

第 11 回菊池地域医療構想調整会議 議事録

日 時 令和5年（2023年）8月1日（火）午後7時～午後8時30分
会 場 県北広域本部別館2階 大会議室
出席者 委 員19人（うち4人代理出席）
事務局
熊本県菊池保健所
本田次長、浦上参事、山部主事、瀬戸技師
熊本県医療政策課
富安審議員、朝永主幹
傍聴者 2人

I 開会

（事務局 本田次長）

定刻となりましたので、ただ今から、第 11 回菊池地域医療構想調整会議を開催させていただきます。

私、菊池保健所の本田と申します。よろしくお願いいたします。

会議に先立ちまして資料の確認をさせていただきます。

「会議次第」「出席者名簿」「配席図」「設置要綱」「資料 1」「資料 1-1」「資料 1-2」「資料 1-3」「資料 2」「資料 2（参考）」「資料 3」「資料 4」を配布しております。委員の皆様へ事前にお送りした資料について、一部修正がありましたので、本日は修正したものをお配りしております。不足はございませんでしょうか。会議の途中でも、不足等ありましたら遠慮なく事務局までお知らせください。

本日の会議は、本県の「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づきまして公開とさせていただきます。会議の概要等につきましては、後日、県のホームページに掲載し、公開する予定としております。そのため、本日の会議の内容を録音させていただきますので、ご了承くださいますよう、お願いいたします。

それでは、開会にあたりまして菊池保健所所長の劔から御挨拶を申し上げます。

（菊池保健所 劔所長）

菊池保健所所長の劔です。今日は本当に皆さんお忙しい中、第 11 回菊池地域医療構想調整会議にご出席いただきまして本当にありがとうございます。

また、日頃から地域における医療提供体制等について、御協力いただいておりますことを、感謝申し上げます。

地域医療構想は、今後の人口減少や、高齢化に伴う医療ニーズの変化等を見据え質の高い医療を効果的に提供できる体制の構築を目指すという考えのもとに医療圏ごとに取り組みを進めることとなっております。コロナの前からこういった話し合いが行われてきました。また、コロナを経験し、コロナの対応を振り返ると、こういうところが弱かったなとか、こういうところを強化したほうがよかったなとか、そういうこともまた新たな課題としてでてきたこともあるのではないかと思います。そういったことも踏まえ、この地域の医療をどうするか、地域の合意形成をはかるための協議の場というのが本日の調整会議となっております。

す。

今日の調整会議は、議事が1つ、報告事項が3つとなります。

まず議事では、医療機関の具体的対応方針について3つの医療機関から統一様式をもちいたご説明と委員の皆様による協議をおこなってもらうことになっております。その他に報告事項が3点ございます。限られた時間ではございますが、色々な課題も残されていると思いますので、ぜひこの場で皆様の忌憚のない活発な議論をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

(事務局 本田次長)

ここで、委員の皆様の御紹介をさせていただくところではございますが、本日時間の都合もございましてお手元の出席者名簿、配席図にて代えさせていただきます。ご了承いただきますようお願いいたします。

ただ、今回初めて委員となられた方がいらっしゃいますので、この場でご紹介をさせていただきます。

米田産婦人科医院 院長の米田委員でございます。

川口病院 院長の多森委員でございます。

菊池病院 院長の山下委員でございます。

特別養護老人ホーム清泉施設長の古田委員でございます。

なお、本日、信岡幸彦委員につきましてはご都合により御欠席です。

また、菊池市長の江頭委員の代理として健康福祉部長の中尾様。合志市長荒木委員の代理として健康福祉部長の岩田様。大津町長金田委員の代理として健康福祉部長の坂本様。菊陽町長吉本委員の代理として健康福祉部長の東様に御出席いただいております。この他、熊本県医療政策課からも二人出席しておりますのでよろしくお願いいたします。

それでは議事にはいらさせていただきます。

まず、本会議の議長及び副議長の選出を行いたいと思います。委員の皆様におかれましては令和5年度から令和6年度末までの任期で当調整会議の委員に御就任いただいております。その為、今回が初めて任期中に開催する会議ということになります。

そこで、まず、新たに議長及び副議長を選出していただく必要がございます。

選出の方法につきましては、当調整会議設置要綱第4条第2項におきまして、「議長及び副議長は委員の互選により定める」とされておりますので、まず選出にあたりまして委員の皆様から御意見等があればお聞きしたいと思います。何か御意見等ございますでしょうか。

意見なし

よろしければ、事務局から御提案をさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

異議なし

ありがとうございます。それでは事務局より御提案をさせていただきます。

本会議の議長及び副議長につきましては、平成 27 年度に設置しました本会議の前身であります菊池地域医療構想検討専門部会から、前回の第 10 回菊池地域医療構想調整会議まで、議長を菊池郡市医師会長、そして副議長を保健所長という体制で進めて参りました。

本会議につきましては、将来の医療提供体制の在り方を協議する場であり、また、これまでの経緯も踏まえ、議長を菊池郡市医師会長である樽美委員、副議長を菊池保健所長である劔委員にお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

異議なし

御承認いただきまして、ありがとうございます。

それでは樽美委員と劔委員におかれましては議長席・副議長席に移動をお願いいたします。

移動

それでは、設置要綱に基づきまして、この後の議事の進行につきましては、樽美議長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

(樽美議長)

皆様こんばんわ。

只今、議長職を仰せつかりました菊池郡市医師会の樽美でございます。

本日は、委員の皆様にはお忙しい中、また猛暑が続く中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

本日は今年度第 1 回目の調整会議でございますが、現任の委員の皆様には引き続き、新しい委員の皆様には今後ともご協力の程、何卒宜しくお願い致します。

昨年度の会議では、コロナ禍でもなお進行している人口減少や高齢化に対応するための地域医療構想の進め方について御協議いただき、今年度末までに各医療機関の具体的な対応方針の協議を進めることといたしました。

本日は、次第にありますとおり、1 つの協議事項と 3 つの報告事項が予定されております。

有意義な会議にできればと思いますので、皆様方におかれましては、忌憚のないご意見をいただきますようよろしくお願いいたします。本日はよろしくお願いいたします。

(菊池保健所 劔所長)

副議長を仰せつかりました劔です。皆様のご協力どうぞよろしくお願いいたします。

II 議題

1 協議事項

医療機関の具体的な対応方針の協議について

(樽美議長)

それでは、お手元の次第に沿って会議を進めます。

始めに、議事の1として、「医療機関の具体的対応方針の協議について」です。

本日は、菊池中央病院、川口病院、熊本セントラル病院について協議を予定しております。

協議の流れとしましては、まず、前回会議までの協議内容等について事務局から説明をお願いいたします。その後、菊池中央病院の協議を行いますので、病院から御説明をお願いします。それを受け、皆さんで意見交換をして、合意の確認を行いたいと思います。

川口病院、熊本セントラル病院についても同様に、病院から御説明、意見交換、合意確認の順に進めたいと思います。

それでは、事務局から説明をお願いします。

(事務局 山部主事)

菊池保健所の山部と申します。では早速、議事1の医療機関の具体的対応方針の協議について説明をいたします。本日はこの後、3つの医療機関の協議を予定しておりますが、新たに御就任いただいた委員の方もいらっしゃいますので、まずは、資料1により、これまでの経緯を改めて御説明いたします。お配りしている資料1をお願いいたします。資料1については、地域医療構想の基本的な考え方と、これまでの取り組みの状況などを中心に説明したものになります。まずは、地域医療構想の基本的な考え方ということで、2ページをお願いいたします。

地域医療構想とは、超高齢化社会にも耐えうる医療提供体制を構築するために、医療機関の機能分化・連携を進めて、質の良い効率的な医療提供体制を実現するための取り組みです。団塊の世代が全て75歳以上となる「2025年の医療需要」と、医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの「病床の必要数」を推計したものを「地域医療構想」として策定し、地域の医療関係者による協議のもと医療機能の分化・連携を進めてきました。

なお、熊本県の医療構想は、平成28年度末に策定をしています。本県の構想においても、目指すべき姿として、高齢化により医療需要が増加する一方、人材などの医療資源が限られた中であっても、県民が安定的・継続的にサービスを受けられるように、質の高い医療を、地域の関係者が連携することによって効率的に提供することを目指すべき姿とし、病床機能の分化連携、在宅医療の充実、医療従事者等の確保に取り組むことと定めています。

3ページをお願いします。

医療需要と医療機能の必要量の推計の考え方です。真ん中の表にありますが、算出された医療機能ごとの医療需要を病床稼働率で割り戻し、病床の必要量が推計されています。この厚生労働省推計は、全国一律のルールで算出されているため、本県の地域医療構想においては、独自に、市町村ごとの人口ビジョンを用いた推計や、聞き取りによる推計などを併記するとともに、「医療数の必要量というのは、地域における将来の体制を検討するための材料であり、病床の削減を目標として、それを示したものではない」と明記してあるということが特徴になります。

4 ページをお願いします。

このような医療機関の機能分化・連携について協議を行う場を地域医療構想調整会議と呼んでおり、医療法第 30 条の 14 に基づき設置しているものになります。具体的な協議事項は、平成 29 年度厚生労働省通知により、医療機関ごとの具体的な対応方針や役割の変更などについて協議をするということになっております。

次に 5 ページをお願いします。

こちらの資料は昨年度の第 6 回熊本県地域医療構想調整会議の資料です。

1 つめの○にあります。令和 4 年度及び令和 5 年度にかけて具体的対応方針の策定や検証を行うよう国の方針が示されたということが記載してあります。

また、下の矢印の下のほうの囲みである部分になりますが、国の方針を受けて「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証」の対象となった医療機関を優先的に協議し、それ以外の公立・公的医療機関、民間病院及び有床診療所については、追加的に示された留意事項を踏まえ具体的対応方針の検証を行います。平成 30 年度以降、実施してきた協議の進め方に沿って、地域の医療構想調整会議において決定する協議方法と協議順序に基づき令和 5 年度にかけて順次協議を行うということになりました。

6 ページをお願いします

協議の方法については、昨年 12 月に行われた第 9 回菊池地域医療構想調整会議において、5 疾病に係る拠点病院等各構想区域で決定された、政策医療を担う中心的な医療機関、菊池においては 9 医療機関ございますが「統一様式」を用いて行い、その他の病院と有床診療所は一括協議という方法になりました。

また、内容については、「新興感染症への対応」「医師の働き方改革を踏まえた医療従事者の確保対策」を含めた、具体的対応方針について協議を行うことになりました。

最後に 7 ページをお願いします

協議の順序については、本ページに記載の順序により行うということになっており、前回の第 10 回調整会議では、熊本再春医療センターと菊池病院について協議をいただきました。本日は、赤梓囲みの②の会議にあたるということで、菊池中央病院、川口病院、熊本セントラル病院の 3 つの医療機関の役割について協議をお願いいたします。

資料 1 の説明は以上です。

(樽美議長)

ありがとうございました。

それでは、病院の具体的対応方針について、まず最初に菊池中央病院 信岡先生、御説明をお願いします。

(菊池中央病院 信岡医師 (委員))

菊池中央病院の信岡です。菊池中央病院が担う役割について今から説明をさせていただきます。着座で失礼いたします。

まず、2 ページになります。

現状と課題です。当院の理念基本方針、施設概況については記載の通りですので、ご確認ください。ただければ幸いです。

3 ページになります。

診療実績については、届出入院基本料をとっているのが、地域一般入院料 3、地域包括ケア入院医療管理料 2 と特殊疾患病棟入院料 1 になります。

平均在院日数は、地域一般と地域包括ケアが合同の 2 階病棟と、満床になると特殊疾患病棟の 3 階病棟について記載しております。

病床稼働率については、2 階病棟が 83. 9%、3 階病棟が 92. 4%です。

続きまして、4 ページになります。

当法人全体の職員数になります。現在、法人全体での有給休暇取得率は 70%を超えており、看護部のみを見た場合でも同様の取得率であり、有給消化は割と進んでいると考えております。

時間外勤務は、月平均 10 時間以内であり、月に 40 時間を超過する職員がいないように調整しております。医師の長時間労働問題も発生をしておりません。

5 ページになります。

当院の特徴ですけれども、まず菊池市は、人口減少と高齢化が進んでいる状況であり、当院の患者層も高齢者が中心となっております。そのため高齢者に多い、肺炎・骨折・脳卒中・心不全などの疾患群に対応できるような体制を整えております。特に内科においては専門診療科による細分化を行わずに、プライマリーケアを心掛け、総合診療科に近い形で患者さんを診るよう心掛けております。難しい患者さんについてはチームで診たり、高度医療機関に紹介する形で対応しております。その他の特徴的なこととしては、正常圧水頭症手術や穿頭血腫除去術などの脳外科手術や褥瘡・皮膚腫瘍手術・四肢切断術等も行っております。

次 6 ページにまいります。

当院が担っている、5 疾病 5 事業についてです。5 疾病に関しては、癌、糖尿病、脳卒中の 3 つです。癌に関しましては、昨年の管理目的通院が 131 名。ターミナルケア実施が 11 名でした。脳卒中に関しては、入院加療が 26 名です。糖尿病患者に関しては、透析専用設備を使用しない患者さんの治療管理を行っている状況です。

5 事業につきましては、2 次救急告示病院として、令和 4 年度の救急車受入台数が約 270 件でした。在宅医療に関しましては、令和 5 年 3 月に菊池中央病院訪問看護ステーションを開設しております。

次 7 ページにまいります。

他機関との連携についてです。当院は、地域連携室に社会福祉士 2 名を配置しており、菊池医療圏や熊本市内の医療施設を中心に連携しております。

令和 4 年度の実績件数は以下の通りです。

8 ページにまいります。

現状と課題についてです。まず、当院における人材確保と人材育成に対する課題について申し上げます。

職員の高齢化が進む中、若年層の新規採用数が少なく夜勤可能な看護師が不足気味で新たな常勤医師の確保もあまり進んでおりません。また診療報酬の新たな加算等に必要の人材育成もなかなか難しい状況です。

次に、施設の老朽化。建物の耐震診断上は全く問題ありませんが、老朽化により防水処理能力等の低下や配管の劣化が進んでいますので、計画的な改修により対応しております。

あと、医療DX対応です。菊池郡市医師会から 2030 年に国全体で共通の電子カルテシステムの導入が進むだろうと聞きました。当院では数年後に電子カルテシステム導入予定でしたが、導入しても数年後には切り替えが必要かもしれないということで、対応を考えているところです。現在は、オーダリングシステムより紙カルテを使用しております。電子カルテへの移行に関しては、医療DXの進行状況に合わせてなるべく早めに取り入れられたらと考えている状況です。

在宅医療部門の強化です。訪問看護ステーションはまだ看護師 3 名体制で開設したばかりで十分な機能は果たしていないかもしれませんが、今後人材を強化して、より菊池地域の在宅医療にお手伝いできる形ができればと考えております。

9 ページにまいります。

今後の方針についてです。当院における今後担うべき役割としては、かかりつけ医として地域の皆様のためにある病院として幅広い患者層を受けとめ、特に多数の疾患を持っていらっしゃる高齢者を中心に診ていくことになると考えております。

法人全体での地域包括ケアシステムの一角を担う体制の構築としましては、令和 2 年 6 月に地域包括ケア病床を開設し、令和 2 年 12 月に介護医療院を開設、それに伴う病床数の変更。また、繰り返しになりますが、令和 5 年 3 月から訪問看護ステーションを開設し、在宅医療の強化に努めております。

続いて 10 ページにまいります。

地域における今後担うべき役割として、新型コロナウイルス感染症、新興感染症への対応についてです。これまでもコロナウイルス患者さんの外来診療や検査は実施していましたが、今後も継続していくことが一つです。また、陽性者の入院受け入れについては、中等症までの陽性者について、可能な限り個室病棟での受け入れを予定しております。

また、感染回復後の患者さんの受け入れも行っておりますので、レスパイト等でも診られるような形にしております。

他には、ワクチン接種も、市から頼まれた範囲に関しましては、継続して行っております。

4 番として、総合診療を行っている立場として、総合診療医育成の場として、施設基準を 2 つとっております。

続きまして、スライド 11 にまいります。

先ほども簡単に御説明しましたが、病床機能と病床の在り方についてです。

2017 年時点との大きな違いは、地域包括ケア病床の導入に伴い回復期機能を強化したことで、急性期で届け出ていたもののほとんどが回復期に移行した点と慢性期で報告していた一部が介護医療院という形で医療外になった点です。

続いて 12 ページです。

今お話ししたことを主に、時系列で書いたものです。御参照いただければ幸いです。

続いて 13 ページ、診療科の見直しについてです。

2023 年 7 月時点と、2025 年で新たに変わることとしては、形成外科、小児科について、専門医師の高齢化による退職決意の可能性が高いと考えておりますので、その廃止が新たに加わっております。

今後の目標、具体的な数値目標については、御覧の通りですので、御参照いただければと思います。

最後に、数値目標の達成に向けた取り組みについて簡単に説明させていただきます。病床稼働率の上昇に関しましては、どこの病院もそうでしょうが、何よりも看護介護職員の確保が大変ですので、そこをなるべくスムーズにしていくために、他職種へのタスクシフトによる負担軽減や週休 2 日制の導入。資格手当アップ等の給料面での待遇も改善する方針で考えております。

また、紹介率、逆紹介率についてですが、前回発表させていただいたときの紹介率、逆紹介率はいずれも数%とかなり低かったものが、この数年で十何%という値までは改善をしておりますので、この調子で地域の先生方や熊本市内の病院からも紹介いただけるように努力していこうと考えております。

最後 16 ページです。

予想される 2 つの課題について記載しております。

外部環境としては、人を集めるにあたって通勤の問題があります。交通渋滞や T SMC 工事関連で人の動きがどう変わっていくかということが影響してくるのではないかと考えておりますので、それを考慮しながら対応していくしかないと思っています。

内部環境につきましては、先ほどもお話ししましたが、建物の老朽化が進んでおりますので、しっかり保全体制をとりながら、建設コストの高騰を加味しながらどういう体制をとっていくのかについて、しっかり検討していこうと考えております。以上です。

(樽美議長)

信岡先生ありがとうございました。

病床に関しては、平成 29 年度時点で急性期のまま稼働していく予定だったところが、回復期に変更されたということでした。どこでもそうですが、人材確保についての問題を抱えているということです。

それでは、協議に入ります。

委員の皆様からの、御意見、御質問はございますか。

(上山委員)

熊本再春医療センターの上山です。ありがとうございました。

令和 5 年から急性期の病棟がゼロになるということですか。

(信岡委員)

これは、厚生労働省の指針に伴うものですが、システム上、何日以内は急性期で、それ以降

は回復期という風に切り替えが行われました。急性期で入院された患者さんでも急性期を終えて回復期まで当院で過ごされている方が多く、その回復期の部分をしっかり計算に入れたというのがあること。

もう1つは、先ほど申し上げました地域包括ケア病床に大きく変えておりますので、病床機能としては回復期に変更させていただいたということ。この2点が大きく影響したと考えております。

(上山委員)

私が心配するのは、地域の急性期医療はどういう方針で対応されるのかという点です。それが心配になったのでお尋ねしたところでした。

(信岡委員)

基本的に変わりません。病床機能報告は、病棟単位の報告になっていますので、例えば55床の病棟うち30床が回復期で25床が急性期として運用している場合は、病棟全体を回復期として報告しないといけない。実際に急性期をしていないということではありません。

(上山委員)

急性期医療は今まで通り変わらずということですね。

(信岡委員)

はい。むしろ救急車の台数はここ数年で増えていますので、急性期を担っているという意味では増えていると思っています。ただ報告上は回復期で報告しているということになっております。

(樽美議長)

ありがとうございました。

他に何か委員の方から御質問や御意見ございませんか。

それでは御意見がございませんようですので、只今の菊池中央病院からの説明について、合意の確認をしたいと思っております。合意について賛成の方は、挙手をお願いします。

挙手多数

ありがとうございました。一定の方の賛成を得られましたので、菊池中央病院の役割等について、菊池地域医療構想調整会議で「合意」といたします。

もし今後、医療機関を大きく変更することがあれば、改めて協議が必要となりますので、その時はよろしく願いいたします。

それでは続きまして、川口病院多森先生、御説明をお願いします。

(川口病院 多森医師 (委員))

川口病院の多森です。よろしく願いいたします。

2ページに、川口病院の理念と基本方針を記載しております。

3 ページが現状です。

救急医療に関しましては、令和4年の当院の救急患者3,307名のうち、救急車による救急搬送患者数は362名でした。菊池市の救急告示4病院救急搬送患者880名のうち、当院が41%を対応したということです。

続きまして、災害医療です。平成12年から災害拠点病院として活動しておりましたが、人員や設備の指定要件を満たすことが困難となり、令和5年3月31日付で指定解除となっております。

4 ページです。

警察医療、Ai死亡時の画像診断ということで、令和4年の菊池警察署の検視取り扱い数70体のうち当院で検視をしたのが52体。全体の74%でした。ほとんどのご遺体にAiを行い、死因を確定させる最後の医療として取り組んでおります。

新興感染症への対応ということで、当院は令和2年10月30日より診療・検査医療機関として、また令和5年1月27日からは、新型コロナウイルス感染症の重点医療機関として、3床確保し現在も対応を継続しております。

5 ページです。

診療の実績や、職員数を記載しております。

6 ページです。

現状と課題です。救急医療の維持強化ということで、当院は救急告示病院であり、構想区域の救急医療を担う拠点病院の1つであります。常勤医師及び看護師の退職などにより、年々救急医療の維持が困難になりつつあります。救急医療の維持強化のための人材確保が課題と思っております。

あと、病院機能の維持強化ということで、新型コロナウイルス感染症の影響もあると思いますが、入院患者総数、外来患者総数、新入院患者総数が年々減少している状況です。

また、入院患者の高齢化の影響もあり、病床稼働率は減少し、平均在院日数も延長している状況です。地域の医療ニーズに応えるために、また、菊池構想区域の病床機能の状況を鑑みまして、急性期病床の一部を回復期病床へ転換させることが必要と判断しました。

7 ページです。

今後担うべき役割を4点掲げさせていただいております。救急医療ということで、救急告示病院になりますので、軽症から中等症の救急患者の受け入れを積極的に継続していく。手術等が必要になる患者様に関しましては、高次の医療機関へ連携していくということです。

地域医療、リハビリテーション、新型コロナウイルス感染症に関しましては、記載の通りです。

8 ページです。

4機能ごとの病床の在り方ということで、平成30年8月地域医療構想調整会議の際に承認をいただいた病床数です。急性期60床ということで承認をいただきましたが、9ページに示しますように、本日から急性期病床の機能を一部転換し、急性期を33床、回復期を27床で運用を開始しております。

10 ページです。

転換の理由として、4点掲げさせていただいております。少子高齢化に伴い、回復期病床の必要性が増すということ。菊池構想区域で急性期病床が過剰であり、回復期病床が不足していること。地域のニーズに応え、地域医療に更なる貢献をすること。当院の現状では、急性期病床の一部は既に回復期病床の様な運用になっていること。これらをことを考えまして、本日から回復期病床への転換を一部させていただいております。

11 ページです。

診療科の見直しということで、性病科がありましたがこの数年、性病の患者様の診療をおこなっていないことで、性病科は廃止させていただいております。

12 ページです。

病床の稼働率です。2022年時点で84.6%でした。2025年に対しましては、90%を目標としております。紹介率、逆紹介率は記載していませんが、10%前後位を予想しております。

13 ページです。

取り組みと課題ということで、先程から重複しますが、救急告示病院になりまして、構想区域の救急医療を担う拠点病院の1つでもありますので、常勤医師及び看護師の退職等によって救急医療の維持が困難になりつつありますが、救急医療の維持強化のために、引き続き人材の確保の努力を計画していくということで取り組みたいと思います。

また、2023年7月から社会福祉士を採用し、本格的に地域連携室を稼働させております。

さらに、7月1日から電子カルテを導入し、診療の効率化を図っております。

8月1日から、急性期60床を急性期33床と回復期27床へ機能転換を行っております。

病診・病病連携を図りながら、患者様に最適な医療を提供し、地域医療に貢献していくために取り組んでいきたいと思っております。以上です。

(樽美議長)

ありがとうございました。

川口病院さんも医師、看護師の人材確保は直近の課題であるということ。平成12年からこの地域で一生懸命担っていただいていた災害拠点病院も3月31日をもって指定解除になったということですね。

そして病床数に関しては、平成30年の段階では、急性期病床60床を維持していく予定だったものが、本日より急性期病床33床、回復期27床という形で2025年に向けた体制をとられるというご報告でした。

それでは、協議に入ります。

委員の皆様から御意見、御質問はございませんか。

御質問がなければ、今の川口病院からの説明についての合意の確認をしたいと思います。

それでは、合意について賛成の方の挙手をお願いいたします。

全員挙手

ありがとうございました。全員の挙手を確認いたしました。

川口病院の役割等について菊池地域医療構想調整会議では「合意」といたします。
今後、医療機能を大きく変更することがあれば、改めて協議が必要となりますのでよろしく
お願いいたします。

それでは続きまして、熊本セントラル病院先生から御説明をお願いします。

(熊本セントラル病院 井上医師)

熊本セントラル病院の井上と申します。よろしく申し上げます。
当院が担う役割について御説明させていただきます。

2 ページお願いします。

病院の基本理念は、「For the Patient」 患者さんのために医療を実践します。ということで、
社会医療法人としてのビジョン：Challenge2030 を定め、中期計画とリンクさせ取り組み
を推進しております。特に救急医療の充実、災害拠点病院としての機能充実に努めております。

2030 年までに災害拠点を取得すべき準備をしておりましたが、今年 4 月 1 日より熊本県より
災害拠点病院としての認可を受けました。

3 ページお願いします。

病院の概要です。2020 年 10 月に大津町より新築移転をいたしました。この時、一般病床 62
床を返上し、現在は 7：1 看護一般病床が 96 床、地域包括病床 150 床の 246 床です。設備とし
ては、3 テスラーMRI、80 列CT、血管造影装置、マンモグラフィー、骨塩定量測定装置、
温熱療法機、高気圧酸素機：2 機、人工透析機：2 機を有し、今年 4 月に熊本県で初の脊椎手術
ナビゲーションシステムを導入して、より安全に脊椎手術が可能となりました。

関連施設は介護施設の他、企業主導型の保育園があり、60 名の職員主体のお子様をお預かり
し、金曜日には 24 時間保育を行っております。出産後の当院復帰率は 100%です。現在、常勤
医が 30 名で職員総数が 530 名であります。

4 ページお願いします。

菊池郡市、阿蘇地域では手術が出来る施設が少なく当地域では必須と考えます。手術件数は、
病院新築移転に伴い眼科がなくなり 2020 年の移転時には 1,155 件まで落ちましたが、その後、
整形外科の手術件数増加に伴い 2022 年度は 1,238 件でした。手術室も 4 室となり手術件数増
加も見込めますが、麻酔科医や手術室スタッフの確保が課題となっております。

5 ページお願いします。

時間外・救急対応についてです。

休日、夜間の患者数はコロナの影響で減少しましたが、2022 年度は増加傾向です。また、救
急車搬入台数は、2020 年に新築移転やコロナの影響で減少しましたが、それ以降、増加傾向で
2022 年は合計で 1,877 台の搬入でした。その内、菊池管内が 76%を占めております。

スライドでは示しておりませんが、菊池広域消防署データによると、菊池管内出動救急車の
軽症者 50%が熊本市内に搬送されており、少しでも菊池郡市管内で完結出来る様に努力してい
きたいと考えております。

6 ページお願いします。

当院の 150 床ある地域包括病棟の現状です。自院からの転棟率が 2018 年で 51%であるのに

対し、2022 年は 44%と減少傾向です。国が定めた自院からの転棟率が 60%以内はクリアしております。一方、自宅、在宅からの直接入院は 31%から 48%と増加しており、サブアキュートとしての機能の役割が増えてきております。今後も継続して、侵襲の少ない手術目的入院を直接地域包括病棟へ入院させていく必要があると考えております。

7 ページお願いします。

紹介率、逆紹介率は増加傾向ですけれども、病院の基本方針として手術、入院、検査に重点を置き、再診の患者様は可能な限り近隣の開業医の先生のところに逆紹介を行うようにしております。尚、現在、国が進めている紹介受診重点医療機関は、紹介率が低いため現時点では考えておりません。

8 ページお願いします。

国が定めた 5 疾病の取り組みは、外科医師による癌手術、病理非常勤医師による術中迅速組織検査、化学療法、高気圧酸素併用によるハイパーサーミア治療を行っておりますが、それ以外は医師確保が出来ず課題となっております。

これから高齢化社会で増加するであろうと思われる高齢者の骨折、誤嚥性肺炎、急性心不全の急性増悪、脳梗塞に対しては対応可能であります。

9 ページお願いします。

当院は社会医療法人をスライドの 3 事業で取得しております。今後も継続して救急、災害医療、へき地医療を継続しつつ、特に救急と災害医療に重点を置いていくつもりであります。

10 ページお願いします。

今後の方針です。

救急医療室のハード面の充実、救急救命士を採用してスタッフの充実を図ろうと思っております。今年は、2 名の救急救命士の採用をおこないました。

災害医療は、DMAT チーム能力強化、地域と連携した災害訓練の計画を行って参ります。

新型コロナウイルスや新型のウイルスの病床確保を継続して行っていこうと思っております。

11 ページお願いします。

資料のとおり、2020 年 10 月の移転時に 308 床から 246 床に減床しております。

12 ページお願いします。

急性期病床 96 床、7：1 看護、平均在院日数 15 日。今後、救急体制強化のため、4 床の HCU 導入を検討中しております。150 床の地域包括ケア病床を回復期機能病床として運用しており、平均在院日数は 22.4 日となっております。

13 ページお願いします。

診療科の見直しはありません。現状維持とさせていただきます。

14 ページお願いします。

病床稼働率は、目標を 90%以上、紹介率、逆紹介率をそれぞれ 40%、50%と定めておりま

す。

15 ページお願いします。

救急車の受け入れ台数を、年間 2,200 台以上を目指し、3 次救急の病院の負担軽減をしたいと考え、夜間、休日の当直医師を現在の 1 人体制から外科系、内科系の 2 人体制で行いたいと考えております。

そのためには、常勤医師を 30 名から 35 名まで増員する必要があります。

手術件数も 2,000 件にまで増加させ、4 室ある手術室を効率よく稼働させたいと考えております。DMAT チームの研修、院内の職員の災害訓練を徹底し、消防、自治体との連携強化を図っていきたいと考えております。

16 ページお願いします。

地域医療の連携推進は、熊本メディカルネットワークの活用や菊池郡市医師会との連携強化を行って参りたいと思っております。

17 ページお願いいたします。

環境整備、医師の働き方改革についてです。

医師は、医師にしか出来ない仕事に集中してもらうため、医療事務担当者に書類、退院時サマリー、手術記事草案作成などを行っていただいております。また、病棟指示の代行入力も行っております。また各病棟に病棟薬剤師を配置し、持参薬の管理、それから病棟配置の栄養士を配置し、積極的に病棟業務に関わってもらうことで、医師の業務軽減をはかっております。残業は減ってきております。

また当直明けの医師に対しては、午後から帰宅をさせ、過重労働の軽減に努めております。

18 ページお願いします。

社会医療法人として、社会に貢献を行うことで職員のやりがい醸成し、保育園整備による子育ての支援を行う事で職員が安心して働ける職場の継続を図っていきます。

また、ブライツ企業やプラチナクルミンなどの認定取得を行うことで、内外に PR し働きやすい環境作りの維持と向上に取り組んでいきます。以上、当院の役割について発表させていただきました。ありがとうございました。

(樽美議長)

井上先生、ありがとうございました。

今後も救急医療、更に、本年春から新たに担われております災害拠点病院としての医療に重点を置いて活躍されるということで、熊本市内に半分流れている救急車をなるべくこの圏域で少しでも引き留めていただけるようになると助かると思います。

医師の数も、現在の 30 名から 35 名体制を目指されるということや病床の整備も見据えておられるということで、楽しみにしております。

委員の皆様から御意見、御質問はございませんか。

(上山委員)

熊本再春医療センターの上山です。どうもありがとうございました。

急性期病床を 10 床減らされるということですね。

(井上医師)

急性期病床は、病院移転時に返上いたしまして 300 床から 250 床になっているところです。

(上山委員)

それは、平成 29 年が 109 床で令和 5 年が 96 床。

(井上医師)

そうです。

(上山委員)

移転の時に 10 床減らされているということですね。

台湾の TSMC が進出しますよね。恐らくこの地域は、全国的に見ても稀な地域だと思います。

人口が減少ではなく増加する地域です。セントラル病院さんのある菊陽町の人口がしばらく増加すると思いますが、そういう中で、急性期に関して維持されるということでしょうか。

(井上医師)

5 年前に地域医療構想調整会議が開催された時に、一般病床を返上するとさせていただいたのですが、看護師の確保が維持できなかったという状況がありました。

新築移転した次の年から看護師の新規の採用が年間で 20 人ずつくらいできるようになりましたので、その辺はカバーできるのかなと思っています。

今のところ病床稼働率が 80%から 90%くらいで稼働しておりますので、246 床という病床数は適正じゃないかなとは思っています。救急病床で一般病床でまかないきれない部分は、地域包括病床をサブアキュート病床として活用していけば、対応できるのかなと思っています。

(上山委員)

あと、当院も、1 病棟単位の地域包括ケア病床の運用が難しいですが、3 個病棟をお持ちということで、かなり運用が難しいのではないかと思います。なにかそのへんはございますか。

(井上医師)

大きな病院は、自分のところの急性期病棟から地域包括に移す。500 床以上ある病院は 90% 以上がそういう運用をされていますが、国も目をつけていて、そういう使い方じゃダメだよということなんです。

当院としては、7 対 1 看護と、13 対 1 看護になりますけど、例えば整形外科の抜釘といったあまり看護師の手をとらないような手術をどんどん地域包括のほうに優先的に入院していただくことで、なんとか運用していこうかと思っています。耳鼻科の手術とかもそうですが、そういった方法でやっていきたいと思っています。

(上山委員)

地域包括ケアではなく、回復期リハのほうにいかれるという。

(井上医師)

今、地域包括が3個病棟ありますが、もしかすると1病棟を回復期として運用するかもしれないと考えております。今の所、医師の確保ができないため悩んでいるところです。

(上山委員)

医師ですね。リハビリのスタッフは十分確保できていますか。

(井上医師)

リハビリのスタッフは約60名いますので、確保できているのではないかと思います。

(上山委員)

分かりました。ありがとうございます。

(樽美議長)

他に委員の皆様から、御意見、御質問ございませんか。

他に御意見ないようでございますので、只今の熊本セントラル病院からのご説明について合意の確認をしたいと思います。

合意について賛成の方は挙手をお願いします。

全員挙手

ありがとうございました。全員の挙手を確認いたしました。熊本セントラル病院の役割等について、菊池地域医療構想調整会議では「合意」といたします。今後、医療機能を大きく変更することがあれば、改めて協議が必要になりますのでよろしくお願いいたします。

議事は以上となります。次に、報告事項に入ります。2の「外来医療計画等について」と、「3の紹介受診重点医療機関等について」事務局から説明をお願いします。

(事務局 山部主事)

資料2と3について説明いたします。

菊池保健所の山部です。資料2と3は密接に関係しますので、一括して御説明させていただきます。まずは、今年度が計画の策定年度になる「外来医療計画」について御説明いたします。

お手元に資料2をご準備ください。

2ページをお願いします。本計画は、医療法の規定に基づく医療計画における「外来医療にかかると医療提供体制の確保に関する事項」を定めたものです。令和2年3月に策定し、計画期間が令和5年度までとなっておりますので、今年度に改正が必要となります。

3ページをお願いします。現行の計画の内容について簡単に御説明します。

外来医療に関する現状・課題として、県内の医師会に伺った意見やデータを記載しています。

まず、課題として「外来医療を中心として担う診療所医師の偏在や高齢化」が挙げられます。右の上の表は診療所医師に関するものです。棒グラフは、平成30年の人口10万人当たりの医師数であり、折れ線グラフは、60歳以上の医師の割合です。菊池地域では、医師数は県平均88人のところ69.1人であり、人口当たりの医師数が少ない地域です。

一方で、60歳以上の医師数は県平均52.1%のところ49.2%であり、熊本・上益城地域と並び県内では高齢化が進んでいない方ではありますが、全国平均と比べると進んでいる状況です。

また、地域の医師会等から、「後継者や医療従事者不足による診療所の閉鎖の増加、有床診療所が無床化」、「初期救急・学校医等の継続に必要な協力医師の高齢化、負担増」、そして、「医師の専門医志向の高まりに伴う地域における総合診療医の不足」についても課題だという意見が挙げられています。

4ページをお願いします。こうした各地域の実情を踏まえ、施策の方向性として、県の外来医療計画では、大きく2つの柱を立てて、取組みを推進することとしています。

1つめの柱は、外来医療機能の分化・連携の推進として、①から⑤に記載の取組みを推進することが記載されております。

また、2つ目の柱は、外来医療を担う医師の養成・確保としており、①から③に記載の取組みを推進する

ことが記載されております。

5ページをお願いします。下段の枠囲み部分をご覧ください。

現行の外来医療計画は第7次保健医療計画の別冊というかたちになっております。次期、外来医療計画においては第8次保健医療計画の一部として策定する予定です。

改正の方向性については、6ページをお願いします。

主な項目を4つ挙げております。

1つ目は「外来医師多数区域の設定」です。この項目の1つ目の○ですが、国のガイドラインでは、外来医師偏在指標に基づき外来医師多数区域を定義するとされております。なお、外来医師偏在指標とは、地域ごとの外来医師の偏在状況を相対的に比較することを目的として、厚生労働省令に基づき医療需要、人口構成とその変化、患者の流出入、医師の性別・年齢分布等を基に算定される指標になります。

次に2つ目の○にあります通り、この指標はあくまでも相対的な外来医師偏在の状況を表すものであることから、現行計画においても参考として記載を行うとともに、指標のみに捉われず、地域の現状や課題をしっかりと分析する必要がある旨が明記されております。

表の右の改正の方向性としては、第8次保健医療計画においても同様の記載を行って参りたいと考えております。なお、この4月に国から示された外来医師偏在指標では、熊本・上益城地域、有明、阿蘇、八代、芦北の5地域が該当しております。

2点目は、「地域に不足する医療機能に係る目標設定」です。地域に不足する医療機能について目標を設定し取り組んでいきたいと考えております。地域に不足する医療機能とは、夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制、在宅医療の提供体制、産業医・学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制などになります。

3つ目は、「紹介受診重点医療機関の名称等の追加」です。紹介受診重点医療機関については、後ほど資料3のほうで改めて詳細を説明させていただきます。

4点目は、「新規開業者等に対する情報提供」です。こちらについても、改正の方向性にある通り、外来診療に関する情報や初期救急体制に関する情報などを基に計画に盛り込んでいきたいと考えております。

7ページをお願いします。県全体の策定スケジュールを記載しています。11月の県会議への計画案提出に向け作業を進めていくこととなります。菊池地域における協議の進め方については、次の8ページをお願いします。

現行計画の策定時には、菊池地域では、調整会議議長より御推薦いただいた方をワーキンググループの構成員として、外来医療に係る現状・課題や目指すべき方向性について意見交換をさせていただきました。

今後の具体的な意見交換の進め方や内容については、現行計画策定時の例を参考にしながら進めていきたいと考えております。

9ページをお願いします。

一番下の枠囲みのところですが、前回の第10回調整会議において、新規開業する医師に対して協力の意向を確認する外来医療機能として、「初期救急」「学校医」「予防接種」「産業医」「在宅医療」の5項目を決定しました。

10ページをお願いします。

そして、こちらの「外来医療機能に係る確認書」を医療機関を新規開設される際に開設届と併せて提出していただくことといたします。担う意向のある項目に○をつけていただくようになっており、全く意向がない場合にはその理由を記載していただくようにします。また、一番下のところに注意点として、不足する医療機能を担う意向がないとした場合には、地域医療構想調整会議において説明を求める場合があることを記載しております。

ただ、新規開業者への協力意向確認の運用開始時期等については検討中ですので、次回調整会議での報告を予定しております。

最後に、説明の中では触れませんでした。資料2（参考）と書いてあるものにつきましては、現行の保健医療計画の別冊としてつくられている熊本県外来医療計画の抜粋になります。ご紹介として、配布をさせていただいております。

資料2の説明は以上になります。続きまして、「紹介受診重点医療機関」について資料3によ

り御説明します。

まず、2ページをお願いします。こちらが厚生労働省の資料になります。1の外来医療の課題としまして、患者の医療機関の選択に当たって、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向があるなか、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担といった課題が生じています。また、人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医の機能強化とともに、外来機能の明確化、連携を進める必要があるとされています。

このような課題を踏まえた改革の方向性として、四角枠囲みのなかですが、①の外来機能報告を実施することと、その結果を踏まえて、②地域の協議の場において、外来機能の明確化、連携に向けて必要な協議を行うこととされました。また、右矢印の先ですが、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関である「紹介受診重点医療機関」を明確化することとされました。

3ページをお願いします。昨年度から始まりました、外来機能の報告についての説明をいたします。ページ中ほどの「目的」にありますように、「紹介受診重点医療機関」の明確化と地域の外来機能の明確化・連携の推進を目的としています。その右の「対象医療機関」にあります通り、病院・有床診療所は義務、無床診療所は任意とされております。左下の「報告項目」に記載のとおり、医療資源を重点的に活用する外来の実施状況、紹介受診重点医療機関となる意向の有無、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項を報告することとされています。

4ページをお願いします。中ほどの右側の枠の中に、「地域の協議の場」とございます。外来機能報告の結果を踏まえ、①基準を満たした医療機関や、②基準は満たしてはいたなくとも、紹介受診重点医療機関になる意向を有する医療機関の中から、紹介受診重点医療機関を地域で決定することとされています。また、③協議が整った場合には、県が公表することとなっています。

5ページをお願いします。外来機能報告の報告事項である医療資源を重点的に活用する外来とはどのようなものを指すのかを説明した国の資料です。①の医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来や②の高額の医療機器を必要とする外来、③の特定領域に特化した機能を有する外来、紹介患者に対する外来等、のいずれかの機能を有する外来を、医療資源を重点的に活用する外来として、「重点外来」と位置付けられています。

6ページをお願いします。紹介受診重点医療機関を決める際の協議の進め方について記載がされております。地域医療構想調整会議において、①のような、基準を満たし意向もあるという医療機関については協議の場で確認を、②の基準を満たすものの意向がないという医療機関、及び③の基準を満たさないけれども、意向がある医療機関については協議を行うこととなります。また、協議の結果、構想調整会議の結論と医療機関の意向が異なるものとなった場合には

再協議を行うこととなります。

具体的には、②の場合だと医療機関には紹介受診重点医療機関になる意向はないけれども、調整会議としては紹介受診重点医療機関になってほしいとの結論となった場合、③の場合だと、医療機関に意向はあるものの調整会議としては紹介受診重点医療機関と認定しない方がいいのではとの結論となった場合が、これに当たります。

7 ページをお願いします。紹介受診重点医療機関の設定に向けた県の方針について記載があります。◆の3つ目ですが、①重点外来基準に該当するが、紹介受診重点医療機関となる意向を有さない医療機関②重点外来基準に該当しないが、紹介受診重点医療機関となりたい意向を有する医療機関を対象に協議することとしています。

一番下の赤字の部分になりますが、協議が必要となるこれら①②の医療機関については事務局において、意向や報告内容に誤りがないか等も含め状況を整理した上、今後開催するこの協議の場で協議をさせていただきたいと考えております。

最後に8 ページをお願いします。厚生労働省が作成をした紹介受診重点医療機関のリーフレットになります。紹介受診重点医療機関への配布等を行い、患者への周知を図って参りたいと考えております。

長くなりましたが、資料2及び3の説明は、以上になります。

(樽美議長)

ありがとうございました。今の御説明を受けて委員の皆様から、御意見、御質問はありませんでしょうか

(上山委員)

前日も聞いたかもしれないですが、今現状、選定療養費が200床で、紹介ではない患者様からは7,700円頂いていますが、それとこの制度はどういう関係になるんですか。

(事務局 朝永主幹)

医療政策課の、朝永でございます。私のほうから御説明いたします。

上山委員のおっしゃる通り、200床以上の地域医療支援病院については、選定療養費で定額負担をとられている形になると思います。そちらについては紹介受診重点医療機関になった場合でも、特に変わらず定額負担対象となりますので、変わりはないということになります。こちらは、どちらかということと患者さんの分かりやすさを重視されていまして、資料の4ページの所になります。ちょうど下のところでございますが、外来の機能について青い点線で囲んでいるところが今回お話しをしております紹介受診重点医療機関でございます、それと矢印で逆紹介・紹介でつながっています、かかりつけの医療を担う医療機関というところをわかりやすく分けていこうという狙いがございます。一番左側のところに、四角で囲んでいますが、患者様がまずは地域の、かかりつけ医を受診して、そこから必要に応じて紹介受診重点医療機関に紹介してもらい受診する。状態が落ち着いたら逆紹介でかかりつけ医にもどるというような形で、外来機能の分化をしていこうという方針でございます。最初の委員のご質問になりますと、

選定療養費については、特段変わるものではないです。以上でございます。

(上山委員)

例えば200床以下の病院でも、紹介受診重点医療機関になると、選定療養費がとれるようになるというようなシステムですか。

(事務局 朝永主幹)

紹介受診重点医療機関でも200床以上のところが対象ですので、200床以下の病院で選定療養費が取れるようになるわけではありません。また、200床以上の紹介受診重点医療機関には、新しい診療報酬がございます。紹介受診重点医療機関入院診療、入院のほうの診療加算ですが、そちらが新しくつきます。800点ついているというような形となり、こちらは外来の機能分化ですが、それによって先生方の外来の負担が減っていったら、逆に入院の機能が向上するというところで、入院側で評価されているというような厚労省の説明をうけております。

(上山委員)

どうもありがとうございます。

(樽美議長)

他に何か、御意見、御質問ございますか。

よろしゅうございますか。それでは、ありがとうございました。

最後に、4の病床機能報告結果について、事務局から説明をお願いします。

(事務局 山部主事)

資料4について、説明をさせていただきます。

報告事項の3つ目は、病床機能報告結果についてです。

資料4につきましては、病床機能報告についてです。

病床を有する医療機関から国に対して毎年7月1日時点の状況をご報告していただいておりますが、今回、令和3年度の集計結果について報告いたします。

2ページをお願いします。下の表に記載のとおり、菊池地域の報告対象医療機関は30あります。令和2年度から医療機関の減少というのはありませんが、許可病床数については、2,448床で令和2年度からは144床の減少ということになっております。

8ページをお願いします。菊池の結果です。表の左側のたて列が病床機能の種類についてで、表のよこ列がR2、R3の病床数の報告結果となっております。一番右側のたて列が2025年病床数の必要量です。

見方について②令和3年度病床機能報告の欄を見た場合、まず、病床機能ごとに、1段目に基準日をAとして、基準日というのは2021年7月1日時点の病床数、2段目にBということで、基準日後である2025年7月1日時点の見込み、3段目にB-Aとして増減を記載しています。

病床機能ごとに 2025 年 7 月 1 日時点の B の数値と表の一番右側に示す必要量、これはあくまで推計値ですが、見比べますと、菊池地域においては、高度急性期、回復期が不足し、急性期と慢性期が過剰な地域であるということがわかります。

次に、介護保険施設等へ移行に関する病床については、表の下から 3 段目のとおり、2025 年までに 69 床が移行する見込みとなっています。その内訳は、表の下の欄外にあります※に記載のとおり、すべて介護医療院への移行予定となっています。

なお、県では、病床機能の動きも含め、こういった結果に関する分析を引き続き進めていきたいと考えています。

他のページには、他の構想区域ごとのデータを記載しております。

資料 4 の説明は以上です。

(樽美議長)

ありがとうございました。資料 4 につきまして、委員の皆様からの御意見、御質問はございますでしょうか。

よろしゅうございますか。

御意見がなければ、ちょうど予定の時間がまいっております。

本日は、真直なる御審議、誠にありがとうございました。

本日予定されていた議題は以上でございます。

皆様には、円滑な進行にご協力いただき、ありがとうございました。

それでは、進行を事務局にお返しいたします。

(事務局 本田次長)

樽美議長、そして本日ご説明をいただきました、信岡先生、多森先生、井上先生、本当にありがとうございました。この場をお借りして、深く御礼を申し上げます。

本日、机の上に資料のほうお配りさせていただきましたが、これらの資料を持ち帰りいただく際に、封筒が必要な場合は事務局のほうで準備をしておりますので、お帰りの際にお声かけいただければと思います。よろしく願いいたします。

そして、次回開催についてですが、日程調整等、改めてご連絡、お願いをさせていただきますので、またよろしく願いいたします。それでは、これをもちまして本日の会議は終了させていただきます。ありがとうございました。