

令和元年度第1回北信医療圏地域医療構想調整会議 会議録

1 日 時 令和元年5月31日（金）午後6時30分～8時

2 場 所 長野県飯山庁舎 300会議室

3 出席者

委員 鈴木章彦（調整会議会長・中高医師会長）、
高橋智子（飯水医師会長・佐藤病院長）、横田 純（飯水歯科医師会長）、
南 修（中高薬剤師会長）、宮沢 誠（長野県看護協会北信支部長）、
洞 和彦（北信総合病院長）、久保敷 隆（全国健康保健協会長野支部企画
総務グループ長）、大口とし子（野沢温泉村民生児童委員）、
池田 茂（中野市長）、足立正則（飯山市長）
天野 久（飯山赤十字病院事務部長）※院長欠席のため代理出席

事務局 長野県健康福祉部

渡邊卓志（医師確保対策室長）、
原澤徳泰（医療推進課課長補佐兼医療計画係長）、
伊藤達哉（医療推進課医療計画係主任）

長野県北信保健福祉事務所

長瀬有紀（所長）、遠山 明（副所長兼総務課長）
越 千里葉（総務課課長補佐兼総務係長）、宮下 隆（総務課主幹）

4 議事録（要旨）

（1）昨年度までの議論の整理

議長（鈴木会長）

皆さん本日はご苦勞様です。お疲れのことと思いますが、大変重要な会議でございます。1時間半を目標に会議を進行できればと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

本日の会議事項は多岐にわたっていると同時に、やや難解な内容の部分もございます。はじめに県のほうから説明いただいたあと、ご審議いただければと思います。それではまず、会議事項の（1）昨年度までの議論の整理について、事務局から説明をお願いします。

医療推進課 伊藤主任

健康福祉部医療推進課の伊藤と申します。本日はよろしくお願いいたします。

資料1の「昨年度までの議論の整理（国の検討状況を含む）」をお願いいたします。今年度、2つの計画の策定をお願いするにあたり、昨年度までの議論の内容を簡単に振り返っ

ていただくということでご用意させていただきました。資料1の2ページ目からご覧いただきたいと思います。

地域医療構想は、県で策定する医療計画の一部という形になっておりまして、その内容は各医療機関さんから報告いただいた病床数を、将来の2025年推計値に反映しながらこの地域の課題をケアしていくものになっております。その中で課題を協議・調整するのが地域医療構想調整会議で、会議のメンバーは、医療関係者、住民代表、医療保険者の方々に構成されております。主な議事事項は記載のとおりとなっております。

次のページにいただきましたが、昨年度の状況ですが、この圏域の病床の動向ですが、現状741床ありますが、2025年には推計して541床になっているというような状況になっています。その他となっている26床につきましては、過度の病床があったということでダウンサイジングが図られたということでございます。また下のほうは、各医療機関さんの役割ということで、例えば北信総合病院さんですと、地域医療人材拠点支援病院ということで、圏域内外の中小医療機関さんへの医師派遣を支援していく核になっていただいていることでございます。一枚お捲り頂けたらと思います。

今回、医師確保計画をお願いするというので、各医療機関さんの医師の配置状況をグラフ化させていただいたものでございます。下が昨年度まで調整会議で議論させていただいたことでございますが、この地域医療構想で病床数どうするかというところがございますが、この北信圏域につきましては、夏と冬で病床の稼働率が違うという状況でございますので、単純に推計値ということではなく、この地域の医療状況を踏まえて、それなりの処方を整理していくことが必要であるということを議論いただいているところでございます。

国の検討状況というところでございます。下のスライドでございまして、地域医療構想自体は2025年を目途にやっておりますが、それ以降の人口減少ですとか少子高齢化は続いていくということで、国の方では2040年を考えたときにどのようなことをどうやっていくべきか、議論がある程度まとまっているところでございます。スライドの青囲みで「三位一体で推進」というところがありますが、この中に地域医療構想ですとか今回の医師確保対策が含まれておりまして、まず地域医療構想で医療体制の役割を明確にしまして、その役割のなかでしっかりと医師偏在対策、医師確保を図っていく中で医療従事者の方々の労働時間ですとか働き方改革を図っていくと、三位一体でこういったことを進めていったらどうかということでございます。次のページをめくっていただけたらと思います。

その中、地域医療構想につきましては、役割分担を明確にしていこうということで、新たな取組ということで、今年度このようなことを考えていることを聞いているところでございます。この圏域は医療機関が少ないというところでありまして、どのような状況かということがまだはっきりはしていないのですが、例えば大きな圏域でたくさん医療機関があるところでは、公立公的医療機関については、民間の医療機関さんと機能が重複しているとか、診療実績の少ないところについては、今後人口減少を見据えたときに医療機関・医療機能の再編・統合ですとか、集約化みたいなことを含めてご検討いただくというこ

とが必要でないかということが議論されております。この医療機関の統合につきましては、今年の夏に公表されるというように国のほうから聞いておりますので、出てきたところで、調整会議とご相談しながらやっていきたいと考えています。次のページをお願いします。

今回、計画のアウトラインをご説明申し上げますが、医師の確保と外来医療というものを医療計画の中で検討していくという形になっております。それに伴い昨年度、法律の改正がされまして、それがこの内容になっております。赤で囲まさせていただいておりますが、ひとつ医師の、これは繰り返しになりますが、医師の確保、医療計画としてやるということと、外来医療機能の偏在・不足等への対応を行うということで、医療計画の記載事項が増えた形になっておまして、この調整会議を使わせていただいで検討いただくという形になっております。検討していただいたことがどのようなスケジュールになっていくかということが下のスライドでございます。この医療計画は平成30年度、昨年度から走っておりまして、6年計画となっておりますが、今年度、今回お願いする医師と外来の計画は、まず1回目は4年計画といった形となっております。以降は医師確保計画、外来医療計画ともに3年ごとに見直ししながら進めていくというような形になっております。もう一枚おめくりいただけたらと思います。医師の確保、外来医師の偏在に関してどんなことを検討していくのかを簡単にまとめさせていただいております。詳細は資料4でご説明いたしますが、それぞれ各地域が医師の少数、多数なのか、外来を含めてどうなのかというところをまず決めたいと、その中で医師の確保の方針・目標のようなものをたて、外来も含めてどんな形で進めていくのか、この調整会議の中で地域の実情を踏まえてご検討いただくという形になっております。

検討スケジュールは今年度1年間をかけてお願いすることになりまして、今回第1回目ということで、計画のアウトラインと指標として患者の異動動向をどのようにとらえるかということをお話しいただく形になっております。

最後に、計画の策定体制でございます。医療計画ということになりますので、計画を策定するには県の医療審議会にかけて計画を策定していくという形になります。その中で調整会議につきましては、各地域の実情を反映させるために調整会議を活用させていただく形になっており、県全体で医師確保をどうやっていくのかということにつきましては、その上の地域医療対策協議会で県全体の方向性を検討するというような形になっております。この検討内容を県の事務局で反映させて、計画策定を図るところでございます。簡単ですが、議論の整理ということでこのようになっております。よろしくお願いいたします。

議長（鈴木会長）

ご説明ありがとうございました。資料のスライドナンバーの8番の、北信医療圏のこれまでの議論の内容につきましては、私の方から、今年3月15日、第1回長野県医療構想調整会議の席上でも申し上げてまいりました。特に当地域は夏場と冬場と患者さんの数も違うし、人口も全く違うという特徴があり、他の医療圏に比べ激しいことと、それから医師

確保という問題を考えていく上で、特に整形外科の充実が非常に喫緊の課題であるということ強く感じています。

今の説明の内容について、委員の皆様からご質問等があればいただきたいと思います。

横田委員

(資料 15 頁) 1 番の医師の確保について、「修学資金」は、長野県がお金を貸与するということでよろしいでしょうか。

医療推進課 伊藤主任

医師確保対策全般ということで、資料 2 でご説明させていただきますが、県の方で貸与させていただきます、その際には 3 年間は長野県で就業していただくという形になっています。

横田委員

それは県の方でしっかりサポートをするということですね。確認をとりたかったので、ありがとうございました。

議長（鈴木会長）

次の会議事項 (2) の医師確保計画のほうでその辺を詳しく説明する予定です。

他にいかがでしょうか。

特にご意見がないようですので、議事を進めたいと思います。それでは会議事項の (2) 医師確保計画、外来医療計画の策定についてご説明をお願いします。

(2) 医師確保計画・外来医療計画について

医師確保計画室 渡邊室長

本日はお忙しいところお集りいただきましてありがとうございます。4 月 1 日付をもちまして、医師確保対策室長に任命されました渡邊と申します。よろしくお願いたします。

資料 2-1 をご覧ください。先ほど資料 1 の方で、法改正によって医師確保計画を策定するということになったと説明いたしましたが、まず計画の話の前に現状についていくつかご説明させていただきたいと思います。

県内の医療施設従事医師の推移ということで、平成 12 年を 1 とした場合、長野県全体では 1.25 倍に医師が増加しているという状況ですが、地域ごとに推移の違いがありまして、北信地域は 1 から 0.89 という推移が現状としてあります。

1 枚めくっていただきまして、先ほど資料 1 の方でご質問もありましたが、現状の主な医師確保対策ということで県が主にやっていることをご説明させていただきます。まず、修学資金の貸与、それから自治医科大学卒業医師の配置ということで、医師免許取得後に義務年限として 9 年間、県内臨床研修指定病院及び医師不足病院等に勤務していただくという取組の一つ、それから、地域医療人材拠点病院支援事業ということで、拠点病院の中

小医療機関への医師派遣に対して、その費用等に対し県が財政支援を実施することで、医師確保計画を推進するもの。それからあとはドクターバンク、産科医の確保、総合医の育成と並んでおりますが、最後に先ほどの修学資金等に関連しますが、地域枠、地元枠の設置として、信州大学医学部定員 120 名のうち地域枠 20 名を今現在設定しているところでございます。それ以外には東京医科歯科大学の医学部定員のうち、2 名を長野県の地域枠に設定しております。資料の下のグラフは、修学資金貸与医師・自治医科大学卒業医師の今後の推移ですが、2026 年が 192 人とピークになっていますが、これを暫定的に修学資金の貸付を 2021 年まで、(あと 2 年ですね、) 厚労省から認められておまして、それ以降は、医師確保計画で対応していくということになります。ですので、このグラフはそのあと何もしないとするだとだんだん低減していってしまうということになっておりますが、この黄色い三角の部分については、今後策定する医師確保計画を踏まえてどのようにしていくかということで地域枠を設定することを今後考えていかなければならないというような図になっております。次に資料右、「医師確保計画を通じた今回の医師偏在対策」についてご説明します。

医師偏在対策については、地域の医療体制の整備のため、地域間の医師配置の状況を相対的に把握する「医師偏在指標」を基に医師確保計画を策定して、偏在対策を実施していきます。偏在対策は 2036 年の全国での医療需給が一致することを目標に、初回は 4 年ですが、そのあとは医療計画の中間見直しに合わせて、3 年ごとに見直しを行いながら進めていくことになっております。医師確保計画の概要で、特筆することとしましては、今回、医師多数区域と医師少数区域を設定することとなっております。全国統一の算定式により算定される医師の偏在指標を基に、上位 33.3%、下位 33.3%のところを、その棒グラフのところにありますそれぞれ医師多数、小数として指定します。これについては、都道府県及び全国 335 の二次医療圏の両方とも設定することになります。ただし、地域の実情を踏まえて、医師少数区域以外の区域つまり、医師多数区域もしくはこの多数でもなく少数でもない真ん中の部分についても、「医師少数スポット」ということで医師確保に必要な対策を打てることとなっております。

2 番目に、医師確保対策としてどんなものがあるかと申しますと、地域ごと又は県全体で検討していかなければならないというものにつきましては、①、②にあるように医師確保の方針、目標数、それから方針と目標数を達成するための施策ということで、これは県、二次医療圏ともそれを設定していくこととなります。医師全体の確保対策の他、産科、小児科の医師確保対策も行うこと、計画をつくることとなっております。その他検討を行うものとしたしましては、医学部の定員、先ほどお話ししましたが、地域枠・地元枠の検討や修学資金貸与医師へのキャリア形成プログラムを検討していくこととなっております。計画の推進につきましては、先ほどもご説明ありましたが、第 1 次計画は 4 年として、あとは 3 年ごとに 4 回、計 5 回見直しを行い、2036 年の時点で偏在を解消するという目標のもと、行われていくこととなっております。

下のシートにいきまして、医師偏在指標の考え方ですが、大枠の考え方としては、各地

域で対応する患者に対し、医師がどれだけ配置されているかということを経域間で相対的に比較するものであります。厚労省の考え方といたしましては、医師確保計画に基づき全国で医師偏在対策を実施するには各地域の医師配置の状況を相対的に把握する指標が必要という考えのもとで医師偏在指標を策定することとなりました。この医師偏在指標については、地域間の医師配置の状況を比較するための目安であって、指標のみで医師不足の状況を判断するものではないということに注意いただければと思います。

算定式の考え方につきましては、下の点線で囲っているところではありますが、患者のボリュームと医師のボリュームということで、医師数については、医師の性別・年齢別の労働時間を加味したものを標準化医師数として分子におきまして、地域の患者の発生率、受療率ですが、主に下の黄色い囲みの部分ですが、患者の地域間の移動、これは患者の流出入率ということで、本日この後資料3の方でご説明いたしますが、その部分と全国平均に対して、どの程度発生しているかということを加味したものを分母においた、計算式で出てきたものが偏在指標ということになります。

めくっていただきまして、「医師少数区域等の考え方」であります。医師少数区域につきましては、地域の医療提供体制を踏まえまして、早急に偏在解消が必要となるために、修学資金貸与の医師の配置を進めるということ、それから多数地域におきましては、既存の提供体制を確保するために実施している医師確保対策は引き続き実施しますが、偏在対策に基づく医師確保の対策は行わないということになります。あとは、先ほどもお話ししましたが、多数もしくは多数でも少数でもない区域において、やはり医師確保が必要な部分も当然ありますので、そういう区域については、医師少数スポットということで医師少数区域と同様な対策を打てるということになっております。医師少数スポットの設定することが適切でない場合ということで、点線の囲みの中に書いてありますが、こういうことを除けば医師少数スポットが、どこでもというわけではありませんが、設定することができるということが前提になります。

その次に下、医師確保計画に基づく施策の方向性ということで、まずは事業化するための国と県の財源については「確保基金」を活用して行うこととなります。その取り組みとしては、短期的なものについては、医師の派遣調整やキャリア形成プログラムの設定、それから働き方改革というものがございます。長期的なものにつきましては、地域枠、地元枠の設定を医師確保計画にあわせて見直していく必要があるかどうか、今後検討していかなければいけないと考えています。

計画の策定スケジュールですが、先ほども少し触れましたが、まず今日は計画の概要と患者の流出入の考え方を皆様と県と共有させていただき、患者流出入について御了承いただければと思います。その後、医療審議会、地域医療対策協議会を踏まえて、6月から7月にかけて、厚生労働省にそのデータを送ります。厚生労働省のほうでは、そのデータに基づき再度、医師偏在指標を再算定して、そこではじめて多数地域、少数地域が決まってまいります。それを踏まえまして、2回目以降計画に関する方針や、目標等を作成しながら、以後は2回、3回と調整会議を開きたいと考えています。医師確保計画については以

上でございます。

医療推進課 原澤課長補佐

健康福祉部医療推進課の原澤です。よろしくお願いたします。私からは資料 2-2「外来医療計画の策定」についてご説明いたします。

資料下、外来医療計画の基本的な考え方としては、外来医療及び医療機器に関する情報を可視化したうえで、新規開業者の先生方へ情報提供していくことと、調整会議において外来医療の機能分化・連携の方針等についてご協議いただき結果を公表していく、というものでございます。まず外来医療について 2 点ございます。1 点目は、外来医師偏在指標、こちらが国のほうから示されますので、これに基づき全国上位 3 分の 1 の医療圏を外来医師多数区域に設定します。この外来医師多数区域においては、新規に開業される先生方に医療の提供の協力をお願いしたい事項、これを計画の中に定めていく形になっています。医療提供の協力をお願いしたい事項は下にあります「地域で確保すべき外来医療機能」ということになります。外来医療機能の提供体制につきまして、各種データ等に基づき、可視化をさせていただいた上で外来医師多数区域であるかどうかを問わず、外来医療機能が不足して、確保すべき外来医療機能がどんなものかをご審議頂いたうえで、確保すべき外来医療について、確保する方策や、総合確保基金の活用について、調整会議の中でご検討いただくという形でございます。

このほか医療機器につきましては同じく整備・活用状況についてデータに基づき可視化したうえで、可視化した整備・活用状況を基に医療機器の共同利用の方針等をご検討いただき、計画に記載していくという形でございます。

次の資料に「新規開業と外来医療計画の関係」ということで、先ほど私が申し上げました多数区域となった場合に、新たに開業される先生方をお願いしたい事項について、協力をお願いしていくということを申し上げましたが、一部で自由開業制に反するのではないかという懸念がありまして、それについて説明した資料でございます。まず 1 番といたしまして、医療法の規定ということで、開設時の手続きといたしまして、法律上新たに医療機関を開設する場合は、許認可等の必要な手続きを行うことが必要となっています。許可が必要なもの、届出により行えるものとございます。加えまして、(2) といたしまして、病床過剰地域等である場合はその開設が制限されているというものでございます。今回の計画策定に合わせて、この法律の制度に変更があったというものではございません。先ほども申し上げました通り、外来医師多数区域と設定された区域においては、不足する外来医療、機能について計画で明示したうえで、開業される先生方に、不足する外来機能について担っていただくということでご協力をお願いすると、お願いベースということでございます。従いまして繰り返しになりますが、下の矢印の右側の四角に記載のとおり、今回の外来医療計画の趣旨につきましては、地域で不足する機能の提供について、新たに開業される先生方に協力をお願いするというものでありまして、診療所の開設に新たな規制はかからないということでございます。改めて申し上げます。

その下、外来医師偏在指標、暫定値となります。こちらは平成、今年の4月に厚生労働省から私共都道府県に提示されたものでございます。先ほど説明がありました医師偏在指標と合わせまして、今後患者の流出入で調整したもので確定値を算出したうえで、今回の調整会議以降、外来機能についてご検討いただく予定でございます。

最後、医療機器の指標につきましては、医師の偏在とは異なり、多数あるいは少数区域といったものはございません。現状の医療機器の活用状況を確認したうえで、状況を見ながら医療機器の共同利用の方針等の検討をしていくというものでございます。私からは以上でございます。

議長（鈴木会長）

ありがとうございます。今、医師確保計画と外来医療計画について説明いただきましたが、まず医師確保計画についてご意見をいただきたいと思っております。資料にありますように一番最初に大変ショッキングな県内の医療従事者数の推移ということで、平成12年から見て、当地域は医師数が減っていることが書いてあります。次のページでは、現在行われている医師確保対策及び医師偏在指標について説明をいただきました。なにかご質問、ご意見等ございますか。

久保敷委員

協会けんぽの久保敷です。ちょっとわからないことがあり、質問になりますが、4ページ目上にある医師少数区域の考え方についてですが、医師多数区域については既存の提供体制を確保するための医師確保対策を実施するというので、その既存の医師確保対策が1ページの裏の上の、現在の取組として考えてよいでしょうか。

医療推進課 伊藤主任

今回、お示ししたのは、県の方で行っているものでありまして、そのほか市町村さんの方でも修学資金の貸与ですとか、医療機関関連の医師の確保とかを行っていただいておりますので、現状の対策を崩すとかではないんですが、たとえば、県修学資金を貸与しているような皆さんにつきましては、出来る限り、少数区域への方に配置というような形をとっていくということで、総合的な所をとらえ、医師偏在対策を推進していくためのカテゴリーということで示しています。

久保敷委員

医師偏在対策というのは、今ここにはない対策ということでしょうか。

医療推進課 伊藤主任

県が行っている方ですと、修学資金を貸与するという形になってはいますが、それを今後どうしていくかというのは、医師少数区域ですとか、少数スポットに優先的にという形に

なりますので、その部分はどうしても医師多数区域の、優先順位は下がってしまうというところで、こういった書き方をさせていただいています。

久保敷委員

医師確保対策をしながら、偏在対策を進めるというのは、相対的に医師が不足している
ので、全体的には増やすんだけど、どうせ増やすんだったら、増えた医師については、
出来るだけ北信地区のように少ないところに、医師に来ていただく、そういう対策をこれ
から打っていく、そういうことでしょうか。

医療推進課 伊藤主任

はい。そうです。資料の中でも、修学資金を貸与しているとか進められています。その
効果が今出てきています。どこに優先的になってくるのかというところに医師偏在対策を
打っていくこととなります。

久保敷委員

分かりました。

議長（鈴木会長）

よろしいでしょうか。

久保敷委員

もう1つ。次の資料の2-1の下位33上位33、医師多数区域、医師少数区域の設定とい
うのと、資料2-2の外来にかかる外来医師多数区域、外来医師少数区域、これはイコー
ルということでしょうか。

医療推進課 伊藤主任

これは、別々に設定するものです。まず医師確保計画の上位33.3%と下位33.3%とい
うのは、医師全体の医師偏在指標になっていまして、外来のほうは、偏在の対策というの
ではなくて、沢山外来の先生方がいらっしゃるところについては、移動についてご協力を
お願いしたいというのが基本的な考え方で、それはまた、別の指標でして、診療所の先生
だけで安定した指標で外来をさせるべきかどうかというのを決定させる、別のものになっ
ております。

議長（鈴木会長）

よろしいでしょうか。ほかにどなたかご質問等ございますか。

4ページ目の、医師確保計画に対する施策の方向性ということで、現在の取組と今後の
方向性が書いてあります。前回も話題になりましたし、皆さんの方でもご理解いただいて

いると思いますが、医師確保は、本当に大変なテーマでありまして、そう簡単にはいきません。数だけ増やせばいいということではないし、それから、限界があるわけで、たとえばキャリア形成プログラム云々、それから資金貸与をして、これ9年なんです。ということはですね、病院に勤務されている方はみなさんお分かりだと思うし、僕たちもわかるんですが、結局ですね、一番研修を積んで、経験を積んで、一番バリバリやれそうなところから年限から外れるわけで、この辺が私は医師確保の難しいところで、限界があると思うところで、そこはきちんと理解しておかなければいけないところだと思います。

それから、地域枠を増やすということについては、これまで大学の権限でやっていたことに対して行政も絡むという形になったことは、画期的なことだと思います。信州大学も地域枠が20名あります。私が卒業したのはちょうど40年前で、46年前に入学したときは、地域枠はなかったし定員も100名しかありませんでした。それから見たら果たして県内に医学部を持っている大学が1つしかない長野県に20人でいいのか、大変疑問です。増やしていくことは大変重要ですが、この地域枠を増やした効果が何年後に出てくるかといったら10年以上先なんです。実は、ですから、今、議論している2025年もとっくに乗り越えた2030年過ぎにやっと効果が出てくるもので、なかなかそこが難しいところです。

あと、今年の2月に公表された医師偏在の指標ですが、今まで人口10万人当たりでしか評価されてなかったのが、2月に発表されたときは、これは厚労省としては久々のヒットかなと思いました。ただ、この指標の算出の仕方が適切かどうかは全くわからないところで、難しいんですけど、こういう指標を出して、ディスカッションをする、この指標をもう少し見直していくということも後で出てきますが、そういう中で、自分の医療圏は、全国的にどうなのかということはある程度判断する材料としては参考にしていいのではないかと思います。

私の記憶だと、確か足立委員から前回、医師が足りない足りないって、いったいどの科でどのくらい足りないか具体的に示していただかないと、行政サービスとして全く理解ができないとご依頼をいただいたところですが、やっと足立委員がおっしゃっていたところに少しずつ進んできたかなと。ご理解いただいているんじゃないかと個人的には思っています。

足立委員

今やろうとしていることは、厚労省がこういう形で日本の全体の医師不足という課題について、こういう手法で解決していこうということなので、長野県もこれに従ってやりましょうということですね。

医師確保対策室 渡邊室長

市長おっしゃるとおりで、厚労省の方から今回示された考え方に基づいて行うことになります。

足立委員

もう1つ、医師の偏在を数値化する、ということですが、これは医師の数の話であり、あまりにもおおざっぱすぎる。というのは診療科によって、例えば、ある専門の診療のお医者さんだけいっぱいいても意味がなく、バランスよく、必要な診療科の医師が配置されないと意味がないわけで、そこまでのアプローチが必要じゃないのかと思います。ただ、アバウトで内科だろうが外科だろうが医師の数だけの帳尻合わせでいいのかなあというのがよくわからない。

医師確保対策室 渡邊室長

診療科の問題は、各医療圏での調整会議でも色々ご指摘がありました。今回は医師全体についてということと、あと産科と小児科についても計画をつくりますので、それ以外の診療科については、国の方もどこまでやるかというのは検討中で、もしかしたらそういう方向になってくるかもしれませんが、今のところは医師偏在と、それからまた患者流出入の資料3の方で触れますが、産科と小児科ということで今のところは考えています。

議長（鈴木会長）

厚労省では、将来の各診療科の必要医師数を算定して、そして今現在内科なら何人、脳外科なら何人現状いて、将来何人必要かということのデータは出しています。ただ、これをまだこういう形で公表するとこまでは煮詰まってない。すごく難しい問題ですので、まだ間に合っていないというふうにご理解いただければいいのではないかと思います。

ほかにはどなたか、ご意見等ございますでしょうか。

次の外来医療計画の策定についてということですが、皆さんこの資料をみてお気づきかと思いますが、この計画の大前提は、外来医師多数区域を対象とした計画ということです。ですから全く当地域とは真逆の地域を対象としてつくられている。それは、わからないわけではありませんが、2ページ目の下にある外来医師偏在資料、これはあくまで暫定値ですので、これをこのままとは思わなくていいと思いますが、印象としては実際このとおりで、これに関しては一応申し上げときますが、医師会を預かるものとして、一番困っているのは、当地域では内科の開業医、診療所が足りないことははっきりしています。その結果、今何が困っているかという救急医療等以上に、公衆衛生的な、例えば予防接種にしても何にしても、保健予防事業等のマンパワーが足りず、不肖私も婦人科医でありながら予防接種もしていると、それはいけないとは言えないと思いますが、そういう現状にあります。個人的には、過去10年以上前から北信地域で開業という情報が入った時に、当地域ということをなるべくお願いしましたが、なかなかこの医療圏に来る前に長野あたりで開業してしまう。ということで、この辺も当地域の医療を考えなければいけない問題があります。それから、最後の医療機器の指標ということで、いろいろ出てまいります。医療機器を導入して効率よくやっというのですが、現実的に当地域ではあまりこれは当てはまらないのではないかなと個人的には思っております。今回初めて外来医療も考え

ていこうということで話がでてきたわけですが、何かご質問、ご意見等ございますか。

洞委員

飯山でも北信でもそうですが、結局、病院の医師を集めないとできないわけです。他の地域は夜 11 時まで開業医の先生が夜間診療所をやってくださっている地域が多いんですが、木曾と北信はこの開業医の数では絶対できません。せいぜい休日診療所をお願いするのが精いっぱいです。

そうすると、病院の医師、北信地区にいる医師、木曾にいる医師は一次救急を取らないと大変なんですよ。他の地域よりも勤務医の状況もかなり厳しい状況にあります。病院の医師を集めないと救急医療もままならないので、開業医の先生が少ないことも病院の医師にとって北信地域はかなり大変な状況です。他の地域とかなり違います。やはり外から来た勤務医の先生たちが、北信病院の状況を聞くと他と比べてかなり大変だと言われる。特に東京から来た医師がまさしくそのとおりなので、まだまだ外来と病院と併せて医師のことを考えていく必要があります。この地域は相当に医療資源がない。開業医の先生も病院の先生も増えてもらわないと、この先北信医療圏の医師が少なくなってしまう。

議長（鈴木会長）

はい。ありがとうございます。実際中高医師会に関しては、今、洞委員がおっしゃったように休日診療所ということで休みの日に 9 時から夕方 5 時まで一時救急をさせていただいている。

ただ、須坂も長野も医師会の方で夜間救急をしており、それだけでも病院の医師の負担はかなり軽くなっている。それから飯水さんは一切なしですね。

今日は、色んな立場の人がお集まりですので、申し上げておきたいんですが、病院の医師を増やすということは大変難しいことですが、実は開業医を増やす方がもっと難しいかもしれない。なぜこの地域にこれだけ開業医がいないのかという原因、理由ですよ。それはかなり社会的な要素がありアフターが効いてきておりまして、言ってみれば開業医として営利的に経営を考えたら非常に有利な地域なんです。ライバルが少ないから。なのになぜ、開業医の先生が当地域では出ないのかということも、皆さんそれぞれのお立場でお考えいただければとちょっと思った次第です。

洞委員

中野だけでみれば須坂の半分です。規模は同じなのに開業医の数は半分しかいない。

よく開業医の先生は楽しいていると言われるが、私から言うと、中高医師会の会員で開業すると体がつぶれてしまうんじゃないかと思ってしまう。開業医の先生を増やすというのは大事な要因です。

議長（鈴木会長）

ありがとうございます。他にどなたか、ご意見ございますでしょうか。

よろしければ、以上で閉じさせていただきます。それでは会議事項の3番医師偏在指標等に係る患者流出入の調整について、本日のメインテーマでございます。

事務局の方から説明をお願いします。

(3) 医師偏在指標等に係る患者流出入の調整について

医師確保対策室 渡邊室長

資料3をご覧ください。医師偏在指標等に係る患者流出入の調整についてでございます。1枚目のペーパーの下のシートですが、先ほど資料1にも同じようなものがありましたが、本日は、みなさまと検討、考え方の共有をして了解を得たいという説明がここに書いてございます。厚労省からは医師確保計画と外来医療計画の発射台として、医師偏在指標を算出するための患者流出入の部分だけ、地域の状況に即したものを活用するようと言われており、この6月末から7月にかけて報告をすることになっています。あとの計算式は国の方から示されたものをつかうということですが、この赤い部分について今日は共有できればと思います。検討のスケジュールについて説明は割愛します。

1枚めくっていただきまして、具体的な数字として示してありますが、2月に厚労省から出ました医師偏在指標の暫定値でございます。北信地域は335のなかで269位ということで、このときは少数ということになっています。医師偏在指標は129.1と、ただしこのときは流出入を反映していないというデータでやっています。実際は医師偏在指標を確定させるに当たっては、都道府県及び医療圏間の患者の流出入を見込むことが必要だということを厚労省の方から言われておりますので、今回、県としては地域医療構想等の議論を踏まえて、患者の流出入をどうするか1つの考え方を示しております。国の方からも、4月に患者の流出入を踏まえたものが提示されています。これは公表ベースではなく、事務的に送られてきたデータということでご覧いただければと思いますが、流出入件数を機械的に算定したもので、2017年の患者調査を基に患者流出入数を加味したものになっています。そこでみますと、北信地域は245番で偏在指数は155.1ということになっています。

次のページにいていただきまして、医師偏在指標の考え方は先程ご説明したとおりでございますが、今日はこのシートの右下のほうに赤くくってありますが、患者の地域間の移動ということで、患者流出入について厚労省が示したもので、2017年の患者調査の結果でございます。我々は、それを踏まえまして下にありますが、見込に当たっての考え方を示してあります。

まず、資料1においても説明しましたが、地域医療構想の考え方について、国の方からガイドラインが示されており、地域医療構想との整合性を図れというように指示があります。それを踏まえまして、都道府県間の流出や医療圏間の流出につきましては、将来も同様に患者流出が続くと仮定し病床を算定している、この考え方を、我々は患者流出入について同じように考えていきます。ただし、計画の最初のスケジュールについて示してありますが、2036年に向かって、5回ほど見直しをしていきます。そうすると当然、次の見直

しの2023年になると思いますが、ここまでのものと、このさきのものについてはその時に必要なものの調整を加えて、やっていこうと思いますので、当面4年ということでご理解いただければと思います。さらに医師確保計画は医療計画の一部ですのでその考え方も踏まえていこうと思います。その中に単一圈域で賄うことが難しい医療機能については複数圏域で連携した体制を構築する。ということで地域医療構想のなかでいう脆弱二次医療圏対策は基金を活用することも考えています。

これらの考え方を踏まえまして、県の考え方をまとめますと、下にある黄色のかっこですが、医師偏在指標については、現行の患者の流出入をレセプトデータを活用して見込むこととする。厚労省が4月に示した患者調査の結果に対して、我々はレセプトデータをもとに患者の流出入の率を活用して見込んでいきたいと考えております。ただ、見込んでいく中で脆弱二次医療圏対策もしっかり打って、医師少数スポットとして指定して必要な対策を打っていこうと思いますし、先ほども申しあげましたが、3年ごとに計画の見直しがございますので、見直しの時には患者流出入についても直近の数字を使って見込んでいこうと、必要な修正を加えていこうと考えています。めくっていただきまして、今の考え方を踏まえて、最後のページの試算のところを見ていただきたいと思います。

今の考え方を基に県の方で厚労省から今まで出てきたものの情報を踏まえて、独自に試算をした結果、北信地域が一番下ですが、医師偏在指標は153.9とあります。県内順位は6位となりますが、2回の多数地域と少数地域の中でいきますと、1回目の患者流出入について加味しないときは147が少数地域のボーダーラインでしたが、2回目は患者調査でやった場合、162.2というところになります。ですので、あくまでも試算ですのではっきりとは言えませんが、少数区域、若しくは悪くても多数区域にはならない部分なのかなと思っております。1ページ戻っていただきまして、そういう数字を踏まえまして、厚労省は今後この患者流出入の見込みについてデータを提出していく考え方としまして、厚労省は2017年の患者調査結果で見込むとしていますが、患者調査は3年ごとに9月の調査日当日の入院患者の状況を調査するものであり、先ほども話の中にもありましたが、季節性を加味するには悉皆性を欠いていると我々は考えます。ですので、地域医療構想における病床数の推定や、その他医療計画における考え方等を踏まえて、レセプトデータを基にした患者流出入を踏まえ政策を立案していくことが必要だと考えています。ですので、医師偏在指標につきましてもレセプトデータに基づく流出入を加味することとしたいと思っています。ただし、出す場合は下の表にもあります2つ目の○の※ですけど、入院患者の実数は全国ルールで患者調査を用いるとしていますので、この表の右から3つ目の列の青い数字になると思いますが、北信の場合は900人になります。数字は患者調査の数字ですが、どこに流出・流入しているか、この比率につきましてはレセプトデータを使ってやらせていただきたいと思っています。そうした時には長野0.2、北信地域は0.7というような状況になっています。

シートの下にいていただきまして、産科、小児科及び外来医師偏在指標についても、流出入について県の方の地域の実情に反映したものを提出してこいということになってお

りますので、産科、小児科、外来につきましても、それぞれ県としての考え方を、下のかっこの中に書いてありますが、このようにまとめてデータを使って提出していきたいと考えています。

医師全体につきましては、入院患者の流出入状況ということについて、2016年度のレセプトデータの流出入割合で案分していきたいと考えています。データとして2016年が直近ですので、1年古いですが、それを活用したいと考えています。一方、外来患者の流出入につきましては、2017年のレセプトデータで行いたいと考えております。

産科につきましてはレセプトがありませんので、流出入調整はしないでやっていきたいと考えています。小児それから外来医師につきましては先程と繰り返しになりますけど、2017年のレセプトデータの流出入割合の案分でやっていきたいと考えていきますので、この部分を皆様にご了承願えればなと思っております。説明は以上です。

議長（鈴木会長）

ありがとうございました。

一言で言えばですね、この医師偏在指標、きちんとより正確性を期すために、患者の流出入というファクターをきちんと加えて評価したいと。それについては、患者の流出入というものを話に出してきた。この患者の流出入は非常に評価が難しいところでございます。先ほど言われたように、当地域のように、冬場と夏場と全く状況が変わるようなところは、この従来行っている9月の某日の数字をもって流出入の人数ということは全く不適切であると。ということで、長野県はそこのところを是正するということで、レセプトデータであれば、通年のレセプトデータになりますから、季節性も加味できるということで、県独自としてそのレセプトデータを基にして流出入を算定していきたいと、そういう提案でございます。

レセプトデータといいますが、これ100%はチェックできないわけで、どのくらい網羅していると考えてよろしいでしょうか。

医師確保対策室 渡邊室長

70%程度でございます。

議長（鈴木会長）

70%を網羅しているということであれば、ある程度信頼に足るものではないかと思いますが。

久保敷委員

せっかくなので確認だけさせていただきますが、患者の流出入の計算はそれでいいと思います。前提として、北信地域は長野医療圏に流出しているわけですから、人口だけで見たよりも流出している人を、式で言うと患者のボリュームから減らすっていうイメージで

すよね。ということは、流出している前提を変えずに偏在対策をコントロールする、そういう理解でよろしいでしょうか。

医師確保対策室 渡邊室長

これについては当面4年間ということですので、4年後には状況を見てということで、2036年まで、ずっとということではございません。

久保敷委員

そうすると、加えてですが、北信の100が100ですね、北信地域で医療が終わるっていう体制ではなく、今の流出している0.7と0.2ですか、その前提で4年間を考えていくそういうことになりますか。

医師確保対策室 渡邊室長

その議論につきましては、他のところでもそういうお話はありました。将来的にこの次の見直しの時には変わってくるのかもしれませんが、今のところ、地域医療計画の前に地域医療構想というものがあって、2025年までは維持するというようになっておりますので、そのところでいい方向に行ければ、こうすることはありませんが、やはりその前提としては今の状況を崩さないで、これ以上悪くならないということで、いずれにしても医療計画も地域医療構想も維持するというようになっておりますので、そこを動かすとなると、色んな計画とのバランスが崩れてきてしまいますので、当面4年間はそれでやらせていただきたいと思います。

議長（鈴木会長）

よろしいでしょうか。

久保敷委員

確かに、県全体で見れば、流入しているところがあるわけですから、その流入しているものを入れないと、ちゃんとした数字にならないから、流出もちゃんと見ないとバランスがとれないということですね。

議長（鈴木会長）

以前も申し上げたと思いますが、この流出入というのは変動する可能性があるわけです。ですからそこを言い出したらキリがありませんので、仮定として現状の流出入で算出する。これ致し方ないですよね。この医療圏の立場で考えたら、もっと流出を減らしたいし、流入が増えるのは構わないんですが、ただそういうことを前提に計画を立てるわけにはいかないと思いますので、ここは致し方ないところかなというように思います。私個人的には理解しています。

洞委員

流出については、豊田地区、千曲川の向こう側は長野医療圏を向いており、飯山だってしっかりしてなければ、かなり長野に行きます。だから救急車も両方なんです。そうになると、この医療圏は千曲川で二つに分かれています。データをみれば、現時点で中野市の中でも、千曲川を挟んでしまうとかなり長野に行ってしまう。最初から北信医療圏が分断されているから、どれだけ頑張っても流出は最初から止められないので、これをもって北信医療圏はいらないなんていうデータが出てくると非常に困るなというところがあります。こういう千曲川を挟んで生活圏がだいぶ変わっているということも、どうやって加味してもらえればいいのかわかりませんが、最初から不利な状況にあるような気がしてしかたありません。

議長（鈴木会長）

ありがとうございます。今の話は実際そういうデータが出てきているので、非常に残念に思っています。それもまた中野市長さんに、今後交通網がちょっと変わってくる予定もあるようなので、少し期待をしています。

池田委員

転出の問題は、医療に限らず、経済圏でもそうですし、商圈でもそうです。人は良かれと思う方向に動いていくもので、こういう理念系で「このところが圏域だ」という考え方も、どこかで何か実態に合わせて見直していくことがあるかもしれない、またそれが実態に即している医療の在り方なんだろうなど。いずれにしてもこのあとも話があるかもしれませんが、データに基づいて判断していくということは、これから必要でありますし、もっと言いますと、洞先生がおっしゃったように、その地域の医療ということで流出を考える場合にはそういったことを加味して思考をもっと深めていく必要があるのかなと思っています。話があるのがビッグデータですね。推計値でなくて実態としてどう動いているのかということ、しっかりとみていくことが必要なんだということで、その点は期待しております。

議長（鈴木会長）

ビッグデータにつきましてはこの後説明してもらおう予定です。

横田委員

レセプトデータというのは社保も国保も両方という意味ですか。

医療推進課 伊藤主任

レセプトデータで、患者さんの移動動向を見るということはどういうことかと申します

と、レセプトデータでは患者さんの保険者の番号と、実際受診した医療機関の番号がありますので、例えばこの中野市の被保険者の方が北信総合病院を受診すると、中野市の方が、ここを受けて、飯山市に行ったとか、それをもって患者さんが動いているととらえています。社保が抜けているっていう意味は、社保の保険者番号となりますと地域性がないんですね。例えば全国の企業であれば、一本の保険者番号になってしまっていて、どこからどこへ行ったのかわからないので、レセプトデータで患者の移動動向を見るというのは地域性のわかる国保の被保険者の方と後期高齢の被保険者の方がどこの医療機関さんを受診したのかっていうところで、保険者番号、医療機関番号の動きを見て患者さんが動いているところを見るということでございます。

横田委員

つまり今回は国保と後期高齢者のデータで動きを把握しようということによろしいですね。

医療推進課 伊藤主任

おっしゃる通りで、完全なデータがないところではありますが、先ほど鈴木先生からもあったとおり、患者調査だけで長野県の状況を見るのは難しいと思ってますので、なにがベターなのかっていうところで、国保と後期高齢であれば、全体の7割から7割5分くらいまでは把握できますし、季節性もある程度加味できますので、これを使わせていただきたいと思っています。

横田委員

もう一つ、先ほど洞先生もおっしゃっていた豊田地区の人は長野に行っているのと同じく栄村の救急搬送について、飯山へ来る時間なのかわかりませんが、栄村の人が隣の津南の病院に行ってしまうとか、その時点で長野県を離れて他の県に、新潟県に行っているような事例もあることを知りました。そうすると、今後はそういう問題も、一度栄村の方からも聞いてみることも必要ではないかと。今後、データもそうですが、細かい状況も、栄村の状況も、それを見てあげることも大切ではないかと私個人では思いますが、加味して、ご要望ということでお願いいたします。

議長（鈴木会長）

レセプトデータについて、本当は国保だけで判断するというのは患者の一部しか見てないので非常に危険なんです。前から言っていますが、国保だけとなると、高齢者のほうはかなり反映されるかもしれませんが、いわゆる労働人口を対象として社保を入れたとしたらどうなるか、私勝手に想像すると、もっと流出感がでるのだろうというふうに想定します。

そういうことで、立場上はこれでいくしかないっていう部分も多少ありますが、これは今

後ビッグデータとか利用しない限り不可能です。ただ9月某日のデータを利用するよりはこちらの方が多少なりとも現状に近いところが出てきているのかなというふうに思えばということです。

それから、その栄村のケースは救急患者さんということですか。

横田委員

救急もそうですし、うちは歯科のほうで、他にどこかおかかりですかと聞くと、問診票に津南の病院とか書いてある。医療のほうはそっちに行ってしまうのか、どういうことなのか、そういうこともあったりする。栄村の人からは、冬場になると津南に来る方が近いからというような意見も聞いたことがあります。

議長（鈴木会長）

距離的なことを考えれば、津南を利用されるのは理にかなっていると思います。

横田委員

そうなると流出はそっちに行ってしまったと。

議長（鈴木会長）

県外、長野県と山梨県。長野県と岐阜県のような。

議長（鈴木会長）

行くのは近いところで、これはある程度致し方ない。

横田委員

まあ、致し方ないでしょうかね。ありがとうございました。

議長（鈴木会長）

ちなみに、うちのいいところは、津南が産科に対応できないこともあって、津南までカバーしているみたいです。

他にいかがでしょうか。

無ければ議論は縮めたいと思いますが、よろしいでしょうか。

この件に関しまして、この医師偏在指標に係る患者の流出入の仕方ということで、先ほどのレセプトデータを基に、長野県としては流出入を考えていきたいという提案でございます。これは今日の会議で皆さんに承認をしていただきたいということですが、承認いただけるということによろしいでしょうか。

（承認）

はい。じゃこの件に関しましては当調整会議として承認することとさせていただきます。

どうもありがとうございました。

それでは、4のその他について事務局のほうから説明をお願いします。

(4) その他

医療推進課 伊藤主任

資料4-1「健康長寿ビッグデータ分析・活用事業」をご覧ください。先ほど来、地域医療構想を進めてまいりました地域医療・介護総合確保基金を活用していくという話をいたしました。これもこの確保基金を活用して行くこととしております。目的は医療・介護提供体制の充実及び県民の健康づくり支援のためということでして、国保、後期高齢の被保険者の方々や90万人分のデータを個人情報をしっかり配慮したうえで利用させていただきまして、医療政策ですとか介護、健康づくりに活用していくというようなものになっております。この事業で重要なところは、医療・介護のデータをくっつけるということを考えておまして、後期高齢の方々、国保被保険者の方々が、医療、介護でどういうニーズを持っているのかを一元的に把握しようというような図になっております。また先ほども申し上げたような患者の受療動向というものもしっかり把握できるような形になっております。これまで何のデータを使っていたのかということですが、国の一元的に整理した国保・後期高齢の受療動向のデータを使ってこれまでやってきたところがありますが、どうしても一元的に集計しているところがございまして、県独自でこういったことがしてみたいですとか、あと先ほど近隣医療圏でどうだったとか、より詳しくしていき、県でデータをちゃんと整理していくことが必要かなと思っております。この事業を立ち上げるという形になっております。また、データ自体は90万人の方々であって、過去5年間を経年的に把握できるようにしたいと思っておりますので、かなりのデータ量になるかなというふうに思っております。またここで注意していかなければならないことは、特に医療提供体制につきましては、地域医療構想の急性期医療をどうしていくのかという話がありますが、先ほど鈴木先生のおっしゃっていた通り、急性期医療になりますと、どうしても国保、後期高齢のデータだけでは把握しきれないところがございまして、そういったデータがある程度のところで抽出、分析したところで、こういうデータもあるということに注意しながら進めていけたらなというふうに思っております。こういったものを調整会議で出していただいたりですとか、地域包括ケア、健康づくりに使っていただけたらして県の社会保障の政策の質を高めていきたいということで検討しているところでございます。

もう1枚お捲りいただきますと、資料4-2ということでして、今年度各医療機関や団体の方々に確保基金を使っていただきますというようなものを一覽にお示しさせていただきました。昨年度も見ていただいたものですが、昨年度は要望段階のもので、これがちゃんと計画として、今回予算措置をして、しっかりやっというふうなものになっています。まだこの基金、県のお金と国のお金で折半になっておまして、国の

お金がまだ来ていないところですが、しっかりと配分をしてもらって、飯山赤十字病院さんの機器の購入ですとか、北信病院さんの退院調整を行う支援員の配置ですとか、各団体の方に使っていただけるような事業をしっかりと進められるようなものにしていきたいと考えております。県の医師確保対策でもこの基金を使っているものがございますので、しっかりと配分をして、長野県に必要な取り組みをしっかりと行っていくというようなところでございます。報告になりますが以上になります。

遠山副所長

それでは資料5をご覧くださいと思います。北信医療圏における許可病床数の動向についてという資料です。1に記載の通り北信総合病院さんより、平成31年4月1日付で一般病床26床を廃止する届け出がございました。変更後の当病院の病床数の合計につきましては、419床ということで内訳は記載のとおりとなっております。次にその下2の圏域全体の既存病床数ということで、病床数を有する3病院と1診療所の合計になっておりますけれども、トータルでは変更前は722床に対しまして、変更後は今申し上げた一般病床26床が減少となったということで696床となっております。以上でございます。

議長（鈴木会長）

ありがとうございました。それでは北信病院の洞先生、病床変更についてコメントをいただければと思います。

洞委員

もともと透析室の隣に腎臓内科で26床あったものですが、新築移転の際にその病棟は簡易施設としか使われておらず、特に今の状況で増やす理由もなく、そのまま持つ理由もないので、26床を減らしています。それと、地域包括ケア病床が40床にしたので、急性期は40減らしています。

議長（鈴木会長）

ありがとうございます。只今のご説明につきまして、委員の皆さんからご質問ご意見等ありましたら、お願いいたします。

よろしいでしょうか。それではいったん区切らせていただきまして、今の件に限らず本日の議題等々、何かご意見ご発言等がございましたら、お願いいたします。

洞委員

診療科別の過不足はいつ出されるのですか。

医療推進課 伊藤主任

今聞いているところだと、今回、医師確保計画が4年計画になるんですが、それまで

はなかなか難しいのかなというように思います。もちろん、今回医師全体の指標を出しまして、偏在対策を打っていく中には、先ほどの調整会議の議論もあったように、この圏域は1000人以下でありますので、そういうところに対して優先的に偏在対策を打っていくということはあるかと思えます。それではそれを指標に基づいてやっていくってなるとなかなか難しいところがございます、その理由が小児科、産科であればとらえることもできるんですが、そのほかの診療科をどうとらえるのかというと、なかなか現実的に難しいところがございます、国のほうでも検討が進んでないという状況がありますので、そこがクリアになれば指標が出てくるっていうところはあるかと思えます。現状はまだ難しいということです。

議長（鈴木会長）

最終的にはそういうところもクリアにしていかなければですね。本音を言えば、洞委員も、今日は出席されていませんが石坂委員も指摘をされていますが、要はこんな指標云々の前にこの場で働ける医師として持っている感触のほうが当たってるんですね。ですから本当はそれで議論できればよいのですが、私が思うにやっぱり公的立場としては、それでは他との医療圏との兼ね合いもあって、だからこういう偏在指標なり流出入りなり色んなものを持ってきて、整合性を図って話を進めざるを得ないという、痛し痒しというところがあるんだと思うわけです。ですから、この辺も早く評価をしていただいて、最終的に欲しいのは結果でございますから、何とか医師確保のほうが早く、特に先ほど申し上げた、個人的にはこの医療圏を考えたときに循環器内科も是非最低二人は欲しいなと思っております。言い出したらキリがないわけですが、そういう話が進めばなというふうに希望させていただきます。

それではご意見が無いようですので、以上をもちまして本日予定しておりました会議事項を終了とさせていただきます。皆さんご協力ありがとうございました。それでは事務局にマイクをお返しします。

遠山副所長

鈴木会長、議事進行ありがとうございました。今年度の調整会議は、今日を含めて3回予定しています。次回の開催は概ね9月ごろを予定しております、会議事項につきましては、本日のご審議の成果を踏まえ具体的な検討に入っただけだったと思っています。内容につきましては改めてご案内をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。それでは以上をもちまして令和元年度第1回北信医療圏地域医療構想調整会議を閉会とさせていただきます。本日はありがとうございました。