

令和6年度第3回伊勢崎地域保健医療対策協議会  
地域医療構想部会 議事概要

- 日時：令和6年12月2日（月）19：00～20：30  
○場所：伊勢崎敬愛看護学院 3階 大ホール  
○出席者：伊勢崎地域保健医療対策協議会地域医療構想部会委員（17名中15名出席）  
アドバイザー、オブザーバー、事務局、その他関係者

1 開会

2 あいさつ

3 議題

議題（1）委員改選について

- 資料1に基づき事務局から説明。  
○意見等はなし（部会長、副部会長を選任した）

議題（2）伊勢崎構想区域の基礎分析・課題について

- 資料2に基づき事務局から説明。  
○意見等の概要は次のとおり

（アドバイザー）

- ・ 伊勢崎地区は群馬県の中では比較的若い町で、地域医療構想の話が始まった頃はこの地域の人口はそれほど減っていない状況だったため、何を話し合うのか明確になっていなかった。その中で高度急性期・急性期・回復期・慢性期という言葉に病棟を当てはめて、数減らしの話が先行し、なかなか本質の話になってこなかった。
- ・ 今回、当日配布資料の「4つの区分」では、それぞれの病院が人口は減少するが高齢者まだまだ増えていくという中で、どういう機能を担ってこの地域を支えるかということをも個々の病院ではなくて全体で議論していく。役割分担をする中で、この地域を面どう守るかという話をするということになる。
- ・ しかし、病院はどうしても先行投資をしなくては行けないが、この資料だけでは2060年、2070年と先のところが見えてこない。医療機器にしても病棟にしても何にしても、これがどうやって将来ペイするものかどうかという基本的な数字がなかなかまだ示されない中で、考えてくれというこの提案だけ行われているのはなかなか辛いと思う。
- ・ この地域の病院の将来像についての資料を見ても、大変賢明でなお且つそれぞれ個性的で上手に何とかバランス取っていけるというのが大変感じられる。

- ・ この話が起こった最初のとて、日本中で約 420 の病院が「要検討」となり、伊勢崎佐波医師会病院が選ばれた。先ほどの表を見てもわかるが、丸の大きさ・ボリュームで似たような民間の病院がいくつか並んでいるところに伊勢崎佐波医師会病院があり、これを国は検討する必要があると、冒頭、示唆をいただいた。
- ・ ただ、どうしても現場感覚で言う「ボリュームの数」ではなく「質」であると。なおかつ、その使い勝手の善し悪しがあるので、この丸の大きさだけでは評価するのは難しいということ、この地域で大変学ばせてもらった記憶がある。
- ・ そういったことを踏まえると、どういうことを準備する必要があるかといったことが出てくるが、地域医療連携推進法人の制度をどう上手に使うことができるのかが、おそらく1つの解決に繋がるのかもしれない。かといって国はどうしてもそのボリュームの大きさに押し込めてくるので、これに対して質や使い勝手をどう担保しながら、この地域がより医療を展開しやすい状態になるのかは、ある意味この伊勢崎地域はとても象徴的な場所だと思うので、一緒に皆さんと検討していきたい。

(アドバイザー)

- ・ 少子高齢化ということで2040年、2050年、2060年、2070年と毎年100万人ぐらい人口が減少する時代が来るが、その中で1つビジョンをきちっと持たなくてはいけないと思う。イメージというかビジョンを考えたときに、この前も話題となったが2020年から2050年に消滅の可能性がある都市ということで、20歳から38歳の女性の方は、50%以上減少するところが全国でたくさんある。群馬県でも35市町村のうち20が該当して、市は12市のうち6市で50%である。しかし、この伊勢崎地区はその中で多分一番優等生だと思う。
- ・ 地域包括ケアシステムに深化するというキーワードが言われている。医師の働き方改革が進む中で、急性期の医師の過重労働をどのようにしていくかという具体的な問題もある。
- ・ それから人口減少の中で高齢者の急性期が増える。人口が1万4千人減少して、65歳以上は1万1千人増加し高齢者救急のニーズは18%増えるといった数が見えている。医療従事者数は15歳から64歳が2万1千人減り14%減少する。全国では2040年に1.6倍に後期高齢者が増えて、大体14歳から64歳までの人口が全国で1千万人減る。働き手が減少する中で、どういう風にビジョンを持っていくのかということが大事である。
- ・ 医療機関機能の明確化という中で、連携や再編、集約化に医療DXをしっかりとっていくということが大事である。オンライン資格確認から始まり、電子処方箋ができるという医療機関が増えてきている。もちろん繋がるということ、地域と繋がる、遠隔地と繋がるBtoB、BtoPやBtoBwithN、遠隔医療、オンライン診療、そういったことなどもやっていかなくてはならない。今日の新聞で2年後に病院間のデジタル連携をするという

ことが出ていた。次世代医療基盤プラットフォームのことで、来年にはα版電子カルテ、開業医も入ってくださいと言われている。実際、国はそういうことをどんどん言っている、やはりDXをどのようにやっていくのか。

- ・ ご存じのようにPHR、EHR、それから3文書6情報といった具体的なことはこれから始まるが、このPHRとかEHRを患者個人がiPhoneやAndroidで、情報を持ち歩き、そこにAIが入ってくる。もうこんな状況なら医者に行った方がいいとAIがアドバイスする時代が本当に2030年に来るのである。
- ・ 国はそれを目指しており、これは日本が言ってる訳ではなく欧米諸国が本当にそれを目指してやっている。そういったところで、やはりビジョン・イメージが大事である。それを考えるのは大事で、埼玉県北部の方でもいろんな人たちが住めるまちづくりというのは大事だと思っている。やはり、開業医とどのように地域の施設がやっていけるのかを考えたい。

(部会長)

- ・ 続いて委員の皆様から御意見をいただきたい。

(委員)

- ・ 20ページ「8伊勢崎構想地域における課題整理」の救急・急性期医療という入口の部分では、「伊勢崎区域は病院間の役割分担が進んでおり、医療資源が効率配分されている」とあるが、それでは「これでよし」と読めてしまうが、実はその入り口の部分のところで問題がある。急性期で入ってきた人たちが、その後どうやって回復期慢性期または在宅に行くのかということが全然見えず、そういう分析が行われていない。そこがまず1つ大きな問題である。
- ・ 当日配布資料の「これまでの主な議論」では、国はそのイメージも示している。例えば高齢者救急等機能にも明確に「入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する」という文言があり、在宅医療連携機能のところでは「地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う」と書いてある。
- ・ この縦軸（垂直連携）の分析（過去・現在・未来）が全く行われていないので、是非そのデータを欲しい。

(部会長)

- ・ 入口のデータだけでありその後の縦軸のデータがない。なかなか国としても示しにくいところだと思うが、そういう意見である。

(委員)

- ・ 他委員が指摘されたことは非常に重要だと私たちも思っている。当院は医療機関機能に照らし合わせれば、急性期拠点機能を有している。慢性期あるいは回復期の患者さんをこの地域でどう支えるかを考えなくてはいけないと思っているので、その分析を是非お願いしたい。

(委員)

- ・ まず、今回の地域医療構想会議の中でデータが示されたのは急性期医療に関してだけである。今後は慢性期医療の重要性が高まり、在宅医療の検討が求められ、これに関するデータは確実に必要である。
- ・ この資料では救急医療に関してトレンドが全然わからない。実際、私が捉えているところでは、例えば、石井病院で救急受入が増加しており、伊勢崎佐波医師会病院の救急受入は減少していると認識している。その理由はそれぞれであると思うが、救急医療について検討するには、ある一時点ではなく、トレンドを見て分析し、今後の救急医療のあり方を考えなくてはいけない。つまり、救急医療のトレンドをしっかりと分析することが求められる。
- ・ もう1つは、高齢者救急という言葉であるが、この言葉は国の検討会においても問題になっている。資料2の22ページに示された新たな地域医療構想に係る国検討状況において、慢性期医療がまったく抜けていることも問題になっている。国の資料では、この図の下に大学病院を想定した機能が記載されており、この図の3つの病院機能が地域の病院を想定したものであり、一番右の救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能というのは、おそらくこの地域では市民病院が担う。
- ・ 高齢者救急の受け皿となり地域への復帰を目指す機能というのが、当病院や鶴谷病院、石井病院かもしれない。しかしながら、これらの病院では高齢者救急だけ扱っているわけではない。厚労省が言っているのは、国民にわかりやすくということにもかかわらず、あたかもこういう病院は高齢者医療しかやっていないようなイメージを与えるのは問題だということが指摘されている。
- ・ 一方、本当に高齢者救急は増えているのだろうか。今、それぞれの病院の病床利用率は低下しているのではないだろうか。我々の病院の11月の病床稼働率は月全病棟で100%であったが、その要因はベッドコントロールを上手くやったからである。しかし、多くの病院では、もしかすると稼働率が70%や80%であったかもしれない。これから将来的に入院患者は増えるが外来患者は減っていくというデータであるが。入院患者は増えていくということを感じているかということと必ずしもそうではない。
- ・ 施設あるいは在宅から救急といったいわゆる高齢者救急で入院してくる患者さんは減少しているのではないかと思う。その結果、老健などの慢性期医療の病床利用率は全国的に減っているわけである。

- ・ このような状況で、高齢者の在宅医療の問題を我々がどう担っていくかということが重要になる。在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能というのは、どの病院が担うのかを考えなくてはいけない。在宅療養中高齢者の受け入れは、病院運営者としてみれば、大きなマーケットではある。
- ・ この地域でも訪問診療のクリニックができており、地域医療構想は2025年までの話だとはいうものの、2040年に関していろいろと議論されている。診療所の先生方も入ってこれからの在宅医療をどのように担っていくか、そしてそのバックボーンとしてどのように病院が機能するかということ、つまり、在宅医療を提供して地域の生活を支える機能というものは、どこが受け持つのかということも議論していかなければならない。
- ・ 例えば、市民病院と医師会病院の役割分担である。伊勢崎佐波医師会病院がすごく入院患者が減っているが、伊勢崎医師会病院というのは、地域の先生方のバックベッドとして、まさに在宅医療を担うような機能があるのではないか。そうであれば伊勢崎佐波医師会病院と市民病院とでうまく分担ができるかもしれない。以前、地域医療連携推進法人のことでお聞きしたが、そういうことも議論していかななくてはいけないと思っている。
- ・ まとめると1点目は、急性期の医療に関して議論するためにはトレンドをきちんと調べておかないといけない。ある一時点だけのデータでは議論できないということである。それぞれの病院の体制も変わってきており、その中で将来に向けたことを見ていくためには、トレンドを見る必要がある。
- ・ 2点目は、これらの議論をするとき、本当に入院患者は国のデータが確かだと言っているが、実際のデータを見てみると病床稼働率がすごく低くなっている。そうすると、これから本当に病床数がこのままでいいのか。そのときに有効に活用するためにはどうしたらいいのかということも議論していくべきである。議論の中で、もしベッドが必要であるというのなら、高齢者医療に関する慢性期、慢性期救急というものをどこで担うかということも、議論していくべきである。
- ・ 急性期医療、慢性期救急、病床稼働率の3点について、それぞれのトレンドを見ながら今後議論していかななくてはならない。あるいは、この地域の中に非常に大きな役割を果たしている市民病院と伊勢崎佐波医師会病院のあり方や機能分化というものが議論されていったらいいのではないか。
- ・ それらの大きな病院が機能を分けたときに、周囲の病院に非常に大きな影響を与えるということもきちんと認識しておかないといけない。ある地域では、公的な病院がいくつか合併して、病床数を200と200を足して400でなくて300にしてうまくいったと。ところがそういう大規模なすごい機能の病院を作ったことにより、周囲の民間病院を非常に圧迫したというようなデータもある。この地域でもそのようなことがあってはならない。だからこそ、大きな病院の連携を進めるにあたっては、民間病院の意見も十分に聞き入れて議論されていけばいいと思う。

(委員)

- ・ 当院は、急性期で対応できるような病院の機能ではない。どちらかという慢性期医療を急性期の先生から引き継いでいる。
- ・ 当院の医者もかなり高齢化しており、なかなか急性期に対応できるようなパワーがない。今後も当院の在り方としては、高齢者救急に参加はなかなかできないと思っている。慢性期医療を中心に急性期の病院の機能を一部担っていく。

(委員)

- ・ 個人的に1つ気になる問題がある。人口動態のデータがある訳ではないが、群馬県の施設、特に大手の施設が中心と思われるが、東京あたりはかなり対応に困っている患者さんを群馬の施設で受けている例に遭遇する。施設に入ってもすぐに問題を起こすため精神科病院に入院させざるを得なくて、その後の処遇に困ってしまう。東京辺りの姥捨て山みたいな形の事例が比較的最近目立ってきている。
- ・ 実際に群馬の施設で県外の方をどこまで受け入れなければならないのか。全然当県に関係がなく家族や支援もない人が、精神科の場合だと東京で精神科長期入院していた人が突然ポンと退院し、即群馬の施設に入所という形で出てくると、大体1か月もかからず（当院に）入院させてくれと言ってくる。困った問題と個人的に考えており、本当に群馬県などで受けなければならないか疑問である。

(委員)

- ・ 他委員が思っていること以上のことをおっしゃったので、かなり同意できる点が多い。高齢者医療を当院もやっているが、全部が高齢者で軽症かということとそうでもない。どこまで軽症なのかわからないが、循環器もやってる中でカテーテルを行うケースは結構多い。そういったことを含めた中身が少し知りたい。
- ・ 病院の利用率のことで、日本医師会の病院委員会においても全国的な問題となっている。何が問題かということコロナの間はかなり施設ができ、皆さんがおっしゃった通り東京から来ているということが全国的にできていて、それも含めた受け皿が増えてきた現状である。
- ・ ただ、そういう意味で先程言ったデータとすると、この地域でもなかなかできていると思うが一体どれぐらいの施設ができているのかとか、どこまで受け皿があるのかといったことはなかなか見えてこない。
- ・ 実際、高齢者が増える比率よりも介護施設が増えてくれば、ベッド満床でいいという話だが、これは今後次第である。
- ・ 例えば病院に関しては先ほどアドバイザーがおっしゃったが、これから建て替えの話もある。今のうちがいいが、やはり20年・30年と維持できるのかとなった際に、どこかで建て替やハード更新するタイミングで果たして今まで通りできるのかという問題も

ある。そういう建て替えのハード面について、この地域としてどうやっていくのかは、ニーズとして考える必要がある。

- ・ データを出す中で当院はどうするのか、他委員と全く同じだが大事な公的病院2つが連携する中で、我々の民間病院がどうやっていくのかを考えながら、この地域を全体として面で支えていけるような形で考慮してもらいたい。ある程度のところは、民間というのもやはり潰れるわけにいかない。
- ・ 最後に、救急に関しては、当院はやはり社会医療法人という立場があるので、どちらかという時間外や休日にはもう少し力を入れて今後も継続してやっていきたい。

(委員)

- ・ 当院も精神科病院で、この地域医療構想の中では今のところは加わっていない。しかし、精神科医療に関しても、これからも精神保健医療が福祉にも対応した地域医療包括ケアを構築していかなければいけないという点では、当院は、ある程度認知症の高齢者に対応している。
- ・ 他の精神医療に関しても、全県一区で精神科救急の輪番を担っており、ある程度、精神科医療に関しても専門性を少し立てながら、なおかつ、全体的に色々と特化してやっていくというのが困難である。社会で生きていく厳しさを持っているような方達が、あまねくある程度自分を受けて、社会の中で生活していけるという形を構築しなければいけないと考えている。地域の中で言えば、高齢者の施設も含めてやっていきたいと考えている。

(委員)

- ・ 最初にモデル事業に応募するときも話したが、結局これに参加してこのゴールはどこにあるのかいまいちわかってない。
- ・ 結構同じこういう話や今日のデータも今まで県がまとめてくれたのものとそれ程大きく変わらない気がする。最初にビジョンの話もアドバイザーからもあったが、結局、どういことを決めてみんなで集まり何するのかは、データ分析だけしてという形にならないか少し気になる。
- ・ 当院では基本的にやること変えられないが、地域医療でやっていく。病床の利用率のところでもあったが、今後どこの病院もあるかもしれないがダウンサイジングやそういうところを必ず考えていかななくてはならない。医者もそうだが、医療従事者の減少もあり、すでに当院は(病床利用率が)100%も満たず少ないときは80%ぐらいで回っているのであれば、そういう介護施設とか他の施設の情報も全部ひっくるめて、医療福祉の分析や今後どうやっていくべきかといったものを考えられると、もっと有効にいろいろと話ができると思う。

(委員)

- ・ 骨折の手術のマルが非常に大きいので、整形外科的な地域の中のニーズにこたえられてるかなという実感はある。あと、時間外や休日の患者数が多くてそれは日曜外来をやってるせいだと思うが、逆に資料9ページには「負担が大きい可能性がある」というご指摘を受けて、その辺もきちんと考えていかなくてはいけない問題だと思っている。
- ・ 患者さんも高齢化しているが、医師の高齢化も問題になっている。例えば当直50歳までとするとできる人がだんだん減って、その先どうするのかという問題もある。いかに若いフレッシュな医者をリクルートするか、ここはどの病院もそう思われているが問題である。
- ・ ベッドの充足率と平均在院日数がいつも問題になってて、80%を超えてそのパーセンテージが上がると、21日の平均在院日数をオーバーしてしまう。そのバランスを取る会議を毎週行い、何とか在院日数をクリアしながらいかにすみわけできるかそういう戦いを毎週やってる現状である。
- ・ 高齢者救急の話はあまりそういう視点が今まで当院には欠けており、救急、年齢でどうかという分析が今までできていない。確かに骨折で高齢者の方入っても手術できないケースも多いので、年齢を加味した救急の分析はこれからになる。

(委員)

- ・ 当院は慢性腎臓患者を診ているが、透析患者は当然病院に定期的に通院しなければならない。だが、透析患者も高齢化してきて自分で通院することができなくなった人はかなり増えてきている。
- ・ 家族等が送迎してくれる人がいればいいが、そうでない人は結局通院する手段がなくなってしまうため、病院がタクシー等を負担して送迎をしている状況で、医療機関が本来やるべきことではないとは思っている。
- ・ これも同様だが、ADLが低下した場合に家族や家では見れなくなる人は多いが、それに対して老健施設に入れば見てもらえる。難しいところである。だからと言って、放置はできないので、本来は必ずしも入院が必要でないような人も短期間入院させることをやらざるを得ない。その辺の支援やあるいは社会福祉バスなどが欲しいと思う。

(委員)

- ・ 他委員からもお話があったが、当院も透析医療を担当しており、有床診療所の立場である。病院ではないが、実態は大変似ている。地域の中で、病院で診てる透析患者数と、診療所で見ている透析患者数ではやはり診療所で診てる患者数の方がはるかに多い状況である。
- ・ いずれ少子化や高齢化がさらに進むと、他委員がお話された透析患者のエンドステージに近くなると通院できなくなっていく方がますます増えていく。病院でタクシー代を出すので

あれば、ダンピング競争になって共倒れになってしまうことが心配される。

- ・ こういった地域医療構想の中で、透析患者の将来のことも視点の中に置いていただけると、悲惨な事故事件が予防できると思うので、その辺についても考えていただきたい。

(委員)

- ・ 伊勢崎市としても行政としてできることを、いろんな角度から研究させてもらい、それとともこのような場やそれ以外の場でも皆さんからいただいたご意見を参考にして、これから県と協力をさらに深めて、この地域の医療体制確保に市として支援等できることを今後進めていきたい。

(委員)

- ・ いろいろ聞かせていただいて貴重な場に居させていただいているが、やはり行政となると、在宅の高齢者、地域包括ケアシステムの深化とか、また、医療介護人材が不足している人材確保といったことを、行政としてどう高めていくのかになる。

(部会長)

- ・ 皆様のご意見を伺った後に、アドバイザーの先生方から、ご意見をいただきたい。

(アドバイザー)

- ・ 皆さんの言っているとおりだと思う。一番難しいのがサ高住で、どこにあって何があってどんな人がいるか全くわからないまま、これを各地域で把握することができていない。少なくともそこでも医療が入っている。
- ・ レセプトを見るといろいろな都市の住所のまま、いろいろなレセプトが群馬県にもたくさん増えているのは間違いない。先ほど指摘されていたが、これをデータの上に乗せられる方法をどうしたらいいかということ、行政とリンクして施設ごとのチェックをしないといけないと思う。
- ・ 医療に関するものは保健福祉事務所に届出をするため、ある程度の把握もできるし査察権のようなものを持っている。住居になっているところは、なかなか手が届かないというのが現実のような気がするので、そこをどうやっていくのか。
- ・ 地域の医療介護連携センターを作った際、在宅医療の現場にそういう場所があるので、そこをどうやって把握しようかということが大きな課題としてスタートしたが、相変わらずわからないまま現状が進んでいる。
- ・ そこを行政と協力しながら、きっちり評価できるような方向を考えたい。その上で皆さんがいろいろなことを見た上で判断して、将来評価するといったことが是非必要だと思うので、我々も頑張りたい。

(部会長)

- ・ アドバイザーから医療 DX も含めてそのあたりお願いしたい。

(アドバイザー)

- ・ 各先生方の各病院の未来像を見ると、機能の分化・明確化を先生方のところではきちっと持っている。それをどう全体のバランスを取っていくか、そこがDXや他の区域外のところとの連携や、そういったところで具体化していくことが大事ではないかと思う。
- ・ やはり高齢者が増えていったときに、15年ぐらい前の時には独居老人と老夫婦のみが各10%として100軒のうち20軒ぐらいだったが、今は40軒になっている。そういった人たちが通えるうちはいいが通えなくなったときどうなのか。日本医師会でも、医療も何もかからずに在宅で死んでしまう人たちがどのぐらいいるかといった数字が出てこない。
- ・ そういった見えてこない人たちを地域の開業医や施設が頑張って、急性期が必要なときに病院と連携をしていくことが必要になってくると思う。
- ・ 今日の話でも総論をどうするのかとあったが、各論は各論で皆さん持っているので、ディスカッションを、市町村が主体となって県はまとめるので、地域の先生と行政がしっかり連携していくことが大事だと思う。

(部会長)

- ・ いただいた意見をもとに必要に応じて国へ追加分析等を求めていきたいと思う。

(委員)

- ・ 将来的に入院患者数は増えるといわれているが、これまでのトレンドを見ると病床利用率の推移は、一般病床も療養病床も右肩下がりに下がっている。これは新たな地域医療構想会議の資料でも明らかになっている。
- ・ 示されたデータでは入院患者数は増え、入院の需要が増えると言っているが、現実的には入院患者数は減っていることに関して、その理由についての何かコメントがあるべきである。
- ・ サ高住等の施設数に関しても、もうすでに国の新たな地域医療構想会議において全国のデータが示されている。伊勢崎市におけるサ高住などの在宅療養病床数や慢性期医療の病床数の推移というのも、調べようと思えば調べられるのではないか。これから需要が増すと想定される在宅系のデータを出してもらうことが議論の種になる。これらのデータが国レベルの委員会で報告されているので、群馬県のデータだけ取り出すことは可能と思われ、資料として出していただければより議論が活発になるのではないか。

(部会長)

- ・ 県の方にまとめていただいて、追加分析等を要請していきたい。
- ・ これからのスケジュールは、先ほど言ったように、今日の意見をまとめて国の方に追加分析をお願いできるものは「何があるか」ということをまとめていきたい。
- ・ 本日は、国の分析についてご意見をいただきましたが、今後のスケジュールについていかがでしょうか。事務局より何か提案ありますでしょうか。

(オブザーバー)

- ・ 2025 年が終わらないうちに次の新たな地域医療構想ができて 4 分割になったが、資料 2 の 1 ページにあるように「地域の病院間の連携強化役割分担を進める必要」をしなければいけないのか、しなくてもいいのか、していかないとまずいのか。
- ・ 視点②で「かかりつけ医と連携し」とあり、次の新たな地域医療構想の高齢者救急や在宅医療のサポートが始まる。先が見えているように書いてあるが、その辺をきちんと今のうちにやっていったらどうでしょうかという、そういうニュアンスである。
- ・ 「高度な医療や救急～」は、若者世代や 65 歳以下の人たちが減るため、いわゆる実際当院のようにやはり手術するような患者が減って行くわけである。そうすると、高度医療機器等もかなり持ち出しになり、いくら公立病院といっても経営がおぼつかなくなる。その辺は、当院はどちらかというと治して送る機能なので、やはり送られるところの患者が少なければ困るわけなので、お互いの連動性はある。
- ・ 当院は歴史がある病院なので老健や訪問看護等を設けているが、これは急性期か、要するに急性期かと言われた場合に、急性期ではない。その辺りは急性期に特化するために会議を開催したりすると、同時にこちらで急性期に特化するための手段としてどちらかという先細りにしようということになる。
- ・ それぞれの面がそういうふうに努力して、みんな痛みは伴うと思うがやはりこの地域の患者のためにどう医療をやっていくか、或いはそういう地域包括ケアの介護シードも含めてやっていくのかということ、真剣に考えないとまずい時期に来ている。うちの病院は大丈夫だと考えた場合に、おそらくギリ貧になっていく可能性があるのではないかな。だから公立だから大丈夫だろうというものはない。
- ・ やはり痛みを伴った改革は必要なので、どうしても次の新たな地域医療構想で確認して、あと 2 年半でうちはモデル地区になったので、ぜひみんなで努力したい。モデル地区なら同じような形態で成功すればモデル地区になるわけである。ただ、モデル地区をもらっただけでずっと続けた場合には、何も決まっていけない。

(部会長)

- ・ ありがとうございます。その方向でいきたいと思う。

4 報告事項等

○報告事項なし

5 閉会