

平成29年度第1回佐賀県地域医療構想調整会議議事録

平成29年6月8日 午後6時29分 開会

○日野医務課医療支援担当係長

定刻より若干早うございますけれども、皆さんおそろいでございますので、ただいまから平成29年度第1回佐賀県地域医療構想調整会議を開催いたします。

議事に入ります前に、医療統括監より一言御挨拶を申し上げます。

○野田医療統括監

4月1日から医療統括監の任にあります野田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。会議の開催に当たりまして、一言御挨拶を申し上げたいと思います。

構成員の皆様方には御私用が大変たくさんある中、本会議に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、日ごろは佐賀県の保健医療行政の推進につき、一方ならぬ御支援、御協力を賜っておりますことを改めてこの場で感謝申し上げたいと思います。

佐賀県の地域医療構想につきましては、昨年3月に策定をして以来、医師会、病院協会、そして、有床診療所協議会などにおいて、さまざまな研修会、懇談会を開催していただいております。改めて厚く御礼を申し上げたいと思います。

既に県では医療機関の転換や統合など取り組みが始まっておりまして、医療圏ごとの分科会においても具体的な協議が進められておるところでございます。県としては、引き続き医療関係者の皆様方と認識を共有しつつ、丁寧かつ適切な対応をしてまいりたいと考えております。

本日の御議論が将来に向けた円滑な取り組みとその深化につながるよう改めて期待いたしまして、簡単ではございますが御挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○日野医務課医療支援担当係長

それでは、早速議事に入らせていただきたいと思います。

本日の会議は公開となっておりますので、よろしくお願い申し上げます。

以降の進行につきましては、池田議長にお願いいたします。池田議長、よろしくお願いいたします。

○池田議長

皆様こんばんは。それでは、議事に入ります。

まず、報告事項として、平成28年度病床機能報告の結果、平成27年D P C調査と今後の医療需要、佐賀県地域医療構想の進捗状況の3つについて事務局から報告をお願いいたします。

○日野医務課医療支援担当係長

資料1、2、3、この3点でございます。一括して御説明をさせていただきます。

まず、資料1をごらんいただきたいと思います。

平成28年度の病床機能報告の結果でございます。

1枚おめくりいただきまして、病床機能の推移でございます。これは昨年度の表をリバイスしたものでございます。

ポイントだけ申し上げますけれども、平成28年度の病床機能報告につきましては、平成27年度と比較いたしますと、大きなところは高度急性期が減ったということでございます。これは過去に全ての病床を高度急性期と報告していた病院が高度急性期と急性期に区分されたという結果でございます。この行動そのものは病院の御判断ということでございます。

高度急性期と急性期のトータルで、平成27年度と28年度を比較しますと若干減という形になります。

一方で、回復期につきましては、27と28を比較すると増。それから、慢性期につきましては、27と28を比較しますと減ということで、トータルで見たときには必要病床数に向けた収れんの方になっていると思います。

ただ、構想策定時からずっと申し上げていきますけど、病床をぴったり合わせるということが価値観ではありませんので、大きなトレンドに向かって、収れんされていく、ここがポイントなんだろうと思います。

1枚おめくりいただきまして、2ページ目が既存病床と必要病床のイメージ、今申し上げたような病床機能方向の結果をもとにしたイメージ図でございます。

これも毎年のものをリバイスしたものでございますけれども、特に今回プロットしておりますのは、右側の将来のところございまして、介護医療院、これが平成30年4月から創設されるということが決まりました。先週、国会で介護保険法が改正されましたので、30年4月から新しく介護医療院ができます。そうなりますと、在宅医療等とずっと「等」をつけておりますけど、1万3,500人ぐらいを在宅医療、もしくは居住系施設において受けとめる流

れになるわけでございますけれども、雑駁なボリューム感を少し言ってみますと、慢性期病床のところから2つ矢印を伸ばしている—この矢印は、従来から伸ばしているわけでございますが—1つは、医療療養の20対1という形で、引き続き医療を提供する療養病床、そしてもう1つは、現在の介護療養病床、医療療養の25対1のように、どちらかという医療の診療密度が薄いわけでありますから、介護医療院に転換したほうがなじむのではないかというものがあるわけでございます。

今、佐賀県で介護療養病床と医療療養の25対1を合わせると大体1,600床ほどございます。そうしますと、この1,600床が仮に7、8年後までに介護医療院に移行すると、介護医療院が大体1,600ぐらいになると仮定できます。さらに、今現在での老健施設の定員が3,000弱あるわけであります。そして、サ高住と有料老人ホームを合わせた定員が6,000弱あるわけでございます。そうなったときに、純粋にいわゆる御自宅で受けとめる数というのは、この居宅のところになるわけでございますけれども、概算でいくと2,000から3,500ぐらいになるのかなというふうに思います。

ただ、これは介護医療院のほうは介護保険施設でございますので、参入規制といいましょうか、当然、ゴールドプランとの関係でベッド数の上限があるわけでございますけれども、サ高住や有料老人ホーム、これについては参入規制が余りないわけであります。しかも、今大体6,000弱なんですけど、これは今どんどんふえているわけであります。そうしますと、全体を見たときには純粋に在宅で受けとめる方の数というのは、申し上げた2,000から3,500よりもまた減るかもしれない、サ高住などで受けとめる数が多くなるかもしれないというふうに思っておりまして、このあたり、かねてから申し上げますように、在宅医療等という、まさに等のほうがボリュームを増してくるんだろうと思います。

居住系施設できちんとどうやって受けとめるかが鍵だろうというのが、数字として、一つの目の子として見えてきたのかなと思っているところでございます。

1枚おめくりいただきまして、非稼働病床の現状でございます。これも昨年の資料のリバイスでございます。上のほうに説明書きを書いておりますけど、2つ目の丸で有床診療所の非稼働が昨年度、つまり27年の報告のときから約140床ふえたということで、有床診療所の非稼働というのがふえていっているなというふうに思っているところであります。

3つ目の丸につきまして、非稼働病床のうち公的医療機関については、理由を確認して必要な措置を講じるということでございまして、例えば、北部で非稼働病床36と書いてありま

すけど、これは唐津赤十字病院の移転に伴って病棟をとめているわけございまして、そういったものも当然入っているわけございまして。一方で、西部の30というのは、JCHO伊万里松浦病院ということで、患者さんの減とか、さまざまな要因で病院側の判断でとめていると。いろんな理由があるわけございまして。

このあたりの理由につきましては、意見を聴取して必要な措置を講じるということでございまして、これは今度の10月の病床機能報告からは病棟単位で非稼働な場合には、その理由まで病床機能報告の中できちんと明示するという改正が行われる予定になっておりまして、このあたりで特に公的医療機関で、病棟単位で動かしていないところについては説明責任が強く求められる形になるわけございまして。

1枚おめくりいただきまして、病院の機能別概況でございまして。

細かい話になりますので、ポイントだけ申し上げますと、上の1つ目の丸に書いてありますように、各機能の病床利用率は80%台でございまして。ただ、各機能をそれぞれ入院基本料別に見ると若干の違いがあるというところでございまして。

特に違いがあるのは、1つは回復期のところでございまして。やっぱり回復期、最初はリハビリだけが回復期と思われていた節もあったわけございまして、27年、28年と病床機能報告の説明を少し変えたこともありますけれども、例えば、入院基本料の13対1や15対1というようなところ、あるいは地域包括ケア病棟、こういったものも回復期だろうと。何もリハビリテーション病棟だけが回復期ではないということになっております。ただ、もともと回りハと地域包括は当然それぞれ求められる機能が違っているわけございまして。それは、例えば新規入棟患者の構成を見てもおわかりいただけるんじゃないかなと。当然でございまして、回りハというのは紹介がなければスタートしないわけございまして、予定だとか院内転棟が99.6%を占めているというのは、まさにそのとおりだろうという形でございまして。

したがって、今後、回復期を新たに取り組む医療機関においては、自分のところが15対1のイメージで回復期をやるのか、それとも、地域包括ケア病棟でやるのか、あるいは回りハ病棟でやるのかという目的意識といいましょうか、そこをしっかりとって取り組む必要があるのではないかというふうに思っているところでございまして。

1枚おめくりいただきまして、次が退棟先のデータでございまして。

退棟先を見ますと、7対1や10対1の場合は、やっぱり院内転棟、それから転院、家庭復帰などが多うございまして。特に7対1で家庭復帰が72.8ポイントとなっております。

一方で、13対1、15対1あたりを見ますと、退棟先で大きくなってくるのは、介護施設になってくるという形で、このあたり、やっぱり7対1、10対1の運用と13対1、15対1の運用というのは、実態上としてもかなり違いがあると思っているところでございます。

1枚おめくりいただきまして、次が有床診療所の機能別の概況でございます。

ここの大きなポイントは3つ目の丸でございますけれども、退棟先は家庭が圧倒的に多いというところでございます。もちろん有床診療所は病院と違って、施設単位で機能を選択することになるわけでございますけれども、急性期の家庭復帰が93.8、回復期が85.5、慢性期でも67.8ということで、端的に申し上げますと、もともと病院が持っている入院機能と有床診療所が持っている機能というのは、制度の成り立ちからいえば違うところがありますので、そういったものが反映されているのかなというふうに思っているところでございます。

1枚おめくりいただきまして、これは救急車の受け入れ状況という形でございます。

これは病床機能報告のデータそのままという形でございます。

それから、8ページでございますけれども、病床機能報告では28年6月診療分、単月分について具体的な医療を報告するようになっておりますので、そのデータでございます。

8ページは手術総数と全麻の手術総数、おめくりいただきまして、9ページが疾患別リハビリテーション料ということです。

ここは1つ特徴的なことを申し上げますと、回復期をこれから充実させなきゃいけないという形になるので、もちろん今の話ではない、今直ちに不足しているという話ではないわけでございますけれども、例えばSCRという指標がございます。これは地域医療構想をつくる时候にも、佐賀県の在宅だと、居宅における訪問診療は少ないけれども、有料老人ホームなどに対する訪問診療は多いということを申し上げたかと思えますけれども、そのときに使った指標がSCRです。SCRというのはレセプトの実績を性別とか年齢というのを補正した形で、つまり高齢者が多いからレセプトが多いということを抜きにして、そこは補正をして、いわば同じ条件にしたときにどうだろうかという形で、全国平均を100としたときにどうかというのを見たものです。それでいくと、回りハの入院が100を超えるというのはどうということかという、全国平均よりも多く診療実績があると、もしくはそういう医療を提供できる医療機関があるという目安になります。100を下回っていると、そもそもそういうことをやってくれる医療機関がエリアの中になく、あるいはあっても、診療そのものが抑制的に行われているという形になるわけでございます。

回りハの入院だけを見ますと、県全体で121.8ということで、県全体で見ると47都道府県の県ベースで比較すると、回りハを今やってくれている病院はそれなりにあって、かつ診療実績もそれなりにあるということなんです。

ちょっと特徴的なことを申し上げると、東部が274.8ということで異常に高いと。これはまだファイナルな分析ができていないわけじゃありませんけど、地域医療構想をつくる時もそうでしたけれども、鳥栖と久留米の流出入を比較したときに、鳥栖から久留米に高度急性期や急性期の方は流出しているけれども、逆に回復期の方は久留米からどっと入ってきているというデータがありました。つまり久留米からどっと入ってきている関係で、それだけ診療実績が回っているんだらうということが1つ言えるわけであります。

ただ、そう見ると、少し特異な数字になってしまうのが北部でありまして、62.1と。北部の医療圏は、先ほど言ったような流出入からいくと、他の圏域との流出入がほとんどない、たしか93%か94%は域内完結と。これは佐賀県の中でもほかのエリアには余りない状況です。そうすると、唐津地区の皆さんの受療行動が変わらないと仮定したときには、唐津地区の中で急性期から慢性期まで、少なくともSCRベースで見たときに100前後の数字がないと、医療機能として欠けてしまうという形になります。つまり、他の圏域にお願いできないわけですね。だから、そこはこの100という数字をどう見るかでありまして、かなりここは、北部地区のこれからの回復期というのは少し見ていかなきゃいけない要素があるんじゃないかなというふうに感じているところであります。

1枚おめくりいただきまして、10ページ目はがんの数字でございます。これはどこで悪性腫瘍の手術をやっているか、その後のがんリハをやっているかということでございます。

11ページ、脳卒中であります。ここも、一つポイントを申し上げますと、県内の96%の人口は、大体くも膜下出血発症後、60分以内に年間10症例以上対応実績がある医療機関への搬送が可能だと。これは、2年前に地域医療構想をつくったときに示したデータそのままです。したがって、脳卒中についての一定の診療体制は確保されているわけですが、脳卒中の場合、ポイントになるのは介護の原因疾患第1位ですから、その後、脳卒中の診療が終わった後に回復期のリハだとか、あるいは介護施設でのリハ、通りハとか、そのきちんと一貫した流れをつくっていかないと、なかなか本当の意味での回復にならないということです。

それを何で見るかというと、まず右側の数字は脳血管疾患リハビリ料を算定している医療

機関でありまして、この医療機関の数だけ見ていくと、それぞれの圏域に一定数の医療機関がそれぞれちゃんと提供していただいていると。いわゆる量的な面ですね。量的な面ではある程度確保されているなというのがわかるわけでございますけれども、じゃ、その一貫した流れになっているかと、ここがポイントになるわけございまして、そこがまた左下の表でまたSCRなんですけれども、例えばtPAができるかという話ですけど、東部と北部がこの数字だとtPA100以下ですから、少し弱いなというのがある。ただ、東部の場合、先ほど申し上げたようにほとんど久留米に行かれる場合もありますから、住民から見たら診療体制が確保されているということになる。

さっき言った急性期から一貫した流れのリハというか診療計画がちゃんと継続しているかということで、介護施設までちゃんとつながっているかというところはなかなか数字でとらまえないんですけど、このパスの第1入院とパスの第2入院、つまりスタートのところで脳卒中のパスできちんと診療計画をつくっているというところが、県全体で見ると、そのSCRベースでいくと114.4ということで、全国平均よりもよくつくられているということなんです。つまり、最初の医療機関がちゃんと診療計画、パスをつくっていると。中部は174.9、北部は117ということになっている。東部が白に空欄になっているのは何かというと、東部の場合は、ほとんどが第1入院期間が久留米のところになっているんじゃないかと。だから、ここがblankになっているわけですね。

受けとめるほうが第2入院ですね。受けとめるところはどうかというと、受けとめるところはそれに基づいてちゃんと診療して、診療指導料を請求していると。28年度から診療報酬が変わって名称が変わりましたが、それでいくと、中部が139.5、あるいは北部も89.8、西部も114ということで結構やっているなと。東部も、受けとめるほうは72.4だから、ある程度対応していただいていると。そうすると、少しこれから見ていかなきゃいけないのが南部ですね。南部が、圏域間の流出入がデータ上は余りないわけです。データ上ないんだけど、第1入院できちんとパスを使って流しているというところは64.2になっていると。これちょっと低いよなと。当然、その第1走者のところが64.2ですから、受けとめる側がほんと伸びるわけがないので、ここも81.8と。このあたりは少し分析をしていかないといけない。対応できる医療機関はあるけれども、そのつながりがどうなっているのか、ここが南部の場合は少し見なきゃいけないと思っています。

1枚おめくりいただきまして、12ページは心疾患の話になります。

ちょっと飛ばさせていただきまして、13ページでございます。

いろいろ病床機能報告から浮かび上がるものはあるわけでございますけど、これも昨年同様の処理でございます。説明書きのところに書いておりますけど、病床機能報告そのものは報告内容が多岐にわたります。病床機能を把握する上で有益である一方、多岐にわたりますから、もともと何のために病床機能報告があるかという、これを自院の立ち位置を決める判断材料の一つにしてほしいということであつたはずでありまして、ただ、余りにも報告件数が多いのでわかりにくいということで、2つ目の丸でございますけれども、地域医療構想を推進する上では、自院の立ち位置を医療圏内の他院と比較しながら判断することが重要でございますので、県独自に、去年のこの会議でもお出ししましたけれども、幾つかの指標をまとめて病床機能報告の整理という形としてまとめておりますので、また判断材料の一つにさせていただきたいと思っているところでございます。

参考までに、今年の病床機能報告の整理でございますけれども、参考資料のA4縦で、今日はこれも御参考で配っているというだけなので、縮小印刷をかけているので数字が見にくくなっているので申しわけないんですけれども、参考資料の1、2、3が今年の病床機能報告の整理という形になっております。

参考資料1が病院の施設表、それから、参考資料2が4機能別、そして病院の病棟別の表。それから、参考資料の3が有床診療所の表になっております。

これは、こういう形で整理をしているところでございます。

もう一回資料の1に戻っていただきまして、1枚おめくりいただきまして14ページ、最後のページでございますけれども、厚生労働省提供の急性期の度合いを測定し得る項目ということで、これも昨年からでございますけれども、厚生労働省の研究班が急性期の度合いを測定している項目というのを整理して、スコア化しているわけでございます。ただ、これ幾つか注意事項が必要でございまして、実際、現物は何かという、縦長の参考資料の4になります。1枚紙になっております。これは全国平均を1.0としたときの各病院の項目を指数化したものでございます。厚生労働省のほうから各都道府県へ昨年から配付しているものでございますけれども、最初のただし書きというか説明書きの3つ目の丸でございますけれども、自院の立ち位置を把握するための一つのツールですから、これが病床機能の報告基準とか、あるいは病院の診療ランキングを示すものでは全くないということであります。

それから、これが病床機能報告で病院の場合は病棟単位で報告しているわけですが、

この急性期の度合いを測定し得る項目については、病院単位の集計になっていると。ということはどういうことかということ、ケアミックス病院は当然低くなるわけですね。全病棟が急性期だったら、イコール病院の急性期の指標になるわけですがけれども、ケアミックス病院ですと、ある病棟の急性期はほんと高い数字を当然出すんですけど、それを病院でなべてしまいますから何か低くなってしまうという傾向になるわけです。ですから、そういう意味でも、病院の診療のあり方そのものとか病床機能の報告基準に結びつくものではなくて、あくまでも自院の立ち位置というのをエリアの中のほかの病院と比較する一つのツールだろうというふうにしておりますので、これも参考資料という形でお配りをしているところでございます。

以上が病床機能報告の結果でございますが、引き続きまして資料の2でございますけれども、平成27年度のD P C調査と今後の医療需要ということでございます。

これも昨年もお配りしておりますけれども、国立がん研究センターの石川室長が個人のサイトで掲載して、こういう自院の立ち位置を判断するときに使ってほしいと広く公開しているデータでございますので、また私どものほうで、これは特に使えるなと、わかりやすいなと思うのを幾つか御紹介をさせていただきます。

表紙をおめくりいただきまして1 ページ目が、これはD P Cの結果で出てきているM D C別の入院患者数でございます。これを見ると、医療圏ごとに基幹病院が明確だというのは去年から申し上げているとおりでございます。特に佐賀県の場合の特徴といたしましては、県庁所在地に、いわゆる基幹病院が集中している状況ではなくて、例えば北部医療圏だったら唐津日赤さん、それから南部医療圏だったらN H O嬉野さんというような形で、基幹病院が分散配置されていて、おおむね県全体ではバランスがとれているというふうに考えているところでございます。

それから、2 ページ目でございますけれども、がん、脳血管、それから心疾患という、いわゆる3大疾患についてどういう状況かということでございます。これも医療圏ごとにいろいろ病院の特徴、得意分野とかはありますけれども、全体として見たときには診療提供体制が一定程度整っているなというふうに思っているところでございます。

1 枚おめくりいただきまして、今のは実績値だとすると、次からが同じ石川さんが出されているサイトですがけれども、平成26年の患者調査を基にした疾患分野別の入院需要の推計というのを出示されております。これを見ると、傾向を申し上げます。グラフの一番左は新生物

です、いわゆるがんですね。これは、おおむね横ばいなんです。赤が全数であります。オレンジか65歳以上、黄緑なのか黄色なのか、そういう色が75歳以上という形になります。新生物は横ばいですが、これからどんどん伸びていくのは何かというと、総数もそうですし、伸び率もそうなのが、循環器系の疾患であります。左から2つ目のコーナーです。

それから、その隣の呼吸器系も若干伸びます。

それから一番右、損傷、中毒及びその他の外因の影響、大体骨折が中心でございますけど、これも伸びるという形になります。このあたりの疾患は、入院の需要が大きく伸びます。ただ、2015年から2035年の伸び率を医療圏別に見ますと、それは下に実数で落としていますけれども、中部、東部は伸び率が高いです。北部、西部、南部の伸び率が低いです。これは前から申し上げているように、北部、西部、南部のほうは人口減少が早いわけでありまして、その分入院需要の伸び率も低いというデータになっているわけでございます。

この循環器系の疾患が特に伸びるということは、では何を意味するかということ、次のページ、4ページ目でございます。

循環器系疾患が2040年まで伸びます。その内訳を見ますと、左から2つ目の欄が脳梗塞であります。それから、一番右が心不全、この伸びが顕著だという推計がなされているわけです。これは、当然グラフの傾きを見ていただければわかるんですけれども、要するに75歳以上の人口の伸びに呼応したものが多いんだろうと思います。先ほど申し上げましたように、脳卒中が介護の原因疾患第1位であるということ。それから、心疾患というのは、これはとりもなおさず再入院率が非常に高い。慢性的に継続的な関与が必要な分野でございます。したがって、この両疾患の医療提供体制の構築というのは、この地域医療構想、それから今年見直す医療計画の中でもそうですけれども、やっぱり脳卒中あたりは、医療と介護をつなげた形での、一貫したリハというのが、地域でどういう形で本当につくれるんだろうか。それから、心疾患におきましては、基幹病院とかかりつけ医の連携体制、こういったものをどうつくっていくかというのが非常に重要なかなというふうに感じているところでございます。

それから最後のページでございますけれども、患者調査を基にした外来患者の需要推計でございます。

実は外来につきましては人口減がありますので、既に北部、西部、南部では、これはエリア別にしていますけれども、既に減少傾向に入っているという見方になっておるわけでございます。

年齢別に見ますと、例えば75歳以上の外来患者数というのは横ばいだったり微増だったりするわけですが、それでも、それも全ての圏域で2030年から2035年がピークだというふうに見込まれますので、いろいろ医療機関の立ち位置を考えるときに、こういったことも考えておかなきゃいけない。要するに外来患者が減るということは、外来から入院というのは一つの主力なルートでありますけど、その一つの有力なルートも減るということになりますので、こういったことも考えながら、医療機関の立ち位置を考えていただく必要があるんだろうと思ひまして、今回資料としてつけているところでございます。

最後、資料3でございます。佐賀県地域医療構想の進捗状況ということでございます。

1枚おめくりいただきまして、これ必要病床数の推移です。これは先ほど話しましたので、省略をいたします。

2ページ目が、必要病床数以外の指標の進捗ということでございまして、地域医療構想で8つ指標を出しました。必要病床数以外に7つですね。この状況でございますけれども、例えば医療連携を進める上での診療情報地域連携システム、いわゆるピカピカリンクですね。その加入率を、26年度15%なものを30年度には27%にしようという目標を掲げておりまして、今28年度の数字が21%と。ただ、圏域別に見ますといろいろばらつきがあるなというところでございます。

あとは在宅医療連携拠点数、これは郡市医師会単位でいろいろお願いしているわけですが、その8というのは今でも構築されているんだろうと思っております。

あとは退院調整の運用ルールだとか医療機関の看取り率、それから看護職員の離職率、いろいろ指標を出しておりますけれども、いずれにしろ、まだ構想をスタートして実質1年ちょっとでございますので、統計データが当然、把握するのにタイムラグがありますから、これはもう、だから何だというよりも、こうなっていますという状況の報告だというふうにご受けとめていただければというふうに思います。

最後のページでございますけど、参考資料という形にしておりますけれども、地域医療構想を推進するための主な事業（支援措置等）ということで少し掲げております。

回復期機能病床を新たに整備するための事業費の補助ということで、例えば、今年の予算でも860万円を計上しております。これは、今年につきましては、佐賀市の志田病院さんが新たに今後回復期に取り組まれるということで、志田病院さんの場合、病院の中の機能訓練室、ここを少し整備するという形で、補助金額としてはそれほど多くないという形でござい

ますけれども、基本的に、例えば病棟を丸々変えますみたいな施設整備につきましては、そこに書いておりますように、新築・増改築の場合には440万円ほどの単価掛ける回復期整備の病床数掛ける2分の1を補助するというような制度を設けているところでございます。

30年度に、例えば病院の改築なりをして新たに回復期に取り組むというところに対する補助活用の希望は、私どものほうからは9月上旬に各医療機関に正式に照会をかけて募集をします。ただ、既に相談は随時受け付けておりますので、実は私のところにも幾つかもう案件が来ておりまして、確実にここは30年度に補助を使いたいという医療機関とかも出ております。

もうちょっと、今事前調整していますけれども、そういったところにつきましては、また、各医療圏の分科会の中でもその病院長さんには来ていただいて、どういう回復期をやるかということは御説明いただくように今準備をしているところでございます。

それから、特徴的な今年の新規事業で申し上げますと、上から4つ目のコーナーなんですけれども、在宅診療設備整備事業費補助ということで1,500万円、これは29年度の新規事業として既に計上いたしております。これから在宅医療に新しく取り組む、あるいは今まで在宅医療をやっているんだけどさらに充実させたいといったところについて、例えば在宅診療に必要ないろんなポータブル機器があるわけでございます。こういったことに対する購入費に対する補助というものを29年度からスタートいたします。これにつきましては、活用する希望する医療機関に対しましては、まだこれ29年度の国の基金を使って新しくやろうとしておりますので、29年度の国からの総額の基金の内示がまだ来ておりませんで正式な募集はかけておりません。大体夏から秋にかけてになると思いますけれども、相談等は随時受け付けておりますので、改めてこれは基金の内示後に各医療機関に正式な募集というものをかけていきたいというふうに思っているところでございます。

こういった支援措置もいろいろ設けているという御紹介で、以上、資料1から資料3まで駆け足になりましたけれども、病床機能報告の結果、それからDPCの結果、それから現在の地域医療構想の進捗状況と支援措置について御説明をさせていただきました。

とりあえず私からは以上でございます。

○池田議長

ありがとうございました。

ただいまの説明に対しまして、皆様から御意見、御質問を受けたいと思いますが、はい、

どうぞ。

○山元構成員

病院協会のほうからお尋ねしたいこととしまして、1つは、もっとじっくり読んでみたいところだったんですけど、高度急性期がえらい極端に減りましたよね。となると、急性期が物すごくふえてしまった。そうすると回復期にも問題が出てくる。これは高度急性期というのはこのまま進むんでしょうか。ぜひ機能分化だったらふえてほしいというのがあるんですけども、こんな減るというのはちょっと想像していなかったというのが1点。

それから2つ目が、非稼働の病棟がございますけれども、これの病院、それから有床診療所、公的な病院に関しては規制か何かいくと。ちょっと将来的な展望が2つ。

それから3つ目は、リハのところで、縦軸がちょっとよくわからなかった。数なんですかね。ところが、包括の部分のところが入っていないので、これは本当の数字よりちょっと低く出ているのではないかなという気がするんですけど、いかがでしょうか。

○日野医務課医療支援担当係長

まず1点目は、高度急性期の話だったと思いますけれども、これは実は病床機能報告で2年前に高度急性期の報告基準をICUだとか、そういう集中治療室系の特定入院料を算定しているところがメインですよ、という報告基準が出たわけです。そして同時並行で行われていたのは、全部の病床を高度急性期と報告した病院が結構あったわけですね。これはおかしいですよという話がいろんなところでされた。ちょっとそういうことも反映して今こういう形になっているというのが状況です。

今後どうなるかという、隣に織田先生がいるので、あれなんですけど、ちょうど織田先生が入っていらっしゃる厚生労働省の地域医療構想のワーキンググループで、じゃ、高度急性期って本当にICUだけなんだろうという話になると、7対1の中にも——その全部7対1が高度急性期じゃないですよ、もちろんそんなやるとまた乱暴な話になりますから——7対1の中にも診療密度とかやっている医療行為を見ていると、やっぱりそれは高度急性期だというものもあるんじゃないかという話で、実際、28年の病床機能報告だと、好生館とNH O嬉野から7対1病棟でたしか1病棟ずつ高度急性期というふうに御報告いただいているんですよ。つまり、ICUだとかそういうところじゃなくても、7対1でも、これ自分のところで診療密度が高いよねというふうに思うのであれば、それは高度急性期として報告していいんじゃないかという道が、実は前からそれもいいと言っていたんですけど、マニュアルに

明示していなかったんです。ところが、それを今度の秋、また10月に報告、皆さんのところに来ますけれども、そのときからは7対1でも高度急性期と急性期に分けて報告していいですよみたいな形をきちんとマニュアルに書いたらどうかという方向に今なっています。たしか先週のワーキンググループではそこには余り異論が出なかったというふうに聞いていますんで、そういうふうになると。ですから、この高度急性期と急性期ですね、ここについてはまだ数字の収れんというのが続くんだろうなというふうに思っています。これが1点目の答えになります。

それから、2点目は休棟の話ですよ。休棟の話については、例えば、まず有床診療所のほうから申し上げますと、これ何でとまっているかの理由を今我々把握するすべはないわけですね、病床機能報告にそれを報告するカテゴリーがないと。ただ、2年前に地域医療構想をつくるときに、県の医師会さんを通じて有床診療所の皆さんにアンケートをして、そのときに休棟されているところにこれからどうしますかという意向調査を一回やったわけですね。そのときの結果ですと、たしか、やっぱり後継者が継承するときに再開したいだとかという御意向の有床診療所もあられたわけであります。まず当面休止しているだけであると。この中には、少し様子を見なきゃいけないなと。特に有床診療所は全部民間ですので、少しそこは様子を見るというのが基本だろうと思います。

それから、公的医療機関については、これは先ほど申し上げましたように、今度の病床機能報告からは公的医療機関が病棟単位でとめている場合には休棟理由をきちんと明示させるという形になりましたので、やっぱりそこが正当な理由がない場合には、これは法に基づいてちゃんと手続を踏んでいくというのが流れになるんだろうなと思います。

それから、3点目のリハの数ですね。リハの数はおっしゃるとおりだと思います。というところが1つと、もう一つは、あとはリハは何も入院部門だけで行われているわけではありませんから。ここを病床機能報告ですから、病床機能報告で病棟単位で出てくるわけですから、当然その通所が出てこない、通いが出てこない、だから、その辺がリハ全体像を示しているわけではないということは、まさにそのとおりだと思います。

○池田議長

ほかにございませんか。はい、どうぞ。

○高柳構成員

有床診療所のいわゆる非稼働病床が多いということですけど、今、日野さんがおっしゃっ

たように、確かに後継者がいないとかどうなるかわからないから一応持っておこうかという質問が多いんですけど、たしか来年から有床診療所は地域医療計画と関係なくて有床診療所を開設することができるというふうになったと聞いているんですけども、佐賀県、これは事実ですか。事実というか、どう対応したらいいですか。

○日野医務課医療支援担当係長

まずちょっと制度の整理をすると、有床診療所そのものは、基準病床の枠内です。枠内になっているのは平成19年1月1日開設分以降という限定つきですね。基準病床を全部でエリアがオーバーしていますから、当然病院でも有床診療所でも今原則増床不可です。ただ、医療法の規定で病院と有床診療所が規定が実は違っておりまして、病院については増床する、基準病床オーバーで増床するときには厚生労働省協議を経てやらなきゃいけないと。これがかなり高いハードルなので、これはもう現実にはない。佐賀県の場合ではない。

一方、有床診療所は、これ届出による増床というのができます。これは基準病床でマクロベースで医療圏で見たらオーバーしているんだけど、例えば、特定の地域ですね、何とか村のこのエリアとか、あるいは特定の診療科、例えば、産科がないとか小児科がないといったときに、それは全部基準病床をオーバーしているからといって一切つくれませんというのはさすがにちょっとどうかなというところがあって、診療所に限ってはできるんです。ただ、できる条件は何かというと、医療審議会の議決を得なきゃいけないと。

実際昨年ですけど、28年の10月には2件診療所からそういう話がありまして、1つは人工透析対応、もう一つは分娩を新たに充実させるということで、これはまさに先ほど申し上げたスポットですね、というところから見たら適切であろうということで医療審議会で御議決をいただきましたので増床を認めると。ただ、実際はそれから工事しなきゃいけないで、実際ベッドがふえるのがさらに1年先ぐらいになるわけですけど、そういうことになります。

今、高柳先生がおっしゃったのは、この要件ですね、有床診療所のこの増床の要件に地域包括ケア的な視点を加えようと。つまり、これまでは産科だとか小児科だとか、あるいは僻地だとか、若干要件があって、それで地域に必要とされるものということだったんですけど、つまり地域包括ケアのバックベッドですよ、端的に言うと。こういうことを新たに自分で取り組むんだと、在宅医療を中心になって取り組むんだという場合には、診療所の場合は増床を認めようじゃないかということになっている。これは事実であります。ただ、今のルールでいきますと、じゃ、届出すれば全部増床を簡単にできるのかというと、やっぱりそこは

全体のバランスの話があるので、そうするとそれは医療審議会で一件一件かけていかなきゃいけないことになるんだろうなと。じゃ、どういう場合にかけるんだという、この要件整備ですね、要件整備はまだこれから我々考えることになります。いずれにしろ、30年の4月から高柳先生おっしゃるように、若干有床診療所については、これまでよりも増床の要件というのが拡大された。ただ、拡大されたのはあくまでも地域包括ケアシステムにどれだけ寄与するかというような視点なので、そういう条件つきで加わったというのが事実であります。

○高柳構成員

ありがとうございました。実はこの前、福岡市で整形外科の新規有床診療所の開設の要求があったわけですね。福岡市がどうするかというのはちょっとわからないんですけど、佐賀県はどうなっているのかなというのがちょっと知りたくて質問した次第です。

○池田議長

ほかにございませんか。はい、どうぞ。

○古賀構成員

病棟機能報告制度が病床機能に近いような、いわゆるこの急性期でも何%が急性期だとか、そういうもっと細かな報告制度になる可能性というのはないんでしょうかね。そのほかにもっと必要性和比べられると。

○日野医務課医療支援担当係長

それは結局、報告側の作業をどこまで認めるか、その作業量ですね。これ仮に病床になると、多分手作業の世界がどんどんふえるんですよ、病院側の報告の。今、多分現場の事務の方は楽になったと思われているのは、病棟のやつが電子で吸い上げて、そのまま病床機能報告の報告に組み込むようになったので、あれがたしか病棟コードでひもづけしているからなんですよ。だからそうすると、病床になると、じゃ、今度それをばらかしてやるという話だと大変になると。

ただ、1つあるのは、これは私もマニュアル的に言っているわけじゃないんですけど、病床機能報告で、例えば10対1と報告した病棟で、もう御案内のとおり、例えば30床、10対1持っている。そのうちの6床を地域包括ケア病床入院管理料で取っているという、推定ですけども、30床急性期病棟って報告しているんですけど、その6床はいわゆる回復期的な運用をしているというのは類推できるわけですよ。そういう意味での目の子は今の状況でもわかるのかなと。

ちょっと御参考までに申し上げますと、病棟単位としては急性期として報告しているんですけども、病室単位の地域包括ケア病床の入院管理料をとっているところが大体佐賀県で200床分あります。そうすると、単純な計算でいくと、今のこの表の急性期のところから200減らして、回復期のところに200オンしたほうが今の実相に近いのかなという推測は成り立つという感じです。そういう推測の世界では見られるようになるのかなという形です。

○池田議長

ほかにございますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

それでは、次に進みます。

次に、協議事項に入ります。平成29年度における佐賀県地域医療構想調整会議の進め方につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○日野医務課医療支援担当係長

資料4でございます。平成29年度における会議の進め方ということでございます。

1枚おめくりいただきまして、まずはこれはおさらいでございます。昨年度の協議結果でございます。

昨年度は県全体の会議を2回開催いたしました。1回目は今日やっている会議でございまして、病床機能報告結果をお出ししたという形。そして、2回目は昨年12月でございまして、このときに県独自に皆様方の御同意をいただきまして、地域医療構想調整会議の協議の取扱要領というのを決定いたしました。ここでは大きく2点でございまして、特定機能病院、地域医療支援病院が機能変更する場合、それと病院の統合ですね、この2点というのは地域の医療提供体制に大きな影響を与えるのは間違いないわけでございますので、これは事前の協議というのを調整会議でやっていただくということにしたわけでございます。

その他、県、それから会議の構成員の皆さん、個々の医療機関は必要に応じて協議を申し出ると。つまり自分はこういう医療機能に変わろうと思っているけど、どうだろうかということと言えるということを明文化したわけでございます。

実際に2次医療圏の協議の概要でございますけれども、圏域ごとに当然進捗というか、協議の内容が違ってきているわけでございます。昨年の夏から秋に行われた圏域単位の会議でございまして、北部、西部、南部では個別協議が幾つか行われました。主に公立病院

を中心に行われたわけでございます。

特に特徴的なことを申し上げますと、西部地区でございますけれども、伊万里有田共立病院について意見交換が少し行われました。当時、伊万里有田共立病院がケアミックス化するんじゃないかという話がありましたけれども、これについては構成員の皆さんからは、それは伊万里有田共立病院の使命じゃないんじゃないかと。伊万里有田共立病院は急性期に特化してほしいという意見が出て、結果的に伊万里有田共立病院もケアミックス化は再考するという形で、現時点ではケアミックス化をされていないと。地域医療支援病院として、引き続き急性期機能を維持しておられます。

それから、第2回目の会議でございますけれども、東部と南部では病院統合の話がございました。南部地区におきましては、新武雄病院と大町病院の統合の話がありまして、これは地域完結型だとか、それから、他の医療機関との連携の関係でいろんな懸念であるとか、それから、説明が足りないんじゃないか、いろんな御意見が出ました。一方で、新武雄病院からも地域との連携を重視するとの御発言もあったということで御報告をさせていただきます。

1枚おめくりいただきまして、今年度のスケジューリングでございます。

まず、1つ目の丸に書いておりますように、昨年12月に決めました協議の取扱要領に基づきまして、特定機能病院であるとか地域医療支援病院が転換する際は当然事前協議をお願いすると、それから、医療機関の統合があればまた事前協議をお願いすると。それから、転換予定医療機関からの事前説明というのをやっていただきたいというふうに思っております。

こうした1つ目の丸が地域医療構想調整会議として毎年定期的にやっていかなきゃいけない、毎年やるんだというふうに決めておりますけれども、それに加えて、2つ目の丸でございますけど、29年度は第7次医療計画を私どもつくるわけでございますけれども、そこで医療計画に盛り込む5疾病・5事業、在宅医療ごとの全部で11分野ですね、5プラス5プラス1ですから。11分野ごとに医療連携体制の構築というのを医療計画に書かなきゃいけませんけれども、この中も一部、やっぱり地域に大変関係しますので、地域医療構想調整会議の分科会でも意見をいただいて、最終的な医療計画に反映していきたいなというふうに思っているところでございます。

具体的にどういうことかという、下の表でございますけど、親会議の1回目がきょう、6月8日でございます。医療計画そのものは医療審議会の地域医療対策部会で策定いたします。これは池田会長にこちらも会長になっていただいておりますし、郡市医師会の5人の会

長さんには構成員になっていただいているところでございますけれども、この1回目の会議を7月13日にいたします。ここでは分野ごとの医療連携体制が今どうなっているかとか、7次医療計画で私どもが今ポイントと思っていることは何なのかということを少しお示したいと思います。これが先ほど私、何でおまえ急に脳卒中と心疾患の話を詳しくしたんだと思われるかもしれませんが、やっぱり脳卒中だとか心疾患というのは地域での医療連携体制というのがどうなのかということをみんなで確認しておく必要があると思ひまして、ここに書いているところでございます。

そうすると、地域医療構想調整会議の県全体の親会議の1回目が終わり、そして、医療審議会の県全体の会議の1回目が終わったということで、それを受ける形で、真ん中の欄が各構想区域の分科会でございますけれども、例年同様、8月から9月にかけて1回目の分科会を開催していただきたいなと思っているところでございます。ここでは本日申し上げたような病床機能報告の結果に加えて、個別に転換予定の医療機関があれば説明や協議をお願いすると。それから、新公立病院改革プランを策定済みの病院が、今つくっていないのが佐賀市の富士大和温泉病院が今年度中というふうに聞いておりますけど、残りの病院がもう策定を終了いたしました。したがひまして、そうしたところの病院さんからの御説明をいただきたいなというふうに思っております。それから、先ほど申しましたような分野ごとの医療連携体制の協議という形で考えているところでございます。

それを1回、2回目、去年は分科会のみ2回でございましたけど、ことしは医療計画絡みもありますので、年3回お願いしたいと思っております、8月から9月の間に1回、それから、11月から12月にかけて1回という形の2回目という形で議論を推し進めていただきたいなというふうに思っております。そうしたまとめみたいなのを踏まえて、またこれからどうするかと。

特に2回目、11月、12月ぐらいにもまたもう一回分科会を開いていただきまして、各エリアごとの医療連携体制はこれからこれでいいんだろうかという御議論をいただきます。それを踏まえて、そのつくり込み方でございますけれども、1ページおめくりいただきまして、地域医療構想フェイズ2の施策の方向性ということで、御案内のとおり、地域医療構想そのものは県独自に構想期間をフェイズ1からフェイズ3まで3期に分けたわけです。28、29、今はフェイズ1で、次が30から32のフェイズ2になるんですけど、2つ目の丸ですけど、フェイズ1はとにかく情報共有をしなきゃいけないと。どこに我々は向かおうとしているの

かという認識を一緒にしないと意味がないので、それを徹底してやってきたところでございます。

皆さん方の御協力を得ながら、個々の医療機関が自院の立ち位置を判断できるようないろんな機会を設けていただいたわけで、3つ目の丸ですけれども、この結果、徐々に動きが出てきた、これは事実であります。

4つ目の丸でございますが、今後、先ほど申し上げましたような公立病院の改革プランに基づく取り組みだとか、それから、診療報酬と介護報酬の同時改定が30年度にありますので、それを見て、特に慢性期の療養病床を持っている医療機関というのは本当に立ち位置を判断する時期に来るわけでありまして。そういったことになると、やっぱりペースがどんどん進んでくるんだろうなと。立ち位置を判断する機会がふえてくると思います。

5つ目の丸でございますけれども、その一方で、人口減少のペースだとか、医療・介護のいろんな需要見通しというのは地域差があるということは事実でございます。したがって、各医療圏ごとに何に本当に取り組まなきゃいけないんだと、これが課題じゃないかと。さっきのS C Rの指標を見て、うちのエリアはこの医療機能が明らかに足りないんじゃないかとか、もうわかるわけでありまして。そうしたことをいろいろ見ながら考えなきゃいけないので、今回は私どものほうでこういう病床機能報告とか各種データを活用して、脳卒中だとか心疾患はどうなっているんだという分野ごとの医療連携体制の検討と一体的に、各エリアにおいて足りるものは何なのか、足りていないものは何なのかということをし課題をお示しして、その中でまた皆さん方の圏域ごとに御意見をいただきながら、本当にこのエリアで重点的に取り組まなきゃいけないものは何なのかというような方向性というのを少し共有していきたいというふうに思っておりますので、それをまた第7次医療計画にも反映していきたいというふうに思っているところでございます。

ちょっと5ページをごらんいただきたいと思いますけど、5ページが医療計画の全体の趣旨と法律上の位置付けで、皆さん方、この資料はごらんになられたことあると思うので、説明は細かく申し上げませんが、一番下の囲みでございますけれども、地域医療構想というのは医療計画の一つの部分であることは間違いのないわけでございますけど、ただ、実態的なイメージとしては、地域医療構想でちょっと大きな方向性を出して、そして、医療計画の中で5疾病・5事業、在宅医療ごとに、分野ごとにじゃどうなんだという各論をいわば書いていくというようなのが基本的な立ち位置になるかと思っております。

その中で、特に調整会議の分科会で御議論いただきたいのは、5 疾病・5 事業、在宅医療、11分野ありますけれども、例えば、がんだったら、がん対策推進計画ということで、別に健康増進課が持っている協議会で集中的に議論することにしております。それから、精神疾患は障害福祉課が持っているいろんな会議だとかで一体的に議論をするようにしておりますので、特に2次医療圏単位でチェックなり御議論いただきたいのは、やっぱり在宅医療です。この在宅医療というのは特に地域密着型でありますので、どうなんだと。それと、先ほど来申し上げたような脳卒中、それから心血管疾患、この2つは一般的に待てない急性期と呼ばれていますので、時間との勝負でございます。やっぱり身近な医療機関に救急医療提供体制がどうなっているのか、早く運ばれるのかということと、もう一つは、その後の経過ですね。繰り返しになりますけど、脳卒中が介護まで一貫して続くということは、これをどれだけ地域で受けとめられるかと。治ったのはいいんだけど、地元に戻ってきたらリハ機能が十分じゃなかったといったら意味がないわけでありまして。それから、心疾患もそうです。心筋梗塞になって、治療は受けたと。例えば、治療は中核病院で受けて、家に戻ってきたと。あとはかかりつけ医の皆さんと話しながら、見てもらいながら状態を確認するという連携体制がこれから重要になるわけでありまして、どちらかというところ、こういった地域で考えなきゃいけないものについて少し分科会のほうで、先ほど申し上げましたように、私どものほうからデータなり考え方を提示させていただきますので、御意見もいただきたいというふうに思います。

そういった意味で、ちょっと例年と比べて1回分科会の回数が多いわけでございますけれども、いずれにしても、済みません、2ページにもう一回お戻りいただきまして、構想区域の分科会を年度中に3回お開きいただきまして、また、来年1月から2月にかけて県全体の親会議の地域医療構想調整会議も開催したいと思っておりますけれども、その中で大きなマクロベースの方向というのは示しつつ、各分野ごとの課題というものも出しながら、最終的には医療計画の中に反映して、また、30年度以降の施策を進めていきたいというふうに考えておりますので、御協力のほどをお願いしたいというふうに思っているところでございます。

私からの説明は以上でございます。

○池田議長

ただいまの説明に対しまして、御意見、あるいは御質問がございましたらどうぞ。

○山元構成員

本当に日野さん、いつも御苦労ありがとうございます。

それで、私たちも病院としましても本当に必死になって、自分らの立ち位置を考える必要があるというふうに思いますので、これからも共有化できるようないろんなデータを各医療圏でぜひ進められるように、討論の土俵に出してきてもらってから、それでみんなが共有化できるようにしていければいいかなと思います。

それから、もう一つなんですけれども、あくまでもこれは患者さんのためであるということが中心ですので、ましてや地域包括ケアシステムということまで考えると、地域のビジョンと医療ビジョンというのは、これも整合させなきゃいけないというところで、やはりお互いが行政との連携をし合いながらやっていく必要があると思いますので、よろしくお願いいたします。

○池田議長

ほかにございませんか。どうぞ。いいですよ、オブザーバーですけど、御発言ください。

○織田オブザーバー

これから佐賀県でふえていくのは、85歳、90歳という年齢層が急激にふえてきますから、実際、高度急性期はほぼここに来ておられる先生方の病院ですけれども、多分今から必要になるのは、この7ページにある救急車の受け入れ状況を見ていただくと、一番上のところよりも、その下のところが多分地域の御高齢者の救急を診ているんだろうというふうに思います。そういう意味では、この構想の中で、回復期が物すごく足りないというのは全国的に言われているんですけど、実際的に中小病院は、1つの病棟で急性期は5割か6割、あと4割は回復期というところが結構あるわけですね。ただ、これは病棟として分けられませんから、どうしても急性期という形で出すわけですけれども、実質的には回復期の機能をやっています。

ですから、基本的にこの分類というのは、単にこれは医療資源投入量ですから、そういう意味では、そこら辺を考慮していただいて、そこら辺は日野係長はよくわかっておられるので、非常に安心して聞いていますけれども、実際、一番大切なのは、やっぱり地域に密着した救急、高齢者の救急を受け入れている地域包括ケアをバックアップするというのが非常に重要なので、そこら辺をある程度考慮していただければというふうに思います。

以上です。

○池田議長

貴重な御意見ありがとうございました。

ほかにございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

ないようでございますので、今年度の地域医療構想会議につきましては、ただいま説明していただきましたように進めていただきたいと思います。

私から調整会議の議長として各医療圏の分科会の座長の皆様をお願いでございますが、既に機能転換に向けた具体的な動きを始めている医療機関もございますので、医療圏ごとに必要な協議を進めていただくようお願いいたします。

特に、人口減少のスピードが早く圏域規模が小さい西部と自己完結率が高い北部は、圏域全体として見れば他の圏域と比べて早目の判断が求められますので、よろしくお願いいたします。

また、郡市医師会、病院協会、有床診療所協議会の各会長におかれましては、会員への情報提供や研修会の開催など、それぞれの団体運営の中で情報を共有し、各医療機関が自主的に判断できる環境を整えていただきますようお願いいたします。

昨年度は病院協会が中心となって圏域ごとの懇談会を開催していただきましたが、今年度も医療機関の関係者が率直に意見交換できる機会を各地域で設けていただきたいと存じます。

以上で本日予定されました議題は終了しましたが、このほかに全体を通しまして何か御発言なされますことがございますでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

ないようでございますので、これをもちまして本日の議事は終了いたします。お疲れさまでございました。

午後 7 時 27 分 閉会