

令和元年度第 1 回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和元年 6 月 5 日(水)19 時～20 時 30 分

場 所：県庁 11 階 共用 1106, 1107 会議室

司会

定刻になりましたので、ただいまから平成 30 年度第 1 回茨城県地域医療対策協議会を開催いたします。

会議に先立ちまして、茨城県保健福祉部長の木庭からご挨拶を申し上げます。

木庭部長

ご協力いただいておりますこと、重ねてこの場をお借りして心から御礼を申し上げます。

さて、地域医療対策協議会でございますが、ご承知のとおり、医師確保、医療提供体制の充実・強化のための方策について協議をすることを目的として設置されているものでございますが、昨年の医療法等の改正に伴いまして本協議会の大幅な権限強化が図られまして、本年度は、特に新しく医師確保計画策定に係る協議等を行っていくことを予定しております。

そのため、今日、第 1 回でございますが、今年度中に 6 回程度の開催を予定しております。大変お忙しい中ではございますが、どうぞよろしくお願い申し上げます。

さて、医師確保計画は、国のほうで、2036 年度に国と都道府県の医師の需給均衡を目指すということで、各都道府県としても地域医療構想等との整合性を図りながら、県としての実効的な医師確保対策の方針や目標、施策を定めるものでございます。

計画の策定に当たりまして、もうご承知のとおり、今年 3 月に厚生労働省が新たな指標に基づく医師偏在指標を示したところでございまして、これによりまして、本県は全国 42 位の医師少数県であるということ、そして、二次保健医療圏のうち 6 医療圏が医師少数区域となっております、改めて医師の不足、偏在が顕著となったということでございます。

また、産科や小児科等の医師偏在指標についても全国の下位に位置しておりまして、県としてきちんと体制を整えなければいけないような政策医療的なところにおきましても医師不足は深刻な状況になっているということでございます。

県といたしましては、あらゆる方策を検討しながら医師の確保に取り組んでいくことが求められておりますので、本日お集まりの先生方、大学や医療機関・関係団体等さまざまな先生方からもぜひこれからも連携・協力をいただきますよう改めてお願いを申し上げます。

委員の皆様におかれましては、本日、忌憚のないご意見をいただきまして、実りある会議にしたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

簡単でございますが、開催のご挨拶とさせていただきます。

司会

それでは、本日は第 1 回目の協議会でございますので、ここで委員のご紹介をさせていただきます。

まず初めに、昨年度から引き続きお願いしております委員の先生方のお名前をお呼びいたします。

筑波大学附属病院の原委員でございます。

東京医科大学茨城医療センターの小林委員でございます。

水戸医療センターの山口委員でございます。

茨城県立こども病院の須磨崎委員でございます。

筑波メディカルセンター病院の軸屋委員でございます。

茨城西南医療センター病院の野村委員でございます。

北茨城市民病院の植草委員でございます。

常陸大宮済生会病院の小島委員でございます。

土浦協同病院なめがた地域医療センターの亀田委員でございます。

茨城県立中央病院の吉川委員でございます。

茨城県医師会男女共同参画委員会の青木委員でございます。

続きまして、本年度から新たに就任いただきました委員の皆様方をご紹介させていただきます。

水戸済生会総合病院の生澤委員でございます。

株式会社日立製作所日立総合病院の渡辺委員でございます。

日立医療センターの加藤委員でございます。

県西部メディカルセンターの梶井委員でございます。

茨城県難病団体連絡協議会の原委員でございます。

そして、本日、代理でご出席いただいております委員をご紹介いたします。

土浦協同病院の酒井委員の代理としてご出席いただきました統括院長補佐の河内先生です。

なお、本日欠席の委員がいらっしゃいますので、ご紹介いたします。

県医師会の諸岡委員，県看護協会の相川委員，そして、本年度より新たに就任されました東京医科歯科大学附属病院の大川委員，県市長会の山口委員の4名の皆様を併せてご紹介させていただきます。

続きまして、県側で出席いただいております先生方をご紹介させていただきます。

五十嵐県病院事業管理者でございます。

山口県医療改革担当顧問でございます。

小島県地域医療支援センター長でございます。

山内県地域医療支援キャリアコーディネーターでございます。

瀬尾県地域医療支援センターキャリアコーディネーターでございます。

五味県地域医療支援センターキャリアコーディネーターでございます。

続きまして、事務局の県担当課職員をご紹介させていただきます。

吉添保健福祉部次長兼医療局長でございます。

須能医療政策課長でございます。

砂押医療人材課長でございます。

その他の職員につきましては、名簿のとおりでございます。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、本日使用いたします資料の確認をさせていただきます。

まず、事前に委員の皆様方に郵送にてお送りさせていただきました資料、次第、資料1から4、参考資料1から3となっております。

加えて、本日、机の上に配付させていただきました資料として、出席委員の名簿、席次表、そして資料5、平成30年度地域枠制度の離脱者についてでございます。

配付漏れなどございませんでしょうか。お手元のない資料がございましたら、挙手にてお願いいたします。よろしいでしょうか。

それでは、次第4に入りたいと思います。

協議会の設置要綱の改正について、事務局より簡単に報告させていただきます。

事務局

お手元に配付させていただきました「資料1 茨城県地域医療対策協議会設置要項の改正について」をごらんください。

改正の概要でございますが、昨年の医療法、医師法等の改正に伴い、厚生労働省が通知を発出しております、これに基づき、以下のとおり改正するものとなっております。

この内容につきましては、3月に地域医療支援センターの設置要項の改正とともに、本協議会において協議させていただきました、その中でご確認いただいた内容をそのまま4月1日付けで改正しております。

内容につきましては、まず、協議会の機能強化に伴い、協議事項が追加されたものでございます。

また、2のイでございますが、協議会の構成委員として、こちらのよう内容となっております。

2でございますが、こちらにつきましては、キャリア形成プログラムの関係といたしまして、茨城県の医師臨床研修連絡協議会を県の地域医療対策協議会のワーキンググループとして位置づけることによりまして、こちらの連絡協議会についても要項は改正済みでございますが、医師確保に関するものについては、このワーキンググループを経て、地対協で最終決定するといった位置づけになってございます。

3でございますが、こちらについては、通知の中で、各種会議体を効率的にするため、一本化するべきという内容が示されましたので、へき地に係る協議会は2つございますが、こちらを県地域医療対策協議会のワーキンググループとして位置づけるものでございます。

2ページ以降につきましては、新旧対照表、そして、4月1日付けの設置要項、6ページにつきましては、部会も含めました協議会の委員の名簿を載せさせていただいております。

事務局からの説明は、以上でございます。

司会

それでは、続きまして、次第5でございます。

本協議会の会長及び副会長の選出についてでございます。

設置要項第4条の2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ます。

会長及び副会長は、委員の互選により決定することとしております。委員の皆様方からご推薦等ございますでしょうか。

〔軸屋委員が挙手〕

軸屋委員、お願いいたします。

軸屋委員

筑波大学附属病院長の原先生を会長に、それから、県医師会長の諸岡先生を副会長に推薦したいと思っておりますが、いかがでございましょうか。

司会

ありがとうございます。

ただいま軸屋委員から、原委員を会長に、そして、諸岡委員を副会長にという推薦をいただきましたが、委員の皆様方、いかがでしょうか。

〔拍手〕

司会

ありがとうございます。

拍手により異議なしということでございますので、会長に選出されました原委員におかれましては、左側隣の会長席にご移動をお願いいたします。

なお、諸岡委員におかれましては、本日、ご欠席となっておりますので、事務局から、副会長にご選出された旨を報告させていただきたいと思っております。

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、原会長をお願いいたします。

原会長

ただいまご推薦いただきました筑波大学附属病院長の原でございます。

これまでの経緯、それから、今ほど説明がありました地対協の設置要項の第4条の2に加えてございますが、県以外の者になるということでございますので、このような役割が回ってきたのだと思っておりますが、微力ではございますが、務めさせていただきますので、ご協力のほどよろしくをお願いいたします。

それでは、早速でございますが、議事に入らせていただきます。

円滑な議事進行に向けて、皆様のご協力を何とぞよろしくをお願いいたします。

それでは、お手元の議事次第の議題(1)医師確保計画及び外来医療計画の策定について、事務局からよろしく申し上げます。

事務局

事務局より説明申し上げます。

「資料2 医師確保計画及び外来医療計画の策定について」をごらんください。

まず、「1. 計画の策定の趣旨」でございます。

皆様ご承知のとおり、高齢者がピークを迎える2040年を展望いたしまして、医療提供体制の改革を進める必要がある。その中で、地域医療構想を既に策定しておりまして、2025年度を目途に、病床機能の分化・連携を図るものでございますが、この構想の実現だけでなく、医師、医療従事者の働き方の改革の推進や実効性のある医師偏在対策を着実に進める必要があるということでございます。

国の認識といたしましては、これまで地域枠を中心とした全国的な医師数を増加させてきたものの、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながっていないと考えている。

このため、国における医師需給分科会におきまして、実効的な医師偏在対策について検討・とりまとめをこれまで行ってまいりまして、これを踏まえて、昨年、先ほど申し上げた法律改正の成立に至ったところでございますが、これを踏まえまして、医師偏在対策の基本的な枠組みが定められ、2019年度内に各都道府県が医師確保計画及び外来医療計画を策定することとなりました。

四角の中でございますが、医療法及び医師法の改正の概要と地域医療構想との関係性について書いております。地域医療構想との関係性につきましては、医師確保計画が、都道府県が二次医療圏の医療体制の整備を目的として策定するものでございますので、これを踏まえまして、個別の医療機関の医師確保については、地域医療構想調整会議等において議論された医療機関ごとの機能分化・連携、さらに再編統合の進展の状況等もございまして、これを踏まえ、地域における医療提供体制の向上に資する形で構想との整合を図っていくこととなっております。

外来医療計画について少し触れますと、需給分科会の中で、平成29年2月に二次中間とりまとめがございましたが、この中で、外来機能について、都市部に偏るというような問題意識の中、機能の可視化であるとか、新規開業者の不足する外来機能のための協議の場、こういったものの枠組みが必要であろうという問題意識のもと、今回、医師確保計画と同時に計画を策定することと整理されております。

「2. 茨城県第7次保健医療計画における位置づけ」でございます。

保健医療計画におきまして、これまで、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、職員等を合わせた医療従事者等の確保として記載してございました。医師の分は3ページ程度の内容でございましたが、今回は医師についての項目を独立いたしまして、新たに医師確保計画として策定するものでございます。

また、5疾病5事業及び在宅医療の医療提供体制の確保を医療計画に記載しているところでございますが、これに加え、新たに外来医療に係る医療体制として、外来医療計画を策定するものでございます。

「3. 計画期間」でございます。

既に開始しております第7次保健医療計画の4年目からスタートする計画として、医師確保計画、外来医療計画を策定するものでございます。

第7次保健医療計画については計画期間が4年間でございますが、第8次以降につきましては、医療計画との時期をあわせるような形で、9次前期、後期という形で期間をあわせていく内容となっております。

医師確保計画は、9次後期計画が終了する2036年で、各都道府県において医師の需給均衡を達成するものとされております。

2ページ目でございます。

「4.今年度の計画の検討・協議体制とスケジュール」でございますが、先ほど申し上げましたように、2つの計画は医療計画の一部でありますことから、最終的には医療審議会への協議を経て県が策定するものでございます。

医師確保計画の策定に係る検討・協議につきましては、本協議会で行ってまいります。

また、部会として、救急、小児、周産期の各部会がございますので、個別のテーマについては、こちらでも具体的な検討を進めてまいりますとともに、地域医療構想との整合も図ってまいります。

外来医療計画の策定に係る検討・協議につきましては、原則、二次医療圏ごとに行うこととされておりますので、この圏域ごとに設置されている地域医療構想等調整会議において行ってまいります。

一番下の4つ目の白丸でございますが、計画の策定に当たっては、各会議における議論や協議結果を公表し、透明性を確保してまいります。

こちらについては、厚生労働省が重視している部分でございますが、これにより実効性が高まることを期待しているということでございます。

次のスケジュール表でございますが、本体の計画、小児・周産期の計画、外来医療計画、大きく分けてその3つの部分を同時並行的に進めてまいる必要があるということで、本日の地域医療対策協議会を第1回目といたしまして、6月に第2回目、さらには9月から隔月により地域医療対策協議会を開催してまいります。年明けに医療審議会を2回開催することによって最終的に医療計画に位置づけるというスケジュール感でございます。

その間に小児・周産期部会もございますが、それぞれ各部会でやっていただいた内容を本会のほうに諮っていくというような段階を踏んでまいりたいと考えております。

差し迫って6月28日に第2回開催を予定しておりますが、後ほど申し上げます医師の偏在指標を確定するために、各都道府県が県境を越えた流出入について調整を行い、その結果を国に報告するという作業がございますので、それまでに第2回を開催して、この協議の中で了解をいただきたいと考えております。

また、本年度より地対協の協議事項となっております臨床研修医の定員設定につきましても、6月19日の医師臨床研修連絡協議会のワーキングを踏まえまして、本会で最終決定

するというスケジュールもございまして、6月の末に第2回を開催するというスケジュールになってございます。

資料についての説明は、以上でございます。

原会長

ありがとうございました。

スケジュールのところに書いてございますが、5月21日に厚生労働省の説明がございまして、これには私も出てまいりましたが、とにかく、来年3月までに最終的には医療審議会の議決事項となりますが、本当に時間がないのですが、なおかつ、偏在指数の正式なものは7月末に出るということで、非常にタイトなスケジュールでやらざるを得ないという状況で、6回の地対協を予定しております。先ほどお話がありましたように、6月28日に第2回目をまた開くということで、先生方、お忙しい中申し訳ないのですが、というような説明でございました。

これからの進め方というか、スケジュール感が一番重要なところでございますが、何かご質問、ご追加等ございますでしょうか。よろしいですか。これについては審議してもしょうがないですね。国が定めたところでございますので、これに向かって粛々と地対協も進めていくしかないのかなと思っております。

それでは、ご意見がないようですので、次に、議題(2)医師確保計画についてでございます。

これにつきましては、3項目ございますが、そのうちの 計画の記載事項及び 国が提供する指標等について、事務局からご説明いただきます。

事務局

「資料3 医師確保計画について」をごらんください。

「1. 計画の記載事項」でございます。先ほども触れましたが、医師確保計画は、医師全体の計画、本体でございますが、それに加え、産科と小児科に限定した計画を定めることになってございます。

四角の中でございますが、診療科別の医師の偏在の計画策定についてということで、これまで、医師需給分科会の中でも、分科会として、診療科ごとの必要医師数を検討していたところですが、診療科別の偏在につきましては、基本的対応として、結論でございますが、まずは診療科と疾病、診療行為等の対応をしっかりと整理する必要があるということで、検討のために時間を要するというところでございます。

しかしながら、2つ目の「・」以降でございますが、特に周産期医療、小児医療は、医療計画上、政策的に医師の確保を図るべきものであり、地域偏在に早急に対応する必要がある。

また、産科・小児科につきましては、ほかの診療科と比べ、一定の前提のもとではございますが、診療科と疾病、診療行為との対応を現時点で整理することが可能であるということでございますので、暫定的に全体のものに加え、産科・小児科について診療科別の医師偏在指標を示して計画をつくるという内容になってございます。

続きまして、隅括弧でなっております【医師確保計画の構成及び記載事項】でございます。

申し上げたとおり、全体、産科、小児科、3本立てで計画をつくっていくことにはございますが、共通してつくって定めていく、あるいは設定していくものがございます。まずは医師偏在指標でございます。全体の計画では県二次医療圏ごと、さらには現在、将来別につくっていく。産科・小児科につきましても、医師偏在指標を定め、それぞれ医療圏ごと、県ごとを単位としてつくっていく。

さらに、先ほど申し上げましたように、都道府県間で出入りしている患者の調整を行うかどうかという論点がございますが、資料では産科の部分も横断して書いてしまっているのですが、産科については調整を行わない。全体と小児科の部分について調整を行うという内容になってございます。

続きまして、区域のテーマでございます。

全体の計画においては、医師少数区域、医師多数区域の設定を行うこととなっております。これに加えまして、医師少数区域と同様に扱うような区域として、医師少数スポットを設定することができるかとされております。

産科・小児科につきましては、相対的という言葉を使っておりますが、下位 33.3%のみ、この扱いとしては、医師の確保を図っていく目安としてではなく、特に配慮が必要な区域として考えるものとして区域を設定してまいります。

これを踏まえまして、目標医師数としてでございますが、全体の計画としては、まず 2023 年度末の目標を立てます。その上で、将来時点の 2036 年の必要医師数をすることにより、短期の目標と長期の目標を 2 段階で設定して、その目標達成に向けた施策等を盛り込んでいくということでございます。

産科・小児科につきましては、偏在対策基準指数ということで、全体計画の目標同様に、下位 33.3%から脱していくという取り組みを県として進めていくのでございますが、産科・小児科につきましては、医師の確保を前提としたものではなく、下の太線の中でございますが、まずは地域偏在対策、圏域の見直し、圏域間の連携等の集約化・重点化を図りながら偏在の解消を図っていくという内容になってございます。

これによってもなお偏在が解消されない場合、医師を確保する、増やすという流れで計画を策定することとしてございます。

医師全体の施策といたしましては、目標医師数を達成するため、医師の派遣調整、キャリア形成プログラム等を進めていく。さらには、長期的な部分でございますが、医学部における地域枠、地元出身者枠の設定もこの計画の中に書き込んでいくということでございます。

表全体といたしまして、右のほうに括弧書きでコメントをつけさせていただきました。まず、計画のスケジュールの前半戦の部分でございますが、都道府県間の流入、流出の調整を行った上で、国が最終的に 7 月の末時点で医師偏在指標を確定し、医師少数区域、多数区域を確定し、目標医師数、将来時点の必要医師数を数字として出していきますので、まず国の統

計調査等をベースに、厚生労働省が全国一律の基準を用いて算出する計画の中のアウトラインが確定されます。

それを踏まえまして、下の太い部分の四角でございますが、県としての方針・施策を具体化していく。こちらが地対協における中心的な議論として進めていくものと考えております。

2ページ目でございます。

今申し上げた、これから計画に定めていく指標等の説明でございます。

まず、2の「(1)計画全体に係る指標等(産科・小児科以外)」つまり全体の部分でございますが、これまで、医師が足りているか足りていないかという議論については、人口10万人単位の医師数が一般的に用いられてきたところでございますが、地域ごとの医療ニーズとか人口構成などを反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための物差しとしては十分に果たしていません。こうした課題を踏まえまして、全国ベースで客観的に比較・評価できる指標として、国が考えたものとして、以下の5要素を考慮した医師偏在指標を設定するものでございます。

参考資料のほうにもつけさせていただいたのですが、かなり複雑な数式のもとに算出されたものでございますが、端的にいきますと、医師偏在指標、括弧の中の分母と分子でございますが、標準化医師数は、三師調査をもとにしたマンパワー、分母については、患者調査をもとにした医療ニーズということになるかと思えます。

地域の人口や標準化受療率という話がございまして、こちらについては、各地域における人口構成から、1日当たりの受診したり入院したり往診したりする人数のその地域の割合がございまして、それを全国と比べてどうなのかということが地域の標準化受療率になってございます。1を上回るかどうかという視点でなっておりますが、全国ベースを1とした場合に、1以上の場合には医療ニーズが高い。1を下回る場合には比較的低いという内容になっていまして、参考資料にはつけていないですが、水戸、日立、土浦、つくばの都市部では1を超えているという内容になってございます。

「医師少数区域・医師多数区域」でございます。

医師少数区域は、医師偏在指標、ずらっと全国で順位をつけた場合に、一定割合、具体的には下位33.3%になってしまった区域が、計画期間の中に医師確保を進めることによって、計画期間内に33.3%を達するための目標として使われるものでございます。

厚生労働省の考え方としては、計画を更新していくに当たって、2036年度に全国の医師偏在の是正が達成されると見込んでいるということでございます。

なお書きの部分でございますが、医師多数区域及び医師多数都道府県の設定の基準は、医師確保対策の遂行上の需給バランスの観点から、医師偏在指標の上位33.3%と定めている。先ほど申し上げましたように、逆算した場合に、33.3%をクリアしていけば達成できるだろうというところでこの数字が使われております。

「医師少数スポット」でございます。

医師少数区域及び多数区域を設定した後に、医師少数区域ではないものの、医師偏在対策の実施に当たっては、より細かいエリアで地域の医療ニーズに応じたエリアも必要であろうということで考えられたのが医師少数スポットでございまして、都道府県によって、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域で施策を検討することができるものとして設定できる。そういった内容のものでございます。

四角の中の「本県の対応案」でございまして、太書きの部分でございまして。厚生労働省に確認したところ、まず、無医地区・準無医地区を無条件に医師少数スポットに設定することは考えていない。医師少数スポットは、無医地区や島しょ、半島等の医師が少なく、かつ医療機関へのアクセスに大きな制限がある地区を想定しているとのことから、結論といたしまして、本県の対応案として、医師少数スポットを設けないこととしたいと考えております。

本県の無医地区・準無医地区、それぞれ 19 と 2 ございまして、ほとんど県北になっておりまして、既に医師少数区域であるということでございまして、また、城里町の一部で準無医地区がございまして、医療計画において、巡回診療、患者輸送体制が整備されているということで、こちらについてはアクセスに大きな制限があるとは考えられないと考えており、本県としては、医師少数スポットを設けないこととしたいと考えております。

「 目標医師数・必要医師数」でございまして。

本計画では 4 年間になります、計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が、計画開始時の下位 33.3%の基準を脱するために要する具体的な医師数を目標医師数として設定いたします。つまり、目標医師数が設定された場合に、現在の医師数と比較して、その差分として、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数として算定されてくる。これを達成させるための施策を考えていくものでございまして。

3 ページに移りまして、「 将来時点(2036 年)の必要医師数」でございまして。

こちらについては、先ほどの短期目標ではなく、長期的に需給の均衡の年を見据えた場合に、各都道府県におきまして、今後の地域枠や地元出身者枠を設定するに当たり、その根拠とするため、将来時点において確保が必要な医師数を必要医師数と定義するものでございまして。

将来時点の地域枠の医師数でございまして、2036 年時点の医師供給推計が需要推計を下回っている場合について、その差を医師不足数として、地域枠等の必要数を算出するものとされております。

計画のスパンの話をしてしますと、計画を策定した後に、2022 年度から地域枠・地元出身者枠を設定してまいりますが、これ以降入学した医師の 9 年間の義務年限により、満たされる、つまり、計画による施策の効果が最大になる時期として 2036 年をターゲットにしておりまして、その時点において医師が不足するのか多いのかという基準で考えるものでございまして。

下の「・」でございまして、必要医師数の具体的な算出方法については、厚生労働省におきまして、マクロ需給推計に基づきまして算出してまいりますが、今後、医師偏在指標が確

定後に、医療圏ごとの医師偏在指標が全国値に等しい値になる医師数を必要医師数として示すとされており、7月以降に長期的な必要になってくる医師が確定される見通しでございます。

続きまして、「本県の医師偏在指標」でございます。

こちらの表にございますが、全国があつて、各医療圏があつて、各医療圏の左側に上の矢印と下の矢印がございますが、上の矢印を向いている医療圏が医師多数区域となっております。下を向いている矢印がついているのが医師少数区域となっております。したがって、土浦は医師少数でも多数でもない区域となっております。

これを踏まえ、本県におきましては、全都道府県で42位の医師少数県となっております。先ほど申し上げましたとおり、二次医療圏のうち、2医療圏が医師多数区域、6医療圏が医師少数区域となっているということでございます。

下の表から吹き出しが伸びてございますが、まず下のほうを見ていただきますと、例えば、2023年の目標医師数がございます。県全体として6,050人です。標準化医師数、こちらは現在のマンパワーでございますが、目標医師数からこれを差し引いた場合に、県全体で795人の増員をしない。この考え方によって、二次医療圏で見ただけの場合には、例えば、取手・竜ヶ崎においては7、古河・板東については26、以下、71、98、71、82と続いてまいります。短期目標としては、こちらの確保すべき医師数を達成すると下位33.3%に達し、計画の目標を達成するということとなります。

これを積み上げますと、医師少数区域は合計で355人、全体で795人となっております。この差分についてどう考えるかということになってまいります。太線より上の3医療圏につきまして、厚生労働省が機械的に出した参考値でございますが、こちらについては、標準化医師数についてかなり少ない数字が計算されております。この数字について厚生労働省に確認したところ、この数字にあわせて確保すべき医師数を出さないということではなくて、あくまで参考値である。なので、県全体で出さなければいけない795人という枠内であれば、医師少数区域以外であっても、都道府県は目標医師数を独自に設定することが可能ということでございますので、資料では確保すべき医師数が「-」になってございますが、こちらは今後議論して目標を立てていくという内容になってございます。

2036年につきましては、下のほうに、長期目標として、需給が一致する場合に確保すべき医師数ということで載せているのですが、厚生労働省に確認いたしましたところ、これは短期目標と同様の基準でとりあえず機械的に出した数字ということで、先ほど、で将来時点の必要医師数ということで申し上げましたように、2036年につきましては、供給推計、需要推計を用いまして別途計算するというところでございますので、2036年の数字は、今申し上げた計算によって変わるということをお知らせしておきたいと思っております。

続きまして、4ページでございます。

「(2)産科・小児科に係る指標等」でございます。

それぞれ表にしておりますが、例えば産科については医療需要を分娩数で捉える。小児科については年少人口、15歳未満で捉えるという内容で、それぞれ偏在指標を算定して、県周産期医療圏、県小児医療圏ごとに医師偏在指標を確定することになってございます。

先ほど申し上げたように、あくまで考慮すべき区域として、下位 33.3%を相対的医師少数都道府県、相対的医師少数区域と設定することで、連携等によって医師確保に取り組んでいくというような内容になってまいります。

「 本県の医師偏在指標」でございます。

産科・小児科におきまして、それぞれ全国平均、茨城県とそれぞれの医療圏を並べたものですが、産科におきましては、県としては、全都道府県下位 33.3%に含まれる相対的医師少数県である。本県の周産期医療圏は、相対的医師少数区域ではないものの、全て全国平均を下回るという結果になってございます。

小児科につきましては、県としては、全都道府県最下位、当然、相対的医師少数県になってまいります。さらに、8つの小児医療圏のうち6つの医療圏は下位 33.3%に含まれる相対的医師少数区域となっております。

事務局の説明としては、以上でございます。

原会長

ありがとうございました。

長々とあるのですが、これからどういうふうなことを基準として、あるいは根拠として計算していくか、策定していくかという論拠を話していただきました。

この中で、唯一、資料3の2ページの「 医師少数スポット」についての県の考え方が示されておりますが、これも含めまして、ただいまの説明に関しまして、何かご意見、ご質問等ございますでしょうか。よろしいですか。なかなか一回で理解するのは難しい内容ではあるのですが、第2回以降も同じような話を、あるいは、これを根拠として県の策定案みたいなものが出てきますので、これはお持ちになって、精査しておいていただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは、議題(2)の 他都県との流出入調整について、ご説明ください。

事務局

今説明してまいりました資料3の5ページ目からご確認ください。

「3. 医師偏在指標の算定に当たっての流出入調整について」でございます。

6月までに厚生労働省に報告することになっていました流出入調査の考え方でございますが、厚生労働省から提供された現在の暫定の医師偏在指標については、算定に当たり、無床診療所及び入院患者の流出入を見込んでいるということになっております。言い換えますと、医療機関所在地ベースの医療需要としているということでございます。

第4次中間とりまとめ、この四角の中にありますが、県境を越えた受療行動はございますが、これまでの人口10万人対医師数は患者住所地ベースで算出しておりまして、このような患者の流出入を考慮していない。当該流出入につきましては、その受療行動を受け入れる

のか。流れてきた患者さんを自分の医療機関の需要とするのか、それとも医療提供体制の調整により是正していくのか、これを都道府県間でも調整が必要な事項として作業を求められておまして、入院医療については地域医療構想における推計方法を参考に、患者住所地をもとに医療需要を算出し、流出入についての実態も情報提供した上で、都道府県間の調整を行うことにより、患者の流出入を反映することを基本としておりますということですが、端的に言いますと、厚生労働省から出た偏在指標は流出入を見込んでいるということでございまして、これについて見込まないのであれば、都道府県のほうできちんと調整して、その考え方なりを示した上で国に報告しなさいということでございます。

「(2)医師確保計画策定ガイドライン上の手続き」でございますが、具体的に、2つ目の「・」でございますが、都道府県は厚生労働省から提供される現状に関するデータを用いまして、無床診療所における外来患者数、病院・有床診療所における入院患者数に関する調整後の都道府県間及び二次医療圏間における患者の流出入を6月末に報告する。それを踏まえて、今回の計画の策定に当たっての最終的な医師偏在指標を算定し、厚生労働省が確定するというところでございます。

なお書きでございますが、他県との調整を進めていった場合に、協議が整わない場合には流出入を全て見込むということになってございます。

四角の中、「検討のポイント」としては2つございまして、まず の地域医療構想との整合について判断する必要がございます。今、策定しております県の地域医療構想におきましては、構想策定時に、関係都県、福島、栃木、千葉、埼玉、東京との協議を行いまして、医療機関所在地ベースの医療需要として推計することで調整しております。つまり、今、医師確保計画の算定に当たって、厚生労働省から示された考え方と同じやり方でやっているということでございます。現在の患者の流出入が継続するものとしております。これがまず1点でございます。

でございますが、都道府県間で流出入の調整が必要な規模感でございます。多少の移動であってはいいいけれども、ある程度の規模を超えたら、これは軽微ではない。指標等に大きな影響を与えるレベルがあるということで、厚生労働省の担当から得た回答の内容でございますが、入院患者の流出入が1,000人、小児に関しては100人を超える場合には調整が必要な規模であろうとのことです。

また、無床診療の外来患者及び入院患者の流出入は1,000人、そして、小児についても100人未満の都道府県においては、その流出入の調整を行う必要はないとのことで、医師偏在指標や目標医師数に与える影響が軽微であるということがその理由でございます。

以下、2つ、地域医療構想等、規模感のことを踏まえまして、県としての考え方でございますが、今回、厚生労働省から提供されたデータにおいて、調整が必要な都県はないと考えております。

次ページ以降でございますが、実際に厚生労働省から提供されたデータを並べてございます。それぞれ全体の患者の入院患者の無床診療所、小児科に限った入院患者の無床診療所

というふうになっておりますが、それぞれ都道府県からの流出入を考えてみた場合に、本県からの流出、本県への流入を捉えた場合に、これは1,000人単位になっておりますので、1を超えるような流出入の結果がないということになっておりますので、これを踏まえまして、今回の計画の策定に当たっては、都道府県間の流出入の調整は行わないこととしたいと考えております。

説明については、以上でございます。

原会長

ありがとうございました。

ただいまの説明にありましたように、流出入の調整結果につきましては、厚生労働省に6月末までに報告となっておりますが、最後の結論で述べましたように、事務局の考え方としては、流出入調整は行わないこととするということで、これはあくまでも提案でございますが、いかがでしょうか。この点に関しまして、何かご意見ございますでしょうか。よろしいですか。

野村委員

県西地域では、埼玉、栃木からは結構患者さんは救急車でやってくるのですが、これは調整がないということなのですか。もし調整があった場合には、県として何か働きかけみたいなものはあるのですか。というのは、うちの三次救急のほうが他都県との移動をとっていきまして、栃木県、埼玉県、千葉県から患者を受け入れるという方向になっていきます。したがって、うちの地域が一番多いのですが、当然のことながら、他都県からも救急車としては普通に入ってまいりますので、その辺はどうすればよろしいですかね。

事務局

県西地域におきましては、こちらは患者調査をベースにした流出入ということで厚生労働省が数字を示しておりますが、県のほうで独自に患者調査の別表等をダウンロードしていろいろ検討もしてみたのですが、例えば、県西地域で、筑西・下妻、古河・坂東を一つのエリアとしてちょっと大きく見てみた場合に、栃木と埼玉、県境の県とどういう移動があるのかということを考えてみたのですが、資料がなくて申し訳ないのですが、例えば、筑西・下妻、古河・坂東圏域を見た場合に、栃木、埼玉に400人出ている。さらに、栃木、埼玉から筑西・下妻、古河・坂東の2つの二次医療圏に対して、これもまた400人が流入している。一つの医療圏だけで見ると、他の県との関係において流出入が偏る場合があるのですが、あの辺の一体のエリアとして見て、それぞれの都道府県との関係を見た場合に、均衡ができていくということを確認いたしまして、要するに、あの辺の医療機関の位置とか、交通の状況等もあって、例えば、茨城県から他県に対して例えば1,000人という規模がありました、そのレベルでの流出は起きていないであろうと考えているところでございます。

原会長

よろしいでしょうか。

だから、県全体としては調整は行わないという結論の論拠ということでございます。

軸屋先生，どうぞ。

軸屋委員

少し戻ってもよろしいですか。

情報がたくさんなので，すぐに理解できなかったのですが，基本は，相対的医師少数区域をなくしていく，そこから脱していくということによろしいのですよね。

事務局

相対的と相対的ではない区域がございまして，相対的は小児と産科に対して設定される区域でございますが，本体の計画についてはその相対がついてございまして，そちらの部分については33.3%を脱していくという施策を組んでいくことが求められております。

軸屋委員

一つお聞きしたかったのは，産科のほうで，本県の周産期医療圏は相対的医師少数区域はないとなっていますよね。だけど，全部，全国平均以下だと。要するに，中位より下なのだけれども，下位33.3%に入っていないということですよ。

事務局

はい。

軸屋委員

ところが，最初の1ページで，産科の計画のところ，地对協における中心的な議論というところでちょっと説明されたと思うのですが，他区域からの医師派遣のみで対処する。要するに，圏域の見直しとか圏域間の連携といったことで見直すのだということは，産科に関しては，茨城県の中だけでの配分を調整して解消するのだというふうにとれたのですが，それでいいのでしょうか。

事務局

一応，2段の構成になっておりまして，先生にお聞きいただいたのは，国として，これまで，公立・公的病院を中心に医療資源の集約化・重点化を進めていた診療科であるということで，まずはそれに沿って，圏域の見直しであるとか集約化・重点化を図る。そういうことをやってみてくださいと。それによってでも達成できない場合には，医師を増やす，確保するというを考えて，それは派遣であったり養成であったりでございますが，それを考えてくださいと。考える順番として，厚生労働省として考え方を示しているというものでございます。

軸屋委員

何となくわかりましたので，その後ろのほうが，要するに，下位に入っていないのだとしたら，絶対的にツールとしては，そんなにという言い方はおかしいですが，極端な不足ではないという理解ということになるのだなということですよ。

事務局

厚生労働省から出てきたデータをそのままとると，そういうことになっています。

軸屋委員

わかりました。

須磨崎委員

今言っているのは、産科というのは、外科などと同じように、シーリングがかからなくて、日本全体で少ないということなので、よその県から持ってくるということをされると困るからそういうふうなことを言っているだけで、増やさなくていいというわけではないのだけれども、産科、外科の場合は、他県から考える、引っ張ってくるということはもう考えないでくださいというのが厚生労働省の基本的な考え方ですね。だからそういう表現になっているわけです。

原会長

よろしいでしょうか。

そのほかございますか。よろしいですか。

それでは、議題(3)外来医療計画について。これもいろいろ問題があるのですが、事務局からご説明願います。

事務局

医療政策課長の須能です。

外来医療計画につきましては、3月の国のガイドラインで、これまでもいろいろな議論にはなっていたのですが、計画という形でつくるということが、我々にしてみれば結構急な話で、いろいろな情報も不足する中、まだまだ手探りで進めているところなので、きょうの説明等で不十分なところもあろうかと思いますが、外来医療計画につきましては、議題というよりも、きょうは報告というような位置づけに近いかと思っています。そのことなども含めて今から説明したいと思います。

一部、説明が繰り返しになりますが、地域で中心的に外来を担っているいわゆる無床診療所の開設が都市部に偏っていることとか、診療科の専門分化が進行していること、それから、いろいろな医療提供体制の取り組みとか、グループ診療、機器の共同利用などのいわゆる医療機関の連携の取り組みが自主的な取り組みに委ねられているという現状がございまして、今般、医師偏在の度合いが医師確保計画の策定を通じまして明らかになりますので、新たに開業しようとする医療関係者にとって、有益な情報として、その地域の状況を共有することによって、ひいては偏在是正を推進していこうというものでございます。

外来医療計画の策定に当たりましては、地域ごとの疾病構造とか、患者の受療動向などの地域の特性を踏まえる必要ということも考えなければいけないということと、先ほどの繰り返しになりますが、いろいろな医療機器の共同利用などについても一緒に協議していくということにもなっておりますことから、地域ごとに策定するというのが国の方針として示されています。

医師確保計画と大きく違うところは、外来医療計画につきましては、外来医師が多数とされる地域におけます新規開業者に対する、不足する外来機能を担うように求めるというこ

とが中心的な考え方と示されておりますので、医師確保計画とは異なりまして、少数区域を定めることにはなっておりません。

計画に盛り込む事項ということで、(1)から(3)の3つが記載されておりますが、新規開業者に対する情報提供ということで、外来医師偏在指標を用いた二次医療圏ごとの偏在状況といったことを共有するということがありますが、「2 外来医師偏在指標」で、偏在指標の算出方法、本県の医療圏ごとに記載していますが、川崎北部が上位 33.3%の一番下のところで、103.9 ということで、本県は全てそれより下回っているような状況なので、新規開業者に医療機能を示したりという義務づけにはなっておりません。

しかしながら、状況の変化もあるわけなので、この計画を策定するにあわせて、地域で不足する外来医療機能の協議とか、それから、医療機器の効率的な活用に係る計画を策定することによって、十分な情報のもとに、住民にわかりやすい形で構築していくということが目的とされております。

また、計画策定に当たりまして、患者の流入の関係でございますが、医師確保計画の策定と同様に、現在の医療提供体制の整備状況のもとに行って、流入調整はしないような形で進めていきたいと考えてございます。

同じように、年度末までの策定を目指しまして、各地域ごとということにされておりますことから、各地域医療構想調整会議で検討を進めていただきまして、随時、地域医療対策協議会の皆様に対しましては、進捗状況等をご報告させていただくということで、ご意見をいただきながら、意見を各地域の会議につないで、一体的に策定していければと考えております。

説明は、以上です。

原会長

流入調整結果について厚生労働省に報告することになっているということですが、事務局で流入はやるのですか。これはやらないのですよね。要するに、上位県がないので。

事務局

はい。

原会長

というようなことでございますが、診療所開設に当たって今後どうしていくかという大ざっぱな策定をお願いするというものでございます。

これにつきましては、ご質問でございますでしょうか。

軸屋先生、どうぞ。

軸屋委員

事務局もお困りだと思っております。突然出てきたのであれなのですが、外来医療機能のベースがほとんどが無床診療所の数と医師数で計算されていると思っております。そうしますと、いくら二次医療圏ごとで地域医療構想の調整会議で議論するとしても、計画を報告するのはこの協議会からですよ。ではないのですか。

事務局

最終的には医療審議会で議論していただくということになります。

軸屋委員

私が言いたいのは、地域医療対策協議会の中に無床診療所の代表者がいないのですね。諸岡先生がきょう、いらっしゃらないので、諸岡先生のご意見を伺いたかったところなのですが、本当にそれでいいのかなというのを、疑問に思います。よく内容まで理解できていないので、本当にちゃんとした計画が立てられるのかというのはちょっと危惧しているのですが、いかがでしょうか。

事務局

ありがとうございます。

私ども、諸岡先生とも相談をさせていただいて、必要に応じて皆さんにまたお諮りしながら要望を出していきたいと思っています。

原会長

そのほか、この点に関しまして。

どうぞ。

植草委員

こういう席でまことに申し訳ないのですが、これをずっと読んでみて、具体的に多いところから少ないところに医者を行かせなさいという形が出てくるわけですが、具体的にどういう形で医者の移動をさせるようになっていくのでしょうか。その構想が見えないのです。

事務局

まさに先ほどの説明のとおり、指標自体は国が全国一律の基準でやっていくということなので、それに従ってやるしかないのです、これからそのところを具体的に施策としてどうやっていくかの協議の後、それを埋めるためにというのはこの地対協でやっていただく議論の一番のみそになっていきますので、次回以降、その辺のところの具体的な方向なども、県の案なども、現状の分析からまず入ると思うのですが、そこからお示ししながら、先生方からご意見をいただいて、場合によっては、それが県の施策として予算化とかそういうものが必要なものであれば、来年度に向けてそういったものも反映させていくとか、そういう具体的な議論を次回以降に実際やっていきたいと思っておりますので、その際、また数字等を示したものを見ながら、いろいろなご意見、ご提案をいただければと思っております。

植草委員

これを見る限りは、まずは同一都道府県内で調整しようと。それを越えた医者の移動で、そこは少なくとも産婦人科とか外科に関しては人を出してはいけないということがありますが、一般的な医者を東京から引っ張ってくると。そういったことに関しては何も言っていないですね。それは基本的には県内でやれということなのか、そちらのほうはより積極的に動くなということを行っているのですか。

事務局

国のほうは、ほかの医師少数県から持ってくるのはだめですが、医師多数県、例えば、多数の都道府県だと、東京から茨城に引っ張ってくるという施策は当然やっていいということになっているので、ただ、それを具体的にどういう施策でやるかというのは当然あるのですが、他県から持ってくるのが全部だめだと言っているわけではありません。産科、小児科は別ですけども。

須磨崎委員

今、先生の言われたことは、現実的にはそんなことできないので、基本的には、よそから持ってくるのではなくて、実際には、自分たちの県で医師を養成しなさいということだろうと思うのです。きょうは出ていませんが、2024年までに茨城県が毎年何人の専攻医を養成しなければいけないかが計算されていて、流入の調整はしないということなので、もう数字は変わらないと思うのですが、年間360人の専攻医を茨城県内で養成しなさいという数字がもう出ているのです。現時点では、去年と今年と合わせると136人しか専攻医が茨城県の中で出ていないので、専攻医を県内でどうやって増やすかというところが一番重要なところだと思うのです。

県にお願いしたい点が3つあるのですが、まず一つは、基本的には、地域枠とか、それから、マッチングの医師たちが県内の専攻医になることが一番重要だと思うので、360人のうち60人は県外から引き連れてきたとしても、少なくとも300人は県内で専攻医を養成しなければいけないわけです。60人なんてとても引っ張ってこられないと思うのだけれども、それでも300人、今、大学が専攻医は100人から150人ぐらいですかね。それを300人にしろということですので、そのための調査をまずやっていただくことが必要だと思います。

だから、地域枠の方とか、それから、マッチングをした方たちに、県内で専攻医をとろうという人たちに、どういうことができれば県内でできるのかという調査をしていただきたいことが第1点。

それから、今度、専攻医をつくっている大学とか県立病院とか大きな病院に、県からどういう支援をしてほしいのかという調査をしてほしい。これが第2点目。これは県内での調査ですから、県の中で肅々と医療人材課でやっていただきたいということが2つです。

3つ目は、今度、国に要請していただきたいのですが、360人といっても、県内全体で専攻医の枠は今280しかないのです。280を、360とは言わないけれども、300まで増やしてもらわなければいけない。

増やすためにはどうすればいいのかというと、例えば、外科系だと、今、手術件数で定員が決まっていますが、県内で手術をしているといっても、東京からお医者さんに来てもらっていると、県内の手術は全部東京の定数になっているのです。だから、今の制度だと、急にそれを変えてしまうと、東京からお医者さんがもう来ないということになってしまうから難しいと思うのですが、県内で手術をしたものについては、定数を決めるときに、医師少数県で定数ができるように、そういった調整を図ることが必要だし、それから、内科系については、定員ははっきりした根拠ではないので、医師少数県については、定員についてどうい

う対策をとるのか、拡大をするということは県内全体ではなかなか解決が見つからないので、ぜひ国のほうに言っていただく。だから、定数の問題は国のほうに言っていただく。それはなるべく早くやっていただく。それから、県内についてはその2つの調査をやっていただく。これが今後の計画に最も重要な点だと思うので、ぜひお願いしたいと思います。

事務局

わかりました。大変貴重なご意見をいただきましてありがとうございます。

確かに、マッチング数、今、160ぐらいで、専攻医が130幾つという状況でございますので、今、先生がおっしゃいましたように、必要医師数は360ということで、専攻医の枠がそもそも300ぐらいしかありませんので、枠を増やすことももちろん必要ですし、その枠が現時点でまだ半分も埋まっていないという状況なので、今の枠をまず埋めることももちろん大事で、どちらも大事だと思いますので、次回以降に、先ほども申し上げましたように、施策が地対協での議論の一番の肝でございますので、必要なデータ等を出しながら、次回以降、しっかり進めてまいります。

須磨崎委員

全て枠を埋めるためには、今言ったように、まず、今、実際に専攻医をつくっている病院にどういう支援が必要なのかという調査を次回の6月までにさせていただきたい。それから、現在、実際にマッチングをやっていて、臨床研修でこれから専攻医の人たちに、どういう条件ができれば県内で専攻医になろうと思うのか、そういう調査をやっていただきたい。その2つの調査を埋めるために、ぜひ次回までにでもやっていただきたいということなのです。

事務局

できるだけ急いでやりたいと思いますが、次回までの期間も短いので、可能かどうかはあれですが、最大限やっていきます。

原会長

ありがとうございます。

大変貴重な意見だと思いますので、ぜひ県のほうも前向きに考えてください。

この案件に対しましては、そのほかご意見ございますでしょうか。よろしいですか。

きょうは諸岡先生がお休みなので、少しこの辺は議論が足りないかなとも思いますが、一応、これで審議事項につきましては終わりたいと思います。

次は報告事項ということで、平成30年度の地域枠制度からの離脱者についてでございます。事務局から説明ください。

事務局

ご説明させていただきます。

資料は、A4横、右肩に資料5と書いたものでございます。

こちらは個人情報も入っておりますので、会議終了後、回収をさせていただきますので、ご了承お願いいたします。

平成 30 年度地域枠制度からの離脱者についてということで、平成 30 年度をもちまして 4 名の離脱がありましたので、こちらについてご報告でございます。

1 の修学生でございますが、修学生で 3 名の離脱がございました。

簡単に離脱理由等をご説明いたしますが、1 番の修学生ですが、地域枠につきましては、条例で知事が指定する医療機関で勤務をすると定められておりまして、中小病院への派遣も決められておりました。ただ、ご自分が思い描いているキャリアと中小病院の派遣が相容れないということ、それから、知事が指定する医療機関に勤務するという規定になっていたということを入学前の時点で理解をしていなかったということが主な理由でございまして、こういった決まりの中で地域枠にいることはできないということでございました。

右側に県の意見ということで、この修学生からお申し出がありましたのは契約解除年月日の 11 月でございますが、その直後に地域医療対策協議会で中小病院ルールの撤廃も決定していただきましたし、本人のおっしゃっていることがそのままキャリア形成に影響があるということではないということを再三再四ご説明したのですが、理解を得られませんでした、離脱ということになりましたが、県の意見としては、妥当な理由ではないと判断して、ご本人にもその旨を伝えてございます。

2 番、3 番の修学生につきましては、それぞれ留年等が重なりまして、お二人とも退学ということになりました。条例第 8 条で、退学したときには、修学資金の契約を解除するという規定がございますので、この 2 名につきましては、離脱はやむを得ないと県として判断してございます。

2 の修学生医師でございますが、離脱理由で、地域枠は県内医師不足医療機関に勤務する期間があるのですが、その指導体制が不十分だと感じている。また、東京で人間関係を築きたいということで、早いうちから東京で勤務をしたいというご希望がございました。キャリアコーディネーターの先生との面談、それから、大学側との面談等もしましたが、ご本人の意思は変わらず、今年度から別の県の専門研修のプログラムに登録されるということが決定した時点で離脱という形になりました。

この方につきましても、県の意見のところに書きましたが、そもそも勤務する従事の要件がわかった上で入っていただいておりますので、納得できる理由ではないということで、妥当ではないという判断をしてございます。

下の参考のところに書かせていただきましたが、地域枠からの離脱につきましては、厚生労働省からの通知によりまして、奨学金の返還の有無にかかわらず、県や大学がその地域枠の従事要件からの離脱を妥当なものと評価していない場合には、病院等が趣旨に反した採用をすることは望ましくないということを通知されておりますので、特に妥当ではないと判断した 2 名につきましては、厚生労働省等からの照会がありました際には、県として妥当とは考えていないということを回答するという運びになってございます。

ご報告は、以上でございます。

原会長

ありがとうございました。

この資料は回収資料ですね。席上に置いて退室していただければと思いますが、この件に関しまして、何かご質問等ございますでしょうか。

吉川委員

よく理解していないところがあるのですが、これは入学時のときに地域枠だというのは知っているのですよね。だから、本来は合格ラインにも影響を受けているわけですよね。それで入っておきながら離脱するというのは社会的に見て公正なことなのではないでしょうか。だから、県に問い合わせがあったら、そう答えるというので本当にいいのですかね。ただ、これが世の中全般が許容してくれればいいのですが、要するに、このことによって影響を受けた人がほかにいないとも限らない話なので、この対応は、普通に考えると、意外なほど甘い対応ですよね。だから、地域枠とか、入学試験のときにも一般の枠と同じに扱って入っている人ならいいのですが、少し甘めに入っていることがわかっていて、それで入っておいて、離脱で、はいさよならでも構わないというのは、大学の問題かもしれないけれども、大学のほうでその入学を認めたこと自体からさかのぼらないと、その人によって落ちた人がいないのかと本当に言えるのか、そこまで考えると、気楽な裁定のような気がするのですが。

事務局

これについては散々議論をしてきまして、確かに、今おっしゃったように、本当はもっと厳しく対応したいところではあるのですが、ただ、いろいろな大学で弁護士さんと相談したり何かして、それを理由に大学をまず退学させたりすることはできないということになります。

それと、県との関係でいうと、奨学金の貸与、貸して、借りているという関係しか法的にはないものですから、法的にそれを何とかするというのは難しいというところがあって、それが制度の欠陥だと言われればそうかもしれません。そのような中で、法的に引っかけられない範囲で何とかペナルティをかけようとして考えたのが厚生労働省のこういう方法で、そういう方を、本来、茨城県の地域枠でいるべきで、県がそれを納得していないのに、他の県の初期研修に入ろうとか専門研修に入ろうとしたときにペナルティをかけるみたいな、そういう形で、今、法律に引っかけられない範囲で何とかそういうものを防ぐための方法として考えられているのがこういう形なものですから、ご理解いただければと思います。

吉川委員

要するに、一見厳しい対応のように見えるのですが、問い合わせがなかったら放っておくということですよね。だから、県としては積極的に動こうとしないということでしょう。研修業務のほうに採用するのか採用しないかに関与しないということでしょう。

事務局

マッチングとかする際に、こういうデータが全国に配られる。この人は茨城県を納得した理由で離脱した人ではないという情報が、この人はそういう人ですというのが全国に行っ

てしまうので、それを採用すると、国のほうの審議会に呼び出されて、何でそういう人を採用したのかというのを公開の場で聞かれたり、そういうペナルティがかかります。

吉川委員

すごく厳しいような裁定なのか、すごく甘い裁定なのか、僕は全然理解できないですね。だから、これは実際にこの人はなったかによって、すごく甘かったりすごく厳しかったりするようなあれですよ。だから、何となく曖昧な形でやっていて、全国で起こっていることだとすると、厚生労働省がしっかりしてもらわないと困ると思うのですが、結果がどうなったかということをちゃんと全国民に公開しないとだめですよ。

原会長

少し経緯を話すと、最初、厚生労働省は、これは許さないと。マッチングその他をさせないと息巻いていたのですが、実際に個人から厚生労働省に対して文句が来たときに、実は腰砕けなのです。ですから、一応、こういう人ですよという周知も、マッチングその他のときに、専攻医のときに厚生労働省のほうから行くのしょうけれども、けれども、実際には法的には何もできないというのが本当のところ。大学のほうも文部科学省も頭にきているし、厚生労働省も頭にきているのですが、もともとこれ自体が、ある意味、法的な縛りはない制度なので、しょうがないといえましょうがないのです。

個人的には本当に許せないと思うし、こういう方が医者になっていいのかと個人的には思いますが、制度的には、あるいは法律的にはそういうことなのです。

吉川委員

防衛医大は離脱したらまず 5,000 万円ですよ。卒業して9年のうち6年で離脱すると1,500 万円払う。だから、教育費がこの人たちに余分にかかったかどうかは別なのですが、制度の盲点というのですか、これがもし社会にこのまま行ってしまったら、地域枠に入っておって、後から離脱すればいいということをやちゃんと教えてあげないと逆に不公平ですよ。こういうことが正当に認められていくのであれば。だから、これはむしろ先生の出ている医学部長の会とか、そういうところでちゃんとしないと公正な社会とは言えないような気がします。

原会長

これは議論をされています。地域枠といってもいろいろありまして、さっきのところでも言いませんでしたが、これから定員数を減らされてきますので、恒久定員になった場合、少数県は50%を超えて地元枠、あるいは地域枠を大学に対して要望することができるという、これは法律になっているのですが、そういうふうになっています。だから、それを実際に今やっているところは結構あるのです。弘前もそうですし、旭川もそうですし、あれは恒常定員に食い込んでいます。だからそういうところはいいのですが、当学のようなミッションへの再定義で第3群にされているようなところは県のためだけにやることはなかなかできないので、その点は難しいのですが、いずれにしても、先生おっしゃることはすごくよくわかるのですが、これは法的にはどうしようもないです。

よろしいでしょうか。よろしくないとはわかっているのですが。

ありがとうございました。

以上で、こちらでご用意した議題，報告事項は終わりでございますが，委員の先生方，全体を通して，ご質問等ございますでしょうか。よろしいですか。

ありがとうございました。

それでは，本日の協議会は全て終了いたしました。

これより先は事務局に進行をお返しいたします。

司会

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させていただきます。

なお，既にご案内のとおり，次回の地域医療対策協議会は6月28日金曜日に開催いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は，お忙しいところ，長時間にわたりましてご出席いただきまして，どうもありがとうございました。