

# 令和3年度第1回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和3年9月13日(月)18：00～

場 所：WEB会議

○司会

茨城県医療人材課でございます。

定刻になりましたので、ただいまから、令和3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。

私、本日、進行を務めさせていただきます医療人材課の沼尻と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、本日の会議でございますが、議事の内容や結果、委員の発言要旨などを、県ホームページにて、後日、公表する予定でありますので、あらかじめご了承くださいませようお願いいたします。

また、本日はWEB会議形式ということでございますので、画面下部のアイコンをご覧くださいと、一番左のアイコンがミュートボタンとなっておりますので、発言時以外は、ボタンをクリックし、ミュートにさせていただきますようお願いいたします。発言時は、ミュートの解除をお願いいたします。

それでは、会議に先立ちまして、9月7日付で茨城県保健福祉部長に就任いたしました吉添からご挨拶申し上げます。

○吉添部長

皆さん、こんばんは。

9月7日付で県の保健福祉部長に就任しました吉添です。

これまで次長として関わらせていただきましたが、引き続き、よろしくお願いをいたします。

それでは、ご挨拶をさせていただきます。

本日は、コロナウイルス感染症の対応などにより、例年以上にお忙しい状況の中、茨城県地域医療対策協議会にご出席をいただき、誠にありがとうございます。

さて、本協議会は、医師の養成確保対策や医療提供体制の充実強化のための方策などについて協議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。

今年度は、医師の派遣調整のほか、修学生医師向けのキャリア形成プログラムの策定や研修医の募集定員の設定など、4回程度の開催を予定しております。

言うまでもなく、本県は、医師偏在指標において全国42位の医師少数県であるとともに、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、医師の不足・偏在が顕著となっております。

地域における医師の不足や偏在の解消に当たりましては、医師少数区域における医療機関をはじめ、救急、小児、周産期医療などの政策医療を担う医療機関に適切に医師が派遣されることが重要であると考えております。

今後、実効的な医師確保対策を進めていくためには、大学、医療機関、関係団体との連携・協力が不可欠となってまいりますので、各委員の皆様におかれましては、忌憚のないご意見をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いをいたします。

簡単ではございますが、開催のご挨拶とさせていただきます。

○司会

続きまして、ここで委員の紹介をさせていただきます。

時間も限られておりますので、大変恐縮ですが、新たにご就任された委員、代理でご出席の委員をご紹介させていただきます。

まず、茨城県難病団体連絡協議会会長の會澤里子委員です。よろしくお願いいたします。

○會澤委員

茨城県の難病連の會澤です。よろしくお願いいたします。

○司会

よろしくお願いいたします。

続きまして、本日、土浦協同病院院長、河内委員の代理としてご出席いただいております、土浦協同病院統括病院長補佐滝口典聡先生です。よろしくお願いいたします。

○滝口統括病院長補佐

土浦協同病院の病院長補佐の滝口と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○司会

ありがとうございます。

続きまして、ご欠席の委員でございます。本年度より、自治医科大学附属病院の病院長の佐田尚宏先生に、新たに委員にご就任いただいているところでございますが、本日、所用によりご欠席とのご連絡をいただいております。

また、常陸大宮済生会病院院長の小島委員、県市長会会長の山口委員につきましてもご欠席となっております。

続きまして、事務局として出席されている先生方につきましては、お配りしている表のとおりでございますが、この中で本年度よりご就任いただいている先生をご紹介させていただきますと思います。

県地域医療支援センターキャリアコーディネーターに本年度よりご就任いただいております宮崎先生です。よろしくお願いいたします。

○宮崎キャリアコーディネーター

宮崎です。よろしくお願いいたします。

○司会

ありがとうございます。

続きまして、本年度、事務局におきまして新たに就任いたしました県担当課職員等を紹介させていただきます。

まず、9月1日付で茨城県保健福祉部医監兼次長に就任いたしました森川保健福祉部医監兼次長でございます。

○森川保健福祉部医監兼次長

森川です。よろしくお願いいたします。

○司会

続きまして、本年4月より就任しております砂押医療局長です。

○砂押医療局長

砂押です。引き続き、どうぞよろしくお願いいたします。

○司会

同じく本年4月より就任しております宮本医療人材課長でございます。

○宮本医療人材課長

宮本です。よろしくお願いいたします。

○司会

その他の職員につきましては、名簿のとおりとなっております。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

事前に郵送とメールにてお送りさせていただきました資料は、次第、出席委員等名簿、資料1として、茨城県地域医療対策協議会設置要項、資料2といたしまして、令和3年度医師派遣調整に係る医師派遣要望調査結果及び令和3年度の進め方について(案)、資料3といたしまして、令和3年度医師派遣調整に係る医師派遣要望調査の結果、資料4といたしまして、医師派遣調整に係る5疾病・5事業の医療提供体制の指標等の分析結果について、資料5といたしまして、茨城県修学生・修学生医師向けキャリア形成プログラムー令和4年度版ーでございます。資料6といたしまして、日本専門医機構の令和4年度専門研修プログラムに係る意見聴取についてでございます。

続きまして、次第4でございます。

会長及び副会長の選出についてでございますが、資料1の茨城県地域医療対策協議会設置要項第4条第2項に基づきまして、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、互選により決定することとしておりますが、委員の皆様からご推薦はありますでしょうか。

○山口委員

水戸医療センターの山口でございますが、去年のとおり、原委員を会長に、それから、鈴木委員を副会長に推薦いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○司会

山口委員、ありがとうございます。

ただいま、山口委員から、原委員を会長に、鈴木委員を副会長にご推薦いただきましたが、委員の皆様方、いかがでしょうか。

○司会

異議なしとのことでございますので、原委員を会長に、鈴木委員に副会長をお願いしたいと存じます。

それでは、原会長から、一言、ご挨拶をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○原会長

皆さん、こんにちは。筑波大学の原でございます。

昨年に引き続きまして本地対協の会長ということでございますので、何とぞよろしくお願いいたします。

皆さん、ご存じのように、この地対協と地域医療構想調整会議、そして最終的な医療審議会といったところで、人員の派遣と申しますか、配置が決定される大事な委員会でもございます。何とぞご協力のほどよろしくお願いいたします。

ただ、本日は第1回ということでございますので、ソフトに始めたいと思いますが、次回以降は熱い議論をよろしくお願いいたします。

○司会

原会長、ありがとうございました。

続きまして、鈴木副会長から、一言、ご挨拶をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○鈴木副会長

皆さん、こんばんは。

副会長を仰せつかりました県医師会長の鈴木でございます。

私も、この地対協は地域医療構想と連動をしていると思いますので、ぜひその方向で早く今後の議論を進めていければと思っております。

よろしくお願いいたします。

○司会

鈴木副会長、ありがとうございました。

それでは、早速、議事に入らせていただきたいと思います。

会議の進行は、原会長をお願いいたします。

○原会長

それでは、議事に入らせていただきます。

先ほども申し上げましたが、円滑な議事進行にご協力をよろしくお願いいたします。

まず、次第5、議題(1)でございます。令和3年度医師派遣調整に係る医師派遣要望調査の結果及び令和3年度の進め方について、事務局からご説明願います。

○事務局

事務局です。医療人材課の佐々木と申します。私からご説明をさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

資料2をご覧ください。

令和3年度医師派遣調整に係る医師派遣要望調査の結果及び令和3年度の進め方という資料でございます。

1ページ目でございますが、まず、医師派遣調整についてご説明させていただきます。

こちらは昨年度から実施しているものでございます。

令和2年3月に策定いたしました医師確保計画は、令和2年度から令和5年度までの4年間を計画期間としておりまして、こちらの医師確保計画では、各二次保健医療圏における医療提供体制の課題及び重点化の視点を踏まえ、短期的な医師確保対策として、医師の派遣(配置)調整を実施することとしております。

まず、医師確保の方針でございますが、県保健医療計画や県地域医療構想との整合を図りまして、各地域や各疾病、事業の医療体制に求められる医療機能や、その分化や連携の方針等に基づきまして、必要となる医師の確保を図ることとされております。

また、重点化の視点としまして、地域の拠点病院の勤務医や不足診療科の確保に取り組みまして、救急や周産期、小児等の政策医療体制の充実を図ることとされております。

この医師確保計画に記載されております医師の配置調整スキームでございますが、この下の四角囲みの中でございます。

まず1番目、県内の医療機関から医師の派遣要望をいただいております、そのいただいた要望につきまして、この地域医療対策協議会におきまして、地域偏在、診療科偏在、政策医療機能等における必要性・重要性を審議していただくこととなります。その審議結果をもとに、

最終的には、医師の派遣を筑波大学をはじめとする医師派遣大学に要請をさせていただきまして、医師派遣をしていただくといったようなスキームとなっております。

今回は、1ページ目の下の赤枠のように、医師派遣要望調査を各医療機関に実施しましたので、その結果のご報告と、本年度の今後の進め方について協議させていただきたいということでございます。

2ページに進みまして、こちらは令和2年度医師派遣要請の結果でございます。

昨年度の医師派遣要請の状況でございますが、表の右下の14.2人を筑波大学等に要請させていただきました。

その結果、筑波大学から5.4人の派遣が決定し、その後、筑波大学から日立総合病院の小児科に1人の医師派遣が追加されまして、6病院計6.4人の医師派遣が現在決定しているところでございます。

この表の中の㊦となっているのは、派遣をいただいたところでございます。

この赤枠と青枠のところが、本年度要望がある医療機関・診療科でございます。

この青枠につきましては、「最優先で医師確保に取り組む」医療機関・診療科として、医師確保に取り組んでいる部分でございます。

次のページ、3ページでございます。

令和3年度医師派遣要望調査の概要でございます。

まず、調査対象でございます。

茨城県内の病院のうち、第7次県保健医療計画に位置づけられる5疾病・5事業のうち、以下の機能を担う県内の病院、合計70病院に調査をさせていただきました。

以下の機能といいますのは、この四角囲みの中で、5疾病につきましては、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患の3つでございます。5事業につきましては、救急医療と周産期医療、小児(救急)医療、こちらの6つの分野に限って調査をさせていただきました。

調査基準日は、令和3年4月1日現在となっております。

調査内容としましては、まず、①現員の医師数と今後1年間の増員(減員)の見込みをお伺いしております。

それから、先ほどの5疾病・5事業のうちのがん、脳卒中、心血管疾患、救急医療、周産期医療、小児(救急)医療の機能を果たすために、①の人数に加えて確保する必要があり、かつ令和4年度に大学等からの派遣を要望する医師数、それから、その具体的な理由についてお伺いしております。

③としまして、5疾病・5事業のうち、がん、脳卒中、心血管疾患、救急医療、周産期医療、小児(救急)医療の関連診療科についてお伺いをしているところでございます。

4は、その調査結果でございます。

回答数は、70病院、全ての病院から回答をいただきました。

その結果、医師派遣要望病院数としましては、31病院から医師の派遣の要望がございました。

医師派遣要望の人数としましては、181.8人という結果になりました。

このほかに、先ほどの令和2年度の地域医療対策協議会において派遣が必要とされた医療機関・診療科のうち、今回要望があったものが6人ということになっております。

この米書きでございますが、先ほどの令和2年度地対協で非常勤医師が派遣されることとなった2医療機関・2診療科については、当該医療機関から常勤医師の派遣要望があったため、①の181.8人のほうに含めております。

詳細は、資料3になりますので、後ほどご覧おきいただければと思います。

次に、4ページにお進みいただきまして、調査結果(概要)でございます。

医療圏別の医師派遣要望数は、上の表のとおりになります。下の表は、政策医療分野別に分けたものでございます。

こちらの合計数、括弧書きが実人数でございます、これは政策医療分野別を重複して回答することができることになっておりますので、重複した結果、令和2年度は204.9人、令和3年度は240.2人という結果になっております。

5ページにお進みいただきまして、令和3年度の医師派遣調整の考え方でございます。

令和3年度医師派遣調整の考え方は、昨年度の第4回茨城県地域医療対策協議会においてご承認いただいた内容でございます。

下の四角囲みでございますが、令和3年度医師派遣調整のポイントとして、まず1つ目、医師が派遣されなかった医療機関・診療科の取り扱いでございますが、令和2年度の医師派遣調整の協議の中で、医師派遣の必要性が認められたものであるため、当該医療機関の意向を確認した上で、必要に応じて筑波大学等の医師派遣大学とも協議を行いつつ、令和3年度医師派遣要請リストに加えることを基本とするというものです。

2つ目、医師派遣調整の対象とする政策医療分野の絞り込み、こちらにつきましては、昨年度は5疾病・5事業、在宅医療の全てを対象としていたのですが、先ほどご説明させていただいたとおり、3つの疾病と3つの事業に絞らせていただいて今年は調査をさせていただいております。

3つ目です。地域医療構想調整会議との連携ということで、医師の派遣については、本来、地域医療構想における医療機能の分化・連携の方針に基づき検討すべきものであることから、地域医療構想調整会議において、医療機能の分化・連携(役割分担)の議論が進んでいる二次保健医療圏への医師派遣を優先的に検討するという一方で、こちらの3つが大きなポイントとなっております。

次のページ、6ページにお進みいただければと思います。

医師派遣調整の進め方①でございますが、令和2年度医師派遣調整に関しましてご意見をいただいておりますので、これに対する対応についてご説明させていただきます。

まず、筑波大学からの意見として、①地域医療構想調整会議等で医療機関の機能分化・連携等の方針の決定が必要、②新専門医制度に対応した教育・臨床研修体制の確保が必要、③派遣医師に配慮した生活等各種環境の整備の推進が必要。

それに対しまして、①につきましては、先ほどの令和3年度医師派遣調整の考え方のとおり、地域医療構想調整会議で、医療機関の機能分化・連携等の議論が進んだ二次保健医療圏を優先的に検討させていただくこととしたいと思っております。

②、③につきましては、医療機関へのヒアリングにおいて、各医療機関の状況を確認させていただきたいと考えております。

それから、令和2年度、昨年度の各部会等からの主な意見についてのご対応でございます。

まず、脳卒中・心血管疾患部会から、①救急医療体制と密接に関連しているため、救急搬送時の医療圏を超えた患者の流出入状況の考慮が必要ということ、②SCRは二次医療圏ごとの分析であり、患者の流出入の反映が必要、③二次救急医療及び三次救急医療の二面において体制整備が必要だが、医療人材は有限であるため、効率的・効果的な医師派遣が必要、④二次救急医療を機能させるためには、三次救急医療が機能することが必要、⑤二次医療圏の周産期医療体制の整備は必要だが、医療人材は有限であるため、周産期センターなど周産期医療を担っている医療機関への人員の集約など、効率的な医師派遣が必要、⑥ハイリスク分娩に対応している医療機関の医師の負担軽減が必要と、このようなご意見をいただきました。

それに対しましては、各疾病・事業の特性を踏まえた新たなデータの活用や、各医療機関が医療計画等で求められている役割や機能といった観点からの個別調査などにより、令和2年度の「優先順位の考え方」に加える補正の考え方を各部会等に提示して、各部会等から意見聴取をさせていただくこととしております。

それらを踏まえまして、本年度の医師派遣調整の進め方でございますが、次のページ、7ページをご覧ください。

令和3年度医師派遣調整の進め方②でございますが、令和3年度は、令和2年度第4回地対協において承認いただいた「令和3年度医師派遣調整の考え方」をもとに、基本的には令和2年度と同様の進め方とし、具体的には以下の手順で進めていくこととしたいと考えております。

四角囲みのところでございます。令和3年度の進め方の手順でございます。

下線のところが令和2年度からの変更点となっております。

医師派遣要望調査において、各医療機関からの医師派遣要望数を集計し、以下の手順で調整を実施します。

まず、①SCRの分析や保健医療計画・地域医療構想等の整合性から、明らかに医療提供体制が不足している二次医療圏を政策医療分野別に機械的に選定、これは令和2年度の優先順位の考え方でございます。

②令和2年度にいただいた地域医療構想調整会議、地対協部会や政策医療分野の各部会等からのご意見を踏まえまして、先ほどの①の令和2年度「優先順位の考え方」に対して補正を加えて、これに対して各部会等へ意見聴取。

③、これが今日の部分でございますが、②を踏まえて作成した「令和3年度の優先順位の考え方」について、地対協で協議・決定。

④県(センター)において、③を踏まえ、各医療機関からの医師派遣要望を精査して選定した医療機関と、地域医療構想調整会議における医療機能の分化・連携(役割分担)の議論の結果、地域医療構想調整会議により選定された医療機関・診療科を合わせ、医師派遣要望リスト案の原案を作成いたします。

⑤県(センター)が作成しました医師派遣要望リスト(案)を地対協に提示させていただきます。

⑥ ⑤で承認された医師派遣要望リストに基づき、派遣要請先候補の大学の窓口へ事前に打診させていただきます。

⑦県(センター)において、令和2年度に地対協において医師派遣の必要性が認められ、医



師が派遣されなかった医療機関・診療科、それから、④で、③を踏まえ、各医療機関からの医師派遣要望を精査して選定した医療機関についてヒアリングを実施しまして、医師派遣要望をさらに精査させていただきます。

なお、地域医療構想調整会議により選定された医療機関・診療科につきましては、ヒアリングは実施しないこととさせていただきます。

⑧ ⑥、⑦の感触等も踏まえ、最終的に派遣要請する医療機関・診療科及び派遣要請先について地対協で協議いただきます。

⑨で、正式に県(センター)から各大学へ医師派遣を要請、こちらが10月末頃を予定しております。

今日は、③の令和2年度の「優先順位の考え方」に対して、各部会からの意見を踏まえて作成しました「令和3年度の優先順位の考え方」について協議させていただければと思います。

8ページにお進みいただきまして、各部会等への意見照会の結果でございます。

政策医療分野別の各部会等への意見照会の結果について、令和3年度の進め方手順②における各部会等に対して実施した令和2年度「優先順位の考え方」における補正の考え方についての意見照会の結果は、この表のとおりとなっております。

がん、脳卒中、心血管疾患におきましては、特に意見等はございませんでした。

救急医療、周産期医療、小児(救急)医療において、新型コロナウイルス感染症患者の受入状況を反映してはどうかというようなご意見がありました。

地域医療構想調整会議では、同じく新型コロナウイルス感染症患者の受入状況を反映してはどうかということと、脳卒中に係るレセプトデータにつきまして、平成28年度のレセプトデータを用いる場合は、経皮的脳血栓回収術の実施件数を用いるほうがより適切なのではないかというようなご意見をいただきました。

次のページへお進みいただきまして、各意見に対しての対応でございます。

まず、①新型コロナウイルス感染症患者の受入状況を反映してはどうかというところでございますが、医師派遣をご要望いただいている医療機関につきましては、現状として、新型コロナウイルス感染症の対応にご協力をいただいている状況でございます。

なお、新型コロナウイルス感染症患者の受入医療機関や受入件数等は非公表とさせていただきます。

それから、2つ目のご意見としまして、平成28年度のレセプトデータを用いる場合は、経皮的脳血栓回収術の実施件数を用いるほうがより適切ではないかという部分でございます。こちらに関しましては、脳卒中に関しましては、超急性期脳卒中加算(入院)に係るSCRを採用していたわけですが、そちらだけでは脳卒中の急性期医療状況の把握としては十分ではないということから、経皮的脳血栓回収術を含むSCRの指標である脳卒中の経皮的脳血管形成術等に係るSCRを加えて、令和2年度の優先順位の考え方を補正することとしてはどうかと考えております。

次のページ、10ページにお進みいただきまして、ここからは各政策医療分野別に今年度の優先順位の考え方についてご説明させていただきます。

まず、SCR等による選定状況、これは、令和2年度の「優先順位の考え方」により選定さ

れたものでございますが、常陸太田・ひたちなか医療圏、鹿行医療圏の2医療圏を機械的に選定することとなります。

令和2年度医師派遣調整における部会からの意見としましては、SCR等による優先順位の考え方で支障はないという一方で、がん診療連携拠点病院等は、その病院に求められる役割・機能を担えているかどうかことが重要というご意見をいただきました。

そこで、各部会等に、赤枠の中の考え方で今年度進めてはどうかということで、ご意見を伺いました。

その内容でございますが、「優先順位の考え方」の補正の考え方としまして、がんについては、全てがん診療連携拠点病院等からの要望であり、各病院に求められる役割・機能については、茨城県保健医療計画及び総合がん対策推進計画等において明確にされていることから、こうした病院ごとの役割・機能を十分に果たしているか、当該地域で求められている医療ニーズに対応できているかといった観点から、医師派遣の要望があった医療機関に対し、調査を実施することとし、医師派遣要望のあった医療機関が多くはないことから、その調査結果等を地対協に提示して、地対協において、医師派遣対象医療機関を協議・選定してはどうか、このようなことを各部会さん等にお伺いしましたところ、特にこれに関してご意見はございませんでした。

次のページでございます。11ページでございます。

脳卒中でございます。

脳卒中につきましては、先ほどと同じくSCR等による選定をしますと、常陸太田・ひたちなか医療圏、筑西・下妻医療圏、古河・坂東医療圏の3医療圏が機械的に選定されます。

まず、この部分に対して、先ほどの補正の意見がございましたので、「優先順位の考え方」を補正したいと思います。脳卒中の急性期医療状況をより適切に把握するため、SCRによる選定において、電子レセプトの指標「脳卒中の経皮的脳血管形成術等」の追加でございます。

下の表でございますが、超急性期脳卒中加算(入院)または脳卒中の経皮的脳血管形成術等の指標により選定される医療圏はこちらの表のとおりになります。

超急性期脳卒中加算(入院)の場合は、上の列、常陸太田・ひたちなか、筑西・下妻、古河・坂東の3つの医療圏が選定されます。

脳卒中経皮的脳血管形成術等では、常陸太田・ひたちなか、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻の3つの医療圏が選定されます。

こちらを両方合わせまして、常陸太田・ひたちなか医療圏、取手・竜ヶ崎医療圏、筑西・下妻医療圏、古河・坂東医療圏の4医療圏を選定したいと考えております。

次のページにお進みいただきまして、SCR(脳卒中の経皮的脳血管形成術等)による医療提供体制が大きく不足している医療圏の選定、取手・竜ヶ崎医療圏の追加の経過でございますが、まずSCRで見ますと、この上の表でございますが、常陸太田・ひたちなか医療圏、取手・竜ヶ崎医療圏、筑西・下妻医療圏のほうで大きく不足していることとなります。これは100を全国平均としておりまして、それ以下は医療機能が少ないことを意味しております。

医療提供体制が大きく不足している医療圏、全国平均の2分の1以下のものを取りまして、常陸太田・ひたちなか医療圏、筑西・下妻医療圏、取手・竜ヶ崎医療圏の3つになります。

取手・竜ヶ崎医療圏に、県保健医療計画における脳卒中の専門的医療を包括的に行う施設、

専門的医療を行う施設等として位置付けられている医療機関がございますので、常陸太田・ひたちなか医療圏、筑西・下妻医療圏、古河・坂東医療圏、取手・竜ヶ崎医療圏の4医療圏を選定したいと考えております。

次のページでございます。

SCR等による選定につきましては、今ご説明いたしましたとおり、この4医療圏を機械的に選定することとしたいと思っております。

令和2年度医師派遣調整における部会からは、救急医療体制と密接に関連しているため、救急搬送時の医療圏を超えた患者の流出入考慮が必要という意見がございましたので、優先順位の補正の考え方としましては、脳卒中は早急に適切な治療を開始する必要があることから、他医療圏の救急搬送が多く、搬送時間が長い二次医療圏を優先順位の高い医療圏としてはどうかと考えております。

参考にするデータとしましては、救急搬送状況や救急搬送時間につきまして、各消防本部からご提供いただいたデータを活用することを考えております。

こちらの部分につきましては、特に修正等のご意見はございませんでしたので、こちらの考え方で進めていきたいと考えております。

14ページでございます。

心血管疾患についてでございます。

こちらにつきましては、SCRで機械的に選定しますと、常陸太田・ひたちなか医療圏、鹿行医療圏、筑西・下妻医療圏の3医療圏を機械的に選定することになります。

令和2年度医師派遣調整における部会からの意見は、救急医療体制と密接に関連しているため、救急搬送時の医療圏を超えた患者の流出について考慮が必要ではないかというものでございました。

これを受けまして、こちらも脳卒中と同様に、心血管疾患は早急に適切な治療を開始する必要があることから、他医療圏の救急搬送が多く、搬送時間が長い二次医療圏を優先順位の高い医療圏としてはどうかと考えております。

参考にするデータとしては、同じく救急搬送状況、救急搬送時間について、各消防本部からご提供いただくデータを活用することを考えております。

こちらにつきましても、部会等にご意見を伺ったところ、特に意見等はございませんでしたので、こちらの進め方で進めさせていただきたいと考えております。

次のページでございます。

救急医療でございます。

SCR等によりますと、救急医療の場合、常陸太田・ひたちなか医療圏、鹿行医療圏、筑西・下妻医療圏の3医療圏が機械的に選定されます。

令和2年度医師派遣調整における部会からは、SCRは二次医療圏ごとの分析であり、患者の流出にも反映されていないため、分析が必要ではないか、それから、二次救急医療及び三次救急医療の二面において体制整備が必要だが、医療人材は有限であるため、効率的かつ効果的な医師派遣が必要ではないか、二次救急医療を機能させるためには、三次救急医療が機能することが必要ではないか、このようなご意見をいただきました。

それに対しまして、令和2年度は、SCR等による分析に加え、二次救急や三次救急の入院

患者の受療動向データや救急搬送時間、救急搬送件数のデータ等の分析を加えました。

令和3年度は、新たなデータの分析等を加えてはどうかということで、①二次救急についてでございますが、消化器系、呼吸器系、外傷など疾病の分類ごとに、他医療圏への救急搬送が多く、搬送時間が長い二次医療圏を選定し、疾病の分類ごとに優先順位の高い医療圏を選定してはどうか。その選定した医療圏のうち、救急搬送件数が多い医療機関を選定してはどうかというものでございます。

②でございます。三次救急でございますが、令和3年度は、医師派遣要望のあった三次救急を担っている医療機関につきまして、二次医療圏を超えた広域性や高度な機能性といった観点から、実情を把握するため、当該医療機関の受療状況や地域における役割、勤務医師の状況などについて個別の調査を行い、分析することとしたいと思っております。

これは、医師派遣要望のあった医療機関に個別に調査票を送付するものでございます。

医師派遣要望のあった医療機関がそう多くはなかったものですから、その調査結果等を地対協に提示し、地対協において医師派遣対象医療機関を協議・決定してはどうかと考えております。

参考にするデータとしましては、各消防本部からご提供いただいた、救急搬送状況、救急搬送時間、救急搬送件数のデータを活用して進めていきたいと考えております。

こちらにつきましても特にご意見等はございませんでしたので、こちらの進め方でやりたいと考えております。

次のページでございます。17ページでございます。

周産期医療でございます。

周産期医療につきましては、SCR等によりますと、日立医療圏、取手・竜ヶ崎医療圏、古河・坂東医療圏の3医療圏が機械的に選定されます。

令和2年度医師派遣調整における部会からは、医療人材は有限であるため、他医療圏からの流入も考慮し、周産期センターなど周産期医療を担っている医療機関への人員の集約など、効率的な医師派遣が必要ではないか、また、ハイリスク分娩に対応している医療機関の医師の負担軽減が必要ではないか、という意見がございました。

これに対しまして、令和2年度は、SCR等による分析が不十分であるとして、SCR等による分析に医師派遣要望のあった医療機関等の実情を示すデータの分析、人口10万人対産科・産婦人科医師数や、医師1人当たりのハイリスク分娩数などを加えました。

令和3年度は、医師派遣要望のあった医療機関の実情を把握するため、当該医療機関の受療状況や地域における役割、勤務医師の状況などについて個別の調査を行い、分析することとしたいと思っております。

医師派遣要望のあった医療機関がそう多くはないことから、その調査結果等を地対協に提示し、地対協において医師派遣対象医療機関を協議・選定してはどうかと考えております。

そのほか、分娩取扱常勤医師1人当たりのハイリスク分娩数が多い医療機関についても、令和2年度の調査結果を参考としたいと考えております。

18ページでございます。

小児医療についてでございます。

SCR等によりますと、鹿行医療圏、常陸太田・ひたちなか医療圏の2医療圏が機械的に選

定されます。

令和2年度医師派遣調整における部会からは、SCRを参考にすることは問題ないが、さらに各医療機関の実情や地域の実情を考慮することが必要ではないか、また、今後は、二次医療圏のSCRを根拠とする均てん化と高度・急性期医療の質向上の二面からの検討が必要ではないか、というご意見をいただきました。

これに対しまして、令和2年度はSCR等による分析は基本的には問題ないとして、SCR等による分析に加えて、新たなデータ等による分析は行わなかったのですが、今後は各医療機関の実情や地域の実情の考慮等が必要との意見をいただいたことから、令和3年度は、医師派遣要望のあった医療機関の実情を把握するため、当該医療機関の受療状況や地域における役割、勤務医師の状況などについて個別の調査を行い、分析することとしたいと考えております。

医師派遣要望のあった医療機関が多くはないことから、その調査結果等を地対協に提示して、地対協において医師派遣対象医療機関等を協議・選定することを考えております。

最後までございます。19ページでございます。

今後のスケジュールでございますが、医師派遣要望リスト案の提示を、次回の地対協でさせていただきます。

10月に、医師派遣に係る対象医療機関のヒアリングを、県地域医療支援センターで実施したいと考えております。

また、10月に、各大学への医師派遣要請案の協議を地対協で行いまして、その地対協で協議いただいた後、各大学へ医師派遣の要請をしたいと考えております。

11月から1月、各大学と医師派遣等の協議をさせていただきまして、3月に医師派遣調整原案の協議・調整をさせていただいて、3月末に医師派遣の手続きを各大学とさせていただければと思っております。

簡単ではございますが、ご説明は、以上になります。

○原会長

どうもありがとうございました。

縷々詳しく説明していただきましたが、一言だけ申し上げますが、僕は会議が長いのは大嫌いだというのを前から申し上げているのですが、もうちょっとコンパクトに説明してください。これは皆さんの手元にある資料ですから、見れば分かります。だから、改変のあった部分だけ説明していただければ僕は十分だと思います。

今の説明をまとめますと、端的に言いますと、4枚目のスライドですが、アンケートを取ったところでは、去年が182.5で、今年は181.8の要望があったということでございます。これをこれから9月の2回目の本会で絞込みをするわけですが、その考え方を本会でご了承いただければと、端的に言うともうそういうことです。

これにつきまして、つまり、考え方のところについて多少変わったところがありましたが、委員の先生方、何かご意見はございますでしょうか。

鈴木先生、どうぞ。

○鈴木副会長

冒頭にも申し上げましたが、地対協による医師派遣を受けられる病院というのは、病院の

中では非常に恵まれた病院でございますので、しっかりと地域医療構想においても役割を果たしていただきたいと思っております。

まず、いくら何でも、今、この時期に新型コロナを受け入れている病院でしょうねという質問をさせていただきますが、皆さん、受け入れているということで、それはよかったと思います。地域医療構想調整会議との連動がいつまでも先延ばしにされていくと、それとは関係なく、各病院の希望によって医師派遣の要望がされているという現状がいつまでも続くことになり、それは好ましくないと思います。地域医療構想調整会議が今年度は行われるわけですから、地域医療構想調整会議で、各病院の要望については、事前に合意を取っていただくということを始めておかないと、いつまでたっても地域医療構想調整会議とは無関係に、各病院の希望によって医師派遣の要望が出されるということが続くのではないかと思います。

それと、今は各病院の希望によって要望が出せますので、そうすると、ずっと派遣が認められなくて、それがずっと続く病院も出てくると思うのです。それに対しては、長く出しておけば、そのうち順位が上がってくるようなことは全くないということで、長く出しても認められないということは必要性が低いということですから、一回下ろしていただくという取り決めも必要ではないかと思います。

それと、私は常陸太田・ひたちなか二次医療圏ですが、あそこは十数年前までは、常陸太田市は日立医療圏、それ以外は水戸医療圏だったので、もう既に基幹病院はその2つの医療圏を前提に整備されてきておりました。今、いろいろなところで常陸太田・ひたちなが足りない、足りないということになっているのですが、今さら新しく全部の医療機能を当医療圏の中で完結するというのは無駄だと思いますので、今後の議論は、そうした状況を勘案して進める必要があると思います。脳卒中について言えば、日立医療圏に入っただけのところに民間の脳卒中の専門病院がございますし、もう一方では、水戸市に入っただけのところにもう一つの脳卒中と循環器の専門病院がございまして、かなりその2病院に頑張っているという状況は、整形外科も同じです。地域医療構想調整会議を事前に通さないために、そこでの議論がないままにここへ上がってしまうという現状は大きな問題だと思いますので、ぜひ地域医療構想調整会議の議論を経て、合意を得てからここに上がってくるようにしていただきたいと思っております。

以上です。

○原会長

どうもありがとうございました。

鈴木先生が言われたことは、去年、僕も申し上げたことで、要するに、構想調整会議のもとにこういうものはスタートしないとどうしようもないということで、県のほうもそれなりに尽力はしていただいて、鹿行と水戸をモデル地区として、水戸は実際は行われておりませんが、地域医療構想調整会議を僕としては先行してと思っておりました。その合意を得た上で各医療機関にアンケートをと考えていたのですが、時期的にコロナのこともあって、少し構想調整会議が遅れたということもあって、先生がおっしゃるように、これは去年と全く同じような形で出てきています。

つまり、アンケートが先行して、その後に構想調整会議があつてということなので、先生

のおっしゃられるとおりだと思いますので、来年度に向けては、構想調整会議に上げるデータとかそういったものを先取りして、2月、3月から出しておいて、構想調整会議を早々にやっていただくというような進め方が今後は僕は必要になってくるのではないかなと思います。鈴木先生のご意見に同感です。それに向けても、県のほうとしても何とぞご尽力いただければと思います。

まず、それは僕からも要望したいと思います。

今回は地対協の第1回目ですが、この考え方として、それが今回の目的でございます。目的としては、こういう考え方でいいかということでございますが、これにつきましては、ご意見でございますでしょうか。

どうぞ。

○野村委員

茨城西南医療センター病院の野村と申しますが、もうちょっと細かいお話になるのですが、脳卒中関連なのですが、部会のほうから、超急性期脳卒中加算に加えて、脳卒中の経皮的脳血管形成術も加えてSCRを計算するというところで提案されたのですが、脳卒中に関して言えば、これはどちらかというとかテの治療を専門に扱うような指標になっているのです。

これに対して、今までうちで診ている限りでは、確かにカテもうちでやっていますので、大体比率は出るのですが、どちらかというとかテのほうが多いののですが、これを見ると、カテを専門にやっているところしか脳卒中は扱わないようなSCRになってしまうような気がするのです、開頭術の指標も加えないとかなり偏ってしまうように思います。

以上です。

○原会長

事務局、何か考え方はありますか。

○事務局

経皮的脳血栓回収術だけではなくて、超急性期脳卒中加算の両方を見るということをやっているのですけれども、開頭術はまた別の指標ということでしょうか。

○野村委員

実際にはこれはカテによる処置になると思いますが、手術自体は勘案されていない指標になっているのです。そこが抜けているのは、どちらかというとか偏った部分になると思うので、手術件数等を取り入れないと、指標としてはちょっとおかしいと思いますけれども。

○原会長

事務局、いかがですか。

○事務局

ご意見、ありがとうございます。

もともとこの指標は、保健医療計画において数値目標としていたことから、この超急性期加算をピックアップしていたところですが。

今、野村先生のほうからご指摘いただいた開頭術が入っていないではないかというようなご指摘なのですが、すみません、不勉強でちょっと確認できていない部分がありますが、まだ手元に数字はないのですが、この部分を踏まえるべきというようなことであれば、一回、それらを含めた形で検討させていただきたいと思います。

事務局からは、以上です。

○原会長

どうぞ。

○植草委員

北茨城市民病院の植草ですが、どうもありがとうございます。

私は、結構長い間、地对協に参加させていただいているのですが、もともとのきっかけというか、医師の偏在に対する働きかけ、偏在をどうするかということも大きな問題だったと思うのです。

ところが、地域卒の学生さんが卒業して、専門医を取ってきてというような状況になってきても、いまだに医師の偏在に対する働きかけというか、それが解消されていくような方向に行っていないような気がするのです。それに対する考えはあるのでしょうか。

おそらく、地域卒の卒業生も、大体6年とか9年とか、そこら辺のレベルでもう義務はなくなりますよね。そういう先生方が地域に出るようなチャンスがなければ、行ったこともなければ、勤務する意識もないと思うのです。

ですから、地对協として、医師の偏在に対する働きかけはどのようなふうにやっていくのかということ进行を明らかにしていただきたいと思います。

○事務局

ご指摘のとおり、長期的に茨城県の医師の地域偏在を解消していくという課題はございますが、この医師配置調整スキームは、新しく策定した医師確保計画の中の短期的な施策として位置づけさせていただいたものでございます。地域で政策医療を担う医師が不足しているという今現在ある課題をどうやって対応していくかということで、このスキームを短期的な施策として位置づけて、1年間かけて毎年度実施することとさせていただきました。

一方、長期的に医師の偏在を解消していくということも、これはきちんと計画の中に位置づけておまして、先生がおっしゃった地域卒とか、県独自の一般修学資金であるとか、そういったところで医師の養成を、今、図っているところでございまして、地域卒も53まで増えてきました。

さらに、国でも、2036年に向けて医師の偏在を解消していくために、今後、茨城県の地域卒を、2036年に医師の需給が均衡するように増やしていくべきだろうということで、今、国で議論をさせていただいているところでございます。

国でも、コロナの影響でなかなか議論が進んでいない部分があるのですが、2036年に向けた茨城県で年間に必要な養成数、こうした地域卒の数が確定してきたところで、また県としてもきちんといろいろな大学に地域卒をつくってまいりたいと思いますし、そういった医師を、この後説明しますが、修学生用のキャリアアップ形成プログラムを各病院に充実させていただくことによって、医師不足地域において修学生の医師が回っていくような循環を県としてもつくっていききたい、そういう考えでおります。

○原会長

今のことに補足しますと、短期的に9年間の義務年限間に医師を派遣しても、多分、地域にとって何の役にも立たないと僕は思っています。ですから、長期的な展望として、そういう専門医を持ったような人たちが十分な人数派遣できるようなスキームを描いていこうと。



今まさにその途中の段階だというふうな認識を持っていただければいいかなと思っています。別に地域の病院に行く教育をおろそかにしているわけではないというふうに思っただけだと思います。

それから、先ほどの脳外科の脳卒中のことなのですが、先生、資料4の5ページの5の資料を見ていただくと、必ずしも手術を外しているわけではないということがうかがわれるし、多分、このことは部会のほうからある程度上がってきた案件だと思います。

ですから、決してそうではないというふうにご認識いただくことと、それから、これからさらに絞っていくところで、そういう意見は、当然、部会のほうから上がってくると思いますので、これからは小島先生の独壇場ではございますが、そういうところで具体的な派遣の人数とかそういったことが出てくる。部会のほうからも出てくるというふうに認識しています。決して手術を外しているわけではないというふうに認識していただければと思います。よろしくをお願いします。

そのほかございますでしょうか。

細かいところはこれから調整に入りますので、その各部会とか地域医療構想調整会議等々の意見を反映していきたいと考えていますが、そういう意味では事務方がちょっとしゃべり過ぎだったと思うのですが、大きな考え方として、今年はどういった考え方でいっていかということのご審議でございます。

よろしいでしょうか。これで今年はいくということでお認めいただけますか。

どうもありがとうございました。

ということで、この審議を終わりたいと思います。

それでは、次に、議題(2)です。茨城県修学生・修学生医師向けキャリア形成プログラム(令和4年度版)につきまして、これも事務局からお願いします。

#### ○事務局

医療人材課、山下と申します。よろしくお願いいたします。

資料5になりまして、修学生・修学生医師向けキャリア形成プログラムとしまして、修学生が県内の医師不足地域で従事義務を果たしながら専門医の資格が取れるように、専門研修を行う基幹病院にご協力いただいて、修学生向けのプログラムを毎年作成しているものとなっております。

プログラムの改訂に当たりましては、国の運用指針によりまして、地対協に協議することとされております。

今回、令和3年度版を令和4年度版に改訂するというもので、昨年度と大きく変わる部分はありませんが、一部、プログラムの追加や連携施設の追加というのが主な変更点となっております。

具体的には、資料2枚目の目次にある下線を引いてある箇所が変更箇所となっております。プログラムの追加については、精神科のほうで栗田病院、脳神経外科のほうで土浦協同病院、救急科で筑波メディカルセンター病院にプログラムを作成していただきました。

具体的なプログラムについては、次ページ以降、掲載しておりますが、昨年度と大きな変更はありませんので、連携施設が追加になっているとか、そういうことがメインとなっております。

なお、キャリア形成プログラムの改訂に当たりまして、プログラムが適用される修学生及び修学生医師に対して意見を求めることとなっておりますが、特にプログラムに関する修学生からの意見はありませんので、併せてご報告させていただきます。

説明は、以上となります。

○原会長

ありがとうございました。

この件に関しましては、おそらく、大きな改変があるというか、考えておかなければいけないのは、4年後ぐらいですか、水戸医療圏が医療少数医療圏でなくなる学年が出てきます。そのところがちょっと大きな分かれ目かなと思います。それまでは、人数的には、もう36名になっているのですかね。卒業生、地域枠は36名になっていますか。筑波大学だけで多分もう36になっていると思うのですが、その辺も含めて、大きな変更はしばらくはないかなと考えています。

この件につきまして、ご承認いただけますでしょうか。

どうもありがとうございました。

それでは、次は報告の事項となります。

次第6、(1)日本専門医機構の令和4年度専門研修プログラムに係る意見聴取につきまして、これも事務局からご説明願います。

○事務局

資料6になりまして、内容としましては、専門医の資格を取得する際には、各基幹施設で専門研修プログラムを作成しまして、医師が希望するプログラムに応募して、研修を修了した後に、日本専門医機構のほうで専門医の資格を認定しているという手続き、流れになっております。

各基幹施設が専門研修プログラムを作成する際には、学会と日本専門医機構の承認を得る必要がありまして、日本専門医機構は、プログラムを承認する前に、医師法の規定によりまして、あらかじめ国の意見を聞かなければならないこととされております。

国が専門医機構に意見する際には、各都道府県の意見を聞かなければならないということで、各都道府県が地域医療対策協議会の意見を聞いた上で、国に意見を提出しまして、国が各都道府県の意見を集約して、専門医機構に意見するという流れとなっております。

今回、来年度から研修を開始する令和4年度専門研修プログラムにつきまして、専門医機構のほうからプログラムの情報提供と、国から意見照会の通知がありましたので、地対協の委員等の意見をお聞きしまして、取りまとめて、県の意見を国に提出するものとなっております。

なお、国への意見提出期限が9月3日までとなっております。地域医療対策協議会が開けなかった関係で、委員等へ意見照会させていただきまして、いただいた共通のご意見や趣旨等を取りまとめて、国のほうに意見を提出させていただきましたので、ご報告させていただきます。

資料6の2番で、基幹施設等の状況ということで、機構からの情報提供をもとに、7ページに別紙2、8ページから9ページにかけて別紙3ということでまとめておりますので、後でご覧いただければと思います。

基本的に、基幹施設等と募集定員数と連携施設数ということで、昨年度よりも若干定員数は減っているのですが、連携施設数とかは昨年度よりも若干増えているという形になっております。

3番の意見聴取ということで、8月6日付で地対協の委員と各医療機関と各市町村に意見照会させていただきました。

4番目の厚生労働省への意見ということで、取りまとめた結果は、別紙4ということで、10ページから12ページにまとめております。

まず1つ目で、基幹施設または連携施設に関する意見ということで、国への意見としましては、地域医療の実情に応じて連携施設の拡充等により柔軟に対応していく必要があるということとまとめさせていただきました。

次に、2ページ目になりまして、定員配置等に関する意見については、国への意見としましては、今現状、シーリングが設定されているのですが、激変緩和措置が講じられておりますので、厳格なシーリングを実施することが必要であるということとまとめさせていただきました。

次に、医師確保対策または偏在対策に関する意見ということで、プログラムの作成・公表後であっても、募集定員や研修施設を見直すなど、柔軟な対応を可能とさせていただきたいということと、今年度の地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会というのがありまして、その中で、医師少数県に指導医を派遣した都市部の病院にインセンティブを付与することなどにより、都市部から地方へ指導医が派遣される実効性のある仕組みを創設していただきたいということとまとめさせていただきました。

次に、臨床研究医コースを設けることに関する意見としまして、医師の偏在を助長することのないよう、定員数やシーリングの適用など、在り方を引き続き検討していただきたいという内容でまとめさせていただきました。

最後に、地域枠の従事要件に配慮した研修プログラムであることに関する意見ということで、昨年度、令和3年3月に地域医療対策協議会において協議させていただいたことも踏まえまして、都道府県のほうが法的な責任を負わされることのないように、国で専門医の認定要件として地域枠の従事義務の履行を明確に位置づけるなど、責任を持って整備していただきたいという意見と、医師の確保を特に図るべき区域等での勤務と医師のキャリア形成との両立支援に向けた都道府県の取り組みについて、国の支援を拡充していただきたいということとまとめさせていただきました。

説明は、以上となります。

○原会長

ありがとうございました。

これにつきましては、報告ではありますが、何かご意見がございましたら。

先生方、皆さんが一番気になっているのは、地域枠が、今後、令和4年度まではオーケーですが、令和5年度以降続くかどうかということだろうと思います。

もう既にご案内のように、あるいは私も何度か申し上げてきましたが、定員枠の中に50人以上の地域枠もしくは地元枠がいないと定員増は認めないという暴挙に出たとしてもない法律が厚労省から出ていますが、これに対しては強く反対し、また、県知事もそのサポート

をするような発言をしていただいております。

今、国立大学医学部長会議のほうから、地域枠の継続もしくは緩和、つまり、一つの手立てとしては、今ほど説明がありました専門医になるプログラムを、例えば、筑波大学を卒業した人たちというのは、その地域は医療過疎圏ですから、そこで専門医研修を行うような仕組みをつくってくれないかというような要望書を、厚労省、文科省に対して現在しております。

それがもし実現できれば、要するに、卒業生が100人だったとしても、100人が100人全て茨城県の専門医プログラム専攻医になっていくわけなので、むしろ単純な地域枠よりは人数は残ってくるのではないかなと考えておりますが、これはまだちょっと分かりません。今後ともまだいろいろ流動的なので、また何かありましたら、皆様にも情報を入れたいと考えております。

本日の案件につきましては、意見聴取がございましたが、よろしいでしょうか。

とにかく今の流れとして、筑波に関して言いますと、マッチングのときから東京に出て、そして、東京の専攻医のシーリングに通るといような子たちが一昨年ぐらいから非常に増えてまいりました。これは非常に危機的なことなので、何とか今の仕組みは変えていかないと、毎年、地域に派遣する医師を増やすという厚労省の絵に描いた餅はできないだろうと私自身は考えています。

ご意見はよろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

これでこちらで用意した議事は終わりでございます。

本日はありがとうございました。

とにかく今日は、考え方をお認めいただいた上で、これから事務局から連絡がございますが、9月27日の第2回の地対協で具体的な要望人数を議論しようということになっております。

どうもありがとうございました。

それでは、事務局に司会を返します。

○司会

原会長、ありがとうございました。

ご指摘いただいたとおり、説明がちょっと長々となってしまいましたので、次回以降、簡潔な説明を心がけたいと思います。申し訳ございませんでした。

また、野村先生からいただきました診療報酬加算に関することですが、もともと地域からいただいた課題としては、診療報酬加算の取り扱いがある時点で変わって、そうすると、取るデータの年度によって偏りが生まれるのではないかというようなご懸念からこういう提案をいただいたものでございまして、いずれにしても、データの取り方によって偏りが出ないように、幅広く拾えるようにという考え方で、今回、提案させていただいておりますが、これはもう一度きちんと確認して、次回にご説明できるようにしたいと思います。大変失礼いたしました。

次回の地域医療対策協議会につきましては9月27日となります。お忙しいところ恐縮ですが、またご出席のほどよろしくお願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。