

# 令和7年度 第3回 千葉県医療審議会医療対策部会 議事概要

1 日 時 令和8年3月30日（月）午後6時から午後7時まで

2 開催方法 オンライン開催

## 3 出席者

（委員：総数21名中17名出席、順不同）

入江部会員、金江部会員、今井部会員、松本部会員、永鷲部会員、  
亀田部会員、小高部会員、澤井部会員、青墳部会員、増渕部会員、  
増島部会員、藤澤部会員、海保部会員、古川部会員、郷地部会員、  
菊池部会員、吉野部会員

（県職員：6名出席）

健康福祉部 山口 敏弘 保健医療担当部長  
出浦 和彦 次長（兼）健康危機対策監  
医療整備課 菊地 美香 課長  
里見 季彦 副参事（兼）医師確保・地域医療推進室長  
健康福祉政策課 井上 崇 副参事（兼）政策室長  
病院局経営管理課 源間 正幸 主幹（兼）医師・看護師確保対策室長

## 4 会議次第

（1）開会

（2）保健医療担当部長挨拶

（3）議事

- ・ 「重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業」の支援対象医療機関について
- ・ 医師臨床研修制度について
- ・ 診療科別コースの追加及び変更について
- ・ 令和8年度における医師修学資金制度利用者の勤務先について
- ・ 令和8年度における医師少数区域等医師派遣促進事業について
- ・ 令和8年度における勤務環境改善医師派遣等推進事業について

（4）報告事項

- ・ 医師修学資金貸付状況とキャリア形成支援の取組について

（5）閉会

## 5 議事概要

- (1) 「重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業」の支援対象医療機関について

資料1により事務局から説明。意見・質問等なし。挙手多数で承認。

- (2) 医師臨床研修制度について

資料2により事務局から説明。質疑応答のうえ挙手多数で承認。

### 【意見・質疑応答】

#### 『5 小児科・産科重点プログラム』に関して

(部会員1)

「東京都は小児科・産科の両方のプログラム変更を認めている」という文章があったが、それは事実か。

(事務局)

東京都については、両方の診療科の変更を認めていると伺っている。

(部会員1)

千葉県は地域性が富んでおり、日本中の縮図のようになっているため、そのような状況を1つの方向にまとめることの難しさは承知している。

本筋は決めるが、それ以外の内容については協議するというような余地を残すことはできないか。

(事務局)

今回の変更の取扱いについては、国の医道審議会臨床研修部会の中で検討された内容と承知している。国としては、「地域により小児科医及び産科医の不足の程度が異なることや、その他の診療科の医師の不足がより深刻な地域もあると考えられることを踏まえ、小児科・産科重点プログラムを設置することを原則としつつ、都道府県において医師が不足している診療科の研修を重点的に行う研修プログラムに変更することを可能とする」といった取扱いとされている。

また、県の人口10万対の医師数の状況を踏まえると、救急医に関しては全国の中でも上位～中位であるため、救急科を除く取扱いとしている。

なお、今回の取扱いについては、今後状況を見ながら引き続き検討していきたいと考えている。

併せて、東京都について御指摘いただいたため補足するが、東京都は両方の診療科の変更を認める形をとっていると承知しているが、実際に変更しているのは、小児科や産科の入院を取り扱っていない自衛隊中央病院のみ。

(部会員1)

千葉県も40病院にアンケートを取ったとのことだが、自院も含めて小児

科・産科プログラムの定員が埋まっている病院は、変更する必要がないという側に手を挙げる。それで県の方針を決めて良いのかと疑問を持った。

(部会員 2)

千葉県は地域差が大きく、病院ごとに非常に特性があると思う。小児科・産科プログラムは、小児科医、産科医が足りないことを理由に国が唐突に示し、このようなプログラムになったと思うが、それが上手くいかず、県に判断を委ねたと推察する。

本来初期研修医は、専門の科を決めてやるのではなく、幅広く研修を積み、その中で専門科を選んでいくということだった。専門科に進んでしまうと、専門科以外のことのできなくなるため、ベースとなることを主にやって、小児科・産科のことは後でやれば良いという考えの子が多い。現場が一番理解しているため、現場の裁量権を増やした方が良く思う。

千葉県のアンケートと言っても、小児科・産科のプログラムを持っている病院は8病院くらいしかなく、一般の研修病院とはあまり関係ない話だと思う。このプログラムはマッチング率が低い。結局は他のプログラムに行きたい子も、小児科・産科プログラムで応募すれば受かるという話で入ってくる。実際には産婦人科や小児科の医師が増えることとあまり関係がないと思う。

(事務局)

現場の実情についても織り込みながら今後も検討していきたいと思っている。その一方で、今回の変更については、国から「都道府県において不足している診療科の研修を重点的に行うプログラムに変更することができる」と示されている。また、色々な診療科を学ぶということについては、本来どのプログラムであれ、通常の臨床研修の方略として診療科ごとの研修の期間が定められており、国の立て付けや制度上の話で言えば、どのプログラムを採用しても、色々な基礎的な診療能力を見つけられるはずだという建前があると思う。

そういったところも踏まえながら、いただいたご意見を踏まえ、今後も引き続き検討を続けたいと思っている。

(部会員 2)

初期研修医は本来、救急科で2年間研修を行うことが一番良いと考える。

救急科は全国平均で多いと言っても、日本の救急が余りにも貧弱なだけの話。

救急は医療の基本であるため、救急科はぜひ入れていただきたい。救急医は全然足りない。千葉県中、日本中で足りないと思っている。しっかりとした救急ができることが医療のイロハのイであり、それを広く日本中でできるようにしていくことが、国民の医療に対する信頼と満足に繋がると思う。高度医療も

良いが、救急医を育てることが重要。

ぜひ、この中に救急科だけは入れていただきたい。

(部会長) 御意見は十分に参考にさせていただく。

(3) 診療科別コースの設定及び変更について

資料3-1により事務局から説明。意見・質問等なし。挙手多数で承認。

(4) 令和8年度における医師修学資金制度利用者の勤務先について

資料4により事務局から説明。意見・質問等なし。挙手多数で承認。

(5) 令和8年度における医師少数区域等医師派遣促進事業について

資料5により事務局から説明。質疑応答のうえ挙手多数で承認。

【意見・質疑応答】

(部会員)

医療機関の経営難が心配される中で、各病院が医師を派遣してもらうために、年間最大で500万円の負担をしなければならないという制度であると承知している。この制度で医師が偏在地域に派遣されることは、地域の医療の維持のために大事なものであると承知しているが、この負担は派遣される側の病院にとって負担になっていないか。あるいはこの取組は持続可能性があるのか。

(事務局1)

本事業については、派遣先の医療機関から3分の1を供出いただくスキームとなっている。持続可能性については難しいところではあるが、本来であれば診療報酬等で賄われるべきといった意見がなかなか反映されていない社会情勢もあると考えている。本事業のみをもってそれらをクリアできるとは考えていないが、引き続き意見を伺いながら展開を考えていきたい。

(事務局2)

この補助金を使わなければ医師が派遣できないわけではない。県としては最初の関係づくりのためにこの制度を創設している。「同じ診療科で3年間」という限定をかけており、損失補填的な補助金なしで派遣が成立するのであれば本制度を使わない場合もある。金額についても、負担した金額の中で負担金を決めている。「お金があれば医師派遣する」という病院に交渉する際に使っていたくための制度である。

(6) 令和8年度における勤務環境改善医師派遣等推進事業について

資料6により事務局から説明。意見・質問等なし。挙手多数で承認。

## 6 報告事項

- (1) 医師修学資金貸付状況とキャリア形成支援の取組について  
資料7により事務局から説明。意見・質問等なし。

## 7 閉 会