

第2回医療ツーリズムと地域医療との調和に関する検討会
第2回医療ツーリズムと地域医療との調和に関するワーキンググループ

令和元年5月17日（金）
神奈川県総合医療会館1階AB会議室

開 会

(事務局)

定刻となりましたので、ただ今から、医療ツーリズムと地域医療との調和に関する検討会及び医療ツーリズムと地域医療との調和に関するワーキンググループを合同にて開催させていただきます。本日はお忙しい中お集りいただきありがとうございます。

本日、進行を務めます、神奈川県医療課の加藤と申します。よろしくお願いいたします。

今回、検討会の委員の茅ヶ崎市保健所地域保健課長の大川委員、またワーキンググループの委員の川崎市病院協会の菅委員が欠席となっております。また、川崎市医師会の高橋委員からは遅刻の連絡が入っております。

次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきましては、原則として公開とさせていただいております。開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方が4名見えております。また、会議開催結果につきましては、発言者の氏名を記載した上で公開とさせていただいております。

本日の資料につきましては机上にお配りしておりますとおりでありますが、何かございましたら、会議途中でも、事務局までお申し付けください。

それでは、以後の議事の進行につきまして、検討会の新江会長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

(新江会長)

皆様、こんばんは。神奈川県病院協会の会長の新江でございます。

1月31日に開催いたしました第1回会議に続きまして、今回も川崎地域のワーキンググループと合同の開催となります。今回も円滑な議事に努めてまいりますので、皆様どうぞよろしくお願いいたします。

前回の会議では、医療ツーリズムの受け入れに関する課題や、本県独自の実態調査等について、ご議論いただきました。

会議開催後、医療ツーリズム専用病院の開設計画のある医療法人から、「計画を再検討する」旨の文書が出されたところですが、引き続き、神奈川県全体における医療ツーリズム受け入れに関するルールを考えていく必要がありますので、本日もどうぞよろしくお願いいたします。

本日は、全体で、1時間ほどで終わりたいと思いますので、先生の皆様も円滑な進行に御協力いただきますようお願いいたします。それでは早速これより議事に入ります。

報 告

(1) 厚生労働省「医療機関における外国人患者に受入に係る実態調査」の結果概要と本県における実態について

(新江会長)

それでは、早速これより議事に入ります。

まず、報告の(1)厚生労働省の調査結果と本県の実態について、資料1に基づき、事務局から説明をお願いします。

(事務局から資料1に基づき説明)

(新江会長)

それでは、ただ今の事務局の説明について、ご質問ご意見等ありますでしょうか。特にございませんか。ないようであれば次の議題に移らせていただきます。

議題

(1) 本検討会における医療ツーリズムの定義について

(新江会長)

それでは、(1)の医療ツーリズムの定義について、資料2に基づき、事務局から説明をお願いします。

(事務局から資料2に基づいて説明)

(新江会長)

資料2に基づいて事務局から説明がありましたが、今の事務局からの説明にご質問等ございますか。水野先生。

(水野委員)

定義をはっきりさせてほしいと思っているのですが、もう一つ踏み込んでほしいなと思ったのは、厚生労働省の定義の方は、たぶん外国人患者受入医療機関認証制度、いわゆるJMIPの中に出てくるもので、この特徴としては、国民に対する医療の確保が阻害されないことを前提とした既存の医療機関となっていることです。

2番目の経済産業省の方は、Medical Excellence JAPANの定義で、いわゆるこれも既存の医療機関の中で選んでいただくということですので、本委員会での医療ツーリズムの定義としては、既存の認証された医療機関の余力を利用してということをご希望です。

(新江会長)

事務局の方から。

(事務局)

県の医療課長の足立原でございます。ありがとうございます。定義の話が前回、水野先生から出たので、このようにまとめさせていただきました。

どこまでを医療ツーリズムと捉えるか、これが定義です。前回、先生もおっしゃいましたが、健常者を診る健診は医療ツーリズムの中に入ると思います。これはたぶん異論はないと思います。

次に、守るべきルールに基づいた医療ツーリズムというものがあると思います。

さらに、今日は御議論をいただかないのですが、推奨すべき、より神奈川らしい医療ツーリズム、この3段で絞られてくるということを考えておりまして、定義については疾患も健診も含むということをお願いしたいと思います。

(新江会長)

今の事務局の説明はそういうことでございますけれども、それでもまだもの足りないとか、これを入れろとか、この辺でいいだろうとか、ありますか。

(坂元委員)

今の医療ツーリズムの定義に余力という表現を入れるのですか、入れないのですか。余力という表現を入れると、余力は何かということ新たに定義しないとおかしいことになるので、そこをお伺いしたい。

(水野委員)

余力というのは、Medical Excellence JAPANにしてもJMIPにしても、現在行っている国民の医療の確保を阻害しない範囲となっている。ですから検査にしても何にしても、そのために、受けた量を抑える又はそれ以下になるということは決して余力ではない。

すべてを明らかにする定義はまず難しいと思いますが、一般常識として、厚労省の方ももう一つどちらにしても、外国人医療に対して既存の医療の受け入れ余力を活用した地域医療に影響を与えない範囲、これは愛知県もこのようになっています。これくらいしかはっきりした定義がありませんが、これでだいたい医療関係者は分かると思います。いかがでしょうか。私は医療関係者だったらこういう定義で分かるかなと思います。

(坂元委員)

例えば行政側とすれば、看護師確保対策事業、医師地域偏在対策事業を自治体と国で行っているということは、現在、医師には地域偏在があつて適正配置がなされていないということでそれを行っている。看護師確保対策事業は不足があるからやっている。それをローカルでの余力と見るか、国全体でのバランスの中での余力と見るかということなので、我々は余力ということは何かを一般的に市民の方から聞かれたときに、地域偏在対策事業は余力がないからやっているのではないですかとか、看護師確保対策事業は看護師が不足しているからやっているじゃないですかと質問がされた時に、それに答える義務が出てく

る。医療関係者なら分かるということは私も分かるのですが、行政機関としてはそういう説明をしなければならないということなので、どういうふうに捉えればいいのかと思います。

(内海委員)

今の話は定義ということなので、医療ツーリズムとは何ぞやという定義に関しては、医療目的で訪れた人に対して、医療あるいは人間ドックみたいなものを行うということで、まず定義はそれでよろしいのではないのでしょうか。その先に、何をよしとして何がダメなのかという議論は、その先で進んで行くのだと思います。

(新江会長)

事務局。

(事務局)

今、内海委員がおっしゃったことと同じことなのですが、定義の中に良い悪いの要素を入れ、良い医療ツーリズムを定義してしまうと、例えば、例の専用病院の計画は医療ツーリズムではないということになってしまいます。医療ツーリズムの範囲には入っているけど、違うと言わないといけないと思います。

余力の話は私も同じ考えです。ただそれはルールのところでは議論させていただいて、医療ツーリズムの定義は幅広とし、どういうのをやるべきか、やらないべきかは、ルールのところでは基本認識とか各論で定めましょうという考えです。定義のところについては余力について言及せずに、次のルールのところでは余力を検討したいと思いますが、いかがでしょうか。

(新江会長)

私としては、内海先生の意見もそうですけど、ツーリズムの定義については事務局の足立原課長が言いましたように、余力云々よりも、まず治療に健診も含めるという形でこれはひとつ良いのではないかと。余力云々に関しては今後また出る問題だと思いますので、それでいかがでしょうか。

(異議なし)

よろしいですか。それでは次の議題に入りたいと思います。

(2) 医療ツーリズムと地域医療との調和に向けたルールの検討について

(新江会長)

議題の(2)「調和に向けたルールの検討」について、資料の3-1に基づき事務局から説明をお願いいたします。

(資料3-1に基づき事務局から説明)

(新江会長)

ただ今の事務局の説明に関連いたしまして、窪倉委員から資料3-2の提出がされておりますので、意見発表をお願いいたします。

(資料3-2に基づき窪倉委員から説明)

(新江会長)

この問題は、先ほどの事務局からの説明とただ今の窪倉委員の意見について、違っている部分がありますので、両方に関して先生方、皆様方からご質問等あれば。水野先生。

(水野委員)

もう一回、資料2の本検討会における医療ツーリズムの定義のところですが、「事前に医療機関等と調整した上で、日本の医療機関での受診を目的に来日する外国人を受け入れること。疾患の治療を目的にするもののほか、人間ドック等の検診(健診)を目的にするものも含む。」とありますが、ちょっと足りないなと思うのが、日本にわざわざ治療に来る人というのは、先進的な医療や最先端の医療機器等による検診を目的にしているわけですよ。

ということは、資料3-1の2ページで、県内の医療資源はなお不足している状況とあるのですが、これは大きな間違いで、足りないのは回復期や慢性期。急性期、超急性期は過剰です。であれば、そういうのを使う医療ツーリズム病床というのは決して足りないのではなく過剰だから、これに関してこういった医療ツーリズムの病床を新たに作る必要はないというふうに私は思います。でなければ全くおかしい話で、いわゆる調整会議の中での病床に関しては、神奈川県内では足りないというように横浜でも出ていた。でも足りないのは慢性期や回復期であって急性期、超急性期は空いており、例えば修理先生には申し訳ないが脳血管センターなんて最新の脳血管の機械があって設備があって人があるのに半分もない。というのは横浜市内にどれだけの脳血管に対する専門の病院が増えたというか、あるいは心臓血管についてもそうです。

といったように高度最新医療に関しての施設は余っている。ですから医療ツーリズムを利用して私は経済効果でもそうで、さっきの数といたら100人ちょっとくらいで何の経済効果があるかというのがありますが、将来に向けてそういった高度急性期の病床が生き残るためにはそういうのも診ていかなければいけないというところの使い道であって、決して今更新たに病床を作る意味は全くない。ですから、その次のページの4ページのところも、医療資源が不足するという表現は全くそぐわない。不足しているというのは調整会議でもわかるように慢性期、回復期なので、話の進みがちょっと合わないというように思いますので、この辺は検討していただきたいと思います。

(新江会長)

事務局、どうぞ。

(事務局)

まずは水野先生のご意見に対して、そもそも今日は決める場ではないということをご理解いただければと思います。いろんなご意見をいただいて持って帰りますけれども、今、水野先生がおっしゃったのは、急性期だけ見たらそもそも余っているのが県全体だったら足りないが、足りないから受け入れるべきと言うのではなくて、急性期は余力があるからそこを活用すればいいのではないかと。余っているものを更に増やす必要はないというご意見でよろしいでしょうか。

(水野委員)

それと医療ツーリズムで扱う健診とか治療というのは何なのかということ考えた場合は、そういった足りない病床に入るというわけではないです。要するに、全く疾患が違うわけで、余力があるとみなすしかないというところが結構あるので、ですからそういうものに関して医療ツーリズムによって患者を受け入れて人道的な治療をする、あるいは検診するというのはよいことだと思う。そこをはっきり入れないと話は違うと思います。

(新江会長)

内海先生。

(内海委員)

都市部の特に急性期病院、都市部の医療で、特に川崎なんかはそうですけども、今何が不足しているでしょうとよく言われます、医療従事者。医者でしょうか。違うと思います。看護師でしょうか。違うと思います。一番不足しているのは患者さんです。医療機関がこれだけたくさんあって、特に急性期です。

そこで、愛知県はよいことを言ってくれている。「既存の医療の受け入れ余力を活用して」、正にこれであるというふうに思いまして、特に急性期、民間病院は今、現状としまして、診療報酬があまり上がらない。そうなってくれば、言葉は悪いですが、薄利多売しなければいけなくなってくる。ところが、この診療報酬というものは、自分で安売りしようと思ったわけではなくて、そういうふうに使われてしまうものです。ですから、たくさん仕事しなきゃいけない。ところが病院はたくさんあり、なかなか仕事が回ってこないというような状況があるわけですから、その余力を利用するというので、もちろん皆様のためにより医療をするのは当然のことですけれども、いろいろにアイデアを出して考えて自助努力によって、民間病院は今後、末永く続けていくということ。この努力はしなければいけない努力ですし、悪いことでは全くない。

という意味で、この医療ツーリズムに限らず、何でもかんでも通常の今までのことしかやってはいけないというのでは、そういうふうに議論が傾くのは、私は行き過ぎるのはよくないと思います。例えば地域住民のため、地域によって作られた公立病院、公的病院がそういう形であるべきかどうかは、私はちょっと問題があると思いますが、プライベートの病院に

関しては一生懸命努力をする。こういうふうにやっていかなければ成り立っていかないと
いうふうに思います。

もちろん何でもかんでも良いというのは絶対だめですが、その辺があまりに行き過ぎる
のも、今の段階でそういうことも少し考えなければいけないのではないかと一言申し上げ
たいと思いました。よろしくお願いします。

(新江会長)

窪倉先生。

(窪倉委員)

水野先生と内海先生のご意見聞いて、ちょっと私も改めて感じたところがあるのですけ
ど、資料3-1の問題提起の中には二つの違い、問題を踏まえていると思うのです。1番、
2番の現状認識と医療ツーリズムに係る基本的な考え方のところでは医療ツーリズムにつ
いての現状認識とかあるべき基本的な考え方について述べているのに、3番目になります
と医療ツーリズム専用病床についての話に切り替わるのです。

だから私は医療ツーリズム専用病床を作ることについて、こういった理論展開を結論付
けるのがいけないのではないかということと言いたかったのです。ですので、水野先生のお
話と内海先生のお話は納得できる場所です。余剰資源を使ってやるということですから
ね。それを私は否定している訳ではありません。

(新江会長)

小松先生。

(小松委員)

資料3-1の現状認識の書きぶりは、医療ツーリズムのプラス面を先に書いてマイナス
もあると書いているが、そもそも医療ツーリズムというのは、今、日本の中で統一したコン
センサスがあるものではない。ニーズはあるし、外国の方からの要望もあるし、受け入れる
ことができる医療機関が実際にある。要するに今の医療ツーリズムは、明確な定義とかル
ールとかはあまり決まっていないが、実際としてはいつのまにかなんとなく行われている。
一方で、日本の医療というのは、基本的には医療法上は国民に対して提供されるものである
というのが前提としてある。

定義とかルールの前に、現在わが国で医療ツーリズムが置かれている現状や課題につ
いて、前提としてそれに触れておくべきだと思います。結局知事答弁からスタートしてしま
っているのが資料3-1であり、もちろん議論すべき論点はそこからでよいと思うが、資料
としてはいささか唐突な印象です。

自由診療とか皆保険制度とか国民、外国人とかいろんな問題があるということは前提と
して認識した上で議論をしていくという流れがよろしいのではないかと思います。

(新江会長)

はい、どうぞ。

(水野委員)

私も事前説明を受けたときに何か違和感があったので、「医療ツーリズム専用病床なんていないよ」と言ったと思うのですが、今いろいろお話を聞いてやっと納得できたのは、神奈川県全体で1カ月40人しか来てない。医療ツーリズム病床なんていうのはない。既存の病床のある部屋、あるいは個室なり何なりを利用して、医療ツーリズムで来た患者さんを診るということです。また、ある病院では、患者さんが月60人を超えると一般の人の検査をやる時も支障があるから、月60人以内とするという院内規定を作っているところもある。

ここで医療ツーリズム専用病床自体は必要なく、代替するものはいっぱいある。現状、東京都内で結構な病院が行っています。そこがそんな病床なんて名前付けないでちゃんと行っています。そういった意味で医療ツーリズムをどういうのを決めて受けるか受けないか、定義と、やるかということだけだって病床の検討というのはおかしい。この委員会で医療ツーリズム病床というものを検討すること自体が本質の問題から外れているという気がします。

医療ツーリズム専用病床ではないのです。病院の中で急性期とか慢性期とかないのと同じで、その病院の中で病院の経営のためにいろいろと考えていかなければいけないというのは当たり前のことで、名前が付いているというのは、実際にはないということと考えた方がよいのではないかと思います。

(坂元委員)

地域医療構想から見て確かに急性期は多いと思います。ただ問題は地域医療構想で、急性期が過剰だということを将来的にどう議論するのか。その議論すらしっかりされていない中で、突如として医療ツーリズム専用病床というのは、ちょっと議論として唐突だろうという感じです。本質論はやっぱり地域医療構想の病床の適正配分を一体どうしていくつもりかという中での議論が優先であって、やっぱり医療ツーリズム専用病床ありきの議論というのは、地域医療構想の本質からちょっと外れるのではないかと私は思います。水野先生の意見には賛成であります。

(新江会長)

それでは事務局。

(事務局)

先生方のご意見を聞いて、まず内海先生のおっしゃった意見。事務局としても、全く同じ意見なのですが、実は現状認識で思っているのは病院の経営向上につながりますということ。これは都市部であってもそうですし、県西地域とか人口のパイが下がってきてしまって、医療機器と人材を維持するだけの患者の回転ができない所がありますが、そこを医療ツーリズムで埋めるというのは、大いにありだと思います。

ただそこは当然余力の中でのことです。受け入れ余力でやっていく。この基本的認識をさせていただきました。これが出発点です。資料の構成では、現状があって、基本的な考え方があって、3番に専用病床と書いてありますが、「だから」専用病床という展開ではなくて、

「一方」専用病床という意味で作りました。そこは補足が足りませんでした。

なぜここで専用病床の話をあえて書いたかといいますと、まず専用の病院ではなくて、既存の病院、保険医療機関で仮に200床あったとします。基準病床上、この地域はこれ以上病床を増やせないとします。要するに、地域医療の住民に対する病床が過剰ではなくて均衡しているとします。均衡していた時に病院の経営を上手く回していく中で、保険医療機関の病床として200床の病院が210床に増やしたいということが、将来あるのではないかと思ったのです。

水野先生のおっしゃったとおり、病床に色は付いていないです。専用病床と言いましたが、許認可上は普通の保険医療機関の病床です。ですが、地域医療だけ見たら200床で済むのだけれど、医療ツーリズムを効果的にやる時に、仮に医療ツーリズムをやったら210床がいいのではないかという余地を残した方がいいのではないかという思いがありました。確かに窪倉先生、水野先生のおっしゃるとおり、時期尚早かもしれません。今何をこうすべきだということはないのですが、こういう限定した状況だったら余地を残してもいいのではないかという思いでこの叩き台を出させていただいたということですので、ご意見いただければと思います。

(新江会長)

小松先生。

(小松委員)

今、専用病院ではないということで、一つグレードが下がった。専用病棟なのか専用病床なのかかわからないですけど、専用という言葉があるということは、その病床はツーリズムの患者さん以外は診ないということになってしまい、余力があるとか余力がないとかも含めて、言葉からすると医療ツーリズム専用病床について原則認めるべきではない。

ただし、医療ツーリズムを希望する患者の受け入れについてという定義にしていけば、専用はだめだけどそういう希望があった場合は、一定のルールを基に各病院が自主的な判断をして受け入れるという一番融通が利く話になる。やはり専用病床という形にすると過剰地域ならどうなのとか、地域医療構想上は不要なものを減らさない、という概念と矛盾が生じます。

民間医療機関の人間からしてみると、減らせなんて言うのは冗談じゃないというのがありますし、逆に公立だったら減らせと言われたら減らさなきゃいけないという考え方があると思うのです。この議論で医療ツーリズムを専用、専門の病床として考えるよりは、実際ある程度ニーズがあつたり、一つの病院の運営の選択肢の一つであつたりというのを考えたとき、医療ツーリズムの患者の受け入れについてのルールというふうにして病床とか病棟とか病院という言葉は使わない方がよいのではないかと思います。

(新江会長)

窪倉先生、どうぞ。

(窪倉委員)

足立原課長の説明は相当大胆な提案に受け止めました。今の地域医療構想のやり方が決められて、なおかつ基準病床制度もある一方で、医療ツーリズムを受け入れるために10床ぐらい認めたらどうだという提案は、こんな一つの県の委員会でするわけもないし、国に要望しようという中身を度外視して、神奈川だけでそんなことできるわけないです。小松先生がおっしゃったように、今あるベッドの中でやりくりする、そのあり方をどうしていくのかということであればまだ県にも権限があると思いますが、行政の立場からのご発言については少し軽率ではないかと思えます。

(坂元委員)

私も医療ツーリズムというよりは、例えば仮に200床の病院があつて、その病院が医療ツーリズムではなく、うちは150床は外国人を受け入れたいといったときに、規制はかけられないですね。仮にそういうことが次から次へと出てきてしまったときに、200の病床のうち、150床で外国人専用の受け入れをやられたら、地域医療に影響があるのではないかと、本来そう言うような議論がされるべきではないかと思えます。

だから、例えば外国人を受け入れる病床は1割にとどめておいてくださいとかのルールが必要かと思えます。ですから、都内の大学病院で受け入れているところは、大学病院の中でルールを作って、何人ぐらいまで受け入れようかと決めていて、それが多分医療ツーリズムという言葉なのでしょうけど、最初から医療ツーリズム専用病床ありきの議論になるよりも、本来の議論は、地域医療構想の病床のバランスからみて、この地域であれば、これぐらいまでであったら外国から来られた方が入院しても地域医療には影響を及ぼさないのではないかという議論が普通ではないかなと思えます。

(新江会長)

座長としてまとめるわけではないですが、先ほど窪倉先生が発言されたように、いつのまにか専用病床が出てきた話になって、ぐちゃぐちゃになりましたよね。我々は、外国人専用病床を作って、外国人専用というのは問題ではないかと言って県に請願を出したわけで、それがなくなったはずなのに、ここでもこもこと出てきてしまったのが非常に疑問です。

それから先ほど水野先生がおっしゃいましたが、おそらく日医の話だと思いますが、専用病床云々ではなくて、これは既存の保険医療機関の余力を活用した形で、医療ツーリズムを受け入れるということを原則とするというか、コンセンサスとすればよいのかなと、座長として思います。あくまでも専用病床に関しては原則として認めないという形で良いのではないかと思えます。

今日すべて結論を出すわけではありませんので、これも検討の余地があると思えます。特に専用病床云々に関し、県が出してきたことに対して、窪倉委員からこれはおかしいのではないかということで、3-2の資料が出たわけですから。議論は尽きないでしょうが、これは次に持っていきたいと思いますが、よろしいでしょうか。継続審議ということで、そうさせていただきますと思います。

議題（３）今後の検討の進め方について

（新江会長）

次に、議題（３）「今後の検討の進め方」について、資料４に基づき、事務局から説明をお願いいたします。

（資料４に基づき事務局から説明）

（新江会長）

ただ今の事務局の説明につきまして、ご意見等ありますでしょうか。修理先生。

（修理委員）

確認ですが、既存の保険医療機関の枠内でのというのは、医療ツーリズムを受け入れるに当たっても、既存の基準病床制度と病床配分のルールに則って、その中でしかできませんよということを言っているわけですよね。今回問題となったのは、そもそも枠外に出て強引に作ろうとしたからじゃないですか。しかし、既存の保険医療機関の余力を活用してということは、あくまでも既存の基準病床制度と病床配分のルールの中でやれという宣言と捉えてよいのか。そうであれば、病床配分しなければ済む話ということになるが、それでよいか。

（事務局）

そのとおりです。余力というのはそういう意味で書きました。専用「病院」の話が最初ありましたが、それは自由診療専用ということで、全くの枠外であったので、それが何のルールもない中でできてしまうので、ルールを作らない限り、国が規制しない限りはだめですということが大前提にあるので、これは今回の議論からはずれているわけです。今回、専用病床の話をご提案してみたのですが、色々いただいたご意見は承知いたしました。

（坂元委員）

確認ですが、この会議は、医療ツーリズムを推進しようということに基づいてルールを作るのか、それとも外国人を受け入れるときにはやはり上限は設けようというのか。見ていると、知事の医療ツーリズムの推進を考えるという立場は、やっぱり外国人を排除することは、国際社会から見て確かに問題だが、野放図に受け入れてしまったら国民医療が阻害されるから、その際の一定のルールを設けようということ、医療ツーリズムを推進していこうという目的ではないかと捉えてよいかということです。

（事務局）

推進という言葉はどう捉えるかということもあると思うのですけれども、私は、地域医療との調和だと思います。医療ツーリズムは、経営への寄与などを考えると全く否定するものではないと思います。ですが、先ほど坂元委員がおっしゃったように、200床の病院で150床で医療ツーリズムをやってしまったらそれはどうなのかというのはあります。程度の問題だと思います。そこを、上限の設定なのか、ルールの策定なのかはまだわかりませんが、そこ

を検討していきましょうということでございます。

(新江会長)

水野先生。

(水野委員)

私は、この会の目的は、地域住民の健康を守ることと、既存の医療機関を守ること、これが前提であって、整合性や調和をどう取るかということだと思えます。

(新江会長)

会長として発言しますが、我々が請願を県に出したときに、知事の答弁がございまして、知事は何とおっしゃったかという、地域医療を守ることと、地域医療を守った上での話でございまして、決して医療ツーリズムに反対する会議でも、推進する会議でもありませんし、そのためにルール作りを我々は提案をしたわけでございます。では、どちらか。どちらでもありません。ルールを作るためにやっております。よろしいですか。

川崎の個別案件については、医療法人から再検討するという文書が出てきていることでもありますので、今後は、検討会で県全体のルールを議論していきますけれども、ワーキンググループは個別案件の状況次第で必要なら開催するというところでよろしいでしょうか。

(異議なし)

それでは、事務局はこの内容で作業を進めていただきたいと思います。

その他(1) 国への要望について

(新江会長)

次にその他でございます。事務局から、国への要望について説明があるようですので、事務局は説明をお願いします。

(事務局から参考資料2に基づき説明)

(新江会長)

医療法の改正は非常に難しい問題でございまして、法令の不備を悪用するような無秩序な医療ツーリズムを防ぐためには、要望文書を今、事務局から説明のあったように、知事を出すのか、この検討会会長の私の名前で出すのか、ほかにも私の名前で出せという方もいるかもしれませんが、出す時期についてはタイミングを図りまして、国に要望書を出していただきたいと思います。要望書の内容等は、次回会議かその次の会議で報告をお願いいたします。

その他（２）外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関の選出について

（新江会長）

次に、外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関の選出について、事務局から情報提供があるようですので、お願いします。

（事務局から別紙に基づき説明）

（新江会長）

ご苦労様でした。これで本日の議題は全て出ました。お疲れ様でございました。まだ他にありませんでしょうか。

（小松委員）

申し訳ございません。参考資料２の、国への要望に関して、次回に議論をするということですが、先ほどの修理委員からの確認も含めると、問題提起及び要望項目のイというのは削除ですよ。

要するに既存病床以外にカウントしてくれという話ではないのですよね。問題提起及び要望項目のイは削除された議論が次回からされるという認識でよろしいですかね。

（事務局）

これはもともと各団体から国への要望の中に例の葵会さんの話があり、もしこれができると既存病床に数えられてしまうという危機感があつたものですから、各団体さんは要望書に入れられていたのですが、今はもうそれが趣旨ではなくなりましたので、削除でもよろしいかと思えます。

（新江会長）

次回の会議は７月から８月を予定しているところであります。事務局は日程調整や資料の作成等をよろしくお願いします。

事務局に進行をお返しします。

閉会

（事務局）

新江会長ありがとうございました。また、委員の先生方、関連なご意見ありがとうございました。次回８月、また最後２月、３月あたりに行わせていただきます。次回８月に向けて資料をまとめてまいりますので、次回、このルールもそうですし、神奈川らしい、いわゆるこういう医療ツーリズムが望ましいのではないか、これは実は地域によっても違うと思えます。都市部とそうでない地域でも違うと思っています。こういったところもぜひご意見いただきながら、ぜひ良い提言としてこれは検討会としてまとめさせていただければと思っ

ておりますので、引き続きよろしく申し上げます。以上で終了となります。ありがとうございました。