

第4回香川県保健医療計画作成等協議会議事録

1 日時 平成29年10月23日（月）19:00～20:20

2 場所 香川県社会福祉総合センター7階大会議室

3 出席者

【委員】

大原委員、岡田委員、久米川委員、近藤委員、塩田委員、豊嶋委員、中川委員、中村委員、野田委員、林委員、藤澤委員、松本委員、三野委員、山本委員

【事務局】

高木健康福祉部長、星川健康福祉部参事、横山医療主幹、長尾医務国保課長、石井国民健康保険室長、東医務国保課副課長、植松健康福祉総務課課長補佐、香川長寿社会対策課課長補佐、小塚長寿社会対策課課長補佐、渡邊障害福祉課課長補佐、三浦障害福祉課課長補佐、細谷薬務感染症対策課課長補佐、横田薬務感染症対策課課長補佐、穴澤医務国保課課長補佐、今井医務国保課課長補佐、山崎医務国保課課長補佐、西部国民健康保険室室長補佐、中西副主幹、田岡副主幹、浜田副主幹、西山主任、白井主任、高橋主事

4 議題

(1) 第七次香川県保健医療計画の素案について

(会長)

ただいま、事務局から第七次香川県保健医療計画の素案について説明がありましたが、何か委員から御意見・御質問等ありましたら、何からでも結構ですので、どうぞ。

(委員)

資料2の119ページに11番としロコモティブシンドロームという項目があげられておりますが、局長通知の医療計画作成指針には、このロコモに関しては、その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項として、今後高齢化に伴い増加する疾患等対策の一つとして入っており、①としてロコモティブシンドローム、フレイル、②が誤嚥性肺炎などの都道府県の取組みと項目に分けて掲載されておりますけれども、119ページにおきましては、ロコモだけが記載されているという状況で、ほかの項目のところにも誤嚥性肺炎が入っておりますが、改めてフレイルとか、誤嚥性肺炎の記載をした方がいいように思いますが、いかがでしょうか。

(事務局)

確かに、厚生労働省の通知・指針におきましては、フレイル等は必要に応じて記載することになっておりますので、それを含まない経緯について確認させていただき、検討させていただきたい。

(会長)

非常に大事なところだと思いますので、11番のロコモティブシンドロームに記載する方がいいの

でしょうか。それとも、もう一つ項目を設けて、12 番フレイル対策とか、13 番誤嚥性肺炎とか、もう一つ項目を付けた方がよろしいでしょうか。

(委員)

まとめて高齢化に伴い増加する疾患対策ということで記載することでいいと思います。

(委員)

良くできていると思うのですが、一つだけ気になるので意見を述べさせていただきたいと思います。資料2の125ページの災害医療に関してなのですが、熊本地震の取組みについても当院から視察に行っていました。DMAT（災害派遣医療チーム）や急性期の災害医療は非常によくできており、香川県もDMATの編成も非常に多くていいと思います。ですけど、その中で外れるのが弱者であり、災害時は、難病の患者や、重度心身障害（児）者や、人工呼吸器を付けた在宅医療の方とか、いざとなったらそういう人たちの行き場所がなくなります。熊本の場合も菊池市という所に、重度心身障害者や精神疾患の患者が入っている療養所がありまして、その病棟が2個ぐらい潰れまして、そうすると、たちまち行くところがなくなります。普通の意味疎通が図れる人たちがたくさんいる所は、近隣の市民病院などに通しやすいのですが、重度心身障害（児）者や難病の患者、ALS（筋委縮性側索硬化症）、在宅で人工呼吸器を付けた患者が、災害が起こったときに、どういった対策をとるのか方針みたいなものを少し入れてもらえれば、ありがたいと思います。

もう一つが、日本病院会の香川県支部でもある先生から意見が出たのですが、大規模災害で透析センターなどが被災した場合に、透析している患者をどうするかという意見も出ていました。今すぐどうするというのではなくて、そういったものを認識している旨の記載を書き加えてください。

(事務局)

難病やALS、人工透析患者の方についても多いわけございまして、貴重な御意見と思っております、課題として記載させていただきたいと思います。

(委員)

資料2の148ページの対策(4)の妊産婦期の口腔管理に関する知識の普及啓発という項目がございまして、今年の6月9日の閣議決定でございました骨太の方針の中には、歯科口腔ケアの推進のなかで、歯科検診の推進ということが言われています。妊産婦期の口腔管理に関する知識の普及啓発という大きな括りのなかの普及啓発ということではなく、もう少し、具体的に妊産婦検診の県下一円での実施ということを、知識の普及啓発とともに入れていただきたいが、いかがでしょうか。

(事務局)

実態等を調べまして、記載内容等について調整させていただきたいと思います。

(委員)

資料1の5ページであります。がん検診の受診率と精密検査の受診率は、がん検診の受けっぱなし検診を止めようということで、受けて引っかかっているのに、ほったらかしというのは、現実、よく見られるので、目標としては、非常にいい目標だと思います。それと同じような項目で、6ページの特定健康診査の実施率の向上という項目も、検診を受けっぱなしで検診後に何もしていないことが多いという現実を考えると、受けっぱなしを凶る目安が難しいかも分かりませんが、そのあたりが分かるような指標は、ありますでしょうか。これは、糖尿病とか、血圧とか、脳卒中とか、心筋梗塞とか、その辺りのところと結びついてくるとは思いますが。

私自身は、検診の総合所見を行っておりますが、血圧が何年も上が200で下が110幾らの方や、ヘモグロビンA1Cが10%以上ある方など、これは問題があるという方が珍しくありません。ここにあります特定保健指導の実施率はきれいな数字なのですが、保健師が各事業所に回っている人数というのは、限られていると思いますので、いい指標があれば追加していただきたいと思っております。

(会長)

何かいい指標はありますか。

(事務局)

こちらに記載しております数値目標は、国の医療費適正化基本方針に従いまして、特定健康診査及び特定保健指導を一つの組み合わせということで、特定健康診査の結果、メタボリックシンドローム等に該当するような方については、特定保健指導で生活習慣の改善等を保健師などが指導するという位置付けにしております。現状では全国的にみてもこのような組み合わせで、特定健康診査の結果、数値が悪かった方については、保健指導を行うような流れになっていると思っておりますが、委員御指摘のように他に何かいいものがないかということにつきましても、今後の課題として受け止めさせていただければと思います。

(会長)

おそらく社会保険でも国民健康保険でも、糖尿病とか腎障害などデータが悪い人には受診勧奨しているということがあると思っておりますけれども、ただ率を出すのは難しいかもわからないですね。今まで診療所に掛っていて、その人が（受診が必要と）言われて診療所に行った人が何%かというのは、数字に出すのは難しいかもわからないですね。

今、国民健康保険、社会保険で受診勧奨をなさっていますね。データで決められた数値より高い人に対して受診するようにといった受診勧奨ですよ。糖尿病と腎障害の2点でしたでしょうか。

何かいい数値があるか考えといてもらえますでしょうか。

(委員)

資料2の167ページの、数値目標の進行管理のところ、いわゆるPDCAサイクルによって進行管理を行いますと書かれておりますが、単に現状がこうなっており、5年後の目標がこの数

値に変わりましたというような評価ではなく、この5年間のなかでどのような施策や事業をやって、そのことでこれだけの効果が出た、みたいなものを、P D C AのCのチェックのところで、関連性を持たせて進行管理を行っていくことで、達成状況と結びつくのではないかと考えております。

何をやったか、何をやるのか、その内容はどうか、そのためにこの数値にどう影響したかなどチェックがあれば、一般県民によく分かるのではないかと考えています。P D C Aサイクルで評価しますとのことなので、細かくやらなければいけないと思いますが、最終的には、県民の自覚と責任を促す部分で、県や市町が行ったことが、実際、成果に結びついているという自覚を持たせた方が、より計画が進行するのではないかと考えます。

(会長)

数値目標の進行管理について、いかがでしょうか。

(事務局)

委員がおっしゃるとおり、これまでの第六次までの保健医療計画につきましては、必ずしも進行管理がP D C Aという形で適切になされてきたかと問われると、なかなかできていなかったかもしれません。今回、保健医療計画は6年間の計画ですが、少なくとも中間の3年経った時点で、目標設定数値がどういった状況なのか、チェックをしていくこととしております。これは、介護保険事業計画との整合を図る観点からで、3年というのは一つのターニングポイントになっているところでございます。

また、各種の健康指標については、医療計画だけでなく、他の計画においても進行管理をしていきますし、医療保険の国民健康保険ですとか協会けんぽとか同じだと思いますが、今、ヘルスケアのいろんな事業が保険者に対してのインセンティブになって、経済的なメリットにも跳ね返るような仕組みが全体としてできてきておりますので、そういった取組みも併せ考えながら、今まで以上に、公表して、P D C Aサイクルを回していくようにしたいと考えております。

(委員)

質問ではございませんが、先ほど災害時の弱者に対して、D M A Tとかコーディネーターとかの対応が十分できないようなことの御意見がありましたが、最近、熊本の震災でN I C U（新生児集中治療室）とか小児の専門的な医療ができなかったということで、問題になってそれを何とかしようということで、138ページの周産期医療のなかに少し記載されております。(3)災害時の周産期医療体制の整備のところ、災害時小児周産期リエゾン養成研修に、周産期母子医療センターの医師等を派遣する。災害時小児周産期リエゾンによる支援調整等が円滑に行われるよう、災害医療コーディネーターやD M A Tと連携した救護体制を整備するというように、ある程度、ここに書かれていると思いますが、いかがでしょうか。

(委員)

N I C Uや小児や周産期とかは、D M A T等で、十分整備ができているという前提で話をしております。それ以外の、重症心身障害者やA L Sや在宅医療の方など、直下型の地震が来た場合

に、行くところがない。そういった人達のところに医療が回っていかない。DMATとか周産期などの急性期の病院に人が集まるが、障害者の方は例えば体育館に集まれといっても行けません。そういう弱者が多いので、障害者等の災害弱者に対する対策を何か記載して欲しいと言いました。

もう一点、結核に関して、数値目標（人口 10 万人当たりの新規患者発生数）の現状が 14.2 人、目標が 10 人以下となっておりますが、数値としてはいいと思うのですが、105 ページに書かれているなかで、新規の患者数を減少させるために、何をするかと言えば、BCGの接種をきちっと全員受けるよう周知するという事しか読み取れないのですが、これだけで 14.2 人を 10 人に減少させるという風に理解できるのですが、それでよろしいのでしょうか。

（事務局）

委員がおっしゃったように、14.2 人から 10 人に減少させることが厳しいということは、当方でも把握しているところです。国において「結核に関する特定感染症予防指針」が示されており、そのなかで、全国的に 10 人以下というのが目標として定められております。具体的には、おっしゃるとおり BCG 接種の周知は行っていきますが、それに加えて潜在性結核患者への DOTS（直接監視下短期化学療法）の実施強化や高齢者対策、あるいは定期健診での結核患者の早期発見などにより、何とか目標値に近づけていきたいと思っております。

（委員）

国の指針で、10 人以下の目標値を示しているのですか。

（事務局）

はい。全国的にこれを目指しております。

（委員）

むしろ指標としては、DOTSで治療される患者さんが、どれくらい増えているかということが、将来的には大きなところで問題であると思っておりますが、その点を国は、あまり言っていないのですか。

（事務局）

DOTSは、重要なことから、高い実施率が求められています。

（委員）

資料 2 の 39 ページの保健師についてですが、40 ページには、全国に対して香川県は人口対保健師が多いとのグラフが出ております。本来の保健師の活動が十分にできるような体制に持っていただければ、疾病からの回復過程とか、健康生活を維持するということで、とても効果的な活動が保健師はできると思っておりますので、人数が十分いるから制限するとか、そういうことは行わないで、保健師の内容の質の向上に力を貸していただきたいと思っております。

助産師数については、41 ページで、人口 10 万人当たりの全国平均の数と香川県の数が出ております。平成 28 年度は、香川県は全国平均の水準になっているようですが、実際には助産師の数

が足りなくて、今もさぬき市民病院で起きているようなことが、起きつつあります。

香川県の人口を増やそうと思えば、若い助産師、保健師に、子供を産み育てていただきながら、働いてほしいので、その辺りも加味しまして、全国平均以上だから人材は足りているという視点は、なくしていただきたいと思っております。職能団体といたしましては、その質の向上に微力ながら努力していきたいと思っております。

資料1の6ページの「80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の増加」の項目で、現状は52%、目標は50%となっていますが、数値目標設定の根拠は、どのように考えておりますか。

(事務局)

保健師、助産師、看護師それぞれの数の推移のグラフは、単に全国比較を行っているもので、足りているという認識ではありません。

歯科の目標設定については、歯と口腔の健康づくり基本計画で平成34年の数値目標として既に設定されておりまして、今の段階ではそのまま載せております。この50%については、他の委員からも御指摘いただいております。今後、個別の協議会において議論しまして、その結果につきましては、第5回の本協議会において、御報告させていただきます。

(委員)

在宅医療は、特に大きな問題はないと思いますが、142ページの課題のところ、地域医療構想で平成37年には、1日当たり13,305人という数値がでておりますが、ほんとの在宅医療だけではなく、いろいろなものが含まれているという数値なので、数値について誤解が生じるのではと思いました。

在宅医療の場合は、住民への周知・啓蒙などの推進を、医療計画に記載した方が良いのではと思いましたが、いかがでしょうか。

(事務局)

在宅医療の13,305人の患者については、地域医療構想で在宅医療等とされている数値で、委員がおっしゃるとおり、介護の方の受け皿も含めた数値となっております。その記載が分かるように少し工夫してみたいと思います。

住民への啓発につきましては、在宅医療と介護連携につきましては、市町の地域支援事業の方でも行っておりまして、その取組みのなかに住民啓発や、国民健康保険の事業でもそういう事業がありましたので、記載の追加について検討したいと思います。

(委員)

資料1の6ページですが、80歳で20歯以上の自分の歯を有する者ですが、現状52%となっておりますが、平成28年の歯科疾患実態調査によりますと、51.2%だったかと思いますが、この52%というのは、どこから引用した数値でしょうか。

(事務局)

本日、担当者が不在ですので、確認して御連絡いたします。

(委員)

最近、口腔と全身の関係について、広く指摘されておりますが、病院における歯科医師の役割をより明確に記載していただきたいと思っております。先ほど申しましたように、口腔ケアにより口内の衛生状況がよくなれば、入院日数も減少するというとも言われておりますので、医療従事者の現状と目標のなかで、病院における歯科医師の役割を明確にしてほしいという要望でございます。

また、病院における歯科医療の向上に資する取組みについても、記載していただきたいと思っております。

(事務局)

既存事業でそのような事業をしていただいておりますので、どこかの部分で記載できるよう検討いたします。

(委員)

私は、この協議会の中で、専門家としてではなく、一般の県民として意見を述べさせていただきます。高齢者の場合、加齢に伴って運動機能が落ちたり、食事が食べられなくなったり、口腔内の問題が出てきたり、いろいろな問題が出てきます。そういう中で、生活の自立や口から食べられる生活のために、一人の高齢者に、医師、歯科医師、歯科衛生士、理学療法士など、いろいろな専門職の支援が必要になります。特に、高齢者にとっては、薬の服用の問題が取り上げられることが多くあります。高齢者は医師の処方したお薬に頼るところがありまして、10兆円ぐらい医療費の無駄があると言われております。高齢者はいろいろな病気を抱えており、お薬を何種類も処方されていますが、適切な服用ができないとか、お薬が余ってきたりすることが多い現実があります。適切に服用できるかどうか、医師と薬剤師にどのような連携があるのかが大事です。高齢者のお薬に対するいろんな認識など、これからしっかり対応していただかないと、お薬が余ったり、医師の処方するお薬に対して「嫌」とは言えないところがある状態で、指示されたお薬をとりあえず飲むということになっています。お薬手帳を持って、薬局にたくさん処方されたお薬がすべて効いているのか、適切に処方されているのかと聞いても、それは患者さんの方がこうだと医師に聞かなければ、薬局では言えないという返事でありました。今後は、医師と薬剤師の連携が必要ではないかと思っております。新しい計画の中には、そういうことも書かれていますが、実際には、まだまだこういう状況ですので、意見を言わせていただきました。高齢者の医療とお薬というところをもう少し考えていただきたいと思っております。

元気で長生きするためには、病気にならずに、食事とか、運動とかが大事だと思います。今後は、高齢者の服薬の問題だけではなくて、いろいろな専門職の連携を進め、ネットワークを組みながらやっていくことが必要だと思いますので、よろしく願いいたします。

(事務局)

155 ページに医薬分業の推進や、一元的にその患者さんに処方されたお薬が見れるようにするためのお薬手帳の推進、処方されたお薬をチェックするかかりつけ薬局の推進ということを対策

として書かせていただいております。在宅における服薬指導については、薬剤師や介護事業者との間で適切な服薬ができるような事業も実施しておりますので、そちらの方で対応できると考えております。

(委員)

一つ教えていただきたいのですが、脳卒中と心筋梗塞の数値目標について、地域連携クリティカルパスの項目で、現状の運用中を目標として運用継続としているのですが、これは、かなり漠然とした目標だと思います。具体的な数字として、クリティカルパスの適用率とか、適用病院数とか、何か数値目標としてふさわしいものはないでしょうか。

(事務局)

数値目標の設定の際に、脳卒中あるいは心筋梗塞クリティカルパスの適用率とか、適用病院数の数字が取れないかを検討しましたが、実施主体に確認したところ、なかなか具体的な数字がとれないということがありました。そこで、現在、県内全域までクリティカルパスの運用ができている状況を、継続していくという中に、今後、適用病院や適用率を上げていく対策も含めて目標値とさせていただいております。

(委員)

基本的には、適用率がどんどん上がるようにということや、ネットワークの中の施設数が増えるということがいいと思いますので、具体的な対策をしていただければと思います。

(事務局)

対策として地域連携クリティカルパスを広げていくような事業を実施していく予定です。その結果も、今後の計画の進捗管理、評価とともに、御報告させていただければと考えています。

(委員)

災害医療の課題のところで、災害医療体制の機能強化、関係機関との連携強化とありますが、熊本地震の際、熊本市市民病院が2回目の地震で人工透析の患者さんや入院している患者さんを他の施設へ移すということが必要になりましたが、それが、かなり迅速に行われました。九州の自治体病院の中で、一定の協定を結んでいて、それがかなり機能したということのようです。次は、おそらく南海トラフということで、四国の中の県立病院同士で災害の援助協定を結びました。おそらく御存じのことと思いますが、患者さんの移送や、長期的には、病院スタッフの職場の確保が重要で、現在、ほぼ、九州の全域の病院に看護師さんなどが派遣という形で仕事をしていて、いつ元の病院に帰れるか分からないという状況のようです。おそらく、自治体病院や赤十字病院などは、何らかの災害時の援助協定を結んでいると思いますが、国立病院機構では、どうでしょうか。

(委員)

国立病院機構の中には、ネットワークがきちんと整備されていて、すべての診療科、すべての

疾患で対応可能です。東と西にそれぞれ拠点となるメインの拠点病院があり、その下にぶら下がる病院もあり、ネットワークが組まれています。先ほどの重度心身障害児（者）でも、国立病院機構の菊池病院から肥前精神医療センターに患者の移送をしました。国立病院機構内であればそういうこともできます。機構以外の組織ですとか、在宅で人工呼吸器を付けている患者さんに対し、災害が起こったときにどうケアするかということが課題です。

（委員）

計画素案の中に、関係機関の連携ということが書かれており、行政も含めてのことだと思えますが、医療機関同士の圏域を超えた連携ということも推進していくような記載があればと思います。

（事務局）

御指摘の国立病院機構や自治体病院の協定についても存じ上げております。そうした協定を結んでいる団体と大規模災害発生時に設置される県の保健医療調整本部の連携が上手く行けば、また、協定の内容も含め、お互いのことをよく知っていれば、関係機関の機能の活用も可能になると思いますので、計画への記載について検討いたします。

人工透析については、県内の透析医療機関を調査しておりまして、災害発生時には、こうした施設において透析の実施が可能かどうか確認した上で、患者の振り分け等ができるように、透析医療機関のリストを作っております。

（委員）

在宅の障害者に何かあった時とか、冠婚葬祭の時のショートステイの時に、2、3日病院で患者を預かってほしいというような要望が随分あります。香川県は、四国こどもとおとなの医療センターとかがわりハビリテーションセンターぐらいで受入れができると思いますが、受入れ先が多くありません。香川県の中で、公的な病院でそういう患者を受入れるような研修会をしましよと呼びかけても、なかなか参加してくれません。神経難病や重症心身障害児（者）は、非常に特殊な状態にありますので、なかなか、災害が起こってすぐに患者を受入れてくださいとなっても、受けてくれる医師もいますが、一般的に医師の拒否感がすごく強いと思われます。災害時にそういう人たちを受入れられるようなネットワークを作ればというのが本音ではあります。

（会長）

県医師会も、中・四国9県でネットワークを組んでいて、DMATによる災害急性期対応が終わった後の、JMAT（日本医師会災害医療チーム）で3か月間ぐらいの医療については、協力するという協定を結んでいます。県との連携もしております。

（委員）

今、地域包括ケア病棟というのが増えていますが、その中にいわゆるレスパイト入院が役割となっていますが、重症の方の受入れはすぐにはできないかもしれませんが、軽症の方を数日間預かるということから始めていくということになると思います。地域包括ケア病棟を有する医療施

設などに声を掛けていただいて、レスパイトや災害時の機能を担っていくという風にしていただければいいのではないかと思います。

(委員)

139 ページの小児救急医療を含む小児医療の記載について少し気になるのですが、3次救急医療は、県内に3カ所ある救命救急センターが対応すると書かれていますが、これは、そういう標榜をしているということですか。

(事務局)

救命救急センターについては、15歳未満の小児患者も含めて対応することが要件で、設置・運営されています。小児救急の場合、救命救急センターとともに、小児救命救急センターである四国こどもとおとなの医療センターが3次救急医療機関であると認識しています。

(委員)

県内3カ所の救命救急センターはおとなの救命救急センターということですか。おとなの救命救急センターでは、基本的に小児科を診てくれといっても、なかなか診てくれないというのが現実ですので、この記載だと小児患者も全部診てくれるということになりますので、現実と違うのではないかと思います。

(事務局)

救命救急センターの要件の中には、大人に限らず、子どもも含めて対応するということになっていますが、現実的には、四国こどもとおとなの医療センターに多くの小児救急患者を受入れていただいております。記載の表現について、工夫をしたいと思います。ただし、小児救急患者をまったく受け入れないということは、救命救急センターの要件が果たせていないということになるので、一定程度は受け入れていただき、四国こどもとおとなの医療センターの医師の負担軽減も必要と考えています。

(委員)

176 ページに保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組みについて、ますます高齢化が進む中で、地域包括ケアシステムの構築が必要と書かれていますが、177 ページのとおり、行政の計画はそれぞれで、縦割りで別々であるような気がします。今後、他の計画との整合性の確保について、各セクションが計画と一緒に整合性をとるということは、行政の立場としてどのようになるのでしょうか。

(事務局)

医療計画とは法律用語ではありますが、香川県では、それを保健医療計画としており、保健や福祉等を含めた総合的な計画という位置付けになっております。逆に介護など個別の計画については、詳細にその内容について記載するもので、個別の計画のそれぞれの担当課とは連携をとりながら整合性を確保することとしています。多少、医療計画の位置付けが幅広であり、記載につい

て詳細さを欠いている部分はあるかもしれませんが、整合性の確保については、健康福祉部内で十分調整して、特に今年度は、がん対策推進基本計画など同時に策定する計画がありますので、整合性の確保を図ります。

(委員)

多種多様な専門職がありますが、そういう人たちの連携は非常に困難な中で、重要になってくると思います。世の中が大きく変化していますし、高齢者のニーズも広がってきているという現状の中で、先ほど、薬の話もしましたが、いろんな疾病をもっていて、医療機関を受診する度に医師から病気に対応するようなお薬を処方されますが、果たしてそれが患者の健康にあっているのか、余分なものがないのか、そういうことについて、専門職の人たちがネットワークを組んでいただきたいと思います。専門職の皆さんが忙しくしていく中で、一人ひとりの健康確保に対応していくことは重要だと思います。

(会長)

この中に、かかりつけ機能のようなことは書かれていますか。

(事務局)

55 ページにかかりつけ医やかかりつけ歯科医等ということで記載させていただいております。複数の医師から複数の処方というのがございましたが、県としては、基本的にかかりつけ医を持っていただいて、その医師に一元的にお薬についても御相談いただくことが重要で、患者さんにとっても、医療機関にとってもかかりつけ医を持つことは重要だと考えます。その点について、しっかり 55 ページの方に記載しておりますので、今後は、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、各種の職種の連携についてもしっかり取り組んでまいりたいと思いますし、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の周知啓発に努めてまいります。155 ページにも、かかりつけ薬剤師や薬局、医薬分業の推進、在宅での服薬指導についても進めていくこととしておりますので、これを着実に進めることで対応していきます。

(会長)

ほかに何かございますか。

(各委員)

なし

(久米川会長)

それでは、協議会委員の御意見も踏まえて、計画素案の調整をしていただければと思います。貴重な御意見ありがとうございました。会議を終了します。