

令和元年度第3回県西地区保健医療福祉推進会議 議事録

(令和2年2月3日(月)19:00~20:45 小田原合同庁舎2D会議室)

1 開会

出席状況及び会議公開の確認(傍聴者入場)

2 議題

- (1) 居宅や介護施設における在宅医療等の現状及び地域における医療・介護の連携体制の構築に係る課題について
- (2) 高齢者施設調査について

資料説明: 小田原保健福祉事務所、医療課

- ・資料1-1 居宅や介護施設における在宅医療等の現状及び地域における医療・介護の連携体制の構築に係る課題について
- ・資料1-2 医療機関と在宅医療等との入退院調整に係る課題の論点整理表
- ・資料2 高齢者施設調査(県西地区)

(渡邊会長)(小田原医師会会長)

説明ありがとうございます。資料1-1、1-2については非常に良くまとめていただいていると思うのですが、この場所では、病院が各施設とどのように連携を組んでいくか、どういう医療体制が必要で、どういうことが考えられるかということだと思うのですが、何かご意見はございますか。

(篠原 裕希 氏)(神奈川県医師会理事(高井委員代理))

入退院支援、いまこれが大事ですね。神奈川県病院協会でも、病院は在宅復帰率に縛られますから、この部分をしっかり出すか。MSWと退院調整看護師は大事だが、この人達が完全に人材不足で、どこでも集まらないのが現状です。

また、在宅医療のケアマネジャーからの要請としましては、入院時にカンファレンスをやるというのもよいのですが、それよりも、自分の受け持ちの方について問合せをした時に、病院側からリアルタイムに近い形で情報がほしいというような要望があります。ただ、人材の面でそれに対して直ぐに答えられるかは別にしても、病院協会側としても何とかそれに対しては努力しようと考えています。まだ努力目標の段階ですけれども。入退院支援についてはそういう動きにはなっています。このことは、神奈川県でも最重要ポイントであるかと考えます。それと、議題(2)にもかかわるのですが、こういった施設が何かあったら救急車を呼ぶとありますね。これは自立型有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に目立っている訳です。あとは在宅医療機関の入っていない施設、夜間に看護師がいない施設からの救急搬送、これによって1次から3次の救急の輪番制が崩壊しつつある。それとは別に高齢者救急を行うというものもあるのですが、このところは早急に対策を立てなければいけないのですが、専門家の話ですと、特に高齢者施設では、看取りをするかどうか、イコールACP(ア

ドバンス・ケア・プランニング)になる。病院に連れてきていきなりこの話をするのは難しいので、出来れば在宅側でここまで詰めてもらえればというのが要望ですね。この辺りを在宅医療側、地域包括ケアシステム側で協力いただけるかどうか、ということになると思います。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

この県西地域というのはそういった施設は多いのですが、協力すべき医療機関は少ない状況です。時田委員、在宅施設の業界ではそういった話し合いは行われているのでしょうか。

(時田委員) (社会福祉法人小田原福祉会潤生園理事長)

全くありません。特に施設としての対応力の実態について、この会議に参加させていただいて、前回もお話ししたとおり看取り加算の算定率すらもまだまだ非常に低いという中で、施設がどこまでの対応力を持っているかというのは、個々の施設によって、職員の体制も含めて大きく異なりますので、それを一致させるというのは、そもそも難しいと思います。

あとは、在宅で暮らしている人の最期をどう支えるかという方が、統一的な見解を描けると思います。施設の方が難しいと、個人的には思っています。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

いまお聞きしたように、たくさん施設がある中で、全体の話し合いというのは難しいところもあると思うのですが、議題(2)として高齢者施設調査を進めている中で、これは有用なデータなのではないかと思うのですね。ここに書いてあることが全部本当に行われているかは分からないですが、こういったところから各施設とやり取りができればと思います。

(牧田委員) (足柄上病院長)

例えば、普段は施設の担当医師がいて診ていて、終末期ですと言われている状態で、いざ夜間に状態が急変すると、施設の人もびっくりしてしまっただけで救急車を呼んでしまうことがあります。かかりつけ医に連絡せずに運ばれてきてしまう。そうすると病院は情報がないまま処置をしなければいけません。心肺停止の状態であれば、ルール上は警察に連絡しないといけません。そして、警察は解剖しなければいけなくなります。それで、後になって連絡を受けたかかりつけ医が来て、自然死なので不審死ではないとなっても、誰が診断書を書くかなど非常にややこしいことが頻繁に起こっているのです。

その辺は、やはり施設の方に、急変した時は担当医へ連絡するなどフローを作り周知してほしい。世の中にそういう事をご理解いただかないと、結局救急車を呼んで病院に搬送されると、病院は、しずかにお看取りする約束になっている患者さんに蘇生しなければいけないことになる。家族を含め現場は非常に混乱する。このあたり、病院とすると施設の方でルールをしっかりと在宅の先生と連携を取りながらやってもらえると有り難いと思います。

(時田委員) (社会福祉法人小田原福祉会潤生園理事長)

資料2の中で、県西地域の高齢者施設数と定員数が調べられています。この中で、一番左の特別養護老人ホームというのは21施設、ベッドは1,610です。ベッド数としては全施設の4分の1くらいでしょうか。施設と一概に言っても、ある程度組織化されているのは特別養護老人ホームのみです。あとは、それぞれ個別に判断されて、施設毎の対応をしているので、全ての施設が一定のレベル、共通認識を持つというのは、どなたかが束ねて働き掛けないと非常に難しい問題だと思います。

(林委員) (あしがら広域福祉センターひかりの里施設長)

いま時田委員に言っていたのですが、特別養護老人ホームには看取り介護指針というものがある、加算を取るに当たって、家族にその指針について説明をすることですか、対応時のルールが介護保険法において定められています。ですので、特別養護老人ホームで加算を取っているところは、ルールに則ってやらなければいけないということがあります。ただ、全国の介護老人福祉施設で夜間看護師がいるのは2%くらいです。私達の施設でも、看取りをしている方についてはそんなに救急車を呼ばない対応をしているつもりですが、明らかな老衰というか、自然な状況でない場合やいつもと違う状況があった場合には、救急車を呼ぶという判断をせざるを得ない場合があります。そのように、特別養護老人ホームは組織化されていたり、ルールに則っていますが、それでも施設によって差がないとは言いかねます。

介護老人保健施設は、施設長は医師で、夜間も看護師がいます。あとの有料老人ホームに関しては、組織化されていませんし、それぞれの施設の特色として、ナースがどの位いるとかが全く異なります。グループホーム、小規模多機能、軽費老人ホームは、協力医療機関があるのが開設時の義務ですが、それ以外は施設によって異なります。

施設と一言と言っても、病院でも機能によって違うように、施設も法律上の役割や人員配置が異なるので、その辺りの整理をしていかないとなかなか難しいのかなと思っています。

(牧田委員) (足柄上病院長)

介護老人保健施設や特別養護老人ホームを、国がどういう意図で作っているということは存じています。問題は施設の機能ではなくて、例えば、家族と担当医とで、もう終末期なので積極的な蘇生をしないで静かに看取りましょうというような状態なのに、いざ急変が起こると、施設の職員に周知されていないので、結局担当医に連絡なく病院に来てしまうということがよくあるのです。それで、病院は情報のない状態で診て、死亡を確認すると、警察を呼ぶと、後から来た家族が自然死なので返してほしいとか、診断書を誰が書くかということで混乱します。病院は、与えられた仕事をやらなければいけない義務があるので、そこで家族の思いと、施設の思いと、普段診ている医師の思いとがちょっとちぐはぐとなってしまっていて、警察も交えてどうするかということが起こっています。その辺を、もちろん特別養護老人ホームなどはしっかりされているので大丈夫なのかもしれませんが、実際にそういったことがあるのだということを、きょうは行政の方もかなりいらっしゃるので、ご理解いただき、どのように改善していくかを皆で考えることも大事ではないかと思えます。

(南委員) (神奈川県病院協会常任理事)

介護の施設にもいろいろな種類があります。まず特別養護老人ホーム、次に介護老人保健施設。それ以後もいろいろな施設が出来てきたわけですが、名前もいろいろな名前がついていますね。病院の地域連携室などでも、名前を見ればどういう施設か分かるわけではないのですね。病院は〇〇病院と付いているように、そこをはっきりとさせてほしいということがあります。院内でスタッフと話していて、患者さんがいた施設の名前は分かっているけど、どういう施設かが分かっていないことがある。病院の医療連携室のスタッフなどが、まずはそこを把握できるようにしようというのが、この資料2です。特別養護老人ホームには看護師がいるが、有料老人ホームには、残念ながら夜間はいないということも、病院のスタッフはしっかり知っていな

いといけない。介護施設では、そういう状況の中で看取りをしなければいけない訳です。看護師もいない、入職してやっと独り立ちしたようなスタッフが担当していて、看取りをしなければいけない状況になることがありますから、家族にしっかりと担当医が患者の状態を説明しておかないといけない。説明しておかないと現場は混乱する。

そういうことを情報共有するということと、受け入れる病院にとっても、どういう種別の施設からなのか分かっていなければいけないし、そういった患者さんを治療して返す時に、施設種別毎に何日くらいなら返せるかということ。そこは、施設によっても差はあるのですが、例えば有料老人ホームから1か月入院した場合に、それまでの部屋代はどうかなどについても病院は想像力を働かされるかどうかということも非常に重要です。

その辺りのお互いの情報共有とかコミュニケーションが足りないようなのです。きっかけとして、こういった一覧表があれば連携室の方でも見えるので、これは非常に大事なのかなと思います。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

資料2の意味はここのところが大きいです。高齢者の施設毎のレギュレーションの違いについては説明である程度分かったと思います。そして、その方の担当医が、在宅医なのか施設の医師かによっても違いますし、病院側も、これまで県西地区保健医療福祉推進会議で話してきたところの地域包括ケア病棟で受けるのか、救急で、急性期で受けることも多いですね。調査結果では、8から9割の方が元の施設に戻っていますが、一方で残りの方についての調整が課題として挙げられています。

いま在宅をやっている医師が、慌てて救急車を呼ばないように、まず自分のところに連絡をもらうか、訪問看護の看護師に連絡をもらうようにして、なるべく最後はそこで看取りますからあわてないでくださいと一生懸命に働きかけをしているのですね。その辺りを在宅医の飛弾先生にお話を伺いたいと思います。

(飛弾副会長) (足柄上医師会会長)

在宅医が家族に対してどうするかが非常に大事だと思います。私、この会議の前に、がんの末期で死期がせまっている患者さんで、家族と同意して在宅で看取りとしていた患者さんが、衰弱して死期がせまってきたということで動揺して、自分で直接病院に入院させてくれないかと電話をしてしまったりしていたので、会議の前に往診してきました。そのように、きちんと理解している方でも、自分の親が亡くなる時というのは動揺して当たり前なですね。そのように、私達は寄り添うだけでは駄目なですね。なだめて、家にいることは素晴らしいのだよと、一方でこの地域は医療資源が限られているのだよということをやんわりと話さないと、看取りはできないのです。

そして、この会議というのは、本当の主役は地域住民の方々なのです。我々には救急車を呼ぶなどと言う権限はないのです。もしそれを拒否すれば、適切な医療の提供を怠ったとして民事訴訟を起こされる危険性もあります。だから、夜間に救急車を呼ぶというのは仕方ないことなのです。昨年、人生会議のポスターのことでいろいろ議論がありましたが、地域住民の方々にきちんと理解してもらわないと、地域医療構想は病床の話だけをして何も結果が出てこない、私は思います。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

2025年から2040年にかけて、高齢者が増えて、いま話に出ているような方がもっと増えるわけですね。その中で、ここで話し合うべきことは、病院が体制をどうとったらよいか、患者さんの動向というものがどうなるかというのを把握するというのがひとつの狙いでした。

(小松委員) (神奈川県医師会理事)

この問題がなぜ話題になるかという、病院側も介護施設側も、いろいろなことが限界に近づいているので、お互いに情報を共有して、少しずつ何かを減らしたり、工夫できることはすることが大事だと思うのです。資料2を見ますと、病院のベッド数の倍くらい施設の定員数があるわけです。施設というのは、本来介護をするところ、これが本筋であるのに、いつの間にか施設で看取りとなったり、施設で医療がどこまでできるかという話になっているのです。これは、単純に病院だけではベッドが足りないので施設でみていただくと、お互いそのようになっている。本当は病院にすることがふさわしい方もたくさんいらっしゃる、けど施設でみてもらっている人もいます。逆に、いまの介護報酬の制度で言うと、看取りを積極的にやらないと、施設の収支が合わないとか、重症の人をみないと施設の経営ができない仕組みになってしまっているので、施設側も無理をされてしまう。時田委員が良いことを言われたと思ったのですが、意思決定というのは、在宅医療を受けている患者や家族と医師とのコミュニケーションというのは比較的取りやすいのですけれども、施設に入っていると、同様に熱があっても元気がない場合でも、おそらく施設は家族に報告をしないといけません。報告をした時に、様子をみますか、病院に連れていきますかと聞かれたら、自宅でみている家族なら、このまま家で様子をみたいですよと言いますが、施設に入っていると、家族はじゃあ病院に連れて行ってくださいと、頼んでしまうのです。そうすると、施設は当然連れて行かないといけないということになるので、ではどこまでのところを減らす努力ができるか、工夫の余地があるのかというところを、ここから1~2年ここで検討していくというのは大事なのではと思います。

よく、介護施設の対応力を高めるといえるのですけれども、私は、それほどはそう思わなくて、対応力を高めたいところはお手伝いするし、逆にそれは無理だということは、重症の方は受けなくて、背伸びしないで、介護が必要な方をしっかり介護していただくと。むしろ一番困るのは、努力しないで重症の方を受けてしまうと、結局現場が困る。有料老人ホームが一番問題になるのは、重症だとしても、在宅の担当医師がよいですよと言ってしまえば受けちゃうのです。ただ、医師が行くのは週に数回であって、基本的には現場の介護スタッフがその重症の人をどう受けるかという、そこに既にミスマッチが生じていて、その辺りが一番怖いのかなと思います。だから、特別養護老人ホームで断られた患者さんが有料老人ホームに受けってもらうというのはたくさんある話なのですけれども、そこに物凄く課題があって、それが高齢者の救急の現場に跳ね返ってきているので、お互いにそこを知恵を出し合って、病院も、施設のカテゴリーで出来ることと出来ないことを理解する。いま病院同士が、あそこの病院はどこまで出来ると分かってきたのと同じように、施設と関わる病院は、その施設の看護能力がどのくらいだと分かれば、ミスマッチは減っていくのかなと思います。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

はい。すごく細かいニュアンスのところを説明していただいたと思います。他にご意見はあ

りますか。

(杉田委員) (小田原医師会病院会代表)

小松先生のおっしゃった意見、私もそのとおりだと思っていて、いつも医療と介護の連携ということで非常に話題になるのですね。本質的に医療と介護は違うのですが、それを無理やり連携というものですから、病院側から言えば、県西地域にある 171 施設がどういったことをやっているかは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設以外のことについては、我々の病院で連携をやっているスタッフでも正確には知らないです。ただ、ここに書いてある内容というのは知らされていますから分かっていますけれども、連携する以上は、どういうことを連携するのかというのを明確にしないと。病院と病院の連携というのは、お互いにやっていることの内容が分かっていますから連携を取りやすいのですが、全く異質なものとどう連携するのか。171 施設もあるというのは初めて正確に知りまして、びっくりしています。これらと病院とがきちんとした連携が取れるのか、それにしては内容が十分に理解出来ないというのが非常に大きいと思っています。どうしてこれを進めていけるのか、内容の全く異なる施設を同列に扱うという訳ですから、非常に大きな問題かなと思っています。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

この議題については、たくさん課題を挙げていただいたと思いますので、次年度以降も継続してこの話題を取り上げていただきたいと思うのですが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

(3) 2025 年に向けた対応方針及び公的医療機関等 2025 プランについて

資料説明：小田原保健福祉事務所

- ・資料 3 「2025 年に向けた対応方針」及び「公的医療機関等 2025 プラン」の状況

意見なし

(4) 足柄上病院と小田原市立病院の機能・連携方策に係る意見交換会について

資料説明：県医療課

- ・資料 4 足柄上病院と小田原市立病院の機能・連携方策に係る意見交換会について

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

この取組みは、神奈川県が主導で行われているものなのですが、2つの中核病院が地域を支えていくためにどういった立ち位置でこの地域の総まとめ役になっていけるかという話し合いがようやく始まったということです。今回、自治体の副市長、副町長の方々に集まっていたいただいて、それぞれのご意見を伺ったのですが、それぞれの住民の考えと病院のスタンスというもののすり合わせをこれからやっていく。そして何より、小田原市立病院の再整備というのは既に始まっていますので、そこに反映していくための話し合いをある程度スピーディーにやっていくということが確認されました。詳細はこれからということです。何かご質

問はありますか。

(質問なし)

(5) 令和2年度の地域医療構想調整会議の進め方について

資料説明：医療課 小田原保健福祉事務所

・資料5 令和2年度の地域医療構想調整会議の進め方について

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

今年度は、日程調整の関係でワーキンググループが12月の推進会議と順番が入れ替わってしまったため、混乱を招いた部分もあったのですが、来年度については、まずワーキンググループで検討しておいて、それを推進本会議へ出していくという手順は守りたいと思います。

(時田委員)

地域医療といったときに、どうしても病院が中心で議論されているように思うのですが、地域医療を支えているのは病院だけではなく、当然、クリニックの先生方も、或いはそうした先生方の関与のほうが、症例としては圧倒的に多いと思うくらいなので、そうした先生方の意見がもう少し、こうした場で、積極的な発言をいただけるような、そういう必要性があろうとかねがね思っておりました。

(渡邊会長)

私も診療所を開設している立場ではありますが、この本会議でのメンバー構成と、ワーキンググループのメンバー構成とをどうしようかと今年度もいろいろと検討しているところです。

ワーキンググループの方は、行政の方々が積極的に参加していただかなければいけないのと、また今年度は介護の関係の方々に参加をしていただいて、そこでいろいろな意見をいただいています。その中に、この介護の情報を集めるために、医師会の中では介護関連の理事を2人参加させてもらったのですが、その時くらいしかなかったのですね。

こちらの会議というよりも、ワーキングの方で、医師会のメンバー、診療所の先生方のメンバーを入れ込んでという考え方は、前向きに検討したいと思います。

(飛弾委員)

おそらく在宅を専門にやっている先生を呼んだ方がいいのではないかとということですよね。

(時田委員)

基本的に、圧倒的に在宅で対応しているかたのほうが多いわけですね。だから、地域医療というのは、そこを支えている先生方や、或いは介護を支えているスタッフたちの力が大きいわけですし、最終的に医療機関にかかる前の段階でどこまでのことができるかということが、今後もっと大事だろうと思うと、そうした在宅医療に関わる皆様のご意見というのが、これからますます重要ではなかろうかなと思っています。

(飛弾委員)

現実的には、在宅医療の先生方は、自分の診療所の外来も大事で、やはり寝たきりになったり、往診が必要とされる時には、往診を専門とする在宅の先生を紹介することが残念ながら多く、最後まで看ない先生が多いです。私は最後まで見るのですけれども。その点で、在宅医療

専門の先生は、ご多忙でなかなか会議にはいらしていただけないので、参加は難しいかもしれないです。

実際のところは、患者さんの家族の状況は様々です。その状況にあわせて対応しなければいけないのですが、こうした会議で、全体でこうしましょうということが中々あてはまらないのが実際ですね。苦勞しています。

(杉田委員)

時田委員の意見もよくわかるのですけれども、私の理解で申し上げますと、地域医療というのは決して病院だけの話ではない、当然だと思います。ですから、この会議は、医師会の先生方の代表である両会長が、会長、副会長ということでいられて、病院の方からは私が参加している。そういう意味では両会長がいろいろな意味で代表の意見を出すということで、この会議は進んでいるというふうに私は理解しています。それが正しい認識でよいのではないかと考えております。

(渡邊会長)

はい、もちろんこの会議に関しては、そういうつもりでやっております。ワーキンググループに関しては、少し検討させていただきたいと思います。

他に何かご要望等ありますか。

(小松委員)

スケジュールですが、本日の会議が終わると、次の令和2年度の第1回県西地区保健医療福祉推進会議が8月頃になると思うので、ここから6か月空いてしまうのですね。ですから、その間ぜひ県西の中でワーキングでいろいろとしていただくほうが良いと思います。と言いますのは、地域医療構想は、時田委員がおっしゃったように、病院の話とベッドの話ばかりではないかという声がありますが、基本的に国がそうなのです。ずっとベッドを減らす話で、この後、最後に話題になるかもしれないですけれども、ベッドを減らすのだったら補助金出しますよとまで言っているように、日本全体でいうと、とにかくベッドが過剰になるから、人口が減って患者さんが減るから、病院のベッドが余ってくるので病院のベッドを減らしましょうということが地域医療構想だと思って国はずっとやっているのです。ただ、神奈川においては、全くそうということではないですし、むしろ、病院のベッドも足りないかもしれないし、施設も足りないかもしれないですけれども、高齢の方が増えているので、とにかく一生懸命みんなで知恵を出し合ってやっていこうというのが、神奈川の地域医療構想なので、そういう意味で言えば、県西でも既にこうした高齢の医療・介護の話に何とか進めているというのは、全国的にみるとかなりこれでもまともなほうなのです。いまだにベッドがどうで、看板がどうということをやっている都道府県はたくさんあって、そういう意味では、ここからの半年の中でも、ぜひワーキングの中でやって、ここはやはり団体の代表の場にならざるを得ないので、全員の声を拾うことはできませんが、当然郡市の医師会長の先生も出ていらっしゃいますし、病院の先生も出るので、ある程度、その団体の意見として多数という形での調整はできると思いますので、ぜひ閣下など意見で進めていただければ有り難いと思っています。

(渡邊会長)

それでは、今ご指摘いただきましたように、これから少し時間が空くので、ワーキンググル

ープに関する予定を、7月というのではなく、もう少し前倒ししてできないか検討してみたいと思いますけれども、よろしいでしょうか。

(異議なし)

はい、ぜひ県西地区の独自の構想をきちんとつくりたいと思いますので、皆様ぜひご協力のほどお願い申し上げます。

(6) 医療法第7条第3項の許可を要しない診療所の取扱いについて

資料説明：医療課

- ・資料6 医療法第7条第3項の許可を要しない診療所の取扱いについて
- ・参考資料3 医療法第7条第3項の許可を要しない診療所に関する取扱要領

意見なし

(7) 精神病床に係る病院等の開設に伴う取扱いについて

資料説明：医療課

- ・資料7 精神病床に係る病院等の開設に伴う取扱いについて

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ただ今の説明については、この地域にそうした施設があった場合には、そういった対応をしていくということでご理解いただければと思います。

3 報告

(1) 神奈川県保健医療計画の中間見直しについて

資料説明：医療課

- ・資料8 神奈川県保健医療計画の中間見直しについて

質疑なし

(2) 医師確保計画・外来医療計画(案)について

資料説明：医療課

- ・資料9 医師確保計画・外来医療計画(案)について

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

医師確保については、この地域にとって非常に大切な問題なのですが、より現実的な役に立つ計画を早めにつけていただくと助かります。

(3) 重点支援区域について

資料説明：県医療課

- ・資料 10 重点支援区域について

(渡邊会長)

これは病床がだぶついているところに対して国が支援して再編統合を進めようということだと思いますけれども、この地域にとってはおそらく関係ないことになろうかと思います。

時間をだいぶ過ぎてしまい申し訳ありません。いくつかもう少し時間を取ってやらなければいけないことが残っているかもしれませんが、ここからは事務局へ戻しますのでお願いします。

4 その他

- 県西の地域医療構想と地域連携セミナー（小田原医師会病院会、足柄上病院会主催）のご案内
- 新型コロナウイルス感染症に関する事務連絡

(事務局)

この会議につきましては、本日メインテーマであります「医療・介護の連携」ということでご議論いただきましたが、大変たくさんのご意見をいただき誠にありがとうございました。本日、各市町の行政の立場からも、現在の状況やご意見をいただく想定もありましたが、先ほどご議論の中にありましたように、今後ワーキンググループの時期についても前倒しすることを検討し、そこで十分に議論をさせていただいたうえで、来年度の推進会議の方でご報告をさせていただくという流れもご示唆いただきましたので、本日は市町の皆様からご意見をいただく時間はありませんでしたけれども、またそうした中でお願いをしたいと思います。

(渡邊会長)

私の方で議論を活性化していきたいという意識が強くあったものですから、ご意見をいただく時間がなくなり、大変申し訳ありませんでした。

来年度のワーキンググループ、調整会議ともに、皆様のお力をお願いしたいと思います。何かありましたら、事務局のほうにお伝えいただいて、議論に反映したいと思っております。本日は誠にありがとうございました。

(篠原 裕希 氏) (神奈川県医師会理事 (高井委員代理))

資料 1-2 にも記載されています認知症の主治医意見書について、小田原医師会の武井副会長に協力していただいています。主治医意見書というのはすごく大事なのですが、書き方がばらばらになってくるので、非常に協力してもらっています。この場を借りてお礼を申し上げます。ありがとうございました。

5 閉会

次回会議 令和2年3月中に書面会議(予定)

以上