

平成 30 年度第 3 回

駿東田方構想区域地域医療構想調整会議（三島・田方）議事録

日時；平成 30 年 12 月 21 日（金）午後 6 時 30 分～8 時 30 分

場所；三島市保健センター 2 階会議室

議題 1～3 を一括説明（事務局より説明）

議題 1 療養病床転換移行調査結果（概要）について

議題 2 療養病床転換移行調査結果について

議題 3 平成 31 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）事業提案の状況

（塩田委員）

2025 年の在宅医療等の必要量と提供見込みの表で提供見込みの外来とはどういう意味なのか。

（小林特任教授）

国は、入院患者の中で診療報酬点数が低く手が掛っていない患者は外来で受診してほしいとイメージしていて、これに対応し各市町で計算した結果として在宅で外来受診する人数をまとめたデータである。

（紀平議長）

提供の見込み量ということで、希望の数字ということだと思います。

（小林特任教授）

2025 年の在宅医療等の必要量に対して、介護医療院や介護老人保健施設と訪問診療、外来を合わせた提供量で賄うとのイメージになっている。

介護医療院に転換する病床が多くなれば、外来で対応する数字が少なくなる図式となる。

（塩田委員）

2018 年と 2017 年の比較で、他の圏域と違って駿東田方圏域の訪問診療の実績が減っていることが非常に気になっている。この背景には在宅医療を担う医師の不足があるのかなとみました。外来に来られる患者は在宅である程度自立した生活ができる方々で、その見込数が高くなっているということは、これを支える医療と介護職の充実がないと 700 という数字は支えられない。一方で訪問診療の数は減る一方なので、訪問診療を行う医師、看護師の確保が課題だと見てとれました。

(紀平議長)

その通りだと思います。段々と介護の法が増えていくとこれから介護保険の財政が問題になると思います。

(小林特任教授)

(療養病床の転換に関して) 本県では全体的に皆、医療療養 20 : 1 と言うが、そこに移行すれば看護師が必要になるわけで、そこに看護師が行けば行くほど訪問看護の人手がいなくなるし、20 : 1 に移行できなくなる可能性もある。この地域は医師も看護師も少ない地域で在宅を考えた時に、皆が 20 : 1 に行ってしまうと看護師が足りなくなることが懸念される。

むしろ、看護師が少なくて済む介護医療院へ移行して、柔軟に訪問診療、外来とのバランスを取る必要があると思う。在宅に対応する医師も少ないので、病院がかなり在宅をやらなれないといけない地域だと思うので、現実を見つめながら皆で助け合っていないとつらいのではないかと思う。

(紀平議長)

伊豆市の訪問診療の状況について志賀委員いかがでしょうか。

(志賀委員)

伊豆市に限って言うと担当する医者が足りないと思う。医師の高齢化が要因。

比較的、当院には若い医者がいるのでそこを利用してやっていかざるを得ないのかと思う。これだけ医療資源が少ないと、開業医の先生方にやれと言っても無理な話なので、我々としてもやりたくてやっている訳ではなくやらざるを得ないという気持ちでやっていて、少しは貢献できているのかなと思う。大きな変化が起こることも考えられないので、伊豆市はしばらくこのスタンスでいいのではないかと思う。ただ、伊豆市は広いのでカバーしきれない地域がある。具体的には土肥地区で、どうすればいいのか悩んでいる。

(池田副議長)

三島市の 500 余の訪問診療実績のうち 120~130 名程度は医師会外の心ある開業医が行っており、使っている訪問看護ステーションは医師会立のステーションや老舗のステーションで、新興のステーションもたくさんできているが、2・3名のところが多くてお任せすることができないため、つつい昔からの付き合いがあるステーションを利用している。

対象患者は、老衰で寝たきりになったので家族が看取りを望むケースがほとんどで、看取るのに在宅で 2 年 3 年もざらではない。一人の医師が診ている患者は 3~4 人、多くても 10 人程度で、日々の診療の合間に行くのでそれが精一杯で、担当している医師も 75 名のうち 10 名前後ぐらいで、それが一つのグループだとすると、もう一つは病院グループの三島東海病院、三島中央病院、芹沢病院などで、最大は三島共立病院で 100 名弱は持って

いるのではないかと思う。自分の所でも訪問看護ステーションやバックベッドを持っているので、我々が診ている患者よりも少しレベルの高い患者、ALS 患者も含まれていると聞いている。残りの 1/3 がグループホーム、有料老人ホーム、一番分からないのがサービス付高齢者住宅で、これらは全部在宅になるので、そこで訪問診療を受けている患者がかなりいる。サ高住の状況は我々には全く分からず、そういう所は一人の医師、医療機関に診てくださいというところがかかなり多いと思う。これらが今後どうなっていくのか危惧している。本当に在宅なのかと思うような患者も含めて在宅の訪問診療実績となっているところが、考えなければいけないところだと私は思っている。

(小林特任教授)

県医師会として、開業医の先生方に在宅、在宅と言いつけてきたが、現実的に開業医が少ない地域において開業医がやれる範囲には限界があるので、地域で比較的稼働率が低めの中小規模の病院が在宅をやらざるを得ない。いざとなったらバックベッドを持っている強味もあるし入院すれば看護体制もあるので、病院に期待するところは大きいんだろうと思う。一方で、医療療養に集まっているところはどのような役割を果たすのかといったこともある。

中小病院が終の棲家として看取りまでを前提にみることも必要だし、介護医療院も必要で、地域で路頭に迷うような人が出ないように支えていくしかないと思う。

(紀平議長)

介護医療院が整備されてくると、介護保険料が大変になってくると思いますが、市町のどなたかご意見ありませんでしょうか。

(伊豆市長寿介護課梅原主幹)

在宅医療を進めていくことは厳しいところではありますが、伊豆日赤病院さんが支援病院として対応していただき、訪問診療の件数も伸びている。開業医の先生方が高齢化しているので当面は病院に頼らざるを得ない状況です。

(三島市健康づくり課三枝課長)

三島市では在宅医療について市民向けのパンフレットを利用して啓発を行っている。また、2025 年に向けて 75 歳以上の高齢者が増加するので、その方たちが寝たきりにならないようにスマートウエルネス三島という介護予防に重点をおいた施策を展開しています。

(函南町健康づくり課森課長)

函南町は高齢化率が段々と上がっていく中で、在宅医療については町の財政状況もあるが福祉サイドでいくつか施策を練っているようで、近隣の市町の状況を見ながら、函南町にあった事業を考えていきたい。

(伊豆の国市寺尾センター長)

在宅医療と介護の連携推進会議で検討しているが、地域の皆さんへのお知らせやどのような形で連携していったら地域での生活を支えられるのか検討しながら進めている。

議題4 各病院の2025年に向けた対応方針について(事務局より説明)

(紀平議長)

三島田方地域の病院で委員として出席していただいている病院から補足等をお願いします。

(熊崎委員)

当院は回復期病床が100床でそこは順調に動いている。急性期病床については、厚労省の報告マニュアルに規定された医療機能で対応できる医療行為は少なく、限りなく地域包括ケア病床に近い機能と認識している。現状、稼働率は徐々に上がってきており、圏域の中央値を上回ってきている。

また、小林先生から中小規模の病院は在宅に取り組むべきとの話があったが、当院でも春から在宅支援部門に常勤の医師を配置し、これから増えてくるものと思っている。地域で訪問診療の数が減っているとの説明があったが、訪問診療は人口密度が高いところは効率的であるが、先ほどの志賀先生のお話のように、離れた人口密度が低いところでは効率が悪いということで、在宅医療の中でも訪問診療よりも介護医療院のような施設に集めたほうが効率が良く、賀茂圏域と駿東田方で減っているのはそういうことがあると思う。

(淵上委員)

国民の意識がどのように変わっていくのかに掛っていると思う。具体的には老後をできるだけ延命を望むのか安らかな死を優先したいのか、国民の意識の中で段々変わってきており、それに対応していきたいと考えている。

今後、在宅医療は増えていくものと考えているが、患者の思いは様々でニーズに合った医療を提供することが求められている。一概には言えないが、大きな流れとして安らかな死を望む方向になるだろうと思っている。

(紀平議長)

それぞれの患者、住民の意識とか要望に病院がどのように応えていくのかは非常に大切なことだし、それぞれの地域の事情もあると思います。高齢化が進んだ広い地域ではどうするのかなど地域に適したやり方を考えていかなければならないと思います。

歯科医師会の先生いかがでしょうか。

(平川委員)

歯科医師会としては、市の健康づくり課を通じて訪問歯科診療や老健施設等からの往診

の依頼があれば、63名の会員のうち半分近い先生達が対応しており、三島はその点では、市行政の協力も得られてこれほどのシステムを構築している歯科医師会はこの近辺にはないのではないかと思っている。

（梅原委員）

歯科に限っていうと、病院はないので、我々開業医が時間を割いて訪問診療を行っているが、行政と協力しながらやっていかないとうまくいかないことは承知しており、三島市は群を抜いているので参考としている。田方は行政が3つに分かれているので足並みが揃わないこともあるが、それぞれに行政は頑張っているので、我々もそれに応えていきたいと考えている。

（土佐谷委員）

在宅医療がどのように進んでいくのか。その中で薬剤師会としても対応できるように体制を整えていく予定です。

（堀内委員）

介護保険適用の施設に新たに介護医療院が加わり、それが受け皿としてどのように展開していくのかが分からない部分がある。田方地域では函南町の伊豆平和病院に私どもの特養からそちらへ移った人もいて、医療と介護の住み分けがどうなっていくのか思うところがある。医師、看護師の人材不足はよく聞くが、実は介護職員の不足も非常に顕著で、例えば特養100床を開設しても80床しか稼働できないといったことが全体では10%には満たないがあり、人材不足が介護分野でも広がってきているとの実感がある。

（紀平議長）

多く病院の2025年に向けた対応方針を話してもらいましたが、病院ごとの機能分担、今後の方針等に関してご意見はありませんでしょうか。

（池田副議長）

この別冊資料を作成するにあたり保健所の作業は大変だとは思うが、この資料を見てこの病院をこういう風にした方がいいんじゃないかとの意見を述べるころまでは、とても一開業医の立場としてはいけないというのが本音。おそらく病院はこれまで厚労省のその時々の方針に対応して入院体制や診療報酬を変えて、大変な思いをして生き残りをかけてきたと思います。今もそういった事態に立ち向かっているんだと思う。診療報酬の内容はよく分からないが、きっと大変なことが起きていると感じています。だとするならば、例えば三島市と函南町、伊豆の国市と伊豆市の二つに分ければ6～8施設ずつになるので、代表の方に来ていただいて、いろいろな現状やこういう風にしたいたがなれないかといった具体的な意見をこの場で述べていただく方向に持っていくべきだと私は思います。

そういった工夫をされた方が有意義な会議になるのではないかと感じています。ぜひご検討ください。

(紀平議長)

私も賛成で、貴重なご意見だと思います。せっかくこのデータが出ているので、これからどうにう風にしていくのか、現場の意見を聞かないと動けないと思いますので、この会議をそのように進めたらいいのかなと思う。

(小林特任教授)

池田先生が言われたように、病院は潰してはいけないと思っています。浜松で社会保険病院がなくなった時は非常に大変な思いをしましたし、そこで働いていた職員や患者も大変だった。この地域は、医療人材の資源からみると病院、病床数が多い。公的医療機関を除く病院の中でも様々な病院があり、岡村記念病院のように心臓外科をバリバリやっているところから総合病院的な聖隷沼津病院や富士病院やリハビリテーション病院とかいろいろあり、稼働率も本当にバラバラである。回復期や慢性期をやっていこうとするならば90%を超えていないと現実的には厳しい。

そのような中で、常勤医師が2・3名いて稼働率が低いというところは、何らかの解決策を皆で集まって話し合うことも含めて、解決策を探ることをしなければならない。人材が集まらないならばダウンサイジングの考え方は一つとしてあるし、一方で、2・3人の医師で中小規模の病院が在宅医療に対応できるかというは無理だと思う。一定の人数がいる病院だからできるのであって、常勤医が2・3名で夜勤はほとんどがアルバイトで動いている病院で、その稼働率が50%程度だからこれから在宅をやってバックベッドで使おうとしても無理である。そういうところをどう使っていくか、連携推進法人じゃないが助け合うような仕組みが地域でできるのか、その助け合うというのは、経営母体が違う医療機関が何らかの形で資源を共有したり、あるいは開業医の先生方のバックベッドのような形でそれを使うなど、病院を潰さずに、なおかつ少ない医者で稼働率が低い病院はダウンサイジングをしないのであればそこを埋めていくような工夫をしなければならない。そのためには、先ほど言われたように関係者が一堂に集まって具体的にどんな対策があるのか考えていかなければならない所に来ていると思う。

(紀平議長)

他に意見がないようでしたら、すべての議事が終了したので事務局にお返しします。

閉会挨拶

(池田副議長)

皆さまご苦労様でした。会議をやるのならば有意義なやってよかったと言える会議にしたいと思うので、いろいろ工夫をお願いしたいと思います。

16 ページから 19 ページの資料の見方についてのポイントを解説したいと思います。

横軸の赤い線は平均在棟日数の中央値、平均値で、高度急性期を名乗っている病院はほとんど 10 日を切っている状況で、全国でも 9 日程度で同様の状況です。国は高度急性期としている病棟の稼働率は 75%以上としてほしいとのイメージで地域医療構想のガイドラインを作りました。

そういう意味で、これから外れたところを見ると、例えば左下の稼働率が 10%、40%などということは、順天堂やがんセンター、沼津市立、岡村記念病院などの ICU だと思います。元々 ICU は稼働率が上がらないので、決しておかしな数字ではなく高度急性期の分類で問題はない。逆に縦軸を見ていくと、上の方にがんセンターで在院日数が 26 日というのはどのようなところかを見ると、血液内科で抗がん剤を使ってどうしても長くなってしまふということだと思う。これらの表についてこの場で議論するということではなく、各病院がそれぞれのデータを確認してまあまあ妥当かなと納得できるならこれからもそれでいいと思う。

次に、急性期では、稼働率が 10%を切っている三島総合病院や国立駿河療養所の病棟の理由はおそらく看護師不足とかいろいろな理由があると思う。その状況に対してこの地域で応援してあげられる事があるかということ、当地域は、人材が少ないところで箱物が動かないところと思っている。一方で、表の右端に順天堂で稼働率が 120%を超えている病棟もあるように、圏域の急性期の平均稼働率の中央値は 80%程度になっている。

縦軸の在院日数が 50 日に近い病棟が伊豆慶友病院にある。ここは急性期と名乗っていますが、国の考え方や指針では、この病棟のように手術、全身麻酔手術、放射線治療、化学療法件数がゼロのところは急性期として報告しないでほしいとしている。この場において、判断を変えろとかを強く言うべきことではないとは思いますが、各病院の経営を担当する部署が、このような資料を参考にして適切な病床機能を報告すること、自分の病院の立ち位置を見ること、県に対して具体的にどのようなことをしてほしいのかのメッセージを 2025 年プランに出すことが期待されると思う。

回復期では、2 つに分かれていて、中央値が交差する近辺にある回復期リハの病棟と左下の方には地域包括ケアが少し集まっているのではないかと思う。国が考えている病床稼働率は高度急性期が 76%、急性期が 78%、回復期が 90%、慢性期が 91%としており、回復期、慢性期病棟は埋まってほしいとの考えで、稼働率が 6 割、5 割程度の病棟は何

らかの問題、おそらく看護師の問題等があるので、地域としてその空いているベッドを介護医療院のように看護師が少なくてもやっていける方法性の転換を図っていくことも必要だと思う。昨日の在宅医療に関する会議で、この地域は在宅医療があまり動かない地域との話が出た。そういったことから、介護医療院などへの転換は悪い話ではないと思うので、少ない医療従事者の中でどうしていくかを考えていくべきだと思う。

(紀平議長)

小林先生ありがとうございました。我々としての方向性を教えていただいたと思います。在院日数や稼働率は病院や疾患によって変わってくるもので、一概には言えませんが、今後考えていかなければいけないことと思いますが、病院の先生方がでしょうか。三島総合病院の野田先生お願いします。

(野田委員)

先程の話は、おそらく3年前にオープンした周産期病棟のことだと思いますが、それ以外の急性期の3階5階病棟は、今は80から90%の稼働率で推移している。

また、回復期の病棟は4階包括ケアの病棟で、今は稼働率90%、在院日数40日程度で運営している。

(志賀委員)

資料を見させてもらって参考となるところがたくさんあって、他施設との比較も含めて今後の病院運営に活かしていきたいと思います。

(淵上委員)

各病棟の適性にあった患者が段々と振り分けられていけば、うまくいくと思います。

(紀平議長)

このデータを参考にさせていただいて、これからの課題にしていきたいと思います。

次の議題に移ります。議題5「静岡県における医療施設従事医師数の推移等」について浜松医科大学の竹内特任准教授から説明願います。

議事5 静岡県における医療施設従事医師数の推移等」について（竹内准教授より説明）

(紀平議長)

この地域は、医師不足が一番の問題だと思います。東部地域は医師数が少ないところですので、竹内先生のまとめの(2)の最後に記載されていることがこれからの私達の方法性かなと思います。それぞれの足りないところを皆で補って、機能分担、連携していくしかないと思います。この資料には診療科別のデータがありませんでしたが、精神科医の状

況について深澤先生教えてください。

(深澤委員)

全国に比べて基本的に少なく、特に県東部は少ないといわれていますが、県内には浜松医科大学しかないのです。浜松医大か東京方面からの医師をお願いするしかない。

(熊坂委員)

非常にわかりやすいデータを示してもらった。この地域は、トータルで見るとそれほど少ない地域ではないとのことだが、順天堂やがんセンターなどそれぞれ特殊性のある基幹病院から周りの病院に回っていないということがある。

議事 6 地域医療介護総合確保基金について（事務局より説明）

(紀平議長)

池田病院の計画について、何か意見ありませんでしょうか。

ないようでしたら、本件については当会議で同意したということにさせていただきます。

その他の基金事業について御意見ありませんでしょうか。

医師会としては、医師不足が課題ですので、医療従事者の確保・養成に力を注いでほしいと思っています。各団体から御要望等ありませんでしょうか。歯科医師会いかがですか。

(平川委員)

三島市歯科医師会では在宅歯科医療に取り組んでいます。市の健康づくり課を通じて事務局に依頼があれば、歯科医師を派遣するシステムがあるので継続していきたい。

(鈴木田方歯科医師会専務理事)

三島市と同様に行政を通じた派遣体制ができています。

(土佐谷委員)

薬剤師会として在宅医療に積極的に関わってきている。県薬剤師会で実施している研修にも会員を積極的に参加させたいと考えている。

(山田委員)

平成 29 年度は、災害時にも対応できるモバイルファーマシーという中で調剤もできる車両を整備した。来年度は、どこの薬局が在宅対応できるかが分からないとの意見があるので、これに対応できるよう地図におとしたデータを作成して他職種の皆様に配布する計画があります。

議事 7 在宅医療後方支援体制整備事業の実施について（事務局より説明）

(紀平議長)

この田沢医院に係る事業について、ご意見等ございませんでしょうか。

ないようでしたら、駿東地域でも同意しているとのことですので、当会としても同意ということにいたします。

議事 8 循環器疾患対策検討組織の立ち上げについて（事務局より説明）

(佐藤委員)

脳血管疾患、心血管疾患について、予防・早期発見に関しては、東部地域は全県よりも特定健診受診率が高いので更に行政で取り組んでほしい。それ以降の急性期対応、退院・再発予防までは順天堂でしっかりやっているし、岡村記念病院、三島病院等、力を入れているので、この圏域ではそれほど問題にはならないではないかと感じている。

(池田副議長)

脳卒中に関して、東部地域では脳卒中連携パスというもので、東部の病院が月1回全体のミーティングを実施し意見交換を行っている。今、一番問題となっているのはt-PAで、順天堂静岡病院がそれを担っているが、今は、先にt-PAを行ってから救急車に乗せて治療を行うことが全国で実施されているが、その最初の受け皿になる病院がこの辺りには一つもないことが先日の会議で取り上げられた。

(紀平議長)

それも、今後の検討課題としていただきたいと思います。

特定健診について、市町からの意見等いかがでしょうか。また、団体からも意見を願います。

(函南町森課長)

函南町は、特定健診の受診率がこの圏域の中で一番低い状況になっています。昨年度からいろいろ取り組んできているが、なかなか上がらず手詰まりのような状況である。引き続き厚生部をあげて取り組んでいきたいと考えている。

(伊豆の国市山口課長)

特定健診受診率向上に努めていきたい。

(伊豆市堀江主幹)

特定健診に関しては、昨年度アンケート調査等を実施したことから、今年度は多少受診率が向上した。特定保健指導受診率も上がってきており、できるところから努力している。

(三島市三枝課長)

前年度の会議で集団健診の実施についての御意見をいただいたので、未受診者の集団健

診の試行を検討している。受診率向上に関しては、各種団体との連携でキャンペーン等様々な方法で進めている。特定保健指導については圏域で一番低い受診率であり、大幅な見直しを行っていて、受診率向上に取り組んでいきたい。

(朝比奈委員)

健康保険組合ではデータヘルス計画において、特定健診、特定保健指導の受診率を上げるよう求められている。東部地域は、メタボ該当者、喫煙率、高血圧該当者等の状況が高いと聞いているので、心血管疾患、脳血管疾患等への対策を進めていく必要があると思っている。

(堀内委員)

特養を運営している団体としては、最終的に医療の先生方にお世話になることから、是非ともこれから、在宅への移行、看取りに協力してきたいと考えている。

報告事項 1 各医療機関の 2025 年への対応方針の作成 (事務局より説明)

報告事項 2 都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置 (事務局より説明)

報告事項 3 救護病院等に係るアンケート調査について (事務局より説明)

(熊崎委員)

病床機能報告に関する国の通知で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたいとしているが、具体的なツールは用意されているのか。

(鈴木課長)

都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置に関する資料中にあるとおり、定量的な基準については圏域単位で策定するのではなく、全県で統一した基準を県医療対策協議会で検討することになる。

(小林特任教授)

国は唐突にいろいろなことを言い出す。地域医療構想が進んでいないというが、何をもって進んでいないのか説明できないままに都道府県にアドバイザーを設置すれば進むのではないかとその場しのぎである。

端的にいうと、4機能のうち報告数が少ない回復期の病床数が国が定めたイメージに見合うような基準を今年度中に作れと命じたもので、各都道府県は大混乱している。

全国的には佐賀県や埼玉県などでツールを作っており、手術をしたら何点とか点数化して、高度急性期、急性期、回復期を分ける仕組みになっている。各都道府県は、独自の基準の策定が困難であるため、国に埼玉県のツールの配布を要望し、配布される予定である。

埼玉県の基準が全国的にマッチすることはないと思うが、これに当てはめた基準を参考にすることで調整会議が活性化してほしいとの理解でよいと思う。

(竹内准教授)

先の駿東地域の調整会議で、当会議は、駿東地域と三島・田方地域に分かれて開催しているが、病床機能に関する協議や情報の共有を行うにおいて、例えばテーマを絞って両方で一緒に協議、情報共有をしなければいけない事項があるのではないかとということで提案があった。実際の医療提供体制を協議する場として、地域医療協議会ほど大きくないものがあったらどうかと個人的には思っている。

2025年に向けてのプランを全病院に策定してもらうとの報告があったが、当会議に参加していない病院にとっては、何もわからないままにプランを作りなさいということになるので、そういったことも課題になるとの話もあったので報告させてもらう。

当地域の委員、事務局共に考え、検討していく必要があると思う。

(紀平議長)

本日の会議を総括して、小林先生、竹内先生から講評いただけますでしょうか。

(小林特任教授)

この地域は医師不足とか、病床の機能転換とかまだまだ進めなければならない課題があり、地域医療介護総合確保基金を有効活用することが大事だと思う。

本県の26年度から29年度までの基金の未執行額約33億円のうち、18億円が病床機能分・連携推進に関するもので、先程の有床診療所の人件費にも使えるものである。

皆さんの関心が高い医療従事者確保に関する事業のほとんどが研修会の開催等で、人材確保の実感には結びついていない状況にあると思います。多くの未執行額があることは当然よくないことで、皆さんからいい知恵を出してもらって、この地域で取り組めることを探して基金をうまく使って、いい地域にしていくことが大事だと思う。

(竹内特任准教授)

当地域は広くて、数が多く大変だとは思いますが、これをまとめ上げていくには皆さんからアイデアを出していただくことが大事だと思う。

(紀平議長)

どこを通じて出せばいいのでしょうか。

(小林特任教授)

群市医師会等の団体を通じて提案してほしい。

(紀平議長)

以上をもって事務局にマイクをお返しします。

閉会挨拶

(池田副議長)

個人的な感想ですが、三島市の局所、局所の場面ではいろいろ関わってきたが、この会議では高みから俯瞰するような考え方を持たないと意見を言えないのかなと感じた。

竹内先生のプレゼンテーションは非常にわかりやすく感銘を受けた。そのなかで、医師の高齢化がこれほど進んでいることに驚いた。

以上で、会議を終了します。