

## 奈良県地域医療等対策協議会 第4回 健康長寿部会

平成20年10月31日(金)

午後 2時00分～ 3時54分

吉田補佐： 定刻となりましたので、ただいまから、奈良県地域医療等対策協議会第4回健康長寿部会を開催いたします。私は、長寿社会課の吉田と申します。どうぞ、よろしくお願いいたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、本日の会議に御出席いただき、ありがとうございます。

それでは、まず、会議に入ります前に、御手元に配付しております資料の確認をさせていただきます。まず、会議次第でございます。一枚めくっていただきまして、座席図でございます。それから一枚めくっていただきまして、健康長寿部会の構成メンバー表でございます。以下が資料になっておりまして、資料1が「地域ケアに係る先進事例について」でございます。ずっとめくっていただきまして、資料2「中間取りまとめ(案)」でございます。資料3が「中間取りまとめ(案)に関する参考資料」でございます。資料4がこれまでの主な委員の意見でございます。以上でございます。御確認、よろしくお願いいたします。

また、これらの資料と一緒に、本日の旅費の請求書を置かせていただいております。署名、押印の上、お帰りの際に、事務局までお渡しくださいますようお願い申し上げます。なお、本日、御印鑑をお持ちでない方は用意しております返信用封筒をお使いいただき、後日、事務局まで御返信をお願いいたします。

なお、前回同様、本会議は審議会等の会議の公開に関する指針により、公開となっておりますので御協力をお願いいたします。傍聴される方、報道機関の方につきましては、先にお渡ししました注意事項をお読みいただきますよう、よろしくお願いいたします。なお、議事録は公開とし、県のホームページに掲載させていただきます。したがって、後日、テープ起こし等を行いますので、御面倒ではございますが、必ずマイクを御使用して御発言していただきますようお願いいたします。

続きまして、委員の紹介に移らせていただきます。今回初めて出席される委員の方を御紹介させていただきます。奈良県社会福祉士会理事の石井委員でございます。

石井委員： 初めまして、私、今まで勤務の方の都合で今まで来れなくて、初めて今回出席しましたが私の役職ですけれども、奈良県社会福祉士会の理事となっておりますが、これはことしの総会のところでかわりまして、今はちょっと奈良県社会福祉士会の理事ではないんですけれども、奈良県の社会福祉士会の代表としてやってまいりました。その分で、またいろいろこの委員会の中で発言していきたいと思っています。本当に初めての参加で、今まで出席できていなくて申しわけありませんが、よろしくお願いいたします。

吉田補佐： ありがとうございます。続きまして、本日の委員の出欠状況でございます。佐久間委員、広瀬委員、松永委員、栗田委員、村上委員、瀬川委員につきましては、所用のため御欠席との御連絡をいただいております。また、安田委員におかれましては、おくれるとの連絡を受けております。

それでは、ただいまから議事に入りますが、本部会につきましては、これまでと同様、奈良県地域医療等対策協議会設置要綱第6条及び第7条により、部会長が議長となることとなっております。小林部会長様、どうぞ、よろしく願いいたします。

小林部会長： 小林でございます。皆さん、お忙しいところ、時間を曲げて御出席いただきましてありがとうございます。欠席の方が出るということは、相当お忙しいのかなと思います。東京なんかですとやっぱり、この株価の影響というんですか、不景気というか、皆さん、それぞれ本当に各仕事を持って大変なものですから、こういうところに出るのも大変ではないかなとこんなふうに思っています。ですから、皆さんのここに出席いただいた時間を貴重に使えるよう頑張りたいと思います。よろしく、御協力をお願いいたします。

それでは議事に入らせていただきます。前回は当部会の検討課題である健康の保持、増進に関して、奈良県の現状について各市調査結果の照会があり、これに対して各委員の皆様からの課題や取り組みの方向性について御意見をいただきました。本日の会議では、これまで委員の皆さん方からいただいた意見をもとに、現段階における部会としての考え方を取りまとめる作業に入ることといたします。説明に入ります前に、以前、地域ケア体制の構築に関して、都市部の事例がなく、奈良県が比較的参考にしやすい長野県などの郡部の事例を研究してはとの意見が出ておりました。事務局の方で事例を探していただいたようでございますので、まず、こちらの説明をいただき、その後、中間取りまとめ（案）の検討を行いたいと思います。それでは、事務局、まず、お願いいたします。

長寿社会課長： それでは、座って説明をさせていただきます。資料1をごらんいただきたいと思います。今、委員長からもお話がございましたけれども、第2回目の委員会の際に、奈良県の参考になるようにということで、少し郡部、山間部の事例をとということでございました。地域ケアの取り組みということで、2つの事案として、本日は御報告をさせていただきますと思います。

まず、1ページ目でございますが、これは長野県の佐久市、JAの佐久病院におきます地域ケアの活動についての状況でございます。佐久市は人口が10万人余りの規模のところでございますけれども、高齢化率が24%を超えているというような奈良県よりはるかに高齢化率が進んでおる市でございますけれども、ここの病院の概要といたしまして、現在800床を超えるベッドがありまして、2つの分院も持っておられるということで、あわせまして、1,000床を超えるという大きな病院でございますけれども、病院以外に老健施設なども運営されておるということで、職員さんは1,800人を超える地域の基幹の病院になっているということでございます。ここの病院に地域ケア科というのが設置をされております。その右上のところでは地域ケア活動の基本理念と書いておりますけれども、この地域ケア科の基本理念ということでございます。「障害を持って住みなれた地域で安心して暮らせるために」ということで、その地域ケア科の活動の柱としては、在宅医療、在宅福祉という二つの柱で活動をされておるということでございます。具体的な活動の内容については、下のところに書いてありますが、17名の医師の方がチームを組んで看護師さんのマネジメントのもとに訪問診療、往診を実施をされておるという状況でございます。時間外につ

きましても24時間の体制、医師1名、看護師1名の拘束体制をとって対応されておるといふことをごさいます。また、訪問看護ステーションも設置をされておられますし、居宅介護支援事業所も設置をされて、23名のケアマネも配置をされておるといふことをごさいます。また、地域包括支援センターも運営を受託をされておるといふ状況をごさいます。また、19年度からは訪問リハビリも開始をされておるといふことで、多職種の参画によって専門性の高い援助で在宅のチームとしての支援をされておるといふ状況をごさいます。

それから2ページをごさいます、これはみつぎ総合病院を中心とした地域包括医療・ケアの実践状況といふことをごさいます。これは尾道市と書いておりますけれども、旧のみつぎ町といふ人口で8,000人余りの規模の町をごさいます。今は合併してこの市になっておりますけれども、その旧みつぎ町の時代からの取り組みとで地域ケアの取り組みをされておるといふことで紹介をごさいます。このみつぎ総合病院を中心とした地域包括システムを構築をされておるといふことで、従来から寝たきりゼロ作戦といふことで、訪問看護やあるいは訪問リハビリなどの在宅ケアに積極的に取り組んでおられるといふことをごさいました。これに加えて、この病院を核として老健施設、あるいは特養、ケアハウス、グループホームなどなどの福祉施設を総合的に併設をされて、ケアシステムを構築をしてきておられるといふことをごさいます。ハード面といたしましては、このみつぎ総合病院を中心として保健、医療、福祉の施設群をごさいます。また、ソフト面では保健、医療、福祉、介護に関係ある方が連携をとり、さらには住民も参加されて、一次予防としての健康づくり、また介護予防としての寝たきりゼロ作戦やあるいは在宅ケアの推進といった取り組みをされておるといふ事例をごさいます。奈良県では、直接的に参考になるかどうかわかりませんが、事例として御紹介をさせていただきました。以上で終わります。

小林部会長： ただいま事務局から説明いただきました件につき、御質問、御意見がありましたらお願いします。

皆さん方、両方ともよく御存じですよ。みつぎ総合病院の院長さんには、きのうの夜お会いしてまして、やっぱり在宅医療を長いことやっていらっしゃいますよね、ここ。それからもう一つの長野の方も、これも前からやってらっしゃって、ちょっと我々では、普通のところでは急にここまではなかなかいけない。しかし、一つの方向を見るという意味では大変参考になると思っておりますが、この中で現場に行かれたことは、県の方は行って来られました、現場を見に。

長寿社会課長： いいえ、行っておりません。

小林部会長： そうね、これ一遍見て来られるといいですよ。あの、各委員の先生方も、もし県庁に時間の都合があつて、その方面に行かれたら両方ともお見になられたらすごくいいと思います。

はい、それじゃあ、特に御意見、ないですか。じゃあ、こういういいのがあるといふことですね。

それでは、事務局から本日のメインの議題であります「中間取りまとめ（案）」について御説明をお願いします。

吉田補佐： 資料2の「地域医療等対策協議会健康長寿部会中間取りまとめ（案）」をごさ

ます。部会での委員の皆様方の御意見等を踏まえまして、事務局におきまして作成したものでございます。二つのテーマごとに幾つかの小項目を設けて整理しております。項目ごとの現状と課題、そして個々の課題に対する具体的な対応案、それから対応方針ということで、1から3までの数字を記載しております。1は直ちに対応すべきと考えられる項目、2は内容・方法を検討すべきと考えられる項目、3は今後、継続的に検討すべき項目ということで整理しております。資料3につきましては、資料2の参考資料でございます。なお、資料4につきましては、これまでに委員の皆様方からちょうだいいたしました御意見等を項目別に整理させていただいたものでございます。説明につきましては省略いたしますが、取りまとめの参考にしていただければと思います。それでは、項目ごとに各担当課より説明させていただきます。

健康増進課長：健康増進課の畑中でございます。それでは、資料の2のですね、私の方からは1、健康の増進保持の中の1ページ目でございます、食生活の改善、それから2ページ目の運動する人の増加について説明をさせていただきたいと思っております。

まず、1ページの方をごらんいただきたいと思います。「食生活の改善」でございますが、現状と課題はここに挙げておりますように、まず、朝食の問題が挙げられております。具体的には朝食を食べない子供が学年が高くなるほど多くなっている。また、いわゆるその子育ての世代でございます20歳代から30歳代の方に朝食欠食が多くなっているという課題がございます。これに対する対応策としましては、この右側のところの欄に記載をしておりますが、一つは食生活の改善推進員等によりまして、食育に関する地域活動支援をいたしまして、地域におけるところの朝食摂取の推進を図るというものを行っているようでございます。それからもう一つ、学校におけますところの栄養教諭を中核といたしまして、学校におけるところの食育の推進の事業を行ってまいりたいと思っております。

それから続きまして、一般的な食生活の課題といたしましては、先ほどの現状と課題の白い丸の3つ目以下でございますが、1日の脂肪エネルギー比率は非常に全国と比べて、男性女性ともに高い数値を示してございます。それから野菜の摂取量が全国平均を下回っている。それから「食事バランスガイド」の認知度が低い。食生活改善に関する利用参加者が固定されている。それから、食生活改善にかかわるボランティア等が少ないというような課題がございます。これに関しましては、全体、すべての対応案といたしましては、まず一つは、幼児期からの食育、学校での食育の推進、20代30代の食育が必要という項目に関しましては、先ほど朝食のところでも申し述べた同じ内容でございますので、説明については割愛をさせていただきたいと思っております。それから、それ以降になりますけれども、市町村、教育関係、事業所、給食施設におけるところのバランスのとれた食生活実践運動の推進というものを図ってまいりたいと思っております。これにつきましては、これまでも保健所等を中心といたしまして、いろんな関係団体にも御協力いただきながら、地域でございますとか、教育機関、それから事業所等におきまして健康教室の方を開催をいたしまして、バランスのとれた食生活の実践運動の展開を、これまでも支援をしていたところでございます。これをより一層展開をするという意味で、県の事業所が職員の生活の改善に取り組めるようにですね、関係団体と協力をいたしまして、食生活を初めとして、従業員の健康改

善に積極的に取り組む事業所の参加を広げたいというふうに思っております。そのために県を上げての運動といたしまして、県内の多くの事業所が取り組みや仕組みづくりを進めてまいりたいというふうに考えておるところでございます。そして、それに対する支援といたしましては、保健所や市町村、それからいろんな関係団体等が協力いたしまして、その食生活の改善であるとか、いろんな健康づくりに取り組むところの事業所の支援を進めてまいりたいというふうに考えておるところでございます。

それから続きまして、その下のところでございますけれども、食育の推進ネットワークというのがございます。これは現在の県のホームページ上で食育活動に取り組むところの県内の各種団体の事業の活動紹介でございます。イベントの紹介等をいたしまして、相互の団体の情報交換なりの推進を図っているところでございます。この食育推進ネットワークに参加をしていただくところの団体の増加等を図りまして、より活動の場の提供の充実を図ってまいりたいというふうに考えております。それからそのほかに、食育推進リーダーの養成でございますとか、健康に関するところのホームページの改良や県の健康増進事業の紹介の充実、それらの健康増進強化期間を設定いたしまして、市町村を初め関係機関、団体とともに運動や食事などの健康課題を取り上げまして、その統一キャンペーンを展開するなど、各種情報の提供に努めまして、食生活改善の対策を進めてまいりたいというふうに考えておるところでございます。

続きまして、次の2ページをごらんをいただきたいと思っております。2ページのところは、運動する人の増加となっております。現状と課題につきましては、これも検討をしておるところでございますけれども、日常生活に歩く習慣を取り入れ、ふだんから歩くことの機運の醸成をすること、また歩き方やウォーキングコースの紹介など、わかりやすい情報を身近な手段で獲得することが非常に大事だというふうに課題として認識をしておるところでございます。これに対する対応策でございますが、まず、歩く習慣を身につけるということの取り組みに関してでございます。委員の方からいろいろご提案がございました。例えば、通勤時に一駅手前でおりて歩くなど、またそれから日常生活の中で、運動の効果的な取り入れ方法等の開発によって、そういう日常生活の中で歩く等の習慣を身につけるという話がございました。これにつきましては、先ほどの1ページ前の食生活の改善のところでも申し述べたところでございますけれども、この県内の事業所のこの職場の中で体操とかウォーキングに取り組む等、そのような取り組みを進めてまいりたいというふうに思っております。そのために関係団体と協力をしながら、事業所の従業員の健康改善に取り組む事業所の支援をしたり、またその取り組む事業所を広げるような、先ほど申しましたけれども取り組みを行ってまいりたいというふうに考えてございます。そのことを展開することによりまして、職場におけるところの体操に取り組むところの事業所等を拡大してまいりたいというふうに考えておるところでございます。また、地域や事業所でのウォーキング等の健康事業の推進の機会をふやすということで、一つは市町村実施の健康祭り等におきまして、ウォーキング事業を開催するなど、またそれ以外に新たに地域の公民館活動や、県内事業所と連携をいたしまして、ウォーキングを初めといたしました運動等に取り組む人材の育成を図りまして、そのことによりまして地域や職場におけるウォーキング事業等の展開を拡大していきたいというふうに考えておるところでございます。

います。そのほかに保健所で地域特性に基づいた取り組みを各市町村で協力して行うとともに、学校教育で運動習慣を身につけるために展開しています「子どもチャレンジ運動」で、小学校ごとにそれぞれ取り組む運動等を決めまして、各自の外遊びの展開をしているところがございますけれども、個別の推進等を図ってまいりたいと考えてございます。

また、これも委員の方から提案がございました歩くポイント制の導入というところでございます。民間等と協力いたしまして、歩くポイント制を導入してはどうかという話がございました。これにつきましては、いろいろ調べさせていただいたところでございますけれども、現在、静岡県の例えば袋井市であるとか、愛知県豊田市、それから兵庫県の神戸市等でいろいろ今現在、まだ試行段階でございますけれども、試行されているというふうに聞いてございます。今後、これらの成果等を参考にしながら導入についての検討をしてまいりたいというふうに考えているところでございます。

その下の丸でございますけれども、歩く環境整備についてでございます。歩く環境整備につきましては、安全で毎日楽しみながら歩けるウォーキングコースを設定し、歩く環境をまず整えたいというふうに思っております。これは大きく二つのことを考えておるところでございます。一つは史跡、名所等を中心といたしました、要はその観光向けと言いますか、そういったウォーキングコースの設定が一つ、それからもう一つは日常的に市民の皆様方が身近に歩いていただけるような、いつも安心して歩いていただけるウォーキングコース、あと、いろいろな市町村等から推薦をいただいてその選定等を行っていききたいというふうに考えておるところでございます。それから、その下ですけれども、河川の親水性を生かした遊歩道の整備等も進めてまいりたいというふうに考えてございます。それから学校教育施設の開放の促進、それから新しい県民プールの建設の啓発と、それから総合型地域スポーツプランの設立でございますとか、育成支援活動の展開、それから地域におけるところの運動推進員の育成、それからスポーツ指導員の育成等、各種事業の展開をすることによりまして、歩くことや運動をするための環境整備の促進を図ってまいりたいというふうに考えてございます。私の方からは以上ようになっております。

小林部会長： はい、ありがとうございました。じゃあ、もう大体きちっと整理されていますので、これで皆さん方、各課のところの所管のところでもまず御意見があったらしていつて、それから複数の課にわたるときはまた後でいいと思いますけれども。まず、この1ページ目、2ページ目、健康の保持増進の食生活の改善、運動する人の増加ということに関連して皆さん方、御質問、御意見、ありましたらどうぞ。

今村委員： 最初に意見を言わせていただきますと、非常によくまとめていただいている、これだけでできれば本当に進むんだなと思います。ただ、この掲げている内容って今まで一度は大概議論がされている内容で、ケースとしても今までやってきている内容だと思うので、読みようによっては今までどおりと読めるところがありまして、この内容についてどこまで踏み込むかというところが一番重要なポイントだと思いますんで、ぜひ、最終的な報告書をまとめていく際には、そのどの辺まで踏み込むかという意気込みを示してもらいたいというふうに思っています。

小林部会長： はい、どうぞ。

北田委員： 今、今村委員の言われたのと同じなんです、やはりこういうものは見えるということが一番大切だと思うんですね。だから、例えばこういう食生活でもこういう問題があるんだということをみんなが自覚するかどうか、それを実際にそういうことをその自覚して、問題があるということのある一定の地域でもいいんですが、学校でもいいんですが、そういうことがモデルとしてそういうことにしっかり取り組んでいると、そういう見えるという形が一番重要かなと思いますね。それから、これは歩く習慣というんでも、例えば、この書いているとおりすればもちろんいいわけですが、例えば、一駅前に、例えば県の職員がそのゼッケンでも何でも羽織って「奈良県歩き隊」とかですね、やってもらうとか、そういう形でみんなに見えるという形が一番大切じゃないかと。だから、歩くのでも、やっぱり祭りをやってみんなで歩くとか、地域で歩くとか、やっぱりそういう見える形、だから、いろんなことを皆さんおわかりだと思うんですが、それをどう実際に実践していくか、これが一番重要じゃないかと思っています。

小林部会長： 私も同じように思いますね。ここに具体性がないんですよ。だから、どの程度やるのかという、例えば、今はこれだけやると、それをこのぐらいまで伸ばそうと言うとかね。大体、遊歩道のところのコースでも、今は何キロあると、それが倍になりますとか、何かそういう具体的に県としてこれだけのことを皆さんやりましょうよと、民間もやってください、我々もやりますからとこういう姿勢がないとなかなか動かないのではないのかなと思って、実際の計画性というのはすごく大事なんだろうと思うんです。今、御二方はそういうことを言ってらっしゃるんですね。私も同感であります。ほかに、皆さん方、この中で。はい、どうぞ、竹村委員。

竹村委員： 医師会の竹村でございます。一番初めの朝食欠食のところで、栄養教諭を中核とした食育教育ということがありますが、今、学校医が居るが、幼稚園・保育園では園医というのがいるんだと思うんですけど、そこら辺、園医とか学校医のその職務というのが、何かこう、健康診断だけできっちりしていないもんですから、もしこれをやるんだったらやるというような目標を立てて、ここの食育推進の事業の実施は、学校医であるというようなことを明確づけてくださって、教育委員会を通じて学校医に言っていただきたいし、そうしたら、奈良県医師会でも、隣に歯科医師会の先生がいらっしゃいますけど、それも歯科医師の責任の一つだというふうに、責任を持ってというふうなことを明確に掲げて県とその医師会、歯科医師会と協働でやっていければというふうなことが一つ。

もう一つ、よろしいでしょうか。奈良県には世界文化遺産が、この奈良の周辺、それから法隆寺周辺、それから吉野奥駆というところがあります。それで、地元の人はそれぞれ歩いていらっしゃるか、歩いていらっしゃらないか知らないんですけど、そこで例えば屋久島なんかだと歩くガイドというのがいらっしゃるんですけど、吉野の奥駆とか熊野というのは、ガイドをだれに頼もうと思っても、だれもいらっしゃらない。せっかく文化遺産が3つもできているんだしたら、今検定などというものはやっていますけど、県、市町村、民間などが中心で、そういうリーダーみたいな、案内するような、世界文化遺産の案内役のような、歩く案内役というのを新しくおつくり

いただけたら、もっと歩く人がふえるんじゃないかなというふうなことを今感じております。

小林部会長： はい、どうぞ。

佐藤委員： 大和高田市役所の佐藤と申します。ここの運動する人の増加というところで、歩き方やウォーキングコースなどということで、歩き方というところが少し私気になっておまして、最近ですね、高齢者の方の中に変形性股関節症だとか、ひざのぐあいが悪い、腰のぐあいが悪いという方の中には、若いころからウォーキングの習慣をずっと持っていたんだけど、歩き方が悪かったとは言わないですが、少しそれが負担になっておられた方がいないわけでもないんです。結構、本当にたくさん歩いておられて、歩く会の会長なんかを務められていた方が、今、ひざの痛みを訴えられて先生から歩き過ぎだと言われたと。で、今はかえって歩けなくなってしまったというようなお話を聞くことがございます。で、今、こちらに医師会の先生もいらっしゃるわけなんですけれども、できれば、本当に歩くということの、正しい歩き方の普及というのは、長いこの長寿の中では大事なのではないかと思うんですけれども、そのあたりも具体策として盛り込んでいただけるとありがたいと思っております。

小林部会長： 事務局の方、何か今の御発言に対してお答えはありますか。

健康増進課長： いろいろ御提案をいただきまして、一つは、目に見えるというか、わかりやすい具体性の有る計画ですね、医師会の方からもご意見をもらいました。もう少し検討させていただいてどのようにできるのかを考えたいと思います。

それと、朝食のお話で、学校医が協力できるんじゃないかという話、大変ありがたい御意見と思っております。これもまた教育委員会等と検討したいなと思っております。

それから、正しい歩き方という、おっしゃったことは非常に大事なお話だと思いますので、これについても、先ほど申しました事業で言えば、少しくちっと形では入っておりませんが、ウォーキング、2枚目の上から黒いポツの3つ目でございますけれども、地域の公民館活動や事業所でのウォーキング事業の展開を拡大と書いてございますけれども、この新たに、ここで今考えてございますのは、こういった公民館でございまして、いろんな事業所とかいろんな関係の方に集まらせていただきまして、正しい歩き方であるとか、安全な歩き方、それからウォーキング等の実施のやり方ですね、そういったことの検討なり研修なりを行って、そうした中で推進を進めてまいりたいと思っております。そういった中で一つの展開ができればいいのかなと思っておりますし、また、それ以外もあるのかどうかもう一回検討させていただきたいと思っております。以上でございます。

小林部会長： ほかにありますか。はい、田中委員、どうぞ。

田中委員： 歯科医師会の田中でございます。今、食の安全に非常に世間の関心が集まっております。この、やはり関心の深いときにですね奈良県産の、特に野菜摂取が不足していますので、諸団体等と連携を取ってですね、県産の野菜は安全であると同時に、やはりこれだけ全国平均一番ビリなんだよというようなところもですね、この食の安全にかけて大いにピーアールすることが県民の頭にインプットされる状況ではないかなというふうに思うんですね。ですから、歩くことで、この歩くポイント制の導入というのは、内容がよくわからないんですけれども、使いようによっては非常にポイントを



ためてというのが、今世間でもカードでポイント云々とかありますので、これで何かをもらうというんじゃないしに、健康という御褒美をもらうという意味では、何かここに知恵がないのかなというふうに思います。以上です。

北田委員： 今は、歩くということがかえって障害になっているんじゃないかという御意見がございました。私は、実は整形外科医なもんですから、ちょっとお答えしたいと思うんですが、確かに変形がある程度進みますと、それは痛くて歩けない。ただ、そういう方にはですね、歩くということではなしに、例えば水中を歩行するという方法もありますので、あるいはもっと、そのどういうんですか、静止した状態での運動、太極拳であるとかいろんな動きがあるんで、そういうようなものをやっぱり振り分けていかないと全部が歩けと言ったってこれは無理な話であって、そういうことですから、歩ける方は歩いていただくと、そういう意味でとっていただければいいんじゃないかと思います。

小林部会長： はい、どうぞ。

今村委員： 先ほどの歩き過ぎの件で、ちょっとコメントさせていただきますと、前回橋本委員からも御指摘いただいたんですけども、奈良県が余り歩いていないというこの数字の根拠になっているデータを見ると、全国平均以上歩いている人が結構おられるんですね。にもかかわらず、平均値が全国よりもかなり低いということは、歩いていない分がたくさんいるということで、大半の方は全国平均よりも歩いているという状態で、その人たちにもっと歩けという対策というのは、ちょっと順番としては優先順位は低くて、歩かない方々に対してどう歩いてもらうかという施策を打たなければいけない。それは野菜も肉も全く同じような状況で、食べている人はたくさん食べているんですね。で、平均値で見たら全国よりも摂取エネルギーは高いという状態にして、食べていない人は極端に食べていないので、その方々に対してどうアプローチするのかというふうに考えていくべきだし、そのように県も、今まで考えてきていただいていると思うんですが。

小林部会長： さっきの野菜を食べる方法で、実は皆さん方にお話ししたいのは、アメリカがやった施策でね、レストランで食事を頼みますと、まず最初に野菜が出てくるんですよ。野菜を食べないと次のスープにいかないんですよ。そういうことをみんな一流レストランでやってくださいとこう言って、それで、ああ野菜から食うのかと。野菜から入ると野菜がとれるということと、それから早くおなかがいっぱいになるから過食にならないと、この二つ防げるということで、実は非常にいい作戦なんですよ。それを、野菜から食べるもんだよとこういうことをやっている。

それからもう一つは、日本は温野菜で煮るというような野菜がありますね、野菜を煮るというのをよくやる。あれは繊維も取れるんだけど、特に水溶性の食物繊維をとるためには、煮野菜を汁ごと取ってしまうということがすごく実はいいんですね。だから、そういう意味では何か今回県の方でそのアメリカ式に野菜から食べるんだよというようなことをうまく、それこそ環境衛生業者さんというのは、厚生部の御友達のグループじゃありませんかね。だから、みんな奈良県の料亭さんもレストランさんもみんな野菜をまず工夫して、まずそこから食べるというようなことを県が願います、それは順番を変えるだけですからね、だからコストがかかるわけでも何でもなし、

それについてお姉さん方にお話をしておけば、こういうふうにするのが健康にもいいんだよと言えればそれで済むんじゃないのかと、そんなようなものをここで書いて、具体的に書いていくと私は工夫としてはおもしろいのではないかなと、こんなふうに思います。

それから、私一つ、まだみんな全員の方が御発言していないのに言っちゃいますが、新プールというのは何ですかね、というのをちょっと聞きたいと。先ほど、新プールのところを読んだときに、温水プールを考えていますよね。これ、温水プールなのかそうでないのか、温水プールならばこれから足の悪い人が自分の体重を支えられなくて歩く訓練をするところがないですね。そのためには、私は温水プールは相当の数があった方がいいだろうと思うんですけどね。その辺は、この県の財政もあるだろうし、みんな会員制でやれば県は少し出すだけでやれるのかもしれないし、私は東京に住んでいましたが、東京はみんな結構温水プールが多くて、区のプールが多くて、皆さんそこに行かれて、たくさん皆さん、泳ぐ人もいるし中を歩く人もいるし、もちろん子供たちもみんな使えるから、日本なんかや水がたくさんあるんだから、温水プールをもっとつくったら非常にいいとは思いますがね。このプールはところで温水プールでしょうか。

生・スポ課長： 生涯学習スポーツ振興課なんですけれども、御存じだと思うんですけども、今、大宮の方にあります県営プールですね。9月いっぱいまで営業をやめまして、これから解体に取りかかると、それにかわる新しいプールを別の場所で建設を検討しているんですけども、そのプール等の中身といたしましては、50メートルの屋外プール、いわゆる水泳競技が、大会ができる認定された50メートルの屋外プール、それから25メートルの屋内温水プール、そのほかいろんな健康づくりに使えるようなプール、水中を歩くということを目的としたプール等も今考えておりまして、そういったことで、競技大会だけをやるだけじゃなしに、まずは健康づくりということの中で、水の中で歩くあるいは泳ぐことも当然あるんですけども、そういったことで総合的な健康づくりを目指した新しい県のプールを今検討しているところでございまして、新プールというのはそういうプールでございまして。

小林部会長： それは、県で幾つできるんですか。

生・スポ課長： 県でつくるのは1つなんですけれども。

小林部会長： 競技用プールになるとお金がかかるかもしれんけれども、競技用を抜いたら、例えば、町村までは無理かもしれんけど、各市に一つぐらいつくりなさいと言ったらできないんですかね。

生・スポ課長： 既にお持ちの市町村もありますけれども、

小林部会長： そうそう、持ってるやつは温水プールで。温水プールで各市みんな一つずつつくりなさいと言ったら、やっぱりそれでもそれだけ皆さん体を動かしてもらって、医療費が減ったら、多分、そんなに大赤字のことにはならないと思いますけどね。今これから、今回の議題には出ていないんだけど、本当は老人の骨折だとか寝たきりだとか、そういうのがたくさん出るんで、これからますます、今のうちにみんな泳ぐことになれていくとかね、水の中で歩くとかいうことをやるためには、先行投資も含めて、私は各市に一つずつ温水プールがあることという目標を持って、県が出せと言ってい

るわけじゃなくてね、何か工夫でやれたらすごくいいんじゃないかなと、それぐらいの事業として盛り込んで、もう一つは歩く歩道も遊歩道もあるけれども、やっぱりそういうものを少し21世紀の時代の体を動かすためには、そのぐらいのものは私は投資をしてもいいんじゃないかなと、こんなふうに個人的には思っていますけどね。ありがとうございました。

はい、どうぞ、辻村さん。

辻村委員： 今のにも言えるようなことなんですけれども、今の50メートルの屋外プールのお話を聞いて。実は、屋外プールの稼働率というのは非常に少ないんです、低いんですよ。それと加えて、紫外線の問題で非常にやかましく言うようになってきていますので、保育園や幼稚園でも、今はもう裸んぼうで元気に外を遊び回るといようなことはすごく嫌がると。外に出るのには帽子も後ろに昔の日本軍の南方に行った兵隊さんみたいな布をくっつけてやっているような時代で、そして、県内でも各地の民間や県営の浄化センターのプールにしても、いろんな屋外プールというのは、すごく利用率が下がって廃止したりしている時代に、今、詳しく部会長さんもおっしゃっていましたが、むしろ屋内プールをつくっていかないとですね、50メートルの競技用のプールで外で競技しているなんていうのは、最近テレビを見ても国体のときぐらいで、一般にオリンピックでもどこでもね、室内プールが主流であって、屋外プールなんかつくっていたんじゃ選手の強化にも役立たないし、一般の人は使わないし、これは何のためにつくるんだらうっていう率直な感想で、お金がたかさんかかるといことであればそうかもわからんけれども、今、小林部会長がおっしゃったように先行投資としてはやっぱりこれからつくるプールは屋内温水プールじゃないといかんのではないかなというふうに、個人的にはそんなふうに思いますけれども、新プールの話は、全然僕は知らなかったから、今聞いてへえと思ったんですが、何か、せっかくだらう改ざんしていただけたらなと思いますけどね。ここで議論する話と違いますけどね。

生・スポ課長： あの、新しいプールを検討するに際しまして、県外の施設もプールもあちこち視察させていただいた中で、よく聞かれましたのが、競技用の公認50メートルのプールとしては屋内プールでやるというのは当然そういう別の使い方もできるということも伺っているんですけれども、いわゆるランニングコストと言いますか、非常に後々大変で、競技大会としての公認プールとしては、屋内というのは必要ないだらうと、屋外で十分ですよということも伺ってまして、まず真っ先にその非常にコストがかかるということがネックになっておりまして、当然、民間のコナミ等なんかでもいろいろ、屋内プールでいろいろ展開されております。先ほど会長さんの方から各市町村に一つは屋内温水プールをつくればというご意見がございましたが。

小林部会長： 私は町村までは言わなかった、市ではつくってもらったらと言ったんです。

生・スポ課長： その点は、最終的に各市の方でもなかなかしんどいというのが現状でございまして、確かに屋外プールで市町村まで含めて持っておられるところもあるんですけれども、それにつきましても老朽化して改修困難というような中で閉じられている部分が多く出てきておるだけけれども、ちょっとその辺で情けない話になるんですけれども。同時に25メートルの屋内温水を考えておりまして、そのほかに歩く専用と言いますか、

楽しみながら歩けるようなプールというようなものも検討していきたいなというふうには考えております。

小林部会長： いろんなところを見学し、よりいいものを、それからエネルギーをどうやってうまくとらえて、例えば太陽光を使うとか、そういうものを使ってやるとかいう知恵の絞りどころだと思いますので、余りとらわれずに、やっぱり21世紀の子供たちというかね、その大人たちが本当にああよかった、昔の人はいいものをつくっていつてくれたということが大切なので、そんな立派な計画をきちっとつくっても、私はおかしくないと思いますけれどもね。はい、ちょっと時間がたちましたので、今度は先にいつて、また後でこのところを御意見がありましたらいただくことにします。

次は、高齢者や障害者の地域ケア体制の構築と。

障害福祉課長： 済みません、資料の3ページにですね、資料2の3ページでございますが、障害者のスポーツの参加促進という面がございます。健康の保持増進につきましては、今御議論いただきました食生活の改善であるとか、運動する人の増加というようなことが障害者にとっても共通に重要でございますが、ここでは、障害者のスポーツ参加ということで、そういう視点からまとめさせていただいております。左の欄の現状でございますけれども、これは前回の委員会でもちょっと御報告させていただいておりましたが、参加状況は定期的、週一回以上に参加している障害者は余り多くないということ、それから利用する施設はほとんどが公共施設であります。そして、スポーツ等への意識については、何のために行うかということと健康のため、そして現在スポーツをしていなくても今後やりたいと思っている障害者が多い。それと、障害者は健常者と一緒にスポーツをすることを望む障害者が多い反面、その一番下に書いておりますように、障害者スポーツを支援するボランティア活動への参加に関する県民の意識が低い。だから、健常者の方が障害者と一緒にとか、協力してとかいう意識は低いということの現状でございます。右の欄がそれに対する対応でございます。公的な公共施設を利用するところがほとんど91%ということで多くございましたので、障害者が利用できるスポーツ環境の整備を進める必要があると考えておりました。やはり県立スポーツ施設がまだバリアフリー化ができていない面は、ハード面の整備促進をしていく必要があるだろうし、利用規定等の見直しが柔軟にできるような感じで検討していきたいと。そして、来年度は障害者長期計画2005の見直しの時期でございますので、その中でも徹底的に検討していきたいなと考えてございます。

その次の新プールについては、内容検討につきましては、障害者も使えるようにということで、スロープであるとか床が可動式ということも、それから更衣室についても家族で使えるような更衣室というようなことも一応お願いしておりました。来年度に御検討いただくことになっております。

それから、県と市町村が協力して障害者と健常者がともに参加できるスポーツ大会、健康づくりを目的としたそういうイベントを検討していきたいと思っております。

それから、総合型地域スポーツクラブ設立というのは、先ほどありましたがそういうことも進めていきたいと。それから障害者のスポーツ参加に協力する人材、先ほど言いましたように、健常者は余り障害者と一緒に協力して参加しようとかいう意識が低うございますので、既に障害者スポーツ指導員というものを養成しておりますので、

その方とかボランティア参加可能者の名簿を市町村等へ情報提供して、健常者と一緒にスポーツのできる機会をふやせればなと思っています。それから、体育指導員の指導員協議会や体育事務担当者会議との連携によって運動スポーツや健康づくりの指導者を養成してまいりたいと。

それから、その次の障害者にスポーツ情報の提供でございますが、障害者が利用可能なスポーツ施設であるとか、教室であるとか、そういうことの情報を一覧としてホームページで情報提供していきたいと考えてございます。それから在宅の障害者の健康づくりの手法でございますが、これについては、保健所の保健師、栄養士等による障害者の健康づくりについての、要請がありましたら出前講座に行ってお話しする、それから相談の実施というようなことを考えてございます。以上、簡単でございますが、障害者のスポーツ参加ということでお話をさせていただきました。

小林部会長： はい、それからその次にいきましょうか。

長寿社会課長： そうしましたら4ページでございます。ここから高齢者や障害者の地域ケア体制の構築ということでございます。まず、高齢者の地域ケア体制の構築についてということでございます。先に現状と課題のところから説明をさせていただきますけれども、まず在宅復帰、在宅維持に向けた基盤整備の充実ということでございます。これに関して現状と課題ということでは、在宅での医療体制が不十分であるとか、あるいは家族介護力が低下し、また独居高齢者などに対する見守り体制が不十分、また見守りなどの社会的な資源の発掘あるいは整理が不十分といったこと、これに書かれておりませんが、地域密着型サービス等による、地域で高齢者を支えるための基盤も不十分であるといった現状がございます。その下のところに数値が書いてありますけれども、在宅支援診療所の数が全国と比較しても大変下位にあるということ、また小規模多機能型居宅介護事業所の数につきましても、全国と比べると低位にあるということでございます。

次の5ページでございますが、現状と課題について説明をさせていただきますが、医療等と介護の連携の強化の現状課題ということで、医師とケアマネージャーを初めとして、多種職協働による連携が不足しておるといったこと、さらには行政の取組の課題ということで、地域包括支援センターでのケアマネジメント等が十分でないといったようなことが挙げられております。こういった現状と課題を踏まえた具体的な対応案ということでございますが、これにつきましては資料3の方で説明をさせていただきたいと思っておりますので、こちらの方をごらんいただきたいと思います。

まず、資料3の1ページからでございます。1ページにつきましては、高齢者の地域ケア体制の構築を考える際の参考ということで、高齢者の生活の場、居場所について、整理をさせていただいた資料でございます。元気な高齢者はもちろんでございますけれども、介護を必要とされる高齢者の方、そしてまた医療を必要とする高齢者の方がおられるということで、これが奈良県においては、高齢者全体がおよそ31万人おられるという状況がございます。で、元気な高齢者の方はふだんここに書いておられるような場で、自宅はもちろんですけれども、外に活動的に出ていっておられる高齢者もおられるということ。また、介護を必要とされる高齢者につきましては、在宅でおられる方はデイサービスののようなものの利用ですね、介護を受けておられる方、ある

いは施設に入所されておられる方、あるいはグループホーム等でおられる方ということで、この介護を必要とされる方は奈良県においては現在約5万人という状況でございます。で、その右側の医療ということで、医療を必要とされる方は病院に入院されておられる方もありますし、また、在宅で医療のサービスを受けておられる方もおられるということでございまして、現在この医療を受けておられる高齢者の方が4万人といったところでございます。こういった高齢者を総合的に支えるものとして、地域包括支援センターがあるということでございます。医療介護を必要とする高齢者をどのように支えるかというところで、この地域ケア体制を考えていく必要があるということでございます。

2ページでございますけれども、モデル事業で取り組んでいる内容について示させていただきます。医師との連携、あるいは多種職参加・協働、あるいは社会資源を有効活用して、具体的にどのようにしていくかといったところが、検討を進めていくところをモデルとして現在取り組んでおるというところでございます。具体的な対応ということで3ページから具体的な対応案ということでございますが、まず一点目が、推進体制の整備についてでございます。推進の基本的な考え方としては、モデル事業の取り組みにより成功事例を創出して他の市町村へ展開をしていくという考え方で進めていってはどうかということでございます。進行管理ということでは、部局横断による進行管理ということで、既存の組織なども活用しながら部局横断による連携を進めていくということでもあります。

次に4ページにつきまして、まず基盤の整備ということでございます。一つ目が在宅診療の充実ということで、在宅支援診療所への参入を促すなど、在宅診療の必要性を求めていくということでございます。また、住民などに対しては、在宅診療が可能な医療機関などの周知も努めていってはどうかということでございます。在宅支援診療所につきましては、先ほど説明しました横に書いておりますけれども、それを県としては全国平均を上回る数字まで持っていきたいと思っております。

次に、訪問看護の機能強化ということでございますが、潜在看護師の掘り起こし、あるいは確保のための支援を初め、訪問看護サービスの機能強化を図っていくということでございます。

次に、介護サービス基盤の整備ということでは、特養などの介護保険施設とバランスのとれた基盤整備ということで進めていくとともに、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスなどについても充実を積極的に図っていくということでございまして、現在、介護保険の第4期の計画を策定中でございますけれども、その目標達成に向けて取り組んでいくということでございます。

4点目が社会資源の発掘ということで、配食サービスやあるいは見守りなどの社会資源を発掘して利用しやすい環境の整備を図るということでございます。

次に5ページでございますが、ここは医療と介護の連携についてでございます。まず1点目として、地域包括支援センターの機能強化でございます。このケアの中核拠点としての役割が期待されているわけでございますけれども、研修などを通じまして体制を強化をしていくということでございます。

2点目が、医療と介護の連携の研修会等の実施ということで、医療機関と介護関係

者による合同研修の開催や、あるいは医療知識や介護知識に関して相互理解を深めるための取り組みということでございます。

それから3点目が、医療と介護の連携ツールの検討ということでございますけれども、情報の共有化を図れるように、情報カルテなども共通のフォーマットによってそれを活用方法等の検討をするということでございます。

それから人材の確保でございます。人材の定着支援、さらには潜在的な有資格者などに対する就労支援など人材の確保に努めるということでございます。

次に6ページでございますが、モデル事業による具体的な取り組みということでございますが、まず、モデル事業の継続的な支援ということで、今年度からモデル事業として取り組んでおるわけでございますが、在宅復帰を目指すカンファレンスの充実や見守りなどの社会資源の整備・活用を図れるように県の職員を現場に派遣して成功事例の創出を図るということでございます。

また、スーパーバイザーの配置ということで、医師であるスーパーバイザーを配置してアドバイス、助言を行うということでございます。

それから、ネットワークについてでございますけれども、医師会、歯科医師会、民生委員など、関係機関からのネットワークを整備してこの密接な連携のもとに支援体制を構築してケア体制を推進するということでございます。

それから最後、7ページでございますが、これはモデル以外の市町村への展開ということでございます。これにつきましては、まず1点目は意欲ある市町村への支援ということで、取り組み意欲のある市町村に対して必要なアドバイスを実施をしていくということ、さらには県下の市町村への展開ということも必要ということで、市町村、あるいは地域包括支援センターを対象とした事例検討会を実施して、モデル市町村における取組の状況とか、その課題等を紹介して市町村への取組を促すということでございます。また、加えまして、市町村と地域包括支援センターなどと一緒に課題研究などを行うとともに、先進地等への視察等も進めているということでございます。県下の全市町村において医療と連携した地域ケアシステムをすべて実施できるというのを目標として進めていきたいと考えております。これらにつきましては、直ちに対応すべきものというふうに考えております。以上でございます。

障害福祉課長：失礼します。6ページをお開きいただきたいと思っております。資料3の6ページでございます。済みません、資料2の6ページです。「障害者の地域ケア体制の構築」というタイトルをつけております。障害者施策の大きな二つの施策の柱といたしまして、地域生活への支援、あるいは障害者の就労支援と、その大きな二つを柱として現在も進めておるところですが、現状はちょっとまだまだ行き届いていない点がございまして、住みなれた地域での支援を望んでいる障害者が多い。また、地域生活の受け皿となるグループホーム等の整備が必要であるけれども、その事業者数が伸び悩んでいる。そして、障害者が地域で安心して生活するためには、相談支援事業の充実が不可欠でありまして、その中核的役割を果たす地域の自立支援協議会の役割は重要であるけれども、未設置の市町村が7市町村ございましてということ。それから就労の面では、就労支援事業の指定事業者数は、近畿府県においては平均的な位置にございまして、その下の工賃の月額が全国平均を大きく下回っておりまして、18年度では全国で43位、

全国平均1万2,222円に対して、奈良県は9,861円とかなり低い値でございます。19年度の速報が出ましたが、これについては全国が、ちょっときのう入手したところでございますので、1万2,600円が全国でございます。そして奈良県が1万990円ということで、18年度43位から37位にはなったものの、まだ全国平均を下回っているような状態でございます。それらを踏まえまして、どういう対応をとるかということでございますが、右の一番上に圏域ごとに総合相談拠点を設置と書いておりますが、やはり市町村によっては財政力も弱いし、人的にも不十分な部分がございますので、市町村の不十分な相談支援体制をバックアップする意味もありまして、圏域に大きな一つの総合相談拠点というのを一応目指しているところでございます。それから、グループホームがなかなか開設できないということでございますので、法人等が開設する際に、何かその支援ができないかというようなことも考えてございます。ちょっと、目標値というのは奈良県障害福祉計画に挙げている平成23年度末でございます。入所施設から地域移行する者の数が156人ということで、18年入所者の約1割を想定しておりますが、ちょっと現状はまだ、今年度、障害福祉計画第2次計画等を作成することになっておりまして、その作業をやって今、実態調査を進めているところでございまして、19年度の状況はちょっとまだ把握できていない状況です。それから、障害者の権利擁護推進のための専門相談、研修を実施していきたいと。御存じのように、大橋製作所の事件というようなことを踏まえまして、知的障害者の事業所でございますけれども、年金等の横領の事件もありましたので、その権利擁護のための施策を推進していきたいなと思っております。

それから次に、就労の関係でございます。現在、NPO法人が6月に立ち上げることができまして、そこをお願いしまして、専属コーディネーターに事業所に入っただいて各事業所に対する工場への支援とかをいただけるようにする、これも順次やっていきたいと思っております。

2番目には、一般企業等への就労におけるジョブサポーターの派遣ということで、やっぱり実習生と企業の間に入ることで円滑な実習をサポートしていきたいということです。それから、県庁内で全庁的に障害者の就労促進のための全庁的な会議を設けておりまして、実行計画はおくれておりますが、今、定位策定に向けて努力しているところでございます。

次の7ページをごらんいただきます。医療等との連携というところでございます。現状は、障害者が地域で安心して生活するためには、医療サービスの提供が不可欠な場合が多々、重度の場合等でございますが、そういう場合があります。それから現状では医療サイドと福祉サイドで互いの制度と仕組みが十分に理解されていない面があり、それでケアを必要とする障害者等についての情報の共有が図られていないのではないかということがございます。それで、右の対応でございますが、医療従事者等への研修の場の確保、医師会等の御協力も得て、何とかやっていきたいと思っております。

それから、先ほど申し上げました各圏域ごとに、総合相談拠点というのを設置を考えてございますが、そこでやはり保健医療等との機関との連携もお願いしてまいりたいなと思っております。それから地域自立支援協議会等への医療従事者、今は医療従事者は



入っていませんけれども、その参加の検討もあわせて行いたいなと思っております。私からは以上です。

保険福祉課長： 保険福祉課の松原でございます。資料の方は7ページの一番最後のところなんですけれども、ちょっと説明に入ります前に、前回以来、高齢者や障害者の地域ケアの体制に構築に関しての利用病床の目標値の設定についての課題がございました。その進捗状況についてでございますけれども、御承知のとおり6月に県外の療養病床の入院患者についての調査を実施いたしまして、その結果について8月19日の第一回の部会で御報告をさせていただいたところでございます。この6月の調査の方は、病院側と言いますか、供給側からの調査ということでさせていただいております、その反対側と言いますか、患者さんとか家族の利用者側の情報収集を少しする必要もあるかなと考えてございまして、今般、ちょっと患者、家族に対する調査を補足というような形で実施をすることにいたしております。この今回の調査とお示ししております6月の調査結果をあわせて、より厚みのあると言いますか、調査結果とすることにして、目標設定の参考としていきたいというふうに考えてございます。従いまして、利用病床の目標値の報告につきましては、もう少し、申しわけございません、御時間をいただきたいというふうに考えております。よろしく願いいたします。

それでは、資料の方に戻っていただきまして7ページの一番最後のところでございます。療養病床転換後の高齢者医療提供体制の構築というところでございます。療養病床関係の進捗状況につきましては、今、御説明したとおりでございまして、まだ目標数の方は決まっていない状況ではございますけれども、一方で、平成23年度末には介護保険、介護療養病床の方が制度上廃止されることになっておりますので、今後、その療養病床の転換というのは、多かれ少なかれ実施されるという状況かと思えます。このため、県といたしましては、転換に際しまして適切な医療介護等が受けられない方が発生しない体制というのを考えていく必要があるとこういうふうに考えておるところでございます。そういった観点から、この部会においてもいろいろ御意見をちょうだいいたしまして、中間取りまとめ案といたしましては、横に書いておりますような二つの点について挙げさせていただいております。1点目が在宅医療提供体制、療養病床転換後の受け皿としての在宅療養を推進することから、在宅医療提供体制についての県下の状況というものがなかなか明らかになっていないということでございます。従いまして、在宅療養、訪問看護に関する実態調査の実施、それとその結果を踏まえて在宅医療、訪問看護実施機関にそのを考えておりますところについては、直ちに実施すべき項目ということで1番ということにさせていただいております。

それからもう一つ、御意見を先生方から頂戴いたしました終末期医療のあり方を考える必要性についての県民への啓発ということをお願いしております。これにつきましても、今後詳細な検討が必要となるだろうと考えておりますけれども、重要な課題ということでございますので、3番、今後継続的に検討ということで2項目挙げさせていただいております。その下の3つ目の介護サービス基盤の整備については、先ほど地域ケア体制のところの説明させていただいたものを再掲させていただいたところでございます。以上でございます。

小林部会長： これで事務局、一巡しましたかね。はい、どうも御苦労さまでした。それでは、先ほどの続きをお願いします。資料でいきますと3ページからですね。障害者のスポーツ参加促進のところから、どうぞ。御意見がある方、どうぞ。

その3ページと言った途端に入りにくければ、ほかのページでも構いません、3ページ以降、7ページまでのところで。この後半になると一番大きいのは、医療と福祉の関係、それから障害者関係というところがたくさん量があると思いますが。はい、どうぞ、今村委員。

今村委員： 高齢者も障害者も在宅福祉の充実が喫緊だと思うので、それを大分重点的に書いていただいているのは、大変ありがたい話だと思うんです。その上で、今、モデル事業を取り組んで、集中的にやっていこうという御提案だと思うんですが、モデル事業をやってその成果を待っている間にどんどん高齢者がふえていくと思うので、その成果を還元するまでのタイムスケジュールが非常に厳しいと思うんですね。ですから、モデル事業もやらなければいけないけれども、現実にはヘルパーさんなり在宅医療を支援してくる皆さんを全力で確保しにかかれないと、破綻していく危険性が高いと私は思っていますので、ぜひ、そういうところに配慮して計画を進めてもらいたいと思います。

小林部会長： わかりました、今のこと。すごく大事なことなんだよね。普通だとモデル事業をやって、そのモデル事業を見て各市町村にだんだんやってもらうというのが普通の筋なんですけれども、今回の場合には、もう療養病床を減らすんだというのがもう一方にありますから、実はあんまりのんびりできないんですね。だから、モデル事業が今、これ幾つなんですか、数は。

山中次長： 来年度は一つです。

小林部会長： いや、だからそこをね、一つではなくて、例えば県が4圏域に分かれるなら、少なくとも4市町村ではやらなくちゃいかんだろうというような感じはするんだけどね。それじゃあ、その辺はどうですかね。

山中次長： 人材確保の問題とか、今、御指摘がいろいろありましたが、また、事務局の方の報告からもあったんですけれども、ちょうど今、介護に関しては第4期の計画の策定作業をやっているという中で3年を一つの周期にするということの中で、今ある課題を直ちにやらなきゃならないような課題については、そのところはやっぱり当然、計画の中に位置づけて計画的にやっていかなければならない。おっしゃっているように包括ケアというようなことが、我々はそこを在宅中心ということで力を入れていますが、やはり施設でありますとか、やはり必要なものの基盤整備をやっていかなきゃなりませんし、その辺は計画の中に位置づけて、さらにその部分で賄えないところについて地域で見るといような形について、そこをどうフォローしていくかというような観点でやっていかなければならないのかなと思っていて、今一番問題になっています人材の確保についてもですね、ちょうど今、来年度の予算の要求の編成時期でもありますので、何らかのその確保をする方策と言いますか、県から直接人を養成するという、そういった事業をそのままやるということはこれはできませんので、いわゆるその定着を、離職率が高いとかいような問題がありますので、いかにそこを防いでいくのか、あるいは人材のキャリアアップについてどう手助けしていくのか

とか、そういった観点で来年の予算として考えております。そういったことで、計画の見直しにも当たっておりますので、現在進行中の事業と並行してやっていきたいとこのように思っております。

小林部会長： よろしいですか、はい、どうぞ。安川さん。

安川委員： おくれてまいりまして、済みませんでした。医療にせよ、今、御指摘のとおり、医療にせよ介護にせよ、つまるところ人をどう手配する、確保するかという問題がまずあってですね、それがこういう資料3にのる書かれていることをお立てになっているのはもちろん当然だと思うんですが、例えばですね、この資料3の4ページのところに、訪問看護の機能強化というのがありますね。これを読むと在宅の医療提供に関して訪問看護も必要だから、潜在看護師の掘り起こし等を含めてやろうと言うんですが、さっきの今村委員のお話とのつながりですけど、実際、どうやってやるかっていうアイデアがですね、どの程度今あるのかというのが実は結構一刻を争うことだと思います。で、同じことはその下にある社会資源の発掘もそうで、例えば、社会資源の発掘がなかなか難しいので今困っているわけですが、じゃあ、発掘するっていうけれども、実際にどういう手だてを考えられるのかっていうことを、実は結構真剣に考えないとまずいんじゃないかなと日ごろから思っていてまして、例えばですね、今、看護で言うと、今までなかなか家庭に入っていて、これから子育てが終わってもう一回再就業をしようとしても、なかなか病院の機能がどんどん、どんどん高まっているので、看護師さんがなかなか病院にすぐ戻れない状況があると。そうすると、これ神奈川県の方で今主にやっているんですけど、在宅看護師みたいなものを、自分たちでボランティア組織でつくっちゃおうという流れがありましてね、病院には戻れないけれども、ある程度技術を持っていて、家庭でちょっとした在宅ケアならできる、そういう人たちが一種の開業看護師のような形を、スタイルをとって、できるだけ近所の人を訪問してケアするような動きがあるんですけど、例えばそういう人たちを奈良でも掘り起こすとかっていうのも一つあるかもしれないし、例えば、その下の4番で言えばですね、県立高校の生徒さんにこういうボランティアをしてもらって一つのカリキュラムみたいなのを一個一個つくって、それをとると単位をあげるとかっていうふうにするとかですね、何か具体的なアイデアが幾つか出てくると、それを見ながら、これは実現可能性が高いねとか、ちょっとこれは難しいねという議論がここでもできるんじゃないかなと思うんです。その辺、もし何か既にお温めのものがあれば、ちょっと教えていただけると私自身も参考になってありがたいんですけども。

長寿社会課長： 今のいい御示唆、ありがとうございます。ぜひ、また神奈川県などのそういう例を調べてみたいと思います。看護師なんですけれども、例えば、介護あるいは障害の内容について、看護師の方が十分に情報として持っておられないといったようなことも少しあるといったことを聞いていまして、そういう要請の段階からそういったこともしっかりと情報として提供して、介護あるいは介護の内容についての理解を求めていくというのも一つではないかなという気は、そんな議論も中ではしておるんですけども、おっしゃるように潜在の看護師さんを発掘するやり方についても、具体的にどうしていったらいいかということは、確かに課題になっておりまして、ぜひいいアイデアをもっといただければ、積極的に取り組んでいきたいなと考えておるところで

ざいます。また、県立高校のその今のヒントをいただきましたので、そういったことも中では十分議論をさせてもらいたいというふうに思います。

小林部会長： はい、どうぞ。

竹村委員： この奈良県の中にも訪問看護のステーションの部会というのもございます。それで、ここにもその関係していらっしゃる方がいらっしゃると思いますけれども、奈良県の訪問看護の実施率というのは全国で最先端、かなり進んでいるというふうなことをその会でも言われています。それで、特に訪問看護ステーションのその立つ要件というのが、常勤で2.5人でできるということなんですが、訪問看護ステーションとの連携というのと、かなりうまくは県内ではいっていると思うんです。だけど、

小林部会長： それは、医師会の先生方と。

竹村委員： ええ、医師会の僕たちと訪問看護ステーションとの連携というのは、大変、うまくいっているし、もう少し末期になったりしますと、きょうでも、僕の自分のことなんですが、訪問看護ステーションの人はきょうも点滴に行ってくださいまして、もし何かあったら携帯に入ってまたすぐ看取りに行かなきゃいけないっていう人が何人かいると思うんですけど、特に国の政策が悪いと言ってもいいんでしょうか、7対1看護ということで、ほとんどの病院に手厚いというようなことで看護報酬とか医療報酬がつけられまして、訪問看護で実際働いていらっしゃる方というのは、さっき安川委員もおっしゃったように一たんやめてリタイアしてという方、それから新しく自分で事業所を開設するというようなことでおつくりになったんですけれども、訪問看護ステーションに対する看護協会というんですか、それから看護連盟という政治連盟何かが、もっと真剣になって在宅を勧める以上は訪問看護に手厚くなるようなそういう政治的にもっと、診療報酬的にもっと、それから介護報酬的にもっともっとオープン、ここを動かしたらいいんでしょうけれども、奈良県の実績でも、奈良県の看護協会が訪問看護ステーションに対する訪問看護の研修とかやっていますし、年々受講者が少なくなっている。本当は在宅がもっとこれだけ言われているにもかかわらずお受けになる方が少なくて、看護師の資格を持ってらっしゃったら全部大病院、東大病院とかそんなところにどんどん、どんどん吸い上げられてしまって、自分たちでそういう看護師の地位を高めるためのそういう政策誘導的なものをおこなうながら、本当は訪問看護勧めなきゃ、在宅を勧めなきゃいけなかったら、もっとこっちに手厚いような施策を、僕がこんなことを言っちゃいけないんでしょうけど、やらなきゃいけないのではないかと。

小林部会長： わかりました。先生に言われて私も今初めて聞いたのは、要は訪問看護ステーションが大事、それをやらないと在宅医療が進まない、みんなそこはわかっていないのですね。だから、それを邪魔しているのが保険局の点数で、いわゆる大病院と専門医療機関がナースをたくさん入れてやれば点数が高くなるという仕組みをとったことがけしからんと。ということは、看護婦さんはもうそこをついたということなんです、現場で言うと。そういう感じになってね。

竹村委員： すぐまたおやめになって、

小林部会長： そこは先生、もうちょっと何かデータがついていると、厚生省の中でけんかが起きるわけですよ。だから今、何かそういうデータがあると私が持って行ってこういうふ

うだよと、だからもう現場ではこんな状態なんだよということを言えるとね、いいし。

竹村委員： 奈良県に今、この4疾病5事業のこの中にも訪問看護ステーションを協議する協議会というのがあります、私、そちらの方に出ておまして、そこで奈良県の訪問看護ステーションのいわゆる実績というのが全国に比べて非常に優秀なところというふうなことを聞いてびっくりしたんですが。

小林部会長： ここには出てこないね。

竹村委員： ここに載せてくださればいいと思うんですけども。それと、多分、部局は知ってらっしゃるとは思うんですけども。それとあとは、もう一つ言ってみましたら、ここに一つありましたよね、さっきからよろしいですか、僕ばかりしゃべっていて、4ページですね、資料2の4ページの65歳以上の県の在宅療養支援診療所の数が全国に比べて少ないという、

小林部会長： 少ない、はい。

竹村委員： 少ないというのは、これはあくまでも、以前の社会保険事務局ですね、今、近畿厚生局の奈良事務所への届け出がこういう点数を取りますと在宅の1回の訪問診療だよ、それから在宅末期のそのとき看取りをするとかなり高い点数が取れますという、点数を取れますよという届け出なんであって、これの0.29に行っていないところでもちゃんと往診をしてらっしゃる医療機関であるとか、訪問診療をしてらっしゃる医療機関は多くあると思います。同じことが後期高齢者医療制度という、後期高齢者診療料という高い点数を厚生労働省は設定なさいましたが、それをそんなことまでして高い点数じゃなくて、従来の方針とか訪問診療の安い点数でうちはいきましようという、そういう何て言うんですか、コンセプトに基づいてあえてとらなかつたという医療機関もあると思いますので、このことだけで、

小林部会長： じゃあ、先生それは、今、あると思いますのが、ありますのでとそう言っていたくすとすごくいいんですけども。

竹村委員： ありますので、医師会の一部ではそんなのはとらないでおきましょうというように、後期高齢者医療制度、それから在宅療養支援診療所に関しましても、それぞれこういうのをやりますということを文書で交わして、そうでないと取れないというふうな以下点数用の解釈があるもんですから、そこまで、文書まで患者さんとの間でそんなの、文書なんかいらねえだろうということで、今までどおりの従来の安い点数でいきましようという医師会、地域医師会がありますので、このことだけで奈良県の医療機関は在宅診療をしていないというふうに決めつけないでいていただきたいと。

小林部会長： そうすると、ここに書いてあるそのページの一番上のところに、在宅での医療体制が不十分と書いてあるけれども。

竹村委員： 不十分というのは、

小林部会長： 何を十分とするかによると、言い方の問題かと。

竹村委員： 何が不十分か、ちょっと僕はわからなかったと思います。

小林部会長： 県の方、今の話、わかっているこういう表現になっているの。

長寿社会課長： 実数としては、やはり65歳以上1,000人当たりの在宅療養支援診療所数としては、やっぱり少ないという状況としては幾らかあるという、それをもって不十分という、そういう意味合いとして記載はさせていただいております。少し補足させてい

ただいてよろしいでしょうか。先ほどの、その訪問看護ステーションの関係でございますけれども、今、竹村委員さんから御指摘いただいてですね、奈良県の訪問看護ステーションの実施率が非常に高く、全国一ということで、その分について、第2回目の委員会の際に資料としてお示しをさせていただいて、要は自宅での死亡される割合というのは、奈良県は全国一番と。で、訪問看護ステーションの利用実数も非常に高いという、そういう実績があるということで、これは平成17年の時点のデータでございますけれども、第2回目の委員会の際の資料の中にはそれをつけさせていただいております。あと訪問看護ステーションの潜在の看護師さん等の掘り起こしが必要とこのことでございますけれども、県内の訪問看護ステーションは規模が小さいといったようなことですね、前々回の委員会でも、本日欠席でございますけれども、栗田委員からそんな意見がございまして、できればその県内の訪問看護ステーションのネットワーク化というものをうまく図っていけないのかなといったような、そういった取り組みもできるようにちょっと前向きに考えていきたいなという、そんな思いで今考えておるところでございます。

小林部会長： はい、どうぞ。

今村委員： ちょっと、先ほどの在宅支援診療所の件について、追加で説明させていただきますと、この取得条件、結構厳しくてですね、通う先生は実際一人で御家族でやっていたら、年じゅう全く休むことができないような宣誓書を書かないととれないという状況でして、特に小規模に地道にやっていらっしゃる先生方にとっては、なかなかとりにくいものだという状況があります。

小林部会長： 医療機関の話ね、それはね。

今村委員： 医療機関の側ですね。だからこれがそのまま在宅医療が不足しているということに直結するものではないと思いますが、ただ、私、不足するという意見を出したんですけれども、それはその、平成18年に比べて、平成24年は老人の数が1.3倍にふえるんです。ですからその、今の時点で18の時点で充足しているという話とですね、24年に足りるかという話を考えたら1.3倍を診れるだけの余力があるかどうかと。私はもうしんどいと思います。訪問看護ステーションも診療所もしんどいと思っております。さらにもう5年たつと今の1.5倍にふえますんで、これは一時的なものというより20年間それで続きますので、明らかに耐えられなくなるというふうには私は思っておりますですね、この事例としては余りよくないのかなとは思ったんですけれども、その状況としては追い込まれているというふうには思います。

小林部会長： そうですね、ちょっと表現がね。わかりました、はい。ほかにどうぞ、今のところじゃなくて、今のところは大体問題点がわかりますので。はい。

辻村委員： 4ページのこの基盤整備の充実というところに関係するのかなと思うんですけれども、特に介護の分野における人材の確保と養成というのは、非常に重要な、また緊急な課題になっているんですが、人材確保と養成という意味では、国の方もその養成という視点から言えば、キャリアアップの体制整備とかいろんなことが出てきていまして、非常にいろんな資格をとる、例えばホームヘルパーの3級はなくします、2級の課程の時間は減らします、1級と2級もあわせて非常にレベルが高くなっていっているんです。それは、いわゆるケアの質の高さとか質を担保するという意味

では非常に必要なことだと思いますが、だから非常に反対もしにくいんですけども、ところがそれが進んでいきますと、非常にずんどう型の人材養成の、ずんどう型と言いますか、入り口が非常に狭くなりましてね、もっとすそ野を広げるという体制を整えていかないと、つまり確保のところなんですけれども、門戸を広げないともう入り口で狭めてしまっているという傾向があるんですね。片一方でというか、今、認知症ケアサポーター100万人養成か何かやっているじゃないですか。それは、いろんな講習会とか研修会とか講演会とかに出てちょっとそういう話を聞いたらゴムのリングをつけてサポーターだというふうな意識を持ってもらおうということですからすそ野を広げるために、これは重要だし、結構機能しているんじゃないかなと思うんです。同じような意味で言えば、介護サポーターというような運動を広げて、すそ野をもっと広げてもらおうと。で、そういう何か関心を持って介護の世界、あるいは介護ということに関心を持つ人をふやしていかないとですね、もう介護はえらい専門の話で、一定の研修を受けた人でないと携われませんよみたいな話になってきますと、どんどん、どんどん人が人が少なくなっていくと。だから、確かに質の高い人たちももちろん必要ですけども、もっと気軽に参加できる人たち、実は施設などでもボランティアでかかわっている地域の人たちがたくさんおられるんです。だけど、その人たちが実際にもヘルパーの活動をするとかっていうことになるときちっとヘルパーの養成講座を受講してくださいと。それは、かなりの時間でとてもじゃないがそんな時間はないですわというふうなことがあって、だから、もっとそのすそ野を広げるという意味で、4ページの見守り等のインフォーマルな社会資源の発掘、整理が不十分と、まさしくそうなんだと思うんですが、それはもっと気軽に参加できるシステムをつくっていくと。国は一つの資格ということではいいとして、もっと県レベルや市レベルでは、プライベートというか、これ以上こうしたら施設にもっとかかわっていきましょうよというふうなものを広げておくということがすごく大事で、今、質も大事ですけど、とにかく量が足らなくなってきました。量を確保するという、その入り口を広げる施策というのか、アイデアをぜひ前に出していく必要があるんじゃないかなと思っっているんですが。

小林部会長： ありがとうございます。私も大変よくわかる話で、確かに国の施策の立場だと団体交渉になってくると、その職種の人たちが特にその上の人たちは自分たちの全体の価値を上げるために専門性の高いものを言っている。ただ、実際の現場はそうではなくて、それ以外の関連の職種の人やなんかの助けがないと実態はいかない、これ、一番わかりやすいのは病院の看護で、正看と准看の問題によく考えるとわかるんですけども、結局、全部がそうやってハイレベルの人だけが必要なわけではないんです。だから、そこが中央集権のやる政治家と、現場でやるというのではまたそこが違って私はいいと思うので、そこは奈良県は奈良県でそういう、高いのもいいけれども、それに届かない人でも人にサービスができる、福祉のサービスができるという人に対して何とか対応していこうというのも私はすごくいいことだと思いますよ。でも、何か次長さん、そこはすごく大事なことだと思うんですね。国は国で言うんだけれども、それだけじゃ済まないし、今、御二方同じことを言っただけで、そこを何とかしてやっていく、そうすることによって県民の方

の需要に対して対応できる、ニーズに対して対応できるということが、私はすごく大事だと思いますね。きょうは、大変いい御意見をいただきました。ありがとうございます。

山中次長： 何か、いいヒントをいただいたかなと思っておるんですが、今、我々が考えているのは、施設の方からもいろいろなキャリアアップと言いますか、専門性を増すというようなことで研修制度がどんどんふえています。忙しい中で、いろいろそういった資格取得のために人をどんどん研修に呼びださなければならぬと、そのような中で、何か手助けできることはないかなというようなことを、今考えておりますが、そのすそ野をふやすということについて勉強していきたい思います。

小林部会長： ありがとうございます。はい、そのことはそれではいいですね。ほかに御意見、ほかのところはないですか。

ちょっと教えていただきたいんですが、私が、この6ページ、障害者への地域ケア体制の構築というところのちょうど真ん中の辺の右側に、障害者の権利擁護推進のためにという言葉が入っているんですが、権利擁護というのは、余りこのプログラム全体のプログラムの中では、権利擁護という言葉は何か私にはピンとこないんだけど、これはどうしてこういう言葉が入ってきたのか、何が足りなくてこういうことが出てくるのかというのをちょっと、もう一遍御説明いただけませんか。

障害福祉課長： 事件がございまして、大橋製作所というところで住み込みの知的障害者がおられまして、その年金収入等をですね、その住み込みの家の社長さんみたいな世話人の方が、

小林部会長： 一種の授産施設ですか、その施設は。いや、本来の普通の企業としてやっていると。

障害福祉課長： そうです。それでそこで年金等を着手されたんですね。そういう事件がありましたのがきっかけでございますし、今まで権利擁護とか虐待とかいう話、障害者の観点からは、ちょっと余り強くやってこなかったと。児童虐待とか高齢者の虐待とかは法律も整備されていますけれども、障害者の虐待について、まだ法律はできておりませんし、議員立法で検討をされているというようなこともございますけれども、ちょっとその動きが見えないという中で、県民障害者が地域で安心して暮らせるためには、やはり障害者に対する県民の理解を一層深めていただく必要があるだろうと。その中で権利擁護という視点も取り入れて研修していきたいというのもありますし、それから相談支援体制の中で、その相談支援に当たる従事者についてそういう知識を持っていただいて、そういう事件があったらすぐ知らせるような通報システムみたいなことを考えてございまして、だからとにかく何かがあったらすぐ市町村とか県に御報告いただいて、対策チームみたいなことで考えようというような構想がございまして、そういうようなところで取り組んでいきたいなと考えているところです。

小林部会長： 人権問題は大切なことなだけども、この全体の中の話と少し何かちょっと違う感じがするんだけどね、まあ、だけど福祉としては大事なことでしょうね。精神障害者でも同じようなことがあるわけなんで。わかりました、はい。

はい、どうぞ、ほかに皆さん。はい、どうぞ。

辻村委員： これは、前にもちょっと発言させていただいて、障害児の問題ですけど、障害者の地域ケア体制のところでは、地域生活への支援と就労支援とか一番大きな柱になっ



ているんですね。それで、ところが現実的な問題として、終了支援というのは急に「おまえ、働け」と言ったって実際は無理なんです。就労のためには、やっぱり小さいときから普通の生活の基本的な生活習慣を確立させるということをきちっと習慣化していないと、一般社会の中で就労するということは非常に難しい問題です。で、義務教育の年代においては教育の分野で障害児はやらされていると。ところが義務教育に至るまでの幼児期の障害を持っているお子さんというのは、また別の話になるわけですね、教育からじゃないわけですから。今、早期発見、早期療育ということは非常に強くその世界では叫ばれているわけですが、県のこの地域ケア体制の中にはちっともそのことが、例えばこの中間まとめの中にはちっともそれが見えないというのは、いささか不信やなど。で、私たちはというか、早期療育にかかわっている人たちは、もう昔からここに力を入れてほしいと、ここで力を入れないと後になってから大変な労力とお金も必要になると。だから、就学前の子供たちに対するケアの体制というのをきちっと整備する必要がありますし、しかもその部分については、医療との連携も非常に重要な課題で、ここをきちんとしておけば、あとは割合うまくいくんじゃないかと、ちょっと楽観論過ぎるかわかりませんが、ぜひ、その、そこがどうなっているのかなというのが、どうなんでしょうかと。

小林部会長： 課長さん。

障害福祉課長： 乳幼児期におけます障害の方に対してどう対応するかなんですけれども、20年度、養育コーディネーターというのを、初めて南和地域におきまして、モデル的にどういう取り組みができるかというのはちょっと研究させていただいているところで、まだ、始まったばかりでございます。それとともに、発達障害者については、相談支援センターがございまして、それも19年度は五條市、20年度は橿原市というふうにモデル的にやっております。そして、その支援のためのサポート……というようなものを設けまして、ライフステージに応じて使えるような形で、ちょっとモデル的にやっているところでございまして、それは充実させていきたいなという感じはございます。

小林部会長： ありがとうございます。

それでは、いつも大抵時間をオーバーしちゃうんで、きょうは時間内に終われるようにと思ひまして、じゃあ、きょうの議論はこの程度にさせていただきまして、この中間取りまとめ（案）は、本日、きょう配付されたところでありまして、委員の皆さん方にも内容を確認する時間が必要と思われまますので、本日はお持ち帰りいただき、意見等がありましたら、御手元の様式により事務局までお知らせをいただきたいと思ひます。また、本日、御欠員の委員につきましても、事務局の方から趣旨をお伝えいただき、意見をもらってください。事務局において委員の皆様からいただいた意見をもとに中間取りまとめ（案）の修正をお願いをします。で、修正いたしました中間取りまとめ（案）の最後のチェックでございますが、再度お集まりいただくというわけにはいきませんので、部会長、私にお任せいただくということでよろしいでしょうか。ただ、私には任せられないという人は、実はこの上の親委員会がありますので、親委員会の先生、どなたかに話を聞いてもらってもいいし、

私の方に部会長とは意見が違うので、部会長の手元に私の意見も出しますと、これでも構いませんが、特に断りがなければ一応部会長に一任という形で一応まとめさせていただくということでやろうと思っておりますので、御了解をいただきたいと思いたすがいかがでしょうか。よろしいですか。取りまとめの結果がまとまり次第、事務局から各委員にそのまとめたものを御送付いただくようお願いをします。その他、御意見、ございませんか。ないようでしたら、次に議題の2の「その他」について、事務局から御説明を願います。

吉田補佐： 今後のスケジュールにつきまして、御報告申し上げます。本日、御議論いただきました中間取りまとめ（案）につきましては、11月25日火曜日でございますが、開催されます第3回地域医療等対策協議会、いわゆる親協議会でございますが、小林部会長様から御報告いただくこととなります。その後のスケジュールにつきましては、今の療養病床の報告が残っていますほか、第3回の親協議会の結果、さらに掘り下げて検討すべき内容が出てくる可能性もございますので、従いまして、親協議会開催後に改めてと申しましようか、必要に応じまして次回会議の内容及び日程の調整をさせていただきますというふうに考えております。以上でございます。

小林部会長： ほかに何か、言い忘れのあったことはありますか。ないようでしたら、以上をもちまして第4回の「健康長寿部会」を終了いたします。委員の皆様には長時間の議事進行を御協力いただきまして、まことにありがとうございました。最後に旅費の請求書類があるようですから、お忘れないようにしてってください。本当にどうも、ありがとうございました。

(午後 3時54分 閉会)