

第3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7月21日（金）午後3時30分から午後5時30分まで

2 場所 長野県庁議会棟4階 404・405号会議室

3 出席者

委員 池上道子委員、井上憲昭委員、上原明委員、牛越徹委員、風間辰一委員、春日司郎委員、亀井智泉委員、唐木一直委員、川合博委員、久保恵嗣委員、関隆教委員、園原規子委員、竹重王仁委員、日野寛明委員、細谷たき子委員、松本あつ子委員、宮坂圭一委員、山田一尋委員、吉岡二郎委員

（欠席 伊澤敏委員、奥野ひろみ委員、関健委員、本田孝行委員）

長野県 健康福祉部長 山本英紀、健康福祉参事兼健康福祉政策課長 清水剛一、国民健康保険室長 蔵之内充、医療推進課長 尾島信久、医師確保対策室長 牧弘志、健康増進課長 奥原淳夫、保健・疾病対策課長 西垣明子、介護支援課長 小山靖、薬事管理課企画幹兼課長補佐兼薬事温泉係長 長谷川典子、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】

（久保委員長）

それでは、まず会議事項に入る前に、2月10日に開催した第2回目の策定委員会で委員から出された質問のうち、後日回答としていたものについて事務局から説明願います。

（奥原健康増進課長、参考資料2中、「年齢階級別1人当たり医療費の状況」のグラフにより、長野県の10～30歳代の一部の年齢層で1人当たり医療費が全国平均を上回っている状況を説明。

尾島医療推進課長、参考資料3中、前回一般診療所の合計のグラフだったものを、今回有床診療所と無床診療所に分けたグラフとした旨を説明。）

（久保委員長）

ありがとうございました。質問された方はよろしいでしょうか。

（井上委員）

10～30歳代の長野県の一人当たり医療費が全国平均より高いというのは原因はわかっているのですか。何が原因かわからないと次の対策がとれないと思いますが、その検討はされているんですか。

（奥原健康増進課長）

そのきちんとした分析まではされていませんので、書き込むかどうかは検討させていただきます。

（井上委員）

もしそうだとすれば書かないほうがいいと思います。

（奥原健康増進課長）

考えさせていただきます。

(竹重委員)

説明いただいてありがとうございました。前回も言いましたが、有床診療所は居宅系の施設の一つとして使えるんじゃないか、単純にサ高住を増やすということだけではなく、有床診療所の活用を考えてもらいたいという中で、質問させていただきました。

(1) 医療計画作成指針等の概要について、(2) 計画の枠組み及び検討体制について

(久保委員長)

それでは会議事項に移りたいと思います。まず、会議事項(1)「医療計画作成指針等の概要について」と(2)「計画の枠組み及び検討体制」について事務局から説明願います。

(尾島医療推進課長、資料1「医療計画作成指針等の概要」を説明。次に資料2「分野別・項目別の検討体制」により、策定委員会が検討を担当する事項のうち、本日は「目指すべき姿」、「医療圏の設定」、医療施策の「医療機能の分化と連携、医療安全の推進、難病、アレルギー、その他の医療施策」について検討する旨を説明)

(久保委員長)

ただいまの説明について質問等がありましたらお願いいたします。

(質問なし)

(久保委員長)

ご発言がないようですので、次に移ります。

(3) 第2回ワーキンググループ会議における主な議論について

(久保委員長)

次に会議事項(3)です。既に各ワーキンググループで議論が進められていますが、まず、事務局から説明いただいて、皆様からご意見をいただきたいと思います。

(尾島医療推進課長、資料3「第2回保健医療計画策定ワーキンググループ会議における主な議論について」のうち、救急・災害医療WG関係と医療従事者確保・へき地医療・在宅医療WG関係を説明。西垣保健・疾病対策課長、小児・周産期医療WG関係、がん・生活習慣病対策・歯科・医薬WG関係、精神疾患WG関係を説明。)

(久保委員長)

それでは資料3の10ページにワーキンググループの委員名簿がありまして座長の名前も入っていますが、まず救急・災害医療ワーキンググループの吉岡座長から補足等がありましたらお願いいたします。

(吉岡委員)

いろいろなご意見が出まして、まとめていただいているところです。救急医療の流れとしては今(3)に書いてある病院前救護が1番目で2番が救急車の適正利用、それから(4)に書いてある重症度・緊急度に応じた救急搬送体制が3番目、4番目にドクターカーの運用体制という流れでしょうか。

私の理解としては病院前救護があって、救急車の適正利用、救急医療機関の役割分担、それから超高齢社会を迎えるので搬送体制のこと。その中でドクターカーの運用、そして5番目に出口問題としたほうが流れとしてはいいのではないかと感じました。

災害については、議論の時は県内被災と県外被災に分けましたが、まとめとしては、(1)から(4)までのまとめでよいと思います。

(久保委員長)

ありがとうございました。小児・周産期については座長の本田先生が本日欠席です。

次のがん等のワーキンググループでは私が座長を務めております。がんに関しては国のがん対策推進協議会で第三期のがん対策基本計画をつくっており、それらを見ながら進めていきたいと考えています。そのほか、まとめのとおり様々な疾患について議論がされているところです。

6 ページの精神疾患のワーキンググループについては座長の伊澤委員が本日欠席ですが、私も傍聴しております。 (6) の発達障がいの子供さんについてはぜひ小児科と連携しながら県内全体で対策を立てる必要があると思いました。

最後の医療従事者確保等のワーキンググループについて井上座長から何か追加等ありますか。

(井上委員)

広い範囲のワーキンググループですが、基本的には地域包括ケアを完結できる医療の充実ということで、特に医療スタッフの確保という問題になりますが、一番大事だと思ったのは、少なくとも二次医療圏において守らないといけない医療分野をはっきりとしていくことが非常に大事だと思います。それはその地域だけでは守れないかもしれないので、県としても、ここまではその圏域内に医療の充実を図るための努力をするという枠組を決めることが重要だと思います。やり方はいろいろあると思いますが、医療圏の中だけで完結する場合や隣から応援してもらえないとできない場合がありますが、少なくとも二次医療圏の中にこれとこれは最低限守るというものは、人が足りなければ送ってでもやらないといけないということが、まだ全体の合意がなされていないと思うので、そこだけはきちんとやりたいと思っています。

(久保委員長)

では最初の救急・災害医療ワーキンググループのまとめについて委員の皆様から何かご意見がありますか。

(川合委員)

救急医療に関して (2) の 2 つ目に「救急車を呼ぶ前の相談ダイヤル (#7119) について県内への導入については、費用対効果などの面を含めて導入の可否を検討する必要がある」とありますが、上伊那医療圏では医師・看護師等、医療資源が乏しくて救急が非常に大変な状況です。今年度に入って、各病院、医師会、救急隊等、関係団体で救急医療に関する検討を始めており、先日も会議があったところです。医師不足が根底にはありますが、もうひとつ、コンビニ受診という、そんなに重症ではないけれどもすぐ病院に行ってしまう患者が増えており、それが救命救急センターや救急を行っている医師・看護師の疲弊をもたらしているという話が出ています。そういったコンビニ受診を抑制する方向を考えていく必要があるのではないかと思います。小児では #8000 が 10 年以上前から始められて軌道に乗っていてそれなりの効果を発揮していると思いますが、#7119 は浸透していないと思うんですね。電話で相談して病院にかからなくても済む患者も何割かはいると思うので、もう少し検討していく必要があるのではないかと思います。この書き方はちょっとネガティブなように思えますが、病院前の相談体制がこれからコンビニ受診を抑制するためにも必要ではないかと思いますがいかがですか。

(吉岡委員)

川合先生のおっしゃるとおり、#8000 には当院の医師も参画していますが、#7119 の問題点はトリアージだと思います。相談を受けてまずトリアージができればコンビニ受診のようなことはなくなるかもしれませんが、トリアージがうまくできなければ、かえって行ってくださいということになる。そういう意味で、ワーキンググループでは実施しているところの状況をよく見て次期計画の中で検討してはどうかという意見にまとまりました。相談を受けた人のトリアージが問題だと思いますが小児の場合はうまくいっているのでしょうか。

(川合委員)

私がこども病院に勤務しているころ長野県の #8000 がスタートしましたが、助産師会に積極的に参加してもらい、有志の助産師会の方々、子育てのプロがかなり相談をしてくれました。どうしても困ったら私に電話してくださいということでスタートしましたが、夜中に電話が来ること

は一度もなかったです。困った相談事例はまとめてメモしており、毎月1回#8000の担当者と懇談会をやりまして問題点等をお話ししてということをしているうちにだんだん相談員の力がついていったという経緯がありました。その後信州大学に事務局を移管し、さらに発展しています。

(吉岡委員)

決してネガティブに書いてあるわけではないので、成功事例があれば参考としてワーキングでも検討していきたいと思います。

(久保委員長)

他県の様子等を聞いて検討していただきたいと思います。

(竹重委員)

災害医療の(2)の3つ目にある災害拠点病院以外のBCP(業務継続計画)についてですが、これは資料1の6ページにも災害拠点病院以外でも推進と出ていますが、災害拠点病院の県の委員会を見ても、災害拠点病院でもまだBCPが整っていないという状況がありますので、見本というか元になるものを厚生労働省から求めていただいて普及に配慮していただきたいと思います。

(吉岡委員)

ワーキンググループではBCPの中身が問題になりました。どの程度の内容のものをBCPとのかということ、佐久医療センターはそれを策定しているという話があって、どう策定しているか参考にさせていただこうという意見がありました。ただ、本格的にBCPをやろうとすると診療データを全部別に持たなければならないので、これはクラウド化ということですから莫大な費用が発生します。電子カルテを導入するだけで10数億かかりますが、それと近い額をどこか遠隔地に診療データの全てを持っていないとその病院が被災した時にそれを戻して診療を立ち上げることができないということになりますし、電子カルテの環境そのものが立ち上がらないと別に持っていて役には立たないということです。そういったことも検討しようということであったと思います。まず、BCPの中身、質が問題ではないかということで、少し調査をするということになると思います。

(竹重委員)

よろしくお願ひします。逆に言うと、資料1の6ページの右側にBCP策定の推進と書いてありますが、これは非現実的に近いということですね。

(吉岡委員)

中身がどの程度のものかということだと思います。

(久保委員長)

そのほかよろしいですか。

(宮坂委員)

救急車の適正利用の関係で、施設から病院へ行って看取りで疲弊しているという話をよく聞くところです。施設に対する啓蒙活動をしていかないと、施設の職員が何でも病院へとやってしまうということを聞きます。施設の医師が夜間いないので安易に病院へということがあるので、啓蒙活動も考えていただければと思います。

(久保委員長)

要望と言うことで。

(牛越委員)

救急医療の「(1)ドクターカーの運用体制について」の中に2機のドクターヘリで全県をカバーしているとの記載があります。大北の二次医療圏は南北に60キロ以上ある圏域で信州大学のド

クターヘリにお世話になっていますが、長野県は南北に長いですが、ドクターヘリは信州大学と佐久医療センターという東西に2機が配置されているため、一番北の地域や県南の県境ではカバーしきれてないところがあると思います。私どもの医療圏内の小谷村は谷が深い狭隘部にあつて暗くなると飛ばませんし、天候が悪く、雲が厚い時は難儀しています。ドクターヘリで全てをカバーすることは巨額の財政負担が生じますが、ドクターヘリの在り方についても検討していただいて、なお不十分な点があればどのように解決するかそれを考えていただければありがたいと思います。何かご議論ありましたでしょうか。

(吉岡委員)

それは議論ありませんでした。

(久保委員長)

県の南部に関しては阿南病院に飛ばしますので、まず問題はないと思います。北部に関しては実際にヘリが着陸できるところがあるんですか。

(尾島医療推進課長)

基本的にはドクターヘリやドクターカー、救急車が必要なところは県内で決めております。その中で、ドクターヘリは2機ありますので、基本的には県内全域をカバーしています。個々の例についてはお話を聞きして検討することになりますが、運航調整委員会がございますので、そこでも議論していきたいと思います。

(牛越委員)

状況はわかりました。大北医療圏では小谷村から大町まで車で40分以上かかりますので、救急車で運んだうえでそれからドクターヘリに引き継ぐとか、特に山岳遭難については当面、県の消防防災ヘリが稼働できる状況ではないことから、その点も短期的な課題として地元としてもお手伝いしていきたいと思います。

(久保委員長)

ありがとうございます。その他にもご意見がありましたら県にあげていただきたいと思います。それでは次に小児・周産期関係で意見はありますか。

(牛越委員)

救急のところで、#7119の話題がありましたが、小児救急電話相談の関係で、大北圏域では初期救急として平日夜間小児科・内科急病センターを広域連合主体で運営しており、普及啓発に努めていますが、認知度とすると5割前後です。大町市や南部の町村では近いところに北アルプス医療センターや大町総合病院があるので、近い病院へ行く傾向があり医療機関の疲弊を防ぎきれていない状況です。今後とも普及啓発に力を入れていきたいと思いますが、県としても各地にある初期救急センターの機能を広報していただきたいと思います。知っていても近くの病院に行ってしまうというのはあると思いますけれども、これは要望です。

(久保委員長)

要望ということで、よろしくをお願いします。続いてがん、生活習慣病対策等のワーキンググループについて何かご意見ありますか。

(亀井委員)

歯科診療について、小児、特に心疾患を持っているお子さんの歯科についての議論があったかどうかお尋ねしたいと思います。こども病院には歯科がありませんので、発達障がいのお子さんを診てくれる歯医者があるのか、更に心疾患の子供にとって歯科診療はとても大切なはずですが、その部分の啓発がなされていなくて命にかかわるような事例も散見されていると聞いております。ぜひ、歯科保健、歯科医療の議論の中で小児について、特に発達障がいや心疾患のあるお子さんの歯科についても議論していただいて、充実した体制がとれるよう進めていただきたいと思いま

す。

(山田委員)

松本歯科大学に特殊診療科や小児歯科があり、こども病院からご紹介いただいています。歯科医師会でも資格を取って対応していただいているとお聞きしています。

(春日委員)

歯科医師会としましても、障がい者歯科については、まず相談員ということで認定の講習会を行い養成していますが、実際問題として診療現場で役立つというところまではいっていないのが現実です。小児歯科、重篤な方の歯科診療が一般開業医のレベルではなかなか難しいので、歯科医師会としては小児歯科や特殊診療科がある松本歯科大学との連携、タイアップが必要ではないかと考えております。

(久保委員長)

ほかに何かありますか。

(春日委員)

歯科のことで続けてお願いします。特定健診の項目に歯科を入れられないかとありますが、特定健診ができたときにはしごを外されて歯科の項目が入らなかったということで、日本歯科医師会を中心に国にも話してきたのですがなかなか入らないということです。

私が申し上げたいのは、特定健診云々というよりも、学校にいるうちは歯科検診が比較的できるんですが、社会人になるとなかなか検診の機会がないということで、口腔の健康と全身の健康がリンクするというエビデンスが出ているので、生涯を通じての歯科検診の場を持つていくのが重要ではないかと思っています。我々としては、食べることが生きることであり、生活を支える歯科保健医療ということで、健康寿命の延伸のためにも生涯を通じての歯科検診の重要性をアピールしていきたいと思います。

(上原委員)

歯科検診の件は保険者として申し上げた記憶があります。私も毎年1回必ずかかりつけの歯科医師さんに歯のメンテナンスに行かせていただいているのですが、だいたい1回終わるのに3か月から4か月かかってしまいます。歯科医師にも、もっと働く立場の人たちの時間も考えながらもう少しスムーズにやる方法を何か考えていただければと思います。春日先生ご指摘のように歯科は非常に重要で定期検診にそれぞれの患者が行き、コミュニケーションを図ったり、歯の状態をチェックしてもらうことは必要だと思いますが、ネックとしてお話しした事象もありますので、スムーズな患者さばきができればありがたいと思います。

(春日委員)

おっしゃる点はもっともだと思います。大企業で1か所に従業員を集めて勤務時間中に歯科検診を受けるなど、企業ぐるみで検診を受けるということをやっているところもありますが、そうではないところでは、なかなか歯科検診の機会がないということなので、長野県歯科医師会としては保険者との話の中で検診の企画をつくっていくことも考えております。

(久保委員長)

時間の都合もありますので、あと医療従事者確保等ワーキンググループの関係で松本委員さんからのご質問を受けたいと思います。

(松本委員)

いろいろなところで看護職の確保について出していただいています。施設から地域、地域からまた施設へ戻るときに連携の役割を担っているのが、看護師よりもむしろケアマネジャーなどが担う場合が多いので、地域の保健師が担っていただければよりいいのではないかと思います。患者の状況をしっかり統括して見守ることのできる人がいろいろな場面で必要ではないかと思いま

す。

ワーキンググループではこのような人材育成に関してどのような検討をされているかを教えていただきたいと思いました。

(井上委員)

この間のワーキンググループではその点の検討はなされていませんでした。現場ではケアマネジャーがそういう立場に立っています。以前は看護師が多くケアマネジャーになったわけですが、現実には看護師にケアマネジャーをやってもらおうと、看護師不足ですからその分現場の職員が減るわけです。介護系からのケアマネジャーが増えている中で、その人たちが間に入った時に医療的な知識が不足しているという課題があることは事実として認識しています。看護師にゆとりがあれば病院もその方向へ進むと思いますが、それができていないのが現実だと思います。

(亀井委員)

今の件に関してですが、小児、あるいは障がい児者の場合はケアマネジャーではなくて相談支援専門員がプランニングを請け負っていますが、相談支援専門員は福祉職なのでどうしても医療の言葉がわからないので相談支援専門員向けには医療の言葉がわかるための専門的研修を積極的に行うよう提言しています。小児、あるいは障がい児者の在宅医療は相談支援専門員と訪問看護師が二人三脚で本人の暮らしを支えるという仕組みが出来あがりつつあるので、あまり看護師に負担をかけないように、福祉サイドも頑張っていることをご承知いただければと思います。

(久保委員長)

まだまだ質問はあるかと思いますが、時間の都合もありますので、他のワーキンググループの検討内容についてもご意見がある場合は事務局の医療推進課までご意見を挙げてください。

(尾島医療推進課長)

ワーキンググループでこういうことを検討してもらいたいという要望がございましたら、私どもにいただければ議題をワーキンググループに伝えたいと思いますのでよろしくお願いします。

(4) 次期保健医療総合計画の目指すべき姿について

(久保委員長)

次に会議事項(4)に入ります。本日の大きなテーマですが、「次期保健医療総合計画の目指すべき姿」ということで、お一人ずつご意見を伺いたいと思います。それではまず事務局から資料を説明願います。

(清水健康福祉参事、資料4「目指すべき姿」により、前回からの変更点を中心に説明。)

(久保委員長)

それでは、今の説明を踏まえ、春日委員から席順でお願いします。恐縮ですが、時間が限られますのでなるべく簡潔にお願いします。

(春日委員)

「長野県の健康長寿の要因と次世代への継承」の囲みはこれでよいと思いますが、多職種連携ということが重要ですので、ポツの4番目にあるように、専門職種による地域保健医療活動が活発であることは当然ですが、単独ではなくチーム医療で連携してやるという表現が入ると非常にいいと思います。

(関(隆教)委員)

「長野県の健康長寿の要因と次世代への継承」は非常にいいんですが、これはこれとして、資料1の「医療計画作成指針等の概要」の「6. その他」に「ロコモティブシンドローム、フレイル等については、他の関連施策と調和をとりながら・・・」と書いてあります。特にこれから問題になる健康長寿については、5疾病・5事業それから在宅など、疾病とか寝たきりとかに関し

ては配慮されていますが、俺は元気だと言っている人をどうするかということにもう少し目を向けたほうがいいのではないのでしょうか。ロコモあるいはフレイルをもう少し強調したほうがいいのではないかと思います。疾病ではないけれど少し元気という人がいっぱいいるので、フレイルをとりあげたらどうかと思います。

先週金曜日にテレビ信州のビデオ撮りがあって、フレイル予防で健康長寿ということを行いました。キャッチフレーズはカッコいいものを付けまして、フレイル予防で健康長寿ということで、フレイルというのはみなさんご存じのとおり虚弱という意味です。誰しも加齢とともに心身の機能が低下してくる、それがフレイルというわけですね。まずは肉体的なフレイル。年とともに筋力が低下してくる。そこに対する対応はロコモであり先ほど歯科でも触れましたがオーラルフレイルということになるかと思えます。その次は心理的・知的なフレイル。こういう虚弱に対しては、特に脳梗塞の場合はうつになりやすいですから、うつに対する対応、認知機能が低下してくることへの対応が大切ですね。もうひとつ3番目は社会的なフレイルですね。特に独居になると家にこもって出てこないということになると困りますので、なるべく健康寿命延伸のためには、心と体を動かして人と接触する。このようなことを先週ビデオの収録で申し上げました。ですから、もう少し健康、元気で動いていく、そうした人に対して虚弱予防、フレイル予防をやっていくことをもう少しアピールしたほうがいいのではないかと思います。

(日野委員)

2ページの「長野県の健康長寿の要因と次世代への継承」については具体的な記載がされておりわかりやすいと思います。ただ、ここにはいわゆる財産・強みについて書いてありますが、一方で課題とか弱みについても書き足した方がいいかと思えます。以前は脳卒中对策が重要という記述があったかと思えます。その中の血压対策の中でエースプロジェクトの実現もありましたが、そうした部分を書き足した方がいいように思いました。

それから、前回コラムで思いが伝わった部分があるので、そこは継承してほしいと思いました。

(池上委員)

健康は生まれた時からが大事です。妊娠・出産・子育ての面を含めて精神的なものも大事になってくると思います。計画作りを通じていろんなことをみんなが考えていけると思えます。もともと私たちの会は出産できる病院が少なくなってしまうところから生まれた会ですので、ただ要望するばかりでなく、受診の仕方を通して自分たちが医療をどのようにしていくのか考えながら策定委員会に貢献できたらいいなと思っています。

(上原委員)

目指すべき姿の2ページ目の「長野県の健康長寿の要因と次世代への継承」の中にいろいろ項目が挙がっています。このとおりだと思いますが、ただここに欠けているのは県民の意思があったから初めて健康が形作られたということです。先ほど若年層の医療費という話が出ましたが、我々協会けんぽのデータを見ても受療率が高まったり医療費が高くなる事実があるので、社会を見るとそれぞれのコミュニティがばらばらになってきたり、ひとりひとりの生き方が変わっていく中で、ぜひ自分は健康を意識するんだという項目を入れていただけないでしょうか。自分の健康は自分で守るという県民の健康リテラシーの高さがあったから今の長野県の姿があります。もしそういったことがなくても将来に向かって一人ひとりが健康になるんだというような意識を宣言するような項目を入れていただければありがたいと思います。

(牛越委員)

3ページの基本方針の4つ目の○「医療と介護（福祉）との連携」で地域包括ケア体制と書き直していただいてあり本当にありがたいことです。これを実現していくためには多職種の連携と専門分野のマンパワーがないと成り立たないものであります。医療従事者・へき地医療等のワーキンググループで医療従事者をカバーする福祉・介護分野のマンパワーについて少し触れていただければありがたいと思います。在宅医療はそれでカバーする、非常に大きい役割がありますので今後の検討の中で取り入れていただければありがたいと思います。

(亀井委員)

2 ページの「長野県の健康長寿の要因と次世代への継承」に「次世代」という言葉が出ている以上、小児・周産期の特に小児の死亡率の低さが全国屈指であること、それから安心して子供を産み育てることができるからこそ死亡率が低い健康長寿の長野県なんだという文言をいれていただければと思います。ぜひ小児医療についてもここでふれていただければと思います。

(唐木委員)

目指すべき姿は今の社会状況の変化をとらえて国保の問題だとか人口減少の対策を進めていただきたいと思います。特に基本方針の中で予防活動が市町村の場合大変です。なかなか住民の意識が追いついてこないという面もあります。次世代への継承の中ではいいことを書いていただいているのですが、まだまだ意識が低いですからこの辺をもっと意識改革するようなことを考えていただければありがたいと思います。

(井上委員)

全体の文章とすればこの様になると思います。最近の傾向として自助・互助を非常に強調して、共助の保険については生産性と効率性を高めようということをやろう傾向があります。長野県としては弱者保護というか、医療や福祉から取り残される人をなくすよう公助としても応援するんだという高い意味の言葉がどこかにあってもいいのではないかと思います。政策上のことは書いてあるけれども、長野県からそうした人をなくしていくんだという文章がどこかにあってもいいのではないかと思います。

(竹重委員)

基本方針の中に医療と介護との連携という従来からの書き方がありますが、今回から介護保険計画と同時に進んでいるということで介護保険計画との整合性についてはしっかり書いてほしいと思います。特に在宅医療は介護保険サービスの裏付けがないとできないということがありますので基本方針の中に盛り込んでいただきたいと思います。それからいわゆる市町村の介護保険計画と協議の場を設けて県ですり合わせをしていくのですが、私が思うにはなかなか在宅へという方向が介護保険計画にすべて盛り込めるとは思っていません。介護保険計画は第7期、8期と3年ごとの中間のインターバルがありますので、医療計画についてもこれから6年という計画ですが3年ごとに見直しをするという基本的スタンスを書いていただきたいと思います。

(宮坂委員)

目指すべき姿はこれでよいのではないかと思います。人生の最終段階をどこで支えるのかということ、人生の最終段階を地域で支えるという文言が入らないかと思いました。

(吉岡委員)

今、宮坂先生がおっしゃったことは非常に重要なことで、これは救急についても看取りということが非常に重要なのでそういう観点が入ればいいのかと思いました。ただ、目指すべき姿なので入れにくいことは確かだと思います。

(山田委員)

目指すべき姿ということでわかりやすく書いていただいています。個人的な意見として、高齢化社会での疾病の予防ということで、先ほど関先生からお話があったようにフレイル、特に歯科ではオーラルフレイルということで、食べこぼしだとか嚥下障害といった点につきましても十分検討していただければと思います。

(松本委員)

私も、非常に良くなっていると思います。誰もが住み慣れた地域で暮らしていけるということが、強調されていることが重要だと思います。

(細谷委員)

目指すべき姿は一般市民にわかりやすく説明するという使命があると思います。3ページ目の基本方針の表現ですが、「共助（ソーシャルキャピタル）を基礎とした支援体制の整備」という小見出しはどちらかというとうわかりにくい。内容を読めばわかりますが、「共助」というのは社会学の専門用語だし、ソーシャルキャピタルという言葉も最近出てきたカタカナ用語・外来語ですから、どちらかといえば、ここに説明してある「社会全体として相互に支え合いながら」というようなわかりやすい文章を使えばいいのではないかと思います。もうひとつ、一番下の「医療と介護（福祉）との連携」ですが、本文に「保健・医療・介護（福祉）」とありますので、「保健」も小見出しに出していただければと思います。

（園原委員）

2ページの「健康長寿の要因と次世代への継承」に「野菜摂取量が多いなど、県民の健康に対する意識が高い。」とあります。前回は「野菜摂取量が多く、郷土料理・伝統料理を有効に活用した食生活を送っている」と入っていたんですが、地産地消のイメージとか伝統料理は大切なので、入れていただいたほうが良いと思います。

あと、1ページの「取り組む姿勢」で「平成30年4月から県も市町村とともに国民健康保険の保険者となることから、県民の健康づくりを市町村とより一層協働して進めます。」とありますが、県民は何の事だかわかりにくいのではないかと思います。私、勉強して国民健康保険の改革で財政運営を都道府県もするようになるんだなとわかったんですが、もう少しわかりやすい言葉にして、だから地域の皆さん一人ひとりが自分の健康は自分で守るということにつなげていくべきで、こういうふうに出されるとわかりづらいのかなと感じました。

（川合委員）

2つありまして、1つは1ページ目の取り組む姿勢の中に、これから認知症が毎年10万人単位で増えていく、あるいはこれから人生の終わりをどのように迎えるか、クオリティオブデス（QOD）の問題がありますので、人間としての尊厳を守る医療、そういった文言がこれから必要ではないかと思います。

それからもう一つは、3ページ目に地域包括ケア体制を目指すということが出ているわけで、6年後は2025年の2年前ですから、地域包括ケア体制がかなりできていないとだと思いますが、その中で、保健・医療・介護の連携ですが、自助・公助・共助プラス互助、地域住民の地域力や住民同士の支え合いといったものが地域包括ケアシステムの構築には欠かせない部分だろうと思うので、地域住民の互助が文言として加わるようにしていただけたらと感じました。

細かいところで気になったのは、1ページ目の「取り組む姿勢」で「最新の根拠・データに基づき」としていますが、「最新のデータ・知見」の方が適切ではないかと思ったのと、3ページ目の「○共助（ソーシャルキャピタル）」のところで「時間的にゆとりのない者」「健康づくりに無関心な者」の「者」と言う言い方は「人」とか「方」にしたほうがいいのではないかということ、また「○医療提供体制の充実・強化」のところで「サービスを楽しむ」とありますが、楽しむとはうれいような楽しいようなというイメージであり「医療サービスを楽しむ」というのはふさわしくないように感じました。むしろ、「受ける」という言葉にしたほうが良いと思いましたのでご検討いただければと思います。

（風間委員）

本日は専門の先生方のご意見を拝聴することができて、議会人としてありがたく思います。新しい医療計画をつくる時期というのがくしくも次の5か年計画に非常にリンクするという年になります。次の5か年計画のコンセプトの大きな柱になるであろうと言われているのが、「人生を楽しむ」というのがキーワードになりそうだということでして、まだ決まっていませんが、そこをしっかりと見据えた上で推進していくべきではないかと思いました。それはどういったことかと言いますと、長野県の特徴として広い県土、長寿化しているという特徴がありますので、引き続きバランスのとれた地域医療体制の整備であるとか、医療従事者の確保、地域包括ケアを進めなければならないわけでありまして、その上で健康長寿の世界一を目指していくというわけでありまして、予防医療の充実を図っていく、この予防医療が人生を楽しむというコンセプトにリンクしているのではないかと考えています。そういう意味から考えますと、予防医療という点で歯

科診療の充実と連携強化が非常に大事ですし、くしくもこの5年間に県立大学ができて卒業生に管理栄養士も生まれるという状況になります。こうした医療従事者の確保と活躍の場を広げていくことも必要ではないか。こうしたことを充実することによって予防医療の充実を図っていくという書き込みも重要だと考えます。

それから地域包括ケアについては、具体的に検討していかなければならない5年間であるわけで、様々な問題があるわけです。介護士がなかなか定着しないという課題があるわけで、福祉領域の介護従事者確保が重要であるとの認識があるならば、5年間の中で、もちろん長野県全体でできればいいわけですが、パイロット地域の指定というものを考えた方がいいのではないのでしょうか。中山間地域におけるパイロット地域を指定してそこに重点的に実現のために予算投資をしていくということも考えなければならぬのではないかと思います。目指すべき姿に書き込むほどの大きな項目ではありませんが重要な視点ではないかと思います。

それから、この5年の間にAI（人工知能）、IoT（様々な物に通信機能を持たせること）がどんどん進化していくわけです。医療界におけるこうした取組も重要になってくると思います。県民もその生活にどっぷりと浸っていくわけですから、こうしたAIやIoTを利用する地域医療のイノベーションもあっていいんだということを書いていただければありがたいと思います。長野県は医療イノベーションのフロントランナーを目指すということも重要なことだと思います。

それからもう一点、エースプロジェクトも健康長寿に結び付く大きな施策の一つだと思いますが、この5年の中で第2ステージを迎え、それを伸長していくことも必要だと思いますので、そういうこともぜひとも書いていただければと思います。

（久保委員長）

ありがとうございました。事務局は委員からの意見を参考に素案を作成していただきたいと思っています。

（5）二次医療圏の設定について

（久保委員長）

それでは次の会議事項に入らせていただきます。会議事項（5）「二次医療圏の設定」について事務局から説明願います。

（尾島医療推進課長、資料5「二次医療圏の設定について」により、

- ① 現行の第6次保健医療計画では県民が身近なところで安全で質の高い医療サービスを受できる体制を目指して、「5疾病・5事業について、二次医療圏内で対応することを基本としつつ、医療の高度化・専門化に圏域で対応できないものについては隣接する医療圏との連携体制を強化する」取組を進めていること、
- ② 地域医療構想の構想区域の設定に当たり、現行の10の二次医療圏と同一に設定したこと。により、次期計画期間においても現状どおり、10の二次医療圏を維持する案を説明。）

（久保委員長）

はい、地域医療構想も現在の10の二次医療圏で必要な病床数を推計しておりますし、二次医療圏を維持したいということですがよろしいでしょうか。

（委員から賛同する声）

（久保委員長）

それでは、そのように進めるということで、よろしく願います。

（6）医療施策・疾病対策のうち策定委員会担当分の検討について

（久保委員長）

では会議事項（6）に移ります。「医療施策・疾病対策のうち策定委員会担当分の検討について」ということで、資料6-1から6-5まで、事務局から簡潔に説明願います。

(尾島医療推進課長、資料6-1「機能分化と連携(病診連携等の推進)」、資料6-2「医療安全対策」、資料6-3「難病対策」、資料6-4「アレルギー疾患対策」、資料6-5「その他の医療施策」について現状と課題、施策の展開(案)を説明)

(久保委員長)

はい、時間の関係上、ここでご意見を伺うことができませんので、施策の展開(案)等にご意見がある場合は事務局までお出しいただきたいと思います。

(その他)

次に4「その他」について、事務局から説明願います。

(尾島医療推進課長、資料7により今後のスケジュールを説明)

(久保委員長)

本日は十分な時間がとれない項目もありましたが、忌憚のないご意見を事務局へ挙げていただければと思います。それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了いたします。

【閉 会】