

日時：令和2年1月7日（火）午後6時～7時50分

場所：上田合同庁舎 講堂

## 1 開 会

## 2 あいさつ

## 3 会議事項

### (1) 医師確保計画の素案について

医師確保対策室渡邊室長が資料1-1「医師確保計画（素案）の概要①」、資料1-2「医師確保計画（素案）」、机上配布資料①、②、参考資料1「医師確保計画策定等に係るスケジュール（予定）」に基づき説明。

(結城委員（東御市民病院院長）)

相変わらず頭数の話ばかりと感じた。確かに上小地域は医師の頭数、医師数も少ないのだが、どういった病院にどういう医師が足りないか、例えば急性期の大病院にはおそらく専門医が必要かもしれないが、当院のような小さな地域に密着した病院では専門医の頭数がどれだけいても人件費がかかるばかりでだめで、例えば一般の外来も入院も人間ドックもやり、夜間救急では自分の専門外も診てくれるような医師がほしい。症例数の多い専門分化した大きな急性期病院が求める医師と、地域に密着した小さな病院が求めている医師はかなり異なる。医療圏の中で各病院がどんな医師を必要としているかというところまで議論はされているか。

(医師確保対策室)

そもそも医師確保計画は地域にどのくらいの医師を確保するかということで、一つの病院に対してまでは踏み込んでいない。ただし、適正な医師配置ということでは診療科の問題等まで踏み込まないといけない。それについては今回の計画に明確に載せることはなかなか難しいが、「目標達成のための施策」の⑥「地域の実情の反映を目的とした、医師の配置調整等の仕組みの検討・構築」ということで、一緒に検討していかなければいけないと思っている。それとともに、資料1-1裏面の「重点的な取組の目指す姿」ということで、県がある程度の人事権を振るえる修学資金貸与医師と自治医科大学の医師のうち、修学資金貸与医師については来年30人くらいが医師不足病院や中核病院で勤務となり、2～3年後にはある程度まとまった数の医師が出てくるので、各拠点病院、上小地域であれば信州上田医療センターへ配置し、そこから地域の必要なところに医師を派遣してもらおう。現在、信州上田医療センターには修学資金貸与医師は配置できない形となっているが、医師少数区域では医師の優先的配置ということがあるので、配置できるように位置付けたいと考えている。医師の配置を決める仕組みを作ることと、拠点病院が中心に派遣していくという2つの考え方で、地域に医師を供給していきたいと考えている。

(結城委員（東御市民病院院長）)

地域の中でも、地域密着型の小病院が抱えている医師の問題と、急性期の大病院が抱える医師の問題ではかなり違うということをきちんと理解した上で今後議論されるのなら大賛成だが、今の説明では頭数が中心となっている。例えば、当院の場合はベッド数が60床で医師が10人、決して医師不足の病院ではない。なぜそれでうまくいかないかというと、専門医ばかりが多すぎて、例えば整形の医師であればドックはやらない、当直しても整形しか診られない、病棟も

診ない、小児科の医師であればドックはできない。大きな病院であれば自分の専門性を活かせるだろうが、小さな病院では、毎日ドックもやり内科の入院患者も診なければいけないというようなことを、縦横無尽にやってくれる医師が少数いれば、多分経営的にもうまくいくと思う。地域が抱える問題は医師数と遍在だろうが、地域の中でも急性期の大病院と、地域と急性期を取り持つ地域に密着したアキュートの前の病院が必要とする医師とはかなり違うということ踏まえて議論してもらえればありがたいと感じている。

(医師確保対策室)

委員の御意見を踏まえて今後検討していきたい。どんな形がいいかはわからないが、御意見を十分に汲み取って計画に盛り込んでいけるよう検討したいのでまたご意見をいただきたい。

(勝山委員（丸子中央病院院長）)

計画の内容はきっちり作られているが、どうしても少しむなしい感じがする。今病院勤務の医師のうち、長野県では10%が信州大学に勤務し、さらにいわゆる医局・講座に所属する医師が同じくらいいるとしても、千人くらいは信州大学の指揮命令系統で動いている。それが全て文部科学省の傘下にあるわけで、厚生労働省のいろいろな文書を見てもその点は曖昧模糊としている。この資料の中にも大学の医局のことはあまり出てこないが、現実にはそれが大きな問題で、医療行政の枠の中に大学が入ってなく、医学部はあくまでも文部科学行政の中に入っている、なかなか限界があつて計画を作るにも御苦労があると思う。そういう意味で、むなしい感じがするのはやむを得ない。

二つ、考えを伺いたい。一つは、県が人事権を持つ医師を派遣する場合、従来、当然と言えば当然だったかもしれないが、主体は公立病院だったと思う。ところが上小地域の場合、実際はベッド数は私立の方が多いし、当院は旧丸子町唯一の一般病院で、果たしている役割は公立病院と何ら変わらない。公立病院に重点的に配置しても、公立病院は経営的にいろいろ問題になっているようにあまり効率が良くないとあまねく理解されているとおりである。医師の派遣先として、公立病院だけでなく、役割をよく見て私立病院も考えていただかないと、需要と供給のギャップが大きくなりすぎる。私立病院のあるところにも需要はあり、公立病院だけに配置すると需要のあるところに医師が派遣されなくなってしまう。

もう一つは、働き方改革が非常に気になっている。個々の病院レベルの話ではなく、今大きな議論となっている兼業の問題である。今まではなんとなくやむやでやってきたが、大学の医師が兼業しているのが労働時間に算入されるのは当然である。現在大学の医師がパートで大勢出ているので、その労働力は県内の医療機関で100人なり150人分となっている。上小医療圏の二次輪番制などはまさに信州大学のパートに支えられているところがある。兼業を労働時間に通算することになると、信州大学の医師が兼業することが非常に困難となる。働き方改革について、それを含めた検討をしていただく必要があるのではないかと思う。働き方改革は確実に小病院とかへき地病院にネガティブに働いてくるので、十分考慮していただく必要がある。

(医師確保対策室)

最初の医師の配置を私立病院へもという話については、この場でイエス・ノーとは言えないが、今後、修学資金貸与医師の供給数との関係や、引き受けていただく拠点病院の責務として修学資金貸与医師のキャリアパスを充実していただくことも考えていかなければならないと思っている。その先に、公立病院だけではなく私立病院へもということはその段階で考えなければと思っている。どちらの方向に行くかは現段階では言えないが、検討していきたい。

働き方改革については、厚生労働省でも検討しているところであり、国の動向を注視している。働き方改革には課題があるものと思っており、12月末に、岩手県が中心に、医師少数・医

師不足の道府県で国へ提言・行動していく組織を作ろうということで、長野県も入った。今後、そういうものも使って委員方の御懸念を払拭するような提言ができればと思うので、その際は御教示、御相談をお願いしたい。

(三澤委員 (依田窪病院院長))

県で信州型総合医を作った。心臓カテーテルしかできないとか、消化器のカメラしかできないとかいう内科の医師がある程度の期間地域に出るのはいいことだとは思いますが、非常に効率は悪い。公立病院は赤字である。総合医は全部できるわけではないが、大体のことはでき、場合によっては整形外科の腰が痛い、膝が痛いまで診てくれる。そういう医師がいて、救急は診てくれるし、入院患者も人間ドックも診てくれるというのが地域の中小病院は最も欲しい。それを作ろうと長野県は言ったが実際にはほとんどいない。そういうことを得意としている、例えば諏訪中央病院とか佐久総合病院へ集中的にそういう医師を増やせばいい。依田窪病院も例えば内科の医師を5人と言われてもそんなに雇えない。2人くらい若い医師でなんでも診る人がいればそれで充分である。非常に今お金をかけていろいろやっているが効率が悪いことをしている。専門家はそんなにいない。専門家はごく一部の超優秀な人だけがいていただき、残りの人は何でもできる中でこれが得意だということでもいいと思う。保健予防活動からターミナルとか福祉との連携とかそういった視点で医師を作った方がよく、圧倒的に長野県はそういう医師が欲しいと思う。当院でも年を取って専門分野しか診れないという人は要らない。総合医で気楽に何でも診てくれて地域にも出ていく、そういう医師は大学では作らないので、県としてもっと総合医または家庭医を作っていくという方向性が一度アドバルーンとして上がっているが、いかがか。

(医師確保対策室)

長野県としては信州型総合医を新専門医制度ができるまではやっていたが、新専門医制度で総合診療専門医ができたことによって、今はそちらへシフトしている。どうしても若い医師の皆さんは専門医を取りたいということで、総合医の方へシフトしてくれる方がなかなかいないというのが現実である。だからといって県として総合医の旗を降ろしているわけではなく、今回の計画(素案)の中の④診療科遍在対策で、「総合的な医療を行う医師」を育成していこうと考えている。いろいろな定義、総合医とか総合内科医、病院内科医とかの流れもあり手間取っているところもあるが、旗を降ろすつもりは全くなく、総合医を目指すように誘導できる施策について頭を絞っているところであり、いい案があれば是非お教えいただきたいと考えている。総合医を増やす方向で、予算の中にもいろいろ盛っている。

(三澤委員 (依田窪病院院長))

例えば総合医になったら修学資金を倍にするとしたらいいのではないか。あとは、お金より教育だと思う。良い医者になりたいと皆思っており、専門医を持っていても給料が上がるわけでもない、いい教育のあるところに行きたいと多分若い医師は思っている。是非、教育に関して県が連携してやっていけばいいと思う。確かに家庭医とかいろいろ違うが、県でイニシアティブをとり、地域ではそういう人が欲しいということを重点的に医学生や研修医に伝えて、待遇も変えるとかすればいいのではないかとと思う。

(遠藤委員 (千曲荘病院院長))

資料1-1裏面の「重点的な取組の目指す姿」で、拠点病院11病院が修学資金貸与医師を医師不足病院へ常勤医で派遣というのはとてもよろしいと思うが、基本的に修学資金貸与医師は公的病院に限られて修学資金を返還しなくていいというルールがある。これを是非広げてほしい。医師不足病院なり、ある程度の規模のプライベートな病院でも十分に教育できるところは

たくさんある。本人が望んでもお金を返さないといけないとなると選ばないので、是非改善してほしいと思う。

(医師確保対策室)

医師の配置について今ここではっきりとやれるともやれないとも言えないが、拠点病院を使った医師の配置については、今後修学資金貸与医師の供給が増えてくれば、考え方が多様化できると思うので、そうなった時をにらみながら、拠点病院からどのように効果的に医師を派遣するか、計画の中にも位置付けていきたいと思っている。

(池田会長)

ほかに御発言があらうかと思いますが、時間の関係もございますので、質疑を終了します。県においては、本日の委員の意見を踏まえ、医師少数区域に対する効果的な医師確保対策を講じていただくようお願いしたいと思います。

## (2) 外来医療計画の素案について

医療推進課伊藤主任が資料2-1「外来医療計画の主な記載事項について（協議の場の設置・不足する外来医療機能）」、資料2-2「外来の医療提供体制の確保（外来医療計画）（案）」、机上配布資料③に基づき説明。

(結城委員（東御市民病院院長）)

7ページ（資料2-1）の外来医療提供体制の可視化で、内科、呼吸器内科、循環器内科といろいろあるが、こういう専門医がやっているのは急性期の大きな病院であって、その前に、なんとなく胸が苦しいという患者で循環器なのか、消化器なのか、整形なのかわからない人、地域ではたくさんそういった老若男女、いろいろでしかも曖昧な訴えを持った患者がまず来る病院が地域に密着した小病院だと思う。これだけの呼吸器内科等々の医師が外来にいるよりも、総合的に判断できる医師がいて診断をし、心筋梗塞だと思えば信州上田医療センターの循環器内科へ即電話をする。そこは当院のような小さな病院の外来機能である。かかりつけといった慢性期疾患ではなくて、急病で何科へかかったらよいかわからない患者を、これは整形ではないからと断るのではなく、整形ではなくて何だろうと判断できるような医師が総合医である。地域に密着すればするほど外来機能は重要になり、総合的な判断が重要になるので、病院の立ち位置によってかなり違うと思う。

また、今高齢化している中で、高齢者はいろいろな疾患を多数抱えている。高齢者をきちっと診られる医師はいわゆる総合診療医ともちょっと違う、そういう医師も必要であり、大学病院の専門医とは違って地域に密着した、高齢者の家族的な背景とか、介護の問題とかを抱えてしかも複数の疾患を抱えている人たちを診る医師が、地域に密着した小病院では必要とされている。単なる内科の医師が何%みたいな話だけではなく、そういった視点を持った上で議論を進めていただければありがたい。当院でも専門医が20何人か外来をやっているが、循環器の医師は循環器しか診ないといったような医師がたくさん来ても人件費ばかりかかるけどということになる。高齢者の場合はいろいろな疾患を抱えており、腰も痛いし膝も痛い、心臓も悪いし肺もといった方をどれだけ地域で診ていくかということとはちょっと違うと思う。長野県の少子高齢化の地域では特に必要と思う。大病院が抱えている悩みと、小さな病院抱えている悩み、求めている医師像はかなり違うということを理解していただきたい。

(医療推進課)

医療ニーズにマッチングした医師を育成することも県の医療施策。医師確保計画や、医療計画全体で進めていきながら、その中で地域のニーズに合った提供体制ができていくことが重要

と考えている。

(大澤委員 (鹿教湯病院院長))

外来の件で、可視化は必要と思うが、これは需要と供給の供給を見ている。ただし地域によって需要も同じではなく、高齢者の多い地域とか、供給の方の数字だけ見ても困らないかなと思う。外来が余っているところは外来の医師が多いのではなく、外来を受診する人が少ないということではないか。

(医療推進課)

本日配布した外来医師遍在指標 (会議後回収) では、医師も患者も多く医師多数区域となる地域もあれば、患者が流出して医療需要が少なく医師多数区域となる地域もある。患者の受療動向、医療需要を見て、それに対して考えていかなければいけないという御意見については、患者の受療動向や圏域ごとの人口、年齢構成、患者の発生率などの需要側のデータも併せて可視化する中で、ニーズと供給のマッチングを進めていけたらと思っている。

(大澤委員 (鹿教湯病院院長))

新規開業の話であり、強制力はないにしても、この地域は外来医師が多めなので開業がしづらい、こっちは少ないので開業してくださいということになるとすれば、本当は医師が足りないのに患者が他所へ行ってしまっているから数字の上では医師がいるということになると、まずいことが起きないかと心配となった。

(橋本委員 (上田市医師会副会長))

新規開業のときに足りないことに協力をお願いしており、学校医、日曜当番医、初期救急センター当番医など、本来開業はそういうことをやるのが当然と我々は思っていたが、最近はそのではないという考えの若い医師も見られるようなので、義務化しろとは言わないが、かなり強力で指導をしていただくようお願いしたい。

(医療推進課)

開業届の提出の際、どのような政策医療を担うのかを検討していただいた上で開業していただき、地域の医療ニーズを賄ってもらうことが重要。強制力を持たせるものではないが、開業においても、地域のニーズに対応していくスキームを構築したいと考えている。

(池田会長)

ほかに御発言もあろうかと思いますが、時間の関係もございますので質疑を終了します。

### (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

医療推進課原澤課長補佐兼医療計画係長が資料3「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証」、参考資料2「令和元年度病床機能報告結果 (速報値)」に基づき説明。

(吉澤委員 (信州上田医療センター院長))

5ページ (資料3) の分析結果であるが、救急以外は6月の1ヶ月で評価するというのは非常にまずいのではないかと。1年くらいデータを出して評価しないと、月によっても違いがありきちんとしたデータにならないのではないかと。

(医療推進課)

その点は都道府県等からも国へ申し上げている。県で入手できるデータは、今後各医療機関へ提供したいと考えている。

(結城委員 (東御市民病院院長))

大いに憤っている。例えば5ページの資料でも、信州上田医療センター、鹿教湯病院、依田窪病院、東御市民病院、上田市立産婦人科病院を同列に並べて比較して何の意味があるのか。厚生労働省の説明会にも足を運んだが、厚労省の説明でも一つ気になることがあって、医療は高度急性期から急性期、回復期、慢性期と流れていくと言っていた。この認識自体が大間違いであって、地域という発想がなかった。そもそも地域医療構想調整会議であるのに、地域の人たちはどこへ行ったらいいのか。地域の人たちが高度急性期病院という川上から川下へ流れていくという医療のイメージを持っているのか。私はそうではなく、地域に始まり地域に帰ってくるという医療のサイクルだと思っている。その中では、高度急性期病院は結構上の方であって、当院のような小さな病院は急性期病院がパンクしないように食い止めている役割がある。つまり急性期の前の、高度急性期や急性期の医療と地域を繋ぐ中間にある病院が頑張っているからこそ、急性期病院がパンクせずに医療がきちんと滞らずに回っていくと考えている。こうやって同列に並べられてしまうと、当院の役割があたかもなくてもいいようなイメージになってしまい、ちょっと変な風評も流れてしまった。私たちはそういったところを地域で食い止め、その中で必要な患者はトリアージして、しかるべき病院等へ送っている。その役割に関して、どれくらい考えられているのか。しかも、そういった非常に重要な役割を持った当院のような病院が経営的にはなかなかうまくいかない。このままだとこういう病院はつぶれてしまい、つぶれてしまったらパンクして医療が回っていかない。5ページのこういう表を見ると、当院では心臓カテーテルはやっていないが、当たり前である。こういう病院を並べて(診療実績が)0、0、0と書かれてもいかなものかと思っている。高度急性期が一番上流で、急性期、回復期、慢性期と流れていくという発想自体が間違っていると思うので、あくまでも地域に始まり地域に帰るといったサイクルの中でどこに位置付けられるかを考えた上で、必要性を検討してもらわないと誤ったイメージを与えてしまう。東御市民病院は何もやっていない、地域にとって必要ない病院だと思われてしまいがちになる。信州上田医療センターと東御市民病院や上田市私立産婦人科病院とは全く機能が違う。

(医療推進課)

委員の御意見のとおり、今回の分析方法では、結果がこのようになるのは当然かもしれない。地域医療を担っている病院が検証対象とされてしまうのは、分析の方法、対象となるデータに問題があったと、国に対し何度も意見している。11月県議会でも答弁したが、今回検証対象となった病院は、地域医療のセーフティネットとなっている病院であり、なくなってもよい病院ではない。

(結城委員 (東御市民病院院長))

是非、当院のような病院をつぶさないようにお願いしたい。

(池田会長)

他に御発言がないようですので、次の議題に進みます。

#### (4) 令和2年度地域医療介護総合確保基金の要望状況について

医療推進課伊藤主任が資料4「令和2年度地域医療介護総合確保基金事業(医療分)要望状況」に基づき説明。

〈質問、意見等なし〉

(池田会長)

御発言がないようですので、この件については了承ということによろしいでしょうか。  
そのようにさせていただきます。

#### 4 その他

(池田会長)

その他として、何かありますか。

(丸山委員 (小県医師会長))

検討課題がいろいろあるが、まずは人口が一番問題と思う。いろいろ資料が出てくるが、将来人口についても細かく出して、疾病構造も含めていろいろな議論の基になるようにしてほしい。

(三澤委員 (依田窪病院院長))

急性期とか高度急性期とかの線引きが非常に難しい。当院は今全部急性期に入っているが実質は半分くらい回復期であり、地域包括ケア病棟を回復期ととれば、当院の140床のうち半分の70床くらいは回復期となる。地域包括ケア病棟の需要は非常に高く、1フロアしかないのでいつもいっぱい入れない。どこからが急性期でどこからが回復期かの線引きが非常に困難なので、こちらから回復期だと言ってしまうのかどうか。(地域医療構想は)急性期を減らして回復期を増やせということになっており、当院も初めから急性期とは言わずに回復期とすると手を上げてしまえばいいのか。

(医療推進課)

患者個人の医療ニーズが急性期なのか回復期なのかと、病棟単位で急性期病棟なのか回復期病棟なのか報告する病床機能報告制度において、ニーズと供給のマッチングが困難ということだと思う。病床機能報告では、病棟内の患者のニーズを踏まえ、一番割合の高い機能について、医療機関で判断することになっている。回復期の割合が高い病棟であれば回復期として病床機能報告をいただければよく、一方で患者のニーズに合わせた提供体制というところでは、単純に回復期が増え地域医療構想上の推計値と数があったということではなく、ニーズにマッチングしているかを調整会議等で議論していただきながら進めることが重要。

(三澤委員 (依田窪病院院長))

(公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証は)合併せずにダウンサイジング等の場合は3月までにとまっているが、そういうことでよいか。(資料3の4ページ)

(医療推進課)

国の確定した通知が出ておらず、今後のスケジュールはまだはっきりとは申し上げられない。通知が発出されたところで、今後どうしていくか相談させていただきたい。

(三澤委員 (依田窪病院院長))

一応そういう準備はしておいた方がよいということか。

(医療推進課)

御検討いただくとありがたい。

(結城委員 (東御市民病院院長))

依田窪病院は整形が多く、地域包括ケア病床がほぼ回復期として使われている印象だが、当院の場合はサブアキュートの機能がメインである。つまり軽症急性期をいかに食い止めるかが

当院の役割とと思っている。急性期後の回復期の患者は在院日数が長く病床稼働率の上ではありがたいが、軽症急性期の患者は入れ替わりが早い。当院の場合、それが地域で食い止める医療だと職員にも言っており、ひいては急性期病院の負担を減らすことに繋がり、さらに医療費の抑制にも繋がっていると説明している。当院の場合は軽症急性期、つまり急性期に行かないように食い止めているのだが、それを急性期として報告してしまったために、診療実績の乏しい病院としてカウントされてしまった。機能的には当院は回復期というよりむしろ軽症急性期といったところをやっているのだが、昨年のようなことがあるので、少し気が引けるが今回は（病床機能）報告は回復期とさせていただいた。是非、急性期病院の負担を軽減する役割を評価してほしい。

（吉澤委員（信州上田医療センター院長））

やはり急性期、高度急性期に掛かる患者ばかりではなく、それ以外にも急にちょっと具合が悪くなったという方も大勢いるわけで、それぞれの病院に役割があり、一つ一つの病院だけに責任を負わせるのは難しいと思う。医療圏の中で皆でどういうふうに医療をやっていくかも考えていかないと、それぞれの病院で自分はこうしようと言って、ほかの病院は黙っているというのはまずいと思う。当院の役割もあるし、東御市民病院の役割も十分にある。他所の病院のことをいろいろ言うのは難しい面もあるが、市立病院の役割は大きく、この地域ではそちらの方が大きいくらいなので、全体でまとまってもっと具体的な話をしていかなないと難しいと思う。

（勝山委員（丸子中央病院院長））

医師確保について、長野県が人事権を持っている医師の方々を11の拠点病院に派遣して、そこからさらに派遣することを考えているとの話だが、結論的にはうまくいかないと思う。11の拠点病院は、どちらかというと専門医療を目指しており、準大学病院を目指している。それは間違った考えだと思っているが、いずれにしても各病院が高度な医療をやっていると標榜して、そういう人を集めようとしている病院である。そこへ派遣してその価値観を植え付けられた医師が、情熱を持って地域へ出て診療に従事することはほとんど考えられない。以前、県立須坂病院（現信州医療センター）に研修センターを作ってそこから医師を派遣しようという構想があって結局うまく機能しなかったが、やはり地域医療をやろうという、それは総合医でも家庭医でもいいが、情熱を燃やしている医師は実はかなりいる。そういう医師が拠点として所属できる医療機関をしっかりと決めて、そこからそれぞれの病院へ派遣されていくということを考えないと、11の拠点病院に派遣したから医師の偏在が解消するなんて想像できない。いずれは現在の信州大学が中心にやっている医局・講座制のパターンと全く同じで、大学病院だって拠点病院に重点的に出していて、医師の偏在は全く解消されない。大学の医局が果たしている役割を、県が重複してやることになってしまうと思う。その点はいかがかと疑問に思う。

もう一つ、外来医療計画について、上小医療圏で、信州上田医療センターはちょっとスタンスが違うようだが、それ以外の病院は全てかかりつけ病院である。病院のかかりつけ医機能をもう少し評価した計画としないと実態にそぐわないような気がする。

（吉澤委員（信州上田医療センター院長））

勝山委員の最初の話だが、やはりいきなり各病院に今まで総合医をやったことのない人が来て、そこから派遣というのは無理な話だと思う。そういう総合医を育てられるようなところできちっとトレーニングを受けてから来ていただかないと、本人にとってもいきなり行って全部やれと言われてもできないわけで、その辺の教育体制を県としてしっかり考えていただかないと、なかなかうまくいかないのではないかと。

（医師確保対策室）



教育体制については、拠点病院化することにおいて県内の拠点病院の院長先生とも話をする中でも、修学資金貸与医師の教育体制が一番重要で、それを今すぐやれと言われても拠点病院でできないという意見をお聞きしている。県の信州医師確保総合支援センターで、信大の先生方と話しながら教育体制について考えていこうと思っているので、検討課題とさせていただきます。

(池田会長)

他に何かありますか。

いろいろ意見が出ましたので、県の方で意見を踏まえて対応をよろしく願いしたい。

事務局から何かありますか。

(日向副所長（上田保健福祉事務所）)

次回の調整会議ですが、今年度は本日の第3回をもって終了の予定です。来年度、開催時期が決まりましたら事務局から日程調整をいたしますのでよろしくお願いします。

## 5 閉会

(池田会長)

以上をもちまして、本日の議事を終了いたします。議事進行に御協力をいただき、ありがとうございました。