

平成 30 年度第 1 回西和構想区域地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成 31 年 1 月 15 日（火）
18 時～20 時
場所：郡山保健所 101 号会議室

出席委員：別紙名簿のとおり

**欠席委員：河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長、辻本理事 代理（参考人）出席）
辻村委員（奈良県老人福祉施設協議会顧問）
平井委員（王寺町長）**

事務局（畑澤 奈良県地域医療連携課課長補佐。以下「畑澤補佐」）：

ただ今から「平成 30 年度第 1 回西和構想区域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。

（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、林福祉医療部長からご挨拶申し上げます。

事務局（林 奈良県福祉医療部長。以下「林部長」）：

本日は皆様お忙しい中、また遅い時間にこ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。本日の目的でございますが、国全体として昨年度と今年度の 2 年間で各病院の地域医療構想に向けた取り組み方針を立てていただき、この地域医療構想調整会議の場で地域ごとで議論して了承するかどうか議論することになっております。公的・民間を問わずすべての病院にこの対応方針を作っていただきました。この会議に先立ちまして病院間で意見交換会を行って、西和地域もすべての病院にお声をかけて意見交換会を行っていただきました。本日はそれについてご報告をさせていただきます。この内容についてそれでよいのかどうかご議論いただきたいと考えております。西和地域の特徴ではありますが、かねてからこの会議でも議論されていますし、私も時々申し上げておりますが、それぞれの病院は今まで一生懸命医療を提供していただいております。歴史的な背景もあってこういった形になってはいますが、地域全体でみると国全体で急性期が多くて回復期が足りないといわれているような課題と非常に近いものがこの地域にはあると感じております。またそれぞれの病院も 200-300 床規模の病院が多くて、どちらの方向に進んでいくのか非常に苦慮されている地域かと思っております。そういった意味で地域医療構想の議論をする意義が一番大きい地域だと考えておりますので、是非ともこの会議で積極的にまた忌憚ないご意見をいただきまして、よりよい方向に医療が向かっていくような、そういう場にできればと考えております。それでは本日の会議につきましてよろしく申し上げます。

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）

それでは議事に入る前に、本日の配布資料の確認をお願いします。

(資料確認)

本会議は「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、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申し上げます。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をお願いします。これより議事に入りますので、以後の写真撮影およびテレビカメラ等による取材はご遠慮ください。それでは、議事に入りますので、進行につきまして、奈良県西和構想区域地域医療構想調整会議規則第4条第2項の規定に基づき、議長であります奈良県郡山保健所の水野所長にお願いしたいと思います。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

よろしくお願い申し上げます。はじめに本日健康保険協会の河田委員がご欠席であり、代わって辻本参考人のご出席をお認めいただきますようお願い申し上げます。それでは議事に入ります。議事1と議事2は関連がありますので、一括して資料説明等を行った後に意見交換を行いたいと思います。まず、事務局より説明をお願いします。

事務局（畑澤補佐）：

以下、説明。（資料1）

事務局（野坂 奈良県地域医療連携課医療企画係長。以下「野坂係長」）：

以下、説明。（資料2）

<議事1、2についての意見交換>

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございます。それでは議事1および議事2についてご意見のある委員は挙手の上、ご発言をお願いいたします。

城谷委員（近畿大学医学部奈良病院院長）：

奈良医療圏ではすでにディスカッションされていると思うのですが、今働き方改革のことも言われ出して、救急医の働き方がフルに精神論や奉仕の精神でずっと続けていくのはなかなか困難になってきていると思うので、2023年か2024年に働き方改革を始めるといった話があったと思う。その中で我々が断らない救急を続けていくには、きっと医療圏の中でのある程度の分担が必要になってくると思っています。例えば三次救急、二次救急、どういうふうに上手く救急を振り分けて、それぞれの医療機関でこういう症例はこの病院でといった役割分担ができれば、医師という立場からするとありがたいなと個人的には思っています。そういうことが構築できないだろうか。奈良で行われていると伺ったのですが、いかがでしょうか。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

まだ奈良医療圏ではそここのところはできていません。ただ議論は奈良市医師会のリードで病院長会議がありましたので、そういうことをやっていきましょうというところにはなっています。奈良医療圏としては私どものところと市立奈良病院が救急をかなり応需率も含めてたくさん受け

ていますので、それプラス新しい試みとしては受けた救急病院が奈良市の地域の病院に連携で転院していただく、軽症の患者さんを、というような取り組みを総合医療センターのほうで新たにこの12月から取り組んでいます。そういうことはやっています。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

救急のほうの分担をという話でしたが他に何かございませんか。そうしたらこの2つの議事については他にご意見なければ次に進めたいと思います。

次に議事3、議事4、議事5も関連がありますので、一括して資料説明等を行った後に意見交換を行いたいと思います。事務局より、議事3、議事4、議事5について説明をお願いします。

事務局（通山 奈良県地域医療連携課長。以下「通山課長」）：

以下、説明（資料3）

<議事3、4、5についての意見交換>

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございます。ただいまの県総合医療センターと大和郡山地区の医療機関との連携や救急ネットワークの運用などについて、菊池先生のほうから何か補足していただけることはありますか。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

今ご説明あったように29ページ、奈良県総合医療センターが昨年5月1日に七条西町に来た後のデータですが、繰り返しにはなりますが奈良市消防からの搬送依頼はだいたい変わらない。広域消防からの郡山、生駒の救急搬送が増えています。だいたい1日1.5台といったところだと思います。これはやはり断らない救急をやっていくということで我々に課せられた使命だと思っています。先ほど応需率のデータが県のほうから出されましたが、昨年の当センターの応需率が93%強だったと思いますが、この5月1日からも見てみますと93.7～95%弱です。昨年とほぼ同じくらいだろうということです。そこに何の問題があるかということ31ページでございまして、今私どものセンターのほうに今日も実はそうだったのですが、たくさん救急患者さんが搬送されてきています。それは診させていただいているのですが、中には重症でない、本来私たちは三次、それから重症の救急患者さんの受け入れる形が我々の務めだと感じていますが、二次救急、特に奈良市でいう二次輪番の救急告知病院がいくつか民間病院を含めてあります。そういったところでもお願いできそうな疾患群があるのでないか。肺炎などもそうなのですが。そういった問題点が救急の部長からもあがってきまして、これをなんとか奈良医療圏でできないかということで、昨年の秋から何回も段階を追って各病院にお願いにあがっていました。一度集まって説明会をやってA病院の対象疾患はここに書いているようなどれを受けてもらえますか、これだったらうち受けますよというふうに、病院毎に受けもらえる疾患を決めていただいて、そのデータを、何床は空いているかというのを私どもの地域医療連携室に毎朝連絡いただくという仕組みです。それを見て当センターの地域連携室の職員が、前日もしくは前々日に救急搬送されて、うちで入院されている患者さんで、それに該当する患者さんを各連携している奈良医療圏の医療機関のほうに話を移っていただくという仕組みを始めようと計画させていただきました。なぜかとい

うと、今でも応需率があがってこないのは、病院のベッドがいっぱいで受け入れられなくなってきています。今日、実はまさしくそうでして、転院調整が1日で18名あったのですが、私が出ていくときに予定入院5名分のベッドがまだ空いてなくて入院できてない状態でした。ERに7床あるオーバーナイトベッドで一日オーバーナイトの入院で患者さんを診るのですが、そこも出てくるときは5床が埋まっていて残り2床しかあいていない。ICUはいっぱい、HCUは2床だけ空いているといった状況になってしまっているの、なるべく軽症の患者さんはもし受けていただけるのであれば、連携できる病院と連携したいとずっと考えていましたので、昨年12月の中旬からスタートしましたが、少しずつ増えてきて20件弱くらいはそれでお願いできているのではないかと思います。今日18件そういう医療連携のことをやりましたから、その中にも何例か含まれていると。こういった形で奈良医療圏でやっていって、問題があったらまた変えていこうと思っています。すぐにこれを西和医療圏までに広げるということは毛頭思っていないで、これをやるには実は地域医療連携室のマンパワーがもう足りなくなっています。先ほどの県のデータにも出ていましたように入退院支援の加算が1と出ていたのが2になっていて、下がっているのはうちだけです。これは地域連携室の職員が他の病院に移ったので、マンパワーの不足があってこれ以上今のところ広げる余裕はないのですが、我々が医療圏を超えて何か連携するときに救急という窓口からいけばそういうことができるのではないかと。県が医療構想で言っている面倒見のいい病院との連携をうまく密にすることによって医療連携は救急のところからブレイクスルーがおこって、いわゆる一般の疾患の患者さんの連携も深めていけるのではないかと私は思っております。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございます。非常に先が色々見えてくる話かと思えます。それでは議事3、議事4および議事5について意見交換を行っていきたいと思います。ご意見をいただきたい内容は、資料3の21ページにある「本日の論点」にまとめられていますので、その項目に沿ってご意見をお願いしたいと思います。まず論点1について重症急性期が多いこと、リニアックが過多であること、心臓血管外科を集約化したほうがよいのではないかと等、ご意見のある委員は、挙手の上ご発言をお願いいたします。

山田委員（奈良県中和保健所長）：

先ほど事務局からも説明ありましたが、西和医療圏につきましては重症急性期病床が多いということが報告されておりますけれども、今後の医療需要を考えますと、やはりもう少し踏み込んだ機能分化や連携が必要ではないかと考えております。また例に挙げられましたリニアックに関しても、県から詳細な今後の需要、現状も含めてお話がございましたけれども、今後の医療需要を見極めた上で地域にとっての最適性を十分考慮した上で導入を検討していただければと考えております。

友岡委員（生駒地区医師会会長）：

今、山田委員がおっしゃったその通りだと思いますが、本当に自院で自己完結の医療よりもやはり将来過当競争をしたりして病院が疲弊していく、先ほど城谷委員もおっしゃられたような働き方改革で供給する側の疲弊もどんどん起こっていますので、これは地域全体でできるところに機能を集約化して、自院の担うべき役割というのははっきりと打ち出していただけて、地域完結型

の医療というのをしっかりと取り組んでいていただきたいと思います。先ほど 28 ページのバイパス手術の場合でも、これは真剣に市民の安全と言うことを考えても、やはりしっかりした施設が整っているところに集約化することが必要でないかと思いました。

堀井委員（奈良県医師会理事）：

先ほど菊池委員がおっしゃっていた実際に断らない病院ですべて診ていると、入院した患者さんを面倒見のいい病院へ転院するという話だったのですが、実際に本当であれば近大奈良病院や県総合医療センターは三次救急をやっていただきたい病院だと思います。重症急性期の。だからそういう救急のときにインフルエンザ等の軽い疾患を、そこに行かないような、他のところで診れるような救急体制というか、119 番したところで判断するようなシステムを考えていかないといけないと思います。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございます。他にご意見ありますでしょうか。救急の病院だけでなく、119 番といった消防等の他のところも絡んでというお話でしたが。

山田委員（奈良県中和保健所長）：

先ほどの ER の機能というのはそういうことなのだろうと思うのですが、城谷委員や堀井委員からもありましたが、病院前コントロールといいますか、要するにそういうインフルエンザや虚血性腸炎、誤嚥性肺炎等は二次輪番制の病院でまず受けていただくような体制がいいのか。あるいは一旦 ER で受けて、入院していただいてそして翌日くらいに輪番制の病院へ転院していただくのがいいのか。そのどちらなのでしょう。というのは、以前奈良医大も救急科ができたときに一次から三次まで全て引き受けていた時期があって、外来が混雑してトラブルになったというようなことも経験しているのですが、それ以降はやはり三次を担うのが妥当という話になったかと思うのですが。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

そういう棲み分けがきちり医療機関、医療圏でできればベストだと思います。一つの医療機関ですべて救急を受け入れられる訳ではありませんし、奈良医療圏でも市立奈良病院とうちが数多く診ているわけですが、他にも救急指定病院はあるわけで、全体で奈良医療圏の救急を担っているわけです。ただここには一つ役割があって、やはり消防署との連携がないと、消防署側からの意見を聞きますと、電話したけど断られるということになると、なかなか次の時に電話しづらくなっているということです。やはり何回も電話をするということが奈良県の救急医療のデータの的にも全国と比べて悪いという数字が出ていますが、奈良医療圏はそれがこの前の奈良市消防のデータでは 5 年前に比べるとかなり改善しています。消防署の電話の回数が減っているということになっています。そういったデータがあるので、山田委員がおっしゃったように軽症の患者さんは輪番のところで診ていただくと、例えば救急病院がありますから、奈良市も救急の輪番をとっているわけですね。なにも奈良県総合医療センターに全部来なくてもいいわけで、なにもうちがすべて取ろうなんて思っていませんし、取れませんので。それはそういうふうに入っているのです。ただ問題なのは土日とか祝日とか今度ある 10 連休とか、今、城谷委員がおっしゃったように医師の働き方改革の問題も議論されていますが、そういったときには各救急病院において

もかなり医療資源が落ちるんですよ。そうすると山田委員がおっしゃったような虚血性腸炎の患者さん、下血している患者さんを、そこで大腸の緊急の内視鏡できますかという話です。そうなるとういうことができるところへ搬送せざるを得ないわけです。そこで重症度をちゃんと判定した上で、軽症の人は送っていただくと、そういう判定をする医療機関が各疾患で必要になってきます。ですので、救急というものを考えるとき、そういうところがあるので、一概に一つのところに集まったらどうかとか、分散したらどうかというのはなかなか難しい。曜日によって違うし、時間帯によっても違うし、難しいと思っています。そういう周りの医療機関の医療資源が落ちたときにちゃんとカバーするのが我々奈良県総合医療センターかなと思って、このシステム、ネットワークを組んだということです。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございます。救急のネットワークに関しては、県総合医療センターのほうから色々進めてもらって、また他の地域へも良い影響が出ていくように進めていただけたらと思います。リニアックや心臓血管外科のことに関しては、他に何かございませんか。医療需要のこと等も出ておりましたが、保険者の側から辻本参考人いかがでしょうか。

辻本参考人（健康保険組合連合会奈良連合会理事）：

保険者の立場として地域医療構想調整会議に出席させていただいておまして、健康保険組合を代表しまして一言意見を言うというのがこの地域医療構想調整会議に出ている委員の役割とするならば、我々健康保険組合としては国民皆保険を維持して次世代に引き継いでいくためには医療費の適正化が当然必要だろうと。そんな中でリニアックということでございますが、意見と申しますか説明を見る限りでは、県内での需要はある程度満たされているというように聞こえました。仮にそうであるとするならば、過当競争を招くということもあるでしょうし、やはり地域医療構想のポイントであります役割分担や連携の考え方に立ち戻って考えていただくということは、我々保険者としては実行ある医療費の適正化対策の確実な実施というのをスローガンにあげておりますので、是非ともそういうことで考えていただくことも必要でないかと考えております。

この場を借りまして先ほどの意見とは異質な話をして申し訳ないのですが、健康保険組合連合会のほうから要望を色々出している中では、我々現役世代としましては、予防ということに力を入れておまして、健康な状態で国保に送り出すというのが、我々健康保険組合の使命というふうに考えております。特定健診であったり、特定保健指導というのを早期予防、早期発見、重症化予防と言うことでしっかり取り組んでいます。それが医療費適正化、健康寿命の延伸、国民皆保険の維持と考えておまして、健保連から我々健康保険組合に対しては、特定保健指導や特定検診をしっかりするように指示を受けた中、私ども健保連では、特定検診が 92.6%、特定保健指導が 84.6%という数字を達成することができました。こういった取り組みが結果として医療費の適正化につながっていくと考えております。そういった議論も調整会議で今後深めていただけたらと思います。

もう一点は、我々保険者から言うのは大変恐縮なのですが、終末期医療のありかたについても、見直しを行っていただけて健保連が主導していますのは、リビングウィルへの取り組みはどう推進するかというのを発信しておりますので、是非ともそういった検討を深めていただければと思います。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

多岐にわたるご意見いただきましてありがとうございます。この論点の1に関して、他にございますでしょうか。

山田委員（奈良県中和保健所長）：

先ほど友岡委員からもございましたけれども、心臓血管外科につきましては今すぐ集約化するというのは難しいかもわかりませんが、今回の県の提案をきっかけとしまして、既存の施設間で是非協議をしていただいで、よりよい方向性を見出していいただければありがたいなと思っております。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

今ご意見出たのを踏まえて考えていくということで、一旦論点1は終わりにさせていただきます。次の論点2 奈良県総合医療センターの移転による地域の役割分担・連携の仕組みをどう構築するかということですが、先ほどからいくつか、菊池委員から色々とお話いただいでいますが、他に何かございませんでしょうか。

友岡委員（生駒地区医師会会長）：

先ほど菊池委員のほうから新センターの機能がパンク気味だといったお話があったのですが、この生駒地区、特に生駒市内の二次病院のほうから奈良医療圏で取り組んでいるような二次構想病院としての役割、そういうのは是非参加したいというような声も複数の病院からありますので、お声がけいただければと思います。

野中委員（郡山青藍病院理事長）：

奈良県総合医療センターができてから大和郡山市の救急体制がかなり変わってきています。大和郡山市は奈良県で最も救急の搬送が浸透できた地域だと開業時から思っていました。だいたい大和郡山市は二次救急輪番制が生駒と連携して非常にスムーズにいていましたが、総合医療センターができてからは救急対応に関しては、とにかく ER 方式をとっているのので総合医療センターへ運べと言うことで、かなりの数が流れたと思います。そのために郡山地区の二次輪番制の体制がガラッと変わって、搬送される件数が少なくなってきました。我々の病院は今もくも膜下出血の手術をしています、脳卒中センターをつくっていますので、脳外科はいつでも来なさいとやっていますが、民間病院でもかなりの重症患者を手術して、きちんと返していることをご理解いただきたいと思います。もう一つは先ほど菊池委員がおっしゃった地域連携室との連携プレイというのは非常に大切だと思っています。うちの地域連携室の担当者も各病院に伺いながら、そちらで重症の人工呼吸器をつけている人が今8名くらい入っています。40床の中で、気管切開している人が15-16名います。あとは脳卒中で意識不明、そういう人たちが入っている病棟があって、そういう連携を例えば総合医療センターでやって、受け入れられる人たちを受けてもらえないかという形でいつでもオープンしていますので、そういうところをご理解いただいで、連携プレイをしっかりと大和郡山市の病院ともやっていきたいと思っています。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

今、野中委員がおっしゃっていただいたことはもうそのまま私も思っているところです。重症の患者さん、それも医療機関で連携していただくことは、大和郡山の消防署の人との連携会議、奈良では奈良消防と病院との連携会議を開いていますので、そういったところで丁寧にやっていくのがいいのかなと思っています。あと地域医療連携というのは言われて久しいですが、今日も1日だけで18名の転院調整をやっていますが、マッチングが難しいです。患者さんの病態と受けただけの施設のマッチングが上手くいかない。この前大和郡山地域で県の主体で開いていただいた地域連携会議で申しましたが、大和郡山の地域は連携きちんとやっているなど医師会の会長先生の話からもわかりましたので、そういったところに少し入らせていただくことで、もう少し連携がうまくいくかなと思っています。奈良医療圏でもそういうふうに病病連携や病介護連携の会議をやっているところですので、むしろこちらのほうが進んでないところですが、今後はそういったところをきちんとやっていきたいと思っています。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

県総合医療センターで地域の役割分担、大和郡山地域でも元々あった連携をそちらとも上手く連携して行けたらというお話だったと思いますが、他にこの件に関しては特にないでしょうか。なければ、3番目の論点「地域での連携を進めていくにあたり、診療所や在宅医療、介護関係機関が病院との関わりの中で、課題と考えていることや、今後求めたいこと」に関していかがでしょうか。高山委員、何かございますでしょうか。

高山委員（奈良県訪問看護ステーション協議会常務理事）：

たくさん貴重な資料ありがとうございます。今奈良県で順番に入退院支援マニュアルを作成しているかと思っています。医療と介護の関係機関というところで、ケアマネージャーさんが大きな役割を入院や退院に関わっていると思うのですが、まだまだ聞く声としてはハードルが高い、病院に対してなかなか足が向きにくいといった声はまだ拭い切れないところがある中で、この入退院支援マニュアルを作って、作成というところに取り組みで、今後それをどれだけ上手く活用していくかが課題かと思っています。そこを上手く活用していくにあたって地域連携室がたくさんいろいろな病院で充実していているので、そのスタッフと上手く連携を取っていくことで、もう少しスムーズに顔の見える関係作りが今後できていったらいいのではと思っています。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございました。友岡委員いかがでしょうか。

友岡委員（生駒地区医師会会長）：

在宅や訪問診療をしている中で日中時間内のときは支援してくれる病院が多々あるのですが、時間外、特に夜間の在宅支援をしてくれる病院はどうしても限られてくるというか、その日の当番になっている救急の病院に頼まざるを得ないということはありますので、時間外の在宅医療に対する支援を病院の方で考えていただけないかなと思います。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございます。時間外で在宅の患者さんを診ていただける後方支援の機能を持った病院

について、野中委員いかがでしょうか。

野中委員（郡山青藍病院理事長）：

地域の先生方と連携がちゃんと大和郡山はできていますので、何曜日は具合悪いときはこの病院、月曜日はこの病院が受けなさいということになっています。ですから、地域の先生方、医師会との関係は上手いこといつているかと思います。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

生駒地区でもそういう病院同士、診療所との連携が上手いこといったらということですか。

友岡委員（生駒地区医師会会長）：

先ほど野中委員がおっしゃったように、広域の生駒と大和郡山で担当決まっていますが、生駒市独自で二次受けの病院が決まっているのはあるのですが、なかなかスムーズにはいきません。頼んだら高度な三次救急の県総合医療センターや近大奈良病院に行かなくても在宅医療のバックアップをスムーズに 100%してくれるかという、現状はそこまではっていないかと思えます。それはここではなく、医師会の中で解決する問題かもしれませんが。

横山委員（奈良県西和医療センター院長）：

西和医療センターは、メインは急性期で前方支援をしているのですが、夜中に具合悪くなったときに 100%、病院で受ける在宅医療後方支援病院として活動しています。登録されている患者さんは今現在 50 人くらいおられますが、そういう形で使う病院増やしていけば、そういう特に夜間なんかは問題解決すべきかなと思います。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

登録患者さんということですよ。

横山委員（奈良県西和医療センター院長）：

そうです。その方はいつでも 100%取るという形です。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

歯科のほうの話が少し出ていたと思うのですが、西和地区ではきちんとスクリーニングしてやっているという話が出ていましたが、松中委員いかがでしょうか。

松中委員（奈良県歯科医師会副会長）：

このアンケート調査の結果として出ていますので、多分アンケートに答えられた方の意識と我々実際とではズレがあるかなと。病院も歯科が併設されている病院が増えてきて、入院中の患者さんに関しては、病院にいる歯科医師はどの病院も 1 人 2 人くらいですので、入院患者さんを診るので精一杯ですので、在宅医療に移ったときにもう少しスムーズに我々と連携していただけたらなという希望でございます。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

12 ページの西和医療圏の平成 37 年の将来というところで、西和医療圏は重症急性期が増えているのですよね、今の議論でいくと面倒見のいいというか、軽症急性期が逆に減っているんで、ここはもう少し医療圏としてのニーズとしてここが増えないとおかしいのではないかなと私自身思ったりしたのですが、この点はいかがなんでしょうか。重症急性期が逆に増えているというところですね。奈良医療圏では今後私が予想した通り、軽症急性期はそんなに変わらず回復期を合わせるとまあまあというところで、重症急性期は少し減っているという流れなのですが。何か理由があったのか、医療圏によって少し違うので、これは単に疑問なんですけど。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

確かに一次二次救急とかはずっと診ていただけたところがあればということですかね。確かにそうですね。病院が色々来ているわけではないので、今のところは。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

集めたんですよ。数字がそうなったと。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

そうです。

他に論点 3 について、何かご意見ありますでしょうか。では、4 番目「地域医療構想における各病院の具体的対応方針についての意見」ということで、すでに出ている具体的対応方針についての意見なのですが、全般で何かありますでしょうか。

事務局（林部長）：

先ほど菊池委員からお話いただいたまさに病床数足し上げると高度急性期と重症急性期で元々西和地域は需要と考えられるものより大きいのが、これからさらに増えようとしていることをどう考えるかがまさに 4 つめの具体的対応方針についてのメインテーマだと思います。病院毎の具体的対応方針を拝見していると、おそらくそれぞれ合理的な方向をもって記載されているのだと思いますが、ひとたび足し上げるとこういう結果になってしまうことを踏まえて、この会議でどう考えるかを考えていただく必要があるのかなと思います。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

特に何かなければ、ここまでの議論を踏まえて地域医療構想における各病院の具体的対応方針についてどのようにいたしましょうか。

山田委員（奈良県中和保健所長）：

この具体的対応方針につきましては、大変僭越でございますが基本的には病院の意見交換会でもすでに了承されておりますので、了承の方向でよいのではと思っております。ただ、ご意見でもありました二つの論点がございましたけども、一つは重症急性期機能ですね、先ほども菊池委員からもありましたが、担う病院が多いということと、それから二点目はリニアックのご意見がございましたけども、このご意見につきましては付帯決議としてはいかがでしょうか、という提案でございます。一点目の重症急性期機能を担う病院が多いことにつきましては、今後病院間の連

携を推進していただいて、引き続き医療機能の見直しを検討されたいということではいかがでしょうか。また、二点目のリニアックの導入につきましても今後のリニアックの需要バランスや病院間の役割分担を踏まえて再検討を行っていただきたいと。また、その結果をこの会議にご報告いただければありがたいなと思っております。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございます。ただいま山田委員よりご提案がありました対応方針は了承ということで、それに付帯意見をつけるということで重症急性期病院が多すぎる、必要病床数と解離しているということに関しては、病院間の連携を推進して医療機能の見直しをしていき、それを検討するという事。そしてもう一つリニアックの導入に関しては、需要のバランスや病院間の役割分担を踏まえて再検討を行ってはどうか、そして検討した結果を関係者が集まる場所で報告してもらおうことにしてはどうかと。そういう意見を付帯意見として付けるというご提案でしたが、いかがでしょうか。対応方針は了承として付帯意見をつけるという形で了承いただけますでしょうか。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

西和医療圏の中の医療機関で将来の病床機能が未定になっている医療機関が2つほどあるのですが、これはどういうふうにされるんですか。その数字がどこに入っているかわからないですね。

事務局（通山課長）：

ここの扱いとしましては未定のところについてはいったん平成29年と同じ姿をスライドさせてもらっています。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

ただ見直すこともありますよという付帯決議とはそういう意味で理解しておいていいのですか。

事務局（林部長）：

未定のところに限らないと思いますが、一旦これを了承するとしても地域医療構想の方向性の整合的な見直しをそれぞれ未定以外の医療機関をなされることを否定すべきでないという側面は思っております。そういう意味でいったん国に報告する必要もあるということで、これで了承していただくというご議論かなと思いましたが、来年度以降さらに検討を続けてよりあるべき方向に見直していくというようなご意見としてほしいというご意見をいただいているのかなと理解しておりますけれども、そういう理解でよろしいでしょうか。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

心臓血管外科の件ですが、これ西和医療圏ですので心臓血管外科を持ってらっしゃる病院は2つですね。これが合併というのはなかなか難しいわけですし、集約化というのは。患者さんを集約化するのかがどうかということになるのですが、例えばここにも出ていましたようにデータは県総合医療センターのデータは出ていませんが、5月1日から12月いっぱい当センターの心臓血管外科の手術全部集めると、データがこのDPCのデータと内容が一致するかは別として、97件

手術件数があります。そうなってくると奈良県全体、奈良医療圏だけでなく全体で心臓血管外科の手術というエリアが変わってくる可能性があります。そういったことで考えると西和医療圏だけでなく県全体というか医療審議会という大きな目で心臓血管外科をどうしていこうと、医療圏を超えて議論しないとなかなか難しいと思いました。

城谷委員（近畿大学医学部奈良病院院長）：

心臓外科を持っている病院からしますと、医師だけの問題じゃないんですね。要するにそこには人工心肺を動かす ME の人達とかそれから優秀な麻酔科の医者とかそういうものを伴って考えないといけないので、心臓外科医だけの調整だけでいいというのは考えないほうがよいと思います。それからもう一つ大動脈解離がよく訴訟問題になってますけど、早く運ばなかったから手術で合併症で亡くなった人が訴えられたりするんです。つまり大動脈解離の手術をしているときはその手術だけで心臓外科が手一杯になって、心臓外科が1カ所に集約化された欧米みたいに、心臓外科用の手術室が4室あって、並行して4つの手術を行っているなんてありえないわけですから、そういうときに代替の心臓外科が必要になってきます。そういう発想をしないと、奈良県民の大血管の急性発症した病気の救命はできないんじゃないかと。そういう視点も必要だと。数だけで考えるのは少し危ないんじゃないかと思っています。

菊池委員（奈良県総合医療センター院長）：

その意見は私も同意見でして、うちのセンターで緊急手術して消化器外科でやっているところで大動脈解離というケースはあるので、その場合どこか複数の医療施設が担保できるような体制を奈良県で整えないとダメだと思います。城谷委員の意見に賛成します。チーム医療ですので。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

菊池委員、城谷委員から意見が出ましてごもっともな意見なのですが、それも含めて西和医療圏以外の奈良県全体としてそういう問題は考えていかなければいけないということで、そういうようなことの役割分担というの、医療圏を超えた役割分担もまた改めて再検討していただいでということで、本日の西和医療圏での今の時点での具体的な対応方針を了承していただくことでよろしいでしょうか。

事務局（林部長）：

整理しますが、具体的な対応方針としてはおおむね了承いただくのですが、2つの付帯意見をいただいでいまして、高度急性期、重症急性期の病床数が多いこと、その在り方、それから生駒市立病院で今後リニアックを導入されようとしていることには再検討していただき、病院関係者が集まる場でご報告いただきたいという、2つの付帯意見をこの調整会議として付けていただいと認識しております。心臓血管外科のことに関しては医療圏の中だけには収まらない話ですので、この会議でご意見をいただいたということ事務局のほうで受け止めさせていただいて、本日も関係の先生方3名いらっしゃいますけども、それ以外にも他に3つか4つの病院ございますのでそういった先生方にも協力をいただいで、今後また検討していきたいということでよろしくお願ひしたいと思ひます。そういった理解でよろしいでしょうか。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

それでは了承いただいたということで、いろいろとご意見をいただきありがとうございました。
それでは予定していた内容を終了しましたので、事務局にお返しします。

事務局（畑澤補佐）：

ありがとうございます。先生方、長時間にわたりまして熱心なご議論をいただきましてありがとうございました。以上をもちまして、平成 30 年度第 1 回西和構想区域地域医療構想調整会議を終了させていただきます。本日はありがとうございました。