

第1回東和構想区域地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成29年1月10日（火）

14時～16時30分

場所：奈良県橿原総合庁舎4階研修室

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）

事務局（畑澤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「第1回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、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、林医療政策部長からご挨拶申し上げます。

事務局（林医療政策部長。以下「林部長」）：お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。日頃から県の医療・介護さまざまな施策でお世話になっている方々でございます。この場を借りて改めて御礼を申し上げます。地域医療構想は、皆様方の絶大なるご協力を賜りまして、全国の中でもトップグループで昨年度末に策定することができました。構想から実現に向けてこれからどうしていくかという時期でございます。早く策定することはできましたが、これから早いだけではなく、全国の中で光る取り組みをしていきたいと考えております。各論については後ほど資料をご説明しますが、大事なことが3つあると思っております。まず一番大事なことは、「地域医療構想は、地域の医療の需要と供給を調整していくものである」ということです。地域の医療のニーズに供給体制をどのように調和させていくのか、これを地域で考えていくということでもあります。そのときに全体の最適を求めるわけですが、個々の事業者・医療従事者のさまざまな利益や関心を満たしていかなければいけない、そのためにこのような調整会議があると認識しております。2つ目に大事なことは、「医療と介護の融合」ということです。人口構成も変わってきていますし、病院の役割も変わってきております。病院が治して家に帰っていただければ良いということではなくて、今後の病院の在り方、つまり病気の方が少し悪くなって入ってきて少し良くなって出ていく、そういう「暮らしを支えていく」「治療から生活へ」、こういうパラダイムの変化が起きているということです。医療と介護が一步步寄り添るのではなくて、お互い双方より強く歩み寄り、そういう中で今後の医療・介護の提供体制をつくっていくことが大事だと考えております。3つ目に大事な

ことは、この地域医療構想は誰か他の人がやってくれるのではなくて、今日お集りの方々、あるいは県内の医療・介護の従事者の方々、「皆さん自らが当事者であり、自ら実現していくものである」ということです。今日、今後の医療の需要について様々な資料を出させていただきますが、そういった中で是非いろいろなことを考えていただいて、またいろいろな観点からのご指摘もいただきながら、みんなで地域医療構想を実現させていく、そのための会議にしていければと考えております。今後も県の医療・介護の施策へのご協力を賜りますことをお願い申し上げまして挨拶といたします。

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）この会議は、審議会等の会議の公開に関する指針に準じて、公開をしています。報道機関の取材及び傍聴をお受けする形で開催しますのでご協力をよろしくお願いいたします。傍聴される方、報道機関の方につきましては、先にお渡ししております、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をお願いします。これから議事に入ります。以後の写真撮影はご遠慮ください。議事次第に従い、進めさせていただきます。

事務局（畑澤補佐）：（資料1について）まず、議事（1）地域医療構想調整会議の設置について、事務局から説明します。資料1をご覧ください。地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14に定める「協議の場」として設置するもので、奈良県地域医療構想の実現に向けた取り組みを協議するため、県内の5つの構想区域ごとに設置をいたしております。議事としては、「地域の病院・有床診療所が担う病床機能に関する協議」、「病床機能報告制度による情報等の共有」、「医療介護基金計画に盛り込む事業に関する協議」、「その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議」等となっております。昨年度は、地域医療構想の策定のための調整会議を、各医療関係団体の代表者の方々に参加をいただき開催させていただきましたが、この度の調整会議設置にあたっては、新たに、訪問看護関係と介護事業関係の団体からも代表者の方に参加をいただいております。続いて資料1の裏面をご覧ください。調整会議の主な論点についてです。・高度医療、救急医療の在り方、急性期病床からの機能の転換や多様化、急性期病床と回復期病床の連携などの病床機能の分化と連携、・医療と介護の連携や在宅医療等の体制整備、・これらを進めるための医師配置の在り方、これらを主な論点としてご協議いただきたいと思いますと考えております。地域医療構想は保健医療計画の一部として作成しており、団塊の世代の方々が全て75歳以上になる2025年の医療需要の質と量に適合した医療提供体制の構築を目的としております。構想実現に向けては、病床機能の分化・連携と、在宅医療を含む地域包括システムの充実が必要

であります。そこで、この調整会議でご協議していただく内容のメインとしては、「病床機能の分化と連携をどのように推進していくか」ということをご議論いただきたいと考えております。地域包括ケアシステムの構築については、市町村が主体となって取り組まれているところでありますので、介護等も含めた地域包括ケアシステムの構築全体をここで協議・検討するものではないと考えておりますが、地域包括ケアシステム構築に不可欠である、在宅医療の充実、医療介護の連携推進という部分についてのご意見、ご協議をいただきたいと考えております。また、「医療提供体制の構築」と「医師配置の在り方」は密接に結びついておりますので、医師配置の在り方についてもご協議いただければと考えております。地域医療構想の実現は、今後の医療需要の変化に対応するために、地域の医療機関や介護関係者等が、当事者としてどう取り組んでいくかということが肝要であると考えておりますので、建設的なご議論をいただきますようご協力よろしくお願いいたします。本日の会議の内容につきましては、この後事務局から①奈良県地域医療構想の概要、②地域包括ケアシステムの構築に向けて、③奈良県地域医療構想実現に向けたこれからの取組、について説明させていただき、その後委員の皆さまに意見交換をお願いしたいと考えております。意見交換の内容としては、以下2つを考えております。①地域医療構想実現に向けて、課題と考えることや、これからの取り組みの方向性について、②検討に必要なデータ等の情報提供について、これらについてご意見をいただければと思いますので、よろしくお願いいたします。議事（1）地域医療構想調整会議の設置についての説明は以上です。以後の進行については、設置要綱第4条第2項の規定に基づき、議長をお願いいたします。

山田議長（県中和保健所長）：地域医療構想の推進について、事務局より説明をお願いします。

事務局（奥地域医療連携課係長。以下「奥係長」）：（資料2について）「奈良県地域医療構想の概要」について、資料2に基づいてご説明します。昨年度の策定に係る会議には、出席されていない方もいらっしゃいますので、まず簡単に地域医療構想を策定することとなった背景から説明させていただきます。資料p.1とp.2をご覧ください。まず、p.2の一番上の「地域医療構想とは？」をご覧ください。地域医療構想とは、「急速な少子高齢化による医療介護需要の増大と疾病構造の変化に対応するために、都道府県が策定する地域における将来の医療提供体制に関する構想で、将来の医療需要に応じた、より効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指すもの」となります。これをもう少し具体的に説明します。p.1とp.2にもあるとおり、「2025年」という数字が出てきます。この2025

年は、団塊の世代の方々が75歳以上となり、75歳以上の人口が約2200万人に達し、5人に1人が後期高齢者となる年です。この高齢者人口の増加は、地域差があることから、医療に需要においても地域により差が発生することとなります。そのようなことから、限られた医療資源の効果的・効率的な配置を促し、急性期から回復期・慢性期まで、患者の状態に見合った医療サービスを受けられる体制をつくることが今後さらに求められることとなります。また、高齢化の進展が進むということは、慢性的な病気を抱える方々が増えていき、支える現役の世代が減っていくこととなります。社会保障費は増えていき、一人当たりの負担はさらに増えていくこととなります。このような環境の変化・状況に対応するため、医療関係の法律が平成26年度に改正されまして、全都道府県で2025年に向けてどのような医療提供体制を整えていくのかを、地域の関係者と一緒に取り組んでいきましょう、というものが地域医療構想を策定する出発点となっています。p.1の左真ん中にあるとおり、地域医療構想の策定にあたっては、医療機関は有している機能を4つに分けて考えていくとし、病床機能報告制度も平成26年度から始まりました。このような情報を活用し、地域医療構想は策定していくこととなっています。p.1の右側にあるとおり、地域医療構想の内容は、医療法の中でも「2025年の医療需要と病床の必要量」と「2025年に目指すべき医療提供体制を実現するための施策」について盛り込むよう定められています。p.3は奈良県地域医療構想の目次を記載しています。こちらが奈良県地域医療構想全体の構成となっています。まず第1章、第2章については、2025年を見据えた奈良県の医療・介護の提供体制の基本的な方向性を記載しています。第3章以降に、将来の医療需要や取り組んでいく施策の内容を記載しています。3章以降の内容は、課題の整理や問題意識を皆様と共有するというで整理していることに留まっているところもあります。本日は、時間の関係もありますので、奈良県地域医療構想の中心的な内容であります、第1章、第2章、第3章、第5章の内容についての概要を説明します。p.4第1章の「目的について」です。地域医療構想の目的は、国全体で言われていることでもありますが、「病院完結型」の根本的な治療から、病気と共存しながら生活の質の維持・向上を目指して、地域全体で治し支える「地域完結型」への医療への対応が求められているという記載となっています。これまでの日本の人口構成は15歳から65歳の所謂生産年齢人口が一番多くなっておりました。そのときに求められていた医療が「病院完結型」であり、治すこと・救うこと・救命・延命など、しっかりとした医療を提供するということが主眼に置かれていました。これから人口構成が変わり、65歳以上の割合が多くなってきた場合に、どのような医療が必要かという、癒やすこと・支えること・病を抱えて生きること・看取ることで、これらが大事になってくると考

えられます。これからの10年は人口構成が変わる過渡期にあり、将来の人口推計のような形になっていくときに、私たちの考え方も変えていかなければならないということを記載しています。下の四角囲いの中に移ります。それを実現するために、病床の機能分化と連携を積極的に進めていく必要がありますが、在宅医療の充実を含む、地域包括ケアシステムの構築が一緒になって（両輪で）進まないとうまくいかないということを、第1章に記載しております。p.5の第2章では、基本的な視点ということで、第1章の目的を達成するためにどうしていくかということをし少し具体化した内容を記載しています。まず一つ目に、「医療需要の質と量に適合した効率的で質の高い医療提供体制の構築」ということです。医療機能の分化には、高度急性期や急性期、回復期、リハビリ、療養、在宅までそういった流れに応じた一貫した医療提供体制が必要ということを記載しています。要は、患者さんの状態に合った医療をバランスよく提供したいということ、そのためには医療機関間の拠点化、医療機関同士の連携、医療・介護の連携体制が必要ということに記載しております。2つ目は、「地域包括ケアシステムと在宅医療の充実」ということです。こちらはもう一つの大きな柱であり、両輪で進める必要がある地域包括ケアシステムの中では、在宅医療をしっかり提供できる体制が必要ということに記載しています。p.6の3つ目は、「予防医療と健康増進の取組の必要性」ということです。医療機能の分化と連携、在宅医療は言うまでもありませんが、病気にならないことが一番良いことであり、予防医療の必要性であったり、健康増進の取組に関しても進めていく必要があるということに記載しています。また県民の皆様方にこうした取組をより広く知ってもらふ必要があるということについて記載しています。4つ目は、「医療従事者の働き方改革の必要性」ということです。医療介護の現場が変わってくる中で、医療従事者、介護従事者の働き方改革の必要性についても記載しております。現役世代がどんどん減ってくる中で、医療や介護の需要は大きくなってきますが、若い方々にこの分野に参入していただく必要がありますし、いまこの分野で活躍していただいている方々に働きがいを感じてもらい、生き生きと働き続けてもらう職場とはどういったものかというのを研究していく必要があるということに記載しております。p.7の第3章では、医療需要・必要病床数についての記載となっております。医療需要の質と量に適合した効率的で質の高い医療提供体制を構築するに当たって、現在どのような医療需要があるのか、将来どのような医療需要が必要とされているのかについて記載しています。一番左の棒グラフは、2013年の各医療機関から出されたレセプトデータより医療需要を計算したもので、1日9,507人の入院患者が発生しているという数字となっております。真ん中の棒グラフは2025年の数字であり、1万1102人、約17%患者数が増える推計となっております。グラ

フの中で、「医療機関所在地」とあるのは医療機関の住所地で需要を測っており、一番右のグラフにある「患者住所地」とは患者の住所地ベースでの医療需要を測った内容となっております。2025年の両者の差をみると、1万1102人と1万1077人でほとんど差がありません。奈良県の県レベル医療需要の現状は、大阪府・和歌山県に患者流出していますが、京都府南部・三重県から患者流入している状況で、ほとんどプラスマイナスゼロという状況を表しております。p.8は必要病床数のデータとなります。P.7で示される患者を医療機関で受けることになった際、どの程度の入院施設があれば需要を受け止めることができるかについての内容となっております。2013年の9507人の入院患者を受けのために1万1183床が必要で、約17%医療需要が増える2025年には1万3063床が必要との推計となっております。これらの数字は一定の仮定をおいた推計値、目標値として記載しております。一番右のグラフは、2015年に各医療機関から提出された病床機能報告の内容で、どれだけのベッド数を持っているか、どのような医療を提供されているかについて各医療機関から提出されたデータを合計した内容となっております。その中で、1万4053床報告がありますが、このベッドがより効率的に、各医療機関の役割が住み分けられることで1万3063床になっていくことと、効率的な役割分担が進むには回復期機能への転換に一定程度目を向けていただくことが必要と考えられます。p.9～p.13について、p.9以降に医療圏別の内訳を記載しています。p.14の構想区域と医療連携区域についての記載となっております。医療提供体制の区域としては、すでに医療計画の中に、一般的な入院医療を確保する区域として、「二次医療圏」を設定しているところですが、地域医療構想においても医療圏とは別に、2025年に向けた地域における病床の機能分化および連携を推進するための「構想区域」を設定することが法律で定められております。奈良県では、この「構想区域」と医療計画で定める「二次医療圏」は一致しています。ただ、疾病毎に考えていくと、時間的な切迫度、緊急性が異なることから、すでに既存の連携体制が一定構築されているところもあり、これら取り組みがなされている区域を「医療連携区域」として別に設定し、柔軟な区域設定をおこなっております。以上で第1章から第3章までの主な概要について説明を終わります。第5章については、説明者を代わります。

事務局（井勝地域包括ケア推進室長。以下「井勝室長」）：（資料3について）第5章の「地域包括ケアシステムの構築に向けて」（資料3）について説明をします。地域医療構想の冊子の中では p.95以降に詳細は記載しています。本日は資料3に基づいて、地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築に向けた、今現在の奈良県の取り組みを簡単に説明します。p.1について、地域包括ケアシステムと在宅医

療の充実ということで、こちらのイメージ図は地域包括ケアシステムの概念の再確認です。2025年を目途にして、高齢者の多くの皆様が完治することが難しい糖尿病や認知症などの複数の慢性疾患を抱えながら、可能な限り地域・住み慣れた自宅で生活をしていただく、そうした高齢者の思いを実現するために医療と介護、予防や生活支援といったサービスが住まいを基本としてお住まいの地域で一体的に提供される、そういった地域包括ケアシステムを構築していきたいと考えています。特に、地域医療構想の関係で言いますと、在宅医療、在宅医療とともに生活を支える介護の充実が必要になってきます。そういったところで、第5章で地域包括ケアシステム実現のための構築に向けてということで記載があります。p.2の地域包括ケアシステムの中でも特に重要になる「在宅医療の充実」についてです。2013年度と2025年度の在宅医療の需要について、見込みを推計しているグラフです。2013年では、医療機関の所在地ベースで約1万1860人ほどの在宅医療の需要がありますが、これを一定の仮説（左の黄色の四角囲い）の通り、老健施設の入所者数と療養病床の入院患者のうち医療区分Iの7割、一般病床で175点未満の患者、いわゆる医療需要の少ない患者さんが在宅に移行してくるというように考えますとともに、慢性期に関する入院受療率について2つの仮説で推計している目標を設定して、入院から在宅医療に移行してくるかと考えて、2025年の在宅医療の需要数を見込んでいます。医療機関所在地で見ますと、1万8120人程度に増えてくるということで、「特徴」にある通り、在宅医療等で対応する医療需要は約53%（1日あたり約6300人）増加すると見込んでいます。p.3の構想区域毎の在宅医療の医療需要です。こうした推計を元に、実際に地域包括ケアシステムと在宅医療をどのように充実させていくかということもp.4以降に記載しています。p.4の「地域特性に応じた在宅医療提供体制の構築」については、市町村・地区医師会・病院・訪問看護・介護事業者・地域住民の代表による議論を通じ、横断的かつ継続的な取組が必要と考えています。次に、「在宅医療に関わる医師の確保」ですが、これについても非常に重要と考えています。「複数の医師によるチーム在宅医療の推進」ですが、実際に在宅での生活を支えていくためには、24時間体制を維持していくことが大きな課題です。医師会と市町村が協力して、在宅医療の依頼・相談窓口の設置が求められるところです。病院や診療所の複数医師が連携した主治医・副主治医制の導入や運用も必要となってきます。そして、ICTを用いた医療介護情報の効率的な共有なども取組として必要になってきます。「在宅医療を支える看護職員の確保」も、医師の確保とあわせて非常に重要になってくると考えています。p.5の同じく地域包括ケアシステムと在宅医療の充実ということで、先ほど説明した4点の続きとなります。さらに在宅での生活を支えるために「訪問看護の提供体制の整備」が必要になってき

ます。奈良県では訪問看護ステーションがどうしても小規模な事業者が多いので、各地域の中核となる事業所を基幹的訪問看護ステーションとして位置づけ、訪問看護ステーション間の連携や調整機能、人材育成をおこなう教育機能、地域住民や医療・介護関係者からの相談等の役割を果たしてもらうことが必要であると考えています。そして、「病院看護師と訪問看護師とが連携」して、円滑に在宅復帰を図るために、在宅療養移行支援の強化が必要であると考えています。先の p. 4にもありますが、「ICTを活用した医療と介護情報の共有と研究」も非常に大事になってくると思います。そして、「慢性期の医療・介護ニーズに対応するための新たな医療・介護サービスの提供体制の取組」については、現在国で検討されている新たな施設類型等の情報を注視しながら、その整備も積極的に進めていく必要があると考えています。p. 6～p. 7では、引き続き、「地域包括ケアシステムと在宅医療の充実」ということで課題と必要な取組を書いております。「在宅医療・介護連携の拠点整備」、「在宅生活を支える介護基盤の整備」、「他職種連携の仕組みづくり」、「24時間対応の訪問診療、看護、介護に対応できる住まいの確保」、「空き家や廃校の在宅施設整備への転用」、色々と拠点になったり、高齢者が地域で集える居場所づくりといったところで、こうした様々な新たな発想や取組が必要になってくると考えています。これから単身の高齢者、もしくは高齢者のみの世帯が増えてくるということで、様々な「生活支援サービスの充実」が必要になってくると考えています。安心して地域で最期まで生活していただくためには、日常生活上の困り事、あるいは外出に対する多様な支援が必要になってくるので、生活支援サービスの充実が不可欠であると考えています。p. 8以降は参考資料で、地域医療構想の中には記載されていないところです。本日は、健康福祉部地域包括ケア推進室から、介護の方面でこの在宅医療・介護連携の推進はどのように位置づけられ、どのように取組を進めていくことになっているかを説明します。p. 8は、在宅医療・介護連携の推進が必要であること細部の確認です。75歳以上の高齢者は、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすく、要介護の発生率や認知症の発生率が高いという特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多くなります。在宅医療・介護連携は、従来からその必要性が問われ続けた重要な課題であるが、医療と介護はそれぞれを支える保険制度が異なることなどにより、他職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていなかったということが課題であったと考えています。こうしたことから、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられて、全国的に取り組むことになりました。具体的には、市町村が地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力して、地域の医療・介護関係者が

参画する会議の開催、もしくは相談の受付、関係者の研修等に取り組むこととなっています。この地域支援事業の中にどのように在宅医療・介護連携の推進事業が位置づけられているかのイメージ図が次の p.9となります。p.9の左側の図が、改正前の介護保険とその支援事業の全体像です。青いバーで地域支援事業と書かれております「介護予防事業」「包括的支援事業」「任意事業」という大きくこの3つで地域支援事業は構成されていましたが、右側の図に移りまして、この3つのうち真ん中の「包括的支援事業」の中に、新しく「在宅医療・介護連携の推進」が「認知症施策の推進」や「生活支援サービスの体制整備」といった事業と一緒に位置づけられたところです。これらの事業は、推進して実現していかないと、地域で暮らし続ける包括ケアシステムの実現は難しいということで位置づけられました。実際に、在宅医療・介護連携推進ということで、どのような取り組みを進めていくかということとはp.10以降となります。p.10の在宅医療・介護連携の推進事業は、介護保険法の地域支援事業に位置づけられ、具体的には p.10から p.13にそれぞれ記載しています。(ア) から (ク) まで、全部で8つの取り組みを進めていくことを求められています。市町村においては、遅くとも平成30年4月からは、この(ア) から (ク) の8つの事業すべてに取り組んでいること、もしくは取りかかっていることが求められています。8つの事業はそれぞれ切り出してどれかをやっていくというよりは、在宅医療・介護連携を推進していくとなれば、おそらく必然的にこういった8つの取り組みをすることになるかと思えます。その中でも、順番としてあえて言うなら、p.10に記載している「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」、「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」、この2つが出発点になるかと思えます。それぞれの地域の医療介護の資源や現状をしっかりと把握し、そしてそれぞれの地域の医療介護連携に向けてどういった課題があって、どのような対応策を打っていくのかを検討する場があるということが重要だと考えています。そういった場を立ち上げることで、その後の切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を進めていくにはどうすれば良いのか、あるいは医療介護関係者の情報共有を支援するためにはどういったことに取り組めば良いのか、というようなことが発展的に課題として検討されていくと思えます。p.11から p.13に、それぞれ具体的な取り組みを(ウ) ~ (ク) として羅列しています。P.10の(ア) 医療資源の把握や(イ) 対応策の検討でおこなったことをベースに、(ウ) ~ (ク) を取り組んでいくという記載になっています。(ア) ~ (ク) の細かな説明は割愛します。p.14では、実際に医療と介護の連携をどのように進めていくのかについて、いま県が取り組んでいること具体例の一つとして「退院調整のルール作り」があります。これは医療介護連携調整実証事業という取り組みで、昨年27年度から、保健所・地域の病院や医師会・様々

な関係団体・市町村の協力のもと進めています。病院とケアマネージャー（介護）が顔の見える関係を作り、互いの役割や課題を認識しながら、退院してくる高齢者の在宅での生活を遅滞なく支え、円滑に在宅生活に移行してもらえることを目的に、この退院調整ルール作りに取り組んでいます。昨年度は東和医療圏を中心に、旧桜井保健所管内で取り組みを進めました。今年度は、橿原地区（橿原市、高取町、明日香村）で取り組みを進めているところです。来年度は西和7町で実施したいと考えており、30年度以降も南和地域など順次県内すべての地域に広げていく予定です。p. 15では、実際に退院調整ルール作りに取り組むことでどのような効果があったのかを記載しています。昨年度取り組んだ東和医療圏の退院調整の状況です。左側が退院調整の連絡状況です。高齢者の患者が退院する前に病院からケアマネージャーに連絡があったかどうかを調べています。退院調整ルール作りに取り組む前は、退院調整ができていたのは約50%でしたが、退院調整ルールを作ったその後1年間取り組みをした結果、約65%に上昇しました。右側は、ケアマネージャーから病院へ入院時情報提供書を送った割合です。病院とケアマネージャーの連携を円滑に進め、退院調整を円滑にするために、入院の段階でケアマネージャーから病院へ、それまで高齢者が在宅でどのような生活をしてきたのかをしっかりと伝える必要がありますし、介護保険の制度の中でも入院時情報提供書として規定されています。ところが奈良県、特に東和圏域では、ケアマネージャーから病院に対して、この入院時情報提供書を送った割合は、退院調整ルール作成に取り組む前は非常に率が低く、30%程度しか提出されていませんでした。取り組みの後、現在では60%以上にまで改善しています。p. 16では、いま課題になっている医療提供体制、それから介護をどのようにしていくのかということで、さまざまな計画等について平成28年から平成30年に向けてのスケジュールを一覧にしているものです。平成30年には、医療計画や介護保険計画が同時スタートすること、それに伴い診療報酬や介護報酬も同時改定されます。平成30年度を見据えた準備、あるいは計画の策定期間となる平成29年度が非常に重要な時期であると考えています。p. 17では、地域医療構想の中で「病床機能の再編と連携」が課題になっていますが、在宅医療は県全体で約1.5倍に増えます。当然、在宅「医療」だけで高齢者の在宅での生活を支えることは難しく、医療と一緒に生活を支える「介護」も新たに必要になってくると考えています。この在宅医療の増加に伴い必要になる在宅介護のサービス量をどのように見込み、整備していくのが第7期の介護保険事業計画での大きな課題です。p. 18では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、それぞれ県・市町村・医師会に期待される役割を簡単に記載しています。もちろん地域包括ケアシステムの構築には、様々な機関（リハビリ、訪問看護、薬局・薬剤師、歯科医師・口

腔ケア)の活躍が必要です。代表的に3者の役割を記載していますが、これだけではありません。様々な検討機会を通じて、多くの皆様の参加や協力を検討していきたいと思っています。

事務局(西村地域医療連携課長。以下「西村課長」): (資料4について) 奈良県地域医療構想実現に向けたこれからの取組についてということで、奈良県の現状を改めて見た上で、今後の方向性について説明します。p.2は、圏域別の人口推移及び世帯の状況です。いろいろなところで資料が出ていますとおおり、すでに65歳~74歳の人口の伸びは頭打ちで、当面は75歳以上の人口が増えていく時期になっております。p.3~p.6は、世帯毎に状況を見たものです。65歳以上の世帯員がいる世帯は、東和や南和地域で半数程度になっています。夫婦とも65歳以上の高齢夫婦世帯の割合は、各圏域で大きな差はありません。p.7は、高齢化で伸びるサービスと伸びないサービスを示しています。左側のグラフは、65歳~69歳を1とした場合、年齢が高くなるほど需要がどのように増えるかを示しています。この中で、高齢者を中心に治療をおこなう、膝・人工関節置換術は84歳くらいまで少し上がっていますが、PTCAや胃・十二指腸ファイバースコープなどはほとんど増えません。一方、訪問診療(赤の点線)は年齢が上がる毎に飛躍的に増加します。右側のグラフは、介護サービス受給者の人口比です。介護のサービスは65歳~69歳は2%程度しか受けていませんが、年齢が上がるにつれてどんどん高くなり、90歳くらいになると女性で7割くらい、男性で半数以上が介護サービスを受けるということを示しています。p.8は、医療提供体制における奈良県の特徴を示しています。奈良県と同一人口・同一面積の滋賀県と比較をしています。一番左のグラフが奈良県、真ん中が滋賀県です。奈良県は、400床以上の大病院は4病院しかありませんが、滋賀県は10病院あります。奈良県は200床台、300床台の中規模病院が多くなっています。さらに、ここには書いてませんが、奈良県の場合は民間病院の割合が高いという特徴もあります。全国的には約70%の病院が民間病院ですが、奈良県では78%が民間病院となっています。三重県は、奈良県と滋賀県の間近な特徴です。このような状況は、病院が医師を確保しやすいか、救急医療の体制にも影響してくると思っています。人口は滋賀県の方が奈良県よりも若干多いですが、医師の総数は滋賀県よりも奈良県の方が多くなっています。それにも関わらず、救急搬送時間(119番から病院収容まで)は、奈良県は44分、滋賀県は33分となっています。これを全国順位で見ますと、奈良県は全国で44位、滋賀県は9位となっています。p.9は、病院毎の医師数を示したものです。一病院あたり60人以上医師がいる病院は、奈良県は6病院しかありませんが、滋賀県は11病院あります。医師「60人」というのは、

主要な診療科に3人以上医師を配置し、しっかりとした診療と研修体制を確保し、内科や外科の当直体制を組み、救急医療を積極的におこなうために必要だと思われる人数です。この考えに基づいて、南奈良医療センターでは60人体制で昨年の4月にオープンしたところです。p. 10は、病床規模別の医師数の状況を示しています。滋賀県と人口も医師数もほぼ同じ状態に関わらず、「奈良県は医師不足である」と言われる一つの根拠を示すものです。大規模病院に医師が集中しがちで、中規模病院以下は少ない傾向となっています。赤が奈良県、ピンクが全国の数値です。全国の状況も、400床、500床以上の病院に医師が多くなっており、病床が多い病院の方が医師が集まりやすくなっています。奈良県は、さらにその特徴が顕著で、中規模病院には医師が少ないという状況になっています。p. 11は、人口10万人あたりの医師数を全国と比べたものです。右側のグラフが、全国との比較になります。県内にある全施設の医師数は、全国が249人、奈良県が239人ということで奈良県がやや下回っていますが、医育機関として特殊性のある県立医科大学を除いた病院平均で見ますと、全国平均より奈良県が多くなっています。このように医師の総数はいるのに医師不足感が強いのは、奈良県には中小規模の病院が多いために、医師の「偏在」というよりは「散在」している状況ではないかと考えられます。p. 12は、一般病床の平均患者数と病床利用率を示しています。一般病床における1日平均患者数・病床利用率とも、12ヶ月の移動平均で見ても、年々減少する傾向となっています。p. 13は、近年の入院患者数の動向です。このグラフのA～Sは病院を表しています。県内のDPC病院の1ヶ月間に新たに入院した平均患者数を2008年から2014年まで順番に並べています。これで見ただけだとおり、元々入院患者数が多い病院、つまり大きな病院は現状維持か患者数を増やしています。中規模以下の病院は、患者数が減っているところが多くなっています。その中規模以下の病院の中でも、増加傾向もしくは現状維持の病院は、具体的な病院名は申し上げませんが、特定の領域において大学病院でもできないような治療をしている病院や、介護の分野も含めて多角的な経営に取り組まれている病院です。この資料では書いていませんが、診療報酬の制度においても平成26年の改正以降、どのような患者を診療したかによって診療報酬が決まる方向になっています。つまり、設備や看護師の数を揃えただけで点数を取れるわけではなく、実際にどのような患者を診たか、医療・看護の必要度や重症度、在宅復帰率等の要素で点数は決まる方向になっています。p. 14では、今まで見てきたように、人口の減少、高齢化の進展、中小病院が多くて医師が散在している状況、多くの中小病院において患者数が減少している状況にあって、それでは今後どうしていけば良いのか、この調整会議ではどういったことを協議していけば良いかということをし少し触れたいと思います。p. 15は、地域

医療構想の今後の進め方についてです、平成30年度には診療報酬・介護報酬の同時改定、医療計画・介護保険事業支援計画が重なって改定される年です。平成29年度前半にはすべての改定案件について国の方向性も明らかになってくると考えられます。地域医療構想の実現には、平成28年度から29年度の前半に向けて、地域医療構想の今後の方向性に関する課題認識について合意形成を目指したいと思います。関係者との合意形成に向けて検討に必要なデータ等を情報提供していきますので、それに対するご意見もいただきたいと思います。p.16では、先ほどの介護保険の話の中でもあったとおり、第7次保健医療計画や第7期介護保険事業計画のスケジュールは、表の通りとなっています。いずれも29年度中に策定して、30年度から発効するという形です。p.17では、冒頭の資料1で説明したとおり、記載の設置目的とメンバーでこれから考えていきます。p.18では、地域医療構想の実現を目指す上での課題の認識について3点あげています。1つ目の「①急性期機能の明確化」は、病床機能報告制度と地域医療構想における急性期と回復期の定義の仕方が異なっていることを踏まえて、急性期病床の担う医療機能の明確化が必要ということです。2つ目は「②検討に必要な医療提供状況のさらなる情報提供」です。医療機能分化・連携の推進を検討するために必要な更なる医療介護情報の分析による情報提供が必要であると考えています。3つ目は「③医師の適正配置」です。奈良県では医師偏在よりもむしろ、医師「散在」が発生しているという課題を皆様でお持ちいただきたいと考えています。これら①～③について、次ページからもう少し具体的に説明します。p.19は、①の急性期機能の明確化についてです。このグラフは先ほど地域医療構想の説明の時にも出てきましたように、このグラフの数字で見ると、真ん中の2025年の必要病床数と、2015年に各病院から報告してもらった病床機能報告の数字に若干ずれがあります。特に急性期は4300床しか必要でないのに、いまの報告では7000床もあるとなっており、ここが大きな問題となっているところと思います。これは次のページでも説明しますが、いま2013年の必要病床数と2025年の必要病床数には、割合において特に大きな差はありません。2013年の必要病床数から人口配分等を反映して推計したのが真ん中のグラフ（2025年の必要病床数）なので、当然同じくらいの割合になります。病床機能報告だけが違う割合になっています。その理由についてはp.20で示しています。医療需要推計による急性期・回復期の定義と、病床機能報告制度によるその定義の仕方が異なっているために、このような乖離が生まれていると考えています。左側の医療需要推計の方で言うと、医療資源の必要量が1日あたり入院基本料を除いて600点～3000点分の治療をする病床が急性期病床ということになっています。これは実際に2013年に、患者の結果を基に推計されたものです。右側の病床機能報

告では、急性期は「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能」となっており、回復期は「急性期を経過した患者」と分類されていますので、この病床機能報告の急性期には「軽症の急性期患者」も含まれていると思われます。具体的に言いますと、それほど重い病気や怪我でなくても、救急車で運ばれてきてきたような患者を一番最初に入院させる病棟はその病院では当然「急性期病棟」と考えられているわけですが、左側の医療需要推計の定義で言いますと、入院初日であっても医療資源を投入していなければそれは「回復期」として分類されてしまいます。このような状況なので、p. 19のような大きな乖離があっても、「そこを転換しなければならない」とは必ずしも言い切れません。他の都道府県においては、県庁所在地周辺に大きな病院が多数有り、急性期の患者を取り合いになっているという県もあるかと聞いていますが、奈良県の場合は日赤病院や労災病院、国立の急性期の大規模な病院がありませんので、急性期の病床が過剰になっているわけではないと考えています。従いまして奈良県では、現状の急性期病床の機能をしっかり分析して、今後求められる医療需要に見合った体制を構築していくことが必要であると考えています。p. 21です。病床機能の急性期の中には、一部、かかりつけの患者が急に入院しなければならなくなったケースや比較的軽症な部分も含まれていると考えています。そういう状況の中で、今後、地域医療構想を実現していくにあたって想定される病院像の例として3つを想定しています。1つは一番上に書いている、高度急性期と急性期の中でも比較的高度な急性期を中心にやる「総合的な機能を有する病院」です。その次は、「機能をしぼった専門病院」です。ある分野においては大学病院でもなかなかできない治療で、他府県を含めても一番を目指すやり方があります。3つ目としては、在宅医療の取り組みや介護と連携した地域包括ケアシステムの一翼を担うような、地域住民にとっていわば「めんどろみの良い」、地域に密着した方向性が考えられます。県内における各病院としては、これら3つ以外の方法でも結構だと思いますが、自病院がどのような方向性をもっていくかを自ら考えていただかなければならないと思っています。p. 22は、医療提供体制の更なる情報提供の一つとしまして、各病院から報告いただいた病床機能報告のうち急性期の機能を数値化して医療機関毎の評価をおこなえるように試みたものです。左側のレーダーチャートは、各病院が急性期に関してどの程度のアドバンスを持っているのか、どのあたりの位置づけになるのかを示したものです。赤の線が県内病院の平均で、緑の線が当該病院の数値となります。これは県内のある中規模病院の例です。自らの病院の立ち位置が分かるように、いま最終整理をしておりますので、後日整理ができましたら各病院に自病院の結果を送付したいと考えています。p. 23は、p. 22に説明した、急性期機能の点数の高い病院順に並べたものです。これによって、

自病院がどこに位置づけられるかが分かります。p. 24～p. 25は、これも情報提供の一つです。急性期の中には「高度」、「軽度」、「緊急性」など色々な部分を含めて急性期となっています。それぞれの病院がどのような位置づけの治療をしているかを見るために、入院ごとの1日あたりの点数が3000点以上の患者の割合を縦軸に、休日・夜間・時間外にどの程度患者を受け入れることができているかを横軸にとっています。つまり、グラフの右上にプロットされる病院は緊急性のある高度な医療に対応されている病院、下の方にプロットされる病院は比較的軽度な患者を診ており、緊急性の高い医療をあまりされていないと考えられます。p. 26～p. 33は、これも情報提供の一つです。P. 26の左側のグラフは、医療圏別の整形外科領域の手術件数を表したものです。その右側からp. 27にかけてのグラフは、医療圏毎の各病院別の手術件数を表したものです。同じくp. 28からp. 33までは、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、呼吸器外科、消化器外科、心臓血管外科の各領域の手術件数を医療圏別に表したものです。p. 34では、病床機能の分化・連携のために求められる取り組みとしまして、7つのポイントを挙げています。「急性期と回復期の病病連携の推進」、「病院と診療所の病診連携の推進」、「医療と介護の連携の推進」、「高度医療の集約、救急医療の確保」、「医療・介護事業多角化、経営基盤の強化」、「在宅医療、訪問介護事業、介護事業等の展開」、「医療機関の経営基盤の強化」等となっています。この7つのポイントは、今日集まった委員の皆様や、来られていない病院も含めて、そこに県も加わった上で今後調整していくべき事項であると考えています。p. 35では、そういう取り組みを皆で進めていくために、県の役割として3点挙げています。一つ目に、「医療機関ごとの医療提供体制の改革についての自主的な努力を支援していきたい」と考えています。また、「改革にあたって必要な投資等についても、医療介護基金等を活用して、財政支援を行いたい」と考えています。最後に、「地域医療構想は、今後の医療需要のマーケティングであり、今後の医療需要を関係者が理解することを通じて、需要に供給を近づけていくよう取り組んでいきたい」と考えています。本日お示しした資料は、県が分析を進めているものの一部ですが、今後も様々な分析を試み、資料を提供していきたいと考えています。また地域医療構想の実現のためには、医師の配置が大きな要素になると考えていますので、病院の診療科別の医師数の分析なども進めて、医師の適正配置についても検討したいと考えていますのでご協力をよろしくお願いいたします。参考資料2について、どのような資料をつけているかだけを紹介します。参考資料2は、資料4に中に入れている資料以外の、データ分析のための資料となります。付けている資料は、医療資源の状況、医療従事者の状況、訪問看護の状況、在宅医療の状況、平成27年度の病床機能報告の結果をまとめたもの、医療機能別の入院基本料・特定入院料の届出病床、医

療圏別に患者がどのように流出入しているか、以上のような資料を添付していただきますので参考にご覧いただきご意見をいただければと考えています。

山田議長（県中和保健所長）：ありがとうございます。それでは先ほど事務局から説明ございました奈良県地域医療構想の概要、さらには地域包括ケアシステムの構築に向けての説明、それから奈良県地域医療構想実現に向けたこれからの取り組みの説明、それから最後に協会けんぽさんからの入院患者の流出動向などの説明につきまして何かご意見ございましたら委員の皆様方からお聞きしたいと思います。よろしくお願いいたします。

仲川委員（宇陀市立病院院長）：説明よく分かりました。昨年も参加させていただきまして、この東和医療圏の中でも宇陀の地域は昨年も話したのですが地理的にも中山間地で面積も広いですし、その地域で宇陀市立病院しかないということで、うちの病院で問題になっているのは医師の不足。奈良県に医師は散在ということで、偏在していないというのは分かるが、今までの奈良県の歴史の中で需要と供給のバランスの中でこういう形ができてきたんじゃないかと思う。私立の病院が多いということもあるので、医師の散在を、医師を集中させていくようなことを県として考えられているのか、そこらへんの今後の見通し、方針というか、実際そういうことができるのかなと僕は思うが。

林部長：まさにそういったことも何が必要なのかご議論いただきたいと思っています。医師は育てるのに10年単位の時間がかかりますので、10年後までに医師の数を何倍に増やすということはできないという制約条件をまず理解する必要があると思います。その上で、医師をどの分野のどの地域のどういう医療の機能の分野に医師を配分することが最も必要なのかを話し合った上でそこに集中させていくということは議論のやり方としては可能だと思います。今日は古家先生いらっしゃいませんけれども、医大も含め各病院協力してやっていくというような議論の方法もあると思います。あるいは、病院そのものの数が減っていく、数を減らしていくというかたちで医師を集中させていくという議論の方法もあると思います。議論のフィージビリティ（実現可能性）としてはいろんな方法があると思います。そういったことも排除せずにご検討いただければと思います。

仲川委員（宇陀市立病院院長）：特に宇陀の地域で医師不足になりますと、急性期が診れないということになると、地域包括ケアシステムが成立しません。地域の在宅の急変患者さんを地域の病院が診ることができないとなると、地域包括ケアシ

テムが、中学校区といわれていますが中学校区で急性期が診れないとなりますと、山を下りて平野部まで行かないと病院がないということになると、医療崩壊です。喫緊の宇陀の課題として医師確保ということで、知っていただいていると思いますがよろしくお願いします。

林部長：ひとつ言い忘れましたが、医師の偏在は奈良盆地の中ではあまりないと思いますが、奈良県の中では明らかに南東部には医師が少ないということは事実として認識しております。

原委員（奈良県医師会理事）：先ほどから、急性期機能ということは何度もおっしゃっていたが、高度急性期と、軽症急性期という言葉があるか知らないが、結局急性期をやるということは、患者さんが来てみないと分からない。その医療にどれだけの医療資源を投入したか、要は何点点数が上がったかということは、その患者さんの症状によって変わってくると思いますし、それぞれの病院の持てる医療資源といいますか、医療機器だとか、病院の大小とかで決まってくるので、やはり高度急性期、急性期とバサッと区分してしまうのはどうかという気がする。それともうひとつ、毎回出てくるのが滋賀県と奈良県とのことですが、滋賀県と奈良県とは、考えてみると人口はよく似てるのかもしれませんが地理的なものは全然違う。例えば、一番の中心部は南の方の大津とかにあるわけですが、湖東の方の北部にしても、拓けてるといえるのか、例えば彦根市立病院であるとか、長浜日赤であるとか、そういった病院がその地域で機能している。それとこの奈良県の盆地の中でのことを一緒に比較するというのはどうかと思った。まずひとつは、急性期医療というのはその患者さんが来てみないと分からない。それに対してどう対応するかという事が急性期病院の難しいところだと思う。もうひとつは、今話しました医療資源のどういう機器を持ち、どういう医療技術を持ってるかという、そこらへんも違うのではないかと思う。

林部長：まず、医療資源投入量でいろんな表現をされる、国の方が点数で高度急性期、急性期と区分けをしたということもあってそう表現してはいますが、それが絶対的な基準だと思っているということでは決してありません。それはひとつの判断材料であって様々な方法で、とは言っても医療機関の機能によって受け入れられる患者さん、医療密度の高い患者さんを受け入れられるかというのは大きく違ってくると思いますから、その判断の指標のひとつになると思っています。あと、地理的なことは、私は京都の出身なので滋賀にも奈良にも住んでいないのですが、奈良盆地と滋賀県の拓け方は私はそんなに違ってないと思います。奈良の南部東部は非常に地理的に不利な状況にあると思いますが、奈良盆地に関

しては地理的には不利な状況にはないと思います。かなり交通も便利ですし、少し遠い病院にも通うことができる。そうであるからこそ、北和から東和の医療圏にたくさんの患者が流入している状況にあるなという認識をしています。若干道路事情が悪いと思いますが、そこはあまり奈良盆地の中での地域事情は言い訳にしにくいかなと思います。

今川委員（済生会中和病院院長）：大変詳しいご説明をいただきありがとうございます。最後に、課長さんからご説明いただいた20ページのところでご質問申し上げたいと思うのですが、原先生のおっしゃったことと多少重なるかもしれませんが、医療資源投入量ということで、病床機能を4つに分けるということでやられておりますけど、これは患者さん自身が高度急性期、急性期、回復期というふうに決まったとこに入院するのではなくて、日々変わっていく訳ですね。今日は高度急性期だけど、明日は急性期、その次は回復期だということで患者さんがその日その日によって1日ごとに変わっていきますので、厳密な病床機能というのはやはり難しいんだろーと思います。そういうふうな意味から言うと、これは質問になると思いますが、現在行われている地域包括ケア病棟の位置づけということについてももう少し具体的にご説明いただけたらと思います。

西村地域医療連携課長（以下「西村課長」）：病床機能報告をしていただく上での急性期か回復期かということと、地域包括ケア病棟がどういう位置づけになるかということご質問だと思いますが、具体的にみなさんにどう報告していただくかというのと、地域包括ケア病棟は回復期で報告されていることが多いです。ただ一定の地域包括ケア病棟は救急機能に対応できるものも持ってますので、在宅に帰られた方が急変した場合また受けるというような程度の機能はあると思います。全体的に言うと回復期の患者さんの方が多くなれば回復期で報告していただければ良いと思います。看護単位でたとえ少しでも救急患者をうけいれるから急性期で報告しなければいけないということはない。必ずしも数字だけではなく、本当にどのような機能のニーズが求められるかに合わせていくということですから、できるだけ急性期の患者を受け入れようということを頑張っておられる病院さんが実際蓋を開けてみたらそんなに600人以上の人が受けていなかったとしても、それは自ら病院が急性期の患者さんを中心とした急性期の病棟だと考えておられたら、それでもいいということです。必ずしも統計的に結果をみて、回復期の患者の方が多いい病棟は必ず翌年度から回復期で報告してくださいとお願いしてるものでもありません。地域包括ケア病棟が今後求められていく中でそういう機能に転換していったとしても救急患者は当然受け入れていただけたらありがたいと考えてます。もう少し具体的に診療報酬上の観点で

どういう機能かという事を説明させてもらった方がいいでしょうか。

今川委員（済生会中和病院院長）：もうひとつ、20ページにあります赤枠で囲んである、軽症急性期患者が含まれている可能性とありますが、これが林部長のおっしゃっている面倒見のいい病棟という理解でよろしいでしょうか。

林部長：結果的には近いですが、直接的に一致しているものではないです。20ページは19ページの原因を説明をする資料でありまして、急性期は7千床ほど報告をいただいておりますけども、その中の多くは軽症という比較的医療密度の低い患者さんを多く診療いただいている病院の病棟が入っていますということが書いてございます。21ページは病床機能と病院の機能とをどう結びつけていくかということを考えていくときに、急性期中で比較的医療密度の低いここでは黄色で書いてますけども、そういう病棟を持っていらっしゃる病院があるとして、そういう機能が病院としてどんなあり方がありえるかということを考えていく必要がある、その病棟だけで存在している訳ではなくて病院には様々な外来、在宅、あるいは法人としては大綱など含めて様々な機能を持っているわけですから、病院としてどういう機能を持つていくかということを考えていくことになろうかと思えます。黄色いところの病院でも例えば専門病院としてうちでは痔だけをやっていますが、痔だけは日本一ですという病院もあっていいと思えますし、黄色のところだけでなく緑、紫のところも一緒にやっていて、いわゆるケアミックスの病院、総合的に医療介護全体をやっていきますという病院も実際に存在してるんじゃないかと思えます。なので直接的には違いますが非常に近いところにあるのではないかと思えます。

太田委員（天理よろづ相談所病院院長）：ちょっとお聞きしたいのですが、資料4の19ページに「奈良県における2013年度と2025年の医療機能別の必要病床数及び病床機能報告制度による報告状況」というのがありまして、真ん中が2025年必要病床数となっております、右が2015年病床機能報告になっていきますけど、この病床機能報告をする時には病棟単位になっているので、この病棟は全部高度急性期ではないんだけど病棟単位ですと多く出てしまう。その差がこの2つの棒グラフの違いに出てるようなことはないのでしょうか。

西村課長：例えば、先ほども説明しましたように、病棟ですから、建物の病棟ではなくて、看護単位の病棟単位ということで報告してもらいますので、その中でひとつの病棟で急性期から回復期まで、患者さんも入っている場合には、それぞれ10と20と15と報告すればぴったり合うけれども、全部の45をひとつの急性

期に入れてしまうと、あとの25が余分になっていくのが積み上げではないのかということをおっしゃっていると思いますが、もちろんそういう場合もあると思います。ひょっとして、病棟というのを全部ひとつの建物だとみてどこか1個に決めないといけないと思われてる間違いもあるのかなと思います。

太田委員（天理よろづ相談所病院院長）：それはないと思いますけど、看護単位で病棟はみていると思いますけど。

西村課長：看護単位で、他の会議でも、1床あたりの報告にしたら合うのではないかとこの質問もいただいたことがあります。国が病棟単位で決めてる中で、若干の誤差、本当に皆様が趣旨を守って報告していただいたとしても、今言った理論的な誤差が出てくるはずですので、それを仮に今後いくらか転換していくにしても、ぴたっとこれが合うように転換できるかといえばそこまでは求めていない。

太田委員（天理よろづ相談所病院院長）：私が言いたいのは、真ん中のグラフと右のグラフで急性期と回復期で差があるのですが、病棟単位でみるかベッド単位でみるかの違いが出てただけで実際はあまり差がないのではないかと思ったのでお聞きした。

西村課長：それだけで全ての差がというと、かなり大きいので、300床400床という病院が病棟が50床単位に分かれていたとしたら、ここまで大きい差は出ないのではないかと思います。ですから、先生がおっしゃっていただいたシステム的な誤差と、急性期という定義の仕方が乖離の原因になっているんじゃないかと思います。

竹内委員（宇陀市長）：大変高度な課題ですので、あまり理解していない点があるかと思いますが、最終的に、医療介護の一番末尾に地域包括ケアシステムの構築に向けての最後を書いておられますそれぞれの役割という話ですが、市町村と県と分かれているが、事務員視点で申し上げるなら、行政は行政でという形で県も市町村もないわけです。ですから、具体的に首長の方々に理解できるような、しっかりした義務と責任というものを記載していただけたらと思いますし、また病院も含めて医師会、地区医師会、総合病院も含めて目指すべき義務と責任も含めて、そしてもうひとつ大事なことはやはり、市民の努力義務というものを記載していただかないと、市民の方がどういう理解をしていただいて初めて制度設計ができあがるわけですので、記載されていることはいい理想論を掲げ

られておるわけですが、政策誘導する必要もございますし、努力義務なども記載すべきだろうと思います。そして今、各市町村は予算査定の時期ですので、宇陀市においても医療介護安心センターを運営しておるんですが、根幹をなすのは医師の問題でありますし、関係者の負担が非常に多いということですし、事務作業が本当に多くなっているように感じられますので、きれごとを言うのではなく、簡素化した資料作成に向けて奈良県の指導をいただきたいと思えます。それぞれに渡って病床数の問題とかいろいろありますが、やはりこの東和医療圏や中和医療圏と行政側から括っていただいているが、果たしてこれが実態として合っているかという事も含めてご検討いただきたいと思えます。先ほど、南和医療圏、東和医療圏も含めて、医師の密度が、奈良盆地の平坦部に比べて50%、半分くらいしか医師がおられませんので、偏在というのは理解いただきたいと思えますし、病院を選択するのは住民だということもございますので、それとこの回復期の病床は宇陀市立病院で例を申し上げますと、奈良県立医大の派遣病院でございますので、お医者さんからの派遣ということになってきますので、そしてまた、3次医療における、東和医療圏においては天理よろずになるのでしょうか、そちらの方をお願いするかということになってきますので、市民の方々がどのような選択をされるかということをとータルに考えていただかないとこの問題は解決しないのではないかと思いますので、あまりきれいな、行政側から指示することであればきれいな理想論を書かざるを得ないのかもしれませんが、現実に即した形の中で、そして行政と市民を巻き込みながらしていただかないと、この制度設計そのものが効果が現れないと思えますのでそのことを充分留意していただいて計画決定をお願いしたいと思っております。

原委員（奈良県医師会理事）：今までのこの会議でも何回か発言したが、今日は、地域包括ケアシステムについてかなり詳しくお話いただいて、この医療構想の続きとして地域包括ケアシステムがあるということですが、やはりこの医療構想を考えていって、例えば医療度の低い人が在宅に移る、そういった場合の在宅医療に移る診療所の医師であるとか訪問看護師であるとかいう問題もありますけど、介護する人の不足というのも今すごく言われている。これもひとつとして考えないと、結局医療だけ整理しても、なかなか在宅に安心して生活していけないような状況が生まれてくると思う。私は医師会で地域包括ケアシステムの事も関わっているが、地域包括ケアシステムの方から逆に医療をみていくと、あまり医療構想とつながっているように思えない。先ほどの話にあったような病院完結型ではなくて、地域での完結という話ですが、先ほどおっしゃったようなことで、例えば地域での市立病院の機能が十分でないとか地域包括ケアをいくら

やっても住民の方は不安で仕方ないということが起こってくる。高齢者保健計画でしたっけ、それと介護保険計画の委員も何年かやっているんですが、その話と、この地域医療構想はずれているのではないか。地域医療構想は地域医療構想でこうなります、在宅の部分はこれだけ在宅に行きます、だけど高齢者の保健計画であるとか介護保健の方はどうかというと、こちら側も介護する人が不足しているのは明らかに分かっているし、そう書いてある。書いてあるけどそれはそれ、こっちはこっち、そんなふうな計画じゃないかと思う。この医療構想を進めていくのであれば、今日お話していただいた地域包括ケアシステムを含めて連続したような計画を作っていただきたいなと思います。

林医療政策部理事（以下「林理事」）：今おっしゃっていただいた医療と介護の連携というところになるとと思いますが、包括ケアのこの資料3で説明させていただいたように、確かに今まで介護の計画と医療の計画は別々に作っていました。ただ今回、17ページで説明しましたとおり、これから在宅医療に出てきた方を介護で支えるという需要が出てきますので、それらも含めて在宅医療と介護保険の部分ちゃんと見込んだ形で両方の計画を整合性が取れるようにやっていこうというのが次の奈良県の考え方になってきます。ですから16ページにもありますように、平成30年というのが2つの計画を一緒に作っていく年になります。ですから市町村で介護保険事業計画を作っていただく場合にも、医療需要というものを頭に置いていただきながら、地域包括ケアの計画ということも市町村で考えていただく場合にやはり医療ははずされないとしますので、今取り組んでいただいている地域支援のいろんな事業というものをこれからどう展開していくのかということもきっちり計画の中で組んでいただくようなそういう形で地域の医療連携をどうしていくか、そして県では県として介護の計画と医療の計画を連携してどう整合性をとっていくかという観点で来年度の計画策定に向けて取り組んでいきたいと思っているところです。それから、市長さんがおっしゃった住民さんの意識の改革であるとか住民参加というのは非常に大事な視点であると思っています。18ページに書いてあるそれぞれの役割のところではないですが、これはまず、今まで医療と介護の連携という取組自体がなかなか行政サイドでもこれまで出来ていなかったものをこれからやっていく場合に、まずは行政と、一番中心的に動いていただく医師会がどう取り組んでいただくかという役割を書いていまして、今後それぞれ在宅医療についても住民がこうなってきたら在宅医療を使いたいというふうに、これからの医療がどうなっていくのかをちゃんと理解していただかないと、いくら形だけきれいなものをつくっても、結局利用される方が一番大事になってきますからその視点は非常に大事だと思っています。

山田議長（県中和保健所長）：資料のご質問はここまでにさせていただきたい。引き続きまして3番の意見交換に移りたい。意見交換の中でも資料等の疑義がございましたら質問いただいても結構ですが、この意見交換の内容につきましては、1点目は地域医療構想の実現に向けた課題及びこれからの方向性について、ただ今の議論でも触れていただいたがこの点についてご議論いただきたいと思います。それからもう1点は、今後医療構想実現に向けて進めていく場合に、検討に必要なデータはどのような内容が必要か、あるいは有効であるのか、また、各委員がお持ちの先ほどけんぽ協会から説明がございましたけれども、それぞれの委員がお持ちのデータがありましたら、それも含めてお話いただければありがたいと思います。

植田委員（県老人福祉施設協議会副会長）：介護福祉の分野から今年初めて来させていただきました植田です。今日は私初回でしたので、県の説明を聞いて中身の意味そして先ほどの原先生からの話も含めて、なぜ介護福祉の分野の者もこんな形で参加させてもらっているかもよく分かりました。その意見交換の主題の今おっしゃったひとつのデータですが、データを分析して方向性を築いていくというのがこの調整会議の大きな意味合いのひとつかなということだと思いますと、私の立場から言いますとやはり地域包括ケアシステムとの関係性で申し上げますと、在宅医療の中でケアマネージャーとか、具体的には地域包括支援センターであったり、その他介護保険サービス、また最近では介護保険サービス外としての在宅医療との関わりというところあたりの関連性をもう少し具体的なデータとして表していくなかで、じゃあ在宅の中でいろいろ医療として関わる地域の方々に対してどのようなケアが必要なのか、またその方向性はどのようなかなというところあたりを深めていただけたら、さらにその関係というのも見えてくるのかなと思いましたので、その点お願いしたいと思います。

太田委員（天理よろづ相談所病院院長）：ただ今原先生から医療と在宅介護のお話がありましたが、今回の会議でようやく介護の話が取り上げられてきたとおっしゃいましたが、私どもの病院は高度急性期、急性期を中心にやっつけていこうと考えているが、医師、特に看護師の確保が難しい状況になるとベッド数もある程度制限しないとイケないわけなんです。そうすると高度急性期、急性期医療が必要な患者さんを受け入れるためには、病院で治療が終わったときに、どこの病院にお願いするかという問題が大きくて、重要視していますので、地域医療ネットワークを充実させるということは考えているが、その時に在宅医療だけではなく、自宅で介護あるいは施設で介護する患者さんもいらっしゃいますので、おそら

く高度急性期、急性期医療をやっていく病院としてもおのずと地域の介護の体制に関わっていくことになると思います。

阪井委員（県看護協会理事）：訪問看護ステーションの事も今回触れていますが、訪問看護ステーションは小規模のところが多くて、人数も限られた中で活動しておりますので、なかなか24時間体制という施設は少ないのが現実です。それに対して、在宅医療に関係する人材育成という上で、どのように県としてはそういう方面に支援が具体的に可能なのか、どのようにお考えなのかを聞かせていただきたいです。

林理事：訪問看護、小規模のところは確かに多いですので、まず今やっているのはネットワークを組んでいただいて、資料に少し出ていましたけれど、地域の中でネットワークを組んでいただいて、例えば研修に行かれる場合でも、小さくて行けない、その場合に例えばお互いにやりとりをすとか、地域全体で助け合いとか、ネットワーク化というのができないかということで、もう2年か3年目になるが、それぞれの協議会の中に圏域毎の会議を設けてそういう取組をしていただくという事をやっています。あと、なかなか難しいですが、少し前からやっていたのは、事務手続きに時間を取られるというのがあるので、そこを簡略化できないかということでICTとかパソコンで何かできるかとやりかけたのですが、それももうまくいってなくて、そういう部分も何かいい方法があれば県で支援してできることがあれば、何か今後小規模のところは回るようなことを考えてはいるのですがなかなか次のステップが難しいというのが現状です。

阪井委員（県看護協会理事）：経営的感覚というのは大事だと思うのでそのへんの不足部分も多々あるとは思いますが、どうぞ御支援の程よろしく申し上げます。

下出委員（県訪問看護ステーション協議会理事）：阪井さんもおっしゃっていただいたように、訪問看護ステーションは県内に108ほどあると思います。小規模なステーションが大変多くて大規模なステーションというのはかなり限られています。経営的にも、大規模なステーションは黒字経営、小規模のところは経営が苦しいということは分かっているところでございます。私どものステーションでも人材の確保というところが、病院さんでも看護師の確保というのが大変だと思いますが、在宅の看護師の確保というのはさらに厳しくて、全国的にも看護師の全体の3%くらいしか訪問看護師はいないということらしくて、人材を見つけること自体がすごく難しいです。在宅医療のお話も出てきましたけれども、

一緒に在宅医療をしてくださってる開業の先生方もそうですけど、私がおります桜井地区でも、先生方の高齢化というか、在宅に熱心な先生方が高齢化してきている。なおかつ若い先生方が在宅にあまり熱心でない現状がある。在宅医療を担ってくださる医者の確保も難しい問題ではないかと思う。いろいろ示してくださったデータの中で言いますと、病院関連のデータはかなり多いが、在宅のデータは少ないんじゃないかと思いましたので、そのへんのデータ、先ほど植田先生からもありましたように在宅の介護保険のサービスと在宅医療の関連づけられるデータがあればもう少し在宅の状況を分かっていたのではないかと思います。

鹿子木委員（天理地区医師会長）：われわれの地区でも在宅を積極的にやろうと働きかけていまして、地区医師会の事務局にかかりつけ医のおられない方の在宅医療依頼窓口を設置している。去年から設置して9例ぐらい受け入れて主治医を決めたり、重症例では副主治医を決めたり、副主治医に関しては天理よろず相談所病院の世話どりセンターさんも名乗りを上げてくださってますので、副主治医として24時間対応できるようにしていただいて非常に助かっております。われわれ開業医と、病院の先生方との話し合いも年1回しているのですが、できるだけ退院前カンファレンスを開いてくださいと申し入れておまして、退院前に万全の体制で帰っていただくというように努力している。在宅患者さんですが、先ほどのデータで東和地区では30%の増加というふうにお聞きしたので、若い先生も2、3在宅されそうな先生がおられるので30%増であれば何とかカバーできるのではないかとわれわれは思っています。在宅を担っている医師、それぞれの在宅患者数、あとどれくらいのキャパシティがあるか、それぞれのデータを出した方がいいのであればまた言っていただきたい。

藤井委員（県歯科医師会常務理事）：歯科医師会として今日の話題にあまり何か意見を述べることはないですが、全体として感じましたのは、地域医療構想の中に一部書いてあることですが、高齢者に目を向けた話が非常に多いですが、難しいことだとは思いますがもっと大事なことは、若者と子どもを守っていかないとあかんのではないかと感じている。その部分の何か目指すところも少し取り上げていただけたらと思います。それと、参考資料2の6、7、8、9あたりですが、全国の都道府県別の比較が一部出てますが、せつかくこの都道府県別の比較があるのであれば、例えば突出している和歌山県であるとか島根県とか、なぜこういう差がうまれてるのかというような比較検討があれば、奈良県として何に取組みればいいかという見えてくるものがあるんじゃないかと思います。もしモデル的な都道府県があるのであれば、それもお示しいただければと思います。

後岡委員（県薬剤師会理事）：薬剤師としては、先ほどの医者、看護師の不足であったり、在宅であったりという中で薬剤管理、服薬指導含めて在宅でのサポート、また患者さんにとっても働き手である医師、看護師にとってもサポートできる立場であると思いますので、そのへんをうまく薬局として活用していただいて、また薬剤師自身が表に出て行くようにというふうに心がけておりますので御協力の程よろしく申し上げます。

山田議長（県中和保健所長）：ありがとうございました。先ほどから、訪問看護ステーションの時間外対応とか24時間対応とか、人材的にもマンパワー的に難しいというご意見ありましたけれども、その辺を看護協会なり訪問看護ステーションなりこういうふうに検討したらいいんじゃないかというご提案やお考えがありましたらご意見をいただきたいと思います。

下出委員（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をやっている立場としましては、24時間の対応うちのステーションもやっておりますが、ひとつはやっぱり人材の確保がひとつ難しいところ。たとえば、いろんなステーションでいろんなやり方をやっているが、24時間対応をしているステーションは、例えば管理者の方がひとりで電話当番やってますというステーションもございますし、私どものステーションは1週間で交代しますという形ですし1日交代のところもございます。24時間対応してましたら、当番の看護師が一週間交代ですので12連勤になる。休み無しの12連勤の、その代休を人材が足りないので出せないということになってくる。例えば平日の夜中に出動してもその翌日日勤だったり、そんな厳しい状況です。そういう個人の努力で運営されているところもあります。そのへんが、大規模なステーションであれば人材が確保できて運営そのものもうまく回っていくだろうと思います。ただ、訪問看護という事業をやっている以上は、緊急の助けてほしいというお電話いただいた時には対応させていただきたいと思っていますし、通常営業休みもございますが病院さんと一緒のように活動しております。訪問看護に求められているところは、定期の時間曜日の訪問だけじゃない、これからは夜間だったり休日だったり定期的な訪問も要望されてくると思いますので、その辺の体制が取れるようになっていけばいいのかなと感じております。

山田議長（県中和保健所長）：なかなか訪問看護の人材の確保が難しい。3%とおっしゃいましたが、それがなかなか増えない中で、先ほど鹿子木先生がおっしゃった、主治医、副主治医の確保で、病院の先生が副主治医になっておられるという、

そういう考え方で、例えば、地域の訪問看護が24時間対応ができないということであれば、病院から地域に訪問していただくということも必要ではないかなと思います。このような取組は今川先生いかがですか。部長がよく言われている面倒見のいい病院ではないかと思いますが。訪問看護師の12連勤はとてもじゃないけど大変だと思うのです。

今川委員（済生会中和病院院長）：地域包括に取り組んでいる看護師、急性期医療に取り組んでいる看護師、訪問看護に取り組んでいる看護師が融合した形ではなかなか出来ないというのが現状なんですね。というのは、訪問看護ステーションというのは、かなり家族関係に入っていきますのでなかなか難しいのではなかろうかと思うんですね。後ほど県の方にもお願いしようと思うんですけど、地域包括ケア病棟というのがございますけど、これが今大きな問題を引き起こしつつあります。というのは、患者さんの在院日数が60日に制限されているというのが非常に大きな問題を引き起こしつつあるんです。と申しますのは、同一疾患で60日ということになりますと、私どもの地域包括ケア病棟では内科系の疾患の患者さんがかなり多いので、そうすると、同一疾患で再入院、トータルで60日しか入院できないという縛りがありますので、3回ぐらい入院してしまうとすぐ入院期間を過ぎてしまうんです。ですから、そういう方々がどういう受け口があるのか、今後大きな課題になってくるのではないかと思います。現に病院協会では711床の地域包括ケア病棟が現在運用しておるわけですが、既にそういうような問題が出てきています。ですから、今下出委員、山田委員がおっしゃったようなケアカンファレンスをやって、在宅を出来るだけスムーズにやるというようなことを我々病院としてもやっていかないといけない。今現在取り組んでいますのは、済生会の本部でやっている事業なんですけど、医療と介護の連携室という事業をやっています。医療必要度の高い患者さんが在宅にいることが増えてまいりました。それと同時に介護保険を持っている方も増えてきましたので、医療と介護の両方の知識を持った方、連携できるような人材が必要なんだろうということで、今年初めて、研修会を2日間に渡って予定していますが、是非奈良県でも、そういった人材確保の取組を行っていただきたい。

山田議長（県中和保健所長）：包括ケア病棟や、後方支援病院、在宅療養支援病院もそうですけれど、在宅の機能が非常に弱い部分を病院が支援していただくことは非常にありがたいと思いますので、是非その辺もご検討いただければと思います。県内は中小病院が多いということは救急の部分では弱いのかも知れませんが、在宅療養を支援するという部分では非常にありがたいのではないかと思います。

ので、是非、連携の糊代を在宅の方に伸ばしていただいて、医師会の求めに応じて、場合によっては訪問診療、時間外対応等をお願いできればありがたいと思います。

今川委員（済生会中和病院院長）：桜井地区医師会の先生方と後方支援病院について検討を重ねておるんですけど、後方支援病院の責任というのはかなりありますので、どういうふうに。我々の後方の病院との連携も考えないといけない。もっと分かりやすい話をするならば、後方支援病院で、肺炎や脳梗塞の後遺症で後方支援の契約をしている患者さんが、ハートアタックを起こしたような場合に、我々のところでは出来ない。そうすると、医大なら医大、天理よろづなら天理よろづに依頼しないとイケない。そのルート形成をまずしていかないとイケないと考えており、検討しているところでございます。病院協会でもそういうディスカッションをしているところです。

山田議長（県中和保健所長）：ありがとうございます。在宅医の確保についても、本日桜井地区医師会の方はおられませんけれども、ご支援ご協力をお願いしたいと思います。

竹内委員（宇陀市長）：社会福祉全体を見ましても、高度な社会福祉を目指すのか、原点に帰って考える必要があるのではないかと思います。日本の社会福祉全体が中福祉と言われておりますので、負担とサービスのバランスを明示していただきたい。一番最初に私が申し上げたとおり、個人の義務と責任を明確にさせていただいて、やはり、子供達が生まれないことには何にもならないわけでごさいます、2025年問題と言っても、団塊の世代が後期高齢者に入るもので、それに向かって医療政策を考えるということなので、やはりそれを支えるのは若い子供達が出生しないことには社会が成り立たないので、医療制度そのもののやはり若い子供達に視点を合わせたような形を取っていただきたいと思っておりますし、福祉政策そのものも、結婚して子供を産んで初めて福祉が成り立つので、言葉の表現が非常に難しいが、その辺をしっかりと押さえていただいて、家族の義務と責任があって、医療があるわけですので、こういう政策の中で押さえていただいて、市民の方、住民の方に十分理解をいただいて、地域医療を支えるのは家族が一番に来ようかと思います。家族の方が理解されて初めて終末期医療があるのではないかと思います。なかなか一般の場では言えない話かも知れませんが、その点を是非よろしくお願ひしたい。また、市民の方の理解、負担の話なんです、負担を抑制されると、職員にどうしても負担が行きます。ですから、行政サービスはタダだと認識される方が多いですので、宇陀市はたまたま地域包

括支援センターを直営という形を取っていて、24時間対応しているようですので、担当者が持ちこたえられないという話があります。それに対する人的な応援もさせていただきたいと思うんですが、行政側、執行側は厳しい話をさせていただくので、地方財政計画も減額という形で少なくなって来ていますので、そんなことも考慮していただいて、社会福祉がこれだけ増大するのであれば、やはり消費税の問題も含めてもう少し増大して地域の行政、職員を支えていただきたい、そんな制度設計もお願いしたいと思っております。

橋本委員（県郡山保健所長）：資料4の19ページ、20ページの急性期のあり方について色々ご議論いただと思うんですが、当初の何が必要とされているか、需要を供給に合わせるがこの会議の主題というところで、高度急性期、急性期を担う天理よろづ相談所病院さんのようなところでは、急性期を脱した患者さんの行く受け皿となるような病院というところで病病連携であるとか、そのまま在宅に帰られる方での病診連携であるとか、大きくは患者サイドの色々な資料から見た需要の分析というのがされていますけど、奈良県内の病院がそれぞれにおいて患者さんの行き場がどこかで止まっているところがあるのであればそれを解決する一つの策として、高度な医療をするところから、比較的地域のかかりつけ医、いわゆる面倒見の良い病院を中心とした病病連携の橋渡しや、地域の訪問看護師さんが地域で面倒を見ていただけるような、在宅医療に渡すというところに、恐らくこの病床のずれというものが埋まっていくとすればそういう方向なのかなと皆さんの議論を聞いていて思いました。また、先ほど話のあった、訪問看護について、どこに穴があるのか、24時間対応で、12連勤ということもありましたが、山田委員のおっしゃった、病院のナースの方、例えば病院が訪問看護といったようなところまで少し力を貸すことが可能なのかというところも含めて、多角的な体制が可能なのか、議論を詰めていくと、少し見える部分もあるのかなと感じました。また多様化されてこのような議論を詰めていただければ良いかなと考えております。

山田議長（県中和保健所長）：今回は第1回目ですので、要領を得ず、大変タイトなスケジュールになりましたこととお詫び致します。竹内委員がおっしゃいましたけれども、県の義務、病院の義務、あるいは医師会の義務であったりとか、それぞれの義務をしっかりと書いて、その義務を果たしていただくということがこれから必要ですし、何よりも、医療の選択は市民に委ねられているわけですから、絵を描いてもそこに行かれるかどうかは分からないわけですし、最終市民の判断に委ねられると思いますが、本日は、そういった市民への啓発もしっかりとやっていかなくてはいけないと感じました。それから、仲川委員からもござい

ましたけど、医師不足ということに関しまして、医師の派遣制度のルール化というのも考えていかないといけないのではないかと思いますし、病病連携の中で、もちろん医大も入った形で医師派遣制度を検討いただくということも今後考えていかないといけないと思います。いずれにしても平成29年度につきましては、医療計画と介護保険事業計画、医療費適正化計画、診療報酬といったところが一体的に改定されますので、非常に大事な1年でございますので、皆様の積極的なご意見をいただきたいと思います。これで第1回の調整会議を終わらせていただきます。