

第1回西和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27日（金）

14時～16時20分

場所：郡山保健所1階101会議室

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：なし

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。

橋本議長（県郡山保健所長）：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ましょう、というものが地域医療構想を策定する出発点となっています。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を示しています。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を示しています。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を示しています。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を示しています。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を示しています。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（林医療政策部理事。以下「林理事」）：（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で記載があります。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の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と考えて、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、現在国内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)に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き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床もあるようになっており、ここが大きな問題となっているところだと思います。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に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。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部長）：ご存じの方もいらっしゃると思いますが、サラリーマンの方々が入っておられるのは健康保険組合、共済組合、それから協会けんぽということになっております。自営業なり無職の方は国民健康保険に入っておられます。各々0歳から74歳まで入っておられますが、75歳以上は後期高齢者となっています。その中で全国健康保険協会の加入者は約3,700万人という一番大きな組織で、これが47都道府県毎にあります。今回、情報提供といたしまして、奈良支部の協会けんぽ加入者の二次医療圏別の5疾病の入院患者の流出の状況について示させていただいております。若干資料は古いですが、今回は新しいものをご提示できるかと思っております。1ページ開いていただきまして、奈良県の概要というところで申し上げますと、人口137万人のうち協会けんぽ加入者は41万人ということで、県民の約3割が協会けんぽに入っている。協会けんぽの中にはもちろん大阪にお勤めの方、大阪支部に入っておられる方もいらっしゃいますが、奈良に在住の方で、主に中小企業にお勤めの方ということでご理解いただいたら良いと思っております。そういうことで3割の方が我々現役世代のサラリーマンということで、その方々が5つの保健医療圏別にどれぐらい住んでおられるかということと、主な医療機関を右の方に書かせていただいております。特に西和地域は面積が小さくて平坦な部分が多く、人口密度も非常に高いところでございます。それから、200床以上の病院を示させていただいております。次のページでは、患者が病気にかかれたら、全疾病で見ますと、西和地区の場合、45.5%の方が西和地区にある病院にかかっておられて、それ以外の17.1%が奈良構想区域に行かれたり、右の方に矢印がありますが、西和地区にお住まいの方は大阪と奈良に出ておられるということが分かるかと思っております。この図では、南奈良総合医療センターのデータがまだ含まれておりませんので申し訳ございません。また来年以降変わってくると思っております。その次のページは5疾病の一つの悪性新生物にかかれた場合、西和地区の方はどこに行かれているかということでございますが、奈良や東和や大阪の方にも行かれているということが分かっていると思っております。脳卒中では、47.9%の方は西和地区の医療機関にかかっているんですが、それ以外は他の地区に出ておられるという状況です。特にこの地区は大阪が隣接しているということもあって大阪あるいは東和に行かれているという状況になっております。虚血性心疾患につきましても、大阪又は東和に流出している状況です。糖尿病については44.6%が同じ地区内の医療機関にかかっていますが、それ以外は他の地域に出られている。次のページは精神疾患については、奈良、中和、大阪に分散して流出されているという

ような分析になっています。その次からは、全疾病、5疾病について、患者住所地の方がどちらの医療機関に行かれているか、入院総件数の割合を示しておりますので、後ほどご覧いただければと思います。以上、皆様方の参考資料としてご提示させていただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

橋本議長（郡山保健所長）：ありがとうございました。それでは、資料の説明は以上で終わりますので、議事の（3）の意見交換に入らせていただきます。ご自身が所属しておられる団体、職場で今後どのような方向性でお考えになっているか、あるいは、それをより深く考えるためにどのような資料が必要であるかというようなことを視点にして意見交換をお願いしたい。

横山委員（県西和医療センター院長）：私は去年の10月1日に院長に就任させていただいて、短い期間ではありますが、西和医療センターの病院の性格について把握した。今から考えると、救急の患者数も経営状況も悪いし、病床の稼働率も悪くて、私が来させていただいてからは、出来るだけ救急は断らない、そして病院と連携している開業医の先生の情報を断らないということをお願いしてきました。現在、1月なんかは、目標90%に対して予想としては89.5～89.6%というところまで来ているという状態です。現状の強みとしては、循環器内科、脳神経外科が強みと言って良いと思います。一方で、弱みは、緊急や大きな手術になったときに正直な話、弱いのかなというのが私の感想です。最近、整形外科、外科について、医大や県立病院機構にも相談しまして、大きな手術を増やすということで、この4月には来ていただく予定で、そうすれば、全てとは言いませんけど、かなりの科に全般的に強くなったと言えると思うんです。もちろん、地域医療構想においては、うちは300床ですけど、急性期としてずっと突っ走りたいと思うんです。ただし、何が何でもというわけではなくて、もちろん人口が減って、うちが急性期だけでは病床を満たしていけないということになれば、地域包括ケア病棟を考えたいと思うんです。実は、正直な話、私が来るまでは、うちの病院の一部は地域包括ケア病棟ということで決まりかけていたようなところがあるんです。だけど、私は、奈良県立医大出身ですけど、大阪から奈良に戻ってきて、急性期でとにかく頑張っ、駄目だったら別の機能を考えるということで県医療政策部長にも相談しまして、頑張るといって、この4ヶ月弱で70%弱の病床稼働率が88～89%ぐらいいまでいけるんじゃないかと期待している。うちの病院の性格としては、地域医療構想で在宅医療を進めていく、何かあった時にはすぐに引き受けるという性格の病院でありたいし、そうでないといけないと考えている。だから、できるだけ急患も断らずに、何かあったときには受け入れるという意味でも、私は

こちらに来させていただいてから、370人ほどおられる登録医の開業医の先生方全てに電話して、西和医療センターの性格は変わったので、どんどんこちらに紹介してくれと、先生方の要望を断ることはないとお伝えした。ただ、実際のところは正直、医師の数はセンターとしては全然足りていません。もっとドクターを増やしていただいて、例えば夜中にどんな疾患の患者であっても対応できるというのが望みなんですね。もうちょっと今よりも救急のブースを増やして、ドクターも増やして、全ての疾患の患者を受け入れるというところまで強くはないので、そういう病院を増やしたいです。

小原委員（生駒地区医師会長）：私は去年の2月から会長になりまして、県医師会の山科委員がお越しになられていますが、県医師会の指導の下に地域包括ケアシステムというものをいかにするかということについては、県医師会は旗を振りますけど、実際に動くところは地区医師会ということで、実際に、かなりのスピードで進んで行っているんですが、一つ分からないところは、今林理事がご説明いただいた、「地域包括ケアシステムの構築に向けて」という資料の6ページの、在宅医療・介護連携の拠点の整備の「拠点」という言葉をどう捉えたら良いのかということです。拠点は、介護を受ける者と退院された患者さんの個の問題であって、医療や介護や歯科や薬剤などの多職種の方々が協力し合って、その個の方々のADLやQOLを改善することが目的だと思うんです。そこで拠点となるのは、医師会でしょうか。市でしょうか。医師会というのはあくまでも医師の団体でありまして、介護の団体でもないし、薬剤の団体でもない。単に介護するうえでの一部分に過ぎないと思うんですね。ということで、ここで市町村と医師会という言葉が入っていることが問題があるんじゃないかと思うんですね。つまり、拠点が医師会としなければならないのかどうか。私はあくまでも市町村が拠点となるべきと思うんです。次の問題点は、同じく林理事がご説明のあった資料3の11～13ページまでの、在宅医療・介護連携推進事業をするうえで、アからクの取組をやらなければならないということで、生駒地区医師会でも生駒郡地域ケア会議というものをタイムスケジュールを作って何とか前向きに進んで行こうとしている。団塊の世代が75歳になる2025年に向けて、どこにエンドポイントがあるのかという具体性がないように思うんです。そこをもう少し明確にさせていただいたら、我々がしなければならないことの定着点が見えたら、この事業に対して何とかしないといけないということになる。場合によっては、もっとエンドポイントが近いところであれば2025年までいかななくてももっと近いところで達成できるのではないのかなという気がするんです。場合によっては、もっと大きな問題であれば、2025年には解決しませんし、この場でなくても結構ですので、お答えいただけたらあり

がたい。

林理事：一つ目の拠点整備の話ですけど、拠点については、基本的には小原委員がおっしゃるように、行政がまず考えることだということはそうだと思います。ただ、市町村行政については特にそうですが、医療についての部門がありません。在宅介護については市町村がやっていますが、在宅医療というと、市町村には部門がないので、地区医師会と連携協働してやらないと、医療介護連携というのはいけません。だから、介護保険の地域支援事業の中で位置づけられたときに書いてあるのは、市町村がまず地区医師会と協働して作っていく。作り方には色々な作り方があって、拠点を地区医師会に委託してやっておられる市町村もありますし、これも地域の実情に応じて色々なやり方があると思います。それから、在宅医療・介護連携推進事業のアからクの事業のエンドポイントについてですが、アからクの全ての事業を平成30年度に出来ていないといけないということではありません。それぞれの地域で在宅医療・介護の資源量が違い、課題や状況も違います。これはまさに、アとイが大事と申し上げましたが、資源を把握し、課題が何なのか、その課題をいつまでに解決していくのか、どういうロードマップを作ってやっていくのかというのをそれぞれの地域で考えていくものです。それをここまでこれをやらなければいけないということではないです。それを考えていくのにアからクまでの手段に基づいてやれば出来るんじゃないでしょうか、ということを示しているんです。それは地域毎で来年度までにしてここまでやるというのはそれぞれのところで色々な状況が違うので、それぞれで考えてやっていく、それが地域包括ケアです。だから、市町村と医師会さん、色々な方々、ここにお集まりの皆さんがそれぞれ寄っていただいて、この地域でこういう体制をどうやって作っていけば良いかということをしつかり議論していただいて、ご自分でエンドポイントを作っていただく。例えば、高齢化の状況は南和と西和では全然違います。そういうものも見つつ、じゃあどうやっていくのか。一遍には出来ないというのもよく分かります。すぐには出来ませんから、どうやっていくかというのを皆さんで協議して作っていく。在宅医療・介護連携推進事業のアからクはこういうことを参考にしながら、取り組んでいただくことができるのではないかとということを示しているに過ぎないと考えていただければ良いと思います。

小原委員（生駒地区医師会長）：ということは、それぞれの市町村によって当然温度差があるわけで、また、持っている財源、予算の状況も違う。それぞれの市町村がどういったことをどこまでどういうふうに協力していただきたいというふうなことを私たち医師会の方からお願いするのではなしに、出来たら市町村の方から

こう持って行っていただけませんかという方向で行っていただく方が走りやすいと思うんです。こちらからこうしていただけませんかというのは、押し並べてどの市町村にも言えることです。でも、市町村によって差がありますので、そこの温度差を按配するのは、医師会ではなしに行政の方からするものではないかと思うんです。

林理事：小原委員のおっしゃるとおりで、市町村によって状況は違います。例えば、西和7町では、どういうことをやっているかと言うと、郡山保健所、中和保健所と一緒に、7町の広域で、郡の医師会さんは複数の市町村を持っていますが、市町村は個別ですので、そういったところでは何とか広域で取り組んで医師会さんと市町村がマッチングしていく必要がありますので、西和では協議会等を作って、県の保健所も入っていますので、出来るだけうまくマッチングできるようにやっていくのが我々県の仕事だと思っています。

小原委員（生駒地区医師会長）：誤解があっては困るんですが、もう既に各市町村で地域包括ケアシステムを構築するための取組は十分していただいているので、それに対して我々が文句を申し上げているわけではございません。ただ、拠点も含めたエンドポイントという点でちょっと疑問があったので申し上げただけで、実際問題、行政の方々と我々で手を組んでやっていることは確かですので。

山科委員（県医師会理事）：資料についての質問です。資料4の26ページの手術件数の見える化というところで、手術件数と難易度と書いてあるのですが、この難易度というのは何が基準なのでしょうか。

奥係長：難易度につきましては、略称で申し上げますと外保連という団体がKコード別に技術度を設定しておりまして、その数字が病床機能報告に掲載されているものを整理させていただいておりまして、いわゆる外保連が策定した技術度、手術毎の技術度が難易度と認識していただければと思います。

山科委員（県医師会理事）：同じ資料4の19ページの説明のところで、2015年の病床機能報告のところで急性期と報告されている中に軽症急性期患者が含まれている可能性があるのではないかというお話があったんですが、かなり実際そういうことはあるんじゃないかと思うんですね。何故かと言うと、先ほど横山委員がおっしゃったように、やはり病院は急性期をやりたいんですよ。急性期をやりたいとなってくると、病棟毎とか、病院毎での病床機能報告を求めてしまうと、みんな絶対に高いところを言いますよ。そうでないと、今の介護療養病棟

みたいなことばかりしか出来ないような感じを受けますから。だから、この病床機能報告制度というのがかなり問題であって、実際に入っている患者さんの現状を全く反映していないですよね。これで物を考えても全然意味がないのではないかということが一つあります。おまけに、奈良県では中小病院が多いということになると、病棟としても1個とか2個で動いているところが多くなってくると、急性期の患者をやはり受けないと、医療の需要について行けないですから、そうすると、ここの病棟は急性期だとみんな報告してしまいますよ。そこが実際には30床のうち3床しか急性期の患者さんがいなかったとしても、その病床を急性期だと報告してしまいますよね。中小病院が多いと余計にこういった乖離が大きくなってくると思うので、その辺の実態をもう少しきっちり調査していただかないと、このデータを元にやると無理があるので、その辺は絶対やっていたかかないといけないことだと思うんです。それと、やはりこの病床機能報告制度を考えると、点数との兼ね合いとのひっかかりが絶対病院の方で出てきていると思うんです。その辺を無くしていくようにしないと、現状をきちんと反映した報告というものが出てこないと思うんです。

西村課長：病床機能報告の地域医療構想の病床機能の定義の違いについてご説明させていただきましたが、報告の仕方について、左の方は1床ずつ、時期によって具体的にどんな治療をしていたかによって集計されてしまいます。右の方は、一般的に病院はこの病棟は実際は軽症の患者さんが多いけれど何割かでも急性期の人もしらっしゃる場合、救急患者を受けますよと言っている以上、急性期として報告されていることもあると思います。ただ、病床機能報告制度の報告の仕方は、今後どうなっていくかは分かりませんが、今は、病棟毎に病院がどう考えているかだけで報告していて、実際報告の中身を見て、分析して、これはどう考えても回復期でしょうというようなことは一切県は言っていない。他にもご意見をいただいていたのは、例えば、80床ぐらいが一つの病院で、それが事実上は一病棟でやっているとしたら、急性期か回復期かどちらかしか選べないときに、実態は色々な患者さんが来られるので、もう少し精緻にしないといけないのではないかというご意見をいただいています。ただ、これは全国的なことで、県として実態はしっかり見ていきたいと思いますが、この報告では余りにも必要病床数との乖離が大きければ、国の方で報告の仕方を修正していくかも知れませんし、県としても、山科委員がおっしゃるような状況になっているだろうということは当然想定もしておりますので、(病床機能報告と必要病床数の急性期病床数が) 2, 600の差があるのを必ずしも今後の8年間で必要病床数に合わせないといけないとは思っていません。実際急性期と言っても軽症の方も含まれますし、地域包括ケア病棟は回復期というイメージが強いです

が、地域の方が在宅に戻られた後で増悪したときに受け入れる急性期機能もありますので、それを病院によれば急性期に入れているところもあれば回復期に入れている病院もありますので、その辺はしっかり整理していきたいと思います。また、診療報酬のことで言いますと、特に7対1等の場合でしたら、今は重症度や在院日数や在宅復帰率が結構厳しくなっているので、慢性期の患者さんしか入っていない7対1の病床があるとは思えないですけど、10対1についても今後見直される可能性はあると思います。

野中委員（郡山青藍病院理事長）：地域医療構想によると病床数が現状ほど必要ではなくなること、奈良から大阪に流れる患者さんも多いですよ、人口は減りますよ、ということで、県の病院協会のレクチャーでは14,000ほどのベッド数が県内にはあるが、それが1,200ほどオーバーしているからぼちぼち減らしなさいよというような意見がどんどん出て参りました。各市町村の方々は病床が減ってくるということをご存じないのではないかと思います、減らすことは国公立の病院ではできるかも分かりませんが、民間の病院が一生懸命ここまで頑張ってきて、地域医療に尽くしているのに、病床を減らせ、あなたの病院はちょっと病床が多すぎるではないかという話をされると、だんだんこれから本当に20年30年の間にお年寄りが増えて来て、どこも行き場が無い、介護も出来ない。だから地域包括ケアということで地域でみんなでやろうとしているのですが、病院のベッド数をあまり減らしすぎると、本当に需要ができるのかなという危惧を私ども中小病院は考えています。確かに病床の利用率は減っているかも知れませんが、今の季節的には病床は満床状態で新しい患者さんを入れられないんですよ。インフルエンザで肺炎になっているのに、県から機械をいただいているので入れてあげたいんですが入れられないんです。お断りしますと言うと怒られそうなので、何とかそういうことがないように、ベッド数を減らさないようにしていきたいと思っています。各市町村の代表者もいらっしやっているので、ベッドが今度から減りますよ、県の方針としてはやっていますよ、うまくいけば知事が命令しますよというような方向が実際に良いのかということを危惧しています。少しだけ皆さんからご意見をいただきたいと思っています。

井上委員（近畿大学医学部奈良病院院長）：病床数の話について、少し意見を述べさせていただきます。資料4の4ページのところで、人口は減ってくる。でも、19ページの報告のところで、2025年の入院患者の必要病床数は高齢化ということで、減ると言うよりはどちらかと言うと増えるという想定だと思うんですが、現在の病床数で申し上げますと、今の必要な量と、2025年の必要な量を比

べますと、当然差が縮まっていますので、今後、2025年の地域医療構想達成に向けて、奈良県全体の病床数を減らす必要はないというふうに判断して良いのですか。それが一点です。では、病床機能報告では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という分類でいうと、急性期が非常に多いということで、この辺の調整をすれば非常にうまくいく可能性があるということになるわけですね。では病床機能報告がどうなったかという、野中委員がおっしゃったように、各病院に事情があると思うんですが、例えば私の病院は病床機能報告の報告では、正直言いましてどう報告して良いか分からないというのが2年前の状況でして、そのデータが資料に出ているんだったら、非常に曖昧なデータになっているのではないかと思います。私の病院は一応高度急性期で出させていたんですが、病棟毎の判断でということだったんですけど、どう返事して良いか分からないので病院全部で高度急性期にしまえということで報告を出したんですね。そういう状況のデータがここに出ているんだったら、この2年間でだいぶ変わってきているので、きっちりとインフォメーションをこういうのが急性期でこういうのが回復期ですよと県の方で明示していただいた状態で病床機能報告を取り直していただいたら、だいぶ状況が変わってくる可能性はあると思うんです。その辺のところをご検討いただければ良いんじゃないかと思います。もう一つは、奈良県は中小の病院が多くて、大病院が少ないということですので、やはり県中心で病院間の連携を機能別に考えながら取るようにしていかないと、病院を潰して大きな病院を建てるというわけにもいきませんし、医師にあっちへ行けと調整する訳にも行きませんので、対策としたら、やっぱり、病院間での連携、病診、病院と介護の連携の他に病病連携を作っていくべきだと思いますね。

西村課長：資料の説明ということで、病床を減らしていけるのかという最初のご質問ですが、資料4の19ページに2013年の必要病床数が11,184、2015年度の病床機能報告が14,000、2年の差はあるものの何故こんなに必要な病床数が少ないのに実際の病床14,000もあるのかという所でもあります、これには2つ理由があると思うのですが、1つは国が考えているのが、今、入院している人をそのまま病院に置いておくのではなくて、一般病床に入っている1日当たり175点未満しか医療資源が投入されていない人と、療養病床に入っている医療区分1の70%は在宅医療で見るべきということで集計していますので、既に入院の必要病床数が除外されている人が何人かいます。今言った療養病床では無くて在宅医療で本来見るべきという人を除いた患者さんが9,500人いて、それで必要病床数が11,000というのは、急性期でしたら78%、慢性期でしたら92%のそれぞれの病床機能の区分毎に病床稼働率で

割り戻して出したのが、11,000です。ただ、実際、本来除外されている分と、稼働率から考えていくと両方を合わせて約3,000近い差になっていると思います。実際そんなに稼働してないのではないかと。ですから、本当に今、野中委員がおっしゃったように、100%で稼働している所を減らして下さいというわけではなく、稼働していない部分を辞めるだけで済むのではないかと考えています。色々な調整をしていく中で、稼働していない病床を減らすだけということになります。もう一つは療養病床は原則法的には廃止されていて、新しいタイプの介護施設へ変換されていくという話なので、その部分は病床では無くなりますから、それは今の国の方針通りにいきますと500床から600床は自動的に病床から減ってしまうという話もありますので、この必要病床数の13,063床と現状の14,000の差の約990床はそんなに無理矢理なことをしなくても通常減らせるものではないかと思えます。また、それもすぐ来年からというわけでは無くて、まだまだ8年とか先であって、今の病床利用率から言うと、更に稼働していない病床がその頃には増えているんじゃないかと考えています。また、病床機能報告の報告の仕方は県で明示した方が良いのではないかということについては、国が一律決めておりますので、今、その中に結構詳しくどういう所はどこに書いてくださいと書いてあったと思いますので、高度急性期は20ページの所にある程度書いていますが、ただ分かりにくいのは、救急車で来るような人が入るようなところは当然急性期病棟と思える。その医療資源が少ないようなところでも、回復期に入れてもらった方が制度に合うのかも知れないですが、その回復期に入れる病床の例としては、20ページの右側の下線を引いたところにあるように、急性期を経過した患者への在宅期に向けた医療と書いてあるので、ここでは救急車で受け入れない人は当然ここでは無いわけであって急性期になるかと思えます。それは先程山科委員からご質問があったのと良く似た答えになりますが、これは今後整合性を取っていかないといけないと思っておりますが、今のところでは国が決めたような形で病院さんが挙げてもらったものをそのままこれはこっちへ直して下さいというようにはせずに集計している状況です。もうひとつは、病院が連携していくというのは当然大事な話だと思います。色々な地区で大学病院等の大病院と急性期や回復期を担う病院が連携しようという動きもあります。例えば200床規模位の病院で、3つ4つ連携してそれぞれ救急で、4つの病院のうちのどれかは取れるようにしようというような動きも県内では出ておりますので、そのような連携をしませんかという、話し合いの場を作って応援をしていきたいと考えております。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部長）：恐れ入ります、質問ですが、次回病床機能報告

というのはいつ取られる予定でしょうか。

西村課長：直近では28年10月に取っています。毎年1回報告することになっています。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部長）：参考資料2の15ページ見ていると、27年度だと思いますが、6年後の予定が書かれていますので、2015年から6年後、ということは2021年はどういう機能を予定されているのかという各医療機関が自主的に選択されたということでこれを現状とのウェイトを見ていると、ほとんど変わっていない。若干変わっていても、やっぱりまだ急性期ではあと2,500減らさなければならぬし、回復期を2,100程増やさなければならぬという事ですが、例えば28年度の機能報告の時にはこれからの報告の時には、こういうことに注意をして、きちっと現状にマッチした形にして下さいということにはなされているのですか。この報告だけを信じていると、先程照らし合わせたようにちょっと現状とは違った、実態とはかけ離れた数字になっているのではないかと思います。私も一般市民としてそういう気がしますので、その辺をこちらが数字に合わそうとするならばこの数字を正しいものに近いものにしていただければ、そんなに揉めることの必要がないのかという気がしてきました。もう一つですが、去年の3月にできた地域医療構想はですが、策定してから1年近く経ちますが、今後の進め方ということで特にその132ページの3番にある「県民や患者の医療に向き合う知識の普及」について、これをもう少し県を挙げて、また市町村ともに医師会さん、病院協会さんとも通じて色々な所で、こういうことを今からやっていかなければなりませんよ、ということの普及に向けての発信をそれぞれの団体からしていった方が良いのではないかと思います。特に私ども協会けんぽなどでは、いわゆる保険料のお支払加入者がたくさん増えておりまして、例えばこの3番の1番の所ですね、県民が適切な医療を受けるために医療機関が機能分化・連携を構築しているということを周知して、重複または頻回受診あるいは色々な不必要かつ不合理と思われるそういう無駄を省いていただくというようなことが、1番大切かと思います。また医療資源が本当に限られておりますので、こういう病気になったらどこへいくといったことや、こういうふうになったらこの薬屋さんに行くというように、色々地域毎で、それぞれがつながりを作っていただいて、連携してやっていくべきではないかと思っておりますので、そういう所も意見として述べさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

西隈委員（奈良県看護協会理事）：先程もお話があったように、地域包括ケアシステムの地

域住民への普及というところについて、どのような病院でも患者支援センターのような役割のところが行っていると思いますが、患者や家族が理解していないと、なぜそこに行くのか、どのようにされるのかなど、意思決定がうまくいかないと思います。県としても、患者や家族の理解を得るための方法を考えて頂きたいと思います。また、地域包括のいろいろな会議がされていますが、どのようなところが、どんな会議を行っているのかわからない所がありますので、全体的にまとめるところがないのかと思っているのですが、そのようなところはありますか。

林理事：1点目の包括ケアの、例えば、住民さんへの啓発ですが、色々なやり方があると思います。例えば県でもやるということと色々な形がありますが、なかなか一般住民さんの所までは伝わらないです。1番良いのはやはり小さな集まりみたいなのところに行き、そういう事をお話するのが良いと思います。市町村と県と行政がしっかりやるということがひとつ、それとやはり病院さんもちろんと入院患者さんにどういう仕組みになっていて、どう退院してどうなっていくのかという仕組みを退院支援の中でお話をさせていただく必要があるのではないかと、それぞれ専門職も行政もやはり一緒になってやっていく必要があると思います。横のつながりという事で言うと、なかなか全体を見てというのは非常に難しい所があり、我々県でも全部が見られる訳ではありませんし、市町村も市町村で色々やっていますので。ただ、全体を見たら何が本当に見えるのかという所は難しいところではあるので、誰がどこまで見てどうなるのかということもなかなか一概に言えないという所もあります。地域包括ケアということで、市町村の所で多職種連携が進んでいくと、そこがやはりひとつの基盤となって色々なものが発信していけるという事です。そこで一番の基盤の所がちゃんと出来てくると、西隈委員のおっしゃった話はある程度何かもう少し見えるようになるのではと思っています。

小原委員（生駒地区医師会会長）：今、林理事がおっしゃった通り、他の医師会の活動具合は良く分かりませんが、私どもの少なくとも生駒郡については連携会議というものを年4回持つようにしております、それですべての職種の方に集まっていますが、町によっては温度差があります。その温度差をできるだけ無くすような方向を連携会議でお互いにその意見を出し合って、その点でばらばらに会議されている内容がばらばらの方向にならないように医師会としては言っております。北葛城郡の方は良く分かりませんが、少なくとも生駒地区医師会4町、それから生駒市の方についてはそのような形で行っております。

平井委員（王寺町長）：西和圏域では私一人首長として参加させて頂いています。ただしこの西和圏域だけを見ていると、小原委員がおっしゃったように生駒市域があって郡山市域があって、残りが西和地域の王寺周辺広域行政圏というものを作っている7町ですが、この西和医療圏内の中で、小原委員がおっしゃっていたように、生駒市或いは生駒市医師会さんの動き、郡山市さんの動きなどは全く情報が無いわけで、残念ながらこの西和、王寺周辺、この7町の中でもこの地域包括ケアに関しては、前からこの場でもお話させて頂いていますが、主体が多すぎて、全く横串が刺せないのです。そこは私の反省ももちろん含めてですが、7町の首長がもっとしっかりと意見交換を本来すべきだと思っていますが、なかなかこれも求心力をもって集まるのが難しいです。でも何回か、この区域をまとめて頂ける主体という事で、広域あるいは県と西和の院長さんにもお願いをさせて頂きました。あるいは郡医師会、北葛城郡の医師会なり生駒郡の医師会もあります。それともう一つはこの区域は保健所も2つの区域があり、船頭さんが非常に多いので、どこに行くのか全くわからない、それでは良くないというので、是非この7町の首長でぎっくばらんな意見交換を、まずは西和医療センターの院長さんをお願いして、やろうとしましたが、実現していないというのが実情です。横山先生の話がございましたけども、是非、まずは我々首長に責任があるという事は重々承知しています。ただしどういう手法でもってこれを束ねていくかというか、横串を刺してしていくかという所はやはりぎっくばらんにでも1回は話してみないと、行く先が見えないです。そこで接着剤といいますか、是非、西和医療センターの院長さんをお願いしたいと実は思っております。汗を掻くのは別に全くいとわないので、私もこのようなことを言うとあれですが、長年、県の職員をやっておりましたので、どういうやり方をやっていけばうまくいくのかという大体の処方箋はわかりますが、残念ながら一人が口を大にしても主体がこれだけ多すぎて、なおかつ多職種連携ということでは色々な職種の方がおられてこれを全部統合しようというのは不可能ではないかと実は思っています。しかし、大きくは地域の包括という住民の皆さん或いは患者さんの視点で見れば、絶対システム化していかなければならないのであって、その努力はいとうつもりはございませんので、ぜひ接着剤を横山先生をお願いしたいし、保健所長様にも県という広域の役割として、ぜひお願いしたいと思います。

杉村委員（奈良県薬剤師会副会長）：薬剤師会から意見と言いますより、お願いがあるのですが、地域医療構想を進める上においては、やはり知事の権限が強くなって

いくということで、今現在、奈良県を見ていると奈良県と医師会さんと仲良くやられているようでどうかという部分もありますが、きっちりとすすめて頂きたいと思うのです。その中で先程から資料が出ていますが、資料4の19、20の所ですが、ものさしが違う物で定義して、本当に山科委員が言われたように違う方向に向いていくと思いますので、同じものさしではかったデータで今後2025年はどうなるかというところをお願いしたいということをお願いしたいと思います。

松中委員（奈良県歯科医師会専務理事）：奈良県歯科医師会としましては県から予算を頂き準備はだいぶ進んできたかなと思います。ただ歯科医師会としては主体となるような職種では無いので、この場で多くを語ることは無いのですが、医師会さんと同じように私は県の役員ではございまして、実際、西和地区で動くのは奈良、生駒市の医師会、郡山市の医師会、生駒郡の医師会また王寺町の医師会、歯科医師会という風に、まず地区の医師歯科医師会が地域包括では主体となって動いて頂くということで、それに向けて県歯科医師会としましては準備を着々と進めており、かなり進んでいると思いますので、お声を掛けて頂ければ常に参加させて頂きたいと思っております。よろしくお願いたします。

堀井委員（奈良県訪問看護ステーション協議会理事）：訪問看護では県の色々な企画を協議会の方でも色々な研修、企画をしております、看護師の方に研修して頂きレベルを高めて頂く事をやっています。ここに書いてあります資料の中にもありますが、小規模な事業所がすごく多くて、やはり利用者さんの確保に大変だったり、看護師の確保も大変だったり、少ない中で件数をこなすということで、研修の企画をしても研修に参加する事が難しいという事が現状です。私は生駒市で活動しておりますが、生駒市でも市内のステーションに声かけをしていきながら、まず市内のステーションで、仲良くやっぺいこうねと、ライバルでは有りますが、お互いに看護師だけしかいないところや、理学療法士さんがいらっしゃるステーションとか色々なステーションで規模や特徴が有るので、利用者さんを確保するのも大事ですが、協力しながらやっぺいかないといけないうすね、ということで、前向きに協力してやっぺいこうねということでは進んでいきつつあるのかなと思っております。それと病院の看護師さんとの連携に関しても、協議会主催ですが、年に1回各区域ごと、奈良県は4つの区域に分かれています、それぞれに分かれて年1回病棟の病院の看護師と訪問看護師という形で会う場を作らせて頂いて、そこで顔をまず合わせたり、色々なテーマに沿って協議したりということをして今迄3年ほど続けてやっ

ているところです。その事もですが、日々患者様のことでこちらも病院には足を運んだり、企画の中で病院の看護師さんが在宅の看護師さんがどういう動きをしているかという所も、実習するという事をやったりして、お互いにどんなことをやっているのかという事も、普段からの連携で患者さんのことで気軽に話出来るような形で顔を合わせないと駄目かなと思いつつ、日々こちらも仕事をして感じております。本当に自分達関わっている地域の中からそのような病院や訪問看護ステーションが増えれば良いなと思いつつやっております。

辻村委員（奈良県老人福祉施設協議会会長）：超高齢化社会に適応した医療構想ということをも銘打っておられるわけですが、超高齢化社会のことにももう少し着目しておかないといけないのではないかと私はそのような感じを持たせて頂きました。疾病の構造も随分変わって、救急車の利用率というのを見れば、本当にそれは救急車で搬送する必要がある人ですか、確かに搬出する必要がある人でしょうけど、先程話がありましたように、その人が病院に到着すれば急性期の病棟に入れられるというか、対処、処置してもらえますということだと思えます。今日、実は私どもの県の協議会で研究会議が午前中に有り、私たちの業界では有名な先生で、東京の芦花ホームの石飛先生という方、「平穏死のすすめ」という本を書かれた方なんですけど、その先生からお話がありました。終末期の医療とか終末期のケアというのに関連するのですが、本当に超高齢化になって、私達は死に向かっていきます。その時の医療はどうあるべきかというのはいくらも考えないといけないというお話でした。そして、人間は死から免れないというのは当り前の話ですが、超高齢社会で医療を受けるという時にはその事を抜きには考えられないのではないかという気はいささか感じている所です。我々介護業界の者と医療関係者の間にはやはり相当温度差があり、地域包括ケアという言葉を使っても凄いな温度差があるという感じがいたします。先程、林理事から説明がありました、資料3の「地域包括ケアシステム構築に向けて」の資料3の9ページの所ですが、この包括的支援事業の所に在宅医療・介護連携の推進というのが入っていますが、この包括支援事業、地域支援事業の対象者というのは、比較的介護度の軽いあるいは要支援レベルの人で、むしろ現場から言うと要介護状態の人にとって医療と介護の連携というのが重要な課題だと私自身は思っています。病院からいざれにしても、急性期でいったん行きましたと言っても、帰ってきましたという時に介護の分野でこの人たちをどのようにケアするかと言ったときに医療的知識や技術が無かったら実際は出来ない人たちがたくさんあります。それで昨今、介護職員の研修によって経管、喀痰吸引も出来るようになってきたと

ということで、そういうことがもっと積極的に進められて、出来る人が増えないとそういう人たちのケアに実は携われないということになり、結局この人たちを受け入れることが在宅では難しい、施設でも難しいということで、その辺の所の強化をどう図っているかというのは大きな課題になると思いますし、その量が随分問題になっていくと思います。超高齢社会、中高齢期におけるその医療の需要の質と量といった時に、超高齢の人たちに目が向きすぎて壮年期や若年あるいは小さい子供たちの医療が疎かになったのではこれは本末転倒だと言うふうな気がいたします。私たちは高齢者のケアに携わっている者ですが、命の重みなど差はありませんけれども、本当にドクターに活躍して頂きたいのは世代の中のもっと焦点が本当は違うのではないかと乱暴な意見ですが、そのような印象を持ちました。

山田委員（奈良県中和保健所長）：資料3の3ページの在宅医療の需要のグラフですが、西和地域におきましては、かなり在宅医療が膨らんでくるグラフになっておりますし、更に患者住所地で換算致しますと、現在の1.8倍位の数字になっているわけです。それは他の圏域に流れている分ではないかと思いますが、今後この圏域で受けるとなると、在宅医療の負担がかなり大きくなると思います。これを地区医師会なり訪問看護ステーションなりで十分に受けられるものかどうか、真剣に考えて行かないといけないと考えております。地区医師会や訪問看護の負担の多い部分、例えば24時間体制というような部分では、地域の病院や在宅療養支援病院が、在宅の受け皿として、また後方支援としてカバーして頂ければありがたいと思っております。それからもう一つ、病院の機能につきましては、資料4の25ページにある、救急受入と30,000点以上患者数の割合の分布図がありますが、西和地域は非常にバランス良く分布しているのではないかと思います。このような状況で、高度急性期から慢性期までバランス良くあるのではないかと思いますので、これらの病院の連携をぜひ進めていければと思います。その為には、現在どういう連携を取っておられるのかという事を先ず把握する必要があると思います。地域包括ケア病床でも、急性期との連携が最も多いのではないかと思います。もし、ある病院では介護保険施設との連携が最も多かったというような事がございます。実際に病院がどういう機関と連携されているのかという実態把握がやはり是非必要ではないか、その上でどういうふうに連携を強化していけば良いのかということの検討が今後必要になってくるのではないかと思います。そして、その地域に必要な病院の機能を明らかにすることによって、医師の派遣も、その機能を維持、充実するために、医師派遣を行っていくということも、今後ルール化されれば良いのではないかと思います。

以上です。

橋本議長（郡山保健所長）：ありがとうございました。本日の議題の中心としましては、病院機能の需要と供給をマッチングさせるというところで、病床機能報告では確かに本来のものとはずれがあって、これを元に考えるのは限界があるというのは共通した認識であります。ただ、これにつきましては、国が統一してやる調査ですので、県が再調査をやるというのはなかなか難しい。じゃあどういうふうに需要を見ていくかということで、一つは、病病連携ということで、病院がそれぞれ果たす役割を明らかにする中で、一つの病院では不足している機能を別の病院が担うような形での病病連携というのが一つの方向性としてあるのかなと思います。さらに、地域包括ケアの中で訪問看護ステーションや介護スタッフ、医師会の先生方が地域医療を担う中で、非常に苦勞して24時間365日体制を取るのにハードルが高い部分は、1診療所ではなくて、医師も含めたスタッフが揃う病院が担うべき役割がもしあるとすればどこか、というところを考えれば、今病院が担っている機能以外に今後増えるという地域病床的なものに対して病院が果たすべき役割がある、あるいは他の関係機関から希望されることがあるというところがマッチングしていけば、方向性は見つかるのかなというふうに聞かせていただいております。また、今回の課題として、需要推計に関わるデータ等のご要望もいただいたところですので、そこは県の方でも検討していただいて、次回以降、その辺りのところも揃えて、さらに議論を進めていきたいと思っております。