

令和元年度 第1回長野県医療審議会 会議録（要旨）

1 日時 令和元年9月13日（金）午後2時30分から午後4時30分まで

2 場所 長野上水内教育会館2階 大会議室

3 出席者

委員 関隆教委員、日野寛明委員、池上道子委員、今井竜五委員、亀井智泉委員、清水昭委員、伊澤敏委員、井上憲昭委員、奥野ひろみ委員、久保恵嗣委員、酒井茂委員、佐藤美由紀委員、堀米直人委員、本田孝行委員、松本あつ子委員、山田一尋委員、和田秀一委員

（欠席 伊藤正明委員、藤巻進委員、廣田直子委員）

長野県 健康福祉部長 大月良則、衛生技監兼保健・疾病対策課長 徳本史郎、健康福祉政策課長 永原龍一、医療推進課長 牧弘志、医師確保対策室長 渡邊卓志、国民健康保険室長 油井法典、介護支援課長 篠原長久、薬事管理課長 太田靖、医療推進課企画幹兼課長補佐兼管理係長 田中徹 他

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（会長及び会長代理の選任について）

（田中医療推進課企画幹）

それでは会議事項（1）になりますが、会長及び会長代理の選任につきまして、審議に入っていきたいと思えます。

今回は委員改選後、初めての委員会となりますので、まず会長及び会長代理の選任をお願いしたいと思います。資料1の2ページをごらんください。

本審議会の会長及び会長代理は、医療法施行令第5条の18第2項及び第4項の規定によりまして、委員の互選により定めるとされております。

ここで諮りいたします。会長及び会長代理の選任につきまして、いかがしたらよろしいでしょうか。

日野委員さん、お願いいたします。

（日野委員）

長野県薬剤師会の日野です。審議会の会長には長野県医師会長の関委員を、会長代理には信州大学医学部附属病院長の本田委員をご推挙いたします。以上です。

（田中医療推進課企画幹）

ありがとうございました。ただいま日野委員さんからご発言がありましたが、皆様、いかがでしょうか。

（委員から異議なしの声あり）

（田中医療推進課企画幹）

異議なしとのご意見をいただきました。ただいま委員各位のご賛同をいただきましたので、関委員さんに会長をお願いしたいと思います。また、会長の職務代理につきましては、本田委員をお願いしたいと思います。それでは関会長、議長席に着席をお願いいたします。

それでは会長から、就任に当たりまして、一言、ご挨拶をお願いしたいと思います。

(関会長)

皆様、大変お忙しいところ、ご苦労さまでございます。

つい少し前まで台風15号で日本列島は振り回されました。私のところは中野ですので、それから山ノ内は風の通り道に当たりまして、そこら辺でプラムが大分落ちまして、プラムの大体6割から7割がみんな落ちてしまいました。プラム農家は今年は全滅だといって嘆いておりました。大変かわいそうだと思っております。

今回は風水害という、風の害が非常に多かったかなと思って、千葉県の方へ上陸して通り抜けたところはなかなか電気が通じないと。ちょうど去年の北海道の胆振地震の被害、あそこら辺のような感じで真っ暗になっている、こんな状況でありまして。昨日も市長さんが東電は発表の見方が甘すぎると怒っておりまして、まだ電気が通らないと。

大きな高圧線が倒れたり、根元から倒れたりしておりますし、高圧線が変電所へ行って変電所でこれを変換して電圧を下げて、そして一般家庭へ出していくんですけど、電柱がばたばたとみんな根元から倒れてくるし、木が倒れて風倒木だといわれて、電線もみんなやられていると、こんなことで電気が通らないと、我々の文明社会では電気は1秒でも止まると困りますので、そういうのがもろに出てきたかなという感じでございます。なるべく早い復旧をして、もどに戻っていただければと思っております。

最近はこの今までの状況では想像できないようなことが、毎年、通常のように起こりますので、想定外という言葉は使っちゃいけないとか、しょうがないとか、いろいろありますけれども、それぞれ、また現場で対応して正しくやっていけなくちゃいけないし、そういう中では、この医療審議会にかける案件もまた出てくるだろうと思っております。

当面は、今日、お見えいただいた皆さん方のメンバーで、この2年間はやっていきたいと思いますが、どうぞよろしく願いいたします。

今日は、お忙しいところ、ご苦労さまでございます。以上です。

(田中医療推進課企画幹)

それでは、これ以降の議事の進行は、関会長にお願いいたします。

(関会長)

ありがとうございました。では、会議に入る前に、会長代理にご就任いただきました本田先生、一言、ご挨拶賜りたいと思っておりますが、よろしく願います。

(本田委員)

信州大学の本田と申します。関議長の職務を代行することはまずないと思っておりますけれども、皆さん、よろしく願います。

(医療法人部会委員の指名について)

(関会長)

それでは、会議の次第に沿ってやってまいりましょう。

今日、会議事項が6つあるんですか、(1)会長及び会長代理の選任はこれでよろしいと。これはいいですね。

ではその次ですね、医療法人部会委員の指名についてですが、これは、事務局の方からご説明をお願いいたします。

(牧医療推進課長、資料2により説明)

(関会長)

はい、ありがとうございました。それでは、私のほうから法人部会の委員さんをご指名申し上げたいと思います。10人ということなんですか、お諮りをいたしたいと思っております。

資料2を見ますと、4ですね、委員数、10人以内、医療審議会長の指名により選任となっておりますので、10名の方をご指名申し上げたいと思いますが、資料1をごらんください。

資料1に審議会委員さんの名簿を載せてありますので、上からお願いいたしたいと思っております。

医師・歯科医師・薬剤師会、いわゆる3師会から長野県の歯科医師会長の伊藤先生、医師会から私と、薬剤師会長の日野先生、この3師会から3名方をお願いいたしたいと思っております。

伊藤先生、今日はご欠席ということなんですが、ご了解いただいているんですよ。ご了解いただいているということでありますので、よろしくお願いいたします。

それからその下ですね、学識経験者のほうへまいりまして、佐久総合病院の統括院長の伊澤先生、それから長野県の病院協議会長の井上先生、それから県立病院機構の理事長の久保先生、それから飯田市立病院長の堀米先生、それから信大の病院長の本田先生、それから県の看護協会長の松本先生、それから長野赤十字病院の病院長の和田先生、以上、これで10名になります。大丈夫ですね。ではこの10名の皆さん方に法人部会の委員さんをお願いしたいと思っておりますが、よろしくお願いいたします。

(医師確保計画・外来医療計画の策定について (諮問))

(関会長)

それでは、その次ですか、(3)ですね。医師確保計画・外来医療計画の策定についてでございます。その間に諮問がございますが、では大月部長さんのほうからよろしくお願いいたします。

(大月健康福祉部長)

お願いいたします。阿部知事から長野県医療審議会会長であります関隆教先生のほうへ、医師確保計画・外来医療計画策定について諮問をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

(大月部長から諮問書を関会長に手交)

(関会長)

はい、ありがとうございました。今、大月部長さんのほうから、阿部知事からの諮問書ということでいただきました。お手元の資料3-1ですかね、皆様方におかれましてはこれをごらんいただければよろしいかと思っております。

確かに諮問書を拝受いたしました。よろしく申し上げます。どうもありがとうございます。

では事務局のほうからご説明をいただきたいと思っておりますが、資料3-2、3-3、3-4ですか、これについて、それでは事務局のほうから順に説明をお願いいたします。

(牧医療推進課長、渡邊医師確保対策室長、資料3-2、資料3-3、資料3-4により説明)

(関会長)

はい、ありがとうございました。そうしますと、少し見ていきたいと思っておりますが、まず資料の3-2ですか、医師確保計画・外来医療計画の策定について、これがメインのようですが、目的はここにありますように医師の偏在を解消すること、外来医療の提供体制についても、機能分化・連携を図ることを目的としてやりたいということですね。

検討していかななくてはいけないのは医師確保計画ですね。医師少数区域に長野県は設定されておりますので、38番目ですか、下から10番目ですね、こういうようなことになっております。それから外来のことも医療計画を立てていかなければいけないということになるわけですね。

そして2番の策定体制ですね。医療審議会としては、今、県知事のほうから諮問を受けて、年度内に答申するという形になります。

それで1枚めくっていただきますと、スケジュールですね。これは年度末いっぱいまでにやるということですね。ですから、この医療審議会は年に2回ということになりますので、今日と、あとは大体2月ですね、そこで答申として上げて、そして議会を通して4月から試行するということですね。

それから地域医療対策協議会、地対協はこれ4回やると、こういうスケジュールですね。

それから地域医療構想調整会議ですね、これは3回やるというようなスケジュールで決定されております。

それから、資料の3-3ですね、医師確保計画の策定、ここら辺からは統計学の世界に入ります。

まず1ページから見ますと、県内の医療施設従事医師の推移、平成12年をスタート、1とした場合に、全体的には1.25倍で、4分の1ぐらいふえていると、ですが、10医療圏では木曾が0.71と下がってきていると。それから北信、私どもがそうなんです0.89、この2つだけ下がっていると、ここら辺が特徴ですね。

それから3ページを見ますと地域医療人材拠点病院支援事業、これ去年からやりだしたんですね。地域医療人材派遣の拠点病院制度をつくりまして、この拠点病院から中小の医療機関へドクターを派遣すると、それに対して県のほうから、この拠点病院のほうに財政支援をします。ドクターが事情で医療機関へ行ってしまいますので、具体的にいうとその分売り上げが減ってしまうということで、県のほうから財政支援をしますということですね。

それから、中小医療機関はドクターが来ていただけるので、売り上げが少し伸びるはずだから、ここには財政支援をする必要はないと、こういう考えですね。

それから一番下の地域枠、地元枠ですね、これを設置しております。そして今、信州大学の医学部の定員は120名ですね。そのうち地域枠が20名ということで今年度からやっておりますが、来年度これが25人になるという予定なんですね。ちなみに、50数年前の私たちのときは定員は60名でした。私よりも少し前のときは、確か医学部の定員は40人です。井上先生のところは幾らでしたか。

(井上委員)

80人

(関会長)

80人、少し増えたんですね。それからこの定員は令和3年までなんですか、それを過ぎると、ちょっと定員を減らしていくと、恒久枠というのが当面105名あると。それに対して臨時の増員枠というのは15名あると、こういうことなんで、この臨時増員枠を少し絞っていくと、こんなようなことになるようではありますが。

本田先生いかがですか。ここら辺でコメントをお願いします。

(本田委員)

多分、2024年にOECDの医師数と同じになる、290何人だから、多分、それにあわせて厚生労働省、もう少し下げてくるかなというような、そういう案も出ていらっしゃるみたいで、それまでは増やしていく。

ただ、このまま増やしていくと、多分、2035年になると330人ぐらいになって世界でもトップの医師数になりますので、そのところの兼ね合いがあるのではないかなと思います。

(関会長)

あまり増え過ぎてもいけないということで、いろいろあるようではありますが、当面はこの地域枠、いわゆる推薦入試枠ですね、これが20人、そのかわり、いろいろ長野県からお金をもらおうと。

この枠の貸与のお金というのは非常に高額でありまして、1カ月20万円ですね。それで掛ける6年、掛ける12カ月ですから、6年間丸々、この奨学金の貸与を受けますと、1,440万というお金が出るわけですね。それだけ県も出してくれるんで、このまま放っておくというわけにはいかないので、6年もらったらその1.5倍ですが9年間は長野県に落ちついてやってもらいたいと、学生の6年足せば15年もいるから、大体大事なところは長野県にいてもらえば、その後も住みついていただけるのではないかなと、私どもも期待を抱いている部分でありますので、そこら辺でよくやっていただきたいと思います。

県のほうも毎年、学生の頃から接触してコンタクトを取ってやってくれていますので、卒業しても、そういう人たちにまた接触してやっていただける、そのようにしてやっていけば、卒業してドクターになっても長野県は面倒見がいいということになるので、居ついてもらえるのではないかなと期待をしているわけです。

それから、その次は4ページですか、「就学資金貸与医師・自治医科大学卒業医師の今後の推移」に入りますが、ここにグラフがありますように、大体、今128人ぐらいですか、130人前後が貸与を受けておりますが、ピーク時は2026年ぐらいでいいんですか、192人、こういうようなことになりますので、これからだんだん上り調子になってきて、あちこちに行ってもらえるのではないかなと、研修を兼ねてあちこちの県内の病院へ行っていただけるのではないかなと思っております。

それから5ページのほうから、「医師確保計画を通じた医師偏在対策」、これは統計学です。

こういうわけで、医師多数区域、それから少数区域を設定する。それから多数区域においても、二次医療圏の中で少ないところの地域を特に医師の少数スポットとすると、こんなような言い方で、やたらといろいろな言葉が出てきております。

そして6ページですね、「医師偏在指標の考え方について」、各地域で対応する患者さんに対してドクターがどれだけいるのかと、こういうことの総体的な目安の指標ということになっているんですが、絶対的な指標はありませんので、相対的な指標でやっていくと、これしかないだろうと思っております。

7ページにはいろいろ、試算ということですが、黒枠で示してあるようなことがあります。やはりこれを見ると松本が一番多いですね。そうすると以外と上小が一番少ない。木曾はうんと少ないんじゃないかと、一番下じゃないかと思ったら、上小のほうがちよっと少ないんですね。

それから一番最後の10ページですか、「医師確保計画にもとづく目標値の考え方」、1番の目標医師数、これは2023年時点のときに、医師少数区域を脱してもらいたいと、こういうことなんですね。それから2番の必要医師数は、最終目標として2036年に全国値に近いような形になってもらいたいと思いますね。

そんなようなこともありますし、それからその次の資料3-4ですね。外来医療計画の策定のところです。

外来医療計画は、殊にお願いしたいのは、新規のこれから開業をする先生方に対して、もう少し外来医療を。ほとんどがベットを持たないで、クリニックとして無床でやる方がほとんどなわけでありまして、そういう意味で外来医療の場合、自分の医療機関に閉じこもるのではなくて、もう少し外に出てもらいたいということなんですね。

新規で開業をされる先生方、外に出るのを非常に嫌がります。自分のところに1日中、腰を落ちつけてやっているほうがいいと、このような発想でありますので、外になかなか出てこない。特に在宅とか訪問診療ですね、これをやっていただきたい。特にこういう高齢社会になりますと、自分の自宅に住みたいという方が一番多いわけでありまして、そういうことの要望にお応えできるような在宅とか訪問診療ですね。

それからもう一つ、公衆衛生活動をしてもらいたいということですね。予防注射、それから衛生講話ですね。それから産業医とかスポーツ医ですね、スポーツドクターで地域に出てもらいた

い。それからもう一つは検視、検案業務ですね。そういう検視、検案業務も非常にあります。大規模災害のようなときもありますので、そういう体制も長野県医師会としても取っていかねばいけないと考えております。

とりあえずは、こういう個別の患者さんが亡くなったというような場合における、検視、検案の業務にも出てもらいたいと、こういうように、自分のお宅にこもるだけではなくて外に出てもらいたいと、そういう意味での地域医療に貢献してもらいたいと、こういうことを行政のほうもお願いするということでもありますけれども、ここら辺にちょっといろいろ問題点があるわけですね。

5 ページのところにあります、外来医師多数区域と新規開業の関係ですね、問題はこの○の2つ、外来医師多数区域とは、新規開業の際、不足する機能を担うことに拘束力はあるのか、こういう問題になるわけですね。一応、現在の建前は自由開業制度というものを取っておりますので、診療科を選ぶのも自由ではないかと。もう一つは、働く場所を決めるときの働く場所を選ぶのも自由ではないかと、また開業する場所も自由ではないかと、こういう自由開業医制度は今現在ありますので、そこら辺のところをはっきり強制するだけの拘束力は今、法的もないわけですね。ですから、医療圏の機能が不足する分を新規開業医の方に、特に外に出ることをしてもらいたいと、こういうお願いなんですけれども、とにかくお願いでありまして、法的に縛るということはできないと、それが今の現状なんです。まあ希望ということしか私も言えないんですけれどもね。こういうようなことがありますのでよろしくお願ひしたいと。

資料の3-2、3-3、3-4 ですか、これを通しまして、今、厚生労働省のほうで大変ご苦勞をいただいております地域医療構想アドバイザーがいらっしゃいますので、井上先生、ちょっと何か、まとめの何かここら辺をお話いただけませんか。国から任命されている地域医療構想アドバイザーで行っていらっしゃいますので。

(井上委員)

いえいえ、この前、ちょっと行ってきまして、僕も後半しか出なかったんですけども。

やはり、基本的なところでは、厚生労働省としては、やはりこれ同一地域、近在にあって同じ診療内容、という2つの目安を置いて、近在というのは、その患者さんから見て、病院とか診療所同士がどれだけの距離、車で離れてるかというものを目安にするようなことを言っていましたし、そしてもう一つ、診療内容については平均的な診療内容というのではなくて、それぞれの診療科ごととか、例えば脳血管障害を治療する病院が3つ、心臓だったら3つとかがありまして、その中の診療行為が多い少ないとか、その中でふつうの病院では80、90の手術をやっているところが、10ぐらいしかやっていない病院が3つあればどうするとか、指標をきちっと出して、その地域の中で話し合いながらまとめてほしいというような話がありました。

そのときに、僕は朝、聞きませんでしたけれども、医師の偏在対策ということについては、このことと離れて一番思うのは、今、長野県ではそれぞれの二次医療圏の中核病院、基本的な考え方は中核病院の充実があって、そこで研修生も多く学んで、その中核病院から周辺のところの支援、外来とか入院支援をしていく、中小病院の支援をしていくというのが基本的な構想で、一つ一つの中小病院もそれぞれ努力はするんだけど、基本的にその地域のナンバーワン病院というのか、そういうところがかなりの、ある意味での責任感を持ってやっていってもらわないといけないという考えが基本にあるわけですね。

これからもそれは必要だと思うんですけども、現実には、その二次医療圏の中のトップの病院に、専門医も含めた充実がほかの県と比べてできているかという、まだ十分できていないんですよ。本当を言えば、そのところの充実が基本になっていて、そしてそこで専門医も育てていって、そこでは10人の専門医がいれば十分だというときに、古くなった先生といたら言い方は悪いですけども、11人目、12人目の人たちは周辺を応援することができるんですけども、その10人の必要なスタッフができていないと、いつまでたっても周辺の応援もできなくなるという

ようなことになっているんですね。

若い先生方を育てて、そして周辺に送り込んだり支援をするためには、まずその地域の中核的な病院に必要とされている人数です。余分は必要ないですけれども、まずその充実を図ることが全体的に必要なんじゃないかなと思います。

僕は中小病院ですから、いつも早くもらいたいという気持ちを持つんですけども、もうちょっと長い目で、中核病院に対して応援しろと言うだけじゃなくて、その欠けている部分をもうちょっとよく理解して、そこへの支援も必要なのかなと思っています。

急ですから、このぐらいで。

(関会長)

ありがとうございます。ずっと前から井上先生はそういうふうにおっしゃるので、10医療圏あるんですけども、その10医療圏の中で一番、拠点病院といいますか中核病院ですね、まずそこをしっかりと充実させてもらわなければだめだと。そうすれば、そこから中小の病院へドクターを派遣するという、こういうようなことがようやく最近、去年あたりからちょっと花が開いてきますので、井上先生も10数年前からこうやっておっしゃっておられる、ようやく先生の気持ちがこう開いてきたねと、こう喜んでいるところであります。

というわけで、まずはそういう中核病院を充実させなければいけないという意味で、人間的、個人的もそうだし、それからいろいろな機器の整備ですね、そういう点もやっていただいくということが非常に大事だと、いわゆるそういうような芽が少しずつ出てきたような感じがします。これはありがたいなと思っています。今、そんなところですが、資料3-1、3-2、3-3、3-4、ほかに何かご意見なりご質問はございますか。はい、どうぞ。

(和田委員)

その地域枠ということについての質問なんですけれども。現在、その地域枠と、あと修学資金貸与者ということとの関係のことなんですけれども。

地域枠というのが設定されていますが、いま現在では地域枠というのと、その修学資金貸与者というのとは対象者が違うわけなんです。それは、今後はどんなふうになっていくと考えているのでしょうか。

(関会長)

では地域枠、それと地元出身枠も含めてお話ください。

(渡邊医師確保対策室長)

来年、令和2年度からは、地域枠15名は全て信州大学の学生で修学資金の貸与者ということになっています。

もう一つ、残りの10名に関しましては地元出身者枠ということで、貸しつけはしませんけれども、推薦入学者という位置づけで、全部で25名ということになっています。

(和田委員)

ここに書いてある地域枠というのと地元枠というふうに名前がありますけれども、地域枠というのは就学金を貸与している者なのだと、地元枠というのは貸与はしていないけれども、そういう考えをということでもいいんですか。

(渡邊医師確保対策室長)

本県についてはそういう位置づけでやります。

(和田委員)

その比率みたいなものは、このままいくわけなんですか。

(渡邊医師確保対策室長)

それは2年間で、先ほどもお話ありましたが、臨時定員の部分が今後どうなっていくかというところがありますので、それを見ながらだとは考えています。

(関会長)

先生、よろしいですか。それでは、久保先生。

(久保委員)

ちょっと表の見方がよくわからないんですけども、この資料3-3ですね。7ページの流出入調整後、医療圏別医師偏在指標の暫定値でございますけれども、この調整前の数値を調整後の人口あたりのドクターの数にしたいということでよろしいですか。

(渡邊医師確保対策室長)

この調整前の暫定値1、31年2月18日というのは厚生労働省のほうから出てきた数字ですが、これにつきましては患者の流出入を見込んでいない最初の数字です。暫定値2という4月の部分については、事務的に厚生労働省さんのほうから出てきている数字ですけども、これは患者調査をもとに出してきた数字です。患者の流出入を患者調査から出した数字になっています。

先ほどの説明の中にありましたが、患者の流出入については都道府県の裁量でやっていいということですので、この調整後という黒枠のところは、患者調査では本県の季節性だとか、悉皆性に課題があるということで、レセプトデータに置きかえて独自に算出した数値というのがこの黒枠の数値ということになります。

(久保委員)

例えば諏訪地区は、その調整後では数が減るということでよろしいですか、あるいは木曽も166.3から130.1ということで減ってしまうように見えるんですけども、そういう見方でよろしいですか。

(渡邊医師確保対策室長)

偏在指標上は、レセプトデータを反映すると、そうなるということです。

(久保委員)

では医師偏在地域に医師を増やそうとしていながら、実際には減ってもいいということになるわけですね。

(渡邊医師確保対策室長)

いえ、この医師偏在指標が減るということは医師が少ない地域という位置づけになってきます。

(久保委員)

失礼しました。医師がさらに減るということでよろしいんですね。

(渡邊医師確保対策室長)

指標が少なければ少ないほど、医師が少ないという位置づけになりますので。

(久保委員)

わかりました。これをもとに、どれぐらいまで医師を増やすかというのはこれからの検討ということによろしいんですね。

(渡邊医師確保対策室長)

厚生労働省のほうからも目標数値等が出てきますので。

(久保委員)

ちょっと、この数字がよく理解しにくいですよ。はい、わかりました。

(関会長)

伊澤先生、何かございますか。

(伊澤委員)

今のこととはちょっと離れるんですけども、修学資金を貸与されたドクターが、初期研修の後で医師不足病院に行くことになるわけですけども、新しい専門医制度ですね、専攻医の研修をしないといけない人たちと、多分、それは重なると思うんですが、医師不足病院でその研修をすることと、専門医になるためのトレーニングを受けることが、必ずしもうまくいかないといえますか、その辺の調整がかなり難しくなるのではないかなという心配を持っています。

ある程度のレベルといえますか、トレーニングができる医療機関にいないと専攻医としてのトレーニングが難しくなる場合があるんですけども、その場合、医師不足病院での仕事と、その専攻医になるためのトレーニングと、同一の病院ではなかなかできないので、かなり融通をきかせたといえますか、どういう領域の専門医になりたいと思っているかということも、多分、関係してくるんでしょうけれども、専攻医の問題が出てきたものですから難しい調整が必要になってくるんじゃないかなという気がして、これは私の心配ごとです。その辺、いかがなんでしょうか、実際そういう点で、苦労されていることはないんでしょうか。

(渡邊医師確保対策室長)

修学資金貸与者は、臨床指定病院で臨床研修を終わった後は3年間、診療科によっては4年、5年ということもあるかもしれませんが、専攻医のための研修ということで、3年を専攻医のための病院で研修を受けまして、それから中核病院へ行って、次に医師不足病院のほうに行くというような基本的な流れになっています。

(伊澤委員)

そうすると重ならないでも済むわけですね。その専攻医になるためのトレーニングの期間と、医師不足病院に実際赴任して仕事をする期間とは別々になると。

(渡邊医師確保対策室長)

修学資金の貸与者については、そのようにキャリア形成プログラムつくっております。

(伊澤委員)

わかりました。さらに関連して言いますと、かつて信州型総合医の構想というのがありましたけれども、総合医の必要性というのは全国的にどこでも言われているんですけども、私どもの病院でも総合医というのは非常に重要なんですけども、過去5年間、私たちの病院に来た初期研修医を見ましたら、5年間で80人いるんですけども、そのうちの30名が総合診療科をまず入職する時点で、初期研修員になった時点で総合診療科をやりたいと言っていたんですね。

ところが実際に最終的な進路がどうなったかといいますと、その30名中の13人だけなんです。それでも80名中13人が総合診療医になっていますから、全国統計に比べればずっと多いんですけども、私どもの病院のような、比較的、総合診療志向の研修医が多い病院でも総合医というのは敬遠される傾向があって、その理由がどういうことにあるかということに関する分析はまだまだ十分できていないわけではないんですが、必要性は叫ばれているんだけど、実際、これを育てていくということになると、そう簡単ではないということが言えるかなと感じております。これは感想です。

(関会長)

ありがとうございます。総合診療科ですね、それもまだ新しい診療科ですので、はっきりした研修システムができていないし、特に信州型の総合診療という点、これは僕も難しかった。最初のと時から言っているんですけども、これは特に内科系の先生方の研修には良いと、総合研修医においてね。だけど、いわゆるマイナーの小さい診療科ですよ、その場合には非常に特殊な形になるので、なかなかその診療科の専門医を取るときに非常にこれは難しいのではないかと私は言ったんですけどもね。

だから、例えば耳鼻科だとか皮膚科だとか、こういうような小さい診療科だと、小さいという失礼ですけども、ドクターの数が大きくないような科についてはなかなか、県のほうのシステムもそういうふうになっていかないので、そこら辺が非常に難しいのではないかなと思うんですね。それをちょっと最初から心配しているんですけども。

今のところはみんな実際、研修を受けるのもやっています、それほど困るような実態というのは出てはきておりません。毎年毎年、こういうお金をいただいた先生方は卒業して、行く先を決めるところでそんなに困ったというような現状はないですね。

総合診療科も希望は最初は多いんです。非常に希望は多いんですけども、ただ具体的に今度は、実際どうやっていくのか、研修に入ってどうやっていくかとなるとガーンと減ってしまうんですね。総合診療科としてドクターがやってくれるのが、そのシステムがまだ全然しっかりしていないものですから、総合診療科も19番目の基本診療科ですか。そういうシステムがしっかりとした外科とか内科とか、こういうところと違うので、歴史がほとんどないから、しっかりした研修システムができていないと、そういうことにも大きく影響するのではないかなと、私は思うんですけれどもね。

ほかに何かございますか。はい、どうぞ。

(井上委員)

一つ、一番気になるのが、特に公的医療機関なんでしょうけれども、基本的にある人口の母集団に対して、例えば最低限日常生活を維持するための医師の数、例えば内科医なり外科医なり眼科医なりと、そういうものを、少なくとも県は持っておられるのか。厚生労働省に聞いても持っていないというんですけども、一応、基本的な考えとして持っていて、そこに最低限度として、その地域で生活を営むための必要な数がある程度持つておくという必要があると思うんですね。長野県ではそれをつくってもいいんじゃないかなと思うんです。

というのは、公的機関のことなんですけれども、基本的に小学校とか消防署とか、そういうものは確実にこの範囲にはこれだけいるというのがあるんですよ。だけど医療についても、ベースに社会的資本だから、このぐらいいは置かないといけないのだけれども置かれていないという部分がある。民間の開業医がどこで何をしようかというのはいいと思うんですよ。公的医療機関としては、やっぱりその最低限を、採算性が合わなくても置かないといけないというような方向で、その広さの中に誰もいないなら置かないといけないということは確実にあるわけですから、そういうものを最低限、やっぱり県はつくっていただきたいとは思いますが、それがないと、平均的にどうだということだけで処理されると思うんです。

(大月健康福祉部長)

井上先生がおっしゃられるように、これからドクターの数が非常に限られている中で、ベースとなる科学的データに基づいて、しっかりと地域医療を支えるという方向性は非常に重要であると思っています。

そうした中で、今年度、県ではビックデータの解析ということで、県民の皆さん120万人の医療・介護、特定健診のデータを個人ごとにつなぎ合わせて、疾病構造の変化、介護の変化、いろいろ見たいということで分析をしまして、データとともに信州大学と3月25日に地域医療を推進する覚書を締結させていただいて、信州大学が持っているデータも含めて、どの地域にどういう疾病の患者がいて、ドクターがどれぐらいいるということ、これからデータで把握できるようになってまいりますので、そうしたものをベースに、しっかりと地域医療はつくっていきたいと考えています。

現時点では、へき地診療所というような形で、各市町村が中心になって、地域で医療を受けられる体制はつくられています。これからは井上先生がおっしゃられるように、もう少し科学的な対応をしていかなければいけないと考えております。以上です。

(久保委員)

この医師確保計画、医師の働き方改革についての対応というのは、現時点では県の中では考慮はされていないということでしょうか。

最終的にどのような形になるかはわかりませんが、国の試案の1,860時間を守るという視点で計算していくと、どうしても救急ができないとか、医療制限をやっていかないと医師の働き方改革に対応できる医師を用意できないということになりますので、この計画はそこまでは考えていないということでしょうか。

(渡邊医師確保対策室長)

目標医師数等を出すことは、2年後までに厚生労働省のほうで、働き方改革を含めた医師数の推計をやり直すと言っていますので、そこでまた新たな展開になっていくと思いますが、現時点では、まだそこまでは見ていないことになっています。

(関会長)

はい、どうもありがとうございます。

それではよろしいですか。策定に当たっては、地域医療対策協議会、それから地域医療構想調整会議で検討し、まとめていただきまして、次回の医療審議会に出していただきたいと、それで、まとめるに次回は審議いたしたいと思いますが、この辺でよろしいですか、事務局の皆さん、そういうことでよろしいですか。

では、そういうことでやっていきましょう、よろしくお願いします。

(地域医療介護総合確保基金計画について (令和元年度医療分))

(関会長)

それでは次にまいりましょうか。4番ですね。地域医療介護総合確保基金計画、本年度の医療分ですね。

(牧医療推進課長、資料4により説明)

(関会長)

はい、ありがとうございました。今年度の地域医療介護総合確保基金の医療分ですね、この医

療介護総合確保基金は、3つに事業区分に分かれておりまして、1の計画策定の主旨ですが、事業区分の①は病床機能分化・連携推進事業、事業区分の②は在宅医療推進事業、事業区分の③は医療従事者の確保事業、こういうことになっておりまして、各事業区分の①、②、③の間の融通性がほとんどないということなんで、非常にここら辺が使いにくい部分です。

2番ですね、目指すべき医療提供体制の方向性ですが、2025年になりますと団塊の世代が75歳以上を迎えると、高齢者といわれる65歳以上は国民の3人に1人と、5人に1人、20%が75歳以上になると、当然、高齢者になりますと慢性疾患、それから病気と称するものは複数ある状況ですね。

高齢になりますと手術だけではない、リハビリが非常に重要性を増してきます。それと同時に在宅で医療を受ける患者さんが増えてきますので、先ほど申し上げましたように、特に新たに開業する先生方は家にこもるんじゃなくて、外に積極的に出てもらいたいということですね、これが高齢社会の特徴ですから。

ちなみに、どうでもいいような話なんですけど、昨日、私のところに長野県公安委員会というところから重要なお知らせというものがまいりました。はがき大の3つ続いているあれですね。こうやってみたら認知機能検査通知書と。75歳以上になるとまずこの認知機能検査をやれと、でっかい字で書いてありまして、こんなものをもらうようになっちゃったんだと、私も来年の3月で免許の書きかえなんですけど、だから半年前に来るんですよね。昨日つきました。公安委員会って何のあれかなと思ったら、重要なお知らせというから慌ててあけてみたら認知機能検査なんていう、こういうような中に私も入ってしまいました。残念ながらこれも現状であります。

本県の特徴は、皆さんもよくご存じのように三大疾病ですね。がん、脳卒中、急性心筋梗塞というのが多いので、特に全体として脆弱な二次医療圏、上小、木曾、大北、北信と、ここら辺があるんですけど、ここら辺に対してしっかりてこ入れをしていく必要がある、こういうことですね。

今、こんなようなことでありまして、3番の計画額ですね、総額で10億2,900万円ですか、国が3分の2でありますので6億8,000万円、県費が3億4,000万円と、こんなことになっていますね。

今年度の医療分につきまして、何かご意見なりご質問はございますか。よろしいですか、これは。

こういうことで今年度は実施していくということでもありますので、よろしくお願ひいたします。それでは次にまいりましょうか。

(医療介護総合確保法に基づく長野県計画の事後評価について (平成30年度医療分))

(関会長)

5番ですか、医療介護総合確保法に基づく長野県計画の事後評価ですね。これは30年度、昨年度の医療分の評価ですね。これにつきまして、ではご説明をお願いいたします。

(牧医療推進課長、資料5により説明)

(関会長)

はい、ありがとうございました。先ほどは今年度の医療分でありましたが、今度は、年度が終わりましたので、平成30年度の医療分についての反省をしろということですね。これも当然、毎年、多額のお金が出るので、反省しなければいけないということですね。

この裏の2ページをごらんいただきますと、先ほど申し上げましたように、事業区分は3つにわかれておりますので、①病床機能分化・連携推進事業、国はここら辺を一番力を入れておりますので、ここら辺に対する予算措置が非常に多いということですね。

それから2番、在宅医療推進事業、これはなかなか国のほうへお願ひしてもガサッと削られるというような運命にいつもあります。

それから3番ですね、医療従事者の確保事業、ここに看護師養成所等の運営の補助金のアップ

をお願いしていると、こういうことなんです。

この(3)の全体の評価ですね、昨年度の評価としては、「関係機関の円滑な連携と事業者の努力により」と、こういうことですね。これで結構、特に①の病床機能の分化・連携につきましては、最近ではICTですね、この医療情報連携ということに力を入れておりまして、こちら辺のところ、それから医療提供体制の脆弱部分、特に長野県は4つの医療圏についてはまだまだ脆弱な部分が多いと、こういうことで強化を図っていきたいと思いますね。

ここもこういうようなことで併用していきたいと、全体の評価としてはまあまあということなんですか、そういうことであります。

1ページのほうへ戻っていただきたいと思います。これにつきまして、昨年度はみんなで騒ぎまして、県の大月部長さんをはじめ、皆さんに大変なお力添えをいただきまして、改めて感謝と御礼を申し上げたいと思います。

これを見ますと、2番ですね、平成30年度に実施した事業の事後評価ですね。その下に(1)の参考1とあります、各年度の基金執行額、一番下を見ますと合計がありまして、一番右のところを言いますと、999,852千円という基金の残額があります。約10億の残があると、これは最終的に30年度の確定の残額ですね。これは多くなっているからいいんですね。

ちょうど今から1年前ですね、私も県の皆さんと相談しまして、そのとき確か9億ちょっとですね、この使い残が残っておりまして、申し上げたいのはその、先ほどの事業区分の①、②、③のところ連携が取れないというような、事業区分の①は①で使え、②は②で使え、③は③で使う、①、②、③の間が相互の融通性は認めないと、こういうようなものがありまして、これを何とかならしたいということで、県の健康福祉部の皆さん方といろいろ相談しまして、私もちょうど去年の今ごろですね、日本医師会の理事会でこの話をちょっといたしました。大体、長野県でも9億ちょっとぐらい、使いたいんだけど使えない、いろいろお聞きしましたら、関東ブロックの例えば10都県の場合でも、うちのほうは20億残っているよとか、30億残っているよとか、そんな長野県さんみたいに、こんななまやさしくないよと、みんなそういうふうに言っていました。

おそらく、全国47都道府県が集まりますと、おそらく1,000億円の上ぐらいな、使いたいんだけど使えない残額があるんじゃないかと、こういうようなことがありましたので、日本医師会の横倉会長に、こんな使い勝手の悪いものじゃ困ると、使えないと、これを何とかしてほしいと、そういうふうに申し上げました。また、健康福祉部の大月部長さんをはじめ皆さんと相談し、それから、その後は阿部知事さんにもお願いしました。

そうして、今年度分に対して、全国的にですが、医療で100億、介護分で100億、上乗せをしてもらいました。そして30年度分の最後の状況として、また健康福祉部の皆さん方が非常に頑張ってくれてまして、1億4,000万ちょっと、つけてくれてまして、こんなようなことでできました。

こういうことは、考えてみますと、健康福祉部の皆さん方が中心で動いてくださいまして、そして私どもの医師会も動きました。日本医師会のほうも動いてくれました。それから知事さんも動いてくれました。このような形で一つの目標に向かって、大月部長さんをはじめ、皆さんのおかげでこういうように何とか形づくることができました。

ですからこれ全部、チーム長野というんですか、チーム長野県というんですか、この目的の一つのために、もうみんなが、長野県で総力を挙げて団結した結果ではないかなと思っております。

これからはこんないい話を報告はできないだろうと思いますけれども、たまたま、この30年度の結果ですね、31年度については、こういうような予算措置をつけていただいたと、こういうこととなりますが、ですから本当にチーム長野といいますか、チーム長野県というんですか、こういうふうの一つにまとまって、みんなで一つの目的のために頑張ったと、こういうことで、私も大変よかったなと思っております。

特に一番、実務的に苦勞していただきました大月部長さんをはじめ、健康福祉部の皆さん方、本当にありがとうございました。厚く御礼を申し上げます。

こんなところが30年度の反省と報告であります。
それでは、この事後評価につきまして何かございますか、ご意見などございますか。
よろしいですか、では、これはご承認ということでよろしいですね。

(委員から異議なしの声あり)

はい、ありがとうございました。では次にまいりましょう。

(へき地医療拠点病院の新規指定について)

(関会長)

次は6番ですか、へき地医療拠点病院の新規指定ですね、それではお願いします。

(牧医療推進課長、資料6により説明)

(関会長)

はい、ありがとうございました。今度は長野医療圏のところで、篠ノ井総合病院と新町病院ですね、あわせてお願いしたいということで、特に篠ノ井病院の場合、今度は小川村の国保診療所へドクターを派遣するということですね、こういうことで上がってまいりまして、3月の26日ですね、地域医療対策協議会で、これでいいのではないかと、こういうような話になったわけでございます。ということで、ご報告ということですよ、よろしくをお願いします。

久保先生、何かございますか。

(久保委員)

篠ノ井病院に決まりましたので。

(関会長)

よろしいですか。

(久保委員)

はい。

(関会長)

それでは、久保先生もご承認ということなので、よろしいですね。
これについては特に問題ないですね。はい、ありがとうございました。
そうしますと、今日の会議事項(1)から(6)まで終わりました。

(その他)

(関会長)

3番のその他ですか。その他としまして、何か、皆さんのほうはございますか、よろしいですか。

それでは、ちょっとお聞きしたいと思います。ではいきましょう。

酒井先生、何か今日の全体の会議のコメントは何かございますか、議員さんの立場として。

(酒井委員)

大変、内容の良いお話しをお聞かせいただきましたし、それぞれの委員さんのおっしゃること、もっともなご意見ばかりでございました。

自民党県議団としても、また県会議員の活動としても、これから、今、意見をいただいたようなこと、実現ができることについては、しっかりと取り組んでいきたいと思っておりますので、今後もよろしくお願ひしたいと思ひます。ありがとうございます。

(関会長)

はい、よろしくお願ひいたします。それからですね、佐藤委員さん、お願ひします。

(佐藤委員)

ありがとうございます。医師の偏在が地域格差があるということは非常によくわかりましたけれども、医師だけではなくて、診療科も偏在しているのではないかと思います。特にへき地ですと高度医療ですとか、高齢者の多い地域ですので、眼科とか整形外科の診療など、住民の方々が不自由をしているのではないかと思いますので、へき地医療では遠隔診療が位置づけられているようですけども、二次医療圏の中核病院においても遠隔地診療というものを進め、そして長野県民がどこでも、医療を標準して受けられるような体制になっていけばいいのではないかなと感じておりました。

(関会長)

ありがとうございます。要するに医師不足というのは、医師の診療科の偏りと、医師が働く場所の偏在なんですけれども、そこら辺が難しいんですよ。だからある程度、ドクターの数がとんとんになってこないとだめだということですよ。

ではその後ですね、では堀米委員さん。

(堀米委員)

前の地域医療対策協議会のときの話にもあったのですが、この地域枠・地元枠の医学生に対して、もっと県がいろいろ言ったほうがいいんじゃないかなと。むしろここへ行きなさいとか、こうしてくださいということをどんどんと言っていたきたいという思いを持っております。

それで、今回の医療介護の総合確保基金でも、今回の信州大学で運営された支援センター、運営され始めまして、それで学生のうちから、この名だたる教授がそちらのほうで、学生さんたちに対してこういうことなんだよというようなことを、多分、教えてくれますので、そういうことも活用して、先ほどの井上先生ではないですけども、その総合診療ができる人、専門を持っているんだけど、総合診療を何年かやるというのを、やっぱりもう最初のうちから、それは私が与えられた使命だなということで、自覚を持っていただいてやっていただけるような方向に、どんどんと発言していただきたいなと思ひました。

(渡邊医師確保対策室長)

田中先生におかれましては、県の信州医師確保総合支援センターの専任医師ということで、一緒にやらせていただいておりますので、よろしくお願ひします。

(関会長)

はい、ありがとうございます。松本先生、看護協会の立場から。

(松本委員)

長野県看護協会の松本です。このような会議に出席しますと、医師の確保だとか、そういったことについて、計画的に着実に進んでいると感じますし、そういう意味では、偏在しているのはやはり医師だけではなく、多職種においてもその偏在がありますし、どこでどのような形で医療・介護が行われていくかというようなことを考えた上での、いろいろな施策というものに我々もし

っかりと協力できればいいかなと思いつながら聞かせていただきました。ありがとうございました。

(関会長)

まあ、看護職もずっと永遠な課題で足りないしね、介護士さんなんて全然足りないし、騒いでおります。私どもの看護師さん、あるいは介護士さんで募集を出したって全く本当に何にも引っかからないそんなような状況ですので、本当に何とかしてもらいたいと思うんですけども、これ、決め手がないですよ。

それをどうしようかなと、有料職業紹介所なんてありますと、多職種の有料職業紹介所のよう
に1年間で600億から700億ぐらいお金が出てしまうんですね。みんな診療報酬、介護報酬から出
ているお金ですから、本当にああいう、いわゆる業界側の人たちが育てて出てきている、何とか
それ、無料の職業紹介所も活性化しなければいけないから、ナースバンクに勝負をかけると、本
当にそう思いますよ。本当に困ってしまうんです。そんな診療報酬や介護報酬、ろくすっぽ上
がらないのに、そっちのほうが上がって、だから有料職業紹介所という、原則的に多職種の場
合、一人採用すると大体年俸の2割を持っていくんですね。そういうのになりますので、かなり
の金額を取られてしまって、だんだんああいう有料職業紹介所の場合、ものすごく増えてきて
います。今、その問題で困っています。そんなところでですけどもね。山田先生、歯科大の立場
から、お願いします。

(山田委員)

歯科のほうでも、在宅医療によって歯科医に加えて歯科衛生士さん、非常に重要になって
おります。ただ歯科衛生士が、皆さんご存じのように不足しております、今年度予算で離職
した歯科関係者への支援をやっておりまして、こういった復職も大事なんです、衛生士さん
が結婚されたり子どもができてやめるといことなんです、県内に4校、衛生士学校があ
りまして、一つは伊那で、これは公立で定員が20名で定員を満たしているわけです
けれども、上田と長野と私のところにある衛生士学校の皆さん、定員を満たして
おりません。

昨年は歯科医師会で結構、そういった衛生士さんについての説明、いろいろところで
やっていただいて今年はちょっと受験生が増えているようなんですが、そういった不足
の問題がありますので、新規に入っていただく、それから高校生に向けての説明につ
いても、この事業内容にぜひ入れていっていただきたいと思っています。

(関会長)

ありがとうございました。では日野先生。

(日野委員)

議論されました医師確保計画、それから外来医療計画がきちんと策定をされま
して、偏在の問題とか外来医療の体制の強化が、長野県の中でもきちんとできるよ
うになればなと思っております。

その中で、薬剤師会の立場からいたしますと、外来医療の連携ということで、医
薬分業が70%ということがあります。そんな中で、その連携の中に薬局との連
携という、そういった切り口も加えていただければなと思っております。

それから確保基金の件なんですけれども、この中で特に薬局の薬剤師を活用した
研修会という形でこの数年間は行っていただいたわけなんですけれども、もともと
在宅医療に携わる薬局というのは、実際に算定する薬局は10%にも満たなかつ
たんですが、直近のデータによりますと、何と半数を超えているという大きな
成果、目に見える成果がこの5年間の中で薬剤師会としてもいただけたかなと思
っているところでございます。

そういう意味では、この事業について、先ほどオール長野県という話で、関
会長さんからも話

がありましたけれども、その成果が薬局の中でも実を結んでいるのかなと思っております。ありがとうございました。以上です。

(関会長)

はい、ありがとうございます。だんだん増えてきたんですね。

在宅医療の皆さん、薬剤師の方にも出てきていただいてありがたいですね、ありがとうございます。池上委員さん、お願いします。

(池上委員)

今日はありがとうございました。この会議に出ささせていただいて、医師確保に関しても、いろいろな面で皆さんで考えていただいて、このような計画ができてきて素晴らしいと思うんですけども、やはり元は健康かなと思いますので、やはり受ける立場からしたら、皆さんの保健活動をしっかりして、県の中でも医師が、それこそ住民に対してというのではなくて、その数が少なくなくて済むような健康な県でいられたらいいかなというのは思いますけれども。

助産師の立場としては、この計画の中でも院内助産という、せっかく計画してくださったのどこも立ち上がっていないとか、そういうところがちょっと寂しいかなと思ったり、また助産師支援の研修会では、本当にみんなが研修を受けたいということで、419名の助産師が研修を受けているというところで、とてもうれしかったと思ったりしていますが。

いろいろな面で、これからこういうことを地域へ帰って、こんなふうに県でもやってくれているんだよということをお知らせしながら、自分たちが健康を守るような活動ができていけたらいいかなと思っています。ありがとうございました。

(関会長)

はい、ありがとうございました。ぜひお願いします。災害とか、そういうのが出ますからね、いろいろね、そういうのが確かにありますね、よろしくお願いします。

それでは今井市長さん、行政の立場から。

(今井委員)

今回、初めて参加させていただきまして、いろいろな考え方とかを教えていただき勉強させていただいたと思っております。ありがとうございます。

市長という立場からですけれども、私どものほうも実は市立病院がありまして、ある意味では長野県と同じような課題を、スケールは小さいですけども持っている。やはり医師確保ですとか、それから在宅医療への対応ですとか、訪問診療ですね、そういったものの課題を抱えていると思っております。

高齢者の皆さん、今、少子高齢化というほうが大変でして、遠くに見える病院があるんですが、やっぱり近くでないと通えないと、病院に通うことができないと、高齢者のみ世帯というのは随分ふえておりますので、そういった意味でも、地域の医療を頑張っていかなければいけないのかなと思っております。

ここにも、医師の少数地域以外でも医師の少数スポットというのがあると、まさにそういうことがあると思いますし、もう一つは二次医療圏という捉え方をしているんですけども、狭間みたいなものがあるわけですね。ちょうど今、私どもでも二次医療圏、違う医療圏の医療も担っていかなければならないというような、そういうところへどう目を向けていくか、これも一つの課題ではないのかなと思ったところです。

また一生懸命、教えてもらいながら、自分のところの医療も充実しながら、県の医療の充実、貢献してまいればと思っておりますのでよろしく願いいたします。

(関会長)

はい、ありがとうございました。では、亀井委員さん、お願いします。

(亀井委員)

患者・家族の立場から申し上げます。医師の偏在指標の中にあります、この地域の患者の発生率、受療率、これが下がればお医者さんの負担は少なくなるのかなということを考えながら、今日、会議に参加させていただきました。

受療率を下げるためには、やはり急変させない支援が大切かなというのを改めて感じております。特に小児でも在宅医療を受ける子供たちが非常に増えておりまして話題になっている、いわゆる医療的ケアにはかからないけれども、心疾患があるとか、てんかんがあるとか、アレルギーの重いものがあるといった、医療的な見守りが必要な子どもたちについても、しっかり視野から外れないように見つめていってあげないと急変してしまう。成長の中で、それから生活の中での健康管理というものを充実させてあげたいなというのを改めて感じました。そのためには暮らしの中においてくれる看護師さん、医療スタッフの方たち、コメディカルの方たちがもっと働きやすく、さらにスキルアップできるように支援していくこと、その必要性についてアドボケートしていく務めについても痛感したところです。

看護師さんだけではなくて、リハビリという言葉が繰り返し出てきておりましたが、リハビリテーションセラピストの方、薬剤師さん、そういったまさに多職種での生活の中での支援、急変させない支援というものが充実していくように、私たちも現場の声をもっときちんと上げて、より即効性のある人材育成をしていけるように頑張りたいなと思ったところでした。ありがとうございました。

(関会長)

はい、ありがとうございました。在宅の場合は特に急変ですね、一番困るのは。そのときに医療スタッフさんがすぐ駆けつける、あるいは病院に収容できると、そういうようなシステムがしっかりできていないと一番困るので、確かにそれ、よろしくお願いします。

それから清水さん、保険者協議会の立場から。

(清水委員)

公的医療保険者の立場から申し上げます。県全体としての医師の確保というところは着実に進めていかなくちゃいけないということだと思いますが、県内の各二次医療圏ごとの偏在解消につきましては、やっぱりより難易度が高いのではないかなと考えていまして、方針はもちろんでてくるわけですが、方針に沿った、その具体的なガイドラインというようなもの、これをきちんと定めながら、特にその中で多数区域の取り組みについて、本来の趣旨に沿ったそのものとなるように、統制の効く体制としていくような計画にしていかなければいけないなと、こんなふうに思いました。以上です。

(関会長)

はい、ありがとうございました。あと、大学の奥野先生。

(奥野委員)

医師の確保に加えまして、先ほどお話もありましたように、看護師の問題もぜひ考慮いただければなと思いました。

今回のいろいろな予算でも研修会等の予算を確保していただき、支援をしていただいていることは非常にありがたいなと思うところですが。

先日、訪問看護の管理者向けの県内の調査をさせていただいたところ、3つ大きく問題を提示

いただきました。一つは訪問看護師になる人が少ないという問題。2つ目が病院の看護職と訪問看護職の連携が十分にできていないということ、それから各市町村で災害時のサポートをするということになっていますが、現実には動くところまで行っていないというような、そのような課題を挙げていました。

そういう意味ではさまざまな研修会にも、こういう課題をぜひ入れていただきながら、質の向上を図っていただけるとありがたいなと思います。以上です。

(関会長)

看護職の中でも立場が違うからなかなか横の連携が取れないんですね。そういうようなことですね、ありがとうございました。

では最後に井上先生、地域医療構想アドバイザーの立場からもまとめてください。お願いします。

(井上委員)

ほかのところの県に比べて長野県はかなり現場の声を聞きながらやっていたらいいと思います。

ただ、そのときに厚生労働省の言われたような、いわゆる全体的に見て平均的にこういうふうにしたらいという数字を見せられて、そこからやっていくんじゃなくて、やはり先ほど大月部長さんが言われましたように、一つ一つのきちんとしたデータを元としてやっぱり理想のあり方というんですか、地域医療で地域の人たちを見ていくためにはどのように体制を組んでいけばいいの、国はこういっているけれども長野県は国とは違うんだ、これだけのことをやっているんだというような形で取り組んでいただけたらいいんじゃないかと。そのためには、ここにお集まりの皆様がそれぞれの立場で、理想論だけではなくて、一つ一つ積み上げていくために、現場に即した改善策なりを上げていただくのが非常に大事なんじゃないかと思います。そのくらいですね。

それと一つ、アドバイザーは4人おられるんですよ。南信で僕で、中信で相澤先生で、そして北信で竹重先生で、そして東信はいないんですけども、一応、田中先生という4つに分けたと。

場所としては4つに分かれていますので、アドバイザーがここだけで言うのではなくて、必要とされるのは調整ですから、それぞれ、中信の先生が中信の中のアドバイザーでアドバイザしても、やはり自分のところの関係があるので、ここだけの話であれですけども、できたら、アドバイザーは自分の診療圏の関係ないところでのアドバイスをするという形での作業の仕方を考えていただけたほうが、これ直接は関係ないんですけども、たまたまアドバイザーと言われたので、そのことだけ県にお願いしておきます。

(関会長)

ほかの県になると、ほかの医療圏とすると、ちょっとクールに見えるんです。

(井上委員)

そうですね。共生するにもね、そうでないと僕のところで、南信のことを言っても・・・

(関会長)

よく知り尽くしているから。

(井上委員)

ちょっと問題なんです。

(関会長)

なるほどわかりました。そういうことだそうです。事務局の皆さん、お願いします。
それでは、事務局の皆さん何かございますか、よろしいですか。
はい、それでは、事務局へお返ししますので、よろしくどうぞ。

【閉 会】