

【概要版】なめがた地域医療シンポジウム 議事録

日 時:令和6年3月2日(土)13:30~16:05

場 所:行方市 麻生公民館 大ホール

参加者:77名

≪主催者あいさつ≫

【行方市長 鈴木 周也】

- ・行方市においては、地域医療が市政の本当に重大な課題となっており、医師数が少なく、医師の偏在もあいまって、医師数が全国的にも下位である。
- ・特に、行方市を含むエリアの鹿行北部の医師不足が深刻である。
- ・行方市の医療の現場の現状、周辺の現状、または医療の方法というものを知ってもらうために、シンポジウムを開催した。
- ・今回は、医療を中心に市民と情報共有していきたい。
- ・行方市において、医療機関が縮小傾向にある。
- ・救急科、産科または婦人科などを緊急性の高い医療について、県へ提言している。
- ・株式会社メディヴァと共同で、地域医療基礎調査というものを実施した。
- ・今後も、市民の医療動向などを調べて、本市が目指すべき地域医療の方向性を明らかにする。
- ・今回のシンポジウムを、本市の地域医療のあり方を考えるスタートの場所、スタートの日としたい。
- ・持続可能な地域を作るため、持続可能な医療を確保し、行政だけではなくて、市民、医療機関がみんなで考えて、課題の解決に取り組んでいかなければならない。

≪講演1≫

【株式会社メディヴァ 代表取締役 大石 佳能子 様】

(国の状況について)

- ・病院の経営というのは、非常に厳しい状態になっている。
- ・日本全体の一番大きな課題は、高齢化である。
- ・国としては、医療費、介護費をどうやって抑えていくための政策に取り組んでいる。
- ・病床が多いと医療費は上がる。
- ・国は、病床を絞り機能を変えて、在宅医療への移行を進めている。
- ・入院をするよりも、在宅医療で自宅療養すれば、費用が3分の1で済む。
- ・在宅医療は、入院と比べて、運動機能の低下、認知症の悪化などのリスクが低い。
- ・国は、DXを推進しており、オンライン診療などICTを活用している。
- ・病気にならないことも大事であり、健康度の落ち方には、個人差がある。
- ・病床削減し、在宅医療を核とした地域保険システムに移行することで、医療費の効率化と、高齢者が元気に過ごせる地域を作ろうというのが、国の大きな方針である。

(行方市の高齢化について)

- ・2040年には大体3人に1人が75歳以上になる。
- ・要介護、認知症、入院患者、在宅医療を受ける人または受ける可能性のある人が、3人に1人になってくる。
- ・75歳以上の働いている方の割合が、鹿行医療圏および全国と比べても高い水準にあり、そのうち6割が農業従事者である。

(地域医療体制について)

- ・行方市は、医療機関が少ない。
- ・茨城県全体で見たときに、医師の高齢化というのが進んでおり、65歳以上の医師が全体の3分の1を超えたという状況にある。
- ・国の基準において、行方地域は、鹿行医療圏の中で、急性期病院が多すぎる。
- ・回復期、リハビリとか地域包括ケアのように、療養するような病床は不足している。
- ・訪問診療に関しては、需要が増えてくるので、増やしていくべきである。
- ・行方市は、休日夜間救急センター、在宅当番医の医療制度がない。
- ・他の地域と比べて、休日夜間における初期救急体制が十分ではない。

- ・行方市が含まれる鹿行広域における救急搬送は、茨城県全体および全国に比べて長く、かつ延びている。
- ・救急搬送されている方は、80歳以上が約半数を占めている。
- ・急搬送されている時間帯は、平日の日勤帯が多い。
- ・80歳以上の救急搬送患者が多いというのは、単に救急車を増やす、もしくは救急の受ける場所を増やすのではなく、仕組みとして変えなければならない。
- ・在宅医療がしっかりしていると、救急車を呼ぶのではなく、在宅医を呼ぶので、救急車に乗らなくてもいい。
- ・全体の救急患者を減らすことができれば、結果として、本当に必要な方の搬送時間は、減る可能性がある。

(市民の特徴について)

- ・行方市の方の死因は、心疾患、脳血管疾患、急性心筋梗塞、脳梗塞などの心臓、脳の血管系の病気が、全国に比べて高い。
- ・これらは、生活習慣病、例えば、糖尿病、高血圧、高コレステロールを治すと悪化しない可能性もある病気である。
- ・生活習慣病を早期に治療できていないと推測される。
- ・生活習慣病を発見、改善するには健診が重要である。
- ・行方市の高齢者の健診受診率は、近隣のまちに比べて、圧倒的に低くなっている。
- ・在宅ターミナルケアを受けている方は、近隣の市に比べて少ない。

(健康維持について)

- ・行方市の場合は、高齢者の健診受診率や生活習慣病のコントロールに課題があると推測される。
- ・一因として、自宅から医療機関が遠くて行きにくい。
- ・本人やご家族が農業に従事して忙しくて通院しにくい。
- ・対策として、移動手段を整備すること、または、ITネットワーク整備ができていますので、オンライン診療活を活用する方法がある。

(まとめ)

- ・救急車に関しては、搬送時間が長く、かつ延びている。
- ・原因は、高齢者であること、または、日中の診療時間内の搬送が多いこと。

- ・かかりつけ医の機能の充実、在宅医を考えて、総合的に対応することがいいのではないか。
- ・病気になって、市外に入院し、退院した後にどうするのが課題になる。
- ・市外の病院に療養通院するということになると、負担も大きく、幸福度が低い。
- ・同様に、市外の高齢者施設に入所することも幸福度が低い。
- ・住み慣れた地域で、どうすれば最後まで過ごせるようにするのか、在宅医療と介護の仕組みを、もう一度、考えてもいいと思う。
- ・できる限り、長く元気で過ごすための健康増進、機能回復、機能訓練が求められる。

≪講演2≫

【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】

(在宅診療の現状について)

- ・在宅診療は、全国で1万4,000ヶ所ある。
- ・行方市は、看取りが180件、ターミナルケアが32件、訪問件数が3,500件である。
- ・私達のクリニックは、去年の往診と定期訪問を含めて年間3万件くらいやっている。
- ・看取りが250件、ターミナルケアについては、ほとんどの患者において、ターミナルケアからの看取りになっているという状況であり、250件くらいをターミナルケアという形では関わっている。
- ・全ての在宅診療所が、看取りまでできるわけではなく、重症の方または難病の方をサポートできるわけではない。
- ・私達の患者は、半数以上が末期がんとか難病であり、重症度の高いパーキンソン患者が100名を超えている。
- ・在宅診療は、全て保険診療である。
- ・重症度高いがん末期の方は、訪問看護も含めて、医療費の枠内に収まるので医療費上限の中で、看護師、リハビリ、医師のサポートが受けられるという仕組みもある。
- ・しっかりとした在宅診療が地域に根付くことで、地域の訪問看護、リハビリまたは夜間や土日まで配達をしてもらえる薬局の育成にも繋がる。
- ・在宅診療がしっかりしていれば、救急搬送数が減って、在宅看取り率が高まる。
- ・在宅診療所があったとしても、非常勤職員が働いている場合は、救急搬送してしまうので、家で看取りできる環境にはならない場合もある。

(在宅診療の必要性について)

- ・私たちは、年間250人ぐらいの看取りがある中で、ほとんどが笑顔である。
- ・在宅診療は、家で最期のときを過ごす幸せを作ることができる。
- ・医師、訪問看護、家族、ヘルパー、ケアマネージャー、訪問薬局などが連携して、生活を支えるシステムが地域にできることで、病院でなくとも重い病気が診られる。
- ・他の地域では、在宅診療が入ると患者が減るのではないかという医師会の方々がいるが、そうではない。
- ・病院に行けない環境、重い疾患の方を家で診ることが、在宅診療の役割であり、地域の医療機関とバッティングするわけではない。
- ・訪問診療の定義は2つ、24時間365日診ること、病院に行くことが困難な方を診ること。

- ・6割以上の方が、家で最期を過ごしたいと思いながら、在宅の看取り率は、大体15%前後から地域だと20%超である。
- ・行方市のデータを見ても、家で最期が見られる環境がない。
- ・60年から70年前の日本は、世界で一番在宅看取り率が高く、80%ぐらい家で見られた。
- ・現在は、先進国の中でも在宅看取り率、施設看取り率が一番低い。

(在宅診療の在り方について)

- ・施設看取り率も低い理由は、施設の方々も訪問診療を入れたりしているが、結局その訪問診療が、困ったら病院に救急搬送するように、指導している訪問診療が多いため。
- ・国は、急性期病床を減らして、家で最期を看取するという在宅診療の土台を作ってきた。
- ・在宅診療で、看取りまでするには、常勤ドクター、研修されたドクターを雇用する必要がある。
- ・在宅診療所ができればいいという問題ではなくて、24時間365日を看取りまでサポートができる在宅診療所が入ることに加え、地域の介護職とも連携が必要である。
- ・質の高い在宅診療所が来ると、24時間365日の診療をするために、薬局も訪問看護も育つ。
- ・私達は、24時間365日の介護事業所も運営しているが、介護の事業は赤字である。
- ・赤字で、他がやりたくない介護事業や訪問診療を行政がやってもいいと思っている。
- ・家で最期を迎えられるという選択肢があれば、患者はどんな病状でも受け止められる。
- ・私達の在宅診療所は、これまで5年間、患者さんを断ったこと、1例もない。
- ・私達は、引きこもりの患者さんが多いので、江戸川区と連携をして、引きこもりの居場所「よりみち屋」を作った。

(まとめ)

- ・在宅診療ってというのはある意味最後の砦であり、病院に本当に行けない方を診る。
- ・逆に自立支援という形で病院に行けるようにすることもある。
- ・1人1人の当たり前の生活と命を守る連携を、地域医療の中で作っていくべきである。
- ・このエリアにおける開業医の先生たちでグループを作って、在宅診療所を作ることができればいい。

- ・市営での訪問診療や介護の事業所などの赤字になり易い、介護事業所を作り、行方市を中心とした地域医療ネットワークみたいなのを、周辺の地域を巻き込んで作っていくというのも、ありなのかなとは思う。
- ・在宅診療といっても、様々な在宅診療所があり、病院と同じように輸血ができ、医療的処置、外科的な処置、人工呼吸器の使用、抗がん剤の投与などができる。
- ・看取りに近いからといって、延命をしないわけではない。
- ・当然、私達も患者に長生きしてほしいなと思うので、抗がん剤をやめることが延命にもなることがあれば、苦しみを取ることで、延命にもなる。
- ・抗がん剤を使うことで、命を縮めることもある。
- ・家族の思いを聞き、説明をしながら、家で生きる選択肢、家族と過ごせる選択肢または、介護職種の方々と一緒に過ごせる幸せを感じてもらえる。
- ・家での看取りというものを、地域で作っていく中で、介護職種の育成、様々な関係職種、在宅診療により救急搬送数を減らすなどの1次医療というものを作ることによって、生活のクオリティが上がる。
- ・医療シンポジウムをやる地域は、意外に少ないが、当たり前の生活を守ることは、行政の役割だと思う中で、このような医療シンポジウムは素晴らしいなと思いながら、参加した。

《パネルディスカッション》

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

第2部から登壇している方に、前半の2人の話に対しての感想、コメント、もしくは質問などがあれば発言願う。

【土浦協同病院なめがた地域医療センター 病院長 清水 純一 様】

・2人の講演を聞いて、非常に参考になることが多かったので、これからのディスカッションで、その辺りを議論していきたいと思う。

・小児科以外でも健診センターも兼務するようになったので、元気で病院にかからない方が多く、その中で病気が見つかって、症状が出る前から治療に入るなどの予防に入る方も経験したので、それも含めて話していきたいと思う。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

・山中氏、大石氏の話聞いて、訪問診療とリハビリテーションが非常に少ないと思った。そして、訪問リハビリというのも非常に大事だと考えている。

・行方市の医療体制を見ていても、もう少し高齢者が元気で長く生活できるように、市長と相談しながら前向きに考えていきたいと思っている。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

・在宅診療の話がでたが、外から見た立場として、山中氏、大石氏ともに行方市では在宅診療の可能性があるのではないかという話があった。

・一般的に在宅診療が広がっていく地域と、ニーズはあるが広がらない地域の違いなど、どのような状況が全国的にあるのか。

【株式会社メディヴァ 代表取締役 大石 佳能子 様】

・在宅診療が不十分な地域は、地方都市だけでなく、都市部でもある。

・理由として、在宅は、3種類の担い手があると思う。

・1つは、山中氏のところ、私どものグループ法人のように、法人内もしくはクリニックの中に複数の医者さんがいて、夜間土日、平日も含めて見られるっていうパターンがある。

・2つは、病床が200人未満の病院で、在宅療養できるので、病院が在宅医療をやるパターンがある。

・3つは、診療所の先生方が、みんなで協力しながら在宅医療をやるパターンである。

・日本の場合は、診療所で1人の先生で運営していることが多いので、夜間土日含めて24時間対応は難しく、高齢化されているので、どのように持ち回りで体制を組むのかがポイントである。

・その体制を組むには、誰かが音頭を取らないとできない。

・行政が音頭を取るか、医師会が音頭を取るか、もしくは誰かが突出して音頭を取るというパターンしかなくて、それができないと、在宅の体制は組めない。

・行方市の場合は、病院があるので病院が在宅やるパターンか、もしくは市長が非常にリーダーシップのある方なので、市長がみんなと一緒に、体制を作るという可能性がある。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

自然発生的にというより、誰がリーダーシップを発揮して引っ張っていて、その体制を地域全体で作っていく必要があるということだと理解した。

【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】

・在宅診療を作るのは、さほど難しくなく、維持するのも簡単である。

・行方市でも間違いなく需要がある。

・在宅診療所ができて、それが本当に地域にとって、重要な在宅診療という資源になるかどうかは、また別の問題である。

・医師が一定の責任のもとでやるという体制を、公がリーダーシップを取るか、医師会がリーダーシップ取るか、一定の民間の誰かがリーダーシップ取るかというところで、作るためには一定の覚悟が必要だと思う。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

・一定の覚悟は、誰が、どういうふうに持てばいいのかを具体化することは、難しいと思う。

・在宅医療の現在の検討状況など、これから進めていきたいという思いは、地域の中ではどうか。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

・行政を巻き込んで在宅医療をやる場合には、水郷医師会と話をし、了解を得た上で、誰が進めていくのかを考えてもいいと思う。

・イニシアチブを取る人がいれば、応援したいと思うので、音頭を取るための声を上げてもらいたい。

【行方市長 鈴木 周也】

- ・イニシアチブを取るには、医師会との関係性が関わってくる。
- ・鹿行地域の医療協議会というものがあり、その資料の中で、行方市だけ在宅医療に手を挙げる医療機関がないという現状があった。
- ・本市は、介護施設が非常に多く、存在をしていて、その介護施設における看取りというケースもある。
- ・家庭内でケアできるものがあれば、慌てて救急医療に全てを頼りきることはないと思う。
- ・行政としては、包括センター、地域包括ケア、介護施設、家庭でできることに力を入れながら、ケアもしくはフォローしていきたいと思う。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

- ・過去、訪問診療が導入されていた地域で、住民が抱えている不安感の解消に繋がったケースはあるか。
- ・その際に、合意形成を進めるため、住民と話を進めていくなどの他市の事例はあるか。

【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】

- ・マイナス情報かもしれないが、在宅診療をやっていると中堅病院から、患者を取ったと言われることがある。
- ・在宅診療の役割がある中で、医療はドクターのためにあるわけではなく、地域の住民ためにある選択肢なので、確固たる思いでやっている。
- ・在宅診療は、過去の医療にはなかったゾーンなので、様々な形で元々の医療体制の方とのすり合わせとか、他の地域でも議論が起こっている。
- ・近隣だと笠間市に行ったときにも医師会との議論は、いろんな形であった。

【株式会社メディヴァ 代表取締役 大石 佳能子 様】

- ・私どもも、コンサルタントとして、様々な自治体で、地域包括ケア、在宅用のインフラ作りをしている。
- ・手法としては、誰かがリーダーシップをとらなきゃいけないことで、実行部隊としてはまず医師会の医師が、やる気にならなくちゃいけない。
- ・手法の1つは、データを出していく中で、現在の看取り数は、これから高齢化すると、病院の中で収容できないので、在宅で看取りをするようになり、その在宅の看取りで、必要な数

をデータとして示す。このままでは、地域医療は崩壊するので、地域でどういう仕組みを作るのかを主体的に考えてもらう。

・もう1つは、診療所の経営的には、今回の診療報酬改定でもわかるように、国は、今後、在宅医療やらない診療所は存在し得ないように、徐々に診療費持っていく傾向にあるので、経営的に在宅診療を診なくてはいけないということ。

・もう1つは、自分の患者プロフィールを考えてみたときに、少しで通えなくなる患者をずっと診たいと思わないのかを問うという、まず、具体的な患者のイメージを持ってもらう方法がある。

・地域の中の在宅医療の仕組みだと、開業の医師が全部24時間365日モルヒネを使う、がん末期を診る必要はなく、まずは自分の患者さんから診てもらおう。

・難しいところは、仕組みを作って、みんな連携すること、もしくは山中氏みたいなところが、専門的に診るなどの役割分担をする方法がある。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

・国は政策誘導で診療報酬改定しながら在宅診療を推進しているが、言われているからやらなきゃいけないということではなく、住民の生活の質、医療のクオリティを上げていく。

・どうやって在宅診療を入れることによって、それが上がっていくのかを発信することで、リーダーシップを発揮していきながら、進めていくことが大事だと思う。

・現場でやられている方は、在宅医療が入ると、どのようになるのかのイメージはあるか。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

・行方市の中で、在宅医療を進めていき、患者を取られたと思う医師がいた場合は、やる気がある医師だと思う。

・そういう医師も一緒に、訪問診療できるにシステムを作って、みんなが訪問診療できるような形の運営方法にしていけば、訪問診療センターができるのではないかな。

・市長に音頭を取ってもらって、そのようなことをできればいいのではないかな。

・これはみんなの意見聞かなくてはいけないことだが、水郷医師会の話聞きながら、協力したいと思う。

【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】

・地域のみなさんが連携する中で、外部から在宅医療が入ってきたときに、自分たちでやれるというプライドを持っている方が、できるかもしれない。

・ワークライフバランスも大事なことだが、その辺のプライドがないと、24時間型の医療はできないと思う。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

- ・私も水戸の方で、看取りを何回かやったことがある。
- ・先ほど言ったように、みんなでやるうちに、責任を持ってやるというような医者が、出てくることもある。
- ・そういう人が出てきたときには、責任者になってもらえば十分できると思う。
- ・訪問診療は、黒字化しやすい形なので、採算ベースには非常に合っている。

【土浦協同病院なめがた地域医療センター 病院長 清水 純一 様】

- ・当院は、入院機能を停止しており、診療所的なことをしている。
- ・水郷医師会はかなり脆弱で医師数も少ない。そのため、他医師会との統合を提案したが却下された。
- ・医師会の改革も必要じゃないかと思う。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

- ・やはり、誰かがイニシアチブを発揮して、進めていかなきゃいけない。
- ・地域の医師も参加して、具体的に皆が抱えている課題感を出しあって、どのように在宅診療がプラスの効果をもたらすのかを議論できるといい。
- ・データを出して、課題が可視化できるような形で進めていくことが重要であり、既にやっていること、これからやれることが、あると思う。

【行方市長 鈴木 周也】

- ・在宅の医療については、慢性的な他の病気とか、疾患がメインだが、一方で、この地域は中核となる病院がなければならない。
- ・怪我の場合、なめがた地域医療センターの救急は、平日の日中なので、他に救急受入れ体制がないと厳しい。
- ・救急は、行政の方で広域的に行方市、銚田市、潮来市という形で、広域の消防を抱えている。
- ・キーになる病院がないと地域医療というものに対しての責任が負えない。

- ・行政のみでやるとなると、先ほどの議論の中で、大石氏からあったように、病院の赤字経営の問題がある。
- ・病院の黒字化は、行政と一緒にあって病院、地域の医師が、手を携えてやらなければならない。
- ・行政は、しっかりケアをし、もしくはフォローをしていくことが重要であり、今日のように、情報を発信及び意見を拾っていくことが、重要であると思う。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

- ・前半から通じて、最初に国の動向、行方市の医療提供体制の状況、その中で在宅診療というものの可能性を大石氏が示した。
- ・その後、山中氏からは、訪問診療の経験を踏まえて、どういう訪問診療というのがあるのか、みんなと共有できたというふうに思う。
- ・最後ディスカッションの中では、どう進めていくのかという話の中で、ニーズがあるからといって、自然発生的に供給体制が出来上がってくるものではないこと。
- ・誰かがリーダーシップ、イニシアチブを発揮して進めていく必要があること。
- ・そのイニシアチブだけではなくて、実際に現場で活動されている医師たちも一緒になって考えていくことで、みんなでどう地域全体を良くしていくのかということ。
- ・さらにそれを、このような場所で市民にも情報など、データを開示しながら進めていくということが、必要になるという、話だったと思う。

【土浦協同病院なめがた地域医療センター 病院長 清水 純一 様】

- ・今までの議論を踏まえて、今後、なめがた地域医療センターの空いている病棟を活用してほしい。
- ・我々も訪問看護をしているが、病院に来られない方にも、症状のないうちから関わっていきたいと思う。

【株式会社メディヴァ 代表取締役 大石 佳能子 様】

- ・データ情報をきっちりとみんなで共有し、誰かがリーダーシップをとってコーディネートをし、物事を進めなきゃいけない。
- ・診療所の先生方は自分たちのやるべきことがあり、なめがた地域医療センターもセンターのやるべきことある。
- ・市民も自分の健康は、自分で守らなくちゃいけない。

・オープンに議論ができるということで、今日はスタートの日になってくるかと思う。

【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】

・なめがた地域医療センター、大場氏、様々な地域の資源としての医療、介護の部分を活用することが大事である。

・田舎の地域、人口の密度が低いところで、在宅診療は可能である。

・過疎地域に診療所を作るというよりは、在宅診療の可能性というのはあるし、介護資源というものを作る部分でもあって、今後、行方でそういう部分のいろんな形を作る機会があるならば私達も協力したい。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

・開業している医師と、なめがた地域医療センターが連携を持てるようにしたい。

・例えば自分の患者さんを入院させたいと思ったときに、開放病棟で自分が主治医のまま、病院に入院させるという形ができると、開業医が、主治医のままで、入院せずさせて退院まで診ることができるというような方法もある。

・そのようにして、自分たちで病院を運営するみたいな形で、訪問診療をとおして、みんなでやれるような形になるといいなと思う。

・医療資源を作ろうと思うと大変なので、有効利用する方法を考えた方がいいと思う。

【行方市長 鈴木 周也】

・地域の課題の洗い出しから、訪問診療、訪問医療、また中心となる、なめがた地域医療センター、清水氏の話、そして大場氏の話は、我々にとって非常に重要である。

・このエリアは、救急搬送したときに、周辺に受け入れ先があり、最初の段階は病院にいられるが、その後は次の2つのどちらかに移らなければならない。

・1つ目は在宅、2つ目は慢性病床というところに行く。

・救急がパンパンになったところは、救急車が入らない。

・救急の問題は、在宅と近いものがあり、関連していると思う。

・今後、地域のために、どのように医療があるべきか、みんなと話をしながら、この地域に合った地域医療というものを作っていくことは、重要だと思う。

・行政として、本当に暮らしやすい、そして、本当に持続可能な医療を作りながら、笑顔で住み続けたいまち、なめがたを作っていくことが重要だと思う。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

以上で、ディスカッションを終了とする。