

## 第4回芦北地域医療構想検討専門部会 議事録

日 時：平成28年12月5日(月) 19:00～20:45

場 所：熊本県水俣保健所2階会議室

出席者：＜出席構成員＞17人(うち、代理出席3人) 欠席1人

＜熊本県水俣保健所＞

川浪次長、窪田参事、樋口課長、中村課長

＜熊本県健康福祉部＞

阿南補佐、徳永主幹、西村主幹、松尾主幹

＜傍聴者＞

水俣市芦北郡医師会1人 国保水俣市立総合医療センター3人

水俣協立病院1人 水俣芦北圏域在宅医療・介護連携支援センター2人

＜報道関係者＞ なし

### 開 会

(川浪次長)

- ・定刻となりましたので、ただ今から、第4回芦北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熊本県水俣保健所の川浪と申します。よろしくお願いいたします。
- ・会議に入ります前に、まず、資料の確認をお願いします。今回は事前に配布させていただいた資料1、2の他、追加し参考として「地域医療構想スケジュール(案)」と資料2の一部修正を1部ずつお配りしております。不足又は資料をお持ちでない場合はお知らせください。
- ・なお、本日の部会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、前回に引き続き公開とし、傍聴は、会場の都合により10名までとしていますので、御了承ください。
- ・また、会議の概要等については、後日、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、開会にあたりまして、熊本県水俣保健所長の劔から御挨拶申し上げます。

### 挨 拶

(劔 所長)

- ・本日は御多用の中、第4回芦北地域医療構想検討専門委員会に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。
- ・前回は10月21日でしたので、約1か月半という短い期間に再度お集まりいただきましたことに、かさねてお礼申し上げます。
- ・前回の部会では地域医療構想の素案についてお示し、構想区域の設定に関する審議やこの地域の課題等の整理について御意見を伺いました。
- ・その上で、11月16日に開催された専門委員会での議論を踏まえ、本日は、前回「作成中」としていた箇所をできるだけ追加記述し、原案としてお示しします。主なポイントは2点あります。
- ・1点目は、構想区域が決定したことです。熊本圏域と上益城圏域が統合、他の圏域は

現行二次医療圏どおりとなりました。なお、これに連動して、構想区域の設定に係る記述の追加や、構想区域ごとの病床数の必要量等のデータの見直しを行っております。

- ・ 2点目は、今後の施策及び構想の実現に向けた推進体制に関する記述を盛り込んだことです。地域医療構想は、将来のめざすべき医療提供体制をこれから関係者が一緒になって作り上げていくためのものです。そのため、どのような課題を共有し、関係者が連携した取組みを進めていくかが重要となります。
- ・ 構想はこれからの取組みをすべて網羅するものではありませんが、施策の方向性について御意見をいただきたいと思っております。限られた時間ではございますが、本日もよろしくお願ひします。

(川浪次長)

- ・ 構成員の皆様の御紹介につきましては、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。
- ・ それでは、ここから議事に入らせていただきます。設置要領に基づき、緒方会長に進行をお願いします。

#### 会長挨拶

(緒方会長)

- ・ こんにちは。それではこれから協議に入らせて頂きますが、その前に一言よろしいでしょうか。私、6月6日、自分の不注意で階段で転倒する事故に遭いまして、療養しておりましたが大分回復しました。しかし10月、次に心臓をやられましたが、ペースメーカーを移植してやっとここまでできました。皆様に御迷惑をかけ大変申し訳ありませんでした。
- ・ さて、10月21日の前回から早くも1か月半が経過し、この間各地域の専門部会及び県の専門員会が開催され、構想区域の設定に関する審議やそれぞれの課題に対する活発な意見交換が進められたと聞いております。
- ・ そうした議論を踏まえ、本日は地域医療構想の原案が示されております。
- ・ 議論の中心は構想の推進に向けた施策になるものと思っておりますが、皆様におかれましては、引き続き大局的な視点から忌憚のない御意見をよろしくお願ひいたします。
- ・ それでは、次第に沿って会議を進めます。本日の説明資料は2種類です。まず、事務局からの説明を一通り受けた後に意見交換を行いたいと思っております。
- ・ 事務局から説明をお願いします。

#### 議 事

- |   |                         |       |
|---|-------------------------|-------|
| 1 | 第3回各地域医療構想検討専門部会の結果について | 【資料1】 |
| 2 | 熊本県地域医療構想(原案)について       | 【資料2】 |
| 3 | その他                     |       |

(窪田参事)

- ・ 資料1及び資料2を計30分程度で説明させていただきますので、よろしくお願ひします。

**資料 1** 第 3 回各地域医療構想検討専門部会の結果について

- ・資料 1 をお願いします。  
第 3 回各地域医療構想検討専門部会の結果について説明します。
- ・当地域は 10 月 21 日の開催でしたが、同じく 10 月に各地域で部会が開催され、構想区域に関する審議と地域ごとの課題に関する意見交換を中心に議論が進められました。
- ・なお、構想区域につきましては、表の 2 列目のとおり、当地域を含む 9 圏域が現行の二次医療圏どおり、2 ページ目及び 3 ページ目の中ほどのとおり熊本及び上益城が統合と決定されました。
- ・表の 3 列目の課題に関する主な意見等としましては、在宅医療並びに人材の確保をどのように進めていくかについて、多くの御意見がありました。
- ・当部会での主な御意見について説明します。2 ページの一番上の欄をお願いします。急性期からの受け皿がないと患者を帰せない。今後、地域の連携をどう進めていくのか考えていくべき。地域の特性を理解して進めていくべき。入院であれ、在宅であれ、労働力の確保を図らないとやっていけない。看護職が研修に参加しやすい環境づくりが必要。医療従事者数については数値的には全国平均を上回っているが、現場では不足を感じており、そのギャップを感じているのは何故かなど一緒に考えていきたい。などの御意見がありました。
- ・資料 1 の説明は以上です。

**資料 2** 熊本県地域医療構想（原案）について

- ・資料 2 をお願いします。熊本県地域医療構想（原案）について説明します。
- ・表紙をおめくりいただき、目次をお願いします。
- ・本日は、前回「作成中」としていた箇所を含め、「第 6 章 将来の目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策」と「第 7 章 地域医療構想の実現に向けた推進体制」までの全体をお示しております。
- ・前回から修正及び追加した主な内容を説明します。
- ・2 ページをお願いします。  
第 1 章、中ほどの「(3) 将来のめざすべき医療提供体制の姿」につきまして、各地域部会での議論を踏まえ、文末、前回までの「患者の状態に応じた質の高い医療を」に続いて「地域の関係者が連携することによって」との表現を加えるなどの修正を行いました。
- ・4 ページをお願いします。  
「3 構想の策定体制・プロセス」は前回作成中の箇所で、「(1) 策定体制」及び 5 ページからの「(2) 策定プロセス」を追加しております。なお、今後の見込みの部分についても括弧で囲む形で記載しております。
- ・少し飛んで、21 ページをお願いします。  
「第 3 章 構想区域」につきまして、これまでの検討経過を追加しました。
- ・25 ページをお願いします。  
資料 1 で説明した各地域部会の決定に沿って、「2 構想区域の設定」のとおり 10 の構想区域とするいたしました。なお、図表 20 の下のマルのとおり、4 機能のうちの高度急性期については全県的な対応を進めていくとしております。

- ・ 27ページをお願いします。  
「第4章 将来の医療需要・病床数の推計」です。  
構想区域の設定にあわせ、病床数の必要量等の数値を、11圏域から10構想区域に見直しております。具体的には、29ページをお願いします。  
一番下の「図表26 2025年の構想区域ごとの医療需要推計結果」。
- ・ 次に、33ページをお願いします。  
下の「図表31 病床数の必要量の推計結果」などのとおり、10の構想区域での整理となります。
- ・ 34ページをお願いします。  
上から2行目の病床数の必要量の意味合いに関する「病床の削減目標を示したものではありません」との記述について、下の脚注の欄に前回盛り込めておりませんでした。昨年、塩崎厚生労働大臣の国会での答弁内容を追記しました。  
また、このページのマル2つは基準病床数と病床数の必要量との違い並びに関係性についての内容となりますが、現在の国での議論を踏まえた内容に修正しました。  
国では、次期の医療計画で新たに設定する基準病床数について、病床過剰地域で病床数の必要量が既存病床数を大きく上回る場合は、基準病床数の算定を見直すことができるようにすると検討されています。本県は直近のデータによる試算で、すべての構想区域が病床過剰地域で、病床数の必要量が既存病床数を下回っていますので、対応の可能性は低いと考えられます。
- ・ 43ページをお願いします。  
「第5章 構想区域ごとの状況」として、芦北構想区域のデータを整理しています。
- ・ 45ページをお願いします。  
第5回県専門委員会での御指摘を踏まえ、診療所数の内数として、有床診療所のデータを盛り込みました。なお、当構想区域では、人口10万人当たりの有床診療所数は全国平均を上回っています。
- ・ 49ページをお願いします。  
第3回地域専門部会及び第5回県専門委員会での御指摘を踏まえ、新たに「医療施設に従事するその他の主な医療スタッフ」として、理学療法士から精神保健福祉士までの13の職種に関するデータを追加しました。
- ・ 50ページをお願いします。  
「介護施設数」について、第3回地域専門部会での御指摘を踏まえ、下の図表51-08のとおり老人ホームに関するデータを追加し、整理しました。
- ・ 51ページをお願いします。  
「法令に基づく医療需要及び病床数の必要量の推計」です。  
厚生労働省令に基づく医療需要及び病床数の必要量の算定において、熊本地域と上益城地域との統合により、基礎となる入院受療率や他地域への流出入率が全構想区域でわずかに変わってしまいます。そのため、小数点以下の四捨五入という端数処理等の関係で、当構想区域では図表53-08のとおり、4機能合計で医療需要が前回の652から654人/日、病床数の必要量が744床から746床に変わりますので、御報告します。なお、その下のマルに記載している在宅医療の必要量は変動ありません。
- ・ 52ページをお願いします。  
「熊本県における将来の病床数の独自推計」です。  
下の枠囲みに示す3つの推計方法のうち、推計については、基礎となる厚生労働省令に基づく医療需要がわずかに変わることと連動し、図表54-08のとおり、当構

想区域の推計値は、前回の858床から861床に変わります。

なお、推計 と は変動ありません。

- ・ 54ページをお願いします。

「(5)医療提供体制上の課題」ですが、ここからが新規に追加した内容となります。

「病床の機能の分化及び連携の推進」に係る課題として、まず、図表57-08及び58-08に掲げる5疾病・5事業に係る拠点病院や地域医療支援病院等との連携体制の強化・充実の必要性を挙げています。

図表58-08の下に、参考として、当構想区域の医療型障害児入所施設及び療養介護事業所の設置状況を追加しています。

次に、図表59-08の病床稼働率、55ページの図表60-08の平均在院日数、図表61-08の許可病床数に対する稼働病床数の割合等のデータにより、区域内の受療実態を区域全体で共有し、各医療機関が自ら検証していくことの重要性を挙げています。

さらに、図表62-08で、昨年度の聞き取り調査で示された「病床の機能分化・連携を進めるために今後必要と思われる取組み」を挙げています。なお、図中の と に関する病床機能の転換のための施設や設備の整備については、機能ごとに病床の過不足への対応を当構想区域で協議の上、進める必要があると考えています。

- ・ 56ページをお願いします。

「在宅医療等の充実」に係る課題です。

まず、図表63-08に再掲する厚生労働省令の算定式に基づく在宅医療等の必要量を見据え、より一層の医療・介護提供体制の構築などに取り組む必要性を挙げています。

次に、図表64で、全国のデータではありますが最期を迎えたい場所を示すとともに、図表65-08で死亡の場所の推移に関する当構想区域及び全国データを示しました。このような意識と実態の差を把握し、対応を進めることの重要性を挙げています。

- ・ 57ページをお願いします。

一つめのマルに、当構想区域では、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所ともに、人口10万人当たりの施設数が全国平均を上回っていますが、今後の受療動向や地域のニーズを見据え、在宅医療に取り組む医療機関の増加を図ることの必要性を挙げています。

また、二つめのマルに、聞き取り調査で示された「在宅医療の充実を進めるために今後必要と思われる取組み」と個別の御意見等を整理し、地域の事情を考慮しながら、患者本人や家族のニーズに応じて、できるだけきめ細やかな対応を進めることの重要性を挙げています。

さらに、図表66-08の下のマルに、地域特性に応じた医療・介護、生活支援等のサービス基盤の一体的な提供、介護予防、地域リハビリテーションといった予防的な取組みの重要性を挙げるとともに、新たな受け皿づくりやサービス量を考慮しながら、第7期以降の介護保険事業計画等において検討していくことも重要とまとめています。

- ・ 58ページをお願いします。

「医療従事者・介護従事者の養成・確保」では、診療科別、医療機関の規模別等での差異や構想区域間の患者の流出入などにも留意し、人材の養成・確保を進めること、具体的に、人材の養成については、聞き取り調査で示された必要な取組みを通じた資質の向上を、また、人材の確保については、処遇の向上をはじめ、キャリア形成の支援や勤務環境の改善を通じた定着・就業継続を図ることなどを挙げています。

- ・ 59ページをお願いします。  
「第6章 将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた施策」です。
- ・ 課題については構想区域ごとに整理しますが、施策についてはまず全県的な対応に関する方向性や取組みを整理することが必要との考えから、まとめて記載しております。
- ・ 施策の柱の一つめの「病床の機能の分化及び連携の推進」についてです。
- ・ 施策の方向性として、枠囲みのとおり、まずは、本県の医療提供体制の立て直しのため、被災施設の復旧・復興を進めること、そして、各医療機関による病床の機能の分化及び連携のための自主的な取組みが促進され、実効性のあるものとなるように、必要な体制や基盤の整備、支援を進めることとしています。
- ・ そのため、「(1)被災施設の復旧・復興への支援」「(2)病床の機能の分化及び連携を支える体制・基盤の整備」、60ページの「(3)病床の機能の分化及び連携に取り組む医療機関への支援」と区分し、主な取組みを整理しています。
- ・ 59ページの具体的な取組みとして、災害復旧費補助金やグループ補助金の積極活用の促進、熊本地震時における医療救護活動等の検証を踏まえた災害・救急医療提供体制の充実・強化、地域医療構想調整会議による協議・調整、医科歯科連携に向けた体制づくり、ICTを活用した「くまもとメディカルネットワーク」の構築などを挙げています。
- ・ 59ページの「資料2 熊本県地域医療構想(原案:Ver.2)に係る一部修正について」をお願いします。病床の機能の分化及び連携の推進の2つめのマルについてですが、県歯科医師会からの御指摘を踏まえ「回復期における連携推進のため」を「回復期リハビリテーション機能強化や療養継続支援等を目的とした回復期における医科歯科連携のため」と修正しております。
- ・ 62ページをお願いします。  
施策の柱の二つめの「在宅医療等の充実」についてです。
- ・ 施策の方向性として、枠囲みのとおり、2025年を目途に、県民が住み慣れた地域で医療や介護、生活支援等が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進め、在宅医療等の充実に必要となるサービス基盤の強化、受け皿づくりを進めること、また、県民が健康で安心した生活を住み慣れた地域で送ることの重要性に関する認識を高めるとともに、介護予防や地域リハビリテーションの充実を進めることとしています。
- ・ そのため、「(1)在宅医療基盤の充実」、63ページの「(2)医療と介護の連携の推進」「(3)在宅等住まいの場における看取り等の終末期療養の充実」「(4)介護予防や地域リハビリテーション機能の充実」、65ページの「(5)退院支援機能強化のための人材養成の充実」「(6)高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントの推進」「(7)日常的な見守りや生活支援など在宅生活を支える基盤の強化」「(8)中山間地域における介護基盤の充実」と区分しています。
- ・ 62ページに戻っていただき、主な取組みとして、訪問診療、在宅歯科医療、訪問看護サービスの基盤充実のためのスキルアップ研修や小児在宅支援コーディネーターの養成、在宅歯科医療連携室や各地域の在宅訪問薬剤師支援センター等の運営支援、市町村や地域包括支援センター等と連携した地域における介護予防の推進、三層構造での地域リハビリテーションの推進、また、64ページ被災地支援として、被災地における介護予防や生活不活発病対策の推進に向けた「県復興リハビリテーションセンター」の設置運営等を挙げています。
- ・ 66ページをお願いします。

施策の柱の三つめの「医療従事者・介護従事者の養成・確保」についてです。

ここでは、医療従事者と介護従事者を分けて整理しています。

- ・まず、「3 - 1 医療従事者の養成・確保」に係る施策の方向性として、枠囲みのとおり、5 疾病・5 事業、地域で不足が見込まれる機能、チーム医療の推進に係る医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカーなど、必要な人材の養成と確保を進めること、また、医療機関の魅力ある職場づくりを支援することとしています。
- ・そのため、「(1) 人材確保と資質の向上」、68 ページの「(2) 魅力ある職場づくりの支援」に区分しました。66 ページにもどっていただき「(1) 人材確保と資質の向上」では医師、看護職員、チーム医療や地域連携の推進に係るその他の主な医療スタッフでそれぞれ整理しています。
- ・主な取組みとして、医師に関しては、修学資金貸与、オール熊本での初期臨床研修医の確保と県内定着、総合診療専門医養成システムづくり、「特例診療所制度」を活用した在宅、へき地、小児、周産期医療の担い手確保等、看護職員に関しては、修学資金貸与、看護師等養成所における看護学生の県内定着への取組支援、潜在的な看護職員に対する定期的な研修等を通じた再就業支援等を挙げています。  
なお、平成30年度開始予定の新専門医制度については、熊本大学医学部附属病院や県医師会等の関係団体と連携し、医師が偏在することなく専門医の質を高める体制の構築を図ります。
- ・69 ページをお願いします。  
「3 - 2 介護従事者の養成・確保」に係る施策の方向性として、枠囲みのとおり、介護ニーズの増大に伴う介護人材の確保のために、多様な人材の参入促進、介護職員の定着の観点から、総合的に介護人材の確保・養成・定着に向けた取組みを進めていくこととしています。
- ・そのため、「(1) 多様な人材の参入促進」「(2) 介護職員の定着促進」「(3) 情報共有・国への施策要望」に区分し、主な取組みを整理しています。
- ・70 ページをお願いします。  
「第7章 地域医療構想の実現に向けた推進体制」です。  
「1 推進体制」につきまして、地域医療構想の推進には、策定主体の県はもとより、市町村、医療機関・医療関係団体、介護事業者・介護関係団体、医療保険者及び県民が将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた今後の方向性を共有し、それぞれの役割を果たしていくことが重要となります。その中核として医療法に規定された協議の場である「地域医療構想調整会議」を構想区域ごと並びに全県単位で設置し、引き続き二段構えで推進を図っていきたいと考えております。  
なお、調整会議での議論の進め方については厚生労働省で検討中ですので、最終の取りまとめを踏まえ、本県の運営方針を定める必要があると考えています。
- ・71 ページをお願いします。  
「2 関係当事者の役割」として、まず県では、調整会議の効果的かつ効率的な運営やデータ提供、地域医療介護総合確保基金等を活用した第6章に掲げる施策の推進、県民への周知啓発、市町村介護保険事業計画の策定に当たっての助言等を行っていきます。なお、図表74のとおり、構想実現に向けた知事の権限が規定されていますが、これまでに説明してきたとおり、知事に稼働している病床を削減する権限等は与えられていませんので、医療機関の自主的な取組みを促していきます。
- ・72 ページをお願いします。

「(2)市町村」の役割として、地域医療構想にも留意した在宅医療・介護連携の取組推進、市町村介護保険事業計画の策定に当たっての構想の策定趣旨や内容を踏まえた検討を挙げています。

- ・「(3)医療機関・医療関係団体」の役割として、一般病床及び療養病床を有する医療機関においては、毎年度の病床機能報告を確実に実施いただくこと、地域医療構想をはじめ、県が示すデータ等を参考に、構想区域における自院の病床機能の相対的な位置づけを把握した上で、自院が将来めざす医療の実現に向けた自主的な取組を行っていただく、その際に病棟単位で選択した病床機能に応じてどのような患者を受け入れていくか、また、それに伴ってどのように必要な体制を構築していくかを検討いただくこととしています。なお、有床診療所においては、①から⑤までに例示する機能について、地域の実情に応じて必要な役割を担っていただくこととしています。併せて、図表75の下のマルのとおり、医療関係団体におかれては、医療機関の自主的な取組への支援をお願いします。
- ・「(4)介護事業者・介護関係団体」の役割として、介護事業者におかれては、医療機関との連携強化を通じて介護サービスの充実を進めること、介護関係団体におかれては、介護事業者の自主的な取組への支援をお願いします。
- ・73ページをお願いします。
- ・「(5)医療保険者」の役割として、構想の策定趣旨や内容に関する加入者への周知・啓発、構想の推進に必要な医療提供施設の機能に関する情報やその他の必要な情報の県への提供をお願いします。
- ・「(6)県民」の役割として、人生最後の場面をどのように迎えたいのか、どのような医療を希望するのかということ、一人一人が考えておくこと、限りある医療資源を有効に活用できるよう、医療に関する適切な選択を行い、医療を適切に受けるよう努めることを挙げています。なお、平成26年の第6次医療法改正により、枠囲みのとおり国民の責務が規定されています。
- ・「3 構想の進行管理」として、構想の実現に必要な事業の進捗状況を毎年度評価し、調整会議等に報告するとともに、県庁ホームページにて公表すること、評価結果に対する調整会議での意見等を踏まえ、必要に応じて施策や事業を見直すとしています。
- ・資料2の説明は以上です。

### 質疑応答・意見交換

(緒方会長)

・これから意見交換に入ります。前回この地域で問題になった人材の育成不足等について、御意見はありませんか。

(眞鍋構成員)

- ・白梅病院の眞鍋です。今までの会議で問題になったこともありますが、追加事項の中でどういった事かなと疑問に思ったところがありましたので質問させていただいてもいいですか。
- ・54ページです。医療構想を考える上でどうしても医療機関ごとの連携や施設との連携が必要ですが、質問は真ん中の参考のところ、くまもと芦北療育センターと明水園の関係があるが、これにつきましては、医療構想の中で一つは構想の範疇に入るのか、入るのではあればどういった位置づけになるのか教えて頂ければと思います。

(阿南補佐)

- ・医療政策課の阿南と申します。引き続きよろしくお願いたします。
- ・この参考で挙げています「医療型障害児入所施設及び療養介護事業所」の扱いですが、地域医療構想の対象に入ります。一般病床、療養病床という事で入ります。実は基準病床数における医療法上の整理では、既存病床数、34ページをお願いします。参考という事で、上から許可病床数、基準病床数、既存病床数と書いてあります。芦北においては上から1,403、506、1,001と書いてありますが、この既存病床数が基準病床数に比べて多かったら過剰地域、今後ベッドの増床は出来ない、反対に下回ってれば不足地域という事でベッドの増床が出来るということですが、この既存病床数のカウントの中では先ほど御指摘があつたくまもと芦北療育医療センターと水俣市立明水園の病床数は入っていません。地域医療構想の整理と基準病床数の整理ではそうした違いがあります。特定の方が療養されており、今回の構想では、他の地域においても、こうした医療型障害児入所施設等をこうした形で載せさせていただき、地域医療構想の範囲としては一般病床、療養病床なのでおそらく慢性期との取扱いとして、病床機能報告制度でも挙げていらっしゃると思いますが、慢性期の中でもこういった特別な事情がある病床とを芦北圏域ではどういった形で連携しているのか、今後連携していくのかを検討いただくために今回、こうした整理で掲載させて頂いたものです。

(眞鍋構成員)

- ・解りました。参考と書いてあつたので別枠なのかなというイメージで捉えていました。入るという事で理解していいですね。

(阿南補佐)

- ・上の方で5疾病5事業という事で主だったという、この機能を担う医療機関という事で挙げていますけれども、別途という事で挙げさせてもらいました。

(藤崎構成員)

- ・私の方でも質問です。歯科医師会の藤崎と申します。在宅医療基盤の充実という所で、在宅歯科医療連携室の運営支援とありますが、具体的に連携室は何処に設置し、何処がやっているのか質問します。

(松尾主幹)

- ・認知症対策地域ケア推進課の松尾と申します。
- ・現在、県の歯科医師会の中に在宅歯科医療連携室が平成28年度から設置されておりその事を文章で示しています。

(阿南補佐)

- ・62ページのところです。

(藤崎構成員)

- ・解りました。

(緒方会長)

- ・他に質問はありませんか。森先生、何かございませんか。

(森構成員)

- ・特には無いですが、一つは第7章、地域医療構想調整会議に関して、今後始まるという事でいいですね。それが一点と、後(一点) その中で72ページに市町村の役割とありますが、やはり、市町村の関わりは医療構想の中で継続性という意味と、広がりという意味で重要ではないかと考えています。4行の中で非常に概念的であって、具体的なイメージがなかなか湧かない。この調整会議の中で議論していく中で参加した人がわかっていくのか、それとも最初からイメージを県の方は考えておられるのか、具体的なイメージ(理念)をお聞かせ願いたい。

(阿南補佐)

- ・お答えします。一つ目の質問は地域医療構想調整会議というのがいつから始まるのかに関してですが、70ページの部分です。時期としては地域医療構想策定後です。推進に当たっては各地域で地域医療構想会議を設置ということが医療法に定めてあり、予定ではこの地域医療構想は、皆さんたちに御了解して頂いた後、年度内に仕上げたいと思います。新年度明けてから調整会議で具体的に何をするかは70ページの(2)に記載しておりますが、医療機関の役割分担について各医療機関の立ち位置について、発表しあい、共有し合い、今後地域医療構想の実現に向けてどのような施策を打っていくかということで、今地域医療介護総合確保金という財源もございまして、例えば現在熊本メディカルネットワーク(ICT)の構築を進めていますが、そのような財源を活かしながら地域に必要な施策、対策を打っていくという事でございます。という事で調整会議は来年度に設置したいと思っております。
- ・市町村の役割のイメージとしては、61ページ、図表の69でより良質な医療サービスを受けられる体制のイメージを作っています。
- ・患者を中心とし、住まいを中心とした介護と入院医療を提供する部分という事で、入院医療については、まさに地域医療構想の部分ですが、介護、当然ながら地域包括ケアシステムについては市町村の役割が非常に大きい。この辺は松尾班長にコメントをお願いいたします。

(松尾主幹)

- ・認知症対策課の松尾と申します。第7章の市町村の1点目に書いてございます、地域包括ケアシステムの実現に向け在宅医療・介護連携の取組みについてですが、介護保険制度の中で法改正がございまして、取り組んできたもの、ただ地域医療構想策定ガイドライン等の中で医療介護連携は極めて重要な話という事でありますので、市町村が主体となって在宅医療介護連携の取組みを現在進めています。市町村介護事業計画の部分でございますけど、この地域医療構想の在宅の受け皿作りですとか、第6章の在宅医療と書いてある部分については地域医療構想の話で2025年の地域包括ケアシステムの構築の部分で取組みを進めており、その取組みの拠り所は、市町村介護保険事業計画になりまして、第7期の計画が来年度の策定予定で、そういったところで地域医療構想の趣旨や内容を踏まえて、第7期以降で検討をする必要がございますので書かせて頂きました。確かに抽象的、解りにくいですがその辺は考えていきたいと思っております。

( 森 構成員 )

- ・市町村の方は介護保険に関しては、非常によく知っておられる状況と思う。今後は、地域包括ケアシステム、その中で医療と介護の連携が非常に重視されている。今後行政の方に医療の点も理解してもらえればということでしょうか。

( 阿南補佐 )

- ・はい、そのとおりです。

( 岡部構成員 )

- ・質問というわけではないですが、話の流れでは、在宅医療に関しては、今後当然力を入れていくべきだし、充実させるべきだと思う。これが第6章第2のところでは将来の目指すべき在宅医療の充実と出ている。現在でも、皆様方非常に努力はされているが、印象としては受ける側、患者・家族側のイメージがまだ在宅に関して十分信用していないような印象を強く持っており、特に都会と違い、地方に関してはやはり一人暮らしや共働きが多いので最終的には在宅に関するところよりも病院にお願いするというところに信用、信頼を持っている現状ですので患者、家族側に対する啓蒙が重要だと思います。その点も理解して頂いた上ではじめて在宅医療の充実が成り立っていくのではないかと考えています。この間は、療養病床等の必要性は変わらないと考えております。

( 緒方会長 )

- ・在宅医療の充実については、医師会も在宅医療・介護連携支援センターを設置し力を入れてやっているところです。

( 森 構成員 )

- ・岡部先生が言われたように在宅医療についての知識が住民の方にはあまりないのです。1市2町の委託を受けて医師会が水俣芦北圏域在宅医療・介護連携支援センターで事業をやっています。その中で市民向けの公開講座を年に1回やっていて、かなり有名な人を呼んでやっています。事業の中で今年は津奈木町で実施しましたが、在宅医療の実際について、市町毎に年に1回開催しています。内容としては講演会と多職種連携が非常にポイントとなるような悪性のがんの患者さんに関する事例をドクターと関係する職種が(集まって)説明をするものだが、このようなことを続けていく事が、住民の方への在宅医療に関する啓発として地道にやっていくことが一つの方法ではないかということ(これまで3回やりましたが)非常に強く思っていますので追加して発言しました。

( 緒方 会長 )

- ・どうもありがとうございました。時間がありますので、御発言をお願いしたいと思います。坂本先生いかがですか。

( 坂本副会長 )

- ・県の会議で意見は言わせてもらいましたが、(基本的に思っているのは)問題点は網羅されており、その中に支援とか促進とか改善の対策を書いているが、これらの問題点をすべてクリアしてゴーサインではない、賽は現場に投げられたと。前、県にも申し

上げましたが、その中で医療圏がすべてうまくいくとは、まずスタート時点からあり得ない。どうしていくかということ、標準的な一定なレベルの医療圏、医療介護機能をもたせなければならないということです。その中ではやはり我々は急性期をきちんとやって一定レベルを維持存続するという事でそれではなければ若い者は住まない。ただ垂直展開と今お話があった介護と在宅、水平展開をリンクさせ倒れようとしても倒れない医療圏づくりを目指したいと思っています。

- ・そういう意味では大きな問題は熊本県の半分の人口が熊本医療圏です。80万、その中で4万5千という医療圏と対峙しながらどう検証していくのか心配。平成30年の医療計画とリンクするとはっきり書いてあるから、ある意味やはり熊本の中の一番小さな医療圏の中で、これだけはちゃんとやっているというアピールをしなければならぬ。この地域、この医療圏は鹿児島県をまたがっている。その中で県単位となっているので県はどうしようもないと私は十分理解しましたが、その中で顔の見える現場の人間が北薩地域とリンクしながらやはり地域の医療を守っていくという考え方をしなくてはならないので、調整会議の設置は望まない、我々が出かけて行き必要な連携をしていく。病床削減ありきではないと厚労大臣が発言されて、プロセスが重要ということはそういうことだろう。県が推定された急性期、回復期、稼働率などのデータをクリアしたならながらやっていきたいと思っています。

(緒方会長)

- ・問題が非常に大きい。この計画はいつまでに遣り上げるのか。

(阿南補佐)

- ・今、会長さんから「医療構想はいつまで遣り上げるつもりか」という事のお答えです。もともとの出発点では2025年度をターゲットにということで、団塊世代の75歳以上が入る。高齢者が増え、疾病構造も変わり、ニーズが高まるのでどのような体制で支えていくか一番重要だと。ただ、副会長もおっしゃったように、2025年で終わるわけではなく、30年、40年とその後ニーズ、量も変わっていく訳です。今後を見据えながらこの地域でどのような体制で取り組んでいくか、まさに総力戦で皆さんの貴重な資源を生かしながら今後の地域住民の健康を守っていくという方針ですので、いつまでというわけではなく、継続的な取組みとなります。実際地域医療構想でやってくださいと言うと失礼な話だと思います。先生方には今でも将来を見据えてやってきて頂いていると思っていますので、こういった事をきっかけに行政もデータを今後出していくので、厚労省のデータを頂きながら、それを見ながらさらに御自分たちのデータをお持ちだと思いますので、照らし合わせながら地域の医療提供体制を作ってもらえればと思っています。どうぞよろしくお願ひいたします。

(緒方会長)

- ・計画を実現するにあたっては、今よりもベッド数を減らさないといけぬ。人口が減れば自然にそうなるかもしれないが、削減ありきではないと言われるが、今よりもベッドを減らさないといかに到達しない。数値が出ているので近づけないといけぬ。計画はあるのでそれを弁えていけぬといけぬのではないかと。

(阿南補佐)

- ・再三繰り返していますが、あくまで厚生労働省の推計というのは、一定の仮定

を置いた推計値であり、数値にとらわれて必要な医療提供体制に向かっていくものではありません。先生方も今まで経営という面、患者さんの状態、疾病構造の変化の中でやってこられたと思います。したがって、行政がA病院は100床を50床に減らしなさいとか、B病院は50床を20床に減らしてくださいと言うことはできません。こういった環境変化等を踏まえたところで各医療機関さんに判断して頂いて、各医療でお願いして地域で共有して頂きたい。「賽は投げられた」と、まさにそういったところであり、我々から病床数を何床にしなさいと言うつもりは全くなく、こういった状況の中でどうしますかという事を地域医療調整会議の中で考えていきたいと思いますという事です。結果としては減ったりもするでしょうが、初めから削減ありきで進むものではないという事を1年半各地域で言っておりますので、そういう事でございます。

(緒方会長)

・では、ベッドの方は気にせずにやっていくという事ですね。

(阿南補佐)

・地域医療構想の考えは、地域において、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等というステージを設定し、患者さんの状態に見合った場所で適切な医療を提供していきましょうという事です。ベッド数ありきで考えるのではなく、医療需要を踏まえて検討していく。一つは地域包括ケアシステムという事で、在宅医療等を中心に地域的な問題とか、スタッフ・マンパワーの問題で厳しい面があるということは認識していますが、在宅医療を進めていこうというのが地域医療構想の始まる前から地域包括ケアシステムの中で進めていく事柄なので、病院、診療所、有床診療所ではなく在宅の方ではどのような対策を取ったらいいか、そうすれば慢性期の療養病床(ベッド)についてはいわゆる転換になるかも知れませんが、その辺をどのような形で対応していくのかなどを地域で考えて頂くという事であります。

(緒方会長)

・では、医師会としては減らさないといけないということではないということですね。

(坂本副会長)

・県も説明が大変ですが、何もしなかったらこの地域は人口減少に歯止めがきかない、ベッドを削減どころではなく、ここは次の保健医療計画の中でどこかに組み込まれる。平成15年の時代に振興局で議論して拠点病院を移せということになった。その時あれだけ反対したのは婦人科や小児科が拠点病院に移されたとき、ここで若者が住みますかと話をして、強化病院にしてもらった経緯があった。この体制を少しベッド数が少なくなっても維持していきましょうということが一番大事でないかと思います。そうしないと将来的にここは消滅すると県は断言して欲しい。

(阿南補佐)

・ありがとうございます。病床削減が目標ではない、とって何もしないわけではない。何度も繰り返しますが、今後将来の展望と申しますか、環境変化に応じた取組みを各医療機関で自主的に取り組んで頂く。その中で各医療機関が果たす役割、立ち位置があると思いますが、それを地域でこういった形で連携していくかが一番大事な事だと思います。何もしなかったら自然に淘汰されていく可能性が出てくるので、そうなる

と一番不幸なのは住民であり、ここに住んでいらっしゃる県民の方だと思います。この点について厳しい面のデータが出ていますけど、このデータを如何に読み込むか、如何に分析するかが一番大事なので、総力戦で連携を考えて頂く。そのために県としても財政的な支援として、地域医療介護総合確保基金とかをうまく活用していただいて知恵を出していく。その点をよろしくお願いいたします。

(坂本副会長)

- ・いわゆる社会保障費の増加の為に、後期高齢者いわゆる2025年問題が非常にクローズアップされている。地域医療構想はそれだけではなく、この前申し上げた通り、未来に繋がる構想でなければならない。やはり若い世代に住んでもらいたいという中で何が問題かというやはりみんなで連携して小さいながらもやっていく。例えば山椒は小粒でピリリとアピールできるというような事。もう一つは看取りや介護が非常に大事。やはり、後期高齢者の割合が高くなると、我々としては、平均寿命の延伸でなく健康寿命の延伸を考える中で、我々は竹崎町長にこの辺ちょっとお話しを聞いたことがある。地域型スポーツ事業とか健康寿命に関する行政対応を非常にやっておられる。そういうのを参考にしながらやはり住みやすい町づくり、そこを考えて、やはり県にアピール出来るように認めてもらうような努力は必要ではないかと思っています。

(池田構成員)

- ・有床診療所山田クリニックの池田と申します。確かに坂本先生がおっしゃる通り人口の割に医者数は多い。水俣の人口は少ないけれど、しっかりやっているというのが大事なところ。予防の部分で街角健康塾とかをやっています。かなり頑張っておられ、健康増進に繋がって一人暮らしの老人の孤立防止に役立っています。びっくりするくらい頑張っておられる。その割には効率の良い医療介護をやっていかないといけない。限られた予算の中で無駄のない医療、介護、例えば重複受診ですね、内科で、糖尿病、高血圧、高脂血症で別々の内科の病院に行くとかを防いだ方がいい。難しい糖尿病とかだったら医療センターの代謝内科に行かなければならないが、難しくないのを3つも4つも病院を回るのは、防いだ方がいい。フリーアクセスではありますが、無駄な事はやらないように医者も助言するべきと思う。そういう方がいっぱいいらっしゃる。副作用が多すぎているんな問題が起こりますから、私はなるべく、1か所の医療機関で難しくなければ診たほうが良いと思う。包括診療加算で8種類の薬が出せますので院内処方でも沢山お薬も出せる。それは医療(費)削減になるしそれを防ぐ意味でもそういうふうにしていく方が大事。そして、熊本ネットワークがありますので、ICTを効率的に無駄の無い様に活用していく。そして、住民が住みやすくなれば、他の地域からの患者さんも水俣で診てもらいたい、住みたいとなるかもしれない。うちでは電子カルテをやっているが、残業が少なくなって職員の健康に非常にいいと思います。出来れば電子カルテをされると効率的な業務ができて、それもICT活用の一つと思います。以上です。

(深水構成員)

- ・有床診療所の深水です。病床削減、将来の病床数というのは34ページに書いてあります。国が地域に応じた病床数を見直しながら進めるという非常にまともな考え方であり、私は全く心配しておりません。問題は先ほど岡部先生方がおっしゃった在宅が

どうなるかという事で、日本全国で一番在宅の進んでいるところは何処なのか教えて欲しい。また、どうして在宅が進んでいるか分かりますか。

(松尾主幹)

- ・在宅が進んでいる事をどういうふうに見るか、定義がいろいろあると思いますけど、例えば在宅療養支援診療所の数でいくと、人口10万人あたりでは、やはり在宅医療は都市部(東京都、大阪)の方が進んでいます。

(深水構成員)

- ・それは、何故でしょうか。

(松尾主幹)

- ・十分な分析はしていませんが、一つ言えるのは在宅で亡くなる方が多いのは在宅の体制が整っているという事で高くなっています。

(深水構成員)

- ・それは何故進んでいるのでしょうか。

(阿南補佐)

- ・私は直接の担当ではありませんが、新聞から情報を見ている中で神奈川県横須賀市は在宅死亡の割合が高いという事で、こちらで取り組んでいる多職種連携の取組み、訪問看護の充実等の取組みを医師会中心に、こまめに連携をやっているという記事がありました。今日は参考までという事で、詳しくは松尾班長から提供します。

(松尾班長)

- ・先進的な取組みをやっているところは確かに出てきております。多職種連携がキーワードで、横須賀市は医療介護連携の先進的な取組みが行われている。あとは相関関係が示されているのが、病床数、介護施設の定員数が多い所は、自宅死の割合が低くなっている。そこをどう考えるかははっきり相関関係をよく調べていないところがございます。よく調べる必要があるのでもっとしっかりやっていきたいと思っております。

(深水構成員)

- ・25年ほど前から往診をやっております。今で言う在宅医療ですが、家の方が高齢になっておられ、若い方はすぐに患者さんを「施設に入れてください」と言われるので、在宅はなかなか進まないと思う。この前沖縄から古川先生、32年離島でやっている先生に来てもらい、非常に在宅率が高いけど、やはりその地方の特性があって、一概に在宅をすすめるのは難しいと私は考えます。先ほど坂本先生が、人口減少がひどいのでおそらく今後水俣は人がいなくなるというお話をされ、その為にはもっと医療をきちっとした小さくてもピリッとしたと言われましたが、やはりそれだけではなく水俣、芦北で働き甲斐のある職場があればと思うが、これは我々医療関係者だけでは無理で、スペインのサンセバスチャンという都市は10万人の人口に何百万人という観光客が来る、こういう都市がありますが、医療以外の事で、行政での対応は難しいので民間人でやって行く事が必要ではないかと思っております。

(井上構成員)

- ・開業してだいぶ経ちますが、帰ってきた頃は在宅医療で、ずっと昼から往診をしていました。距離数にして40キロくらい走っていた。そこにお年寄りが寝ていらっしゃるの、それを診てきたが、だんだん見る人がいなくなってきて、今度は施設にという希望の方が増えてきて、結局行政も特養施設とかを積極的に進めたので希望されるわけで、介護される方がいなくなってから在宅に戻れと言っても戻れる状況ではない。若い人たちは都会に出てしまって、お年寄りばかりで在宅で看取る方が居ない。そういう状況で、行政の指導の変遷もかなり今の状況をもたらしているのではないか。前はともかく、40キロ、田舎ですから走り回っていたが、今は往診に来てくれという人が少なくなって、それは暫く強制的に言われても急に変わる状況ではないのかなと、開業して今30年たって、いろいろな医療行政の変遷の中で施設を作ったりとか、往診していたのを施設に代えたりとか、状況を変えようとしても在宅で看取る人はいないではないかと思うわけです。帰ってきてから世の中のいろんな患者さんと医療の変わりについていけない状況をつくづくと感じています。

(阿南補佐)

- ・1点だけ、在宅というと居宅が中心になるかも知れませんが、今回、地域医療構想、資料28ページ、前から説明しているところですけども、上の方に慢性期については、病床数の必要量の部分ですが、当該機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立ち、在宅医療等の医療需要と一体的に推計しますという事で、ここで言う在宅医療等とは居宅だけではなく、特別養護老人ホーム、先ほど井上先生がおっしゃったように施設系の方も入ります。病院、診療所以外の場所において、医療という部分での推計値であるという事、35ページ図表33の方ですが、慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型という事で今先生方のいらっしゃる、療養病床の中に介護療養の病床と医療療養の病床がありますが、特に介護の病床は平成29年度末で一応廃止というのが法律上決まっています。延長するかどうかと話し合っていますが、その中で出てきた選択肢、もともと介護療養病床については6年前に廃止という部分を延長したわけですが、その時老人保健施設への転換、在宅医療等の中に入れようとしてしまいましたが、なかなか進まなかったという事でここに書いてある通り、既存の施設を活かした形で例えば医療機能を内包した施設系サービスというのは医療機関そのものベッドのある所を住まいに見立てて、転換という事で、医療機関からの転換という事も案として考えておりました、いろいろと確かに住まいでの対応が困難な場合、どのような形を取るのかこういう案も出ているという事をご紹介しておきます。

(緒方会長)

- ・ありがとうございました。時間も押してまいりましたが、行政の方から何かありませんか。

(林構成員)

- ・全国健康保険協会熊本支部の林と申します。61ページの図表69、より良質な医療サービスを受けられる体制のイメージという事で、この地域も水俣・芦北地域で、前回の話で出ましたが、糖尿病とか、腎不全の受診が高いということで、つい先だってこちらで行われた水俣芦北圏域糖尿病対策地域連携会議という事で、糖尿病の保健医

療連携体制を整備するという話が進められていますが、そういった疾病予防、介護の予防は書いてありましたが、疾病予防の話は組み込めないかと気になりました。

(阿南補佐)

- ・今、林構成員から介護予防はあるが、疾病予防が入って無いのではないかというお話でございますね。先ほど副会長より健康寿命のお話を頂いておりますが、病床機能の分化になりますと、病気になった状態からのスタートでございます。来年度より保健医療計画が策定されますので、そこで、健康づくり推進課が所管課ですが健康寿命延伸等については整理していくことになると思います。地域医療構想は、疾病後の対応なのでこのような記述になると御理解いただければと思っています。

(緒方会長)

- ・川野先生どうですか。

(川野構成員)

- ・看護協会としては、地域包括ケアについての研修会の開催など、看護師も急性期から在宅までの顔の見える関係を作っていかなければと思っています。あと、水俣はやはり山間地域も多いので医療介護難民、そういう方が出ないように寄り添って行く必要がある。それからICTですが熊本県で事業として取り組んでいるので、そういう意味では訪問看護ステーションとかも活用できますのでもっと進めていかなければならない。地域住民の方に、自宅介護もそうですが病院も含めていろんな資源等があることをご存じでない方が沢山いらっしゃいますので、行政の方からももっと啓発していかないと進まないと考えています。

(緒方会長)

- ・吉富先生よろしく申し上げます。

(吉富構成員)

- ・薬剤師会の吉富です。二点ありまして、56ページに24年度の高齢者の意識調査で、死期を迎えたい場所というのが出てきますが、いろんな方の相談を受ける時に感じるのが健康な人は皆自宅と答えますが、病気になった時に死期を迎えさせたい場所という観点、本人ではなく家族の考え方となると病院等で亡くなっており差が有り過ぎる。出てくるデータですがそのような見方をすると違ってくのではないかなと感じております。もう一点は、私の母の話ですが、今年度要支援1と認定されましたが、ヘルパーさんが居なくてまだ一切サービスが始まっていないというのが一つの現実。重症の方(介護度5、4、3)のところヘルパーさんを使わなければならないので、軽度の方はサービスを受けられないことが既に現実になっている。一例ですが、そのような感じでございます。58ページの薬剤師数が97人となっておりますが、私達が把握している人数より多いかなと思っていますのでこの人数が逆に欲しいなと思っています。この59ページにも人材確保をやって貰える話がありますが、最近八代で1件薬剤師がないので薬局を閉めるという事例がありました。薬局を閉めるような状態で薬剤師を確保できないというのが現実なので、確保ができる何か支援して頂けるのなら具体的に教えて頂きたいと思っています。

(緒方会長)

- ・あとひとつ、佐藤先生お願いします。

(佐藤構成員)

- ・感想になりますが、この地域に希望を持ちたいが現実をみると厳しいという気持ちがあります。私を含めた世代がいろんなことを先送りしてきたせいかなと思います。若い方々、それから高齢の方に申し訳ないと思う気持ちでいっぱいでは何とかしなければならぬと思っています。何処かに希望を持って頑張っていきたい。

(緒方会長)

- ・時間が来ましたが、他に御意見ございませんでしょうか。
- ・事務局におかれては、本日の御意見等を踏まえて整理を進めていただくようお願いいたします。
- ・ここで、次回の開催方法について、お諮りしたいと思います。
- ・参考として配られております本構想の策定スケジュールをお願いします。

(川浪次長)

- ・こちら横書きの資料をお願いします。

(緒方会長)

- ・横書きの資料をみていただき、地域では12月5日に第4回芦北地域医療構想検討専門部会を開催して頂きましたが、次は1月から2月の間となっております。それで、1月から2月の間に地域保健医療推進協議会と合同で開催し報告をしなければなりません。したがって第5回の会議の日程について、事務局から説明をお願いします。

(川浪次長)

- ・それでは事務局の方から説明させていただきます。先程会長からお話がありましたように親会議である、地域保健医療推進協議会に当部会の協議結果を報告する必要がございますので限られた期間の中で最終のとりまとめを進めていく事となります。本日の会議の経過等を踏まえさせていただきますと、内容の大幅な見直しが必要となるような御意見・御指摘はなかったと考えております。今後は文言の修正が中心になってくると思います。そのため次回の議事は修正後のとりまとめ案の内容確認となりますので、構成員の皆様全員にお集まりいただくまでの必要はないと感じております。そこで、もしこの後、この会議で言い損なったりとか、あるいは追加でというような御意見につきましては、お手元にお配りしています、御意見提案書に書いていただくといったしまして、そういった御意見等を踏まえまして、修正等の内容等がありましたら、確認については会長の方に御一任をさせて頂ければ有難いかなというふうに事務局では考えております。また必要に応じて事前に御指摘を頂きました構成員に内容を確認頂きまして、その上で、地域保健医療推進協議会には緒方会長、坂本副会長、若干名の代表者の方々に御出席して頂く形で対応させて頂ければと考えておりますのでそのようにさせて頂ければと思っております。

(緒方会長)

- ・只今の御提案でよろしいでしょうか。

( 構 成 員 )

- ・「はい」と了承あり

( 緒 方 会 長 )

- ・それでは、1月に開催(報告)予定とします。

( 緒 方 会 長 )

- ・多数の御意見等をありがとうございました。
- ・事務局におかれては、本日の御意見等を踏まえて整理、検討を進めていただくようお願いいたします。
- ・以上で予定しておりました議事は終了しましたが、その他として何かありませんでしょうか。なければ、これで私の役目を終わらせていただきたいと思います。皆様方のご協力ありがとうございました。それでは、進行を事務局にお返しします。

#### 閉 会

( 川 浪 次 長 )

- ・緒方会長並びに皆様方には、長時間にわたり、御議論いただき、ありがとうございました。
- ・本日いただいた御意見等をふまえ、次回開催の手続きを進めて参ります。なお、次回の芦北地域保健医療推進協議会は翌年の1月17日(火曜日)に開催したいと考えております。
- ・また、お手元に「御意見・御提案書」をお配りしております。本日御発言できなかったことや新たな御提案などありましたら、お帰りになられてからでも御記入いただき、後日、ファックスまたはメールでお送り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。お帰りの際は、お気をつけてお帰りください。

( 2 0 時 4 5 分 終 了 )