

令和元年度第1回佐賀県医療審議会地域医療対策部会及び
令和元年度第2回佐賀県地域医療構想調整会議 合同会議

午後6時27分 開会

医務課古賀副課長

本日はお忙しい中お集まりいただき、まことにありがとうございます。

定刻より先になりますけれども、皆さんお集まりですので、ただいまから開催したいと思います。

令和元年度第1回佐賀県医療審議会地域医療対策部会及び令和元年度第2回佐賀県地域医療構想調整会議の合同会議を開催します。

開催に当たりまして、まず、健康福祉部長の川久保三起子より皆様に御挨拶申し上げます。

川久保健康福祉部長

皆様こんばんは。本日はお寒い中、そしてお忙しい中御出席をいただきまして大変ありがとうございます。また、日ごろから本県の保険医療、健康福祉行政に多大なる御協力をいただいておりますことに対しまして、改めてお礼を申し上げます。

まず初めに、報道されておりますとおり、今、国、県を挙げまして新型コロナウイルスの感染症対策に取り組んでいるところでございます。佐賀県でも情報連絡室を立ち上げまして、庁内連絡会議や、それから感染症の指定医療機関に参加していただいております。発熱があって、それから武漢などを中心とします湖北省、こちらへの渡航歴がある方、または、そうした方と濃厚接触をした方につきましては、まずは各保健福祉事務所の帰国者・接触者相談センターに相談していただくよう呼びかけしております。症例定義に合致する方が直接、一般の医療機関のほうに受診をされた場合は、センターに御一報をいただきますようお願いを申し上げます。

さて、本日の会議でございますが、医療審議会地域医療対策部会と地域医療構想の調整会議、この合同会議とさせていただきます。

まずは医療審議会の地域医療対策部会で御審議いただきますのは、この3月に改定を予定しております第7次佐賀県保健医療計画の改定案でございます。

今回の改定は大きく3つございます。

1つは、昨年度の医療法、医師法の改正に伴います医師確保計画の追加及び外来医療計画

の追加。

それから、本来であれば7次計画に盛り込むべきであったところ、国の作業の遅れによりまして今年度見直すことになりました看護職員の確保、要請の項目でございます。

これら3つにつきましては、これまでもそれぞれ改定案を協議会や分科会等、関係者の皆様に御協議をお願いしてきたところでございますが、本日の会議におきましても、よろしく御意見をいただきたいと考えております。

次に、会議は合同会議を一旦終了いたしまして、地域医療構想の調整会議のみへと仕切り直しをさせていただきたいと思っております。この調整会議では、厚生労働省が対象医療機関名を公表し、全国的に大きな関心と議論がなされました公立・公的医療機関の2025年に向けたプランの再検証につきまして、経緯や現状、それから佐賀県としての捉え方について御説明を申し上げたいと考えております。

少々長くなるかと思いますが、よろしく御議論いただきますことをお願い申し上げまして挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願い申し上げます。

医務課古賀副課長

議事に入ります前に、本日の出席状況について御報告させていただきます。

医療審議会、地域医療対策部会の定数13名のところ、本日は12名の皆様に御出席をいただいております。医療審議会運営要綱第3条第2項の規定による会議の開催に必要な定足数を満たしていることを御報告いたします。

なお、地域医療構想調整会議の構成員の皆様とあわせまして、本日は合計22名の皆様に御出席いただいております。

それでは、本日の議事に入らせていただきます。進行は両会議の部会長・議長であります池田部会長をお願いいたします。会長よろしくをお願いいたします。

池田部会長

皆様こんばんは。よろしくをお願いいたします。

それでは、本日の協議事項でございます。第7次佐賀県保健医療計画の改定の内容について、事務局より説明をお願いいたします。

医務課医療企画担当川崎係長

それでは、資料1をごらんください。

資料1につきましては、まず全体的なことといたしましては、今回の保健医療計画の改定

の背景などについて簡単に御説明いたします。

一昨年、平成30年7月25日に医療法及び医師法の一部を改正する法律が公布されまして、保健医療計画の一部としまして、医師確保計画、そして外来医療計画を作成することとされました。

医師確保計画につきましては、現在も医療従事者の確保に関する事項ということで記載はいたしておりますけれども、そこを特出しして記載することというような位置づけになっております。

また、外来医療計画につきましては、全くの新規の追加という形になります。

さらに、去年は5年置きにこれまで見直されてきておりました看護職員の需給推計につきまして、今回第8次の需給推計になるんですけれども、それが平成27年度中に本来的には策定される見込みであったのが今年度にずれ込みまして、それに伴い、現在記載しております第7次の保健医療計画の医療従事者の確保に関する部分の中の、さらに看護職員に関する分を見直ししていきたいと考えているところです。

ということで、その下のほうには第7次計画の今計画期間ですとか、また来年度は中間見直しの期間になりますけれども、そういった中での今年度の計画作成ですとか、見直し作業、そういった位置づけになっておりますことを御理解いただければと思います。

では、引き続き資料2以降の御説明に入ります。

医務課地域医療担当古賀主査

資料2について御説明をいたします。

私のほうから、佐賀県医師確保計画(案)の概要という資料2で御説明をしたいと思えます。

資料4のほうに本文をつけているんですけれども、長文になりますので、こちらの資料2のほうでポイントを絞って御説明したいと思えます。

資料2をめくっていただきまして、スライドの2になりますけれども、こちらのほうが、先ほど御説明があったとおり、医療計画の一部として医師確保計画をつくるということで、厚生労働省のほうからこういった医師確保計画をつくりなさいということで概要のスライドになります。

こういった計画をつくる背景としましては、一番上のほうにありますけれども、人口10万人対医師数というもので、今まで医師の多い少ないを判断して、医師の偏在対策を講じてき

たわけなんですけれども、やはり実態をあらわしてはいないのではないかというような指摘がありました。

これを踏まえて、厚生労働省のほうでは、中ほどにありますとおり、医師の偏在の状況把握をするということで、この医師偏在指標 詳細は後ほど御説明しますけれども、この医師偏在指標を算出した上で、右側のほうにありますけれども、医師多数区域・医師少数地域の設定をして、二次医療圏単位335ございますけれども、上位3分の1について医師多数区域として、下位3分の1を医師少数区域として、この医師少数区域について医師数を増やすというようなことを厚生労働省が計画としてつくりなさいというものになっております。

中ほどにありますけれども、医師確保計画、これがどういったものかといいますと、四角のところ左のほうになりますけれども、医師確保の方針を定めた上で、確保すべき医師数の目標、目標医師数と。こちらについても厚生労働省は提示をしておりますけれども、この目標医師数を掲げた上で、一番右側にありますとおり目標医師数を達するための施策というようなことで、具体的にどのような取り組みをするのかを書くという計画でございます。

スライドの3になりますけれども、こちらの計画につきましては、ちょっと時系列を並べますと、一番右側のほうで2036年、「2036」と書いてございますけれども、この2036年が厚生労働省のマクロ需給推計に基づきますと、ここで医師の偏在是正、需給が均衡する、医師数と医療の需要が均衡するというふうに推計をされておりますので、この2036年で医師の偏在是正を達成するということが長期的な目標になります。

これに向けまして、今回、医師確保計画を策定していきますけれども、計画期間としては2023年度までで、2024年からは新しいまた医療計画の第8次の前期。その後また計画の見直しを順次繰り返していくというふうなことになっております。

めくっていただきまして、スライドの4になりますけれども、スライドの4につきましては、医師確保計画（案）の概要ということで、1枚にぎゅっと詰めておりますけれども、大まかな項目としては、先ほど厚生労働省が提示しましたとおり、医師数とか、医師偏在指標の状況を把握した上で、右側のほうにありますとおり医師確保の方針を定めて、具体的な施策をどのようなものを講じるのか書いているものになります。

またポイントはこれから御説明をいたしたいと思っております。

下のスライドの5になりますけれども、こちらが医師偏在指標の算出式になります。

厚生労働省は、この医師偏在指標を用いて医師の偏在是正をしるということでやっている

わけなんですけれども、これまで数式としては、中ほど、わかりにくいんですが、分子と分母で、分母のほうで地域の人口（10万人）とございますけれども、分子のほうで医療施設従事医師数、これを用いて人口10万人対医師数ということで、多い少ないを判断していたんですけれども、これでは正確ではないということで、地域の人口10万人といっても、右側にあります地域の標準化受療率比というものを掛けまして補正をします。これが何なのかといいますと、御高齢の方が多く地域では受療率が高まりますので、実際の10万人よりも多く補正をして、逆に若い方が多いエリアであれば受療率が低いということでマイナスに補正すると。

あわせて、地域間の患者の流出入についても、患者の流入が多ければこの10万人を割り増しして、逆に流出が多いところは割落とすというような計算式になっております。

分子のほうの医療施設従事医師数につきましては、掛けることの労働時間調整係数というもので、こちらについては医師の性別とか年齢階級別に平均労働時間は異なると。これは厚生労働省の調査研究事業で判明したデータを用いまして、御高齢の先生であれば平均労働時間が短いということで割落として、若い先生であれば労働時間が長いということでこれは割り増すというようなものになっております。

こういった計算式で医師偏在指標というものが算出をされます。

めくっていただきましてスライドの6になりますけれども、こういった医師偏在指標の留意点として、厚生労働省の医師確保計画を策定するに当たってのガイドラインでも示されているんですけれども、中ほどで下線を引いているところになります。あくまで多い少ないというのが上位3分の1とか、下位3分の1というふうになっておりますので、医師の絶対的な充足状況を示すものではないと。あくまで相対的な偏在の状況をあらわすものだということ十分に理解した上で機械的な運用を行うことがないようにというふうになっております。

具体的なデータの問題点としましては、点線で囲ってありますけれども、診療科の区別がなく、全ての診療科を対象にして算定をされているというものであったり、開業医と勤務医の区別がされていなかったりとか、また後ほど実例がありますけれども、病床の区別、療養とか精神とか、そういった区別もされておられません。もともとこれは三師統計と言われる届出をベースにした調査になりますので、その届出をしていない先生についてはカウントされていないとか、あとは患者の流出入は先ほど反映しているというふうに申し上げましたけれども、医師の流出入については反映されていないと、そういった問題点が少々ございます。

この上で、厚生労働省が通知をしてきているのが下のスライドの7になりますけれども、こちらが佐賀県に対して厚生労働省から通知がされた指標になります。

一番左側の棒グラフが佐賀県の三次医療圏全体の数字になりますけれども、佐賀県としては医師多数県となりまして、全国順位でしますと47都道府県中11位という状況で、右側が5つの医療圏になりますけれども、医師少数区域の水準とされているのが、東部医療圏と西部医療圏ということで通知をされております。

残りの中部、北部、南部については、医師多数区域となっております。こちらにつきましては、厚生労働省が今後公表する予定とされております。

そしたら、めくっていただきましてスライドの8になりますけれども、この医師少数区域については、都道府県の権限としまして、医師少数区域としないことができるというような規定がございます。

このスライドの8で、その積算の数字をさまざま確認して、これまででも地域医療構成調整会議の各地区の分科会などでも地域の実情をさまざまお聞きしましたけれども、特に中ほどにあります東部医療圏は医師少数区域とされているんですけれども、この中でも特徴的な数字としてちょっと太字で下線も引いております、右側のほうにある入院患者の流出入調整係数1.333と書いておりますけれども、この数字が、ほかの医療圏と比べてもかなり大きく数字として出ております。

これが一体何を意味するのかといいますと、1を超えますと入院患者が多く流入しているという数字になりますけれども、これが一体何なのかというところが1つポイントになるかと思えます。一方の、下のほうに西部医療圏がありますけれども、こちらは逆に0.846という数字で、患者が流出していると。この内容をよく見る必要があるかなと思っております。

次はスライドの9になりますけれども、この患者流出入というものが、厚生労働省は患者調査を使っているんですけれども、より詳しいレセプトデータのNDBデータのほうで県で分析したデータをお示ししたいと思います。

9番が概要になりますけれども、めくっていただきまして、スライドの10ではややわかりにくいんですけど、上の表が入院患者の流入の状況になります。東部医療圏の医療機関所在地東部と書いてあるところで、患者の住所地が福岡県というところに25.66と書いておりますけれども、東部の入院患者のうち25%が福岡県から来ている患者というふうになります。中部とかほかの医療圏とあわせると41%程度流入しているというふうになっております。

下のスライドの11になりますけれども、この入院患者のレセプトデータを詳しく見ますと、主に、やはり療養病棟の入院患者が半分ぐらいを占めておりまして、それ以外には精神病棟の入院基本料でカウントされている患者さんがかなりいらっしゃるということで、結論からいいますと、やはり療養病床と精神病床、その入院患者がかなり多いのではないかと考えております。

こちらにつきましては、東部の分科会でも御説明をしたところ、もともと療養と精神の病院が多いところであるので、こういった結果になるだろうと。ただ、これが多いからといって医師が必要だという状況ではないというふうな御意見をちょうだいしております。

一方の西部医療圏につきましては、めくっていただきましてスライドの12になりますけれども、こちらについても、療養とか、精神とか、そういった特異なデータがあるのかなと思って一応見たんですけど、流出の状況としましては、一般入院基本料であるとか、療養病棟入院基本料であるとか、一般的な疾患、疾病だと思われるデータでありますので、こちらのほうは流出しているということで特に問題はないのかなとも思っております。

下のスライドの13になりますけれども、こういったデータをいろいろ補正して計算をしてみますと、下のほうに書いておりますとおり、東部医療圏ですと厚生労働省の通知では147.3という数字が出ておりましたけれども、これをレセプトデータに置きかえまして改めて再計算しますと165.1ということで、医師少数区域を超えるような水準になってございます。

下のほうには西部医療圏の数字も再計算したところによりますと、149.4ということで、国の計算よりもさらに落ちるという状況になっております。

さらにめくっていただきまして、スライドの14については目標医師数ということで厚生労働省が示している数字になります。こちらにつきましても、医師少数区域が関係をしませんが、東部医療圏については、計画が終了する2023年までにプラスの8に。西部医療圏につきましては、やはりここが人口が減るということで、2023年までに108という形でマイナス12人という数字が通知をされております。

下のスライドの15に入りますけれども、こういった国が示している医師偏在指標とか、目標医師数に対する佐賀県としての取り扱い、考え方をどうするかといったときに、医師偏在指標につきましては、問題点が多々あるというようなことを各先生方からもいただいておりますし、現に数字としても問題があるのではないかと考えております。

東部医療圏につきましては、やはり療養病床とか、精神科病床がかなり多くのウエイトを

占めておりますので、国の通知どおりに医師少数区域とせずに取り扱いたいというふうに思っています。

一方の西部医療圏につきましては、実際のNDBデータの結果であるとか、地域の御意見をお聞きしまして、医師少数区域として設定をしたいと考えております。

あと、先ほど御説明した目標医師数につきましては、こちらが機械的に厚生労働省が計算した結果、これぐらいの人数が必要という数字ではあるんですけども、やはりこちらについても積算根拠が示されていないということがございまして、各都道府県からも問題だというふうに声を上げているところです。こちらについても、参考値としては活用をしますけれども、実態としては、佐賀県でも地域医療構想というのを掲げて、今後の医療需要の増加にどのように対応するのかということを考えているところでもございまして、医療需要のピークがこれから2035年とか40年ごろとされていることを踏まえて対応をしたいというふうに考えております。

めくっていただきまして、スライドの16になりますけれども、そういった医師偏在指標ではやはりわからない点がございまして、ここに計画をつくるに当たっての留意事項を列挙しております。左上のところになりますと、佐賀県の地域医療構想、これを踏まえてどういうふうにするのかといったところですけども、やはり需要が増えることに対してどうするのか。あるいは特に待てない急性期と言われる高度急性期に対する需要に対応する必要があるんじゃないか、そういうふうにも思っております。

右の上のほうになりますと、佐賀県の医師の状況、また後ほど御説明できたら御説明したいと思っておりますけれども、近年、若年層の医師が減少傾向にありまして、特に平均年齢が上昇しているという状況があります。あと、勤務医、開業医ともに高齢化が進んでいると。若手のほう、男女別に見ますと、女性医師の割合が年々高まっておりまして、特に若年層に限るとかなり多くの女性医師が存在しているという状況でございまして。

専門医別で見ますと、新専門医制度が新しく2018から運用されますけれども、より一層の専門分化が進んでいるという状況があります。その中でも、産科医とか外科医の減少傾向が継続していると。こういったところにも注意しながら対策を講じないといけないのかなとも思っております。

あとは右下にありますけれども、医師の働き方改革といったことで、各病院でも医師の時間外労働に対する上限規制にどう対応するのかということがこれからポイントになってき

ますけれども、これは大学などでも同じ状況になりますので、大学医局の引き上げとか、そういったことについても注視をしながら対応していく必要があると思っています。

下のスライドの17になりますけれども、こちらについては、今御説明した内容をまとめたどのような医師の育成が今後必要になってくるのかというイメージをまとめております。こういった医師を中心にこれからさまざまな対策を講じていきたいと思っておりますけれども、視点の1としまして、やはり高度急性期の需要がこれから増加するというので、これに対応する医師を育成する必要があるのではないかと考えております。特に、県内でこの高度急性期、病床機能報告なので報告いただいている資料を見ますと、主たる診療科として列挙されているのが、そこに例示をしております診療科の専門医の先生が担っているという実態がございますので、こういった診療科の先生を中心に育成をしていく必要があるのではないかと考えております。

視点の2としましては、総合的な診療能力を有する医師の育成ということで、最近の若い先生を見ますと、やはりサブスペシャリティを中心に、やはり専門に特化したような先生がかなり多く増えております。ただ、一方でどうしても患者の全体像が診れる先生先生であるとか、あるいは地域とか家族とか、そういった地域包括ケアを勤める先生、そういった先生も必要かというふうにも思っております。

例示をしておりますけれども、ホスピタリストと言われるような病院の中で患者を診ていく病院総合診療専門医であるとか、あとは日医のかかりつけ医の先生方、あるいは家庭医療専門医などの専門医の先生、こういった先生の育成が必要ではないかと考えております。

あと、視点の3につきましては、総合診療経験のある専門医の育成ということで、わかりにくい表現をしておりますけれども、自治医科大学の先生につきましては、離島など僻地勤務の経験をした上で専門医を取得していただいて、専門で御活躍していただいているという状況がございます。こういった先生たちの支援につきましても、これからより充実させていきたいと思っております。

めくっていただきまして、スライドの18になりますけれども、今後の具体的な施策としましては、1番目に医師修学資金貸与事業と書いておりますけれども、今、佐賀大学と長崎大学に地域枠を設けておりまして、そこに医師修学資金を貸して、返還免除をするかわりに義務期間を県内で勤務していただくという制度がございますけれども、現在これが小児科、産科、救急科、麻酔科に限定しておりますけれども、ここは先ほど御説明したとおり、内科、

外科、脳外と書いていますけれども、加えて総合診療、こういった診療科も追加をしたいと考えております。あと、医師少数区域などへの医師の派遣調整の仕組みが、この医師修学資金はございませんので、こちらの調整機能につきましても追加すべく検討していきたいと思っております。

あと、2番目のところについてはキャリア形成プログラムでございますけれども、こちらにつきましては、具体的に派遣調整のする仕組みを設けたときに、どうしても先生方のキャリア形成が犠牲になるという場合がございますので、こういった犠牲にならないような仕組みについても検討したいと思っております。これは卒前卒後一貫した効果的な教育プログラムについて、佐賀大学などと協議して今後策定をしていきたいと思っております。

あと、3番目の医学部の臨時定員につきましては、来年度、再来年度につきましては、佐賀大学4名、長崎大学2名ということになっておりますけれども、令和5年度以降の取り扱いにつきましては、医師の需要が先ほど申したとおり2036年に需給が均衡するというのを考えると、厚生労働省のほうで今増加をさせても医師が余ってしまうという状況になるということで、2022年以降につきましては、基本的には減員をする方向で検討をしているという状況ではありますけれども、具体的に地域間の偏在をどうするのかといったことがございますので、これにつきましては文部科学省と厚生労働省の検討を踏まえて対応していきたいと思っております。

あと、4番目のところにつきましては、自治医科大学の卒業の先生ですけれども、こちらの先生につきましては、やはり義務年限終了後も県内に定着できる取り組みを県にしてほしいという声をいただいておりますので、何らかの取り組みをしていきたいと考えております。

あと、5番目の医師育成定着推進事業の推進のところでございますけれども、こちらにつきましては、抽象的に書いておりますけれども、今、予算編成の途中ではありますけれども、今後、大学などとも協議をしながら具体的な対策を講じれるように今、検討しているところでございますので、できるものから順次やっていくという姿勢で対策を進めたいと思っております。

私からは説明は以上になりますけれども、続きまして、資料の3のほうで産科と小児科の医師確保計画について御説明をしたいと思います。

医務課地域医療担当前田係長

それでは、引き続きまして、資料3、産科・小児科対策の計画について御説明を申し上げます。

ます。資料を1枚おめくりください。

産科・小児科につきましても、全体の医師確保計画と同じように、医師偏在指標というものが出されております。こちらは多数という概念がございませんで、少数という概念だけではございますが、同様に偏在指標が出されてございます。医師確保計画につきましても、同じように産科・小児科、それぞれ限定版をつくるというようなたてつけになってございます。

次、資料の3でございます。タイトル となっておりますが、先ほど資料2の4ページでお示ししました全体の医師確保計画が に該当するものになってございます。こちらは産科・小児科の医師確保計画、第2章というのはその意味でございまして、いわゆる個別診療科編といったものになってございます。こちらのほうにつきましても、まず最初に産科医師数や、小児科につきましてもですが、医師偏在指標等の状況を明らかにした上で、2の医師確保計画の方針と今後の施策の方向性を掲げるといった内容で構成をしております。

先に次のページに移りまして、産科医師の偏在指標につきまして御説明をいたします。

こちらは12月25日に通知を厚労省のほうからいただきまして、こちら産科医師の地域的な偏りを指標としてあらわしたものになります。先ほど申し上げましたとおり、多数の概念はございません。これによりますと、佐賀県は相対的に医師少数の都道府県であるということになっておりまして、これを二次医療圏単位で見ますと、中部以外の4医療圏全て相対的な少数区域となっております。こちらにつきましても、あくまで総体的というものでございまして、この水準、少数でないからといって充足していることはないというところでなされております。

なお、産科指標につきましても、分娩件数1,000件に対しての指標でございます。

次に、偏在対策基準医師数としまして、資料5に掲げてございます。こちら厚労省から指標と同時に提示をされたものでございまして、2023年時点で少数区域、いわゆる下位3分の1、こちらのほうから脱するために最低限必要な医師数とされております。

なお、これにつきましても、機械的に算出される数値であって、確保すべき医師数の目標ではないということが厚生労働省のガイドラインには明記されてございます。この数字につきましても、将来的な分娩件数の推移等を踏まえて算出されたものでありまして、下のグラフは2018年の三師統計の結果と比較したものでございます。

先ほど申し上げましたとおり、仮にこの基準医師数になったとしても、医療提供体制としては十分であるかといいますと、そうとは言い切れないということがあり得ようかと考えて

ございます。

ページをめぐっていただきまして、次に、小児科の医師偏在指標でございます。概念としては産科と同じでございまして、ただ、分母となりますのが年少人口10万人対というふうになっております。ゼロ歳から14歳までの人口でございます。それから、医療圏につきましても、小児医療圏につきましても、中部と東部、それから北部と西部がそれぞれ1つの医療圏として医療計画上位置づけております。この中では、北部・西部、唐津・伊万里周辺が小児科に関しては医師少数区域となっているところでございます。

次のページです。小児科の医師偏在対策基準医師数につきましても、考え方としては産科と同じでございます。

次のページをめぐっていただきまして、これに対する基本的な考え方ですけれども、一部重複しますけれども、国のガイドラインにおきまして、もともと相対的な少数区域でなくても、もともと24時間365日の対応が要請されている科でもあるということを踏まえまして、必ずしも医師が充足しているわけではないという記載がございます。

同じように、下の偏在対策基準医師数につきましても、ガイドラインによって確保する目標ではないとされています。

以上を踏まえまして、本県といたしましては、各医療圏の実情把握を行った上で医師確保の方針を判断してまいるとというのが基本的なスタンスでございます。

こういった状況を踏まえまして、今後の方向性というところ、資料の9ページでございませう。

これにつきましては、1月23日に周産期医療協議会、1月24日に小児医療体制連絡会、それぞれ該当する診療科の先生方に御意見を頂戴しましてまとめたものでございますが、今後施策を検討する上での指針としましては、以下の3つがあろうかと考えてございます。

まず、医師の育成段階といたしましても、新たに医師を増やすということでございますが、現在、やはり産科の医師数がここ20年の間に87名から74名と13名減少しております。また、小児科の医師につきましても、ここ20年で増加傾向にあったんですけれども、最新の調査では減少に転じているという傾向がございます。

こうした背景も踏まえまして、まずなり手を増やす取り組みを続けていくということが1つの視点でございます。2つ目の視点が、やはり働き方改革、時間外の上限規制が2024年の4月から適用されるということ踏まえた対応が必要になってくるであろうということござい

ざいます。

特に、産科・小児科につきましては、女性の医師の増加ということが顕著でありまして、特に30代から40代前半のところを見ますと、産科でありますと過半数、小児科でも半数近くが女性の医師で占められているというデータがございます。

視点の3につきましては、開業医の先生、こちらが高齢化ということが顕著に出ておりまして、産科につきましては、診療所を今、統計上は18カ所、ただ、1カ所近々閉院されたというお話を伺いまして、実質は17カ所でございますが、そのうち9カ所の診療所の先生が全て60代以上ということでございまして、10年後、20年後を考えますと、空白地帯の懸念がございます。特に南部医療圏につきましては、5カ所診療所中、4カ所が60代の先生になっているということで、非常に深刻な状態が続いております。小児科につきましても、60代の先生が増えているということで、かなり将来的な不安はあるという状況がございます。

この3つの視点を踏まえまして、施策の方向性としましては、まず上の2つについては、医学生や臨床研修医の方が産科・小児科を選択していただくための取り組みを進めていくということでございます。

3つ目につきましては、勤務医の負担軽減でありますとか、引き続き女性医師の支援を強化していくということでございます。

最後が、先ほど申し上げました働き方改革や開業医の先生の今後の動向を踏まえた対策といたしまして、やはり県外からの招致が必要であろうという御意見をいただきましたので、こちらの計画に反映しているところでございます。

最後に10ページをごらんいただきまして、これは最初資料1で説明したものと一部重複しますがけれども、今回、医師確保計画におきましては、具体的な施策というよりも、施策の方向性を掲げるというところまでとしておりまして、来年度予定しております第7次医療計画の中間見直し作業におきまして、医療提供体制をどうするかというところも踏まえまして、具体的な施策をブラッシュアップしていくということで考えてございます。

なお、この施策の実施というところにつきまして、矢印が令和2年度で途切れているようになってはございますけれども、これは一応、実質上は1つの矢印として、必要な施策をその都度打っていくというようなスタンスで考えてございます。

産科・小児科の医師確保計画につきましての説明は以上でございます。

池田部会長

それでは、ただいまの事務局からの説明に対しまして、何か御意見、あるいは御質問がございましたらどうぞ。

小嶋委員

西部地区なんですけど、実は、私たちの地区は、さっきおっしゃった診療所の人が減ったんですよ。産科が4つから3つになりました。医師がその診療所に2人在籍されていたから、今4人になりました。それが、やめた先生はまだ60前半なんです。やっぱり出産数の減少によって、やっぱり2人の体制が無理やったのかなという感じはするんですよね。だから、今後もこのような出産数の減少によって、高齢じゃなくても、まだ60代の前半で働けるのに、産科を閉めてしまうというのは出てくると思うんですよ。だから、その辺に対して、やっぱりもう少し産婦人科の出産数を増やすとか、それからお産の費用を増やすとか何かしてもらわんと、今後そういうのがどんどん出てくると思いますけど、以上です。

医務課地域医療担当前田係長

ありがとうございます。実は、周産期医療協議会のほうで、そのような御意見をいただいております。まさに今おっしゃっていただいた意見でございましたので、それを踏まえまして、やはり県外からの招致でありますとか、また地域の医療提供体制そのものを見直すということ、来年の医療計画の見直しの中では中心的な議論として行っていきたいと考えております。

○池田議長

ほかにございませんか。はい、どうぞ。

○山元委員

スライドの14なんですけれども、これ見ると、佐賀県は医師多数県であって、もう医師増やす必要あるのかどうかというような、数の点だけでいくと数増やす必要ないような、中部が非常に、2023年を見ると多いんですよ。それから、今度は西部地区の我々のところは、医師少数区域で医師を減らさなきゃいけないと。これはやはり患者報告でこうなっているのか、それともナショナルデータベースになると、これはちょっと違ってくるのか。少数区域でなお減らさなきゃいけないというのは理解できないような、これ数値的に計算するとこうなってしまうんですかね。何か少数区域でさらに減らさなきゃいけないというのはどうもひとつ理解できないところがあるので、ただ、肌で、先ほどうちの会長がおっしゃったように、肌では非常に少数であるというのを感じますので、数字、このグラフが余り独り歩きしない

ような方向というのを見せていただいたほうがいいような気がしてならないんですけど、いかがでしょうか。

医務課地域医療担当古賀主査

国のほうで、例えば、医療需要の見込みを立てた上でこの数字が出ているかといいますと、そういうことではなくて、単純に人口の推計だけをもって計算がこれについてはされているというふうに聞いております。人口だけで計算しますと、今地域医療構想で高齢人口がどの医療圏も増加していくというふうに言っている中で、単純に頭数の人口だけで計算しますとどうしても減るというふうになってしまいますので、やはりちょっと、やっていることと厚労省が新たに言ってきたことが違うのではないかなというふうに思っております。

こういったデータが独り歩きするんじゃないかというのは、東部医療圏でも同じような御意見をいただいております、これが今後、厚生労働省のほうで、医師需給分科会とかで公表されるというふうには聞いておりますが、1月にもこの会議が行われているんですけども、公表がまだされておられません。今度2月、今月になるんですけど、中ほどに厚生労働省主催の研修会がございまして、そこでこの医師偏在指標について、改めて厚生労働省から説明があると聞いておりますので、その場で今後の取り扱いがどうなるのか確認をしたいと思っておりますし、公表された場合には、マスコミ対応などでもしっかりとこのデータの説明をしていきたいと思っております。

○山元委員

よろしく申し上げます。いいですか。

○池田議長

どうぞ。

○山元委員

佐賀県でも産科、それから外科系が非常に少ないんですけども、これは大学の中で教授の先生方は御存じで、何かディスカッションとかあっているのでしょうか。山下先生どうなんでしょうかね、もうしょうがないなというところなのでしょうか。

○山下委員

人を集める努力はしていると思いますけれども、なかなか来ないという状況だと思います。小児科も今年は入ったのかな、ちょっと数が正確にまだ出ていないと思いますけれども、頑張っって集めようとはしていると思いますけどね。

○山元委員

よろしくをお願いします。

○池田議長

ほかにごいませんか、御意見、御質問。

○山元委員

先生、もう一ついいですか。

○池田議長

はい、どうぞ。

○山元委員

女性医師がいると、何か非常に仕方ないな、仕方ないなと、これでいいのかどうかというのがどうも気になるんですけれども。女性医師でも、やはり今言うイクメンの先生方、またイクメンの方が支援するなり、支援するような何かしっかりしたものを持って、やっぱり当直とか当然やるべきことはやっていただくような体制づくりをしないと、もう仕方ないもんねじゃ、これじゃ前に進まないような気がしたんですけれども、いかがなものでしょうか。

○池田議長

どなたに意見を求めていますか。

○山元委員

先生方にこう、どうなのでしょう、女性医師が多いから、もうというような。じゃなくて、これはヨーロッパの話の聞いたならば、もう女性でもどんどん当直をしていくとかいうふうな話なんですけど、余りにも仕方ないような発言が多いような気がしてならないものですから、何か、これはそうなのでしょうか。

○池田議長

山下先生、いかがでしょうか。

○山下委員

うちの産婦人科も助教クラスの女医さん5人が一度に妊娠して、出産して、育休、当直もできないという状況で、男性医師は疲弊するという状況になって、もう男は入ってこないというふうな感じになりますね。ただ、内科も、うちの総合診療も女性は結婚したり離婚したりいろいろしていますけれども、当直はさせていないのが大半です。それをもし当直させるような体制にするとしたら、やっぱりほかの科に行くと思います。当直しないでいい、例え

ば、眼科であったり放射線科であったりとか。内科もどんどん減っていますけれども、特に女性来なくなっていますけれども、そういう結果になると思います。もし、それでも当直もしてばりばりする女医さんが欲しいのであれば、やっぱり給与体系を変えるしかないと思います。する人たちは倍の給料が出るとか、それができない限りは多分同じ、だめだよなという議論ばかり続くと思います。

○山元委員

そのときに、2024年から今度は働き方改革が始まるわけですね。そうなるともっとこれ厳しくなるのではないかなという気がしてならないんですけれども。

○山下委員

この議論の中で一番問題と思っているのは、医療の質が全く考えられていないということです。だから、中部医療圏は多いと言われますけど、1人外傷患者が来たら、下手したら10時間ぐらい、5人も6人もかかってやることになりますよね。それで医者が中部医療圏、好生館とうちと足りているのかと言われたら、全然足りていないですね。この状況で働き方改革、1,860時間であっても多分パンクします。多分やれないと思いますので、救急ここでストップとか、そういう事態が必ず出てくると思いますので、恐らく医療はこのままでいけば破綻する。

特に、中部医療圏を僕は全部受けなくちゃいけない、大学と好生館、かなり厳しい状況になるのではないかというふうに思っています。確かに医師数が少ない　これは言っちゃっていいのか、医師数が少ないところは少ないというふうな計算になっていますけれども、少ないところは少なくていいのではないというような考え方もあるんじゃないかと思います。つまり、めり張りをつけて集約化というのを考えないと、この働き方改革を本当にやるのであれば、僕はもたないのではないかというふうに考えています。

○池田議長

働き方改革とかは非常に厳しい話ですから、切りがございませんで、この辺で切ります。

それでは、事務局、次の説明をお願いいたします。

医務課医療企画担当川崎係長

それでは、資料5、6、そして7にかけて御説明をしていきたいと思います。

まず、資料5をごらんいただければと思います。全体的な枠組みにつきまして、いま一度御説明していきますけれども、いわゆる大都市部を中心としまして、無償診療所の偏在が顕

著であると。診療所につきましては、基本的に開設届を出せば実施できるものでして、いわゆる許可制ではございませんので、そういったこと、本質的な手続の簡便性も含めまして、大都市部に診療科が偏在をしてきているということを何とかしたいというのが厚労省のもとの発想でして、それを契機に外来医師偏在指標というのを今回改めて、先ほど御説明あったような医師偏在指標とか、そういったものと多少数値、計算式は違いますけれども、考え方としては同じような計算に基づいて計算を国のほうで最終的には行い、都道府県に通知がなされております。

その結果としまして、先ほどの小児・産科とは全く逆になりまして、今度、この外来医師偏在指標につきましては、上位3分の1、いわゆる多数という概念しかございません。その上位3分の1、全国335の二次医療圏の中の上位3分の1に入りますのが、中部医療圏、東部医療圏、南部医療圏ということで、国のほうから通知が出てきております。もともとこの外来医療計画の目的としましては、偏在状況というものを、この指標によって示すことにより、外来医師多数区域への新規参入の方への行動変容を必要に応じて促していこうということを計画するものでありますけれども、この指標につきましては、あくまでも先ほど来も御説明あったように、絶対的な充足状況を示すものでなく、あくまでも相対的なものでありますことと、診療科の偏在状況などをあらわしているものでもございません。全ての診療科がこの中で包含されております。また、二次医療圏はなべてこういった指標になっておりますけれども、二次医療圏の中でのさらに細やかな地域への偏在の状況ですとか、そういったものを示していないことに留意する必要があるということで考えております。

そのため、この指標の取り扱いとしましては、先ほど来と同じように、佐賀県におきましては参考とさせていくということにしたいと思うんでけれども、一応この外来医師多数区域になるということは、国のほうからの通知が出てきておりますので、今度、外来医師多数区域になった場合の対応というのをしていかなければなりません。その中に、この資料5の中の真ん中、矢印が太く3つぐらい出ていると思いますけれども、新規開業する方へ地域で不足している外来医療機能を担っていただくことを求めていくということになるんですけれども、先ほど申しましたように、あくまでも数値そのものが参考指標とするということを申ししておりますので、資料6の16ページをごらんください。

中段以降のあたりに、2、新規開業者への状況提供ということで、外来医師多数区域に該当する医療圏に関係します保健福祉事務所の窓口においては、新規開業者の事前相談ですと

か、その開設届の提出の際に関係者が来訪した際には、まず地域の外来医療提供の状況を説明すると。それとあわせて、その医療圏が外来医師多数区域でもあるんだということをお示しするというので、まずは地域の医療提供状況の御説明をするということが必要なのではないかと考えています。

先ほどもお話に出ましたように、産科ですとか小児科あたりは少数ということをおっしゃりもしますので、やはり地域において不足する医療機能、診療科を開業しようとなさる先生も場合によってはいらっしゃると思いますので、その辺の状況に応じまして、この不足医療機能というものを担っていただくことを求めていくということで考えております。

具体的には17ページから18ページにかけてになりますけれども、先ほど申しました外来医師多数区域になりますと、中部医療圏、東部医療圏、南部医療圏に関してですけれども、この枠組みのそれぞれ中に書いておりますような御意見が関係の医師会様のほうからも御意見いただきまして、結果としましては3つの医療圏とも初期救急、公衆衛生、そして在宅医療というものを不足外来医療機能ということで設定し、その医療機能を新規開業医師の方に担っていただくことを求めていくと。当然、担っていただくためには、基本的には医師会様のほうに入会して、皆様方と一緒に地域の医療を担っていただきたいといったことを県のほうから求めていく、そういうことで計画を記載いたしております。

また、資料5のほうに戻っていただければと思いますけれども、外来医療計画の中の大きく二本柱になっておりまして、1つが先ほど申しました外来医療機能の偏在の是正ということと、実はもう一つ、高額医療機器の共同利用、そういったものを記載する必要があると思います。国のほうからは、平成29年の医療施設調査をベースに、地域の人口当たり台数がどのくらいあるということを示してきておりますけれども、これも先ほどお話に出ました三師調査とか統計あたりの話が出たと思いますけれども、報告漏れしたりされているところの中に計上されてきていない。そういった制度的なミスマッチも国から示された表の中ではあるのではないかと考えているところです。

いずれにしても、この対象医療機器といたしましては、CT、MRI、PET、マンモグラフィ、また放射線治療、具体的にはリニャックというものが対象と国のほうから示されているところです。

この共同医療を今何で進めていく必要があるのかということについてなんですけれども、もともと患者の紹介とかいうことで、実態的にこれまでも共同利用をなさっていただいていた

ることかと思っております。

その中で、それがあくまでも自主的な取り組みということで国のほうで考えておりますので、より今後効率的な医療を提供していくために、医療機器も効率化を図ることが必要であるということで、国のほうから今後新規に機器を購入する場合には、共同利用計画というものを基本的には提出していただいて、より組織的に効率的な医療提供体制を構築していただきたいということで、国のほうからそういった計画にしてくださいということが示されておりますので、県のほうにおきましても、基本的にはその趣旨に沿いまして、共同利用計画というものを今後導入される場合には御提出いただきたいと考えております。

ただしなんですけれども、資料6の27ページの第4の1、共同利用計画の記載事項の1つ目のポツになりますけれども、共同利用の相手方となる医療機関、こういったものを今後、共同利用計画を書いていただく際には記載していただく必要がございますけれども、その際、機器の更新での導入という場合には、共同利用実績のある医療機関名を書けば、これまでも実態的に共同利用をしてきたからということで、実績のある医療機関名を書くというところに、この共同利用計画につきましてははしていきたいと思っております。

それと、今回、各分科会で御意見いただきましたことにつきましては、資料7でおおむね記載させていただいておりますけれども、外来医師多数区域についてということで、1つ目のポツですけれども、先ほど御説明いたしましたように、あくまでも相対的な指標ですとか、診療科ごとに偏在を示したものではないですとか、きめ細やかな地域単位の偏在状況を示すものではないのではないかと御意見をいただきましたので、先ほど御説明しました計画の16ページあたりでの修正追記とさせていただきます。

また、既に過剰と思われる診療科については、新規参入阻止できないのかという御意見もいただきましたけれども、あくまでも基本は自由開業制、診療所につきましては自由開業制ですので、そのことそのものをとめるということは法律上できる権限はございませんけれども、一応開設届、もしくは事前相談にいらした際には、地域におけます医療提供状況につきまして御説明を今後していきたいと考えているところです。

下の医療機器の共同利用につきましてですけれども、1つ目のポツの、既に共同利用をやっているんじゃないかということにつきましては、先ほど御説明しましたように、これまでもやっていたことにつきましてはやっていたことなんですけれども、より今後組織的に共同利用を図っていただきたいと、そういう趣旨でございますので、何とぞ御

理解いただければと思っています。

また、2つ目のポツの新規導入と更新導入では、今回のこの計画の趣旨からして違いがあってもよいじゃないかということで、先ほど御説明しましたような共同利用計画の記載事項につきましても、いわゆる新規の導入と更新の導入では扱いの違いというものを考えたいと思っています。

3つ目のポツですけれども、稼働実績の数字に違和感があるということで、施設の台数につきましては、医療施設調査、また実際の稼働実績につきましては、いわゆるNDB、レセプトのほうから国が平成29年のデータを抽出しているということでございますけれども、一応国のほうにも確かめました、機器の利用の算定回数というものをとったということの御説明がありましたけど、それ以上の説明はございませんでしたので、たまたまその計上漏れ、そういったものがあるかもわかりませんから、国から提供されているようなデータにつきましては、全体的に参考程度ということで考えたいと思っています。

また、4つ目のポツですけれども、自院の入院患者のみにしか利用しない高額医療機器でも共同利用計画を提出しないといけないのかということにつきましては、基本的には今後より効率的に共同利用を図っていただきたいということで、他院からの患者紹介とか、そういったことを受け入れるようであれば、そういった医療機関様のお名前を記載いただければということで考えております。

あと、中部医療圏の分科会におきまして、データの提示が十分精査されたものとなっておりますので、御迷惑をおかけしたことをこの場をかりましてまたおわびしたいと考えております。

この外来医療計画につきましては、説明は以上になります。

○池田議長

ただいまの説明に対しまして、何か御意見、あるいは御質問がありましたらどうぞ。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

よろしゅうございますか。

では、次の説明を事務局、お願いいたします。

○医務課看護担当吉田係長

それでは、看護のほうですけれども、資料8と9になります。

8のほうがパワーポイント資料になります。こちらで主に説明をさせていただきます。

また、資料9につきましては、医療計画を見直したものでございます。特に網かけした部分が修正箇所になりますので、こちらもお合わせてごらんください。

それでは、資料8の説明をさせていただきます。

冒頭で説明がありましたけれども、看護職員の需給推計につきましてははずれ込みまして、今年度国から各都道府県で需給推計を行うように指示がありました。その結果、報道等でもありましたけれども、全国的には2025年の推計では13から20万人ほど看護職員が不足するという結果になりましたけれども、佐賀県では1,300人ほど逆に余るという結果になりました。

これにつきましては、国の推計ツールが地域医療構想で定める2025年の必要病床数を入力するとか、患者1人当たりの看護職員数に全国平均値を用いるなど、本県の実態に即していないものが多いということから、県独自で調査を行いました。その結果が、中ほどにあります結果になります。今回、病院の先生方、有床診療所の方々等、調査を行わせていただきまして、こちらに追記をしております。その結果が2025年には200名ほど不足するという結果になりました。これに基づきまして、目標値の修正を行っております。今、4項目ありますけれども、そのうちの2つ目、県内看護師等養成所県内就業率をもともと見直すという計画をしております。こちらが2016年の現時点では64.4%、現状2018年は64.8%ということで、0.4ポイント上がっております。ということで、目標値を見直しまして、2018年度よりも上昇するという目標値にしております。

また、特定行為研修につきましては、4つ目ですね、特定行為区分数ですけれども、制度の見直しがありました。パッケージ研修というものが追加になりまして、在宅領域、外科領域、術中麻酔領域、救急領域の4つのパッケージが追加をされております。パッケージ研修とは、例えば、在宅の場合は、それに必要な4区分をまとめて履修できるというものになります。もともと10区分を目標値としておりました。この中には、在宅で使える区分というものをに入れておりましたので、今後は目標値を17区分というふうにしております。この17区分といたしますのが、先ほどの10区分に加えまして、在宅、外科、麻酔の3パッケージを追加するという形で考えております。

在宅につきましては、10区分の中に含めておりますので、外科と麻酔の7区分、これを追加した17区分ということで目標値を修正しております。こういった形で進めていきたいと思っておりますが、今後の方向性としましては、この需要に対応した看護職員の安定的な確

保と看護の質の向上を図るということで、施策例としましては、看護師確保策資格法については4本の柱で行っております。1つ目が、養给力の強化と人材確保ということで、こちらにあります中高生に対する職場体験ということで、中高生の皆様に実際に病院で看護体験をしていただきまして、看護職の魅力の普及啓発を行って人材確保に努めております。

また、2つ目として、離職防止と定着促進というところでは、新人看護職員、一番離職率が高いところですけども、そういった方々に研修を行っていただけるよう病院等に補助をさせていただいております。

それから、3つ目、再就業促進というところでは、プラチナナース、60歳以上の看護師の方をそう呼んでおりますけれども、そういった方々に今後ももっと働いていただきたいということで、再就業支援の研修を行っております。そしてそこに、看護の質の向上ということで、特定行為研修の推進ということで、受講料の補助等を行っているところです。

もう一つの資料9につきましては、中身のほうの御説明は割愛させていただきますけれども、また後でござらんいただければと思います。

看護については以上になります。

○池田議長

それでは、ただいまの説明に対しまして、御質問、御意見がございましたらどうぞ。

○小嶋委員

この資料9ですね、これ読ませてもらったんですよ。そしたら私たちの医師会の看護学校なんかは、例えば、募集定員を満たすために数回にわたる募集を行っているとか、それから入学後に退学する学生がおるとか、いかにも私たちの医師会の学校が悪いように書いてあるんですね。でも、県に一生懸命やって改善してくれと頼んでも、何もしてくれないんですよ。私たち一生懸命頑張っているのに、これ見よつたら、私たちの学校が悪いように書いてあるんですね。だから、それは非常に不愉快で、何か本当、その地域、私たち西部地区というのは、伊万里看護学校しかないんですよ。でも、この学校を何とかしていこうと思って頑張っているのに、こんなに、例えば、募集がおらんとか、それは頑張っているんですよ、でもいないんですよ。それでも頑張っています。でも県は何もしてくれません。はっきり言います。だから、それを幾ら奨学金出してくれと言っても出しませんもんね。何もしてくれないんですよ、はっきり言って。一生懸命私は頑張っています。

例えば、今度、総合確保基金ですか、あれに看護学校古くなったから改築したいと思った

ら、外壁だめと言うんですよ、外壁だめと言うんです。だから一銭も出ないんですよ。そしたらもうつくれないんですよ。だから、私は、この学校は外壁ですね、補助金出ませんから、それはぼろぼろになるまでそのまましてから、壊れたらそのままにせんとしょうがないと思っています。でも、それは県の医務課がそんな言うんですよ。この確保基金の中には全く外壁の改築が入っていないということなんですね。そんな言われたら、本当に質のいい看護師をつくらうと言っても、私は一生懸命頑張っているんですけど、何もできないんですよ。そんなことをこんなにペラッと書いて、いかにも私たちが何もしていないように書かれたら、私たちは物すごく心外と思っています。

以上です。

○医務課看護担当吉田係長

こちらのほうも、この書き方ではとられるのはちょっと申しわけなかったなというふうに

……

○小嶋委員

私はそうとりました。非常に心外にとりました。だから、いかにも私たちが何もしていないような感じで、一生懸命本当頑張っているんですよ。でも、頑張っても、結局自分たちができること何もないんですよ。

○医務課看護担当吉田係長

こちらのほうで、先ほど先生が外壁の工事等が補助にならないというお話があったんですけども、こちらでは施設整備をしている中では、教育環境を整えるということでの整備…

…

○小嶋委員

だから、雨漏りして外壁壊れても、それはそういうことにならないんですかね。

○医務課看護担当吉田係長

そうですね、これ国庫……

○小嶋委員

だから、本当に今手を入れんとどうもならないんだけど、でも、手を入れようと思っても金が出ませんから、そしたら、自分たちの持っている金では、外壁は補助がなかったらできないんですよ。でも、そしたらするなということかなと思って、ちょっと思いました。

○医務課看護担当吉田係長

施設整備につきましては、国庫補助時代のものを踏襲した形で行っておりまして、例えば、教育環境を整備するという形で、例えば、男子トイレが少ないから、男子のトイレを増やすとか、教育環境を整えるようなところには施設整備をさせていただいているんですけども、外壁となると、ちょっと教育環境と離れるかなというところで。

○小嶋委員

実は、私たちは冷暖房の装置を、一番広いところ壊れたから頼んだら、だめだったんですよ。結局次の年にはよその地区はオーケーだったですもんね。だから、講堂の冷暖房全部だめだったから1,000万円ぐらいかかったんですけど、それは補助をもらっていません。だから、それも施設のあれに入らないのかなと思うんですよ。だから、何かきちんと、私たちが言ったときにはだめと言われて、次の年はオッケーとか、そういう基準とか何かあるのかなと思ったんですけどね。

○事務局

空調につきましては、確かに昨年度から行いましたので、そこはですね、ちょっと済みません、申しわけないと言えないんですけども。

○小嶋委員

外壁ができなかったら、学校維持できんじゃないですか。だから、私たちは自分たちの学校はしょうがないから、そのまま朽ちるに任せるしかしょうがないかなと思っていますけどですね。

以上です。

○池田議長

医師会立看護学校の定員割れの問題はまた別にありますので、日医のほうでも委員会がありますし、県のほうでも考えておりますので、この辺でこの議論は終わらせていただきます。

それでは、ほかに御意見ございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

なければ、第7次佐賀県保健医療計画の改定案は原案どおりといたしたいと思います。

今後は、県において最終の調整を行っていただきまして、3月下旬に開催したいと伺っております医療審議会本会での最終の審議を行うことといたします。

本日の議題等は以上となりますが、ほかに皆様方から何かございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

ないようでございますので、本日のこの会議は終了したいと思います。どうもありがとうございました。

医務課古賀副課長

池田会長ありがとうございました。医療審議会地域医療対策部会と地域医療構想調整会議の共通の議題は以上となります。

次は、地域医療構想に関する報告となりますので、地域医療構想調整会議の構成員の皆様には引き続き残っていただきますようお願いいたします。

また、医療審議会、地域医療対策部会のみの方の会員の皆様におかれましては、本日の会議は以上となります。お忙しい中、まことにありがとうございました。

午後 7 時 38 分 閉会