

第2回 湖南圏域地域医療構想検討会議 議事概要

日 時 : 平成27年12月4日(金) 14:00~16:10

場 所 : 草津保健所 3階 大会議室

出席委員 : 別紙名簿のとおり

欠席委員 : 簗瀬委員、河野委員、野村委員、遠藤委員、太田委員

議事の経過概要

開会宣告 14時00分

座長あいさつ: 樋上座長

議 題

1. 病床機能分化・連携部会の報告について

樋上部会長、事務局より、資料1に基づき説明あり

2. 滋賀県地域医療構想【湖南区域】の素案について

事務局より、資料2-1、2-2、参考資料1、2に基づき説明あり

その後、質疑応答、意見、情報交換が行われた。その概要は下記のとおりであった。

委員) P9で高度急性期374、急性期1,563の病床が機能している。P10の厚労省支援ツール算出の2013年医療需要は、高度急性期181、急性期616となっている。高度急性期はその差の200弱、急性期もその数に差がある。その分の病床は空いているのかということそうではない。現時点で十分に機能している、病床が埋まっている。試算ツールが実態に合っていない。この数値から2025年を推測していくことには無理があるのではないか。実際に急性期の病床は9割以上で動いている。この数の差が余りにも大き過ぎるので理解できない。

事務局) 他圏域も含めて全国的課題になっている。厚労省の試算ツールはいろんな前提条件を置いてシミュレーションしている。正しいかどうかという点は難しい。同じ様に、病床機能報告でも高度急性期、急性期、回復期、慢性期という言葉を使っているが、言葉は同じでも定義自体の意味が違う。直接比べるのはしんどい。新聞報道では直接比べた報道が出ているが、国が意図している訳ではなく参考値である。現時点で使える数字はこれしかないので、あくまで

も参考値として見ながら、今のものと一定比べざるを得ないが、こういう方向に向かっていくだろうととらえるしかない。ただ、この数値そのものが今後どのように扱われるかということとははっきりしない。問合せをしているが明確な答えは得られないし、国でも今後検討されていくものと思っている。

委員) P10 の表で見る限り、全ての病床機能別でも増えてるので、我々が報告した病床が実態だとすれば、更に増えていく考え方も成り立つ。どこにポイントを置くかということが問題にはなるが、少なくとも P10 の表で見る限りでは、現時点での機能もおそらく増えていくであろうという考え方も成り立つと思っている。

事務局) このシミュレーションは人口の増加、変遷は含んで推計されている。人口が主にどう変わっていくかということによって数値は動いていく。人口の自然増しの分は含んでいる。前提条件を置いた中で推計されている。

委員) P15 にあるように回復期、急性期、慢性期、どれも数が増えていく。P10 にあるように平均在院日数を絞っていった数字を少なく合わせていこうとするものだろう。事前配布資料にあったように、急性期を 683 床減らして回復期に移行させ、慢性期の 162 床を回復期に入れるのは無理がある。いくら効率化を図っても、この数とはとても出るような数ではないと思う。

事務局) そういった印象は持っている。それが量的にどう正しいのかは難しい。

委員) おそらく国から自分達には降りて来ていない。これではあちこちが噴火する。もっと詳細なデータが欲しい。そうでないと十分納得できない

委員) P18 の表をみると現状が 2,953 床あって、稼働率を入れると推計で 2,706 床となっている。5 の医療需要に対する医療供給がこのまま合意をとられるとこれが一人歩きするのではないか。病床数が減る。湖南圏域はここ 20 年、人口が増加、高齢者も増える中で、250 床くらい減ることになる。試算ツールの中身が見えないのでこの数値自体が信頼できるのか。信頼できないで終われば良いが、この表が一人歩きすると県の医療審議会に上がっていくので、どういう指標をもってこの数字が出ているのかははっきりしていかなければならない。今、3,000 床近い病床数があって一般等が 2,140 床で稼働率が 70% 台と低い。その余裕があるから減らすのか。医療需要推計の中で慢性期医療が今後 1.7 倍になり在宅医療も当然増えていくが、慢性期が 521 床に減る。その分どこが吸収するのかというと、在宅医療、地域包括ケアの中で吸収するしかない。そこもはっきりしておかないといけない。医療の方では病床数が減る、介護の方では別途、施設、医療従事者が手当できるのか。その辺はこの会議でははっきりさせておかないと県の方に上がったならこれが一人歩きするのではないかと思う。患者の立場からみると、部会で医療機関所在地ベースで進めると決まったが、本来は患者住所地ベースが望ましいと思っている。そこは圏域内で、高度急性期から慢性期、急性期から慢性期までの一貫して完結できる医療提供体制を整備して

いただきたい。また、身近で医療や介護を受けることができる病床数、医療従事者の確保をしていただきたい。在宅医療、地域包括ケアシステムの充実のところ、全ての世帯が核家族化していて、なかなか在宅医療介護がそのまま受け入れが可能な状態は無いということで圏域の中で必要な病床の確保もしていただきたい。

代理委員) 保健所としては、数を触って欲しくないのが本音とは思いますが、圏域の意見として、国の支援ツールなど定義がはっきりしないので算出根拠がはっきりしない。認められないと言うのは言い過ぎなので、算出根拠をはっきりして理解できるようにして欲しいという要望を出すのが良いと思う。

座長) 算出根拠をはっきりした上で、評価した方が良いということか。

代理委員) 算出根拠をはっきりして数が理解できるように努力をして欲しい。医療機関ベースでいくことになったが、湖南圏域は医療機関ベースでも他の圏域は別では県全体で見たときでこぼこになるがどうか。また、県全体では統一するとしても、京都府、愛知県はどうか、そこは医療審議会で検討されるのか。

座長) 他の圏域の状況はどうか。大津圏域など。

事務局) 県内7圏域のうち、湖北などまだ検討会議が開かれてないところもあるが、開かれた圏域の多くが医療機関ベースでとの意見をいただいている。ただ、慢性期は、患者住所地ベースで、できるだけ近いところでという付帯意見も付いてくると思う。全部、患者住所地ベースでとなると現行と大きく変わってくるので、都道府県間、区域間の調整がかなり難航となってくるので、実際には医療機関ベースが大部分となっている状況である。

代理委員) 医療機関ベースにするとして、厚労省の定義が病床機能報告で出している定義と完全に一致していない。分類はともかくトータルの数として200床程減ることになるが、湖南圏域として全体数を減らして良いのかどうか考えるべきである。

代理委員) この資料については不整合もあると思う。病床稼働率は90%を超えている状況なので減らしていった良いのかどうか。国は今後、急性期の平均在院日数を9日くらいにする方向なので、こうした数字を出してきているのかなと思う。日常の実感からするとかなり厳しい。医療従事者も並行して増やしていかななくてはならない。人材確保とも整合をとったプランにしないと非常に厳しいものになるのではないかと思う。

委員) 精神科としては今回の議論は主でないが、在院日数を減らして質の高い医療を提供しつつ医者の数も減らしてベッド数も減らすと、医療経営上、成り立つのかと心配する。認知症の入院、医療の実態を教えてください、協力できることはやりたいと思っている。

代理委員) 人口が増えることに対してベット数を減らすのはいかがなものか。高齢化も進む。国は在宅、在宅と言うが、実際、在宅の施設が十分できている

かということも問題があるので、それも含めて検討すべきと思う。

委員) 湖南圏域には、びわこ学園と小児保健医療センターで小児の重い障害のある方を子どもから大人まで滋賀県下で診ている。なかなか一般病院では診られないということがある。全体の考え方とは個別性があり施設のニーズが全体の病床数に影響を与えてしまうとしたら少し偏りがあるので分離する必要がある。重症心身障害での将来予測は、小児の出生率は落ちているが、発生率、重度化率、生存率は上がっていて、全国的な傾向もそうだが滋賀県下でも毎年数10人ずつくらい増大しており、かつ、医療的重症度が特別支援学校等でも呼吸器や気管切開の方が10人ずつ増えているという状況の中で、必要な病床数は、当面20年以降くらいは増えていく予想がされているので、そこを十分配慮して、少し分離する形で算定していただけたらと思う。

座長) ということは、まだまだ増やすべきということか。

委員) 重症心身障害児者や、NICUの後方支援とか、そういう意味においては、ベッド数は不足している。

代理委員) P11の年齢区分別の医療需要で、0～14歳が4区分いずれもマイナスという状況が出ている。P17では区域内完結率が0～14歳が非常に低い値が出ていることに注目している。難治慢性疾患中心の専門病院なので、一般小児科とは全く実感が違う。当院は個別性が高い。こういうデータだけで評価されるのはいかがかと思う。

委員) 慢性期療養88床、急性期111床でケアミックスの病院として1年半やってきた。地域の医師会の先生からの入院、大病院からの后方支援として急性期、慢性期の受入れとして、良いバランスで入院を受けていると思う。小児急性期も含めて、当面はその方針で地域の医療に合っているのではないかと思う。今回、このデータを見せて貰い、もう少し先の状況を考えながら、国の施策通りにいくのは不安もあるが、このデータを熟慮しながらこの先の役割を考えていきたいと思う。在宅医療をもう少し開業医の先生が受け入れやすい形でしていかないと体制が大きく崩れてくると思うので、全体を考えて進めていった方が良い。

委員) P22(2)に、精神科チーム医療と地域包括ケアシステムの連携の取組という記載がある。精神科病床がこの圏域は全国平均、県平均よりも少ない。私自身の反省も込めて、病病連携、病診連携の中で、双方の事情が上手く伝わらず、土日当直していると私自身は受けられるが、30～40代の医師の治療観が少し違うので、滋賀県の実情と合わない対応をして電話口で怒らせてしまっていることがある。病院内でも話し合っているが、病床機能分化、連携の推進というところで、地域の中の精神科病床として積極的に対応していきたい。

委員) 障害者関係の病院施設として慢性病棟が中心になる。療養病床の平均在院日数は確かに341日と長い。湖南圏域にこうした重心施設が偏っているの

数字はこう出てくる。実際には利用は全県的なものでその辺を考えていただきたい。P23の地域の特性に応じた体制構築と書かれているが、湖南圏域の特性もあるが、全県的な特性もあるので、多方面からぜひ考えて欲しい。

座長) 心身障害児者施設が湖南圏域には多い。

委員) なので、数字は偏って出てくる。現実、湖南圏域の方だけが利用されているのではなく全県的に利用されている。地域の特性と全県的な機能を分けて考えていただく必要があると思う。

委員) どうもこの結論は納得できない。厚労省の支援ツールで出されているが、約200%くらいまで将来予測で高齢者が増えるのにベッド数は減る。それ自体が単純に納得できない。この数字で、2015年、近未来にベッド数を補整されるということは非常に危惧している。私立病院は特にベッド数は経営の基盤の大きなところである。それを1割でも削られるということは、重大な決断が必要で、それなりの根拠が必要である。この湖南地域は病病連携、病診連携が非常にうまくいっている筈であるし、どこの病院もオーバーになっているとは感じていないのが現状である。実際には、急性期のベッドとは言え、内容はかなり慢性期的なものも何割かあるので、そういった内容の見直しは十分できる。在宅医療とのつなぎという部分では、机上の空論で、在宅の核家族とか、住宅環境が全く揃ってないのに、そちらに無理やり持って行こうとする。長期の構想として分かるが基盤整備が出来てなくてそのまま進んで良いものかどうか。特に、介護の分野では市町村、医療の分野では県という単位での整合性が取れていない。方向性については大きな問題は無いが、余りにも急激な変革はしんどいと思う。

委員) 病床の数は分からないが、実際に外来で診療していて認知症の方が、身体合併症で急性期で病院にお願いした場合に、この圏域だけでなく県内どこも必ず受けていただいて、きちんと治療していただいているのでありがたい。それが壊れるようなことにはなって欲しくない。それは維持したままで更にいろんなことをやって、もっと効率的に入院しなくて良いような形も含めてやっていくべきと思っている。急性期に身体合併症の人が入院した時にさまざまな問題が起こってせん妄が起こることがあるが、各病院でそれぞれ特徴的なチームを作っておられるのを聞く。それをこの圏域で共有化して、入院しても介護者や家族の負担も少なく出来るという、別途、ソフトの部分でやっていくべきかと思う。新オレンジプランのことで考えると、厚労省の委員を幾つかしているが、国は今年度、大きなやり替えをしている。基幹型、地域型、診療所型のカテゴリーがある疾患センターを国はガサッと機能別などに変えようとしている。BPSD(行動心理症状)をどうしようという委員会もあり、違った切り口でちゃんと診ていきましょうということもあるので、それを見据えた上で、認知症に関しては、動かしていかなければいけないと思う。それによ

て急性期の病棟の負担が少しでも減ればとか、身体疾患で入院することが未然に防げれば、医師会、かかりつけ医等の協力によるけれども、そうしたことで病床数に少し影響があるとか、ソフト部分の充実がとても大事だと思っている。委員) 策定試算ツールの数字が一致していないと聞いた。データを基に見ているので、その辺の数値ははっきり明確にしていきたい。75歳以上の高齢者が、2025年には2010年と比較して約2倍に増加する。年齢別の医療需要も、急性期の65歳以上、回復期の75歳以上が非常に増加していくという中で、病床機能報告では、6年間経過の中で、急性期が40床、回復期が53床増えて、慢性期は29床減る推測が出ている。実際、被用者保険の立場として、75歳以上の高齢者が増える中でこの数が良いのかどうか、バランスが取れているのかどうか、その辺を含めた中で、在宅介護の充実をしていく必要がある。人材の育成、確保も重要になる。

委員) 一般主婦なので難しいことは分からないが、やっと最後に5番の健康づくり、介護予防の推進とあり、出番がきたと思い活動している。各健康推進員は地域に密着した生活習慣病予防と運動推進など活動をしている。小さな活動だが頑張っていきたい。先日、薬剤師会に話をしてもらった。かかりつけの薬剤師、薬局が傍にいと何でも相談できる。自分で勝手に薬を飲んでいても、最近では市販で何でも薬があるが、専門の方に聞いて飲み方もきちんとすると早く薬も効くと分かった。また、いくら気を付けていても病気にはなる。かかりつけ医で診察を受ける。そこで難しければ大きな病院へ行く。医療連携がスムーズにいける地域でいて欲しい。今日の話聞いて、先生方が話されたのでこれが実現すると、住みやすい湖南地域になると思う。草津市は2年連続住みやすさ西日本ナンバーワン。住みやすさ湖南ナンバーワンになれるようにここで議論していただいて良いものを作っていたらと思う。

委員) 家族会は医療を受ける側の立場。認知症状があっても身体疾患で入院することがある。入院しても認知症状が悪化するので早く退院してと言われることがある。ケアの場面でカバーが出来るように、認知症専門指導看護師の置かれている病院もある。認知症のことを、専門の先生も一般の先生ももっと勉強していただきたい。医療と介護の連携をもっと図っていただきたい。在宅で過ごせるように訪問診療を充実させて欲しいと思う。

委員) ベッド数が減ることにより在宅医療へのウェイトが大きくなる。その差を全て在宅医療で、同じ環境でカバーするのは難しいと感じる。核家族、老々介護を目の当たりにして日々業務をしているので、レスパイトができる病床は残してほしい。介護の施設の数とも整合性を合わせて考えて欲しい。最近、住民の考え方も変わってきている。老衰と聞いたら医療は要らないので家で看取りますという人が増えてきている。癌の方も延命になるような治療、抗がん剤が効かないのであれば家に帰りますとはっきり言われる方が増えてきている。

認知症の方が介護が長くなっていくのでそこで困っておられる方が多いので、湖南地区の医療現場として在宅を考えた時に、認知症専門医の先生が少ないので予約を取るのが大変で治療のタイミングを逃すことがある。医療の状況として整えていただきたい。往診医の充実も、簡単に連携と書いているがなかなか連携が難しい。往診医の数も限られていて、先生が倒れるのではないかと心配することが多々ある。ウェイトが大きくて数が少ない分、一人の先生が倒れると困っている現状もある。往診医同士が連携していただける様な、以前、守山で体制を整えようと試みられたことがあるが、湖南圏域としてそこを大きな問題点として取り上げていただきたい。看護師の数が上回っていると説明があったが、実情は在宅を担っている訪問看護師の数はどこも伸び悩んでいる。大規模なステーションにならないと24時間の待機が大変で、小さなステーションではまかなえない。資料を見ると看護師は充実しているように見えるが、訪問看護師の数がなかなか伸びないというところでの整理を、看護協会でもしているが、地域としても考えていただけたらと思う。病棟の看護師と訪問看護師との連携、薬剤師が訪問看護に同行して在宅を知るという試みもしている。介護の方でもケアマネジャーや施設のナースが在宅と連携をとったり、カンファレンスを持ったりが常に行われている現状がある。往診医が倒れない様に連携をしていただけたらと思っている。

委員) 現状は介護人材が足りない。介護福祉士資格を持った職員が少ないのが実状。退院調整が行われたのち確実にサービスが提供できるサービスは通所介護だけと考えている。そこは必ずしも有資格職員がきちり配置されている訳ではないので、今後予想される医療依存度の高い人の退院に対して、十分に対応ができるのかという不安な要素が多々ある。たん吸引等の特定行為が出来る介護福祉士の養成も、滋賀県では定員100名ということで年に1回されているが、実際は勤務の関係もあり行けない場合もあり、養成も到底追いつかない状況。人材確保が急務である。すごいスピードで進んでいるので、そこに合わせて病床数が減るとなると、退院された方が、いざ在宅でやってみようとしてできなかった場合に受皿的なものは必要だと思う。湖南圏域は、人口は増え続ける。高齢者自体も増え続けるので、その部分の配慮をお願いしたい。

委員) 近年、介護支援専門員も病院の医師と話しやすい関係になってきた。でも難しい医師も居られると負担になることもある。介護力は大きい。近年、介護職員の退職者が多い。転々とされると、グループホームにしても、特養にしても、デイサービスにしても、職員の出入りが多くスキルが上がらない。その介護力も低い。また事故にも繋がる。医師、訪問看護師、家族、介護、いろんな関係者との連携が大事である。退院後の本人の力、家に帰ることで回復されるのを目のあたりにしてきた。ケアマネジャーは、入院期間が短くなっても受ける気持ちでいる。家族と同じように不安に思うケアマネジャーもいるの

は問題だと思う。医師や関係者と連携をとりながら在宅で過ごしていただける環境を整えるため、本人の力、地域の介護力も必要、その中でも医師の存在は大きい。話がしやすい医師はケアマネジャーとしても心強いので、もっと関係を築いていけたら良いと思っている。

代理委員) 湖南地域は人口が増える、高齢者が増える中で、病床数が減るのはいかなものかと思う。救急の立場では、急病の患者のうち高齢者は65%以上となっており、今後、入院から在宅に移るとなると、その分の増加を懸念している。

代理委員) P16 で、管内の患者が他圏域や県外への流出を前提としてベッド数が減るのか。また、減った中で他圏域に出て行かれるのかなとの印象を受けた。地域包括で業務をしているが、実際にかかりつけ医がおられても緊急的に他の病院を探して欲しいという依頼を受けることもたくさんあるが、実際には県外にも療養型等を探すこともたくさんある中で、日常業務に支障をきたすのではないかという不安がある。単身高齢者が増えていく中で、薬の調整や、今までだと入院して調整して退院ということだったが、在宅の方で薬の調整とか、9日経ったら退院とのことなので、かなりかかりつけ医との連携や負担が大きくなる現状とかが今後心配になるという印象を受けた。

代理委員) 地域包括支援センターの立場から。高齢者が病院になかなか通えなくなる現状を見ている。高齢者世帯夫婦のどちらも認知症があり、なかなか薬の管理ができなくて困るということも多々見かけている。病院に入院し退院して来られてもまた急変して病院を探すのが大変になったりする現状もある。高齢者世帯、単身高齢者が受け入れてもらえるバックアップ機能がある病院の体制を整えて欲しいと思う。認知症の人もレスパイト入院ができるような精神科があると良いと日頃から感じている。市内に大病院があり、病院がかかりつけ医という市民もいる。なかなか病院に入院することが難しい場合もあり、身近な診療所等のかかりつけ医を持って、日頃から病状を診て貰えるように啓発ができればと思っている。病診連携がうまくいって、往診医の負担が軽減できる体制ができればと日頃から感じている。

委員) 湖南圏域は当面、人口減少ではない見込みで、高齢者、壮年層も増加する。若い世帯では、子ども、小児科も増加していくのが実情である。当面の間はそういった傾向での滋賀県での位置づけを考えていく必要がある。認知症の人が増える。10年後には5人に1人とも言われている。専門的な診療等をする人を増やしていく必要がある。物忘れ外来をしている病院、専門的な診療所等もある。そうした傾向を重要視していく必要がある。在宅においても家庭は核家族化が進んでいるので、家族の中でケアをしていくのは難しい状態の家庭が多い。定期巡回、往診などの体制を整える必要がまだまだこれからある。そういった状況のある圏域なので、ベッド数を減らすのは困難なことがまだまだあ

と思う。

代理委員) 2025 年に向けてこの地域の特徴(小児のびわこ学園、精神疾患対応、10 年後の在宅医療が 1.6~1.7 倍に増えていく)を考えると、こうした職種間の連携と、将来像に向けての意識の共有が非常に重要と感じている。P22 の在宅医療、地域包括ケアシステムの充実、P23 の健康づくり、介護予防の推進が、薬剤師会としてしっかり取り組みが発揮できる場所と思う。24 時間電話での相談対応をしている。業務時間はもとより夜中でも、地域の患者さん等から、薬のみならず、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の紹介とか、認知症の早期対応とか、圏域で抱えている課題もまさに窓口として対応していると思う。会としても連携を取って取り組んでいきたい。実現をしっかりとしていくために具体的な取り組みをどのように回していくかが大事である。今日、集まりの関係者がチームとなって一つとなって、圏域の市民に対して今の現状を分かりやすくしっかりと配信していくことが大事だと思う。

委員) 病床関係は、データ数的なもの現実とのギャップがかなりあると感じている。在宅の方向性で、順番として受け皿の方の充実からやって欲しい。現場へ行く歯科衛生士が数字以上に在宅訪問できる人が少ない。滋賀県内に歯科衛生士学校も 1 か所しかない。定員は 35 名ほどしかない。これでは、到底、今後、在宅の方向へ行くにあたって人材育成、医療従事者の数は難しい。また、できたら中学校区くらいの出来るだけ小さな単位で、連携チームが作れたらと思っている。

委員) 来年から専門医制度が始まる。これが始まると病院は大変になる。その中で在宅医が輩出できるのかと危惧している。内科系は、取るのが外科系に比較して大変。育てていくのは大変で取りやすい眼科、専門医に回っていくのではないか。そうなったら医者数はどうなるのか。そういったことは考慮されているのか。在宅のスタッフの数等を見ていく中で、あと 10、20、30 年後、医師、看護師等従事者が今後どうなるのか、入っているのか。

事務局) 多分入っていない。専門医のこと、医師であれば医学教育から考えていかないと人材育成の面ではまだまだ検討の余地がある部分だと思う。

委員) 早急に考えた方が良く、10、20 年後にどうなっているか全然分からない状態なので、ここでこれだけ考えても医者がいなくなるかもしれない。

委員) 眼科、皮膚科などに流れる傾向があるが、各定員枠があるので全体の医師の割合で過度にそうしたところに集中しない様に専門医機構がある程度枠を作っている様だ。内科系、外科系は余裕を持たせるが、マイナーな科は定員をかなり厳しく抑えて、ある程度バランスに配慮する様に聞いている。

委員) 総合診療医でなくても開業医はできるのか。

委員) できる。内科系の専門医を目指して貰う、内科系のプログラムの中にかなり総合内科的な研修が含まれる。その一方で、総合診療科が 19 番目の診療科

で専門医を取れるが、県内で定員が少ないのでおそらく内科系で回って専門医を取ってもらうことになる。

委員) 何年かかるのか。

委員) 2年+3年

委員) その間はぐるぐる回っている状態なのか。

委員) その通り。そこに一旦登録されると変更できない。だから、3年間は内科系でずっと回ってもらう。総合診療であれば3年間、総合診療で回っていただく。

委員) 開業医がいなくなるのではないか。

委員) おそらく専門医を取ってから自分で判断されていく形になる。

委員) その間の5年間はブランクになる。今の開業医が50、60歳で居るのが、70、80歳になってしまう。介護する者が皆、高齢者になる。

委員) そこはきちんと配慮してプログラムを作りなさいと、地域医療を崩壊させないのが原則という流れと聞いている。

座長) たくさん、ご意見をいただいた。本日の素案について、問題点としては、試算ツールの根拠がはっきりしていないということと、湖南圏域は重度心身障害児者の医療が突出しているのと考えていかなければいけないと感じた。県で後日、会議があるが、圏域の素案については、ご了承いただきたいと思うがいかがか。これは絶対駄目とかはあるか。後日修正もあるが、これで決まった訳ではないが、取りあえずは、県に上げる素案としては了承いただきたい。修正の可能性がある場合には座長に一任いただきたいと思う。改めて各委員に資料を送付したいと思う。決議はこれで良いと言うことで、時間となったので事務局に戻す。

事務局) 素案について更に意見があれば、12月8日までにFAXで出してください。その意見の取扱いは座長に一任していただく。

草津保健所あいさつ：寺尾所長挨拶

閉会宣告 16時10分