

## 令和元年度第1回奈良構想区域地域医療構想調整会議 議事録

日時：令和2年2月19日（水）

18時30分～20時30分

場所：奈良県文化会館 集会室A B

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：高比委員（西の京病院理事長）

仲川委員（奈良市長）

---

事務局（小林 奈良県地域医療連携課課長補佐。以下「小林補佐」）：

ただ今から「令和元年度第1回奈良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、鶴田医療政策局長からご挨拶申し上げます。

事務局（鶴田 奈良県医療政策局長。以下「鶴田局長」）：

本日は、皆様お忙しい中、また遅い時間にご出席いただきまして誠にありがとうございます。

皆様ご承知のとおり昨年の9月に厚生労働省から地域医療構想に係る424病院の公表があり、この病院について再検証するよといった要請があったところです。県内は5病院が対象となりましたが、県としましては、今まで断らない病院、面倒見のいい病院という2つの病院像を示し、それぞれの地域毎に公立・公的病院、民間病院すべての病院の方々と話し合いをしながら、進めてきましたので、方針をきっちりと踏襲し、5病院だけでなく、それぞれの圏域毎にすべての病院の関係者の方々と話し合いをしながら地域医療構想を進めていくことが大切だと考えています。本日は、これまで進めてきた成果を皆様方に資料としてお出ししておりますので、それを基に議論をお願いできればと思っております。

また一昨年の医療法改正において、今年度中に外来医療計画を策定するよう法律で位置づけられています。これについても本県の進捗状況を本日も説明させていただき、議題としても盛り込んでいますので、本日皆様方と議論させていただきたいと考えています。

あと、もうひとつの大きな議題として、新型コロナウイルス感染症についても世界的にも国内でも広がりを見せております。県内においても1名患者さんが発生し、濃厚接触者についても14日間の健康観察を行いました。県内でも今後患者さんが増えていく可能性もありますので、県としてもきちんと取り組んでいかなければいけないと思っておりますので、本日の議題とさせていただきます。皆様方と活発なご議論ができればと考えておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

事務局(小林補佐)：

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)

なお、本日の議事に関する参考人として、地区医師会からもご出席いただいています。

(地区医師会の出席者紹介)

また、「地域医療構想アドバイザー」として厚生労働省から委嘱された、済生会中和病院 名誉院長の今川先生にもご参加いただいております。

この「地域医療構想アドバイザー」は、「都道府県の地域医療構想の進め方についての助言」や「地域医療構想に関する各種会議に出席し、議論が活性化するよう助言すること」を役割とし、厚生労働省が委嘱するもので、一昨年8月より制度化されております。

なお、奈良県では、済生会中和病院 名誉院長 今川先生、奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授 今村先生、奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 准教授 野田先生の3氏が厚生労働省より「地域医療構想アドバイザー」として委嘱されております。

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」に基づき公開としており、報道機関の取材および傍聴をお受けする形で開催しますので、ご協力をお願いいたします。傍聴される方と報道機関の方におかれましては、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にご留意をお願いします。それではこれより議事に入りますので、以後の写真撮影やカメラ等の取材はご遠慮いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。それでは議事に入ります。進行は、奈良県奈良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奈良保健所の佐藤所長にお願いします。よろしくお願いいたします。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長)：

よろしくお願いいたします。

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(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1、2)

<議事1、2についての意見交換>

佐藤議長(奈良県奈良保健所長)：

議事1及び議事2について、委員の方々から質問を頂戴したいと思います。

谷掛委員(奈良市医師会会長)：

新型コロナウイルス感染症に対して病院がどうするのか等の質問は、この場所で議論してよいのでしょうか。

事務局(鶴田局長)：

新型コロナウイルス感染症に関しては、重症患者が発生した場合に対応できる医療提供体制を確保するために、感染症指定医療機関の先生方と意見交換会をしております。また感染症指定医療機関の他、公立・公的病院、国立病院、400床以上の民間病院に集まっていただき、体制確保のための意見交換、議論をしています。本日、話題提供として議題に挙げさせていただいています。実際に確保する先生方としっかりと議論を進めておりますことをご理解いただければと考えています。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長)：

感染症については保健医療計画にはありますが、今回の地域医療構想とは通ずるものもあれば役割が重なる部分もあるということをご理解いただければと思います。

他にご意見はありますか。

矢島委員(市立奈良病院院長)：

質問ですが、診療報酬上の病床機能と地域医療構想の病床とは厚生労働省は違うと言っていますが、今回の診療報酬改定を見ても、結局パラレルに動いているのではないかと感じていますが。実際はどうか、全く違うのではなくて、パラレルに保険点数の改定をして、回復期にいくようにしているのか、厚生労働省はどう考えているのか教えてほしい。

事務局(鶴田局長)：

厚生労働省は、診療報酬は地域医療構想に寄り添うとよく言っています。そのうえで地域医療構想の病床区分が診療報酬で評価されることはないという説明をしていると認識しています。厚生労働省全体で見れば、将来のニーズに対応できる医療提供体制を作っていかなければならないという課題があり、また働き方改革も同時平行に進んでおり、それを実現するための診療報酬のあり方をどうすればいいか、中医協の場で議論されて点数設定がされていますので、そういう意味で関連性があるという理解が適切ではないかと思えます。

菊池委員(奈良県総合医療センター院長)：

資料2の奈良医療圏の病床機能毎の病床数のグラフについて、当院は高度急性期・重症急性期を担う病院ですが、奈良医療圏は最初から議論になっていたが高度急性期が非常に少ないです。他の医療圏を見ていただくと高度急性期が多い医療圏があります。調整会議の前の地域別病

院意見交換会でも言いましたが、最初のボタンの掛け違いがあつて、病院毎に定義が違うんですね。病院によって病床全体を高度急性期病床にしている病院もありますし、我々はICU、HCU、NICUのような7対1以上の看護師配置をしている病床のみを高度急性期にしていますので、奈良医療圏は高度急性期が少ないということになっています。定義をある程度はつきりしておくべきだったのかなと印象を持っています。どこかで定義を整理しないといけないと思うのですが、その点はいかがでしょう。

矢島委員(市立奈良病院院長)：

菊池委員と考え方は似ており、当院もICUとHCUを高度急性期にしています。当院は病床機能とパラレルな考え方でやっていますが、大阪府のすべての大学附属病院は高度急性期になっています。近畿全体で集まった時に初めてわかったが、大阪と奈良は全く違う考え方をしています。そのため、菊池委員が言っていることは、とても理解できます。

菊池委員(奈良県総合医療センター院長)：

この議論が始まった途中で、厚生労働省から7対1から10対1は重症急性期でそれ以外は高度急性期だという、だいたいのアウトラインが出た記憶があります。今からその話をしても仕方ないが、2025年の必要病床数を出していく時に、医療圏毎に認識の違いがあるのが心配だと感じています。奈良医療圏と西和医療圏の意見交換会に出席して、考えの差異があると感じました。

事務局(鶴田局長)：

高度急性期、急性期のところが、それぞれの圏域で病院の価値評価が異なると思います。奈良医療圏については、特定入院料で高度急性期か急性期かを判断されたデータになっていて、他の医療圏だと、すべて高度急性期にされている等、分けていないのでデータの差異が起きていると思います。実際に2025年の必要病床数に合わせないといけないのであれば、そういう議論が必要になってきますが、あくまで目安なので、医療圏毎に病院同士の話がかみ合っているのであれば、そこまで精緻に定義づけの議論をする必要はないと思います。奈良医療圏はわかりやすいラインで報告されていると思いますので、話し合いの中で、そういった議論をしていきたいと思いません。

岩井委員(奈良県医師会理事)：

今後の医療を考えると、地域医療構想、働き方改革、医療費適正化計画を三位一体でやっていると認識されています。資料1の3ページを見ると、局所最適と全体最適のすり合わせをされていて、三方よしが大切だと思います。我々医療側から考えると、働き方改革をどうすればよいかをしっかりと考えていけないと思いますが、この資料でははっきり見えてこないが、そのあたりの考え方を教えてほしい。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

働き方改革というのは、地域医療構想の後に出てきたというので、すり合わせは難しかったのではないかと思うのですが、どうでしょうか。

事務局(鶴田局長):

岩井委員ご指摘のとおり、働き方改革と地域医療構想は整合性をもってやっていく必要があると考えています。実際、地域医療構想の議論を進めるに当たって、後の資料にも出てきますが、高度急性期、重症急性期を報告している病院に集まっていたいて意見交換をしました。その中で、診療科別の医師数、患者数、新規患者の数、平均在院日数、診療科毎の医師の勤務時間等を確認させていただき、診療科毎に960時間を超える方が各病院にいるかどうかを確認させていただきました。現時点では、各病院が労働時間を把握しきれているかという、議論があるところだと思いますが、960時間を超えているのは一部の病院しかありませんでした。各病院の時間外医師の働き方をしっかり把握していきながら、どう改善するかを併せて議論することが必要だと思っています。働き方改革を進めるにあたっては労務管理として、労働時間を各病院で把握するのが第一歩であり、把握したことにより病院で管理できるところもあるでしょうし、併せてタスクシフト、タスクシェアとして、医師、看護師、その他の職種の方々をどう見直すかという議論も必要になってくるでしょう。最後は地域医療構想と絡んで、夜間の働き方を議論していくこととなりますが、宿日直、宿日直許可をする寝当直医師の労働時間をカウントしないのか、勤務時間にして、二次・三次救急をしっかりと診るのかは、夜間の医師の労働時間に非常に影響するファクターになります。ついては、医師の労働時間を把握していくことが、ファーストステップだとは思いますが、把握した上で二次救急等の体制をどのように見直すと、どの病院はこの曜日は働かないといけない、患者さんを集める病院をどこにするのか等の役割分担を具体的にすることで、医師の時間外労働をどこまで短くできるのかといった議論はあり得ると思います。それはまさに地域医療構想の中の役割分担の議論・ポイントだと思います。その議論をするためにも、労働時間の実態を把握することがファーストステップと考えていますので、次年度しっかり進めていきたいと思っています。

岩井委員(奈良県医師会理事):

地域医療構想には医師の偏在対策と適正配置も組み込んでいかなければいけないと思いますが、医師の育成は10年単位でかかると思いますので、地域医療構想を実現するためには今から医師の育成をどうするか、適正配置をどうするかを組み込んで、この地域医療構想調整会議に入れていただきたいと思っています。

事務局(鶴田局長):

そのとおりだと思います。県としても、その認識で、進めていきたいと考えています。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

保健医療計画でも、医師の確保について多く記載されています。地域医療構想においても、医師確保についても進めていく必要があると思います。

病床の捉え方に病院毎の認識の違いがあるという意見もありましたので、そういった意見があったと認識もしつつ、地域医療構想を進めたいと思います。

次に、議事3、議事4は関連がありますので、一括して資料説明をお願いします。

事務局(通山課長):

以下、説明。(資料3～8)

<議事3、4についての意見交換>

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ありがとうございました。それでは、資料8の「本日の論点」について、それぞれに意見を頂戴したいと思います。ご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。

病院の役割を見直された委員の方がいらっしゃいますが、いかがでしょうか。

松本委員(西奈良中央病院理事長):

今回72床を変更しましたと資料にあります。以前より地域包括ケア病床を1病棟、新築移転したときから緩和ケア病床を24床持っていました。前は定義が不明確のため、全部重症急性期で報告していました。今回はそのあたりが明確になったので、地域包括ケア病床と緩和ケア病床を回復期としました。そのため、大きく病院の形態が変わったわけではない。この論点1のスムーズな連携について、「地域の役割分担の仕組みをどう構築し、どう継続するか」がよくわからない。いかに連携をスムーズにするかどうかのシステムを作るかが重要だと思っています。最初に出ていたまとめの資料にもありましたが、奈良医療圏については、概ね高度急性期、急性期の重症と軽症、回復期、慢性期それぞれがそれぞれの機能を果たしている状況にあると、皆さんが理解できていると思います。奈良の西の方では、当院もそうですが、特徴のある医療機関がいくつかあり、基幹の県総合医療センターがあり、近大奈良病院もあります。そのため、現状では、いかに役割分担をするかというよりも、その基幹病院との連携をいかにするか、そのためのアイテムをしっかりと構築していく、情報共有をしっかりとしていくことで、スムーズな連携ができると思います。県として、医療ネットワークの構築を、お金がかかることですが、早急に進めていきただきたいと考えています。患者さんのデータを共有することは、連携をしていく上では重要だと思っています。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

同じように病院の立場として、奈良春日病院の塚口委員をお願いします。

塚口委員(奈良春日病院院長):

当院は、介護医療院をオープンしまして、3棟で152床あります。すごく需要があり、今も満床状況で入るのに時間かかっているのが実情です。急性期病院での治療が終わっても、自宅や在宅系施設に帰るレベルになっていないということだと思います。ご高齢の方が多いということもありますが、そういった患者の方が多いということを改めて実感しているところです。経管でしか栄養が取れないとか、自分でご飯が食べられないとか、排泄ができないとか、糖尿病コントロールがまだまだ必要だとか、病院の介入が必要な患者さんが多くいらっしゃいます。当院は介護医療院に入院いただいたら、積極的にリハビリ等の治療を行って、まだまだ少ないですが、自宅や在宅系施設に帰っていただくという実績を作っているところです。当院の場合は、ご自宅が過疎地の所も多く、自宅に帰っていただいても、老老介護であったり、家族だけでは見られない、近隣の手助けが必要であるが、周りに誰もいない等の実情があります。当院は、そのあたりの実情も含めて、訪問看護ステーション等の施設を利用しながら、急性期の患者さんを受け入れているので、急性期病院に対する面倒見のいい病院になっているのではないかと思います。本当のところは、患者さんに自宅に帰っていただいて、ご家族や近隣の方々の手助けを得ながら生活していくといった面倒見のいい病院を目指しているところですが、また病状が悪化する患者さんも多いので、急性期や亜急性期の機能も残しております。当院は、呼吸器内科医が多数おりますので、誤嚥性肺炎とか呼吸器疾患に関しては、ある程度急性期中途の段階でも受け入れる等、つまり介護と医療のバランスの取れた、地域の方の細かいニーズに応じることのできる病院を目指しているところです。介護医療院をオープンして、メリットやデメリットも見えてきたので、今後も皆さんと情報共有していきたいと思います。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ありがとうございます。

論点2ですが、「面倒見のいい病院」の機能強化について、介護関係の委員さんや在宅医療にかかる部分もあります。

論点3についてでもよいのですが、訪問看護協議会として辰巳委員からお考えをお聞かせいただけますでしょうか。

辰巳委員(奈良県訪問看護ステーション協議会理事):

論点3に関してお話をさせていただきますと、在宅から病院への課題と考えていることは、現場では細々とした問題点がありますが、すべて連携に繋がるものだと思います。退院時の連携は非常にスムーズになっていると思いますが、退院後等の連携として、情報を病院から得たいと思っても、繋がるのが難しい、時間を要する等があります。訪問看護ステーションも人材不足になっており、以前は新規の依頼を断ることはありませんでしたが、ここ1~2年は訪問看護ステーションのキャパシティを超える依頼があり、断ることもあります。そういった中で、連携に費やす時間を取ることができないため、そのあたりでいい方向性ができればよいと思っています。開業医の先生方とは「奈良あんしんネット」でスムーズな連携ができていますので、そういうものがあつたらいいと思います。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ありがとうございます。論点2、3どちらでもいいので、奈良県老人福祉施設協議会副会長の平岡委員、ご意見をお願いします。

平岡委員(奈良県老人福祉施設協議会副会長):

奈良市内の高の原にあります特別養護老人ホームサンタ・マリアの施設長をしています。特別養護老人ホームの観点からお話しさせていただきたいと考えています。辰巳委員の話にありましたように、当施設でも介護職員の不足があり、すぐに受け入れられない状況です。短期入所施設介護、いわゆる短期ショートステイについても、床数を増やすわけにはいかず、キャパシティがいっぱい、認知症デイケアとショートステイの連携について利用が多くあります。嘱託医や配置医と連携をとりながら、高の原中央病院に協力いただき、重症の方を受け入れていただきながら、できるだけ施設に帰っていただけるように取り組んでおりますが、その際に先生の指示やお力が必要になってくると職員と話をしているところです。

全体的な話としては、奈良県老人福祉施設協議会でも課題になっていますが、カット食、ソフト食、刻み食という名称が病院によっても施設によっても異なり、栄養士の方のパーソナルルールで決まっていることが多いです。例えば、当施設では「刻み」だが、病院では「カットの①」という名称である等バラバラです。栄養士の方と連携しながら、協力病院や圏域毎に統一できないかを発信しているところです。病院・施設も歴史がありますので、統一が難しいと聞いています。栄養士の課題として、介護分野の栄養士、医療分野の栄養士が、保健所管内で会合をして意見を出し合ってもすり合わせができていないこともあり、今後の課題だと考えています。

当施設としても、自宅には帰れなくても施設に戻っていただけるように考えていますので、地域医療構想や地域包括ケアシステムの中で、これからも先生方のお力をお借りしたいと考えています。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ありがとうございます。カット食、刻み食等、栄養士の方のパーソナルルールがあるんですね。

今日は薬剤師会、歯科医師会の委員の方もいらっしゃっていますので、在宅医療も含めて病病連携、病診連携等それぞれの会の方針等を聞かせていただけますでしょうか。

中本委員(奈良県薬剤師会理事):

まず、地域連携を進めていくにあたって、薬剤師としての課題は、外に出て行く薬剤師を増やしていかなければいけないということであり、本会として育成を進めているところです。病院との関わりの中では、退院時カンファレンスに参加させていただきたいこと、行政との関わりの中では、地域ケア会議に参加させていただきたいこと等、薬剤師が外に出て顔を合わせる機会を作っていただき今後求めていきたいと考えています。最後に奈良市薬剤師会は在宅支援センターを昨年設立し、

在宅医療に関して対応できる薬局の一覧表を作っているのので、活用していただき、在宅医療を進めていく一つの力になりたいので、薬剤師の活用をどうぞよろしくお願いいたします。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ありがとうございました。奈良市歯科医師会の細田委員をお願いします。

細田委員((一社)奈良市歯科医師会会長):

初めて参加させていただき、この会議で歯科がどういうふうに関係していけるのかと感じました。私たちが歯科医院を始めた頃は、患者さんが歯科医院に来られるという形態でしたが、奈良市歯科医師会として、病院や自宅に出向いて大きな治療はできないが、食べることを患者さんができるようにしていきたいと考えています。嚥下のことはよく言われますが、咀嚼のことは言われないことが多いです。嚥下というのは運動なので訓練が必要ですし、嚥下のためには咀嚼をしてくれないと嚥下をしてくれません。各病院や施設に出向いて、連携室の方もおられますので講習会等をしていきたいと考えています。奈良市歯科医師会としても、できるだけ多く、診療所から外に出て行くことを増やしていきたいと思っています。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ありがとうございました。各会の委員の方からご意見を頂戴しておりますが、医療を支える力、患者さんに接する看護師として杉本委員ご意見ををお願いします。

杉元委員(奈良県看護協会奈良地区理事):

栄養士の話もありましたが、スムーズな連携というところで、病院側で在宅のイメージができなくて、作成したサマリーをケアマネさんたちが活用できないというご指摘は頂戴しています。奈良県看護協会では、在宅で必要な情報を収集して、退院サマリーを作成していますが、東和、中和地区に比べ、奈良支部はその辺の連携がうまくいってないのは自覚しております。医師会や奈良市訪問看護ステーションの先生と力を合わせて病院側の地域連携を始めたばかりですので、今後連携について強化していきたいと考えています。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ありがとうございます。論点3まではお聞きしました。

論点4については、病院側で困っていること等も含めて意見はありますでしょうか。

菊池委員(奈良県総合医療センター院長):

論点4に関して、当院は断らない病院ということで頑張っていますが、救急において、様々な病態の患者さんが多く来られます。

隣にいる、杉元さんとは同じ施設ですので、重症になって入院されて、退院時に在宅や介護が

必要になったときの連携、つまり医療と介護の連携ですが、まだまだ連携の構築までできておりません。奈良市医師会の先生方からお声がけいただいて、当院の地域連携室の職員が、勉強会等へ出席させていただいております。その中から、少し見えてきたのは、先ほども話がありましたが、医療用語と介護用語で少し違って、理解が進まないという印象を受けています。最初のステップとして顔の見える化が大事ですが、情報をもう少し共有していくためには、奈良市医師会の奈良あんしんネットや当院のID-Linkの電子カルテ等の情報をつないで、何か見える形で構築していく等、ツールは必要だという印象を持っています。少しずつですが、奈良医療圏でも医療と介護の連携は進んでいこうと思います。

一方で、論点4からは少しずれるかもしれませんが、当院は救急患者さんを搬送したときに、奈良市の民間病院や軽症急性期を持っている病院と、以前から連携をしていました。この疾患は診られるけど、例えば大腿頸部骨折で手術する等は診られない等、病態によって診られる診られないという話がありました。毎日、今日は大腿頸部骨折を診られる、こういう病気は一床受け入れられます等の情報を皆さんと共有することを昨年からはじめています。はじめは、毎朝各病院の地域連携室から当院の地域連携室にFAXしていただいていた。そして前日に救急搬送を受けて、これだったら軽傷急性期で診てもらえる患者さんを病病連携で転院していただくといった取組を始めました。その取組のために、大和郡山消防署から救急車を1台寄付していただき、患者さんの搬送に使わせていただいている状況です。2月から救急ネットワークで、生駒市と大和郡山市の病院に参加意向を聞きまして、その枠を増やしました。なぜかという、資料3の1011ページに当院の新築移転前後の入院患者さんの住所地のデータを載せていますが、大和郡山市は2倍、生駒市も少し増えています。大和郡山市の患者さんが増えており、救急搬送で入ってきて治療して戻るといった仕組みを作らないと、なかなか連携が進まないなということで、この2月に大和郡山市の軽症急性期を持った病院と連携して、救急ネットワークを介して、インターネットで見られるようにしました。誤嚥性肺炎、大腿頸部骨折、虚血性大腸炎、インフルエンザという項目でチェックして、各病院がリアルタイムで見られるように、相互だけではなく全体で見られる仕組みを作り始めています。今後、その項目、疾患を増やしていこうと思っています。そうすれば、急性期病院から軽症急性期のルートは作れるかと思っています。これは論点1になるかもしれませんが、連携の仕組みを紹介させていただきました。

論点4に関しては、DNRの患者さんについてです。施設に入所していて、状態が悪くなってCPA(心肺停止)で運ばれる等の患者さんが、当院でも7~8%は毎日あるように思います。搬送されると診ますが、DNRかどうか不明であれば救命措置を行わざるをえませんので、行います。その患者さんはDNRだったと後で判明することもありまして、ACPにも当然かかわってくるのですが、そういった患者さんに救命措置までさせてもらうのが本当にいいのかという疑問があります。その話を西和構想区域地域医療構想調整会議でも話をしたところ、大和郡山市医師会の先生は意思表示カードを作って、進めていこうとされているので、患者さんの意思にそぐわない救命措置は今後なくなっていくのではないかと意見をおっしゃっていました。是非そういう形で仕組み作りをしていくべきではないかと思いました。

岩井委員(奈良県医師会理事)：

当然救急医療を守るという点においては、DNRにはACPが必要だと思います。しかし、東京ではその取組を進めた結果、一定の救急搬送を拒否するという事態になっています。こういうこと進めていくにあたっては医療側だけで話をするのではなく、利用者である患者さんと意見調整をしておかなければいけないと思います。例えば、ヨーロッパでは、尊厳死等が進んだ考えのように言われますが、それは医療崩壊をしているため仕方がないから尊厳死に進んでいるのであって、日本は国民皆保険制度があるので、それを早急に進めていって、尊厳死がいいのかどうかを考えないといけないと思います。ヨーロッパとは死生観や宗教観が全く違うので、日本は日本の中で議論を進めていけないといけないというのが、私の考えです。終末期医療が医療費を圧迫すると言われ、それが錦の御旗のように言われ、医療費削減の観点からこのような考えが出てくるのですが、実際、終末期医療は全医療費の3%程度であって、統計処理がどうなっているのかわからないが、非常に医療費を圧迫されているように言われて議論が進んでいくのはどうかと思います。私は奈良県後期高齢者医療広域連合の長寿医療制度懇話会で国に参加しており、年寄りの方と話していると、医療費を圧迫して現役世代に迷惑かけていると認識されています。そういった方々を前にして、DNRとかACPといった言葉を使ってその方々の将来を決めていくのはどうかと思います。行政として、そこらへんをきちんと県民へ啓発をして医療側だけでなく、県民がその認識を持った上で話を進めていく必要があると思います。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長)：

人の死生観や尊厳に関わる話ですので、県民の中で浸透してこないと問題になるという意見だと思います。

論点4の救急の話や論点5の地域医療構想における具体的対応方針について、意見はありませんでしょうか。

辻本委員(健康保険組合連合会奈良連合会理事)：

保険者代表、健康保険組合連合会の代表の委員として、一言意見を申し上げます。

健康保険組合は、平成20年度の高齢者医療制度の改定以降、高額な高齢者医療拠出金負担のため、財政は急激に悪化し多くの健康保険組合が解散を余儀なくされています。

今後、益々高齢化が進むなか、世界に冠たる国民皆保険制度の維持の一翼を担っている健康保険組合はその存続が極めて危機的状況にあると言えます。

地域医療構想については、健保連としては、また私自身一市民としても、医療機能の分化・連携の強化を推進すべきと考えています。保険者としては、加入者に適切な受診行動を啓発し、重複受診、休日受診の抑制や軽症でもすぐに大病院・救急病院を受診することの是正を求めています。また、ジェネリック医薬品の使用を勧めています。

健保連としては、病院間や診療所の役割を整理し、機能分化・連携することで、効率化を図るこ

とは、患者にとっても有効なことであり、「かかりつけ医」と言いますか最初に横断的な診断をするゲートキーパー機能を担う総合診療専門医が重要であること、また、人口構造の変化を踏まえ、住み慣れた地域で医療・介護・生活支援サービスが包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築が必要と主張しています。

先ほどからの説明でも、また健保連本部から聞いています全国の状況からしても、奈良医療圏の役割分担は、現時点で一定程度進んでいるように思いますが、県総合医療センターの大和郡山市や生駒市との救急患者連携の取り組みや、8月に予定されている大倭病院の新築移転等により、今後、近隣医療圏を含めて患者の流れはさらに変化することが予想されます。

そういった患者動向の変化にも柔軟に対応するため、現在進んでいる役割分担や連携の仕組みを維持しつつ、さらに充実した医療提供体制としていくためには、各病院の地域連携室や医師、看護師、その他の医療にかかわる方々の連携等、介護も含めたもう一步進んだ役割分担や連携の方策を引き続き検討していく必要があると感じています。

私事ではありますが、私自身の高齢の父が、昨年末転倒し救急車で運ばれ手術を受けました。年末に一次急変したこともあり、約1ヵ月間「断らない病院」に入院させていただき、先月リハビリのため「面倒見のいい病院」へ転院しています。

両方の病院の地域連携室の方にお世話になり比較的スムーズに転院できました。

リハビリが効果を発揮し、家に帰れば良いのですが、痴ほうも進んでおり、なかなか歩けない、意思表示がままならない状況であり、今後、病院間や介護施設との連携も心配な状況となっています。是非とも連携の強化をお願いしたいと思います。

また、論点4のDNR(蘇生処置拒否)については、保険者の立場からは申し上げ難いことではありますが、私自身も高齢の親を持つ身としての感想を言わせていただきます。

自身の人生の終末期における医療のあり方を書面で意思表示し、家族と共有できる仕組み(NDRやACP)の整備は必要と考えています。

デリケートな部分が多いため、保険者としても今まで議論を避けてきたところがありますが、個人の感想としては、医療費の適正化のためというよりも、患者とその家族の尊厳の問題として、回復見込みのない、意思表示もままならない、無用な延命はかえって尊厳の低下につながってしまう恐れがあると思います。

誰しも、本音の部分では自宅での「看取り」を希望するものと思いますし、そういった終末期医療の体制整備など、引き続きこういう場で検討・発信をお願いしたいと思います。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長)：

公的医療保険の維持も医療を支える上で重要なところですし、そういった制度に支えられているところもあると思います。医療の成果はとても難しいと思います。

他にご意見はありますか。

谷掛委員(奈良市医師会会長):

奈良市医師会は、奈良市在宅医療・介護連携支援センターを奈良市から受託しまして、病院とかかりつけ医との連携を図る、あるいは訪問看護ステーションとか介護施設との連携を図るということをしています。いかに連携をうまくやるかについては、奈良市と一緒に入退院マニュアルを作って、それをできるだけ利用するよう、ケアマネージャー、病院の地域連携室、訪問看護ステーション、かかりつけ医と会議をして進めています。

それだけではいけないので、先ほど岩井委員がおっしゃったように ACP についても、1 年かけて医療・介護連携を中心に医療や介護の方々と協議を進めて、1 年とは言わずもう少しかけて、手引きのようなものができたらいいと思っています。

先ほどの救急時の DNR についても、日頃から話し合いを介護の事業者とやっていますが、その場になったら意思を変えられる方が多いですから、十分に話し合いをしたいと考えています。

また ICT につきましては、日頃から使えるようにしたいと考えています。奈良県医師会の安東副会長がおっしゃるには、情報網を作るには国全体で 7,000 億かかるので、荒井知事もそれを作り上げるのは難しいので、できましたら MCS(MedicalCareStation)というメンテナンスや立ち上げも無料というシステムを医師会としては災害時にも利用できるようにしたいと考えています。奈良市医師会として、病院、診療所、訪問看護ステーション、施設、その他職種、医師、看護師、ケアマネージャー等に集まっていただく会議を開いていますので、ご協力をいただきたく考えています。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ありがとうございます。奈良市医師会の活動を紹介していただきました。

本日の論点 1 から 5 までですが、了承することについて、いろいろご意見はあるかと思いますが、それぞれの項目に奈良医療圏の医療のいろんな課題が最大公約数的に含まれているのかと思います。このままの内容で賛成というのは難しいという方もいらっしゃるかもしれませんが、今回の議論で問題認識はできているのではないかと思います。大事なのはこれをこのまま議論を続けることなく、了承する方向ですから、将来的な医療需要に対応できるように、今後もこのような医療を提供する体制の構築については議論を続けたいという付帯意見を付けてご賛同いただければ、本日の論点については了承することとし、更なる議論の場を残すことという形にしたいと思います。今の私の発言の趣旨で了承いただけますでしょうか。

松本委員(西奈良中央病院理事長):

この論点の 5 項目について、この地域医療構想調整会議の場で議論するということでしょうか。

連携の話等は、また別の会議で落ち着いて協議する方がよいと思いますが、これからも県が主体となったこういった会議で進めていただけるということでしょうか。

事務局(鶴田局長)

資料 9 で今後のスケジュールについて説明しますが、病院の関係者の皆様と引き続き議論をし

ながら考えていきたいと思ひます。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ご議論ある方がいらっしゃるかもしれませんが、立ち止まらず常に調整して進めていくということだと思います。よろしゅうございますか。

<了承>

それでは議事5について事務局よりご説明をお願いします。

事務局(通山課長):

以下、説明。(資料9)

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

「議事5」についてご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

ないようですので、「議事6」について事務局より説明をお願いします

事務局(通山課長):

以下、説明。(資料10)

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

外来医療計画についてのご説明でしたが、ご意見のある方はご発言をお願いします。

医師会を代表して岩井委員、谷掛委員にご意見を頂戴したいと思ひますが、いかがでしょうか。

岩井委員(奈良県医師会理事):

今言われたように指数の取り方で、現実に即さない結果が出ていますので、拙速に進めるのではなく、もう少し検証して現状を踏まえた上で、計画を立てていただきたいと思ひます。

谷掛委員(奈良市医師会会長):

外来医療の中で非常に重要なところになっております。休日、夜間の救急、公衆衛生、学校医、嘱託医、予防接種、健康診断は、医師会が市町村と受託や協定を結んでおります。医師会に入らない先生はこういったしんどいことをしない傾向がありますので、県が指導する折には医師会に入って活動してくださいと言っただくことが非常に重要だと思ひます。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

会を代表してのご意見ありがとうございます。

では、「議事7」について事務局より説明をお願いします。

事務局(通山課長):

以下、説明。(資料 11)

佐藤議長(奈良県奈良保健所長):

ありがとうございました。

議事7について、ご意見・ご質問のある委員は、いらっしゃいますでしょうか。

松本委員(西奈良中央病院理事長):

この議題には直接関係ないですが、マスコミでも言われているようにマスクや消毒液が不足しているところが見受けられます。新型コロナウイルス感染症については初期の段階ですけれども、市中化してきている中で、医療施設、介護施設のマスクや消毒液について、当院はまだストックがありますが、厚生労働省からマスクをその都度使い捨てしないようにという通達が出ています。今後の状況がわかりませんし、これが長期化していく可能性があるのかないのか、それに対して医療施設へマスクや消毒液の供給について、行政はどのように考えているのかお聞かせいただきたい。

事務局(鶴田局長)

衛生用品を確保していくことはとても重要な課題です。国も企業の方に国内での増産体制の指示を出しているところですが、県としましては、備蓄量を把握させていただきながら、不足する分については国に要望を出しているところですが、そのように県内の衛生用品の確保をやりくりできるように進めています。もともとマスクにしても何にしても中国で生産しているところが多く、そこから入ってこないことで、国内の流通が厳しくなっていますので、県内の流通が確保されるように、県として把握をして、国へも要望できるようなチェック体制を構築していきたいと考えています。

松本委員(西奈良中央病院理事長):

不足するようであれば、県から医療機関や療養施設へマスク等を供給する体制ができるということでしょうか。

事務局(鶴田局長):

県で衛生用品を確保しているわけではありませんので、全国のバランスを見て奈良県はこの衛生用品が少なくなっているということ、県で探知をして、きちんと国へ要望することで、県内の流通が滞らないようにすることが今できる最大のことでと考えています。

松本委員(西奈良中央病院理事長):

買い占め等がないようにしていかないと、その辺の整備や規制等を行政でしていかないといけないと思います。

事務局(鶴田局長)：

今国で流通調整をしている状況ですので、委員がおっしゃるように、特に院内感染対策をしないといけない医療機関については生命線になりますので、県としてもしっかり確保できるようにしていきます。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長)：

奈良市保健所も衛生用品等の備蓄をしていませんので、マスクや消毒液の確保も困難な状況です。

谷掛委員(奈良市医師会会長)：

やはり感染症は、重要な問題でリスク管理という点できちんとしないといけない。感染症病床は、市立奈良病院に1床と県総合医療センターに6床しかないと聞いていますが、対応できないのではないのでしょうか。国立奈良医療センターは、感染症が得意な病院なので、なんとか活用して備えてほしい。新型コロナウイルス感染症に対応できる病院として組み込むことはできないのでしょうか。

事務局(鶴田局長)：

奈良県には感染症病床が24床あります。24床で足りるのかという議論はあります。実際患者が発生したときに感染症病床だけでなく一般病床を活用してでも入院できる体制を構築していかなければいけないと思っています。今病院と話し合いをしながら、フェーズによって病院から意見をもらいながら県としてしっかりと体制を取れるようにしていきたいと考えています。国立奈良医療センターも非常に熱心に関与していただいていますので、県としても一緒に話し合いをしながら体制を取っていきたいと思っています。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長)：

最後に地域医療構想アドバイザーの今川先生よりご意見を頂戴したいと思います。

今川地域医療構想アドバイザー(済生会中和病院名誉院長)：

奈良構想区域地域医療構想調整会議に参加させていただき、活発な議論をお伺いしました。

私からは、資料7と8について少し話をさせていただきます。

資料7につきまして、各医療圏における共通事項として、「診療科、疾病群毎に、高度・重症急性期の病院(断らない病院)から、軽症急性期、回復期、慢性期の病院(面倒見のいい病院)へスムーズな連携を行う」という文言と「面倒見のいい病院」の機能を強化」という文言がありますが、資料8の本日の論点の中でも、論点1が最初に申し上げたスムーズな連携、論点2、3が面倒見のいい病院、論点4が急性期病院ということだと思っています。

本題に入ります前に、奈良県の地域医療構想について簡単に振り返りますと、奈良県の特徴というのは、丁寧な議論を重ねるといことと、病床機能で急性期を重症急性期の「断らない病院」、

軽症急性期の「面倒見のいい病院」の2つに分けて、急性期病床の機能をわかりやすく、かつ各病院に判断してもらうという取り組みを行っているところです。これに関しましては、厚生労働省の地域医療構想アドバイザー会議においても、奈良方式と言うことでかなり評価されています。

そういうことを踏まえて、厚生労働省は、昨年9月に医療実績に基づいて、424 病院の再検証対象医療機関が発表されました。自院の機能についてを9領域の A 項目、類似・近隣についてを6領域の B 項目で、評価をされていますが、ショックを伴う問題の多い発表でした。先日行われた地域医療構想アドバイザー会議においても、厚生労働省は地域医療構想の議論を活性化する目的で発表したことを、繰り返し申しておりました。Aの9領域すべて、Bの6領域すべてに該当する病院が再検証対象医療機関として発表されました。さらに再検証対象医療機関でなくとも、一部の領域において、A 又は B の要件に該当した病院についても方向性を検討しなさいということを示されました。ここから奈良県独自の取り組みとしまして、オール奈良で取り組もうということで進められてきました。そのため、高度急性期及び重症急性期の 39 病院に対して今後の取り組みについてのアンケートをお願いしました。そして、そのアンケートに基づいて、先ほど申し上げた全医療圏共通の問題と各医療圏独特の問題が浮かび上がってきました。そうすると、全医療圏共通としてのキーワードは「病病連携」、「病院の機能連携・分化」に行き着くと思います。それを元に奈良医療圏の問題を見てみますと、もうすでに各病院において病病連携、病診連携が進んでおりまして、システムもかなりの精度で作っておられます。薬剤師、歯科医師、訪問看護ステーション、看護協会等の他職種の方々との連携システムというのをお作りになって、運用するというございですが、まだ円滑に進んでいないという面もありますので、スムーズな連携をさらに進めていただきたいと、本日話を聞かせていただいていたと思います。

そのキーワードになりますのが「面倒見のいい病院」になるかと思えます。そこで、面倒見のいい病院について少し説明させていただきます。資料1の7ページを見ていただけますと、面倒見のいい病院とは、断らない病院との連携を深めるというのが大きな目標ですが、2025 年、2040 年を踏まえて地域包括ケアシステムを考えると、いわゆる医療・介護の連携、あるいは在宅医療との連携というのが大きなファクターを占めています。これまで奈良県では、面倒見のいい病院の取り組みについて指標化を試みています。そして、指標化の方法については、7ページの下段にあるように AからGまであり、A入退院支援、介護連携、B在宅医療への支援(実施・連携)、C増悪患者の円滑な受入、Dリハビリテーション、E食事・排泄自立への取組、F認知症へのケア、GQOL、自己決定の尊重・支援あるいはACPという7つの分野に分けています。各病院に対する診療報酬、算定件数、施設基準の届出状況というデータを基準として算定しており、このような基準で算定できない独特の取組を行っている病院におきましても直接取組のアンケートを取りまして、その要素も加えて指数化の算定を行ったわけです。現在までの検討状況ですが、10 ページに記載のとおり平成 30 年度から始まりまして5回行っており、各分野について検討を重ねたところです。しかしながら、理解が進まないということもあり、先ほど申し上げました7分野で積極的に取り組んでいる好事例を紹介するシンポジウムを開催しています。現在まで3回のシンポジウムを行っておりますが、分野毎に専門の先生をお呼びして各病院、施設の取組をご説明いただき、皆様に理解を深めていただい

ているところでございます。皆様の病院がどのように面倒見のいい病院の取り組みをしているかということ指数化しておりますが、その基礎となるのが、病院にとって面倒見のいい病院ではなく患者さんにとって面倒見のいい病院というのが基本理念です。患者さんにとって面倒見のいい病院というのをどう評価するのかというのを話し合うのが指標検討会の目的の一つです。面倒見のよさというのを情報として、訪問看護ステーション、看護協会、薬剤師等の様々な職種の方に、こういうところを特徴としてやっているといったことを理解していただき、患者さんにとって本当に面倒見のいい病院になるように取り組んでいるところです。これにつきましては、奈良県病院協会に、各病院の個票をお渡ししていますので、皆さんに検討していただき、いろいろな意見をいただきながら院内でもこのデータを元に検討していただきたいと思っていますところです。

これが論点2、3に関わるところです。ACPに取り組んでいる病院もありますし、緩和ケアに取り組んでいる病院もあります。そういった特徴のある医療が浮き上がってくると思っています。そして、急性期の話になりますが、奈良医療圏につきましては、面倒見のいい病院の中においても特徴のある医療を提供する病院が増えています。急性期病院と特徴ある病院との連携、面倒見のいい病院同士の連携についても、今後お考えいただきたいと思っています。

論点4の持続可能な救急の受け入れについてですが、主な受入は県総合医療センターと市立奈良病院で、他の病院は救急応需が少し低いということですが、問題としては救急入院した後の回復期の連携について、菊池委員がおっしゃいましたが、システムを使った連携を考えているということですが、これを奈良医療圏全体で捉えていただき、さらに充実したものを作っていただけたらと思います。以上、簡単ではございますが、地域医療構想アドバイザーとして話をさせていただきました。最後になりますが、論点の議論につきまして、各分野から様々な建設的な意見を頂戴いたしましたことは、今後の地域医療構想の大切な意見となることと思います。

佐藤議長(奈良県奈良保健所長)：

ありがとうございました。奈良県の特徴である丁寧な議論を今後も続けていけたらよいと思います。

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(小林補佐)

長時間にわたり熱心にご審議いただき、ありがとうございました。

以上をもちまして、令和元年度第1回奈良構想区域地域医療構想調整会議を終了いたします。

本日は、ありがとうございました。