

令和6年12月5日
令和6年度第2回取手・竜ヶ崎地域医療構想調整会議

資料 2

令和6年度医師派遣調整に係る 医師派遣要望の評価結果について

令和6年12月
竜ヶ崎保健所

令和6年度医師派遣調整の進め方

令和6年10月29日
R6第3回茨城県地域医療対策協議会資料より

医師派遣要請までの具体的な手順

【令和6年度の進め方手順】

(1)地域医療構想会議からの要望調査

- ① 各地域医療構想会議から出た要望を集計し、地対協委員に意見照会【8～9月】
- ② 第2回地対協において各地域医療構想調整会議からのプレゼンテーションを実施【8月】
- ③ 各地域医療構想調整会議に対して地対協委員からの②についての意見に対する対応案を照会【9月】
- ④ ②③をもとに各地対協委員あて評価を依頼【9月】
- ⑤ ④の評価を踏まえ、県が作成した要望リスト（案）を第3回地対協で協議【10月】
- ⑥ ⑤で承認された要望リストにより、県から各大学へ医師派遣を要請【10月】

(2)緊急的な対応が必要な医療機関・診療科に係る要望調査

- ⑦ 4月以降の各医療機関の状況を踏まえ、緊急的に対応すべき医師派遣要望を調査【11月】
- ⑧ ⑦の調査結果について、県が作成した要望リスト（案）を第4回地対協で協議【12月】
- ⑨ ⑧で承認された要望リスト（案）により、県から各大学へ医師派遣を要請【12～1月】

評価ポイント（派遣元大学の意見を基に作成した「医師派遣要望における議論のポイント」を活用）

- 1 地域医療構想調整会議等で議論されている地域における医療機関の役割分担や将来の方向性の共有に係る協議内容に沿っているか
- 2 具体的なデータに基づいて、派遣の必要性や必要な人数が裏付けられているか。また、派遣による地域医療への効果が明確にされているか
- 3 医師派遣後の診療体制が整備されている、又は整備される予定であるか
- 4 新専門医制度に対応した教育・臨床研修体制が確保されているか。特に、専攻医や若手専門医を派遣する場合にあっては、指導医がいるか、具体的に何が学べるか、サブスペシャリティ資格として何が獲得できるか
- 5 他の診療科も含め、院内の入院診療体制が整備されているか（救急外来後の受け入れ等）
- 6 働き方改革にも対応し、派遣医師に配慮した生活等各種環境が整備されているか
 - ・ 宿日直等を含む適切な勤怠管理ができているか
 - ・ 同一職種同一賃金の実現に向けた病院間の給与等の格差是正が図られているか
 - ・ 生活拠点の移動にも対応可能な宿舎や保育所等の福利厚生施設（事業）があるか

地域医療構想会議からの要望調査の結果（当圏域）

令和 6 年10 月29 日
R6第3回茨城県地域医療対策協議会資料より

令和 6 年度大学への派遣要請適否の評価結果

病院名	政策医療分野	診療科	要望人数	評価者数	適	否	「否」評価者割合	結果	意見
【共通】 ・医療圏として不足している医師数が不明 ・病院単位で医師を確保するのは難しいと思います。 ・地域で役割分担を考えてはどうか。									
龍ヶ崎済生会病院	心血管疾患	循環器内科	1	20	19	1	5.0%	○	
JAとりで総合医療センター	救急医療	救急科	1	20	16	4	20.0%		・教育研修体制が確立されている病院に配置すべきである。 ・救急科の1名体制は厳しい。 ・24時間体制がとれるとは思えない。 ・HCUの入院冠者の管理を一人で行うは無理ではないか。
牛久愛和総合病院	救急医療	消化器外科	1	20	15	5	25.0%		・消化器内科も少なく、急性腹症の症例数もあり多くないと思われる。 ・効果が不明である。 ・医師派遣後の効果の見込みが不明確である。 ・当該医療機関が腹部救急を受け入れなければいけない状況が不明である。
つくばセントラル病院	救急医療	呼吸器内科	1	20	15	5	25.0%		・教育研修体制が確立されている病院に配置すべきである。 ・呼吸器内科1名での救急体制は厳しいと思われる。 ・指導医がいないため。 ・以前在籍されていた呼吸器内科の先生が非常にがんばっていらっしゃったことが良く伝わってきた。ただ、政策医療（救急医療）での派遣ということで考えると呼吸器内科1名体制での派遣は難しいように思います。 ・「併設クリニックにいる指導医がサポートできる」ということが専攻医派遣の障壁にならないといいつつ、専門医・指導医派遣を要求しており、派遣元の状況や他地域の要望との調整が必要であると考えます。
総合守谷第一病院	小児医療	小児科	1	21	19	2	9.5%	○	・小児救急は広域集約を図るべきである。

○今回の派遣要望は、上限人数の設定等により、要望調査時に地域医療構想調整会議で精査・選定されていることが前提であったものの、複数の地対協委員から要請「否」と評価された要望も散見されることから、派遣要請数が前年同等となる「否」評価者の割合が15%以上となった要望については要請対象外とした上で、さらに落とすべきもの、あるいは復活させるべきものがないか審議する。
⇒当圏域では要請の対象外となった3病院について「否」評価者の割合が15%以上であり、審議の対象外。

地域医療構想会議からの要望調査の結果（県全体）

令和6年10月29日
R6第3回茨城県地域医療対策協議会資料より

令和6年度 優先的に大学へ医師派遣を要請する要望リスト(案)

(単位：人)

区分	二次保健医療圏名	医療機関名	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	小児科	乳腺外科	消化器外科	脳神経外科	整形外科	耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	救急科	集中治療科	緩和ケア科	総合診療科	計	
多数	つくば	筑波学園病院																2.0	2.0	
		筑波メディカルセンター病院														2.0			2.0	
	水戸	水戸済生会総合病院													1.0				1.0	
		県立中央病院	1.0																1.0	
		水戸医療センター												1.0	1.0	1.0				3.0
	土浦	土浦協同病院												2.0					2.0	
少数	取手・竜ヶ崎	龍ヶ崎済生会病院		1.0															1.0	
		総合守谷第一病院					1.0												1.0	
	鹿行	白十字総合病院																1.0	1.0	
		神栖済生会病院	1.0			1.0													2.0	
	古河・坂東	友愛記念病院						1.0											1.0	
		茨城西南医療センター病院			1.0		1.0			1.0				1.0	1.0				5.0	
		つるみ脳神経病院								1.0									1.0	
	筑西・下妻	結城病院							1.0										1.0	
		茨城県西部メディカルセンター													2.0				2.0	
	常陸太田・ひたちなか	常陸大宮済生会病院		2.0							1.0								3.0	
	日立	日立総合病院											1.0					1.0		2.0
		北茨城市民病院			1.0														1.0	2.0
計			2.0	3.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	6.0	3.0	2.0	1.0	4.0	33.0	

緊急的な対応が必要な医療機関・診療科に係る要望調査①

令和6年10月29日
R6第3回茨城県地域医療対策協議会資料より

地域医療構想調整会議からの要望調査以降に緊急的に医師の派遣が必要となった医療機関・診療科については、各医療機関から医師派遣要望を提出いただき、医師派遣を協議・検討する。

1. 調査対象

地对協の構成員である大学及び派遣要望調査の対象医療機関（68病院）

※県（地域医療支援センター）が医療機関に直接調査を実施。

2. 追加要望の要件

以下のいずれも満たすもの

①R6.4月には予測できなかった退職や派遣引上げ等のやむを得ない要因により、将来にわたり継続的に医師が減員となる。

※育児休業や産前・産後休業、定年退職は対象外

②①により、地域の医療提供体制に多大な影響を与える可能性がある。（イ又はロ）

イ：医療提供体制が脆弱な医療圏（当該要望に係る政策医療のSCRが50以下）の更なる脆弱化が進む可能性がある場合

ロ：がん拠点病院や三次救急医療機関など、政策医療等において特別な役割を担う医療機関の機能低下の恐れがある場合

3. 今後の予定

回答後、県（地域医療支援センター）において、必要に応じてヒアリングを実施し、要件の適合性及び派遣の必要性等を精査した上で、第4回地域医療対策協議会においてその結果を報告・協議する予定。

緊急的な対応が必要な医療機関・診療科に係る要望調査 ②

令和 6 年10 月29 日
R6第3回茨城県地域医療対策協議会資料より

参考：政策医療分野に係る主なSCR（年齢調整標準化レセプト出現比）

政策医療分野	指標銘	水戸	日立	太田・なか	鹿行	土浦	つくば	取手・竜ヶ崎	筑西・下館	古河・坂東
がん	悪性腫瘍患者（主傷病）	117.2	80.4	37.2	26.2	88.9	160.6	67.7	19.1	75.8
脳卒中	超急性期脳卒中加算	132.2	119	-	68.6	90.9	197.5	107.9	31.7	168.7
心血管疾患	虚血性心疾患に対するカテーテル治療	126.3	63.6	11.9	90.9	89	148.2	80.2	7.1	91.6
	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞（主傷病）	130.1	84.2	33	29.8	137.7	139.6	83.1	15.1	107.4
救急医療	救急医療の体制【2次救急】	114.1	76.8	54.1	54	99.4	108.4	107.3	44.3	116.2
	救急医療の体制【3次救急】	111.6	175.3	-	-	138.9	190.2	-	-	90.1
周産期	帝王切開手術	110.4	45.8	62.5	45	134.5	87	77.4	111.5	136.2
	ハイリスク分娩に対する医療体制	121.9	103.2	-	72.5	191	125.2	35.1	-	103.6
小児救急	小児外来診療体制（6歳未満）	107.6	86.7	24.7	62.9	82.5	108.3	54.8	32.6	104.3
	小児の入院医療体制	197.1	75.4	20.8	-	120	88.7	7	-	80.2

※出典：厚生労働省「令和5年度医療計画作成支援データブック」、内閣府「経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト」

SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）：各地域で発生したレセプト数を、全国の性・年齢人口構成比で補正し標準化したもの。

100.0を全国平均とし、それ以下は医療提供度合いが少ないことを意味する。

・赤字：全国平均の半分以下のもの

・－：対象医療機関数が3未満のため非公開のもの

(参考) 各部会等への意見照会結果①

令和 6 年8 月27 日

R6第2回茨城県地域医療対策協議会資料より

○ 医師派遣要望調査の実施にあたって、事前にいただいた意見

【小児】 ※令和 7 年度に向け具体的な派遣先についての言及はなかった

- ・ 小児医療は不採算であるため、小児科医が不足していても経営面を考えて派遣要望できないのが現状。
- ・ このため、何らかの指標を用いて、どこにどの程度の規模の病院が必要であるかを整理した上で、政策的に小児科医を確保していく必要があるのではないか。
- ・ 救急搬送件数等を経年で整理した客観的データを用いながら、現場の医師も交えて 3 医療圏（医療提供圏域）ごとに議論する場を設けて、医師の配置を考えることができると良いのではないか。

○各地域の医師派遣要望（一次回答分）についての意見

【がん】

- ・ 今回の調整結果に意見はないが、本県のがん診療提供体制については、集約化と均てん化の必要性と是非が議論されている状況であり、県総合がん対策推進会議においてもがん診療の提供体制を見直す検討が求められている。

【脳卒中】

- ・ 同じ医療圏内で複数病院が同一診療科を要望している事例がある。現状、派遣が厳しいことを踏まえると輪番制導入も検討する必要があると思う。

○各地域の医師派遣要望（一次回答分）についての意見（続き）

【救急】

- ・水戸医療圏の救命救急センター救急医の要望について、実際の専従状況なども確認の上、逼迫しているのであれば優先的に派遣する必要がある。その他の医療圏についても可能な限り対応することが望ましい。
- ・救急医療提供体制の集約と均てんのバランスが重要であることから、三次救急医療機関のみならず、二次救急医療機関にも十分配慮すべきである。

【周産期】

- ・古河・坂東医療圏からの派遣要望は、「常勤医 2 名が産休予定・医師の働き方改革の影響で小児輪番の維持が困難」とあるため妥当と考える。
- ・安全な周産期医療を確保するためには、麻酔科医がいることが必須である。

【小児】

- ・取手・竜ヶ崎医療圏からの要望は、当該医療圏の一部病院の小児科医数減少により深夜帯の小児救急の対応不可、これにより増大したつくば及び土浦医療圏の負担を少しでも低減させる必要があるため妥当と考える。

(参考) 医師派遣調整に関する意見

令和 6 年 8 月 27 日

R6第2回茨城県地域医療対策協議会資料より

・「医療提供圏域など、より広域的な考えに沿った派遣調整が必要」、「派遣元大学や派遣先医療機関などが共通認識のもとで派遣を調整できることが望ましい」との意見があることから、来年度以降の検討課題としたい。

○調整会議からの主な意見

- ・ 医師派遣調整にあたり、周辺地域を支える広域的な医療拠点としての役割を担う医療圏への十分な配慮。
- ・ 新規の機能強化など考えられる医師供給状態ではないことから、地域の中核病院の機能維持に重点を置いた派遣調整の実施。
- ・ 医療提供体制を維持するために必要な医師数の把握や派遣元の大学等から派遣可能な人数等の目安を示すなど、医師派遣要望調査の改善。
- ・ 要望調査について、病院だけでなく地域医療を担う診療所の医師不足についても考慮する必要。

○部会からの主な意見

- ・ 地域医療構想における医療機能の集約化は喫緊の課題であるが、「各医療圏あるいは地域によっては隣接医療圏も考慮した医療提供体制に対する将来的なビジョン」を描いた上での医師派遣はできないか。
- ・ 「前年度要望が叶わなかった地域において、翌年度も同じ病院、診療科を要望してきた場合において、優先的に検討する」取扱いはできないか。
- ・ 派遣元大学等の各診療科の考え方・方針などについて、情報交換・共有しながら調整することが望まれる。
- ・ 派遣元大学等が「次年度における医師の派遣可能な診療科、医師数」を要望調整前に示さなければ、要望にマッチした診療科医師の派遣ができないのではないか。

(参考) 当圏域からの医師派遣要望調査についての意見
(令和6年8月27日令和6年第2回地域医療対策協議会でプレゼン)

派遣要望調査の実施方法を改善していただきたい。

- (1) 県内の医療体制を維持するために必要な診療科別医師数を把握しておく必要があるのではないのでしょうか。医療機関の派遣要望医師数は必ずしも地域に必要な医師数ではありません。小児科等不採算部門においては、必要性も認めつつも病院としての派遣要望につながらないことがあります。
- (2) 派遣元の大学側から、派遣可能な診療科目及び人数の目安を示していただけるとありがたいです。医師派遣についての大きなスキームが示されないと、各地域において医師派遣要望案を具体的に検討することが難しいと考えます。
- (3) 令和5年度は、「医師派遣要望調査に基づく医師派遣人数」(15.4人)よりも、「医師派遣要望以外の医師配置人数」(54.6人)の方がはるかに多かった。各医療機関に医師派遣要望案の作成を依頼するにあたり、「医師派遣要望以外の医師配置」のプロセスについてもご説明いただけるとありがたいです。
- (4) 医師派遣要望調査は病院対象にしか実施されていませんが、地域医療を担う診療所の医師の不足についても考慮する必要があると考えます。