

第9回日立地域医療構想調整会議 議事録

1 日 時 平成30年12月12日(水) 18:00~19:30

2 場 所 日立保健所 2階大会議室

3 出欠状況 委員 25名中

・出席委員 20名(代理出席6名含む)

(横倉委員, 大高委員, 奥村委員, 近藤委員, 植草委員, 加藤委員代理, 矢ヶ崎委員代理, 瀧委員, 佐藤委員, 小齋委員, 中村委員, 石川委員, 宇佐美委員, 木城委員代理, 小川委員代理, 大部委員代理, 豊田委員代理, 高信委員, 前野委員, 井澤委員)

・欠席委員 5名

(星野委員, 間宮委員, 鈴木委員, 長南委員, 川島委員)

関係者の出席 21名

事務局の出席 5名

出席者計 46名

(製薬会社等の傍聴者3名を含め49名)

4 議 長 横倉委員

議事録署名人 横倉委員 瀧委員 佐藤委員

5 議 題

(1) 日立地域医療構想調整会議・ワーキング会議について(報告)

資料1

(2) 各医療機関の今後の方針等について

資料2

新公立病院改革プラン(北茨城市民病院 医療機能と病床数等)について

医療法人立医療機関の病床機能, 地域における役割, 今後の方針等について

(3) 各市における地域包括ケアシステムの推進状況について(報告)

資料3

(4) 訪問看護ステーション調査について(報告)

資料4

(5) その他

当院の周産期医療の状況と課題について(県北医療センター高萩協同病院)

平成30年度回復期病床整備促進事業について(医療政策課)

6 議事の概要

議題(1) 日立地域医療構想調整会議・ワーキング会議について(報告) 資料1について以下の内容について井澤委員が説明を行った。

回復期リハビリ病棟, 地域包括ケア病棟, 療養病棟についての意見交換, 現在担っている医療機関, 将来担うことを考えている医療機関などから各病院の現状, 課題について資料に基づき説明した。このことについて質問等なし。

議題(2) 各医療機関の今後の方針等についてのうち, 新公立病院改革プランについて「北茨城市民病院新改革プラン(平成29年度~平成32年度)」に基づき植草委員から説明があった。プランの大きな変更はなく, 全体を見ながら進めて行く旨の説明があ

った。このことについての質疑等なし。

同じく、議題（２）の医療法人立医療機関の病床機能、地域における役割、今後の方針等について、**資料２**について各医療機関の病床数と病床機能等について井澤委員が説明を行った。その後、医療政策課から埼玉県方式について説明を行った。このことについて、埼玉県方式についての質問があり、井澤委員、県医療政策課が説明。

議題（３）各市における地域包括ケアシステムの推進状況について、３市（畑山一美保健福祉部長、作山健康福祉部長、佐藤千尋市民福祉部長）から**資料３**により報告があった。このことについて、質問等なし。

議題（４）訪問看護ステーション調査について井澤委員から**資料４**により報告があった。このことについて、質問等なし。

議題（５）その他において、「当院の周産期医療の状況と課題について」近藤委員から情報提供があった。併せて奥村委員から地域周産期医療センターの再開準備状況等について情報提供があった。

引き続き、医療政策課から「平成 30 年度回復期病床整備促進事業」（地域医療介護総合確保基金の活用）について説明した。

【質疑応答，意見交換の概要】

○ 横倉会長（多賀医師会長）

議題（１）日立地域医療構想調整会議・ワーキング会議について説明をお願いします。

○ 井澤委員（日立保健所長）

資料１では 9 月 26 日に開催した第 1 回目のワーキング会議について報告させていただきます。ワーキングの目的は、川下の医療機能について、回復期、慢性期について各医療機関の現状、課題と将来のことについてお話していただくこととしております。

主に挙げた意見をご紹介させていただきます。回復期の機能、その他病院機能全般については、ひとつの医療機関だけというのではなく、地域全体でその役割を担保する必要があるという意見をいただきました。また、そのために中期目標を立てて地域全体で考えていく必要があるというご指摘をいただきました。また、医療圏全体、共通して医療人材の不足が医師に限らずあります。どのように人材を確保していけばいいかということ地域全体で、行政も含めて考えていかなければいけないというご意見がありました。

続いて、回復期リハビリ病棟については、時間がかかること、専門の職種を複数集めなければいけないことから、転換を考えるにあたっては非常にハードルが高いというご意見がいくつかありました。その上で、この地域全体で回復期リハビリ病床のニーズがあるのか出していく必要があるのご意見をいただきました。また、高齢化に伴い、急性期から回復期、訪問等それぞれにおいてリハビリが必要とされてきているとのお話がありました。

地域包括ケア病棟については、転換のハードルはハード面ではそれほど厳しくないの

ですが、入院期間 60 日というところで、この地域では難しいというご意見がありました。また、入院患者として、どのような患者が入るべきなのか、機能、質を維持していくことが大事あるとのご指摘もいただいております。

また、療養病棟に関しては、病床機能報告から年間の死亡退院が多い病棟が浮かび上がりましたが、それらも地域での役割のひとつとして、高齢者が増える中で今後も重要な役割があることが話されました。

在宅については、データの準備ができなかったことと、協議時間がなかったことなどから次回へ持越しとしました。

資料裏面には、各医療機関からいただいた現状、課題、将来のことについて、いくつか記載させていただいております。後程ご覧ください。

2 枚目は、今年度、これまでよりも多く調整会議プラスワーキング会議と言う形で開催させていただいております。本日は、2 回目の調整会議で、これまでの補足と、国から言われています各医療機関の病床数、病床機能選択の合意を得ること、又、地域医療構想と関係がないようなテーマがいくつか挙がっていますが、「地域医療構想と地域包括ケアは車の両輪」と言われております。市の方に情報提供をいただき、地域包括ケアシステムの進み具合や課題をお話していただければと思っています。

日程は決まっておりますが、年明け 1 月にワーキング会議の 2 回目として川下における具体的な連携、在宅医療のことについてお話し合い出来ればと思っております。

3 回目は、保健福祉医療協議会との同時開催で 2 月に開催させていただければと思っております。以上です。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

ただ今報告がありました、第 1 回目のワーキング会議。慢性期と回復期の現状把握と今後の問題点について報告がありました。質問ご意見がありましたらお願いします。会議報告についてはよろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。

では、続きまして、議事（2）の各医療機関の今後の方針等についてのうち、北茨城市民病院の、「北茨城市民病院の新公立病院改革プラン」について。このことにつきましては、今年、1 月 26 日開催の第 7 回地域医療構想調整会議において「北茨城市民病院新改革プラン平成 29 年度～平成 32 年度」（平成 29 年度）についてご説明いただいているところです。今回は、2025 年に持つべき医療機能ごとの病床数を確認し、地域における役割、今後の方針などに変更等ありましたらお願いいたします。

植草先生お願いいたします。

○ 植草委員（北茨城市民病院長）

北茨城市民病院は、現在 183 床、一般病床 137 床、療養病床 46 床です。現在、稼働率は 70% 前後。死亡退院の患者さん、他院からの受け入れで、日立総合病院、磐城共立病院さんなどから、がんの末期などの患者さんで治療などが難しい方の受け入れをしています。入院期間は長く、状態の悪い方が多い状況です。

プランとしては、市内には療養施設、老人保健施設などが少ないので、ある程度の医療が必要だけれども家には帰れないと言う患者の受け皿がない状態で、北茨城市内では、他に瀧病院さん、廣橋病院にそれぞれ介護療養病床がありますが、目一杯になっています。うちが、ショックアブソーバーと言う形で入退院を受け入れている状況です。

将来的に2025年、現在の病床数は必要であろうと結論として出しています。病床数の削減はありません。これから増えることはあっても減ることはない状況が見えています。そのためには医師確保が重要になってくるが、本日出席の筑波大学の前野教授のところ、筑波大学・総合診療科から派遣を受けて医師のやり繰りをしている状況です。

それ以外、経営係数をあげるプランは立てていますが、結局、病床の回転数を早くするためには、患者を退院させなければならない。患者の行き場所がない。市外の受け皿などになってしまう。それは本末転倒ではないかということです。数値目標は絵に書いたもちのようで、出しているが難しいところ。現状で大きな変化はありません。全体を見ながら進めて行きたいというのが結論です。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

ありがとうございました。調整会議においてそれぞれの病院が、自分たちの役割がどのへんにあるのか、そして問題点がどこにあるのかということをもみんなで共有しながら地域医療を作っていこうということですが。北茨城市民病院のお話を聴いておりますと、ある意味、ある一定の地域性を持った運営をしていかなければいけないということで。市民病院、従来の急性期、回復期、慢性期という枠組みを離れた段階でかなり急性期から慢性期までの流れの中で厳密な区切りができないレベルのニーズがあり、それに対応していくことの問題点を提示されたと思います。今の北茨城市民病院の報告にご意見ありますでしょうか。

前野先生いかがでしょうか。

○ 前野委員

筑波大学の前野です。前回は欠席をしまして申し訳ございません。

今、植草院長先生からお話がありましたように、総合診療医にとっては非常に魅力的なフィールドです。全体の問題は大きいので、我々ができることは限られています。今、働いている医師は、非常にいい環境で働かせていただいておりますので、なんとかそのモデルが広がればいいかなと思っています。

これからの地域枠の卒業生について、なかなかこのエリアにまわって来ないと言う部分がありまして、現在、総合診療科から行っているメンバーも地域枠の者がいない、また、地域枠の者があまり入ってこない。そういったところが今後の課題かと思っています。

○ 横倉会長

ありがとうございます。北茨城市について、在宅医療について見ても、家庭医療センターを作っていただいたりして、すごく病院から在宅医療までの連携ができてきている。在宅医療を担うという形になっている開業医の先生方がどんどん高齢化しているなか

で、今後どうなっていくのか、非常に難しいところ、モデル的展開かなと思います。北茨城市民病院の報告について、ご質問等よろしいでしょうか。

では、次に、議題（２）の医療法人立医療機関の病床機能、地域における役割、今後の方針等について、説明をお願いします。

○ 井澤委員（日立保健所長）

資料２とエクセル表が入った埼玉方式による表の２つを説明いたします。

まず、**資料２**ですが、８月の第１回目調整会議において国からの資料と言う形でご案内させていただきましたが、調整会議の中で毎年やるべきこととしているひとつですが、各医療機関の担う役割、２０２５年を見据えて高度急性期から慢性期までの４つの機能毎の病床数について協議し取りまとめて報告することとなっております。また、役割を変更する病院などがございましたら今後の計画等をお話していただくこととなっております。今年の１０月に国へ、各医療機関から報告していただいた病床機能報告については、保健所に還ってくるのは来年の４月くらいになります。資料は、個別に医療機関にお伺いして一覧にさせていただいたものです。そちらを見ますと、一番下段、２０１８年の高度急性期を選択したのが６７床、急性期と選択したのが１、３６４床、回復期が２０８床、慢性期が７２３床、休棟又は未定が２４７床になっています。同じように２０２５年の推計についても数値がでていまして、参考として、地域医療構想２０１６年に作った当時、これだけの病床が必要でしょうという、４つの機能について表したものと併せて見ていただくように記載しております。

また、読み取りの難しさがありまして、休棟の方が２４７床になってはいますが、一般１、８６２床、療養７４３床、感染症４床のうち休棟ではない所も含めて非稼働となっているのは、７月の時点で、一般３１６床、療養１７０床になっています。数値のわかり難いところがあり申し訳ありません。裏のページ、こちらは今回のヒヤリング内容になります。こちらに基づいてヒヤリングを行わせていただきました。

次の埼玉方式と記載されている資料です。毎年、病床機能報告は、医療機関の自主的な選択ということになっています。いくつかの県では、奈良県、埼玉県、佐賀県などは、独自に県内で統一した考え方で４つの機能を選ぶ方式をしています。

今回、１１月に国から埼玉県方式をＡ方式、平均在棟日数方式をＢ方式として、昨年、平成２９年度の病床機能報告を分け直したものが届きました。併せて各病院の方向性、考え方を個別に訪問しお伺いしたところです。

埼玉方式とはどういうものかについては、２枚目に付けていますが、一定のルールに従って分けています。裏面に実際に高度急性期と急性期を分けるにはどのような条件を使っているのか、急性期と回復期を分けるには、どういう条件を満たせば急性期にするかと言ったルールが明記されています。これについても賛否両論ありますけれどもルールに従ってやってみた場合の試算になります。

平均在院日数方式のパターンＢについては、１枚目の裏面になりますが、４日未満の

ものを高度急性期、19日未満を急性期、19日以上90日未満を回復期、慢性期を90日以上として平均在棟日数で病棟を機械的に分けたものになります。以上です。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

ありがとうございました。現実の報告と埼玉方式という、新しい分類方式。埼玉県で行っているものですが、それに基づいて出して見た場合、このようになりましたというデータです。埼玉方式、どうでしょうか。いろんな地域でいろんなやり方、よりある意味現実に近いということで、医療の定量性を大事にした考え方で作られている。一応県としてはこれに基づいてもう一度調査して分類しようと言うことですか。

○ 井澤委員（日立保健所長）

私が先に読んだ国の資料では、先に県の医師会と病院の先生方の合意のもとに県のやり方を決めて、それを全県で統一するようなやり方というふうに思っていたのですが、なかなか県では決められなくて、そのうちにこの2種類が通知された形で、今後どのような形にするのか保健所ではまだ、わからないところです。

○ 大澤課長補佐（県医療政策課）

今まで病床機能報告制度は、平成26年度から各病院から報告してもらい、今年で4年目になります。やってくる中で、どうしても定性的に見て「回復期が足りない」と話題になっており、国なども言っているが、傾向はあると、実際、地域ではどうかということです。協議をしていく中では、地域では本当に足りないのか、と言う認識をし始めたところで、地域は地域で定量的に出した中で、姿が見えるようにして検討を進める。定量的な物で出して、それを基に議論を進めていくことも一つの方法ではないかというのが国の話です。今年度の病床機能報告は、中身少し細かくなりましたが、定性的な方法は変わりません。地域の中でのどのように定量的にやってくるかという事が出されたのが、診療報酬を踏まえたものということで埼玉県方式、もうひとつが在棟日数、これは県の地域医療構想調整会議の中で土浦、つくばなどで活用していたものを使わせていただいたものです。このような方式があることをご理解していただき、全県的に地域の中でひとつの目安として調整会議などで使っていただくために、病床機能報告制度の数値で算出しています。各調整会議でいろんなご意見があると思うので、それを吸い上げさせていただいて最終的には、県全体としてこの方法にしようかという材料にしたいと思っています。実際、皆様から提出いただいております病床機能報告制度がデータに反映させていただいておりますので、うちはちょっと違うということでしたら、何か誤ってだしていることもあるかと思っておりますので、もしありましたら修正できますので言っていただければと思います。実際、急性期と報告しておりますが、内容的には回復期に近いことも行っている病棟だということが見えるところです。

○ 横倉会長

ありがとうございました。埼玉県方式、医療の定量的な基準で病棟を分類するとこのようになるということでございます。これを見ますと回復期もある程度実施されている

ということになるのでしょうか。いわゆる超急性期、急性期、回復期、慢性期といった分類は、当初は定性的に診療報酬上から始まったのですが、少し医療内容に踏み込んで考えてみようということになったのか。自分たちの病院がどういう報告に進んでいるのか考えてみよう。特に北茨城市民病院から報告があったように、クリアカットには出ない内容を支えているという、これはすごく大事なことで、一応目安ということで考えていくことで。何かありましたらお願いいたします。

はい、畑山部長さん。

○ 畑山日立市保健福祉部長（委員代理）

質問を一点よろしいでしょうか。1枚目の埼玉県方式の表の見方ですが、日立総合病院は、埼玉県方式で見ると回復期ということで理解すればよろしいでしょうか。

○ 井澤委員（日立保健所長）

はい、ありがとうございます。埼玉県方式での分け方は、資料の裏面に【区分線2】というのがあります。急性期と回復期を分ける条件というのがあります。この中の手術の件数、腹腔鏡下手術の件数、放射線治療の数、化学療法の日数、救急医療入院の数、一般病棟用の重症度、医療・看護の必要度を満たす患者の割合 25%以上という項目のうち1つ以上を満たす病棟は、急性期。満たさなかった場合は回復期と言う分け方になります。条件を満たさなかった場合には回復期となります。お答えになっておりますでしょうか。

○ 畑山日立市保健福祉部長（委員代理）

よくわかったような、わからないような。そのような分け方、ものさしを決めて、県内統一したもののさしを検討して各病院のベッドの機能を見直すということでしょうか。私たちは、日立総合病院について、まさしく高度急性期、急性期を担っていただいていると思っていますし、実態そうです。そう言う分け方をして各病院のベッドを見直すものさしを作りますということでしょうか。

○ 井澤委員（日立保健所長）

そのような理解です。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

はい、植草先生。

○ 植草委員

昔、国立病院が統廃合の時と同じことをやっている。結局、医療費を減らすためにいろんな策をとって、例えば DPC を導入して、結局、採算性が悪いところが切り捨てられ、過疎地を作っている。医師がいて、看護部がたくさんいてというところだったら、埼玉方式でもクリアにいきますけど、医師もいない看護部もない、患者も急性期から慢性期までいろいろな病態が来るような病院にあてはめられるわけがないです。そもそも病床機能報告の段階で、やっている方も病棟毎に分けさせていることが間違っているとわかっている。その数値を追いかけてやっている。DPC も DPC によって切り捨てられ

ている患者さんがたくさんいる。例えば、入院している患者で糖尿病治療のために入院している患者が風邪をひいて肺の方に何かあったりしても、それは、がんかもしれないけれど、糖尿病の治療しかできない。退院してからやろうとしたら、がんが進行してしまふ、結局、DPCでクリアカットにしてこの病気だったら、治せる。患者にはマイナスなことも、そのところの反省はまったくない。とにかくいままで作られた方向でやっで行こうと。地域と都市部の差をまるっきり無関係にして、そのままにしているのがおかしい。何かやろうとしているのはわかるが、国の言う事をやるのが、必ずしも茨城のためになるとは思えないです。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

はい、ありがとうございました。最初から DPC 導入のときから地域というか、過疎地域をどうするんだということがでてきていましたが、埼玉県方式でやるとちょっと難しい、どう評価してよいかわからないということでございます。よろしいですか。さらに質疑ございますか。

各病院で病床機能について表にてしておりますが、それぞれの病院でご意見等ございましたら出してください。よろしいですか。大丈夫ですか。次に進みます。今日はディスカッションなしということで。皆さん、しっかり眼を通しながら考えておいていただくという事で・・・。

では、議題（3）各市における地域包括ケアシステムの推進状況について報告してもらいます。3市の報告が終わりましてからディスカッションして行きたいと思えます。初めに日立市の畑山保健福祉部長からお願いします。

○ 畑山保健福祉部長（小川委員代理）

はじめに「日立市の概要」についてです。左側の地図を御覧いただきますと本市は南北 26km と長く、JR 常磐線の駅が 5 つございまして、周辺に町が形成されておりますので、5 つの駅を中心として人口や病院等が張り付いております。表を見ていただきますと、人口 18 万、高齢者人口 5 万 7 千、高齢化率 31.28%、ひとり暮らし高齢者数、要介護認定者数がでておりまして、その下に日常生活圏域というのがありまして、8 つの日常生活圏域を設定しており、そこに地域包括支援センター 8 か所。今、市の直営 1 か所、地図の◎が市役所です。来年の 4 月からは全て民間に委託ができる状況が整いまして、当所は「基幹型センター」として整備を図ることを考えております。

小学校区は「23 の小学校区」がございまして。次に在宅療養支援診療所が 3 か所、訪問看護ステーション、訪問歯科診療所、在宅対応保険薬局の数となっております。2 ページは日立市の高齢化の状況を 2018 年と 2025 年の推計値を比較したデータでございます。数値につきましては、御覧のとおりでございますが、総人口が減少し、高齢者、特に後期高齢者や要介護認定者の絶対数が増えるという、これはどこも同じかと思えます。人口は 18 万から 17 万を切る、出生数は現在、1 千人、自然死が 2 千人、毎年それだけで 1 千人減少します。それに社会減もありますのでだいたい、2 千人位ずつ減少し

て行く傾向です。高齢者数は、31.28%、国県の状況を3ポイント上回っている状況で上昇しています。要介護認定者数も増えて行く状況にあります。

3ページ、4ページについては、今のお話にもかかわってきますが、地域包括ケアを考えた時、医療体制まったく表と裏、車の両輪と言うお話もございましたが、全くそのとおりでございまして、医療がないと、介護保健福祉が成り立って行かないということです。図は、かかりつけ医、休日緊急診療所1か所、救急告示医療機関6カ所、そして、救急救命センター、日立総合病院さんでやっていただいております。日立総合病院さんについては、平成29年度救急搬送応需率99.9%で限りなく100%に近い対応をいただいております。ラピットカー方式の導入など日立市のみならず医療圏の救急救命にご尽力いただいております。

4ページは、先ほどのデータと出典は同じでものから作成しました。ベッド数と稼働ベッド数に若干の差があることがわかります。

5ページは、地域包括ケアシステムの主な取り組み状況です。建物を造るとかではないと理解しておりまして、多職種の方々の切れ目のない支援体制づくりとして1番から7番まで。1番は「地域包括支援センターの整備」8つの生活圏域に整備中です。

2番目は「認知症施策の推進」市内の精神科の先生にご協力をいただきまして、認知症初期集中支援チームを3チーム組織しております。相談があった際には、基本的に出向くということにしております。相談があった家庭に保健師、看護師等と出向きましてアセスメント、関係機関との連携を進めてまいります。3番目「在宅医療・介護連携推進事業」です。写真がございます。これは、事業の中で夜に多職種合同研修会を開催している様子です。顔の見える関係を作って連携のしやすい環境となっております。4番目「生活支援体制整備事業」生活支援コーディネーターを配置し行っている事業です。日立市社会福祉協議会に委託して行っております。生活支援コーディネーターを配置しまして、地域を歩いてニーズの把握をしていただき、高齢福祉課、介護保険課に繋ぐ役割をしていただいております。5番目「介護予防・日常生活支援総合事業」は、さまざまな介護予防教室や生活支援サービス事業を実施しております。6番目「地域ケア個別会議の実施」です。写真にもありますが、地域生活支援センターで多職種による個別の事例検討会を開催し、地域での見守りの事例などを検討しております。7番目「居場所づくり、お出かけ支援」となっております。写真にもありますが、高齢者の引きこもり予防もありまして、高齢者の居場所づくりとして「元気cafe」を2カ所オープンさせたところ。コーヒー200円、食事300円、高齢者だけではなく、誰でも利用できます。5つのJRの駅がある中で引き続き、点々と作る予定としております。

これまでの主な成果については、地域包括ケアシステムの中核となる地域包括支援センターの整備です。全域に展開しつつあるということ。関係者同士の「顔の見える関係づくり」が進み、日常的な連携が図られるなどしており、医療・介護関係者だけではなく、社会福祉協議会などの協力を得まして地域住民等を巻き込んだ参加型、協働型の取組と

なっております。

課題は、裏腹になりますが、地域包括支援センターの機能の充実・強化を図りながら、更なる関係機関同士の連携。また、予防が大事だと思っております、予防を含めた保健や医療、そして、介護と福祉の一体的な提供が課題となっております。以上です。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

ありがとうございました。引き続き高萩市作山健康福祉部長さんお願いいたします。

○ 作山健康福祉部長（大部委員代理）

高萩市の地域包括ケアシステムの推進状況につきましては、在宅医療・介護連携推進事業の取組を中心にご説明させていただきます。本市の在宅医療・介護連携推進事業の取組は、平成 25 年 10 月から県のモデル事業として開始しております。まず、在宅医療・介護についての課題を抽出するためにアンケート調査を実施しました。その結果については、1 ページの円グラフをご覧いただきたいと思っております。市民の 85%が在宅医療を受けたいと希望していることがわかります。しかし、その内訳をみますとその実現が可能だと思っているのは 21%に過ぎず、64%は希望するが実現は難しいと思っておりますことが明らかになりました。次に下段の円グラフ、「自宅で受けたいサービスについて」の結果では、訪問介護が一番高く、その他病院への送迎、買い物、配食サービスなど、専門職でなくても、体制を整えれば住民よるサービス提供が可能と思われるものがありました。

二つ目の取組として多職種連携の取組です。会議においては、在宅医療・介護連携における地域課題を抽出するために意見交換を行っております。当市の多職種連携会議は、会議参加者を委員としまして、委員を委嘱するのではなく、地域で活動している方に主体的に参加していただくこととしていることを特徴としております。当初から分け隔てなく、活発に話し合いの場が設けられ、様々な意見をだしていただくことができおります。その中で5つの地域課題が抽出されました。一つ目は医療機関の敷居が高い、専門職同士の顔の見える関係が必要などの「連携」に関する課題。二つ目は専門職が地域課題に貢献できるための「地域課題の把握」。

三つ目は、支援困難な事例に対応できるようになるための「多職種の質の向上」。四つ目は、住民が協働について考え実行できるようになる、認知症について知るなどの「住民への啓発活動」。五つ目は住民ボランティアの養成、主治医へ相談できる体制づくりなどの「サービスの充実・人材の確保」でした。これらの地域課題をもとに、翌 26 年度から本格的に事業を実施し、現在にたっております。

2 ページをご覧ください。2 の多職種連携会議になります。本市の在宅医療・介護連携推進事業は、「土台作り事業」、「仕組作り事業」の二つの柱で実施しております。二つの事業をどのように実施していくのかを検討する場が、「多職種連携会議」です。現在は年 6 回開催しております。会議参加者は、毎回約 30 名で医師、歯科医師、病棟看護師、訪問看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、病院デイサービス、

介護保険施設等のソーシャルワーカー、ケアマネージャー、デイサービス職員、社会福祉協議会職員、市の高齢福祉課職員等で構成されております。参加メンバーがそれぞれ5つのワーキンググループに分かれて、検討しています。「土台作り事業」として研修企画グループ、市民普及啓発グループ。「仕組み作り」として認知症対策グループ、地域分析グループ、医療介護連携グループに分かれており、それぞれ、企画から実施まで行っております。

次に「3、ワーキンググループの活動実績」といたしましては、「土台作り事業」として、多職種向け研修会の開催、「多職種連携高萩市版テキスト」の作成、市民向け講演会の開催等が挙げられます。仕組み作り事業として「在宅医療・介護連携ガイド医療編・介護編 市民向け版」の作成、クラウドを利用した在宅支援情報共有ツールの検討、医療・介護連携シートの作成を行いました。

以上のようにワーキンググループに分かれて多職種連携会議を行い、「土台作り」と「仕組み作り」の二つの柱を進める形が、本市の在宅医療・介護連携推進事業の基本スタイルとして定着しております。

次に「4の事業実施による効果について」ですが、事業開始から5年が経過し、少しずつですが、次のような効果が続いております。まず、顔の見える関係づくりができたことで多職種連携の課題は大分解消されてきたと感じます。顔の見える関係ができたことで、認知症サポーター養成講座の講師を務めるキャラバンメイトとして協力してくれる多職種のメンバーが増えました。その活動を通して、認知症対策を検討するワーキンググループが立ち上がり、「認知症カフェ」の開催にもつながりました。また、医療と介護の連携を推進するワーキンググループの活動により、医療機関を会場にした事例検討会を開催し、医療職と介護職がお互いに学びを深める機会づくりができるようになりました。住民への普及活動は、事業を始めた平成25年度から毎年1回、市民向け講演会を実施しています。平成27年度からは、看取りや在宅リハビリ等についてわかりやすく伝えるために、多職種による劇を取り入れ、大変、好評を得ています。その様子はYouTubeでご覧いただけますので機会があれば見ていただきたいと思います。平成25年度に実施したアンケートでは、多くの住民から回答があったゴミ捨ての希望がきっかけとなり元気な高齢者が介護予防を目的として支援の必要な高齢者を支援する「介護サポーター」の事業を、従来から実施している地域ケア会議を活用して平成28年度から立ち上げました。

また、本市の取組が認められ、平成27年度には、「第19回チヨダ地域保健推進賞」を受賞いたしました。がんばったでしょうということで、賞金20万をいただき出前講座等で使用するマイク、スピーカー等を購入させていただきました。

最後に事業を実施して見えてきた地域包括ケアシステムの推進における二つの課題を述べさせていただきます。一つ目は、地域の多職種の協力により、事業の推進が図られているものの、近隣市町村との広域連携については、十分な取り組みができていない

ことです。厚生労働省の地域支援事業実施要綱では、在宅医療・介護連携推進事業の事業内容として「複数の関係市町村が連携して、広域連携が必要な事業について協議する」と示されています。市民が受ける医療・介護サービスは、市内の医療機関や介護事業所だけではなく、日立市、北茨城市等の近隣市にも及んでいますので、市を超えた在宅医療・介護連携推進が必要であると考えております。

二つ目の課題について申し上げます。茨城県地域医療構想日立市地域医療構想区域の「在宅医療等の充実」において、「地域支援事業などを通して、かかりつけ医の在宅医療への参加を促進し、在宅療養支援診療所の増加に努める」と示されておりますが、本市においては、新たに在宅診療を開始していただくことは難しい現状でございます。かかりつけ医の在宅医療への参加促進にあたっては、近隣市町村との連携、保健所(県)、医師会との検討の場が必要ですので、ぜひ支援をいただきたく、この場をお借りしてお願い申し上げます。以上です。

○ 横倉会長 (多賀医師会長)

ありがとうございました。続いて、同じく

北茨城市、佐藤市民福祉部長さんから説明をお願いいたします。

○ 佐藤市民福祉部長 (豊田委員代理)

北茨城市における地域包括ケアシステムの状況、特に在宅医療・介護の連携に関する現状と課題について、ご報告します。

「1、現状」でございますが、北茨城市は、少子高齢化が進行しており、その影響で、要介護認定者数も増加しております。医療費についても、国民健康保険加入者の一人当たりの医療費が県内1位であり、医療費負担が多い状況です。一方、地域医療の現状としましては、市内の医師数、全国平均の約33%、看護師数は約39%という医療過疎の状況となっており、これも課題となっております。限られた社会資源を有効に活用するためには、地域包括ケアシステムの充実が急務であり、北茨城市では、「ひとの健康」「まちの健康」をキーワードに「健康都市づくり」を推進しているところであります。

その一環として、平成27年度には、本日、前野先生もいらっしゃいますが、筑波大学の協力の下、在宅医療を推進し、併せて家庭医の育成を目指す「北茨城市民病院附属家庭医療センター」を開設しました。

また、平成29年度には、その隣接地に、地域包括ケアシステムの拠点となる、「コミュニティケア総合センター」、通称、「元気ステーション」を開設しました。お配りしております、三つ折のリーフレットにも記載してありますが、「元気ステーション」には、3つのコンセプトがありまして、一つは、高齢者だけでなく、こどもから大人まで、全ての方に対し、健康・医療・福祉に関する相談に対応する「総合相談窓口」としての機能を有しております。二つ目は、地域で働く、医療・介護の専門職が、情報を共有するための会議や研修を企画実施し、また共有ツールを提案する「在宅医療と介護の連携」の業務を実施しております。三つ目は、住民が自ら健康や介護予防を考えるお手伝いや、

地域コミュニティの再構築を支援するための「地域づくり」の機能を有しております。

続きまして、「2、在宅医療と介護連携に関する、主な取り組み」について、ご報告します。本市では、地域包括支援センターが課せられております「在宅医療と介護の連携事業」を平成28年度から実施しております。元々、本市においては、平成25年度から3ヶ年、茨城県のモデル事業として、「在宅医療・介護連携事業」を実施した経緯があり、そのなかで、各専門職が職種間連携の不足を実感しているという課題が提起されています。モデル事業で浮き彫りになった課題を踏まえ、平成28年度から29年度の2カ年にわたり、地域の専門職を対象に、フォーカスグループインタビューを実施しました。その目的は、医療資源が乏しい地域において、保健・医療・介護・福祉の専門職による施設や職種を超えた連携強化を図るため、具体的な課題を明らかにすることです。その結果、別紙「フォーカスグループインタビューで見えてきた現状と課題」のとおり、それぞれの立場から見た連携への課題が明らかになったところです。特に、左下に記載しております「医療職と介護職との意見の相違」「専門職同士の役割の理解不足」「相互の顔の見えない関係」という三つの課題が数多く寄せられました。

このグループインタビューにおいて、出された課題を踏まえ、次のステップとして、「多職種連携研修会」を実施しました。なお、平成29年度に実施した研修会は、退院前カンファレンスの様子を寸劇に仕立て、そこから見える多職種連携の関わりや役割について、グループワークを実施しました。

平成30年度は、各職種の専門性や役割を理解し、入退院時に必要な情報を的確に提供することを目的に、仮称ですが、「多職種連携ガイド」を作成中です。また、多職種連携研修会についても、本年度は、専門職ばかりでなく、住民の目線や関わりも重要でないかとの思いから、住民の参加を呼び掛けており、その手始めとして、民生委員さんをお願いし、実施しております。以上が、主な取り組みであります。

次に、「3 取り組みの特徴」を申し上げます。先程、お話ししました「元気ステーション」が行っている総合相談から医療・介護・福祉分野へのつながりが容易になったことです。同ステーションには、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士、救急救命士、理学療法士といった資格を持つ10名の職員が配置されまして、それぞれの特性を活かした相談を受けております。相談によっては、医療機関や介護事業所等の関係機関につながらなければなりません。その際に、紹介先の担当者や、必要となる書類を記載した紹介状を渡しております。なお、照会先で受けた相談の結果については、できるだけフィードバックして頂くようにしております。また、「元気ステーション」には、研修室とラウンジを備えており、専門職の研修・交流の拠点にもなっております。もう一つの特徴は、住民と接する機会の多い薬局を経営する薬剤師や民生委員が、研修会や地域ケア会議などに多く参加して頂いており、その方々を通じて、住民の声を反映しやすくなっていることです。

三つ目は、家庭医療センターと隣接している利点を活かし、そこに勤務している筑波

大学の医師や在宅診療医、看護師、また、地域の薬剤師や介護支援専門員等で構成するワーキングチームを作りまして、多職種連携研修会の企画・運営をお願いし、研修の充実を図っております。なお、私どもは、連携に資するツールの作成については、「しくみづくり班」、多職種連携研修に関しては、「土台づくり班」と称し、表に記載されているメンバーにより企画・運営して頂いております。

四つ目は、本年度、北茨城市歯科医師会が、在宅歯科診療を開始し、それが地域に浸透しつつあることです。以上が取り組みの特徴であります。

最後に、「4今後の取り組むべき課題」について、お話しします。一つは、本年度作成中と、お話ししました「多職種連携ガイド」ですが、これを医療・介護の関係機関に定着させて頂き、情報の共有化ができればと考えております。各機関で、既に連携のための調査票はあると思いますが、私どもの提案したガイドを参考にして頂ければと考えております。

二つ目は、地区医師会やケアマネジメント連絡会等、既存の団体と具体的な情報交換ができればと考えております。各団体の代表者の方については、色々な機会で見聞を頂いておりますが、それ以外の会員の声も、中々見えにくい状況もありますので、色々な方が参加しやすい研修会を企画するとか、団体の集まりに参加するなどして、情報交換の推進を図っていきたくと考えております。

三つ目は、研修を通じた専門職の人材育成の充実であります。本年度の研修では、同じテーマを、1ヶ月後、同じメンバーで実施することで、その間、自分の職種で何ができ、何ができなかったかを、「振り返る」研修をしました。単なる座学の研修でなく、実践の中で活かせる研修を今後も企画していきたくと考えております。また、こうした研修を通して、得られた気づき学びを職場で反映できるような人材育成に努めていきたくと思います。

最後は、住民との課題の共有です。超高齢化社会が進むなかで、地域の現状と課題を共有し、住民主体の活動につなげていきたくと考えております。以上です。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

ありがとうございました。3市の地域包括ケアについての報告がございました。ご質問等ございましたらお願いします。

私たちが主にやっている「調整会議」、 「地域包括ケア」は、これは両輪と言われています。現実に調整会議でいろんなディスカッションをしてきて、まず、超急性期、急性期、政策医療のレベルでどうしているのかという事から始まって、今現在、回復期、慢性期の医療と。そこで要するに、きれいな川の流れと申しますか、高速道路の流れができにくい部分があって、そこは主に在宅、慢性期医療に集約されている、という状況の中で、ワーキングで回復期と慢性期をやってきました。そこでやはり、在宅の問題は出てきました。国も日本医師会も在宅医療についていろんな提案をしてきますけれど、それぞれ3市の状況によって、在宅医療の在り方は特徴ある展開になっている。それぞれ

の市の歴史のなかで地域包括が展開されているのがわかりました。ありがとうございました。ご質疑ございませんでしたら次に行きます。

では、議題の4について説明をお願いします。

○ 井澤委員（日立保健所長）

資料4「訪問看護ステーション調査について」をお願いいたします。今回、調整会議の前に11月12月にかけて管内の訪問看護ステーションにご協力をいただきましてアンケート調査をさせていただきました。位置図を見ていただきますと、人が住んでいるところに沿ってステーションが開かれているのがわかります。管内で17カ所あります。うち稼働しているのが16カ所になります。

ここで結果を報告するのは特異な感じの話の仕方かなと躊躇はするのですが、地域医療構想の慢性期のことでと、地域包括ケアを実際に担っている方々、関係の深い分野かなということで、本来ですとワーキングでお話する内容かと思うのですが、一部紹介させていただきます。

初めに「訪問看護の仕組み」について、最初のスライド2枚は国が示したものになります。医療保険と介護保険での両方を使って利用があります。こう言った方を対象にといたことがありまして書かれております。管内のステーションに関して、10月にオープンした事業所はご協力をお願いしていないのですが、16カ所にご協力をいただいております。

訪問看護ステーションの人員体制については、スライド3枚目の表の通りです。また、1カ月の介護保険での利用者数ですとか医療保険での利用者数を少し記載しているのですが、全体の数値ではなく、未報告の施設が1カ所あることと、新設の事業が入っていないこと、複数の事業所から一人の方に訪問に行っている場合の事例の除外できていないので参考値ということで見ていただければと思います。

事業所の規模としては、3人以上5人未満のところは9施設と一番多く、5人以上7人未満が3施設という状況でした。看護師さんの年代は、30代から50代の人が多く、利用者宅までの平均移動時間は20～30分のところに多く行かれていることがわかります。

四枚目のスライドですが、介護保険の利用者、医療保険の利用者の割合がどのくらいなのかということですが、事業所により差があり、3割くらい医療保険を使っているところもあれば、1割くらいのところもありました。

日常の療養支援、急変時の対応、看取りへの対応など、リハビリを受けている方や特別な管理を受けている方はどのくらいいるのか、いくつかグラフにさせていただきました。リハビリは、あたりまえですが、従事者がいるところで、実施が多くなっています。特別管理加算は、最初のスライドの細かい文字で書かれている、特別な管理を要する利用者の方、カテーテルとか酸素とか週三回以上の点滴の方など条件付の方にどのくらい行っているかなどの状況。また、小児の看護、精神障がいの方の看護、がん疼痛看護な

どは、全般的に見て対応できるスキル、資源があるところがしていることがわかります。急変時の対応としては、24時間対応体制、訪問強化加算をどれくらいとっているのか、1か月あたりでみています。最後に看取りの対応ですが、驚いたのですが、1つの事業所で半年間に30人くらいかかわりを持っていて、全体のうち半分くらいがそこで対応していて、残り半分で1か月に1件、それ以下位のかかわりであることがわかりました。看取りに対する課題は、医療機関と同じく、ステーションの人員体制が非常に目立っていました。いずれ、地域の慢性期が担うところはどういうところなのか、訪問看護が担うところがどのようなところなのか、実際にかかわっている方とも話合っていく必要があるのかと思います。以上です。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

ありがとうございました。訪問看護ステーションが担っている内容、日立管内のデータでございます。これについてご質問ございましたらお願いいたします。よろしいですか。

次に、委員の皆様から議題（5）その他ですが、近藤先生お願いいたします。

○ 近藤委員（県北医療センター高萩協同病院長）

お時間をいただきます。この会議において周産期を議題にすることがないので、問題提起をさせていただきます。当院だけでは解決することができない問題、医療圏だけでは解決することができないところもあるかと思えます。そのようなこともご理解いただいて、県への要望として頂けたらと思って発言させていただきます。

グラフを見ていただきますと、県内の出生率は減って来ています。高萩協同病院で昨年は550件くらいです。日立総合病院で200数件、瀬尾医院さんが300件くらいです。ここ10年位こういった分娩数で、当院は最多の分娩数となっております。常勤の先生は4人、北茨城市民病院の産科の先生が週2回来ていただいて産直も担っていただいております。プラス県内外からの非常勤医師で、遠くは金沢から来ていただくという産直体制です。

小児科医師は、昨年から不在になりました。83歳でお辞めになりました。現在、小児科医師が不在ですので、週に2回、月曜、木曜にこども病院から新生児科の先生がいらして診察をしていただいております。今、水曜日が交渉中です。火曜日は、土浦協働病院から、副院長が来ていただけそうな状況です。新生児が診察を受けずに退院することは回避できたのですが、その他の日は、生まれたときには小児科医師がいないという状況です。

ハイリスク分娩は全部紹介しています。正常分娩だけですので、帝王切開率は15%くらいです。昨年は予定の帝王切開が61件、緊急の帝王切開が19件でした。常勤の麻酔科医がおりませんので、昨年までは当院の先生方が時間外の緊急を含め全部引き受けていましたが、腰椎麻酔ができなくて全身麻酔を行ったというチャレンジな例もあったようです。今年度は、筑波大学医局からの麻酔科医師に来て頂いて、他の大学や民間

医局からの医師によるアルバイトの医師に病院北側のアパートに泊ってもらって 24 時間体制をしています。

この 10 年間、医療圏内に母子医療センターがございませんので、母体搬送、新生児搬送は、水戸済生会、県立こども病院に行くなどしています。(4) の表ですが、緊急搬送 2013 年は 50 件位ありました。昨年は母体搬送 15 件、新生児搬送は 8 件です。今年度、呼吸不全でドクターカーに来てもらって挿管、搬送しましたがその後亡くなった事例もありました。

問題点として、リスク分娩、周産期の緊急はすべて水戸だのみというところが変わらない。水戸までの救急車の搬送は危険なだけではなく、助産師さん、医師の不安は強く、負担は大きいところです。分娩時に麻酔科医がないという状況はいまだ続いておりまして、ICC が見て決めてリスクを負い続けているというところです。昨年の死亡症例は、生まれた直後はよかったのですが、翌日から呼吸不全が始まった症例です。産科医師が次々と医局から派遣されてくる状況ではございませんので、産直による疲弊もひどくなり、消耗戦であと何年続けられるかと言っている産科医もいます。非常勤の麻酔科医もほとんどが筑波大学関連です。なかなか安定した麻酔科医師の常勤医がない。こういった莫大な麻酔科医師の報酬と非常勤産科医師の報酬を当院で負担し続けるのはすでに限界な感じになってきております。

最後、課題として周産期母子医療センターの再開に向けた動きを促進していただいて、年次的な計画、いつ頃できるということがわかれば幸いかと思っています。センター再開に併せて、分娩機能が地域で集約できないかと考えております。結局、お産が 300 件であっても 100 件であっても分娩の 24 時間体制は維持しなければならないものですから、常勤の麻酔科医が来るとか変わらなければ、結局負担となってくることはわかりません。産科医師だけではなく、医療圏では、小児科医師や麻酔科の医師の継続的な派遣が医療圏全体の課題として県に要望して行きたいと考えております。医療圏内では、医療のリソースが足りないと思いますので、医療圏全体として県に引き続きお願いしていきたい、要望して行きたいと思い発言のお時間をいただきました。

○ 横倉会長 (多賀医師会長)

ありがとうございました。日立医療圏で一番多い分娩を担っている高萩協同病院から、ある意味で悲痛な発言がございました。周産期医療に関しては、前々から、課題になっておりまして、なんとか日立医療圏で周産期医療の再開をとすることは、皆、認識として持っているところですが、実現できないこの状況です。新聞に「日立総合病院に医師 4 名派遣します」と出ましたが、実際、周産期医療において産婦人科の医師だけ集めてもそれだけではできない。いろんなハードルの高い作業、おそらく回復期病棟を再開するより、もっと高い作業があると思います。これについては、日立医療圏では、地域医療支援病院である日立総合病院にぜひと暗黙のお願いがでています。奥村病院長が一生懸命努力していただいているのがわかっていますが、奥村先生、何か一言ございますか。

○ 奥村委員（日立総合病院長）

今、新聞に出ていましたように、産婦人科の先生が筑波大から4名、来年4月派遣されるということが、県のほうから明日、発表されると思います。ここに至るまでかなり、医師の安定した確保、継続した確保を図るには、大学の医局にお願いするのに結構時間がかかりました。近藤先生が書いてくださったように、今後、小児科医、これは新生児科の小児科の医師、新生児を診るといふことは、どうしても新生児科の医師が必要で、しかも、周産期は宿直体制を組まないとならないため、ある程度の人員が必要になります。

一番問題なのは、看護師さん。新生児を看る看護師さんは、経験を積まないとなかなか対応できない、しかも人数が必要。試算では、NICU、GCU併せて30名を超える看護師さんが必要で年々貯めていかなければならないし、同時に研修に行っていて育てなければならぬ。これによって、ようやく母子周産期医療センターの体制が整うのですが、一気に実現することは難しいので、ある年数でそこにたどり着きたいと考えていますので、時間的猶予をいただきたいと思っております。ただ、完璧に作り上げてセンター再開ということではなく、妊娠週数の一定の週数以上の人と言う形で徐々に受け入れ、若い妊娠週数で出てきた子どもが看れるように、段階的にこの準備期間の間に体制を整えて行きたいと思っております。これに関しては、県、市、それと病院、大学に当然お願いしなければならないので、連携しつつ準備をしていきたいと思っております。

前回の回復期リハビリ棟の話がでましたが、横倉会長がおっしゃったように、回復期リハ棟よりも大変なのと、一旦休止したものをもう一度再開するのは大変です。人、物、金、こればかり言って申し訳ないのですが、ほんとに人、物、金でして、立ち上げて、うまく回転するまではかなり支援をしていただきたい。これが地域の総意であるとすれば、日立総合病院も立ち上げに努力いたしますので、皆様も立ち上げまでのご理解、ご支援をお願いしまして、がんばって地域母子医療センターの再開に向けてまいりたいと思っております。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

ありがとうございました。周産期医療再開に向けて大変な努力が必要だということがわかりましたし、高萩協同病院のいろいろな意味での大変さもよくわかりました。是非、行政の方、特に県の方に日立医療圏、ある意味、市民の願いですし、私たちも提供体制を作るうえでどうしても保障していかなければならない問題だと思っておりますので是非よろしく願います。その他、いかがですか。

私からよろしいですか、聖麗メモリアル病院の佐藤先生、その後いかがですか。

○ 佐藤委員（聖麗メモリアル病院長）

前回の会議の後、日立おおみか病院の院長先生からオファーをいただきました。今まで当院は主に3か所、後方支援病院がありましたが、新たに日立おおみか病院さんが加わっていただき、それがどうにか稼働し始めるというところで、少しホッとしていると

ころです。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

ありがとうございました。脳血管疾患の急性期のことですので、聖麗メモリアル病院の急性期の病床が満床で入院できないのは非常に困りますので、みんなで情報を共有しながらやっていきたいと思えます。その他ございませんでしょうか。

では、引き続き、県から回復期病床整備促進事業について情報提供をお願いします。

○ 大澤課長補佐（県医療政策課）

医療政策課から「平成 30 年度回復期病床整備促進事業」（地域医療介護総合確保基金の活用）についてご説明いたします。資料は 30 年度となっておりますが、平成 31 年度についても、同様に予算要求をしております。最終的に年明けの議会で承認が得られれば、これと同じスキームものができると思えます。

概要を説明しますと、急性期病棟等から回復期病床、地域包括ケア病床などへ転換する場合、県が二分の一を補助するものです。補助額は、1床あたり3,214千円の半分となります。半分は病院さんが負担いただきますが、半分は補助金が出ますというものです。これにつきまして国の方で創設しております「地域医療介護総合確保基金」を財源にしておりますが、これもいつまで国がお金をくれるかというところが未定で、来年度も国は概算要求しておりますので、この源資となるものは付くのかと思っておりますが、県としましても回復期に転換したいという病院さんがあれば、ぜひ活用して整備していただきたいと考えております。例年、病院さんには、メーリングリストを使いまして4～5月頃に紹介しております。この事業では、平成 27 年度からの実績が 300 床あります。こちら、日立管内では実績はございません。考えている病院さん、何かありましたら、細かな内容等ありますので相談いただきたいと思えます。議会が通れば、平成 31 年度も 4 月早々に周知を予定しておりますのでどうぞよろしくお願いいたします。

○ 横倉会長（多賀医師会長）

何か疑問等あれば、直接、内線の 3124 に連絡でよろしいですか。

○ 大澤課長補佐（県医療政策課）

はい、そちらで結構です。説明させていただきますのでよろしくお願いいたします。

○ 横倉会長（多賀医師会長）


お考えになっているところは積極的にお願いしたいと思えます。その他、ございませんか。それではよろしいでしょうか。


では、本日の議題は以上にいたします。ご協力ありがとうございました。事務局にお返しします。

なお、地域医療構想調整会議設置要綱第10条に基づき、議事録署名人は、会長並びに会長が指名した、瀧慶治委員及び佐藤明善委員の2名であるため、上記の内容について、次に署名する。

平成31年1月25日

署名人

会長 横倉 稔 明 

署名委員 瀧 慶 治 

署名委員 佐藤 明善 集 