

令和6年度第2回茨城県地域医療対策協議会

日 時：令和6年8月27日(火)17:00～19:30

場 所：WEB会議

○司会(佐藤)

それでは、定刻になりましたので、ただいまから、令和6年度第2回茨城県地域医療対策協議会を開催させていただきたいと思っております。

本日、進行を務めさせていただきます医療人材課医師確保担当の課長補佐をしております佐藤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の会議につきましては、議事の内容や結果、それから、委員の皆様の発言要旨などを県ホームページにて公表する予定でおりますので、その点、ご承知おきいただければと思います。

また、いつもどおりWEB会議形式という形になっておりますので、ご発言時以外は、左下のマイクの形のミュートボタンを押していただいて、ミュート状態にしていただきますようお願いいたします。

ご発言をする際には、ミュートを解除してご発言をお願いいたします。

それでは、冒頭、会議に先立ちまして、8月1日付で茨城県保健医療部長に着任いたしました丸山からご挨拶を申し上げたいと思っております。

○丸山保健医療部長

本日は、大変お忙しい中、茨城県地域医療対策協議会にご出席をいただきましてありがとうございます。

前任の森川に代わりまして、8月1日、保健医療部長を拝命させていただきました丸山慧と申します。

皆様方には、日頃から、本県の医療行政の推進に、様々な面でご協力・ご尽力いただきまして、改めて感謝申し上げます。

当県に着任させていただいてから約1か月、いろいろなことを学ばせていただいておりますが、本日の地域医療対策協議会も、これまで、先生方のご指導があってこそ、いろいろ乗り越えてきた課題が多々ある一方で、引き続き、解決していかなければいけない課題が多々あるということを実感しているところでございます。

先生方ご承知のとおり、医師偏在指標については全国43位ということで、当県が医師少数県であるとともに、県北、鹿行をはじめとして、県内でも地域偏在があることはご承知のとおりだと思います。

令和2年度から始まりました新型コロナウイルス感染症の対応であったり、今年の4月から始まりました医師の働き方改革、こういった医師を取り巻く環境は大きく変化しておりますので、地域医療対策協議会でもこれらを踏まえて協議を進めていく必要があろうかと考えております。

本日ですが、議題にありますとおり、医師の派遣調整、今後の令和8年度向けの修学生医師向けのキャリア形成プログラムの件であるとか、令和7年度の医学部入学定員について、こういった議題をご用意しております、皆様にご協議いただきたいと思います。と考えております。

協議に際しまして、各地域医療構想調整会議や関係する診療科の先生方からもプレゼンをお願いしておりますので、よろしくお願いいたします。

本県も含め、日本全体として、人口減少、少子高齢化が急速に進展しております、医療ニーズが大分変化してくると思っております。こういったものに対応しながら、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、そして、関係機関の皆様方との一層の連携・協力が必要不可欠と考えておりますので、本協議会の委員の皆様におかれましては、忌憚のない意見をどうぞいただきますようお願い申し上げます。

以上、簡単ではございますが、私からのご挨拶とさせていただきます。

本日は、よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

ありがとうございます。

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いております。配付資料として、次第と名簿、資料1から資料4までございます。

資料2につきましては、別添1と別添2ということで、2つ、別冊で用意させていただいております。別添1、別添2につきましては、委員限りの非公開資料という取扱いとさせていただきますと思いますので、皆様、十分ご注意くださいと存じます。

続きまして、前回会議以降に新たに就任された委員と、本日代理出席いただいている方をご紹介します。

まず、新任の委員といたしまして、先ほどご挨拶申し上げました茨城県保健医療部部長の丸山慧委員です。

○丸山委員

丸山です。改めてよろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

続きまして、茨城県医師会会長の松崎信夫委員です。

○松崎委員

松崎でございます。よろしくお願いいたします。

○司会(佐藤)

ありがとうございます。

次に、代理出席いただいている方でございます。

茨城県市長会会長の高橋委員の代理といたしまして、副会長の鈴木周也行方市長にご出席いただいております。

鈴木市長、よろしくお願いいたします。

また、東京医科大学茨城医療センター病院長の福井委員の代理といたしまして、副院長の柳田先生にご出席いただく予定としておりますが、遅れてのご参加となります。

併せて、東京医科歯科大学病院院長の藤井委員につきましても、ご都合により、遅れてのご出席と伺っております。

なお、本日は、議題(1)の医師派遣調整に関連いたしまして、各地域医療構想調整会議の会長・会長代理の皆様にもご出席いただいております。また、(2)のキャリア形成関係につきましても、筑波大学附属病院の診療科の先生方にご出席をいただくこととしております。皆様、よろしくお願いいたします。

続きまして、第1回会議の議事録についてご報告いたします。

こちらにつきましては、先日、メールにおきまして委員の皆様にご確認をいただいた上で、

文言の整理等を行いました。そちらにつきまして、資料1にまとめてございます。この資料1の議事録と前回の会議資料を近日中に県ホームページにて公開をさせていただきます。ご承知おきいただければと思います。

続きまして、次第5になります。副会長の選出についてでございます。

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、先日の第1回会議において本年度の会長及び副会長を選出したところでございますが、今般、鈴木邦彦前副会長が委員をご退任されたことから、改めて副会長を選出しようとするものでございます。

ここで、事務局からご提案を申し上げます。鈴木前委員のご退任につきましては、ご所属の県医師会の役員改選に伴い、県医師会長の職を退かれたことによるものでございますため、その後任といたしまして、松崎県医師会長が委員に就任されております。つきましては、その継続性を考慮いたしまして、松崎委員に副会長をお願いしてはどうかと事務局としては考えてございます。委員の皆様、いかがでしょうか。

ありがとうございます。

ご異議なしということで受け止めさせていただきます。松崎委員に副会長をお願いしたいと存じます。

それでは、松崎副会長から、一言、ご挨拶を頂戴できればと思います。

○松崎副会長

改めまして、委員の皆様、このたび、地対協の副会長を拝命いたしました県医師会の会長の松崎でございます。

この地対協での協議というのは、先ほど、丸山部長からもご挨拶にありましたが、医師の不足している本県にとって大変重要な会議という認識を持っております。

平松会長を支えながら、しっかり行っていきたいと思いますので、どうぞよろしく願いしたいと思います。

○司会(佐藤)

松崎副会長、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ます。

会議の進行につきましては、平松会長をお願いいたします。

○平松会長

松崎副会長、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ます。

円滑な進行にご協力をお願いいたします。

まず初めに、議題の(1)令和6年度医師派遣調整について、事務局からご説明をお願いします。

○事務局

事務局でございます。

資料2によりご説明いたしますので、よろしく願いいたします。

1枚めぐりまして、2ページをご覧ください。

今回の医師派遣要望調査の概要でございますが、昨年度からの変更点を中心にご説明いたします。まず、2番の派遣対象医療機関につきましては、第8次保健医療計画に位置づけら

れた、がん、脳卒中等の政策医療の機能を担う68病院を対象といたしました。次に、5番の要望人数の制限等につきましては、医師少数区域については5人以内と、昨年と比べて1人増といたしました。

また、複数医療圏をカバーする医療圏からの要望につきましては、昨年同様に要望人数を2分の1カウントすることといたしました。

それにより上がってきた派遣要望の結果につきましては、次の3ページになります。

1番の調査結果になりますが、今回、29病院から合計で51人、合計で21診療科の派遣要望が上がってまいりました。

続いて、2番の医療圏別の要望数でございますが、筑西・下妻医療圏は3人の要望と2枠の余りが出ましたことから、それぞれ、つくばと水戸医療圏へ1人ずつ融通したところです。それに伴い、両医療圏の2分の1補正後の人数が5人となっております。

次に、4ページをご覧ください。

こちらが医療機関別、そして、診療科別の派遣要望を一覧にまとめたものになりますので、ご覧おき願います。

次に、5ページをご覧ください。

こちらは、各医療圏の派遣調整の参考に資するために、各部会等から意見を聴取した結果でございます。

1つ目の丸は、小児医療分野のみとはなりますが、要望調査の実施に当たって意見を伺ったものでございます。具体的な派遣先についての言及はございませんでしたが、小児医療が不採算であり、経営面から派遣要望できないのが現状などといったご意見をいただいたところでございます。

2つ目の丸につきましては、派遣要望(一次回答)を受けた際に、二次回答に向けて、各部会へ意見照会を行ったものでございます。

政策医療ごとに申し上げますと、まず、がんにつきましては、要望自体へのご意見はありませんでしたが、がんの診療提供体制の集約化と均てん化が議論されていると御意見をいただきました。

脳卒中につきましては、同じ医療圏内で同じ診療科を複数医療機関が要望している事例を受けて、派遣の厳しい現状から、輪番制の導入を検討してはどうかとご意見をいただきました。

続いて、6ページをお願いいたします。

救急につきましては、水戸医療圏の救命救急センターの要望について、状況に応じて優先的に派遣する必要があるのではないかなどのご意見をいただきました。

周産期につきましては、要望内容は妥当とし、安全な周産期医療を確保するため、麻酔科医が必須である旨、ご意見をいただきました。

小児につきましては、取手・竜ヶ崎医療圏から小児の要望がございましたが、当該医療圏の現状等から、妥当な要望である旨のご意見をいただいたところでございます。

なお、これらのご意見につきましては、二次回答をいただく前に、各地域へ情報提供をしておりますことを申し添えます。

次に、7ページをお願いいたします。

先ほどの部会への意見照会や、派遣要望の一次回答に係る各地域への意見照会をした際に、その他として派遣調整に対するご意見をいただいたことから、それをまとめたものでございます。その中で、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ではないか、派遣元大学や派遣先医療機関などが共通認識の下で派遣の調整をできることが望ましいといったご意見をいただきましたので、来年度以降の検討課題としたいと存じます。

続いて、8ページをお願いいたします。

こちらは今年度の医師派遣調整の進め方についてご確認いただきたいと存じます。

基本的には、昨年度と同様の手順となっておりますが、まず、①の委員への意見照会ですが、こちらは本日、委員の皆様あて依頼文書をお送りさせていただいておりますのでよろしくをお願いいたします。その上で、②のとおり、各地域からプレゼンテーションを実施したいと考えてございますことから、今回の実施事項として、資料を赤囲いしているものでございます。

③以降といたしまして、各委員からのご意見に対する回答等を各地域に照会し、④といたしまして、その回答等と併せて、各派遣要望の評価を各地対協の委員の皆様宛てに依頼したいと考えております。

その後、⑤といたしまして、事務局において評価を取りまとめ、医師派遣を要請する要望リスト(案)を作成し、次回の地対協で協議した上でお認めいただいた要望について、⑥のとおり、各大学等へ派遣要請させていただきたいと考えております。

⑦以降につきましては、緊急的に対応すべき医師派遣要望等の追加調査として、昨年同様に進めたいと考えております。

続いて、9ページをご覧ください。

先ほど、委員の皆様へ、派遣要望についてご評価していただくこととご説明しましたが、その評価をしていただくに当たって、今回、ご確認いただきたい事項でございます。

まず、評価対象についてですが、こちらは昨年と同様になりますが、各調整会議での議論を経ての要望をいただいていることを踏まえ、委員が所属する医療機関からの要望につきましては、同じ役職で地域医療構想調整会議の委員と地対協の委員を兼ねている場合には、その当該医療圏の要望に係る評価は参考扱いとすることとしてはどうかと考えております。

続いて、評価方法についてですが、こちらも昨年同様に、派遣元大学のご意見を基に作成した議論のポイントを活用してはどうかと考えております。

最後に、派遣要請「適」の取扱いについてでございますが、委員の皆様からいただいた意見や評価を踏まえ、事務局において「適否」の整理をさせていただき、次回の地対協において協議・決定したいと考えております。

続いて、10ページから32ページになりますが、こちらは、今回、各地域から上がってまいりました派遣要望の内容をまとめた資料でございます。

各政策医療分野における医療機関の拠点集約化等の方向性、医師派遣を要請する要望内容、二次保健医療機関内の医師の配置状況について掲載をしております。

なお、医師配置状況につきましては、各地域の要望調査の対象病院に係る4月1日時点の医師の配置状況を整理したものでして、黄色で着色している箇所が、今回、派遣要望のあったものになってございます。

また、冒頭にも説明いたしました。委員の皆様には、この資料2に加え、別添2-1と別添2-2として、地域ごとに作成した総括表と医療機関ごとに作成した個票をお配りしておりますので、今後の意見照会や評価の際に参考としていただければ幸いです。

最後になりますが、33ページが年間のスケジュールとなっておりますので、後ほどご覧ください。

この後になりますが、先ほども申し上げましたとおり、各地域からプレゼンテーションを行っていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

事務局からの説明は、以上になります。ご審議のほど、どうぞよろしく願いいたします。

○平松会長

説明ありがとうございました。

では、今後の評価のポイントとなるところですが、まず、今ご説明いただいた資料の9ページに評価方法というのがございます。四角で囲った1から6の考え方がございますが、これに沿って、原則、評価していくということによろしいでしょうか。これについてご意見をいただきたいと思っております。

委員の皆様、この評価方法に従ってということによろしいでしょうか。

特段のご意見がありませんようであれば、よろしいですね。

では、評価方法については、本協議会が了解したというふうにいたします。

そこが一番重要なポイントで、そのほか、ここまでご説明のありました内容について、ご意見等があれば頂戴したいと思っておりますが、いかがでしょうか。

よろしいですか。

おおむね例年どおりということで、よろしいかと思っております。

では、次に、事務局から説明があったとおり、各地域からの要望内容についてプレゼンテーションしていただきたいと思っております。

順番に、1地域当たりの説明をしていただきますが、説明時間は5分以内を厳守していただきますように、よろしく願いいたします。

初めに、つくば地域から願いいたします。

○本多(つくば地域医療構想調整会議)

それでは、つくば保健医療圏のほうからご説明させていただきます。

次のページをお願いいたします。

医療体制の現状と課題でございますが、つくば保健医療圏は、県内唯一の医師養成機関かつ特定機能病院を要する地域でございますが、質、量ともに医療従事者に恵まれており、人口10万人当たりの医師数は国や県の平均を上回っております。

政策医療におきましても、十分な機能を持ち合わせております。

そのため、他の構想区域からの流入が多く、流入超過の地域となっております。

次のスライドをお願いいたします。

がん、脳卒中、心血管等の政策医療を担っている医療機関は、ご覧のとおりでございます。

今回、要望しておりますのは、上から4つ目でございます救急医療でございますが、三次救急を筑波大学附属病院と筑波メディカルセンター病院が、二次救急としては、筑波学園病院、筑波記念病院等が担っております。

次のスライドをお願いいたします。

令和6年度医師派遣要望でございますが、筑波メディカルセンター病院に集中治療科2名、筑波学園病院に総合診療科2名、筑波記念病院に糖尿病内科1名、精神科1名、合計で6名、補正後5名で要望いたします。

いずれも政策医療分野としては救急医療となります。

次のスライドをお願いします。

つくば医療圏の救急応需状況でございますが、こちらは2022年のデータでございますが、近隣からの流入が目につくかと思えます。

次のスライドをお願いいたします。

こちらの右のグラフをご覧くださいますと、筑波大学、筑波メディカルセンター病院が三次救急を、筑波記念病院、筑波学園病院が二次救急を担っていることが分かるかと存じます。

次のスライドをお願いいたします。

こちらは後をご覧ください。

次のスライドをお願いいたします。

つくば医療圏における救急医療分野の現状でございますが、さらなる強化が必要というところかと思っております。

次のスライドをお願いいたします。

筑波メディカルセンター病院でございますが、集中治療科、専攻医と専門医2名を要望いたします。

筑波メディカルセンター病院は、救命救急センターであり、三次救急施設として多くの救急患者の受入れを行っておりまして、令和5年度の救急搬送件数6,308件となっております。

集中治療科の医師に入院患者の特定集中治療管理、特に、人工呼吸器管理、循環補助装置作動管理、血液浄化療法管理、鎮痛鎮静管理等におきまして指導的役割を担っていただくことを期待しております。

これによりまして、特定集中治療管理の均一化による質の向上、臨床成績の向上が期待されております。特に、より精度の高い術後管理が求められる心臓血管外科手術後の管理が強化されるということになってくるかと存じます。

また、それに伴いまして、時間外の短縮等にも寄与するというふうに考えております。

また、サブスペシャリティとして認定された集中治療専門医の資格取得を目指しております。

次のスライドをお願いいたします。

筑波学園病院は、総合診療科2名の要望をしております。

現在は、当番医が日中の救急車、ウォークイン患者を診察しておりますが、こちらは断っている状況がありまして、地域のほかの救急に支障を来している。また、働き方改革の運用によりまして、休日・夜間の時間外労働に規制がかかり、これもまた地域の医療に影響を及ぼしております。

そのため、日勤、夜間の救急対応のプライマリ・ケアを担っていただくことで、救急医療の搬送先選定の時間短縮にも寄与できます。

そして、当医療圏の救急体制につきましては、筑波大学及び筑波メディカルセンター病院

が高度のところを担っておりますが、双方の機能を充足させる意味でも、二次救急の充実が必要でありまして、そのためにも今回の総合診療科の要望をいたします。

次のスライドをお願いいたします。

筑波記念病院でございます。糖尿病内科と精神科、1名ずつお願いしております。

令和4年度末に糖尿病内科常勤医が退職ということで、なかなか手術困難な例等が出てきておりまして、これが医師の派遣によりまして、対応困難であった重度の糖尿病患者の受入れも可能になると思われます。

また、これまで専門医の不在によって不応需であった症例を減らすことにより、救急搬送の受入れ増加に寄与することができると存じます。

次のスライドをお願いいたします。

精神科のほうでございますが、精神科の合併患者の入院対応ができないということで、救急搬送を年間100件近く断っている。これが常勤医の登場によりまして可能となると思われま

す。年間8,000件程度の新規入院患者の中、精神合併症患者は約50%ということで、専門医療の介入が不可欠と考えております。

精神科の薬剤調整が不十分なため、本来の治療計画にも影響を及ぼして、入院ベッドが逼迫するなどして、結果的に救急搬送の受入れを満床により断らざるを得ないという状況が、今後、このままでは多くなるということで、こちらの要望をいたします。

4月から開始となりました働き方改革によりまして、当地域では今までほとんど見られなかった北のほうからの患者が散見されるようになったと2つの三次救急病院から報告を受けております。周辺地域を含めた救急体制を維持していくためには、当医療圏の二次救急、三次救急病院への医師派遣が欠かせないものと、つくば地域医療調整会議では考えて、このたびの要望となりました。

ご検討のほど、よろしくをお願いいたします。

以上でございます。

○平松会長

ありがとうございました。

ただいまの説明の説明について、ご質問、ご意見等ございますでしょうか。

○小島県地域医療支援センター長

平松先生、質問してもよろしいですか。

○平松会長

どうぞ、お願いします。

○小島県地域医療支援センター長

地域医療支援センター長の小島です。

筑波学園病院とメディカルセンターの理由は非常に分かりやすいのですが、筑波記念病院さんに関しては、もちろん糖尿病内科医とか精神科医が必要だろうということは理解するのですが、これは、政策医療分野で言うと救急医療ということで要求されている点がどうなのかなと感じるのです。

実際、例えば、筑波記念病院さんは、精神疾患合併の身体症の患者さんの入院先というこ

とで、つくば地域では拠点みたいな位置づけになっているのでしょうか。また、糖尿病で実際に救急ですぐに対応しなければいけないというのはそれほど多いわけではないですよ。これも、実際には救急医療というよりも、一般内科診療として必要なのかなというふうに感じますが、もしそうだとすれば、今回、これは政策医療の枠組みからは外れるということになると思うのですが、いかがでしょうか。

○本多(つくば地域医療構想調整会議)

まず、糖尿病に関しましては、昨年度も要望いたしまして、県のほうでは、今おっしゃったように、政策医療には該当しないということで却下されていた経験がございます。

その経緯を踏まえましても、筑波記念病院としては、糖尿病の内科医がいないことで、救急の受入れも十分にできていない現状があるので、今回も救急医療の枠で申請したいということでした。

最初の質問の精神合併の地域の拠点になっているかということですが、現在、そうした状況にはございません。

以上でございます。

○平松会長

よろしいでしょうか。

そのあたり、ご勘案いただいて、評価いただければと思います。

では、続いて、次の地域にまいります。

水戸地域、よろしくお願いいたします。

○細田(水戸地域医療構想調整会議)

水戸地域医療構想調整会議の議長を務めます、水戸市医師会、細田でございます。

水戸医療圏での令和6年度医師派遣要望調査の結果をご説明申し上げます。

スライドをお願いいたします。

まず、対象となります15医療機関に要望調査を行っております。

スライドをお願いします。

その結果といたしまして、5医療機関、8診療科より、16名の要望がございました。その中には、診療科の重複もございましたが、MDC別件数、検査件数、手術件数、救急搬送の応需件数、全身麻酔件数、指導医数などを比較検討いたしまして、政策医療分野を考慮いたしまして選定いたしました。

次、スライドをお願いいたします。

水戸医療圏内医療機関は、複数医療圏をカバーしておりますので、今回、政策医療分野のがんに一致いたします茨城県地域がんセンターである茨城県立中央病院及び政策医療分野の救急に一致いたします救命救急センターである水戸済生会総合病院と水戸医療センターの要望人数を2分の1でカウントさせていただいております。

スライドをお願いします。

ここに、令和6年度水戸医療圏での要望内容をお示しいたします。

隣接いたします筑西医療圏より1名融通していただき、2分の1で補正後、合計5名換算となります。

その内訳は、総合病院水戸協同病院より消化器内科1名、茨城県立中央病院より神経内科、

呼吸器内科、麻酔科各1名、水戸医療センターより麻酔科、救急科、放射線科各1名、水戸済生会総合病院より救急科1名でございます。

次、お願いいたします。

ここに具体的要望理由を申し上げます。

まず、総合病院水戸協同病院の消化器内科では、日本膵臓学会と日本胆道学会の認定指導施設として専門領域診療を担っておりまして、年間3,700件もの内視鏡検査を実施しておりますが、ここに検査数に上限を設けざるを得ず、救急対応が難しい状況となっております。

今後、認定指導施設として機能を維持し、県央・県北地域への医療を提供するために、派遣を要望いたします。

茨城県立中央病院では、神経内科が令和5年度末に常勤医1名が退職し、非常勤医師にて外来診療を担当しており、入院診療は休止せざるを得ない状況にあります。

難病診療連携拠点病院として、令和5年度に地对協に要望し、採択されましたが、現時点では派遣に至っておりません。

この地域での神経系難病に係る対応ですとか、小児難病からの移行期医療に対して課題を残しております。

呼吸器内科は、令和5年9月より、退職者が続き、がん診療体制、救急診療及び感染症診療体制の維持が困難となる可能性がございます。

麻酔科は、がんに対する低侵襲手術の需要増加及び救急医療に係る緊急手術に対応するため、派遣を要望いたします。

また、令和6年4月から、医師の働き方改革にも対応しなければ、診療縮小につながることも考えられております。

次、スライドをお願いいたします。

水戸医療センターでは、麻酔科医不足のため、緊急手術が年間60件ほど応需不可となっております。また、救急専門医の退職により、基幹災害拠点病院の体制維持が困難となり、医師の働き方改革も影響し、三次救命救急センターの夜間救急車応需率は75%程度に低下しております。

さらには、夜間・休日緊急画像診断検査に対し、放射線科常勤1名では全例対応が非常に困難という状況でございます。

そして、地域がん診療連携拠点病院として多数の検査に対応しつつ、画像診断精度の向上と各種がんカンファレンスへの参加には限界があると思われま。

済生会総合病院でも、救急医の退職がございまして、非常勤医師の協力により、三次救命救急センターとしての体制を維持しているのが現状でございます。

次、スライドをお願いします。

続いて、要望診療科が重複しております救急科と麻酔科についてご説明申し上げます。

三次救命救急センターを担う水戸済生会総合病院と水戸医療センターは、水戸医療圏に限らず、県北、鹿行地域からの受入れも多く、応需件数には差がない状況にあります。双方とも、機能体制維持のために、救急科人員確保は必須の要件となります。

麻酔科に関しまして、医療圏内で年間2,500件を超える全身麻酔件数の実績を持つのは、

水戸医療センターと茨城県立中央病院になります。

水戸医療センターは、政策医療分野の救急医療におきまして、三次救命救急センター、基幹災害拠点病院としての機能維持が求められております。

茨城県立中央病院は、政策医療分野のがんにおきまして、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がんセンター、がんゲノム医療連携病院としての診療体制強化が求められております。

双方とも、機能体制維持のため、麻酔科医人員確保は必須の要件と考えております。

次、スライドをお願いいたします。

ここに、第8次茨城県保健医療計画より、外来患者受領動向をお示しし、次、スライドをお願いいたします。ここに、入院患者受領動向もお示しいたします。

入院、外来ともに、ご存じのとおり、水戸医療圏は、常陸太田・ひたちなか医療圏、鹿行医療圏からの受入れが多くなっており、高度医療を提供する拠点病院が立地しております。周辺地域を支える広域的な医療拠点として大きな役割を担っておりますので、医師派遣調整に関しまして、十分ご配慮をいただきたいと存じます。

これをもちまして、水戸医療圏での令和6年度医師派遣調整に係る説明を終了させていただきます。

○平松会長

ありがとうございました。

ご説明の内容について、ご質問、ご意見はございますでしょうか。

よろしいですか。

では、次の地域にまいります。

土浦地域、よろしくをお願いいたします。

○塚田(土浦地域医療構想調整会議)

土浦地域医療構想調整会議、議長の塚田でございます。

土浦医療圏の医師派遣要望についてご説明させていただきます。

スライドをお願いいたします。

まず初めに、当医療圏における政策医療の主な現状と課題でございますが、1点目は、救急搬送が第三次救急医療機関の土浦協同病院に集中していること、特に、本年4月以降、霞ヶ浦医療センターの診療体制が縮小したことで、一層の搬送集中が懸念されております。

2点目は、石岡地域の救急医療提供体制が不足していることが上げられます。

今後の主な方向性としていたしましては、土浦協同病院への搬送集中を回避するため、霞ヶ浦医療センターの医療提供体制を整え、救急医療機関同士の役割分担や連携を進めること、また、石岡地域の救急医療提供体制を充実させるため、地域の拠点病院である石岡第一病院の人材確保や山王台病院の病床再編を進めることが上げられます。

スライドをお願いいたします。

次に、当医療圏における医師派遣要望内容でございますが、今回は、霞ヶ浦医療センターの消化器内科で1名、土浦協同病院の麻酔科で2名、石岡第一病院の整形外科及び内科で各1名の合計5名を要望いたします。

補正後の要望人数の合計は4名となります。

スライドをお願いいたします。

次に、医療機関ごとに医師派遣が必要な理由についてご説明させていただきます。

まず初めに、霞ヶ浦医療センターでございますが、本年4月以降、消化器内科及び消化器外科の常勤医が不在となりまして、消化器疾患の入院や救急の受入れができない状況でございます。

同院は、がん診療や臨床教育の拠点でございますが、また、救急搬送や消化器疾患の取扱件数は、当医療圏内では土浦協同病院に次ぐシェアを持っております。

主要診療科の消化器疾患の受入制限がこのまま続けば、土浦協同病院へのさらなる搬送集中を招き、土浦協同病院の第三次救急医療機関としての機能を阻害しかねないため、早急な医師確保が必要と考えます。

次のスライドをお願いいたします。

続きまして、土浦協同病院でございます。

同院は、様々な政策医療分野の拠点となっている地域の中核病院であり、多くの全身麻酔手術を実施しておりまして、今後も件数増加が見込まれます。

多くの非常勤医師を雇用して件数増加に対応しているところでございますが、非常勤医師主体で手術をコントロールすることは不安定でありまして、夜間対応も困難な状況も生まれております。

第三次救急医療機関として、重症患者への手術対応も多いため、常勤医を確保し、24時間対応できる体制を整える必要があると考えます。

スライドを次へお願いいたします。

最後に、石岡第一病院でございます。

同院は、病院群輪番制病院といたしまして、石岡地域の救急医療の拠点となっております。

同院の整形外科の受入割合は、輪番制病院の中で、入院・外来とも非常に高く、内科に関しても、輪番制病院の全体での受入割合は、入院・外来とも4割を超えまして、地域での需要が高い診療科と言えます。

しかしながら、同院では、整形外科の入院や手術に対応できる常勤医師が1名しかおらず、手が回らないことや、内科の医師の高齢化が原因で救急対応が十分にできておりません。

スライドを次にお願いたします。

石岡地域では、3年前に石岡市医師会病院が診療を休止して以降、救急受入れの先が減りまして、市外への患者流出が発生しております。特に、石岡市内から土浦協同病院への搬送は約3割を占めておりまして、当院への搬送集中を回避するためにも、医師派遣を通じて、同院の救急医療体制を強化し、石岡地域全体の救急受入体制を充実させる必要があると考えます。

説明は、以上でございます。

○平松会長

塚田先生、ありがとうございました。

以上の内容について、ご質問、ご意見等ございますでしょうか。

委員の先生方、よろしいですか。

では、一旦、承ったということで、次に、取手・竜ヶ崎地域のご説明をお願いしたいと思います。

○石田(取手・竜ヶ崎地域医療構想調整会議)

取手・竜ヶ崎医療圏でございます。

調整会議の会長がご都合があるので、代理で、竜ヶ崎保健所、石田のほうからご説明申し上げます。

次、お願いします。

救急の出動件数、搬送困難事例に関しては、年々増加しているという状況があります。

次、お願いします。

当圏域の状況についてご説明したいと思います。

取手・竜ヶ崎医療圏ですが、管内の市町村数は9つございます。東西に57キロメートル、南北に33キロメートル、横長の圏域になります。

圏域人口は、令和5年4月現在ですが、約46万人で、圏域人口に関しましては、県内最大の圏域人口を有しますが、圏域内に救命救急センターは存在せず、救急の体制としては、この地図の左側のブルーのほう、西のほうの取手・常総圏域の病院の輪番制、それから、東のピンクのほうの稲敷圏域の2つの輪番制で圏域の救急体制を維持しているという状況がございます。

今回の医師派遣の必要な理由としては、2つの輪番制によって維持している圏域全体の救急体制の強化を図るということでございます。

また、医師の働き方改革の影響で、救急の輪番制の維持が困難になってきているところもございますので、救急機能の低下を最小限にとどめる必要があると考えております。

次、お願いします。

医師派遣調整の要望の進め方ですが、要望が出されたのは5病院、5人の医師でございます。

県内で最大の人口規模を有しており、西部と東部の2つの輪番制によって救急体制を維持していかなければいけないので、輪番に参加している病院のほうから要望が出てきております。

それと同時に、教育・臨床研修体制の確保、また、働き方改革への対応を進めることによって、圏域全体の体制の強化を図りたいと思います。

次、お願いします。

当地域の医師派遣要望でございますが、龍ヶ崎済生会病院、JAとりで総合医療センター、牛久愛和総合病院、つくばセントラル病院、守谷第一病院のほうから1名ずつの要望になります。

龍ヶ崎済生会病院は、循環器内科で、カテーテルの件数が増加しており、それに対応する。

それから、JAとりで総合医療センターは救急の中核的な役割を担っていただいておりますが、救急医が非常勤で対応しているので、この常勤化を図ることによって、応需体制を強化したい。

それから、牛久愛和総合病院は消化器外科で出てきておりますが、腹部救急の救急対応能力を向上したい。

それから、つくばセントラル病院、呼吸器内科のほうでご要望をいただいておりますが、やはり救急、それから、入院の体制の強化を図る。

それから、守谷第一病院ですが、これは小児科なのですが、小児の救急医療体制の対応能力を向上したい。

これらの5病院から、循環器内科とか救急科とか小児科に至るまで診療科は様々なのですが、共通するのは、これらの医師派遣によって、救急医療の体制を維持するために必要な医師であるので、要望をさせていただいたというところでございます。

次、お願いします。

今回の医師派遣要望調査に関しまして、圏域内の委員からいただいた意見がございますので、これは、地域医療構想調整会議の真壁会長のほうでおまとめくださったものをご説明させていただきます。

まず、1つ目ですが、小児科等の不採算部門においては、必要性は認めつつも、病院としての派遣要望につながらないことがあるので、必要な医師数と要望数は必ずしも一致するものではないので、圏内の医療体制を維持するために必要な診療科で、その医師数などを把握するようなことを検討できないかというご意見が1つ目でございます。

それから、2つ目ですが、派遣元のほうから派遣可能な診療科目及び人数の目安ぐらいを出していただけると、圏域で派遣要望案を具体的に検討することがしやすくなるので、ご配慮いただけないかということでございます。

それから、3番目、次のスライドですが、令和5年度、昨年度ですが、医師派遣要望調査に基づく医師の派遣人数というのが、最終的には15.4人、それと別に、医師派遣要望以外の医師配置人数50数名というものがあって、この両者が少し分かりづらい。特に後者のほうが分かりづらいので、後者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というご意見がございました。

それから、4つ目でございます。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のではないかと考えます。

以上のご意見が出てまいりましたので、取手・竜ヶ崎の調整会議として提出させていただきました。

以上でございます。

○平松会長

ありがとうございました。

ただいまの説明について、ご意見ございますか。

○小島県地域医療支援センター長

小島ですが、よろしいですか。

○平松会長

小島先生、お願いします。

○小島県地域医療支援センター長

つくばセントラル病院の呼吸器内科の要求なのですが、県のほうでまとめた資料では、政策医療分野ががんということになっているのです。今、石田先生のご説明だと、これは救急だということなのですが、救急の政策医療分野での要求ということでしょうか。

○石田(取手・竜ヶ崎地域医療構想調整会議)

当初出させていただいたところは、がんというふうに記載したものを出したと思われませんが、改めて確認させていただいて、救急の医師派遣が必要な理由の欄に書かせていただきましたが、救急及びがん診療も含めた入院体制の強化、そちらのほうを強化したいということで承っております。

○平松会長

ありがとうございました。

では、続いてのプレゼンにいきたいと思います。

鹿行地域、よろしく願いいたします。

○坪(鹿行地域医療構想調整会議)

鹿行の調整会議会長の坪でございます。

スライドをお願いします。

鹿行地区はお医者さんがとても少ないところで、特に、99名で、県内では2分の1、全国的に言うと3分の1しかない医師の状況ですので、医師の確保は急務の地域でございます。

次のスライドをお願いします。

消防本部別の救急状況ですが、鹿行地区は県内ワースト1位、鹿島消防でも県内ワースト9位で、鹿行地区では平均60分の搬送時間がかかっております。

医師の確保により、圏内病院による救急搬送の受入れが増加し、救急搬送の圏外への流出の改善を図るということで、救急体制の整備が急務となっております。

次、お願いいたします。

今回の医師派遣要望につきましては、まず、白十字総合病院の消化器内科1名の要望です。現在、内科の先生が兼務しておりますが、救急の内視鏡の検査及びそれによつての止血手技等の手技ができないために、救急の対応ができないことに対しまして、消化器内科の医師1名要望でございます。

次に、白十字総合病院の総合診療科1名の要望です。高齢者が多く、合併症を有する患者さんが多いことと、常勤医師等により救急搬送を受け入れている状況ですが、まだ断り件数が多い状況並びに救急の搬送件数が、近年、どんどん増えていますので、こちらの要望に応えるためにも、救急の方の対応をしたいということでございます。

次のスライドをお願いします。

神栖済生会病院の呼吸器内科1名の要望です。現在の医師は非常勤でございますが、鹿島地区は臨海工業地帯があり、呼吸器疾患の患者さんが多いために、呼吸器内科の需要が高い地域でございます。気管支鏡検査も大学病院へ紹介している状況で、現在は限界でございますので、救急の対応ができていないということなので、要望1名です。

次に、神栖済生会病院の腎臓内科医1名の要望です。現在は非常勤の方しかおられませんので、高齢者の糖尿病、高血圧等の患者さんの需要も多く、外来診療及び人工透析にも注力したいということで要望させていただきました。

次のページをお願いします。

最後に、高須病院ですが、現在、救急搬送が増えておりまして、年間800件を超える状態が現在は900件までありますが、常勤医師が1名しかおりませんので、救急科の体制が必要なことから1名を要望させていただきました。

次のスライドをお願いいたします。

過去の医師派遣の実績でございますが、3年間の中で17名の要望を出しまして、4.1名の派遣をいただいております。白十字総合病院はゼロとなっております、なかなか要望が通らない状況でございますので、ぜひとも医師の派遣をお願いしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

以上です。

○平松会長

ご説明ありがとうございました。

では、今のご説明について、ご意見、ご質問等ございますでしょうか。

では、要望として承ります。

では、次に、筑西・下妻地域、プレゼンをお願いいたします。

○榎戸(筑西・下妻地域医療構想調整会議)

筑西・下妻地域医療構想調整会議の議長の榎戸でございます。

次、お願いします。

まず、筑西・下妻保健医療圏の概要について説明します。

この地域は5つの市と町から構成され、人口は9医療圏中7番目です。人口10万人対の比較で、病院数、病院の病床数は全国及び県の平均を下回るものの、一般診療所数は県平均より上回っています。

患者の多くは、つくばへ流出し、栃木県、埼玉県への流出も見られます。

医師少数区域であり、さらに60歳以上の医師の割合が42%と、県内の医療圏の中で最も高くなっております。

次、お願いします。

ここからは、県資料である議論のポイントの項目に沿って説明します。

次、お願いします。

まず、地域における医療機能の役割分担や将来の方向性についてです。

筑西地域には、救急輪番病院が4つあり、そこが管外の第三次救急医療機関や初期救急医療機関と連携し、第二次救急医療体制を構築しています。

グラフは、令和5年の実績で、管内収容率は約75%です。

本医療圏には、第三次救急医療機関がないものの、管内収容率をできるだけ高めて、救急医療体制を確保するためには、医療機関の連携強化が必要と考えております。

次、お願いします。

なお、本医療圏では、令和5年度の地域医療構想調整会議の議論にて、救急医療体制確保のために、地域内の医療機関が協力し合い、可能な限り地域住民の医療を提供する方針としました。

そのため、病院間や病院と診療所との連携を図るため、ワーキング会議を設置し、検討を重ね、医療連携に関するアンケートを実施することとし、取りまとめた結果を管内の診療所に提供しております。

具体的内容は、本医療圏内の14病院に対して、5疾病に関して特色ある検査・治療を調査し、具体的な検査や治療について、実施可能な曜日や診療時間等の情報を管内の全病院と診

療所で共有し、連携強化を図るものです。

このように、本医療圏で病病・病診連携の取組は行っているものの、さらなる救急医療の体制強化のために、政策医療分野、救急医療の医師派遣を要望します。

次、お願いします。

本医療圏からの医師派遣要望は、結城病院と茨城県西部メディカルセンターから計3名です。

なお、本当に必要な診療科の先生の要望を出し続けるのが本医療圏の方針であり、特に、西部メディカルセンターの麻酔科医師は、令和2年度から継続して要望しています。

概要は、ご覧のとおりです。

次、お願いします。

結城病院では、消化器外科医を1名要望します。

消化器外科は、指導医が3名在籍していますが、専攻医の受入れがなく、専攻医1名分の指導余力が十分確保できます。

当院では、年間250件程度の豊富な手術症例があるとともに、外来、病棟のほか、救急や手術症例を通じて専門医の資格を得ることが十分可能です。

救急医療における100%近い応需率を維持するため、派遣医師は貴重な戦力となり得ると考えております。

次、お願いします。

茨城県西部メディカルセンターでは、麻酔科医を2名要望します。

現在、全身麻酔症例705件を、理事長である常勤医1人と非常勤医師0.3人で対応しており、大変厳しい状況にあります。

さらに、全身麻酔件数は、年々増加傾向にあります。

専攻医・専門医クラスの医師を1名ずつ派遣いただければ、連携施設としての研修が可能になります。

現在は、医師が少ないため、教育、臨床研修をする余力がないことにご配慮いただければと思います。

さらには、安全な麻酔の提供、緊急手術への迅速かつ円滑な対応が可能となります。

次、お願いします。

そのほか、医師派遣後の診療体制、院内の入院診療体制について、生活等、各種環境の整備については記載のとおりです。両病院、環境は非常に整っていると思います。

次、お願いします。

最後に、本医療圏は医療資源が乏しく、医師数も少ない地域です。そのため、病院や診療所が一丸となり、地域医療を充実させようという思いが強くなります。

派遣元病院からのアクセスも比較的良好です。

また、理事長や院長クラスの経験豊富な医師から直接指導を受けられるので、派遣いただいた医師の成長の場になると思います。

以上です。ありがとうございました。

○平松会長

ありがとうございました。

ただいまのご説明について、ご質問等ございますでしょうか。

○小島県地域医療支援センター長

小島です。よろしいですか。

○平松会長

小島先生、お願いします。

○小島県地域医療支援センター長

結城病院の消化器外科、専攻医でも受入れ可能というありがたい条件なのですが、これは専門医研修のプログラム上どこの連携になっているのでしょうか。筑波大ですか、自治医大、あるいはほかの大学ですか。

○平松会長

消化器外科の連携先はどちらか、お分かりになりますか。

○榎戸(筑西・下妻地域医療構想調整会議)

自治医大です。

○小島県地域医療支援センター長

では、専攻医の場合は、原則、自治医大からの派遣という理解でよろしいですか。

○榎戸(筑西・下妻地域医療構想調整会議)

はい。

○小島県地域医療支援センター長

分かりました。

○平松会長

そういうふうになりますね。

よろしいでしょうか。

では、次の常陸太田・ひたちなか地域のプレゼンテーションにいきたいと思います。よろしく願いいたします。

○金本(常陸太田・ひたちなか地域医療構想調整会議)

よろしく願いいたします。

常陸太田・ひたちなか医療圏のプレゼンをさせていただきます。

次、お願いいたします。

当医療圏をご説明させていただきますが、9つある二次医療圏中、最大の規模でございます。人口は4番目に多い。

ただ、そういう状況であります。医師少数区域でございます。

特に問題となっているのは、医療圏の北部、旧常陸大宮保健所管内でございます。医療スタッフの高齢化、医療従事者の減少が懸念されるという状況になってございます。

次、お願いいたします。

当医療圏の方針をご説明いたしますが、まず、ひたちなか総合病院を拠点としながら、現状の急性期、救急機能の充実を図るとというのが1点でございます。

2点目が、県の北部においては、常陸大宮済生会病院を地域の急性期及び救急医療等の拠点として整備する。将来的には、地域医療支援病院の承認要件を満たせるよう、地域の医療機関との役割分担と連携体制を構築していく。

3つ目は、圏域内で不足する高度急性期医療は、隣接する水戸医療圏と連携して体制強化を図るといふ、この3点を重点課題として打ち出しております。

次、お願いいたします。

令和6年度の医師派遣要望といたしまして、2医療機関から3診療科、計5人の派遣要望がございました。

1、茨城東病院様より呼吸器外科2名、2、常陸大宮済生会病院様より循環器内科2名、整形外科1名でございます。

次、お願いいたします。

茨城東病院からは、呼吸器外科2名の派遣要望がございました。

同病院は、診療部長クラスの呼吸器外科医が退職となり、院内に在籍する呼吸器外科医が1名となってしまっております。

同病院の呼吸器分野でのがん治療拠点としての機能を維持するためには、呼吸器外科医の補填が急務でございます。

当病院は、茨城県がん診療指定病院として、主に呼吸器分野のがん治療拠点病院としての役割を担っております。

要望診療科関連の外来数及び入院者数も多く、派遣効果が十分に見込めると考えておりません。

次、お願いいたします。

常陸大宮済生会病院様からは、循環器内科2名の派遣要望がございました。

この常陸太田・ひたちなか医療圏でございますが、急性心筋梗塞を現在受入可能なのは、圏域南部のひたちなか総合病院しかございません。県北部、山間地域は、循環器診療の巨大な空白地帯となっております。

図にお示ししている黄色い星印が常陸大宮済生会病院でございますが、同病院の循環器診療体制の充実により、地域二次救急医療機関としての体制強化のほかに、周辺医療機関からの紹介率増加が期待できます。

これは、当医療圏の目的である同病院の地域医療支援病院としての承認要件の獲得に近づくことが期待されると考えております。

また、同病院には、血管造影室等の循環器診療設備が整備されております。また、現在、心大血管リハビリテーション加算Ⅱを取得しておりますが、循環器内科の常勤医赴任により、同加算Ⅰの獲得も視野に入ると考えられております。

外来、入院数、救急搬送数と、循環器内科診療の需要がある地域でございます。

次、お願いいたします。

また、常陸大宮済生会病院様からは、整形外科1名の派遣要望がございました。

これは、高齢化率の高い当圏域においては、整形外科疾患の医療需要が高く、診療数の増加が期待できます。

整形外科医不在による救急対応困難例も、一定数、存在することから、常勤整形外科医の存在により、救急対応が改善するほか、周辺医療機関からの紹介率上昇も期待できると考えております。

先ほどの循環器内科派遣要望と同様に、これも当医療圏の目的である同病院の地域医療支

援病院としての承認要件獲得に近づくことが期待されております。

次、お願いいたします。

参考資料といたしまして、当圏域の医師派遣要望に関して、当地域医療構想調整会議で協議した内容の要約を添付いたします。

以上、当医療圏における令和6年度医師派遣要望をご紹介します。

何とぞご検討のほどを、よろしくお願い申し上げます。

○平松会長

ありがとうございました。

ご意見、ご質問はございますでしょうか。

よろしいですか。

では、要望として承ります。

では、続いて、日立地域のプレゼンテーションをお願いいたします。

○井澤(日立地域医療構想調整会議)

日立保健所の井澤と申します。

横倉会長に代わりまして説明させていただきます。よろしくお願い致します。

日立医療圏は、高齢化と人口減少が進んでいる地域ですので、医療体制については、日立総合病院を中心に既に集約がなされ、小児、周産期をはじめ、診療科によっては県央地域とも連携が進んでいます。

また、一部の単科病院を除くと、南北に長い3市にそれぞれ1か所ずつ、北茨城市民病院、高萩協同病院、日立医療センターが二次救急医療とか高齢者に多い疾患の入院医療などを担っている状況です。いずれが倒れても、ほかのところでカバーし切れないというような感じで、非常に危うい均衡を保っています。

ここ数年は、圏域内の開業医の先生が高齢化してきていまして、診療所の閉院も出てきており、診療科によっては、身近なところで外来通院先を探すのが難しい場合もあるというふうに伺っています。

今年度の派遣要望調査については、次のページになりますが、管内3病院から表のとおり上げさせていただきました。

地域のがん診療拠点病院である日立総合病院からは、緩和ケア科1名、耳鼻咽喉科1名の要望が上がっています。

緩和ケア科については、現在も非常勤の先生の派遣を週2日ほどいただいているということですが、この地域で唯一の緩和ケア科であり、外来と病棟での入院治療を強化するために、継続的な常勤医の派遣を要望いたします。

また、耳鼻咽喉科については、長らく常勤医1名体制のため、手術、外来ともに応援が必須となっていることと、耳鼻科の診療所の専門医の先生も少ない地域であるということから、常勤医の負担軽減のためにも、派遣を要望する次第です。

続いて、高萩市内で唯一の急性期病棟を持っている高萩協同病院についてですが、常勤医の先生の引き上げ等によって、年間1,000台ぐらい救急車の受入れをしていただいているのですが、ちょっと困難になりつつあるというのが昨年からの状況です。

この地域も高齢者の多い地域ですので、救急外来とか入院、また、整形外科の手術期管理

とか、どの診療においても内科管理が必要という状況です。

院長先生を含めた内科常勤医が3名という厳しい状況と、加えて、こちらも地域の診療所が年々減ってきています。

以上により、循環器科1名、糖尿病内科1名の派遣要望を出させていただいています。

北茨城市民病院についてです。こちらもやはり市内で唯一の二次救急病院になります。

そして、県境であるいわき市、福島県の勿来町なのですが、こちらもここ数年、診療所の閉院が相次いでいまして、外来とか救急などで福島県側からの受診も増えている状況です。

北茨城市から日立総合病院までは、普通に車を運転すると1時間ぐらいの距離がありますので、三次病院との連携はしつつも、地域でできる医療はなるべく身近な病院でということとで、各種検査とか、入院とか、救急車の受入れは年間1,400台ぐらいに今は増えてきていますが、その体制を維持してきたという経緯があります。

今年度は、院内の事情ですが、消化器内科の先生の退職とか、新しく来られた先生の卒後年数の若返りなどがあると伺っています。そのため、緊急内視鏡検査の必要な患者さんの対応とか、時間外の救急対応などで、北茨城市民病院としての体制を維持することが難しくなっているという状況を伺っています。

要望としては、消化器内科1名、総合診療科1名の要望を出させていただきました。

最後に、1点、追加での蛇足のお願いなのですが、昨年度末、地対協の資料で、派遣要望のお断りの回答として、こちらの医療圏には41人の内科の先生を派遣していますよというようなことが記載されていました。今のところは基幹病院に医師を配置しているのだからという仕組みは理解しているのですが、県内でも、地域格差が、日立だけではないですが、なかなか是正されていないような現状において、人口当たりの診療所の医師数とか、人口当たりの専門医の数も鑑みた上での地域間の医療の公平化という視点で検討していただきたいなというふうに思っております。

長くなってすみません。

よろしく申し上げます。

○平松会長

ありがとうございました。

ただいまのプレゼンに対して、ご質問、ご意見ございますか。

では、こちらも、一旦、要望として承ります。

ありがとうございました。

それでは、古河・坂東地域のご説明をお願いいたします。

○大谷(古河・坂東地域医療構想調整会議)

では、始めさせていただきます。

古河・坂東圏で、秋葉会長に代わり、大谷が説明いたします。

スライドをお願いします。

古河・坂東圏は、4病院で、7診療科、8名の要望となります。

内西南医療センター病院とつるみ脳神経病院では、2分の1補正の対象となり、補正後5名の要望となっております。

スライドを次をお願いします。

医療機関別要望になります。

まず、友愛記念病院です。乳腺外科で1名の要望です。

同院は、地域がん診療連携拠点病院に指定されております。隣接する筑西・下妻医療圏や栃木県からも多くの患者を受け入れています。

専門性の強化、診療の負担軽減、診療の質の向上、地域医療の充実のための派遣要望となります。

次、スライドをお願いします。

続いて、古河総合病院です。循環器内科での要望となります。

病院群輪番制病院に参加する等、地域の救急医療の一翼を担っています。

常勤医は1名で、救急等の対応がなかなかできない状況で、また、心臓カテーテル治療もできない状況です。

体制を強化し、同院で治療ができるようにすることで、患者の負担軽減や県外への患者流出の減少が期待できることから、派遣を要望しております。

次、スライドをお願いします。

続いて、西南医療センター病院になります。5つの診療科から各1名、合計5名の要望となります。

同院は、救命救急センター、地域小児救急センター、地域周産期母子医療センター、茨城県がん診療指定病院に指定されており、当医療圏において各政策医療分野の拠点となっています。

次、スライドをお願いいたします。

各診療科の要望となります。

初めに、西南医療センターの麻酔科です。現在、常勤医が1名で、休日・夜間等の緊急手術に対応が困難で、業務負担が大きい現状です。

手術件数は、月平均約230件ではありますが、派遣により対応件数が増え、手術が速やかに行えるようになること、また、救急患者の受入れの増加、入院・手術を中心とした診療を行うことが可能となることから、当医療圏だけではなく、近隣地域住民へのより質の高い医療の提供が期待できることからの要望となります。

次、スライドをお願いします。

続いて、救急科となります。同院は県西地区唯一の救命救急センターで、常勤医は4名ですが、うち1名が産休に入るため、救急医療センターの運営に支障を来すおそれがあります。

救命救急センターの患者数は、令和5年度は1万3,427名、前年比13%増、救急車搬送件数は3,969件、前年比11.6%の増加となっており、今後も高齢化により患者の増加が予想される中で、救命救急センターの常勤医増員は必須ということでの要望であります。

次のスライドをお願いいたします。

続いて、小児科になります。現在、常勤医8名ですが、うち2名が産休予定です。

同院では、地域の小児、周産期、小児救急医療の拠点となっており、地域の小児輪番制においても、患者数の65%程度、月に20回程度の診療を実施しております。

医師の働き方改革もあり、小児輪番制維持のためにも、常勤医の人数維持は最重要課題であることから、医師派遣を要望しております。

次、スライドをお願いします。

続いて、消化器内科になります。常勤医1名のため、三次救急でありながら、休日・夜間等の消化管出血等の救急対応が困難な状況です。

消化器外科の医師は5名体制ですが、消化器内科の医師が手薄となることで、紹介患者や手術適応患者を遠方に送るといった機会が多くなっております。

体制強化のために、常勤医の派遣を要望いたしております。

次、スライドをお願いします。

続いて、脳神経外科になります。常勤医は6名ですが、産休中の医師が1名いるため、常勤医5名、非常勤0.5名の体制です。

脳神経外科については、次のつるみ脳神経病院と重複となるため、この後、説明いたします。

スライドをお願いいたします。

つるみ脳神経病院です。脳神経外科1名の要望となります。現在、常勤医3名、非常勤医0.8名の体制ですが、昨年度の医師派遣要望により、10月からの半年間ですが、1名の常勤医が増員予定となっております。引き続き、来年度も派遣を希望いたしております。

スライドを次をお願いします。

今回の脳神経外科については、つるみ脳神経病院と西南医療センター病院の2病院からの要望となっております。

つるみ脳神経病院では、一次脳卒中センターコアに認定されており、脳卒中分野において地域の拠点となっております。

最近の5年間の平均手術件数は160件で、現在も高い水準を維持しています。

一方で、救急車のお断り件数は、令和4年度が317件、令和5年度が443件と高いまま解消されていない状況であります。

西南医療センター病院では、一次脳卒中センター、県西地域では脳外科手術・脳血管内治療・内科合併症治療を行う唯一の総合病院で、やはり重要な位置づけとなっております。

近年5年間の平均手術件数は150件と、やはり多い状況です。

埼玉県、千葉県、群馬県など、県をまたぐ三次救急を提供していますが、一部の救急車はお断りせざるを得ない状況であります。

2病院の増員により、患者は、居住地近隣の医療機関で速やかに治療を受けられること、迅速な救急対応、高度な治療をより多くの患者に提供できること、また、脳卒中患者の生命と健康を守ると同時に、地域の医療体制の強化、医師の業務負担の軽減が図られ、よりよい医療提供が期待できることなどから、2病院の重複での派遣要望となっております。

説明は、以上であります。

よろしく願いいたします。

○平松会長

ありがとうございました。

今のプレゼンに関して、何かご質問、ご意見ございますか。

よろしいでしょうか。

では、要望として承ります。

では、これで一通り各地域のプレゼンが終わりましたので、委員の皆様におかれましては、今後の派遣要望の評価の参考としてご利用ください。

また、事務局では、手順に沿って今後の派遣調整を進めていただき、次回の地対協において、派遣要望の評価結果をご報告いただきたいと思います。

よろしいでしょうか。

では、続いて、議題の(2)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8年度向け)の見直しについて、事務局からご説明願います。

○事務局

事務局でございます。

資料3についてご説明をさせていただきたいと思います。

1枚目をおめくりいただきまして、右下2ページ目でございます。

修学生医師のキャリア形成に係る大方針について、これまでの経緯といたしまして、令和4年度第4回地域医療対策協議会において、地対協委員の先生方や関係機関の皆様へアンケートをさせていただきまして、そちらの結果を踏まえまして、以下のとおり決定したところでございます。

大方針の内容といたしましては、修学生医師であっても、希望する診療科を自由に選択できること、希望すれば義務年限内に専門医資格を取得することができ、かつ取得した専門医資格の維持ができること、また、日本専門医機構が認定するサブスペシャリティ領域の取得に配慮されることの4点を保障することとしたところでございます。

一方で、一番下のぼつに朱書きで記載してございます日本専門医機構が認定するサブスペシャリティ領域の取得に配慮されることにつきましては、配慮の取扱いを決定していなかったところでございます。こちらにつきまして、資料下段の色塗りの四角囲みになりますが、現状では、連動研修を実施しているなどの理由から、基本領域とサブスペシャリティ領域を切り離れたプログラムの作成が困難な診療科があることは事実でございます。

一方で、サブスペシャリティ領域に係る例外的措置の適用範囲を必要以上に広げてしまうと、これまで以上に医師不足地域の中小病院への専攻医の派遣をしにくくなるおそれがあると思料しているところでございます。

以上のことから、サブスペシャリティ領域に係る例外的措置につきましては、現時点でサブスペシャリティ領域との連動研修をプログラムとして実施しており、例外的措置を適用しなければ研修が困難な診療科に限り対象としてはどうかと考えているところでございます。

こちらでお伝えしている連動研修を実施している診療科といたしますが、日本専門医機構が連動研修を認定しているサブスペシャリティ領域とさせていただいておりまして、例えば、内科であれば、消化器内科や循環器内科など内科で8領域、外科であれば、心臓血管外科や小児外科などの外科で5領域、また、放射線科であれば、診断と治療の2領域、こちら3診療科の合計15領域が日本専門医機構のほうで認定されており、その15領域を想定して記載させていただいておりますので、併せて申し添えさせていただきたいと思います。

続きまして、1枚おめくりいただきまして、右下3ページ目になります。

例外的措置に係るプレゼンテーションについてでございますが、県において例外的措置の適用の意向があった診療科と意見交換を実施させていただきまして、その結果、現時点で、

筑波大学附属病院の心臓血管外科、小児外科、呼吸器外科、病理診断科、こちらの放射線科につきましても診断領域になりますが、そこから例外的措置の適用を希望するお声がございました。

そのため、本日、事務局からの説明後、各プログラム責任者によるプレゼンテーションを実施していただきたいと思っております。

各委員におかれましては、令和5年度第4回地対協で承認を得た以下の要件、①といたしまして、専門研修中及び専門医資格の取得後の期間を通じて猶予制度を十分に活用したとしても、医師不足地域での必要勤務年数を満たすことが困難であるかどうか。

②といたしまして、医師不足地域における研修体制について、アといたしまして、研修拠点の集約化が必要であるか、イといたしまして、将来的に連携施設を拡充する予定がある、こちらのどちらかに該当しているかどうか。

③といたしまして、例外的措置の適用期間も医師不足地域への貢献が認められるかどうか。

④といたしまして、③について、数値等により具体的な実績を提示されているかどうか。

⑤といたしまして、最低限、医師不足地域にも勤務ができそうかどうかという点に照らし合わせていただきまして、例外的措置の必要性についてご意見をいただけますと幸いです。

続きまして、1枚おめくりいただきまして、右下4ページ目になります。

例外的措置適用に対する論点となりますが、診療科の特性上、研修拠点の集約化等により医師不足地域での勤務が困難であるなど、やむを得ず例外的措置を適用しなければならない診療科があるものと思料しております。

一方で、医師の偏在是正、ひいては、地域医療を担う医師の確保という地域枠制度の本来の目的に鑑みまして、これまでもご提示させていただいておりますが、例外的措置の適用範囲については、必要最低限の範囲とすべきであると考えております。

なお、連携施設の受入可能な人数、こちらはキャパシティの問題により例外的措置の適用を希望する場合につきましても、修学生医師の入局状況及び各連携施設への専攻医の派遣状況から、実際に修学生医師を医師不足地域の連携施設に派遣できない状況であることを、改めて地対協で確認する必要があるのではないかと考えているところでございます。

事務局からの説明は、以上でございます。

まず初めにご説明させていただいた内容につきまして、ご意見等を頂戴できればありがたいと存じます。

よろしくお願いたします。

○平松会長

ありがとうございました。

ただいま事務局から説明のありましたこの例外的措置に対する内容について、ご意見等を頂戴したいと思っておりますが、いかがでしょうか。

特に、例外的措置の要件、それから、最後のページの論点、このあたり、異議、あるいは、何かご意見、これを加えたほうが良いというようなご意見がございましたらおっしゃっていただければと思っておりますが。

よろしいでしょうか。

では、プレゼンをしていただいて、その後でもまたご意見をいただけたらと思いますので、お考えになって、もしありましたら、後ほどいただきたいと思います。

では、次に、説明があったとおり、例外的措置の適用の希望があった筑波大学附属病院の診療科のプログラム責任者から、例外的措置の必要性についてプレゼンテーションをしていただきたいと思います。

1 診療科当たりの説明時間は5分を厳守していただくように、簡潔に、ポイントを絞ってプレゼンをしていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

では、初めに、心臓血管外科からお願いたします。

○五味(筑波大学附属病院心臓血管外科)

よろしくお願いたします。

心臓血管外科、坂本に代わって五味がプレゼンテーションさせていただきます。

まず、スライドの1枚目ですが、現状の県内の施設の派遣状況はこうなっております。

筑波メディカルセンター病院、水戸済生会総合病院、県立中央病院、日立製作所日立総合病院、そこに抜けておりますが、県立こども病院にも派遣させていただいています。

この中で、現状は、修学生医師が1名、地域枠の3年目の医師が1名おりますが、地域枠のほうは、今、外科の専門研修中で、他科でお世話になっているところでございます。

スライドを次にお願いたします。

今後、心臓血管外科が茨城県内でどういうふうな方針にしていくかということをごちらに書かせていただきました。

心臓血管外科においても、恒常的にマンパワー不足、さらに、働き方改革によって勤務時間も制限されるといった状況でございます。

一方、手術の成績、質のほうは、ある程度の症例数をこなさないと維持できないということが一般的でございます。

したがって、十分な症例数をこなすためには、おのずと施設の拠点化・集約化が必要になっております。

将来的には、筑波大学附属病院、筑波メディカルセンター病院、水戸済生会総合病院、日立製作所日立総合病院の4施設に集約の方向で考えているところでございます。

スライドをお願いたします。

現状、医師不足地域で勤務をすると専門医になれるかどうかというお話ですが、外科専門医に関しては、専門プログラム、初期研修終了後3年で350症例を経験して、試験に合格するとになれるというような状況ですので、こちらに関しては大きな障壁にはならないかなと思います。

ただし、心臓血管外科に勤務した状態で外科専門医の症例数が足りるかという点、これはちょっと疑問なところがあります。

さらに、外科専門医を取得した後、外科専門医を更新する条件なのですが、一般的に、外科専門医を取得して数年で心臓血管外科医を取得します。そちらの心臓血管外科医を更新することによって、外科専門医が自動的に更新されるという形になっておりますので、心臓血管外科医の更新条件が満たせるかどうかということが必要になります。

現状、医師不足地域の病院というのは日立総合病院だけになりますので、そちらで限られた時間の中で、必要症例、特に、執刀症例が全部で50例必要なのですが、しかも、術式当たり最大で10例というふうな縛りもございますので、バリエーションがあまり多くない施設ですと、専門医の取得、あるいは維持が不可能という形になると思われま

す。スライドをお願いいたします。

4番、専門研修中及び専門医資格取得後において医師不足地域での必要勤務年数を満たすことが困難な理由ですが、先ほどとも重複いたしますが、現実的に水戸が医師不足地域から外れると、日立総合病院だけという形になります。

仮にですが、心臓血管外科を目指す地域枠の修学生医師が複数名になった場合は、その2人を日立総合病院に置いておかないといけないという形になります。そうすると、執刀数も半分になりますし、仮に1人の場合でも、日立総合病院で長期間研修をしても、なかなか必要な症例数を確保することが困難というふうに思われます。

実際にそういう状況が生じた場合に、地域枠の学生が心臓血管外科医になるための障壁になる可能性が大いにあり、心理的なこともあるというふうに考えております。

5番目でございます。医師不足地域外の連携施設、我々筑波大学附属病院であったり、あるいは、筑波メディカルセンター病院、水戸済生会総合病院でどれだけ医師不足地域から患者さんを受け入れているかということなのですが、スライドを次に送っていただけますか。

こちらが筑波大学附属病院の心臓血管外科の過去3年の入院患者数です。もちろん、つくば近郊が多いのですが、これを医師不足地域とそれ以外に分けて見ますと、次のスライドをお願いいたします。およそ6割が医師不足地域という形で、筑波大学附属病院の心臓血管外科で勤務していても、医師不足地域の患者さんを十分受け入れているという形になると思

います。では、次のスライドをお願いいたします。

同様に、水戸済生会総合病院の心臓血管外科のほうも調査いたしました。こちらは水戸地域が6割弱ですが、それ以外は常陸太田・ひたちなかからの受入れが非常に多い状態で、医師不足地域から大体4割強といった症例を受け入れています。

スライドを次にお願いいたします。

こちらに示すとおりになります。医師不足地域は4割ぐらいです。

では、スライドをちょっと戻っていただけますか。

今示したのが5番です。医師不足地域においても、基幹施設、あるいは、集約した施設で手術をすることによって、医師不足地域の患者様に十分貢献しているということはデータでも示せるかなと思っています。

そこで、我々グループの例外的措置の希望ですが、現状維持という形になります。

現状、水戸地域も医師不足地域として認めていただいていますので、その地域内にある水戸済生会総合病院での研修を医師不足地域の研修としてカウントしていただくということが可能であれば、十分な数の地域枠の修学生を受け入れることが可能になるのではないかなと思っています。

以上になります。

よろしくご検討をお願いいたします。

○平松会長

ありがとうございました。

ご意見、ご質問はありますか。

○小島県地域医療支援センター長

小島ですが、よろしいですか。

○平松会長

小島先生、どうぞ。

○小島県地域医療支援センター長

プレゼンの内容は非常によく分かったのですが、これは、具体的に、例えば、水戸済生会総合病院で何年間勤務をすれば、例外措置として何年間適用すれば大丈夫だろうということ想定していらっしゃいますか。

○五味(筑波大学附属病院心臓血管外科)

1名ということですか。

○小島県地域医療支援センター長

現状、実績としては、大体4年とか5年に1人ぐらいでしょうか。

○五味(筑波大学附属病院心臓血管外科)

そうですね。現状はそういった状況です。

○小島県地域医療支援センター長

修学生が増えますので、その倍ぐらいで考えていただいてもいいのかなと思うのですが。

○五味(筑波大学附属病院心臓血管外科)

要するに、日立に行っている期間を最大に取るというのが前提になると、恐らく1、2年、複数名いるときは2年ずつという形が現実的かなと思いますので、それに代わる期間として、水戸済生会総合病院に2年、あるいは3年という形、それを2名という形にすると、何とか地域枠の学生さんであっても専門医を取っていただくことが可能であるかなと思います。

もちろん、それ以外の期間は、症例数の多い筑波大学附属病院で勤務していただくというのが条件になると思いますが、症例数を経験するという意味では、そのぐらいの年数が必要ではないかなと思います。

○小島県地域医療支援センター長

ありがとうございました。

○平松会長

必要最小限、水戸済生会総合病院を使わせていただくというプランニングだと思います。

よろしいでしょうか。

では、次にまいります。

続いて、小児外科からのプレゼンテーションをお願いいたします。

○瓜田(筑波大学附属病院小児外科)

よろしく申し上げます。

プレゼンテーションは、瓜田がさせていただきます。

小児外科ですが、現状、県内での派遣は、土浦協同病院とJAとりで総合医療センターと筑波大学附属病院の3施設になっています。

実際、派遣可能な病院としては、このほかに茨城県立こども病院があります。

現在、修学生は土浦協同病院のほうに派遣している状況です。

J Aとりで総合医療センターにつきましては、症例数がかかなり少ない状況ですので、複数年派遣することはなかなか困難な状況になっています。

次のスライドをお願いします。

研修施設に関しては、小児外科としては、可能であれば拡充したいと考えていて、鹿行地域、神栖済生会病院を考えています。日立地域の日立総合病院も可能であればというような感じです。

ただし、両病院においては、小児外科の診療科がもともとない病院ですので、その枠を設定しておいていただく必要が生じます。

1人では医療はできませんので、最低2人以上の常駐が可能であれば、拡充は可能だと思われれます。

2033年度までには、少なくとも、このうち鹿行地域に関しては拡充したいと考えております。

次のスライドをお願いします。

小児外科の専門研修の要件ですが、外科手術150例以上の執刀で、新生児20例以上の手術経験、少なくとも5例は執刀、これが一番難しい条件になっています。それから、5歳以下の乳幼児100例以上、鼠径ヘルニア類以外で50例以上、ですから、鼠径ヘルニアをメインとしてやっているJ Aとりで総合医療センターはなかなか難しいような状況になっています。

専門医資格取得後ですが、5年ごとの更新になっています。5年間で100例以上の手術経験が必要であるということが要件になっていますので、このうち、筑波大学附属病院と県立こども病院、土浦協同病院では、年間25例以上程度の手術症例が見込まれますので、4年間はその病院で研修する必要があるかと思われれます。ですから、5年間に1年は医師不足地域での研修は可能かと思われれます。

次のスライドをお願いします。

ですので、この4番は重複しますので少し省かせていただきましたが、小児外科の研修病院自体が、現在、県内で4施設しかないという状況で、しかも専門医の取得条件を満たすのは、筑波大学附属病院、それから、土浦協同病院、そして、茨城県立こども病院の3施設に限られるというのが現状になっています。

5番目ですが、現在の医師不足地域の貢献ですが、J Aとりで総合医療センターは、来年度から医師不足地域になると思いますが、そこに常勤医2名が常駐しています。それから、外来にスタッフを派遣しているのが神栖済生会病院、西南医療センター病院、それから、守谷第一病院、龍ヶ崎済生会病院、西部メディカルセンター病院で、西部メディカルセンター病院は隔週ですが、それ以外は毎週1回の頻度でスタッフが外来診療を行っています。

手術件数に関してですが、これは県立こども病院と筑波大学附属病院ではほぼ二分しているような状況で、いずれも500件程度の手術を行っています。

県立こども病院は、県北においては唯一の小児外科診療施設になっていますので、この病院で医師不足地域の小児外科症例を担っているというのが現状になっています。

ですので、希望する例外措置の内容としましては、茨城県立こども病院での研修を例外措

置として認めていただければ、修学生の受入れが可能になるのではないかと考えています。

以上です。ありがとうございます。

○平松会長

ありがとうございました。

現実的に、水戸地区のこども病院を外すと厳しいというお話ですが、何かご質問、ご意見ございますか。

小島先生、よろしいですか。

○小島県地域医療支援センター長

ちょっと1点、確認ですが、この手術件数から言うと、こども病院はかなり周辺から受け入れているのですが、医師不足地域からどのぐらい受け入れているか、先ほど、心臓血管外科で示されたようなデータというのは確認されていますか。

○平松会長

小児外科、瓜田先生、いかがですか。

○瓜田(筑波大学附属病院小児外科)

準備期間が短くて、データを集め切れておりません。申し訳ありません。

○平松会長

感覚的な数字でもいいですけども、先生の実感で。

○瓜田(筑波大学附属病院小児外科)

何割ぐらいかということですよ。

少子化というのもあるので、感覚的には5割以下程度かなというふうには思っています。水戸市以外ということですね。

基本的には、県南から行くというのはほとんど考えにくいような状況であるので、県北からの症例ということになると思っていますので、およそ半分ぐらいは受け入れているのではないかなという感覚です。

○平松会長

想像すると、さっきの心臓外科と同じような感じなのではないでしょうか。水戸地域以外のところも全部来ているというところだと思いますが。

よろしいでしょうか。

では、ほかにご意見がなければ、次のプレゼンテーションに行きます。

呼吸器外科、お願いします。

○佐藤(筑波大学附属病院呼吸器外科)

筑波大学の呼吸器外科、佐藤です。

まず、我々呼吸器外科グループの派遣状況をお示しします。

そこに書いてございますように、茨城県立中央病院、土浦協同病院、日立総合病院をはじめとして、県内のがん診療連携拠点病院を中心として、一部を派遣するのではなくて、その科の全員を我々のグループから派遣しております。

さらに、今年の4月から、東京医大茨城医療センターの教授も我々のグループから輩出して、協力して診療を行うというような形になっています。

そこに書いてございますように、うち修学生が2名います、1人は日立総合病院、もう

1人が土浦協同病院、この土浦協同病院のほうは、昨年度の3月で義務年限を終えた者です。2人がいます。

さらに、来年度、修学生が2人入る予定でして、それらも含めて研修の先を考えていかななくてはならないという状況です。

これらのがん診療連携拠点病院を中心としたところでやっているわけですが、県内の呼吸器外科診療のほとんどを我々のグループで担っているということになります。

ですから、県全体で考えていただいて、医師が不足している地域も、していない地域もございいますが、県全体の呼吸器外科診療を筑波大の呼吸器外科のグループで担っている、それを充足できているという状況であることをまず認識していただければと思います。

次、お願いします。

この下の四角のところですが、今申し上げましたように、前のページの派遣先で県内全域の肺がん手術をはじめとする呼吸器外科手術を我々のグループで担っています。しかも、レベルを保つということ、筑波大と連携施設で連携を密に取り、継続的に指導をして、修学生を含めた専攻医を指導しているという状態です。

今後の方針ですが、心臓血管外科、小児外科と同様だと思いますが、集約化を考えております。

その理由として、3点ございます。

呼吸器外科の手術に関しては、低侵襲化が非常に進んでおります。内視鏡手術、それからロボット手術です。ロボット手術も、今、非常に割合が増加してきていますので、これらの低侵襲手術はもちろん患者さんにもメリットが大きいわけで、これを進めていくには、1施設につき4人以上の体制を組む必要があります。

また、我々の中心的な疾患は肺がんなのですが、この周術期治療が、今、大きく変化しております。遺伝子治療、それから、免疫治療、これらが進化しております。呼吸器外科だけではなく、呼吸器内科、放射線科、腫瘍内科、病理診断科と共に、共同してCancer boardを開いて、治療方針を決めて治療をしていくということが必要になっていきますし、治療成績の向上につながるということがございますので、こういった体制を組める施設に集約化していくということも必要ですし、夜間・休日の体制を含め、働き方改革を進めるためには、1施設4人以上の体制が必要であると考えています。

次、お願いします。

集約の拠点となる医療機関の見通しですが、大学、日立総合病院、県立中央病院、水戸医療センター、土浦協同病院、そして、東京医大茨城医療センターを集約化の拠点として考えています。

上記施設で今も県内全域の呼吸器外科診療を行えているわけですが、症例数の少ない施設では研修医教育が十分に行われず、きちんとした呼吸器外科医を育てることが難しい。また、専門医の取得・更新に支障を来すということが問題ですし、ロボット手術をはじめとした低侵襲手術も身につけにくいということで、結果として患者に不利益をもたらすということがございます。

③に関しては、②と同様の理由になります。

次、お願いします。

専門研修、サブスペの専門研修を5年と考えましたが、現在は、日立、県北に加えて県央が医師不足地域として認定されていますが、この水戸地域、県央地域が医師不足地域から外れるということになりますと、我々の連携先では日立総合病院だけになるのです。複数の地域修学生がいますので、それが全て日立に行くということは不可能ですし、研修の内容としても、症例数、そして、症例の偏りが生じるということで、研修医の実力を全方位的に指導していくということが難しくなりますので、県央が外れるということになると、サブスペ研修5年のうち4年間は医師不足地域以外での勤務が必要ということになります。

専門医の取得後も同様でして、専門医を更新していくためには、3年間は医師不足地域以外での勤務が必要となります。

次、お願いします。

4番目も同様です。県央が外れると日立総合病院のみとなってしまうということが、研修医の指導において非常に問題となります。

5番目ですが、現在、ここは3病院、大学病院、県立中央病院、水戸医療センターのデータを示していますが、大学も県北、県央、そして県西の医師不足地域からの患者さんをこのように受け入れておりますし、県立病院、そして水戸医療センターでも、そこに書いてございますように、医師不足地域からの患者さんを多く受け入れている状況です。

最後に、希望する例外的措置の内容ですが、現在と同様に、茨城県立中央病院と水戸医療センターの呼吸器外科の勤務を医師不足地域としてお認めいただきたいということがお願いしたい例外的措置の内容となります。

以上です。

○平松会長

ありがとうございました。

呼吸器外科のプレゼンに関して、ご質問、ご意見ございますか。

やはり日立総合病院だけの専門研修では維持が厳しいという趣旨だと思いますが。

小島先生、よろしいですか。

○小島県地域医療支援センター長

内容については、承知しました。

ただ、先ほどの小児外科さんと一緒なのですが、実際、どのぐらい医師不足地域から例えば県中、水戸医療センターが受け入れているかということ、ある程度、実績を確認していただいたほうがよろしいかと思えます。

○佐藤(筑波大学附属病院呼吸器外科)

それは、先ほど出しました資料に。

○小島県地域医療支援センター長

これは鹿行だけです。鹿行以外からも、恐らく。

○佐藤(筑波大学附属病院呼吸器外科)

県北や県西からの受入れですね。それについては、大学病院だけのデータになってしまいましたが、大学については記載しております。

○小島県地域医療支援センター長

実際、要件を適用する場合には、どのぐらいの実績が上がっているかということの確認が

必要になると思いますので、ご確認いただくようお願いいたします。

○佐藤(筑波大学附属病院呼吸器外科)

承知しました。

○平松会長

ありがとうございました。

では、続いてのプレゼンテーションに行きたいと思います。

病理診断科、お願いいたします。

ちょっと時間が押していますので、5分以内でしっかりと集中して、ポイントを絞ってお願いします。

○坂本(筑波大学附属病院病理診断科)

筑波大病理の坂本です。

松原教授に代わりまして、坂本がプレゼンさせていただきます。

病理診断科の特徴は、ほかの臨床科とは少し違っているところがありますので、そういったところの説明をさせていただいた上で、要望をさせていただければと思っております。

今、画面に出ていますのが、筑波大学から派遣をしている県内の施設ということになります。

一見、たくさんあるように見えますが、実際は、医師不足地域に入っているのは、日立総合病院、西南医療センター病院、東京医大茨城医療センターの3施設のみになります。

病理診断科の特徴としましては、病理医の人数というのは少なく、茨城県は、毎年、残念ながら病理医のワースト1位か2位という人数の少ない地域になっておりまして、見て分かるように、県内に派遣している水戸エリアの施設であっても、1人病理医で対応しているというところが多いのが特徴になるかと思えます。

ですので、そもそも研修できる環境が整っていない、あるいは、それ以上、病院が病理医を雇う余裕がないといった声が各施設から言われてしまうというところがあります。

次、お願いします。

こちらは病理部門の特徴ということで話させていただきますが、病理診断科としましては、拠点化・集約化を考えております。といいますのは、下のイラストに出しているように、病理部門というものがない病院が新たに病理部をつくることになってしまった場合には、臨床検査技師、300床程度の施設でも五、六人は必要になってきますし、病理標本作製する機材、ホルマリンをはじめとする医薬品の管理や、そういった安全な作業環境をつくるということで、新しく病理部をつくるというものは大変なことになるかと思えますので、現在、病理部門がある施設で病理医を集めてやっていくというのが現状にはなっております。

次、お願いします。

現在、筑波大学附属病院との関連している施設の分布というのは、地図に示したとおりになります。先ほど申したように、医師不足地域にあるのは日立総合病院、西南医療センター病院、東京医大茨城医療センターのみになってきます。

次、お願いします。

筑波大学関連以外となりますと、土浦協同病院や医科歯科の系列であるとか、独立している筑波メディカルセンター病院とか、そういった施設と一応連携は取っていますが、こちら

は新たに病理医を受け入れる余力はないというふうには言われています。

来年度からですが、ひたちなか総合病院と水戸赤十字病院は、新たに教授に交渉していただきまして、連携施設になることにはなっております。

ただし、それ以外の病理部門がある施設というものになってくると非常に限られてくる。ほかには主立った施設というのは友愛記念やJ Aとりでぐらいしかないということになってきて、基幹病院は少ないです。

次、お願いします。

これが、日本全国で言っても、茨城県の筑波大学の病理部のみが有している特徴かと思いますが、つくばヒト組織診断センター（THDC）という形で、筑波大学附属病院に病理部門がない施設からの検体を集めて、病理標本を作製し、診断をするという業務を20年近くやってきました。

ここに参加していただいている病院が10件以上あるのですが、今、画面に出しているのは、主な件数が多い病院ということになりますし、特に、総合守谷第一病院、つくばセントラル病院、龍ヶ崎済生会病院、この3施設は特に依頼いただいている件数が多い部分になります。

ここはちょうど取手・竜ヶ崎医療圏に入っているかと思うのですが、ここについて、本日の要望につながっていきますので、少しこの図を頭に置いていただければと思います。

次、お願いします。

病理部門の特徴ということになりますと、病理専門医を取るには、ほかの臨床科は恐らく専門研修4年か5年というところが多いようなのですが、病理は3年が最低ということになっています。ただし、病理専門医を取るに当たっては、稀少疾患を経験すること、特に、今は治療のコンパニオン診断として、PD-L1をはじめとする種々のバイオマーカーなどの免疫染色を施行し、それをきちんと病理診断をすることができる、あるいは、がんゲノム医療に関わる分子遺伝学的知識がないと、病理医として最低限の研修ができないということになってしまいます。そうしますと、どうしても大学病院での研修期間が長くならざるを得ないというところがあります。

また、病理では、解剖数を3年間で24体以上やることになっていますが、これも地域の病院になってしまいますと件数が少なくなってしまうので、どうしても筑波大学に所属している間にこういった研修を全て習熟するということが必要になってくるというところが特徴かなと思います。

ですので、専門医資格を取得後であれば、地域の病院でお力になることはできますので、現在は、そういった特徴もあるので、ここ最近の修学生の場合は、専門医資格を取ってから、ようやく医師不足地域に出られるというのが実情になっています。

次、お願いします。

4番については、ここまで述べたことと重複するので、割愛させていただきます。

そこで、我々の検討いただきたい要望としましては、どうしても筑波大学附属病院を中心とした研修が地域卒の医師にとっても必要であるということで、一つ、我々の特徴と併せた形の提案としましては、つくばヒト組織診断センターでは、取手・竜ヶ崎医療圏の複数の施設を中心に病理診断をさせていただいたり、病理解剖の受託を受けたりということによって仕事をしています。

そして、病理の仕事というのは、検体の切り出し作業、実際、その切り出しのときに問題があれば、その施設へ連絡を取って、確認を取ったりということや、病理解剖のときに、先方の医師と解剖室でディスカッションをしたりということで、実際は、その地域にいないでも、その地域で働いているのと同様の関わりは持って仕事をしているという特徴があるかと思えます。

THDCの組織診断件数というのは、下に出したように、大体年間8,000件前後という数になっています。筑波大学附属病院の組織診断検査は1万2,000件が現在の数になりますので、非常に大きい件数をやっており、計算式は別にあるのですが、おおむね500床規模の医師不足地域の施設での研修に匹敵する経験をしているということになるかと思えます。

最後のスライド、次、お願いします。

かなり特殊な提案といえますか、ご相談になるのですが、取手・竜ヶ崎医療圏を中心としたTHDCを用いた診断や、その病院でのCPCとか、解剖とか、そういったことでの関わりを、筑波大学附属病院の所属中であっても、それに専念して行った場合には、その地域での病理医としての勤務と同等のことができると我々としては考えております。

かなり特殊な要望になりますが、こういったことが可能かどうかということをご検討いただきたいと思っております。

なお、来年度、新年度は、当科に専攻医として希望している研修医が4名いるのですが、うち2名は修学生ということになりますので、ぜひそういった若い人たちにも安心して研修してもらえるという体制になればと思っております。

私からのプレゼンは、以上です。

ありがとうございました。

○平松会長

プレゼン、ありがとうございました。

ご質問、ご意見ございますか。

筑波大学にいながらにして医師不足地域の検体を十分に扱って診断をしているという趣旨だと思いますが、よろしいでしょうか。

では、ご意見がなければ、これで承ります。

最後、放射線科(診断領域)、お願いいたします。

○中島(筑波大学附属病院放射線診断・IVR科)

よろしく願いいたします。

放射線診断・IVR科の科長をしております中島です。

放射線診断は病理にちょっと近いところがあるのですが、現状としては、県立中央病院に2名の専攻医と、日立総合に1名、レジデントが行っています。

水戸地域が医師不足地域から外れてしまいますと、現状、日立総合に2名、指導医がいて、専攻医が1人いるという状況です。

西南医療センターのほうは1名常勤の先生がいらっしゃるのですが、指導医を持っていないので、現状は派遣できないという状況になっています。

指導医が医師不足地域にほとんどいないというのがちょっと問題かなというところになります。

次、お願いします。

診療科としての方針としましては、緊急IVRなどの対応というのは、放射線科は人がいないといけなないので、集約化というよりは、連携施設の拡充を目指したいと思っています。

ただ、1名で派遣というのはかなり緊急対応が困難ですので、都市部との連携、遠隔ネットワークを含めた集約化と、連携施設拡充のハイブリッド体制の構築をしたいと思っています。

現状ですが、専攻医は年間4名ずつ入ってくれていまして、特に、東京とかは人気なので、筑波も4人ぐらいは今後も入るかなと予測しています。

最短だと、5年ぐらいからは専門医が増えてくるということになると思っています。

一応、医師不足地域の医療機関の形態として、2つのパターンを考えていまして、1人の常勤放射線診断専門医プラス遠隔画像診断、または、3名以上の放射線診断医、1人だとかなり負担が高いので、3名以上で受け入れられるというのがまず一番、もしそれがだめだった場合は、1名プラス遠隔診断でサポートということを考えています。

できればということで、2番目のところですが、遠隔システムを入れてくれる機関に、1名から始めて、だんだん3名という形にしていきたいなということを考えています。

また、IVRに関しては、相談とかも結構多いと思いますので、1人もしくは3人でオンコール体制をやっているというのは結構大変なので、大学とのネットワークがあれば、そこも相談できるのではないかなと考えています。

2033年までの見通しですが、牛久愛和総合病院は今まで連携施設ではなかったのですが、連携修練施設として来年度から入ってもらいますので、幾つかの医師不足地域で、こういった入ってもらえるところがあったら、引き続き、交渉していきたいと思っています。

次、お願いします。

最低年限ですが、放射線診断専門医になるには5年が必要です。そのうち4年間は医師不足地域以外での勤務が必要と考えています。それは、新人の研修医の1人が修学生だと考えた場合に、5年間で20名、年間4名が入局したと考えると、5分の1は修学生であるので、1人が5年間で行けるのが1か所ではないかということが計算の根拠になります。1か所もしくは1.5か所ぐらいになるかなと思っています。

専門医資格取得後なのですが、放射線診断医としては、5年ではちょっと経験が足りないかなというところで、1人で派遣されても、本人も大変だし、ご迷惑をかける方が多いかなと思いますので、最低2年間は必要、さらにまた、緊急IVRの対応になると、さらに3年から5年の研修が必要かなと考えています。

次、お願いします。

4番は、現状ですが、日立総合病院に2名の指導医がいるのみで、県中に関しては、引き続き、できれば派遣させていただきたいと思っているのですが、医師不足地域でなければいけないということになってきた場合に関しては、日立総合病院だけになってしまいます。

5番のところなのですが、現状としては、どこの施設でもCTやMRIなどの高度医療診断機器が設置されているケースが多いのですが、放射線科医が不在な場合には、民間の遠隔画像診断サービスに頼るケースが結構多いのですが、読影品質が低いことが多かったりすることがありまして、県全体の医療レベルの低下が懸念されています。

そこで、今、筑波大学附属病院では、病理のTHDCと同じような形で、遠隔画像診断を筑波大学でできないかという仕組みを、今、構築しているところです。

6番でまた詳しく説明させていただきますが、医師不足地域で撮影されたCT・MRIを、筑波大学附属病院で、修学生1人当たり年間200件読影して、修学生が読影というのはあまりあてにならないかと思しますので、それをさらに放射線診断医である指導医が承認を行うことで、実際には指導医が読影するという形で、医師不足地域の医療の質の向上に貢献したいと思っています。

希望する例外的措置なのですが、修学生研修医1人当たり年間200件のCTもしくはMRIの読影を行うことによって、医師不足地域での1年間の研修として換算してもらえないかと考えています。

これは、放射線科の研修カリキュラムは3年間で600件のCTを読むということを根拠にしています。年間当たり200件ですので、その分を筑波大学の遠隔で担当することによって、それを医師不足地域での1年間の研修として換算していただきたいなと思っている次第です。

以上になります。

よろしく願いいたします。

○平松会長

ありがとうございました。

ただいまのご説明に、ご意見、ご質問ございますか。

○小島県地域医療支援センター長

小島です。よろしいですか。

○平松会長

どうぞ。

遠隔診断システムというのはもう構築されているのでしょうか。それとも、これからの話になるのか。

○中島（筑波大学附属病院放射線診断・IVR科）

一応、めどは立っています。

○小島県地域医療支援センター長

具体的には、どこのフィルムを遠隔でやろうと。どこの病院の画像。

○中島（筑波大学附属病院放射線診断・IVR科）

まだ具体的には始まっていないのですが、筑波大学側はもう準備ができていますので、実際に連携する病院があれば、そのPACSと接続すればできる状況をつくっています。

○小島県地域医療支援センター長

そうすると、THDCと同じような枠組みになると思うのですが、THDCの場合は、きちんと医師不足地域からの症例の数え上げができるということを病理診断科からお聞きしているのですが、先生方もこれができれば、実際、医師不足地域の何例ぐらいを読んだということは、実績としてカウントは可能と考えてよろしいでしょうか。

○中島（筑波大学附属病院放射線診断・IVR科）

はい。一応、通信費用とカウントの費用に関しては連携病院のほうに請求させていただこうかなと思っています、それはカウントを考えています。

○小島県地域医療支援センター長

分かりました。

遠隔システムが早くできるといいと思うのですが、それまでの間というのは、どこかの病院、例えば、水戸地区の病院を認めてほしいとか、そういう例外的措置はなしで大丈夫ということですね。

○中島（筑波大学附属病院放射線診断・IVR科）

はい、大丈夫だと思います。

○小島県地域医療支援センター長

分かりました。

○平松会長

今、小島先生のご意見がありました。もう一度、中島先生、確認ですが、水戸地域の例えば県立中央病院などの研修を含めることはちょっと無理があるということですか。

○中島（筑波大学附属病院放射線診断・IVR科）

いや、含めていただければすごくありがたいです。

○平松会長

それでもいいということですね。

○中島（筑波大学附属病院放射線診断・IVR科）

はい。

○平松会長

先生のプレゼンだと、大学病院での診断だけを含めるというように見えてましたが、そうではないのですね。

○中島（筑波大学附属病院放射線診断・IVR科）

県の方からの理解では、医師不足地域は国からのあれて絶対だということだと思っていたので、県立中央病院が入ると2名いけますので、非常に助かるといえば助かります。

○平松会長

分かりました。

では、ほかの外科と同様に、県立中央病院、要するに、水戸地区での例外措置を認めていただけると、より有効だという理解でよろしいですね。

○中島（筑波大学附属病院放射線診断・IVR科）

非常に助かります。

○平松会長

その辺、もう一度、整理し直す必要がありますね。

ありがとうございました。

では、一旦、これでプレゼンテーションは全て終了といたします。

今、5つの診療科からプレゼンがありましたが、全体を通して、ご意見、ご質問はございますか。

よろしければ、ここで全て決めるのはなかなか難しいところもあると思いますので、例外的措置の適用に関しては、この会議終了後に、事務局から各委員宛てに意見照会を改めて行った上で、先ほど、小島先生からご質問があったように、例えば、小児外科、呼吸器外科で

は、医師不足地域からどのぐらいの症例を受け入れているのかといった具体的・正確な資料を改めてつけていただくなど、十分な評価ができるようにしていただいて、その上で意見を皆さんからいただいて、次回の第3回の地対協でその結果を報告したい。それで正式決定につなげたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

異論がなければ、そのようにさせていただきます。

事務局、その準備をよろしく願いいたします。

ありがとうございました。

それでは、次に、議題(3)にまいります。(3)は令和7年度の医学部入学定員について、事務局からご説明を願います。

○事務局

事務局でございます。

資料4でございます。

地域枠の定員につきましては、国の指針によりまして、地域医療対策協議会において協議することとされております。

令和7年度の医学部総定員につきましては、国全体として、令和元年度の9,420人を上限とするとされておりますが、令和6年度向けに認可を受けた臨時定員につきましても、令和7年度向けには、再度、申請を行うこととされております。

本県におきましては、各大学様と協議をさせていただきまして、令和6年度と同数の62名の臨時定員を国に要望したところでございます。

ヒアリングを経まして、先月末、要望どおり認めるとの内示を国からいただいております。

今後、国の審議会を経まして、例年のスケジュールでございまして、10月末頃には正式に認可決定となる見込みでございまして。

令和6年度からの変更点につきましては、赤字部分で表記させていただいております。

まず、筑波大学につきましては、トータル36名という人数は維持しながらも、これまでの定員充足の状況を踏まえまして、一般入試と推薦入試の内訳を見直しております。一般入試から推薦入試へ5枠移動しております。

また、東京医科大学につきましては、大学様の意向も踏まえまして、県外の高校の出身の方でも応募可能な全国対象枠というものに変更しております。

恒久定員を含めると、令和6年度と同数の11大学70名ということで地域枠を設置してまいりますと存じます。

次のページからは国の内示資料です。内示に係る通知を添付しておりますので、後ほど、ご参照いただければと存じます。

説明は、以上でございます。

よろしく願いいたします。

○平松会長

ただいまご説明のありました医学部入学定員について、ご意見等を頂戴したいと思います。いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

これは既に内示があつて、認めるということですので、総数を。

○松崎副会長

平松会長、松崎ですが、よろしいですか。

○平松会長

どうぞ。

○松崎副会長

ここで伺っていいかどうか分からないのですが、この筑波大の変更について、何か理由が、ここで示されるようなことがあるのだったら教えていただきたいのですけれども。

○事務局

事務局からでよろしいでしょうか。

○平松会長

どうぞ、お願いします。

○事務局

過去5年の状況を見ますと、主に全国対象枠の一般入試枠のほうで欠員が出ておりました。そちらの欠員の平均が、過去5年間で平均いたしますと5名ということになってございましたので、一方で、推薦枠につきましては、毎年度、定員が全て埋まっている状況でございましたので、より定員の充足が期待できる推薦枠のほうに5名を移したという経緯でございます。

○松崎副会長

分かりました。ありがとうございます。

○平松会長

欠員をなるべくなくすということですね。

よろしいでしょうか。

では、異議等ないようですので、本案を本協議会の決定事項といたします。

以上で、本日の議題は全て終わりました。

これまでの議事も踏まえて、ほかにご意見等ございましたらお示しいただければと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいようですね。

ありがとうございました。

以上で、本日の協議会の内容は全て終了いたしましたので、事務局に進行をお返ししたいと思います。

○司会(佐藤)

平松会長、ありがとうございました。

それでは、本日の会議につきましては、これをもちまして終了とさせていただきます。

先ほどございましたとおり、キャリア形成プログラムの例外的措置につきましては、加えて、医師派遣調整につきましても、後ほど、委員の皆様のように意見照会をさせていただきたいと存じます。ご対応のほど、よろしく願いできればと思います。

次回の地域医療対策協議会第3回につきましては、10月下旬頃に開催させていただきたいと考えております。詳細につきましては、後日、改めてご案内させていただきたいと思っております。

それでは、先生方、本日は、お忙しいところご出席を賜りまして、どうもありがとうございました。

引き続き、よろしくお願いいたします。