

令和元年度第3回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和元年8月28日(水)15時～16時30分

場 所：県庁11階 供用1102, 1103会議室

司会

それでは、定刻となりましたので、ただいまから、令和元年度第3回茨城県地域医療対策協議会を開催いたします。

本日、司会を務めます医療人材課の小野と申します。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、結果、委員の皆様方の発言要旨等を県のホームページにて公表する予定でありますので、あらかじめご了承いただきますようお願いいたします。

まず、今回初めて出席される委員の先生方をご紹介します。

東京医科歯科大学附属病院の大川委員でございます。

そして、県立こども病院の須磨崎委員の代理としてご出席いただいております、副院長兼医療教育局長の堀米先生です。

そして、茨城西南医療センター病院の野村委員の代理としてご出席いただいております、副院長の上杉先生です。

なお、北茨城市民病院の植草委員、常陸大宮済生会病院の小島委員、県看護協会の白川委員、県難病団体連絡協議会の原委員、県市長会長の山口委員につきましては、ご欠席ということでご連絡をいただいております。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

お手元がございますのが、次第、出席者名簿、席次表、そして、資料ナンバーはございませんが、第1回、第2回の地域医療対策協議会の議事要旨、それから、資料1-1から資料1-2、そして、資料2から7までの資料、大変分厚い資料でございますが、そういった構成になっております。

配付漏れなどございませんでしょうか。もしございましたら、会議の途中でもお知らせいただければと思います。

続きまして、第1回及び第2回の協議会の議事録についてご報告をいたします。

今、お手元に資料ナンバーのないものとして議事録をお配りしております。こちらにつきましては、先日、郵送にて委員の皆様にご確認をお願いしたところでございます。

いただいたご指摘等を踏まえまして、発言の趣旨に沿った形で文言の整理等を行いました。本日、会議資料と併せまして、近日中に県のホームページに公開させていただきたいと考えておりますので、ご承知のほど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、原会長にお願いいたします。

原会長

それでは、今ご説明がありましたように、令和元年度第3回茨城県地域医療対策協議会を始めたいと思います。

議事に入らせていただく前に、先ほどご説明のありました6月に開かれました第1回、第2回の議事録がございます。発言者に対しては、一応、お聞きしているとは思いますが、この会が終わるまでに、もし万が一何かありましたらご指摘いただければと思います。

それでは、本日は、その他は書いてありませんが、議事がその他を含めて大きくは4つですかね。それから、報告がその他を含めると1つということで、大変盛りだくさんですが、

1時間半でぜひとも終わらせたいと考えてございますので、何とぞご協力のほどよろしくお願ひします。

それでは、早速、まず、議題(1)医師確保計画について、そのうちの 重点的に医師確保すべき診療科等の分析について、事務局からご説明願ひます。

事務局

事務局、医療人材課の沼尻でございます。

このテーマにつきまして、資料1-1、さらには1-2を用いましてご説明させていただきます。

まず、資料1-1、縦の資料でございますが、「1.分析の目的」でございます。

前回の地対協でもお伝えしたとおり、医師確保計画におきましては、医師少数都道府県・医師少数区域は、計画期間に全国の下位33%を脱するために要する医師数を目標として設定するというようになっております。

また、少数区域以外の区域につきましては、県全体の目標医師数、茨城県は、県としても医師少数県でございますので、県全体の目標医師数というものがございまして。これを超えない範囲で各区域の目標医師数を設定可能ということでございます。

なお、厚生労働省のガイドラインの中では、今回の計画策定に当たっては、診療科ごとに分類して目標医師数を設定することは求めないとのことであり、逆に言いますと現時点で、診療科と疾病・診療行為との対応・整理が国としては困難であったという結論でございます。

でございますが、県として、これから医師確保計画を実効的に進めていくに当たりまして、具体的には医師の派遣調整などがございますが、診療科の偏在や政策医療機能を踏まえ、各地域において、指針となる医師確保の方向性を検討する必要があるのではないかと考えております。

このため、国の統計調査等を活用いたしまして、県全体、さらには各区域において医師確保をしていく重点化すべき診療科等を検討する必要があるということでございますので、これを行ったところでございます。

「2.分析の構成」でございます。

統計調査は、今回、3つを用いて行いました。

まず1つ目は、医師の数に関するものとして、医師・歯科医師・薬剤師調査がございます。これは2年ごとに実施しているものでございまして、医師の従事場所、診療科名、これらの分布を明らかにするために厚生労働省が取りまとめているものでございます。

今回の分析に当たりましては、まず、医療圏別・診療科別の10万人当たりの医師数を、全国及び県合計と各医療圏を比較・分析を行いました。

また、2つ目といたしましては、医療圏別・医療機関別の分析を行いました。医療機関と申しますのは、病院、診療所、医育機関の3つに分けることができますので、これの10万人当たりの医師数を比較いたしました。

2つ目の調査といたしましては、医療計画作成支援データブックというものがございます。こちらは、NDBデータをもとにしまして、東北大と厚労省が共同で開発して、継続的にブラッシュアップをしながらつくっているツールでございますが、もともとは診療分のレセプト、これは保険請求、電子のみでございますが、これをもとに、特定の傷病と医療行為を組

み合わせて集計することにより、二次医療圏間の医療需要を診療科目別に分析できるというツールでございます。

ここにありますとおり、傷病名のカウントの仕方については、例えば、主病名に出てくるだけではなく、レセプト上の任意の場所にその病名が出てくる場合には全て拾うような広範囲のやり方をしていますので、実数に5倍から10倍の差が生じます。このことから、データの的には、これを本来の姿としてありのまま捉えるのではなく、相対的な割合として取り扱うことが適当であるという前提がございます。

これをもとに、例えば、基本診療体制であるとか、救命救急、周産期、小児医療、癌、脳血管等々ございますが、これらを個別に患者の受療動向を分析できます。

さらには、各医療圏の医療機関でどれだけ患者を診ているのかという数が出てきますので、例えば、それと三師調査上の医師数を照らし合わせることによって、レセプト上の医師1人当たりの患者数なども試験的に算出してみました。

3つ目が、茨城県必要医師数調査でございますが、こちらについては県が独自に行いました調査であり、第7次保険医療計画に記載されている5疾病5事業の機能を担う県内103病院の診療科別の必要医師数として、実際の求人数について、平成30年4月1日現在及びそれ以降の年度中の予定数を調査したものでございまして、例えば、三師調査の診療科別の医師数にこの不足数を乗せてみた場合に、果たしてどれだけ全国平均などに近づくのかというものを試験的に考えてみたものでございます。

それぞれのデータに基づいて集計したものについては、資料1-2により、診療科ごと、医療圏ごとにグラフにしてみました。

1ページから14ページまでが医師数に関するものでございまして、15ページ以降は、先ほど申し上げたデータブックによるツールを用いまして、二次医療圏間の患者の移動を見てみたものでございます。

こちらはボリュームが多くなってございますので、この中で明らかに傾向として言えるであろうというものを、先ほどの資料1-1に戻りますが、こちらの中でポイントを記載しております。

「3.分析結果の概要」でございますが、「四角囲いは資料2-2で対応する」とありますが、これは資料1-2で対応するページということでございますので、申しわけございません、訂正願います。

県全体の分析結果でございます。具体的には、人口10万人当たりの医師数でございますが、診療科別に見ますと、ほぼ全ての診療科で全国平均を下回ります。特に、他の診療科に比べて総数が多い内科につきましては、全国比約72%と不足数も多くなっております。

医療圏で見ますと、内科、外科で地域差が大きく、内科の最大差については、つくばと鹿行の約2.9倍、外科の最大差はつくばと筑西・下妻の約5.5倍という数字が出ております。

医療施設別の医師数でございますが、先ほど申し上げましたように、診療所、病院、医育機関附属病院、この3つの分類で考えてみた場合、医師不足が顕著な地域で診療所の医師の比率が多くなってございます。

つくばは、この3つの施設を合わせた医師数は全国平均を大きく上回りますが、施設別で見ますと、医育機関の病院の勤務者が51%と大きな割合を占めております。これ以降、診療

科別の医師数というデータも出てまいりますが、ここでは施設別の分類はなされておりませんので、つまりは、診療科別と施設別というように細分化したデータが今のところはないので、全て診療科目別の医師数には医療機関の附属病院の勤務者が含まれたものになっているということになります。

「ウ 受療動向」でございます。

全体的な傾向といたしましては、常陸太田・ひたちなかからの水戸への流出、鹿行から水戸、土浦への流出、筑西・下妻からつくばへの流出が多く見られます。

また、医療機能、これは高度急性期、回復期、慢性期の分類がございましたが、これについて見ますと、つくば、水戸、日立を除く医療圏で高度急性期の自足率が低くなります。自足率というのは、自分の医療圏で自分たちの患者を診られるかどうかということになりますが、鹿行、筑西・下妻など、医師が不足する医療圏ほどその傾向が強い。

また、逆に、回復期や慢性期については、高度急性期とは逆の傾向が見られるようになっております。

周産期につきましては、水戸、常陸太田・ひたちなか、つくばの医療圏内の患者数、そもそも住民の患者が多く、日立、古河・坂東が少なくなっております。また、日立、常陸太田・ひたちなかから水戸への患者の流出、鹿行から水戸、土浦への流出、筑西・下妻からつくばへの患者の流出が顕著でございます。

また、特に新生児の管理について、水戸、つくばに集中しているという数字も出ております。

小児医療につきましては、取手・竜ヶ崎、つくばの圏域内の患者が多くて、日立が少ない。また、水戸、つくば、土浦の医療圏の受け入れ患者のうち、約半数は周辺の医療機関からの流入によります。

また、重症児の入院医療を考えてみますと、取手・竜ヶ崎とつくばの医療圏での受け入れが県全体の56%と大きく占めております。

救命・救急につきましては、常陸太田・ひたちなかから水戸への患者の流出が顕著であり、筑西・下妻からつくばへの流出、鹿行から水戸、土浦への流出も多くございます。

3次救急については、水戸、日立、つくばの医療機関の受け入れが多く、この3つの医療圏での受け入れが県全体の74%と大きく占める結果となっております。

続きまして、「エ 医師1人あたりの患者数」でございますが、これはあくまでも試験的に対応させてみたということになりますが、先ほど申し上げましたように、各二次医療圏内の医療機関で受け入れている患者数を、その医療圏の医師1人当たりで換算した場合、どのくらいの数字が出てくるのかということをやってみたものでございますが、例えば、県平均から考えまして、それを上回る医療圏というのはどういったものであろうか。つまりは、他の医療圏に比して医師1人当たりの患者数が多くなるのはどういった医療圏なのかということを検討しております。

ここの表にありますとおり、例えば、基本診療体制につきましては、全科の医師と対応させた場合、6つの医療圏が県平均よりも上回るという形になっておりまして、その順番が、日立、鹿行、常陸太田・ひたちなかと続く内容となっております。

周産期、小児、救急もこうした結果になってございます。

これにつきましては、患者そのものが多いのか、医師不足なのか、医療機能分化などの結果、流入が見られるのかという分析までは行っておりませんので、あくまで試験的なものであるとお伝えしておきます。

「オ 政策医療機関における求人傾向」でございますが、各医療圏において不足数が多い内科、外科、整形外科等の診療科の求人が多い傾向にあります。また、水戸、土浦、つくば以外の医療圏では、多くの診療科において求人が満たされたとしても、県平均や全国平均には達しない。つまりは、医療機関の自らの求人傾向をもってしては、是正にまで達しないということでございます。

続きまして、3ページでございます。

「 二次医療圏の分析結果」でございます。

左側が診療科別の医師数、右側が受療動向について、各医療圏ごとに書き出したものでございますが、まず、左側、診療科別の医師数でございますが、いずれの医療圏につきましても、主に内科、外科について大きな差が見られます。水戸、土浦、つくばにつきましては、全国平均にも近く、特につくばは上回るような結果になっています。それ以外につきましても全国平均を下回っておりまして、求人が満たされたとしても、なお大きく不足するような地域が見られます。

右側、受療動向でございますが、水戸からそれぞれ見ていきますと、水戸については、受ける患者数も多く、特に常陸太田・ひたちなかからの流入が顕著である。

日立については、圏域内での流出率が比較的少ないということがございますが、周産期、小児科の患者さんが圏内で少ないという結果もございます。

常陸太田・ひたちなかにつきましては、圏域内の患者数、基本診療、救命・救急の患者数が水戸、取手・竜ヶ崎に次いで多いのですが、半数近くが水戸、日立に流出している。また、周産期の圏域内患者数が水戸に次いで多いのですが、76%が水戸に流出しているということでございます。

鹿行については、多くの診療科について、水戸、土浦への流出が顕著である。

土浦については、基本診療、周産期、小児、救命・救急について、周辺の医療圏からの患者の流出があります。

つくばにつきましては、基本診療、特に高度急性期、慢性期、周産期においては新生児の管理、小児、救命・救急の特に3次救急、高度な医療機能ということになってくるかと思えますが、これに関して、圏域内の医療機関の受け入れ患者数が多く、全体的に筑西・下妻、取手・竜ヶ崎からの流入が多くなっております。

取手・竜ヶ崎でございますが、こちらは、圏域内に住む患者と医療機関で受け入れている患者がいずれも水戸に次いで多くなっており、回復期の患者については県内最多となっております。

また、小児についても、圏域内の患者が県内最多であり、つくば、土浦、水戸への流出が見られます。

救急の患者についても、水戸に次いで多いということになっております。

筑西・下妻につきましては、基本診療、周産期、小児、救命・救急について、つくばへの流出が顕著であるということ。古河・坂東につきましては、同様に、つくばへの流出が見ら

れるということになっております。

続きまして、4ページでございます。

この分析を踏まえまして、「医師確保計画における重点化の方向性」でございますが、医師確保計画において、こういった医師確保の重点化を図っていくかということでございます。まず視点といたしましては、計画をつくる目的ということになりますが、少数区域における医師の増加を図る。つまりは下位33%の基準の達成を図る必要があります。

また、診療科については、地域の偏在が大きい診療科、今回の分析では、内科、外科、整形外科等が出てまいりましたが、これについて重点化を図っていく必要があります。

さらには、産科、小児科、救急医療の政策医療について、各医療体制・圏域と患者の受療動向を踏まえて、さらには医療機関の機能や役割に応じて重点化を図っていく必要があります。

これに加え、各地域の地域医療構想における医療機能や医療機関の再編・統合の状況を踏まえた重点化を図っていく必要があり、こうした視点で、こういったところに医師を増やしていくのかということをも具体的に議論していく必要があると考えております。

これを具体的にスキームに移すということでございますが、「イ 重点化のスキーム」に書いなります。こういった重点化という視点を踏まえまして、地対協において、実効性のある地域偏在対策を行うため、地対協、地域医療支援センター、大学による医師の配置調整スキームを確立してまいりたいと考えております。

ポイントといたしまして、現在想定しているのは、各医療機関から地対協に配置の要望を行いまして、その必要性・合理性を明示していただく。例えば、今回分析しました視点を踏まえて、これに合っているのかどうか、それを踏まえて医療機関からデータ等を示していただいて、医師確保の必要性・実効性を明示していただく。

それを踏まえまして、地対協において集約した県内からの医師配置要望を審議した後に、大学診療科に要望として伝える。つまりは具体的なリストを提示するということになると考えております。

これを受けまして、各大学において医師配置原案を作成して、これを地対協において審議した後、配置を実行していく。こういうスキームを回しながら、実効的な医師の偏在対策、確保対策を行っていくことを考えております。

昨年度 地対協とセンターの機能の関係性と医師の派遣事務を整理させていただきました。これを踏まえまして、ガイドラインで求められる派遣を実行していくとなりますと、こういったスキームにより行っていくのが必要であろうということで、分析と併せて今回お示しいたしました。

この分析の扱い方につきましては、診療科別となっておりますが、国が結果としてまとめられなかったように、精度には限界がございます。事実、今、委員の皆様から見て、現場の認識と異なる傾向なども多々あるとは思いますが、そういったことを踏まえまして、この分析の使い方といたしましては、これで終わりではなく、合理性とか精度をより高めていくことは続けてまいりたいと考えております。その上で、この分析は、地対協での今後の現状の共通認識という形で共有させていただきまして、派遣の調整等を行っていく上で、皆様に検討していただく出発点とかベースになるようなものとして、これから精度を上げていきたい

と考えております。

なので、この分析で、県の方針をこれで固めて、その範囲内で医師確保を行っていくというものでは当然ございません。

具体的には、要請が挙げた事案については、この分析での地域の状況を照らし合わせていただいて、派遣の合理性を検証していただいて、さらにこの分析で足りない部分については、必要に応じて個別の要素を加えながら検討を深めていく。そういったことが必要であろうと考えてございます。

事務局からの説明については、以上でございます。

原会長

ありがとうございました。

今、資料1-1と資料1-2について、雑駁ではありますが、ご説明いただきました。

最初にありましたように、厚労省としては、診療科ごとに分類して医師数を設定することは求めてはませんが、前2回のご審議でもありましたように、診療科ごとの地域ごとの差が非常に大きいということで、全体的な医師の計画についても考慮に入れざるを得ないだろうというようなご意見がございましたので、今回のような結果を発表させていただきました。

また、重点化のスキームにつきましては、次の(1)の議題のところでもまた出てまいりますので、またここでご議論をいただきたいと思いますが、まず、今回の診療科ごとの分析についての説明に関しまして、何か委員の先生方からご質問、ご追加などございますでしょうか。よろしいでしょうか。

よろしければ、これはずっとつながっていきますので、最終的な本日のメインディッシュは、(1)の骨子案ということになっていきますので、これはいずれも関連してはくるのですが、そこが一番議論の出るところかなと感じてございます。

資料1-1、1-2に関しましてはよろしいでしょうか。

〔「はい」の声あり〕

原会長

どうもありがとうございました。

それでは、次に行きたいと思います。

議題の「(1) 令和2年度(2020)以降の医師配置調整スキーム」について、事務局からご説明を願います。

事務局

事務局、医療人材課の菊池と申します。

資料は、A4横で、資料2と右肩に書いてある資料をご用意ください。

令和2年度以降の医師配置調整スキームについて、イメージをお示ししたものになります。

先ほど事務局のほうからご説明しましたとおり、実効性のある地域偏在対策を行っていくためには、地域医療対策協議会、地域医療支援センター、イコール県ですが、地域医療支援センターと各大学による県内医師の配置調整のスキームを確立していく必要があるということとそのイメージを作成したものになります。

このスキームは、広島県とか福井県で今、実際に行われているものなども参考に作成をしております。

「基本的な考え方」ですが、県内の医師の配置につきましては、各大学の人事をまずは基本といたします。その上で、大学の各診療科と地域医療支援センターが連携しまして、今年度中に策定する予定の医師確保計画の趣旨に沿った配置原案を作成いたします。地域医療対策協議会においては、大学の各診療科と地域医療支援センターが作成した配置原案をもとに、県内の医師確保が必要な地域に適切に医師が配置されているかどうか、その視点で協議をしまして、最終的に医師の配置案を決定して、配置を実行するという流れで考えております。

具体的には、その下、表のところにスキームという形で書いてありますが、項目、時期と、地域医療対策協議会、センター、大学という形で書かせていただいておりますが、まず4月から8月ごろに要望調査、要望リストの作成を行いたいと考えております。

センターの のところをご覧いただければと思うのですが、まず、県内医療機関の配置要望の調査を、地域医療支援センター、県のほうで行いたいと考えております。

当然、各医療機関が要望するに当たっては、先ほどもご説明にもありましたが、ただ要望するということだけではなくて、その必要性・合理性というものをきっちり明示していただいて、それで要望を集計する形を考えております。

その上で、地域医療支援センターでは、医師確保計画の趣旨にそれが沿っているかどうかという観点で検証を行いながら、最終的に、診療科別・病院別の配置要望リスト案を作成したいと考えております。

その案を地域医療対策協議会で協議をいただきまして、最終的に決定をして、それを各大学の診療科のほうに配置要望リストという形でつないでいきたいと考えております。

各大学では、その配置要望リストを踏まえまして、医師の配置原案を9月から1月の人事を固めるころに作成をいただきまして、場合によっては、センターと協議をしながら配置原案を作成していく。

センターのほうでは、各大学が作成する配置原案を最終的にはまとめるという形で考えております。

そのまとめた配置原案を、年明け2月から3月ごろに地域医療対策協議会のほうにご提示しまして、協議・調整を具体的に行っていただきまして、最終的には医師の配置案を決定しまして、医師の配置を決定するという、ざっくりですが、そのようなスキームで考えております。

このスキームは、国の指針等をそのまま形にしたということでございますので、委員の皆様からのご意見をいただきながら、詳細の部分などはまだ詰め切れていない部分もございまして、今後考えていながらこのスキームを確立していきたいと考えております。

ご説明は、以上です。

原会長

ありがとうございました。

まずお断りしておきたいのは、これは僕自身が勘違いしていたのですが、令和2年度以降ということでございますので、そのスキームがこれでよろしいかどうかということのご審議をいただきたいということでございます。

それから、各大学から医師配置原案を出すのがちょうど専攻医が決まるころに重なってまいりますので、必ずしもそれがそのとおりいくかどうかということは、最終結論とは違う可

能性もあるのですが、時期的にはこの時期に原案を策定していただきたいと。これは筑波大学だけではなくて、本日いらしていただいております医科歯科や東京医大等々もその対象としてご審議いただきたいということでございます。

このスキームに関しまして、何かご質問、ご追加はございますでしょうか。

基本的には大枠ですので、具体的になるとときにはもう少し何かいろいろ出てくるのかもしれませんが、とりあえず大枠としてはこういう形、国として示した大枠なのですが、よろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

ということで、令和2年度以降、このスキームに従って進めていきたいと考えております。

それでは、議題の「(1) 令和4年度(2022)以降の地域枠・地元出身者枠の設定に係る対応方針」について、これも事務局からご説明願います。

事務局

資料3の「R4(2022)年度以降の地域枠・地元出身者枠の設定に係る対応方針等について」でございます。

現在、本県では、筑波大学を初めとして7大学に53の地域枠を設置しております。令和3年度までは、暫定的に、現状の医学部定員が概ね維持されるという見通しでございますが、令和4年度以降の地域枠等の医学部定員については、国においてゼロベースで検討するとされております。

本県としましても、医師を確保していくという上では、地域枠は確実な医師養成施策でございますので、本協議会での協議を踏まえまして、医師確保計画上も長期的な施策として位置づけていくものと考えております。

「1 医師需給分科会第4次中間取りまとめ及びガイドライン上の定義・位置づけ」でございますが、これは改めて用語のおさらいになります。必要医師数でございますが、国が言っている必要医師数というのは、将来時点(2036年)において、全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値と医療圏ごとの医師偏在指標が等しい値になるために必要となる医師数、つまり、各医療圏の全国平均に達するために必要な医師数とご理解いただければと思います。

続きまして、地域枠ですが、都道府県内の特定地域での診療義務があるということで、二次医療圏間の地域偏在を調整する機能があるという位置づけになっております。当然、特定の診療科での診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もありますが、本県の地域枠は診療科の限定、縛りはございませんので、基本的には二次医療圏間の地域偏在を調整する機能があるということになります。

地元出身者枠、これは新たな概念ですが、大学の所在地である都道府県内に長期間にわたり8割程度の定着が見込まれておりますが、特定地域等での診療義務があるものではないということで、直接的には、都道府県内における二次医療圏間の偏在調整機能はないけれども、都道府県間の偏在を調整する機能はあるというような位置づけになっております。

ですので、地域枠と地元出身者枠、大きな違いとしては、義務がある、義務がない。地域枠には義務があって、地元出身者枠には義務がないというようなことでご理解いただければと思います。

その下、地域ごとの必要医師数と供給推計のイメージ図をご覧いただきたいのですが、このまま推移した場合の医師の供給推計と将来時点における必要医師数、そのギャップの解消の対策の一つとして、大学の医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請ができるというような位置づけになっております。

その下、都道府県の要請権限のイメージですが、本県の場合は、医師が少数の県であって、医師が少数の二次医療圏のある県という位置づけでございますので、恒久定員内での地域枠の設置・増員の要請、恒久定員内での地元出身者枠の設置・増員の要請、また、臨時定員による地域枠の設置・増員の要請ができるという権限のイメージになっております。

2ページをごらんください。

将来時点(2036年時点)における不足医師数でございますが、医師需給分科会第4次中間とりまとめにおきまして、暫定版として算出されたものが下の表になります。まだ国のほうで医師の偏在指標が確定しておりませんので、まだこの数字自体が確定版ではないということで、暫定版ということでご理解いただければと思います。

不足医師数の定義ですが、医師の供給を、上位推計、医師が定着したとするケースにおきまして、医師が不足する二次医療圏の不足数の合計を不足医師数と定義をしております。本県でいいますと、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻、古河・坂東、その不足数を足し上げたものが不足医師数という形になっております。

過剰医師数というのは、医師の供給を、下位推計、医師が流出してしまったというような場合で推計した場合におきまして、医師が過剰となる二次医療圏の過剰数の合計ということで、本県の場合はつくばの医療圏しか該当しませんので、それがイコールになるという位置づけでございます。

その下の表ですが、右側の年間不足養成数・過剰養成数という欄をごらんいただきたいのですが、都道府県の上位推計で見ますと、2036年時点、将来時点におきましては、茨城県としては不足養成数はゼロ、総数は足りているという国の暫定版による推計になっております。こちらがイコールとして地元の出身者枠の必要数という定義になっております。

その右側、二次医療圏の上位推計で見ますと、不足養成数はマイナス81ということで、地域枠の必要数がイコール81という形になります。

その上、不足養成数と地域枠等の考え方を四角で困っておりますが、これはまた改めて国のほうにも確認をとりましたが、二次医療圏で不足の養成数がある場合については、恒久定員の枠内でまずは地域枠の要請を図ってください。都道府県で不足養成数がある場合については、恒久定員の枠内で地元出身者枠の要請を図ってください。恒久定員の5割程度の地域枠を設置してもなお地域枠の確保が不十分である場合、地域枠の必要数に達しないという場合については、都道府県は臨時定員の設置を要請できるということが国の基本的な考え方となっております。

その表の下、地域枠の必要数についてというところになりますが、地域枠の創設または増加の要請につきましては、当該都道府県内の将来時点における医師数が必要医師数に満たない医療圏がある場合、当該都道府県における医師不足分の合計数を必要な地域枠数と定義するという形になりますので、そのイメージ図でいいますと、医師少数区域に該当するa医療圏とb医療圏の不足数の合計がイコール地域枠の必要数として算出されまして、本県の場合、

暫定版の数字で言いますと 81 という形になります。

続きまして、3 ページでございます。

地元出身者枠の必要数についてということでございますが、地元出身者枠の創設または増加の要請につきましては、当該都道府県が将来時点における医師数が必要医師数を下回る都道府県である場合ということで、本県の場合は該当しないという形になります。先ほどの表で数字がゼロという形で出ておりますので、本県は該当しないので、地元出身者枠の必要数はゼロという形になっております。

他県で言うと、北海道、青森県、岩手県、福島県、埼玉県、新潟県などが該当する見通しとなっております。

続きまして、2 の対応方針及び課題でございますが、対応方針といたしましては、まず厚生労働省による不足養成数の確定値、これは医師偏在指標の確定後になりますが、その確定値が示された後に、本県の地域枠の設置・増員につきまして、各大学と検討・協議を行っていく。

繰り返しになりますが、暫定版では、本県における地域枠の必要数は 81、地元出身者枠の必要数はゼロとなっております。

課題のところにかかせていただいておりますが、都道府県が臨時定員の設置を要請できる場合においては、まずは恒久定員の 5 割程度の地域枠を設置しなければならないとされております。それでもなお地域枠の確保が不十分である場合にのみ臨時定員の設置ができるとなっておりますので、それを踏まえまして、今設置している各大学への地域枠の要請数をどのように考えていくべきかということを考えていかなければならないと考えております。

参考までに、その下に現在の本県の地域枠の設置数を記載しております。合計で 7 大学で 53 の地域枠を設置しておりまして、そのうち 47 が今、臨時定員で設置をしているということになりますので、これがまず恒久定員内であるということになるとなかなか難しいなというのが感想でございます。

おめくりいただきまして、資料の 4 ページになります。

国が言っている恒久定員内での地域枠の設置等をそのまま暫定版の数字を使いまして、機械的に算出した場合、本県ではどうなるかということをご示しております。

地域枠の必要数については 81、地元出身者枠の必要数についてはゼロという前提で考えますと、まず、恒久定員の中で 5 割程度を地域枠として設置するという考えますと、米印の 1 のところに書いてありますが、筑波大学の恒久定員をまず 100 と考えまして、その 5 割を地域枠として設置したと仮定しますと、50 という数字が出てきます。これが B の欄の 50 という数字になるのですが、そこに施策効果という考え方がございまして、それが米印の 2 なのですが、そこを説明させていただきます。

都道府県内への定着率を国のほうで計算をしておりまして、一般枠 0.5、この一般枠というのは、地域枠とかそういう方ではない一般の医学生の割合です。これが 0.5 定着するというのは、特に何もなくても、50%はその出身大学がある県に定着するということでございます。地元出身者枠については 0.8(80%)、地域枠については 1 ということで 100%、離脱を除けば 100%は定着するという計算をしております。

従事義務のない一般の学生でも、都道府県内に 50%は定着するという前提で計算をしてお

りますので、それぞれの施策効果というものがございまして、それが下記のとおり算出されるということになります。地元出身者枠については、80%は定着するのですが、恒久定員の中に地元出身者枠を設置する形になりますので、その分の一般の医学生分を差し引いて、プラスの効果としては0.3という施策効果が算定されます。同様に、恒久定員内の地域枠で言うとプラス0.5、臨時定員については、当然一般の学生分を含まないという形になりますので、これはプラス1という形で算定されます。

それで考えますと、表に戻りますが、施策効果反映後ということで、50の恒久定員内の地域枠を設置しても、施策効果を反映すると25という形になりまして、必要数の81から25を引くと、臨時定員として設置できる地域枠の要請数は56と算定されます。

仮に筑波大学でこの地域枠の必要数81を満たそうとしますと、臨時定員を含めて156という定員ができるわけなのですが、そのうち106は地域枠という計算になってきます。なかなか難しい数字だなというのが正直なところです。

今後の進め方をその下に記載しておりますが、今後の進め方として、このようにしたらどうかということでお示しております。

1番、厚生労働省による医師偏在指標の確定後に不足養成数の確定値が示される予定となっておりますので、厚生労働省の考え方に合わせまして、本県においても、地域枠・地元出身者枠のベースとなる必要数を設定したいと考えております。これは先ほどご説明したとおり、機械的に算出される数字なので、暫定版で言えば、地域枠の必要数は81、地元出身者枠の必要数はゼロという形になります。

その数字をもちまして、まずは恒久定員の5割程度の地域枠を設置してくださいというお達しがございますので、ベースとなる地域枠の必要数の設定を、筑波大学と恒久定員内での地域枠の設置、どれくらい設置できるのかということも含めてまずは協議を行いたいと考えております。

その筑波大学との協議の結果を踏まえまして、筑波大学以外の6大学と地域枠の設置について協議を行っていきたい。各大学に最大限努力をしていただいた後、それでもなお地域枠の必要数81という数字にも満たないということであれば、茨城県はその他の医師の養成の施策ということで、一般修学資金とか海外対象の医師修学資金、医学部進学者向けの教育ローンなどさまざまな施策をやっておりますので、そこで必要数との差を埋めるような努力をしていければいいのかなということと考えてございます。まずは、筑波大学とよく協議をして進めていきたいということでございます。

ご説明は、以上です。

原会長

ありがとうございました。

先ほどのいろいろな定員の中身は、出てからということなのですが、それは研修医も専攻医も含めた考え方なのですが、今のご説明は、入り口のところで、要するに、大学の入試のところからどういうふうにしていくかということで、元医学部長として言わせていただくと、とんでもない案なのですが、厚労省の案です。これは50%、あるいはそれ以上を求めることができるということで、大学ではそれを断ることもできるわけですが、ただ、全体の数の不足というのは、マイナス81というのは数的には大体出ているわけです。確定値が厚労省から

出てきていませんのでまだ正確な数とは言えませんが、その程度必要数が出てくるということだけは間違いないようです。

ということで、これは今ご説明がありましたように、基本的には、筑波大学を中心とした、今、地域枠に加わっていただいている各大学との今後の話し合いということになるかと思いますが、大学としては大変な問題なのですが、地対協としてはこういう資料があるということですが、何かご意見はございますでしょうか。

先ほどご説明がありましたように、筑波大学の中の地域枠等委員会がございまして、その中で、今後、策定に向けて考えていく、あるいはディスカッションしていくということが、方法論としてはそういうことなのですが、一方で、大学だけのことを言わせていただくと、大学には各大学にミッションの再定義というものがあって、その大学がすべきこと、求められることというのはそれぞれ違うので、それを一元的に厚労省のほうで、50名以上、定員枠内、うちの大学ですと103ですが、その枠の中で50%以上を求めることができる、あるいはそれを認めなければいけないということになると、これは文科省ともバッティングする内容にはなってくるのです。そういう難しさもあるので、今後どうしていくかはちょっと慎重に考えていかなければいけないかなと思いますが、ただ、現実問題として、これをやらないとマイナス81というのは到底できない数ではあります。

一方で、茨城県出身者の医学部に現状で進学している総数というのが150名です。という数値もあります。その中で、筑波大学の医学のほうで36プラス数名ですから、40名弱ぐらいは筑波大学に来ているということになっています。

何かご意見ございますでしょうか。

一つだけ質問なのですが、3ページの四角囲いした本県地域枠の現在の設置数ですが、この恒久定員の枠に入っているところの数も含めた数がマイナス81という理解でいいのですか。

事務局

はい、そういうことです。

原会長

ということですが、困りました。よろしいでしょうか。大学として考えさせていただきたいというふうに。

では、どうもありがとうございました。

それでは、「医師確保計画骨子案について」ですね。これは先ほど申し上げましたが、メインディッシュ、あるいは今後の第4回以降の地対協に向けてのきょうご審議いただきたい一番大きなところですが、事務局からご説明願います。

事務局

事務局よりご説明申し上げます。

資料4、医師確保計画骨子案についてでございます。

中身につきましては、まずは国から計画策定のガイドラインが示されており、各都道府県の計画に書き込むべき事項というのがはっきり書いてございますので、まずはそれに沿った形で骨組みをつくっております。

順に説明いたしますと、まず1つ目、計画の基本的な考え方でございますが、国の大きな

視点から踏まえて、制度改正等々があって、なぜ医師確保計画を策定することに至ったのかということを書いていくものと考えております。

策定の趣旨でございますが、我が国の人口構造の変化とか高齢化の進展、国が推計する需給と地域における不足・偏在、国が三位一体として捉えている医療提供体制体制改革、地域医療構想と働き方改革、医師偏在対策の関係性、さらには、国で法律が改正されたことにより、各都道府県で計画を策定しなくてはならないといった経緯をここに書く予定でございます。

計画の性格でございますが、まず法律に基づくものであるということ、さらには、第7次保健医療計画において位置づけられるものであるということ、さらには、県総合計画等、県としての計画もございますので、それとの調和を図るということでございます。

計画期間、医師確保計画、最初の計画は4年間となっております、その後につきましては3年間で計画を回していくという内容になってございます。

計画の全体像(図)とありますが、計画を回していく最終的な目標は何なのかというところを、長期的な視点で、ロードマップとありますが、これを示す必要があるだろうと考えております。具体的には、2036年に全国の医師需給が均衡されるまでに、茨城県においても、茨城県内の二次医療圏においても医師の需給が図られるように、先ほど申し上げた33%をクリアしていくということになっております。

続きまして、本県の現状と課題でございますが、まずは三師調査、ベースとなる調査でございますが、10万人単位の医師数の推移を踏まえまして、それに人口構成等、性別とか医療ニーズを踏まえた国が示す医師偏在指標がここに書き込む予定でございます。

国としては、7月末までに県に示す予定ということでございましたが、精査をしたり、庁内、省内の手続き等々があるということで、現時点でここまでの期限にはお示しできるというところの回答はいただいております。

続いて、診療科別の医師数、全国、県全体、施策の重点化に当たって、議論の出発点となるような基礎的なデータをここに示したいと考えております。同様に、二次医療圏の医療機能と需要動向についてもデータとしてここに記載していと考えております。

3番につきましては、先ほど申し上げた国の医師偏在指標に基づいて、各都道府県、さらには二次医療圏について、多数か少数か、いずれにも該当しない区域かという色分けがなされますので、それを医師確保計画の中で明示するという趣旨でございます。

4番、医師確保の方針と目標医師数でございますが、医師確保の方針と重点化の視点でございます。

医師確保の方針ですが、当たり前のことなのですが、医師少数県であることから、県全体の医師の増加を図るということでございます。暫定版では、県全体で795人という数字が出ておりますが、これの目標を立てて、それに近づいていくということになるかと思っております。

二次医療圏単位で見ますと、本県は医師少数県でございますが、その中で、つくば・水戸が医師多数区域でございます。そして、医師多数でもの医師少数でもない土浦もございしますが、県全体の目標医師数を超えない範囲では、少数区域以外でも目標医師数を設定してよいということになっておりますので、本県の対応としては、その全体の目標の範囲内で、繰り返しになってしまいますが、全ての二次医療圏において医師の増加を図っていくこととして

おります。

但し書き以降では、これはガイドラインのところに書いてあることですが、医師少数区域以外の区域については、他の二次医療圏からの積極的な医師確保は行わないこととして、さらに、多数区域は少数区域へ医師派遣を行うことが求められている。これははっきりガイドラインに書いてありますので、こういった方針になるかと思えます。

が医師確保の重点化の視点でございますので、先ほど、診療科等々の分析がございましたので、それを踏まえて、何を優先順位をつけてやっていくかということがここに記載する予定であります。

(2)目標医師数につきましては、これは国の考え方をもとに書くものでございますので、目標医師数の考え方として、こういった計算方法により算定されるのか、先ほど申し上げました少数区域以外については、県のデータの目標を変えない範囲で設定しますよというようなことを、その考え方をここに書く予定でございます。

は、具体的な数字が入ってまいります。

5、目標医師数を達成するための施策といたしましては、ガイドラインの中では、短期的な施策と長期的な施策を区別して書くことと書いてありますので、例えば、短期については、医師の派遣調整、キャリア形成プログラムの策定・運用、寄附講座の設置などにより対応する。長期的には、先ほど申し上げた医学部における地域枠・地元出身者枠の設定などにより確保を図っていくという内容になってございます。

(1)以降につきましては、それぞれの項目について、あくまで骨子でございますので、こういった内容を書くかということのポイント書きしておりますが、例えば、県内における医師の派遣調整におきましては、地対協、地域医療支援センター、各大学によって配置調整のスキームを確立する。また、医師多数都道府県への医師の派遣要請など、県外からの医師確保ということもございます。

この辺については、ガイドラインにはあるのですが、国がどこまで環境整備とか県に対する支援をやるのかというのは、現在はやりますということは書いてあるのですが、どこまで国としての支援をいただけるのかは不透明な部分もありますので、どこまで書けるかというものはあると思えます。

キャリア形成プログラムにつきましては、まず偏在指標から導き出される医師少数区域における医師を確保しつつ、さらに派遣される医師の能力開発・向上をそれぞれ両立させたようなプログラムを策定・運用していくという趣旨でございます。

(3)につきましては、先ほど申し上げた地域枠・地元枠の設定。

(4)といたしまして、その他の施策として、医師の勤務環境改善支援、寄附講座の設置などがございます。

5番、6番につきましては、医師確保計画の中で個別に書くこととされております産科の医師確保、小児科の医師確保でございます。それぞれ偏在指標と区域、あとは医師確保の方針と施策について書くこととされております。

昨日、小児の部会を開催いたしまして、受療動向の分析であるとか医療機関ごとの聞き取りをかなり丁寧にやっていただきまして、圏域ごとの課題を整理していただきましたので、こういったことを踏まえて、医師確保計画の方針として、また施策として反映させてまいり

たいと考えております。

7番、計画の推進体制の各関係機関の役割でございますが、まず推進体制としては、地対協、地域医療支援センター、そして茨城県の医療審議会、地域医療構想調整会議など、県内の医療機関と行政が一緒になっている会議体というものがここに入ってくるだろうと考えております。

(2)の各関係者の役割といたしましては、県、筑波大学、医療機関・医療関係者、医師会さんなども入ってくるかと思いますが、こういった方々の役割をこちらに記載したいと考えております。

雑駁ではございますが、これをベースに、これから肉づけをして、素案づくりをしていきたいと考えておりますので、この場でご協議いただいて、ご意見等を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。

原会長

ありがとうございました。

大枠のことは書いていないのですが、少なくともこれを骨子として、具体的な確保計画を来年3月までにつくるというのが厚労省からいただいた命題なのですが、この骨子案につきまして、何かご意見ございますでしょうか。

これは厚労省がつくった中身に沿った形の骨子案ということになっておりますので、具体案が出てきたときにまたディスカッションになるのかもしれませんが、骨子案としては、私としては、こんなものかなというふうには思うのですが、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、議題(1)はこれで終わりたいと思います。

続きまして、議題の(2)日本専門医機構の令和2年度(2020)専攻医募集について、事務局からご説明願います。

事務局

事務局、医療人材課の横須賀と申します。資料5をごらんください。

非常に量が多いですが、簡単に説明させていただきたいと思います。

まず、1ページ目ですが、これは厚生労働省からの事務連絡ということで来た資料でございまして、専門医機構から提供された専門研修プログラム令和2年度向けにつきましては、資料の下半分にありますように都道府県から確認事項を確認の上、意見がある場合には厚生労働省に提出しなさいと。その際には、地域医療対策協議会の意見を聞いた上でということになっております。

資料の3ページになります。こちらは、専門医機構から提供されました令和2年度向けの本県の専門研修プログラムにつきまして、基幹施設、募集定員、連携施設などについて集計した表となっております。

19の基本診療科のうち、臨床検査科を除く18領域で、県内の医療機関を基幹施設としたプログラムが立ち上がっているというのは、昨年度までと同じになっております。

基幹施設の合計数、延べ46施設ということで、これは昨年比べて2増加しております。これは、東京医大茨城医療センターさんのほうで皮膚科と麻酔科のプログラムの立ち上げが

ありまして、その分、増えているということになります。

実数 16 施設というのは、変わりありません。

希望定員数の合計は 289 人となっております。平成 31 年度の募集定員と比較いたしまして、9 人減ってしまっているということになります。

連携施設数につきまして、延べ 730 施設、これは昨年度と比べまして 25 施設増加となっております。実施施設の 110 施設ですが、これは 2 施設の減となっております。

4 ページ、A 3 横の細かい表ですが、こちらが専門医機構から情報提供があった申請データに基づく本県内の表となっております。

赤字が平成 31 年度版からの変更箇所となっております。ぱっと見て、内科のほうで、連携施設、特に県外プログラムの連携施設が増えているというのが顕著にわかるところかなというところがございます。

6 ページ以降が各基幹施設のローテーション予定表となっております。こちらは、専攻医 1 人別のローテーション予定ということで、日本専門医機構から情報を提供されたものを整理したものとなっております。

ただし、この表には全てのプログラムが含まれているわけではないということで、あくまでも参考としてごらんいただきたいというような資料になってございます。

6 ページから 8 ページまでが、プログラム年数 3 年の当座のローテーション予定となっております。オレンジ色、ちょっと黄色っぽいところが医師不足地域にいる時期をあらわしております。若干灰色っぽい水色のところが県内の医師不足地域外、緑色のところが県外のローテーション予定となっております。

9 ページから 12 ページまでが、プログラム年数 4 年のものをまとめた表となっております。

13 ページにつきましては、プログラム年数 5 年のものをまとめたものとなっております。

14 ページから 21 ページまでが、県外の基幹施設のプログラムの県内の関連施設のローテーション予定を示したものとなっております。

県外施設を回るところにつきましては空欄としてあります。県内の施設につきましては、同じく、黄色っぽいところが医師不足地域の関連施設、灰色っぽいところが県内医師不足地域外の関連施設を回るローテーション予定となっております。

これらのことにつきまして、1 ページにございましたような観点からご意見はございますかということで、地域医療対策協議会委員の先生方、県内各医療機関並びに県内各市町村に対してご意見を伺っております。

資料が前後してしまうのですが、24 ページから 29 ページまでがご意見の一覧となっております。長文でいただいたご意見がありましたので、そちらは 30 ページから別紙ということでつけさせていただきます。

また、これとは別に、須磨崎委員から、専門研修プログラムに関するアンケートをとったらいかがかというようなご意見がございましたもので、アンケートを行いまして、41 ページからがそちらのアンケートの集計結果などということになっております。

ご回答をいただきました全ての内容につきましては、43 ページ以降になるのですが、まず、概要といたしまして、調査期間 8 月 19 日から 25 日までという大変短い期間でご協力いた

きました。ご回答をいただいた皆様、大変ありがとうございました。

調査対象につきましては、アといたしまして、県内専門研修プログラム基幹施設の施設長及びプログラム責任者の先生、イといたしまして、県内の基幹型臨床研修病院の臨床研修プログラム責任者の先生、ウといたしまして、県内の臨床研修病院で研修中の初期臨床研修医の先生方、エといたしまして、県内の基幹施設において専門研修中の専攻医の先生方、オといたしまして、県内で臨床研修を修了した後、県外の基幹施設において専門研修を受けている専攻医の先生方ということで、回答をご依頼いたしました。

この中で、ウからオにつきましては、各基幹施設及び臨床研修病院を經由でご回答を依頼させていただいたものになります。

回答者数といたしましては、アの基幹施設の施設長及びプログラム責任者の先生が合計 27 名、イの臨床研修プログラムの責任者の先生が 7 名、ウの初期研修医の先生が 49 名、エの県内の専攻医の先生が 63 名、オの県外の研修専攻医の先生が 7 名ということで、大変短期間のうちでたくさんご回答をいただいております。

その回答内容を事務局のほうで集約させていただきまして、厚生労働省への要望事項といたしましては、募集定員に関するところで、研修に支障がない範囲で定員を超過した専攻医の受け入れを認めること、医師多数県へのシーリングを厳格化し、専攻医に医師少数県での研修を促進する制度づくりをすること、その他といたしましては、情報提供を迅速に行うこと、地域枠制度の維持ということでもとめさせていただきました。

これら以外の検討事項といたしまして、アンケート結果から、医療機関さんのほうで募集定員が充足しない理由ですとか、募集定員充足のための方策のご意見と、専攻研修医の先生方で県内プログラムを選択しない理由ですとか、基幹施設の選択において重視すること、茨城県に足りないと思うものなどを対比させて表にさせていただきます。

ごらんいただきますと、概ねそんなに乖離した内容ではないかなと思いますので、魅力的なプログラムの作成ですとかその周知方法など、指導医の先生方にいただきまして、そのあたりのことを今後検討していくとよろしいのかなというような内容でございました。

43 ページからの一覧なのですが、集計結果 1 という 43 ページから 48 ページまでの資料が基幹施設の先生方にご回答いただいた内容です。

49 ページの集計結果 2 というのは、臨床研修病院の先生方にご回答いただいた内容です。

50 ページの集計結果 3 というのが、初期研修医の先生方にご回答いただいた内容です。

51 ページの集計結果 4 が、県内の専攻医の先生方にご回答いただいた内容です。

52 ページが、県外の専攻医の先生方にご回答いただいた内容となっております。

これらのアンケートをいただいた結果と、専門研修プログラムにつきましては、医療機関ですとか地対協委員の先生方、市町村にご回答いただいた意見、両方を加味いたしまして、22 ページ、ちょっと戻るのですが、こちらに令和 2 年度(2020 年度)プログラムに対する厚生労働省への意見ということで案をまとめさせていただきました。大変たくさんご意見をいただいておりますので、その考え方、どのようにして集約したのかという表を 39 ページにつけてございます。

39 ページの一番右側の列なのですが、こちらにあります厚生労働省への意見(案)が、先ほどの 22 ページの意見と対応しているところになります。

39 ページの表の上から3つまでは、連携施設のことについてご意見をいただいた内容でして、内科につきましては、プログラム連携施設の増加・変更手続きを簡略化してほしいということ、外科につきましては、事前に連携施設として登録していなくても、研修可能な施設として柔軟に認めていただきたいということ、病理につきましては、連携施設それぞれの持ち味を研修に生かすために、連携施設の間で移動が簡単円滑に行われるようなことを検討してほしいというような内容でまとめさせていただきました。

上から4つ目中ほど、こちらは募集定員の増についての意見となっております、各診療科、各プログラムの募集定員につきまして、医師不足県における定員増がより容易かつ柔軟に対応可能なようにしていただきたいという意見となっております。

同じく定員に関するご意見なのですが、その下の外科系診療科に関する意見というところにありますが、外科系診療科の定数が手術数に応じて定められていますが、他県から医師の派遣を受けている場合、その県の手術件数が他県分としてカウントされることについて、カウント方法を見直してほしいという意見となっております。

最後の2つ、シーリングに関する意見となっております。1つ目が、シーリング対象外の診療科があるということと、領域ごと・都道府県ごとのシーリングが設定されているということの有効性に疑問があるということで、シーリング対象の診療科の専攻医希望者がシーリング対象外の都道府県で専攻医となるのではなくて、その対象外の都道府県で別の診療科に流れることが多いのではないかと。なので、今後のシーリングの考え方について再検討願いたいという内容となっております。

最後なのですが、こちらに先ほどのアンケート結果を加味させていただいております、医師多数県へのシーリングを厳格化するとともに、専攻医に対し、医師少数県での研修を促進する制度づくりをすること。専攻医の応募が少なく、定員を満たしていないという現状におきまして、定員だけを増加しても効果が疑問であるというご意見などがございましたので、そちらについての厚労省への意見ということになっております。

令和2年度専攻医募集についての説明は、以上となります。

原会長

もうちょっと簡潔でもよかったですでしょう。

資料5の1ページにございますように、医政局から来ているのは、本件に関しまして、地対協の意見を踏まえ上で、意見を9月4日までに厚労省に提出するということが明記されておりますので、ここが最後の承認の場というか、集約する場なのですが、意見につきまして、何かご意見、訂正、追加ございますでしょうか。

個人的には、去年よりも募集数が少なくなっているというのが、いかにも地対協は一体何をしていたのだろうかと愕然とするところではありますが、しょうがないですね。それがアンケート結果なのですね。

何かご意見はございますでしょうか。よろしいですか。

個人的には、この意見はこれでいいと思うのですが、基本的にいろいろなプログラムの内容について、プロパガンダといいますか、それが足りないのではないかなという気はします。ですから、これは各プログラム長が、今のお医者さんたちってみんなホームページで見ますので、そこをもう少し充実した形でやっていただくしか方法はないのかなと思いますが、地

対協としては、こういった取りまとめていただいた意見を厚労省のほうに提出するという
ことでよろしいでしょうか。

募集定員が減っているのにもかかわらず、シーリングがどうのこうのというのは、医政局
のほうから言われそうですが、しょうがないですね。よろしいでしょうか。

では、どうもありがとうございました。

時間も大分進んでまいりましたので、次に、議題(3)の新専門医制度に係る県内修学生・
修学生医師向けキャリア形成プログラム - 令和2年度(2020年度)版 - という事で、これも
事務局からご説明をお願いします。

事務局

資料6をごらんください。

新専門医制度に係る県内修学生・修学生医師向けキャリア形成プログラムを令和2年度向
けに平成31年度版を改訂させていただいたものになります。

内容といたしましては、特に修学生向けプログラムの増加・減少などございませんで、全
部で40の領域につきまして修学生向けキャリア形成プログラムをつくっていただいております。

昨年からの変更点につきましては、大きくは、中小病院ルールが義務ではなくなったとい
うことで、aとしていた病院群をAとしておりますが、特に大きくaだった病院が減ってい
るということはないものと考えております。

また、キャリア形成プログラム運用指針に基づきまして、キャリア形成プログラムの対象
となる医師及び将来の適用予定者に意見を求めましたが、特にご意見はありませんでしたと
いうことをご報告させていただきます。

原会長

よろしいですか。

資料6の1ページ目に発行と書いてありますように、地域医療支援センターのほうで取り
まとめていただいた案でございます。今ご説明がありましたように、昨年度と大きな変更点
はないと思いますし、それから、少数医療圏から水戸が外されるのもまたさらに後のこと
でございますので、これに関しましてはこれまでどおりという数字でございますが、よろしい
でしょうか。

最終的には、地対協で承認したものが公になるということですよ。

ということで、ご承認いただいたということでもよろしいでしょうか。

ありがとうございました。

それでは、こちらで用意しました議案につきましては以上ですが、委員の先生方、議題に
するような案件をお持ち寄りでございますでしょうか。

よろしいですか。

なければ、報告にまいりたいと思います。

4の報告、令和元年度(2019)専攻医勤務先調査結果(令和元年8月現在)について。

これはあらかじめ言うておきますが、私も、地域枠等委員会で修学生についてはいろいろ
資料も見せていただいているのですが、全体のは僕自身は初めて見たような気がしますので、
どうぞご参照いただければと思います。

では、ご報告願います。

事務局

資料7をごらんください。

令和元年度専攻医勤務先調査結果の報告となります。

1ページから4ページまでが平成30年度に採用された専攻医の勤務先、5ページから8ページが平成31年度に採用された専攻医の勤務先となっております。

4ページが一番右というか、下というか、こちらに各専攻医が基幹施設、連携施設、また医師不足地域内、地域外で延べどれぐらいの月数を勤務したのか、また勤務する予定となっているのかについてまとめさせていただきました。

1年目につきましては、医師不足地域外がかなり多い月数になっておりますが、2年目につきましては、大体5割、5割ということで、医師不足地域のほうにローテーションしていただけているということがわかるかと思えます。

平成31年度につきましても、8ページの下のほうに同じように延べ月数をまとめております。1年目ということもあるのかもしれないのですが、本年度につきましては、医師不足地域外の勤務がかなり多いという結果になりました。

平成30年度採用の専攻医の先生方と同じようにローテーションをしていただくとしたら、来年度につきましては、医師不足地域内での勤務が増えてくるのかなというような結果となりました。

以上です。

原会長

ありがとうございました。

かなり細かい表なので、一番最後のページ、裏側になりますが、総数が、例えば、基幹施設が1,102と書いてありますが、要するに、ローテーションしていきますので、その月数だけそこにいたという数になります。

後ほどでも、先生方、各診療科別でもよろしいのですが、こういったところというあたりを一度お目通しいただければよろしいかと思えますが、これに関しましてはよろしいですね。

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、先ほどちょっと途中で申し上げましたが、次の地対協からは、具体的な医師確保計画についてのまずは事務局案として出てくると思えます。そこがディスカッションの場になると思えますが、本日の時点で、何か全体を通してご質問ありませんかということを経途中で聞きましたが、どうぞ。

生澤委員

ちょっと私の頭の中で整理できていないのですが、水戸は、結局、医師不足地域から外されて、少数区域ではなくなったということですよ。

事務局

はい。

生澤委員

なくなって、多数のほうに入ってしまうと。ただ、この修学生向けのパンフレットでは、

まだ医師不足地域としてということなのですか。我々はどのような扱いになっているのか、ちょっとわかりにくいのですけれども。

原会長

僕の知っている範囲でご説明しますと、結局、今年の秋の入試の学生からでないとそのことは表明できない。つまり、実際には少数医療圏にはならなくなるのですが、もう既に今年の入学生に対しては、水戸も少数医療圏に含まれるという案内をしているので、実質的にはできないということが現状です。ですから、今年の入試で入ってくる子たちから実施されるということになります。

事務局

今、お手元にあるのは研修医のあれですよ。今いる人はもう今の地域なので、これから大学に入ってくる人がその影響が出てくるということなので。

生澤委員

これから大学に入る人たちは少数区域を回るということで、もう既に入っている人たちは関係ないということ。

事務局

そうしたいと思っています。

生澤委員

この前は曖昧だったと思うのですが、これから国のほうに依頼するということがあったので、そのことはまだわかっていない。

事務局

まだです。何しろ、まだ偏在指標の確定値が7月中に出るはずが、いまだに出していないので、そもそも医師多数区域・少数区域が確定していないという今の状態なものですから、ちょっとまだそこまで言えないという状況です。

生澤委員

ありがとうございます。

原会長

そのほかよろしいでしょうか。

では、どうもありがとうございました。

おかげさまをもちまして、1時間半以内に終わることができました。

これで事務局にマイクを移したいと思います。

司会

原先生、委員の先生方、どうもありがとうございました。

本日の会議は、これをもちまして終了とさせていただきます。

なお、次回、第4回の地域医療対策協議会は11月を予定してございます。詳細につきましては、担当のほうからまたご連絡を差し上げますので、どうぞよろしくお願いたします。

本日は、お忙しいところまことにありがとうございました。