

## 令和元年度第二回愛知県地域医療対策協議会 議事録

○開催日時 令和元年 11 月 18 日（月） 午後 3 時から午後 5 時 10 分まで

○開催場所 愛知県自治研修所 7 階 701 教室

### ○出席委員

伊藤委員（社会医療法人大雄会理事長）、内海委員（愛知県地域医療支援センター長）、浦田委員（一般社団法人愛知県病院協会会長）、小椋委員（名古屋市立大学病院病院長）、加藤委員（公益社団法人全国自治体病院協議会愛知県支部支部長）小出委員（公益社団法人日本女医会愛知県支部支部長）、澁谷委員（愛知県保健所長会会長）、長谷川委員（独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病院長）、藤原委員（愛知医科大学病院病院長）、柵木委員（公益社団法人愛知県医師会会長）、山田委員（愛知県地域婦人団体連絡協議会副会長）（五十音順、敬称略）

### ●開会

（愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 酒井主査）

お待たせいたしました。定刻になりましたので、ただ今から「令和元年度第 2 回愛知県地域医療対策協議会」を開催させていただきます。私は、事務局の医務課地域医療支援室の酒井です。よろしくお願いいたします。開会に当たりまして、吉田保健医療局長からごあいさつ申し上げます。

（愛知県保健医療局 吉田局長）

皆様こんにちは。本日は大変お忙しい中、令和元年度第 2 回愛知県地域医療対策協議会に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、皆様方におかれましては、本県の保健医療行政の推進に格別の御理解と御協力を賜り、この場をお借りしまして厚くお礼申し上げます。

さて、本協議会は医師確保に関する事、地域枠医師や臨床研修に関する事などにつきまして、御意見を賜るものであり、8 月に開催した前回に続いて、2 回目の開催となります。本日は限られた時間ではございますが、議題が多くございまして、産科・小児科における医師確保計画のたたき台、医師確保計画の試案、臨床研修医募集定員の配分方法、地域枠医師の派遣先医療機関につきまして、それぞれ御協議を賜りたいと考えておりますので、どうかよろしくお願いいたします。

限られた時間ではございますが、幅広い観点から忌憚のない御意見をお願い申し上げます。簡単ではございますが、開会にあたってのあいさつとさせていただきます。本日は本当にありがとうございます。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 酒井主査)

続きまして、出席者の御紹介でございますが、時間の都合がございますので、お手元の委員名簿及び配席図により、紹介に代えさせていただきたいと思っております。

なお、現在、10名の御出席をいただいております。定足数である委員半数の8名を上回っておりますので、本日の会議は有効に成立しておりますことを報告させていただきます。

また、本日は傍聴者が4名いらっしゃいますので、よろしくお願ひします。

次に、本日の資料の確認をお願いいたします。資料につきましては、次第に記載してございますが、協議事項1の資料が1-1から1-3、協議事項2の資料が2-1から2-3、協議事項3の資料が資料3、協議事項4の資料が4-1から4-3、参考資料が1から3でございます。不足がございましたらお申し出ください。なお、資料4-2につきましては、会議終了後に回収させていただきます。傍聴人の方につきましては、予め4-2は配布しておりません。委員の皆様につきましては、終了後、資料4-2は机に置いたままでお願ひします。

それでは、議事に入ります。ここからの進行は議長の柵木会長にお願ひします。

(柵木会長)

地域医療対策協議会の会長の愛知県医師会の柵木でございます。地对協ができて2回目の会議ということで、2回、3回とやっていくうちにだんだんと会議が軌道に乗っていきだろろうと思っております。愛知県の医師の配置について非常に大きな会議であると認識しているところでございます。委員の皆様のお協力を得て、スムーズな議事進行としっかりとした中身の濃いご議論をお願いいたしまして、会長としての御挨拶に代えさせていただきます。以下の進行は座ってやらさせていただきますのでよろしくお願ひ申し上げます。それでは協議に移る前に、本日の会議の公開・非公開について、事務局より説明をお願いいたします。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 酒井主査)

本日の会議は、「愛知県地域医療対策協議会設置要綱」第9条に基づき、全て公開とさせていただきます。

(柵木会長)

それでは、本日の会議は全て公開といたします。続いて、議事録署名者を指名したいと思います。署名者は、協議会設置要綱第10条に基づき、会長が委員2人を指名することとなっております。本日は、浦田委員と小椋委員にお願ひしたいと思っておりますが、よろしい

でしょうか。

**【浦田委員、小椋委員 承諾】**

それでは早速協議に入ります。協議事項というのは、事務局提案に対して皆様からの御協議、意見をお聞きするという意味で、その御意見を踏まえて愛知県としての意思決定するのが決議ということでございまして、協議事項が1題と決議事項が3題出ておりますのでよろしくお願いを申し上げます。それでは最初に協議事項の1番、産科・小児科における医師確保計画に関する協議について、事務局から説明をお願いいたします。

**●協議事項**

(1) 産科・小児科における医師確保計画に関する協議

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

地域医療支援室の久野と申します。よろしくお願ひします。以後着座にて説明させていただきますのでよろしくお願ひします。お手元に「資料1-1」を御用意ください。

まず、「1 基本的な考え方」でございしますが、産科・小児科の医師確保計画は、政策医療の観点等から、暫定的な診療科別医師偏在指標を用いて対策を検討することとされたもので、医師偏在指標を算出し、相対的医師少数区域の設定や、医師確保の方針などを定めることにより、産科・小児科における医師偏在対策を推進することとされていますが、産科医・小児科医が全国的に不足していることなどから、国のガイドラインでは、それぞれ留意が必要とされております。

まず、産科・小児科の医師偏在指標につきましては、暫定的なもので、診療科間の医師偏在を是正するものではないこととされており、指標算出に用いている数値などにも留意が必要とされております。

次に、相対的医師少数区域につきましては、画一的に医師の確保を図るべき区域ではなく、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な区域と定義されております。

次の、偏在対策基準医師数ですが、医師全体の確保計画では、目標医師数を設定することとされていますが、産科・小児科につきましては、確保すべき医師の目標とはされておられません。

続きまして、「2 医師偏在指標」を御覧ください。まず、産科における医師偏在指標につきましては、分娩件数と、年齢等を考慮して調整をかけた産科・産婦人科医師数を用いて算出することとされていますが、留意事項にございまして、産科・産婦人科医師数は、分娩を取り扱う医師数とイコールではなく、分娩を取り扱わない医師も含まれております。

次に、小児科における医師偏在指標につきましては、年齢等を考慮して調整をかけた小児科の医師数と、受療率で調整をかけた年少人口を用いて算出することとされており、この小児科の医師数につきましては、国の三師調査において、主たる診療科の小児科に従事している医師数を用いていますが、留意事項にありますとおり、小児医療につきましては、内科医等により一定程度の医療が提供されております。

続きまして、資料の右側、「3 相対的医師少数都道府県、相対的医師少数区域の設定」ですが、資料にございますとおり、医師偏在指標を全国比較し、下位 33.3%を相対的医師少数都道府県・少数区域として設定することとされております。産科・小児科に関しては、全体計画とは異なりまして、医師多数の都道府県・多数区域は設けないこととされております。

現在、国から示されております産科・小児科の医師偏在指標の暫定値に基づく本県の状況につきましては、項目の 4 のとおりとなっております。

(1) 医師偏在指標等の状況ですが、産科につきましては、本県は全国 27 位で少数以外の県となっており、2 次医療圏では、尾張西部始め 3 医療圏が少数区域となっております。

小児科につきましては、本県は全国 41 位で相対的医師少数都道府県でございます。2 次医療圏で見ましても、尾張西部始め 8 医療圏と、多くの 2 次医療圏が少数区域となっております。

資料の 2 ページを御覧ください。(2) には、それぞれ区域図をお示ししています。

区域図の下、5 番、偏在対策基準医師数を御覧ください。こちらは先ほども説明しましたが、あくまでも確保すべき医師数の目標ではないということで、改めて説明させていただいております。数値は後ほど説明させていただきます。

続きまして、資料右側の「6 医師確保の方針及び偏在対策基準医師数を踏まえた施策」を御覧ください。考え方につきましては(1) のとおりとされており、国のガイドラインには、相対的医師少数区域と少数以外の区域それぞれに、医師確保の方針と施策の例示が示されております。

囲みの中を御覧ください、相対的医師少数区域等における方針及び施策ですが、産科医・小児科医が相対的に少なくない医療圏においても、医師が不足している可能性があることを踏まえ、当該医療圏からの医師派遣のみにより医師偏在の解消を目指すことは適当ではないと考えられており、まずは方針①にございますとおり、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によって、偏在の解消を図ることを検討することとされております。それでもなお、偏在が解消されない場合には、方針②のとおり医師を増やすことによって偏在解消を図ることとされております。

次の、相対的医師少数区域以外の医療圏につきましては、医療提供体制の状況を踏まえ、少数区域でなくても医師を増やす方針を定めることも可能と、ガイドライン上ではなされております。

次に(2) その他個別に検討すべき事項でございます。国のガイドラインでは、新生児に対する医療に関して、周産期母子医療センター等における医師の配置状況等を踏まえた検討を行うこととされております。

資料1-1の説明は以上とさせていただきます、続きまして、資料1-2をお手元に御用意ください。

資料1-2、本県の産科医師確保の方針および施策についてでございます。

まず、「1 本県における産科医療の現状」でございます。(1)には、産科医師、分娩件数や偏在対策基準医師数をまとめております。産科医師につきましては、国の三師調査において、医療施設で従事する医師数のうち、主たる診療科の産婦人科、産科のいずれかに従事している医師となっておりますが、本県の産科医師数は、県全体では増加傾向にあり、分娩取扱い医師数割合も全国平均を上回っております。

分娩件数につきましては、2023年の推計年間分娩件数は、現在より減少する見込みとなっております。偏在対策基準医師数の欄を御覧いただきますと、県全体では、足元の医師数より少ない医師数が算出されております。

次の(2)には、2次医療圏別・年代別の産科医の状況をお示ししています。本県では、30代、40代の産科医師が多い状況となっております。

資料右側には、周産期死亡率、新生児死亡率の状況をまとめております。本県における死亡率は減少傾向であり、全国よりも下回っている状況となっております。

次のページを御覧ください。計画の策定にあたり、今回、医師派遣等の実態調査を行いましたので、結果の概要をまとめております。調査対象医療機関及び回収率につきましては資料のとおりでございます。今回の調査では、相対的医師少数区域内の分娩取扱い医療機関では、診療制限を行っている医療機関はございませんでした。

以上、国のガイドライン、本県の状況及び、調査結果を踏まえまして、本県における産科医師の確保の方針につきましては、項目3のとおりとしたいと考えております。

まず、(1) 県全体の方針ですが、1つ目の○のとおり、現在の医療提供体制を維持することを基本的な方針としております。その下、2つ目の○につきましては、医師全体の計画の方針と同様、医師のキャリア形成支援や勤務環境改善に取り組むこと等をあげております。

次に、(2) の2次医療圏における方針ですが、まず、アの相対的医師少数区域につきましては、尾張西部、尾張北部及び、西三河南部西医療圏は、原則、現在の医療提供体制を

維持するために必要な産科医を確保することを基本的な方針とすること、東三河北部医療圏については、医師派遣は行わず、現在の医療提供体制を維持すること、をたたき台としてあげております。なお、今後の状況の変化を踏まえ、必要に応じて産科医師の派遣調整を行うことができることとしております。

この相対的医師少数区域以外の医療圏につきましても、原則としては、現在の医療提供体制を維持するために必要な産科医を確保する方針としております。

次に、資料の右側、医師確保のための施策のたたき台でございます。まず、(1) 短期的な施策としましては、臨床研修医募集定員の配分における偏在対策と、地域医療支援事業をあげております。(2) 中・長期的な施策としましては、勤務環境改善に関する施策、地域卒医師の養成による施策、キャリア形成プログラムの充実をあげております。

続きまして、小児科医師の確保方針及び施策について説明させていただきますので、資料 1-3 をお手元に御用意ください。

資料 1-3、小児科医師確保の方針及び施策についてでございます。まず (1) 本県における小児科医療の現状でございます。(1) には、小児科医師と年少人口の状況、偏在対策基準医師数をまとめております。小児科医師数は、国の三師調査において、主として従事する診療科で「小児科」を届け出ている数になりますが、本県におきましては、県全体で増加傾向にあり、相対的医師少数区域となっている 2 次医療圏においても概ね増加傾向となっています。

本県の年少人口は、2023 年には現在より減少する見込みとなっておりますが、偏在対策基準医師数は、県全体では、足元の医師数より多い数が算出されております。2 次医療圏別に見ますと、偏在対策基準医師数が現状の医師数より多く算出されている医療圏は 6 つ、少なく算出されている医療圏が 5 つとなっておりますが、本年 8 月に各医療圏で開催されました圏域会議におきまして、医師偏在指標等を含む医師確保計画の策定について報告させていただいた際には、委員の方から、小児科に関しては現場の感覚と随分違う、小児科診療が忙しいという状況はなく、他の診療科の医師が不足しているのではないかと。人口減少等、実情を踏まえて考えていただきたい、といった趣旨の御発言もありましたので、資料にはございませんが報告をさせていただきます。

次の (2) には、2 次医療圏別・年代別の小児科医の状況をお示ししています。本県は、産科医師と同様、30 代、40 代の小児科医師が多い状況となっております。

資料右側、(3) を御覧ください。こちらは、国の三師調査において、小児科を含め、複数の診療科に従事していると届出があった医師数の状況をまとめたものですが、本県の人口 10 万対医師数は全国 11 位となっております、医師偏在指標における小児科の全国順

位の 41 位とは、大きな差がある状況となっております。その下のグラフ、乳児死亡率の状況を御覧いただきますと、本県の乳児死亡率は減少傾向であり、全国よりも下回っている状況です。

次のページを御覧ください。計画の策定にあたり、今回実施しました、医師派遣等の実態調査の結果の概要でございます。調査対象医療機関及び回収率につきましては資料のとおりでございます。診療制限を行っている病院が、5 圏域で 7 病院となっております。制限の内容は資料のとおりで、入院制限を行っている病院と時間外診療の制限を行っている病院が、それぞれ 4 病院となっております。

以上、国のガイドライン、本県の状況及び、調査結果を踏まえまして、本県における小児科医師の確保の方針につきましては、項目 3 のとおりとしたいと考えております。

まず、(1) 県全体の方針ですが、産科医師の確保の方針と同様に、現在の医療提供体制を維持することを基本的な方針とし、医師のキャリア形成支援や勤務環境改善に取り組むこと等をあげております。

次に、(2) の 2 次医療圏における方針でございます。まず、相対的医師少数区域のうち、診療制限を行っていない尾張西部始め 3 医療圏につきましては、現在の医療提供体制を維持するために必要な小児科医を確保することを基本的な方針としております。

診療制限を行っている回答のあった海部はじめ 5 医療圏については、現在の医療提供体制を維持するために必要な小児科医を確保することを基本的な方針としますが、圏域会議など各地域における議論を踏まえ、必要に応じて地域枠医師の派遣調整も行えることとしてはどうか、と考えております。

資料の右側、イ 相対的医師少数区域以外の医療圏につきましても、原則は、現在の医療提供体制を維持することとしますが、地域や国における議論等を踏まえ、必要に応じて地域医療対策協議会で協議の上、地域枠医師の派遣調整も行えることとしてはどうか、としております。

項目の 4 番、医師確保のための施策のたたき台につきましては、先ほど説明しました産科における医師確保の方針と基本的に同じ内容としております。時間の都合もございまして、説明は省略させていただきます。

資料の説明は以上ですが、最後に、今後の計画策定作業に関しまして、補足説明させていただきます。

本日、産科・小児科における医師確保計画につきましては、たたき台の内容を協議いただいておりますが、医師確保計画につきましては、医療計画の一部として策定することから、今月下旬に開催予定の愛知県医療審議会医療体制部会で、計画の試案を御審議いただく必要がございます。そのため、委員の皆様方には大変申し訳ございませんが、産科・小

児科における医師確保計画の試案につきましては、本日のたたき台の協議結果を踏まえ、事務局において作成させていただいたものを、柵木会長様に内容を確認していただいた上で、11月下旬に開催予定の医療体制部会で御審議いただくこととしたいと考えておりますので、御理解いただきますよう、よろしくお願いたします。事務局からの説明は以上でございます。

(柵木会長)

ただいまの事務局の説明でございますが、今日皆様に御協議いただいて、その協議内容を含めて事務局案を策定して、これを医療体制部会に提出して承認を得ていただくという手続きですが、何か御意見等ございますでしょうか。

(浦田委員)

3点ほど基本的なところを教えてください。まず医師偏在指標が暫定値というのは前回もお聞きしたんですけれども、確定値というのは出ていないのでしょうか。もし出るならいつごろ出るのでしょうかというのが1点。

それから、資料1-1の2ページ右側の、医師確保の方針のところですが、四角の囲みの中で相対的医師少数区域等の方針1のところ、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によって解消を図るという文言があるのですが、医療圏を越えた連携というのは理解できますが、医療圏の見直しというのは具体的には何を想定しているのですか。例えば産婦人科と小児科だけ別の、2次医療圏と違うものを設定するとか、そういうプランでしょうか。そのところ具体的に文字の表現の意味を教えてください。

3点目が資料1-2の2枚目、本県の産科における医師派遣実態調査についてです。西三河南部西のところを見ますと、診療制限医療機関0と、回答されていないというふうに記載されていますが、医師派遣が中止されて産婦人科の診療が閉鎖されて、病棟が非稼働の病院が一箇所ありますけれども、その病院は復活を絶えず希望して、住民からも請願がされていて、いろんな大学病院に要請されております。そもそも閉鎖されている病棟ですから、すでに制限され尽くしているのですが、そのような事情は記載されていないので、これだけ見ますと、西三河南部西では診療制限医療機関が無いから十分なのかと誤解を招きかねなさそうな印象があります。同じく西三河南部西圏域でもう一病院、非常に高齢の産婦人科のドクターが一人で数十例の分娩を担っている病院がありまして、そこはなぜ回答されていないのか理解できないんですが、これだけを見ますと地域の産科診療の実態が伝わってこないものですから、その辺を県はどういうふうに理解されているのかということをお願いいたします。



(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

ご質問ありがとうございます。まず1点目の御質問でございますが、現時点におきましては、本日のお昼にも確認いたしましたが、国から確定値が届いておりません。もうしばらくすれば公表される予定と伺っておりますので、早ければ今週中には送られてくるのではないかと考えられますが、具体的にいつというところまでは国から伺っておりませんので、しばらくお時間かかるのではないかと考えます。現時点ではまだ出ていない状況でございます。

2点目の御質問ですが、こちらは国のガイドラインに載っております文言そのまま掲載させていただいておりますが、この医療圏の見直しにつきましては、具体的に2次医療圏単位なのか医療計画で個別に定めることとされております周産期医療圏を指しているのか、具体的に記載がありませんが、もし医療圏の見直しということになりますと、これは産科・小児科の医師確保計画になりますので、まず検討させていただくべきは周産期医療圏の見直しになるのではないかと考えております。話が脱線するかもしれませんが、医療計画を作る際には、国から作成指針が出ておまして、基本的に5疾病5事業に関しましては、2次医療圏とは別にそれぞれ医療圏を設定することになっております。本県は原則的に2次医療圏単位で策定をしている状況になっておりますので、もし2次医療圏そのものを見直すというところまではしなくてもいいけれども、周産期の医療提供体制だけは現状の2次医療圏をまたいで検討すべきではないかという御意見が地域であれば、周産期医療圏としての見直しを、まずは地域の圏域会議の中で御検討いただくことになるのではないかと事務局としては考えております。

最後の御質問ですが、こちらは今回計画策定に当たりまして、県で調査させていただきましたが、その際には、「今年度、計画を策定する上で」ということで回答させていただいておりますので、基本的に事務局としましては、各病院・診療所から提出された実態ということで、資料にしてお示ししましたが、現状と違うということだと、事務局として具体的な状況を知り得る手段がございませんので、また個別に、計画策定後になってしまうかもしれませんが、個々の地域の事情の検討を進めていければと考えております。

(浦田委員)

周産期医療圏というのは今愛知県に存在していますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

具体的に、医療計画の中には、「周産期医療圏」ですとか他の5疾病5事業に関する医

療圏という記載はございませんが、国の作成指針の中には、医療提供体制を図るべき 2 次医療圏とは別に設定を検討することとなっております、推測になりますが、過去、本県の医療計画は 8 回見直しておりますが、その中で原則 2 次医療圏と同じ取り扱いをすること、計画に記載はされておりましたが、現状をお伝えいたしますと 2 次医療圏イコール周産期医療圏ということになっていると考えております。

(加藤委員)

東三河北部医療圏、資料 1-1 の 2 枚目の地図ですね。年間調整後分娩件数が 0 ということです。この年間調整後分娩件数ですけれども、要は他地域で出産していると。一人も子供が生まれていないということはないと思うので、確かどこかにドクターが一名と書いてあったと思いますが、0 だから少数でないということかもしれませんが、地図が色のついていない所となってしまうと誤解を生むような気がするので、注釈がありますけれども、東三河北部医療圏はやはり少数区域になると思うのですが。

(柵木会長)

どうですか、少数区域ではないというふうにしていいのかということですが。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

東三河北部医療圏につきましては、医師偏在指標は算出できないということで、指標の全国順位がついていない状況になっております。分かりにくいと思いますが、資料には相対的医師少数区域等ということで、少数区域ではないけれども「等」として東三河北部医療圏を入れさせていただきたいと考えております。

(柵木会長)

等の中に入れるということですね。よろしいですか。他に何か御質問ございますか。

(藤原委員)

小児科ですけれども、先ほど医師偏在指標全国 41 位にもかかわらず、小児科の従事医師数だと 11 位と大きな乖離があるというお話でしたが、この原因としてはどういうことが考えられるのか。一応、後者である程度の数が稼げているのでという文言がありました。そういう判断で本当によろしいのかを教えてくださいたいです。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

資料 1-3 の (3) にお示ししております資料につきましては、国が行っております三師調査、医師に関する届出の中で、小児科と小児科以外の複数の診療科で従事していると届出のあった医師をまとめたものになっておりまして、具体的には、例えば小児科と内科ですとか、小児科と耳鼻科といった形で、小児科を含めた複数の診療科に従事している医師になります。医師偏在指標は主たる標榜科の小児科のみで全国で順位をつけておりますので、例えば、子供であっても必ず小児科専門の病院・診療所に行かなくても、内科を標榜しているクリニックに行っていただければ一次医療は受けられるという状況もあるのではないか、ということを経済局としては考えておりまして、単に指標だけを見るのではなくて、複数の診療科で従事している先生方も踏まえて愛知県の実情を考えますと、国が出した指標ほど医師が足りていない、医療提供体制が小児科に関して整っていないということではないのではないかということで、今回まとめさせていただいているところでございます。

(藤原委員)

余談ですけど、こんなに順位が入れ替わるというのは、愛知県は小児科を含む複数科を標榜していらっしゃる先生がすごく多いという、そういう事実があるということで理解してよろしいでしょうか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

数字だけ見ると、そのような結果になっているということでございます。

(柵木会長)

他に何かございますか。この産科・小児科における医師確保については、相対的な医師少数区域というのを呼称し設定すると書いてありますが、この相対的というのは本省から言ってきたということですか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

今回、医師全体の確保計画の策定の中で医師少数区域・多数区域を設定しますので、それと分けて、間違えないようにということもあるかとは思いますが、先ほど御説明いたしました、産科・小児科に関しましては従来から全国的に医師が少ないというところもありますので、多い少ないという議論だけではなくて、相対的に医師が少ない中で医療提供体制をどうするかという議論をするという意味合いもあるのではないかと思います。

(柵木会長)

これは全国でこの言葉が使われるということですか。医師の少ないところを総称して一般名称として相対的という言葉を使うということ。そう考えれば産科・小児科医師少数区域というのは分かりやすくてよろしいかと思うんですが、例えば仮に眼科が少ないということであれば、相対的医師少数区域というのはあるところでは産科で、あるところでは眼科であるというような理解でよろしいですか。大体、医師少数多数というのは相対的に少数多数ということで、そもそもそういう表現をしているわけで、どうして産科・小児科が相対的という言葉を使うのかというのがこれを読んでも、何の相対として少ないのかというのがよくわからない。言葉の使い方についてですね。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

基本的には、全体の医師の計画における区域と間違えないようにということではないかと思われませんが、国のガイドライン上で使われているものでありますので御理解いただければと思います。

(柵木会長)

これは愛知県でつけたのではなくて、国がつけたからそれをそのまま踏襲しているということですね。私は分かりにくかったんですが、他の委員の先生方はいかがでしょう。全体的に医師が不足しているところは相対的という、同じ確保計画の中で診療科を付けるのではなくて、相対的医師少数区域という表現をするというのが国の方針であるということだそうではありますが、よろしいですか。

それでは、相対的医師少数区域と称して設定するというで、この確保計画の内容には今の御意見も更に入れまして、今後事務局で作成してそれを私に一任していただいて、それを見て県の計画として決定します。その決定内容を今度の医療体制部会で承認を受けるということにさせていただきたいと思いますが、それでよろしいですか。

ではそのようにさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

続いてこれは決議ということで、このようにしますという県の方針でございます。それでは協議事項 2 医師確保計画に関する決議ということで御説明をお願いします。

## (2) 医師確保計画に関する決議

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

お手元に資料 2-1 を御用意ください。前回、8月に開催しました当協議会におきまし

て、たたき台に対して頂きました御意見と、その後の文書照会で頂きました御意見をまとめたものでございます。まず、資料 2-1 により、御意見に対する本県の考え方、対応案を説明させていただき、対応案を踏まえた医師確保計画を、資料 2-2、2-3 で説明させていただきますので、よろしくお願いいたします。

まず、資料 2-1 の「1 医師少数区域、医師多数区域、医師少数スポットの設定」についてでございます。医師少数区域、多数区域の設定について、また、区域設定全般について、それぞれ御意見をまとめさせていただきましたが、事務局としましては、資料右側でございますとおり、たたき台でお示した区域設定を行いたいと考えております。

特に、医師少数区域の設定に関しては、文書照会におきましても藤田医科大学岡崎医療センターの開院に関連して多くの御意見を頂いております。西三河南部東医療圏を医師少数区域とすることにつきまして、事務局としましては、たたき台のとおりとしたいと考えておりますが、新病院が開院することや、重点的な医師の確保を図らないこととする等、新病院の開院に関連する事項等につきましては、試案に記載させていただいております。

続きまして、資料の 3 ページを御覧ください。「2 目標医師数」についてでございます。まず、目標医師数全般について、文書照会により 3 点御意見を頂戴しております。目標医師数の算出に用いるデータが 3 年前の数値であること、病院と診療所に分けて算出できないかということ、医療機能を踏まえた目標医師数とすべきではないかということでございますが、数値の整合性の観点や、制度設計の観点から、たたき台のとおりとしたいと考えております。

医師少数区域の目標医師数につきましても、医師数の算出に用いるデータが古いのではないかと御意見を前回頂戴しておりますが、県が独自に目標医師数を算出できないこと等から、たたき台のとおりとしたいと考えております。

続きまして、資料の 4 ページを御覧ください。「3 医師の確保の方針」についてでございます。こちらも県全体、各区域それぞれに御意見を頂戴しております。時間の都合もございまして、主なものを説明させていただきますが、まず、県全体の方針に関しまして、自治医大生に関する御意見を頂戴しております。本県の医療計画では、自治医大卒業医師は、医療従事者の確保対策ではなく、へき地医療対策として、へき地医療拠点病院への医師派遣を行っていく旨を記載していることを踏まえ、医師確保計画には記載しない整理としております。

次に、医師少数でも多数でもない区域の確保方針に関しましては、詳細な現状把握と対策が必要ではないかと御意見を頂戴しております。国のガイドラインには、医師確保計画は、2 次医療圏単位での医療提供体制の確保を目的としており、個別の医療機関の求めのみに応じて医師を充足させることを目的としているわけではない、とされております

が、個別の医療機関の状況把握やそれぞれの地域における医療課題等は、計画を推進していく上で考慮していく必要もあると考えておりますので、この点につきましては、従来どおり、地域医療支援センターにおきまして、調査分析など必要な事業を実施していきたいと考えております。

続きまして、資料の6ページを御覧ください。「4 目標医師数を達成するための施策」についてでございます。短期的な施策に関して、診療科偏在に関する御意見を頂戴しております。今回策定する計画では、診療科ごとの医師の過不足については、産科・小児科を除いて指標が算出されておられませんので、施策として記載することは難しいと考えておりますが、今後、診療科偏在に関しましては、国の動向に留意していくこととして、試案に記載したいと考えております。

長期的な施策では、地元出身者枠の設定に関して御意見を頂戴しておりますが、こちらも、国における検討結果により、今後、設定に関する取り扱いが決定される予定となっておりますので、次期計画策定の際に検討することも踏まえまして、留意事項として記載させていただきたいと考えております。

最後に、東三河北部医療圏における医師確保対策に関しましては、たたき台に対して特に御意見がございませんでしたので、今月下旬に開催予定の医療審議会医療体制部会において、医師確保計画の試案を御審議いただく際に、東三河北部医療圏と南部医療圏の統合による医師の確保を今後検討いただく旨の意見を伝えさせていただきたいと考えております。

以上、頂戴しました御意見に対する対応案を踏まえて作成しました、医師確保計画の試案について、説明させていただきます。資料2-2の試案の概要版を中心に説明させていただきまして、その後、補足部分を資料2-3で説明させていただきたいと思っておりますので、まずは資料2-2を御用意いただきたいと思います。

概要版の試案でございます。今回事務局で作成しております試案につきましては、大きく7つの項目に分けて作成しております。まず、「1 策定の趣旨」につきましては、(1)に計画を策定することとなった背景や、計画の必要性を記載しております。(2)には、計画期間や、2036年が長期的な目標であること、また、計画の推進体制として、地域医療対策協議会に関して記載しております。

次に「2 本県の医師状況及び人口の推移」では、医師の状況、将来人口と医療需要の見通し、2次医療圏の状況をそれぞれ記載しております。

まず、(1)医師の状況につきましては、本県の医療施設従事医師数は、男女ともに増加傾向となっており、年齢構成では、30～39歳が最も多くなっております。また、地域枠に関する養成数等も記載しております。

(2) 将来人口と医療需要の見通しですが、まず、本県の将来人口につきましては、将来に向けて総人口は減少しますが、65歳以上人口は増加する見込みとなっております。医療需要につきましては、将来に向けて増加していき、65歳以上人口における医療需要につきましては、他の年齢層の医療需要が減少する中で、将来に向かって増加する見込みとなっております。

(3) 2次医療圏の状況につきましては、県全体と同様に、2次医療圏別に医師の状況、将来人口と医療需要の見通しについて記載しております。医師に関しましては、名古屋・尾張中部医療圏や、尾張東部医療圏の医師数が多く、若い医師が多い状況となっております。2次医療圏ごとの人口を比較しますと、将来に向かって人口が増加する医療圏と減少する医療圏がそれぞれございますが、東三河北部医療圏の減少率が高くなっております。

医療需要に関しましては、東三河北部医療圏を除いて増加する見込みとなっております。東三河北部医療圏では、65歳以上人口における医療需要も2036年には減少する見込みとなっております。

続きまして「3 医師偏在指標」でございますが、指標の算出方法や考え方を記載しております。1枚おめくりいただきまして、2ページを御覧ください。医師偏在指標につきましては、全国、県全体、2次医療圏ごとに記載しております。なお、数値につきましては先ほど浦田委員からも御質問がございましたが、現状は暫定値となっております。国から確定値が示されましたら、数値を置き換えまして、間に合えば、医療審議会医療体制部会で確定値による御審議をいただく予定としております。

次の「4 医師少数区域、医師多数区域、医師少数スポットの設定」に関しましては、医師少数区域として東三河北部と西三河南部東医療圏を、医師多数区域としましては、尾張東部と名古屋・尾張中部医療圏をそれぞれ設定し、医師少数スポットにつきましても、たたき台でお示ししたとおり設定することとしております。

資料3ページを御覧ください。「5 医師の確保の方針」でございます。

(1) 本県における医師の確保の方針につきましては、積極的な医師多数都道府県からの医師確保は行わず、必要に応じて医師多数都道府県からの医師派遣の受け入れを行うことや、医師のキャリア形成や勤務環境改善に積極的に取り組むこととしております。

(2) 2次医療圏における医師の確保の方針につきましては、区域ごとに記載しております。まず、「ア 医師少数区域」につきましては、地域枠医師の派遣を基本としつつ、地域枠医師以外の医師につきましても、必要に応じて医師多数区域から確保することを基本的な方針としております。ただし、今回の計画につきましては、医師少数区域となっている医療圏の状況等を踏まえまして、西三河南部東医療圏は、重点的な医師の増加は図らない方針に、東三河北部医療圏は、現状の医師数を維持する方針としております。なお、国に

における医師確保等の議論の状況により、今後医師を増やす必要が生じた場合には、優先的・重点的に医師を確保することができることとしております。次に「イ 医師多数区域」につきましては、多数区域以外の区域からの医師確保は行わないこととしております。資料の右側、「ウ 医師少数でも多数でもない区域」につきましては、将来、医療需要の増加が見込まれることや、全国と比べると医師が充足している状況ではないことから、医師多数区域の水準に至るまで、医師の確保を行えることとしております。

次の(3) 医師少数スポットにおける基本的な医師の確保の方針につきましては、医療提供体制が確保できるよう、地域枠医師の派遣や医師多数区域からの医師派遣を行うこととしております。

続きまして、「6 目標医師数」でございます。

(1) には、目標医師数の考え方をまとめておりますが、説明は省略させていただきます。資料4 ページを御覧ください。(2) 県全体としての目標医師数につきましては、すでに目標を達成しているものとして、設定しないこととしております。

(3) 2次医療圏における目標医師数につきましては、区域ごとに記載しております。まず、「ア 医師少数区域における目標医師数」ですが、西三河南部東医療圏につきましては算定式により算出した数を、東三河北部医療圏につきましては足元の医師数をそれぞれ目標としております。「イ 医師多数区域における目標医師数」につきましては定めないこととし、「ウ 医師少数でも多数でもない区域」につきましては、医師多数区域の水準に達するために必要な医師数を目標としております。

最後に、資料の右側「7 目標医師数を達成するための施策」でございます。

(1) 基本的な考え方につきましては、地域医療対策協議会におきまして、関係者による協議を十分行い、実効性のある施策に取り組むこととし、短期的に効果が得られる施策、長期的な施策、従来から取り組んでいる各種事業を実施していくこととしております。なお、これらの取り組みを行っていくため、地域医療介護総合確保基金を活用することとしております。

(2) 今後の主な施策ですが、まず、「ア 短期的に効果が得られる施策」としましては、地域枠医師の医師少数区域等への派遣による偏在対策、地域枠医師以外の医師の派遣による偏在対策、キャリア形成プログラムの策定・運用による医師確保対策を行っていくこととしております。「イ 長期的な施策」としましては、2021年度入学生まで地域枠の臨時定員増を継続することで偏在対策を行っていくこととしております。なお、2022年度以降の地域枠の設置及び地元出身者枠の創設につきましては、国の動向を踏まえ検討することとしております。「ウ その他の施策」につきましては、現状の医療計画において医師に関する今後の方策に掲げております各種事業を記載しております。



概要版の説明は以上とさせていただきます、続きまして、資料 2-3 により若干補足をさせていただきますと思います。

まず、資料 3 ページを御覧ください。「ウ 計画の効果測定・評価」の欄ですが、医師確保計画に関しては PDCA サイクルを回すことで見直しを行うとされておりますので、次期計画策定時には、必要に応じて調査を行い、計画の進捗状況等の評価を行うこととしております。また、その下に点線の囲みで、留意事項としまして、地域医療構想との関係及び、医師の働き方改革との関係を記載しております。国では、三位一体で取り組むこととされておりますので、国における議論の状況を踏まえまして、医師の確保対策を進めたいと考えております。

続きまして、資料 10 ページを御覧ください。医師の状況に関しましては、概要版で医師数や年齢構成、地域枠医師について説明いたしましたが、計画の本冊には、臨床研修医の状況や、専攻医の状況につきましても資料としてお示ししております。10 ページ、11 ページでございます。

次に 23 ページを御覧ください。医師偏在指標の算出にあたり都道府県間、2 次医療圏間の患者の流出入を調整することとなっております。本年 6 月に、委員の皆様には患者流出入の調整をどうさせていただくかを文書照会させていただきました。その結果を踏まえ、本県では医療機関所在地ベースで患者の流出入を見込むこととしております。具体的な入院と外来における患者の流出入の状況については、24 ページ、25 ページに記載しております。6 月の調査時点でお示した表と同じ内容となっております。

次に、資料 36 ページを御覧ください。留意事項として、必要医師数と診療科偏在について記載しております。先ほど、資料 2-1 で御意見を頂いた旨の説明をいたしましたが、必要医師数につきましては、現時点で、国においてマクロ需給推計の見直しが行われていないため、国から数値が示されておりませんので、具体的な数値は記載できませんが、留意事項として必要医師数の算定方法等を記載しております。

また、診療科偏在につきましては、たたき台に対する御意見におきまして、対策の必要性についての御意見をいただいているところでございます。医師の偏在対策につきましては、数だけではなく診療科の偏在につきましても取り組みを進めなければなりません、今回策定する計画では診療科ごとの指標が示されておりませんので、留意事項として記載しております。なお、国が算出した必要医師数（精査中のもの）と診療科ごとの将来必要な医師数の暫定版につきまして、国の検討会の第 4 次中間とりまとめの資料の数値を、参考として 37 ページに記載しております。説明は以上です。

(柵木会長)

医師確保計画に関する決議ということで、これを医療体制部会にお諮りをするということになります。前回この地対協で話した内容が今回の試案に織り込まれているかどうか、しっかりご覧いただき、その上で御意見をいただきたいと思います。また今日の会議で何らかの有意義な意見が出れば、それを試案に織り込む余地はあるということでもありますので御意見を賜りたいということですが、いかがでしょうか。

(浦田委員)

用語の質問ですけれども、概要版の2ページ目の左上のグラフの表で、標準化受療率比というものを分かりやすく教えていただけないでしょうか。受療率というのは大体わかっているのですが、標準化受療率比、これは全国を1としたときに愛知県が0.935になるという意味ですか。要するにこれは何が言えるのでしょうか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

簡単に申し上げますと、浦田委員のおっしゃられたとおり、全国の受療率を出しまして、それに対する愛知県の県民の性年齢階級別に出した受療率を比較したものになります。全国と比べると愛知県の県民の方の入院される率、外来にかかれる率がどれくらいかというものを、入院・外来含めてまとめた数値となっております。

(浦田委員)

これはいつのデータですか。この数字が医師偏在指標を考える上で何らかの意味を持つんですか。

(愛知県保健医療局 吉田局長)

愛知県は標準化受療率比が低いので、分母が1以下になるので結果的に多く出る、医師偏在指標が多くなるように作用します。私もそこは疑問でございまして、逆に受療率比が高い地域ですと医師が足りない方に出ます。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 久野室長補佐)

受療率比を出しております数字でございしますが、2017年の患者調査の結果を使っております。

(柵木会長)

次の議題に入りたいと思いますが、もし何かあれば最後に言っていただきたいと思います。それでは協議事項の3番、臨床研修病院の研修医の募集定員の配分方法に関する決議です。これは地域医療支援センター運営委員会ですと議論してきたことで、愛知県版の方法に対して地対協で決議をいただくという手順になっているということでもあります。それでは事務局説明をよろしくお願いします。

### (3) 臨床研修病院の研修医の募集定員の配布方法に関する決議

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

地域医療支援室長の近田と申します。私から協議事項3番、4番の説明をさせていただきます。以下座りまして失礼いたします。

臨床研修病院の研修医募集定員配分方法について、資料3により説明いたします。

1番、経緯の○の3つ目ではありますが、来年度、臨床研修医の募集定員の配分事務が国から都道府県に移譲されることとなり、そのため、○の4つ目ではありますが、新しい配分方法を決定する必要があり、地域医療対策協議会の中の初期臨床研修部会で検討を行い、新たな配分方法案を策定いたしました。

2番、新たな配分方法の概要ですが、これまでの配分方法は、国が都道府県の研修医募集定員の上限を決めるとともに、国による配分として、各病院の直近3年間の受入実績の最大値に基づく配分を行っております。そして研修医募集定員から国による配分を差し引いた分が県の調整枠とされ、本県のルールとしては実績評価分、特性評価分及び特別枠による配分を行っております。

新たな配分方法では、国は都道府県の研修医募集定員を決めるのみで、従来の国による配分は行わず、県が募集定員全部を配分することになります。この配分方法として、実績評価分、特性評価分及び特別枠により配分する案としております。

右のページの(1)実績評価分の主な考え方ですが、これまでのルールは、国による配分が直近3年間の各病院の受入実績の最大値に基づいて配分され、県の調整枠で、国による配分が各病院の直近3年間のマッチング者数の平均値に満たない場合に、その差を配分しております。

これに対し、新たなルールでは、直近3年間の研修医受入実績の最大値で配分することを原則といたします。マッチングの結果による配分では、定員を大きく減らす病院が生じてしまうため、国による配分で用いている受入実績の最大値による配分が望ましいと考えたものでございます。

次に(2)特性評価分の主な考え方ですが、これまでのルールは、特性評価分による配分を希望する病院に対し、病院規模・指導体制・地域性の3分野6項目ごとに点数を付け、内定者率を勘案して最大24人の配分を行っております。

新たなルールでは、配分を希望する病院に対し、病院規模及び指導体制の2分野5項目ごとに点数を付け、内定者率及びマッチング率を勘案して、最大10人の配分を行う案としております。

国が都道府県の募集定員の倍率を年々下げてきておりました、2004年度が1.31倍、2020年度は1.10倍。2025年度に1.05倍となる予定です。このため、特性評価分で24人の募集定員を配分することが困難となっているため、10人の配分にするとともに、新たにマッチング率の指標を加えることで、マッチング率の高い病院に配慮することといたしました。

(3)特別枠の主な考え方は、これまでのルールと変更なく、配分しなければ地域医療に大きな影響があると認められる場合に配分するもので、これまで実際には、特性評価分と実績評価分を行った段階で募集定員が前年度から大きく減少する病院や、自治医科大学卒業医師を受け入れる病院に配分しております。

3番、新たな配分方法のポイントとして、4点あげておりますが、資料の2枚目、3枚目で説明させていただきます。

4番、今後のスケジュールですが、12月に2021年度募集定員の県上限数が国から通知される予定であり、1月から2月にかけて初期臨床研修部会で臨床研修病院への配分数を協議し、3月の地域医療対策協議会での決議をいただいて、4月30日までに臨床研修病院に募集定員を通知したいと考えております。

資料の2ページ、3ページでございますが、新しい配分案を具体的に実績評価分、特性評価分、特別枠の順に記載しております。特に補足すべき点を説明いたします。

1 実績評価分の(2)救済措置で、内定者率が高い病院や減少数が多い病院に対し、これまでのルールと同様に救済措置を設けます。(3)医師派遣加算は、これまで国による配分の中で行われており、新たなルールでも引き続き実施いたしますが、医師派遣加算の上限がこれまでは13人であったものを最大10人としております。次に、2つ目の○ですが、医師少数区域に属する病院へ大学病院が派遣している常勤の医師1人につき1を加算するというもので、これは、医師確保計画の試案の中で記載した新たな取り組みです。4つ目の○ですが、今までのルールでは、医師派遣加算による定員増が毎年積み上がってしまうという点があったため、新たなルールでは、前年度の医師派遣加算数を差し引いた上で計算することとしております。

右のページに移りまして、(4)産科・小児科プログラム分加算も、これまで国による配

分の中で行われており、今までのルールですと、募集定員が 20 人以上の臨床研修病院は小児科と産科で募集定員各 2 人の研修プログラムを必ず設け、重点的な研修を行うこととされておりますので、これについて加算をしております。この基準は来年度以降も継続されるため、新たなルールで規定するとともに、募集定員が 16 人以上 20 人未満の病院については、これまでは希望すれば加算を行うという取扱いがされておりますので、新たなルールでは対象を大学病院、総合周産期母子医療センターに限りまして、プログラムを設け、希望した場合に加算できることを新たに規定しております。

(5) 特性評価分と特別枠を確保するための調整は、実績評価分の (1) 原則、(2) 救済措置、(3) 医師派遣加算により算出した数を、特性評価分と特別枠の合計で 10 人以上確保し、産科・小児科プログラム分加算を確保できるように調整するため、按分計算することを記載しております。

次のページでございますが、2 番、特性評価分で先ほど説明しましたとおり、今までのルールでは内定者率で配分可能数を決めていたのを、新たなルールでは内定者率とマッチング率を併用し、配分可能数を決めることとしまして、競争原理を導入したいと考えております。

3 番の特別枠は、今までと変更はございません。

4 番、その他の○の最後ですが、募集定員の配分ルールは原則 5 年ごとに必要な見直しを行いたいと思います。説明は以上です。

(柵木会長)

臨床研修医の定員の配分方法です。部会は臨床研修医をお受けになる臨床研修病院の院長の先生方が御出席ですので、地域医療支援センターで練りに練って出した案だと思っておりますが、実際の現場では難しいところはあるとは思いますが、御意見もしっかりとおっしゃっていただきたいと思っております。これで練りに練られておると御納得いただければよろしいかなと思っておりますが、いかがでしょうか。

(小椋委員)

名古屋市立大学の小椋です。実績評価分について、各施設の最大数をとった場合に、国から言われた定員を超えるということはありますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

過去三年間で一番多い年の分母を各病院で足しますので、当然国の上限を超えてしまいます。それについては資料 2 枚目の (5) ですけれども、特定評価分と特別枠を確保する

ための調整ということで、都道府県の上限値は国が示しますので、それと病院毎の過去3年間の最大値を比較して、特性評価と特別枠で10人以上捻出して、さらに産科・小児科加算を捻出できるように差し引いて按分計算をしますので、例えばある病院は過去三年間の受け入れ実績が10人だったとしても、それを按分して8人に落ちるだとかそういった形になりますので、それで最大値を超えないという取扱いにしております。

(加藤委員)

産科・小児科プログラム加算のところで、研修医の募集定員が16人以上20人未満の基幹型というところで、これはちょうど当院が当たりますが、当院は産科・小児科プログラムが無いですけれども、今まで無かったんでしょうか。無いのができるようになるということでしたか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

いままでは無いですが、国の指針には書いてなく、取り扱いで国が認めていました。本来は20人、産科・小児科プログラム加算を行う前で20人募集定員がないと加算する規定はなかったんですけれども、運用としては16人以上でそこに4人つければ20人になりますので、病院のほうで申し入れがあれば認めていて、実際にプログラムをお送りいただいて対応していたんですが、それについて今回はっきり明文化したいということになります。今回対象となってくるところについて、プログラムを送っていただいて、それで何人必要だということ協議していただいて、定員を何人つけるかという話をするということになると思います。

(加藤委員)

そうするとプラス要因ということですか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

最大4人ですので、小児科と産科で2人ずつですので、実際何人になるのかということをしっかり見させていただいて、ここにやっぱり募集定員がつかないとせつかくの枠が無くなってしまいますので、その辺は部会で協議していくこととなると思います。

(加藤委員)

分かりました。

(浦田委員)

私どもも理解していないところがあって、資料の特性評価分と特別枠を確保するための調整の数字、 $A \times B \div A'$  ですね。これから出る数字が 10 プラス産科・小児科プログラムの加算で 8 とか 10 とか、20 以上になるように B の係数を考えるということですね。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

あらかじめキープしておく数字として、特性評価と特別枠で例えば 12 人になります。それから産科・小児科プログラム加算もあらかじめキープしておきまして、特性評価分と特別枠と産科・小児科プログラム加算を除いて、それは按分しないですから、それを除いて計算するということになります。

(浦田委員)

それは確保するための数字が決まったら、そこを決めておいて B の係数を設定するという意味ですか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

はい、そういう意味です。

(浦田委員)

毎年少し変わるということですか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

はい、変わります。

(浦田委員)

分かりました。

(長谷川委員)

あまり理解していないのですが、新しい基準で過去 3 年とか 4 年実施した場合に、どれぐらい各病院の数が変動するかというのは予測されましたか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

はい、新しい配分方法でどのようになるのかということで試算はしました。今一番新し

いので令和2年度の募集定員の配分結果が出ていまして、各病院にお伝えしてあるんですけども、その数字を基にしまして、また国の方の倍率がさらに1.1から1.05まで下がりますので、1.05まで落ちた場合で試算をしております。結果として、実績評価分までの配分をしまして、特性評価や特別枠を配分しない状況で、減少する病院が生じますが、大学病院で1病院だけ4人減になりますが、他の病院は減少するとしても1人か2人減少にとどまるということで、これは1.10倍から1.05倍まで落として、さらに特性評価と特別枠を10数人さらにつけるということを除いて、そういう状況です。

(長谷川委員)

今までのルールだと、マッチングで決めており、今後は受け入れ実績で実施することになりますが、例えば20人の枠があるので、合格率90%とすれば、2人減ります。次の年にまた何人か減るので、年毎に減る構造になっていないかと思います。フルマッチしていればそこはニーズがあり、その病院が評価されるべきで、国試に落ちた人達についてのことまで病院に負わすのはかわいそうじゃないかと思います。

もう一つは特性評価分で、これもマッチング率の内定率が良い病院に有利で、強い病院は増々強くなるが、本当に地域に必要な病院が取り残されてゆく感じを受けてます。特性評価を研修医の集まりやすい病院よりも、むしろ低下傾向にある病院に付与するような仕組みがよいと思います。そのあたりはどのように考えておられますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

委員のおっしゃるとおり、マッチングによる配分と過去の受け入れ実績による配分と意見が分かれるところでありまして、本当に人気の高い病院についてはマッチングでやればかなり上がる要素がありますので、それを期待するところも多いです。あとやはり特に地域の小さな病院についてはなかなかフルマッチしないので、マッチングすると定員が減ってしまうということで受け入れ実績を希望するところをございまして、例えば臨床研修病院56病院に対して昨年の10月にアンケートをしたんですが、マッチングにより配分するところと受け入れ実績による配分を希望するところがほぼ半分ずつという状況でありまして、県としてはその間をとりたいという考えでいます。

やはり一番の配分のメインになりますのは実績評価による配分ですので、ここが従来ですと、国は過去の受け入れ実績による配分をして、県のほうでこれを補完する意味でマッチングにより足りない部分を加算するというやり方をしていたんですが、この新たな配分について、マッチングによる配分では差が過ぎますので、新しい配分の実績評価については過去3年間の受け入れ実績を使わせていただいて、その関係もありまして特性評価



のところで今まで内定率だけでやっていたんですけれども、そこは内定率とマッチングも兼ね合わせるということで、今後は逆にマッチングの高い病院に配慮したいという案にしております。なので過去3年間の受け入れ実績とマッチングとでちょうど兼ね合わせるということで案を作ったつもりでございます。

(長谷川委員)

特性のことですが、マッチング率90%の内定者で、例えば10人のところで7割の合格率だと3人落ちます。そうすると70%となり、一人付与されますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

はい、そうです。

(長谷川委員)

マッチングが100%マッチングでも、たくさん落ちれば特性もつきにくいとなりますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

はい、両方で比較いたしますので。

(長谷川委員)

マッチングで頑張ったところが報われないことを危惧します。

(伊藤委員)

長谷川委員と同じような話ですが、このシステムだともともとの募集定員の少ないところがより不利になるという基本的な考え方でよろしいですか。

それからもう一点お伺いしたいことが、今回特別枠が全体の特性評価分と特別枠を必要な病院に配分されるわけですが、その配分された定員は、その後はどういう扱いになるのかお教えいただきたい。増えたらその分、次の年も減ったとしたら80%から70%に減ってしまうと、これは大変不利な話になると思うんですが、扱いはどうなんですか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

二つ目の特性評価による配分ですね。これを付けたものは区別なく最初の実績評価に足して、トータルとしてこの病院は何人という扱いになります。

最初の方の質問、小さい病院に不利だということですが、小さい病院だから不利ということではなくて、例えば実績評価分、資料の 2 枚目の左の上の実績評価分の原則が、直近 3 年間の研修医の受け入れ実績、他病院で中断した再開者の受け入れ実績を含む最大値、産科・小児科研修プログラム加算の受け入れ実績を除くものを配分するということであり、受け入れ実績を見ますので、そこで数字が上がっていると実績評価分としてつきまです。それから過去には救済措置のところ、もし研修医数が一定以上になりますと救済をしておりますので、小さいところだから不利ということではなくて、小さいから一般的に定員が増えても集めるのが難しいというのは結果としてはあるかと思うんですけども、制度として小さいところが不利ということはないと思っております。

(澁谷委員)

実績評価分のところ、医師派遣追加加算のところですが、これは医師派遣等で①から⑥のすべてを満たす場合と書いてありますが、もし満たさない場合、例えば特別枠でみてもらうということが可能かということと、それから (4) のところの、産科・小児科プログラムの 2 段目の○のところ、16 人と 20 人少ないという記載のあるところですが、このところで大学病院および総合周産期母子医療センターに限ると書かれているんですが、愛知県小児保健医療総合センターは該当しないのですか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

まず医師派遣加算の①から⑥のすべてを満たさなくてはダメかということについては、これは基準です。すべて満たさないと対象にしないということになります。それに対して特別枠で枠をつけるかどうかについては、どういう事情か分かりませんので、その事情で特別枠を付けるべきだということになれば、特別枠を付ける可能性はあると思っております。

それから産科・小児科プログラムの加算は大学病院と総合母子周産期医療センターに限るということでありまして、これは大学病院、それから産科・小児科医療を提供するとともに、総合周産期母子医療センターにおいて新生児に対して高度な医療を提供するということになりますので、ここについては対象にいたしました。小児医療総合センターの方は、特に小児医療について高度な 3 次救急をやっておりますので対象にしたいですけども、臨床研修病院ではないですから、やむなく外して対象にならないということでございます。

(柵木会長)

内海委員、今事務局の説明で、地域医療支援センターが、それぞれセンターとなっているいろいろな案を研修部会と共にやっておられると思いますが。

(内海委員)

できるだけ、多くの研修病院の意見を認めたいというのが基本ですが、それからさつき長谷川先生が言われたように中小病院をできるだけ守る、しかし愛知県にできるだけ研修医をよそから引きつける、そういう意味では人気病院、マッチングの高い病院にもある程度配慮をし、かつ小さな病院にも、どんどん小さくならないような方策を考えた結果がこれとなります。

それから医師派遣のところは主に大学が派遣していたのですが、名大・名市大の場合は派遣しては帰局する人がいるわけですが、新しい大学だとなかなかそこまで行けないというところで、少し改変をいたしまして、このような数字にいたしました。

それから医師少数地区に派遣、これまではたくさん派遣して1を獲得したわけですが、医師少数地区に1人でも派遣した場合は1と換算するというようにいたしました。それから先ほど説明がありましたこれまでの積み上げ、医師派遣を5もらえば来年は5ついてしまっているわけでありまして、それはやめようと、毎年ごとに考えるということでもあります。

完璧な制度の構築は難しいことではありますが、いろいろな観点でひねり出したのがこの案でございます。ちょっと分かりにくいと思いますが、御質問がありましたら是非していただいて、納得していただきたいというところが私の希望であります。

(柵木会長)

どうもありがとうございました。数式としては現場でないとなかなか理解できないところはありますが、とにかくセンター長のおっしゃる通りだと思います。他に何かございますか。

(小椋委員)

医師派遣の条件ですけども、4番をちょっと説明してほしいんですが、地対協や関係する地方公共団体などの意向を踏まえた医師派遣というのは。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

これは今までもこういった条件がありますのでそれを引き継いでいます。

(小椋委員)

具体的には。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

臨床研修医の募集定員を決めるときに、厚生局のほうに今までですと何人どこの大学病院から医師を派遣しているのかということをお伝えしていると思うんですけども、その前提が条件になっているはずですよ。

(小椋委員)

はい、理解しました。ルールは理解できたんですけども、具体的なシミュレーション、数字が無いとなかなか議論が出来ない。だから国からの定員が来た段階で、この試算によってどのように変化するか数値をいただくようにしてほしい。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

さきほどちょっと、資料に無くて口だけで言ってしまったんですけども、当然、初期臨床研修部会とかでは試算した結果をお出しして審議していますので、その数字を委員の方にお渡しするような形にしたいと思います。

(長谷川委員)

是非その数値を見てみたいです。1年だけでなく3年間同じように動いた時にどのように病院の定員が変わるのか出していただくとよいと思います。感覚的で申し訳ありませんが、一定人数必ず落ちるので、次第に減っていくと思います。それで先ほど伊藤先生の指摘があった点はどのように考えますか。

(内海委員)

例えば、名古屋医療センターが定員15でマッチングがあったのが12となりますと、3が減るわけですね。ところがその3をなんとか獲得する努力をしていただいて、マッチング以外から15までを取ることが出来るわけですね。

(長谷川委員)

特性評価分ですか。

(内海委員)

いいえ、マッチングで落ちた人をとればいいわけですから、そこから拾い上げて集めるという努力が出来るわけで、それが受入実績数になるわけです。

(長谷川委員)

マッチングの後の2次募集とか3次募集でとることも含めてということでしょうか。

(内海委員)

全体が受入実績になるわけですから、マッチング後も努力をすればなんとか埋められると、その受入実績を基準にしようというのが今回の案でございます。

(長谷川委員)

理解できました。

(柵木会長)

この数字だけを当てはめれば、先生がおっしゃったとおりどんどん減っていくということになっておかしいではないか、希望者はもっとたくさんいるのにどうなるんだという疑問は当然出てくることになりましたが、そういうことです。

(伊藤委員)

今、いろいろ御説明いただいて、どうやったら研修医の数が維持できるかということと、どうやっていくかということに関しては大体理解できたんですが、これから地域医療構想含めて病院の機能は集約されていく中で、研修医の枠を増やさなければならないという医療機能を持つ病院は出てくると思うんですけども、どうやったら研修医枠は増えていくのかということをお願いしたい。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

今の配分方法の枠の中ですと、やはりフルマッチしていただいて内定者それから受入者も最低限確保していただくということの中で、プラス要因としては特性評価分がありますので、そこで増やしていただければ翌年度以降増えていくようになるかと思えます。

(伊藤委員)

そうしますと特性評価分、特別枠以外に研修医の枠を増やす方法はないということでしょうか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

はい、今は地域医療構想ですとか再編とかその辺を考えておりませんので、それはまた別の段階なのかもしれませんが、今の配分方法では、最初にお伝えしたような形しかなさうな感じですか。

(柵木会長)

よろしいですか、それではこの配分方法に従って、令和3年度に、これに当てはめて募集定員を決めるということになりますかよろしいですか。具体的な数字に関してはいつごろそれを見せてくれるとありますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

部会のほうに出した資料はありますので、それについては早々にお渡しします。

(柵木会長)

経年変化的なものがありますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

そこまではなかなか、変数が多いですから一概には出せないと思っております。

(柵木会長)

次回でなくてもまた地対協の場に、それは大事な参考になる資料ですので、もしマル秘ならマル秘で委員の中でとめておくということならばとめておきますので、出せる範囲で出させていただきたいと思っております。

それではまたこれも大事な議案でありまして、4番目ですね。地域枠医師の派遣医療機関に関する決議と、今年初めて4名が専門研修を終わって、つまり6年目ですね、6年目の地域枠医師として派遣される医師をどうするかということ。第1号ですので、これも時間は来ておりますが、第1号は大事ですので、多少時間がオーバーしても先生方の協力を得てしっかり、納得いくまで御議論いただきたいと思います。それでは事務局から御説明よろしくお願ひします。

(4) 地域枠医師の派遣医療機関に関する決議

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

令和 2 年度地域枠医師の派遣先調整について、資料 4-1 を御覧いただきたいと思いません。

資料 4-1 の 1 番、対象となる地域枠医師の状況であります。来年度、令和 2 年度に派遣対象となる地域枠医師は 4 名で、平成 21 年度に大学に入学し、卒業後、臨床研修を終え、今年度は専門研修 3 年目です。一人ずつ A から D の記号を付け、性別、出身大学、診療科を記載しており、内科、外科、麻酔科、産婦人科一人ずつとなっています。

米印の 2 つ目であります。この表にない 1 人については、臨床研修修了後にすぐ 1 年 4 か月地域派遣されており、令和 2 年度は専門研修となる予定です。

2 番、地域枠医師の派遣先希望の状況については、後ろの資料 4-2 により後ほど説明させていただきます。

3 番、地域枠医師の派遣先決定に関する協議についてであります。本日は、個々の地域枠医師の派遣先を決定するのではなく、11 月 13 日に開催した地域医療対策協議会の地域枠医師赴任等調整部会の決議に基づき、医師本人の派遣先希望を踏まえて、県が派遣先を調整し、決定することとしてよいかどうか、お伺いするものでございます。

資料の右のページは参考として、令和 2 年度の派遣先対象医療機関を記載してあります。対象医療機関の選定基準として、医師の不足する地域にある公的医療機関、独立行政法人又は社会医療法人が開設する医療機関で、常勤医指数が内科系・外科系・麻酔科・救急科等では 40 人以下、2 番の小児科では 1 人以上 5 人以下、3 番の産婦人科では 2 人以上 5 人以下となっています。優先順位については、医師一人当たりの救急搬送受入件数、産婦人科については、分娩件数の多い順に順位を付けております。

次に資料 4-2 を御覧ください。今年 10 月に派遣対象となる地域枠医師に対し、派遣先対象医療機関のうち、どの医療機関の、どの診療科を希望するかを調査した結果であります。地域枠医師ひとり一人に対し、左から右にかけ、診療科、臨床研修病院、専門研修病院、医局への入局状況を示し、派遣先希望医療機関及び診療科を希望順に①から順に書いております。派遣先希望医療機関及び診療科で太字になっている所と太字になっていない所がありますが、派遣先対象である医療機関に対し、今年 7 月に医師派遣を希望する診療科を調査しまして、派遣を希望すると回答があった診療科を太字とし、派遣は希望しないという回答があった診療科は太字にしておりません。次のページの資料 4-3 が、派遣対象の医療機関ごとに、医師派遣を希望する診療科を書いたものでございます。

前のページの資料 4-2 に戻っていただきまして、11 月 13 日の地域枠医師赴任等調整部会において、派遣先を決定する手順について協議をいただきました。その結果、地域枠医師本人の希望の順番に従って、県が本人及び派遣先候補医療機関と調整を行い、必要に応

じ、出身大学と医局にも調整に加わってもらい派遣先を決定していくこととされました。その他出された意見として、来年度のように派遣者が4人という少ない状況では、派遣先医療機関が重ならないようにすること。具体的には、地域枠医師AとDが①番目に稲沢厚生病院を希望していますので、同病院への派遣者は1人とするよう調整することとされました。そして、地域枠医師Bが外科を希望し、派遣先希望医療機関及び診療科は、津島市民病院を始めとした医療機関が太字でなく、医療機関としては派遣を希望しておりませんが、本人の希望を踏まえ、派遣の受け入れをするかどうかを再度、医療機関に確認し、受け入れを希望する場合は派遣対象とすることを部会でお認めいただきました。

以上、地域枠医師本人の希望を元に調整を進め、派遣先を決定することについて、本日決議をお願いするものでございます。お認めいただきましたら、県で調整を進め、派遣先を決定いたします。結果については、来年1月、2月に開催予定の地域枠医師赴任等調整部会と本協議会に報告させていただきます。説明は以上です。

(柵木会長)

ただいま事務局から説明がございましたように、まだ具体的な病院名をどうするかということではなくて、先般行われました地域枠医師赴任等調整部会で、この手順でよかろうということでしたので、それを地対協でもお認めいただけるかということを決議いただくという手順になっております。御意見のある委員の方は挙手のうえ御発言賜りたいと思います。

(藤原委員)

Cの方が週一回の研修機会を確保して欲しいと書いてありますが、これは規定上特に問題はないんですか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

これは受け入れの病院のところに了解いただけるのであれば可能かと思っております。

(藤原委員)

回数に関しても特に制限はないんですか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

これがあまり増えてくるようであればどうかなとなるんですけども、週一回ということであれば、受入先病院でOKであればいいと思っております。



(藤原委員)

ありがとうございます。

(伊藤委員)

派遣先の医療機関ですが、地域医療構想で三位一体ということで議論されていますけれども、病院機能がこれから変化していく中で、派遣先、受入先はどのような関係をもって考えていかななくてはいけないのか教えていただきたいです。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

今の選定基準としては、かなり古くからの基準ですけれども、地域で救急医療をやっている公的医療機関ベースで上がっておりますが、地域医療構想の機能分化だとかあるいは再編統合という話がありますので、これについては先ほどの臨床研修の募集定員の配分もそうなんです、これからの方向性は検討して変えていくかもしれないですけども、今現在としては、そこまでの材料はありませんので、言われた通りやっているという状況です。

(伊藤委員)

是非それを斟酌したうえでこれからの議論をしていただいて、これがまた何年も変わらないということが無いようにしていただくようお願いいたします。

(長谷川委員)

質問ですが、これは今回初めての卒業生となりますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

はい、1人だけは臨床研修が終わった段階で赴任している方がおりますが、特例ですので、それを特例としてみると今回が初めてです。

(長谷川委員)

1人だけ特例で、2年終えて3年目の人たちですか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

臨床研修を2年やって、専門研修が3年で終わる方達です。

(長谷川委員)

専門も3年終わって5年～6年目ですね。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

はい。

(愛知県保健医療局 吉田局長)

皆さん専門医をとることを優先しています。

(長谷川委員)

例えば内科で考えると、循環器内科のようですが、この人は6年目から総合的な内科医ではなくて循環器医として勤めることになりますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 近田室長)

県の希望としては総合診療的にやっていただきたいと思えますけれども。

(長谷川委員)

御本人達の意識を優先させておられるが、もう少し行政の意志を盛り込んでもよいと考えます。要するに医師が必要な病院について、優先順位をつけてその病院に派遣するようにしてもよいと思えます。

御本人の意向や医局の意向を考えながら工夫されていますが、ある程度きちんとしたルールの中で、この病院に行くこと示されて順番に派遣された方が、やりやすいと思えます。行政もそれなりにお金を投資しているので、配慮しすぎる必要はないと思えます。

(柵木会長)

それは前の調整部会でも同じような意見が出て、もっとたくさん対象の地域枠医師が出てくると、ここは前にも派遣しているじゃないとか、この科は希望がないとか、本人の意向がどんどん制限されてくる。だから予め最初のスタートの時点でかなり強権的にここに行ってもらおうというようにしておいた方が、次からにとって良いのではないかという意見はだいぶ出ました。

(長谷川委員)

不公平感が、後になればなるほど出てくると、また文句も出てくるかと。

(柵木会長)

先生の言い分はそのとおりで、税金を使ってそういうところに派遣するという事で大学に入って医師として研修しているわけだから、その辺のところは、あまりにも希望者の意向を入れすぎると今後のことが上手くいかないのではないかなというように思います。そこはやはり県の意向をしっかりと出した方がいいかもしれない。実際いかがですかセンター長は。

(内海委員)

まったくそのとおりでして、昔の強権医局長のようなやり方で配置したいという気持ちは山々でございます。私もその方が簡単ですし余分な仕事もない。それから今言われたことも全くそのとおりだと思いますが、結構潜在的に、お金を返しちやおうと、脱落とか地域枠制度から離脱しようという人がパラパラおられます。皆さんお金のことは比較的返しやすい状況にあるようでございまして、それをやられると大変うちは困るという事情も一方であるわけですね。だから本人のキャリアアップといいますか、そういったものもある程度斟酌するという形で進めていこうかなと、それが今の私の気持ちであります。本当にパパッと配置した方が私としても簡単でやりやすくて良いんですけども、そういうのがあるんですね。そういうことがおそらく下の人たちに伝わっていくと、結局脱落者が増えるんじゃないかと危機感を私は持っています。そこが私も参っている。

(柵木会長)

そことの兼ね合いがあると思います。そういう点ではセンター長は非常に御苦労されていると思いますが、今回が1号の地域枠医師の赴任ということですので、調整部会で検討した結果を、今の方法で地対協の場で第1号としてお認めいただきたいということです。

(小出委員)

今のお話のとおりで、女性医師の働き方を考慮するという文言が何回も出てきましたが、今の流れとしては女性医師がどんどん増えていく、30代の女性医師がどんどん増えていっていますので、先ほどの週一回ならいいんじゃないかとか、その辺が非常にファジーですけども、この規定を次の人たちに週2回なんとかならないかと言われたときにどうするか。

それと碧南市民病院、津島市民病院の麻酔科も非常に少ないところですよ。その中で

週1回大病院に行くということと、その現場の回り方というのを考えなければいけないということ、それからもう一つ土日の待機や当直の無いこと、これも、もうちょっとしっかり規定しないと、病院の先生方もよく御存知だと思いますけれども、今、フレックスタイムだとか時短とかいろんなサポート体制がハード的にはできていますが、やっぱりこの辺しっかり規定しておかないと、どんどん広がって行っちゃうんじゃないかなと。女性医師の立場から思っても、やはりしっかりしておいた方がいいのではないかと思います。

(柵木会長)

今後のことを考えるということですね。今後のことは調整部会の方でしっかりと議論をして、ストリクトにルールとして決めておくというのが必要かもしれないと。

(地域医療構想アドバイザー 伊藤医師)

今の研修のことですけれども、基本的には常勤の医師でないと認められないので、他のところで2日3日出るとすると常勤ではなくなります。短時間労働も含めてあくまで労基法にのっとった形で、プラス働き方改革がベースにありますので、やはり2日3日自由にさせてくれというのをこの派遣で認められるというのはちょっと考えにくいかなと。もう少し詳しく内容を見てみないと分からないですけれども、ざっとそんな感じで捉えていただければ間違いはないかと私は考えております。

(浦田委員)

この優先順位の基準をもう一回確認した方がいいかと思います。これは救急患者、救急外来患者と救急車の台数、内科系、外科系等ですが、それを関連する診療科の医師数で割った数字ですから、順位が上の病院ほど愛知県地域医療をしっかりと守って健闘している病院ということを確認したうえで、内科、外科等を希望される方は順位に従っていただくのが筋であると。今年は4人ですけれども、だんだん人数も増えると、当初は希望を優先して順位どおりにならないにしても、何年か通算すれば、必ず優先順位が上位の病院は医師が赴任されるような、少しまとまった年数でしっかり点検するというか、そういう配慮があるのではないかと思います。ですから特に、この病院の一覧表の中には例の再編統合の再検証要請医療機関も入っていますが、その議論は議論で続けていくんですけども、現に地域の医療はしっかりと守り、しかし待っている病院だということは認識したうえで赴任先を決めていくべきかと思います。

(地域医療構想アドバイザー 伊藤医師)

調査は毎年やりますので、一人しか欠員が無いとすると、次の年からリストから落ちるんです。今の問題は、救急という視点でやっていますから、当然内科外科等々という形で全部ひっくるめた形の数字をずっと続けてきたんですけれども、今後は内科と外科と分けてというか、議論を調整部会の方でしていかないと、今の数字を使っている限り必要な科があっても赴任した段階で数字が満足されればリストから落ちます。というふうに、今のところその建付けであるということで、議論をそういうところからしていく必要があると感じています。

(浦田委員)

するとこの麻酔科にある病院に赴任されている場合には、この内科外科等のリストから来年はそのまま消えるということですか。

(地域医療構想アドバイザー 伊藤医師)

数が間に合ってしまえばですね。例えば小児科は5人ですから、6人になった段階でリストから消えてしまいます。患者数に応じてということですが。だから今の条件が正しいかという議論をもう一度どこかでしていただかないと、これはあくまでも最初に地域枠ができたときに議論を始めたときにできたわけですから、今にマッチしているかといわれると徐々に状況が変化していますので、この次からこれでいいかという議論は、調整部会を含めて議論していただくとありがたいと思います。

(浦田委員)

思い出すとこの話の原型は、地域医療連携等有識者会議のあたりで、愛知県の特に救急医療を守るために救急医療を担っている延べ医師数をどうやったら増やせるかという議論が確か10年以上前からスタートしていた、その延長ですよ。だからその基本的な考え方をずらすべきではないなど。ただその基準を作るのには若干修正はあるかもしれませんが、やっぱりその基本は抑えておいていただきたいと思います。

(澁谷委員)

以前、今日はいらっしゃっていないですけど、名大の院長先生が医局人事というのは無いんだとおっしゃっていて、ただ備考欄のところを見ると、医局の人事に委ねるとかそういう書き方をしている。やはり考え方として医局人事ではないということを書いてほしいと思うので、実態がどの程度関わっているのかはともかく、備考欄のこの書き方は少し考えていただきたいというように思います。

(内海委員)

この文章は本人の考えでありますから、これに縛られることはないです。

(柵木会長)

はい、それでは大体御意見は出尽くしたと思います。調整会議で決まった内容をこの地域医療対策協議会でも承認するということでよろしいですか。

それでは事務局ではもう一息調整を、御本人と受入先の病院と調整するようお願いしたいと思います。それでは最後に事務局より何かございますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課地域医療支援室 酒井主査)

事務局から3点ございます。まず、本日の会議録につきまして、後日、御発言いただきました方に内容の確認をいただいた上で、会議冒頭で会長が指名しましたお二人の署名人に御署名いただくこととしておりますので、事務局から依頼がありましたら御協力よろしくをお願いします。

次に、現在、次回第3回の日程調整をさせていただいております。調整がつき次第御連絡させていただきますのでよろしく願いいたします。

最後に、資料確認の際にも申し上げましたが、資料4-2につきましては回収させていただきますので、そのまま机の上に置いていただきますようお願いいたします。

(柵木会長)

それでは、お時間もまいりましたので、本日の地域医療対策協議会はこれにて閉会いたします。ありがとうございました。