

第3回西和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14日（月）

18時～20時

場所：郡山保健所1階101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回西和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13名で、奈良県薬剤師会副会長杉村好唯委員が欠席、北葛城地区医師会長波江野善昭委員の代理として輪湖様、郡山青藍病院長野中家久委員の代理として太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」）： 皆様こんばんは。医療政策部の渡辺でございます。本日は、お忙しい中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。おかげさまで地域医療構想調整会議も、本日で3回目を迎えることができました。前回素案をお示ししまして、その後、パブリックコメントや資料4にございます県民アンケートをさせていただいております。手前味噌にはなりますけれども、県庁の中でも議論を重ねる中で地域医療構想はより良いものになってきたかなと実感もございますが、今日は特に西和保健医療圏における課題について、皆様方、色々な立場からご意見を頂戴したいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

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いたします。次第、委員名簿、配席図の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回西和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についてです。資料は、お手元にありますか。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、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をお願いいたします。

山田議長（奈良県中和保健所長。以下「山田議長」）： 中和保健所の山田です。僭越でございますが、議事を進めさせていただきます。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。次第にもありますように、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： ありがとうございます。今回も非常に膨大な資料の説明でございました。一点目は、前回お示した構想案の章立てを変更したと。それから、新たにアンケート調査結果を初めてお示しいただきました。地域医療構想に対するご意見、28年度基金事業についてのご説明がありました。

それでは引き続きまして（2）の意見交換に入らせていただきたいと思います。ただ今説明のありました資料に対するご質問、あるいは地域医療構想策定にあたっての課題や方向性、施策について漏れ落ちがないかどうかを含めてご意見をいただきたいと思います。よろしくをお願いいたします。

川口委員： データ集の4ページのところで、奈良県の年齢階級別の医療施設従事医師数の推移を見ますと、平成16年は29歳以下が311名で、平成24年は251名と8年間で60名近く減っていると。30～39歳は750名が647名、40～49歳が782名から747名と、50歳以下の医師の割合が段々と減っているんですね。全体として人数は増えているが、これから伸びていこうとする人達が減っていて、反対に50歳以上は爆発的に増えているんですね。このような分布に対して、医師看護師確保対策室は気付いておられるのですか。何か施策や考え方があるのでしょうか。働き盛り、伸び盛りの人達を養成していかないと、10年、15年経った時に、このままいくと大変なことになる気がするんですね。その辺のことも全体の施策で謳っておいた方が良く少し思いました。余計なことかもしれませんが。

事務局（渡辺部長）： ありがとうございます。参考として、現在の状況を伝えますと、先生がおっしゃるとおり4ページの表のとおりになっているんですが、医学部定員増の施策が今、時限的に行われておりまして、そういった方々が臨床の現場にそろそろ来つつある状況かなと認識しております。それを受けて、今後、定員増をどうしていくのかという議論が国の方で行われておりまして、噂では、定員増ということを一且元に戻すのではないかと、ただ一方で、地域偏在等の問題がございますので、その問題解決に向けては、ただ定員が減るという話ではないんじゃないかと全国知事会ですとか、専門団体の方々から意見が出されています。それから、新専門医制度の話も、この医師需給の話と直接的に関係してくるでしょうから、都市部に医師が集まるのを避けなければならないと。

現状におきましては、開業医の先生方の高齢化は問題だと認識しております。そのような先生方が、かかりつけ機能として往診等も熱心にしていただいていると思いますが、一方で、その先生方にこれ以上、地域に出て、在宅頑張ってくださいというのは酷な部分もあろうかと思っておりますので、個々の力に頼るのももちろん大事な部分もありますが、何かシステムチックにといいますか連携する中で1+1が2ではなくて、3や3.5になるような施策を検討しないといけないかなというところなんです。答えになっているか分かりませんが、先生と問題意識は共有させていただいている次第でございます。

川口委員： よろしくお願ひします。

山田議長： これは女性医師が妊娠出産で、仕事に就いておられないことはあるのでしょうか。例えば、医学部は2～4割程度が女性になってきていると聞くのですが。

事務局（渡辺部長）： 申し訳ございません。思い当たりがございません。

山田議長： 16～24年に定員を減らしたのであれば、分からないこともないのですが、そのようなことはやってなかったですか。

事務局（河合課長）： 新臨床研修医制度の影響だと思います。15か16年あたりから始まって医局人事が上手くいかなくなって、奈良県でも医師不足がこの頃から先鋭化して、そのため地域枠とか修学資金を使って何とか奈良県に留まってもらえるような対策をとっていかないと大変だという状況になって、その方々がそろそろ医療の現場に出てきていただけるというのが最近の状況かなと思っております。

山田議長： ありがとうございます。他にございますでしょうか。

松中委員： 歯科医師会でございます。歯科医師会としまして、素案の段階から案になった段階で、103ページの文言が2行から4行に増え、44ページの文言を2, 3行増やしていただきました。これだけある資料で7行くらいしか書いていないので、歯科医師会としては大変不満だということを各委員が言っております。4疾病また急性期、回復期、在宅等においても、歯科の文言を一言ずつでも入れてもらえれば、我々としては、大変協力しやすい体制が取れると思います。

資料3を見させていただきますと、意見を取り入れていただいた部分もありますし、個々のケースなので書く必要はないと取り下げられたケースもあるようでございますが、そのようなことでなくて歯科も関わっているということをもう少し鮮明にしていただければ、我々としては各ステージ毎、又は4疾病等におきましても取り組みやすい、4月の点数改正でも、その辺りの点数は増えてきていることでございますし、医科の先生方にもその辺りをPRしたいと歯科医師会としては思っておりますので、県の方もご理解いただいて、もう少し歯科を入れていただければと思います。

事務局（渡辺部長）： ありがとうございます。先日の奈良医療圏の会議でも同じようにご意見を頂戴したところございまして、私達も歯科医の重要性は認識しているところございまして、これまでも歯科医師会を通じて色々な取組をさせていただいてきていると思います。そういったことも踏まえまして、もし各会場で、歯科医師会の委員から同じようなお話が出てくるようでしたら、一度、ちょっと場を設定しまして、これまでの取組ですとか、今後どのようなことをするのかですとか、個別にお話した方が良いのであれば、森口会長とも相談してみたいと思います。

松中委員： 今週木曜日の南和調整会議の委員が、歯科医師会長ですので、ひとつよろしくをお願いします。

事務局（渡辺部長）： 分かりました。その時にもお話をさせていただきます。ありがとうございます。

山田議長： 医科歯科連携は非常に重要だと思いますし、妊婦さんとか糖尿病の方とか周術期の方とか、今も連携してやっていただいておりますので、在宅につきましても今後とも歯科医師会のご協力をよろしくお願ひしたいと思ひます。
他にございますでしょうか。

山科委員： 少し資料が膨大で全て見切れない部分があるのですが、ここ8、9年の間に医療事情が変わっていくのは分かるのですが、これを実現しようとする、かなり急激な変化が色々な所に現れてくると思うのです。医療を必要とする人数は、高齢化社会になって絶対に増えてくると思うのですが、実際は病床が減るような計画になっている。それは在宅医療ということで求められていると思うのですが、この前の第2回の会議でも申し上げていると思いますが、この急激な変化に今のシステム自体が耐えられるのかどうか非常に問題があると思います。医師会としても、それに対する対応というのはこれから一生懸命やっていく訳ですけども、何しろ在宅医療を必要としている人が、今の3倍近くになってしまう現実、人数の試算でそれが出てきている訳ですから、それをどうやっていくかということがある訳です。もちろん、我々医師側が在宅医療に関わっていく、体制を整える、人数を増やしていくということもありますけれども、地域包括ケアシステムでも言われているように、他の職種の方々もそれを受け入れていただかないといけないし、それだけの人材確保、今回の案で少し介護の人材の確保についても記載していただきたいと思います。これも何行か加わった程度で、実際どうなっていくのか全然分からないと思うので、この点について、もう少し具体性を持たした形で、政策を考えていただかないと、この地域医療構想に盛り込んでいただかないといけないと思います。

事務局（河合課長）： ありがとうございます。2025年に団塊の世代の方々が全て後期高齢者になられるということで、高齢化がすごく進むのでこれにどう対応するのかということがこの地域医療構想の掲げている大きな目標になっている訳ですが、今までやってきた医療で十分対応できるのかといえば、なかなか難しいところがあるという実態でございますので、医療機能の分化と連携を進めて、質を高めると共に、効率的に病院の医療を提供できるようにするというのが、1つの大きな柱になっていますし、もう一つは全て病院で診きれるという体制をとっていくことが将来を見越すと難しくなるので、在宅におられる方の対応というのも、今後特に高齢者も増えるので必要になってくるというのが二つの大きな柱というのご理解いただけたらと思っております。

在宅が大きく増えるというところで、在宅というのを、一軒一軒個別の家に住まれて、そこで医療を提供するのかというと、そうでもなくて、福祉、介護関係の施設の整備も国の方で大きく進めるという話も出てきておりますので、それと十分連携を取りながら、在宅医療を進めていくということが一つあると思っております。その辺りのところは介護施設の整備との関係のところ記載させていただいております。

介護の関係から言えることもございますし、もう一つは、新しい慢性期医療のニーズに応える新しい医療の体系の在り方作りというのを国で進めておられますし、それについても今後取り組んで行きたいというところを記載させていただいているところでございます。

もちろん、在宅を進めていくにあたっては、色々な職種の方と連携をしながら進めていかなくてはいけないということで、多職種連携の研修会もやっていただきながら、進めていく必要があるというところですので、多職種連携の進め方の一つとして、例えば奈良の地域医療構想調整会議で出た意見としては、医師の方の参加が少ないという意見が出ていましたので、そういったことへのご協力を是非いただきたいなと思っております。

介護の人材についても、記載させていただいておりますように、県で取組を進めているところでございます。この取組については、別途介護の計画等で、具体的にどのような取組をしていくのか盛り込まれてきますので、それと十分連携を取りながら、平成30年に保健医療計画と介護の計画と医療費適正化の計画等と連携を取りながら再度見直していくことになっておりますので、そういうところに対応させていただきたいと思っております。

山田議長： よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

太田委員代理： 今回、病院長が欠席で代理で出席させていただいております太田と申します。病院協会所属という見地から発言させていただきますが、資料の33ページの奈良県の必要病床数と、資料6の現在の報告状況に関して、去年の11月頃に病院協会でお話いただいた時にですね、国の方が昨年6月頃に全国47都道府県の中で、どこの県がどれだけの過剰地域かということがございまして、奈良県はマイナス8～10%ということで、病床数を削減しなさいということをおっしゃられていらっしやったのですが、その時に14,212床、平成23年度の医療施設調査から見て、2025年には13,046床にもっていきましよう。その時に、ここは西和医療圏の会議なのですが、奈良県全体の、南和地域の慢性期特例パターンBを用いた場合、現行の保健医療計画における基準病床数が、その当時は13,747床であったと。そこから2025年には5.1%減の701床減らしましよう。あと一つのパターンは既存病床数は平成23年度調査で14,212床あったものを8.2%減の1,166床減らしましよう、約1,200床ですね、そのようなことを去年の11月頃に県の方でおっしゃられたと思うのです。資料6や33ページの数字が違ってくるのは分かるのですが、地域医療ビジョンと病床機能報告を連動させて、当然国の施策を各県でベットを減らすという形になっていると思うのですが、

今、現在どれだけの病床数が、33ページの14,053床が、色々な数字が出ていの中で、14,000床前後が今の現状の病床数であるか、あるいはそれを2025年に向けて、13,046床まで減らさないということをおっしゃっていたのですが、非稼働病床がどのようになっているか説明があまりない訳ですから、非稼働病床というのは1年間に1回も動いたことのない病床だと、その分は2025年までに動いていなければ自動的に、初めから病床数としてカウントされないと思うのですね。そうなった場合、今の奈良県の現状として、純然たる減少率というのですか、全体的にどのくらい減らしたら良いのか、5地域あるのですが、全体的にどのくらい減らせば良いかに基づいて、我々民間病院が扱う中で先だって厚生労働省の点数改正がございまして、地域包括ケア病棟の取り組み方ですとか、今回、7対1病床が一方向的に減らされるとかです、色々なことがございまして、民間における病院に関しては、ただ単に病床機能報告だけでやられれば、点数改定とリンクしないことには生きていけないと思うのですね。即座に潰れるところも出てくると思います。そういうこともある程度鑑みていただいて、地域医療ビジョンに踏まえていただかないことには、奈良県知事がおっしゃっていた、稼働していない病床の削減の要請を図るといのが主体だと思います。そこから切り込んで、公立的な病院のベットをどの程度減らすかにおいて、全体的な数字の目標である1,200床ですか、民間の方にも向けて、どれだけの地域でどれだけ減らすかという具体的な施策をあまり検討していないんじゃないかと思うのですが、この件に関していかがでしょうか。

事務局（河合課長）： まず、病床数の議論ですけれども、11月頃に私が病院協会でご説明させていただいた時も申し上げたのですが、この数字に何としても合わせるという趣旨ではございませんでして、何を地域医療構想で目指しているのかというのは、この病床数だけではなくて、まず医療需要というのがどう変化するかというのを地域の医療関係者の方にはご覧いただきたいと思います。今よりも、医療需要が増えるというのは、確実だと思われま。その数字を、この構想案の中にも書かせていただいている、それぞれの構想区域で増えていく、それをもう病床数を増やせないとすれば、今の医療提供体制の中でどうやっていけば良いのかという中で、この4つの機能を、今一度地域の医療関係者の方々に自ら提供されている医療機能を考えていただいて、他の医療機関と連携を図っていかないと、医療需要というのを受けきれないんじゃないかという心配があるので、この構想を作っているところでございます。

その中でこの必要病床数というのは、医療機能の分化連携が進んで、在宅医療への移行がスムーズにいったら、地域でどれくらいの病床数があつたら、そ

の地域の住民の方が困らずに医療を受けられるのかという、国が言っている言葉ですけれども、この数字は参考にするべき数字だということとして、我々はこの数字を目指して何かをしようとするのではなくて、医療需要を見ていただいて、地域の医療機関でどうやって受け止めていくのかということについて、この構想で課題と対策は記載して、来年度以降、各医療圏に設けます構想区域毎の調整会議で医療関係者の方や市町村の方に入っていただいて、よくご議論して、この医療需要が賄いきれないことがないように、一緒に考えさせていただきたいという姿勢ですので、病床数をこれにするために、どこの病院でどうしようかということは、最終的には結果であって、一番大切なのは、この医療需要の増加をどう受け止めていただくのかということだと思っております。これは前回の調整会議の場でも、何回かご説明させていただいたところですので、まずはそちらの方について、よくご議論いただきたいな、考えていきたいなというところがございます。

太田委員代理： 今のご説明は当然十分承知の上で各病院が動いているとは思いますが、地域医療ビジョンを実現する仕組みというところで、一番初めに冊子をお送りしていただいた中で、我々民間病院が置かれる立場、医療法に基づく医療計画分については、都道府県知事が公的医療機関等に対して医療審議会の意見を聴いて稼働していない病床の削減を要請することができるかとありますよね。それを今回の地域医療ビジョン、病床機能報告制度の中で民間までもっていくと聞かしてもらったのですが。そうなれば1, 200床の病床削減となっている中において、公的な病院から当然削減の要請は入るかと思うのですが、それが削減し切れない場合は、その地域における医療機能に見合うようベットを削減しなさいという強制的な、県知事からの指令というのは本当はないのですか。

事務局（河合課長）： 地域の中で活用されていない病床があれば、そういう権限があるということだと思います。それは絶対はないのかと言われると、それは10年後どうなっているのかということだと思いますが、ただそれも稼働していない病床について調整させていただくということですので、繰り返し国の方からもアナウンスされていると思うのですが、この病床数削減に向けて、都道府県知事や厚生労働大臣がですね、強制的に病床数を上げるとかですね、そういう仕組みにはなっておらないということです。あくまでも、非稼働病床の扱いも含めまして、まずは、地域の中で、非稼働になっている理由は何かということについてご議論いただく必要があるんじゃないかと思っております。それが将来的に回復されるのであれば、それに向かって頑張って回復して下さいとい

う話になろうかと思えますし、そうではなくて、もう回復できないとなれば、その病床については、他のもっと有効活用できるところに転用ということもありますし、地域の中でもう足りているということであれば、じゃあ減らしましょうかという自主的な取組、自主的な意見交換の中から、まずは入っていくべきものだと思っております。それが地域医療構想の大きな制度の仕組みになっておりまして、いきなり強制的な権限でどうこうするという仕組みにはなっておらないということでございます。

太田委員代理： 変な意味での質問でなく、本当に地域医療ビジョンを実現する仕組みというのが、奈良県の方から一番初めに配られた資料でございますので、先ほどの話が本当であれば、胸をなで下ろすような形ですね。我々一病院だけではなく、他の民間の病院がその辺りを気にしておられるとディスカッションの中で出ておりましたので、質問させていただいた訳でございます。

前回、私、出ておらなかったのですが、前回の資料1の中で、奈良県全体の医療機能の分がですね、急性期の方が2014年7月に7,018ほどベットがあると。それを2025年に4,373に減らすと。回復期は1,528床から4,333に増やすと。それぞれの地域の医療提供体制というのですか、医療機能を見直すという意味で、以前、資料1に書かれたと思うのですが、この中で、何度も申し上げますが、国がお示しなされた全国の47都道府県の中で、東京、大阪、沖縄、千葉、神奈川等の10くらいの地域は病床が不足しているのです、増床しても構わない地域だと。47都道府県の残り37道府県がいわゆる病床過剰地域だと。そうなれば、病院協会にお示しになられた1,200くらいの削減というのは、そういう機能は別にして、国に対しての報告事項になっていると思うのですが。

事務局（河合課長）： 国に対する報告事項は、この病床機能報告に基づいて各医療機関からしていただくだけで、都道府県から何か病床数を報告することは、この地域医療構想に関わっては、行う仕組みになっていないと理解しております。

あくまでも各医療機関から病床機能報告が行われているだけでございます。

太田委員代理： 去年の6月頃に朝日新聞に厚生労働省の数字として載っていたと思うのですが。

事務局（河合課長）： あれは、内閣府が研究組織の中から出された数字で、厚生労働省の数字ではないです。

太田委員代理： 去年の11月頃にこの調整会議の手前の会議のようなものがありました
が、その時に、県の方から、2014年の病床機能報告から見て、5地域とも
2025年には8.2%削減しようと計画を示していたのではないのですか。
これは奈良県地域医療構想策定についてと地域医療連携課が11月16日に出
されておる資料なのですが。

事務局（河合課長）： それはおそらく病床機能報告の取りまとめ資料だと思うのですが。
これは、病床機能報告と地域医療構想に盛り込んでおります医療需要とそれ
に基づく必要病床数の推計結果との差であれば、こういう病床数の削減幅にな
るといふ数字をお示しただけで、これを何か強制力をもって達成するとかい
うことではないということです。

太田委員代理： この資料を基にどうしなさいとか突き詰めているのではなしに、各医療
圏で医療機能の違いがございますよね、その中で西和地域なんかは、慢性期の
流入患者が非常に超過している地域とどこかの資料で出ていたと思うのですが、
そうなった場合に、一方的に急性期を減らして回復期を増やすのではなしに、
外から入ってくる、流入してくる患者も加えないといけないと思うのですが。
ただ、奈良県自前の医療だけでなく、各周辺都市から入ってきますよね。流入、
流出がある程度あるというのがどこかの資料に出てましたよね。

事務局（河合課長）： 患者の流出入を踏まえて将来の医療需要を積算しておりますので、
例えば33ページの説明させていただきました※1に記載しておりますように、
患者の流出入が現状のまま継続するものとして将来の医療需要を積算したので、
患者の流出入を踏まえた2025年の医療需要がどうなるのかというのをみなが
ら、地域でご議論いただきたいという趣旨でございます。

太田委員代理： 協議の場というのは、この地域医療構想調整会議と別なのですか。

事務局（河合課長）： 来年度以降、この地域医療構想調整会議の場をもう少し拡充して
お話し合いをさせていただきたいということです。法律上という協議の場でご
ざいます。

太田委員代理： 奈良県地域医療連携課の職員さんが色々ところで話されておると聞き
まして、県の医師会、歯科医師会、病院協会等で、その中においてやはりベッ
トを減らす、増やすというのは、病院協会の一番最初の会合で話されておるこ
とが、主題ではないかなと。その中で、当然、年々ベッドの数字は違ってきま

すよね。そうなった時に、済生会にしる、公的な病院にしる、大学病院にしるですね、そこの一番下に民間の病院が入ってくる、そこでいわゆる地域包括ケア病棟が出てきた場合に、今回も非常に転換しにくいような診療報酬体系になってきていると。ところが、国は在宅医療に推進するために地域包括ケア病棟を作りなさいと言っておりますよね。その辺を消費増税の医療介護基金を使って地域包括ケア病棟の補助システムを使いやすいようにしていただいたら、地域包括ケア病棟の増加につながると思います。非常に使いにくい補助金システムだと思います。奈良県として、地域包括ケア病棟の補助金をもう少し使いやすいシステムにしていただけると非常に有り難いのですが。

事務局（河合課長）： 地域包括ケア病棟への転換のための補助金でございますが、転換に伴う施設設備の整備であれば、出せますとしていると思うのですが、具体的にどの辺が使いづらいのでしょうか。

太田委員代理： 診療報酬体系に基づいた場合に、20対1の医療療養病棟を地域包括ケア病棟にもし移すとすれば、在宅復帰率の要件が加わってきますよね。そうなった場合、地域包括ケア病棟にいきたくてもいけない状況になると。

事務局（河合課長）： すいません、それは診療報酬の仕組みですので、県の補助金の中で診療報酬の要件を変えるというのは、出来かねますので、そのところは、国に対して地域包括ケア病棟の施設基準をもう少し何とか、実態にあった形でといったようなご要望をする以外にはないのかなと思っていまして、補助金の交付要件を変えても、それが地域包括ケア病棟と認定できませんので、そこは難しいかなと思います。

太田委員代理： 消費増税分を医療と介護の整備にあてるということがあれば、もう少し使い易いシステムに変えていただきたいと思います

事務局（河合課長）： 基金の使い勝手が良いように補助の仕組みを考えていきたいと思っておりますので、ご意見がありましたら是非お寄せいただければと思います。

山田議長： どうもありがとうございました。他にございますでしょうか。

山科委員： 今、事務局の中で少し話しが出てきたと思うのですが、医療が変換していく、地域でみる医療に変わっていく中で受け皿がきちんとしていれば、この試算さえあっていれば病床数はこの数になっていくとの順番でお話されたと思うので

すけれども、やはりそれがちゃんとできるかどうかだと思っただけです。地域でみれる体制ができる、できるから病床数が減っても大丈夫となる、そうでないと数が先に出ていますから、皆様病院の方も心配されると思うんです。病床が減る、そうしたらどうすれば良いのかということが出てくると思うんです。はっきりともう少しこの会議で言っていただければ、そのような不安はかなり減ると思うのです。

事務局（河合課長）： それは先ほど申し上げたとおりです。

山科委員： そうであれば、地域でみていく医療の受け皿がきちんと出来ない限り、病床数は減っていくことはない。もちろん、それを目標としてやっていくんですが、もしも、地域でみるだけの医療提供体制が整わなければ、急激な病床数の変化を起こさないと理解で良いのですか。

事務局（河合課長）： 何度も申し上げますが、医療需要を満たせるような体制を地域でご議論していただくということでございます。

平井委員： 王寺町の平井です。地域でということの中身、在宅医療の充実という方向だと思っただけですが、我々が具体的なイメージで沸いてこないのが、望ましい在宅医療のシステム、仕組みというのが、どのような流れなのか、誰がどういう機能を担うのかが、モデル的になかなか理解できないところがあります。まずは、在宅医療を主に担うのは、ここではかかりつけ医で西和保健医療圏内の受診は63%を占めていますが、第一義的に在宅医療を担うのはかかりつけ医で良いのかどうか。在宅医療専門医というのは、まず何なのかということが一つあります。あと例えば、資料の中にも総合専門医や家庭医というのが出てきて、在宅医療を担うのは、我々普通思うのは、地域におられる開業医さんのイメージしかないのですが、そういう開業医さんのイメージがさっき言った、かかりつけ医であり、在宅医療専門医であり、総合診療専門医であり、家庭医であるというような、言葉の定義といたしますか、整理をして欲しいなと思います。

あと、かかりつけ医は往診は必ずしてもらえるのか。当然、在宅というのは、普通はかかりつけ医に往診をしてもらえる仕組みというのが前提かと思うのですが。そういう基本があって、プラス在宅医療を進める上で、訪問看護をどう充実するかというのはセットだと思います。当然、歯科医師、薬剤師という多職種連携がもちろん望ましい姿だと思っただけですが、まず在宅医療といえば、医療をどのように提供できるのか、まず、かかりつけ医さんの機能というのを定義していただいて、地域でそれが賄える状況なのか、かかりつけ医の有無が1

00%ならば地域で在宅医療が賄えているという理解で良いのか、基本的なことかと思うのですが、教えていただければと思います。

事務局（河合課長）： 在宅をやっていく中で、在宅の専門医や総合診療専門医がいるという話が出てきていますが、最近では、専門分野で診られる開業医の方も増えてきていますので、在宅になりますと、色々な病気を持っておられて、慢性的な疾患をきっちり管理していける、急変しそうな時は病院に送っていただけるといったことを、きっちり行っていただける必要がありますので、そのようなことは研修の中で、開業医の方にご理解いただく必要があるのではないかと。在宅を進める上で、医師については、そのような課題があるのではないかと考えておまして、そういう取組を行う必要があると構想案にも記載させていただいております。

どういう方にその役割を担ってもらおうのかということで、開業医が一番というお話がございましたけれども、地域によって、開業医の方が少ない地域であるとか、高齢になっておられて中々在宅まで出向いて診療というのが難しい地域もございますので、そのような所については、病院で勤務しているお医者さんにサポートしていただくような取組も一つ必要になってくるのかなと考えております。特に南和ですと、中々開業医の方でというお話ができないので、地域によってはそういうお話をさせていただく必要もあると。この西和については、西和メディケアフォーラムということで、色々ご議論いただいている場がございますので、そこで地区の医師会と西和医療センターとで、この西和の在宅医療というのはどのようにすれば、伸びてくる医療需要に対応できるようなものになるのか是非一緒に考えていきたいと考えております。

もう一つは、在宅を進めていくにあたっては、医師よりも訪問看護がしっかり出来るのかというところがございます。平井委員ご指摘のこの訪問看護というのをどのように充足していくのか、看護師不足というのが一方である中で、訪問看護をやっていただける看護師さんをどう確保、養成していくのかが一つ大きな課題になっていきますので、それについても今後検討させていただきたいと考えておるところでございます。

医療の分野は以上が大きなところですが、歯科医師会からもご指摘がありますように、在宅におられる方の口腔ケアが一つ大きな課題ですので、歯科医師、歯科衛生士のご活躍、薬の管理もございますので、訪問薬剤師というのにも必要になってきますし、場合によってはリハビリというのにも必要になってきますので、そういった色々な職種の方に参加していただいて、在宅医療を進めていくという検討の場というのを進めていただきたいと考えているところがございます。

平井委員： 今おっしゃっていただいたようなことだと思うのですが、我々から地区の医師会にアプローチするのが中々難しいことがあります。地域、地域でそれぞれ医師会が活躍されている訳ですが、西和保健医療圏の場合、北葛城地区医師会があって、生駒地区医師会があってなど、色々分かれたりしています。なおかつ、王寺町なら王寺医師会があったりですね、例えば、小児の救急をしたい場合、どこに相談すれば良いのかが分からないです。一次医療だけでなく、二次医療も含めて、総合的にみていかないといけない、しかし、我々にとってどこに要望を持って行って良いのか分からないです。この前の奈良県・市町村長サミットに、西和7町の首長も出てますが、同じテーマを議論する場がないのですね、要望だけはしますが、なかなか詰めた議論をする場がないので、現実にも、在宅医療はどうなっているのか、各町の内容も我々分からないもので、一度そういう場を、まずは作っていただいて、この前もお願いしましたが、川口院長には汗をかいていただいて恐縮ですが、とりあえずぎつばらんに意見交換をする機会を是非設けていただきたい、それがないとスタート出来ないんじゃないかと思っております。要望でございます。

川口委員： 平井町長ありがとうございます。私のところで、一つ今考えているのは、渡辺部長とも相談させていただいたのですが、在宅療養相談支援センターというのを28年度から開設しようかなと思っております。先ほどおっしゃられた医師だけではなくて、介護福祉、看護師、薬剤師さん、それから歯科医師さんは当然のこと管理栄養士さんまでも含めたらどうかなという形で、行政の方にも当然入っていただいて、西和医療センターに来て頂いて、困っている患者さんや困っている事例だけでなく、制度面等もお互いに情報共有できる、たまり場のような場所を院内の一角に作らせていただいて、そこには看護師が必ずいると、医者も何名か連れてくると、そんな場所を作りたいなど、28年度にそれは考えておりますので、お願いしたいなと思っております。

それから、医師と首長さんとの集まりも大事なことで、町長さんの言葉にありましたように、王寺に広域周辺医師会という親睦会がありますので、その会長さんと一緒になって色々相談させていただければなと思っておりますので、そのような場を設けて、全体に広げていけたらなと思っております。ただ、西和メディアアフォーラムの中で各町の地域包括センターの方に来て頂いておりますので、何らかの形で町には、行政の方には情報はいつていると思っておりますので、もしこちらの方、伝え方が悪いのであれば、またお話いただければ、議事録等もお話させていただきますし、根津所長もお持ちと思っておりますので、そちらの方も一緒になってやっていけたらと思っております。

地域の患者は地域で守るということに関連して、私は高齢の方だけでなく、周産期ことも、新しく生まれてくる方のことも考えていく必要があると思っております。広い意味の在宅という意味で地域で産んで地域でということ。西和7町で平成26年度は800件くらいの分娩があつて、平成27年度に西和地域で産まれた患者さんがおそらく50例余りくらいにしかならないです。5%くらいの数というのはいかかなものかなというのが私の思いなんです。元々、他地域でかかっているのは仕方ないと思いますが、もう少し色々とお手伝いできることがあるんじゃないかなと。広い意味での地域包括ケアというのを考えていく必要があるのではないかなと、そういう場にもしていきたいと思っておりますので、色々とお願ひすることもあるかと思いますが、よろしくお願ひします。

山田議長： 是非、そういう会議の場を設けていただいて、情報共有していただければと思います。それでは井上委員いかがでしょうか。

井上委員： 今、お話を伺っていて、今回のこの地域医療構想というのは、当たり前のことだと思うのですが、基本的に国の場合は国民、県の場合は県民の方が一番安全で安心して受けもらえる医療を提供する方法を考えるという意味だと思うので、私自身は病院協会の代表として参加させていただいているのですが、病院を守るための会ではなくて、県民を守るということが重要で、10年後の構想を考えると、はっきりしていることは高齢化がどんどん進んでいくということで、この構想の中で一番のポイントはやはり、在宅を上手く推進していくことだと思います。西和地域でも同様のことが言えると思いますので、ここの部分を失敗するとこの構想自身は失敗してしまうということを実感させていただきました。

地域で在宅の推進をどのようにしていけば良いのか考えた場合に、西和地域でいいますと、現状では西和医療センターが中心となって動いておられるということで、非常に有り難いことだと思います。病院の立場でいいますと、高度急性期からいわゆる慢性期までの分類の中で、最終目標の在宅にもっていくために、病院としてどういう分類に属するのが一番良いか考えるデータというか基準というのを、出来るだけ早くはっきりしていただきたい。そうすることによって、逆に病院は生きていくために、どのように対応していけば良いかももう少し明確にさせていただけるような方法を一緒に考えるべきだと思います。そういう対策をできるだけ早く案として出していただければ、ディスカッションできんのではないかと感じました。

山田議長： 近畿大学さんは、西和医療センターもそうですが、救急医療を担っていただいております、県民にとっての安心安全につながりますので、その方向でお願いいただければ有り難いと思います。それでは看護協会さんよりお願いします。

西隈委員： 色々と聞かせていただいて分からないことも分かるようになりました。ありがとうございました。

看護としましては、この第6章の予防医療と健康増進の取組のところが、とても重要じゃないかなと思っております。健康寿命を延ばすとありますが、これは地域医療構想の前に、県と色々な多職種が共同して、地域の中で高齢者の健康増進のための取組を、ここにも書いてありますが、早くに始めないといけないことと思っておりますので、具体的なものがあれば看護協会としても協力していきたいと思っておりますし、専門看護師、認定看護師もたくさんいますので、病院の中で出て行ける状況があれば、県民の健康増進のところで、役に立つのかなと思っております。

山田議長： ありがとうございました。それでは輪湖委員代理。

輪湖委員代理： すいません、本日会長が欠席ということで事務局長をしております輪湖と申します。北葛医師会としましては、在宅医療推進事業に取り組んでおります。

先ほど王寺町長さんがおっしゃられました西和地域についてなのですが、事務局の立場から申しますと北葛医師会は西和地域と北葛地域が両方混在しております、取組としては、2つの地域で取り組んでいかななくてはならないということで先日、西和、北葛地域の行政の方と話し合いをしましたが、まとめるというのが非常に難しいかなと思っているのが現状でございます。

山田議長： どれだけのエリアでやるのかという範囲や地域というのはそれぞれ検討しないといけないのですが、在宅医療や地域包括ケアでしたら中学校区とかいった範囲でまとまって連携を深めるということになるのでしょけれども、病院との連携となりますと、もう少し大きなエリアになろうかと思っておりますので、それは地域の実情に応じて検討していくことになるのかなと思っておりますので、今後ともご協力よろしくをお願いします。

それでは、菊池先生。全体的な話をお願いできたらと思います。

菊池委員： 総合医療センターの菊池でございます。私のところは奈良医療圏にあるのですが、いわゆる高度急性期、急性期を担うべき病院であります。ただですね、

昨今の診療報酬改定で、7対1病床の削減方向の動きが出てきていることもあって、そのような社会情勢の変化があるのは事実でして、それに向けてこの地域医療構想があるんだろうと思います。そういう意味で、色々な病床機能をもう一度しっかり見直していきながら、今みたデータでいうと急性期病床がどこの医療圏もまだ多いのであれば、名前が回復期で良いのかは別にして、病床の機能を緩やかに変えていくという調整をやっていく必要があると思います。それが最終的に、トータルとして減るのかどうかは後の議論じゃないのかなと私自身は思っております。そういうことが一つで、一番大事なのは17ページに書いてあるように、分化があれば当然連携を密にしないと、病病間の連携を密にしないと、これは上手くいかないと思っています。ここに課題がありますが、まさしく連携を密にしていくしかないんだろうなと思います。

もう一つの在宅医療ですが、前回の時にも、こういうスキームでいくのならば、在宅医療、いわゆる底辺のところできちんとできていないと、いくら病床機能の話をして、それは砂上の楼閣で医療は崩壊するんじゃないんでしょうかと少し言わせてもらいました。在宅のことは私は余り承知はしていませんけれども、この前も、厚労省主催の全国の在宅診療所協議会が開かれたと聞いておりますが、やはり在宅医療サービスは全国で絶対的に足りない。在宅医療サービスを主体としてやっていく人達は多様化といいますか、色々な職域の方々にやってもらいたいというのが意見として出ていたようですし、まさしくそういったところが課題として上がってきて、102ページ以降に非常に細かく書かれてることが対応策なんだろうなと認識しました。

山田議長： ありがとうございます。根津先生いかがでしょうか。

根津委員： 17ページの地域の課題ということで、医療機能の分化と連携に関する課題については、菊池委員がおっしゃったとおり、各病院毎に、病床機能を100%急性期で良いのかといったことを検討していただくのがまず一番で、その後、病院間の連携をしっかりと深めていくというのが重要なんだなと思っております。

在宅医療の充実に関しましては、先ほども平井委員と川口委員からお話がありました。西和の7町で西和医療センターを中心としまして、医師会の先生方と一緒に取り組んでいるところで、実際、西和医療センターが登録患者さんというのを指定して、その方については24時間受け入れて下さるため、在宅医の先生も心置きなく在宅医療ができるということで、非常に好評で病診連携が進んでいるところでございます。そういったものが、西和医療センターだけでは今後持ちきれないでしょうから、色々なところでこのようなモデルを広めていく必要があるのではないかというのが一つです。

あと、住民の意識調査について、このアンケート調査で回答者の方は半分以上が60歳以上の方なのですけれども、あまりこの地域医療構想、地域包括ケアシステムのことも深くご存じでないし、それから自身の最期をどういう風に迎えるかということも分からないとの回答が多いので、まだよく考えていない方が結構いらっしゃるということです。住民と一緒に考えていくといえますか、県民の意識をどうするのか一緒に考えていくという施策も必要なのかなと思いました。

山田議長： 保険者協議会からよろしく願いいたします。

穴吹委員： 保険者協議会を代表しまして協会けんぽから参りました穴吹と申します。今日、皆様の様々なご発言をお伺いさせていただきまして、保険者協議会を代表しまして一言申し上げます。

今回の地域医療構想については、団塊の世代の方々が2025年には後期に入られるというのが一番の切り口なのかと思いますが、私ども保険者協議会はいわゆる現役世代が全て加入しております。この地域医療構想での議論がですね、やがて歳を重ねていった時の医療提供体制、あるいは介護の体制というのが、何十年か後にはかかってくる問題であろうかと思っております。先ほど看護協会のご発言にありましたように、予防医療と健康増進を進めていくことで、将来の医療需要の動向にどう影響するかが、これからの課題なのかなと考えております。28年度からは県と共に、医療の情報を提供させていただきまして、この議論が年々核心を突くような、そんな情報提供をさせていただければと思います。保険者協議会でも実は、毎年医療の分析、検診データの分析を行っております。間もなく昨年調査しました内容等もご披露できるかと思っております。そのようなことも含めながらですね、28年度以降も調整会議でのご議論に役立てていただければと思っております。

山田議長： ありがとうございます。意見も出尽くしたかと思いますが、今日のテーマは冒頭に課長が言われましたが、17ページの地域の課題、医療機能の分化と連携に関する課題と在宅医療の充実に関する課題とこの両方の課題をご議論いただきたいということでご意見をいただきましたが、この課題について、両者とも議論が出尽くしたのではないかと考えております。今日の時間の中で議論できなかったこともあったかも分かりませんが、また後日でも結構ですので、ご意見をいただけたらと思います。

それでは長時間にわたりご議論いただきましたことにお礼申し上げまして、事務局に返さ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。
これをもちまして、第3回西和保健医療圏地域医療構想会議を終わります。本日は誠にありがとうございました。