

第56回奈良県医療審議会 議事録

日時：平成27年3月27日（金）

13時30分～15時15分

場所：奈良商工会議所

○出席委員 12名（敬称略50音順）

今川 敦史、 岡井 康徳、 酒井 孝師、 竹上 茂、 辻村 泰範、 寺川 佐知子
畠 真夕美、 細井 裕司、 南 尚希、 森口 浩充、 屋宜 譜美子、 吉田 誠克

○議事の概要：以下のとおり

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56回奈良県医療審議会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、本日の審議会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。

本審議会の委員数は14名で、本日は、過半数を超える12名の委員の皆様にご出席をいただいておりますので、奈良県医療審議会組織運営規程第5条第2項の規定に基づき、本日の会議が成立していることをご報告申し上げます。

続きまして、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」）： 奈良県医療政策部長の渡辺でございます。本日は、皆様お忙しい中、奈良県医療審議会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。また、日頃から本県の保健医療行政にご協力ご尽力いただいておりますことを、この場をお借りして厚くお礼申し上げます。

さて、本日の審議会は、新しい任期で委員をお願いする初めての審議会でございます。団塊の世代が75歳以上となる2025年問題まであと10年となり、これから地域医療の需要が、治す医療から支える医療へ転換していき、急性期から回復期、在宅、介護への地域包括ケアシステムを作り上げていく流れが加速していきます。

県では、平成26年6月に成立した医療介護総合確保推進法に関する施策を軸に皆様方と各種取り組みを進めてまいりたいと考えています。

具体的な取り組みとしては「地域医療構想の策定」が挙げられますが、これは平成27年度から医療計画の一部として策定に着手するもので、その一環として病床機能報告制度があり、これらを活用して地域医療構想を策定していく

こととなります。策定にあたっては間もなく国からのガイドラインが示されることとなっております。

また、地域医療構想を実現していく財政的な支援として、地域医療介護総合確保基金があり、平成27年度予算として、国全体で904億円確保されております。

本日は、主にこのような地域医療構想のガイドラインや病床機能報告制度、地域医療介護総合確保基金についてご議論いただきたいと考えております。

それでは、本日の会議について、よろしく願いいたします。

事務局（細谷補佐）： ありがとうございます。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。資料は、お手元にありますでしょうか。もし、配付もれ等があれば、お知らせ下さい。

また、本会議は審議会等の会議の公開に関する指針により公開となっており、報道機関の取材及び傍聴をお受けする形で開催いたしますので、ご協力をお願いいたします。傍聴される方、報道機関の方につきましては、先にお渡しした傍聴の際の注意事項をお守りいただき、議事の進行を妨げないようご留意下さい。それでは、これより議事に入りますので、以後の写真撮影及びテレビカメラによる取材はご遠慮いただきます。報道機関の皆様、ご協力よろしく願いいたします。

本日は新たな任期における最初の審議会でございますので、会長が選出されるまでの間、事務局が議事を進行させていただきますので、よろしく願いします

それでは、議事次第に従いまして、議事1の「会長の選出について」ご審議願います。奈良県医療審議会組織運営規定第3条第2項により、会長は審議会の委員の互選により定めることとなっておりますので、皆様のご意見をいただきたく、推薦をお願いします。

今川委員： 私は細井裕司委員を会長に推薦いたします。細井委員は奈良県立医科大学の理事長でありますと共に幅広い知見をお持ちですので、適任と思いますので推薦します。以上です。

事務局（細谷補佐）： ただいま細井委員へのご推薦がありました。他にご意見ございますでしょうか。

それではお諮りいたします。細井委員のご選出にご賛同いただける方は拍手をお願いいたします。

（全委員から拍手あり。）

それでは、細井委員に当審議会の会長をお願いしたいと思います。

会長が選出されましたので、以後の進行は奈良県医療審議会議事運営規定第3条により、当審議会の会長であります細井会長をお願いします。

細井会長： 就任に際しまして一言ご挨拶申し上げたいと思います。私は、この会は新人でございまして、突如会長のご指名をいただきまして、これから一生懸命頑張っていこうと思っている次第です。奈良県医療審議会は奈良県の医療についての諸々の懸案を解決し指針を示す会だと理解しております。是非、ご協力よろしくをお願いします。

それでは、座って議事を進行させていただきます。それでは議事に入りますが、その前に本日の議事録署名人を指名いたします。今川委員と岡井委員をお願いしますと思います。お手数ですが、よろしくお願いいいたします。

まず、最初に当審議会の医療法人部会の委員を指名いたします。本県の医療審議会には医療法の規定に基づき、医療法人の設立、認可に関わる審議を行うため、医療法人部会を設置しております。奈良県医療審議会組織運営規定第6条第2項の規定によりまして、医療法人部会の委員は会長が指名することになっていきますので、従来から参加していただいております団体から勘案いたしまして、次の方々を指名いたします。今川敦史委員、岡井康徳委員、高橋裕子委員、南尚希委員、森口浩充委員、屋宜譜美子委員、以上6名の委員の皆様を医療法人部会の委員に指名させていただきますので、医療法人部会の運営にご尽力いただきますようお願い申し上げます。

それでは、続きまして議事の2、「地域医療構想策定等について」事務局より説明をお願いします。

事務局（細谷補佐）： それでは資料2に基づきまして地域医療構想ガイドラインについてご説明させていただきます。

地域医療構想につきましては、平成26年度の医療法の改正に伴い、地域の医療需要の将来推計や報告された情報を基に、二次医療圏単位毎に地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を推進するために作るものでございます。

その内容を定めていくために国におきまして、地域医療構想ガイドラインを審議しております。その審議内容につきまして、ご説明させていただきます。

資料の1ページをご覧ください。これまでの検討内容につきまして、ご説明いたします。平成26年9月から3月まで9回、検討会が開催されまして、構想区域の設定の考え方や2025年の医療需要の推計方法、地域医療構想の策定プロセス、協議の場の設置・運営方針等について、御議論いただきました。そ

の中について、何点か詳細にご説明させていただきます。

一番目の構想区域につきましては、地域医療構想は都道府県において、構想区域ごとに定めることとなります。構想区域につきましては、原則、現在の二次医療圏をベースといたします。奈良県におきましては、奈良、東和、西和、中和、南和の5つの医療圏がございます。また、現在の二次医療圏は、人口規模や面積に差があることから、患者の流出入等について留意することが求められております。また、将来の人口規模や受療動向についても留意することを求められております。

二番目の地域医療構想の策定プロセスについてご説明いたします。地域医療構想は、都道府県の医療計画の一部となりますので、医療計画と同じ手順で定めることを必要としています。医療法では、現行、医療計画を定める際は、医師会・歯科医師会・薬剤師会・市町村長、都道府県医療審議会の意見を聴くことになっております。また、今般の医療介護総合確保推進法では、保険者協議会の意見を聴くことが追加されております。これらの法定手続と呼ばれるもの以外にも、地域医療構想の案の作成の段階から、二次医療圏単位で現場の医療機関や住民・患者の意見を聴き、計画の中に適切に反映することが重要とされております。そのために、後ほどご説明させていただきます協議の場、地域医療構想調整会議といわれるものですが、これの前倒し設置を求められているところでございます。

続きまして三番目の協議の場の設置運営についてご説明いたします。改正医療法によりまして、都道府県では、地域医療構想の達成を推進するために協議の場を設置することとされました。この協議の場においては、地域の医療関係者等が出席し、協議を行うことにより、実質的に地域の病床機能分化や連携を推進していくこととなります。

協議の場の詳細についてご説明いたします。名称については、地域医療構想調整会議といたします。議事については、地域の病院や有床診療所が担うべき病床機能に関する協議、病床機能報告制度による情報の共有、地域医療構想を達成するために、地域医療介護総合確保基金を用いた都道府県計画に関する協議を行うものです。設置単位については、二次医療圏単位をベースとしております構想区域ごとの設置を原則といたします。また、参加者の範囲につきましては、医師会・歯科医師会・病院団体・医療保険者を基本とし、その上で、議事等に応じて、参加を求める病院、有床診療所を柔軟に選定することとなります。

続きまして、地域医療構想における2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計について、ご説明いたします。

地域医療構想に定めます医療機能の必要量の算出につきましては、ここに記

載しております4つの機能、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能といった医療機能ごとに、医療需要を算出し、それを基に病床必要量を算出することになります。この算出に当たりましては、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、DPCデータやNDBのレセプトデータから分析することになります。具体的にこの推計をする際には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算したもの、医療資源投入量と申しますけれども、これにより、医療機能毎の医療需要を推計し、必要量を算出するものでございます。詳細の算出方法ですが、高度急性期につきましては、診療報酬の3,000点、これは、入院基本料を控除した後の診療報酬の点数でございますけれども、急性期だと600点から3,000点、回復期だと225点から600点といった数字で、医療需要を推計いたします。ただし、高度急性期から回復期までの点数については、医療需要を算出するためのものだけでございますので、各医療機関が点数に関して、それぞれ自分の所が3,000点の方がいらっしゃるから高度急性期になるといった形にはなりません。

続きまして、慢性期の機能、これだけは若干異なった形で算出することになります。慢性期の需要につきましては、慢性期と在宅医療を一体的に考え、現在の療養病床の入院受療率については、各都道府県でかなり地域差がございますので、一定の幅の中で目標値を設定する形になります。ここに書いてありますように、パターンA、B、B'の中から各県において、目標値を設定することになります。

これにより算出しました必要病床数につきましては、病床機能報告制度により提出されました病床数と照らし合わせながら最適な医療提供体制を検討する形になります。

続きまして4ページにありますのが、高度急性期から慢性期までの基本的な考え方を示した図になります。高度急性期ならば、主に救命救急病棟やICUやHCUに加え、一般病棟等で実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療から、一般的な標準治療へ移行する段階までにおける医療資源投入量といった基本的な考え方によって算出されております。

引き続き5ページの方の図表になりますけれども、これが、高度急性期から回復期までの患者の考え方になっております。

医療重要の算出後、具体的にどうしていくのかにつき、6ページのあるべき将来の医療提供体制を実現するための施策の在り方について説明させていただきます。

大きく分けて3つございまして、病床機能分化・連携の推進、在宅医療の充実、医療従事者の確保・養成となっております。

一番目の病床機能分化・連携の推進のために、地域で不足すると見込まれる

機能を充足し、地域で過剰と見込まれる病床機能の転換・集約化することが求められております。また、医療機関が役割分担をして、有効に機能するための連携施策が重要とされており、そのために、地域医療連携パスの整備活用、連携推進のための会議開催、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築等が求められております。

また慢性期医療の体制から今後在宅医療へ転換される中で、ここに記載されていますように、在宅医療の充実を図る必要がございます。そのためには、在宅医療への参入の動機付け研修や訪問看護事業書の人材確保等が求められるところでございます。

また、医療従事者の確保・養成にあたって各種施策を推進する必要がございます。

続いて7ページになりますけれども、このガイドライン検討会の中で特に議論が行われた点について、説明をさせていただきます。

慢性期の需要につきましては、先ほど3つの、高度急性期から回復期までの需要の推計とは異なり、一定の目標値を設定するという考え方で設定しております。この考え方につきましては、詳しくご説明いたしますと、現在、療養病床で入院している患者の内、一定数は在宅医療で対応すると考えます。療養病床につきましては、診療報酬上の点数等で分析することができません。そのために、療養病床の患者をどの程度、慢性期機能の病床で対応するか、目標を定めるという方法で患者数を推計することになります。また療養病床の入院受療率は全国各地において、かなり地域差がございます。この地域差を一定の目標まで縮小していくことを目標とします。ちなみにこの地域差につきましては、資料の2ページ後に療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率という表がございますので、ご参照いただければと思います。こちらを見てくださいと、都道府県間で入院受療率の差がかなりございますが、これらを一定の目標まで縮小していくことを考えております。ただし、その際には、療養病床の受け皿となる、介護施設や在宅医療への移行が着実に図られるように、一定の要件に該当する地域には配慮を行うということに基づきまして、次のページに地域の実情に配慮した調整案が掲げられております。このページについては、若干、技術的な話になりますので、説明を割愛させていただきます。

続きまして、資料縦長のページになりますが、策定のプロセスとして1～8までのプロセスを経まして最終的に平成27年度に地域医療構想を策定するという手順を踏んでいくこととなります。これは、全国的なガイドラインの動きについてのご説明になりますけれども、それと合わせて奈良県における地域医療ビジョン策定に向けた取り組みについての資料をお付けしております。

これにつきましてご説明いたしますと、平成26年度に医療・介護のデータ

分析及び分析手法検討事業におきまして、医療・介護データを分析し、医療の需給状態を把握したり、要介護者の受療状況の把握を行います。これのデータにつきましては、主に国保データベースシステムのデータを活用する予定でございます。国保連のデータを活用して、データの分析と可視化の有用性を確認するものでございます。

また、二番目に奈良県救急医療管制システム（e-MATCH）データの分析を行うことにより、救急医療体制の課題抽出と分析を行います。

また、地域医療ビジョン策定にあたっての検討テーマを分析するために各種の分析を行います。

これらを経まして平成27年度に医療の必要量の算出や医療・介護の連携を含めた需給マッチングの現状及び可視化を行っていく予定でございます。それらを活用いたしまして、地域医療ビジョンを策定する予定でございます。

合わせて資料の方にお付けさせていただいております病床機能報告制度による報告状況について、ご説明させていただきます。

平成26年度10月以降、病床機能報告制度について、各医療機関にご協力いただき、ご提出いただいた内容を集計したものが、こちらになります。若干数字の修正等ございますので、若干の動きがあるかもしれません。平成27年2月16日までにデータのクリーニングを行いまして、集計したものの数値となっております。

資料の13、14ページをご覧くださいと思います。奈良県全体の医療機能別の病床数、これが先ほど申し上げました4つの医療機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各医療機関から報告を受けた病床数の状態でございます。下段が6年後における医療機能別の病床数となっております。

奈良県の状態の一般的な傾向といたしまして、急性期が全体の約2分の1の病床を占めております。そして、回復期が約11%、高度急性期が約13%、慢性期が約25%を占めております。6年後の状況について、皆様方からいただいた報告によると基本的に大きくは変動ございません。若干回復期へ移行するというデータが示されております。

また、次頁以降、奈良医療圏、東和医療圏、西和医療圏、中和医療圏、南和医療圏のそれぞれの病床数と6年後の見込みについて、数値が掲載されています。それぞれ、医療圏毎に若干の特色がありますが、南和を除いて、現時点の報告と6年度の報告値について大きな差がないのが現状でございます。

以上が、病床機能報告制度についての、現時点での簡単な説明になります。

以上で説明を終わらせていただきます。

細井会長： ありがとうございます。ただ今の事務局から説明について、ご質問、ご

意見等ございませんか。

私から2つほどお聞きしたいのは、これは、全国的な地域医療構想ガイドラインについて、ご説明いただいて、奈良県もこれから作っていくと思うのですが、これは国が47都道府県に対して何か施策を出した時に、各県ごとにデータを出して、縦割りに検討をしている訳ですけども、横のデータは、隣の京都府とか大阪府とか似ている和歌山県とか、そういうところと連携と言いますか情報交換というのは、ありますか。

事務局（細谷補佐）： 病床に関して申し上げますと、各都道府県間において、流出入の状況を十分勘案する必要がありますので、それについては、必要がある場合、都道府県間で調整を行うということも、このガイドラインの中で申し上げられています。

細井会長： なぜこの質問をしたかと申し上げますと、これに限らず国で何か決めて、47都道府県が同じことをすれば良い場合でも、それぞれが都道府県ごとに考えて、何かのシステムを作る時に、47個の頭で考えていると思うのですが、何かこう連携していくと、無駄も省けるのではないかと前から思っている訳です。

例えば、何かシステムを作る時、プログラムを作る時でも、47それぞれがプログラムを作っても出来上がったものはほとんど変わらないといったことがありますので、そういう無駄を出来るだけ無くすというのが考えられないのかなと思ったのが質問の趣旨です。今すぐ何か出来るわけではないかと思いますが、そういう視点が必要ではないかと。

もう一つは、病床機能報告制度で病院が97.2%、有床診療所が61.7%の報告となっていますが、報告をしないというのはどういう場合なのか。

事務局（細谷補佐）： 報告をいただいていない所に、こちらの方から電話で確認させていただきましたところ、多かったのが、つい忙しくて忘れていたといったことでしたので、そういう所につきましては、次回から必ず報告を上げていただきたい旨、こちらから注意喚起をさせていただきました。

細井会長： これは今回が初めてですか。

事務局（細谷補佐）： 病床機能報告につきましては、一回目の報告となっております。

細井会長： おそらく、次も忘れる所が多いと思うのですよ。だから次回というのもどうかと思ったのですよ。

他に何かありませんか。

辻村委員： まず、策定のプロセスというところで、二次医療圏単位で住民患者の意見を聴くことが重要と書いてあります。実際の協議の場の設置運営については、議事の内容を見ますと、医療が中心であることは、その通りですが、議事の4には、その他、地域包括ケア、人材の確保云々と書いております。地域包括ケアで言われているのが、医療と介護の連携ということでございますが、その下の参加者の範囲ですが、議事等に応じて、参加を求める病院・有床診療所を殉難に選定云々と記載されていますが、私は介護の立場から委員となっておりますので、もう少し介護分野の意見も入れていただくようにしておかないと、地域医療という場合も在宅医療というのは、実は特養その他の介護施設における医療というものも含んでおります。次のページの地域の実情に応じた慢性期及び在宅医療等の需要推計の考え方等につきましても、ここでは、慢性期の医療、療養を必要としている人が、単に医療機関にいただけではなくて、その他の在宅あるいは老人ホームなどの施設におられるということですから、この辺りの参加者の範囲の中には、しっかりと地域の介護関係の意見が拾えるよう、あるいは、反映されるよう配慮しておくことが非常に重要だと私は思います。その辺りを是非配慮していただきたいと。ですから、奈良県における地域医療ビジョン策定に向けた取り組みについて、平成27年度に医療・介護の連携を含めた需給マッチングの現状及び今後を可視化するというようになってきますと、介護の分野のデータなり意見なり状況というものを反映しなければ、私は生活と連携した医療の重要性という観点から見ますと介護分野の人たちの実感、実態というものを反映していけるようなシステムにしていきたいと思いますと思っております。意見でございます。

細井会長： コメントをいただきました。何かこれについてありますか。

事務局（細谷補佐）： 協議の場の運営にあたって、ガイドラインの中で参加者について記載されている部分についてご紹介させていただきます。地域医療構想の策定にあたっては幅広い関係者の意見を伺うことが必要なことから、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村等、幅広い参加者とすることが望ましいと記載され、幅広い関係者のご意見を伺うことが基本的なスタンスとなっており、資料に書いてある関係者に限定するという趣旨ではございませんので、在宅医療や介護の分野についての意見をくみ上げていくことについては、当然想定されております。

細井会長： 他に何かご意見ございますか。

酒井委員： 11 ページの奈良県における地域医療ビジョン策定に向けた取り組みについての中で、②奈良県救急医療管制システム（e-MATCH）データの分析と書かれています。今後の方向性等ございましたら、お尋ねしたいと思います。

細井会長： 大きな方向性、細かいことよりもどのようにしていくかということですが。

事務局（河合地域医療連携課長）： 今年度、e-MATCH のデータに基づきまして、奈良県の救急医療の需給がどのような状況にあるのかというデータ分析を試験的にやっているところでございます。それを踏まえまして奈良県の救急医療体制の課題がどのようなところにあるのかという分析が、奈良県の独自のデータ集積に基づいてできるものである、この辺りが e-MATCH の一つの重要な役割であると思っております。今後、e-MATCH を通じてこのようなデータ集積を重点的に取り組んでいきたいと考えているところでございます。

細井会長： 他にございますか。なければ、議事2「地域医療構想策定等について」終わります。それでは、次に議事3「医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度にかかる平成27年度奈良県計画の検討状況について」事務局からの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」）： それでは、医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度に係る平成27年度奈良県計画の検討状況について、資料3に基づいて説明します。

資料P1についてですが、制度的な説明をさせていただきますと、地域医療介護総合確保基金とのタイトルが資料の上部にあります。病床機能報告制度や地域医療構想策定の制度面での取組と併せて、消費税増収分を活用して医療介護提供体制改革を行うための財政的な支援制度が平成26年度より設けられております。

財政支援制度の仕組みですが、都道府県が計画を策定して国へ申請し、都道府県ごとに配分を受け、県に基金を設置して、計画記載の事業を実施していくものであります。奈良県においても、平成26年度計画事業を実施していく分として奈良県地域医療介護総合確保基金を設置し、10.4億円を積み立てております。

対象となる事業としては、資料右側の地域医療介護総合確保基金の対象事業のしかく囲いの1～5までの事業が対象となっており、医療の内容としては、

1, 2, 4の項目が対象となっております。

資料の下側ですが、平成27年度の規模についてですが、国全体公費（国2/3、県1/3）で1,628億円という規模であります。平成26年度分が904億円だったのですが、平成27年度からは介護に関する事業も盛り込まれることとなったのでその分が増えた形になっております。

国の新たな財政支援制度を奈良県が受けるには、毎年度計画を国へ申請して、財源を確保し、県で設置した基金に積み立て、計画事業を実施していくこととなります。

平成28年度以降はどの程度の規模となるかは現時点では示されておられません。

資料のP2～P4をご覧ください。現在、奈良県では、平成27年度計画策定の作業を進めており、計画策定の参考とさせていただくため、市町村や関係団体、医療機関などに広く事業提案を求め、提出頂いた内容を、基金事業の対象となる1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、2. 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業、3. 医療従事者等の確保・養成のための事業に分類した整理した内容となっております。

このような事業のアイデアを参考に平成27年度の計画策定を進めていきたいと考えておるところです。

資料のP5をご覧ください。現在、計画の方向性として、資料の下半分施策の方向性として、1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業については、今後、地域医療構想を策定して行くにあたり、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを地域において確保するため、病床の機能分化・連携を推進するための施設・設備整備に対する補助を盛り込みたいと考えております。

内容としては、今後、リハビリや地域包括ケアシステムを支援する病床整備が必要となってくることが想定されるため、在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う地域包括ケア病棟への整備補助等を検討しております。

資料のP6をご覧ください。このグラフは、先程、資料の1でもご説明させて頂いた、病床機能報告制度により、医療機関より報告のあった内容で、上のグラフが現在の機能、下のグラフが6年後の予定の機能を示しております。現時点では、地域医療構想策定前で、将来の必要量もわからないことから、6年後においてもほぼ現状のままとなっておりますが、今後、どのような機能が必要かの検討を進めていく中で、必要な機能への転換補助となるよう計画策定を進めていきたいと考えております。

資料のP7をご覧ください。2. 居宅等における医療の提供に関する事業に

ついてですが、国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口の内容を資料に記載させて頂いておりますが、奈良県の人口は、平成11年から減少に転じており、その後も減少が進むこととなり、65歳以上の高齢者の人口は、平成42年まで増え続け、その後も構成割合は増え続けますが、65歳以上の高齢者の人口も、平成47年以降は減少することが予想されています。また、75歳以上の後期高齢者の人口についても同様な状況となっております。

そのような中で、更なる高齢化社会の進展により、医療需要の増加が進み、在宅での医療の重要性が増すことから様々な在宅医療に関する取組が必要となっております。

本県の在宅医療の状況として、関係する主な指標を資料に記載させて頂いております。

主な内容として、在宅看取り率（自宅と老人ホームにおける死亡率）は平成25年度で21.2%となっており、全国的には上位（5位）となっておりますが、これからの高齢化社会の進展を見据え、需要がさらに増加していくことが確実なため、在宅医療に関係する様々な取組が必要と考えております。

資料のP8をご覧ください。現在検討している事業ですが、頂いた事業提案において、在宅医療に関係する提案の項目を記載しております。このような事業について計画に盛りこくことを今後検討していきたいと考えております。

資料のP9をご覧ください。医療従事者の確保に関する内容となっております。医師の偏在対策や、勤務環境改善等の事業に取り組む内容を盛り込んでいきたいと考えております。

今後のスケジュールとしては、調整を進め、5月～6月頃に県計画案として国へ提出し、その後、国から金額の内示があり、内示を受けて、内示金額内で調整した計画を国へ再度提出し、国から7月頃に交付決定を受ける予定です。

また、厚生労働省よりこの平成27年度の計画に対する基金の配分については、1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業について、重点的に配分するとの方針が示されていることから、計画策定にあたってはそのようなことも考慮しつつ、検討を進めていきたいと考えております。

計画に盛り込むべき内容等について、ご意見等ありましたらお願いしたいと思っております。

以上で、医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度に係る平成27年度奈良県計画の検討状況についての説明を終わります。

細井会長： ありがとうございます。ただ今、事務局から説明のあった内容について、ご質問・ご意見はございませんか。

森口委員： この基金につきましては、歯科医師会の方も26年度にお世話になったところでございますが、既存の事業の執行が優先されるという話を聞いており、新たな事業についてもお願いしたいことと、ソフト面に関してはかなり認めていただけたと思うのですが、ハード面に関しましては、かなり厳しい査定があったように思っていますので、この辺りについて、県の見解をお願いします。

事務局（奥係長）： 少し説明を補足させていただきますが、この基金事業につきましては、従来からの国庫補助制度から新基金の制度に移った事業が幾つかありまして、基金に移行した国庫補助制度につきましては、来年度も26年度と同様に、出来るだけ優先順位の高い位置付けにしていきたいと考えております。

施設整備等につきましては、26年度に色々な提案をいただいて、計画に計上できたもの、できなかったものがございますが、今後、必要性を再度検討させていただきまして、27年度計画に盛り込めるものにつきましては、盛り込む形で検討を進めさせていただきたいと考えております。

細井会長： 何か他にございませんか。

屋宜委員： 医療従事者の確保について、看護職員の勤務環境の改善を図るための事業をご検討していただいているようですが、平成25年に奈良県で初めて、看護教員の養成を看護協会に実施していただいたが、その先の専門教育の研修がなされていない状況です。専門教員の確保が大事だと思いますので、今の検討状況を教えていただきたいと思います。

事務局（石井医師・看護師確保対策室長。以下「石井室長」）： ご指摘のように、教育内容向上のための研修制度は重要だと認識しております。今は看護教員の継続研修を実施していますが、今後ご意見をいただきながら、より充実する方向で考えていきたいと思っております。

辻村委員： 計画に書かれている事業内容一覧というのは、医療分野の事業で、介護分野は別だと思いますが、計画の基本的な考え方あるいは施策の方向性でも、医療と介護が連携して総合的に対策を練るということだと思いますので、ここに介護が載っていないのはどうなのかなと思います。

具体的なイメージがわからないのですが、地域包括ケア病棟というのはどういうものなのか教えていただきたいと思います。

事務局（奥係長）： 地域包括ケア病棟の施設基準は、近畿厚生局の方に病床の届出をされる内容のもので、役割としては急性期を経過した患者や在宅において療養を行っている患者の受入並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有した病床でありまして、地域包括ケアシステムを担う病床という位置づけの病棟でございます。

辻村委員： 今までの一般病棟や回復期の病棟とは全く違う新しいタイプの病棟を新たに増やしていくというイメージでしょうか。

事務局（奥係長）： 今後地域包括ケア病棟ということで、在宅医療を支援するという趣旨、推進する役割を担っておりまして、今後新たな病棟として整備するものでございます。他府県でも新たな財政支援制度を活用して、将来の明確な必要量は分からない訳ですが、一部の急性期から、この病床機能報告制度の一つの区分であります回復期の機能に病床がさらに必要となってくるような考えがありまして、本県でも在宅医療を推進していく上で、この地域包括ケア病棟の役割は重要ではないかと考え、現在検討をしているところでございます。

細井会長： 辻村委員の質問の趣旨は、現在の病棟にそれに当てはまるものはあるのか、それとも全く新しく、現在それに当てはまるものはないのかというのが第一点です。

全くないというのはありえないと思いますね。現在も急性期から在宅まで行くわけですから。おそらく、現在は一般病棟で対応しているのだと思います。

特別な機能を持った病棟を作る、今、多分、ないと思うので作るのだと思います。そうすると質問の趣旨は、現在あるものにどういう機能をプラスすればよいのか、どういう風に違うのかということだと思います。

おそらくまだはっきりしていない可能性があるのだと思います。そうであるならば、今から考えるという答えの方が良いと思います。

現在あるものに一番近いものを上げてそれにプラスアルファとしてどういう味付けをしたものなのか、そういう説明をされたらよく分かると思います。

吉田委員： 重症患者から軽傷患者まで一つの病棟におられる場合に、縦割りではなく、ある一定の回復期を過ぎて在宅医療にいくまでの患者さんを横に集めて一つ一つの包括ケア病棟にしようという理解を私はしております。

細井会長： 耳鼻科、眼科、内科等が別々の病棟であって、その病棟で手術等を行い回復していけば、耳鼻科、眼科にそのまま置いておくのではなくて、そこから集め

て一つの病棟に入ってもらおうと。そういう病棟なのですか。

吉田委員： 在宅へお帰りされるまでの一定の期間を包括ケア病棟に入ってもらい、どこにどのように振っていくのが患者さんにとって一番良いかマッチングしていく病棟だと思います。

今川委員： 地域包括ケア病棟について、我々の理解をご説明させていただきます。

地域包括ケア病棟というのは、現在は、一般急性期病床の中に含まれていません。役割といたしましては、今ご説明がありましたように、ポストアキュートと言いますか、高度急性期あるいは急性期病床から退院が長引くような患者さんの社会復帰あるいは退院するための補助的な役割があります。

もう一つの大きな役割は、一般的にはサブアキュートと呼ばれていますが、先ほど県の方から説明がありましたように地域包括ケアシステムを支える役割ということで、在宅等におられる方が急変した場合に、一旦収容して、在宅に戻れる状態に戻してから、退院して在宅の方で療養してもらおうという二つの側面を持っております。

先ほど、細井会長がおっしゃられたように、今のものとどう違うのかという点については、地域包括ケアが段々と充実してくれば、サブアキュートの役割がかなり大きくなってくると思います。サブアキュートが患者さんのケアカンファレンス、ケアシステムを作って訪問看護ステーション、ケアマネ等の他職種が連携してご本人に最も適した療養生活を送れる部屋を作っていくという役割が出てくるだろうと思います。

以上が地域包括ケア病棟の大きな役割だと思いますが、現在地域包括ケア病棟はできたばかりでございますので、どちらかといえばポストアキュート、急性期の患者さんがすぐには退院できない時に在宅に移行するまでの補助をするというのが大きな役割です。ただ、問題なのは色々な高度急性期病院がありますが、在宅復帰率は結構高い、予想外に高いですので、ポストアキュートの役割がどのように果たせるかは疑問点がありますが、要は在宅で療養できる環境とケアプランを立てるとというのが地域包括ケア病棟の大きな役割とっております。

そこで、県にご質問しますが、この計画の基本的な考え方の中で、地域包括ケアシステムの構築という項目があり、その中で地域包括ケア病棟との連携というのは非常に重要な役割を果たしてくると思っておりますが、これに対する施策をもしお考えであるならば、教えていただきたいと思っております。

事務局（奥係長）： 現時点では、地域包括ケア病棟を有する医療機関と在宅医療との連

携した取組についてまでの検討には至っていないところでございます。

ただ、様々な在宅医療の取組が必要と考えておりますので、本日いただいたご意見等を参考に今後計画策定の検討をさせていただきたいと考えております。

細井会長： 地域包括ケア病棟という名称の確固たる定義というものはよく分からなかったのですが、ただ、私が今やろうとしていることとほとんど一緒であると思っております。

と言いますのは、Medicine-Based Town (MBT) 医学を基礎とする街づくりという書籍を昨年に水曜社から出版して、奈良医大周辺で行うということで、5月に内閣府のモデルケースになりまして、それから、県と橿原市の連携の中にも入りまして、民間のコンソーシアムを作るという方向で進んでおります。

その中で、例えば大学で手術をします、その後、リハビリを隣の病院でしたとします、ところがまだ病院ですので在宅に橋渡しをする場所が必要となります。今、先生がおっしゃったように、在宅でどのように気をつければいいのか、在宅に移行するためにどういうケアがいるのか、どういう道具を買ったらいいのか、そのことを実際に病院ではなくて家で行おうと、奈良医大ではアネックスと呼んでいますけれども、それは今井町の空き家を借り上げて、改修して、今から地域包括ケア病棟のようなものを考えて実行しようとしていますし、国、県、市からの援助も得られようとしています。地域包括ケア病棟という名称は意識していなかったのですが、丁度、考えているのとピッタリかなと思えました。急性期、おそらく逆方向、サブアキュートというもの、在宅側に近いものを取り上げて在宅と同じような環境で在宅にすぐ移行できるような状況の病棟だと今、解釈しました。ですから、私が一年前に提唱し、国のモデルケースになったものが非常に近いのではないかと理解をしました。

何か他にございませんか。

寺川委員： 計画の中はかなり在宅看護、在宅療養が入ってきていますので、基本的に基礎教育の中でその部分を増やしていただいて、在宅看護とはどういうものなのか、どのようにすれば良いのか教育していただかないといけないと思っておりますので、卒業してからの卒後教育で付け焼刃的に教育しても中々身につかないことだと思いますので、その辺りを何かお考えいただければありがたいかなと思います。

細井学長： まず県の意見をお願いします。私の意見は後で言います。

事務局（石井室長）： 在宅における訪問看護職の重要性は認識しております。今、県で

は、訪問看護に関心のある看護職を対象に、まず基礎的な知識や技術の習得等について進めようとしているところですが、おっしゃるように学生の中からそのような教育が必要だと思っております、今後関係者の方に集まっていただきまして、どのように進めたらいいか検討していきたいと考えております。

細井会長： 私の考えは後で言いますと言ったのは二つありまして、一つは、4月から奈良医大で在宅の教室を看護学科に作ります。これによって、今、寺川先生がおっしゃったような基礎的な教育をします。もちろん大学としてする訳ですから1年生から4年生まで学びます。それから大学院に入ってもらえば、より高度な看護学の勉強ができます。

是非これを支援してもらいたいのですね。これは医療従事者の確保についても当てはまるのですが、奈良医大が確保して病院に行ってもらおうという発想はある意味正しいのですが、それは奈良医大に魅力がないと集まらないのですね。

在宅というのは非常に重要です。ですから、在宅の教室を作ります、今から公募しますが、教授も来てもらいます。そのように学生からみっちり教える体制を作りますから是非、県においてもこの講座に限らず応援して欲しい、そうでないとやっぱり盛り上がりません。

もう一つ言いたいのは、この在宅の中で、見守りというのは二つの方法があると思います。一つは、機械による見守り、センサーとICT、この中でもICTによる投資は一杯出てきます。ですが人が行かないと駄目です。行く可能性があるのは医師、看護師、保健師等の医療専門職、それ以外に調剤薬局の人、それから良いか悪いか別にして、極端に言えば牛乳配達の人でも家を訪問するのですね。家を訪問する職種の方は、ただ単に物を売ったり、配達したりして帰って行くのですが、医療従事者以外の方もあるトレーニングをして、そのような組織を作ってですね、色々な方を見守っていくということをすれば、分かることはたくさんあると思うのですね。医療従事者ではないので、脈をとる必要はありませんが、顔を見るだけで、全然と違うと思うのですね。こういう組織を先ほど申しました現在、奈良医大で考えております Medicine-Based Town で、同じことは他でもできますが、モデルケースとして色々やりたいと考えております。

二つあると言いましたのは、核となる看護師への在宅教育と、それを基に多くの人にトレーニングして協力してもらおうというシステム作りです。

他に何かありませんか。

南委員： 精神科の分野からですが、在宅医療連携体制の整備について、長期入院患者の退院調整は今もやっておるのですが、一つは、その他の事業の中で、軽度認

知症の方が気軽に出入りできる場の設置、もの忘れカフェと書いてあるのですが、これは医療保険の分野でやっていくのか介護保険の分野でやっていくのか、市町村の方でやっていくのか、どういうイメージでしょうか。

事務局（奥係長）： 物忘れカフェについては、事業提案をいただいた所なのですが、その他の分類にさせていただいていますように、まだ今後の検討が必要な事業と考えておりまして、今後検討していきたいと位置付けております。

南委員： まだ何も決まっていないと解釈すれば良いですね。

事務局（奥係長）： はい。

南委員： あと物忘れカフェの下にある精神科病床を削減し特別老人ホームを開設する計画について、今、奈良県は全国と比較して人口当たりの精神科ベッド数が少ないということを認識しているが、民間の精神科の病院がベッド数を削減して、老人ホームのように介護保険に移行するというイメージで捉えれば良いのでしょうか。

事務局（奥係長）： そうですね。これはある医療機関さんからご提案いただきまして、精神科病床を削減して介護保険への病床に転換される内容になっております。

南委員： ある病院からの提案というだけの話なのですね。

事務局（奥係長）： そうです。

細井会長： 他に何かございますか。

屋宜委員： 看護師の養成所の教育内容の向上ということで、どうしても看護師の輩出の数、国家試験の合格率の話になるのですが、先ほど寺川委員の方からお話があったように国に定められた訪問看護等の実習は増加させることはできないのですが、どこでどのような実習をさせるかという点について、たくさんの養成所の先生がお困りだと思うのです。病院の実習よりも中小規模の訪問看護ステーションの経営を逼迫させないような形で、実習を引き受けていただいているところでは実習費が必要となっております。一人あたり 3,000 円ですとか、実習費を支払っていただいているのが現状でして、奈良県立医大さんのようにきちんと講座をお持ちになるところもございますが、ほとんどの養成所はそれぞれの

教員の努力によって支えられていますので、是非、実習費等の全体の予算のところでもご支援いただけると質の向上につながると考えておりますので、発言させていただきます。

事務局（石井室長）： まだ十分に把握できていない点もございますので、今後状況を把握した上でどのような支援ができるか検討してまいりたいと思います。

細井会長： 先ほど、私がもう一つと言ったのは細部に渡ることもあるのですが、9ページの医療従事者の確保についての中に医師の偏在を解消するための取組の促進というのがあります。これは奈良医大の医師配置センター等を指されていると思いますが、なぜ私がここで発言するかと申しますと、皆様には是非考えていただきたいことがございます。

偏在があると、この病院に人が足りないと。決まった人数が決まった地域にいる訳です。医師の数は変わらないので、Aという病院からBという病院に医師を移したとしますと、Aという病院は一人欠員になるのですね。当たり前ですが、そういう関係にあるのです。いくら偏在を解消といっても、今、もの凄く過剰のところと、もの凄く不足なところがあればこの方法で良いと思うのですが、どこも足りないと。どこも足りないから均等にやってしまうとどうなるかと言うと、高度なことをどこも出来なくなります。極端に言えば、どこでも出来るが、何もできないということになりますね。そうすると、やはりある所に人数を集中して、奈良県の医療を完全に守らないといけないのですが、現時点ではどこも足りないのですね。余っているところは無いはずですが。そうすると、余っている所がない状態でAからBに移してもAが足りなくなる、このことを何年続けても、10年後も同じことになるのです。

何が必要かと言いますと、やはり、奈良県に医療の魅力を出して、外からも来るような、根本的なことをしないと、10年後も同じ課題があることとなります。このことを是非皆様に考えていただきたい。どうすれば、魅力が増すか、そうしますと、大体20～30人規模のある病院で、全国から人が集まるような魅力を出すことをやると、そうでなければ大学や基幹病院でも、思いっきり魅力あるものにして、全国から医者を集めそこでトレーニングして、周辺の規模の小さい病院に派遣し、大学でできないことを経験してまた戻ってもらう、全体のパイが増えてくると10年後には非常に明るいものになります。ですが、小手先のことだけ繰り返しても、10年後は同じなのです。このことを皆様方、我々はよく考えて、どのようなお金の使い方をするのか、2年後に効果の出ることをするのか、10年後に効果の出ることをするのか、ここにいる皆様方には考えていただきたいと、これは勿論、県に対しての話ですが、我々県民

も考えないといけないと思います。

少し長くなりましたが、議事3「医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度にかかる平成27年度奈良県計画の検討状況について」は終わることとします。

次に、議事4「病床配分後の状況について」事務局からの説明をお願いします。

事務局（松山地域医療連携課主幹。以下、「松山主幹」）： 続きまして、以前、病床配分を行った医療機関の状況について、資料4によりご報告させていただきます。

1番目は、生駒市立病院で210床の新規開設の案件となっております。進捗の状況としましては、平成22年12月15日に医療法に基づく病院の開設許可を受け、平成27年6月1日に、予定通り210床で開院予定されています。

続きまして、阪奈中央病院の増床56床の案件であります。進捗の状況としましては、平成25年11月12日に医療法に基づく増床にかかる病院の開設許可を受け、平成26年4月1日に使用開始いたしました。増床にあたっては『小児科2次救急の輪番制への参加』が条件とされていましたが、平成27年1月より小児科2次輪番を月に1回実施されております。

続きまして、3番目は登美ヶ丘リハビリテーション病院で122床の新規開設の案件であります。進捗の状況としましては、平成25年8月30日に医療法に基づく病院の開設許可を受け、平成26年6月に開院いたしました。

続きまして、4番目の奈良リハビリテーション病院で、111床の新規開設の案件であります。進捗の状況としまして、平成25年8月1日に医療法に基づく病院の開設許可を受けておられ、平成26年8月より34床、同年12月より32床を使用開始いたしました。残り45床の稼働に向けて、看護師等の確保に取り組んでおられます。

続きまして、5番目の平成まほろば病院で、116床の新規開設の案件であります。進捗の状況としまして、平成25年9月6日に69床、26年5月29日に47床の病院開設許可を受け、平成26年6月1日より69床、同年7月1日より47床を使用開始いたしました。47床の増床にあたっては『関連病院の平成記念病院において新たに年間救急搬送1,000件以上の受入を行う』ことが条件とされていましたが、概ね順調に増加しています。

続きまして、6番目の医療法人中野産婦人科新大宮で16床の新規開設の案件であります。この案件は、病床過剰地域での周産期医療を提供する診療所として、平成25年2月の審議会でご意見をお聞きし、医療法第30条の4第8項に基づき、特例病床の扱いをしたものです。

進捗の状況としましては、平成26年2月26日に奈良市保健所より医療法の開設許可を受け、平成26年4月に開院いたしました。

次の計画と致しまして、7番目の（仮称）医療法人藤井会 香芝生喜病院で241床の新規開設の案件でございます。進捗の状況としましては、平成29年4月の開院予定に向け、順調に進んでいるとの報告を受けています。

最後に、社会医療法人高清会高井病院の69床の増床についてご報告します。この案件は、病床過剰地域における公的医療機関を含む複数の医療機関の再編統合を行う場合として、平成26年9月の医療審議会でご意見をお聞きし、医療法第30条の4第8項に基づき、特例病床の扱いをしたものです。進捗の状況としまして、平成27年6月に使用開始予定となっております。

病床配分を行った医療機関の状況についての報告は以上でございます。

細井会長： ありがとうございます。ただ今、事務局から説明のあった内容について、ご質問・ご意見はございませんか。

南委員： 民間病院の立場からですが、4番の奈良リハビリテーション病院について、もう111床の建物は建っているのですよね。残り45床の稼働に向けて看護師等確保に取り組んでおり、111床の内66床しか稼働していない状況なのですが、今後、近いうちに確保されて稼働できるのでしょうか。

事務所（松山主幹）： 残り45床の稼働に向けて、現在、看護師の確保等について、着手していると聞いておりますが、看護師の確保を図り、7月を目処に稼働を目指すということで報告を受けております。

細井会長： 他に何かございませんか。全体を通して何かございませんか。

辻村委員： 先ほどの第3の議案とも若干関連するのですが、病床を再編するということで、病床を削減してまいりましたが、今配分後の状況ということで、若干稼働していない所があると。先ほど、地域包括ケア病棟の話が出ましたが、病床を増やすという話ではないですよね。機能転換をするという話で、全体として病床を増やす訳ではないという認識でよろしいですか。

事務局（細谷補佐）： 病床を転換するということとして、新規に開設するものではございません。

辻村委員： 6ページに6年後の病床の表が載っており、現在とそれほど変わっていない

とのことですが、これは、それぞれの医療機関が6年後に自分の所はどうなっているかをお答えになってもらったものと考えて良いのですよね。

事務局（細谷補佐）： 6年後にどのような医療機能を持つか、という問いかけをしている項目がございます。それに対しての御回答になります。

辻村委員： 県としては機能編成について、医療機関全体の病床と機能を見直して検討していく、何もせずに医療機関に任せればこんな形です、しかし、県としてあるべき姿をみればこうなるが、こうしたいとか、結果的にはこうなっていたら良いとか、県の積極的なイメージがここに表れている訳ではないのですね。

事務局（細谷補佐）： 議題2で申し上げました病床必要量というものを県として算出したしまして、それをご提示した上で、最終的に皆様との話し合いによって、その目標に達していこうという考え方が、地域医療構想の実現に向けた考え方になります。現時点では皆様に今後必要となってくるであろうという量をお示ししておりませんので、その意味では皆様の判断の根拠等ございませんから、現時点ではこうだということもございます。

辻村委員： 少し付け加えますと、もっと積極的に県が投げかければ随分変わった姿になっている可能性もあるかもしれないということですか。

事務局（細谷補佐）： 可能性としてはあるかもしれませんが、まだそういうものをお示ししておりません。

辻村委員： もう一つ、介護や在宅の分野で、最近は介護士やヘルパーさん達も研修を受けることによって、喀痰、吸引等の一部の医行為を実施できるようになってきております。逆に言うと特別養護老人ホームやその他の施設に医行為を必要としている人達がたくさんおられて、その面でも医療機関あるいは医大と積極的な連携、研修をしていただかないと上手く進まないなという気がしておりましたので、細井会長のお話について大変心強く思いました。

細井会長： これからの見守りについて、機械と人と先ほど申しましたが、人については、医療行為が若干できる人、全くできない人がおられます。全くできない人は役に立たないことはなく、顔を見ることができ、歩く姿も見られます。これを上手く組織立てられるどうか、トレーニングができるかどうかで随分変わってくると思いますので、是非皆様のご支援よろしく申し上げます。

それでは、長時間に渡りご発言、熱心にご審議いただきありがとうございますございました。

以上をもちまして、第56回奈良県医療審議会を終了いたします。なお、医療法人部会の委員の皆様におかれては、この後、引き続きこの建物の地下1階E会議室で医療法人部会を開催いたしますので、ご出席のほど、よろしく願います。

本日は、どうもありがとうございました。

本日の議事を確認するため、議事録署名人が署名押印する。

平成27年3月27日

議事録署名人

印

議事録署名人

印