

平成30年度岡山県在宅医療推進協議会 議事概要

日時：平成30年12月19日（水）

18：00～20：10

場所：ピュアリティまきび 2階 白鳥

【議題】（1）在宅医療に関する取り組みについて

① 平成30年7月豪雨災害について

② 事前調査について意見交換

（2）その他

〈発言要旨〉

○会 長 平成30年7月豪雨災害について、今回の経験の中で課題となるのが、一般県民のみならず在宅療養中の患者さんが、どこに避難をするか、避難した後どうなるかである。

今は、避難指示の前に避難準備・高齢者等避難開始情報が発令されるが、その段階で援助を必要とする方は早目に避難所に避難をすることになっている。そして、要配慮者は、避難所から福祉避難所へ移るというマニュアルがある。これは要配慮者の視点に立つと、非常に負担の重い避難になる。福祉避難所をあらかじめ知っていれば、そちらに避難したほうが良いというのは、もっともな話である。

避難所に一旦避難された方が、福祉避難所に移って頂く判断は、市町村が行うことになっている。しかし、在宅医療を受けている患者さんのことを考えると、可能であれば直近近くの福祉避難所に避難するのが望ましい。

福祉避難所の運営の所管は厚生労働省ではなく、内閣府になる。内閣府のマニュアルによれば、避難所から市町村の担当者が振り分けをするということにはなっているが、それを岡山では、より合目的に要配慮者の方々には初めから市町村が指定した福祉避難所に行くという運用ができないものかと提案させていただきたい。

この場で決める話ではなく、各所属に戻られてからご検討いただきたい。

大きな災害が起きた場合は、大変な状態なので、市町村が避難指示、あるいは避難勧告を出したときに、要配慮者が直接、近くの福祉避難所へ避難する体制

を整えると、どんな課題があるのか。一般には市町村が開設する避難所は、市町村が責任を持って開設している。福祉避難所、すなわち特別養護老人ホームとか、短期入所施設、場合によっては病院というのも可能性としてあるかもしれないが、避難勧告、避難指示が出された場合に円滑に避難が行われるかどうか。

在宅療養されてる方もいらっしゃるので、在宅医療を推進するときには、是非この問題もあわせて検討しなければならないことだということを学ばせていただいたので、是非委員の皆さん方、各所属に戻られましたらご検討ください。避難勧告、避難指示で福祉避難所に避難をするということが日ごろからなされていると、災害が起きたときには、問題なく要配慮者の方も安全な避難生活を送られるのではないかと。

以上、平成30年7月豪雨災害について説明だが、もし今の提案に対してご質問、あるいは賛同の意見でも結構だが、ございましたらお願いしたい。

- 委員 このたびの7月豪雨、予想だにしない地震、その他の災害、あるいは時化<sup>しげ</sup>、さまざまな要因がある。市町村もそうだが、岡山市においては、周辺部でも取り組んでいるところだが、山間部が非常に困難ということだ。
- 委員 とりわけ福祉避難所というのは便利なところに位置している。日ごろからの訓練が必要だと思うが、健常者も含め、地域コミュニティーとの関わりを日ごろから持つということが最も大事な事。相対的には今、会長の言われたことが正しいと思うが、取りこぼしをしないという取り組みも同時に必要かと思う。
- 会長 そのほか、どなたかご意見あるか。  
岡山県訪問看護ステーション連絡協議会から、いかがか。
- 委員 今回、真備ほどではないが、近くでも用水等が冠水して、つまりそうだということでショートステイで来ていただいたり、急遽病院で診ていただいた方も数名いらっしゃるため、日ごろから連携できれば良いと思っているところである。
- 会長 それでは、事務局。この件について、今後是非お願いしたいと思っている。ここから、事前調査について、意見交換に移りたいと思う。  
事務局のほうからご説明をお願いしたい。
- 事務局 説明させていただく。

本調査については、国で実施されている全国在宅医療会議で示された重点分野に対応していくための課題整理と7つの柱の策定に基づいて課題とされていることに関して、各団体での課題や課題に対する対応策、他団体への要望等について調査をさせていただいた。

課題として19項目あるが、全てが岡山県の課題として当てはまるものではなく、岡山県内でも地域差もあるかと考えている。その中で皆さんにご記入いただいた回答をもとに、太字としている部分を中心に説明をさせていただく。大きくは連携についてと、普及啓発に関する事柄になる。

連携については、各団体との連携が不足していることや、体制として時間的に連携がとりにくいといった記載が多く見られた。体制の部分では、かかりつけ医は24時間対応を余儀なくされていることもあり、かかりつけ医の負担軽減への体制、退院前カンファレンスへの参加が難しい、在宅医療を担う医師や看護師などに退院前カンファレンスに参加してもらいたいとの意見が多く見られた。

2点目の普及啓発については、大きくは一般県民への啓発と専門職への啓発とに記載されていた。普及啓発に関して行政主導で実施すべきというご意見もいただいているので、皆さんのご協力を得ながら行政としても今取り組んでいる最中である。行政へのご意見、ご要望がありましたら、是非お聞かせいただきたい。また、専門職自身が在宅医療について知識を深め、顔の見える関係を構築、情報共有が必要であるとの意見も見られた。専門職への啓発については、うまくいった事例やうまくいかなかった事例について専門職間で共有して貰いたいという記載もあった。

調査に関して、県としての考えを示していただきたいのご意見も頂戴しているので、本取りまとめ資料の中に県としての考えについても記載させていただいた。ご参照いただきたい。詳細については、第8次岡山県保健医療計画として現状や課題、施策の方向性についても記載しているため、後ほどご覧いただければと思う。

○会 長 厚生労働省の検討会で19項目の分野についてそれぞれ課題を上げて討論することだが、岡山県について、それぞれが課題であるということではなく、網羅的に皆様方からご意見をいただいたということである。

今日は皆様方から1人ずつ特にこの中で、ご自身の所属する団体の意見ということではなくて結構なので、記載している内容について協議の場としたいと思う。

○委員 私自身、医師として在宅療養支援診療所をしているため、その立場からお話をさせていただきたい。

地域の病院と在宅医療との水平連携が不足しているということが上げられている。これは、病院の先生は専門分野に特化しやすい。このため、病院の先生を含めて、在宅医療について、しっかり理解をしてもらいたい。

それから、この中でカンファレンスに出れないということがある。私自身は、しっかり時間をとって必ず患者のカンファレンスに出るようにしているが、なかなか病院や診療所、大学病院の方は難しいと思う。これをどうやって解決するかというと、やはり院長先生クラスに、しっかり在宅を理解していただき、在宅を一つの核と捉えていただいて、しっかり時間をつくる。医師に対して、監督する医師、看護師の時間をつくるということを工夫しないと、個人の先生の努力や看護師さんの努力では難しいのではと思っている。

○会長 院長のマネジメント力ということだと思う。

○委員 どの情報を見ても、まだ地域の情報が共有できていない状況が感じられることと、大きな7つの柱を、1つの団体だけでどうこうするのは、まず難しいので、団体でできることと、各医療機関、各機関でできること、各地域でできることというように、課題を整理する必要がある。当協会として、情報収集、自施設の努力、研修というところが欠けているので、もう少し色々な場面で考えられると良いと思ったのが一つある。

以前に、多職種連携の教育研修会をしたと思うが、せっかく実施しても途中で終わっていて、積み重ねができていないところがあると思う。包括ケアという課題もあるため、長期的なところで考えていくのが良いと思った。

○会長 多職種連携のカンファレンス、研修会等は、継続して初めて意味があるため、当協議会でもそのことは指摘をされている。それぞれの地域や現場でどのくらい継続して多職種連携の研修、カンファレンス、集まり等が行われているか。最近では、尻すぼみで余り行われてないのではないかと感じるということだろうか。

これは、非常に大きな課題であるため、一つ特記すべき事項だろうと思う。

○委員 先ほどの委員と同様に、自分のところだけで解決することはなかなか難しいと思いつつも、看護職関係は色々なところにたくさんいるため、病院の機能が大きく変わる中で、退院支援や地域へつなぐ等、そういったところにも力点を置いて、お互いがやっていることを分かり合うというところに今は注力をするところである。

その一つの方法としては、一つの事例を通して多職種がどういう風に関わり、在宅支援へつなげていくかという時に、他職種の方も参加していただくことで、具体的でわかりやすく、お互いの理解につながると思うので、そういったことを地道に積み重ねていくのが一つの力になるのではと思っている。

○会長 その通りだが、実際、看護協会として多職種連携、あるいはそういった研修会等の継続性、広がりはいかがか。どのように看護協会として取り組んでいるか。そのことの取り組みについて、行政はどういう支援があるか。

○委員 職能団体のため、研修の中で看護職間の相互理解と、多職種との相互理解ということについては、経年的に研修を積み上げていく様にはしている。

○会長 結局、現状のままの研修でいいのか、それとも、もっとやらないと多職種協働が進まないという風にお考えなのか、その辺をざっくりばらんにお話し願いたい。

○委員 量的には退院支援等、色々なことでボリュームはあると思うが、大勢のため、色々な選択肢をつくらないと、受講者が限られる。その様な中で今年は、慢性心不全を抱えた方の事例を挙げて、リハビリのセラピスト、医師会の先生等、色々な方が関わった事例を取り上げて、フォーラムを実施したところ、非常に有意義であった。これについては、この方法を来年も取り上げていきたいと思っている。

○委員 障害福祉関係施設の団体の会ということで、医療と福祉の連携というのはすごく悩まされている。特に、異業種関係団体の連携、ネットワークももちろんだが、重症心身障害児・者、いわゆる医療的ケアの必要な児・者が非常に増えており、重度化、高齢化の状況である。そういった実態調査を是非岡山県でしていただき、適切に医療に結びついているケースは良いが、特に児童等、適切な在宅医療に結びついていない方が実はたくさん埋もれているのではないかと

う。このため、是非、協議会で色々な業種の方と連携して、そういった方を支え、支援できたらと感じている。

先ほど会長が言われた福祉避難所である。これは我々、障害福祉施設等協議会も課題に上げている。福祉避難所にすらなじめず、避難できなかった方が実はたくさんいる。特に我々でいうと知的障害、発達障害、自閉症、自閉スペクトラム症、こういった方は福祉避難所にすらなじめないということで、非常にご家族がご苦労されている話も聞いた。このような課題も何かにつながれば良いかなど。

○会 長 真備の小学校にそういった方々が実際に避難されて、お母さんが疲弊し、どこも行くところがないということをそこに詰めていた看護師から伺ったことがある。今回そういうことがわかった。わかっていて、繰り返さないためにはどうしたら良いか。行政の強力なリーダーシップも大事だが、我々自身が何かしなければならぬということで、本当に大きな問題だと思う。

○委 員 強く感じるのが、在宅で介護するということになると、家族の方の負担が一番大きい。それと、どういう医療や介護がどこまで受けることができるのか。こういう情報が少ないというのが現実ではないかと思う。

今どの分野でも言われているが、実際に介護をする人材がどこも不足しており、皆さんお困りになっているのではと思う。問題はたくさんあると思う。介護職として医療との連携、また学びもしていかなければならないため、課題は多いが、会としても医療面の研修会を行ったり、隠れた人材を発掘するために掘り起こし作業のようなこともさせていただいている。

○会 長 たくさんある課題の中で、情報ということをおっしゃられたが、具体的にどういふケースでどういふ情報のことをおっしゃっているか。

○委 員 実際に私も在宅にかかわる仕事をさせていただいているが、家で最後まで看るということになると、心配されるのが、先生方がどこまでして下さるのか、実際に往診して下さる先生というのが地域においては少ないこと、介護保険はどこまで対応できるのか、どこまで利用できるのか、まだまだ浸透してないというのが現実だと思う。

○会 長 今のご指摘、非常に重要であり、特に岡山県介護支援専門員協会、あるいは岡山県訪問看護ステーション連絡協議会から、今のご指摘も踏まえて、ご意見を

お願いしたい。

○委員 当協議会でも多職種連携の研修会を実施している。グループワーク等を実施することで、1人からつながると言うような形で、連携が少しずつ、とれてきていると思う。

それから、具体的なお話になるかもしれないが、今日も先ほど看取りをグループホームで2名してきた。その介護職の方が、「努力呼吸になったときに、救急車を呼びたい。」と言われたが、「そういう状態ではないので、静かに見守ってあげましょう。」と伝えた。今回は施設だったが、在宅だと特にご家族の方にしっかりお伝えをしていかないと、すぐ救急車ということになり、挿管されたという事例もある。このため看取りについては、きちんと伝えていかないといけないと思った。

環境等もあるかと思うが、先ほど亡くなった方は、「エンゼル処置等もきれいにしたいので、葬儀屋さんでします。」と言われたが、もう一人の方は生活保護の方だったので、施設スタッフがしても良いか事前に聞かれていた。もちろん「してください。」ということであった。介護職がしても、看護職がしても同様と思われたため、施設職員に「どうぞしてください。」という風に、助言をして帰ってきたが、市民の方だけでなく、施設の方にも、在宅医療での様子をお伝えしていく必要があると思った。

○会長 岡山県訪問看護ステーション連絡協議会が、どの程度担い得ることか。

もう、私たちに任せてくだされば大丈夫ということなのか、それとも、他団体の協力、連携を必要とされているのか、少し詳しくお願いしたい。

○委員 任せてくださいと言いたいところだが、人材不足があり、今回のエンゼル処置も施設の方ですと言われたため、お願いしたという経緯がある。ケアマネ、介護職の方、医師等、色々なところと連携したい。先日亡くなった方は、医師の方も忙しくて、どの段階で呼ぼうかと迷ったが、夜中の2時にお呼びしてしまったこともある。やはり医師との連携ということは、訪問看護として考えている。

○会長 了解した。

○委員 調査結果を拝見すると、連携、情報の共有、情報交換、研修会の開催等、色々な団体で書かれている。当会も同じような問題を抱えている。歯科で最大の問

題というのは、在宅歯科医療に関わる歯科関係者が少ない。大体30%程度であり、これを増やしていかないことにはどうしようもないという問題がある。最大のネックは何だろうと、今の医療保険制度及び介護保険制度が煩雑及び複雑で、在宅医療に取り組みにくいという問題を抱えている。他団体の皆さん、介護保険や医療保険に満足できる制度であると思われているかどうか、皆さんのご意見をお聞きしたい。

歯科関係の職種からすると、いつまでも元気で口から食べていただきたいということを常々考えてやっている。

○会 長 余りにも煩雑過ぎて、言いようがないと言われるかもしれないが、例えばここをこういう風にすれば、もっとすっきりするという様な、現場の知恵等あるか。

○委 員 制度がどれもだんだん煩雑になってきているので、介護保険に限らず、障害者の制度についても、事業者のみならず、私たちにも分かりにくかったりする。介護保険はケアマネジャーさんがいるので、サービスのことは分からなくてもできるが、障害者の方は、自分のこととして一生懸命やっている。医療費のことはよく分かっていないことが多い。難病もしかりです。利用者自身がわからない制度となっていて、それを辛うじて色々な専門職の方がサポートしているという状況であると思う。

○会 長 了解した。

○委 員 煩雑さというのは、例えば書類が多いとよく言われるが、人によって煩雑と感じる方とそうでない方がいると思う。効果的、効率的にしているという方もいる。厚生労働省で書類の半減等に取り組んでいる様である。実際に、ケアマネの業務を行っていく際に、記録がないと困ることもあるため、本当に必要な情報は何かということを中心に情報をキャッチした上で効果的、効率的に書いていくというのがそれぞれの専門職の職能だと思う。余り煩雑で書類が多いということだけでは、要らない書類もたくさんあると思うが、効果的にすることをしていかないといけないと思う。

例えば、病院との連携の中で、病院に生活情報を伝えるときに、病院が何の情報を知りたいのかということを中心に把握した上で、決められた書類を全部埋めて、病院の窓口の方々が、どんな情報を3日以内に欲しいのか。欲しい

情報をきちんと届けることによって、良い情報交換ができると思う。医師が書類を見ていないのではないかとよく言われるが、余分な情報をたくさん記載しているから、医師が見ないという話ではないか。それがまさしく連携だと思う。職種連携というのは、相手の仕事をきちんと理解して、その職種の方々が欲しい情報を共有するというコミュニケーションをしながらやっていくという風にしなければならないと思う。

○会 長 了解した。

○委 員 先日、『在宅医療と虐待』というテーマで色々話し合いがあったが、そこに行政が関わっていくと、どうしても片方に目が行きやすいが、行政が凜としてすみ分けをしていく。すみ分けをした中で多職種連携のつながりもしっかり持ち合わせないと、医師や看護師が少ない中で、そういうところを構築しようとするれば、どうしても無理が出る。すみ分けというのは非常にわかりやすい。それが、行政が大旗を振るところではないかと思う。

○会 長 この調査を見ると、市町村の職員は二、三年でかわるため、もともと医療、福祉に関して、経験がある方が少ないということで、市町村に期待する声もある。そのあたり、いかがか。

○委 員 市町村ということになれば、市立病院、当町には鏡野町国民健康保険病院があるが、なかなか在宅医療まで手が届かない。片方、芳野病院というのがあるが、そこは在宅医療を実施している。このため、これからは、すみ分けをして、お互いにしっかりテリトリーを守りながらも連携していきましょうということを、協議することがこれからの取り組みである。これで良いということは無いと思うので、先ほど言われたように、積み重ねが大事であり、しっかりそれを捉えながら勉強していきたいと思う。

○会 長 個人的な意見だが、そういう市町村を支援するために県の保健所があり、プロフェSSIONナルの方々が集約されている。市町村職員の方々だけでどうこうというのは非常に難しいので、すぐ近くに保健所がある。その辺は、また後で保健所長会のほうからお話があるかと思う。

○委 員 最近、在宅の現場で薬剤師という姿を見ていただけるようになったと思う。患者さんからのご意見等々もあるが、訪問看護ステーションの看護師、あるいは訪問ヘルパーステーションの方から薬の管理をしてくれないかと薬局の方にご

意見を貰ったり、訪問して貰えないと言われるが、なかなか訪問することができないというような意見もある。どうしたら良いだろうという話だが、我々薬剤師の方としては、実はドクターの指示がないと全く動けないという状況にある。

先ほど、言われたように、在宅医療に積極的でない医療機関もあるということで、ネットワーク化、情報交換というのが必要ではないかという意見が出ている。

また、3カ月前だが、小児在宅の依頼があった。開業医の先生から、薬局に依頼があったが、全く経験がないという状況の中で、ご家族が三、四件の薬局をたらい回しにあうというような、救急車ではないが、そういう状況で、最終的には、岡山県薬剤師会のほうに連絡があり、どうにか薬局を選定して、小児の在宅医療に関わる薬局ができたという形になっているのが現状である。

薬剤師会から、情報を出していなかったという反省点もある。この薬局は在宅の対応がここまでできるということをもっと細かく情報を出していかないといけないと考えているところである。

来年1月頃に、退院時のカンファレンスに薬剤師も参加したいということで、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携会議のような場を持つことになり、これから頑張っていきたいと思っている。我々が期待することは、ネットワークと情報交換だと思っている。

○会 長 岡山市中区で色々な意見交換をするが、薬剤師さんに今一番期待するのは減薬である。減薬指示はできないが、減薬の提案や、病院の薬剤師と地域の薬剤師で実際に在宅患者さんの薬を質の高いものにするご提案は、薬剤師さんでなければできない。地域のかかりつけ医の先生も、なかなか病院からきたものについてどうこうというのは難しいが、薬剤師であれば、薬剤師のネットワークで、病院の薬剤師から病院の医師を通じて、具体的な減薬ということについてのネットワークや情報共有、連携ということについて、今後の取り組みと展望についていかがか。

○委 員 ポリファーマシーも含めた意味で来年の1月に第1回目の病院薬剤師と薬局薬剤師の会議、意見交換会を開催する予定としている。そういうことは、必要であると考える。

また、来年度には2～3回、薬局薬剤師の連携の意見交換会をする予定として  
いるので、皆様のご意見等々も頂戴いたしたいと思う。

○会 長 実際に岡山市のカンファレンスで某大学病院の病棟薬剤師さんが具体的な問題  
提供をされた。それに対して大学病院の教授会で、色々提案したが、動きがな  
い。こういう状況を踏まえ、行政の強力なリーダーシップ、一緒に協力するこ  
とが大事だと思う。従って、是非カンファレンスで活発なご意見と具体的なご  
提案をお願いしたいと思う。

○委 員 私どもの委員会に大学病院の薬剤師の委員も四、五名入っていただいているの  
で、そこで積極的な意見交換を今後させていただきたいと思っている。

○会 長 了解した。

○委 員 介護保険では平成17年に栄養マネジメントというのが始まり、医療保険では  
平成22年にNST加算というのが始まっている。このため、介護保険施設や  
医療機関に入院している方、入所している方には栄養管理をすることが加算に  
なっているので、例えば医療機関の急性期では在院日数の短縮にもつながって  
ると言われているが、在宅においては、まだまだ遅れている。例えばこの関  
係者の中に、通所リハビリ、通所介護がないのはどうしてかと思った。在宅の  
サポートをしている人では通所というのも非常に役割があり、例えば通所サー  
ビスの中に栄養改善加算というのがあるが、それが通所介護では医療連携加算  
が月二百数十万件あったり、通所リハビリテーションでは50から60、数十  
万件ある。栄養改善加算が1,000件とか1,500件のため、桁違いに少  
ない。

何を言わんとしてるかという、リハビリはどんどんされているが、栄養管理  
をされていないということがうかがわれていると思う。そこで平成30年には栄  
養スクリーニング加算というのが新設され、低栄養の人を早期発見し、栄養状  
態を改善してリハビリの効果を出していこうという流れがあるようだが、まだ  
栄養管理をする人がいないということで、岡山県栄養士会では栄養リハステ  
ーションの中で人材養成を実施している。また、訪問栄養指導というのもの  
があるが、これも居宅療養管理指導として、他医療機関の先生の指示でも管理栄養士  
は訪問できる。例えば、薬局に管理栄養士が採用されているが、薬剤師は、医  
師の指示で居宅療養管理指導へ行けるが、薬局からの管理栄養士は居宅療養

管理指導に行けない等、介護保険もまだまだ不足があるようなイメージを抱きながらも、そのニーズに対応できる管理栄養士を養成するような研修会に努めているところである。

○会 長 数年前に県栄養士会が県内の、今の栄養指導ということでアンケート調査を実施したが、そのときの意識調査の中で、岡山県のケアマネジャーたちは、栄養指導のサポートは大変重要だとしっかり理解している方が多かった。しかし、逆に訪問看護師さんの意識が低い傾向にあった。

これは栄養士会の調査報告書ということで、3年前頃、各団体にも配付されたと思うが、看護協会として、栄養指導ということについては、いかがか。

○委 員 糖尿病の予防にも大いに栄養指導というのが関係してくるので、栄養ケアステーションがもう少し広まっていけば良いと私個人は思っている。おそらく、ステーションの看護師も情報がよくわからず、そのように答えたのではないかと思う。このため、情報がきちっと伝われば動けると思う。

○会 長 一方で、非常に意識の高いケアマネさんたちだが、一向にケアプランに反映されてない。何故だろうと。調査では意識が高いが、どうしてケアプランに栄養指導というのが入らないのかということが謎のまま終わっている。

○委 員 主治医の先生が指示を出していないのが一つと、本人家族が必要ないですと理解を示さない、その2つのハードルがある。ケアマネさんからはお願いしたいとの話があるが、その前に主治医の先生から指示が必要なのと本人家族の希望が得られないとできないので、その2つのどこかで滞っているというのが現実という感じである。

○会 長 了解した。

○委 員 ケアマネが医療とうまく連携できないというような指摘を受け、本年4月に大胆な改革がなされた。これは国が在宅医療を進めるためにケアマネジャーには幾つかの義務を課した。今年度から運営基準というのが変わったため、入院したら必ずケアマネジャーの名前を届ける必要がある。他に、普段から、かかりつけ医との連携を強化するため、かかりつけ医からは、医療の指示をもらった場合には必ずケアプランを返す必要がある。がんの末期等に関しては、医師との連携をとりながら支援する。ケアマネジャーにとっては、運営基準に設けられていないがために、本来はそれをやらなければいけないが、なかなかできて

いなかったことが、このたび義務化された。

今後、普段から、かかりつけ医の先生方との連携、病院との連携も地域連携室等を踏まえて、環境整備等も変えていかないといけないということで、ケアマネジャーの研修の中にも多職種との連携に関する会議を新たに設けている。今後、意識をしっかりと高めてやっていかなければいけないと思っている。

岡山市ではケアマネに対して、毎年在宅療養研修を実施していて、今年は100名、毎年100名から200名の方が年間を通じて何回も研修している。毎年継続して受けるというような研修も積極的に取り組みをされているので、1回聞くだけでなく、継続的に研修を行っている。その中で、ケアマネが訪問看護の実習をして、訪問看護師さんについていくことによって訪問看護師さんがこんな仕事をしているということを実習として受けるという様な、福祉系のケアマネにそういった実習も、岡山市で行わせていただいている。こういったものも各地域の中で推進していく必要があると思っている。今度も、色々なご指導をお願いしたい。

○会長 これから、ケアマネさんは大変な責任を負わされる。しかし、それをバックアップすると言うか、あるいはそれを本当に受け入れる、指導が余りない。

○委員 非常に難しい問題だが、病院は、結局在宅医療の後方支援が主たる仕事だと思う。一方で、在宅医療へ送り出すのも病院である。例えば送り出す場合に、転院されてきた方が、「この方、もう家に帰れるのではないか。在宅で生活できるのではないか。」と思うが、転院前の個人病院では、そのような話はなかったと家族の方はおっしゃる。在宅医療に関わる人的不足があることは事実だと思う。ドクターの場合も、訪問診療専門のクリニックが幾つかあり、その地域は充実しているが、全県がそういうわけではない。かなりむらがあるということで、そのような地域で医師の研修会や講演を聞くと、多職種が集まり、亡くなる数日前の写真で、いいピースサインをしていたり、家族の方も笑顔、「ああ、よかった」というような、成功例である。しかし、果たして、成功してうまくいっているのが全患者さんや在宅医療を受けることができるかもしれない人の何割、どのくらいだろうかと。ほとんどの方が、家族の問題、在宅医療を担う医師の問題等で、成功例が珍しいため、あのような写真を出して勧めているのではないかという、うがった印象であるが、その辺をどう見るか。

我々は、もう家に帰れると言うが、最後の1週間未満は病院に来て、もう蘇生も何もせず、静かに酸素を投与して、補液ができれば補液をして、看取るというようなことで、在宅に送り返す方が多いが、やはり本当に在宅医療がハッピーである人たちが全体のどのくらいいるのかというのが私は非常に心配である。

問題としては、やはり在宅医療に関わる人的資源、家族の気持ちが一番大切だと思う。我々病院側の見解としては、やはり後方支援、それから在宅医療を実施している病院が関わっていると、その辺はうまく行っていると思う。

それから、医師は忙しくて、難しい部分がある。在宅へこちらが出かけていってカンファレンスすることは難しい。

○会 長 先日、岡山市内の中堅の急性期病院の院長先生と話した。大体、院長先生は理解がある。しかし、多職種連携や、院内で非常に良い取り組みされているが、特に若い先生方が、高齢者への医療の提供、ケアをどう考えるかということでの難しさを語られていた。その辺については、どういう対応策があるか。その責任は大学病院に大いにありそうである。

大学病院と、いわゆる急性期の大病院である。これは行政、遠慮なく介入すべきだが、私の目から見ていて、遠慮がある。行政は錦の御旗と民意、それから関係団体のサポートがある。にもかかわらず、少し引っかかる。その辺も後で行政からもご意見を伺いたいと思う。

一方で、病院の中でもこれは、大学病院や大病院だけの責任だろうか。それとも、病院の内部での問題だろうか。

○委 員 某市内の先生と話したときに、今の大学の教育は、在宅医療だけでなく、看取り、今は名前が変わって、人生会議となっているが、そういったものに関して、学生のときから教育すべきだと。ところが、大学を見ると、とにかく周囲の大学との競争、研究に目の色を変えて必死になっている。その気持ちも十分わかるが、そのような医者を我々は望んではいないということをもう少し教育してもらいたいと某大学から外へ出た先生の意見がある。

医療の質が変わってきている。私が今の病院に行ったのが30年前だが、当時は、まだ人工呼吸器をつけ、挿管して、肺炎や肺気腫等の末期に治療をしていた。気管切開してレスピレーターをつけたり外したりしていた。しかし、今は

もう家族が望まず、やめてくださいとなる。このように状況が変わっていることを少なくとも大学の中樞の先生はご存じなのかと私は思う。

○会 長 実際の実例で、大学の教授が定年退官され、市中病院の院長となり、「大学病院は考え方を変えるべきだ。」と皆さんの前で公言をされている方が具体的に2名、聞いている。このようなこともあるため、この問題についてのフォローは是非お願いしたい。

○委 員 国の会議の実際の議論内容がよく分からないが、少なくともこの19項目を見る限り、岡山県としてはここまではできているけれども、ここから先ができていない、あるいは、これをやっているが、なおこういう残された課題があるという、それについてのコメントならできる。岡山県としては、地域包括ケアを推進する上で、医療、介護、予防を含めた医療全体の中で考えた方が良いのではないかと私は考えている。

○会 長 岡山県ではここまではできている、今後これは課題ではないかということをは是非、ご意見をご披露願いたい。

○委 員 各団体が自主的に、行政も絡んで取り組んでいる。自主連携の会議、交流会、研修会、事例検討会等は、行われていると思う。地域によって凹凸はある。ケアマネとの間に、敷居が高いとの意見もある。優秀なケアマネさんは、医師の信頼も得て、良い関係ができていると私は思っている。このため、ケアマネの専門性を高め、ケアマネの教えを医師も認めるということができると、その敷居の高さというのがなくなるのではないか。ケアマネは、しっかり勉強もしていて、医師と対等に、うまくやっていけるようになると思う。結束を通じて医師とケアマネ等、色々なコミュニケーションして欲しいと考えている。方向性としては、今、各地でやっている方向は必ずしも間違っていない、このまま続けたほうが良い思っている。

私個人の持論は、人口が継続的に減少するような社会というのは、日本の歴史上かつてないことであり、都会の真ん中、施設、あるいは中山間地域、自宅等で同等のサービスを受けるということは、理想としてはあるが、難しいと思う。コンパクトシティというのが現実的ではないかと個人的には思っている。

○会 長 県庁も保健所も行政だが、地域にあるのは保健所である。保健所に対して要

望、もう少しこういうことについて助けてくれたらありがたいなというようなことがありましたら、この際ご遠慮なく、お願いしたい。

○委員 保健所にということではないが、皆さんちょっとお知恵を貸して頂きたい。訪問看護ステーションが今150程県下にあるが、訪問看護ステーションがない自治体も8つ程度ある。そうしたときに、サテライトという形で中山間地域に出ていけたら、少しは在宅医療を推進するためになるのではないかと思う。しかし、岡山市で言うと、公共交通機関で20分以内の場所でないとサテライトは認めない、市内でないとだめと言われて、公益である看護協会としたら、今ない地域にもサテライトを出すことができたとは思いますが、そういう制約があるのはどうにかならないのか。

○会長 随分前から言われてることだが、事務局、いかがか。

○事務局 今、ここで、規制がどうなっているのかというのは、存じ上げていない。この件に関しましては、持ち帰って、担当課へつなぎ、今後何らかのご回答ができるようにしたいと思う。

○委員 岡山市の話であり、倉敷市とは若干違うと思うが、県の立場でそういう指導ができれば、中山間地域にサテライトを置く方法があると思う。他の方法もあるかもしれないが、私が今感じていることはそこである。

○会長 副会長、今の件について、いかがか。

○副会長 岡山市が政令指定都市になった関係もあるのではないかと思うので、ご確認いただきたい。今説明があったように、例えば県北のある町村には、訪問看護ステーションがない。そこに建物をつくって人を雇用してとなると大変である。それよりは、例えばその市町村にたまたま住んでらっしゃる看護師さんもいて、その方がご自分の家を拠点にして、サテライトという形で、自宅から訪問に行くことができれば、本部のステーションは、距離が離れているが、管理をするということになる。これは、経済的にも物理的にも全く無駄がないということで、今、訪問看護ステーションではそういったことを考えているということなので、そこに行政の方から何らかの規制がかかっているのであれば、それをうまく外していただきたい。

○会長 是非、事務局で確認して頂きたい。その後、わかり次第、是非委員へ情報共有して頂きたい。訪問看護の確保というのは大事な課題である。

それでは、副会長。今までの議論を踏まえて、よろしくお願ひしたい。

○副会長 私は、内科の無床診療所を開設している。訪問診療、在宅看取りも行っている。岡山市と大学、医師会で、産官学のような形で在宅診療を盛んにする会を年間十数回は行っていた。今も行われている。そのことを踏まえて、今まで伺ったことをお話を申し上げていきたいと思うが、まず最初に出ました色々な煩雑な手続等があるということは、確かにそのとおりである。国の施策としては、在宅医療を進めているが、医療機関に関しましては、色々な書類の提出を求めてまいりますし、地域包括診療加算等を算定する場合にも、大変手かせ足かせが多い。勉強会の参加や、中国四国厚生局のほうへ届け出をして行うということになっている。

アンケート調査を岡山市の医師会で行いまして、訪問診療に興味はあるが、色々な煩雑さが足を引っ張って参加できないという。岡山市医師会は五百数十名の会員がいるが、そのうち興味を示す方は百数十名おられた。しかし、実際に訪問診療をしている先生方は当時、50名ぐらいであった。今はもう少し増えているかもしれない。

とにかく訪問診療というのはご存知のように多職種協働であるため、ここにいらっしゃる各委員の先生方のご協力がなくては成り立たない。その中でも特に訪問看護が肝だと思っているため、訪問看護ステーションとの連携をとりながらやっていきたい。

それから、先ほどご発言がありましたように、在宅が全てハッピーなのかというところが一番である。当時から私も申し上げておりましたが、ご自宅が一番良いに決まっている。このため、在宅医療をご希望される方、患者さんはもちろん、それを取り巻くご家族、ご親族の意向を踏まえて、いかにうまくそこへ持っていくかである。最後の最後で在宅看取りと言いながら、救急車を呼んで、救急病院に行ったのでは何にもならないわけである。このため、そのあたりをケアマネさんも含めて、医療、介護、福祉、全てが絡むため、とにかく事細かにチームを組んで皆さんで在宅医療を進めていく。

特に最近、先ほども出ましたように、小児の重症の子供さん、小児の在宅というのも求められている。訪問看護ステーションが不慣れだということで、断られるということもございますので、そのあたりも医師会も一生懸命やっ

る。皆様方とお話をさせていただきながら、力を合わせてという形でやってきたいと思っている。

急性期病院の仕事を見ますと、今はもう在院日数11日とか、10日を切ろうする勢いであり、病院に入院すると、すぐ次にもう退院の話が出てまいりまして、家に帰れなければ介護施設、あるいは回復期の病院等に転院という形になるので、そのあたりも含めて、患者さんたちが在宅にうまく、帰れるようになるかというのが私たちの使命だろうと思う。それが、先ほど来、会長がお話をされている趣旨だろうと思う。

○会 長 副会長、本当に適切なおまとめをありがとうございます。

委員の方で、今までのアンケート調査を踏まえて、これだけは伝えておきたい、あるいは、皆さんのご意見を伺いたい等、あるか。

○委 員 先程来、出ている施設に入所されている方の看取りということに関しては、多くの家族の方が、施設入所されると同時に、施設での看取りを望まれてるのが最近の傾向である。施設でそういう体制が整ってないところも一部あるが、多くの施設がそういう体制を整えつつあるところで、ほとんどの方が看取りを実行されている。看取りが必要な状況になった場合は、当然救急車を呼ぶことなく施設で看取りが遂行されているという部分が今の現状である。

しかし、在宅での看取りとなると、そこは大分違っているようで、かかりつけ医が看取りまでというようなところは、なかなか難しいというところも多く、看取りを実施してくださる医療機関は、ある程度決まっている医療機関のみである。そうすると、地域の多くの方の看取りをその医療機関だけが抱えるというようなことになり、当然、在宅医療に対する不安というのは、看取りに対する不安ということにつながっている。看取りがしっかりできる体制さえ整えば、当然在宅医療というのが整ったというふうにも言えるのではと思うため、地域の開業医さんの看取りに対する意識、認識が高まる中で、どこに住んでいても安全に安心して家族の方は看取れる、救急車を呼ばず、静かに家で看取るということが安心してできるというような体制を整えていくのが非常に肝要かなと思っている。

地域のかかりつけ医の方々が、看取りに対して協力をしていただき、その意識を高め、当然一人に対して医師1人というわけではなく、それをカバーする先

生もおられるというような、システムがうまく回転することで在宅医療は進むのではと思っている。

○会 長 やはり連携、情報共有という言葉は抽象的になるが、今おっしゃられた看取りは極めて具体的で、これは連携、情報共有なくしてはあり得ない話ではある。特に連携、多職種協働、県や市もアドバンス・ケア・プランニング（ACP）ということを生懸命推進しているので、そういうことの関連性の中で、どうやって多職種連携、情報の共有化の質を高めるか。委員が言われたように、他県と比べて、岡山県は随分進んでると思う。しかしながら、誰もが住みなれたところで最後を迎えたいと思うが、なかなかそれができない環境もある。そのとき、病院の果たすべき役割、施設の役割、訪問サービスの役割というのがあるかと思う。今までの連携、情報共有、相互支援、更なる質を高めるためには、色々な制度や、特にケアマネの研修、ケアマネの役割というのは非常に明確になる。今現状でできるかどうか、そのためにはどうしたらいいのかということによって皆さん方からご意見をお願いしたい。

○委 員 委員の発言にあったように、医師とケアマネのコミュニケーションが取りにくいというようなことは、医者への理解不足ではないかなと思う。医師がどれだけ介護保険を知ってるかというところかなり疑問であり、私自身も最初は全くわからなかった。勤務医で忙しくしている先生が介護保険まで勉強をする時間は本当にないと思うので、各々のスペシャリストであることを理解していただき、担当の医師を置く等して、その方に優先的に診ていく等の工夫が必要はないか。

○会 長 更に質を高める。特に連携ということで、これだけの団体の責任者が集まった会である。ここで連携の議論をするに、最もふさわしい場であると思う。

○委 員 介護保険が始まったころは、先生方が言われたように、開業医の先生と非常に話辛かったが、最近ではすごく私の中では話しやすくなった。例えば岡山市でいえば、表をつくってくださり、この時間なら会えるというような開業医の先生のリストを配っていただいたり、「お邪魔したいが、何時に行ったら良いか」訪ねると、「何時頃」と、きちんと時間を設けてくださり、こちらの質問に対してきちんと答えてくださる先生が多いので、ケアマネをやっている立場として、先生方もすごく理解がよくなったなというのは個人的な印象である。

最近は、3日以内に入院時情報を持っていく必要がある。金曜日に入院したら、土日休みとなり、月曜はアウトとなる。このため、金曜日や土曜日に行っている状況だが、そういうときでも入院先の看護師さんがちゃんとご案内して下さったり、今ごろは入院担当の看護師さん、退院時連携の看護師さん、ソーシャルワーカー等が絡んだりしており、介護保険が始まったところからいえば、煩雑になったという評価はあるかもしれないが、現場でやってる者にとっては、非常に皆さんの役割が明確になって、連携がしやすくなったというのが個人的な感想である。ただ、その中で栄養士が遅れてるという反省があるため、チームの一員にさせていただきたいと思う。

○会 長 その他、ご意見はいかがか。

○委 員 医師の温度差があり過ぎる。医師によって協力的で対等に話をしてくださり、意見交換ができる先生がいるのと、きちんと見てくださるのか不安になるような病院もあつたりする。

○委 員 多職種連携ということで、一番大事なのは、やはり誰がキーパーソンになるかということ。医療と介護は、比較的連携がとれていると思うが、医療と介護にプラスして福祉である。障害のほうはケアマネのような役割がまだ弱い。ケアマネジャー的な役割をしているのが相談支援専門員という職種である。是非この相談支援専門員とケアマネが連携して、先生や様々な職種を巻き込んでネットワークをつくっていくところからである。まず、相談支援専門員という役割を特に申し上げたい。

それから、障害福祉等サービスも非常に複雑怪奇である。65歳問題があり、65歳になれば介護保険の優先が原則である。しかし、65歳にならない、成人の方、重症の小児、児童が非常に狭間である。是非、この相談支援専門員を巻き込んで、核になるキーパーソンがいて連携できたらと思うが、医療、介護そこに福祉、障害という概念を是非入れていただきたい。

○会 長 具体的に入れるというのは、地域ではどういう集まりに声をかける等、どういふことが入れるという行為になるのか、それを教えていただきたい。

○委 員 自立支援協議会というのが市町村にあるが、様々な課題について障害の方は考えていく会がある。医療の必要な方もたくさん増えている。その中には是非、医療分野からも参画していただく。理解のある先生方は、入っていただい

る。特に精神障害の方には、薬は必須となるため、投薬は、先生方の協力が必要になる。誰かがキーパーソンとなり、音頭をとってソーシャルワークしていかないと、話をして終わってしまう。そこがいつももどかしいところである。是非医療、介護、そして福祉である。これをお願いしたい。

○会 長 つなぐ役割、これは行政だと思う。その辺、障害の担当課ともあわせてご協議を願いたい。

○委 員 相談支援専門員との関わりであるが、来年の2月15日にケアマネと相談支援専門員が、一緒に研修会をする予定である。障害の方には医療の必要性がある方もいる、ケアマネも医療の必要性があるため、まずは支援する側、ケアマネジメントする側が集まって話し合い、そこに医療の先生方も参加していただくという形で連携もできていくと思う。

○委 員 ご意見賜った。

理解の少ない医者が多いということは、大変医師会としては耳が痛い点である。多々反省しておりますが、先ほど来申し上げておりますように、以前に比べれば、そういった理解ができるドクターも増えてきているのではないかなど思っている。

それから、岡山市の医師会に限って申し上げますと、岡山市医師会のホームページを開いて、かかりつけ医マップというのがある。そこを見ていただき、患者様の住所を入力していただきと、その方が真ん中に来て分布の地図が開き、ご近所の医療機関が出てくる。その医療機関をクリックしていただくと、例えば訪問診療する、しない、主治医意見書を書く、書かない、訪問診療するのであれば、胃瘻の管理ができる、あるいは導尿管管理ができる、インシュリンができる等、そういった情報を載せているので、もしよろしければ、皆様方、またそういう事例があった場合に、岡山市医師会のホームページもご参考になさっていただければと思う。

先ほど申し上げましたように、全会員のうちでまだまだ訪問診療ができる会員というのはそう多くはないが、内科、外科、それ以外の科でも、できれば科をまたいで、訪問診療をして頂きたい。耳鼻科や眼科の先生も、訪問診療をしてくださっており、大変助かっている。

○会 長 皆様方のお手元に岡山市の目指す地域包括ケアシステムという資料があるが、

それをご覧いただきたい。

これは、医師会、岡山市と一緒に、岡山市の医療福祉地区というのは6つの地区があり、それぞれの地区ごとに関係者が集まって色々な協議、多職種連携のカンファレンス、研修会をそれぞれ6つの区で独自に、それぞれの区から互いに学び合いながら、4年から5年前から始めている。そういうことができたのも、医師会のリーダーシップがあったからこそである。

皆さん方にお配りしたものは、例えば中区ではということだが、これは恐らくどの医療圏でも可能な取り組みである。当初は財源として、岡山市が色々なミーティングを実施するときに補助していた。市の職員も参加して実施していたが、今は自立している。中区では、中区にある病院、協立病院、旭東病院、博愛会、精神科病院の山陽病院、そういう病院の会議室を舞台に連携の協議会を実施している。更にすばらしいのは、地域住民のみならず、企業も巻き込んでフェスティバルのような形を実施している。当初は医師会、岡山市の強力なサポートがあったが、これはどこの地域でもできる話である。病院が入っていることが大きい。しかもこれが継続してなされている。要するに何か予算がついたから、予算を使ってやるというのではなく、地域に責任を持っている病院、医師会、関係団体が定期的、継続的に集まっているということが大事。このため、委員がおっしゃったチームに是非、福祉、障害の担当者の方も参加していただき、そうすることを継続すれば、互いに見えてくる。

私も当初からかかわっていたため、顔が見える関係というのは難しい。しかし、間違いなく継続は力なり。地域の方々や、関係者に投げかければ、間違いなくこれは可能である。県も地域では保健所という強力な機関を使ってバックアップできる。そして、市も直接関与ができる。このため、特に高梁市はいろんな取り組みを市町村のリーダーシップで実施しており、厚労省からも職員が派遣され、色々実施していると思う。是非そういったことは市長会、町村会等を通じても広めていただきたいが、これにも県のバックアップなしにはできない。

事務局単独ではだめでしょう。このため、連携も含め、地域で間違いなくできる継続的な多職種連携を県として今後どういうふうに取り組んでいくのか、まとめとして、いつまでということと併せて、お願いしたい。

○事務局 まとめてお答えをさせていただきたい。

今日は非常に建設的で前向きなご意見を頂いた。継続は力なりという委員長のお話のように、これまで岡山県で医療、介護連携から始まって、地域包括ケアシステムの構築、そしてまた国全体としてはコンパクトシティとか、あるいは地域共生社会になると、さらに風呂敷を広げるような話になる。

恐らくそれは必要なことだと思うが、そうした取り組みを進める中で、地域の先生方もかなり話を聞いてくださり、積極的に協力くださる先生も増えてきた。それは、ケアマネジャー、介護職の方も恐らく肌で感じていると思う。ただ、残念ながら地域によって濃淡があり、一人一人のキャラクター等、様々なことがあると思う。これで完成ということはないと思うのが、着実に進んでいて、是非これを継続していくということを行政もしっかりバックアップしていく必要があるかと思っている。

そして、様々な前向きなご提言の中で、例えば歯科、あるいは栄養、こういった食べることについては、これまでメタボ対策というところで、食べるなという方向に行っていたが、食べることも大切であるということの認識が非常に深まっている。そして、今のフレイル対策、介護予防、そういったことでは食べることの重要性はかなり普及、浸透してきつつあり、今後恐らくそのところでは医科歯科連携でありますとか、栄養の方々のご活躍、そしてまたポリファーマシーの問題等、県としても取り組もうとしております。多職種連携、相互理解については、今後も継続的に進めていくべきであり、住民の方々にも知っていただく必要があるかと思っている。

在宅医療ということでこの会を設けているが、先ほどのお話の中にACPに関することもあった。そして、在宅で看取ることが必ずしも、それが全てなのかという、決してそうではないというご意見もあった。まさにそのとおりで、看取りをされる施設も増えてきつつあり、それを希望される住民の方も増えてきている。しかしながら、受ける側として、それを受けとめる体制ができていないがためにそれが果たされないというふうなこともあって、これはまだエンドレスの取り組みになると思うが、着実に前に進んでいると思っている。そうしたことが行政のバックアップといいますか、我々としてもできることをしっかりしていくべきと考えている。

大学への働きかけのような、お話もいただいた。これは本当に必要なことであろうと思う。昨年の本協議会で、保健医療計画の見直しもさせていただいたが、それぞれの職能の養成の中で基本的なことを盛り込んでいただく、あるいは基幹となる施設で基本的な考え方を普及していただくというのは必要なことだろうと思っており、それはしっかりと我々のできることをしていきたいと思っている。

これは私の思いでもあるが、どうすれば普及していくのかということで、診療報酬、そして介護報酬等、国がつくった制度は、非常に煩雑であるというお話がありましたが、あの仕組みというのは、やはり厚生労働省、あるいは関係団体が知恵を絞ってつくった制度である。結果として非常に複雑な制度になっておりますが、逆に言うと、その複雑な制度をきちんと理解して取り組むことで報酬が得られるという制度になっている。そうしたことで、医師会、病院協会、またさまざまな関係団体のほうで診療報酬や介護報酬の勉強会、我々も時々声をかけていただいて参加させていただいたが、しっかりと理解して、報酬をきちんととっていくということを進められると、その中で連携も進むのではないかと思っている。その中で相互理解、協力関係づくりが進むと思っているため、是非進めていただいたというように思っている。

今回、この会議でいただきましたご意見につきましては、ご意見をまとめて、方向性を示して、皆様に見える形で提示させていただきたいと思っている。

○会長 もう一点追加だが、今までの議論の中で、医師というのは非常に大きな存在であり、何度も繰り返しこの問題は提起されている。今回も、前回もそうだが、委員のほうから、一体大学はどんな医師教育をやっているのかと。これはやはり改革のある意味本丸である。大学病院を内から見ますと、岡山大学は他の大学と比べると非常に進んでる部分がある。特に、地域医療人材育成講座、これはおそらく、全国的に見てもまれなくらい機能している。しかし、地域医療人材育成講座としては機能していても、大学病院を動かすだけの存在にはなれていない。これは県庁が継続的に時間をかけているが、もう審判がいる。医者とは先輩を尊敬している。教授を退官された先輩で、「いや、大学教育はもっとこうあるべきだ。」という、達見を持っていらっしゃる先生が何人もいらっしゃる。継続が大事である。動かなければ何も始まらない。行政の特権である。

もちろん大学は研究に入れている。しかし、大学は、研究、教育、臨床の3本柱としている。このため、是非継続的に県庁の取り組みを期待したいと思う。

○事務局 岡山大学と岡山県、そして川崎医科大学、倉敷中央病院等、良い関係が保たれていると思うし、関係団体の方々ともいい関係が保たれると思うため、こういった皆様方の前向きな思いを是非力を同じ方向に向けられるように、時間はかかるかもしれないが、精いっぱい努力していきたいと思うので、どうぞよろしくお願いいたします。

○会長 了承した。委員の皆様方、長時間にわたりご審議いただき、感謝する。