

第3回中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17日（木）

14時～16時

場所：中和保健所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回中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12名で、本日は大和高田市市長吉田誠克委員が欠席、奈良県看護協会常任理事下垣保美委員の代理として平様、奈良県歯科医師会常務理事山本伸介氏の代理として岡本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」）：皆様こんにちは。お忙しいところ、お集まりいただきましてありがとうございます。おかげさまで第3回の調整会議を開くことができました。前回から、パブリックコメント等をさせていただいたものを受けてもう一度皆様からご意見をいただきたいという趣旨でございます。午前中に南和医療圏で地域医療構想調整会議を開きましたけれど、南和は、4月に開院します南奈良総合医療センターを軸に急性期から回復期、慢性期までどんなふうに限られた資源でやっていこうかという、まさに地域の実情に応じた意見交換がなされておりました。また、中和地域におきましては、南和に比べると人口規模も医療規模も異なりますのでなかなか難しい面もあるかと思いますが、可能な限り、地域の実情に応じた活発な意見交換をしていただきたいと思いますので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回中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です。以上の

資料について、お手元にございますでしょうか、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」）： それでは、前回に引き続きまして、僭越でございりますが、進行を担当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ひます。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。1点目は地域医療構想（案）について、パブリックコメントあるいは皆様方のご意見をいただきまして、章立てあるいは内容について変更したという報告でした。2点目は、今回新たに2月に県民アンケート調査を行って、その結果についてのご報告がございました。3点目は、平成27年度病床機能報告の中間報告がございました。4点目は基金事業の概要についてのご説明がございました。それでは、引き続きまして、意見交換に入らせていただきたいと思います。ただいま説明のありました資料に対する質問、あるいは地域医療構想策定に当たっての課題についての漏れがなかったかどうかなどについてご意見をいただければと思ひますのでよろしくお願申し上げます。

砂川委員： 大和高田市立病院の砂川ですけれど、膨大な資料を作られて、かなりきっちりした案ができたんじゃないかと思ひますけど、当院が中和地域の中でどういう立ち位置でやっていくべきかということを考えていかなければいけないと思ひていまして、在宅の支援を期待されているというところがあると思ひますので、本院としては、急性期である一方で、在宅支援の方にもやはりそれなりに力を入れていく必要が2025年を見据えてあると思ひています。その中で中和地域は大学がありますので、県全体の病院ということもありますけど、中和地域

にあるということによって中和地域にもある一定の役割があると思うんですけど、例えば大学の方では在宅についてはどういう立ち位置でされるのかなというのがあります。高度急性期、急性期が大学の使命ということもあると思うんですけど、在宅に関して教育とかそういったところで関与されるんだろうとかそういう立ち位置をもう少し教えていただくと、こちらとしてもそれに合わせた在宅の支援ということも可能かなと思っていますが、マンパワーの問題もありますので、考えているのはそういうところを考えております。

古家委員：在宅に関して、一応現在では在宅に帰っていただけるように人を育てるのが大学の使命と考えております。ただ、今全くそういうシステムが無いわけですから、これからなんですけど、出来れば地域の訪問看護ステーションと連携して、こちらからも人をお出し出来れば地域の訪問看護ステーションも実際働いている人達が大学に来て、例えば特定行為の研修を受けるとか、そういう形で交流しながら、少しずつ人を増やしていきたい。診療報酬改定を見ていると、大学でも高度急性期、急性期、回復期から在宅までしろという感じもしなくはないんですけど、まだそういう状況ではないと思いますから、教育が中心だと思います。大学の方に在宅看護の講座ができましたから、そこがまず中心になっていくと思います。

青山委員：地域医療構想の中で今回初めてこの在宅医療を取り上げていただいたのは非常に良いことなんですけど、県民アンケート調査でわかりますように、「在宅医療とは何だ」というようなことが書かれています。我々医師であっても、医療法人であっても在宅医療って何をやるんだという感じだと思います。今やられているのは訪問、往診と昔から言われている型です。これと在宅医療は全く違うんですね。この辺をまずしっかりと踏まえないと、往診にちょっと毛が生えたようなものだということのじゃないということを県民も我々自身も覚悟してやらないとまず出来ないぐらい、非常に広範囲ですし、色々なサポート役が沢山いて初めて在宅での医療が出来ていくわけです。ですから非常に簡単な形で発表されてますけど、実際に構築して推進していくためにはかなりの時間と労力が必要ですし、地元の先生方もひっくるめて、チームワークというものをしっかりと作らないと駄目ですし、そういうところもひっくるめた素案を作っていただきたいと思うんです。だから、文書は非常に簡単ですけど、なかなかそこが深いし、幅広いしということですね。この辺をしっかりと構築していただいて、この中にしっかりと呼び込んでいただきたいと思います。いかがでございませうか。

事務局（河合課長）：在宅医療というのが今までの往診とは全然違うということは、もちろんそういうつもりで構想を作っておりまして、それと、在宅を進めていくには医師だけではなくて、訪問看護の分野もありますし、歯科医師、薬剤師の方の協力も必要ですし、それと介護の方との連携も必要だということで、在宅医療というのは地域包括ケアなんだということで取りまとめさせていただいておりまして、決して簡単に出来るという書きぶりにはなっていないのではないかと思います。また、多職種連携の取組も色々、保健所や地区医師会などで熱心に取り組んでいただいておりますので、中和の構想区域でもそういった取組を是非やっていただいて、そういうことをやるんだというのを地域の課題のところで盛り込ませていただきたいと思いますと思っております。

青山委員：この中で一番大切なことは、ドクターがいてナースがいてというのではなくて色々なところから全てのコメディカル、栄養士もいますし、リハビリはもちろんです。歯科口腔外科も入っていただき、口腔ケアに関しても必要です。栄養士というのもものすごく大切ですね。そういう分野の文言が何もないということ。もう一つはやはり今訪問リハというのが盛んにやられてますけど、訪問リハと在宅医療でのリハというのは違うということを考えていただきたいと思っております。やはり多岐にわたってリハビリをやっていただかないと駄目なのでその辺も文言に入れていただければと思っておりますけど、いかがでございましょうか。

事務局（河合課長）：リハビリが重要であるということは重々承知しております。その辺の記載も今即座には見当たらないんですけど、書いておったように思います。例えば100ページの地域包括ケアシステムをどう充実させるのかということで、「地域包括ケアシステムの構築・充実に向けて」の③多職種連携の仕組みの中で理学療法士、作業療法士をはじめとする医療系の専門職との連携が必要だという記載をさせていただいております。在宅におられる方の栄養管理というのも確かに大切なことだと思いますので、それもきっとどこかに書いていたと思うのですが、すみません。今すぐに出て来ないんですけど。重要だと言うことは十分認識しております。

菊川委員：前回の調整会議に質問した趣旨は、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）が樫原と生駒等で始まるわけですが、そのときに要支援1、2の方に対してNPO、ボランティア等の方がサービスを提供する大きな柱になるのではないですか？ということ質問したのです。医療から介護の方面でそのような方達が「大きな力になるのではないか」ということが厚労省の地域包括ケアシステムの資料等で自助・互助・共助・公助などと共によくこの単語が出てくるの

で質問をしたのです。

事務局（河合課長）：奈良県の取組ということで紹介させていただきますけど、生活支援に対するボランティアというのが奈良県の社会福祉協議会でもそういう取組の事業は実施している。

菊川委員：全国的にでもいいんですが、実を結びつつある地域が実際にあるかどうかということをお聞きしたのです。

事務局（梅野長寿社会課長）：今おっしゃった分につきましては、地域支援事業という形で平成28年度から本格的に実施されるわけなんですけど、予算的にも措置されていますし、進めていこうということで流れが出来ていると思います。ただ、実際にそういう形でできるのかというのは今先生がおっしゃったように、地域によって色々な事情がございますので、すぐに出来るというのは無いんですけど、予算措置をしながら進めていくという形になります。

菊川委員：次の質問です。当地区医師会会員で訪問看護ステーションを手がけている方からこの会議で質問してほしいとのことですのでお聞きします。医大病院など今後訪問看護ステーションの計画があると聞いているが実のところはどうか。宇陀でも市立病院で訪問看護の話聞いております。私は訪問看護ステーションはしていないが在宅医療はしており、近くの訪問看護ステーションとの連携で非常に助かっております。しかし中和医療圏のような地域で医大のような大規模な病院が訪問看護を実施することになると将来はともかく先ほどの地区会員開業医と競合することになるのではないかと。私自身は周辺にしっかりした訪問看護ステーションがあり、長年タイアップしてやってきております。今後この方向（社会保障制度改革国民会議、川上から川下までのネットワーク化）に進めていかないと、2025年に向けて川下の改革が成り立たないのではと思います。

事務局（河合課長）：訪問看護を病院としてどこまでやっていただくのか、例えば中和構想区域であれば、看護協会さんのところで大きな訪問看護ステーションがあったりとか充実している地域もあれば、東和になりますと、宇陀などでは在宅医、開業医さんが不足していて在宅まで手が回らない。訪問看護も手が回らない部分を病院でサポートしていただきたい。そういう取組は地域の実情によって様々なんだろうと思います。何も競合してやっていただきたいということではなくて、それぞれ補い合いながら、地域で訪問看護が足りないところが出ない

ように、訪問看護ステーションでやっていただいている部分と、それでは足りない部分を病院の訪問看護ステーションがすることが必要になってくる地域もありますし、中和が足りているということであれば、病院の協力はなくても在宅医療はちゃんと進んでいくということかなと思います。

菊川委員：当地区で訪問看護ステーションが足りているかどうか、私自身データを見てないので分からないが、会員の中からそのような質問があったので質問しました。

平委員代理：今回作られたのは、具体的というよりも、ビジョンを示すものなのでということだったんですけど、例えば、在宅に関してのことは、87ページの中程に在宅医療等の需要は、「中和構想区域では50%以上の増加」、「東和構想区域では30%の増加」のような数字が出てくるが、実数があるのでこのような%が出てきていると思いますので、教育する立場としては、今各区域に、訪問看護ステーションの数がいくつあって、訪問看護に協力してくださっている医師が何人いて、訪問看護師の数が今何人で、それに30%なり50%を足したら、2025年にはこれくらいの量がいるといった簡単な表を出していただくと、計画的に教育とかするのにすごくイメージしやすいんですけど、こういう%が出ているので、実数も大まかに出していただけたらなという思いを持っているんです。

事務局(河合課長)：数字を出したいという思いはあるんですけど、今おられる数字に50%増えるということだから単純に1.5倍になるのかということについても、在宅に行く場合に、1軒1軒の家で在宅医療に行く場合と、例えばサ高住のようなものを沢山作って効率的に行けるようにしようとか、後もう一つは、今慢性期の医療需要を賄うために、新たな施設の類型というのを国で検討されておりますけど、外付けの医療と中付けの医療で介護保険になるのか医療保険になるのか、その辺の議論はまだのようなんですけど、例えばそういう類型のものが出来たら、この50%の分化の部分がないんじゃないかとか、そういうところで在宅看護があれば、もうちょっと数が少なくていけるんじゃないかとか色々な要因があって、なかなかそういうふうにお出しするのが難しいかなと思っておるところなんですけど、国の方でも看護師の需要をどう推計していくかということでも検討会のようなものを将来立ち上げると聞いておりますので、その辺の議論も見ながらご相談させていただきながら、その推計をやっていきたいと思っております。ただ、今ここでぱっとこの構想に書けるほどの自信作というのが出来ない状況なんです。

山田議長：訪問診療とかは要介護度別で要介護5で50%ぐらいなど、実態調査から出た数字というのはあるんですけど、訪問看護についてはそういう実態調査なんかはないんでしょうか。実際どれぐらい在宅におられる方に訪問看護に行っているのかという調査事例とかは。

平委員代理：中央では把握されてないんでしょうかね。訪問看護ステーションからの報告は上がって行ってないんですかね。

事務局（河合課長）：看護師さんの人数とかですかね。

平委員代理：はい。

事務局（河合課長）：そういうのはあるかと思うんですけど、ただ、実際、将来の増を見据えて、地域性というものがあると思うんです。例えば奈良市の訪問看護ステーションの人が五條市に行けるかと言ったら、行けないので、地域毎の増加がどうなるかというのを踏まえて訪問看護師、訪問看護ステーションの増加を考えていかないといけないので、急性期、高度急性期の医療はどれぐらいか、地域的にもものすごく大きな範囲で考えられるのとまた別の難しさがあって、在宅については、医師についても同じなんですけど、そういう日常生活圏域で体制を作っていくというところで必要な数を推計するに当たっては、今持っているデータよりももうちょっと地域の細かいデータを何とかして入手して、それを踏まえて将来の必要数を検討していかないといけないんじゃないかと思っています。

平委員代理：ここでやるのは中和のことでしょうから、より具体的な中学校区ですかね、それに仕分けしたときにどれくらい後期高齢者がいらっしやって、どうなるかといった、勝手ですがね、見えているんじゃないかと思ったものですから。

平井委員：一つはね、訪問看護の関連ですけど、私どもの法人では、訪問看護や訪問リハをやっていて、今おっしゃっているデータは全部出ています。それを行政単位、保険者単位で集めるかどうかという話で、今御所市医師会では病診連携会議というのを4ヶ月に一回ですかね、訪問リハと訪問看護のかかりつけ医はどこか、言ってみれば指示書をどこからいただいているかという数と、もし必要であればその人たちの要介護度というのは出るんですけど、個人情報範囲で納めてあって、そういうニーズの把握というのはやろうと思えば出来ると思うんです。で、全体的な話なんですけど、今回の地域医療構想の案を見させていただきまし

て、前回よりも非常に分かりやすくなってきているということで、私は大切なのは、最後の108ページにある今後の進め方等のところでこの地域医療構想が出た後で、あくまでも2025年の一つのこうあるべき姿ですよというのを推計した指標が出たというのは非常に大きくて、非常に分かりやすくなっていると思います。恐らく私が思いますには、地域医療構想というのは高度急性期と急性期の問題が今焦点を当てられているんだと思うんですね。と言いますのは、回復期と慢性期と在宅というのは、今半分の方は分かっていると答えになっているんですけど、正直言って私自身、この回復期と慢性期と在宅というのがどうなるかというのが全く分からないというか、ある意味では成り行きに任せて、1年2年、地域医療構想の見直しというところに関連してでございますが、IIのところ「本県では平成29年度において、平成30年度を始期とする次期保健医療計画を策定」、そして今度は介護保険事業支援計画と同時に策定されるわけですので、今まで私は介護保健事業支援計画策定委員にもならせていただいていたんですけど、いかに介護と一体にするか、住民なりサービス提供者側にいかに提示できるかというのが、1年半ぐらしか時間はないんですけど、そういうことをやっていくということを見護協会の方からも出たデータのこととか、青山先生のおっしゃった在宅医療とは何かとかいうのはやってみなければ分からないというか、恐らく今のところは28年における構想としてはこれぐらしか言えないんじゃないか。ですから、むしろ、もし可能であれば、この地域医療構想の見直しのところで、どういうところで重点を置いて見直していくかというところをもうちょっと行数を増やして書いていただければありがたいなと思います。で、医療、介護に渡っている私どもの施設の感想としては、やはり、片方に介護計画があって、片方に医療計画があってということであれば、非常に難しいというか、むしろ医療介護計画を作るぐらいの意気込みでやっていただければ非常にありがたいので、それが可能であれば、地域医療構想の見直しのところをもう少し詳しく書いていただきたいというのが私の要望です。

事務局（河合課長）：貴重なご意見ありがとうございました。ここで30年度に介護保険事業計画と保健医療計画が介護と医療の大きな計画となっていて、その二つを整合的に見直せるようにというのが、国の仕組み自体もそういう形で、計画の始まる時期を合わせてやっていることですので、そのことを見据えて見直させていただきたいと思っておりますけど、どういう内容、どういう方針で見直したらいいのか、連携を深めるためにどういった視点があるのかという点をもっと少し具体的に書いたらどうかというご意見だったかと思うんですけど、もし、どういった視点で書けば良いかというのが思い浮かんで来なくて、何かご提案

をいただければ考えたいと思います。

平井委員：例えば地域包括ケアの体制をにらんでとか、地域包括医療介護をにらんでとか、今後の進め方のところで地域包括ケア体制という、言葉は別にあるかも知れませんが、そういったニュアンスで医療、介護を一体化させるという趣旨のところを強調していただければ分かりやすいかなと思います。

山田議長：介護保険事業計画と保健医療計画は今度の見直しで一体となるのでしょうか。それとも整合性を取れば良いだけで別々のものなのでしょうか。

事務局（河合課長）：その検討も含めてこれから国でされると思うんですけど、ただ、根拠法が違いますので、それを県として一個の計画にしてしまうということができるかどうかはだいぶ検討は必要かなと思います。

春日委員：先程来、在宅医療とか訪問介護について意見をいただいているわけですけど、病床といいますか、将来の医療ニーズですね、病棟に入院しなければならない人が17%ぐらい増える、在宅では53%ぐらい増えるというデータを1回目の会議の時にいただいているわけですけど、在宅がむしろ一番大事かなということで、この地域医療構想の中で在宅をしっかり検討していかなければならないのではないかなと思うんですね。今回相当ページ数を増やしていただいて詳しく書いていただいているんですけど、具体的にどうこうというのは、平委員代理のお話もそうでしたし、まだまだ書かれていないところあって、やはり地域差というものがあるわけですし、ここに書きにくいところもあるかなと思うんですけど、資料3を見せていただきましても、在宅のことについて質問されても殆ど次回の28年度から検討しますというようなことが書かれている。地域差もあることですから各地域で検討というようなことになってくるかなと思うんですけど、その際にやはり先程来おっしゃっているデータですね、介護の必要量とかデータがあれば出していただきたいのと、同じ中和医療圏と言っても市町村や地区医師会によって取組が違ったりするので、その辺のところを出来れば調べていただいて、まとめてデータとして出していただけたらありがたいんじゃないかなと思うんですけど、それを踏まえて、これからどうしていけば良いかという話になってくるのではないかなと思うんですけど。基となるデータが無い限りなかなか議論も出来ないのではないかなと思います。それから在宅がそういうふうな形で決まらないと、結局病床の機能分化というものも決まらない部分があると思うんですね。資料を見ていると、1回目からそうなんですけど、まず病床の機能分化でありきという形で始まっていると思うんですね。30年

度に保健医療計画の見直しをされるというんですけど、出された数字、1回目も質問があったかと思うんですけど、その時にこの数字は確定した数字かという質問に対して、これは国から言われている数字なので変えられないというお話でした。しかし昨年6月に厚生労働省から各市町村に対して、この数字はあくまでも目安ということで通達が来ていたと思うんですがご承知かと思うんですがどうでしょうか。それを読ませていただきますけど、この試算値については都道府県の数字も合わせて報告されましたが、一部新聞では病床の削減というような見出しで報告されたということでこれをきっかけにして厚労省から通達が来ているかと思うんですけど、今回の推計値は、地域医療構想ガイドラインに示した計算方法を一定の仮説を置いて、機械的に人口推計と対比して計算した参考値としての位置付けであること、それから昨年の医療法改正で都道府県知事の対応の規定を新設したけれども、不足している医療機関の充足を求めるものであり、稼働している病床を削減するような権限は存在しない、というような通達が来たかと思うんですけど、そのことを踏まえていただいて、今病院はなかなか赤字で苦しんでおられるのでそこへ病床削減となるとかなりダメージがあって、医療崩壊にも繋がりがねないと思います。ですので、柔軟に、これは目安だということを確認させていただきたいと思うんですが、そういう解釈でよろしいでしょうか。

事務局（河合課長）：その通達についてはどういう趣旨かというのはこれまでに何度かご説明させていただいた通りで、そこに書いてある通り、内閣府のやったのは一定の仮定を当てはめて全国でばさっと出した数字なのでそれは参考値だというのは厚労省の説明になっております。ここで書いている数字というのは省令で決まったルールに基づいて県で算定した数字ですので、これ自体の数字を触るとするのは構想に違う数字を書くということで法令違反ですので出来ないんです。ただ、この出てきた数字がどうなのかというのは縷々説明させていただいているんですけど、この数字に10年後にびたっと必ず当てはめるんだとかいうことを目指しているのではなくて、医療機能の分化・連携でありますとか、その前提として春日委員のおっしゃる通り、連携を進める前に、構想にも書かせていただいておりますけれども、在宅できっちり体制を整えないと、機能分化・連携というのは進められないので在宅は大事なんですよと書かせていただいております。そういうことが出来れば、将来見込んでいる2025年の医療需要がこの程度であればこういう病床数で地域の医療というのは守られるんですよという趣旨の数字だと我々は理解しているというところです。今厚労省の通達をお読みになられたように、病床を削減するといったような権限は知事には無いということなんです。それは法令上決まっていることでして、もちろん不稼働病

床の問題はありますけど、稼働している病床に対して云々という話はありません。

春日委員：ということでよろしいですね。後、全然別の話になるんですけど、どうしても気になって、一言だけお話させていただきたいんですけど、資料3の116番です。「奈良県医療審議会で見聞聴取がなされるが、医療審議会に県医師会が参画していないことは問題である」ということに対して、「改選時に候補者を示し県医師会の意向を伺ったところですよ」とご回答いただいているんですけど、県の医師会から申し上げますと、本来こういう会はそれぞれの団体から推薦されてくるものだと思うんですけど、県からはいやこれはということで何も回答をいただけていない。そのために参加出来ていないということであるということだけ一言申し伝えさせていただきます。

青山委員：平成26年度、平成27年度の病床機能報告を見させていただきますと、高度急性期が400件ほど減って、それがどこに行ったのか分からないんですね。やはり病院自身が届け出る時に迷われたという感じかも知れません。その辺はもう一度しっかり踏まえていただきたいと思います。中和構想区域というのが一番変化があるような形ですけど。もう一つは今急性期で問題になっているのは、7対1病床を10対1病床に誘導するという話も出て来ていますけど、大阪なんかでは10対1というところは補助金を出すとといったような話も出ていくぐらいなんです。その辺、資料7の28年度の地域医療介護総合確保基金に基づく事業の3ページの一番目のところで医療機能分化・連携により効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を図る施設・設備の導入に対して支援を行うとして、括弧書きで回復期機能への転換等と書いてありますけど、これに関してだけはこれで出すということが決まっておるということですか。もう一つ欄がありますけどER型救急体制の強化を図ることにより、他の医療機関の回復期への病床転換を誘導するための施設設備整備をやる事業をするということで本当に計画を策定されているんですかね。

事務局（奥係長）：回復期病床への転換等のことなんですけど、これは病床機能報告を見ても、病床機能報告の考え方と基準病床数の考え方の整合性の話や病床機能の定量基準の話はありますが、大きな流れとしては、今後回復期への転換の必要性というのは考えられると思いますので、今後地域で医療機能に対する話し合いをするに当たってこういう転換に対する補助制度はいずれにしても調整する必要はあるのかなということで回復期病床への転換だけではなくて、他の施設

整備を含めて使えるような形での転換の制度というのを設ける必要があるのではというところで今国へ要望しているというところが1点目の内容です。

青山委員：なるべくこういうふうにはっきりと回復期病床への転換を推進させるんだというようにことについて、報告の病床は今後変わってくると思うんです。病院自身が工夫してやっていくと思うんですけど、これをやられると次は例えば7対1病床から10対1病床にした場合に、元に戻れませんので、それと同じような意味合いを持つのかといったような形になりますので、明記していただく場合はなるべく括弧書きが無い形でお願いしたいと思います。補助はしていただくが良いと思いますけど。この4月以降の色々な会議の中でこれは決まってくわけでしょ。どっちの医療機能に移していくか、7対1を少し削減するとか、回復期にしてくださいねとか、会議の中で調整していくわけですね。

事務局（河合課長）：まずは自主的な話し合いです。

青山委員：こういうのが書かれていると非常に私たち病院としてはややこしくなる。

事務局（河合課長）：自主的な取組をいつでもサポートできるようにということです。

青山委員：そういった文言にしていきたい。それから、前回もお話させていただきましたが、レセプトデータから病床を規定されているわけですが、病院にはある程度の、休床じゃないですけど、救急が入るためにベッドを空けておきます。そういうふうなもの%というのも見られているかどうかということですね。療養病床にいる人は、その人の容態が急変したら急性期に移していきますので。そういうような形で急性期の病床は何床か、例えば1割はそういったものに確保されてもいいような形で考えられているのかどうかですね。その辺はどうですか。

事務局（河合課長）：それぞれの医療機関が地域でどういう役割を果たしていただけるのかというのを考えていただいて、回復期慢性期はあるけれども急性期としての機能も残しておくということであれば、例えば1病棟は急性期だけで他は回復期、慢性期ということで病床機能報告されている病院も実際ございますので、それは地域でどういう機能を医療機関として果たされるのかというのを医療需要のデータ、出来ればもっと沢山お出し出来れば良いんですけど、色々な制約があって我々が出来るのは国保と後期高齢のデータしかなくて、資料としてデータ集でお配りさせていただいておりますけれど、そういったデータを見ながら是

非それぞれの医療機関でお考えいただきたいというのが地域医療構想の趣旨です。そこで、自主的な取組ではなかなか前に向いて進まないということもありますので、それは調整会議の中でそれぞれ意見を出し合っていて、それを聞いていただいてどういう機能を自らの病院として果たしていけば良いのかということを再度お考えいただくということかと思えます。

青山委員：ありがとうございました。

山田議長：本当にどこの会議でもこういう発言をしていただいていますのでそういったことを払拭していただくことが大事だと思いますし、10年後のマーケティング調査の結果がこうなりますということですので、多分急性期が余ってきますよ、回復期が不足してきますよというデータを推計値としてお出ししているということだと思います。それと、在宅のデータが今少し不足していると平井委員も春日委員もおっしゃいましたが、病床機能別医療需要が算定されたのと同じように在宅でどういった医療需要、介護需要があるのか、職種別、そういったものも可能な範囲で出していく必要もあるのではないかと。それが本当に不足しているのか、足りているのか、競合しているのか、まだまだ足りていないのか、その辺のところ非常に難しいとは思いますが、病床数と在宅医療が車の両輪で、やはり在宅医療が進まない病床もなかなか数字が決まらないということになるかと思えます。その辺を出来れば出していただきたいというご意見でございました。

菊川委員：在宅患者の急変時、本人や家族が入院を希望した場合受け入れてくれる病院があるかどうか問題になる。地域により差がある感じですが。その場合在宅主治医としては無駄な入院に繋がる可能性があるが、家族は大事を取って（又は世間体を考え）「取りあえず入院」を希望することがある。そんな時、我々は家族に駄目とも言にくいのです。例えばがん患者が退院した時（つまり私にとってその時は初診の患者）は全身状態が比較的良く、その後在宅でがんの再発で漸次状態が悪くなってきた場合、しっかりした家族とそうでない場合で家族側の対応に差が出ます。仕方のない事情もあるが、後者の場合再入院になることがあり無駄な入院と医療費に繋がりがかねない。こんな場合、退院時の会議やメディカルケースワーカーの申し継ぎ等、108ページの「県民・患者への医療に向き合う知識の普及」等、市民、自治体、医療含め全体として適切な医療介護の供給体制が必要であると感じます。

事務局（河合課長）：急変時の入院というのは非常に大事だ、在宅の機能として重要だとい

うことで構想の94ページの③のところでもそういう急変時の対応で入院医療機関の役割は高いということで記載させていただいている。例えば菊川委員は樫原市だが、市役所と地区医師会とか周辺の病院の方に入っただいて在宅医療をどう進めていくのかといったような話し合いの場とか、樫原市の状況はどのようになっているのか、もしご存じであれば教えていただければ、そういったことを広げていくといったことを中和構想区域の取組例として挙げられると思うんですけど。

菊川委員：市との話し合いに関してはまだこれからです。また、病院間でも温度差があるように感じます。個人的には意識の高い積極的な病院は逆紹介もきちんとして頂けますし、先程の退院時の会議や再入院もかなりうまく機能していると感じます。医療圏によっても温度差があると思います。県からも指導して頂ければと思います。

岡本委員代理：資料3を拝見しますと、歯科医師会から出させていただいた意見がある程度反映していただいているんですけど、文言の追加をお願いしたいところがございまして、例えば9ページの予防医療と健康増進の取組の必要性というところで、「医科歯科連携により、歯や口腔の保持増進を図ることは、生活の質を支えるだけでなく、基礎疾患の重症化、発症予防等の観点から非常に重要である」という文言を出来れば加えていただきたいと思います。平成28年度の診療報酬改定におきましても、周術期口腔ケア、在宅歯科医療の推進というのが大きな柱になってございまして、そのことから考えますと歯科に関する文言がかなり少ないかなというのがありまして、もうちょっと入れていただけないかなというのが1点と、もう1点が103ページ、障害児・者への医療提供体制というところで、これはお願いしたいところがあるんですけど、歯科医師会では奈良県心身障害者歯科衛生診療所というのを奈良県社会福祉総合センターの2階に指定管理事業者として受けておるんですけど、本来医療機関でありますところが指定管理で行うというのが果たして適当な方式かというのが前々から思っているところです。この平成28年度から5年間の指定管理を受けたところなので途中で変更することは不可能だと思いますけど、次回の更新時に、指定管理にするかどうか、更新するかどうか分からないというのがあるんですけど、まず常勤医を置いて、そこの運営は歯科医師会が受けている関係上、月に6日だけの診療になっていまして、障害児の方が簡単に受診できるものではございません。しかも1回の診療が3時間しかないので、1日の患者さんが35、6名しか診れないです。1回来ると次診れるのは1ヶ月後ということで、十分な医療提供が出来ない。ですから、常勤医を置いていただいて、指定管理という

形態を改めていただいたうえで、歯科医師会が手伝いに行くというふうには半分お願いです。よろしくお願います。

事務局（河合課長）：歯科の記載をどうするのかというところですけど、基本、ご要望いただいたところを入院と在宅で記載させていただいたかなと思いますけど、その他につきましてもちょっと個別に相談させていただくことも可能かと思いますが、在宅の取組もやっていただいていますのでその辺も確認させていただきながら検討させていただきたい。

新居委員：地域医療構想を進めるに当たって、在宅ができるかどうかにかかっているというふうに思っています。28年の診療報酬改定でそういう方向にスイッチするという事になっておるんですが、在宅をしておりますが、居宅の在宅か、施設系の在宅なのか、それから医療ニーズの大きさですね、これで在宅における労力、時間、対応がかなり変わってきます。地域医療構想が10年後のマーケット調査という意味を持つのであれば、在宅の部分を更に分析してその辺の数値があればありがたいと思います。

事務局（河合課長）：在宅をもう少し掘り下げたデータ分析がやっぱりいるかなと思っておりまして、来年度、健保協会さんからもデータをいただけるということもございますので、在宅のデータを掘り下げて、この構想調整会議でお示しできるものがないかを検討させていただきたいと思います。

穴吹委員：奈良県の保険者協議会を代表して、協会けんぽの奈良から参りました穴吹と申します。最後のお話でもそうなんですけど、課長のお話の中で地域の実情という言葉が沢山出てきたかと思えます。先ほどの意見交換の中で感じましたのは、医療の部分で訪問医療、訪問看護のことを少し思ったんですけど、今通常の病院さんからのご請求はレセプトでちょうどしております。訪問看護ステーションから出てきますレセプトというのはまだ電子化がされておらずに紙でちょうどしているような状況です。県の全体の状況から申しますと訪問看護から上がってくるレセプトというのは本当に少量になります。が、今の議論を見ますとその部分も非常に重要なかと思えます。今、協会からもレセプトの電子化を進めて欲しいと地方の方には申し上げておりまして、通常の一般の診療では殆ど電子化が進んでおりまして、データの提供というのもご協力させていただける背景は、レセプトの電子化ということが背景にございます。そういうことを踏まえると、在宅医療の分野では、やはり介護の部分の情報というのが非常に懸念される所かなと思います。介護のところで医療の部分は

私どもの方に回ってきますのでそのデータ提供はできるかなと思いますが、介護そのもののデータの分析、介護保険に関しましては保険者は各都道府県ということで整備をされています。どのようになっていくのかまだ見えていませんが、30年度の介護保険事業支援計画の見直しの中に組み込まれていくのかなと考えております。案の中の108ページに地域医療構想の見直しの項目を挙げていただいておりますけど、28年度からこのようなところも含めていかざるを得ないのではないかと考えております。最後、私どもは保険者でございますので、医療提供側への支払というのも最後の勤めです。この見直しの中では医療費適正化計画との整合性というものも含めてお書きになっていますし、かつて、推計が出ていますが、2025年の医療費の増加の割合に比べて、介護の増加割合は倍だったでしょうか、約3倍ぐらいというような数字も出ておりました。この見直しの項目がどんどん充実していくことを願うと同時に、現役世代が最後のところの地域医療構想のところに入ってきます。現役世代もしっかり見ていると思いますので、そのことを踏まえながらの新年度の議論になっていただければと思います。

古家委員：中和地域ということになると、どうしても大学が色々な役割を果たさなければならぬと考えています。重症腹症ネットワークはかなりうまく行っていると思います。動き出しているところは病院同士での話し合いを重ねて、やったこととお互いの連携が出来たんだと思います。その場で色々なことを言い合います。同じようなことが救急医療でも、今は橿原市ですけど、橿原市で救急医療協議会というのがあります。病院と大学と県、橿原市、消防も入っています。同じようなことが大学でも作れるのではないかと思います。そこに病院だけではなくで開業医の先生にも入っていただく、医師会も入っていただいたうえで橿原市の在宅医療の協議会、橿原市だけでなく中南和で作っても良いのではないかと思います。色々な情報交換をしないと、個別に動いては2025年に向けてうまくいかないのではないかと思います。大学はやはり高度急性期、急性期が中心になります。回復期の患者さんをどうするかというのはやはり、地域連携のネットワーク、パスを使うしかないのではないかと思います。地域連携パスを使って、ある意味病病連携で回復期の患者さんはそういう病院に出していただくという形で、その代わり大学は必ず急性期の患者を受け入れるという役割ではないかなと思います。最後に、口腔ケアですけど、大学で周術期管理センターというのがあります。数年前から口腔ケアを患者さんに対してやっています。これは非常に有効だと思いますので是非多くの病院で取り入れていただきたいと思います。奈良医大の役割を中心に話をしましたが、是非この地域医療構想がうまくいくことを願っています。

山田議長：ありがとうございました。地域によって課題と対応は様々です。何かございましたら、事務局までご意見をお寄せいただくようお願いします。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回中和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。