが。これは論点の中にもありますけれども、予防をどうするかという観点の中では、そういったデータに基づく分析を行いながら、事業展開をするようなことも一つの視座として見られるのではないかと思います。

○久保座長

資料の4枚目、がん対策全般で推進体制とありますけれども、多くの協議会とか委員会ががんに関連しています。長野県がん対策推進協議会、長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会等4つあります。これは各協議会、委員会がばらばらに保健医療計画の策定にかかわるのですか。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

計画の関係につきましては、一番上にあります対策推進協議会で主に議論されます。がんの対策を推進するという観点で、個別の分野につきましては、下の3つの協議会が動いております。

○久保座長

例えば、がん検診検討委員会からは特に二次予防について具体的にもっとこうしたいとかという、そういう提案はもらわないのですか。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

当然、それはいただく形になります。

○久保座長

ですよね。それをどうこのワーキンググループで集約するのですか。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

ワーキンググループは夏以降、また開かれると聞いておりますので、できるだけ適切なタイミングで同じような進捗の中で、あわせるようなことでいきたいとは考えております。

○久保座長

それから表8ですが、「がん検診事業評価の内容と平成26年度の結果」、これは各市町村の検診事業の数字ですか。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

検診事業についての評価についての分類をして分けている表です。

○久保座長

「全てを満たしている」というのは、何が全てになるのですか。

○西垣保健・疾病対策課長

それぞれのがん検診ごとに幾つかの項目が挙げられています。例えば肺がん健診ですとCTの導入とかを含めて、幾つかの項目がある中でカテゴライズしているのはこのAからEという形になっています。それを毎年、77市町村の評価したものを集めさせていただいている。その結果を、平べったい形で数だけですが、出させていただいたのがこの表になります。

○久保座長

例えば肺がん健診で全てを満たしているというところは、どういうことですか。満たしているとAになるのですか。

○金子委員

これは1施設という意味ですか。

○西垣保健・疾病対策課長

1市町村ということです。

○金子委員

これをもって、いわゆる精度管理というものになるのですか。

○西垣保健・疾病対策課長

精度管理ではないです。

○金子委員

事業評価ということですね。

○西垣保健・疾病対策課長

はい、そうです。

○久保座長

長野県は肺がんのCT検診をかなりの市町村でやっているのだから、当然、A評価になると思いますが。このA、B、C、Dの評価のその基準がよくわかりませんが。

○西垣保健・疾病対策課長

手元に資料がないものですから、休憩時間等で準備をしたいと思います。

○久保座長

この77というのは要するに長野県の全ての市町村の数ですね。ということは相当ひどいということですね。

○金子委員

長野県の全部の市町村ということですね。検診ですので、これは対策型で二次予防ということですね。

○久保座長

そうですね、胃がんでAというのは、何をもってAと言っているのですか。

○金子委員

それを用意していただけるということですね。

○久保座長

そうですね、お願いします。

○金子委員

あればということですね。いわゆる評価基準の内容だと思います。

○西垣保健・疾病対策課長

私、前職で木曾の保健所にいたものですから、木曾の成績が非常に悪くて、それを見ましたところ、小さな町村の担当者が答えたときに、質問の解釈が違っていた部分もあります。例えば精密検査の対象者がそもそもその村には一人もいないからやっていませんと答えてしまうとバツになります。そういった答え方のずれもこの結果には反映されてしまっているかなという部分でございます。

○久保座長

他に質問ございますか。

○金子委員

いろいろな検討委員会があって、僕はがん診療連携拠点病院整備検討委員会の委員をやっているものですから、長野県のがん診療拠点病院の状況というのはわかっていて、今、大北の二次医療圏の一つだけ、いわゆる診療病院、ないしは拠点病院がない地域です。

その整備を促すという形でやっているのと、あと県の連携拠点病院、診療病院のがん診療の質を高めるためのPDCAサイクルを回す方法をやっています。そういう面ではこの医療計画にそこの活動をオーバーラップさせれば答えが出るという気はしています。ほかの委員会をせっかくやっているのでしたら、その対策と一致させるといいのかなと思いました。

○久保座長

何か質問はございますか。

○小山委員

先ほどもありましたように、地域連携クリティカルパスですが、脳卒中とか循環器系でもこういうのがありますが、これはあまり進んでいない、促進につながっていません。地域連携クリティカルパスは、患者さんにとってはいいことだと思いますが、進まない理由というのは、がん診療に何か特別な理由があるからでしょうか。

○金子委員

5大がんについては、まずそれぞれの拠点病院で、地域連携クリティカルパスをつくって、地域の開業医の先生、診療所の先生と病院の先生、二人の受け持ちという形でがんの治療を進めています。主にはフォローという形が多いです。

進まない理由は、その病気の性質上、肺がんとか肝臓がんというのはかなり特殊な疾患と捉

えられると、地域で見えていただける先生がなかなか見つからないというところで進まないというのの一つ。

二つ目は、病院の側でも、ある程度熱心な先生と熱心でない先生というのはどうしてもいることです。

あと患者さんは、手術してもらった先生に、一人で見てもらいたいというところはある。その3つです。

ですけれども、当初乳がんが進まないのではないかとの最初予想でしたが、実際やってみてちゃんと説明すると、かえって乳がんのほうが地域連携クリティカルパスを導入する数は、飯田市立病院では、一番多いです。担当の先生が女性であったというのと、あと乳がんの患者さんが多いので、病院で定期的な検査を頻繁にやる必要はない、かといって、ある一定の期間はやっぱりやらないといけない。そういう意味からすると、その間の全身的なフォローとか、ほかの病気のフォローは診療所の先生にやっていただくというのは非常に能率がいいということなので、患者さんも理解して数が増えています。しかし、肺と肝臓はどうしても特殊な部分なのでなかなか進まないです。

○藤澤委員

今、外来の化学療法が進んでいて、病院で点滴を受けて内服は薬局でという方がかなり多いと思います。あるいは副作用対策の薬は薬局で出す、送ってもらうという方が多くなっています。クリティカルパスではないですけど、何かレジメンがわかると薬局薬剤師がすごい話がしやすいと思います。そういう地域連携みたいなものが増えて、今、お薬手帳に経過を貼ってくださっている病院が結構多くて、そういうのを拝見すると「あっ」と思います。

○久保座長

そうですね。点滴の内容を書いてもらうと助かりますよね、確かに。

○藤澤委員

そうですね。やはり何もわからない状態で、ただ内服だけ渡していてもどうも全体が掴めていないなと思っていて、ぜひそこら辺の地域連携も進めていただけるとありがたいと思います。

○金子委員

資料の中にもそういったことを目的にして地域連携クリティカルパスの記載があります。誰でもわかるように。

○久保座長

最後のページに、がん対策に関する論点とありますけれども、非常に幅広くて、一次予防、二次予防から治療、それからここでどの程度の専門的な高度な医療をするとか、あるいは終末期医療も含め、今、いい薬がありますので治療と職業生活の両立支援とか非常にさまざまな問題があります。何かご意見ございますか。今日は論点に関してご意見をいただいて、この次までにまとめていただくようにしたいと思います。

少なくとも二次医療圏に地域がん診療病院を設定する、これはもう数字にもありましたよね。あと大北地区ができればそれでもうおしまいですので。

○西垣保健・疾病対策課長

今、病院、地域の意思、方向性については確認ができておりまして、あとはその病院内の調整をお願いしているところです。

○久保座長

いつごろになりますか。審査は、まだ先ですか。

○金子委員

さまざまな体制等について、必須とか望ましいという部分があって、最終的に診療病院、拠点病院は厚生労働省が判定するので、ある程度の基準にマッチしていないと、申請してもなかなか認可されないものですから、そのところは一番難しい部分ではあります。もちろん方針はいいと思います。

○久保座長

私が大学にいたときから、放射線の治療医が長野県は非常に少ないなというふうにいつも実感していました。完全に治癒しなくても痛みをとるとか、そういう対処的な療法にも放射線治療は有用だと思っておりますので、本当は大学にそういう放射線の治療を教育する人がいるといいなと思っています。

あとは希少がんのところ、小児がんについて何か問題があるのでしょうか。小児がんについてはこども病院でしっかりとやってもらっていると思いますけれども。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

現在の計画では、小児がんについて、わずかに触れている程度です。ただ、これからの国の考えている新しい計画の中では、いわゆる希少がんであるとか、難治性がんにも踏み込んでいきたいというのは国の方向です。ただ、それに対して都道府県がどこまでついていけるかという問題がありますので。

○金子委員

国レベルで、集約化するという動きですので、希少がんはそれに対する情報提供が一番大事なかなと考えています。

○久保座長

それに尽きますよね。

次の職業との両立については、国でも第3期のがん対策推進基本計画でも何か考えていることはあるのですか。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

現在も各拠点病院の中で、相談業務等を行う事業を既に始めていますが、まさにその辺をより一層力強くということになっていくかと思います。

○金子委員

拠点病院では相談支援センターの設置が必須になっていて、そこで就業等についても必ず相談できる体制を整えています。

○久保座長

その充実ですね。

○笠原委員

医科歯科連携をしっかりとやっていくというのが大事です。先ほど言った周術期もそうですけ

れども、やはり化学療法のとくに口腔内の状況を見てもらうというのは大事だと思います。口腔ケアというところがありましたので、特に強調していただきたいという気がします。

○山田委員

ありがとうございます。今、それを各病院と検討して、少しずつ広げていこうということでやらせていただいていますので。

○久保座長

6の「小児から高齢者まで個々のライフステージごとに異なると・・・」、これはどういうことを意味しているのでしょうか。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

これについても、新しい計画の方向の中で一つのテーマとして出てきているところでございます。

幅広い中で、画一的な対応だけではなくてという配慮も必要ではないか、注意していかねればいけないかなという認識です。

○久保座長

そうですね、わかりました。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

特に高齢者のがんという、観点も新しく出てきているようですので。

○久保座長

高齢者は難しいですね。

○金子委員

特に高齢者のオブジーボとか、あの辺のトライアルというのは費用対効果をしっかり出さないと、いろいろな面で問題が・・・

国の方針ということで注目したい。

○西垣保健・疾病対策課長

次期の計画の中にこういった形でこのような方向性を盛り込んだらいいかというのは、私どもも正直悩む部分がありまして、先生方のご意見をいただければと思って論点に出させていただきました。

○久保座長

1のがん検診につきましては、がん検診検討委員会等がございますので、そちらの議論も加えまして、できれば一次予防をしっかりと入れてもらったほうがいいのかなと思います。

あと、受動喫煙をどうするか、国で大問題になっておりますけれども、それも非常に大事な観点ですので、それはしっかりと入れたほうがいいと思いますので、よろしく願います。

○金子委員

以前ですけれども、最近もやっているかどうか定かでないですが、「がんにかからない12カ条」というパンフレットありました。あれが一つの一次予防の内容だと理解しています。ほかの病

気にも応用できるといえはできますけれども。

○久保座長

がん対策に関しては、また次回もしっかりと議論したいと思います。また資料等をしっかりと集めていただきたいと思います。

ちょうど半分ほど過ぎましたので、休憩させていただき、3時50分過ぎから始めたいと思います。

(休憩後)

脳卒中对策、心筋梗塞等の心血管疾患対策

○久保座長

では次に移りましょう。

資料5-6と5-7です。脳卒中对策と心筋梗塞等の心血管疾患対策について、最初に資料の説明をお願いします。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

資料5-6・5-7の説明

○久保座長

資料等についての説明について質問等ございましょうか、よろしいですか。

では資料5-6の脳卒中对策につきまして、論点を提示していただきましたけれども、何かこれについて、小山先生、まとめてください。

○小山委員

まず一つ、脳卒中分野のページ数がわずか5ページでして、歴史がないからなのか、がんと大違いです。情報量があまりに少ないというのが実感です。これは過去の脳卒中になってしまったらもうしようがないということから始まっているのかもしれませんが、あるいは医師の熱意が足りなかったのかわかりませんが、情報が足りない。

しかし、表にもありますが、脳卒中の死亡率は4位ですが、寝たきり率は高く、つまり亡くならず長い期間、医療を受ける人がいるわけです。

脳卒中の治療はただやればよいというのではなくて、がんと同じように質の向上というのが必要な時期だと思います。そういう意味から標準治療や均てん化と言われてきていると思います。したがって、そういうものを進めていく上でもぜひより多くの情報、データを収集していただきたいというのが私の考えです。まずデータを収集しないと話し合う論点もなかなかはっきりしないと思っています。

では何を調べるかですが、一番重要なのは、クリティカルパスです。全ての病気はそうだけれども、入り口と出口があるわけで、病気になって医療に組み込まれて、最後は家に帰るか、リハビリか療養型へ入ってきます。ですから各ステップの情報をできれば収集してほしい。

入り口に関しては、さっき救急隊のことをおっしゃっていましたが、メディカルコントロールというのがあります。そこを情報共有してもらって、例えばここに「t-PAを投与できる病院は24時間体制になりつつあります」と書いてありますけれども、実際には長野県内で救急をやれると言いながら断っている病院もあります。だから24時間までで、365日ではない。ある日は救急止めをしています。それも救急隊に聞けばわかりますので、t-PA、あるいは救急を

受け取れるとっている病院がどのくらいの割合で本当に受けているという数字を、個別の施設ではなく全体でいいので、調べてほしいです。

あと急性期について、血栓回収（カテーテル）等の総合治療があります。あるいは頭を切って血栓をとる方法もありますが、そういう再開通療法というのは非常に重要なので、その治療ができる医師、例えば脳血管内治療専門医が何名いるのか、それを二次医療圏ごとあるいは、施設ごとで調べてもらいたいです。

それから、ハード面ではストロークケアユニット（stroke care unit）を持っている施設がどこにあるのか。あるいは何床あるのか、医療圏別にあつたほうがいいです。

あと、リハビリに関しては、リハビリテーションの医師数、回復リハビリ病院数は、記載がありますが、回復リハビリテーション病床数があつたらわかりやすいと思います。

クリティカルパスは非常に重要です。地域において協議会があると思いますので、そこから情報を得ていただいて、どれだけ運用しているかもぜひ調べていただき、そういうことをしていく場、だんだんと脳卒中を中心にやっていて、がん拠点病院のように脳卒中拠点病院が、何となくぼんやりと見えてくるんじゃないかと思いました。

2番の服薬やリスク管理等の再発予防の充実に関してはちょっとわからないですけども、以上です。

○久保座長

表の4を見ると、診療内容は別として、医療機関としては各医療圏にそろっていると考えてよろしいですか。

○小山委員

表4の例えばt-PAを24時間実施可能な医療機関数、専門的な治療が24時間できる医療機関数が32、30とあります。薬剤でありt-PAでは特別な技術は必要ありませんが、カテーテル治療というのは技術が伴ってしまうので話が別になります。

実は10人しかいないですけども、だから、このうち20の施設は細部まで行きつけない病院です。

○久保座長

ではその専門のカテーテル治療医というのは、各医療圏一人は必要ですか。

○小山委員

各医療圏で一人は必要だと思いますが、簡単な治療ではないので、もしかすると、その医療圏に一人いるよりも、搬送方法を考えたほうがいいのかもしれないです。

○久保座長

そうですね。東信、北信、中信、南信で各1カ所ずつあればいいということでもよろしいですか。

○小山委員

そうですね。

○金子委員

一人だと、常にオンコールになるので。

○小山委員

二人いるところは信州大学しかないです。あと全部一人なので、その人は365日24時間ずっと待っています。逆に言うと、それだけ自分の時間を割いて待っているのに、患者さんが別の病院へ搬送されたらすごく残念です。

ただ、その辺はいろいろな流れがありますので、情報交換をして転院とか、あるいは今、僕らは出張して治療していますが、できれば転院していただいたほうがいいかなと思います。

そこを県で動かすことができませんから、まずは情報収集をしていただいて。

○久保座長

ストロークケアユニットは、大雑把に言って、北信・中信・南信・東信に1カ所ずつあればほぼ対応できると。

北信地域は長野市民病院に脳外と神経内科のドクターが7、8人いるので、ほぼオンコールで対応できる。そこには血管治療医はいますか。

○小山委員

一人います。

○久保座長

そういう形があるといいなということですね。

地域連携クリティカルパスはこのまま続けていただくと。

○小山委員

ぜひ。

○久保座長

それでよろしいですか。

心筋梗塞等の心血管疾患の対策については、桑原教授がお見えにならないので、彼に見ていただいて論点の意見を聞いていただけますか。個人的には、ほとんどの基幹的な病院はカテーテルに対する装置は持っているので、ドクターさえいればこの心臓カテーテルによる治療は可能ですので、あとはいかに循環器内科医を確保するかということだけにかかってくると思っています。

これも地域連携クリティカルパスは必要だと思いますので、一度、見ていただきたいと思っています。

糖尿病対策、CKD（慢性腎臓病）対策、COPD（慢性閉塞性肺疾患）

○久保理事長

では次の糖尿病対策、CKD対策、COPD対策、これも一括して説明をお願いします。

○徳武保健・疾病対策課課長補佐兼がん・疾病対策係長

資料5-8・5-9・5-10の説明

○久保座長

では最初に糖尿病について、駒津先生お願いします。

○駒津委員

信州大学の駒津でございます。これも情報が少ないので具体的なコメントができません。論点のところで、まず糖尿病の1の発症予防、これは極めて重要ですが、なかなかうまくいかなかったというのはメタボ対策等を振り返っても明らかです。もちろん書いていただくのは大変大事ですが、実際に取り組もうとしても、すぐにアウトカムを得るのは難しいと思います。

現在はそういったことを受けて、ある程度リスクのある、具体的に糖尿病を持っている人が進展するのを防ぐという方向に大きくシフトしてきていると思います。まさに重症化予防です。

合併症の中では、腎症だけでなく、ほかにも挙げられてはいますが、網膜症については眼科を受診していただくということ以上のことはできません。また、神経障害は頻度としては実は一番多い合併症ですが、重症になってきて足をやられるというときにフットケアというようなことで、糖尿病治療の専門の場面の一つとしてありますので、腎症に集中をしたほうがメッセージ性は高いと思います。特に腎臓が悪い、例えば尿にたんぱくが出るということがいけないんだという具体的なメッセージを一般の方々にも啓発していただくということが大事です。糖尿病という血糖値が高いということだけだと思っている方が多いので、尿にタンパクが出るということが問題だという知識を啓発することが大事だと思います。

それから3番はまさにそのとおりでございます、1枚目の図2に厚生労働省が発表したデータが出ています。例えば40代の男性の7.3%が糖尿病ですけれども、この中で治療を受けている人は4割ぐらいです。未治療が6割です。治療を受けている人のコントロールも悪いということになりますので、糖尿病に関しては、高齢化社会で高齢の糖尿病の方はもちろん多い、大切ですが、若い方が受診をする、治療を継続するというところに、アラートする。あるいは、具体的に例えば中断したら本人に通知が行くとか、ある程度は自己責任になると思いますが、そういうシステムづくりみたいなことがあるといいと思いました。

CKDは私の専門外ですが、何といたしまして、透析で入る病院の半分が糖尿病腎症なので、今の重症予防化と一体化していくことが大事です。ちなみに大学では腎臓内科が協力して、これは松本市での単位になると思いますが、何とか糖尿病腎症及びCKDの重症化予防ができないかということに取り組んでいる状況です。県としてどう取り組むかというのは難しいですね。

○久保座長

糖尿病もCKDも啓発活動ということは大事だと思います。

○西垣保健・疾病対策課長

先ほどのご発言で、県としての対策ということでした。医療費適正化計画の絡みもありますが、県も昨年度から糖尿病性腎症重症化予防プログラムということで、まずは市町村の国保の対象者に、例えば受診していない方に受診勧奨を保健指導という形でやっていくということを進め始めたところです。それで松本市もその県のプログラムを踏まえた上で独自でやっていらっしゃるということをお聞きしています。

○駒津委員

実際に保健師さんが保健指導するということはとても大事だと思いますが、もう一歩進んで、実際に医療にかかっている方が、例えば具体的な治療法とか投薬内容とか、そういうところに踏み込んで医療のレベルを上げていくようなシステムにしないと、実際に進んでいく腎症を目の前でとめるということはいえないと思います。

血糖値がいいからいいやと思っていると、何年かたって腎臓が悪くなってくるということになります。そういうところにもできたら松本市は踏み込めないかなということで、医師会の先生方と相談して、保健師さんの個別指導に加えて、もうワンランク上の介入ができないかということ

を考えているところです。

○久保座長

そういう保健師さんと医師会で進めているということは大事ですね。

○駒津委員

そうですね。腎臓内科の上条先生が音頭をとって話を進めている。

○久保座長

人工透析はすごく医療費がかかりますし、どうすればいいですかね。ただ、アメリカでは、人工透析は腎移植のための手段であって、慢性透析という概念はないですね。腎臓は2つあり、1つあれば機能するので、うまく治療できなくても透析でつないで次の移植まで稼げます。だから、必要な患者さんで2回、3回とできる。肺とかは1回しかできません。腎臓移植は脳死ではなく、心臓死から取り出しても十分間に合います。

しかし、そういった啓発活動が日本ではやられていないので、アメリカの10分の1ぐらいしか腎臓移植がありません。年齢も65歳から70歳ぐらいまで十分できますし、それほど難しい手術ではなく普通の病院でもできる治療です。アメリカ並みの腎臓移植が行われれば、透析の患者さんの数は相当減るだろうという記事がありました。アメリカ並みの腎臓移植をやっただけならば、1兆円の医療費の削減になるとはっきりと書かれておりますので、移植をもう少し普及すると、少なくとも、透析をやっている人たちの苦しみがとれると思います。これは余談です。ここに書くわけにはいきませんので。

○金子委員

救急の施設に、しっかりと言えるとよいと思います。

今、免許証に提供の意思表示がついていますので。

○久保座長

心臓死からとれますので二人の患者さんが助かります。透析から解除されますので、腎臓移植も普及すれば、それだけでも透析の患者さんの数は減るだろうと思います。

最後のCOPDに関しましては、喫煙者だけでなく、中学生とか高校生ぐらいから、たばこはいけないという啓発活動をしていただくことに尽きると思います。保健師さん、医師会の先生方はもう理解されておられますので、保健師を含めて啓発活動をお願いしたいと思います。

COPDを先に出して、括弧書きで慢性閉塞性肺疾患と記載して下さい。学会でそのように国に働きかけていますので、よろしくをお願いします。

全体を通して何かありましたらお願いします。

○上原委員

医療計画の中の記載の方法として、予防、それから治療、医療提供体制等を書いてありますが、予防については、書き込むことが難しい項目も多いというところもあります。何とか一つのパターン、予防、罹患した場合の対応、それから社会復帰と、カテゴリに分けて書いてあれば非常にわかりやすいと思います。

それからCOPDに関しては、2020年のオリンピックのときにどうするかも決まらない状況の中で、たばこを吸わない人は受動喫煙が嫌だという権利があるはずですが、一方で、中小の事業者にとっては、喫煙者を拒絶すると死活問題ということがありますが、県としては、厚生労働省ができなかったことに関して、ぜひ力を入れて、そのことが回り回って、従業者の人たち

の利益にもつながるという観点から、ぜひそういう項目を設けていただきたい。

○久保座長

東京都は受動喫煙を禁止ということで対策を立てるようではございますけれども、ぜひ長野県でもそうしていただけるといいなと。

○西垣保健・疾病対策課長

健康増進の観点からも考えていることがございます。

○久保座長

ほかに、よろしいですか。

6 その他（今後のスケジュールについて）

○久保座長

最後に今後のスケジュールについて事務局から説明をお願いします。

○下條医療推進課課長補佐兼医療計画係長

資料6の説明

○久保座長

ありがとうございました。

質問等ありますか。

ないようですので、本日の会議を終了いたします。

【閉 会】