

平成30年度第3回東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議開催結果

1 日 時 平成31年3月15日（金）午後1時30分～3時

2 場 所 東葛飾合同庁舎6階 第1会議室

3 出席者 委員 21名

東委員、鈴木委員、金本委員、金江委員、田中委員、小松崎委員、喜瀬委員、
烏谷委員、野坂委員、秋葉委員、小張委員、小林幸男委員、高橋委員、
小林千昭委員、伊原委員、清水委員、岡田委員、稲荷田委員、
新委員、杉戸委員、山崎委員

4 議 事

- (1) 個別医療機関ごとの具体的な対応方針に係る調査結果について
- (2) 病床機能の定量的な基準の導入について
 - ①病床機能の見える化の取組について（各圏域での調査について）
 - ②病床機能の見える化（案）について
- (3) 平成31年度以降の地域医療構想調整会議の開催方針について
- (4) その他

5 報 告

- (1) 病床配分結果について

6 議事及び報告概要

議事(1)個別医療機関ごとの具体的な対応方針に係る調査結果について

※資料1-1～1-4を事務局より説明

○議長

資料1-1から1-4について、御意見等ございましたらお願いいたします。

委員の皆様だけではなく、本日参加されている医療機関の皆様からのご意見がございましたらお願いします。ご発言の際には、所属及び氏名をお願いしたいと思っております。いかがでしょうか。ございませんでしょうか。

御質問が無いようですので、次に進ませていただきます。

議題2、病床機能の定量的な基準の導入についてということで、病床機能の見える化の取り組みについて、各圏域での調査について、事務局から説明をお願いします。

*質疑なし

議事(2)病床機能の定量的な基準の導入について

① 病床機能の見える化の取組について(各圏域での調査について)

② 病床機能の見える化(案)について

※資料2-1、2-2を事務局より説明

○議長

ありがとうございました。

今、事務局から説明ありましたように、この内容につきましては1月23日に開催した小委員会でも議題とさせていただいております。その前に、小委員会の補足説明をさせていただきます。小委員会設置は、第1回の全体会議で承認していただきました。要綱に関しましては、お手元にお配りしております。その要綱を踏まえて、小委員会を開催させていただきました。

資料3をごらんいただけますでしょうか。資料3の2ページ、2枚目の要綱に沿って構成委員を決めさせていただき、この13名が現在の小委員会の構成委員となっております。委員長を松戸市医師会長、東先生に、副委員長を流山市医師会長の鈴木先生にお願いさせていただいております。このメンバーで議論をさせていただいた内容を、本日小委員会の委員長である東先生よりご報告をお願いしたいと思います。

○小委員会委員長

それでは、小委員会の内容についてご報告します。

1月23日、夜に開かれました。その中で、先ほど事務局からもお話がありましたけれども、病床機能の定量的な基準の検討ということで、奈良方式とか佐賀方式とかある中で、埼玉方式がこの圏域については妥当なものなのかというところから始まって、その妥当性についてもいろいろ議論をさせていただきました。やはり高度急性期の評価において内科的項目が入っていないということや、高度急性期として妥当とは言えない項目ということが一部の委員からお話がありまして、資料2-2の別紙の4、5ページのところに、手術のところに胸腔鏡・腹腔鏡下手術の実施というのが高度急性期のところと急性期のところにも入ってしまっていて、こここのところで、胸腔鏡とか腹腔鏡手術は非常に高度な技術なのだけれども、一部で鼠径ヘルニアなんかも鏡視下の手術に入ってしまうので、それまで入れて高度急性期の中でカウントするのは妥当ではないという意見がございましたので、ここでお話をさせていただいたところでございます。

全体的には国の示す値に近いモデルで出したということではないのか、病床の機能報告だけではなく、病院機能評価の質的評価もあわせて評価をしていただくといいのかなというふうな意見も出ました。また、他の圏域における意見や大学の見解も踏まえながら、これから継続的に定量化指標を検討するということになっております。

今回埼玉方式のところの資料2-2の2ページのところに、真ん中あたりの概要のところの(3)で、急性期・回復期機能というところで、調査結果からいずれの病棟も急性期相当の患者と回復期相当の患者は混在していると考えられるというところで、この急性期が59.6%、回復期40.4%ということですが、一番下の白丸のところ、こ

れを70対30%ということで推計値を出しておりますけれども、これの妥当性については、先般大阪府がやっぱり同じような定量的な分析を出しております、それに大阪府は急性期を重症急性期と地域急性期というふうに2つに分けているのですけれども、多分地域急性期というのが回復期とか療養に近い病床群なので、それが一応25%強ということでございますので、この70%対30%とほぼ近い数字になりますので、妥当な算定根拠になるのかなというふうに思います。

○議長

ありがとうございました。

小委員会委員長のよりお話がありました。

小委員会の結果について補足説明ございましたら、鈴木委員いかがでしょうか。

○委員

副委員長をさせていただいております流山医師会の鈴木でございます。

今、ほとんど東委員長が答えていただきました。一番妥当な線を持ちながら、この急性期、超急性期、高度急性期を決めていって行くのがよろしいのではないだろうかという結論がついたのはこの小委員会の結論でございます。これに対して異議はございません。

○会長

ありがとうございます。

事務局より補足説明等ありますか。

○事務局

先生方にいろいろご意見いただいておりますところでございます。東先生がおっしゃった7対3についてはまだご説明していないので、改めて説明させていただければと思っております。

前後して申しわけないですけれども、小委員会では今おっしゃっていただいたように、おおむねご賛同いただいたところで、いろいろ問題点はあるところでありまして、参考値として出す、圏域全体として出すのであればよろしいのかなというところでお話いただいたというふうに理解しております。

ただ、同じような形で、他圏域のほういろいろ回らせていただいている中で、やはりどうしても納得しかねるところもございまして、そうしたところもある中で、埼玉方式全面導入という形はちょっと見直さざるを得ないのかなというふうに判断いたしまして、埼玉方式を一部活用した推計案ということで、先ほどお話あった7対3で考えさせていただいたところでございますので、ちょっとそこら辺の説明をさせていただければと思います。

7対3の根拠というか、ことでもないのですけれども、ちょっと資料2—1のほうにお戻りいただいて、6ページのほうをごらんいただければと思います。資料2—1は、一応ほかの圏域でこんな取り組みを今年やっていたという横展開を図るための資料ですので、そのほかのところにはご関心があれば後でごらんいただければというふうに

思いますけれども、資料6で1つやったところを紹介したいと思います。

上段のほうに調査概要があります。何を調べたかと申しますと、特定の基準日において、入院患者の医療資源投入量等を調査しまして、入院患者の機能別に分類するという作業でございます。医療資源投入量としましては、患者さん一人一人の診療報酬の点数、その日の点数から入院基本料を引いたものを医療資源投入量として、機能区分の基準としては高度急性期が3,000点以上、急性期が600点以上3,000点未満という形で、必要病床数の根拠と同じような形で設定して、患者さん一人一人を区分して、高度急性期は何人いたとかいって数えていくような、ちょっと面倒くさい調査はやらせていただきました。

市原の圏域の結果をちょっと下のほうにご紹介させていただきたいと思いますが、円グラフのほうをごらんいただければと思いますけれども、結論としましては急性期の患者さんが大体56%、平均値なのですけれども、56%ぐらいいらっしやって、回復期の患者さんが36%いらっしやるような状況でございました。あと、高度急性期の方、慢性期の方も4%ずつそれぞれいらっしやるというような状況でございます。

調査全体からは、国が通知でいう中の急性期過剰ですとか回復期不足というのが、3圏域でやったのですけれども、いずれも生じていないということが確認できたのですけれども、このグラフからは一般病棟に高度急性期から慢性期までさまざまな容体の患者が入院しているということで、現状の把握に当たっても、1つの病棟が複数の機能を担っていることを考慮する必要があるのかなというふうに考えておりますし、調査によって規模感が出たのがよかったかなというふうに思っております。

さらに言えば、患者さんの分布であれば、恐らく医療機関、急性期という形で出せたものですが、急性期で報告すると、ベッド100%が急性期というふうにカウントされてしまうので、実際にある36%分がやっぱり隠れてしまうところがありますので、ここをうまく出していくことで、より実態に近いような数字が出てくるのではないかなというのが発想の根拠でございます。

資料が行ったり来たりで申しわけございませんけれども、再び資料2—2のほうにお戻りいただきたいと思っております。2—2の2ページになります。2—2の2ページ、ごちゃごちゃ書いてありますけれども、ちょっと参考値というところあるのですけれども、一番枠外の下の参考のところを見ていただければと思います。先ほど市原の話をおっしゃったけれども、それ以外にも山武・長生・夷隅地域と香取・海匝地域で同じような調査をやらせていただきました。高度急性期というところをちょっと外した中でどういうふうに使われたかというのが、3本のうちの一番下の平均というところをごらんいただければと思いますけれども、平均的なところでは、10%近く高度急性期の患者さんがいて、50%近く急性期の患者さんがいてというような結果になっております。ですので、高度急性期はちょっとあれなのですけれども、急性期、回復期の病棟を判断するに当たって、大きく半分に分けて、高度急性期と急性期を大きく急性期、それ以外を大きく回復期と分けると、その割合が上のほうの真ん中のほうにあります急性

期59.6%、回復期40.4%という割合になります。大体6対4の割合だと思っております。これを使って、病棟一つ一つを回復期だとかラベリングするのではなくて、全病棟を6対4ぐらいで患者さんがいらっしゃるなということで推計をさせていただいたところでございます。

ただ、いかにせん調査の地域が郡部なので、多分平均在院日数とか病棟の利用率とかが違うのではないかというふうに思いますので、ちょっとやはり都市部ということで、急性期が多いのではないかと、平均の救急搬送患者も多いですので、急性期とかのほうが多いのではないかということで、7対3ということで推計させていただいたところでございます。

それ以外のところに関しましては、高度急性期機能につきましては、ちょっと高度急性期を分ける基準というのが私どもも、埼玉方式以外ないですので、いろいろな意見をいただいているところでございますけれども、今後いろいろブラッシュアップのために検討を重ねるということで、ここでは一旦埼玉方式を使わせていただきたいなというふうに思っております。

そうした形で推計したのが、3ページのほうをごらんいただけますでしょうか。3ページ、表が2つございます。左側の表が病床機能報告の結果でございます、ごらんのとおり回復期が2,545床の大きな不足という形になっているところでございますけれども、先ほど説明した推計値でありますと、ほぼ全機能が不足という地域というような形になっております。特に回復期は表の1ほど極端な不足ではないですけれども、やはりちょっと不足感が出ているのかなというような認識でございます。

この推計値と必要病床数を棒グラフにしたのが下の横棒グラフになります。上が必要病床数ということで、下が推計値ということでございます。やはり回復期のところがどちらかといえば不足感があるのかなというところではございます。

その下は、一応今回病床配分ございましたけれども、配分のところの多分こういった機能で出るのではないかということで、ちょっとこちらのほうで考えてさせていただいて、お見せしたところが30年の配分ということで、ちょっと回復期のところが埋まっていくのかなというふうに思っているところでございます。一応その下に、外来とか在宅医療介護とか矢印を引っ張っていますけれども、地域医療構想では回復期病床とか慢性期病床の病状が落ちつかれている患者さんなのですけれども、それを地域の外来ですとか在宅医療には介護施設で対応するというのが前提としてなっております。その受け皿となる外来とか在宅医療のサービスの状況によっては、やはり一般病棟に入院患者さんが滞留するのではないかということが想定されておりますので、今後そこら辺、介護医療院とか老健とか、特養、サ高住とかいろいろ地域の資源を見ながら、この辺の出口問題とか検討していく必要があるのかなというふうに考えております。

ちょっと説明が長くなって申しわけありません。また説明も前後して申しわけなかったのですが、一応こうした案で今後考えていきたいというふうに考えておりますので、ご意見等がありましたらよろしくお願ひしたいと思っております。

○議長

ありがとうございました

今、事務局から、議題の2の②病床の見える化（案）についても続けてお話いただいたというところです。

東葛北部において、この病床の機能の見える化の数値をどう計算していくかという中で、7対3に関して先ほど東委員のほうから、大阪府のデータからも妥当ではないかというお話がされたところでございます。

では、埼玉方式を参考とした推計値の考え方について、何かご意見等ございましたらお願いしたいと思います。

金本委員、いかがでしょうか。ご意見等ございましたらお願いいたします。

○委員

小委員会ですいろいろな活発な意見があったのですが、こういう指標がやっぱり必要であると思います。その中で、今言われたことに関しては、異議はないです。

○議長

金江委員、いかがでしょうか。

○委員

各圏域で埼玉方式を説明したら、いろいろ問題点を指摘されたということで、かなり事務局でも努力されたみたいで、最終的なやっぱり病院によってもいろんな差があるので、一概にこれがベストというのではないと思うのです。やっぱりある程度どこかで見切りというか、つけないところを延々と話していても全然話が進んでいかないので、僕はやっぱりこういういろいろほかのところは、香取・海匝とか市原とか、そこら辺参考にしていただいて、データができるので、もうこれ以上のことは議論を余りする必要はないのではないかなと思います。

○議長

ありがとうございます。あくまで参考値としてとらえ、この推計値の詳細まで細かく議論するところは余り必要ないのかなというのが金江委員のご意見でした。

この場でここだけは言っておきたいとか、こういう考え方もあるのではないかとご意見がございましたら、ご参加の皆様の中からのいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○議長

あくまでも参考ということで、この推計値のほうを導入させていただくことに関しては了承していただいてよろしいでしょうか。

○議長

異議がないようなので、参考値として、埼玉方式を参考にした推計値案を導入をさせていただきます。ありがとうございます。

では、引き続きまして、議題3です。一番重要なポイントだと思っておりますが、平成30年度以降の地域医療構想調整会議の内容と、開催の方向性についてです。

事務局より説明をお願いします。

議事(3)平成31年度以降の地域医療構想調整会議の開催方針について

※資料4を事務局より説明

○議長

今、国や県の開催方針や方向性の話がありましたけれども、この場では今後次年度以降、全体会議と小委員会の中で、どういうテーマを扱っていけばいいかというところに焦点を絞って、進めさせていただきたいと思います。

次年度の取り組みに関しましては、先日の小委員会で検討いただいておりますので、東委員長よりお話をいただければと思っております。

○小委員会委員長

小委員会で検討した次年度の取り組みについてご報告をさせていただきます。

全県単位の会議の開催については、全体会議は全県単位を含めて年4回ということが事務局から説明が先ほどありましたけれども、一応それは全県会議1回、小委員会2回、この全体会議を1回ということではないかということが小委員会で話し合われて、承認をされております。

それから、小委員会の今後のテーマについても話し合いをさせていただきました。

1番として、医療機関の役割分担と連携の推進についてということで、特に公的医療機関等が地域で担う役割について議論をしていきたいと思います。

それから2番目として、在宅医療を含めた地域の課題について議論をしていく。3番目として周産期医療体制のこの東葛北部での充実について議論をして、4番目として、地域医療介護総合確保基金の活用についても議論し、それからなかなかこの場で意見を述べる機会がない単科の病院とか小規模の病院の先生方の意見をある程度この小委員会でもまとめさせていただきたいという意見がありました。

その小委員会では取り上げられていませんけれども、先ほど江口さんがおっしゃったように、病床機能報告をもとにした病床の配分とかあり方が議論されていますけれども、やはり今後は具体的な疾病等に応じた連携ということで、地域の疾病構造をもう少し分析して、それに応じて必要な病床を考えるという、そういう考え方もこれから一方で病床機能報告だけではなくて、考えていったほうがいいのかということ、私は個人的にこの小委員会の中で話し合いをしていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○議長

ありがとうございます。

東委員長、具体的にはこの小規模病院とは、どの病院をお呼びいたしましょうか。

○小委員会委員長

急性期を担っている整形の先生とか、一方で周産期を担っている先生方、それから乳がんの先生ですとか、そういう先生方のお話をお聞きしたいと思っております。

○議長

東委員長からお話がありましたけれども、小委員会に参加して意見を述べたいというようにご希望がありましたら、参加していただきたいと思います。

この場では、なかなか細かい議論ができないというところがありますし、そのため、小委員会を設置したという経緯がございますので、活用いただければと思っております。また、公的医療機関が担う役割というところもございますので、総合医療センターからのご参加をいただければと思うのですが、そのあたり烏谷委員いかがでしょうか。

○委員

公的病院の担う役割というのももちろん大事なところでありまして、日程的に参加できれば小委員会にも参加したいと思います。

○議長

具体的にどのようにお呼びするかということは、小委員会のほうで判断させていただき、議論を交わす機会を設定したいと思っておりますが、ご参加の医療機関の皆様の方で、こういう題材を扱ってほしいとか、こういう内容でというご希望がございましたら、この場で小委員会に対しての要望をお願いしたいと思います。小委員会での議論が活性化していくことも重要です。課題をこの全体会議へあげていくところがポイントとなっております。この場でご意見を出していただければと思います。

また、先ほど小委員会委員長からお話がありましたように、今までは病床機能の実態の把握に焦点が当たっておりましたけれども、今後は地域の課題をもっと掘り下げていくために、疾病別ニーズに基づいた課題というところも重要と思っておりますので、こういう課題を扱ってほしいというようなご希望等ございましたら、是非この場でご提案をいただければと思います。

いかがでしょうか。ございませんでしょうか。秋葉委員いかがでしょうか。

○委員

疾患別という問題ですね。やっぱり大きなくくりで見ていると、小児医療とか産婦人科医療とか、そういう個別のことというのはどうしても議論には出てこないもので、やっぱり個別の議題に焦点を当てるといえるのは重要だろうとは思っています。具体的にどういふふうに持っていくかというのは、これから考えなくてははいけないと思います。

○議長

ありがとうございます。

特に人口が増加し若い世帯が多い流山市などは、やはり小児医療が問題だと思うのですが、鈴木委員いかがでしょうか。

○委員

小児科の先生方の誘致を流山市のほうでやってくださっているようなのですけれども、やはり病院部門がないと、一時的な開業医だけではだめだと思う。やっぱり子どものことは非常に大事。流山市は19万人を超しまして、現在、東京の三鷹市と同じ人口になりました。これからどうなっていくかというところ、ビルがいっぱい建っていますので、

一時的にこれからまたふえていくということがございます。

地域として流山市だけで解決できることではないので、先生方にご協力いただきながら、いろいろこういう構想を練っていきたいなと思っております。

いつもご迷惑をかけておりますけれども、どうぞよろしく願いたいします。

○委員

これに関連することなのですけれども、やはりこの間、松戸市の病院審議会でも話題になった事柄なのですけれども、やはり病床を増床の認可をいただいても、実際にそこに人を手当てするにはすぐに雇えないという状況があって、それで病床の許可がおりても、実際に雇えるのは半年とか1年後ということになって、さらに増床と、その病床が機能するまでには乖離が起きてくるので、そういう意味からすると、本当に必要なときにタイミングよく病床を稼働させるには、そのタイムラグをないような形で前倒し、前倒しで許可をしていかないと、実際の現場では、特にP I C U、N I C Uが今不足している現状では、ほとんど医療がなされていないということになってしまいますので、その辺も考えてやっていただきたいなというふうに思います。

○議長

ありがとうございます。ほか、野坂委員、いかがでしょうか。

○委員

今後の取り組みです。むしろ医療だけではもったいない。在宅医療、介護まで含めてもらいたいのが1つ。もう一つは災害です。各市で対応していますけれども、多分東葛北部はまとまって動かなくてはいけないだろうと思います。そのときに、病院、あとクリニック、そこでの下支えするような議論が出てくればいいなというふうに考えています。

○議長

貴重なご意見、ありがとうございます。

○委員

災害のことで、今これからまだ始まっているところなのですけれども、松戸市と柏市が結構できていまして、それから流山市もそこそこできるようになりました。ところが、やっぱり先生おっしゃるとおり、東葛北部地区は隣接地域がいっぱいございますので、その住民がかなりどうなっていくかということは考えなければいけない。それで、実は先日、おたかの森の松倉先生が柏の救急担当の理事をやっていただいているものですから、昨日、これから5市で担当理事が集まって、どうやっていこうかとそういうことをちょっと細かいことを煮詰めていこうではないかというところまで、始まるころでございます。そこにこれからやっぱり行政の方々が加わっていただいて、当然それは72時間だけが災害ではないので、感染が起こってから、これから消毒とか、その辺が1週間、1カ月後というのがどうなっていくかというのを共同しながらやっぱり考えていくのが実は東葛北部地区かなと僕は思っておりますので、先生のおっしゃるとおりでございますので、いろいろこれからそこら辺は松倉先生と一緒に進めさせていただきたいと思っ

ております。

○議長

ありがとうございます。災害医療のほうは、地域災害医療対策会議が各市にありまして、その中に医療機関の先生方がコーディネーター等入っていただきながら動かしていただいていますけれども、もう少し広い、東葛北部全体という考え方も求められてきますので、今後、検討の対象にしていいただければと思っております。

ほかに委員の皆様以外の皆様からのご意見もお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○医療機関

先ほど鈴木先生からおっしゃっていただいたので申し上げますと、まさに野坂先生おっしゃるように、災害については5市で考えていかなければいけないことでもあります。1度だけ災害について担当理事が5市で集まったことがありまして、この5市で、行政も含めて体制が違うのだなということもありましたので、そこを合わせるのではなく、せめてお互いこういうところに連絡をとって動くのだということを理解することが大事かなというふうに思っております。これにはもう災害担当の先生だけではなく、5市の病院の先生方、皆様の協力が得られないと動けないことですから、ぜひお力をかしていただきたいということが1点と、あと2つだけよろしいでしょうか。せっかくマイクをいただいたので。

救急のネットワークについて、僕いつもここに来るとその話ばかりして恐縮なのですが、G I Bがこの5市で動いているので、ほかにも本来救急のMCのプロトコールに入っているのは、脳卒中と心筋梗塞についてもあるはずなのです。疾患別の話があるのであれば、いろんな非常に能力の高い病院があるわけですから、脳卒中についてもネットワークを松戸でやっていらっしゃるので、それを利用させていただき、ないしは我こそはということで参加してくださる市や病院があってもいいのかなということで、ちょっと広げていければありがたいかなといったことが1点と、もう一つはこれはもう国の取り組みで、高齢者の救急搬送について、C P Aの75%が75歳以上ということで、これはかなりいろんなところで取り組みを在宅も含めてやっていらっしゃると思うのですが、メディカルコントロール協議会のプロトコールが絡んでくるので、ちょっとその辺の先生方とリンクしてうまく話が進めばありがたいかなとも思っています。以上です。

○議長

ありがとうございます。ご意見を幾つかいただきました。消化器疾患だけでなく、心筋梗塞、脳卒中、また救急の分野に関しても検討が必要ということのご提案でございました。5市全体で疾病単位でもこれから検討させていただければと思っておりますが、ほかにごございますでしょうか。

○委員

先ほどから5市とかいう話出てくるのですけれども、今国の方策見ていくと、医療圏でやっているのです。この地域保健医療連携とか、こういうのも全部医療圏でやっていますし、今度外来のほうでも何かちょっと手をつけ始めている。これも医療圏でいろんなデータを出してきているのです。やはりこういう会議の目的というのは、医療圏の中でどうやってまとめていくかということが大切だと思うので、そこでいろんな先ほどの救急の話も出ましたし、在宅とか災害とか、そこら辺も全部医療圏ごとにやっぱり考えていかないといけないということが一つと、それから例えば在宅とか、いろんな市からというのが、各5市ありますけれども、いろんな助成金ですよ。救急とかそういうのに関して出ているのですけれども、みんなばらばらです。例えば何かICTを使ったネットワークつくろうと思っても、5市ばらばらで、補助の仕方が全然違うというようなことがありますので、ぜひここら辺は行政と一緒にやらないとだめだと思いますので、そこら辺もちょっと配慮していただきたいと思います。

○議長

助成金等も、課題があるということを検討項目の一つとして入れさせていただきます。

ほかにございますでしょうか。たくさん出てきた中で、全部はなかなかやり切れませんので、優先順位を小委員会で決めさせていただきますながら、取り組ませていただければと思っております。

○委員

広域は本当にすばらしいなと思って、これまとめられたGIBの先生は本当すごいなと思ひまして、3市から5市に拡大したこともすごいと思うのですが、先ほどの救急搬送それと脳卒中・心筋梗塞なのですけれども、野田が非常に悩んで、マスコミから大変な思いをされていると思いますけれども、子供のDVだとかを、どうにかして子供たちを育てないと国は潰れてしまうぞと思いますので、この辺もやっぱり広域で考えられるということがすごく大事ななと思います。これは、何かいいお知恵とか、何かこういうのを提案してくださいというのは、皆さんこの委員の中から、小委員会にでもまず提出していただいて、それをまた検討ということができればまたいいなと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。

○議長

ありがとうございます。

この場に出されない意見でも、後ほど小委員会に向けて発信していただければ、検討の中に入れ、優先順位を決めながら、小委員会のほうで扱っていただければ、この全体会議にその検討結果を戻しというような、相互の中で議論を深めていくことができればと思っております。

いろいろな意見が出されましたがほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。

○議長

ではここで、来年度の会議の回数について確認させていただきます。

来年に関しましては、先ほど事務局から説明がございましたけれども、全県単位の調整会議を含めて年4回の開催という説明がありました。その旨を小委員会で検討させていただき、全県単位の開催1回を含む4回、つまりこの圏域で行うのは3回、小委員会2回、全体会議1回を開催するという提案で小委員会のほうは了承されております。

その点に関して、この全体会議で再度ご了承いただきたく確認をさせていただきます。

来年度、この東葛北部としては全体会議1回、小委員会2回という案でよろしいでしょうか。ご異議がなければ、その方向性で来年度実施していきたいと思っております。よろしいでしょうか。

では、異議がないものとして、実施いたします。

○議長

来年度、埼玉方式を参考とした推計値のデータが公表されることとなります。その公表が全県一斉になされます。先ほど申し上げました東葛北部の会議スケジュールでいきますと、全体会議が後半となってしまいう予定です。そのため、全体会議でその公表となると、ほかの圏域とのずれが出てきます。推計値の公表の時期がどのあたりにするか、事務局から説明をいただけますでしょうか。

○事務局

例年、第1回目の調整会議の中で、病床機能報告の結果の報告をさせていただいておりますので、基本的には1回目の全体会議のほうで報告させていただきたいと思っております。ただ、こちらのほうの、今のお話ですと後半のほうになるということもございますので、多分第1回目、夏ぐらいにやるとは思っておりますけれども、そちらに合わせて、ホームページ上で公表する形で代替させていただければと思っております。ホームページで公開して、あと実際、第1回目のその年度の全体会議のところでまた改めて報告させていただくという形でよろしければ、そんな形で対応させていただければなというふうに思っております。

○議長

では、全県一斉にホームページ上で公開され、圏域ごとの全体会議の場でも説明されるということですね。当圏域が遅れて情報公開となるわけではないということでしょうか。わかりました。

そして当圏域の全体会議でも説明をいただくということですね。ありがとうございます。

では、ホームページの公開日がいつになるかがわかりましたら、発信させていただきたいと思っております。以上です。

ここまでご意見等ございますでしょうか。

*質疑なし

○議長

議題（４）、その他のほうに移らせていただきたいと思います。

その他、何か事務局等からございますでしょうか。

特にないようですのでとして、議事自体はここで終了させていただきます。

続きまして、報告１、病床配分結果について、事務局から説明していただきたいと思います。お願いいたします。

報告(1)病床配分結果について

※資料5を事務局より説明

○議長

ただいまの報告につきまして、病床配分の結果報告ということですので、採否の細かい説明、個別的な質問は控えていただきますが、今後の東葛北部全体の医療圏のあり方という観点から、何か医療整備課等へのご質問ございましたらお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

*質疑なし

○議長

皆様のご協力のおかげで、きょうの会議は順調に進んでおりますが、医療整備課も来ておりますので、この場でご質問ありましたらお願いします。よろしいでしょうか。

*質疑なし

○議長

では、本日本日予定していた議事報告等完了いたしました。

最後に全体を通じてのご意見ございましたらお受けいたします。よろしいでしょうか。

*質疑なし

○議長

スムーズに進行できましたこと、ありがとうございます。

では、本日の会議、これで終了したいと思います。