

### 第3回南和保健医療圏地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成28年3月17日（木）

10時～12時

場所：吉野保健所 大会議室

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3回南和保健医療圏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、大変お忙しい中、本日の会議にご出席いただきましてありがとうございます。

本会議の委員数は12名で、本日は吉野郡医師会長福西克之委員が欠席、大淀町長岡下守正委員が欠席、潮田病院院長潮田悦男委員の代理として小柳様にご出席いただいております。なお、三並委員におかれましては少々遅れるとご連絡が入っております。

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」）：おはようございます。朝早くからお集まりいただきましてありがとうございます。おかげさまで第3回の地域医療調整会議を開催する運びとなりました。前回開催させていただいた後に、パブリックコメントをさせていただいたり内容を反映するなどしまして、今日お手元資料1で準備しておりますが、地域医療構想（案）という段階が今日の議題となっております。南和医療圏におきましては、先日も南奈良総合医療センターの竣工式が盛大に執り行われたところでございますが、南和地区の医療が今後より良いものになるよう、住民の皆様、県民の皆様もすごく期待しているところだと思っておりますので、しっかりと今日も地域の実情を踏まえてご議論いただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局（細谷補佐）： それでは、議事に入ります前に、本日の配布資料の確認をさせていただきます。次第、委員名簿、配席図（3枚綴じ）、資料1 奈良県地域医療構想（案）について附属資料としまして地域医療構想策定に係る奈良県データ集をお付けしております。資料2 奈良県地域医療構想（素案）からの主な変更点について、資料3 奈良県地域医療構想（素案）に対するご意見、資料4 奈良県地域医療構想策定にかかる県民アンケート調査、資料5 第2回南和保健医療圏地域医療構想調整会議における主な意見、資料6 平成27年度病床機能報告制度による報告状況について（中間報告）、資料7 平成28年度奈良県計画地域医療

介護総合確保基金予定事業について資料を配付させていただいております。資料は、お手元にございますでしょうか、もし、配付もれ等がありましたら、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」に準じ公開としており、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お願いいたします。

それでは、これより議事に入りますので、以後の写真撮影及びテレビカメラによる取材はご遠慮いただきます。

それでは、議事に入りますので、進行につきまして、設置要綱第2条第3項の規定に基づき、議長であります中和保健所の山田所長をお願いいたします。

山田議長（奈良県中和保健所長。以下「山田議長」）： それでは、僭越ではございますが、進行を担当させていただきます。どうぞよろしくをお願いいたします。さっそく議事に入っていきたいと思います。次第にもありますように、本日の内容は（1）奈良県地域医療構想の策定について、（2）意見交換となっております。

まず、事務局より資料の説明をお願いします。

事務局（河合地域医療連携課長。以下「河合課長」）： 【説明省略】

山田議長： ありがとうございます。1点目は地域医療構想（案）について、パブリックコメントを踏まえた、また皆様方のご意見をいただいて構想案を見直した修正点についての説明、そして2月に実施されました奈良県地域医療構想県民アンケート調査の結果について、そして平成27年度の病床機能報告の中間報告、最後に地域医療についての説明がありました。続きまして（2）意見交換に入らせていただきます。ただいま説明のありました資料に対するご質問や地域医療構想策定にあたっての課題、対策の漏れ等がないかどうかみなさまのご意見をいただきたいと思います。どうぞよろしくをお願いいたします。

松本委員： 松本でございます。先ほどからお話が出ておりますように、この4月に南和広域医療事業団として3つの公立病院を再編する事業がいよいよスタートするというので、新病院体制がスタートする年度になりまして、もともと南和地域は5割前後の患者さんの流出があるということで、流出を食い止めるという視点で、この地域医療構想を見据えて再編してきたわけです。従いまして、流出を食い止めれば、当然需要も高まるという中で、そしてその中の急性期が必

要なのか、あるいは回復期、慢性期というような一定のシミュレーションをした上で今回病床数を設定しました。ここにあがっております現時点での急性期は過剰でございますので、今回の南奈良総合医療センターのいわゆる急性期としては196床が急性期の機能、それをどうやって流出するのを食い止めるのかという施策として、1つは救急機能をしっかり充実・強化させようということ。それでどの程度急性期、救急のところを食い止められて、公立病院で担当できるかどうか。もう1つは専門診療。特にがんとか糖尿病とかそういった非常に患者数が多くて専門性が求められるところを充実させることで一定の流出を食い止められるだろうということ。3つめは高齢化が進んだ地域ですので、回復期、慢性期を充実させようということです。その機能を充実させるため今回再編したということで役割が明確になってきたかなというところだと思います。

南奈良総合医療センターが急性期ですし、回復期を一部持っていて、そして慢性期として吉野に一部包括ケア病床と慢性期があります。五條病院につきましては、1年後リニューアルして慢性期と申していますが、吉野病院の地域包括ケア、回復期にあたる部分の運用状況、患者さんの動向等を見据えた上で、場合によっては五條病院の療養期全部と言っているところを90床のうちの半分は地域包括ケア病床に転換する必要があるかなと。まだ流動的なところが残っていますが、そういった取り組みで今回の再編が進みまして、実際どの程度の患者さんが南和の医療圏に戻ってこられるか、流出を食い止められるかというのがこの1～2年で変化するであろうと思っています。我々としては南和の地域をしっかりと担当させていただきたいと思っています。そんな中で連携という意味では南和病院、潮田病院の方で慢性期の機能がございまして、やや慢性期が多いかなというところがありますので、回復期を充実させるという意味で五條病院に回復期機能をつけてはどうかと考えています。課題は結局地域医療構想を見据えて再編しましたので、どういう実績が出てくるかというところだと思っております、それをここ1～2年で見た上でさらに分化連携をどう押し進めるかということだと思っています。

山田議長： ありがとうございます。南奈良総合医療センターの開設によって患者の医療動向が大きく変わるというご発言でございました。それではその他にございますでしょうか。

森口委員： いろいろと歯科ともどもパブリックコメントを出させていただいて、いろいろと取り上げていただきましてありがとうございます。その中で今松本先生がおっしゃっておられました南奈良総合医療センターが出来たときに口腔歯科が

開設していただけることになっていると思うんですけど、そこに医師一人、衛生士一人とお聞きしております。周術期、がん患者さんの術前、術後の口腔ケアに対しまして、医師一人、衛生士一人で対応できるのかというところにちょっと疑問を持っているところがございます。そこで私たち歯科医院、診療所の先生、あるいは衛生士に依頼していただければ、派遣させていただいて、口腔ケアをお手伝いできるというところも考えられるんじゃないかと思っています。そういう周術期の口腔ケアをできる医療機関あるいは歯科衛生士も私たち歯科医師会で把握しておりますので、依頼していただければ対処できると考えていますのでよろしくお願ひしたいと思っております。

松本委員： 今おっしゃられた歯科口腔外科のセンターでの役割の1つの柱として周術期の口腔ケア、口腔内の管理ということは重点にしていまして、体制は歯科医師1名と歯科衛生士1名でスタートはしますが、今後の需要を見据えた上で果たしてそれで十分なのかどうかというところがございます。実際手術件数は年間MAX2,000件ぐらいみている訳ですが、そのうち全身麻酔が年間1,000~1,200件ぐらいかなという中で、どの程度患者さんに対応できるか、必要性を見極めた上で場合によっては先生方にご協力いただく、あるいは大学からもサポートいただかなければというのが1つございます。もちろん、このこと以外に肺炎予防の口腔ケアでありますとか、リスクの高い患者さんの口腔内の処置でありますとか、あるいは救急でございますので口腔領域の外傷もございます。そういうことを一人の医師でいけるのかというのは、正直分かりません。ただ、0からのスタートでございますので、まずは1名体制でスタートした上で先生方のご協力をいただきながらというのはもちろん見据えておりますのでよろしくお願ひしたいと思ひます。

森口委員： 五條市歯科医師会と五條病院はまさに医科歯科連携というのを構築していただいております。そういう良いモデルを参考にいただければ、そういうところも解決できるのではないかと考えています。よろしくお願ひします。

古家委員： 大学病院も周術期管理センターというセンターを作っています。そこは手術に関わる患者さんが全員受診する。その中に歯科医師、衛生士が常駐している。外来が終わった時点で歯科の方に回ってチェックしてもらう。だからある程度流れさえ作ればそんなに労力はいらない。そこに歯科の先生、開業している先生が来ていただいて診ていただくのが患者さんにとっては一番良いかなと思ひます。ある程度の輪番制なんかも作って、奈良の総合医療センターでも周術期管理センターがございますから、南奈良総合医療センターも是非作っていただ

ければ手術患者に関してはスムーズに動くのではないかなと思います。

榎野委員： 奈良県医師会の榎野でございます。必要病床数ということなんですが、見直しを書いてございますけども、必要病床数自身の決め方がかなり不安定な要素が入っていたという状況で進められていたと思うので、当然見直しがあるものと思っております。松本院長が先ほどおっしゃられましたが、新しい病院ができて、その患者数、動向が変化する中で今までの決め方とは当然違った必要病床数が何か出てくるものと思いますけども、現実はこの見直しというものをどういう形で考えておられるのでしょうか。この見直しのところ108ページを見てみますと、見直しの必要性についても検討しますぐらいの書き方ですね。10年間この病床数なりがこのまま行くとはい当然思わないんですけども、具体的にはそれについてどういった形でやりますということが書いてないように思いますが、当然いろいろ考え方があろうかと思うので是非その辺を明確にしていきたいと思っております。

事務局（河合課長）： この地域医療構想というのは、あまり必要病床数、必要病床数と言われると疑念も呼んで取り組みが進められなくて、医療需要の方を是非ご覧いただいて、それで地域としてどれだけその需要を取り組んでいけるのか、特に南和の構想区域については、構想外に出られている方が非常に多い。県の施策として「南和の医療は南和で守る」という施策で南和の3病院の再編を進めておりますので、是非構想区域外に出ておられる患者さんを南和の3病院と潮田病院さんと南和病院さんと5つの病院で受け止められる連携体制づくりというものを構築していただいてその成果を是非あげていただきたい。それが見えればこの構想区域の必要病床数というものが必然的に変わってくるものと思っております。

榎野委員： 見えればとおっしゃったので、これはおそらく毎年毎年の調査もあろうかと思っておりますけども、その調査で当然変更すべきという要件があれば、それは時期をおかずに変更していくものであるという理解をしてよろしいでしょうか。

事務局（河合課長）： 具体的に数字を出すには国の協力も得ていかないと分からない部分がありますので、その辺は国にデータ提供を求めて、そのデータに基づいて違うということになれば他の構想区域あるいは他府県、南和ですと和歌山県との話し合いも出てきますので、そういうものを進めさせていただきたいと思っております。

榎野委員：　　と言うことは数字にこだわっていなくて、いろんな状況が変わってくればそれに応じてこれは変わっていくものだとして理解してよろしいですね。

事務局（河合課長）：　状況の変化を確認させていただくことは大事なことだということです。南和3病院が今構想区域外に出て行っておられる患者さんを受け止めていただけるというのが大きな目標になっておりますので、その成果を我々としても見ていく必要があると思っています。それを踏まえてこの構想でどういう変更が必要なのか、当然出てくるだろうと思っています。

榎野委員：　　やはり今ある医療機関における病床数がこれを元に減少させられるということはあってはならないと思いますので、そういう状況が現実としないように、この数字が一人歩きしないように、医療需要にあったものになるように是非調整していただきたいと思っています。必要病床数というものが一人歩きしないというのが私自身非常に危惧しているものですから、確約していただきたいと思うんですけども。特に南和におきましては、病床数が今の時点では非常に少ない。現実には患者さんが戻ってくれば当然これは病床をつけるものだとして理解してよろしいですね。今の状況では病床数が非常に少ないですね。

事務局（河合課長）：　南奈良、南和企業団の松本先生に是非成果を出していただけるようお願いしたいと。県からのお願いでございます。

松本委員：　　追加で申しますが、急性期で申しますと半分流出していますので、単純に全部戻れますと流出しなければ130が260ということになりますので、196床でまかなえない。逆に言うとフルに帰って来られると、流出しなければむしろ足りないということになる。目指すべきところでしょうけど、実際そこは難しいという中で一定の救急機能をどの程度復活させられるか、あるいは急性期の医療を充実させることで患者さんがどれだけ戻ってこられるかというのを踏まえた上のシミュレーションをした結果今の病床を想定させていただいて、建築させていただいたという経緯がございます。そんな中で本当に260床必要だということになれば、場合によってはそれに変わっていただいて、新たに急性期の機能をどこかに持たせることも必要であるかもしれません。そういうこともあり得るかもしれないと思っています。

事務局（河合課長）：　是非そうなることを期待しております。

榎野委員：　　ということはそういう時代が来れば、当然これも変わるという理解をしてよ

ろしいですね。

事務局（河合課長）： 需要の変化があればそれに応えられるような検討はさせていただきたいと思います。

古家委員： 今の話で高度急性期については南奈良総合医療センターではどういう。

松本委員： 今回病床機能報告の時にも0で出させていただいていますとおり、基本大学との連携ということで想定させていただいておりまして、病床機能としては高度急性期は奈良医大との連携とここはそのように考えております。

古家委員： その中で病床はどう確保されるのでしょうか。例えば3次救急も全て大学なのかそれともある程度。

松本委員： その点につきましては、いわゆるHCUも作っておりますし、あるいは脳外科医が3名、救急医が3名という体制が一定充実しておりますので、そこに専門医がおりましたら、担当できる高度急性期にあたる所も一定ありますので全てという訳ではございません。心筋梗塞についてはカテーテル治療は大学でお願いしたいですけれども、それ以外のところで担当できる所はしっかりさせていただくという事は考えております。

古家委員： 救急医療について資料7の28年度の病床機能のER型救急医療体制の強化を図るとあるが、今ER型救急は総合医療センターと大学でやっているが、こういうER型救急というのをどの辺まで広げるのか。民間病院でER型救急を新しくするのか、それとも集中的にやってもらいたいのかどういう方向で考えているのでしょうか。

事務局（河合課長）： ERを実際どこでやっていくのかというと、3次まで診られる体制がないとなかなかERをお任せするのは難しいと考えておりまして、そういう意味で北と南に分けさせていただいて総合と医科大学でまずはやっていただきたい。それをどう増やしていくのかというのはなかなか難しい。

古家委員： そうなると1、2、3全てということになりますよね。果たしてそれを総合医療センターあるいは大学で1から全てできるのかというのが、その辺をどう考えていったら良いのか県としてはどう考えているのでしょうか。大学としては人数が増えればできますけど、なかなか一次までというのは難しいと思いま

す。橿原の休日夜間診療所である程度1次をやっていますが、そういうのを増やすのか、それとも全て大学に集めるのか、その辺はどうでしょうか。

事務局（河合課長）： 全て大学というのはかなり難しいので、1つは今古家先生がおっしゃったような橿原の休日夜間診療所とか広域的な。なかなか市町村ごとにとくと体制が整わない、地区医師会の先生方をそれだけ集められないという状況がありますので、1つは奈良市の休日夜間診療所、県の補助させていただいて大きく作りましたけども。橿原もそうですけども、広域的な一次というのをまずは取り組みたいと思っています。その上で二次の輪番体制のところではなかなか機能していないところもございますので、その辺で何かあれば最後ERに行けるというような条件が整ってくれば、二次輪番の方で受け取りやすくなる、そういう効果がでてこないかなと期待しているところです。何でもかんでも医大と県総合のER使って県内の5～6万ある救急を受け取るというのは数的に無理なのは十分分かっておりますので、そういう一次二次の強化というのもやっていきたいと思っております。

古家委員： もう1つ。安心センターですね。#7119 これをもっと充実させるべきだと思います。今数人でやっているんですけども、これをもう少し充実させる、あるいはある程度診断とか指示を出せるぐらいのところまで広げる事業は考えられていないのですか。医師が入ってです。

事務局（河合課長）： 今は医大の奥地先生の教室にピッチを持っていただいて相談できる体制が整っているので、そこを充実させていくということになるかと思えます。#7119では看護師さんが常駐されていますので、そこである程度のトリージ機能が働いているかなと思っているのですけども。

古家委員： #7119と橿原休診の一次救急をまとめるというのはどうか。#7119でそしたら来て下さいという指示ができれば、二次三次に行くのがかなり広がる。

事務局（河合課長）： #7119と広域的な休日夜間診療との連携ということですか。それは今後の課題として。

松本委員： 別の話題ですが、在宅の話がちょっと出ておまして、もともと在宅医療のところ今回南奈良総合医療センターも在宅医療支援センターとしてこの事業を進めていきたいと思っておりますが、基本南奈良が考えている在宅支援1つは

在宅の先生方、かかりつけ医の先生方と協力・連携しながら訪問診療、あるいは特にがんとか難病でありますとか医療依存度の高い方については、特に病院からも訪問診療を始めかけているところがございます。やはり大切なのは訪問看護であるとか、訪問リハという領域でございますのでそこは病院としては基本スタートは訪問看護ステーションと連携しながら、病院もみなし訪問看護ステーションとしての機能として訪問看護も一定協力させていただくというようなことで、補うような形でスタートさせていただこうかなと思っております。もちろん先ほどもお話がありましたように歯科の先生方とも連携しながらさせていただかないといけないと思っております。そのあたりもじゃあどこが訪問看護の側、あるいは介護の側の窓口機能がはっきりしにくいものですから、在宅訪問診療の側もそうかもしれませんが、ある程度連携できている施設間同士をいってるんですが、地域によってはなかなか訪問診療、訪問看護ができないといったことがあるので、窓口をはっきりさせていただいて、うまくつなげて広げていく、こういう形になればいいかなと思ってます。病院側としては今言ったような機能を果たしていきたいと今のところは思っています。

今西委員： いつも気になるのが過疎地に関して。採算がとれないのでやっていけないというのが当然ありますので、過疎地で在宅をされる方にどういう支援ができるのかというのが一番気になる場所です。やっぱり拠点をどこに置くかですけど、往復の距離とケアにかかる時間、そこで退院させていただく件数で事業費があがっていきますのでその兼ね合いがすごく難しいかなと思ってます。私も現場にいたとき天川村の患者さんで受け皿がなかったのが帰せなくて結局療養型で看取りをさせていただいたケースもありました。南和の地域の環境因子をどう考えていくかというのが大きな課題だと思います。大きな病院に関しても訪問看護師の起用に関してはまずまずだと思うのですが、私が勤務している樞原地区と比べるとかなりの差があります。全体的な看護職の不足、訪問看護の事業としての採算をどうやって取るのかというところまで考えないと、患者さんは在宅に帰りません。28年度の事業計画を見ますといろんな案を出していただいているので嬉しいですが、現実はまだまだ厳しいです。来月の診療報酬の改定で7対1がしまってくると思うんですね。余った看護師が何を志すかという全員が在宅を希望するとは限りません。急性期で経験を積みたい看護師が現実には多いですので、どれだけの方が訪問看護の方へ行っていただけるか私自身見えないところがあります。

山田議長： 患者さんが山奥で点在されているということであれば、採算が取れない。効率が悪いということですね。それは病院から行かれる場合も同じですね。

松本委員： おっしゃっておられるように地域の看護師さん、保健師さんは地域のことをよく分かっていて、生活支援がいるのか、看護がいるのか十分分かっておられる。ところが、その方々は少なく、診療所での診療もあるというのもよく聞こえています。病院から訪問看護ステーションが実際遠隔地に行くのは効率も悪いし事情も分からないということもあるので、例えば支援の1つとして考えている中で、今は医師を派遣していますが、場合によっては訪問看護を進めておられる診療所に訪問看護に出かけられる間の留守番とかサポートとして看護師を派遣してその間に診療所の看護師が訪問看護に行くというのもあってもいいのかなと思います。

今西委員： あってしかるべきだとは思いますが、24時間体制についてはどうお考えですか。例えば寝たきりになってもご自分で食べられる方とか、ケアとして胃瘻ぐらいなら何とかなんです。何かトラブルがあったときにどうするのかという夜間の体制が看護も介護も南和地域には支援がほとんどない状態です。今おっしゃっているのは効率がいいと思いますが、在宅は24時間なのでそこをどうするのかを考える必要があります。

古家委員： 県が特定行為の研修を受けて在宅に行った看護師さんに対してある程度補助をする。その特定行為の研修を受けた看護師さんがある程度集まって医師の代替りができる看護師が生まれてくると思うんです。それを増やすということ。国は二桁万人というのですから奈良県も補助をつけて多くの看護師さんをそういう方向に向けてはどうでしょうか。

事務局（河合課長）： いろんな研修のサポートなど基金事業で取り組んでいくこととしておりますし、大学の方でも養成していただけるように奨学金をはじめようとしております。確かに特定行為のできる在宅の看護師さん、あるいは認定看護師さんは非常に有効になってくると思っていますので、そういう事業を進めていこうと思っています。

古家委員： 人数を増やすしかできないですね。人数を増やすためにある程度インセンティブをつけないと。

三並委員： 私は郡の薬剤師会の代表でございます。今在宅で先生方ご議論の中で最近薬剤に関しても24時間、私の経営している薬局では24時間体制なんです。開業医の方から絶えず電話、患者さんからもかかってきます。それは分かる範囲

で先生方に連絡し、我々で出来る範囲でケアマネに連絡したりして解決しています。私たち下市町なんですが、下市町で薬局は私のところだけなんです。妻と二人でやっています。だから24時間なんです。エリアとしては天川洞川までです。そうすると二日に一回は薬を持って天川まで走るんです。最近是天川の診療所も薬剤の経済的なこともおありなので、特定の患者さんは処方箋を出されるんです。そうなれば効率もいいですから。特に抗がん剤とかは。そしたら僕は持って行かざるを得ない。松本先生がおっしゃっている地域のことは地域で、僕はここで生まれた者ですから、せざるを得ないということですが、ある意味生きがいとかやろうという気持ちがなかったら、なかなか採算だけでは過疎地における医療というのはうまく成り立たないと思います。もう1つ、ドクターの先生方で全てをカバーしてもらうのはまず無理だと思います。そうするとコメディカルがそこでいかにネットワークで働くか、補完していくかというのが、この吉野地区では非常に大事だと思うんです。今アンケートでも薬剤についての訪問というところで20何パーセントの方が薬剤師という認識も入れていただいてご理解賜るようになったという現状を踏まえて我々ももう少しがんばって行かなくてはいけないし、そういうところはいかにしてメディカルドクターの負担を我々でカバーしていくかということを考えながらやっていかせてもらおうということを申し上げたかったので発言させていただきました。

山田議長： ありがとうございます。24時間体制でがんばっていただいているということがよく分かりました。

河田委員： アンケートを見てびっくりしたんですけど、例えば4ページのアンケートの結果で市町村や都道府県での取り組みについてというので、地域医療構想を初めて聞いたという人がどちらも6割ぐらいいらっしゃるんですね。聞いたことはあるが内容は知らないになると9割ぐらいいなる。ご回答されている年齢の方は50歳以上の方で4分の3は占められると思いますけど、そういう方々のこういうご回答というのは、自分たちがどうやってあと10年20年30年先どうなるかご存じない。今の体制で当然いけるとっておられるというのがあるんじゃないかと思います。病床の転換とか、病床数、あるいは病棟の再編成とかを地方で都道府県でやりなさいというのがあったと思うんですけど、切迫しているのが時間と財源と人材だと思うんです。この時間が切迫しているのがまず分からないということと、財源は消費税が上げられたことで基金の方に回ってきているので何とかなくなっていくんじゃないかと思います。早くしていかないといけないのは人材の養成・育成だと思います。ここを県独自でやっていた

だいたいいいと思うんですけど、5つの医療圏に分けながら適正な配分、医者、看護師、あるいは介護士いらっしゃるけど、特別なことをやっていただけるような専門的な拠点を作る、専門的な看護師等を雇っていただいて、その5つは奈良県独自できちっとやっていけるような体制をうまくこれから考えていただいたらいいと思うんですけど、早め早めに手を打っていただきたいところがございます。率直な意見です。それと、保険者の代表ということで、当たったんですけど、地域医療構想の案で予防医療と健康増進第6章ということで見させていただいたのですが、もう少し具体的に。予防医療の役割は大切だと思いますので、私たち現役が65で終わったとしても75までの10年間ぽかっとあいているような気がするんです。これから重い病気にかかっていくということなので、生活習慣病対策も県として取り組んでいくかもわかりませんが、地域ごとに役所が中心にさせていただいてきちっとアピールして受けていただいて、健康寿命は自分のためであり、地域のためであり、社会のためということで早期発見早期治療に努めていただきたいと思います。奈良県の方は聞いた話では健診などは少ない、意識が低いのかもかもしれません。自分の健康は社会のために働けるような形で長生きして次の世代につないでいく、そういう教育もきちっとやっていただけるようなそういうシステムも作っていただきたいと思います。あと、潜在看護師の活用について、医者もそうですが、看護師さんが大幅に不足しているんじゃないかと私は思っています。こういうところをもっと充実させていただいて基金なり、補助金なりを使っていたらより良くなるのではないかと思います。

森口委員： 在宅の話が出ていましたので、充実に関する課題について。医療介護総合確保基金で、私たち歯科医師会では在宅医療連携室というのを立ち上げていただいて、そこに連携室の運営と在宅訪問診療車を整備していただいております。それをできるだけ活用したいと今一生懸命動いているところですが、南和地区の場合は特に無歯科医村というものが13あります。そういうところに対して私たちが診療車を利用して巡回診療をやりたいと考えているのですが、そのチームを作るにあたっていろいろ計画しているところなんですけど、なかなか診療報酬の請求の難しさもあって今苦労しています。無歯科医村に対する在宅になりますと介護の必要な人となりますけど、健常者であっても交通アクセスが悪いため歯科医院に来られない患者さんもおられるので、そういう現状をどうするかということを今練っているところです。そういうところをもう少し、在宅の衛生士がたくさんいますので活用したいと思っています。在宅にいる衛生士をどういうふうに掘り起こして活用していくのか知恵がないものかと思っています。今吉野保健所の方でも在宅衛生士登録していただいていますよね。も

う少し活用したいと思うんですけども。

山田議長： 在宅医療連携室というのが設置されているというのをご存じない方もおられるようでして、電話番号も含めてPRしていただき、活用していただけたらと思います。

今西委員： もう一点だけ。最初に具体的なことについては次年度ということでお話があったんですけども、資料4としてあります、奈良県地域医療構想策定会議委員の主な意見にあった一番最後の7ページのところが気になりましたので質問させていただきたいのですが、第5章の将来あるべき医療提供体制を実現するための施策のところでは医療従事者の働き方改革の中で、看護師の夜勤専従の話がでております。この実態をどこまで把握しておられるのでしょうか。

事務局（河合課長）： これはある大学で取り組まれている成果としてご紹介させていただいているもので、今回記載内容を少し見直しさせていただいて、一例としてそういったものもあるというものです。問題としてはワークライフバランス、働きやすさをどう確保していくのか、そこを主眼とした働き方改革というものに取り組んでいくというもので、107ページのところは3つめのパラグラフになりますが、いろんな働き方というものが今後考えられていく中の1つとして記載させていただくという改めをさせていただいたというところです。

今西委員： 実際診療報酬のこともありますので、夜勤時間は月72時間、夜勤専従は144時間という縛りがありましたがそこが取っ払われますので、日本看護協会からのご意見としては、そこは守ってほしいと。ワークライフバランスというのはその時だけの人生を、看護師をとらえて考えているものではなく、将来的なものも含めて考えておりますので、のちのち、夜勤をたくさん経験することによって乳がんの発生率が高いとかいろんなことが出てきておりますので、ここに若い看護師の希望者がいると明記されているのですが、この若い看護師がなぜそういう希望をするのかというのも考えていただきたいと思います。つまり、今国家資格を持って働いていまして給与体系が安いんです。ですので、夜勤144時間ということは2交代で月9回できます。3交代で1回の勤務時間が8時間ならばその倍の18回できるというのが原理原則となっているのですが、その手当が増えるので、いわゆる手取りの給与が増える、それが魅力だからやりたいというのが大きな理由の1つにあがります。ある大学の中でこういう取り組みもしててこういうのもあるよということであれば、常勤の看護師の方が、期間を決めて、多分3ヶ月とかでやっているという仕組み、その後

には必ず健康診断を受けてもらうとかいう取り組みがされていると思うんですが、今、世の中では本来の仕事が有りながらその2連休を利用してよその病院でアルバイトをするという実態もあるんです。ですので、これはあまり声を大きく言っていただきたくないというのが私の私見です。ですのでもっとしっかり考えていただいて、正社員としての扱いにするのであれば、まだまだ守っていただける分もあります。2つめに申し上げたような、本来の仕事が有りながらよその施設でアルバイトをするという形の夜勤専従という働き方が現実にあります。そうすると、本来の職場で月144時間という夜勤専従してその合間によそへ行くのか、普通の夜勤もできる日勤もしながら、夜勤明けと次の休みを利用してよその病院へ夜勤に行くことだと夜勤時間数は途方もなく増えます。そういう現実ともう1つは労務管理上、アルバイトとしてきていただいている病院で、もしその方に勤務中に何かあったとき誰が責任を持つのか、いろんな問題がありますので、この辺に関しては、構想案に書いてますような勤務形態の導入の推進というところ、ここははっきり出ていませんけども、多様な働き方という言葉でだけくくってしまうと、こういう現実が隠れてしまいますので、現実には正社員の扱いで夜勤専従をしている看護師がいるということだけではないということを憶えておいていただきたいと思います。

山田議長： 夜勤専従に関しては他の調整会議でも批判がございまして、ある委員がおっしゃってここにそういう文言が入ったということですが、それではいけないということでワークライフバランスをメインに考えていこうという趣旨で修正しておりますので。

今西委員： ありがたいと思います。実態を知っていただくことができると思います。それで助かる職場もあつたりしますし、本人が経済的な理由でそういう働き方を選んでるところもありますので、こういう現実がありますので、そこなんです。

古家委員： この地域医療構想、数字ありきでは困ると思うんです。ある程度需要と供給をうまくマッチングさせるというのが本来だと思うので、病床機能報告については是非見直ししてほしいと思います。南和の医療はこれからだと思います。県の支援というのは絶対必要だと思いますのでよろしくお願いします。大学としてもできるだけことはやりたいと思いますので協力させていただきたいと思います。まとめにはなりませんけども、ありがとうございました。

山田議長： 大変貴重なご意見いただきました。22ページ、南和保健医療圏の地域の課

題、病床機能、在宅医療の充実、その辺の課題が出尽くしたのではないかと  
思っています。もう少しご意見があるという方もおられるかと思いますが、また  
事務局の方にお寄せいただければと思います。それではこれで会議を終了した  
いと思います。ありがとうございました。

事務局（細谷補佐）： 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、第3回南和保健医療圏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。