

平成 30 年度第 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 31 年 1 月 24 日（木）

18 時～20 時

場所：大和高田市商工会議所経済会館 3 階大ホール

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：なし

事務局（畑澤 奈良県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「平成 30 年度第 1 回中和構想区域地域医療構想調整会議」を開催させていただきます。委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、本日の会議にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

（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、林福祉医療部長からご挨拶申し上げます。

事務局（林 奈良県福祉医療部長。以下「林部長」）：

本日は、皆様お忙しい中、「平成 30 年度第 1 回中和構想区域地域医療構想調整会議」にご出席いただきまして誠にありがとうございます。さて、この会議のミッションですが、昨年度と今年度に、国から県が一つの宿題を与えられております。それは公的民間を問わず、全病院が、2025 年という一つの目処に向けて、病院の運営・経営について具体的な対応方針を策定して、それを地域医療構想調整会議で協議をして取りまとめるということでございます。本県におきましても、今年度これまで全病院に 2025 年に向けた対応方針を策定いただきました。そして、この会議に先立って、病院間で意見交換を行っていただきました。本日はその結果についてご報告させていただいた上で、この地域の医療がこの方向に進んで良いのかということを議論いただき、意見があるかどうかをご協議いただきたいと思いますと考えております。奈良県の中に 5 つの医療圏があり、それぞれ特徴がございますが、大きな病院が集約されてきて、病院間の機能分化が進んでいる奈良医療圏、南和医療圏と比べますと、この中和医療圏は、医科大学以外は、似たような規模の病院が多いということもございまして、そういった機能分化はあまり進んでいないほうの医療圏に属するのではないかと思います。また、医療機関が介護事業に参入している例も比較的少ないということがございまして、医療・介護の連携につきましても、皆様方がある資源の中で何とか頑張ってもらって、まだ伸び代のある地域ではないかと認識しております。本日はそういった様々な医療の課題について忌憚なくご議論いただき、今後 2025 年、そしてそれ以降のこの地域の医療をどうしていくのか、ご指南いただければと思います。それでは、本日の会議について、よろしく願いいたします。

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）

それでは議事に入る前に、本日の配布資料の確認をお願いします。

(資料確認)

本会議は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき公開としており、報道機関の取材および傍聴をお受けする形で開催しますので、ご協力をお願いいたします。傍聴される方と報道機関の方におかれましては、先にお渡しした傍聴の際の注意事項をお守りいただき、議事の進行を妨げないようにご留意をお願いします。それではこれより議事に入りますので、以後の写真撮影やカメラ等の取材はご遠慮いただきたいと思います。よろしく申し上げます。それでは議事に入ります。進行は、奈良県中和構想区域地域医療構想調整会議規則第4条第2項の規定に基づき、議長であります奈良県中和保健所の山田所長にお願いします。よろしく申し上げます。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

よろしく申し上げます。それでは議事に入ります。議事1と議事2は関連がありますので、一括して資料説明等を行った後に意見交換を行いたいと思います。まず、事務局より説明をお願いします。

事務局（畑澤補佐）：

以下、説明。（資料1）

事務局（野坂 奈良県地域医療連携課医療企画係長。以下「野坂係長」）：

以下、説明。（資料2）

<議事1、2についての意見交換>

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございます。それでは、議事1及び議事2について、ご意見のある委員は挙手の上、ご発言をお願いいたします。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：

大和高田市立病院の岡村でございます。大和高田市立病院の建て替えについては計画中であります。今の方向性としては、当院は急性期の病院として方向性を示しているところですが、今後の人口減少や少子高齢化等を考えると、他院との連携が必要ではないかと考えております。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

他にございますでしょうか。

平井委員（秋津鴻池病院理事長）：

秋津鴻池病院の平井でございます。教えていただきたいのが、資料2の32、33ページです。これの示す意味合いを教えていただきたいと思います。

事務局（野坂係長）：

それぞれの市町村が在宅医療の提供として、どの程度のキャパシティを持っているかをお示したものです。レセプトを基本として、それを分析したものでございます。計算式は、分母を、こ

の市町村で訪問診療を受けられている患者さんの数、つまり需要の数とし、分子をそれに対する供給量として、その市町村の医療機関が訪問診療を行っている患者さんの数としております。そのため 100%を超えているところは、供給が需要量より多いということです。つまり、その市町村の在宅が必要な患者さんを、その市町村が持っている医療機関の訪問診療の量でカバーできているということになるので、100%を下回っている市町村においては、まだまだ在宅医療が足りていないということをお示ししたく、作成したグラフでございます。

平井委員（秋津鴻池病院理事長）：

私どもの病院がある御所市が突出して 160%となっておりますが、これは訪問診療ですよね。これは病院だけでなく、診療所も含む、医療機関全部が提供しているということによろしいですか。

事務局（野坂係長）：

そうです。ただし、一対一で出しているわけではなく、それぞれ供給量と需要量を別々に出して、それを分母と分子に置いて計算しているので、必ずしも一対一になるわけではありません。

平井委員（秋津鴻池病院理事長）：

今後どのように見ていくのでしょうか。100%の意義は分かったのですが、例えば、訪問看護や訪問リハビリでも、このようなものを作るというご意向はおありなのですか。あくまでも診療だけですか。

事務局（林部長）：

ご質問をいただきありがとうございます。この手法は、市町村の医療機関にニーズがあるので頑張っていたきたいということをお願いする一つの方法としてお示ししております。まず、ご質問について申し上げますと、この手法が受け入れられるということであれば、他に応用可能だと考えておまして、おっしゃるような訪問看護や訪問リハビリへの応用もあるかもしれませんし、診療科ごとの外来への応用も効く可能性があると思っております。医療機関が市の境を超えて医療を提供されるというのは、むしろ当たり前のことでありますので、そのことをあまりローカルに全部の市町村で 100%にしようと思っているわけではございませんが、その地域で需要を満たしているかどうかの目安にしていただければと思っております。あとマクロで見ますと、奈良県全体の訪問診療の提供件数と、中和医療圏での訪問診療の提供件数というのが、前の 31 ページにございます。そちらを見ますと、奈良県全体の中で中和医療圏の訪問診療の提供件数が、例えば青い線で見ると、これが同一建物以外ですので、奈良県全体で 78,000 件に対して、中和医療圏が 15,600 件ということもございますので、2割を切っているようなところでございます。人口で言うと、中和医療圏は 27-28%ございますので、需要そのものも、ひよっとしたら、あるのかもしれない。奈良県全体の中で見ると、訪問診療の行われている頻度自体が、この地域は、まだ少ないという面があるかもしれないということも、併せてご覧いただければと思います。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

他はよろしいでしょうか。

春日委員（奈良県医師会理事）：

31 ページのグラフについて、最後にご説明いただいたようですが、黄色の折れ線で、同一建物への訪問診療が増えているというのは、施設への訪問診療が多いということでしょうか。

事務局（林部長）：

黄色と青のところかと思いますが、26 年度、27 年度は診療報酬のルールがそれ以外の年と違っていましたので、27 年度から 28 年度にかけてのところだけを見ていただいているとすれば、それはルールの違いによるものだと思います。比べていただくとすれば、25 年と 28 年を比べていただくと、比較的公平な判断ができるのではないかと思います。その意味で申し上げますと、若干、黄色の老人ホーム向けの訪問診療は、奈良県全体でも増えていますし、中和医療圏でも増えています。青色の、居宅向けの訪問診療も、どちらも増えているという状況があります。

春日委員（奈良県医師会理事）：

施設への訪問診療も増えているということですね。

事務局（林部長）：

中和医療圏ではそれほど顕著ではありませんが、奈良県全体では、それなりに増えています。

春日委員（奈良県医師会理事）：

これからますます増えていくのではないかと考えています。それともう一つよろしいですか。一番最後のページで中和医療圏の特徴ですが、断らない病院を志向している病院の救急の応需率が低い病院があり、応需率の向上が求められるということですが、我々開業医としては、救急の応需率を非常に気にしております、これを何とか改善してもらえるとありがたい。救急を受けていただける病院、あるいはしっかり受容してもらえる病院を増やしていただきたいと思います。

「断らない病院を志向している病院でも」といいますが、そうすると最初のほうの 4 ページ、断らない病院というのは、高度急性期と急性期の病院の値のことを指しているということですね。

事務局（林部長）：

そこはレトリックな部分もございますので、それぞれの病院がすべて断らない病院を志向されるかどうかを確認したわけではございませんが、7 ページで赤色にしている病院が、高度急性期や重症急性期の機能を担うと報告されていますので、そういった病院であっても、規模が小さくて、応需率がそれほど高くないところが多いということを述べているものでございます。

春日委員（奈良県医師会理事）：

すると、応需率が低いというのは、基本的には規模の小さい病院が大体低いと判断してよろしいでしょうか。

事務局（林部長）：

応需率については、9 ページにお示ししております。また、次の 10 ページが規模と応需率の関係になっているかと思います。10 ページの横軸が受け入れ件数、縦軸が応需率でございます。左にいくほど少し下がっていく傾向があるのはおっしゃるとおりで、規模の小さい病院で応需率が高

くないところがあるということを示しているかと思えます。

春日委員（奈良県医師会理事）：

各病院もそれぞれのご都合があるかと思えますので、なかなか難しいのですが、出来るだけそのあたりを何とか。

事務局（林部長）：

とは言いましても、9 ページでご覧いただければ分かるのですが、ご説明したかと思えますが、中和地域の応需率は、このところ非常に大きな改善をさせていただいております。例をご紹介させていただければと思うのですが、香芝生喜病院の開院だけではなく、地域でも色々な取り組みをさせていただいております。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：

春日委員から断らない病院の応需率が低いということがありましたが、二次救急輪番が葛城地区で、昨年4月から試行段階、10月から正式に開始しましたところ、かなりの改善が見られました。9 ページを見ていただきましたら、平成28年度、29年度、29年度の上がりには香芝生喜病院の影響もかなりあると思うのですが、平成30年度の上昇に関しては、二次救急輪番の上昇。中和医療圏は、橿原地区と葛城地区の二つがあり、橿原地区は随分前から二次救急輪番をされているので、今まで整備がされていなかった葛城地区の応需率がかなり上がっているものと思えます。

春日委員（奈良県医師会理事）：

今、岡村委員がおっしゃってくださったように、確かに私も、岡村委員には非常にお世話になっていまして、しっかり受けていただいております。ただ、特徴としてこのように書かれているものですから、質問をさせていただきました。確かに、中和医療圏の平均値もどんどん上がっているとのことで、非常にありがたく思っております。

橋本委員（橿原地区医師会会長）：

開業医の立場で、救急病院の応需率についてですが、救急搬送だけに特化されている場合があるのですが、患者さんのニーズからすると、大きな病院志向というのが若干あります。例えば、朝9時に診療所に来たときに、一通り診察をして、紹介状を書けば11時過ぎになります。そうすると緊急性がない場合は、今日は診られませんということになる。患者さんは、夜中救急車を呼ばずに朝まで我慢して、仕事を休んで来られるわけです。ところがそうなりますと、また違う日に休まないといけない。大病院の場合も、開業医から紹介される場合はちょっと大目に見ていただいて、午後2時、3時頃まで、開業医から紹介がある場合は、受け入れていただきたいと思えます。特に若い先生について申しますと、全身状態が良いので駄目です、と言われることが多いので、それについては、古家先生によろしくお願ひしたいと思えます。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：

救急の受け入れに関しては、大学病院が果たしてどこまでの重症度の患者さんを受け入れるべきかというのははっきりしないのですが、少なくとも土日祝日に関しては、二次輪番の病院で受けられることができれば、奈良医大が必ず受けるという体制をとっています。夜間はある程度総合

診療科が受けているのですが、できればこの形を平日の昼間に関しても、その体制を整えたいと思います。橋本委員のおっしゃったように、開業をされている先生方から担当の診療科に連絡されていると思いますが、そうではなくできれば ER 的な窓口をつくる、それで受け入れるという形を、できればあと数年、1、2年以内につくりたいと考えております。もう少し大学病院の体制を待っていただければ、受け入れる形ができると思います。

青山委員（平成記念病院理事長）：

先ほどの在宅医療の件ですが、橿原市が非常に少ないということが書いているのですが、橿原市の社会福祉事情がこれに含まれているかということだと思います。橿原市は70%近くしかないという状況ですが、在宅に動かそうとしても、家族がなかなか承知してくれないという状況がたくさんあります。そのような社会的背景を加味されているのでしょうか。

事務局（林部長）：

このグラフは、先ほどご説明したとおりで、実際に提供されている件数の自給率ですので、患者さんのニーズが低いから少ないということがあるわけではなく、橿原市の住民の方が100件利用されるうちの何件分、橿原市に提供体制があるかということをお示ししているものでございます。その意味で、先生のおっしゃることを加味した上で、橿原市内で提供されている訪問診療は少ないということが言えると思います。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

それでは次に議事3、議事4も関連がありますので、一括して資料説明等を行った後に意見交換を行いたいと思います。事務局より、議事3、議事4について説明をお願いします。

事務局（通山 奈良県地域医療連携課長。以下「通山課長」）：

以下、説明（資料3）

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ご質問もあろうかと思いますが、けんぽ協会の河田委員から、追加資料について、先にご説明をよろしく願いいたします。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）：

協会けんぽ奈良支部の河田でございます。日頃は私どもの業務にご理解ご協力を賜り、ありがとうございます。お手元に資料を二部、本日お配りさせていただきました。一つは「地域医療に関するアンケート」、もう一つはその集計結果でございます。実は私どもは、協会けんぽの加入者が、地域医療構想をどの程度ご存じかを、医療保険者の立場として、発信していきたいというのがございまして、その前段といたしまして、県民のための地域医療構想をどの程度ご存じかを把握するためにアンケートをさせていただきました。コンセプトとしては、事業所で働く世代、そしてそのご家族を対象にしております、加入者の居住地を二次医療圏ごとに分けて比較できるスタイルにさせていただきました。そして、アンケートは全部で25問あるのですが、一通りアンケートの内容を読み、回答をいただくと、地域医療構想についての知識が深まるのではないかとということで、これに対しての回答も得ています。設問については、集計結果のほうで説明させ

ていただきたいと思います。アンケートの実施時期は30年の10月にさせていただきました。全部で、私どもがお世話になっております1,278社に対しまして、1事業所につき3部の提出をご依頼しました。回収率は約40%で、1,519件になっております。1ページから5ページ目までは、基礎データでございます。4ページの上段をご覧くださいますと、中和医療圏の回答数は475件、31%ということですので、県内にいらっしゃる中和地域の方、約27-28%とほぼ一致しているかと思っておりますので、そこをこれから、全体の比較で見ただけでしたらと思っております。大きなところの違いはないのですが、中和医療圏が一番回答数が多かったというのと、5、6ページを見ていただきますと、利用する病院はどこですかと聞くと、中和地区の方はほとんど中和でされているということです。南和は、まだ南奈良総合医療センターができて日が浅いのではないかと思います、他のところでされている。7、8ページにいくと、南和だけが他のところと違うということが見受けられると思います。もちろん8ページのところで、意識されていますかという質問に対しては、南和が一番高かったのですが、南奈良総合医療センターができた関係があるのではないかと思います。南和の医療は南和で守るということ意識されたのではないかと思います。入院すると回答したところは、西和と南和がまだまだ低いのですが、他の地域は高いということが出ております。それと、病院を選ぶときにはどう思いますかというのと、どういう理由で良いと思うか、というのを順番に書いておりますが、13ページにおきましては、「緊急時における医療機関の所在地」ということで、回答としましては近くにあるのが一番良いということでございます。二次医療圏の割合も、北のほうが高く、南のほうが低いという状況が見受けられます。緊急性を要しない場合は、二次医療圏にあればいいとか、信頼できる大きな病院であればいいという回答もございました。病院の配置も一カ所に集中させるのではなく、地域ごとにしていただけたらありがたいという意見もございます。それから現在の認知度でございますが、16ページです。知っているという方が非常に少なく、地域医療構想を聞いたこともない、知らないという回答が多かったのが実情です。それと、18ページ、これからは、病院の機能分化が必要だというお答えをいただいております。ただ、19ページの内容ですが、将来入院ベッドが過剰になることについて、75%の方が知らなかったとおっしゃっています。20ページ病院機能の分化については、必要という方が多くおられました。また21ページ、地域医療構想の牽引役は、どこが中心的に担って欲しいかという問いに対して、国よりも県が中心になってやっていただきたい、という回答が多くありました。それで22、23ページですが、特に重要と考えている役割、課題というのは、5つの医療圏でほぼ同じなのですが、25ページの下段、中和地区で申しましても、全体とほぼ同じです。五疾病対策、五事業対策、介護との連携、認知症対策、医療の質の向上と、全体とほぼ同じ順番で回答を得ているわけでございます。次に27ページに行きまして、在宅医療の必要性も、もちろん必要であるといいますが、28ページのように、現在まだ整っていない、わからないという方も多数いらっしゃいました。今後の課題としまして、受け皿となるサービスや施設を整備して欲しい、24時間体制をお願いしたい、行政や病院、診療所等の連携同じような内容のご回答を得ています。それと同じようなかたちで、31ページ下段の中和地区のところも、同じような内容のご回答を得ています。それと、最後のほうですけれども、33ページですね、協会けんぽに対する期待ということで、発言してほしいという、やはり1~3のところでもありますけれども、緊急を要するところの速やかな受診体制をお願いしたい、また医療、介護の充実もお願いしたいというふうなところですね、中核病院の充実もお願いしたいという意見でした。同じようなところですね、36ページのところの、中和地区のところでも、全体としてほぼ同じ要望でございます。脳卒中とか、速やかな受診をお願いしたい。そういうところでございます、最終のページ、地域医療構

想に関する関心は高まったという回答を得ているのと、あと、「地域医療構想のわかりやすい情報発信について」はですね、私らも含めて、奈良県のみんなで情報発信が必要という答えを頂いております。こういう中で、協会けんぽの予防と健康づくりと、そして医療の適正化も進めながら、地域医療構想はこうなるんだと、2025年以降は、病床数も減らさないとならないんだということも訴えながら、進めてまいりたいと思っております。ただ、もちろんより良い医療提供体制の構築は必須ですので、県民あるいは皆様方のご意見を含めまして、みんなで考えていただけたらなと思います。この中で提言でございますけれども、都道府県によって異なりますけれども、調整会議の回数を、今年は年1回だったんですけども、また来年以降ですね、色々と機能の再編プラン等もあると思っておりますけれども、3回、4回の開催を目指していただけたらと思います。それをホームページのほうでアップしていただきまして、県民の皆さんにわかるような形で進めていただけたらなと思います。

<議事3、4についての意見交換>

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。地域医療に関するアンケート集計結果のご報告でした。それでは、これより議事3および議事4について意見交換を行いたいと思います。資料4にございます本日の論点、さきほど事務局よりご説明ありましたようにこの3点でございますが、この項目に沿ってご意見をいただきたいと思っております。まず論点1「医療需要に対して、重症急性期機能を担う病院が多いのではないかと。一方、回復期・慢性期機能が不足しているのではないかと。心臓血管外科等の専門的治療や高額医療機器の購入など、地域の医療需要とのバランスが取れていない可能性があるのではないかと。」ということについて、ご議論いただければと思います。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：

重症急性期には、奈良医大がかなり関与していると思っております。資料3-1の14ページ。これは、機能毎の病床数中和医療圏ということで、地域医療構想での高度急性期が355床、各病院が出している2025年で、高度急性期が463床。これらのほとんどが奈良医大だと思います。奈良医大の高度急性期は、奈良医大独自に考えた高度急性期の定義で出している病床数です。ですから、355床にすることは可能だと思います。ただそうすると、重症急性期が増えてきます。高度急性期を下げるとなると重症急性期になり、重症急性期がさらに増えるといった状況が起こってくると思っております。当然、奈良医大でも重症急性期、軽症急性期の状況を再度検討しますが、各病院がもう一度、急性期の患者さんの重症度を検討する必要があるのではないかとと思います。病床機能報告に関しては、奈良医大としてはある程度フレキシブルに対応することが可能だと考えています。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。他にはございますでしょうか。

青山委員（平成記念病院理事長）：

何が高度急性期なのか、国がはっきり示されていないので、色々な形で話が出てくるのだと思いますが、重症急性期と軽症急性期の問題は、外科系をやっていくのか、内科系をやっていくのか

によると思います。重症急性期が多いのは、中和医療圏では内科系の疾患が多いからではないか
と思います。このあたりの考え方を整理していくのが、今後の問題ではないかと思います。もう
一つ、心臓血管外科の問題がありますが、これも確かに手術の件数からすると、このようになる
かと思いますが、頭で言えば、軽症の脳出血から重症の脳出血まで様々あるのですね。点数化さ
れているものがあればいいですが、手術件数だけで判断するのは問題ではないかと思います。心
臓血管外科でも非常に高度な技術を要する手術は、大学やそういった病院でしっかりやっていた
だくという考え方に則っていくのではないかと思います。外科でもそうですし、どの科でも考え
ていかねばならないことだと思います。それらをどのように考慮するのか、教えてほしいと思
います。もう一つ、機能的な分類について書かれていますが、どのようなものが機能分類として整
理をつけるのか、基準となる考え方が県にあるのか。もしあれば、どのようなものが機能再編を
やっていくのか。例えば、診療科でやっていくのか、診療科の中でも、最も高度な重症例を対
象にやっていくのか、そのあたりのことについて教えていただきたいと思います。

事務局（林部長）：

ただいまご提起頂いた内容は、まさにこの調整会議で話し合うべきことだと思います。まず前段
では、症例数だけを見るべきではないのではないかという話でしたが、そういった面もあると思
います。一方で、症例数がないところで重症の疾患を診るわけにはいかないわけですので、
外科医あるいは心臓外科医の習熟という意味でも、熟練を要するものについては症例数の多
いところでやられるのが妥当なのではないかという観点から、資料を出ささせていただいた次第
でございます。特に、心臓外科を持つようなところが増えようとしていることは、地域医療の観点
から見て、そこまで必要なのか、どのようなところができれば良いのかを考えていく必要があ
ろうかと思います。それから、どのような機能に着目して再編を考えていくべきなのかという提起
がありました。どうしても行政側で見る物でございますので、あまり精緻なデータは出せないの
ですが、先ほどの資料2の7ページでお示したように、高度急性期、急性期といった密度の高
い医療を担われる病院と、密度の高い医療ではないが地域に密着した医療、介護を提供されるよ
うなところというのが、一つ大きな機能の着眼点としております。そして、医療機関が提供す
る機能自体を示す指標というのは、手術の件数や重症度、ベッド数、患者数など、色々あると思
うのですが、そうしたものの中で、医師数をここでは代表的な指標として採らせていただい
ておまして、おそらく医療の様々な機能に最も相関の高い分かりやすい指標ということでござ
います。医師が多いから良いということではございませんが、密度の高い医療を提供されてい
ることと、医師が多いということには非常に相関が高いということで、7ページのような資料を
載せております。ここでは中和医療圏だけをお示ししておりますが、例えば奈良医療圏の各病
院の医師数は、これと似たり寄ったりになるのですが、奈良医療圏で見ると、医師数が30
人を切るような医療機関は、重症急性期という自らの認識をされていないというところで
ございます。中和医療圏は、20人あるいは10人台の医療機関も、手術をやっていき
たい、あるいは重症内科の患者さんの救急をやっていきたくていらっしゃる点が、
県の中で見ても大きな特徴としてあるわけございまして、そういった点を踏まえて、
この地域の医療をどう作っていくのか。人口密度の高いところとは、また違った
ニーズもあるかと思っておりますので、何が正しいということはないのですが、
ひとまずそういった点に着目して、議論の出発点にさせていただければと考
えております。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。他にご意見はございますでしょうか。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：

中和医療圏が、比較的中小規模の病院が連立するような状況になりましたのは、当院が歴史のある病院でありながら、医師を確保できないような流れで来たのが、大きなところだと思います。この中では、中和医療圏の自治体病院として、奈良県立医科大学の次に私どもの大和高田市立病院があると思うのですが、自治体病院として医師の数が少ない。きっちりと確保できていれば、先ほども話がありました、20名前後の病院が急性期病院として出てくることはなく、うまくいったのではないかと反省しております。そのような意味で、当院では建て替えに向かう中で、周辺の病院の方々との連携がより一層大事になると考えているところです。

青山委員（平成記念病院理事長）：

本日の論点2で、「診療所や在宅医療・介護関係機関が、病院との関わりの中で」ということで、現在当院では開業医の先生と連携をとりながらいかに進めていくかやっておりますが、開業医の先生の立ち位置が、最近非常に難しいです。ですから、在宅医療を病院自身でやるというのは難しい。往診などはやっていけるのですが、在宅医療となると、病院が関わるのが難しい。後方ベッドとしていつでも引き受けますよということ是可以ですが。医師を当直させて在宅医療のために配置するのは、なかなかできないのではないかと思います。診療所の先生方におんぶに抱っこという状態になると思います。診療所の先生方も、自分の自宅ではないところで開業されることが非常に多くなってきていますので、これを構築していくのは大変だと思います。何かいいアイデアがあれば、非常にありがたいと思っております。在宅医療に対して、大きな診療報酬や、大きな評価がついてくるというのが、良いと思っておりますが、それをどうクリアするかというのが非常に難しいと思っております。それらのことについて、県としてどうお考えか、教えていただければありがたいです。

事務局（林部長）：

診療所の社会貢献と、他の医療機関との連携というご質問かと思えます。県の考え方と言いますか、それは実地の先生方が取り組んでいただくことが望ましいと思えますし、そうあって欲しいと考えます。患者さんのニーズがどこにあるかということを経営としてきちんと発信して、提供者の方が向いていただける取組だとか、医療と介護でどうしても言葉が違ったりだとか、介護側のニーズに医療側が気づいていただけないという状況がございますので、それを気づいていただくために地域包括ケア、退院調整ルールの策定など、他職種で話し合っただけの場をつくることを着実に進めながら、いまおっしゃられたことについて取り組んでいきたいと思えます。

橋本委員（橿原地区医師会会長）：

青山先生にご指摘いただいた点は、私も悩んでいるところでして、在宅のみに限らず、診療所は色々な責務があると思えます。例えば、応急診療をしたりとか、市の活動に対する協力であるとか、そういったものをしないで、自分の時間だけやる、在宅の勉強会をしても出てこない、それは自然淘汰されていくのではないかと私は思っています。これからは、在宅をしないと、診療所は生き残っていきません。患者さんがセレクトしていくと思えます。事業に参加する医師が疲弊

してしまうのですね。頑張っている開業医の先生に、それ相応のメリットとまでは言いませんが、モチベーションの湧くようなことを県にお願いしたいと思います。

春日委員（奈良県医師会理事）：

開業医が在宅をやっていないと、という趣旨かと思いますが、県の医師会としても、できるだけ在宅医療をやっていただける医師を増やそうと、色々やっております。私はいつも申し上げておりますが、開業医は、患者さんから「こうして欲しい」と言われたら、何とかしようという気になるのですね。先ほど先生がメリットとおっしゃいましたが、それももちろんあるでしょうが、元々開業医だけでなく医者というのは、そのようなものだと思います。ですので、患者さんのニーズを掘り起こすと言いますか、集計などをしていただいているのを見ますと、在宅医療という点についての患者さんの理解・思いが表れてこない。まだ、入院するものだと思ってらっしゃる患者さんがたくさんおられます。ですので、そうしたニーズを増やすために、県民の方々に対する啓蒙が大事だと思います。医師会でそれをやるというのはなかなか難しく、県とそれについての会議もありますが、そのような形で患者さんの意識を変え、ニーズを増やす方向性が重要だと思います。

森本委員（奈良県訪問看護ステーション協議会理事）：

訪問看護ステーション協議会でも、今週日曜日に在宅看取りの市民フォーラムをするのですが、私は春日先生の意見に強く同意してしまっていて、患者さんが先生にお願いすることで一番在宅医療の効果が上がると思っています。先生に家まで来てもらって診てもらいたいと、市民が発信しないと先生に動いていただけないという思いがあります。それと在宅医療を始めるときに、先生方は非常に真面目にお考えで、自分一人で背負わなければならないと考えられます。在宅医療は決して医師一人でするものではありません。訪問看護師やケアマネ、地域住民、介護職など、色々な人々とチームを組んで行うものですので、できる範囲でポチポチしていただければいいと思っています。私は常々このようなことを言っていますので、県の医師会の方にもかなり頑張っているだけで、先日もビギナーコースで講演させていただきましたが、皆さん長年診ておられる患者さんを最期まで診たいと、開業医の先生も思ってくださっているのです。是非その気持ちを大事に訪問看護師も頑張りますので。是非お近くの訪問看護ステーションと連携していただけて、在宅医療を始めるときにしていいただければと思います。あと、市民への啓蒙活動もしていけないと思います。大きな啓蒙活動ではなく、小さなグループでも結構ですので、成功事例からまず発信していくことが必要だと思います。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

在宅医療を担う地域主治医に、訪問診療について住民から働きかけていただくことが大事だというご意見でした。他にご意見は。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：

大学が在宅に行くのは難しいのですが、在宅を行う地域の先生方をフォローできる形があると思います。診療所の先生方が困ったときに助けるのが病院の役割だと思います。それ以上に、例えば、大学では特定行為の研修を看護師にして、ある程度の医療行為ができる看護師を教育しよう

としています。こうした看護師を各診療所や各地区に持って行くことが、診療所の先生方の負担を軽減する一つの方法だと思います。特定看護師を今後もっと増やすべきだと思いますし、そのことについて、大学としてかなり協力はできると思います。それ以外に大学の医師の中で、ある程度各診療所の先生方とコミュニケーションをとって、フォローできる体制を是非作りたいと思っておりますので、要望があれば伝えていただきたいと思います。

西浦委員（奈良県看護協会理事）：

看護協会です。看護協会では、重点課題として、在宅療養者と療養支援者を支える看護の機能強化や、訪問看護ステーションの療養連携体制の構築に取り組んでいまして、先ほど森本委員も言われたように、在宅に帰る患者さんの病院と在宅のスタッフの思いが違うところがありまして、病院の看護師は、これでは家に帰れないのではないかという思いがあり、在宅のほうはどのような方でも診られますという意見をくださる。このような温度差があるので、在宅のほうからこちらから送ったサマリーに対して、どのように過ごされているかというフィードバック用紙を運用するなどをさせていただいております。それで、病院側から在宅に帰す、という気持ちになってもらっても良いのかなと思います。また、先ほど古家委員がおっしゃった特定看護師研修を受講するという点に関しても、かなり人員不足ということもありまして、それで出せないという意見等もございます。それで、看護協会と病院で連携して病院から在宅への出向ということも今後検討していき、今後これを運用させていき、お互いに顔の見える関係ができ、互いの人員不足が解決できればと思います。力不足も皆で助け合ったほうが良いのではないかと考えております。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。病院側が在宅のことを知る。在宅側からも病院側のことを知っていただく。そのなかで相互理解できれば、ということですね。入退院調整ルールも、県内で30年度末で9割くらいできています。連携が充実してくれば、入退院がスムーズになるのではないかと思います。他にございませんか。

平井委員（秋津鴻池病院理事長）：

秋津鴻池病院の平井でございます。前から気になっているのが、在宅医療の定義。健康保険協会からアンケートをご紹介いただきましたが、その5ページに、「在宅医療について」という質問項目がございます。そこに、「(※)在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設等、現在の病院・診療所以外の場所で提供される医療や介護」とありますが、そういった認識で皆一致しているのかどうか。在宅と言いますが、在宅というのは非常に広い言葉で曖昧としている。私は高度急性期、急性期も必要だと思いますが、慢性期、介護医療院というのができましたが、そこも在宅かと。色々な混乱が起こりそうな気がします。一番住民の方に身近なのは在宅だと思うのですが、そのところは地域医療構想からの残りとして整理されてしまうのだろうかという危惧はあります。今、皮肉にも、インフルエンザで特養にで亡くなるというニュースが出ていますが、それから言うと本当に特養でインフルエンザの医療が行われたかどうか、必要だったかどうか。そのうちに特養は在宅ということになって、それ以外で行われる医療を在宅というということになると、では特養や老健では定義が違おうと思うのですが。皆さん在宅とおっしゃいますが、在宅で片付けられる問題なのか。私が提起したいのは、改めて在宅

医療とはなんぞや、ということです。そのことについて地域医療構想で定義をいただければ、より具体的な議論になるのではないかと思います。

事務局（林部長）：

地域医療構想の中で、在宅医療等という言葉があり、混乱を招いているのではないかと思います。地域医療構想は、病院あるいは診療所の病床についてどう考えるかという政策体系でございますので、それ以外のものを在宅医療等として、在宅医療等という行政的な言葉で恐縮でございますが、在宅医療ではないものも含めて、そのように呼ぶ。地域医療構想の中ではそのように使われているとご理解いただければと思います。さて、在宅医療というのがどこまでを指すのか。狭義の意味か、高齢者の方が住まわれるような施設を含めて指すのかということについては、使われる場面によって言葉が違っているようですので、区別していくことが必要だと思います。先ほど、訪問診療の提供件数をお示しした際にも、黄色と青とで施設で提供されているものと、居宅にて提供されているものと分けてお示ししたと思います。それぞれに着目し、きめ細かく見ていくことが必要だと考えています。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございます。訪問診療の件数でも、同一建物内の診療件数が急激に増えておりましたので、施設にはいられているのかと思うのですが、実際に自宅に帰られている方がどれだけおられるか。25年を比べると増えておりましたが、その後は頭打ちのような状況かという印象です。介護医療院など、新たな施設でケアする方が今後は増えてくるのではないかと思います。

橋本委員（橿原地区医師会会長）：

資料についてですが、橿原市を例に挙げますと、他の地域に流れているというデータをいただいたのですが、全体として本当に足りていないのか、それとも既に足りている状態なのかというのは、大変重要なことだと思います。橿原市では全国平均と比べて、人口に比して医療資源がどの程度投与されているのかという資料があれば、今後の参考になるとと思います。

事務局（林部長）：

在宅医療のところをおっしゃっているという理解でよろしいでしょうか。在宅医療に絞ったグラフは、自給率だけを示しています。ご指摘は需要や供給の絶対量も含んだ資料を作るべきだということだと思いますので、その点は参考にさせていただきたいと思います。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

在宅医療に関しまして、山本委員いかがでしょうか。

山本委員（奈良県歯科医師会常務理事）：

医科同様、在宅医療に関しては、歯科もハードルが高く、歯科医師会としても県からもバックアップをいただきながら、講習会を開催し、在宅ケアに関わる歯科医師を増やす方向で進めております。ただ若い先生方は、先ほど橋本委員もおっしゃったように、自分の診療に追われていて、外まで出て行けないのが実情です。その反面、熱心に取り組んでいるところは、森本委員にもご協力いただいていることが実際私にもあるのですが、かなり高い成果を上げているところもあり

ます。均一化については、歯科医師会の今後の課題だと思っております。今後も県からのバックアップをいただきながら、できるだけ頑張っていきたいと思っておりますし、在宅ではないかもしれませんが、大和高田市歯科医師会においては、岡村委員のご協力の下、市立病院と綿密な協力体制を敷いておりますので、先ほどのご指摘の中で、中和医療圏では病院との連携がとれていないということで、システム化された形になっていないという話が出ていました。ここで質問させていただいて良いのかどうか分かりませんが、県としてはシステム化された医科歯科連携についてどのように考えておられるのかということと、それに対して不足していることに関して、どのような施策を考えておられるのか、ということについてお聞きしたいと思います。というのは、市立病院と頑張っているのですが、今後目指すべき方向性がどういったものか、参考になるので、お聞きしたいと思います。

事務局（林部長）：

医科歯科連携は非常に重要だと思います。現場で色々な取り組みを作っただけであればと思います。患者さんが発生してから連携を考えるのではなく、普段から病院で歯科を持っていただくか、そうでなくても、病院でいつでも来ていただける歯科医と関係を築いていただくということが最低必要なことだと思います。その上で病院の中で、歯科の治療が必要な方を拾い上げていくような試みが必要だと思います。歯科の治療をしっかりやっていると、生活習慣病やがんの治療効果が高まるということが言われ出すようになっていきますし、それに向かっている仕組み作りということに是非取り組んでいただいて、良い形を作っただきたいと思っています。歯科の側から病院に働きかけていただくことも必要だと考えています。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：

山本委員から医科歯科連携の話が出ましたので。がん、周術期の医科歯科連携は、大和高田の歯科の先生方と病院とでうまくいっています。単に患者さんの歯科の治療ということではなく、その方々が習慣化して普段から歯科を受診する習慣が付き、公衆衛生的にも非常に良い効果が出ているように思います。直接在宅にはつながっていないかもしれませんが、普段から歯科を受診するという習慣づけになって良かったと思います。

新居委員（奈良県薬剤師会理事）：

在宅に関してですが、調剤報酬上では強引に進められる試みになっております。薬局としましては、実績がなければ評価が下がるという状況です。各薬局が意欲を持って、待っている状況はかなり整ってきております。ただ、患者さんが居宅で療養を受けられることを知らないと多分に感じております。普段からお付き合いのある患者さんには薬局からお話ししますが、その点について広報をお願いしたいと思います。

青山委員（平成記念病院理事長）：

最後に一つだけ。病病連携、病診連携、在宅も含めて、今後の問題としては、患者の情報の共有だと思います。そのことには必ず ICT が必要なのですが、県として各二次医療圏、あるいは県全体で ICT の導入を考えておられることはありますでしょうか。

事務局（林部長）：

地域医療情報ネットワークを構築していけないか、ということかと思います。全国の色々な例を見せていただきますし、それが有効に機能しているものもあれば、そうではないものもあるかと思っています。またそれぞれの病院が電子カルテをしっかりとつければ、それをつなぐことは技術的にどんどん容易になっていくだろうと考えています。国の政策もその方向に進んでいる状況にあると思います。県の取り組みとしましては、非常にニーズの高い南和の地域や宇陀の地域でモデル的に進めながら、より全県的に広げていくことを効果的、効率的にやっていきたいというような考え方でございます。

大森委員（奈良県老人福祉施設協議会副会長）

老人福祉施設協議会の大森です。実は我々老人福祉施設も在宅に力を入れておりまして、訪問歯科診療の受け入れをしてもらっている施設もたくさんあります。口腔ケアに力点を置いてやると、インフルエンザにかかりにくい等のことも言われております。しっかりやっている施設もたくさんあります。それと介護施設の関係が皆さん方と連携をとっていかなければならないのですが、難しいのは介護の人材不足という課題がありまして、質を上げようと思うと資格を取ってもらわなければならないのですが、資格を取るレベルが今までと変わってきてまして、実習をたくさん受けないと受験資格が取れないという状況になっております。それぞれが目指しているところは、入所して生活される皆さんが安心して生活していただくためには、ご参加されている先生方にご協力をいただいて、安心していただくために、個々の施設が今後もしっかり取り組んでいきたいと思っておりますので、ご協力よろしく願いいたします。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。論点3でございしますが、地域医療構想における各病院の具体的対応方針についてのご意見をいただきたいと思っておりますが、その前に、論点1、2、3を踏まえまして、吉田委員からご意見をいただきたいと思っております。病院の開設者でもございまして、大和高田市の在宅医療も含めて取り組んでおられる立場でもございまして、地域医療構想の当事者でもございまして。先ほど大和高田市立病院の建て替えや医師不足ということ話がありましたが、そうした点も含めてお願いします。

吉田委員（大和高田市長）

高田市立病院の開設者として大きな責任を担っており、日々病院側と意見を交わしているのですが、断らない病院としての努力をさせてもらい、次は頼りになる病院を目指していこうと日々努力をしている姿を見ています。平成32年、旧館の改築構想に向けて努力をしているところでございます。地域の医療、公立病院としての責任をしっかりと果たしていく。その中で、病病連携、病診連携、そして地域で頑張っている開業医の先生方の力をお借りし、大和高田市で言いますと高田市立病院が中心となって、地域の連携をどう取っていくかという責任も新たに出てきております。そうした中で、色々な角度から頑張っていきたいと思っております。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

論点1～3につきまして、ご意見を最後にいただければと思います。中和医療圏の特徴としまして、病床数も膨らんでおりますし、高度急性期、急性期も膨らんでいる状況がございまして。確か

に香芝生喜病院の開業もございますし、介護医療院への移行も少ない状況です。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：

この状況は、先ほど青山委員がおっしゃった定義の問題もあるかと思いますが、病院間の調整は必ずいるのではないかと思います。ある程度県の主導もあって、病院の動きもあっていいのではないかというのが個人的な意見です。色々な病院の価値観があって、うまく調整できないことがあるので、県に主導していただけると動きやすいかと思います。

森本委員（奈良県訪問看護ステーション協議会理事）：

地域医療構想の議論の中で私が思っているのは、訪問看護師もかなり人材不足です。こういったことを言い出すと、どの職種も人材不足で、その根幹は少子高齢化だと思うのですが、構想を持っていても働き手がない。医師も深刻だとうかがっています。訪問看護師もそうです。そういった問題も県として併せて考えていかないと、ベッド数が割り出しても医師もいない、看護師もいない、色々な職種が不足するということになりかねないので、そのことも併せて考えていけなと思っています。病院がベッド数を削減したら、余っている看護師が在宅に来てくれたらと思っているのですが、そういった議論も奈良県として並行して考えていかなければならないと思います。

事務局（林部長）：

今日議決いただきたい資料は各病院の具体的対応方針ですので、資料 3-2 を十分にご紹介できていませんが、それでいいのかどうかを議論いただきたいと思っております。中でも公的病院、公立病院の役割について、この地域医療構想調整会議でもご意見をいただくことを期待されている部分もございます。資料 3-2 には入っていませんが、大和高田市立病院の建て替えについて岡村委員からお話があり、この地域の今後の医療について、大きなポイントになるような気がします。この地域の医療の現状について、大和高田市立病院の医師不足にも原因があるのではないかとご提起をいただいたところでございますので、そうした点も含めてご意見を頂戴できればと思います。特に医師数については、医科大学の方針が大きく関わってくると思うので、地域の先生や古家先生からご意見をいただければと思います。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：

今お話があった医師、森本委員からお話があった看護師、これを実際に教育して出しているのは大学ですから、大学の使命は非常に重要だと思っており、奈良県内のそれぞれの病院の働き方にも影響してくると思っております。ただ、大学を含めて各病院がどういう状況に持っていか、どういう機能、役割を分担して、それと同じようなことをするのではなく、考えたやり方で進んでいくにはどうすべきか、ということを考える時期だと思っております。例えば大学で、病床数が 992 床ありますが、これを 600 床にすれば看護師がかなり減ってきます。ただ果たしてそれが良いのか、奈良県にとって良いのかどうか、その点は考える必要があると思います。大学自体もそれを考えます。是非各病院でも考えていただきたいと思っております。同じような医療を同じように色々な病院でやっていく必要はないと思います。それぞれの病院が特徴を持ってやっていくことが必要。そのためには岡村委員がおっしゃったように、病院と病院がお互いに手を携えてやっていく形、何も一つの病院で独自にやる必要はないと思います。お互いに連携してやって

いく時代だと思えます。大学も考えますので、各病院も考えて欲しいと思えます。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

議論のまとめを行いたいと思えます。まず論点1につきましては、先ほどご意見いただきました中和医療圏の病床機能の状況から、今後とも引き続き役割分担と連携の話し合いをお願いしたいというご意見がございました。また心臓血管外科の集約化につきましても、ご意見をいただいたところでございます。機能分化につきましては、中和医療圏では2025年における重症急性期の病床数が必要病床数と乖離していることから、重症急性期を志向する病院においては病院間連携を推進し、引き続き医療機能の見直しを検討するべきであるとのご意見をいただきました。また、公立、公的病院の役割といたしまして、医療構想の実現に向けて、連携と機能分化を一層進めていただきたいということで、このような会合で近隣の病院との役割分担や連携、再構築に取り組んでいただくことも非常に有効ではないかとご意見を頂戴しております。心臓血管外科の集約化につきましては、手術の内容を見るべきではないかとのご意見をいただいておりますが、引き続き議論を継続し、高度医療あるいは高度医療機器の利用につきましても、社会資源の無駄がないように議論をいただき、県全体で考えていく必要があるテーマであると考えております。次に論点2ですが、医療と介護との連携の話でございます。大変多岐にわたるご意見をいただきましたので、まとめるのはなかなか難しいのですが、病院と在宅の相互理解ができていないのではないかと、その点の理解を深めていくことで入退院がスムーズになるというご意見がございましたし、在宅の主治医を確保するためには、住民がかかりつけ医の訪問診療を希望することが在宅医の確保につながるのではないかと、そのためには住民啓発を進めていかなければならないというご意見がございました。また病院から看護師の出向の話が出ておりましたが、在宅医療を担う看護師の人材確保ということでは、病院からの出向も方法の一つとしてあるのではないかと、ということでございました。在宅の需要が足りているのか、不足しているのか、そういった数値を把握する必要がある。その上で医師不足、訪問看護師不足等を充足していく必要があるというご意見もございました。それから医科歯科連携の大切さについてもご意見ございました。そういったことで、今後の医療需要が変化するにつきまして、病院間の連携だけでなく、病院と診療所や、在宅医療、介護関係機関との連携がますます大切になると思えますので、地域での連携を進めていくにあたり、引き続き関係機関が顔の見える関係を構築するために、地域で意見交換会等の場を利用して、連携を深めていただければと思います。最後に論点3、十分な議論をしていただけなかったのですが、先ほどの資料の3-2については病院の意見交換会においても、今回においても、特に異論は出ておりませんので、了承の方向でよろしいのではないかとと思えますが、議論の結果を踏まえまして、もう一つ付帯の意見をつけていただければと提案する次第でございます。付帯の意見と申しますのは、医療圏での役割分担の継続についての議論でございますが、先ほどからご意見いただいておりますが、中和医療圏では、2025年における重症急性期の病床数が必要病床数と乖離していることから、重症急性期を志向する病院においては、病院間連携を推進して、引き続き医療機能の見直しを検討されたい、というものを付帯意見としてご了解いただければどうかと思えます。このような議論でまとめてよろしいでしょうか。

（意見なし） ご意見がないようですので、了承いただいたということで、本日のまとめとさせていただきます。今日は長時間にわたりまして、ご協力いただきましたことにお礼を申し上げて、事務局に返させていただきます。

事務局（畑澤補佐）：

ありがとうございます。先生方、長時間にわたりまして熱心なご議論をいただきましてありがとうございました。以上をもちまして、第1回中和構想区域地域医療構想調整会議を終了させていただきます。ありがとうございました。