

第4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11月17日（金）午後3時から午後5時30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 池上道子委員、井上憲昭委員、風間辰一委員、春日司郎委員、亀井智泉委員、川合博委員、久保恵嗣委員、清水昭委員、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、山田一尋委員、吉岡二郎委員

（欠席 伊澤敏委員、牛越徹委員、奥野ひろみ委員、唐木一直委員、関健委員、宮坂圭一委員、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、薬事管理課長 太田靖、医療推進課課長補佐兼医療計画係長 下條伸彦 他

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（基準病床数の算定について）

（久保委員長）

それでは会議事項に従って進めたいと思います。先ほど部長さんのごあいさつにもあった通り、第7次保健医療計画については合計4回のワーキンググループを経てお手元の厚い素案がまとめられているところです。今日はその審議が中心ですが、まず（1）にありますように基準病床数の算定について議論をしたいと思います。それでは、早速、事務局から説明願います。

（資料1により、尾島医療推進課長、療養病床及び一般病床について、西垣保健・疾病対策課長、結核病床、感染症病床、精神病床について説明）

○説明のポイント

【療養病床及び一般病床】

- ・二次医療圏ごとに、療養病床と一般病床の算定式で得られた病床数を合算して基準病床数を算定する。
- ・療養病床の算定式は変更があり、介護療養病床から介護保険施設への転換や地域医療構想を踏まえ、想定される療養病床入院患者数から在宅医療等に対応可能な数を控除して算定することとされた。
- ・在宅医療等に対応可能な数は、平成35年までに療養病床から生じると推計される在宅医療等の追加的需要（病床以外の介護施設等に対応が必要となる需要）から、介護施設への転換が見込まれる療養病床数を除いて算定する。（基準病床の算定にあたり、介護施設へ転換する療養病床は第7次医療計画期間中は病床とみなす措置。介護療養病床は廃止期限が平成35年度末とされているため、基本的に全数を転換見込みとして取り扱う。）
- ・平成29年8月に療養病床を有する医療機関に対して実施した転換意向調査によると、県内の介護療養病床数は1,063床、廃止予定34床、医療療養病床から介護医療院への転換見込みが4床となっている。
- ・医療圏ごとに平成35年の在宅医療等の追加的需要から転換見込みの療養病床を控除して算定した在宅医療等対応可能数は、諏訪医療圏56床、大北医療圏5床、長野医療圏156

床（他の医療圏はゼロ）の計 217床となる。

- ・一般病床の算定式の変更はないが、算定に用いる平均在院日数が15.1日（第6次）から13.6日（第7次）に変更されている。
- ・第7次基準病床数は県全体では18,158床と算定され、第6次基準病床数より357床の増。

【結核病床】

- ・平成28年の結核の新規入院患者数に基づき想定される入院患者数に病床利用率の変動割合等を勘案した調整を行い、慢性排菌患者入院数（2年以上患者登録されている重症患者（県内ゼロ））を合計して算出。

【感染症病床】

- ・国が定めた基準により、第一種感染症指定医療機関は全県で2床、第二種感染症指定医療機関は長野・松本医療圏が6床ずつ、他の8医療圏は4床ずつとして算出。

【精神病床】

- ・第7次医療計画の中間年が第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末と一致することから、平成32年度末の基準病床数を算定し、中間年に第6期障害福祉計画と整合をとるよう基準病床数を見直す。
- ・精神病床利用率は、全国一律95%に設定。

（久保委員長）

ただ今、事務局から説明がありましたが、結核と感染症については基準病床数が現在と同じなので、認めてもよろしいかと思えます。最後の精神病床は精神科病院協会とは意見交換できているのですか。

（西垣保健・疾病対策課長）

ワーキングでご説明しています。

（久保委員長）

ワーキングでこれが了解されていると考えていいですか。わかりました。

では療養病床と一般病床の基準病床数の検討に入ります。まず療養病床についてですが、この数字は療養病床をもう少し増やしてもよいということですか。

（尾島医療推進課長）

第6次の計画より療養病床の数値は約700床くらい増えていますが、これは国の計算式に基づいてデータも定められたものを使って算出するところなるというものです。

（久保委員長）

3ページの転換意向調査の結果は、診療報酬や介護報酬の改定等で変わると思いますが、転換見込の数字は現時点のものを使うのですか。

（尾島医療推進課長）

資料1-2の2ページの②のアに記載がありますが、①にあるように、第7次医療計画期間中は転換分も既存の病床とみなすとされていることから、次期計画期間中については在宅医療等対応可能数からは介護療養病床を除いて計算します。

（久保委員長）

ご質問・ご意見があればお受けしたいと思います。療養病床をお持ちの先生はいらっしゃいますか。

(関(隆教)委員)

療養病床の転換といっても、介護報酬がわからないし、介護医療院というものが突然出てきたけれどもその内容がまったく示されていない。わけがわからないんでね。これで転換の意向調査といっても移行するかしないか返事しろと言われても返事のしようがないと、意向調査にはそのように書いたんですが、恐らく日本全国どこでも療養病床を持っているところは迷っていると思いますね。だからここで決定ではないんで、まだ経過措置の期間があるから、毎年調査をやっていけばいいことだから。来年の4月以降、実際の流れが出てこないとわからないですね。

(久保委員長)

県ではこういう方向で行きたいということによろしいですか。この委員会で承認してもらえばそういう方向で進めていくと。

(竹重委員)

資料1の6ページにある基準病床数と地域医療構想の必要病床数との兼ね合いについてお尋ねしたいと思います。一例をあげると、上伊那の第7次計画の基準病床は1,393床、でも実際のベッドは1,321床しかないということで72床余裕があります。しかし、地域医療構想では1,153床だからかなりオーバーベッドになっています。例えばお隣にいる川合先生が1病棟回復期の病棟が足りないから作りたいといった場合に作れることになりますか。どこで判断するんですか。

(尾島医療推進課長)

基準病床は新しく作るときの一定の基準なので、既存病床が少なければ作れることになります。実際に作る時には各医療圏の中で合意を得て作っているというお話も伺っていますので、地域の中で自主的な取組でお考えいただければと思っています。

(竹重委員)

お聞きしたかったのは、地域医療構想で減らさなければならないという数が出ていますが、基準病床では作れるんだと。どうしても作りたいと言った時に基準病床と必要病床数のどちらで判断することになるのか、医療審議会や調整会議がありますがどこで審議するのかを伺いたいと思います。

(尾島医療推進課長)

病床が足りない時は圏域の中で医療機関が話し合っただけでどうするか決めているところがあると聞いています。そういう検討が必要であれば地域医療構想調整会議ですということになります。地域医療構想の推計値はあくまでも参考値であり、必要とされる病床数は推計のような形で減っていくだろうという目安ですが、新しい病床を整備する基準としては、基準病床で判断することになります。

(竹重委員)

従来から医療計画では基準病床数を決めており、基準病床数を優先して考えると。地域医療構想の推計値はあくまでも参考値と考えていると。調整会議で決めていくということでもいいですね。

(尾島医療推進課長)

はい。

(竹重委員)

あと、資料1-2の6ページで、一番左に既存病床数とありますが、県では、病棟単位で使われていない休眠病棟がどのくらいあるか把握していますか。把握しているとしたらその数字を教えてください。

(尾島医療推進課長)

病棟単位で稼働していないのは448床あります。

(竹重委員)

圏域ごとの数を教えてください。

(尾島医療推進課長)

こちらの第7次保健医療計画の素案に掲載した地域医療構想をご覧くださいと思います。168ページの佐久の例ですが、中ほどに許可病床数と稼働病床数があります。病棟単位かどうかまでは不明ですが、この差が非稼働病床となります。

(川合委員)

この休床については、例えば患者が減ったから休止を届けているものが448床ということですか。有床診療所で、ベッドは持っているが入院がないというところはここには入っていないということですか。

(尾島医療推進課長)

非稼働の定義は過去1年間に一人も入院患者を入れていない病床の集計です。

(川合委員)

有床診療所も入っているということですね。

(尾島医療推進課長)

はい。

(竹重委員)

休眠病床について、各調整会議には資料が出ていますか。第7次計画で病床をどのように考えていくかということにつながりますので、調整会議に示していただいて、病棟単位で使っていないところは公的病院は返還してもらおうということを厚労省からも言われているところなので、データをきちんと示していただきたいと思います。

(尾島医療推進課長)

ご指摘の件は調整会議を開くときに各圏域とご相談させていただきながら対応させていただきたいと思います。

(井上委員)

素案173ページの木曾とか、175ページの大北とか、恐らくその地域のベッド数を維持しておかないと地域で診れる人が流出して地域が崩壊してしまうから確保しておくということで、使っていないベッドが基準病床の中に入っているということですね。

(久保委員長)

許可病床には入っていますね。

(井上委員)

もう一つは、資料1-2の3ページで、現行の療養病床で非稼働のところは8病棟分、40床くらいを一つの病棟と考えると8病棟分位ありますが、これをどのように解釈されているのか。どうして非稼働になっているのかわかりますか。例えば老健施設等では、ベッドはあるけれども、介護する人がいないから非稼働にしているということがよくあります。そういうことじゃないでしょ。

(尾島医療推進課長)

転換意向調査上では非稼働の理由まではわかりませんが、29年度の病床機能報告に非稼働の理由を記載する欄ができたと聞いていますので、今後は把握が可能かと思います。

(井上委員)

最後に一つだけ。基準病床の中で作れる病床は急性期とか回復期とか病床機能は関係ないのですか。

(尾島医療推進課長)

基準病床は、療養病床と一般病床を合わせた数なので、その内訳は関係なく、急性期とか回復期とかの区別もありません。

(久保委員長)

よろしいでしょうか。他にご意見はありますか。

(委員から「なし」の声)

(第2期信州保健医療総合計画の概要・第7次長野県保健医療計画(素案)について)

(久保委員長)

それでは次に会議事項(2)「第2期信州保健医療総合計画(仮称)の素案の概要について」と(3)の「第7次長野県保健医療計画(素案)について」一括して事務局から説明願います。

(清水健康福祉参事、資料2及び資料3の第1編「計画の基本的事項」～第3編「目指すべき姿」について、奥原健康増進課長、第4編「健康づくり」のうち、「信州ACEプロジェクト」「生活習慣病予防」「栄養・食生活」「身体活動・運動」「たばこ」について、西垣保健・疾病対策課長、第4編「健康づくり」のうち、「こころの健康」「歯科口腔保健」「母子保健」について、尾島医療推進課長、第5編「医療圏の設定と基準病床数」～第7編「医療施策」について、西垣保健・疾病対策課長、第8編「疾病対策」について説明)

(久保委員長)

はい。ありがとうございました。まず資料2の第2期信州保健医療総合計画(仮称)の素案の概要についてはご意見ありますでしょうか。

(委員から「なし」の声)

(久保委員長)

次に、第7次保健医療計画の素案については、厚い冊子からエッセンスを資料3-1にまとめていただいております。最初に今回のワーキンググループの各座長から補足等がありましたらお願いします。救急・災害医療ワーキンググループの吉岡委員、何かございますか。

(吉岡委員)

特にありません。

(久保委員長)

私は、がん・生活習慣病対策・歯科・医薬ワーキンググループですが、一点、文言の確認ですが、概要版の64ページに「すべての二次医療圏でがん診療連携拠点病院を整備」とありますが、木曽や北信では「地域がん診療病院」ではないですか。

(西垣保健・疾病対策課長)

「がん診療連携拠点病院等」の「等」の中に包含した表現にとらえていただければと思います。

(久保委員長)

わかりました。医療従事者確保・へき地医療・在宅医療ワーキンググループの井上委員、何かございますか。

(井上委員)

特にありません。

(久保委員長)

なお、小児・周産期医療ワーキンググループの本田委員と精神疾患ワーキンググループの伊澤委員は本日欠席であります。

それでは全体を通しまして春日委員から順番にご意見をお願いいたします。

(春日委員)

第4編の健康づくりについて概要版の21ページをご覧ください。歯科口腔保健の(3)にフッ化物応用の機会の拡充とありますが、現状と課題を見ていただくと、実施市町村数、小学校、中学校はすごく少ないんですね。だから増やしていこうということだと思いますが。素案の103ページを見ていただきたいんですけど、「フッ化物応用による子供たちの健康格差の縮小」というコラムがあります。これを読むと中段に「口腔の健康管理には食生活や歯みがき等の生活習慣を正しく行うこと、歯科健診(検診)にかける時間、その費用等が必要です」とありますが、子供たちは学校保健法で歯科健診を義務で行うので費用がかかることはないのに「費用が必要です」と書いてあるので、この辺の文言は修正が必要です。そのあとの「全ての家庭でこれらを行うことが困難な場合もあります」という文言も修正が必要です。

確かにフッ素を塗ることにより歯が強化されて虫歯になりにくいということはありますが、フッ化物洗口は、保育園や学校で一律に洗口などをする場合には拒否する親御さんもいて、一律にやるのはどうかという考えもありますので、その辺を考慮した記述が必要です。時間と費用がかからないからフッ素が入った歯磨き粉を使えば虫歯が無くなりますよと単純に読み取れる文章なので修正が必要だと思います。山田先生、大学としての考え方はどうですか。

(山田委員)

春日先生言われるとおり、フッ化物だけではなく、いろんなことが大事ですので、先生言われるとおりにしていただいたほうがいいと思います。

(久保委員長)

これは私のワーキンググループの担当のところ、詳しい議論があったかどうかは不明ですが。

(西垣保健・疾病対策課長)

こちらのコラムはワーキンググループ委員に書いていただいたので、今日のご意見も参考に修正させていただきます。

(久保委員長)

概要版21ページの(3)の「フッ化物応用の機会の拡充」という言葉も良くないということでしょうか。

(春日委員)

フッ化物応用は効果があるということで推奨した時代もありますが、今はその前段にある歯や口の健康づくりとして、甘いものの取り方に気をつける、ブラッシングとか口腔ケアをしっかりすることなども重要とされています。フッ素を塗ったからもう大丈夫と誤解しても困るし、むし歯予防の一助にはなるとは思いますが、このコラムはもう一考必要ではないかと思えます。

(久保委員長)

下の段を読むと「関係機関・団体と連携して推進」と書いてありますが、いま聞いていても歯科の先生の中でも議論が分かれるところだと思いますので、もう一度検討させてください。

(日野委員)

概要版34ページの医薬分業についてですが、現状と課題の一番上の丸で、「医薬分業のメリットが十分に機能していない状況」というのは一考の余地があるのかなと思います。それと主な数値目標ですが、今はかかりつけ薬剤師・薬局を推進していきたいという思いがあります。で、目標設定についてワーキンググループでは「かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定件数の増加」で了承されたという報告を受けていますが、前のページの「機能分化と連携」で「かかりつけ医、かかりつけ歯科医を持つ者の割合」という指標を立てていますので、薬剤師においても「かかりつけ薬局を持つ者の割合」を増やすという目標設定をしていただきたいと思います。ワーキンググループの議論では、国でまだ検討中ということで今回の数値目標に落ちたということも聞いておりますが、県民医療意識調査で初めてかかりつけ薬局を持っている者が53.4%という数値を得ているので、お願いしたいと思えます。

(久保委員長)

「医薬分業のメリットが十分に機能していない状況」というのは修正した方がいいということですね。

(日野委員)

「メリットが感じられていない」くらいで「機能していない」わけではないので、そういった住民の声があることは事実ですが。

(久保委員長)

数値目標のところは修正した方がいいということでしょうか。

(日野委員)

指標をプラスしていただけたらと思えます。「かかりつけ薬局を持つ者の割合」を増やすという

ことを指標に加えることを検討してほしいと思います。

(尾島医療推進課長)

修正については、検討させていただきます。

(久保委員長)

次に、清水委員お願いします。

(清水委員)

医療保険者の立場としては、健康づくりあるいは医療費の適正化の内容自体は保険者の考えていくべき方向と一致していると考えています。ただ、計画の内容が県の関係者止まりということではなく、市町村や県民に周知して、そのつもりになっていただくことが非常に大切だと思います。県民が計画を理解し行動をおこすしかけづくり、競争意識とかお徳感とかに訴えるなどして、実際に動く方に響くような施策を県にはお願いしたいと思います。

(井上委員)

概要版15ページの栄養・食生活に若年者・学童の肥満対策があまり書かれていないと思います。学童の肥満について学校から病院に栄養指導を頼まれ栄養士がきっちりやっても、保険適用にならないから自費でと医療保険者から通知されます。学童の肥満があった場合に、誰が費用を負担して栄養指導をするのかという課題について、記載がないので気になったところです。

(奥原健康増進課長)

素案の79ページに肥満傾向の児童・生徒の割合は横ばいということで現状を記載しているところですが、委員の意見を踏まえてまた検討したいと思います。

(井上委員)

もう一点、概要版88ページのアレルギー疾患対策についてですが、おとし、この基本法が施行されたと思いますが、アレルギー疾患対策となっているんですか。

(西垣保健・疾病対策課長)

「アレルギー疾患対策基本法」がおとし12月に施行されました。

(井上委員)

膠原病、リウマチは対策に入っていないんですか。

(西垣保健・疾病対策課長)

今回、アレルギー疾患の定義としましてはそちらに書かれているものに起因するアレルギーということで、具体的にはぜんそく、食物アレルギー、その他となっています。

(井上委員)

以前、厚生労働省の勉強会に出席した時にその話と、もう一つ、県に1つか2つの拠点となる病院を置くという話がありましたので、ここに出てくるのかと思いました。

(西垣保健・疾病対策課長)

施策の展開の二つ目の丸に、「拠点となる医療機関の選定」も今後考えていくということを書かせていただいています。

(井上委員)

どこかにリウマチ、膠原病も入れていただければありがたいと思います。

(川合委員)

簡単な文言の修正として、概要版88ページのアレルギー疾患対策に「結膜炎」とありますが、ウイルス性や細菌性もあるので、アレルギー性結膜炎とするのが正しいと思います。

概要版38ページの医師確保について、現状と課題の一番下の丸に「医師の高齢化への対応や女性医師のライフイベント・ライフステージに応じた就労を支援するための勤務環境整備が必要」とありますが、医師の高齢化への対応と女性医師の課題は必ずしも並列ではないと思います。

むしろ、医師の高齢化への対応は、その上にある「二次医療圏間における医師の地域偏在や診療科における医師偏在の解消が必要」の項目と連動していることを率直に実感しています。ちょうど上伊那医療圏の開業医の先生と意見交換をさせてもらっているところですが、医師の高齢化は大きな問題で、まもなくそこから医療機関が消滅するのではないかといいところもあり、医師不足の問題と高齢化への対応は連動した問題として考えていくことが適切だと考えます。地域の病院で働くとその地域の開業医となるケースが多いので、医師不足解消の一つの手段として、地域の病院勤務医を確保することが有効な手段だと思います。

(久保委員長)

医師の高齢化は医師の地域偏在や診療科の減少に関係しますので、別枠にさせていただいて、できれば各医療圏の医療従事者の数を全国平均に近づけるというのを大きな目標に掲げたらどうかと思いますが。県の修学資金を利用した若い医師がこれからたくさん出ますからうまく配置すれば全国平均並になるとは思いますがいかがでしょうか。松本が突出していますから、これを省いたうえで平均値を出してもかまわないと思うので。いかがでしょうか。

(牧医師確保対策室長)

医師の高齢化については表現を考えさせていただきたいと思います。

あと、医師の全国平均の話ですが、長野県の医師の数は全国31位で、西高東低といわれて西日本が非常に多く、東日本の17都道府県の中で全国平均を上回るのは東京都だけという状況があります。

私どもの気持ちの中では全国平均にしたいというのがありますが、現実を考えた場合、非常にハードルが高いというのが現状です。ワーキンググループでも同じ議論がありましたが、医師の数や目標値は、現在、国で具体的な数をどうしていくか検討しているところです。

今後、医師確保計画を作る方向になっていますが、国の検討が遅れていまして、今の状況だと3年後の見直しの段階でガイドラインが出るのではないかとされています。その時に医師の具体的な目標値についてはまた考えたいと思っています。

(久保委員長)

県として、なるべく医師の地域偏在をなくすという強いメッセージがあるといいと思ったわけですね。

(竹重委員)

医療施策の在宅医療についてです。概要版55ページに在宅医療の数値目標があり、その比較として31ページに地域医療構想で推計した2025年の在宅医療等の必要量があります。言いたいのは、今後一般病床の入院患者のうち医療資源投入量175点未満や療養病床入院患者のうち医療区分1の7割が在宅に行かなければならないという中で、数値目標を3年後に見直すということはわかりますが、在宅医療の目標が「現状より増やす」という書き方となっています。また、訪問診療

等の数値目標がありません。在宅医療をどのくらい増やすかという数値目標を表に入れるべきだと思います。計画の中間に見直しをするのであれば、平成32年の目標は6分の3にするという配分でもいいので現状以上というあいまいな表現ではまずいと思います。在宅医療が第7次計画の重要な部分だと思いますので、この辺をしっかりとやっていただきたいと思いますがいかがですか。

(尾島医療推進課長)

在宅医療の数値目標についてですが、地域医療構想で在宅医療等の必要量を推計していますが、これを参考に市町村の皆さんと体制を構築していくことになっていきますので、今の段階では現状以上という記載をさせていただいています。具体的な数字についてはどこまでという達成の基準が難しいので、このような形にさせていただいています。できるかどうかは皆さんと相談させていただきますが、今の状況ではこのように設定させていただいているところです。

(竹重委員)

第7次医療計画を作る上で、現状以上という目標は非常にあいまいだと思います。実際、現在より2割増しの訪問診療等が必要だというデータをお持ちだから、それに対して少なくとも3年間でこういう数値にしようという目標を掲げたほうがいいと思いますが、部長いかがですか。

(山本健康福祉部長)

非常に重要なご指摘だと思っております。定量的に根拠を示せるのかという問題も含めて、委員の今のご意見の趣旨はよくわかりますので、ワーキングの委員の先生方とも相談させていただきたいと思います。

(竹重委員)

ぜひ検討していただきたいと思います。県医師会としても在宅医療を担う医師が高齢化して少ないんです。実際に2025年に2割増しの在宅医療ができる体制を整えられるか疑問に思っています。国が病床から在宅へと放り出す中で、うまくいくかどうか非常に疑問に思っていますので、よくお考えになって、訪問診療等も含めて目標を見直していただきたいと思います。

(久保委員長)

竹重委員とも相談しながらよろしくお願いします。

(尾島医療推進課長)

はい。

(久保委員長)

それでは、松本委員お願いします。

(松本委員)

看護職員についていろいろな文言を書きいただいております。看護師の特定行為のことをいろいろなところに書いていただいておりますので、概要版36ページの看護職員のところに丸を一つ加えていただいて、「特定行為研修機関及び研修修了者の確保・充実」のようなことを入れていただけるといいと思います。ご検討をお願いします。

(久保委員長)

特定行為の研修ができる機関が県内にないので、特定行為をどうするかは非常に大事

ですので検討をお願いします。

次に吉岡委員いかがでしょうか。

(吉岡委員)

素案の233ページから253ページまでが救急・災害ワーキンググループ担当の項目ですが、内容についてはワーキングを4回開いて熱心な議論をしていただいた結果ですので、特に意見はありません。

(山田委員)

概要版77ページの糖尿病対策について、素案の399ページには歯周疾患の炎症防止が糖尿病治療で非常に重要ということが書いてありますから、概要版の方にも糖尿病治療における多職種連携に歯科医師も入れていただきたいと思います。

(西垣保健・疾病対策課長)

承知しました。

(細谷委員)

概要版83ページの感染症対策で、外国人労働者やその家族への予防接種や若年層へのエイズ・性感染症対策について入れてほしいと思います。例えば保健所によるエイズの検査で陽性だったがそのまま国へ帰る例があると聞いています。素案441ページから442ページの柱はこのとおりだと思いますが、異文化圏の人への対応、異文化圏の文化を考慮した感染症対策が必要ということを入れていただければと思いました。

(西垣保健・疾病対策課長)

基本的な方向については国の感染症予防計画にのっとった項目立てとなっています。その中で県民一人ひとりに対する感染症予防、および素案442ページの人権の尊重の中で外国の方に対する対応について触れていきたいと思います。

(園原委員)

概要版54ページの在宅医療の目指すべき方向の文章に「多職種で」ということを入れてほしいと思います。それから質問ですが、55ページの施策の展開の(1)の2つ目の丸に、「市町村、医療・介護関係機関と連携して」といろいろ書かれていますが、これは地域包括ケアシステムを構築して応援するという言葉にはならないのでしょうか。

(尾島医療推進課長)

患者に情報を届けるということにはいろんな方法があると思います。地域包括ケア以外にもいろいろあるという意味で、ここでは地域包括ケアに限定はしていないということです。

(園原委員)

わかりました。

(久保委員長)

「多職種」の文言はそのように修正をお願いします。

(尾島医療推進課長)

はい。

(風間委員)

次期5か年計画がもうすぐできるわけですが、それを考慮して学びとか自治の力とかの文言を加えたという点については高く評価したいと思います。やはり連動していかないといけないと思います。次期総合5か年計画の重点的な取組で健康づくりをどのように推進していくか具体的な施策を展開していかなければならないと思いますが、私は議会と理事者との懇談会の中でも信州ACEプロジェクトをもっと深化させた方がいいと申し上げています。その辺はどのように考えていますか。

(奥原健康増進課長)

現行の信州ACEプロジェクトが3年たちまして、最大の反省点として、県民一人ひとりが行動変容するまでには至っていない、自分のこととして感じていただけていないということがあります。A、C、Eそれぞれの取組は網羅的にやっているところですが、これからスタートする第2期の信州ACEプロジェクトでは、一つの年度で重点テーマを定めて徹底的にやるとか。具体的には、例えば働き盛り世代の人たちにウォーキングで歩いてもらって歩行数を増やすことを1年間徹底的に行うなどの取組を進めていきたいと思っています。書き込みが足りない部分は委員のご意見を踏まえて修正していきたいと思っています。

(風間委員)

重要なポイントだと思いますので、その辺を確実に進めていただければと思います。

あと、歯科口腔もACEに関係があると思います。県では歯科保健推進条例の中で地域間格差をなくして、中山間地であっても、市街地であっても十分な歯科口腔衛生の診療を受ける体制を整備するとしています。へき地の診療の中で歯科口腔衛生事業を進めるのは重要ですが、概要版57ページで歯科・歯科口腔外科併設病院が現状44病院で目標が44病院ということですがこれ目標なのかなと思います。目標がどうしても立てられないということであれば、医科と歯科の連携医療機関を増やすこととしてもいいのではと思います。できることなら併設型の病院が増えていくことが望ましいですが、それが難しいということであれば医科と歯科の連携が進んでいる病院という形もあるのかなと思います。そうしていかないと、具体的に増えていかないのではないかと思います。その辺、どうでしょう。

(西垣保健・疾病対策課長)

歯科口腔外科の併設病院に関しては信州大学等ともお話した上で現状を充実させていくという観点から今回の目標値を掲げたところですが、ご意見を踏まえて検討してまいりたいと思います。

(風間委員)

どういう文言がいいのかわかりませんが、県医師会、県歯科医師会とも連携をとっていただいて、加えていただければありがたいと思います。

それから、医療施策の中で、救命救急センターについてです。救命救急センターの運営を支援するということは非常に結構ですが、北信の中でも長野市や千曲市を中心として、救命救急センターの整備を県として推進してもらいたいという強い要望がきています。これを放置したままではよいのかと思います。災害拠点病院の機能強化と併せて、救命救急センターの充実強化、適正な配置についての協議をする場を関係する市町村と設けるということをぜひ盛り込んでいただきたいと思いますがどのようにお考えですか。

(尾島医療推進課長)

北信地域の救命救急センターについては、県でワーキングを設けて検討しているところです。

各病院からもご意見をお聞きしたり、地域の病院長からもご意見をお伺いしたところです。救命救急は人の命にかかわることなので、私どもも慎重に考えたいと思っております。関係者と進めているところでございます。場とすれば、そこで慎重に検討していきたいと考えているところです。その上で関係者の皆さんにご説明させていただきながらご理解いただきたいと考えているところです。

(風間委員)

非常に政治マターの話で、非常に市民としても関心の高い分野です。それがこのような大きな計画に文言として入っていないかというのは、議会の人間として言わせていただきたいと思えます。それと、関係する市町村があるので、協議の場をつくるべきだと思います。そういう場を設けて、各首長さんたち、担当の部課長さんたちのお話をつぶさにお聞きする。そういう場をつくっていかないと、県が勝手に決めていっているような気がしてならないので、その辺をあえて申し上げさせていただきました。部長のお考えは。

(山本健康福祉部長)

ただ今、課長からお答えさせていただいた通りで、基本的にはワーキンググループを設置して検討させていただいています。これは様々なお立場の意見がある中でのことだと思っております。そのプロセスの中で、個別の方に意見を直接お伺いするかは、救命救急センターに限らず様々な議論があるかと思っております。今の委員のご意見もふまえて慎重に検討を進めさせていただきたいと思えます。

(亀井委員)

概要版33ページの医療機能の分化と連携ですが、地域医療連携推進法人についての記載がありませんがどのようにお考えでしょうか。例えば小児医療でも少ない医師を上手に使ったり、医療物品を共同購入したり、うまくまわせる仕組みではないかと思えます。素案本文にもそのことが一言もないようですが、県はどのようにお考えでしょうか。

(尾島医療推進課長)

地域医療連携推進法人は、いくつかの病院を経営されている方が一緒になって経営に取り組む制度です。そういう仕組みがあることは周知をしているところですが、現時点で県内にそのような動きがないということで、ここには記載しておりませんが、当然、そういう動きがあれば相談には乗っていきたくと考えています。

(亀井委員)

次に概要版56ページの歯科口腔医療についてです。「(2) 特別に支援の必要な分野」というところで、「生活習慣病等の合併症を有する者」とあり、またその下の施策の展開の(2)に「障がい児者」とありますが、実はこども病院に歯科がなく、慢性の心疾患の子供たち、それからてんかんを持っている子供たちの口腔ケアが後回しになっていて、家族が手探りで苦しみながらやっているのが現状です。ここの「障がい児者」の後に「慢性疾患」という言葉を入れていただいて、心疾患やてんかんがある子供たちを視野に入れていただきたいと思えます。

それから、素案本体の416ページ精神疾患の医療体制について。地域包括ケアシステムは高齢者だけのものではなくて精神障がいの人たちのためのものでもあることを明記していただくととてもありがたいと思えます。もう一つ、障がい者を支援する人たちが頑張っていることに地域生活支援拠点整備というのがあります。これは特に医療的ケアが必要な子供たちが親亡き後も住み慣れた所で安心して暮らしていくためのシステム作りです。ここに医療がしっかり入らないと医療的ケアが必要な子どもたち、あるいは慢性疾患の子供たち、あるいは成人移行の人たちの暮らし

が成り立ちませんので、「地域生活支援拠点整備の中に医療も位置づけて、しっかりと命を守る役割を担う」と言った文言を本文のどこかに入れていただきたいと思います。障がい者福祉施策と医療施策が乖離してしまいがちということがありますので、つなぎ手としてはぜひその文言を入れていただきたいと思います。

(西垣保健・疾病対策課長)

重度心身障がい児者の歯科につきましては、ワーキング等でもご指摘いただきましたが、障がい者の口腔医療は素案本体の308ページの施策の展開の2の二つ目の丸で「障がい児者」という形で文言を入れております。さらに委員ご指摘の点を反映してまいりたいと思います。

(亀井委員)

重度心身障がいのみならず、慢性の疾患を持って生きる子供たちも視野に入れていただきたいと思います。

(久保委員長)

重度心身障がいや慢性疾患の児者ということでよろしいですね。

(池上委員)

いろいろな分野で話し合いがされて、表現によっては受け取る側からすれば解釈が異なる点もあるかもしれませんが、とてもよく表現されています。学びと自治の力ということで、生まれてから老後まで医療者と県民が力を合わせてということが表わされていてとてもいい計画になったのではないかと思います。ぜひ、県民に見ていただいているいろいろな意見をいただけたら、より良いものになると思います。

(関(隆教)委員)

各ワーキングで大変ご苦労をいただきまして、ありがとうございます。ようやくこれでまとまるような方向ですが、一つだけ、統計的な数字を教えてください。概要版4ページの長野県の現状で「長野県の総人口は、平成13年(2001年)の約222万人をピークに減少に転じ」とありますが、この2001年の長野県の総人口の正確な数字を教えてください。この3月にできた地域医療構想の3ページでは2000年の総人口が2,215,168人となっています。四捨五入すれば222万人になるんだけど、ここでは平成13年(2001年)がピークで約222万人となっているので、2000年から2001年にピークになったと思うので、私も、話をしろとか、原稿を書けと言われることがあるので2001年の数字を後でもいいので教えていただきたいと思います。

(尾島医療推進課長)

手持ちがありませんので、後日お知らせしたいと思います。

(関(隆教)委員)

皆さんお疲れさまでした。

(久保委員長)

ほかにご意見等がありましたら、11月27日(月)までに事務局までご連絡をお願いします。今後、この素案をパブリックコメントにかけますので、細かい文言の修正は、私に一任させていただきたいと思いますのでよろしくをお願いします。

一部気になりますのは、施策の展開の中に「～を図る」という言葉がありますが、図るというのは計画するという意味で、変に解釈すると何もやらないということになりますので、やるのか

やらないのか、何を支援するのか、主語や目的語をしっかりとした文章に訂正させていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

(今後のスケジュールについて)

(久保委員長)

それでは次に入らせていただきます。5「その他」の今後のスケジュール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4により今後のスケジュールを説明)

(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、以上で、予定していた会議事項は終了させていただきます。それでは、事務局にお返しします。

【閉 会】