

令和6年度 第1回 熱海伊東地域医療構想調整会議 要約議事録

1 開催日時 令和6年7月12日(金) 19:15～20:15

2 開催場所 Web 開催

3 出席委員

三枝 壮一郎 (熱海市健康福祉部長)

松下 義己 (伊東市健康福祉部長)

渡辺 英二 (熱海市医師会長)

服部 真紀 (熱海市医師会副会長)

岡田 典之 (伊東市医師会長)

松本 晃 (熱海市歯科医師会理事)

稲葉 雄司 (伊東市歯科医師会長)

秋本 佳秀 (伊東熱海薬剤師会理事)

岩瀬 裕 (伊東熱海薬剤師会理事)

山田 佳彦 (国際医療福祉大学熱海病院長)

川合 耕治 (伊東市民病院管理者)

金井 洋 (熱海所記念病院長)

岡村 律子 (南あたみ第一病院長)

鈴木 和浩 (熱海 海の見える病院長)

西島 志枝 (静岡県看護協会熱海伊東支部幹事)

森 典世 (伊東市介護保険事業者連絡協議会副会長)

日野 靖幸 (全国健康保険協会静岡支部レセプトグループ長)

下窪 匡章 (静岡県熱海保健所長)

(欠席委員)

山口 俊夫 (熱海ちとせ病院長)

水谷 光一郎 (熱海市介護サービス提供事業者連絡協議会長)

(オブザーバー)

竹内 浩視 (地域医療構想アドバイザー)

小林 利彦 (地域医療構想アドバイザー)

◇高橋次長（熱海保健所）

ただ今から、令和6年度第1回熱海伊東地域医療構想調整会議を開催します。

調整会議の委員につきましては、2年任期となっており、本年度から新たな任期となります。お手元の委員名簿のとおり、8名の委員の皆様が新たに就任されております。

時間の都合もごございますので、お手元の出席者名簿をご覧頂き、紹介に代えさせていただきますと思います。初めに、本日の会議については公開とし、会議録を作成した上で公開することとしておりますので、御了解願います。

さっそくですが、議事を進めていきたいと思っております。議事の進行は「熱海伊東地域医療構想調整会議設置要綱」第6条に基づき、熱海市医師会の渡辺会長にお願いいたします。

◇渡辺議長（熱海市医師会長）

皆様、お疲れ様です。熱海市医師会の渡辺です。本来ならば2年任期ということですが、これまでの慣例によれば、伊東市医師会の岡田会長ということになりますが、岡田会長が当会議への出席が初めてということもあり、今回は私が議長を務めさせていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、本日の議事に入っていきたいと思っております。活発な協議と円滑な議事進行につきまして、皆様の御理解、御協力をお願いいたします。

議題1の地域医療構想の推進に関する医療機関の具体的対応方針の見直しについて、南あたみ第一病院の岡村委員から説明願います。

◇岡村委員（南あたみ第一病院長）

資料にもとづき説明

◇渡辺議長（熱海市医師会長）

ただ今、南あたみ第一病院から説明がありましたが、委員の皆様から御意見、御質問等がありましたら、挙手をお願いします。

～意見無し～

南あたみ第一病院につきましては、熱海伊東圏域の慢性期需要に対応した病院として地域には無くてはならない病院ですので、今後もよろしく願いしたいと思っております。

次に、議題2の「地域医療構想に係るデータ分析」についてですが、本日は、分析を行った日本経営の担当者から説明をうかがえることになっております。よろしく願いいたします。

◇松村（(株) 日本経営）

株式会社日本経営の松村です。昨年 11 月に静岡県全体の地域医療構想の勉強会を開催し、その場で静岡県全体に関するデータ分析のご報告をさせていただきました。その勉強会の中では、8 医療圏全てをお話するのは時間的に難しいということもございましたので、各医療圏の調整会議に参加し、ご説明をさせていただいてる状況になっております。

少し過去のデータ、古い部分もございますが、医療圏に特化をした形で作成しておりますので、その部分だけご容赦いただいて、ご説明ができればと思います。

資料については、画面共有し御説明をさせていただきます。4 ページ目からでございます。前段、地域医療構想に関する部分、それから静岡県全体の状況を整理して、そこから熱海伊東医療圏の方に落とし込んでいきたいと思っています。

初めに、まず我々、皆さんにとっては部外者な人間ですので、今日どういう立場で参加をさせていただいてるかということとを定義づけということで資料を作ってます。

上段の方に地域医療構想の趣旨ということで、静岡県の地域医療構想から抜粋をして、記載をさせていただいております。さらに、地域医療構想調整会議、まさにこの会議での役割ということとを記載をしています。この会議の役割ということを読まさせていただきますと、区域ごとに診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、それから医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものということとを定義づけをされています。

今日我々は皆様にとっては、外部の人間になりますので、この協議を行っていただくにあたっての、俯瞰的に見たデータということとを皆様にご提供させていただいて、ここからもし検討が何かしらの形で進むのであればということとで、役割を果たしていきたいと思っておりますので、そのつもりでお願いできたらと思います。

今日使ってるデータについては全て公開のデータを使用しております。公開データのため、例えば、症例数が 10 件未満のものは、公開がされていないとか、皆様の方で扱われているデータと若干の乖離があるということについては、公開データの特性上ご容赦いただけたらと思います。

では 6 ページ目から本題に入ります。静岡県の特徴を改めて定義づけをしたいと思い、人口規模が似たような都道府県と比較をさせていただいています。静岡県はこの赤枠で囲ってあるところがございますけども、人口が 360

万人程度おり、面積が非常に大きいので、人口密度は比較的低い値。それから高齢化率は30%ということで、まさにもう全国水準並みというところまで来ているというような状況でございます。

見ていただきたいのは、この人口10万人当たりの病院数、それから人口10万人あたりの病院病床数です。ここがブルーがかった色合いになっているとおり、全国と比較をして、非常に少ない数字になっています。この5つの都道府県と比較をしても、病院数、それから病床数ともに、医療供給としては少ないというのが静岡県の特徴になります。

7ページ目でございますけども、縦軸に医療圏を、横軸に各種指標を載せてます。偏差値表記になっていまして、50を平均として50より多い場合は、全国よりも充実をしている、50よりも少ないのは全国よりも不足傾向にあるというように見ていただいて構いません。

ぱっと見ていただいたらわかるとおり、全てブルーということで、全国に比べて病院病床数、それから、中段あたりが全て医師数の診療科ごとになっていますけども、ほとんどが供給量としては少ないというのが、この静岡県の特徴になっています。

しいて言うのであれば、この介護系の施設数については、少し充実がかかった赤色が目立つ部分もありますけども、やっぱり極めつけはこの中段の職員数に関する部分、この部分がもう真っ青になっているというところが静岡県の特徴かなというところがございます。

さらに、似たような形で先ほど上げていた同規模の都道府県と比較を見ていただきたいんですけども、人口当たりの病院数が少なく、かつ人口当たりの病床数が少なければ、病院数が少ないということで、そこに職員が集約されるというふうに見えればベストなんですけども、静岡県については、この箱物が少ない上に、さらにソフト面の部分も少ないというところが、極めつけかなというところになります。

例えば、京都府なんかは病院数は少ないけども、病床数や医師数は充実してるように見えますので、こういう状況であれば非常にいいんですけども、静岡県や茨城県のような形になると、もう完全に医療供給が少ないよというふうに見えてる形になります。

下段側の医療圏ごとに示しているもので、熱海伊東医療圏につきましては、病院数は平均値並みになってはきていますけども、病床数それから職員数、特にここ医師数になりますけども、医師数も少ないという、そんな状況下の中で、普段、皆様方は医療提供を行われてるというところを踏まえて今日お話をしていきたいと思います。

ここはさらっと触れますけども、まだまだ静岡県高齢者人口、特に75歳以上人口が増える段階になりますので、病気になってくる方々と、一番はやっぱり働き手が少ない、それから医療提供者が少ないというのが静岡県の特徴かと思えますので、このギャップがますます広がっていきますよというところが特徴になります。

それから静岡県は東部、中部、西部、というふうに、おそらく皆様もおっしゃってるかと思えますけども、エリアによって全然傾向が違うというところがありますので、今日はこの東部エリアに所属をされている熱海伊東医療圏、この状況を鑑みながらお話をさせていただけたらと思います。

では13ページ目でございます。先ほどの前の会議でも、皆様のいろんなご意見が出ておりましたので、我々もあくまで公開データをもとに作ってるデータになります。まず人口のデータです。2015年の10万人規模の人口ボリュームから徐々に減っていきますよというデータで、一番医療需要が高まる75歳以上人口、つまり後期高齢者の人口については、2025年をピークに減少傾向に転じていきますというふうになっています。一点補足になりますけども、社人研のデータはこれより1つ新しいデータが出ていますので、その点だけ古いデータで申し訳ありません。

75歳以上人口が2025年をピークに迎えるという需要のもと、14ページ目です。将来発生していく入院患者数につきましても、2025年をピークに減少傾向に転じていくというデータになります。ある年の受療率を今後の人口動態に掛け合わせて計算をしているものになりますので、ある程度人口の動態にかなり比例をしてくるものと思っただけであれば、問題ないかと思えます。

このページで示してるのはあくまで全体感の医療需要になっており、次のページが、MDCつまり急性期系から計算をした急性期の需要動向になります。こちらは2020年をピークに減少傾向に転じていくというふうになります。

一般的に、全体の医療需要の約5年前ぐらいに急性期系の需要のピークが来るというふうに言われていますので、この辺りも推計どおりというところでございます。ちなみにこの後の資料に入っていますけども、医療需要のピークの約5年後に、介護需要のピークが来ると言われていますので、熱海伊東医療圏についてはこの傾向どおりの数字になっているというところでございます。

推計で約300人程度の患者が発生しているというところでございます。

さらに、急性期の需要として、手術件数の推移それから次の17ページ目に、救急搬送の推移というところ、こちらも全て人口動態にある年の受療率や発生状況を掛け合わせながら推計を取らせていただいております。あくまで、このあたりは皆様の今後の病床規模であったり、病床の構成を参考になるような需要

データとして、ご確認いただけたらと思います。

先ほどまでのデータをまとめているのが 18 ページ目でございます。濃いブルーの線が医療事業の全体、つまり回復期、慢性期全てミックスしたような需要、それからオレンジがかったものが、急性期系、それを差し引きして、回復期、急性、慢性期系が緑というふうな形になります。当然急性期系は 2020 年をピークに下降傾向になっていきますけども、回復期慢性期系並びに全体については、2025 年をピークにというところで進んでいきます。

ちなみに回復期、慢性期系については、2030 年でも 852 人ということで、この起点にしている 2015 年の推移はまだ下回らない程度、今の水準を下回るのは大体 2035 年ぐらいというふうに見ていただけるような推計になっております。

19 ページ目は、在宅まわりのデータ、それから 20 ページ目が、介護まわりのデータということで、先ほどお伝えしたとおり、医療需要のピークの約 5 年後ぐらいに、こういった介護関係の需要がピークを迎えていきますよというデータになっています。

あくまで、ピークをお伝えをしているだけで、今よりも下がっていただけではないというところもご確認いただけたらと思います。見ていただきたいのはピークになるのがいつというところと、今の水準を下回る時期がいつぐらいになるかというところを参考に見ていただけたら幸いです。

21 ページ目からは悪性新生物で、いわゆる 5 疾病の需要動向を示しております。同じように濃いブルーの線が全体の需要傾向になってまして、赤の線が、MDC から計算をしている急性期系の需要の予測になります。

先ほどの全体感のところと全く同様な傾向かなというふうに思います。ブルーが後に来て、レッドが先に下降傾向、当然それに付随する右側の手術件数は、もう少し早い段階でピークを迎えていきますよとデータになります。

同じように、脳卒中関係が 22 ページ目。それから心血管疾患が 23 ページ目というところで、心臓血管疾患まわりについては、2025 年に急性期と全体のピークを迎えるということで少し遅めにこのあたりを迎えますよというデータになっております。

このあたりは、今日ご参加をされている竹内教授等もお示しをされてるデータかと思しますので、改めて人口動態から見たときに、需要動向、各疾患動向がどうなっていくのかというところをお示しをさせていただきました。

次に、これらの需要動向を踏まえた医療供給体制の部分はどう見ていくのかというスライドが、27 ページ目からになります。27 ページ目は、熱海伊東医療圏に所属をされてる医療機関をプロットさせていただいたものになります。横軸が病床数、縦軸が急性期指数ということで、当社がオリジナルで算定されてい

る入院料をもとに、どのぐらい急性期を担われているのかというところをお示しをしているデータになります。

右側で、かつ、上の方に行けば、いわゆる高度急性期の大規模病院というようなイメージになってきます。急性期の算定ロジックについては、28 ページ目に、どういう考え方で用いているのかというところは載せております。

ここまでは皆さんご存知の範疇かと思しますので、29 ページ目を見ていただいてもよろしいでしょうか。少し、静岡県全体の話も交えながらこのスライドの説明をしたいと思います。こちらのスライドは、MDC、つまりDPC急性期系の需要の地域の完結率を示しています。右上のグラフになります。100%を超えているということは、地域で発生している、例えば熱海伊東医療圏に住所がある患者が熱海伊東医療圏の医療機関に全て受診をされていたら、ちょうど100%の水準になります。当然違う地域に行ったら、流出という考え方になりますので、このグラフで100%を切る形になります。

この地域の完結率を見たときに、静岡県の特徴を端的に伝えと、非常にバランスが取れていて、どの医療圏についても、地域の完結率が非常に高いという傾向が見られます。確かに、100%下回っている医療圏もありますけど、これ自体が大きな問題ではありませんので、まず全体感として地域の完結率が非常に高いというところがあります。

都道府県によっては県庁所在地のみが、例えば150、160パーセントの完結率になっていて、それ以外はもうほとんど70%とか60%台になっているというようなエリアもあります。なぜこういった傾向ができてきているのかというところが、その下の各病院のプロットしてる図になり、赤で囲ってあるところを見ていただいてもよろしいでしょうか。いわゆる400床、ベッドを超えていて、急性期指数が高い病院群になります。

どういうことかという、例えば30診療科、ドクターでいくと100人規模の人員を抱えている病院は大体400ベッドぐらい持っている三次救急並の病院だということになります。こういう病院が、賀茂、熱海伊東医療圏を除いて、基本的にはどの医療圏にも配置されている状況下の中なので、地域の完結率が非常に高いという傾向になります。

一般的に人口1万人あたりで約100ベッドというふうに言われてます。その100ベッドのうち、大体45%ぐらいが、高度急性期と急性期の病床というふうに使われています。つまり400ベッドの規模感の病院を構えるためには、人口規模でいくと10万人じゃないと、このクラスの病院が整備ができないという状況になります。

なので、賀茂医療圏のような、地域の完結率が低い傾向になる医療圏も発生す

るということになり、一方で、熱海伊東医療圏については、人口約 10 万人前後、今ちょっと下回ってるぐらいの水準かと思いますが、ちょうど 400 床の病院が持てるか持てないかぐらいの人口規模になります。

その中で、この医療圏については、三つの医療機関が急性期を担われていて、その中でもこの完結率を保たれているというのは非常に高い水準だなというところで、拝見をさせていただいておりました。

さらに細かく見ているのが 30 ページ目でございます。熱海伊東医療圏については、右から 2 番目の列でございます。青で囲ってあるところを注目していただきたいんですけども、先ほど地域の完結率、別に 100% じゃなくてもいいんじゃないですか、問題ないんじゃないですかというお話をしましたが、この青の部分については、ある程度、急を要するもの、神経系疾患、それから循環器疾患、時間かかってしまったら、亡なるリスクが高くなるものの疾患が含まれているものになります。

神経系疾患については、むしろかなり高い地域の関係重視を保たれておまして、一方で循環器系の疾患については、少し低い水準になってしまっているというところが、このエリア特徴になります。

急性期を担われてる医療機関のホームページ拝見させていただいて、各診療科にどのぐらいの Dr 数があるのかということを見たときに、こういう傾向になっているのは、どうしても、その部分の体制があるんだなというところは、拝見をさせていただきました。

つい先日、富士医療圏でもお話をさせていただきましたけども、富士医療圏については、400 床規模の病院が一つ、それから 400 床手前の病院も 1 個ある水準ですけど、こういった脳卒中、それから循環器系の疾患についても、完結率がともに低いという水準になってしまっていました。これについても、各医療機関で、例えば、脳外科の先生が 3 人規模の病院が点在をしてしまっていたりだとか、そういったところのマンパワー不足、マンパワー分散によってこういった数値になってしまっていたということが富士医療圏の特徴だったというところで見えておりました。

31 ページ目でございます。こちらは急性期系の MDC 疾患の各医療機関のシェア、それから件数を示しております。

それから 32 ページ目に、悪性新生物の件数並びにシェア細かい疾患構成についても載せております。それから非常に地域の完結率が高かった神経系疾患でございますけども、こちらについてもデータとして載せております。

循環器系疾患についても 34 ページ目でございます。この辺りは細かく解説してもいいかと思いますが、当然皆様の病院の先生の配置状況にほぼほぼニ



アイコンールでこう出ているのかなというところでございますので、改めてデータの共有というところでお示しをさせていただきました。

35 ページ目を見ていただいてもよろしいでしょうか。おそらくこの調整会議の中でも、必要病床数と今の実働病床数のギャップというところは常々協議をされてるかと思えますけども、熱海伊東医療圏につきましては、ほぼほぼニアイコンールの数字になっているというのが実態になってます。ただし、他の医療圏、それから全国の傾向と同じような形で、いわゆる急性期系の病床数が推計に対して余剰、一方で回復系の病床数については不足感があるよというところ、この辺りのギャップというところが、どうしてもまだ生じてしまっているというのが実態かと思えます。

当然、皆様ご存知のとおり、2025 年の必要病床数というのは、2013 年度の医療需要の状況を鑑みて、このぐらいの病床数があれば、この地域の医療需要は網羅できるだろうという中で組み立てられていた病床数でございますので、ベッドの数という意味では適正かと思えますけども、担っている機能、ないしは、自ら手挙げをしている機能が果たして適切なのかというところが、どうしてもギャップが生じてしまっているというのが、この医療圏の特徴になっております。

36 ページ目が、各機能ごとで算定をされてる入院料を載せております。もちろん高度急性系はまさに高度急性期の病床機能になっておりますけども、急性期であったり、回復期については、果たして本当にこの機能なのかという入院料も含まれていますので、この辺りは届け出の問題というところもあるかと思えますので、どういうふうにご整備をしていくのかというのは、この調整会議の中で、協議をされるのかなというところでございます。

37 ページ目でございます。当然、急性期が少し、2025 年の必要病床数に対して、多くなってしまっていますよという傾向のとおり、唯一この急性期系の病床数に関する稼働率が非常に低いというのが実態になってます。回復期慢性期については、病床稼働率でいくと、経営の水準を上回るような稼働率が出ているというところになってます。

おそらく、熱海伊東医療圏が今後考えないといけないポイントとしては、この一番右の余剰率というところになります。これ、ぱっと見たときに、病棟に配置をされてる看護師が基準上、何%ぐらいの余剰率になっているのかという計算になっていまして、我々経営の部分をお手伝いさせてるいただいている立場でも、施設基準ギリギリで、配置していただければ、当然、経営上的には人件費が高額にならずいいだろうという水準ですけども、そんな中でもやっぱり 115%から 120%ぐらいの配置がある程度適切。労働環境的にも適切だと見ています。

それに対して、やはりこの医療圏については、もう 100%を切るか切らないか

ぐらいの水準になっておりますので、非常に少ない人員の中で各医療機関が、患者を診られている。ましてやこの急性期関係についても、74%の稼働率、稼働率だけを見れば低い数字に見えますけども、この稼働率に対しても101%の余剰率ということで、かなりギリギリのラインで対応されてるんだというところが見てとれました。

当然、各医療機関がこれらの課題と向き合うというのは必要かと思いますが、やっぱり、調整会議になりますので、どういうことを考えていかないといけないかというところで、例えば急性期を担われているような、このオレンジのところになってる病院を見ていただくと、例えば、国際医療福祉大学熱海病院で4病棟の急性期病床、それから伊東市民病院も4病棟の急性期病床をお持ちで、病床稼働率がこういう状況になっているという状況になります。

当然、各病棟はおそらく、かなり逼迫をして夜勤を回すのも非常に大変なんだろうと思いますけども、この病棟数を持つことによって、一部この看護師の不足感が発生をしてしまっているというところも事実になりますので、こういったところが、どうしても混合診療科とかいろんな問題があるかと思いますが、こういったところと向き合っていないと、この看護師の不足感というところから抜け出すというところが少し難しいのかなというところで、拝見をさせていただいております。

やはり、熱海伊東医療圏域に限らず、静岡県全体でもう言えることになっており、病床機能を2025年に向けて整備をしていくのももちろん大切ではあるんですけども、この供給体制をいかにうまく回していくのかというところをやっぱり考えていかないといけないというところがあるかと思います。

それらをちょっとイメージとして持っていただけるようにということで、42ページ目を見ていただいてもよろしいでしょうか。当然病院というのは全て施設基準で配置状況は決まっておりますので、例えば急性期一般入院料1を届けるのであれば、患者層がどういった患者層であったとしても、急性期一般入院料1対7対1相当の人の配置が必要になります。なので、この届け出がどうなっていくのかというところを考えていかないといけないということになります。

今回お示しする資料は何かというと、このままの基準を届け出をして、患者さんを見ていったときに、今の看護師、病棟看護師がこのエリアの生産年齢人口の減少に応じて看護師も減少していくと見たときに、果たして向こう20年、30年、患者さんを適切に看ることができると、それぐらいの人員数が確保できるのかというところをお示しをしている資料が44ページ目になります。

熱海伊東医療圏を書いてあるのが45ページ目になります。これはあくまで理論値の話になりますので、絶対こうではないんですけども、やっぱりこのくらい

シビアに見ていく必要があるだろうということでお示しをしています。

ブルーが、今見ている患者数で、今後の医療需要に合わせて、患者数がどうなっていくのか、一旦2025年までは増加をしてその後減少傾向に転じていくというデータになるで、今の看護師の人数から考えたときに対応ができる患者数ないしは病床数が今、831床になっていまして、余剰率というか、余力でいくとプラス1ぐらいの水準。

ただし、このままのペースで、看護配置の基準を取り続けて、人口の減少に合わせて、病棟の看護師さんが減っていくのであれば、看られる患者数とのギャップがどんどん生じていって、この部分で今の患者数が看切れない状態になってしまうという状況が発生をしていきます。

これが医療圏によってこの進むペースが早かったり、医療需要がまだまだ伸びるがゆえに、このギャップが生じてくる医療圏もありますので、あくまで熱海伊東医療圏については、この患者数の減少のスピードに比べて、医療の働き手の減少スピードが速く進んでいくってところが、このギャップを大きく生じさせている要因になっていくということになります。

ということで、これが一応締めめのデータになりますので、医療需要の動向を拝見をさせていただきながら、今後、熱海伊東医療圏が向き合っていないところは、供給体制を鑑みながら、どういう医療提供体制を地域で担っていくのかということになると思います。私の方からは以上になります。

#### ◇渡辺議長（熱海市医師会長）

ありがとうございました。ただいま、日本経営の松村さんから説明がありましたが、何かご意見ご質問ありましたら、よろしく願いいたします。

伊東市民病院の川合先生、何か意見等がありますか。

#### ◇川合委員（伊東市民病院管理者）

伊東市民病院の管理者の川合です。我々が現場で働いている感覚、全くそれを裏付けるような形で整理していただいて、松村さんがおっしゃることは、まさしく我々が今考えながら悩んでることそのものだという感じを受けました。

今、一番身につまされてるのは、やはりスタッフ確保ですね。松村さんがおっしゃったように、地元から育成、教育していくという形での補充はもう難しくなっているっていうのもつくづく感じたんですけど、そこの課題なんですよ。

すぐにダウンサイジングするかというと、それはまた早計な話で、いろんな状況が絡んでくるので、その辺をうまく、少しでも合理的、効率的かつ建設的に進めたいと思っているのですが、その辺はまたいろいろご指導いただきたいという

ふうにつくづく感じています。よろしく申し上げます。以上です。

◇渡辺議長（熱海市医師会長）

他に、皆様から何かご意見ご質問ございますでしょうか。

無いようですので、これからは報告事項になります。報告事項1 地域医療構想における推進地域の設定について、医療政策課から説明をお願いいたします。

◇大石班長（県医療政策課）

資料にもとづき説明

◇渡辺議長（熱海市医師会長）

ただいま医療政策課から説明がありましたが、委員の皆様からご意見、ご質問ございますでしょうか。

無いようですので、次に報告事項の2と3について、事務局から一括して説明をお願いいたします。

◇田中課長（熱海保健所医療健康課長）

資料にもとづき説明

◇渡辺議長（熱海市医師会長）

ただいまの事務局の説明について、ご意見ご質問等ありましたら、挙手をお願いいたします。

本日本日予定しておりましたので報告事項は以上になりますが、その他、各委員から報告すべきことがありましたらお願いいたします。

無いようですので、マイクを事務局にお返しします。

◇高橋次長（熱海保健所）

渡辺議長、どうもありがとうございました。

本日は長時間にわたり真摯な議論をしていただき、ありがとうございました。これにて令和6年度第1回熱海伊東地域医療構想調整会議を終了させていただきます。