

令和元年度 第1回飯伊医療圏地域医療構想調整会議 会議録(要旨)

1 日 時 令和元年5月22(水)午後7時から午後8時50分まで

2 場 所 飯田合同庁舎5階 502・503号会議室

3 出席者

委 員 市瀬武彦委員、古田仁志委員、大鹿和完委員、熊谷均委員、篠田守委員、堀米直人委員、原栄志委員、和田浩委員、露久保辰夫委員、網野章由委員、朔哲洋委員、西澤良斉委員、田中雅人委員、瀬口達也委員、原政博委員、近藤陽子委員 (欠席 菅沼哲夫委員、有賀克明委員、大久保憲一委員)

長 野 県 飯田保健福祉事務所長 松岡裕之、副所長 手塚靖彦、総務課課長補佐兼総務係長 中山博 担当係長 清澤由実子
健康福祉部医療推進課医師確保対策室室長 渡邊卓志、課長補佐 木村祐造、医療推進課医療計画係主任 竹内学、主事 山浦幹生

4 議事録(要旨)

(飯田保健福祉事務所長あいさつ)

皆さんこんばんは。大分日が伸びまして明るい所でございますが、大変お忙しい中ようこそおいでくださいました。皆様方には日頃長野県保険医療行政にご理解ご協力を賜り感謝申し上げます。当医療圏の令和元年度の第1回地域医療構想調整会議ということでお願いしたところですが、ご覧のようにほぼ全員の方がお見えになって下さいました。本当にありがとうございます。

地域医療構想は平成29年の3月に策定されておりますが、地域の実情を踏まえた医療のあり方、あるいは医療機能の役割分担のあり方、といったものを話し合っていました。今回の会議ではそのまとめも致しますけれども、新しく医療計画の一部として医師確保計画、あるいは外来医療計画について地域の実情を反映させたいということで資料等用意いたしまして皆さんのご意見をお伺いするものであります。それぞれの立場から忌憚のないご意見をいただきたいと考えております。病院長の皆さんが多くお見えではあるが、医師確保ということになりますと、後継者問題といったこともあろうかと思しますので診療所関係の先生方のご意見もお聞きしたいと思います。本日はどうぞよろしくお願い致します。

【会議事項】

(1) 昨年度までの議論の整理

(市瀬会長)

皆さんこんばんは。大変お忙しい中ご苦勞様です。規定によりまして議長を務めさせていただきます。会議が円滑に進みますよう各委員のご協力をよろしくお願いいたします。

それでは会議の次第に従いまして進行いたします。会議事項(1)の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いたします。

(医療推進課、資料1 昨年度までの議論の整理 を説明)

〈説明省略〉

(市瀬会長)

ありがとうございました。ただ今の説明について委員の皆さんからご質問がありましたらお願いします。

(原栄志委員)

初めてなものですから不勉強で申し訳ありません。ご確認をさせていただきます。この会議ではご説明がありましたが医師確保、外来医療計画についての会議をこれから行うということ、それから資料の1のスライドNo3ですけれども2025年の医療需要と病床数の必要量というのが最初によく出ていたわけですが、そういったものの議論に関してはどうなったかの確認をさせていただきますと思います。

(医療推進課 竹内主任)

説明が悪くて申し訳ございません。4枚目のスライドをご覧くださいと思います。基本的に調整会議におきましては地域医療構想の実現に向けてということで、話し合っていくことになるのですが、今回医師確保計画、外来医療計画を今年度策定することになっておりますので、地域医療構想実現に向けた議論プラス医師確保計画、外来医療計画に関する事も話し合っていきたいというところでご説明させていただいたところです。

(市瀬会長)

ほかに質問はありませんか。発言がないようなので次に(2)医師確保計画・外来医療計画について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

(医師確保対策室、資料2-1 医師確保計画の策定について を説明)

〈説明省略〉

(市瀬会長)

ありがとうございました。ただ今の説明について委員の皆さんからご質問がありましたらお願いします。

(原栄志委員)

着座して質問させていただきます。この後資料がありますので、もしかしたらそこで出てくるのかもしれませんが、医師確保計画ということですが、何が問題があって医師確保するのかということだが、その実情とかデータがこれから出るということですのでよろしいのかどうかと

いうこと、それから対策として医師少数スポット対策ということが重点を置かれていたように思うが、問題点が何かによって医師の確保の理由、計画が変わってくるかと思うのですが、当地域全体の話をしているのか医師少数スポットをあぶりだしてそれに対する対策をしようとしているのか、そこの元々の問題点と目標の設定がちょっと良く分からなかったので教えていただきたいと思います。

(医師確保対策室 木村補佐)

まず問題点ということですが、説明が不足しておりました。地域間の偏在があるということが一番大きな問題かと思っております。平成 20 年以降臨時定員増等を踏まえて医師の数自体を増やしていった所ですが、医師の数が都市部に偏って地方の方になかなか回ってこないということがあったという事で、地域間の偏在が一番の問題かと思えます。その問題を計画を作りまして解消していくことを考えておる所でございます。計画の策定にあたって目標の設定、区域等が一番重要になるかと思えますが、偏在を表すものとして新たに偏在指標というものを、地域間の比較をできる総体的なものを設けまして、指標に基づいて区域を設定して指標が低い医師少数地域や少数スポットに重点的に施策を考えていくという事を考えている所でございます。

(原栄志委員)

その医師偏在指標というものがすでに出来上がっていると考えてよろしいのでしょうか。

(医師確保対策室 木村補佐)

偏在指標につきましては昨年度 2 月の段階で厚労省の専門分科会で暫定値が示されたところでございます。4 月の冒頭にも 2 回目の暫定値が示されまして、スケジュールは今後都道府県の患者流出入の調整をしまして最終的に 6 月末に国の方に上げ、全国 335 の医療圏があるわけですが、国でそれを全体に並べましてその中で多数区域、少数区域を設定していくといった流れになっております。

(原栄志委員)

そのデータは皆さんに配られているデータなのでしょうか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

県の医師確保対策室長の渡邊と申します。今先生のおっしゃっているのは資料 3 の方で医師偏在指標等に係る患者の流出入の調整についてというところで又説明させていただきます。

そもそも先程説明の方でありましたが、問題点としては医師の偏在ということを解消していかなければいけないということが問題、課題なのですけれども、そのスタート時点が今日、考え方の共有と言いますか了解を得たいと思っているのは、この医師偏在指標を算出するために国の方で 2 月なり 4 月に暫定値を出したのですが、それには患者の流出入というのを踏まえた部分と踏まえない部分がありました。患者の流出入は厚労省の方からは都道府県の実情に合わせていいというように言われておりますので、今回資料 3 の方で後程また説明いたします。厚労省の方は患者調査ではじき出しているのですが、長野県案はレセプト (NDB) の数字でやって

いきたいと考えておりました、そこを委員の皆さんと共有させていただきたいと資料3の方で説明させていただきます。

それが今日の会議の一番の肝というかそこがスタートで、これを6月末に厚労省へ提出いたしまして全国335の2次医療圏の中で偏在指標をもう1回厚労省が再算定し、多数区域、少数区域を決めていくということなので、まだそのスタートラインに立ってない、これからその偏在指標がしっかり出てきたところで計画の中身を議論していくということになります。又後程説明させていただきます。

(和田委員)

健和会病院の和田ですが、この修学資金貸与医師等のこのグラフはちょっとまだ意味が良く分からないのですが、これは修学資金がいつごろまでに終わるという予定があるということなのでしょうか。

(医師確保対策室 木村補佐)

今暫定的に認められておりますのが平成33年度なのであと2年後というところでございます。

(和田委員)

それ以後も医師確保計画の議論によって継続するかもしれないというような事ですか。

(医師確保対策室 木村補佐)

はい

(和田委員)

それともう一つ医師少数区域の考え方で、医師少数スポット、最後の行ですね。無医地区、準無医地区とされている地域を無条件で設定するのは適切ではないと、これはなぜなのでしょう。

(医師確保対策室 木村補佐)

色々なケースが想定されるかと思うのですが、無医地区、準無医地区であっても医師の派遣、巡回診療等がある場合もあると思います。そういったものが適用されている地域についてはスポットとしては認められないと言われておりますので、無医地区・準無医地区イコールスポットになるということではないということです。

(原政博委員)

へき地診療所の原ですけども、医師少数区域等の考え方のスライド、今和田先生が指摘した部分で医師少数スポット、この言葉の定義ですけど、これは医師多数区域に対して使うものかそれとも医師少数区域に関してもその中でもさらに少数スポットはあり得るのですか。

(医師確保対策室 木村補佐)

想定といたしまして多数区域とあと多数区域でもなく少数区域でもない区域を想定してスポットと考えられておりますので、少数区域の中に少数スポットというのは考えられない状況です。

(原政博委員)

医師少数区域、多数区域では対象区域は2次医療圏が対象ですよ。

(医師確保対策室 木村補佐)

はい

(原政博委員)

しかしながら現実的に飯伊2次医療圏においても、飯田市部と郡部においては明らかに過去の今までのデータを参照しても少数スポットは存在していると理解できると思います。であれば本日はキックオフのミーティングですけれど、現時点において県側は2次医療圏全体としての医師確保、偏在指数を見ても飯田下伊那は県においては下の方に入っているから、そういう意味においてこの場における地域医療調整会議は確保に向けて協議を進めていくこととなりますが、さらにその中でも飯伊2次医療圏でこれだけの不足数と言っているだけでは本当に困っているところに対して医師が配置されるかどうかという協議は進まないの、県側としては対象としての2次医療圏なんだが、2次医療圏の中でもやはり少数スポットというものを協議していくかどうか、想定事項としていくかということもキックオフのところで考えておくべきではないかと思う。いずれにしても3年ごとの計画になっていくのですが、スタートラインとしてそういう事も前提事項として織り込んでいかないと、という意見です。

(医師確保対策室 渡邊室長)

ありがとうございます。医師少数スポットと医師少数区域というのは、考え方では同じことをやっていくということで、医師多数区域の中若しくは普通区域、多数でもなく少数でもないところに医師少数スポットというのを設けてそこは医師少数区域と同じ扱いをしていきますという事なので、飯伊地区がどこのランクに入るかは335の中の位置づけで、現状では分かりませんが、たぶん少数と普通との境くらいになると思います。少数区域になれば少数区域としてやらなければいけない対策は今後2回目3回目の調整会議の中でしっかりやっていきたいと思っておりますので、その際はまたご協力いただければと思います。

(原政博委員)

今の回答をいただいてさらにお願いしないしは考え方ですけれど、飯伊はギリギリのところ、結果として医師少数区域にならなかったという話になってしまったら、県全体としては医師確保の協議を進める対象2次医療圏としては、ギリギリ外れる可能性も出てくる。そういう見方だけをするのではなくて、同じ2次医療圏の中でも実際中身を見たら極めて危ない地域を抱えている2次医療圏もあるということをしっかり見ていく努力をするというか、そういう方向性も持っているんだということ初期の段階で県は想定しておくべきだと思います。

(医師確保対策室 渡邊室長)

ありがとうございます。ご意見賜って又今後そのところはしっかり踏まえたものを作っていきたいと思います。他の医療圏でも2次医療圏間の偏在はあるが、2次医療圏内の偏在もあるということをおっしゃっている先生もおりまして、そのところは今後の対策の中でしっかりやらせていただきたいと思います。そのようにご理解いただきたいと思います。

(市瀬会長)

他にご質問があるでしょうか。

(田中委員)

阿南病院の田中です。原先生の補足と言いますか質問になるのですが、全国に2次医療圏が300程あってその中の飯伊地区ということで会合しているのですけれど、長野県で10ですか。飯伊地区に関して言うとすごく面積が広いのです。長野県皆そうなのかもしれませんけども、木曾地区も同じくらいの面積だと思いますが、特質としては木曾の診療圏は病院が1つですね、飯伊地区では総合病院と言われる病院が複数あるのですが、南と北では全然違います。2次診療圏単位での調整会議ですが、阿南病院が阿智川の南を診療圏として抱えている。阿南町、泰阜村、売木村、天龍村ですか、面積で言うと飯伊地区の中でも半分にはならないと思いますが4割くらいの面積でそこに病院が1つ、阿智川より北はここにいる他の先生方の病院がある。原先生と全く同じ話ですけど、2次診療圏の中でも偏在しているということは是非考えて欲しいと、2次診療圏単位だけの議論ではなかなか解決できない局所的な問題がすごくあるということをご理解いただきたいと思います。

(医師確保対策室 渡邊室長)

ありがとうございます。

(市瀬会長)

その他どうでしょうか。発言がないようですので次のご説明をお願いいたします。

(医療推進課、資料2-2 外来医療計画の策定について を説明)

<説明省略>

(市瀬会長)

ただいまの説明についてご質問はありますか。

(朔委員)

外来医師偏在指標というのは数字の見方はどういう事ですか。

(医療推進課 竹内主任)

大きくなれば地域において外来を見ている医師の数が多い。小さくなれば少ないという形になります。

(朔委員)

100というのは何かあるのですか。100というのが基準で何かあってそれから上下するのか。

(医療推進課 竹内主任)

そういう訳ではないです。

(朔委員)

たまたま 100 前後になっているという事か。

(医療推進課 竹内主任)

そうです。

(朔委員)

外来患者対応割合というのは何ですか。

(医療推進課 竹内主任)

この地域において、病院と診療所の外来の患者の割合をレセプトで見た時に、ここにある 62.6%とありますが、外来患者の内 62.6%が診療所に受診をしていると、残りの 40%弱が病院に受診している形になります。

(朔委員)

診療所と病院の比較ということですか。

(医療推進課 竹内主任)

そうです。

(朔委員)

そうすると飯伊地区では診療所の割合は全国よりも少なくて外来医師偏在指標としては全国平均より低い医師数しかないということか。

(医療推進課 竹内主任)

平均というか順位をご覧いただくと飯伊地域については 171 となっております、全国 335 二次医療圏ありますので、大体真ん中あたりという認識いただければと思います。

(朔委員)

順位はどうやって決めるのか。

(医療推進課 竹内主任)

それは日本全国 335 の指標を上から並べておりまして、長野県の部分だけ抜粋しております。

(朔委員)

マーキングしてある外来医師偏在指標を基にその数の大きさを順位を付けているということですね。

(医療推進課 竹内主任)

おっしゃる通りです。

(市瀬会長)

その他どなたかいらっしゃいますか。発言がないようですので次に入らせていただきます。会議事項 (3) の医師偏在指票に係る流出入の調整について説明をお願いいたします。

(3) 医師偏在指標等に係る流出入の調整について

(医師確保対策室、資料 3 医師偏在指標等に係る患者流出入の調整について を説明)

<説明省略>

(市瀬会長)

どうもありがとうございました。ただいまのご説明についてご意見ご質問がありますでしょうか。

(原栄志委員)

県としては・・・という言葉がありましたが、全国的には他にはどのような方法があるのですか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

厚労省からは暫定値、シート 9 の調整前という暫定値 2 の 4 月に出た数値について、患者総数をそのまま当てはめているので、そういう考え方がレセプトか二つくらいしか想定できないですが、いずれにしてもこの数値に関しては厚労省の方からは地域の実情に即したものでいいと回答をもらっていますので、県としては患者総数そのままではなくて季節性を反映したレセプトの年間を通した数字をベターだということで報告していきたいと思っています。

(瀬口委員)

考え方が違うのかもしれないが、医師の偏在が現在あるわけです。医師の少ない地域は当然

ながら医師がいないので、他の医療圏に流出するということですよね。他の医療圏に行って診療を受ける。そうなるとそこに医師がいないから他の医療圏に行く、今の偏在を解消するためにこの流出入を入れてしまうと逆に矛盾してないかなと思ったのですが違いますか。

(医療推進課 竹内主任)

今おっしゃったような考え方も当然あるかと思います。ただ地域医療構想ということで、今後の医療提供体制を検討いただく中では病床数の所が一番分かりやすく数字が出ているところなのですが、患者の流出入数を見込んだうえで将来どれくらいの病床数かという考え方で必要病床数というものを算定している。もし患者の流出入が医師偏在指標を考えると無くすという話になってしまうと地域医療構想の考え方と齟齬ができてしまうので地域医療構想と合わせるということで患者流出入を見込んで進めていきたいという事で説明させて頂いているところです。将来に向けて今の患者流出入がずっとそのままがいいのかということとはまた別の話かと思います。

(飯田保健福祉事務所長)

私の理解しているところでは、9ページのところで見ていただくと、飯田下伊那はあまり変動していないのですけれど二つ極端なところがあって、木曾の今の現状を見ると111ですし、流出入を見ると大勢の人が外へ出ていますから166で満足しているかのように見えますよね。大北もそうです。160ですが外へ出て行っているのが250に上がっていくということで非常に変動が激しくなってしまうと折り合わないと思うのですね。だから最も落ち着くあたりの数字でという事で間を取っているような形になっています。確かに流出ってというのが一定考慮しながらも元の数字だけではない、今後だんだん直しながら行くというあたりでこういう数字が出てきていると思いますので、今後計画を進めるに従って段々と偏在が無くなっていく方向で目標をその都度作っていくと思うので、こういう極端な例がないようにしたらということで第3案が出ているのだと思います。いずれにしても飯田下伊那に関してはそんなに数字が変わっていないものですから、どういう計算法を取ってもらってもそんなに異論は出ないのではないかと思います。

(堀米委員)

厚生労働省の31年4月のものと県のものではどういう配慮をして修正したというポイントを教えてもらいたい。聞いていても良く分からなかった。具体的に何の見方を変えたら間を取る数値になったのか。

(医療推進課 竹内主任)

間を取るという表現が適切かどうかですが、元々国の方から来たのは9月のある特定日を抽出でサンプリング調査している患者調査の流出入の状況を基に示されております。9月が調査日になっています。県の考え方としますと、それでは季節変動の部分が反映できていないのではないかとということで、年間通した医療レセプトをベースに再計算し直すと第3案の調整後になったということになります。

(堀米委員)

大きな違いを説明すると、9月の1日のデータだけで厚労省はやっているけれど県は1年分のデータで補正をかけたということでこれだけの差が出たということですね。

(医療推進課 竹内主任)

そうです。

(堀米委員)

そうすると木曾あたりは、夏場は越境して受診しているけど冬場は山越えが少ないから行けなくてとなっているから、こういう事ですというふうに読み解けばいいということですか。

(医療推進課 竹内主任)

その可能性があるということです。

(堀米委員)

大北もそうですね。冬場の方が移動困難で、夏の移動しやすい時は好きな病院へ行っている。

この数値がそう読めるという事ですね。

(医療推進課 竹内主任)

そうです。松本の方に多く流れているだろうと。そういう可能性があるという事です。

(堀米委員)

分かりました。

(市瀬会長)

他の質問はありますか。

(朔委員)

これは、地域医療構想つまり入院ベッドに対するドクターの必要量ということですよ。実は医療というのは外来が結構多いような気がして、そちらの方のドクターの需要という考えが入っていないわけですよ、この数字は。入院ですよこれは。

(医療推進課 竹内主任)

両方です。無床診療所の医療事業と有床診療所、病院における入院の受療率を考えておりますので、両方とも含まれているということになります。

(朔委員)

それだったら分かるのですが、何となく地域医療構想と考えていますので。

(医療推進課 竹内主任)

参考資料の2枚目のスライドをご覧くださいと、太枠で流出入反映というところで欄外に記載しているんですが、無床診療所の医療事業と全国の入院事業で見えていますので、外来入院両方見ているということになります。

(瀬口委員)

もう一度いいですか？ 外来医療計画の話でやっているのではなくて、入院も一緒に併せて医師の偏在を変えるということですか。

(医療推進課 竹内主任)

医師確保計画についてはそういう事です。

(瀬口委員)

外来だったらただ単純に人口割でいいかと。入院となるとちょっと医師の問題が変わってくると思うのでさっき質問させていただいたのですが。

病院の外来は反映されてないのですか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

病院の外来についてもシート2の全国の入院受療率の中に入っているということで厚労省の方からは聞いております。参考資料の1のシート2の計算式の中です。

(瀬口委員)

入院患者数の中に病院の外来患者数も含まれているということか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

そうです。全国の入院患者受療率の中に入っている。

(瀬口委員)

それならそうと書いていただいて病院の入院プラス外来患者と書いていただかないと、これを読めば入院患者としか思えない。

(医師確保対策室 渡邊室長)

分かりました。ここは今後資料修正いたします。

(朔委員)

そうすると厚生労働省の2月算定は全く流出入は関係ないのですよね。

(医師確保対策室 渡邊室長)

はいその通りです。流出入は加味していません。

(朔委員)

だから単純にこれが医師の偏在、地域別の医師の偏在ってことですよね。本当の。その地区で二次医療圏ごとに完結するならこれが一番正しい数字ってことです。県としては地域格差があって勝ち組の地域と負け組の地域みたいに偏在が起きているのは経済的なことも含めてこういう偏りが起きているんだと思いますが、それを固定化するという判断になりかねないと思うのですが、それは他の部署との整合性は大丈夫なのですか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

そこは3年ごとの計画の見直しの中でさらに地域医療構想との整合性を図りながらやっていこうと思っています。

(市瀬会長)

その他ご質問ありますか。

(原政博委員)

一番最初の所に戻るのですが、やはりこの流れですと二次医療圏の中でも偏在しているというデータには全く反映されてこないのかなと思うので、それはまた考えてくださるということなんでしょうか。

(医師確保対策室 渡邊室長)

この計画自体が医療圏ごとのということになるので、計画を打つ時にどこまで細かく丁寧ということになっていくと思いますが、その時は各医療圏の皆さんの意見を聞いて、通常の医師確保の施策とか対策の中にも含めながら考えていこうと思っていますので。医療圏全体を考えつつ医療圏の中の偏在というものにも、計画の中にどの程度書き込めるか分かりませんがそれ自体は踏まえてやっていこうと思っています。今ご意見いただいたのでまた次の段階でご相談させていただきたいと思います。

(市瀬会長)

ありがとうございました。質問がないようなので、次に進めます。4のその他の説明をお願いします。

(医療推進課、資料4-2 健康長寿ビッグデータ分析・活用事業、4-2 令和元年度長野県地域医療・介護総合確保基金事業(医療分)を説明)

(飯田保健福祉事務所 資料5 許可病床数の増減等の予定についてを説明)

<説明省略>

(市瀬会長)

ただいまの説明についてご意見等ありますでしょうか。

(和田委員)

「医師偏在」について、医師の絶対数は適正であるという前提に基づいての議論になっているところに無理があるのであって、医師数全体を増やす必要があると思います。飯田下伊那は絶対に足りないと思っていたら、計算式では「普通」と「少数」の境目ということで、非常に意外です。特に飯田下伊那では医師の高齢化も進んでいますから、これから減っていくことは明らかなので、そういう部分も加味しなければいけないと思います。

(医師確保対策室 渡邊室長)

その医師のとらえ方につきましてもやはり他の圏域の先生も病院のお医者さんが足りないんだと、これについては国に対して文句言っているんだという先生もいらっしゃいました。国で算出方法を出されていて、県のイニシアチブが取れる所がこの計算式においては流出入の所になっておりますので、まず発射台を作るうえでは問題があるということは国の方にいろんな形で伝えていこうとは思っていますが、今のところはこれでご理解いただければと思っております。

(和田委員)

県の立場でどうこうできる部分はこの中では少ないのかもしれませんが、しかし、前提が間違っていると思いますので、そういう意見は是非国に上げていただければと思います。

(医師確保対策室 渡邊室長)

分かりました。これは余談ですけども、医道審議会という知事が委員になっている国の会議がありますが、その中でも会議の内容とは若干違いますが、知事のコメントとして今回医師偏在指標をはじく数字について、地域の実情に即したのものになるように特に配慮してくれということは申し上げていますので、今後も国への要望や知事会にも伝えていこうと思っておりますので、ご理解頂きたいと思います。

それから先ほどの流出入の将来のことにつきましても、地域医療構想の流れの中でというのもあり、3年に1回ずつ見直しがありますので、先ほどのご指摘で特に責められると思うところは、たとえば大北とか木曾とかいうところになるかと思いますが、そこも色々なご意見があると思いますが、丁寧に話を進めていきたいと思っています。まだこの10の医療圏で話をした後、地域医療対策協議会や医療審議会もありますので、その中でのご意見も聞きながらやっていきたいと思いますが、今の県の考えとしては資料3の考え方で進めていきたいと思っていますので、ご理解いただければと思います。

(市瀬会長)

他に質問はありますか。

(古田委員)

会議事項3の1.2.3に関して、以前からこの地域医療構想会議に出てきているのですが、今回急に医師確保や外来医療、医師偏在の分析とかそういう話になって違和感がすごくあった。この地域、資料にもあったが脆弱二次医療圏なんて言葉も出てくるように、さっき医師の少数

地域多数地域とあるが、まさに飯伊はある意味脆弱二次医療圏の可能性も十分に秘めている。さっき和田先生が言われたこともそうですが、今現在飯田下伊那の医者がいなくなっているところに関して、市立病院が拠点病院になって医師派遣していただいている。そういう動きがあって何とか持ちこたえているというか助かっているのですが、県にとって将来的に一体どういう方向からこの二次医療圏を支えてくれるかっていう、その辺があまり見えてこない。どんな感じでこういうデータを作って対応しようとしているのか聞きたいんですけど、どうなのでしょう。

(医師確保対策室 渡邊室長)

県といたしましては、いずれにしても長野県自体が医師少数県と言うふうに位置づけられていますので、医療につきましては県の5か年計画の中でも政策の基本的な柱として位置づけられていますので、そういう面では一般論的なことでまことに申し訳ないのですが、必要な地域医療提供体制が構築できるようにということで考えていきたいと思っています。その具体的なところは今後計画を作るうえでご意見を聞きながらやっていきたいと思っています。そのような意味ではキックオフだと思っていただきたいと、お願いしたいと思います。

(市瀬会長)

他に質問はありますか。ご発言がないようですので事務局から続いてお願いします。

(飯田保健福祉事務所副所長)

はい。ありがとうございます。それではこの調整会議でございますけども、今後の予定でございますが、本年度につきましては本日の会議を含めまして、年3回開催を予定しております。第2回目でございますけども、8月か9月あたりで第2回をやらせていただければと思います。また日程調整させていただきますのでよろしくお願いします。

(飯田保健福祉事務所長)

所長からの最後の挨拶はないですが、発言として、今日話を伺っていて飯伊医療圏の中での偏在があるというのは重要な指摘だと思います。これは何とかしなくてはと思うんですが、国レベルではとにかく県10圏域の間のアンバランスをできるだけ少なくするというのがせいぜい国で見るところなので、まさにその域内のバランスを取っていくというのは長野県が独自にやること、あるいは飯伊の包括医療協議会、医師会がイニシアチブを取って不公平がないような配置をしていくというまさに私たちが、私も飯田医師会の一員なので言うわけですが、私たちが考えていかなければならない部分もあるかと思うのです。今日は沢山発言が出て皆さんこのことを真剣に考えてくださっていることが良く分かりました。ですからこれからこの医療圏で飯田市立病院に多くの若い医師が来るかもしれませんが、それだけではなくてそれぞれの病院でも頑張っていただきたいし、それぞれの市町村やあるいはもっと言うと皆さんの知り合い、親戚の人に帰ってきていただけるような努力もしていただけたらと思います。もちろんしておられるとは思いますが、私が調査したところでは現在某進学校を卒業して50歳から67歳を迎える18年間の人達について調べたんですけど、210人くらい医者になっている。その中で

飯田下伊那で働いている人達は 33%なのです。県内で働いている人はもう 13%くらいいるのですけども、50 数%の人たちが県外で働いています。これは上伊那にある、某進学校でも同じ傾向で、上伊那の某進学校は 27%が帰って来ているだけなのです。だから圧倒的に頭脳流出が起きています。これらの人達に帰ってもらえるような方策もまた考えていかななくてはならない。私は皆さんにはお送りしてないのですが、そういう人たちに対しても手紙を出すようなことはやっております。帰れたらいいなという人がいたら考えてもらうような努力もしているのですが、そうしたことを圏域の中でお互い努力してやったらいいかなと言うふうに思いました。今日は今まで開催させていただいた調整会議で最も議論が良く出て、熱い話ができ良かったと思います。これからも第 2 回第 3 回どうぞよろしく願いいたします。

(市瀬会長)

ありがとうございました。委員の皆様からご発言がありますでしょうか。あったらお願いいたします。

特に発言がなければ以上で本日の会議事項は全て終了いたしました。事務局へお返しいたします。

(飯田保健福祉事務所副所長)

ありがとうございました。市瀬会長様円滑な議事進行ありがとうございました。それでは以上を持ちまして令和元年度第 1 回飯伊医療圏地域医療構想調整会議を閉会させていただきます。皆様大変お疲れさまでした。