

第1回吹田市地域医療推進懇談会 議事要旨

- 1 開催日時
平成28年(2016年)2月25日(木)午後4時～6時
- 2 開催場所
吹田市役所高層棟4階特別会議室
- 3 出席者
吹田市医師会 戸川委員、吹田市歯科医師会 岡本委員、吹田市薬剤師会 菅濱委員、
国立循環器病研究センター 長束委員、大阪大学医学部附属病院 前川委員、
済生会千里病院 高元委員、済生会吹田病院 小山委員、
市立吹田市民病院 戎井委員(代理 安田次長)、
大阪府吹田保健所 谷口委員(代理 山路課長)
- 4 欠席者
なし
- 5 案件
(1) 懇談会の設置について
(2) 吹田市の地域医療の現状と課題について
(3) 今後の進め方について
- 6 議事の概要 別紙のとおり

事務局 定刻となりましたので、吹田市地域医療推進懇談会を開催します。お忙しいところ御参集いただき、ありがとうございます。

まず、資料 1-3「吹田市地域医療推進懇談会の傍聴に関する事務取扱基準」において、懇談会の傍聴について定めております。本日は傍聴希望者はおられません。

本懇談会の内容につきましては、終了後ホームページでの公開を予定しております。議事録作成のため、ICレコーダーを使用させていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、はじめに、事務局より御挨拶申し上げます。

事務局 平素から、吹田市の保健医療行政に多大な御協力いただき、お礼申し上げます。

本日の会議のテーマは、「在宅医療の推進」、「かかりつけ医の定着促進」というテーマで、お集まりいただいたものです。「2025年問題」は吹田市にとっても例外でなく、これから医療ニーズと介護ニーズをあわせもつ後期高齢者がますます増えてまいります。その際に重要になるのが、本人や家族が希望する場所で希望する形で療養生活を送ることができる環境づくりであり、これは地域包括ケアシステムの構築の最重要課題であると思っています。吹田市では、在宅医療・介護連携協議会準備会を本年から介護保険法の改正に伴う地域支援事業の一環として開催しており、議論は端緒についたところですが、ここでの議論は主に「連携」の議論をしています。それだけではなく、在宅医療そのものをどうやったら増やしていけるのか、どうすれば質を高めていくことができるか、そのための課題は何か、どういう取組や対応をすれば、それらが実現できるか。各医療機関や薬局、行政もそうですが、そのような視点で、特に医療の関係者が知恵を出し合うことが重要ではないかと考えており、そのために本日の会議の場を持たせていただいたところでございます。

大阪府では地域医療構想が今年度中にまとめられる予定でありまして、吹田市としてもそれを踏まえながら在宅医療の推進や介護との連携についてどういうことができるか考えていかなければならないと思っていますところ。また、今年は2年に一度の診療報酬改定の年であり、2月10日には中医協（中央社会保険医療協議会）から診療報酬改定の答申がされており、その中でも、地域包括診療料の施設基準の緩和、大病院受診の定額負担の導入、医療機能の連携・分化やかかりつけ医の定着・促進、在宅医療の推進に重きを置いたものとなっており、平成30年（2018年）の医療と介護のダブル改定の時には、その流れはもっと加速していくものと推測しています。吹田市では、健康・医療のまちづくりの流れを加速化させるため、次の4月、健康医療部、地域医療推進室という組織を新設することにしていきます。基礎自治体としてどこまで何ができるかは当面手探りになるかと思いますが、地域医療の推進に寄与できればと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局 ありがとうございます。まず、本日御出席の皆様を、資料 1-1「吹田市地域医療推進懇談会委員名簿」の順で御紹介させていただきます。

次に、案件（1）懇談会の設置について、説明させていただきます。

－資料 2「吹田市地域医療推進懇談会について」にて説明。

資料 1-2「吹田市地域医療推進懇談会設置要領」にて説明。

何か御質問はありますか。

事務局　　続きまして、案件（2）吹田市の地域医療の現状と課題について、吹田市の地域医療につきまして吹田市の現状を再確認していただき、後ほど、御意見等をいただきたいと思います。

資料 3「吹田市の地域医療について」にて説明。

続きまして、大阪府地域医療構想について、吹田保健所の山路課長より御説明をお願いいたします。

委員　　－資料 4「大阪府地域医療構想（大阪府保健医療計画別冊）概要（案）」にて説明。

－資料 5「大阪府地域医療構想豊能構想区域」にて説明。

事務局　　ありがとうございました。吹田市の地域医療について、大阪府地域医療構想のことにつきまして皆さんよくご存じだと思いますが、お話をさせていただきました。委員の皆様にご所属のお立場での現状と課題ということで、地域医療についての何か御意見や御発言をいただければと思います。

委員　　医師会としましては、在宅医療、高齢者医療に対して、基本的には現場では中心的な役割を果たしたいと思っております。往診・在宅になるまでの患者さんのかかりつけ医としての医療、管理、多職種連携は医師会がやっていくものだと思います。在宅医療に関しましては、運動系疾患で病院に来られない方、脳血管障害後のようないわゆる良性慢性疾患患者の在宅医療から、典型的な末期のがんの患者を自宅で看取るなど幅広いものがあると思います。医師会としましては、基本的には在宅医療を行う医師の増加と質の向上ということで、一つは情報提供や在宅での医療材料に関するサポートを行うこと、在宅医療を行うにあたって病院との連携、入院の時の連携協力ということ、多職種との連携により在宅医療がやりやすくなるということで情報提供と連携を深めるように考えています。基本的には、在宅医療ではがん末期の患者の看取りなどに関して医師会だけでカバーできるとは思っていませんが、医師会の方でも現会員や新規会員の中から在宅医療をする人をなるべく見つけてサポートしていくようにしたいと思っております。一番素直なのはかかりつけ医として診ていて、在宅になってそのまま診ることを色々な先生にやっていただきたいと思っております。以上です。

委員　　昨年、日本歯科医師会から患者の年齢の構成に関する資料が出ておまして、どこの医院でも似たようなものですが、ある年齢を境に落ちていく、そのピークが 65 歳と出ていました。うちの医院はどうだろうと調べてみますと、うちの医院は千

里ニュータウンの住宅街に開業していますので、若干高齢化が進んでいるだろうと思っていましたけど、ピークは75歳でした。ということは当院には2025年問題が出ているわけです。平成37年(2025年)の歯科医院の開業医としての感じとしては電話代がかかりそうということです。というのは、歯科医は病院で働いておられる先生方以外はほとんど開業医ですから、患者とアポイントをとって診療をしますが、そうすると長期にわたる場合もあるので、患者もお忘れになって来ないことも増えてきます。アポイントの時間に来ないのですが覚えていますが、としょっちゅう電話をするのが10年後の姿かなと冗談で会員の先生方と話をしますが、それは医院の中での話でして、ここで言うところの地域医療の中では病院から在宅への流れをどう支援するのか、そこに歯科はどう関わってくるのかに関しては、歯科医師会としても10年以上前からほかの地域にない形で、歯科衛生士が中心になって訪問に出られるグループを抱えています。もし地域で、在宅で診療をしてほしい、健診をしてほしいとの希望があればドクター一人で行くのではなく、必ず慣れた歯科衛生士とセットで行きます。治療で終わる場合もありますが、その後引き続き口腔ケアが必要な場合は歯科衛生士が月のうち4回は行く、そのうち1回はドクターと一緒に行く、後見人や介護の人と協力して在宅患者のサポートをしていくというふうな、吹田市はほかの地域に比べて先進的にできていると、すごいと言われるような形で進めてこられたと自負しております。まだ歯医者先生が来てくれるのかと言われることもありますが、今後求められる形としては、あらゆる場面で吹田においては、病院であっても、介護施設であっても、在宅であっても、歯科医師会としては行ける体制を準備しておりますので、まず悩まずに歯科医師会の事務局に御連絡してください、行く人間を決めさせていただきますということをしています。問題としましては、歯科医師会の会員は200人ほどいますが、診療されている先生が160人、在宅をよくされている先生は30~40軒ほどです。その先生方は今のところは電話をかけると昼休みでも行きますという体制なので、今のところ2週間は行けませんといったことにはなっておりません。ただ、今後在宅が増えていくとどうなるのか、こちらとしては心配ですので、入会したての先生から吹田は在宅に行くのが当たり前ですよという雰囲気をつくって、なるべく早いうちから機材等を歯科医師会でお貸しし、先生が保険点数のことを詳しくなくても歯科衛生士がよく知っていますからお任せくださいというようにして、人育ての方の準備はしているところです。今年の診療報酬改定に関しても、かかりつけ歯科医機能強化型診療所という形で点数の貼り付けが行われており、歯科ももちろん在宅の方にシフトする流れになっているのですが、医科の方のゲートキーパー的な役割ではなくて、患者の行きつけの歯科医院の意味を残したまま、在宅の機能を増やしていくのが日本歯科医師会の狙っていたものです。歯科医師会とすれば保険点数を見て、流れは訪問にシフトしているな、自分もやらないといけないと自動的に考えてくれる先生ばかりではないので、機会を見つけて、そろそろやりませんか、機材もありますよとかいうような話をして勧奨しているところです。

委員 我々は若い薬剤師に対して昔の薬局の姿に戻ってほしいということを言っています。赤ちゃんの紙おむつから高齢者の紙おむつまでを揃えていて、今のように前の診療所と一緒にやって一緒に閉めるのではなく、主体性を持って開業している姿だったということを言うと、若い薬剤師はどこにそんな薬局がありますかと、今は滅びてしまっているような状態です。若い時から知っている患者が自宅から出られなくなったらみんな自宅まで行って、インフォーマルサービスとしては動いていたのですが、今はそういう動き方もわからないし、ガスターとロキソニンが市販薬になっても薬局に置いていないし、プライマリケアの端っこだけでも担っていたという意識も持てない状態です。先ほどの歯科の先生と同じですが、かかりつけ薬剤師にも加算がつかしました。その加算というのは、患者があなたから薬が欲しい、24時間あなたから相談を受けたいというようなことをサインしてもらって、そこで初めて加算がつくという、その加算に誘導されて行動するのはどうかと思いますが、我々がやっている研修会でも若い先生方と顔を合わせる機会も増えるだろうと思っています。そのサインをいただいて、指名料と言っているのですが、そういうことをすることによって、患者に愛着を持って、その患者が自宅から出られなくなった時には喜んで飛んで行けるようなイメージを今持っています。昨年度から地域包括単位の班割を検討しているのですが、麻薬の分譲のグループ化で割って行って、麻薬のバスターもできるような薬局のグループを持つことで、地域包括ケアシステムの中のチームの一員になれるかなというところが、今回の調剤報酬の加算要件でありがたかったところです。動きやすくなってきたので、吹田だけでなく豊能全体がそういう動きに変わっていくと思います。

委員 私自身は脳卒中の診療をずっとやってきているので、そういう立場から言うと、先ほどかかりつけ医のいる割合が7割とか8割近くあると言っていましたが、我々のところに来る人の多くはかかりつけ医がいません。病院嫌い、医師嫌いと言って、健診も受けない人や、昔高血圧と言われたがその後ほったらかしという人たちがたくさん来ます。その後に回復期病院に行く人が半分くらいです。回復期病院に行った後、かかりつけ医の先生にどういうふうにしてつないでいくか、これは地域連携パスの中でなんとかしていきたいと取り組んでいっているのですが、まだまだ回復期病院とかかりつけ医の先生たちとの顔が見える関係が十分できていないというところがあるかと思っています。普段かかりつけ医の先生が診ていて、専門病院に時々循環型で長期間にわたってフォローしていくというような体制が今後は必要だと思います。我々が外来で診ている患者の中に、診療所の先生にもかかられている場合に、その間でコミュニケーションがとれていない場合が結構あります。知らない間にいろんな病院に行っていて薬をもらっていることもあって、こんな薬を飲んでいたのか、例えばワーファリンコントロールをしている時に急にコントロールが悪くなって、違うところから新たな薬が入っていることとか、複数の医師にかかっているその間でコミュニケーションがとれていないことがあります。介護保険を受けていてケアマネージャーがいる場合でも、そのケアマネージャーとの間でコミュニケーシ

ョンがとれていないので、コミュニケーションの手段をどういうふうにしていったらいいかをここで考えていただければありがたいと思います。どうしても二度手間、三度手間になるので、その時にノートに書いたりすることによってコミュニケーションができると思うのですが、あまり手間をかけないでやらないと、かかりつけ医の先生も大変だろうし、上手く出来ないかなと思っています。今後の診療報酬の改定によって、退院支援にもう少し力をいれるように言われていますので、これは大きなきっかけになると思います。我々の病院で退院支援のカンファレンスを開いている数を調べてもらったら、月に5件くらいしかありませんでした。実際にはもっと介護保険を受けている患者はいるので、入院した時にそういう情報をとっているのですが、それを上手く利用できていません。看護師も、先ほどお話が出てきましたけど、若い人が多いので、こういう人たちが家に帰ったらどうい生活を送るのかがイメージできていないので、退院支援のところまで頭がまわらず、病気が治ったからさあ帰りましょうという形になっていると思います。今回の診療報酬の改訂によって、当センターでも病棟に専従の退院支援ナースも置いてくれる計画になっていますので、上手くそれを使って在宅生活での情報収集や退院支援に生かせる体制を作っていきたいと考えています。これを地域包括ケアにつないでいくときに、我々の病院は現時点で地域包括ケアとの接点がこれまでほとんどないので、どういふふうアプローチしていったらいいかが見えてこないところがあります。そういう方たちとの接点といいますか、地域包括ケアシステムとのネットワークの接点をつくっていただけるとありがたいと思います。在宅医療になった時に、先ほど自分の死に方をどう考えていくかがあったと思いますけど、がんなどで段々弱っていく、それから老衰などで徐々に弱っていくのはわかりやすいと思うのですが、例えば脳卒中みたいに急に起こる、若しくは肺炎になってしまうと急に悪くなる、そういった時に急性期病院に入ってしまうと非常に濃厚な治療を行われるので、その時に一体どこまで誰が役割分担をするかということが重要になってくると思います。在宅の先生たちがこれは家で診ましょうという形でできるのかといえば無理ですよ。現状としては、ではそういったところをどうするのか、いずれはそうならないとたぶん対応できないですよ。最後は肺炎で亡くなってしまうことが多いわけですから、それに対してはどうすればいいか。先ほど病床数の話で、全然出てこなかったのですが、地域包括ケア病棟の病床数や役割がわかりません。在宅で診ている人がちょっと悪くなった時に急性期治療をして在宅に戻すという役割を持っているのかと思ったのですが、吹田の中ではそういう病床はどれくらいあって機能しているのか教えていただければと思います。

委員 病院業務として地域連携と退院支援に関わり、診療業務として老年疾患特に循環器疾患と認知症治療に従事しておりますので、今回の議題は今後の医療において非常に重要な課題であると考えております。退院支援に関して、入院患者約24,000人/年のうち約6~8パーセントの方に関わらせていただいております。退院支援が必要な患者さんに出来るだけ早期に介入が出来るように、入院時にスクリーニングを

行っております。75歳以上の高齢、家族に介護力が無い、退院後も医療行為が必要である場合などに、退院支援が必要なことが多い傾向にあります。退院支援患者の内訳では、従来は転院が多く在宅医療への移行が少ない傾向にありましたが、近年は転院が少し減少し在宅医療への移行が増加している傾向にあります。当然ながら地域医療機関の御協力があるのですが、院内での円滑な多職種連携による効果と考えております。医療だけでなく家族や介護状況など様々な情報を、多職種との連携により入院時からできるだけ情報を得てスクリーニングを行うことで、より円滑な退院支援が行えるようになれば、より適切な医療を提供できると思われま。情報の内容としては、すでに介護保険を持っているとか、ケアマネージャーがいるとか、訪問看護を受けているなどの介護情報が必要ですが、御家族が詳しくご存じないことも多いです。退院支援ではそういった情報が重要であり、さらに地域医療機関で情報を共有できれば、より円滑な地域連携が行えると思われま。

臨床業務として高齢者における循環器疾患や認知症に関わらせていただいておりますが、先ほどの委員がおっしゃった通り認知症の患者さんでかかりつけ医からの紹介患者が7割くらいで3割が飛び込みで来られるのですが、基本的にはかかりつけ医の先生と色々御相談をしながら診療を行っております。お互いなかなか忙しいのもありまして、薬を変更したとかの連絡が瞬時にとりにくいなどがあり、情報交換を更に円滑にできればより良い医療連携が行えると思いま。特に認知症の場合はドクター同士だけでなく、ケアマネージャーや訪問看護師など地域における多職種との連携が非常に重要ですが、日頃は接点がありません。また医師の医療言語が難しいという御意見も時にあり、専門用語ではなく共通言語を用いることでその垣根がなくなればもっと連携しやすくなると思いま。高齢者の認知症患者さんにおいては、特に多職種での連携が非常に重要であると思っております。病院としては、病状の安定された患者さんを地域医療機関と連携してどのように地域に帰っていただくかが課題です。当院としても、日頃連携させていただいている医療機関の情報はありますがそれだけで十分というわけではなく、また情報も随時更新する必要もあります。様々な医療機関などの幅広い最新の情報を、集約し共有出来るようにして頂ければ、より医療連携が円滑にできると思われま。医療機関間での円滑な連携、多職種間での円滑な連携が、「在宅医療の推進」や「かかりつけ医の定着促進」には必要と思われま。

委員 当院は国の方針もあり、救命救急センターを有しがん診療拠点病院でありますので、急性期、入院機能に特化していこうということで、この1月から外来を縮小していく方向で、午後の診療を完全予約制として、お問合せのあった方には地域の診療所やかかりつけ医をもっていただくよう御案内しています。入院についてですが、高齢化の影響からか、この季節は誤嚥性等の肺炎の患者さんが非常に増加しており、呼吸器内科のドクターのマンパワーが足りない状況で、ますます地域医療の課題になってくると認識しています。在宅医療を専門とされる先生方と地域連携のお話をする会も何度か開催しているところですが、在宅の先生は病院のドクターが思っ

いる以上に守備範囲が広いですよというお話もございまして、在宅の患者さんがどういった基準で入院していただくのか、各施設の患者さんが肺炎になられた時にどういった病院と連携するのか、事務の見方なので誤っているかもしれませんが、キーとしてあります。入院の定義や基準を、もう一度市民の方、施設の方にも共通の認識をしていただかないといけないと思います。外来も同じで、午後はかかりつけ医の先生に御案内をするのですが、5時を過ぎて当院の救急窓口歩いて来られることもあります。近くに診療所が開いている時間ですが病院にお見えになり、翌日に朝から再診ということで来られるというのが例として見受けられ、診療所と病院の役割について、まだまだ市民の方への啓発が地域として重要ではないかと感じています。連携についてですが、当院の登録医は600名を超えていますが、一番御意見をいただくのは、先ほども他の委員の先生がおっしゃっていましたが、病院医師とかかりつけ医師とのコミュニケーションということで、診療情報提供書とか返書、そういったところに、当院のドクターも多忙のなか、なかなか大変なところになります。そこでやはり必要なのは、ICTを病院でも検討すること、ほかの病院の事例を勉強しているのですが、一つの病院では財務基盤というところもございまして整備するのは困難ですが、府立の急性期医療センターの話をお聞きしますと、地域のICTを活用した診療所との連携をされていて、高い逆紹介率をお持ちだとお聞きしたことがございます。実際には勉強には行っていないのですが、そういったコミュニケーションの基盤として、ICTの活用を吹田市としても大阪府と一体になって御検討いただけないでしょうか。この資料を見ていまして池田市、箕面市といったところは市民病院を中心に進んでいるようですし、箕面市も以前、国の事業を活用したりされて進んでいましたので、院内のドクターと地域の先生方も、ICTを活用することでスムーズにこういった連携ができるのではないかと思います。高齢者を取り巻く環境は、公的な機関同士も顔の見える関係、どこがどういうふうな情報を持っているか、そういったことも何か検討していただけたらと思います。

委員

当院は急性期病院で地域医療支援病院という認定をいただいていますので、かかりつけ医を支援する病院として、努力しているところです。本日のテーマである二つの中で、在宅医療の推進ということで、特に、吹田市は医療連携についてはすごく発展しているところですが、在宅介護連携はまだまだ進んでいないところがあります。私たちの病院のあるJR以南の地域には在宅専門医が恐らく一人もいないという状況で、吹田市全体でも在宅専門医が少ないです。在宅専門医は、1年、365日24時間働くのはすごく大変なので、私たちは在宅専門医を支援するとか、家族を支援するために、短期的な入院、レスパイト入院みたいなものを必要と考えています。土日は月曜日の予約入院のためにベッドを確保している状況がありますので、その土日を利用して在宅の患者を検査目的等に入院させるということを考えています。そういうことをすれば在宅医や家族も土日に少しは安心ができるのではないかと検討しているところです。また、地域包括ケアシステムの構築に向けて入院直後から退院を見据えた退院支援等の充実は重要であることからメディカルソーシャルワーカー

一 (MSW) 増員 (平成 28 年度 12~13 名) を考えているところです。

かかりつけ医の定着ですが、先ほど脳卒中パスと言われていましたが、パスの充実もしないといけないと考えています。今、保険診療では脳卒中、大腿骨頸部骨折の入院してからの保険点数がついています。かかりつけ医、かかりつけ薬局、そしてそれを担当する病院という外来の循環型連携パスが必要と思っています。当院が行っている骨粗鬆症パスや肝疾患連携パスがこれに該当します。かかりつけ医と半年、1 年連携しながら、何かあったら病院に 1 年に 1 回検査等をするという循環型連携パスです。色々な生活習慣病に関する循環型連携パスを作成すれば急性期病院の患者をかかりつけ医の先生にお願いできることで、かかりつけ医の定着を推進する上でも一つの案ではないかと思っております。

当院の患者もそうですが、お薬手帳を持ってきません。持ってくるように言っていますが、委員が言われていたように、ほかの病院にかかっているとお薬手帳を見せないのだからわかりません。手帳をしっかりと病院に持って行くように、ICT を使うのもいいのですが、そういうことをしていくのも、かかりつけ医やそういう連携をするところの定着の一つかなと思っております。先ほど言われた ICT についてですが、吹田市だけでやるのではなく、大阪府全体で同じようなシステムを使ってほしいです。それはなぜかといいますと、当院は吹田市の南にあるので、摂津市、大阪市東淀川区が隣接しているところから、吹田市はこのシステム、摂津市はこのシステムとなるとすごく困惑してしまいますので、これは大阪府全体で ICT は一つになってやってもらうのが良いことかなと思っております。

委員 当院の平成 26 年度退院先の状況ですが、在宅へ退院し当院に通院される方が 70.6 パーセント、在宅へ退院し他院へ通院される方が、7.4 パーセント、その他在宅へ退院が 11.4 パーセント、他の病院への転院が 4.0 パーセント、介護老人保健施設に入所が 0.7 パーセント、介護老人福祉施設に入所が 1.3 パーセント、社会福祉施設に入所が 1.6 パーセントとなっています。

今後、治療を終えた患者の次の病院を探すとか、在宅に帰すとかいうことで、高齢化が進んでくる中で帰せなくなるのではないかという不安、在宅医療の対策も含め、地域医療推進懇談会を立ち上げるということですので、市民病院として何が協力できるか、考えていきたい。

現場からは、具体的にはちょっとした医療行為のできる施設、吸引が 24 時間できる施設が少ないので、そういうことをしないといけない人はどこにも返せないとか、課題はあると聞いています。

今回、このようなことも議論されるのではないかと期待しているのですが、これからそういう方を帰す場所がない時の対策も含め MSW を増やして、より一層の患者支援を進めていきたいと思えます。

病連携、開業医の先生方との連携も一層進めていきたいと思っておりますので地域医療支援病院を目指す中で、市に協力できる部分は協力して、病院として独立行政法人としてできることは進めていきたいと考えています。

事務局 ありがとうございます。次に、今後の進め方について説明させていただきます。
－資料6「今後の進め方（案）」にて説明。

事務局 今日とは色々とお意見をいただきありがとうございました。今日はイントロダクションということなので皆様のお話を少しずつ聞かせていただいたのですが、先ほど在宅医療・介護連携協議会とこの懇談会と分担すると申し上げたのですが、役所としては基本的に重ならないように分担するのですが、在宅医療の推進や医療・介護連携の話は、みんながお見合いをしてそのままになっていることだけは避けなければいけない課題だと思っていますので、多少重なるようなこともお許しいただきながら、やれることを一つずつ議論していくことが非常に重要かと思っています。今日は総論でしたけど、細かいテーマを各回で設定しながら、例えば在宅医療の環境づくりで日常的な療養支援等、それぞれのお立場からどういう課題があるかをぶつけ合ってもらって課題を共通認識することが必要だと思います。今日の議論でも退院調整の話など非常に多く病院サイドからも出ましたから、その時に在宅イメージをどう持つかということも課題なのかもしれませんし、テーマごとに色々な御意見があるかと思っていますので、最初は細かく議論をさせていただきながら少しずつ練り上げていくことができると考えていますので、よろしくお願ひします。吹田市としては、こういった会議の場を持つこともそうですが、例えば財政支援に限る話ではありませんが、こういった行政としてのバックアップがあるともっとやりやすいとか、そういったお話をいただきながら、我々予算の制約上やれることとやれないことはございますが、これまで取り組んでこなかった部分でもありますので、一歩でも二歩でも進められるように御協力をさせていただければと思っていますので、よろしくお願ひします。

事務局 ありがとうございます。次回については、会議の形態・日時等が決定しましたら御連絡いたします。

それでは、本日の懇談会は終了させていただきます。本日はお忙しい中、ありがとうございました。