

## 第2回尾張北部構想区域地域医療構想推進委員会 議事概要

### 1 日 時

平成30年3月8日（木） 午後2時から3時46分まで

### 2 会 場

春日井保健所講堂

### 3 出席した委員等

春日井市医師会長、小牧市医師会長、尾北医師会副会長、岩倉市医師会長、春日井市歯科医師会長、小牧市歯科医師会長、尾北歯科医師会長、犬山扶桑歯科医師会長、春日井市薬剤師会長、小牧市薬剤師会長、尾北薬剤師会理事、春日井市民病院長、小牧市民病院副院長、厚生連江南厚生病院事務部長、名古屋徳洲会総合病院長、東海記念病理事長、総合犬山中央病院副院長、さくら総合病院長、コロニー中央病院長、小牧市民病院副看護局長、中部電力健康保険組合事務長、全国健康保険協会愛知支部長、愛知県国民健康保険団体連合会保健事業課主任専門員、春日井市健康推進課長、犬山市健康推進課課長補佐、江南市健康づくり課長、小牧市保健センター長、岩倉市健康課長、大口町健康生きがい課課長補佐

### 4 傍聴者

4名

### 5 会議の内容

#### (1) 開 会

あいさつ（春日井保健所 木村所長）

#### (2) 会議の公開・非公開について

開催要領第5条第1項の規定に基づき公開とした。

#### (3) 傍聴者の確認

傍聴者 4名

#### (4) 委員長選出

委員の互選により、小牧市医師会 後藤会長が選出された。

#### (5) 議事

##### ① 議題

ア 救急医療等を担う中心的な医療機関における地域医療構想を踏まえた役割について

資料1により、医療福祉計画課久野課長補佐が説明。

<質疑応答>

##### 【小牧市医師会后藤会長（委員長）】

資料1-3によると、名古屋徳洲会総合病院は、慢性期の50床を、急性期へ転換することを予定しているようだが、このことについて、御発言があればよろしく願います。

**【名古屋徳洲会総合病院前田院長】**

当院は4年前に移転したが、その後当院の急性期医療の需要は徐々に増加し、昨年から350床に近い形で急性期医療が行われるようになってきている。例えば、救急車の搬送件数、紹介患者、外来患者、それに伴う入院患者の増加、手術件数の増加など、我々の病院の環境は、急性期医療の需要が高まっている中に置かれていると実感している。

6年先、10年先を考えたり、急性期医療の需要が10年先は今と比べたらどうかと言われるとおそらく減るのだろうと思うが、現時点で直面している急性期医療の需要に対して対応するためには、現在の療養病床の機能を一般急性期に転換して、急性期の医療をしっかりと行い、できるだけ医療の質を高めて、早く回復期や慢性期の病棟へと、より地域での連携を強くする。当院は春日井市の東部にあるが、当院の置かれている地域の医療をより効率的に行っていくためには、当面、療養病棟を一般病棟に転換してやっていきたいと考えている。

昨日もいろいろな資料をみたが、10年先に本当にこれが必要かと言われると、これは別の問題かもしれない。おそらく、そのときになるとまた対応しないといけないかもしれないと思っている。現時点、あるいは近い将来を考えると、一般病床にさせていただきやっていきたいと考えている。

**【春日井市民病院渡邊院長】**

尾張北部の診療圏域の中の入院病床を持つ病院と有床診療所の集まった連絡協議会を昨年から開催しており、尾張北部診療圏の中で高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床の立上げを協議している。徳洲会の意見はよく理解できるが、尾張北部の診療圏の連絡協議会でみんなの意見を聞かないと診療圏の全体のバランスもあるので、それは今日伺ったということとする。有床診療所の取扱いについても、新たに基準病床数も示されるので、そのための会議を5月に企画おり、出席していただいて、地域の病院に説明してほしい。

イ 新公立病院改革プラン及び公的医療機関等2025プランについて

該当病院のプラン（参考資料7、8、9、10）を配布。

また、その抜粋である資料2-1、2-2、3-1、3-2も配布。

<該当病院からの補足説明>

**【春日井市民病院渡邊院長】**

春日井市が平成25年に「春日井市健康づくり及び地域医療の確保に関する基本条例」を制定し、その中で市民病院の責務は、「地域医療における基幹的な医療機関として、急性期の医療及び高度で専門的な医療を担うとともに、地域における医療水準の維持及び向上を図るものとする」と規定されている。そのような関係で、我々の病院としては、31万人の春日井市民が安全安心に医療が受けられるよう、また、病診連携、病院同士の病病連携を通じて、地域内において、シームレスな医療提供体制を発展させていくことが一番大事だと思ってい

る。

現時点で、地域の医師会の先生方からの紹介率が 80 パーセントを超え、逆紹介率は 95 パーセントを超えている。さらに救急車の搬送台数は、年間 9,000 台を超えており、この地域の救急医療の重要な役割を果たしているのではないかと考えている。現在は高度急性期と一般の急性期の二つの病床だけを申請している。高度急性期は外科系と心臓の循環器系で、一般の急性期はその他の病棟だが、病気というものは、最初の 1 週間、2 週間が山で、その後ゆっくりと回復していくものなので、当院にも回復期、慢性期の患者がいないわけではない。ただ、その患者たちがみな上手に後方の支援病院へ移っていけるわけではなく、様々な合併症があるために、なかなか転院できない方もいる。そういうことを勘案しても、我々としては今後も急性期、高度急性期としてやっていくつもりである。

がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の 5 疾病、災害、救急、小児、へき地、周産期の 5 事業で、当院は、5 事業のうち、へき地と周産期の指定は受けていないが、救急、災害、小児の 3 事業については、今後も一生懸命やっっていこうと考えている。

病床数は、将来的に削減が必要となるかもしれない。現時点での病床稼働率は 84 パーセント程度である。ところが、一般の方に知っていただきたいが、病床稼働率が 90 パーセントを超えると、男性と女性を上手く入院させるのに大変苦労し、入院困難な状況になる。84 パーセント或いは 85 パーセントという数字は大変妥当な数字だと思っている。

それともう一つ、この 1 月と 2 月に救急隊からの悲鳴が聞こえている。この尾張北部の診療圏と公立陶生病院がすべて満床になっており、救急隊が応需不能の状態になっている状況であった。このような瞬間風速を考えると、決して病床を今の段階で削減できるとは思えないと考えている。

これが春日井市民病院の公立病院の改革プランであり、当面のところ、当院としては経営状態も過去 7 年間ずっと黒字であり、統廃合は全く考えていないし、春日井市の基幹病院として今後も急性期機能を担っていくつもりである。

#### 【小牧市民病院谷口院長】

当院は、救急医療とがん診療、それらを支える高次医療を三本柱としており、尾張北部医療圏で急性期医療を提供している中核病院である。救命救急センター、がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、災害拠点病院等の指定を受けるとともに、急性期医療を提供する DPC 病院の区分においては、大学病院本院に次ぐレベルの医療機関として医療機関群 2 群、これは平成 30 年度から DPC 特定病院群に変わるが、その適用を平成 24 年から継続して受けており、客観的な診療データからも高次医療を提供する病院であると評価されている。

現在、平成 31 年 5 月の開院に向けて新病院を建設中であり、その際には、救急医療、がん医療等のレベルアップを図るために手術室の増設や新規医療機器

の導入を進めながら、診療機能をさらに充実させていく予定である。

当医療圏の総人口は減少傾向にあるものの、高齢者の割合は高くなるので、がんだけではなく、脳卒中や心筋梗塞などの救急疾患に罹患する患者の数は、今後しばらくは増加することが予想されており、その備えが必要となる。当院は病床の利用率が80パーセント台の前半ぐらいである。また、今後さらに地域の医療機関との役割分担や連携を推進していくことで、入院患者数は今よりは増えない可能性があるのではないかとこのことを考え、新病院の病床数は、現在の558床から520床に38床減らす計画としている。

当医療圏の人口は約73万人、小牧市は15万人の人口を擁しており、そこに三つの公立・公的病院である春日井市民病院、厚生連江南病院、そして小牧市民病院がそれぞれの地域の中核病院として機能している。500床以上の病床を確保しつつ、80パーセント以上の病床利用率を維持していることから、再編や統合の措置は必要ないと考えている。

当院は今後とも、地域医療支援病院として、地域の医療機関との役割分担、連携をさらに進め、地域包括ケアシステムの中で機能する急性期病院を目指すことになると思う。

救急医療、がん診療、周産期、小児医療の指定を受けているが、急性期医療を必要とする患者のスムーズな受入れから、高度で質の高い医療の提供、更には回復期の病院や在宅につながる体制を整備、充実させながら、尾張北部医療圏の高度急性期、急性期医療における役割を果していきたいと考えている。

#### 【厚生連江南厚生病院朱宮事務部長】

江南厚生病院は江南市にあった愛知県厚生連の中規模の2病院が、老朽化と狭隘化がかなりひどくなっていること、診療機能的に古くなってきており、そのままでは医師や看護師等から魅力がない病院になってしまうこと、また、患者からも見放されてしまうのではないかとこの危惧もあったので、尾張北部医療圏北部地域で高度急性期医療を提供し続けるために、移転・統合し、684床の現在の規模で運営している。

開院時より、医療機能の向上、医療の質の向上、そして医療安全に努め、高度急性期、急性期を中心とした医療を提供している。今後も地域の住民が安心して生活できるように現在の高度急性期と急性期を中心とした医療の継続を基本として、救急医療を充実し、高度専門医療を提供する体制整備を進めるとともに、地域の医療機関等との連携を強化する所存である。

現在当院は、救命救急センター、地域周産期母子医療センター、災害拠点病院等の指定を受けている。また今年度、念願であった放射線科の治療医が赴任し、体制が整ったので、先日、愛知県がん診療拠点病院の申請をした。DPCの医療機関群については、診療報酬改定に伴い、4月から特定病院群の指定を受けることができた。これは診療データからも高度専門医療を提供していることが認められたものだと思っている。

入院機能については、当院は、肺炎、がん、急性心筋梗塞、狭心症、脳卒中、骨折等、急性期から専門的な医療が必要な患者を多く受け入れている。高齢化に伴い、これらの患者が今後も増加すると思っている。春日井市民病院や小牧市民病院がそれぞれの地域で基幹病院としての機能を果たしているので、当院においても尾張北部医療圏北部地域において、基幹病院として、急性期や救急、高度専門医療を積極的に行う病院として、現状の病床数と病床機能は変更せず、機能していきたいと考えている。

平成28年度の診療実績としては、新入院の患者は増加傾向で、28年度の実績で1万6,500人ほど、病床利用率は少し高くなっており92.6パーセントである。これは在院日数が12.4日で長いことも影響していると思う。手術件数が5,700件ほどで、そのうちの43パーセントが全麻患者、分娩が667件、時間外の救急車の件数が7,000件弱で、そのうちの40パーセントほどが入院している。今後は、地域の医療機関との役割分担と連携を進め、入退院支援の強化やクリニカルパスの活用により、在院日数を短くすることで、増加する急性期の患者に対応していきたい。

疾病構造が変化していくので、必要に応じて、今割り振っている診療科ごとの病床数の見直し等を検討する必要があると思っており、認知症等も増えていくので、神経内科等の必要な診療科を充実させ、診療機能を確保していく必要があると思っている。

#### 【コロニー中央病院吉田院長】

当院は、心身に発達障害のある人を対象に、生後間もない小児期から成人期以降に至るまでの医療を展開しているが、いわゆる小児病院とも違うし、一般の急性期病院とも違う性格を有している。また、県立の病院で、対象患者も県内の発達障害医療を必要とする人を対象としているので、地域医療構想と、今後どのように連携していくかは常に考えているところである。

当院は病棟に大きく三つの柱があり、機能では急性期と分けられているが、その内容は、一般の身体系と精神病床で、かなりの分を抱えているということが特徴である。また、医療型障害児入所施設のこぼと学園を、こぼと病棟として中央病院の中に組み入れて一緒に診ているので、稼働病床数は240床とされているが、この重心施設で120となっている。それ以外としての120床は、25床が精神病床で残りの95床が内科系・外科系の病床である。在院日数は、この95床は10数日で急性期病院なみであるが、診療内容が、発達障害医療に特化している所以、一般のいわゆる急性期病院の診療内容とはかなり性格を異にしている。

コロニー中央病院は以上のとおりであるが、間もなく条例が可決されれば、新しく医療療育総合センター（仮称）として表に出てくることになる。医療療育総合センターの中の医療部門として、リニューアルする予定である、センターとしては、267床の病院を考えている。内訳は、重心病棟が現在と同じく120

床、それ以外の 147 床がいわゆる急性期と称されるが、中身をみると精神病棟が 58 床になる。したがって、147 床が 89 床と 58 床に分かれる。58 床というのは、現在の精神病床が 25 床なので 33 床新たに増えるわけだが、増える分は、大府のあいち小児保健医療総合センターから心療科部門をコロニーに移管して愛知県の拠点センターとして発達障害の医療を一手に担うというコンセプトで、25 床プラス 33 床で 58 床となる。

これは、いずれも精神病床として、25 床が閉鎖病棟、33 床が開放病棟として、合わせて 58 床を予定している。残りの 89 床は、44 床の外科系と 45 床の内科系で、小児期の外科疾患や小児期に発症した重症心身障害、先天異常の人の入院機能を担うことを想定している。以上のような新しい医療療育総合センターが、現在の予定では、来年の今頃、平成 30 年度末ということで考えているので、3 月ぐらいにグランドオープンを目指して今工事が進んでいるところである。

このような中で、当院が小児期から成人期にいたるまで、障害のある人を診ると言っているが、ご承知のとおり昨今の医療事情から考えると、すべてコロニー中央病院で診られるわけではないという厳しい現実がある。特に成人期以降の障害のある人をどのように診ていくかということは、御出席の先生方や数多くの病院との連携なくしては、障害のある人のライフステージを通じた医療のケアはできないので、今後とも皆様と連絡をとりながら、御協力をいただきながら運営していきたい。

#### < 質疑応答 >

##### 【さくら総合病院小林院長】

先ほど話があったが、高度急性期、急性期を対象としていても、合併症等があり、他の病院に移れない患者もいる。全くそのとおりであるが、先ほど、江南厚生病院の在院日数が長めで稼働率が 9 割を超えているということだったが、公的病院がこれでは困るわけである。

一般市民からの印象は、小牧市民病院、江南厚生病院、春日井市民病院に入院すると、短くしか入院させてくれないというようになっていかないといけない。2 週間でも 3 週間でも入院させてもらえるというイメージを一般市民に持たれてしまうと、後方支援病院へ転院するのを嫌がってしまう。公立・公的病院がとにかく短い日数で退院させることを徹底することが、おそらく 3 次救急であり高度急性期を担う病院が本当にその役割を果たすためのポイントになると思う。

その中で、後方支援にあたる 2 次の病院が、ポストアキュートをケアするという図式をきちっと作っていないと、結局、転院してくる患者は嫌々となってしまう。本当は小牧市民病院や春日井市民病院で診てもらいたいと思っている人が、1 か月を過ぎ 2 か月になるから追い出されたという言い方をする。そうではなく、この地域だけでも、本来はもっと早く退院するという、あるべき姿に早く持っていかないといけないと思う。小牧市民病院が、新しい病院にな

るときに病床が減るとのことである。これはおそらくこの先のことを考えての決断だと思うが、超急性期医療というのは、在院日数を短くして、どんどん退院させていかないといけない。その代わりに、回転をよくして、そこでしかできない医療をどんどん推進していくという流れを、春日井市民病院も江南厚生病院もそういうスタンスを市民に対して発信していかないと、嫌々転院してくる患者がボツボツ文句を言いながらこちらに来るという凶式になってしまう。そうではなく、超急性期というのは1週間や10日しか診てもらえない。その後は、総合犬山中央病院、さくら総合病院、東海記念病院というのが一般市民に対して当たり前にならないといけない。これをぜひ推進していただきたい。

**【春日井市民病院渡邊院長】**

小林先生の御指摘はもつともなところもあり、高度急性期を担う病院も、入院支援の促進をとということで、これは今回の診療報酬改定の大きな目玉になっているが、どこの病院も、今まで退院促進の支援だけだったが、入院のときから入退院促進ということで支援していくので、それぞれの病院が持つ機能がもう少し地域住民に今後分かってもらえるのではないかと期待しているし、先生方の気持ちもよく理解しながら、我々3病院が頑張っていないといけないと思う。

**【小牧市民病院谷口院長】**

言われるとおりだと思う。これはいろいろなところが関わらないといけないことである。自院ではこれまで入院してから退院に向けて動き出していたが、急性期から次の回復期へ移るにあたってのリハビリを始める時期やその内容については改善の余地があり、より早くリハビリの病院等へ移っていただけるような体制を整えなければならない。また、受入側としても、なかなかスムーズな移行が難しい段階があって、むしろ我々の病院で移るのを待っていただくから移るといって患者もまだ多いので、その辺りは受入側の先生方にももう少し努力していただきたい。

最終的には、地域の方がこのようなことが普通だと認識して受け入れていただく形にしていかないといけないと思う。いろいろな方面で努力をする必要があるかと思う。

**【江南厚生病院朱宮事務部長】**

当院についても、退院支援等に取り組んでいるが、DPCデータで60歳以上の患者が58パーセントぐらい入院しており、なかなか調整に難航しているというのが事実である。

平均在院日数については、緩和ケア病棟が長くなっているということもあり、少し伸びているという状況である、これからも入院からの取組の強化を通して、なるべく早い退院を目指していきたいのでよろしくお願いします。

ウ 非稼働病床の現状について

資料 4 により、医療福祉計画課久野課長補佐が説明

<質疑応答>

【春日井市民病院渡邊院長】

尾張北部医療圏は病床不足地域から、病床過剰地域に変わったが、有床診療所の数が基準病床数にカウントされているか、されていないのか。明確な回答をお願いします。

【医療福祉計画課久野課長補佐】

入っているか入っていないかは、調べてみなければ分からない。

【春日井市民病院渡邊院長】

それが明確でなければ議論にならない。それを明確にしてほしいし、病院協会から漏れ聞いたところによると、事業承継のための非稼働病床の再開に関しては、病院連絡協議会又は地域医療構想推進委員会の議決をみないとだめだとなっていると聞いたが、どうなのか。先ほど示した参考資料はあくまでも病棟と記載されているので、病院が対象であるのか。有床診療所の文言ではない。これをどうするのか。県として何か考えはあるのか。

【医療福祉計画課久野課長補佐】

今回、病床機能報告をベースとして調査をしている。病床機能報告は、病院については病棟単位での報告となっている。一方、有床診療所については、報告上は 1 診療所を 1 病棟とみなして報告することとなっている。したがって、有床診療所だから非稼働病床を全く議論しないという考え方は今のところ県としてはない。あくまでも非稼働病床を有する医療機関ということで議論を進めていきたいと考えている。

## ② 報告事項

ア 平成 30 年度回復期病床整備費補助金について

資料 5 により、医療福祉計画課久野課長補佐が説明。

<質疑応答>

【東海記念病院岡山理事長】

設備費ではないが補助金について聞きたい。来年度から減床すると補助金が出るという話が出ているそうだが、分かったら教えてほしい。

【医療福祉計画課久野課長補佐】（確認済）

基金事業については、毎年度計画を策定し、国との協議を経て事業内容を決



定している。現状、本県の計画には減床する場合に補助金を出すという制度はない。只今の委員の御質問については、おそらく国が基金の活用の際して発出している通知の中で、基金事業の区分1「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」の例として示している、将来の病床機能の分化・連携に伴って病床削減することに伴う改修費、工事費も対象になるという記載のことであると思われる。ただし、現時点では、愛知県では事業化は行っていない。

イ 今後の地域医療構想推進委員会の進め方について

資料6により、医療福祉計画課久野課長補佐が説明

<質疑応答>

なし

## 6 その他

### 【春日井保健所鈴木課長補佐】

病床整備計画について報告させていただく。今年度の病床整備計画の公募期間中の8月14日から9月1日までに、2件の病床整備計画書の提出があった。この計画に対しては、皆様方から、本県域での回復期の病床が不足している状況は認められないこと、看護師等のスタッフの確保等に混乱が生じる恐れがあるなどの不安があること、などの意見が出された。この後、この意見を記載した本圏域の病床整備計画書を県の医療福祉計画課へ提出した。

11月6日開催の愛知県医療審議会医療体制部会、11月29日開催の愛知県医療審議会において整備計画が審議され、本委員会の意見を尊重するという事となった。この結果を受けて、保健所から計画者に対して、計画した病床整備計画は認められない旨を伝えた。病床整備計画については、現在このような状況である。

また、病床整備の判断の根拠となる30年度からの基準病床数が、2月14日開催の愛知県医療審議会医療体制部会において示された。この中で、当圏域の基準病床数は、従来の5,412床から687床減床の4,725床となっている。この数値の算定は、国の示した算定式を利用しているが、この主な変動要因等については、算定した愛知県医療福祉計画課から説明させていただく。

### 【医療福祉計画課久野課長補佐】

基準病床数については、医療法施行規則に定められた計算式によって全国統一の算定式で計算されるものであるが、今回、国が定める算定式が改正されたため、前回の数値と単純比較することができない状況である。また、基準病床の算定に関しては、性別・年齢階級別人口や療養病床入院受療率、平均在院日数など様々な要因が複合的に重なって計算されているので、単純に「変動要因はこれ」という説明ができないので御理解いただきたい。

考えられる主な要因としては、一般病床と療養病床とでは算定式が別になっている。今回算定式が改正されたと説明したが、療養病床の算定式が大きく変わっている。従来は、療養病床と介護施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設）を同じ枠の中で考えて算出していた。入院・入所需要率を人口にかけたものから介護施設で対応可能な数を引いて算出していたが、平成 30 年度からは介護施設が切り離されて、療養病床の入院患者から算定することとされている。

療養病床の入院受療率を使うということで計算式が大きく異なっているので単純比較はできない状況である。当然、介護施設が減っているのも、それだけで数が大きく変動している。更に、今まで介護施設で対応可能な数を引いていたが、在宅医療等で対応可能な数を引くことになった。地域医療構想を策定した際に、平成 37 年に見込まれる必要な病床数を算定する際に、現状の療養病床で比較的医療需要度の低い方は在宅医療等で対応する、一定数は在宅医療に移行する前提で算定しているため、考え方の整合性をとる形で国が計算式を改正している。以上により、具体的に個別要因を取り上げて単純比較することはできないが、算定に用いる数字値自体が変わっているのも、病床数が大きく変わっているのではないかと推測している。

また、一般病床については、計算式そのものの変更はないが、使用する国の告示の係数が変わっており、その影響があるのではないかと推測している。まず、一般病床で使う平均在院日数だが、国告示の数字を使っているが、前は 14.8 日という数字を使っていたが、30 年度からの基準病床数算定では 13.4 日で、1 割ほど短縮されている。

この数値を性別・年齢階級別人口にかけるので、数字が少なくなれば当然算出される数字も小さくなるので、まず 1 割程度平均在院日数が少なくなったところによる影響が大きかったのではないかと考えている。また、病床数を算定する際に、病床利用率で割り戻す作業をしている。この病床利用率も現行使用している率より高くなっているのも、高くなればなるほど基準病床数が少なくなる。こちらも基準病床数が前回に比べて少なくなっている要因となっているのではないかと考えている。

なお、病床利用率については、従来は国の告示の数字を一律に使うこととなっていたが、今回の改正により、地域医療構想との整合性という観点もあろうかと思うが、国告示の利用率を下限値とし、各都道府県が病床利用率を定めることとされた。本県としては、各医療圏の実態に合わせるということで平成 28 年の病院報告で公表されている各医療圏の病床利用率を適用することとしている。ちなみに尾張北部医療圏については、一般病床が 78.3、療養病床については 91.4 という数字を使用している。

**【小牧市医師会後藤会長（委員長）】**

ここの医療圏では、1 月 2 月はどこも満床で救急隊がどうしようもなかったと

いう話があった。そうすると将来、当医療圏の病院が全部満床であった場合、重症な患者がどうすればよいのか。

**【医療福祉計画課久野課長補佐】**

基準病床制度の趣旨は、全国一律、どこの地域、都道府県に住んでいても、一定水準以上の医療を提供できる体制を確保する、東京都等の都市部に病床が集中しないよということ全国統一の算定式を使い、全国同じ診療水準を維持するということ定められている。あくまでも病床整備の上限値として設定させていただくものである。

基準病床数制度は、基準病床数を既存病床数が上回っていたら、基準病床数まで病床を削減しなければいけない制度ではない。あくまでもその地域で計画期間内に一定水準以上の医療を提供できる体制をとるための基準であるので、既存の医療機関の病床を効率的に活用していただく、既存の医療提供体制の中でどのように連携して患者に対応していくのかについて検討いただければと思う。