

第2回中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）

15時～17時

場所：中和保健所 研修室

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回中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12名で、本日は大和高田市長吉田誠克委員が欠席、奈良県医師会理事春日宏友委員の代理として塩見様にご出席いただいております
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。第1回の地域医療構想策定会議は皆様に一同にお集まりいただき、開催させていただいた訳でありますけれども、第2回ということで、先週から各構想区域毎の会議を実施させていただいております。西和、奈良、南和の方で会議を開催させていただきました。今まで開催した地域の方では、まずこちらから1時間ばかりをかけてこちらの資料のご説明をさせていただいております。お手元に用意させていただいておりますように、現在このような形で奈良県の地域医療構想の素案というのが出来上がってきたところでございます。

他の地域におきましては、課題の共有化ということに、第2回目の会議では終始している印象でございます。課題を共有いただいた中で、地域の実情に応じて今後どのように進めていくのかというところまで出来れば御議論いただきたいと思っておりますし、まずは、課題をしっかりと共有し、認識することも重要だと考えております。

あとこの中和保健医療圏におきましては、県立医大も抱えておりますし、今日お集まりの委員の皆様方は、中和地域の実情に精通されているだけではなくて、県下全域の問題を議論する時も、色々のご指導、ご助言をいただいている委員の皆様方でございますので、どうぞ忌憚のないご意見を頂戴出来れば幸いに存じます。本日はどうぞよろしく申し上げます。

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、お手元にございますでしょうか、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。次第にもありますように、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。

塩見委員代理（奈良県医師会）： まず資料2の3ページに構想区域設定の考え方というのがあるのですが、②で高度急性期・急性期機能について拠点化とありますよね。そうすると、急性期の治療をできる病院というのは、例えば、地域で違うと思うのですが、奈良市のようなたくさん病院のあるところ、あるいは南の方へ行くと病院が減ってくるというような状況の中で、この拠点化というのはどの程度のことを考えているのでしょうか。

事務局（河合課長）： この拠点化といいますのは、資料2の16ページに、例えばがんと、大体構想区域ごとに、がんの基本的な拠点病院があるのですけれども、例えば医大とかには基幹的な拠点病院がありますので、そういったものには県全域を考えたりでありますとか、例えば、心筋梗塞ですと、南和ではできるところがないので、それについては、中和構想区域で一体的に提供してもらえないかとかですね、あと、救急医療も原則は、構想区域毎に完結するようにということですが、構想策定会議での委員の意見の中で、救急医療が奈良県では上手くいっていないのではないかというご指摘を受けて、今、総合医療センターと医大の方で、ER体制というのを組んでいただいておりますという状況でございますので、そういったものについては、ある程度広域でやっていきたいということです。他、周産期については、基本は構想区域ごとの体制づくりですけれども、ハイリスクの問題については、全県、医大と総合医療センターで対応してもらおうとか、あるいは小児救急については、中々小児救急を担っていただく医療機関を確保するのが難しい状況になっております。そういったことも踏まえて現在、奈良県では北と南で大きく分けてほぼ毎日、北和については、毎日必ず受けしてもらえる病院というのを、順番で回している訳でありますけれども、そういったものを大きくは2つの区域で作っていくとか、そういったことを考えているということでございます。

塩見委員代理： それは良く分かるのですが、例えば、急性期の医療を考えた時に、どの医療圏内にもそういう病院がないと、その地域の住民にとってはやはり安心して暮らせない状況ができてきますので、もう少し極端に言えば、どんな田舎のどんな小さな病院であっても、急性期がなければ、その地域の住民の方々やはり困るのではないかと思うのですね。あまり拠点化ということで、この地域の方々はこちらに行きなさいよということで決まってしまうと、やはりちょっと具合が悪いんじゃないかと思えます。

事務局（河合課長）： 原則は①にございますように、保健医療圏を基本に考えているということでございます。ただ、疾病等によっては、先ほどご説明したような広域での連携を進めていくということなのですから。

塩見委員代理： 急性期といっても、色々な病気、あるいは怪我がある訳ですから、二次医療圏毎にもし1箇所しか急性期がなかったとしたら、二次医療圏でも広さが随分違う訳でありますから、南和のような随分広いところで、東和も広いですよ、そういう広いところで、何らかの急性期の患者が発生した時に、その地域の中に急性期の病院が1箇所あるとしても、その病院でしか急性期を診ても

らえないという状況は困るのではということです。ですから、あまり拠点化しない方が良いと思います。逆に少なくとも良いですから、どこの病院でも何床かは急性期を診れるような状況を考えておかないと、やはり安心して暮らす訳にはいかないんじゃないかと思いますね。

事務局（河合課長）： 塩見委員のおっしゃる急性期の中身をどう考えるかについてですが、共通認識をもつ必要があると思っていますのですが、例えば、15ページの2の時間的な緊急性の高い疾病を中心に考えておられると思われるのですが、そういったものは構想区域に1つと考える必要はないと思っています。ここに書いてありますように治療開始時間を重視する必要がありますので、そういったものについては、アクセシビリティといったものを考えながらやっていく必要があると思いますし、3の日常的な疾病でも頻発するもの、例えば肺炎についての緊急的な治療については、3にかかってくると思いますので、県北部で1箇所が良い、県南部で1箇所が良い、構想区域で1箇所が良いというような連携体制作りではございません。

塩見委員代理： 拠点化として、県域内に1箇所しか急性期を認めないということではないのですね。他の一般的な病院でも急性期を行っても良いということですね。

事務局（河合課長）： 例えば、県内で医大と総合医療センターと天理よろづと高井しか急性期病院はないとか、そういう話では全然ないと思っています。

塩見委員代理： 機能分化を進めていって、田舎の小さな病院は慢性期だけで良いかということにはならないと考えて良いのですね。

事務局（河合課長）： 疾病等によって広域化が必要なものを先ほど例示であげさせていただきましたけれども、連携体制を構築していくということです。あくまでもそれぞれの構想区域で救急医療、おそらく急性期は救急医療を念頭にしておられると思いますが、救急医療に対応できる病院というものを地域でどのように確保していけば良いのか、まさしく来年度以降、構想の調整会議の中で医療機関の皆様方がそれぞれの果たしている医療機能をそれぞれみていただいて、どこの病院でどのように対応していこうかと議論していただくのが、まさしくこの構想の目的であるという認識でございます。

塩見委員代理： ということはこの調整会議等で、この病院は田舎の小さな病院けれども、5床程度は急性期に置いておいても良いよという話があっても良いという

ことですね。

事務局（河合課長）： 何床かというのは我々がすごい議論しないといけないところですので、それは今ここで、5床がどうの、10床がどうの100床がどうのという話はちょっとできないですけれども。

塩見委員代理： 一応、急性期も認めて良いということによろしいですね。

事務局（河合課長）： それぞれの構想区域で、医療機関の皆様方、こういった地域医療関係者の集まりの中で、どの病院がどのように機能を果たしていくのか議論していただきたいと思っております。

青山委員： 今の急性期の問題に関連するのですけれども、17ページの方に、病床機能報告については、高度急性期機能、急性期機能の数値化とありますね。これは何を基本とした数値化なのでしょうか。これは先ほど出た疾病3事業に対しての数値化でしょうか。これは何をもっての数値化でしょうか。

事務局（河合課長）： これは病床機能報告で色々な診療実績、施設設備のデータを出していただく訳でございますけれども、その中で急性期機能というものを見ていく時に必要な項目というものを抽出して、それに基づいて急性期機能を果たせるものについて、数値化してどれくらい急性期機能を果たしているのか、一定程度見える化をしていこうと、そういうものです。

青山委員： その数値化する項目というのは、見える化になってご報告されるのですよね。

事務局（河合課長）： 病床機能報告で色々な項目がございますので、その中で急性期機能を果たしていると思われる項目について、選び出してきて、数値化を考えたいというところがございます。

青山委員： この数値化をした時に、その数値化された結果をどのように反映されるのですか。この病床機能の中での反映というのは。例えば、高度急性期ですね、急性期ですね、慢性期ですねといった形のところは、どのように反映されるのですか。

事務局（河合課長）： 基本的に慢性期については、データがなくて、それぞれの病院でもっておられる高度急性期機能、急性期機能というのをデータの中から、得られ

るようにしていったら、数値化をしていくということを考えているということです。

青山委員： 急性期というのは、ものの考え方が色々あるのでしょうかけれども、疾病によって違いますけれども、基礎的疾患をもって急性増悪しても急性期に入りますし、何も疾患のない者が突然、例えば、先ほどから出ている肺炎みたいなものも急性期に入る訳ですけれども、自ずと違いますよね。そのような形の数値化をどうやって、反映させるのか。医療資源を大量に投入すると数値があがるのか、それとも平均在院日数自身が問題になっていくのか、まあその辺なんですけれどね。ですから、疾患というものは、あくまでのやはり何も病気が無い方が突然脳卒中を起こしたということになれば、これは色々問題ですけれども、ほとんどの方が高齢者社会になればなるほど、基礎的疾患を持っている方で、急性増悪が非常に多いのですね。肺炎なんて正にそうですね。ほとんどが肺炎で亡くなられる、今、死因3位になっておりますけれども、これはほとんどが脳卒中を契機としての急性増悪、誤嚥性肺炎も反復されて亡くなれる方が非常に多いですね。8割くらいはそうだとされています。こういうことを考えれば、全然別の話になっていくのですけれども、この辺りの考え方はどういう考え方をもちでいられるのか、非常に不安なのです。ですからその辺はどうなのでしょうね。

事務局（河合課長）： 急性期機能を病床機能報告でどういった形で、より分かりやすい形にしていくのかについて、また、病院の関係者の方と十分に議論したいと思っております。

菊川委員： 私は今、病院でないのですが、昔のことを思ったら、今超高齢社会ですので、高齢者の方が、虫垂炎で入院して、合併症を起こして、例えば肺炎起こすとか色々なことも時々あると思うのです。こういうような場合に、途中で動かす訳には行かないし、最初は軽傷であったとしても、途中から高度急性期になる可能性もあるし、はらんでいる訳です。1年単位で毎年報告することになる訳ですか。実績というのは、それから病棟単位と聞いているのですが、これはまだこれからの話なのですか。例えば、一番最初に塩見委員が聞かれたように、非常に病床の少ないところで、そういう患者が出たときに、10キロ、20キロ離れたところに、それはどういうイメージかわからないのですが、どうなるのかなと思わせてね。

事務局（河合課長）： 4つの機能毎の報告のことでしょうか。

菊川委員： 急性期の病床が少ないところで、最初、軽傷だと思って入院して、治療していく内に重症になった患者さんとかね、そういう場合は移ることができるのですかね。

事務局（河合課長）： 基本的にその病棟がどういう役割を担っているのかを報告いただいているのですけれども、一般的には急性機能と報告されている病棟の中でも、回復期の方は実際はいくらかは入っておられると思います。完全に4つの機能毎の病棟があつて、急性期機能にしたら、急性期の患者さんが100%、その方が急性期を脱して回復期になったら、回復期病棟に移ってもらうとかを強制している制度ではないのですけれども。

菊川委員： 最初、大した病気でないのに入院して、非常に重症になって、そういうことも今のシステムで解決できるかということなのですから。

事務局（河合課長）： この報告というのは、それぞれの病棟が主として担っていただいている機能は何かというのを報告していただいていますので、今、菊川委員におっしゃっていただいたケースで、何か他の病院に変わらないといけないとか、そういうものをこの地域医療構想の病床機能報告の中でしようとしている訳ではなく、それぞれの病棟の機能としてどういうものを担っているのかということをもっと明らかにしておかないといけないということです。

塩見委員代理： 今、河合課長は、病床機能とおっしゃったが、医療法では病棟機能と書いてあるのですね。そこで機能報告を求めると病院は、病棟毎の機能報告だと解釈しますので、奈良県でこういうデータをとる時にはですね、やはり、今おっしゃったようにですね、病床機能報告という形でですね、病床数でカウントしてもらった方が良いのではないかなと思います。

事務局（河合課長）： また正確には確認いたしますけれども、多分病棟毎の病床機能報告だと思います。

塩見委員： 法律的にはそうならなかったと思いますけどね。病棟毎の報告だったと思います。

事務局（河合課長）： ちょっとまた確認しておきます。

平井委員： 先にちょっとお尋ねしたいのですが、1 つは今回、2013 年度の実績が出ていますが、今後、2014 年、15 年というようなデータは公表されるのかというの、2013 年度ですと 3 年経っていますので、ひょっとすれば、これがどういう方向に動いているかというのを、これは非常に参考になると思うのですが、今後そういうデータというのを公表していただけるのかというのがまず 1 点とですね、それから、少し話はそれますが、資料 4 の委員の主な意見のところの 12 番目のところで、自己完結という言葉がありますが、これは二次医療圏での自己完結という意味に解して良いかという 2 点です。

事務局（河合課長）： まず 1 点目の医療需要の話ですが、今 2013 年をお示しさせていただいておりますが、実はこの医療需要を推計するのは、県では實際上、もっておらず、これをどうやって出しているかといいますと、厚生労働省からデータを頂いて、今回整理してお示しています。おっしゃったように我々としても、2014、15 と毎年このデータをフォローしていきたいということを厚生労働省に強く要望しておるところです。ただ、明確にはまだ、毎年必ず出しますよという答えを実はまだいただいておりません。ただ、奈良県では先ほどの骨子のところで最後のページ、資料 2 の 24 ページのところですが、第 6 章の 1 の②のところ、レセプトデータを用いて医療需要の分析をしたいと思っています。ここでいうレセプトデータというのは、市町村の協力を得てですね、現在、協力を得て今ももらっているのですが、市町村国保と後期高齢者のデータをもらって、データをフォローしていきたいと思っております。今後の高齢者の方の医療の需要動向というのはやはり一番大きなテーマになってくるかなと思っております、そこところは、市町村国保と後期であれば、県内の割と広い範囲をカバーして動向を見ていけると思いますけれども、こういった明確な医療需要の何人日というこういう数字を出そうとしても、そのデータが入手できませんので、その部分については、国に今お願いしておるところでございます。あと、今日穴吹委員がお見えになっておりますけれども、協会けんぽの方でも、この辺りについてご協力をいただけると西和の構想区域の会議の中でお話いただいたので、協会けんぽさんでも 40 万人ほどおられるので、国保で 30 万、後期で 15、6 万だったと思いますけれども、かなりの方のデータが入ってくると思っています。以上が 1 点目のお話です。

もう 1 点、慢性期と回復期の自己完結率が低いというところですが、おっしゃったとおり医療圏毎の自己完結ということで、医療圏内での自己完結が実は低いんじゃないかという指摘を受けて、その自己完結を目指すべきだという意味でございます。

平井委員： 関連でですが、自己完結率が低いというのは何かデータがあったのですが。

事務局（奥地域医療連携課医療企画係長）： データ集の7ページと8ページをご覧いただきたいと思います。資料4の12番、回復期と慢性期のことでご意見いただいております。特に8ページの方を見て頂きますと、左側が患者住所地で、例えば奈良医療圏に住んでおられる方が、慢性期機能で奈良医療圏内で受療されている方が60%、その右斜め下を見て頂きますと東和医療圏にお住まいの方で47%、西和医療圏の方であれば60%、中和医医療圏の方であれば58%ということで、ほぼ在宅時々入院という医療というのは自己完結した方が良いということで、この数字が少し低いということをご指摘いただいた内容となっております。

山田議長： 先ほどのデータベースのところで保険者協議会の方で何かございますでしょうか。

穴吹委員： 保険者協議会を代表しまして協会けんぽ奈良支部から参りました。今回、資料2のお話の中で、最後のページで、先ほど課長がおっしゃったようにですね、24ページの第6章1の②でレセプトデータなどを用いた医療需要の動向を調査・分析することによりといったところで、私どものデータにつきましては先般奈良県さんの方と協議をいたしまして、奈良県さんに今、分析を依頼されてらっしゃる研究グループの方がいらっしゃいますので、そちらと来年度から協力させていただいて、奈良県全体、私ども40万人の加入者がいらっしゃいますので、そのデータの分析をご協力させていただきたい、そんなことを思っております。

ついでにですが、24ページの上の方には、予防医療、健康増進への取組との記載がございます。先程来からみなさまのご議論の中で、最終的には在宅医療のことになってくると思うのです。私どもは現役世代の方々がお入りの保険者になります。健康に現役世代を過ごせば、老後健康な体を維持できるだろうと健康増進に取り組んでおります。ここには、要介護とならないための予防と機能回復の取組の推進ということで、県の基本計画に基づいて、私どもも協力体制を敷かせていただいて、県と一緒に健康長寿日本一を目指しているところでございます。以上でございます。

塩見委員代理： 病床のことについて、ちょっとお尋ねしますが、14ページのこのグラフで一番右がこのグラフ13,697となっている訳ですが、19ページの下グラフ

フですね、在宅医療にかかる分ですね、要するに療養病床の医療区分Ⅰの70%、一般病床で175点未満の人が、この2段グラフの上の部分ですね、このオレンジ色の部分5,156と書かれている訳ですが、14ページの一番右の棒グラフを見てですね、この5,156人は、現在の病床の中で慢性期の中に含まれていると考えて良いのでしょうか。

事務局（河合課長）： 一般病床の方がおられますので、それについては急性期や回復期に入っているのだらうと思いますけれども。

塩見委員代理： いずれにしても5,156人の方は入院されておりますよね。

事務局（河合課長）： ただこの中には老健施設に入っておられる方もいらっしゃいますので。

塩見委員代理： それとの区別が分かりにくいのですが、この13,697床の中にいくらか、多分かなりの数になると思うのですが、この5,156人の方が含まれているのですね。

事務局（河合課長）： 入っているということです。

塩見委員代理： そうするとその方々を除いた現在の病床数というのはわかりますか。

事務局（河合課長）： そこはこの医療区分Ⅰが何人とか175点未満は何人とかの個別のデータがありませんので、何人かということとは出てないです。

塩見委員代理： ということは、13,697床あって、将来的にこの方々を在宅で診ようとなれば、現在の病床がそのまま減ってしまう訳ですかね。その方々を除外した病床というのは13,697床ではないという訳ですよ。

事務局（河合課長）： その方々を在宅にいつていただいたと仮定したのが、この一番左の数字になってるんだという理解ですけれども。それと病床稼働率の問題と2つの要因があると思います。

塩見委員代理： 正しくはそうだということではありませんよね。

事務局（河合課長）： 病床稼働率と先ほどの一般病床と療養病床の一部の方の在宅への変

更という形でこの差が出てきているという理解でございます。

塩見委員代理： この点数の低い方達が在宅にいけば、13,697 は必然的に相当数減る訳ですよね。

事務局（河合課長）： 在宅医療にきちっと移っていただいて、それを受ける体制が出来れば、11,184 床で 2013 年の医療需要は提供できるという推計になっているということです。

塩見委員代理： ということは、その方々に在宅にいていただければ、病床が足りなくなる訳ですね。2025 年には。

事務局（河合課長）： その方々が在宅に移行できなければ、13,063 床では足りないということです。

塩見委員代理： 在宅へ移行できれば。

事務局（河合課長）： 在宅へ 13,063 床になりますけれども、移行、在宅の体制整備が整わなかったら、この 13,063 床では県内の医療需要は賅えないということです。

塩見委員代理： 2025 年に 13,063 床を目指すということではないのですね。

事務局（河合課長）： 目指すというのをどう理解するかが非常に難しいことではありますけれども、13,063 床というのは医療機能の高度急性期から慢性期までの医療分化が進んで効率的な医療提供体制が確保され、かつ在宅医療の体制整備ができて、在宅の方への移行が進めば、この 13,063 床で、将来、今見込んでいる医療需要を賅える数字になりますねというそういう数字だと理解しております。

塩見委員代理： ということは現在 13,697 床あったとすれば、その辺の転換も十分に進めば、現在の病床を減らすことだと、この 13,063 床に極めて近い数字になるということですね。

事務局（河合課長）： ちょっと理解が出来なかったですけども、現在の病床の分化連携を進めていただいて、在宅を整備すれば、将来の必要病床数もこの数字に近い数字になっていくということだと理解しております。

塩見委員代理： ほとんどの病院が病床を減らさずに現在の病床数を維持したまま、機能転換すれば、この 2025 年には、必要な病床になると。

事務局（河合課長）： ほとんどというのがどういうものかということですが、見ていただいた通り、約 14,000 床なのですけれども、1,000 床くらいの機能分化、連携の体制作りと、一定の数字の違いはありますけれども、慢性期機能をどうするのかという中で、1つ、新しい慢性期機能の施設類型への対応というものもこの 14,000 床の中では必要になってくるのかなと、そういったものも含めた中でこの 14,000 床から 13,000 床への対応可能になってくるだろうと理解しております。

塩見委員代理： 今、県内の各病院が自分のところでどれくらい病床を減らさないといけないか非常に皆様不安に感じている訳です。この数字を見たときにそれほど、大きく減らす必要はないという結論になるのかと思うのですが、どうでしょう。

事務局（河合課長）： 数字としてはこの数字です。基本的には来年度以降、それぞれの地域で、資料でお出ししておりますけれども、地域毎の医療需要の数字を見ていただいて、この医療需要を賄うにはどのような機能、連携を、それぞれの病院の役割を良くご議論頂いた上で、その結果として将来の、この 2025 年の病床数になってくるのかなということと考えております。

塩見委員代理： だから医師会としてはですね、あるいは病院協会もそうだと思いますが、傘下の病院の人達が、病床を減らすということを今、真剣に考えておられると思うのですね、むしろ減らすということよりも、機能転換を考えなさいという理解でよろしいですね。

事務局（河合課長）： そのように考えております。

塩見委員代理： 先ほど見た 19 ページのこのグラフですが、現在入院中のこの 5,156 人の方はですね、2025 年には 8,061 人という形で在宅で見ようと、そうなってくると、現在入院している方を差し引くと 3,000 人ほどの人が新たに在宅で出るということですね。

事務局（河合課長）： 薄いオレンジ色の部分はそういうことです。

塩見委員代理： それを診るための医療提供体制というのは、かなり困難だと思うのです

ね。在宅の患者さんが 3,000 人も増える訳ですから。その辺の手当というのは何かお考えなのでしょうか。

事務局（河合課長）： まさにそこが一番大きなテーマだということで、この地域医療構想の中で在宅医療をどう充実させていくのかというのが、医療提供体制とは別に大きな項目として取り上げさせていただいているところです。今でも既に、在宅医療というものをどうするのかということ由市町村、地元の医師会、あるいは介護、在宅医療というのは医療だけでは中々できませんので、訪問看護も然りですけれども、介護という問題がありますので、そういった連携体制というのをどうしていくのか、今、地域で話し合いが始まっております。県の保健所の方も入ったりしていますので、そういった市町村、地区医師会、地元の色々な介護関係者の連携体制の話し合いが今は非常に大事だということで、支援を行っていきたいと思っておりますし、県としては、そういった話し合いが進む地域でそれぞれどうやったら在宅医療というものを提供できるのかということを中心に大きなテーマとして考えておりますので、その話し合いについて、色々な支援が出来るように県としても、医療政策部だけでなく、地域包括ケアシステムは健康福祉部が所管していますので、そういった連携体制の中で重要課題として取り組んでいると。その中で、この 19 ページの上にあります健康長寿まちづくりというのをいくつかの、市、地域で、県も入った形で議論を進めているところがございますので、そういったモデル的な取組の結果、全县に広がるような、そういった取組をしていきたいと考えているところでございます。

塩見委員代理： まあ在宅が大事ということで、今から 10 年足らずの間に 3,000 人増えると、これはかなり大変なことだと思いますので、その辺りをしっかり支えていただければと思います。

菊川委員： 今の質問と関連するのですが、在宅医療について、よく NPO、ボランティアに活動してもらおうということでね、モデル地区なんかを色々見ますと、どこまで活動してもらっているのか、それは本当に機能しているのかどうか、その辺りはどうなのですかね。それはかなり順調にいつているのですかね。健康な老人に活動してもらおうという話が出ているのですけれども、その辺りの進捗率というのはどうなのですかね。この地域包括ケアの一番の大きな柱だと思うのですけれどもね。その辺り分かるのであれば、教えていただきたいのですけれども。

事務局（河合課長）： 高齢者の方に社会参加してもらおうのは、地域包括ケアシステムを進

めていく中での 1 つの取組として重要ですし、何よりも要介護にならない、病気にならないという、長野県では高齢者の就業人口が非常に多いので、医療費も少なくすみ、健康寿命も日本一だというデータもありますので、高齢者の社会参加というのは重要なテーマだと思っているのですけれども、具体的に今、何か成果として出ているのかといったデータ、活動実績のデータはちょっと今持ち合わせていないので、県としてあるかどうか分からないですが、また確認させていただきます。

砂川委員： 1 つは、結局前回の資料からどこが変わっているのかというのを掻い摘んで教えて頂きたいというのと、先ほどから議論になっている 14 ページの 2013 年度実績から 2025 年の必要病床数に至るまでの予想のロジックをもう一度分かりやすく説明していただきたい、まあ人口の変移の予想とベッド等になると思うのですが。

それからもう一点、4 月からの調整会議と今までの調整会議は多分性質が変わると思うのですが、その辺を少し教えて頂きたいと思います。

事務局（河合課長）： 前回、10 月に、主な考え方をお示しさせていただいたので、基本的にそれをベースに作っております。ただ、在宅医療の取組が大事だということで、そこら辺は詳しく記載させていただいて、どういった課題があるのかといったところは、ちょっと補足させていただいたかと思います。

医療連携区域の考え方も基本的には大きくは変わっていないと思っております。ただ、医療需要の考え方を少し変えました。医療需要の考え方というのを始めにお話させていただきましたように、前は患者住所地ベースで医療需要を考えたということです。それは、奈良県で住んでおられる方は奈良県で提供、100% 診るんだということで、数字をお示した訳でございますけれども、その際、少しお話をさせていただいたように、都道府県間の流入、流出については、国の法令の正常のルールとして、流入、流出の起こっている都道府県間で調整をなさいということになっております。それは前回もご説明させて頂いたかと思います。その協議を行った訳でございますけれども、その中で奈良県の場合は、大阪府と和歌山県については奈良県の方は出ていっており、京都府と三重県からは、奈良県の方に来られているという状況がありまして、それを踏まえて協議した結果、全国的にもそういう状況なのですけれども、それぞれ流入、流出があるという前提で、医療機関所在地ベースでの医療需要を算定しようと、全国的な大きな傾向がありますので、それに従って、近隣府県との協議が整っているという状況になりましたので、患者住所地ベースから医療機関所在地ベースで算定し直したということです。その背景にあるのは、直ちに今、

動向変化というのを基礎付けるデータがないということもあると思っております。その結果、奈良県では若干、医療需要が増えて、病床数も若干増えているという状況です。

2025年の医療需要をどうやって推計したのかということですが、人口構成の変化、人口の数の変化と構成の変化ですね、高齢者がどれだけ増えるのか、若年者がどれだけ減るのかということ踏まえて、それぞれの年齢階層の医療需要が2013年現在、どうなっているのかというものを踏まえて、それが同じ状態が続くということで、例えば、医療技術の向上とかによって変化はしてくるかとは思いますが、その辺のところは加味されておらずに、2013年の医療の状況がそのまま2025年に移ったら人口構成の変化によってどのように影響を受けるのかということで推計しているということです。

4月からの体制ですが、基本は、こういった形の構想区域ごとの調整会議をやっていくということは同じなのですが、より具体的な地域の関係者の方々のお話し合いということが重要となってきますので、その辺を見据えて構成メンバーとかの若干の見直しはひょっとしたら必要になってくるのかとは思っておりますが、基本は今のこの調整会議を引き続いて、今度はPDCAの中で、地元で、それぞれの構想区域の医療関係者等の方々のお話し合いをする場として、こういった形のを設けていきたいと思っております。

青山委員： 資料4の⑤についてなんですけれども、前回は病床機能報告を出させていただいたのですが、2回届出したのですが、1回目と2回目の整合性というのは、2回目は正しくなったのでしょうか。この辺は検討していただいたのでしょうか。

事務局（河合課長）： 2回目の病床機能報告はどうなっているのかということで、県の留意事項を出した効果があったのかということですが、病床機能報告はあの時に既に1回目分は既にさせていただいていたと思うのですが、あの留意事項を見ていただいて、再度修正が出来ますかというお話をさせていただいたと思いますが、まだ回収状況が完全でない状況なので、中々まだ反映されていないのかなと思っていて、再度、その辺の取組について、色々とお話し合いさせていただかないといけないのかなと思っております。

青山委員： もう一度、整合性の話をさせていただけるのですね。

事務局（河合課長）： 毎年度、報告はありますので、その辺も含めてこの調整会議の中でお話し合いさせていただかないといけないのかなと思います。国の方でも、病

床機能報告について、なるべく同じ医療を提供していたら同じ機能を報告してもらおうという形で制度の運用体制が見直されていますので、そういったものを提供しながら、取組を進めていただきたいと思います。

下垣委員： 在宅医療及び訪問看護がかなり重要となっていくのは、今まで私たち訪問看護の育成とか看護学校の学生が訪問看護ステーションに実習に行っているとか、現状はすごく分かってきていると思うのですが、ではこれから訪問看護のニーズはどのくらいの数がどの地域にいるのかというのは中々具体的には出ないのでしょうかね。そうしないと、目標設定を立てないと、復職支援研修等を実際にやっていますけれど、あなたの能力がこれからこんなに生かせるんだぞというのを指導、教育、研修の中に組み込んでいくには具体的な数が分かれば、指導、教育に生かせると思いますので、出来ればそういう数を教えていただければ嬉しいなと思います。

事務局（河合課長）： おっしゃるとおり、どれだけの訪問看護師さんが地域で必要になってくるのかというのは、この在宅を成功に導く上で、重要になってくると思います。どういったデータがあれば、そういったものが出せるのかというのは国でも議論されようとしておりますけれども、我々としてもそういうところを見ながら、数字的なものがある程度出せるものが出来ないか研究を進めていきたいと思えます。

山本委員： 現在でもそうですけれども、在宅の患者さまがたくさんおられて、歯科として出来ることはどうしても限られてくるのですけれども、歯科治療に関して在宅で行えることは、ご協力させていただけるように今後とも献身を積んで参りたいと思えますので、どうぞよろしくお願いいたします。

新居委員： 貴重なデータありがとうございました。データでもありますように、これからは在宅、地域包括ケアが非常に大きくなっていくというのは重々分かっているのですが、医師と同じように薬剤師も全国的な遍在があります。奈良県の場合、薬学部が存在しないということからも薬剤師が非常に不足した状況になっております。そんな中で、今日もありましたが、夜勤専属看護師という言葉が出てきていますが、医療従事者の健康ということにもご配慮いただいて、持続出来るようなケアの方も県の方からは是非お願いしたいと思えます。

塩見委員代理： 4月以降、地域医療構想が出来てからも、この調整会議、まあ構成は変えるというお話でしたけれども、当然続いていくものだろうと理解しております。

すが、一方ですね、地域医療連携推進法人がやがて間もなく出来るだろうと。昨年の9月に医療法改正がありましたので、そこから1、2年先にそういったものを目指すという話が出ておりますので、その地域医療連携推進法人とですね、この調整会議の位置関係といいますかね、そういったものはどう理解しておられますかね。ほぼ同じような議論がそこでも行われるはずなのですが。

事務局（渡辺部長）： 地域医療連携法人について、地域医療構想の各構想区域において、例えば、その連携法人を作ろう、作った方が良いんじゃないかということがあれば、私たちの方にも情報共有して頂きたいと考えておりますが、まだ県内で連携法人を作ろうとか、作った方が良くという議論がなされていると聞いたことはないのですけれども、いかがでしょうか。

塩見委員代理： 私に聞かれても困るのですが、今のところないとは思いますが、ただ法的に決定していることですので、おそらく近々にそういう動きは出てくるだろうと思っていますし、その法人の理事長は知事が任命するという話になっていきますので、どちらも県の考え方といいますか、構想がかなり色濃く反映されるものだろうと思っている訳ではありますが、その協議の内容はほぼ同じような内容になるだろうと思っているのですが、そうすると法人の方はそこへ参加する医療機関と参加しない医療機関が出てきて区別されると思うのですが、そこでの議論の決め方ですね、医療機能とか、そういう話もあるし、一方で調整会議でもそういう話をされる訳ですし、果たして将来的にどういう風になっていくのかなと、かなり不安はあるのですが、今のところ、まだそういう話は聞いておられませんか。

事務局（渡辺部長）： あくまで地域医療の実情に応じた取組というのを私達はいかに後押し、サポートできるかというところが基本姿勢だと考えております。連携法人の方は、多分岡山が一番進んでいると聞いておりますけれども、あれもまだ中々。

塩見委員代理： 岡山大学を中心とした関連の機関のみなので、割にやりやすいと思いますが、法律で決まっている法人というのはそういったものではないので、それぞれの病院でやはり利害関係が生じるのかなと思いますよね。

事務局（渡辺部長）： 割にやりやすいとおっしゃっている岡山でもですね、言われているほどやりやすくなさそうで、ただ県内では医療機能の分化、連携を進める中で、せっかく出来た制度ですので、良いように活用できるのであれば、また先生方とご相談しながら進めていきたいと思っておりますが、私達は今、積極的にこ

の辺りで連携組んでいただくというのは全く白紙でございます。

古家委員： 奈良医大も中和に入っていますが、資料4にあるように、医大のあり方というか役割としてどこで線を引くかとありますが、線は引けないと思うのですね。大学としても高度急性期が中心ですけれども、急性期も回復期も受けておられる中々頭で思うようなことは出来ないと思いますね。大学としては、やはり急性期等を中心にやっていきますけれども、回復期の病院に移って頂くにも、患者さんの協力というのは、是非県が中心となってしていただきたいと。患者さんだけでなく家族、県民の協力というのが、救急医療にしても何でもかんでも救急車を呼べば良いというものではないと、そうではなくて、県民も考えて病院を受診すると。医師もこういう病院の役割というのをある程度理解して、患者さんを転送するなり、そういうことを考えるという意味でもやはり、皆がこの25年に向けて、考える、考えて自分たちがどういうことをすれば良いかということを経験するということではないですけれども、そういう機会を是非、県が中心となって作っていただきたいと思います。大学としては、やはり県の最後の砦としての役割というのを充分認識しておりますので、病院と一緒にやっていきたいと思います。

山田議長： 大変貴重な意見を頂いたことに感謝申し上げます。この19ページのところが議論の中心となっていましたけれども、在宅医療が今後いかに進むか、地域包括ケアシステムが地域で一新されるか如何によってはこの計画が変わっていくように思いますし、また入院医療、医療でみるのか、介護でみるのかその辺のところにも影響が出るのかと思います。

もう一つ、急性期医療というのは、多様な状態があると知らせて頂きました。中々その区分が分けにくいのではないかとということをご意見でいただきましたが、ミクロの議論とマクロの議論が少し交錯していたような感じがいたしましたけれども、ミクロの議論では、かかりつけ病院、中小の病院でも急性期を担っておられるところもある訳ですから、そういった議論とマクロのSCRの病床数というのは少し違うのではないかなという風に思いました。いずれにいたしましても、人口の推移というのは、確実に減少の方向に向かう訳でありまして、高齢者が増えてきて高齢化が進んでいくことは確実なことですので、それに合わせて病院も変わっていかないといけないし、地域も変わっていかないといけない、そういうことでないかと思っております。

本日は大変貴重な意見を頂きましたことにお礼を申し上げますし、また先ほど事務局の説明がありましたように、他に意見がございましたら意見照会の様式にご記載いただきまして、送付いただければと思います。

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回中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。