

平成29年度第1回青森県医療審議会医療計画部会議事録

(平成29年6月7日)

平成29年度 第1回 青森県医療審議会医療計画部会

日 時：平成29年6月7日（水）午後5時00分から午後6時30分

場 所：ラ・プラス青い森2階「メープル」

出席委員：村上部会長、淀野委員、三浦委員、田崎委員、山口委員、木村委員、寺田委員、
福田委員、品川委員（委員10名中9名出席）

（司会）

それでは、ただ今から青森県医療審議会医療計画部会を開催いたします。
開会にあたり、菊地健康福祉部長からご挨拶を申し上げます。

（菊地部長）

健康福祉部長の菊地でございます。

本日はお忙しい中、ご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

本日の医療計画部会では、青森県保健医療計画の見直しについてご検討していただきます。今年3月末の医療審議会におきまして、委員の皆様から、今年度、この計画部会において医療計画の見直しに向けた検討を行うということについてご承認をいただいております。今後、国の指針に基づき疾病事業ごとの協議会等により協議検討を行っていくこととなりますが、これからの検討により作成をした医療計画素案について、医療計画部会で御協議をいただき、関係機関への意見照会等を経て医療計画審議会に諮り、審議会の答申をいただいて平成30年度からの新計画の策定をするということとなります。

当部会では、今回を含め3回の開催を予定してございます。本日、第1回目では主に医療計画の見直しの進め方について事務局からの報告をさせていただき、ご意見をいただければというふうに思います。

限られた時間ではございますが、医療計画部会の皆様には関係法令や本県の現状等を踏まえ、それぞれの専門的見地からご意見、ご検討をお願い申し上げ、簡単ではございますがご挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞ、よろしくお願いいたします。

（司会）

菊地部長は別用のため、所定の時間になりましたらこの場を退席させていただきますことを予めご了解いただきたいと思います。

本日の委員出席者につきましては10名のうち9名の出席をいただいておりますので議事が成立していることをご報告いたします。

本日は委員任命後、初めての医療計画部会ですので、議事に先立ちまして各委員の方々を事務局の方からご紹介をさせていただきます。お名前を呼ばれました委員の方は、恐れ入りますがその場でご起立をお願いいたします。会場入り口の奥側の方から順にご紹介させていただきます。

青森県医師会、村上委員です。

全日病青森、淀野委員です。

全国自治体病院協議会青森県支部、三浦委員です。

青森県国民健康保険団体連合会、寺田委員です。

青森県介護福祉士会、品川委員です。

弘前大学医学部附属病院、福田委員です。

青森県精神病院・診療所協会、田崎委員です。

青森県歯科医師会、山口委員です。

青森県薬剤師会、木村委員です。

それでは続きまして組織会の方に入ります。はじめに部会長の選任を行いたいと存じます。医療法施行令第5条の21、第3項の規定によりまして、部会長は委員の互選により定めるとされています。皆様のご了解をいただければ事務局の方から案をお示しししてお諮りしたいと存じますが、よろしいでしょうか。

(一同)

異議なし。

(司会)

ありがとうございます。

それでは前回に引き続きまして、青森県医師会の村上委員に部会長をお願いしてはどうかと存じますが、いかがでしょうか。

(一同)

異議なし。

(司会)

ありがとうございます。ご異議がないようですので村上委員に部会長をよろしく願いいたします。

村上部会長は議長長席の方にお移りいただきますよう、お願いいたします。

ここから議事進行は、青森県医療審議会運営要綱によりまして村上部会長によりお願いいたします。

(村上部会長)

ご選任いただきました村上でございます。よろしくお願い申し上げます。

次第に従いまして進めさせていただきます。部会長職務代理者の選任をすることになっております。委員の互選ということになってございますが、よろしければご指名させていただいてよろしいですか。

(一同)

異議なし。

(村上部会長)

福田先生、よろしくお願い申し上げます。

それで、議事に入る前に議事録の署名、田崎先生、よろしくお願い致します。品川さん、よろしくお願い致します。

それでは進めてまいります。(1) 医療計画の見直しの進め方でございますが、事務局、お願いします。

(事務局)

医療業務課の工藤と申します。よろしくお願い致します。

それでは資料の1から資料の4を使いまして説明をさせていただきたいと思っております。資料の1をご覧くださいと思います。青森県保健医療計画の見直しの進め方につきましてご説明をさせていただきます。

医療計画につきましては、医療法に基づきまして策定することとされております。見直しの時期ですが、今年度で計画期間を終了いたしますので、29年度中に計画を見直しの上、30年度からの新計画を策定いたします。

これまでの医療計画は5年ごとの見直しとしておりましたけれども、これからは介護保険事業支援計画との整合性を図るとされております。3年計画のものですが、これの2期分と期間を合わせるということで、6年の期間に変更となりますので、よろしくお願いいたします。

新計画の内容としまして、まず1つ目、国から示された指針等の内容で、作成指針と構築指針がございますが、これは後ほど説明をさせていただきます。

(2)の今回の見直しに関するポイントを6点ほどお載せしておりますけれども、①から③につきましては毎回見直しのたびにあるものでございまして、④から⑥が今回、特に変わった部分となっております。④5疾病の「急性心筋梗塞」の名称を「心筋梗塞等の心血管疾患」への変更とあります。重要な疾病ということで計画に盛ることとされております急性心

筋梗塞ですが、急性心筋梗塞だけではなくて慢性心不全まで含めて考えることとしまして変更となりました。また⑤ですが、地域医療構想と介護保険事業計画との整合性がとれるように、協議の場を設置とあります。地域医療構想につきましては医療計画の一部となっておりますけれども、この中で平成37年度におきます在宅医療の確保ということを謳っております。これにつきまして、介護保険事業の中での介護サービスの方と整合性を図る部分がございますので、関係者による協議の場を新たに設置することとされております。⑥でございます。国の検討会を踏まえた医療従事者の確保策に関する見直し。これまでも医療従事者の確保については計画に記載しておりますけれども、さらに踏み込んだ内容を記載するというので、国から改めて、新たな医療のあり方を踏まえた医師、看護師等の働き方ビジョン検討会ですとか、医療従事者の需給に関する検討会での検討内容を踏まえて通知があるとされておりますので、今後、その通知書を基に見直しを図ることになってまいります。

1枚おめくりいただきまして、見直しに向けた基本的な考え方でございます。これまでと同様に、こちらの医療計画部会を中心に検討を進めてまいります。ただ、幅広い範囲につきましてご審議いただくこととなりますので、5疾病5事業、そして在宅医療に関する指標ですとか医療連携体制などにつきましては、それぞれの対策協議会の方で素案の方を検討していただきまして、計画部会の方にお諮りをする、そういった流れとしております。

その次の協議の場の話は先ほど申し上げたとおりでございます。

また、各保健所ごとに設置しております地域保健医療推進協議会で、毎回、圏域ごとの課題ですとか重点的な取組についてご検討をいただいておりますので、それをまた盛り込んでいきます。

一番下の段にまいりまして、部内の中でのお話になりますけれども、医療計画策定ワーキンググループというものを設置しまして、部内各課横断で協議をしております。各疾病事業ごとの書きぶりの調整ですとか複数課にまたがるものの調整など、原稿案づくりにつきまして内部でそういった調整をしております。

それでは続きまして資料2-1をご覧くださいと思います。大まかな見直しまでの枠組みにつきましてご説明をさせていただきます。

太字の四角で囲んだ部分をご覧くださいと思います。国からまず計画の作成指針の通知をいただいております。これを基に基本方針や構成の決定とありますが、本日、体制ですとかスケジュールを固めてまいります。その後、点線で囲んだ部分でございますが、素案の検討となります。5疾病5事業ごとの各協議会などでご議論をいただき、それを本庁の我々健康福祉部の方で整理をしまして原稿を作成いたします。それにつきましては部内各課横断での医療計画見直しワーキンググループでまた検討をしていくと。この点線で囲んだ部分で素案になるものを作りましてから、下の矢印、医療審議会のこの計画部会でご検討をいただきまして、その後、審議会での諮問答申で策定という運びとなっております。

続きまして、この点線で囲んだ部分が次の2-2という資料になりますので、ご覧いただきたいと思います。A3横の資料でございます。

先ほど来、5疾病5事業等の協議会と申し上げておりますけれども、一番下の欄に各課が事務局を担っております各協議会をお載せしております。5疾病5事業、その他関係する内容につきまして、この協議会の方で検討をしまして、検討した内容を医療計画部会の方に素案としてお諮りをして、最後に医療審議会の方でもんでいただくという流れになってございます。

続きまして資料の3というA3横の資料をご覧いただきたいと思います。

これまで組織のお話をさせていただきましたけれども、このスケジュール、手順につきましては本日の最後の議題でも確認をさせていただきますが、ざっと全容をこちらでお示しさせていただきますと思います。

一番左側が医療審議会、医療計画部会とございまして、6月7日、本日第1回の医療計画部会でございます。組織会のほか、見直しの進め方、国の指針の内容など、こういったものにつきましてご議論、ご協議をいただきたいと思います。その後、同じような色をしたもので、9月に第2回の計画部会、こちらでは基準病床数の試算のほか行います。そしてその後、10月中旬にこれまで議論いただいた内容を第1回目の医療審議会にお諮りをする。それで12月、第3回の医療計画部会ということで、素案の提示をさせていただきます。そこでご議論をしていただきたいと考えております。それを1月中旬第2回の医療審議会に諮りまして、素案自体をまとめまして、その後、パブリックコメントですとか関係団体への意見照会などを行いまして、3月の医療審議会でも諮問、答申という運びとなっております。

関連した会議の内容を横にお載せしておりますけれども、まず横のマスで、医療業務課・本庁各課の作業内容・項目等とありますが、黄色の部分が先ほどお話をさせていただきました部内横断のワーキンググループ、5月12日に設置いたしまして、これから調整をしていくこととなります。また緑色の部分でございます。本日の第1回計画部会が終わった後に、5疾病5事業等に係る各協議会を今後開催いたします。6月から10月までの間に2、3回程度開催して、いろいろともんでいきたいと考えております。この緑色の矢印の先が11月末になっておりますけれども、この辺までに計画の原稿の作成を終了しまして、第3回の医療計画部会、12月になりますが、こちらに諮っていくようなことで考えております。

それ以外の会議では、右側から2つ目のマスが地域保健医療推進協議会とございまして、7月から9月頃にこちらで協議をしていただくと。毎回医療計画の見直しの際には保健所単位でもご議論をいただいております。今回はこちらの中でご議論いただいた内容を、後ほど説明いたしますが地域編としても盛り込みたいと考えております。

それ以外に7月から8月に地域医療構想調整会議ですとか、あと先ほど申し上げた協議の場などを行っていききたいと考えております。

続きまして、最後の資料となりますが、資料の4をご覧いただきたいと思います。

本日の計画部会終了した後に、5疾病5事業等の各協議会に内容を検討してもらいたいと考えておまして、その検討内容についてでございます。構築指針に基づいて検討をしますが、まず1つ目に現状の把握、現行の医療計画の評価などをしてまいります。資料の後ろの方に参考の2ということではちょっと厚めの資料をお付けしてはありますが、参考の2といえますのは3月29日の医療審議会におきましてお諮りした内容でございます。各協議会の方で進捗状況の評価をしたものをまとめたものでございますが、こういったものを使ってまた現行計画の評価をしていただくということになります。

また前に戻っていただきまして、2番以降ですが、圏域の設定。これは2次医療圏単位にこだわらず疾病事業ごとに必要な医療圏の設定というのを、医療計画ではしておりますので、こちらの検討。そしてまた課題の抽出をしていただいて、指標の案を作ってください。また評価可能な数値目標を考えていただく。それで課題解決に向けた影響を踏まえた施策等について考えていただくと、こういったものを各5疾病5事業の方でご検討をいただくと、ここでもんだものを第3回のこの医療計画部会の方に諮らせていただくという流れになっております。

見直しの進め方につきましては以上のとおりとなります。よろしくお願いいたします。

(村上部会長)

ありがとうございます。

この医療計画の見直しということでご説明をいただきましたが、先生方はもう既に国の方から言われていたものである程度の内容はご存知かと思えます。2次医療圏の見直しをどうするかについては、大体同じでいこうとか、そこら辺の話をこれまでも先生方のご意見をいただいて、決定しておりますが、その他に今、お話をいただきました基準病床数をどうするか、それから心筋梗塞及びそのヘルツに関係したところを一緒にしてしまおうと、それから地域医療構想と介護保険をうまくマッチングさせる必要があると、医療従事者の確保についてももちろん同様に、という話で、今まで先生方のお考えをいただきながら県の方でも努力してきたわけですが。

何か今の保健医療計画に関する説明の流れでご質問ございますか。

どうぞ、田崎委員。

(田崎委員)

田崎です。確認ですが、最初の6つのポイントの中の5番目のところに、地域医療構想と介護保険事業計画との整合性ということが書いてありますが、この部分、介護保険事業計画との整合性というところを、今の説明の全体の計画の流れの中のどの段階でどのような方向で整合性ということを担保していくのですか。

(村上部会長)

資料1の3の(2)、下から2つ目の⑤です。地域医療構想と介護保険事業計画との整合性。今のスケジュールおよび矢印の中で、どこでやるかというご質問です。事務局、どうぞ。

(事務局)

資料3、A3横のものをご覧いただきたいと思います。

ただ今の地域医療構想と介護保険事業計画との整合性の話につきましては、後ほどまた説明もいたしますが、この資料の3でいきますと一番右の項目、地域医療構想調整会議及び協議の場というところの下の方のピンク色の部分ですが、10月下旬頃に協議の場というもので示させていただいております。

実は、この協議の方向などにつきましては、今後、国から詳細な通知が出て、それに基づいて行うことになっておりますので、今、ここには書かれていませんが、こういった場を設定して協議をしていくとなります。

(田崎委員)

ということは、疾病ごとに分かれて具体的なことを検討していきますよね。その段階ではなかなかこの辺の整合性というかマッチングというのは実際には難しいかもしれないということですか。

(事務局)

そうです、特に今回の協議の場でございますけれども、地域医療構想の中で在宅医療の確保というのが重要だということになっております。この在宅医療につきましては、今、地域医療構想の中で、圏域単位でどのくらいの方が平成37年度に必要かという国側の算定式を基に推計したものがございます。こちらは訪問診療と介護施設等に入所する方の組み合わせでその医療需要を賄うということになっているのですが、それをどう組み合わせるかということがかなり市町村に関係する部分ですので、それを県と市町村、または関係者の中で協議をしていくという流れになっています。

(村上部会長)

先生、事務局で言っていることは先生の質問の答えになっていないかも知れませんが、要するに、5疾病5事業を検討しながら、それで介護保険とか地域医療構想の検討もするとそれらはテーブルが違うじゃないかというお話をいただきました。しかしその前に、国の方で言っている包括ケアという流れがございますよね。そこを全体として考えて連携を考えながらその5疾病5事業もやり、介護保険もやる。その時に連携をやるという表現だったらいいのかなと思います。

(田崎委員)

我々が関係する認知症にしても、それから精神障害も地域包括ケアということが今回の国の方が示したものに入ってくるわけで。となると、かなりこの辺具体的に、地域の精神障害の方が出たときに、誰がどうするのかというところが見えないと、具体的な話にならないのではないかと。

(村上部会長)

ですので、非常に様々なファクターがオーバーラップしながら、しかもそれぞれのご専門の先生方のご意見を聴なくてはならない状況が来ます。一番大事な審議会の中のこの部会ですので、よろしくお願ひしたいと思います。

事務局もそういうつもりでよろしくお願ひします。

ほかにございませんか。よろしいですか。

はい、どうぞ、木村委員。

(木村委員)

今の田崎先生のご心配に関連するのですが、資料の2-2を見てもらうと分かりやすいと思います。この下の段に5疾病のところがありまして、精神保健福祉審議会があるのですが、事務局は障害福祉課と高齢福祉保険課と協議をして作成となっていて、今、田崎先生がおっしゃったことが、国の方は社会援護局精神・障害保健課の方に精神医療、認知症対策の協議をしているのですが青森県の場合は認知症施策を高齢福祉保険課でやっていますよね。そこのところは、前回老健局認知症対策推進室で策定した時もそうでしたが、どうしても縦割りですうまくいかないのてこういう形で表現していただいて、うまくやっていただけるのかなと思います。

それから、すぐ横に在宅医療の協議会もありますが、これも介護保険の医療介護連携の事業などで在宅医療を進めようと計画が進んでいますが、それは高齢福祉保険課が担当していますが、実際の在宅医療は医療業務課が担当とか、課をまたいでやっていますよね。

ですから、そういうところがうまくつながるようにやっていただきたいということと、それから最後に村上議長が委員長をやられている高齢者すこやか自立プランですが、青森県介護保険事業支援計画を策定する委員会に、この審議会のメンバーが4人入っていますので、そちらの計画づくりのところでも、ここで協議されたことなどをうまくリンクしながらやっていくということできると考えます。

補足みたいでしたが、よろしくお願ひします。

(村上部会長)

よろしく申し上げます。精神保健の方は障害福祉課だけでなく全体を考えてやるような方向、事務局でもそういうつもりでしょう。在宅医療に関しても医療と介護でもう既にやっていることだろうと思います。それから今の高齢者の問題も同時に、そのためにこのスタッフ、あるいはテーブルのメンバーがだぶっていることがあるだろうと思います。その辺、事務局の方もよろしくご配慮をお願いしたいと思います。

ほかによろしいですか。

では、まず後でもご意見をいただきますが、次に（２）国の指針の内容、事務局お願いいたします。

（事務局）

医療業務課の斉藤と申します。私からは国の指針の内容についてご説明させていただきます。座って失礼します。

さっそくですが、資料５－１をご覧ください。こちらはお手元のファイルにございます１．医政局長通知と一体となった指針を要約したもので、医療計画策定に当たっての作成手順、留意事項等が記載されたものとなります。本日は、資料５－１に基づき、前回見直しの５年前の通知から変更等があった主なものについてご説明させていただきます。

１つ目として、国の有識者による医療計画の見直し検討会における意見のとりまとめを踏まえ、次の観点から指針の見直しが行われております。

ポツの１つ目ですが、急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築ということで、５疾病の１つとされてきた急性心筋梗塞を例にお話させていただきますと、疾病の名称が心筋梗塞等の心血管疾患となり、急性心筋梗塞だけでなく、心血管疾患の急性期を脱した後の合併症予防や慢性心不全など対象を拡大して医療提供体制の構築に向けて検討することとされています。

ポツの２つ目、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築ですが、心臓や脳の疾患対策と救急のアクセスの話は切り離すことができないことや災害時における周産期小児分野のリエゾンや精神分野のD-PATなど単一分野にとどまらない疾病・事業を横断して検討しなければならないことが増えておりまして、後ほどご説明いたします構築指針においても疾病・事業両方に重複して記載されている事項が増えていきます。

ポツの３つ目、介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保についてですが、先ほどの資料１の医療計画の見直しのポイントにもございましたが、今回の見直しにおける重要事項となります。

３ページ右下のグラフをご覧ください。ここに医療機関からの報告に基づく平成２６年度の病床機能報告の結果と地域医療構想で推計しました将来の必要病床数を比べたグラフ

がございます。右下のグラフですが、病床機能報告と、地域医療構想で推計しました将来の必要病床数を比べたグラフがございます。地域医療構想の推計では、慢性期の中に在宅医療等で対応可能な部分を一定程度見込むという前提に立ち推計を行っておりまして、その部分が平成37年の黄色部分2, 804人/日となります。

この部分について拡大したのが一番右側の棒グラフとなりますが、この部分について、訪問診療等の医療側、介護施設、新類型として区分される「介護医療院」等のどこでどれだけ解消するのかについて、医療・介護の両計画における整合性が求められています。

これを調整する場として左下の図にあります都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置することとされています。

協議の進め方等については、改めて国から示されることとなっております。

2ページにお戻りいただきまして、2の医療従事者の確保等に関する記載事項ですが、現段階で具体的な情報がない状況でございます。時期は未定ですが、各種検討会を踏まえて、国から考え方が示されることとなっております。

3として基準病床数及び特定の病床等に係る特例等についてですが、地域医療構想における構想区域と医療計画における2次医療圏を一致させることとされました。本県では2次医療圏と構想区域を一致させており、これを維持する方向で検討を行いたいと考えています。

4の医療計画作成手順等については、新たに保険者協議会の意見を事前に聴くこととされたこと、先にご説明した協議の場を設置することとされました。

5の医療計画の期間ですが、今後、医療と介護を一体的に考えていかなければならないということで、3年ごとの介護計画の見直し周期と合わせた形で、医療計画の見直しが、5年ごととされていたものが6年ごととされています。

6の基準病床数の算定方法については、次回、この部会に議題としてお諮りする予定としておりますので、詳しいところは割愛させていただきますが、療養病床の算定式の1要素が3ページ、先ほど見ていただいた右下のグラフの黄色部分に相当する部分「在宅医療等で対応可能な数」に置き換わることとなりました。

資料5-1の説明については、以上となります。

(村上部会長)

ありがとうございます。

医療・介護連携の話は少しずつ進みつつあります。実は昨日、厚労省の方々とお話をする機会があり、介護医療院の話も伺ってきたのですが、ご意見、あるいはご質問、ございませんか。一番問題のところですが、いかがでしょうか。

(事務局)

続きまして5-2も一緒に説明をさせていただいてよろしいでしょうか。

引き続き、資料5-2をご覧ください。こちらはお手元のファイルにございます地域医療計画課長通知と一体になった構築指針を要約したものです。疾病・事業ごとの医療体制の構築に向けた作成手順などが記載されたものとなります。資料5-2に基づき、がんの医療体制から在宅医療の体制までひとつおき駆け足でご説明させていただきます。

医療体制と併せて指標も参考として添付しておりますが、指標の検討は各疾病事業の協議会で行うこととしておりまして、ここでの説明は割愛させていただきます。

1枚おめくりください。

がんの医療体制ですが、がんの医療体制については、均てん化と集約化のバランスを勘案した医療提供体制を整備するとされています。これまでのがん医療の均てん化の取組を引き続き進める一方で、希少がんへの対応やゲノム医療、粒子線治療など高度・希少な分野については、それぞれの拠点病院等の機能の分化・連携と合わせ、人材の集約化や育成を進めることされています。他には、治療と職業生活の両立支援等の取り組みが強調されています。

次に脳卒中の医療体制です。脳卒中の医療体制については、発症後、病院前救護を含め早期に適切な急性期診療を実施する体制と臨床経過を踏まえた、急性期から回復期及び慢性期までの一貫した医療体制の構築を進めることとされています。

続きまして、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制についてです。これまで急性心筋梗塞とされていたものが心筋梗塞等の心血管疾患となり、心不全等の合併症を含め、急性期から回復期及び慢性期までの一貫した医療体制の構築を進めることとされています。ほかには心臓リハビリテーションの推進や慢性心不全といった回復期、慢性期の再発・増悪予防について強調されています。

続きまして糖尿病です。糖尿病は発症予防と重症化予防に重きが置かれています。今回、「重症化予防」の取組として、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に保健事業を推進することとなり、地域における糖尿病の予防の取組によって、医療機関が医療保険者等と連携することとされています。

続きまして、精神疾患の医療体制です。精神疾患の医療体制については、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしを過ごすことができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すとされています。統合失調症、うつ病・依存症などの多様な領域に対応できる医療連携体制の構築に向けて、領域ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化することとされています。

続きまして5事業の救急医療の体制です。救急医療の体制については、円滑な受入体制整備やいわゆる「出口問題」へ対応するための取組を進めることとされています。もう1つ重要なことが、「救命救急センターの充実段階評価の見直し」です。現状では一部を除きほ

ばすべての救命救急センターが最高のA評価となっていますが、A評価の中でも機能差が大きいということで、評価の見直しを求められているところです。

続きまして、災害医療体制です。災害医療につきましては、被災地域における医療ニーズ等の情報収集や医療チームとの連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備や医療機関における事業継続計画の策定の推進することとされています。他には「災害時小児周産期リエゾンの養成」という項目が追記されています。

続きまして、へき地医療です。へき地医療の分野では、医療計画とは別個に策定されていた「へき地保健医療計画」を「医療計画」と一本化することとされました。また、へき地医療拠点病院の要件がへき地における巡回診療等の実績に基づき見直しすることとなりました。

続きまして、周産期医療の体制です。周産期医療の分野では、「周産期医療体制整備計画」を医療計画に一本化し、基幹病院へのアクセス等の実情を考慮した圏域設定等の体制整備を進めることとされました。他には先に災害医療体制でもお話しした「災害時小児周産期リエゾン」に関する記載が新しく加わっています。

続きまして、小児医療の体制です。小児医療の体制については、大きな変更点等はありませんが、小児救急電話「#8000」の普及に関する記載が新しく加わっております。

最後に在宅医療の体制です。在宅医療の体制については、作成指針でご説明した協議の場を踏まえた介護保険事業計画との整合性を求められる部分で、地域医療構想で推計した在宅医療等の医療需要を満たすために訪問診療や退院支援など、医療側の受け皿の整備を行うこととされています。また、市町村が実施する地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を支援することが求められています。

以上、駆け足で5疾病5事業及び在宅医療の概要をご説明させていただきました。

国の指針の内容についての説明は以上です。

(村上部会長)

ありがとうございました。

今の5疾病のことにつきまして、資料2-2にもございました在宅医療の推進、災害、周産期など、それぞれこういう方向でやっていきたいということですが、ご質問、ございませんか。ここはこういうふうにした方がいいとか、もう少しこっちをと、ございますか。

どうぞ、田崎先生。

(田崎委員)

いろんな課題があるわけですが、資料5-1で、真ん中、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築と、確かにこういうことが求められるのかというふうに考えられます。

例えば、災害時における周産期分野のリエゾンや精神分野のD-PAT等、今まで災害のところに多分入っていなかったような領域が増えてくると、今度、この疾病・事業について実際に検討を行う部会というものがありますよね。ならその委員構成とか、ある程度全体像を見た上で、対応できるのか、適切なかどうかということも含めてやらなければまずいと。これからだと思いますけれども、ぜひその辺は視野に入れて検討をしてください。

(村上部会長)

今までの単純に疾病のラインだけじゃなく全部かみ合い、しかもそれが御高齢の方々とか小児科の方々とか、いろいろ問題があるので、そこの形をよくしていこうということだろうと思います。

先生方のご意見を伺いながら、青森県の計画を作っていかななくてはならないということだと思います。

事務局、何かございますか。

(事務局)

今のご意見も踏まえて、委員の内容などについてもまた考えていきたいと思っています。

(村上部会長)

よろしくをお願いします。

ほかにございませんか。どうぞ、木村委員。

(木村委員)

災害の体制についてなんですが、5年前、放射線関係の記述をここでも求めたのですが、その段階にないということで入りませんでした。

しかし、まだ原発は稼働していませんけれども、核燃サイクルの施設等が他県にはないが本県ではありますから、そのことはきちんと搬送体制から何から全部、今度はきっちり書かななくてはまずいと思っています。

(村上部会長)

総合計画における原発の事故や核燃サイクルの事故が起こった場合の対応のこと？

(木村委員)

そっちではなくて医療計画の災害医療の中の核燃サイクルの事故への対応とか、万が一があった時の対応です。

(村上部会長)

医療計画にはまだ入っていません。総合計画の方ではついこの間から入りました。そして、やっとその項目ができたところです。

(木村委員)

ですので、医療計画にも入れていかなければまずいだろうという提案であります。

(村上部会長)

どうなの？総合計画の方には入ったよね。

(事務局)

はい、地域防災計画の方に入っています。原子力災害医療体制に関しましては、ここ2年ほどの間にかなり大きな見直しもございましたので、その辺も踏まえて計画の方に反映させていきたいと思えます。

(村上部会長)

総合計画のそれにも入りましたし、それから災害の方にも入りましたし、これ、やっぱり力強くやっていかないと住民の安全、例えば事故が起こった時にむつ市地域の人間を、避難させる道路として国道279号線を考えています。事故の方向に避難し南の方向に逃げるということはあり得ないだろうという話まで出まして、そこを修正させています。

ほかにございませんか。

どうぞ。

(淀野委員)

がんの医療体制というところで、

(村上部会長)

資料5-2の最初ですね。

(淀野委員)

そうです。各拠点病院等における機能分化、連携というところで、僕は放射線が専門ですので少し意見を述べさせていただきます。

現状として、例えば高精度放射線治療というのは、実際問題としては大学病院でしかやられていません。これから先、それぞれの地域の中でこれを提供する計画はとても難しいと思えます。

それからもう1つ、津軽地区では国立病院のMRIが新しくなりますが、基本、高度医療を拠点病院として必要な3テスラ、その規模のMRIが常識的ですが、やはり1.5テスラしか買わない。国立病院がどうして、とってしまう。

そういう設備投資とか人的投資を、やはりあるレベルで統一するという計画、もう少し詳細な中身にしないと、非常に字面はきれいですが実現できていかない構造があるのではないかなと少し心配しています。

(村上部会長)

ありがとうございます。今、2点ございました。淀野先生は放射線科のご専門でございますから、がんに対する放射線療法及びそれに類することが大学病院主体のものしかないのはどうかということ。それからMRI、CT、県内あちこちで整備されつつありますが、MRIの問題点は3テスラが標準になりつつある中、国立病院には1.5テスラしかないという話が出ました。

その辺は公立との違いは多少ありますが、予算から言えば多少だと思しますので、3なら3テスラを入れなくてはいけないと思いますが、その点に関して事務局いかがでしょうか。国立なので口をはさむのは難しいですか。

(事務局)

今、お示した資料は国の指針の概要を説明させていただくために作ったものですので、今の先生のお話については、これから開催していく協議会の方でそれも踏まえて検討をさせていただきますと思います。

(淀野委員)

僕は個別の2つのことだけではなく、例えば放射線に関してはそういう問題と、医療の質を担保するのに機能分化が必要ですし、その他、例えば手術室でのロボット導入など、高度化がいろいろ必要になってくると思っていますのです。拠点病院を強化して本当にその地区できちっとした2次医療プラス5疾患5事業をやるために、5疾患対策を中心にやるためには、大変な設備投資と人的な投資をしなければならず、お金のかかる話がたくさんあると思うので、その裏付になるよう十分な検討をしていただきたい。

例えば循環器系の医療についても相当機械を入れていかないと、本当に難しいのではないかなと思います。三浦先生、放射線治療は八戸市民病院でも十分ではないですね。

そういう、本当に膨大なお金になるとしますので、予算的な裏付け、県としても十分考えていただきたいということです。

(村上部会長)

事務局、よろしゅうございますか。

ただ、これにはやはりさっき申し上げた国立病院、大学病院と青森県、自治体も金の出所も違いますので、その辺を十分に話し合いながら、無駄にならないような、あるいは十分に県民に生きるようなシステム、経済的な応援をしていかななくてはならないと思います。

そういうことですね、淀野先生。

(淀野委員)

そうです。ロボットも、あと粒子線治療、六ヶ所に入るといった話もある。何十億円もします。

(村上部会長)

あちこちに入れるのではなくて、きちんとしたピラミッド型に医療体系をするのであればそこを考えてほしいということを行っているのです。よろしくお願いします。

何か部長、ありますか。

(菊地部長)

いろいろとご意見についてはそれぞれの部会というか協議会の方でまた議論をしていきますけれども、今おっしゃったような体制が本県でどれくらい整備が可能なのかと、たくさん課題はあると思います。それに対する施設整備の投資ということ、どこまで担保できるのかというところはこれから議論が必要な部分と認識しております。

部会の皆様のご指導ということもお願いをできればと思います。

それで議長、申し訳ございませんけれども、これから上京することになっておりまして、ここで中座をさせていただきます。知事をトップに、また県の政策の要望活動という動きになりますので、申し訳ございません、ここで中座させていただきます。

引き続き、どうぞよろしくお願いいたします。

(村上部会長)

ありがとうございました。

今、がんとかいろいろお話が出ましたけれども、また青森県内のトップとして福田先生、何かございませんか。

(福田委員)

今回、示されたのはおそらく国の指針をここにただ羅列してあるだけだと思いますので、この中で青森県が今、現実的にできる項目を青森県の医療体制の中に組み込んでいくということしかできないのではないかと思います。

例えば、高精度放射線治療というのは1人いても全然ダメなんですよ。放射線治療、1人いてもダメで、複数いないと無理だということがあります。それから粒子線治療に関しては、青森県内にはおそらく入ることはないと思いますので、もし、このような粒子線治療などを書き込むのであれば、県外の機関との連携を強化するというような書きぶりになるのではないかと思います。

以上です。

(村上部会長)

ありがとうございます。

事務局、よろしく願い申し上げます。連携と、それからいろいろ事務局の方でも勉強をしていただかないといけない、一生懸命医者と一緒にやってディスカッションをしていたかないといけないかも分かりません。よろしくお願いします。

ほかにございませんか。どうぞ、寺田委員。

(寺田委員)

資料5-2の8ページ目、糖尿病の医療体制のところですが、平成30年度から国保財政の運用が都道府県になる。それで国は保険者への支援金として1700億円を配分するのですが、その中で、ジェネリック医薬品とか重複受診とか、それから糖尿病の重症化予防に国は力を入れているわけです。そこで、ここのポツの2つ目にありますとおり、糖尿病の重症化予防については、医療機関と薬局、保険者が連携する取組を進めるとありますが、今日はせっかく医師会の村上先生、それから薬剤師会の木村先生がいらっしゃいますので、これについて何か一言いただければと。

(村上部会長)

木村先生、いかがですか。

(木村委員)

もちろん、この糖尿病の方々の重症化の予防のための、いわゆる服薬コンプライアンスと食事療法とかその辺のところも、医師の先生方と連携して薬局の方でもアドバイスをしてやっていないとまずいと思っていますので、進めていきます。今までもやってきていたけれども、さらに進めていきたいと思っています。

(村上部会長)

県の医師会でも、国保、それから社保の審査から、患者さんの状態などを勉強させていただいています。そして私ども、いわゆる国保が県1本になりますので、そのお手伝いも今、

させていただいております。

ということは、それなりにがっちりした連携を取りながら社保も国保も同じ感覚でこの1次予防、2次予防、3次予防を持っていかなくてはいけないと、ご協力をさしあげなくてはならないということです。もちろんそれは我々県医師会だけではなく、郡市の医師会も含めて既にもう動きつつあります。一緒に勉強をさせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

(寺田委員)

何とか、よろしくお願いいたします。

それから資料1の2枚目、各保健所で設置している地域保健医療推進協議会において圏域ごとの課題や重点的取組について検討を進めていくということで、これは大変すばらしいことで、期待しておりますので、よろしくお願いいたしますと思います。各医療圏で疾病など違ってきますので。

(村上部会長)

そう思います。今これから、保健所もかなり大きな力を持ちながらこの地域医療構想の中に入って来る、その1つのステップの形だと思っておりますので、これにもご協力をさし上げて、一緒にやっていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

どうぞ、山口先生。

(山口委員)

委員長、すいません、今日は、明日から2日間学会がありまして、18時で中座させていただきたいと思っております。それで、今の寺田委員のお話とも関係するのですが、やはり青森県民一人ひとりがかかりつけ歯科医、そしてかかりつけ薬局、こういったものを持つということの意識を強くやっぱりアピールしていく必要があるのではないかなと。そこに各連携というものが入って来て、様々な重症化予防というものにも、例えば糖尿病であれば歯周病とか、そういったことに大きな関連がありますから、そこを積極的に、青森県民はなかなか行動変容をできないところがありますが、かかりつけを持つということをぜひいろんな場で、県も含めて訴えていっていただきたいと思っております。

(村上部会長)

そうですね。本当に先生、ありがとうございます。特に歯科の先生及びこの嚥下関係を歯科衛生士さんの方々が手伝っている、ご高齢の方々を我々は診させていただきますと、その辺を先生方に徹底的にご指導をいただく必要があると、そう思っております。よろしくお願いいたします。

ほかにご覧いませんか。

それでは(3)医療計画の構成、資料の6ですか、よろしく申し上げます。

(事務局)

それでは資料6に基づきまして、医療計画の構成についてご説明をさせていただきたいと思っております。

この資料、現行の医療計画の構成というのが中段よりも下になりまして、1ページめくっていただきますと下の方まで、こういった項目で現在構成されてございます。

また元にお戻りいただきまして、今回考えなければならぬものとしましては、(1)ですが国の作成指針、構築指針で、構成に関係する事項としては急性心筋梗塞の名称が変わったということがあります。これは変更をすればいいのですが、地域医療構想、そしてその他関連項目を盛り込むこととされております。地域医療構想は27年度に策定しておりますけれども、これは計画の中のどの辺に盛り込むのかとか、そういったこともこれから考えていくこととなります。

また(2)でございますけれども、地域の実態ですとか取組をわかりやすく反映するための新たな提案としまして、計画の中に、小さなスペースではございますけれども2次保健医療圏単位の基本情報ですとか重点的な取組、あるいは保健所の中で協議をいただいたものを盛り込みたいと考えております。こういったものを踏まえまして、またさらに現在の医療提供体制などの実情を踏まえて、事務局でこれから構成案の方を検討しまして、次回以降、医療計画部会にお諮りすることとしたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

(村上部会長)

ありがとうございます。

この件に関してはこういうことでいきたいということで、いかがですか、よろしいですか。いいですね。ありがとうございます。

では、医療計画の作成手順、スケジュールのご説明をお願いします。

(事務局)

それでは資料7をご覧くださいと思います。医療計画の策定手順・スケジュールについて、でございます。こちらの1枚ものの資料の左側に策定手順、構築指針の中に盛り込まれております策定手順がございます。1番、医療計画(案)を作成するための体制の整備、本日組織会を行っております。そして2番以降、目的、理念についての検討。それから効果の検証、5疾病・5事業などの医療連携体制の構築ですとか基準病床数の検討など、こういった流れで検討をすることとされております。これに併せて、どの協議会などで検討をしていく

かがこの右側の方に載せたものでございます。本日、第1回の医療計画部会で組織会以下、こういった内容で検討を進めさせていただきました。

本日、この検討部会が終わりましたら、黄色の矢印以下ですけれども、各協議会に所管部分の原案の検討を依頼します。5疾病・5事業に関しました協議会で6月から10月の間で施策の効果の検証ですとか連携体制の構築につきましてご検討をいただくと。

これは矢印で引いておまして、第3回の医療計画部会、12月中旬を予定しておりますが、こちらの方に検討をいただいた内容をお諮りしまして、こちらの場でご検討をしていただきたいと考えております。

それまでの間ですけれども、第2回の医療計画部会、9月中旬を予定しておりますが、受療動向調査で圏域間の患者さんの移動の状況が分かります。この結果が判明した後に、基準病床数等の検討をさせていただきたい。それが終わりましたら、それまでの経過を医療審議会にお諮りすると、第3回までの内容でいろいろ議論をしていただいてから、1月上旬に第2回の医療審議会で計画素案の決定をして、その後、関係団体、市町村などへの意見照会やパブリックコメントをしまして、3月、年度末に医療審議会で計画案の諮問・答申をすると、こういった流れで考えております。

このスケジュールにつきまして進めたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

(村上部会長)

ありがとうございます。この流れでいきたいということですが、参考の3はよいですか？

(事務局)

申し訳ございません。参考の3というものがございまして、一番最後の資料でございますが、こちらには前回の医療計画部会ですとか各協議会でご協議をいただいた内容につきましてお載せしておりますので、参考までにご覧いただければと考えております。

また一部、資料の訂正がございます。資料7の右側の日程の内容の2月のところ、関係団体、市町村等への意見照会で、28年2月としておりますが30年の2月でございます。その上の第2回の医療審議会、28年1月が30年の1月となってまいります。28と書いているのが30年になってまいりますので、申し訳ございません、訂正をよろしく願いいたします。

(村上部会長)

という流れで、大体こういうことでやっていきたい。これは国の方で決めた流れに従ったスケジュールですが、でも、この計画部会というのは、実は保健医療計画、あるいは医療

審議会の最も大事な会議でございます。先生方の方向で青森県の保健医療計画が決まってしまうので、例えば今日だけご意見をいただくということだけでなく、この後、この資料を見ながら、ここはどうなのかというご質問とか、これはどうした方がいいのかなど、先生方のお考えを、いついつまでなんていうことを言わず、このスケジュールを見ながら貴重なご意見をいただきたいと思っております。

事務局、そういう方向でいいですね。会議の時の意見だけでなく、いろんな現場の意見を採っていただきたい。そのためにいろんな先生方からもご意見をいただきたいという形を採っておきたいと思っておりますけれども、よろしく申し上げます。

ほかにご意見、ございませんか。三浦先生、何もありませんか、今日ご意見をいただいておりますが。

(福田委員)

医療計画を考える上で医療従事者の状況をきちんと把握することが大事だと思います。

前回の医療審議会で県の看護協会の方から、青森県の看護師は決して充足していないというお話があったと思うのですが、この黄色いファイルの一番最後の青森県地域医療構想の11ページ、これは26年の状況をまとめたのだと思いますが、人口10万対の看護師数は全国平均を下回っていないと書いてあり、現状とのギャップを感じます。その点について分析をされていたら教えていただきたい。

(村上部会長)

事務局。

(事務局)

毎年、医療機関と介護施設、医療機関も病院・診療所別、それから介護施設、あるいは訪問看護ステーションといった業種別に、採用したい看護師数と実際にどれぐらい充足することができたかという調査を行っております。そういったものから見ますと、概ね病院・診療所に関しては、必要数は賄われている。ただ、やはり訪問看護ステーションや老健とかの介護施設、こういったところでは必要数を採用するのになかなか苦勞をしている状況もございます。

それからまた、看護職に関しましては県内の各医療圏の中で地域偏在というものも生じております。総数とすれば青森県は看護師養成数も東北6県の中でも比較的多い方ですが、業種、あるいは地域による偏在というのがやはりありますので、県としては特に不足している分野の看護師確保に向けて看護協会と連携をしながらいろいろやっていきたいと思っております。

(福田委員)

いわゆる自治体病院の看護師不足って、三浦先生、ありますよね。

だから、この数字とのギャップを現場ではものすごく感じます。大学病院ですら看護師の確保に苦勞をしている現状を考えると、何か非常にギャップを感じてしまう。

(村上部会長)

実は先生、それは看護協会さんと青森県とで看護師の充足度を、厚労省から来るパターンで式に入れてやると、これはいつまでも足りるようになってしまうのです。それで実は、3、4年前に、そういうやり方を止めた方がよいのではないかとということで、僕らも医療審議会の中で随分申し上げました。それで今は現場にあったような形に少しずつなっていますが、厚労省の看護師の充足度のあの式は、実態を反映していない。そこら辺を青森県及び全国に合わせたような方法でやらなくてはいけないということで、県の看護協会さんと一緒に県の看護師の担当の、前にいた方にもだいぶ医師会としても強く言った経過がございます。

ということで、それは26年の報告で、今は違うと思いますのでよろしくお願いします。

それからもう1つ、今、先生が申し上げました、介護施設の看護師ですが、これには2つ問題がありまして、そこになかなか行ってくださる看護師がいない上に、医療職とそうでない介護職員の看護師とのコストの違いがあり、それで、なかなか続かないというのが一つです。

それからもう1つ、最大の問題は僕が会議でよく申し上げるのですが、青森県立保健大学。どうしても青森県も弱いものですから保健大学の就職担当の先生方とか教える先生方というのが、文科省から来た人間などになっている。県病から教授になった人や県病から講師になった人をずっと置けばいいけどなかなか置いてくれない。ほとんどそういう方が、秋田や岩手などに出てしまうのです。それで本県出身の教員を置かないものだからなおさら文科省から他の人などを紹介されこいつを使ってくれないか、ということが実際にあるのです。そこら辺を使うと、学生に、あんた方、こんなところを卒業したら、ここにいないで東京に行きなさいと言うのです。非常に困ります。そして、そういう人の給料も青森県から出ています。

ですから、このことは青森県からも言っていたかかないといけないことだろうし、そういう人間を保健大学の教授として配置しないようにしなくてはならないのです。

すいません、今までの流れを。事務局、分かっていますよね。

ほかにございませんか。

三浦先生、何か。

(三浦委員)

今、先生がおっしゃったようなこと、八戸市民病院でも医療関係の人材について様々な職種で募集してもなかなか集まらない。僕が思うに、こういう字面ですごくきれいなことを書いているのですが本当は、こういう計画には実際に各地域でどういう人がどういうことをやるべきかと具体性のあるところが盛り込まれていないといけない。もう少し自分たちのところに合わせて考えた方がよいのではないか。

多分それぞれの2次医療圏でも様々な状況があるのです。県は全体を見回してやらなくてはならないのだと思いますが、もっと細かく具体性を持った計画であってほしいと思います。

(村上部会長)

各協議会での議論をそういう方向に持っていくのが先生方のお力ですので、今みたいなご意見をどんどん言っていかななくてはならないと思いますし、何をやっているのか、ということを書いていかななくてはならないと思います。

また、言わせていただきますが、事務局、よろしいですね。

どうぞ、淀野先生。

(淀野委員)

資料6の医療計画の構成というところで、1つだけぜひお願いをしたいところがあります。保健所の機能充実・強化というところがありますが、この地域医療構想は保健所の役割がすごく大きいです。その保健所の機能強化の中で、実は診療能力というか、どうしても保健所に頼らざるを得ない医療というのがあるのです。例えば結核予防、結核の問題、それから塵肺、石綿肺、アスベスト肺、それから感染症。これをちゃんと取り扱えるように保健所の機能を強化していただきたい。

例えば、弘前市にはX線撮影装置がないです。結核患者さん、ないしは結核患者さんの治療のフォローアップを民間委託しています。これって、少し怖いのではないかと思います。ぜひ、こういうところは保健所の行政能力だけでなく、保健所がやらなければならない診療もあると思いますので、そこをぜひ強化していただきたい。

保健所の医師の先生の充足率も結構上がってきていると思いますので、ぜひその先生方の活躍する場を作っていただきたいと思います。

(村上部会長)

ありがとうございます。貴重なご意見だと思います。

保健所は青森県側から見ると医者がいればいい、保健師がいればいい、看護師がいればいいということですが、淀野先生は臨床が分かる医者も、臨床が分かる保健師も、臨床が分か

る看護師もいないということを言っているのです。例えば、感染症に関すること。感染症法も変わりました、結核予防法から変わりましたよね。その流れを分かる人というのは、確かに年齢は高いですが、なぜ変わっていったのか、こういうふうに変ったのか、じゃあティーバー（結核）はどうすればいいのかというのを分かる人間が欲しいのです、先生。

（大西保健医療政策推進監）

そのとおりだと思います。ただ、やはりだんだん充実しているのは淀野先生のおっしゃるとおり。医師も、看護師も技術共々充実させなければいけない。

（村上部会長）

医療計画のためには、そういうのが必要だということですね。

（淀野委員）

委託業務に依存していませんか。

（大西保健医療政策推進監）

そこは難しいところです。レントゲンなどは、委託に持っていくというのが全国的に今の流れです。今、最新は分かりませんが、弘前保健所、保健所単位で見ると、やはり委託ということになっていきます。

レントゲンを読める人というのはムラができてしまうのです。20年前は皆さんがレントゲンを読むのが当たり前だったのですけれども、今は保健所の他の機能がすごく増えてきているので、レントゲンを読めることを条件にしてしまうことは大きな障害になってきます。それでだんだんと全国的に委託の方向に持っていったと。

（村上部会長）

感染症法が非常にうるさい形になったもので、そのとおり喜んでやるのはよいのですが、分かった上でやっていただきたい。そこをよろしくお願いします。

（大西保健医療政策推進監）

保健所のレベルを上げることは大事だと認識しています。それは常にやっていかなければならないと。

（村上部会長）

よろしくお願いします。

ほかにございませんか。よろしいですか。

品川さん、今日は何も言っていないですが、何か一言、よろしいですか。

(品川委員)

医師も保健師も薬剤師も足りなくて、介護をする人間も足りず、万年、介護の人材不足と謳われています。人材のスキルアップもいろいろしていかなければいけません。

さっきの資料4の在宅や施設などと、すごく幅がありますけれども、介護人材がないのに、これはどうなるのだろうと考えながら皆さんのご意見を聴いておりました。今後、医療はもちろんです。介護の人材育成などにも力を注いでいただきたいと思いますと考えております。

(村上部会長)

何でもご相談できるようなテーブルにしたいと思っておりますので、何でもご意見を言っていただくのがよいですし、そういう形がここには欲しいと思っております。先生方、よろしくお願ひします。

こんなことでよろしいでしょうか。その他、事務局、どうぞ、あれば、よろしいですか。では事務局にお返しします。


(司会)

村上部会長、どうもありがとうございました。本日はこれで終了したいと思います。

次回は主に基本方針、基準病床数、2次医療圏などについて議論をさせていただきたいと思ひます。また次回の開催にあたりましては、改めて委員の皆様にもいろいろと確認をさせていただいた上で開催したいと思いますので、よろしくお願ひします。

以上をもちまして本日の会議を終了いたします。どうも長時間、ありがとうございました。

申し訳ありません、黄色いバインダーは次回以降も使いますので、そのまま置いていただければと思ひてお願ひいたします。

議事録署名者 氏名 田嶋 博一 

氏名 品川 尚子 