

平成29年度第1回中和構想区域地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成29年12月25日（月）

14時～16時

場所：奈良県中和保健所1階101会議室

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：大森委員（奈良県老人福祉施設協議会副会長）、吉田委員（大和高田市市長）

事務局（奥医療企画係長）：

皆さま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。本会議の委員数は14名となっており、本日は、12名のご出席を賜っています。奈良県中和構想区域地域医療構想調整会議規則第5条第2項に基づき、委員の過半数にご出席いただいておりますので、本会議は成立していることを申し上げます。開催にあたりまして、林医療政策部長からごあいさつ申し上げます。

事務局（林医療政策部長）：

年末の大変お忙しい中、中和構想区域の地域医療構想調整会議にお集まりいただきまして、どうもありがとうございます。また、日頃から県の医療、福祉、さまざまな政策にご協力いただいておりますことに、あらためて御礼を申し上げたいと思います。今日は、今年度の第1回の地域医療構想調整会議です。大きく分けると2つの議題がございます。1つは地域医療構想についてです。前回の開催から約1年が経っていますが、この間、この会議は開催していませんでしたが、いろいろな病院の皆さま方にお集まりいただいた意見交換会などを頻繁に行っていました。そういった状況についてもご報告をさせていただいた上で、また、今後の進め方についてご意見を賜ればという風に思っています。また、これから個別の病院、それぞれの関係をどう考えていくか、それぞれの病院でどうしていくかということに移っていく時期だと思いますけれども、特に公立・公的病院からそういった議論を始めていくというのが、国の示した方向、順番ということになっています。本日は中和区域の公立・公的病院の幾つかの病院にこれからの方向性についてお話しいただくことになっていますので、他の周りの方々の目からもそういった役割分担について、ご確認をいただければと思っています。もう1つの議題は、来年度からの奈良県の保健医療計画策定についてです。30年度から6年間の保健医療計画を策定する時期になっています。これは介護などの計画とも同じ時期に作るということになっていますので、そういった整合性についてもきちんと取っていく必要があります。保健医療計画については、決定するのは最終的に権限があるのは医療審議会ですが、保健医療計画の中にも地域医療構想に関するさまざまな取り組みを記載することになっていますので、ここでもご覧いただいて、そ

の方向について貴重なご意見をいただければと考えています。ここでの議論がこれからの中和区域、そして奈良県の医療にとって重要な役割を果たしていると思います。また、奈良県がより良くなる方法が議論できますように、先生方に忌憚（きたん）なくご意見をいただければと考えています。今日は、どうぞよろしく申し上げます。

事務局（奥医療企画係長）：

ありがとうございました。それでは、本日ご出席いただきました委員の皆様方をご紹介します。委員名簿順にご紹介させていただきます。（委員紹介）それでは、議事に入ります前に、本日の配付資料の確認をお願いします。まず、次第、委員名簿、配席図。これはホチキス留めで3枚ものが1つと、次に資料1、それから少し枚数が少ないですけども資料2、それから資料3と資料4、それから参考資料1と参考資料2と、あともう1つ資料名が付していませんが、協会けんぽ奈良支部から、協会けんぽ加入者の二次医療圏別・傷病別患者流出流入の状況、平成28年度の配付資料。あともう1つ、地域医療構想の冊子をお手元に配付させていただいています。資料はお手元にありますでしょうか。もし配付漏れなどがありましたらお知らせください。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します。傍聴される方、報道機関の方におかれましては、先にお渡ししました傍聴の際の注意事項をお守りいただきまして、議事の進行を妨げないようにご留意ください。それでは、これより議事に入りますので、以後の写真撮影およびテレビカメラによる取材はご遠慮いただきたいと存じます。報道機関の皆さま、ご協力よろしくお願いします。それでは、これより議事に入りますので、進行につきまして、奈良県中和構想区域地域医療構想調整会議規則第4条第2項の規定に基づきまして、議長であります奈良県中和保健所の山田所長をお願いします。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

それでは、僭越ですが進行を務めさせていただきます。それでは、議事に入っていきます。「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、「議事1 地域医療構想実現に向けた取組について」ご説明をお願いします。

事務局（西村地域医療連携課長）：以下、説明。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。ご質問は後でお伺いしたいと思います。続きまして、河田委員より提出のありました「協会けんぽ加入者の二次医療圏別・傷病別患者流出流入（入院・入院外）の状況（平成28年度）」についてご説明をお願いします。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）：

私どもは協会けんぽ奈良支部です。日頃は大変お世話になっています。本当にありがとうございます。資料ですけれども、約1年前には南奈良総合医療センターができていませんでしたので、今回は28年度ということで、28年4月から前年度分が出ましたので報告させていただきたいと思います。集計方法は前回と同じですけれども、協会けんぽ加入者の人数が今大体、奈良県の概要というところを書いているのですが、総人口135万人に対しまして協会けんぽ加入者は約42万人ということで、県民の31.3%を占めています。ちなみに下のほうから2行目、中和のところにおきましては、28年度で37万5,000人に対しまして協会けんぽは12万6,786人ということで、県内におきましてもこの地区が私どもの加入者が一番多くなっているところですよ。念のため、協会けんぽは75歳未満の方で働いている方、民間企業で働いている働き盛りの方ということ、それとその被雇用者でできているわけですけれども、国民健康保険は今奈良県内に36万人、そして後期高齢者は約18万人いらっしゃる中で、現役世代で働いている方は共済等で7万人、あるいは健康保険組合が2万人という形になっているところですよけれども、この中で私どもがいつも思っているのは、協会けんぽの加入者が退職しますと、国民健康保険に入りまして、その後、後期高齢者に行くという構図がありますので、私どもは今の現役世代から健康づくりに努めているわけですよ。そういうことで、この資料は実は p.1めくっていただきますと、主に生活習慣病に関連したところの、その在住者がどこへ行っているかということ、例えば p.3の右上のところを説明させていただきますと、中和の居住者の方が、全疾病ですけれども5つ、6つの疾病の中で全部合わせますと、ほぼ6割の方が地元の中和の中で医療を受けていただいているということですよ。これは先ほどご説明がありました資料1の p.23～p.24の間のところと資料が重なるところがあると思うのですが、私のほうは働く世代ということ、奈良県が出していただいたのは国保と後期高齢者と聞いています。その中で南和は前年よりも28年度の方がぐっと増えているのですが、中和は全疾病では入院は60%の方々がこちらにそのまま出ています。それから、その下の p.4ですけれども、8割の方が地元の構想区域の中での医療機関にかかっているということ、ある意味、医療機関が充実しているのではないかと思います。その次のページ以降につきましても、それぞれ悪性の新生物が66%、67%という具合に入院の方はなっていますし、入院外におきましても63～64%ということ、主にこちらはやはり奈良県立医大を含めまして10病院以上のところが200床以上もありますし、いろいろな診療科もありますので、こういうところへいらっしゃるのではないかと思います。次の p.7、p.8につきましても、脳卒中のところも一部、東和へも行っておられるのですけれども、主にはこちらで治療をされているということが見られます。あとの残りの虚血性心疾患ならびに糖尿病などにおきましても、こちらのところでやっています。それから p.15以降につきましては、逆に二次医療圏に散在します医療機関にどの医療圏の住民の患者が入院してきたかというのを表しているわけですよ、これも前年とほぼこちらの数

字は変わりなく、流入の方も非常に多いということは変わっていません。また、細かいところにつきましては一度ご覧いただければと思います。南和地区がそういうことで変わりますので、南和に若干焦点が当たっている形になっているのですが、こちらの中和構想区域の中では非常に充実しているのではないかとこちらからは推測しているところです。以上、説明を終わらせていただきます。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございます。続きまして議事2、「新公立病院改革プラン・公的医療機関等2025プランについて」に移ります。「参考資料2」にありますように、本会議において新公立病院改革プランおよび公的医療機関等2025プランについて議論し役割の明確化を図ることになっています。地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を奈良県立医科大学附属病院と大和高田市立病院からご説明いただくことになっています。それぞれ地域医療構想を踏まえ、自院が今後地域において担う役割と機能、自院が希望する地域の病院間での役割分担および地域における連携推進などの取組方針についてご説明をお願いします。それでは、奈良県立医科大学附属病院の古家病院長様からお願いします。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：

ご説明させていただきます。これを全部読み上げると時間がかかるので、はしよりながらやらせていただきますけれども、自施設の現状としまして、まず奈良医大はやはり高度急性期・急性期が中心です。実際に5疾病5事業に関しても中心的な役割を担っていると考えています。がんに関しては都道府県のがん診療連携拠点病院であり、脳卒中としては現在6床の脳卒中センターを運営しています。それから急性心筋梗塞に関しては365日24時間緊急カテーテルを受け入れています。救急医療に関しては高度救命救急センター、3次救急中心ですけれども、ドクターヘリが中心になってくると考えています。災害時の医療としては基幹災害拠点病院、周産期としては総合周産期母子医療センターがあるということで、奈良県医療の中心的な役割を担っていると考えています。自施設の課題ですけれども、本院ではやはり在院日数を短縮しなければならないと考えます。それと逆紹介が必要です。そのためには、やはり病病連携・病診連携が非常に重要だと考えています。それと医療需要の変化への対応です。今後高齢者が増えると、疾病の内容もあるいは患者さんの内容も変わってくると思いますので、その対応に向けての病院の方向性が必要です。重要なのが、県内医療機関との役割分担とネットワークの構築です。奈良医大としてはやはり急性期が中心となると、回復期に回ってくる患者さんというのは病病連携・病診連携で地域の医療機関に行っていただくというのが重要だと考えています。それから経営改善につきましては、次のp.2に書いてありますけれども、独法化してから、やはり自院でそれなりの経営を担っていかなければならないということで、非常に施設投資等のコストが経営を圧迫しているため、効率的な運営体制の確立が必要だと考えています。もう1つはやはり最近話題に

なっています働き方です。大学病院として教育、研究、診療、それを担う医師を育てる、あるいはそれを育てる役割の医師が多く育つ、勤務している中でそういう医師の働き方、あるいはそれ以外の医療従事者の働き方、それをやはりもう少しきちんとしたものに改善していく必要があると考えています。そうした医療人育成が大きな役割です。地域において今後担うべき役割として、5疾病5事業を含む県内のあらゆる医療の高度急性期・急性期を担う。それから、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みになりますけれども、ここに書いてある、例えば総合診療科で在宅医療部門を立ち上げて、医療の指導者を養成するシステムを構築する。あるいは在宅看護の特定看護師を養成する。それから休日・夜間の在宅医療を地域全体で支えるための1つのキーになる。それから地域中核病院との連携協定締結による積極的な患者転院とありますけれども、やはり病病連携の上で、ただ単にこちらが待っている、あるいはただ単に出すというだけではなくて、連携協定を結ぼうと考えています。今、平成記念病院と連携協定を結ぶに当たって最後の詰めに入っています。その他、新専門医制度が4月から始まっていますが、人材の育成をいろいろと考えています。それと奈良県の南奈良総合医療センターをはじめとした地域医療機関との機能分担、連携、人的支援の推進はいろいろと考えています。②と書いてます、貴院が希望される地域の病院間での役割分担ということで、やはり回復期・慢性期をどうするかということで、先ほども申しましたようにやはり地域連携による連携推進が重要だと考えています。このようなことが、機能に従った流れが必要だと考えています。これを進めるために③に書いていますが、地域における連携推進などの取り組みということで、地域の医療機関との紹介・逆紹介の推進というような紹介患者さんをいかに増やすか、大学として逆紹介をできる患者さんはできるだけ逆紹介をするというプロジェクトを実際に動かしています。そうすることで、やはり患者さんは大学病院で受診すべき患者さんを紹介していただいて、そして逆にそのような患者さんの方針が決まれば、地域の病院に逆紹介するということを担っていると考えます。そのためのネットワークというのを今構築しているところです。次の p. 3 をお願いします。紹介・逆紹介に当たって、紹介状を持った患者さんが予約なしで来られて、そして時間かかって診療を受けるというのが30%おられるので、こういう患者さんをできるだけ少なくして、患者さんの診察がスムーズにいくように考えています。下のほうの4行に書いていますけれども、転院先が決まらないという患者さんがかなりの数おられる。大学病院として一番問題になっているのがこういう患者さんで、救急の患者さんであったり、あるいは脳外科の患者さんであったり、そういう患者さんはかなり転院調整が難しいです。それをどれだけ各地域の病院でやっていただけるかというのが、奈良医大としての機能が非常に重要だと考えています。以上です。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。それでは引き続きまして、大和高田市立病院の岡村院長様からご説明をお願いします。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：

それでは資料を公立病院改革プランのところと、それからもう1つの資料になります、資料2の「地域医療構想の達成に向けた将来の方向性について」、2つの資料をご参考にしていただけたらと思います。大和高田市立病院の特徴は、中和医療圏の総合病院としての役割を担っているところでありますが、非常に長い間の医師不足によりまして、さまざまな総合病院としての診療科が果たせていないところがあるのが問題です。本来ですと脳外科等も非常に充実していたのですが、数年前に常勤の医師が亡くなり、脳外科の手術等を診れない状況になっています。それでも周産期医療やがん医療、それからまた災害拠点病院としての役割として、奈良県のがん指定病院としても機能してまいりまして、単年度黒字はずっと維持している状況です。この状況の中で、いかに地域医療の包括ケアシステムを支えるかということで、昨年来、病病連携について検討してまいりました。お手元の資料2の大和高田市立病院のところを見ていただきますと、まず救急が中和医療圏の中で橿原地区は輪番を実施しているのですが、残念ながら葛城地区、西半分の医療圏はきちんとした救急体制が整っていないということで、病病連携に参加いただける6病院が連携しまして今、推進しているところです。病院としましては、土庫病院、中井記念、香芝生喜病院、市立病院が内科・外科の2科当直を来年4月から担って、さらに御所済生会が外科一般を診ていただく。吉本整形外科は整形の分野を診ていただくということで、葛城地区の救急医療もやっと体制が整う状況になるのではないかと考えています。ただ、残念ながら葛城地区には先ほども言いましたように脳外科等の病院がありませんので、それらの疾患を奈良医大にお願いして救急医療体制を整えるということを考えています。おそらく奈良医大と連携することによりまして、救急医療の応需率を80%担保できるのではないかと考えています。その救急医療の6病院を基盤としまして、在宅の支援をこれから行えたらということで、医療と介護の連携をこれから深めていくことを考えているところです。この事業がうまく回るためには、各自治体の支援がぜひとも必要なのですが、一部の自治体で若干その支援についてまだ検討中で進められていないところがありますが、来年4月からという状況にありまして、少しそこは懸念されるところです。新公立病院改革プランとしまして、経営の基盤につきましては、今後体制を整えて、体制的には病院が古くなっていますが、建て直しについて計画を立てて、さらに中和地域の中核病院としてきちんとした役割を果たせるようにと考えています。以上です。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。それでは、議事1および議事2について意見交換に入らせていただきたいと思います。意見交換の内容につきましては、資料1、2を受けまして地域医療構想を推進していくに当たって資料1の最後の p. 42にありましたけれども、1つ目は「断らない病院」として救急の応需率や受入件数の向上を図るに当たり、障壁となる問題点と将

来の方向性について。2つ目につきましては、急性期を指向する中規模の病院が多い中での地域医療のあり方について。3つ目は「面倒見のいい病院」として求められる機能の中で、それぞれの病院がどのような機能の発揮を目指していくのか。4つ目は在宅医療・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等について、各委員からご意見をいただければと思います。また、資料2で説明されました奈良医大、大和高田市立病院のプランの内容につきましても、今後に向けた役割が示されていてご意見をいただければと思います。

橋本委員（橿原地区医師会会長）：

橿原地区医師会の橋本です。「断らない病院」、それから「面倒見のいい病院」というのは、本当にわれわれ開業医にとりましてありがたいお話で、本当にうれしいなという気がしますし、ここ数年本当に改善しているなという気持ちでいます。ただし今後、もう人員は増えないわけですので、これをさらに進めていきますと、当直医の過剰な負担が出てくる可能性があると思います。奈良県には中規模病院が多いので、おおむね1人、2人の当直医だと思うのです。奈良県は医師が多いということですが、実際「断らない病院」、「面倒見のいい病院」を実現するためには、時間外で働く医師がどれぐらいいるかということが問題になると思います。最近やはり当直医の先生に負担がかかっているなというのはわれわれも感じていまして、先日も応急診療所の医師と2次輪番病院の医師がいろいろありまして、そのときにその事務長さんにお話を聞きにいきましたら、派遣医師を使っていると。要するに当直医の負担が増えないということを、これからやはり考えていかないといけないのではないかなと私は思います。実際、救急を診ている医師がどれぐらいいるのかというのも、やはり大事なことではないかなと思っています。その辺を県で調べていただいて、当直医の負担が増えないようにしていただきたいと思います。以上です。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

当直医であったり当直の医療を重視したご支援を含めまして、夜間の負担というのは非常に大きいかと思いますが、その点は…。

事務局（林医療政策部長）：

当直医が何人いらっしゃるかというデータを今持ち合わせているわけではないので、そこは申し訳ないです。またきちんと関心をもって見ていきたいと思いますが、医師の数の状況としては資料1のp.19に、先ほどもご説明をしましたが、中和医療圏にいらっしゃる医師の数のというのは、病院に関してはもうこれだけあります。従って、重症急性期を担われているとおっしゃっている病院でも、医大を除けばどこでも多くても50何人、少ないところだと20人、10人というようなことです。こういう中から当直の医師を捻出して、あるいはここからアルバイトで補充をしていらっしゃるという状況があります。医師

の数というのは限られた資源ですので、こういう医師の数で中和の医療圏の医療をどう守っていくかという観点で議論していく必要があると考えています。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：

ぜひ病院の当直医を調べて頂きたい。どこから来ているか。外部の病院のどこから来ているかを調べてほしい。かなり大学からと思うが、大学のそういう医師は、大学内の当直をどうしているのか。大学内も当直している。そうすると1人の医師が何回当直しているのかと。特にこれは重要なことで、今働き方改革が言われていますけれども、週1回当直しても、当然大学の当直医は次の日も働くわけで、こういう一般の病院に行っている、そこで当直して次の日大学で勤務をしているという問題があるわけで、事故を起こしてもいいのかというような状況で働いています。やはりその辺の今後の夜間の救急医療体制をどのようにやっていくのか、各病院に当直を置くのがいいのかどうか、それともやはりまとめて1つの病院で当直医を置くのがいいのかどうか、その辺はやはり当然大学でも考えますけれども、やはり県としての方針というのでも考えていただきたいと思います。

岡村委員（大和高田市立病院院長）：

先ほど少し説明不足だったかもしれませんが、葛城地区ではそういうふうに医師の少ない病院が2人で救急をやっている状況で、毎日同じ体制でやりますと、本当に医師が疲弊してしまいます。それで何を考えているかと言いますと、この日はこの病院が頑張ると。他の日は自分が当番でないときには院内のことだけで、当直を置かないわけにはいきませんので、当直を置いても当番でないときは少し無理をしないと。ただし来られた患者さんは当然診ますけれども、輪番の病院でしっかりそこを対応しようということで、内科外科当直、2人当直を最低それぞれの病院で行う。輪番病院なら2人当直を行う。そして、やはり病院によっては整形外科が不十分なところがありますので、今回、吉本病院が整形外科の足りない部分の病院を補っていただけると。そして脳外科が残念ながら葛城地区ではあまり充実していないので、その分を奈良医大にお願いするというので、そこに救急隊が入って救急体制を整えるという、葛城地区としては精いっぱい救急体制が整いつつあります。ですので、そこにあと自治体がきちんと応援してくれるとうまくいくのではないかと考えているところです。医大にあまり救急に特化したような、医大に簡単な合理性のないような基本的に軽症の救急をどんどん送ってしまうと、もう本当に医大の先生が疲弊してしまいますので、そこを何とかカバーしたい。できれば、民間病院で連携した病院が大学で落ち着いた患者さんの後方支援を行うということで、それは大意になっている考え方です。そしてまた、葛城地区にも既に民間があるのですが、青山先生のところがされている平成記念を中心にされているところがあるのですが、そこと全く別に動くのではなくて、協力できるところは協力するというので、中和医療圏の中で東と西できちんとした民間ができると、単に救急が収まるだけではなくて、医療・介護の連携、それから医大の負担

を軽減する。そこに今日は秋津鴻池の平井先生も来られていますが平井先生がされているような精神科の救急もきちんと診ていただくという、そういう体制が整うと中和の中で発生した患者さんが中和でほとんど診ることができるのではないかと期待しているところです。あとは自治体がいかに応援してくれるかにかかっていると思います。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

青山先生。

青山委員（平成記念病院理事長）：

平成記念の青山ですけれども、実際にこの救急というところをどう考えるかということだと思います。県では今日の資料でも「断らない病院」、「面倒見のいい病院」となっています。断らないというのはどの程度断ったらいけないのかということもあると思います。当院としては、自家用車で来る、歩いて来る、いろいろな形がありますけれども、重症者でも自家用車で来る方がいます。これを断らないで診ていると、救急車で来たのが診られないという事がある。実際に当院としては年間で7,500人の時間内の患者さんを診ているのです。その中で救急車がやはり1,400～1,500来る。だから断らざるを得ないというのがあります。キャパシティー的にやはり重症者を診ていると、どうしても2人、3人で当直していますけれども、それでも足りない。そういうこともあるので、「断らない病院」というのも、どの程度で断ったらいけないのかという問題もあるのではないかと思います。この「断らない病院」というのを構築するために、例えば中和地区でどういうような形をしていくのがいいのかということは、話し合いたいと思っていますけれどもそこだと思います。そうでないと、やはり診ているとどうしても、大学病院もそうですけれども、やはり断らざるを得ないという患者さんがいるということですね。どのような形で搬送してもらったら一番いいのかということを知っていただくのと効率的にやっていけないかと思えます。人数的にもですが、やはり人数をたくさん置けばどうかというと、またそうでもないのではないかと僕は思っています。医者数を置けばたくさん来ますけれども、うちでも内科の先生方に当直していただいたら、明るく日は自分の患者さんを診たら帰っていただくという形を取っています。ワークライフバランスというものをやはり重要視しないと、これから先は診れない。うちは5人の女医がいますけれども、やはり女性の方はなかなか当直してもらえないという現状ですので、こういうことも考えていけないのではないかと思います。まず県に聞きたいのですが、p.2のところの県内の主要病院6病院というのは、これを配置するよという形で県内にこれを中心とした医療圏というものと考えていくという形の6病院なのかということを一つ質問させていただきたいと思えます。それから、急性期を2つにして重症の方と軽症の方に分けるというふうに、「機能の明確化」ということで、重症急性期の病棟は50床当たり、手術+救急入院を1日2件以上と。そのハードルは外科では取れますけれども、内科はなかなかこれでは取れないです。うちでもなんぼ

やってもこれは取れません。ですから、内科の救急患者は1日2件とは言わずに、平均すると、これ以上とっているわけですがけれども、やはり手術のやり方、どうしても件数ができないという形があって軽症の救急なんですね。この患者が本当に軽症かといったら、重症もかなりおられるのです。うちでも30%の人に重症でという形になっていますけれども、そういう形もありますのでこの辺の考え方をどういうふうに調整していくべきなのかということが質問としてあります。3番目として、p. 13のところのステップ3です。今から考えるということで、統合などを通じた経営基盤というのは、どのような統合を考えられているのかということです。もう1つあるのですが、最後に大学と高田市立病院の話が出ましたけれども、2025年のプランを発表していただきましたが、病院で実際に診ているのは私的病院がほとんど診ていると思います。ですから私的病院が2025年に対してどういうことを考えているかということ一度調査してほしい。そうでないと、今後の問題としてやはり公的病院はお役所的にできるものでもありますから割に自由です。例えば私的病院というのは普通のベッドが減ったりシフトさせられると経営難になります。そういうものをまとめていただいて、その辺をもう一度どういう理解でやられているか少しお話を聞かせていただければと。大変だと思いますがお願いします。

事務局（西村地域医療連携課長）：

p. 1の主要な病院というのは、今後この6つをもって取組するとかということではなく、各医療圏で一番大きな病院を書いているだけです。今後、「断らない病院」というのをどうしていくかというのは、見ていただきますと赤がかなり多いので、今後どの程度の数で絞っていくのかと。「断らない病院」と「面倒見のいい病院」というふうに種類分けしていくには、どの程度の病院数がいいかというのは今後検討していくけれども、その指針となるための例として挙げているというほどまでは大きな意味はないとご理解いただけたらと思います。それから p. 8のところでは、1つの病棟当たりで手術と救急入院が1日2件が目安というのは、青山先生がおっしゃるとおり外科系のイメージでしています。例えばがんの患者さんが多いとか、小児の慢性疾患の患者さんが多いなどで、手術も救急搬送も少ないのだけれども重症の患者を扱っているという病院は、病院自らの判断で重症急性期にさせていただいても結構ですし、手術件数だけでいうと白内障の手術を月に何十回やっているから手術件数は1日2回になるというようなところでしたら、それはもう黄色のほうにさせていただいて結構ということで、それは最終的に病院の判断というところでは、外科系を目安として一定の目安を示させていただいたという程度で考えていただければと思います。

事務局（林医療政策部長）：

先ほどの p. 8ですが、指標はよりいいものにしていければいいと思います。診療報酬でも救急車だけというところだと軽症、重症が混ざるので、救急医療加算の件数で使おうなど、いろいろな努力はされていると思いますので、いずれにしてもこういう機能分化の考え方

やそれぞれでの求められる機能というのはかなりご理解をいただいていると思いますので、そういう中で指標はよりいいものにしていけばと思っています。p. 13の、どういう統合かということですが、いろいろな方法があると思います。公立・公的病院などは今奈良県で一番大きな例は南奈良総合医療センターを含めた公立・公的病院、経営の統合がありますが、これからそういう公立・公的の中でいろいろやっていくようなタイプの統合あるいは機能分化、こういったものもあると思います。これを民間でそういったことをされて出てくるのは、まだそれほど出てきていないということだと思いますけれども、あとの質問とも関係ありますが、やはり一番民間の先生方というか経営者の方が心配することは、県が病床を減らせということではなくて、人口が減っていくということだと思います。その中でどういう経営をしていくと、将来の足腰が強くなるのかということと一緒に考えさせていただきたいと思いますし、そのため力添えできることがあればしていきたいなと思っています。そのために、どうしてもそれぞれの病院の最適化をお考えのところが多いと思うのですが、やはりこれからの人口の減り方を考えていくと、民間病院であってもいろいろな意味で協力をしたり、統合したり、今までとは少し違った次元でいろいろな話を始めていくほうが、将来の奈良県民のため、そして医療機関のためになるのではないかと感じ始めているところです。そのために、最後の質問ですけれども、2025年以降に向けて私的病院はどういう考えでいらっしゃるのかということ調査する考えはないかというご質問です。いくらか今年の初めぐらいにさせていただいて、今病院が困っていらっしゃることはどういうことであるかや、これからの患者さんの数の減少をどう考えていらっしゃるかというところで、第1回の会議をさせていただいたところです。地域においては、これまで患者さんが増えてきたのであまり危機感がないような地域もありますし、他方、非常に患者さんが減っていること、医師がいないこと以上に患者さんが減っていることで危機感を持っていらっしゃる地域があるということも感じていたところです。この先どのように進めていくか、ますますここでもご意見をいただきたいと思いますし、民間病院の先生方もできるだけ密な意見交換をさせていただければと思っています。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。その他にご意見はありますか。

平井委員（秋津鴻池病院理事長）：

秋津鴻池病院の平井です。p. 6ですけれども、私はこの地域医療構想そのものを初めから斜めに構えていたところがあって、放っておいたらそのうちに自然淘汰されるのと違うかというようなことを申し上げてきたこともあったのですが、この p. 6に関して、いわゆる回復期病棟、あるいは回復期機能というのは非常に混乱していて、それイコール地域包括ケア病棟であり、回復期リハビリテーション病棟と捉えられて、実際にここに表示していただいたのですが全国平均を上回るぐらい増えてきていると。われわれ私的病院で、例えば

回復期リハビリテーション病棟なのですが、私のところは平成13年ですから16年経過するわけですが。だけれども、周辺の公的病院はいわゆる地域包括ケア病棟で回復期リハの代替というか、それで結果良ければそれでいいのですけれども、その結果、病棟を開始して以来、初めてなのですが先月の稼働率は45%。ずっと平均80~85で推移していたのですが、これはこれで自然淘汰というか、また経営戦略を考えなければいけないのですが、今後在宅ということを考えると、リハビリテーションが本当に回復期リハビリテーション病棟で必要なのか、地域包括ケアで済ませられるのかという検証は何らかしていかなければいけないと思っています。ちなみに私どもの回復期リハ病棟での平均の提供単位数は8.2単位ぐらいです。地域包括ケア病棟では4単位です。なんでこんなことをいうのかというと、診療報酬との関連も恐らく出てくるとは思うのですが、私はやはり地域医療構想の波をもろに受けたなど。これは経営者としての私自身の問題ではあるのですけれども。ただリハビリテーションという観点から見て、この推移というか現状というのはまた違った面で検証していかないと、今度のいわゆる地域包括ケア体制との関連で1つの課題ではないかなと思っています。ただ、p.6のこれを見て私どもの実態がこれ以上に深刻になってきているという報告でもあります。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

よろしいですか。地域包括ケア病棟と回復リハ病棟、その辺の住み分けというのは少し重複している部分があるかなとも感じているところです。それでは、3番目と4番目の介護関係機関から在宅医療という視点で病院に求めるものや期待するもの、現在の在宅医療の課題など、そういうものがありましたらご発言いただければありがたいと思います。

春日委員（奈良県医師会理事）：

奈良県医師会の春日です。在宅医療ということですが、今、医師会としては非常にこれからどんどん高齢化で高齢者が増えていって、在宅へ在宅へというような方針と申していますが、実際問題、在宅をされているドクターの数というのも、今現在の状態では、減ってきてるのかなと思います。ですので、これから在宅医療を担っていただけるドクターを増やすために医師会は色々なことをやっているわけですが、やはりそれを増やすためには後方支援病院というのでしょうか、そういう病院で、もし何かあったらすぐに在宅から病棟に入院させてもらえるというような病院といいますか病棟といいますか、そういうようなものを確保といいますか、そうしたことがないとなかなかわれわれも在宅に踏み出せない部分があります。今後ぜひそういう病院を増やしていただきたいと思いますのですが、今、平井先生から少しお話がありました回復期リハ病棟ですが、リハ病棟も民間病院ではなかなか苦しくなってきたという実情を伺いましたけれども、周りに公的病院が増えているという話がありましたけれども、今は公立病院の改革プランの医大と、それから高田市立病院からもありましたけれども、これも公的病院からこ

ういう計画でやっていこうという話が出てきているわけですが、やはりもっと民間の病院のほうからもどういう方向でやっていこうという話が出てこない、最終的にまとまってこないと思います。ですので、民間の病院からもできるだけそういうようなことを打ち出していただいてというか報告といいますか、うちはこういう方針でやりたいというような話をさせていただかないとなかなか進まない。もしそれでぶつかったときに、やはりいろいろな意味で公立病院のほうから少し引いていただくというようなことが大事なのかなと思うのです。少しごっちゃになって申し訳ないですけども、民間病院のほうはなかなか人数が少なくて難しいということをおっしゃっていますけれども、やはり高度な救急医療というのはなかなか難しいという方向ですので、その辺のことも考えながら色々なこれからの方針を立てていただいて、みんなですり合わせをしていくということが非常にこれから大事だと思いますので、そのような方向で進めていただけると。在宅医療から話が変わってしまいましたが、それがあってまた在宅医療もできていくのではないかと思います。ですので、在宅医療の方からの立場からすれば、やはり受け入れ先の病院ですね。在宅で何かあったときに受け入れていただける病院を早く整備していただきたい。それがあって初めてまた在宅も進んでいくのではないかと思いますのでよろしくお願いします。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございます。

山本委員（奈良県歯科医師会常務理事）：

奈良県歯科医師会の山本です。在宅医療ということですけども、歯科においても在宅医療というのは行われています。歯科医師会の中でも若い先生方がなかなか在宅に取り組んでくれないことの1つのネックとして、往診機材がなかなか高額で、若い先生方はなかなか準備できないということがあります。他府県におきましては在宅医療の機器の購入資金の半額を県から補助していただいています。静岡県や他府県はいろいろそういうところがありますので、奈良県は事業にはお金が出るけれども、機器にはお金が出ないということも聞いていますけれども、その辺りのこともご配慮していただけたらいいかなと思います。あと、少し話が戻るのですが、地域医療構想のところ、在宅にも関わることでありますが p.41の右上のところに歯科との連携というのがあって、膨大な資料の中で歯科という言葉が出てくるのがわずかここだけであるのですが、歯科のある病院が、少し古い資料ですが全国で20%ぐらいの病院しかないということで、われわれがちなみに大和高田市立病院と大和高田市歯科医師会が連携をさせていただいてまして、月1度のラウンドを行い、その後そこからまた市立病院の訪問につなげたりすることもあるのですが、ここの食事・排泄自立への取り組みというので歯科との連携と書いていただいているのですが、どういうイメージで書かれているのか分からないのですけれども、それ以外の項目に関しても、口腔ケアの実施により在院日数の短縮が図れるということも広く知られていますし、平成

記念病院では特に歯科衛生士さんが頑張っていて活躍されていることも実際にあります。大和高田市立病院はまだまだ歯科医師会との連携が始まったばかりで、実際効果が上がっているかどうか分からないのですが、それはこの p. 41の項目の中でリハビリテーションや退院支援や在宅医療というところにも歯科の関わりが生じてくると思いますので、その辺りのことも加えていただきたいと思います。以上です。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。それでは、訪問看護ステーション協議会、森本委員お願いします。

森本委員（奈良県訪問看護ステーション協議会理事）：

最近、病院では地域医療連携室がありますので、非常に風通しがよくなっているように思います。地域連携に相談がかかるケースはスムーズに退院調整やケアマネにつないだり、在宅での療養生活にスムーズに移行できるということに非常にありがたく感じています。ただ、その地域医療連携室を通さずに在宅医療につなぐというケースもまだまだあります。特にがんの終末期や、化学療法をぎりぎりまで受けておられて、急に通えなくなって家にいたらもう白血球が下がって、非常に状態が悪い状況で、初めて見た先生が余命がないですよという告知をしなくてはいけないというケースもまだまだあります。それと、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」、あと後方支援というのは非常にいいことだと思うのですが、やはり「断らない病院」と「面倒見のいい病院」を目指そうとすると、夜勤や当直の先生が負担がかかってしまいます。私は思うのですが、やはりかかりつけ医さんが全ての人にそうはいかないでしょうけれども、高齢者がこれから増える中でかかりつけ医の先生が日頃、救急のお世話にならないように体調管理するということ。彼らだけだと本当に無理があると思うので、やはりご家族にもそういう意識を強く持ってもらうということと、ケアマネジャーさんにもそういう高い意識が非常に必要かなと思いました。かかりつけ医は午前を休みにしている方がいらっしゃるの、朝調子が悪かったら夜戻っておいでということで、2回診ってもらうことで夜間の救急を避けるケースも多々あります。ですから、やはり病院にも頑張っていたきたいけれども、かかりつけ医の先生にも頑張っていたきたいと思います。かかりつけ医の先生が大変にならないように、訪問看護ステーションの訪問看護師が事前予測して早めに対応して、お薬をもらっておくとか、座薬をもらっておくとか、ご家族に指導するとか、朝まで待っていつもの通常の診察に行ってもらうなど、そういったことも地道にしていかなないと救急医療はこれから人口が減るといのは患者さんも減りますけれども、働き手もどんどん減っていきますので破綻するのではないかなと思っています。だから、訪問看護は慢性期の疾患の方だけではなくて、救急医療が少しでも減るようにお手伝いできるという役割もあるのかなと思いました。以上です。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございます。

橋口委員（奈良県看護協会理事）：

看護協会です。在宅医療にということ、連携は病院にもかかっていると思うのですが、在宅の特定行為をきちんとできる看護師を育てていかないといけないということで、医療依存の高い患者さんもどんどん在宅に戻っていかれるので、そういったところでなかなか在宅の看護師をとすることは難しいかもしれませんが、p. 41にあるような認知症へのケアの看護師等の認定看護師を優先するというところで、もう少し実質的に助成をいただきまして、人数を増やして行って、病院から在宅の訪問看護師さんと一緒に訪問看護というようなことをして行って連携を深める。そしてその後にはどうなったかという情報交換をしていけば、その後に状態が悪くなったときもスムーズに受け入れできるというようなことができるのではないかと考えています。あと、人員ということが非常に問題になってくると思うのですが、看護師も同じようにやはり病院ごとに人員不足と常に言われていることですので、なかなか若い人たち、子育て世代が離れていくということがないように、育児ができるような保育施設など、そういったところにも助成をいただければと思っています。以上です。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。時間になってしまいましたので、また後ほどご意見をいただければと思います。続きまして、「議事3」と「議事4」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、「第7次奈良県保健医療計画策定に向けた検討状況について」ご説明をお願いします。

事務局（西村地域医療連携課長）：以下、説明。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。

事務局（筒井長寿社会課長）：以下、説明。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。第7次の県保健医療計画の策定についてと、それから介護保険事業計画における保健医療計画との整合性についてのご説明をいただきました。ただ今の件につきまして、ご意見をいただければと思います。

橋本委員（檀原地区医師会会長）：

資料3の p. 19なのですが、主な取組内容としまして、①入退院調整ルール事業の全県への普及促進を図るというのがありますが、それはうちの地区でも当てはまりますので若干問題点があるなとわれわれは考えています。というのは、これについてはかかりつけ医が全く関与しないということとなっています。グラフを見ましても、全然かかりつけ医という文字がないです。実際問題として在宅を結構しっかりやっておられる先生がかかりつけ医だったのが、これによって全然違う先生に行ったという事例がありまして、私も会議で聞いていますので、いつもかかりつけ医と連携をしっかりと取っていただくようお願いしているのですが、既にかかりつけ医のある患者についてはしっかりとそれを尊重するようにお願いしたいと思っています。

事務局（林医療政策部長）：

ありがとうございます。実際事例があると先生がおっしゃっていたのは何度か聞いてまして、私も非常に気にしているところなのですが、まず1つの事例で全て何か良くないというような印象になるのは良くないと思ひまして、たまたまそういうことがあったかも分かりませんが、そういうことがないようにしながら全体を良くしていく方向でご協力をいただきたいと思います。それともう1つは、その事例についてなぜそうなったのかというようなことを検証しながら次につなげていくことが大事だと思っています。病院も、かかりつけ医とおっしゃるのは病院に紹介をされたかかりつけ医のことをおっしゃっているのだと思うのですが、その紹介された医師と病院との関係がなぜそこで大きく切れてしまったのかというようなことを、その事例に関してはよく確認した上で次にどう生かせるかというような前向きな方向で議論にさせていただきたいなと思っています。病院がその事例の問題なのか、この仕組みの問題なのか、よく分からなかったものですから、そういったことも。

橋本委員（檀原地区医師会会長）：

繰り返しになりますが、あの図に主治医の影がないというのは、やはりそこが少し問題だと思ひます。退院ルールづくり事業のここにはないと思うのですけれども、かかりつけ医という文字がなかったのが少し気になっていましたので。

事務局（林医療政策部理事）：

入退院調整ルールというのは、病棟の看護師さんなり地域連携の看護師さんと、それからケアマネジャーとの医療介護連携で、退院のところで病院からケアマネジャーにつなぐというのがなかなかうまくできていない。5割ぐらいしか東和地域で調べたらできていなか

ったのです。まず、そこの部分を何とかしましょうということで、ケアマネジャーと病院の看護師さんをつなぐ仕組みをまず最初に作りましょうということで始めたものです。先生がおっしゃるようにかかりつけ医の先生であるとか、それをないがしろにするとかいうことではなくて、在宅に帰ってきますと、介護の仕組みをきちんとしていないとなかなか生活というのはできないものですから、そこは医療と介護に壁があるということで、そこをまず取っ払おうということで始めたものです。おっしゃるようにかかりつけ医の先生など皆さんが入るような仕組みというのは、少しまた次のステップといたしますか、またそこにも訪問看護も入ってもらわないといけませんし、またそういうことも続けて考えていかなければいけないなと思っています。

橋本委員（樫原地区医師会会長）：

もう1つ、あの説明会に最初行かせていただいたときに、ケアマネジャーさんというのは医療と介護のコーディネーターであるというスライドがありました。保健所の説明ですね。ただ、実際ケアマネジャーと医者というのはなかなか連携ができなかったもので、そこでやはり問題があるのではないかと思います。樫原地区医師会としては、積極的にケアマネジャーさんと連携が取れるように、ケアマネジャーホットラインというのをこの11月に立ち上げましたので、これから頑張っていきたいなと思っています。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

保健所も関わっていることですので、部長からもありましたように、いろいろ事例検証をしっかりとやっていって、改善できるところは改善していきたいと思っています。どうぞよろしくお願いします。他にありますでしょうか。

新居委員（奈良県薬剤師会理事）：

薬剤師会です。医師確保の取り組み、看護職員確保の取り組みというのは出ていますけれども、人口に対する薬剤師の数がありますが、近畿県内一番少ないのは奈良県なのです。都道府県で薬学部を有していないのは奈良県と和歌山だったのですが、和歌山も和歌山大学の中に薬学部を作っているとなっていて、奈良県から勤めにいく薬剤師はいますが、奈良県に勤める薬剤師が少ないというのが現状です。その中で地域の薬局はそういう状況ですのでマンパワーが脆弱（ぜいじゃく）と言えるかもしれません。在宅が進む中で、突然在宅患者が増えてくるような状況になると非常に苦しい。薬局としては、前向きに取り組む、考えるようにはしているのですが、突然増えるということを非常に危惧しています。できるだけソフトな状況で増えていただければ、今からでも対応できるのではないかなと考えています。どうかよろしくお願いします。

事務局（林医療政策部長）：

在宅患者の数ですけれども、そういったご質問もあるかと思ひまして、先ほどの資料1の p. 32に在宅医療を受けていらっしゃる方の推移をお示ししています。少し先の将来の大きな数字をご覧になるので急に突然2025年に在宅患者さんがあふれ出るというようなイメージをお持ちの方もいらっしゃるのかも分かりませんが、決してそのようなことはないと思っています。奈良県全体で見ても、もう既にどんどん増えてきています。27年度に訪問診療を受けられた方が6,078人であったところ、28年には6,495人ということで、1年に400人ぐらい増えていきますので7~8%増えています。1年に7~8%でも10年たつと2倍になると、そういうことだと思いますので、しっかり今、まさにおっしゃるとおりだと思いますので、今まさにそういった取り組みをしていただけたらと思っています。

河田委員（全国健康保険協会奈良支部支部長）

先ほどのところですが、在宅医療、訪問診療等が増えているということです。資料1の p. 18にありますように、こちらの中和医療圏の特徴ということで、訪問診療を行っていると回答した病院が18のうち1つということ、あるいは訪問看護は2つということです。ぜひともこちらにも力を入れていただきたいと思ひますし、もう1つ質問があったのですが、救急医療が41位という状況で私の感覚ですが、奈良盆地というのは東西が20キロ、南北40キロぐらいの盆地だと思ひているのですが、どうしてこのように時間がかかっているのかなと少し不思議な感じがします。分析をお願いしたいと思ひます。持続可能で効率的な医療の提供体制を目指すということで、基本理念、第7次の医療計画ですけれども、やはり私どもは保険者だという立場、あるいは負担者、患者の立場から市民の立場から言いますと、医療費の適正化というのはこれからも続けていっていただきたいなと思ひます。先生方がたくさんいらっしゃいますので、日頃から健康管理には注意していただく、あるいは予防に力を入れ、そしてまた健診の後は治療、要治療者、そういうところをきちんとご指導をお願いしたいと思ひます。もう一つは、ジェネリック医薬品の推進や、あるいは重複で病院をかける過剰診療にならないような、検査体制も含めまして、医療費、医療資源の無駄を省くという観点もこれからの持続可能で効率的な体制を進める上で大事なのかと思ひます。どうかよろしくお願ひします。私どもは本当に将来に向けた予防、準備を進めてまいりたいと思ひますので、ご指導をよろしくお願ひしたいと思ひます。

青山委員（平成記念病院理事長）：

1つお聞かせ願ひたいのですが、この p. 3ですけれども一般病床というところに、平均在院日数が厚生労働省の告示で14.7日となっています。これはどういうスケールでなっているのですか。それは35年までの間にこうなるのか、それとも早い時期にこうなっていくということになっているのですか。

事務局（奥係医療企画係長）：

この基準病床の計算の平均在院日数の算出の状況というご質問でよかったですでしょうか。

青山委員（平成記念病院理事長）：

現在18日ですよね。一般病床としては、17日か18日になっていると思いますけれども、それが16.6日で計算して14.7日に減少すると、これは厚生労働省の告示としか書いていないですが、これは30年度から始まって35年度に止まる形なのか、それとも30年度入った途端にこういう話になっていくのかということですが、これも。

事務局（奥医療企画係長）

基準病床数の算定に用いる平均在院日数については、医療計画作成時の直近の統計調査をもとに平均在院日数の1割短縮を見込んだ上で算出しております。

青山委員（平成記念病院理事長）：

分かりました。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございます。それではお時間がまいりましたので、最後に古家先生から総括的な話をいただければと思います。

古家委員（奈良県立医科大学附属病院院長）：

総括といっても、この地域医療構想を実現する具体案を示された資料というのはよく分からないのですが、全体的にもよく分からなくて、やはり各病院が考えるというのはとても難しいことになると思うので、奈良医大としてもそうですけれども、やはりある程度、県が方向性を示すべきではないかなという印象です。ただ、こういうことで奈良県全体で地域医療構想あるいは第7次の保健医療計画、その辺を実現しなければならないと思いますから、これをどのようにやっていくかというのを真剣にこれからも考えていきたいと、奈良医大としてもできるだけことはやっていきたいと思います。まとめになっていないですが、一応そのような形で総括とします。

山田議長（奈良県中和保健所長）：

ありがとうございました。今日は本当に病院の機能の充実に向けて多岐にわたる、そして非常に貴重なご意見をいただきまして本当にありがとうございます。中和医療圏おきましては、非常に高度急性期から療養型に至るまで非常に多岐にわたるメニューがそろっていますし、精神介護も非常に充実した体制があります。そういう意味で恵まれた地域でありますけれども、しかし一方では地域の特性あるいは課題というのも見えてきたように思

います。今日いただいたご意見の中ではやはりそういった当直あるいは時間外労働、働き方改革の中でしっかりと考えていく必要があるのではないかとということで、やはり当直医の把握は、時間外も非常に救急に関与しているわけですので、その辺の把握が必要ではないかというご意見もありました。その対応策としまして、やはり高田市立病院が伝えていきます輪番制の体制というのも1つの大きなアイデアではないかなと思っています。それからもう1つは、私的病院も2025年に向けてのプランを調査していただく必要があるのではないかとご意見もありました。また、在宅からは、病院での後方支援機能というのも非常に大切であるということと、一方ではかかりつけ医の役割というのが非常に重要ではないかというご意見もいただいています。そのようなことで、この調整会議を初め、先だってありました意見交換会でも非常に貴重なご意見をいただいていますし、その後、そういった病院間での自発的な話し合いの場に進展しているところもあるやに聞いていますので、医療構想の実現に向けて今後ともご協力いただければありがたいと思っています。今日は長時間にわたりまして、ご協力いただきましたこととお礼を申し上げて、事務局に返させていただきます。

事務局（林医療政策部長）：

先ほど青山先生にお答えした答えが少し勉強不足な部分がありますので、また正確にお答えしたいと思いますけれども、平均在院日数については、地域のブロックごとに計算をした上で、短いところはそれなりに、長いところはもっと短縮するというような、今後の変化を多少織り込んだ形で設定させていただいていますので、14.7日というのはこの地域でこれぐらいまで減っていくであろう、あるいはそうありたいという気持ちの入った数字です。大変失礼しました。

事務局（畑澤地域医療連携課長補佐）：

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審議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、第1回中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。ありがとうございました。

以 上