

山梨県医療審議会 会議録

1 日 時 平成30年3月13日(火)午後2時~午後3時

2 場 所 ホテル談露館 2階 山脈

3 出席者(22人)敬称略

・会 長 今井 立史

・委 員(五十音順)

天野 達也	石井由己雄	江口 英雄	榎本 信幸	刑部 利雄
功刀 融	小林 優	鷺見よしみ	高村 里子	武田 正之
田中 悟史	手塚 司朗	内藤 貴夫	中澤 良英	七沢 久子
東田 耕輔	福田 六花	藤江 達子	古屋 玉枝	三森 幹夫
村松 照美				

・事務局

福祉保健部 部長 小島 徹

福祉保健部 医務課長 宮崎 正志

福祉保健部 健康長寿推進課長 小田切春美

福祉保健部 国保援護課長 若尾 誠

福祉保健部 障害福祉課長 山本 盛次

福祉保健部 衛生薬務課長 大澤 浩

福祉保健部 健康長寿推進課 介護保険指導監 河西 文子

福祉保健部 健康増進課 衛生指導監 坂本 隆一 他

・欠席委員(4人)敬称略

今井 洋、久保田正春、小山 勝弘、並木奈緒美

4 傍聴者等の数

報道関係者 3人、一般傍聴者 2人

5 次 第

(1) 開会

(2) 福祉保健部長あいさつ

(3) 会長あいさつ

(4) 議 事

ア 地域保健医療計画の見直しについて(公開)

イ 医療費適正化計画の見直しについて(公開)

(5) 報告事項

ウ 医療法人の医療法人の設立認可等の状況について(公開)

6 議事の概要

(1) 地域保健医療計画の見直しについて(公開)

資料 1 - 1、1 - 2、1 - 3に基づき、事務局から説明がなされた。

議長

事務局の説明に対し、質問等ありますか。

委員

在宅医療提供体制の確保が、山梨県のみならず全国で適正な医療が提供されるかの根本的な問題です。国においても、施設介護から在宅医療という方向に政策を展開していますが、それが具体的となっていません。税と社会保障の一体改革といいながら、消費税を5%、8%と上げてきましたが、ほとんど社会保障にまわって来ませんでした。結局、計画案のとおり、在宅医療に必要な事項が盛りだくさんに書かれていますが、現実にはこれができるかと言えばできないと思います。

なぜできないかという第一にかかりつけ医がないということがあります。日中から午後9時まで外来診療した開業医の先生が、夜間も対応することは実際には不可能です。かつて在宅医療が家族介護の負担により家庭の崩壊を引き起こすといった観点から施設医療へと変わってきたと考えています。それをもとに戻すということになれば、夜だけ開業するような医師が必要となりますが、私の知る範囲で東部に限定すると一人しかいません。山梨県に何人いますか、80 数万人の山梨県民を診ることができますか。チーム医療としてやるにしても、夜間を専門に診療する医師が何人かいないとできません。

昨年、オランダ、ドイツに視察に行ってきました。オランダではかかりつけ医は、2,000 人から3,000 人を一人で受け持ち9時5時で診ています。かかりつけ医を通らないと中核病院に行きません。中核病院はすべての患者を受け入れますが、脳と心臓については中核病院も素通りして、かかりつけ医から大病院に直接行きます。このようにしっかりとしたシステムが日本にはなく、かかりつけ医制度はうまく行かないと思います。

それから第二点は、これも山梨県だけの問題ではありませんが、在宅医療に関わる多職種、具多的には、医師、歯科医師、看護師、ケアマネ、あるいは介護士ヘルパー、理学療法士が必要となります。このような職種の中には有資格者でありながら、労働がきつく、給料が安いために他の職種に移っている方がいます。このような現実に対して、人材の確保と質の確保ができなければ在宅医療は成り立たちません。多職種に対するもっと手厚い支援が必要ですが、これも県だけでは対応が難しいと思います。

山梨県の健康寿命について男性が1位、女性が3位となっていますが、平均寿命は女性で86、87歳、男性が80歳になっており、この間の7年から13年が医療費の掛かる期間となっています。この期間をいかに短縮するかが在宅医療の使命だと思っていますが、今の体制では困難だと考えます。

もう一つ、山梨大学医学部では地域枠を、当初の10名くらいから35名に増やしていると聞いています。10年前と現在で経時的にみて、35名のうちどれだけの人が山梨県に残っているのでしょうか。残っていないとすれば、なぜ残らないのかその問題点をどのように解決するのか、ご存知でしたら教えていただきたい。

議長

かかりつけ医不足、多職種の人材不足、地域枠の医師がどのように残っているかというご質問です。まず、かかりつけ医不足、多職種の人材不足について事務局から回答願います。

事務局

在宅医療の分野につきましては、今回の国の診療報酬改定においても議論がございました。かかりつけ医と診療報酬等の仕組みにそもそものボトルネックがあるのではないかという指摘については、おそらくその通りの部分もあるかと思います。ただし、我々としても県としてできる範囲のことを計画に位置付けていますので、委員からのご指摘を踏まえて国にも働き掛けながら在宅医療の充実を図って参ります。

委員

今は昼間に開業する医師がほとんどで、県内で昼間は診療せず夜間のみの在宅医療を実施する、何かあったとき往診するという医師がどこに何名いるか把握していますか。

事務局

申し訳ありませんが、夜間のみ診療する医師が、どの地区に何名いらっしゃるか把握しておりません。日中は診療所等で外来診療等を行っていく中で、併せて訪問診療も実施いただいているものが主なものと考えています。

委員

昼間に診療しながらでは絶対できないことは、臨床をやっている先生方はわかっています。一晩に二回呼ばれたら次の日に仕事になりません。だからこそ、在宅医療を専門にする医師を育てていかなければなりません。確かに国の施策がはっきりしませんが、山梨県は別の形でアドバンテージを付けることによって、日中でなく夜を専門にやるという医師に対し、例えば昼間開業している医師の年収が1,000万円であれば、県から1,500万円を支給するからやってくださいといった方法で増やしていないと、在宅医療というものは成功しないと思います。そのことを考えていただければと思います。

議長

それでは、ご意見として、また考えていただくということでよろしく願います。もう一点地域枠の卒業生の状況について。

事務局

山梨大学に地域枠35名を受けていただく中で、医師全員に修学資金を借りていただき県内に定着してもらっています。現在、平成20年から地域枠を設ける中で、全員が修学資金に則ったかたちで県内定着いただいていると考えています。また、修学資金の免除が終わった後で県外に出て行ってしまう医師がいることも想定されますけれども、現状地域枠の医師は県内にとどまって地域医療に従事いただいていると県としては考えております。

委員

平成 20 年から 29 年、30 年に入って県内に残る人数もわかると思いますので、そういった数字を出していただきたい。県が人数を把握しているのか、何人が戻ってきているのか、戻らないのは何が理由なのでしょう。修学資金をこれだけ出して、地域枠を 35 も設けている県はおそらくほかにはないでしょう。それをやっているにも関わらず、あまり効果が上がっていないところに問題があると思いますので、数字とともに説明願います。

事務局

修学資金を貸与した後、修学資金の義務年限を終わられた方については、地域枠の縛りは解かれませんが、義務年限の縛りが解けた医師について、県外のどの病院、県内のどの病院にいらっしゃるかというのを悉皆的に調べ上げるのは技術的に困難と考えています。先ほど申し上げたとおり、修学資金の関係で義務年限が残っている医師については、修学資金の制度に則って全員の医師が県内定着いただいています。医師数全体といたしましても、地域枠の臨時の定員増等に伴って着実に増えていっておりまして、効果がないということはないと考えています。

委員

何年間か義務年限の縛りがあるのですね、実際にそれが縛られているのかその辺をはっきり数字として出していただきたい。

委員

現在の山梨大学医学部の入学試験は地域枠 35 名以内であって、県内の高校生に限って現役若しくは 1 浪の方を学校長に推薦いただき、その後選抜を行っています。今年は 33 名であり、35 名は上限となっています。その満たない分の 2 名分は後期試験にまわしています。いま後期試験の定員は 90 名となりますが、それを増やして 92 名としています。前期試験はやっていません。

後期試験は非常に難易度が上がっていきまして、後期試験でこれだけの定員をとる国立大学がほかになく、科目は理科、数学のみとなっており、東大、京大、大阪大学に受からなかった、非常に優秀な方が受験するので相当に偏差値は高くなっています。それで、こういった方々は卒業後にどうしても地元に戻ってしまいます。

125 名のうち地域枠を含めおよそ 37 名ぐらいが山梨県出身者となっています。初期研修のマッチングというものがあまして、卒業した段階で医師になった方々が 2 年間の初期研修をしなければなりません。病院とのマッチングで希望があったところで研修します。大体 60 名ぐらいが県内にマッチングしており、以前に比べ、卒業して 1 年目で山梨県に残る方は増えています。問題は 60 名の初期研修 2 年を終えた方がその後、専門研修になるときにどこに行くかです。

皆さんご存じのとおり専門医制度が今年度から新しくなりまして、去年の 10 月頃からマッチングが始まりました。このようにシステムが変わったときというのは、学生は大都会に行きたがるものです。結果的に、今年のマッチングは 40 名と少なくなっています。外科医になる方がほとんどおらず、1 名しかいません。全県で外科になる方が 1 名しかいないのは山梨、群馬、高知だけです。下手をすると外科が潰れる可能性があるのも、そこを何とかしようと色々な策を練っています。

今の医学生は初期研修において色々な診療科をまわります。どの科がきつくてどの科が楽かはっきりわかり、医師にも職業選択の自由があるので、どうしても楽な科に行ってしまう、夜中に呼ばれるような科は選ばれません。これは国の方針なので、我々からは何とも言えませんが、そのような現状

で来年度以降、後期研修のマッチングをリカバーしたい、60名ぐらい残したいと考え、県と一緒に頑張って頑張っているところですが、現状は厳しいです。

もう一つ修学資金というのは法的に契約書で縛ることができません。地域枠では、同意書として地域のために尽くすので入学させてくださいという学校長の推薦状をつけていただいています。今年からは親御さんと本人から学長宛に、私は卒業したら地域のために尽くしますという同意書を提出してもらっています。法的にどこまでの意味があるのかはわかりませんが、以前よりは縛りはきつくなっております。

議長

このことは非常に大きな問題です。ここで話し合っただちに解決できる問題でもありませんので、いずれ国の新しい方針が示されるのではないかと期待しているところです。この他に何かご質問はございませんか。

(なし)

議長

それでは、地域保健医療計画の見直しについては、原案のとおりとさせていただきます。よろしくお願いいたします。

(2) 医療費適正化計画の見直しについて(公開)

資料2-1、2-2、2-3に基づき、事務局から説明がなされた。

議長

事務局の説明に対し、質問等ありますか。

(質問等なし)

議長

それでは、ご質問がないようですので、医療費適正化計画の見直しについてこのようにさせていただきます。

(3) 医療法人の設立認可等の状況について(公開)

議長

それでは、報告事項を事務局から説明をお願いします。

事務局

(資料3を説明)

議長

御質問等ございますか。

(質問等なし)

議長

では、これで議事及び報告事項を終わります。

御協力ありがとうございました。

事務局へお返しします。

以 上