

令和7年度第3回福岡県医療対策協議会 議事要旨

【1】 会議の開催日時及び場所

開催日時：令和7年11月10日（月）15：00～17：00

場 所：県庁行政棟 10階 行政特別西（特1会議室）

【2】 出席委員（敬称略）

蓮澤 浩明、野村 政壽、山本 淳考（田中 文啓委員代理）、櫻井 俊弘、中尾 一久、一宮 仁、田中 眞紀、木村 寛、岩崎 浩己、許斐 裕之（内山 明彦委員代理）、壁村 哲平、武富 章、中村 珠美（関 好孝委員代理）、井上 利一

【3】 議事概要

1 臨床研修病院募集定員の算定方法の見直しについて（協議）

以下の資料に基づき事務局より説明。

令和7年9月に県内基幹型臨床研修病院に対して実施したアンケート結果を踏まえ、改めて事務局で見直し案を提出。各委員から様々な意見が出されたため、事務局で整理し、会長一任のうえ、決定することとなった。各委員の質疑・意見は、以下のとおり。

- 【資料1】 臨床研修病院募集定員の算定方法の見直しについて
- 【資料1 別添①】 現行の算定方法
- 【資料1 別添②】 算定方法の見直し案（案Ⅰ-1、案Ⅰ-2、案Ⅱ）
- 【資料1 別添③】 臨床研修病院の募集定員の算定方法（現算定方法）
- 【資料1 別添④】 アンケート結果及び対応（案）
- 【資料1 別添⑤】 臨床研修募集定員の算定方法見直しについて
- 【資料1 別添⑥】 令和8年度の募集定員数による算定シュミレーション
- 【資料1 別添⑦】 新規加算に係る評価項目の配点表
- 【資料1 別添⑧】 アンケート調査による基幹型臨床研修病院のご意見

（事務局）本日ご欠席の委員に事前に意見を伺ったので、紹介する。まず1点目は、採用実績の算定において、小児科産科プログラム広域連携型プログラムは除外していただきたいとの意見。2点目は、医師派遣は地域医療支援の一環であり、病院の研修体制・教育とは直接の関係がないと考えることから、医師派遣の実績を評価することは反対である。また、医師の派遣数は大学や自治体との関係性や地域構造によって左右されるため、公平な評価指標とはなり得ないとの意見を

いただいている。

(委員) 地域医療への貢献の中にある救急医療について、救急患者の受け入れということで、常勤医師1人当たりの救急患者の受け入れ数、また救急車取扱件数とあるが、これは病院が救急をしているか否かの判断の方がいい。1次救急、2次救急、3次救急によって、救急患者の受け入れの患者数が違ってくるのではないか。例えば大学病院は数が少なくても、難しい患者を扱うこともあるし、救急台数となれば、救急車の取り合いになったりがあるやに思う。救急患者の受け入れに関しては、議論の余地がある。

(議長) 事務局から何かその点についてあるか。

(事務局) 救急の種別というか、例えば3次だったら2点とか、2次だったら1点とかそういうイメージでしょうか。

(委員) 救急は難しい。数だけでやるのかその内容を入れるのか、軽い人や重い人など。

(委員) やはり数が問題になるので、種別によって受入数や内容が違うのではないか。救急ばかりの病院と3次とでは違うのではないか。

(委員) 臨床研修病院には中小病院が多く、2次救急をしている病院が多いということで話をさせていただくと、数が非常に大切なところもあり、質がなければ数だけでは言えない。その両方もある。あとは入院率。自院に入院させなくても他の病院に流すといった新しい加算がついているが、そういうのを踏まえるとある程度いいのではないか。

(委員) 地域によっても、救急患者は大きく変わる。例えば福岡市は人口も多く、当然救急患者の絶対数も多い。一方、過疎のようなあまり医療機関のないところは、救急車の数自体が少ない。絶対数が少ないので、この数で加算に結びつけるのは、非常に問題があると思う。この赤字の2項目は、外した方がいいと考える。

(議長) 論点4のところの救急患者の受け入れ体制、赤字で書いてある要協議の部分をどうするか。

(委員) 地域差はあると思うが、これは、常勤医師1人当たりで割り戻しているので、ある程度均てん化はできていると思う。また、常勤医師1人当たり多くの救急患者を受け入れているところは、医療資源としてマンパワーが必要なわけで、そこにある程度加算を入れて、重く配分するのは、道理にかなっている。

(委員) そもそも臨床研修医制度はプライマリーケアをできるようになっている制度であるから、救急については除くことはできないと思うが、研修医1人当たりの数や、或いは総合診療医っていうのも、プライマリーケアにとって大事なもので、そういった見直しがあってもいいのかと思う。

(委員) 医師派遣実績の取り扱いに関して、従来は常勤医師の派遣数だったと思うが、これは大学病院が前提になっていた。これを非常勤も可とすると、大学から派遣された医師を派遣するのもカウントされるのか。

(事務局) そういったところも議論いただきたい。

(委員) 派遣は単年度でカウントするのか。例えば3年、5年、10年などいろいろな派遣のパターンはあるが。

(事務局) 現行は常勤の派遣という条件があり、医師免許取得後7年以上15年以下の臨床経験を有する医師であることと、派遣期間は1年以上3年以下継続しているということ。

(事務局) 今回のアンケート調査から、常勤では大学だけになるため、幅広く、非常勤医師も加算できるようにしてはどうかという提案があった。非常勤を常勤換算するというもの。

(委員) 非常勤を常勤換算するには、すごいデータをとらなければならない。現実的ではない。

(委員) おそらく兼業という言葉がキーワードになるかと思うが、その解釈でいいのか。

(委員) 非常勤に当たる可能性がある医師は、勤務形態として日勤や当直、或いは非定期的に予防接種の手伝いとか、そういうのも含まれるかもしれない。ここまで入れるのか。

(委員) 大学から非常勤で派遣している数はおそらく多いので、現実的に大学以外の病院に何か恩恵があるとも考えにくい。大学がどんどん増えるばかりではないか。本質的に何も変わらないし、データを処理する手間だけが増える印象を持った。

(事務局) 今回病院から、こういった評価をしてもらいたいというご意見をいただいた。また、案では20名以上から1名追加していく計算に変更している。ご意見のとおり、非常勤を常勤換算したところで20名を超えてくるのかは、実態として把握していない。さらに、今回は広域連携型プログラムも考慮させていただき、どちらか多い方を選ぶ形にしている。事務だけが増えてしまう恐れも当然あるかと思う。

(事務局) 要協議の部分がもう1ヶ所ありまして、研修医1人当たりの症例数。年間入院患者数を使うのか、年間の新外来患者数を使うのかという点について、ご意見いただきたい。

(委員) 基本的に研修医は入院患者を見ている。外来に関しては一般外来研修と、他の外来も入れていいかどうか。基本的には入院患者数を評価すべきではないか。

(委員) 入院患者数か、外来患者数かであれば、入院患者数を評価対象にするのがいいのではないか。

(委員) 大学病院では、外来患者数と入院患者数には相関が非常にある。このため、それがあがる病院とない病院で捉え方が違うだろう。臨床研修医の教育というのが基本であるから、そういった点では、やはり新しい患者を診るというのは、研修医にとってはプラスである。したがって、新患紹介患者数は直接的に入院患者数と相関しているデータが出ているので、それが趣旨に合っていると感じる。

(議長) 病院によって違う。新患の数、外来患者の数、一方では、入院患者の数、いろいろな意見が出ている。

(委員) 基本的には、新患で外来に紹介があった方はかなりの確率で入院に繋がっている。リピートで出入りする患者よりも新患で入ってこられたものを評価してはと思う。

(委員) 少し視点が違う話であるが、今からは総合診療医の養成が重要になる。それとともに地域医療が入ってくる。在宅医療の話になるが、現在研修医も一緒に訪問診療をさせているところも多くあるだろう。これは数として入らないのか。

(事務局) 今は入っていない。しかし、将来的にそういったところも主眼に置くならば、必要じゃないかと思う。

(議長) 将来的にはそういったものも考えていく必要があるかもしれない。

(委員) 訪問診療に関しては、地域医療研修で充足される項目かと思う。敢えて基幹病院にその項目を入れないといけないのかどうか。

(議長) いろいろご意見いただいた。本日のご意見を事務局で1つにまとめて、委員の皆様方にもう一度確認をし、あとは会長一任で、この算定の方式を決めていきたいと思っている。本日はご意見いただき、ありがとうございました。

2 令和9年度広域連携型プログラムについて（協議）

以下の資料に基づき事務局より説明。

令和9年度広域連携型プログラムにおける連携元病院について事務局案が承認された。

各委員の質疑・意見は、以下のとおり。

- 【資料2】 令和9年度広域連携型プログラムについて
- 【資料2 別添①】 第2回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会資料（抜粋）
- 【資料2 別添②】 厚生労働省からの事務連絡

(委員) 連携先病院の情報は公にされているのか。専門研修における特別地域連携プログラムでは、連携先の病院の情報が連携元の病院に伝わっていなかったため、うまくいっていなかった。何県でどのくらいいるのか、また研修体制についても、しっかり伝えているのか。

(事務局) 連携元の病院には、連携先の病院がどこにあるのかといった情報は入っている。一般の方も情報を見ることができるとまではわからない。

(委員) 我々も全く知らない。

(委員) 連携元の医師や連携先の選定、その他事務的な手続きなど、そういった調整については連携元病院に一任されている。枠の範囲内で、医師少数県である宮崎県や山口県等の連携先病院への配置、自院はNH0（国立病院機構）なので、その地域のNH0病院と連携して配置することになっている。

(委員) 以前聞いた情報では、国立病院機構では医師少数県にあるNH0病院の情報は国立病院機構を通じて入ってきているとのこと。だから同じ系列の病院に送っているのではないかと思う。ただ、そうではない病院、例えば岩手県は公立病院がとても多く、そういった病院の情報はどういう形で入ってくるのか疑問に思った。

(事務局) 連携先となる病院のリストは国からリストを受領し、連携元病院に提供している。元々、繋がりのある病院同士で連携されているところは多いが、そうでない病院については、リストを基に連携先となる病院に連絡を取っていると聞いている。

(委員) 実際に動くのは令和8年の後半なのでおおよそ1年弱ある。我々の病院は4ヶ所と連携している。1つは北海道、1つは山形、あとは宮崎と大分。それぞれの連携先の担当者とZoomで1回ずつ面談を行った。研修医にとっては、生活の不安などもあるので、臨床研修センター長など、研修医を実際に現地に連れて行って交流する。これは病院間のコミュニケーションの機会にもなる。つまり、医師多数県と医師少数県の病院間の直接のコミュニケーションが取れるので、できれば、人を派遣して。資料2にある臨床研修費等補助金は令和8年度から活用できないか。

また、どの病院がどこの病院と連携しているかは、オープンにしてもいいのではないか。厚労省は、東北・北海道であれば関東地区の病院との連携を想定しているようだが、自院は北海道の病院とも連携している。遠距離であれば、その分経費もかかる。

(委員) 自治体病院協議会では、こういう話はなかなか出てこない。結局、東北は困ってはいるが、九州から派遣という話にはなかなかならないので、先程の懸念点は、まだまだ解決しなければならぬところがたくさんある。今のところ個別の対応をやっていくしかないので、仕組み上で何か必要なことがあるのではないか。オープンにすべきという話も出たが、もう少し発展させて、システムティックになっていくと良いのではないか。例えば労災病院は遠方にたくさんあるので、そこの連携を取っているのではないかと思うが、各々の得意分野のところで繋がっていくのではと思う。

(事務局) 県としても細かい部分まではわからないところもあるが、派遣元病院に提供している資料など、本協議会への資料提供について問題ないものがあれば提供し、議論を進めさせていただきたい。

(委員) この制度は、どこにどのようなプログラムがあり、どこに派遣される、というのを学生がきちんと把握できる場が非常に少ない。そのため、マッチングもなかなかしづらい。そこは国の仕事なのか県の仕事なのかはわからないが、きちんと学生にリーチするような情報発信にもう少し力を入れないと、うまくいかない可能性がある。

(委員) 国に対して、こういった意見や問題点があるということを言ってはどうか。

(事務局) 県も、昨年度から、広域連携プログラムがうまくいくのかということ非常に心配しており、国に対して、いろいろな情報を提供するよう要望している。本日こういったご意見もいただいたので、改めて、国に要望させていただきたい。

(議長) 他に意見がないようであれば、事務局案を承認することとする。

3 医師の働き方改革について（報告）

（医師の働き方改革の施行後における実態調査の結果について）

以下の資料に基づき事務局より報告。

各委員の質疑・意見は、以下のとおり。

○ 【資料3】福岡県（医療勤務環境改善支援センター）

医師の働き方改革の施行後における実態調査の結果について（確定報）

(委員) 私設病院協会では、会員約240病院の約3割に対して、医師の働き方改革に伴い経費に増加があったかアンケートを行った。その結果、医師の働き方改革の開始前後で、約7.6%の経費が増加していた。例えば、医師の雇用やリクルート会社への医師派遣依頼には当然、お金がかかる。そういった各病院の負担は増えている。費用負担に関しては、患者に迷惑がかからないよう、各病院が自助努力を行っているということがアンケート結果に表れている。今年の7月末頃、こ

のアンケート結果を財務省に持っていき、財政支援を求めた。あと、地域医療体制確保加算については、救急車等の搬送件数が 2000 台以上であれば加算があり、これを医師の働き方改革に当てよう国が言っている。しかし、2000 台以上というのは都市部では可能だが、そうではない地域では 2000 台も入らない。全国の医療機関ではこの加算が半数程度しか取れていない。結局、医師の働き方改革に充当できる財源はないという話を財務省に持っていった。現状として、医師の働き方改革の影響で病院に金銭的な負担が出ている。あるいは、救急をやめるとか、医師の働き方改革の対象から除外される管理者の院長が当直をするとか、いろいろな工夫をしている。そういった実態もあることを発言させていただいた。

(委員) この調査は、そもそも、地域医療を守れるか、また医師の健康、どちらかという地域医療に何か影響があるかという内容が主体になっている。概ね地域医療は何とか守れているという回答がほとんどで、医師の働き方改革というのは地域医療に影響がなかったかのように言われているが、勤務医等への聞き取りでは様々な問題が出てきている。現実的には、医師派遣の削減や廃止による診療縮小、救急患者の受入れも時間で制限するようなことが起こっており、大学においては研究時間の制限や、若い先生方の経験値が減少してしまっている。また、勤務時間の短縮が原因と考えられる医療事故やカンファレンスが十分にできなかった、シミュレーションがしっかりできなかったというような医療事故も起きている。病院は時間外手当が払えなくなっていることから、経費的にはあまり関係ないと思っていたが、実際は、地域医療を守るため、あるいは診療を守るため、派遣会社に高額な費用を払いながら何とか頑張らせてくださっているというのが現実ではないか。それから先日、日本医師会の勤務医委員会と病院委員会の合同委員会で、若い先生方が自身のキャリアに非常に不安を持っており、また、時間を管理することで逆にモチベーションが落ちてしまっているとの意見があった。病院委員会側からは、病院の管理者が自己研鑽と勤務の区分けの認識が不十分で、きちんと職員に説明していないとの発言もあった。それ以外の項目も改善が全然見られていないが、これは主に、特例水準よりも A 水準の方が数自体が多いため、このような結果になっているのだと思う。A 水準の医療機関は、時間外手当を払わないようにするために、勤務医を早く帰らせるようなことをしている可能性が高いと思う。この辺りの取扱いをきちんとするよう働きかけが必要である。これから先も、働き方改革の影響というのは、地域医療、それから現場で働く医師、双方の意見を集めながら訴えていく必要があるのではないかと考えている。

(議長) いろんな問題がある。先ほど話があったように、派遣に係る費用も、非常に高い金額になっている。実態調査は今後も継続して、県の方でやっていくのか。

(事務局) 今回、2 年連続で実態調査を実施した。国の調査は昨年度の一回のみであったが、今年度は本県独自に実施した。今回の調査で感じたのは、医師の働き方改革の施行から年数を経過すればするほど、各医療機関の診療体制の変更が、本当に働き方改革の影響によるものなのか、例えば、物価や人件費の高騰など、そういった他の要因であるのか、なかなか判別がしづらくなっていくということ。正確な判別が難しくなることを考えると、今後は働き方改革の影響という観点での調査ではなく、県として把握したい内容や論点を整理した上で行っていく必要があると考えている。

(委員) 事務局の意見は納得できる。働き方改革の問題だけでなく、診療科偏在の問題もある。大学の医局から派遣がなくなったとか、そういうことも地域医療に影響を及ぼしていくと思う。そういった観点も少し入れてもらおうと、もう少し精緻な調査になるだろう。

4 その他（報告）

(1) 福岡県医療対策協議会の開催予定について

以下の資料に基づき事務局より報告。

- 【資料4】令和7年度の福岡県医療対策協議会開催予定

以上