

令和元年度 千葉県医療審議会医療対策部会 議事概要

1 日 時 令和元年9月5日(木) 午後6時30分から午後8時まで

2 場 所 千葉県教育会館604会議室

3 出席者 部会員(22名中17名が出席)

入江部会長、金江部会員、堀部部会員、松岡部会員、川嶋部会員
須田部会員、山本部会員、角南部会員、寺口部会員、中村部会員
能川部会員、亀田部会員、福山部会員、藤澤部会員、斎藤部会員
横須賀部会員、菊池部会員

4 会議次第

(1) 開会

(2) 千葉県保健医療担当部長挨拶

(3) 議事

ア 千葉県保健医療計画の一部改定について(医師の確保に関する事項)【協議】

イ 医師修学資金貸付制度について【協議】

ウ 専門研修プログラムについて【協議】

エ 報告事項

(4) 閉会

5 議事概要

(1) 千葉県保健医療計画の一部改定について(医師の確保に関する事項)

○資料1により事務局から説明

○主な意見及び質疑応答

(部会員)

医療圏を変えずに偏在対策を行っても意味がない。集約化し、医療の実態をふまえてどうすべきか考

える必要がある。医療提供の行い方、医療圏をどうするかということが前提にあったうえで、合理的に医療のプロバイディングシステムを作る必要がある。

(部会員)

不足地域の全ては過剰地域である安房の真隣りにある。君津・夷隅・長生・安房を全て一緒にしたとしても人口は50万人にしかならない。それでも他の医療圏より人口が少ない。そのため、これを一緒に考えた方がより現実的な計画が立てられるのではないかと感じている。計画の変更が難しければ、計算上だけでもそのようにしていただきたい。

(部会員)

県には委員からそのような意見が出たということを示し、国の方に伝えていただきたい。

(事務局)

見てのとおり医療圏にはこれだけの差がある。県としてはさしあたり個別の指標が示された産科・小児科に関しては9医療圏で考える問題ではないと感じている。後ほど出てくる確保方針についても、個別にやるのではなく、全体としてやるという方針を今回出した。

(事務局)

医師偏在指標については国から計算ツールをいただいて行っている。ツールは現状の医療圏がベースになっており、限界がある。このような御意見があったことは国にお伝えさせていただいたが、技術的な限界があるということは御了承いただきたい。

(部会員)

産科・小児科に関しては医療圏に拘らずに全県で考えるというのは非常に素晴らしいことだと思う。ただ、具体的にどうするのか。どの審議会で検討するのか。コミュニケーションをとり、常に進捗状況を把握しながらやっていく必要がある。連携体制の構築をどのように進めていこうと考えているのかお聞きしたい。

(事務局)

具体的な政策は次回になる。産科・小児科については詳細な実態調査を行いたいと考えている。それ

を踏まえて、このままの体制で維持できるのか、どのように行うのがいいのかということを考え、審議会でお諮りしながら決定していきたい。

(部会員)

このままいくと2033年には医師数が平衡状態、それ以降過剰になるということで、日本医師会としては医学部の新設や医師数の増加には断固として反対の立場をとっている。そのため、数年間後の増加は期待できないのではないかと。

(事務局)

2036年は現在行っている地域枠の方が出終わる頃。そのため国は2036年における医師供給数を出し、地域枠をさらに進めていく必要があるのか都道府県ごとに見極めたいと考えていると思われる。国からの正式な数値がまだ出ていないため分からないが、そこで千葉県は医師を増やす必要はないとされる可能性はある。その場合は地域枠等の長期的な対策を続けていくか考える必要がある。

(部会員)

(2023年の偏在対策基準医師数と現在の医師数との差である)1069人に対し、現在修学資金貸付制度を利用している医師や医学生等の数で埋められるのか。

(事務局)

現在千葉県は自然増となっており、(医師数は)年間で200~300人増えている。全体としては確保できるが、山武長生夷隅地域のような医師の偏在はすぐには解消できないと考えている。これを解消していくために、短期的施策と併せて地域枠の学生を確保し、そこに配置していく必要がある。現在の地域枠だけでは埋めきれない見込みが出ているため、新たな対策も検討している。

(2) 医師修学資金貸付制度について

○資料2により事務局から説明

○主な意見及び質疑応答

(部会員)

周産期と救急について、現状でも厳しいうえに働き方改革が始まれば、崩壊してしまう。大至急、実効性のある施策を打つべき。

総合診療科について。地域の病院で最も求められる内科系の医師は総合診療医である。このことを考えれば、産科、周産期、救急に次ぐ重点プログラムとする考えも必要ではないか。

地域枠の卒業生の配置先として山武長生夷隅の病院・診療所全てということだが、自治体病院等に関しては集約化及び機能分化が全く進んでいない。山武長生夷隅を優先的に配置するのであれば、地域医療構想を重点的に進め、集約化、機能分化を進めなければ、地域枠の者を無駄に使うことになる。ただ優先的に配置される地域とするだけでなく、同時並行で地域医療構想を進める必要がある。

(事務局)

総合診療医については大変重要なものだと考えている。周産期、小児、救急については従前より意見をいただいていたため、昨年からワーキンググループを設立し、その中で出た意見を元に、今回政策医療分野プログラムを提案した。総合診療医についても、どのようにすれば魅力的に感じて、集まってもらえるのかということを経後の課題として考えていきたい。

山武長生夷隅について。今回の計画では個別の医療機関の対策ではなく、医療圏をどう取り扱うのが大テーマだった。これまでの医療計画とは異なり、どうすれば医療圏において医師の絶対数を底上げできるのかについて着目し、病院の種別を問わず限定をはずして考えた。その上で集約化という地域中の議論を同時並行で積極的に進める必要があるが、これを前提として今回キャリア形成支援事業を作成した。基幹病院が、A群病院を含んだコースを設定し、受給生が選択する。これにより基幹病院の指導原理のようなものが働き、派遣が行われやすい環境が提供されていくと思われる。

(部会員)

不足の医療圏のA群病院には優先的に配置するという話だが、病院が配置に値する教育を行えるのか。研修医の医療的な安全性が確保できるのか。そこが確保されないまま、不足しているからと、どんどん配置する訳にはいかないのではないかと。

(事務局)

昨年より、医師の資格を持つキャリアコーディネーターを医療整備課に迎え、受給生のキャリア支援を行っている。A群病院に赴いて環境整備等を行えないか検討してきた。その中で、今回のキャリア形

成支援事業ができた。基幹病院のみなさまと協力しながら、どうすればA群病院に配置できるのか県とともに考えていただければと思う。

(部会員)

県がコントロールすることが重要。集約化していないところに、配置するのは難しい。集約化すれば、改善の見込みもあり、受給生にとっても成果のある病院になる。

(部会員)

従来の制度からA群、B群になり、十分なキャリア形成が行えるのかが懸念される。また、救急は増えているが、なぜ政策医療分野とされているのか。

初期研修をどこで行ってきたかで専攻医の実力が大きく異なる。そのような意味でも集約化は非常に重要であると思う。

(事務局)

医療政策分野に救急が含まれた経緯として、医療対策部会の中でも救急が足りていないという声が上がっていた。また、我々が見据えているのは今後、働き方改革で労働時間が制約されるということ。さらに、救命救急センターは千葉県では最後の砦であると考えている。そこで、これまでの意見等踏まえて、政策医療分野とした。

その上で、将来的な考え方として、医師確保計画は国のガイドラインに沿って、区域ごとに設定し、医師確保策については秋頃、議論いただき、診療科等の確保については、国が出す必要数等のデータを注視して、皆様にも議論していただきながら、しっかり考えていきたい。

初期研修医の確保については、千葉県の医師確保において最も重要だと考えている。これに関しても皆様の御意見を伺いながら、しっかりとPRしていきたい。

(部会員)

キャリアを上手く形成しつつ、そこからある程度総合診療医に回せるようにできるか。初期研修医の2年間において、総合的にものを見ることができていないように思う。それを鍛えるトレーニングが必要。

診療所に（受給生を）回すのは焼け石に水ではないか。粗い試算だけで考えるのではなく、もう少し配慮が必要なのではないか。

(事務局)

診療所に関しては、まず総合診療医の基幹施設になっているところがあり、追加した。やみくもに追加したのではなく、医療圏全体の底上げが一つの目的。キャリアを積むうえで、病院だけに集約しているのか。プロフェッショナルな方は最終的には診療所に勤めている。そこでも是非学んで欲しいという思いから、診療所も追加した。

(3) 専門研修プログラムについて

○資料3により事務局から説明

(4) 報告事項

○資料4、5により事務局から説明