

## 第1回中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23日（月）

14時～16時20分

場所：エルトピア中和（中和労働会館）

1階大会議室

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歩み寄り、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加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加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思いますと考えております。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思いますと考えております。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。

山田議長（県中和保健所長）：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な内容であります、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。2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、両輪で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ふ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かと考えて、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たその後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ープ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近な特徴です。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思っています。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人体制で昨年の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。県内にあ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。これで見ただけのとおり、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、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に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、「機能をしぼった専門病院」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に中に入れている資料以外の、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出入しているか、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）：（配付資料「協会けんぽ加入者の二次医療圏別傷病別入院患者流出の状況（平成26年度）」について）この資料は私ども協会けんぽの加入者、いわゆる現役の世代で74歳までの方で働いておられる方に限定したものでございますけれども、少し資料が古いのと、二次医療圏別の5疾病、傷病別に、お住まいの入院患者さんがどちらの医療圏の病院に行かれているかを示したものでございます。まず1ページの方には集計方法及び留意点を示しております。奈良県の人口137万人のうち、奈良支部の加入者数は25万人ですけれども、大阪、京都などの他府県にお勤めで奈良にお住まいで他府県の協会けんぽに加入しておられる方を含めると41万人おられまして、保険者としては奈良県の中で一番大きいウェイトを占めています。ちなみに奈良県の国保には36万人、後期高齢者が18万人、市町村共済、公立学校、私立高校、警察等共済組合等で7万5千人ほどいらっしゃるかと思います。中和構想区域では人口37万9千人の中で協会けんぽ加入者は12万2千人ほど住んでいらっしゃるということでございます。2ページに行きますと、全疾病のうちで、04のところを見ていただきますと、中和地区住民の入院患者の60%が中和の地域で治療を受けておられるということになっております。右の図を見ますと、（南和から他の医療圏に流出がありますが、このデータは）南奈良総合医療センターが除かれていますので、（南奈良総合医療センターが開院した現在は、南和医療圏にお住まいの患者さんが南和医療圏の医療機関で治療を受けておられる割合が）多分70%前後に変わっていると思います。次のページからが各疾病別なんですけど、悪性新生物は中和については、64.3%は中和の病院で治療を受けておられます。また、1ページに各医療圏の主な病院名を入れておりますので参考に見ていただけたらと思います。中和医療圏では、大きな病院が沢山ありますので、中和にお住まいの方は大体中和で治療をしていただいているということだと思います。脳卒中、虚血性心疾患、糖尿病、精神についても、殆どは中和で治療されているという実態になっています。8ページ以降は、数字については後ほどご覧いただければと思いますが、入院総件数に占める割合がどうなっているかを示した資料でございます。少し内容が古いですが、現在27年度分を集計中でして、次回には二次医療圏別という形で入院、外来、流出、流入といった資料をお届けできるかと思います。以上、参考にしていただいて、今後の皆様方の地域医療についてのご検討の材料にさせていただきたいと思っております。



山田議長（中和保健所長）：ありがとうございます。大変膨大な資料のご説明でしたが、1点目は地域医療構想の概要について、2点目は地域包括ケアシステムの構築に向けて、3点目は地域医療構想実現に向けた取組、4点目は協会けんぽさんからの患者の流出入の資料でございました。それでは、ただいまの資料につきまして、ご意見、あるいはご質問をいただければと思います。

橋本委員（樫原地区医師会長）：2015年の病床機能報告で、急性期が必要病床と比べてかなり多いということで、急性期に軽症急性期の患者が沢山含まれているということなんですけれども、我々開業医の立場からしますと、本当に重症というのは割と気が楽であって救急車を呼んでしまえば良いわけなんです。ところが本当に例えば軽い肺炎や軽い脳卒中が疑われるような患者については、在宅医療が伸びるにつれて今後伸びて来る可能性が高いと思います。我々が在宅に進む時に、受け入れていただける病院があるかどうかというのが一番本質のところでありまして、これがこれから実際どうなっていくのかというのが一番心配です。もしこれが少なくなって来ますと、我々は皆救急車を呼んでしまいますね。例えば夜間に往診に行ったときにどこも受け入れてくれない。本来呼ぶ必要のないような患者を救急車を呼ばざるを得ないような状況が生まれてくるわけなんです。そうなりますと、救急医療が破綻してしまうという弊害もありますので、今後、構想を進められるに当たりましては、軽症急性期患者を受け入れていただける、先ほど説明の中でありました面倒見の良い病院をしっかりと確保していただきたいと、医師会の立場から思います。

西村課長：今の答えとしてこうしますということではないんですが、資料を説明させていただいた中では、急性期病床が多いから軽症な急性期患者さんを診ている病院を回復期に変えていくという意味ではなくて、地域医療構想を定めるときに、乖離が大きいので、全国的に急性期病棟を回復期に変更していかないといけないのではないかというようなことが話題になったと思うのですが、それが奈良県の場合は、今でも国が定めた必要病床で言うと元々回復期で扱うぐらいの患者さんしか急性期病床でも扱っていなかったということで、他府県のように大きく急性期病床を減らしていく必要はないのではないかということをおっしゃったので、今、橋本委員がおっしゃったように、面倒見の良い病院ということで、出来るだけ身近な急性期も受けられるようなしっかりした体制を整えていくことは重要だと考えております。

青山委員（平成記念病院理事長）：3点あります。まず急性期の病床が600点を境としているということは非常に無茶な話ではないかという感じがするんですね。例え

ば救急をやっていると、外傷の場合はかなりの重症です。ところが1日か2日するとその後の予後はかなり良くなるかかなり悪化するか分かれる。急性期に入れて、後は回復期にすぐ移動させるかどうかということ进行判定するんですけど、それにはやはり2日、場合によっては3日かかる。救急医療の医療看護必要度というのは、救急車が入って来たときは点数が2点あります。2日間見てください、ものによっては3日間見てくださいというふうになっているのはそこなんです。ですから、この辺の枠組みというものをまた考えていただかないと、単に点数だけで分けてしまうと非常に具合が悪いという感じがするんですね。もう一つは、600点の中に軽症が入っているというのは確かにそうかも知れませんが、けれどもそれは今のような形の救急をやっていればやっているほど、この辺の点数の人が2日間から3日間見ているというのがあるということなんです。もう一つは地域包括ケア病棟が手術等で診療報酬の点数を取れるようになって来て、この中である程度急性期に近い、急性期の患者さんを入れているところもあるんですね。この形を急性期に入れるのか、回復期、慢性期に入れるのか分けるのが非常に困難なんです。これをはっきりと地域包括ケア病棟は回復期ですよとか急性期に入れてくださいよとかその辺の問題をはっきりしないんですよ。この辺の問題がどうなっていくのか教えていただきたいということです。もう一つは、175点以下だったら慢性期という形でわかれているんですけど、疾患によってはかなり高度な医療資源を投入しないといけない患者さんが出るわけなので、慢性期はこうですよという形で本当にいけるのかということをごここで再検討していただければと思います。もう一つは地域包括ケアシステムが市町村を主体として行われていくわけですが、その事の情報は県からも全く来ないし、平成30年から市町村でやることになっているからかも知れませんが、市町村からも全く来ない。その辺は、今後、県か市町村を通じて伝達してもらえようなシステムが出来上がってくるのかということをお伺いしたいと思います。

林部長：資料4の20ページですが、国の定義に基づいてこういうふうに分類しているということを示しています。誤解があると思うのは、ミクロに1人1人の患者さんが慢性期か回復期かを判断する指標ではないということだと思います。国において、非常にマクロに病床数を振り分けるときに、主に重症の急性期に相当する患者数、あるいは回復期に相当する患者数を見るときに、こういう一定の考え方で振り分けてはどうかというときに使ったもので、これが県に来ると、あるいは各病院に行くと、うちは急性期の患者さんが何割で回復期の患者さんが何割という使われ方をしがちなんですけど、そこはそういう使い方を想定しているものではないと思いますので、先生がおっしゃるところまでミク

口に使うのは難しいと思っています。そう申し上げたうえで、そうは言っても、県で医療を考えていくときに、どういうふうな医療で需給にギャップが生じているのかということを見つかり見ていかないといけないと思いますので、そのために考え方をもう一度整理をしたうえでどこが足りないのか、先生方の目で見ただけという考え方で書いているのが21ページの図でありまして、一概に急性期が多い、少ないということではなくて、24時間重症患者を受け入れるようなタイプの急性期病院とか、あるいは中小規模の病院も含めて、かかりつけの患者さんとか、比較的医療密度の低い患者さんを受け入れていただくような病院も含めたタイプの急性期というふうに、少しミシン目を入れて考えると、もの見方が分かりやすくなるのではないかとということで21ページに書かせていただいております。そう考えると、ここに書いている黄色の半分と緑色（回復期）の半分は、機能としては非常に近い部分もあると思います。国が想定している回復期は、元々亜急性期と呼ぼうとしていたのを回復期に特化したために黄色の部分の外れたわけですけど、機能としては非常に近い部分があって、地域包括ケア病棟というのは恐らくこの黄色の部分と緑色の部分を両方扱うような病棟として診療報酬上は整備されたもので、いくつかの病院は黄色の患者さんの方が多いということで黄色で報告をされたりとか、あるいは緑色で報告をされたりされているんだと思います。報告の仕方については、また追々きつと国の方で整備をして、より収斂してくるとは思いますけれども、この場では、あるいは奈良県内で医療を考える中では、黄色の部分の病院が多いという特徴もありますので、黄色の部分をきちんとミシン目で切り分けたうえで、場合によっては黄色と緑色をまとめた形で、その部分が今後、より必要なのか、あるいは既に足りているのかということをご議論いただく方がより生産的かなと思っています。先ほどその下（慢性期）の医療機関も大事だというお話がありました。ただ一方で現在の需給の状況を見ると、そういった医療機関の病床稼働率はかなり低下をしてきているというような事実もありますので、その辺りを踏まえて、どういう医療提供のあり方が良いのかということをご議論いただければと考えております。

林医療政策部理事（以下「林理事」）：地域包括ケアの情報提供のお話がありました。先ほど説明申し上げたとおり、在宅医療・介護連携については市町村の地域支援事業ということで取組が今始まったところでございます。先ほど医師会の橋本委員からもお話があったと思いますが、基本的に地区医師会と市町村とでどういう形で地域の医療・介護連携をやっていくかということで、平成30年に向けて進み始めたところでございますので、その中で当然病院さんの役割というのは、地域毎に在宅のバックアップという非常に大事な役割がありますけど、

先ほど申し上げた退院調整という場面で病院さんとの関わりも出来てきていると思うんですね。そういった中でこれから、病院さんの方にも色々な情報を提供させていただくことになると思いますし、病院さんは一つの市町村だけではなくて、広域的な市町村が対象ということになると思いますのでそういったところについては、先ほどおっしゃったように、県で一定の情報提供の仕組みも今後考えていきたいと思っております。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：まず、奈良県の各地域による医療構想のあり方というのは変わって参ります。県の方針によって基幹病院を地区毎にかなり決めている地区と、そうでない地区がありまして、その中で、奈良県に中和地域だけ、きちんと基幹病院である当院に人員を配置していないために、ちょっと特殊な中和の救急医療体制を組まないといけない状況になっています。と言いますのは、大きな総合病院でも大規模病院がある地域では、そこを中心にして回れば良いのですが、中和地域では、奈良県立医大以外にはそういった医療機関はありません。奈良県立医大が救急の中心になるといった形は本来の形ではなく、医大はもっと高度な医療をされるべきで、救急医療体制という形で言いますと、中和はちょっと特殊な形を取らないといけないということで、先日来、大和高田市の4病院とで病病連携を組んだ二次輪番体制を組むことを検討しています。恐らくこの中和地域の地域医療構想の中で当然救急医療体制を確立するには、病病連携しかないと思っております。そのために、今日おられる奈良県立医大の古家先生にもバックアップをお願いしているところです。恐らくこの輪番体制がきっちり組めれば、中和地域でもより高度な医療は奈良県立医大にお願いするという非常にきれいな形の救急医療体制が組めまして、在宅医療の支援の強化も自然と行えるようになりまして、在宅の急変患者も輪番体制に則って、当面の処置ができる、この輪番体制がうまく機能しましたら、問題になりますのは、輪番体制で受けた急変患者をどうやって在宅に帰すかというシステム作りに方向が変わってくると思います。ですから、奈良県でも中和地域は他の地域と違うということをここで認識していただけたらと思います。

山田議長（中和保健所長）：高田市立病院さんが4病院で病病連携を始められるというのは非常に奈良県でも特筆すべきで、それが今後在宅を支援していくという、24時間体制でどこかの病院が受け入れてくれるというのは、橋本委員がおっしゃったように非常に安心につながっていくのではないかとと思っております。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：ついでに付け加えますと、在宅の支援に関しましては、在宅の患者さんの登録制度があると思うんですが、それを一病院で登録せずに、

輪番体制の全病院で登録しまして、取りあえず急変時には輪番のいずれかの病院で取るという形を検討しております。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：大学病院は他の病院とは少し機能も違うと思うんですけど、2年前から出てきている病床機能報告制度がやはり、非常に混乱の元だと思っているんですね。特に、資料4の20ページにあるような、医療需要推計は点数で推計している。病床機能報告制度というのは、機能に応じて各病院で判断して報告しろということになっている。この混乱があるために、結局本当にきっちりした報告が出来ていない病院がある。大学でも、例えば高度急性期について、C I 3, 000点以上というので報告すると、今報告しているよりも少ない病床数になるんですね。多分どこの病院でも同じような形で、それだったら最初から、推計の点数の方で報告しろと言った方が分かりやすかったのではないかという気がしています。ただ、多分そこまで考えなくても、今の国の方針を見ていると、診療報酬で、大体自分の病院がどの辺にあるかというのを分かるような方向に持ってきてると思う。だからあまりこの病床機能報告というのをそんなに堅く考えなくても良いのではないかと考えています。ただ、岡村先生がおっしゃったように、一つはやはり救急医療体制だと思います。救急をやっていくためには人がいるということですね。各病院に人がそんなにいない。特に夜間であったり、休日であったりですね。各医院に1人か2人しかいない。ところが、それが集まれば5人、6人になる可能性もある。そういう意味で、岡村先生が今やろうとしている二次輪番の集合体ですよ。いくつかの病院で救急の輪番体制をやっていく、奈良医大が実際に去年からやり始めている重症腹症を主とした輪番はまだ不十分です。それよりもそれぞれの地域でいくつかの病院がまとまってやってもらうのが良いと、それが県も考えている医師配置に繋がるのではないかと考えている。大学は主に医師を配置する方ですけども、医師を出すにしても、やはり目的を持った医師の出し方を考えたいと思っています。どうしても大学というのは、人がいるので各病院から出してくれという話ですけど、その中でも、やはりお話の中で、こういう目的だということをきっちりしていただいたら各診療科とも話がしやすいと思っています。やはり、この奈良県内の病院の配置と医師の配置を、今まで病院だけでやってましたけど、今回こういう形で県が色々関わってきてくれているというのは非常に良いことだと思っています。県と病院、診療所が一緒になって奈良県の医療について考えるのは非常に良いことだと思うので、もっと県に関わって欲しいと思います。

青山委員（平成記念病院理事長）：病床規模別の医師数の状況というのを一覧にして我々に

示していただいたのですが、この中で、診療科目によって医師数がかかなり違うのではないかと思うんです。病院の病床数もそうですけど、やはり、内科に特定とか、外科とか専門的なものになるほど医師数はそう多くないのではないかと思います。先ほど、1科に3人以上がベターでそれで60人という数字が出ていますけれども、大学、公的病院、総合病院等になりますとそれだけ人数も多い。しかし、内科、外科だけだとかなり人数が少ないという状況があるんですけど、そういうことも考慮して、色々な病院の医師の偏在というものを考えられるのか、診療科を考えて医師の偏在、医師数を考えていくのか、どうやって整合性を持って行くのか教えてください。

林部長：資料4の9ページ、10ページの辺りのことをおっしゃっているんだと思います。診療科の偏在が県内でどうかということでも申し上げると、いくつか全国平均よりも少なめになっている。産科、小児科、麻酔科とかがあるのと、糖尿病とか、腎臓病とか少しサブスペシャリティーの中で少なめになっているところがありますけれども、総体的には内科、外科、整形外科とかそういったところの主要な診療科の不足といったようなところは、あまり顕著なものはないと認識しています。そういう中で医師不足感が本県では高い原因はどこかということ突き詰めていくと、やはり病院の数が多い、あるいは中小病院の数が多いという課題に突き当たってくるというのが今回資料でご説明させていただいた趣旨でございます。これに対してどう対応していくかということでも考えると、本県でいうと、余り専門分化しない、内科全般を診る医師とか、外科全般を診る医師とか、そういった方がより重宝される、より求められるという傾向がまずあると思います。総合診療科のような医師を養成していく努力がまず必要だということが言えると思います。ただ、国全般の流れとしては、あるいは若い医師のキャリア志向の流れとしては、専門分化していく方向に進んでいくので、今後2、30年のうちに専門科の医師が減って行って総合診療科医ばかりになるという将来を期待していても仕方がないというふうにも思います。そうすると医療提供体制の中でどのように考えていくのか、医師20人の病院で内科医、外科医を何人おけるのかといったことを考えていくと自ずと限界がある。専門分化できない、あるいは若手が研修を積めないといった制約が出来てしまうというようなことをどう改善していくのか、これは医療提供体制そのものも含めた課題だと思います。先ほど岡村先生からお話がありましたけれども、複数の医療機関で連携を組むことによって、それまでだったら、当直が1人ずつなので、ある日は内科、ある日は外科しか受けられないとか、両方の病気を持つ人はその地域では受けられないといったことになっていたところを、輪番を決めてでも、24時間どんな病気でも受けられる病院を作るというふうなことも一つの

例だと思いますし、そういう関係の中からもっと医療機関が連携していくというのものもあるかも知れませんが、それも一つの考え方だと思いますし、どういうやり方をするかを考えるというのがこの場だと思います。先生方から色々なアイデアをいただきながら考えていくことが必要だと考えます。

山田議長（中和保健所長）：医師数に関しまして、診療科毎に医師の配置をするべきではないかというようなご意見でございました。医師の配置というのは病院の機能を決めていくということになりますので、非常に大切ではないかと思っておりますが、病院の機能を示していただいて、適正な医師の配置を考えていくこともこれから必要ではないかと思っております。

平井委員（秋津鴻池病院理事長）：2つほどお聞きしたいです。一つは、病院の中で民間病院の占める割合が78%というご説明がありましたけど、あれは病院の数ですね。

西村課長：そうです。病床数では65%です。

平井委員（秋津鴻池病院理事長）：民間といったときは、済生会とかは公的、いわゆる民間病院以外ということで良いですね。

西村課長：そうです。

平井委員（秋津鴻池病院理事長）：もう一点は資料3について、これからは在宅について、施設も含めて出来るだけ新しい数字を教えてくださいと思いますし、老人保健施設を慢性、在宅で見て良いのかどうかというの、いわゆる介護保険側から見ると、在宅強化型というの、これをしないといけないというふうなことで、単純計算がなかなか難しい。今日みえてますけど、介護福祉施設の数とか、私は数字では出せないですけど、結構老人保健施設も、特別養護老人ホームも、稼働率が減っているんじゃないかと思う。計画でいくとそれこそ医療機関は良いにしても、介護の方の資源が潰れてしまうのではないかと、そちらの方も連携を取っていただきたい。前からお願いしているんですけど、介護保険計画も出来るだけ二次医療圏に合わせて作っていただきたい。すぐには無理かも知れないですが、私は前からお願いしているんですけど、是非同じ療養圏で出していただかないと、議論すら出来ない。実態としては足りない足りないと言われてはいるけれども、稼働率が減ってきていることもありますし、施設、在宅というふうなことで病院の機能分化以上に介護保険分野での住まいの施設と

医療、今度介護療養施設が変わりますので、その辺のところはむしろ大きな問題というか、私たちが考えないといけない問題ではないかなということ、出来るだけそういうデータを出していただけたらなというのが嬉しいです。

林理事：老健とか特養の稼働率が下がってきているんじゃないかというのは、現場で色々お話を聞いていると、そういう声を耳にしているところです。待機者の数自体もだいぶ減ってきている。特に老健さんでそういうお声を聞いていますので、今後7期計画を作っていく中で施設が医療も含めてそういった役割を果たしていくのかということを含めて今後のあり方を考えられるような色々な情報提供でありますとか、一緒に考えていくことができればと思っておりますので、また宜しく願いいたします。

山田議長（中和保健所長）：それでは、まだまだ意見があるかと思いますが、ただいまから意見交換に入らせていただきたいと思います。この意見交換の趣旨は、2点ございまして、地域医療構想実現に向けた課題及びこれからの方向性についてご意見をいただければと思います。2点目は、検討に必要なデータはどのような内容なのか、どのような内容が有効であるかということをご委員からご意見をいただければと思いますし、各団体がどのようなデータを必要としているかということにつきましても、また、各団体自らがデータを持っておられれば、こういうデータが有効であるといったことも含めてご意見いただければと思います。また、前段の資料についての疑義でも結構ですのでよろしく願います。先ほどの老健施設についても、最初は二次施設という位置づけだったとは思いますが、それ以降、地域包括支援センターが出来たりとか、介護施設ができたりといったことで、その位置づけが非常に曖昧になってきているようなこともあるのではないかと思いますし、コスト的な部分で特養に入れられないというような状況で利用が減ってきているのではないかなという議論もあろうかと思いますが、そういったデータもきっちり示して、今後の役割を明確化していくことも大事ではないかなと思います。

山本委員（県歯科医師会常務理事）：資料2奈良県地域医療構想の概要についての5ページのところで、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が、かなり歯科の在宅診療も一般に認識されるようにはなってきましたけれども、まだまだ一般の方には知られていないのが現状であります。それと、歯科医院は殆どが個人経営、個人開業医ですので、経営的に非常に脆弱です。訪問診療に当たっては、歯科の特殊性というところでかなり高額な機材が必要です。それに関しては県歯科医師会に対しては県からの補助もいただいておりますが、今後



地域包括ケアシステムということになれば、各自治体等から、在宅診療において機材が必要なところ等に対する補助等をお願い出来れば、さらに充実していけるのではないかなと思います。機材購入がハードルになって、在宅診療に対する新規参入が少ないのが現状でありますので、その辺りのことを配慮していただければかなと思います。後、資料2の6ページの健康増進の取組についてですけれども、一番の生活習慣病に関しては、歯科疾患との関連が最近とみに注目されるようになってきておりますので、ここに歯科のことも加えていただくとありがたいかなと思います。二番のがん、心臓病についてですけど、がんはともかく、心臓病、呼吸器疾患と歯科疾患との関連性、それによる予防等も最近一般にも認知されてきておりますので、よろしくお願ひしたいです。また、がんに関しては予防にはなりません、大和高田市歯科医師会も大和高田市立病院と連携していただいて、市立病院での治療における一助となるよう口腔ケアを図るため、連携を図らせていただいているので、その辺りのこともご配慮いただいたら良いかなと思います。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：山本先生とは医科歯科連携でここ数年間、口腔歯科を持たない病院としての連携が非常に進んだところ。今の山本先生がおっしゃった予防医療に関わる提言なんです、地域包括ケアシステムを作るのは当然なんですけれども、いつも思うんですが、この地域包括ケアシステムや地域医療構想について、あまりにも住民が知らなすぎると思うんです。（2025年問題が）本当に数年に迫っていることなのに、啓蒙活動が恐らく一般の方は地域医療構想という言葉すら知らないと思うんです。これをもう少し県単位、各自治体単位できっちりと今どういったことが起こっているかを啓蒙していけば、予防医療がもっと進むと思うんですね。歯科のこともそうですし、特に大事なのはリハビリだと思うんです。いかに運動療法が大切であるかということをもっと啓蒙して、65歳が高齢者であるという将来を作っては駄目だと思うんです。65歳は介護しなくても良いですが、される側にならない。75歳以上でも介護される側はごく僅かであるという社会を、もちろん地域包括ケアシステムを作るというのは大事ですけれども、啓蒙活動をもっと考えていただけたらと思います。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）：協会けんぽも、若いうちから、自分達が20年、30年後にお世話になるということで、いわゆるPPK（ぴんぴんころり）といいますか、元気に長生きできるということをやるために、特定健診、特定保健指導というのを一生懸命やっているんですけども、地域医療構想について協会けんぽの加入者に知っているかと聞くと、知らないんですね。やは

りここにいらっしゃってる皆さん、関係者は知っている。それ以外の一般市民は知らないの、市町村や県がこういう形でこういう方向に向かっているということを各市町村にでもアンケートを取っていただいて、どれだけ知っているか、20年、30年後に自分達がどうなっていったら良いかというところから、40歳、50歳を超えれば考えるべきかと思っておりますので、その辺のところの良い案があれば早めにそういうアンケートとか（を出していただきたい。）今供給面は分かりました。でも需要がどうなるかは各個人のご家庭に直結しておりますので、そういうことも踏まえてアンケートや資料を作っていただくのが一番理想的かつ現実的な解決方法かなと思っております。また、病病連携、病診連携、医科歯科連携とか、そもそも介護が必要になったらどういったところでお世話になりたいかということもあります。自宅もあると思っております。そこで無くてはならないのは人材であり、アクセスが良ければ良いんですけど、遠かったらどうするとか、どこにどういう病院があるとか、常に自分のため、家族のため、市町村のため、みんなのための予防をきっちりやっていただければと思います。そういうことをアピールしていただければ良いかなと思っております。

山田議長（中和保健所長）：住民啓発については、他の調整会議でも全く同じご意見をいただいております。今まで、確かに多職種連携ということで、スタッフの連携はやってきたんですけども、住民啓発につきましては、緩和ケア等でされていることはあるんですけど、まだまだ不十分かなと思っておりますので、これから市町村も含めて啓発をしていきたいと思っております。

新居委員（県薬剤師会理事）：地域包括ケアの中でますます在宅というところが大きくなってきています。平成28年の中央社会保険医療協議会でもその方向性は示されているんですが、今日いただいた資料の中で、2025年の中和地域で、1,600人余りが在宅に出てくるという数字が出ています。そんな中で資料4の人口10万人あたりの医師数なんですが、中和地区では、医師総数は多いですけども、医大の先生方は最終的には難しい患者さんを診ていただくというポジションだと思います。そうしましたら、薬局等で日々連携を取らせていただく看護師数も少ないですし、薬剤師数も非常に少ないんですが、連携を取らせていただかないといけないのは診療所の先生方ということになってくると思うんです。この辺の数、実数というのは少ないです。こういう連携というのが取りにくい状況ですので、ご協力をいただければと考えております。

森本委員（県訪問看護ステーション協議会理事）：私は個人的に大和高田市で訪問看護ステーションを運営しております。奈良県地域医療構想の基本視点の地域包括ケア

システムと在宅医療の充実のところで、資料3の4ページから14項目に渡って色々な課題が挙がっていますが、まず、病院看護師と訪問看護師の連携なんですけど、近年大和高田市では、平成記念や医大も含め、地域医療連携室が本当に活発に在宅と連携を取るようになってくださっているんで、本当に病院との風通しも良くなって退院調整と在宅療養移行支援等も本当に数年前と比べて格段に良くなったと感じております。これをどんどん発展して行って、外来患者でも、化学療法の方等にも在宅療養移行支援を広げていただければと思っています。それと、資料3のところで、中和構想区域の在宅医療等の医療需要というところが1.6倍強に増加するという数字をいただいて、非常に驚愕しました。県内の訪問看護ステーションは年々少しずつではありますが、増加しております。ただ、訪問看護ステーションの大半が常勤換算5以下の小規模ステーションに留まっています。その小規模ステーションで24時間体制をしながら看取り等にも対応しているというのが現状です。今私が協議会でも問題と思っているのは、看取りに関わる医師の先生が非常に少ないということです。医師の先生にもそれぞれ理念や哲学や思いがあって、24時間看取り等はされていない方もいらっしゃると思うんですけど、やはり地域包括ケアシステムの理念であるエイジングプレイス、住み慣れた地域で最後まで暮らし続ける、そして、最後は自分が望めば在宅で死ぬという理念からは非常にほど遠い、看取りをしてくださる先生の数かなと思っています。その辺は是非医師会の先生もかなり努力してくださっていると思うんですけど、出来るだけ在宅看取りをしていただける先生を増やしていただけたらなと思います。訪問看護師も頑張りますけど、やはり医師の先生がいてくださらないと、看取りはできないと考えております。本当に最後まで看取りをしてくださった先生には皆さん感謝されますし、看取りをすることで人間として成長できるものを得ることもできますし、診療報酬での後押しもあると思いますので、是非チャレンジしていただけたらなと思います。それと、訪問看護ステーションも看護協会等は大規模化ということも言われています。少ない人数で昼夜を問わず対応するというのは非常に過酷です。それで大規模化と言われているんですけど、なかなか小さなステーションが集まって大規模になるというのは現実的に難しい状況もあります。その辺をやはり人材育成、人材確保等を県においてもお知恵をいただければと訪問看護協議会としても思っております。それと、多職種との連携について、色々な多職種との連携の事例検討会というのもやっていますけれども、お医者さんが来てくださらない。お医者さん同士の事例検討会は非常に活発に意見交換してくださるんですけど、多職種との意見交換になるとお医者さんがいなくなっちゃったというようなことが非常に多いです。ケアマネージャーや介護職だとか薬剤師さんとか理学療法士さんとか皆さんがお医者さんの先生の意

見を望んでおりますので是非そのような場にも積極的に参加していただけたらなと思います。

春日委員（県医師会理事）：森本委員さん等から医師会の方でというようなご意見をいただいております。県医師会のお話をさせていただくと、県医師会でも在宅医療を出来る医者を増やしていこうという方向で、去年1年間で色々な資料を集めて今年からいよいよやろうという形になっておりまして、ちょっと遅れているかも知れませんが、これからどんどん進めていきたいと思っております。しかし、実際にアンケートを取ってみたりしましても、なかなか在宅をやろうという先生方が（増やすのは）難しいですね。ましてや、資料3の2ページ目を見ますと、これから在宅医療が必要な方が非常に増える。そのうちの老健入院移行分の2013年の数字は、実際に入院されている方とか老健におられる方のデータですよ。その方々は在宅で対応するということになっているんですけど、それは2025年にも増えるし、純粋にはご自宅という患者さんも増えるというような計算になっていると思いますけど、在宅できる医者をどんどん増やすというのは現在一生懸命やっている最中ですがけれども、在宅で患者さん自身が、あるいは家族の方が自宅で最後まで看られるかどうか、今非常に核家族化が加速していますし、老老介護もありますし、独居の方々もおられます。そういう時に森本委員がおっしゃったように、訪問看護とかも利用していただければ良いんですけど、ドクターを増やしても、そういった問題もあります。そうすると、老健施設や中間施設のようなものをもう少し充実していかないと、なかなかこれから先在宅難民のような方がこれから増えるんじゃないかという気もいたしております。今の看取りの話についてですが、つい先日も私もケアマネージャーに頼まれて、乳がんの末期の方で往診に行ったんですけど、行った時点でかなり重症の方でしたので、2ヶ所の訪問看護ステーションから、曜日毎に入らせていただけるよう手配して、私も日曜に点滴しに来るからねということで金曜日にお話させていただいて、物品も手配していたところが、次の日に病院に行かれて、入院をそのままされたんですね。ご本人は意識ははっきりされていて、ご主人と2人暮らしで、ご主人も私が行ったときはそしたらここで看たいというようなお話だったんですけど、結局入院されたということで、なかなか一般市民の方に在宅でこれだけできるといったところをやはり啓蒙といたしますか、お話をさせていただかないと、在宅は成り立っていかない。結局、病院指向といたしますか、入院指向といたしますか、亡くなる時は病院でというようなお話になったりするんですね。私実はその時にも患者さんにもご主人にも、ここでこうやってできるから在宅でもいけますよとだいぶお話をしたつもりなんですけど、最終的にそういうふうになってしまった。ということで、一

般の方への啓蒙というのは非常に大事だと思いますので、もちろん医師会でもしないといけないことかも知れませんが、県等でも是非お願いしたいと思います。

橋本委員（橿原地区医師会長）：先ほど森本委員からご指摘をいただいたことなんですけど、医者がなかなか（多職種連携の会議に）参加しないということについて、橿原地区の地域ケア会議で同じようなことを言われまして、私、実は本当にそうなのか問い質したんですね。そうしますと、最初から呼んでなかったらしいんですよ。先生は忙しいだろうからと。実際ちゃんと呼んでいただければ必ず行くと思います。それから、医者が在宅に向かわないひとつの理由は、他職種と連携することによって実際はかなり仕事が楽になるというノウハウがない。そのことを医者にも、楽になりますよと啓蒙していただければ、私も4人ほど今持っていますが全くそんなにしんどくありませんし、携帯のメールでマネージャーさんとやりとりしてましたら、全然しんどくないなと思います。それからもう一点、在宅に向かうためには、病院との連携が担保されれば、もっと、雪崩を切っていくのではないかと思っています。それから市民への啓蒙ですが、これは大変大事なことで、実は橿原地区医師会では昨年、市民公開講座を行いまして、かなり市民から「地域包括ケアシステムについて」というのでやったんですけれども、好評でありまして、今年同じ内容で大ホールで1000人規模の市民公開講座をやります。地域包括ケアシステムの構築と、あとひとつは検診の重要性という2つでやる予定です。昨年は県の助成を受けてやりましたので、今年もぜひよろしくをお願いします。

森本委員（県訪問看護ステーション協議会理事）：春日先生と橋本先生がおっしゃっていた在宅医療を推進するための啓蒙活動ですが、訪問看護協議会でも予定してまして、いい機会ですので宣伝させていただきたいんですけど、2月5日社会福祉センター大ホールで在宅医療を知ってますかということで、和歌山の坂口内科医院の坂口健太郎先生をお呼びして市民向けの講演とその後シンポジウムをさせていただきます。ケアマネと訪問看護師と在宅医の出席は当たり前なんですけど、ご遺族の方とお金に対する民間の方の不安が非常に大きいということで、金銭面のことをお話していただけるようにファイナンシャルプランナーの方もお呼びして、そういった啓蒙活動を年1回は開催するようにしています。お金がないので勇美財団に申請しましてしております。

橋口委員（県看護協会理事）：看護協会の方も、二次医療圏で、地区担当で動くように変更になりましたので、来年度からは中和地区というかたちで活動できるのではな

いかと思っている。この二次医療圏に分けたのは、この医療構想の会議があるというのも踏まえての変更ですので、私たちもそこに参画していかないといけないという意識もありますし、地区活動の中でも顔の見える連携づくりという取組をしていこうとしています。在宅医療に関して、やはり訪問看護の看護師が少ないということで、なかなか移行できない、新人ではすぐに在宅医療には移行できないですので、そのへんは奈良医大と連携させていただいて育成するというのも考えておりますが、そういったところに支援をいただいて、奈良だけではなくていろんなところでそういった仕組みが作れたらいいのかなと思います。

大森委員（県老人福祉施設協議会副会長）：2月26日の日曜日に、中和ブロックの福祉フェアというのを橿原の万葉ホールで計画してまして、中和ブロックの会員が30施設ありまして、そこでいろんな催しを一日かけてやる計画しています。それと、この地域包括ケアシステムは、橿原市では既に一昨年から動いておるんですけど、小学校区が16と6つの中学校区を7つに分割しまして、それぞれが申請をして、それぞれのブロックを学校区それぞれにプレゼンをして、市の方から決定を受けて現実動いてるような状況です。まだやりかけて1年余りですので、ただ、スタッフがどこの施設も大変ですので、今後そういう面のご協力とかいただけたらありがたいと思ってますし、老人福祉施設協議会としましては、ブロック毎に説明会をしてまして、南和ブロックは去年させていただいて、今年は中和が担当で、来年は東和ブロックでというふうに考えてますのでご協力よろしく願いいたします。

吉田委員（大和高田市長）：2025年問題というのを近くに感じてますし、それをどう受けて立つかというのが我々の仕事であろうと思います。しっかりと説明をしていこうと考えましても2025年問題を上手に説明して国は、県は、市は、足らずをこう補填していきますのでみなさん協力していただけますかという説明ができれば分かりやすいですけど、病院は増えにくいし、介護施設もこのままで持つかどうか分からない中で、包括ケアシステムを上手に組んでいこうというこの説明を市民に分かっていただく説明をするのは非常に難しい。私は市立病院を抱えてますので、先生にも、放射線治療棟を作るときに、2025年の高齢者問題と市立病院の一番のがんと、大事なのはよく分かるけども、25年問題をいかに公立病院として受けていくというのは使命ですので、絶えず考えていただけますかというのを条件にして踏みきらせていただいた。地域の先生が包括ケアの中で、在宅医療、在宅看護、看取りというふうになっていきますけども、非常に責任の重いところを担っていただかなければならないという

ことを、行政サイドからそういう形を作っていこうということで提案している立場としたら、責任を持って地域の先生方にしっかりと説明しながら、ご理解をいただけて連携していく、それが公立病院を持っている私どもの責任かなという思いをしています。説明不足というのは私自身もこれを上手に納得してもらって説明をできるかと言いますと、もっとお金を投じて、施設を増やしてこういう方向でちゃんとフォローできますということを言わせていただければ簡単に説明できますが、そこを避けて説明をしますので非常に難しいかなと思います。高田市は、積極的なご意見、春日先生にもいただきましたし、うちの病院長もしっかり意見を持っていていただきますので、私は高田市は16.5平方キロメートルで市の中では一番小さい、山も谷もありませんフラットな街ですので、ここで包括ケアシステムというのを組み立てできなかつたら、他ではもっと大変だろうなど。小さくて、人口密度が奈良県一高くて、優良な病院が3つも4つもあるよという中でしっかりと組めるような働きかけをもっと頑張りますので、報告とさせていただきます。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：奈良医大は、医師にしろ看護師にしろ出す方だと思います。実際この地域医療構想、地域包括ケアシステムに則った大学病院のあり方というのを今検討しています。当然、急性期、高度急性期の医師を養成していくんですけど、それ以外にやはり在宅ができる医師も育てようと考えています。ただ、そのためには、主に総合診療が中心になると思う。総合診療というのはいろんな役割を持っています。先ほど林部長からもありましたように、総合診療医をある程度増やさなければならないと。そこでぜひ県にお願いしたいのは、総合診療、今はこれひとつだけでもいいと思うんですが、この医師が増えるような何らかのインセンティブでもないですけど、方向性というものを県がある程度出してもらえればと。県の役割という、今は県費奨学生でいろいろ補助していただけてますけど、それ以外に、その時その時期に応じた役割を担う医師を育てるための何らかの方策というものをぜひ県も一緒になって考えてほしいと思っています。それと看護師の方ですけど、特に在宅看護ができました。在宅看護ができたと言っても何人も毎回出てくるわけではないですけど、これも県からの補助で数名、卒業したら在宅に行くことという流れができています。もうひとつ、先生方をお願いしたいのは、資料にありますように、特定行為を行う看護師、これを来年から育てようということで実際に動き出します。最初は5名ですが10名20名という看護師を育てますので、これは、手順書があれば医師の代わりができるという、ある程度の業務ができるということですから、ぜひ各診療所で特定行為のできる看護師を使っていたら、そのためにはそれだけの人数を教育するために、大学の卒業生だけでは

無理なので、訪問看護ステーション、各病院、各診療所から、一年間の研修期間、これも e-ラーニングでできますので、ぜひ参加してほしいと思います。そしたら、厚労省が言ってる 10 万人という数にはならないと思いますが、それでも奈良県内でかなりの特定行為ができる看護師ができるのではないかなと思います。実際に 25 年に向けて奈良県がひとつになって考えるひとつの機会だと思いますので、奈良医大もできるだけことはやっていきますので、よろしくお願ひしたいと思います。

山田議長：大変貴重なご意見をいただきました。平成 29 年というのは、先ほど事務局の説明にもありましたが、医療計画、介護保険事業計画、介護保険支援計画、医療費適正化計画と、計画の改定が目白押しでございまして、こんな年はいまだかつてなかったのではないかと思うほどの、事務局にとっては忙しい時期になるかと思いますが、どうか次回以降もその計画に皆様方の貴重なご意見を反映させていただくような計画になればと思いますので、ぜひ引き続き貴重なご意見をいただければと思っております。ありがとうございました。