

### 第3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3月17日（木）

17時～19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3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、奈良県薬剤師会理事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」）： 皆様こんばんは。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まして誠にありがとうございます。今日は午前中に南和構想区域での調整会議、先ほど中和構想区域での調整会議行わせていただきました。今日は今から東和構想区域での調整会議ということでございます。前回第2回目の調整会議をさせていただきましたが、その後、パブリックコメントや関係団体等からご意見をいただきましたので、いただいたご意見を反映させていただいたものを、お手元の資料1 地域医療構想の案としてご準備いたしております。資料4にございます県民アンケートもさせていただきます。地域医療構想の中ではご案内のとおり、医療機能の分化連携をどのように進めるか、それから在宅医療の充実をどうしていくか、地域包括ケアをいかに構築していくか、そういったところが柱になるかと考えております。折角、東和構想区域のキーパーソンとなる委員のみなさまに集まっておりますので、地域の実情を踏まえ、今後この東和地域の地域包括ケアをどのような取組を進めていくのか、どういったことを県には期待しているか等、忌憚のない意見を頂戴しましたら幸いに存じます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

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します。次第、委員名簿、配席図の3枚綴じ、資料1 奈良県地域医療構想（案）について、附属資料地域医療構想策定に係る奈良県データ集、資料2 奈良県地域医療構想（素案）からの主な変更点について、資料3 奈良県地域医療構想（素案）に対するご意見、資料4 奈良県地域医療構想策定にかかる県民アンケート

調査、資料5第2回東和保健医療圏地域医療構想調整会議における主な意見、資料6平成27年度病床機能報告制度による報告状況について(中間報告)、資料7平成28年度奈良県計画地域医療介護総合確保基金予定事業についてです。資料は、お手元にありますか。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、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」): 中和保健所の山田です。僭越でございますが、議事を進めさせていただきます。それでは、さっそく議事に入っていきたいと思っております。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: ありがとうございます。今回も非常に膨大な資料の説明でございました。一点目は、前回お示した構想案について、パブコメ、関係団体等からの意見を受けて内容を修正したこと。それから、新たに2月に実施しました県民アンケート調査結果を初めてお示しいただきました。資料6では平成27年度病床機能報告の中間結果、資料7では基金事業についてのご説明がありました。

それでは引き続きまして(2)の意見交換に入らせていただきたいと思います。ただ今説明のありました資料に対するご質問、あるいは地域医療構想策定にあたっての課題や方向性、施策について漏れ落ちがないかどうかを含めてご意見をいただきたいと思います。よろしくをお願いいたします。

原委員: 一番大きい問題としまして、この地域医療構想で検討されている病床数であるとか、機能分化について、もう少しこの構想に追記して欲しいと思っております。昨年の6月18日に、厚労省の地域医療計画課長から、都道府県に出された文書がありますが、この時、問題になったのが、必要病床数の試算値、これは以前にも県からご答弁があったと思うのですが、この数値は厚労省が決めたもので修正はできないものだと。厚労省の文書の中では、県は病床を何床減らすか

というようなことになってはいけないと、各都道府県に通知していますね。今回の推計値というのは、参考値という位置づけだと思うのですね。この医療法改正で、知事がどのような権限を持っているかということもあった訳ですが、不足している病床機能の充実を求めるということであって、稼働している病床を削減するような権限はないのだということが書いてあるのですね。大事なことは各都道府県において、すごく事情が違うということも、国も考えているだろうと思いますが、そのことを話し合うことが大事だと思うのですね。今回のこの地域医療構想も、前回のことやパブリックコメントを踏まえて修正していただいていると思うのですが、前回も意見を出させていただいたと思うのですが、今回でこの数字を決定してしまうということではなくて、今後検討していくものと、厚労省の文書にありますように、病床を削減するものではないと明記していただく必要があるんじゃないかなと思うのですが、いかがでしょうか。

事務局（河合課長）： 原委員の質問に対しては、資料をお示しして説明をさせていただきましたと思っています。奈良県は、何床減らさないといけないと誤った理解にならないように、今まで随分説明させていただいて、何がこの地域医療構想の課題として我々が取り組むのかということ、何回も申し上げていますように、医療需要が高齢化で増えるんだ、かたやそれを支えていける現役世代の医療従事者が減ってくる中で、どうしたら質を確保したまま効率的に医療を提供できるかという課題に取り組まないといけない、一つは病床機能の分化連携、一つは在宅の充実ということ、頑張っって皆様と考えていきたいと思います。我が県は何床削減しなければならないという厚労省の見解に、一度も異議を唱えたことはございませんので、是非その辺は安心していただいて、今日はですね、この東和地域でどうやったたら病床機能の分化連携が進むのか、この東和地域の実態をみていただいて、現場をよくご存じだと思いますのでどういったことをすれば、団塊の世代が後期高齢をなられる時代を迎えられるのか、について是非課題出しをしていただきたいと思っています。

この議論については、ここに書いてあるとおりだということでございます。病床削減しなければいけないということ一度も申したことはないということでございます。ここに書いてあることは正しいと。ただ一点、参考値の考え方は少し違うということ、一回目くらいの会議で説明させていただいたと思いますので、東和構想区域の2025年の医療需要をちゃんと引き受けていただける医療機関の皆様方のお取組について、是非、議論していただきたいという思いでございます。

原委員： 色々考慮していただいていると思いますが、この地域医療構想はこれから  
立ち立っていくんだらうと思えますね。そのようなことを踏まえて、今後2  
8年度以降、調整会議をしていく、この地域医療構想の中に、地域医療構想は  
こうなんだということをもっと明確に書いていかないと、本来思っている趣旨  
とはずれてくる、そういう意味で、厚労省の文書にあるような文言を一言入れ  
ていただくことが必要じゃないかなとお話しているのです。先ほどの資料4で  
県民アンケートについて報告いただいたのですが、この結果をどう解釈するの  
かは、前から見るか、後ろから見るかで変わってくると思うのですが、  
聞いたことがある、内容も知っている聞いたことがあるが内容は知らないとい  
う方が40%くらいとおっしゃったのですが、全く知らない、初めて聞いた  
という方が60%いらっしゃるのですよね。私自身、医師会の方で、県民の方  
に色々地域包括ケアシステムのお話をしているのですが、この地域包  
括ケアシステムにしても中々浸透していない、この地域医療構想は本当に知ら  
ないと思うのですね。知らなくて、あと何年かすると入院していたおじいちゃ  
ん、おばあちゃんが家に帰りやと言われた、何でかとなると、この奈良県の地  
域医療構想で在宅に行くことになったんだと、決まったんだということを後にな  
って知ることになるのはやはり問題だと思います。今後のことも考えまして、  
しつこいようですが、この地域医療構想の中に、厚労省から都道府県あてに出  
している文章のような趣旨を書いておくことが大事だと思いますがいかがでし  
ょうか。

事務局（渡辺部長）： そのような趣旨を踏まえて作成したのが、この奈良県地域医療構  
想案でございます。

原委員： それは何回もお聞きしているのですが、この中に文言といいますか考えを入  
れていただくことが必要だと思います。

事務局（河合課長）： この構想の中に、病床の削減という記載はしておりません  
でして、例えば1ページをご覧くださいと、策定の目的ということで書かして頂い  
ている部分が、この構想で必要なこととございます。この中に、今後出てくる  
必要病床数に応じて、今ある病床を減らしていくと書いている部分は全然ござ  
いませんでして、三つの目標を掲げさせていただいております。一つは高齢化  
社会に対応した医療提供体制を作っていくんだと、一つは医療だけでなく、介  
護、生活支援と融合していく必要があるんだ、一つは医療費の適正化が必要と  
なってくるので、それと一体的に取り組んでいくんだという三つの目標を掲げ

させていただきます。これがこの構想の目的でありまして、原委員のおっしゃっている趣旨は十分ここに記載されているというのが我々の理解でございます。

原委員：　　ということは数字をフィックスすることはないのですね。

事務局（河合課長）：　医療機能の分化連携と在宅医療を進めていけば、将来の医療需要を賄うためにはこのくらいの病床数があるであろうと、そういうものが必要病床数の理解でございます。

山田議長：　よろしいでしょうか。同じことを両者が言っておられる訳ですけども、前回の会議でも言っておりましたが、10年後のマーケティング調査を今推計してやっていると、10年後こうなりますよということをお示ししている訳でありまして、これについて、各医療機関なり関係者で議論を深めていただいて、収斂という言葉がありました。ある数字に集約していくことを求めている訳でございます。何もデータありきということではないのだろうと。しかし、それを目指して取り組むことには変わりはないのだろうと思っております。ただ病院さんの不安というのはかなりあるかと思しますので、払拭していかないといけないと思います。

他にございますでしょうか。

今川委員：　病院協会の今川です。基本的なことをお伺いするのですが、この奈良県地域医療構想というのは、従来作っておられた奈良県保健医療計画に取って代わるものなのでしょうか。

事務局（河合課長）：　この地域医療構想は、保健医療計画の記載内容の一部ということで、今この構想は独立して作っておりますけれども、平成30年度に保健医療計画を見直す際には、この構想を溶け込ました形の保健医療計画を策定するというので、国の方で今、どうしたら上手く溶け込ますことができるのかということを検討されていると伺っております。

今川委員：　この地域医療構想は保健医療計画の医療、介護の部分のフレームワークとなると理解してよろしいでしょうか。

事務局（河合課長）：　地域医療構想と保健医療計画は、主に医療のフレームワークで、

介護は介護の計画がございますので、それを30年度に整合性をもって策定できるように同時に見直す取組の中で、一本の計画にできるかということは非常に大きな課題ですけれども、一体的な計画となるような取組を進めさせていただきたいと。

今川委員： 8ページの今後増加が見込まれる疾病への対応というところで、前回も話題になったのですが、認知症という記載がないのですが、これは意識的に抜かれたということでしょうか。

事務局（河合課長）： ここで認知症を抜いておりますのは、前回お話をさせていただいたように、精神の病床がこの地域医療構想では対象になっていないということがあるのですけれども、例えば、在宅における認知症患者の方の問題であるとか、精神科の医療で在宅をどう進めていくのかについては一つポイントがあると思っております。そこについては、103ページの⑤、精神科医療との連携というところで、精神障害者の地域移行でありますとか、認知症の方が住み慣れた地域で医療、介護を受けられる体制の構築という形で記載しております。

今川委員： 前回お話があった時に、認知症は、精神科だけではなくて、在宅の医師や看護師も大いに関与しなければいけないという意見が出たと思うのですよ。そういう意味で、ここに記載が抜けるというのは少しお考えいただきたいなと思います。

事務局（河合課長）： 103ページ以外にも記載がありますが、それにプラスして8ページにも記載するというのでしょうか。

今川委員： 103ページは精神科等との関係が主になっていると思うのですが、一般のかかりつけ医さんも認知症との関わり合いが当然増えてまいりますので、そういう視点もいるんじゃないかなと思いましたので、意見として述べさせていただきました。

それから9ページの医療従事者の働き方改革の必要性というところで、下から3行目に、医療従事者の確保が重要な課題となっておりますとの記載がありますが、これは県の方も積極的に育成という言葉を入れていただきたいと考えております。最後の方に育成という言葉がありますけれども、ここのトップページに育成という言葉も付け加えていただければと思います。訪問看護ステーションのナースの育成や、ケアマネの育成が重要になってきますので、確保という言葉だけでなく、育成という言葉も付け加えればどうかと感じました。

それともう一点、11ページの奈良県の保健医療圏の現状と課題というところで、この地域医療構想そのものの区割りというのが、二次保健医療圏でやるというのが決まっている訳でありますけれども、ここの説明が少し必要なんじゃないかと思いましたので、意見として申し上げたいと思います。2025年にはこの区割りというものは変わらないということでございますけれども、当初のこの地域医療構想では、この二次保健医療圏の区割りというものも将来的には変わる可能性があるという意見があったと思いますので、こういう風にやっているんだという説明があればより親切かと思えます。以上でございます。

事務局（河合課長）： 認知症と育成については文言を検討させていただきます。保健医療圏はどういう趣旨がもう一度ご説明いただければ有り難いのですが。

今川委員： 渡辺部長さんが一番詳しいと思いますけれども、この構想区域について、区分けを二次保健医療圏にこだわりなくやろうという意見が出ていたとお聞きしておりましたが、当面二次保健医療圏の区割りでいくと決まったということなので、この地域医療構想は二次保健医療圏で区割りをしていると説明があった方がより親切なんじゃないかと意見を述べさせていただきました。

事務局（河合課長）： その辺りは37ページで、五つの医療圏ですけれども、色々な機能でありますとか、疾病に応じて、構想区域をまたがる連携が必要である、医療連携区域というものを考えていまいしょうと記載をさせていただいております。

今川委員： 医療連携区域の考え方は書いてあるのですが、それ以外が少し分かりにくいと思ひ意見させていただきました。

山田議長： ありがとうございます。それでは、他にございますでしょうか。

竹内委員： 宇陀市長、竹内でございます。東和医療圏は、ベッド数も多いというご意見も出ておりますし、また医師数も県平均を上回っておるという数字が出ているのですけれども、東和医療圏の宇陀地域を特定して見れば、医師数は非常に少ないですね。仲川院長の数字を出ささせていただきますと、人口10万人あたり143人でして、開業医も少なく、内科医を見ますと平均年齢が73歳という数値が出ておりますので、一概に東和医療圏という括りではなしにですね、距離的な問題もありますし、中山間地域には中山間地域の特性をですね、前回申し上げたのですが、ビジネスとして考えるのであれば、ビジネスとして成り立

たない地域でございますので、そのことを勘案していただいて、医師派遣制度も十分に考慮していただきたいと思っております。環境が大きく変わってまいりますので、それと一次医療、二次医療、三次医療という大きな区割りをですね、棲み分けというのですかね、それを考えていただいて、東和医療圏の中でも平坦地といわれるようなところはビジネスとしてある程度棲み分けができると思うのですけれども、中山間地域では、開業医の方がこれから非常に少なくなると思います。10年後になれば、いなくなるのではないかなど。それを公的な病院が担わなければいけないということですので、その負担というのは大変大きなものがあるかと思っております。金銭的なものも含めて、医師自身に負担がかかってまいりますので、本当に厳しい環境になると思っておりますので、その点よりしくお願い申し上げたいと思っております。

仲川委員： 今、竹内市長がおっしゃられたように、この東和医療圏の中に宇陀市立病院はもちろんあるのですけれども、置かれた状況が南和のような状況があると思うのです。そこで、15ページの医療提供体制の動向にありますように、東和では医療従事者が多いのだとか、医療提供体制は今後も大きな変化はないとの文言がありますが、開業医さんがどんどん減っていきますので、在宅医療や、良質な地域包括ケアシステムを維持していくには、やはり市立病院が充実していなくてはならないということで、パブリックコメントの方にもありますけれども、医師の偏在を解消していただいて、地域に必要な医師の提供体制を整えていただきたいなということです。

あと病院に地域医療部というのを作って、地域包括ケアシステムを充実させていきたいと考えております。

平野部の病院と宇陀市立病院は置かれた環境が違うので、その辺りをこの中に明記していただければと思うのですけれども。

事務局（河合課長）： 今、おっしゃっていただいた観点は我々も課題と思っております。最初のご説明で、東和の構想区域の医療機能の分化と連携の中で、宇陀市立病院の置かれている中山間の医療需要をどう担っていただけるのかという課題がありますよということで、例えばそういうことをテーマとして、この地域の課題の中で掲げてはどうでしょうかというお話をさせていただきました。

今、ご当事者の市長さんと病院長さんからそういうお話がございましたので、東和構想区域内の中で、実は医療環境が違う部分があって、その医療提供体制をどう整えていくのかという、入院期機能と在宅もどちらもそういう違いがあるという点を踏まえた課題があるというのを、ここに書かしていただければと思いました。



仲川委員： 是非、そのような一文を入れていただきたいとお願いします。

山田議長： 他にございますでしょうか。

藤井委員： 歯科医師会から色々な要望を出ささせていただきまして、素案と比べまして現在の案の中には歯科医師の役割といますか、務めるべき場所というものがいくらか記載されておると感じていまして、その改善については有り難く思っているところがございます。他の医療圏でも、色々な意見が出たと思うのですけれども、私が今、一番感じておりますのは、例えば44ページとか103ページの中のいわゆる人材、医療従事者の確保、養成という辺りに歯科衛生士の職名があまり出てきていませぬので、例えば44ページの③様々な医療従事者の確保、養成の中に理学療法士や作業療法士の職名が出てきているのですが、歯科衛生士という職名をご配慮いただければと思います。私達の現場におきましては、在宅介護とかの形になってきますと歯科衛生士さんの果たす役割が非常に大きいと思いますので、歯科医師だけでなく歯科衛生士さんの果たすべき役割を盛り込んでいただければと思います。

事務局（河合課長）： 歯科口腔ケアというのは、今後高齢者が増えていく中で非常に重要な取組であるという認識の下、入院と在宅での口腔ケア対策というのを追記させていただいたところがございます。今、ご提案あったことも含めて、今まで歯科医師会さんの方でお取組いただいている内容とかも少しご相談させていただきまして、どういったことをここに盛り込んでいくのか、少しお話しをさせていただければなと思っておりますので、よろしく願いいたします。

宮城委員： 14、15ページに書いてある中で、東和医療圏というのは高度急性期が自圏域内で74%が受療している、急性期も78%が受療している、かたや慢性期は47%と低いということです。この地区は、天理よろづ相談所病院や高井病院があり、他市からもどんどん入って、他市にどんどん出ていくのも多いと。慢性期は奈良医療圏から流入が少しありますけれども、自圏域の中で47%ということは、慢性期の方は外に出て行っている、自圏域の患者さんが外に出て行っているということの意味するのかなと思います。そうすると、我々も在宅を受ける場合、実は天理に住んでおられるのだけれども、天理市外の病院から色々在宅依頼がかかってくる。この地域の中で慢性期を受け入れる体制をどうすべきかということですね。これから進んでいくべき医師会と病院との連携には、地域の中でのICT化等によって情報は瞬時に分かりますが、他の地域か

らは、我々開業医に個別的に電話がかかってくる。病院側も大変だし、診療所側も突然の連絡で困ることがあります。そこで医師会の在宅依頼窓口を作ることにし、この3月からスタートしております。まだ軌道に乗るのは大変ですけども。この医療圏にはこのような特徴があり、その特徴は長年の間に築かれ、各病院は非常に重要なポジションとなっています。この中で病床数をどう動かしてどういう風にするかというのは非常に難しいことではあります。かといって、急性期を慢性期にボンと鞍替えできるかということ、そういうことも非常に難しいと思います。慢性期をどのように確保していくか、それによって安定した在宅が成り立つと思いますので、慢性期を受けるところをどうするのが大きな課題だと思っております。

それから、在宅に関する課題としては、これは以前も申しましたように、病院と診療所が一体となるシステムを作ることが絶対に必要だと思います。それは開業医の方が高齢化が進むことで、1人で24時間対応するのは非常に難しくなってきます。天理地区は5、6人のドクターで何とかやろうということで、県の交付金を受けて在宅医療体制整備をしました。そして、メーリングリストを作り、ICTを入れてやり始めました。そこで、主治医、副主治医体制をやる。、その中で天理よろず相談所病院から帰ってきた人は世話取りセンターが副主治医となる。診療所と病院の二人副主治医体制で、ほとんど出番があるか分かりませんが、安心できる体制を作ることを決めてきました。要は開業医が在宅をやるためには、誰かとつながっていくシステムをどうしても作っていく必要があると思います。ドクターを増やしていくということは非常に難しくなってきますので、今、その方向で在宅医療を充実させるために取り組んでおります。

もう一つは、この前、東和地区の先生と桜井地区の先生と私とで東和医療圏で在宅をやっている先生で、一度顔合わせをしないかという話し合いを持ちました。それは、開業医が在宅をやるのに少しでも、東和医療圏の中で何か関係作りができないかということで、まあ集まるのは5、6人になろうかと思えますけれども、計画しています。在宅をやっているドクターだけが頑張っては絶対に駄目で、ちょっとしかやらない人をどう一緒に見ていくかということが大事です。東和医療圏として在宅を考えていく必要があるのかなと今、思っております。それは、現実に在宅をやっている医師が、ちょっとでもつながっていく体制がとれるかどうかということだと思います。

もう一つは在宅医療の推進には病院側の皮膚科や泌尿器科という専門科の協力体制を取らないといけないと考えています。私達がこれは疥癬なのか、何なのかということで皮膚科の先生に診てもらいたいと思えますけれども、皮膚科の先生に出てきてもらうのは、忙しいので中々難しい。一つは病院側との協力体制をつくる必要があると思っております。今、それば天理市内でいいますと、

天理よろづ相談所病院や高井病院になると思います。奈良東病院については、例えば、誤嚥性肺炎で入退院を繰り返す患者さんは、急性期病院にいてもあまりやることはないのですね、もう4回くらい入退院治療した患者さんに関しては、奈良東病院さんの方に登録することによって、そこで入退院する体制も今できました。それをちゃんとご家族が納得した上でやってもらうのですが、病院の機能というものを、それぞれの役割を決めながら、各病院のポジションをもってもらうことも必要となってくるのかなと思います。それは今までは、我々が個人的に患者さんの容体によって、この人は天理よろづ相談所病院、この人は高井病院、この人は奈良東病院と、かつては天理市立病院と使い分けていたのですが、それを病院がこの患者さんを受けましょうという形で流れをスムーズに作っていくことも今後必要なのかなと思っています。

この特殊な医療圏をどのように作り上げていくか、今後の状況の変化で大きな変化はありませんと書いてありますが、何か大きな変化が起こってくんじゃないかという気はします。もうちょっと先を読んで、どのように変化していくべきなのかということをもう少し分析していかなければならないかなと思っています。以上です。

山田議長： ありがとうございます。他にどうでしょうか。

今川委員： 先ほど、主な疾患・事業ごとの医療連携区域というテーブルがございましたけれども、東和地区におきましては、心筋梗塞、脳卒中に関しましては、非常に上手く連携が進んでいると思います。ですから、この連携をもう少し密なものにすれば、もう少し収容時間とかは良くなるのではないかと思います。

もう一つ救急体制についてでございますけれども、桜井地区につきましても二次輪番制を行っているのですけれども、各病院のスタッフの関係で受入体制は脆弱であると言わざるを得ないという状況でございます。そこで、中和地域特に奈良医大を中心とする中和医療圏との連携というのを今後考えていかないと、病院スタッフの疲弊につながりますので、交通の便もよくなっていますので、もう少し範囲を広げた地域連携による二次救急輪番制というものを考えていく必要があるのではないかなと思っています。しかしながら、現在、中南和におきましては、奈良医大を中心としてERというものをスタートしておりますので、連携が進みつつあるということで、救急に関する連携は非常によくいっているのではなかろうかなと思いますが、もう少し柔軟な対応で体制を整えていきたいかなと思っています。

あと慢性期医療につきまして、先ほど宮城委員から発言がありましたけれども、東和地区におきましては、天理よろづ相談所病院或いは高井病院は域外か

らの患者さんが多いので、地元にお帰りなるということで、流出先は県下全域に及んでいるのはやむを得ないかなと思いますが、一つは急性期病院の在宅復帰率の問題がございますので、在宅復帰率の高い施設に送らないと在宅復帰に計算されないことも現実でございますので、県下におきまして在宅復帰率の高い施設に送っていくというのはやむを得ない現状ではなかろうかなと思います。桜井地区の取組といたしましては、先ほどモデル事業としてお話がありました退院を早期に支援するシステムを中和保健所と一緒に作りました。これを進めていくことによってよりスムーズに在宅移行が出来るのではなかろうかと思っています。

もう一つ申し上げたいのは、地域包括ケア病棟のことでございますけれども、東和地区は4病院が地域包括ケア病棟というものを運営しておりますので、これが多職種連携のモデルケースの場になるんだろうと思います。各市町村で多職種連携の取組を行っておりますが、病院の患者さんと地域を結ぶブリッジとなる役割が地域包括ケア病棟にはあると思いますので、この辺りの連携を、多職種連携のモデル事業として今まで以上に進めていきたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。なお、これは余談ですが、奈良県病院協会におきましても、地域包括ケア病棟連絡協議会というものをこの4月に立ち上げまして、17病院が地域包括ケア病棟を運営している訳でありますけれども、お互いに情報交換しながら連携を深めて、よりよい多職種連携という形が出来るようにして参りたいと思いますのでよろしくお願ひいたします。

山田議長： それでは太田先生いかがでしょうか。

太田委員： 東和地区は人口あたりの医師数が非常に多いというデータになっておりますが、それはうちの病院があるからだと思います。うちの病院だけで244名おりますので、それを踏まえると東和地区は決して医師数が多いとはいえないと思います。

私のところの病院は県下全域を対象に高度急性期、急性期の提供に務めてきましたし、今後もそれをやっていく予定をしておりますが、ただやはり高齢の方が多くなりますと、急性期が終わっても元気に帰られることはない訳でして、その時に、色々とお話が出ております地域の医療機関、病院も診療所の先生も含めて、その辺の連携を深めていかないといけないというのは考えておまして、宮城先生がおっしゃいましたが、当院の在宅医療と県、地区医師会との関係を深めておるところであります。

それから、たくさん医師はおるのですが、奈良出身の先生はほとんどおられなくて、初期研修医ですね、卒業後2年間の研修が必須となっておりますけれ

ども、これも全国から来られますので、奈良県で働く方は残念ながらおられませんし、その後の後期研修の先生も60名くらいおられますが、大学や全国から集まって来られますので、うちの病院では医師の育成に務めておりますけれども、初期研修、後期研修が終わった後、奈良で働いていただける先生はほとんどおられません。世話取りセンターで在宅医療をしたり、白川分院で回復期、リハビリ、療養病床をもっているのですが、こちらもやろうという先生が私どもの病院ではほとんどいない状況で、探し回ったり、退職された先生にお願いしている状況です。在宅世話取りセンターは在宅の研修施設になっているのですが、これまで来られて研修を終わられた先生はお一人で、この方は奈良で在宅専門として開業されておられますが、他の方はなかなか来られません。初期研修の応募をしますと、家庭医とか総合診療医を希望される方もいるのですが、率直に言いますとそういう先生よりは若手で成績が良い先生が多いものですから、なかなかそういう先生がうちに入ることは難しい状況です。今度、新専門医制度になりまして、総合医療センターの上田総長から、奈良で総合診療医を育てていかないといけないということで、それに参加の要請があり、参加しましたので、出来るだけ将来奈良県で診療されるような総合診療医の育成に協力していこうと考えております。以上でございます。

山田議長： ありがとうございます。それでは小野委員よろしいですか。

小野委員： 看護協会の方では、人材育成、医療従事者の確保というところが、大事なかなと思うのですが、来年度も訪問看護師の育成などを予定しておりますが、まだまだ看護学校、看護師養成の方では県外に出て行っている看護師も多くおられるとお聞きしておりますので、奈良県内で働いてもらえるようなシステムが何かあれば良いかなと思っています。実際に、私は病院で働いている者ですが、退職の時に必ず、離職しても奈良県内で必ず働いて欲しいと声をかけておりますので、出来るだけ奈良県で育てた看護師は奈良県で働いてもらうことが先決かなと思っているのと、あとは定年退職後の看護職の方をどのように活用していくのかというところで、看護師の中でも平均年齢がかなり上がってきていると思うのですが、定年退職後の人達を上手く働ける場があれば良いかなと思います。

それと施設から在宅に患者さんを帰した場合に、やはり介護職の方が一番大変じゃないかなと思うのですが、介護の方の人員確保もこれから問題になってくるのかなと思っています。

竹内委員： やはり負担と受益の話をもう少ししていただく必要があるんじゃないかなと

思います。災害の時に、自助、公助、共助という話があるのですけれども、健康に対する意識付けをこのような政策の中で話していただいて、医療そのものは何の為にあるのか、単に長生きするだけでなく、通常の生活をするための義務と責任があるというような表現が何かできないかなという話でございます。

今日、色々と話を聞かせてもらい、本当に県民にとって良い医療提供体制が整うと思うのですけれども、それに対する負担が奈良県民に耐えられるのかということですね。私ども行政の担当をさせていただいておりますが、宇陀市は国民健康保険もトップレベルに高い、介護保険料も一番高いということで、その負担に耐えられるのかという話でございまして、先ほど病院の話もさせていただいたのですが、病院も基準繰入の中で最大限出しており、相当金額が大きな負担になってきておりますので、その仕組みができるような体制に国を挙げてする必要があると思いますし、それも奈良県の医療体制の中で、持続できる医療体制ということで議論していただきたいと思います。

それと医療体制をいくら整えても、選択するのは県民であり、患者でありますので、その意識付けを何度もしていただいて、意識を高めることが制度設計に関しては一番重要なことだと思っておりますので、その点についてよろしく留意していただきますようお願いいたします。以上です。

山田議長： それでは穴吹委員。

穴吹委員： 今、市長から負担と受益のお話がありました。今回の案では、106ページに第6章といたしまして、予防医療と健康増進の取組というのを章立てしていただきました。先般もこちらの会議だったか忘れちゃったけれども、私共も保険者として、一番力を入れておりますのは、生活習慣病の予防でございます。奈良県はがんの割合も高い、或いは心疾患の割合も高いというのが私共のデータで出ております。生活習慣病を予防することによって、健康な方をどんどん次へバトンタッチ、私共の保険から次の国保へのバトンタッチ、それから国保から後期高齢への健康な方々のバトンタッチというものが出来てくるかと思っております。現役でお働きになっている方は、定年後はきっと国保の方にお入りになると思っております。今、非常に力を入れてましてデータヘルス計画というものを進めております。また、先ほどのご議論の中にも地域の実情という言葉が出てきております。現役世代の情報提供をさせていただいて、県全体の実情、或いはこの東和地域全体の実情をご覧頂きながら、より良い医療の提供体制、それから在宅医療の提供体制についてご議論いただけるエビデンスを提供することができるのかなと思っております。協会けんぽを含めまして保険者協議会では検診のデータ、医療の分析データ等を蓄えております。ご提供できますも

のはご提供させていただいて、ご議論の俎上に上げていただければと思っております。そのことを思いながら、今回この章立てで第6章が明記されたことは非常に大きな進歩かなと感じましたので、一言申し上げました。

山田議長： ありがとうございます。根津先生どうぞ。

根津委員： 東和地域の特徴だけではないかもしれませんが、先ほどからご意見を伺って、医療提供をする人材育成、人材配置ということは、従来へき地や中山間地域には手厚くということを考えていると思うのですが、やはり太田先生がおっしゃったように回復期、慢性期医療を担う人が少ないということであれば、そのようなところへの人材配置というのも今後考えていかななくてはならないのかなと考えた点の一つ。それから38ページの主な疾病、事業毎の医療連携区域という図があるのですけれども、二次医療圏、特にこの西和、東和、中和につきましては、病院ベースで作られている現状があると思うのです。これからこの主な疾病の中の半分くらいのウェイトを在宅医療が占めてくると思いますので、この西和、東和、中和につきましては、地区医師会単位の圏域が必要。保健所は元々地区医師会と連動して葛城保健所、桜井保健所、郡山保健所があって、先ほど宇陀市長さんがおっしゃられたように宇陀市は中山間として桜井保健所がみておられましたし、天理はまた別区域、医師会も違うということです。在宅医療に関しては、やはり地区医師会単位でみていく必要があって、県や保健所はそういった地区医師会の活動を全面的にバックアップしていく必要があるんじゃないかなと思っております。こういった調整会議で、病院ベースの二次医療圏と在宅医療のベースとなる地区医師会単位というものを上手く調整していくことが今後の課題なのかなと思いました。

山田議長： ありがとうございます。それではもう時間も迫ってきておりますが。原委員どうぞ。

原委員： 先ほど今川委員が認知症の話をされたのですが、認知症というのは精神科のことだけではなくて、一般の、要するに高齢者のベースの中に認知症があるということを理解していただくのが大事だと思います。私も認知症のことに関わっていますが、私は精神科の人ではないし、認知症サポート医の大多数の人は、認知症専門医と称する人ではないのですね。認知症専門医と呼ばれる人の中で精神科の先生は半分より少し多いくらいですから、認知症の医療を含めることが必要かなと思いますね。ここに入れるのは難しいかもしれませんが。

あともう一つは、今回この地域医療構想は精神科病床については全く触れな

いでやっていますよね。今後、この構想の中に入ってくることをやはり考えないと思うのですが、そうなってくるとこの計画そのものがもの凄く変わってくんじやないかなと思うのですね。それは認知症の人達だけではなくて、色々な精神疾患を持った方の在宅でのケア、前からお話してますように介護する人の人手ですよね。それが非常に大きな問題となってくると思うので、その辺りのことも、精神科との連携ということなのかもしれませんが、将来的にはもう少し考えていく必要があると思います。

最後に一つだけ、本日のこの会議が終われば、おそらく医療審議会で意見を聴くということになると思うのですが、ご承知のように今、県の医師会の委員が出ていないですよね。県の医師会からは毎回委員を推薦しているのですが、残念ながらお受けいただいてなくて、全国の都道府県の中で医師会の委員が出ていないのは奈良県だけなんですよね。これは色々今までの歴史的なこととかがあったのは分かるのですが、県民の方々、一般の方々のことを考えると非常に不幸なことだと思うのです。そういったことで、是非ともこういった地域医療構想の検討の場に医師会の委員を入れていただきたいと思います。

宮城委員： 私は在宅ばかりになります、在宅というのは地域から発して我々開業医がつながりながらやってきたものなのですが、今、やはり地域包括ケアを考えると医療職全体で取り組んでいかなくてはならないということで、県医師会の方も在宅医療を支援する会を作りました。この前も講演会があり、旅行いったり、お酒も好きですよ、釣りも好きですよ、自分の生活は十分堪能しながら、でも患者にとって24時間対応をしているのですよという講演をしていただきました。出来るだけ医師会レベルで、医療圏によって特徴はあるんだけど医者そのものが在宅に向けてやっていく姿勢というのは今医師会でも非常に熱心に取り組んでおりますので、そういう意味からすると、医師会の姿勢も反映されるような、そういう場を是非提供していただきたいなと私は思います。

山田議長： それでは時間も近づいて来ましたが、全体を通して古家先生におまとめいただければと思います。

古家委員： 大学はやはり医師を教育して育てて派遣するという大きな役割があると思いますので、一言、東和医療圏についての大学の役割を話したいと思います。

先ほど今川先生からお話がありましたように救急医療については、二次医療圏ではなくて、大学は中和にあるのですが、中和、南和が中心となっております。ただ、そこに東和医療圏では、済生会中和病院、宇陀市立病院に入っていますけれども、そういう形での救急医療体制はできると思うので



すね。天理よろづ、高井病院はかなり大きな救急病院になっていますから、それはそれで動くという形で、大学としましても中南和に限らず、東和までみるという形が一番良いのではないかと思います。今、重症腹症ネットワークが動いておりますけれども、それ以外の救急患者で、まだまだたらい回しされている救急患者もおられますから、それを受ける体制を大学が中心となって作っていきたいと思います。

それから、先ほど仲川先生から医師の話がありましたが、南和、南奈良総合医療センターにかなりの人数の医師が行きました。県が、特に知事の考え方が、大学と南奈良総合医療センターは一緒になってやっていけと意向があつて、当然県もそういう意向があつて、大学もそれに乗ったということです、ある意味宇陀も奈良医大と連携して、完全に一緒になってやっていくという形が県内で出来上がれば、医師派遣がもう少しやりやすくなるのではないかと、各診療科も考えるのではないかなと、先ほどの話を聞きながら考えておりました。

それから、在宅に関して大学がどこまでできるかですが、教育はしていきます。在宅看護の新しい教授が4月から来られます。そういうところで在宅を実践する看護師の教育を行いますし、それ以外にも特定行為を行う看護師を育てて在宅に出していきます。現在、実際に訪問看護等で働いている看護師さんにも出来れば特定行為の研修に入っていただいて、ある程度資格を持っていただいても良いのではないかなと思っております。

もう一つ、今多くの病院が在宅に出ようと、あるいはもう出ているところもあります、それと宮城先生がおっしゃったように開業医の先生と病院が一緒になって連携を作れば、もう少し開業医の負担は減るのではないかという気がしますので、出来れば、特に総合診療科が中心となって、在宅医療にある程度入れる人材を育成できれば、将来的には少しは大学も在宅医療に関わっていけると思います。おそらくそのような方向で進むと思います。

この地域医療構想が進めば、それこそ全県をまとめたネットワーク作りが進むと思います。是非これを成功させていただきたいと思っております。

山田議長： ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

本日は貴重な意見をいただきありがとうございました。古家先生もおっしゃりましたけれども、南和でも病院がいかにな宅医療を支援していくかということが大きな議論となりました。その中では病院から往診に行く、或いは訪問看護も病院が担うというようなこともおっしゃっておられました。この東和医療圏におきましても、大都会にあるような大きな病院がある訳ですけれども、在宅医療が非常に脆弱な状況にあると。そのような状況の中で病院がいかにな宅

医療を支援していくかということを考えていかないといけないと思いますし、またその支援する病院を県なり、大学なりがどう支援していくかというのも必要ではないかと思いました。いずれにいたしましても、竹内市長さんがおっしゃられたように、宇陀市で取り組んでおられるウェルネスシティ構想、健康づくりをしっかりとやっていかないと、医療需要が推計どおりに増えないようにしっかりと健康づくりに取り組んでいかないといけないと思いました。

今日は時間が限られておりましたが、またお気づきの点がございましたら事務局の方にお寄せいただければと思います。

本日は夜遅くまで長時間にわたりご議論いただきましたことにお礼申し上げます、事務局に返さ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す。これをもちまして、第3回東和保健医療圏地域医療構想会議を終わります。本日は誠にありがとうございました。