

平成29年度 第2回峡東地域保健医療推進委員会 議事録

(平成30年4月25日掲載)

- 1 日時 平成30年3月15日(木) 午後2時～午後3時30分
- 2 場所 東山梨合同庁舎 101会議室
- 3 出席者 <委員>
高木晴雄(代理)、山下政樹(代理)、田辺篤、寺本英樹、
許山厚、千葉成宏、中澤良英、尾崎由基男、斉藤義昭、
近藤永(代理)、古屋修、小鳥居智恵子、標尚仁、南和也(代理)、
植村英明、山本恭恵、石原まゆみ、古屋宏美、小林寿子、
駒井一二美
計20名
- <事務局>
峡東保健福祉事務所長他 11名
出席者計 31名

4 傍聴者等の数 0人

5 会議次第

- 1) 開会
- 2) あいさつ
- 3) 議事
- 4) 閉会

【開会】

【委員変更】

役職交代等により今年度2名の方が交代されております。山梨市長 高木委員様、東山梨消防本部消防長 南委員様です。本来、交代した皆様には、知事からお一人お一人に委嘱状をお渡しするところではありますが、今回、お席に委嘱状を配布させて頂いております。ご了承ください。

それでは、早速ですが、皆様のお手元にございます次第に従いまして会を進めてまいります。

【あいさつ】

(古屋保健福祉事務所長)

古屋でございます。委員の皆様には年度末のお忙しい中当会議に御出席賜りまして誠にありがとうございます。また日頃より峡東地区の保健医療・福祉の向上に御尽力賜っておりますこと、この場をお借りしまして厚く御礼申し上げます。加えて、

- (2) 山梨県地域保健医療計画・峡東医療圏行動計画（アクションプラン）の評価と策定について
- (3) その他

2) 議事の概要

- (1) 第7次山梨県地域保健医療計画（案）の概要について
（事務局から資料1により説明）
- (2) 山梨県地域保健医療計画・峡東圏域行動計画（アクションプラン）の評価と策定について
（事務局から資料2、3、4により説明）

【質疑】

①在宅医療・介護連携の推進

(議長) 只今、事務局から説明のあった新プランの内容につきましては、事前に委員の皆様からいただいた意見を反映し確認いただいておりますので、これらの取組を推進していくための具体的な方策について、ご意見を伺いたいと思います。初めに、在宅医療・介護連携の推進について、皆様より何かご意見がございましたらご発言願いたいと思います。

(委員) 在宅医療に関わる診療所の医師のことですが、これまで診療所医師に対する実態調査やアンケート調査、それから在宅医療推進と啓発の取組を通して感じたことは、当分の間、在宅医療に携わる医師をこれ以上この地域で増やすことは期待できないという印象です。そこでひとつの提案と病院への期待です。特定の病院に複数の在宅医を配置して訪問エリアを増やして数的にもよりたくさんの在宅患者を診療して積極的に病院の在宅医師に診療をしていただく。同時に1人在宅医の支援やバックアップもしていただくということ。そして病院に複数の在宅医師を置くことの採算性を考えると、より専門性の高い在宅医療を実践したり、よりたくさんの施設、在宅医療を引き受けて収益をあげるということが考えられます。在宅いわゆる自宅だけではなくて施設の在宅医療も幅広く受けて、とにかく病院で複数の医者を置くかぎりは採算性を求めなければならないので、そういった工夫をしながらやっていくということ。今までの状況を見ていると、とにかく今開業している医師達の中から新たに在宅医を増やすというのは無理だと思います。

(議長) 貴重な御意見ありがとうございます。只今の意見について他の委員の方から御意見がございましたでしょうか。

(委員) 今の御意見の補足にもなりますけれど、笛吹市医師会では私どもの病院が地域包括病棟というのを一昨年に立ち上げまして、その後甲州リハビリテーション病院等でも立ち上げたりして在宅のバックアップをしていこうと考えておりますので、地域包括という形を笛吹市で更に進めていこうと考えております。

(議長) ありがとうございます。他に委員の方から御意見ありますでしょうか。

(委員) 当院の場合は病院の医師が直接往診に携わるのが難しいので、グループの病院として牧丘病院が中心になって、データのところにありますけれど、往診に当たっている診療所の数は県と同じくらいなのですが、訪問診療を受けた患者さんの数を見ると峡東地域全体としてはかなり多いということが示されております。実際訪問診療をやりますと病院を必要とするケースはかなり出てきますので、それをスムーズに受入ができるようにということで牧丘の院長をやっていたドクターを訪問診療統括部長という名前を付けて診療所の往診をやっている先生方と協力して入院がスムーズに受入ができるように始めているところです。そういうことで在宅医療のバックアップがある程度できるかと考えております。

(委員) 今お話しがありました、私どものほうも地域包括ケア病棟を設けましていわゆるポストアキュートに加えてのサブアキュート、そういう方々をどういう風に対応できるか、今後さらにそれを拡充できるかということがあります。実際には我々のところでは救急含めての日常診療がかなり濃密になりまして、そういう中で先ほどおっしゃられた対応をすぐにするというのは難しいのですが、私どもで地域連携室をより束ねて拡充していきたいというのがひとつあります。それから訪問診療がありますが、地域包括ケアシステムの中ではやはり訪問看護ステーションの活用ということがあるかと思えます。一方で先生方の直接的な診療に加えて訪問看護ステーション含めての他職種連携、そういったものが包括ケアシステムのひとつの流れの中では大きいのではないかと私たちのほうでも重点的に考えていきたいと思っています。いろいろなアプローチややり方があると思いますが、そんなことを対応していきたいと考えております。以上です。

(議長) 先生方からお話しがありました、往診や訪問診療を担う在宅医の先生方の確保が難しい状況と伺っていますが、今後在宅医療体制を継続していくための具体策についてお聞かせいただいておりますので、そのあたりについてはいかがでしょうか。

(事務局) 今回新たなアクションプランの1つの柱として在宅医療・介護連携の推進、その中でもやはり核になるのは実際に在宅医療を担っていただくドクターを始め訪問看護師さん等々の医療関係者ということになると思います、なかなか先ほどのご指摘の通り、当所でいろいろな調査をさせていただきましたも直ちに在宅医療の関係者を増やすということが難しい状況かなという部分もありますので、できるだけこの中にも取組の方向性の2の課題のところにもありますように在宅医療が継続して実施できるような環境整備という観点から病院も含めて関係者の方にどんな風に協力していただけるかという点についてはまた別の委員会等も含めまして色々とお知恵を拝借しながら地域として検討してまいりたいと考えております。

②救急医療体制の維持

(議長) それでは次に行かせていただきます。消防本部では日頃の救急搬送の課題からお考えがございましたら発言をいただきたいと思っております。

(委員) 救急搬送の現状から、峡東圏域として今後の検討や取組が必要と感じているところではありますが、現在の笛吹市の状況とこれからの社会状況についてお話をさせていただきます。今回の案で取り上げられ、すでに議題に挙がっているアクションプランに書かれておりますが医療圏の再編についてです。現在は既に高齢化社会に突入していると言われておりますが、これから訪れる超高齢化社会のピークは2040年に38,086万人に達する模様です。今後の救急活動等を考えると救急件数の増加イコール収容数の確保が必要となり、それに対応するには現在の医師会の枠を越えて峡東医療圏を早急に構築していかなければ高齢化社会を乗り越えることができないと感じております。各市の地元住民が高齢化しているのに対し、笛吹市では特に老人ホームの急激な増加に伴い、高齢者が集結しているのが現状で、住民対応だけでも救急活動に苦慮することが予想されるのに、更に輪を掛け救急件数の増加が見込まれております。またそれ以外に娯楽施設もあり、不安要素がたくさんある状況です。高齢化社会だけではありませんが、一般的な救急も右肩上がりが増加しておりますので、各医師会では救急対応が難しくなると予想されるので、峡東地域が一丸となって3市のこれからの見据え峡東医療圏を考えていかなければなりません。ですがこれにもう猶予があまりないと感じております。もし峡東医療圏ができあがり1つの輪番当番医になれるとしても、超高齢化社会が近づくと峡東医療圏でも対応できない可能性があり、中北地域、特に甲府市医師会との協定等も見据えながらいかなければならないと思っております。南アルプス市医師会では既に甲府市医師会に協力を依頼し夜間休日当番医制度の協定を結んでいると聞いております。甲府市医師会とも何らかの協力体

制の構築に向け協議をしていかなければ社会に追いつかない可能性もあります。まず峡東医療圏の構築が進まなければ先に進みませんので各関係機関の協力を得て進めていってほしいと思います。どうかこのプランを机の上だけには終わらずこの峡東医療圏が先進的に進むようにこの協議会が中心となりまとめていただければと思いますのでよろしくお願いいたします。

(委員) ここに書いてありますように管内医師の高齢化が進む中ということですが、確かに高齢化が進んで参りまして私ども医師会の医師も夜間当番の負担感を訴える医師が大変多くなっております。しかしながら夜間一次救急をやるのが大変だという医師の意見を受けて、むやみに夜間救急を免除して休日の昼間の救急当番に変えてしまいますと、夜間一次救急の担い手がますます減ってしまいます。さらに準夜帯に病院につめる方式ではなくて、自宅で一晩中夕方から翌朝まで一次救急を担っている医療機関があります。そういった医師からは更に大きな負担の声が聞かれます。そこで以下のことを検討します。この春から救急病院が増えたので、夜間一次救急体制に病院も参加していただき体制の見直しを図る。2番目として病院につめる時間を現在夜間7時から11時までを準夜帯と考えてつめておりますが、全国の多くのつめる方式が7時から10時までというのがもともと多いのですが、そういうこともあって負担を少しでも軽減する意味で7時から10時へと短縮する。3番目として先ほど消防本部からは峡東地域の広域という話が出ましたが、笛吹市独自の現在の夜間一次救急を廃止して甲府市の一次救急医療センターに参加し、より広域の一次救急をすることも考える。そのことを検討したらどうかと思っています。以上です。

(委員) 先ほどお話しがありましたけれど、私も広域化ということは非常に求められていることだと思います。医師も含めて他職種、これは病院、地域の医師会の先生方も明らかに高齢化している。そうしたときに医師会は今東山梨医師会、笛吹市医師会という形になっておりますが、実際には地域包括ケアシステムの中では地域医療構想は二次医療圏ということで、これは峡東医療圏が二次医療圏ということになっています。地勢学的に言っても、山梨市、甲州市、笛吹市がいわゆる東山梨と笛吹市ということになっておりますが、そのあたりをどうするかということもあるかと思えます。やはり広域化というのは一方では求められることだろうと思います。そういった中で何もかもの集中化ではないですが、保健所長もいっておられたどういう形で現状の中から展望で維持継続ができるかという選択をしていかななくてはならない。今までも山梨市と甲州市の関係等いろいろな経過がありますが、そういったものをどういう形で調整して乗り越えて、広域化を図るかを前提に検討していくこ

とが求められているのではないか。これは我々や、住民の方、関係者、医療従事者、ドクター、看護もみんなそうですが、一つずつ歳を取っていくのは間違いないです。そのあたりを踏まえて具体的にどういう形で進められるかというところにきているのではないか。そのアプローチについては、御出席のいろいろな委員の方がおられますし、その目標はだいたい一致しているのではないか。どういう形をとっていったらよいのかというのを検討していく形が取ればと思っております。よろしく願いいたします。以上です。

(委員) 一次救急に関しては先ほどもお話しがあったように、もしかすると一次救急の案内に関しても消防署ではなくてセンターを作って、そこで市民に案内をすとか。甲府市の一次救急センターと同じように東山梨と笛吹市も一緒になって一次救急センターのようなものを作るということを考えてほうがよいのではないかと思います。今東山梨の医療圏と笛吹の医療圏で違うのは、やはり一晩に2つの病院が救急に携わる体制があるということ。そしてそれを作るというのが非常に大事だと感じておまして、先ほどもありましたけれど、笛吹市では新しく救急に加わる病院がこの4月から増えますので、できれば毎晩2つの病院が救急の当番になって幅広い疾患の患者さんに対しては対応できればと考えております。早急では難しいでしょうが、何年か時間をかけて他の病院の参加も募ってそういう体制になっていけばよいのではないかと思います。

③糖尿病の重症化予防

(議長) それでは次に行きたいと思えます。糖尿病の重症化予防についてご意見を伺いたいと思えますがいかがでしょうか。

(委員) 糖尿病治療の目的はより良い血糖のコントロールと合併症の予防です。しかしながら行政の保健師の中でも言われるのですが、糖尿病で医療機関にかかっているけれどやはりコントロールができないという方も結構な数いらっしゃる。その辺がなかなか糖尿病診療の難しいところです。そのためにかかりつけ医と専門医との連携パス、併診体制、ともに診るということを充実させることが重要ではないかと考えております。初めて糖尿病と診断された時の教育やコントロール不良になったときの再コントロールのために、専門医の診療やチーム医療が必要なことを患者さんに理解していただくことが大切だと思います。患者さんは仕事の都合や自覚症状がないということなどを理由にして、かかりつけ医から離れたがりません。そして専門医への受診を拒みます。専門医によるコントロールや再コントロール、専門チームの教育を受けることの必要性、重症化予防の大切さをより説得力のある方法で啓発す

ることも大事だと思います。例えば市の広報で取り上げるとか、かかりつけ医、専門医のチーム、患者さん、一般市民を含めた市民フォーラムを開催するとか。あるいは糖尿病コントロール不良例に役場の保健師さんに新たな方法で介入していただくとか。そういったことを考えていくことが必要ではないかと思っております。

(委員) 基本は先ほどおっしゃったことになりましたが、歯科的なことから言わせていただきますと、高齢者、日本人の口の中がどうなっているかということで、健康日本21の平成32年度の目標値の中間報告というのがありまして、8020達成者が約半分に達しております。それに反して歯周病を有する患者さんは相当増えているという結果が出ております。どうしても歯周病というと、いろいろな形で、糖尿病の関連で歯周病ということを知っているのですが、その話は聞いたことがあると思いますが、なかなか行動ができていないのが現状だと思います。いかにしてそういうことに関心を持っていただけるかというのが私たちのひとつの課題です。実は山梨県の歯科医師会が主体となって糖尿病専門医の先生方と連携という形で事業を始めております。峡東地区においても塩山市民病院の院長の多和田先生が歯周病の専門医でありまして、中村先生を中心に歯科医師会が連携を取って歯周病と糖尿病を互いに良くしていこうといろいろな形で数年前から行動しております。県の行動計画にありました、がんや脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患は歯周病が多かれ少なかれ関与しているということが私たちはいろいろな研修会で聞いております。そこでこの機会を通じて市民、住民が歯周病に関心を持っていただけるアピールの機会を持っていただければということで述べさせていただきました。

(委員) おそらく峡東地域は他の地域に比べて糖尿病専門医の多い地域だと思います。その中でより充実した取組、病診連携をしていくにあたり、病院は糖尿病の医師が1人だと病院の医師の負担はとて大きくなってしまいますので、やはり複数の医師がいる病院が連携を取りやすい。なおかつ公立病院は土曜日は診療していないけれど、私立の病院は土曜日でも外来をやっているの、糖尿病の勤めているような患者さんが受診しやすい。その意味で厚生病院さんとか加納岩総合病院さんにはとても期待しています。地元の笛吹の病院はやはりひとり糖尿病専門医だったり、開業医もひとりなので、厚生病院、加納岩総合病院、あるいは市立甲府病院、こういった近隣の病院の糖尿病外来との連携というのをより充実していく必要があるかと思っております。

(議長) 糖尿病と歯周病は関連が深いと伺ったわけではありますが、具体的な取組としてはどうでしょうか。

(委員) 先ほどはある意味ではエールを送っていただきありがとうございます。確かに峡東地域は糖尿病専門医の先生方が他の地域に比べて結構おられる。そういう形をぜひ活用すべきだというお話しでした。その意味でのシステムということがありますし、先ほどお話しがあった、多和田先生と歯科医師会と一緒にやって行く地道な努力が功を奏してきているというのもあるかと思えます。一方で全県的に見ると、私も確実なところではないのですが、峡東地域の中年男性がかなりの糖尿病状態にあるのに未治療の方の比率が逆に他の地域より高いという統計を聞いたことがあります。そのあたりをどう対応していくかということも、行政というか保健所、各自治体というか、市の保健師さんたちも一緒になってやっていただきたいと思います。いろいろな状況があるということでそのあたりも課題かと思えます。いかがでしょう。

(委員) 私たちは塩山市民病院の多和田先生と連携して歯周病と糖尿病の関係をもう少し進めて協働して行きましようとお話しをしております。その真意はこの地域には治療されていない糖尿病の患者が多いと。更に若年の方にもそういう方がいて、糖尿病になって重症化してから受診する患者さんは多いのだけれどその前の段階あるいは未病の段階で、早期に発見できて栄養指導できないものだろうかというのが根底にある。一方その患者さんにとって病院は行きづらいが歯科で治療することはあまり抵抗なくいらっしゃる方が多い。歯周病が重症化している患者さんの中のある一定数は実は糖尿病も悪化している方が多くて、そういったところを早期に発見するために歯周疾患の健診を組み込むのはどうだろうかという発想です。私たちは歯科医師会で全県下において病院の医師の先生方と連携して行って通常ではない重症化した歯周病の患者さんは積極的に病院に紹介して、確認していただき診ていただくというようなことを今年度から実施して始めているところです。ただしその歯科の我々が糖尿病という診断はつけられないわけだが、血糖値を調べて少し高めの血糖値であったら、早めに紹介させていただいて、それを受けていただくのはどうだろうかという話を今進めているところです。その前提を担うのはいかに歯周病の歯科疾患の健診の受診行動を取らせるかということで、これこそまさに市町村の職員の方々に歯周疾患をなるべく多くの方を受診するようにしてほしいというところをお願いしているところです。私たちとしては市の方々にも歯周検診をもっと充実させてほしいのと同時に病院あるいは診療所の先生方にそういったときの対応を御高配いただければと考えております。よろしく申し上げます。

(議長) ありがとうございます。市では糖尿病予防から、治療、重症化予防に向けた保健事業を展開していると思いますが、何か御意見はありますか。

(委員) 本市におきましては糖尿病重症化の対策として、今まで糖尿病専門医の先生方の御協力をいただいて検討会を不定期ではありますが、何回か行ってまいりました。それを受けまして、今年度、その御助言がある中で市内の医師会の先生方と保健所の藤井所長、市内医師会、歯科医師会の会長、薬剤師会の会長にお集まりいただきまして、糖尿病の対策の検討会を今年度開催いたしました。糖尿病の連携手帳を使ってかかりつけ医と行政との連携事業について事業の内容や、対象者をどういう風に範囲として絞るか、指導内容等について検討いたしまして御助言いただきました。検討会での意見を基に糖尿病の何でも相談という窓口を市役所に開設をいたしまして、かかりつけ医の先生方からの紹介により窓口に来られた方に運動指導や食事指導を実施しております。相談されたケースを通じまして我々も保健指導体制を整備していく必要を日々感じておりまして、今その準備を行っております。今後に向けては来年度以降に実施していきます、市内医師会、歯科医師会、薬剤師会の先生方との連携会議におきまして報告させていただいて御意見をいただく中で、よりよい連携体制を構築していければと考えております。二次圏域におきまして今後の取り組みとして必要と感じていることは、今後もかかりつけ医を持つということを推奨していく中で、一般医と専門医の連携の仕組み化ということで、今までいろいろな先生方からも出ておりますが、それを市民への個別の保健指導に円滑に進めていけるような体制作りができればということをご期待しておりますし、私どものほうでも努力していかなければならないと感じております。以上です。

(議長) ありがとうございます。様々な御意見を伺ったわけでありまして。今後アクションプランに沿って各組織や団体が主体的な取り組みがなされるようお願いをしたいと思います。

(3) その他

【質疑】

(事務局) その他に入っているのですが、申し訳ございません。先ほどの議題のほうでアクションプランの関係なのですが、資料4を見ますと我々どもも、委員の皆様や関係機関・団体の皆様の御意見を取りまとめて、今後の方向性をまとめたところなのですが、御覧になっていただければわかるとおり、取り組み方針と書いてございましてその中の個々具体的な方針につきましては、今後歩きながら考えて着手していく面もございまして。そんな中で在宅医療につきましましては医療提供側ばかりではなくて、在宅にお住まいの暮らしという

面もございまして、できればその辺りで栄養の関係や介護の関係、お家での
お薬の関係等、まだ委員の方でご発言をいただいている方もおられると思
いますので、ぜひアドバイスをいただきたくコメントを少しでもいただけれ
ばと思いますので、よろしければご発言のほうをお願いいただければと思
います。

(議長) 今所長からお話しがりましたが、御意見ございましたらご発言願いたい
と思います。

(委員) 先ほどから3つのアクションプランというのに、どれも介護支援専門員の
業務が関わっているというところを痛感した中で、看取りというところは今
回国のほうの改正もありまして特に重点的な視点を持ったというところでは、
更に在宅医療との連携というものを強くしていかなければいけないというこ
ろで、仲間の意見を求めることができました。うまくいく事例というのは
在宅医の意識がとても高いということと、家族に満足度が与えられたところ
で在宅という看取りは成功している例がある。そこにタイミングというの
がありまして先ほど入院から退院をしてきての切れ目のない医療という中で入
院をして退院するとき在宅医療で最後はいくのかという判断というのはそ
このドクターの限界、インフォームドコンセントにもあるかと思います。そ
ういう中で家族が受容してチームサポートを作るのが、私たち介護支援専門
員の役割であると考えています。そこでうまくいくととてもいい看取りが出
て行けるのではないかとということと、本人は本当は病院ではなく、在宅で
最後を迎えたいという意思、尊厳がある中でそのチームの中心は本人なの
ですが、支援者チームの中心はドクター。そこにドクターと介護側でスピー
ドの差がある。ドクターはとても病状把握が早いからスピーディーに動くの
ですが、介護側としては慎重を期すというところの現場でもってスピード感
に格差があるというところでは、介護側が知識を得た中でついて行けるよ
うにしていくということがあると思います。そういう中で最後まで食べたい
というところでは口腔ケアというところの歯科医師の先生の導入、そこに歯
科衛生士さんの毎回ケアして最後まで口からという満足感を得られての最後
を迎えたというところがあります。今回の改正の中でも歯科医師等医師が看
取りの中に助言をいただいたらスピーディーに動けるという国の方針もあり
ますので、私たちもそういうところではしていきたいと思います。更に高齢
者には入れ歯の問題があります。入れ歯の問題がある中で、私のケースでも、
歯科医師に言ったらこれはもうどうにもならないからそのまましておけと
言われたと訴えられるのですが、先生からはどうにもならないというところ
では、やはり相談した中で歯科衛生士さんの派遣を依頼するというケースが

あります。そこから栄養指導が入り生活状態を良くし、医者というところの糖尿病に繋がっていくのだらうと思います。

併せて言わせていただくと救急医療のほうでも疾患を持っている人は一般病院に行けると思うのですが、これから障害福祉という行政の時代にも入っています。そうしたところにやはり認知症や精神疾患の方が徘徊や、問題を起こしたとき、受診時間ではないことも多い。そうしたときは救急車を呼んで対応するのですが、一般病院ではどうしても扱えないというところでは、専門病院の救急の引き受けという体制が必要かなと最近直に感じたもので、そのあたりを救急医療の体制というのは、例えば管内では日下部記念病院があります。そうしたところで疾患もあると思いますが、精神のほうのことも考えていっていただければありがたいと思います。

最後に施設の方の看取りについてですが、入院から退院というところで施設にも担当医が往診に来ていてそろそろ3~4日くらいでということを経験した家族に説明をしたら、家で死にたいということで急遽退院をしてそこで在宅チームが作られ、家に帰り看取りができたというところがあります。ただ問題となるのは家族がどう受け入れて在宅で看取っていくかというところの家族の受容というところが問題になるという意見が出ました、以上です。

(議長) 貴重な御意見ありがとうございました。これにつきまして何か他にございますか。

(委員) 少し本題とずれるかもしれませんが、保健所の藤井所長らが高齢者施設の救急対応マニュアルの活用ということでやっておられて、今のお話で非常に確立経緯、それからいろいろな職種の方が関わってそれなりの経過と対応で厚い形での対応ができる、これは非常に理想です。一方で救急対応でいわゆる精神症状、認知症の方で、一般救急でもそうなのですが、施設の方が地元の方ではなく、東京方面等遠くの方が結構いらしている、そういう方の準医療に関わる情報と例えば既往歴や服薬、手術等の医療に直接関わる情報と、先ほどもお話しがあった看取りとも関連するのですが、その方の家族背景や、積極的治療を含めてどう関わるかという情報、これは消防署とも非常に関連することです。救急搬送や蘇生問題、どこに送れば良いか等、そのあたりの情報、周辺の情報といったものは医療機関もそうですし、より対応がしやすくなる。そういったことがいろいろな意味で齟齬が生じて、家族間の中でもこの方はこう言っているが、この方は違うということが出てくることもあります。これは現場の声で聞いてきたことなので、私も体験をしましたが、東京に近いが故のケースもあるということで、その辺の情報共有とか速やかな提供ができれば違うのではないかと思います、述べさせていただきました。以上

です。

(議長) ありがとうございます。その他で何かございますか。

(事務局) 大変いろいろ貴重な御意見を各委員の皆様からいただきました。本当に個々重要な課題だと思しますので、私たちもいろいろな委員会等を持っておりますからそういう中で課題を一つずつ関係者の方と一緒に検討を進めてまいりたいと思っておりますので、関係者の方にはまたよろしく願いいたします。

(議長) ありがとうございます。貴重な御意見いただきましてありがとうございます。以上で議事を終了いたしたいと思えます。皆様方ご協力ありがとうございました。

【閉会】