

第4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10月30日（月）午後2時から午後4時15分まで

2 場所 長野県庁議会棟 第1特別会議室

3 出席者

委員 市川彰委員、井上憲昭委員、牛越徹委員、岡田啓治委員、川合博委員、高田弘子委員、塚田修委員、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、山岸光男委員

（欠席 小林広美委員、園原規子委員）

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・疾病対策課企画幹兼課長補佐兼母子・歯科保健係長 原啓明、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）分野ごとの検討について

○井上座長

それでは、早速、会議に入りたいと思います。まずは会議事項（1）として、分野ごとの検討についてです。

なお、議論する項目は多岐にわたるため、まず医療従事者確保について資料1から8までを一括して事務局から説明を受けた後、資料に関する議論を行いたいと思います。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

○牧医師確保対策室長

資料1-1、1-2の説明

○原保健・疾病対策課企画幹

資料2-1、2-2、3-1、3-2の説明

○佐伯薬事管理課担当係長

資料4-1、4-2の説明

○尾島医療推進課長

資料5-1、5-2の説明

○吉川健康増進課課長補佐

資料6-1、6-2の説明

○尾島医療推進課長

資料7、8の説明

○井上座長

それでは、資料1から8まで、特に医療関係の人材確保の問題についての説明をいただきましたけれども、これまでの説明について皆さんから質問はございませんでしょうか。

○川合委員

伊那中央病院の川合です。途中から委員を交代したため、今までの経緯が不明なところもありますが、お話を聞いていて気づいたところ、まず医師の確保のところですね。

資料1-2の13ページに数値目標が書かれていますが、上から2つ目の項目です。人口10万人当たりの医師数について、各医療圏、現状維持以上という目標ですが、これ5年前に医療計画を立てたときと数字は変わっていません。上伊那は、130人台の前半ぐらいです。それから木曽医療圏も110人台の半ばぐらい、こういったところは一向に変わってないですね。

そうすると、現状維持以上では、6年後も変わらないということになってしまうので、上伊那、木曽、そして上小、北信は、これから在宅医療を進めるにしても、この数では無理だろうと思います。具体的に県内の地域格差を解消するということでも、例えば各医療圏の人口10万人当たりの医師数を、せめて180人以上を目指すとか、何かそういった具体的な、それに向けてさまざまな手段をとりますよという決意を示せるような、全医療圏、10万人当たりの医師数は180人以上を目指すといった180運動みたいな、そういったスローガンとなるような目標が必要と思いますが、いかがでしょうか。

#### ○牧医師確保対策室長

二次医療圏の医師の確保についてのご質問です。二次医療圏ごとに事情が違いますので、一概に目標を決めるというのは非常に難しい部分がございます。

現在、国において、具体的な医師確保の目標数を設定するという動きがあるのですが、それが頓挫している状況があります。医療計画を3年ごとに見直すという中で、その基礎データがないことには、数値目標を検討することができないので、国で医師の配置状況等に関するデータベースを整理しています。データがそろったところで、人口10万人当たりの全県とあわせて、具体的な数字というものを、もう少し詰めたような形で出したいと考えています。

#### ○川合委員

特に上伊那、木曽はかなり深刻だろうと思います。これから6年間、この数で在宅医療、地域としてシステムをつくっていくというのは現実不可能だと思いますので、ここは何とかするという姿が見えるような6年間の計画をぜひ出す必要があると思います。

#### ○井上座長

ありがとうございます。川合先生のご指摘はごもっともです。ただこれ、一つは、過去何年間の医師の増え方が医療圏においてどうなっているかは、データはありますよね、おそらく。

#### ○牧医師確保対策室長

ございます。

#### ○井上座長

増えているところと、増えていないところはずっとそのまま平行線ですか。

#### ○牧医師確保対策室長

実は、小さな医療圏によっては病院が一つしかない状況もあり、その病院が一人増えたり減ったりすると大きく数値に影響します。長野や松本になると今度はすごく大きな医療圏なので、各々の状況を加味していくというのは、非常に難しい部分がございます。

#### ○井上座長

今、先生指摘された上伊那とか上小の医師確保の問題は、それなりに病院もある中でなぜそう

なっているのかという、原因の分析はされているのでしょうか。

○牧医師確保対策室長

2年ごとに調査をやる中で概括的にはわかりますが、実際、個々の医者がどのように動いているかという部分については把握できない部分があり、現在国においてデータベース化して把握することが検討されていますので、今後詳しくわかると思います。

ご指摘のとおり、全体的に2年前に比べて何%、何人伸びたとか、そういう結果の部分しか把握できないものですから、その間の動きがわかるようになると、もう少し突っ込んだものができるようになると考えてございます。

○井上座長

そうですね、まあ上伊那は川合先生のところと後二つぐらい、規模の小さい医療機関がありますが。

○川合委員

民間もあって。

○井上座長

民間もあるけれども、諏訪とか松本ほどにはないというのが一番大きい要素だと思います。地域においていろいろ事情があるので、それに合わせた検討が必要かもしれませんね。

○中澤委員

医師のところです。3ページの専門研修医数のところと、11ページの新たな専門医制度で、「研修医」という言葉が使われていますが、研修医はそもそも初期臨床研修医をイメージしやすいので、専攻医という名前に変えていただきたいと。

○井上座長

専門研修医を専攻医、言葉が変わるから。

○中沢委員

それと、5ページに「幅広い診療能力を持つ総合診療医が求められており」とありますが、幅広い診療能力を持つ医師というのは、総合診療医のみならず、内科医、ほかの科の医師もいますから、「総合診療医などの幅広い診療能力を持つ医師が求められている」と書いたほうが、現状に即している感じがします。

あと、10ページ、長野県医学生修学資金貸与事業に関して、ここには東京医科歯科大学と信州大学と出ています、この書き方だと、信州大学に関しても東京医科歯科大学と同じようなイメージがあるので、書き方としては、東京医科歯科大学は、「出身地を問わずに募集している東京医科歯科大学医学部長野県地域枠で入学した医学生の場合は、貸与を入学の条件とし」ということで、信州大学医学部の地域枠に関しては、「貸与を希望する学生のみを優先して貸与する」とか、「希望する学生に優先して貸与しています」としたほうがわかりやすいと思います。

信州大学医学部の地域枠、全員に長野県医学生修学資金を貸与しているわけではないので、書き方を具体的にしたらわかりやすい感じがします。

○牧医師確保対策室長

この辺については、また直して確認していただくようにします。

○牛越委員

関連してよろしいですか。中澤先生からご指摘いただきました10ページもそうですが7ページも同じニュアンスで、7ページ上から3行目、「信州大学医学部及び東京医科歯科大学を始めとする将来長野県の地域の医療機関で従事する意欲のある医学生に対して」とありますが、この枕詞は、「東京医科歯科大学」、10ページのほうから見ますと特定の、長野県に勤務を将来希望する医学生ということであれば当たっていると思いますが、この2つをここに並べると、ニュアンスが違ってくると思います。あわせて、表現を整理していただきたいと思います。

また、7ページの中段下にあります、「2 医師が不足する地域や医療機関に対する取組」の中で、1つ目の○、「今後、増加が見込まれている医学生修学資金貸与医師について、効果的に医師不足病院へ配置します」また、3つ目の○の「地域医療の中核的な役割を担っている病院から医師不足病院へ診療支援を促すよう、病院が行う医師確保や養成を支援します」とあります。これは、先ほど説明のありました資料1-1のほうで、上から7~8行目に、「すぐれた指導医のいるところに若手が集まるので、中核的な病院に指導医を置き、診療を続けられるような体制をつくれぬか」との意見が出され、これに対応して、この表現が整理されていると思います。

この中で、すぐれた指導医の先生がいるところに若手が集まる。この中には研修医も含めていますが、その場合に、中核的な病院に指導医を置き、診療を続けることができるよう医師確保や養成を支援しますと7ページで書かれています。このときに考慮いただきたいのは、例えば私どもの市立大町病院のように、総合診療医については、本日ご出席いただいております中澤先生初め信大の先生方の非常に大きなご支援をいただき、中核的な医師養成拠点であります信州大学に、研修医が、時折、大町病院における自主研修に加えて、研修支援をいただいています。そうしたことについても、7ページの3つ目の○、あるいは1つ○の丸の中に、例えば信大医学部と医師養成拠点等の連携を強化し支援をいただくニュアンスを入れていただければ、特に前期・後期、初期研修における支援体制が明確になるとと思いますが、いかがでしょうか。

○牧医師確保対策室長

指導医とセットで出るようなイメージですか、指導医と研修医が。

○牛越委員

セットで派遣いただくのも一つだと思います、さらにご配慮をいただき初期、後期の研修医が配置された中核的でない病院には、総合診療科のように、指導医の先生とセットで病院に来ていただいているケースがありますが、それ以外の科でも、研修医が配置できた場合には、養成機関、信州大学医学部あるいは信州大学附属病院のほうに勉強に行かせていただく仕組みをきちんと位置づけていただくことはいかがでしょうかという趣旨でございます。

○牧医師確保対策室長

わかりました。検討してみたいと思います。

○井上座長

基本的には初期の研修医とか経験の未熟な先生を、県の地域枠だからといって医師不足病院へ配置したとしても、指導医とかいい先生がいなくて行くところに行くと、もうそれならやめてほかへ行きたいという人が多いことがあるので、基本的には、信大もその一つでしょうし、例えば長野日赤、諏訪日赤とか飯田市立病院、伊那中央病院でもいいですけども、そういうところにその人たちが行く。指導医の多い病院に研修医が多く来れば、その病院の中堅的な先生がその地域の周辺の病院へ指導に行くとか。そういうことも含めて、研修医の上に上級医がついてあげるなど、

研修医が行った病院での診療に満足ができるような配慮をしないとけないという意味での表現なのですが、不十分なところもありますので、変えていきたいということです。

そのほかにかがでしょうか。看護師のところはどうでしょうか。

○細谷委員

資料5-2の3ページの3番の丸の2つ目です。「新卒の看護職員の離職理由として学校での看護基礎教育と臨床現場で求められる技術・能力のギャップが挙げられます」とありますが、ギャップもそうですけれども、もう一つは、就職してからの支援体制の不足というのも現実の問題として起こっておりますので、ギャップの次に支援体制の不足とかの文言を入れていただければと思います。その次の施策の展開のところ、いわゆる研修を強化するとか、その他、もろもろのことが書いてありますので、ぜひお願いいたします。

○井上座長

3ページの、3のところの○の2つ目ですか、そこに、新卒の離職理由として、もう一つ、何という。

○細谷委員

もう一つは、就職後の職場での支援体制の不足です。

○井上座長

その文章をその項へ入れられますね。最後のWGなので言葉は入れさせてもらいます。問題ないですね、そのぐらいね。

○川合委員

4ページの看護師の特定行為に係る研修についてということで、要するに特定看護師の問題ですね。これから非常に大事になってくると思います。

うちの病院も、上伊那医療圏、医師も少ないということ、それから病院の医者も少ないということで、特定看護師の養成ということは今、真剣に考えているところです。38項目ということで様々なことがあります、拡充してくる可能性もありますし、県内に研修施設がないということも大きな問題です。

だから、県内に研修施設をつくるということと、これから6年の間に特定看護師をどの程度増やすという具体的な姿が必要じゃないかと思いますが、いかがでしょうか。

○井上座長

県内の研修施設のことは前回の意見で出まして、県内の病院から東京とかへ行くとお金もかかりますということで、その問題が一つ出たというので、後で話していただきます。

それから、数値目標については、看護協会なんかの問題も出てくるでしょうから、後で振ってもらいますけれども、まずどうぞ。

○尾島医療推進課長

まずは特定行為の県内研修施設でございます。今、県内でも動きがございますので、それについて私どもも情報交換させていただきながら、できる形での支援をさせていただきたいと思っております。ですので、5ページの数値目標の3つ目のところに、研修機関数、0機関を1機関以上としています。

それで、研修の数ですけれども、まず制度自体が始まったばかりでその数については難しいと

ころでございますので、今後の検討課題にさせていただければと思っております。特定行為の研修は大事だと私どもも思っておりますので、事業的なものも何か考えなければいけないですが、今の時点でどうこうという形で皆さんへの発言はできません。そこはまた看護協会さん、あと関係の皆さんと相談をさせていただきながら、検討させていただきたいと思っております。

○井上座長

特定行為の研修施設のことは病院協議会でも必ず出ます。遠くへ行くとなると非常に費用と時間がかかってロスが多いですし、なかなか勉強に出すのも難しいということが必ず話題に出ますので、病院協議会と看護協会、そして医師会も含めて特定行為に対するどのぐらいの人数をどのように分布するかというようなテーマで早急に話し合う必要があると思っておりますけれども。ほかにどうですか。

○松本委員

特定行為に関しましては、今、佐久大学さんのほうで来年度からプライマリケア講座という形で開講していただく予定になっていて、今盛んに看護部長会ですとかというようなところで案内をさせていただいているところです。

ただ、それについてもまだまだ養成人数が追いつくとかというようなことにはなりそうもないものですから、先生がおっしゃっていただいたように実習できる病院等々を増やしていきたいと思っておりますので、それには先生方からも強いプッシュをいただければうれしいなと考えているところです。

それで、先ほどありましたように人数は全国で10万人増やすという話が出ているものですから、その中でどのような形で長野県が具体的な人数をあらわすかがこの中で必要ではないかと伺いましたので、後で一緒に検討させていただいて、数値目標の中に入れてほうが良いと考えています。

○川合委員

全国で10万人といっても、医師が多いところではあまりこういう特定看護師のニーズは差し迫っていないかもしれませんが、医師過疎地域、医師の少ないところは非常にニーズが差し迫っていますね。だから研修施設なんか本当に、当院なんかも研修施設としてぜひ形を整えたいという考えも持っていますし、ぜひ協力していきながら進めていければと思います。

○尾島医療推進課長

10万人の話ですけれども、今、県の具体的な内訳というのでも全然出ていませんので、そこらも含めてまた少し調整をさせていただきたいと思っております。

○井上座長

ほかに、どうぞ。

○松本委員

5ページの人口10万人当たりというところでは、29年度と35年度、数が変わりがありませんけれども、どのような理由でこの数になっているのか教えていただければと思うんですが。

数がやはり、まだ上伊那、上小だとか、ここでは看護師の数が少ないと考えるものですから、それを考えたときに同じ数が示されているのはどうかと思います。

○尾島医療推進課長

まず人口10万人当たりというのは、これから高齢者も増えますので、増えていっても一つの基

準となると思っていますので、人口10万人当たりのということで、ここでは記入させていただきます。

看護職員ですけれども、今、毎年500人ぐらいつつ増えているのが現状です。現状では今までしばらく上がってきていますので、どこまでといってもその伸びがどこまでいくかというところはなかなか難しいものですから、私どもとしても今の数字以上のものを目指すということでここでは載せさせていただきました。

本来であれば、保健医療計画の前に受給状況を確認した上で載せるべきなんですけれども、それが無いものですから、このような形にさせていただいています。

○井上座長

よろしいでしょうか。

○松本委員

わかりました。もう一ついいですか。前回意見をさせていただきまして3ページの離職防止のところ、訪問看護人材の交流促進、あるいは保健活動の充実強化というものをに入れていただいて、非常にありがたく思います。

ただ、もう一つ、保健師の活用について、これから地域包括ケアだとか、そういうような中では非常に重要な役割を示すと考えています。そうすると、今、長野県、実は保健師の数は全国1位ですけれども、統括保健師という役割を持つ方たちというのが、後ろから3番目、4番目だったか、とにかく低いです。

ですので、そこら辺を何とか、少し統括的に地域の中でネットワークをはれるような、あるいは、市役所、自治体だとか、そういう中でいろいろ活躍できるような形で統括できる役割を担っていただけるような、そういうシステムというのものも文言で入れていただくとありがたいと思います。

○井上座長

不勉強ですが、統括保健師って初めて聞いたのですが。

○松本補佐

看護系の松本と申します。

統括保健師ということで、今、保健師も分散配置になっておりまして、いろいろなところで活動しているので、例えば災害が起こったときですとかに一つになって活動するなど、それぞれ分散しているところがまとまって、一つの保健師という職種で活動していったらどうかということで国から提言がございまして、統括保健師の位置づけというのが、全国の市町村と県で進んでいる状況にあります。長野県の場合は小さい町村が多いというようなこともありまして、そういう意味では、既にもう統括的な働きはしていますが、そういう位置づけにはなっていないということで、全国の調査の中では下位のほうに位置づけられているという状況にございます。

○井上座長

統括保健師という資格はあるのですか。

○松本補佐

資格ではございません。事務分掌に位置づけていただくということも一つかと思いますが、特に資格ではなくて、保健師の中の働きによって統括的な働きをする保健師ということになっています。

○井上座長

わかりました。

○尾島医療推進課長

統括保健師の重要性というか、そこは今、お話いただきましたので、あと、文言は調整をさせていただきますまして、どこまで記載するかというのはこちらで検討させていただきます。

○井上座長

今、病院にも保健師さんが非常に増えています。現実には市町村の保健師よりも増えてきていると思いますし、市町村の保健師はそんなに定数が増えてはいない。それで、小さな市町村では本当に数人しか採用できないけれども、やめられたらなかなか郡部のところには保健師が集まってくれないということがありますから、二次医療圏ごとぐらいに保健師のチームをつくって互いに助け合うとか、研修機会を互いに確保するとか、誰かが出張や研修に行くときに応援するとか、そういう形を取らざるを得ない。これは県が主導でされるような形が必要でしょうね。

○尾島医療推進課長

今、採用のときに、県の保健師、また市町村の保健師と一緒にホームページをつくったりして募集をさせていただいているという動きをしていますので、そのような形でこれからもやっていきたいとは思っています。

○井上座長

まず、そういう点も含めて。それではほかに、よろしいですか。

○高田委員

薬剤師会です。お世話様です。

薬剤師に関しましては、さっき資料の4-2の3ページに、新しく、国からの提言によりまして「患者や地域住民とのコミュニケーション能力向上や医療機関との連携強化につながる研修」という文言を入れていただきまして、本当にこれからの薬剤師、どちらかというとも今まで閉じこもりがちで、皆様と関係を築くのが難しいところもありましたので、これお願いですが、入れていただいたからには県でもぜひ具体的な施策をやっていただければということでもよろしくお願ひします。

1点、2ページにあります、専門・認定薬剤師数ですが、29年10月現在、薬剤師会調べとなっておりますが、実はこれ日々動くというのは変ですが、それぞれ努力してとる人数でして、現在、確定した人数を調べておりますので、変更があれば修正をお願いしたいと思います。最終的な確定については調査中ということで加えるかもしれませんが、よろしくお願ひします。

○井上座長

歯科のほうはいかがですか。

○山岸委員

本年度から常務になりました山岸です。よろしくお願ひします。

資料2-2の歯科医師のほうは大体こんなものかなと思いますけれども、資料3-2の3ページですね、歯科衛生士の第3の数値目標のところの、常勤の歯科衛生士を配置している市町村数で、今、11市2町ということですがけれども。条例にも歯科保健条例が決まっていますし、各市町村に歯科衛生士の配置を一人ぐらいは目指していただきたいと思います。

それと、歯科衛生士数ですけれども、1ページとかに人口10万人単位とかで出ていますが、人口10万人単位というのは単に人数比較であって、今、歯科医院のアンケートをとっても慢性的に歯科衛生士不足です。これから在宅が出てきた場合は、歯科衛生士が摂食嚥下指導とか、それから医師の指示を受けてですけれども、お宅へ行ってやるということがいっぱいありますので、現状の歯科衛生士さんの数では在宅に回りません。そういう意味でも、単純に人数比較ではなくて必要な人数を算出していただいて、それに向けての目標が次の医療計画で出てこなければいけないのかなと思います。今、一番は市町村に配置するということを目標として、11市2町ではなく、もう少し上を目指していただきたいと思います。

○井上座長

歯科のところでは、歯科技工士のコラムですか、3ページの歯科技工士の新たな技術、このコラムの「CAD/CAMが保険診療に導入されて」の意味がわかりません。

○原保健・疾病対策課企画幹

これはCAD/CAMという、要は図面を引くことで、注釈をいれます。

○井上座長

そうですね、何かつけてくれますか。これ全然、僕は読んで何を写してあるのかわからない。それでは、理学療法士ではどうですか。

○市川委員

その他の職種ということですね、特に変更はないということでした。

資料7の施策の展開の2つ目の丸に、現場でなかなか、研修をつけるのが、特に病院なんかは今、経営がかなり退行している中では出来高払いということが優先されて、即戦力的に何らかで、現場主導での十分な時間をかけられないということもございまして、いろいろなそういった研修会に県でいろいろ支援していただくということは非常にありがたいことだと思っておりますので、「努めます」というところを「いたします」ぐらいにしていいただければ本当はありがたいということはございます。

○井上座長

栄養士会からは来られていないですけれども、管理栄養士のことについては、普通の開業医の先生方が栄養指導とかをするときに管理栄養士の利用をしてもらうために病院には管理栄養士がいるわけですが、うまく利用できるような取組をしていただけないかということが意見として出ていたのですが、ほかの先生からございますでしょうか。前から出ていますが、どういうシステムにするかということで。

○岡田委員

これは医師会でも糖尿病の重症化等について議論されています。さらに議論していくといいと思うので、進めていきたいと思えます。

○井上座長

よろしくお願ひします。ほかに、それでは、中澤先生。

○中澤委員

また文言ですが、資料7のその他の職種の「医療機関で活躍する多様な専門職種」というコラ

ムで、「国家資格ではありませんが」という文章。「患者を心の面からサポートする臨床心理士」、これサポートじゃなくて、患者さんのカウンセリングなり診療をされるので、サポートというのはニュアンスが違うということと、あとチャイルドライフスペシャリストとせっかく書いてあるので、長野県立こども病院にも1名おられて、僕もお話を聞いたことがあります、そういう内容をやると非常にいいのかなということ。

あと、「病院の中には」ということで「医療メディエーターやアドボケーター、臓器移植コーディネーター」と書いてあります。臓器移植コーディネーターは信大にも1名いるだけで、これが要するに兼任のスタッフさんで、混乱してしまうのでこの部分は要らないと思います。

専門職ということでしたら、いわゆるこれは臨床心理士とか、そういうところで、この部分、「病院の中には～スタッフもいます」というのは、何か要らないような気がします、いかがでしょうか。医師、看護師が兼任して資格をとっているの、どっちかという、専門職ということだったら通常の病院で働く専門職だけでいい、何かそのほうがわかりやすい感じがします。

#### ○尾島医療推進課長

病院の中には役職としている人等も含めて、できるだけ多く入れようと思ったものですから入れています。ですので、資格所持というようなものできちんとということであれば、そのような考え方もあるかなと思っています。それで入れさせていただいたところでもあります。

#### ○井上座長

まあ、こういう人もいますと、協力して何とか患者さんのために働いていますという意味では別にあっていいかとも思います。はい、ほかをお願いします。

#### ○牛越委員

資料5-2の看護師さん、助産師さんの関係、4ページで、助産師さんについて、2行目から、「助産師は所属する施設により分娩介助の経験に差が生じる」ということで、「自施設では経験が積めない分野を他施設に出向することで経験を積み、助産実践能力の向上を図っています」という、これは長野県看護協会、松本先生のところで取り組みをいただいているということ。実は看護師さんであれば、いろいろな機会に研修、あるいは資格制度の名においてスキルアップしていくというシステムができていると感じます。一方で、助産師さんはなかなかそうした機会が少ないために、いろいろな研修の機会を設けるという必要性、あるいは資格制度を設けることの必要性について専門家の先生から伺ったことがあります。

例えば、長野県では一般に分娩の際、自然分娩が主流である。それは母体にとっても一番いいという、しかし一方で、リスク管理からすると、全ての医療機能が動いている昼間出産ということも、いろいろなリスクを避ける体制が整っているという意味で一番いい体制ではないかということで、計画出産を手がけようとした場合に、助産師さんが対応できないケースがあるという話を伺いました。

そうした中で、もちろんこれは医療の現場での判断ですから、一概にどちらがいいかということとはわかりませんが、もし計画出産をしていきたいというケースが生じた場合に、それに対応できるような、助産師さんのスキルアップについては是非ご配慮をいただきたいと思います。表現はここに書いていただいているとおりで結構でございます。

#### ○井上座長

それでは、皆さんのほうから何か。

#### ○細谷委員

同じく看護職の3ページの第2、施策の展開の2番、離職防止・資質の向上の丸の3つ目、「医療機関へのアドバイザー派遣、総合相談窓口の設置」とあります。医療機関へのアドバイザー派遣というのは、どこからどこへどういうところに派遣されるのでしょうか。

○尾島医療推進課長

私ども、医療推進課の中に看護アドバイザーさん、元看護師さんがいらっしゃいます。その方が、病院に行きまして勤務環境ですとか、そういうような相談を受けているということをここに記載させていただいております。

○細谷委員

わかりました。ありがとうございます。例えば、訪問看護ステーションは、運営の面で、独立採算制ですととても経営が困ることというのがあるというか、どうしていいかわからない。看護職は、いわゆる経営について基礎教育は何もありません。でも訪問看護ステーションは所長になると、経営という責任を負われます。そうすると、人数が少ないし、所長として自分も専門職として仕事をしながら経営といったときに、アドバイザーで、いわゆる助言してくださる人がいるととても頼りになりますが、一体、所長さんはどこへ相談していいのかというのがよくわからないところがありまして、医療機関のアドバイザーというのが、病院とか診療所だけでなく、訪問看護ステーションも利用できるようなになるととても助かると思います。

○尾島医療推進課長

今、訪問看護ステーションの現状につきまして、アンケート調査をさせていただいています。その状況を踏まえてどうしたらいいかというのを検討させていただきたいと思っています。

確かに経営の視点というのは大変大事な視点がございますので、そこも含めて検討させていただきたいと思います。

○井上座長

訪問看護ステーションにもいろいろあって、病院の院長も同じで、経営のことは学んでいないので、アドバイザーというのが、県で派遣するとしても、その分野に長けた人を委嘱するとか、いろいろな方法があるかと思います。

ほかにどなたか。では、ないようでしたら、これでいったん休憩です。

(後 半)

○井上座長

それでは、休憩前に引き続き、分野ごとの検討を行います。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9、へき地医療についての説明を事務局からお願いいたします。

○尾島医療推進課長

資料9-1、9-2の説明

○井上座長

それでは、ただいまのへき地医療について、皆さんからご質問ございますでしょうか。

○市川委員

細かなところで恐縮です。資料9-2の6ページの無医地区の表ですが、佐久のところでは湯沢地区というのがありますが、湯原だと思います。

○井上座長

確認してください。ほかにはどなたか。

過疎地域自立促進計画や総合計画において、医療の確保に関する方針等を定め取組を行っているというのは、それぞれへき地を持つ市町村が医療をどのようにするかを話し合ったりしているということですか。牛越委員さんのところは、へき地ではないと。

○牛越委員

ええ、私どもはないです。

○尾島医療推進課長

過疎を持っているところについては、過疎の計画の中にへき地対策の趣旨と同じことが入っているし、市町村計画の中にも、医療という視点の中で必要な医師の部分も入っていると認識しておりますので、へき地という意味での計画はこの中に含まれていますので、その中での政策を見ながら考えていったらどうかということをご案内には記載させていただいております。

○井上座長

ほかの委員さん、過疎地域への支援策を医師会に要請されるとか、そういうことはありますか。

○岡田委員

長野市の医師会において、かつてそういうことがございましたけれども、今、これで見ると、鬼無里の診療所、あるいは厚生連のほうで体制を作っているということで、今のところは解決していると思います。

ただ、看取りに担当の先生が間に合わないというケースもあります。急遽、別の先生に要請が来るということもありますので、これも連携して対応していこうと思っています。

○井上座長

ほかにはございませんでしょうか。

それではご発言がないようですので、次の資料に移りたいと思います。

次は在宅医療、高齢化に伴い増加する疾患対策についてということで、事務局から説明をお願いします。

○尾島推進課長

資料10-1、10-2、10-3、10-4の説明

○井上座長

それでは、ただいまの在宅医療の問題につきましてそれぞれご意見ございますでしょうか。

○松本委員

この前の意見を受けて資料10-2の13ページの2つ目の丸を加えていただいて、わかりやすくなったと思います。

くどいようですが、連携体制を構築するのが誰なのかがわかりません。全体を見たときにそれぞれ、地域包括支援センター、病院、診療所などが中心にということで、その連携体制を誰

が組むのかというところを入れていただくと、よりわかりやすいと思います。

私の希望としては保健師が地域をネットワークでつなげることができる役割だと思うものから、入れていただければと思います。

#### ○尾島医療推進課長

ここでは機関名というか、支援センター、病院、診療所というような形で書かせていただいております、どこが中心になっているかというのは地域によって異なるということでございますので、中心に連携体制を構築という書き方にさせていただきました。

今のお話ですとまた視点が違って、保健師さんですとかケアマネさんとか、そういうようなイメージで、中心になる役職の方がいると思いますが、そのイメージで保健師というキーワードが出てきたと思いますがいかがでしょうか。

#### ○松本委員

病院だとかそういったところでは、患者さんですとか利用者の方一人一人についてはよく把握して、その方についてどのようにしようかということは対応できていると思います。ただし、全体を見たときに、どのような方がこういう状況の人たちを見ていくかというようなことを考える人が、家族であるのか保健師であるのか、そういうところが見えないです。

そこを考えたときに、地域の中でどのような状況が起こっているのかということを考えられるのは、保健師が比較的役割を担っているのではないかと考えたものですから、具体的に保健師とお話させていただきました。

#### ○井上座長

地域包括ケアを考える際に、あまり個人の意思とか保健師とかというのを出すのは得策ではないと思います。というのは、基本的には医師会さんと病院とが組んでとか社協も一緒に入れ込んでとか、諏訪でつくっていますがライフドアなんていうのがつくられています、基本的には地域包括支援センターの何々版。

だから支援としても中学校区、生活圏区を中心として真ん中に置くのは、基本的には地域包括支援センターですが、市町村が主体となる場合もあるし、委託している場合、保健師、ソーシャルワーカーが主体になったりします。その地域を知っている人が真ん中にいてということになっていますので、基本的には中心になる人がいるので、地域ごとに違いがあります。

包括支援センターがどこに所属しているか、市町村や地域によっては病院の中ところもありますし、その規模とかその立地条件とかによって違ってきます。なので、各々の共同体でやるという方向でいいと思います。

#### ○尾島医療推進課長

ここには、3番の急変時の連携体制というようなイメージで書かせていただいておりますので、そこはそのようにさせていただきたいと思います。

#### ○井上座長

あまり特殊な、特殊というのはいわゆる保健師とか、医師とか、ケアマネとかという個別職をその中核に置くべきだと決めつける、決めつけるというか、あまり出さないほうがうまくいくように思いますけれども。

#### ○牛越委員

そのとおりだと思います。13ページのコラムの文章の最終表現が、地域包括ケア体制の構築に

向けた県の計画の中の具体的な取組という、今、井上座長さんがおっしゃったように、基礎自治体が担うということであれば、第7期長野県高齢者プランに記載していただいております。この下の表の一番下に「ケア体制の中心を担う地域包括支援センター」と表示をしています。この中に、先ほどお話が出ましたように、ケアマネジャーほか、保健職の3職種などが中心となって担っていただくことが図式として記載されており、病院ですとか、様々な機関、診療所や医師会等と連携するという仕組みで完結しているように思います。

なお、省くところは省いてでも、この具体的な体制がよくわかるように大きくなるよう加工していただければ見やすいと思います。

○井上座長

見にくいことは事実だと思いますね。もう少し簡略化してできるものなら。

○尾島医療推進課長

もう少し工夫をさせていただきます。

○井上座長

ほかには。在宅医療と救急の問題のところでは、岡田委員さん、先ほどもお話があったのですが。急変時の対応が可能な体制ということですが。

○岡田委員

今、松本委員さんから出たお話というのは現場では非常に大事です。そういう一人の患者さんを誰が把握するとか、どんな状況に置かれているかということが日夜、議論されているからそういうご意見も出たと思います。

組織あるいは機構として、こういう体制を作るということは我々は分かりますが、この一番の問題はその矢印の部分。要するに、誰がそれを担当するかということだと思います。もちろん医師会でも一生懸命取り組んでおりますが、在宅医療に直接関わる医師、あるいはそれらを担える人材を増やすことが大切になってきます。

現場の話になって申し訳ありませんが、一番困るのは急変時です。在宅への訪問は在宅支援診療所、あるいは一般の先生方が一生懸命担っておられる。その上で、これからは病院とも連携していかなければなりません。県との話の中でも、今後は病院と連携した医療提供体制を作っていくことが非常に重要となってきていますので、3ページの2、退院支援の提供体制の中に、紹介した主治医の意見や連携の文言を加えるのはいかがでしょうか。

○井上座長

具体的にはどの辺でしょうか。

○岡田委員

「主治医との連携を踏まえた支援」ということを入れていただければ。

○井上座長

それはかかりつけ医とのということですね。

○岡田委員

そうするともう少し具体的になってくると思います。在宅を担うということは、かかりつけ医と病院双方が連携しなければ本当の体制はできないと思います。ですので、多職種の方々に加わ

っていただき、しっかりと体制を構築することが医師会として必要だと思っております。

○井上座長

よろしいですか。

○尾島医療推進課長

今の視点は、大変大事な視点だと思いますので、今の3ページのAのところなのか4ページの一番上のIの入院と在宅の切れ目のない医療提供のための連携のところか、そこはお任せいただいて、何かを入れるような形にさせていただきたいと思います。

○井上座長

はい、ほかには。診療所の立場から塚田先生どうですか。

○塚田委員

僕は有床診療所の会長として出席していますが、有床診療所の存在の意義と大きさというのをもっとアピールするよう全国の理事会からも言われています。資料の10-4に有床診療所が入っているわけですね。やっと入れてもらったというか、地域医療と包括支援センター及び地域支援の中で、有床診療所というのは、これから介護保険を含めていかに大事かというところ。看取りで病院の3次救急に送り込んで何をするんだという、現実的には、そういうことも結構あるので。国保の運営が今度県にくるわけで、それに対してコストパフォーマンスはどのようにやるのか、有床診療所としては、今まではベッド規制の中で、例えば上小の場合にはベッド過剰地域ということで、ベッドの増床が原則的にできないということが現実的にあるわけですね。

ある程度、経験してきている人が、総合医療、僕らは個々に一応、専門医は持っていますが、大体、20年近くやってくると、トータルに診れるわけですね。看取りも見ると、僕自身も泌尿器科、透析、あるいは内科、例えば、うちあたりでも看取りで年間100件ぐらいやっています。そういうところもあれば、では往診はするのか、在宅はどうするというに当然なるわけですね。そこで、僕はぜひ、有床診療所のこんないいシステムは世界でもないだろうと、僕自身も病院に泊まりこんでやっていますから、24時間スタンバイOKなんです。

これからは、高齢者の看取りを含めて介護保険を含めて、トータルケアするには総合病院の二次救急、三次救急ということではなく、一次救急というか、80、90歳の高齢者の肺炎とか看取りというものはいかに大事か。声を大にして言うためにこの場に入れてくれといったのです。有床診療所はどんどん減っています。入院費が安い、東横インより安い。1泊で3食ついて、看護師ついて医者ついて、通常だと有床診療所の入院費は1万円いかないです。だからやっていけないのです。

この辺が、今度、介護保険が入り地域で信頼されて、そこで診てほしいというのを僕に言われている患者さんもいますけれども。長野県の医療費は非常に低い。それで長生きする。そういうのをやる上でもぜひ。

ベッド規制は撤廃されました、厚生労働省から地域が必要とするものにおいてはベッドの規制はしない。ただ、それは病院にしろということを言っているわけじゃないですが、ベッドも上小の場合にはOKだと。この辺もぜひ県の人及びそういう政策をやる人が、有床診療所というのはどんどん減っていくもので、なぜ減ってしまうかといえば、住み込みながらやって、それが看護師さんも基準が何人、病院は20ベッド、有床診療所は19以下という、たった1個のベッドの違いで病院になるのか有床診になるのかと。それで一般の人はみんな病院といたりして、あるいは診療所とっている。これは医者自身もわかっていないところがあります。

○井上座長

それでは有床診療所についての医師会の方針はどうか、確かに報酬が安いし、若い人からすれば24時間拘束されるし、そういうところではということがあると思うんですけども。

ある意味で、看取りとか、地域の中では非常に便利などといったらいけないんですが、そういう存在ではあるんですけども。

○岡田委員

医師会ではバックアップ体制をとっております。長野県医師会の中に長野県有床診療所協議会を設置し、塚田先生を中心に活動されておられます。日本医師会でも特に力を入れております。今、塚田先生がおっしゃったようなことも皆さん認識していただいて、介護保険でも今後、大事な問題になってくると思います。

○井上座長

では、県としては、有床診療所について記載なり何なりというのはどこに。

○尾島医療推進課長

そうですね、今まで有床無床を合わせた診療所の数を出していたんですけども、有床診療所の数を出していこうという話もありまして、今回、長野県の現状の中で有床診療所の数を出したということもあります。ですので、減っているという今、お話もありましたけれども、そこら辺についても認識していきたいと思っています。

○井上座長

ほかに、皆さん、はいどうぞ。

○細谷委員

3ページが一番上の(4)多様な医療ニーズへの対応のところですけども。特定行為を含むプライマリケアというコースで、佐久大学は特定行為のできる人を育てるということで来年度から開設予定ですが、プライマリケアという、在宅医療が中心です。しかし、先日説明会をしましたら8名おいでになって、ほとんどが臨床の方でした。臨床の方がそういう説明会に来てくださるのはとてもいいですし、まずはそこなんです。

現在のシステムでは、訪問看護ステーションで半年以上実習で職員がいなくなるというのはとても致命的な人材不足になってしまって、いわゆる特定行為で訪問看護ステーションから人材を出すというのはとても難しいです。そういう事情があって、プライマリケアのコースにそういうステーションの人たちが入学するのは、今のところは難しいかなという予測を持っております。

ただし、多様な医療ニーズの、特に在宅医療でも特定行為ができる看護職が増えるというのは、目指すべきところなのかなと思いますので、ご一考願えればと思います。

○井上座長

まあ在宅医療に行く、今訪問診療をやっている人たちがそれをする時間というのは到底とれないという問題があって、訪問診療をする前にとった人が訪問診療に入れるようにするかということですかね。そういう意味での支援、訪問診療をしているところに、別の人を一時、補てんしながらその人たちが行けるようにするとか、そういう感覚ですか。訪問の看護師さんが特定行為をするのに研修を受けるとしたら6カ月とか行かないといけないと、そうなったら、その現場が少なくなると、それを補う何かシステムを考えないといけないということでしょう。事務局で何かありますか。

○尾島医療推進課長

今、おっしゃったように、訪問看護ステーションの看護師さん、人数が限られておられますので、そこからお一人、研修に出られるというのは現状は難しいというご意見は聞いております。

これから始まる制度でございますので、そこら辺は訪問看護ステーションさんともよく話をさせてもらいながらどういった支援ができるかを、どのようなことがいいかは、私どもとしても研究していきたいと思っています。

○井上座長

ありがとうございます。では病院側から在宅医療を支援するという立場で、村島先生は病院側からの。

○村島委員

そうですね、当院も佐久地域のこれからの考えると在宅に力を入れていかなければいけないということで、病院の評価委員会からも言われているんですけども。

医師を出すというのがなかなか、内科医がどんどん減ってきている状況の中で、外に出てくれる内科医をもっと増やすためにはもっと人が増えないとできないという現状がありまして、もちろん増えればやりますという形でやっておりますし、あとは、幹部で往診その他、やっている部分もありますけれども、これから医師がどれだけ増えるかということを考えると、佐久大学がやってくださっているように、特定看護師ですね。そういったいろいろな治療ができる人たちがパートナーとして強くする方向に持っていかなざるを得ないのかなと。それに対して、病院としてはその実習、また何か提供できるような形で力を入れていきたいと考えております。

○細谷委員

ありがとうございます。

○井上座長

川合先生、在宅は開業医の先生とか訪問看護ステーションが中心ですが、病院が支援するという形では何かありませんか。

○川合委員

訪問看護ですか。

○井上座長

訪問看護も含めて在宅医療すべて、ほかの開業医の先生方の在宅医療をするのをバックアップするとか、そういうことも含めてですが。

○川合委員

そうですね。うちの病院の規模、機能からいうと在宅医療といいますか、訪問診療はできない病院なんですね。ですので、できることは訪問看護、訪問リハビリをしっかりとやって、開業医の先生、医師会の先生と連携して在宅医療を進めるというところで、特に急性期を担う病院の役割としては、がんの患者さんとか、心不全の患者さんとか、難病の患者さんとか、そういった患者さんの訪問看護というのを特にしっかりと支えていくのが役割かなと考えております。

地域の中に訪問看護ステーションがありますので、そこと連携しながらやっていくということで、医療制度の中で幾つかの矛盾といいますか、訪問、在宅医療を進める上では、具合が悪くな

ったときに常に引き受けてくれる病院が必要というのは本当に話はよく聞くんですが、現実には日本全国同じ医療制度の中でやっていると、上伊那のような病院の少ないところだと、そこがなかなかうまくいかないという、そういったジレンマを常に感じながらやっているところで、今、病院としては、きちんと役割を果たせる部分は果たしていこうということで、訪問看護ステーションの充実を今、図っているところが実情で、あまり答えにはなっていないかもしれないですが。

#### ○井上座長

わかりました。ただバックアップする、何かあったときに必ず受け入れるという病院が必要ですが、そのときに急性期病院はなかなかそれに応えられないというのがあって、そういう問題もあるので、それでは塚田先生、そのことも含めて何か。

#### ○塚田委員

実際、現実的には、訪問看護ステーションがないと往診は無理ですよ。往診というか、往診は診療で、在宅診療にドクターが行く。だけど、24時間行けるのは訪問看護ステーションです。ですから、訪問看護ステーションがないと現実的な往診というのはできないし、急変した場合でも、この人の病気、家庭環境、状況というのはコミュニケーションがないから、すぐに救急車を呼ぶ。救急車を呼べば、すぐ2次救急だと3次救急だと、この人はどうなの、どんな手術してきているのか何なのかと、そういうことがわからないと非常にトラブルにもなるし、もう90歳になってもう看取りだ、がんの末期でだめだねといったのに、もう息がとまりそうだからといって、これ2次救急、3次救急と病院へ送り込んでいっても、結局、システムそのものが疲労してしまう。

ですから、県も積極的に訪問看護ステーションをやるのなら、ぜひ24時間、全部持とうとすると無理でしょうけれども、今、うちが20件、30件ぐらい持っていますが、看護師さんが大体3人から4人、訪問看護ステーションチームがあります。チームでやらないと、佐久病院は一時、往診チームといってドクターが3人、4人のチームでやっていたけれども、チームが変わると、最後の看取りのときに全然知らない先生が来るとなると、コミュニケーションがない先生に来られても、家で看取るということに関して家族からエツという感じが起こってしまいます。

ですから、最後に看取りは、落ちついておだやかにできることによって医者がいい場合もあれば、看護師さんが行って、もうだめだねということで、では家で看取ろうということで話が進まない、急に、何かそれ、もちがつかえたらどうするのかということもありますけれども、必ず訪問看護ステーションと、往診の責任を持った顔の見えている先生がついていないとトラブルになったり、三次救急、救急車がどんどん呼ばれるということになります。

#### ○井上座長

まあ、在宅医療をつなぐ間で、安心感をつなぐには、やはり現実には医師の側からも病院の側から見ても、訪問看護ステーションの存在というのが非常に大きくて、それなしでは、それをつないでやっていくことは困難だということをはっきりしていますので、訪問看護ステーションのバランスのいい配置とか、24時間体制でどういうふうにできるのかということが非常に重要だということだと思います。それでは、在宅医療の件はこれでよろしいでしょうか。

ではその次に高齢化に伴い増加する疾患、フレイルとかについての説明をよろしくお願ひします。

#### ○原保健・疾病対策課企画幹

資料11-1、11-2の説明

○井上座長

はい。それでは特に高齢化に伴い増加するロコモの問題と、あとフレイル、虚弱化というんですか、その問題ですけれども。

このところについては、特にロコモということになると基本的には整形とか、村島先生のところでは何かこういう記載も含めて。

○村島委員

資料11-2の4ページでございますが、65歳以上で運動習慣がある人の割合が全国に比べて長野県は低いですが、例えば運動習慣はないけれども、農業で肉体労働されている方、結構、80歳でもやっている方がたくさんいらっしゃるって、結構、筋肉もあって元気のいい方がいます。ただ、では運動を何かやっているかという、いや運動はやっていないと、もう農業で忙しいと。それはそれで何か、運動習慣はないけれども、まあ筋力を鍛えているので良いのではないかというような気がします。

このデータだけ出されると、何か長野県が運動不足で、フレイルの人がすごく多いみたいなイメージが出てしまって、いや、そうでもないよねというような感じがしますが、いかがでしょう。

○井上座長

そのとおりですよ。

○原保健・疾病対策課企画幹

確かに高齢者の就業率は高いと。それは先生のご指摘のとおり、農業に従事している方が多いというデータもございますので、その辺、検討させていただきます。

○井上座長

並行して就業率ぐらいは入れておかないと、自分のところを悪くしなくてもいいような気がします。

ほかには、オーラルフレイルという言葉も出ているんですけども、歯科のほうではいかがですか、オーラルフレイルという言葉はよく使うんですか。

○山岸委員

オーラルフレイルにつきましては、一般の今までのいわゆる老化という部分で出てきていたものを口腔内に早期に出るということで、ある種、歯科でオーラルフレイルとして取り上げたということなんですけれども。

ただ昨今、唾液の分泌が落ちてくるとフレイルが進んでくるんですが、唾液の分泌に関しては高齢化ということで、服薬が多くなるんですよ。お薬が多くなると、どうしても唾液が少なくなる、分泌量が落ちますのでね、それを復帰させるのにどうするのかという部分は、お医者さんとお話をさせていただかないといけないのかなと、単に運動だけではなかなか戻ってこない部分もありますので。

それと、食べられないこと自体は、実はこれ高齢者だけじゃなくて、もう子どものころから、今の子どもたちというのは、食べる能力を教え直さないといけない。噛まないんですね。食べ物自体もやわらかくなってきますから、今後に向けてはフレイルというものがもっと深刻になってしまう傾向にあるのではないかと考えております。

○井上座長

ここでは今出た唾液分泌等の機能というのと、服薬の問題は大きいですね。今後、とりあえず

臨床研究的な形で飲んでる薬と唾液分泌とかそういうのはかなり真剣にできないといけないところですね。薬剤師さんと一緒になってという、大事なことだと思います。そこらの唾液分泌、薬の影響とかそういうのがどこかに入るといいかもしれませんね。はい、いいですか。

○高田委員

高齢になると唾液の分泌を抑えてしまう薬を服用されている方が多いという薬の影響ももちろんございますし、オーラルではないんですが、フレイルという点では、薬の副作用によるふらつきとか、実際には抗精神薬品とか睡眠剤によるものとか薬による、一見、本当のフレイルなのか、実は薬が増えていることによって起こっている副作用のものかというところは、ポリファーマシーの問題もありますので、私どもも一緒に考えていかなければいけない。どうやって減らしたらいいか、本当に難しいんですが、薬の作用による生活機能の低下というのを考えていく必要があると思っておりますので、また一文、入れていただければありがたいと思います。よろしくお願ひします。

○井上座長

今のふらつき、骨折の多さというのは骨粗鬆症だけじゃなくて、例えば前立腺肥大とか、僕なんか夜中に3度ぐらいトイレに起きるんですが、真っ暗な中で。そんなことを言うとおかしいけれども、現実には真っ暗なところを歩くから転んで骨折するというのは結構多いので、頻尿の人は骨折回数が多いとかそういうのもあるようですので、そういう難題も含めて検討に値すると思ひますけれども、ほかには。

○牛越委員

3ページで、「4 高齢者の低栄養」ということでまとめられていますが、2ページに「3 フレイルの状況」がありますから、4は高齢者の低栄養でなくて、オーラルフレイルとくくったほうがいいのではないかと思うんです。単に低栄養そのものはオーラルフレイルの前提だと上の○で書いてあります。そういう意味では咀嚼ですとか嚥下、唾液分泌まで含めた、低栄養という名前ではなくて、オーラルフレイルという項目を立てた上で、その対策として、次の5ページになりますが、目指すべき施策の展開の中に、下から2つ目の○に、歯・口腔の機能が虚弱になるオーラルフレイルについて対策と連動して、多職種で予防する取組と受けていますので、項目としては単なる低栄養という課題で捉えるよりもオーラルフレイル。大きく捉えた上で、この5ページに持っていったほうがいいと思うんです。

次に、5ページの表現では、例えば多職種で予防するという、その前提とすれば、歯科衛生士、口腔歯科医療を中心とした歯科医師の先生などを位置づけて、歯科医師などを中心として、多職種で予防する取組を明確に位置づけたらいかがでしょう。というのは、その上の2つ目の○には、保健補導員等のACEプロジェクトに関連して固有名詞で記載していますので、そこまで書き込んだほうがよいように思ひます。

○原保健・疾病対策課企画幹

ではその点、検討させていただきたいと思ひます。

○井上座長

それからロコモのところで、先ほどやりましたけれども、ポリファーマシー、薬とそのロコモ関連の骨折とか、そういう点についても、一言書いてもらえばいいと思ひます。

○原保健・疾病対策課企画幹

ありがとうございます。

○井上座長

ほかにはございませんでしょうか。

○中澤委員

資料11-2の6ページの数値目標、健康日本21（第2次）の目標値が必ずしも意味を持っているとは限らないような気がするんですが、どうなのでしょう。何か一部分、非常に目標値が高くなって、これはいいんですか。これ健康を維持する、とりあえずこの目標にするということですか。

○原保健・疾病対策課企画幹

とりあえずはこの目標値ということで。

○井上座長

高いんですか。

○中澤委員

健康日本21というのは、当初は目標をほとんど達成できなくて、第2次ということで、もう一回された経緯があるので。全国的な目標ではあるんですけども、どうなのでしょうかと、何か目標値が高いような感じがする。ほかの数値目標は大体、同じぐらいなんですけど、非常に高めに設定されているので、どうなのでしょうかと。ということです。

○井上座長

ほかには。いいですか。

○原保健・疾病対策課企画幹

健康増進計画との整合性も図りながら設定をしていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

○井上座長

はい、ほかに。確かにこれからは、現実には75歳以上が非常に増えてきますしね、実際、筋力のない人も、車ばかり乗っている人が歩かない、ご飯も噛まない人が多いですよ。

○岡田委員

よろしいでしょうか。数値目標の中に特定健診の受診率云々がありますが、施策の展開の中で、健診を促進するという内容も入れておくべきだと考えます。フレイルも大事ですが、それを議論する前に、一番大切なのは健診で自分の状態を知ることだと思っておりますので、入れたらいいでしょうか。

○原保健・疾病対策課企画幹

ご指摘の点も踏まえて、入れてまいりたいと思っております。

○井上座長

特定健診の健診の内容が、ロコモとかフレイルとなると、いわゆる昔でいう、小学生のときの、何cm飛び上がりできたかなど、そういうものを入れ込まないと、いわゆる体力測定してその現

状がどんなものか知ってもらおうということが必要だと思いますけれどもね。それを入れてもらうということ。

そういうのは県としては何か取り組みはされているんですか、高齢者の体力が平均的なところよりどの程度落ちているかとか、そういうのは。

○原保健・疾病対策課企画幹

現時点ではその辺のデータは持ち合わせておりません。

○井上座長

そうですか。

○原保健・疾病対策課企画幹

特定健診自体、市町村さんが実施していただいている中で、この辺は今後の課題ということになってくるかと思っております。

○井上座長

今、特定健診の中に体力測定というのは入っていないですよ。

○原保健・疾病対策課企画幹

現状では入ってございませんので、どうやってその辺、筋力とか。

○井上座長

そうですね。だから介護予防のほう。

○原保健・疾病対策課企画幹

介護予防の関係ですね。それには例えば片足立ちが何秒とか、そういったデータは多分あると思います。

○井上座長

では、そういう介護予防と整合性をとるような形での表現がどこかに必要でしょうね。

○原保健・疾病対策課企画幹

わかりました。介護予防も確認させていただきまして、その辺の整合をとれるようにしたいと思います。

○井上座長

はい。ほかに大丈夫ですか。この部分についてのご質問はございませんでしょうか。

それでは全体を通して、皆さんのほうからご質問、どうしてもこのことだけはというようなことがありましたら。

では一応、これで今日のそれぞれのご意見を出していただいたということで、このワーキンググループはこれが一応、最後になると思いますけれども。今後、読んでいただいた上で、どこかの部分で問題点があり指摘するようなことがありましたら、11月6日まで事務局までご連絡をいただきたいということのようです。

それで、今日いただいた意見を含め、修正するところがあったりしましても、それについては、一応、事務局と座長の私のほうに一任させていただければと思いますので、変なことは書きませ

るので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

## 5 その他

○井上座長

最後にその他ですけれども、残った資料について事務局からよろしくお願ひします。

○下條課長補佐

資料12の説明

○井上座長

はい、ただいまの事務局の説明で、これからの進め方を説明していただきましたが、何かご質問ございますでしょうか。

それでは、ご発言がないようですので、以上で予定した事項は終了させていただきます。では最後になりますので、一応、何か言えということを書いてありますので。

保健医療計画策定のワーキンググループ、医療従事者確保、へき地医療、在宅医療のワーキンググループの会合を4回させていただきました。皆さんからのいろいろな意見が出ましたが、それについては事務局のほうできちんと整理して、非常にうまくまとめていただいておりますし、日本病院会の会議に出ましても、他県の地域医療構想の策定状況を聞きましても、長野県というのは非常に民主的に皆さんの意見を非常によく聞いて、一つ一つ進めていってくださっているんだなと思ひます。本当にある県なんかは、1回の会合でおわるというようなところが結構あるようで、そういうところに比べて、長野県は昔からの民意というんですか、それを尊重した形で事業を進めていただいていると思ひます。

それで、皆さんの出された貴重な意見を反映するような医療計画に進むように、私も協力したいと思っておりますし、今後、まだいろいろな意見がありましたら、直接、これにかかわらず、県のほうに直接言っただいただいても、おそらく県のほうは聞いていただけると思ひますので、大事だと思つたことについては、それなりの動きをしていただけると思ひますので、今まで長い間、ご協力をいただいております。

## 6 閉 会