

平成30年度 第2回 松本医療圏地域医療構想調整会議

- 1 日 時 平成31年1月15日（火） 午後7時から午後9時10分まで
- 2 場 所 松筑建設会館 大会議室
- 3 出席者 杉山敦委員、高橋千治委員、宮原秀仁委員、宗田まゆ美委員、杉山貴委員、加賀美秀樹委員、菅谷昭委員（代理出席：樋口浩松本市保健福祉部長）、中村武雄委員、田中榮司委員、本田孝行委員、相澤孝夫委員、北野喜良委員、中野武委員、高木洋行委員、中土幸男委員、佐野達夫委員、清水昭委員、大久保淳委員、木次由美子委員
事務局 松本保健福祉事務所 所長 塚田昌大、副所長 小林司

4 会議録（要旨）

○開 会

○小林副所長

本日はお忙しい中、ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。ただいまから平成30年度の第2回、松本医療圏地域医療構想調整会議を開催いたします。

私は松本保健福祉事務所、副所長、小林と申します。議事に入るまでの進行をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

今回も、前回の第1回調整会議と同様、病院・有床診療部会の皆様にもご出席いただいているところでございます。

では、初めに松本保健福祉事務所塚田所長からごあいさつ申し上げます。

○あいさつ

○塚田松本保健福祉事務所長

遅ればせながら、あけましておめでとうございます。松本保健福祉事務所長の塚田でございます。本日は新年早々の大変お忙しい中開催となりましたが、委員の皆様方、また病院・有床診療所部会の皆様方におかれましては、本年度、第2回となります松本医療圏地域医療圏地域医療構想調整会議にご出席をいただきまして、ありがとうございます。本日のお集まりの皆様方には、本年も引き続き、長野県の健康福祉行政、並びに当保健福祉事務所の事業等につきまして、ご理解とご協力をいただきますようお願いを申し上げます。

この調整会議につきましては、前回の会議の冒頭のごあいさつでもご説明させていただいたとおり、地域医療構想を推進するために、将来の医療需要の見込みや制度の動向等の情報を共有することにより、地域の医療提供体制の方向性につきまして、皆様と一緒に議論する場としての役割を位置づけてございます。そういったことも、委員の皆様方に改めてご理

解をいただきながら、本日は活発なご意見をいただければと思っております。

さて、本日は公立・公的医療機関以外の2025年に向けた具体的な対応方針についての調査結果について、情報共有をしていただき、今後の当医療圏として取り組むべき課題等につきまして、改めて議論をお願いするところでございます。

調査につきましては、今回の対象となった医療機関の皆様方にはご多忙のところ、大変ご協力いただきまして、そして詳細な状況の報告をいただきましたことに、まずもって、感謝を申し上げたいと思っております。そして本日、おまとめいただいた経過につきましては、この後、共有させていただきますが、改めて将来に向けて、当地域に関しても幾つのかの改善が指摘されることと考えております。

本日は、これらから見えてくる当地域の課題につきまして、改めて課題を指摘していただきまして、今後の方向性などにつきまして、委員の皆様方からご議論をちょうだいしたいと思っております。

また、本日は最後の部分で、杉山会長さんから松本市医師会のリビングウイルの取り組みにつきまして、情報を提供いただくことになっております。

現在、国では、人生の最終段階の医療につきまして、本人や家族、医療関係者と繰り返し話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」についての取り組みを推進しており、先般、そんな話を人生会議で決定をいたしまして、この普及をしていくこととしております。

このような状況の中、本人の意思を医療関係者等が確認をしながら、本人の望む医療を提供していくことも、今後の医療現場ではさらに求められてくる場所だと思っております。この観点からも、松本市医師会の取り組みが今後、当地域でも広がっていくことが期待されておりますので、本日お集まりの皆様方も、この取り組みを知って頂ければと思っております。

最後になりましたが、本日の会議におかれましても、この当地域における医療提供体制の今後のあり方につきまして、積極的なご意見をいただくことをお願い申し上げまして、私からの冒頭のあいさつ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。

○会議事項

○杉山会長

皆様、こんばんは。お集まりいただきましてありがとうございます。

本日は、前回ご審議いただき、県が調査を行った公立・公的医療機関以外の医療機関の2025年に向けた具体的な対応方針につきまして、かなり内容のある調査になりましたので、それをまず解説していただいて、ご理解いただき、分析をしていただきたいというのが1つでございます。

それからもう1つ、3月15日に、長野県全県の地域医療構想調整会議に相当するものが開催されます。そこに向かって、松本医療圏としてどのような発言をしていいか、どのような

姿勢で臨むかということについて、示唆を与えていただけるようなご審議を、討論いただければありがたいというふうに思います。

(1) 公立・公的医療機関以外の医療機関の2025年に向けた具体的対応方針の調査結果について

○杉山会長

それでは、次第に沿って進行させていただきます。

初めに会議事項(1) 公立・公的医療機関以外の医療機関の2025年に向けた具体的対応方針の調査についてです。

前回の調整会議後、各病院から提出していただいた調査表の集計結果について、まず事務局から説明いただきまして、その後、各病院から個別に説明を短くお願いしたいというふうに思います。

(県医療推進課担当者が、資料に基づき説明)

○杉山会長

ありがとうございました。それでは、各病院から、2025年に向けた具体的対応方針の概要について、ご説明をお願いします。

まず初めに、穂高病院から、お願いします。

○穂高病院 横澤経営事務部長

2025年に向けた当院の対応ですが、いま現在127床のうち79床が一般病床。48床が療養病床という形になっております。当院には産婦人科があり、年間500件のお産も含め一般病棟の79床を運用しています。

今後、今の段階ですと、急性期の79床はそのまま継続していきたいと思っており、私ども産婦人科もありますので、一般病床はこの中に含まれているので、今のところは可能な限り、継続をしていきたいということ、経営面も含めて、行けるところまでやっていければと思っております。

病院の方針としては、先ほどありました出産ということもありますので、それを踏まえて、地域の回復期病院として、病床も確保していきながらやっていきたいと思っております。

急性期の扱いといたしましても、今後も近隣の病院や診療所との関係を継続しながら、近隣の開業医の先生から紹介をいただいて対応することも多々ありますので、そういうようなものを、当院の一つの特徴として、やっていきたいと思っております。

あと、在宅の関係につきましては、当院でも内科の医師が不足していること、また今後、手術についてもどういうふうにしていけばいいかというのは、課題であると聞いています。

やはり医師がいれば、在宅として対応はできるのですけれども、やはりスタッフの確保が大きな課題になってくるかなと思っております。

○杉山会長

ありがとうございました。

一之瀬脳神経外科病院、高山副院長、お願いします。

○一之瀬脳神経外科病院 高山副院長

一之瀬脳神経外科病院は、現在は、急性期病床が50床ですが、4月に回復期リハが30床できる予定で、そのときに急性期病床は47床に変わる予定です。

一之瀬脳神経外科病院としては、周辺の病院や診療所との間に脳外に特化した関係を構築して、急性期病院としての役割を果たしていきたいと思っていますところです。

問題点としては、やはり、どこの病院も同じように、当院、スタッフ不足です。特にナースとドクターが不足しておりまして、日常診療、救急診療、特に救急診療を支えるような体制の構築に当たり、常勤で働いている先生に大きな負担をかけているような状況でございます。

○杉山会長

ありがとうございました。続きまして、塩尻協立病院の中野院長、お願いいたします。

○塩尻協立病院 中野院長

塩尻協立病院は、総病床数99床、一般が42床、療養が57床ということでございます。診療科は内科と小児科が主ですけれども、小児科は外来のみですので、入院機能としては内科のみという形になります。

急性期の機能としましては、地域の在宅、それから開業医の先生方や周辺の病院からの紹介に応じた高齢者を中心とした急性期医療を担っております。それから、松本協立病院、松本医療センターや相澤病院など、松本医療圏における急性期のポストアキュートを急性期病床で受け入れて、その後、直接、在宅施設という場合もありますし、療養のほうにつなげるという形の場合もございます。

療養病床のほうは、今のポストアキュートからの流れで入院されている方が多いです。それらの方々をできるだけ在宅なりにして、地域に戻っていただく形でやっております。

課題としましては、医師の後継者対策です。全体として高齢化しておりますので、何とか若い先生に来てもらえればと思っておりますが、なかなかそこには至っておりません。

今後の方向性としてしましては、地域の高齢者の急性期に対応するために、今の体制を維持していきたいと思っております。それから、時代の要請でもあります在宅医療、本来の意味では自宅、それから周辺施設での訪問診療を今後とも展開していく予定でおります。

○杉山会長

ありがとうございます。桔梗ヶ原病院の小松先生、お願いします。

○桔梗ヶ原病院 小松医師

当院は、一般病床45床で、回復リハビリテーション60床、療養病床66床で回わしております。現在は、他の急性期病院からのポストアキュート患者の受け入れをメインにやっておりますが、具体的な病床数は未定ですが、今後何床か介護医療院への転換についても考えている最中です。

○杉山会長

ありがとうございます。相澤東病院の宮田院長、お願いします。

○相澤東病院 宮田院長

相澤東病院の宮田でございます。現在は42床を医者3人で、全て地域包括ケア病床で回しておりますが、この2月1日からは12床増床して、54床になります。今後の方針としましては、何としても在宅復帰率の向上がひとつ課題で、直近6カ月だと78%ぐらいですけども、リハの質を向上することで復帰率を上げていきたいと考えています。

それからもう一つ、サブアキュートの患者さんを、レスパイトも多少含みますけれども、いかに多く取れるのかという、現在の直近6カ月では、38%ぐらいの患者さんが、相澤病院のほかに、かかりつけの先生方も入っておりますけれども、これをどういうふうにしていくのか、これは要するに、地域のどの程度の急性期の患者さんを受け入れていくかということと直結するんですけども、ご高齢の患者さんの誤嚥性肺炎、心不全なども受け入れるのかということ。

3つ目は、本当に重装備の急性期病院に行かなくてもいいような患者さん、簡単な血液検査とレントゲンで診られるような患者さんを診ていければいいなと思っております。

それから、ポストアキュートに関しましては、地域包括ケアという考え方でいくと、あまり広いところから患者さんにポストアキュートで入ってきていただくのではなく、ある一定の地域、例えば相澤病院であれば松本市と、その3分の1ぐらいの地域の方に、ある程度優先して転院してきてもらう。これは県内の在宅にさせていただくという患者さんが戻ってくる場合もあるわけですけども、そのようなことを考えております。

今後の病床数の増減に対しては、この2月に、先ほど申しましたように、ちょっとふえていますので、その稼働率を見ながら決めていくということですけども、現状42床の段階では1床か2床しか空いていない状況が、直近6カ月でずっと続いておまして、12床増えても、あつという間にいっぱいになってしまうんじゃないかなというふうに思います。

それから、外来と訪問診療等のあり方があると思うんですけども、外来に関しましては、

かかりつけ医の先生方のところから患者さんが引っ越してもらうのもいかなものかなと
いうことを考えておりますので、比較的、東病院に近いところの患者さんに、直に来ていた
だければいいかなというふうに思っております。

訪問診療に関しましては、法人内で、法人の結いというサポートを持っておりますけれど
も、それ以外に当院独自に3名の患者さんを訪問診療させていただいております。これは全
て、かかりつけの先生方からの行けなくなったから見てくれという依頼による在宅のほう
です。それと看取りに関しましては、5カ月で3名、在宅で看取りを行っておりますが、こ
の領域をどの程度増やしていくか、これはやはりかかりつけ医の先生方、医師会の会長等々
ともお話ししながら、広げていけばいいのではと思っております。

○杉山会長

ありがとうございます。丸の内病院の中土院長先生、お願いいたします。

○丸の内病院 中土院長

丸の内病院ですけれども、入所数は191人でございますので、そのうち、急性期が141、地
域包括ケア病棟が58からなっております。医師は常勤が33名で、非常勤が常勤換算で5.4人
です。救急車の年間受け入れが865件でございます。

地域とのネットワークにつきましては、急性期病院からの受け入れは信大病院が一番多
くて年間41。この中身は終末期患者がかなり含まれております。そのほかは一桁であります。

急性期病院への救急搬送は信大へ依頼、新生児の搬送は信大病院と連携、こども病院が次
になっております。開業医との患者の急変受け入れは年間101人、介護施設では、当院、法
人は2つの介護施設を持っておりますので、昨年度は法人以外への訪問看護は行っており
ません。病床利用率は全体で82%であります。

病床の抱える課題としましては、院内は地域密着型の診療科と専門分科した診療科に大
体、分けられると思いますが、総合診療ができる医師が高齢化してきており、後継者確保が
少し困難であり、従って夜間の対応とかが、在宅診療に多少、支障を生じているというこ
とです。

それから将来構想ですけれども、2025年の姿ということでは、来月から工事に入りますけ
れども、緩和ケア病棟を来年の2月、あるいは3月ごろに10床、病棟に隣接して二階建てで
造ります。そこには緩和ケア外来も置いて、緩和ケアの一つの拠点にしたいと考え、専門家
を集めているところでございます。

それから、もう一つの問題としては認知症などへの措置について、神経内科の常勤医がい
ないということで、信大からのパート医師に頼っていると。それから、どうしても整形外科
がメインということもございまして、一緒に啓発したり、頭部外傷といった脳外科が併設
されておられませんので、これについては、一之瀬脳神経外科病院と連携をしていくとい
うところが一つの例であります。

それから、地域密着型ということでは生活習慣病とか糖尿病、骨粗しょう症といったようなところを専門外来でやっておりますけれども、今後、できましたら診療所との連携を密にしながら、例えば連携バスを使いながら役割分担をしていきたいと思っております。

先ほど申しあげた緩和ケア病棟10床ですけれども、これは199の中でまかないたいとしているわけでありまして、急性期病床を一部削って10床を行いたいと思っております。

○杉山会長

ありがとうございました。続きまして、松本歯科大学病院の前島院長、お願いします。

○松本歯科大学病院 前島院長

当院は31床の急性期病床で10対1です。歯科医師研修指定病院という旗印があつて、医科は内科と眼科と耳鼻科と皮膚科、4科で運営していますが、31床の病床数の利用率としましては、今回、社会資源が十分利用できていないという利用率の低さで、反省しなければいけないということです。今、立ち位置としましては、目、鼻、口の頭頸部領域の外科病院という立ち位置で、口腔外科中心の口腔がんとか、顎変形の手術をやりながら、耳鼻科と眼科の入院患者さんを入れるという方向で編成していますが、口腔外科は歯科領域では、正直、ベッド数が埋まりません。病床利用率もほとんど医科の眼科と、内科の内視鏡的な処置、また歯科と医科の統括医療としましては、摂食嚥下か、睡眠時無呼吸ぐらいしかなく、特に睡眠時無呼吸の検査入院で入院病棟を利用しているところです。

問題点としましては、医科として急性期病院を目指すとしたら、31床という病床数や常勤の麻酔医がいない状況では、どうやっても経営的にも運営が難しく、今後の運営方向が課題となります。

病院内の議論としては、あくまでも急性期を保つとしていますが、頭頸部領域の外科病院として、医療圏を松本医療圏に絞ると口腔外科ではとても運営が困難なので、全県域などもうちょっと広い医療圏で口腔外科領域を紹介受入ができればと思っています。医科に関しては場合によって、急性期病床でなく、違う病床に転換するという意見もあります。

○杉山会長

ありがとうございます。松本中川病院の中川院長お願いいたします。

○松本中川病院 中川院長

当病院は、糖尿病を中心にその合併症に加えて、透析などの関連した治療を行っています。

当院は、院内で手術を行わないので、重病の患者を年間500名程度総合病院に紹介するなど地域と協力をしながら運営しています。

また、今後その中で、糖尿病を含めてやはり急性期を過ぎた方で、他病院からの紹介で転院をする患者が多いことから、35床の回復期病棟を今夏に向けて建築しています。

また今後さらに医療介護連携が必要になると思いますので、そういう面も、今、スタッフとミーティングをしながら、さらに充実していきたいと考えております。

あと、問題は何かというようなこともありますけれども、やはり本当に一生懸命やれるスタッフ、それと、今、チーム医療を充実させながら地域に貢献できるような体制を整えていきたいというように考えているところがございます、地域のご協力をいただきながら運営をやっていききたいというように考えております。

○杉山会長

ありがとうございました。城西病院の高院長、お願いいたします。

○城西病院

城西病院は、一昨年に精神科の急性期病床を立ち上げまして、それに伴いまして病棟の改変を行いましたので、精神科70床とそれ以外の174床を減少しまして、現在は精神科70床と、169床の一般病床で運営しております。当院は回復期リハビリテーション病棟を一昨年に増やして、現在、リハビリテーション部門を中心に、こちらにも力を入れております。

当院は急性期病棟において、超急性期、急性期の病床は取っておりませんので、いわゆる亜急性期ないしは、ポストアキュートの急性期、ないしは超急性期の疾患を終えた術後、ないしは内科疾患を含めて、その受け皿としての役割を担っているということで、地域密着型のポストアキュート、ないしはサブアキュートの受け皿としての使命を負っているということで、非常に慢性期型の病院に特化しております。

その中で、病床を一昨年に編成し直したときに、一般病床を減少させまして、40床になっております。

地域からの、急性期を終えた病院としては、特に一番連携が強い相澤病院、相澤東病院を初め、一之瀬脳神経外科病院、国立まつもと医療センター、信州大学等からも、急性期を終えた患者さんの受け入れを目指しております。

特に昨年は、中信地区で唯一の認知症疾患医療センターが当院に開設されましたので、今後は認知症の患者さんへの強化を図っていくということで、そちらのほうにも本年度は力を入れまして、高齢者の認知症疾患と内科での疾患、あるいは精神疾患を持ちながら内科疾患を持っている患者さんのために、さらに活用を広げていく予定でございます。以上です。

○杉山会長

ありがとうございます。松本協立病院、佐野院長お願いします。

○松本協立病院 佐野院長

松本協立病院は、現在急性期部門がハイケアユニット8床を含めた40床、地域包括ケア病棟として49床の合計199床で運営しています。基本的には地域の救急病院として、内科、外

科を中心とする急性疾患への対応を中心に在宅介護の患者さんにも対応しています。将来的にも、基本的にはこの構成は変えないように考えています。

当院の将来的なもの、科内ということで行くと、やはり急性期部門を担う医師、医師養成を含めた医師の確保、あとは診療報酬上の制約で、今、この地域包括ケア病棟と急性期のバランスをどうしていくのかというところが課題になってくるかなというふうに考えています。

○杉山会長

ありがとうございます。藤森病院の藤森理事長、お願いいたします。

○藤森病院 藤森理事長

当院は、今、病床は60床で、1病棟で運営しています。60床の内訳は、急性期病床50床、地域包括ケア病床10床です。

今回、9床増床し、9月からは一般病床の急性期を39床、地域包括ケア病棟を30床という形にして、病床を2つに分けるようにする予定です。

現在、これは入院患者さんの構成といたしましては、一般外科の患者さん、あと信大病院、相澤病院からはポストアキュート患者さん、あと心臓血管の患者さんの救命時の受け入れ、あと、今、四賀福寿荘の嘱託医として入居者の急変、サブアキュートの運用を受け入れています。

やはり今後、どうしても一般外科のフリー患者さんが減ってきているということで、高齢の患者さんを対象にするため、今回、地域包括ケア病床を10床から30床に増床する予定です。

今後の方針といたしましては、やはり近隣の高齢の患者さんを対象に、ある程度、地域に密着した医療を展開していかなければいけないと考えています。今、常勤医が8名で、外科が6名、内科が3名、整形外科が1名ですが、医師としては整形外科1人だけということで、全県下、不足しているということと、あと9月から病棟が2単位になりますが、看護職員の確保が課題になっています。

○杉山会長

ありがとうございます。この調査結果を、保健福祉事務所と相談して、課題として3点挙げさせていただきます。

一つは、まず、2025年に必要病床数に比べて263床が過剰になるという調査結果があります。高度急性期以外の病床は現在の増加数、必要病床数との比較では、急性期が過剰になる、一方、回復期が不足しているという結果になっています。

2番目といたしまして、他の機関との連携についてですが、医療機関同士の連携関係は構築されていることが読み取れますけれども、介護福祉施設との連携についてはより幅広い連携を図れることが残されているのではないかと、自らの法人と関連施設とは密接な関係が

出てきますが、そういう関連をもっていない例えば特養の配置医とか、老人ホームの協力医などは、診療所医師の方が担っている状況です。

3番目ですが、医療スタッフ全般の確保に苦勞しているという意見が多いようにお聞きしました。

それからもう一つが、急性期病院が回復病床を設けられる、それから地域包括ケア病棟を整備する結果、慢性期を担う病院の維持が困難にならないかということなどが、この数字から読みとれるか、一応、課題として見えるような気がいたします。

まず、必要病床と比較してこの調査結果で示された病床機能に過不足があるかと、要するにこれで、当地域の病床機能について、この方向性でいいか、その数字を見ていただいて、ご議論いただきたいと思います。

それからもう一つ、慢性期を担う病院を維持するための方策として、どのようなことが挙げられるか、今の形で慢性期を行っていらっしゃる病院の維持がどうなのかという、この2点、ご議論いただければありがたいと思います。

時間のこともございますので、相澤先生に、全体を通じてこの調査結果を含めてお話をいただきたいのと、それから、先ほど医療タイムスの新春インタビューを出しましたが、ここに、ちょっと直接関係ないのですが、「自由開業制にメス」という言葉をいただきまして、やっぱりなかなか、ストレートには聞けない言葉ですが、どのような状況かということも含めて、お話いただければありがたいですが、よろしくお願ひいたします。

○相澤院長

もともと、この地域医療構想の病床をどうするかというのは、各病院の考え方でいいということから始まったので、多分、その考え方にばらつきはたくさんあるのだろうということ想定として始まったわけですが、あまりにばらつきがあるために、いろいろな県で定量的な基準を決めて、その定量的な基準に合わせようというぐらいにして、今、進んできています。長野県は決めるのかどうかわかりませんが、今日聞いたお話でも、同じような病床の使い方なのに、先生によってかなり差があると。どういう病棟に行くかの差があって、いろいろな考え方があるものかなという具合に思いますが、多分、何か数値で、このまま行くと定量的な基準を設けて、病棟の機能を決めざるを得ないということです。

そもそも、一番の議論の問題は、回復期は急性期と見てはいけないうことは全くないわけで、例えば地域包括ケアでも急性期の患者さんはいるし、回復期の患者さんもいるし、場合によっては慢性期に近い患者さんもいますし、急性期の病棟でも、おそらくこんな形ですね。ただ、どのような病気の患者さんが多いのかということが、多分、大きな問題になってくるのだろうと思ひまして、その辺のところを先ほど県から示していただいたようなデータを見ながら、やはり一定の線を引かざるを得ないのではないかと考えざるを得ないということだと思ひます。

今、日本の医療というのは皆保険制度、それから自由開業制、フリーアクセス、出来高準

拠の診療報酬ということできているわけですが、この四本柱が揺らぎつつあるというのが現状としてあります。

それもこの皆保険制の維持をどうするのかという大きな課題で、多分、皆保険制すら、今、もう議論の対象になっているという状況です。

それから、ご存知のようにCT、MRI、高額な機器は医療計画、これは地域医療構想の仕組みでやっているのですが、その中で、ある機能を持った病院が設置する場合は財政的な支援をしないと、しかし、その機能を外れている病院に関しては財政的な支援をしないような方向に少し動きつつあって、今回の消費税に関する対応にも、その辺がもう明らかに表れてきているというのが、一つの事実としてあるかと思えます。

そしてご存知のように、今、医師偏在対策に国は大変、力を入れております。これに関しましては、医師の大学での教育から、その後の研修、それから、その後の専攻医としてのその資格を得ることから、その後のキャリアパスまで含めてどうしようかというのが議論になっていまして、この医師の数を、その地域が適切かどうかというのを、今、計算する式を出そうとしています。その主なものが、昼間の人口によって医療需要を計算して、そして、まずその地域の医師数が足りているかどうかということですが、残念ながら、まだ、松本二次医療圏がどう計算しても医師過剰の地域です。ですから、これ以上、医師の手配はどんどん来るということは、この医療圏はあり得ない。もちろん大学病院を始め、まつもと医療センター等々病院があるわけで、そういうところの医師を計算していくと、医師過剰地域だということになっていきますので、どちらかという、医師の少ない地域にどんどん医師を派遣してくれという方向で、この地域はならざるを得ないのだというのが、今後の方向であろうと思えます。

もう一つは、ここに自由開業制と書いてあるのは、厚生労働省は、今度は外来での需要を割り出そうとしています。その外来の機能によっては、更にこの地域は医師の制限がかかってくるという可能性があって、外来機能の計算をどうするのか、外来機能に該当する患者さんの需要をどうするのか、どう計算するのかというのは今後の課題ですが、その辺でも、やはり医師過剰になるところから医師を派遣してくれという、この地域にはそういうことが起きてくる。と、なると、なかなか、急性期をどんどんやっていくから医師が足りないというのは言いづらい現状が、今後、この松本については来るかということのように思います。そんなところが問題になっています。

それから、消費税問題に関しましては消費税を診療報酬でずっと補填して差を少なくするという方向に行くのですが、今、厚生労働省、盛んに計算して示してきますが、どうやっても診療報酬では埋めることはできません、どうやっても無理です。これで解決したのではないかと、日本医師会の会長も含め、今、病院団体からもすごいプーイングで、まあ解決はしていないと。将来、どうしても課税に持っていくしか方法論がないのではないかと、非課税のままはもう絶対無理だということで、今、話が進んでおります。

それからもう一つは、先ほどお話がありましたACPについてですが、ACPについては、

総理大臣の肝いりで委員会をつくられまして、その中でこのACPを人生会議という名前に国民に広く周知をすると、それに関しては病院や医療機関のご協力をたまわりたいというのが、今の現状ではないかなと思います。以上です。

○杉山会長

ありがとうございます。相澤先生、ありがとうございました。

それでは、少しご意見をいただきたいと思います。この病床機能に過不足があるか、今の263床は過剰になる。それから急性期が多く、回復期の病床が少ないという状況が25年には、今のままで行くと予測されるのですが、それについてのご意見というのは、それをよしとするかどうかということでございます。

前から議論をしておりますけれども、この松本医療圏には、信大病院なり、こども病院なり、相澤病院なり、まつもと医療センターなり、かなり全県の医療を担う病床というのが一定数あるという認識だろうと思います。

ですから、それをその各医療圏において、平等に地域医療構想で数えた数にならないかということ、そのまま受け入れて拙速に病床を減らしていくことは、注意深くやりましょうというような議論をこの3年間、調整会議で行い、共通認識となっているわけですが、松本医療圏だけちょっと相反しているみたいな空気も全県ではあるわけですが、その辺のところ、ご意見をちょうだいできればいただきたいと思います。

今度は県の調整会議、松本医療圏はこう考えますという、一定の言い方でやっぱり表現しないといけないということです。

何かご発言ございますか。どうぞ、宮原委員、お願いします。

○宮原委員

調整会議に先立って、各病院から出してもらった調査票を見せてもらいました。

平成29年度の病床機能の報告と、2025年に向けた対応方針調査結果を比較すると、高度急性期は特定機能病院の信大と3つの地域医療支援病院とこども病院に集約されて、対応方針の調査結果の病床数が513床で、必要病床数の503床とほぼ同じなので、高度急性期に関しては、これでよいのではないかと思います。

一方、急性期ですけれども、急性期はもともと大きな割合で、高度急性期から移行する部分もあって、2,065床と、必要病床数の1,432床よりもかなり多い状態です。

回復期は589床と、平成29年度の病床機能報告よりも89床増えていますが、それでも必要病床数の1,098床に比べると、かなり不足しているということです。

慢性期も、平成29年度の病床機能報告に比べて218床増えて691床になっており、必要病床数の562床より129床多い状態になります。

次のネットワークの調査結果を見てみますと、具体的な数字ははっきりしないのですが、どの病院も急性期からのポストアキュートの患者を積極的に受け入れているように思いま

す。しかし、在宅患者のサブアキュートの受け入れはあまり進んでいないのが実情です。慢性期の患者は、介護医療院も含めてもっと在宅医療に委ねて、そのサブアキュートの患者として、地域包括ケア病棟に受け入れるようにすればよいのではないのでしょうか。

次に、病院が抱える課題を追ってみますと、医師不足、それから医師の高齢化、看護師等のスタッフ不足、それから診療報酬の改定、そういったものが見られております。今後、急性期病棟を維持していくことは、ますます大変なのではないかというふうに思います。

今後の方向性を見てみると、訪問診療の充実を挙げている病院が多いのですが、これは、自院での在宅診療の充実と同時に、開業医との連携を強めて、サブアキュートの受け入れを積極的に行う必要があると思います。これからはその人員で、急性期から慢性期まで全てを診るのではなくて、この地域の他病院の急性期機能とか、開業医の在宅医療を受けて、地域で診ていくというふうに考えてもらえばよいのではないかと思います。

今回の調査結果を見せてもらって、今後の検討方針、方向性として2つのことが考えられると思います。1つは過剰になっている急性期病床を回復期病床に回して、ポストアキュートとか、サブアキュートの患者を地域包括ケア病棟に繰り入れていくということです。もう一つは、在宅医療を充実させて、慢性期病床をもう少し在宅医療に回すように努めているところではあります。

それで、急性期病床の問題が一番大きくなると思うのですが、今日の資料を見ますと、先ほど事務局からの説明がありましたように、急性期の資料がたくさん揃えてもらっていますので、こういうことも参考にして、急性期病棟をどういうふうに考えていくかというのが、これからのポイントになるように思います。

○杉山会長

ありがとうございました。多くのことを言っていただきましたが、ご意見はほかにございますか。

もう一つ、先ほどご指摘申し上げたのは、慢性期を担っておられる病院が、将来的に維持できるかどうかということが一つあると思うのですね。それについてもご意見があればお願いしたいと思います。

診療所が在宅医療をどのくらいやれるかということは、今、県医師会が、3年ごとに調査しています。今年3回目の調査をして、この6～7年でどのくらい変化があるかということ調べます。一定数の増加は、認められますけれども、看取り数がすごく増えるのではないけれど、やるという人はこの3年間で増えている。特に今回の調査では、今まで在宅医療ということで一つにしていたのですけれども、病院が行う在宅医療と診療所が行う在宅医療とに分けて、明確になるようにしてみたいと、県医師会では計画しています。

要するに、先ほど言いました、病院が、回復期リハ、地域包括ケア病棟へ転換していく。更にご自分のところで在宅医療のチームを作って訪問診療に出るということをする。失敗すると診療所をどうしようか、在宅医療をどうするか、それから慢性期の病床はどのように

なってしまうのかというようなことを先ほどの調査結果から、考察すべき視点として挙げていかなければいけないだろうという指摘でございます。

今日は情報共有ということでもありますが、やはり松本医療圏としてどう考えるかということの示唆をいただければ、ご発言いただければありがたいのですが。

そうしましたら、今回、調査対象とならなかった病院の院長の先生方、いらっしゃいますので、安曇野赤十字病院の中野先生、ご見解はどうでしょうか。

○中野委員

先ほど相澤先生がおっしゃった医師の過剰地域ということで、ただざっくりと数字だけで見るとそうなんでしょうけれども、大学病院もあるということで、そういうところをちょっときめ細かく見ていかないと、実際は、地域での一部偏在というのは大きな問題になっていて、地域医療を遂行するには、ちょっと問題になるのではないかなということを感じました。

○杉山会長

ありがとうございます。松本市立病院の高木先生、いかがですか。

○高木委員

まずは自分の病院のことですが、ベッド数を昨年10月に199床に下げさせていただいて、もともと、この数年かけて急性期の病床を減らして、回復期の病床を増やしていくことを行ってきました。うちの病院の役割かなと思っています。

しかし実情は、急性期に関して、減らしたせいもあるのですが、ベッド関係に関しては、一応、基準としては78%という数字がよく言われていて、それに前後する数字が出ておりますが、意外と回復期の病棟に、地域包括ケア病棟に少し空きがある。病棟の構造等の問題もあるのですが、そこら辺で、まだまだお役に立ってないのかなということを感じております。

うちの病院で、新築に向けての様々なことを、マスコミ等を通して発表させていただいているところですが、実は29年度のベッド回転が、28年、29年がちょっと非常に低くて、経営的な問題もあったわけですが、30年度は少し、元来の姿に戻りつつあるという状況です。

○杉山会長

ありがとうございました。まつもと医療センター、北野先生、お願いいたします。

○北野委員

どこの病院も、あるいは診療所も経営を維持していかないといけないと思うのですけれども、おそらく本質的に国の医療・福祉が大きくなり過ぎる、なり過ぎているという状況はあるので、いずれ本質的にはその部分はもっと縮小して、もっと生産性のあるところに力

を入れていかなければいけないのではないかというふうに、総論としては思います。

例えばまつもと医療センターでは、10年前と比べて、115床くらいの病床を減らしてやっているわけです。松本二次医療圏は明らかに過剰ですが、ただ、高度医療を提供する病院もあるので、そういうところはやっぱりちょっと考え方を、長野県全体を見据えた形で、松本二次医療圏にこだわらずに、やっていかないといけないかと思えます。

いずれにしても、医療をもっと縮小していく方向に考えていかないといけないと思います。これだけ難しいのは、やはりどの病院も生き延びていくということは必要なので、では、どうしたらいいかということで、この地域の医療の質を高めるようなことをやりながらやっていかないと、将来、難しいのではないかということです。ちょっと抽象的ですが。

○杉山会長

ありがとうございます。保健組合の立場から、清水委員さんと大久保委員さんに一言ずつお願いしたいと思えます。

○清水委員

高度急性期から急性期、急性期から回復期ということで、病院が、自主的にご判断いただいて、ご協力をしていらっしゃるということは、私どもとしましても受け入れているところではございます。

一方、病床機能報告別の必要ベッド数は、いろいろな考え方はあるかとは思いますが、時間をかければ、これがある程度まとまってくるのかどうかというのは、ちょっと疑問を感じているところもございまして、やっぱりある程度の方向性であるとか、スケジュール感というのが、やっぱり議論していく上で、どこかでリーダーシップを取っていただいて、そういった方向性を出していただくというのが必要なんじゃないかなというのを感じているところです。

○杉山委員

大久保委員さん。

○大久保委員

必要病床数に対しまして過剰になっているというところは、今の清水委員と同じでございまして、どうやって解決していくか、それぞれの病院のご事情もありますし、なかなか経営があるので、どうやっておまとめになっていくのかなと、若干、心配しているところもございまして、健康保健組合としては大変、医療費が高騰している中で、これからの医療というのはどういうふうに変っていくかなと、大変、心配しているところでありまして、皆保険制度を守りたいというのが私たちの考え方でございまして、そんなことを含めて、ご協力をいただければと思っております。

○杉山委員

ありがとうございました。木次さん、すみません、ご発言をお願いします。

○木次委員

一般市民の立場でお話を伺わせていただいています。とっても難しいお話が、急性期の高度医療をお持ちの病院があるということはとても頼もしいことですし、また、地域に密着したお医者さんがいらっしゃるのもありがたいことで、どういうふうに行けばいいのかなと迷ったときには、大きな病院というのもあるし、もう身近でいつも見てくださっているお医者さんがいて、そこに病床があつてというのがわかるかなという、この程度はどうにかなりませんかという感じでしょうか。

何と、まとめていいのかわからないのですけれども。この一番、右端の2025年の構想の3,595床というものにしなくちゃいけないのかなと。3,858床では、まだ困るのかなという、ちょっとそんな思いです。

○杉山委員

ありがとうございます。すみません、医師の確保問題、かなり大変だというお話がございました。医師のことにかかわる点で、信大の田中委員にお願いしたいのですが、ご発言をいただきたい。

○田中委員

医学部長をしております田中でございます。地域で働ける医者を確保するという観点で、医学部のほうもいろいろな取り組みをしております。

一つは、臨床実習を、地域の病院でお願いするようになってもう5～6年になりますけれども、そういう人たちが卒業して3年ぐらいになり、結構、地域の病院で研修をする人が非常に増えていると。ぜひ、そういう人たちをもう一回、きっちり教育して、地域医療に役立つようにしていただければと思っております。

もう一つは、推薦入学ですね、120人の定員のうち現在20名が推薦入学で入っております、そういう人たちがどうなっているかということで、約9割が長野県に残ってもらっております。そういう人たちが地域医療に興味を持っていただけるように、2年前から地域滞在型臨床実習ということで、診療所に2泊3日で泊まり込んで、地域の病院で勤務するとか、積極的に地域に定着してもらってお医者さんを抵抗感なく育てるといったような努力をしているところでございます。

○杉山委員

ありがとうございます。それに関連しまして、昨年度、県で始めました医療人材拠点病院

として指定を受けていただいた相澤病院の田内先生、ご発言いただけますでしょうか。

○相沢病院 田内院長

医師の派遣の話ですけれども、これは次に運用できる仕組みをつくっていただくしかないのではないかなと思います。

当然、リクエストされる病院、幾つかの病院の間でマネジメントをちゃんとしていただくと、その派遣を依頼する病院は、自分の病院が地域においてどんな機能を持っている病院で、だから、こういう医師を派遣してほしいと、そういうリクエストに対して、例えば相澤病院からこういう医師を派遣しましょうという、調整の役割をきちんとできる仕組みをぜひ作っていただければというふうに考えています。

○杉山委員

ありがとうございます。この医療の人材拠点病院、どのようになっているかは運用次第というふうに思いますけれども、どのような機能を発揮するかというのは非常に大事なことでと思います。そのほか、先ほどご提示申し上げた課題としまして、これについてのご発言はいかがでございますか。

相澤先生のお話で国民皆保険、自由開業制、フリーアクセス、日本の誇ってきた、積み上げてきたことについても見直しが図られる。世界で最高の長寿のアウトカムを達成している医療が、悪いはずがないわけです。ものすごく、評価しないと、反省ばかり日本人はすると思います。確かに、そのコストの問題、時代にあわせた修正が必要だと思いますけれども、必ずしも、自由開業制が悪いという、そういうことではないようにも思っております。これは私の感想ですけれども。

ですから、その地域医療構想のそのものの数字に反しているから動くわけではないということ。今日の調整結果などを見て、もう一度、病院の経営者に自らの病院の構想を考えていただく。そういうふうに思っております。

もし、お許しいただければ、県の調整会議で発言が行われましたら、そのときというのは、こういう状況であるけれども、拙速に、ベッド数をどんどん減らすというふうには言えないと、慎重であるべきだという姿勢は、申し上げたいというふうに思っております。それで何を言われるかはちょっとわからないような気がします。中村村長さん、何かご発言ございますか。

○中村委員

ご指名でありますので、行政の立場から少し申し上げたいと思いますが。

松本のこの地域の大きな特徴は、医療、医療が非常に充実している。これは全国でもいわゆるトップクラスであるということをお互いに認識はもうされていると思いますが。そういう中で、今日、こういう議論の中では、これからの人口減少時代の中で、ベッド数をその

ままいくと、お互いに共倒れになることになれば、やはり大きな課題であると思いますが、私としては、ひとつ先ほど申し上げましたように、医療機関、特に信州大学、それから国立の医療センターが、こんな小さなところに2つあるということは、これ全国の中でも大きな特徴だというふうに私は見えています。

で、ありますから、ベッド数は、私としてはそれぞれの医療機関の皆さんが無理して行政的に減らす必要はないと。ただ、運営ができなくなる、経営ができなくなるということだと、これまた別だというように思いますが、そういう中で、共倒れをしないための病床数を議論されるのは、これは、私はいいと思います。

ですから、そういう意味では全国に誇れるこの地域でありますので、私としては、それぞれの医療機関の皆様が切磋琢磨されておりますから、十分、その中でどう取り組むか、県と一定の議論の中で、物差しの中で収める必要は、私はないと、そういうふうに思っています。

しかも、それはそういった一手を、松本のこの地域が医療機関、いわゆる医療機関であるということは、それに付随したいわゆる医療の基準、それから医薬品等々の産業が非常に育っているというか、こんなすばらしいところはありませんので、ぜひ、物差しに合わせなくて私はいいのではないかなと、行政の立場からいきますと、そういうふうに考えています。

○杉山委員

ありがとうございました。その他、何かご発言ございますか。

大分、時間が過ぎておりますので、一応、議題を進めたいと思います。

(2) 平成31年度地域医療介護総合確保基金事業（医療分）事業 要望状況

○杉山委員

続きまして、会議事項の2に移らせていただきます。後ほど、また発言がございましたらよろしく願いいたします。

地域医療介護総合確保基金について、事務局からポイントを短めをお願いします。

○事務局

(資料に基づき説明)

○杉山委員

ありがとうございます。何か、この件に関しましてご質問、ご意見ございますか。

よろしゅうございますか。では、それでは有効な活用をよろしく願いいたします。

(3) 平成30年度第2回松本医療圏地域医療構想調整会議

○杉山委員

続きまして、会議事項(3)長野県地域医療構想調整会議(仮称)の開催について、事務局から説明をお願いします。

○事務局

(資料に基づき説明)

○杉山委員

ご説明ありがとうございました。何かご質問、ご意見ございましたら、ぜひお願いいたします。どうぞ、前島先生、お願いします。

○松本歯科大学病院 前島院長

患者の流出、流入に関しての件ですが、長野県は山に囲まれて、大きく文化圏が分かれる特殊性があります。ですから、飯田だったら名古屋、例えば北信地方だったら新幹線で東京。だから、こういった流出・流入に関しての議論をする場合に、本当に長野県内だけの議論でいいのかという問題点が生じると思います。その点についてどうでしょうか。

○事務局

ありがとうございます。県としても、県境をまたいだ流出入というのは、ひとつ考えなければいけない課題であると考えております。

長野県でいうと、例えば山梨県と諏訪地域というものがあります。それから木曾地域でいえば岐阜県というものが主に考えられます。更に東信地域でありますと群馬県なり、新幹線を使って東京というようなことも実際としてはあります。現在、国では、その辺の調整について具体的に諮る会議というのは持っておりませんので、どういう形ができるのかなというのは、県でも今後考えたいと思っています。

○杉山委員

隣の県だけでなく、新幹線に乗って東京へ入院、手術に行く、この辺の数というのは、把握ができているのでしょうか。

○事務局

結局、実数でなかなか把握するのは難しいところがありますが、エスプロデーターを使うというものがございまして、地域医療構想の際にも、ある程度、流出入を見たものがあるの

ですが、あのサインは今後の後期高齢のレセプトデータを見ておりまして、国保の被保険者、保険者番号と医療機関の番号を比べて、それが動いていくということであれば、それはやっぱり流出入をつくっているところがあります。

ただ、社保のレセプトデータになりますと、その特定というのは難しいので、なかなか実数を把握していくというのは、現状、難しいところがありますので、それは患者調査の統計があり、さまざま活用していくというような形のものかなと思っています。

また、その県境を超えた医療提供体制を考える際にも、今、おっしゃったように新幹線、多分、おそらく、癌であったりというような形になるかと思えますし、一方で、今回、お話しさせていただいた救命救急センター、地域医療支援病院、救急医療であれば、循環器の救急医療という形になるかと思えますので、それも、こういったものを県の単位のもので考えるべきかというところは、検討のほうをしていけたらなと思っております。

○杉山委員

ありがとうございます。3時間半、「しなの」や「あずさ」でかかる松本と、新幹線で行ってしまう長野から東信と、今のような話では、かなり違うのではないかなと思うのですが、データはわからないのですね。

○事務局

現状ではデータがなく、国では、レセプトデータの解析基盤というものは、今後考えていきたいというようです。県でも、ここは国保保険者になったというところがございます、レセプトデータが活用できるようになると思えますので、今後の課題として、やはりレセプトを活用して、どう医療提供体制を見ていくかというところは検討できたらと思っております。

○杉山委員

ありがとうございました。そのほか、何かこのデータに関してございますか。

よろしいでしょうか。県の調整会議には発言させていただく、それは今日のディスカッションをできる限り対応して、申し上げるように取りまとめたいと思えますけれども、それでお許しいただければ、この辺で終了とさせていただきたいと思えますが、よろしゅうございますか。

それでは、今日の議事を終了とさせていただきます。全体でご質問がなければ終了といたします。ありがとうございました。

○小林副所長

杉山会長、議事進行をありがとうございました。

引き続きまして、次第の4番、その他ということで、松本市医師会におけるリビングウイ

ルの取り組みについてです。

現在、松本医師会さんでは、アドバンス・ケアプランニングの中で、この問題に加わって取り組んでおられますので、本日は松本市以外の、いろいろな関係者の方々がお集まりいただいておりますので、松本市医師会長、杉山会長様のほうからご説明のほどをよろしく願います。

○杉山会長（松本市医師会）

すみません、ちょっとだけ時間をいただいて、ご報告申し上げます。A3のものが、まずそれが、先ほど12月の2日に、去年の12月の2日に在宅医療シンポジウムイン信州、長野県医師会の主催によるシンポジウムを松本で開かせていただきました。

あえてここは、アドバンス・ケアプランニングとしないで、リビングウィルとしたのは、県民の意識調査をしたときに、リビングウィルは17～18%の方が知っていて、半分の方が上まで知っていただいたんですけれども、アドバンスケアプランニングに関しては、本当に4%ぐらいの認識率でした。全く周知がされていないという言葉を使うのはよくないであろうということと、それからアドバンス・ケアプランニングというのは、非常に医療者が関与をして、人生会議になったのが象徴するように、会議というのは、みんなで話し合おう、一度で決めない、一人で決めないということですが、終末期の医療、人生の最後を私らしくというようなものは、本人の意思が一番重要であろうと。それを一番、形に表せることができるのは、リビングウィル＝事前指示書を、作成し、確認することが必要であろうというような考えでこのシンポジウムが生まれてきたんです。

その次に、事前指示書の案と、ちょうどこのシンポジウムの2日前の人生会議というのが決まりましたことを発表したものですから、タイミングとしてはぴったりの企画であるかなというふうに思います。

事前指示書は、長寿医療センターが基本のものを提示しておりますので、やはり、それにならったような形で、バージョン1.25となっておりますけれども、細かいところを順番にいろいろな方の意見を聞きながら、警察の刑事課の方や弁護士、救命救急士、救急医も入っていただいて、いろいろなものを検討しながら、かなり書き込んでいたものを添えてこのような形にしてみました。

骨格は、本人の意思の表明、医療についての希望をする・しないという欄にチェック入れた上で、いわゆる本人の署名と、それからもう一つが2番にある、代理判断者の署名をいただくと。初めは、名前を入れるだけにしようかと思いましたが、やはり、家族でご相談になって、代理判断者に署名をいただくという形のバージョン1.30ではなっております。

こういうものをしたための文化を養成するということは、非常に重要ではないかと考えています。それを持ち、意思表示がされていたら、医業者、介護者は、できる限りそれを尊重しよう。法的にリビングウィル法が成立しておりませんので、これはもう、実務的に医業者がやっていくしかないだろうというふうになってはいますが、こういうものを一度、考え

ておこうと。本当に認知症になってからこういうものを書きましょうとか、それから、非常に厳しい状態になられてから、いきなりこの事前指示書にチェックを入れましょうというのは、非常にきついだらうと思います。少し元気なうちにやっていただきたいものとして、医師会にて進めております。

この事業は、長野県医師会を通じて、総合確保基金の在宅医療連携推進モデル事業、人生の最終段階における患者の治療費を尊重した在宅医療、介護サービス、状況、体制モデルの構築という援助いただいて進めるということです。

明日、松本市の医師会全員に、原案をお配りして、会員間の意見収集をして、年度内に固めましたら、松本市医師会として来年度は運用してみたいと考えています。

また、ご意見をお寄せいただいて進めたいと思います。文化の養成ですので、少しずつ進め、極端なことはしないつもりです。ディスカッションの機会をできる限り増やして、周囲の方と一緒に考えたいと思っております。以上、ご報告でございました。ありがとうございました。

○事務局

ありがとうございました。以上で終了です。調整会議、今年度の調整会議は今回で最後になりますので、ここで松本保健福祉事務所、塚田所長から、一言、お礼を申し上げます。

○塚田松本保健福祉事務所長

本日は、皆様方におかれましては、長時間にわたりましてご審議をいただきましてありがとうございました。また議事の進行、それから情報提供をいただきました杉山先生にも大変、感謝を申し上げたいと思います。

本日は2025年に向けた対応方針を、各医療機関に出していただいた調査結果を共有していただくという形で、この中からさまざまな、新たな課題といったところを、また見ていただきながら、議論をいただいたというふうに捉えております。

特に病床数の今後のあり方についても多くのご意見をいただきましたけれども、やはり必要病床数に関しましては、以前からご説明させていただいているとおり、やはり一定の算定方式の中で、地域にお示しをする目安値としての位置づけがございますので、その点につきまして、まず、今日の解釈を皆さんと共有し、これがふさわしいかどうかといった議論をすることが、この調整会議の最初のステップだというふうに捉えている中で、今回の議論では、さまざまな観点でその病床の解釈の仕方について、ご意見を伺ったというふうに考えております。

そういったところで、やはり高度急性期を担う、この松本圏域の特徴ということを踏まえまして、全县レベルで調整すべきことというのは多々あるかという認識を改めて持ちましたので、県の調整会議に上げていく議論を含めまして、改めまして今日の議論を踏まえて、長野県全体の課題として、そして今後、この地域につながる課題というところをまた整備さ

せていただきまして、来年度以降の調整会議につなげさせていただきたいと思っておりますので、委員の皆様を始め、本日お集まりの皆様方には、引き続き、そのような観点で、当地域の医療推進のためにご協力をいただくことをお願い申し上げまして、私からのお礼のごあいさつをさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

○事務局

以上を持ちまして、平成30年度第2回、松本医療圏地域医療構想調整会議を終了させていただきます。皆様、どうもありがとうございました。