

## 令和元年度第2回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和元年6月28日(金)19時～20時30分

場 所：県庁11階 共用1106, 1107会議室

司会

ただいまから、令和元年度第2回茨城県地域医療対策協議会を開催いたします。

なお、本日の会議につきましては、議事の内容や結果、各委員の皆様の発言要旨等、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。

まず初めに、事務局より、会長、副会長についてご報告させていただきます。

前回第1回の会議の中で、会長、副会長の選任を行いまして、筑波大学附属病院の原委員が会長に、県医師会の諸岡委員が副会長に選出されました。

諸岡委員につきましては、欠席されておりましたので、後日、事務局よりその旨お伝えいたしましたところ、ご就任についてご了承いただきましたので、ここにご報告させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

次に、今回初めて出席される委員の皆様をご紹介します。

今お話しいたしました茨城県医師会会長・当協議会副会長の諸岡委員でございます。

それから、6月20日に茨城県看護協会会長にご就任されました白川委員でございます。

そして、東京医科歯科大学附属病院の大川委員の代理として、本日ご出席いただいております長寿・健康人生推進センターセンター長の石川先生でございます。

また、前回に続きまして、土浦協同病院の酒井委員の代理といたしまして、統括院長補佐の河内先生にご出席いただいております。

なお、日立医療センターの加藤委員、県市長会会長の山口委員におかれましては、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。

皆様のお席にお配りしております1枚目、次第、そして席次表、出席者名簿に続きまして、資料1から資料8まで、そして、参考資料一式という形で資料をつくらせていただいております。過不足等ございませんでしょうか。もしございましたら、途中でもおっしゃってください。

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、まず議題(1)でございます。前回の開催結果を踏まえた対応等につきまして、事務局からご説明をお願いします。

事務局

「資料1 前回の開催結果を踏まえた対応等について」でございます。

1つ目、都道府県間の流出入調整についてでございます。

医師確保計画を策定するに当たりまして、都道府県間の患者の流出入を見込むか見込まないかというところで調整を行うかを前回ご議論いただきまして、茨城県としては流出入調整を行わないということでご了解いただいたところですが、これを踏まえまして、近隣の福島、栃木、千葉、埼玉、東京と調整いたしまして、いずれも流出入調整を行わないこととして各都県と合意いたしまして、厚生労働省に報告を行ったところでございます。

2つ目でございます。

軸屋委員からいただいたご意見でございます。外来医療計画の策定に当たりまして、無床診療所の代表を当協議会の委員に加えるべきではないかというご意見をいただいたところでございます。

これを踏まえまして、諸岡副会長と協議を行ったところ、無床診療所につきましては、地域医療構想調整会議での議論や、また、県医師会としてご意見を集約していただいて、副会長からこの協議会で意見を述べていただくということでございまして、このため、委員は追加しないことということで対応したいと考えております。

3つ目、須磨崎委員からのご意見についてでございますが、こちらについては、研修医の育成について問題提起をさせていただいたところでございますが、議題(2)の中におきまして、専攻医のシーリング等々のテーマがございますので、こちらの中で事務局より対応案を提示させていただきたいと考えてございます。

資料1につきまして、事務局からの説明は、以上でございます。

原会長

最後のところ、須磨崎先生のご意見は、資料3の6ページに具体的な数を書いてございますが、大変貴重なご意見をいただきましたので、これに対しても対応していきたいと考えてございます。

資料1の前の結果を踏まえた対応等につきまして、何かご質問、ご意見等ございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、それを土台にということで、今回の議題(2)以降を始めたいと思います。

次に、議題(2)医師確保計画の今後の策定方針等につきまして、資料2から資料5と大部にわたりますが、事務局からご説明願います。

事務局

事務局より説明申し上げます。

まず、「資料2 医師確保計画の全体像」についてでございますが、国から示されましたガイドラインを踏まえまして、これから策定する計画に何を書き込むべきなのかということを整理した表でございます。

太枠以外の部分につきましては、今後、厚生労働省が、都道府県間流出入調整を踏まえまして医師偏在指標を確定する。そうしますと2023年の目標医師数が決まってしまうので、それに伴いまして追加確保すべき医師数が決まってくるようになってございます。

それを踏まえまして、県で何を決めていくかでございますが、追加確保すべき医師数のところで、現時点の医師少数区域としてなっております6つの医療圏につきまして、こちらで必要な医師数が算定されておりますが、こちらを全部足し合わせますと355になるのですが、県全体の目標といたしましては、その上のほうに795という数字がございますので、県全体で795という数字の枠内で医師少数区域355として、プラスアルファとしてこういった区域に確保すべき医師数を持つてくるかということがこれ以降の医師の数についての議論になってくるかと思っております。

右のほうに移っていただきますと、三次医療圏、二次医療圏それぞれに医師確保の方針がございまして、施策につきましては、短期、長期、それぞれこういったもので医師を養成していくのか、確保していくかということが書いてございます。

こちらにつきましては、これから具体的なテーマをご説明申し上げるに当たって、全体を俯瞰していただくようなイメージでございまして、ごらんいただければと考えてございます。

続きまして、「資料3 今後の検討事項と対応案について」でございます。

まず1つ目、計画期間の目標医師数というところで、まず最初に策定する計画の期間が2020年から2023年でございますので、この第1期の計画の中でどれだけの目標医師数を設定して施策に取り組んでいくかということでございます。

この目標医師数の設定の考え方でございますが、まずは計画期間の中で医師少数都道府県、医師少数区域が下位33.3%を脱するために要する医師数を設定する。

それを踏まえまして、医師少数区域以外の区域の目標医師数については、県全体の目標医師数を超えない範囲で設定可能となっておりますので、先ほど申し上げましたように、つくば・水戸・土浦の医師少数区域以外の区域の目標をどういったもので設定するかというところに検討が必要となっております。

「検討事項と対応案」でございます。

「ア 診療科や疾病・事業ごとに必要となる医師数」でございますが、第1回でも申し上げましたとおり、厚生労働省としては、今回については、診療科ごとに目標医師数を定めることは求めないということございました。ただし、小児科・産婦人科については、今の時点で合理的な考えにもとづいてできるということで、小児科・産婦人科については別途計画をつくることとされております。

しかしながら、今後、県として、医師の派遣調整など計画を実行していくに当たって、各地域において、指針となる方向性を検討する必要があるであろう。

これを踏まえましての対応案、四角の中でございますが、以下の視点により、各区域において、医師確保対策を重点化すべき診療科等の検討を行ってはどうか。なお、検討に当たり、参考資料の各種調査を活用してはどうかと考えております。

まず、視点でございますが、患者の受療動向とか医師数の分析、政策医療等の機能、地域医療構想、国の推計ということで、必要な医師を考えるに当たって、非常に多岐にわたって考えなくてはならないことがあるのですが、これに関するようなデータをまずは洗い出してみ、その中で、検討のポイントでございますが、例えば、全国や県平均と比べて、当該区域で特に底上げが必要な診療科や疾病・事業があるかどうか。または、医療機能の圏域内での充足を図るべきか、広域での連携や機能分化・集約を図るべきかというポイントで、何から手をつけていくべきなのかというところの優先順位になってくるかと思うのですが、そういったところを浮かび上がらせることができれば計画に書いていきたいと考えております。

先ほど申し上げた参考資料の「1 医師確保計画の策定の検討に関する各種調査等」でございますが、事務局でこの検討に資するであろうという調査をリストアップしてみたものでございます。医療需要に関する調査といたしましては、患者調査であるとか、国から提供された医療計画作成支援データブックといったものを活用しながら、患者がこういった受療行動をしているのか、また、疾病・事業ごとにそれを把握することができるのか、そういったことを検討することができると思います。

下に移っていただきますと、医師数に関する調査でございますので、三師調査がベースになってきますが、こういった調査も、医療圏別、さらには疾病・事業別、ぴったりとかゆい

ところに手が届くというか、フィットする調査はなかなかないのですが、こういったものを活用しながら、傾向をつかむことを試みてみたいと考えているところでございます。

資料3に戻っていただきますと、Iの医師少数区域以外の区域、水戸、つくば、土浦でございまして、こちらの目標医師数の算定でございまして。

先ほど申し上げたように、ガイドラインでは、こちらについては都道府県が独自に設定することとなっております。厚生労働省からは、参考数値として、各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値、平均になるにはどういった医師数になるのか。プラスになるのかマイナスになるのかということはあると思うのですが、これを参考とすることとしておりますが、全て3区域マイナスになってございまして、先ほど、795の枠があるということでございまして、この範囲内で設定するにはどういった考え方があるのかということをお示ししてございまして。

本県といたしましては、当該区域が有する拠点機能や高度医療機能、医育機能、周辺地域からの流入状況、医師少数区域の目標医師数等を考慮の上、県全体の目標医師数を超えない範囲で目標医師数を設定してはどうかと考えてございまして。

下に、イメージとして水戸医療圏を書いてございまして、例えば、水戸は拠点機能等が集中しておりますが、これについて、周辺区域からの流入と対応、周辺地域区域も含めた今後の医療提供体制のあり方、各病院の整備方針などを踏まえながら目標医師数を設定することが妥当ではないのかと考えてございまして。

ここまで説明してきたところでございまして、これは今の段階の考え方をできるだけ広げて、材料を洗い出して、テーブルに乗せてみたというところでございまして、これをもって全ての委員に納得いただける形で各科何名という具体的な数字を出すということはなかなか難しい作業であると考えてございまして、既にいただいているご意見といたしましては、診療科がわからないと派遣の検討ができないでしょうという意見もございまして。これはごもつともございまして、しかしながら、救急など政策医療の医療機能を考えた場合、何科が何名いればよいということではないでしょうという意見もありまして、どちらも納得できるご指摘でございまして、データから見える傾向の中から明確に言えるものを洗い出しながら、さらに現場での認識をすり合わせながら、これについて共有できる部分について書き込んでいくという作業になっていくのではないかと今の時点で考えてございまして。

1枚おめくりいただきまして、「2.医師の派遣調整及びキャリア形成プログラム」でございまして。

考え方といたしましては、先ほどの全体像にありまして、ガイドラインの中では、短期の施策として、医師の多数区域から少数区域への医師の派遣調整、医師少数区域等での勤務を含むキャリア形成プログラムの策定によって医師確保を図ることとしております。

まず、医師の派遣調整でございまして、ガイドラインでは、多数都道府県、多数区域の医療機関は、少数のところへの派遣等の支援に努めること、また、多数都道府県はその環境整備に努めることとしてございまして、ざくつとした感じなのですが、厚生労働省においては、これを踏まえまして、今の段階では都道府県を超えて医師少数区域への派遣が調整できるよう、必要な支援を検討するということでございまして。

県としての対応でございまして、ガイドラインの考え方を踏まえまして、地域医療対策協

議会の中で、医師の派遣について、キャリア形成プログラムとの整合を図っていくということがまず一つ、また、県と筑波大学などの医師派遣大学、大学病院等が現状・課題を共有しまして、今後の医師少数区域への派遣の要請等について検討を進めていくといった対応を考えてございます。

「キャリア形成プログラム」でございますが、ガイドラインでは、計画に県としてのキャリア形成プログラムの運用に当たっての方針を記載することとしておりまして、具体的には、義務年限中の医師少数区域等における勤務期間、医師少数区域等における勤務期間以外の期間における勤務先に関する方針やキャリア形成に資する具体的な方策について記載することが望ましいとされております。

これについては既に運用指針が出ておりまして、これに基づきながら本県といたしましても検討していくこととなりますが、下の対応案のところでございます。その運用指針に基づいて、 から まで考えていくこととなりますが、 のところ、医師不足地域から医師少数区域への制度変更への対応がございます。これについては、下線のところ、「平成32年4月以降は、医師偏在指標の導入に伴いまして、都道府県は別途医師少数区域等の設定を行い、これに基づく医師確保対策を講じることとなる」とありまして、具体的に本県のキャリア形成プログラムに大きな影響があるということでございます。

これにつきまして、資料が飛びますが、「資料4 修学資金貸与制度に係る医師不足地域の見直しについて」でございます。

今申し上げたように、厚生労働省の見解といたしましては、こちらはガイドラインに直接書き込まれたものではなくて、都道府県から照会をしたものに対する回答になりますが、キャリア形成プログラム上の医師不足地域(医師少数区域)について、医師偏在指標に基づく基準に反して、医師少数区域と設定することはできない。

さらに、2つ目、見直し後の医師不足地域(医師少数区域)の運用については、義務年限開始時における医師少数区域における医療機関で勤務を行うという内容が適切と考えられるという回答でございます。つまりは、地域枠の義務履行に係る医師不足地域は、医師偏在指標によって導き出される医師少数区域と一致させなくてはならない。

また、見直し後の医師不足地域(医師少数区域)については、令和2年度に臨床研修を開始する修学生から適用することという整理になってございます。

これに係る本県の対応案が2でございますが、まず、修学資金貸与制度に係る医師不足地域の見直しにつきましては、厚生労働省の見解どおり、医師確保計画に定める医師少数区域と一致させることとする。具体的には、表の中になりますが、現行については、医師不足地域として水戸が入っているところでございますが、見直し後については、これが医師少数区域から外れる。取手・竜ヶ崎につきましては、これとは逆に、医師不足地域でなかったものが医師少数区域に入ってくるものでございます。

2つ目、これを踏まえまして、修学生向けキャリア形成プログラム上の医師少数区域への適用でございますが、原則といたしましては、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させるものとする。区域の整理は変えられないであろうということです。ただし、令和元年以前入学者(義務内の修学生医師を含む)については、これを厳格に適用すると制度離脱者が出るおそれがあると考えまして、このため、経過措置として、以下の取り扱

いを可能とすることについて厚生労働省と協議を行うこととしたいと考えております。

具体的には、令和元年以前入学者につきましては、第7次医師確保計画、今回つくる計画に定める医師少数区域をキャリア形成プログラム上の医師少数区域としますが、これに加えて、水戸医療圏についても医師少数区域とみなすこととしたい。

令和2年度以降入学生につきましては、原則どおりとして、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キャリア形成プログラム上の医師少数区域とする。

今後、厚生労働省とこういった内容について協議を行ってまいりたいと考えてございます。

続きまして、資料3の3ページに戻っていただきまして、「3.将来時点の目標医師数(2036年)と地域枠等」ということで、今申し上げてきた短期の目標とは別に、2036年の長期的な目標についてどう対応していくのかについてのテーマでございませう。

将来の目標医師数の設定の考え方でございませうが、これはガイドラインですが、長期の施策と関係してまいりますので、すなわち、今後の地域枠や地元出身者枠を設定するに当たっての根拠として、将来時点において確保が必要な医師数を必要医師数として定義する。

ここで、地域枠は特定地域での診療義務を課すというものでございませうので、これが二次医療圏間の偏在の解消に効果をもつ。

一方、地元出身者枠につきましては、特定地域での診療義務はないのですが、地元出身者枠は、これまでの傾向を見ますと、8割が定着しているということで、都道府県間の偏在解消に効果的な施策である。

こういった2つの意味合いのもと、地域枠と地元出身者枠を考えてございませう。

具体的には、下の地域ごとの必要医師数と供給推計のイメージというのがあると思うのですが、まず、現在の医師数がございませうして、国において、将来時点における必要医師数を算定します。これにあわせるような形で、医師の供給がどのように推計していくのか。これは、具体的に、性・医籍登録後年数別の就業者の増減でございませうが、地域にうまく定着した場合とうまく定着していかなかった場合を上位推計と下位推計ということで幅を持った推計を行っていく。それをもとに、将来時点における必要医師数と比べて、そのギャップがある場合に、解消する必要があるでしょうと。

ギャップの解消の対策といたしまして、1つ目には、先ほど申し上げた大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請、これによってもなお差が埋まらない場合には、医師派遣や定着促進などの養成以外での施策での対応になってございませう。

この四角から左下に引っ張ってございませうが、都道府県がこれからやっていく施策のイメージということで、本県については太枠、医師が少数の県であり、医師少数区域がある県でございませうので、3つの施策は全て丸がついてございませうが、この3つの施策を使いながらギャップを埋めていくという考え方で計画を策定していくということになります。

次のページでございませう。

今申し上げた考え方のもとに、具体的に、厚生労働省が、将来時点(2036年時点)における不足医師数について、暫定版として示したものがございませう。これは、3月22日の医師需給分科会においてとりまとめられたものでございませうが、考え方といたしましては、先ほど申し上げたように、不足医師数は、上位推計、うまくいったケースにおいてもなお医師が不足する場合、こちらについてマイナスが出た場合には、これを捉える。具体的には、日立、日

立太田・ひたちなか，鹿行，取手・竜ヶ崎，筑西・下妻，古河・坂東がこれに当たってまいります。

過剰医師数ということでは，医師の供給を下位推計，うまくいかなかったケースにおいても医師が過剰となる二次医療圏，これについては過剰とみなすということで，つくばが該当してまいります。

下の表を見ますと，先ほど申し上げた不足医師数が出てしまった6つの医療圏のマイナスの数字を足し上げますと，茨城県として，不足の医師数が1,402人出ているということになります。これを2036年までに不足でなくなることにする場合にはどれくらいの人数を養成すればいいのかということになりますと，ここから右のほうに行ってくださいまして，マイナス81という数字が出てまいります。

ちなみに，今，二次医療圏という単位で捉えましたが，県としてもこれがマイナスになってしまう場合がございます，それが都道府県として不足養成数が出る場合ということで，全国で，北海道，青森，岩手，福島，埼玉，新潟については県としてもマイナスが出てしまうということで，地域枠による臨時定員により確保が確実に実施できる県もあるということですが，本県についてはそれではないということでございます。

ですので，この不足養成数についてどう考えていくかということでございますが，不足養成数と地域枠等の考え方，上のほうに黒の四角で書いてありますが，これについては，恒久定員の枠内での地域枠・地元出身者枠の設定の要請を図っていく。

恒久定員の5割程度の地域枠等を設置してもなお地域枠等の確保が不十分である場合，都道府県は臨時定員の設置を要請できる。今，本県は条件つきで臨時定員の設置を要請できるという状況にあるということでございます。

これに加えまして，供給推計が実現するよう，医師派遣や定着促進などの施策を継続して行っていく。

こういう考え方で，今，本県はなっているということでございます。

これを踏まえまして，ガイドラインにおける検討方針でございますが，原則，大学に対して，特定地域での診療義務のある別枠方式の地域枠を要請していく。

次の矢印ですが，現状の地域枠の充足・離脱率状況，これは需給分科会の中で示されたものですが，手上げ方式，つまりは一般枠と共通で選抜して，選抜の前後で地域枠学生を募集する。こういった方式によると6割，逆に，別枠方式，そもそも一般枠と別に募集要項を設けるということになりますと，9割が義務を履行するというところで，ガイドラインにおいては，原則，別枠方式でやってくださいという整理になってございます。

地域枠を設定した後，2つ目の丸，県内の診療科間・地域偏在の両方の解消に資するキャリア形成プログラムを適用する。各二次医療圏の特定地域における診療義務を果たすため，国が示した診療科別の見通し，これは長期の見通しでございますが，これを踏まえて，不足地域で診療領域に従事する仕組みを検討する。そういったことが方針として示されております。

本県の対応案，四角でございますが，厚生労働省において，7月以降，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でございますので，これを踏まえて，本県の地域枠等の設置・増員について，大学医学部との検討・協議を行っていく。そういった対応を考



えてございます。

続きまして、「4. 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しと新専門医制度」でござい  
ます。

まず経緯からご説明いたしますと、これまで、国のいろいろな議論の中で、医師養成課程  
を通じた地域における医師確保が必要であろう。このため、厚生労働省において、人口動態  
や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに必要な医師数の見通しを情報提供することとなり、  
これが医師需給分科会第4次中間とりまとめにおいて示されたものでございますが、これを  
踏まえまして、とりまとめの中では、新専門医制度におけるシーリングに当たってエビデ  
ンスとして活用することを期待すると書き込まれておりまして、また、ガイドラインの中では、  
この見通しについては、キャリア形成プログラムの策定に当たり活用することが適当である  
うとなっております。

これを踏まえまして、医道審議会医師分科会医師専門研修部分会において、この見通しを  
ベースに、2020年度の専攻医の募集シーリング案をこの分科会の中で日本専門医機構が提示  
しておりまして、これに基づき、2020年度専攻医募集を行うことということで了承されまし  
た。つまりは、今後、この見通しに基づいてシーリング等が具体的に制度化されていくとい  
うことでございます。

「日本専門医機構の2020年度専攻医募集シーリング案」でございますが、考え方といた  
しましては、厚生労働省が算出した見通し、必要医師数をベースに、激変緩和とか地域医療  
への貢献を配慮いたしまして、シーリング対象都道府県において、専攻医不足の都道府県と  
の連携プログラム、つまり、プログラムの中で医師不足の都道府県の中で研修を行うような  
プログラムを策定することによって、その定員を確保できるということでございます。

これに当たり、現段階では、都道府県別診療科専攻医数の上限は過去の採用数を原則超え  
ないようにするというところで、確実なシーリングはかからないということでございます。

さらに、外科、産婦人科、病理、臨床検査、救急、総合診療については、専攻医シーリ  
ング対象外とするということでございます。

この考え方のもとに、今年度、既に各学会と機構の間でシーリングの調整が始まってい  
まして、このプログラムをつくっていて、4月中旬に機構から国に提示されたプログラムが県  
に情報提供される。

これを踏まえまして、地域医療対策協議会で協議を行って、都道府県知事が国に意見を提  
出することになってございます。

何を検討するかということでございますが、各プログラムについて、定員配置が適切であ  
るか、医師確保対策や偏在対策に資するものかなどを検討した上で意見を述べる。

これを踏まえまして、「資料5 医師確保計画及び外来医療計画の策定スケジュールの変更  
について(案)」にありますように、前回示しました今年度の地対協開催スケジュールを変  
更する必要が出てきましたので、当初、9月に予定していた次回の3回を8月の中旬から下  
旬にかけて開催する必要があるということで進めたいと考えております。8月に地対協から  
意見をまとめて、知事として意見を出した後、国において、各都道府県知事からの意見を集  
約して、最終的にプログラムが決定されて、機構において一次専攻医募集が開始されるとい  
うスケジュール感で国のほうで動いております。

次のページ，6 ページです。

先ほど示された機構のシーリング案が本県についてどうなっているのかというところですが、以下の条件により、本県については、現時点で全ての診療科でシーリングの対象外となっております。2つの要件がございまして、2016年の本県医師数は、それぞれ2016年、2024年において、つまり現時点においても、将来においても、医師数が下回っているという条件のもとでシーリングの対象外になってございます。

これを踏まえまして、下の表になってございますが、太枠の部分が今回、専攻医のシーリングの対象となっている診療科目でございますが、こちらで、前回の地対協で、須磨崎委員からご指摘いただいた意見ですが、網掛けの部分が募集定員が必要とされる年間養成数に達していない診療科がございまして、そもそも定員を埋めたとしても、国の必要養成数に届いていないという状況がございまして。

さらに、右のほうを見ていただきますと、多くの診療科で充足数が定員を大幅に下回っておりまして、このため、委員からは、地域枠・マッチング医師が本県の専攻医になるための対策が必要であろうと。

それについては、例えば、地域枠・マッチング医師への調査として、どうすれば本県で専攻医になるのかとか、大学・医療機関への調査、どんな支援が必要なのかという意見を拾ってみてはどうかというご意見をいただきました。

また、例えば、外科の定員要件となっている手術件数について、県外から本県に来ている医師の手術件数を本県で算定するなど、そのシステム、各診療科で定員を増やすためについて、国に対して要望するべきではないかというご意見を頂戴しました。

これを踏まえまして事務局の対応案といたしましては、7月中旬に国から提供されるプログラムについて、8月下旬に地対協として意見を提出予定でございますので、まずこれにあわせて、須磨崎委員の指摘を踏まえまして、必要な調査等を実施して、案については事務局と委員で協議させていただき、策定する。これを踏まえまして、地対協の中で意見を出していただいて、国に対して投げる。そういった対応で考えております。

議題(2)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。

非常に多くの資料を一続きでご説明していただきましたので、なかなかわかりづらいところもあったと思いますが、僕のほうからちょっとだけ補足しておきますと、資料4の1ページの下の方に書いてあります修学生向けキャリア形成プログラム上の医師少数区域への適用というところですが、厚生労働省が言っているのは、令和2年度に臨床研修を開始する修学生から適用するということになっているのですが、これを県としては令和2年度以降入学生にこれをやりたいと。つまり、端的に言うと、水戸に行っている子たちが、水戸も医師不足地域と言われていたもので、それを条件に入学してきていますので、それが変わるというのはロジカルではないだろうということで、その結果として、離脱者が出るおそれもあるということですので、これは県のほうから厚生労働省に対してこれから折衝していただくという段階ですので、こう決まったわけではありませんが、ぜひともその辺を県も頑張っていたきたい。そのロジックを明確にして頑張っていたきたいと思います。

それから、もう一つ、資料3の3ページにございますが、そのギャップを埋めるために、ここに大学として考えると非常に難しいことが書かれていて、医療法が改正されて、医療法の中で、県は、恒久定員に戻った場合も、そこから50%を超えて地元枠、あるいは地域枠を要請することができるとなっています。つまり、例えば、私どもの大学ですと、今、地域枠を入れて140ですが、これが103に戻されたときも、その103の中の50人以上を地域枠、あるいは地元枠ということを求めることができるという法律になっています。

しかし、これは、文部科学省が、この話をつくるときに、はいと言うとは思えない。つまり、筑波大学ですと、ミッション再定義などがあって、第3群の研究大学になっていますから、地元貢献というだけではミッションがやり遂げられないということがあるので、ここは非常に矛盾しているところなので、ただ、この場合は、県としてどうしていくかということなので、これを求めていくということはぜひとも決議していただきたいのですが、実際の話になったときには、これには私どもは抵抗せざるを得ないというところが将来的な見通しではあります。

それから、須磨崎先生のご提案のあったところでは、これからそれに関係した調査をしていこうというご提案が県のほうからなされております。

あとは、大きなところでは、次回の本委員会を8月中に開催するということが、スケジュール上、いたしかたないというか、切羽詰まっておりますので、それはやらざるを得ないかなと思います。

僕が気づいたところはそんなところですが、ここで少し時間をいただいてご議論したいと思いますが、この方針に対しまして、ご意見、いかがでしょうか。

植草委員

資料4の本県における対応のところ、見直し後は水戸地区が医師不足地域から外れるとなっているわけですが、水戸地区のほうの病院で初期研修の年数、大体50人ぐらいの人間が水戸で研修を始めているわけですが、それがなくなってしまった段階で、あと6年の間にほかの地域に50人の研修医の枠ができるような状態ができるのでしょうか。現実的に不可能だと思います。それで水戸地区のほうの病院を研修病院としてやってきているわけで、それはもうだめですよとって、6年後にはつくりなさいよというようなことになったら、今、医師不足地域枠の地域にある病院を6年間で拡充してやりなさいよという話になるわけですが、まずそちらのほうの方がもっと大変なのではないでしょうか。

原会長

県のほうで、何かお答えありますか。

事務局

おっしゃるとおりだと思います。私たちも大変だと思いますが、一応、医療法でこういう形になって、国から医師不足地域と医師少数区域を一致させなければならないというのは、まだ公式な文書ではありません。Q & Aの形で、県からの問い合わせに関してそういう答えが来ている。そのとおりやるとこうなるということなので、そもそも我々が提案している猶予を6年間もたせるということも今のところオーケーされていない話なので、ご意見を踏まえて、今後は、実態に合った形になるように、国とは十分協議したいと思っておりますが、一方で、医師少数区域のところ、しっかり埋められるような努力は平行してやっていかなけれ

ばならないとは思っています。

原会長

そうなのですね。そう言わざるを得ないのだと思うのですが、では現実的かと言われると、僕も植草委員のお話のとおり、かなり難しいだろうなと思います。

2023 に向けての策定案の中にはそういうのを入れていかないといけないわけですよね。その後、また見直しもあるでしょうし、この医療法も当然できたことなのですが、変わったところもありますし、県のほうとしても粘り強く、先ほどの猶予の話もそうですが、将来的な9年間のうちの4年半を医師少数区域でやるという根本のところを本当に正しいのかどうか。つまり、以前から私どもが大学のほうで申し上げたとおり、10年選手を各地域に置きたいわけなのだから、そのための施策としてそれが正しいのかどうかということをもう一度考えてくださいということは、私どももちろん全国医学部長病院長会議で言いますけれども、県のほうも粘り強く折衝をよろしくお願いしたいと思います。

事務局

国のほうは、最終的に、今のキャリア形成プログラム運用指針を年度内に指針を直すと言っていますので、そこではっきりどういう形になるのか、書かれるのだと思います。そこに至るまでに、多分、この問題というのはうちだけの問題ではなくて、全国どこも同じような状況が発生していると思いますので、地方の実情はしっかり伝えていきたいと思っております。

原会長

よろしく申し上げます。

そのほか、ご意見ございますでしょうか。

須磨崎先生、一応、調査は入れていくと。その結果どうするのだという話はまた別な話なのですが、一応、現時点での方針としてはよろしいでしょうか。前回、大変貴重なご意見をいただいたので、地対協としても対応したいということでございます。

そのほかよろしいでしょうか。

生澤委員

水戸が外れた場合に、学生がちょっと考えてしまって、地域枠が定員割れを起こすようなことについてはどのくらい予想されているのですか。

事務局

そこも現時点でどれくらい踏んでいるのかというのは確かに予想できていないところではあるのですが、現時点の国の考え方がそれでいいのかどうかというのがありますが、キャリア形成プログラムに入るということは契約なのだ。修学生と県の契約なのだから、契約でそれを変える前の段階でしっかり示して、それでも入ってくる人と県はしっかり契約を結んで、その人が初期研修を始めるときの地域がどうなっていくと、それでやってくださいという言い方なのです。本当にそれで今の地域枠の魅力というのは保てるのかと我々は正直疑問があるところで、その辺も含めて、国とは意見交換をしていきたいと思っております。

植草委員

さらに確認なのですが、筑波大学の地域枠の卒業生は筑波大学で研修できないと書いてあるのですね。医師不足地域でないから、筑波大学の修学生、地域枠の卒業生は筑波大学では

研修できないと書いてあるのです。

事務局

2分の1ですので、9年間のうちの半分ですから。

植草委員

初期研修開始の段階は、医師不足地域に と書いてあるでしょう。

事務局

その医師が初期研修に入る段階、医師になる段階の医師少数区域、今後また3年、4年で変わっていく可能性があって、そのときの医師少数区域で、その人が4.5年、2分の1を勤務しなければならない医師少数区域ですよということです。

植草委員

臨床研修を開始する修学生から適用することは、臨床研修は初期研修ですよ。卒業してすぐのころですよ。その段階では。

原会長

いやいや、そうではなくて、僕の答えるのも変ですが、要するに、4年半の義務年限を医師不足地域でやらなければいけない。これは以前からもある。それが医師少数区域というところに水戸が外れたので、それが以前と違う。違いはそこだけなのです。だから、4年半のデューティを医師不足地域、あるいは医師少数区域でやるということは、9年間のうちの4年半をやるということは前からと同じなのです。ですから、スタートがどこであろうが、9年間のうちの4年半は医師少数区域、あるいは医師不足区域でやらなければいけないというのは一貫したことで、医師少数区域になるのが、向こうの原案だと、令和2年度に初期研修を始める人たちから適用すると言っているのです、それはないでしょうという話を先ほど来しているところです。

よろしいでしょうか。

では、まずはこれでいって、調査結果も含めて、次回の8月の段階ではある程度の回答案を策定しなければいけないということになりますが、この方針でまずはいってみたいと思います。ご了解いただいたということにさせていただきたいと思います。

それでは、議題(3)令和元年度臨床研修医の募集定員に係る協議について、事務局、お願いします。

事務局

ご説明いたします。

資料は、右上に資料6と四角囲みしたものでございます。

ここからは医師確保計画から離れまして、令和元年度臨床研修医の募集定員に係る協議についてでございます。

「1.茨城県地域医療対策協議会における協議」でございます。

本日お諮りいたします県内基幹型臨床研修病院における臨床研修医の募集定員につきましては、これまで茨城県医師臨床研修連絡協議会において協議を行い、茨城県案の調整を行ってまいりました。

今年度からですが、昨年行われました医療法の一部改正に伴いまして、医師の確保に関する事項の実施に必要な事項につきましては、全て地域医療対策協議会においてお諮りすると

いうことになったところでございます。

本日ご説明させていただきます案ですが、本年度から地域医療対策協議会のワーキンググループと位置づけられました茨城県医師臨床研修連絡協議会において既に協議を行ったものを本日お諮りいたします。

今後のスケジュールでございますが、本日、この協議会で協議をしていただきまして、本県の案ということでご了承いただきましたら、県のほうから厚生労働省に提出いたしまして、7月の下旬ころ、厚生労働省から最終的な募集定員の決定がなされる予定になってございます。

2番でございます。

先ほど申し上げましたとおり、本日お諮りする案につきましては、過日、茨城県医師臨床研修連絡協議会において協議を行っております。6月19日でございます。

考え方でございますが、「(1)各病院への配分ルール」でございますが、厚生労働省から各医療機関ごとの募集定員が示されておりまして、その情報が205人でございます。

そこから県全体の募集定員といたしましては、2行目の最初に書いてあります224人という数字が示されておりまして、そこから調整加算等がございまして、実質的には県の募集定員の上限は230人という計算になってございます。

四角囲みで配分ルールとございますが、まず、事前に各臨床研修病院さんから地域枠等の修学生の採用の上限枠、それから、全体の募集定員希望数をいただいております。

その上で、配分ルールのアでございます。各病院からいただいております修学生の採用枠は最低限確保いたしましよというルールで計算しております。

このルールを適用いたしまして、調整加算のやりくりが発生いたしますので、ここでやりくりをいたしますと、先ほど実質的な県の上限は230と申し上げましたが、こちらを計算いたしますと229になります。

この数字は、例えば、後ろのほうに参考資料ということで、3ページは配分定数の細かい計算の仕方を書かせていただいておりますし、それから、4ページ目、5ページ目は、国から提供されているデータをお示ししております。それから、6ページ目は、医師臨床研修連絡協議会の際にお示しいたしました計算等をした数字を羅列したものを参考につけさせていただきます。

こちらは大変細かくなりますので、本日は細かいご説明は割愛させていただきます。

そして229という数字が決まりました上で、各臨床研修病院さんから募集定員の希望数をいただいておりますが、1ページに戻りまして配分ルールのイでございます。前年度フルマッチしている病院につきましては、ご希望どおりの数を配分しましよというところでございます。

そして、ウでございます。直近4年間の採用実績のうち、最も多い年度の実績は最低限保証いたしましよということにさせていただきました。

ここまで考えたときに、この数字を足し上げますと229をオーバーしてしまいましたので、エでございますが、もう一度、各病院さんに希望募集定員をお伺いし直しました。特に、ここまで来たときに、配分数が希望定員数を下回っている病院さんに再度お伺いいたしました。そうしたところ、(2)の でございますが、そこまで配分ルールに従って計算してまいりま



現在、本県の地域枠は、7つの大学に53名の定員枠を設けてございますが、その中は、大きく分けて臨時定員増によるものと恒久定員の2種類がございます。その内訳につきましては、下の表に載せさせていただきます。筑波大学は36名、全てが臨時定員増になっている一方、例えば東京医科大学ですが、臨時定員増で5名、恒久定員で3名、計8名といった設置状況になってございます。7つの大学のうち、合計で臨時定員増によるものが47、恒久定員によるものが6、そして、合計が53という状況でございます。

臨時定員増の部分でございますが、「2.令和2年度の本県における医学部入学定員増の申請予定」でございますが、臨時定員増につきましては、国の認可をいただかないといけないのですが、今年度の入学者までで臨時定員増は一度終了しているという形になってございます。

この定員を維持するためには、令和2年度以降の入学定員について、再度申請をして維持することが必要になってまいります。

国の方針といたしましては、平成31年度までに認可を受けた臨時的な定員数を上限、これはつまり47人ということですが、そこを上限として再度の申請を認めますよということをおっしゃっております。

今回、増員をするに当たりまして、申請をする前に、文部科学省、厚生労働省に都道府県と大学がヒアリングを受けるという形になってございます。本県は7月8日を予定してございまして、こちらでヒアリングを受けることになってございます。

そのヒアリングを受ける前に、臨時定員増による地域枠の設置につきましては、地域医療対策協議会などで合意を得てから申請をなささいということが示されたところでございます。したがって、本日、臨時定員増による地域枠の再度申請についてお諮りしているところでございます。

各大学と臨時定員増の部分について調整をいたしました結果が下の表でございます。今年度の臨時定員47名に対しまして、来年度につきましては45名の申請を予定したいと考えてございます。

最後の2名分でございますが、こちらは杏林大学でございまして、杏林大学につきましては、臨時定員増ではやらないということを大学の方針として決定されているということでございますので、臨時定員増としては45名という形で申請をしたいと考えてございます。

なお、下の米印に書きましたのは、繰り返しになりますが、恒久定員であります東京医大の3名、帝京1名、日本医科大学2名につきましては、今回の申請とは関係ないということで、引き続き設定が可能でございます。

45名について増員申請を行うことについて、本日、ご了承いただけるかどうかということでお諮りしたいと思います。よろしくお願いたします。

原会長

ありがとうございました。

少し付け加えておきますと、例えば、筑波大学は、今年、実質は34です。ですから、それを超えて臨時定員増を求めたところはヒアリングを行うということで、そこで筑波大学は7月8日でしたか、そのときに、地対協でこの枠数について審議し、認めているという議事録を持ってこいということが言われておりますので、本会に出させていただきますので、ぜひともお



認めいただきたいということでございます。

ちなみに、ますます充足率は悪くなってくると思います。というのは、今年もこんなことを手順を踏んでいるものですから、今まで推薦入試の時期にやっていた地域枠の公募が恐らくできません。ということで、前期のときに地域枠全部、県外枠も含めて募集しなければいけないので、さらに充足率が下がることは正直言うと予想されております。

ということでございますが、とりあえずこの人数は、先ほど来のお話にもありますように、まずは地域に定着、マッチング、そして専攻医になっていただかなければいけないので、有効かどうかは別として、最も手っ取り早い方法としては地域枠定員増なので、ですから、そういう意味では、この人数を、大学としても、実質 34 ですが、この 36 を何とかお認めいただきたい。そこに関しては、これから恐らくお金を出すのは文部科学省ではなくなりますので、ぜひとも県のほうから当学の医学群長と一緒に強く要望をやっていただければと思います。

よろしいでしょうか。何かご質問ございますか。

どうもありがとうございました。では、この決議を持って行ってください。よろしく願います。

それでは、その他で、県外からの医師確保強化事業について。これは事務局からの報告です。よろしく願います。

事務局

「資料 8 県外からの医師確保強化事業」をごらんください。こちらは今週の月曜日に議決を受けました 6 月補正予算の事業でございます。

政策医療を確保するという観点から、昨年 9 月に最優先で取り組む医療機関・診療科を設定したところでございます。その必要医師を一刻も早く確保するため、医科大学への派遣要請に加えまして、新たなアプローチとなる追加対策を講じたものでございます。

事業としては、最優先で取り組む医療機関・診療科、5 病院、残り 12 人の対策に特化した 5 つの事業という形でございます。

おめくりいただき、表は、昨年 6 月に選定いたしました最優先で取り組む医療機関・診療科でございますが、日立総合病院さんの産婦人科、小児科、常陸大宮済生会病院さんの内科、神栖済生会病院さんの整形外科、土浦協同病院さんの産婦人科、J A とりで総合医療センターさんの小児科ということで、5 病院の 17 人ということでございます。

昨年度、寄附講座を使いまして、筑波大学さんから日立総合病院の産婦人科 4 名、小児科 1 名が確保できて、今年 4 月から派遣いただいているということで、5 名が確保できたということで、残りの 12 名に特化した事業を 5 つということで、次のページでございますが、追加対策の概要で、まず、医師個人に対して支援といいますが、補助をするというものでございます。

まず、のドクタープール事業でございます。

こちらは、全国から医師を募集して、県職員として採用して、ここから 5 病院へ派遣をするという形でございます。勤務期間は、3 年間を 1 クールとしておりまして、2 年働けば、1 年間を研修期間、海外研修も含めて設定が可能だというものになります。派遣研修中におきましては、県が給与を負担して、また、海外研修を行う場合には、上限 250 万円の研修費

の負担を考えております。

続いて、 の自治医科大学卒業医師Uターン等促進事業でございます。

こちらは、義務年限を終了いたしまして、県外で働いていらっしゃる自治医科大学卒業の医師につきましては、現在、23名ほどいらっしゃいます。この方々にお声をおかけして、5病院の診療科に来ていただくという事業でございます。謝金を出すことを考えております。

続いて、 の県民総参加による医師紹介事業でございますが、全国から、3年間の勤務ということで、5病院に来ていただくように、紹介者がお医者さんを勧誘していただくということで、お医者さんへの謝金と紹介者の方への謝金を考えております。医師会さんを通じて、医学部の同窓生とか、元同僚さんとか、そういうお医者さんのネットワーク、またはご親族の方が県外に出ている方は戻ってこいよというようなことも含めてこちらで対応したいと考えております。

最後のページになりますが、次は、病院、また仲介業者向けに行う事業等でございますが、のスポット医師派遣推進事業でございます。

こちらは、非常勤医師等の派遣を派遣元の医療機関が出して、これは、今現在も新たにプラスアルファで出していただいた場合という形になりますが、それについて、医師を派遣することによる逸失利益を県のほうで補填しましょうというものでございます。平成25年度まで国補制度もありまして、これを踏襲したような形で実施するものでございます。5病院の関係病院を中心に、ぜひご協力をいただければと思います。

の民間会社を活用した医師確保事業につきましては、 が基本と考えておりまして、これがなかなか機能しなかった場合には、このような施策で何とか最優先の医療機関の5病院に医師をというふうに考えております。こちらは、協力病院さんが常勤医師を1名確保できた場合に、最優先の5病院に玉突き方式みたいな形で医師を派遣していただくという形になります。県といたしましては、民間の人材紹介会社に集中的な斡旋活動に対する着手金を出すような形になりまして、また、協力病院さんには、協力病院から最優先の医療機関に非常勤で出していただく場合には、 のスポット医師派遣対策事業が使えるという形で対応いたします。

県といたしましても、新たな追加対策により、最優先の医療機関、12名の確保に取り組んでいこうと考えておるところでございます。

説明は、以上です。

原会長

ありがとうございました。

5,000万円の予算を積んで、今までなかった新たな試みをトライアルとして県側は考えているようにございますが、これは報告でございますので、ご意見を伺うという筋ではないのですが、何かご意見ございますか。

山口(高史)委員

要するに、協議事項ではないので、ただ、お聞きする場が全然なかったものですから、ちょっとお聞きしたいのですが、例えば、うちのNHQ(国立病院機構)などですと、常勤医から常勤医にコンバートした場合には、6月1日に来ても、6月30日にボーナスが満額出ます。そういうような施策は考えておられるかどうか。要するに、保険もそうですが、継続性

というのが非常に大事で、保険の等級が保険会社を変えて変わってしまったら変えないですよ。それと一緒に、例えば、5月31日に辞めて、6月1日から来た人で、例えばボーナスはほとんど出ないよという話になったら、基本的にちょっと足踏みしてしまうとなって、うちはそれを満額出すようにしているのですが、その辺はどうなっているのでしょうか。

原会長

この事業の対象病院ということですか。

山口(高史)委員

ルールがいろいろあるので、僕の意見ですから、何かしてくださいというのではなくて、そういう意味で、継続性を考えるような方策がもっと効果的なのではないかなという意見です。だから、なっていればいいのですよ。個々の病院のルールですから、その対象病院がそういうルールになっていれば、うちはそういうルールになっていますからそれでいきますけれども。

原会長

今おっしゃられたように、対象病院の対応なのですが、例えば、こういう人たちだけが6月1日に来て、ボーナスがフルに出るとかとなると、今まで勤めていた人たちが絶対文句を言うと思うので、その辺のことは思うのですが、施策の一つでは、継続性という意味では、一つだろうというふうには僕も考えます。一応参考にさせていただきます。

事務局

ありがとうございました。

原会長

ただ、一つだけ申し上げておきたいのは、例えば、日立製作所の産婦人科のところは寄附講座で行ったということなのですが、つまり、それは非常に有効な手立てだったというふうには考えられないのでしょうか。つまり、例えば、その一連として並べてありますが、鹿行の神栖済生会病院に整形外科が行っていないのは、一つは、手術室も含めて、設備が全くないところに医者はいくら呼ぼうとしてもこれは無理なわけです。医業ができないというような状況にあるので、それと一連として並べるのはいかがなものかなと思いますが、一方で、日製日立のほうは有効な手立てだったわけだから、それは有効な手立てとしての認識を持たれてもいいのではないかなと思います。

事務局

寄附講座が有効な手立てではないかということで、我々も全く同じ気持ちでございまして、このため、これについては、補正でなくて、今年度の当初予算で予算を倍増して、1億円を2億円にして、それを全て平行してやっていく。これはあくまでプラスアルファということでございます。

原会長

何かしらしなければいけないので、わかりますが、一つの施策として、今年度の予算でこれが通ったということでございますので、情報共有ということさせていただきました。よろしいでしょうか。

最後に参考資料がついていますよね。これについては、特段説明は要らないですか。

事務局

参考資料につきましては、1番につきましては、先ほど申し上げたように、私どものほうで計画の策定に資するようなものをリストアップしたものでございますが、2番目以降につきましては、国の需給分科会のとりまとめ資料等々、これまで説明してきたものの参考になるであろうというものをつくらせていただきました。4番につきましては、国のほうで、ガイドラインについて、都道府県から投げられた照会についてどういう回答をしているのかというものを、ちょっと細かいのですが、一応つけさせていただいたところでございます。

原会長

ありがとうございました。

以上で用意した議案は終了でございますが、委員の先生方から、全体を通して、あるいは別なご意見でもよろしいですが、何かご意見がございましたらお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

よろしければ、これで事務局に進行をお渡ししたいと思います。

司会

原会長，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いたします。

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。