

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、あらかじめご了承ください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させていただきます。

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、要請が挙げられた事案については、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關しまして、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に關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、次に行きたいと思えます。

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もございますので、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すので、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もございますので、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。

課題のところを書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ことで考えますと、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%は定着するというところで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して、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のないようです。

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、ど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、ど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行っていたりまして、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のになっております。

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、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 - というところで、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。

令和元年度第4回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和元年12月4日(水)18時～19時30分

場 所：県庁11階 供用1106, 1107会議室

司会

定刻となりましたので、ただいまから、令和元年度第4回茨城県地域医療対策協議会を開催いたします。

なお、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、あらかじめご了承くださいませようお願いいたします。

まず初めに、今回初めて出席される委員を紹介させていただきます。

総合病院土浦協同病院の酒井委員の代理としてご出席いただきました副院長の渡部先生です。

なお、県立中央病院の吉川委員、ひたち医療センターの加藤委員、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。

お手元に配付の次第の下のほうに配付資料として四角囲みでお示ししております。次第、名簿、席次表、それから、資料1-1から資料7まで、そして、ピンク色の表紙にございます冊子キャリア形成プログラム、そして、別紙で1枚、医師確保計画(素案)に係る意見表をお配りしております。

不足等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。よろしく願いいたします。

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、原会長をお願いいたします。

原会長

会長を賜っております原でございます。

それでは、議事に入りたいと思いますが、予定は1時間半でございますが、これは毎回言っていますように、なるべく短い会がよろしいかと存じますので、円滑な進行にご協力賜ればと思います。

それでは、お手元の次第にございますように、議題(1)医師確保計画についてでございます。これは から まででございますが、この3つの事項につきまして、続けて事務局からご説明いただき、その後、ディスカッションに移りたいと思います。

それでは、よろしく願いいたします。

事務局

医療人材課担当の沼尻と申します。

まず、医師確保計画の素案について、資料1-1から資料1-3までお配りしております。資料1-1が計画素案の概要でございますが、本体をまとめたもの、資料1-2が計画の素案の全文という形になっております。資料1-3につきましては、本日、議場配付で、後ほど回収させていただく予定の医師偏在指標の11月20日付け内示版という資料になっております。

計画本体につきましては、事前に郵送させていただいたものに図表等を追加いたしておりますが、いまだ埋まっていない部分がありますことをご詫言申し上げます。

それでは、資料 1 - 1 素案の概要によりまして医師確保計画を説明させていただきます。

8月の第3回地対協で了承いただいた骨子を肉づけしてまいりましたところでございます。計画の目的、計画の性格、計画の期間につきましては、前回にご報告、説明させていただいた内容と変わっておりません。

現状と課題でございますが、国の統計データなどを分析しまして、医師不足と偏在、医療資源の不足、県内の受療動向ということでデータをまとめたものをこちらに書いております。医師不足、地域偏在、診療科偏在、さらには病院・診療所の病床数など多くの指標でも全国平均を下回っている状況であります。

さらに、患者の受療動向につきましては、医師不足地域から、水戸医療圏、土浦医療圏、つくば医療圏に患者の流出傾向があり、さらには、県境の地域におきましては、他県にも流出が見られるという状況でございます。

下の段に移っていただきますと、政策医療体制の確保ということで、こちらにつきましては、地対協の部会で現状分析、課題等を整理していただきまして、そちらの内容をまとめたものを記載しております。特に、周産期医療、小児医療につきましては、出生数とか小児人口が減少していくといった推計がありますので、長期的にどうやって医師を養成していくのか、さらには、短期的な不足をどう確保していくのか、そういったテーマについても記載しております。

一番下の段、医師偏在指標と医師少数・多数区域でございます。左の四角につきましては、考え方・定義でございまして、前回までにご説明した内容のとおりでございますが、右側につきましては、当日配付とさせていただいておりまして、空欄となっております。こちらにつきましては、A 4 横で資料 1 - 3 としてお配りしている国の内示版をご用意しましたので、こちらをごらんください。

こちらは医師全体に係るものでございまして、産科・小児についてはまだ内示も来ていなく、暫定版ということで計画を載せております。内示ということで、近々、都道府県宛てに通知がされるとのことでございますので、それまでは非公表の取り扱いと国から指示が来ておりますので、本日はこの資料について回収させていただくものでございます。

内容でございますが、茨城県が全国の 42 位であること、そして、医師少数県であるということは変わっておりません。また、二次医療圏につきましては、つくば、水戸が医師多数区域であり、土浦が多数でも少数でもない区域、さらには、取手・竜ヶ崎から日立までの 6 医療圏につきましては、全国の下位 33.3% の医師少数県であり、暫定版から少数、多数の色分け自体は変わっていないという状況でございます。

素案の概要に戻っていただきまして、2 ページをごらんください。

計画の中で医師確保の方針と重点化の視点ということでまとめたものでございます。

まず、今ご説明申し上げたとおり、医師少数県でございますので、医師の増加を図り、目標医師数の達成を目指すこととします。さらには、医師の養成・定着や県外からの医師確保に取り組んでまいります。特に県内の医師少数区域の医師の増加を図り、また、医師多数区域は県内医師少数区域への医師派遣に努めることとさせていただいております。

また、医療計画、地域医療構想との整合を図りつつ、各地域や疾病・事業の医療体制に求められる医療機能やその分化・連携の方針に基づきまして、その中で必要となる医師の確保

を図っていくということとしております。

重点化の視点ということで、右に移ってまいります。こちらは計画全体に横串を刺すような形で施策を重点化していくための視点ということで書いております。

医療提供体制の充実ということで、ここに全ての県民の安心・安全を守りと書いてありますが、医師の確保がまずこれに資するものであることが重要であるということ。

また、視点2といたしましては、医師の実現とキャリア形成ということで、下のほうに高校生、医学生、キャリア形成(臨床研修医)、専攻医等と医師のそれぞれのステージがございますので、それぞれに応じた支援をしていくということでございます。

視点3につきましては、関係機関の連携・協働ということで、県、大学、関係団体、県民が新しい発想によりあらゆる方策にチャレンジしていくということとしております。

具体的な医師確保の施策でございます。

医師養成課程を通じた医師確保ということで、こちらについては、高校生、医学生、キャリア形成という段階で表にまとめておりますが、国の統計からも、医師の定着を高めるために、まず高校生の医学部進学率、特に地元の大学でございますが、こちらを高める必要がございますので、施策としては、医学コースの設置とか教育ローンの利子補給などに取り組んでまいります。

また、医学生につきましては、現状・課題にありますとおり、臨時定員が2021年度までは維持されるものの、以後は国の需給推計・偏在指標により算定されます。将来にどれだけ医師が必要になってくるかといった数字に基づきまして養成していくこととなっておりますので、右に移っていただきますと、2022年度以降、現時点の地域枠必要数が81と示されておりますが、今後、この養成数の確保を図るために、筑波大学や県外大学に地域枠設置を要請していくという形になっております。

81という数字でございますが、一番下の段にグラフとともに示しておりますように、これまで、本県におきましては、筑波大学ほか6大学で53の地域枠を設定してきたところでございますが、今後、国から示された暫定の数字をここに当てはめてみると、81ということでグラフが上がりまして、2030年度までこの地域枠を中心に必要養成数の確保を図っていくというイメージになっております。

そういったしますと、2036年には、義務内医師729人、義務明け医師が410人まで増加する見込みで、合計1,139人となります。これは上位の推計としておりますが、地域枠が全て満たされて、国家試験を合格して、全て定着していると仮定した場合には、こういった形の医師の増加が見込まれるということでございます。

さらには、左側の四角の2つ目の丸でございますが、地域枠だけでなく、本計画では、修学資金とか、海外対象の修学研修資金制度、自治医科大学における医師の養成等により、地域枠に加え、医師の養成を図っていくこととしております。また、定着率を図っていくことが非常に大事でございますので、県地域医療支援センターにおいて、医師不足での勤務やキャリア形成支援を図っていくこととしております。

中段の表に戻って、キャリア形成でございますが、国の統計から、出身地、出身大学の県内・県外にかかわらず、臨床研修を行った都道府県への勤務率が高いことから、県内外から多くの研修医を採用する必要がございます。

また、近年、医師の診療科の偏在が顕著でございますので、専門医制度において、本県でも不足する医師を養成する必要があるとございますので、右のように、キャリア形成プログラムの策定と魅力向上などを図っていく必要があると考えております。

続きまして、3ページ目でございます。

今、説明させていただいた医師の養成には時間がかかることもございまして、短期的にどうやって医師の確保をしていくのかというテーマに対して、こちらに示しております。

現状・課題にありますとおり、地域医療において、医師少数区域や中核病院、救急、小児、周産期等の政策医療機関の医師確保が重要です。

さらに、特に早急な対応が必要な医療機関・診療科はあらゆるアプローチが必要であろう。

そういったことも踏まえまして、これまでも県といたしましてはさまざまな取り組みを展開しております。これを引き続き充実させていくことがまず一つでございますが、さらには、新たな部分といたしましては、医療法の改正によりまして地域医療対策協議会の権限が強化されたところございまして、前回の地対協でもお示しいたしましたように、政策医療を中心に医師の派遣調整を実施していく、そのスキームを確立するという部分をここに書かせていただいております。図にありますように、県内医療機関と地対協、そして筑波大学等の医師派遣大学の中、医師派遣の要望をして、それを必要性について審議をして、大学等に医師の派遣を要請して、大学等に医師の派遣を行っていただく。このサイクルを確実に回していくことが医師配置調整にとって今後進めていく課題となっております。

その下の段、については、魅力ある環境づくりということで、働き方改革を踏まえた勤務環境整備、さらには、医療勤務環境改善支援センター等による支援ということ、につきましましては、茨城県地域医療支援センターでございますが、県庁の本室、筑波大学の分室、さらにキャリアコーディネーターを中心として支援を強化していくということでございます。

一番右側は計画の推進体制ということで、関係機関が連携・協働して計画を推進していくこととしております。

一番下、産科・小児科の医師確保でございますが、産科、小児科、それぞれ医師偏在指標を載せておりますが、括弧書きで書いてありますように、これもいまだ暫定版の状態でございますので、今の時点では、これまでに説明した内容と変わってございません。

その上で、一番下、産科・小児科の医師確保でございますが、まず、方針といたしましては、医療計画にも、5疾病5事業、在宅医療、これに踏まえる形で産科・小児科の医療体制の充実を図ることとなっておりますが、まず、その医療計画に求められている体制をきちんと整えていく。その上で医療資源の集約化・重点化などを進めまして、医師の確保、医療ニーズへの対応を図っていくということでございます。

こういった連携体制等によってもなお医師の確保、医療ニーズへの対応が困難である場合には、短期的な医師の確保として、派遣調整であるとか県外からの医師確保により、必要医師数の確保を図っていくこととしております。

さらには、中・長期的な医師の養成につきましましては、先ほども申し上げた将来の出生数や年少人口の減少を踏まえた医師の需給を見据えまして、医師の養成・確保を専門医の養成等により図っていくという形で書かせていただいております。

計画の概要については、以上でございます。

続きまして、議題(1)の でございますが、医師確保計画における目標医指数の設定についてということで、資料2をごらんください。

まず1つ目、医師確保計画策定ガイドラインにおける考え方ということで、こちらは地対協第2回で説明した内容でございますが、下の表、暫定版から内示版の偏在指標に数字が変わってございますが、まず国から与えられる目標医師数は県全体で示されて、その上で医師少数区域ごとに目標医師数が示されることになってございます。この表でいいますと、三次医療圏ということで、本県は811人、この計画で追加で確保が必要であるという数字が示されております。

一方で、二次医療圏を見ていただきますと、医師少数区域につきましては、取手・竜ヶ崎の1.7から日立の87まで、合計すると307.8になります。県全体で811人増やすということと、この内数として、県内の少数区域で307.8人の医師を増やす。これが国から与えられる目標医指数でございます。この811と307.8の差分、503.2人でございますが、こちらについては、国のガイドラインの中では、区域の多数、少数にかかわらず、県が独自に医療圏に配分するということが示されております。

当初、こういった形で、つくば、水戸、土浦も含めて、こういった形の目標医指数を設定するかということで検討してきたところでございますが、今回お示しさせていただいたしましては、めくっていただきまして、2ページでございます。

本計画でどのように設定するかというところでございますが、厚生労働省が算定する目標はあくまで国、都道府県、二次医療圏における医師の需給の観点からの量的な指標でございます。医療機関の分類、つまり病院、診療所、医育機関等、あるいは疾病・事業、診療科ごとには示されていないところでございます。

一方、本県の医師確保計画においては、先ほど説明させていただいたように、医療提供体制の充実と医師の養成、キャリア形成を重点化の視点としていただいております。医師確保はこれに資するものであることが重要であるところでございます。

しかしながら、現時点において、これに要する医師数を二次医療圏ごとに合理的に算出することは困難であると考えておまして、これにつきましては、来年度以降実施する地対強の医師配置調整のスキームの中で、個別・具体的に病院から示されたものを検討していくこととなると考えております。

このため、一番下の丸でございますが、本県の医師確保計画では、厚生労働省が算出する県全体の目標医師数及び医師少数区域の目標医師数のみを設定することとしてはどうかとお示しさせていただいております。つまりは、機械的な配分などは行わないということで考えております。

参考といたしまして、下に現在の足元の医師数、標準化医師数がございます。これに、昨年度、県が実施いたしました政策医療機関の求人医師数との関係をまとめてみました。これで見ますと、標準化医師数、現在いる医師数に政策医療の求人医師数を全部足してみると、県全体では5,937.4人ということになってございますが、この政策医療の求人医師数を全て満たした上で、表の一番右でございますが、さらに154.6人の確保が必要ということが、これはあくまで規模感ですが、こういう形になっております。

さらには、これは多数、少数全ての区域が政策医療機関の医師を満した上で、さらに右

下、少数区域の中でも、古河・板東、筑西・下妻、常陸太田・ひたちなか、日立につきましては、太字にあるような医師の確保が必要になってくる。そういった形のあくまで規模感でございますが、参考としてはこういった関係になります。

続きまして、でございます。筑波大学附属病院に対する地域医療支援に関する調査結果でございます、資料3をごらんください。

こちらにつきましては、前回の地対協でご了承いただきました医師配置調整スキームなどを進めていくに当たっては、今後、筑波大学との連携・強化を図る必要がございます。このため、地対協会長から筑波大学、原先生から原先生ということになるのですが、地域医療支援に関する考え方等の調査を依頼させていただきました。これにつきましては、今後、参考にしていくという資料でございますが、これについて概要を説明させていただきます。

1枚めくっていただきますと、2ページ目でございますが、まず、筑波大学の中で、県地域医療支援センターのスタッフが各診療科の担当医師を訪問して意見聴取を行ったものでございます。

調査対象につきましては、5疾病5事業及び在宅医療に関連する診療科で、こちらに記載しているとおりでございます。

調査項目といたしましては、結果のところからご説明しますが、まず、地域医療支援の現状でございますが、各地域において中核となる病院の関連施設に複数名で配置している診療科や、医師不足地域の医療機関には非常勤や外勤で派遣している診療科が多かった。

2 医師不足地域への支援に対する今後の要望でございますが、派遣する病院の重点化または現在配置している病院をより充足させ、体制を強化することにより、周辺地域の患者も困ることのないようにしたいと考えている診療科が多かった。

また、人数が充足すれば、医師不足地域にも派遣していきたいが、短期的には難しいという意見も多かったというところでございます。

3ページ目でございますが、医師を配置(派遣)する際に基準となることにつきましては、福利厚生は、自宅から通える、子育て等でございますが、勤務環境の面を重視している診療科が多かったということでございます。

4 地域医療支援のために必要だと思われることにつきましては、人員の充足や勤務環境・福利厚生の充実が必要だと考えている診療科が多かったということでございます。

5 県に対する意見・要望につきましては、本日後ほどご説明いたしますが、医師不足地域の取扱いや病院の再編統合についての意見が多かったところでございます。

個別に聞き取った内容につきましては、4ページ以降にまとめていただいておりますので、こちらについては後ほどご確認いただければと思います。

8ページでございますが、昨年度、筑波大学で取りまとめたいただいた資料でございます、診療科別・二次医療圏別の筑波大学附属病院における医師派遣一覧ということで、細かく診療科ごとにまとめていただいたものでございます。下のほうを見ていただきますと、合計が出ていますとおり、つくば、土浦、水戸、取手・竜ヶ崎という形で県南に派遣医師が寄っているという形になるかと思えます。

資料3につきましては、参考という形でご説明させていただきました。

医師確保計画の策定について、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。

資料3について、最後の資料なのですが、ご説明がありましたように、私の名前で私に調査依頼という形で、これは現在の診療科の意見ということで、いろいろありますが、大まかなところは、特に外科系は、専攻医を育てられるような環境・設備・施設が揃わないとなかなか派遣できないというのが実態かなと思います。

今後なのですが、まずは現時点での各診療科の考え方ということで、来年4月に知事が本院に来ていただいて、地域医療に対する考え方をご説明していただいた上で、各医療系の医師派遣につきましては、これまで医局単位でやっていたような形ではございましたが、今後は、病院の中に地域医療調整委員会がございまして、これは本来は各教育ステーションに関する人事をやっていたのですが、各地域の医療の配分というあたりも全て含んだ形で、時には全診療科長も含めて進めていこうかなと考えてございますので、このアンケートが今後ずっと続く、あるいはそれが全てをあらわしているということではないことは、1点、付け加えさせていただければいいかなと思います。

以上につきまして、 から までご説明していただきました。これらにつきまして、何かご意見、ご追加等ございますでしょうか。よろしいですか。

時間が限られておりますので、皆様、何か付け加えること、あるいはお気づきの点がございましたら、これは最後でしたか。

事務局

事務局から申し上げるのが漏れてしまったのですが、一番最後の資料に添付させていただいています、この計画に係る意見表ということで、1枚付けさせていただきます。様式はこれに限らず、担当の私宛てにご提出いただければと考えております。一応、期限は18日ということで区切らせていただきますが、なるべく具体的なご意見をいただくと非常に助かりますので、ご意見等をこちらに寄せていただければと思います。

原会長

ピンクのキャリア形成プログラムの資料の次に、茨城県医師確保計画(素案)に係る意見表がございますので、そこにメールアドレスも書いてございますので、ご意見がある場合には、ぜひとも12月18日までにお寄せいただければと思います。

ということで、現時点ではここまでのご報告ということにさせていただければと思います。ありがとうございました。

次に、議題(2)でございます。本県の医師修学資金貸与制度における医師不足地域の取扱いについて、これは資料4です。ご説明をお願いします。

事務局

医療人材課の菊池と申します。よろしく願いいたします。

資料4、本県の医師修学資金貸与制度における医師不足地域の取扱いについて(案)をごらんください。

医師不足地域の取扱いにつきましては、6月に開催された第2回協議会で方向性についてはご了承いただいたところでございますが、国の見解と医師偏在指標が内示という形で示されましたので、改めて協議会にお諮りするものでございます。

1番、厚生労働省の見解でございますが、ポイントは3つでございます。

1つ目、「医師の確保を特に図るべき区域“等”」の医療機関における就業期間を4年間以上とするなど、当該地域等における医師の確保を十分に図ること。

2つ目、「医師の確保を特に図るべき区域」とは、都道府県が医療計画に定めた医師少数区域及び医師少数スポットを指すものであるが、それ以外の区域であっても、“等”の部分により、都道府県の実情に応じた取扱いが可能ということが示されております。

資料中ほどのイメージ図をごらんいただきたいのですが、国の見解では、医師偏在指標をもとに設定される医師少数区域、医師少数スポットを医師の確保を特に図るべき区域というふうに整理してありまして、“等”の部分に当たるところでございますが、その他の区域ということで、各県の実情に応じた設定が可能ということになっております。

3つ目、今後、医師偏在指標を3年ごとに見直すということで、医師少数区域が変更となる可能性があるということでございますので、義務年限、初期研修開始時の医師少数区域を適用すること。

こちらの3つが国の正式な見解という形になっております。

2番、本県における対応(案)でございますが、国の見解とか本県の現状を踏まえまして、医師不足地域については、以下のとおりとさせていただきたいということでございます。

なお書きの部分については、後ほどご説明させていただきます。

太枠囲みのところを見ていただきたいのですが、医師不足地域の取扱いということで、原則、臨床研修開始時の医師確保計画に定める医師少数区域と一致をさせる。ただし、令和元年度以前入学者、もう既に入学している方ですが、そちらについては、入学時点で医師不足地域としていた地域については、こちらはまだ仮称なのですが、「修学生医師を優先的に派遣すべき地域」ということで位置づけまして、医師不足地域での義務履行期間に算入したい。要は経過措置を設けたいということでございます。

下の表にまとめておりますが、令和元年度以前の入学者については、臨床研修開始時の医師少数区域と、入学時点で医師不足地域としていた地域を医師不足地域での義務履行期間に算入できる地域というふうに取り扱いたいということで、要は、今回の内示版によりまして、取手・竜ヶ崎医療圏が医師少数区域になりまして、入学時点で医師不足地域ということで、水戸医療圏についても、令和元年度以前の入学者については義務履行に算入できる地域というように取扱いたいということでございます。

令和2年度以降に入学してくる学生については、国の原則どおり、臨床研修開始時の医師確保計画に定める医師少数区域を適用したいと考えております。

のところになりますが、現在、義務履行中の修学生医師に対しましては、もう既に臨床研修中とか臨床研修を終了しているということもございまして、今年度、新たに策定予定の医師確保計画に定める医師少数区域を適用させたいと考えてございます。

おめくりいただきまして、参考のところにも第7次医師確保計画における現時点での見込みということで書かせていただいておりますが、右の見込みのところ、取手・竜ヶ崎医療圏が医師少数区域ということで入る見込みとなっております。

主な改正の理由でございます。

1つ目、改正医療法の趣旨とか国の見解と概ね整合がとれているということ。

2つ目が、令和元年度以前の入学者に対しては、入学以前に一貫して現行の医師不足地域におけるキャリア形成について説明をしているということでございますので、この原則を厳格に適用してしまうと、納得感の低下により、制度離脱者が相次いでしまうおそれがあるということでございます。

3つ目、医師少数区域に所在する医療機関において、水戸医療圏に所在する医療機関の持つ教育機能を代替するには、ある程度の時間を要すると考えられること。

この3つが改正の理由でございます。

参考資料として、ホチキスどめの資料を見ていただきたいのですが、茨城県の医師修学資金制度における医師不足地域の取扱いについてということで、こちらの資料には、国の見解とか、他県へのアンケート結果、本県の状況を詳細にまとめております。

1ページの医師偏在指標と、おめくりいただいて、2ページ、3ページの国の見解につきましては、先ほどご説明したとおりですので、説明は割愛させていただきます。

4ページと5ページをごらんいただければと思います。

修学資金制度の医師不足地域につきまして、全都道府県に対してアンケートを行った結果をまとめております。

調査結果のまとめでございますが、都道府県によって、茨城県もそうでございますが、複数の修学資金制度を設けている都道府県がございますので、全部で71の修学資金制度についての調査結果をまとめております。

Q1としまして、医師修学資金の返還免除要件としまして、各都道府県で独自の医師不足地域での就業義務を定めているかという質問に対しては、定めているが53ということで、74.6%が定めているという回答をいただきました。

Q2としまして、定めている医師不足地域が医師偏在指標上の医師少数区域と一致しているかという質問に対しまして、一致していないが47で88.7%、ほとんどが一致していないという回答をいただいております。

Q3としまして、医師不足地域を見直す予定はあるかという質問をさせていただいたところ、あるが8、ないが17、検討中が22という形で、回答自体はばらばらな感じなのですが、例えば、見直す予定があるというところでございますが、2つ目の「・」で、医師少数区域並びに地域医療の確保及び修学生医師のキャリア形成支援の観点から、医師の派遣が必要と認められる医療圏を医師の確保を特に図るべき区域等として整理をする予定とか、もう既に見直しをしているというところで、県で定めていた医師不足地域と同じ区域を特に医師の確保を図るべき区域等として再定義をしましたといったような具体的な回答をいただいております。

見直さない理由の主な部分としては、先ほどもご説明しましたが、“等”の部分で弾力的な運用が可能になっていること、または、医師偏在指標自体が地理的条件を考慮していなくて、実情を正確に反映したものではないと考えているといったような回答が見られました。

資料をおめくりいただきまして、6ページと7ページをごらんいただければと思います。

こちらは本県の初期研修についてまとめております。

1番は、現在の基幹施設ということで、表になりますが、医療圏別に基幹施設数、全体の定員、マッチ者数、修学生の採用枠の上限、修学生のマッチ者数をまとめてございます。

その下、 のところに書いておりますが、現行は、医師不足地域における修学生の採用枠の上限が全部で 44 あるのですが、これを医師少数区域と完全に一致させた場合、現行では 29 になってしまうということで、大幅に減少する見込みとなっております。

水戸医療圏と取手・竜ヶ崎医療圏を比較した場合でございますが、基幹施設数自体は同じなのですが、定員数、マッチ者数ともに当然水戸医療圏のほうが多いという状況で、こちらの見直しを行った場合には、医師少数区域の修学生採用枠をさらに増やしていく必要があるものと考えております。

7 ページになりますが、初期研修のローテーションにおきまして、医師不足地域を見直した場合、機械的なシミュレーションを実施してみました。表の数字自体は週数を書かせていただいているのですが、2 年間ということで、合計で 104 週と書いております。この表の見方ですが、表の中ほどにある暫定版で が 1 つになっている部分については、最大限医師不足地域に勤務した場合という形になっております。暫定版で が 2 つついておりますところが医師不足地域の勤務を最小限とした場合ということで、最大と最小で比較をしている形になっておりまして、網掛けの部分については、修学生が医師は不足地域に全く勤務できないおそれがあるプログラムを示しております。当然、医師不足地域の見直しを行った場合には、各基幹型臨床研修病院と修学生の義務履行を考慮したローテーション先の変更等について協議をしていく必要があるものと考えております。

おめくりいただきまして、次は専門研修についてまとめております。

8 ページ、9 ページをごらんください。

こちらは本県の専門研修についてまとめております。

8 ページが地域枠、9 ページが一般修学資金になっているのですが、ピンクの冊子のキャリア形成プログラムの内容をまとめたものになっておりまして、診療科及び医療圏ごとに延べの基幹施設数とか延べの連携施設数を記載しております。見ていただくとわかるのですが、水戸医療圏の延べ連携施設数については、合計で 139 という現状で、取手・竜ヶ崎医療圏については合計で 49 という形で、連携施設数自体も、単純に数の比較ということではないのですが、比較させていただくと、それだけでもかなりの違いがあるという状況でございます。

網掛けしている部分につきましては、取手・竜ヶ崎医療圏において、その診療科の連携施設がないということを示しているところでございます。下の一般修学資金につきましても同様の傾向という形になっております。

おめくりいただきまして、10 ページと 11 ページでございます。

先ほどの初期研修同様に、キャリア形成プログラムにおいても、医師不足地域を見直した場合の機械的なシミュレーションを実施しております。

中ほどの表は地域枠の外科プログラムの一部を記載しているのですが、先ほどと同じで、暫定版の 1 は最大限の医師不足地域に行った場合、暫定版の が 2 つついているのが、医師不足地域の勤務が最小限の場合を記載させていただいております。

網掛けの部分につきましては、修学資金制度上の返還免除要件を満たさないおそれがあるプログラムという形で、当然、猶予などを使えば専門医の資格などは取れるのですが、猶予を活用しない場合において、機械的にシミュレーションした場合には、例えば、筑波大学附属病院の小児外科については、連携施設が水戸にあるということがございますので、現状に

においてはそちらには行けないという形になります。事務局がこちらを外科だけではなく全ての診療科のシミュレーションをいたしまして、ほかにも複数このプログラムが存在することを確認したところでございます。

最後のまとめになりますが、先ほどご説明させていただきましたとおり、医師少数区域に所在する医療機関におきまして、水戸医療圏に所在する医療機関の持つ教育機能を代替するにはある程度の時間がかかると考えております。

そういったことから、少なくとも令和元年度以前の入学者に対しましては、経過措置を設けさせていただきまして、今度入学してくる修学生のキャリア形成支援に対する構築に向けまして、各医療機関とかプログラム責任者の先生方と協議をしまいたいと事務局としては考えている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。

令和元年度以前の入学者については、これを免除して、これから入学試験が始まる子たちですが、これに対しましては、医師少数区域の見直し案どおりの配置をする。4.5年分ですが、今までもこういうお話になっていたと思いますが、お話の中にあまり出なかったですが、一番は契約ですね。入学時の説明が令和元年度以前の入学者についてはなされていなかった。水戸を含んだ形で説明がされていたということと、もう一つは、知事のお計らいもあって、途中で延期することは認めていいのではないかとのご意向を賜っているということもあって、そうでない場合には義務年限を少し先送りにするというような形もとれる。

それから、もう1点は、一番最初にお話ししましたとおり、専攻医を養成するような施設をこれから作っていかねばいけません。それは地域医療のあり方にも直接結びつきますが、これから作っていかねばいけないということを見ると、令和元年度以前の入学者についてはリスクが高すぎるということで、今のようになっているのだろうと私は理解しております。

これにつきまして、何かご意見等ございますでしょうか。よろしいですか。

どうぞ。

酒井委員代理(渡部)

自分は土浦医療圏ですから、きょうは代理なのに発言して申し訳ないのですが、土浦が医師多数ではなくて中間にあるのでしたら、土浦を医師不足地域のほうに繰り入れて、それで教育機能を確保することは。

原会長

事務局、案がありますか。

事務局

基本的には、国の考え方、当初の考え方も踏まえつつということでこういう案を考えたところなので、この場でそういう意見が多数を占めてということであれば、もちろん、そういうこともあり得ると思います。我々としては、今は、ベースのところは変えずに、国の医師多数、医師少数とそれ以外のところは変えずに、ただ、それを経過措置という形で柔軟化するという方向を考えているところでございます。

原会長

つまり、ここの案件で変わったところは、水戸が医師少数区域ではなくなったという1点ですよね。取手・竜ヶ崎医療圏の件はありますが、その医師少数区域で少なくとも4.5年は働かなければいけないということを最初のスタートのときに仕組みとして作っていたので、どちらでもないというところには全く考えていなかったというのが今までの現状だろうと思います。

だから、逆に言うと、結論的には、少数区域でも多数区域でもないところを少数区域にするかという先生のご提案になると思うのです。

酒井委員代理(渡部)

今まで多数区域だったのですが、多数であったために中間に落ちたという現状があるということなのですが。

原会長

中間という考え方が仕組みのところではなくて、医師少数区域に対して4.5年があるというのが仕組みだったので、僕自身はこれに必ずしも賛成しているわけではないのですが、最終的に10年後に医者がどれだけ残ってくれるかということがこの仕組みの一番の決め手だと思うので、先生おっしゃるような意見もわかるのですが、今までのここの成り立ちと経緯を考えると、医師少数区域に対する取り決めというあたりしか決められないのではないかとこの気はするのですが。

そういうようなご意見もございしますが、それに賛成ですという方がいらっしゃれば、ご意見も賜りたいと思いますが、よろしいですか。

須磨崎委員

これの根本的な考え方は、地域の医師の数を均てん化することなのですが、茨城県で最も大切なことは、医師養成を全県挙げてどうやって支援するかということが長期的には重要なことではないかと思うので、そういった意味では、今、例えば、教育機能を急速によくすることになると、病院は規模を大きくするとか、医師を増やすとか、そういったことだと思うので、教育機能を移すと今おっしゃったことが、具体的にどういうことを考えているのかということを反映しないと医師養成につながらないと思うのです。だから、茨城県の場合は、特に現状の医師不足ということももちろん重要なのですが、長期的に医師を養成するのにこういった体制がいいのかという視点から考えていただくことが重要ではないかと思いました。

以上です。

原会長

おっしゃるとおりだと思うのです。

それでは、資料4の案件につきましては、これでお認めいただいたということに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、次に移りたいと思います。

議題(3)初期臨床研修医のマッチングについてでございます。これも事務局からお願いいたします。

事務局

資料5 - 1 ,そして資料5 - 2 を使いましてご説明いたします。

まず,資料5 - 1 で,今年度の研修医マッチング結果についてご説明いたします。

一番左の病院名のすぐ右隣,令和元年募集の列を見ていただきたいと思います。

合計のところでございますが,募集定員 225 名に対しまして,マッチングは 166 名でございました。フルマッチした病院が 10 病院ございまして,昨年度は 5 病院でしたので,フルマッチの病院が 5 つ増えているといった状況でございます。

一番右の列の増減を見ていただきますと,募集定員,マッチングとの合計の欄ですが,それぞれ 3 減という状況でございました。そして,病院ごとに増減数を書かせていただいておりますが,筑波大学のマッチング数がマイナス 19 ということで,減少が多かったという結果になっております。

おめくりいただきまして,2 ページでございます。

こちらは修学生のマッチングの結果について,内訳を整理したものでございます。

一番下の合計欄を見ていただきますと,先ほど申し上げましたとおり,全体で募集定員 225 のうち,マッチ者数は 166,そのうち,一般の学生さんが 123 名,そして,修学生は,一般修学生が 10 名,地域枠が 33 名,合計 43 名という形になってございまして,各病院ごとの内訳は記載のとおりとなっております。

続いて,3 ページ目でございます。

こちらは過去 10 年にわたりまして修学生のマッチングの実績を整理した表となっております。網掛けの部分は,現在といえますが,これまでの医師不足地域外の部分について網掛けをさせていただきます。

これを見ますと,修学生のマッチングにつきましては,医師不足地域の病院に,より多くマッチしている傾向が見られるところでございます。

先ほどの議題で,医師不足地域の取扱いについて,委員の先生方からご了承いただきましたので,今,網掛けになっております取手・竜ヶ崎の 5 つの病院が今度は医師不足地域の病院という取扱いになることから,取手・竜ヶ崎の病院にマッチしていくという傾向が今後出てくるかと予想されております。

下に小さく参考といたしまして,今後,修学生が出てくる卒業見込み数を整理させていただきました。現在の 6 年生が令和 2 年 3 月に卒業してまいりまして,こちらが 44 名でございまして,今後 5 年程度は 50 名前後で推移していきますが,現在の 1 年生,令和 7 年 3 月に卒業する方につきましては,一気に 67 名ということで増加をする予想となっております。

これは結果のご報告でございます。

次に,資料5 - 2 といたしまして,本日,こちらを先生方にお諮りしたいと考えております。

令和 2 年度の修学生マッチング方法(案)についてでございます。

こちらは,先月の 27 日に開催いたしました医師臨床研修連絡協議会,これは地域医療対策協議会のワーキングと位置づけておりまして,その協議会の中で案として取りまとめたものでございまして,本日,地域医療対策協議会の先生方にお諮りするものでございます。

マッチング方法といたしまして,中心の大きな黒い矢印の下でございまして,来年度の修

学生マッチング方法につきまして、1つ目として、事前調整を実施したいと考えてございます。

2つ目といたしまして、修学生の採用配分枠を設定したいと考えておりまして、設定の仕方については、今年度の方法と同様としたいと考えております。つまり、今年度行いました修学生マッチング方法と大きな変わりはなく、同様に来年度も行いたいということでございます。

具体的には、資料の上半分の令和元年度と四角囲みしたところでございますが、1つ目のばちでございます。まず、各臨床研修病院の修学生の採用枠につきまして、各病院に上限を設定していただきます。

この上限というのは、2つ目の「・」ですが、各病院の希望した数ということにさせていただきます。

そして、この病院の採用枠の合計をした数がマッチング対象修学生の人数に満たない場合は調整を行うということにしたいと考えております。

その下、矢印のところですが、実際に上限を設定した後、修学生の面接等を行いまして、面接結果を踏まえて、実際に採用したい人数を各病院で決めていただきます。

その次の矢印、もしアンマッチになった修学生がいる場合には、上限と実際にマッチした修学生にまだ空きのある病院からアンマッチした学生がもう一度受けるという形にさせていただきますたいと考えております。

おめくりいただきまして、2ページでございます。

こちらは、修学生のマッチングに関しまして、来年度、何人を希望するかという上限数を各臨床研修病院に既にお伺いしたものでございまして、表でいきますと一番右側の列、R2希望修学生採用枠(上限)というところになっております。

一番下の合計を見ていただきますと、85という数字が出ておりまして、来年度のマッチング対象の修学生は46名でございますので、十分な枠を用意してあるという形になります。

85の2つ上の欄ですが、45という数字が入ってございますが、これは先ほどご了承いただきました案ではなく、取手・竜ヶ崎が外れた状態で医師不足地域の枠が幾つあるかという表示になってございまして、現時点で修学生46に対して45、ただし、取手・竜ヶ崎の5つの病院が医師不足地域とみなされて、入りますので、合計プラス12ということで、46人の修学生に対して、医師不足地域で受け入れられる上限は57ということで、十分な枠が設定されているという状況になります。

3ページ目につきましては、全体の修学生マッチング事前調整に関するスケジュールをお示ししてございます。一番上、R元年12月とございますが、これは本日のこととございまして、このマッチング方法について、本日の地域医療対策協議会で決定いただきましたら、年が明けてから修学生等に通知を行い、事前調整等を行っていきたいと考えております。

ご説明は、以上でございます。

原会長

ありがとうございました。

ここでご審議いただきたいのは、資料5-2がいろいろかどうかということですが、その前に、資料5-1で、筑波大学のマッチングが非常に少なかったこと、この場をかりてお詫び申し

上げます。では、筑波大学以外に移ったのかということではなくて、県内のマッチング数は、筑波大学のマッチング数と同様、減っているということなのです。現時点で考えられる一番の原因は専攻医のシーリングだと思えます。だから、国がやっているシーリングは必ずしも地方のためにはなっていないということが如実にあらわれた結果だろうと思えますので、これに対しては、来年以降、何かしらの対抗手段を考えていかないとこのままの傾向は続くのではないかという気がします。

そのことも含めて、資料5 - 1、資料5 - 2に関しまして、何かご意見ございますでしょうか。

資料5 - 2につきましては、ほぼ例年どおりですよ。僕は知らなくて、マッチングをあらかじめ調査するというのは違法行為ではないかとちょっと思っていたりしたのですが、決してそんなことはなくて、これは厚生労働省も認めていることだそうです。ですから、これはあらかじめやっていただくのが一番いいかなと僕自身は思っておりますが、例年どおり、これをやっていってよいかということはこの会の決議事項でございますので、よろしいでしょうか。

ありがとうございました。

前段の私の言い訳に対して、何か文句ございませんか。尽力はしているつもりでございます。大変失礼しました。来年、頑張りたいと思えます。

それでは、議題(4)臨床研修制度の改正による協議等についてでございます。よろしくお願ひします。

事務局

資料6 - 1から資料6 - 3まで使いましてご説明をさせていただきます。

まず、資料6 - 1、臨床研修制度に係る地域医療対策協議会における協議事項と今後のスケジュールということで、まずご説明させていただきます。

臨床研修制度に関しましては、1の概要のところでございますが、医療法及び医師法の一部を改正する法律に基づきまして、医師臨床研修制度に関する一部権限が厚生労働省から県に移譲されました。

また、臨床研修につきましては、地域医療対策協議会を開催して関係者が協議する場とされております。

なお、先ほど医師臨床研修連絡協議会のことを申し上げましたが、この地域医療対策協議会のワーキングと位置づけてございますので、地域医療対策協議会の協議をしていただく場合には、先立ちまして医師臨床研修連絡協議会において協議を行いたいと考えてございます。

大きな2番ですが、実際にどんなことを協議するかと申しますと、そこに書きました(1)から(5)の項目についてということになります。こちらにつきましては、その協議のタイミングにおいて地域医療対策協議会にお諮りいたしますので、本日はごらんおきいただきたいと思えます。

本日お諮りしたいと考えておりますのは、(1)研修医の募集定員の設定、その方法について地域医療対策協議会にお諮りしたいと考えてございます。

3にスケジュールをまとめさせていただきました。四角囲みの表のR元年12月に研修医の募集定員の設定方法を本日協議いただきたいというスケジュールを書かせていただいております。

ります。

続きまして、資料6 - 2でございます。こちらは実際にお諮りしたい事項でございます。

令和2年度募集(令和3年度採用)の研修医の募集定員設定に係る方法についてでございます。

こちらにつきましても、先月27日に開催いたしました医師臨床研修連絡協議会で案としてまとめさせていただいたものを、本日、お諮りいたします。

1番の概要につきましては、先ほどご説明いたしましたので、割愛いたしまして、2番の募集定員の設定方法案でございます。

下線を引かせていただきました、従来厚生局において採用していた算定方法を用いて同様に設定をしたいと考えてございます。

理由といたしましては、四角囲みの参考に書かせていただきました医師法に規定する臨床研修に関する省令の施行の中で、国において採用していた算定方法を参酌の上定めることとされていたことから、この案をお示ししているものでございます。

募集定員をどのように設定したかというところを少し説明いたしますと、これまで3段階で実際に設定をしておりました。

まず、1つ目の段階といたしまして、県全体の定員が国から示されます。これは今年度についても変わらず、12月に提示される予定でございます。

その次、2番目といたしまして、病院ごとの定員をこれまでは国が定めて県に連絡いただいていたのですが、こちらの部分は医療法等の改正によって県が算定をするということになりました。

そして、3段階目につきましては、国が定めた1段階目、全体の定員と病院ごとの定員の差分が出た場合には、県の調整枠といたしまして、これまで医師臨床研修連絡協議会の中で配分していたものでございます。

この3段階で決定していたものにつきまして、本日、お諮りしたいと考えてございます。

おめくりいただきまして、2ページ目に具体的な方法を書かせていただいております。

(1)に書きましたのが、今ご説明いたしました2段階目の部分でございます。従来、厚生局がやっていたものを県でやるということになっているものでございます。こちらについては、機械的な計算方法でございますので、詳しい説明は割愛させていただきます、国がやっていたものを県がこれに沿って同様にやるという案でございます。

そして、その下、(2)でございます。県による調整枠の配分ということで、こちらも、例年、医師臨床研修連絡協議会で協議の上行っていた方法についても変えずに、来年度も実施したいと考えております。

1ページにお戻りいただきまして、3番、募集定員設定のスケジュールでございますが、本日、この方法についてこの協議会で決定いただきますと、12月中に厚生労働省から県全体の募集定員の提示があると思いますので、事務局が機械的な計算を行い、3月の医師臨床研修連絡協議会総会に提出した後、また地域医療対策協議会にお諮りしたいと考えてございます。

最終決定は4月となりまして、県から各病院に通知する予定でございます。

資料6 - 3につきましては、参考資料として、後ほどごらんおきいただきたいと思っております。

臨床研修に係る権限についての解説になってございます。

3 ページ目からは、新たな制度についてご説明する資料となっております。こちらにつきましては、申請等がありましたら、適宜、地域医療対策協議会にお諮りをするときにご説明させていただきますので、参考にごらんおきいただければと思います。

ご説明は、以上でございます。

原会長

ありがとうございました。

本筋としては、国から県に権限が移譲されたということと、それから、重要な点は、これはマッチングのことですので、先ほど申し上げましたように、令和2年度入試で入ってきた子たちからは、これは本当に地域のことを考えていかなければいけないわけですが、来年度、再来年度につきましては、これまでどおりという体制でいけるのではないかと考えてございます。

今のスケジュール等々ご説明がございましたが、これにつきまして、何かご意見ございませんでしょうか。

当然、マッチングについても、令和2年度の入学生からは、臨床研修指導医の体制とか、各科の状況とか、施設設備等々も勘案に入れた上で考えていかなければいけないので、なかなか大がかりなことになってくるかなと思いますが、そこまではこれまでどおりの案でよろしいのかなと思いますが、よろしいでしょうか。

酒井委員代理(渡部)

昨日、厚労省と電話で話したのですが、県に移譲されるということで、毎年、4月末までにプログラム変更があって、それ以降はできなかつたのですが、そこは同じですか。県内なので、例えば、地域医療研修とか外来研修とか、また、_____とかあるのですが、そういうのはやはり4月30日が期日でしょうか。

事務局

詳しい引き継ぎがまだでして、詳しいことはわからないのですが、現在、国が示している資料を見ますと、プログラムの申請については4月30日ということで決まっているようでございます。

原会長

その辺、またわかったら情報をください。

事務局

引き継ぎ等ございましたら、適宜、情報提供させていただきます。

原会長

そのほかご意見ございませんでしょうか。よろしいですか。

では、これはお認めするというので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(5)自治医科大学卒業医師向けキャリア形成プログラムについてでございます。資料7でご説明願います。

事務局

資料7でございます。

茨城県自治医科大学卒業医師向けキャリア形成プログラム(案)でございまして、本日、お諮りしたいと考えてございます。

8月の第3回地域医療対策協議会には、地域枠等の修学生医師向けのキャリア形成プログラムについてお諮りいたしまして、ご了承いただき、本日、それを冊子としてお配りしているところでございます、その自治医科大学卒業医師向けのバージョンになります。

1枚おめくりいただきまして、1ページでございます。

こちらは自治医科大学卒業医師がどのようなキャリア形成の義務を負っているかをご説明する内容になっております。

1番の自治医科大学卒業医師の勤務についてでございますが、地域枠等との大きな違いは、自治医科大学の卒業医師は県職員として採用されて、県立中央病院で初期研修を7年、残りの7年をへき地医療拠点病院など指定公立病院で勤務いただくということになっているところでございます。

2番の修学資金の貸与制度の表に、指定する公立病院、それから、へき地等の指定公立病院はどなたところがあるかということを整理させていただいております。全体としては、公的な病院で勤務いただくことになってございます。

1枚おめくりいただきまして、2ページでございます。

そのような中、平成30年度から新専門医制度等が始まりまして、そもそも後期研修制度を設けていたのですが、今年度はこちらを大幅に改正いたしました。自治医科大学卒業の先生方でも専門研修プログラムに登録できることにさせていただいております、(1)にありますとおり、本人の意向により、初期研修終了後に2年を超えない範囲で後期研修を実施することができる。この2年を超えない範囲というのは、もともと定められていた公的病院以外で勤務をすることができる期間になってございまして、(2)県内の医療機関で勤務する場合は義務内、県外に行かれる場合は義務外ということで整理をさせていただいております。

(4)ですが、後期研修を行うことが可能な医療機関ということで、公的医療機関、それから大学病院等も範囲に入っておりますので、これによりまして、例えば筑波大学の専門研修プロジェクト等に登録することが可能という形になってございます。

4番、5番は飛ばしまして、6番ですが、義務明け後の進路といたしまして、義務年限終了後も、へき地医療拠点病院等に勤務いただける場合には県職員として引き続き勤務することができるようになってございまして、実際にそういった先生もいらっしゃいます。

3ページ以降でございますが、自治医科大学卒の先生方が実際に登録される可能性が高い、あるいは、平成30年度以降、実際に登録したプログラムについて、モデルプログラムとしてお示ししてございます。総合診療、内科、外科、小児科、泌尿器科で、まだ範囲がちょっと少ないのですが、自治医科大学卒の先生方につきましては、毎年、面談をしておりますし、在学生からも将来のキャリアについて希望等を聞く機会がございますので、ここに記載のモデルプログラム以外の診療科等で希望が出てきた場合には、登録が可能な診療領域や基幹施設のプログラム責任者と調整した上で、このモデルプログラムについても充実させていただく予定でございます。

ご説明は、以上でございます。

原会長

ありがとうございました。

これはかなりな変革だと思います。僕は前から申し上げているように、新潟大学がなぜ自治医大に戻る学生がゼロである一番の根拠は、大学病院に入局して、大学病院の人事の中で県内で動くということで、要するに、その学問体系の師匠がその大学にいるということが一番強い根拠であると今まで言われていたわけで、今後はそれに近いような形がやろうと思えばできるという制度設計になっているかなと思います。

1点、お聞きしたいのですが、今、気づいたのですが、これは県職員になるわけですね。その人が大学病院に勤めるときはどういうことになるのですか。

事務局

身分としては、県職員の身分を持ったまま勤務するという、義務内は県職員の身分を持っているという状態です。

原会長

そういうのを、例えば附属病院に勤められた場合には、何らかの身分制度を作らなければいけない。今はそういうものはないですね。

事務局

今も実際に筑波大学の附属病院に勤務いただいている義務内の先生がいらっしゃるのですが、県職員としての身分で勤務いただいています。

原会長

これにつきまして、何かご意見、ご質問ございますでしょうか。よろしいでしょうか。もう少し激しい反対意見があったら、よろしいですか。

どうもありがとうございました。

それでは、これも今回の決議事項でございますので、自治医科大学卒業医師向けキャリア形成プログラムをこれでお認めしたということでよろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

こちらで用意した議題は以上ですが、事務方で何かありますか。よろしいですか。

事務局にマイクをお渡しします。

司会

原先生、どうもありがとうございました。

最後に、一つだけ確認でございます。

資料1 - 3、そして資料2につきましては、先ほどご説明したとおり、回収をさせていただきたいと思っておりますので、そのまま机の上に置いた状態でお帰りいただければと思います。

原会長

いつまでそうなるかわかりませんが、暫定版でございますので、本物が出るかどうか非常に不安ではございますが、暫定版でございますので、机上に置いていただきたいと思います。よろしく願います。

司会

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いたします。

お忙しいところご出席を賜り、ありがとうございました。

令和元年度第5回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和2年1月15日(水)14時～15時

場 所：茨城県薬剤師会館 大会議室

司会(小野補佐)

定刻となりましたので、ただいまから、令和元年度第5回茨城県地域医療対策協議会を開催いたします。

まず、今回、初めて出席される委員を紹介させていただきます。

本年1月より、土浦協同病院なめがた地域医療センター院長に就任されました、清水委員です。

また、東京医科歯科大学附属病院の大川委員、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、県立中央病院の吉川委員、西部メディカルセンターの梶井委員、県市長会長の山口委員におかれましては、本日ご欠席となっております。

それから、名簿上では欠席とはなってございませんが、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く予定となっておりました副委員長長の堀米先生、それから、県医師会の青木委員につきましては、急遽ご欠席ということでご連絡をいただいております。ご報告いたします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

お手元に資料は2種類お配りしております。次第や席次表のほかに、資料1として、左上ホチキスどめのもの、それから、資料2として、クリップどめの計画(案)の本文、分厚いものが机の上に配布してございます。

漏れ等ございませんでしょうか。もしございましたら、会議の途中でも挙手をお願いいたします。

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、原会長をお願いいたします。

原会長

それでは、令和元年度第5回の地対協を始めたいと思います。

本日は、議題、その他も含めまして2つしかございません。実質上、一つでございますので、おそらく1時間かからずに終われるかなと思いますが、実りあるディスカッションをお願いしたいと思います。

それでは、議題(1)の医師確保計画(案)についてでございます。

まず、事務局からご説明をお願いします。

事務局

事務局、医療人材課の沼尻と申します。

お配りしているもの、資料1と資料2で、医師確保計画につきましてご説明申し上げます。

まず、資料1でございます。

茨城県医師確保計画(案)についてということで、前回、12月4日に、地域医療対策協議会におきまして計画の素案をこちらからお示しさせていただいたところでございます。これを踏まえまして、委員からの意見等々、それから、データ等の更新等もございまして、いろいろと計画の中身を修正・追加等を行っておりますので、その内容についてまずご説明申し上げたいと思います。

まず1つ目でございます。医師偏在指標の確定ということで、前回の地対協におきまし

では、いまだ国からの内示の段階であるということと、全体版しか示されていないということで、計画の素案について議論を進めていただいたところですが、厚生労働省より、12月13日に医師偏在指標の医師全体版、12月26日に産科・小児科の医師偏在指標の確定版の通知がございまして、これを計画の中に反映しております。

なお、国から示されているものにつきましては、茨城県が全国で何位なのかということと、茨城県の二次医療圏が全国の二次医療圏の中で何位なのかということまでしか示されておりません。全都道府県がどういう順位になっているかということにつきましては、国が今月開催予定の医師需給分科会で示される予定ということでございますので、計画の中に都道府県の順位とかの表もございまして、そちらについてはまだ空欄となっているところでございます。

まず、医師偏在指標の医師全体版でございますが、内示版から全国順位に若干の変動がございまして、指標の値及び県内の順位、区域分類、こちらは本県が医師少数県であることとか、医師多数区域、少数区域ですが、この区分けについては変更等ございません。

続きまして、産科の医師偏在指標でございますが、医療圏の全国順位にも若干変動がございまして、指標の値、県内順位、区域分類については変更ございません。本県は相対的医師少数県であるところと、3つの産科の医療圏につきましては相対的少数の区域にはなっていないというところでございます。

下のところでございますが、小児科の医師偏在指標でございますが、指標の値、医療圏の全国順位に若干の変動がございまして、こちら県内順位及び区域分類に変更はございません。本県は、小児科の医師偏在指標が全国最下位で、相対的医師少数県であるとともに、こちらにございまして、茨城西南地域、県央・県北、常総、日立、稲敷、鹿行南部地域につきましては、相対的医師少数区域となっております。また、県内の圏域の順位等には変更はございません。

続きまして、ページを1枚おめくりいただきまして、2ページでございます。

計画の中に、特に総論の部分でございますが、茨城県の医師の状況、医療提供体制の状況といたしまして、各種のデータ等を記載させていただいておりますが、前回までお示していたものにつきましては、三師調査の部分につきましては、医師の数に係るところでございますが、これにつきましては、前回の2016年、平成28年の統計データを、グラフ等、図示させていただいたところでございますが、先月に厚労省に新たに三師調査、今回から三師統計という形で名前も変わっておりますが、こちら公表されておりますので、計画の中でこの三師統計に係るものについて全てグラフ等を更新させていただいております。

内容については、下の細かい表に書かせていただいておりますが、まず、医師数につきましては、前回の平成28年から169名が増えている。そのうちさらに医療従事医師数については154名が増えているというところでございます。

10万人単位の医師数を見ますと、全国の順位は、こちらについても46、順位は据え置きでございますが、増減のポイントで見ますと、例えば、届出医師数、全国では7.1ポイント増となっておりますが、本県については7.7ポイント、さらに、医療施設従事医師数につきましては、全国で6.6ポイント増えているところが、本県が7.1ポイントということで、全国の増減率を若干本県が上回っているというところでございます。

(2)の二次保健医療圏別の医師数でございます。

二次保健医療圏でどれだけの医師が増えているのかというところでございますが、こちらに示してありますとおり、こちらについても全国で前回と比べて102.4%となっておりますが、茨城県は103.1%となっております。

さらに右に移っていただきますと、人口10万人単位で見ますと、全国は102.8%の増加率であるところ、本県が104.1%ということで、こちらにつきましても全国の伸び率を上回っているというところでございます。

二次医療圏別に見てみますと、常陸太田・ひたちなか、筑西・下妻、古河・坂東等は、106とか105とか、比較的高い増加率を示しているところなのですが、鹿行につきましては100.0%、つまり人数も増減がゼロということで、伸び率が滞っているという状況でございます。

下のほうを見ますと、診療科別の医師数ということで、こちらは医療施設の従事者の医師数でございますが、全ての診療科目について何名増加したのかということと、増減率がどのくらいになったのかということとを、ちょっと細かいですが、表にまとめてみました。

一番上の段、内科から血液内科まで、内科は細かいものでございますが、内科で見ますと、全て100%を超えているような状況でございます。その下の段、小児科を見ますと、7名増で102%、2段目の右のほうへ行っていただきますと、外科はじめ、呼吸器外科など、外科の診療科目が並んでおりますが、外科の中の外科であるとか消化器外科については100を下回るような形で人数の減少が見られるということになっております。

3段目に行っていただきますと、産婦人科、産科などは、この2つの科を合わせますと217名から214名ということで、マイナス3という形で減っているようなところもございます。

細かい数字でございますので、こちらについては、後ほどごらんおきいただければと思います。

続きまして、3ページでございます。

前回、素案としてお示しさせていただいた内容を踏まえて、各委員の先生方に意見票というものをお配りさせていただきまして、計画についての意見をお寄せいただくようにしたところでございます。

それとあわせて、協議会の部会、周産期部会、小児部会がございますので、こちらの委員の先生方にも計画の内容をお示しさせていただいて、反映すべきご意見等をいただいたところでございます。

一つ、いただいたご意見がございまして、周産期医療部会におきまして、新生児科医の必要性及び確保について記載すべきとの意見をいただきました。これを踏まえまして、以下のとおり、計画のほうに記載させていただきました。

具体的には、産科における医師確保、小児科における医師確保、どちらの部分についても新生児科医の必要性というものをこちらに書かせていただきました。例えば、産科における医師確保につきましての現状と課題の部分につきまして、周産期医療体制における課題といたしまして、高齢出産における高度な周産期医療の需要増大及び新生児集中治療を担う新生児科医の不足・必要性が課題として挙げられるところということ。

また、産科の医師確保の方針の中では、周産期の体制の中で、高度な医療需要の増大への

対応が課題となっているような内容を書かせていただきました。

さらに、小児科の部分につきましては、小児科の医師確保の方針といたしまして、周産期医療体制において、新生児への対応に課題があるということでございますので、本計画においても、小児科医及び新生児科医の増加を本計画の基本方針とするということで書かせていただきました。

施策の部分につきましても、小児医療の提供体制の充実や見直しの中で、新生児集中治療体制を充実させるということを明示させていただいたところでございます。

委員の先生方からいただいたご意見への対応といたしましては、以上となっております、その他の部分でございます。こちらにつきましては、前回お示しさせていただいた内容から状況変化等がございまして修正を行ったものが一つ、さらに、素案の時点で項目のみの記載だったところについて、文章等を整理して書き込んだところが2点ございますので、こちらについては、資料2の計画本体の部分でこういったところで変わったのかということをご説明したいと思います。

まず、5ページをお開きください。

5ページ一番下の段に、このバージョンでは参考といたしまして書かせていただいておりますが、前回まではこちらについては参考扱いではございませんでした。こちらについては、これまで本県は53の地域枠により医師の養成を図ってきたというところでございますが、国が、2036年の時点で、全国的な医師の需給均衡のために各都道府県でどれだけの医師の養成が必要なのかということをご示したものがございました。それを踏まえると、本県では、地域枠を53から81に増やす必要があって、令和4年度からその地域枠を増やした場合にどれだけ本県の医師が養成されるのかということをお示した図でございますが、こちらにつきましては、医師偏在指標の確定後に、国において、この81となっているものでございますが、これが改めて再計算されて、各都道府県に通知されるという見込みであったのですが、国のほうで、この医師の需要推計及び必要医師数について改めて分科会の中で検討するというようになっておまして、実は、現時点で確定数値が来ておりません。

さらに、情報といたしましては、令和2年度中にこうしたものの結論を得るという方向で、そういうスケジュール感で進んでいるということでございますので、この計画には本県の長期的に向けた不足養成数81ということは確定したものと書けない状況でございますので、この部分については参考扱いとさせていただくとことといたしました。

これが概要版の部分でございますが、具体的に計画の本体の部分についても変更をさせていただきます、49ページでございます。

先ほど申しました厚生労働省における検討のスケジュールとかが変わってまいりましたので、この計画について明確に書けることといたしましては、国が医師の需給推計を行って、都道府県の将来時点における不足医師数及び地域枠等の必要性を算定する予定であるということ、さらに、今後、本県で厚生労働省が示した確定値に基づいて、地域医療対策協議会の協議を経た上で、筑波大学や県外の大学に対して、別枠方式による地域枠の設置を要請し、不足養成数の確保を図っていくということ。

さらには、その要請に対して、各大学との協議の結果、設置数の合計が年間不足養成数に満たない場合には、医師修学資金等の県の施策により、または大学からの医師派遣等により、

地域において必要となる医師数の確保を図っていくということで、方針として書けることとして、こういったところでとどめております。

参考1, 2としておりますが、前回までは、国の考え方として確定したものとして書いておりましたが、国のほうの検討のスケジュールが不透明なことと、もう一度、そのあり方も含めて検討するというところをございましたので、国が暫定的に示している数値であるとか考え方も含めまして、全て参考扱いとしてこの計画には書きたいと考えております。

続きまして、資料が飛びまして、38ページでございます。

こちらにつきましては、素案の段階では項目とキーワードだけをお伝えさせていただいておりましたところでございますが、計画全体との整合を図る形で文章を整理いたしまして、改めて書き加えたところでございます。

医師確保計画の要綱の趣旨に基づく方針といたしましては、まず、茨城県は医師の増加を図るということ、さらには、医師少数区域の医師の増加を図るということでございますが、これを進める上で、計画全体に共通するような横串になるような視点が必要であろうということで、8月の地対協で、こういった視点で医師確保を図っていくのかということをお示しさせていただいたところでございます。これを文章として整理したところでございます。

まず、1つ目といたしましては、医療提供体制の充実を図るということで、全ての県民の安心・安全を守り、質の高い医療を提供する。まずは医療提供体制を充実させるための医師確保が一番重要であるということを書いております。

2つ目でございますが、視点2でございますが、医志の実現とキャリア形成という部分でございますが、県内高校生の医学部進学や医師のキャリア形成、地域やライフステージに応じた医師の働き方を支援し、医師が集まる県を目指しますということで、医師を確保していく中における医師のキャリアという目線で、しっかりと関係団体との連携のもと、研修プログラムの充実であったり、各段階において指導体制を充実していくといった内容をここに記載させていただいております。

3つ目の視点3でございますが、関係機関の連携・協働といたしまして、県や市町村、大学、医療機関、医師会等関係団体、県民が一体となった「オールいばらき」の体制により、新しい発想、あらゆる方策にチャレンジするというところでございますので、もちろん、計画の実効的な部分につきましては、当協議会において、来年度以降、医師の配置調整など実効的な対策を推進していくということでございますが、キャリア形成という部分につきましては、地域医療支援センターを核として総合的な支援を行っていく。

さらには、県外からの医師確保に向けた全国の医科大学との協力関係構築等、総合計画にも書いておりますが、あらゆる方策にチャレンジしながら医師の確保を進めていくということでここに書かせていただいております。

最後でございますが、一番最後のページ、104ページでございます。

こちらにつきましては、計画の推進体制と関係機関の役割ということで、まず、推進体制でございますが、計画を推進していく会議体といたしましては、こちらの3つの会議が主だったところでございます。まずは県の医療審議会でございます。この計画は医療計画の一部として策定するものでございますので、施策の進捗状況等を医療審議会に報告し、計画の評価を行ってまいります。

2つ目の地域医療対策協議会につきましては、こちら医療法に基づき県が設置するものでございますが、各都道府県の医師確保計画に記載した対策を具体的に実施するに当たって、協議・調整を来年度以降行ってまいります。

2つ目の丸でございますが、こちらの法律にも書いておりますが、地対協の構成員につきましては、都道府県から、地域医療対策協議会で協議が整った事項に基づき、医師確保対策の実施に協力を要請された場合には、要請に応じることとされておりますので、下の箱囲みにもありますように、今後、医師の派遣に関する事項等で、この地対協における事項というものを医療機関の皆様にご協力をしていただくようなことで進めてまいりたいと考えております。

3つ目といたしましては、地域医療構想調整会議ということで、まずもって各都道府県が策定する地域医療構想との整合を図る上で、それに資するような形で医師確保を行うということが前提となっておりますので、この構想における機能分化とか連携の方針、施策等を踏まえ、こちらの医師確保計画における対策を実施してまいりたいというふうに書いてございます。

右に移っていただきまして、関係者の役割の部分でございます。

こちらにつきましては、医療計画にも、県、筑波大学、市町村、医療機関、医療関係団体等、県民も含めまして、役割というものが書いてございますが、もう一度それを医師確保に係る部分として再整理させていただきまして、ここに書かせていただいております。

まず、県でございますが、本計画に記載された医師確保の取り組みを推進する。さらに、特に県立病院につきましては、筑波大学を初めとする医育機関との連携・協力を図りながら、臨床研修・専門研修プログラムの充実など、教育・研修機能の強化に取り組むとともに、養成した医師の医師少数区域の中核病院等への派遣に努めると記載させていただいております。

2つ目、筑波大学につきましては、この計画を推進するに当たってのメインの役割を果たしていただくものと考えておりますが、県内唯一の医育機関として、臨床研修・専門研修プログラムの充実など、魅力ある教育環境の施備を図り、将来、本県の基幹病院で活躍するための高度な専門性を有する医師の育成に努めるとともに、医師が不足する地域の医療機関に勤務する意欲を持った医師を育成するため、県の地域医療支援センターや医療機関と連携しながら、若手医師の卒前、卒後、生涯にわたるキャリア形成支援と研修体制の整備も含めた地域への計画的な医師派遣に努めると書かせていただいております。

また、筑波大学の先駆的な取り組みである筑波大学附属病院地域医療教育センターと県立病院を初めとする中核病院がネットワークを構築して、県内全域の医師・看護師等の医療従事者のレベルアップと定着を目指しますということで書かせていただいております。こういったネットワークがより強化されて、実効性をもって機能することが期待されているところでございます。

計画の案の全体的な前回からの修正点については、以上となっておりますが、申しわけございませんが、資料1に戻っていただきまして、今後のスケジュールとして、4ページでございます。

本日、この協議会におきまして、この計画を協議会として取りまとめいただいた上で、2月でございますが、当初進めさせていただいたスケジュールどおり、パブリックコメント、

関係団体・市町村からの意見聴取を約1カ月間の期間で設けて行いたいと思っております。それを踏まえまして、既にご案内させていただいておりますとおり、3月17日の第6回地対協におきまして、計画の最終案として決定させていただきます。

同じ3月23日には医療審議会がセットされておりますので、計画についてはこちらで正式に協議するという形で、医療審議会として答申をいただくということで考えております。

その答申を踏まえて、3月下旬でございますが、県において計画を策定し、公表するという流れで進めたいと考えております。

事務局からの説明は、以上です。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。

前回のこの地対協でまずご提示があって、その後、その予定でなかった医師偏在指標等々の確定版が出ましたので、それを踏まえた上で、本日の確定版に関するプロポーザルということになっております。

ここでまずご意見をいただいた上で、修正点等がありましたら修正した上で、今、最後にご案内がありましたように、最終的には医療審議会での答申ということになるかと思いません。

内容につきまして、何かご質問、ご追加ございますでしょうか。

基本的には、81という数を、とにかくこれが先行する、あるいは先走ることのないようにということ、前回、委員の先生方も私のほうからも申し上げて、そういった形ででき上がったのではないかなとは思いますが。

まず、特に地域枠等がどうなのかというのが実はまだ全然確定しておりませんので、またそれ以降のことも考えますと、書けるところはこのぐらいかなというふうには私個人的には思います。

ご意見はございませんでしょうか。よろしいですか。

これからパブコメ等もございますので、そこでご意見をいただいても。

どうぞ。

事務局(砂押課長)

今、会長のほうからお話がありましたように、何しろ結構分厚いものをきょうお配りしたところで、なかなかすぐということもあろうかと思いますが、本当は事前に送ればよかったのですが、申しわけございませんでした。

今お話があったとおり、パブリックコメントをこの後やっていきます。まだまだ修正できる段階でございますので、ごらんいただいて、ここはというところがございましたら、またご意見をいただければ最終案に反映をさせていきたいと考えてございますので、どうぞよろしくお願いいたします。

原会長

よろしいでしょうか。

前回、一応ご提示はしてあって、大きなところの変更点は余りないようには思います。

もちろん、ご意見がありましたら、パブリックコメントの中でおっしゃっていただいても結構ですし、直接県のほうに申し上げてもよろしいかと思いますが、何とぞよろしくお願いいたします。

します。

一応、項目立てとしてその他がございます。委員の先生方、何か地対協で審議すべき事項等お持ちでしたら、ご提示いただければと思いますが、よろしいですか。

どうぞ。

諸岡副会長

諸岡ですが、資料2の38ページなのですが、医志の実現とキャリア形成というところで、県内高校生の医学部進学や医師のキャリア形成ということで、最近、データを見ますと、茨城県の高校生の卒業生で医学部の進学というのがほかの県と比べるとどうしても少ないような方向で言われるのですが、実際、今、医学部進学コースとか、知事もいろいろ考えていますが、そのあたり、現状はどうなのでしょう。いわゆる高校生の医学部進学に関する県のほうからのアドバイスというか、指導というか、今の現状、わかる範囲内で教えてください。

事務局(砂押課長)

わかる範囲なのですが、教育庁でやっていますので。今度の春、2年生からコースが分かれるみたいなので、まだ医学コースに入った方についてはこれからなので、それによって今の現状がかなり増えていけばいいなと思っているのですが、ちょっとまだその結果が出る段階まで行っていないという状況です。

諸岡副会長

医師会も、もう1年、2年くらい前から、ここに関しましてレクチャーみたいなものを行っているのですが、我々医師会としましても、OBとして、医学部進学に関するアドバイスとか、いろいろな形でコメントする機会があったら協力しますので、そのあたりも含めて、我々OBとして、自分たちの卒業した高校に行って、いろいろな形で、レクチャーというか、現状と課題みたいなものを話す機会があれば、非常にプラスになると思うので、もしそういうことがありましたら、ぜひ我々としても連携をとりたいと思いますので、よろしく願います。

事務局(砂押課長)

ありがとうございます。

医師の学校訪問ということで、高等学校等に行って説明をしたり、体験談を話したりという事業がございまして、非常に数もやっておりますので、ぜひご協力いただければありがたいと思います。どうぞよろしく願います。

原会長

大きな動向としては、全体として、筑波大学も含めて、年間80人くらいでしたか。

事務局(砂押課長)

結構差があるのですが、150くらいです。

原会長

そんなに行きましたか。

事務局(砂押課長)

はい。

原会長

医学部に行く人数です。

事務局(砂押課長)

計画の 42 ページに実際の数字が出ておりまして、グラフになっていて、大体 150 人ぐらいです。

原会長

この数が 150 前後で変わっていないのですよね。だから、筑波大学の地域枠を増やそうが何をしようが、県内で医学部に行ける人数というのはずっとほぼ同じ数をたどってきているので、これを増やそうと思うと、今ご指摘があったような医学部進学コースとか、そういったものを考えていかないといけないのかなと思います。ただ、その成果はこれから出てくるということです。

そのほかよろしいですか。

では、ありがとうございました。

以上でございます。

事務局に進行をお返しします。

司会

ありがとうございました。

短い時間でしたが、本日の会議はこれもちまして終了させていただきます。

なお、既に通知させていただきましたとおり、次回の協議会は、3月17日火曜日午後6時から、今度は県庁舎のほうに場所を戻しまして開催いたします。

委員の皆様方、どうぞよろしく願いいたします。

本日は、お忙しいところご出席をいただきまして、ありがとうございました。