

医療審議会議事録

日時：平成29年2月17日（金）

14時～15時45分

場所：奈良県経済倶楽部5階大会議室

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：平委員（奈良県看護協会会長）、高橋委員（京都大学大学院・医学研究科特任教授）、森本委員（奈良女子大学教授）

挨拶

事務局（林医療政策部長。以下「林部長」）：この医療審議会ですが、医療提供体制の確保に関して医療計画の策定や様々な重要事項を審議するための非常に重要な審議会です。医療・介護の人口動態が変化している中で変革期を迎えています。こういう中でこれからの医療をどうしていくか、非常に重要な審議をいただくこととなります。いくつかの力が求められていると思いますが、一つは「時代の先を読む力」が重要ではないかと感じています。これからの人口構造が大きく変わっていく、高齢者が増えてそのあと人口が減っていくという中で医療をどうしていくのか、先を見ながら考えていく必要があると思います。もう一つは、「自分たちの地域のことは自分たちで考えていく、自分たちで決めていく」ということです。このオートノミーをどうしていくか、自分たちで医療を県民のために良くしていく、改革していくということ、そして時代の変化に対応していくという議論を是非ここでできればと考えているところです。国の方では平成30年が様々な計画の節目となっています。平成29年はそれを作っていく非常に重要な年となっています。県としても、県内の医療介護政策の状況の総点検の年と考えています。忌憚のないご議論を賜ることをお願いしましてご挨拶といたします。

資料1について

事務局（畑澤地域医療連携課課長補佐。以下「畑澤補佐」）：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」ご審議をお願いします。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（奈良県病院協会会長）：前回に引き続いて奈良医大の細井学長にお願いしたいとご推薦します。

事務局（畑澤補佐）：ただいま、今川委員よりご推薦いただきまして、細井委員が推薦されましたが、他にご意見はございますでしょうか。それではお諮りいたします。医療審議会会長として、細井委員の選出にご賛同いただける方は拍手をお願いいたします。（拍手）それでは、細井委員に本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程第3条第3項の規定に基づき、当審議会の会長である細井会長をお願いいたします。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：先ほど林部長から話がありましたように、奈良県の医療にとってこの医療審議会は非常に重要な決定を下す会であると承知しています。この場で議論を尽くして、いろいろな重要事項を決定していきたいと思えますので、ご協力のほどよろしく申し上げます。

それでは議事に入ります前に、本日の議事録署名委員を指名します。辻村委員と酒井委員よろしく申し上げます。

まず最初に、当審議会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・認可に係る審議等を行うため、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項の規程によりまして、医療法人部会の委員は会長が指名することになっておりますので、従来から委員としてご参加いただいている団体から判断いたしまして、次の方々をご指名いたします。今川敦史委員、岡井康德委員、春日宏友委員、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7名の委員の皆様を医療法人部会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。何かこれにつきましてのご意見ございますでしょうか。無いようですので、以上でよろしくお願ひいたします。

次に、内容が関連しております議事（2）地域医療構想実現に向けた取組について、議事（3）医療介護総合確保推進法に基づく奈良県計画について、一括して議論を行いたいと思ひます。事務局より説明をお願いします。

資料2-1、資料2-2について

事務局（西村地域医療連携課長。以下「西村課長」）：地域医療構想実現に向けた取組についてご説明します。資料の説明に入る前に今までの経緯について簡単にご説明します。県では、昨年3月、当医療審議会でご審議いただき、奈良県地域医療構想を策定しました。地域医療構想は、保険医療計画の一部として、位置づけ

られています。2025年には団塊の世代がすべて、75歳以上になり、超高齢社会となります。それに伴い、医療需要の変化に適応した医療提供体制を構築するため、「奈良県地域医療構想」を策定したところですが、その中では次の二つが大きな柱となっています。一つ目は、高齢化社会に適合した、病院の医療体制をどのようにしていくかということで、病床の機能分化と連携を進めるということです。二つ目は、今後ますます需要が増加する在宅医療の充実をはじめとした、地域包括ケアシステムを構築していくということです。地域医療構想が昨年度に策定され、今後は地域がそれぞれの実情に合わせてその実現に向けた取り組みを進めることが必要です。その実現に向けた取り組みである、「地域医療構想調整会議」の概要をご報告いたします。

資料2-1の17ページをご覧ください。地域医療構想調整会議の設置についてです。調整会議の設置目的としては、奈良県地域医療構想の実現に向けた取組を協議するため、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うこととなっています。これは医療法第30条の14に定められている法定の会議です。医療圏と地域医療構想区域は奈良県の場合は同じですので、この区域ごとに関係者に集まっていただいて会議を開催するということです。昨年度も構想を策定するにあたり、医療関係の方々を中心に会議に参加していただきましたが、今後の構想実現に向けては昨年度のメンバーに加えまして、平成28年度からは新たに訪問看護ステーション協議会、奈良県老人福祉施設協議会からも各地区に1名ずつ出ていただいて在宅医療等についても議論できる体制を整えているところです。

資料2-2の1ページをご覧ください。第1回の地域医療構想調整会議を1月10日から27日までの間に随時開催しました。その中でどのような議論が行われたかは、2.内容の(2)に簡単にまとめています。ここで説明した主な資料は、資料2-1の通りとなりますので合わせてご覧ください。

資料2-1についてご説明します。1ページから6ページは奈良県の人口構成がどのようになっているか、世帯構成はどのようになっているかを説明したもので、高齢化がどんどん進んでいるということを示したものです。7ページは、高齢化が進むことでどのような医療が必要であるかを示したもので、訪問診療や介護サービスの受給者の割合が増えていくということを示しています。8ページから13ページは、奈良県の医療提供体制の特徴を示したものです。奈良県には400床以上の大規模病院は4つしかなく、中規模病院が多いということです。また、全国と比べても民間病院が多いために中小の病院においては医師が少ない状況となっており、奈良県全体では医師が散在しているという状況です。14ページ以降は、そういったことを踏まえて今後どうしていけば良いかということを示

しています。19ページでは、地域医療構想の必要病床数と病床機能報告の定義のズレがあることなどを説明しています。21ページでは、今後病院としてどのような機能が求められるかということ、病院像を示しています。22ページから33ページは、奈良県の各病院の各機能ごとのデータのうち一部の例を示しています。これらデータを基に議論していただければと考えています。最後の34ページと35ページは、県の役割についてです。県は、地域医療構想は今後の医療需要のマーケティングをすることだと考えています。県は医療介護情報の分析による情報提供を行い、医療・介護の分化・連携に向けた医療機関等の取組を支援していくということを説明しています。

続いて、資料2-2の2ページ以降をご覧ください。5つの構想区域ごとに調整会議を開催した中で、委員の皆様からいただいた代表的な意見を挙げています。

東和医療圏の地域医療構想調整会議では、地域医療構想や在宅医療の充実が必要であることについて、「住民に啓発していくことが必要である」という意見がありました。また、「病病連携、病診連携の促進が必要であること」、「医療と介護が連携した計画を作成すべきであるということ」、特に「地域医療構想と介護保険事業支援計画を連続した計画として作成していただきたい」という意見がありました。在宅医療の体制整備については、各団体が自らの取組の説明も交えてご意見いただきました。ICTを使った多職種連携や情報共有を進めていることや、在宅医療をしているところは規模が小さいため病院としての支援があると有り難いこと、直接在宅支援をする病院の後方に控える大きな病院の支援なども検討しているという報告がありました。

次に奈良構想区域についてです。「病病連携、病診連携の促進をしていく必要がある」ということ、「医療需要や供給のデータを随時提供して欲しい」、「医師の配置が重要なので県と大学が協力して進めて欲しい。それが現実的ではないか。」という意見がありました。在宅医療の体制整備については、ICTを取り入れた連携であるとか、訪問看護ステーションのサテライト事業所の設置、訪問看護ステーションや施設との連携、開業医が在宅医療に参加するような啓発活動の取組をしているという報告がありました。

次に4ページの中和構想区域についてです。在宅医療の体制整備について、「緊急時に受け入れてもらえる病院があることが一番大事なことだ」ということ、「在宅で看取りに関わっているドクターが少ないため、これを増やしていく取組が必要である」という意見がありました。また、病病連携による救急体制の整備のために大和高田市では4病院が連携して取組を始めていることなどが報告されました。その他、「病床機能報告は需要推計と乖離があるので、報告の仕方にも検討が必要でないか」ということ、「県民に対する啓蒙の必要」、「医師の配置も考えることが重要である」という意見がありました。

南和構想区域では、「医師の確保はもちろん看護師やコ・メディカルの確保も合わせて考えることが必要である」という意見がありました。「そのために必要な医療提供データをしっかりと示して欲しい」ということ、訪問看護や在宅介護については、特に山間部について訪問看護ステーションが少ない状況にあるという報告がありました。「地域包括ケアシステム、地域医療構想の県民に対する普及啓発が必要である」という意見もありました。

最後に6ページの西和構想区域における調整会議での意見です。「病診連携が不足していること」、「病床機能報告については現状をきちんと反映した報告を出す必要がある」ということ、「医療需要の推計については病院のベッド数をあまりに減らしすぎると本当に需要に対応できるのか危惧がある」などの意見がありました。「病病連携の促進、県民に対する普及啓発、在宅医療に関しては人材確保が非常に重要である」という意見がありました。

資料2-3、資料3について

事務局（奥地域医療連携課係長。以下「奥係長」）：議事（2）地域医療構想実現に向けた取組の関連として来年度策定する医療計画策定に向けた状況と、議事（3）医療介護総合確保促進法に基づく奈良県計画について説明します。

第7次奈良県保健医療計画の策定について、資料2-3に基づいてご説明します。「1. 趣旨」についてです。都道府県が、地域の実情に応じて、医療提供体制の確保を図るために策定するものと位置づけられています。「2. 医療計画に記載する事項」として、「5疾病・5事業及び在宅に係る内容」、「医師、看護師等の医療従事者の確保策」、「二次医療圏、三次医療圏の設定」、「基準病床数の算定」といったものが医療計画の記載事項として定められています。「3. 計画の期間」としては、平成30年度からの6年間で、従前の5年間から変更されています。「4. 策定にかかる手続」としては、法定事項だけを記載していますが、計画内容について、県医療審議会への諮問、関係団体への意見聴取をすることとなっております。「5. スケジュール及び分野別の策定体制」ですが、次期医療計画策定に係る基本方針が今年の3月に国から示されることとなっております。具体的な動きについては、それからということになります。スケジュールとしては、現状分析を行い、分野別の課題把握を行った上で、計画の基本的事項、基準病床数などの検討と、5疾病5事業等の各分野ごとに検討会を開催し、計画素案を秋頃までに策定したいと考えています。その策定段階の状況報告を、スケジュールにもあるように夏頃に医療審議会に報告させていただきたいと考えています。その後、全体をとりまとめて、関係団体からの意見聴取を経て、来年の1月か2月頃に最終計画案を医療審議会にお諮りしたいと考えています。

資料の2ページ目をご覧ください。各分野ごとの協議会の内容を記載しており

ます。

3 ページ目をご覧ください。3月に示される予定の国の基本方針策定にあたり、医療計画の見直し等に関する検討会が昨年5月から計8回開催されており、去年の12月26日に検討会の意見のとりまとめが示されています。この内容を踏まえて国の基本方針、医療計画作成指針が示されることになっておりますので、その内容についてご報告します。

「1 医療計画全体に関する事項」ということで、地域医療構想との関連を踏まえるということが記されています。「2 医療連携体制について」は、従来の5疾病5事業と在宅医療が柱となりますが、それに加えてロコモティブシンドロームなどの対策について、関連施策との調和をとりながら対策を講じることが重要とされています。

4 ページ目をご覧ください。「医療機関と関係機関との連携体制」についてとあります。地域包括ケアシステム構築を進めていくうえでも、連携が重要とのことで、病病連携・病診連携が重要ということ。それから歯科医療機関・薬局・訪問看護ステーションの役割ということ、それぞれの機関の役割、連携の重要性について記載されています。

5 ページ目をご覧ください。「3 医療従事者の確保等の記載事項」については、まだ国の検討会が続いているところであり、検討会での議論を踏まえて必要な見直しを行うとされています。「4 医療の安全の確保」については、医療機器の安全管理についても取り組むべき内容が記載されています。「5 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について」ということでは次の内容が記載されています。(1) 二次医療圏の設定に関しては、前回の考え方、つまり二次医療圏を適正な形で見直していくということが書かれており、人口規模とか、流入入院患者数、流出入院患者数について、前回と同じ割合の数字で記載があります。このようなことを考慮して必要な見直しを行っていくとされています。それから地域医療構想の構想区域が、二次医療圏を原則としていることでもありますので、構想区域を踏まえての二次医療圏の見直しということも記載されています。(2) 基準病床数ですが、病床利用率については、地域医療構想が一定の値を用いているということ、医療計画の基準病床数においても一定の値を用いるとされています。

6 ページ目をご覧ください。「②平均在院日数」に関しても、従来と同様な取り扱いを基本として、過去との変化率を考慮して地域ごとに決めていくという内容となっています。「③介護施設対応可能数」に関してですが、これはまだ国の検討会で議論が続いているということ、今後示していくとされています。

7 ページ目をご覧ください。(3) 構想区域における基準病床数の対応についてです。将来の医療需要の推移を踏まえた病床の必要量が人口推移の影響を受け

るということで、基準病床数と地域医療構想上の必要量と差が生じる場合にどのような形で調整するかが記載されています。基準病床数に関しては、医療法30条の4第7項の規定で、病床の必要量が将来において既存の病床数を大きく上回ると見込まれる場合には見直しをすとの規定があります。その際には、病院の機能区分とか、高齢者のピークアウト後の医療需要などを考慮するようにと記載されています。それから、(4)有床診療所についても届出の範囲を見直しすとの内容が記載されています。「6 既存病床数について」ですが、放射線治療室病床の取り扱いについては、既存病床として算定しないこととされています。

8ページ目をご覧ください。「(2) 既存病床数の介護老人保健施設の取扱い」に関しては、これも従来の取扱いを維持するとされています。「7 医療計画の策定手順等について」ですが、これは従来から県医療審議会でご審議いただいておりますが、それに保険者協議会を加えることとされています。また「(2) 他の計画」としまして、前回の計画策定時から新たに成立した法律を追加することが記載されています。「(3) 計画期間」は、現行の5年を6年にするということです。「(4) 協議の場」としては、在宅医療の取組もありますので、都道府県、市町村関係者の協議の場を設けることも記載されています。

次の(5)から9ページ目にかけて、地域医療構想調整会議の議論の進め方について記載されています。主には9ページですが、医療機能の役割分担に関して、いろいろな議論の仕方がありますが、まずは救急・災害にかかる医療機能、医療機関に関する議論を進めていってはどうかということが記載されています。それ以外のところは、特定の領域など他の医療機関があまり担っていないところを先に議論していってはどうかということが記載されています。調整会議では、将来の病床機能の転換について整合性があるかも議論していくということ、地域医療構想の調整会議における検討結果を踏まえ、関係者間で方向性を共有するということが記載されています。

「8 医療計画の推進について」ですが、各種指標の見直しにも触れられています。5疾病5事業在宅に関しまして、国からも様々な指標が示され、現行の医療計画に盛り込んでいる状況ですが、現行の内容を見直し、盛り込んでいくと記載されています。

具体的には、11ページ以降に記載されています。5疾病に関しては、関連する他の検討会の意見も考慮してこの内容になっているとのこと。がんについては、がん拠点病院のこと、均てん化ということで進めてきたところですが、内容によっては集約化も必要ではないかということも触れられています。指標に関しても「例」として出されておりますが、こういったものを追加してみてもどうかという内容となっています。

12ページ目をご覧ください。「脳卒中」についてです。これに関しては、急

性期から慢性期までの一貫した体制の構築ということになっており、t-P Aの治療指針とか、誤嚥性肺炎の予防ということに触れられています。「(3) 心筋梗塞等の心血管疾患」は、従来は心筋梗塞だけの5疾病の分類でしたが、今回「心筋梗塞等の心血管疾患」と見直しが行われています。心不全の合併症や、大動脈解離なども含めた内容に変更となっています。

13ページをご覧ください。回復期や慢性期の体制整備についての内容が記載されています。「(4) 糖尿病」に関してですが、主に予防、重症化予防というものを中心に記載されており、地域での連携体制の構築ということが記載されています。

14ページをご覧ください。「(5) 精神疾患」です。これに関しては障害福祉計画との統合的な計画ということ、長期入院患者の地域移行等の課題について記載されており、多様な精神疾患に対応できるようにという内容も記載されています。

15ページ以降が5事業についてです。「救急医療」は、見直しとして、メディカルコントロール協議会をさらに活用するということが記載されています。そのために、地域連携の取り組み、救急医療機関の機能の充実ということが記載されています。「(2) 災害時における医療」として、直近では熊本県での地震等を踏まえて見直しが行われており、災害医療コーディネート体制、事業継続計画をきちんと立てていかなければならないということも記載されています。

16ページをご覧ください。「(3) へき地医療」について、従来はへき地保健医療計画を別途作成してきたところですが、医療計画に一本化して推進していくということが書かれています。

17ページをご覧ください。「(4) 周産期医療」です。こちらも周産期医療体制整備計画が別にありましたが、これも医療計画に一本化して推進していくということになっています。災害時の対応とか、精神疾患を合併した妊婦さんの対応についても記載されています。

18ページをご覧ください。「(5) 小児医療」です。こちらは、小児の病院の体系を見直しすることが記載されています。既存の枠組みの中で見直しをしていくという内容です。

19ページをご覧ください。「3 在宅医療」です。これは地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素ということで、重視する内容です。特に、介護保険事業計画の整備目標と統合的な目標を検討することと記載されています。県と市町村との協議を通じて進めていくということも書かれています。20ページに指標の例も書かれています。この検討会の内容を踏まえて、最終的に国で3月末ごろに医療計画策定指針が示される予定となっています。以上で資料2-3の説明を終

わかります。

続きまして、議事(3)医療介護総合確保促進法に基づく奈良県計画について、資料3に基づいて説明をします。

医療介護総合確保促進法に基づく平成26・27年度奈良県計画に関する事後評価についてですが、これは平成26年度から新たに創設している地域医療介護総合確保基金という、消費税増収分を活用した地域医療構想実現に向けた取組に関する事業に係るもので、事業実施にあたっては、毎年度県で計画をとりまとめて国から交付金を受けて実施しているところです。「1. 事後評価の実施」について、毎年度事後評価を実施することとされており、事後評価を実施する際には都道府県医療審議会からも意見を聴くものとされています。今回、27年度の事業実施状況について報告します。「3. 執行実績」ですが、平成26年度に計画した事業は、10.4億円を積み立てたうち、26、27年度で約7億円執行しています。27年度に計画した事業は、約11億円積み立てたうち平成27年度で約4億円を執行している状況です。複数年での事業が可能となっており、残額は平成28年度以降の事業に充てることとしています。

具体的な平成27年度の事業実施状況については、2ページから5ページまでに記載しています。2ページと3ページについて、事業区分①の「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」においては、ICT関係事業、病棟整備事業について実施してきたところです。事業区分②の「居宅等における医療の提供に関する事業」は、主に在宅医療推進に関する地域での取組推進にかかる補助事業や、訪問看護や在宅歯科に係る事業を実施してきたところです。

4ページと5ページをご覧ください。事業区分③「医療従事者の確保に関する事業」においては、医師確保策、ER実施に係る経費、看護職員確保策を実施してきたところです。このような形で、医療介護基金事業は、実施後の状況について、毎年度報告を行い公表していくこととしております。

6ページをご覧ください。これは来年度(平成29年度)に医療介護基金で実施を予定している事業の一覧となっています。過年度から継続している事業、新たに実施を予定している事業を含めた一覧となっています。事業区分①では「医療機関への病床転換補助事業」、「ICT導入検討に関する事業」、事業区分②では「在宅医療関係事業の継続的な実施」、事業区分③では「医師・看護師確保策」を中心に計画をしたいと考えています。ただ、この内容は、国と今後調整していくこととなっており、どの程度の交付金の配分か分からない状況です。交付金の状況によっては、一部事業の実施を見送る可能性もあります。毎年度、事業実施にあたっては、事業提案を募り、事業内容を検討しているところです。来年度においても、夏頃に事業の公募を行う予定で、広く意見を聴いた上で、30年度の

事業の検討に繋げていきたいと考えています。以上で議事（3）医療介護総合確保促進法に基づく奈良県計画についての説明を終わります。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：資料2-2で地域医療構想調整会議における5つの地域における検討結果が書いていましたね。説明は分かったんですが、地域による差があるのか無いのか。

事務局（西村課長）：例えば病院の状況で、医師が偏在しているというような状況につきましては、東部や南部の山間部以外はそんなに医師の偏在はない。それぞれ地域によって多少の違いはありますけど、それぞれ出ていた意見についても、住民への啓発とか、病院同士の連携についてはあまり差は無いように感じました。ただ、南和医療圏につきましては、今3つの病院が再編されたことと、それ以外の医療機関が非常に少ないということもありましたので、少し特殊な事情があり、訪問看護や在宅医療についても、個々の家から距離がかなり離れていることでなかなか難しいという意見が出ていて、南和だけはかなり特徴的な意見が出ていましたが、大きく差は無いと感じているところです。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：日本全国8割は同じだと思うんですね。2割ぐらいは若干違うところはあると思うが、根幹部分は8割ぐらいは同じだと思う。林部長がおっしゃっている、医師が散在しているということが相当影響していると思うんです。医師の散在というのは中小の病院がバラバラとあることですよ。奈良医大や天理よろづ等の大きな病院を中心とした組み立てをすると、相当部分は是正されるのではないかと思います。散在ということについて、医師不足と院長先生はおっしゃるんですが、何故不足かという、うちは内科が4人しかいません、内科はまだ良いですが、外科医は2人しかいませんから手術が出来ません、Bという病院もうちは3人しかいないので十分な手術が出来ません。Cは一人しかいないので殆ど出来ません。全部合わすと6人なんですね。私は耳鼻科なので耳鼻科を挙げるんですが、耳鼻科には内科的な色彩と外科的な色彩がある。皆さん方が知っておられる耳鼻科は内科的なものなのでバラバラとあった方が良いのかも知れない。外科的なというか、病院の耳鼻科は外科なので、バラバラしていると、大きな手術が出来ない。頭蓋底に〇〇が出来たなんていうことになると、奈良県内でも一つ出来れば良い方で、心臓外科なんかはそれに当たるのではないかと思います。散在すると、非常に負担がかかりますよね。10人いると、十分日程が組めるわけですが、2人しかいないとどっちかが毎日当直しないと診られない。これはなかなか個々の医療機関では手が付けられないと思うんですが、どう配置するか案が見えないんですね。

すごいデータがあってもしょうがない。奈良医大、奈良県だけではもたないなと。せめて近畿地方全般、三重と和歌山と（連携する）。感じたところを話しましたが何かご意見はありますか。

竹村委員（奈良県医師会理事）：資料2-1の8ページの表で、奈良、滋賀、三重を比べていただいているわけですが、奈良県は400床以上の病院が4つのみということですが、奈良県の散在している小さい病院というのは、多分、診療所であったりというようなところが努力なさって、又は住民の色々な期待があって病院になったというようにいきさつがあると思います。そういういきさつのある私立の病院が多いと思います。地域のここまでの病院になっていったという住民や市町村の努力で折角こういう療養の出来る、東京大学の宇田川先生のおっしゃる公共資本というものが出来ているという奈良県の独特の風土というものがある、県立医大、天理よろづ、近大奈良病院だけで治療されているわけではなくて、奈良、中和、西和というのは一番帰宅時間が遅いお父さんがいるわけですけど、奈良府民で、奈良は寝るだけのところというふうな状況。我々のような昭和23年生まれの団塊の世代が子供の頃は、奈良県人口は70万人ぐらいしかいなかった。それが140万ぐらいになって、これだけ病院が増えて来て、奈良医大などがかなり頑張ってくださったわけですが、それまではここは京都大学、ここは大阪医大の関連病院、ここは阪大の関連病院というのが厳然としていて、近鉄とかJRを見ていただいても全部、東西、南北に走っていて、診てもらう病院は大阪市街の府立成人病センターかというようなことで、かかりつけ医が大阪にあって、奈良に帰ってくるのは夜の9時か10時というようなことで、奈良で医療を受けておられない患者さんが多いというようなことも一つ考えに入れていただいて、滋賀、三重とはちょっと違うのではないかなということで、医師が散在する小さな病院を大事に育てていただきたいということをお願いします。それと、質問ですが、資料2-3で、老人保健施設や介護施設を在宅医療等にカウントするというようなお話がございました。介護施設を今後どうするか、厚生労働省のお話を待つということが一つあって、在宅施設の定義自体が厚生労働省がしておられない。その後に6ページやなんか老健施設というような介護施設の中の一つがポンと出てきているというようなことで、そこら辺のちゃんとした定義分けというのはきっちりやっていないのではないかな。療養型、それから老健施設、特養、それ以外の色々な用語であるとか色々ありますが、そこら辺の種別分けがきっちりなされないまま医療計画の中にちょっと訳の分からない医療の人が介護施設という言葉を入れてそれが一人歩きしているような印象を持っていますので、そこら辺をきっちり示していただかないと、介護施設が在宅というようなことになると、在宅医療が

ドバツと増えてしまいますので、実際、訪問診療と往診だけやっている先生と、特養とか養護施設とかサ高住で患者さんを診ているのとはちょっと異なるんじゃないかなという印象を持っています。よろしくお願いします。

事務局（西村課長）：在宅医療の定義については、本日の資料には提示していませんが、地域医療構想の中で、必要病床数を推計しているのと合わせて、在宅医療の必要量が1.5倍になるという推計のグラフを提示しています。その時の在宅医療というのは、病院以外の医療という意味で在宅医療と捉えておまして、居宅での医療も含めて、介護施設での医療も広い意味での在宅医療と捉えて使っております。ただ、地域包括ケアをやっていく中で、居宅での医療と、施設に滞在する人の医療を分けて考える場合もありますが、地域医療構想で上がっている在宅医療は、介護施設等も含めた数字で在宅医療を算定しています。

竹村委員（奈良県医師会理事）：ありがとうございました。資料2-3の6ページの③の介護施設対応可能数から在宅医療対応可能数ということで、ものすごくいい加減な文章の書き方というような感じがしますし、8ページの（2）既存病床数における介護老人保健施設の取扱いと整合性が取れていない様は何たる様かというようなことを思っているわけですが、そこら辺をちょっと教えていただきたいと思います。

事務局（奥係長）：まず資料2-3の8ページの（2）既存病床数における介護老人保健施設の取扱いということで、これは基準病床数、既存病床数の関係の話で、基準病床数の算定の話とは別の取扱いになっております。この内容は、医療計画で基準病床数を定めた後に介護老人保健施設に移行した病床数があった場合に、その次の医療計画で基準病床数を見直すまでの間は既存病床数に算定するというような内容を書いているものです。それから、6ページに書いてある介護施設対応可能数は、もともと医療計画で定めることとなる基準病床数の算定に活用する数字の内容のことになっておまして、基準病床数の算定式は、一般病床と療養病床に分けて算定することになるのですが、従来、療養病床の算定に当たりましては、国から示される人口、在院日数などを用いて計算し、現状では介護施設対応可能数、具体的には老健と特養の奈良県内の設置数については、療養病床で算出した数から引いて、現在、基準病床数として算定しているわけですが、ここでいう介護施設対応可能数というのは、次期の医療計画におきまして、在宅医療等対応可能数に変更になるという内容が記載されております。在宅医療等対応可能数という具体的な内容については、国の方でも検討が続いているというような状況となっております。

竹村委員（奈良県医師会理事）：ありがとうございます。同じような言葉の繰り返しで、実際に医療をしている者、県民に対して、言葉が似通い過ぎていて、ちょっと理解するのは大変なのではないかと感じました。それと、横文字を使うのに、ちょっと注ぐらい付けていただくなど配慮していただいたら、理解しやすくなるのではないかと思います。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：私から一つ注文があるんですが、説明が明確であって、第三者が分かるようにして欲しいということなんですね。まず資料の作り方なんですが、先ほどから見ていると、8ページと言っても4つぐらいあって、周りを見ると、ちゃんと開いている人は4分の1ぐらいだ。資料を1冊にして通し番号にするとものすごく分かりやすい。分かれていると、上に行ったり、下に行ったりして分かりにくい。みんなに分かりやすいようにやって欲しいということなんです。それから、資料2-1の8ページの話なんですが、奈良県では中小規模の病院が多いんですけど、地域の努力の結果こうなったんだということなんです。この下の小さい病院というのは、何科なんですか。内科なんですか。全て、どういう病院なんですか。それで、病院というのは、ベッドがあって、それはオーナーの先生以外に何人か医者がいて、その医者が足りないということで、来てくださいという要請を受ける、その証拠に開業医の先生からは来てくださいという要請はあまり受けない。当然受けても良いはずなんです。あまり受けません。ということは、病院だから医者がいないとおかしいから来てくださいということになるんだと思うんですが、そこで医師不足だと言われるのはこの小さい病院が、多分、殆ど欠員じゃないかと思うんです。そうすると、10とか20とかが欠員で医師不足であるということになってしまうんですが、先ほど言いましたように、3つ合わすと何人かになって、欠員ではなくなって、医師不足ではなくなるんですね。同じ人数で同じことなのに、医者の数だけ患者さんを診て、医師不足であつたりなかつたりする。例えば3つぐらい病院があつたときに、そういう3つの病院で合わせて、役割分担すると医師不足ではなくなるんですよ。例えば、Aという病院が内科も外科も耳鼻科も眼科も欲しい。Bも欲しい。Aは耳鼻科があつて眼科がない。Bは眼科がある。医師不足です。3つの病院で合わせて考えると医師不足ではなくなる。耳鼻科も眼科もある病院になる。例えば、数字的にそういうのがあるのかどうか分かりませんが、非常に近いところに3つの病院があつて、違う病院だと、こっちは耳鼻科がない、こっちは眼科がない、こっちは泌尿器科がないという話になる。3つの病院を分院しているというふうに考えると、全てを兼ね備えた病院になってしまうんですね。ですから、これは実態を良く見ないと、先ほど竹村委員がおっしゃったように、その地域の努力で出来た病院が欠

員になっても埋めた方が良いのか、埋めなくても良いのか、どうなっているんでしょうね。滋賀県、三重県と比べて医師が散在しているということで、そこまで分からないかも知れませんが。

事務局（林部長）：そうですね、いろんな病院が70ぐらいあります。先生方もほとんど名前が思い浮かばれると思います。一部には産婦人科の専門病院、あるいは皮膚科の専門病院、多くのところは内科を中心に、外科などを持っていらっしゃる場所だと思います。ご指摘のとおりで、医師不足感は本当に医師不足なのかという問題になるわけですが、患者さんの数からいうと、奈良県にこれだけの総数の医師がいれば、うまく配置ができれば、診療に応じられるところもあります。現に、これだけの病院の数でこれだけの予算で今ほとんどの診療に応じられていると思います。しかしひとつひとつの病院にはどこも不足感があって、じゃあその希望を全部満たしていったら、お医者さんとその需給がちょうど合うのかという、すごく医師過剰になったりします。みなさんどの病院もかなりここにギャップがあると思います。全体の最適と局所の最適をどう合わせるかということがポイントだと思いますけれども、ここは医大に見本をお願いしないといけない部分も多いと思いますし、県がいろいろと分析をしたり、お話をしていけない部分も多いと思います。何かひとつの方策で強力に進めればうまくいくというよりももっとセンシティブな問題のような気がしますけれども、医療界のご理解をいただきながら、医大、県、それから民間の病院が一緒になってやっていきたいと思っております。

今川委員（奈良県病院協会会長）：奈良県保健医療計画の概要版の3ページでございますけれども、これは現在の基準病床数というふうなことで、先ほど説明がありましたとおり、従来は、一般病床、療養病床の主に利用率を基盤として基準病床数というものがあるというものが決まっていると聞いておるんですが、今回この一般病床76%、療養病床90%というのは今後も適用されるような基準なのか、今度、それを踏まえて資料2-1の19ページを見ていただきますと、基準病床数、必要病床数というグラフがありますけれども、2025年の必要病床数ということで、奈良県では13,063床となっておりますけれども、ちょうど地域医療計画の見直し時期と重なっておりますので、こういうふうな数値をもとに検討されるのかどうか、と申しますのは、地域医療構想の必要病床数というのは、ビッグデータ等々のデータを用いて類推した数値でございますので、従来の保健医療計画の基準病床数と少し計算方法が違うんだらうなと思いますけれども、この計算方法を応用されるのかどうかということと、次のページの20ページですけれども、現在保健医療計画では、一般病床と療養病床というかたちにな

っておりますけれども、病床機能というのではなくて慢性期というところに、一般病床と療養病床とふたつのタームがございます。こういうふうなものに対してこの慢性期の25年度の3,081床というものの中に一般病床も入るのか、あるいは療養病床だけになるのかということが少し理解しにくいなというところがあるんですが、この点につきましてご説明いただきたいと思いますが、よろしく願いいたします。

事務局（西村課長）：今の現状の病床数と、基準病床数と、将来の必要病床数をどのように整合させていくのかという事だと思うんですが、現状の基準病床は先ほどの資料2-1の19ページで言いますと、2025年の必要病床数が13,063床、現在が14,053ですから、これだけを見れば1,000床ほど多い状況となっています。今現在の基準病床数は、13,747ですので、現状の病床数は、基準病床数と比べても若干多い状況となっています。8年後ぐらいには13,063床を目指すということですけど、まだ今回は計算式が確定していませんので、基準病床数の算定式が出て、来年度定める奈良県の現在の基準病床数がどれぐらいになるかを踏まえて調整していかないといけないし、国も一定の指針や考え方を出してくれると思います。もう1点目の医療計画の方でいう一般病床と療養病床と、その療養病床の中には地域医療構想の方でいう慢性期とどのような関わりを持つかということだと思いますが、療養病床は、介護療養病床は原則6年以内に新しい類型の施設に変わっていきますし、医療療養の方は、今25対1である医療療養は20対1に格上げしていくか、また、他の類型に変わっていきますので、療養病床といえども、ある程度医療必要度が高いものが療養病床として今後残っていくと考えられますので、その中では療養病床であっても、医療構想でいう4つの区分の慢性期だけではなく、回復期という部分も一部担当する部分があると思います。地域医療構想の慢性期療養病床は若干ずれがあると思います。

南委員（日本精神科病院協会奈良県支部長）：今日は久しぶりの医療審議会で、新しいメンバーも多い中、県の方が濃厚な説明をされて、ついて行くのがしんどかったと思います。この業界にいてもついて行くのがしんどいので、初めて参加される方は結構つらいのではないかなと思います。私の方からの質問ですが、資料2-1の17ページ、地域医療構想調整会議の設置についてということで、今県の方から平成28年度から新たに参画と。今までは地域医療構想調整会議は医療関係の方ばかりだったが、今回から介護事業者が入ってきて、これはとてもいいことだと思いますが、この代表者は今のところ訪問看護ステーションと老人福祉施設協議会の2施設の代表者になるのでしょうか。

事務局（西村課長）：色々な介護の分野がある中で、全体的な人数も踏まえて、今回は2つの団体から、それぞれの区域で1名ずつ選んでいただくという形にさせていただきました。

南委員（日本精神科病院協会奈良県支部長）：全体的なグロスの数ですか。何故この2団体から選んだんですかという質問です。

事務局（西村課長）：地域包括ケアの中でも、在宅医療を中心に考えていくための調整会議ですので、訪問看護というのでも重要な位置を占めるということと、在宅医療における施設との絡みも出てきますので、在宅でも施設での介護の関係からお一人と思う中で、全体的な視点で、一番数が多いということで老人福祉施設協議会から委員の選出をお願いしたということでございます。

南委員（日本精神科病院協会奈良県支部長）：質問させていただきたかったのは、今、施設の中で多いのは、特養と老人保健施設なんですね。奈良県では、今、50施設、4,000床ぐらい老健施設があって、病院の併設型から、母体も医療法人、社会医療法人、社会福祉法人与多岐に渡ってしまして、特に病院と併設している老健施設も多いし、地域包括ケアのためには、是非調整会議に老人保健施設協議会も入れていただきたいなと思っておりますので、よろしくをお願いします。

春日委員（奈良県医師会理事）：先ほど今川委員から、病床稼働率の話がありましたが、資料2-1の19ページですね。2025年の必要病床数が載っていますけど、これの割り振りと言いますか、算出の仕方というのが、高度急性期が、2013年の必要病床数の実際の数から、これから高齢者が増えてくるだろうという数字を算出して、高度急性期は稼働率75%、急性期が78%、回復期が90%、慢性期が95%ということで決められているわけですが、これは稼働率としては高いように思うわけですが、資料2-1の12ページの右の方に、現在の実際の病床利用率が平成26年の平均が72.2%、ピークの1月、2月でも、平成27年は74%ぐらいですね。これぐらいのパーセンテージであっても、我々開業医が病院にお願いして入院させていただきたいというときに、満床ですと断られることがしばしばなんですね。75%の病床稼働率でも断られるということは、これから先、病床稼働率が急性期が78%、回復期が90%ということになりますと、回復期には軽症の患者さんと言いますか、ちょっと大変で経過を診ていただけたらなという患者さんも恐らく回復期の病棟に入るのかなと思うんですが、もちろん急性期で取っていただければそれはありがたいと思いますが、回復期は90%ということで、これは殆ど余裕のない状態に

なると思うんです。国から法律で決められているということで仕方ないと言え
ばそうなのかも知れませんが、果たしてこれで在宅で安心してやっていけるの
かな、患者さんが安心して治療を受けられる状態になるのかどうか、もう少し
幅を持っていただければという感じがします。これはここで言っても仕方ない
のかも知れませんが。それと、今の急性期、回復期の話なんです、資料2-
1の19ページの右端に2015年の病床機能報告の数字がある。2025年
の必要病床数と見比べると、今現在、自分のところの病床は急性期であると
おっしゃっている病院が多くて、回復期の病床が少ない。2025年に必要病
床数に持って行くとする、かなり急性期の病床を回復期に変えないといけな
いということになると思います。これは、実際、急性期と回復期の数を見ます
と、2015年は急性期7,022床、回復期1,832床で足して8,854床。それから、2025年の必要病床数を見ますと、トータルすると8,707ということで、差は僅か147床で、殆どそのままずれていけばいいの
かなと思うんですが、急性期を回復期にやはり変えないといけないのでしょうか。
と言いますのは、その次の21ページにお示しいただいている急性期の中に、
急性期の一部のかかりつけや比較的軽症の患者さんが入るとされている一方で、
20ページにまた戻っていただきますと、回復期の中に軽症急性期患者が含ま
れる可能性があるということで、この辺の急性期と回復期の区別というのはな
かなか、必要病床数が点数で区別されているんですけど難しいところがあっ
て、各病院さんは困っておられると思うんですけど、場合によっては2025年
の必要病床数の割り振りまで達しなくても、そのままでも良いのかどうかと
思うんですけどいかがでしょうか。

事務局（林部長）：1点目の病床利用率でございますけど、今本当に満床で入院を受けてい
ただけない状況が県内であるのかどうかというのは、もしそういう実例がある
のであれば研究に値すると思いますが、余程の状況でないと、例えば何か突発
的な状況が起きたということでない限り、本当に満床というよりは、もう少し
違った事情の方が多いのではないかと思います。

春日委員（奈良県医師会理事）：一つの病院ではなかなかいけなくて、あちこち探してい
て入れるということで、結構満床と言われるところが多いということがありま
す。全てがそうというわけではありません。

事務局（林部長）：満床というのは、一つの言い方なのかも知れませんが、それよりも大き
な問題は、やはり、単一の機能しか持っていないと、複合的な課題を持って
いる人、介護の課題がある人などが受け入れられづらいということの方がより大

きな課題だと思います。資料にも出ていますが、病床稼働率は全体が下がってきていますので、そういった稼働していない病床を、稼働しなければお金はかからないので、病床を本当に減らさないといけないかどうかはまた議論のあるところだと思いますが、非稼働の病床を敢えて持たないといけないということはないのではないかと考えています。二つ目の急性期と回復期の点については、先生のご認識と近い部分もあってこういった資料を用意させていただいているということでございます。病床機能報告の方が、現在の医療機関の報告の積み上げでございますので、急性期としてご報告いただいている中でも、色々な病院、色々な状況が混ざっているという状況です。小規模病院が多いということも相まって、急性期として報告されているところの中でも、診療報酬上は10対1、13対1、15対1であっても、実際には回復期的な機能に流れているところや、急性期でも比較的軽症なかかりつけのところに流れているところがあるというところで、資料2-1の21ページに少しミシン目を入れて黄色に色分けさせていただいておりますけど、そういった状況になっているのが実態だと思います。したがって、回復期リハビリテーション病棟は、奈良県は全国平均と比べて既に多くなっていますし、地域包括ケア病棟も相当整備が進んでいるという中で、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟をこの必要病床数の数まで増やさないといけないということではないと認識しております。そういったことを合わせて考えると、特にミシン目を入れた黄色の有するような病院がどこであるかをまず見える化したうえで、この黄色や黄緑の機能を担っていただいているところにどういう機能強化、機能分化をしていただくかを議論していただくということが適切ではないかと考えております。

酒井委員（奈良県消防長会会長）：今、見れば医療の中で見ると救急医療という中で、最初の資料2-1の21ページの部分、想定される病院像という中で、ER救急を断らない、これは理想的なひとつだと思いますけど、下段の最後にある、かかりつけ患者の救急・増悪対応、かかりつけで救急を呼ぶという理解で良いのか、そういう対応策について書かれているのか、これが1点目です。

事務局（林部長）：下のかかりつけ患者の救急、増悪対応というのが、どの辺まで含むのかということだと思いますが、やはり広く捉えて頂いて、こういった病院、機能を担って頂くとうれしいという気持ちを込めて書いております。回復期に当たるから回復期の機能だけをやりますという事では無く、この黄色の部分になるから救急はやりませんでは無く、その軽症の方や在宅の患者さんが増悪をしたときなどは、外来で来たことのある患者さんが救急車で行くといったような、黄色と緑の病床機能の病院であっても受け入れられる救急

医療もあるのでは無いかということを表示したつもりです。すべてをERで、医大と総合医療センターに運ぶということでは県内の救急は回らないと思いますので、特定の患者さんは高度急性期の地域の医療機関に搬送させていただき、軽症であったり、あるいはその状態がこれまでと変わり増悪されていくような方であればしっかり受け入れていただくような病院側の体制が取ればと思っています。

酒井委員（奈良県消防長会会長）：2025年という中で、救急の搬送順位が年々増大している。奈良市におきましても去年1年間で17,000件台から18,000件台に約700件ほど増えていますが、これから病院医療というものは救急医療という中で、資料2-3の5事業の所の救急医療、この中でもおっしゃっておられるのは受け入れ体制の整備、今やられている e-MATCH 等様々なことを含めて今後適正利用という中で取組を進めるというのも書かれておられます。これがちゃんとリンクしていくのか分からないですが、かたや、資料2-3の2ページに奈良県救急搬送及び医療連携協議会というのがありますが、これはあるんですね。これについては開催のスケジュール案や、具体的に現在もやられているという経緯は何かございますでしょうか。

事務局（西村課長）：奈良県救急搬送及び医療連携協議会はこの2年間は開催されていないと聞いていますが、ここには病院の連携という所や救急搬送の業務に従事して頂く専門の先生方が集まって頂いておりますので、今回の医療計画策定に当たっては、この会でご意見を聞きたいと考えております。

酒井委員（奈良県消防長会会長）：是非2年間空白で開催されていないということで開催をお願いしたいと思っております。宜しくお願い致します。

竹村委員（奈良県医師会理事）：資料の2-1の21ページのかかりつけ患者の救急・増悪対応というところについて、奈良は観光県でありまして、外国の方であったりとか、旅行者であったり軽症な患者さんもいらっちゃって、病院に直接電話しますとその患者さんはここでかかったことがありますか、かかったことがなかったら違うところを当たってくださいと今まで何回言われたかということです。せめてかかりつけ患者の地域の病院はどんな患者も診ると、かかりつけの患者に限らず、それは奈良県だけではなくて大阪でも色々有名なYキリスト教病院というのがありますが、その病院連携室の看護師さんでも口に出してしまうという現状があると思うのですが、かかりつけであろうが日本人であろうが外国人であろうがいくつか例外があるかも知れません

が、どんな方でも困っていれば一応聞いて診てくれるというような機能をすべての病院が果たして下さった方が良いのではないかと思いますので、21ページのかかりつけ患者だけではなく、はじめて骨折した人など、今まで健康な人でどこにも診てもらったことがないということで来られたら、かかりつけ患者でなくても診ていただけたらと思いますので、ぜひそういうことが県民に分かるような表現の仕方にしていただけたらと思います。

事務局（林部長）：これは何か機能を限定するような意味ではありませんので、最低限こういう所を診るという趣旨で書いているものなので、誤解があれば何ですが、むしろそういった方々も診て頂きたいと医師会にお願いしていかないといけないと思っています。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：ここで切りまして、議事4の報告をお願いします。

事務局（畑澤補佐）：それでは資料4を説明させていただきます。「病床配分後の状況について」報告を3件させていただきます。生駒市立病院と平成まほろば病院について、病床配分の時に付した条件の取組状況につきましてご報告いたします。また、香芝生喜病院については、開院に向けての進捗状況をご報告させていただきます。まず1番の生駒市立病院についてです。2ページをご覧ください。こちらは平成22年12月に210床で開設許可しており、平成27年6月1日に開院をしております。開院当初は99床でしたが、現在は146床で運用されておられます。平成29年度中に210床で運用開始予定と聞いているところです。開院後の状況ですが、H27年とH28年を比較しますと、入院患者については月あたり延べ1,534名（一日平均50人）から、2,607名（一日平均85名）へ、約1.7倍に増加しています。外来患者につきましても、月あたり延べ2,192名（一日平均72人）から3,452名（一日平均113人の方）へ約1.6倍に増加しています。次に、開設時の条件についてですが、小児二次輪番への参加につきましては、現在、常勤小児科医が1名で、未参加の状態となっておりますが、医師確保に向けて調整中となっております。また産科の実施については、開院時に産婦人科を開設しております。分娩件数はH27年の24件から、H28年は111件となっております。月平均でみると、月3.4件から月9.3件へと増加してきている状況です。続きまして、2番目の平成まほろば病院についてですが、1ページの一覧表をご覧ください。H25年10月に療養病床47床の増床配分を受けておりまして、H26年7月から診療開始しております。増床の条件としては、その他の欄に書いておりますように、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件以上の受入をすることとなっております。H25年度と比べての数字ですが、H27年度の受入数は、1,079件増加の2,365件となっており、条件を達成している状態です。3ページをご覧ください。H25年度以降の救急車受入実績を月別に記載しております。各年度の受入数とH25年度との差は、開設初年度のH26年度については801件の増加となりましたが、先ほど申しましたとおり、H27年度は1,079件増加となり、今年度の状況は、4月から12月までの月平均が(219件)となっており、それをういて1~3月の推計しましたところ、年間約2,633件程度となる見込みであり、こちらは1,347件程度の増加となる見込となっております。続いて、3番目の香芝生喜病院の進捗状況です。4ページをご覧ください。平成27年12月に241床(一般191、療養50床)で開設許可しております。許可内容は、四角囲みで記載させて頂いている通りでございます。現在の進捗状況ですが、今年の1月15日に建物引き渡し完了しております。3月上旬に、病院使用に向けた立入検査を県が実施する予定です。4月1日から診療開始の予定となっており、計画通りに進めて頂いております。開院時は、150床での運用で計画をされており、2年目200床、3年目241床と段階的に増やしていく計画となっております。開設許可時点の人員計画では、医師20人の計画でしたが、平成29年4月診療開始時には、常勤医師23名と非常勤10名程度の医師を確保していると聞いております。開設時の条件と致しましては、新規の救急(救急車)の搬送受入を初年度約1,200件、2年目1,800件行う事となっております。こちらも開院後、着実な遂行に努めていただくように、県としても確認をしまいたいと考えております。報告については以上でございます。

細井会長(奈良県立医科大学理事長)：議事が全て終わりましたので、これで終了とさせていただきます。

以上