

午後 6 時30分 開会

吉原医務課参事

ただいまより佐賀県地域医療構想会議を開催いたしたいと思えます。

議事に入ります前に、本日お配りしております資料の確認をさせていただきます。

上のほうから会議次第、出席者名簿、それと配席図、資料のほうが1から6までとなっております。

以上でございますが、ございますでしょうか。不足等がある場合は、挙手いただければ事務局員がお持ちをいたします。

ないようですので、それでは、議事に入ります前に、健康福祉本部長より一言御挨拶を申し上げます。

船津健康福祉本部長

皆さんこんばんは。お忙しいところ、地域医療構想調整会議に御出席いただきまして、ありがとうございます。座らせていただきます。

第1回の調整会議を5月13日に立ち上げ、会議を開催したところでございます。その後の動きを若干御説明したいと思えますが、6月に厚生労働省から都道府県に対しまして医療需要などを推計するソフト等が提供されました。また、厚労省主催によりまして、この推計方法や地域医療構想の今後の進め方について、医師会の代表の方とか都道府県の職員を対象にした研修を7月13、14日に開催されまして、佐賀県医師会からは松永副会長さんに御出席いただいたところでございます。今日はこの流れを受けまして、議題にありますように、佐賀県の医療需要と必要病床数の見通しについて、それと、次に分科会の設置についてを議題にしているところであります。

そういうことなんですけれども、6月15日に内閣官房の専門調査会のほうでマスコミ発表がございまして、2025年時点での望ましい病床数に関する報告書、これがマスコミに出たところでもあります。それに対しまして、一部の報道では、例えば、「どこの県が何床削減だ」と取り上げたところなんですけれども、もともと地域医療構想というのはそういうふうな性格のものではないということをごちゃとここで改めてお話をしたいと思えます。

地域医療構想というのは、都道府県と医療関係者が将来の医療需要の変化の状況を共有して、それに適合した医療供給体制を構築する、そういうものでありまして、これはあくまでも自主的な取り組みが基本ということでございます。また、2025年という将来に向かったの

取り組みでありまして、在宅医療も含めた地域の医療供給体制を全体として考えていく中で、医療需要においた医療供給体制、病床数に収れんしていく、そういうふうなことで認識をしております。単に何床を削減をしなければならないというふうな性格のものではないと考えております。このことはマスコミ発表されました6月15日以降、国のほうでもこういう取り上げ方を問題視されまして、厚労省からも、単純にどこかの県は何床削減しなければならないというふうな誤った理解にならないように関係者の人とよく話をしてくれというふうに言われておりまして、今日、改めてそのことをお願いするものであります。今日は医療事業と必要病床数の見通しを提案いたしますけれども、その点誤解のないようによろしく願いいたします。

最後になりますけれども、引き続き県の医療、保健行政に御理解、御協力を賜りますようお願いいたします。私の挨拶といたします。よろしく申し上げます。

吉原医務課参事

それでは、早速議事に入らせていただきたいと思います。

以降の進行につきましては、池田議長のほうにお願いしたいと思います。池田議長、よろしく願いいたします。

池田議長

皆様こんばんは。大変厳しい暑さの中に御苦労さまでございます。

それでは、ただいまから協議に入りますが、本日の会議は公開となっております。議事が円滑に進みますよう、皆様方の御協力をお願い申し上げます。

では、本日の協議事項は、佐賀県の医療需要についてと分科会についての2項目でございます。

まず、佐賀県の医療需要についてでございますが、先ほどの船津本部長の御挨拶の中にもありましたように、6月に厚生労働省が医療需要、必要病床数を推計するソフトを各都道府県に配布し、7月には各都道府県の担当者と医師会の代表を対象とした研修会が開催され、佐賀県からも担当職員と佐賀県医師会の松永副会長が参加したところでございます。本日はこうした流れを受けまして、医療需要に関する試算がまとまったものでございます。まずは事務局からその報告をお願いいたします。

日野医療支援担当係長

県庁医務課の日野でございます。私のほうから一つ説明させていただきます。

資料は1から4まで一括して説明させていただきます。座って失礼させていただきます。

まず、資料1、佐賀県における医療需要と必要病床数の見通しというホチキスどめの資料をごらんいただきたいと思います。

1枚おめくりいただきたいと思います。

まず、本資料の位置づけでございます。この資料につきましては、厚生労働省が作成しました地域医療構想策定支援ツールを用いまして、医療需要と必要病床数の見通しを含む、以下の から を算出したものでございます。人口、それから医療需要と必要病床数の見通し、それから圏域ごとの流出入の状況、この3つはある意味、議論の発射台といいたししょうか、そういうものでございます。その後、 番から 番まで。

先ほど本部長の挨拶にもございましたが、将来の医療需要はどうなっていくんだということ考えたときに重要な要素となつてまいります、いわゆる慢性期と在宅医療の関係、これが でございます。それから、医療計画でも主要な疾患と位置づけられております、がん、脳卒中、急性心筋梗塞につきましては、個別に現状の主に流出入の状況、すなわち現在の2次医療圏で、この主要疾患というものに対してどのような医療提供体制になっているのかとこのを確認する必要がありますので、それを出しているところでございます。

なお、本日の説明でございますが、1ページ目の下にも書いておりましたが、次の議題2で分科会について御説明申し上げますが、今後、こうしたことを踏まえまして、2次医療圏単位で設置する分科会におきましては、特に今後 番から 番までにつきましては、圏域ごとの特性や医療や介護の基盤の状況を踏まえたきめ細かい御議論をお願いしたいというふうに出してございますので、 番から 番につきましては、今後掘り下げた議論は分科会で圏域ごとに行っていただくこととなります。したがいまして、本日の説明は、4番から7番につきましては簡潔にさせていただきますと思いますので、御了承のほどお願い申し上げます。

1枚おめくりいただきまして、2ページでございます。

佐賀県における人口の推移でございます。特徴的なところを申し上げますと、上の囲みのところで書いてありますが、総人口は、全圏域で減少をいたします。2010年から2040年までの推計でございますが、全て減少であります。それぞれ5圏域と、一番下に佐賀県というふうに出してありますが、赤字で書いてありますところがこの表上のピーク時であります。ですから、総人口につきましては、2010のところは5圏域、それから県全体それぞれ赤字になっておりますので、これ以降下がっていくということになります。

65歳人口につきましては、実は5圏域で動きが異なっております。北部と西部と南部につきましては、65歳以上人口は2025年がピークでございます。そして、それ以降、この3圏域については減少局面に入ります。しかしながら、中部と東部につきましては、65歳以上人口のピークが中部におきましては2030年、東部におきまして2040年ということで、若干後ろといたしまして、後年度になります。したがって、総人口は全圏域で減少するわけですが、細かくそれを見ていきますと、中部と東部がある意味一つの固まり、それから、北部と西部と南部が一つの固まりというような動きを見せます。また、75歳以上人口につきましては、これにつきましては、いずれの圏域、佐賀県全域で2035年がピークになりますが、その後、中部と東部は横ばい、ほかの圏域は減少局面に入るといった形になっております。これが佐賀県の人口推移の傾向でございます。

それを次のページ、3ページ目でございますが、65歳から74歳までの前期高齢者と75歳以上の後期高齢者に分けてグラフ化しているものでございます。これは御参考ということでございます。

1枚おめくりいただきまして4ページ目、こうした人口の推移を踏まえまして、佐賀県における医療需要の今後の見通しでございます。

ポイントは幾つかございますが、まず1つ目のポイントは、この地域医療構想そのものは、2025年度を念頭に医療需要の見通しを持ちながら医療提供体制を考えるわけですが、佐賀県におきましては、医療需要、入院と、在宅医療を含めた今回の地域医療構想で考えなければいけないこの医療需要につきましては、2025年度がピークではなくて、その2030年度にかけても医療需要は伸びることが見込まれるわけでありまして、この主な要因といたしましては、人口そのものは減るわけですが、その75歳以上人口のピークが、先ほど2035年というふうに申し上げました。当然、その入院需要率に決定的な差があるわけですが、その方たちのロットが、ピークのところのほうに当然需要の伸びも引きずられるという形になりますので、そういう傾向になるわけでございます。

それから、大きな2つ目のポイントでございますが、いわゆる4機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のこの4機能別に見ていきますと、どの圏域におきましても、回復期が決定的に不足をしているということが明らかになっております。この2つが大きな特徴であるわけでございます。圏域ごとの数字も出しておりますが、今回は県全体の親会議でございますので、4ページ目の一番下の佐賀県、県全体のところをごらんいただきたいと思います。

医療需要の推移を見ていくときにどういうふうにしたかでございますが、それぞれの高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能プラスの在宅医療別になっておるわけでございますが、まず、2013年度の医療需要というのを、これをレセプトデータからこの厚生労働省が作成した推計ソフトを使って、これは言ってみれば機械的にデータが抽出されるという形になります。これはもう厚生労働省のソフトの結果、佐賀県ではこうなりますということで、このときトータルでいくと1万8,000人の需要が存在すると。この1万8,000人の需要が、2025年にはどうなるかといったところが、1列置きまして、ちょっと濃い緑のところ、上のほうで濃い緑のところ、「2025年における医療供給（医療提供体制）」というのがございますが、その中に、「医療機関所在地需要」というのがございます。ここが、2013年度の医療需要からそのまま、先ほど申し上げた人口の推移というものを加味して伸ばした自然体の姿になります。このまま行くと、佐賀県全体でいきますと、トータルで21,342.8人の入院プラス在宅医療の需要が発生するということになるわけでございます。今申し上げた2013年度と2025年度ですけれども、その間にもう一つ、「2025年度の医療需要（患者住所地）」というのがございます。これは何かというと、今、患者さんは、佐賀県の方であっても福岡県に入院されている方もいらっしゃいますし、福岡県の方でも佐賀県に入院されている方もいらっしゃいます。当然住所地と、どこに今入院されているんだという医療機関の所在地のベースは異なるわけでございます。今申し上げた推計、この表でいくと、その医療機関所在地需要という2025年度の合計で21,342人というのは、そういう現在の流出入がそのまま固定化されると。つまり、今でも佐賀から福岡に行っている人はそのままだろうし、今、福岡から佐賀に来ている人もそのままだろうというある意味現在の流出入といのは、そんなに変わらないんじゃないかと、10年後も変わらないんじゃないかと思ったときに、2万1,342人という数字になるわけでありませぬ。

ただ、もしそういうことではなくて、この患者の流出入が戻ると、つまり佐賀県の方は佐賀県で医療を受けると、福岡県の方は福岡県で医療を受けると、それは完全にそうなることはあり得ませんので、一種のフィクションなんですけれども、そういったときに仮定したときにはどうなるかというのが、その「21,342.8」という数字の1個左にあります、「20,408.2」という数字であります。とすると、ここの差の1,000人ぐらいは何かというと、ここがふえていると。つまり、佐賀県の方は佐賀県で医療を受けるんだといったときには20,408人なんですけれども、そうじゃなくて、それぞれ今の流出入がそのまま固定化されるんだという

ことになる21,342人と。つまり、1,000人ふえるということは、佐賀県は実は、他県からの受け入れのほうが多かったんですよということでありまして。これはどこでどういうふうな受け入れの状況、流入が出ているかというのは、後ほど御説明申し上げます。

いずれにいたしましても、21,342.8というのが基本になります。これを、単純に病床稼働率で割り戻しをしますと、病床数が9,077という形になるわけでございます。

なお、2030年度、先ほど人口の関係で需要は伸びると申しました。それでいきますと、2030年度は22,999.8人ということになりまして、2025年度と2030年度を比較していただくと、2030年度はなお伸びるという形になります。御参考までに、2030年度の需要につきましても、病床稼働率で割り戻しを掛けますと、9,437という形になります。これは、あくまでも先ほども本部長の御説明でありましたように病床削減計画ではありませんので、この医療需要を、いわゆる最低このベッド数あれば満たせますよということでありまして。

では、これは現状と比較としてどうかというのが、この表の一番右でございますが、参考ということで病床機能報告が昨年からは始まっております。2014年7月を基準日といたしまして、昨年からは病床機能報告が始まっておりますけれども、この病床機能報告との比較で申し上げます。

まず、この病床機能報告の高度急性期と、2025年の必要病床数を比較してごらんいただきたいわけですが、2025年の必要病床数は、高度急性期だと697.9という数字が入っております。これに対しまして、病床機能報告では674という報告をいただいておりますので、とんとんなのかなという話になると思います。

一方、急性期につきましては、2,637.7というのが2025年の必要病床数であります。これに対しまして、現時点での病床機能報告は5,656でございますので、急性期につきましては3,000床多いという形になります。

そして、先ほど申し上げました回復期が決定的に不足していると申しましたのが次でございます。回復期の必要病床数は、3,099.1でございますが、病床機能報告上は1,213にとどまっておりますので、回復期病床は2,000少ないという形になります。

それから、慢性期でございますが、これも必要病床数が2,643でございますが、こちらは病床機能報告上は4,666ということで、これは2,000多いという形になります。

いずれにしましても、この病床機能報告と比較しましたときに、全圏域において回復期が少ないということ、これが私どもの今後の課題ではないかと思っております。

なお、慢性期の推計に当たりましては、前回の会議で慢性期、要するに医療需要を描くときに、ドラスティックに減らすパターンとか、やや緩やかに減らすパターンとか、全国の慢性期の病床の状況によってパターンを選べるということを御説明しましたが、今回のパターンは、一番慢性期病床の削減率、いわば在宅への移行率が一番緩やかなパターンで推計いたしております。ですから、より厳しいパターンで推計すると、これより慢性期の数が減るといだけの話でございますが、目下、佐賀県の場合は比較的慢性期病床が多い、そしてまだ在宅医療の基盤が整っているかどうかということは検証が必要だということを思っておりますので、最も緩やかなパターンで今推計しているところでございます。

1枚おめくりいただきたいと思えます。

先ほど、我が佐賀県は、患者の流出ではなくて流入のほうが多いんだという話を申し上げました。その状況でございます。これは2013年度の医療需要の流出入状況でございます。

表の見方でございますが、左側で、例えば自県で中部と、これは佐賀県の中部ということでございます。佐賀県の中部にお住まいの方が、佐賀県の中部の医療機関で入院されている場合に、6,318.9人いらっしゃるというこの数字であります。ですから、この黄色になっているところが、まさに自分の住所地のところの医療機関に入院されているんですよというふうな表だというふうにごらんいただきたいなと。そうなりますと、特徴的なものが3つございます。

1つは、東部にお住まいの方が久留米の医療機関に入院されている方が408.5人、換算するといらっしゃるということです。これは非常に多いんだと。ただ、東部から久留米に出ていっているばかりではなくて、実は逆なんだということでございまして、この表で、患者住所地のところ佐賀県よりも飛び越して真ん中ぐらいのところ「久留米」というのがございます。そして、この久留米の方が、医療機関所在地で自県、つまり佐賀県でございますが、佐賀県の東部にいらっしゃる方が633.9いらっしゃるわけでございます。つまり、鳥栖と久留米の間ではどうなっているかということ、東部地区の方が久留米の医療圏に入院されている方が408人、出ていらっしゃるわけですがけれども、実はその逆に、久留米の方が東部地区の医療機関に入院されている方が633.9人ということで、これは多うございましたということでございます。主に傾向でいきますと、東部の方が久留米に入院されているのは、ほぼ高度急性期と急性期であります。久留米医大の附属病院でありますとか、聖マリアとか、古賀病院とかございますが、そういうところに行かれています。

逆に、久留米の方が東部に来られるというのはどういう方かという、これはほとんど慢性期でございます。こういうふうに、言ってみれば、東部と久留米の間では、それぞれ機能ごとで役割分担をしているというような形になっているのが実態であります。

もう1つ特徴的なのは、佐賀県内でございます。県内では、西部圏域、伊万里、有田の西部圏域にお住まいの方で、南部に入院されている方が204人。それなりの数いらっしゃるということでございます。こちらも見ていきますと、高度急性期や急性期の方の割合が多い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す。これが流出入の現状でございます。

先ほど申し上げた、今度は流出入の調整、これを福岡県、九州各県そうですけれども、県同士で少しこれは議論しなければいけないところではございます。

1枚おめくりいただきまして、それをちょっとポイント換算したのが6ページでございます。これは飛ばさせていただきます。

7ページでございます。慢性期・在宅医療等の医療需要の今後の見通しでございます。ここ以降は、後ほど申し上げましたように、今後、2次医療圏で設置する分科会で細かい議論をしていただくこととなります。それぞれの圏域の特色をしっかりとつかんだ議論をしていただくこととなりますので、ここでは傾向のみということにさせていただきます。

この表は何かというと、慢性期の需要と在宅医療の需要は一体的に推計するということになっています。そこで、先ほどの慢性期と在宅医療だけを抜き出した数字でございます。

一番下の佐賀県ということをごらんいただきたいと思います。佐賀県におきましては、慢性期と在宅医療の合計の需要は13,000人でございます。この13,000人の2013年度の需要は、2025年の15,000人という形になるわけでございます。当然ふえるわけです。ただ、その内訳を見ますと、主に慢性期というのは、今回の地域医療構想策定支援ツール上は、慢性期からできるだけ在宅に移行しましょうということを書いておりますので、慢性期に入院される患者は3,500人から2,400人に減るという形になります。その分が在宅に移行するわけでございます。在宅が2013年度の10,020人から、2025年度では13,541人にふえるわけです。ただ、漫然と在宅がふえるわけではなくて、在宅の中の内訳を見ますと、訪問診療分というのがございます。ブルーのところでございます。これは何かというと、現在まさに訪問診療を受けていらっしゃる方から人口の伸びに応じてカウントした数字でございます。まさに、今、実際に家にいらっしゃるか、もしくは有料老人ホームだとかサービス付き高齢者住宅にいらっやあって、そこにいらっやあって外から訪問診療を受けていらっしゃる方という形になりま

す。この方たちが5,300人から6,400人に伸びる。ある意味、今受けていらっしゃる方も、自然体の伸びということなんですけど、次の黄色の部分、 - の黄色の部分は何かというと、いわば、純粹に在宅医療を受けるべきといいましょうか、数がこれだけふえていくということで、この伸びがすごいわけでございます。2013年度は4,716人であったのが、2025年度は7,072人ということでございます。当然、在宅医療、ここで言う在宅医療は純粹な在宅ではなくて、1回目も御説明申し上げましたように、老健だとかサービス付き高齢者住宅だとか有料老人ホームに入っている方も含めた上での在宅医療でございますので、正確に言うところ、「医療機関以外で受けている」という、必ずしも在宅ということではないというのが正しい定義になるかと思いますが、いずれにしても、そういった方の需要が非常にふえてきた。じゃ、これをどう受けとめるんだということで、7ページ目の上のほうに、黄色囲みのところで書いてありますが、在宅医療の需要の伸びを受けとめられる基盤整備ということで、例えば、有料老人ホームであるとか、サービス付き高齢者住宅をどうカバーしていくんだということが一つ鍵になってくると、これは昨年、県のほうでも策定しましたゴールドプランにもうたっておりますが、地域包括ケアシステムをいかに再構築できるかということが課題になってくるわけでございます。

なお、この在宅医療の需要の伸びを受けとめられる基盤整備の中では、実は慢性期医療のあり方、つまり療養病床そのもののあり方についても厚生労働省のほうで検討が実は開始をされております。これは後ほど資料4で御説明をさせていただきます。

1枚おめくりいただきまして、がんの関係でございます。

これは、がんの需要の伸びでございますが、細かい数字は省略させていただきますが、特徴的なところは9ページでございます。主要ながんの需要動向を流出入でございます。これを見ていただくと、これは上の傾向をごらんいただくとわかるんですけど、例えば、肺がんとか胃がんとかで、どれだけの方が自分の住んでいる2次医療圏の医療機関で治療を受けているかということの図でございます。これを見ていただくと、顕著なのは東部地区でございます。東部地区にお住まいの方は、赤が東部なんですけれども、半分ぐらいの方しか東部地区の病院では治療を受けておられない、入院されておられないんです。残りの方が、オレンジ色はどこかという福岡県になってはいますが、これはまさに久留米でございます。先ほど申し上げました東部の方が久留米に行かれているというのは、こういう疾患別に見ても、がんなんかはそうだというのがわかります。ほかについては、若干、西部から南部に移動さ

れている方もいらっしゃいますが、おおむね2次医療圏の中で完結している。それから、10ページ目も、肝がん、大腸がんも同じ傾向にあるわけでございます。

それから、11ページ目でございますけれども、こうしたところで言えることでございますが、11ページの右下のところ、現状のまとめというふうに書いておりますが、病床等の基盤整備につきましては、一定水準以上、実は佐賀に有しておりますが、東部と西部にはがん診療連携拠点病院がございません。こういったこともあって、先ほど言ったように、東部から久留米に流れている、あるいは西部から南部に流れている、こういうことがあると思いますが、特に東部は県外に流出していると。では、その流出していることが何も悪いということではありませんで、流出しているのは理由があるわけございまして、問題は、その後、いわゆる医療機関同士の連携、機能分化を進める関係では、その連携がうまくとれているか、そこがポイントになるわけでございます。そうしたときの一つの物差しになりますが、一つの指標でございますが、地域連携クリティカルパスの活用というのがあると思います。これにつきましては、この11ページの真ん中、過程ということ、このプロセスというところでございますが、圏域ごとの状況の3番目と4番目をごらんいただきたいと思います。これは何かというと、地域連携クリティカルパスに基づく診療計画を策定した件数、これの実数でなくて、人口10万人換算に置き直した数字でございます。つまり、各圏域の人口はばらばらでございましたから、比較する土俵を同じにしたわけでございます。その数字と、この地域連携クリティカルパスに基づく診療提供件数、これが4番目でございます。これも10万人当たり置き直してみましたが、これが各圏域ごとに非常に利用状況の差が顕著であると特徴がございました。まさに、この辺が圏域ごとに特徴がございますので、こういったことにつきましては、県全体の親会議ではなくて、2次医療圏単位で設置する分科会のほうで少し細かく議論をお願いできればというふうに思っているところでございます。

12ページでございます。12ページが脳卒中でございます。

1枚めくっていただきまして、13ページ、同じく脳卒中の医療需要でございます。これも流出入の状況でございます。これも先ほどのがんと同じように、東部地区が久留米に行かれている割合が多いということがわかるわけでございます。これにつきましては、もう1枚おめくりいただきまして、14ページ、救命救急のカバー率ということで、脳卒中は当然のことですけれども、余り待てないというか、まさに時間の勝負になりますので、病院にどれだけ早く着けるかみたいなところが一つのポイントになります。そこで、これは厚生労働省の

ソフトなんですけど、DPC病院が、佐賀県108の病院のうち、現在17ございます。その17の病院だけのデータでございますが、厚労省のソフトを使いますと、右側のところで佐賀県の地図がございます。これは何かというと、濃い緑のところは、脳梗塞になっても15分以内で、いわば治療ができるようなDPC病院に到着できますよというところが濃い緑です。若干薄い緑のところは30分、オレンジのところは60分、赤になっているところが60分以上ということになるんですけど、佐賀県の場合、脳梗塞に関しますと、赤になっているのは唐津の北の離島のところにぽつぽつぽつとあるわけでございますが、残りは軒並みグリーン、あるいはオレンジということで、いずれにしても、ほとんどのところが30分以内に着けると。先ほど鳥栖の方は自分のところで受けずに久留米に行っていると言いましたけど、例えば、東部を見てみますと、東部は濃いグリーンと、15分以内に着けるということで、要するに圏域飛び越えても久留米のほうの医療機関に十分かかっていますよということがわかるので、だから、何というんですかね、東部医療圏の中でフルセットそろえなくても、そこにいらっしゃる方がお困りになっているということではないんですよという話であります。こういうデータがあるということでございます。

15ページ、おめくりいただきまして、脳卒中の関係でございますけれども、現状のまとめをごらんいただきたいと思うんですけども、四角囲みのところでございます。救急のデータを見ますと、佐賀県の医療計画では、発症後遅くとも2時間以内に急性期の医療機関に到着しなければいけないということを書いてあるわけでございますが、先ほどの表を見ますと、ほとんどが60分で着きますので、これはおおむね達成できているということがわかるわけでございます。ただ、これも先ほどあったように、パスの問題とかいろいろございますので、その辺は非常に、この15ページのアウトカムの結果のところの右下で圏域ごとの状況、これは何かというと、脳血管疾患の退院患者の平均在院日数と、在宅に復帰した割合、あるいは左側のプロセス、過程のところの圏域ごとの状況でも、クリティカルパスの利用状況についても書いてありますが、やはり圏域ごとに非常に傾向が異なっております。このあたりも圏域ごとにいろいろ御議論いただければと思います。

おめくりいただきまして、16ページでございます。これも心筋梗塞、先ほどと一緒にございますが、東部の方が結構福岡に行かれています。それから、こちらのほうは先ほどのがんと脳卒中と比べると西部の方が南部に行かれています割合が高いというのがうかがえるわけでございます。まあ、先ほどと同じような説明になりますので、説明は省略させていただきます。

最後、19ページでございます。今言ったような主要な疾患別の細かいことは、2次医療圏単位の分科会で御披露いただくわけですが、おおむね今後、分科会、親会を含めた検討の方向性でございますが、まず「4機能+在宅医療」につきましては、これ実は1つ情報でございますが、国における各機能の定義の明確化の作業がまた始まっています。特に回復期の定義がわかりにくいという意見が今年の病床機能報告にもございました。これにつきましては、本日も国のほうでこの回復期の定義については議論が始まっております、8月中には回復期の定義につきまして改めて示すということになっております。昨年までは回復期はリハビリ機能を持たないとどうもだめじゃないかと、つまりリハビリテーション病院だとか、その算定の届け出をしていけないということがございましたけれども、そういうことではないんだということも含めて、今御議論が始まっております。

それから、今回お示しいたしましたように医療需要の推計、特にこういう流出入の状況、これと病床機能報告制度の情報共有が大事だと思います。

そして、3点目でございますが、佐賀県の中で10年後を考えますと2,000床回復期が不足をいたします。これにつきましては、私どもも医療機関が回復期に取り組みやすいように支援制度というものを考えていかなければいけないというふうに思っているところでございます。

それから、慢性期と在宅医療につきましては一体検討が大事でございますので、先ほど申し上げましたように、在宅医療を支える現状分析が重要になってくると思います。

その他のところに書いておりますのは、先ほど言った東部と久留米の関係、それからパスの連携の状況等々を書いているところでございます。

以上が資料1の説明になります。

続きまして、資料2をごらんいただきたいと思います。

回復期に2,000床が今不足しているわけですが、この回復期につきまして提供意向調査を行いました。本年7月に医師会、病院協会の御協力を得まして、私どもから県内の病院に照会をいたしました。有効回答が83でございます。左側の欄は、今年の病床機能報告で回復期と回答した病院の回答でございます。昨年、これが14ございまして、引き続き今の病床数で回復期を提供したいと言ったのが14病院のうち7病院でございます。これがでございます。は、今の病床数の枠内で回復期も提供しているけど、例えば急性期も機能していると。でも、さらに急性期から回復期に増やしていきたいと思っている医療機関が1つご

ございました。これが です。 は、可能であれば自分が持っているベッドそのものを増床した上で回復期を提供したいと、これが6 ございました。で、もう回復期はやめたいと、急性期にしたいというところ、これはございません。

次に、右のほうが今回回復期をというふうに報告をいただいている病院でございます。有効回答が69 ございました。このうち、 は今の病床数の枠内で回復期へ持っていきたいと、今急性期とか慢性期というふうになっているけど、回復期をやりたいというのが13 ございました。 は、今急性期や慢性期を提供しているわけだけれども、増床できるのであれば増床分は回復期にしたいというのが16 ございました。 は、回復期は考えていないというのが40 ございました。したがって、2,000床回復期を増やさなきゃいけないわけでございますが、この の13医療機関、今御回答いただいているわけでございますが、こうした医療機関が回復期に取り組みやすくなるように私どもも支援制度を考えていきたいと思っています。

それから、資料3 でございます。

一方で、有床診療所におきましては休止状態にある病床が少なからずあるのではないかとこの声もいただいています。これにつきましては、佐賀県医師会さんのほうで各有床診療所で照会をいただいたところでございます。ことしの5月の調査でございます。

県内の有床診療所は、ことしの5月時点で177 ございまして、143の有床診療所から御回答いただきました。大体8割の回答でございます。

結論を申し上げますと、一番下でございます、県計で申し上げますと2,133、一般と療養を合わせて有床診療所でございますが、稼働しているのは1,595、休止状態というのが538ということで、約4分の1、25%の病床が休止状態だということでございます。

この538の休止状態の病床のところにつきまして、今後どうされるんですかという意向をお伺いをお願いしたところでございます。御自身で再開というのが2医療機関で37床、自分の後継者のときに再開するというのが5医療機関で81床分、当面休止を続けるというのが32医療機関で373床、廃止を見込んでいるというのが3医療機関で22床、未回答が3医療機関で25床 ございました。

したがって、この当面休止と廃止の見込みを合わせると大体400 ございますが、400は当面休止状態が続くというふうには考えなければいけないということでございます。

以上が資料3 でございます。

次、資料4 でございますが、厚生労働省における対応でございます。

資料4は、6月15日の厚生労働省資料でございますが、今後、厚生労働省がどういうふう
に考えているかでございます。

まず、大きな1番は回復期の充実でございます。これは佐賀県でも先ほど2,000床不足し
ておりますと申し上げました。そのために、まず1つ目の丸でございますけど、急性期中心
の病棟から回復期の病棟への転換など自主的な取り組みを進める。そのために必要な補助を
行って病床転換を誘導するということがあります。

私どもも先ほど2,000床不足しているという結果がございますので、病院の自主的な取り
組みを推進できるように支援制度を考えていこうと思っているところでございます。

それから、大きな2つ目、医療従事者の需給見通し、養成数の検討についてでございます。

地域医療構想により病床推計等々含めて、医療従事者の需給について見直すということに
なります。例えば、回復期の病床が当然増えるということになりますと、先ほどリハビリは
必須ではないと申しましたが、やはりリハビリの機能もそれなりに必要になるところも出て
まいります。そうなりますと、PTさんとかOTさんの需要というのが当然増えること
になります。また、回復期が増えるということは急性期が減ることになりますと、いわ
ば7対1、10対1の世界から13対1や15対1が増えるということになりますと、そこだけ
を捉まえると看護師さんの数減るわけなんですけど、一方で、在宅医療で訪問看護を充実させ
るんだという話になりますと、訪問看護師さんの数はこれは当然増えていくという形で看護
師さんの数が全体のバランスで見たときに増えるのか減るのかという形で、これは何でそう
いった形でのトータルの需給をきちんと出しておりませんでしたので、この需給の見通しを
やり直さないといけないという形になりますので、こういったことにつきましては来年度以
降のテーマになりますが、見直しを始めるということでございます。

それから、裏に行ってくださいまして、慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービ
スの確保についてということで、重要なところはこの3番目のところの一番下、(2)慢性期
の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直しでございます。これは何かとい
いますと、先ほど療養病床の見直しが厚労省でも議論が始まったと申し上げました。佐賀県
でも現在療養病床が4,700床近くございます。慢性期医療が先ほどの医療需要からの推計で
いくと、慢性期の病床が2,600床とか2,700床とか申しました。2,000減らすのかという話に
なりますと、先ほどそうじゃないと申しました。そうじゃないわけでございますが、そもそ
も療養病床はこれからどうあるべきなのかということ厚労省で検討が始まったということ

でございます。

厚労省では、有識者による検討会を直ちに設置しとありますが、これは7月に既に設置をされています。慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供の体制のあり方について年内をめどに見直しの選択肢を整理することになっております。今、どんな議論が行われているかという、ちょっと方向感だけ口頭で申し上げますと、今の療養病床の中には、なかなか医療の密度がそれほどかからない方もいらっしゃるじゃないか。さりとて在宅、その方の御自宅に戻すのは無理だろうという方がいらっしゃる。そこで、今実際、日本慢性期医療協会のほうからも厚労省のほうに御提案いただいているというふうに伺っておりますが、療養病床の中に「病院内施設」といいますか、ちょっと極端な話、療養病床を2つに分けて、引き続き療養病床として医療を提供する分と、もう1つは病院内施設というカテゴリーで、いわばサービス付き高齢者住宅と同じような扱いにして、今の療養病院の中で、例えば極端な話で、2階は療養病床ですと、3階が新しい病院内施設というカテゴリーですというような機能にして、そういう形にしてはどうでしょうかという御提案が日本慢性期医療協会のほうから厚労省には提案されていると。

そういう形で、例えば佐賀県内で当てはめたときに4,700の今療養病床があって、引き続き慢性期医療をそこで提供するのは仮に3,000床だとしても、いわばその差の1,700のうちは、例えば1,000ぐらいは新しい病院内施設というカテゴリーで引き続き医療機関の中でベッドが存在して、そこに入院されている方もいらっしゃる。でも、それは医療なのか何なのかよくわからないという形にしてはどうでしょうかという御提案が今なされている。こういったことについて、今年内をめどにそういう選択肢を整理すると。じゃ、そこに入っている人の保険は医療保険から出るんですか、介護保険から出るんですかというまた問題があります。これにつきましては、来年、つまり年内をめどに見直しの選択肢を整理した上で、来年1月から社会保障審議会で保険適用のあり方についても検討を始めて、半年ぐらいで結論を出したいというのが厚労省の今のお考えのようでございます。

つまり、療養病床はやっぱり慢性期の需要を見ると、どうしても減っていくんじゃないかと。でも、家に出すわけにはいかない。どこかに中間的な受け皿が必要だと。その中間的な受け皿というのを新たに何かつくるわけではなくて、今の療養病床を活用してはどうかというのが検討されているということでございます。これも今後の地域医療構想を検討するときに重要な要素になっていくというふうに考えているところでございます。

長くなりましたが、私の説明は以上でございます。

池田議長

ありがとうございました。ただいま資料1から資料4までの一括して御説明がございました。

委員の皆様から御意見、御質問を受けたいと思いますが、よろしゅうございましょうか。

高柳構成員

佐賀県有床診療所協議会の高柳でございます。今、日野さんから説明がございましたけれども、結局、我々有床診療所にも佐賀県医師会からアンケートがございましたけれども、各医療機関の分類の定義が、病院の先生はよく理解されている方も多いかもかもしれませんけれども、我々有床診療所のドクターが、高度急性期はわかります。ただ、急性期、回復期、慢性期の定義をはっきりしないと、先ほど言われましたように、実はこの前の土日に私は全国有床診療所協議会総会が水戸でありまして、そのときに厚生省の二川医政局長が話されていて、やはりその理解が十分進んでいないんじゃないかと。だから、今日もちょっと思ったんですが、肺炎で入院したと。肺炎の場合は急性期かということ、急性期には入らない、そういうことをおっしゃったんですね。だから、それは肺炎もいろいろ程度があるでしょうけど、急性期の肺炎もあるだろうし。いわゆる若い人の肺炎も決して急性期ではないというようなことですので、どういう病気が急性期なのか迷っている。回復期なのか、慢性期なのかというのをはっきりしないということですね。アンケートだけはとられるけれども、これは佐賀県だけの話じゃないですけども、そういうことをしないと、これが机上の空論で終わるんじゃないかと思えますけど、その点をよろしく願います。

それと、もう1つですけども、いわゆる有床診療所に限りますと、今、ベッド数が書いてありますけれども、例えば、うちなんかも一応19床ということを出したんですけども、現実には稼働しておるのは何床かといいますと、忙しいときには満床もありますけれども、9人ぐらいしか入っていないということも多いわけですね。小規模病院にしてもそういうことが多々あると思うんですけども、そういうのをどういうふうに評価するかということも議論しないと、確かなこういう会議の議論にならないと思います。

池田議長

どうぞ、事務局。

日野医療支援担当係長

まず1点目の機能の定義について、本当にその問題はそのとおりだと思っていますので、私なんかは厚生労働省の方といろいろ話すときにそういったこともきちんと行っていきたくと思いますし、また、厚生労働省のほうで見直しの定義があったら、すぐ皆さん方にお示しできるようにしたいと思います。

それから、2点目についてもそのとおりでございまして、例えば、地域包括ケアで進んだときに、ちょっと一時的にというかですね、ずっと入院しなくてもというところで、診療所の役割というのがあると思います。そうしたことも含めて、私どもとしては、二次医療圏内の分科会でぜひ医療圏ごとにいろんな御議論をいただければありがたいなと思っていますのでございます。

池田議長

よろしゅうございますかね。

ほかにございませんか。

河部構成員

嬉野医療センターの河部ですけど、今の分類なんですけど、この推計の分類はガイドラインの診療点数の枠で決めてあるような気がするんですね。そうすると、本当にそれは回復期か、あるいは本当に急性期か、いや、慢性期か、そこら辺のところはちょっと問題かなというふうに思うんですが。

日野医療支援担当係長

そうですね、今の3,000点、600点、175点の話だと思うんですね。そちらの話は需要を出すときに、まさにNDPのナショナルデータのレセプトデータから機械的に換算するものですから、要するに、どこかで、理論値ですから、数値的なもので割り切りをしなければいけないというものだと思うものですから、そこについては推計の一つのやり方としてはやむを得ないのかなという面があると思います、現実問題として。

ただ、もう1つは、その問題と、先ほど高柳先生からも御指摘がありましたように、各病院とか医療機関のほうで自分のところは急性期なのか回復期なのかとか、あるいはこの患者さんはどうなんだろうって判断するときの物差しがまた違うというのがありますので、だから、いずれにしても、需要を出すときの点数の問題と、医療機関側の皆さんが報告するときの定義の問題、両方が今リンクしていないのは事実でございますし、そこが若干わかりにくくなっているということも事実でございます。そこは問題というか、課題だろうと思っ

ていますので、いずれにしる、病床機能報告というのは、これ実は毎年ずっとやっていかなきゃいけませんので、そういった形で、いい形でそれがうまくいくように私ども、先ほどの高柳先生に対してのお答えと一緒にありますけれども、厚生労働省にもそういうことをお伝えしたいと思いますし、また、そういう現場のほうで戸惑いということがあれば、ぜひお聞かせいただければというふうに思っているところでございます。

池田議長

以上でございますかね。

ほかにございませんか。

山元構成員

病院協会からなんですけど、大まかなところは、もうほとんど今までの件はわかってきたんですけど、やはり今度は回復期をふやさなきゃいけないとなると、OT・PTふやさなきゃいけない。そこでまた人の取り合いとかなんとかが出てくるような気がするし、それでもまたふやしていただけるような、そういうこともぜひやっていただきたいなという希望なんですけれども。

それから、今度は国の問題としては慢性期が多いとなると、どちらにしても、回復期をふやすせば、これも在院日数とか、それから、復帰率とかいうのも非常に問われるわけですので、地域包括ケアの充実というのは非常にやっぱり大変な問題じゃないかなと思うんですね。ぜひ地域包括ケアのほうの力というか、非常にやっぱり重要だと思うので、その辺のところをぜひまたみんなでやらなきゃいけないかなというふうに思いますけど、その辺等、ぜひ力を入れていただければと思います。よろしくをお願いします。

高柳構成員

もう1つですけど、これは有床診療所からのお願いなんですけれども、有床診療所は地域に密着した地域包括ケアでも非常に重要な地位を占めるだろうと思いますけれども、現在、やっぱり有床診療所で一番問題になりますのは、看護師問題なんです。恐らく大病院の先生方　佐賀県自体は結構大変なのかもしれませんが、有床診療所は非常に切実な問題で、やはり看護師を確保するというようなことも佐賀県のほうで十分に力を入れて、特に、こう言ったらいけませんけれども、佐賀大学病院の看護師とか大きなところの看護学校を出たような人が有床診療所で働いてくれるかと。地域の有床診療所で働いてくれるかということとは、なかなか困難な今、現実問題として困難です。

そういうことを考えたときに、医師会立の看護学校が、うちなんかは看護師はほとんど医師会立の看護学校を卒業した人ばかりなんですけれども、そういう点においても力を入れてもらわないと、本当に地域に密着する看護師はなかなか確保できないんじゃないかと思えますので、よろしくをお願いします。

池田議長

最初の山元先生に対する。

日野医療支援担当係長

ちょっと山元先生の御質問と高柳先生の御質問、一緒のところもございましたので、あわせてお答え申します。

多分、まさに人材の確保というお話だったと思います。OT・PTと看護師の話。全くそのとおりだと思っております。例えば、病床が総数で圧倒的に不足しているところは、そもそも病院をつくらなきゃいけないとかという話から始まるわけですけど、我が佐賀県の場合、そうではないと。いわば総数は足りている中で機能をどうするかという話になってくるわけで、そうすると、まさに鍵になるのが、ベッドはあるんだけど支えてくれるスタッフがいらないということになりかねないという、まさにその危惧、そのとおりだと思っておりますので、私どももいろいろ施策を考えるときに、OT・PT、看護師もそうですけれども、数だけの問題ではなくて、まさに地元定着率の問題であるとか、本当に効果的に回復期の病床をふやしたときに回るかと、これ、正直申して今まで余り検討していなかったというか、そういう領域でございますので、ここは真剣に考えさせていただく必要があると思えますし、やらせていただきたいと思っております。

それから、もう1点、山元先生のほうから地域包括ケアの重要性でございましたが、まさにそのとおりだと思っております。その関係でございますので、二次医療圏単位で、まさに保健福祉事務所が中心になって、地域包括ケアの問題は長寿社会課が所管なんですけど、今日も長寿社会課がこの場に来ておりますし、健康福祉本部の中にも、長寿社会課は長寿社会課、医務課は医務課ということじゃなくて、やるということで考えておりますので、またその点も先生方の知恵もかりながらしっかりやっていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

池田議長

ほかにございませんか。

それでは、意見もないようでございます。本日お示しになりました試算をもとに、今後より一層の協議をしていこうと思っておりますので、よろしくお願いをいたします。

それでは、次に、分科会についてに入ります。

地域医療構想は、必要病床数という結論ではなくて、先ほどからの話、2025年、あるいはその先を念頭に置きながら、各地域で医療提供体制を整えることができるのかということを検討するものでございます。二次医療圏単位で、この調整会議の分科会を設置することとしております。

まず、分科会の構成や進め方、今後のスケジュールについて説明をお願いいたします。

日野医療支援担当係長

それでは、資料5と資料6を使って御説明をさせていただきます。

まず、資料5でございます。「分科会」でございます。

地域医療構想調整会議の要望では、分科会の構成は会議が定めると規定しておりますので、今回お諮りするものでございます。分科会につきましては、基本的にはこの親会議の構成をベースに検討いたしました。以下のとおりいたしましたと思います。そして、各団体の方に、それぞれ分科会に出ていただく代表者の御推薦を後日、お願いできればというふうに思っております。

構成で申し上げますと、それぞれ県医師会、病院協会、有診協議会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、保険者協会、この7団体につきましては、本日も会長さんなどが御出席いただいているとおりでございます。特にお願いでございますが、本日もそうでございますが、各都市の医師会長の皆さんにおかれましては、この親会議の構成員にもなっていただいておりますが、各分科会におきまして、メンバーとして入っていただきまして議論をリードしていただければというふうに思っているところでございます。

それから、公的な医療機関といたしまして、本日は佐賀大学、好生館、NHO佐賀、唐津赤十字病院、NHO嬉野の5医療機関に入っております。5医療機関の皆さんには、引き続きそれぞれの圏域の分科会に入っていただきたいと思っておりますし、本日、この親会議のメンバーではございませんが、やはり今後の地域医療構想を考えますときに、市町立の病院といった公的な医療機関を地域でどう考えるかというのが重要な要素になっております。したがって、これはここの親会議のメンバーではございませんが、市町村立の病院などの公的医療機関にも、各それぞれの分科会に入っていただきたいというふうに思っ

ているところでございます。

それから、先ほど来、地域包括ケアとの関係等々もでございます。そうしたこともございませぬので、これは県の老健協さんのほうからも御要望がっておりますが、介護老人福祉施設、今後いろいろ在宅復帰だとかいろんなことを考えたときに極めて関連が出てくるかと思っておりますが、老健協さんのほうにも御推薦いただきまして、親会議のメンバーではございませんが、各分科会のほうにはお一人ずつそれぞれの圏域の代表を入れていただきたいというふうに思っておりますし、地域包括ケアは、市町の動きが大事でございます。同時に、その介護保険者と市町村の関係で、圏域においてはどっちがリードするんだというお話も伺っておりますので、ここはその介護保険の保険者である広域連合と、市町の両方にそれぞれの圏域で担当の部課長、つまり事務方のそれなりに責任がある方に入っていただいて御議論をお願いしたいと思っております。

それから、県のほうといたしましては、これは事務局は各保健福祉事務所が務めることとなりますが、その保健監、保健所長でございますが、入って議論をさせていただきたいというこういう構成でしたいと思っております。

それから、裏をごらんいただきたいと思っておりますが、先ほど来の説明との重複になりますが、主に27年中、ことし中に分科会で主に意見をいただきたい事項につきましては、その「主に意見をいただきたい事項」ということについて、以下の項目について、医療提供体制、医療機関相互の連携などの観点から、現状分析と課題、今後の需要を踏まえた対応などをお願いしたいと思います。

1つ目は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞といった、この主要疾患に対してそれぞれの圏域の中での状況がどうなのかということをお検討いただきたいと思っております。

それから2つ目は、地域包括ケアを含めたところの、まさに在宅医療を支える基盤というものが一体どうなのかという、この大きな2項目については御議論をいただきたいと思っております。

このほか、県域内で十分提供できていない、あるいは今後できないことが見込まれる疾病についての現状分析の課題など。また、それから都道府県をまたぐ流出、流入が顕著な東部圏域におきましては、これからやはり久留米との連携というのが大変重要になっております。どうしたら久留米との連携がうまくいくのかということをお、まず久留米側と話す前に、東部側で少し課題の整理などをしていただいて、その情報といたしますが、それを整理した上で久

留米といろいろ調整しなきゃいけないところも出てくるかと思いますが、そういった課題の整理をお願いしたい。

分科会の審議の予定でございますが、今申し上げたような構成で、いろいろ人選だとか団体の調整にもある一定の時間がかかろうかと思えます。早くても9月中にはスタートできるのではないかと思えますが、9月中には1回の分科会を設定していただきまして、まずは人口の推移、医療需要の推移、流出入の現状について、圏域ごとに情報の共有、現状認識をしていただいた上で、まずは、主に意見をいただきたい事項の1番目で申し上げました、がん、脳卒中、心筋梗塞、これをまず先に御議論いただければと思えます。これはまさに、現状からどう考えるかということでございますので、少しこれを議論いただきたいと。

そして、11月ごろに、地域包括ケアを含めたところの在宅医療を支える基盤について御議論をいただければと思えます。なぜ順番をこうしているかといいますと、先ほど申し上げました厚生労働省の療養病床のあり方検討会、この議論が進みますと、この在宅医療を支える基盤の中身が変わってまいることが予想されますので、こちらを先にしてしまいますと、また議論の手戻りが起きてしまいますので、こちらのほうを11月ということで、後ろのほうにしていきたい。

そういったことも含めまして、12月中に、一応その時点での意見をある程度まとめていただきたいというふうに思っています。

資料6をごらんいただきたいと思えますけど、資料6、そういった分科会の動きを踏まえた上で、全体の策定スケジュールの流れでございますが、今7月でございます。本日の説明も、先ほど申しましたように7月13日から14日に、担当者・専門家研修ということで、私と佐賀中部保健所の古賀保健監、それから医師会の松永副会長と3人でいって参りましたが、そうした中で、厚生労働省との意見交換や各県の状況も踏まえた上で、本日お示しした医療の需要と必要病床数の報告をさせていただいたところでございます。今回の会議を受けまして、分科会、2次医療圏単位に設定する分科会については、先ほど申しましたスケジュールで御議論をいただければと思えます。その時点での意見の結果というものを踏まえて、また親会議を年末に開催できればというふうに思っております。

ちなみに国の動向を申し上げますと、10月に担当者研修の3回目というのがありますので、またこのあたりで厚生労働省から新たな方針でありますとか、その地域包括ケアとの関係なんかも恐らくこの辺で出てくるんだろうと思えます。

そして、12月に先ほど申し上げました療養病床のあり方検討会の報告が出ます。ここで、まさに先ほどいったような療養病床を2つに分けて、一部は病院内施設ということでどうかというような議論が出てまいりますので、こういった状況も踏まえながらまた議論等、展開も出てくるかと思いますが、いずれにいたしましても、まずはこの分科会で年内に3回ほど御議論をいただいて、その状況を踏まえて、またこの親会議を開くなりさせていただき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

ありがとうございます。資料5、6についての説明でございました。どなたか、御質問がございましたらどうぞ。

よろしゅうございますか。

ただいまの分科会につきましては、本日御出席の皆様方にも入っていただくこととなりますので、各団体におかれましては、どうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。

御意見等ございませんでしょうか。はい、どうぞ。

高柳構成員

資料5の分科会ですけれども、この各地区から、中部、東部、北部、西部、南部で代表推薦するというところでございますが、これ、できましたら、佐賀県で、例えば有床診療に限りますと、県の医師会のほうで調整していただければと、これ各医師会割りにはないですね。これ各地域の割りになりますよね。

池田議長

例えば、中部になりますと、佐賀市と小城・多久と神埼となるわけですね。

高柳構成員

その調整をですよ、誰を出すかということ、それは……

池田議長

それは、その各中部の各医師会長さん……

高柳構成員

医師会長さんですね……

池田議長

そこで相談されてはいかがですか。

高柳構成員

はい、それが一番、私、いやそのことをちょっとお尋ねしたいと思ひまして。

池田議長

それは、3 医師会長さんで話合っていたきたいと思ひます。

高柳構成員

はい、わかりました。どうもありがとうございます。

池田議長

ほかにございませんか。

それでは、御意見もないようでございますので、これで終了したいと思ひます。

きょうも皆さん方の御協力で、ちょうど1時間で終わりました。ありがとうございました。

午後7時30分 閉会