

第1回奈良構想区域地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成29年1月11日（水）

14時～16時15分

場所：奈良県文化会館2階集会室AB

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：仲川委員（奈良市長）

事務局（畑澤地域医療連携課課長補佐。以下「畑澤補佐」）：定刻となりましたので、ただ今から「第1回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、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。（委員の過半数の出席を確認→会議成立）開催にあたりまして、林医療政策部長からご挨拶申し上げます。

事務局（林医療政策部長。以下「林部長」）：お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。日頃から県の医療・介護さまざまな施策でお世話になっている方々でございます。この場を借りて改めて御礼を申し上げます。地域医療構想は、皆様方の絶大なるご協力を賜りまして、全国の中でもトップグループで昨年度末に策定することができました。構想から実現に向けてこれからどうしていくかという時期でございます。早く策定することはできましたが、これから早いだけではなく、全国の中で光る取り組みをしていきたいと考えております。各論については後ほど資料をご説明しますが、大事なことが3つあると思っております。まず一番大事なことは、「地域医療構想は、地域の医療の需要と供給を調整していくものである」ということです。地域の医療のニーズに供給体制をどのように調和させていくのか、これを地域で考えていくということでもあります。そのときに全体の最適を求めるわけですが、個々の事業者・医療従事者のさまざまな利益や関心を満たしていかなければいけない、そのためにこのような調整会議があると認識しています。2つ目に大事なことは、「医療と介護の融合」ということです。人口構成も変わってきていますし、病院の役割も変わってきております。病院が治して家に帰っていただければ良いということではなくて、今後の病院の在り方、つまり病気の方が少し悪くなって入ってきて少し良くなって出ていく、そういう「暮らしを支えていく」「治療から生活へ」、こういうパラダイムの変化が起きているということです。医療と介護が一步步寄り添るのではなくて、お互い双方より強く寄り添る、そういう中で今後の医療・介護の提供体制をつくっていくことが大事だと考えております。3つ目に大事なことは、この地域医療構想は誰か他の人がやってくれるのではなくて、今日お

集りの方々、あるいは県内の医療・介護の従事者の方々、「皆さん自らが当事者であり、自ら実現していくものである」ということです。今日、今後の医療の需要について様々な資料を出させていただきますが、そういった中で是非いろいろなことを考えていただいて、またいろいろな観点からのご指摘もいただきながら、みんなで地域医療構想を実現させていく、そのための会議にしていければと考えております。今後も県の医療・介護の施策へのご協力を賜りますことをお願い申し上げまして挨拶といたします。

事務局（畑澤補佐）：続きまして、本日までご出席いただきました委員の皆様方のご紹介をいたします。（委員紹介）この会議は、審議会等の会議の公開に関する指針に準じて、公開をしています。報道機関の取材及び傍聴をお受けする形で開催しますのでご協力をよろしくお願いいたします。傍聴される方、報道機関の方につきましては、先にお渡ししております、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をお願いします。これから議事に入ります。以後の写真撮影はご遠慮ください。議事次第に従い、進めさせていただきます。

事務局（畑澤補佐）：（資料1について）まず、議事（1）地域医療構想調整会議の設置について、事務局から説明します。資料1をご覧ください。地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14に定める「協議の場」として設置するもので、奈良県地域医療構想の実現に向けた取り組みを協議するため、県内の5つの構想区域ごとに設置をいたしております。議事としては、「地域の病院・有床診療所が担う病床機能に関する協議」、「病床機能報告制度による情報等の共有」、「医療介護基金計画に盛り込む事業に関する協議」、「その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議」等となっております。昨年度は、地域医療構想の策定のための調整会議を、各医療関係団体の代表者の方々に参画をいただき開催させていただきましたが、この度の調整会議設置にあたっては、新たに、訪問看護関係と介護事業関係の団体からも代表者の方に参画をいただいております。続いて資料1の裏面をご覧ください。調整会議の主な論点についてです。・高度医療、救急医療の在り方、急性期病床からの機能の転換や多様化、急性期病床と回復期病床の連携などの病床機能の分化と連携、・医療と介護の連携や在宅医療等の体制整備、・これらを進めるための医師配置の在り方、これらを主な論点としてご協議いただきたいと思いますと考えております。地域医療構想は保健医療計画の一部として作成しており、団塊の世代の方々が全て75歳以上になる2025年の医療需要の質と量に適合した医療提供体制の構築を目的としております。構想実現に向けては、病床機能の分化・連携と、在宅医療を含む地域包括システムの充実が必要であります。そこで、この調整会議でご協議していただく内容のメインとして

は、「病床機能の分化と連携をどのように推進していくか」ということをご議論いただきたいと考えております。地域包括ケアシステムの構築については、市町村が主体となって取り組まれているところでありますので、介護等も含めた地域包括ケアシステムの構築全体をここで協議・検討するものではないと考えておりますが、地域包括ケアシステム構築に不可欠である、在宅医療の充実、医療介護の連携推進という部分についてのご意見、ご協議をいただきたいと考えております。また、「医療提供体制の構築」と「医師配置の在り方」は密接に結びついておりますので、医師配置の在り方についてもご協議いただければと考えております。地域医療構想の実現は、今後の医療需要の変化に対応するために、地域の医療機関や介護関係者等が、当事者としてどう取り組んでいくかということが肝要であると考えておりますので、建設的なご議論をいただきますようご協力よろしくお願いたします。本日の会議の内容につきましては、この後事務局から①奈良県地域医療構想の概要、②地域包括ケアシステムの構築に向けて、③奈良県地域医療構想実現に向けたこれからの取組、について説明させていただき、その後委員の皆さまに意見交換をお願いしたいと考えております。意見交換の内容としては、以下2つを考えております。①地域医療構想実現に向けて、課題と考えておられることや、これからの取り組みの方向性について、②検討に必要なデータ等の情報提供について、これらについてご意見をいただければと思いますので、よろしくお願いたします。議事（1）地域医療構想調整会議の設置についての説明は以上です。以後の進行については、設置要綱第4条第2項の規定に基づき、議長にお願いたします。

佐藤議長（奈良市保健所理事）：地域医療構想の推進について、事務局より説明をお願いします。

事務局（奥地域医療連携課係長。以下「奥係長」）：（資料2について）「奈良県地域医療構想の概要」について、資料2に基づいてご説明します。昨年度の策定に係る会議には、出席されていない方もいらっしゃいますので、まず簡単に地域医療構想を策定することとなった背景から説明させていただきます。資料p.1とp.2をご覧ください。まず、p.2の一番上の「地域医療構想とは？」をご覧ください。地域医療構想とは、「急速な少子高齢化による医療介護需要の増大と疾病構造の変化に対応するために、都道府県が策定する地域における将来の医療提供体制に関する構想で、将来の医療需要に応じた、より効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指すもの」となります。これをもう少し具体的に説明します。p.1とp.2にもあるとおり、「2025年」という数字が出てきます。この2025年は、団塊の世代の方々が75歳以上となり、75歳以上の人口が約2200

万人に達し、5人に1人が後期高齢者となる年です。この高齢者人口の増加は、地域差があることから、医療に需要においても地域により差が発生することとなります。そのようなことから、限られた医療資源の効果的・効率的な配置を促し、急性期から回復期・慢性期まで、患者の状態に見合った医療サービスを受けられる体制をつくることが今後さらに求められることとなります。また、高齢化の進展が進むということは、慢性的な病気を抱える方々が増えていき、支える現役の世代が減っていくこととなります。社会保障費は増えていき、一人当たりの負担はさらに増えていくこととなります。このような環境の変化・状況に対応するため、医療関係の法律が平成26年度に改正されまして、全都道府県で2025年に向けてどのような医療提供体制を整えていくのかを、地域の関係者と一緒に取り組んでいきたいと思います。p.1の左真ん中にあるとおり、地域医療構想の策定にあたっては、医療機関は有している機能を4つに分けて考えていくとし、病床機能報告制度も平成26年度から始まりました。このような情報を活用し、地域医療構想は策定していくこととなっています。p.1の右側にあるとおり、地域医療構想の内容は、医療法の中でも「2025年の医療需要と病床の必要量」と「2025年に目指すべき医療提供体制を実現するための施策」について盛り込むよう定められています。p.3は奈良県地域医療構想の目次を記載しています。こちらが奈良県地域医療構想全体の構成となっています。まず第1章、第2章については、2025年を見据えた奈良県の医療・介護の提供体制の基本的な方向性を記載しています。第3章以降に、将来の医療需要や取り組んでいく施策の内容を記載しています。3章以降の内容は、課題の整理や問題意識を皆様と共有するという事で整理していることに留まっているところもあります。本日は、時間の関係もありますので、奈良県地域医療構想の中心的内容であります、第1章、第2章、第3章、第5章の内容についての概要を説明します。p.4第1章の「目的について」です。地域医療構想の目的は、国全体で言われていることでもあります。が、「病院完結型」の根本的な治療から、病気と共存しながら生活の質の維持・向上を目指して、地域全体で治し支える「地域完結型」への医療への対応が求められているという記載となっています。これまでの日本の人口構成は15歳から65歳の所謂生産年齢人口が一番多くなっておりました。そのときに求められていた医療が「病院完結型」であり、治すこと・救うこと・救命・延命など、しっかりとした医療を提供するということが主眼に置かれていました。これから人口構成が変わり、65歳以上の割合が多くなってきた場合に、どのような医療が必要かという、癒やすこと・支えること・病を抱えて生きること・看取ることで、これらが大事になってくると考えられます。これからの10年は人口構成が変わる過渡期にあり、将来の人口

推計のような形になっていくときに、私たちの考え方も変えていかなければならないということを記載しています。下の四角囲いの中に移ります。それを実現するために、病床の機能分化と連携を積極的に進めていく必要がありますが、在宅医療の充実を含む、地域包括ケアシステムの構築が一緒になって（両輪で）進まないとうまくいかないということを、第1章に記載しております。p.5の第2章では、基本的な視点ということで、第1章の目的を達成するためにどうしていくかということを示し、少し具体化した内容を記載しています。まず一つ目に、「医療需要の質と量に適合した効率的で質の高い医療提供体制の構築」ということです。医療機能の分化には、高度急性期や急性期、回復期、リハビリ、療養、在宅までそういった流れに応じた一貫した医療提供体制が必要ということに記載しています。要は、患者さんの状態に合った医療をバランスよく提供したいということ、そのためには医療機関間の拠点化、医療機関同士の連携、医療・介護の連携体制が必要ということに記載しております。二つ目は、「地域包括ケアシステムと在宅医療の充実」ということです。こちらはもう一つの大きな柱であり、両輪を進める必要がある地域包括ケアシステムの中では、在宅医療をしっかり提供できる体制が必要ということに記載しています。p.6の3つ目は、「予防医療と健康増進の取組の必要性」ということです。医療機能の分化と連携、在宅医療は言うまでもありませんが、病気にならないことが一番良いことであり、予防医療の必要性であったり、健康増進の取組に関しても進めていく必要があるということに記載しています。また県民の皆様方にこうした取組をより広く知ってもらいたい必要があるということについて記載しています。4つ目は、「医療従事者の働き方改革の必要性」ということです。医療介護の現場が変わってくる中で、医療従事者、介護従事者の働き方改革の必要性についても記載しております。現役世代がどんどん減ってくる中で、医療や介護の需要は大きくなってきますが、若い方々にこの分野に参入していただく必要がありますし、いまこの分野で活躍していただいている方々に働きがいを感じてもらい、活き活きと働き続けてもらう職場とはどういったものかというのを研究していく必要があるということに記載しております。p.7の第3章では、医療需要・必要病床数についての記載となっております。医療需要の質と量に適合した効率的で質の高い医療提供体制を構築するに当たって、現在どのような医療需要があるのか、将来どのような医療需要が必要とされているのかについて記載しています。一番左の棒グラフは、2013年の各医療機関から出されたレセプトデータより医療需要を計算したもので、1日9,507人の入院患者が発生しているという数字となっております。真ん中の棒グラフは2025年の数字であり、1万1102人、約17%患者数が増える推計となっております。グラフの中で、「医療機関所在地」とあるのは医療機関の住所地で需要を測っており、

一番右のグラフにある「患者住所地」とは患者の住所地ベースでの医療需要を測った内容となっております。2025年の両者の差をみると、1万1102人と1万1077人でほとんど差がありません。奈良県の県レベル医療需要の現状は、大阪府・和歌山県に患者流出していますが、京都府南部・三重県から患者流入している状況で、ほとんどプラスマイナスゼロという状況を表しております。p.8は必要病床数のデータとなります。P.7で示される患者を医療機関で受けることになった際、どの程度の入院施設があれば需要を受け止めることができるかについての内容となっております。2013年の9507人の入院患者を受けのために1万1183床が必要で、約17%医療需要が増える2025年には1万3063床が必要との推計となっております。これらの数字は一定の仮定をおいた推計値、目標値として記載しております。一番右のグラフは、2015年に各医療機関から提出された病床機能報告の内容で、どれだけのベッド数を持っているか、どのような医療を提供されているかについて各医療機関から提出されたデータを合計した内容となっております。その中で、1万4053床報告がありますが、このベッドがより効率的に、各医療機関の役割が住み分けられることで1万3063床になっていくことと、効率的な役割分担が進むには回復期機能への転換に一定程度目を向けていただくことが必要と考えられます。p.9～p.13について、p.9以降に医療圏別の内訳を記載しています。p.14の構想区域と医療連携区域についての記載となっております。医療提供体制の区域としては、すでに医療計画の中に、一般的な入院医療を確保する区域として、「二次医療圏」を設定しているところですが、地域医療構想においても医療圏とは別に、2025年に向けた地域における病床の機能分化および連携を推進するための「構想区域」を設定することが法律で定められております。奈良県では、この「構想区域」と医療計画で定める「二次医療圏」は一致しています。ただ、疾病毎に考えていくと、時間的な切迫度、緊急性が異なることから、すでに既存の連携体制が一定構築されているところもあり、これら取り組みがなされている区域を「医療連携区域」として別に設定し、柔軟な区域設定をおこなっております。以上で第1章から第3章までの主な概要について説明を終わります。第5章については、説明者を代わります。

事務局（井勝地域包括ケア推進室長。以下「井勝室長」）：（資料3について）第5章の「地域包括ケアシステムの構築に向けて」（資料3）について説明をします。地域医療構想の冊子の中では p.95以降に詳細は記載しています。本日は資料3に基づいて、地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築に向けた、今現在の奈良県の取り組みを簡単に説明します。p.1について、地域包括ケアシステムと在宅医療の充実ということで、こちらのイメージ図は地域包括ケアシステムの概念の

再確認です。2025年を目途にして、高齢者の多くの皆様が完治することが難しい糖尿病や認知症などの複数の慢性疾患を抱えながら、可能な限り地域・住み慣れた自宅で生活をしていただく、そうした高齢者の思いを実現するために医療と介護、予防や生活支援といったサービスが住まいを基本としてお住まいの地域で一体的に提供される、そういった地域包括ケアシステムを構築していきたいと考えています。特に、地域医療構想の関係で言いますと、在宅医療、在宅医療とともに生活を支える介護の充実が必要になってきます。そういったところで、第5章で地域包括ケアシステム実現のための構築に向けてということと記載があります。p.2の地域包括ケアシステムの中でも特に重要になる「在宅医療の充実」についてです。2013年度と2025年度の在宅医療の需要について、見込みを推計しているグラフです。2013年では、医療機関の所在地ベースで約1万1860人ほどの在宅医療の需要がありますが、これを一定の仮説（左の黄色の四角囲い）の通り、老健施設の入所者数と療養病床の入院患者のうち医療区分Ⅰの7割、一般病床で175点未満の患者、いわゆる医療需要の少ない患者さんが在宅に移行してくるというように考えますとともに、慢性期に関する入院受療率について2つの仮説で推計している目標を設定して、入院から在宅医療に移行してくることを考えて、2025年の在宅医療の需要数を見込んでいます。医療機関所在地で見ますと、1万8120人程度に増えてくるということで、「特徴」にある通り、在宅医療等で対応する医療需要は約53%（1日あたり約6300人）増加すると見込んでいます。p.3の構想区域毎の在宅医療の医療需要です。こうした推計を元に、実際に地域包括ケアシステムと在宅医療をどのように充実させていくかということも p.4以降に記載しています。p.4の「地域特性に応じた在宅医療提供体制の構築」については、市町村・地区医師会・病院・訪問看護・介護事業者・地域住民の代表による議論を通じ、横断的かつ継続的な取組が必要と考えています。次に、「在宅医療に関わる医師の確保」ですが、これについても非常に重要と考えています。「複数の医師によるチーム在宅医療の推進」ですが、実際に在宅での生活を支えていくためには、24時間体制を維持していくことが大きな課題です。医師会と市町村が協力して、在宅医療の依頼・相談窓口の設置が求められるところです。病院や診療所の複数医師が連携した主治医・副主治医制の導入や運用も必要となってきます。そして、ICTを用いた医療介護情報の効率的な共有なども取組として必要になってきます。「在宅医療を支える看護職員の確保」も、医師の確保とあわせて非常に重要になってくると考えています。p.5の同じく地域包括ケアシステムと在宅医療の充実ということで、先ほど説明した4点の続きとなります。さらに在宅での生活を支えるために「訪問看護の提供体制の整備」が必要になってきます。奈良県では訪問看護ステーションがどうしても小規模な事業者が多いの

で、各地域の中核となる事業所を基幹的訪問看護ステーションとして位置づけ、訪問看護ステーション間の連携や調整機能、人材育成をおこなう教育機能、地域住民や医療・介護関係者からの相談等の役割を果たしてもらうことが必要であると考えています。そして、「病院看護師と訪問看護師とが連携」して、円滑に在宅復帰を図るために、在宅療養移行支援の強化が必要であると考えています。先の p. 4にもありますが、「ICTを活用した医療と介護情報の共有と研究」も非常に大事になってくると思います。そして、「慢性期の医療・介護ニーズに対応するための新たな医療・介護サービスの提供体制の取組」については、現在国で検討されている新たな施設類型等の情報を注視しながら、その整備も積極的に進めていく必要があると考えています。p. 6～p. 7では、引き続き、「地域包括ケアシステムと在宅医療の充実」ということで課題と必要な取組を書いております。「在宅医療・介護連携の拠点整備」、「在宅生活を支える介護基盤の整備」、「他職種連携の仕組みづくり」、「24時間対応の訪問診療、看護、介護に対応できる住まいの確保」、「空き家や廃校の在宅施設整備への転用」、色々と拠点になったり、高齢者が地域で集える居場所づくりといったところで、こうした様々な新たな発想や取組が必要になってくると考えています。これから単身の高齢者、もしくは高齢者のみの世帯が増えてくるということで、様々な「生活支援サービスの充実」が必要になってくると考えています。安心して地域で最期まで生活していただくためには、日常生活上の困り事、あるいは外出に対する多様な支援が必要になってくるので、生活支援サービスの充実が不可欠であると考えています。p. 8以降は参考資料で、地域医療構想の中には記載されていないところです。本日は、健康福祉部地域包括ケア推進室から、介護の方面でこの在宅医療・介護連携の推進はどのように位置づけられ、どのように取組を進めていくことになっているかを説明します。p. 8は、在宅医療・介護連携の推進が必要であること細部の確認です。75歳以上の高齢者は、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすく、要介護の発生率や認知症の発生率が高いという特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多くなります。在宅医療・介護連携は、従来からその必要性が問われ続けた重要な課題であるが、医療と介護はそれぞれを支える保険制度が異なることなどにより、他職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていなかったということが課題であったと考えています。こうしたことから、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられて、全国的に取り組むことになりました。具体的には、市町村が地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力して、地域の医療・介護関係者が参画する会議の開催、もしくは相談の受付、関係者の研修等に取り組むことと

なっています。この地域支援事業の中にどのように在宅医療・介護連携の推進事業が位置づけられているかのイメージ図が次の p.9となります。p.9の左側の図が、改正前の介護保険とその支援事業の全体像です。青いバーで地域支援事業と書かれております「介護予防事業」「包括的支援事業」「任意事業」という大きくこの3つで地域支援事業は構成されていましたが、右側の図に移りまして、この3つのうち真ん中の「包括的支援事業」の中に、新しく「在宅医療・介護連携の推進」が「認知症施策の推進」や「生活支援サービスの体制整備」といった事業と一緒に位置づけられたところです。これらの事業は、推進して実現していかないと、地域で暮らし続ける包括ケアシステムの実現は難しいということで位置づけられました。実際に、在宅医療・介護連携推進ということで、どのような取り組みを進めていくかということはp.10以降となります。p.10の在宅医療・介護連携の推進事業は、介護保険法の地域支援事業に位置づけられ、具体的には p.10から p.13にそれぞれ記載しています。(ア) から (ク) まで、全部で8つの取り組みを進めていくことを求められています。市町村においては、遅くとも平成30年4月からは、この(ア) から (ク) の8つの事業すべてに取り組んでいること、もしくは取りかかっていることが求められています。8つの事業はそれぞれ切り出してどれかをやっていくというよりは、在宅医療・介護連携を推進していくとなれば、おそらく必然的にこういった8つの取り組みをすることになるかと思えます。その中でも、順番としてあえて言うなら、p.10に記載している「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」、「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」、この2つが出発点になるかと思えます。それぞれの地域の医療介護の資源や現状をしっかりと把握し、そしてそれぞれの地域の医療介護連携に向けてどういった課題があって、どのような対応策を打っていくのかを検討する場があるということが重要だと考えています。そういった場を立ち上げることで、その後の切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を進めていくにはどうすれば良いのか、あるいは医療介護関係者の情報共有を支援するためにはどういったことに取り組めば良いのか、というようなことが発展的に課題として検討されていくと思えます。p.11から p.13に、それぞれ具体的な取り組みを(ウ) ~ (ク) として羅列しています。P.10の(ア) 医療資源の把握や(イ) 対応策の検討でおこなったことをベースに、(ウ) ~ (ク) を取り組んでいくという記載になっています。(ア) ~ (ク) の細かな説明は割愛します。p.14では、実際に医療と介護の連携をどのように進めていくのかについて、いま県が取り組んでいること具体例の一つとして「退院調整のルール作り」があります。これは医療介護連携調整実証事業という取り組みで、昨年27年度から、保健所・地域の病院や医師会・様々な関係団体・市町村の協力のもと進めています。病院とケアマネージャー(介

護)が顔の見える関係を作り、互いの役割や課題を認識しながら、退院してくる高齢者の在宅での生活を遅滞なく支え、円滑に在宅生活に移行してもらえることを目的に、この退院調整ルール作りに取り組んでいます。昨年度は東和医療圏を中心に、旧桜井保健所管内で取り組みを進めました。今年度は、橿原地区(橿原市、高取町、明日香村)で取り組みを進めているところです。来年度は西和7町で実施したいと考えており、30年度以降も南和地域など順次県内すべての地域に広げていく予定です。p.15では、実際に退院調整ルール作りに取り組むことでどのような効果があったのかを記載しています。昨年度取り組んだ東和医療圏の退院調整の状況です。左側が退院調整の連絡状況です。高齢者の患者が退院する前に病院からケアマネージャーに連絡があったかどうかを調べています。退院調整ルール作りに取り組む前は、退院調整ができていたのは約50%でしたが、退院調整ルールを作ってその後1年間取り組みをした結果、約65%に上昇しました。右側は、ケアマネージャーから病院に入院時情報提供書を送った割合です。病院とケアマネージャーの連携を円滑に進め、退院調整を円滑にするために、入院の段階でケアマネージャーから病院へ、それまで高齢者が在宅でどのような生活をしていたのかをしっかりと伝える必要がありますし、介護保険の制度の中でも入院時情報提供書として規定されています。ところが奈良県、特に東和圏域では、ケアマネージャーから病院に対して、この入院時情報提供書を送った割合は、退院調整ルール作成に取り組む前は非常に率が低く、30%程度しか提出されていませんでした。取り組みの後、現在では60%以上にまで改善しています。p.16では、いま課題になっている医療提供体制、それから介護をどのようにしていくのかということで、さまざまな計画等について平成28年から平成30年に向けてのスケジュールを一覧にしているものです。平成30年には、医療計画や介護保険計画が同時スタートすること、それに伴い診療報酬や介護報酬も同時改定されます。平成30年度を見据えた準備、あるいは計画の策定期間となる平成29年度が非常に重要な時期であると考えています。p.17では、地域医療構想の中で「病床機能の再編と連携」が課題になっていますが、在宅医療は県全体で約1.5倍に増えます。当然、在宅「医療」だけで高齢者の在宅での生活を支えることは難しく、医療と一緒に生活を支える「介護」も新たに必要になってくると考えています。この在宅医療の増加に伴い必要になる在宅介護のサービス量をどのように見込み、整備していくのが第7期の介護保険事業計画での大きな課題です。p.18では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、それぞれ県・市町村・医師会に期待される役割を簡単に記載しています。もちろん地域包括ケアシステムの構築には、様々な機関(リハビリ、訪問看護、薬局・薬剤師、歯科医師・口腔ケア)の活躍が必要です。代表的に3者の役割を記載していますが、これだ

けではありません。様々な検討機会を通じて、多くの皆様の参加や協力を検討していきたいと思っています。

事務局（西村地域医療連携課長。以下「西村課長」）：（資料4について）奈良県地域医療構想実現に向けたこれからの取組についてということで、奈良県の現状を改めて見た上で、今後の方向性について説明します。p.2は、圏域別の人口推移及び世帯の状況です。いろいろなところで資料が出ていますとおおり、すでに65歳～74歳の人口の伸びは頭打ちで、当面は75歳以上の人口が増えていく時期になっております。p.3～p.6は、世帯毎に状況を見たものです。65歳以上の世帯員がいる世帯は、東和や南和地域で半数程度になっています。夫婦とも65歳以上の高齢夫婦世帯の割合は、各圏域で大きな差はありません。p.7は、高齢化で伸びるサービスと伸びないサービスを示しています。左側のグラフは、65歳～69歳を1とした場合、年齢が高くなるほど需要がどのように増えるかを示しています。この中で、高齢者を中心に治療をおこなう、膝・人工関節置換術は84歳くらいまで少し上がっていますが、PTCAや胃・十二指腸ファイバースコピーなどはほとんど増えません。一方、訪問診療（赤の点線）は年齢が上がる毎に飛躍的に増加します。右側のグラフは、介護サービス受給者の人口比です。介護のサービスは65歳～69歳は2%程度しか受けていませんが、年齢が上がるにつれてどんどん高くなり、90歳くらいになると女性で7割くらい、男性で半数以上が介護サービスを受けるとことを示しています。p.8は、医療提供体制における奈良県の特徴を示しています。奈良県と同一人口・同一面積の滋賀県と比較をしています。一番左のグラフが奈良県、真ん中が滋賀県です。奈良県は、400床以上の大病院は4病院しかありませんが、滋賀県は10病院あります。奈良県は200床台、300床台の中規模病院が多くなっています。さらに、ここには書いてませんが、奈良県の場合は民間病院の割合が高いという特徴もあります。全国的には約70%の病院が民間病院ですが、奈良県では78%が民間病院となっています。三重県は、奈良県と滋賀県の間的な特徴です。このような状況は、病院が医師を確保しやすいか、救急医療の体制にも影響してくると考えています。人口は滋賀県の方が奈良県よりも若干多いですが、医師の総数は滋賀県よりも奈良県の方が多くなっています。それにも関わらず、救急搬送時間（119番から病院収容まで）は、奈良県は44分、滋賀県は33分となっています。これを全国順位で見ますと、奈良県は全国で44位、滋賀県は9位となっています。p.9は、病院毎の医師数を示したものです。一病院あたり60人以上医師がいる病院は、奈良県は6病院しかありませんが、滋賀県は11病院あります。医師「60人」というのは、主要な診療科に3人以上医師を配置し、しっかりとした診療と研修体制を確保

し、内科や外科の当直体制を組み、救急医療を積極的におこなうために必要だと思われる人数です。この考えに基づいて、南奈良医療センターでは60人体制で昨年4月にオープンしたところです。p. 10は、病床規模別の医師数の状況を示しています。滋賀県と人口も医師数もほぼ同じ状態に関わらず、「奈良県は医師不足である」と言われる一つの根拠を示すものです。大規模病院に医師が集中しがちで、中規模病院以下は少ない傾向となっています。赤が奈良県、ピンクが全国の数値です。全国の状況も、400床、500床以上の病院に医師が多くなっており、病床が多い病院の方が医師が集まりやすくなっています。奈良県は、さらにその特徴が顕著で、中規模病院には医師が少ないという状況になっています。p. 11は、人口10万人あたりの医師数を全国と比べたものです。右側のグラフが、全国との比較になります。県内にいる全施設の医師数は、全国が249人、奈良県が239人ということで奈良県がやや下回っていますが、医育機関として特殊性のある県立医科大学を除いた病院平均で見ますと、全国平均より奈良県が多くなっています。このように医師の総数はいるのに医師不足感が強いのは、奈良県には中小規模の病院が多いために、医師の「偏在」というよりは「散在」している状況ではないかと考えられます。p. 12は、一般病床の平均患者数と病床利用率を示しています。一般病床における1日平均患者数・病床利用率とも、12ヶ月の移動平均で見ても、年々減少する傾向となっています。p. 13は、近年の入院患者数の動向です。このグラフのA～Sは病院を表しています。県内のDPC病院の1ヶ月間に新たに入院した平均患者数を2008年から2014年まで順番に並べています。これで見えていただくとおり、元々入院患者数が多い病院、つまり大きな病院は現状維持か患者数を増やしています。中規模以下の病院は、患者数が減っているところが多くなっています。その中規模以下の病院の中でも、増加傾向もしくは現状維持の病院は、具体的な病院名は申し上げませんが、特定の領域において大学病院でもできないような治療をしている病院や、介護の分野も含めて多角的な経営に取り組まれている病院です。この資料では書いていませんが、診療報酬の制度においても平成26年の改正以降、どのような患者を診療したかによって診療報酬が決まる方向になっています。つまり、設備や看護師の数を揃えただけで点数を取れるわけではなく、実際にどのような患者を診たか、医療・看護の必要度や重症度、在宅復帰率等の要素で点数は決まる方向になっています。p. 14では、今まで見てきたように、人口の減少、高齢化の進展、中小病院が多くて医師が散在している状況、多くの中小病院において患者数が減少している状況にあって、それでは今後どうしていけば良いのか、この調整会議ではどういったことを協議していけば良いかということをし少し触れたいと思います。p. 15は、地域医療構想の今後の進め方についてです、平成30年度には診療報酬・介護報酬

の同時改定、医療計画・介護保険事業支援計画が重なって改定される年です。平成29年度前半にはすべての改定案件について国の方向性も明らかになってくると考えられます。地域医療構想の実現には、平成28年度から29年度の前半に向けて、地域医療構想の今後の方向性に関する課題認識について合意形成を目指したいと思います。関係者との合意形成に向けて検討に必要なデータ等を情報提供していきますので、それに対するご意見もいただきたいと思います。p.16では、先ほどの介護保険の話の中でもあったとおり、第7次保健医療計画や第7期介護保険事業計画のスケジュールは、表の通りとなっています。いずれも29年度中に策定して、30年度から発効するという形です。p.17では、冒頭の資料1で説明したとおり、記載の設置目的とメンバーでこれから考えていきます。p.18では、地域医療構想の実現を目指す上での課題の認識について3点あげています。1つ目の「①急性期機能の明確化」は、病床機能報告制度と地域医療構想における急性期と回復期の定義の仕方が異なっていることを踏まえて、急性期病床の担う医療機能の明確化が必要ということです。2つ目は「②検討に必要な医療提供状況のさらなる情報提供」です。医療機能分化・連携の推進を検討するために必要な更なる医療介護情報の分析による情報提供が必要であると考えています。3つ目は「③医師の適正配置」です。奈良県では医師偏在よりもむしろ、医師「散在」が発生しているという課題を皆様でお持ちいただきたいと考えています。これら①～③について、次ページからもう少し具体的に説明します。p.19は、①の急性期機能の明確化についてです。このグラフは先ほど地域医療構想の説明の時にも出てきましたように、このグラフの数字で見ると、真ん中の2025年の必要病床数と、2015年に各病院から報告してもらった病床機能報告の数字に若干ずれがあります。特に急性期は4300床しか必要でないのに、いまの報告では7000床もあるとなっております。ここが大きな問題となっているところと思います。これは次のページでも説明しますが、いま2013年の必要病床数と2025年の必要病床数には、割合において特に大きな差はありません。2013年の必要病床数から人口配分等を反映して推計したのが真ん中のグラフ（2025年の必要病床数）なので、当然同じくらいの割合になります。病床機能報告だけが違う割合になっています。その理由についてはp.20で示しています。医療需要推計による急性期・回復期の定義と、病床機能報告制度によるその定義の仕方が異なっているために、このような乖離が生まれていると考えています。左側の医療需要推計の方で言うと、医療資源の必要量が1日あたり入院基本料を除いて600点～3000点分の治療をする病床が急性期病床ということになっています。これは実際に2013年に、患者の結果を基に推計されたものです。右側の病床機能報告では、急性期は「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を

提供する機能」となっており、回復期は「急性期を経過した患者」と分類されていますので、この病床機能報告の急性期には「軽症の急性期患者」も含まれていると思われます。具体的に言いますと、それほど重い病気や怪我でなくても、救急車で運ばれてきてきたような患者を一番最初入院させる病棟はその病院では当然「急性期病棟」と考えられているわけですが、左側の医療需要推計の定義で言いますと、入院初日であっても医療資源を投入していなければそれは「回復期」として分類されてしまいます。このような状況なので、p. 19のような大きな乖離があっても、「そこを転換しなければならない」とは必ずしも言い切れません。他の都道府県においては、県庁所在地周辺に大きな病院が多数有り、急性期の患者を取り合いになっているという県もあるかと聞いていますが、奈良県の場合は日赤病院や労災病院、国立の急性期の大規模な病院がありませんので、急性期の病床が過剰になっているわけではないと考えています。従いまして奈良県では、現状の急性期病床の機能をしっかり分析して、今後求められる医療需要に見合った体制を構築していくことが必要であると考えています。p. 21です。病床機能の急性期の中には、一部、かかりつけの患者が急入院しなければならなくなったケースや比較的軽症な部分も含まれていると考えています。そういう状況の中で、今後、地域医療構想を実現していくにあたって想定される病院像の例として3つを想定しています。1つは一番上に書いている、高度急性期と急性期の中でも比較的高度な急性期を中心にやる「総合的な機能を有する病院」です。その次は、「機能をしばった専門病院」です。ある分野においては大学病院でもなかなかできない治療で、他府県を含めても一番を目指すやり方があります。3つ目としては、在宅医療の取り組みや介護と連携した地域包括ケアシステムの一翼を担うような、地域住民にとっていわば「めんどろみの良い」、地域に密着した方向性が考えられます。県内における各病院としては、これら3つ以外の方法でも結構だと思いますが、自病院がどのような方向性をもっていくかを自ら考えていただかなければならないと思っています。p. 22は、医療提供体制の更なる情報提供の一つとしまして、各病院から報告いただいた病床機能報告のうち急性期の機能を数値化して医療機関毎の評価をおこなえるように試みたものです。左側のレーダーチャートは、各病院が急性期に関してどの程度のアドバンスを持っているのか、どのあたりの位置づけになるのかを示したものです。赤の線が県内病院の平均で、緑の線が当該病院の数値となります。これは県内のある中規模病院の例です。自らの病院の立ち位置が分かるように、いま最終整理をしておりますので、後日整理ができましたら各病院に自病院の結果を送付したいと考えています。p. 23は、p. 22に説明した、急性期機能の点数の高い病院順に並べたものです。これによって、自病院がどこに位置づけられるかが分かります。p. 24～p. 25は、これも情報提

供の一つです。急性期の中には「高度」、「軽度」、「緊急性」など色々な部分を含めて急性期となっています。それぞれの病院がどのような位置づけの治療をしているかを見るために、入院ごとの1日あたりの点数が3000点以上の患者の割合を縦軸に、休日・夜間・時間外にどの程度患者を受け入れることができているかを横軸にとっています。つまり、グラフの右上にプロットされる病院は緊急性のある高度な医療に対応されている病院、下の方にプロットされる病院は比較的軽度な患者を診ており、緊急性の高い医療をあまりされていないと考えられます。p. 26～p. 33は、これも情報提供の一つです。P. 26の左側のグラフは、医療圏別の整形外科領域の手術件数を表したものです。その右側からp. 27にかけてのグラフは、医療圏毎の各病院別の手術件数を表したものです。同じくp. 28からp. 33までは、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、呼吸器外科、消化器外科、心臓血管外科の各領域の手術件数を医療圏別に表したものです。p. 34では、病床機能の分化・連携のために求められる取り組みとしまして、7つのポイントを挙げています。「急性期と回復期の病病連携の推進」、「病院と診療所の病診連携の推進」、「医療と介護の連携の推進」、「高度医療の集約、救急医療の確保」、「医療・介護事業多角化、経営基盤の強化」、「在宅医療、訪問介護事業、介護事業等の展開」、「医療機関の経営基盤の強化」等となっています。この7つのポイントは、今日集まった委員の皆様や、来られていない病院も含めて、そこに県も加わった上で今後調整していくべき事項であると考えています。p. 35では、そういう取り組みを皆で進めていくために、県の役割として3点挙げています。一つ目に、「医療機関ごとの医療提供体制の改革についての自主的な努力を支援していきたい」と考えています。また、「改革にあたって必要な投資等についても、医療介護基金等を活用して、財政支援を行いたい」と考えています。最後に、「地域医療構想は、今後の医療需要のマーケティングであり、今後の医療需要を関係者が理解することを通じて、需要に供給を近づけていくよう取り組んでいきたい」と考えています。本日お示しした資料は、県が分析を進めているものの一部ですが、今後も様々な分析を試み、資料を提供していきたいと考えています。また地域医療構想の実現のためには、医師の配置が大きな要素になると考えていますので、病院の診療科別の医師数の分析なども進めて、医師の適正配置についても検討したいと考えていますのでご協力をよろしくお願いいたします。参考資料2について、どのような資料をつけているかだけを紹介します。参考資料2は、資料4の中に入れていない資料以外の、データ分析のための資料となります。付けている資料は、医療資源の状況、医療従事者の状況、訪問看護の状況、在宅医療の状況、平成27年度の病床機能報告の結果をまとめたもの、医療機能別の入院基本料・特定入院料の届出病床、医療圏別に患者がどのように流入しているか、以上のような資料を添付してい

ますので参考にご覧いただきご意見をいただければと考えています。

佐藤議長（奈良市保健所理事）：ありがとうございます。引き続きまして、議事次第の（３）意見交換に入ります前に、今説明いただいた資料１から４について。ご質問等あればご発言いただきたいと思いますが、ございますでしょうか。意見交換の場でご質問の形でご発言をいただいても結構です。今後の奈良構想区域における地域医療構想の展開について、どのようなご意見をお持ちかお聞かせ願いたいと思います。皆様方が所属されている団体、あるいはお勤めになっている職場でどのような方向性をお考えになっているか、どのようなデータが必要であるか、意見を頂戴したい。

岩井委員（奈良県医師会理事）：奈良県は中規模病院が多いため医師が散在するというデータになっているが、効率的に医師を配置するために病院の統廃合を進めて行くことになるのでしょうか。例えば、資料４の２１ページにあるような、生き残りのために想定されるような病院像以外の病院を淘汰していくということでしょうか。

林部長：この資料は今の課題を書いています。これからどうしていくかというのは、民間病院の多い県ですので、みんなで考えていこうということだと思います。公的病院については、南奈良総合医療センターのように、病院の再編を行うと、医療機能を向上させながら機能分化できるといった例があると思いますが、民間病院が多い中でどうしていくかということがこれから大事ではないかと思います。ただ、生存競争をやり続けて淘汰されていくという形で、コストが高かったり、医療機能の激変を伴うような形で結論を得るようなことはできれば避けた方が良いのではないかと考えています。どうしていくのかということは私たち当事者ひとりひとりに課せられた課題だと思っています。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：資料２の９ページ、病床機能報告の病床数と地域医療構想の必要病床数に若干の差異があるということについて、奈良県総合医療センターのことを話させていただきますと、高度急性期は高度救命救急センターＩＣＵの病床８床と、救命救急センターＨＣＵの病床２４床を報告してもらいました。あと急性期、慢性期を一部入れる形で報告しましたので、積み上げますと急性期病床が非常に多い形になった。そこで、急性期病床を減らすのはどういうことかという大きなご意見があったと思うんですが、資料４の２１ページを見ると、急性期の中に回復期、慢性期と言われますでしょうか、

1日の医療資源投入量がそれほど多くない、例えば誤嚥性肺炎で急性期病床に入って最初は医療資源投入量が多くてもだんだん回復してこられる。そうすると点滴も無くて医療資源投入量が少ないが急性期病床に入院しておられる患者さんが実際我々の病院にもおられる。そういったところを北和の地域トータルで病病連携などの連携を取れるような仕組みを作っていくということが重要であると昨年度の調整会議で申し上げたことがあったのですが、まさしくここがそういう形になれば、医療圏の中の急性期病床の一部が回復期と申し上げますか、急性期と言いますか、名前はこだわる必要は全くないと思うので、患者さんを中心にして複数の病院や医療施設で支えることがまさしく連携だと思いますので、そういった病病連携をもう少しうまく構築できたらと考えております。問題点としては、我々の施設でも、地域連携室があって機能しているんですけども、単体で動いていますから、なかなか患者さんの受入がマッチしないという問題がある。もう少し枠を広げて地域連携が縦にも横にも広がるような形に持って行ければ、資料4の21ページで県がお示しになったような、連携重視の地域医療構想が出来上がっていくのではないかと急性期に関してはそういうイメージを持っている。在宅に関しては昨年度も多くのご意見が出ましたので、医療資源がまだまだ足りないという現状があるので、少し押さえる必要がある。また、当センターの患者さんの在宅復帰率がだんだん下がっている。介護まで踏み込めていない。我々の地域連携室の職員にもそういう意識を持って介護施設との連携を持つということに取り組もうとしている。出来れば、当センターもIDリンクを使って電子カルテの情報を外に流すということもしているので、そういう情報を共有することが出来るような仕組みをちょっと介護の分野にも付けられたら良いなと考えているが、これにはちょっとまだ手を付けられていない、実現できていないことです。やっておられる先進地の話を聞くと、医療従事者と介護従事者のコミュニケーションがうまくいっていないというところにハードルがあるなという意見も聞きましたが、情報を共有することによって少しずつ壁というか垣根を取り除くことが出来るのではないかと思います。

佐藤議長（奈良市保健所理事）：ありがとうございます。菊池委員からは、病床機能報告で急性期と報告のあった病院についてどのように考えていくかということと、機能をはっきりさせるといっても病院間の連携、病病連携などが今後の課題ではないかということについてお話いただいたと思います。病病連携の推進、また急性期病床の中での機能分担は県の示した資料4にも18ページに課題が、34ページに取組が書かれてありますが、ただいまの委員のご意見を踏まえて県として補足すべきことはありますでしょうか。

林部長：おっしゃるような取組を進めていただくことが、調整会議の役割ですし、今後進められることだろうと考えております。

久富委員（奈良春日病院理事長）：我々の病院は慢性期の医療をずっとやって参りましたので、そこで感じていることは、急性期から患者を受け入れるのと、在宅からサブアキュートの患者を受け入れるのと両方あるんですけど、今までよりも慢性期でも医療度、医療機能を高めていくことが要求されている。そういう点で、医師、看護師を含めた医療従事者の確保というのが一つの大きな課題である。急性期の医療機関に勤めておられる医療従事者にとっては、少しハードな仕事から、少し時間的余裕があって、1人の患者さんを長い目で見られる医療をやりたいということを書いて来られる方が最近多少ある。逆の場合もあって、医師はそうでもないですが看護師に関しては、自分のところで育った若い看護師が、もう少し急性期から回復期の業務を経験したいということで出て行く。逆に急性期でやって来られた方が、もう少し包括的にゆっくりしたところでやりたいということで来られる。医療従事者が潤沢だと人の行き来に関して問題は起きないが、そうでない場合は、医療従事者の人事交流がうまく出来るような地域の中での連携が出来れば、他の面でも医療機関間での連携が進みやすいのではないかと。介護施設との連携については、顔の見える関係と言いますか、一度連携をし出すと回りだすんですけど、とっかかりが難しい面がある。地区医師会を含めて色々なところで、顔の見える関係を作る場をやっていただいている、奈良医療圏やそれよりも少し広い範囲でのお互いの研修の場や、親睦の場が作られ始めているのは良い傾向だと思います。

谷掛委員（奈良市医師会長）：質問させていただきたい。資料2の14ページについて、奈良医療圏では西部の方は高度医療については大阪の方に出ている方が結構多くて、その問題は十分取り上げていただきたい。近鉄線では奈良に出るよりも大阪に出た方が便利だという方が結構おられて、ご存じのとおり、日赤や大阪医療センターや成人病センターなどにどんどん行っておられる。隣接する生駒市には近大奈良病院があり、天理には天理よろづ相談所病院があり、患者さんがかなり移動されておられる。その辺については、もう少し詳しいデータを出していただくとありがたい。救急医療についても、医療圏だけで完結するのは難しいと考えており、奈良医療圏では先生方のご協力によって、二次救急医療体制を組み直してやっていただくということを考えていて、今、市に要望書を提出して実現するかどうかはまだこれからです。それから、在宅医療については、かかりつけの医師をお持ちでしたら、支援もスムーズに出来るのですが、

かかりつけ医がなくて救急で運ばれた場合に問題になるので、奈良市医師会としては、この度、仮称 医療介護連携支援センター準備室というものを発足させましたので、ここで色々な資料を提出したり退院時の調整をしっかりと図っていきたいと考えている。これを恒常的な拠点事業としてやっていきたいと考えている。それから、介護との連携につきましては、奈良市の協力もあって、東部・中部・西部の3箇所に分けて多職種連携の事業をやっている。全体の研修もこの2月25日にやることになっています。このようにして、顔の見える関係を作っていきたい。今年については、IDリンクやヒューマンブリッジ等がなかなか普及しないということで、費用がかからない、無料であるということで、セキュリティの問題もございましたけど、隣接する京都府医師会や、栃木県、群馬県が導入されたので、その例を十分研究しながら、奈良市の医師会もICTを取り入れて、連携をしやすいようにしていきたいと考えている。

佐藤議長（奈良市保健所理事）：連携の話について、福祉関係の方は医療関係者の方に対してはやはり敷居が高いというようなことがあるのでしょうか。

秋吉委員（県老人福祉施設協議会副会長）：近隣の病院や診療所の医師の先生方からは色々教えていただくことがございますし、日頃から大変お世話になっております。我が法人に関しては、診療所がございますので、医療に関しては大変充実しております。今施設と在宅と半々でございまして、施設に関しましては住まいという形で在宅からお入りになられましたら、かかりつけ医がおられますので、何かございましたらかかりつけ医に相談したうえで病院へ搬送させていただくということで、施設の医療分も比較的落ち着いている。在宅医療に関して、居宅とか在宅サービスもございまして、その中で地域の在支診というものがだんだん減ってきているというのがケアマネなどの抱えている課題でございます。サービスに関しましては、訪問看護もそうなんですけど、訪問介護、訪問ヘルパーステーションというものがございますけど、その利用が非常に伸びて来ていまして、在宅で見させていただくという部分が重要視されてきているなどというのは実感しております。医療に関しては、最近ほどの病院にも地域連携室がございますので、施設と地域が連携して、関係が密になりつつあるのではないかと感じています。地域包括ケアシステムが進んで行くにあたりまして、先ほど谷掛委員がおっしゃったように、より一層関係が密になるようなネットワークを構築できたらなと思っております。

市場委員（県訪問看護ステーション協議会理事）：私自身は奈良市の学園前で訪問看護ステーションを開設させていただいております。今日いただいた参考資料2スライ

ド6の訪問看護ステーションの分布図を見ますと、学園前で開設している分では医療施設やかかりつけ医の先生方との連携であまり困ったことがないというのが現状です。10年間訪問看護をさせていただいてるんですけど、比較的恵まれた環境での運営だと考えております。この資料を見ますと、私事で恐縮なのですが、私の義理の母親が奈良市の東部山間地域にある柳生町で、抗がん剤の治療を終えて要介護4の状態です。一人暮らししているんですけど、なかなか山を上がってきてくれる介護資源、看護資源が無くて、非常に苦労したというエピソードがありました。私自身が運営している訪問看護ステーションも非常に小規模ではあるんですけど、大規模化していくことはもちろんなんですけど、奈良市の東部山間地域にも訪問看護サービスを提供できるような、サテライト事業所の設置をまず優先していくことが良いのではないかという思いがあります。高齢化が進んでいるけれども人口が少ないエリアに事業所を開設することはとても大変なんですけど、学園前に本部を置きながらも、1箇所サテライト事業所を設置してそこから介護、看護を提供させていただく体制を取れば、柳生の方々は何代も家や土地を守ってきて地域を大切にしてくれているのに、最後亡くなられるときは病院で亡くなることが殆どであり、早急にそういうことに取り組んでいかないといけないのかなという思いで皆さんの話を聞かせていただいた。谷掛委員のお話にもあったが、奈良市でも在宅医療と介護の連携の事業に取り組んでいただいている、介護職と医療職の連携の事業に1年半ほど取り組ませていただいているんですけど、今度1月24日にこれまでの取組を踏まえて、今後この会をどう運営していくかという話し合いをするんですけど、そこで訪問看護側としての考えを上げさせていただこうと考えている。私はやはり医療と介護の壁が分厚いと感じている。この会は医師会の先生方が中心となって開催していただいているんですけど、介護職の参加が本当に少ないというのが現状です。開業医の先生方には沢山来てくださっていますし、病院の看護師さんも来ていただいています。救命救急センターの看護師さんが来ていただいている回もありました。そんな中で介護職の人が少ないというのは、やはりまだまだ介護職の方が医療従事者の方と同じテーブルで話すということに対して苦手意識を持っているのかなと感じましたので、もう少し介護の方が私たちとの会合に足を運んでいただけるようにするにはどうしたら良いのかということについて今後考えていく必要があるのではないかと感じています。

福井委員（奈良県看護協会理事）：医療と介護の壁があるということについて、看護協会でも看護職を中心とした研修会をもちろん行っているんですけど、そちらに介護職の方も来ていただける研修会も設けておまして、昨年もそのような会に介護職の方も来ていただきました。そこでは十分な話し合いは持てませんでした、

そういうことをどんどん進めて行きたいし、介護職と看護職、医療職との話し合いをしていきたいと考えている。また、奈良市の奈良地区支部では、病院看護師の顔の見える連携会議というものを昨年から立ち上げまして、市場委員などの看護の管理者にも来ていただいて、奈良市からも参加をいただいて顔の見える関係づくりを行っている。その中で研修会等は多職種に参加していただけるように計画もしていますし、この2月にも介護職、医療職に加えて市民の方にも参加していただけるような健康フォーラムというようなものも看護協会としては計画している。これからも病院完結ではなく、在宅との連携をどうしていくかということで、訪問看護ステーションとの連携、施設との連携についても十分進めて行かなければならないと考えている。また、市場委員がおっしゃった奈良市で行われている顔の見える関係づくりの会議が1月24日にありますけれども、看護協会も参加させていただくことになりましたので、そちらでも連携を深めながら、病院、看護職だけではなくて、色々な職種の方々と連携しながら、地域包括ケアシステム構築に向けた取組を進めて行きたいと考えている。

松本委員（西奈良中央病院理事長）：地域医療構想調整会議に関して、資料1に、地域医療構想の実現に向けた取組を協議するとあり、議事については、地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議など4つが挙げられているが、地域医療構想や地域包括ケアシステムや、県が考えられていることや、県の今の医療の実態というものの分析報告を聞かせていただいて非常に参考になりましたし、状況を把握させていただくことはできるんですけど、協議自体をどのように進めていかれるのか、協議をするということは、ここで具体的な議題を出して話し合いをするのか、今ひとつ把握できないのですが、教えていただきたい。

林部長：国全体で見ると、地域医療構想は、公的病院を中心に話し合うようなフレームで作られているものだと思うんですけど、奈良県に当てはめたときに、先ほど西村課長が申し上げたとおり、民間の病院が多いという中でこれをどう進めて行くのかということは本当に新しいチャレンジで、試行錯誤的な取組だと思っています。最初にやっていくべきことは、県から今日お示ししているように、今の実情や課題が分かるような、あるいは今日お集まりの医療機関や団体の皆様からご要望のあるようなデータを出させていただいてみんなで考える、この場だけではなくてデータを公開することでそれぞれの医療機関に取組をお考えいただくことを通じて、地域の需要と供給をどう合わせていくか、自分の医療機関はこうありたいけれども地域の需要はこうだからこうしようとか、こういう勉強をしていこうというような自主的な取組の潤滑油となっていくというのが

まず最初にやるべきことであると思います。それによってうまくいくといいなと思います。データをお示しするだけ、あるいは話し合っただけだとなかなかうまく進まないということであればまた、もっと踏み込んだご提案をしたりとか、全体最適と局所最適をどう合わせていくかということでもありますから、これは各医療機関さんでの自主的な取組でそれが収斂していくというのが一番良いと思いますし、その上で必要なことがあれば県として提案していくというようなステップになると思います。

松本委員（西奈良中央病院理事長）：今日は奈良市の方は欠席されているということなんですけど、地域包括ケアシステムを作るにしても、具体的なことは各市町村が行っていきましようということでしょうけど、奈良構想区域の地域医療構想と市との連携、それいによって市とも話し合っただけかなければならないと思います。ですからやはり市の方も積極的に参加していただいて、一緒に話をしていくよう促していただけたらと思います。医療圏と市域が同じです。

佐藤議長（奈良市保健所理事）：私、市の職員でもありますので、本日市長は欠席ですが、その代理として出席させていただくつもりでしたが、少し欲張り過ぎましたか。そういった懸念があるということは私の方から市長にも責任を持ってお伝えしたいと思います。基本的には奈良市も、色々な病院の方々のご協力が得られるように、前向きに取り組んで行きたいと考えておりますが、何か不平不満がおりなのかも知れませんが。それについては責任を持って市長にお伝えしたいと思います。

高比委員（西の京病院理事長）：本当に一つのテーブルでは言い尽くせないような問題がありまして、マクロ的にはしゃべることが出来るんですけど、ミクロの話になると、一つ一つが違うことをしているんで、非常に職種が違うぐらい、職種間の壁というのがある。我々のグループの共通したキーワードは、連携と効率。効率は公的な所よりもうちの方が厳しく言っている。ヒト、モノ、カネ、これは全て最終的にはカネの問題になってくるので、いかに効率を上げるか。連携は絵に書いたら連携するんですけど、非常にお金がかかっています。医者もみんなが参加して、本来そこで診療してくれている医者が、そのために時給1万円を払っているわけですね。だからそれだけお金をかけて、効率が上がっているか。成果を出せと言っても、成果が目に見える形で出てきません。例えば、医療と介護の壁を出来るだけ取り外しなさいというようなことをしてもそれが効率になっているのかということがある。非常に難しい問題があるんですけど、うちの病院としては、最初は民間病院というのは公的な病院の補完である、民は官

の補完であるという感じで私は位置づけているんですけど、だんだん隙間が広がってきてまして、だんだん埋めるのにこちらが苦勞するというような状況です。松本委員がおっしゃることは良くわかるんですけど、こういう場で県が考えていること、私どももやっていますが、訪問看護の意見を聞く、ということも壁を取り除くためには必要なことではないかなと思います。ただ、私の個人的なことを言えば、資料4の21ページで、うちは総合的な機能を有する総合医療施設ということで、病床機能を全て備えていて、これに加えて、在宅を今推進している。ただ、在宅も簡単なようで難しい。往診にしても一旦帰って行く。訪問看護も帰った後にどう見るのか、誰が介護するのか、24時間在宅だけで全て見れば国がパンクする。意外に施設に集めた方が効率が良いケースも大いにあるので、一概に在宅が全部良いとは言えない。在宅にいてると見ている時間がないですね。そしたら施設を多く作ったら良いのかということになると、人口が減った時にどうするのかということになって、マクロ的な数の意味と、今求めている人がいるというミクロ的な意味とをどう調整するかという、非常に難しい問題があり、我々もご指導いただきたい。

矢島委員（市立奈良病院院長）：介護から在宅まで考える頭を私はあまり持っていないが、取りあえず今病病連携、病診連携については、病院を管理している地域医療振興協会でははっきりと考えていると思います。今日の話で非常に面白かったのは、各病院がどんな状況にあるのか、各科でどのようなことをやっているのかという資料があったので、どこの病院、どこの科がどのようなことをやっているかということを知りたいと思います。それによって色々なことが出来るだろうし、自分の病院の立ち位置が分かるし、林部長がおっしゃったように、奈良県内には大阪市総合医療センターのように1,000～1,200床のような病院がないため、県総合医療センター、済生会奈良病院、それと市立奈良病院、それでやっと1,000床ぐらいになる。そういうことで、各病院、各科がどのような立ち位置でやっていくか考えていく必要がある。また、県立医大が医師の配置についての権限を握っているので、大学の教授に頼んで、こういうふうな特徴の先生を欲しいと言うのが手っ取り早いので、そういうことを目頃やっているの、そっちの方がうまくいくのではないかなと思います。県が介入する場合は、ここは整形外科、呼吸器内科をしっかりとよというふう、一昨日も耳鼻科の北原先生とお話をしたが、耳鼻科では全部が出来ないので、先生のところはある程度頭頸部がんをやるので、総合医療センターは他の治療をやるのでその先生を送るので、その先生と交換できたらというようなこともしてくれるので、その方が林部長のおっしゃる構想に近いのかなと思うし、現実的なものだと思うので、資料については病院名が全て分かるように

してほしいし、色々なことを指導していただけたらと思う。

佐藤議長（奈良市保健所理事）：先ほど西村課長から、データについては各医療機関にデータをお示しできるというようなご発言があったと思うが、それはご提供願えるのか。

西村課長：ここに挙げておりますレーダーチャートであるとか、矢島先生がおっしゃった自分のところの立ち位置が分かるものとか、自分のところの診療科別の状況が分かるというものについては、レーダーチャートなどをお渡しさせていただきます。更に詳細なデータでこういうものが欲しいということであれば、全部の病院を明らかにしたものをみんなに送るとするのは今すぐには出来ないと思いますが、個別の自分のところのものをということであればご相談いただければと思います。

矢島委員（市立奈良病院院長）：自分の立ち位置が分かると、自分たちがどういう方向で行けば良いのかとか、整形のことは分かりますけど皮膚科や眼科、内科のことは分からないので、院長としては他科の状況が分かれば非常にありがたい。

西村課長：特定の診療科毎に色々なデータが入っておりますのでまたご相談ください。

佐藤議長（奈良市保健所理事）：各施設の立ち位置が分かるデータについては、ご提供いただける、その他のデータについても、話し合い、相談によって幅が広がる場合もあり得るということで、各施設において参考にさせていただきたいと思います。

杉山委員（奈良県歯科医師会常務理事）：県歯科医師会としては、今在宅にかなりシフトしており、在宅診療をできる医院、歯科衛生士の養成に力を入れている。実際、往診という面では、かなりさせていただいているが、あまり周知されていない、されにくいというのが現状で、歯科医師会で、ケアマネ等と会合を持った時でも、どの医院が往診をされているのか分からないというようなことが声として挙がって来ましたので、会としてもうちょっとアピールしないといけないなと考えております。また、奈良県では病院歯科というのが少ないので、その辺りも県歯科医師会にご連絡いただければ、連携室がありますので病院にも往診に行かせていただくことは十分可能ですので、お気軽にお尋ねいただければと考えております。また、地域連携については、五條市において、市歯科医師会と旧県立五條病院とがかなり連携を取っており、結構理想的な連携のシステムが出来ていると考えており、これを全県に広めていきたいと考えているが、奈良

医療圏では人口が多いとというのが逆にネックになっており、連携が取りにくいというのはこれからの課題とっております。病院とその周辺の歯科医院とで連携していけば良いのか、他に方法があるのかということを経後の検討課題としていきたいと考えている。

中本委員（奈良県薬剤師会理事）：奈良県薬剤師会の中本です。地域医療構想の中で薬剤師がしていくことは、皆様と在宅医療を一緒にやっていくことだと思っております。歯科医師会さんと同様、どの薬剤師が在宅医療をやっているかということを示していかなければならないということについて、我々が調整、研究をしておるところです。私自身も在宅をさせていただいている中で、県内薬局は500件ございます。一番大きいところで1法人で50件持たれているところもあるんですけど、個人もあるんですけど1法人1件ないし2、3件の薬局が多く、単独で24時間365日在宅をできる体制にはないため、我々自身考えていることは、500件の中で5件ないし10件ぐらいのコミュニティーを作っていくって、そのコミュニティーで24時間365日の対応が出来るような、薬局同士のつながりを作っていかなければいけない。また、病院薬剤師とともに、我々薬局薬剤師が能力的に低くなっているようなことをやっていかなければならないということを考えております。また、最後に薬剤師会として皆様にお伝えしたいことがございます。今後在宅医療が増えていく中で、麻薬、抗がん剤といったものは薬剤師でしか出来ないと思うので、専門的な業務が出来るよう、5年後、10年後に向けて、在宅医療を全体として進めて行く中で是非皆様のコミュニティーに薬剤師を加えていただきたい。

辻本委員（健康保険組合連合会奈良連合会理事）：市場委員さんのご発言にもありましたが、私も奈良市の東部山間に住んでおまして、訪問看護ステーションのことにしましても、奈良市の東部については忘れられているのかなという実感を持ちました。私の父親、母親も高齢ですが百姓をしており、最後まで家で見られるのかと思いますので、訪問看護ステーションのサテライトというものが東部に出来るということになるのは大変望ましいと考えております。保険者としてしまえば、究極のところは医療費の適正化、平たく言えば、医療費の抑制を図っていただきたいということになるんですけども、薬もそうですし、検査もそうなんですけど、同じ病院で何度も検査を受けるというのも、非常に異様に感じます。かかりつけ医であるとか、かかりつけ薬局ということで、そこで検査を受けたものが病院同士で連携を取られて、例えばCTの写真を二度取るようなことが無くなれば、医療費の抑制にもつながるといことが保険者からすれば望ましいと思うが、現実にはなかなか難しいことではあるとは思。薬に関しても、

私の家にも薬が沢山あふれているというのが現状ですので、在薬の管理であるとか、二重三重に出ている薬に対する抑制が働けば良いのかなと思います。

岩井委員（奈良県医師会理事）：開業医としては在宅医療が一番大事で、中心になっていかないといけないというのは分かります。県医師会でも在宅医療をどうしていくかということについては検討しております。既に参画している方はかなり積極的に取り組んでおられます。現時点で参画されていない方は全く消極的で、アンケートを取っても、時間が無い、経営に不安がある、興味が無いということで、現時点で参画しておられない方は将来も参加したいという方はおられない。それでは具合が悪いので、県医師会としては啓発活動を積極的にやって、少しでも開業医が在宅医療に参加できるよう取り組んでいる。シームレスな在宅医療、介護の連携には情報の電子カルテが絶対重要だと思います。ペーパーでは効率が悪い。現在はペーパー主体で人が集まらなければ連携出来ないという状況になっている。電子化には取り組んでいただいているんですけど、多職種のカンファレンスのするためには、県がインセンティブを出してもらって、電子化を進めていっていただくのが望ましいと思う。また、開業医にアンケートを取っても、診療内容の情報を共有化して欲しくないという意見が多い。だからそういったことについても医師会として啓発して行って、情報共有化の重要性というものを説いていきたいと思う。まだこれからやらなければならないことは沢山あるんですが、県医師会としても協力できることはして行って、地域医療構想に貢献出来るようにしていきたい。

佐藤議長（奈良市保健所理事）：ありがとうございました。今後調整会議はどのような予定で進めて行く予定か。

林部長：ありがとうございました。今日いただいたご意見を踏まえて、今後どうしていくか調整したいと思います。平成29年は非常に大きな年で、介護保険事業計画とか、保健医療計画とか、様々な計画の次の5年間、6年間の計画を定めていく年となります。県庁としては、医療、介護の総点検をする年でございますので、そういうスケジュールの中で、調整会議を開催させていただきたいと考えております。具体的に何月ということを決めているわけではないので、また調整のうえ、今後連絡させていただきます。

佐藤議長（奈良市保健所理事）：本日予定の議題は終了しましたので、これで閉会とさせていただきます。