

第1回八代地域医療構想検討専門部会 議事録

- | | | | |
|---|------|----------------------|----------------------|
| 1 | 日時： | 平成27年8月4日（火） | 19時00分～21時00分 |
| 2 | 場所： | 八代保健所1階 第一集団指導室 | |
| 3 | 出席者： | ＜構成員＞ 22人（うち、代理出席2人） | |
| | | ＜事務局＞ | 八代保健所 平山次長、田畑次長、平松主幹 |
| | | ＜その他＞ | オブザーバー 熊本県医師会 大柿理事 |
| | | | 熊本県健康福祉部 山内健康局長 |
| | | | 医療政策課 阿南課長補佐 |

○ 開会

（八代保健所 平山次長）

- ・ただ今から「第1回八代地域医療構想検討専門部会」を開催します。本日の司会を務めます八代保健所次長の平山でございます。
- ・まず、資料の確認をお願いします。「会議次第・名簿、配席図、部会の設置要領」を綴じたものを1部、「資料1～8」、1枚紙の「御意見・御提案書」、「第2回部会の日程調整表」お配りしておりますが、不足がありましたらお知らせください。
- ・なお、本日の専門部会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、公開とさせていただきます。傍聴は、会場の都合により10名までとしています。また、本日の会議の概要等については、県のホームページに公開する予定としています。
- ・それでは、開会にあたり、八代保健所長の木脇から御挨拶申し上げます。

○ 所長あいさつ

- ・皆さんこんばんは。保健所の木脇でございます。本日は御多忙な中夜間の会議でございますが、出席いただきありがとうございます。
- ・会議室が大変コンパクトです。県の庁舎ということですが特別に15分前くらいから空調を入れており少しずつ涼しくなってくると思いますが、暑ければどうぞ上着を脱いだりうちわを使っていただければと思います。
- ・日頃から皆様には、八代地域の医療介護福祉の施策に御理解と御協力をいただいていることに重ねて御礼申し上げます。
- ・今回検討する地域医療構想は、既にご案内のとおり、2025年問題、団塊の世代が後期高齢、75才となりますが、将来の八代地域の医療需要を踏まえ必要な医療提供体制を確保するために、各都道府県が策定するものです。各構想区域における将来の病床数の必要量等の医療提供体制や実現に向けた施策について定めるものです。
- ・県内11か所の2次医療圏で専門部会を設置し、それぞれの地域で検討がスタートしたところです。
- ・本日は八代地域の第一回目の会議。地域医療構想の内容、国がガイドラインに沿って機械的に推計した場合の八代地域、そして熊本県全体の数値について説明予定です。構成員の皆様にはそれぞれの専門的な立場からの御意見御提言を賜り、医療の提供が将来も持続可能となるような八代地域の姿が描ければと考えています。部会は今回含めて平成28年度の半ばまで5回予定しています。長丁場になりますが皆様の御協力を心からお願いします。

○ 構成員の紹介

(平山次長)

- ・ここで、構成員の皆様の御紹介につきましては、時間の都合上、お手元の構成員名簿並びに配席図にて代えさせていただきます。
また本日は、熊本県医師会からオブザーバーとして大柿理事が参加されております。
また本庁からは、山内健康局長と阿南課長補佐が出席されております。

○ 部会の会長・副会長の選出

(平山次長)

- ・次に、本部会の会長及び副会長の選出に入らせていただきます。お手元の設置要領では、第4条第2項に「会長及び副会長は、構成員の互選により定める」と規定しておりますが、いかがいたしましょうか。特に御意見等がないようでしたら、事務局案を提案させていただいてよろしいでしょうか。
- ・事務局としましては、将来の当地域における医療提供体制のあり方に係る構想でございますので、会長には八代市医師会の田淵会長に、副会長には八代郡医師会の尾田会長に、それぞれお願いしたいと思っております。いかがでしょうか。

(構成員一同 拍手)

- ・御承認いただきありがとうございます。田淵会長、尾田副会長は、席の御移動をお願いいたします。
- ・それでは設置要領に基づき、これからの議事の進行を田淵会長にお願いいたします。

(田淵会長)

- ・皆さんこんばんは。ただ今八代地域医療構想検討専門部会の会長の御指名を受けました八代市医師会の田淵でございます。よろしく申し上げます。
- ・昨年の6月に成立した医療介護総合確保推進法に基づきこの4月から、地域医療構想の策定が進められています。10年後20年度の八代地域を見据えて人口減少などの環境変化の中で住み慣れた地域で安心して生活ができることへのベースとなる医療提供体制の在り方を検討していくものです。
- ・本日は各界の代表の方に集まっていますが、よりよい、八代の将来の地域医療の実現という視点にたつて忌憚のない御発言をお願いしたいと思います。会長の指名を受けたところですが、地域医療構想は八代郡医師会の尾田会長のサポートもいただきながらとりまとめていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。
- ・それでは、お手元の会議次第に従って会議を進めたいと思っております。

まず議題(1)から議題(5)までの説明を、事務局からお願いいたします。

なお、5番目の説明が終わりましてから「意見交換」の時間が設けられておりますので、事務局からの一連の説明が終わった後に質疑を含めて意見交換をお願いしたいと思います。それでは事務局の説明をお願いいたします。

○ 議 事

(1) 地域医療構想について

- ①地域医療構想策定の必要性について
- ②地域医療構想策定内容について
- ③地域医療構想策定後の取組について

【資料1】

【資料2】

【資料3】

八代保健所
平山次長より説明

(2) 今後のスケジュール、進め方等について	【資料 4】	八代保健所 平松主幹より説明
(3) 病床機能報告制度について	【資料 5】	
(4) 2025 年の医療機能別必要病床数の推計結果について	【資料 6】	
(5) 厚生労働省提供データに基づく推計結果について		
①必要病床数について	【資料 7】	
②流出入状況について	【資料 8】	

(平山次長)

- ・ 30～40分程度の時間をいただき、議事の(1)から(5)まで御説明します。かなりのボリュームになりますので、ポイントを絞ってご説明いたします。

資料 1 地域医療構想策定の必要性について

- ・ 議事の一つめの「(1) 地域医療構想について」ご説明いたします。まず、「資料 1」の「地域医療構想策定の必要性について」を御覧ください。
- ・ スライド 2 をお願いします。
まず、「地域医療構想とは」ですが、都道府県は、厚労省のガイドラインを参考に、今年の 4 月から地域医療構想の策定を開始しております。
構想の内容としては、「2025 年にどのくらい入院患者数が見込まれるのかという医療需要とその受け入れに必要な病床数」、それから「2025 年のあるべき医療提供体制を実現するための施策」になります。
なお、医療法に定める病床のうち、一般病床と療養病床が対象になります。
- ・ スライド 3 をお願いします。
構想策定の背景として、医療における 2025 年問題がございます。
2025 年は、団塊の世代が 75 歳になる年で、全国的に医療と介護の需要がピークを迎えると言われております。
また、高齢者人口の増加には大きな地域差があることも踏まえて、地域ごとに、医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、患者がその状態に見合った病床で、良質な医療サービスを受けられるような体制を作ることが必要になります。
- ・ スライド 4 をお願いします。
本県の 2040 年までの将来推計人口を、年齢階級別に示したものです。
総人口は減少する一方、グラフの一番上の 75 歳以上の方は、2035 年まで増えていくと推計されます。
- ・ スライド 5 をお願いします。
表の下から 4 行目、この八代地域については、左の総人口は 2040 年までに約 3 割の減少となりますが、右の 75 歳以上は 1 割強の増加になります。
- ・ スライド 6 をお願いします。
こうした将来推計などを踏まえ、より良質な医療サービスを受けられる体制として、患者や家族を支える地域包括ケアシステムの整備を進め、県民幸福量の最大化につなげていくことが、大きな目標になると考えております。

資料 2 地域医療構想の策定内容について

- ・ 資料 2 と資料 3 は、厚労省が示したガイドラインの説明になります。
- ・ スライド 2 をお願いします。

構想策定は、医療法の第30条の4第2項第7号に規定されており、医療計画の中で定めることとなります。

- ・スライド3をお願いします。
先にご説明したとおり、構想の柱は、「2025年の医療需要と病床の必要量」及び「2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策」になります。
- ・スライド4をお願いします。
構想策定の手順として、ガイドラインに8つのプロセスが示されています。
- ・スライド5をお願いします。
策定プロセスの1つめが、「構想の策定を行う体制の整備」です。
医療法には、案の策定及び決定段階における関係者等からの意見聴取の規定がありません。
- ・スライド6をお願いします。
本県では、全県的な組織として、「熊本県保健医療推進協議会」に専門委員会を、また、各地域の保健医療推進協議会に「専門部会」を設置し、全県と地域の二段構えの体制で検討を進めて参ります。
- ・スライド7をお願いします。
策定プロセスの2つめが、「構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有」ですが、厚労省から様々なデータが県に提供されており、後程ご説明します。
- ・スライド8をお願いします。
策定プロセスの3つめが「構想区域の設定」です。
地域医療構想は、構想区域ごとに策定しますが、構想区域は「二次医療圏を原則として、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携することが相当であると認められる区域を単位として設定」することとされています。
本県では、まずはこの原則に従い、二次医療圏ごとに検討していく考えです。
- ・スライド9をお願いします。
高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4つの病床機能の定義でございます。
- ・スライド10をお願いします。
策定プロセスの4つめが、「構想区域ごとの医療需要の推計」です。
2025年における医療需要、これは一日あたりどのくらいの入院患者が見込まれるかというのですが、患者住所地を基に厚労省が提示した基礎データを基に、都道府県が構想区域ごと、かつ機能別に、マクロに推計します。
- ・スライド11をお願いします。
推計の算定式は、厚生労働省の省令で規定されています。
4つの医療機能のうち、高度急性期、急性期、回復期の2025年の医療需要については、
[当該構想区域の2013年度性・年齢階級別の入院受療率]に
[当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口]を掛け合わせた値を合計して算出します。
なお、入院受療率とは、入院が必要な患者が一日どのくらいの割合で発生するかを示す数値です。
また、病床機能は、患者への診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した「医療資源投入量」で分析します。
- ・スライド13をお願いします。
3つの機能別に医療需要を推計しますが、一日あたりの医療資源投入量について、3000点、600点、225点を境界点として病床機能を区分します。
- ・スライド14をお願いします。

4つの病床機能のうち、慢性期機能に関しては、3つめのポツのとおり、医療資源投入量を用いず、「在宅医療等に対応することが可能な患者数が一定数見込まれるという前提に立って、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するような方向で患者数を推計する」としてされています。

- ・スライド15をお願いします。

下に、「慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ」図をお示ししています。上の現状のグラフのうち、①障害者や難病の患者と、②療養病床の入院患者のうちの医療区分1の患者の30%は、慢性期の病床で対応するものとして推計します。また、②療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%及び地域差解消分、③一般病床で医療資源投入量が175点未満の患者、④現時点で訪問診療を受けている患者、⑤現時点の老健施設の入所者は、在宅医療等に対応していくものとして推計します。

- ・スライド16をお願いします。

療養病床の入院受療率の地域差の解消として、「都道府県は、原則として構想区域ごとに次のAからBの範囲内で入院受療率の2025年時点の目標を定める」となります。パターンAは、「全ての構想区域が、県単位の全国最小値まで入院受療率を低下させる」、パターンBは、「構想区域ごとに、入院受療率について県単位の全国最小値との差を一定割合解消させることとするが、その割合については県単位の全国最大値が県単位の全国中央値にまで低下する割合を一律に用いる」となっています。

なお、一定の要件を満たせば、特例（パターンC）として、目標の達成年次を5年間延長することも可能です。

- ・スライド17をお願いします。

策定プロセスの5つめが、「医療需要に対する医療提供体制の検討」です。

- ・一つ飛ばして、スライド19をお願いします。

策定プロセスの6つめが、「医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計」です。

- ・この2つのプロセスについて、仮の数値を用いた算定例により、ご説明します。

- ・スライド20をお願いします。

Aという構想区域の急性期の例として、左から2列目の医療需要に2, 176という数値を入れております。2025年に1日あたり2, 176人の入院が見込まれるということです。

- ・スライド21をお願いします。

この2, 176人の算出方法です。右の2025年の表のとおり、入院受療率は2013年の率を用い、人口構成を2025年に置き換えて性・年齢階級別に算定した入院患者数を合算して算出します。

- ・恐縮ですが、またスライド20にお戻りください。

表の3列目以降が需要に対する供給量の算定になります。3列目、現状では患者の流出入の差引数を、マイナス100としています。この場合、区域内の供給量は、2, 176から100を引いた2, 076となります。

次の列の「あるべき姿」では、流出入の見直し検討の結果、流出を20抑制し、区域内でカバーするものとして、差引数をマイナス80としています。この場合、区域内の供給量は、2, 176から80を引いた2, 096となります。

ただし、この場合、他の構想区域においては、供給量を20削減する必要があります。

最後に、あるべき姿の2, 096を急性期の病床稼働率の78%で割り戻して、一番右の必要病床数2, 687が算出されます。

- ・スライド22をお願いします。

策定プロセスの7つめが「構想区域の確認」です。

人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、区域設定の妥当性を確認します。

その上で、最後のプロセスとして、「将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討」を行います。

- ・スライド23をお願いします。

必要病床数と病床機能報告による集計数との比較を通じて課題分析を行い、地域医療介護総合確保基金の有効活用等により、「病床の機能分化・連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保・養成」に係る取組みを検討することとなります。

資料3 地域医療構想策定後の取組について

- ・構想実現に向けて大きく4点ですが、まずはスライド2のとおり、各医療機関の自主的な取組が基本となります。
- ・スライド5をお願いします。
二つめとして、都道府県は、将来の必要病床数を達成するための方策等を協議するために、原則、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置・運営することとなります。
- ・スライド9をお願いします。
三つめとして、構想の実現に向けた医療法に基づく知事による対応をまとめたものです。
ポイントは、既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合、転換しないよう、公的医療機関等に対しては命令、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できること。
また、不足している機能の充足が進まない場合、不足している病床機能の提供を、公的医療機関等に対しては指示、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できること。
さらに、稼働していない病床への対応として、病床の削減を、公的医療機関等に対しては命令、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請できることです。
なお、こうした規定がありますが、基本は医療機関の自主的な取組みを促すことにあり、過剰な病床を削減する権限等は知事には付与されていないということです。
- ・スライド10をお願いします。
四つめとして、構想の実現に向け、PDCAサイクルにより、評価・公表を進めます。
- ・以上で、議事の(1)に関する説明を終わります。

(八代保健所 平松主幹)

- ・平松と申します。私から引き続き残りの資料について説明します。

資料4 地域医療構想策定スケジュール(案)について

- ・表の構成は、上段が作業項目を示したフェース、中断は県の全体部分の動き、下段は私ども地域の動きになります。この「各地域」の地域医療構想検討専門部会の欄をご覧ください。
- ・構想は地域単位で策定することになっていきますので、この専門部会を中心に、将来の医療需要を踏まえた必要病床数や必要な医療提供体制を具体的に検討していきます。
- ・本日の会議は、構想の趣旨・内容、八代地域の必要病床数等推計結果の説明が主ですが、次回第2回は、医療供給体制の検討(地域間の患者流出入等)を予定しています。
- ・その間、本庁において、隣接県との県間の患者流出入の調整を進めるとともに、構想区域の設定についても検討されます。

- ・第3回は、医療需要、必要病床数の推計や医療供給のあるべき姿等を協議し、八代地域の姿を素案として示す予定です。
- ・中段の「県」の欄に、県レベルの会議として地域医療構想検討専門委員会がありますが、この会議は県全体の方向性や地域間の全体調整を行うところです。この専門委員会へこの専門部会で議論された意見等を報告されます。
- ・年度末には、進ちよく状況をこの部会の親会議である、八代地域保健医療推進協議会に報告し、3月に素案を本庁に提出、そして、来年度は構想達成のための施策の内容を専門部会で検討し、素案に盛り込み、7月頃の第5回目で最終の素案の合意形成ができればと考えています。
- ・その後、本庁において関係団体からの意見聴取、パブコメ、市町村等からの意見聴取、医療審議会への諮問・答申といった手順をふんで29年2月を目途に策定完了の計画です。

資料5 病床機能報告制度について

- ・次に資料5、昨年10月1日に施行された病床機能報告制度を説明します。
- ・2ページを願います。
報告義務があるのは、一般病床又は療養病床をもっている病院と診療所です。
報告内容は、①病棟単位での医療機能の現状と将来（6年後）、②構造設備、人員配置等、③具体的な医療の内容等です。
ただ、医療機能の選択については、資料2スライド⑨にありましたが、各医療機関は、定性的基準に基づき自主的に選択しますので、仮に同じ医療提供を行っていても医療機関によって機能選択が異なる場合がある状況です。
- ・3ページを願います。
平成26年度の集計対象データです。県全体では下欄の太囲みのおり504のうち453施設、回答率89.9%です。なお八代地域は49施設のうち、43施設が集計対象で回答率は87.8%です。
- ・4ページ以降から医療機能選択の集計です。
- ・20ページを願います。八代地域の結果です。
4つの医療機能の選択状況について、一般病床と療養病床とで区分した上で、上の表から「現状2014年7月1日」、真ん中は「6年後」、下は「2025年時点」別の集計結果です。
なお2025年時点は任意回答で、無回答率が高く、経年比較はできないとのことです。
- ・21ページを願います。
現状と6年後の選択をクロスしたものです。
見方を説明します。例えば、急性期をご覧くださいと、
現状は、1,097床ですが、その行を左に見てもらうと、6年後の列でも1,097床です。つまり医療選択に現時点では変化なしということになります。
- ・一方満性期は、現状700床ですが、6年後の列では、66床が回復期へシフトしていくことが読み取れます。
- ・最後に、今回いただいた詳細な報告は、医療機関ごとに県ホームページで公表されます。
- ・また、地域医療構想の策定では、4つの医療機能ごとの2025年の必要病床数を推計しますので、この報告制度に基づき医療機関が選択した医療機能ごとの数を突合すると、地域における医療機能ごとの過剰・不足が分かることになり、したがって、今年度いただく報告も大きな意味を持つこととなりますので、医療機関の皆さんには報

告の御協力をお願いすることになります。

資料6 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果について

- ・資料6は、上に小さく書かれていますとおり内閣官房の専門調査会の第1次報告からの抜粋です。6月15日に公表され、新聞報道がありましたが大元の資料です。
- ・下の2ページと次の3ページは推計方法の説明です。
資料2で説明した地域医療構想の必要病床数の算定式と同じで、データも構想と同じものを使い、一定の仮定を置いて全国の人口推計等を代入して計算したとのことです。
- ・4ページは、推計結果の総括です。上のハコに、「10年後に向け、地域の患者が適切な医療を適切に受けられるよう」、「機能分化」、「病院完結型医療から地域完結型への転換を進めていく必要」と今回の構想の趣旨と同じです。
- ・5ページは、上に伸びている棒が2本あります。左が現状のベッド数で右が2025年の必要病床数です。右の棒が高ければ不足、低ければ過剰となります。熊本は、右から5番目ですが、左の棒（現状）は31.8とあります。単位は千床ですので、31,800床、右の棒（2025年推計）が21,200床のため、トータルでは過剰となる推計です。また下に伸びている棒は2025年において、医療機関ではなく在宅医療等で追加的に対応する患者数です。熊本は9千人分追加が必要になる推計です。
- ・6ページは、2本の棒があります。いずれも2025年必要病床数です。左が医療機関所在地ベース、右が患者住所地ベースでの推計値です。医療機関所在地の患者数を推計しベッド数に換算したものと、患者の住所地で患者の数を推計しベッド数に換算したものです。左が右より高ければ他県から患者が流入している、低ければ患者が他県へ流出していることとなります。熊本は左が21,200床、右が21,100床となり、県トータルでは100床分他県の患者を受け入れる推計となります。
- ・7、8ページは平成26年度の病床機能報告の医療機能との比較です。医療機能別に現状の報告病床数と将来必要病床数を比較し、現時点での過剰・不足が分かります。
- ・9、10ページは医療機関所在地ベースでの推計の基礎データです。このデータを基にこれまでの棒グラフが作成されています。熊本は10ページの下から5番目です。
 - ・11、12ページは、同様に患者住所地ベースでの推計の基礎データです。
- ・最後に13ページは、先の資料2で、慢性期の推計に当たり、療養病床の入院受療率には地域差があり、在宅医療等の充実によりその解消を目指していくと説明しましたが、その地域差の状況を都道府県別に表したものです。
- ・最大の高知391、最少の山形81と約5倍の差があります。熊本も271で山形の約3倍です。中央値の滋賀144と比べても熊本は約2倍です。具体的には構想区域単位でこうした地域差を解消していく取組みが今回の構想では求められています。
- ・次に議事の5つめ、「厚生労働省提供データに基づく推計結果について」説明します。

資料7 必要病床数の推計結果について

- ・スライド2をお願いします。
資料6で説明した政府推計と同じデータから算出した県全域及び八代地域に係る推計結果を説明します。
- ・スライド3をお願いします。
推計ツールで何が分析できるのかを整理したのですが、二次医療圏ごとに、2013年度並びに2025年から2040年までの医療需要と必要病床数を、医療機能、年齢階級、性、疾病の項目別に分類・整理できます。
なお、疾病については、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折、以上

を除くその他の6つで、さらに18の疾患分野での整理も可能となっています。

- ・スライド4をお願いします。
左側にこの推計ツールに登載されているデータをお示ししています。
すべて2013年度のデータで、中心は、①のNational Databaseのレセプトデータ、②のDPCデータとなります。
- ・スライド5をお願いします。
厚生労働省の省令に基づく算定方法により機械的に算出した推計結果です。
なお、このページ以降は、上のスライドは棒グラフ、下のスライドは折れ線グラフで推移等を整理しています。また、上のスライドにまとめてコメントを盛り込んでいますので、上下照らし合わせてご覧いただきますようお願いいたします。
- ・スライド5は、八代地域の推計結果です。一番左の2013年は、医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の数です。2013年は、計2,224床でした。右の2013年度は、2013年度の医療需要実績を、必要病床数推計の算定式に当てはめた場合の理論値で、4機能合計で1,485床となりました。
その右側以降が、2025年から2040年までの必要病床数の推計結果で、2本の棒グラフのうち、左側が「患者の流入がそのまま継続するものとして推計」した医療機関所在地ベース、右側が「患者の流入がなく、入院が必要なすべての患者は住所地の二次医療圏の医療機関の病床に入院するものとして推計」した患者住所地ベースの数値となります。
なお、慢性期は、3パターンのうちのパターンBの中央値まで低下させると仮定した場合を適用しています。
全体的には必要病床数は少しずつ減少していく見込みです。
また、2025年以降では、グラフの左側と右側の差により、流出が流入を上回る状態が続くことが見込まれます。
- ・スライド7・8をお願いします。
年齢階級別での整理ですが、75歳以上の方の割合が徐々に高まり、2040年には約73%となる見込みです。
- ・スライド9・10が性別、スライド11・12が主な疾病別です。
それぞれ年数の経過に伴い同じような割合で推移する見込みです。
- ・スライド13、14は、ここからが県全域に係る2025年から2040年までの必要病床数の推計結果等です。
一番左の2013年は、医療施設調査での病床数は計31,809床でした。
その右の2013年度は、2013年度の医療需要実績を、必要病床数推計の算定式に当てはめた場合の理論値で、4機能合計で22,279床となりました。
上のスライドから、2025年以降、2035年に必要病床数のピークを迎える、また、県間の流入流出は概ね均衡する見込みであることが読み取れます。
さらに、下のスライドから、2013年度と2035年の比較で、高度急性期は概ね横ばい、急性期は最大約11%増、回復期は最大約19%増となる一方で、慢性期は約32%減の見込みとなります。
- ・スライド15、16をお願いします。
県全域のデータの年齢階級別で整理したもので、75歳以上の方々の割合が徐々に高まり、2040年には約72%となる見込みです。
- ・スライド17、18は県全体の性別での整理です。
男性は約43%、女性は約57%で安定的に推移する見込みです。
- ・スライド19、20は県全体の主な疾病別での整理です。

- ・スライド21を御覧ください。
介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で対応する患者数の推計結果です。
上段が八代地域、下段が県全域で、2025年と2013年度との差が、それぞれ、426、7,020となります。
2013年の医療施設調査に基づく病床数と2025年の医療機関所在地ベースの必要病床数との差が、県全域で約11,000、八代地域で約950ですので、これらを補う在宅医療等の整備が今後重要となってきます。
- ・スライド22をお願いします。
今後の検討課題ですが、今回の推計結果は、厚生労働省の省令に基づく算定方法により機械的に算出したものということを前提に、こうした推計結果を踏まえつつ、地域の実情をさらに詳細に把握し、より良質な医療サービスを受けられる体制を検討していく必要があると考えています。
その際、「不足が見込まれる医療機能をどのように確保していくか」、「地域間の流出入をどのように考慮していくか」、「療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行をどのように進めていくか」等がポイントになると考えられます。
- ・スライド23をお願いします。
参考として、資料6で説明した県全域に係る政府推計の結果と、昨年度の病床機能報告の結果との比較の整理です。
- ・スライド24、25は参考資料ですが、八代地域の2025年の必要病床数と病床機能報告の結果との比較です。24は棒グラフ、25は医療機能別の折れ線グラフでの整理です。

資料8 八代地域における2025年の流出入状況について

- ・最後になりますが、資料8により、「熊本地域における2025年の流出入状況の推計結果」を御説明します。
- ・一番上の表は、医療機能別及び在宅医療等を含めた医療需要、流出・流入者数、流出入の差分をまとめたもので、右下の欄をみると、流出入の差が全体で1日あたり309.3人となります。
なお、慢性期は、これまで同様パターンBを適用しています。
- ・以下の表で、流出先と流入元の上位20の二次医療圏を示しています。
4機能+在宅の合計では、流出先は上から宇城、熊本、芦北であり、流入元は、上から芦北、宇城、球磨となっています。
なお、網掛けの欄は、二次医療圏単位で値が10未満の場合は非公表となり、0で表示されるもので、実際の値も不明です。
今後このような流出入のデータも活用しながら八代地域の必要病床数の調整を考えていくことになろうかと思えます。
以上で、説明を終わります。

○ 質疑応答・意見

(田淵会長)

- ・お疲れ様でした。今説明を受けまして、いろいろな数値、難しい言葉、計算方式の話もありましたが、第1回目の会議で分からないことばかりです。どんなものでも結構ですので、質問なりご意見なり承りたいと思えますが、どなたかいかがですか？

(島田構成員・熊本総合病院院長)

- ・今の話からすると、もう八代・県全体がなくなってしまうような気がします。資料1の地域医療構想の必要性をみますと、2025年に向けて、病床の必要量を出して削減していこうという趣旨と思われ。ところが、スライド5にあるとおり75才以上の方は2040年も113.2%となるように増えていきます。
- ・熊本県の地域の医療は高度化し充実しており、全国でも有名です。このような医療の資源を活用していかないと、データのように人口が減る中で産業に結び付きません。私ごとだが、8年前はつぶれる病院ナンバーワンだったが今は満床状態です。職員は400人から720人以上になっています。県外からも来ています。そして来る人は若い人が多く、妊娠率も高く少子化にも貢献しています。医療は一大産業になっていると思います。それを否定して負のスパイラルにしてしまうと、人口もどんどん減っていくわけです。ここにあるようなことを言葉どおりに受け止めず、八代地域は医療の質が高く、充実していることをアピールしながら、なんとか人口減少を食い止めて、地域の発展ひいては熊本県の発展につながるようなそういう医療でなければいけないと思います。そのあたりを強調したいと思います。医療が産業の一端として重視していただければ八代市の人口減少の抑制にもつながるし住みやすくもなるのではと思っています。

(林構成員 医療法人優林会 理事長)

- ・最近の報道を見ると、地域医療構想に協力しない地域医師会・医療圏は地域の診療報酬を見直すようなことを大蔵省の担当官が言っている。こんなことができるのだろうか？なにかわれわれを窮地に追い込むような考えをしています。
- ・この構想自体は衣の下に鎧を着ています。厚生労働省は、地域包括ケア研究会をはじめ今までいろんな手を打って周到に準備をされてきています。地域の中での高齢者の安心安全を図ろうとする一方で、医療提供を見直そうとしており、矛盾したことを言っているが、周到な準備がされてきた厚生労働省の考え方にはある程度従わなければいけない面があるのかなと思っていますがしかし、八代市も昔は第2の都市とちやほやされていたが、今は県下でも3番目、4番目に下がってしまいました。医療関係者も地域の人を守るためにある程度文句を言ってもいいのではと思っています。

(田淵会長)

- ・こういった問題が起きているのは、人口が減る中で75才以上の後期高齢者は増える。介護・医療にかかる世代の人口は増えて介護費用を払う世代は減るという中で、誰かが無理を強いられる状況になるがこういった形で財政を組みなおすかという問題かと思いますが地域の住民1人1人にしわ寄せが来るんだなとおもいますけれども。
- ・地域が持っているデータと厚生労働省のデータを照らし合わせて、八代の将来の医療の姿を見たときに、ある程度従わなければならない面もあるとともに、我々地域の目線での構想も訴えていかないといけないかと思っています。今回5回の会議が予定されていますが、その間に何等かの対処法を考えないといけないと思います。

(西構成員・西医院院長)

- ・1つ問題としては、市の医師会と郡の医師会病院とで脳卒中の事業をしているが、急性期から回復期病院に移るときに圏外への流出が多かったですね。その食い止めに是非お願いしたいです。2次医療圏への完結を目指したいのでよろしくお願いします。

(島田構成員)

- ・脳卒中について聞いてみたが、大したことではないところで中断したところもあるようですので、是非そこは協力してまいりたいのでよろしくお願いします。

(西構成員)

- ・根底には顔の見える関係であり、人と人とのつながりをうまく作っていくことだと思っています。取り組み直しをしています。パスシートを作って回してみたけれどもうまくいかなかった。

(林構成員)

- ・阿蘇の連携パスに加わったが、やってみなければならぬ。そして集まって何回も会合して顔見知りになってある程度進んでいきます。いままでやらなさすぎたと端からは感じていました。
- ・ちょっと質問いいですか？最後の資料7の24のスライドは、こういうことを考えるんですか？参考として「八代地域に係る2025年の必要病床数の推計結果と病床機能報告との比較」。ここで欄の2番目の病床機能報告では、2014年度2104、必要病床数は多いところをとって1433であり、この差を減らせということですか？

(医療政策課 阿南課長補佐)

- ・表の見方は、必要病床数は、高度急性期・急性期・回復期と慢性期の算定の方式について説明して参りました。これは厚生労働省の省令で定まっていますが、その結果をあてはめたら、3段目は現状の流出入を前提とした場合の数値で1268、流出入がない場合、全部八代圏域で完結した場合の数値が1433となる、ということです。一方で病床機能報告制度は現状の報告です。減らすのかと言われれば、将来の医療需要、2025年の姿を前提にするとこれくらいのベッド数で足りる、あとは在宅医療等で、ということでスライド21にあるように全県的には7020、八代圏域では426の在宅医療等での関わる人となるということで、そのような結果となっています。スライド24では確かに回復期以外は全て過剰となっています。病床機能報告制度の緻密化も必要と思いますが回復期をどうするかという話はでてくると思います。

(林構成員)

- ・計算上の値だけでもなるべくそれに近づけなさい、という方向でしょ。八代地域の医療圏として、それをどうするかというのは5回の会合でなく、いろんな会合を開いて、医師会館にでも寄ってこの差をどうするか、という知恵を出すことが必要だと思います。

(島田構成員)

- ・病床機能分化連携はしなきゃいけないが、それをすることと地域として病床をどうするか、というのは別の話ですから。これから重要なことは熊本県全体の都市づくりだと思います。どうしたら県外の方から熊本県は医療のいい環境を持っている、八代はよい環境であるからと、寄ってくるようにするべき。このデータは今までの機械的な推移を見ているだけで、これを契機に改めていこうということの方が大事だと思います。

(林構成員)

- ・そのとおりであるが、厚生労働省の考えは堅い。いわゆる新基金の内示があったが、904億のうち600億の内示。ポイントは、地域医療構想をちゃんとやる所にはいろんな施設建設の費用は出さず、というあからさまな話。それが厚生労働省の姿勢。

(島田構成員)

- ・そうですけれども、かけたはしごは外されますから。きちんと熊本県・八代はこういう姿勢で臨んでいるんだと表明して、下げるなら下げてもいいよ、だけど病床は

外さないという強い気持ちを出すことが重要では。

(田淵会長)

- ・今、病床数の削減の話があったが、厚生労働省も建前としては今稼働している病床を削減するものでもないし、権限もないと言っています。医療機関の自主的な取組に任せると言うことを言うが、現実には八代はこれだけの病床で足りるんだというデータを出してきています。
- ・これに対して八代は今の病床のままいきたいと、ずっと平行線だった場合どうなるんですか？

(阿南課長補佐)

- ・知恵の出どころだと思います。厚生労働省の算定方法を覆すだけの独自の算定方法が考えられるのか、ということだと思います。地域の実情をどう考えるかというのも1つのポイントだと思います。なかなか難しい問題で、地域の実情をどう反映させるかという点で御意見をいただければと思います。

(山内健康局長)

- ・県の健康局の山内と申します。厚生労働省は1268で足りると言っていることに對し、地域の医療を2025年に向けて守るためには、本当に1268床で足りるのか。各疾患毎に病床数を積み上げて中身を科学的な根拠を元に、「だから八代地域でこれだけの病床が必要なんだ」という説明ができる数値をこれから積み上げることが必要なのだろうと思っています。そういった根拠のある数値であれば、八代地域の必要な医療を守っていくためにはこれだけのベッドが必要だな、地域としてもこれだけの負担もやっていくべきだしベッドも確保していくべきだというような皆さんの合意もできていくものと期待しています。

(吉田構成員・八代郡医師会立病院院長)

- ・資料7の7では14歳までのいわゆる小児科のベッド数が22から15と非常に少ない数字になっていますが、厚生労働省のガイドラインでは高度急性期については2次医療圏を越えた考え方です。
- ・周産期医療は熊本市内に集中しているところを、県南のセンターとして八代に持ってくる構想も考えられると思いますが。これは例であるが、他の医療圏の体制に関わるようなこともこの構想に入れていいかどうか。これは例ですがいかがでしょうか。あくまでも現状の八代地域の中で2025年の人口でのグランドデザインをやりなさいよということか？

(阿南課長補佐)

- ・熊本に集中している医療機関について、一部を八代に、ということで、それは熊本圏域との調整となります。これがうまくいくのかどうか、熊本圏域も減になっているなかでさらに削減になることが合意できるか、という悩ましい問題。
- ・八代地域でかっちりした医療圏ができればいいと思いますが、実現可能性がどこまであるのか、慎重に検討しなくてはならない、と思っています。

(林構成員)

- ・日本医師会や厚生労働省の研修会を見ますと、トリプルの20の原則は残っています。すなわち人口20万、流出、流入がそれぞれ20%という基準は残っている。平成23年に県が医療圏の見直しを提案したときそれはやめてほしいと言ったことがあったが、主な流出先は宇城でした。なぜ宇城に行くのか？高齢者施設なのか、ターミナルの人の受け入れで行くケースが多いと思います。
- ・八代地域の医師も努力をしてほしい。自分たちは楽をして最後はよそに任せるというのではいけない。そこは、郡市医師会は努力をする姿をみせなければいけないと

思います。夜はいないという人が多すぎる。苦言を呈して非常に失礼かもしれないが、医師会を構成する人には考えてほしいと思うところです。

(田淵会長)

- ・ 医師会も個人の集まりで団体での事業は難しい面もありますが、確かに八代地域には回復期病院が若干弱い気はするし、数値に現れています。例えば、回復期が少ないから新たに回復期の病床を増やす、というのは実現可能ですか？急性期のほうが下りなさい、ということになるのでしょうか？

(阿南課長補佐)

- ・ 高度急性期以外の機能は構想区域でなるべく完結するという話があります。全体の病床は推計としては過剰だが、資料7のスライド24を見ても現状でも回復期が不足しています。その埋め方は新しい病院がやって来て新しい機能を担うということではなく、多い機能からの転換となります。新基金からの補助を活用しながら不足機能を充足していただいて、患者の安心安全を守っていきたい。

(林構成員)

- ・ 回復期の定義も違うんですよ。回復期の定義は、回復期リハビリテーションをすることだけでなく、一旦治療が落ち着いたときに家に帰そうかなということで病棟を移すのも回復期として考えてもいいわけです。八代地域は回復期リハビリテーション病院は非常に少ないので、他圏域に行くことがあるがそういうところも考えてほしいと思います。

(阿南課長補佐)

- ・ 回復期の定義について補足します。資料2の9で、病床の機能区分ということで4つの機能がでていますが、回復期は3段目をみてください。急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。回復期リハのみでなく、幅広い概念でとらえて良い、という。回復期リハビリテーションの報酬をとっていないとダメだ、ということで選択されていない医療機関もあると聞いているが、幅広い概念を持っているということ。さらに補足しますが、同じ医療提供をしてもこの定義の文章のみで医療機関には判断いただいている。医療機関によって、急性期か回復期か慢性期か分かります。今後も認識のずれがあればうまくいかないの、厚生労働省では病床機能報告制度の精密化、医療機関が迷わないような定量的基準の構築を目指しているということなので紹介する。

(吉田構成員)

- ・ 郡医師会立病院は療養病棟で回復期リハをやっています。これを回復期にするか慢性期にするか迷いがあった。結果的には慢性期で回答しましたが、今回の報告結果で回復期が少ないという数字が現状に合っているかどうかという点は、確かにあると思います。

(阿南課長補佐)

- ・ 病床機能報告制度は毎年ある。課題を踏まえて制度を見直すという議論もあっており、今年の報告では、もう少し具体的な記述内容が出てくるかもしれない。留意していただけたらと思う。

(田淵会長)

- ・ この報告制度は来年もあるのですか？

(阿南課長補佐)

- ・ 制度は続く。現状と6年後は回答義務があり、2025年は任意回答となっています。条文上時限措置はないようなので、毎年報告をお願いします。

(田淵会長)

- ・専門部会は来年7月まで5回終わった時点で素案ができて再来年には知事の決定だが、この報告が続くのであれば、その内容の調整はどうか？

(阿南課長補佐)

- ・資料3を御覧ください。構想策定後の取組ですが、実現に向けて取組むことになるが、スライド4のとおり県の取組としては病床機能報告による報告と地域医療構想における必要病床数の比較等がありまして、スライド5を見ていただくと、構想策定後は、法律に基づく地域医療構想調整会議を設置する。この部会は法的には任意設置です。この会議において、病床機能報告制度の状況等実現に向けた調整をしていくということで2025年まで続いていきます。

(森崎構成員、八代市立病院)

- ・病床機能報告制度は自主的な報告だが、実際には医療資源投入量で分けられています。厚生労働省が持っているデータは、我々は慢性期としてやっているけれども、実は医療資源投入量を細かく分析されて実際はお宅の病院は急性期になっているじゃないか、といったようなデータは公開されてくるものですか

(阿南課長補佐)

- ・資料2のスライド10をご覧ください。
病床機能報告は定性的基準だが、医療需要から導く必要病床数は医療資源投入量を使って算出していますが、その点数は各医療機関にどうあてはめるかということですが、資料2のスライド10の・の3つ目のとおり、あくまで医療需要をマクロで把握するための目安という説明です。与えられている情報はここまでで、これをそのまま医療機関にあてはめるわけではありません。今後どの医療機関も判断できる定量的基準が明らかになると推測している。

(森崎構成員)

- ・先ほど吉田院長のように、慢性期としてやっているけれども回復期もやっているというのは回復期の領域になるだろう。逆もあるわけで急性期としてやっているけれども実際投入されている医療資源は実は慢性期じゃないですか。そういう時に、お宅は急性期を減らせということをしなければ、現状データとして提示できるところはそれぐらいしかないと思うがそのデータは厚生労働省しか見ることができないのか？つまり地域全体がそのデータを見ながら議論ができるのか？

(阿南課長補佐)

- ・個別の医療機関が3000点の患者をいくら持っているか等は個別の医療機関毎に整理されたものではありません。私たちがいただいているものは厚生労働省からのデータはボタン1つですぐ結果がでるが過程が見えません。
- ・他の圏域では、医療機関で自分たちで当てはめてみてどれだけの患者像がいらっしゃるのか、600点とかを自主的に当てはめてみたらこれくらいの患者像があるな、という状況です。
もう1つ資料3のスライド3のように、急性期を選んだから急性期の患者しかいなくちゃいけないということではない。穏やかに収れんしていき、その結果、機能の分化連携、役割分担をしながらやっていきましょう、という図。「慢性期を選んだから慢性期しかしっちゃいけないということではない」、ということは厚生労働省から再三言われているところです。

(森崎構成員)

- ・先ほど、何かやるとしたら厚生労働省のデータを覆すような科学的な根拠を出せと言われたが、我々の手持ちのデータでしか出せない。厚生労働省のデータと私たちが作ったデータとで全く違ったものができるのか？ダムの例もあるが、洪水時の流

量の算出基準が違ったりするが、そういうことにならないかという心配がある？厚生労働省が握ったデータがある程度出していただかないと、我々も自主的な分析は難しいと思う。

(阿南課長補佐)

- ・ごもつともな意見と思います。必要病床数については我々も答えしかもらっていない状況で、特に気にしている「入院受療率」は人口分の入院患者（1年間トータル）を365日で割ったものだが年齢構成でどうなっているのか……。問題となっている慢性期は医療区分1の70%は在宅医療等でみてくださいとか、療養病床は地域差の解消で中央値に合わせるといったときに、八代圏域における入院受療率がどうなのか知りたいし、分からないと説明ができないと思っています。厚生労働省には説明ができよう情報開示をお願いしてきているが、強く求めていきたいと思っています。データを共有できればと思っています。答えしか出ていないのが現状でございます。

(木脇構成員 八代保健所長)

- ・先日、国の主催の研修会に医師会の事務局と一緒に受けた。データは医師会にも行っているが、一番小さい単位で市町村単位でしか出ないのと、資料8でマスクがかかっている部分がありますが、10人未満ルールがあって細かい数字の積み重ねと思いますがマスクがかかっている。このことは47都道府県の全てが、何とかできないのかという意見があがっていたが、感触としては厳しい。個人情報を守るということを盾に専門家による会議での結論ということで、他の研究者が出しているいろんなデータを参考にあげてくるのはアリですよ、ぐらいの発言だった。データは保健所では見られず、県庁のある部屋の特定のパソコンで操作ができますよ、という縛りがかかた状態で、県医師会でも変わらないのかな、と思うが、是非一度見ていただけたらと思います。

(林構成員)

- ・県医師会は〇〇君が行っている。

(工藤構成員・熊本労災病院院長)

- ・DPCを使っているのであればある程度公になっている。根拠はほとんどDPCでしよ。

(木脇構成員)

- ・レセプトデータもかなり入っている。

(阿南課長補佐)

- ・DPCは急性期が中心で、NDBはある程度網羅している。

(工藤構成員)

- ・DPCの急性期をある程度減らすのがメインだから。

(田淵会長)

- ・客観的なデータがでそろっているから、それを覆すようなデータは出しにくいと思うが、主観的な、たとえばこの地域にこの先生がいるから患者が集まるとか、この先生が1人いるだけで3人分の医療を高めているとか、データでは分からないようなものもあると思うのでその辺を言えればと思いますが。

(森崎構成員)

- ・八代の実際の病床機能の構成、脳卒中の連携の中でリハビリができる施設があるんだ、ということを見えるようにしないと、把握できる数値と違ってしまったら議論のしようがない。実情を浮かび上がらせない限りは、厚生労働省から出ているデータで終わらせてくださいと言われてもそれは難しいんじゃないか、と思うので。

(林構成員)

- ・もちろんそのとおりで、データが万能でないことは頭に入れておかなければ。在宅とか地域医療を薦める有名なドクターも、データで何で地域医療ができるか、と。データは置いといて我々の熱意ですよ。

(工藤構成員)

- ・何かの県の会議に出たときに5年後熊本は医者が余ると言っていたが、これでいけば医者があぶれる時代がくる。これも1つの根拠になるんでしょうね。診療科によって違うんだけど、そんなデータがでている。

(松本構成員 松本医院院長)

- ・資料2のスライド5にあるような、どこにも出てくるんだが在宅に戻すことを考えると「市町村介護保険事業計画」との整合性に留意する必要があるとあるが、これはいつやるのか？

(阿南課長補佐)

- ・ここは同時並行で。市町村介護保険事業計画について、今度の医療計画が平成30年度に始まる。そこから5年サイクルが6年サイクルになり回転が一緒になる。新しい計画が平成29年度に作る際に調整等やっていくと考えられる・

(松本構成員)

- ・では、これはしないんですね？

(阿南課長補佐)

- ・まずは医療提供体制を固めてと考えている。

(松本構成員)

- ・ただ、固めるにしても、在宅云々を述べられてしまうと介護保険と切っても切れない。さきほどから流出流入の話があるが、個人的な意見かもしれないが、介護保険とのつながりの薄さが透けて見えるんですね。工藤先生や島田先生には耳の痛い話かもしれませんが、メディカルソーシャルワーカーだとかケアマネージャーだとか、そういった病院と施設、病院と診療所をつなぐ人たちの認識というか、先ほどの郡医師会立病院は療養なんだけど実は回復期をやってます、ということを知らないメディカルソーシャルワーカーがどこかに紹介しようとするときに、敬仁さんが埋まっている、あそこも埋まっているということになると、宇城のあそこにやりましょう、という話になってしまう。そのような問題もありますから、そこはとりあえず策定をして素案を作ったまでが1年間の作業としても、その後はそのことも考えていかなきゃいけないので、介護保険とのすり合わせは考えていかなきゃいけないんだろうな、と思います。流出入には現実に今言ったような問題があります。

(阿南課長補佐)

- ・わかりました。十分留意して関係課とも連携を密にしながらやっけていまして先生の御意見も承りました。

(島田構成員)

- ・病床を減らして在宅にする場合に、訪問看護センターは一体どれくらい看護師が要るのかなど困難な配置、それに莫大なお金も必要になります。それらを試算したのを見たことがありません。今あるものを使っていくよりももっともっとかかると思います。老々介護で自殺があっていますが、ここに書いているように有料老人ホームに集めるといっても1つのアイデアかもしれませんが、入れない人を在宅でみていくうえで24時間介護をするなんてとんでもない話ですよ。訪問看護がうまくいくようにするにはどうしたらよいか、24時間介護をしたらどうなるかという試算はしていますか？

(阿南課長補佐)

- ・把握していません。

(島田構成員)

- ・そのことをおざなりにして病床を減らしたらいいんだ、という安易な考えだと、それは結局、したはいいけどよっぽどお金はかかったな、ということになると思いますがどうですか。

(林構成員)

- ・4つの医療機能の部分とそこを減らして介護に回そうというのは非常に年寄りじめ。ものすごい差がある。在宅介護、医療はおかしいところがあって風通しをよくしなければならない。65才以上の高齢者にはだれかケアマネージャーがついていると考えていい。この人たちが医者言うことを聞かない。意見を聞かないケアプランが多い。この風通しをもう少しよくすることが今後絶対必要です。高齢者は反乱をおこしますよ。次期介護報酬改定では、要介護1未満まで総合支援事業に回すという噂まであるときに、今のような在宅とか介護ではちょっと無理がある。これは考えていく必要があります。でないとあまりにも高齢者がかわいそうですよ。

(松本構成員)

- ・さっき医者と介護関係でメディカルソーシャルワーカーのことを言ったが、脳卒中のパスの作成を期に郡市医師会で、5者会議等行って多職種連携の勉強会もしているので、これから先の流出は、ちょっと減るんじゃないかと個人的には期待している。

(田淵会長)

- ・予定時間があと5分ということで、白熱した討論でしたが、4つの病床機能以外にもれたというか、一番苦労している在宅医療、在宅介護の問題を、次回はその辺の話もしていただけたらと思う。
- ・それでは、これで進行を事務局に返します。

○ 閉会

(平山次長)

- ・田淵会長並びに各構成員の皆様方には、大変熱心に御協議いただき、ありがとうございました。
- ・本日いただいた御意見等は、次回の議論につなげて参ります。
- ・次回の時期は未定で、おって連絡します。御意見・御提案書については、本日発言できなかったことや新たな御提案などがありましたら、お帰りになられてからでも後日ファックス等でいただければ幸いです。
- ・それでは、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。