

# 令和元年度 第2回山梨県地域医療対策協議会 議事録

## 《開催概要》

- 日時 令和元年12月24日(水) 午後6時～午後7時30分
- 場所 山梨大学医学部管理棟3階大会議室
- 出席者 青山 香喜(市立甲府病院 副院長)  
浅利 泰広(加納岩総合病院 病院長)  
天野 達也(山梨県民間病院協会 専務理事)  
飯塚 秀彦(山梨県医師会 理事)  
板倉 淳(山梨大学医学部附属病院 臨床教育センター長)  
井上 弘之(山梨県福祉保健部医務課 課長)  
小澤 俊総(地域医療機能推進機構山梨病院 病院長)  
嘉納 明子(山梨県立北病院 副院長)  
小西 利幸(甲府共立病院 病院長)  
小林 正樹(山梨県市長会 都留市福祉保健部長)  
櫻井 希彦(富士・東部保健所長)  
佐藤 弥(山梨県地域医療支援センター センター長)  
神宮寺禎巳(山梨県立中央病院 病院長)  
武田 正之◎(山梨大学医学部附属病院 病院長)  
萩野 哲男(国立病院機構甲府病院 病院長)  
東田 耕輔(山梨県官公立病院等協議会 会長)  
保坂 稔(自治医科大学医学部同窓会山梨県人会 副会長)  
山崎 暁(大月市立中央病院 病院長)  
(敬称略) ◎: 地域医療対策協議会・会長

- 議題 1. 医師確保計画(素案)について
  - ・医師偏在指標(確定値)
  - ・医師確保計画(素案)
  - ・医師確保計画(素案)概要版
  - ・策定スケジュール

## ○司会

定刻になりましたので、只今より令和元年度第2回山梨県地域医療対策協議会を開催いたします。

本日は、ご多忙のところ、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、司会を務めます山梨大学医学域総務課臨床教育支援室長の仲嶋と申します。

どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、昨年の医療法の改正に伴い、各都道府県において策定しなければならない医師確保計画の素案につきまして、ご協議いただきたいと存じますので、よろしくお願いいたします。

なお、本来であれば、本日、ご出席の皆さまをご紹介をさせていただくところですが、時間の都合もありますので、お手元に配布してあります名簿および座席表をもちまして、ご紹介に代えさせていただきますと存じます。

また、発言の際にはマイクをご利用いただきまして、病院名、氏名を名乗ってから発言をしていただくよう、ご協力をお願いいたします。

それではここで、武田会長からごあいさつをいただきます。

## ○武田会長（会長あいさつ）

## ○武田会長

お手元の次第に従いまして、議事の進行をさせていただきますので、ご協力をお願いいたします。

まず、議題の医師確保計画（素案）について、事務局から説明をお願いいたします。

## ○事務局（資料1について説明）

（資料2第1章～第2章第5節について説明）

## ○武田会長

だいぶページが多いのをずっと読んでいただくと、かなりまだ理解が完全にできないかもしれないので、このへんで1回止まりまして、医師の偏在指標というのが出て、山梨県は今年の暫定だと、2次医療圏の中で2つくらいが医師少数区域に入っていたと思われましたが、患者の流出入という指標が新たに入って、その結果、県全体も少数区域が減って中間域に位置している。

それから中北医療圏は医師多数区域で、そのほかの3つも中間的なところにあるというので、そうなりますと、医師少数区域がないので、あまり頑張らなくてもいいかなという、そういう感じで、ただ中北医療圏の中でも医師少数地域があるので、そこへもローテートしないといけないかなというお話だと思います。

それで今、お話があった最後のところの12ページの峡東医療圏と峡南医療圏、富士・東部医療圏の短期的方針で、下から2行目ですか、医師多数区域にある中北医療圏からの医師派遣を中心に、地域偏在の是正を図ることを基本的な方針とする。要するに大きい病院のあるところから、医師の少ないところに出そうということで、それをいかに具体化するかというのはこの後の話になると思いますが、今の最初の話があった医師偏在指標とか、患者流出入、その計算の仕方の詳しいことは分からないですが、このあたり何かご質問ございますか。

実際、山梨県はどっちかというと流出していて、特に周りの方ですか、中心部じゃないところから他県の方になってしまう人が多いという、そこまで確保しなくてもいいかなと、その意

味を別に考えると、もともとあまり医療施設がないとか、医療レベルが低いので、患者さんがどこかに行ってしまう。そうするとそれが原因で、また人口が減ってしまうのではないかと、そういう考え方もできるので、その流出しているところを減らすというのも目標になるのではないかと思うのですが、そのへんは、県はいかがですか。

#### ○事務局

今、会長がおっしゃるとおり、今回の指標というのは、流出入を加味したことによって、現状追認しているような部分があると、それは全国的に同じような状況のところが多数ありますので、そういう意見が出ているところではあります。

ただ、国とすれば、やはり全国統一的に、まず指標化しなければいけないということで、こういう手法を考えたということでございますので、そのへんはご理解をいただきたいと思いません。

われわれとしては、現状追認していくわけにも当然いかないと、当然身近な地域で受診できる体制、そういうものを確保しなければいけないということですので、県独自に医師確保が必要な地域というものを定めて、そこになるべく医師多い地域から、医師が派遣される体制をつくって、偏在をなくしていきたいということで、特に短期的な方針としましては、この偏在是正というのを大きな目標として位置づけたところでございます。

#### ○武田会長

だいたいお話は理解できたのですが、山梨県の医師の偏在指標での順位付けというのが非常に大事で、さっきご説明のあった7ページにグラフがあります。

本県の状況としては、医師少数でもなくて、多数でもなく、中間の下の方ということで、中間というのは31位までで、栃木県ですかね、32位の山口県からは少数都道府県になってしまうので、ちょっとぎりぎりのところで踏ん張っているみたいな感じです。前は、暫定だと30位だったので、ちょっとよくなったのかなということで、これは県の皆さまの努力があると思うのですが、もうちょっと落ちたら少数県域で、もっと頑張りなさいよって、やっとな少数から脱しているのか、かなり頑張らなければいけないのかなということは、皆さんにもご理解をいただきたいということでこういう数字ができたと思います。

何か質問がなければ、そのまま進みますけど、ありますか。

#### ○小西専門委員

甲府共立の小西といいます。

2点ほど教えていただきたいのですが、1点は中北医療圏とありますけれども、現状ではここに書いてありますように、甲府市と、中央市と、ほかの市町村でだいぶ医師の人数とか、人口の偏在があると思いますけど、そもそもこの医療圏というのは、県で決めているのか、どこで決めているのか教えていただきたいのと、もし県で決めるのであれば、やっぱり今後考えるときに、中北も2つに分けて、甲府、中央市と他のところに分けた方が物事も考えやすいのではと思ったのが1点です。

もう1点、医師の偏在指標等々の、医師の年齢とか、何歳まで医者で働かせる前提なのか教えていただきたいんですけど。

このデータを見ましても、70歳以上の先生が、170人以上頑張っていて、現場を支えているという現状があって、それで年齢別の5つの現状という統計を見ましても、若手の先生が少なく、50歳以上で支えていますというように書いてありますけれども、そういうところを含

めて、今後、5年後、10年後というのは、このままいくとたぶん医師はどんどん減っていくわけですね。山梨県から、そのへんについて、県がどういうふうに思っているのか教えていただきたいと思います。

#### ○事務局

はじめに、医療圏のことですけど、医療圏につきましては、県の方で国の計算式に基づいて設定しているという状況でございます。

それで毎回、医療計画を作るときに、医療審議会等にお諮りして、それで県の方で医療圏というのは設定してございます。

もともと、中北医療圏につきましては、真ん中の峡中地域と、峡北地域、過去は分かれていたというときもありましたけど、その後、地理的なこととか、私も当時のことは詳しくこの場では説明できません。検討しまして、今の中北という大きい医療圏になったということでありまして。タイミングとして、もし見直すというのであれば、その医療計画の見直しのタイミングの時に見直すということになってきます。

次に、医師が何歳まで働くということですが、今回の医師偏在指標につきましては、そのへんも加味されていて、基本的には医師として、医療施設に従事している医師というものがもともとのベースになっています。3師調査で医療施設従事医師というものがありますけど、それがベースになっております。それを国の方で男性、女性、さらに年齢別に仕事量の度合いというのを指標化してしまっていて、若い先生であれば1.2とか1.3という大きい数字をかける、それであと年配の先生、女性で30代、40代で家庭のある先生、そういう先生というのは逆に0.6とか、0.7という指標がありまして、それぞれの働きの度合いを、もとの医療施設従事医師数にかけて、それで算定しているということになってございます。

ですから、一応は国の方でもそれぞれの年代の先生の働き方というのを意識した指標にはなっております。

#### ○武田会長

ほか、ご質問はいかがですか。

時間もありませんので次へ進めたいと思います。続きで12ページの下の方の第6節から説明をお願いします。

#### ○事務局（資料2 第2章第6節について説明）

#### ○武田会長

この後、産科と小児科のお話になりますが、その前にこの一番大事なところを13ページ、14ページあたりですけど、13ページの短期的施策で地域偏在の是正ということで、全部で6項目の記載をされておりますが、これについて、1番目と2番目の項目は地域医療支援センターにおいてと書いてありますが、地域医療センターは山梨大学の医学部に設置されていて、佐藤弥教授が運営されておりますが、なかなかその地域医療センターだけでこれをすべてやるのは大変なので、ここは地域医療対策協議会、この会の指導の下にという文言を付け加えた方が、実質的に可能なのではないかと思いますけど、佐藤先生、いかがですか。

#### ○佐藤委員

地域医療支援センターの佐藤です。

地域医療支援センターとしても、専門研修が始まってしまうと、どうしても診療科ごと配置調整の負担が大きくなってきますので、そういう形でこの委員会が後ろ盾になって、そういう

形で地域医療支援センターが進めるのがいいかと思います。

○武田会長

そのような文言に変えたいですけどもいかがでしょうか。

それでは、1つ目と2つ目の項目は、地域医療対策協議会の指導の下に地域医療支援センターにおいてというように書き換えさせていただきたいと思います。

3番目の、医師の地域偏在の是正を図るため、地域医療支援センター医師派遣調整検討委員会での協議に基づいて、これは同じように地域医療対策協議会の指導の下にとした方がいいのでしょうか。佐藤先生、いかがですか。

○佐藤委員

地域医療支援センターの医師派遣調整検討委員会に関しては、なかなか難しい部分がございますので、これも実質的には指導の下でいいかと思います。

そのあたり、現場でやっておられる先生、それから実際に派遣されているところの先生方の支援がないとどうしようもないので、よろしくお願いします。

○武田会長

地域医療対策協議会と地域医療支援センターは大体ほぼパラレルというか、一体化して動くということで、そういうような文言にした方がいいのかなと思ったのですが、地域医療対策協議会において、専攻医のローテート状況を把握し、専門研修プログラムを設置する基幹病院に対し、連携病院への適切な専攻医のローテートを促進する、これはこれでいいと思うのですが、これだけだとちょっと不公平になって、特に地域枠での専攻医の方々は、ちょっと不利な点が出てくる可能性があるのですが、将来的な話ですけど、専攻医だけではなくて、専門医とか、あるいは指導医の一部若手の人も含めて、ある程度県内でまとまったローテートのプログラム、それは絶対的な命令というわけではないですけど、そういうにしないと、偏在はそう簡単には是正されないのではないかと思います。この専攻医というところを、専攻医、専門医、指導医等に変えたらいかがでしょうかというのが私の意見ですけど、ご意見いかがでしょうか。

実際、専門研修をやっているドクターは、2年目くらいになるとかなりいろいろなことができるようになりますし、地域医療には貢献していただけるのですが、彼等の負担が結構大きいので、そのへんは若手の専門医の先生とかも実際ローテートしていただいたりとかしてバランスが取れているのではないかと思います。

このあたり、自治医大の先生方が一番そういったことを感じていると思いますが、いかがでしょうか。

○保坂委員

自治医大の卒業生で同窓会の代表の保坂です。今、自治医大の配置、卒業生の配置に関しては、県の医務課を中心に検討していただいております。昨年からは専門医研修が始まったということで、地域医療にかかわる連携病院ということで、非常に若い先生方にクローズアップされておりまして、連携病院が地域医療に貢献している、地域医療に密着しているかという状況が非常に専門医研修に対するプログラムを登録するにあたって、あるいは選択するにあたって、非常に悩ましい部分があります。現在、自治医大卒の医師はまだ限られたプログラムしかエントリーできないという状況ですが、そのことも医務課の方である程度考慮いただいております。少しずつ卒業生に不利のない形で地域に配置できるような対策ということを考えています。

○武田会長

自治医大の方々もそうですし、それから山梨大学の地域枠推薦で入られた方々も、どうしても勤務年限というのがあるので、その間は専攻医の研修が遅れてしまうというところがあって、あまりにもそこが偏ってしまうと非常に不公平なので、そこはみんな一緒にやったら一番いいのではないかと思います。

○保坂委員

連携病院、あるいは特別連携、内科などは特別連携病院という形がありまして、もしかしたら遅れないで専門研修ができるのではないかと、考えているところでございます。

○武田会長

他はご意見いかがですか。

○板倉専門委員

山梨大学臨床教育センターの板倉です。

今、お話があったように、地域枠の学生さんであるとか、自治医の先生であるとか、あるいは若い先生方が地域の病院に出るにあたっては、やはりしっかりした指導医が必要だと思います。安心して研修するためには、しっかりした指導医を配置するというので、これまでは大学がかなりその部分を担ってきたと思いますけど、やはり大学だけでは、人的には不十分な部分があると思いますし、そういった意味では県立中央病院は大学に次いで人材が豊富ですし、ぜひ今後は指導医の派遣という意味でも県立中央病院と協力してやっていけたらいいのではないかと考えています。

○神宮寺委員

県立中央病院の神宮寺です。

当院は地域医療支援病院という役割もありますので、本来ならば地域の医師の不足なところを援助できるということが理想ではありますが、現状はなかなか難しいものがあります。

ただ、板倉先生がおっしゃるように今後そういうことは、考えつつ、できる範囲でご協力をしていきたいと思っています。

あと1点ですけど、地域偏在についてというのは数で、医師の数で少ないところ、多いところから少ないところって分かるのですが、診療科のことについては、診療科のことについては、例えば小児科と産婦人科は分けて集計されたりもしていますが、地域が必要とする診療科というのは、いろいろ状況がその地域、その地域によって違うのかと思うのですが、この地対協ではそういう診療科ということについては、触れることはいかがでしょうか。

○武田会長

できれば各個々のあまりマイナーなところは別にして、ある程度の大きな科は、整形外科とかはお話の方がいいと思いますが、現状は産科、小児科は別扱いになっていて、それ以外はまとめて、考えているのは内科がメインで、そういう形でどう配備するか。それが大体できたあたりで違う科をどうするかということ。現状一番困っているのは外科があまり増えていないので、そこをなんとかしないと困るというあたりがやっと思えてきたところです。

○神宮寺委員

それに関係するかどうかなんですけど、前回の時にもお話をさせていただきましたが、救急のことです。地域の偏在ということを考えてときに、私が思い浮かぶのは、救急医療と在宅医療が思い浮かぶんですけど、在宅医療は地域でくまなく均てん化されるのがいいと思うのですが、

救急医療に関してはどうしても広域化していると思います。ですから、どうしても甲府盆地のこの付近に救急の患者さんが集中するという状況がありますので、そういう救急医療に関しては、またある程度特別に考えていただきたいなと感じています。

○武田会長

確かに、山梨県は人口100万いないので、普通の考え方でいくと、3次救急のセンターは1つと昔から言われていて、県立中央病院しかなくて、それだけでは到底無理で、あとは救急医の数も、平成28年で山梨県の救急医は18人ですよね、たぶん今20人くらいしかいないと思うので、その数で全県をカバーするのはまず無理で、ただその救急に関して、国が指標作っていないため、そこはこれからの問題だと思います。

総合診療に関しては、この中に入っていないので、総合診療科はこのマッチングで百何十人が総合診療科を選んでおります。たぶんそれでも在宅とか、やるのはまず無理で、今後の方向性だと思いますが、飯塚先生何かありますか。

○飯塚委員(代理)

医師会の代理になっておりますが、総合診療は専門医の制度がまだはっきり、しっかりしていないのと、その上のサブスペシャリティーも家庭医療専門医とか、緩和医療専門医とか、もう1つは病院医療の専門の総合診療医というのが打ち出されましたが、はっきりしていないので、うちの病院に来る研修医の先生方も方向性がしっかりしていないので、内科の方に移るといった感じのことを言っている先生もいらっしゃいます。

あともうひとつ、自治医大の先生と、山梨大学の地域枠の先生に関して、将来しっかりしたキャリアができるように、専門医がきっちりとれて、専門医までは何とか年限5年だからできるので、その上のサブスペシャリティーもちゃんと取れるようなシステムにしていただかないと、終わった後が本当に心配なので、それを考えるとぜひこの会議でうまく地域枠の先生にも、自治医大の先生にもサブスペシャリティーまではうまく取れていけるようなシステムにしていただければと思います。

○武田会長

それが理想ですけど、なかなかそこまではいかないの、その前の段階でお話をさせていただいております。

それでは、短期的施策の方はそういう形で、自治医大卒業生に関しましては、適切な配置調整を行うというこれは今までどおりで県と相談してやっていただく。

次の、長期的施策、必要医師数の達成ということで、14ページまでかなりたくさんの方が書いてありますが、この中で何かご意見ございますか。

○神宮寺委員

研修病院の7つ目のところですか、各臨床研修病院の特性を生かした研修プログラムの統一化と相互間研修を進める取り組みを支援しますという方針が書かれてはいますが、この統一化という言葉に創設という言葉に変えていただけたらと思います。

統一化というと、ちょっと誤解を与えるというか、要するに何か1つのプログラム以外は存在しないというふうな印象を与えてしまうので、創設という言葉に変えていただきたいと思います。

○武田会長

これは全部がみんな同じことをやるというようにと誤解されそうな文言ですよ。だから、

ベースのある部分は統一というか、共通のプログラムにして、それ以外は各病院の特性を生かすというので、先生がおっしゃるのは創設、新しいプログラムを山梨県としてつくっていくという、そういう意味でいいかと思いますけど。

その中で、さっきお話があった救急とか、地域医療、集中治療とか、あとは総合診療とか、こういったものが共通でできるようなプログラムができればと思うので、そういう意味で統一と書いたのですが、救急、集中治療、地域医療とかを含めた新しい山梨県のプログラムを作る創設と、そういったような文言でもよろしいかと思いますが、それで神宮寺先生よろしいですか。

#### ○神宮寺委員

やはり山梨県で独創的なプログラムができるのはいいことだとは思いますが、ただ、県全体で多様性があるということも必要かと、もちろん地域枠の人達もいますけど、一般枠の人達もいますし、多様性ということは保証してあげた方が良いと思います。

#### ○武田会長

それは病院によって違いますし、例えばうちの大学でも、半分くらいはたすき掛けとって、違う病院で1年間やったりしていますので、ある程度の基本的なところですね、特に救急とか大事なので、そのへんはあまり誤差がないようにみんなが共通の同じところでやっていけるということを確保してあげたらいいと思います。

#### ○板倉専門委員

その件に関してなんですけど、今、具体的に、山梨県の臨床研修病院等連携協議会では、地域救急診療と集中診療と、それから地域医療の研修に関しては共通必須科目という言葉でできるだけ県内の研修医の人たちは同じカリキュラムで勉強をして、ボトムアップをしていくという形を考えています。

ですから神宮寺先生が言われるように、1つのプログラムに統一ということではなくて、それぞれのプログラムの中で共通の科目を設けて、それを共有していきましょうと、特に研修フィールドを共有していきましょうという話し合いをしています。

特に、先ほど医師不足の2次医療圏への医師の派遣という話がありましたけども、それを進めるためには、やはり初期研修、あるいは専門医研修の段階から、地域で研修する機会を設けるということが非常に重要だと考えています。

そういった意味では、今進めているのは、地域研修病院を重点教育病院という位置づけにして、いくつか指定させていただいて、先ほどお話をしましたけれども、指導医を充実させて、その地域研修病院を県内の臨床研修病院で共有して、できるだけすべての初期研修医はその地域研修病院で研修を行うということを進めているということを皆さんに知っていただければと思います。

#### ○武田会長

今、共通必須科目という名前が出てきましたが、それはベースになる救急とか、集中治療とか、地域医療を共通必須科目として新しい研修プログラムを創設するといったような書き換えの方がよろしいですかね。

そういう形で書き換えさせていただきます。

時間も押しておりますので、次の15ページから、産科、小児科、よろしくお願いします。

#### ○事務局（資料2 第3章について説明）

○武田会長

これを見ますと、産科、小児科は全国でもトップの方になってしまうと、そうするとあまり頑張らなくてもいいみたいになりますが、これを小児科の犬飼教授に話したら、そんなことは絶対ない。おかしいって言われましたが、小児科の立場から何か青山先生ご意見ございますか。

○青山専門委員

市立甲府の青山ですけど、小児科医ということで確かに犬飼教授のおっしゃるとおり、実態とは、印象がだいぶ違いこの数字を見てびっくりですが、一番は小児というのは地域性がすごくあり、救急が多くて、しかもそれは広域化していますので、どうしてもある地域のところに集中して小児科医がいるというシステムにはなっていると思います。

そういったことで地域全体の小児科医が働きやすくなって、小児科の数が伸びていったと思いますけど、実際はそれを担っている勤務医の立場からすると、システムを維持していくことは本当に大変で、小児科医の確保はしっかり続けていきたいと思っていますが、それが今度、先ほどありましたように、偏在指数ということで、この地域にこういったふうに出しなさいというようにしてしまうと、そのシステム自体が崩壊してしまうので、広域化について、しっかりそういったところをふまえて、守っていきたいと思っています。

○武田会長

偏在指標と医師多数区域、特にトップに近いところになってしまうと、ほかの県に出すみたいな話が出てきます。従って、この数字はおかしいと思うのですが、山梨県の実情としては、やっぱりおかしいですよっていう意見は常に言っておりますが、あと専門医のシーリングはとりあえずなくなったので、それはよかったと思いますが、今後ますます問題になってくると思います。ご意見いかがでしょうか。産科の先生はいらっしゃいませんか。オブザーバーで、何か意見あります。

○大森オブザーバー

山梨大学産婦人科の大森ですが、今、開業の先生たちもかなり減ってしまっていて、開業の先生方の高齢化というのも問題になっています。県内で開業、お産を取っている開業の先生は10人ちょっとしかないのですが、皆さんもう50代後半60代なので、今から5年、10年経ったら、みんなそういう先生がいなくなってしまうのではないかというリスク、心配があります。

元の医師数のカウントに実際お産をとっていない、高齢の先生の数も入っているのではないかと思います。それと産婦人科って急な変化があるので、例えば2人でやっていると、当直、オンコールで365日、常に拘束されている状態ですね。何かあれば呼ばれるし、そうすると1人で賄うって難しいので、ただ数だけで決められるのはつらいかなと思います。

○武田会長

国も偏在指標を決めるときはそれなりのファクターをいっぱい入れているので、あまり全国的に不公平にならないような計算はしているでしょうけど、実情はかなり違うということは、言っていないとまずいですよね。

どうですか、この偏在指標からこういうことが決まってしまうとまずいですけど、これ以上何かするというと、もともと産科、小児科はそれなり増やそうとして県も手厚くいろいろなことをやっていたらっしゃるので、それを継続していくということですよ。

○事務局

そのように考えています。

ここの第5節、第6節、第7節のところに、本来であれば取り組みを縮小してもいいかなと思われるような状況ではありますが、今、行っている取り組みをしっかりと継続して、産科、小児科の医師が着実に増えてきていますから、それをしっかりと維持していくことを方針にしたいと思っています。

○武田会長

そういうことで、より一層かどうかは分かりませんが、現状、産科、小児科には手厚くされているようなので、それを継続していきたいということですが、それでよろしいですか。

一応、資料は大体ご説明いただいて、あとは概略版なので、これは特に追加で説明する内容がないので、省略させていただきます。

あとは最後に今後のスケジュールについて、簡単に説明していただければと思います。

○事務局（資料4について説明）

○武田会長

このスケジュールにつきまして、何かご質問、ご意見ございますか。

2月中旬で、今のところ2月14日月曜日の18時からということで、調整していますので、ぜひご協力ください。

それでは、全体を通じて何かご質問、ご意見がございますか。

○天野委員(代理)

民間病院協会の天野といいます。

医師の数が足りていないと思ったら、そうでもないということですけど、それは計算上、外に流出した人はカウントしないといいましたけど、その数が分かっている場合には、その地域で診た数と、外に出たカウントされなかった数は、県の方で把握しているのですね。その割合を教えてもらえれば、こんなに外に流出しているのかなど、いろいろ分かりますので、本当に、その地域の医師が足りていないのか、足りていないから流出していくのか、分かると思いますので、次回の時には外に流出した数を教えてもらえたらと思います。

○武田会長

全体としての、あるいは2次医療圏の流出は出ているけども、その中のさらに細かい、例えば2次医療圏の中のある場所ということでしょうか。

○天野委員(代理)

その地域で外に流出しているからカウントされなかった、その地域で診なくて済んだから、相対的に診たら地域の医師の数が足りているということですよ。

○武田会長

それは全体のカウントですよ。

だけど2次医療圏になると、いろいろなところがあるので、さらに細かく見ると。

○天野委員(代理)

だからこの地域で例えば峽南地域なんかも、足りているような形で書いてありますけども、それは外に流出しているからですよ。

○事務局

それにつきましては、先ほどの素案の6ページのところをご覧いただきたいと思うんですが、

6 ページのところのまず上のところが入院患者の状況で流出入等を示しております。それぞれ縦と横に中北医療圏とか、峡東、峡南とそれぞれの医療圏と、それとあと県外への出と県外から入りというものがあります。一番左のまず中北医療圏を縦に見ていきますと、まず中北医療圏の自分のところでは入院患者が1日3,900人いるということになります。それで中北の下にいくと峡東で500とありますが、これは峡東地域から中北地域に500人入ってきているという状況になっております。

次に、峡南地域から中北地域に入ってきている患者が400人、次に富士東部から中北に入ってきている患者が300人、県外から入ってきている患者さんはゼロということで、中北で見ますと、自分の圏域の患者は3,900人ですが、流入まで入れると一番下の5,100人が中北地域の患者さんとしてカウントされていると。ですから中北は医療需要が増えていくというような状況になっております。

これが今度は右のほうに見ていきますと、中北地域が一番上の先ほど左の隅ですけど、自分のところでは3,900人いますが、逆に中北地域から右にいまして、峡東に400という数字がありますが、400人が逆に中北地域から峡東地域へ流出しているという状況があります。それと、あと一番右に県外への出とあると思いますが、中北地域から県外に出ている患者さんが100人いるというような状況になっております。

ですから、それを相殺しますと入りと出を見まして、一番右のところの中北は流出入を加味するとプラスで700人患者が流入していると、その次の峡東は流出流入を加味しても100人流入しているという状況です。

その下の峡南地域は入りと出を加味すると総数ではマイナス400ですから、400人がほかの医療圏に出ている。富士東部においても800人がほかの医療圏に出ているということで、それぞれの2次医療圏ごとの状況というのは、こちらの方で示しているところでございます。

○武田会長

2次医療圏までは分かりますけど、それより細かい点については数字出せないですか。

○事務局

それにつきましては、各県、市町村ベースくらいには出して欲しいということを国にも要望しておりますけど、国からそこは提供しないというような答えが返ってきているところです。

○武田会長

よろしいでしょうか。

もうちょっと詳しいデータを確かに欲しいなとも思いますけど、もし可能であれば次回、もう少し詳しいデータが出ればよろしくをお願いします。

ほかにご意見、ご質問がございますか。(なし)

それでは、時間もだいぶ押ししましたので、このへんで第2回対策協議会を終わりにしたいと思いますが、患者の流出入というのがあると、これは流出しないような医療施設とか、医療レベルをちゃんとやっていかないと、特に救急とか、一番大切なところをちゃんと押さえておかないと、どうしても出て行ってしまうので、そういったことは山梨県の人口減少とか、そういうことにつながってしまうので、ぜひ頑張ってくださいと思います。

研修医とか、専攻医のためのプログラムとしては、神宮寺委員の話にもあったように、各病院の特性を生かして、なおかつ山梨県で独自に作るプログラム、その中にベースとなるような救急とか集中治療とか、あとは地域医療とかですね、そういったものを共通必須科目としてす

すべての研修医が共通して学べるようなベースを持ったのを作る。そこに各病院の特性を生かして、すべての要求に応えられるようなプログラムを作れば、より一層研修医が増えるのではないかと思います。これは理想ですが、是非そういった形でやっていきたいと思いで、皆さんご協力よろしくお願ひいたします。

それでは、これで本日の議事はすべて終了いたしました。

事務局にお返しいたします。

#### ○司会

武田会長、ありがとうございました。

素案につきましては、本日の議論をふまえて、事務局で修正を行い、修正部分につきましては、次回の協議会で確認をいただくようお願いいたします。

また、次回の協議会ですが、計画策定スケジュールの関係で、2月14日を予定しております。

ご多忙のところ恐縮ではございますが、ご出席いただきますようお願い申し上げます。

また、近日中には開催通知を発送させていただくよう手配いたします。

お手数ですが、出欠のご返信をお願いいたします。

それでは以上をもちまして、令和元年度第2回山梨県地域医療対策協議会を終了させていただきます。

本日は、長時間にわたりありがとうございました。

お疲れ様でした。

ありがとうございました。