

第1回南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26日（木）

10時～12時

場所：吉野保健所2階大会議室

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：福西委員（吉野地区医師会長）

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います。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寄り添る、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、本日まで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画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画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、課題と考えておられることや、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、議長にお願いたします。

柳生議長（県吉野保健所長）：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事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示し、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示しています。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を示しています。二つ目は、「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、両輪を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を示しています。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を示しています。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いたい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、活き活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を示しています。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います。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（林医療政策部理事。以下「林理事」）：(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の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、現在国内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)に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てその後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に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ピー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の特徴です。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考えています。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。県内にい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。これで見えていただくとおり、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ます。ここが大きな問題となっているところだと思います。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、「機能をしばった専門病院」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の中に入れていない資料以外の、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入しているか、以上のような資料を添付してい

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。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部長）：（配付資料「協会けんぽ加入者の二次医療圏別傷病別入院患者流出の状況（平成26年度）」について）この資料は私ども協会けんぽの加入者、いわゆる現役の世代で74歳までの方で働いておられる方に限定したものでございますけれども、少し資料が古いのと、二次医療圏別の5疾病、傷病別に、お住まいの入院患者さんがどちらの医療圏の病院に行かれているかを示したものでございます。まず1ページの方には集計方法及び留意点を示しております。奈良県の人口137万人のうち、奈良支部の加入者数は25万人ですけれども、大阪、京都などの他府県にお勤めで奈良にお住まいで他府県の協会けんぽに加入しておられる方を含ますと41万人おられまして、保険者としては奈良県の中で一番大きいウェイトを占めています。ちなみに奈良県の国保には36万人、後期高齢者が18万人、市町村共済、公立学校、私立高校、警察等共済組合等で7万5千人ほどいらっしゃるかと思います。中和構想区域では人口37万9千人の中で協会けんぽ加入者は12万2千人ほど住んでいらっしゃるということでございます。2ページに行きますと、全疾病のうちで、04のところを見ていただきますと、中和地区住民の入院患者の60%が中和の地域で治療を受けておられるということになっております。右の図を見ますと、（南和から他の医療圏に流出がありますが、このデータは）南奈良総合医療センターが除かれていますので、（南奈良総合医療センターが開院した現在は、南和医療圏にお住まいの患者さんが南和医療圏の医療機関で治療を受けておられる割合が）多分70%前後に変わっていると思います。次のページからが各疾病別なんですけど、悪性新生物は中和については、64.3%は中和の病院で治療を受けておられます。また、1ページに各医療圏の主な病院名を入れておりますので参考に見ていただけたらと思います。中和医療圏では、大きな病院が沢山ありますので、中和にお住まいの方は大体中和で治療をいただいているということだと思います。脳卒中、虚血性心疾患、糖尿病、精神についても、殆どは中和で治療されているという実態になっています。8ページ以降は、数字については後ほどご覧いただければと思いますが、入院総件数に占める割合がどうなっているかを示した資料でございます。少し内容が古いですが、現在27年度分を集計中でして、次回には二次医療圏別という形で入院、外来、流出、流入といった資料をお届けできるかと思います。以上、参考にしていただいて、今後の皆様方の地域医療についてのご検討の材料にさせていただきたいと思います。

柳生議長（吉野保健所長）：ありがとうございます。引き続きまして次第の（3）意見交換

に入らせていただきます。意見交換の内容は、資料1の2ページ、裏面の下にありますが、①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、②検討に必要なデータはどのような内容が有用かについて各委員からご意見をいただければと思います。その際、地域の関係者が自ら参画いただくという趣旨から、①につきましては、各団体として実現に向けた課題、方向性についてどのようにお考えかということにつきまして、②につきましては各団体の立場におきましてどのようなデータ分析の必要性を感じておられるか、あるいはどのようなデータを有しておられるか、もし有しておられたらどのようなデータ分析をおこなっておられるかについてもご意見をいただければと思います。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：大学病院の取組について申し上げたい。地域医療構想の中で大学病院として高度急性期、急性期医療をやるということで、現在も、またこれからも進んでいくと思うんですが、地域医療構想の中で病床機能報告のことなんですけど、各病院がどのくらいの立ち位置にいるか、報告が非常に分かりにくいということがある。ただ、それをしなくても、例えば地域包括ケア病棟が増えてきていますけど、病床機能報告をさせるうえで、診療報酬的に国が誘導出来ないかと思うんですが、その点はどうですか。地域包括ケア病棟に今回点数が付いて、急性期からそちらにほうに行く動きが多いですよ。そういう形でやっていけば、診療報酬的な何らかの方法で急性期病床をどんどん減らして回復期的な病床を増やすことができるのではないかと思うんですが。

林部長：国全体として、患者さんが高齢化する中で医療密度の高い急性期医療の必要な数が全体として減る傾向にあるということは国も認識していて、診療報酬上もそういう方向で26年の改定も28年の改定がなされています。急性期の方は、本当に急性期の患者さんじゃないと、7対1の病棟であったり、ICUに入れないということで要件の厳格化がされています。その一方で地域包括ケア病棟は26年の改定で作られ、28年の改定ではもう少し重症の患者さんを受け入れやすいように見直されました。ということで大きな方向はそういうふうになっていると思います。ただし、日本全国の色々な地域の状況で、急性期の需要が一番ピークになる時期、そしてそれが減っていく時期、回復期需要が増える時期、減っていく時期にずれが生じています。2025年というのは全国平均的なポイントで、そこまでは後期高齢者が増えていく、その後は高齢者そのものが減っていく、一つの平均的なポイントだと思いますけれども、南和地域のような状況だと、全国平均だと2025年に起きる状況が今まさに起きている時期だと思います。他方、奈良県北部あるいは京都府南部ぐらいだと今現在で

も人口が増えていますので、この状況が10年ぐらい遅れて2035年ぐらいがその時期になるというところもあります。そういう中で大きなトレンドとして国が誘導していくということはしていくと思うんですが、地域毎の状況を見たらうで地域で何が課題なのかを見て地域で決める。地域のことは地域で決める。その時に医療介護の基金とか、皆様の話し合いの場で実際どうしていくかを話し合うことを通じて何が必要なのかを見極めてやっていかないと、南和地域のニーズというのは全国よりも早く生じていますから、一步早くやっていかないといけないと認識しています。

潮田委員（潮田病院理事長）：患者さんの高齢化とは別に、南和地域では医療従事者も高齢化している。南奈良総合医療センターが出来て若い人が増えたんですけど、これから若い先生方が増えるような環境作りとパラメディカルの確保が必要と考える。特に看護師、放射線技師などのパラメディカルがどうしても高齢化してきているし、若い人が活躍できるような施策を考えないといけない。奈良県立医大では地域枠で医師を確保しようとしているわけですし、自治医大からの派遣の取組もあります。看護師に限っては、私自身、色々な枠の関連、看護学校の関連、奈良医大に助産師学校を作った時のスタッフの1人であります。色々なことを考えますと、南奈良総合医療センターに看護学校が出来ますので、その看護学校を卒業した方が地域の病院で勤務してくれるような取組を積極的に考えていただきたいと思っています。ある看護学校の例を言いますと、今まで外で看護の実習のためにある病院に行っていたら、50人卒業するとしたら20人ぐらい実習先の病院に就職してうまくいっていたが、だんだん他の病院に行ってしまうと、50人卒業しても、実習先の病院に就職するのが2、3名という状況で、実習を断られそうになった。南和地域でもそうですけど、特に産科の実習は出来ない。お産の見学が出来ない。扱っている診療所はありますけど、南奈良総合医療センターでは開設できていないから、他に行かないといけない。ですから、そういうことも含めて、パラメディカルの確保について、南和地域でこれから地域医療構想を実現するために、医師を含めてスタッフの確保・養成に取り組んでいただければありがたい。

松山医師・看護師確保対策室長：例えば看護師の養成の関係では、本県の場合、看護師の修学資金という形で支援をしておりますけれども、民間の看護師養成施設に対する補助事業をしております。その中で県内に就職していただける看護師さんに対する支援もしておるわけですが、県内に就職していただける人の比率が高い養成施設については、補助金の額の配分を多くするという形で対応するなど、なるべく県内に就職していただけるよう誘導する支援をしている。

堀口委員（県看護協会理事）：今までの県立五條病院の看護専門学校としてあったところを南奈良総合医療センターに看護専門学校として機能を引き継いでおりまして、南奈良総合医療センター看護専門学校になってから、学生数の確保は県立五條病院の頃よりは一定進んでおります。40名の定員となっております。現在のところ、まだ卒業生が出ておりませんので、どれぐらいの学生数が南和地域に残っていただけるかは分からない。全体的なデータは提供させていただけると思うが、学生数としては一定数上向きになっているという成果はあります。

岡下委員（大淀町長）：今年度4月に開院した南奈良総合医療センターによってデータが劇的に変わっている。救急の7割をこちらで賄っているということでもありますので、それだけではなくて、もう少し今の現状を皆さんに知っていただくためにも、松本委員の方から、南奈良総合医療センターの開院によって今の現状がどんなに変わったのか説明をしていただきたい。来年度の4月には五條病院50床が開院します。吉野病院が地域包括ケア病棟が半分あるというようなことも含めて、もう少し現状がこう変わっているということについてご説明をお願いしたい。

松本委員（南奈良総合医療センター院長）：地域医療構想に向けて、今回のプロジェクトで南奈良総合医療センターが開院いたしました。結果としては、救急医療機能については、7割方の救急搬送を受け入れていますし、約10%ぐらいの中和、御所、高市郡からも流入があるという現状の中で、元々、医療機関別の急性期の病床数としては130床だったと思うんですが、患者住所地では今回232床というのがこれで南和を担当できるだろうなということで設定してスタートしたわけです。実際、急性期のところで、患者住所地を見てみますと、80%が南和地域の患者さんが急性期の病床に入り、後の20%が近隣の高市郡、御所市ともう少し遠方から来ているというのが現状でございます。南和だけで診るという意味で言いますと、他地域から受け入れているということで20%ぐらいの余裕があるわけですが、実際我々の病院が建っている場所から言いますと、御所市や高市郡からの患者の流入も合わせますと、今、稼働率も100%ぐらいになってございまして、かなり救急、急性期の対応としてはいっぱいという現状になっております。それではどうやって患者さんに対応していくかということで、吉野病院の95床のうちの50床が回復期にあたる地域包括ケア病床ということにしている。また、五條病院が元々90床が療養でオープンするという予定にしておりましたが、今の南奈良総合医療センターの状況を考えますと、急性期、いわゆるポストアキュートにあたる回

回復期の患者さんの受け皿としてとにかく必要だと。でなければ急性期のところが回らないという現状について、五條病院を看護師が不足しているということもあって、半分の規模の45床を回復期にあたる一般病床ということでポストアキュートを受け入れる受け皿として、それがうまく動き出したら、もう少し急性期病床に余力が出てくるかなというような現状になっています。ですから、回復期でそれでいけるかどうか、また、療養期も含めると、それが本当にどの程度、現状流出しているのか完全に読み切れていないものですから、是非とも、患者住所地別の急性期、回復期、療養期の受療動向を何とかデータとしていただければありがたい。今度五條病院を半分療養期でオープンするのか、あるいは回復期でやった方が良いのか、というのもまだ見えていないところがあるので、是非ともそういうデータが欲しい。こちらの方で一定調査してみますと、あまり療養期のニーズがないのではないか。もちろん潮田病院さんや南和病院さんで療養期で対応していただいたりということがありますので、療養期の需要がそれほどないのではないかと途中で、何よりも急性期を回さないといけないということで、今回回復期を五條病院にさせますけど、本当に急性期だけがニーズというわけではないので、療養期の方々もひょっとしたら南和医療圏内に戻って来る可能性があるということで、そういうことをデータとして見ながら、今後の地域医療構想の回復期から療養期をどうしていくかということを考えないといけないというのが課題と考えています。

岡下委員（大淀町長）：ありがとうございます。付け加えて、今松本委員からはおっしゃらなかったが、救急に関して、南奈良総合医療センターの開院当初の5月の連休には、天理よろづ相談所病院よりも、救急の受入の数が増えた。また、年末から年始にかけての急性期に対応して、100%ではなかったけど、日によったら100%以上の稼働率の日もあった。午前中に入院して午後退院。午前中に退院した方がその部屋に午後入るとこれは100%を超すわけですから、そういった救急の受入の対応を南奈良総合医療センターはやって来ていまして、その受け皿がまた難しかったというふうなことを聞いております。というのは、ドクターが50人おられても、急性期に対応しているドクターが必要ですけど、それを回してもらえる院長なり事務局ですね、病院の事務長なり事務担当が非常に重要視されてくると、病院経営について私は思います。これからの話だと思いますが、もう一つは、全体人口が減っていく中で、老人人口そのものが南和地域では減っていくということも課題だと思います。それと、行政を預かる者として、経営というものが非常に気になるところです。南奈良総合医療センターに関しては赤字を半分県が持ってくれるということは県が約束してくれていますが、今のところ経営もうまく回っているんですけど、余分ですが付

け加えさせていただきます。

辻本委員（健康保険組合連合会奈良連合会理事）：保険者としましては、医療費の適正化、平たく言えば抑制、必要な医療をより効率的に使っていただくことが必要であると考えています。アベノミクス効果で賃金が仮に上昇したところで、社会保障費がそれ以上に上昇すれば実際の可処分所得は減ることになり、生活実感としては苦しくなることになりかねないと思います。そのためには、色々な面で効率的な運用が重要であり、例えば薬、残薬の問題や二重検査のことであります。かかりつけ医制度のもと病病間で検査を出来るだけ連携していただき、必要のない検査を無くし、必要以上の薬が処方されることが無いといったことをしっかりとやっていかないと、地域医療構想と言いましても、財政的なことがどうなのかと感じております。データの観点から言いますと、我々健康保険組合はデータヘルス計画のもと、予防と言ったことに強い力を発揮していると思います。疾病予防や重症化予防にデータを駆使して取り組んでいます。それほど大きな組織でないため、きめ細かな対策を講じることが可能であり、健保を卒業して国保へ行くというなかで、全体として良くなる、健康寿命が延びていくことが重要であると考えています。

三並委員（県薬剤師会代表）：去年と今年が大きく変わったのは、南奈良総合医療センターが出来て、在宅医療を開始していただいたということで、我々としては大きく感謝するところでございます。県から出していただいたデータも、医療介護関係者が個々に持っている情報の交流というものがありませんでした。非常に弱かったと思っております。昨年度は吉野保健所が強く関与していただいて、南奈良総合医療センターの薬局ないしは在宅をやっている先生方との協議会も発足していただきました。それが過去3回ぐらい続きました。今年も2月2日ぐらいにもう一度会を設定していただいて、より個々の顔が見える関係、お互いの顔が見える関係というものが徐々に構築されてきました。松本委員が今年度4月におっしゃった、「南和の医療は南和で守る」という言葉に我々コメディカルが保健所等の行政が誘導してくださるのを頼りに少しでも寄与していけたらいいなと思っています。

森口委員（奈良県歯科医師会会長）：我々も地域包括ケアを構築する手助けが出来たらと考えておりましたところ、吉野町の地域包括支援センターの方から呼びかけがありました。吉野町の高齢者が最期まで口で食べて、最期まで在宅で看取られるということを支援しようということで、誤嚥性肺炎について、病院の中では治療のために多職種が連携していると思うんですが、その病院を退院された後で

も、そのケアを我々が担えるところはないかということを考えています。在宅へ移られた方が誤嚥性肺炎を再発して入退院を繰り返されるのを多職種連携でもって防ごうということで、どういうふうに口腔ケアをしていけば良いのかということをお皆さんで勉強しながら、連携して支援していこうというチームを作ろうということで、吉野病院の院長さんが先導を取っていただいて、医師、歯科医師、薬剤師、ST、OT、PT、管理栄養士、訪問看護師、ケアマネージャー、民生委員、老人会の皆さんも一緒になって、皆さんが共有できる指標を作ろうということで動いているのが現状。それでケアパスができれば、それを用いて色々診ていこうという流れになっているが、もう少し時間をいただければ報告ができることがあるのかなと考えている。

辻田委員（県訪問看護ステーション協議会理事）：急性期から退院されてきた患者様を在宅でみなければいけないという状況の中で、五條、大淀、下市、吉野全般として、訪問看護ステーションが少ないという印象があります。奥に行けば奥に行くほど、居宅はあっても訪問看護ステーションが少なく、遠くまで行かなければならない。遠くまで出るとやはりそれだけのコストが患者さん負担としてかかってきます。今、美吉野園さんが天川にサテライトを作っていただいて、天川の方は少し楽になったと思うんですけど、それでもやっぱり在宅に帰られた患者さんのケアをしていくにあたっては、訪問看護ステーションの看護師の人数によって受入れの器が決まってくるので、あまり受け入れてしまうとその分事業所に負担がかかりますので、それ以上受けられるかわからないという現状になってしまいます。そのために、受け入れてあげたくても受け入れてあげられない状況がありますので、そこらへんを何とかできたらと思うんですけども、訪問看護ステーションがもう少し増えて、近くに分配できるような状況になればいいと思うところと、あと急性期から退院された患者さん自身のコスト負担なんですよね。介護療養型の病院、医療療養型の病院に入院しなければ、在宅で診れなくて、入院しなければならない状況の時には、急性期の病院、一般病院に入院される患者さんの後期高齢者の負担金は一般で4万4千円以上を超えないというのはありますけれども、療養型や介護療養型に入ってしまうと、要介護認定と、減免の分とでだいたいの金額が決まってくる。一般病院に入院される金額が倍ぐらいに上がってしまうというのが現状にあるんですね。だから在宅でみなければ年金だけで生活していくのはしんどいという患者さんもおられて、在宅、訪問看護を利用したいという声もあるんですけど、どうしても在宅で診れないという患者さん家族というのは今何が一番困っているかというと地域包括支援の中で、街中で見守っていきましょうと言いつつも、その患者さんが一人で家にいることができない。だから家族さんが仕事を辞めて在

宅でみるということは、生活に直面してしまうんですね。そこらへんが、日本の制度自身が、矛盾したところがあるのではないかと日々考えさせられる部分があって、訪問看護ステーションで、外に出て患者さんをみながら、やってあげたくてもできない、在宅で患者さんを家族がみてあげたくても、仕事を辞めたら生活がやっていけない、この矛盾が、私たちだけではどうもできないですけれども、切実に感じている状況です。

森川委員（老人福祉施設協議会理事）：老施協としては今回初めての参画ですので、協議会としての意見集約はしておりませんので、私個人としての意見でお話をさせていただければと思います。また、在宅利用者の数字に、追加してデータを提供していただければと思います。といいますのは、先程来、介護保険若しくは高齢者だけを書いておられますけれども、在宅には障害の方々もおられます。比率からいえば少ない人数かも知れませんが、ひきこもりされている方々とか、重度の障害者の方々、そういう方もおられますので、障害福祉計画もありますので、そういう人たちも入れていただいて示していただきたい。障害も、高齢も、今言われております我が事まるごとで考えていただかなくてはいけない。南和の人材はかなり少ないですので、いろんな所で支えられるようなシステムが必要かなと思います。合わせて、私たち供給する事業所の数というのは、かなりあると思います。数だけではなく、その中で働いている職員さんも今後みていかななくてはなりませんし、先ほど辻田委員が言われたように、最近、私どもの施設もそうなんですけれども、訪問看護と介護が連携してお世話をさせていただく、そうやってきた時に、医療ニーズの高い方々がかなり多くおられますので、それに対応できる介護職員のスキルアップというものも検討していかなくてはならないと思います。いろいろ課題等がありますので、この委員会で学ばせていただいて、これを協議会の方へ持って帰りたいと思っています。

槇野委員（奈良県医師会理事）：在宅医療を推進するということは当然のことと考えているところですが、この地域医療構想、最初のデータからしまして、在宅医療が奈良県全体で千人ぐらいですか。今日また資料を見ますと訪問診療が2015年から2千人と上がっている。あの数字は本当なのかなと。根拠をまたお示しいただきたいところなんです、私らが訪問診療する時にいつも思うのが、本当に訪問診療で診なきゃいけない患者さんなのか、もしくは家庭の介護力があれば、充分医療機関で受診可能なんじゃないか、そういう風に考えると、あの数字がそのまま訪問診療、在宅医療になるとはちょっと考えにくい。今回はレセプト資料で少し出てきているようですが、あのへんの分析をもっと徹底してやっていたらどうか、患者さんの程度によって本当に在宅が必要なのか、若し

くはもっと介護力が高ければ、あるいはタクシーを使ってきてもらうとかそういう事も含めまして、一般の診療でもかかれるんじゃないかと。その辺については、単純に数字をばっと並べるのではなくて、分析をしっかりといただいて、またお示しいただきたいと思うところです。これは奈良県全体ではそうなんですけれども、今度は吉野の方にいきますと、人口がすでにもう10年先取りしているような人口構成になってきておりまして、減ってくる可能性もあるんじゃないかと、その辺の事を考えますと単純にあの表を見せられて必要だからとお尻をたたかれるような感じでいくのもどうかと。もっとちゃんと見据えて、都市ではない医療はどのようなやり方があるのかという事をもう少し検討していただくことが大事かなと思います。在宅医療、訪問診療については、ぜひとも詳しい数字をお示しいただきたいと思います。あともうひとつ、話は変わるんですけれども、医師の適正配置ということについて少し触れられたんですね。医師の適正配置についての、あまり文章はなかったですから、どういう方針なのかはよく分からないですけれども、それについてもう少し、県の方がどういう考え方をしておられるのか聞かせていただけたらありがたいですが。特に病院関係なのか、一般の診療所も含めてなのか、何かお考えがあるのでしたらもう少し具体的などころも聞かせていただきたいと思います。

林部長：2点ご指摘いただきました。一つは、在宅医療がどれほど必要なのか、特に南和地域においてですが、資料4の7ページに、高齢者が70代80代でどういう医療ニーズが違うのかということのデータを出させていただいております。70代、80代、90代で高度の医療の医療機関は変わりません。それから外来診療、昔は高齢者の医療ニーズは高かったですけれども、今はそんなに受療率は変わっていないので、70代が80代90代になっていくと外来診療がどんどん増えていくこともありません。その中で要介護者の割合、訪問診療のニーズ、こういったものが大きく変わっていくということがまず事実として押さえられると思います。それから、介護力の問題は、先ほど先生おっしゃったとおりで、病院や診療所で診ればいいじゃないかというのはよく分かるんですが、再三申し上げましたけれども、病気だけが問題だという方がどんどん減ってくる、病気以外の問題を持っていらっしゃる方が増えていくということは事実として受け入れる必要があると思います。80代90代になると、ご夫婦がいらっしゃる、ご家族が若い方がいらっしゃるという割合がどんどん減って参ります。独居で家にいらっしゃる方も含めて家庭の介護力がない方の割合も増えてくる、それから先ほど金銭的な問題もおっしゃってましたけど、経済的な問題であるとか、認知症の問題であるとか、精神的なものも含めていろんな複合的な課題を持っていらっしゃるご自身がこれからの社会の課題になってくる。

そういうことも踏まえてやっていく必要があると考えております。そういう意味から、医療と介護を別々に提供していくのではなくて、これを立体的に融合して提供していく体制そのものを作っていくこと自体がこれからの地域医療構想、こういう場を通じて議論していくべきだと考えております。それから、訪問診療の受療が奈良県全体で1.5倍というのは、これまでのトレンドをみても過去数年間で何倍にも訪問診療あるいは在宅看護等が増えてきていますので、1.5倍というのが全く私はべらぼうな数字だとは思っていません。過去のトレンドをみていて、伸ばしていけば充分達成できる数字だと思っておりますけれども、先生がおっしゃるように、あまりデータがないのは事実です。奈良県の地域毎に割り戻した時に、どこの地域でどれだけの訪問診療が行われているというデータがないということ、細かな分析に資するデータをご提供できてないという事は私も十分に認識しております。レセプトを集めさせていただいたりとか、ご協力をいただいて準備をしているところでございます。もっとこれは議論あるいは先生方に分かっていたらいいようなデータを提供していきたいと思っております。それから医師の配置についてですが、医師の偏在だと言われていて、南和地域は偏在という問題があるということは押さえておく必要があると思います。そのために修学資金、自治医大の制度など、様々な方法で南和地域で医師を配置する方策が必要だということにとっています。ただ奈良県全体でみたときに、医師の偏在というのは資料で説明したとおり、どこが足りないのか、どこに余っているのかというのをみたときにあまりそういった傾向は奈良盆地の中にはなかったというのが現実でありまして、医師の偏在というのは散在であると捉えているというのは先ほど説明したとおりでございます。それであるがゆえに、もっとこの地域の医師を増やすとかこの診療科の医師を増やすとか大ざっぱな議論ではなくて、どの地域のどの医療機関のどの機能に医師を配置するかという議論をしていかななくてはいけないと思っておりますし、もう一つはばらばらになってしまっているだけなので、医療機関の提供体制そのものと連動させて、この医療機関とこの医療機関は少なくとも連携をしていく、まとまってこういう医療を提供するからここに医師を配置する、そういう議論に持って行かなくてはいけないと思っております。まず医療企業団の中で大きくまとめて運営していく中で医師の配置を考えていただいていると思っておりますが、これがひとつの成功例になっていくように願っておりますし、さらに南和地域全体でもっと枠組みを広げていくということも含めて、地域でどう医療を確保していくかという議論が広まっていくといいと思っております。診療所の先生は、全国平均と比べるとだいたい同じくらいの数がいらっしやると認識しております。今後、外来受診回数がおそらく減っていく、南和地域については人口も減っていきますが、それ以外の地域でもこれ以上高齢化的にも伸びていくことはないと思

ます。そういう中で先生方がまず個人の判断で需要に一致するような方法で開業されるかというような判断をされていくことがあるだろうと、それから大きくずれていくというような事があれば、また国レベル、県レベルで考えていくということでしょうけども、今後の需要等をまずお示しして、先生方のご判断にお任せするのが一番かなと思っております。

槇野委員：今のお考えには私としては感服しているところです。ただ、先ほどの訪問診療、在宅医療の話ですけれども、患者さんの状態が同じでも、ここへ行ったら在宅医療、ここへ行ったら一般診療ということがありうるわけです。現状では多いわけです。そういうことに関しては何らかの是正というか、適正な医療を受けられない状況というのは例えば変えるものがあると思う。もう一つは、ずっと読んでいても在宅医療という言葉は出てくるけども、一般診療が在宅医療にある程度関与しているという視点が言葉として全然出てこない。一般外来が。今言ったように一般外来がこちらの地域では在宅なのにこちらでは一般診療で診ているというのが事実としてあるわけですから、一般診療のそれに関する役割といいますか、逆に言えばそこを強化すれば在宅をしなくてもいけるかもしれないということも含めて、そういう視点もあってもいいのではないかと思っている次第で、言葉が全然出てこないのはちょっと不自然かなと思っています。是非とも今後そういうふうなところを考えていただけたらありがたい。在宅医療の中にそれが入っていると言われればそうかもしれませんが、ちょっとそれが置いて行かれたような雰囲気があるので。患者さんが同じ状態で目一杯診療を受けているというのは事実ですので、そこをどう表記するかということは何かお考えいただけたらと思います。

林部長：外来診療プラス訪問看護とか、そういう組み合わせもあると思います。地域医療構想自体は供給や役割があるところに着目した書き方になっておりますので、外来診療の供給が充分あって充分やっつけていただいているというところについて、お感じになるところも確かにそうかなと思いますけれども、在宅としてどう看護するか、南和地域は医療資源が少ないところでもありますから、現実的に医師が訪問するというのを前提にするというのは現実的でない部分もあると思います。いろんな地域の資源をどう使っていくかというのは奈良県でも先進的な地域だという自負を持っていただいて、今後も一緒に考えていきたいと思えます。