

令和元年度第1回中和構想区域地域医療構想調整会議 議事録

日時：令和2年2月20日（木）18:30～20:30

場所：奈良県社会福祉総合センター 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（麻田 奈良県地域医療連携課医療企画係主査。以下「麻田主査」）：

定刻となりましたので、ただ今から「令和元年度第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、鶴田医療政策局長からご挨拶申し上げます。

事務局（鶴田 奈良県医療政策局長。以下「鶴田局長」）：

本日は、皆様お忙しい中、また遅い時間にご出席いただきまして誠にありがとうございます。皆様ご承知のとおり昨年9月に厚生労働省から地域医療構想に係る424病院の公表があり、この病院について再検証するようといった要請があったところです。県内は5病院が対象となりましたが、県の受け止めとしましては、それぞれの圏域毎にすべての病院の方々とは話し合いをしながら、進めてきたところです。また県独自の断らない病院、面倒見の良い病院の2つの病院像を提唱したうえで、関係者の皆様方と話を進めていたところです。県としましては、5病院だけでなく、地域毎に公立・公的病院、民間病院すべての病院について進めていくことが大切だと考えて、これまでもその考えで進めてきました。本日は、これまで進めてきた成果を皆様方に資料としてお出ししておりますので、それを基に議論をお願いできればと思っております。また一昨年の医療法改正において、今年度中に外来医療計画を策定するよう法律で位置づけられたところです。これについても進捗状況を本日ご説明させていただきたいと思っております。外来医療計画につきましても、地区医師会の先生方のご意見も大変重要だと考えており、今年度から地域医療構想調整会議のそれぞれの圏域に所在される地区医師会の会長の先生方へもお声かけさせていただいております。

あと、もうひとつとして、新型コロナウイルス感染症についても議題として取り上げさせていただいております。ご承知のことだと思いますが、世界中にある程度感染者が広がっていて、中国が一番多いわけですが、国内においてもリンクが不明な患者さんが発生しています。県内においても1名患者さんが確認されています。濃厚接触者に

についても14日間の健康観察を行いました。新たな発症者はいなかったというのが県内の状況であります。ただ、県内でも今後患者さんが増えていく可能性もあり、そうすると一定程度重症の患者さんも発生する可能性もあります。今しっかりと準備をすることが重要と考えておりますので、今の取組状況について事務局よりご説明させていただきたいと考えています。皆様方と活発なご議論ができればと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

事務局（麻田主査）：

続きまして、本日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）

なお、本日の議事に関する参考人として、地区医師会からもご出席いただいております。

（地区医師会の出席者紹介）

また、「地域医療構想アドバイザー」として厚生労働省から委嘱された、済生会中和病院 名誉院長の今川先生にもご参加いただいております。

この「地域医療構想アドバイザー」は、「都道府県の地域医療構想の進め方についての助言」や「地域医療構想に関する各種会議に出席し、議論が活性化するよう助言すること」を役割とし、厚生労働省が委嘱するもので、一昨年8月より制度化されました。

なお、奈良県では、済生会中和病院 名誉院長 今川先生、奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授 今村先生、奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 准教授 野田先生の3氏が厚生労働省より「地域医療構想アドバイザー」として委嘱されております。

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）

その他資料として、協会けんぽさんから別封筒を配布されています。

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。よろしくお願いいたします。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。よろしくお願いいたします。

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（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1、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した。議事1につきましては地域医療構想の今日までの取組、議事2につきましては医療病床数の推移ですとか、在宅医療状況の推移のご説明をいただきました。ただいまの議事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。

平井委員（秋津鴻池病院）：

37ページの在宅医療提供状況について、御所市の供給割合が180%と高いが、この数値はどんな風に読み取るのかということがひとつ。もう一点は在宅イコール訪問診療数と理解してよろしいかどうかを教えてください。

事務局（野坂係長）：

まず見方の話について、訪問診療がいいのかどうかというご指摘もあるかもしれませんが、定義としては、まず分子に供給量として御所市にある医療機関が訪問診療をしている数を取っています。そして、分母に需要量として御所市に住んでいて訪問診療を受けている患者さんの数を取っています。これはイコールではありませんので、これを割ると100%を超える場合もあるし、100%下回る場合もあります。そのため、ひとつの指標として考えていただき、ここでキャパシティという表現をさせてもらっていますが、どれくらいのキャパシティ、余裕があるかという表現をさせていただいております。

もうひとつの（数値として）訪問診療でいいのかどうかというご質問については、他の指標で取ることは想定が難しいと考えています。

平井委員（秋津鴻池病院）：

良いか悪いかではなく見方についてですが、37ページでは御所市の医療機関が訪問している患者数が、御所市で訪問診療を受けている患者数を上回っています。ところが42ページでは、御所市に住んでいて御所市以外で訪問診療を受けている方が約4割であると記載

があり、この二つの指標が一致しませんが、これでいいのかどうか。数字として訪問診療数で合わせてあるのかということをお聞きしたい。

事務局（野坂係長）：

それについては、精査してみないとわかりません。

繰り返しの説明になりますが、御所市にある医療機関が訪問診療している先が御所市の患者だけではないため、そこが大きく振れている要素。

事務局（通山 奈良県地域医療連携課長。以下「通山課長」）：

例えば、40 ページの大和高田市では、6.5%が御所市の医療機関からの患者であることを示しており、入れ繰りが発生しているので必ずしも一致しません。

あくまでも先ほどの 37 ページの棒グラフは、どれくらい各市町村で受けられるかを示しているだけであるので、一対一で対応しているわけではないということをご理解いただきたい。御所市内の患者さんが御所市内で診てもらったかどうかを棒グラフで表しているわけではなく、御所市内の医療機関が患者住所地を問わずどれだけの患者さんをみているかどうかを示しています。実際には、御所市に限らず大和高田市や吉野町や大淀町の患者さんを診ているかもしれませんが、そこは御所市内の医療機関がどれだけの患者さんを診ているかを示しており、御所市内の患者さんをどれだけ診ているかではありません。

平井委員（秋津鴻池病院）：

それはわかりますが、要は数字の間違いはないのか。感覚的にそれぞれわかりますが、見比べたときに我々は何を得られるのか。この 2 つの指標だけでは何も言えないと思いますが、感覚的に数字が違っているように感じます。そういった素朴な疑問があります。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

今話を聞くと、相互乗り入れしているわけですね。御所市の医療機関が葛城市に訪問されているかもわかりませんし、葛城市からも、吉野町からも、御所市の医療機関に来られている。そういった差し引きでどうかということ。37 ページの棒グラフでかなり御所市が伸びているのは、御所市の医療機関が御所市の患者だけに訪問診療した場合に 180%になると。その仮定のもとに算出すると 80%オーバーしており、それくらいの供給量があると見れば良いのでしょうか。実際には医療機関側も患者側もあちこちに行かれており、入り組んでいるので単純に評価できないということでしょうか。

他にご質問等ありますでしょうか。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）：

いろいろとご説明ありがとうございました。

先ほどの説明を聞くと、中和医療圏の病床数は、7ページを見ていただくと、軽症急性期と回復期は2025年の必要病床数に近づいていることがわかりました。2013年の当初と比べると、香芝生喜病院の開院もあり、県の受療動向データからも中和医療圏の患者の流れは変わってきていると思います。5つの医療圏全体を見ても、総病床数は必要病床数よりもまだまだ多いという中で、7ページの高度急性期・重症軽症期を足すと160床あまりを減らさないといけない、これから不必要になってくる、そういう予測であります。引き続き医療需要が、高齢化が進むと高度急性期・急性期よりも慢性期や回復期のウェイトが高まると思いますし、医療介護者も増えてくる、在宅医療も必要になってくる、この辺を見通して、2025年やそれ以降もそうですが、病院間で役割分担を強化していただけたらと思います。

9ページにも面倒見のいい病院、断らない病院の記載があり、60名以上の医師数があるのは、県立医科大学附属病院と大和高田市立病院であります。他の医療圏と比べても、急性期をやろうと思われている病院が多いのかなという気がいたしますので、そういったところで役割分担と連携強化をしていただけたらと思います。

こういった方向で、この会議でも医療需要の予測値を事務局からも示していただき、全員が納得するような見える化をしていただけたらと思っています。ソフト・ハード、人的、財政面の支援があると思いますが、いずれにしても病院そのものがなくなってしまうということがないように、それぞれがうまく連携しながら経営基盤強化していけたらと思います。そして必要なときに必要な医療を受けられる地域作りを目指していただけたらと思います。

あともう一点、この地域については、他の医療圏と比べると、介護医療院への転換が進んでいないのではないかと思います。そして地域包括的な安心できる役割分担や連携強化の協議を深めていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

さらなる医療機能分化が必要であるという意見でございました。

のちほど、意見交換もごございますので、議事3、4に進みたいと思います。

議事3、議事4は関連がありますので、一括して資料説明をお願いします。

事務局（通山課長）：

以下、説明。（資料3～8）

<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）：

議事3、議事4について事務局からご説明いただきました。

それでは、資料8に「本日の論点」が1～5までありますが、その項目に沿ってご意見を

お願いします。まず論点1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。

青山委員（平成記念病院理事長）：

まずは論点1のところですが、「軽症急性期、回復期、慢性期の病院（面倒見のいい病院）へスムーズな連携を行うには」と記載されていますが、現在も様々な形で連携行われているでしょうけれども、今後機能分化をするためには、現在の中和医療圏では、どの機能が足りていないのか、回復期が足りないのか、慢性期が足りないのか、例えば、軽症急性期は慢性期に移行すべきか、急性期の方に移行すべきか、この辺の論点をはっきりしないと、自院はどうしたらいいのかを決めることがなかなかやりにくいのではないかと思います。2025年を見据えたときにどの程度の数的な計画が出てきているのか。2025年の必要病床数は厚生労働省が提示しているわけですが、あくまでもこの数値は厚生労働省が作っているものなので、地域によっても人口の増減もあり、地域で違うわけです。このとおりに県も進めていくのかどうか、県として1割か2割程度は増減してもいいのかといったことをお聞かせいただきたい。どのように、どこを大きくして、どこにシフトしていくのかがつかみにくいのが実情だと思います。

もうひとつは、資料2の7ページの機能毎の病床数の中和医療圏で、休棟がかなり多いですね。この会議の議論が始まる前に、厚生労働省の問題としては、まずは空床、休眠ベッドをどうしていくのかを議論してほしいという話が出てきたのだと思います。7ページの休棟等の数字と各病院が報告した資料3のA3の数字が違いますが、どういうことなのかお聞きしたい。

事務局（通山課長）：

2つめの問い合わせの件については、中和医療圏の特殊事情として、東朋香芝病院の休床が300床近いのでその差が出ています。その他の病院でも1年間通じて運用されていない病床がありますので、その病床が必要かどうかは今後厳しく見ていただきたいと思います。

青山委員（平成記念病院理事長）：

今の回答では東朋香芝病院の数値が300床とのことですが、多過ぎませんか。
東朋香芝病院の休眠ベッドはそんなになんないと思いますが。

事務局（通山課長）：

東朋香芝病院の280床程度の病床をそのまま病床として置いてあります。

青山委員（平成記念病院理事長）：

そのまますべての病床を置いてあるということですね。わかりました。

事務局（鶴田局長）：

一つ目の質問についてですが、2025年の必要病床数というのは一定の仮定の下に推計されているので、今後の医療需要がどのように変化するかについての一定目安であります。この数字に単純比較してぴったり合うようにしなさいという話ではありません。実際今の2019年は休棟がかなり多いので、2025年の必要病床数と単純比較すると、多く見えますが、休棟の病床数を引くと、そんなに乖離していませんし、また厚生労働省の急性期報告の数値を奈良県は重症急性期と軽症急性期に分けていますので、足し合わせるとそんなに乖離していませんので、今の病床数と2025年の病床数とはそんなに変わらないという解釈もできていると思います。

大事なのは病院関係者方の話し合いの中で、今のニーズに対して今の病院が果たしている役割が妥当なのかということを議論しながら詰めていかなければならないと思っています。

先ほど通山から説明したように、この中和医療圏は、機能分化連携について、ある程度の役割分担もできているのではないかと、ただ病病連携はさらに進める余地があるのではないかとというのが皆様のご意見だと思っていますので、そのための議論、手段を今後深めていく必要があると考えています。

岡村委員（大和高田市立病院）：

現在の中和医療圏は、病病連携は比較的できているところが多いですが、できていないところもあると思います。例えば、当院では入院患者の多くが在宅へ帰られます。しかし今後は高齢化が進み、独居老人が増えたときに、現在のように9割の方が果たして在宅へ帰れるのかというのが大きな問題だと考えています。遠い未来ではなく10数年の間にそういう時代が来たときに、今の流れでは患者が帰るところがなくなってしまう。例えば葛城地区であれば慢性期の病院が比較的少ないと思っています。そういう連携、整備がまだまだできていないので、どういう風に仕組みを作るかということだと思っています。

あとは、県立医科大学附属病院が、急性期から退院できない患者を多く抱えている問題を周囲の病院がどうやって支えるかというのが大きな問題であります。

中和医療圏が直面する問題は、この2点だと思っています。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：

県立医科大学附属病院として、特定機能病院で高度急性期あるいは急性期を主とする病院だという役割はありますが、やはりすべて急性期かということそうでもないわけです。実際、報告では回復期、慢性期を0床にしていますが、本当に0床かということそうでもないわけ

です。県立医科大学附属病院の場合は、実際に患者さんに要した費用から計算した高度急性期で計算しています。もともとは3000点以上を高度急性期とするという表し方もありましたが、そうするとほとんどの病棟が高度急性期になってしまうので、実際にかかった費用から計算しています。というのは、高度急性期の定義がはっきりしていない。例えば、ケアユニットだけを高度急性期として報告している病院もあれば、当院のようにしている病院や独自のやり方をしている病院もあります。そのため、数字自体はそんなに正確なものではないと思っています。先ほど鶴田局長がおっしゃっていましたが、それなりにうまくいっているのに、実際回復期が少ないかもしれません、それよりも自院がどういう役割を持っているのかを今後考える必要があると思っています。

当院としては、どうしても長く入院している患者、ある程度診療は終わっているが他の病院で受け入れてもらえない患者、病病連携が進まない患者がかなりおられます。その中で進めていく必要があるのは、診療科毎のお互いコミュニケーションの取れた病病連携かなと考えています。病院と病院の連携はそんなに難しくありませんが、同じ標榜をしている診療科同士で話ができないので、患者さんの受け渡しができない事例がかなりあります。当院も、いくつかの病院と、診療科毎の連携を進めています、今後もっと進めていく必要があるのではないかと考えています。

当院は現在992床ありますが、今後すべて必要なかどうか。2025年にはまだ無理でしょうが、2040年には992床もいるのかを今後検討する必要があると思っています。都会の大学病院であれば高度急性期、急性期だけでいけるとは思います、奈良県では、ある程度、回復期、慢性期の患者さんを診る必要があると思っています、病床数は検討が必要であると考えています。

もう一つ、私が一番気になっているのは、大学病院の特性として、働き方改革が始まって、どこまで今までのように地域医療に貢献を続けることができるかどうか。ここでできなくなったら地域医療の崩壊が起きてしまうのですが、起こさないようにするにはどうしたらいいか、難しい課題が残っていると思います。医師の数がどれだけいるのか、医師の働き方をどうしたらいいか、この地域医療構想の会議等で検討し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）：

ただいまの話は、論点4のところも含んだ内容になっていましたが、論点1について他に質問はありますか。

青山委員（平成記念病院理事長）：

病病連携について、例えば急性期と慢性期とか、急性期と地域包括ケアとか、急性期と回復期とか、こういう形の連携はいいと思います。しかし、今の県立医科大学附属病院の話で、救急で診た重症患者については、まさに急性期から急性期への移行じゃないと診られない

んです。そのため DPC をやっている病院とかと連携しにくいというのが実情です。ですから、こういった急性期の患者を当院で受け入れるために、地域包括ケアか回復期で受け入れて、様々な対応をして急性期に戻すという方法をしています。このような手立てをしないと受け入れてあげられない状況です。

そのため、先ほど言ったように奈良県として、中和医療圏ではこれだけの回復期病床、地域包括ケア病床がいる等、ある程度の線引きができていますか。それをしないと、いくら考えても、どのように各病院で取り組んでいくかを考えることは難しいと思います。

連携をするには、いわば急性期病床の患者を慢性期病床で受け取るのは非常に簡単です。県立医科大学附属病院のように、高度急性期で 10 日～2 週間以内の患者さんを受け入れるように言われると非常に難しいです。当院では地域包括ケアで受け入れても診られないので、急性期に戻すということをしています。その辺しっかり考えていただき、どういう形の連携をとるのかを進める必要があると考えます。

そのため、当院では、最初は慢性期も作りましたが、回復期等の様々な形態を作りました。そういうことができるかできないかが大切ですが、そういったことを各病院が考えないと連携できないと考えています。

平井委員（秋津鴻池病院）：

古家委員と青山委員がおっしゃっており、河田委員のご意見にもありますように、要は元々の地域医療構想の枠組みから考えると、「回復期」の定義が非常にあいまいになってきています。一番わかりやすい点は、国が診療報酬でずっと誘導してきているような気がします。回復期が地域包括ケアと回復期リハを指すのか、そこに奈良方式の軽症急性期が入るのか。定義をはっきりした方がいいのか、それとも古家先生が言うように、ずっと修練されているのであまり定義を言わない方がいいのでしょうか。

同じことが「慢性期」や「在宅」にも言えます。「在宅」というと、多くの方は自宅を連想しますが、いわゆる有料老人ホーム等の自宅でない在宅をみんなが認めて、じゃあどうするんだと考えていなければいけません。「在宅へ返す」、「返さない」に関して、肝心の「在宅」についてのみんなの認識を一致させないといけません。

私が申し上げたいのは、河田委員がおっしゃった従来の回復期に持っていくのか、古家委員がおっしゃった診療報酬の改定ごとにかわっていく回復期に持って行くのか。慢性期がずっと在宅の代わりかというところではないと思います。我々は、どういう認識を持った方がいいのでしょうか。県の現時点の考え方を教えてください。

事務局（鶴田局長）：

地域医療構想自体が、出発点に戻っていただくと、将来の人口構成が変わり医療需要変化の中で、その医療需要に対応できる医療提供体制の再構築が大きなテーマであったわけです。将来の医療需要がどう変化するかを一定の仮定の下に推計し、2025 年の値を弾い

ています。

その数字を見ながら、回復期、慢性期のニーズが増える中で、それに対応できるような提供体制をどのように整えるかを、皆様と話し合いをしながら考えていきたいです。

今は皆様が急性期と報告していますが、それを奈良県は重症急性期と軽症急性期に分けて報告してもらい、その報告をしてもらったことにより断らない病院を目指すのか、面倒見のよい病院を目指すのか、個々の病院がどの方向に進めるのかを丁寧に議論してきたわけです。

その中で医師が60人以上で断らない病院を目指しているのは、中和医療圏では2病院あり、それ以外の病院は、面倒見のよい病院を目指していくということで、ある程度その病院の役割分担ができてきたという風に思います。

今後は、それぞれの目指す方向に対して、断らない病院を目指すところは更なる応需率を高めたり、高度・重症急性期の患者さんをしっかりと診る体制を作ったり、ということを考えていかなければいけません。面倒見のよい病院については、検討会を開いてそもそも面倒見のよい病院は何かということと言語化し、またそれを各病院がどのくらいできているのか客観的に指標化するという取組を県で行っています。そういった取組を通じて、各病院が今できていること、できていないことを見ながら、機能を高めていくということが必要だと思います。

また、高度急性期病院、中和医療圏では県立医科大学附属病院や大和高田市立病院ですが、その機能をさらに発揮するうえで、患者さんを面倒見のよい病院にお願いするためには病病連携を進めていくことは必要だと思います。病病連携を進めるにあたっては、どういう課題があるか、具体的に何がネックになっていてできていないのかを、あぶり出して解決する手段を皆様方と話し合いながら決めていくということが本筋だと思います。

最初に話していた数字の話に議論が戻りますが、2025年の必要病床数の数字を合わせることにに対してエネルギーを割いても意味がないと考えています。ある程度、将来回復期・慢性期が増えるだろうという認識を皆様と共有したことに意味があり、その上で奈良で医療機能を分化したということに意味があると考えています。数字の議論はなかなかかみ合いません。数字の話をする、定義をどうするのかという議論になると思いますが、その定義を決めたからと言って意味のある話になるのかというと、そうでもない皆様も思っているところだと思います。

そのため、県としては、断らない病院と面倒見のよい病院の2つの病院像を示し、話し合いの中で、各病院がどちらの病院像を目指すのかある程度認識のすりあわせができていますので、その機能を高めるために今後どうするのかを議論することが、将来のニーズにあわせた体制の構築に繋がると思います。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

病病連携を進める中で、病床機能や病床数などが、自然と決まっていくのではないかと思います。

います。最初から数値ありきではないと感じました。

それでは、論点 2 に入らせていただきたいと思います。

平井委員の病院は、在宅連携もされておられ、リハビリの評価も高いと聞いていますが、何かご意見ありますでしょうか、

平井委員（秋津鴻池病院）：

リハビリテーションも重要ですが、やはり病院、医療機関から出た方に対してどういう医療サービスが必要なかが重要だと考えています。我々の立場としては、急性期じゃなくて、維持期リハとって悪化させないリハビリテーションをしています。

私は、リハビリテーションの必要性を診療所の先生にやっとうご理解いただいてきたと感じています。そして今後も広がっていくと考えています。「在宅」は病院以外という捉え方がいいのではないかと先ほど申しあげましたが、医療機関から出た方に対して医療を届けるということをやっとういき、結果として面倒見のよい病院を目指したいと考えています。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

それでは論点 2 について他のご意見はありますでしょうか。論点 3 についてもいかがでしょうか。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：

本来であれば当院で病診連携を進めて、患者さんが急変時に在宅から受け入れて、回復後に在宅へ返すのが筋ですが、当院は今医師のアンバランスが起こっています。細かい話になりますが、当院は京大系列の病院でしたが、昨年完全に県立医科大学附属病院に移行しました。しかし残念ながら、内科については、完全に県立医科大学附属病院に移れていません。手術ができる人員はそろったけれど、内科的なことをする医師が少ないため、救急でも活躍できていないうえに、在宅支援も不十分であり、中途半端な基幹病院にならざるを得ない状況です。少しこの時期を乗り越えたら本来の力が発揮でき、在宅も、救急も診られると考えています。ここ数年じくじたる思いでいるところです。本年ちょうど当院のあり方検討会を行っていく上で、奈良県、県立医科大学附属病院、医師会の方々にも入ってもらい、当院できちんとした機能が果たせるよう手伝っていただけると、当院で地域医療構想の役割分担が果たせるようになって考えています。そうしますと、青山先生がおっしゃったような県立医科大学附属病院で退院させないといけない急性期患者の患者さんをまた診られると思います。応援をよろしくお願いします。

森本委員（奈良県訪問看護ステーション協議会理事）：

中和医療圏のほとんどの病院には地域医療連携室があり、いい連携をとっています。以前と比べたら風通しのいい連携ができていると思っています。

最近多いのは、独居の方、介護保険や訪問看護の医療費が払えない方で、身寄りのない方。後見人を付けてくださいといってもなかなか見つからないし、時間もかかる。これからこういった方が増えてくると思います。

大和高田市では訪問看護ステーションが13箇所を増えました。精神科医療に特化したところであるとか、様々増えましたが、24時間、看取りまでできる訪問看護ステーションが増えたらよいのですが、そういった意味で私は非常に危機感を持っています。

大和高田市の訪問看護ステーションでも連絡会や協議会を作って勉強会をしていますが、参加率が悪いです。他職種の方は来てくださるけれど、連携も取れていない状況です。これからもっと連携を深めていきたいと思っています。

大和高田市の訪問看護ステーションは、機能強化型を取っているところがほとんどなく、13箇所のほとんどが常勤換算5人未満の小規模で頑張っています。

あと、看護師の高齢化が進んでいます。50代とか40代の訪問看護師が増えていて、なかなか若い人材が来ないので、これから10年20年先を考えたら、若い人材を確保していけないといけないと思っています。

ケアマネさんも高齢化が進んでいます。若い人がおられなくて、アクティブに動いてもらえません。これからケアマネさんにも頑張っていたきたいけれど、その辺も課題だと思っています。そういった課題抱えながら、病院も問題を抱えながら、連携をとって、在宅で暮らしたいという方を支援していくというのも、これから大変だと感じています。

それから、大和高田市は、在宅も自宅だけではなく、老人ホームも少ないながらできてきています。そこが終の棲家になり、訪問看護師が行く、様々な支援を受ける、ということも増えていますし、多様な場所で多様な看取りが展開され、多様な生き方を尊重しなければいけないと思っています。訪問看護師や在宅介護士が付いていたら、DNRを提示されている方の搬送は少ないですが、支援を受けてない方が救急搬送されて救急の現場が困っていると聞いています。それも都会のほうで多い。これからACPもどんどん進めていかなければいけないと思っています。

西浦委員（奈良県看護協会理事）：

在宅、病院の看護師は基本的に大事にしていることが違うので、きちんと理解をしあって、連携会議を開いて、在宅の話聞く、また病院の事例等を聞いて、話し合いをしていくということをしています。

だんだん病院も、入院してきたときから患者さんの生活を支えるという面も見えてきたので、退院時の関わりも大分上達してきているかと思っています。

先ほど若い人材の話がありましたが、病院には若い人材が多いけれど、なかなか在宅に目が向かないので、来年度は看護協会でも、在宅の研修を募集して、訪問看護ステーションへ実習に行く形で計画をしています。

あとは、在宅の特定看護師の参加が少ないという中で、それを看護協会としてもどうやっ

て支援していくかが問題になってきています。潜在看護師はいますが、働き手がないということ踏まえると、復職支援活動は活発にしていますが、フルで働くことは無理という方が多くて、復職支援が進まないのので、訪問看護師であっても病院であっても、時間を区切って働くという働き方改革もしていけないと思っています。

ACPは、病院では死を口に出すのが難しく、県立医科大学附属病院の緩和ケアの看護師も難しいと言っており、在宅では死を口に出すことが比較的できると聞いていますので、看護協会でもACPに関しての市民活動、市民への理解も必要だと考えています。

西川委員（御所市医師会会長）：

各地区で在宅の全体像を把握している市町村とそうじゃない市町村があり、地域包括ケアシステムが進んでるところとそうではないところがあります。御所市は遅れていますが、大和高田市等では進んでいます。奈良県医師会でも地域包括ケアシステムの会議等で進捗状況を話し合っている状況です。私も御所市の代表としてその会議に参加しています。

今回初めてこの会に参加しましたが、皆様の現状を聞いて、地区会長代表として、各地区会長と話し合っただけだと考えています。

中谷参考人（大和高田市医師会会長）：

大和高田市の会長をしておりますが、在宅医療という意味では大和高田市は割と活発に活動していると思います。以前は在宅医療をそんなにしている先生はいませんが、在宅医療をしている理事が他科の先生、例えば整形外科、皮膚科の先生方にお声かけして、病院に行って写真を撮らなくても、整形外科の先生に来ていただいて、写真を撮り判断していただく、床ずれも皮膚科の先生に来てもらって、しっかり治療してもらおうというシステムが徐々にできあがってきています。

在宅医療をするにあたり、若い先生でないと、高齢の先生はもう勘弁してという先生が多い。60、50、40代の先生が中心で在宅医療を担っています。在宅医療をしたくない先生は診療をしているので、急変時にすぐ往診に行けないことを言います。その時にバックアップとして、例えば、救急で大和高田市立病院、土庫病院、中井記念病院等で診ていただけるといふことであれば、在宅医療ももっと進むと考えています。

新居委員（奈良県薬剤師会理事）：

医療と介護の間に入る薬局としまして、在宅が増えていく中で大きな役割を担わなければならないということになります。森本委員の話にあるように、居宅系の在宅と施設系の在宅で薬局の負担はかなり違います。そういった意味では、中和医療圏は薬局が比較的多い中で、まだまだ偏在があると考えられます。薬局でもケアマネージャーとの連携が必要になってきていますが、医療系、介護系それぞれ視点の違いがあります。在宅が困難な患者が増え

ている中で、その辺の視点の違いを感じています。これに関しましては、薬剤師とケアマネジャーの共同の勉強会、研修会を各市町村において進めているところです。

吉岡委員（樫原高市地区歯科医師会会長）：

歯科の立場から申し上げますが、私たち病院が在宅の患者さんと連携できることというのは、口腔ケアのことや摂食嚥下障害を抱えておられる患者さんに対する支援ができるようになることではないかと考えています。特に今までは口腔ケアだけでしたが、これからは、摂食嚥下障害を抱えておられる方に対する支援が必要だと考えています。

樫原地区は県立医科大学附属病院があり、そこには歯科もあるので、そちらで対応されていることが多いと思いますが、葛城地区の先生からは、大和高田市立病院とは非常に良く連携がとれていると聞いています。歯科医師会としても、協力できること、役に立てることをしていきたいと思っています。よろしくをお願いします。

中谷参考人（大和高田市医師会会長）：

先ほど薬剤師会の委員の方からもご意見をいただいたのですが、訪問診療や在宅医療をしていますと、がんの末期の患者さんを診た時に、最後に麻薬を使うことがあります。そういった時に無菌調剤をしてもらえる薬局が中和医療圏に少なく、志都美薬局さんくらいだと思います。そういうことができる薬局さんがもっと増えていけば、在宅でがん末期の患者さんをもっと見られると思いますので、薬剤師会でも活動を進めていただきたいと思います。

そして、訪問看護ステーションとの連携が絶対に必要ですが、大和高田市では、新規のところや若い人がされているところなどは、24時間できるところもあり結構活発にしているため、訪問看護ステーションにはとても助けられています。今私たちが35軒在宅医療をやっていますが、ほとんど止まることなく支援いただいている状態です。

新居委員（奈良県薬剤師会理事）：

無菌調剤には、法律的に共同利用が認められています。そういった意味で、拠点としてできる設備もった薬局と地域の薬局が契約し、相互乗入れし、共同利用させていただく方向で進めているところです。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

それでは施設側からもご意見お願いできますでしょうか。

山本委員（奈良県老人福祉施設協議会副会長）：

私たちは特別養護老人ホームを中心とした施設を運営しておりますが、特別養護老人ホームの入所条件というのは要介護3に引き上げられてから、重度の方や病院退院後直接入

所の方など、医療ニーズが高い方を受け入れることが増えました。最近時々、人工透析をしているが受け入れてもらえるのかという相談を受けます。受け入れると、送迎をどうするのかという話になります。人工透析を行っている病院さんにここまで来てもらえたら有り難いですが、車椅子の方やご自分で移動できない方を乗せる車がなく、透析患者の送迎は病院持ち出しが当たり前という中、受け入れができないということが悩みの種です。

論点4のDNRの患者の救急搬送について、うちの施設でもお願いしないと仕方ないケースがあります。医師が常駐しない施設であり、嘱託として週に2回2時間程度訪問診療に来ていただき、何かあった際には来ていただけることになっています。電話したときにつかまればいいですが、つかまったとしてすぐ来られる時間帯、距離ではないこともあります。そうしたときに、明らかに亡くなっており、息をしてない方をそのまま置いておけないので、やむなく救急車を呼ぶことも無くはないです。その場合には、病院へ運びますが、ターミナルケアを行っているので、該当する方は延命を望まない旨の意思表示をもらっており、看取り対応と言うと、救急隊の方は帰っていかれます。我々の施設でいうと、嘱託の先生は、開業医の先生にお任せしますということもあります。ターミナルケアの最後のところを整理する必要あり、そこが課題です。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

それでは最後に論点1から5について全体的にご意見をお願いいたします。

堀内委員（大和高田市長）：

今回初めて病院開設者として参加いたしました。当院は病院の建て替えを予定しています。今年度からR2年にコンサルを入れて、どういう病院にするか、病床や規模をどうするかを考えて、R3年に基本設計に入っていこうと考えています。

そういった中で、全体的な流れとして、急性期から慢性期、その後在宅利用の流れを作らないと中和医療圏の全体像が見えてこないと思います。中和医療圏には急性期病院が2つしかないので、当院をどのような病院にするかを知事へも話をしに行きましたが、知事の意向と私の意向が若干ずれているところもあります。どういう病院を作るのが一番いいのかを考えています。南の方でも公立病院を作られましたが、その病院でも経営が苦しいので、先日、市民の皆様へも経営が苦しく、赤字のため、住民サービスであるコミュニティバスを削減するという説明をしたところ、大ブーイングになったと聞いています。当院も公立病院なので、経営は大切だと考えています。

中和医療圏が全体で、急性期で取って回復期、慢性期へ行って、在宅医療も訪問看護ステーションがしっかりしているということになれば、中和医療圏に住めば安心な老後を過ごせる、病気になれば中和医療圏に住めば良いとなれば、人口減少もなくなり、良い方向転換になるのではないかと考えています。そういった意味でも、大和高田市立病院がどういう病院を建てれば、そういった周りと連携が取れていい中和医療圏になるのかと日々考えてい

ます。先ほどからの皆様の意見を参考に、R2年度のあり方検討委員会で、当院を何床で、何科で、どのくらいの規模の病院を建てたらよいのか、中和医療圏にとっても役立つ病院にしたい、奈良県の中でも中和医療圏はすごいと言われるようにしたいと考えているので、ご協力のほど皆様よろしく申し上げます。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございます。それでは予定時間も過ぎてしまいましたので、これまでの議論を踏まえまして、各病院の具体的な対応方針について了承いただけますでしょうか。

<了承>

ここまでの議論を踏まえ、地域医療構想における各病院の対応方針について、病院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、昨年度同様、次の付帯意見を付けたうえで了承することを提案したいと考えます。「医療圏での役割分担については、将来的な医療需要に過不足なく対応できる医療提供体制を構築できるよう、引き続き医療機能の見直しを検討されたい」という付帯意見でいかがでしょうか。

<了承>

ありがとうございます。今後も引き続き地域での連携が必要になると思いますので、よろしく申し上げます。

次に、「議事5」について、事務局より説明をお願いします。

事務局（通山課長）：

以下、説明。（資料9）

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございます。引き続き、「議事6」について事務局より説明をお願いします

事務局（通山課長）：

以下、説明。（資料10）

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。外来医療計画につきまして、来年度も引き続き詳細な分析をして検討したいという報告でした。議事6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。

<意見なし>

山田議長（奈良県中和保健所長）：

次に、「議事7」について事務局より説明をお願いします。

事務局（通山課長）：

以下、説明。（資料11）

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。議事7について、ご意見のある委員は、いらっしゃいますでしょうか。

西川委員（御所市医師会会長）：

2日前にこの感染症を疑う基準が出て、報道もされていますが、実際そういう患者さんが仕事等を休む場合は、診断書がないと休めないと思いますが、診断書の病名をどう書けばいいでしょうか。普通の風邪であれば上気道炎でしょうけれども、それでは会社は休ませてくれません。かといって、新型コロナウイルス感染症疑いと書けば、大変なことになります。PCR検査をしなければ確定はできません。厚生労働大臣が話している内容も踏まえて教えてください。

事務局（鶴田局長）：

厚生労働大臣の話はコロナに限らず、インフルエンザであっても風邪であっても熱があったら休みましょうと話をされていると認識している。

患者さんへの診断書に虚偽記載できないので、先生が診て上気道炎であれば上気道炎と適切に書くことが必要であって、無理して新型コロナウイルス感染症疑いと書く必要はないと思います。診た先生の医学的判断で診断書を書いていただく、その診断書であっても厚生労働省は休みなさいと言っていますし、県としても熱や体調不良があった場合、無理せず休むよう働きかけているところです。あとは会社がその診断書でどのように判断するかということだと思います。

西川委員（御所市医師会会長）：

問題は、新型コロナウイルス感染症という診断をすると、診療所も患者さんの会社も風評被害が出てくるので、ある意味新型コロナウイルス感染症という診断はできません。感染症病床を持っている接触者外来であれば責任を持って引き受けていただけと思うが、一般の診療所では上気道炎としか診断できず、会社等を休めないと思います。小さな会社であれば、無理して行かざるを得ないのが現状であるので、あの基準は役に立たないと思います。

事務局（鶴田局長）：

厚生労働省からの、37.5度以上が4日以上続くであるとか、基礎疾患のある方は2日続いた場合という基準については、相談の目安として周知がされています。あくまで相談の目

安であって、診断基準では無いわけです。かかりつけ医と相談センターの役割分担をこれからしていかないとけないという問題意識は持っています。厚生労働省の基準に達したからと言って、新型コロナウイルス感染症という診断ができるわけではありませんので、各医療機関で診断いただくことが必要です。

奈良県で新型コロナウイルス疑似症患者が1人発生しましたが、その後11件疑似症届が出ましたが全部陰性ですので、現時点で県内流行はないという認識です。

西川委員（御所市医師会会長）：

もう一点、県ではなく政府への要望ですが、政府はある程度国内での感染拡大は仕方ないということを前提とされていますが、今中国から団体客だけが規制されており、個人旅行は規制していません。政府は、湖北省と浙江省は禁止しているが、それ以外の上海・北京等今流行している地域からの入国は禁止してない。問題はそのままと収束しないと思います。全面禁止していただく必要がある。政府は収束目処が見えない中で、医療機関へ協力しろという方向性ですよね。希望としては中国からは全面入国を禁止してもらい、新たな感染源が入らないように、政府要望できないのでしょうか。

事務局（鶴田局長）：

渡航禁止については、基本的に政府において考える話ですので、県としては如何なる状況でも対応できるような準備をしていかないとけないと考えています。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございます。他にご意見ありますでしょうか。

ないようですので、最後に地域医療構想アドバイザーの今川先生よりご意見を頂戴したいと思います。

今川地域医療構想アドバイザー（済生会中和病院名誉院長）：

大変お疲れ様です。今日の中和医療圏におかれましては、活発なご意見を伺いまして、2025年度に向けた今年度の具体的対応方針を承認いただきました。私は地域医療構想アドバイザーとして、厚生労働省の会議に出席しています。その中で奈良県の取組について、復習になりますが少しお話させていただきます。奈良県はなんと言っても、一つ目として県内で議論を進めるといった姿勢、二つ目は奈良方式と言われている急性期病床を重症急性期（断らない病院）と軽症急性期（面倒見のいい病院）として、病床機能報告で自院の機能を検討していただいて報告いただいております。厚生労働省においても事例報告として、奈良方式として一定の評価を得ているところであります。そして本日の地域医療構想の取組における検討としましては、どうしても昨年9月厚生労働省より発表された診療報酬に基づいた再検証病院424病院について触れないわけにはいきません。自院の機能（診療実績が特

に少ない)を9領域で評価し、類似・近隣について6領域で評価したもの、自院の機能をA、類似・近隣をBと示されていますが、A項目の9領域すべて、B項目の6領域すべてに該当する病院が再検証病院として発表されました。ちなみに私どもの済生会中和病院についても再検証病院となっております。これに関しましては、問題点の多い発表ということで、その後厚生労働省でも修正を加えられています。先日2月7日の厚生労働省の地域医療構想アドバイザー会議に出席した際に、この発表は地域医療構想の活性化を目的としている旨を繰り返し繰り返し説明いただいたところです。その中で注目すべきところは、県から先ほど報告いただいたとおり、A項目の9領域、B項目の6領域のラインが再検証病院となっておりますが、今後はA項目の1~8、B項目の1~5についても、すなわち再検証病院とならなかった病院についても再検証するよう示されています。このような中で、奈良県の独自の取組としてはオール奈良で取り組むということで、高度急性期病院、重症急性期病院と報告されている39病院に対して具体的対応方針及び診療の基本データ、すなわち診療科別入院基本料等の基礎データを報告していただくよう依頼し、各医療圏において、意見交換を行った後、2月5日に地域医療構想中央協議会を開催したところです。これが資料7でございます。そしてこの中和医療圏で意見交換を行いたい内容をまとめたものが資料7、8でございます。従いまして、この資料に基づき話を進めますが、これからの議題、論点、そして本日の議論により浮き上がってまいりましたキーワードといたしましては、「連携と機能分化」ということではなかろうかと思えます。一つは急性期病院における機能分化、すなわち断らない病院と面倒見のいい病院の連携、いわゆる病病連携の整備と進化。もう一つは、2025年のみならず2040年を踏まえて、高齢化を伴う在宅医療、すなわち地域包括ケアを支える診療所、施設、訪問看護ステーション、あるいはケアマネージャー等の地域の医療、介護との連携だと感じています。まずその病病連携についての進捗状況をお聞きしましたが、中和医療圏では高度急性期病院を目指しているのは県立医科大学附属病院と大和高田市立病院でございます。特に県立医科大学附属病院につきましては、奈良県のフラッグホスピタルとしての役割を果たしていますので、高度急性期、重症急性期を担当する疾患が非常に多いです。このようなポストアキュートの患者さんを、いかなる形で治療を継続しながら、断らない病院に移行するか、病診連携の仕組みを作ることが大切だと考えています。これを踏まえて、県立医科大学附属病院に疾患別、あるいは診療科別の連携というのがかなり進んでいますが、今後は断らない病院同士の連携、断らない病院と面倒見のいい病院との更なる連携を築いていくことが必要だと思いますので、今後の検討課題としていただきたいと思います。そして次は、断らない病院と地域の医療介護との連携ですけれど、皆様から非常に多くのご意見を頂戴しました。取組については、資料1の7ページを見ていただくと、面倒見のいい病院の役割が書いていますが、断らない病院との連携はもちろんですが、地域包括ケアを支える在宅医療、介護との連携、あるいは在宅患者や施設入居者の状態悪化時の受入等、様々なフェーズが考えられます。奈良県でも面倒見のいい病院の要素を指標化の項目として示しており、すなわちAからGまでありますが、A入院支援、介護連携、B在宅医療

への支援（実施・連携）、C増悪患者の円滑な受入、Dリハビリテーション、E食事・排泄自立への取組、F認知症へのケア、GQOL、自己決定の尊重・支援あるいはACPが含まれていますが、この7つの分野における診療報酬、算定件数、施設基準の届け出状況というものを基準として算定しています。しかしながら、このような算定件数、施設基準が算定できない病院におきましても独特の取組を行っている等多々ありましたので、病院に直接取組のアンケートを取りまして、その要素も加えて指数化の試みを行ったわけです。そして、現在までの検討状況ですが、10 ページに記載のとおり 5 回行っており、H30 年度末に指標結果を病院へ個票としてお渡ししています。これはあくまで各病院へお渡ししていますが、これをどの病院がどのような特徴があるか等病院間同士で情報共有できるよう検討を重ねているところです。そして、この7つの指標についてどのような取組があるかどのような特徴があるか等シンポジウムの形で開催しているところです。13 ページに現在までのシンポジウムの取組とこれからの予定が記載されています。各分野におきましてその特徴的な取組の事例紹介やその分野の専門家に解説を行っていただいています。前回の令和元年 12 月に D 項目のリハビリテーションについて行ったところです。先ほど平井先生からお話があったように急性期リハビリテーションと維持リハビリテーションの 2 種類があり、病院にアンケートを取ったところ、急性期リハビリテーションを行うところが多いですが、中には回復期リハビリテーション、維持リハビリテーションに積極的に取り組んでおられる病院もございました。このような病院を皆様と共有することによって、このような取組をやってみようとか、このような取組をしているんだという情報共有等を試みているところです。以後、様々な内容で検討しています。先ほど話のありました緩和ケア、ACP におきましても今後どのような取組をしているのかを次回の第 8 回におきまして QOL・自己決定権・ACP 等につきましても報告・発表をいただき、この取組の参考にしていただきたいと思います。このように面倒見のいい病院の取組を行っていますが、様々な分野の方が様々な連携をされています。これを如何に横に広げていくか、深掘りしていくかが今後の課題だと考えていますので、できるだけ情報共有し、皆様方とよりよい連携体制を築けるよう、協力をいただきながら、面倒見のいい病院の指数化についても取り組んでいきたいと考えていますので、よろしくお願ひします。

最後に、河田委員がおっしゃった病床機能報告ですが、ご存じのように4つの機能がありますが、この定義が曖昧でございます。わずかに数字的に表されているのが、自治医科大学の永井学長が出された「出来高点数による取組」というものがございまして、地域医療構想の中で一旦浮かんで消えたんですが、またいつの間にか生き返っています。はっきりしたものは、この永井思案しか出ていないのです。これから高度急性期、急性期、回復期、慢性期を定義することは極めて難しいですので、奈良県が行っている「断らない病院」と「面倒見のいい病院」というのは、わりかしファジーに分かれて、面倒見のいい病院は軽症急性期と言っていますが、回復期機能を担っている病院が多いと思います。明確な区分は難しいが、このように曖昧なところが残っていてもよいのではないかと感じているところです。地域

医療構想の実現において、患者さんのためになることが一番大切でございます。医療の削減が大きな目的ではありますが、患者さんが疾患から亡くなるまで如何にワンステップでスムーズにできるかという観点から、この地域医療構想を実現させていけるよう地域医療構想アドバイザーである限り皆様と共に努力してまいりますので、よろしく申し上げます。以上を持って、本日の私の取組報告とさせていただきます。ありがとうございました。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

それでは、予定していた内容を終了しましたので、時間が延長になってしまいましたが、事務局にお返しします。

事務局（麻田主査）：

長時間にわたり熱心にご審議いただき、ありがとうございました。最後に河田委員より配付資料に基づき、ご説明を頂戴いたします。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）：

協会けんぽの河田でございます。お時間をいただき申し訳ございません。

河田委員当日持ち込み資料説明

事務局（麻田主査）：

以上をもちまして、令和元年度第1回中和構想区域地域医療構想調整会議を終了いたします。本日は、ありがとうございました。