

## 第2回東和保健医療圏地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成28年2月1日（月）

18時～20時

場所：中和保健所1階101会議室

事務局（細谷地域医療連携課課長補佐。以下「細谷補佐」）： 定刻となりましたので、ただ今から「第2回東和保健医療圏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。本会議の委員数は13名で、本日は奈良県薬剤師会理事後岡伸爾委員が欠席でございます。開催にあたりまして、渡辺医療政策部長からご挨拶申し上げます。

事務局（渡辺医療政策部長。以下「渡辺部長」）： 皆様こんにちは。奈良県の医療政策部の渡辺でございます。本日は、お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。先日新聞にも出ておりましたけども、東和医療圏では、ここ中和保健所のご協力の下、入退院連携マニュアルといったマニュアルもできたところがございます。今後病床機能の分化が進むとともに、在宅医療の充実というのは、地域医療構想の中でも2つの大きな柱となって参りますので、本日お集まりの委員の皆様方から色んなご意見、ご助言を頂戴できましたらというふうに考えております。本日はどうぞよろしく願いいたします。

事務局（細谷補佐）： それでは、議事に入ります前に、本日の配布資料の確認をお願いいたします。次第、委員名簿、配席図（3枚綴じ）、資料1 奈良県地域医療構想の概要（案）について、資料2 奈良県地域医療構想（素案）の骨子、資料3 奈良県地域医療構想（素案）、附属資料 地域医療構想策定に係る奈良県データ集、資料4 奈良県地域医療構想策定会議委員の主な意見、資料5 奈良県地域医療構想（素案）に対する意見の照会について、資料6 今後のスケジュールについてです。資料は、お手元にありますでしょうか、もし、配付もれ等があれば、お知らせ下さい。また、本会議は「審議会等の会議の公開に関する指針」に準じ公開としており、報道機関の取材及び傍聴をお受けする形で開催いたしますので、ご協力をお願いいたします。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ご留意下さい。それでは、これより議事に入りますので、以後の写真撮影及びテレビカメラによる取材はご遠慮いただきます。それでは、議事に入りますので、進行につきまして、設置要綱第2条第3項の規定に基づき、議長であります中和保健所の山田所長をお願いいたします。

山田議長（奈良県中和保健所長。以下「山田議長」）： それでは、さっそく議事に入っ

ていきたいと思えます。次第にもございますように、本日の内容は（１）奈良県地域医療構想の策定について、（２）意見交換となっております。まず、事務局より資料の説明をお願いします。

事務局（河合地域医療連携課長。以下「河合課長」）： 【説明省略】

山田議長： 続きまして、（２）意見交換に入らせていただきます。ただいま説明のありました資料に対する質問や地域医療構想策定にあたって地域における課題、取り組むべき方向性、取り組むべき施策等について、ご意見などをお願いしたいと思います。

太田委員： 概ねこれで良いのではないかと思います。資料２の医療連携区域について、脳卒中、心筋梗塞の医療連携区域について、脳卒中にしろ心筋梗塞にしろ、急性期に対応できる設備を持った医療機関は限られているので、区域というよりは、中核病院への救急車や車などで行くのに要する距離や時間で区切って、コンパスをぐるっと回して医療連携区域を決めるべきではないかと思いますが。

事務局（河合課長）： アクセスは非常に大切だと思います。道路事情もあるので単純に距離だけでくくれない。構想区域内に必要な病院があることが基本と想着ていまして、ただ、この構想区域の人はこの区域の病院にしか行ってはいけないとかそういう堅い意味で考えているものでもないわけですし、いろんなアクセスなどを考えながら、どういったところでどういった体制で医療提供体制を作っていくのかを考えていく必要があるというのはご指摘のとおりだと思います。脳卒中に対応できる医療機関が限られている、心筋梗塞の中でも２４時間３６５日治療ができる病院は限られているので、そういった病院は配置を見ながら適切な医療提供体制を考えているということです。

原委員： このような計画を考える際の根本となるものとして、人口推計は重要。私は県の地域福祉計画の委員をしており最近答申が出た。その検討会の議論で、今村委員が意見なり質問をされていたと思うのだが、以前の人口推計と今の人口推計が現在とかなりずれている。地域差がかなり大きかったというのがあったと思うんですね。こういう医療構想というのは、これからの医療需要がどのように変わっていくのか、いろんなことを考えていくには、そのベースとなる人口がどう変わっていくか、どのように、ただ単に高齢者が増えて、総人口は増えないけども、その比率が高くなる、若い人が減るから比率は増える、というのではなくて、地域、例えば東和は西和、南和とは違う、この前はそういうお話だったと思うんですね。数値がかなりずれているので、それを考慮しないと、こういう計画はあかんのちゃいますかという意見をこの前の何回目かの、あの、一番最初でしたかね、にそういう質問が出まして、あの計画、その後、人口推計については多分触れられていなくて、そのままになってたと思うんですが、今回のこういうのは、やっ

ぱりそういうことを踏まえて考えないと、今までの県が用いてきた人口推計をそのままひな形にして、医療のことを計算してしまうと、ちょっとずれが出てきてしまうと思うが、その辺についていかがですか。

事務局（河合課長）：この医療需要を推計するにあたっては、データ集の2ページに示させていただいている国立社会保障人口問題研究所のデータですけども、全国統一の推計で出しているもので、地域福祉計画で具体的にどの数字を用いていたのかについては、勉強不足ですぐには知らないんですけども、医療需要については、全国統一で国立社会保障人口問題研究所が出している人口推計を用いてやるということで奈良県についてはこの数字、大阪府についてはこの数字ということで提供されている数値を用いて推計しているということです。

原委員：あのときは、地域福祉計画は何年かに一遍作りますよね。その、前回作成された地域福祉計画のそのときに出された人口推計と今回の時の人口の実際の値とは、かなりずれてますよ、という指摘やったと思うんです。また議事録を見ていただいたらと思うんですけど、やっぱりそういうことも考える必要があるし、私ともうひとつ言いたいのは、今日まあいろんな数字を出していただいたんですけど、これを例えば今回のこれだけで数字をフィックスしてしまう、決めてしまうのかというところとちょっと違うかなという気がする。もっと他に検討すべきことはあるんじゃないかと、あの、太田委員がおっしゃいましたけども、急性期の医療に関しても、ここに書かれているのは違うファクターが大事だということもあるわけですから、それも入れて、やはりもう一回ゆっくり検討する、大まかな方向性を決めるのは良いと思うんですけど、細かい数字に関しては、もう少し慎重に考える必要があると思う。

事務局（河合課長）：この構想にどういう数字を載せるのか、ということについては一定のルールがあるわけですし、それに基づいて算出しておるんですけども、先ほどご説明の中で少し今後の進め方で述べさせていただいたかと思うんですけど、今後レセプトデータなんかを用いて、地域の医療需要を地域医療構想調整会議の場で見ただけのような形で提供できるような、そのようなことも考えているので、そういったものを併せて見ていただきながら、地域の皆様方でどのように医療機能の分化・連携を進めていくのかということをご議論いただければと思っています。

仲川委員：うちの病院は東和の中山間地域にありますので、高度急性期については、済生会中和病院や天理よろづさんをお願いしているんですけども、地域包括ケアシステムというのを一生懸命やっているんですけども、どうしてもやはり医者が足りないんですね。24時間365日、地域包括ケアシステムでは診なさいというのはよく分かるんですけど、やはり医師が足りない。今の医師にそれを強いるのは医師の負担が過重ということになるので難しい。今の状態が10年続くとい

うことはうちの病院にとっては非常にかなりつらい状況が続くということで、これは県の方から、東和のへき地ということでうちのところに医師を補充していただいて、人員を充足していただいたうえでの構想ということでお願いしたい。今のこういった状態がずっと続くとなるとちょっとつらいなということですけども。

事務局（河合課長）：医療従事者の確保、適正な配置は大切な課題と思っていますので、その辺も来年度以降の地域医療構想調整会議の中で、地域としてどのようにやっていくのかということについて議論できればと考えています。

竹内委員：医師の偏在ということで、医師の方が偏在することなしに地域医療を担っていただくことは大事な話、ファクターだと思っています。院長先生の話はもっともだと思うんですけど、もう一点、私、行政担当者として意見を申し上げることがあるならば、やはりこういうような基本的な政策の中で、しっかりした目標を持っていただいて政策誘導をお願いしたいと思います。宇陀市におきましては、地域包括ケア、医療介護あんしんセンターを開設しておるんですけど、その所長に対しましても、過度に家族の方々が依存されることのないようによろしくお願ひしたいということのを再三言い渡して、まあ厳しい話なんですけども、日本人のありようとしてですね、権利を主張する人は沢山おられまして、義務と責任を認識しておられないということでもありますので、やはり個人として健康に努力する姿勢が必要と思っておりますので、選挙すると厳しいことをなかなか言えないものですから、こういうステージの中でそういう枠組みをしていただけたらなと思っております。色々私が申し上げたことを加味していただいた。最終的には医療費全体を、この報告を見ますと人口推計の中で計算したということで、医療者にしたら至れり尽くせりというような医療環境が整うと思うんですけど、その負担は誰がするんですか、ということですね。サービスと負担のバランスの話ですね。負担を県民の方が理解できるような、そして健康保険料にどれだけ影響するのか、健康保険料を抑制していただかなければ、地域の高齢化の中では持ちこたえられないという状況ですので、その点を留意していただきたいと思います。それと、やはり最終的には大きな人生の中では、病気でございますので、政策誘導していただいても、苦しむ方々は誰も介助してあげたいと思うものですから、緩和ケア、色々啓発していただいて、高齢になって楽に安心しておれば、苦しまなくてすむ話ですので、その問題が1点と、今非常に核家族化が進んでおります。地域医療と言ってもですね、ひとり住まいの方々をどういような形で見守っていくのかということも大きな課題ではないかと思ひます。雑ばくな意見を申し上げたんですけど、最終的にはやはりこういうステージの中で政策誘導して総医療費の抑制と、医師の方々のストレスを無いような形で診ていただけるような環境をですね、作っていただきたいと、これ先ほどのワークライフバランスの問題も含めてなんですけども、医師の方々も行け行けと言ってもストレスがかかたら診ていただけないと思うので、行政側としてはやはり医療費の抑制をしっかりと政策誘

導してもらいたい。それも市民の方々、医者も含めてストレスがない形で政策誘導をお願いしたいと思います。欲張りな話ですけども、よろしくをお願いします。

事務局（河合課長）：医療費の問題はひとつ非常に、国保を運営されておられる立場の問題として、県としても非常に大事だと思っております。その中で1ページの3の目標のところにありますように、医療費の適正化の取組、今現在やっているわけなんですけれども、引き続きこの地域医療構想と連携を持った形で進めていくのかなど。平成30年に色々な改定がございますので、そういったところと連携を図りながら医療費の問題については、取り組んでいかなければならないのかなど思っております。おっしゃいますとおり、この中は医療提供体制の問題ですので、あまり負担の問題というのは無いわけがございますけども、医療費の問題も大事だと思っておりますので、そこは取り組んでいきたいと思っております。ちなみに、医療費の状況につきましては、資料3本編の10ページのところで市町村国保と後期高齢者の医療費がどうなっていくのかというのを書いておまして、13ページのところでは地域医療構想と医療費適正化と国保の県営化というこの3つの大きな課題がありますので、これらに一体的に取り組んでいくという中で、先ほどいただいたご指摘を踏まえて政策というものを考えていきたいと思っております。また、緩和ケア、看取りについてどうするのかというご質問があったかと思いますが、資料2の最後、24ページのⅢの1の②のところで、終末期、人生の最期の段階で医療といったものがどういった形で行われるのかといったような情報提供の中で色々な研究をしていただきながら、そういった情報を県民の方に提供してまいりたい。また、核家族の方の見守りという問題は今後も大きな課題になってくると思っています。核家族の中でもこれからは一人暮らし、特に結婚したことの無い方の高齢化というのは増えてくると思っていますので、住まいをどうするのかというのは大きな課題になってくようかと思っておりますので、24時間の医療が提供できるような住まいの確保というものも施策の展開の中では書かせていただいておりますので、今後、市町村の方々のご意見を交えながら、どうしていったら良いのかということで今後この構想を進めていく中でご議論できたらなあと考えている。

今川委員：地域医療構想は頭では必要と思うんですが、なかなか身につかないところがあると思うんですけども、A3版の資料1のところで2、3ご質問申し上げたいと思うんですが、一番最初のグラフにありますように在宅医療の患者さんが、1日当たり2、905人増えるという大きな課題があると思っておりますが、このクライテリアを設けられたところが、ここに書いてある「療養病床の入院患者のうち、医療区分1の70%、一般病床で175点未満の患者等数は在宅医療等の需要として算出している」という考え方が書いてございますけども、これは以前出されました病床機能別分類の境界点の考え方というものと完全に一致していると思うんですけども、これは一時取り消しますよというような情報が流れたんですけども、県の方ではこの175点というクライテリアというのはそのまま置いたまま

ということで変わらないですか。

事務局（河合課長）：この175点未満という数字は変わっていない。全国的にも変わっていない。

今川委員：生きていますね。2013年と2025年の医療機能別の必要病床数というところですけども、現在病床機能報告によりますと、全部で13,697床あるわけですけども、高度急性期は466床減らし、急性期は2,644床減らし、回復期は2,805床増やし、慢性期は276床増やすという構想になっておりますけども、実際にはどうかということですけども、今回ちょっと資料をお持ちしたんですけども、先ほど申し上げましたとおり、奈良県ではDPCをやっている病院が23病院あるわけですけども、そのうち約半分の11病院からデータをいただいたわけですけども、在宅に移るような、いわゆる回復期、C3 225点以下の患者さんはだいたい45.1%だった。そのうち175点以下の方が半分だとしても、20何%は在宅に移っていかなくてはならないということで、その辺の受け皿というものが今後重要になってくるんだろうなと思うわけですが、先ほどご説明のあった地域包括ケアシステムで在宅を進めていくんだということだと思いますが、そのような方は殆ど、行き場所がない、あるいは帰る場所もない患者さんが多いわけなんですね。そういう対策を持って行く必要があるんだろうなと思いますので、その辺の考え方について改めてお聞きしたいと思います。それから、病床機能報告の急性期機能の評価というのが一番右端に書いてありますけれども、これに関しては、病院としては様々な形態で病院経営というようなものを行っておるところでございますので、この評価指数といいますか、こういったものについては、公開していただいて、このような根拠でやっているんだよということをこの会で誰もが納得できるような説明をやっていただいたうえでご発表いただいて、病床機能の評価といったものにつなげていただきたいと思いますのでよろしくお願ひしたい。以上の3点についてご質問申し上げます。

事務局（河合課長）：1点目の175点については先ほどご説明させていただいたとおり、175点というところでございます。2点目の今入院されておられる方々を、この医療ニーズの低い方を在宅にということの中で、なかなか帰る場所がないという問題は確かに大きな課題と考えています。先ほど説明の中でも少し触れましたけれども、地域包括ケアを進めていくにあたって大きな課題となるのは住まいの確保、居場所の確保になると考えております。そのところは色々なサ高住のような取組があるわけですけども、そういった取組を今後、地域医療構想調整会議の場でありまして、市町村や地区医師会、あるいは地元の関係者等による協議などでの話し合いの中でそういったことも取組んでいただきたいと思いますところでございます。3点目の急性期機能の評価についてでございますけれども、こちらの方は、今行っていただいております病床機能報告というもの

をより客観的に、なるべく均質的なものとしてやっていく必要があると思っております、その中で病床機能報告のデータの中から適切な報告を出して、数値化をしたいと思っておりますところでありまして、その辺のところは、今後、病院の関係者の皆さんと意見をいただいて進めていきたいと考えているところです。

今川委員：なぜそのようなことをお聞きしたかと言いますと、病床機能というものが発表されてくると、先ほど仲川院長が言われたように、病床機能が発表されて、慢性期病床ということになってくると、医師の偏在というものがかなり進んでくるのではないかと心配しているからです。多くの医師は急性期の医療をやりたいということで、そういう病院に行くことになってくると、慢性期病院や地域包括ケア病棟をやっている病院などでは医師の確保がなかなか難しくなるんだろうな、と思っておりますので、その辺も踏まえた人材育成を考えていただきたいと思うから敢えて質問させていただきました。それともうひとつは、現在、県内では地域包括ケア病棟を開設している病院が既に16あるため、これらが地域包括ケアで果たす役割は非常に大きいんだろうなと思っておりますので、この辺のところも地域医療構想の中に入れて実行してもらいたいと思います。というのは、地域包括ケア病棟は、多職種連携のカンファレンスのモデル事業になるんだろうと思っておりますので、この辺のところも県の方でも検討していただいて、どういう役割があるんだろうなというようなことを県としても考えていただければありがたいと考えておりますのでよろしくお願ひしたいと思ひます。

事務局（河合課長）：地域包括ケア病棟の設置病院の平成27年4月1日現在の状況は、資料3の74ページに一覧表を挙げさせていただいております。我々としても、地域包括ケア病棟というのが、今後、在宅医療、地域包括ケアを進めていくに当たって非常に大切な機能の病院だと思っております、72ページのところでは急変時の対応の中で、地域包括ケア病棟の重要性ということを踏まえて連携体制を作っていきたいというようなことを書いております。また、一覧表は74ページのところで挙げており、72ページのところで急変時の対応といったところで地域包括ケア病棟というようなものが大切である、というようなことを書いておるところでございます。この辺のところは、また地域包括ケア病棟、こういった役割があるよ、担ってもらわないといけないのではないかと、というご意見をいただきますとありがたいかなと思ひます。それについては構想にしっかり書いて、来年度以降、地域包括ケア病棟を持っておられる病院が沢山ございますので、本日この場でお見えのところは仲川委員のところも今川委員のところもでございます。どういった役割を地域で果たしていこうか、というところをお話いただきますと、東和構想区域での取組の方向というようなところでこの構想にも書いていけるのかなと思ひますので、その辺のところについて、ご意見いただければと考えております。

原委員：ひとつ確認させていただきたいんですけど、先ほどの医療需要の3ページのとこ

ろなんですけど、療養病床の入院患者のうち医療区分1うんぬんと書いてあることは、この療養病床というのは医療療養病床ということですね。介護療養病床というのは含んでおられないということですね。

事務局（河合課長）：医療、介護両方含んでいます。

原委員：そうですね。いずれにしましても、今川委員おっしゃったように、これいきなり在宅に行けるかという、非常に難しいだろうと思いますね。行政の方が在宅という言葉が使われる場合には、本当の医療を指していなくて、サ高住であったり、有料老人ホームであったり、そういうふうなところを指していると思うんですね。そういう人がいわゆる在宅系の施設に行った場合にですね、一番何が問題かと言ったら、入れ物作るのは結構幾らでも作れると思うんですよ、多分。今までから幾らでも国が作って来ましたよね。それで今何が問題かという、今介護職がないんですね。私もずっと老人病院の院長もしてましたし、老健の施設長も長いことしてましたけども、今、そういう人と話してますと、介護職の人がいない、来てすぐ辞めて他の施設に移ってしまう、というような話をよく聞くんですね。そうしますと、これは医療構想だから、ここに書かれていないのは無理がないかも知れないですけど、例えば21ページのところの医療需要に対する医療提供体制構築に向けた方向性ですか、ここにあるのは、医師であるとか看護師さんとかそういう人が必要であるとは書いてあるけれども、医療施設から外部に移って行った人を支えるべき介護職といった人が実際には一番足りなくなっていて、それでこういう計画がうまくいかないんじゃないかと私は想像するんですね。いやいやそうじゃなくてみんな家に帰って自分の子や孫に見てもらえと言っただけ、そういう話になるのかも知れないが、そんな話は絶対ありえないですよ。今本当に働く人の40%ですか、数字は忘れましたが、非正規雇用であったり、すごくみんな生活が不安定ですよ。そういった方が働くのも大変なのに、介護できるかと言うと難しい、そうなるとうっかり介護型の施設と言いますか、サービス付きの住宅系といったところに入らざるを得ない。そこの受け皿が十分に、建物だけじゃなくって、マンパワーが確保されていなくて、こういう計画が本当にうまく行くのかなと、私はそんなふう思うんですけど、いかがですか。

事務局（河合課長）：従事者の問題、医療の従事者については、医師、看護師、その辺のところについては明確に医療の構想ですので書いておるんですけども、その他、医療を支える人材、医療の周辺の部分について、介護の人が必要だということはお指摘のとおりだと思っております、その辺のところをどう確保していくのか、ということは大きな課題だと思っております。基本的には、施策の中で医療従事者の確保・養成という中で、医師、看護師が明確に書いているわけですけど、その他の様々な従事者の確保・養成というものを施策として必要だということがありますので、おっしゃっているような介護職というものも念頭におかなければいけないのかなということはお指摘のとおりと思っております。ただ、医療の構



想ということで、どうするのかというのは一つの課題だと思っています。

原委員：だからそこを入れておかないと、今のこういう医療区分1の人、医療の必要度合いが低い人が在宅へ行った場合に、結局、受け皿、入れ物はすぐ作ることができる、入れ物は今までもそうだったように、作るけれども実際その人らがそこで生活できるのかと言うとね、出来ない。出来ないことを知っていてこのような計画を進めるといのは、やっぱりちょっと、まあ気の毒というか、我々がそれぐらいの世代になりますので、我々はケアをしてくれるようなスタッフがいなくてここに放り出されるということかなと思うんですけど。だからそれははすごく大事やと思うんですけどね。医療と介護というのやっぱり切り離せない。切り離して考えるということ自体が間違っていると私は思うんです。

事務局（渡辺部長）：まさにおっしゃっておられるようなところを調整会議の中でもご議論いただきたいと思っていて、先生の病院とかかりつけ医の先生が連携することによって、在宅医療が進むのではないかと、とか、本日宮城先生もお見えですので、天理地区医師会等の取組等もご紹介いただきたいと考えております。

原委員：私は、今の話は総論的な話をしているのではない。東和だけの話ではないです。

宮城委員：今川委員が示された資料1の表なんですけど、濃い色の訪問診療分のところ、在宅、自宅、施設も含んでいると思うんですけど、3, 356増えて、10, 059になると。そこへ一般病床、療養型の方が増えて、8, 061。トータル18, 120になると。これ、かなり今現状の在宅、東和だけで見たら、資料2の8ページで見たら、在宅医療等が599.6増えるとなっている。ここは他の地域と比べて、在宅医療が増える比率が少ないんですかね。どうしてこのような数字、我々天理地区は需要が少ない中で在宅医療をやっているのかなあというふうに見ていたんですけども、だいたい2年前のデータで年間在宅に行っているのが406人ぐらいでした。今10の機関、2病院と8診療所。平成25年のデータで406人ぐらいでした。それでもどうしてこう少ないのかな、というのが一点と、やはり在宅が問題なのは、もう一つは、我々がやる一般外来の患者がどうなっていくのか、外来患者数が病院から診療所に移ってくる可能性があるのではないかと。その辺の推移がよく分からないんですけど、そうすると現実的に、内科系で診ておられる先生も目一杯診ているんです。午前診やって午後ですね。午前中だけ診療やって午後だけ在宅に行っているという先生はおらんです。木曜日だけ休む先生もいたり、土曜日半日の先生もいる。最近は木曜日も休んでおられない先生もおるんで、そうすると、結構外来患者さんを診るので目一杯なんです。日本医師会なんか昼の間にちょっと在宅に行きましようなんて言うんですけど、今我々にとっては、いわゆる認定審査会の会に月1回出て行くとか、色んな出て行くことがあったり、ある先生によっては、内視鏡やったり、在宅に行ってる時間がないんです。余裕がないんです。在宅に行かない理由としても、「24時間の対応が

大変だから」という理由が一番なんですけど、「忙しい」というのも4番目にぐらいいに来るんです。そうすると、医者が増やせるのかということなんですけど、天理地区のことしか分かりませんが、奈良市とか新興住宅地であれば開業する先生は増えていくんだろうが、そうでない地区でどれだけ増えるのか。他の地区、宇陀の地区でも、在宅で頑張っているのは加藤先生のところ、他の先生も殆どが行っておられる、90代の先生も往診に行っておられる。でもやっぱり自分の力量と、自分の診た患者は責任持つから診ようというかかりつけ医としての意識は皆さん持っておられる。だから数名はできる。でもそれ以上患者さんを受けるとなるとこれは診療所だけのレベルでは絶対無理だと思います。ではどうしたらいいのかということで、では主治医・副主治医で見るとということ、長崎ドクターネットも行きましたが、最初から主治医・副主治医を交えてやると絶対うまくいかない。それはどうしてかと言うと、副主治医はあくまでも私たちのお守りで、いざ行けないときに来たらいいよということで、殆どが一人で行ってます、ということなんです。でも患者さんのために退院前カンファレンスには主治医・副主治医の2人で行って、患者さんへの顔見せも2人で行く。当然副主治医がノーコストで行く。それを我々の地区でできるかとなると、多分、副主治医も退院前カンファレンスに出て行くことはよっぽど余裕がないと難しいと思います。長崎とは医師数が圧倒的に違うんですね。医師会の数も非常に多いですから、余裕のある医師がいるということで、我々のなかでは難しい。そうすると病院がいかにバックアップできるかということしか他に方法がないのではないかと思います。では病院が在宅に行ってくれるのか、となったときに、そこが、病院というのは、本当に、仲川委員がおっしゃったように、そこまで余裕はないよということで、病院によって差があると思います。天理よろづ相談所病院の中村先生、次橋先生、地域で在宅で患者を診ておられる先生との話では、何とか天理市の在宅を支えるためであれば、応援してもいいだろうということで、副主治医として、院長先生の意見を聞いたうえで話になると思いますが、そういう形で何とかできないかと、そうしたらちょっとは私たちも安心してできる。実際そういった話を進めていくと、8診療所と2病院が在宅に行っていたのが今は8診療所が5診療所ぐらいなんです。で、IT化を進めていく中でも、色々今市と調整しているんですけど、あまりにも最初からかっちりした形ではなくて、軽いものから進めていって、皆さんがネットワークに入ってきて来れるような形を作りながらというので進めていきたいと考えている。だから、今やっているドクターが、もう少し教育して病院の協力を得てやっていこうというのでないと出てこないのではないかと思います。新しく開業する内科系の医師がしばらく外来だけで行こうとすると、採算の問題も色々あるので在宅に行ってもらわないといけないと思うけど、その先生方が在宅に行く医師と勉強するものがあればいいと思うけど、まあなかなか、奈良市や生駒市のような新しいところでないところが医師が急に増えるかというとなかなか難しい。二世の問題ということも出てくるし。ジュニアは帰ってくるかという、帰ってこないことも多い。ジュニアが医者になっていないところもありますから。そういう意味では、開業医の存続性という部分が在宅を維持できる

のかという部分に大きく関わってきて、我々の方も、色々頑張っていこうという意識はあるんですけど、みんながじゃあ頑張っていこうという足並みには行かない。やっているものが病院と繋がって、ちょっとでも進めていくというのが現実の話です。東和がどうしても少ないのかということなんですけど。2025年までに我々一人が後何人受け持ったらいけるんや、というのも大まかなデータを出したことがあるんですけど、では一人当たり何人年間増やしたらいいのかということでは診ていけるんだらうか、その辺の大まかにでも細かいデータが出せたら、じゃあ我々もどうしたらいいか、細かいところまで行かないと難しいかなと思います。

事務局（河合課長）：在宅医療の人数のところでございます。1日当たり何人というところは今現在訪問診療が1,000人、これ1日当たりですので、460人というのは、1週間で1日しか行かなかったら、7分の2になるということです。少なさはそこにあるのかなと思います。今現在1,000人が、2025年には1,300人になる。データ集の34ページです。

仲川委員：宮城先生おっしゃるように、宇陀地区では医師会の先生方は皆さん高齢化しています。内科系の先生方で40歳代の方はおられません。皆さん50歳以上で、日々診療を忙しくされてまして、加藤先生、在宅を頑張っているということで、やはりジュニアはおられるんですけど宇陀の方でお父さんの後を継ぐという方は殆どおられないという状況で、開業医の方があと10年もすればいなくなるだろうということで、うちの病院が地域包括ケア全て、在宅を全てやっていかないといけないような体制になると思うが、今のスタッフの数では到底やっていけないということで、人的な確保を県の方でやっていただきたいというのが切実な願いです。

今川委員：宮城委員がおっしゃったので、東和地区の昨今の話題ということで、これ議長の山田先生、保健所と協働してやっている事業のひとつなんですけど、現在桜井地区医師会と中和病院が病診連携を強力に進めておるんですけど、一つは在宅療養支援診療所というものがあるんですけど、これは単独型と連携型の二つがあるというのはご存じだと思うんですけど、桜井地区では単独型でやっておられるのが一件しかないんですね。それで、医師会の先生方にはお願いですが連携型で作って下さいと、そういうふうなことを在宅医療を進めることによってじゃあ我々の病院がどういう役割かということ在宅医療支援病院というふうなものを視野に入れて検討いたしますというようなことで進めているんです。ところが、後方支援病院のハードルが非常に高いんですね。現在の医療スタッフではとても出来ないというふうなことで、これをどういうふうにやったらうまいこといけるのかなと今検討していますけど、そういうふうなところで、地域連携というようなものがないかというのを話題提供ということでお話しておきます。

小野委員：県看護協会としては、在宅を進めていく中では訪問看護ステーションとかが本当に足りているのか、まだまだ足りてないと思いますが、病院の中で看護師不足の中、在宅、今も訪問看護師の育成をしているところなんですけれども、施設の中でも看護師不足なので、訪問看護に行く人が不足してくるのではないかと予測しています。それと訪問看護ステーションの経営もかなり厳しいとお聞きしているんですけど、施設併設であると、施設の中で看護師、訪問看護師ということで経営はある程度成り立って行く中で、訪問看護ステーション単独で考えたときにかなり厳しいというふうにお聞きしていますので、今後訪問看護ステーションの育成の中で、なり手がなかなか無くて、その辺が問題かなというふうには考えています。施設内看護師はいるが、訪問看護師のなり手が少ないのが課題。

竹内委員：中山間地域ということになると、医療効率というんですか、地域医療をするときにそこまで行く車の問題とか、スタッフの問題であるとか、大変コストがかかると思っております。商売でも一緒なんですけど、商売の効率が悪い。商売できないということで行政として色々な支援をさせてもらっておりますけど、医師の方も一人の患者さんに対して、中山間地域の交通費の問題であるとかリスクの問題とか沢山ございますのでですね、そういう問題も何らかの形で解消というか支援するような仕組みをですね、できないかと。逆に言えば、仲川院長おっしゃられたように、開業医の方も、経済的に自立できないということで、少ないということで、新しく開業される方はそれだけの所得を得られないという環境が生まれつつありますので、より公的な病院に依存されることが発生しますので、その点に関しても考慮いただきたいということを少し申し上げさせていただきます。

事務局（河合課長）：在宅医療の、山間に点在している地域の問題というのは確かにありますので、良い仕組みが考えられれば基金計画の中で、財政的な、国からお金をいただいて、仕組み作りをやっていただけますので、そういったものを皆さんの知恵を借りながらやっていきたいと思っております。

竹内委員：開業医は開業できないし、開業医は年々高齢化が進むから、公的な病院に負担がかかるということ。

原委員：先ほど言い忘れましたが、こういう医療構想を拙速に、急激に変えていこうというのはまた医療崩壊に繋がるのが起こってくるのではないかと思いますね。こういうことを考えるのは大事だと思っておりますし、何回も議論するべきであって、何回目かで一気に決定というふうにやると、数年後、十年後にえらいことをしたということになると思うので、もうちょっと慎重に進めていくべきだろうと私はそう思います。

藤井委員：昨日たまたま講習会があって話を聞いたんですけど、介護ということで歯科医師の果たす役割というのは、やはり口からモノを食べていただくということを中

心に肺炎とかを防いでいくという非常に重要な役割を担っていると思うんですけど、先程来話がありますように、今歯科医師会の現状としまして、大半が開業医ですけど、在宅に重点を置き、またその中身を充実させていけるかと言いますと、スタッフの確保とか色々な問題から、歯科医師会全体として動いて行きにくいという状態。卵が先か鶏が先かという話かも知れませんが、私が山添村で開業していて感じるのは、過疎化というのがどんどん進んで行っている。奈良市や生駒市など人口動態が少ないところと非常に過疎化が進んでいるところを比べると、どんどん差が開いていくのではないかと。やはり医療というものを考えていくと、根底には少子高齢化という大きなテーマというものがより重要になるのであって、この施策というのは非常に理想が高いところにあるんですけど、先ほど山添村というのが事例に出ていて、他府県に患者さんに流れている、他府県に在宅でお世話になっているというデータがありましたんですけど、交通網とか色々な要素が絡んでますので、この構想会議を聞いているだけではどうしたらいいのか、というのは私の頭ではついていけないという状況です。数字に今日は圧倒されて何を求めていったらいいのかというのが見えてこないというのが私の素直な気持ちであります。

根津委員：先ほど宮城先生がおっしゃられた在宅医療の伸びが東和地域では少ないのではないかという指摘については、資料2の4ページにありますように、2013年の在宅医療の東和地域の在宅医療を受けておられる数が10万人当たり割と多いということで、東和地域は比較的在宅医療に熱心に取り組んでおられるのかなという印象を持ちました。西和地域の地域医療構想調整会議にも出席させていただいたんですけども、地域で課題に随分差があるなと感じました。原先生もおっしゃるように、介護職も足りない、訪問看護師も足りないし医師も少ないということで、西和地域は比較的そのような資源が恵まれているんですけど、東和地域ではそのような人材の適正な配分というものが課題になっているように感じましたので、そのあたりを関係機関と県とで何らかを構想の中に調整していったり組み込んでいく必要があるのではないかなと感じました。

古家委員：大学としては今まであまり在宅を担う医療職というのは養成してきませんでした。これからは医師、看護師、在宅医療を担う医療職を養成していきます。学生を教育して一人前になるには10年20年かかりますので、今いる医師・看護師をどのように利用していくか、そのためには県からのある程度の積極的な取組誘導が必要かなと思います。もうひとつ、聞いていて特に感じたのは、原先生のご指摘の点、医療と介護というのは絶対に一緒に入れて考えないと、いくら在宅を進めても介護のところでは受け取ることができなければどうしようもないと思う。是非県としても介護の部分も入れた形でのある程度の構想を作っていただきたいと思う。

山田議長：ありがとうございます。貴重なご意見をいただきました。東和医療圏という

のは、高度医療、急性期医療については、他の医療圏から患者が流入している地域でありながら、医療過疎の地域も持っているという両極端の面を持っているということで、課題が多いんだなというふうに思っておりますので、先ほど竹内市長がおっしゃったように、しっかりと目標を持って政策誘導していくということも必要かなと感じています。介護に関しては、平成30年度から、改定を予定しているわけで、現在は、今回は医療構想の計画ということでございますので、介護の書きぶりが足りないということもあるかもわかりませんが、そちらの方は地域包括ケア推進室というところがやっておりますので、その辺のところはお許しいただければありがたいかなというふうに思っております。大変貴重なご意見をいただきました。また今日議論できなかったこともあるかと思えますし、またお帰りになりまして、ご意見等ございましたら、事務局が申しあげました様式をFAXいただければありがたいと思います。今日は本当に長時間にわたり、ご協力をいただきまして、感謝申し上げます。本日、長時間に渡りご審議いただきましたことにお礼を申し上げまして、事務局の方に返させていただきます。

事務局（細谷補佐）： 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。  
以上をもちまして、第2回東和保健医療圏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。