

令和元年度第1回西和構想区域地域医療構想調整会議 議事録

日時：令和2年2月12日(水)18時～20時

場所：生駒市コミュニティセンター

402・403・404号会議室

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：菊池委員（奈良県総合医療センター院長）

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（小林 奈良県地域医療連携課課長補佐。以下「小林補佐」）

定刻となりましたので、ただ今から「令和元年度第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、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」）

本日はお忙しい中、夜の時間にお集まりいただきありがとうございます。

昨年の9月に424病院の再検証の要請がありました。奈良県の対象病院は5病院でしたが、県としては5病院だけを議論すればよいと思っておらず、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」と、2つの目指すべき病院像を示し、圏域毎に公的病院も民間病院も関係者全員で議論しながら、データを用いて、判断していく必要があると考え、これまでもその考えで進めてきました。本日は、これまで進めてきた成果を皆様方に資料として用意しておりますので、経過を含めて説明させていただきます。

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たところです。これについても進捗状況を本日ご説明させていただきたいと思っております。外来医療計画については、診療所が大切になってくるので、地区医師会の先生方に参加いただき、地域医療構想調整会議のそれぞれの圏域に所在される地区医師会の会長の先生方へもお声かけさせていただいております。

もう1点ですけれども、皆様ご承知のとおり新型コロナウイルス感染症の関係です。これにつきましては世界各国の患者数がすでに40,000人を越えていて、亡くなった方が1,000人を越え、そこまで拡大している状況です。県内も1人患者が確定し、この方に関しましてはすでに退院されていて、この方の濃厚接触者につきましても県内の方につきま

しては14日間を過ぎておりますので、県内に関しては収束していて、今の時点では流行している状況にはない、というのが県の認識です。感染症が拡大するかしないかは経過を見ないとわかりませんが、予防を徹底することが大切です。仮に拡大した場合、発生する患者さんが医療を受けられる体制を準備する必要があります。県の取組状況としても、今回議題として取り扱わせていただき、皆様方と状況を共有させていただき、活発な議論ができればと思っております。

事務局（小林補佐）：

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）

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

（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月より制度化されました。

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）

その他資料として、協会けんぽから別封筒を配布されています。

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ます。よろしくお願いいたします。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

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＞

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございました。それでは、議事1及び議事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。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）：

この資料2の6ページの西和医療圏の状況についてですが、病床数の将来の報告が、2025年の必要病床数に対して、高度急性期と重症急性期が多すぎるという気がします。高度急性期251床、急性期566床も過剰となるのは問題かなと感じます。高齢化は待ったなしで進んでおり、患者さんの医療需要と医療提供の乖離が大きいように思います。患者さんが望まれるような回復期や慢性期への転換を早急にしていただけるようご検討いただきたいと考えています。ただし、病床数全体を見ると115床足りないという数値になっていますが、そういったことも含めて、人口動向の予測や人口構成の変化等についても会議で出していれば有り難いと思っています。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

他にご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。

ご意見がないようですので、次の議事に進みたいと思います。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＞

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

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。まずは論点1についてご意見がある方はご発言をお願いします。

友岡委員（生駒地区医師会会長）：

地域医療構想調整会議は、少子高齢化に伴って、如何に医療・介護の提供を維持していくかを議論するということであり、現状を肯定する場ではなく、各病院がどのように改革するかだと思っています。各病院から出してもらっている詳細な資料3や各病院に公開される「面倒見のいい病院」の指標化を含めて、自院と他院との医療資源で病病連携を行っていくのが肝要ではないかと思います。データを見ていると、高度急性期病院の奈良県総合医療センターを中心とした大和郡山市の体制、西和医療センターを中心とした生駒郡の体制では、各病院がうまく分化を行っていると思うのですが、私の診療所のある生駒市ではなかなかうまく分化が図れていません。A項目の診療実績やB項目の類似の実績の下1／3とか半分もカバーされていません。病院によっては、検診や予防接種に手を出しているところもあります。そのような病院が、今後、自院の医療資源、診療実績、連携実績を踏まえて、毎年の地域医療構想調整会議の場でさらに自院の見直しを図って、あるべきポジションを考えていければよいと地区会長としては、思っています。

山田委員（奈良県中和保健所長）：

昨年の議論や付帯意見にも盛り込まれていましたし、河田委員の発言にもありましたが、西和医療圏は医療機能別の病床数を見ると、重症急性期が多く、慢性期・回復期が少ないという現状でございます。今後の医療需要を考えますと、もう一步進んだ機能分化や連携が必要と考えます。将来的に需要が過不足無く提供できる体制の構築が大切であり、医療機能のさらなる見直しの議論をしていければよいと思います。先ほど話のありました生駒市立病院のリニアックの導入、役割分担や機能分化にも関係しますので、今後の医療需要を慎重に見極め、地域にとって何が最適かを考えていただきたいと思います。

城谷委員（近畿大学奈良病院院長）：

先日も申し上げましたが、おそらくベッド数やニーズだけの切り口で論議が進んでいると思いますが、資料の中の「県の姿勢」で、「地域のニーズに合わせた適切な医療の提供」とあります。2024年に働き方改革を完成しないといけない、医師の労働時間を960時間に納めないといけません。その中で、医師を確保して、救急医療に取り組んでいかなければいけない時期が来ると考えます。その時にもしかするとドラスティックに急性期から慢性期に移らないといけないということが、ドクターの供給という観点から生じる可能性があるのではないかと思います。地域枠の方もいますが、最近の研修医の動向をみると、皮膚科、形成外科、眼科を選考する方が多く、脳外科、循環器内科、心臓外科を担おうという方が極めて少なくなっていると思われます。これは、厚生労働省の発表データからもわかりますが、果たして奈良県で例えばこの5～10年の初期研修を終えた後、どういうところを専攻していくかが、今後の動向に極めて大きく影響を及ぼすと思います。その中で地域枠の方が何を選んでいるか。そういうところも含めて考えていかないと、救急医療が

ニーズでなくサプライの方でダメになるのではないかと心配しています。働き方改革で、救急病院の医師の数もそうだし、診療科の偏在の状況、奈良の場合はシーリングがかかっておらず診療科のトータルの数は良いがどういう状況かということを知っておく必要があります。過去5～10年のデータを持っておられるのであれば、初期研修医の動向等も教えてほしい。

事務局（鶴田局長）：

働き方改革は、今年度を入れて5年間、2024年には医師も含めて罰則付きの上限規制が導入されます。今の時点で病院の医師がどういう働き方をしているか、県としても把握できていませんので、把握していくところから始める必要があります。ご指摘のとおり、各病院が医師の時間外労働時間がどれくらいかを把握されることが第一歩だと思いますし、把握することによって、医師が帰れるときに帰ることができるようにマネジメントすることが大切になってくると思います。もう一つとして、医師のタスクシフトで看護師や事務補助の職員の方々のタスクシフト、タスクシェアといったこともしていかなければならないと思います。お話のありました救急に関しても、勤務時間にするか宿日直許可、寝当直にするのかは整理をしていかないと、県内全体の休日夜間に働く医師の数が多ければ、トータルとしての時間外労働時間が長くなるので、そこに関しては2次救急を含めてどういうエリアで役割分担するのか、連携するのかということも併せて、今後議論していかないといけないと思っています。そういった議論のために、実態把握が必要だと考えているところです。

診療科偏在の質問につきましては、医師確保計画を作りますので、この議論は地域医療対策協議会で議論をさせていただいているところです。今手元に具体的なデータがないので、今この場では詳細は言えませんが、県立医科大学の中に奈良県内の地域医療に貢献しようとする強い意欲のある者が入る地域枠があり、卒業後一定期間特定の診療科に従事することになりますが、その地域枠の学生が卒業後、内科、外科等医師の不足している診療科を選んでもらえるように、特定診療科を考えないといけないと思っています。医者キャリアパスと勤務環境改善を両方行うことで、内科、外科等の政策医療として必要なところに、医師が自らの意思で選び、その医師が充足されて、供給体制、ニーズを満たすようにしていかなければいけないと思います。医師確保計画の中でも、医師の勤務環境改善を図る、医師がやりがいを持って働き続けられる、そういった環境を整えることによって医師を確保していくという基本的な考え方を医師確保計画の中で明記をしています。その考えの中で、診療科偏在を県として取り組んでいきたいと思っています。

城谷委員（近畿大学奈良病院院長）：

その流れで、県に考えてもらいたいのが、救急隊の搬送の仕方です。おそらく今はどんな症状の方でも2次救急、3次救急という現状だと思います。そういう病院ではどれだけ

人がいても疲弊していきます。県の消防隊、救急隊が e-MATCH というシステムを持っているのであれば、その e-MATCH を使って、傾向スコアを出して、最初からバイタルサインと症状で判別し、この状況であればこの病院といった具合に、この状況なら 1 次、2 次、3 次といったように判別できるシステムができればと思います。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございました。

続きまして、論点 2 についてご意見をお願いします。

高山委員（奈良県訪問看護ステーション協議会常務理事）：

論点 2 のところに書いてある「訪問看護ステーションの設置等の在宅医療への関わり」という部分について、先ほど説明いただいたデータには、訪問診療の算定が増えている中で、実際には地域の訪問看護の先生が増えていないイメージがありますので、先生方の負担が大きくなっていると思います。訪問看護ステーションの設置はありがたいと思いますが、在宅で療養している方は医療の方も複雑になってきており、抗がん剤治療がギリギリの状態でも続けられるようになっています。例えば、患者さんが少し食欲がないので、自宅に帰って高カロリー点滴を 24 時間して体力をつけてから再び抗がん剤治療を行うなど、在宅医療も中身がどんどん複雑化しています。その中で、訪問看護ステーションの数を増やすという提案は有り難いのですが、ただ数を増やせば良いという問題ではないと思います。数を増やしてしまうと、少人数で在宅医療を支えることになり、難しいと思います。そうではなく、訪問看護ステーションの大規模化や、一つの訪問看護ステーションを充実させて、人数がいれば様々な疾患にも対応できると思います。スタッフが少人数であると、携帯電話を 24 時間持って対応するなど、一人当たりの負担も大きく、研修に行くこともできないので、看護の質の向上が難しくなると思います。看護ステーションの数を増やすのではなく、増やす中で、そういった少人数での対応も考慮していただければと思います。訪問看護ステーションの利用者は、知識もたくさんお持ちです。「緩和ケア」という言葉も癌の患者さんはわかっていて、「緩和ケア」という言葉を聞いただけで怒られて、「ADL が維持されている状態なので自分は緩和ケアではない」とおっしゃる方々が、ここ 2 ～ 3 年で増えてきています。そういった意味で、ACP を市民に知ってもらう取り組みが必要だと感じています。小学生、中学生の時期から、ACP について勉強してもらうことが必要だと勤務をしていて感じています。

友岡委員（生駒地区医師会会長）：

高山委員に在宅医療に携わる医師が少ないといったご指摘をいただきましたが、4 年くらい前から県庁に行くと、県の部長局長から、生駒の西和地区の在宅医療の補助率は県内で最低なので、取り組んでほしいとお聞きしています。生駒地区の在宅医療に携わる医師

確保、連携体制作りのために、地区の活動として、在宅医療サロンを開き、多数の先生に在宅医療に携わってもらえるように意見交換の場を開催しています。奈良県の在宅医療の提供体制確立促進モデル事業の支援を受けて、在宅医療の診療報酬の初歩的な内容を整理した、在宅医療のサポート小冊子の作成を進めています。4月からの診療報酬改正の点数が決まりましたら、それに内容を盛り込んで会員に配布して、在宅医療の提供体制に携わる医師の確保に努めるところです。ACPの取り組みについては、市民公開講座の開催や啓発等を生駒郡の4町でも取り組んでいただいております、西和地区中心に始めている「やまと西和ネット」にACPについても繰り返し、内容を更新して掲載し、携わる他職種の方に現在の状況を知らせる体制を作りたいと考えております。

野中委員（郡山青藍病院理事長）：

当院では、医療療養病床が40床あります。その中の患者さんは気管切開をしている方が18名、胃ろうをされている方は20名近く、透析をされている方が7～8名。そういった家に帰れない方がおられます。厚生労働省は、そういった方を4年後には介護医療院へ持って行く方向だと聞いています。そうなるなら、当院は介護医療院へ転換せず、全て一般病床にしようと思っています。そういった方々をどこに受け入れるのかも考えて頂きたい。厚生労働省は、地方に依存して医療をやってもらうことにしているが、現場の状況を見てもらいたいと思います。最後に、公的な病院は、補助金が国や地方から出ますが、民間病院は、借金をして、土地を決めて、看護師を集めてとすると、また借金がかかります。地域医療構想でベッドを減らすことができなければ、国は少しお金を出しますよと言っていますが、その金額で足りるわけがない。民間病院に対して公的病院と同じように国から厳しく対応されると、とんでもないことです。公的病院が同じように行ったら看護師・医師の補充や補助がされるでしょうが、民間病院は看護師・医師集めも大変で財政的にも厳しい。民間病院の立場として、よく現状をみてからやって欲しいと強く思っています。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

続きまして論点3についての意見をお願いします。

松本参考人（大和郡山市医師会会長）：

大和郡山地区は病診連携が歴史的に進んでいますが、先ほどの県の説明でも、資料5にも意見として「病院の中に地域包括ケアシステム・介護システムを理解していない医療従事者が多い。退院の際に家族やケアマネが困惑している。」と書いてもらっているが、このことを日々感じています。大和郡山市内に公的病院はありますが、その中で若い先生、研修医を修了した方が主治医になっている患者さんがおられます。事例として、若い医師が土曜に患者さんに顔を出して、「明日帰っていいよ」と言われることがあるようです。

患者さんは帰ってからサポートを受けないといけないので、ケアマネに連絡する等、患者さんが在宅でやっていける体制が必要になりますが、突然言われると一番困るのが患者さんです。自宅に帰った方がいいが、何も体制ができてないということが多々あります。そうになると、自宅に帰ってきてても在宅医が非常に困惑することになります。国も我々も在宅医療を推進しようと考えていますが、どうしても若い先生は病気の治療に専念するあまり患者さんが困ることがあります。若い先生にはたくさん勉強していただきたいですが、もう一方で患者さんを大切に扱うという意味で、ケアのほうを熟知してもらいたいと常日頃思っています。病院の方にも、医師会から一度そういう講演の場を設けてもらったら行きますよという話はしています。医師会や行政から担当医師へ申し入れをしているが、現実にはなかなかやりましょうという話にならない。できれば市や医師会から申し入れをしていただき、そういう会を設置していただければ、喜んで行こうと思っているので、考えてもらいたい。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

他にご意見はございますでしょうか。

ないようでしたら、論点4についての意見をお願いします。

堀井委員（奈良県医師会理事）：

蘇生処置拒否の患者が、救急搬送されて、救急の受け入れ態勢の逼迫の一因となっているという話が先ほどありましたが、私も訪問診療していて末期の患者さんと最後は在宅で看取りましょうという話をしている中、とっさに救急車を呼ぶことがあります。病院では診たことのない患者なので、その時点で亡くなっていた場合、死体検案という警察を呼ぶでの対応になってしまうことがあります。少し考えて主治医の方や訪問看護ステーションへ連絡してもらえれば、死亡診断書をすぐ書ける状態であるにも関わらず、救急搬送されてしまう患者さんが結構いらっしゃいます。救急の電話を受けた機関や救急隊が、訪問看護ステーション等へ連絡してくださいという仕組みにしてもらえるよう考えてほしい。

城谷委員（近畿大学奈良病院長）：

今の堀井委員の話はそのとおりであり、三次救急していると、心肺停止ということで救急救命課のホットラインが鳴り、応需時間の関係もあるのですぐに受け入れると、すでに蘇生しても助からないという方が多く来られます。リビングウィルやACPRがはっきりしていればよいですが、救急で来られる場合は救急隊が既に挿管して蘇生して来られるので、それを病院で止めるわけにはいきません。蘇生処置をしてもどうしてもうまくいかない場合は、検死またはAEDでCPRを撮るといふ形になります。蘇生処置は1時間はやりますので、その時間も医師の労働時間になりますし、最初から蘇生を望んでいないということがわかれば、労働負荷の観点からも救急医としては助かると思います。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございました。

それでは論点5についてご意見をお願いします。

ご意見はありませんでしょうか。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

それでは、ここまでの議論のまとめを行いたいと思います。それを踏まえ、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、了承することとして良いか、伺いたいと思います。

論点1では、さらなる機能分化・連携など、自院の機能を見直してほしいという意見が出ました。論点2では、訪問看護ステーションとしてのご意見や生駒市の取り組みの紹介について意見がでました。論点3では、在宅医療の話が意見として出ましたし、論点4では、DNRの患者さんの救急搬送について、救急を受ける側の話や思わず救急を呼んでしまうという話がありました。

ここまでの議論を踏まえ、地域医療構想における各病院の対応方針について、病院意見交換会においても今回においても特に異論は出ておりませんので、次の付帯意見を付けたうえで了承することを提案したいと考えます。「医療圏での役割分担については、将来的な医療需要に過不足なく対応できる医療提供体制を構築できるよう、引き続き医療機能の見直しを検討されたいこと」及び「生駒市立病院の放射線治療機器の導入については、今後の需給バランスや病院間の役割分担等を踏まえて再検討を行っていただき、その結果を関係者の集まる場で報告いただくこと」を付帯意見として付すことでいかがでしょうか。

<了承>

今後も引き続き地域での連携が必要になると思いますので、しっかりと話し合いをしてほしいと思います。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）

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございました。

それでは、議事5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。

意見がないようですので、次に議事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）

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございました。外来医療計画は延期との報告でしたが、議事 6 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。

在宅医療の話もしてきましたが、ご意見ございますか。

松本参考人（大和郡山市医師会会長）：

大きな病院と診療所間の情報のやりとりをスムーズにさせていただいて、入退院の度に脱線しそうになる事態はできるだけ避けて、スムーズに入院退院して在宅へという移行ができればと思っています。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）：

先ほど質問しそびれたのですが、資料 2 の 27 ページと 29 ページの各市町村の在宅医療提供状況の平成 28 年度と平成 29 年度のデータですが、西和地区の平群町、河合町、王寺町、安堵町あるいは生駒市で供給量が非常に少ないと出ています。医師会や県としては、供給量が非常に少ない市町村をどのような形で供給できる値へ持って行こうとしているのか考え方を聞きたいと思います。

友岡委員（生駒地区医師会会長）：

生駒市については、先ほど触れさせていただきましたが、安堵町は診療所が 1 軒しかないもので、在宅医療が必要な方というのは、隣の斑鳩町から来ていただいてカバーできているのが現状です。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）：

住民の方は、在宅医療が必要な時にどうしたらいいかをご存じなのでしょうか。

友岡委員（生駒地区医師会会長）：

安堵町の先生も在宅医療の啓発をされているので、住民の方への心配については大丈夫です。

事務局（通山課長）

県の取組をご紹介させていただきますと、補助という形で、県の医師会と協力して支援しています。在宅医療を経験されていない医師の方は、初めは不安があるので、希望者に対して、実際に訪問診療をしている医師との同行訪問、研修の支援をさせていただいていま

す。また、友岡委員から診療報酬の改正内容の啓発の話もありましたが、そのような様々な不安に答えるような形の研修も繰り返し行っています。来年度の方角性としては、県民の方へ在宅医療とは何かわかるように、これまで以上に啓発できる仕組みを考えており、医師会と相談しているところです。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございました。次に、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）

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

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。

意見がないようでしたら、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）：

資料8にありましたように、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、1から5までの論点で、非常に熱心な議論をいただきまして、誠にありがとうございました。そのような中で、少し気がついたことを申し添えます。

資料1で、令和元年度の取り組みということで、毎年奈良県の全病院が対応方針を出しておりますが、昨年は診療報酬に基づいた424病院の再検証病院のデータが厚生労働省から発表されまして、奈良県としても県全体で取り組もうという姿勢の下に、高度・重症急性期病院の39病院を対象に、具体的対応方針の再提出を求めて意見交換会を行いました。その後、各医療圏でも全病院で意見交換会を行いまして、先日、2月6日に中央協議会を開き、その取り組みをディスカッションしました。

こういう背景のもとに、西和医療圏の特徴をまとめますと、資料2の33ページですが、西和医療圏では高度・重症急性期を指向する病院は2病院となっておりますが、意見交換会の時に話題になりましたが県総合医療センターが大和郡山市の近くに移転してきて、県総合医療センターとの連携も密度が高くなり、データによりますと20%位の西和医療圏の患者さんが県総合医療センターに入院しています。2病院のみならず、県総合医療センターも含めた3病院において、高度・重症急性期を考えていく必要があると、先日の意見交換会で話題になりました。

本日の論点に戻ると、高度・重症急性期の病院である「断らない病院」から軽症急性期、回復、慢性期の病院である「面倒見のいい病院」へのスムーズな連携を行うことにつ

いて、データを見ていると、各病院のキーワードとしては、病病連携をいかに進めていくかということで、意見交換会で随分議論を行いました。例えば、西和医療圏においては、脳血管疾患、心疾患については予想以上には地域内完結度があがっていないが、5大がんについては地域内の連携が進んでいて、地域内完結度があがってきていて、随分病病連携が進んできているという思いがあります。「断らない病院」を指向している病院でも、救急応需率の面で少し向上の余地があるということです。まず地域の役割分担・連携の仕組みをもう少し検討し続ける必要があるのではないかと思います。

資料8に昨年度の付帯意見として、生駒市立病院の放射線治療機器（リニアック）の導入について記載がありますが、高額医療機器の共同使用についても検討が必要ではないかと思っています。論点2、3、4については、奈良県が進めている「断らない病院」と「面倒見のいい病院」の見える化の指標の検討に繋がってくると思います。資料1の7ページに戻りますが、「面倒見のいい病院」はここに記載があるように、目的が大きく2つあり、1つ目は「断らない病院」と「面倒見のいい病院」の連携、いわゆる病病連携です。そして2つ目は、これから将来を見越したうえで必要になってくるのは、地域包括ケアを支える「面倒見のいい病院」です。目的の2つ目に記載のありますように在宅医療・介護事業所との連携、在宅患者や施設入所者の状態悪化時の受け入れ、嚥下・排泄のリハビリテーションなど様々なファクターがあります。そのファクターを取り上げたのが、資料の下にありますように、AからGまでの7分野です。指標検討会の委員の中で、議論になったGの項目、QOLや自己決定権の尊重・支援、いわゆるACPについて、貴重な意見がありました。在宅医療の支援については、訪問看護ステーションの方や友岡委員からもご意見をいただきましたが、これをどう連携していくかについては、「面倒見のいい病院」としての1つの役割が見えてきたと考えています。それをどうにか指標化したということで、今まで他職種が連携していくには、どんな要素が必要か考えて、昨年度指標化が出来上がったのですが、これはまだ皆さんと情報共有する段階ではなく、まずは病院間で共有してブラッシュアップできないかという段階でございます。

いずれにいたしましても、西和医療圏は独特の特徴があり、病診連携が進んでおり、多剤投与、後発品の使用頻度等の薬用の面からも検討が進んでいると聞いています。よりよい医療提供体系、介護提供体系が出来上がるのではないかなと思います。毎年具体的対応方針を各医療機関にお願いして出してもらっていますが、奈良県からは丁寧な説明を行っていただいております、引き続き皆さんと具体的対応方針を共有しながら、城谷委員が発言された医師の働き方改革についても、データを丁寧に集めて説明しなければならないと思っています。本日は熱心な討議ありがとうございました。

水野議長（奈良県郡山保健所長）：

ありがとうございました。以上で予定していた内容は終了しました。

最後に河田委員より配付資料に基づき、ご説明を頂戴いたします。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）：

協会けんぽの河田でございます。お時間をいただき申し訳ございません。

河田委員当日持ち込み資料説明

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回西和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。