

平成29年度第1回 湘南東部保健医療福祉推進会議

平成29年8月4日（金）

藤沢市保健所 3階研修室

開 会

（事務局）

それでは、定刻となりましたので、ただいまから第1回湘南東部地区保健医療福祉推進会議を開催いたします。

本日、進行を務めます神奈川県医療課地域包括ケアグループの加藤と申します。よろしくお願いいたします。

会議に先立ちまして、神奈川県医療課長、足立原よりごあいさつ申し上げます。

（事務局）

皆さん、こんばんは。神奈川県医療課長の足立原と申します。本日は大変お忙しい中、また、遅い時刻にもかかわらず、この第1回湘南東部地区保健医療福祉推進会議にお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。また、昨年度、おかげさまで地域医療構想を神奈川県として策定することができました。策定に当たりまして皆様、本当にさまざまなお知恵を貸していただきまして、まことにありがとうございます。改めて御礼申し上げます。

さて、今回、平成29年度1回目の湘南東部地区の保健医療福祉推進会議でございますけれども、昨年度この地域医療構想をつくるために、地域医療構想調整会議をやらせていただきました。昨年度のその会議の中で、今後それを推進していくために、通常やっております保健医療福祉推進会議に地域医療構想調整部会を統合することとなり、今回、統合された会議としては1回目でございます。また、事務局につきましても、ご案内のとおり昨年までは神奈川県の茅ヶ崎保健福祉事務所が中心となって事務局をやっておりました。今年度から茅ヶ崎市のほうに保健医療事務が移管されたということで、この広域的なことを担うこの会議につきましては神奈川県庁の医療課のほうで事務局を担わせていただくということになっております。また引き続き、よろしくお願いいたします。

さて、今年度のご案内のとおり保健医療計画の5年ぶりの改定でございます、第7次の計画でございます。来年度からの計画で、今回は6年間という計画です。3年ごとの介護保険計画の改定に合わせてということで従来の5年間から6年間に、若干期間が延びる計画でございますが、できるだけやわらかい段階からこの地域の会議に諮らせていただきまして、皆様の忌憚のないご意見をやわらかい段階からいただきたいと考えております。どうぞ短い時間ではございますが、闊達なご意見をいただきますようによろしくご願

たします。

(事務局)

本会議につきましては、先に委員の改選がございました。改選後、初めての会議となります。改選後の委員の皆様につきましては、お手元の議員名簿をごらんください。今回から新たに委員になられた方につきましては、ご紹介をさせていただきます。

まず、茅ヶ崎歯科医師会、松井委員でございます。

神奈川県高齢者福祉施設協議会藤沢地区連絡会の鈴木委員でございます。

神奈川県高齢者福祉施設協議会茅ヶ崎寒川地区連絡会の小林委員でございます。

神奈川県看護協会湘南支部、本谷委員でございます。

藤沢市保健所、阿南委員でございます。

茅ヶ崎市保健所、南出委員でございます。

神奈川県医師会、小松委員につきましては、本日代理で篠原様にご出席をいただいております。

藤沢市健康福祉局の片山委員、茅ヶ崎市福祉部の熊澤委員につきましては、本日ご欠席のご連絡をいただいております。このほか、健康保険組合連合会の山本委員につきましてもご欠席のご連絡をいただいております。よろしく願いいたします。

次に、会議の公開について確認をさせていただきます。本日の会議につきましては公開とさせていただきます。開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方が7名見えております。

なお、審議速報及び会議記録については、発言者の氏名を記載した上で公開とさせていただきます。よろしく願いいたします。

本日の資料につきましては机上にお配りしております。何かございましたら、会議中もご連絡をください。

次に、会長、副会長を選出させていただきたいと思っております。湘南東部地区保健医療福祉推進協議会設置要綱によりまして、会長及び副会長は委員の互選ということになっております。どなたか、ご推薦をいただけないでしょうか。では、事務局といたしまして、改選前までに引き続きまして、藤沢市医師会の鈴木委員を会長に、また、茅ヶ崎医師会の丸山委員を副会長に推薦させていただきたいと思っております。いかがでしょうか。

(拍手)

(事務局)

丸山委員につきましては、まだ到着はしていませんのでけれども、着き次第、副会長の席に着いていただくこととさせていただきます。

それでは、会長席へのご移動をお願いできますでしょうか。

それでは、以後の議事の進行につきまして、鈴木会長、よろしく願いいたします。

(鈴木会長)

鈴木でございます。藤沢の医師会の会長を務めております。丸山会長はちょっと遅れるようですので、進めさせていただきます。

それでは、まず最初に第7回の会議の議事概要について、事務局の報告をお願いいたします。

(事務局)

神奈川県医療課の鈴木と申します。よろしくお願いいたします。恐縮ですが、座ってご説明させていただきます。

私からは、資料1、資料2についてご説明させていただきます。まず、前回の報告に先立ちまして、資料1で年間スケジュールについてご確認をお願いしたいと思います。上の段が、県の保健医療計画推進会議のスケジュール、下の太枠で囲ったほうが地区の保健医療福祉推進会議、地域医療構想調整会議のスケジュールになります。8月の第1回のところの太枠で囲った部分が、今回お集まりいただいてご議論いただく部分になります。医療計画改定の関係としてはデータ共有や地域医療構想の地域版の見直しの方針などについて、ご説明させていただきたいと思っております。また、病床許可の事前協議につきましても、今回、対応方針についてご検討いただくことになっております。今後、第2回は9月から10月にかけての期間で、基金の活用事業の検討や、計画改定のたたき台の検討をしていただくことになります。また3回目、12月から1月の間で、保健医療計画の素案のご検討と、事前協議を行う場合にはその関係の審査をいただくことになっております。

続きまして、資料2で、第7回、前回3月に開催しました会議の概要についてご報告させていただきます。こちらの地区では、推進会議の地域医療構想調整部会として3月に開催させていただいた会議の概要になります。議事の内容としましては、まず、県の保健医療計画の改定についてのご報告、それから、地域医療構想策定後の地域医療構想調整会議の運営方法、それから、病床整備に関する事前協議の方針についてご議論いただきました。地域別の主な意見を記載させていただいておりますけれども、湘南東部では、病床整備の進め方につきまして、会議の意向を尊重してほしいというご意見、あるいはワーキンググループについての議題もございまして、病床機能分化のワーキンググループや地域包括ケアのワーキンググループ、人材確保のワーキンググループなどが必要ではないかというご意見をいただいております。

裏面に移りまして4番のところ、その他の前回出ました主な意見を記載させていただいているところでございます。

私からの説明は以上でございます。

(鈴木会長)

ありがとうございます。今は、資料2までですね。第7回会議の概要などを含めて何かご質問とかございますでしょうか。よろしいですか。では、また何か思い出すことがありましたら、途中で言っていただいても結構ですので、よろしくお願いいたします。

議 題

(1) 湘南東部地域の現状分析

(鈴木会長)

引き続きまして、それでは議題1です。湘南東部地域の現状の分析ということでよろしいですか。では、事務局の説明を求めます。よろしくお願いいたします。

(事務局)

それでは引き続き、鈴木の方からご説明をさせていただきます。

まず、資料3-1、資料3-2、それから資料4、資料5をご説明させていただきますが、資料3-2は、資料3-1のバックデータとなっておりますので、説明は3-1を中心にさせていただきます、3-2のほうは、また後ほどごらんいただければと思います。

昨年度、地域でもいろいろ検討いただいて地域医療構想を策定しましたが、その際は平成25年度ぐらいのデータをもとにして策定を進めておりました。その後、平成26年度のデータ、27年度のデータなどが出てまいりましたので、今回改めて、構想策定後の状況を分析というか確認をさせていただいて、この地域の現状について改めてご報告をさせていただくものになります。

資料3-1の湘南東部地域の現状(まとめと論点)は、3-2を抜粋してまとめたものになります。主なものだけご説明させていただきますが、まず基本的事項としまして、入院患者の推計です。人口自体は年々減少してまいりますが、65歳以上の高齢者は年々増加で、2015年比で2025年は1.1倍に、2040年には1.31倍、75歳以上に限っていいますと2025年は1.46倍、2040年は1.54倍という伸び方になっております。疾患別ですと、循環器、呼吸器系の増加率が高いということが見受けられます。

それから、介護施設の整備状況でございますけれども、特養の整備は比較的、順調に進んでいる状況になっております。それから、伸びが大きいのがサービス付き高齢者住宅棟の整備数の伸びが非常に大きくなっているという状況になっております。

続きまして、病床数の状況ですが、これは病床機能報告、後ほど資料4のほうでまたご説明しますけれども、病床機能報告の結果からいいますと、27年度、昨年度と比較しますと、病床機能別の傾向に大きな変動はございません。2025年の必要病床数の推計数字と比較しますと、急性期の区分が約400床の過剰になっていて、回復期の部分は約900床不足、総数では2025年の推計と比べると約500床不足しているという状況になっております。今回の病床機能報告を見る限り、高度急性期と慢性期は大体充足というか、とんとんぐらいという状況になっております。

続きまして、入院基本料のところ、一般病床、7対1・10対1のところ、すみま

せん、ここだけちょっと資料3-2のほうの13ページをごらんいただければと思います。ほかのすべての疾患も同じように、資料3-2において、自己完結率について、26年度のデータで再度分析させていただいております。いずれも地域医療構想の策定時と大きな変動、傾向の変化はございません。一般病床でいいますと自己完結率は、地域圏域内の自己完結率79.9%です。流出入は、湘南東部の横の列、患者さんの数の合計と、縦の列、医療機関での数とが、1万4,000人台と大体同じぐらいになっておりますので、流出と流入はほぼ同等ということで、流出入拮抗と書かせていただいております。

資料3-2の16ページに、レセプト出現比の数字がございます。基本的に全国的な平均値と比べてこの圏域がどうか、レセプトの出現率がどうかというのを、国から提供されているデータをもとに示しているものでございます。太い線になっている100のところ为全国平均値ということになります。出現比は全体的に全国平均から低くなっております。

資料3-1に戻っていただきまして、回復期リハビリテーションの自己完結率は67.5%です。横須賀・三浦地域に12.8%ほど流出しているという状況が見られております。療養病床につきましては、自己完結率は76.5%で、同じく流出入は拮抗となっております。

おめぐりいただきまして、救急医療でございます。救急医療につきましては83.1%が圏域内で完結をしております。流出超過になっておりまして、横須賀・三浦地域に10%程度、流出しているということになっております。

続きまして、疾患別でございます。こちらも地域医療構想策定時と大きな変動は見受けられませんでした。2025年の入院患者数としては全体的に増加しますが、特に実数としては肺がんの増加が多いということです。それから、がん入院に関する自己完結率ですけれども、最も高い大腸がんが78.3%、最も低い乳がんが54.7%となっております。

少し飛ばしていただきまして、最後のところ、人口カバー率、これは運転でどのぐらいで診療が受けられるか、運転時間ではかっているものになりますけれども、おおむね30分圏内におさまるといことが見られております。

続きまして右側、急性心筋梗塞につきましては自己完結率71.4%です。先ほど言いましたレセプト出現比につきましては、各市町が全体的に全国平均を下回って、100を下回っているという傾向が見受けられるというのも、昨年構想策定時と変わらない傾向となっております。脳卒中につきましても同じく全体的に全国平均を下回る出現比となっていて、これも構想策定時と変わらない傾向となっております。また、脳卒中のうちくも膜下出血については、寒川町の一部で人口カバー率、運転時間にして30分を超えて60分圏内に入るところが一部見受けられるという結果が出ております。

在宅医療につきましては、全体として訪問診療などの在宅医療にかかる医療行為に関しては、出現比は高くなっております。また、後ほどご説明します病床機能報告の中でも、退院支援部門を設けている病院が比較的多くなっておりますけれども、ケアマネジャーとの連携などの退院支援にかかる指標の中には、この出現比は低いものも一部見受けられる

という状況になっておりました。全体としまして、構想策定の段階から1年または2年、時点更新をした結果、大きな変動はなく同じような傾向が見受けられるということになっておりました。これを踏まえて今後、検討していく中での課題として考えられることとしましては、まず、不足する医療機能についての役割分担の進め方をどのようにしていくかということ、急性期が多く、回復期が不足と、数の上ではそうなっておりますが、このあたりにかかる役割の整理が必要ではないかということ、また、全体的に流出超過が多く、また、脳卒中や急性心筋梗塞のレセプト出現比が低いものがあったりというような地域の特性がございますので、そういった中でどう考えていくのかということになるかと思えます。また、医療機関と在宅医療や介護資源との連携というの、これも引き続き課題と認識しているところでございます。

以上が、地域医療構想を時点更新してマクロ的な視点で分析をさせていただいたものになります。

続きまして、資料4でございますが、平成28年度の病床機能報告の結果が先日、7月にまとまりましたので、その全体版のご報告になります。湘南東部のところを太枠で囲ってお示ししております。まず左側から26年度の病床機能報告の結果、それから27年度、28年度と時系列で並べております。構成割合がございまして、その次、④のところは地域医療構想に記載されている2025年の必要病床数になります。その最後、右側のところは、この2025年と比べて病床機能報告の結果の数字がどうだったかということで差し引きをしております。三角が立っているものが、2025年の必要病床数に比べて現時点で既に上回っている状態になっているということになります。プラスになっているものは現時点でまだ不足しているという数値になります。先ほど、資料3-1でご説明しましたとおり、急性期のところが三角の421で過剰という状況になり、回復期のほうが900床、まだ不足しているという状況が見受けられるものでございます。

続きまして、資料5になります。これは病床機能報告で、実際に湘南東部地域の各医療機関から報告いただいた内容を、今回は病院のみ抜粋させていただき、一覧表の形で整理したのになります。報告自体はもっとたくさんの指標がございましたけれども、今回はまず最初ということで救急に関する状況、診療報酬の届出状況、入院患者数の状況、それから入院前、退院後の状況などの指標を幾つか抜粋させていただいて、一覧表形式で整理をさせていただいております。この情報自体は、昨年もその前の年も、ご報告いただいた内容につきまして県のホームページにおいて公表しておりますけれども、なかなか見比べることがないのかなと思いますので、こういった形で今回は一覧表で提供させていただいております。今後、各医療機関の役割分担をいろいろご検討いただく中で参考にいただければということで、今回提供させていただきました。

私から、地域の分析に関するご報告は以上でございます。

(鈴木会長)

ありがとうございました。結局は資料3-1と2、3-1がまとめですか。それと4と5ということで、地域の特性などについての説明をいただきました。何かご質問とか、ございますでしょうか。

(今井委員)

この資料3-1の中には西暦年度と、平成年度が混在していますよね。例えば、介護施設の整備数で急に25というのが出てきたから、あれ？と思ったら、これは平成である。地域医療構想のいわゆるタイムスケジュールを持った将来に向けての40年までの問題が出てくるとなると、もう西暦年度にするとか、どこかで明確にしたほうがいいのではないかと。例えば、病床機能報告の27年度というふうにぽっと来たら、これはもちろん平成だと思えますけれども、急に出てくると、'27年のことを言っているのかと思う。やはりもうそろそろ、そういう新しい考え方を入れたほうがいいのではないかというので、県と国にぜひフィードバックしてほしいと思いました。

(事務局)

すみません、役所なので原則元号で、そして2025だけはどうしても西暦という形になって混在してしまっておりますが、わかりにくいというのは確におっしゃるとおりだと思いますので、今後、書きぶりを検討させていただきます。

(今井委員)

すぐとは言いませんが、今後ますますわかりにくくなっていきますから、以上よろしくお願いします。

(鈴木会長)

ありがとうございました。年度と年というのは難しいということですよ。多分データは年度で出てくるわけでしょう。だから今、平成何年というのを使っているわけですね。

(事務局)

通常だと平成年度を使わせていただくことが多いのですが、2025年問題ということできろいろ混ざってしまう傾向があります。

(今井委員)

大所高所かな。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご質問・ご意見は。

(仙賀委員)

今までのこの会議でもいつも言っているのですけれども、あくまで自己申告である病床機能報告制度で、高度急性期とか急性期と決められていて、資料4を見ますと、湘南東部医療圏は数字的にはこういう形になっていて、高度急性期と急性期で、ところが湘南西部、ほとんど医療需要に大差はないと思うのですが、高度急性期と急性期のベッド数が拮抗し

ていると。ほかの医療圏でも、拮抗している医療圏とそうでない医療圏とがあって、その数字で足りている・足りていないという話をずっとされているわけですが、高度急性期の定義が、たしか書いてあったのですが非常にファジーなので、では果たして自分の病院はこれを高度急性期として申告していいのかな、遠慮がちにこれは急性期にしておいたほうがいいのかなどと思いながら、うちなどはそういう形を出しているのです。隣に仲野院長がいますけれども、藤沢市民では圧倒的に高度急性期が多いと。このあたりに関して、それぞれの病院で考える基準というのがみんなばらばらなので、本当にその数値をもとにして湘南東部医療圏では療養型が足りないのかな、急性期が足りているとか、高度急性期が一致しているとか、それがすごく僕はいつも、非常にあいまいな形なのです。ただ、これを定義するのに、1日でも高度急性期の状態だった患者さんはずっと退院まで高度急性期とか、そういう判断でいいのかどうか、これについて明確な回答はなかなか難しいと思いますけれども、今後もこういう形でこれを基準に足りない・足りるとか言われてしまうと、では、うちの病院、これは急性期を減らせよと、うちの病院がターゲットになるのは目に見えていますから、うちの病院はこれの数字を変えて高度急性期にと。個別の病院の名前を出して申しわけないですが、藤沢徳洲会病院は前の数に比べれば、圧倒的に高度急性期に数をふやしていますよね。だから、そういうようなことを自由にできる、僕もこれを見ると、急性期を減らされてしまうのではないかと、県知事命令で来た場合にこれは拒否できませんので、非常に心配になってしまいます。どういうふうな考えなのか、医療課に聞きたいと思います。

(事務局)

医療課長の足立原でございます。仙賀先生、ありがとうございます。幾つかポイントがあったと思うのですが、まず、もともと病床区分の4区分が非常にあいまいだというのは確かにあるのです。この地域医療構想をつくったときの国から示されたデータは完全にレセプト点数の輪切りなのです。何点以上は、もうこれは高度急性期、急性期に分けていると。ところが、おっしゃるとおり、病床機能報告ではあくまで主観的な問題です。うちはこれは高度かな、これは急性期かなとある程度、主観で決めていただいているというところがございます。まずその部分は、特に病床機能報告は今現在はそういう制度でやっております、レセプトで分けてくださいとかそういう作業までは要求していませんので、そこは慎重にやる必要があると思っています。ですので、もともと、例えば急性期は過剰、急性期と高度急性期の境目というのは、あってないようなものですので、そこで例えば高度急性期を減らしてくださいとか、急性期を減らしてくださいということを県知事命令ですぐするということは全く考えておりません。逆に今度、今日この後、議題にも上がっているのですけれども、今、急性期は過剰と言われているけれども、地域の事情の中であえて急性期をふやしたいというケースもありますよね。そういう場合には地域で協議をしましょうと。あるいは、規模にもよりますが、1年間で病床機能報告が変わっ

てしまって、実はこの病院は100床を例えば急性期に知らぬ間に変えていたということがあったときに、これはやはり事情を聞きましょう、こういうような地域で協議をする制度をぜひ取り入れていきたいなと思っているところでございます。また、そもそものその地域医療構想の必要病床数、これ自体が国の一定の算定式に基づいて算出したものでございまして、湘南東部地域で言えば、今、全体で500床不足と言っていますが、これは推計との比較であって、500床を増やさなければいけませんとは県も思っておりません。ですので、本当のところ、例えば病床利用率ですとか平均在院日数、これは全国平均を使って計算していますが、要するにこの地域の事情を考慮していないわけです。平均より病床利用率も高いですし、平均在院日数も短いですから、そういうのを考慮するともっと減るはずなのです。ですから、きょう、その基準病床数の議論もこの後、多少出ますけれども、必要病床数の推計、これはあくまで推計は推計で置いておくのだけれども、本当に10年後どれぐらい必要なかねというのは、こういった場でコンセンサスを得ながら、間をとりながら議論を進めていきたいなと思っているところでございます。以上でございます。

(鈴木会長)

仙賀先生、今のお答えでよろしいですか。

(仙賀委員)

言いたいことはまだありますが。

(鈴木会長)

まだありますか。

では、篠原委員、よろしくお願いします。

(篠原代理)

神奈川県医師会の篠原です。地元藤沢で病院をやっておりますが、1つ質問としては、病床機能報告制度、これは100%出ていますか。

(事務局)

病院については100%になります。有床診療所は100%ではないです。

(篠原代理)

自分がこの湘南東部の印象、それと隣の鎌倉や秦野とかの回復期の印象を聞いても、回復期が足りないという話は聞いたことがないのです。現実として結構あいていますから。その辺のところ、ちょっと900床不足というのが、え？というのが実感です。ちょっと感覚的なものすみません。

(事務局)

ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりで、例の足りないもとの差し引きの推計自体が2025年の人口がベースになっていて、それに受療率を掛けて機械的に出しているのです、本当に現在そこまで全く回復期が足りないのかということ、やはり少し実感と異なると思います。今後、医療需要が増していく中でどうなのか、また、回復期の定義自体もち

よっとあいまいなところがあって、実は急性期も受けているところも、回復期と言っているところもありまして、そのあたりは本当にどういう定義でどう整備、どんな目標を立てていくのかというのは、まさにこれから、計画の改定もそうですけれども、議論していくところかなと思っております。

(鈴木会長)

篠原委員、そのお答えでいいですか。

(篠原代理)

はい。

(鈴木会長)

ほかに何かございますでしょうか。仙賀委員。

(仙賀委員)

この地域医療構想の会議が始まったところに、必要病床数を決めるのに患者住所地と病院所在地とで、医療機関所在地で確か決まったのですよね。それで、そうすると、それぞれの医療圏で自己完結率を高めなければならないという雰囲気になってきたような気が僕はしているのですけれども、この都会の人口密集地域、すべての医療施設が、医療圏を越えてちょっと行けば隣に何でもあると。その中で、では湘南東部医療圏だけで自己完結がどうかということを行うことに、果たして意味があるのかどうか。横須賀・三浦へ流れているのは、それは鎌倉に大きな病院があるからですよね。でも、距離的には住んでいる藤沢の市民の患者さんは、そちらに行ったほうが近いというのがありますから、だから、その自己完結率で高めたほうがいいのかそういう雰囲気になっているところが本当にそれでいいのか。患者さんにとっては、自分の近くて行きたいところに行くというのが、これはやはりとめられませんか。ただ、各医療圏で、もうとにかく自分の病院を充実させる、患者さんのために充実させるという目標を持って、患者さん呼び込むために努力するのはすごく必要なことですが、自己完結の言葉が余り強く出て、湘南東部医療圏ではこんなに、例えば乳がんなどはこれほど患者が流れているから、何をしているのだとほかのところからいろいろ言われることもあるので、あまりそれを表で大きく言わないでいただきたいなと僕は思うのですが、いかがでしょうか。

(事務局)

ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。自己完結率至上主義にならないようにということですね。地域の線は、あるようでないので、それは本当に先生のおっしゃるとおりだと思います。ですので、これはもう計画の記述の中でも、確かにおっしゃるとおり、自己完結率が低いとかなると、この地域は何をやっているのだと言われかねませんので、そこはうまく工夫しながらと思っております。ありがとうございます。

(仲野委員)

同じような話で申しわけないのですが、私どもは医療区分、どこに所属するかというの

を非常に悩んで数字を出しているわけです。あいまいな、ファジーなのはもう、この調整会議が始まった一発目からそういう話で大騒ぎになって結局、数だけがどんどん先行して最終的にこの数が出ているのです。私の印象では、私がよかったのは、要は自分の病院がどこのファンクションをやるか、機能をどこに持っていくかということはいい議論の場だったと思う。これからも多分、自分の病院、例えば私は市民病院ですから、市民病院が、高度急性期でどこの分野をやるのだと、では、それ以外の人はどこがやるのだと。重なっている人は一体、僕らができなかった、回復期をどこかに持っていかなければいけないので、では、回復期の病院はどこをお願いすればいいのかということを知るようにするにはいいのです。一番まずいのは、このわけのわからない統計の必要病床数というだけが先行してしまって、足りないのだ、多いのだ、少ないのだという論議。やはり各々の病院がどこの機能を持っているか、重複してもいいので、急性期と慢性期を持っていますと、では、どちらを主体でやるのですか、何対1でやるのですか、何床やるのですかというのならわかるのです。どうもこの数が先行して、これはプラスマイナスで、うちはだから、そんなにICUたくさんないでしょうなんて怒られたりするのですが、ICUがあるから高度急性期でもなかったわけだし、考え方の問題だけなので、区別は余り意味がないと僕は思っています。

もう一つ、最後に入りのことを仙賀先生も言ったのですが、非常に大事で、なぜかという、最後に基準病床をつくる時に数値計算式、これは流出入が必ず入ってしまうのです。僕らも、藤沢の隣が鎌倉なので、流出入が結構あるのです。住んでいる人には余り意味のないことで、向こうへ行って、うまく治療をすればオーケーである。隣ですぐに、車で10分、20分で行けてしまうのに、流出入とは本当に意味があるのですかというのが僕の印象です。それで計算上、これで基準病床ができて、これで少ない、多いとやるのもまたちょっと不思議な論理が始まるなと思って、その辺のことはちょっと気をつけて、今日初めて来られた方もいらっしゃるし、これを最初に見ると、藤沢はこんなに回復期をつくらなければいけないのだと、どこかの病院は急性期をやめてオール回復期になるのだとかいう、そういう変な議論になってしまわないように、数値は数値なのですが、これは地域特性がたくさんあって、日本中でこんなことをやっていますけれども、北海道の山の中のところと都会の病院と一緒に数値で一緒に計算でこんなふうになっているということを理解して、数値には走らないでほしいなと思っています。こんな印象で申しわけないですが、答えはないですよ。

(事務局)

ありがとうございます。本当にご意見のとおりだと思います。参考にさせていただきます。

(今井委員)

先ほど、課長が、機能別に分かれた、申請した病床との差を余り気にしないで、事情に

合わせてというお話になったので非常に私も安心したのですが、ただ、これは議論になるのかどうかわかりませんが、資料8を見ますとかなり具体的に、いわゆる機能を変更する場合には、かなりなハードルをつけようとしているという国からの指令が出ておりますよね。これは、神奈川県としては、こういうことはさっと見ておけばいいのだという程度に考えていいのでしょうか。だってこれは同じものであるかないか、それから、不足のところから過剰のところに移るときには、いわゆる調整会議でかなり明確に議論した上でしか認めてはいけないというふうな、そこまで言っていないのかもしれませんが、そういう論調で全部来ていますから、課長がおっしゃったほど甘くはないのかなという感じがしていたのですが、どうなのですか。

(鈴木会長)

先生、資料8はまたこの後、出てきますから……

(今井委員)

関連するので。

(鈴木会長)

今、では簡単にご説明を。

(事務局)

今井先生、ありがとうございます。今、会長がおっしゃったように後ほどご説明すると思うのですが、この資料8は、できる規定なのです。できる規定というのは、絶対地域の場にはかけなければいけないのではなくて、地域でやっていく中で、まさに先ほど仲野先生もおっしゃったように、機能の分担が一番大事だろうと思っているのです。役割分担をどうしていくか。そういう中で、変な話、知らぬ間に転換してしまったと。一般病床の中なのだけれども、余りないでしょうけど回復期を急性期に転換してしまったと。それが全部かけなければいけないというのではなくて、例えば5床、10床なら、まあいいかもしれないが、100床を変えてしまったら、これは結構、機能分担が変わってしまうよねと。そういうときには事情を聞きましょう、あるいは、まだ転換していないのですが、これから転換しようと思っている。それはいろいろな諸事情があってやろうと思っている。例えば、地域の中で、急性期に変えたいが、ここは偏在があるからどうしてもやりたいとかいうのがあるかもしれないですね。そういうときには地域で事情を聞くことができる、できるようにしましょうと。聞かなければいけないではなくてです。ということでございますので、そういうテーブル上に載せる仕組みをつくりたいという意図でございまして、これはガチガチにやろうということでは全くございません。そういうことでございます。

(今井委員)

それで私も安心しましたけれども、ただ、表現が、ここにあるのが、機能がこういう機能からこういう機能という表現はしていないのです。不足機能から過剰機能へというふうな表現で出ているので、ちょっとその辺が、例えば、仙賀先生のところなどが高度急性期

に変更した途端に、それは出ておりませんよとかいう話になりかねないのではないかと、1つの例として思っただけの話です。それは、もう少しフレキシブルにやってください。

(事務局)

では、後ほどまたご説明いたします。

(2) 病床事前協議について

(鈴木会長)

では、次に進めさせていただいてよろしいでしょうか。

引き続きまして、議題の2です。病床事前協議につきましての説明を事務局に求めます。よろしくをお願いします。

(事務局)

では、続きまして、資料6についてご説明させていただきます。病院等の開設に関する指導要綱の規定によりまして、平成29年3月末日時点の既存病床数が、第6次の保健医療計画に定めた基準病床数を下回ることになる二次保健医療圏については、事前協議の対象にするのかどうかということについて、保健医療計画推進会議等の意見を聴取して必要と認められる場合には事前協議の対象とするということになっております。このため、県の保健医療計画推進会議に諮るに当たりまして、湘南東部地区保健医療福祉推進会議としてのご意見を聴取したいと考えております。まず、湘南東部の二次医療圏の状況ですが、こちらの表に記載のとおりで、保健医療計画で定められた基準病床数4394床に対しまして、29年3月末日時点の既存病床数が4319床、差し引きで75床分不足ということになっております。これには、昨年度までに事前協議でも承認した分は含まれておりますので、今現在75床足りていないということになります。3番の対応方針のところでございますが、昨年度まで湘南東部地区につきましては、この病床協議の取扱いにつきましては、医療に関する特定課題ということで医療専門部会のほうで議論をしてまいりました。本年度についても引き続き、この具体的内容につきましては医療専門部会において議論することとしたいと考えております。

裏面は全県的な状況、それから、湘南東部の二次医療圏の、今現在の病床数の状況を書かせていただいております。

説明は以上でございます。

(鈴木会長)

資料6でございます。この事前協議につきまして、どういうふうに対応しようかということの協議でございます。何かご質問はございますでしょうか。この資料6の1枚目ですが、医療専門部会というのは湘南東部地区保健医療福祉推進会議設置要綱の第8条に基づいて設置される専門部会、特定の課題について検討協議ということですので。事務局の案とし

では、今までと同じように医療専門部会で議論していくことでよいかという案となっております。ご質問、ありますでしょうか。

(篠原代理)

先ほどの資料4で湘南東部の平成28年度の病床合計が4,071、これは28年度末ですよね。これが4,319と、この300の違いは。

(事務局)

病床機能報告につきまして、これは28年の7月時点で稼働している病床ということになりますので、例えば今、事前協議は済んでいるけれども、まだ工事中であったりとか、まだ開設許可が下りていないような病床につきましては含まれておりません。既存病床数は、事前協議済みのものが含まれておりますので、その差がこの病床数になっております。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご質問とかございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、これは協議で承認をいただかなければいけない事項となります。まず、この病院等の開設等にかかわる事前協議につきまして、湘南東部二次医療圏は75というのが出ております。そして、この協議するかしないかとかいうことも含めての協議をするというところの部門を医療専門部会、今年度についても医療専門部会において議論することとするという案でございますが、それでは、これでよろしい方は挙手をお願いいたします。

(挙手)

(鈴木会長)

ありがとうございます。そういったことで、では、医療専門部会にて議論していくということになります。事務局のほうは、こういう形でよろしくをお願いいたします。

(3) 湘南東部地区ワーキンググループの設置について

(鈴木会長)

では、引き続きまして、議題(3)のワーキンググループの設置についての事務局からの説明をお願いします。

(事務局)

引き続き、資料7につきましてご説明いたします。ワーキンググループの設置について(案)ということで資料をつくらせていただいております。基本的な考え方ですけれども、地域医療構想達成に向けて地域内での検討を進めていくために、第7回、前回の地域医療構想調整会議、こちらでいいますと地域医療構想調整部会になりますけれども、その中で出ましたご意見を踏まえて、構想における3つの課題に対応したワーキンググループの設置をしてみたいと考えております。

設置案でございます。まず、1つ目。まず早期に設置するワーキンググループとして1

つ、病床機能分化・連携ワーキンググループを設置したいと考えております。委員の構成としましては今現在、藤沢市医師会と医師会長様、それから、茅ヶ崎市医師会長様、それから、湘南東部の圏域内にある医療機関全19病院というように想定をしております。これは精神病床のみの病院につきましては除いて、一般病床または療養病床を有する病院を対象と考えております。

検討課題、検討テーマとしましては、まず、今回お示しした、例えば資料4や5、そういったものをベースにしながら各医療機関の特性等についての認識の共有、それから役割分担についての検討などを進めてまいりたいと考えております。ワーキンググループ1回目は全病院で開催、それから、地域の課題共有や意見交換などを行ってまいりたいと思っております。1回目で皆様のご意見を聞いた上で、2回目以降については開催方法を検討してまいりたいと考えております。これにつきましては早期に設置ということで、ご承認をいただけるようであれば8月から9月の間で1回目のワーキングの開催ができればと考えているところでございます。

続きまして、裏面をおめぐりいただきまして、年度内で設置を検討するワーキンググループとして、ご意見を伺った上で29年度後半での設置や開催を目指していきたいと考えているものでございます。

まず、地域包括機能ワーキンググループでございます。これにつきましては委員の構成として、まず医師会、できれば在宅の医療をやっている方、それから、医師会に入っていない方の中でも、地域内にはいらっしゃいますので、もしそういった方にお声がけできればと考えております。それから、歯科医師会、薬剤師会様からも在宅に取り組んでいらっしゃるような方でご参加をいただければと思っております。また、ケアマネジャー事業所、訪問看護事業所、訪問介護、それから、特養、老健などの介護施設であったり、地域包括センターや、あるいは圏域内の藤沢・茅ヶ崎・寒川町などの在宅医療や介護を所管しているところなどにもお声がけをできればと考えております。

課題としましては、各市でもいろいろ会議で設置しておりますけれども、これとはかぶらないような形で医療介護の連携など、そういった課題につきまして検討を進めていければと考えております。開催の時期については年度の後半でということで1回目ができるばと考えております。

続きまして、3つ目としては人材確保ワーキンググループです。委員構成につきまして、これはちょっと例示させていただいているものですので、まだ具体的に決まっているものということではございませんが、医師会の在宅を担当していらっしゃる、人材確保を担当していらっしゃるような方々、あるいは、圏域内には幾つか人材の養成教育機関がございます。これは例示させていただいておりますが、例えば看護師であれば、藤沢市看護専門学校や湘南看護専門学校、民間、それから医師会立、公立の看護師の養成校がございます。リハビリテーションにつきましても民間の専門学校がございます。こういったところにお

声がけして、参加していただく、あるいは、実際に勤務をする先として病院や診療所などにお声がけをして、代表としてご参加いただけるようにお声がけをする。それから、行政につきましてもお声がけをして、もし立ち上げる場合にはお声がけできればと考えております。こういった中で、恐らく人材確保につきましても病院のワーキンググループや、あるいは地域包括のほうからもいろいろご意見が出るとは思いますが、こういったものも踏まえて検討を進めてまいりたいと考えております。これにつきましても年度の後半で一度開催ができればということで考えているところでございます。

今後、具体的に地域は決まっておりますけれども、将来的にはほかの圏域とのワーキングなども検討してまいりたいと考えているところでございます。

なお、最後になりますが、前回の調整会議の中でも申し上げてはおりますけれども、ワーキンググループにつきましても、今回謝金の対象とはなりませんので、そういった形でご参加いただける方にお声がけをしていきたいと考えております。

最後、スケジュールです。今申し上げたとおりですけれども、病床のワーキンググループについては8月、9月のところで第1回を開催、今回もしご了解をいただけるようであれば開催案内をしまして第1回を開催できればと思っております。地域包括と人材確保につきましても、年度の後半でご説明をしたり参加のご依頼をしたりして開催をしていければと考えているところでございます。

資料7の説明は以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございました。ワーキンググループの設置についての案が示されております。何かご意見ございましたら挙手をお願いします。仙賀委員、お願いします。

(仙賀委員)

ワーキンググループに関して、これはやはり県が主導する形になるわけですね。本来であれば、これは地域医療連携推進法人が担うべきことだと思うのです。その地域医療連携推進法人は、法律はできていますが、この神奈川県の中でどのような動きがあるか知りませんが、湘南東部では恐らくなかなかできないだろうということで、こういうワーキングを置いて個別に話をしろということだと思います。以前、増沢先生が出ておられたときには、ワーキングは人数を絞ってやらないと全く意見がまとまらないのではないということ強く増沢先生は言っておられて、最初のこのワーキンググループの設置案の病床機能分化・連携ワーキング、最初は全病院がもちろん顔見せをする必要があると思います。では、次から個別の議論に入るときには、ここにも書いてありますが、やはり絞って、それで、そこで出た結論は全病院に回覧するなり意見を求めるというような形でやったほうが良いような気がいたします。これはすべてのワーキングに言えることだと思うのですが、いかがでしょうか。

(鈴木会長)

事務局、並びにほかの委員の方のご意見とか、いかがでしょうか。今井委員。

(今井委員)

今の意見に対する意見というわけでもないのですが、このワーキンググループの組織論だけお伺いしておきたいのです。これは、この推進会議のいわば諮問委員会としてつくるのか、それとも、推進会議のいわばサブディビジョンとしてつくるのか、その辺のことははっきり私のほうは理解できていない。もし諮問委員会としてつくるのだったら、ここのメンバーはほとんど参加しない形で普通はやりますよね。そうではなくて、サブディビジョンというサブ組織としてつくるのであれば当然、責任者が何らかの形で、この推進委員会のメンバーの中から責任者がそこの中に参加しなければならない。その辺の整理はしておかないと、ややこしくなると思います。

(事務局)

ありがとうございます。答えは後者のほうです。サブディビジョンで考えております。ですので、作業部会的な形です。恐らく、構成の中には、もちろんこの本会議の委員の方にも入っていただきたいですし、多分そのワーキンググループ長の方には、委員の方がなっていていただくかどうかは別として、多分この本会議にも参加していただくでしょうし、要は、例えば具体的なその病院間の役割分担と役割分担の例のワーキングは本当にひざ詰めで話しましょうよと、そういう意味では事務局としても、仙賀先生がおっしゃるように最終的には少人数で、ひざ詰めで話して、その結果こういう案ができました、こういうのはどうでしょうかという形の組織を想定しています。

(今井委員)

いわば一種の委員会ですよ、国会的に言えば。それはそれでいいと思います。私は、はっきりどちらかにしなければならないと思っているので、はっきりしていないと、どうもその性格がよくわからなくなってしまうと思いますから、それで質問しました。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご意見ございますでしょうか。仲野委員。

(仲野委員)

僕は病院なので余りよく知らないのですが、地域包括ケアワーキンググループをわざわざつくっているのですが、藤沢にしても茅ヶ崎にしても、恐らくその行政単位で地域包括ケアのかなり練り上げられたものがあるはずですよ。それをわざわざ合体させて何をやるのですかということは一括、どういう意図があるのか僕にはちょっと理解ができません。

(事務局)

おっしゃるとおり、各市のほうで地域包括ケアについては協議会であったり、いろいろなものを立ち上げていらっしゃることは承知しております。そこでの重複がないようにというのはまず一つ、事務局としても思っております。逆に、どちらも市単位ということに

なりますので、では、圏域としてどうかという情報共有をする場であったりとか、あるいは割と各市とも介護、福祉も含めて、すごく大きくなっていっているところもありますので、それであればもう少し在宅医療のほうに特化した形であったりとか、そういった形ですみ分けはある程度しながらやっていくことを想定しております。

(仲野委員)

つないで何ををするのですか。僕は包括ケアを詳しく知っているわけではないし、包括ケアのこの円の中からはちょっと外れた病院、それから、近い病院とあるわけですね。そういう形で、どこの行政もつくっているわけで、その包括ケアなどはかなり練れていて、いろいろな行政区域、藤沢なり茅ヶ崎なり寒川なりがやっているわけですね。それをつなぐという意味は、リングをまた分担してくっつけるのですか。

(鈴木会長)

いかがでしょうか。先生、僕の意見を言ってもよろしいでしょうか。地域包括ケアシステムはいろいろな都市、市町村でそれぞれちょっと特徴があるような形ですね。私の意見としては、会長が言ってしまってもいけないのですが、やはり在宅だとか、その辺の一つの幹を県としてつなぐには、こういうワーキンググループをやったらいかがかなとは思っておりますけれども、要するに、例えば藤沢型といっても医療、保健、福祉、福祉のほうは今どちらかというとメインですかね、子供なども入ってきていますし。なので、どちらかという地域医療構想の中では病床機能の収れんと地域包括、それはイコール在宅というような意味合いが大分強いようございまして、その辺を幹として考えていく、そんな意味かなと思っております。僕がかわりに言ってしまってもいけないのですが、そうですかね。やはり県のほうでは意見が違うかもしれませんが、いかがでしょうか。

(事務局)

会長、ありがとうございます。仲野先生がおっしゃることは本当にごもつともで、我々も会議体としての重複はなるべくないようにしたいと思っております。皆様もお忙しい中なるべく、市単位でもやっていらっしゃることの中で同じような議論をすることはなるべく避けたいと。ただ、おっしゃるとおり地域包括ケアと特にその病院さんとの連携、かかりつけ医もそうですが、急変したときにどうするか、逆に帰ってきたときにどう受けるか、全国的には病床を減らそうという流れの中で、それを在宅で受けようと思しますよね。医療的な側面で見ると在宅医療をどうやって進めていくか、そのあたりを、やはり県としても、いろいろな市町村単位で特色ある包括ケアをやられていますので、長短の短はないですが、長所は結構あると思うのです。そういうところを情報交換しながら、これは湘南東部だけではなくて、そういったところで、県全体でボトムアップさせていただきたいという中で設定をさせていただきたいと考えているところでございます。ですので、会議の頻度というのは、これはもう必要に応じてということで、それほど必要なければ逆に情報をとるだけでというふうに考えております。

(仲野委員)

要は、なるべく在宅のいろいろな仕組みとか、そういうのをお互いに共有するという感覚でいいのですか。

(事務局)

そうです。

(鈴木会長)

よろしいでしょうか。

(仲野委員)

はい。

(鈴木会長)

ほかに何かご意見ございますでしょうか。篠原委員。

(篠原代理)

ワーキンググループの設定、構成メンバーとか、ワーキンググループの目的ですよね。これは県の医師会の中でも話し合いをしたのですけれども、この会、いわゆる地域医療構想の大きなポイントというのは病床の問題がかなり大きいです。それと、あと慢性期の在宅との絡み、ポイントはその2つかなと思います。特に病床に関しては、やはり病院でないとなかなかこういう話ができないと思うのです。急性期の病院と一般と療養でまた全然感覚が違ってきますから。その中で、この後の会議で出てくるかもしれませんが、稼働率のアップ。稼働率をアップすると、どれだけ不足病床が減ってくるとかその辺の話も、ワーキンググループがないとできないのかなと思うのですけれども、この構成だとこの話はちょっとしづらいかなという気はするのです。その辺はいかがでしょうか。

(事務局)

今、篠原先生がおっしゃったのは、この1個目の病床機能分化・連携ワーキンググループのお話ですよ。

(篠原代理)

そうです。

(事務局)

基準病床もそうですが、まさにその病床区分、病床をどうやって分化していくかというところについて、確かにここで話し合いたいと思っております、ひとまずはこういうメンバーを組ませていただきましたが、例えば本当にコアなところというのでしょうか、もっとさらに病床について突っ込んだことをしていこうといった場合には、恐らくこの中で、もうちょっと少人数で、少し、本当に知恵出ししていこうよと、例えば5人なり10人なりというふうになってくると思います。そこは我々の望むところでして、とりあえずちょっとこういうメンバーにさせていただいて、では少し作業的なものというのですか、ちょっとお時間いただいて検討していかなければならないから、ではこのメンバーにしようとい

うのはもう少し絞ってというふうにも考えております。

(鈴木会長)

ほかに何かご質問とかございますでしょうか。そうすると、まとめますと、このワーキンググループ、最初にまず、とりあえず3つ設けるという案です。まず、そこでよろしいでしょうか。何か、とりあえずは3つが地域医療構想の中で、意見としては出されている3つの項目ですか、それについてワーキンググループを設けようという話になっているようですけれども、まずそのことにつきまして何かご意見ございますか。今井委員。

(今井委員)

ちょっと質問ですが、これは全地区のほうに、この3つはつくるのですか。今の段階では、この湘南東部地区だけの話と考えていいのですか。

(事務局)

今の段階で3種類つくると言っているところは、まだありません。病床と、要は病院が集まってという形のは幾つか動きがございますけれども、それ以外の2つは、具体的な動きとしてはまだ出てきていないところでございます。

(今井委員)

私は、先ほど仲野先生もおっしゃったあれで、例えば屋上屋を重ねるような形だとこれはやはりエネルギーロスだけであると思っているのですけれども、ただ、私の理解というのは基本的に、この1というのは、ここの会議では出ないような、各病院の生々しい利害に基づいた対立も当然あるわけですから、それはやはりこういう形の中で出したほうがいいと。それから、もう一つ、2の問題は、地域包括ケア全体をここでやるなんて、とてもではないけどできないと思うのです。特に療養病床やいろいろなところから減らす根拠になっているのは地域の受け皿の問題ですよね。その受け皿を、地域医療構想の観点から点検しながらやっていくワーキンググループだと私は理解していたので、仲野先生のおっしゃる屋上屋ではないのではないかなとは思っていたのです。人材確保はもう当然のことだから、それを可能にするマンパワーはどこにあるのだということで、そういうふうに一応それぞれを理解していたつもりなのですが、それでいいのでしょうか。

(鈴木会長)

ご意見のほうはいかがですか。事務局。

(事務局)

そのような形でご意見を伺って進めていきたいと考えております。

(鈴木会長)

今井委員、いいですか。

(今井委員)

はい。

(鈴木会長)

それでは、結局は今年度ですよ。それで湘南東部としてということになります。お金が出ないというので、幾つつくってもよろしいということですね。とりあえず、それでは、湘南東部としてこの1年間、まず3つのワーキンググループでやってみようということでもよろしい方は挙手をお願いいたします。

(挙手)

(鈴木会長)

ありがとうございます。総員挙手ということ。その中で、今日いただいたご意見としては全部が1回目にそろろうという形で、これは多分19プラス慶育会も10月ですから、入るかもしれませんね。その辺も含めて、1回やってみて、もう少し絞った形でできないかという意見が今日あったということで、機能区分別、テーマ別も含めてということで、それも議事録に残していただくということで仙賀委員、よろしいでしょうか。タイムスケジュールも大体こんな感じでよろしいですかね。まずやってみてということになるのでしょうか。それでは、このワーキンググループの設置、スケジュールその他を含めて一応よろしいという方は挙手をお願いいたします。

(挙手)

(鈴木会長)

ありがとうございます。では、この案件につきましては事務局で作業を進めていただければと思います。

報 告

(1) 地域医療構想の推進について

(鈴木会長)

引き続きまして、次は報告になるのですか。報告の地域医療構想の推進について、事務局の説明をお願いいたします。

(事務局)

続きまして、資料8のご説明に入らせていただきます。病床機能区分の転換にかかる調整会議の取り扱いについてです。まず、経緯を申し上げますと、3月に推進会議あるいは調整会議の中で地域医療構想を踏まえた病床整備に関する事前協議についてを議題としてお諮りしております。これは、事前協議に当たって調整会議で検討した上で、地域で優先的に整備が必要な病床機能などについて条件設定を行うことができるようにしたものです。ただ、この対象となるのは新規整備や病床の増床の場合であって、既存の病床を機能転換する場合というのはどうするのかということについては今後の検討課題となっております。現在、既に2025年の必要病床数に達している、いわゆる過剰となる病床機能区分に転

換したいというような実際の相談事例が他地域でも出てきていることから、こういう場合にどうするかというのを整理させていただいたものです。括弧書きのところですが、地域で必要と判断する事例が生じた場合に、調整会議に参加を求められることができるようにという事で整理をさせていただいたもので、すべての案件を網羅的に調整会議に呼ぶことを目的とするものではございません。基本的な考え方としまして、今後の病床整備、病床機能の確保については地域医療構想に示された課題、方向性などを考慮して進めていく必要がございます。ただ、今後、役割分担が進んで、転換などを検討される場合に、病床機能報告と、それから地域医療構想の必要病床数推計では、病床機能の定義もイコールではないということも踏まえて、数値だけでは把握できないような地域の課題や実情にも留意しながら医療機能の確保をしていかななくてはいけないと考えております。なので、地域の協議の場であるこの調整会議を活用しまして、医療機関に、例えば利用や情報提供を求めたり、あるいは協議を行ったりすることで地域に必要な機能を安定的に提供していけるようにということで、当面の取り扱い方針として定めさせていただいております。

範囲として想定しているのは、まず、医療法の30条の15を記載させていただいておりますけれども、医療法の30条の15は、基準日である、報告年の7月時点と、それから基準日後、6年後の病床機能が異なり、かつ基準日後の病床機能区分が既に過剰である場合、例えばこの地域であれば基準日、回復期ですと報告されて、6年後は急性期にしますというような報告をされたようなケースということになりますが、この場合に、医療法上は医療機関に対して理由書の提出を求めたり、調整会議への参加を求めたり、医療審議会の理由説明を求めるなどの手続をできるという、できる規定になっております。

おめくりいただきまして、それに該当しない場合で想定される例としては、例えば病床機能報告の後の事情変更で、病床機能報告では回復期で6年後も回復期予定ですということを出されていたのですけれども、事情が変わって急性期とか高度急性期に移りたいというようなご相談があったというようなケースだったりとか、あるいは先ほど申し上げたとおり、要は前の年と今年の間で病床機能をもう変えてしまったというようなケースなどが想定されるかなと考えております。それ以外にも、最後の四角の枠のところですが、医療機関、地域の調整会議において必要と判断したような場合に調整会議への参加を求められるようにしておいたほうがよいのではないかとということで整理をさせていただいております。

5番の対応方針ですが、このような事例について、医療法30条の15の例に準じて調整会議に参加を求めるといったような対応ができるように方針案を取りまとめて今後、保健医療計画推進会議、先日前お話ししておりますが、その後、医療審などにもご了解を得られればと考えております。これは当面の方針としてさせていただいております。今後、国から通知が発せられたりした場合には適宜見直しを行うことを考えております。どういった場合に認めるかにつきましては、右側の四角の点線枠のところに書いてございますけれ

ども、例えば構想区域の中で地域偏在が存在していて、一定の地域では特に整備の必要性が認められるような場合、あるいは、人口急増により当面整備が必要と考えられる、あるいは地域の実情に応じて良好な医療提供体制を確保するため必要性が高いと考えられるもの。この書きぶりは基本的に、事前協議の方針に記載させていただいているのと同じ考え方になっております。

6番の手の流れになりますけれども、想定しているのはこの事態が判明したときに、まず理由を、知事に対して書面の提出を求めるという手続を踏んで、それで十分な理由かどうかというのを、調整会議にもご意見を聞いたりしながら判断をしたいと考えております。ただ、米印のところに書きましたけれども、病床機能報告における各機能区分の定義は不明確な点がございまして、このことに関して医療機関への周知も、まだ今後行うということもございまして、こういった点に配慮して参加を本当に求める必要があるかどうかというのを判断していく必要があるのかなと考えております。これらを踏まえて、地域で意見を聞く必要があると判断されたときには、医療機関に対して協議の場における協議に参加するように求めることができますとしております。調整会議でご了解を得られればこれで終了で、最後は県の推進会議のほうにご報告いただくということを想定しております。協議が整わない場合は、県の医療審議会に出席して、理由説明を求めるなどの手続を踏むことができるという、ここまでを取り扱い方針として今回整理を定めさせていただきたいと考えております。

次のページ、最後の四角のところですけども、この取り扱い方針につきましては、転換を希望したりするような医療機関に対して、地域における協議の場への参加を求めることができるように、当面の方針として定めるものでございまして、今後、国から取り扱いに関して何か通知等が出た場合は見直しを行いますし、運用後にも改善の必要が生じた場合には、会議でご意見を聞きながら見直ししていくことを考えております。また、この承認をいただいた後には医療機関への周知を図りたいと考えております。

冒頭に申し上げましたとおり、網羅的にすべてをとということを目的とするものではございませんので、必要な場合に呼べるようにということで今回ご提案の整理をしてご提出をさせていただいているものです。

以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。これは神奈川県のことですよね。国からは、まだ指針が出ていないということでいいですね。何かご質問はございますでしょうか。仙賀委員。

(仙賀委員)

この病床区分の中で、恐らくこれは限定されると思うのですが、例えばさっきも言いましたが、うちの病院を急性期から高度急性期に変えたいと言ってきたときの問題と、それから、回復期をやめて急性期に戻したいというような場合と、いろいろなケースがあ

って、不足するところに転換する分には、これは全然問題なくて、過剰なところに転換しようとする場合に問題になるということですよね。ですから、これですと、すべての病床区分でなるのでしょうけれども、具体的には先ほど僕が言ったように回復期から急性期にするとか、それが問題になるという判断でよろしいでしょうか。

(事務局)

具体的には、やはりおっしゃるとおり回復期から急性期、急性期から高度急性期ですね。急性期と高度急性期の境目の話はちょっとまたあるのですけれども、そのあたりが具体的には議題になってくるかと思えます。これは、補足させていただきますと全9ブロック、県内の全地域医療調整会議、この場でこういう取り扱いをさせていただきたいということで今、諮っているところでございます。また、担当も申しましたけれども、できる規定なので、全部が全部呼ぶわけではないです。個別の相談があったときとか、あるいは大規模な事例がわかって、これはちょっと地域の意見を聞いたほうがいいのではないですかねというときに、恐らく最初は県からだと思うのですが、県からまず、これは意見を聞きますか、聞きませんかということを諮らせていただいて、これはちょっと呼んだほうがいいよねと言ったら呼ばせていただく、こんなところを想定しているところでございます。

(今井委員)

ちょっと質問です。鈴木さんが言う網羅的ではないという表現は、ちょっと意味がよくわからないのです。網羅的ではなくて個別的だということなのか、網羅的ということであなただけが表現している内容がよくわからないと言っているのです。もう一度ちょっと説明してほしいです。

(事務局)

では、私のほうから。機械的にということです。例えば、この病床機能報告を受けました。それで、全部見て、この病院が不足するところ、例えば回復期を急性期に変えたいという病院が5個ありましたと。これを全部呼ぶということではないということです。それは変な話ですが、書き間違えていたのも過去にはあるのです。聞いてみたら、去年はもともと急性期だったのだけど間違えて回復期と書いていましたということが、病床機能報告の場合、ままあるのです。それは当然、それはいいですよ。例えばちょっとした事情があって5床だけ、5ベッドだけ急性期に変えました。いろいろな個別の事情があって。それで、県で聞いてみて、これは聞かなくてもいいかなと。例えば想定されるのはそういうことです。もちろん、例えばこの会議の役員の方々に諮るとか、委員に諮って、それで微妙なところは当然テーブルに出しましょうと。まず、そのご意見を聞か聞かないかを諮りましょうと。それをすべて網羅的に機能が転換するものを全部ここに出すということではないということです。

(今井委員)

もちろん、それはそうです。ただ、私が言っているのは、そういうケースだとすべて、

いわゆる不足区分から過剰区分に移るときに網羅的になりますかということです。

(事務局)

それが網羅的にはならないということです。不足している区分の例えば回復期でやっているところが今、過剰と言われている急性期になるというのをすべて呼ぶということではありません。それはやはり規模にもよりますし、あくまで病床機能報告ですから、例えば単に間違えていたというものはもちろん除外されますし、別として、個別の事情を県のほうでよく聞いて、それで諮るか諮らないかも決めて、さらにここで諮らせていただくということでございます。

(今井委員)

私は、基本的には病床機能の選択というのは、その病院の経営上も含めた、そういう具体的な形から出てきていると考えていて、だって地域に過剰であれば、そんなところは増やすはずはないわけです、成り立たないわけだから。そういうのは個別の問題で各医療機関が決められる話です。だからそれに対して、不足から過剰に転換する場合で、呼び出された場合には、個別の事情というのは基本的には余り認められない形になりますよね。先ほど、それがかなりフレキシビリティを持ってやれると言っていましたが、これで見ているとかなりシステムティックですよ。私はこれを見てぞっとしたのです。だって、最後に調整会議で了解が得られた場合と得られない場合に、得られない場合は知事に、県全体に行くわけです。そこまで言い切っているわけですから、我々にとってそんなに甘くない話ではないのかというのが先ほどからの私の疑問点なのですが、私を納得させていただけないでしょうか。

(事務局)

では、私のほうから、すみません。まさにケース・バイ・ケースで、これからどういうケースが出てくるかというのが実はすべてなのですが、急性期を例にとりますと、各病院さんが、あえて急性期に転換されるというのは、やはりそれなりの経営的な事情もございますし、当然、地域のニーズ的な事情もあると思うのです。ということは、やはり地域の中でこういう事情があるのですよと説明を受けたときに、私は、もちろんケース・バイ・ケースですので何ともいえませんが、それなりの事情は当然、各病院さんが抱えてのその転換というのは、いえる話はあると思うのです。それは、そうか、なるほどねという理由は結構あると思います。当然その中で、まとまらない例もあるだろうと。まとまらないときは、あえてその県全体の医療審議会等々にかけましようというそういうシステムをつくらせていただいただけでございますので、絶対に勝手に転換したらだめだというようなことではないと思っています。

(今井委員)

認められる場合を3つ挙げていますよね。3つ挙げるということが当然、もう既にかなりの制限になるわけです。1つは地域偏在、それから人口の急増、これは明確に当然の話

ですよね。「地域の実情に応じ、良好な」というあたりが、かなり拡大解釈できるのではないかというふうに考えていいわけですね。

(事務局)

まさにそのとおりでございます。大体3つ目で読むのかなと。もちろん、1番目が一番多いと思うのですが、これは湘南東部ではないのですが、全体で過剰だけれども地域で、非常にこの地域は、例えば急性期が足りないというケースがございますので、そういうのを大体1で読んでいるのですけれども、という状況でございます。ですので、大体3番目のこのポツの良好な医療提供体制で読むのかなというふうには考えております。

(仙賀委員)

来年、診療報酬改定がありますよね。その中で、中医協とかいろいろなところの意見で7対1病床をきつくして、7対1を維持するのが大変になって7対1を脱落する病院が出てくるような診療報酬改定が行われる可能性もあるということで、一応、地域医療構想とかこういうベッドと、それから診療報酬とはリンクさせないというような形では言っていますが、その7対1を脱落して10対1になったときに、これを急性期としてやるよりは回復期でやったほうがいいのか、そういうような個々の病院の事情で変わってくる可能性も大いにあると僕は思いますので、この中に診療報酬とリンクさせないことを前提に話をされていると思うのですが、現場はやはり収入が得られるほうに動きたいという病院の経営の観点もあるわけですから、そういうこともちょっと考慮を入れながら転換等について考えていったほうがいいのかと思います、いかがでしょうか。

(事務局)

ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりで、リンクさせていないのですけれども診療報酬の改定のことなしには考えられないと思っておりますので、今後運用の中で、診療報酬改定は後からですけれども、これから運用を進めていく中でまさに、その診療報酬改定を踏まえて、この数字がきくかきかないか、これも考えていくべきだと思っております。ありがとうございます。

(鈴木会長)

よろしいでしょうか。僕からも1ついいですか。届出としては一般病床と療養病床しかないわけですよね。届出としては、回復期リハビリテーション病棟はあっても一般ですよね。地域包括ケア病棟は一般もしくは療養の中だったら1病棟というくくりがあって、結局、仙賀委員が先ほどからおっしゃるとおり、今出している高度急性期、急性期という病床機能ですよね。どこかで本当にこれでいいのところから始めないと、後で変えましてと言われても、病床機能なんて本当にちょっとしたことで変わりえるので、その辺を考慮して、いろいろとまた検討して対応していただけるといいかなと、こう思いましたけれども、答えは要りません。ということで結局、仙賀委員が一番心配されているのはそういうことですよね。つまり、最初に高度急性期、何床と出しておけば、急性期には変えや

すいけどという話ですものね。ほかの急性期から回復期も同じだと思うのです。

ほかに何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。これは報告ですね。

(2) 保健医療計画の改定について

(鈴木会長)

引き続きまして、ちょっと時間も過ぎてきましたけれども、保健医療計画の改定につきまして事務局の説明を求めます。よろしくをお願いします。

(事務局)

神奈川県医療課の土井と申します。私のほうから保健医療計画の改定について、簡単にご報告させていただきたいと思えます。資料は9、10、11、また、参考資料3で改定骨子案というのをお配りさせていただいております。恐縮ですが、座ってご説明させていただきます。

まず、県の保健医療計画推進会議のほうで今年度1年間かけて改定を行っていく保健医療計画でございますけれども、今、骨子案をお示しさせていただいて、ご承認をいただいたところになります。資料9なのですが、計画改定のステップの一つとして二次保健医療圏の圏域設定という話がございます。二次保健医療圏については、入院にかかる医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域ということで、2番のところです、圏域設定に当たっての、考え方というのをごらんいただきたいのですけれども、医療計画作成指針のほうで2点確認をするということが示されております。1点目が人口構造と患者の受療状況ということで、人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院にかかる医療を提供する体制が成り立っていないと考えられる場合に設定の見直しを検討するとされておりまして、神奈川県の場合は、まずこの人口要件に該当する二次保健医療圏がないということが1つございます。

ただ、裏面に進んでいただき、もう1点、その指針の中で示されているのが構想区域との整合性というものがございまして、こちらにつきましては地域医療構想策定の過程の中でご議論をいただいております、点線囲いのところですが、構想区域決定の経緯ということで、策定の中でこの湘南東部地域につきましては具体的に提案がございませんでしたので、引き続き湘南東部地域ということで保健医療計画推進会議のほうでも合意をいただいております。

今回の医療計画の改定に当たりましては、3番の神奈川県二次保健医療圏(案)というところですが、構想区域と同じ9圏域ということでございます。湘南東部地域は現行の計画と変わらない区域ということになっております。また、4番のところでは疾病事業ごとの圏域設定についてというのがあり、二次保健医療圏につきましてはこの9圏域で定まった場合でも、疾病ですとか事業に応じて柔軟な圏域設定をすることもできるこ

とになっておりますので、こちらについては分野別、個別の会議において検討をしたいと考えております。また、基準病床数の算定につきましては、ご提案させていただいたこの9圏域で算定をしてみたいと考えています。

続きまして、資料10でございます。保健医療計画の改定に伴う地域医療構想の見直しについて（案）ですが、こちらにつきましては今回、改定計画を検討する中で中長期的な施策の追加や変更、また修正等の必要が生じた場合については地域医療構想、地域版の部分を見直すこととします。地域版の修正につきましては地域の判断によるものとして、修正をする場合については本日の会議、地域医療構想調整会議、地区の保健医療計画推進会議で検討していただいた上で、保健医療計画推進会議報告をするという流れで考えております。また、原則としてデータ集の部分については、年度更新は行わないという考えでおります。2番、見直しを行う際のスケジュールです。日程の隣が地域医療構想調整会議という欄になりますが、本日の会議で見直し方針の提示をした後に地域のほうでご意見があった場合、必要に応じて地域版部分の見直しということで9月から10月の第2回調整会議に案としてご提示、検討をします。ご承認をいただきましたら、県の保健医療計画推進会議のほうに上げていくという流れで考えております。

続きまして、資料11をごらんいただきたいのですが、こちらが基準病床数の算定シミュレーションになります。実は今、基準病床数算定に必要なすべての数値が、県のほうにまだ揃ってはいないのですけれども、特にこの在宅医療等対応可能数というのが、まだ数字がない状態ではあるのですが、シミュレーションを行うために県のほうで独自に仮試算をしたものになります。基準病床数の算定式については記載のとおりでございます、真ん中から下、下段のところに、未確定で数字も手元にない在宅医療等対応可能数の算出イメージというところがあります。その図のところはA B C Dというアルファベットが振ってありますが、Aが医療区分1の70%と地域差解消分、Bが介護医療病床の全数、Cが医療療養病床のうち平成35年までに介護医療院等新類型に転換する見込み数、Dが在宅医療等対応可能数です。計算式としてはAからBとCを除いたものになります。除きますので、すなわちBとCというのは基準病床数に含まれるということになります。

その次が、ページを1枚おめくりいただきまして、在宅医療等対応可能数のDというのが、まだわからないのですけれども、仮定で置いた場合の計算の流れになります。使用するデータとしては国の調査がありまして、その下の表のところに区分というのがあって、介護療養型の病院・診療所、それから医療療養病床の25対1と20対1でそれぞれ患者さんの数があって、医療区分1から3まで何割の方がいらっしゃるかという調査になります。これと、あと県の既存病床数から、それぞれ介護療養と医療療養の患者数を出して、この国の割合をこの県の患者数に当てはめるという形で計算をしたものになります。結果だけで恐縮なのですが、一番下のほうに⑤介護療養病床の全数Bを差し引くというところがあります。そのAとB、その右側に $D = A - B - C$ というのがあるのですけれども、これで

在宅医療等対応可能数932人という数字を出しています。ただ、ここでちょっとご留意いただきたいのが、地域差解消分というのが全く考慮されていないということと、医療療養病床の転換見込み数Cについてもまだ不明のため差し引きをゼロということで、差し引きしていないという形で計算をしております。

その次のページですが、今回試算をするに当たって、国の告示で示されている病床利用率を使った場合と、27年度の病床機能報告制度を使って算出した二次医療圏ごとの病床利用率を使った場合というのと2パターンお示しをしまして、二次医療圏別の病床利用率というのは、この表の採用病床利用率というのを使っています。

その次に、試算4分の1、4分の2、4分の3、4分の4というのが出てくるのですが、まず4分の1と4分の2というのが、人口の要件が2016年の人口を使っています。4分の3と4分の4というのは3年後、2020年の推計人口を使っています。それぞれ、その上段と下段の違いというのが、上段のほうは国の告示で示された医療用病床0.9、一般病床0.76、下段のほうは病床機能報告制度で算出した二次医療圏別の病床利用率を使って算出をしています。それぞれ表の中では真ん中から左のところは医療用病床なのですが、最初に医療用病床を計算して、右側で一般病床を計算し、合算をした基準病床数があって、⑫が既存病床数、差し引きしたものが⑬のところになっています。三角が立っているのが不足という計算の流れになっています。基準病床数の算定シミュレーションについては以上になります。

(鈴木会長)

ありがとうございました。何かご質問とかございますでしょうか。篠原委員。

(篠原代理)

この算定シミュレーションは全国共通ですよ。

(事務局)

これは、まだ出ていない数字がありますので、出ていない数字を神奈川県の方で推計して神奈川県独自に出しています。

(篠原代理)

これがひとり歩きするとまた混乱しそうですね、実際、療養病床と一般病床との稼働率がありますよね。あれを、例えば3%上げて95%にする、それは実際問題でも可能なのです。一番心配なのは、この数字が出て、ここは足りないから、病院が新しくできると。そうすると今、ただでさえドクターもナースも介護スタッフも足りませんよね。そういう中で、かなり取り合いになります。そうすると、保育園もそうですが、保育園が足りないから保育園をつくる、保育士もいない、そういう中で質がものすごく落ちる、その辺のところを考えると非常にリスクがあると。今、このエリアでも介護士が全く足りないのです。なのに特養ができた。だから特養ができて、特養がオープンできないのです。ベッドが開けられない。そういう状況が起きているから、その辺を少し勘案していただいて、

湘南東部で全病院にアンケートをとってでも、あなたのところは3%上げられるかとか、そういうふうなことで10年間乗り切るという手はずであるとは思っています。

(事務局)

お答えします。まさに今、篠原先生がおっしゃったように、病床利用率が実は一番、基準病床数の変動に影響が大きいのです。大前提の話として、試算4分の1から4分の4とありますが、4分の1が一番ベーシックパターンだと思ってください。人口は基本、今の人口を使わなければいけないです。今の人口を使っているのは4分の1と4分の2です。4分の1は病床利用率を、国の告示のいわゆる下限で療養は0.9、一般は0.76を使っています。篠原先生がおっしゃるように、今の病床機能報告等から算出した病床利用率は、この地域はもう少し高いです。ですので、それに上げたのが、4分の2なのです。4分の1の湘南東部の欄の一番右側を見ていただくと、三角163とあります。試算4分の1の湘南東部の一番右側の縦列、ちょっと細かいですがごめんなさい、⑬ですか。三角163ということは、仮の試算でちょっとまだわからない数字もあるのですが、仮に試算してみると、これだと基準病床のほうが163大きいから、163つくれるということになると。ただし、病床利用率をちゃんと今の実情に合わせると4分の2になりますので、4分の2になると湘南東部はプラスの18、つまり既存のほうが18大きいと、要するに今の病床数でいいですよということになります。これは国に確認をしましたが、そもそも病床利用率を告示どおりに使わなければいけないのか、二次医療圏ごとの実情の数字を使っているのかということをお聞きしたら、これは使っているそうです、よくなりました。二次医療圏ごとにその実情を反映している。ただし、先生がおっしゃるように、今、仮に0.8だったけれども、頑張っても0.85にしよう、病床稼働率を上げようよ。その努力目標をもって基準病床数の算定に使えるかどうかというのは今、国に確認していますけれども、それはちょっと厳しそうな感じです。ですので、こちらの考えとしては、基準病床数というのは、ある程度決まった数字があり、割と8対2ぐらいで自由度がないのです。基準病床数が決まって、その中で今度、毎年毎年、病床協議があるわけですよ。今年も75ありますが、その中で今度その議論が出てくるのかなと思います。むやみにこうするのではなくて、努力しようとか、そこはあると思いますけれども、という事情でございます。ありがとうございます。

(鈴木会長)

先生、よろしいでしょうか。ほかに何かご質問はございますでしょうか。

僕から1つだけ質問いいですか。一般病床でも療養でも公表済みの、一般病床だと退院率でしたか、それから療養だと入院受療率か、これはある程度データで推定できると。病床利用率もよくわかりましたが、平均在院日数というのが世の中的にはどんどん短くなっていると思うのですが、この上限13.6というのは当然、例えば今現在はもう10.0ですとなれば、必要な病床は減るわけですよ。当然、病床利用率も上がったほうが減りますが、その辺の取り扱いは何らか国から出ているのですか。

(事務局)

平均在院日数につきましては、国の告示のほうで示されている数になりますので、基本的にはそれを使う形での計算になります。

(鈴木会長)

病床利用率は神奈川のを使っていいということになったようですが、その辺もやはり議論の中では当然、この13という部分は前のデータだと思うのです。多分、さっきの資料を見ると藤沢市も9でしたか、10でしたか、出ていましたよね。そうすると多分、掛け人数でいくと13.6ということはないよなと思うので、その辺も神奈川版としてはちょっと頭に入れながらいろいろな提示をしていただけるといいかなと思いました。

(今井委員)

個別の問題ではないですけども、この1ページの表は前々から私は違和感を持っているのです。在宅医療等対応可能数という、可能というのは全く意味不明です。というよりも何かを覆い隠している表現ですよ。なぜかという、病床削減によってAというものが減る、地域で受けなければならない、そのうちBとCというのはまた新しい介護院としてあるからそれが吸収する。吸収し切れないのがDです。ということは、在宅のほうから見るとこれは可能数ではなくて、いわば達成目標ないしは、下に、整備目標と書いてあるのですが、このほうが表現としては正直だと思います。要は必要数だと思うのです。可能という表現というのはどこから出てくるのか。私はぜひ国に言うべきだと思います。こういう意味不明のことを言葉として使うのは非常におかしいと思うので、できればこれは「必要数」とか「整備目標数」というふうに変えるべきだと思いますが、いかがですか。

(事務局)

ありがとうございます。確かに在宅医療等対応可能数と私も最初に聞いたときに何だろうと思ったのですが、要は病床から差し引く数を、この病床側から見ているのですよね。病床側から見ると、病床から差し引いて、在宅医療等の等とは何だということこれは介護施設なのです。在宅医療とか介護施設で受けられる数ですよ。療養病床の医療区分1の70%を機械的にもう落としてしまっただけでも、先生がおっしゃるように介護医療院や介護医療病床とかに将来転換するから今は引かなくていいですよというところなのですが、確かに用語としてというのは、機会をとらえて国には伝えてまいりたいと思います。

(今井委員)

前から私は、病床を減らすのであれば在宅の受け皿をきちんとつくれという意見で対応してきたのです。それだと可能数ではないわけです。整備目標ということを確認にしないと、国としても、県としても、いわば義務規定にならないのです。だから可能数といったら、私は新しい医療産業や介護産業を興すような意味で言っているのかと思ったのですが、まさかそんなことはないのだと思います。ここでの議論で決めるべき話ではないとは思いますが、根本的な問題だと思いますので、よろしくをお願いします。

(鈴木会長)

ほかに何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

取扱注意というのはデータがひとり歩きしないようにという意味で押してあるのですね。

(事務局)

そうです。あくまでも試算した数でございまして、まだ見えていない数字を仮置きしておりますので、ぜひ取扱注意で、いわばこの席限りということで恐縮ですが、よろしくお願いたします。

(今井委員)

回収はしないのですか。

(事務局)

回収はしません。

(3) その他

(鈴木会長)

ありがとうございました。その他、あと参考資料は説明されるのですか。

(事務局)

参考資料につきましては、参考資料1だけ補足しておきます。各地域で27年度、28年度に実施した回復期病床転換補助の実績につきまして、まだご報告しておりませんでしたので、今回、各地域の状況ということでご報告させていただいております。ご参考ということで見ていただければと思います。参考資料2につきましては、特に説明はございません。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほか、何か委員の方からございますか。事務局もよろしいですか。それでは、議事を終了として進行を事務局にお返しします。よろしくお願いたします。

閉 会

(事務局)

鈴木会長、どうもありがとうございました。委員の皆様におかれましても、たくさんご意見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、本日の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。