

令和5年度第4回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和5年12月26日(火)15：30～

場 所：WEB会議

○司会(佐藤)

定刻になりましたので、ただいまから、令和5年度第4回茨城県地域医療対策協議会を開催させていただきます。

本日、冒頭、進行を務めさせていただきます茨城県医療人材課医師確保グループの佐藤と申します。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、議事の内容や結果、委員の発言要旨等を、後日、県ホームページにて公表させていただく予定であります。あらかじめご了承くださいませようお願いいたします。

また、本日は、いつもどおりWeb会議形式ということで、発言時のみミュートを解除していただきますようお願いいたします。

本日御出席いただいている委員につきましては、出席委員等名簿のとおりでございます。

本日は、本年度から新たに委員にご就任されております茨城県市長会会長の高橋靖委員にもご出席いただいております。高橋委員、よろしくお願いいたします。

○高橋委員

よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

ありがとうございます。

また、東京医科大学茨城医療センター院長の福井委員の代理といたしまして、副院長の池上正先生にご出席いただいております。池上先生、よろしくお願いいたします。

○池上(福井委員代理)

今日は福井が厚生労働省の会議で出られないものですから、私が代理で出させていただきます。

よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

ありがとうございます。

本日は、東京医科歯科大学病院の藤井委員、自治医科大学附属病院の川合委員、加えまして、筑波メディカルセンター病院の河野委員につきまして、ご欠席ということで伺っております。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

事前に郵送とメールにてお送りさせていただいております資料につきましては、次第と、配布資料に記載のとおりでございます。資料1から資料8まででございます。

続きまして、前回第3回会議の議事録につきましてご報告でございます。

こちらにつきましては、先日、メールにて委員の皆様にご確認をいただきまして、いただいたご指摘などを踏まえまして、発言の趣旨に沿った形で文言の整理等を行いました。修正後のものを資料1としてお配りさせていただいております。

こちらの議事録と前回当日の会議資料を近日中に県ホームページにて公表させていただきますと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、早速、議事に入らせていただきます。

会議の進行は、原会長にお願いできればと存じます。

原先生、よろしくお願ひいたします。

○原会長

それでは、議事に入らせていただきます。

いつもどおりですが、なるべく短時間で、なおかつ議論を深めたいと思います。

それでは、まず初めに、議題(1)です。令和5年度医師派遣調整に係る医師派遣要請(案)につきまして、まず、事務局からご説明願ひます。

○事務局(間原)

事務局でございます。

お手元の資料2に基づき、ご説明させていただきますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、ページをおめくりいただき、1ページをご覧ください。

本日の内容は、1ページでございますとおり、具体的な手順のうち、赤枠の⑥番以降の部分についてご説明させていただきます。

続きまして、2ページをご覧ください。

前回、地対協でのご承認を踏まえ、各大学へ派遣要請を行った要望の一覧となっております。21病院、32.2名の派遣を要請しております。

続いて、3ページをご覧ください。

前回の第3回地対協では、新たに判明した医師の退職や派遣引き上げ等により、緊急的な対応が必要となった医療機関・診療科について、追加の派遣要望調査を行うことをご承認いただきました。

そして、枠囲みの中にあるとおり、地対協の構成員である5大学及び派遣要望調査対象の71病院に対して調査を行いました結果、4番の調査結果に記載のとおり、14病院・15診療科について33.15名の派遣要望がありました。

このうち、事務局において、②に記載の要件の適合性をヒアリング等により確認しました結果、赤字で記載のとおり、4病院の4診療科、合計4.4名を追加の派遣要請の対象としたいと考えているところでございます。

追加の要請人数は、昨年度の5名と比較しますと、若干ですが、0.6名減となっているところでございます。

具体的には、次の4ページ、そして5ページに整理してございますが、こちらにつきましては、ヒアリングを一緒にご担当いただきました県地域医療支援センター長である小島先生にご説明をお願いしたいと思っております。

それでは、小島先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

○小島地域医療支援センター長

地域医療支援センター長を務めさせていただいております県立中央病院の小島です。

それでは、ご説明させていただきます。

全要望をまとめたものが4ページでございます。

今、ご説明があったとおり、全部で14病院・15診療科、合計33.15名の要望がございました。

今回は、条件がはっきりしているということで、先ほどご説明がありましたとおり、②の

ところ、要件が2つあります。これは年度初めに予想できなかった欠員が発生したということと、もう一つは、②にありますとおり、地域医療に多大な影響を与える可能性があるということで、イ、ロと2つの条件が設定してあります。

これを外形的要件としまして、各病院からの要望をヒアリングさせていただきました。

その結果、整理したものが5ページになります。

個別の案件についてのご説明は割愛させていただきますが、外形的条件にかなったものだけを残してあります。

その結果、まず、水戸協同病院に関しましては、神経内科、これは政策医療分野で言うと脳卒中で、常勤1の要望が来ています。

それから、同じく水戸協同病院で循環器内科、これは心血管疾患ということで、常勤1でございます。

それから、水戸済生会病院の整形外科、これは分野で言うと救急医療ということで、同院は三次救急病院でありますので、救命救急センターでの機能低下のおそれがあるということで要望が来ています。

それから、県立中央病院からは循環器内科です。これは病院としては減員になっていないのですが、いろいろ健康上とかご家庭の理由があつて、循環器内科医としての勤務が今後難しいということで、循環器内科診療から離れるということが発生しましたので、PCIとか血管内手術に対応できる医師が必要であるということで、常勤1名の要望が来ています。

それから、日立医療圏の日立総合病院から、緩和ケア科で、これは政策医療分野で言うのがん拠点病院でございますので、非常勤0.4名の派遣要請があります。

結果的には、この要望全部で常勤4名、それから、非常勤0.4名を抽出いたしました。

ほかの要望もヒアリングしてみると、各病院がもちろん困った状況があるのは本当によく分かるのですが、この回の実要件にはかなわなかったということで、決して要望自体が不適切ということではございませんが、今回は、要件に従って、こちらで精査させていただいたという状況でございます。

私からの説明は、以上です。

○事務局（間原）

小島先生、ありがとうございました。

続きまして、6ページをご覧ください。

先ほどご説明のありました4病院・4診療科、4.4名を加えた今年度の派遣要請(案)の全体像でございます。

要請人数は、合計で36.6名となります。

続きまして、7ページをご覧ください。

こちらでは、大学別に要請人数を整理いたしました。対象5大学のうち、各病院が希望する大学に要請していこうと思っておりますが、複数の大学への要請や当初の追加分とで病院が重複するものもございましたので、人数の合計は、先ほどの36.6名とは一致はしておりません。

追加要請の4.4名については、各病院に確認しました結果、筑波大学のみが対象となっております。

本日、ご承認いただけましたら、年明け早々に筑波大学に対して派遣を要請させていただきたいと考えております。

今後、2月末までをめぐり、各大学から、当初要請分も含めた計36.6名の要請に対するご回答をいただき、事務局において取りまとめたうえで、3月の地対協で結果を報告させていただきたいと考えてございます。

最後の8ページは、スケジュールになってございますので、ご覧おき願います。

事務局からの説明は、以上となります。

ご審議のほど、よろしくお願いいたします。

○原会長

どうもありがとうございました。

アンケートが4月でしたので、5月以降、事情が変わった場合にこの緊急の要請を認めるという事柄につきましては、既に前回、お認めいただいております、今回、4.4名に増えたということで、トータル医師派遣要請人数が36.6名ということで、案としては固まったということになります。

本件に関しまして、委員の先生方、何かご質問、ご追加ございますでしょうか。

もしなければ、これで本年度の要請人数は最終的に36.6名ということで固めさせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいですかね。ご発言がありませんね。

では、そういうことで、議題(1)につきましては、36.6名で、本日をもって固めたということにさせていただきたいと思います。

それでは、次、議題(2)に入りたいと思います。

議題(2)は、第8次(前期)茨城県医師確保計画素案につきまして、まず、事務局からご説明願います。

○事務局

事務局でございます。

私のほうから、資料3-1の第8次(前期)茨城県医師確保計画素案に寄せられたご意見の対応方針(案)についてご説明させていただきます。

前回の地対協の後に、素案本文へのアンケートを実施いたしまして、委員の皆様からご意見をいただいたところです。

まず初めに、福井委員から、素案本文の誤字などをご指摘いただきまして、そちらの修正を反映させていただいております。

項目3で、前回地対協でキャリア形成プログラムに関しご意見のあった救急科に筑波記念病院が入っているということなのですが、計画素案本文にあります表につきましては、日本専門医機構に登録のある専門研修プログラムの採用状況を掲載しております。

第3回地対協でご意見をいただきました修学生医師向けキャリア形成プログラムにつきましては、本日、改めて協議させていただきたいと思います。

続きまして、茨城県市長会の高橋委員より、項目4のところで、修学生医師について、義務年限終了後における県内定着化についても方針として明示すべきであるというご意見をいただきました。

こちらにつきまして、義務明け後の県内定着のためには、引き続き勤務したいと思えるよう、教育研修体制や勤務環境を充実させ、病院の魅力を高めるとともに、その魅力を効果的にPRしていくことが必要であると考えております。

つきましては、42ページの重点化の視点のところに、「地域枠等の修学生医師について、義務明け後の県内定着に向け、医療機関との連携を図ります」と記載させていただきました。続きまして、2/3ページ目でございます。

筑波メディカルセンター病院の河野委員より、項目8、項目9でご意見をいただきました。

つくば医療圏は、大学に医師が多いことに留意する必要があるというご意見でございます。

こちらのご意見を踏まえて、8ページの医師偏在指標に係る記載につきましては、「本県の二次保健医療圏の内、県内唯一の医育機関があるつくば、県庁所在地がある水戸」と修正させていただきました。

続いて、前回の地対協でご意見をいただいた対応方針というところで、筑波大学附属病院の原委員より、「障害児」の「害」は平仮名で表記しなくてよいのかというご意見をいただいたところです。

厚生労働省の通知で、「障害」は漢字で表記しております、県もそれに合わせて表記しているため、漢字にさせていただきますと思います。

続きまして、3/3ページでございます。

第3回地対協までに検討中としていたご意見への対応方針ということで、茨城県医師会の鈴木委員より、数値目標について、国が算定する必要医師数も目標値とするというご意見をいただいております。

こちらにつきましては、政策医療を担う中核的な医療機関が、地域における役割分担に沿った機能を維持・発揮できることが重要と考えております。

数値目標については、後ほど詳しく説明させていただきますが、この考え方に基きまして、数値目標は最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科の必要医師数といたしますが、地域全体の動向が確認できるよう、国が算定する将来時点の必要医師数についても、数値目標と併記させていただきますと思います。

続いて、分娩取扱医師の偏在指標のところでございますが、そちらの医療機関、医師の年齢を分析すべきとのご意見をいただきました。

こちらにつきましては、県内の分娩取扱医療機関に対する調査結果を基に、周産期医療圏ごとの病院・診療所別の分娩取扱医師平均年齢を算出し、本計画に追記しております。

続きまして、資料3-2でございます。

ページをおめくりいただきまして、2ページ目でございます。

こちらは、左側が構成、右側が前回の地対協でお示しした素案からの変更点の主なポイントになります。

構成につきましては、前回から変更はございません。

まず、総論の第2章 1 医師数のところでございますが、三師統計の最新値に更新する旨をお伝えしておりましたが、最新値の公表時期が来年の2月上旬見込みであることから、2020年の数値で作成したいと考えております。

また、医師偏在指標の確定値が12月15日に国から公表されました。数値については変更ご

ざいせんが、全国の二次保健医療圏総数の変更により、順位が変動しております。

続きまして、3ページ目でございます。

総論 第3章 3 計画推進の重点化の視点でございますが、今後の課題に周産期、小児科は、医療需要及び医療提供体制の変化を見据えながら医師確保する旨を追加しております。

第4章の本計画の数値目標については、後ほど、別紙にてご説明させていただきます。

続きまして、4ページ目、各論の第1章 3 医師のキャリア形成でございます。

上から3つ目でございますが、地域偏在・診療科偏在の是正に向けた対策といたしまして、地域枠制度の抜本的な見直し、それから、後ほどご説明いたします推奨診療科の設定について記載しております。

続いて、5ページ目でございます。

第5章 産科における医師確保、第6章 小児科医における医師確保につきましては、どちらの偏在指標も確定値が公表されまして、周産期医療圏の総数、小児医療圏の総数の変更により順位が変動となっております。

続きまして、6ページ目でございます。

第8次(前期)医師確保計画の数値目標についてでございます。

第7次計画につきましては、地域住民に欠かすことができない救急・小児・周産期などの政策医療を担う中核的な医療機関が、地域における役割分担に沿った機能を維持・発揮できることが重要という考えの下、最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科における必要医師数を数値目標として設定しておりました。

第8次計画につきましては、第7次計画と同様の考え方に基つきまして、数値目標は最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科の必要医師数とさせていただきたいと考えております。

数値目標の設定方針についてですが、県の地域医療対策協議会において、医師派遣調整についてご議論いただいているところです。

そちらで必要性が認められたもののうち、派遣要望から漏れてしまったけれども、政策医療提供体制の維持に必要であるもので、緊急的な対応が必要と判断したものを随時目標として設定してまいりたいと考えております。

期限は2年以内としまして、重点的な医師確保に取り組みたいと考えております。

また、下の点線の枠囲みの中でございますが、「医師不足地域の医師の確保」、「地域偏在の是正」という課題に対して、県では修学資金貸与制度の取組をしてきたところでございます。その効果については、医師偏在指標を用いて評価・検証してまいりたいと考えております。

その視点でございますが、医師少数区域の指標値が上昇したか、指標値の上昇幅は全国と比べてどうか、また、県を100とした場合、県内での指標値のばらつきは縮減しているかなどの視点により評価してまいりたいと思っております。

計画本文については、次回1月22日の第5回地対協でお示ししたいと考えております。

続きまして、7ページ目でございます。

こちらは主な修正箇所の新旧対照表でございますが、左側が今回お示しする素案、右側が前回地対協でお示しした素案の内容でございます。主に委員からご意見があった箇所を修正

反映させているものと、あとは、主なポイントとして修正しているものをこちらに記載しておりますので、後ほどご確認いただければと思います。

資料3-3につきましては、計画本文の素案になります。黄色マーカー部分が第3回地対協からの変更点となっておりますが、ボリュームが多いので、説明は割愛させていただきます。

私からの説明は、以上になります。

ご議論のほど、よろしくお願いいたします。

○原会長

どうもありがとうございました。

これはまだ途中段階といいますか、ここで決めたからといって最終案になるわけではないので、まだ様々な意見をいただきたいところではありますが、私が、1点、気になったのは、推奨診療科のことを概論のところでおっしゃいましたが、今回は何か説明がありましたか。

○事務局

この後のキャリア形成プログラムのところで詳しくご説明させていただきたいと思います。

○原会長

第8次のところにまだ書き込むかどうかは、少なくとも消していないわけだね。

○事務局

こちらにつきましては、資料3-3の78ページの⑤地域偏在・診療科偏在の是正というところで、「将来における診療科ごとの医療ニーズや、医師数の見通しを勘案のうえ、医師不足が見込まれる診療科を推奨診療科として設定」と明記させていただいているところがございます。

○原会長

分かりました。

そこが一応入ったというところも変更点の一つかなと思いますし、途中の数値目標のところも前とはちょっと変わっているようですが、先ほど申しあげましたように、現段階ですが、ここまでのところで何か追加意見、この間とはまた違う視点で、何かご意見ございますか。よろしいですか。

では、この後は、県としては、意見収集というのはまだ続けるわけですね。

○事務局

意見照会ということでしょうか。

○原会長

そうです。

○事務局

次回が1月22日の地対協になるのですが、その段階で、今は素案なのですが、案として、1月の地対協でしようと考えております。本日、ご意見が特になければ、今のベースで案の形にしたうえで、1月に出したいと考えておりますので、改めて意見照会をすることは予定しておりません。

○原会長

そうすると、1月のときに案として出てきものを認めたら、それが最終決定ということに

なりますか。

○事務局

そうですね。そこで地対協としてはご了解いただいたうえで、その後、パブリックコメントと関係団体への意見照会をいたしまして、これを踏まえて、3月の地対協、医療審議会で最終的に決定という運びになります。

○原会長

了解しました。

ということでございますが、現時点で何か意見がございましたらお願いします。よろしいですか。

では、先ほどの地域偏在・診療科偏在の是正については、かなりぼんやりとした表現なので、これでもいいかなとは思いますが、後でご説明があるということなので、またそれを聞いて、私からは意見を述べたいと思いますが、委員の先生方、まずはよろしいですか。

では、そういうことで進めさせていただきます。

それでは、次に、議題(3)に移りたいと思います。

議題(3)は医師の働き方改革に係る特定労務管理対象機関(C-1水準)の指定につきまして、事務局からご説明願います。

○事務局

資料4、医師の働き方改革に係る特定労務管理対象機関(C-1水準)の指定について、医療人材課からご説明させていただきます。

表紙をおめくりいただきまして、2ページ目でございます。

特定労務管理対象機関の指定(概要)についてですが、令和6年4月から医師の時間外・休日労働の上限規制が適用されます。

原則として、A水準の960時間以内ですが、特例水準の連携BからC-2水準を取得した場合、上限が1,860時間となります。

こちらを指定するに当たりましては、新医療法で医療審議会の意見を聴取することが定められております。ただし、C-1水準の指定に当たっては、医療審議会に先立って、地域医療対策協議会の意見を聴取しなければならないということで国の指針と県の要綱で定まっていることから、本日、C-1水準についてご意見を伺うものでございます。

資料の3ページ目でございます。

これまでのスケジュールでございますが、7月から10月末の間、県が指定の申請の受け付けをしてまいりました。

その後、審査を兼ねまして、本日12月26日、地域医療対策協議会、医療審議会での意見聴取となりまして、1月から2月の間に特定労務管理対象機関の指定及び公示、その後に医療機関において36協定を締結することになります。

本県における申請状況でございますが、4医療機関から申請があったところでございます。

C-1水準につきましては、筑波メディカルセンター病院、総合病院土浦協同病院の2医療機関でございます。

続きまして、4ページ目でございます。

医療機関勤務環境評価センターの評価についてということで、県へ指定申請を行う前に、

評価センターの評価を受ける必要があるということになっております。

全体評価の考え方ですが、評価項目は全部で88項目ございまして、3つのカテゴリーで構成されております。

なお、12項目につきましては、初回審査、今回は対象外となっております。

18項目につきましては、必須となっております、こちらについては全て満たすことが条件となっております。

続いて、5ページ目でございます。

全体評価ですが、評価項目の発生状況に応じて、4段階で実施されております。

評価センターの評価は定型文となっております、四角枠囲みの4つになります。上3つの定型文につきましては、評価としては問題ないものになりますが、一番下の定型文につきましては、改善の必要があり、時短計画の見直しが必要であるというような、ちょっと問題がありますというような評価になります。

6ページ目でございます。

申請医療機関に係る評価センターの評価結果でございますが、筑波メディカルセンター病院と土浦協同病院につきましては、どちらも全体評価に問題がないという評価をいただいております。

ただ、土浦協同病院におきましては、指摘事項・助言等のところで、「自主的な取組の他、都道府県による必要な支援を講じられたい」というコメントがございました。

こちらにつきましては、医療勤務環境支援改善センターを通じて必要な支援を行ってまいりたいと考えております。

続きまして、7ページ目でございます。

指定の要件でございますが、まず、共通項目でございます。

1つ目が、労働時間短縮計画の案が、勤務する医師、その他関係者の意見を聞いて作成されたもの、2つ目が、医療法の規定による休息時間の確保を行うことができる体制が整備されていること、3つ目が、労働関係法令の重大・悪質な違反がないことになります。

続いて、8ページ目でございますが、C-1水準の要件につきましては、臨床研修と専門研修に分かれておりまして、臨床研修につきましては、臨床研修プログラムについて、「研修医療機関における時間外・休日労働時間想定最大時間数」が記載されたものがあること、専門研修におきましては、日本専門医機構のシステムに「労働時間・水準」がプログラムとして入力されているものとされております。

9ページ目でございますが、指定要件の確認で、まず、共通項目について、筑波メディカルセンター病院、土浦協同病院について、どちらも問題なく、要件への適合を確認いたしました。

続いて、10ページ目でございます。

C-1水準の要件でございますが、筑波メディカルセンター病院については、専攻医のほうでまず業務の申請がございました。こちらの診療科は、循環器内科、心臓血管外科となっております。

土浦協同病院については、臨床研修医、専攻医の2つの業務で申請がありまして、専攻医の診療科は、循環器内科、脳神経外科の2つになっております。

右側のプログラムの内容・労働時間等についても、時間外・休日労働最大想定時間のところに記載ございまして、要件への適合を確認いたしました。

最後に、11ページ目でございます。

筑波メディカルセンター病院、土浦協同病院につきましては、C-1水準の要件、また、評価センターの評価についても○になっておりまして、以上のことから、申請医療機関を特定労務管理対象機関として指定することとしたいと考えております。

ご検討のほど、よろしくお願いいたします。

○原会長

ありがとうございました。

ここはC-1水準についてご審議いただければいいということなので、評価はちゃんとされておりますし、C-1水準もそれぞれ根拠があると思いますので、これでいいかなと思いますが、いかがでしょうか。何かご意見、ご議論ございますでしょうか。よろしいですか。

最終決定はもうちょっと後になりますが、C-1水準のあり方については、地対協としてはお認めしたということにさせていただければと思います。

よろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

それでは、次に、議題(4)修学生・修学生医師向けキャリア形成プログラム(令和8年度向け)の見直しについて、事務局からご説明願います。

○事務局

議題(4)修学生・修学生医師向けキャリア形成プログラム(令和8年度向け)の見直しについて、資料5に基づき、事務局から説明いたします。

表紙をおめくりいただきまして、ページ右下のページ番号2ページ目でございますが、まず、前回の地域医療対策協議会で説明させていただいた際に、水戸医療圏が医師不足地域外となること及び修学生医師の増加を踏まえた上でキャリア形成プログラムが実施可能なのか、また、医師不足地域の主要な連携施設においては、キャパシティの関係で受入れが可能かシミュレーションをした上で議論をすべきとのご意見をいただいたところでございます。

それを受けまして、大きく2つの課題、令和2年度以降の入学者(現在の4年生以下)への対応と、さらに将来への対応という2つの点について、まず、筑波大学の各診療科と意見交換を実施いたしましたので、報告させていただきます。

次のページに移りまして、まず、1つ目の課題、令和2年度以降の入学者(現在の4年生以下)への対応というところでございますが、水戸医療圏が医師不足地域外となることや、修学生医師の増加の影響などによりまして、今後、希望した全員が医師不足地域で臨床研修を行うことが困難になってまいります。

掲載した表の右側にありますとおり、現在の4年生が一般修学資金と地域枠とで79名というところですが、マッチングにおける医師不足地域の臨床研修病院の修学生採用枠というのが、青い部分の一番右側で40名となっております。79名引く40名で、差引き39名という人数が医師不足地域外の臨床研修病院にマッチングする見込みでございます。

これまでは、希望すれば、ほぼ全員が医師不足地域での臨床研修を実施でき、臨床研修の2年間を医師不足地域でカウントできておりましたが、令和2年度以降の入学者につきまし

では、医師不足地域外で臨床研修を行う者が必ず一定数発生する見込みでございまして、そのような修学生は、医師不足地域での必要勤務年数4.5年を3年目以降に消化する必要がございます。

そこで、各キャリア形成プログラムにおきまして、臨床研修における医師不足地域での勤務年数に応じたモデルコースの設定が可能か、確認が必要となっているところでございます。

次のページ、4ページ目におきましては、まず、今回のヒアリングの概要でございますが、各診療科の基本領域のプログラムの責任者の先生にお願いいたしまして、ご説明したような課題や、記載しているモデルコース作成のポイントを踏まえ、モデルコースの作成が可能かについて、地域医療支援センター長の小島先生にもご出席いただきまして協議を行いました。

モデルコース作成のポイントにつきましては、県内で9年間、そのうち4.5年を医師不足地域で勤務すること、基本領域の専門医資格について取得・維持が可能となっていること、さらに、必要に応じて猶予を柔軟に活用することをポイントとして挙げております。

また、ヒアリングにおいては、各診療科を選択する将来の修学生医師の見込み数を提示しまして、ボリューム感についても確認したところでございます。

この結果、17診療科終了時点での数字ではございますが、令和2年度以降入学者への対応については12診療科で対応可、また、5つの診療科で対応困難との回答を得られたところでございます。

次のページに移りまして、対応困難との回答があった診療科については、例えば、拠点集約化によりまして、医師不足地域に連携施設がほぼなく、研修中の勤務が困難であること、また、資格取得後にも資格を維持できるだけの症例の経験ができないことを挙げた診療科がございました。

また、別の診療科では、医師不足地域内に当該診療科を設置している医療機関が少なく、研修環境も踏まえると、研修中や資格取得後の派遣が困難であり、むしろ大学で医師不足地域の症例を引き受けている状況というようなお話もございました。

例外的措置の対象については、対応困難との回答があった診療科にさらにヒアリングを重ねていきたいと考えておりますが、診療科からのお話も踏まえ、例外的措置の設定に当たっては、以下のポイントに着目してはどうかと考えております。

まず、大前提でございますが、①といたしまして、専門研修中、取得後の期間を通じて、猶予を十分に活用しても医師不足地域での必要勤務年数を満たすことが困難であること、また、②といたしまして、医師不足地域に研修環境を今後整備する意向はあるが、現時点では未整備であること、また、③といたしまして、例えば、大学で医師不足地域の症例を多く引き受けているなど、例外的措置の実施期間も医師不足地域の医療提供体制への貢献が認められること、さらに、④といたしまして、そのような貢献の実績を数値等で具体的に示すことができること、また、⑤例外的措置を取る場合でも、4.5年の医師不足地域の勤務全体を免除するわけではなく、一定期間、可能な限り、医師不足地域での勤務を実施できること、また、⑥といたしまして、地対協の場でプログラム責任者の先生による説明ができること、また、⑦といたしまして、一度例外的措置の対象となった場合でも、プログラム責任者の先生には毎年状況を確認し、連携施設の増加などの状況の変化に応じて、例外的措置の対象・内容については柔軟に変更するものと考えております。

これらのポイントにつきましては、さらに整理を進めまして、次回地対協において、例外的措置を適用するためのヒアリング項目という形で提示したいと考えております。

ここまでは、現在の4年生以下、令和2年度以降入学者への対応ということでございましたが、次のページからは、さらなる将来への対応ということで、令和7年度以降入学者に向けた制度改正について説明させていただきます。

まず、制度改正の1つ目といたしまして、3年目以降の7年間で4.5年の勤務を必要とする制度改正についてでございます。

図の下にお示ししておりますが、勤務要件といたしましては、大学卒業後、県内で9年間勤務し、そのうち3年目以降の期間で4.5年間を医師不足地域で勤務する形でございます。

こちらは、マッチングで医師不足地域外にマッチングし、臨床研修の期間で医師不足地域での研修をしなかった場合と同じパターンになっておりまして、それが全員に適用されるイメージでございます。

令和2年度以降の入学者向けのモデルコース作成の場合と同様、専門医資格の取得維持ができること及び猶予の柔軟な活用ができることは同様と考えております。

筑波大学の各診療科へのヒアリングにおきまして、こちらの案を伺ったところ、17診療科終了時点で11診療科が対応可との反応でございました。

令和7年度以降入学者が専門医研修を開始するのは令和15年度頃でございますが、今後、県内医療の状況が大きく変わる可能性もある中で、令和15年度時点での県内の医療提供体制、各プログラムの連携施設の状況などを現時点で正確に把握することは困難でございます。

また、地域枠制度は、志願時に制度への同意を得ることが必要でございまして、事後に制度を緩和することはできても、後から義務を強めることは困難な形となっております。

そのため、こちらの制度改正については、実施した上で、令和7年度以降入学者に対して、キャリア形成プログラムを提示する令和11年度頃、5年生頃の医療提供体制や各プログラムの連携施設の状況などを踏まえまして、例外的措置の対応などについて検討してはどうかと考えております。

さらに、次のページでございますが、令和7年度以降入学者への将来の対応といたしまして、2点目として、特定診療科への誘導のための施策でございます。

地域枠で診療科の誘導といいますと、入試の段階で選べる診療科を限定してしまう診療科限定の枠組みもございますが、これは、入学後に異なる診療科を希望した場合に、地域枠自体の離脱にもつながることになります。

また、本県では、筑波大学の全国対象で診療科限定を実施した際、志願者確保に苦慮した経緯を踏まえ、異なる枠組みで実施することが必要と考えております。

そこで、記載しているのが県の案でございますが、特に確保が必要な診療科を推奨診療科として設定し、修学生は入学後に手上げによって推奨診療科枠に応募いただき、県との契約により、その対象の修学生となる方式を考えております。

推奨診療科枠の修学生には、インセンティブを付与し、また、推奨診療科の修学生が異なる診療科を希望する場合には、推奨診療科枠のみ辞退し、インセンティブだけ返還いただくような形にすることで、地域枠の離脱とはならない形にしたいと考えております。

また、推奨診療科枠の辞退や枠が埋まらないようなことがある場合でも、辞退者や応募し

なかった修学生については、通常の修学生の診療科分布割合に応じて診療科を選択することになると考えております。

この案につきましても、筑波大学各診療科ヒアリングの際にご説明をさせていただきましたが、大きな反対の声がなかったところでございます。

ただし、診療科の設定に当たっては、データなどに基づいて、明確な基準によるべきとの意見をいただいたところでございます。

現在は、ほとんどの診療科におきまして全国平均を下回る状況でございますが、将来の状況を見据え、継続して不足が見込まれる診療科への誘導を図りたいと考えております。

以上、本日は、筑波大学各診療科へのヒアリングを踏まえた進捗状況について主に報告させていただきましたが、令和2年度以降入学者に係る対応及びさらなる将来への対応につきましては、医師不足地域の主要な連携施設や水戸医療圏の専門研修基幹施設などにもヒアリングを実施し、次回の地対協に向けて、引き続き、検討してまいりたいと考えております。

事務局からの説明は、以上でございます。

ご意見等、頂戴できれば、ありがたく存じます。

○原会長

どうもありがとうございました。

要点としては、3つあったと思います。

1つは、令和2年度以降、既に入っている今の大学4年生以上への対応と、それから、もう1つは、令和7年度以降の入学者に対する対応と、もう1つは、推奨診療科に関する一案ということで話が出てきたというふうに考えておりますが、委員の先生方から何かご質問ございますでしょうか。

まず、私のほうから、一つ、令和2年度以降入学者については、水戸医療圏が医師少数圏ではなくなった時点でもう発生していることで、これは、ある意味、致し方ない制度設計変更だったと思うのです。ですから、これから、その例外的措置等々について詰めることを、小島先生が中心になるのだと思うのですが、お考えいただいて、それを地域枠等委員会等でさらに審議を深めていただければいいと思うのですが、問題は、令和7年度以降入学者について、こういう制度設計をしなければいけなかった理由が僕には分かりません。そのあたり、大変申し訳ないのですが、もう少し丁寧な説明をいただけませんか。

○事務局

修学生医師の勤務先というところについてですが、現在の修学生医師の勤務先を見ますと、当然、水戸医療圏が医師不足地域に入っておりますので、その中で、例えば、鹿行医療圏、筑西・下妻医療圏といったところへ勤務する修学生医師というのが少なく、そういった点で県議会等のご指摘をいただいているところでございます。

そういった背景も踏まえまして、今後、より修学生医師に、戦力になる義務年限の後半に医師不足地域でご勤務いただけるような制度にしたいと考えておりまして、まず1点目、3年目以降の7年間で4.5年の勤務を必要とする制度改正について検討したところでございます。

また、もう1点目の特定診療科への誘導というところにつきましては、修学生医師については、比較的、全国の診療科の分布と近い割合で診療科を選択していただいているところで

ございますが、そういったところと今後必要となってくる診療科を比較しますと、どうしても足りない診療科が出てくるところが懸念されますので、そういった点で、特に医師不足地域で必要とされる診療科というところにきちんと誘導していけるような枠組みをつくっておきたいというのが特定診療科への誘導のための推奨診療科という枠組みの検討理由でございます。

○原会長

後段のところは分かるのですが、前段のところ、つまり、最初の初期研修、臨床研修で、今は医師不足地域でまずやって、言い方は悪いですが、そこで4年半のうちの2年を稼ぐというのがやり方なわけですよ。そこがなくなってしまうということは、残り7年のうちの4年半を医師少数圏で研修しなければいけないということになると、今でも、先ほどお話があったように、研修先が満杯になっているという現状はさらに難しくなる状況になるわけですよ。だから、そのところをどういうふうにか考えるかです。

つまり、例えば、あまり見かけないという意見があったのは、一つは、初期研修が行っていない医療圏があるわけですね。例えば鹿行です。鹿行にはマッチングをしている病院が1個もないのです。だから、その人たちは医師少数圏に行こうとしても行けないわけです。だから、それが目立っているのではないかなと僕は想像しているのです。

だから、それよりは、医師少数圏でもマッチングをしていただけるようお願いする。例えば、名前を出して失礼ですが、小山記念病院とか、そういうように実際に救急なんかも含めて十分やっただいている病院はあるわけで、そういうところでマッチングをしていただければ、そういうところに行く医師は絶対にいると思います。

それから、医師少数圏でキャリアパスが積めないというのは、一つは、地域医療構想調整会議がまだ十分に発揮されていない、制度設計がされていないということが一番問題で、その辺がきっちりしてくれば、そういうところにも、当然、キャリアパスを含めても行けるようになるわけです。ですから、その辺も少し考慮に入れなければいけないのかなと思うのですが、僕の考えは間違っていますか。

いずれにしても、僕としてはそういう意見があるので、この委員会としてはまだまだ決定事項ではありませんので、議論を重ねていけばいいと思うのですが、いかがでしょうか。委員の先生方、何か意見ございますでしょうか。

米野先生、どうぞ。

○米野委員

細かなところが気になったのですが、スライドの最後の7ページで、推奨診療科でインセンティブという言葉が出てきていると思うのですが、インセンティブというのは、具体的に、現時点でどのようなものを想定されているのか、お伺いしたかったのですが、いかがでしょうか。

○原会長

事務局、いかがでしょうか。

○事務局

事務局でございます。

インセンティブといたしましては、例えば、入学後の一時金の貸与枠の増加とか、あるいは

は、診療科によって、特に診療科偏在への対応が必要になる場合には、特定診療科への設定とともに、インセンティブとして、例えば、医師不足地域での勤務年数の緩和などといったところも視野に入れて検討してまいりたいと考えております。

○米野委員

とりあえず分かりました。ありがとうございます。

○原会長

どうぞ。

○前野オブザーバー

オブザーバーの前野です。

ちょっとお聞きしたいのですが、4.5年、医師不足地域で勤務するのは、これは国のルールであるというような説明が前にあったように思うのですが、例外的措置を取ったところは、トータルとして、医師不足地域4.5年より短くてもよいという選択肢をつくるということでしょうか。

今ご発言のあった推奨診療科のインセンティブの中でもあるかもしれないのですが、つまり、何が言いたいかという、きちんとこういう枠組みで認められれば、医師不足地域の勤務が貸与期間の半分である4.5年を下回るということは国のルールとして認められているのか、その辺を教えていただければと思います。

よろしくお願いします。

○原会長

事務局、お願いします。

○事務局

詳細な設定に当たっては、国のほうにも、逐一、確認して設定してまいりたいと考えておりますが、例えば、医師不足地域への貢献によって、それを代替として認められるかどうかなどにつきましては、現時点では他県での事例などございませんので、確認しながら検討してまいりたいと考えております。

○前野オブザーバー

私が質問した意図は、つまり、合意すれば、この4.5というのは柔軟に考えてもよいのか、それとも、国からの基金を前提とした地域枠を設定するには、4.5年は死守しなければいけないものなのか、それによっても検討の選択肢の幅が変わってくると思います。なので、そこは制度設計の中でとても大切な項目だと思いますので、その議論のスタートになる条件だと思うのです。なので、そこはもう少し詳しい情報をいただければと思いますので、よろしくお願いします。

○鈴木副会長

よろしいですか。

○原会長

どうぞ。

○鈴木副会長

今のお話ですが、医師不足地域での勤務を、9年間のうちの半分、国の基準は4年以上でしたか。それ以下にはできないということですよ。それも考えているということですか。

○前野オブザーバー

そういう情報を教えていただきたかったということです。

つまり、そうすると、推奨診療科に与えられるインセンティブというのは0.5年しかないということになりますよね。例外的措置にしても。そうすると、その範囲で議論をしないといけないと思いますので、その条件を示していただきたかったというのが質問の理由です。

○事務局

国の基準としては4年以上ということになっておるのですが、どの程度までの緩和が認められるのかというのは、厚生労働省のほうとも確認しながら検討したいと思います。

○鈴木副会長

それは難しいのではないのかと思うのですが。

森川委員、どうですか。

○森川委員

地域を取るか、診療科を取るかということだと思うので、うちがどうしても診療科のほうに行ってもらいたいのだというふうに持って行って、国に相談するかということだと思います。

○事務局

原則4年以上という形になっていまして、地域の実情に応じて、必要な場合はというようなところもございますので、地域医療対策協議会での合意が得られて、なおかつ、ここでも認められる範囲であれば、4年を下回ることもあり得るのかなと考えております。

○鈴木副会長

具体的にそれはどういう場合を想定しているのですか。大きく変え過ぎるような気がするのですが、そこまでしなければならぬ場合って、どういう場合を想定しているのでしょうか。

○事務局

全然まだ決まっていらないのですが、例えば、勤務している、所属しているところは医師多数区域であっても、非常勤とか当直とかということで医師不足地域の病院で勤務している実態があるとか、そういったものについては、係数などを掛けて、医師不足地域での勤務というふうにカウントすることも可能ではないかという可能性も、今、考えているところがございます。

○鈴木副会長

その場合も、短縮する話ではないでしょう。それでも短縮してしまうと、制度自体が全く変わってしまいませんか。それをしたら何でもありになってしまうような気がするのですが、どうですか。

○原会長

鈴木先生がおっしゃっているのは、結局、短縮しなければいけないというケースはどのようなケースがあるのかということで、具体的にその対応策を聞いているわけではなくてということですよ、鈴木先生。

○鈴木副会長

短縮を入れてしまうと、もう何でもありになってしまうのではないかと思います。

○原会長

短縮になるようなケースは、どういうケースなのかということですよ。事務局お答えできますか。

○事務局

短縮というのは、今は9分の4.5というのでやっているのですが、例えば、診療科によっては、拠点となっている病院が県内に3か所ぐらいしかなくて、そこでの勤務、医師多数区域、医師不足地域で、医師不足地域の4.5年というのがなかなか満たせないという診療科がありますので、そういった病院については4.5年というカウントがなかなか難しいということで、そこに所属するのが例えば2年ぐらいになってしまっても、先ほど言ったような当直とか非常勤勤務とかというので重ねていって、できるだけ4年とか4.5年に近づけていくという作業になるのですが、そこが4年は大丈夫だと思えるのですが、3年ならだめなのか、2年ならだめなのかというところのラインがまだ厚生労働省のほうも確実なことは言っていないので、そういったところは協議しながらのライン引きになってくると考えております。

○鈴木副会長

それはまたこれからの議論なのでしょうけれども、非常勤で勤務する場合を入れるにしても、やはり最低4年以上は勤務してもらわないと、それも短くしたら、次々と非常勤の人を探さなくてはいけなくなってしまって、結局、医師不足の緩和には効果が薄くなるのではないのですか。ですから、非常勤は認めるにしても、できるだけ4.5年でしょうね。それはやっていただくということの大前提にしないと、短く短くという方向に議論がいつてしまうのではないのでしょうか。

○森川委員

まだ厚生労働省と議論をしていない段階ですので、どこまで厚生労働省が認めてくれるか分からないですが、推奨診療科で、ある程度、うちのほうで指定した診療科に進んでくれるということを約束してくれれば、4.5年とか4年にこだわらず、短くするのもインセンティブの一つとしてあるのではないかというふうには考えています。

○鈴木副会長

全国にそういう都道府県はありますか。

○森川委員

今はないです。

○鈴木副会長

私も聞いたことはない。

○事務局

少し短くしている例はあるのですが、そのラインが、確認しませんと。

○鈴木副会長

それも、あるかどうか知りませんが、よほど特殊な例でしょうね。そうでないとこの制度自体が崩れてしまうのではないですか。

○前野オブザーバー

発言してよろしいでしょうか。

私がお伺いしたかったのは、その議論の前提です。それを4にするとか、4を切る条件と

か、各論はかなり議論が必要だと思うので、これからのお話だと思います。

鈴木先生のお考えもよくわかりますし、私がお伺いしたかったのは、その議論の前提というのはどれくらい固まっているものかということニュートラルに聞いたかっただけですので、特に、推奨診療科というのは、診療科の選び方とか、大変な議論がこれから必要になってくるものだと思います。なので、現時点では、アイデアということだと思うのですが、そうすると、それを第8次医療計画に確定の形で書いていいのかというのは、どうなるかも分からないし、どう動くかも分からないものが、文字だけそこに入る形になるので、できれば、それがある程度見えたところで書き込めれば理想ですが、ただ、時間的にも間に合わないと思いますので、そこはそこを踏まえた議論になるのかなと思います。

以上です。

○原会長

現時点では、そういうことも考えていくというような書きぶりしか、多分、やれそうなことはないかなと思います。

それから、4.5年の話は、鈴木先生のおっしゃることももつともで、僕は逆で、5年を4.5年に今の知事に認めてもらったわけですが、それは入学時に約束事として学生には言っているわけですから、それは守っていただくのが僕は当然だと思います。それは確かにそのとおりだと思いますが、そういうことがどうしてもできない診療科に対してどうしていくかということもまた考えていかなければいけない点かなと思います。

一応そんなところで、とりあえず、今日の議論は、事務局、こんなところでよろしいですか。

どうもありがとうございます。

もう少し議論はしていきましょう。

続いて、議題(5)修学生・修学生医師向けキャリア形成プログラム(令和6年度(2024年度)版)につきましても、事務局からご説明願います。

○事務局

議題(5)でございますが、キャリア形成プログラムの来年度向けへの改定についてでございます。

資料6をご覧ください。

まず初めに、前回の地域医療対策協議会で本議題を説明した際、確認不足がありまして、大変申し訳ございませんでした。

その際にご指摘いただいたプログラムにつきましては、医師不足地域内の連携施設がなく、義務履行が可能なモデルコース設定になっていないことを病院側にもご説明の上、今回は掲載見送りとしております。

また、改めまして、今回新規に掲載するプログラムといたしましては、表紙をおめくりいただいた目次に赤字で記載しておりますが、筑波記念病院のリハビリテーション科プログラムと東京医科大学茨城医療センターの総合診療科プログラムでございます。

まず、筑波記念病院のリハビリテーション科プログラムにつきましては、下部に記載のページ番号58ページでございますが、基幹施設である筑波記念病院と医師不足地域内外の連携施設の組合せによりまして、義務の履行と専門医資格の取得が両立されるプログラムとなっ

ております。

こちらは、地域医療支援センター長の小島先生に、プログラム責任者の先生へのヒアリングを行っていただいた上で作成いただいたものでございます。

また、東京医科大学茨城医療センターの総合診療科プログラムにつきましては、下部に記載のページ番号62ページでございますが、こちらも同様に、基幹施設と連携施設の組合せによりまして、義務の履行と専門医資格の取得が両立できるモデルコースとなっております、こちらも同様、小島センター長にプログラム責任者の先生へのヒアリングを実施いただいた上で作成いただいております。

今年度から来年度向けへの改定につきましては、こちらの2件を新規掲載の上で、キャリア形成プログラムとさせていただければと考えております。

事務局からの説明は、以上でございます。

ご審議のほど、どうぞよろしく願いいたします。

○原会長

どうもありがとうございました。

前回、疑義があって、疑義を出した先生が今日はお休みなので、何とも言えないのですが、小島先生がきっちり調べていただいて、大丈夫だということのようでございますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。さらなる疑義はございますか。

では、この会で認めたということにさせていただきたいと思えます。

それでは、次にまいります。

次は、議題(6)令和6年度臨床研修医募集定員の算定方法(案)及び修学生事前マッチングの方法(案)につきまして、事務局、ご説明願います。

○事務局

事務局でございます。

資料7をご覧くださいければと思います。

来年度の臨床研修医のマッチングに関連しまして、医師臨床研修連絡協議会で検討した案をご審議いただきたく存じます。

まず、1ページ目は、来年度の臨床研修医募集定員の算定方法でございます。

臨床研修医のマッチングにおいては、国が示す上限数の範囲内で、各都道府県が各病院に募集定員を割り振ることとなっております、こちらはその方法を検討するものでございます。

結論としましては、来年度も今年度と同様の算定方法といたたく存じます。

(1)に詳細な算定方法を記載しておりますが、基本的には、各病院の希望数に基づいて募集定員を設定するものでございまして、各病院の希望数の合計が、国が示す上限数を上回るような場合には、別途、(2)に記載のような調整を行うものとなっております。

なお、当該算定方法は、令和2年10月の本協議会における決定に従うものでございます。

続きまして、2ページ目でございますが、来年度の修学生事前マッチングの方法についてでございます。

こちらにつきましては、来年度時点では、水戸医療圏が、引き続き、医師不足地域の取扱いであるということもございまして、基本的には今年度と同様の方法としてございまして、

各病院の希望数に基づきまして、修学生採用枠の上限数を設定した上で、マッチング協議会が実施するマッチングに先立ちまして、修学生のみでマッチングを行う形でございます。

なお、ページ中段に、1点だけ、今年度との変更点を記載しておりますが、1病院で複数の臨床研修プログラムを設けている場合には、プログラムごとに修学生採用枠上限等を設定することとしたいと考えております。

現在、県内で複数プログラムを設定されているのは筑波大学附属病院のみでございますが、こちらには、一般と小児特別、産科特別の3つのプログラムがございます。

これまでは、プログラムごとの修学生採用枠の内訳は設定しておりませんでした。近年、修学生で特別プログラムを希望する方が増加していることも踏まえまして、今後は、それぞれのプログラムについて修学生採用枠を設定するものでございます。

3ページ目には、来年度の修学生マッチングの流れを記載しております。基本的に今年度と変わらない内容でございます。例年、9月中旬頃にマッチング協議会のシステムへの希望順位登録等が開始いたしますので、それに向けまして、修学生や各病院のほうの希望調査等を行ってまいります。

続きまして、4ページ目は、今年度の臨床研修マッチングの結果をご報告するものでございます。

県内のマッチ者は185名と、昨年度に比べ、2名減となっております。

5ページ目以降には、修学生のマッチ状況等を参考に掲載しておりますので、ご覧いただければと存じます。

ご説明は、以上でございます。

ご審議のほど、よろしくお願いいたします。

○原会長

どうもありがとうございました。

一部、筑波大学の件に関しまして、少し変更点はございましたが、そのほかは特段の変更点はないように思います。

これにつきまして、何かご意見ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、これもお認めしたということにしたいと思いますが、1点だけ、マッチングの最後の修正があつての総数、これだけは来年度からこの場で発表していただきたいと思うのです。人の名前が分かってはまずいので、数だけで結構ですので、ぜひとも各施設のマッチングの最終数、修正が、うちの大学なんかも、二次募集がありましたので、そういうことも含めて発表していただければありがたいと思いますが、事務局、よろしいですか。

○事務局

最終的な来年度の採用数ということでしょうか。

○原会長

そうです。

○事務局

年度が明けてからのご報告になるかと思いますが。

○原会長

全国的に発表になるのは最初の募集のときだけですので、僕らが知るのもそこまでなので、その後の修正されて、最終的にそれぞれの施設がどのぐらいマッチしたのかという数は、その後に最終版が決まるものですから、そここのところの数を知りたいということでございます。よろしいでしょうか。

○事務局

承知しました。年度初めの会議の場でご報告できればと思います。

○原会長

よろしく申し上げます。

それでは、次にまいりたいと思います。

次は、報告事項です。次第4の報告(1)自治医科大学卒業医師向けキャリア形成プログラム(令和6年度(2024年度)版)につきまして、事務局からご説明願います。

○事務局

続きまして、報告(1)自治医科大学卒業医師向けキャリア形成プログラム(令和6年度(2024年度)版)についてご説明をさせていただきます。

資料8をご覧ください。

資料8は、自治医科大学卒業医師向けのキャリア形成プログラムでございまして、自治医科大学卒業医師がへき地等での従事義務を果たしながら、専門医資格が取得できるよう、関係医療機関にご協力をいただきながら作成をしているものでございます。

次のページ、目次をご覧ください。

前回の第3回地対協にて、(9)の皮膚科プログラムを除いた形で協議をさせていただきまして、承認をいただいたところでございます。

その後、(9)の皮膚科プログラムの追加につきまして、書面にて意見照会をさせていただきまして、皆様からご同意をいただきましたので、今回、ご報告をさせていただくとともに、資料8にて、令和6年度自治医科大学卒業医師向けキャリア形成プログラムの最終版とさせていただきたいと考えております。

なお、プログラム改正に当たりまして、プログラムが適用される自治医科大学医学部生及び自治医科大学卒業医師にも意見照会を行いました。意見はございませんでしたので、併せてご報告をさせていただきます。

報告(1)に係る事務局からのご説明は、以上でございます。

よろしく願いいたします。

○原会長

どうもありがとうございました。

これにつきまして、何かご意見はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

以上で、本日の議題は全て終わりましたが、全体を通して何かご意見をお持ちの方がいらっしゃれば、どうぞご発言願います。

よろしいでしょうか。

手が挙がりました。ご意見、どうぞ。

○植草委員

北茨城市民病院の植草ですが、先ほど、原先生がおっしゃっていた医師不足地域で研修という話で、小山記念病院さんをお願いしようとかいう話がありましたが、初期研修の病院というのは、ある程度人数がいないと十分できないと思うのです。

実際に初期研修が始まった段階でも、相当、研修医に対して労力がかかるわけで、人数の少ないところではやっぱりかなり厳しいと思うのです。

実際、たくさん研修医がいるから、若い先生方が仲間で一生懸命頑張っていくことができますし、数が少ないと、かわいがられていいのしょうけれども、実際に医師不足地域で初期研修をできるようなレベルになれば、はっきり言ってしまうと、医師の偏在はなくなってしまふのだと思いますが、そうならない状況が続いているからこうなっているのだと思うので、あえて医師不足地域に研修施設を求めるとするのはちょっと難しいのではないかなという感想です。

以上です。

○原会長

ありがとうございます。

私もそれはよく分かっているのですが、県もはっきりとは言いませんでしたが、一部の議員さんから、初期研修のような若い人たちを鹿行地区では全然見ないと言われたのが事の始まりだったように僕は想像しています。だから、それは話が違うのではないかという話をしたかったのです。

ですから、それを解消したかったら、鹿行にもマッチングができるような病院をという話で、それはまさに先生がおっしゃるとおり、現状では難しいのは僕もよく分かります。ただ、それは地域医療構想調整会議の求めるところでもあるわけです。だから、これは医療人材課ばかりではなくて、医療政策課も当然この会議に出ていると思いますので、医療政策課にはぜひともその点を含めて進めていただきたい。その上で今のような議論をしたいなと思います。

先生、どうもありがとうございます。

よろしいでしょうか。

それでは、事務方にお渡ししたいと思います。

○司会(佐藤)

原会長、進行をありがとうございました。

それでは、本日の会議はこれもちまして終了とさせていただきます。

次回第5回の地域医療対策協議会につきましては、既にご案内させていただいておりますが、来年年明け1月22日月曜日17時から開催させていただきます。

先生方、お忙しいところ恐縮ですが、どうぞよろしく願いできればと思います。

それでは、本日は、お忙しいところ、ご出席賜りまして、誠にありがとうございました。