

第5回 長野県医療審議会保健医療計画策定委員会（要旨）

1 日 時 令和5年11月28日（火）15時から17時まで

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：藤森和良委員、若林透委員、斉藤雅恵委員、清水昭委員、下平喜隆委員、白鳥孝委員、萩元聡子委員、松本良介委員、宇田川信之委員、小林恵子委員、竹内正美委員、中込さと子委員、花岡正幸委員、本田孝行委員、馬島園子委員、丸山和敏委員、松本清美委員、吉澤徹委員、和田秀一委員、飯塚康彦委員、杉山敦委員、鈴木章彦委員、関健委員

（欠席 伊藤正明委員、渡辺仁委員、森浩二委員）

事務局：福田雄一健康福祉部長、笹渕美香衛生技監、西垣明子参事、百瀬秀樹参事、大日方隆福祉政策課長、久保田敏広医療政策課長、水上俊治医師・看護人材確保対策課長、田上真理子健康増進課長、西川勉国民健康保険室長、宮島有果保健・疾病対策課長、棚田益弘感染症対策課長、今井政文介護支援課長、久保田耕史食品・生活衛生課長、有澤美加薬事管理課長、社本雅人医療政策課企画幹兼課長補佐

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（1）基準病床数の算定について

（本田委員長）

これより次第によって会議を進めてまいりたいと思います。

2の会議事項で、まず、事務局から（1）基準病床数の算定について、御説明をお願いいたします。

（久保田医療政策課長、資料1により説明）

（本田委員長）

ありがとうございます。

ただいまの御説明につきまして、何か御意見、御質問等ございますでしょうか。

若林委員、何かコメントございますでしょうか。

（若林委員）

お疲れさまです。今回の県の基準病床数が全体で増加したという原因は、高齢者の人口の増加や平均在院日数の増加ということがあるということは理解しました。それで、事務局からの説明で、やはりこの基準病床数の制度は、病床の整備に関して地域偏在を是正して、全国的に一定水準以上の医療を確保するということがよく分かりました。ただ、こうした病床規制の考え方は、人口増などによる病床の必要性や医療従事者が増加してくる局面においては、病床不足地域の医療提供体制を充実していく上で有効な手段だと思いますけども、今後人口が減少していくことが予想されますので、人口の少数区域でも均等に質の高い医療を受けられるような体制整備を、この基準病床制度、この制度以外で取り組むという

ことを考えて補完していく必要があるんじゃないかというふうに思っています。その意味においては、今回のこのグランドデザインの取組というのは重要じゃないかと思っていて、県民を含めた関係者が一丸となって医療機関の役割分担と連携を推進していく必要があるんじゃないかと、こういうふうに考えております。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

ほかに御意見等ございますでしょうか。

花岡先生、何かコメントございますでしょうか。

(花岡委員)

花岡です。特にコメントございませんが、これは数式に当てはめて算出したものと理解しておりますので、実態がどうかというのは、また別議論じゃないかと理解しています。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

ほかに御意見等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次の議題に進めさせていただきます。

(2) 第8次長野県保健医療計画の素案について

(本田委員長)

次の議題は、第8次長野県保健医療計画の素案についてということですがけれども、一応、御発表いただいてから、各ワーキングの座長の先生からコメントをいただきたいと思います。和田先生、鈴木先生、丸山先生、関先生、花岡先生、本田で各ワーキングのコメントをいただいて、その後、名簿の順で、またコメントをいただきたいというふうに思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、第8次長野県保健医療計画の素案について、事務局から御説明をお願いいたします。

(久保田医療政策課長、資料2により説明)

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、委員の皆様からお一人ずつ御意見を伺いたいというふうに思います。ただ、時間の都合上、全体で60分しかありませんので、2分から3分におまとめいただけると、非常に短くて申し訳ないんですけども、ありがたいと思います。

それでは、先ほど言いました座長の先生から先をお願いいたします。事務局からの説明に補足あれば、その点も、つけ加えていただければと思います。救急災害医療WGの和田先生、お願いいたします。

(和田委員)

救急と災害医療について、座長を担当させていただいた和田でございます。まず、救急のことですがけれども、今、保健医療計画素案の概要の説明がありましたように、救急のところでは救急搬送の増加が問題になっていまして、高齢者の搬送が多いこと、それから、軽症者の搬送が多いということもあって、こういったことに対して現状と今後の取組というようなことがまず大切だという認識の下で検討が行わ

れたと思います。それから、先ほどありましたように救急医療機関から、その先の下り搬送といえますか、そういう退院の流れというものが大事だということも、お話しさせていただいたとおりでありまして、それから、二次医療圏については、10医療圏ということで、現状を継続するということでありませうけれども、この救急領域においても、その医療圏を越えた取組ということが必要になっていくと考えられていて、先ほどお話がありましたように、特に、はっきりしているのは、この木曾医療圏ということで、松本医療圏と上伊那医療圏と連携するというような内容を加えました。必ずしも木曾医療圏だけじゃなくて、他にも問題があるところがあるわけなんですけれども、少なくとも今回、木曾医療圏についてはこのように記載をするというふうな結論を得ました。救急医療については以上です。

それから、災害については、現在、本当に災害が多発している状況にありますので、それに対して、平時から訓練等でしっかり対応していくということと、災害があったときに保健医療福祉調整本部の役割がとても大切だというふうに捉えていて、そういったことについて、この計画に記載したという、そういう内容であります。

本当に構成員の皆様には活発に救急災害について、意見交換をしていただいたというふうに思っていますので、それを事務局でまとめていただいたという形だと思います。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

それでは、続きまして、小児周産期医療ワーキングの鈴木委員、お願いいたします。

(鈴木委員)

周産期医療、小児医療の分野の座長を務めさせていただきました鈴木でございます。本日、送っていただいた長野県保健医療計画素案のこの厚い資料のページの221ページから、担当したところ、この内容が入っておりますが、まず、最初の会議で産婦人科の委員、それから、小児科の先生方、まず、今回の医療計画以前の問題として、今、以前より進んでおります少子化問題ですね。これの影響を踏まえてどう対応していくべきか、ということが話題になりました。

周産期医療に関しましては、おおむね現状、うまく回っております。以前もこの会で申し上げたとおり、以前よりうまく回っておるんですけども、231ページのその施策の展開のところの第1番にありましたように、妊婦さんができる限り身近な地域で安心した出産ができる、健康管理ができる、妊婦健診ができる、そういう体制をどう整備していくかという点が重要と考えております。

で、その前のページに戻りますが、229ページの一番下に書いてありますが、現在、分娩施設、出産場所のない医療圏も一部ございます。そういう医療圏に関しても、現状、周辺、例えば大北医療圏に関しましては、松本医療圏と密接に連携が行われておりまして、現状、分娩に関しても問題なく行われているということでございまして、この辺の連携体制に関しては、うまくいってるんじゃないかという意見でありました。以前も言ったように、ハイリスクの妊婦さんが非常に増えてきております。分娩数は減っておりますが、手のかかる妊婦さんが増えてきておりまして、そういう症例に対しても、適切に周産期医療が行われるような体制をさらに構築していこうということでもあります。

それから、今後の課題としては、ハイリスクの赤ちゃんですね。NICU等へ長期入院した赤ちゃんの退院に対して、もしくは、退院後ですね。退院後、その在宅のケアに関する支援体制が、まだちょっと不十分であるということが課題として挙げられまして、今後その辺のところを、もうちょっと力を入れてやっていこうというふうになりました。

今回医療計画を策定するに当たって、ロジックモデルというのでも採用して検討したのですが、ここで、ほかの分野も先生方もそうだったと思うのですが、これはなかなか数値化できない、指標化できないものがございます、その辺をどう数字に反映させるか、どういう指標を持ってくるかということで苦労

いたしました。中にはそういう形で指標に挙げられないものに関しては本文に入れるという形で話を進めさせていただきました。

それから、次の小児医療に関してですが、小児医療に関しましても、やはり各医療圏の連携体制は、現状、大変上手くいっているということで、消防・救急医療も含めまして、医療圏間の連携の下で、体制的に弱い医療圏は隣接する医療圏がカバーするという形で、うまく行われているという現状で、これを引き続き続けていくということになります。

245ページの施策の展開のところに書いてございますが、そのこの2番ですね。その小児の救急電話相談、#8000ですけども、かなり有効に運用できておりますが、これをさらに進めていくということが大切な点と、それから、先ほど説明がありましたけれども、その5番ですね。いわゆる移行期医療、小児患者が成人期医療に移行するときの支援体制に、まだまだ課題があるという意見が多くございまして、この辺の体制を、より整備していくということが話題になりました。

それから、6番ですね。先ほど言いましたけれども、小児の救急医療を十分に行えるような体制をさらに発展させていく、維持していくということで、246ページの8番にあります。先ほど言った移行期医療と同時に一番大きな課題としては、医療的ケア児の在宅療養の支援体制がまだ不十分な点が多々あるということで、この辺も今後支援に力を入れていくという課題があるということが話題に上がりました。ワーキンググループ、4回開かせていただきましたが、構成員の皆さんから非常に多くの御意見をいただきまして、私、産婦人科医なものですから、小児医療に関してはいろいろな課題があることを勉強させていただいて、非常に充実した会議が行われたというふうに考えております。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、生活習慣病等対策・歯科・医薬ワーキングの丸山委員、お願いいたします。

(丸山委員)

丸山です。こちらからも、第1回からかなりいろいろ御意見をいただきまして、本当に多岐にわたり検討を行いました。特に最初、糖尿病ですけど、こちらは御存知のとおり、最終的にCKD、透析をするというようなこともありまして、かなり糖尿病についてはロジックモデルを使いながら検討させていただきました。その中でも、できるだけ最新のデータを皆さんに分かりやすく、それから、数値目標をちゃんと出そうということで検討を進めてきました。

あと、やはりなかなか糖尿病専門医が県内も不足している状況ですし、それから、県内の病院も糖尿病は多岐にわたりますので、眼科含めていろんな科がありまして、糖尿病の専門医はなかなか集約できないんですけど、県内はどうしても分散しておりますので、その辺も含めてかかりやすくするような、そういう方向性にしようということでやってきました。また、CKDにつきましては、高齢化に従いまして、CKD患者が増えていきます。一方で、糖尿病を中心にした透析患者になるということで、なるべくこちらからも、県民の皆さんに尿の検査とか、そういうことを進めていこうということで、これはなかなか医療機関だけでは難しいので、県が中心になって、今のACEプロジェクトを含めて、市町村と連携をもっと密に取っていくような方向性で議論が進みました。また、こちらからも同時に数値目標、なるべく現在の状況を分かりやすく示して、また目標値も示させていただきました。生活習慣病にはいろいろありますけれど、歯科については、やはり高齢者の在宅の話や歯科診療の話が出ておりましたけど、なかなか地域差があるということで、かかりつけ歯科医をつくろうという方向性で進めていくこととなりました。

あと、医薬の分野については、こちらがかかりつけ薬局ということで、数値目標は出ておりますけど、現状より増加させていこうということでした。全体を通じて、なるべく分かりやすく、それから、数値目標を具体的に示しましょうということで、ワーキンググループが進みました。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、地方精神保健福祉審議会、保健医療計画策定作業部会の関委員、お願いいたします。

(関委員)

精神疾患対策については、442ページから20数ページにわたって、まとまっております。ロジックモデルを使用して、事務局のほうでうまくまとめていただいているのではないかと思います。

課題は幾つかあるのですが、例えば発達障害、子供だけでなく、成人した発達障害者への対応であるとかですね。それから依存症です。これはアルコール以外の薬物、あるいは、ギャンブル、あるいは、スマホであるとかですね、そういった依存症の問題が、今日的な課題として上がってきておりますので、その辺についての書き込みもごさいます。

また、特に問題となる自殺対策については、コラムという形でまとめてあります。20歳以下の自殺であるとか、あるいは、最近の労災申請における自殺の問題とか、そういったものを、このコラムの中で書き込んでおりますので、分かりやすく表現されているのではないかと思います。

それから、最近、話題になっているのは、俗に言う「にも包括」ということなのですが、これは地域包括ケアシステムに対して、精神科領域にも対応したっていうところから来ている言葉なのですが、これもコラムを設けて、分かりやすく表現されておりますので、御覧になった県民の皆さんには通じるのではないかなと思います。

議論は非常に多くの意見をいただいて、現状では、こういったまとめ方でよしいんではないかと思っております。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

感染症連携協議会、花岡委員、お願いいたします。

(花岡委員)

花岡です。感染症も、ロジックモデルを用いて議論を行いました。感染症は多岐にわたりまして、新興感染症を含む感染対策ですね。あと、結核、蚊媒介感染症、エイズ性感染症、季節性インフルエンザ、予防接種、ハンセン病と幅広い感染症を含んでおりますが、時間の関係もありまして、今回、特に新興感染症ですね。こちらを重点的に議論を行いました。で、これは、もう御存知のように、今回のコロナの経験が基になっているということで、次の新興感染症に備えようということでごさいます。結論から言うと、次の新興感染症パンデミックに備えるには、平時からの備え、対策が極めて重要であるという結論になっています。

具体的にどんなことを議論したかということなのですが、目指すべき方向ですね。分野アウトカムとしては、感染症拡大が可能な限り抑制され、県民の生命及び健康が守られるということで、それぞれに関して、5つ中間アウトカムを作成しまして、1つは県民等が感染症に対する理解を深め、適切な行動が取れる。これは情報の収集と情報の発信ということになるかと思っております。

続きまして、早期の受診検査により、患者が適切な行動が取れると。これに関しましては、受診体制、特に発熱外来の整備ですね。そういった点、いわゆる医療提供体制ですね。そのあたりを、今後も十分に構築していく必要があるという結論になっています。

あと、接触者、濃厚接触者が適切な行動がとれる。これも、いわゆる情報発信ですね。あるいは、県民への啓発、教育啓発活動、こういったものが重要である、感染拡大の防止が重要であるということでごさいます。

あとは、ワクチンですね。予防に関して、ワクチンの提供。今回のコロナもそうですが、これが重要であるということになっています。あとは、医療提供体制で入院に関してですが、入院が必要な患者が、適切な医療を受けられるということで、まさにこれは受入れ医療機関側の整備ということになります。

あと、医療機関だけではなくて、宿泊療養、あるいは、自宅療養といった体制の構築。あとは、入院を要しない患者が症状に応じて適切な医療を受けられるということで、これは、もう治療薬の提供ということにもつながっていくと思います。いずれにしましても、先ほど申しましたように、平時から次の新興感染症を見据えた対策が必要であって、それには医療機関のみならず、保健所、保健所を中心とした行政機関、そして、県民、あるいは、マスコミですね。こういったところをひっくめて、組織的に感染対策を、ふだんから念頭に置いた行動を取っていくと。そして、その中で教育、特に医療従事者への教育、あるいは、県民への教育、そういった活動もしていくといったところが確認されております。今回のコロナの経験を踏まえて、この内容、よりよいものになったというふうに考えております。御協力いただいた方々には厚く感謝を申し上げたいと思います。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、地域医療対策協議会、私が座長を務めさせていただいております。これは、もう医療従事者の確保と、適正な配置というのが根本的にあり、もう相当前からやられていることで、ここをいかに充実させていくかっていうのが一番の大きな問題ではないかなというふうに思います。全ての職種の人口10万対の数とかですね、あとは偏在っていうのは、もういろいろデータで示されておりますので、目的の数値は確かに出てはくるんですけども、長野県全体としては、やっぱり全体的に医療従事者が少ないということになります。

中でも医師、看護師は少なく、あとは、薬剤師の方が、どうしても市中の薬局にいらっしゃる方と、どうしても病院にいらっしゃる薬剤師さんが、比率が悪いのではないかなということになっています。全体的な対策としては、医師に準じて言わせていただくと、大学の地域枠等の増加をするとかですね。あと、そういうドクターをいかにキャリアを積みしていくかということ。あと、偏在に関しては、就学資金を貸し付けた方をうまく配置しながらということになりますし、あと、診療科の偏在に関しましても、可能な限り必要とされているところへ導いていくということになるのではないかなというふうに思います。

看護師に関しましては、在宅の医療を進めていくには、絶対的な増員が必要ということになりますので、ここの確保も難しいことなんですけども、看護学校からいっぱい出てきてはいるんですけども、なかなか受験者数がもうかなり減っているということございまして、なかなか看護職員の確保というのも1つ大きな課題になってきておりますので、ここで挙げてあります。

全ての業種に関しまして、どうやって増員をしていくかということが書いてあるということになります。

大体、以上になりますけれども、よろしいでしょうか。

それでは、名簿の上のほうからお願いいたします。藤森委員、お願いいたします。

(藤森委員)

長野県薬剤師会の藤森です。計画自体、内容については、もう申し分ないと思います、今まで言ってきましたので。特に病院薬剤師の偏在問題は、深刻な状況です。医薬品についてはアルツハイマーの薬が出るなど進んできておりますけども、適正使用が非常に厳格化しておりますので、一番最初にそういう新薬は病院で使われるから、やはり病院薬剤師の存在は大きいです。また、地域のほうでは偏在問題もあって、特に僻地、中山間地等への医薬品の提供体制とか、まだまだ課題はあるんですけども、そこ

ら辺を、この6年間、しっかりやっていければと思います。計画自体、その辺も記載があったので、よろしいかと思います。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

若林委員、お願いいたします。

(若林委員)

長野県医師会の若林です。長野県医師会におきましては、ワーキンググループや既存の会議体を通じまして、また、郡市医師会においては、各地域の圏域連携会議を通じまして、関係者の方々と認識を共有しながら、課題解決に向けた取組の議論に積極的に参加してきました。特に今回の計画でございますけれども、人口減少による医療ニーズの変化といった大きな流れに加えまして、もう来年から始まる医師の働き方改革への対応。それと、医療従事者の確保。また、医療DXの推進といった課題への対応が大きなテーマだとは思っております。また、さらには新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえまして、今後の医療提供体制をどのように構築していくか。また、新興感染症と、また、普通の医療、通常医療ですね。これをどのように両立していくかということが、各分野における大きな新たな課題ですね。非常に苦労した部分だと思っております。そういう意味で、このグランドデザインという方向性を理念としてまとめまして、関係者が、その役割を果たすことで実現を果たしていくことを明文化したということは、意味があるんじゃないかというふうに思います。我々、県医師会も、その役割を果たしながら、誰もが身近なところで効率的で質の高い医療を受けることができるように、皆さんと一緒に取り組んでいきたいと考えております。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

斉藤委員、お願いいたします。

(斉藤委員)

私からは小児医療のところ、ロジックモデルのところの中で、身近な地域で、日常的に小児の医療とか、それから、相談を受けられるっていう部分なんですけれども、このところで、身近なところっていうのに家族への支援っていうことを、まず頭に置いていただいて、家族そのもののその方の支援と、プラス兄弟、健常者の兄弟への支援も含めて、地域ぐるみで、その子たちをみんなが育てるっていう感覚で、ぜひ捉えていただければというふうに考えております。兄弟が行く場所がないという、お母さんがずっと医療ケアをされてるので、その子を放りっぱなしになって、その子たちが、どんどん学校にも行けないお子さんになったりということがありますので、ぜひその辺の精神的な親御さんへの負担とかがないような支援の形を、体制を整えていただきたいというふうに考えております。なので、医療的ケアのあるお子さんだけではないところで、家族ごとを見ていただければ、次のところに悪くなる状況が予防できるのかなというふうに考えております。

それと、先ほど看護師とか医師とか、皆さん、本当に人材が足りない中で、その他の医療従事者の中で、実はリハビリだったりとか、それから、作業療法士の方だったりとか、いろんな職種の方がいらっしゃるんですけども、その方たちが子供たちを日常的に支援していただくと、何かずっと変形による死亡者がすごく多いんですけど、それが、かなり予防できたりとか、在宅での関わり方が、お母さんたちが安心できたりとか、そういうことにもつながるかなというふうに考えております。そこも比較的、

本当に人口的には、すごい少ないなっていうのを感じておりますし、小児のことも踏まえてやっていただける人材の育成というものも、やはり必要なのではないかというふうに考えております。

あとは、訪問看護ステーションの人材もすごく少ない中で、医療的ケアのある子供たちも訪問看護ステーションの方たちにお世話にならないといけないと思うのですが、小児を少しでも分かっていただけで訪問看護ステーションが増えることが重要と考えていて、そのために研修と関係機関による横の連携がすごく重要なのではないかと思います。

あと、かかりつけ医に関して、小児医療のロジックモデルでは、小児のかかりつけ医を持つ人の割合が指標に挙げられていますが、なかなか持てない方が今とても多いです。お母さんの複数の声からは、いろいろな科にわたって主治医を持っているけれども、これからずっとその子について何でも相談できる主治医、かかりつけ医というものをどういうふうに変えたいのか、どういうふうで存在していただければいいのかということ、本当に皆さんが声をつまらせておっしゃることが多いです。なので、そこがもしできれば、第1次の医療のところから2次のところにスムーズに、また受療、受診できるのではないかというふうに考えております。

あと、成人移行に関しては、さっきおっしゃられたとおりです。成人移行した後の状況、成人という分野で、皆さん受け入れていただける連携体制ができればいいなと思っております。

以上です。ありがとうございました。

(本田委員長)

ありがとうございます。

何か事務局からコメントございますか。よろしいですか。

それでは、続きまして、清水委員、お願いいたします。

(清水委員)

保険者協議会の清水でございます。私、生活習慣病・歯科・医薬ワーキンググループに参加させていただきました。ワーキンググループでは、専門医である医療関係の方々に本当に真剣に議論を進めていただいたというふうに思っております。事務局の皆さんも含め、関係の皆さんの御尽力に感謝を申し上げたいと、こんなふうに思います。また、今回、先程来、お話が出ておりますグランドデザインが策定されることとなりました。医療保険者の立場とすれば、健康保険の加入者が押しなべて良質な、また、効率的な医療が受けられるような医療提供体制が確立されますように、特に県のリーダーシップ発揮には御期待を申し上げます。よろしくお願いいたします。

また、今後、パブコメ等の中で保険者協議会としての意見も、必要に応じてですけれども、発信してまいりたいと思っておりますので、こちらもよろしくお願ひしたいと思ひます。

以上です。ありがとうございました。

(本田委員長)

ありがとうございました。

続きまして、下平委員、お願いいたします。

(下平委員)

長野県町村会の社会環境部会の豊丘村の村長の下平と申します。豊丘村は飯田市の周辺にある村でありまして、人口が6,600人ということで、非常に標準的なサイズの村ではあるんですけども、半年ほど前に村の医院が2つあるんですけども、1人の先生が亡くなってしまいました。それから、もう一人の先生も、調子が悪いということで入院をされておまして、あっという間に無医村という形にもなってしまったんですけども、飯田、下伊那の包括医療協議会などの皆さんが中心になって対応していただいております。特に飯田、下伊那の西南部には人口1,000人足らずのような村が幾つもあり

まして、その中で一生懸命、皆さん、医療について御尽力いただいておりますということを、この場をもってお礼を申し上げさせていただきたいと思います。豊丘村も、近隣の高森町の厚生連や、それから、喬木、高森なんかの個人のお医者さんにも、今、応援してもらいながら、何とかやっておるわけでございますけれども、県のほうで、このような力強い計画をしっかりと立ち上げていただいて、回していただけるということでもあります。どこの地域にも、やはり山間部だとか医療の弱いところ、たくさんあるかと思えます。そういう地域がとり残されないように、これからも、ぜひ助けていただけるようお願いを申し上げて、私の意見とさせていただきます。お世話になりますけれども、よろしく申し上げます。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、白鳥委員、お願いいたします。

(白鳥委員)

市長会の環境部会の委員をやっております白鳥でございます。私ども、上伊那地域、長野県全体から言いますと、コロナのときには、大変、先生方にお世話になって、何とか切り抜けたかなという感じしております。本当にありがとうございました。それから、今、長野県全体から見ると、移住先に選んでいただく県として、上位にいつもありまして、そうした中では、移住者にいろんなヒアリングをしてみると、やはり医療体制がちゃんとしているというのは、1つの判断基準になってくるんですね。従いまして、医療というのは、本当にそこに生活する者、そこに移り住んで生活をしたい人たちにとってみると、極めて大切なファクターになっていると思います。そうした中で、この上伊那地域というのは、自治体病院の存在が非常に大きいですね、個人の医院の先生、病院の先生は、医師数10万人当たり非常に少ないところですので、全体とすると、やはり自治体病院が、その任を担ってるかなというふうに思えます。信大に様々お願いをしたりしながら、今、回しているわけですが、近年では、上伊那地域と木曾地域が権兵衛トンネルでつながっている関係上、木曾との患者の行き来も大分増えてまいりました。そうしたこともあるので、何とか医師の確保、また、看護師の確保をお願いしたいと思っております。

あと、情報提供といいますか、今、伊那市で取り組んでいることで、医師が乗らない移動診療車というものがございます。モバイルクリニックと言いますが、これで慢性期の患者さんとかのお宅に看護師が乗って行って、そこでいろんな検査をしたり聴診器を当てると、その心音が別の場所にいるお医者さんが聞くことができる。あるいは、小型のエコーをつくってあるので、妊婦さんも自宅にいて健診が受けられるとか、そうした医師不足ならではの対応の1つとして、モバイルクリニックというものが、今、伊那市内で動いています。1台動いているのですが、かなりニーズがありまして、妊婦さんたちのニーズが、さらに上がっているのが、今、足りないような状態になっております。また、全国にこの仕組みが広がっておりまして、県内ではまだないんですけど、東北地方や山陰地方とか、そうした医師が確実に足りないところについては、モバイルクリニックというのが今活躍をしているということで、これ事例としての情報提供なんですけれども、そんなことで、この難問題を切り抜けながらやっているとことです。

医師会あつてのこの地域の存在でありますので、今後とも、ぜひ御協力をお願い申し上げたいと思います。以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

萩元委員、お願いいたします。

(萩元委員)

どんぐりの会相談役をしております。また、助産院と、母子特化型訪問看護をっております萩元です。よろしくお願ひします。先ほど齊藤委員が小児医療について意見したのと本当に一緒だなと思っておりますが、1つ、産後うつ等の異常の早期発見・早期治療っていうところの中で、私どもエジンバラを毎日、産後2週間、あるいは、産後1か月健診の方たちのエジンバラを検査させていただく身としては、非常に高得点であっても、この地域の精神科の先生につなげる術がないという感じなんですよね。それは早期発見しても、その受け皿である精神科、地域の精神科の新規受診の枠が、外来を受診できるのが2か月待ち、3か月待ちってというのが通常でございまして、なかなか早期の治療につながらないのが現状だと思っております。信大では周産期こころの医学講座ということで、精神科の先生方に私どもも相談したりするんですけども、何しろ地域としては信大まで遠いですので、なかなかこの地域の中でどうやってこの発見した人をつなげていくのかというのは課題だなといつも思っております。あと、今、特定妊婦さんも増えておまして、フィジカル面でのハイリスクもあると思いますし、先ほど言ったように、妊娠中、妊娠前から精神疾患を抱えてる妊婦さんですね。あるいは、発達障害を抱えた妊婦さんもうらっしゃるわけで、そういった方たちのメンタル的なケアを妊娠中からいかにやっていくかっていうのと、あと、社会的な問題、ハイリスクですよ。シングル、家族背景の複雑さみたいなのもあって、シングルでの妊娠出産という方たちも大分増えておますので、そういった方たちの、特定妊婦さんたちへの取組というのも、もう一つ、入れていただけると、うれしいかなと思いました。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

続きまして、松木委員、お願いいたします。

(松木委員)

長野県腎臓病患者連絡協議会の会長をやってます、松木といいます。患者の立場から意見を言いたいと思います。まず、地震対策といいますか、地震のときに、病院の建物が壊れて医療を受けられないということが考えられます。先日、NHKのテレビでは、耐震構造もそうなんですけど、免震が有効だそうです。免震構造が地震には有効ということで、病院の建物の免震とか耐震が進むような施策があればいいと思いました。

それと、私は透析患者なので、透析患者からの立場で言わせてもらいます。腎移植が今なかなか進みません。臓器提供の意思表示、運転免許証、保険証、マイナンバーカードとかでやっていますが、その記入率がなかなか増えなくて、今あるデータでは17%という記入率で、その方が全員、臓器提供するというわけでもないんで、課題となっています。その対策として、若い方といいますか、15歳以上が意思表示できるので、学校教育の中で、道徳の時間とかで、そういう臓器提供の意思表示が、こういうことがありますよというような教育をしていただければ、もうちょっと意思表示する率が上がるのかなと思ってますので、その辺も施策として考えていただきたい。

以上になります。

(本田委員長)

はい、ありがとうございました。

それでは、宇田川委員、お願いいたします。

(宇田川委員)

松本歯科大の宇田川です。今回の保健医療計画、立派なものを拝見しました。私の専門の歯科医師、歯科衛生士教育、あるいは、歯科医療ということに関しましては、この医療計画に書いてありますように、医科・歯科連携の推進ということで、口腔管理による医療費の抑制、早期退院支援といったことが

非常に重要なポイントと思います。長野県の歯科医師は全国と比べましても、高齢化が非常に著しいということは御存知のとおりですが、この歯科医師を増やす、歯科衛生士を増やすということで、長野県歯科医師会と連携して、今後も、この計画を推進すべく頑張っていきたいと考えております。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、小林委員、お願いいたします。

(小林委員)

小林です。よろしく申し上げます。私がいつも意見を申し上げてます看護職員の、特に高度実践の看護職員の確保・養成について拝見しまして、資料2-2を見ますと、176、177ページのところに記載していただいて、ありがとうございます。それを拝見しますと、例えば176ページのところ、どちらかというと、特定行為研修修了者のみ記載されておりまして、177ページの施策の展開に行きますと、いろんな専門看護師等の養成についても記載されているんですけど、例えば佐久大学大学院では、特定行為研修と高度な実践ができて、医師の診療や診断の一部が実施できる診療看護師、ナースプラクティショナーという資格の取得を目指して、県内各地の病院の先生方から御指導いただきながら養成しているところでありまして、医師のこれからの働き方改革においても、非常に重要なところでもあると思います。そういう意味で、特定行為研修だけではなくて、専門看護師、認定看護師、診療看護師等の人数についても、できたら追加していただくと、今後、さらに養成すべき姿なども見えてくるのではないかというふうには考えました。それと、先ほど白鳥委員がおっしゃられた、伊那のモバイルクリニックについても、当大学大学院の先生たちが、そのデータ分析等、その効果等の検証について少し関わらせていただいておりますので、また、そういう大学との連携、養成機関との連携や、いろんな地域での取組などがさらに強化されていくといいなというふうに考えております。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

竹内委員、お願いいたします。

(竹内委員)

県会議員の竹内正美でございます。まずは、この568ページですかね。膨大な計画案の素案をまとめていただきまして、関係者の皆様には心から敬意と感謝の気持ちをお伝えしたいと思います。私からは今回も県会議員として、医療を受ける方の県民の代表という立場で感想を述べさせていただければと思っております。医療は皆さん御承知のように、住民の皆様の日常生活に大変密接に関係しています。その意味では、社会を支えるインフラの1つだと思っておりますが、そのため道路と同じように数を増やせば増やすほど、また、お金をかければかけるほど、その利便性は増していくものと言えます。とはいえ、御承知のように、人口減少もしていますし、医療のニーズも多様化しています。また、医療の人材確保の問題ですとか、社会保障費が上がっていることなど、そういった視点を考えると、私たち県民側、要するに医療を受ける側も、しっかりとこのグランドデザインにありますように、医療に対する考え方ですとか、医療を受けるときに一旦立ち止まってしっかりと考えるですとか、上手な医療のかかり方について学ぶといった機会が必要になってくるのではないかなというふうに思いました。病院の機能を集約していくということは、住民の皆様にとっては不便に感じる部分もあり、不安に思う方もいらっしゃると思います。ですが、その一方で、人材を含めた医療資源が集約されることで、結果的には安心が大きくなっていくという面もあると思っております。しっかりとこのバランスが大事だということを、私

たち県議会議員も、自分ができることとして、議会であったり、地元での活動などで、しっかりと県民の皆様にお伝えして、不安を少なくしていくことが大事だなということを改めて感じさせていただきました。皆様と、これからもしっかりと連携して、安心して生活できるようにするために、どういった医療の体制が必要なのかということ、皆さんと考えていきたいと思っています。

また、新型コロナウイルスの関係では、本当に皆様には大変な御尽力をいただいたと思っていますが、県内でも大変大きな影響があったと思っています。今回の対応ですとか教訓といったものを、今後に生かせるように、要点を整理されたり総括をするということ、早急にしていただけるとありがたいというふうに感じました。

私からの感想は以上です。引き続き、よろしく願いいたします。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、中込委員、お願いいたします。

(中込委員)

よろしく願いいたします。私も、小林先生と同じように看護教育をしております。本学には理学療法士、作業療法士もおりますので、皆様の御意見を伝えていきたいと思っております。今回の策定に当たっても、委員の先生方、本当にありがとうございました。私は母子保健の連絡推進委員の連絡会議に入っております。ここにある周産期医療と小児医療ではないところでの母子保健のロジックモデルの作成に関わっていたのですが、気がかりなことは、埋もれてしまうところがあることです。それは「女性の健康問題」で、これがなかなか入ってこない。少子化問題ということが挙げられましたけれども、やはり少子化対策には、女性に対して子供を産め、あるいは、人口を増やすという点では移民や移住者を増やすのか、そういったことが関わってきますけれども、やはり医療が充実していることが重要だと思います。それで、女性が子供を産むために必要なことは3点ございます。WHOや国際人口会議でも言われていることは、まずは、働く女性が子供を持つことの障壁を減らす。2つ目が、女性の機会均等。経済的なエンパワーメントを支援する。そして、ジェンダー平等。ここが解消されないと女性が子供を産まない。これを実現する形となりますと、やはり医療と社会のつながりというところで、女性が月経周期や、あるいは、子供を産む、産まないというところの健康問題と勤労が支援されるような仕組みが、この中に加わるといいなというふうに思った次第です。そして、女性特有の健康課題、それは、つまり産業保健、あるいは、産業医療なのか、働く人の健康問題という枠組みがあると、よりこの県全体の医療保健が改善されるのではないかと思います。

もう一つは、やはり看護職の高度実践が重要だというふうに小林先生がおっしゃったことは、まさしくその通りで、やはり感染症、難病、医療的ケア児、あるいは、糖尿病、腎臓病、心臓病などの慢性疾患、あるいは、移行期医療などには、やはりコーディネーターが必要で、コーディネーターの育成というのが、この医療計画だけではなく、そこをしっかりとバックアップする教育体制、あるいは人材育成、そして、人材をそこに配置する経済的保健医療の予算化ということ、ぜひ意見したいと思っております。ありがとうございました。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、馬島委員、お願いいたします。

(馬島委員)

馬島です。よろしく願いいたします。医療計画の中で、栄養士会も食と栄養を通して生活習慣病予防ですとか、重症化予防に貢献していきたいんですけども、1つ、このいただいた8次の計画案の素案の

ところの357ページの脳卒中と、393ページの心疾患の部分の中間アウトカムの部分なんですけれども、ここには運動不足、不適切な食生活、禁煙などのところがあるんですけども、このいただいたロジックモデルの中間評価のところには、運動習慣のある者と喫煙率という部分はあるんですけども、不適切な食生活という部分の評価がロジックモデルの中には入っていないように思われるので、入れていただいた方がいいと思いました。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、松本委員、お願いいたします。

(松本委員)

看護協会の松本です。お世話になっております。看護協会も、今回、策定委員会など、様々なところに委員として参加させていただきまして、ありがとうございます。それだけ看護職の働く場所が多様になっていたりとか、いろんなところでの活躍が求められてるんだなというところを改めて感じたところなんです。

第4節の看護職員についても、やはり看護師不足というのは現場からの声もありまして、数値としても表れていて、それに対する対策も丁寧に企画、計画していただいております。ありがとうございます。そんな中で、新規養成と離職防止と再就業の促進というところは計画として掲げているところなんです。協会としましては、資質の向上というところにも力を入れていきたいというふうに思っておりますので、また、お力添えをいただければと思います。

今回の計画の中で、先ほど小林委員や中込委員からも話があったのですが、特定行為についての目標を書きいただいているところなのですが、ほかにも専門認定の看護職についての目標を、循環器の部分だとか、他の計画の中でも数値として取り上げていただいております。ありがとうございます。ですので、看護協会としましては、様々な計画、これ、本当に幅広いので、この中で看護職が何を求められているのかということも、また、看護協会としてもまとめながら、看護職の皆様と共有をしていて、計画の促進に力を注いでいければなというふうに思っています。

ロジックモデルで、今回いろんな計画が立てられていて、本当に事務局の皆様、御苦労さまでした。大変だったかなって思うのですが、ロジックモデルで目指す姿があるっていうのは、すごく大事で、それに基づきながら、いろんな議論ができたのかなというふうに思っております。

1つ、すいません。最後に、資料2-1の2ページのところで、いろんな計画とクロスして見れるような形になっているのですが、その第2章の4節のところ看護職員のところになっていて、横に行くといろんな計画のところに丸がついているのですが、歯科口腔だけ丸がついていないんです。歯科口腔のほうを見ると、やっぱり他職種と連携したりとか、保健師の役割というものもあるかと思いますが、看護職はいろんなところと関わっているので、そこをもう一度御検討いただければと思います。よろしくお願いいたします。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、次、吉澤委員、お願いいたします。

(吉澤委員)

諏訪中央病院の吉澤です。本当にこの膨大で大変充実した計画をまとめていただき感謝しております。

私、病院に勤務しておりますので、その中で、やはり直近としましては、医師の働き方改革、非常に制約がある中で、どうやって地域の救急医療であるとか急性期医療を守っていくかというところは、やはり来年度以降、本当に取り組んでいかなければいけないかなと思ってるんですけども、その中でも、やはり先ほどからも話が出てますように、看護師さんが足りないことに加え、介護士さんや介護福祉士さんも足りない。あとは、病院薬剤師の方も足りないということで、ここはもう、ある意味ずっと継続的に確保には非常に苦労しているところです。

そういう中で、やはり先ほど白鳥委員からも意見が出ました、そういう人が足りないところをモバイルクリニックといったような、ICTを使って代替する、もうどうしても人が見つからないのであれば、そこをやはりテクノロジーとかDXといったもので補っていくということは、現実的にはしっかりと対処していかなければいけないというふうに思います。そういう意味で、財政的支援というものが、なかなか地域の中で難しい場合には、やはり県とか国の支援がいただければなというところは考えるところです。

それから、入院患者さん、やはり非常に高齢者の方が増えておりまして、そういった高齢者の人が、病気をして入院して、それが治って、ただどもやはりADLが落ちて退院していく。やはりその出口戦略としては、今回の政策の中に入っている在宅医療のそういった受け皿がしっかりと自立していかないと、病院も常に満床になってしまって患者の行き先がないということになってきます。介護施設も限りがある中で、やはり在宅が今後充実が図られるべきだと思うんですけども、その中でも、在宅に関わる医療従事者とか、様々な多職種の方も足りないということになると、そこでもICTというかテクノロジーが有効になるのではないかと考えています。

山間部ほど非常に移動効率も悪くなります。当地域でも、やはり往診に行くのに片道30分とか40分かかって山の上まで上がっていかなければいけないこともございますので、そういう非常に効率の悪い部分を、どうやって財政的にも継続してやっていくのかというところは非常に課題としてございますので、そういうところにもしっかりと目を向けていただければと思います。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

続きまして、飯塚委員、お願いいたします。

(飯塚委員)

長野県医師会の飯塚です。まず、この第8次長野県保健医療計画の素案づくりに関しまして、大変多くの方に貴重な御意見をいただいたことには感謝を申し上げます。特に、この素案づくりを担当された県の職員の皆様には敬意を表したいと思っております。

私が2点、心残りなところがありまして、まず1点目は、今、他県でトラブルになっております修学資金の問題がありますが、今、医学生だけでございますが、これを薬剤師になるという学生さんの方にも広げていただければいいなと思っていたので、その点を少し文言として入れればよかったかなというのを思っています。

もう一点は、梅毒という感染症、これ、素案の519ページのコラムに載せていただいたんでありますけれども、それ以上に目標とすべき方向と政策の展開や数値目標の中に、この梅毒という感染症の感染予防、早期発見、早期治療を強く出していったほうがよかったかなというところを思っております。

以上でございます。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、杉山委員、お願いいたします。

(杉山委員)

杉山でございます。よろしくお願いたします。274ページの在宅医療に関連する部分の数値なんですけども、これを見て、退院の支援とか、その数とか、それから退院時の共同指導とか、在宅医療の質そのものの数値は、これからも充実して上げていくことはできると思うのですが、2番目にあります訪問診療を実施している診療所、病院数を大幅に上げるということについては、数値目標としてはこれでよろしいのですが、これについては、非情に不安を持っております。大丈夫かなど。10年間、長野県医師会を通じて全県の医師にかかりつけ医の延長にある在宅医療をやりたいということをやってきましたが、この前御報告した資料のように、この数年は数自体を伸ばすというか、看取りの数なんかはずっと増えていくんですけども、看取りのやっている医療機関数を大幅に伸ばすということは、今横ばいになっておりますので、減らさない、継承させることが、若い世代に継承させることにいっばいで、大幅に伸ばせるかなということは、非常に懸念を持っております。この辺のところは、県も施策で、いろんなことをしてくださってますけれども、やはり今のままだと大幅な向上というのは非常に厳しいのではないかなというふうに懸念しております。

一方で、在宅医療は地域医療構想の病床を削減するっていうものと鏡の関係にあるわけでありまして、在宅医療がどんどん増えていくというわけにはいかないのに、病床を一生懸命減らそうという動きが流れの中にあるのも非常に私、懸念してございます。医師も病床も、全国の平均のもう下から何番目と低い状態にある長野県で、病床の削減の話を生懸命する。それから、辛うじて何か全国平均ぐらいの松本医療圏を、ほかとバランスが悪いから減らせという議論がある。これは非常に危険じゃないかなというふうに思っております。この辺のところを政策としては、今、方向性は一定のところまで私も正しいと思っておりますので、それから在宅医療を充実させていきたいと思っておりますけども、非常に注意していかないと、長野県の医療のレベルが全部で下がってしまう、そんなようなことにならないのか、非常に心配をしております。

それから、2番目ですが、高齢者施設の医療のあり方、特に特養や老健の医療体制が適正かどうか、医療が本当に供給されているかということについては、十分これから考えていかなければいけないと思います。特養については、このコロナ禍で入院ができない場合、全部の方が施設の中において、それを配置医1人が診ているというような状況が生じました。それから、例えば一時的に酸素吸入をしているような方は施設の持ち出しになるので、コストがかかってしまって受け入れられないという状況も発生いたしております。その辺のところについて、これでいいのかというのを、十分検討していかなければならないと思います。

それから、3つ目、最後ですが、先ほど伊那で移動診療車を走らせておられることが紹介されましたが、あれは例えばリモート診療について、非常に示唆を与える、すばらしいパイロット的な試みというふうに思います。以前、意見を出して修正していただきましたが、オンライン診療を提供する場所が公民館となっていて、公民館がそんな機能を持てるのか、そういう場所に医療を受けられる方がリモートであっても集まるわけですし、集まったときのその場所の環境とか体制は誰が保証するのかということ非常に不安に思いますので、それが象徴するようにリモートの医療も、丁寧にやらないと大変なことになってしまうというふうに思いますので、慎重にいい環境をつくって、医療を提供する場所は、やはりいい環境がないといけないと思いますので、その辺のところも、十分考えながら進めることが必要だというふうに思います。

在宅医療については、先ほどの数をもっと増やせっていう話で数を追っかけますと、在宅専門の医療機関とか、それから、この前御紹介しましたメガ在宅と言って、百何十人も医師を集めて、当番表を作り在宅医療をやって、看取りをどんどんするっていうような、そういうものも都会では起こってきてますので、それが長野県の中に入ってくるのは、ちょっと不健全かなと考えています。やはりかかりつけ医の延長にある在宅医療、そういうものを長野県医師会としては、つくっていききたいなというふうに思っております。

以上でございます。

(本田委員長)

ありがとうございました。

全ての委員の方から御発言をお願いしましたが、私の手違いで御発言されていない方いらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、最後に。どうぞ。

(白鳥委員)

今、杉山先生から話のあったモバイルクリニックなんですけど、モバイルクリニックは看護師が乗って、患者さんの自宅に行って、その患者さんがモバイルクリニックに車椅子なりで移動してきて、その中で診療するという仕組みでございまして、公民館は使ってません。

(杉山委員)

ですから、そのモバイルクリニックの取組は素晴らしいと思うんです。これは病院が管理されてますし、ナースが乗っておりますし、適切に管理しておりますが、グランドデザインの素案に入ってたものは、オンライン診療が診療所に提供されるという矢印に加え、公民館にも矢印があったものですから、意見を申し上げたような次第です。モバイルクリニックの取組は、素晴らしいと思っています。

(白鳥委員)

分かりました。

(杉山委員)

環境も整っていますし、これからもこの取組を推進していただくとするのは一つの道だと思っております。

(白鳥委員)

分かりました。ありがとうございます。

(本田委員長)

ありがとうございます。

まだ言い足りないと思いますけれども、時間が押してますので、次に入らせていただきます。

3 その他

(1) 今後のスケジュールについて

(本田委員長)

3のその他ですが、事務局から発言があります。お願いします。

(久保田医療政策課長、資料3により説明)

(本田委員長)

ありがとうございました。

ただいまの御発言に何か御質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、委員の方から何かその他で御発言ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

以上をもちまして、本日の会議を終了いたします。

【閉 会】