

1 開 会

○佐藤医療政策室医務課長

協議会開催に先立ちまして、事務連絡の方をさせていただきたいと思います。

本日、こちらの会場にご出席されている委員の先生方には、お手元に紙で資料の方を配布しております。一番上が次第でございます。その下に出席者名簿、それから下に書いてあります資料1から資料7、こちらの資料の方をお配りさせていただいております。不足等ございましたら、事務局の方までご連絡いただければと思います。

また本日、Z o o mでご参加の委員の先生方には、事前にメールで本日の資料をお送りしておりますので、そちらをご覧くださいと思います。よろしくお願いいたします。

お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただいまから、第37回、岩手県地域医療対策協議会を開会いたします。

本日はお忙しい中、委員の先生方には御参加をいただきまして、誠にありがとうございます。本日、事務局を務めます、岩手県医療政策室の佐藤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の会議につきましては、現地開催とZoomによるWeb開催ということで、ハイブリッド形式で行っております。Zoom参加の先生方につきましては、御発言の際には、Zoomの手を挙げるボタンよりお知らせいただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

本日は、18名のご参加をいただいておりますことを御報告いたします。

初めに委員の改選がございましたので、新委員の先生方をご紹介します。

名簿順に、岩手医科大学附属病院副院長の天野博雄委員でございます。

岩手県立久慈病院長の藤野千尋委員でございます。

岩手県医療局長吉田陽悦委員でございます。

以上3名が新任の委員となります。

それでは、協議会の座長は、会長が務めることとされておりますので、以降の進行につきましては祖父江会長にお願いいたします。

○祖父江憲治会長

本日は、お忙しい中御参加いただき、ありがとうございます。

現在、国においては、令和6年12月に取りまとめられた「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に基づく医師偏在の是正に向けた制度改革が進められており、地域医療を取り巻く環境も大き

く変化しております。

本協議会においても、こうした動向を踏まえながら、本県の地域医療の確保と医師確保対策の推進に向けて議論して参りたいと考えておりますので、御協力をよろしくお願いいたします。

本日は、協議事項1件、報告事項6件が用意されており、「岩手県医師確保計画」の策定について御協議いただくこととしております。本日の議事につきましては、本県における医師確保を確実に進めるため、いずれも重要な内容となっております。

委員の皆様には、忌憚のない御意見をいただきますよう、お願い申し上げます。

2 議事

(1) 岩手県医師確保計画（R9-R11）の策定について

○祖父江憲治会長

それでは、次第に沿いまして、議事を進行させていただきます。

まず、議事の（1）番、岩手県医師確保計画の策定について、事務局から説明をお願いします。

○佐藤医療政策室医務課長

事務局をしております医療政策の佐藤と申します。

私の方から、資料1に基づきまして、岩手県医師確保計画（R9-R11）の策定につきまして、ご説明をさせていただきます。

資料1、1ページをご覧ください。まず初めに、医師確保計画の策定の背景と、これまでの経過についてご説明をさせていただきます。

医師確保計画は、平成30年の医療法等改正により創設された制度であり、都道府県は医療計画の一部として策定することとされたものでございます。国におきましては、令和18年、2036年までの医師偏在の是正を長期的な目標として掲げており、各都道府等は、3年ごとに計画を見直ししながら、医師の養成、確保及び配置に取り組むということになっております。

本県におきましてもこれまで医師確保計画に基づき、地域枠など、奨学金制度を中心とした医師養成を進めるとともに、即戦力医師の招聘などに取り組んできたところでございます。また、令和6年12月には、国が医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージを取りまとめております。これを受けまして、令和7年の医療法改正においては、新たに重点医師偏在対策支援区域や医師偏在是正プランという制度が設けられまして、より実効性のある地域偏在対策を進めることとされております。今回策定する次期計画は、このような国の制度改正も踏まえながら、本県の実情に即した医師確保対策を整備するも

のとなります。

続きまして資料2ページをお開き願います。こちらは新たな地域医療構想と医療計画、医師確保計画の関係を整理した図でございます。

これまでの地域医療構想は、主として、病床機能の分化、連携を中心としておりましたけれども、今後は、2040年ごろを見据えた医療提供体制全体の将来像を描くものへと見直されております。医師確保計画につきましても、その新たな地域医療構想に即して策定するということとされております。

今回の医師確保計画は、スライドの赤枠で囲んでおります第8次計画（後期）にあたる計画として、令和9年度から令和11年度までを計画期間として策定するものとなります。

資料3ページをお開き願います。

こちらは、医師確保計画の策定スケジュールをまとめたものでございます。今年度の地域医療対策協議会につきましては、第1回目を5月に書面開催しております。本日は第2回地域医療対策協議会として、計画策定の方向性についてご議論をいただきます。

その後9月に開催されます、医療審議会、配置調整関係におきましても報告いたしまして、10月の第3回地域医療対策協議会では、計画素案等について御協議いただく予定としております。さらに年末から年始にかけて、パブリックコメントを実施し、県民や関係機関から幅広くご意見をいただいた上で、来年1月の第4回協議会で最終案を調整するという予定となっております。

資料4ページをお開き願います。ここからは、計画内容に関わる説明をさせていただきます。

まず、国のガイドラインについてでございます。国のガイドラインでは、地域偏在対策、診療科偏在対策、医師養成の過程を通じた対策、全世代を対象とした医師確保計画、働き方改革との一体的推進、大学等との連携強化などが重要事項として示されているところでございます。

こうした考え方を踏まえまして、本県の現状を改めて整理したところ、第一に、県全体として、医師数が不足しているということ、第二に全国の地域を中心とした地域偏在が解消されていないこと、第三に、病院勤務医や診療所医師の高齢化が進んでいることといった課題が明らかとなっております。このため、次期計画の策定にあたっては、表にあります通り、①医師確保対策の推進、②医師偏在対策の推進、③医師の定着促進と世代交代への対応、この3つを基本的な検討視点として、進めていきたいと考えております。

資料5ページをお開き願います。検討の視点に基づく現状の説明の前に、まずは、現計画の目標達成状況についてご説明をさせていただきます。

現計画においては、令和8年度までに各二次医療圏が医師偏在指標に基づく目標水準に達することを目標とし、二次医療圏全体で2690人の医師を確保する目標を設定しておりました。しかしながら、令和

6年現在の医師数は2563人となっており、目標との差は127人となっております。

スライドの下の方、圏域別の表で見ますと、盛岡では、目標を50人上回っている一方で、岩手中部では56人、両磐では39人、宮古では29人、それぞれ不足するなどとなっております。地域ごとの偏在が大きい状況にあると言えます。従いまして、次期計画におきましても、地域偏在の解消が重要なテーマになるものと考えているところでございます。

資料6ページをお開き願います。現計画の評価②ということで、こちらは、計画の施策による医師確保実績の状況をまとめたものでございます。計画では242人の医師確保を見込んでおりましたが、実績見込みとしては179人となっております。表の内訳を見ますと、奨学金養成医師は139人増加しております。取り組みの中心として成果を上げているところでございますが、一方で、即戦力医師の招へい数は、計画23人に対して実績見込み2人、臨床研修医は27人に対して13人、専攻医は37名に対して25名となっております。

この背景としましては、緑の枠で囲っている取り組み結果のところをご覧くださいですが、県内医療機関で専門研修を行う、養成医師の猶予者が想定以上に多かったということ。それから、招聘医師の退職が複数発生しているということ、それから首都圏への研修医、専攻医の集中が続いているといったことなどが挙げられるものでございます。

本県における医師確保対策は、確実に成果を上げているものの、養成医師だけでは医師不足を補い切れておらず、それ以外の医師の確保が課題となっているところでございます。

資料7ページをお開き願います。ここからは、検討視点①の医師養成確保対策の推進について御説明いたします。

資料のグラフをご覧くださいますと、奨学金養成医師の数は年々増加しております。令和8年度には318人となっております。義務履行中の医師は117人、県内での専門研修等により猶予されている医師は101人となっております。

右の表、診療科別に養成医師の状況を見ますと、内科系を選択する養成医師が多くなっております。地域で必要とされる全ての診療科を十分に確保できているという状況にはないことがわかるものとなっております。

資料8ページをお開き願います。資料8ページは、臨床研修医の採用状況をまとめたものでございます。一番右側の方のグラフの2つが、令和8年度の採用状況を示しているものでございます。全体で77人の研修医を確保しております。そのうち41人は奨学金養成医師ということで、全体の53.2%を占める割合となっております。また、岩手県出身者が39名のうち29名が養成医師であり、約74%という割合となっております。

この結果から、本県の臨床研修医の確保におきまして、奨学金養成医師が大きな役割を果たしていることが分かる一方で、今後臨床研修をさらに確保していくためには、奨学金制度を利用していない研修医の確保も進めていくことが重要であるというように考えているところでございます。

続きまして資料9ページをお開き願います。ここからは、専攻医の状況についてご説明いたします。

こちらのグラフは、令和5年度から令和7年度までの専攻医の採用数の平均を、人口10万当たりに換算した上で、全国平均を100とした場合の岩手県及び東北6県平均の水準を指標化して比較したグラフとなっております。

まず、一番下の診療科の全体のグラフをご覧ください。本県の総合指数は80になっており、東北平均の86.2を下回っております。そういったことから、本県は全国と比較して、専攻医の確保が十分とは言えないという状況でございます。

診療科ごとに見ますと、皮膚科が120.2、泌尿器科は127.5、形成外科は106.7と、全国平均を上回っており、これらの診療科については比較的良好な状況と言えます。一方で、小児科は41.2、眼科は36.9、耳鼻咽喉科は53.0、放射線科は33.0、リハビリテーション科は32.2、そして病理と臨床検査につきましては、採用実績がなく、実績はゼロとなっております。

続きまして資料10ページをお開き願います。資料10ページは、新専門医制度が開始されました、平成30年度から令和8年度までの本県における専攻医の採用数の推移を示したものでございます。こちらのグラフの右上の方には、各年度の作業状況を表にまとめております。

こちらの表を見ますと、専攻医数は、平成30年度の62名から、令和5年度の80名まで増加してございましたが、その後、令和6年度は54人、令和7年度は57人、令和8年度は60人となっているところでございます。

その表の下段に記載しておりますのは、養成医師の人数となります。この表の下にある吹き出しにあります通り、平成30年度から令和8年度までの専攻医600人のうち、284人が養成医師となっております。全体の47.2%を占めている状況となっております。このことは、奨学金制度の成果を示す一方で、臨床研修と同様、養成医師以外の専攻医をいかに確保していくかという課題も示しているものと考えております。

次に診療科別のグラフをご覧くださいますと、内科は毎年20人から30人程度を確保しており、本県専門研修の中心となっております。精神科などにつきましても、一定の採用が継続しておりますが、一方で、外科、産婦人科、整形外科などは、毎年数人規模にとどまっており、眼科や耳鼻咽喉科、放射線科などでは採用がゼロとなる年度も見られます。また、病理、臨床検査につきましては、長期間にわたり採用がほぼないという状況となっております。これらの診療科は、病院医療を支える重要な専門領域であ

ることから、将来的な担い手不足が懸念されているところでございます。

スライドの下でございますが、ここまで御説明しました内容を踏まえまして、スライドの一番下にあります検討視点①の医師養成確保対策の推進の小括といたしましては、奨学金養成医師の養成を継続するとともに、地域で必要な診療科の医師確保、そして養成医師以外の、研修専攻医確保が課題であるというふうに整理しているところでございます。

資料11ページをお開き願います。ここからは、検討視点の②医師偏在対策の推進につきまして、御説明させていただきます。

資料左側の表でございますが、こちらは都道府県別の医師偏在指標でございます。医師偏在指標は、単純な人口当たり医師数ではなく、人口構成、医療需要、患者の流入、医師の勤務時間などを考慮して算出される国の指標となっております。本県の医師偏在指標は200.4であり、全国45位となっております。前は47位でしたので、順位は2つ上がっておりますけれども、全国平均は266.8であり、本県は依然として、全国下位に位置しているところでございます。順位は改善したものの、医師不足の状況そのものが大きく改善したわけではなく、引き続き対策が必要な状況と考えております。

右側の二次医療圏別の表をご覧ください。全国330医療圏中、盛岡医療圏は80位となっております、医師多数区域となっております。一方で、盛岡、二戸を除く全ての医療圏が医師少数区域となっております、宮古圏域は全国330医療圏中327位、釜石圏域は325位、両磐圏域は312位、久慈圏域は311位などと、全国的に見ても、下位に位置しているところでございます。

資料12ページをお開きください。こちらは、実際の医師数の推移をまとめたものでございます。左側のグラフは、医療施設従事医師数の実数の推移をお示ししたものととなります。黄色の折れ線グラフが、岩手県で、令和4年の2580人から、令和6年度は2563人、17人減少しております、青森、秋田、山形でも同様の傾向が見てとれます。

右側のグラフ、本県の人口10万人あたりの医療施設従事医師数は、223.8人となっております。全国平均は267.4人であり、本県は40人以上下回っております。長期的に見れば、本県の人口10万人あたりの指数は、平成26年の192.0人から223.8人まで増加しておりますけれども、こちらは人口減少による影響が大きいものと考えております。

資料13ページをお開き願います。こちらでは二次医療圏ごとの推移を整理しております。まず県全体をご覧くださいますと、平成26年の2465人から令和6年には2563人と、10年間で98人増加しているところでございます。圏域ごとの内訳を確認いたしますと、最も増加しているのは、盛岡医療圏で、平成26年から令和6年までの10年間で113人増加しております。一方で、岩手中部は5人、両磐は9人、気仙は10人、宮古は7人、久慈は9人、二戸は2人、それぞれ減少となっております、この10年間の医師数

増加は主に盛岡医療圏に集中しており、県北沿岸部では必ずしも増加していないという実態がございます。

なお盛岡医療圏以外で胆江圏域の医師数が35名増加している表になっておりますけれども、吹き出しに記載の通り、令和4年から令和6年までに増加した33人の内訳は、病院医師数が10人、診療所医師が23人となっております。こちらにつきまして、令和6年、三師統計調査からオンライン回答が導入されていること、それから令和7年1月1日現在の保健医数と比較したところ、医師数に差異が見られることから、こちらの胆江圏域における医師数の増加につきましては、慎重に評価する必要があるものと考えているところでございます。

資料の一番下でございます。ここまでご説明した内容を踏まえますと、検討視点②の医師偏在対策の推進の小括といたしましては、本県では依然として、医師数が不足しており、県北沿岸地域を中心とした医師不足地域も存在することから、県全体の医師確保とあわせまして、地域偏在是正に向けた取り組みを継続する必要があるというふうに小括しております。

資料14ページをお開き願います。ここからは、検討視点③医師の定着促進と世代交代への対応について御説明させていただきます。

まず、病院勤務医の年代構成でございます。グラフをご覧くださいますと、本県の病院勤務医が、この20年間で年齢構成が大きく変化していることがわかるかと思います。オレンジ色の令和6年の医師数のグラフをご覧ください。赤色の点線囲み部分、若年層の医師につきましては、24歳から34歳まで医師数が増加しております。こちらは、これまで進めてきました医師養成対策の成果が上がっているものと考えております。

一方で、同じグラフの青色の点線囲み部分についてですが、令和6年の中堅世代は、平成26年と比較して、人数が減少しております。この点に関しまして、右側の表をご覧くださいと思うんですが、病院勤務医数の推移というところです。平成26年時点で、30歳から34歳だった世代は231人でしたが、令和6年時点で、40歳から44歳となった同世代は165人となっており、差し引きで66人減少しております。同様に、35歳から39歳の世代は53人減少、40歳から44歳の世代は46人減少しており、本来であればキャリアを重ねながら、中堅層として県内医療を支える年代でございますが、期待される人数が維持されている状況ではございません。

その下の表は、同時期におけます、40歳から54歳の年齢層の診療所医師数の推移を示した表となりますが、こちら顕著な医師数の増加は見られないことから、病院勤務医の県外流出が生じている可能性が考えられるものでございます。

グラフに戻りまして、令和6年のグラフの緑色の点線囲み部分を見ますと、60歳以上の医師数が大き

く増加しております。現在の病院医療はこうしたシニア医師に支えられている面が大きくなっているところがございます。

次の15ページをお開き願います。こちらは診療所医師の状況をまとめたものでございます。左側のグラフをご覧くださいますと、平成16年には50代が中心だった診療所医師の年齢構成が、平成26年は60代、そして、令和6年には60代、70代へと、そのままスライドするように高齢化しているのがわかるかと思えます。一方で、40代以下の層はほとんど増加していないという状況となっております。その結果、県全体の診療所医師数は、平成26年の830人から令和6年には773人となり、この10年間で57人減少しているところがございます。

さらに右側の表をご覧くださいますと、盛岡と胆江を除くすべての医療圏で診療所医師数が減少しており、特に岩手中部両磐宮古、釜石などでは10人以上減少しております。診療所医師につきましても、地域偏在が進んでいる状況であることがわかります。

資料16ページをお開き願います。こちらは、医師の男女別の状況を整理したものでございます。一番左のグラフをご覧くださいますと、男性医師は、平成26年の2093人から令和6年には2084人となり、ほぼ横ばいの状況となっております。一方で、女性医師は、平成26年の370人から令和6年には479人となっており、10年間で107人増加しております。その前の平成16年から平成26年の10年間におきましても、女性医師は106人増加しているということになっております。

一番右側の女性医師のグラフをご覧くださいと思います。女性医師のグラフのオレンジ色の令和6年のグラフを見ますと、女性医師は、30代から40代を中心に厚みを増しております。平成26年と比較しまして、すべての世代で医師数が増加しているということが分かるかと思えます。一方で、真ん中の男性医師のグラフを見ますと、先ほどの診療所の医師と同様、ピークとなる世代が、この20年間で40代から50代、さらに60代へとそのまま移行しており、高齢化が進行しているということがわかるかと思えます。

続きまして資料17ページをお開き願います。こちらは、今年度、県と岩手県医師会が実施しました、医業承継に関するアンケート結果の抜粋でございます。調査対象は、県医師会会員593人で、有効回答は253人、回答率は43%でございました。

まず、左のグラフでございますが、後継者がいると回答した方が28.7%となっている他、今後探したい、承継未定を合わせますと約半数ありますので、全体として約8割が、潜在的に承継の可能性があるという状況がわかるかと思えます。

右側のグラフでございますが、行政や医師会に対する支援として、最も多かったものとしては承継マッチング支援で、回答の半数を超えております。その他、個別相談、専門家紹介、承継セミナーなどの

ニーズも高くなっております。こうした状況から、単に後継者の不足ということだけではなくて、承継したい人と承継して欲しい人と結びつける仕組みが十分でないということを示していると考えているところでございます。

ここまでご説明した内容を含めますと、スライドの一番下、検討視点③医師の定着促進と世代交代への対応の小括といたしましては、病院勤務医及び診療所医師共に高齢化が進んでおり、今後は世代交代への対応が重要になります。また、養成医師の定着促進、女性支援、診療所承継支援などを通じて、地域医療を支える体制づくりを進める必要があると考えております。

資料18ページをお開き願います。こちらでは、これまで御説明した内容を総括してまとめた資料となります。

まず1つ目の柱であります、医師養成確保対策の推進についてでございますが、本県では、地域枠など、奨学金制度による医師養成を継続して実施してきました。その結果、奨学金養成医師は着実に増加しており、本県の医師確保対策の中核として機能しております。また臨床研修医や専攻医確保についても、一定の成果が見られるところでございます。一方で、県全体として見れば、医師数は依然として不足しており、奨学金養成医師だけで不足を解消できる状況には至っておりません。さらに、小児科や眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、病理など、地域で必要な診療科によって、十分な確保ができてない状況も見られます。

次に2つ目の柱でございます医師偏在対策の推進についてですが、本県の医師偏在指標は全国45位であり、依然として全国下位に位置しております。また宮古、釜石及び久慈など、県北沿岸を中心として、医師少数区域が継続して存在しております。こうしたことから、医師数を増やす取り組みに加えまして、地域偏在や診療科偏在に対応する取り組みが必要であると考えております。

そして3つ目の柱であります、医師定着と定着促進と世代交代への対応についてでございますが、病院勤務医及び診療所医師の高齢化が進んでいることに加え、中堅層医師の減少や診療所承継の課題も明らかになっております。また、今後は義務履行を終了する養成医師が増加することから、県内定着をどのように促進するかが大きな課題となります。

以上のことから、次期計画では、これら3つの課題に対応する施策を重点的に検討していく必要があると考えているところでございます。

資料19ページをお開き願います。次期医師確保計画の基本的方向性の案でございます。

まず、基本的な考え方でございますが、本県ではこれまで、地域枠を中心とした奨学金制度による医師養成を柱として、医師確保対策を進めて参りました。その結果、奨学金養成医師は着実に増加しており、本県の地域医療を支える重要な人材として、成果を上げております。一方で、先ほどご説明しまし

た通り、県全体としては、依然として医師不足の状況が続いている他、県北沿岸部を中心とした地域偏在や診療科偏在といった課題も残されております。

国におきましては、令和10年度以降の医学部定員の削減に取り組む方針が、今年の骨太の方針で示されておりますけれども、本県におきましては、依然として医師の絶対数が不足しているという状況にあることから、引き続き医師養成対策を継続していく必要があると考えております。さらに病院勤務医や診療所医師の高齢化が進んでいることに加え、今後は養成医師の義務履行修了者が増加していくことから、県内定着の促進、世代交代への対応も重要な課題となっております。

こうした課題を踏まえまして、次期計画では、表に掲げます3つの方向性を柱として、具体的に取り組みを推進することで、持続可能な地域医療提供体制の構築を目指していきたいと考えております。こちらの表の主な取り組みの方向性は、こちら記載の通りとなっております。

①医師養成確保対策の支援については、引き続き養成医師の養成を継続、臨床研修医、専攻医の確保、地域に必要な診療科医師の確保、医師養成課程を通じたキャリア形成支援の充実といった取り組みを行います。②医師偏在対策の推進につきましては、医師少数区域への重点的な対策の推進、地域の実情に応じた医師配置の推進、オンライン診療等を活用した医療提供体制の確保、重点医師偏在対策支援区域の対応などを行います。それから③につきましては、養成医師の義務履行終了を見据えた定着促進、女性医師が働きやすい勤務環境の整備、シニア医師の活躍促進、リカレント教育による総合医の育成、診療所承継支援の推進、大学医師会等との連携強化などに取り組んでいきたいというふうに考えております。

資料20ページをご覧くださいと思います。こちらは第3回、次回の地域医療対策協議会に向けました主な検討事項を整理したものでございます。次回協議会におきましては、医師確保計画の素案について御議論いただく予定としております。具体的には、計画期間におけます基本方針、目標医師数、評価指標、それから医師確保対策、偏在対策、定着促進対策といった計画の骨格部分について整理した上で、お示ししたいと考えております。また、今回の法改正で新たに位置付けられました重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン、こういった部分についても、具体的な方向を検討していきたいと思っておりますし、将来の医師需給推計や新たな地域医療構想との整合性につきましても、議論を進めていく予定としております。本日の御意見を踏まえながら、後の検討を進めていきたいと考えております。

21ページをお開き願います。ここからは、参考資料となりますので、ポイントのみご説明いたします。21ページは、令和6年12月に国が取りまとめた、医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの概要を示しております。本県の次期医師確保計画につきましても、この制度改正の内容を踏まえながら策定していくこととなっております。

スライド22ページをご覧ください。こちらには、対策パッケージに盛り込まれた主な取り組みを整理しております。今後、本県におきましてもこれらの国の制度をどのように活用していくか、検討を進めていきたいと考えております。

スライド23ページをご覧くださいと思います。こちらは新たに創設されました重点医師偏在対策支援区域と医師偏在是正プランの概要となっております。今後、地域の実情に現在の状況を踏まえながら、制度活用の可能性について検討していきたいと考えております。

最後のスライド24ページでございます。こちらは、今後の医師の将来推計のイメージをお示しした資料となっております。現在、奨学金、女性医師の配置見込みや定着状況などを踏まえながら、将来医師数の見直しについて分析を進めているところでございます。今後次期計画の策定にあたっては、こうした将来推計や、地域医療構想との整合性も踏まえながら、施策を検討していく予定としております。

本日は、次期医師確保計画の策定の方向性等について、御説明をさせていただきました。委員の皆様方から忌憚のない御意見をいただければと思います。説明は以上となります。

○祖父江憲治会長

ありがとうございます。ただいまの説明に対しまして、御意見、御質問ございましたら、御出席の委員の皆さんは挙手をお願いいたします。Zoomでご参加の委員の皆さんは、手を挙げるボタンでお知らせいただきたいと思います。よろしくお願いします。

○小笠原邦昭委員

2つあるのですが、1つ目は19ページの最後の総括の方に、養成医師以外の臨床研修医、専攻医の確保と書いていますが、できれば資料として、臨床研修医の何%が専攻医として残ったのかという年次推移を出して欲しかったです。それともう1つは、他の地域で初期研修をした医師がどのくらい専攻医として岩手県に入ってきているのかと、この2つの資料がないと、どの対策を取れば良いかということが分からない。多分、初期研修医が8割ぐらい私の記憶だと残っているんですよね。ですからそれがあまり変わってないということは、初期研修医を増やすことが一番大事なことでってことになりますよね。なので、その部分の年次推移が大事じゃないかなと思います。どこに力入れるかということで、専攻医と言われてもなかなか難しいです。はっきり言います。これはなぜかということ、日本専門医機構と学会が関係しますので、難しいのですよね。だからやっぱり初期研修医をいかに増やすかが一番大事じゃないかなというのが私の意見です。

それから、これはドラスティックな話で怒られるかもしれませんが、13ページの、二次医療圏毎の医師数が記載されていますが、そろそろ医療圏を変えなければいけないと私は思うんです。いまだにこの多い医療圏を持っているのは岩手県だけで、秋田県、山形県及び宮城県も、4つぐらいしかありません。

岩手県だけなぜ医療圏がこんなに多いのか、単にその県土が広いからなのか、やる気がないのか、私はよくわかりませんが、そろそろ医療圏のことを、これは岩手医大としてではなく、県民としてですね、やっぱり医療圏をまとめて欲しい。是非マスコミがどんどんコマーシャルして欲しいです。私としては、近い将来、やっぱり医療圏をまとめないとやっていけないのではないかと。ですから是非二次医療圏はまとめていただきたいというのがお願いです。

○佐藤医療政策室医務課長

ありがとうございます。

まず1つ目の臨床研修医について、専攻医としてどれぐらい残っているかという割合、こちら大変重要なポイントとなり、小笠原委員の御指摘の通りだと思います。次回以降の地域医療対策協議会の方で、そちらの方のデータの方を示せるようにしていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○鈴木医療政策室長

医療政策室長の鈴木でございます。御意見ありがとうございます。

医療圏の関係につきましては、現在医療審議会の方で新たな地域医療構想の策定について、検討が始まったところでございます。その中でやはり構想区域医療圏について、どのような設定をしていくかというところをまずは、今年度かけて検討するということになっておりますので、そのところで医療圏については検討していきたいというふうに思っております。この後報告事項のところ、地域医療構想のところににつきまして御報告をさせていただきたいというふうに思っております。

○小笠原邦昭委員

岩手県は非常に立派な道路をいっぱい作っています。私この前青森県知事と話をして、青森県は道路がちゃんとできてなくても医療圏をまとめているんです。ですから、やっぱりこのぐらい道路がいっぱいできている岩手県で医療圏をまとめないという手はないのではないかなというのが私の意見です。そうしないと、いろんな診療科がありますが、それがなかなか集まらないと思います。

1つ忘れていましたが、私が言いたいのは診療科の偏在の話ですが、これはですね、各医療圏でどの診療科がどれくらい必要かっていうことを見ないといけないと思います。沿岸エリアは専門医はとにかく欲しいと思っておりますが、そうはいかない訳です。ですから、その地区でどの診療科がどれくらい欲しいのかという数字をですね、これ数字だと私は思うんです。この辺のところはどかが担うか私はわかりませんが、少なくとも私が前にいた脳外科学会では、岩手県の全体の脳外科医の数を学会で全部出して、どの辺にどのぐらいの脳外科がいれば均てんができるか。という議論をしているんですよ。今の状況は100%正しいとは思いますが、ある程度それに基づいて均てん化を、私の時代にもしたつもりで

す。均てん化かつ集約化ですね、両方やらなければいけないのですが、それはやはり数字がないと無理で、沿岸の遠野先生のところも、専門医が欲しいのは当然の話だと思うんですよ。でもそれをやると、みんなどんどん専門医が欲しいとなって、じゃあどうするんだという話になるので、ぜひその辺のところは冷静な目で、どの専門医がどのぐらい必要なのかという数字を出してもらった方が、私は議論しやすいのではないかなと。これすごくやりにくいのですが、やらないと2040年に岩手県の医療私崩壊すると思います。ですので、是非やっていただきたいですし、大学も協力させていただこうかと思っておりますので、これはやるべきだと私は思っています。よろしくお願いします。

○佐藤医療政策室医務課長

御意見ありがとうございます。次回の協議会で何らかの形で、診療科ごとの医師の状況がわかる資料を出せるように、準備の方を進めていきたいと考えております。ありがとうございます。

○加藤章信委員

盛岡市立病院加藤です。

今のお話の中で、18ページが総括のまとめになっているのですが、医師の定着促進というのが非常にこれから大事になるというふうに思います。どうやったら義務履行修了者の人たちがそのまま県内に定着してもらえるのかということ、様々ご検討されていらっしゃると思いますが、例えば奨学金をもらっている人たちが、若い方はどうしても県北とか沿岸という地域に人が足らないですから、そこを中心に補充といいますか、頑張ってもらおうということがあると思うのですが、やっぱり若い人とかですと場合によっては少し、東京とか仙台とかいろんなところで研修したいというときに、距離的な問題も結構出てくるのかなと思っております。いうことで例えば、沿岸で1年とか2年勤務したら、また4号線沿いに戻してやるとかですね、何かそういった奨学金をもらっている人たちが、ここでならばやっていけるな、岩手県でも頑張れるかもというような、そういった仕掛けなども考慮していただけたらいいのかなというふうに思っております。もちろん盛岡市立病院でもそういうことのお役に立つ機会があれば行きたいと思うのですが、長く岩手県にすることで、ずっと岩手県で頑張ろうという気持ちになっていただけるような、仕掛けといったようなものも少し検討していただけないかなと思っております。よろしくお願いします。

○佐藤医療政策室医務課長

御意見ありがとうございます。医師の定着促進に向けまして、若い医師が岩手県に残りたいと思えるような仕掛け仕組みにつきまして検討いたしまして、次回の協議会の方で素案という形で何らかの案をお示しできればというふうに考えております。ありがとうございます。

○祖父江憲治会長

1つ私の方から、先ほど小笠原委員からちょっと忘れたということの1つは、もしかしたら、医業承継の問題ではないかと思うのですが。医師会で、確かこの話を説明されましたね、郡市医師会長が集まっている場で説明いただいたと思うんですが、どうしてもああいうところでお話をいただいても、郡市医師会長も自分の問題ではないです。地域の問題ではあるのですが、なかなか右から左へ流れて行っちゃうというところがあるんですね。

つまりどういうことかという、もうちょっと突っ込んだ県の取り組みがないと、地域医療もこれから減っているのを何とか留めるのも含めてやっていくというのは、大変なことじゃないかなというふうに思うのですが。

○小笠原邦昭委員

この前私はそれこそ青森県知事と話をした際に、青森県の新しい健康福祉部長が来たのですが、前回の健康福祉部長は、全医師会を回って、郡市医師会を回って説明をしたそうです。そしたら、厚労省の承継事業のお金を取って承継を進めた診療所が31カ所あったというわけです。岩手県は1カ所しかなかったと。

ですから、話を聞いたら、医師会を回って説明するってことをやっぱりしないと、その地区の医師会の先生方に話をすれば、そういえば、というのがあるというふうに言っていましたので、これは岩手県がサボっていると言っているのではなくて、青森県の健康福祉部長は回って説明をして、何とかあのぐらいこぎつけたという話をしておりました。これは本人から聞きましたので、そういう取り組みをぜひ、必要だと思います。制度があるから、それをポンとやるのではなく、やっぱりそれを、現場に行って説明して、活用してもらうという活動をしないと、なかなかその活動を理解できない、通じないのではないかなと思います。私もこの仕事をしていると現場に行かないと通じないことがよくあるんですけど、それが必要じゃないかなと思います。

○祖父江憲治会長

県の本気度といいますか、これが大事だと思うので、よろしく願い申し上げたいと思います。一生懸命やっておられるのはわかりますが、もう1発掘り下げるといえるか、そのようなことがあったほうがいいなという気がいたします。

○佐藤医療政策室医務課長

御意見ありがとうございます。今ご紹介ありました通り、郡市医師会の会長会議等ではご説明をさせていただいておりますけれども、御指摘ありました通り各郡市医師会を回っての事業の説明等はできておりませんので、今後ですね、診療所の承継がもっともっと進むように、現場の医師会にも出向くなどして、この事業の方を推進していきたいというふうに考えております。御意見ありがとうございます。

○祖父江憲治会長

他に御意見がございませんでしたら、この事業案で進めてよろしいでしょうか。

(意見なし)

ありがとうございます。それでは、次に移りたいと思います。

3 報告

(1) 第1回岩手医科大学地域医療支援協議会について

○祖父江憲治会長

続きまして報告事項でございます。まず、(1)第1回岩手医科大学地域医療支援協議会について、これは小笠原委員さんからお願いします。

○小笠原邦昭委員

これは文部科学省の事業ですが、先ほどの22ページの、参考1の3つ目の点の④にあったように、都道府県と大学病院との連携パートナーシップ協定、これは国、文科省厚労省ともこれをやるということを盛んに言っていて、我々は資料2の最初の背景のところ、文部科学省が、大学病院機能強化推進事業、もうちょっと言うと、各大学に5億円で病院を立て直せというお金が今年つきました。それをもらう条件として、都道府県とそれから大学との、行政と連携の協議の場を作りなさいということで、行政と大学病院とで、医師派遣を含めた直接的な協議体で話をしなさいということです。

もともと、岩手県では普通にやってきましたが、具体的協議を、このような場で話すことはなかったのですが、それぞれの会議に私が出ていましたので、岩手県とは、岩手医大と連携してきちんとやってきたつもりなのですが、これ全くやってない都道府県があることがわかりました。ですので、それをちゃんと協議体でしなさいという国の命令です。

目的のところに具体的なポイントを記載していますが、地域医療支援の推進に向かって、大学と行政との円滑かつ効果的な協議体制を構築する、ということです。それでこれを県にお願いして、7月14日に、わざわざ岩手に来ていただいて、左側が岩手医大のメンバーで、右側が県の保健福祉部長、それから医療局長をはじめとして、多くの重鎮の方、行政のトップの方に来ていただいて、この会議をさせていただきました。

次のページが、これは文科省が出した資料ですが、文科省はこちら側から、厚労省はこちら側から、自治体と大学が一層きちんとやりなさいという、こういうようなイメージを出しています。この次の3ページに同じものですので飛ばしまして、4ページ目で、具体的に何を話したのか、中身がないと意味がありませんので、まず今の協議体をなぜ設置したのかと。文科省からの命令で作りましたっていう、

或いは何を所掌するのかとかいろんな話をしました。

それで具体的に何をしたかという、この丸の2番目ですね、大学病院事業におけるオンラインの進捗状況について話し合いました。今はトライアルを県立病院とやっています、今後の課題について、この議論をさせていただきました。それからもう1つは、医療画像を今紹介状とかCDとかでやりとりして、紛失する或いは時間がかかって非常に効率が悪いということで、これをオンラインでできないかということを協議させていただきました。

5ページ目、今後どうするかと具体的な話ですけど、このオンラインに関しては2つメリットがあって、我々にとっては、移動がありません。例えば沿岸に行くとき行き来でほぼ1日終わってしまいます。夕方、夜帰ってきて、指示を出すと。それをやられると医療事故も非常に起こりやすいし時間が増えるということで、オンラインにすれば、移動時間がなくなるので、我々大学にとって教育や研究に割く時間が増えるという、ことです。それから、もう1つは、県立病院さんから言うと、まず診療科を増やすことができます。眼科でも、天野先生おられますが皮膚科でもこれは何とかできそうだということで今動いています。県立病院の電子カルテに我々が大学病院にしながら入れる、しかも今ブースを13程度揃えて、個人情報も外に漏れないようにその中でやるということまで今揃えています。もう1個は、医者が移動するのに当然自家用車で事故は起こせませんので、公共交通機関で行っている、その分のお金がかかるわけですね。それがかからなくなるという、県側の財政的なメリットもあると思います。

我々が使いたいのは、「窓」という、北上にある北良という会社が制作している、非常に綺麗な対面の、姿見の鏡みたいに患者さんが見られるシステムです。また、Webだと、お互いしゃべると聞こえなくなりますよね。それがなく、普通の会話をしているようなので、皮膚科とか眼科もできるということでしたので、我々としてはこれを導入したいと、まだこれ県側と具体的な話をしていますが、あくまでも提案をただけですね。これがメリットの1つです。

それから先ほど言った医療情報の推進というのは、郵送とか患者に持たせるとどっかにいってしまうということがありますので、今は県立病院間では情報のやり取りをやっているんですよね。でも、我々や県立病院だけじゃなくていろんな開業医の先生方も、日赤も市立病院もいろんなところがありますので、Firebirdというクラウドを使った連携システムがありますので、これを取り入れてアップロードすれば、ファイルをすぐ取り出せるという、こういう方法もあります。ちょっとお金がかかり、この辺ところは話をしなければいけませんが、導入する予定で検討しています。この2つに関して具体的に検討させていただきます。

この会議の一番はやっぱり医療支援じゃないかなと。要するに、先ほど言いましたように、どこの病院にどのぐらいの医者を、オンラインも含めて配置すればいいのかっていうのは、おそらく一番メイン

の、この会議体の話ではないかなと個人的には思っております。以上ご報告させていただきます。

○祖父江憲治会長

ありがとうございます。ただいまの説明に対しまして御質問、御意見等ございましたら、御出席の委員の方は挙手をお願いします。Zoomで御出席の委員の方、「手を挙げる」のボタンでお知らせいただきたいと思います。

○遠野千尋委員

久慈病院の遠野です。

今まさにお話いただいたオンライン診療に関してなんですが、久慈病院は、やはり医師不足ということもあり、今後どんどん進めていきたいと思いますので、大学の先生の方々、県の皆様、御協力よろしくをお願いします。以上です。

○及川忠人委員

全日病の副支部長をしています及川でございます。

今の小笠原先生のお話ですけれども、これ、是非とも、私立の病院の方にもそのような方向で、みんなに協力してもらえば、大分私立の病院も、様々な課題を抱えておりますし、特に我々のところの地域も、診療所が非常に苦戦しているというか、そういった面もあるので、そこまで一気に行かないにしても、何とか拡大していただければ、とてもありがたいなと、このように思った次第でございます。よろしくお願いできればありがたいと思います。

○小笠原邦昭委員

2つ目のFirebirdは、これはやろうと思えばすぐできますので、これは私的病院にもお願いして、逆に我々としては、その私的病院の方をお願いしたいぐらいです。やっぱりその紹介状を持たせるとか、CDに焼くのはすごく大変なわけです。ただ、これは電子カルテじゃなければならないので、そこだけが問題ですけど、なので2つめの情報連携は、そのために、県立病院とはまた別のシステムを作るということです。

それで1つ目のオンライン診療に関しても先生の言う通りで、診察患者が多いところあるわけですね。これは別に県立病院とは限らず、私立もあるわけなので。そこに関しては、これは県内企業ですので、何とか安くしてくれると私は信じていますが、私は、やらざるを得なくなると思います。先生が言われたように、安代とかそういうところは絶対これは必要だと思いますので、まず、公的病院でやった後に、私的な病院とも一緒にやることを、我々も最終的には想定しています。

○及川忠人委員

私の所属している岩手西北医師会の広さを考えると、是非とも御協力いただければ助かる医療機関が

多いのではないかなと思っておりますので、よろしく願いできればと思います。

○祖父江憲治会長

オンライン診療でどうしてもワンタッチ必要な患者さんというのもあります。その辺の区分けはどのようにしていくのですか。

○小笠原邦昭委員

先生が言われるように、当然すべての診療科ではできないと思います。患者さんをさわらないと駄目な診療科、耳鼻科がなかなか難しいですし、当然産科もなかなか難しいんじゃないかなと思うんですが、少なくとも再来の患者さんは全部できると。ただ、例えば診療科によっては、少し語弊がありますが、その場所に優秀な看護師さんがいると実は割とできやすいそうです。物が分かっている人がいれば。

これは「Doctor to Patient with Nurse」という方法で、医者がこちら側にいて、患者さん側に看護師さんが言うと今保険点数がとれます。さすがにDoctor to Patient単独だとまだお金は取れませんので、優秀な看護師さんなど、やっぱり横にいる人のかなりの介助があれば、直接触らない診療科に関しては、私はできるのではないかなと思いますが、やっぱり触らなければならない患者さんはちょっと難しいかな。

あと、再来であれば、特に患者さんに変化がなければ、私は触らなければいけない患者でもある程度できるのではないかなと思っています。特に我々の脳外科の患者さんなんかは、話をすれば大体わかるので、写真さえあれば大体新患でも診断できるのではないかなと私は思っていますので、これ診療科によって違って、今確か80%ぐらいの岩手医大の診療科は、これを使えると言っていますが、やっぱり使えない科も当然ありますので、全てではないのですが、それでも多くの診療科の負担が減って、県北沿岸の患者さんにも恩恵があるのではないかと、診療科は増えますので。そのように私は思っています。

○祖父江憲治会長

ありがとうございます。他にご意見等ございませんでしょうか。

(2) 新たな地域医療構想の策定について

(3) 岩手県保健医療計画（2024-2029）中間見直しの基本的方針について

○祖父江憲治会長

それでは続きまして、報告事項の2番と3番になります。新たな地域医療構想及び保健医療計画の見直しの2つにつきまして、事務局から説明をお願いします。

○石川医療政策室医療政策課長

県庁医療政策室の石川でございます。よろしくお願いいたします。

それではまず資料№3「新たな地域医療構想の策定」についてご説明いたします。資料3をご覧ください。

こちらは、8月5日に岩手県医療審議会医療計画部会という会議を開催しまして、こちらで御議論いただいた際の資料でございます。こちらによりまして説明いたします。

2ページ、目次をご覧ください。本日は、ガイドライン、概要、スケジュールの全体像を御説明した上で、医療需要のデータについてご説明いたします。

それでは、「1 国のガイドライン概要」についてです。

4ページをご覧ください。4ページは、国の資料で、ガイドラインの概要をまとめたものです。一番上の背景にありますように、85歳以上の高齢者の増加や、生産年齢人口の減少がさらに進む2040年頃に向けて、高齢者医療への対応や、医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められております。以降ちょっとできるだけポイントを絞ってご説明させていただきます。

さて、現行の地域医療構想で、入院医療中心としておりましたけれども、資料の中央上寄りの囲みにありますように、新たな地域医療構想は、入院医療だけでなく、外来在宅ですとか、介護との連携、人材確保ですとか、そういった項目が盛り込まれております。こうした議論する上で、先ほどお話ありました通り、この資料でいうと中程の右寄りのところですが、その構想区域の見直しという項目が挙がっております。国の方からもその見直しについて検討をするようにといったところで、国では人口20万人以上というところを1つの目安として構想区域を設定することを基本としています。ただ、難しい場合は地域の実情を踏まえて柔軟に設定するというふうに示しているところでございます。

またその下のところで、今後の医療機関の連携を進める上で、医療機関機能の報告という制度が設けられております。急性期拠点機能など、5つの機能がありまして、医療機関の皆様にはこちらの中から、御自身が主に担う機能を選んでいただいて、役割分担について、構想区域ごとに協議していくという流れになっております。

さらにその下の囲みのところで、病床機能報告、必要病床数の見直しとございます。病病床機能の中で、これまで回復期という区分がありましたけれども、回復期は廃止しまして、新たに包括期という区分を設けております。包括期は、高齢者普及の増加を踏まえまして、急性期と回復期をまさに包括する機能ということで、高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行いまして、早期の在宅復帰を支援するという機能と、従来の回復期の機能を併せ持つというような区分であるとされております。以上が、ガイドラインの概要でございます。

続きまして5ページでございます。国が示しているスケジュールについてです。資料の5、中央上寄り

に現状課題の把握と太字でありますように、まずは現状の課題を把握して、構想区域の設定の議論を進めて参ります。国からは、その左のところで年度で2027年度上半期頃までにとありますように、その頃までに区域の設定をするようにと示されております。その後設定した区域ごとの課題の把握、取り組みの決定と進んで参ります。こうした形でまずは構想区域の設定について、岩手県医療審議会の中で議題としていくこととなりますので、国のガイドラインで関係する箇所を抜粋しましたので次のページ以降でご説明いたします。

次のページ6ページをお願いいたします。ガイドラインの各項目を現状、課題、協議の進め方、協議事項と整理しております。

まず構想区域についてです。現状と課題、1つ目の丸ですが、構想区域は、医療提供体制の構築を進める単位ということで、区域内の医療提供体制の構築と、必要病床数の運用が役割とされております。2つ目の丸ですが、医療提供体制の構築に向けて、区域内で一定の需要が発生し、需要に対する体制を合理的に確保できるための単位として設定する必要があるとされております。3つ目の丸については人口の少ない地域では、人口減少により、構想区域として成り立たなくなる場合があるのではないかとということが課題として挙げられております。

2の協議の進め方としましては、まずは課題を把握し、区域調整会議において、現行の区域を維持した場合や、隣接する区域を統合した場合などについてメリット、デメリットを整備、比較しながら対応案を検討すると。県調整会議においても、協議内容を共有し、必要に応じて協議を行いながら、構想区域の設定を行うということになります。

3の協議事項としては、まず1つ目の丸で、現在の構想区域ごとに、将来にわたって一定の医療提供の完結が可能かと、課題を整理します。2つ目の丸で、課題のある構想区域については、現在の区域の維持、隣接する区域との統合等について検討することとされています。将来の医療提供体制の検討を進める上で、特に急性期拠点機能の確保が補填ポイントとされておりますので、次に急性期拠点機能について御説明いたします。

7ページをお願いいたします。「1現状と課題」として、1つ目の丸、高齢の方の増加により医療需要が変化しつつある中、持続可能な入院医療提供体制を整備する必要があります。2つ目と3つ目の丸、手術ですとか、救急医療についてですね、やはり医療支援を要する沿ったところについて、特に人口が少ない地域では医療需要が減少する一方で、医療従事者確保も一層困難になると見込まれますので、そういった手術等、医療支援を要する体制をどのように確保するかといったことが課題となります。

集約化といったところもガイドラインが見えているのですが、4つ目の丸にありますように、自動車で1時間程度といった目安もガイドラインで出ておりまして、1時間を超えるような営業時間がかかっ

てしまうようだとそのアクセス確保という観点で集約には問題があるのではないかと。そういった場合に集約よりも、他の構想区域の急性期拠点機能と連携するといった対応もある、とされております。

「2 協議の進め方」としては、1つ目の丸、都道府県調整会議、こちらは都道府県単位の地域医療構想調整会議でして、岩手県の場合、岩手県医療審議会の医療計画部会を、こちらの都道府県間の調整会議としております。都道府県単位の調整会議で、データに基づいて課題の把握と対応について協議することとされております。

2つ目の丸で、区域調整会議とありますのは、県内9つの構想区域ごとに開催しております、区域ごとの地域医療構想調整会議を指します。この区域調整会議では、その区域ごとに、医療機関機能の確保ですとか、役割分担、病床整備等について協議して参ります。

続きまして8ページの協議事項についてです。「3 協議事項」としては、1つ目の丸で、手術等の急性期医療を確保すると、そのために集約も検討するとあります。2つ目の丸、急性期拠点機能を担う医療機関、2040年時点の見通しとして、人口20万から30万程度に1か所という目安です。ただし先ほどお話ししましたように、地域の実情に応じてということでございます。3つ目の丸で、1つ目のポツで、診療実績が同程度の急性期の医療機関がいらっしゃる場合については、将来に向けて、効率性の面でどうかという観点で検討して欲しいということです。2つ目のポツで、地理的な要因で広域化しないとした場合は、隣接する構想区域と一体的に急性期拠点機能を確保するという方向性もあるということです。4つめの丸では診療実績も考慮するようにということでございます。以降は恐縮ですが、時間の関係上割愛しますので、質疑の中で、そこも説明して欲しい等ありましたら仰っていただければと思います。

続きまして、15ページ、スケジュールについてご説明させていただければと思います。15ページ、主な論点ごとにスケジュールでまず、上の囲み、1つ目の丸ですけれども、まずはその構想の前提となる構想区域について検討を進めた後、医療機関機能の確保、病床機能の確保といった各論点について議論して、地域医療構想として取りまとめるものです。2つ目の丸、今回検討する構想区域については、令和11年度に策定予定の次期保健医療計画の二次保健医療圏に反映する予定としております。そのため、図で言いますと、一番下の緑の保健医療計画のR8のところに、点線で中間見直しとあります。この後、別の資料でご説明しますが、今年度、現行の保健医療計画の中間見直しを予定しております。こちらについては、現在の9つの2次保健医療圏を前提として進めていくこととなります。この表は国の想定ということで、遅くとも令和10年度に新たな地域医療構想を策定するとされておりますので、丁寧な議論をしながらも、できるだけ早期の策定を目指していきたいと考えております。

続きまして16ページで、関係する会議をまとめております。16ページにて赤枠で囲っております、地域医療構想調整会議（都道府県単位）というのは、先ほどご紹介しました、岩手県の場合は、医療審議

会の医療計画部会でございます。左側に医師確保計画ということで、本日こちらの方にですね、地域医療対策協議会が位置付けられております。

その他、作業部会ということで、癌、脳卒中、いわゆる5疾病6事業ですとか、在宅医療等について、既存の協議会がございますので、医療計画についてもですけども、新たな地域医療構想についても、こういった既存の協議会で各部門について協議いただきまして、最終的にその医療審議会の計画部会、親会というところで、検討して参りたいと考えております。

17ページについては今年度の会議の開催日程ですので、ご覧いただければと思います。今年度はまず、この区域検討について議論をしていくというところでございます。以上がスケジュールについてでございます。

続きまして19ページをお願いいたします。本県の医療需要の分析についてご説明します。

19ページは、人口推計です。ポイントとしましては、上の囲みのところで、2025年から2040年にかけて、岩手県全体の人口は18.8%の減少、85歳以上人口は、プラス25.0%。生産年齢人口は、マイナス25.4%、ということになります。このように65歳以上の高齢者全体は減少するという中で、この85歳以上の高齢者が増で、働く世代は減という状況にあつて、持続可能な医療提供体制を検討していく必要があるという状況でございます。

以降ちょっと恐縮ですが時間の関係上、まとめ部分を中心に、若干駆け足でご了承いただければと思います。若干進みまして、21ページのところがですね、少子高齢化の進展についてのまとめでございます。21ページの丸の1つ目と2つ目については、2040年に向けて、岩手県の人口は19%、2割近くの減で、県内全域で減少の見込みです。丸の3つ目と4つ目、65歳以上は、盛岡区域以外は減少する一方で、85歳以上人口はすべての区域で増えるという状況です。こうした、高まる医療介護ニーズを、現役世代が減る中でどう支えていくかといったところが課題となります。以降は、医療需要についてですね、外来ですとか入院が、総じて右肩下がりというか、盛岡で若干増えるところもありますけど、概ね医療需要は減という見込みのグラフがあります。

続きまして、まとめが、26ページでございます。26ページが、医療需要についてのまとめでございます。丸の1つ目と、1つ飛んで丸の3つ目ですけれども、外来と手術についてはすべての区域で減少する見込みです。丸の2つ目と4つ目、入院等救急搬送については、概ね全県的に減少傾向で、ただ盛岡については、横ばいといった状況でございます。

続きまして、医療需要の中でも、入院と在宅について一部需要の増が見込まれますので、こちらについて減っていきたいと思います。27ページには、機能別に見た病床ごとの利用率の状況です。こちらの黄色の囲みにありますように、全国と比べると、急性期と包括期、令和6年時点という回復期の病床

が比較的多いという状況です。

駆け足で恐縮ですが28ページが、患者数の見通しです。28ページは赤枠で囲っておりますように、急性期の患者が減少するということが見込まれるところです。続きまして29ページは、今度は病床数に着目して整理した資料でございます。29ページ左上の岩手県全体のグラフ、右側の合計の赤い丸つけておりますけども、赤い丸をつけて黄色で注をしておりますように、2040年の必要病床数、こちらオレンジの方に対して、2024年、水色の棒が高い。つまり、現状が必要数より多いという状況です。グラフの中で、黒枠で囲っておりますが急性期、こちらは、水色の現状の病床数に対して、オレンジ、2040年の必要病床数が大幅に減となっております。

こちらについては、この破線の囲みにありますように、2040年度の必要病床数の算定にあたって、これまで急性期として区分してきた75歳以上の急性期患者のうち、5割が、国の考え方によって包括器の需要の方に入っております。ですので、これまでの急性期の需要が、いきなり1909床まで激減するというのではなくて、水色のところ、急性期で5,809床となっているところの一部が、オレンジの中ではその隣の包括期の3871床に計上されている部分もありますので、その旨御留意いただければと思います。こちらの数字は、国の推計ツールによって算出したものでして、推測の数字という面はありますけれども、医療需要全体としては需要減となる見通しということになるかと考えております。

まとめますと、30ページのようになります。30ページの丸の1つ目、岩手県では、急性期が病床と回復期病床が、全国と比較すると比較的多いという状況です。丸の2つ目、今後、急性期の需要、患者数については減少する見込みでございます。丸の3つ目、病床機能でいうと、急性期慢性期の病床が多く、包括期の病床が需要増により不足する見込みといったことが予想されます。推計ではありますが、こういったところが予想されるところでございます。ここまでが入院医療についてです。

続きまして在宅医療に関する需要動向についてでございます。こちらは大まかには盛岡など一部地域で若干増が見込まれますが、概ね横ばいかピークアウトして減っていくといった資料が続いております。まとめについては、34ページが、在宅医療についてのまとめでございます。34ページで、1つ目の丸、要支援・要介護認定者数は、盛岡胆江で増となる一方、全県的には減少の見込みです。2つ目の丸、在宅医療、訪問診療の需要は、推計としては、県内全域で増加の見込みです。3つ目の丸、訪問看護については、一部の需要、具体的には盛岡、中部及び胆江における訪問看護の需要については増加の見込みです。4つめの丸で、厚労省の推計は、精緻な理由を表したものではありませんとありますように、やはり1つの推計というところはお含みおきいただければ、なので、施設サービスの利用動向ですとか、医療介護支援の確保状況といったところも踏まえつつ、検討する必要があると考えております。

最後に36ページですね、「4 課題の整理と今後の流れ」についてでございます。

36ページが課題の整理です。上の四角ですね、医療需要の変化ということで、外来患者数、入院患者数、手術件数は多くの区域で減少が見込まれておりますことから、今後の医療提供体制を考える上で、やはりこの医療機能は先程来お話ありました通り、集約化重点化といったことも検討する必要があるかと考えております。

また、四角の2つ目の病床機能の見直しということで、人口減少を背景に、病床利用率、患者数、必要病床数とも今後減っていくと見込まれますので、急性期病床を包括期病床に転換したりですとか、ダウンサイズしたりですとか、そういった検討も必要と考えております。

こうした状況を踏まえますと、需要分析のまとめ1としまして、構想区域に関連する状況としましては、1つ目の丸で、85歳以上の増加ということはありませんけれども、医療需要が減少に向かっている状況にあります。2つ目の丸で、そういった状況を踏まえて構想区域について検討が必要と考えております。

資料の前半のところで御説明しましたように、医療アクセスというところも踏まえながら、ということになりますが、いずれ検討が必要というふうに考えているところでございます。

医療需要のまとめ②としまして、在宅医療についてですね、こちらは国の機械的な推計ということで一部需要の増加が見込まれますけれども、在宅医療以外の各種サービスとか既存支援の状況も踏まえて考える必要があります。いずれいろいろな分野の支援を組み合わせ、一体的な検討ができればと考えております。

最後に、37ページは今後の医療審議会の計画部会の今後の検討の予定ですのでご覧いただければと思います。38ページ以降は協議にあたって基本となるデータについての参考資料ですので、後程ご覧いただければと思います。駆け足で恐縮ですが、一旦新たな地域医療構想の策定でございました。

続きまして、現行の保健医療計画の中間見直しということで、資料ナンバー4をお願いいたします。

こちらは、中間見直しの資料4、岩手県保健医療計画中間見直しということで、改正のポイントは3点ございます。

1点目が法律上必要な改正、2点目が関係する計画などの改正に伴う改正、3点目が計画の進捗の達成度を踏まえた見直しでございます。

それでは順次説明いたします。「1 計画の概要」、こちらについては、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供するといったことを主眼としての計画というところでございます。(2) 計画の期間は、令和6年度から11年度まで、今年度はちょうど中間地点となっておりますので、中間見直しをするということでございます。

3ページについては、参考として、保健医療計画の全体構成の資料をつけておりますので後程ご覧

ただければと思います。

4 ページについては、中間見直しの基本的方針です。先ほど大まかに申し上げましたが、2 (1) のところで、法律に定められている改正ということで、①在宅医療、②外来医療、1つ飛ばして、④医師確保計画ということで、これが3年ごとの見直しをしています。今飛ばした③ですけれども、かかりつけ機能の確保ということで、こちらは昨年度から国の報告制度が始まっていますので、これを踏まえて計画への追記を検討する予定でございます。

続きまして5 ページです。こちらについては関係する計画の改正を踏まえて、併せて改正するという中身でございます。2 (2) でいわて県民計画ですとか、そういった関連計画を記載しております。その他、最新のデータで各種数値を更新するというところでございます。

6 ページについては、参考ということで、いわゆる5 疾病の関係計画を記載しております。7 ページについては、いわゆる6 事業と在宅医療の関係計画を掲載しております。最後の8 ページで、今年度の検討スケジュールについてですけれども、こちらも新たな保健医療計画と同様、岩手県医療審議会の計画部会と、医療審議会の親会で審議していただくということを予定としております。中間見直しについては今年度中に完了というところでございます。

駆け足で恐縮でございますけれども、説明は以上でございます。

○祖父江憲治会長

ありがとうございます。ただいまの説明に対しましてご意見ご質問ございましたら、出席の委員の方は挙手を、Zoom御参加の方は「手を挙げる」のボタンを押してください。

○小笠原邦昭委員

6 ページのガイドライン、中身はいいですけど、ここに隣接する区域の統合とか再編とかって最後に書いてありますが、どうしても県単位になりますよね。当然国の行政区分が都道府県になっていますので。

でも、2040年はそうじゃないのではないのでしょうか。2040年に果たして、青森県、秋田県及び岩手県が独立して存在できるのか。2040年に私は80歳ですので、私はいいですが、やっぱり今の若い人たちを考えたときに、本当にこれを県単位でやっていいのかってことをぜひ行政で考えていただきたいと。やはりこれは北3県で考えるべきだと。当然行政区域は独立していますが、患者はこの行政区を超えて実際には移動しているわけですよね。県境で。そのことをそれぞれの県で考えるのは筋が通らないし、私は税金の無駄遣いといつも思っておりますので、やっぱりブロック制、医師会がよくブロック制と言いますが、やっぱり北3県ブロックで考えないと、2040年には絶対に耐えられなくなると私は個人的に思っています。やっぱり今の時点でそういうことを考えていただかないと、将来において何をやっていた

んだあの人たちは、というふうに私はなるのではないかなと思っていますので、ぜひ若い人を中心に、2040年までにブロック制というものを考えて、行政区分をやっぱり取っ払って物を考えることをしていただかないと無理じゃないかなと。いうことは県に行ってもしょうがないのですが、県からぜひ国に上げていただきたいと、私はいつも厚労省の審議会でそういうふうに言っていますので、そのことはぜひ頭に入れて欲しいというのは私のお願いです。以上でございます。

○石川医療政策室医療政策課長

御意見ありがとうございます。どういった形で、というところはありますけども、おっしゃる通り、隣県との連携が必要となってきますので、隣県と意見交換を交換しながら連携について考えていきたいと思います。ありがとうございます。

○及川忠人委員

全日病副支部長の及川でございますけども、我々のところも、鹿角と八幡平ということで、どちらに行ったらいいのかみたいな感じで、ほとんど同じなんですよ。それで県境というのはない方がいいような、そんな面がないわけではないです。私、若い時代に、デンマークにちょっと脳浮腫の勉強に行ったことあるのですが、やっぱりデンマークも合州制といいますか、ブロックを大きくして、そして病院を統合とか、いろんなことをやっています。例えば認知症の対応も、訪問するチームを作ってやって、入院の患者さんがぐんと減ったというような実績もありますので、やはり大局的に、小笠原先生が言われたようなことは、今からやっぱり検討するといいますか、ワーキンググループを作って検討するということが本当は必要だろうというふうな思いがしております。

岩手県はものすごく広いですけども、確かに9医療圏もあって、10年すればどうなるのかという喫緊の課題だと思うので、やはり、考えなければいけないかなと思っています。私が医師会長の時代に、遠野は釜石なのか花巻なのかという議論があり、大変な議論だったんですよ。でもやっぱり生活圈ってことを考えないと、上手くいかないのではないかとということで、あまりはっきした結論にはならなかったということを覚えていますので、とても重要な課題だなと思っています。よろしくご検討いただければと思っています。

○石川医療政策室医療政策課長

御意見ありがとうございます。今お話ありましたとおり、特に検討区域では、県を跨いだ生活圈というところもあると思いますので、そういった状況踏まえて隣県との連携を検討していきたいと思います。ありがとうございます。

○祖父江憲治会長

これにつきましては、医療審議会にて報告をお願いすることになると思います。時間も押しております

すので、次に移りたいと思います。

(4) 岩手医科大学附属内丸メディカルセンターの協力型臨床研修病院指定取消について

(5) 重点医師偏在対策支援区域における支援事業について

(6) 専門研修プログラムに係る厚生労働省への意見の提出について

○祖父江憲治会長

続きまして、(4) 岩手医科大学附属内丸メディカルセンターの協力型臨床研修病院指定取消について、(5) 重点医師偏在対策支援区域における支援事業について、(6) 専門研修プログラムに係る厚生労働省への意見の提出について、事務局からお願いします。

○阿部医師支援推進室医師支援担当課長

資料No.5をお願いいたします。(4) 岩手医科大学附属内丸メディカルセンターの協力型臨床研修病院の指定取り消しについてでございます。

医師支援推進室の阿部でございます。資料5の箱囲みのところをご覧くださいと思います。岩手医科大学附属内丸メディカルセンターについては、令和8年4月1日付で、病院から診療所へ組織変更したことの理由によりまして、協力型臨床研修病院の指定取消申請がありました。このことは、臨床研修での指定要件を満たさなくなったことを理由とするものであり、やむを得ないと認めることから、指定を取り消すものでございます。

2の指定の取消年月日のところをご覧くださいと思います。指定取消年月日は令和8年3月31日ということで、4月1日以降は臨床研修病院であります、岩手医科大学附属病院と共同して臨床研修を行う協力研修施設となります。以上でございます。

○伊藤主事

続きまして、重点医師偏在対策支援区域における支援事業及び専門研修プログラムに係る厚生労働省の意見の提出について、医療政策室から説明させていただきます。

それではまず資料No.6「重点医師偏在対策支援区域における支援事業について」をご覧くださいければと思います。

2ページ目になります。まず、重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継開業支援事業についてです。この事業は、重点医師偏在対策支援区域において、診療所の承継や開業を行う場合に、施設整備や設備整備、開業後の定着支援を行うことで、地域の医療提供体制の確保を図るものです。開業後の定着支援は診療所の運営に必要な経費を補助するもので、開業後3年間が補助対象となります。

今年度の一次公募を実施した結果、二戸市石切所の診療所から1件の申請がありました。所管する二

戸医師会と相談の上申請が出されており、特段の意見はなく、こちらについて今年度5月の書面開催にて了承いただきました。国からも補助対象として内示を受けております。今後、施設整備の完了後に補助を行う予定です。

また、4ページ目をご覧くださいまして、2次候補につきまして、国の2次募集の概要として施設整備かつ令和8年度内に事業が完了予定の場合のみ補助可能ということで示されたものでございます。こちらについて活用見込みについて調査を実施いたしましたが、対象案件はございませんでした。このため今年度2次募集については実施いたしません、来年度以降の開業を見込んで、本補助金を活用したいとの相談が数件来ておりましたので、来年度、改めて公募を行う予定としております。

続きまして5ページ目をご覧くださいまして、医療機関支援事業及び代替医師確保支援事業についてです。派遣元医療機関支援事業につきましては、重点医師偏在対策支援区域の医療機関に新たに医師を派遣する医療機関に対して支援を行うものです。また、代替医師確保支援事業については、重点区域で勤務する医師の負担軽減を図るため、土日祝日の代替医師確保に要する経費を支援するものでございます。

次のページをお開きいただきまして、今後のスケジュールについてですが、5月に地域医療対策協議会、保険者協議会で、重点支援対策支援区域を指定について御了承いただきましたが、現在事業計画の提出までは終えておりまして、今後、県の交付要綱の策定や、交付申請別の手続きを進めて参ります。

続きまして7ページ目、参考としまして、重点医師偏在対策支援区域についてです。今年度5月の書面協議で御承認いただきました通り、昨年度の既存の対象区域に加えて、八幡平市、雫石町及び岩手町を新たに対象区域として追加しております。これらの地域については、医師数が少なく、基幹病院へのアクセスに時間を要することから、医師少数区域と同様の考え方で位置付けたものです。今回御紹介した2つの事業に共通した区域となっております。

最後に8ページ目に、第36回の地域医療対策協議会の書面会議でいただいた御意見につきまして、記載の通り、回答させていただいております。補助要件ですとか開業支援、派遣元医療機関への支援のあり方などの意見を頂戴しており、回答しております。こちら後程ご覧いただけますと幸いです。以上で資料No.6について説明を終わります。

続きまして資料No.7「専門研修プログラムに係る厚生労働大臣等への意見提出」についてご報告いたします。

1ページ目をご覧くださいまして、本件は、医師法に基づきまして、厚生労働省から令和9年度の専門研修プログラムに関する意見照会があり、県として新専門新専門医制度部会の委員の皆様から書面により御意見をいただきまして、取りまとめの上、8月18日に厚生労働省に提出したものです。

意見照会の内容につきましては、2027年度のシーリング案に関する事項、各診療領域のプログラムに共通する事項、そして個別プログラムに関する事項の3項目となっております。

2ページ目に進んでいただきまして、まず令和9年度のシーリング案について説明させていただきます。シーリングは医師多数県の研修プログラムを中心に、募集枠に一定数の上限を設定するものです。ただし募集枠の例外として、1年以上医師不足地域など、医師の充足率が低い地域で研修を行う特別地域連携プログラムという募集枠が設けられております。シーリングの対象都道府県は、最新の医師数等のデータに基づいて、対象都道府県お選定することとされており、本県につきましては引き続きシーリングの対象となっておりません。

また特別地域連携プログラムについては、連携先施設の要件を都道府県で選定できるようになった他、連携先の医師充足率の基準が引き上げられるなど、制度全体として要件が緩和されるような内容となっております。加えて特別地域連携プログラムと連携プログラムの一部が統合されることとなっております。この緩和によりまして、都道府県から地方への専攻医の流れが活発になることが期待される一方で、本来医師不足地域で行っていた特別地域連携プログラムを、比較的都市部の地域で行えるようになり、真に専攻医が必要な地域に派遣されず、地域偏在の助長に繋がりがねないではないかといった懸念点がございます。

次のページ以降は、県から厚生労働省に提出した意見を抜粋して掲載しております。特別地域連携プログラムの要件の緩和は、地域偏在の助長に繋がりがねないため見直しを行うことなど、地域の医師確保や、医師偏在対策の実効性向上という観点から意見を取りまとめて、厚生労働省に提出しております。その他、医師少数区域への支援強化、地域枠医師への対応などに関する意見も提出しておりますので、後程ご覧いただければと思います。説明は以上です。

○祖父江憲治会長

ただいまの御説明に対しまして、御意見、御質問ございましたら、挙手をお願いします。Zoomの方は、手を挙げるボタンでお知らせをお願いします。

○小笠原邦昭委員

最後の専門研修プログラムについて、この中身について私は異存ないのですが、なぜ初期研修制度に我々の意見を言う場がないのでしょうか。専攻医というのはあくまでも専門機構のものであって、国の機関ではないですよね。そこに意見を言うというのはよく分かりませんが、初期研修に対してこの地対協として、各都道府県地対協が厚労省に意見を言える場面が無いのはなぜでしょうか。私はもっと初期研修の方に意見を言いたいんですけども。

要は、専攻医は家庭があるので実質的には移動は無理なんですね。当然です。私、専門医の仕事をし

ていましたが、結局、専攻医を当たっても、もう既に家庭の基盤ができてれば、すぐ家庭のある地元に戻るわけです。だからかわいそうなんですね、ある意味では。初期研修はまだ家庭の基盤ができてない場合が多いので、そちらの方が動かしやすい、若い人の方が当然動かしやすいわけですね。

だから初期研修の方に私としてはたくさん意見を言いたいのですが、なぜ我々地方の声が通るようなことを国はしないのか、私はよくわかりません。なぜ専攻医にはあって、初期研修にはないのか、わかる方はいますか。

○佐藤医療政策室医務課長

御質問ありがとうございます。専門医につきましては、新たな専門医制度を立ち上げるときに、こういった都道府県の地域医療対策協議会の意見を踏まえて、いろいろと制度を見直していくという形でこの立て付けになっておりますけども、初期臨床研修に関しましてはその辺の、法令の定めがはっきりした定めがないものではないかなと思っております。今、詳しい情報等がないですが、そういった、認識しているところです。

○鈴木医療政策室長

新たな専門医制度を作るために、かなり地域医療への影響があるのではないかということで、様々な要望活動が出たことから、厚労省も少しそれについて対応しなければならないということで、こういった意見照会というような形になったものというように認識をしております。

○小笠原邦昭委員

これは全く違いますよね。我々現場からいうと初期研修の制度が悪いから医師偏在が起こったと。当然の話です。数字がそれを表していますから。そちらの方に意見を通すべきであって、専門医制度があったから偏在が進行するとは私は全く思っておりません。これは学会側から言うそうです。やはり初期研修システムを何とかしてもらわないと、これ簡単な話で、都会での研修ができるようになったからですね。それだけの話です。だからそれを何とかして欲しいのですが。

しかもこの意見照会は国に対してですよ。専門医制度は国ではなく機構なわけで、全然違うわけですよ。機構は機構ですから、民間或いは独立行政法人ですので関係ないです。やはり国に文句を我々が言う場面がないっていうのは、非常に民主主義から外れていると思っておりますので、ぜひ知事を通じてもいいですから、初期研修に対して我々が地対協から意見を出せるような制度にしていきたいというふうに伝えてください。

○鈴木医療政策室長

ありがとうございます。県も国に対して様々の要望を各省庁に対し要望出しておりますし、知事が会長を務めております、医師不足の知事の会でも様々な制度についての要望もしておりますので、こうい

った地対協とかで、そういった初期研修についての御意見、御要望を承って、それを様々な各種要望の方に繋げていくといったような形でちょっと考えてみたいというふうに思います。

○小笠原邦昭委員

生の声を伝えて欲しいです。

○及川忠人委員

研修医の指導医っていう立場を私持ってなかったんで、今年1月にWebで研修を受けて、その資格を取って中身を見たのですが、相当膨大でした。その中にZ世代への対応とか、或いはメンタルヘルスへの対応とかですね、やっぱりいろんな大事なことがあって、我々が若い頃を教育されたときは全然、内容が違うなと思いました。2年間であれを全部というのはちょっと無理だなと、そんな実感であります。

私の方で、たまたま秋田の病院からお預かりして、1日研修とか、2日研修とか、そういったこともしたんですけども、やっぱり、指導医っていうのはすごく責任があるのだからっていうことと、そのの上の
上級医とのチームプレーとかそういったものがないと、研修医は育たないというふうなことのよう
ございます。

私もそうやって見てみて、やはり私たちが教育を受けたときとは全然状況が違っているなと、そんな
実態を聞いていますので、やはり地元の方々の意見とかそういったものを堂々と言って、少しでも良い
方向にして、卒後の2年間の研修医の人たちがよかったなと思うような研修制度に変えていくという
か、少しでもレベルアップできれば、そして、公立病院とか、大きな病院に研修医は行くのですが、我々
のような小さな民間病院はなかなか研修医が来ない状況です。もう少し柔軟かく考えて、色んなところ
に研修医を出して、研修の場を広げた方が、私はいいいんのではないかなと。地域医療についても認識が
違ってくるのではないかなというふうに思いますので、御検討いただければありがたいなと思っていま
す。

○祖父江憲治会長

今の及川先生の御意見について、県として対応できる部分はありますか。

○鈴木医療政策室長

様々ご意見をいただきながら、ちょっと考えてみたいと思います。こういった地対協の場でそういった
臨床研修について、どういった形がいいのかというところを、もうちょっと御意見いただければもう
ちょっと必要なのかなと今思いました。

○及川忠人委員

公立の病院だけに臨床研修医が行くのはおかしいじゃないかというのはありますので、その部分は

変えていかなきゃいけない。研修してまた元の病院に帰っていくという様な方が有意義だと思います。

○鈴木医療政策室長

様々ご意見をいただいて、我々としてもどういった形でそれを国に伝えていくかというところを考えてみたいと思います。

○祖父江憲治会長

それでは、報告事項の、（１）から（６）につきまして、他に何かご意見等ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

４ その他

○祖父江憲治会長

それでは、続きましてその他ですが、事務局から何かございますでしょうか。

○佐藤医療政策室医務課長

事務局からは特にございません。

○祖父江憲治会長

委員の皆様から、何か御意見ございますか。

（挙手無）

それでは以上で議事すべてを終了いたします。円滑な進行に御協力いただきまして、誠にありがとうございました。進行を事務局にお渡しいたします。

５ 閉 会

○佐藤医療政策室医務課長

長時間にわたりまして、活発な御議論、ありがとうございました。以上をもちまして、第37回岩手県地域医療対策協議会を閉会いたします。御出席いただきまして誠にありがとうございました。

なお次回の協議会は、10月30日金曜日の15時からを予定しております。また改めてご案内させていただきます。御参加のほどよろしくお願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。