

キャリア形成プログラムワーキンググループにおける検討経過

論点	主な意見 ○: 9/5WG ●: 10/2意見照会 ◎: 10/16WG	WG (10/2) アンケート時提示案	第2回WG (10/16) 提示案	最終案
医師不足地域	<p>○安房医療圏について、山武・長生・夷隅の一部も亀田病院でカバーしているの、合算すると全国平均を下回るのではないか。</p> <p>○千葉医療圏が外れることについては、特に異存なし</p> <p>○人口10万対医師数根拠は疑問、総合診療科の医療過疎地域を考慮した方がよい</p> <p>◎医師不足地域に安房を含めないこととなっているが、総合診療では過疎地域は対象。</p> <p>◎千葉県過疎地域自立促進計画でも過疎地に対する医師等確保対策事業が掲げられている。</p> <p>◎医師不足地域以外の個別の医師不足の自治体病院（鴨川国保、鋸南、富山国保）については、自治医科大卒の医師派遣でカバーとなっているが、これは関係者が了解しているのか。これがオープンになると、直診協の中で扱いに明確な差がつき、どちらを望むかはともかく、差があること自体大問題になる。</p>	<p>10万対医師数が全国平均値を下回る二次医療圏</p> <p>(対象地域) 「千葉」及び「安房」以外の二次医療圏</p> <p>※10万対医師数 全国平均 233.6人 千葉 264.6人 安房 424.1人</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><医師不足地域の設定条件></p> <ul style="list-style-type: none"> ・客観的な指標に基づき定め、医療計画等に明記しなければならない ・県内の医師偏在の是正に資するため、全県指定は不可 ・指定は医療圏などの地域により行い、医師が不足する医療機関ごとの指定等は不可 </div>	<p>安房地域の患者の流出入等を勘案した10万対医師数を提示し検討</p> <p>(対象地域) 同左 ※結果変わらず</p> <p>※10万対医師数 ・安房地域の入院患者の流出入率を加味して試算した場合 312.3人>全国平均233.6人 ・「安房」+「夷隅地域」とした場合 309.7人>全国平均233.6人</p>	<p>県内過疎市町（平成の合併によって過疎地域を合併した市町村は当面の間は過疎地域とする）及び二次医療圏単位の10万対医師数が全国平均値を下回る地域</p> <p>(対象地域) 「千葉」及び「安房」以外の二次医療圏及び鴨川市、南房総市、鋸南町</p> <p>※県内過疎市町 勝浦市、鴨川市、南房総市、東庄町、長南町、大多喜町、鋸南町</p>
医師不足地域の病院群	<p>○安房や山武の方に行かせるのが修学資金の目的</p> <p>○船橋市内でも医師がほしい病院はある</p> <p>○病院群を地域別にグルーピングし、そのうち2つに行きなさい、うち1つは県が指定する医師不足病院という仕掛けをつくると配置計画が立てやすい</p> <p>○医師は（2次医療圏や診療圏を超えて）広く派遣されているので、その点も意識して病院群があるといい</p> <p>●優先的な配置として、東葛以外、特に山武長生夷隅、香取海匠に絞り込む意見が多かった</p>	<p>地域A群 医師不足地域において優先的な配置が必要な病院 市川リハ、船橋リハ、市立柏、東松戸、佐原、多古中央、小見川総合、東庄、銚子、匝瑳、大網、さんむ、東陽、長生、いすみ、東千葉ゲイカ、君津中央大佐和分院、循環器病センター</p> <p>※桜木園、鋸南、富山、鴨川が対象外</p> <p>地域B群 医師不足地域において配置が必要な病院 ①医師不足地域の自治体病院（A群以外） ②医師不足地域の地域医療支援病院 ③医師不足地域の専門研修プログラムの研修施設</p>	<p>地域A群 医師不足地域において優先的な配置が必要な病院 佐原、多古、小見川、東庄、銚子、匝瑳、大網、さんむ、東陽、長生、いすみ、東千葉ゲイカ、君津中央大佐和分院、県循環器</p> <p>※桜木園、市川リハ、船橋リハ、市立柏、東松戸、鋸南、富山、鴨川が対象外</p> <p>地域B群 同左</p> <p>※①医師不足地域の自治体病院には市川リハ、船橋リハ、市立柏、東松戸を含む</p>	<p>地域A群 医師不足地域において優先的な配置が必要な病院 佐原、多古、小見川、東庄、銚子、匝瑳、大網、さんむ、東陽、長生、いすみ、東千葉ゲイカ、鋸南、富山、鴨川、君津中央大佐和分院、県循環器</p> <p>※桜木園、市川リハ、船橋リハ、市立柏、東松戸が対象外</p> <p>地域B群 同左</p>

論点	主な意見 ○: 9/5WG ●: 10/2意見照会 ◎: 10/16WG	WG (10/2) アンケート時提示案	第2回WG (10/16) 提示案	最終案
医師が不足する診療科	<p>○総合診療を設定することも1つの方法</p> <p>●<u>周産期医療（小児科、産婦人科）、救急科、麻酔科が不足</u></p> <p>●<u>内科、整形外科、外科、総合診療が不足</u></p> <p>◎<u>診療科の指定について、客観的な根拠が必要ではないか。</u></p> <p>◎<u>診療科別の必要医師数を、将来的な需要予測や、医師の性別、年齢等の要素も考慮のうえ検討し、指定することが望ましい。</u></p> <p>◎救急コースの病院群の設定に救急の先生方の意見は反映されているのか。</p> <p>◎A群に基幹病院が入っているとその病院に偏るかもしれない。専門研修の観点も考慮した方がよい。</p>	<p>【例】地域周産期母子医療Cでの産科または新生児科勤務</p> <p>【例】総合周産期母子医療Cでの産科または新生児科勤務</p>	<p>「産科・周産期医療」「救急」「麻酔科」を指定 ※内科、整形外科、外科、総合診療は医師不足地域の病院勤務でカバー</p> <p>診療科A群 指定診療科で優先的な配置が必要な病院</p> <p>【産科・周産期医療】 ①地域周産期母子医療センター ②特に産科医が少ない地域（香取海浜・山武長生夷隅）で分娩を取り扱う病院</p> <p>【救急】①救急基幹センター 【麻酔科】①麻酔科専門研修施設（自治体病院）</p> <p>診療科B群 指定診療科で配置が必要な病院</p> <p>【産科・周産期医療】 ①総合周産期母子医療センター ②分娩を取り扱う病院</p> <p>【救急】 ①高度救急救命センター ②救命救急センター 【麻酔科】①麻酔科専門研修施設</p>	<p>診療科コースの設定は、今後の厚生労働省の推計等を踏まえ、必要に応じて、引き続き検討する。</p> <p><理由> 現時点では、診療科別の医師のニーズは不明確であり、特別にコースとして設定する必要性が認められないため。</p>
病院群毎の就業期間	<p>○病院群I（現在の22の地域の病院）に受給者が2年間ずつ配置された場合のシミュレーションはどうか→少なくとも70名の募集見込みあり</p> <p>○病院群Iについて2年であれば、まあ許容範囲か・・・</p> <p>●2年とする意見が多かった</p>	<p>A群での勤務について2年以上を必須とする</p> <p><条件> 医師不足地域で4年以上</p>	<p>・地域A群で2年、かつ地域A群又はB群で4年以上勤務</p> <p>・診療科A群で2年、かつ診療科A群又はB群で4年以上勤務</p>	<p>地域A群で2年、かつ地域A群又はB群で4年以上勤務</p>
専門医取得との両立	<p>○専門医を取ってから地域に勤務の意向が多い</p> <p>○どこまで専門医を許容するかを決めておかないといけない</p> <p>○どこまで専門医を許容するか。欲をかかれるといくらでも猶予になってしまう</p> <p>○サブスペシャリティの1つぐらいまでか</p>	<p>取得可能な専門医等の資格</p> <p>一般社団法人日本専門医機構による専門研修の基本領域の専門医資格（1領域）</p>	<p>同 左</p>	<p>同 左</p>
猶予期間	<p>○概ね妥当</p> <p>○試験に落ちたりでたぶん結構延びる人がある</p> <p>●<u>従来の出産育児、留学、大学院等にサブスペシャリティのための猶予も含めて4年は短い。</u>しかしむやみに猶予期間を延ばすのもいい策とは言えない。</p> <p>●<u>女性の場合、産休・育休が重なってしまうと4年以内は厳しい。</u></p>	<p>現状の猶予期間4年に加え、知事が必要と認める期間（※）についても、当該期間を猶予期間とする。</p> <p>※知事が必要と認める期間 義務年限内（9年間）に、新専門医制度における基本領域（1領域）の専門医を取得することが研修期間等から不可能である場合に、その不足する期間</p>	<p>(1) 事由を問わず4年（県外での研修、大学院、留学、その他個人都合等）</p> <p>(2) やむを得ない場合として知事が必要と認める期間</p> <p>ア 災害、疾病、負傷、出産、育児の場合、勤務先等において休業として認められた期間</p> <p>イ 義務年限（9年間）内に、義務履行を果たすと、新専門医制度における基本領域（1領域）の専門医を取得することが研修期間等から不可能である場合、その不足する期間。但し、基幹施設が県内の医療機関の場合に限る。</p>	<p>同 左</p>

将来の診療科ごとの医師の需要を明確化するにあたって具体的な手順(案)

考慮すべき要素の例:

・医療ニーズ ・将来の人口・人口構成の変化 ・医師偏在の度合いを示す単位(区域、診療科、入院/外来) ・患者の流出入 ・医師の年齢分布 ・へき地や離島等の地理的条件 等

診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出し、診療科と疾病・診療行為の対応表を作成



現状の医療の姿を前提とした人口動態・疾病構造変化を考慮した診療科ごとの医師の需要の変化を推計し、現時点で利用可能なデータを用いて、必要な補正を行なった将来の診療科ごとの医師の需要を推計



将来の医師等の働き方の変化や医療技術の進歩による需要の変化については、定量的なデータが得られた時点で、順次、需要推計に反映させる。

当面の対応

将来の課題

76

将来の診療科ごとの医師の需要の明確化について

現状と課題

- 現在、医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。
- 一方、現行では、診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している。
- また、新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない。
- 医師が、将来の診療科別の医療需要を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要。



見直しの方向性

- 医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みを構築するために、人口動態や疾病構造の変化を考慮し、将来の診療科ごとの医師のニーズを都道府県ごとに明確化し、国が情報提供することについてどう考えるか。

77

キャリア形成プログラムワーキンググループ 委員一覧

区分	団体名	委員		
		所属	職名	氏名
座長	地域医療支援センター		副センター長	山崎 晋一郎
大学	千葉大学	医学教育研究室	講師	伊藤 彰一
	順天堂大学	医学部医学教育研究室	先任准教授（臨床）	鈴木 勉
	日本医科大学	日本医科大学千葉北総病院	教授 救命救急センター部長	松本 尚
	帝京大学	帝京大学ちば総合医療センター 第三内科学講座	主任教授	中村 文隆
	東邦大学	医学部内科学講座糖尿病代謝 内分泌学分野（佐倉）	教授	龍野 一郎
団体関係	千葉県医師会		理事	松岡 かおり
	市長会	東金市企画政策部	医療担当部長	石渡 淳一
	町村会	東庄町国民健康保険東庄病院	事務長	寺嶋 利和
病院関係	国保旭中央病院	総合病院 国保 旭中央病院	副院長	塩尻 俊明
	君津中央病院	国保直営総合病院 君津中央病院 医務局	医務局長	畦元 亮作
	亀田総合病院	亀田総合病院	卒後研修センター長 神経内科部長	片多 史明
	船橋市立医療センター	船橋市立医療センター	臨床研修部長兼循環器内科部長	福澤 茂
県	健康福祉部	健康福祉政策課	課長	神部 眞一
	病院局	経営管理課	課長	松尾 晴介

※オブザーバーとして、当事者である医師修学資金を借り受けた医師（日本医科大学卒）及び学生（千葉大学）が参加