

令和 5 年度第 1 回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和 5 年 7 月 3 日(月)17：30～

場 所：WE B 会議

○司会(佐藤)

それでは、定刻になりましたので、ただいまから、令和5年度第1回茨城県地域医療対策協議会を開催させていただきたいと思っております。

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佐藤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

ここからは着座にて失礼いたします。

本日の会議につきましては、議事の内容や結果、委員の発言要旨等を県ホームページにて公表する予定でありますので、あらかじめご了承くださいませようお願いいたします。

また、本日は、Web会議形式ということで、注意点といたしまして、画面下部一番左のアイコンがミュートボタンとなっております。発言時以外はボタンをクリックし、ミュートにさせていただきますようお願いいたします。発言時は、ミュート解除をお願いいたします。

それでは、会議に先立ちまして、茨城県保健医療部長の森川よりご挨拶申し上げます。

○森川保健医療部長

委員の先生方、いつも大変お世話になっております。茨城県保健医療部の森川です。

本日は、お忙しい中、お集まりくださりまして、ありがとうございます。

また、平素から、茨城県の保健医療行政の推進に大変なご協力、ご尽力をいただきまして、本当にありがとうございます。

さて、本協議会は、医師の養成・確保対策や、医療提供体制の充実強化のための方策等について協議することを目的として設置されているところです。

今年度は、6回程度、会議を開催して、医師の派遣調整やキャリア形成プログラムの見直し、次期医師確保計画の改定、策定等についてご審議いただく予定です。

今お話しした次期医師確保計画の策定につきましては、現計画の期間が今年度末までとなっておりますので、改めて2024年から2026年までの3年間で期間とする計画になっています。

国から示されたガイドラインや医師偏在指標に基づいて、今の計画の成果を踏まえて、より効果的な医師確保対策を盛り込む必要があるところです。

また、先日、令和5年茨城県議会第2回定例会におきまして、議員の方たちから、とりわけ鹿行のほうだったのですが、医師不足地域における医師確保対策に関する質問を相次いでいただいています。県の対策がうまくいっていないのではないかと、そういう厳しいご意見もいただいたところなのですが、この協議会でそういう実効的な対策についてもいろいろとご議論いただけたらと思います。

また、来年4月にはいよいよ医師の働き方改革が施行されるなど、医師を取り巻く環境の変化にはいろいろな課題が出てくると思います。

このように様々な課題に対応しながら実効的な医師確保対策を進めていくためには、大学の先生方や医療機関の先生方、それから、関係団体の皆様方とより一層の連携・協力が不可欠です。ですので、先生方からは、忌憚のないご意見をいろいろといただけたらと思います。

本日は、よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

ありがとうございます。

次に、本日、代理出席いただいている先生をご紹介させていただきます。

東京医科大学茨城医療センター病院長の福井委員の代理といたしまして、副院長の柳田国夫先生にご出席いただいております。

柳田先生、よろしくお願いいたします。

○柳田(福井委員代理)

よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

それから、茨城県市長会会長、高橋委員の代理といたしまして、副会長、行方市長の鈴木周也市長に出席いただいております。よろしくお願いいたします。

○鈴木(高橋委員代理)

よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

ありがとうございます。

また、東京医科歯科大学病院長の藤井委員、昭和大学の小風委員、ひたち医療センター病院長の加藤委員につきましては、所用によりご欠席となっております。

また、自治医科大学付属病院の川合委員につきましては、ご都合により、途中退席ということでご欠席しております。

続きまして、事務局の県担当職員を紹介させていただきます。

改めまして、森川保健医療部長でございます。

○森川保健医療部長

よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

砂押保健医療部次長兼医療局長でございます。

○砂押保健医療部次長兼医療局長

よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

藤井医療政策課長でございます。

○藤井医療政策課長

よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

小野医療人材課長でございます。

○小野医療人材課長

よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

その他の職員につきましては、名簿に記載のとおりとなっております。

なお、本日は、地域医療構想調整会議の事務局でいらっしゃいます保健所の職員も傍聴させていただきますので、ご承知お祈りいたします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

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は、次第、名簿、資料1から資料7となっております。

続きまして、令和4年度、本年3月に開催いたしました第4回会議の議事録についてご報告いたします。

先日、メールにて委員の皆様にご確認をいただきまして、所要の調整を行いまして、資料1のとおり、文言の整理等を行っております。

この議事録と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、ご承知おきください。

続きまして、次第の5 会長及び副会長の選出についてでございますが、資料1に記載のあります茨城県地域医療対策協議会設置要項第4条第2項の規定に基づきまして、本年度の会長及び副会長を選出させていただきたいと思っております。

会長及び副会長は、互選により決定することとしております。

委員の皆様から、ご推薦などがありましたらお願いいたします。

○野村委員

それでは、茨城西南医療センター病院の野村と申しますが、昨年同様に、筑波大学附属病院長の原先生を会長に、また、県医師会長の鈴木先生を副会長に推薦いたします。

よろしく願いいたします。

○司会(佐藤)

野村先生、ありがとうございました。

ただいま、野村委員から、原委員を会長に、鈴木委員を副会長にご推薦いただきましたが、皆様、いかがでしょうか。

〔「異議なし」の声あり〕

○司会(佐藤)

異議なしということよろしいでしょうか。

それでは、原委員に会長を、鈴木委員に副会長をお願いできればと存じます。

それでは、原会長から、一言、ご挨拶を頂戴できればと思います。

よろしく願いします。

○原会長

筑波大学病院長の原でございます。

いつもお世話になっております。

多分、今年で5年目になるのでしょうか。地域医療対策協議会の委員長を務めさせていただいております。

本会議は、地域医療構想調整会議の議を経て、そこからの要望に対して、地域医療対策協議会で派遣について皆さんとご協議した上で、最終的には医療審議会に諮るというような仕組みの中で行われている対策協議会ということになります。この場だけではなく、いろいろなところでお世話になると思います。

またこの1年、よろしく願いいたします。

○司会(佐藤)

原会長、ありがとうございました。

続きまして、鈴木副会長から、一言、ご挨拶を頂戴できればと思います。

○鈴木副会長

県医師会長の鈴木です。

この地対協は、非常に重要な役割を担っていると思いますので、キャリア形成とともに、偏在是正にも有効な対応ができるように協議が進められればよいと思っております。

よろしく願いいたします。

○司会(佐藤)

鈴木先生、ありがとうございました。

それでは、早速、議事に入らせていただきたいと思います。

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、早速、議題の6に入らせていただきます。

まず初めに、議題の(1)次期医師確保計画につきまして、まず事務局からご説明願います。

○事務局

事務局でございます。

資料3 茨城県医師確保計画の策定・骨子(案)(叩き台)について、私のほうから説明させていただきます。

ページをおめくりいただきまして、2ページ目でございます。

第8次(前期)医師確保計画の概要になりますが、1. 趣旨・目的になります。

計画については、県及び各二次保健医療圏の医師の確保の方針や目標とすべき医師数を定め、実効的な医師確保対策を推進するものとしております。

医療法に基づき、第8次茨城県保健医療計画の一部として作成いたします。

2. 記載事項になりますが、以下に記載されております事項について、国のガイドラインにおいて示されております。

下にあります第7次医師確保計画に係る評価結果が、今回、新たに追加されました。

国ガイドラインにおきましては、医師全体の医師確保計画とは別に、産科及び小児科に限定した医師確保計画も定めることとされておまして、産科、小児は別章にて記載いたします。

3. 計画期間でございますが、令和6年度から令和8年度の3年間になります。

4. 計画の協議・検討体制になりますが、医療審議会、地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議で協議を経て、策定するものとしております。

3ページ目になります。

医師の確保に関する事項(第8次医療計画の見直しのポイント)ということで、こちらは国から示されているポンチ絵になります。

左下にあります医師偏在指標の精緻化になりますが、派遣されている常勤医師の勤務実態を考慮するというので、医師数を主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として、医師偏在指標を算出することとされております。

4ページ目になります。

第8次(前期)医師確保計画の概要の国ガイドラインの主な変更点と本県の対応ということで、左側が国のガイドラインの変更点となります。

定義の変更等の上から2つ目、医師少数スポットの設定基準の明確化がされました。原則、

市町村単位というものが、今回、新たに追加されております。

国ガイドラインでは、医師少数スポットは、医師不足地域と同じ取扱いができると示されておりまして、医師多数区域内に設定するものと想定しております。

県の対応になりますが、令和元年10月31日時点で、医師多数地域の水戸保健医療圏、城里町になりますが、そちらに無医地区が3地区ある状況です。

こちらの地区は、いずれも乗り合いタクシーによる患者輸送体制が整備されておりまして、ほかの地域の医療機関へのアクセスも大きな制限はないことから、現計画では医師少数スポットは設定しておりません。

新計画におきましても、状況に変更がないことから、同様の理由により設定しないこととしたいと思います。

目標医師数の設定基準の明確化でございます。

県の対応としましては、現計画では、重点化の視点を踏まえ、最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科の必要医師数を数値目標として、国が算定する必要医師数については参考値扱いとしております。

新計画におきましても、国が算定する必要医師数については、参考値扱いとしたいと思います。

目標医師数を達成するための施策として追加されたものの地域枠でございますが、国のガイドラインにおいては、恒久定員内への地域枠及び地元出身者枠の設置に係る地元大学との調整と記されております。

国のほうで、恒久定員の5割を地域枠として、それでも不足する場合、臨時定員設置の要請ができるとアナウンスされているのですが、こちらが要件なのかというのが、今のところ、曖昧なところがございます。

その要件とされるかという状況を踏まえまして、筑波大学と協議していきたいと思っております。

地域枠の医師がキャリア形成をしつつ、地域医療に従事しやすい仕組みの構築になりますが、水戸医療圏が医師不足地域外となることへの対応と併せて、地域枠の医師のキャリア形成について、地域医療対策協議会において検討してまいりたいと思っております。

続いて、5ページ目でございます。

医師偏在指標についてですが、前回、地対協でお示しした速報値から変更はございません。

今回、国のほうから暫定値が示されておりますが、多数、少数の区分に変更はなく、茨城県は引き続き少数県となります。

続いて、7ページ目でございます。

小児科医師偏在指標でございますが、本県は全国順位が47位から42位へと上昇いたしました。小児医療圏の茨城西南が相対的医師少数区域から脱却ということになります。

続いて、9ページ目でございます。

分娩取扱医師偏在指標についてですが、本県は相対的医師少数県から脱却し、全国順位が41位から28位へと上昇いたしました。

周産期医療圏においても、引き続き、相対的医師少数区域は該当なしということになります。

下にあります(参考)のところになります。指標の定義が変更となりました。前回までは産科・産婦人科医師数から算出していたのですが、実際に分娩を取り扱っている産科医とすることが望ましいということで、算出方法が変更となっております。

三師統計については、医師個人のほうで回答する医師届出表によって集計しているのですが、そちらで「過去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、主たる診療科を産婦人科・産科・婦人科と回答した医師数を、日常的に分娩を取り扱っているというふうに考えて算出しております。

つまり、今回、茨城県はかなり順位が上がったということになります。他県に比べて、本県の多くの産科医が分娩を取り扱っていると考えられます。

続いて、11ページ目でございます。

国が示す目標医師数でございます。

先ほど申し上げたとおり、本県では参考値扱いとさせていただきたいと思いますが、表の右側になります2026年医師偏在指標の下位3分の1に達するための医師数でございますが、茨城県は6,384人と示されております。

続いて、12ページ目でございます。

ここからは、現計画に対する評価内容ということになります。

1. 最優先の医師確保数の達成状況でございます。

第1次、第2次目標とした必要医師数20名に対して、20.3名の医師を確保することができました。現時点で未確保の常陸大宮済生会病院の循環器内科0.8名については、新たな計画で、引き続き確保に取り組んでまいります。

13ページ目でございます。

2. 医師配置調整スキームの達成状況ですが、令和2年から令和4年の3年間で、これまで計31.9名の医師派遣が実現いたしました。

ただ、要請合計85.2名に対して、実現したのは3分の1程度にとどまることから、派遣元大学から以下のとおり意見をいただいております。

四角枠のところになりますが、地域における医療機関の役割分担の明確化と将来の方向性の共有に係る協議を促進すること、新専門医制度に対応した教育・臨床研修体制を確保すること、派遣医師に配慮した生活等各種環境の整備を推進すること、こちらの意見を踏まえて、より実効的な調整方法を検討してまいりたいと思います。

続いて、14ページ目でございます。

3. 地域枠による医師の養成でございますが、令和5年度には、全国トップクラスの10大学67名まで拡大することができました。今後も、全国対象を中心に、新增設を進めてまいります。

15ページ目でございます。

4. 医師不足地域における修学生医師の勤務状況でございます。

先ほど、部長の森川の挨拶にもありましたとおり、鹿行の県議からご質問いただいた内容になります。

研修可能な医療機関の少ない医師少数区域の鹿行医療圏及び筑西・下妻医療圏への配置が進んでいない状況となります。

表の右側になりますが、鹿行では計2名、筑西・下妻ではゼロ名という状況になります。続いて、16ページ目でございます。

5. 修学生医師の臨床研修になります。

令和5年度時点で、地域枠は10大学計67枠、医師修学資金は毎年度20名に貸与予定でありまして、この定員を維持した場合、臨床研修は令和11年に、専門研修は令和13年に、毎年の研修開始者は最大87名となる見込みです。

水戸地域が医師少数区域外になることから、医師少数区域の臨床研修病院の修学生採用枠は39名であるため、修学生医師全員を医師少数区域の病院のみで採用することは不可能ということになります。

ただ、義務年限の9年のうち、半分の4.5年を医師不足地域で勤務していただければよいので、臨床研修は必ずしも医師不足地域でやらなければならないというわけではございません。

続いて、17ページ目でございます。

修学生医師の専門研修でございますが、表の下にございます県合計ですが、募集定員327名に対して、令和5年の採用者数は154名と、まだ空きはある状況なのですが、診療領域によっては、修学生医師が一部の医師不足地域の病院に集まってしまい、その病院の研修のキャパシティを超える可能性もございます。

続いて、18ページ目でございます。

7. 修学生医師の離脱と県内定着でございますが、一般修学資金の義務明け後の定着率は67.9%、海外対象医師修学研修資金の義務明け後の定着率は33.3%でございます。

地域枠につきましては、まだ義務明け医師は出ていない状況でして、令和6年度に初めて義務明けとなる医師が出るということになります。

主な離脱の理由でございますが、自主退学・辞職、県外・国外での就業・研修希望が主な理由ということになります。

続いて、20ページ目でございます。

9. 現計画における産科・小児科における医師確保の方針ということで、現計画の方針を記載しております。

医療提供体制の充実ということで、医療資源の集約化・重点化を図る。

短期的な医師確保については、医師の派遣調整や県外からの医師確保により、必要医師数の確保を図る。

中・長期的な医師の養成につきましては、国の都道府県別診療科別の将来必要な医師数の見通しなどを踏まえることとしております。

続いて、21ページ目でございます。

現計画における最優先課題、こちらは周産期と小児を記載させていただいております。

周産期のほうになりますが、医師配置調整スキーム及び寄附講座設置により、最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科に係る必要医師数を確保することができまして、日立総合病院の地域周産期母子医療センターが再開することができました。

下の第1次目標、第2次目標になりますが、日立総合病院、土浦協同病院、小山記念病院の目標10名に対して、10名の医師を確保することができた状況でございます。

22ページ目、小児科・産婦人科の医師数・専攻医数でございます。

本県では、ほぼ全ての診療科において医師数が不足している状況でございます。地域枠等においては、診療科の限定はしておりません。

ただ、下の表の小児科、産婦人科の専攻医採用人数を見ていただきますと、全国計の小児科の計の割合は6%に対して、県内計の小児科は6.2%、全国の産婦人科が5.2%に対して、県の産婦人科は5.5%と、専門研修で小児科、産婦人科を選択する割合は、全国と比べて大きな差はないという状況にあります。

続いて、23ページ目でございます。

ここからは、第8次(前期)医師確保計画骨子(案)でございます。

まず、計画の構成ですが、第2章に現計画の評価・達成状況を新規に記載させていただいております。

第5章 本計画の数値目標ですが、現計画では、第3章の医師偏在指標の箇所にございましたが、今回、第8次からは第5章を新たに追加させていただきたいと思っております。

各論になりますが、医師の派遣調整と県外からの医師確保が別章でしたが、こちらを第2章 短期的な医師の確保に統合して整理したいと思っております。

続いて、25ページ目でございます。

第2章 本県の現状と課題、現計画の評価・達成状況でございますが、5 第7次医師確保計画の達成状況と今後の課題を新規に追加しております。

先ほど申し上げた第7次計画の評価に対する課題を記載させていただいております。

修学生医師の医師不足地域での従事義務とキャリア形成の両立、医師不足地域での勤務推進、教育・研修体制の整備、こちらは鹿行、筑西・下妻地区に修学生医師がないという状況を踏まえまして記載しているものでございます。

また、同じく教育・研修体制の整備と、一番下ぽつの医師の働き方改革と地域医療提供体制の両立につきましては、医師配置調整スキームにて、派遣元の大学からの意見を踏まえて記載しているものでございます。

続きまして、27ページ目でございます。

第4章 本計画における医師確保の方針と重点化の視点になりますが、(1)の県全体に、大学及び医師多数区域の医療機関への医師派遣要請ということに記載しておりますが、こちらについては、国のガイドラインにて示されていることから、こちらに記載しております。

続きまして、28ページ目でございます。

第5章 本計画の数値目標ということで、第3章から移動したものでございます。

2の目標につきましては、こういった目標が考えられるということで記載しておりますが、目標数値については、これから検討してまいりたいと思っております。

(1)最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科、第2次目標で確保できていない医療機関・診療科の確保に引き続き取り組むとともに、新たな目標を随時設定してまいりたいと思っております。

(2)地域枠設置数でございますが、現計画の策定時の必要数は、国から81と示されておりましたが、国が示す地域枠の必要数を踏まえ、目標数を設定してまいりたいと思っております。

(3)修学生医師の県内定着率、(4)臨床研修医及び専攻医の募集定員の充足率ということ

で記載しております。

続いて、各論になりますが、時間の都合上、かいつまんで説明させていただきたいと思えます。

ページが飛びまして、32ページ目でございます。

第3章 魅力ある環境づくりということで、令和6年度から働き方改革が施行するという
ことで、2の対策のところ、医療機関の時間外・休日労働時間の把握及び特定労務管理対
象指定申請の支援を記載させていただいております。

また、医師の負担軽減を目的としまして、医師事務作業補助者の確保や特定行為研修修了
看護師の活用等のタスクシフト/シェアの推進ということを記載させていただいております。

33ページ目、第5章 産科における医師確保になりますが、ここに記載させていただいて
いるのは、あくまで現計画の課題となります。

皆様の意見を基に、こちらに反映させていただきたいと思えます。

第3節 産科の医師確保の方針のところ、一番下ぼつに、新しく地域の産科医療体制の
維持・構築に主体的に取り組む市町村への支援を記載させていただいております。

こちらの地域の産科医療体制というのは、通常分娩のことを指してございまして、この体制
の維持・構築に主体的に取り組む市町村に対して、県は支援してまいりたいと思えます。

続いて、34ページ目でございます。

第6章 小児科における医師確保になりますが、周産期と同じく、現計画の課題などを記
載させていただいております。

第4節 小児科の医師確保の施策になりますが、こちらは再掲となっておりますが、現在
の医師確保計画では、ほぼ全ての診療科で医師が不足していることから、医師全体の施策を
記載しているというような内容になります。

続いて、36ページ目でございます。

策定スケジュール(案)になりますが、本日7月3日、地域医療対策協議会において、こち
らの骨子案と現計画の暫定評価をお示しさせていただきました。

こちらは骨子案の分量がかなり多いため、本日の協議会の終了後、委員の皆様へアンケー
トを実施させていただきます。こちらの回答を基に、素案に反映させていただきたいと思
えます。

そちらの素案につきましては、8月の第2回地域医療対策協議会において検討していただ
きたいと思えます。

地域医療対策協議会については、今年度、6回の開催を予定してございまして、3月の第6
回において最終案を決定しました後に、医療審議会へ諮問をいたします。最終的には、医療
審議会において決定して、最終確定となります。

私のほうからの説明は、以上になります。

○原会長

どうもありがとうございました。

大変大部の説明で、お分かりにくかったかもしれませんが、基本的には、第8次医師確保
計画の策定に向けて、第7期の評価という部分を中心にお話しされたと思えます。

最終的には、地対協の今後のスケジュールというあたりを、これでよろしいかというご審

議内容だと思いますが、委員の先生方、何かご質問ございますでしょうか。

○鈴木副会長

よろしいですか。

○原会長

どうぞ。

○鈴木副会長

県医師会の鈴木です。4ページに、本県においては、医師少数スポットを設定しないとあり、その理由として、城里地区に無医地区はあるが、交通機関の発達により、現状ではアクセス等に問題がないとのことですが、一方では、へき地医療計画もありまして、そちらにはへき地診療所があるわけです。そこには、半径4キロメートル以内に診療所がなくて、公共交通機関で30分以内に行けないなど、一定の要件があるわけで、そちらにかかってくるのではないかと思います。事実上、無医地区ではないと言っているようなものですから、そうすると、城里地区のへき地診療所はそのまま存続していいのかということにもなりかねないと思うのですが、その辺の整合性がどうなのかということを確認させていただきたいのが一つです。

それから、もう一つは、最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科の必要医師数を数値目標とし、国が算定する必要医師数については参考値扱いにするということですが、最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科の必要医師数を数値目標にするのはいいと思いますが、この医療機関というのは、まず地域医療構想でしっかり一定の役割が位置づけられている医療機関なのかどうか、地域医療構想との整合性が問われると思います。例えば、地域医療構想において、地域医療支援病院になっているとか、その地域で他の民間の医療機関には担えない機能を担っている、あるいは担うことが期待されている、そのための医師確保計画ということであればいいと思うのですが、ただ何の理由もなく、こことここというように決めて、あとは参考でというのはちょっと違うのではないかと思います。この最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科というのが、しっかり地域医療構想と整合性を取った上で位置づけられれば、それはそれでいいと思いますが、それと同時に、国が算定する必要医師数についても、これは地域の全体の動向を見る上では必要だと思いますので、両立させるべきではないか、並立させるべきではないかと考えます。これは質問です。

それから、10ページの分娩取扱医師偏在指標が急に上がったのですが、実感としては、こんなに上がったという感じはしないのですが、数字上はそうなっているということです。ただ、本県も、首都圏の通勤圏のようなところから県北の山間地域のようなところまでかなり幅広いので、もっと詳しく分析をしていただいて、例えば、分娩数が確保されている首都圏に近いようなところは若い産科医の先生もいらっしゃるのでしょうか、県央・県北、特に、30%は水戸市、ひたちなか市に一次分娩医療機関があるわけですが、その医療機関の医師の年齢とか、そういうものを見ていただいて、将来ともちゃんと分娩が確保できる体制になっているのか、地域別の偏在、年齢です。大体60歳ぐらいになると、もう疲れてしまって、分娩をお辞めになる方もいらっしゃるのです、そういったことまで分析しないと、急に全体として上がったということで、よかったよかったということには全くならないと思います。

それと、11ページの目標医師数ですが、これも医療圏によって全体の医師確保の状況が分

かる指標です。特定の病院に医師が確保できれば、その地域の医療は万全だということでは全くないと思いますので、ぜひそれも必要だと思います。

あとは、25ページなどにもありますが、修学生医師の医師不足地域での従事業務とキャリア形成の両立、医師不足地域での勤務推進、医師不足地域における教育・研修体制の整備というような文言が入ったのは非常にいいと思います。

鹿行、筑西・下妻とのことですが、それ以外のところも、医師不足地域での偏在是正が地対協のもう一つの大きな役割だと思いますので、そこをしっかりと入れ込んでいただくのはいいと思います。

以上、意見と質問です。

○原会長

大変多くの質問が表せられておりましたが、1つずつ、答えられるところを答えていきましょう。

まず、事務局のほうで、スポットに関する考え方、もう一回、ご説明いただけますか。

○事務局

1つ目にご質問いただきました医師少数スポットについてなのですが、国のガイドラインにおいて、医師少数スポットが設定できる地域と設定が適正でないケースが示されております。

設定できる地域としましては、ほかの地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域となっております。適切でないケースは、巡回診療や他地域の医療機関により必要な医療が提供されている場合、あとは、無医地区、準無医地区を無条件に医師少数スポットとして設定することは適切でないというふうに示されているところです。

先ほども申し上げたとおり、城里町には無医地区が3地区ありまして、こちらは赤沢、塩子、大真になりますが、いずれも町の乗り合いタクシーによって患者さんが医療機関への受診ができるというような状況になっております。

ですので、国のガイドラインに沿いますと、ここを医師少数スポットに設定するのは適切でないと考えているほか、もし設定するとなると、城里町全体を医師少数スポットとして設定することになります。

城里町全体となりますと、結構、町の中心部とかでございましたら、水戸地区へのアクセスもさほど悪いということではないので、今後も設定しないと考えているところでございます。

○原会長

鈴木先生の意見はまた後で聞くとして、その次、4ページの最優先をするというのを並列で書かれたらどうだというお話がありましたが、それについていかがですか。

○事務局

最優先の数値目標につきましては、現計画において、第1次目標、第2次目標としてやってきたところです。

これについて、並列して国の必要医師数を設置目標とするということにつきましては、ご意見をいただきまして、検討していきたいと思います。

○原会長

それから、分娩医師数の解析のときに、分娩を実際にやっている方たちの場所と年齢、そのあたりの解析はできているのかというご質問だったと思いますが。

○事務局

解析については、今のところできていないというのが状況になりますが、鈴木副会長からございました分娩取扱医師数の順位が上がっているけれども、増えている実感がないというご意見をいただきました。それについては、偏在指標の定義が変更したことによります。茨城県では、分娩を実際に取り扱っている産科医がほかの県に比べて多いというふうな形で、ほかの東京とかは分娩を取り扱っていない産科医とかが多いのではないかと考えられます。

地区によってもっと詳しく年齢などを分析するということについては、ご意見を踏まえまして、検討させていただきたいと思います。

○事務局

補足で説明させていただきますと、分娩取扱医師偏在指標の算定に当たりましては、9ページの下の参考のところにもありますとおり、医師全体の性・年齢階級別の労働時間を用いて医師数については調整をしているところですので、指標の算定の中で、ある程度、性とか年齢階級については考慮はされているというところではございます。

○原会長

分かりました。

鈴木先生の質問の趣旨というか、トリガーになっているのは、水戸の出産は55%は正常分娩ですが、私立の個々の診療所でやっているのです。だから、それだけで医者が多いのだと思うのですが、一方で、問題のある出産等はある一定の病院に集中しているということもあって、病院のほうは、今後、筑波大学をはじめとして集中していくと思うのですが、正常分娩をやっていらっしゃる方たちの年齢は確かに僕が見ていても高いようにも思うのです。ですから、その辺の年齢解析というのはある程度必要かなと僕も思いました。

よろしいですか。

○事務局

ありがとうございます。

○原会長

鈴木先生、あとは何かございますか。

○鈴木副会長

へき地診療所がちゃんと残るのだったら、それでいいのですけれども、そこと不整合な話になるのだったら、そこはちょっと見返しが必要ではないかと思いました。

それと、医師少数スポット、ほかの都道府県を見ると、私が見た限りでは結構入っているのです。ですから、本県はすごく厳格な感じがしますが、医師少数スポットが増えしまうと、少数区域が薄くなるから、痛し痒しみたいなところもありますが、一応、参考として述べました。へき地診療所に触らなければ、とりあえずはよろしいかもしれませんね。

○原会長

ありがとうございました。

そのほか、ご質問ございますか。

よろしいですか。

多分、今日はこれが一番のメインかなというふうに思います。

手が挙がりました。どうぞ。

○鈴木(高橋委員代理)

行方市の県市長会の代理の鈴木でございます。

市町村に関することが入っていましたので、確認をさせていただきたいと思います。

33ページのところの第3節 産科の医師確保の方針というところで、県の方針によると、少子化による医療需要の変化を見据えた医師の確保となっております。

その下のところの赤字なのですが、地域の産科医療体制の維持・構築に具体的に取り組む市町村、これは、多分、医療圏だと広域になるはずなのです。だから、市町村だけの絞りでやっているのか、それとも、広域的な形のもの支援なのかというところを確認させていただきたいと思います。

○原会長

事務局、お答えください。

○事務局

ご質問いただきました地域の産科医療体制についてですが、こちらは通常分娩のほうを指しております。その通常分娩を取り扱う産科の構築に取り組むのは市町村というふうに考えているということになります。

○原会長

市長さん、それでよろしいですか。

○鈴木(高橋委員代理)

通常分娩はいいのですが、そのところに市町村がそれぞれ多分ばらばらだと思うのです。通常分娩ができるところの部分、多いところは多いし、少ないところは少ない。では、何を具体的に市町村に求めてこの具体的な取組をしろということなのかということを知りたいのです。

○事務局

市町村に取り組んでほしいというよりは、市町村が通常分娩を取り扱える産科を仮に自分の市町村に設置したいという要望があった場合、そちらは県のほうで積極的にやるのではなくて、市町村のほうで主体的に行っていただき、県のほうは支援していくという形になります。

○原会長

支援の具体的な内容はどういうことですか。例えばですが、行方で開業されるようなドクターを県のほうが探してくれるということですか。それとも、お金の支援という意味ですか。

○事務局

具体的には、医師確保のノウハウというものが県にありますので、そちらのほうは幾らでもという形でご支援することはできると思います。

財政的な支援については、今のところ、明確なものはございませんが、そういった意味合いでございます。

○原会長

行方市長さん、これは、多分、地域医療構想調整会議の中で話し合っていく、あるいは市

長さんのほうから手を挙げていくような事項だと思います。

地対協では、そこをどうするかというのは、なかなか議論をする場としては難しいので、地域医療構想調整会議の中に加わっていらっしゃるんですよね。だから、そのところでちょっとお話しただけであればいいかなと僕も思います。

県のほうも、単にノウハウとかという片仮名英語は言わずに、具体的にお探しますぐらいの誠意を見せてもいいかなと個人的には思いますけれども、とりあえず、地域医療構想調整会議のほうでお話しただくのが、一番、筋道としてはいいかなと思いますが、よろしいですか。

○鈴木(高橋委員代理)

中身はよく分かりました。

ありがとうございます。

○原会長

どうもありがとうございました。

そのほか、ご質問、どなたか、どうぞ。

○植草委員

どうもありがとうございます。

北茨城市民病院の植草ですが、ちょっと場所が違うのかもしれませんが、地対協としては、救急医療に対する考え方はどうなっているかということを知りたいのです。要するに、地方の病院は救急医療を担っていて、大きな病院の三次救急を、もうその力がなければやらないのですが、1.5次から2次ぐらいまでの救急を担っているわけです。

1.5次から2次までの救急をやるためには、それを診るための医者が必要なのですが、それを診るのは、一般の内科医か、総合医か、あるいは救急医かという話になってしまうと、その絶対数が少ないですよ。一般内科をやっている人間とか、総合をやっているとか、救急をやっている者は。

そうすると、実際に地域の救急を担うための医者をどこかで養成しなければ地域の救急は成り立ちません。働き方改革でますます厳しくなってくるわけなので、それを担うような医者をどこかで養成しなければ、地域は救急を断らなければいけなくなってしまうのですが、それに対してはいかがでしょう。

○原会長

事務局、何かお考えはありますか。

○事務局

医師を養成していかななくてはならないということは方針の中にも盛り込んでおきまして、医師を増やさなくてはならない県ですので、そこは方針としてもしっかりと盛り込んでいきたいと思っているのですが、救急を担う医師ということであれば、救急の体制と整合性を取った医師の確保ということになるかと思います。

○原会長

僕の個人的な意見でよろしいですか。

どういう救急をやるかによると思います。つまり、二次救急までのことであれば、いわゆる専門家というのを必ずしも育てる必要はないと僕は思うのですが、医者の数はもちろん必

要ですけれども。

これが三次救急までちゃんとやろうとするのであれば、当然、専門医制度の1段階目になっていますので、救急専門医を置かなければいけません。そのためには、救急専門医が、更新、あるいは権利を取得できるまでの教育的な意味合いからも、救急患者の人数と施設と設備と、それから、指導医を完全に具備しないと、三次救急という意味での救急病院、救命救急センターはつくれないと僕は思います。

そうではなくて、いわゆるウォークインも含めた1.5から2次救急的なことをやるのであれば、医師数はやっぱり必要になってきますが、4人以上いないといけませんので、そういう意味では、必ずしも一定の救急専門医でなくても、それはできるのかなというふうには思っています。

そのあたりは、ぜひとも、先生、地域医療構想調整会議の中で、地域で話していただいて、誰がそれを担うのか、担うためにはどうすればいいのかという議論をしていただければと思います。

そのためには、例えば、先生の病院でやろうとするのであれば、医療資源がそんなにいっぱいあるわけではございませんので、ある程度、集約化をしていかなければいけないのかなと思います。

ちなみに、筑波大学の救急専門医は、毎年、4人ぐらいずつ育ってきています。だから、もう少しすると、そういった医師を派遣できるような体制にはなると思うのですが、それでも地域地域の全てに置くのはなかなか大変ですので、やっぱり集約化が必要になってくるかなと思っています。

そんなところでいかがでしょうか。

○植草委員

あくまでも1.5次から2次です。地方の中小病院の救急を、ある程度、担えるというメンバーが必要なわけであって、救急の専門医は、はっきり言ってしまったら、専門の病院でやってもらえばいいと思うし、そこでトレーニングしていただきたいと思います。

そこに送るまでの段階、最初の初診をまず診て、要するに、送るべきか否かを判定するまでのドクターが欲しいわけであって、それを、キャリアアップ、うちの地域の対策協議会のほうでは修学生医師のキャリアアップを考えて、何でも行けるようにしようというふうな形でやっていますが、地域に出て救急もやってくれるような一般内科とか総合診療の募集数が少ないですよ。

地域の病院として欲しいのは、何でも診てくれるような内科医なのです。それを地対協のほうで要請していただかなければ、そちらのほうに勧めてもらわなければ、いつまでたっても地域に出てくるような内科医が育たないのではないのでしょうか。

○原会長

分かりました。ご意見としてはお伺いしました。

だけれども、まずは、地域の中で、北茨城だと北茨城市民病院がなるしかないと思うんですが、そこでどうやって集約化していくかというあたりもご検討いただければと思います。

その上で、地対協として、こういう方たちを欲しいという具体的なやつが出てきたときに

検討したいなと思っておりますが。

まずは、今のところは、先生、そんな答えしかできませんが、よろしいですか。

それでは、そのほかご質問はございますでしょうか。

それでは、次に、議題(2)茨城県修学生・修学生医師向けキャリア形成プログラム(令和8年度向け)の見直しにつきまして、事務局からご説明願います。

○事務局

事務局でございます。

議題2につきまして、事務局から説明いたします。

資料5をご覧ください。

資料の表紙をおめくりいただきまして、資料右下のページ数、1ページ目と2ページ目は、年度末の地域医療対策協議会でお示しさせていただいた内容でございます。

修学生医師のキャリア形成の観点から、医師不足地域に研修施設がないなど、専門医資格の取得や維持ができない診療科については、医師不足地域の医療提供体制に貢献できると認められる場合に限り、例外的な対応を認めることとしてはどうか、また、例外的な対応については、地域医療対策協議会で認められた最小限のもののみとしてはどうかというところをお示しさせていただいたところでございます。

3ページ目になりますが、今回、専門研修の段階におきまして、専門研修プログラムの連携施設として登録されていても、症例数や人員等の状況等により、実際には専攻医が配置されていない医療機関があることを踏まえ、各基幹施設における連携施設への実際の専攻医の配置の可否の状況について伺うアンケートを実施いたしました。

このアンケートにおいては、各専門研修プログラムで連携施設として登録されている医療機関につきまして、①毎年度、専攻医を配置している連携施設、②毎年度は専攻医を配置していないけれども、専攻医の配置が可能である連携施設、③プログラム上連携施設として登録されてはいるが、症例数や指導体制の観点から、実態としては専攻医を配置できない連携施設に振り分けさせていただきました。

13基幹施設、40プログラムからご回答をいただき、回答において、①毎年度、専攻医を配置している連携施設と、②毎年度は専攻医を配置していないけれども、専攻医の配置が可能な連携施設について、医療圏ごとの連携施設数を診療科ごとにまとめたものが次のページの表になっております。

このアンケートの結果でございますが、さらに次のページに移りまして、どの診療科でも基幹施設や連携施設が医師多数区域に多く所在しており、専門研修中の医師が医師多数区域を中心に勤務する背景がうかがえるところです。

特に、一部診療科におきましては、医師不足地域内の連携施設が極めて少なく、受け入れキャパシティの都合上、登録する修学生医師の増加によっては、医師不足地域で専門研修を行うことが難しくなる状況です。

ただし、令和4年3月から4月に実施した筑波大学附属病院の各診療科との意見交換や、昨年度に実施したアンケートの中では、医師不足地域で専門研修を行うことは難しいけれども、専門医資格取得後であれば、医師不足地域での勤務が可能とする診療科もございました。

他方で、専門医資格の維持に、症例数など一定の診療実績が必要である場合が多いことか

らいたしますと、専門医資格を取得した後であっても、医師多数区域や特定の医療機関での勤務が必要となり、医師不足地域での勤務が困難な診療科が出てくる可能性もございます。

これらを踏まえますと、修学生のキャリア形成の観点からは、医師不足地域において専門研修及びその後の勤務が難しい場合においては、例外的な対応が必要な場合があり得ること。ただし、仮にそのように例外的な対応を行う場合でも、地域枠制度の本来の趣旨に鑑み、例外的範囲は最小限度とすべきであって、その対象・内容の設定に当たっては、地域医療対策協議会での協議を必要とするなど、要件は厳格化すべきであることを改めてお示しさせていただければと思います。

ここまでは修学生のキャリア形成の観点からの制度見直しというお話でございますが、次のページに移りまして、キャリア形成プログラム運用指針におきましては、そもそも医師不足地域における医師の確保と医師の能力の開発・向上の両立がうたわれており、制度の見直しに当たっては、医師不足地域での医師の確保が図れているのかという観点も必要不可欠なものとなります。

こちらにお示した表の中で、今年度4月1日時点の医療圏ごとの地域枠修学生医師の勤務状況をお示ししておりますが、地域枠修学生医師のうち、約67%に当たる137名が医師不足地域内で勤務しておりますが、特に、鹿行医療圏は2名、筑西・下妻医療圏はゼロ名と、修学生医師の勤務は極めて少ない状況でございます。

1年目から5年目の医師につきましては、次のページで臨床研修・専門研修に係る施設の状況を示しておりますが、そのような施設が少ない両医療圏での勤務が難しい状況ではございますが、基本領域の専門研修を終えた者は一定数いる6年目以降の医師についても、両医療圏での勤務は少ない状況でございます。

先日まで開催されていた茨城県議会定例会等においても、地元出身議員等からこのような状況が指摘されるとともに、将来の修学生医師の勤務の見込みについて憂慮する声が上がっているところございまして、このような状況を踏まえますと、現在は地域枠制度によって医師不足地域での医師の確保が図れていない状況と言えらるかと考えております。

キャリア形成プログラムの見直し、地域枠制度運用の見直しというところにおきましては、修学生のキャリア形成の観点だけでなく、将来時点の医師の地域偏在の解消という観点から、より抜本的な制度の見直しが必要ではないかと考えております。

つきましては、資料冒頭でお示した対応方針に、地域枠制度による医師不足地域での医師の確保という点も踏まえまして、再度、見直し案を作成し、次回以降の協議会において改めてご審議をお願いしたいと考えております。

事務局からの説明は、以上でございます。

よろしく願いいたします。

○原会長

どうもありがとうございました。

ご意見はございますでしょうか。

○鈴木副会長

よろしいですか。

○原会長

どうぞ。

○鈴木副会長

この地域枠等の修学生医師の運用指針を見ると、キャリア形成と偏在是正とを両立させるというのが大きな方針であるのに対して、本県の場合はキャリア形成のほうに偏り過ぎているのではないかと考えていました。県議会でもたまたま指摘が出たようですが、鹿行や筑西・下妻だけではなくて、6ページの図を見ると、常陸太田・ひたちなかも6年目から9年目は1、古河・坂東も1ということで、非常に少ないことが分かります。前回もお話ししましたが、今のやり方というのは、従来の急性期モデル、病院モデルに沿って、臓器別専門医をずっと養成し続けるということに結果的になります。そうすると、今、研修を受けている先生方が、働き盛りの頃は我が国の超高齢社会のピークになるわけですが、そのときに求められているのは、地域包括ケアシステムで、多職種協働で働けるような総合的な診療能力を持った医師です。先ほどの一般内科医、総合診療医、救急医という話も植草委員からございましたが、総合診療専門医が増えていただければいいのですが、本県はそれでも多いほうだそうですが、少しずつしか増えておりません。私は消化器内科ですが、かつての医局制度の中で、大病院の次は中小病院、都会の病院の次は地方の病院というように、行ったり来たりしながら総合的な診療能力を身につけ、それが今でも役立っております。この地域枠の修学生の皆さんも、若いうちは専門医で地域に貢献していただき、日本の医師は長く働きますので、もう一度かかりつけ医として、地域で貢献できるように、地域枠の研修のときにキャリア形成プログラムと両立した形で総合的な診療能力を身につけるような内容を、医師不足地域の一般医療機関での勤務として入れることが必要だと思いますので、ぜひそういう方向で議論が進むことを期待しております。

以上です。

○原会長

ありがとうございました。

事務局のほう、何か意見はありますか。

そういうことも含めて見直ししたいということだろうというふうには思っておりますけれども。

○事務局

いただいたご意見を踏まえながら、お示しできるように検討させていただきたいと思いません。

○原会長

そうですね。ぜひそうしてください。

ただ、1点だけ、鈴木先生の時代と違うのは、今、入局するのは45%、5割を切っております。かつてのように、医局の絶大な人事権で、おまえは行ってこいというのが当たり前の時代だったわけですが、今はそうはいかない。それだけのこちらにも資源がないというのも事実です。ですから、何らかの形でその人のキャリアも保障しつつも、やはり地域に貢献するというような形はぜひとも取っていかねばいけないと思いますので、少しこの辺を踏まえて、事務局からの見直し案を期待したいというふうに私自身も思います。

よろしいでしょうか。

○鈴木副会長

よろしくお願いします。

昔のように戻れとは一切言っておりません。

今の先生方を見ると、女性医師が増えていることもありますが、みんなパートで勤務したいのです。世界中の傾向ですから、そうした変化にも沿った形で話を進めないとどんどん離脱する人が増えてしまうという結果だけで終わってしまいます。総合的な診療能力を身につけることが、ネガティブなものではなく、ご本人にとってもプラスになるポジティブな研修になるようにすることが必要だと思います。

○原会長

そうだと思いますね。前から僕が地対協で言っているように、ホスピタリティーとか、女性支援だとか、家の支援だとか、そういうことを病院側も尽力しなければいけないと思います。

ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

それでは、次、議題(3)令和6年度の医学部入学定員増につきまして、事務局からご説明願います。

○事務局

事務局でご会います。

議題(3)につきまして、事務局から説明いたします。

資料6をご覧ください。

地域枠の臨時定員の設置については、地域医療対策協議会で協議した上で、国に申請することとなっております。

現在の臨時定員の期間が令和5年度末までとなっておりますので、令和6年度、来年度の入学定員について国に申請するものでございます。

令和5年度入学定員からの変更点といたしましては、資料の下部になりますが、獨協医科大学で2名の新規設置、帝京大学で1名の増員ということで、計3名の増となり、臨時定員といたしましては、59名から62名への拡大となる見込みでございます。

こちらにつきましては、今後、国の審議会を経て、昨年度と同時期ですと、10月から11月頃に認可について決定される見込みとなっております。

事務局からの説明は、以上でございます。

よろしくお願いいたします。

○原会長

どうもありがとうございました。

ただいまの説明に何かありますでしょうか。

令和6年度までは、少なくとも筑波大学なんかも含めて、定員増はこのまいくということまでは決まっているのですが、令和7年度以降がまだまだ全く決まっていない。厚労省側も文科省側もちろん全く決まっていないという状況で、突然地域枠をなくすということはないのだろうかというような感じはしますが、今の状況はそんなところです。

令和6年度についてはこれまでどおりということで、県としては、それをさらに増やして

いきたいというお考えのようでございます。

これにつきまして、何かご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

それでは、報告事項に移りたいと思います。

7の報告、(1)令和5年度医師派遣調整に係る医師派遣要望調査の進捗につきまして、事務局からお願いします。

○事務局

事務局でございます。

それでは、資料は7になりますので、お手元のご準備、よろしくお願ひいたします。

令和5年度医師派遣調整に係る医師派遣要望調査の進捗についてでございます。

1枚めくっていただきまして、1ページ目になります。

おさらいではございますが、医師派遣調整とはということで、こちらにつきましては、茨城県医師確保計画において、第二次保健医療圏における医療提供体制の課題及び重点化の視点を踏まえた上で、短期的な医師確保対策として、医師の派遣調整を実施することとしているものでございます。

医師確保計画上の定義につきましては、中段に書いてございまして、併せて、調整スキームの内容につきましては、下段のほうに書いてございますので、ご覧おき願ひます。

続きまして、2ページ目でございます。

こちらが昨年度の派遣要請をした結果でございます。右下を見ていただきますと、38名要請したうち、13.2名が配置されたという結果でございました。

続きまして、3ページ目でございます。

こちらの資料、昨年度末、第4回の地対協における資料でございますが、令和5年度医師派遣調整の考え方ということで記載させていただいております。

青枠で囲っているところでありますが、今年度も、昨年度に引き続き、地域医療構想調整会議から医師派遣要望を提出いただく。そして、医師派遣を地対協において協議・検討するということにはどうかということとなっております。

そして、二次医療圏ごとに要望人数の上限を設定するなど、地域医療構想調整会議における協議を促進するために必要な見直しを行うということが決まったところでございます。

それを踏まえまして、次のページ、4ページ目でございます。

令和4年度と令和5年度の新旧対照になってございますが、表の上から3つ目で、要望人数等の制限でございます。令和4年度は特に制限なしということで、150名程度の要望が上がってきたところではありますが、それらを踏まえて、今年度は、各医療圏当たり原則4人以内、かつ診療科の重複不可はということで、今年度は要望調査を実施させていただいております。

ただし、上限人数の内であれば、協議により医療圏間での融通は可能とし、複数医療圏をカバーする医療機関につきましては、要望人数を2分の1でカウントできるというようなことも設けてございます。

それらを踏まえて、今年度は、各医療圏、9医療圏に対して各4人ぐらいで、プラスアルファを想定しまして四、五十人程度の要望が上がってくるものと想定してございます。

その下段、要望の選定方法につきまして、昨年との違いとしては、本年度、①としまして、調整会議において、上記人数に収まるよう整理をしていただく。②としまして、地対協の場で調整会議から要望内容をご説明いただく。③としまして、各地対協の委員の皆様による評価をしていただくということを今年度の医師派遣調整の中では実施していきたいと考えてございます。

続きまして、5ページ目でございます。

今年度の医師派遣要望調査の概要でございます。

調査対象としましては、先ほどのご説明のとおり、県内9つの地域医療構想調整会議として、要望書を出していただきます。

派遣対象医療機関につきましては、5疾病5事業のうち、枠の中の太字で下線が引いてある、がん、脳卒中等の機能を担う県内の病院、合計71病院を対象にしてございます。

調査基準日は4月1日、調査内容としましては、今回、総括表、個票①、個票②ということで、医療機関の皆様にご作成していただく個票①、②、それらを取りまとめた上で、調整会議のほうで議論の上、作成していただく総括表の提出をお願いしているところでございます。

詳細につきましては、こちらの内容をご覧くださいいただければと思います。

最後になりますが、5 調査の流れでございますが、各医療機関、各地域医療構想調整会議におきまして選定作業をしていただきまして、6月30日締めということで、一次回答をご提出いただいております、現在、その結果を取りまとめているところでございます。

それらの内容を一度整理し、各地域に対しまして意見照会を行いたいと思っております。

その意見照会を踏まえた上で、その意見を踏まえたフィードバックをさせていただき、その上で改めて各地域でどういう要望をするかということをご議論いただき、二次回答ということで、今月の21日までにご提出、ご回答いただくことを予定してございます。

めくっていただきまして、6ページ目、最後のページになりますが、今年度の医師派遣調整のスケジュールでございます。

囲ってあるところは、7月3日、今日の地対協でございますが、その前に6月30日で一次回答をしていただいたというところでございます。

これから、先ほど申し上げました意見照会、フィードバックをした上で、二次回答を7月21日までにごいただきまして、またそれらを取りまとめた上で、次回、8月下旬を検討しておりますが、第2回地対協の場において、その結果を、ご報告と併せまして、各調整会議の皆様にも要望の内容をプレゼンテーションしていただきたいと考えてございます。

私のほうからの説明は、以上になります。

どうぞよろしくお願いいたします。

○原会長

どうもありがとうございました。

どちらかというと、地域医療構想調整会議に対して、こういう形でやってくださいというような要望を、これは人材課と医政課と両方がタッグを組んだのでしようけれども、それを出していただくと。最終的には、一つの医療圏で、例外はありますが、4名程度を出していただきたいというお願いをしたというところでございます。

これに対しまして、何かご質問ございますでしょうか。

よろしいですか。

一昨年でしたか、昨年もでしたか、100名を超えるような要望が出てきたわけで、それに対して、昨年度、地対協としても、こういった条件をご勘案くださいというようなことを出しました。それは地対協からの意見として。

それから、医政課のほうとしては、将来像を見据えたものを出していただきたいと。

それから、それらを勘案して、1つの医療圏から4名程度をとというお話になったのだというふうに理解していますが、その辺の説明は、医政課の方もいらっしゃいますよね。要するに、保健所長が全てこういう説明をされたのでしょうか。人材課と医政課からそれぞれ出張って行って、こういう説明をされたということではないのですよね。いかがでしょう。

○事務局

医療政策課でございますが、保健所が各地域医療構想会議の事務局を務めておりますので、でやっているケースが多くなっております。

○原会長

そこには十分説明されたのですね。

○事務局

十分に説明して、議論しているとは。

○原会長

僕はつくば市の地域医療構想調整会議に出ているわけですが、その表は示されました。ただ、その上で、もっとはるかに多い数が、10ですが、最初に出てきました。

そこで私が申し上げたのは、昨年度から言っている地対協としての要望と人数の事柄を考えれば、あるいはそこに指導医がいるかどうかとか、その辺も含めて考えると、当然もっと減らされるのではないのですかと。そのためには、データを各保健所は持っているわけですから、その辺をお示しになった上でディスカッションというのがやっぱり必要だったのではないかなと。少なくとも、つくば市ではそういうことはやられなかったので、勝手に議論せいみたいな感じになってしまったので、それはやっぱりよくないなという感じがしたので、ぜひともその辺の保健所長さんへのご指導を、あるいはデータの提出、供覧、あるいは共有といったことが必要だったのではないのかなと、今年度の反省として、私はそう思ったのですけれども。

いかがでしょう。

○事務局

できるだけそういったデータに基づいて議論できるように、保健所のほうとも相談してまいりたいと思います。

○原会長

すごく忙しいと思うのですが、両課が出張っていくことが必要なのではないかなと思います。それで別にあなたたちにやらされているとかというふうには思わないと思うので、要するに、データの共有ですよね。その辺の意図を十分説明してあげることが必要なかなと思いますので、来年度に向けて、またよろしくお願いします。

ご質問はございませんでしょうか。

○鈴木副会長

よろしいですか。

○原会長

どうぞ。

○鈴木副会長

意見ですが、原院長の下で、地対協の医師派遣調整の考え方が毎年進歩してきたのは非常にうれしく思っております。このぐらいの枠になってくると、地域で各病院が少なくともどうしようかという話し合いをしないといけないことになってくるわけで、それが役割分担や連携につながっていくことを、強く期待したいと思います。

ありがとうございました。

○原会長

先生、サポートありがとうございます。

そういうことなのです。地域医療構想調整会議をとにかく進めてあげたいというのが私の心でございます。

よろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

7の報告(2)医師の労働時間の上限規制の適用に向けた取組状況について報告がございません。

事務局、お願いします。

○事務局

資料4になります。

医師の労働時間の上限規制の適用に向けた取組状況ということで、制度概要になりますが、令和6年4月より、医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用されます。

よって、原則として年960時間が上限となりますが、医療機関が、地域医療の確保などの必要から、やむを得ず所属する医師にこれを上回る時間外・休日労働を行わせる必要がある場合には、その理由に応じて都道府県知事から指定を受けることが必要となります。

なお、この水準につきましては、あくまでも暫定的なものであり、将来的に縮減・解消されることが目標とされております。

真ん中の表になりますが、各水準の上限規制の適用時間になります。A水準が原則となりまして、こちらは960時間が上限となるので、指定取得は不要となります。

連携B水準、他院と兼業する医師、いわゆる派遣医師ですが、派遣元の病院と派遣先の病院を通算して長時間労働となる場合は、こちらが適用されます。

B水準、地域医療確保とありますが、こちらは救急医療や在宅医療のことを指します。

C-1水準、臨床研修・専門研修医のプログラムで960時間を超える場合、こちらが適用されます。

C-2水準、特定の高度な技能の習得のため、集中的に長時間労働が必要な場合ということになります。

2 医療機関における特定労務管理対象機関指定までのスケジュールですが、C-2水準については、関連審査の受審が必要となります。こちらは、結果通知が8月頃になりますが、締切りが6月12日となりますので、こちらのほうは各医療機関にアナウンスしているところ

でございます。

6月末になりますが、労働時間短縮計画等を医療機関のほうに作成いただきまして、これをもって医療機関勤務環境評価センターへ評価受審の申請をしていただきます。これについては、評価期間は約4か月かかると国から示されております。

7月、本日から10月末になりますが、茨城県特定労務管理対象機関指定の申請ということで、評価センターの評価結果をもって県のほうに申請いただくこととなります。

こちらを申請いただきまして、県のほうで審査した後、年明けて2月から3月になりますが、医療審議会で意見を聴取いたしまして、その後、公示・評価センターの評価結果公表を県のほうで行います。それが終わりましたら、医療機関において、特例水準医師に関する36協定を締結いただきます。

3 現時点の特例水準申請予定医療機関でございますが、6月1日時点で、県内では8医療機関が申請を予定しております。

こちらは予定なので、今後も変更があり得ることをご了承いただきたいと思います。

B水準については8医療機関、連携B水準2医療機関、C-1水準3医療機関、C-2水準は1医療機関を予定しております。

続いて、2ページ目でございます。

4 地域医療対策協議会で議論を行う位置づけになりますが、新医療法のほうでは、医療審議会の意見を聞かなければならないと示されておりますが、厚生労働省の示す医師の労働時間短縮等に関する指針では、地域医療対策協議会等で議論を行うことが推奨されると示されておりますので、本日、ご報告させていただきました。

今後も、医療機関のほうから申請が上がってきまして、審査するという段階になりましたら、再度、地対協のほうで報告させていただきたいと思っております。

説明は、以上になります。

○原会長

どうもありがとうございました。

ちょっと質問なのですが、今、6月末までにほとんどのところが出してきていると思うのです。それを審議した後で、地対協では、これは報告ですか、審議ですか。

○事務局

国のほうからは、議論とされておりまして、例えば、C-1水準を申請してきた臨床研修病院のほうで、そちらを申請することが適切なのかということでご意見をいただきたいと思います。

○原会長

そうすると、2ぼつの医療機関におけるスケジュールの中で、6月末までに出して、想定評価期間4か月と、ここに入るのですか。それとも、その後ですか。

○事務局

その後の7月から10月末のところ県に指定の申請がまいります。なので、医療機関から申請が上がってきた後の12月頃の地対協で議論いただくことを想定しております。

○原会長

そうですね。分かりました。

最終的には、医療審議会ですよね。

○事務局

そのとおりでございます。

○原会長

ということだそうでございます。僕もちょっとその辺がよく分からなかったのですが、一応、ディスカッションをするのでしょうか。ディスカッションをして、そこで差し戻しまでできるのですか。

○事務局

医療機関のほうに差し戻しというよりは、意見がありましたら、申請書の内容などについて修正など。

○原会長

そうだね。12月で医療審議会に間に合いますかね。それが、もし万が一あった場合に。

○事務局

医療審議会は3月を想定しておりますので、期間はあると考えております。

○原会長

分かりました。

というようなスケジュールで行くそうでございますが、各病院の先生方、どうですか。これでよろしいですか。これで行くと国が言っているのです、しょうがないのですけれども。

何かご意見はございますか。よろしいですか。

どうもありがとうございました。

以上で、本日の議題は全て終わりましたが、これまでの議題も踏まえて、全体を通して、何かご意見がある方はいらっしゃいますか。

○鈴木副会長

よろしいですか。

○原会長

どうぞ。

○鈴木副会長

今日は非常に議論が進んだのではないかと思います。これは民間中小病院にとっては厳しい話ですが、地域に若い先生方に長くいていただこうと思えば、魅力ある病院をつくらないといけないと思います。それと地対協の議論や地域医療構想調整会議の議論が整合性を取った形で進めば、本県の医療にとって望ましい方向に進めるのではないかと考えております。

ありがとうございました。

○原会長

どうもありがとうございました。

そのほかよろしいですか。

それでは、どうもありがとうございました。

本日の協議会の内容は全て終了いたしました。

事務局に進行をお返ししたいと思います。

○事務局(佐藤)

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させていただきます。

次回の地域医療対策協議会につきましては、8月下旬を予定しております。また改めて日程のほうはお知らせさせていただきたいと思います。

先生方、本日は、お忙しいところ、ご出席を賜りまして、ありがとうございました。