

## 令和4年度第2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2月3日（金）14時40分から16時00分まで

2 場 所 長野県庁3階 特別会議室

### 3 出席者

委 員：伊藤正明委員、竹重王仁委員、日野寛明委員、亀井智泉委員、清水昭委員、  
下平喜隆委員、宇田川信之委員、奥野ひろみ委員、川真田樹人委員、小林恵子委員、  
本郷一博委員、本田孝行委員、馬島園子委員、松本あつ子委員、丸山和敏委員、  
和田秀一委員、渡辺仁委員、飯塚康彦委員、杉山敦委員、鈴木章彦委員、関健委員  
（欠席 池上道子委員、花岡利夫委員、町田貴委員、酒井茂委員）

事務局：西垣明子衛生技監兼保健・疾病対策課長、原啓明参事（地域医療担当）、  
高池武史健康福祉政策課長、百瀬秀樹医療政策課長、水上俊治医師・看護人材確保対策課長、  
中澤敏正健康増進課企画幹兼課長補佐兼健康づくり・歯科口腔保健推進係長、  
矢澤圭国民健康保険室長、大日方隆感染症対策課長、油井法典介護支援課長、  
小池裕司薬事管理課長、社本雅人医療政策課課長補佐、堀内嵩之医療政策課企画管理係長 他

### 4 議事録（要旨）

#### 【会議事項】

- （1）次期信州保健医療総合計画の策定について
- （2）現行の信州保健医療総合計画における目指すべき姿について
- （3）長野県の保健医療の現状について
- （4）第7次長野県保健医療計画等の進捗状況の評価について

（本田委員長）

それでは、次第に沿って会議を進めてまいりたいと思います。

2の会議事項になります。

本日は保健医療計画の策定に当たり、長野県の医療の目指すべき方向について、委員の皆様から御意見を伺いたいと思います。

まず事務局から、（1）の次期信州保健医療総合計画の策定についてから、（4）の第7次長野県保健医療計画等の進捗状況の評価についてまで、一括して説明をお願いいたします。

（高池健康福祉政策課長、資料1及び2により説明）

（百瀬医療政策課長、資料3及び4により説明）

（本田委員長）

ありがとうございました。

皆様に御意見を伺う前に、ただいまの御発表に御質問等ございますでしょうか。

(竹重委員)

資料2のところの健康寿命のことでお尋ねがあるんですが、従来から3区分による算定方法があって、長野県は主には要介護度の3つ目で算定してるところですが、要介護度のもの以外となると、健康寿命が短くなっていて、実態と違うという部分もあるように思います。

例の都道府県ランキングというのは、よく各都道府県が自分の都合のいい基準を使っているのですが、この辺りについても、ぜひ長野県から厚労省に基準値を一つにしていこうというような働きかけをしていただきたいと思います。

最初の1つ目、2つ目の部分については、国民生活基礎調査の頻度が少ないと感じますので、もっと多くやっていただくように働きかけていただきたいと思います。

それから、資料2の目標値と先ほどの資料4-1の3ページの健康寿命の基準値の数字が違うように見受けられますが、その理由等についてまたお教えいただければと思います。

以上です。

(高池健康福祉政策課長)

健康寿命の指標について3つございますが、なかなか分かりにくいのはおっしゃるとおりでございます。いずれも厚労省で研究会を設けて導き出した指標で、今回、長野県が主にうたっているものについては、付随的な、2つのメインとなる指標のマイナス面を補完するものとして国が考えた指標ですが、御指摘のとおり、ちょっと分かりにくい指標でございますので、そのようなことは機会を捉えて話をしてみたいと思っております。

数字が異なる点につきましては確認をさせていただいて、また御説明をさせていただければと思います。

(本田委員長)

ありがとうございます。

それでは、時間もありますので先に進めさせていただきたいと思います。

ただいまの御説明を踏まえて、長野県の医療の目指すべき方向について、御意見をお伺いしたいと思います。時間が限られていますけれども、全員の方に御発言をいただきたいと思います。恐縮ですが、要点をまとめて御発言いただければと思います。

はじめは、川真田先生から発言いただいて、その後は名簿順に上から順にお伺いしたいと思います。伊藤先生、竹重先生、日野先生、といった順にお願いしますので、御準備いただけたらと思います。資料2の目指すべき姿のところのまとめということになるのではないかと思いますのでよろしくお願いいたします。

時間が限られていますので、2分程度におまとめいただけるとありがたいと思います。

それでは、川真田先生からお願いいたします。

(川真田委員)

目指すべき姿、健康寿命の延伸というのは、これでよろしいと私は思います。その次の基本方針ですけども、基本方針のところデジタルトランスフォーメーションとかデジタル化、診療録の共有、電子処方箋、それから保健、医療、介護、全ての連携にデジタルを入れるというようなことがあってもいいかと思いました。

それから、3の基本方針の丸の3つ目ですが、ここに医療機能の適切な分化と連携、それから隣接する医療圏が連携すると書かれてますが、恐らく今後は隣接ではなくて、もっと広く地域医療構想を進めていきますと、恐らくかなり広い、広範の医療圏の基幹病院が連携といいですか、対象としていかなければならないだろうということ、今現在の医療圏を見直すといいますか、それも当然必要ですので、そういうことについて少し書いたほうがよいのではないかと考えます。

もちろん、ここには第7次ですから、新型コロナウイルスについては書かれてないので、それは多分お入れになるんだろうと思いますが、それも加えられるということ。

最後の具体的な方向性ですが、基本的な方向性のところに、デジタルトランスフォーメーションを入れるべきなのか、その前の基本方針に入れるべきなのか、それはまた検討いただけたらと思います。

それと、医師の働き方改革が令和6年から始まりますので、地域医療構想を含めて、医療圏の考え方をどうするかというのも、医師の働き方改革が横断的にいろんなところに影響しますので、それについての記載、それから方針というものを入れるべきではないかと私は考えました。

私からは以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

それでは、伊藤先生お願いいたします。

(伊藤委員)

長野県歯科医師会の伊藤です。お世話になります。真摯な説明ありがとうございます。

まず歯科についてですが、13ページの資料ですけれども、平成28年から令和3年まで一応全国は下回ってるが増加傾向であるということの発表がありました。ほぼ横ばいで、現在少し減少傾向にあります。令和3年からは少し減少傾向であると聞いております。

また、15ページの5の2の歯科医師数なんですが、我々、ほかの先生方もそうですけれども、国家資格になりますと、何歳でも資格はずっと持っているもので、この最初のデータのときの20年ほど前には、平均年齢が我々の組織も42歳でした。現在の平均年齢は62歳ということになっております。60歳の定年の会社もありますけれども、60歳以上が半分この中に含まれてるという状況になり、3年後、5年後にはもうかなり地域包括ケアにおいても、地域において、歯科医療が滞るところが出てくるのは明らかになっております。

その辺りも考慮して第8次で検討していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(本田委員長)

ありがとうございます。

それでは、竹重先生お願いいたします。

(竹重委員)

1点だけ申し上げます。

前回の信州保健医療総合計画、他県であるとかあるいは厚労省から高い評価を受けていることが耳に入っております。今回も項目が増えますが、しっかりしたい計画になるようにやっていきたいと思っておりますし、ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

以上でございます。

(本田委員長)

ありがとうございます。

それでは、日野先生お願いいたします。

(日野委員)

薬剤師会の日野でございます。

目指すべき姿は、もう先ほど皆さん御意見あったとおり、健康で長生き、もうこれを合い言葉に進めていけばよいと思ひます。その中で、先ほど川真田先生からも連携の話がありましたけれども、地域の

中との連携もありますし、医療のDXですね、電子処方箋という話もありましたが、やはりデジタルトランスフォーメーションをどういう形で入れていくかというのは、一つ課題であるかと思います。

それから、長野県の特徴として中山間地が多いということで、その中の医療をどうするのか、特に薬剤師会から見ますと、医薬品の提供体制をどうするかというのは、実はいろいろ近々の課題になっておりまして、その辺りのところを入れていただければと思います。

最後は、医療従事者の確保ということの中で、薬剤師も前回より多いということですが、全国的には下回っておりますので、やはり医療従事者の確保ということをしっかり書いていただけて進めていただければと思います。

以上でございます。

(本田委員長)

ありがとうございます。

それでは、亀井先生お願いいたします。

(亀井委員)

亀井でございます。

私も医療を受ける側の立場から、この計画の目指すべき姿を拝見しました。思うところは、先ほど先生方からありましたが、医療者の高齢化についてすごく不安に思うことがあります。特に、へき地でございますと、高齢の先生方の頑張り、踏ん張りでどうにか子どもたち、あるいは成長した方、障がいを持っての方の医療が保たれているところを非常に強く感じますので、医療者が高齢化して、そして次の医療計画を立てるときには、本当に悲しい計画を立てなきゃいけないないように、若手の医療人材の育成というものもしっかり明確にこの計画の中に入れていただきたいと思います。

また、健康で長生きとありますが、健康というものの概念について、きちんと県民のみんなで共有するとよいと思います。と言いますのは、障がいがあっても、あるいは病気を持っていても健やかに生きられる、そして充実して長く生きること。ただ、命を長らえればよいというものではなく、やはり充実した人生を送れるようにするための医療計画になるように考えていきたいと、医療を受ける側から思っているところでございます。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

それでは、清水先生お願いいたします。

(清水委員)

保険者協議会の清水でございます。

私も医療を受ける側、それから医療保険者の立場として、主に2つ今考えられることがあると思います。1つは、患者自身である県民の健康づくりのさらなる促進を目指せる計画であること。具体的には、健康診断の受診率を向上させたり、あるいは健康診断で精密検査が必要だとか治療が必要という判定をされた方が早期に医療機関を受診して、受診率が向上するような、そういったものを強力に目指せるもの。それから、健康づくりの一環として運動習慣のボトムアップを図れるもの、これが1つですね。もう1つは、地域医療構想の推進により、地域住民が安心できる医療提供体制の整備を着実に進めていただける、そうした計画としていただくということが考えられると思います。

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、下平先生お願いいたします。

(下平委員)

私は社会環境部会長ということで、充て職でこの場所へ参加させていただいております。豊丘村の村長でございます。

下伊那郡は、特にまた広い地域に小さな村が非常に多いということで、中には本当に無医村に近いようなところもございます。豊丘村としましても、先生たちの高齢化というような中で、役場の保健師が中心になって、しっかりと健康診断の受診率なども何とか60%を確保しながら頑張っているわけでございますけれども、どうしても医師の偏在というような流れの中で、この山間部の皆さんに対して、これからどういう医療体制を組んでいながら、安心安全の社会をつくれるかということに対して、非常に危惧をしているところもあります。

ぜひとも、皆様方のお力でですね、いわゆるへき地についてもしっかりと何とか安心できる医療体制を構築していただきたいというお願いだけ申し上げます。よろしくをお願いします。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。  
それでは、宇田川先生お願いいたします。

(宇田川委員)

松本歯科大学の宇田川です。

私からは、やはり摂食嚥下治療を含めた口腔ケアの重要性といったものが既に言われてますように、全身の医療費の削減、あるいは今日のお話になっている長野県の健康寿命の延伸といったところにつながるわけですので、今後口腔ケアを含めた歯科検診の長野県における充実といったところで、ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。  
奥野先生お願いいたします。

(奥野委員)

予防の観点からお話をさせていただければと思ひます。

先ほどの評価の指標を見させていただきますと、健康づくりに関する内容が順調というのが最も少ない状況になっております。この辺りは、やはり健康寿命の延伸という大きな最終ゴールを目指すためには、予防の視点が非常に重要だろふと思ひますが、ここがなかなか進んでいないというところはしっかり受け止めて、対応を今後していかなければならない内容だろふと思ひます。

基本方針の中にも、学びを通じた予防活動の充実と健康づくり、それから、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大きく2つ基本方針が挙げられております。この中で市町村の保健センター等の保健師さんたちの活動等を日々見させていただいているのですが、生活習慣病の予防ということで特定健診・特定保健指導、ここには非常に力を入れていただいているかと思ひのですが、それ以外のところのソーシャルキャピタル等々とか、それからヘルスプロモーションどう動かしていくかということについては、なかなか現状手が回っていないというところもあるかと思ひます。

この辺りを促進していくには、やはり県が主導で様々な活動をしていただき、それを市町村と一緒に

やっただくというところが大きいかと思ひます。今、県の保健福祉センターの役割と機能等ももう一度再構築する時期に来ているのではないかと思ひるところでござひます。ぜひ、今のお話も含めまして、県の主導で様々な活動が展開できるように御支援いただけるとありがたいと思ひます。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

小林先生お願いいたします。

(小林委員)

佐久大学の小林です。よろしくお願ひします。

私からは主に1点ですが、人材確保のところでは、長野県は全国でもトップレベルの保健師数が配置しているということはとても有名で、地域に密着した活動をされてきていると思ひます。ただ、このところ佐久圏域の市町村の保健師さんたちとお話する機会がありまして、やはり小規模の市町村が長野県はまだ多くござひますし、山間へき地もござひます。なかなか新卒の保健師がそこに就職しないということで、ずっと数年間欠員状態の市町村が多くあります。それで、今回の新型コロナのワクチン接種等の業務も重なりまして、小規模の市町村ではかなりの保健事業がストップしているというようなこともお聞きしてありますので、何かそういうものを広域的にサポートする体制とか人材を組織的に確保するような方法を、また県と一緒に検討をしていけたらと考えております。よろしくお願ひいたします。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、本郷先生お願いいたします。

(本郷委員)

伊那中央病院の本郷です。

私からは1つです。基本方針あるいは基本的な方向にもあります医療提供体制ということに関連するのですが、少子高齢化で確実に人口も激減していくという状況で、多分、医療機関も病院、診療所含めて数としては減っていくという中で、それぞれの医療機関が地理的にカバーするエリアが広がってくる。そうすると病院、診療所において患者さんを受け入れるというだけでなく、一般の市民の方、患者さんが病院にかかりやすい、かかりにくいということが非常に大きな問題になってくると思ひます。それをどういう形で盛り込むことができるか、そこが分からないのですけれども、受療しやすい、しにくいということが、何か1つ指標として、患者側の目線からということでも取り上げることができればいいかと思ひました。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

馬島会長お願いいたします。

(馬島委員)

長野県栄養士会の馬島でござひます。よろしくお願ひします。

長野県栄養士会は、この健康寿命を延ばすという目標に向かって、栄養ケアステーションですとか、各職域支部の活動で全世代に向けた減塩活動ですとか、それから糖尿病の重症化予防ですとか、フレイ

ル対策などの情報提供をして活動することで、この目標に向かって努力していきたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

(本田委員長)

ありがとうございます。

松本会長、お願ひいたします。

(松本委員)

長野県看護協会の松本でございます。よろしくお願ひいたします。

先ほど、奥野先生、小林先生からもお話がありましたが、地域を支えるためにやはりヘルスプロモーション、それから保健師の役割というのは、これからますます多くなってまいりたいと思っております。長野県において、保健師の数というのは多いとは言われていても、いろいろな形で今後活躍が期待され、地域へ患者さんがいるいは予防ですとかそういうことを含めたときに重要な役割を果たすということを考えると、保健師の数、このような状況の中でどう必要かを検討していただきながら、さらに増やして充実していただけるように検討をお願いしたいと思っておりますところが1点。

それから、地域で活躍するときに特定行為研修を受けた看護師たちというのが、非常に厚労省からも望まれています。ですので、ここの統計の中に看護師の数、それからそういうものの一人一人の数がありますが、長野県においても、もっと幅広く活躍していただけるように、その方たちの人数を統計の中に入れていただいて、評価の指標にさせていただけたらと思っております。

もう1点あるんですが、死因別というところではここには載っていませんが、実は自殺される方たちが非常に多いと、このところコロナの影響もあるかもしれませんと感じております。その辺りについての対策等々も、心の健康というようなところでやるかと思っておりますが、その辺りの指標もぜひ低下するように取り組んでいただければよ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した。

丸山先生お願ひいたします。

(丸山委員)

長野県病院協議会の丸山です。

健康、長生き等は皆さんと一緒にですが、資料で見ますと、医師それから歯科医師、薬剤師は全国平均を下回っている一方で、看護師等は大きく上回っています。これが今現在の長野県の現状かと思っております。やはり医師の少ない分、周りのスタッフが応援していただいて何とか保っている状況だと思っております。

それから、松本会長から話がありましたように、特定行為ができるようなそういう教育、そういう方をもっと増やしていただきたい。教育の機会、上を目指す方の勉強の機会を増やしていただきたいと思っております。

それからあともう一つ、地域によってかなり格差があります。ぜひ、格差をなくす。どの地域でも長野県であれば、もちろん人口の問題もありますが、ぜひほかの医療圏でカバーするなり、そういうような形で地域の格差をなくすような政策をしていただきたいと思います。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

和田先生お願いいたします。

(和田委員)

長野赤十字病院の和田でございます。

少子高齢化が加速度的に進むと考えますので、本当にこの医療提供体制の充実というのが非常に大切なことなんだろうと思っています。地域医療構想が進む中で、この医療圏をどういうふう考えていくかということについては、いろいろなところで意見があると思います。

日本病院会では相澤先生がよくアクセスの時間を考えた医療圏を考えたらどうだと言うこともありますので、二次医療圏を中心に考えるのかもしれませんが、それを超えたり、今言ったアクセスについての考えも十分取り入れながら、長野県はとて地域として広いところだと思いますので、患者さんたちが医療機関に十分うまくアクセスできるような体制をつくっていくということが大事ではないかと思っておりますので、このようなところで考えていきたいと思っています。

(本田委員長)

ありがとうございました。

それでは、渡辺先生お願いいたします。

(渡辺委員)

佐久総合病院の渡辺です。

私も医療提供体制の充実ということで考えているのですが、特に出産ですね。医師の働き方改革を進める中で一番問題になるのは産科医の確保が非常に難しいです。そういう意味では、やはり人口は減少するということは出生が少なくなるということですので、より産みやすいような環境にするには、ある程度、産科医を集約するかそういった大きな方針を出さないと難しいかというところがありますので、その辺りがうまく盛り込まれるとよいかと思います。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

飯塚先生お願いいたします。

(飯塚委員)

長野県医師会の飯塚でございます。

この計画の構成案に、目立たないんですけども、ギャンブル等依存症対策を加えていただいて大変ありがたいと思っています。それから、成育基本法も加味していただいたということは、大変重要なことであろうと私は思っています。一番大事なのは、77の市町村でやはり子どもが増えてくれないといけないわけですので、どこの市町村でも子どもが増えて暮らすことができる、そして、医療が受けられるような方向に持って行っていただければありがたいと思っています。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

杉山先生お願いいたします。

(杉山委員)

杉山でございます。



私は、外来機能、それから在宅医療、それからへき地の問題についてのことを取りまとめるようにということで参加させていただいております。

外来診療機能につきましては、やはりかかりつけ医という言葉をごどのように捉えて、医師がどのようなかかりつけ医になっていくかが要点と思います。これは言葉だけではなくて、本質的にどのようなべきかということを追求していかなければいけないと思っています。それから、在宅医療はいま少し推進ということになるとと思いますが、これも病院機能との関係を見て慎重に考えたいと思います。へき地についてはまだ勉強が足りないのですが、地域ごとに個別に対応するような施策を取っていくことが必要ではないかと思っています。

本日お示しいただいた資料で一番重要なのは、やはり病院の病床数とそれから診療所数、これが全国平均よりも少ないということをもう一度強く認識すべき、要するに長野県は医師の少ない県であるということ十分に認識したいと思っています。

地域医療構想で病床の質を転換して数を減らす、病床数を減らす、下に在宅医療を置いてそれを支えるという、この考えをごどのようにバランスの良いものにするか考える必要があります。

医師の働き方改革で、医者は働かない方がよいと、こういうことだけやっている業界でよろしいのでしょうか。みんな一生懸命働かないと日本はもたないとやってるはずなのに、この論が、一定のものは必要だと思えますが過剰に進んで病院の当直体制が組めないといった状況も生じてしまっていることに危機感を覚えます。

それから、公立病院の統廃合について、コロナ禍でどのくらいの機能を果たしたかということの評価しないで、またコロナ禍さなかの去年も経営改革の指針を出しなさいというような指示が出ていて、公立病院の統廃合を進めるということが進んでおります。財政の面からの主張でもあるような気がしますが、この地域医療構想の推進がいき過ぎてないかなどを考えたいと思います。

少なくとも長野県は、地域医療構想の方針を今一度吟味して、いかに適切な医療を確保するか、県民の方に提供するかという視点をもつことが必要ではないかと思っています。そのような視点から、外来診療機能、在宅医療、へき地医療のことを検討してまいりたいと思います。

よろしくお願いたします。

(本田委員長)

ありがとうございます。

鈴木先生お願いたします。

(鈴木委員)

鈴木でございます。

私は、小児・周産期医療を担当させていただいております。資料2の2ページ目の上段ですが、長野県の健康長寿の要因のところや、資料3の6ページの図2-5、周産期死亡率は、だいたい長野県は全国レベルと同じで、これを多分皆様方、当たり前かと思って見られているかもしれませんが、実はこの母数の内容は大きく変わってきています。この数十年の間に分娩数が減っており、その大半は正常分娩が減っております。それに加えて、少子高齢化となっておりますが、結婚年齢の高齢化に伴って高齢出産が増えている、ということはハイリスクな症例が増えています。そうした中で、この数字を保っていられるということは評価できることであり、前々から信州産婦人科連合の方針として、長野県の産婦人科医療、周産期医療の集約化を進めてまいりました。集約化することによって、こうしたハイリスク妊娠に対する効果が数字として出ているのではないかと思います。

第7次医療計画でも集約化の問題は課題としてありましたが、第8次医療計画でも引き続き進めたいと思いますし、おそらくほかの診療科もいずれ同じようになってくるのではないかと思います。なお、全国と比べて長野県の分娩状況を見たときの一つの特徴として、診療所での出産の比率が非常に低いです。病院での出産が多い。これも実は安全な分娩につながっているのではないかと考えられます。

私、長野県の地域医療構想アドバイザーもさせていただいているので、その立場から申し上げますと、資料に指数などいろいろ出てまいりますが、これは統計の処理上どうしても内容についてまではなかなか数字化できないです。実際には診療所に関していえば、どんどん医師の高齢化が進んでいます。地域医療構想も2025年を通過して2040年を見るようになっておりますけれども、診療所医師数は減少する一方で、恐らく病院に勤務の先生方は増えていくと思います。ということで、先ほどちょっとお話がありました病床数の削減の検討につきましては、基準値に捉われることなく、各医療圏に出ている数字を、現状としては、これ以上削減する必要は全くないのではないかという意見をしているところであります。

それから、先ほどから出ております医療提供体制ということですが、これはもう全国的に地域医療構想を考える上で設定した二次医療圏が正しいかどうかという議論も必要であり、他県ではかなり見直しが進んでいる所もあります。長野県に関しては、とりあえず今は現行の医療圏で話を進めていこうかということになっておりますが、ただ、医療の機能という面を考えたときには、これは医療圏という枠を取っ払って考えていけないといけない内容もございます。ですから、そのようなところの医療の現状を、より明確化した上でまた議論を進めるということが肝要かと考えております。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございます。

私からですが、私も資料2のところにある、長生きから健康で長生きへというような健康寿命のそういう概念が長野県としては非常に重要なことではないかと思えます。

5、6年前に「LIFE SHIFT」という本が出まして、そのときに12歳ぐらいの子どもの平均寿命がどのぐらいあるかということと108歳と言われていて、50%以上が100歳以上になると言われています。寿命の曲線を見ますと上がっていくところから算出したと言われてますけれども、そういうふうに寿命はどんどん延びていく。ところが、やはり健康寿命と寿命の差が10年ぐらいはどうしてもこれが縮まらないというのが大きな課題ではないかと。先ほど出てきましたように、予防とかそういうことで健康寿命を可能な限り長くしていくということも、医療計画としては非常に重要なことかと思えます。

もう一つ、医療で少子化対策をどうするかということなのですが、少子化対策は何のために行うかという、生産人口を増やすために行うのではないかと思えます。そうすると、確かに出生というか、生まれてくる子どもの数を多くするという観点もありますが、生まれてきた子どもたちをいかに教育と医療で育て、生産人口にしていくかということも大きな課題ではないかと思えますので、今、政府も東京都もものすごく少子化問題について大きく取り上げてきていますけれども、長野県は既に、ちょっと手前みそで申し訳ないですが、こども病院なりで、子どもの医療に関してかなり力を入れてきています。ですので、もっと子どもの医療というところに焦点を合わせて、これは少子化対策なんだという言い方もあるのではないかと思えますので、そういう観点でも見ていただければと思います。

私は以上です。

関先生、よろしく願いいたします。

(関委員)

資料の2についての意見聴取ということで、ちょっと理念的なことを申し上げたいんですが、前回の7次計画のときに、私、健康増進計画をまとめる役をいただいていたんですが、そのときにヘルスプロモーションという概念について書き込ませていただいたんですが、実はこのヘルスプロモーションというのは、実は我々の日常的に行っている治療とか介護とか、あるいはリハビリテーションの上位概念だと思えます。かつ、そのヘルスプロモーションというのはプロセスであるだけではなくて、その究極の目的というのは、やはり幸福の追求ということにつながると思います。長野県は、「しあわせ信州」ということを掲げています。まさに、この幸せの追求というのが基本的にはヘルスプロモーションということの究極の目的なので、そういう意味で言えば、この計画全体もやはり、数字がよくなったというだけでは

なくて、県民が幸福になるという、そういう目的に向かっていくべきだと思います。具体的な方策はこれから詰めていくところだと思いますが、まずこの全体の計画の目標は、幸福の追求ということをぜひ念頭に置いていただけたらと思います。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

先生方で、言い足らなかったことなど何かございますでしょうか。

丸山先生お願いします。

(丸山委員)

長野県病院協議会の丸山です。

従来から、広報活動をかなり一生懸命やられていると思います。やはり我々だけでやってもだめなので、県民一体となるような広報活動、あるいはキャンペーンですね。引き続き、その辺りもやっ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す。

ほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。

限られた時間の中でございましたので、この場でお話ができなかった御意見もあるかと思えます。後日、事務局へメールなどで構いませんので、お送りいただければと思います。よろしく願いいたします。

事務局も委員からいただいた御意見を参考に、計画で目指すべき姿等について検討をお願いしたいと思います。

## ○（５）ロジックモデルについて

(本田委員長)

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）のロジックモデルについて、事務局から御説明をお願いいたします。

(百瀬医療政策課長、資料５により説明)

(本田委員長)

ありがとうございます。

ただいまの説明につきまして、御意見・御要望などがありましたらお願いいたします。

これを今回は全部の項目に入れるという考え方でよろしいですか。

(百瀬医療政策課長)

医療政策課長の百瀬でございます。

５疾病６事業及び在宅に関しては、まず取り組んでいきたいということで、事務的に考えてるところですが、例えば、医療計画の章・節の中には５疾病６事業に属しない部分というものも当然ございます。そういった部分につきましては、策定過程の中で、策定委員会あるいはワーキンググループの皆様方との意見交換の中で、やはり取り組んだほうがいいのではないかなというようにお声があれば、ぜひとも導

入してまいりたいということでは考えております。

(本田委員長)

ほかにありますか。

これについて、導入する効果に関してはどうなんでしょうか。

(百瀬医療政策課長)

医療政策課長でございます。

具体的に申しますと、4ページのところを御覧いただきたいと思いますが、まだまだ7次の医療計画ですとか循環器計画の中でも、まだ取り組み始めた、比較的その手法としては新しい手法となるものですから、効果測定というのが十分できてないという感じはあるかと思えます。ただ、国が推奨している中で、まず医療計画を取り組んでいく際に想定されるメリットとしましては、4ページに記載させていただいておりますけれども、その策定過程においては、目標値でありますとか指標といわれるものを体系的に整理することによって、何を指標として掲げていくかというのが非常に論理的に導き出されるかと思えます。それを進捗管理の中で使うことによって、伸びているところ、伸びていないところが数値的に的確に把握できる。また、見直しにおいては、PDCAサイクルを毎年毎年回していく中で、指標自体を差し替えるですとか、あるいはもっと言いますと、例えばロジックモデルの中の柱立てそのものを見直すですとか、例えば医療計画の場合は3年に1回中間見直しがございますので、そういった過程の中で、さらなるブラッシュアップという形は取れるのではないかと考えています。

(本田委員長)

ありがとうございます。

ほかにごございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

## ○(6) 国による検討状況について

(本田委員長)

それでは次に進めさせていただきたいと思えます。

(6) 国による検討状況についてということで、事務局から御説明をお願いいたします。

(百瀬医療政策課長、資料6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関しまして、御意見・御質問等ございますでしょうか。

お願いします。

(亀井委員)

7ページのPDCAサイクルについて、非常に詳細に記入・記述が書き加えられたこと、またこのロジックモデルの導入についてもPDCAサイクルがすごく強調されていますが、事業の進捗はPDCAサイクルがくるくる回ってればいいということに陥らないように、私どもも含め考えていかなければならないと思えます。というのは、数字に捉われていては、関先生からお話があった幸福度というものは図れないところからして、地域を回れば回るほどコンテンツでは捉え切れないコンテクストと呼べる、その文脈でしか捉えられない現状というものの肌感覚と呼ばれるようなものを強く感じるこ

ります。数値では捉え切れないものもこのPDC Aサイクルの中、あるいはロジックモデルの中にきちんと取り込んでいく医療計画であらねばならないと、自戒を込めて常に思っているところでもありますので、必ずしもこの医療計画における上で数値に捉われないで、県民の幸福度をいかに反映できるかというところを考えながら計画を一つ一つ見て、そして取り組んでいかなければならないと思いますので、私たち委員一人一人がこのPDC Aサイクルのことばかりではなく、また行政の皆さんもPDC Aサイクルをいかに回すかだけでなく、地域をどうアセスメントするか、保健師さんのお声、医療従事者のお声等々、ちゃんと数値で捉えられない部分もきちんと酌み取って、計画を立てていけるような委員会の在り方、行政の在り方というものを自覚していただきたいと思いました。

以上です。

(本田委員長)

ありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。

## ○その他

(本田委員長)

それでは、その他ですけれども、事務局から発言がありますのでお願いいたします。

(百瀬医療政策課長、資料7により説明)

(本田委員長)

ありがとうございます。

御意見・御質問等ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

事務局からほかになにかございますでしょうか。

(高池健康福祉政策課長)

健康福祉政策課長の高池でございます。

先ほど、竹重委員から健康寿命の基準の値について、資料2の現状値、それから資料4の基準値で異なる年度の数値が使われているという御指摘がございました。おっしゃるとおりでございますして、国民生活基礎調査を基にして算出する健康寿命も3年に一度の公表ということで、若干のタイムラグがあるという中で、資料4で作成した基準値より平成29年に近い数字に差し替えてあるということでございます。

(本田委員長)

ありがとうございました。

ほかには事務局からございますでしょうか。

(事務局)

特にございません。

(本田委員長)

その他、委員の皆さんから何かそのほかで御発言ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただこうと思います。  
ありがとうございました。

**【閉 会】**