

第3回 長野県保健医療計画策定ワーキンググループ（医療従事者確保・へき地医療・在宅医療WG）会議
会議録（要旨）

1 日時 平成29年8月9日（水）午後2時から午後5時まで

2 場所 長野県庁議会棟 第2特別会議室

3 出席者

委員 井上憲昭委員、牛越徹委員、園原規子委員、高田弘子委員、中澤勇一委員、細谷たき子委員、松本あつ子委員、村島隆太郎委員
（欠席 市川彰委員、岡田啓治委員、川合博委員、小林広美委員、塚田修委員、山岸光男委員）

長野県 医療推進課長 尾島信久、医療推進課企画幹兼課長補佐兼管理係長 柳沢由里、医療推進課課長補佐兼医療計画係長 下條伸彦、医師確保対策室長 牧弘志、地域福祉課課長補佐兼福祉人材係長 百瀬聡美、健康増進課課長補佐兼食育・栄養係長 吉川さなえ、保健・疾病対策課長 西垣明子、介護支援課計画係担当係長 社本雅人、薬事管理課薬事温泉係担当係長 佐伯成規、市町村課財政係主任 新山孝博 他

4 会議事項

(1) 第3回策定委員会におけるWGの検討事項に関する意見について

(2) 医療計画作成指針等の一部改正について

○井上座長

それでは、会議事項4の(1)「第3回策定委員会におけるワーキンググループの検討状況に関する意見」についてと、(2)「医療計画策定指針等の一部改正」について、事務局から説明をお願いします。

○下條課長補佐

資料1・資料2の説明

○井上座長

ただいま資料1と2、資料1は前回のワーキンググループで、委員から出た疑問などをまとめていただいていますし、資料2は新しく医療計画作成指針の改正があった部分を説明していただいただけですけれども、ただいまのことについて質問はございますでしょうか。

僕も一つ二つ聞きたいんです。一つは地域医療支援センターですけれども、病院会の会議に出てもよく聞くのですが、どこの県でも実質的には地域医療支援センターが機能していないところが多いようですね。長野県では今どうなっていて、どういう方向性を持ってやろうとしているのかということ。

もう一つは、看護師の2番目のポツですけれども、実習協力施設の確保というのは、県外ではなくて、県内に確保するという希望なんですよね。県外だと、ものすごく時間がかかるし費用もかさむと。看護師を派遣する病院の負担が大きいため県内に確保してくれということですので、言葉として足りないと思いました。

最初の点については、どなたがいいんですか、このことについては。

○牧医師確保対策室長

地域医療支援センター、長野県の場合は信州医師確保総合支援センターという名前でやっ

ます。私ども医師確保対策室で設置しまして、中澤先生の信州大学医学部地域医療推進学講座と、県立病院機構が分室という形でやっています。

主に修学資金を貸与した医師のキャリア形成支援ですとか、あるいはドクターバンク事業もやっていますし、いわゆるパッケージでやっている医師確保総合対策事業というの、全てほとんど網羅した形で取り組んでいます。他県は確か、医師会の中につくったり、大学の中につくったりとか、いろいろな形態をとっていて足並みが揃っていないというのは事実ですけども、長野県は医師確保対策室の中に設置して信州大学、それから県立病院機構と連携してやっているという形をとっています。

○井上座長

ドクターバンクのこともよく知っているし。

○牧医師確保対策室長

ええ、ドクターバンクも。

○井上座長

そしてもう一つ修学資金、修学生の配置に対する配慮というのと。だけど、地域医療支援センターのやっていることを外へアピールしないと、地域医療支援センター自体の言葉は出てこないから。

○牧医師確保対策室長

これから説明する資料の中に出てきます。

○井上座長

出てきますか、それではそのときで。

○牧医師確保対策室長

センターの取組内容をご覧くださいという説明になっています。

○井上座長

センターが行っている取組内容が医師のところにも病院にも広がっていないので、もしそういうことだったら、やっていることをきちんと出されたほうがいいと思います。それではよろしく。

(3) 分野ごとの検討について

○井上座長

それではご発言がないようですので、次の会議事項「分野ごとの検討」に入らせていただきます。

ここからは多岐にわたるので、まず医療従事者確保について資料3～10までを一括して事務局から説明を受けた後に、資料に関する議論を行いたいと思います。

それでは資料3～10までの説明をお願いいたします。

○牧医師確保対策室長

資料3の説明

○西垣保健・疾病対策課長

資料4、資料5の説明

○佐伯薬事管理課担当係長

資料6の説明

○尾島医療推進課長

資料7の説明

○吉川健康増進課課長補佐

資料8の説明

○尾島医療推進課長

資料9、資料10の説明

①医療従事者確保（医師）

○井上座長

それでは資料3～10まで説明していただきましたけれども、一つ一つ議論していきたいと思えます。

まず資料3の医療従事者の確保についてですが、ご質問、ご意見ございますでしょうか。

○村島委員

資料3-2の7ページですが、医師が不足する地域や医療機関に対する取組として、「医学生修学資金を貸与した医師について、県内の医療情勢や医師の充足状況を踏まえて医師不足病院へ効果的に配置します。」と、その次の「自治医科大学を卒業した医師について、県内の医療情勢や医師の充足状況を踏まえて、医師不足病院への効果的に派遣します。」と書かれてはいるんですけれども、派遣されていないという先生方がすごく多くいます。

具体的にいきますと、東信地区ですと例えば依田窪病院とか、もう内科医師が2人になってしまって信州大学や佐久総合病院や諏訪中央病院から外来として内科医師に来てもらっているけれども、実際に常勤医が2人という状況の中で、休日・夜間の救急も受けられないような状況になってしまっています。

そんな中で自治医大も昔は派遣された時期がありましたけれども、今は全然派遣をしてもらっていない。派遣は一体、誰がどのようにして決めているのかを聞いておいてくれとか、いろいろ言われることがあります。もちろん私のところにも医師が来ているわけでもないですし、その辺が本当に困っているところに派遣をしてもらっているのかという地域からの不満があるということをお伝えしておいて、何とか効果的に派遣するような取組は何かできるのかという質問というか、お願いという部分ですが。

○牧医師確保対策室長

依田窪病院についてはよく存じ上げています。昨年といたしますか、今年の派遣に当たって、昨年かなり、知事も含めて検討いたしました。

実際には自治医科大学の医師は、県の職員として採用されているものですから、我々県職員も一緒ですが、全て県の人事によって動かされているという特徴があります。ですから、決定権者は知事です。ただ、私ども希望をお聞きして、その中で何とか医師が不足している病院ですとか、へき地の病院に派遣するようなことで検討しています。

それぞれの病院の、例えば内科医が欲しいですとか、そういうときに希望に合う医師がいたり、いなかったりということで、どうしても浮き沈みがあります。そういうことはないように今後取り組みたいと思えます。

○村島委員

修学資金をもらった方に関してもいろいろ質問が来て、第一希望からずっと、とにかくたくさん書くしかないだろうと書いてありますけれども。

○牧医師確保対策室長

修学資金のほうは県の職員でなくて、これも同じように希望をとっているんですが、最終的には知事が決定するんですが、その間に外部の人といいますか、配置調整会議というような、信州大学の病院長さんですとか医師会長さんですとか、そういう方が入って検討していただくプロセスを経て配置の方針を決めています。これにつきましても実はまだ人数が、今年ようやく8人、しかも医師不足病院に行かれる方が4人という状況です。今後修学資金の貸与を受けた医師は増えてきますので、医師不足病院に効果的に配置するよう進めていきたいと考えています。

○村島委員

もう少し待ってればいいという感じですか、本当にそうですか。

○井上座長

ほかに。

○牛越委員

関連していいですか。村島先生にお話いただいた自治医科大学の卒業生は、勤務の制約は何年でしたか、また本県では何人いるかということをお尋ねしたいんですが。

○牧医師確保対策室長

歴代でいくと70人ぐらい卒業されているんですが、現在、勤務できる方は約10人です。

○牛越委員

10人だと、例えば3年平均で人事異動を行えば、1年間に配置替えできる先生は3人程になるということですね。

○牧医師確保対策室長

医師の配置は、前期と後期に分かれています。初期臨床研修だけですぐに医師不足病院へ出すというのが、医療安全上難しいということで、最初はトレーニング期間ということで少し大きめの病院で、最終的には最後の卒業間近の頃に医師不足病院のような小規模な病院へ配置しています。そうすると益々人数が限られて、10人の中で5人とかになってしまいますので、今は厳しい状況です。人数が増減する中で、今は底みたいな時期です。

○牛越委員

10人の中で、また診療科もそれぞれ分かれていますから、例えば市立大町総合病院で内科の先生をぜひと言っても、内科に該当する異動の対象になる先生は限られていることになりますね。

○牧医師確保対策室長

内科に関しては、一人、二人というところに、全部の病院からオファーが来るという厳しい状況です。

○牛越委員

わかりました。

○井上座長

基本的に、本当の意味の医師不足病院で医師の確保を求めているところは、郡部の中小病院とか小病院ですよ。率直に言ったら今の依田窪病院とか千曲病院とか信越病院とか辰野病院とか、そういうところなんですよ。だんだんそれが小さくなって診療所化するのか、その地域を守るためにそれを残していくのかという問題も出てくるわけですね。そういう規模の病院でも、ある程度、維持できているのは得意なところか、そうでなくても、佐久の関連のところ、佐久もほかへ出すのは非常に苦労しているんですよ、そういう状況があるんですね。

それと、もう一つは、優れた指導医がいないと若い医師は行きたがらない。総合医についても考え方がかなり変わってきている。それなりの指導医のいるところでない、次の人が行かない。

例えば依田窪病院の場合は、整形外科が中心になって、脊椎のことで若い人は来るだろうけれども、他の診療科の医師は来なくなっている。ある面でいいことが、別の面では悪い面になっていることもあるんですね。

だけど、そういうところでも地域医療ということで言えば、得意な診療科だけでなく他のことも全部診るといふ姿勢が必要です。そのときに総合医的な指導医が3人ぐらいいて、その下で1年とか6ヶ月の交代勤務をするなら行ってもいいという人はいますが、そういった体制が無ければ、自分の息子でも行けとは言えませんよ。指導医が重要で、どんな地域の病院であっても、たとえ田舎でも、きちんとした指導医がいて、患者の見方からジェネラルに教えてくれるという、そういうところには人が行きますよ。

修学資金を出したのだから後は配置を決めればよいという考えは無理で、そこにすぐれた指導医を置いて診療が続けられるような体制を作っていないとダメなんです。だから、すぐれた指導医をどう確保するのかという問題があると思います。

それと、地域の中核となっている病院には責任があります。例えば、依田窪病院の支援だったら、上田の国立病院がするべきですよ。地元できちんと考えて、伊那であれば国保の診療所がダメになるといったら、本当は伊那中央病院がやるべきですよ。富士見の僕らが行ってやるべきじゃないんです。

「ノウブレス・オブリージュ」と言いますか、大病院でも中小病院に指導医を派遣しながらローテーションでもいいですよ、きちんと背負っていく体制を取っている病院には県も厚い補助をすとか、そういう姿勢が必要だと私は前から言っていますが、なかなかそれができていないことが問題です。

へき地の病院に行かない学生がどうだとか言うより、そこへ行けない雰囲気を作っていること自体が問題だと思います。決してへき地病院で一年間診療をするのが嫌だと思っている人はそんなに多くないんですよ、きちんとした体制があれば。ただ、おじいちゃん先生がもうしんどくなって、当直もきついから来てくれと、何の検討もなしに、20年、30年前の診療を続けていて、僕なんかもそうかもしれないけれど、そんな先生の下について、多くの入院患者の内10人を診てくれとやられたら、誰だって嫌になりますよ。座長が言うべきではないかもしれませんが、そういう問題は結構あると思います。

○牛越委員

先生のおっしゃること、本当にそのとおりだと思います。市立大町総合病院に総合診療医について指導的な立場の先生がいらっしゃるのですが、若い研修医がこの数年で随分増えました。一方で、そうでない科にはなかなか来ない。そういうときに、今、井上先生がおっしゃったように、何か地域ごと中核的病院に対する指導医の配置について、中核的な役割を果たすような、そうした構想というのは、今回、出だしだけでも書き込めないでしょうか。そうでないと、いつまでた

ってもジリ貧の病院はあくまでも抜け出せずに立つ瀬がなくなっていく。

○牧医師対策室長

ご説明した7ページの、施策の展開の2番の、医師が不足する地域や医療機関に対する取組の3つ目の丸のところに、今、言われたような要素を入れています。

○井上座長

この7ページの、2の3つ目の丸でしょ。

○牧医師確保対策室長

ええ。本当に中核的な役割を担う病院から医師不足病院に、診療支援ができるような、そういう枠組を検討していこうということ、今回、この6年間の中でやろうと考えています。

○中澤委員

長野県がやっている修学資金貸与のドクターないし、学生の卒業後にかかわっている中澤です。

地域の中小病院が必要な医師というのは、総合診療もそうですが、内科の先生が多いという印象が非常にあります。実は長野県医学生修学資金の現行のシステムは、どういう診療科の専門研修もできるということになっているんですね。となると、卒後6年間までは、実は必ずしも内科ではない可能性がある。では義務年限が9年間ということになった場合に、最後の7、8、9年目の段階で地域病院に派遣される可能性が高くなるわけなんです。そういうときに内科のドクターを増やすという方策もこれに加えたほうが絶対いいわけで、3年ごとに、内科の専門研修をしている先生方の多くは、大学の第1内科、第3内科、第2内科におられることが多いんですけども。第3内科の先生方というのは、上の先生方に聞くと、そういう中小病院に行くことも非常にいいことだと。医者としてやっていく上で、関連病院ではない中小病院に行くことは非常にいいことで、それによって、いろいろ学べることがあるという理解は非常に高いので、内科に進むことに何らかのインセンティブを設定すると、そういった中小病院に行くことは非常に重要なことで、自分にとってもその地域にとっても非常に貢献になるという意識を育てることは十分可能じゃないかと思います。

今後、修学資金においては、どんな診療科も均一ということではなくて、内科に行く選択肢を手厚くしていく、診療科によって差をつけないことには、意図する方向に進まないという可能性がある。今後、対応していく必要があるんじゃないかと思います。

修学資金の貸与を受けた医師に話を聞くと、自分はこうしたいという人間も非常に多いです。逆に全く自分は無関係だという感じの医師も残念ながらいますが、実はうまくやっていくこともできると私は現時点で思っていますし、これからそういう修学資金貸与の医師が増えていく段階においては、そうしていったらいいんじゃないですか。

○井上座長

確かにそうですね。例えば修学資金をもらって脳外科とか小児外科とかへ行っても、修学資金をもらっているから何年間かどこかに行かないといけない。それが済んだらもう義務年限を終わったのだからほかへ行きますよとか、そういう人も結構多いんですね。その人たちのモチベーションからして、修学資金を自分の経済面のところ、地域医療へのモチベーションじゃなくて、地域に貢献するより自己利益、利益と行っては悪いですかね、それによって、義務年限を過ぎてしまえばいいという人たちもいます。だから、そこらの問題を、先生が言われたように、ある程度はつきりと、長野県で必要としている意味を理解してもらう。それは専門医療でもいいけれども、長野県の中と言うんだっいたらいいんですけれどね。ただ、6年間をうまく過ごすためにだ

け修学資金をもらっているとしたら問題ですよ、そういう人もいないことはない。

だから今度、地元の人にとっているのもそこだと思っんですけども、大学としては、そういう方向性は何かあるんですか。

○中澤委員

内科はそういう方向性、例えば修学資金貸与で内科のプログラムに入った方というのは、サブスペ（サブスペシャリティ領域）も通常よりとれるぐらいの数で、想定としてはどうかというような話も出しているんで、まだ県のほうからの返事をいただいていませんが、内科のほうからもそういうようなことも出ているので、そうすると、内科に行く人間はそれなりに増えるということになると、最後の2年間とかそういった時期に、私は信越病院に行きますとって2人まともっていくとか、そういうことは当然できるので、診療科によって温度差をつけてやらないとそういう誘導はできないということです。

実際、ここに書いてあるように、内科、整形外科、産婦人科、外科、精神科が少なくて困るところが相当あるから、そこに数人はこういう有意義な点があるということを出していくように思いますけれどもね。

○井上座長

そうですね。今の学部長にしても、かなりそういう地域に対する意識は高いですからね。わかりました。ほかには、医師のところではよろしいでしょうか。

②医療従事者確保（歯科医師）

③医療従事者確保（歯科衛生士・歯科技工士）

④医療従事者（薬剤師）

○井上座長

それでは次は資料4の歯科医師。今日は歯科医師会の先生がおられないんですけども、一般的な意見で何かございますでしょうか。

今後一番の問題は施設で、高齢者ですから障がいがあって階段が上がれないような人とか、古い形の診療所で行けないようなところがあるので、そういう人たちの診療をどうしていくのかという問題が出てくると思います。それとか在宅、訪問での歯科診療の規制緩和という問題が出てくるんじゃないかと思えます。では、これはそのぐらいにしましょうか。

次に歯科衛生士と歯科技工士。見せていただくと長野県はこういうコ・メディカルの配置状況は全国的には高いんですね。これについては何かございませんでしょうか、よろしいですか。

次は薬剤師ですけども、資料では全国よりも長野県では多いとは言っているんですけども、どこの病院に聞いても病院薬剤師の数は不足していると。ここに出ているのと、ほかの地域はもっとすごく困っているのかなと思うんですけども、これについては村島先生のところはどうか、薬剤師の問題について。

○村島委員

ぎりぎりやっているというような感じですね。6年制になってから本当に、病院で薬剤師をやってくれる方がかなり減ったので、なかなか、応募してくれる方が少ないというのがあって、職員のお子さんであるとか、こまめに声かけをして試験を受けていただいて、当院もその程度のことにはしています。

○高田委員

薬剤師会です。数値目標にもあるんですが、薬局の薬剤師は非常に少ない、全国は人口10万人当たり120のところ長野県は111ということで、全国より1割ぐらい少ないということもありまして、薬局は非常に不足している現状があります。

後ほど在宅医療の話も出てくるかと思うんですが、そうはいいながら、病院の薬剤師の方々も、今、病棟に配置するとか、チーム医療の中で一步進んだことを求められているし、薬局の薬剤師も薬局ビジョンですとか、かかりつけ薬剤師といったようなことを厚生労働省が打ち出しまして、やることはどんどん求められているにもかかわらず人数はちっとも増えないということで、非常に苦しいところです。ただ、それをどうやって打開していくかということになりますと、薬学部へ進んでいる県内の学生さんはそれなりの人数がいますので、いかにその方たちに戻ってきてもらうかということ、施策的にはそういうことなのかなと思っているところです。

○井上座長

全国に比べて調剤薬剤師数が少ないというのは、都会に比べて長野県の給料が低いとか、初任給は病院薬剤師よりは絶対高いですがね、そういうこともあるんですか。

○高田委員

都会は今、チェーン薬局とか企業のような薬局が非常に増えておりまして、いい初任給とかで都会に行った学生はそのまま都会に引きとどめてしまうという現状があります。県内にはまだそういった企業体が入ってきていないこともあって、そういうところで条件が負けてしまうとか、あるいは都会にいたいという気持ちをさらに増長させているのかなと思うんですけども。

今、実習生を薬局、病院でも一生懸命受けているんですが、長野県で実習しても就職は東京というパターンが結構多いので、長野県の医療の魅力をアピールしていかなければいけないと思っているんですが。

○井上座長

調剤薬局の薬剤師さんが少なければ、病院と取り合いになるし、そちらに多く行けば、病院に来る薬剤師が少なくなる。ある程度平均的に増えないと。どちらも増えにくいという状況があるんですね。

○高田委員

あと質の高い仕事をしたいと思うとゆとりが必要です。目の前の仕事に汲々としている状況では新しい求めに応じる段階には進めない。多分、病院の中もそうだと思うんですけども、もっとそれなりの人数がいないと病棟配置ができないということで、医師でもそうだと思うんですけども、人数の確保というのはいい仕事をするためには一番の基本だと思っています。

○井上座長

施策としてそれ以外に何かあるのかな。

それともう一つ、専門・認定薬剤師というのは何ですか。モチベーションとかメリットとか経済的なことが何かあるんですか。これだけの認定があるんですけども。

○高田委員

2ページにあります、県内の専門・認定薬剤師も徐々に増えています。病院に勤務されている先生が取られることが多いんですが、とてもレベルが高く非常に取るのが難しい専門薬剤師として、それを取られた方たちは県外でもその道ではプロの薬剤師として見られるんですが、決してそれによる待遇がいいとか、そういったインセンティブが得られていることはないのではないかと

とっております。

○井上座長

自己の研鑽とか、その病院の質を上げるとか、そういう意味でしょうかね。

○高田委員

そうです。例えばそういうことを標榜できるとか、そういうことは伺っております。

○中澤委員

医師と看護師というのが比較的、昔からお互いにパートナーとしてやってきたという感覚があるんですけども。医師と薬剤師ということになると意外と、かつては、どちらかという医師が処方したものが全て正しいというような形で、いわゆるお互いが何か問題があった処方に関してこういうふうに言うと、意外と古手の先生方が何かその話に関していろいろなことを言う方も、昔はいたような印象があるんですけども。

そういうのって、薬剤師を増やすという策として、例えばポリファーマシーという問題に関しても実は医師とか看護師とかだけの解決ではなくて、薬剤師は絶対必要だと僕は思うんです。

だからそういうような、多職種から、要するに薬剤師、これ長野県、これだけ必要だというようなことを強く薬学部の学生とか、そういうようなことをやる必要があるような気がしてならないんですけども。

薬剤師の先生方、薬学部の学生に薬剤師の先生だなというだけでなく、ほかの職種の医師とか看護師とかを含めて、何かそうやってやるのが何となく重みが、そういうことが結構大事なんじゃないかなと。

○井上座長

今、病棟薬剤師の配置とか、病院は薬剤師に依存しているところが結構多いですけども。今後、薬剤師さんのそういう取り組みは非常に必要だしね。それと研修を深めると言うことでは、病院薬剤師でない人たちの研修ですが、先ほど話に出た専門薬剤師とは違って地域薬剤師としての研修内容は、癌とかだけじゃない、別なものがあると思うんですね。コミュニケーション能力とか、残薬の実態調査、ポリファーマシーをどう減らしてうまく先生方に協力するとか。

そういう問題も含めて、調剤薬局にいても自分たちの仕事に対する誇りが持てるような状況はつくれると思うので、そのことも入れていただく必要があるかもしれませんね。

○高田委員

先ほど医療計画の一部改正のところで先生がおっしゃったように、薬剤師の部門で、患者・住民とのコミュニケーション能力とか、医療機関との連携強化によって研修を充実するという項目が入ったのは非常にありがたいので、ぜひこれを県の医療計画にも入れ込んでいただければ、我々としても大変ありがたいと思っております。

○井上座長

そうですね。確かに薬剤師さんに対する評価というのは医師側からもすごく高まってきているし、実際問題、僕らが学生のときに習った薬の数よりも、もうものすごい数なんですよね。そして同種・同効薬とか、ジェネリックの名前がいっぱいあるので、それを整理して処方するのだってしんどいから。薬が重複していたり、禁忌がどこかについていたりとか、そういうのは薬剤師さんから指摘されないと分からないことが多い。医療安全の面では、医学知識、薬剤知識を持っている薬剤師さんは、病院の中ではものすごく大事なですよ、チェック機能としても。

そこらの問題を含めて、非常にこれから大きい問題になると思います。

○高田委員

はい。6年制にもなりましたので、先生たちに伝えて応えられるように頑張りたいと思います。

⑤医療従事者確保（看護職員）

○井上座長

次は資料7で、看護職員の確保についてですけれども、お願いします。

○細谷委員

国からの要請もあるということで、特定行為にかかる看護師の研修機関の確保に努めますということが追加されまして、ここについて質問と要望ですけれども。今、佐久大学では来年の4月から特定行為研修を始められるように、地域の病院の先生方に、特定行為の研修のための実習機関としての協力をお願いしているところです。

そこで浅間総合病院の村島先生にご了解いただいて、早速ありがとうございます。とても感謝しております。ただ、全ての病院がそうとは限らないので、なかなかお返事がいただけない医療機関もございます。例えば南信の病院の看護師さんが特定行為の研修に見えたときに、南信の病院が登録されていれば遠くに行かずに、ご自身の病院で実習ができるんですね。佐久地域の近辺だけでなく、県全体の病院で登録をしていただくように県のほうからぜひ一押ししていただきたいと思っています。

具体的にはどのように今後、支援ということをお考えになっているのかという質問です。

○井上座長

今、聞いていて僕はわからなかったんですが。病院としては、例えば南信だったら車で1時間以内で行けるようなところで、例えば駒ヶ根か松本か諏訪か山梨かぐらいなんですよ。それで北信だったらその範囲でというぐらいの、どこでもそのぐらいのところに行ければ、朝出て行って研修して帰ってきてやれると。富士見から佐久に行くのは無理だから、それだったら東京に行くのとそんなに変わりがないということになるんですけれども。

今言われた、自分の病院でもというのは、それはどういう意味なんですか。

○細谷委員

その病院に資格を持っている先生がいらっしゃるということが一つと、例えば既設の患者さんの交換であるならば、1週間に針を5回以上、交換の経験ができるような患者さんがそこにいるという、2つの条件があります。

医師の資格ですけれども、それまで専門の領域の研修医を指導した経験があればその先生は資格ができますと。

○井上座長

まず、支援のことで言われたんですけども、そちらのところへ登録するでしょ。そこまでは特定行為の指定機関が佐久大学のほうにあるとして、例えば富士見から佐久大学に登録をするというんですか。

○細谷委員

そうです。

○井上座長

そうしたときに、うちの職員がそちらへ行かなくていいわけですか。

○細谷委員

行かなくていいんです。

○井上座長

うちのところに指導関係の先生がいれば、うちでそれはできるんですか。

○細谷委員

できます。

○松本委員

今、先生がおっしゃってくださったように、佐久大学の学生としてそこにいる専門、先生方の病院の専門医がいらっしゃれば、そこで研修を受けたという形で、座学は当然大学でやりますけれども、一般の実践研修は、その病院の先生が指導に携わってくだされば、特定行為に関する38行為についてはそれが取れるようになるんですね。

○井上座長

そうですか、それで座学はどのくらいの時間がかかるんですか。

○細谷委員

領域は多いんですけれども、その学生、研修の方がどの領域を選ぶかというのにもよります。

○井上座長

今のところだったら、一応、専任看護婦、駒ヶ根で認知症を持つくらいですよ。

○松本委員

認定看護研修は駒ヶ根です。

○井上座長

特定と認定とは違うんですか。

○松本委員

違うんです。

○井上座長

違うか、細かいことはあまり知りませんが、一番重要なことは、それぞれの事業所や病院の人が、できるだけ行ける範囲に、座学も実技も受けられるような研修施設があればいいということです。例えば、県単位では松本にとか、中信、北信、東信、南信といったように地域ごとに研修施設があって、求める研修が地域でできないときにだけ、外へ行くというようになればいいのというのが、病院側の希望だと思います。

○尾島医療推進課長

特定行為自体がまだ新しい制度でもありますので、病院さん方に仕組みをきちんと理解していただければ、看護師さんたちに対しても、今、細谷委員おっしゃるようなほうがいいというのは確かですので、ですから、まずは制度を皆さんに知っていただきながら。

出す病院にとっても、そこに看護師さんが一人いらっしゃればプラスになりますので、その面でもご理解いただけるよう、周知していくことになるかと考えています。

○細谷委員

そうすると、そこら辺の詳しいことを県からも、パンフレットなり説明なりの活動があると。

○尾島医療推進課長

私どもも応援をしたいと思っていますけれども、基本的にはこれ、国がやっているものですので、関東信越厚生局と一緒にやらせていただくということかとは思っています。

○井上座長

では、その問題はまだみんなが詳しく共通認識になっていないので、それもわかるようにしていただくということが一つ、ではほかにかがでしょうか。

○松本委員

在宅医療を担う訪問看護職員の確保につきまして、訪問看護ステーションはこれから非常に重要になると思うんですが、その職員がなかなか今いない。それから研修を受けたくても、いない間、収益が下がるというようなことになかなかうまくいかないで、全体の訪問看護師の数を増やさなければいけないと思っていますが、とりあえず協会として、訪問看護師の出向支援事業みたいなものがないかと提案をしたいんですけども。

○井上座長

看護協会から訪問看護師を出向させると、そういうことですか。

○松本委員

看護協会ではそれができないので、いろいろと県とコラボさせていただきながら、今、助産師出向支援事業というのをやっているのですが、偏在格差をなくすためということもあるかと思うんですが、若い看護師でも、地域で訪問看護をやればもっとも自分たちの看護師としての能力を開発もできるし、そういうものに能力も発揮できるような状況にあるかと思うんですね。そうすれば、そういう人たちを発掘するためにも、何かそういう仕組みを県として考えていただければ訪問看護師の確保につながるのではないかと思います。

○尾島医療推進課長

資料7-2の3ページの2番の上から7つ目にも「在宅医療を担う訪問看護職員を確保するため」と記載しましたが、専門研修等の実施と併せて考えます。

○松本委員

そうですね、ここら辺の何か仕組みをつくらないと、こういうものを見ていると、誰が何をするのが全然見えないものだから、とりあえずそういう仕組みについて、少し相談させていただければと思ったところです。

それから、保健師さんにつきまして、長野県では全国1位の人数だということで、すごく誇らしいことだと思います。長野県の長寿だとか医療費が低いことについて保健師さんが担っている

役割というのはものすごくたくさんあると思うんですね。ここにももっと確保するということが出ていますけれども、地域のネットワークづくりのためには、保健師さんの活動をもっと拡大していただきたいと思っているので、統括保健師がどのような役割をしているかを伺いながら、こちら辺についても、もっと施策を考えていただけたらいいなと思って発言させていただきました。

○井上座長

ほかにはございませんか。私から2つぐらい。1つは、特養とか老健とかそういう施設の管理をする、入所者の健康管理と同時に、全体的に介護福祉士や看護師を管理するのに、医師が現場にいないことの多い職場で、介護施設管理の認定看護師の必要性が大きいと思います。質の高いレベルの看護師、師長や部長経験のある看護師さんが持つ程度の資格としての認定をお願いしたい。もう一つは、看護協会からは、外国人看護師のことが全く出てこないんだけど、今後非常に必要になるとは思いますが、何らかの意見はきちんと出していただかないと。

○松本委員

先生のところでおやりになっていますよね。

○井上座長

やっていますけれども、僕らの団塊の世代人口と、それを見る女性の数というのから考えても到底、無理なんだという感覚は非常に強いんですけどもね。そこらのことはよろしく願います。

⑥管理栄養士・栄養士

○井上座長

はい、それではそのぐらいにして次へ。次は資料8です。管理栄養士・栄養士についてご意見はございますか、園原さんから。

○園原委員

資料8-2の1ページの表1の管理栄養士・栄養士の配置率ですが、2番目の「上記以外の給食を提供する施設」とは、学校、保育所等児童福祉施設、事業所、一般給食センター等となっていますけれども、今、管理栄養士の国家試験を受けて就職する場所が委託会社になっているんですね。老健もそうですし、病院も委託側の業者に管理栄養士として採用されているので、管理栄養士の資格を持っていても病院の中で臨床栄養とか栄養指導はできないということになっているんです。

先生もご存知のように、厚生連でも今、栄養科の部門は、栄養課長がやめないと次の管理栄養士さんが補充にならないくらいで、4大の学生はほとんど委託会社に就職になっているんですね。保育園も結構、食育というキーワードで採用されることが多くなっていて、この数の中には多分、栄養士としての採用の数が入っていないのかなと、委託の管理栄養士になると、こういうところの数になっていないので、その辺も一つ、それは行政のほうとのいろいろな問題がこれからあると思うんですけども。

来年から県立大学に管理栄養士専攻30名の講座が開講になるんですが、4年後にはきちんと30名の方はそれぞれ県内への就職で臨床やその他のところへも、病院への採用も増やしてほしいと思っています。

それともう一つ、先ほど看護師さんのお話があったんですが、私たちみたいな団塊の世代の管理栄養士がやめて、お家にいたり、クリニックの栄養相談に行ったりしているんですが、私たち

は医師の指示を受けて管理栄養士が栄養相談をするということになっているので、指導する場合には必ずドクターの名前が書いていないといけないんですね。クリニックには管理栄養士が専門で採用されていないので、クリニックの先生たちと、長野県の栄養士会も栄養ケアセンターとつけたんですが、県の栄養士会でそういう組織をつくりつつあるところなんです、県の栄養士会とクリニックの先生たちと栄養相談ができる仕組みができれば、ここにも書いていただいているように、1次予防にも役立つだろうし、病気の栄養相談、クリニックの先生、もちろん総合病院とかにはほとんどいるんですが、個人病院にはいないので、そういう先生方と契約ができたならば、もう少し活躍できるのかなと今思っているところです。

○井上座長

わかりました。一つは、今、聞きましたけれども、委託管理で、我々のところは全て自分のところでやっている、小さな診療所まで全部自前なんです。自前の管理栄養士を置いて、病院だけで全部やっています。栄養士、調理師もそうなんですけれども、病院以外に事業所も10ぐらいあるんですよね。今、老健が5つと特養が5つぐらい、それも全部、自前の管理栄養士を置いています。

○園原委員

みんな、それ点数になります。

○井上座長

ただ問題は、栄養士さんは女性の働き場所であることが多くて、途中でやめる人が多いんですよ。だから中堅になる人を持つのが非常に難しく、いったん戻って復帰した人がやるんですけども、そういう問題があるということ。それから委託管理の問題点でどういうことができなくてというのを具体的にきちんとして、それをどう解消するかという問題があると。それとクリニックの先生と栄養士会ということで、クリニックの先生のことになると、医師会とすり合わせをするということが非常に大事なと思います。

○園原委員

わかりました。それがなかなか難しくて。

○井上座長

関さんにでも言っておきますか。

○園原委員

関先生に、ではまたお話して。

○井上座長

では僕も言っておきます。村島先生、何かありますか。先生のところは管理栄養士はどうされていますか。

○村島委員

自前でやっていますけれども、特に今は問題はないんですけれども。

⑦医療従事者確保（その他の医療従事者）

⑧医療従事者確保（勤務環境改善）

○井上座長

次はその他の医療従事者について、一つは理学療法士、作業療法士、ここは徐々に増えつつありますよね。非常に増えてきた上に、まだ学校が増えていますね。人手不足だった昔と違って、最初に理学療法士になった人たちが辞めるまでの間、職場の空きがなくなるとかが心配ですね。それと実際に必要とされている老健施設や特養への配置となると、一人や二人がせいぜいで、教育が不十分とかですぐに辞めてしまうとか、施設の質の差、病院とかの差が問題になるのではと懸念しています。まだまだ、数は増えていくところだと思います。よろしいでしょうか。

それでは、最後の医療従事者の勤務環境改善対策、これについてはいかがでしょうか。

今度、病院側は働き方改革の中で、医師の当直業務などについて、もう2年間の猶予しかありません。おそらく、言われたとおりにポンと全部できるのは公立病院だけです。公立病院は赤字になっても税金でお金を出すからね。他はなかなか出しにくいから。

最初に公立病院は非常に圧力を感じるんじゃないかと思うんですけど、医師のことでこれは問題が多いんですけど、ほか看護師とかもいろいろ、働き方の中での夜勤の回数が多いところがいっぱいあるでしょ、これが大きい問題なんですよね、今後。

○松本委員

そうですね、背に腹は変えられない施設が夜勤、先ほどどこかでも出ていましたけれども、夜勤をあまりできない看護師たちがたくさんいると、夜勤をする人たちが何回もたくさん夜勤をしなければいけない、72時間の縛りを外してほしいとか何とか、いろいろなものが出てくるんですけども、でも、それをすると、働き方改革には全くならないので、いろいろなところでかなり、現場は難しい問題をたくさん抱えていると思うんですよね。

○井上座長

特に医師もそうだし看護師もそうですけれども、夜勤勤務のあるところの問題点が一番あって、実際問題、月に一遍でもいいから夜勤してもらえないかという人があれば、二人でやっていたら、8日夜勤だったら一人が15日やらないといけないからね。極端な意味で言うとな。そういう状況があるということは事実なんです。

この前、統計に出ていましたが、病院勤務医の半分が50歳以上で、60歳以上が4分の1ですか、看護師だってもうかなりの年の人にも、夜勤をやらせているところがありますけれども。この問題は非常に、特に長時間労働だけでなく、夜勤労働という問題が大きい問題になってくるんじゃないかと思えますけれども、勤務環境のことで、特別、何かありますか。

○村島委員

長野県医療勤務環境改善支援センターでいろいろ改善するようなシステムの導入を促進していきますというのはいいんですけども、実際、みんな長時間労働で、かなり無理して働いている現状がありまして、そんなに働かせたらだめですという話になると、例えば夜間救急を受けませんか、そういうことをやらないと、病院としてとても回らないような現状があります。

その辺を、医師不足と勤務環境改善という、どっちかをとるとどっちかがだめになるみたいな状況にあるので、その辺が厳しいのかなというんです。医療勤務環境改善支援センターが労働基準監督署的な感じで動かれると、では、救急はこの時間で全部閉めますという病院が数多く出てくるような気がするものですから、その辺、どういう形のセンターになるのかなというのが気になるんですが。

○井上座長

そうですね。

○尾島医療推進課長

働きやすい職場づくりというようなイメージで今はやっています。働き方改革自体が、これから具体的なものが出てきますけれども、離職される方もいらっしゃいますので、このセンター自体はそういう方をなるべく少なくしたいというのもあって、勤務環境を働きやすい環境に変えていくということです。

○井上座長

働きやすい環境を整えると人は集まるんですよ。看護師も、夜勤回数の多いところとか、若手が少なく高齢になっても夜勤をしないといけない事業所からは人が減っていく。減らないのはどんなところかという、中央のある程度、儲かっている安定的なところには看護師が増えるが、周辺のところは人が来ないから増やせないということだけど、それでまた余計に悪循環を来すと。

それでは制度的に中央だけ勝てば良くて、他が潰れてもいいということになれば、地域医療とかは維持できなくなる。そのバランスがあるので、やはり、人の支援というものも中核的な病院で人材が充足しているところは、自分のところは少し削ってでも周辺を助けるという姿勢がなければ、地域を全体的に守っていけないような気がしますけれどね。

○村島委員

実績はあるんですか。あるだけで、実績があるのかなんていう不安があるんですよ。

○井上座長

まだ、ないでしょう。

○尾島医療推進課長

セミナーをやったり、病院の看護部長さんですとか事務長さんとかに集まっていたいて、こういうふうになれば良くなりますよというようなものも相談を受けたりしています。

○井上座長

看護協会に講師を頼んだって、そういう話をされたからね。いいところには人が集まるし、そうでないところには。それでは、これで前半が終わりましたから、10分間休みをいただきたいと思います。

(後 半)

⑨へき地医療

○井上座長

では休憩前に引き続いて、分野ごとの検討の議論を行います。残りの資料については一括での議論は行わず、項目ごとに事務局からの説明を受けた後、議論を行います。それでは、資料11からよろしく願いいたします。

○尾島医療推進課長

資料11の説明

○井上座長

へき地医療のことについて、どなたかご意見ございますでしょうか。へき地医療の場合、一番問題は、10ページの図のように、網羅的に全県一律の方法というのはいないんですよ。だからへき地ごとにおいて、準へき地のようなどころも含め、近くに大きい病院があるんだけど、全然支援を受けられていないところから、全く病院から遠ざかっているところまでいろいろあるので、少なくとももっと行政の責任を強くして、地域の医療をどのような形で担うかというのを行政がまず作って、そのための支援策を考えるという方法が必要になってきています。

診療所を守ってずっと固定した先生を置くところ、巡回診療でするところ、IT機器を置いて保健師さんが常駐し、何か問題があったときには中核病院の先生に相談できるようにするところとか、足のない人の通院手段をどう確保するかによってそれを解消するとか、地域によって違うと思うんですね。だから、へき地を持っている市町村なりが基本的に中核となって、周辺の医師会なんかとも協力してきちんと計画をつくるというようなことをどこかに入れ込む必要があるんじゃないかと僕は思いましたけれどもね。

これはその考えとしてはそのとおりですよ、今もこうなただけでも具体的なものは、例えばA町の中のある地区とか、B市における何々地区というとか、それはそれぞれ全部違うと思うんですよ。例えば大北でも奥のほうだったらまた違いますしね。北信のほうとか、南信でも阿南よりもまだ南のほうとか、大きな市でもはずれのほうで、戸隠など長野市なんですよ。そういう問題もあるので、どこかへ入れていただくことが必要なのかなと思いましたがけれども、どうでしょうか。

○中澤委員

資料11-3のへき地医療拠点病院・へき地を支援する病院で、ここの7病院がへき地医療拠点病院となっていますけれども、それ以外の例えば伊那中央とか、町立辰野とか、飯田市立とかが今後へき地医療支援病院の候補になってくるということですね。もし実績があれば、へき地医療拠点病院として改めて認定していこうというそんな形になるわけですね、多分。

でも実際には、これ見ると、おそらく支援はするけれども、そうはいっても本当に支援ということじゃないのが幾らでもあるので、よく実質、実践等に検討する必要は当然あると思いますし、あと、前々からなんですけれども、上田市の信州上田医療センターは活動休止中がずっと続いていますので、僕はもう、そろそろ本当に見直しということをはっきりとすべきじゃないかと思えます。

○井上座長

上田市のことについては、基本的に国立医療センターの病院長なり、その病院の姿勢として、そういうことに対する責任が自分たちにもあるんだと考えるか、そうじゃなくて、国立の中核病院として、癌とか先進的な治療ができる病院なんだから、へき地の支援とかをしないと判断するのか、しないと判断するのもいいんですけども、その姿勢は病院がだんだんしぼむと思うけれどもね。そこらのことが問題であるし、実質的にへき地支援をしないなら、それをどこかが担う必要があるでしょう。例えば内科医がいなくて困っている依田窪病院に内科医をたくさん集めて、周辺の支援をするとかとなると、また別で、プラスになるしね。だから、そこらのところはその市町村と周辺の医療機関とのバランスの中できちんとした方向を考えていくというのが必要じゃないかな。

○尾島医療推進課長

これまでは指定ということで記載したんですが、今回、見直しを入れさせていただいたので、そこについては、私どももこういうふうにさせていただいています。

○井上座長

ほかに何かありますか。

○松本委員

へき地医療の中には、訪問看護も入ってくるかと思うんです。私も看護協会に入って知ったんですけれども、協会立の訪問看護ステーションが一つ閉鎖になってご迷惑をおかけしたんですけれども。それを聞いていると、へき地、山間地域だとか、そこに訪問に行っても診療報酬とかが一律同じなので、1日に行ける訪問場所が少ないと。そういうことも非常に問題になっていて、長野県では特別地域加算というものをつくっていただいて、それに該当するところで何か支援をいただいているんだろうとは思いますが、協会立に限らずですね。

山間地域だとかへき地に関して、長野県としてそういうようなところに訪問看護なり訪問診療について、経済的な支援だとかそういうようなものも少し盛り込むというのは可能なんですか。そうでないと、今、やろうとするとこころがあっても、経済的な支援がないと、なかなか手は挙げられないかなというのを思うんですよね。

○尾島医療推進課長

そこは制度的に診療報酬でやる部分なのか、どこまで出せるかというのをよくよく検討してみないと出されないと思うんです。

○松本委員

もちろん診療報酬のほうへも、働きかけないといけないと思うんですけれども、それが成り立つまでの間。

○井上座長

診療報酬を2倍にするなんていうことはできないので、一般の10%ぐらいを増やしても経営の安定にはならないわけでしょう。だけど、デマンド交通とかの時に、例えばアルピコがほとんど人の乗っていないようなバスを回したりするのに、市町村がお金を出していますよね。そういうものと同じような形で行政が支援をするという、そこらは持っていけるのではないかとは思いますが、そういうのと同じような考え方ね。

ただ、診療報酬ではそんな経営を安定化させるようなお金には絶対ならないと思うので、そこらの問題も大きいところだと思います。

○細谷委員

それから訪問看護にもICT。

○井上座長

そういうのはこちらのほうがいいのかもかもしれませんね。行政はどうなんですか。そういう遠くへの訪問看護とかで。都会だったら、この前に問題になって今はダメになったけれども、サ高住みたいに患者さんが一杯いるところをさっと回ったらね、訪問看護だけじゃなくて訪問診療でも全部そうだけれども、訪問診療は効率的に報酬が得られますよね。今では一日に一人ずつ、別個に回らないと、診療報酬が減点されるように変わったんですけど。患者がたくさん集まっている地域を回れば数10分で済むところが、あっちへ行って帰ってきて、こっちへ行って帰るとなると、朝の内に一人でせいぜい3件も行ければいい方だと言うことになる。そういう問題は、地方に行けば、たとえば大北でも、さらに北の方に行けば切実でしょう。今のような話は。

○牛越委員

冒頭に申し上げたように、へき地医療の中には狭い意味での医療の範囲を超えた分は行政が相当カバーしていかなければいけないですね。それは、一つ一つの地域においてもその地域の中心部が維持できて、あるいは栄えても周りが衰退するようだったら、地域そのものが没落します。そういう意味で考えると、行政の役割は大きいと思うんですね。

例えば患者の輸送車は一定の医療制度の中に位置づけられますが、地域交通の確保など、それを超えた部分というのは、不採算と考えざるを得ない。つまり、いわゆる経済原則ではとてもまかなえない分野、それは行政が一生懸命支えていかなければいけない。それには医療を行政が周辺の一般政策の中でどのくらい対応できるか。例えば大町の場合には、ここにもありますように、合併した2つの村に2つの診療所がありますが、その診療所との間はしっかりネットワークを結んでいく。それは患者さんの輸送という足の確保もそうですし、また市立大町総合病院が、具体的に医師のやりとり、あるいは様々な連携は、一般行政が担うとともに一般的な医療がへき地医療以外のところでカバーしていく、それがこれからの地域の大きな課題だと思っております。

○井上座長

ただ報酬だけ、それももちろん国に働きかけの部分と、あまり距離があるところの、それと恐らくそういうことをやるときに、行政に対して国もそれに対して何らかの補助をするというバックも必要になるでしょうね、そこらの方向は看護協会のほうからも強く。

○松本委員

そうですね。だからそういうようなところがコラムとして、何か長野県独自でこんなようなことが取り組まれていて功を奏していますとか、そういうふうになったらいいなと思いました。

○井上座長

いわゆる診療所の医療の継続とかについては、保健師とか看護師、訪問看護師も含めてですけども、そういう人たちが、日常の対応をしながら何か困ったときの相談とか、そういうネットワークのことも、へき地医療を考える中で非常に重要で、あるところは保健師でしょうし、あるところは訪問看護ステーションがそれになるとか。

だから、一番最初に言ったような、その地域の形をきちんと、行政が一応バックアップしながらつくって、そこの中で応援のこととかも含めて話し合われる状況が望ましいのではないかと思いますけれどもね。ほかには、いいでしょうか。

⑩ 在宅医療

○井上座長

次は在宅医療です。今日は岡田先生がおられないので、今、医師会も結構、取り組んでいるところですけども、どうぞお願いします。

○尾島医療推進課長

資料12の説明

○井上座長

ありがとうございました。在宅医療の推進についてご説明をいただきましたけれども、ここについて何かご意見ございますでしょうか。

○松本委員

資料12-1の12ページの図ですけれども、非常にわかりやすいと思いました。ただ実際には退院支援とか連携とか、一人一人の患者さんについてはものすごくうまく連携ができていますけれども、全体を統括して、この地域はどのような形にしていっていいかとかがなかなか見えないと思っていて、できている地域もちろんあると思うんですけれども。そこら辺を一体、誰がどのような形でやるかを、ここの中で示していただけるとわかりやすいかなと思いました。

○尾島医療推進課長

工夫をさせていただきます。

○松本委員

訪問とかそこら辺のことについては、先ほど言ったものとダブりますので、ぜひ一緒にやらせていただけたら、研修とかそういったものにも出やすくなるかと思えますし、よろしくお願ひしたいと思えます。

○井上座長

在宅医療に関する機能別医療機関の中には、バックで支えている大きい病院も結構ある。浅間病院だってやっているわけでしょう。バックアップできている病院には、佐久病院だって臼田や南佐久全体を、大町病院も新潟の県境近くまでを支援している。現実のところ、へき地医療をバックアップしている病院と、病院のある地域だけで動いている病院とがあるんですよ。中核病院でもへき地医療を全くしていない病院と、そういう活動をしている病院の両方があるんですよ。訪問とか在宅診療の面での支援をしているところと、していない、いわゆる急性期に特化している病院とに分かれていますのでね。ほかにはよろしいでしょうか。薬剤師さんから何か。

○高田委員

先ほど出ていた介護から言わせていただいた在宅のほうで訪問薬剤管理指導を受けている数が7ページにあるんですけれども。実は前回の保健医療計画で年間の数字が同じような1,000人とか、その辺の数字で、それが今回はひと月がこの数字になったということで、いわば、この6年間に12倍程度の伸びを見せているというところで、16ページの下から2番目に薬局もほぼ100%ということになっています。では実際、どれくらい動いているのかという部分が、資料12-4の、これ国のほうから出されているんですけれども、ストラクチャーとして施設を捉える部分の指標が多いんですが、プロセスの指標にそろそろ変えていって、実態が見えるようになってもいいのかなと思うんですけれども、そのあたりは、県としてはどのようにお考えなのかなということ。

施設の数もそろってきているけれども、本当にどれくらい動いているかというのをつかむ部分はどうかかなと思うんですが、そのあたりはどうなのでしょう。

○井上座長

服薬支援の数とかはレセプトからすぐ出るでしょう、実際は。

○高田委員

はい。算定は出ます。

○井上座長

それは出るんですよ、

○高田委員

全体として今回の指標が病院さんも看護師さんも全て施設がどれぐらいあるかという指標になっているんですけども。実際、本当にどれくらいやられているか、時代的にはプロセスの指標に移っていく時代なのかなという感じがしています。

○井上座長

一つはやっている事業、施設数が、例えば100あるうちの70まではしているし、30はしていないと。70のうちの、在宅医療の看取りを見たときにロングテールになっていたか、あるところはたくさんだけれども、全然ないところはないとか、そういうのを表現して、全体の数字と実際施設数と、その施設ごとにかかりつけ、指導をやっている数が、ある施設では100人やっているけれども、ある施設は一人とか二人とか、そういうものも含めてということでしょう。

○尾島医療推進課長

そうですね、多分、数値目標の項目それぞれによって違うので、それはまた検討させていただきますけれども。

○井上座長

レセプトからすぐ出ますか、もしやろうと思えばね。国保の協力を得れば。

○高田委員

確かにまだストラクチャーの段階かなと思いつつ、そろそろプロセスの数字がほしいなと考えました。以上です。

⑪高齢化に伴い増加する疾患対策

○井上座長

ほかにはよろしいですか、次の「高齢化に伴い増加する疾患対策」に入ります。

○西垣保健・疾病対策課長

資料13の説明

○井上座長

この部分について、ロコモとフレイルといったら整形外科的な取組が必要ですね。だけど整形外科だけでなく、みんなでやらなくてはいけない。整形外科の先生はものすごく忙しくてね、どこの病院でも。現状ではこういう予防的、社会的な活動ができるような先生が殆どいないんですよ。先生はされているのか知りませんが、どうなんですか。

○村島委員

日本整形外科学会がロコモに力を入れて、もう何年も前からずっとやっているんですけども、いま一つ周知されていないので、そうすると日本老年医学会が業を煮やして、今度はフレイルというのをつくってという形で、それからサルコペニアとかどんどん新しい、似たようなものなんですけれども、要はお年寄りに元気になってもらうためにどういう指標をつくってどれだけ運動してもらおうかという話なんですけれども、あまりたくさんいろいろなものが出ると、もう何かよく訳がわからなくなって、結局、どれも物にならなかったというのが一番心配なんですけれども、その辺がどうかなという。

○中澤委員

もしフレイルとこのロコモって両方するなら、80歳を過ぎて運動して効果あるんですかとも思いますが、でも、デイケアの、85歳以上の。

○村島委員

実はもっと若いうちからこういう運動をしましょうみたいな話になってくると思います。

○中澤委員

その部分になると、もう何かイメージがわからないんです。予防といたって85歳まで、もうフレイルとかそんなの予防できるとは到底思えないし、前の段階でというような話になりますよね。そうすると早い段階でどうするかというのが必要ですよね。もちろん効果としてはゼロじゃないでしょうけれども、多分、前から運動習慣を入れていきたいと思いますというような話に持っていかなければいけないのかなど。

○西垣保健・疾病対策課長

そうですね。3ページの施策の展開の2番目で、今、先生おっしゃっていただいたように、若いうちといいますか、健康なときからの予防対策として長野県で進めております、ACEプロジェクトの推進というあたりにも触れてはおります。

○松本委員

今、保健師さんたちと一緒に、保健指導員の方たちがかなり地域の中で活動していて、地域の中でいろいろ体操ですとか、そういうようなものを進めて、もちろん食事だとかも含めてだと思えますけれども、そういうのも長野県独自のかなり貴重な活動だと思うので、そこら辺も何かもっと若い層にも担ってもらえるようになるとか、そういうようなことも入れたらいいかなと思いました。

○西垣保健・疾病対策課長

ありがとうございます。健康づくりは健康増進計画という形で保健医療総合計画の中に組み込まれていく部分がありますので、そういったところで重ねていくようにしたいと思います。

5 その他

(1) 指標の提案等について

(2) 今後のスケジュールについて

○井上座長

はい、ではこれはそれぐらいにしまして、次に、資料14の指標の提案等について。指標って難しいんですけどもね。

○下條課長補佐

資料14・資料15の説明

○井上座長

指標の作成というのは現状を十分理解して、どのくらいのパーセントでどうなっているかを規定し、それが可能かどうかとか、県のほうではかなり難しいと思うので、それぞれの専門領域の

ところで何かあれば、積極的に県にお伝えいただければありがたいと思います。

それでは、あとの参考資料は、時間があるときに読んでいただくことにしまして、何か全体の中での質問なり要望なりございましたら、ではよろしいでしょうか。

それでは、まだこれで全部終わるわけじゃないですので、今後、また皆さんに足していただいてお願いしたいと思います。暑い中、どうも長いこと、ありがとうございました。

6 閉 会