

令和2年度第2回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和2年9月29日(火)18時～19時

場 所：WEB会議

○司会

定刻になりましたので、ただいまから、令和2年度第2回茨城県地域医療対策協議会を開催いたします。

本日、進行を務めさせていただきます医療人材課医師確保グループの課長補佐をしております沼尻と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、本日の会議につきましては、議事の内容や結果、委員の発言につきましては、県ホームページにて公表する予定でありますので、あらかじめ御了承いただきますようお願いいたします。

続きまして、ここで、今回初めて出席される委員を紹介させていただきます。

まず、ひたち医療センター病院長の加藤委員です。

続きまして、県看護協会会長の白川委員です。

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

また、県市長会長の山口委員につきましては、本日、御欠席になっておりますので、御報告申し上げます。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

事前に郵送とメールにてお送りさせていただきました資料でございますが、まずは次第、出席委員等名簿、資料1といたしまして「第1回茨城県地域医療対策協議会議事録」、資料2といたしまして「令和2年度医師派遣調整に係る作業進捗状況及び医師派遣要望の対象医療機関の選定(案)について」、資料3といたしまして「茨城県修学生・修学生医師向けキャリア形成プログラムについて—令和3年度(2021年度)版—」、資料4といたしまして「日本専門医機構の令和3年度(2021年度)専門研修プログラムに係る意見聴取について」、資料5といたしまして「令和2年度専攻医勤務先調査結果(令和2年8月現在)について」でございます。

続きまして、前回第1回協議会の議事録について、御報告いたします。

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いただきました。いただいた御指摘等を踏まえて、発言の趣旨に沿った形で文言等の整理を行いまして、修正後のものが資料1となります。この議事録と第1回の会議資料を近日中に県ホームページにて公開させていただきたいと考えておりますので、御了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

今回の地域医療対策協議会は、前回御提示したものについて、各部会で検討した結果対象となった病院に関して、お認めいただくということになります。更なる精査はこれからまた行いますので、これが最新版だとお考えいただかなくても結構だと思います。

それでは、まず、議題「(1)令和2年度医師派遣調整に係る作業進捗状況及び医師派遣要望の対象医療機関の選定について」、事務局から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。よろしくお願いいたします。

資料2「令和2年度医師派遣調整に係る作業進捗状況及び医師派遣要望の対象医療機関の選定(案)について」を御覧ください。

1ページから3ページまでが、前回御協議をいただいた内容になります。

まず、1ページ目、前回までの論点でございます。

医師派遣要望調査の結果の概要でございますが、まず、調査対象につきましては、政策医療等の機能を担う県内の病院、合計100病院に対して要望調査を実施いたしました。

基準日は、令和2年4月1日現在、調査内容につきましては、現員医師数及び今後1年間の増員又は減員の見込み、また、政策医療等の機能を果たすために、減員医師数に加えて確保する必要があり、かつ、令和3年度に大学等からの派遣を要望する医師数及びその具体的な理由等を聞いております。

調査結果といたしましては、合計100病院のうち37の病院から要望をいただきまして、合計で204.7人の医師派遣要望をいただいたところでございます。

おめくりいただきまして、2ページでございます。

こちらは前回までの論点②で、医師派遣調整の進め方でございます。

各医療機関からの医師派遣要望数の合計が200を超えまして、全てを大学に要望するには規模が大きすぎるということもございまして、前回の地域医療対策協議会におきまして、医師派遣調整を以下の手順で進めていくということについて、承認をいただいたところでございます。

具体的な手順については、そちらに記載のとおりでございますが、今回については、④の県が作成した「医師派遣要望リスト(案)」について、地対協で協議ということで、この手順④に沿って医師派遣要望の対象医療機関の選定(案)について、御協議をいただきたいと考えております。

続きまして、3ページでございます。

前回までの論点③ということで、前回お示ししましたとおり、SCRの分析によりまして機械的に選定した政策医療分野別の優先順位のイメージをお示ししております。赤の太枠囲みのところが機械的に選定した政策医療分野別の優先順位のイメージとなっております。

おめくりいただきまして、4ページでございます。

ここからが新しい内容となります。

まず、各部会等への意見照会結果ということで、前回の地域医療対策協議会において承認された医師派遣要請までの具体的な手順の②に沿いまして、政策医療分野別の各部会等に対して、医師派遣調整に係る意見照会を実施いたしました。順番に御説明させていただきます。

まず、政策医療別で見ますと、がんでございますが、がんについては、優先順位の考え方では問題ないということで、修正意見はなしとの御意見をいただいております。

脳卒中、心血管疾患についても同様で、修正意見なし。

糖尿病につきましては、SCRの分析による判断はなじまないのではないかとといった御意見、また、治療実績等を見て優先順位をつけるべきではないかとといった御意見もございまして、今年度については、優先順位の設定は困難であるといった御意見を頂戴したところでございます。

精神疾患でございますが、こちらについては特に御意見はなく、医師派遣要望自体も、つ

くば医療圏の医療機関からの1名のみでございます。

救急医療につきましては、三次救急医療機関への集約化が必要なのではないかといった御意見、また、二次救急医療体制の充実も必要なのではないかといった御意見をいただきました。

周産期医療につきましては、周産期センター等への集約化が必要ではないかといった御意見、また、ハイリスク分娩に対応している周産期救急協力病院の医師の負担軽減という視点も必要なのではないかといった御意見をいただいたところでございます。

こちらについては、後ほど詳しく御説明させていただきます。

続きまして、小児医療でございます。こちらについては、特に反対意見というわけではなく、SCRに加えて、地域の実情や県全体の医療へのバランスを考慮すべきではないかといった御意見を頂戴いたしました。

在宅医療につきましては、かかりつけ医と患者の信頼関係が必要になることから、医師派遣調整の枠組みにはなじまないといった御意見を頂戴いたしました。

地域医療構想でございますが、地域医療構想調整会議からは、各構想区域内の現状等を踏まえた御意見を多数いただいたところでございます。

続きまして、5ページ、各部会等からの意見への対応でございます。

政策医療分野別の各部会等の役割を踏まえまして、各部会等からの御意見につきましては、下記のとおり取り扱うこととしたいと考えております。

まず、政策医療分野別の各部会でございますが、主な役割としては、県全体の5疾病5事業及び在宅医療等の医療提供体制の構築、地域医療構想調整会議につきましては、構想区域内の5疾病5事業及び在宅医療等の医療連携体制の構築というのが主な役割となっております。

その役割を踏まえまして、まず、医療圏の優先順位を検討する際には、政策医療分野別の各部会からの御意見を、医療圏内の医療機関の優先順位を検討する際には、地域医療構想調整会議からの御意見を参考とさせていただきます。

四角囲みのところになりますが、この取り扱いを踏まえまして、部会等委員から御意見が多かった救急医療及び周産期医療につきましては、前回お示した優先順位の考え方を補正したいと考えております。

続きまして、6ページでございます。

まず、救急医療でございます。

現状でございますが、救急医療につきましては、SCRの分析や保健医療計画・地域医療構想との整合性から、明らかに医療提供体制が不足している二次医療圏としまして、常陸太田・ひたちなか、鹿行、筑西・下妻の3医療圏を機械的に選定したところでございます。

部会委員からの主な御意見ということで、一部、御紹介をさせていただきます。

太字線のところになりますが、例えば、一つ目のところで、二次医療圏のSCRを根拠とする均てん化と高度・急性期医療の質向上の二面からの検討が早急に必要であり、SCRプラスアルファを検討すべきではないかといった御意見、また、3つ目のところで、三次救急医療がきちんと機能しなければ二次救急も機能しなくなるといった御意見、また、4つ目のところで、救急医療拠点への医師派遣により、その診療効率を上げることが優先ではないか

といった御意見をいただきました。

ここまでが、三次救急の体制整備が必要ではないかといった御意見でございます。

一方、下の二つの御意見については、二次救急についての御意見になります。

地域性を考慮した民間中心病院の二次救急への支援も必要ではないかといった御意見、また、各地域の中核病院に医師を配置することにより、現在の救急医療体制の脆弱な部分を埋めることが可能ではないかといった御意見をいただきました。こちらが、二次救急の医療体制の充実が必要ではないかといった御意見になっております。

続きまして、7ページです。

これらを踏まえまして、救急医療に係る医師派遣の優先順位の考え方をこのようにしてはどうかということで、まず、ポイントでございます。

一つ目、二次救急医療及び三次救急医療の二面において体制整備は必要だが、医療人材には限りがあることから、効率的かつ効果的な医師派遣が必要であるということ、また、二つ目、二次救急医療を機能させるためには、二次救急医療を支えている三次救急医療がきちんと機能する必要があるということ。

これらを踏まえまして、優先順位の考え方でございますが、まず、三次救急では、救急医療体制が明らかに不足している二次医療圏を支えている医療機関、二次救急では、その医療圏の救急患者の受療率が著しく低い二次医療圏内の医療機関、こちらからの医師派遣要望を優先順位の高い医師派遣要望としてはどうかと考えております。

続きまして、8ページから具体的な選定の手順になります。

まず、8ページを御覧ください。

三次救急の具体的な選定手順でございます。

まず、①でございます。SCRの分析から、医療提供体制が明らかに不足している二次医療圏を選定いたします。これは前回お示ししたとおりで、常陸太田・ひたちなか、鹿行、筑西・下妻の3医療圏が選定されます。

このいずれの医療圏も三次救急対応の医療機関はなく、三次救急の患者については医療圏外に流出しております。

②でございます。①で選定された3医療圏の三次救急の入院患者の受療動向を患者住所地ベースで見ると、流出が一番多い二次医療圏を選定します。常陸太田・ひたちなかでいえば、水戸に65%、鹿行でいえば、水戸に36%、筑西・下妻でいえば、つくばに73%、患者が流出しているといった状況が見てとれます。

続きまして、9ページでございます。

③でございますが、②で選定された2医療圏、水戸とつくばでございますが、その医療圏内において、三次救急を担っている医療機関ということで、水戸であれば水戸済生会総合病院、つくばであれば筑波メディカルセンター病院、こちらからの医師派遣要望を優先順位の高い医師派遣要望としてはどうかと考えております。

また、参考として、2018年1月から12月の消防本部別の救急搬送件数、水戸済生会病院と筑波メディカルセンター病院の実績を載せております。水戸済生会総合病院は、常陸太田・ひたちなか医療圏や鹿行医療圏に所在する消防本部から、筑波メディカルセンター病院は、筑西・下妻医療圏に所在する消防本部から、救急搬送受け入れが非常に多い状況です。そう

いった実績も確認をさせていただいております。

続きまして、10ページでございます。

今度は、二次救急の具体的な選定手順でございます。

①については、先ほど同様、SCRの分析で、常陸太田・ひたちなか、鹿行、筑西・下妻の3医療圏を選定いたします。

②でございます。①で選定された3医療圏の二次救急の入院患者の受療動向を患者住所地ベースで見まして、二次医療圏の救急患者の受療率が半分にも満たない医療圏を選定しております。例えば、常陸太田・ひたちなかでいえば、二次医療圏の救急患者の受療率については28%、筑西・下妻については32%ということで、大体3割程度ということで、この二つの医療圏が選定されます。

続きまして、11ページでございます。

③でございますが、②で選定された常陸太田・ひたちなかと筑西・下妻の2医療圏の医療圏内におきまして、救急搬送時間や救急搬送件数、地理的要因といったものを総合的に考慮いたしまして、二次救急を担っている医療機関を一つ、選定させていただきまして、その医療機関からの医師派遣要望を優先順位の高い医師派遣要望としてはどうかと考えております。

まず、常陸太田・ひたちなか医療圏につきましては常陸大宮済生会病院、筑西・下妻医療圏につきましては県西部メディカルセンターを選定させていただきました。

その理由でございますが、常陸大宮済生会病院は、その医療圏内で救急搬送時間の平均が50分超の常陸太田、常陸大宮、大子の3つの消防本部の救急搬入件数が1,201件と一番多くなっており、同様に、県西部メディカルセンターにつきましても、その医療圏内で救急搬入件数が2,276件と最も多いということで、こちらの実績により、この二つの病院を選定させていただきました。

続きまして、12ページを御覧ください。

12ページからが、周産期医療になります。

まず、現状でございますが、周産期医療につきましては、SCRの分析、保健医療計画、地域医療構想との整合性から、明らかに医療提供体制が不足している二次医療圏としまして、日立、取手・竜ヶ崎、古河・坂東の3つの医療圏を機械的に選定したところでございます。

部会委員からの主な御意見でございますが、まず一つ目として、ハイリスク分娩に対応している周産期救急協力病院の医師の負担軽減の視点を含めるべきではないかといった御意見、また、3つ目のところにありますように、日立総合病院については、地域周産期母子医療センターの再開に当たり、新生児医療が担当できる小児科医が必要であるといった御意見、また、4つ目のところで、人員を分散化させるよりは、ある程度総合周産期センターに人員を集約したほうが効率的ではないかといった御意見、また、5つ目として、医師派遣要望が出ている鹿行や県西については、地域周産期母子医療センターもなく事態は深刻であるということで、優先順位は高くなるのではないかといった御意見、また、6つ目のところで、医療機関もしくは産科医師1人当たりのハイリスク分娩数や人口10万人当たりの産科医師数についても考慮してはどうかといった御意見をいただきました。

13ページを御覧ください。

そういった御意見を総合的に踏まえまして、周産期医療に係る医師派遣の優先順位の考え

方については、以下のとおりとしてはどうかと考えております。

まず、ポイントでございます。一つ目、周産期医療体制が脆弱な二次医療圏の体制整備は必要だが、医療人材には限りがあることから、周産期センターなど周産期医療を担っている医療機関へ人員を集約化するなど、効率的な医師派遣が必要であるということ、また、二つ目、本来、ハイリスク分娩の受け入れを想定していない周産期救急医療協力病院において、ハイリスク分娩に対応している医師の負担軽減の視点を含める必要があるのではないかとということがポイントとしてございます。

優先順位の考え方でございますが、まず一つ目、医療提供体制という視点では、周産期医療提供体制が明らかに不足している二次医療圏内において、県保健医療計画で周産期医療の機能の位置付けがきちんとある医療機関、また、二つ目、医師負担軽減という視点で見ますと、人口10万対産科医師数が少ない二次医療圏内において、分娩取り扱い常勤医師1人当たりのハイリスク分娩数が多い周産期救急医療協力病院からの医師派遣要望を優先順位の高い医師派遣要望としてはどうかと考えております。

おめくりいただきまして、14ページでございます。

まず、医療提供体制の具体的な選定手順でございます。

①については、先ほど同様、SCRの分析なのですが、日立、取手・竜ヶ崎、古河・坂東の3つの医療圏が選定されます。

②で、その3医療圏の中で、周産期医療の機能を担っている医療機関からの医師派遣要望を優先順位の高い医師派遣要望としてはどうかということで、日立の日立総合病院を選定しました。取手・竜ヶ崎と古河・坂東については、その医療圏内の医療機関からの要望がございませんでしたので、日立の日立総合病院のみになっております。

また、医師負担軽減という視点でございます。

まず、①でございます。三師統計の分析により、人口10万対産科・産婦人科医療施設従事医師数が、県平均以下の二次医療圏を、まず選定いたします。日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行、筑西・下妻、古河・坂東の5つの医療圏が選定されます。

おめくりいただきまして、15ページでございます。

②のところで、その5つの医療圏の中で、周産期救急医療協力病院の位置付けがある医療機関の中で、分娩取り扱い常勤医師1人当たりのハイリスク分娩数が最も多い医療機関ということで、小山記念病院からの医師派遣要望を優先順位の高い医師派遣要望としてはどうかと考えております。

小山記念病院の理由であります。5つの医療圏の中で、周産期救急医療協力病院の位置付けがあるのは小山記念病院のみでございます。

また、下の表の赤枠のところになりますが、小山記念病院は、分娩取り扱い常勤医師1人当たりのハイリスク分娩数を見ますと、8.8人という形で、周産期救急医療協力病院の中では最も多い数字となっていて、周産期母子医療センターと比較しても、それなみとなっているという状況でございます。

ここまでが、各部会からの御意見への対応案となります。

おめくりいただきまして、16ページでございます。

16ページからが本日の論点となります。

まず、本日の論点①として、医師派遣調整の考え方でございます。

医師派遣要請までの具体的な手順②に沿いまして、政策医療分野別の各部会等に対する意見照会を実施しまして、その対応案を検討してきたところでございますが、現在、地域医療構想区域内での機能分化や、政策医療分野別の医療体制の将来構想に向けた議論が現在行われている最中であるということ踏まえまして、大学等に医師派遣要請を行うに当たり、医師派遣調整の考え方を整理しておく必要がある、その考え方について以下のとおりとはどうかと考えております。

まず、医師確保計画におきまして、医師配置調整スキームは、まず、短期的な医師確保対策として位置付けられております。また、保健医療計画における各疾病・事業等の医療体制に求められる医療機能や、地域医療構想における医療機能の分化・連携の方針との整合を図ることが重要とされております。

したがいまして、二次医療圏内の脆弱な政策医療分野の充実のために、このスキームにより、どの医療機関に医師を配置すべきかということにつきましては、本来、地域医療構想における医療機能の分化・連携の方針に基づいて検討すべきものであるということで、その議論がまさに現在行われている状況であるということでございます。

このため、今年度につきましては、短期的な医師確保対策といたしまして、現時点の保健医療計画におきまして、政策医療等の機能の位置付けがある医療機関を対象として検討を進めたいと考えております。

しかしながら、今後、地域医療構想区域での機能分化等の議論が進みまして、医療機能の分化・連携の方針が示された場合には、改めてそれに沿った医師派遣調整の議論を進めていくこととなりますので、今年度の本スキームによる医師派遣につきましては、派遣元となる大学が、将来にわたってそれを継続する責任を負うものではないということにしたいと考えております。こういった考え方としてはどうかと事務局としては考えております。

続きまして、17ページでございます。

本日の論点②ということで、医師派遣調整方針とその対象医療機関でございます。

今、御説明しました医師派遣調整の考え方やSCRの分析結果、各部会からの御意見を踏まえまして、医師派遣調整に係る対応方針と対象医療機関を以下のとおりとはどうかと考えております。

まず、がんでございますが、SCRの分析結果により派遣要請ということで、小山記念病院とひたちなか総合病院、脳卒中については、SCRの分析結果で検討は進めるのですが、実際、その医療機関から要望はございませんでしたので、今年度については派遣要請はなしとなります。

心血管疾患については、SCRの分析結果により派遣要請ということで、小山記念病院とひたちなか総合病院の二つとなります。

また、糖尿病と精神疾患につきましては、今年度は派遣要請はなし。

救急医療については、先ほど御説明しましたとおり、SCRの分析結果に加えまして、救急入院患者の流出入や、救急搬送件数等を考慮いたしまして派遣要請をしていくということで、先ほどの4つの筑波メディカルセンター病院、水戸済生会総合病院、県西部メディカルセンター、常陸大宮済生会病院を考えております。

災害医療とへき地医療につきましては、派遣要請はなし。

周産期医療につきましては、先ほど御説明しましたとおり、SCRの分析結果に加えまして、ハイリスク分娩対応の周産期救急協力病院の医師の負担軽減という視点も考慮いたしまして、日立総合病院と小山記念病院の二つにしたいと考えております。

小児医療につきましては、特に反対意見はなかったのですが、SCRの分析結果で進めますと、その医療圏からの医師派遣要望自体はなかったもので、派遣要請はなしとなります。

在宅医療につきましては、そもそも医師派遣調整の枠組みにはなじまないといった御意見でございましたので、今年度派遣要請はなしとするとともに、次年度以降につきましては、そもそも派遣の対象外としたいと考えております。

対象医療機関については、合計で7つの病院が現時点では選定されている状況でございます。

最後、18ページを御覧ください。

本日の論点③ということで、今後の進め方でございます。

前回の地域医療対策協議会におきまして、医師派遣要請までの具体的な手順につきましては承認をいただいたところでございます。

大学等へ医師派遣要請を行うに当たりまして、医療機関からの政策医療等の機能を果たすために、本当に必要な診療科をさらに精査しておく必要があるだろうと考えており、下記のとおり、具体的な手順に、県における医療機関ヒアリングを追加させていただき、それに合わせて、全体スケジュールも修正することとしてはどうかと考えております。

具体的な手順の修正案のところになります。今後の進め方、流れとしましては、まず、⑤で、本日の地域医療対策協議会で事務局案が仮に承認されましたら、この医師派遣要望リスト、対象の医療機関を派遣要請先候補の大学の窓口、例えば、筑波大学であれば、筑波大学の地域医療調整委員会に、事前に打診をさせていただきます。

⑥が今回新たに追加した部分になりますが、県におきまして、医療機関ヒアリングを実施いたしまして、医療機関からの医師派遣要望をさらに精査していくことを10月にかけてやっていく。

⑦としまして、⑤と⑥の感触も踏まえまして、地域医療対策協議会で最終的な派遣要請先、診療科も含めて何人にするのかといったことを10月末に御協議いただきたいと考えております。

最後、それが承認されましたら、正式に県から大学へ医師派遣を要請していく。これが11月にずれ込むといったことで考えております。

こういった流れで進めてはどうかと考えております。

大変駆け足となってしまいましたが、御説明は、以上です。

○原会長

どうもありがとうございました。

概略を御説明いただきましたが、本日、ここで御審議いただきたいのは、こういった考え方と、それから、対象の医療機関でございます。これについて何か御意見はございますでしょうか。

鈴木先生、どうぞ。

○鈴木委員

今回、名前が上がっていた病院については、それで今回は結構だと思いますが、私が以前から指摘しているように、元々ここにお出になっている病院に偏りがありますので、意見が少し偏っている気がするのです。例えば、救急を三次に集約すべきだとか、周産期も集約一本槍という感じですが、地域医療の観点から言えば、例えば、救急とはそもそも誰が診るのか、専門性から言えば、救急専門医や救急医ということになると思いますが、誰が診るのか、誰を手当てしようとしているのかです。

三次救急、二次救急といいますが、本県の救急搬送の56%は民間医療機関が担っていますので、ここにお出になっている病院だけで医師を配分しても、要するに、救急搬送全体の半分以下の話ということになります。

そもそも三次救急と二次救急では意味合いが違ってくると思うのです。高齢化に伴って増えているのは、高齢者の軽症から中等症の救急ですが、これは二次救急やそれ以外の地域密着型の医療機関でまず診るべきだろうと思しますので、そういった視点がなかなか見えないと考えられます。

それから、周産期も集約ということですが、それも必要だとは思いますが、私が指摘しているのは、分娩する医療機関が広範囲な地域で全くないようなところの手当てはどうするかとか、もう少し広い視点で考えないと、ただここにお出になっている病院で医師を配分するだけの会議になってしまうので、もう少し視点を広くする必要があるのではないかと思います。

それと、地域医療構想調整会議とは全く別に考えるということで、今回の短期の派遣だから、将来、見直すこともあるとのことですので、そういうこともあるのかもしれませんが、ただ、一旦派遣した医師を、今度は引き揚げますという話にもなってしまいます。そうではなくて、将来の地域医療構想を踏まえて、派遣が継続できるようにしていかないと、派遣先の医療機関の経営が安定しませんので、もう少し縦割りにしないで、総合的な議論が必要ではないかと思います。

以上です。

○原会長

ありがとうございます。

特に後半部分は私も同意するところで、地域医療構想調整会議との話し合いが全然進んでいないわけです。そこでこういうのを進めていいのかという疑問は、私自身も持っていますが、事務局から何かございますか。

○事務局（砂押医療人材課長）

御意見ありがとうございます。

医療人材課長の砂押です。

御意見のとおりでございます。我々も、地域医療構想の形が定まって、それに従って長期的につながっていく医師を派遣していくということが理想だと思っております。

ただ、一方で、現実問題、そこまでの話が進んでいないという中で、医師確保計画を3月に策定しましたが、初年度において何もしないのかというわけにはさすがにいかないわけでして、2023年には計画期間も終わりますので、まずはできることからということで、短期的

なものとして、今回、やらせていただきたいと思っております。

そういうことを我々も認識しているので、今回、論点①のところ、将来にわたってそれを継続するということでは決してないということをあえて書かせていただいたところでございますので、ぜひ御理解をいただきたいと存じます。

○原会長

よろしいでしょうか。御意見、ほかにございますか。

なければ、座長から質問というのはあれなのですが、この地域医療対策協議会がまず何をやるべきかという、長期的には、医師少数医療圏の是正に向けた手を打っていく、短期的にも、その足がかりとなるようなことをやると。少なくとも来年度に派遣できる医師数は、おそらく県や医療機関が要望される数よりはるかに少ないと。そう考えると、軸屋先生もいらっしゃるのであれなのですが、つくば市とか水戸済生会の三次救急医療の充実と並行して医師少数圏の二次救急も同時に充実させるというのは人数的にいても不可能だろうということが予想されますので、今後、数については、県が絞って考えていただくことになっていますが、その中では、本来の地域医療対策協議会のあるべき姿をベースにして、もう一度考えていただきたいと思いますが、事務局から、何か御意見ございますか。

○事務局（砂押医療人材課長）

御意見ありがとうございます。

今、原先生からお話がありましたように、これから医療機関とヒアリングをさせていただき、いろいろお話を聞かせていただきますので、その中で医師少数区域の医療にどれだけ貢献できるのかという視点から、我々もしっかりお話を聞いて、精査すべきものは精査して絞っていくということで臨みたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

○原会長

具体的には、例えば、水戸医療圏でしたら、もともと医師多数圏ですから、そういう意味では、その中で動く。あるいは、軸屋先生のところでしたら、人さえいけば、軸屋先生のところ消化器内科を回すとか、そういうような、ある意味、地域医療構想調整会議のほうにかかってくるようなことで手だてではできないのではないかと。初年度はそういう形が考え得るかなとは思っています。

県のほうも、よろしくお願いたします。

それでは、そのほか御意見がございませんでしたら、2番目の議題にいきたいと思います。

次に、議題「(2)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3年度版)について」、事務局からお願いします。

○事務局

医療人材課の山下と申します。

資料3に基づきまして、御説明させていただきます。

まず、内容としましては、毎年、修学生・修学生医師向けに作成しておりますキャリア形成プログラムの改定について、各基幹施設にお願いしまして、令和2年度版から令和3年度版に改定させていただいたものとなっております。

昨年度からの変更箇所としましては、資料2枚目の目次にあります下線を引いてある箇所が変更箇所となっております。具体的には、皮膚科と麻酔科において、東京医科大茨城医療

センターのプログラムが追加となっております。また、総合診療においては、県立中央病院のプログラムが削除となっております。

各プログラムの詳細につきましては、以降のページに記載しておりますが、主な変更点としましては、今年度から、取手・竜ヶ崎医療圏が医師不足地域に加わったことに伴い、取手・竜ヶ崎医療圏内にある病院が医師不足地域外から医師不足地域内に変更になったことが主な変更点となっております。

なお、国の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適用対象となる修学生医師及び修学生に対し、このプログラムに関して意見を求めることとなっております。特に御意見はありませんでしたので、併せて御報告させていただきます。

説明は、以上になります。

○原会長

ありがとうございました。

今の御説明に、何か御質問ございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、本プログラムについて、本協議会として御了解していただいたということによろしいでしょうか。

〔「異議なし」の声あり〕

○原会長

ありがとうございます。

それでは、報告の「(1)日本専門医機構の令和3年度(2021年度)専門研修プログラムに係る意見聴取について」、事務局からお願いします。

○事務局

資料4に基づきまして、御説明させていただきます。

まず、1番の内容としましては、日本専門医機構から厚生労働省を通じて提供のあった専門研修プログラム等につきまして、改善を求める事項がある場合には、各都道府県が地域医療対策協議会の意見を聞いた上で、国に意見を提出するものでございます。

また、国は、各都道府県の意見を集約した上で、日本専門医機構へ意見を提出する流れとなっております。

国からの通知につきましては、2枚めくっていただいて、別紙1として添付させていただいております。

次に、2番の基幹施設等の状況でございますが、日本専門医機構からのデータをもとに集計しまして、基幹施設や連携施設の一覧を別紙2及び別紙3にまとめております。

状況としましては、専門研修プログラムにつきまして、19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おります。

基幹施設数、募集定員数、連携施設数につきましては、昨年度よりも増加しております。

次に、3番の意見聴取としまして、8月17日付けで地域医療対策協議会の委員、各医療機関及び各市町村宛てに意見照会をさせていただきました。

最後に、4番の厚生労働省への意見でございます。

いただいた御意見の一覧及び厚生労働省への意見につきましては、別紙4にまとめております。

なお、厚生労働省への意見提出期限が9月4日までとなっております。本協議会を開催する時間がなかったため、いただきました御意見、趣旨等を取りまとめさせていただきました。9月2日に厚生労働省へ意見を提出させていただきましたので、御報告させていただきます。

厚生労働省への意見としまして、まず、一つ目に、基幹施設又は連携施設に関する意見でございます。

いただいた御意見としましては、以下のような御意見をいただきまして、厚生労働省への提出意見としましては、複数の基幹病院があることが望ましいが、各都道府県や地域の実情等を踏まえ、プログラムを増加、変更の手続きの簡略化等の対応をお願いしたいという内容でまとめさせていただきました。

次に、2ページ目の定員配置等に関する意見でございます。

いただいた御意見としましては、以下のような御意見をいただきました。

厚生労働省への提出意見としましては、プログラムの作成公表後であっても、研修に支障のない範囲内での見直しを可能にするなど、柔軟に対応可能なようにしていただきたいという内容でまとめさせていただきました。

次に、医師確保対策又は偏在対策に関する意見でございます。

これにつきましては、地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会を構成する12県で共同で意見を国に提出するよう岩手県から提案がございまして、いただいた御意見の中にも、シーリングを厳格にするべきといった内容の御意見がありましたことから、知事の会の共同意見の内容を国への意見とさせていただきます。

次に、臨床研究医コースを設けることに関する意見でございます。

いただきました御意見としましては、以下のような御意見をいただきまして、厚生労働省への提出意見としましては、医師数の偏在が大きくなるような仕組みやキャリア変更を希望したときに対応可能な制度設計にしていきたいという内容でまとめさせていただきました。

最後に、日本専門医機構が地域枠離脱に関する意向を都道府県へ確認することに関する意見でございます。

いただいた御意見としましては、以下のような御意見をいただきました。

厚生労働省への提出意見としましては、国、都道府県で統一した方向性を持ち、対応を一律にしていきたいという内容でまとめさせていただきました。

説明は、以上になります。

○原会長

ありがとうございました。

今の御説明に関しまして、何か御質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

情報として、共有します。

今ほどありました、地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会を構成する岩手県、新潟県の知事が、自民党の議連に対して、地域への定着案を提出されました。その席には私も病院長会議として出席しましたが、これは自見元政務官の持論なのですが、マッチングから専攻医にわたるところを一気通貫にすると。例えば、筑波大学を出た子たちは、もちろん大学

も含めてですが、専攻医も含めて、地元の茨城県に残っていくという形にすべきではないかと。確かに、これが実現すると、地域枠ですとか、それから、この地域医療対策協議会の話ですとか、この辺は一気に解決するのです。ですから、その辺が法的にうまくいってくれるといいなと私は個人的には願っています。

ただ、現状の今回のプログラムに対する意見としては、今、事務局からお話のあったとおりでございます。

よろしいでしょうか。

〔「異議なし」の声あり〕

○原会長

ありがとうございました。

それでは、次に、報告「(2)令和2年度専攻医勤務先調査結果(令和2年8月現在)について」、事務局から御報告をお願いします。

○事務局

資料5に基づきまして、御説明させていただきます。

内容としましては、新専門医制度が始まった平成30年度以降の専攻医が、どこの医療機関に何カ月勤務されるかを調査しまして、基幹施設や連携施設、医師不足地域や医師不足地域外にそれぞれ分類したものとなっております。

まず、表1が、基幹施設ごとに所属する専攻医の数となっております。次に、表2が、各採用年度の専攻医が基幹施設及び連携施設、医師不足地域及び医師不足地域外に何カ月、どれぐらいの割合で勤務されるかをまとめたものとなっております。

例えば、表2の一番下の令和2年度採用(採用1年目)の専攻医は、今年度、基幹施設に66%、医師不足地域に43%勤務する見込みとなっております。

一つ上の平成31年度採用(採用2年目)の専攻医は、今年度、基幹施設に41%、医師不足地域に49%勤務する見込みとなっております。その一つ上の平成30年度採用(採用3年目)の専攻医は、今年度、基幹施設に35%、医師不足地域に51%勤務する見込みとなっております。

傾向としましては、採用1年目は基幹施設に7割程度は勤務されますが、2年目以降は連携施設に行く割合が増えて、医師不足地域で勤務される割合も高くなっております。

右側の参考でございますが、例えば、平成30年度採用の専攻医は、平成30年度当時には、基幹施設に67%、医師不足地域に36%勤務されていましたが、平成31年度には、基幹施設に39%、医師不足地域に50%勤務されました。今年度は、基幹施設に35%、医師不足地域に51%となる見込みとなっておりますので、年々、連携施設、医師不足地域に勤務する割合が高くなっておりますので、地域医療提供体制の維持に効果は出ているのかなと思われま

説明は、以上になります。

○原会長

ありがとうございました。

ただいまの報告ですが、何か御質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

以上で、本日用意いたしました議題は全て終わりましたが、本日の議事、報告事項を含めまして、何か御意見等ございましたら承りたいと思っておりますが、いかがでしょうか。よろしい

ですか。

では、どうもありがとうございました。

以上で、本日の協議会の内容は全て終了いたしました。

この後は事務局に進行をお願いしたいと思います。

○司会

原会長、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。

次回の地域医療対策協議会につきましては、10月29日とさせていただくこととしております。詳細等につきましては、後日、委員の皆様方に改めて御連絡させていただきますので、どうぞよろしくお願いたします。

本日は、お忙しいところ御出席を賜りまして、誠にありがとうございました。