

第3回奈良保健医療圏地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成28年3月11日（金）

15時～17時

場所：奈良商工会議所A B会議室

事務局（細谷地域医療連携課課長補佐。以下「細谷補佐」）： 定刻となりましたので、ただ今から「第3回奈良保健医療圏地域医療構想調整会議」を開催させていただきます。委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、本日の会議にご出席いただきまして誠にありがとうございます。本会議の委員数は14名で、本日は奈良市長仲川 げん委員の代理で米浪様、奈良市保健所長 上野 満久委員の代理で佐藤様、奈良県保険者協議会副会長 河田 光央委員の代理で吉田様にご出席いただいております。開催にあたりまして、渡辺医療政策部長からご挨拶申し上げます。

事務局（渡辺医療政策部長。以下「渡辺部長」）： 皆様、本日は、お忙しい中、奈良保健医療圏地域医療構想調整会議にお集まりいただきありがとうございます。おかげさまで調整会議、3回目となりまして、パブリックコメントをさせていただいたり、色々な方の意見をいただいたものを、可能な限り反映させていこうということで今日ご説明させていただきたいと思っております。どんどんいいものになってきているような気がしますし、実際、年度内に策定した後にはいかにしていくかということが大きな課題と思っておりますので、引き続きご協力をいただきたいというふうを考えております。特に今日は、地域の課題ということについて、忌憚のない意見交換をさせていただきたいというふうに思っておりますので、よろしく願います。

事務局（細谷補佐）： それでは、議事に入ります前に、本日の配布資料の確認をお願いします。次第、委員名簿、配席図（3枚綴じ）、資料1奈良県地域医療構想（案）について、附属資料地域医療構想策定に係る奈良県データ集、資料2奈良県地域医療構想（素案）からの主な変更点について、資料3奈良県地域医療構想（素案）に対するご意見、資料4奈良県地域医療構想策定にかかる県民アンケート調査、資料5第2回奈良保健医療圏地域医療構想調整会議における主な意見、資料6平成27年度病床機能報告制度による報告状況について（中間報告）、資料7平成28年度奈良県計画地域医療介護総合確保基金予定事業です。以上の資料について、お手元にご覧いただけますでしょうか、もし、配付もれ等があれば、お知らせ下さい。また、本会議は「審議会等の会議の公開に関する指針」に準じ公開としており、報道機関の取材及び傍聴をお受けする形で開催いたしますので、ご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、先にお渡しした傍聴の際の注意事項をお守りいただき、議事の進行を妨げないようご留意下さい。

それでは、これより議事に入りますので、以後の写真撮影及びテレビカメラによる取材はご遠慮いただきます。それでは、議事に入りますので、進行につきまして、設置要綱第2条第3項の規定に基づき、議長であります中和保健所の山田所長にお願いいたします。

山田議長（奈良県中和保健所長。以下「山田議長」）： それでは、前回に引き続きまして、僭越でございますが、会議の進行をさせていただきます。よろしくお願いたします。それでは、さっそく議事に入っていきたいと思っております。次第にもありますとおり、本日の内容は（1）奈良県地域医療構想の策定について、（2）意見交換となっております。まず、事務局より資料の説明をお願いします。

事務局（河合地域医療連携課長。以下「河合課長」）： 【説明省略】

山田議長： 続きまして、（2）意見交換に入らせていただきます。ただいま説明のありました奈良県地域医療構想（案）等の資料につきまして、質問やご意見をいただきたいと思っております。ご発言に当たりましては、地域における課題、あるいは、取り組むべき方向性、あるいは、取り組むべき施策についてご意見をいただければと思っております。それでは、よろしくお願いたします。

杉山委員： 奈良県歯科医師会の者なんですけど、この地域医療構想（案）の内容について、歯科医師会としての意見を申してもよろしいでしょうか。前回の素案を見させていただきました。今回の案に対して、歯科医師会として、ちょっと文言が抜けているというか、文言を入れていただきたいという要望がございますのでそれについてご説明させていただきたいんですけど、よろしいですか。ちょっと沢山あるんですけど、事前送付していただいた古い地域医療構想（案）で検討しておったもので、ページ数がだいぶ違っておられますので、ちょっと探してたんですが、まず、9ページの地域包括ケアシステムと在宅医療の充実というところですけど、Ⅱの2行目の「自立した日常生活を営み続けることができるよう、医療、介護、介護予防」の後に歯科医療を入れていただきたい。それから、その下の「地域包括ケアシステムの構築にあたっては～ネットワークの整備など、医療」の後に歯科医療を入れていただきたい。それから、Ⅲの予防医療と健康増進の取組の必要性の「健康的な生活習慣の普及により生活習慣の普及により生活習慣病の発病を予防する必要があります。」の後に、「医科歯科連携により、歯や口腔の保持増進は、生活の質を高めるだけでなく、重症化、発症予防の観点から効果があります。」という文言を入れていただきたい。続きまして、44ページの2医療従事者の確保・養成の②看護職員の確保のところ、に「在宅医療に従事する歯科衛生士の確保・養成」というのを入れていただきたい。それから48ページ、⑤医療連携区域に対する考え方の一番下に、「医科歯科連携による入院患者の口腔管理、抗がん剤による口腔内疾患には口腔ケアが効果的である」という文言をいれていただきたい。それから、65ページの⑤医療連携

区域に対する考え方の「患者の身近な外来医療を提供している診療所との連携を進め治療の平準化を促進します。」の後に、「歯周病予防、治療により、糖尿病増悪を予防することが実証されている現在、医科歯科連携による糖尿病予防により急性増悪に対応する」という文言を入れていただきたい。次に66ページのかかりつけ医の絵の下にかかりつけ歯科医を入れていただいて、「かかりつけ歯科医による歯周病治療」を入れていただきたい。次に76ページ、「ハイリスク分娩や産科救急については」という文言の下に、「妊産婦の～、低体重～」。次に103ページの「エ 在宅での介護を支える人材確保」のところに「在宅医療を支える歯科衛生士の確保・養成」を入れていただきたい。それと、106ページの6に「健康で質の高い生活を営むための口腔の健康の保持増進」というのをに入れていただきたい。他にももう少しあったんですけど、探しきれなかったので、ざっと以上のようなところを歯科医師会としては意思統一できたということです。

山田議長：それは、ペーパーでいただくことはできますでしょうか。

杉山委員：はい。

事務局（河合課長）：以前ペーパーでいただいたご意見として、資料3に出していただいております。色々ご指摘をいただいているんですけど、記載している内容等を踏まえまして、見直しをさせていただいたところでございますし、該当箇所が、具体的なことを書くのではなく、医療連携の包括的なことを書いていたりとかということで、今回は、記載の見直しは見送らせていただいたところですが、入院における在宅医療の充実や入院患者に対する歯科医療の重要性といったテーマについて先ほどご説明させていただきましたように、記載を追加させていただいたり、在宅のところ、きちんと人材確保・養成を包括的に、ご趣旨に沿うように記載させていただいたという整理をしております。

杉山委員：今、こちらの意見を受けていただいてということだと思うんですけど、実際この中の文書の中に歯科医療という言葉が、素案からはかなり入れていただいているとは思いますが、歯科医師会として主張している意見がかなり無いように思うんですけど、これを案として通されるわけなんですね。

事務局（河合課長）：医療機能の分化連携と在宅を進めて行くに当たって、歯科の重要性ということ踏まえて、該当箇所に記載を追加させていただいたと思っております。個別の歯科の取組については、来年度以降の各構想区域での色々な話し合いの中で、この構想区域ではどのような歯科診療の取組を歯科医師会さんとして進めていられるのかというご意見をいただいて、具体的な構想区域の取組の中でいただければ良いと考えております。医療機能の分化と連携という大きなところでは、入院時の歯科診療の重要性と、在宅への訪問歯科診療の重要性というところ

ころで記載をさせていただいております。

杉山委員：ということは、これ以上変更はされないということですね。

事務局（河合課長）：基本的にはここに記載の内容でお願いしたいというところです。

杉山委員：他府県の地域医療構想案をネットで色々調べてみたんですけど、かなり、歯科の分野でも入れていただいているのが、奈良県では、かなり少ないと思うんですけど、それに対しては奈良県としては歯科医療はあまり重要視されてないと理解させていただいてよろしいでしょうか。

事務局（河合課長）：歯科医療は重要だということで医療機能分化・連携のところでも記載させていただいてますし、在宅のところでも歯科医療の重要性は書かせていただいていると理解しております。基本的にはここに記載の内容でお願いしたいというところです。

杉山委員：堂々巡りですね。ただ、今言いました歯科医師会の意見というのは、県側にはちょっと真剣に取り組んで、考えていただきたいというところではあるんですが、そのように取り組んでいただければありがたいんですが。

事務局（河合課長）：当然次年度以降の調整会議の中で、歯科診療の取組、歯科保健医療の取組については、十分考慮していきたいと思っております。

岩井委員：奈良県医師会としてではなく、個人的な意見でもよろしいですか。構想をだいぶ煮詰めていただいて感謝しております。2025年に団塊の世代が高齢化のピークを迎えるというのを前提としているんですけど、その先のプランですね。というのは、高齢化社会に向けて、私の記憶では、当時厚生省の岡光さんが考えたオレンジプランですね、あれが現在の高齢化社会を見据えたもので、当時はよく分からなかったんですけど、今から思えば、先見の明があるなと思ったんですけど、それをもってしても、今の高齢化に対応し切れていない。そういうことから考えると、2025年の先の、2040年、ここに書いている多死社会に向けた対応といったことも今から充実させていかなくちゃいけないと思うんですね。そういう長期的なプランというのを持っておられるのかということと、あともう一つが、この重要事項について、最終的に医療審議会で諮っていただけるのかどうか。これは現在、県医師会が参画していないことは別として、このような県の重要な事項を医療審議会で最終の裁定を付託されるのかということをお聞きしたい。

事務局（河合課長）：2025年の先を見据えた、例えば2040年というのは、今後の日本として、最後は高齢者も含めて人口が減ってくる、というような社会になってきて、そこを見据えてどう考えていくのかというのは非常に大きな課題だと考

えておりますが、まだなかなか、どう具体的なビジョンを描いていけば良いのかということまでは、検討が出来ていない。今の段階では、団塊の世代が後期高齢者となる2025年の、まずはこの10年後の将来の医療需要のあり方についてビジョンづくりをさせていただきたいということでございます。この地域医療構想については、県の保健医療計画の一部として重要な計画だと思っておりますので、今月末の医療審議会で審議をいただくという予定にしております。また、地域医療構想というのがあるという状況になっているのかというのは、昨年度開催した医療審議会等でも制度について説明させていただいているというところでございます。

岩井委員：この会もそうですけど、最終的に報告会にならずに、物事を決める会という形で審議会を開催していただければと考えております。多岐にわたる項目で報告を聞くだけでやっとなという形ですけど、今の歯科医師会の方がおっしゃられたように、意見をもっと盛り込んで、最終的な案を決めていただくような形の審議会をしていただければと思うんですけど。

事務局（河合課長）：審議会で色々ご議論いただけるように、事前説明等色々しながら開催したいと思います。

谷掛委員：奈良市医師会の谷掛でございます。この会の前にですね、この会に参加されない先生方のご意見も色々伺うことにしまして、聞いてみましたところ、総論あって各論無しではないかというようなお話もおっしゃっていただきました。まずひとつはですね、奈良県の現在の医療需要については、厚生労働省のデータに基づいて、医療資源投入量に応じて決めておられる。一般病床で医療資源投入量175点未満、療養病床で医療区分1の患者の70%を在宅医療の需要とされている。奈良県の在宅医療の重要な条件ですね、例えば在宅医療体制の整備状況と独居老人や高齢者を含む世帯や老老介護の状況、介護福祉施設の状況などの状況を勘案して医療需要及び在宅医療の需要を修正すべきではないか、要するに医療資源投入量のみで医療需要を推定することによって医療難民、介護難民が生まれてくるんじゃないでしょうか、というようなお話で、24時間切れ目の無い在宅医療の提供が地域包括ケアシステムの根幹でありますので、こういうシステムを構築するに当たって、医師会とも十分に協議していただいて、そのためには大胆な予算化をしていただきたいということ。それから、診療報酬と地域医療構想との関係が分からない。色々なことをここで決められても、診療報酬でがらっとひっくり返ってしまうんじゃないかというようなことについて、構想調整会議でこのようなことについてご議論されるんでしょうかというようなことをおっしゃっておられました。認知症といったどちらかというと回復期的な患者さんは非常に手厚い看護体制が必要で、一般的に7対1病床の絞り込みや、地域医療構想による急性期病床の減少などの問題があって、悩ましい。地域医療構想においては、精神科領域については弱い。そういう分野も含めた構想の策定をお願いしたい。病院

の先生方もおられまして、最近では急性期の病院から、入院の短縮がありますので、急性期病床が減るとますますそのような患者が増えるのではないかと、急性期患者の全身管理が非常に難しいというようなご意見もおっしゃってられます。それから、病院の先生方と開業医の先生方とが連携して在宅の患者さんを診ていかなければいけないのではないかとというようなこともおっしゃってられました。また、7対1病床数の適正化によって、重症患者の定義が見直されると、むしろ病院完結型の医療を決めることになるのではないかとということが心配であるというようなこともおっしゃっておられましたので、ご回答をいただければと思います。

山田議長：それは、ご意見ですか。ご質問ですね。

事務局（河合課長）：医療需要をどう推計するのかということは、法定事項となっております。というのは、前回ずっとお話させていただいたところですけど、在宅を構想区域でどう進めていくかということは大きなテーマとなっていて、今、24時間切れ目の無い在宅医療を医師会としてもしていくので、財政的な支援をとってお話でした。そこで奈良市の医師会として、具体的な医療介護連携の拠点をしていきたいので、というようなことをこの構想の課題の中で書かせていただいているのかどうかとかについて、色々ご議論をいただければと考えております。後、精神科については弱いというところは確かにあります。これはそもそもが精神科の病床が構想の病床の対象外になっているということもあって少し弱くなっているのかなと思うんですけど、認知症の方をどうするのか、という問題もありますので、その辺については、103ページの⑤精神科医療との連携というところがございますけど、認知症の方が住み慣れた地域で生活できる体制を考える必要があるというテーマを挙げておりますので、こういったテーマについても次年度以降、構想区域で良いことが出来ないかということについてご検討をしていただきたい。また、我々としても、検討していきたいと思っているところがございます。もし今の段階で、こういう取組をしたらどうかというような案がございましたら、そういうものを奈良構想区域の取組に記載していきたいと思っておりますので、そういった点を少しお話いただければと思います。

杉山委員：ということは、文言の修正はされるということですね。

事務局（河合課長）：課題のところに記載したいということです。もちろん文言の修正は今回の会議を踏まえてさせていただくことは考えております。

杉山委員：では先ほどこちらがお願いした文言の修正はありうるということでしょうか。

事務局（河合課長）：歯科の話については、以前修正させていただいたところでほぼその趣旨をご満足いただけたと考えております。

杉山委員：修正するのかもしれないのかどっちなんですか。

事務局（河合課長）：この会議を踏まえて修正はします。修正すべきものは修正します。

杉山委員：では私が先ほどお願いした点については修正しないということでしょうか。

事務局（河合課長）：現在書かせていただいている地域医療構想（案）で反映出来ているのではないかと考えております。いただいた色々な具体的なお話は次年度以降の各構想区域の取組の中で実現していくテーマではなかろうかというお話をさせていただいたというところでございます。

山田議長：今回ご意見をいただくのは、構想（案）の15ページの「地域の課題」の「医療機能の分化と連携に関する課題」、「在宅医療の充実に関する課題」が空欄になっているんですね。ここを書き込まないといけない、これが今日の地域医療構想調整会議のテーマだと思っておりますので、その辺も踏まえてご意見をいただければありがたいと思っております。歯科におきましても、在宅歯科がなかなか進んでいないという現状もあるかと思うんですけど、今後在宅歯科を担っていただく歯科の先生方が是非増えていただきたいと思いますし、口腔ケアも非常に大切ですし、在宅の9割の方が口腔ケアを必要としているというニーズもあるわけですので、その辺を歯科医師会、歯科衛生士会のご協力をいただいて、どのように進めていくのか、ということが今後の課題になるのではないかと考えているところでございます。他にございますでしょうか。

谷掛委員：地域医療構想と診療報酬の関係についてはどうでしょうか。

事務局（河合課長）：診療報酬と地域医療構想の関係についてでございますが、診療報酬は、ご存じのように国で決めておられるところでございますけど、地域医療構想が実現できるような診療報酬体系に見直していかれる、あるいは親和性を持った報酬体制にするように取り組まれるという理解はしておりますけど、具体的にどこがどう変わるのかということについては今の段階では承知していないというところでございます。ただ、地域医療構想の達成を支援するような報酬制度になっていくのではないかと。在宅は平成28年度に見直されて、点数が上がっていたと理解しております。

山田議長：他にございますでしょうか。

久富委員：案の中の、色々な病院の機能をそれぞれの病院がどのような機能を果たしているのかという表が出ているんですけど、1週間前に来た資料（事前にお届けした地域医療構想（案）資料）では、平成26年度ぐらいの数字が出ていて、今回のを見ますと、大体平成27年度か最近のものが出ていますけど、73ページ

が救急告示病院や病院群輪番制参加病院の一覧になっていて、94ページから在宅関係の病院の地図が出ていて、在宅療養後方支援病院が2つとなっていますけど、私が知る限りでは、他にも2つぐらい動いている病院があると思うんですけど、その辺をもうちょっと調べていただければと思うんですけど。地域包括ケア病棟については大体合っていると思うんですが。

事務局（河合課長）：漏れがないか、もう一度確かめさせていただきます。

菊池委員：奈良保健医療圏における在宅医療に関する課題ということで、やはり在宅医療に携わる医師はどういう人達なのかとか、医師の確保は95ページでしたか、書いてはいますけど、そういうプレーヤーですね、在宅医療を提供する訪問看護師であるとか、そういった人たちを育成というようなことが大事なのかなと思います。うちの病院で地域医療の研修会を開催したところ、小学校・中学校区単位である程度在宅支援のセンターみたいなものを考えているということでした。奈良市だと20校区ほど必要であるが、現在11で来年度中には12になるような報告をちらっと聞いたんですけど、そのような、奈良保健医療圏では在宅医療連携体制を構築していくのにどうかといったようなことをもう少し課題のところに盛り込んだらどうかと思います。それから、在宅について、がんのところには48ページですか、がんの緩和ケアの実施というのが書いてありますが、がんは一つの大きな柱ですので、在宅での看取りの患者さんが奈良県では増えてきているんですね。そういう項目については、在宅医療の中で挙げなくていいのかどうか。私としては挙げておいたほうがいいんじゃないかというイメージを持っております。

事務局（河合課長）：地域包括支援センターを中学校区に作るという話ですけど、その進捗を図っていくべきということを経験の課題として取り上げてはどうかというご意見だったと思います。これは、今奈良市さんが来られてますけど、我々としてはそういう課題を在宅を進めていくうえでそういう連携が必要であるとして取り組んでいく課題だとして記載していくということであれば、記載していけば良いと考えておりますが、その辺は調整になるのかなと考えております。がんの緩和ケアについては、在宅の緩和ケアというのをスキーム図の中に入れるということなんでしょうか。在宅でがんの緩和ケアについても取り組んでいくということを盛り込むということでしょうか。

菊池委員：若干、がんの緩和ケアと一般の在宅医療とはちょっと違うという気はしますが、在宅医療の中の一つの項目として挙げてもいいんじゃないかと個人的には思います。在宅緩和ケアの実施というのはがんのスキーム図の中に実際入っているのでもいいんですけど。48ページですけど。全部確認したわけではないですが、がんの緩和ケアという文言はここだけではないかと思います。がんの在宅推進委員会の在宅緩和ケア部会というのが県の中にあって、計画案が今度公表されると思

うんですけど、そういったところのものを少し入れ込んでもいいかなという気がしたんですよ。

事務局（河合課長）：緩和ケアというのは在宅のところでは記載されている部分については103ページの④にあるような、「緩和ケアへの対応等を行うための薬剤の提供」という部分ではあるんですけど、おっしゃっているような内容のものはないので、その点は少し検討させていただきます。

山田議長：前段の中学校区ですね、地域包括支援センターとの連携という部分で奈良市さんはどうでしょうか。

米浪委員代理：中学校区に一つずつ地域包括支援センターを設置するのではなくて、私は詳しくはないんですけど、高齢者人口の一つの圏域が大体7千か8千以上というくくりで圏域を決めておまして、今11に割っているんですけど、高齢者人口の基準を超えている圏域が2つほど出てきていますので、後2箇所程度増やしていこうということを第5期の介護保険事業計画の中で計画しているところです。

山田議長：その辺りで、医療と介護との連携について、谷掛先生、いかがでしょうか。

谷掛委員：在宅医療については、看護・介護との連携が非常に大事なものですから、奈良市医師会としましては、医療と介護の拠点事業をやっていくのがいいんじゃないかなと思います。公平性が保たれ、医療について分かっていることが多いので。奈良市は人口が36万ですので、1箇所、決まったところに設置することが期待されていると思うんですけど、地域特性がございまして、将来的には3箇所ぐらいの設置を目指していきたいと思います。

松本委員：先ほど菊池先生がおっしゃったがんの在宅医療ということなんですけど、うちの病院は緩和ケア病棟を持っていますけど、やはり在宅に帰ってもらうときの、それを診ていただく開業医の先生が奈良市の西の方にはそれなりにおられるんですけど、まだまだ地域によっては非常に少ないという感じがします。だからなかなか、在宅に帰らせてあげたくても帰らせてあげられない。やはりそういう支援診療所的なところ、実際にはがん専門にされている診療所もありますけど、一般的にはそういう支援診療所の先生に緩和ケアだけじゃなくて、一般のそういう人も含めて、がんの患者さんも診ていただいているという面がありますので、そういうところを増やしていくということが一つの課題になってくると思う。その中にはやはり薬剤、診療所で麻薬を扱っていくということがなかなか難しいとか、色々具体的な内容というのはあるんですけど、在宅のターミナルケアを診ていくということになると、普通の在宅の患者さん以上に、刻々と病態が急激に変わっていきますので、それに対応できるような診療所ということになってくると、往診をされていても、うちでは末期の患者さんは診れませんとかいう形になって

いますので、その辺は、医師会とも協力させてもらいながら、そういう体制を取っていけるように、まあなかなかそうなってくると、緊急の往診も多くなってくるし、一つの診療所だけでは、やはり患者さんを診ていくということは非常に難しくなるので、チームで一人の患者さんを診ていくとか、在宅緩和ケアを進めていけるように、緩和ケア専門でされているところもありますけど大抵のところはそうではありませんので、そういうところで診ていただくためには、診療所同士の協力とか、後方病院の体制を取っていく、緊急入院に対する対策を取っていくとか色々なことを考えていかなければなりませんので、その辺は行政の方とか医師会の方とも連携を取りながら話をしていって、在宅の方でももう少しスムーズにできるような体制を作っていかなければいけないと思います。

岩井委員：開業医に在宅医療についての意識調査をしたんですけど、やはりなかなか、差額が少ない、不安がある、よく分からないというのが主な意見なんですけど、先ほど谷掛会長が言われたように、往診が全てではないですけど、こういう制度導入時には今までは殆どの場合インセンティブを付けて、ある程度運用をさせた時期にはしごを外す、それをみんなが分かっているから躊躇されていると思うんですよ。2025年に向けて永続的に在宅医療が続けられるような環境作りをしていただかないといけないと思います。これは決して診療報酬が全てという意味で言っているわけではないです。奈良県では、協議の中で、折角の制度を充実した形で運用できるということを示すためにも、できるだけ診療報酬の面でもバックアップできるところはしていただければいいと思います。

福井委員：開業医の先生方がお一人では不安だということもおっしゃられていますので、訪問看護ステーションとしては、がんの患者さんが一人いらっしやって、どうしても一つの事業所では対応出来ない場合は2つの訪問看護ステーションで交互に行ったり、連携を取りながらやっています。やはり何かあったらすぐに飛んでいける、24時間対応できる訪問看護ステーションというのを今後増やしていけないといけないし、小さい訪問看護ステーションでは対応できないので、人数を増やして大型の訪問看護ステーションが必要になってくるのではないかな。それと、開業医の先生方と連携を取りながら続けられるような体制を取っていきたいと考えています。

中本委員：薬剤師会の中本でございます。会を代表してというのではなく、在宅をやっている個人の薬剤師として数点お聞きしたいことがございます。まず86ページの地域包括ケアシステム構築のイメージ図なんですけど、赤の点線の丸は何を示しているんでしょうか。

事務局（渡辺部長）：退院前カンファレンスのテーブルに着いてほしい方というイメージだったんですけど。

中本委員：私もそう思うんですけど、それであれば薬剤師も是非とも入れていただきたいと思います。退院時のカンファレンスにおいて、訪問薬剤師として活躍、活動をさせていただけるのであれば、どういったお薬を飲まれているのか等色々なお話ができるので是非薬剤師を入れていただきたいと思います。

事務局（渡辺部長）：在宅医とか在宅歯科医とか薬剤師の先生とか本来入ってもらった方が良いのはもちろんその通りだと思うんですが、実際のところはこの4名ぐらいがキーになっていますかねと思います。在宅医の先生も必ずしもテーブルに着けないということも聞いていたりして、それを踏まえた丸だったと記憶しています。

中本委員：ということは、在宅医療の充実に関する課題としては、退院時カンファレンスに薬剤師や在宅医等を入れていくということを課題として提案させていただきます。続きまして、105ページに移るんですけど、東和保健医療圏における入退院調整ルールについて、中心になるのはケアマネージャーということでしょうか。

事務局（林次長）：これはケアマネージャーと病院看護師がいて、患者の入院時に、ケアマネージャーから情報提供書が来ます。退院時はケアマネージャーにうまく連絡が行って、在宅では受け口が基本的にケアマネージャーですよということです。当然のことですけど、そこでケアマネージャーが自分一人で何でもやるというんじゃなくて、当然そこで在宅の関係者さんで集まっています。ただ、入退院時の窓口をここでは決めましょう、それがスムーズに行くようにしましょうということをやっています。

中本委員：そうなる、というふうには我々訪問薬剤師、訪問看護師、訪問歯科医師を選ぶのか、ということには書かれていないように思うんですが、どういうふうに進めて行かれるのでしょうか。次年度以降の取組というお話もありますが、この調整会議では充実に向けた課題についてということだったので、奈良県としてどう考えておられるのか教えていただきたい。

事務局（林次長）：退院調整ルールについては、一番の問題は、退院時に受け口のケアマネージャーと病院看護師の連絡が取れていないことなんです。例えば中和でこれを行ったときに大体半分ぐらいしか連絡を取れていなくて、入院時のケアマネからの情報提供書の提出が大体3割ぐらいでした。そこをまず改善し、改善するときにルールも作りましょう。ケアマネが決まっている場合、決まっていない場合とか、情報提供の書式も作りましょうということをやりました。それをやることによって、退院時の受け口の方へ取りあえず連絡が行くようになりました。それが本当にうまくいくかどうかは検証していきます。これは、やってみると、率（病院からケアマネに退院時に連絡が行き、退院調整を出来た患者さんの率）は絶対上がってきますので、次には、県内全部に広げたいと考えておりまして、東和地

域だけではなくて、県内どこでもこういうことが出来て、入退院時のスムーズな連絡調整が出来るような形というのを考えております。その後の医療介護連携については、他のことも考えながら、多職種連携の研修であるとか、色々なこともやってますし、そのようなシステムをどう作るかとか、連携がうまく進むようなものも色々知恵を出してやっていきたいと考えています。

中本委員：ご回答ありがとうございます。是非とも今検討されていることから次プラスになることがあれば薬剤師も入れていただきたいとともに、今在宅の薬剤師として活動している中で、バラバラにチームを作ってしまうと、病院と介護の連携がうまく行かなくなっていくケースがございました。ですので、出来れば地域包括支援センターが色々な調整役になるべきかも知れないことなんですけど、なかなかお仕事が大変なのは我々も知っていますので、そのような中できちんと連携が取れるような仕組みを作っていただきたいと思っています。

松本委員：今ご質問された件で、86ページの絵なんですけど、特に在宅緩和ケアをやるに当たって、訪問看護、ケアマネ、地域医療連携室、病棟看護師をメインにやっていくということでは全然不十分で、ちゃんとした連携が取れないんですよ。実際、緩和ケア病棟から在宅に持って行くためには、在宅の先生、病院のドクターも入ってやっていかないと、このメンバーをメインで考えてますよということでは動いていくと十分な連携が取れないと思います。ですから、これは将来を含めてやっていくという形で目標にしているということであればもっとこの円を広げてもらって、今おっしゃったように薬剤師、又は今回の診療報酬改定で歯科医師が参画することによって診療報酬上は加算されますよ、そういうものに入っていただくというような診療報酬改定になっていますので、その辺を入れて、今現在でなくて、将来こういう構想を目指していますよという形のイメージ図として書いてもらわないと、このままで奈良県はいきますよということになると具合が悪いと思うんですが、その辺はどうなんでしょう。

事務局（渡辺部長）：点線でくくっている赤は取りましょう。

松本委員：今現在こういった形でやっているということで、これから膨らませていかなくてはいけないというのは確かなんですけど、これでは退院時カンファレンスとしては非常に不十分な状態だと思えませんので。

事務局（林次長）：その辺りも含めてもう一度検討させていただきます。

山田議長：誤解を招くようであれば、ケースバイケースでね、在宅の事業所や薬剤師さんもそうですが、歯科医の先生方も退院時カンファレンスに入っている場合もあるわけですから、105ページの図も医療と介護の連携ということで書いているわけですけど、退院時カンファレンスは多職種でやっていますので、訪

問看護が必要な場合は看看連携も100%出来ていますし、もし必要な場合は病院と診療所の連携も100%出来ているわけですから、それは今現在もやっていることです。

松本委員：やはり開業医の先生方と退院時カンファレンスをするということが時間的な制約があって非常に難しいので、丸の外にあると、基本的には退院時カンファレンスに担当の支援診療所の先生が、来られる先生方もおられるので、時間調整をうまくいとしながらやっていくことを進めていく必要があると思いますし、やはり病院のドクターも少ないので呼びかけをしていってもらおうというようなことを進めていくということに取り組みましたらどうかと思います。

山田議長：在宅に関しまして、他にご意見ございますでしょうか。在宅と言いましても、病院の支援がないと、なかなか在宅医の確保というのは難しいということですので、その点で病院の方からご意見いただければありがたいと思いますけど。

久富委員：慢性期を担っている病院として、慢性期の患者さんを在宅に帰さないといけないという時に、現実在宅に出られるような患者さんはいますし、医療区分が軽くても、かなり在宅では診られにくい患者さんがおられるのをこういう基準に基づいて、在宅に帰すということになると、果たしてうまく家族さんや患者さんに対して納得していただけるか、出来るだけ家族さんや患者さんの意向に沿った慢性期医療をやらうとしているときに、こういう制度だけで患者さんを在宅に移行させるのは現状ではかなり難しい。それをどう在宅の方で受けもらえるシステムを作るかが今議論になっていると思うんですけど、シームレスに移行できる、患者さんの意向に沿ってうまく移行出来るんだったら、いいかなと思うんですけど、その点では、患者さん、家族さんへの制度の啓蒙もしていただかないといけないということで、先ほどお聞きしましたアンケートも取っていただいて、これからは患者さん、家族さんに理解してもらおうということも謳ってありますので、是非そちらの方も医療関係者以外の方の啓蒙というのもお願いしたい。医療難民の方が出ないかということは本当に心配している。これから具体的に、どういう方法をしていくかということが今後の地域医療構想調整会議の一つのテーマになってくるんだろうなと思いますが、県民の皆様に理解していただくということもお願いしたい。それから、先ほどから在宅とか慢性期の話は出ていますが、急性期あるいは4疾病3事業については少しか議論が出ていますが、どうでしょうか。例えば救急に関しても、奈良県は奈良市も含めてだと思えますけど、決してスムーズな対応がまだ救急車から救急医療機関に搬送されるまでに全国的には良くなっているけど実際にはまだ良くなっていないのではないかなと思うんですけど、どうでしょう。

事務局（河合課長）：菊池先生からご紹介いただいた方がいいのではないかなと思うんですけど。

菊池委員：この前奈良市消防と救急告示病院の院長が集まる会議があつて、その中で、今年度の奈良市消防の救急搬送の実態のことをちらっと数字も聞いたんですけど、ちょっと正確なところまでは今出てきませんので失礼しますが、3回までの電話で受ける、搬送病院が決まるという率が一昨年より去年、今年度と確実に上がっているという報告がありました。時間がどれくらい短くなったかということは分からないですけど、恐らく数値としてはだんだん上がって行くだろうと思います。奈良保健医療圏の問題、山間部からの搬送の時間がかかるということもありますけど、大きいのは、応需回数、何回も断られる、10回を超えるケースが何回かあるが、かなり減ってきているという奈良市消防からの報告がありました。奈良県総合医療センターも昨年の7月に一次救急二次救急の救急車の受入の一元化をしたところ、応需率が非常に上がってきているという奈良市消防さんのデータがありまして、これは法人の中でも中期目標に掲げてはいるんですが、100%とはいかないですけど、90%、センターでは95%、二次救急が85%と飛躍的に数字が上がってきているという現状がある。まだまだ問題点は山積していてそこを上げていかないといけないと思います。もうひとつ、在宅については、施設におられる患者さんの急変等の救急搬送というのは増えて来ていますし、今後は在宅をきっちりやっていくという意味においては、急変時とかそういうことになると、救急病院も急性期の病院も対応せざるを得ないと思うので、その連携も大事だと思う。ちょっと話が横道にそれますが、在宅緩和ケアのところ、奈良県のがんの在宅医療部会で数字が出ていたんですけど、病院から診療所、在宅医療に移った場合に病院での診療方針が診療所や訪問看護ステーションに円滑に引き継がれたという回答があつた患者さんの数の割合が、15%でした。このアンケートが正しいとすれば、連携の構築が足りないということは、県も把握している。これは先月開催した部会のことですので、お話しておきます。

山田委員：ありがとうございます。それでは病院の話になりましたので、医療機能の分化・連携についてご意見いただければと思います。資料6の病床数の推移を見ますと、高度急性期がかなり減少しているという状況が見て取れます。回復期は以前から少ないことは承知しておりましたが、平成27年度病床機能報告と比べても、必要病床数を大きく下回っている。こういう状況で、本当に良いのかどうか。これは単なる報告ですので、実際の機能は担っておられるとは思いますが、26年度と比べてもかなり減少している。こういった点を踏まえて、それから、先ほどからがんの診療に関しての意見があつたと思うのですが、そういったところでご議論いただければと思います。高比先生、いかがでしょうか。

高比委員：資料6のことで言いますと、これは菊池先生にお聞きしたいんですけど、奈良保健医療圏の平成27年度病床機能報告の高度急性期の病床数63のカウントがおかしいのではないのでしょうか。東和、西和、中和と比べて奈良が63というのは、感覚的に僕らが見て、こんなことあるのか。

菊池委員：むしろ東和、西和、中和の方が多いのではないかと思っているんですが。最初の平成26年度の病床機能報告のときには多くの病院が全病棟高度急性期にしていたんです。

矢島委員：驚いていいのか、意外な数字なのか。

菊池委員：平成27年度はICUなどを高度急性期として出たんですよ、きっと。

矢島委員：まずはICUとCCUだけを高度急性期に変更したんです。そうすると、ぐっと数字が下がりますよね。そうすると実際、こんなもんです。市立奈良病院でも、高度救命センターとICUとCCU、HCUですね。

菊池委員：本院にはICUがありませんので救命救急センターのはICU8床と、HCUは22床なので。

高比委員：それで奈良市が成り立っているんだったらすごいですよ。

菊池委員：現状がこうだということ。

高比委員：ICU、HCU、CCUをうちはカウントしていなくてこれだということか。

矢島委員：いや、こんなもんで良いはずはない。

高比委員：はずはないでしょ。

矢島委員：そうなんです。その辺の統計の取り方が全然。

高比委員：恐らくICUのある病棟全部を高度急性期として届け出ているとしか思われな
いでしょ。

菊池委員：これ事後報告ですから、基準がバラバラなんです。

高比委員：100床中ICUが10床しかないのをICU10床として届け出るか、ICUを10床を持っている100床は100床として届け出るかぐらいの差があるんじゃないですか。だから、驚かれています。こんなのあり得ない数字なので。もっと前は15対1でも高度急性期で数字が上がってたんですね。だから、勝手に変な話をして悪いですけど、こういう数字から読み取るのは非常に危険だと思いますけど、ただ、今日の地域医療構想については、奈良県さんは非常に勉強されて、非常に苦勞された。というのは感心して見ていました。変に胡麻をすっ

るわけではないですけど、うちも急性期、回復期、リハビリ、療養、在宅の一貫した体制を30年になりますけど、20年間シームレスなトータルヘルスケアという唱えて徹底してやってきたんですね。そういったことが、このアンケートでもありますように、医療施設はかなりあるので特に不便は無いですとはっきり言っているんですね。県民が何を不安に思っていて、どういうことを望んでいるのかということは、結局自分を一生涯ちゃんと診てくれるか、患者を中心として、急性期、回復期、リハビリ、ここで介護というのは大きく入れるべきだと思うんですけど、ここに言う在宅とは訪問看護、訪問リハビリ、訪問服薬指導、それから訪問歯科、そういうのがあるので、私も3年前から在宅復帰というのは、日本のキーワード、それに一番重要なのは連携と効率だということやってきたんですけど、手前味噌な話をしてあれなんですけど、うちではマンパワーの不足が問題になっている。2番目にはお金の不足ですね。病院の職員は700人を超えていて、訪問介護は別会社で100人ほどおります。車は80~90台走っております。それである西の京地区を、ともかく道ばたで死ぬ人が出ないようにしておくとか、一人の人を出来るだけ生涯診ていくようにしようとか、あるいは透析患者さんが今360人ぐらいいるのを送り迎えしているとか、もうマンパワーが不足して、職員700人で足らず今年は750人ぐらいになっている。医療と介護を併せて100億ぐらいの規模でやっていて、50億が人件費。40何億が医療法人で、訪問介護が別会社で10億でやっている。それで何が出来ているのかというと、これだけのことを実行しようとなると、国や県にお金があるのかということになる。患者さんの要望を全部聞くととなると湯水のようにお金が必要になるんですね。だから、質を出来るだけ担保しながらどこで我慢していただくのか、医療でも介護でも患者さんの望み通りにすれば幾らでもお金が必要になります。だからそういう限界も決めておかないといけないということと、一番問題なのは、一貫した体制を取るときには、やはり職員間の壁というのがものすごくあるんですね。そこに行かないと分からないことがあるんですね。医療をしてみないと分からない、介護をしてみないと分からない。今後必要なのは介護の部分がものすごく必要になってきたときに、介護から見て医者にちゃんと物が言えるかどうかとなるとなかなか言えない。医者に介護の話をしたら俺はそんなことをやるために医者になったんじゃないという言葉が返ってくるので、医療と介護の壁というのがすごくある。そういう壁を今後はそんなことを言っている場合じゃないんだという、強い意志を持った指導が無ければ、トータルコーディネイトは出来ません。だから一つ一つ全部を正しくしても、地域包括ケアシステムを誰がコーディネートして誰が回すのといった時に、私はこの部分は知ってるけど他は知らないよということになりますし、先ほどちょっと言われていた86ページの絵の円についても、僕の理解は病院全体の在宅医療介護全体を作る円だと思っていました。円の中に入れてもらったと言っても、そうなるわけがない。だからこの円はどの程度結びつけるかという意味での円であって、この全体が合致しないと、一人の人は救えない、というのはうちの施設でもやってきたんですけど。それだけではなく、地域の方々とどのように連携していったらいいのかというの

は、県の色々なご指導でやっていきたいと思っているんですけど、やはり一番問題なのは、性急に物事が決まって行っているので、現実とは離れて行って、患者さんも知らないという中で話を進めて行ってもなかなか良くならないので、まず最初に、現状で頑張っておられる先生方とか、医師会の方とか、色々な歯科医師の先生方とか、現状でやっておられることが、構想に書いてあることと比べてどこまで出来て何が足りないのかということを実況とそろそろマッチングしていかないと、なかなかこれが実現しない。実現しない一番の理由は、職種間の壁ですね。これをどう打ち破るかという強いコンセプトが無いと。うちの一医療法人内でも回そうとしても回らないんですね。病院と言っても色々な病院がある。他の色々な病院との間でも回せと言っても、患者さんは難民になってしまう。その辺がやはり、システムというのは、全員で考えないといけないけど、連携と効率が無ければ、成立しない。意外に私の実感では非常にお金がかかるというのが事実です。人と金が足りなくなるんですね。少子高齢化で介護の人が足りません。医者も足りない、看護師も足りない、介護士も足りない。どこも一緒だと思いますけど。そのような中で支えないといけない人がどんどん増えてくるという話が出てくると、効率をどう上げるのか、連携をどうするかというのは本当に終始そういうことを考えないとうまく回らないかなといつも考えているんですけど、ちょっとどうしていいか分からない状況なんですね。うちは病院ですので訪問事業を非常に重視しているんですが、と言っても夫婦でどちらかを訪問に行き、どちらかが自宅におられる場合は成り立つんですけど、一人になっちゃうと訪問は成り立たないのが現状ではないでしょうか。一人にしておけないですからね。そうするとやはり、そういう施設をどうするかということになってくるし。昔は医療の方から考えてたんですけど、今は底辺が非常に増えてくるわけですから、今後は介護の方からみて、底辺をちゃんとするためには医療はどうあるべきだろうかということですね。そういうふうには川下から川上のことも考えていかないといけないのではないかと感じております。うちの病院もどのようなことを協力すれば良いのかということを実況に考えないといけない時代に入ったなという感想で申しわけございません。何か協力できることがあれば是非やっていきたいと思しますのでよろしく願いいたします。

山田議長：ありがとうございました。労働生産性を上げるというのはこれから非常に大事だと思いますし、地域包括ケアシステムも言ってみればそういうことを考えていくということではないかと思えます。医療機能の分化・連携の中でまたご意見をいただきたいと思うんですけど、市立奈良病院さんどうでしょうか。

矢島委員：病床のベースとなっている数字というのはすごい大事だと思う。きっちりしないといけないということ。また、国の方針としてしっかり7対1病床を減らせということで、重症度25%になると半分以上の病院が急性期ではなくなってしまうと思うので、その辺できっちりした数字が出てくると思うので、その辺を見据えて、動いているような気がするんですよ。私は急性期病院におるのでよく分

かりませんが、高比先生のご意見には非常に感銘を受けまして、そういうことは本当に考えないといけないし、きっと医療費がパンクするから医療から介護にどんどん持って行こうと、そうすると、急性期もお金がかかるから減らしていこうと、実際事実なんでしょうから、そういうことをしっかり考えて構想で進めていかれるといいんじゃないでしょうか。これは全て税金でやっていることで、きっとお金が足りなくなるでしょうし、というのが私の意見です。

福井委員：7対1病床が減っていくような状況で、今まで7対1の看護師を確保していたのを10対1にしたときにどういうふうになるのか、リストラ出来ないにしろ、その人たちが有効的に活躍出来るように、色々と診療報酬のところで、退院調整をやるとかいったようなこともあると思いますので、10対1になるときも看護師が何とか減っていかないようになれば嬉しいかなと思っております。ただ、定数というのは決められていますし、病院の経営にも関わりますので、看護協会としては、その人達が訪問看護に流れて行って、訪問看護も充実していったら良いと考えています。看護界全体で考えていかないといけないと思っております。

高比委員：あまり皆さんご存じないと思うんですけど、私見ですけど、今の医療は7対1病床でないと出来ませんよね。なぜ出来ないのかと言うと、やっぱり今重症な人は肺炎でも介護と医療を両方しているんですね。看護師さんは看護も介護もしているんです。重症だから手間がかかるというわけではなくて、重症でなくても手間がかかる人が一杯いるんですよ。国の基準でいって、本当に重症度と看護必要度だけで下げられてやっていけるかと言うと、7対1でずっとやって来ていたら、10対1なんてとてもじゃないが出来ない。どうするんですか。昔は若い人が肺炎で入ってきて治って帰って行った。ところが、今は一般医療も、治すのにPT、OT、ST、NST（栄養サポートチームのこと）、介護も協力してやらないといけないという状況にありますので、病気だけ治して済むという時代じゃないということなので、今の国が7対1病床が多すぎるという見解とはちょっと違うんです。

山田議長：吉田先生、どうでしょうか。

吉田委員代理：この地域医療構想というのは、効率的な医療提供体制が実現されることが重要であるということで、既に経営されている医療機関においても病床機能の文化・連携というのはそう簡単なことではないと思いますので、急激な人口減少と高齢化の中で、構想区域の住民の意見を踏まえて、医療提供体制のあるべき姿を実現していただけるような構想を策定していただくことを願っています。

佐藤委員代理：奈良市保健所の佐藤です。いくつか質問させてください。43ページの地域医療連携推進法人制度について、現在活用について検討されているのであれば差し支えない程度でご紹介いただきたい。それと44ページの⑧で、国で検討さ

れている新たな施設類型について、国でどのように検討されているのか、概要で結構ですのでかいつまんで教えていただければありがたいと思います。

事務局（河合課長）：まず1点目の地域医療連携推進法人制度ですけど、これはようやく法律になったところで、具体的に県内で動きがあるというものではございませんでして、医療機能の分化・連携の体制を進めていく際の一つのツールとしてこういうのも今後は検討の課題になってくるんだろうとという意味の記載でございます。次の44ページの⑧の新たな施設類型ですけど、これは療養病床の見直しの中でいきなりそこが無くなるということで、果たして在宅にいけるんだろうかということの中で、慢性期の医療ニーズの受け皿として、病院だけれども医療のあり方を病院内で充足させるのか、あるいは病院外から外付けの医療として入ってくるのかという2つの施設類型が示されておりまして、それが医療保険の適用になるのか、介護保険の適用になるのかというのは今後の検討課題ということになっているというのが現状でございます。

山田議長：短時間でこの医療機能分化・連携、在宅医療の充実ということについて議論し尽くすことは出来ないと思うんですけど、また策定までにご意見があればお寄せいただければありがたいと思います。今日は本当に貴重な時間をいただきましてありがとうございました。それでは事務局の方に返させていただきます。

事務局（細谷補佐）：長時間にわたり熱心にご審議いただき、ありがとうございました。以上をもちまして、第3回奈良保健医療圏地域医療構想調整会議を終了いたします。本日は、ありがとうございました。