

令和元年度第2回北信医療圏地域医療構想調整会議 会議録

1 日 時 令和2年1月9日（木）午後6時30分～8時30分

2 場 所 長野県飯山庁舎 3階大会議室

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）、
南 修（中高薬剤師会長）、宮沢 誠（長野県看護協会北信支部長）、
石坂克彦（飯山赤十字病院院長）、洞 和彦（北信総合病院長）、
田邊剛一（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）
（欠席：横田 純（飯水歯科医師会長））

事務局 長野県健康福祉部

原澤徳泰（医療推進課課長補佐兼医療計画係長）、
木村祐造（医師確保対策室課長補佐）、
伊藤達哉（医療推進課医療計画係主任）、
山本朝香（医療推進課医療計画係主事）、
加藤 慧（医師確保対策室主事）

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）医師確保計画の素案について

議長（鈴木会長）

皆さん本日はご苦労様です。

時間も限られておりますので、スムーズな進行に御協力いただき、有意義な会議にしていき

たいと思いますので、よろしく申し上げます。

それでは次第に従いまして進めて参ります。まず、会議事項の（１）医師確保計画の素案について、事務局から説明をお願いします。

医師確保対策室 木村課長補佐

医師確保対策室の木村と申します。本日、医師確保計画の素案を説明させていただきます。

今回、資料は全部で５種類になります。そのうち、本日説明で使わせていただくのは、机上配布資料と書かれました２種類です。①計画素案の概要、②素案の抜粋を用いて説明させていただきます。残りの３点につきましては、お持ち帰りいただきましてご覧いただければと思います。

資料が多い理由ですが、医師偏在指標について国からの内示は１１月と１２月にありましたが、まだ公表には至っていないということが背景にあります。

内容につきまして、本日の会議の席でご意見をいただければと思いますし、会議後につきましても、資料１-２に医師確保対策室の連絡先を入れさせていただきましたので、ご意見等があればご連絡いただければと思います。

まず、机上配布資料①医師確保計画素案の概要でございます。

策定の趣旨・目的、計画の位置づけ・期間でございます。５月の調整会議でも説明させていただきましたが、医師確保計画につきましては、医療計画の一部としまして、地域医療構想ですとか、医師の働き方改革とあわせて三位一体で施策を推進していくことが掲げられておりますので、そういった方向に沿って策定するものでございます。

期間でございますが、第一次として２０２３年（令和５年）までの４年間でありますけれども、最終的な目標は五次の計画終了の２０３６年まで計画を策定いたします。

現状と課題ですが、２つ掲げさせていただいております。

まず左側ですが、医療施設に従事している医師の数、こちら２年に１回の三師調査を基にした結果でございます。ごらんとおり、２００２年を１とした場合の各圏域の状況を示してございます。

各地域毎に差がある状況をご覧いただければと思いますが、そういったものの是正の必要があるということが課題の１点目でございます。つづきましてその右側です。県では平成１８年から、医学生の修学資金の貸与制度を始めております。１０年以上経過しておりますけれども、ご覧のとおり貸与医師が増加しております。特に勤務して６年目・７年目以降の医師の数が増えてくることが予測されております。医師の配置につきましても、効果的な配置をしていかなければならないというのが、現状と課題の２つめでございます。

つづきまして、医師の偏在指標、区域の設定等、また医療法で求められております医師の確保の方針・目標でございます。

机上配布資料②を１枚めくっていただいて１３ページです。こちらは医療圏ごとの概況、医師数の推移、人口の推計、医療従事者をめぐる課題等を整理させていただきました。

そのうち、（３）「医療圏を超える医師の派遣等の状況」をご覧ください。これは２０１８年三

師統計を基に整理をさせていただいたものです。

まず一番上、北信医療圏内で従事している方が約93%弱でございました。その下が、主たる従事先が北信で従たる従事先が他の医療圏の方です。その下が、逆に主たる従事先が他の医療圏で、従たる従事先が北信の方です。記載のとおりでございますが、右側にどの医療圏からということを整理させていただきましたが、松本医療圏、長野医療圏からの派遣が多いということでございます。こちらは、目標医師数の設定の参考ということで、北信を含めまして、すべての医療圏で整理させていただきました。

つづきまして、偏在指標の区域の設定ということで、机上配布資料①のおもて面の下ですが、県全体としては202.5ということで、全国37位の医師少数県に該当しております。

その下になりますけれども、北信医療圏につきましても、確定の数値ですけれども、154.7で少数区域。昨年2月の暫定値でも少数区域であったということでしたので、この区域としては少数区域の設定がされています。

医師の確保の方針でございます。まず、県全体では少数県ですので、医師数の増加を図ることがまず第一点です。あわせまして、医療圏・医療機関の間の連携・協力により確保を図ることを方針として定めてまいりたいと考えております。

二次医療圏ごとの状況ですが、北信は少数区域でございますので、医師数の増加を図ること、また県全体の方針と同様、医療圏・医療機関の間の連携・協力により確保を図ることを方針として設定して行きたいと考えております。この連携につきましても、少数以外の他の区域についても同様に考えています。

目標でございます。考え方ですとか、北信医療圏の状況につきましては、下に記載のとおりです。過去の推移ですとか、確保計画、偏在対策を行う中で、どういった見込が立てられるかを、少数区域、普通区域、多数区域の区域ごとに設定していければと考えております。

数字につきましては、試算の段階ですが、2018年三師統計結果を基に153人から、2023年の段階では174人ということで、これを目標に施策を行っていくことを考えております。

机上配布資料②の17ページから18ページにかけてご覧ください。

目標医師数につきましては、下位33.3%のラインを脱するために施策を行っていくこととなります。各圏域ごとの状況ですが、県全体も含めまして、実情に合致しているとは言い難いのではということで、長野県独自の考えとして、18ページの【目標医師数の考え方】に記載させていただきました。今回設定期間が4年ですが、全体では16年の計画でございますので、過去16年間に県全体、区域ごとにどういった伸び率が出ているかということをもとにまとめさせていただいたのが、中ほどから下にかけての表でございます。

各区域ごとに最高の伸び率等を記載してありますけれども、区域ごとに伸びは違うことがわかります。今後の目標設定にあたって、少数区域の北信ですが、算定に当たりましては、医師少数でも多数でもない普通区域の伸び率を2.61%としてあります。この伸び率を基に今後4年間の算定をしてまいりたいと考えております。

再び、机上配布資料①の裏面に戻っていただいて、目標達成の施策でございます。

①から⑥まで大きく6項目に分けて整理させていただきました。

①県内に勤務する医師の確保は、信州大学ですとか、東京医科歯科大学等の地域枠の維持充実等であります。

②医師の養成体制の充実、③地域偏在対策ですが、特に今回の計画ではこういったものに重点的に取組んでいけたらと思っております。そのイメージが右側の図になりますが、昨年度から進めております、圏域の拠点病院を中心とした診療支援を促進することと、修学資金の貸与医師の効果的な配置も必要となってまいりますので、拠点病院と周辺の医師不足病院とが連携しながら、医師の確保を図っていくことを重点的に進めて参りたいと考えております。

その他の施策ですが、④診療科偏在対策として、総合的な医療を行う医師等の養成体制の充実、⑤働き方改革への対応などです。

なお、この資料に記載のものは重点的に取組んでいくものの抜粋でございますが、詳細は、机上配布資料②の 20 ページから 23 ページに記載させていただいております。以上が全ての診療科における医師確保計画でございます。

次に、産科・小児科の医師確保計画ですが、国から内示された内容を見ますと、北信医療圏は、産科につきましては相対的医師少数区域、小児科につきましては相対的医師少数ではない区域に位置付けられております。

医師の確保の方針ですが、平成 19 年の「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」を基にそれ以降の保健医療計画の中で、医療資源の集約化・重点化という形で、いろいろな施策を進めさせていただいておりますが、それを引き続き進めていくということで、医療体制の連携・維持を図るという方針を掲げております。

具体的な施策ということで、研修・研究資金の貸与、院内助産の普及・推進などを掲げてございます。

最後ですが、推進体制です。計画の推進にあたりましては、県の地域医療対策協議会ですとか、信州医師確保総合支援センター等、様々な機関の連携による推進を掲げております。以上が医師確保計画の説明になります。

議長（鈴木会長）

はい、ありがとうございました。事務局の方から、医師確保計画の概要について説明がありました。分かりづらい部分もあると思いますが、ご質問含めまして、委員の皆さんからご意見ございますでしょうか。

池田委員（中野市長）

お聞きしたいのですが、やはり医療というのはそこに住む人のための医療ということですから、このエリアの人口構造が将来どうなるのかという問題があるのですが、そういうことは加味されているのでしょうか。

例えば 2025 年、あるいは団塊世代ジュニアが高齢者になる 2045 年とか、その時の人口構造などは加味されているのでしょうか。

木村課長補佐

人口の推移ということですが、今までは区域における人口と医師というところだけだったの

ですけれど、今回の偏在指標の算定にあたりまして、人口において、性別ですとか、年齢別によって、医療の需要率がどのくらいなのかということ算定して、指標に加味したということでございます。

議長（鈴木会長）

よろしいでしょうか。例えば20年後を見据えて、この地域の人口減少については、ものすごい数字が総務省から出ていますよね。各市町村ごとに、何%減少するといった数字が出ているわけです。それを見ると、想像を絶するような状況になるだろうと思われるのですね。それで、そこまで考えてしまうと話は進まないのです、とりあえず2025年、その辺まででまずは進めていくという捉え方ですよ。その先は、また考えざるを得ないのではないかと思いますのですが、どうでしょうか。

木村課長補佐

ありがとうございます。会長さんから言っていたように、今回の計画が4年間ということで、2020年から2023年までになっています。これは第1期で、最終的に2036年の間に見直しをしていきたいと思っておりますので、あくまで4年間ということで進めていきたいと思っております。

議長（鈴木会長）

ほかにどなたか。

石坂委員（飯山赤十字病院長）

数字のことで質問させていただきたいのですが、机上配布資料①の真ん中より少し下のところに、医師少数区域とか医師数が書いてありまして、これは先に配られた資料では暫定値となっていましたけど、これは確定した数字でよろしいですか。この場合、暫定値と比べると、ちょっと少なくなっているところもありますけれど、大部分では数字が増えていますよね、これはなぜですか。

木村課長補佐

昨年2月に国の方から出された暫定値と一番大きく違うのは、患者さんの流出入の関係です。確定値は、流出入の調整を踏まえた数値となっていますが、暫定値についてはそういったものがなされていない状況です。

石坂委員

そうしますと、北信が暫定値129なんだけど、確定値で154とだいぶ増えていますよね、これはどうしてですか。やはり流出入の関係ですか。

木村課長補佐

その要因が大きいです。

石坂委員

流出している人が多いからってことですか。

木村課長補佐

そうですね、具体的な数字はすぐには出ないので、確認させてください。

石坂委員

わかりました。それから、資料②の17ページのところで、一番下の表ですけど、二次医療圏の状況、国から示された目標医師数と書いてありまして、このところの北信の標準化医師数139.0となっていますが、これと確定した154.7との関係はどういう関係になるのですか。

木村課長補佐

まず154.7というのは、医師偏在指標になりまして、これは、5月の調整会議にも説明しましたが、その地域において、医師の数と患者さんのニーズがどれくらい指標になるかを相対的に表した指標です。

17ページに、標準化医師数139.0という数字がございますけれど、こちらにつきましては、2016年、平成28年の三師調査の140.0という数字に、性別ですとか、年齢別という要因を加味して標準化したものということがございます。また、目標医師数というのは、125になりますけれど、2023年の段階で、上の方に医師少数区域と達するライン161.6というラインがあるかと思いますが、2023年の人口推計を基にすると、医師の数がどれくらいになるかということが分かるので、指標上は161.6というふうには上がるんですが、先ほどもお話がありました人口の減少もございまして、125という下がる形になります。非常にわかりづらいのですが、偏在指標と医師数ということで意味合いが違うのかなと思います。

石坂委員

そうすると、偏在指標というのは、医師の数じゃないのですね。

議長（鈴木会長）

指標なんです。だから単位が違うんです。ちょっと分かりにくいんですけど、17ページの2の国から示された意味というのは、分かりやすく言うと、この医療圏は14名、余分だということなんですよ。

石坂委員

どこの時点で？ 2023年？

議長（鈴木会長）

そうです。今139名なんだけれど、14名、余分ですよということなんです。

国が、ただ机上で計算した数字なんです。このとおりだと、この地域は医者を減らしてもいいということになるんですよ。それでは困るから、県の方では独自に次の18ページで説明してもらいましたが、現状の数字に下半分に書いてある普通区域の増加率2.61をかけて、21名増

やす目標とする設定にしたんですよ。

石坂委員

ちょっとわからないのが、元々北信地域というのは、医師少数区域の下3分の1になっているのですよね。それなのに、もっと少なくていいっていうのは、ちょっとおかしい。

議長（鈴木会長）

それは今後の人口減少を加味したということ。

石坂委員

それはわかっていますが。

議長（鈴木会長）

机上の計算だとこういう数字が出ちゃうんですよ。残念なんだけど。僕もびっくりしたんですけれど。

洞委員（北信総合病院長）

いずれにしても、松本は医師が非常に多いってこと？

議長（鈴木会長）

そういうことです。非常に多い。

洞委員

要は、松本から医者に移せば、長野県は全部足りてしまうということなんですね。

議長（鈴木会長）

実際、感覚的にもそうですよね。そのところをなんとか、県全体の中で進めていければということなんです。

木村課長補佐

ありがとうございます。鈴木先生がおっしゃっていただいたように、17 ページ一番下に数字があると思いますが、その上に棒を横にしたラインがあると思います。先ほどの話に出ました松本に関して言いますと、現状ですと多数区域に入っていますが、それを左側の少数区域を脱するラインまで移した場合ということになりますので、現実的には考えられない部分かと思えますので、あくまで機械的に出した数字になります。

議長（鈴木会長）

ほかにどなたか。

県では、とりあえず 2023 年までに、この医療圏は 21 名増やすということで設定したということ。

足立委員（飯山市長）

今の説明は長野県全体の医師確保計画なのですが、ただ県がこういうことをやっているのでも説明しますという話なのか、これについてそれぞれの医療圏での会議で賛成しろとか反対しろとか、そういった位置づけで説明しているのですか。そうだったら、よくわかるんだけど。調整会議で了解してもらおうということなんですか。どういった趣旨なのか、よくわからないのですが。

木村課長補佐

まず、来年度から4年間、都道府県として医師確保計画を定めなければいけないということになっています。それにあたりまして、もちろん県全体の計画としても考えるのですが、少数区域とかの区域ごとの設定をいたしまして、それに基づいて施策をどうやっていくかということを考えていくものです。ですから、県の計画ももちろん、このデータの中に含めますし、圏域の計画も入ってくるものですから、それにあたりまして、県の今考えている計画の素案を示させていただきまして、スケジュール的に今年度末の策定となっております関係で、この会議でご意見をいただければと思っております。

足立委員

この計画についてよくわからないのは、目標を設定してそれを達成するための計画なので、例えば長野県全体としての医師確保計画ですとか、例えば北信医療圏で、不足している医師はどれだけの科で何人というのを、それぞれの医療圏で出して、それを具体的にまとめれば、現実的な医師確保計画になると思うんですが、これはただ、県全体でどれくらいの人数が必要なので、偏在率はこうですというところで留まってしまっている。だから、これを出しても、実現する道筋がないんですよ。偏在率とかこれを目標にしましょうとか、具体的にどこのエリアにどういった専門のお医者さんを何人確保して、どこの病院に配置するのかということまでやらないと、医師確保計画にならないのではないかと、我々行政レベルでは思うんですよ。その辺のギャップを感じてしまう。

議長（鈴木会長）

それは、この会議に出席している委員が全員感じていることで、次のステップでそういった要素が入ってくるはずですよ、と私は期待しているんだけど。ただ人数だけ21名必要という数字を出したからと言って、なにも解決になるわけがないので、足立委員がおっしゃったように、決定的に足りない診療科は何人ということなどを加味した上での医師確保計画ではないと意味がないと思います。

そういったことは考えていらっしゃるんですよ。

木村課長補佐

今回、地域偏在対策と診療科の偏在対策の問題もございますので、計画の中で若干ご説明させていただいたのですが、診療科の偏在対策についても、力をいれていく必要があると思います。具体的に申しますと、資料②の22ページの4の診療科偏在対策というところで、重点

的に推進する施策ということで、上の○につきましては、総合医療というところで、養成体制の充実を図っていければと思っています。また、下でございますけど、地域の疾病ごとの医療需要をまかなうというところで、先程ご指摘がありましたとおり、疾病ごとの実績ですとか、疾病ごとの医師配置の現状のデータを基に、各診療科医師の効率的な配置を計画の中に位置づけさせていきたいと思っています。それでこの計画を基に、具体的な実際の事業を考えていければと思っています。

議長（鈴木会長）

何科の医者が特に欲しいということは、各医療圏で違うと思うんですよ。そこをもうちょっと明確化した案というのを早く作成してほしい。今の案は漠然としていて、県全体としての施策の内容しか書かれていない。例えば、当地域においては、人数的に言えば小児科は充足している。実際に資料に載っているよりも1人増えているわけで、当地域の小児科医は8名となっているわけです。産科に関しても、充足しているからといっても、数的には足りないのです。この資料って2017年で作ってあるんですけども、昨年のデータを見ると、分娩数がこの数年間で悲しいくらい激減しているんですね。産科の状況がちょっと変わってきている。これは県内全般、松本地域も同じです。ありがたいことに産科と書いてあって、個人的には嬉しいんですけど、ここに書いていない科について、北信医療圏では必要性が差し迫っている現状もあるわけで、そういったことも再三、この会議で言ってきたことなのですが、そういうことを各医療圏に当てはめて、医療圏ごとにどの診療科が足りないってことを、もっと早く明確に打ち出して進めていただきたいなと思います。これは要望です。

（2）外来医療計画の素案について

議長（鈴木会長）

それでは、資料の2番ですね。外来医療計画の素案についてご説明をお願いします。

医療推進課 伊藤主任

医療推進課の伊藤と申します。明けましておめでとうございます。

私からは外来医療計画についてということで、お配りしている資料2-1、外来医療計画の主な記載事項についてというものと、本日机上で配布させて頂いております外来医師偏在指標についてという資料をご覧いただければと思います。私の説明も、先ほど申し上げた医師確保計画と同様で、第2期保健医療計画の一部として、外来医療計画というものが関係するところとなっております。こういった計画を策定するにあたりまして、今日ご意見を頂きたいということで、会議に伺わせていただいております。いつもこの調整会議では地域の役割分担ですとか、今後の医療体制をどうするのかということを論議するところでございますが、今日は県の方で計画を策定させて頂くということで案を提出させて頂きまして、ご意見を頂きたいということで、この会議を使わせて頂いているということでございます。

まず、外来医療計画の主な記載事項について、資料の1枚目の下のスライド、外来医療計画の策定・推進にあたっての基本的考え方をご覧頂きたいと思います。前回から時間が過ぎてしまっておりますので、まずこの外来医療計画とは何なのかというところを説明させていただき

ます。この外来医療計画、主に二つをエッセンスとしているところでございまして、一つは(1)の外来の医療提供体制の確保についてというところでございます。こちらにつきましては、医師確保計画と同様に、外来偏在指標というものに基きまして、県内の10の広域を外来医師多数区域とそうでないものに分けまして、外来医師多数区域につきましては、新たに開業する際に地域で不足している外来の機能を担って頂くことを協議するという形になっております。協議はこの調整会議を活用させて頂くということを考えているということでありまして。

もう一つは、医療機器の効率的な活用についてということとございまして、各圏域に医療機器を新たに整備する場合、共同利用などの効率的な利用をしていきたいということがあった場合に調整会議を活用させて頂きまして、効率的な利用方法はどのようなものなのかということについて協議して頂くというような形になっております。

外来医療提供体制につきましては、申し上げた通り外来医療偏在指標というものを使うことになっておりまして、それが今日机上配布させて頂いております外来医師偏在指標になっております。各圏域の全部の状況をお示ししているところでございますが、この北信地域の外来医師偏在指標は79.1となっております。全国の順位で見ますと、かっこ書きしてありますとおり、288位となっております。この指標の使い方なんです、医師とは少し変わっておりまして上位3分の1を外来医師多数区域にするということになっておりまして、長野県内になりますと木曾、松本、大北がそれぞれ89位、41位、19位となっております、この3つの区域が、指標の上では外来医師多数区域となっております。

この外来医師偏在指標でございますが、表の右側の係数を用いて算出しております。これは患者1人に対し、どれだけ診療所の先生さんがいらっしゃるかを表にしたものでして、①が標準化医師数ということでして、診療所の先生が標準化した場合、何人いらっしゃるかとということで、これが分子になっておりまして、分母の方は外来の医療需要を見るということになっておりますので、人口がありまして、外来患者発生率がありまして、それを診療所で実際に対応している患者さんがどれだけいらっしゃるか、あとは圏域内外で患者流出があるのかっていうような係数を用いまして、外来患者当たりの指数を指標として出したのが、外来医師偏在指標となっているところでございます。繰り返しになりますが、北信圏域288位、79.1ということで外来医師多数区域ではないという状況になっております。

資料2-1に戻って頂きまして、どういったことを進めていくかというところで、計画策定にあたっての基本的考え方ということをお伝えさせて頂きたいと思っております。こういった考え方を示す経緯でございますが、昨年5月・6月の各地域の調整会議の際に、外来医師多数区域だけで不足する医療機能を充実させていけばいいのか、そうではないのではというご意見もありましたので、外来医師多数区域に限らず、各圏域の外来医療提供体制を充実させるために、新規の開業がある際には、在宅医療、休日医療、公衆衛生等に新規開業の先生にもご協力をお願いしてはどうかというようなことがありましたので、今回考え方を示させて頂いております。

外来の医療提供体制につきましては、現行の医療計画の中でも取りこんでいるところがございます。外来医師多数区域だけではなくて、新規開業する先生方に不足する医療機能を担うことをおねがいすることはできないかと考えております。ただ、強制的にやってくださいというのではなくて、対応される先生の自主的な判断といいますか、自由開業制ということもございまして、それは担保した上でやっていくことが必要だと考えております。最後に医療機器に

つきましては、共同利用を行う意思がある場合には、この調整会議でお話させて頂いて、進めていってはどうかと考えております。

1枚おめくり頂きまして、今、開業の際と医療機器の共同利用の際の協議ということで申し上げたところですが、具体的にどういった手続きをするのかということについてまとめてあります。開業にあたりまして、先生が開業される際は県の方に開業届を頂くことになっております。したがって、その際に、不足する外来医療機能への対応を頂くことの可否につきまして、開業届様式に合意欄を設けまして、それに意思表示をして頂くことを考えております。県が開業を確認した時点で、その結果を調整会議で協議し、外来医療提供体制の充実等の検討をいただくというかたちです。

医療機器の共同利用につきましては、県の方から新たに医療機器を設置する方々に確認しまして、共同利用の希望がある場合には、調整会議の方に出して頂きまして、共同利用の効果的な方法とは何なのかということも協議いただくということも考えているところでございます。今申し上げた通り、手続きが2つあるだけという形になってしまいますので、実効性ですとか、具体的にこの圏域で不足するのは何なのかという議論ができるように、この外来医療提供体制の可視化ということも考えているところでございます。県の方で様々なデータをもってございまして、いわば持ち腐れになっているところもございまして、そういったものはウェブサイトですとかそういったところを活用して、広く周知していけたらと考えております。資料では、主なものとしていくつか可視化する項目を上げさせて頂いております。医療施設の配置状況ですとか、初期救急医療の状況、在宅、小児医療等の状況、医療機器の稼働状況みたいなものも地図上に可視化して、この地域のアクセス等を考えましてどうなのかということも可視化できたらと考えております。

おめくり頂いた次項は、参考事項で地図上に可視化しているものは、とりあえずこういったものを主なものと考えておりますということも上げさせて頂いております。一つは医療施設の配置状況ということで、いくつかある中でこれだけの医療提供体制がありますということでございます。もう一つ、医師確保計画を進めておりますので、診療科ごとに市町村でどれだけの先生方がいらっしゃるのかということも示しながらと考えております。あとは初期救急の状況、在宅医療の状況で、高齢化率と後期高齢者人口がどれだけいらっしゃるのかということと、在宅医療を提供する施設がどれだけあるのか、こういったものを提供していきまして、この地域でニーズがあるところはどこなのか、流出してしまうのは何なのかを明確に確認した上で、この地域の医療提供体制の充実についての計画の中に入れこんでいけたらと考えています。具体的な計画の内容はお配りした資料 2-2 といったような形になっておりますので、ご覧頂きましてご意見等を頂けたらと考えております。よろしく申し上げます。説明は以上です。

議長（鈴木会長）

ありがとうございました。この外来医療計画については5月の会議の時にも話があったので、皆さんご理解頂けたと思うのですが、そんなに大きく変わったところはないと思います。皆様いかがですか。

要は分かりやすく言えば、この地域は開業医が少ない、県内の医療圏としては一番少ない。特に内科医が少ないということは、こんな資料を出さなくても明白なのです。

まず、開業する気になるかならないかがポイントなのですね。この前も言ったように、この

地域で開業しようという意欲を持っているドクターがどれだけいるかなんですけども、ここが問題なんで、開業する医師が生まれてくれたらしめたものだと思います。そこへ持っていくまでが、実際には難しいわけなんです。だから、この地域が少ないのであって、これが現状だと思うんです。ですからこの計画のままだと、たぶんこれは計画倒れになって、現実的には何も実効性のないものになってしまう。5月に私同じようなことを申し上げたのかもしれませんが、もうちょっと踏み込んだ形でお願いしたい。難しいかもしれませんが、できることなら、北信医療圏に内科で開業したら、融資を受けられますよっていうような情報が裏情報でも流れたりとかね、例えばですよ、そういう形があれば、もしかしたら効果があるかもしれないなと個人的には思うのですが。

石坂先生と洞先生にお伺いしたいのですが、現実には必然的に診療所で扱うべき症例を、逆に病院に依存せざるをえない状況というわけですね。実際、そうですね。

洞委員

夜間は、他の地域だと夜間診療所が対応するのですが、この地域では夜間・救急を飯山日赤を含め、病院が対応しなくちゃいけない。

議長（鈴木会長）

具体的にわかりやすく言えば、病院の持っている病床数以上に、ドクターの勤務負担が大きいですということですね。たぶん、飯山日赤さんも同じですよ。

石坂委員

全く同じです。

(3) 公立・公的医療機関の再検証について

議長（鈴木会長）

それでは、会議事項の3番、公立・公的医療機関の再検証について事務局からお願いします。

医療推進課 原澤課長補佐

長野県健康福祉部医療推進課 原澤と申します。私の方から資料3「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証」について御説明いたします。

こちらの資料につきましては、昨年9月26日厚生労働省が設置をしております「地域医療構想に関するワーキンググループ」（以下、WGとする。）において示された分析結果をまとめたものでございます。

まず、1ページ目の下のスライド、分析対象領域・項目等についてですが、分析のデータ源につきましては、平成29年度の病床機能報告、平成29年1月1日現在の住民基本台帳人口等でございます。分析の対象の医療機関ですが、平成29年度の病床機能報告において、高度急性期、急性期の2つの病床が存在する公立・公的医療機関等です。分析の対象となりました領域ですが、表の左側に記載があります9つの領域です。

1枚めくっていただきまして、今回の診療実績の分析と再検証の流れですが、分析は2種類

ありまして、まずAとして診療実績が特に少ないことの分析です。先程ご覧いただきました9つの領域で、厚生労働省で分析を行いまして、すべての領域で診療実績が特に少ないとなる医療機関につきまして、再検証を要請していくとしています。それからBといたしまして、類似かつ近接の分析ですが、上の9つの領域から、災害、へき地、研修・派遣機能の3つを除いた6つの領域で、こちらは医療圏内の分析ですが、6つの領域で類似の診療実績があつて、かつ近接する医療機関がある場合、再検証を要するとしております。

再編統合の考え方及びスケジュールです。こちらは先ほど来、申し上げております9月のWGで示されたものですが、まず再編統合の定義ですが、こちらにつきましては、ダウンサイジングですとか、機能の分化、機能転換等も含めて、再編統合であると厚生労働省は説明しています。それから再編成のスケジュールの予定ですが、今回の対象病院について県の確認を経て確定するとされているところですが、現時点で正式な通知は来ていない状況です。スケジュールですが、本年の9月末、3月末とそれぞれ示されていますが、これにつきましては、昨年12月24日、今回の関係で設置をされました「国と地方の協議の場」において、国が説明したところによりますと、基本的には今まで通りのスケジュールで考えていただくことになるけれども、改めて通知を出す、というふうな説明がなされたところでございます。

次のページ、5、6とありますけれども、今説明した分析によって出された結果です。2つめの○にありますように、報告の時点について、救急搬送等の医療、救急車の受入件数ですけれども、平成28年の7月から、平成29年6月までの1年間の診療実績となっております。その他の項目は平成29年6月の1か月間のみということでございます。

下のスライド6は、分析結果、AとBの結果でございます。Aにつきましては、全国の診療実績、Bにつきましては、圏域内の診療実績ということで、ご覧のとおりでございます。検証対象につきましては、1医療機関が対象となったということでございます。

最後のページです。以上が今回厚生労働省が公表したものでございますが、これを踏まえまして、県といたしまして、どういう形で進めていくか、まだ正式な通知がきていないところではありますが、現時点での整理というものでございます。

まず1点目といたしまして、これは県といたしましては、先日の県議会でも答弁しているところですが、今回の厚生労働省の分析につきまして、全国一律の基準により行ったものでございまして、対象病院が地域において果たしている役割を踏まえていない、この結果だけで、再編統合の検討を行うのは適切でないと思っております。

ただ一方で、先程から会議の中でもご発言がありまして、今後の人口減少や少子高齢社会というものを踏まえまして、再検証の対象となった病院だけではなくて、すべての医療機関で地域内の連携体制や果たすべき役割について、検討を進めていただくことは必要だということと考えておりまして、したがって再検証を進めるうえの方針ではございますけれども、地域医療構想自体を進めていくための現時点での整理、と言う形で考えております。検討に当たっての視点ということで4つ掲げてございます。

まず、1点目につきましては、県としましては、外来医療計画でも説明しましたが、私どもの方で入手可能なデータをできる限り医療機関に提供して可視化をしていきたいということです。2点目としまして、医師の派遣、配置につきまして、今後策定していく医師確保計画に基づいて、圏域全体で検討が必要だろうと考えております。3点目としまして、この調整会議に加えて、医療情勢等連絡会といったような関係者の皆様方で協議いただく場などを活用しながら

ら、地域の実情を踏まえて、今後の取組の方向性を検討していく必要があるかと考えています。最後に、検討していく中で、当然お金の面での支援ということが伴ってまいります。現在でも、地域医療介護総合確保基金などを活用して支援させていただいているところではありますが、この基金活用の更なる拡大につきまして、現在、県の予算編成の作業の中で検討しているところでございます。

以上申し上げました4つの視点に沿いまして、今後出されます厚生労働省の通知を踏まえて地域医療構想を推進していきたいと考えております。説明は以上でございます。

議長（鈴木会長）

昨年の9月26日ですね、厚生労働省もしびれを切らしたのでしょうかね、424の病院名を公表しました。ある意味フライングともいうべきでしょうが、でもそれが本音なんでしょうね。

県内では15の病院が対象ということで、新聞紙上含めまして全国的にも自治体とかの不満が噴出するという問題となっているのですけれども、いずれにしても、日本という国が大きく変革していく、人口減もそうですし、産業もそう、インフラだってどう維持していくか心配になってしまう感じがします。ただ、数字だけで分析できないことは、誰でもわかっていることで、個人的にはこういうことが公表されたことで、例えば、この地域に限って言えば、医療に限らず、将来どう言うことが問題になっていくかという切迫感が、多少なりとも住民の方に知れたのなら、それはそれでプラスになって、この地域を医療を含めて、どう持っていけばいいのかの題材になったと個人的には感じました。

特に、石坂委員からご意見あると思いますが、あくまでこれは現状でのデータによる机上のチェックであって、地域の実情を反映できていないわけですよ、だから、こういう調整会議があって、ディスカッションして、一応病床数を決めたわけですから、あくまで決めたのは飯山赤十字病院が決めたのではなくて、この会議が決めたのですから、この会議の単位で再検証をしていく、喧々譁々して決めた数字を再検証していこう、そんなに進まないとは思いますが。何かご意見ございますでしょうか。

石坂委員

補足みたいな形になりますけど、6ページの分析結果を見ていただくと、分析結果というものがでていまして、A項目とB項目があって、当院ではA項目は合致しなかったのですけれども、B項目が全部当てはまりまして、対象となったということでございます。議長からありましたように、地域の事情がありますので、統廃合しろと言っても、うちは困るといいますか、今回の対象となったのは急性期の病床数のことで問題となったと思われるんですが、飯山日赤に急性期がなくていいのかということになると、そこはどうなのかなと感じます。確かに、地域包括ケア病棟で急性期をできなくはないんですが、当院としては、急性期病棟は維持したいと思っております、ですから、病床数を少し減らすとかいうことは、今後の検討の課題にしてもらってもいいかなとは思いますが、急性期病棟をなくすとは考えておりません。

それと、ひとつ確認させてもらいたいんですけど、6ページのところに再検証のスケジュールって書いてあるんですけど、再編統合を伴う場合は2020年の9月末までとか、再編統合を伴わない場合には2020年の3月末までと、書いてあるんですけど、これはそこまでに、この調整会議で結論出せという意味なんですかね。

原澤課長補佐

国の方で当初このやり方を考えていた段階では、いわゆる「骨太の方針」というのがありませんけれども、当然、厚生労働省もそれに沿って施策を進めていて、この方針の中にこの記載があるわけなんです。現時点ではこの「骨太の方針」というのは変わってない部分がございますので、今の時点で厚生労働省の説明では、基本的にはこの方針に沿った形で検討を進めていただきたいんですけども、今先生おっしゃったとおり、今が1月でこれで3月まで、その先9月という話なので、現実的に期限としてどうなのか、ということもございます。

国としては、改めて整理の上で通知をしようと言っておりますので、なかなか何を言っているのかよくわからない点もあるんですが、現時点では期限は変えられないけれども、改めて県に通知をするよという形で、今は言っているところでございます。

石坂委員

じゃあ、一応この期限までに、結論を出せということではないということでは理解してよろしいのですか。

原澤課長補佐

現時点ではそのように私共考えております。

石坂委員

そもそも、県の方から正式な通知が来ていないので、やりようがないわけですよ。

それともう一つ、5ページのところに書いてありますが、平成29年6月のデータで評価しているわけなんですけれども、当院は、平成29年6月の時点では、急性期病棟が2つありました(60床+60床=120床)。次の7月に1つの病棟を地域包括ケア病棟に変えているんですよ。つまり、120床から60床に減っているんですけども、それが加味されているか、よく分からないんですけども、1か月しか変わらないから微妙なところなんですけどね。

再編統合を伴うって、レポートだけでいい場合は、分析した時から2年以内に変更した場合にはレポートだけでいいみたいなことも書いてあるようなので、ということであれば、この会議においては、急性期病床を減らしていることをレポートに書けばいいのかなということも思っております。北信総合病院も25床位減らしていますからね、そういうことも加味していけばいいのかなと個人的には思っています。

洞委員

令和元年度病床機能報告結果速報値を見ますと、(2025年に)急性期は244なので、これはほぼ急性期はもういいという感じなのですが、この「その他」ってなんですか。

医療推進課 伊藤主任

速報値で12月14日時点での集計でして、データをその後のページに入れさせてもらいましたが、飯山日赤さんが未集計(284)でして、それを「その他」に入れてあります。

ですので、その中にも、急性期はあるということもでございます。

議長（鈴木会長）

石坂委員から質問のあったことに関してはどうです？120床から60床に減らしたでしょ、それで最終的に計画立てたわけでしょ。

石坂委員

計画というか、報告した時点ではこういうこと知らなかったわけだから、後付けみたいな形になった。

議長（鈴木会長）

だから、どの数字なのかということを確認したいということですよ。

原澤課長補佐

先生おっしゃったとおり、この数字は29年の6月の結果でございますので、7月以降のものは今回の分析の中に入っていない状況でございます。

どういう形で整理をしていくかということにつきましても、また改めて通知が来たところで申し上げますけれども、先月の協議の場で厚生労働省から説明があったところによりますと、まず各医療機関さんで役割を整理いただくと、それを踏まえたうえで、医療機能の方向性を検討いただいて、29年6月以降の状況も踏まえて、病床数の減少をどうしていくか、というようなことを考えていただきたい、というような方向性で今考えているという説明が国からございました。

石坂委員

令和元年度病床機能報告結果というのを見ると、2025年541床と書いてありますから、2025年にはそれに近い数字になるかもしれない。現時点で2020年3月に報告すべき数字というのは、この数字に近くなくてもいいってことですよ。

原澤課長補佐

当然、現時点のものでいいということです。

石坂委員

そうだとすると、さっき議長がおっしゃったとおり、ずっと議論して決めてきたわけですから、そんなに大きく変えられないのかなというふうに個人的には思っております。

議長（鈴木会長）

どう考えても、国が言っている2020年3月には無理ですよ。厚労省から再検証の依頼通知がまた来るということですよ。それが県の方で確認して対象のところに通知するということですよ。

原澤課長補佐

そうです。

議長（鈴木会長）

でも、考え方とすれば、検討するのは病院なんですが、そうするとこの会議が何のためにあるのかがわからなくなっちゃう。

原澤課長補佐

説明が足りなくて申し訳ありません。まず、医療機関様へ検討いただいて、それを調整会議に諮っていただくという形になります。

議長（鈴木会長）

そうすると、とてもじゃないけれどこのスケジュールにはならない。

足立委員

今回、突然と実名で公表されたことについて、本当に遺憾なんですよ。地域医療構想というのは、国の医療政策ですよ。それで医療というのは地方自治体にとっては、道路とか、今回災害もあったんですが、それを防ぐためのいろんな防災の事業ですとか、それと同じように住民の生命を守る重要なインフラなんですよね。そのために民間ベースではなかなかできない医療体制のために、公立の病院をつくったり、また公的な医療機関に対しては自治体も財政的な支援とか多くやったわけです。飯山市ですと、日赤さんの方へ2億円くらい支援しているんです。

病院の設置は自治の根幹なんですよね。したがって統合再編という話になりますと、これは地方自治の問題なんです、しかし厚生労働省はこのことをあまり理解していないんだと思う。地域医療構想調整会議というのは、医療の専門家が集まる会議なんですけれども、地方自治体を運営していくうえで必要な医療機関の統合とか再編とかそれを決定する権限は存在しないと思うんです。あくまでも医療の専門家の意見は尊重すべきなんですけれども、しかし地方自治上で判断すべき理由は、医療提供の視点だけではなくて、もっと幅広い視点でやっていますから、もし再編統合ということを論議するとすれば、調整会議の中で決定していくのではなくて、もっと幅広い地方自治を担う人たち、それを考える人たちの統合の議論が必要であると思います。

医療提供のコストの観点から論議をしていくと、人口が密集している都市が優位に決まっているんですよ。そうでないから地方においては、公立公的病院が一生懸命やっているわけです。特に今回は一律な指標でやっていますから、いわば地方の人口の少ないところにすべて集中してしまった。本来は都市の公立公的病院の統廃合だって、当然隣接しているのだから考えられるのだけれど、ニーズが多いから対象になっていない。これは日本全体を考えた時に、この論議だけは止まってしまうんです。いくら道路やインフラがあっても、医療体制が希薄なところには人は来ないですから、そのところの根幹部分の視点が、国が進めている地域医療構想には欠落している。それを県もしっかり理解してもらわないと困るんですよ。われわれはそういったことを考えて、地域の医療を考えてもらわないと。自治体に対して責任のある我々にとって、そういった点では、この進め方は非常に問題だと思っています。

原澤課長補佐

今、足立委員がおっしゃったとおり、今回の分析の方向で行けば、地方の医療を担っている医療機関が対象となるのは、必然といえば必然かもしれないと思います。県としましても県議会でも答弁させていただきましたけれども、今回対象となった医療機関につきましては、役割ございますけれども、基本的には地域医療のセーフティネットになっていただいていると私も考えておりますので、地域の実情を踏まえながら、検討を進めていきたいと考えております。

洞委員

対象となったのは、東京でも済生会中央病院とか、必ずしも田舎だけではないのですが、ただ危惧しているのは、おそらく話が内閣府に移ってますので、お金の関係でいけば、厚生労働省はもう決める権限がないと思うんですね。それで、県でできなければ、相当強硬な手段を使って、例えば地域医療アドバイザーなどを活用して、何かしてくるとおもうんですよ。安倍首相の不退転の決意が出ているので、県がもたもたしている場合は、中央が出てくると僕は思うんですよ。

岐阜の多治見市民病院の院長と知り合いなのですが、今回再検証対象になって、市長と一緒に厚労省に行って、医者も増えたし、黒字になったし、この公表おかしんじゃないかということを行いに行ったら、その時言われたことは、ここ1、2年の黒字や赤字でものを言っているのではなくて、2040年を目指しているんで、そんなこと言っても解消にはならないということだったのです。まあ、厚労省としては地域の実情はわかるけれども、もう完全にもうかるか、もうからないかの話になっているんですね。具体的にはそういうことは言っていないのだけれど、そういうことも加味されてきているので、かなり県も板挟みの苦しい立場になるんじゃないかなと思います。

だから、それぞれの地域医療構想で確固たる信念を持ってやらないと必ず切り崩されると思います。それでこの場面で、これが絶対必要だということを示さないといけない。北信医療圏については、救急医療ができなくなったらおしまい、絶対救急がないと住民の支持も得られない。どんな診療科が要るかといえば、まず救急が要る、これはまず必要ですよ。あと整形外科と泌尿器科と眼科、これが絶対必要だと思うんですよ。とにかくこのところを中心にして、極端なことを言えば、小児科は必要ないですし、産科は必要ないですし、ひょっとすると外科だって必要なくなるかもしれない。ただ、最低限救急に関することがしっかりできれば、この地域の住民たちの満足も最低限得られる。救急は他へまわさないでここでしっかり診る、それで診るにはこういうことが必要、といったことを考えていくしかないんじゃないかと思っています。整形は絶対重要だし、内科も重要だし、できれば泌尿器科も増えます、眼科も白内障で増える。もう本当に、捨てる場所は捨てていかないといけない可能性もある。そのくらい人口減の傾向があるので、そういうことは考えて、ある程度の意識を持っていかないと、絶対総務省とか内閣府にはいいように切り崩されちゃいます。これだけのベッドは絶対必要ですよというのを持っているの意思統一は、この場でしておいた方がいいんじゃないかなと思います。

議長（鈴木会長）

ありがとうございます。私もさっきちょっと触れたんですけど、これはあくまでも医療面での会議ですけれども、そのバックで国の本音がちらほら見えていますよね。地方自治体のあ

り方そのものに対して、まったく現状と違うプランニングをしている節が見え見えでございますので、その一つがこの件だと考えています。

今洞委員おっしゃいましたけれども、この会議、医療構想調整会議ということで、表向き厚生労働省が窓口になっていますけれども、もちろんそのバックには財務省がいます。みなさんご存知でしょうけれども、医師確保については厚生労働省でいいですけれども、医師を確保するには、医師を養成しなければならない。医師の養成というのは、文科省なんです。厚労省と文科省というのは、昔からいろいろありますよね。だから、国の方もまとまっていなくて、話を勝手に進めているというのは、最初からある話なんですよね。だから、究極的にこの科だけは絶対守る、あるいはこのベッド数は絶対もっていかなくてはいけないという話はあるわけで、この辺ははっきりとしていかなくてはいけないというのは、洞委員のおっしゃるとおりなんです。この点では石坂委員も同じご意見ですね。

石坂委員

全く同じ意見です。

(4) 令和2年度地域医療介護総合確保基金事業について

議長（鈴木会長）

それでは、会議事項の4番です。令和2年度地域医療介護総合確保基金事業について、事務局から説明をお願いします。

伊藤主任

資料4をご覧くださいと思います。例年、こちらの会議にて説明をさせていただいているのですが、次年度の確保基金の活用をどのようにしていくのか、まだ県予算がまとまっていませんので、要望状況でございます。飯山赤十字病院さんの設備や、北信総合病院さんの在宅療養退院調整の支援という形で、事業をやっていく予定になっていまして、確保ができるように予算編成を行っているところでございます。その他、全県的なこととして県の医師会、各郡市医師会さんの方で、患者のバックアップ体制の充実ですとか、在宅医療に携わる医療機関の運営支援等を進めていきたいと考えていまして、こういったものを地域医療の充実のために使っていけたらと思います。以上でございます。

議長（鈴木会長）

北信圏域については、飯山日赤さん、北信総合病院さんから、要望が出ているということで、よろしいですかね。

(5) その他

議長（鈴木会長）

会議事項5「その他」ですが、事務局からお願いします。

北信保健福祉事務所 遠山副所長

資料5をご覧ください。「北信医療圏における許可病床数の動向について」という資料でございます。1に記載のとおり中野市の保倉産婦人科医院より令和元年10月28日付けで一般病床を19床から17床に減少する届出がございました。これは、二人部屋2部屋を個室に変更したものであります。なお、その下にかっこ書きのとおり、当医院は平成19年1月1日以前の開設であり、基準病床数制度上の既存病床数に算定しないとなっております。その下の2「圏域全体の既存病床数」につきましては変更ございません。そして、参考までに基準病床数と地域医療構想における病床の必要量は記載のとおりでございます。以上でございます。

議長(鈴木会長)

はい、ありがとうございます。保倉産婦人科については、現実的に個室を希望される方がほとんどですので、実質的には診療所は支障ないということでございます。

この件はよろしいですね。

そうしましたら、ここでもう少し時間をいただいて、最近の各病院の診療状況等について御説明いただきたいと思っております。この地域は冬場、患者さんが増えて診療が大変な状況だと思うのですが、飯山日赤さんの方から簡単をお願いします。

石坂委員

いろいろところで申し上げますように、昨年4月から常勤医師が増えまして、5人増えまして28人になりました。それと救急も受入れがお断りしなくてできるようになったことで、救急車等も96%くらいの受入率がありますし、もちろん重症の患者さんは北信病院等をお願いしているところがありますけれど、多くの救急患者さんは診れるようになったということでございます。ただ、まだちょっとうちの状況としては、北信病院もそうなんですけれど、整形外科医が少なく、これが一番困っているところでございます。それと、消化器内科がないものですから、消化器内科が必要な救急対応ができないことに困っております。ですから、今年は整形外科と消化器内科を獲得できるように努力していきたいと思っております。2年前位に比べるとだいぶ病院としての機能はアップしたのではないかと考えております。それに加えまして、医療収支も増収・増益の形になりました。ただ、まだ赤字ではありますね。そこはちょっと改善していかなくちゃいけないと思っております。以上です。

議長(鈴木会長)

冬場、ベッドは困っていませんか。

石坂委員

去年は満床になったりして、本当に困ったのですが、今は稼働率95%くらいでまだ余裕がありますね。去年よりは少ないですね。

議長(鈴木会長)

ありがとうございます。じゃあ洞先生お願いします。

洞委員

昨年はうちも医師を採用したので、80名を超えたんですけど、来年度は5名程度減ります。ただ、研修医が14名、1学年7名で、どうやって指導していいかわからないくらい、嬉しい悲鳴なんですけど、研修医は増えてます。あとやはり整形外科が3人しかいないので困るんですね。産婦人科はお産は減っているんだけど、婦人科が多くなっている状況です。小児科は新生児が強いですね。新生児医療とか周産期は、ちょっと飯山の方にはいないんですけど、医療圏全体を考えれば、小児科と産婦人科は、他の医療圏と比べても非常に恵まれていると思います。あと、やっぱり内科医が多くいるのでこれはいいかなと思います。あと脳神経外科はですね、最近血栓の回収もかなりできていまして、また脳卒中対策、認知症対策も認知症センターが開設されましたので、非常に混んでいる状況です。こういった地域の対応はできています。ただ返すがえすも、長野医療圏に救急車が流れている80%がうちは整形外科なんです。ここが流出の最大の要因なので、そこをなんとかならないものかと思っています。どうやって整形を確保するか、飯山さんと同じで本当に必要なんです。高齢者が多いもので。だけどあまり目をむけてもらえない。それが一番課題ですかね。

議長（鈴木会長）

研修医が14人と言うのは未だかつてないことですね。将来を担う人材なので、がんばって教育いただきたいと思います。最後、佐藤病院さん。

高橋委員（飯水医師会長・佐藤病院長）

救急もやっていませんし、変わりないです。精神科の方は今回は入らないんで、また入ったころにお話しします。

議長（鈴木会長）

実は精神科医療に関しても、この地域、不安を持っていまして、すごく技術の高い科ですよ。医師の足りていない科として、クローズアップしていかなければいけないと思います。ほかにどなたか。

田邊委員（全国健保協会長野支部）

今日初めて参加させていただいた田邊です。一つだけ確認したいのは、医師確保計画のお話の中で北信地域は医師の少数区域であることをお聞きしました。また、外来偏在指標も少ないということをお聞きしました。その中で、机上配布資料①にあります、現状と課題の医療従事医師数ですが、北信地域は比較的減少傾向にあったところですけども、2016年から2018年にかけて増加しているのですが、この要因はなんですか。

議長（鈴木会長）

増えたと言っても大した差ではないんです。大きく占めるのは両病院の数なんですけれど、それはちょっとだけ増えている状況で、他の医療圏でも結構、右肩上がりです。何か特別工夫したから増えたというわけではありません。

田邊委員

わかりました。ありがとうございます。

石坂委員

先ほども議事にあがったのですが、机上配布資料②17、18 ページで二次医療圏の国から示された目標医師数というのがありますが、松本とか長野とか医師が多いから、これを医師不足のところに回せば足りるという意見もありました。この長野とか松本って150人とか800人とか、現実問題として減らせないんじゃないかと思うのですが、これを目標にして医師の配置をするんですか。それとも数字が出ているだけなんですか。

木村課長補佐

目標医師数の設定にあたりましては、県の考え方ものを使わせていただきまして、国から示されたものにつきましては参考と言うことで、この数字にするということは考えておりません。

石坂委員

松本は大学があるからわかるんですが、長野とか多いところから少しでも回ってもらえばありがたいですけど。

洞委員

医師の偏在のことは医師の働き方改革も絡んでいるので、おそらく松本とか長野は働き方改革はできると思うんですね。北信とか木曾とかで医師の働き方改革は現実問題として非常に難しいと思う。都市部できて、郡部でできないとなると、偏在は働き方改革を考えた時に進んでいかない。だから、松本にいたいと思うんですね、そんなに遅くまでやらなくても済むと思えば。うちは一次救急までやっているわけですから、当然他の医療圏よりも医師の負担は重い地域なんです。こういうところに医師をできるだけ派遣してもらってやっていかないと働き方改革もできないし、働き方改革がうまくいかないと、ますます医師は来なくなる。やはり病院だけでやっているのは限度があるので、県で動かせるような医師は、こういうところに動かしてもらいたいなと切に願うわけです。

議長（鈴木会長）

国は地域医療構想と医師確保と働き方改革と三位一体に進めるなんて格好いいこと言っていますけれど、本当に働き方改革を三位一体で考えているのか、と言う計画なんですよ。

働き方改革って違反したら罰を受ける。今の状態でそうなったときに2つの病院ができるかと言ったらできませんよね。

松本、長野、佐久に医者が多いと言うのは、それだけ地域に活力があって、若いドクターからしても勤務環境がいいところに行きたくなるのは当然のことです。

これを改善するために、ある程度県単位で動いてもらわないと、難しいとは思いますが、ちょっと無理じゃないのかなと思う。だからそういうことはぜひ考えていただきたいと思う。

木村課長補佐

先生がおっしゃるとおりで、働き方改革については、他の圏域でも話題に上っております。県にできることは、国に対して機会をとらえて、要望していくことかと思えます。

また、県の権限で配置できる医師をということですが、先程の施策の中でも説明しましたが、少数区域に優先的に配置をしていくということですので、お話があった視点でも実際の配置を考えていきたいと思っております。

議長（鈴木会長）

ほかにございますか。

なければ、これで本日の協議事項は終了いたします。マイクを事務局にお返しします。

遠山副所長

鈴木会長、ありがとうございました。

ただいまの医師確保計画のことは、限られた時間の中で説明しましたので、わかりにくい部分もございます。冒頭の説明の中にありましたとおり、素案の中に連絡先を載せてございますので、わからないことがありましたら、ご照会いただければと思えます。

以上を持ちまして、令和元年度第2回北信医療圏地域医療構想調整会議を閉じさせていただきます。（終）