

令和 7 年度第 2 回静岡県医療対策協議会 会議録

令和 8 年 3 月 4 日(水)

グランヒルズ静岡 5 階センチュリールーム

午後 6 時 00 分開会

○司会 定刻となりましたので、ただいまから令和 7 年度第 2 回静岡県医療対策協議会を開催いたします。

委員の皆様には、御多用の中、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

本日の司会を務めます、医療政策課課長代理の村松と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、開催に当たりまして、健康福祉部部長代理の高須より皆様に御挨拶申し上げます。

○高須健康福祉部部長代理 静岡県健康福祉部の部長代理の高須と申します。

本日は、御多用のところ出席いただきまして誠にありがとうございます。また、日頃から県の医療行政に御協力、ご理解いただきまして、重ねてお礼申し上げます。

本日の報告事項にもありますけれども、来年度は第 9 次の静岡県保健医療計画の中間見直しの年となります。また、新たな地域医療構想の策定に取りかかっていく年ということで、非常に重要な年だと我々は考えております。

このため、本日は、新たな地域医療構想について、後ほど国の検討状況などを報告させていただきたいと考えております。

現在までの国の検討の状況を見ますと、その議論の中心が、これまでの病床数の適正化という方向性から、介護分野を含め、地域全体の医療提供体制を、面的に、どのように構築していこうかという方向性にシフトしていくと受け止められます。地域の実情に応じた体制を構築していくためには、各地域における協議が非常に重要でございます。県では、協議や調整が十分になされるよう、体制をしっかりと整えていきたいと考えております。委員の皆様方におかれましては、本日も活発な御意見、御議論をいただくとともに、引き続き県の医療行政に御協力いただきますようお願いいたします。私の挨拶といたします。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○司会 本日は、委員24名のうち、リモートで参加されている委員の方も含めまして、現在21名の委員の皆様にご出席いただいております。

議事に入ります前に、前回の会議開催以降、委員の改選がございましたので、新たに委員となられた方を御紹介いたします。

磐田市立総合病院、病院事業管理者兼病院長の山崎薫様です。任期につきましては、令和9年3月31日までとなっております。本日はWebで御参加いただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

これからの議事の進行につきまして、福地会長よりお願いいたします。

○福地会長 皆様こんにちは。静岡県医師会の福地でございます。

早速でございますが、議事を進めますので、円滑な議事の進行に御協力をお願いいたします。

本日は、議題が1件、報告事項が11件です。

最初に、議題「特定労務管理対象機関の指定」について、事務局から説明をお願いいたします。

○松林参事兼地域医療課長 地域医療課の松林です。資料1の1ページを御覧ください。

議題1、「特定労務管理対象機関の指定」についてです。

浜松医療センターから申請のありました、特定労務管理対象機関の指定について、本協議会の御意見をお伺いするものです。

資料1－3ページを御覧ください。

改めての説明になりますが、特定労務管理対象機関は、医師の時間外労働時間の上限規制において、地域医療提供体制の確保などのために特例的な水準を設定するものです。

2にありますとおり、浜松医療センターからB水準についての指定申請がありました。

2つ目の表、「申請内容」を御覧ください。

B水準は、救急医療等のために特例水準の適用が必要な医療機関であり、県医療審議会への法定意見聴取前に、県域の地域医療協議会（本協議会）及び医師確保部会での意見聴取を行うこととしています。

3つ目の表、「意見聴取結果」になります。令和8年2月17日に開催をされました西部地域医療協議会で御意見を伺い、特段の意見はありませんでしたので、その結果を付して、本協議会の医師確保部会にも書面にて御意見をお伺いし、特段の意見はございませんでした。

3の「今後のスケジュール」を御覧ください。

本日御意見をお伺いし、その御意見も付して、3月25日の県医療審議会での法定意見聴取を行ない、特段の御意見がなければ、審議会後、速やかに指定について通知をしたいと考えております。

1－4ページを御覧ください。

要件の充足状況になります。

1の①のとおり、三次救急医療機関であり、2から5についても、国の評価センターの評価を受けるなど、要件すべてを充足しております。

1－5ページを御覧ください。

これまでに、一番上の静岡県立総合病院から藤枝市立総合病院まで16病院を特定労務管理対象機関として指定しています。

説明は以上でございます。ご協議のほど、よろしくお願いします。

○福地会長 ただいまの説明に関しまして、委員の皆様方、御意見、御質問等ございますでしょうか。

毛利先生。

○毛利委員 病院協会の毛利です。B水準がどんどん増えてると思うんです。国は最終的にはAになることが根本にはあると思いますが、どういうタイミングでこれからAに持っていくという、タイムスケジュール感を再確認したいと思います。

○福地会長 どうぞ。

○松林参事兼地域医療課長 ありがとうございます。

今、B水準については最大1,860時間で、毛利委員おっしゃったように、最終的には960時間ということで、900時間減らしていくということになります。

国のほうで法的な規制をどのようにかけるかということについては、まだ具体的に示されておりませんが、各医療機関のほうで定めていただく医師の労働時間短縮計画につきましては、3年ごと、225時間ずつ減らし、4回で900時間という形に国のほうで示しているところですので、まずは自主的に960時間から225時間、この3年間で減らしていただくということを国のほうでは今示しているという状況です。

以上です。

○毛利委員 もしそこに到達しなかった場合には、国のほうで何かペナルティーを与えるとかそういうのはあるのでしょうか。それぞれの病院で努力はされていると思いますが、

どう頑張っても達成困難な病院も出てくるかもしれないので。もし本当に厳格にやれというのであれば、周知を徹底して、各病院が不利益を被らないような体制に持っていただきたいと思います。

○福地会長 小林先生。

○小林委員 アドバイザーの小林です。

私、この評価センターのサーベイ業務というのに関わっているのですが、今までは書類で終わってたと思うんです。3年後から、現地へ行くということがあって、先ほど言われたように、1,860時間から960時間の部分を3分の1ずつ減らすというような形の審査になると思うんです。それが達していないときにどうするのかということに関して、明確なまだ方向性はまだ出ていません。私は医師のサーベイヤーとして社労士と2人カップルで現地へ行くことになると思います。そのときに、医師がこの分野に関してどのぐらいのことを知ってるのかが問題になります。最終的には社労士と日医の協会のほうで最終合意という形になるので、ペンディングということもあるんじゃないかと。あまりにも努力が足りないと判断されると、そういうことは多分あると思います。

3年後というと、この一番早いところで県総なので、令和8年の9月ということにもなるんですね。だから、皆さんそれなりの準備をされていくということが大事なんだろうと思います。

医師会のほうで情報があれば、皆さんにフィードバックはしたいと思っております。

○福地会長 よろしいでしょうか。

分かりました。県総さんから始まりますので、よろしくお願いいたします。

ほかに、Webのほうからでもごさいませんか。よろしいですか。

はい、竹内先生。

○竹内委員 アドバイザーの竹内です。

補足になりますけれども、診療報酬上の地域医療体制確保加算があります。医師の働き方改革に寄与するということで、時短計画と連動する形で、毎年75時間ずつ下げるとするのが要件になっていますので、診療報酬上との縛りというものもあると思います。

以上です。

○毛利委員 多分病院のほうは、「B水準になった。延びてよかったな」と思い、私たちも、その3年というのが頭の中から飛んでしまっているような感じがするので、いま一度注意喚起すべきでは。この3年というのは各病院ごとに違う3年目になりますので、

その辺は留意して、県でも各病院に「3年経つから、この辺やってますか」とご指導いただけるとありがたいと思います。

○松林参事兼地域医療課長 そのような形でやらせていただきたいと考えております。ありがとうございます。

○坂本委員 1点だけ、追加で質問です。

○福地会長 はい、坂本先生。

○坂本委員 こども病院の坂本です。

今コメントいただいた点の中で、時間の話なんですけど、どうも見ていますと診療領域がほぼ重なっているんじゃないかなと思います。忙しい診療領域が重なっているのが、「ああ、ここは多いよね」という。それが重なっていると、医師を調整するのがすごく難しいんですよね。低いというか、少ないところは大丈夫なので、多いところの医師が専門領域なので、専門領域の医師が足りないということになると、その領域全体がみんな調整つかないということになると思いますので、このB水準の病院に何人いるかではなくて、どういう診療領域に多いのかというのをデータで出していただけると、みんなの参考になるんじゃないかなと思います。よろしくお願いします。

○松林参事兼地域医療課長 ありがとうございます。この時短計画を出す際に、今回申請するところについては、「こういう診療科が960時間を越える可能性がある」ということで、それぞれ申請の段階で診療科については把握をしておりますので、そういったものをまた次の機会にお示しをするような形にさせていただければと思います。

○福地会長 山本先生。

○山本委員 小林先生にお聞きしたいんですけど、3年後のサーベイにおける細かい項目などはもう提示されてるんでしょうか。

○小林委員 もともとつくられていた評価項目等は、現地に行くということを想定してできていたはずなんです。コロナがあったこともあって、今回のように書類で行うことになりました。また、あの評価項目の中には、「初回は達成していなくてもいい」という項目があったと思うんです。だけど3年の努力の中で達成してないといけないというものもあり、医療機能評価機構の病院機能評価でいうC評価に近いような形のものがついたときに、最終的に日医の評価センターがどういう判断をするのかということになってくるはずなんです。その際、地域の実情にも若干の配慮をして、達してないけど何とか認定するというような形の柔軟性はあると信じていますが、まだ始まっていないので、どん

な形になるのかというのはよく分からないというのが実情だと思います。

○山本委員 我々のところも、医者はいるようで、結構診療科によってばらつきがあって、すごい労働している人がいるので。私の病院を見ると、もう来年じゃないですか。

○小林委員 坂本委員が言われた視点って、すごく大事で、総合病院でも、例えば脳外科が1人しかいなければ、その先生は間違いなく長時間労働になるんです。たくさんの方がいればそれはシェアできるけど、そのあたりを、今回の3年目の評価の中で柔軟に対応していくというのが私はあるべき姿だと思っています。ただ、その辺が、日医の評価センターにおいて、ガイドライン的なものがしっかりしてないまま現状動いているように思えます。本当に1人しかいない診療科って、どうしようもないと私は思っています。医師がたくさんいてみんなが長時間労働している病院と、本当にその地域で1人しかいない医者が365日近く働いている病院というのは、私は多分違うんだろうなと思います。ただそのままでいいとも思えませんので、何らかの支援というか、タスクシフト、シェアをやっぱりしていかないとはいけませんし、そのあたりの実績がその3年間に出来るかどうかじゃないのかなと思います。

○山本委員 ありがとうございます。

○福地会長 ほか、よろしいですか。

小林先生、ぜひそこら辺の視点を、先生のほうから伝えていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

ほか、よろしいでしょうか。

それでは、この案に関しましては、進めるということでご了承いただけますでしょうか。

（「異議なし」の声あり）

○福地会長 はい、ありがとうございます。

続きまして、報告事項のほうに移ります。

まず1番です。医師確保部会の開催結果につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○松林参事兼地域医療課長 地域医療課の松林でございます。

資料でございますが、2ページを御覧いただきたいと思います。資料2でございます。医師確保部会の開催結果についてでございます。

2にございますように、令和7年度の第2回の医師確保部会につきまして、令和7年

11月18日に開催をさせていただきましたので、御報告をさせていただきます。

主な内容ですが、（１）の次期医師確保計画策定の進め方について、来年度中に策定を行ないます次期計画の主な論点となります、偏在解消や定着促進の強化の方策、それから現行の医学修学研修資金の貸与枠数などについて御意見をお伺いをいたしました。委員からは、９年間の返還免除勤務が終わった後に定着してもらうことと、診療科ごとの偏在について同時に考えていくことの必要性や、それから病院の経営が逼迫している中で、医師が余るタイミングがもっと早く来るかもしれない。修学資金で医師をいくら確保しても、就職先がなくなる可能性もあることなどについて、御意見をいただいたところでございます。いただいた御意見も踏まえ、今後の策定作業を進めてまいりたいと考えております。

３の「書面協議」を御覧ください。

先ほどお諮りをいたしました、特定労務管理対象機関の書面協議に加えまして、（１）にありますように、次期医師偏在指標等の算出に使用する患者流出入に係る調査については、次期の医師確保計画において、医師少数区域や目標値の設定に使用する医師偏在指標の算出に用いる患者の流出入の数について、厚生労働省の算出結果を使用することについて、書面により御意見を伺ったものでございます。

算出結果の使用について特段の意見はございませんでしたが、問題が生じた場合の対応を検討する必要があるという意見をいただいておりますので、医師偏在指標等の公表、その対応について、医師確保部会の中で協議をしていきたいと考えているところでございます。

説明は以上です。よろしくお願いいたします。

○福地会長 はい、ありがとうございました。

この報告に関しまして、委員の皆様方、何か御意見等ございますでしょうか。

毛利先生。

○毛利委員 これから病院の経営が逼迫していくということとか、医療需要がこれから、2040年、2050年に向けて需要が多分下がってくる。そうすると、本当に病院の数が、今の数が適正か、病床数が適正かという議論が早晚出てくると思います。

そういう中で、県の修学資金について、前回の医療審のところだったと思うんですが、「ぼちぼち定数を見直したらどうだ」ということを、言った記憶があるんですけども、県のほうとしては、どういう方向性、例えば具体的にどういうふうに、このまま維持な

のか減らしていくのかというところは、教えてもらえればありがたいですが。

○松林参事兼地域医療課長 はい、ありがとうございます。

修学資金についてはですね、6年の貸与を受けた後、9年の勤務をすると。現状は7割程度の方は定着をしていただくということになっておりますので、こういった部分を実際に、将来推計を、修学資金の出具合ですとか、あるいはそれによって、今も少しずつ不足は解消されていっているということになりますので、こういった部分について、具体的なシミュレーションをしながら、どういう形にしていくのが最も修学資金の枠として、中・長期的に見たときにも妥当なのかということについて、今回の医師確保計画の策定の中で、しっかりと具体的な数字をもって議論をしていきたいです。決して今のまま、このまま何も考えずにいきますというところを考えているわけではございません。

以上でございます。

○毛利委員 できるだけ見える化をして、各病院にもその情報を共有化して、県としては修学資金についてはどういうふうこれからしていくのかということが見えてくると、各病院も、いろいろな、それに対してどういうふうにしていくのか、多分病院でも考えも出てくると思いますので、見える化をして、医師確保部会等々で御議論していただければ結構だと思います。

○高須健康福祉部部長代理 奨学金の枠を減らすというだけだと、なかなか乱暴ですし、やはり県民の皆さんに対しての不安というのもおおってしまう可能性もあるものですから、我々としてはそこは丁寧にやっていきたいなと思っておりますし、やはり問題としては、偏在ですね。地域偏在。これをどうやって解消していくのか。また定着の促進をどうやって進めていくのかということを、併せてパッケージ的にお示ししていく必要があるのかなと思いますので、この奨学金の議論と併せて、その辺の対策もしっかりとお示しをしていきたい。また議論もさせていただきたいと考えております。

以上です。

○福地会長 浦野委員。

○浦野委員 大学院大学の浦野です。今の御説明のように、県民に丁寧に説明されるということと同時に、奨学金を借りている学生たちにも丁寧に説明していただきたいと思います。今も以前と同じように募集をしているわけですが、受ける側の学生数が少し減ってきているのではないかという懸念もあります。彼らは、今借りると、6年間の学生生

活を送った後で9年間の義務があるわけですので、彼らが医師の過不足に直面するのは随分長い先のことなんです。ですから、今の時点でもう医師の数が足りてきているんじゃないかという推計に基づく結果の公表に関しては、かなり丁寧に説明をしていただかないと不安をあおることになると思いますので、よろしくお願いいたします。

○福地会長　ほか、よろしいでしょうか。

今日、中部医師会連合が名古屋でありまして、医政局の西嶋康浩地域医療計画課長のお話があったのですが、その中に、地域枠及び地元出身者の立場で大学の定員のお話がありましたが、恒久定員以外の臨時定員。そこの部分を少しずつ見直していくというような、お話もあって、国のほうも少し定員についての動きがあるということで、一応情報提供させていただきます。

ほか、よろしいでしょうか。

続きまして、報告事項の（２）と（３）について、一括して事務局からお願いします。

○村松医療政策課長　医療政策課長の村松でございます。報告事項（２）（３）について御説明をいたします。

資料３ページ、資料３のほうを御覧ください。

報告事項２、「第９次静岡県保健医療計画の中間見直し」についてでございます。

１、「概要」にございますとおり、令和８年度に第９次静岡県保健医療計画の中間見直しを実施いたします。中間見直しに当たりましては、第８次計画の見直し時と同様に、６疾病６事業、在宅医療などの分野別関連会議で議論し、総括的な議論を、医療対策協議会（本協議会）で行なっていただいた上で医療審議会で審議をいたします。

見直しの方向性につきましては、今月から来月ごろまでに、これまでのパターンでいきますと、国から示される見直しとなっております。

２、「中間見直しの体制」に、左側から、前回の中間見直し体制、真ん中に第９次計画の策定時の体制、そして一番右側に今回の中間見直しの体制をお示しをしております。

３、「スケジュール」にお示ししましたとおり、中間見直しの協議を行なうため、令和８年度は、医療対策協議会、医療審議会を、それぞれ３回ずつ開催させていただきたいと思います。詳細につきましては３－２ページ以降にお示しをしております。基本的な計画の概要でございますとか策定体制のイメージ図を記載しております。

その上で、３－５ページ下段でございますけれども、現時点で、国の様々な検討会・ワーキングの動きとして想定されております主な見直し内容について記載をさせていた

だきましたので、御確認いただければと思います。

主な動きとして、「小児医療 周産期医療分野」「在宅医療 医療・介護連携分野」「精神医療」といった分野が中間見直しとして具体的に内容が示される見込みが現時点で考えられている状況でございます。

次に、4 ページの資料 4 を御覧ください。

報告事項の 3、「新たな地域医療構想の検討状況」についてでございます。

新たな地域医療構想の策定ガイドラインは、令和 7 年度中に国から示される予定となっております。ガイドラインで示されます検討事項等を踏まえ、新たな地域医療構想の令和 8 年度協議体制。こちらを早期に設定してまいりたいと考えております。

参考といたしまして、国の検討会で例示されております、検討事項ごとの協議の場を御紹介します。

「全体的な事項」につきましては、医療審議会や県単位の地域医療構想調整会議。本県では現在本協議会（医療対策協議会）を県単位の地域医療構想調整会議に位置付けております。

「構想区域の見直し、地域ごとの医療機関機能、病床機能に関する事項」につきましては、各圏域の地域医療構想調整会議、「外来医療」につきましては、外来医療の協議の場、かかりつけ医療の協議の場。本県におきましては、各圏域の地域医療構想調整会議を外来医療の協議の場としております。

「在宅医療、介護との連携」につきましては、作業部会。医療及び介護の体制整備に係る協議の場。在宅医療・介護連携推進事業に関する協議の場、「医療従事者の確保に関する事項」は医療対策協議会等と、このように例示されておまして、こうした例示も参考にしながら本県の協議体制を検討してまいります。

ページをおめくりいただきまして、4－2 ページを御覧ください。

昨日をもって、ほぼ国の検討会が終わったと私どもは受け止めておりますけれども、これまでに国の検討会で示されてまいりました資料等からポイントを抜粋して御紹介させていただきたいと思っております。

4－2 ページの上段でございますけれども、現行の地域医療構想調整会議と新たな地域医療構想の違いをお示ししたものでございます。

「位置付け」につきましては、これまでの地域医療構想は、医療計画の記載事項の 1 つでございましたが、今後は医療計画の上位概念という位置付けとなります。

「基本的考え方」及び「方向性」は、これまでは主に入院医療を対象とした病床の機能分化・連携の推進を目指す構想でございましたが、新たな構想は、高齢者数がピークとなる2040年に向け、外来医療・在宅医療、介護連携、医療従事者確保等も対象とし、医療機関の役割分担を明確化していく構想になります。

「構想区域」は必要に応じて見直すこととされまして、「病床機能」につきましては、これまでの区分のうち、回復期機能に、高齢者等の急性期患者への医療提供機能。この機能を追加いたしまして、名称も「包括期機能」という名称に変更されます。

また、新たに「医療機関機能」という考え方が導入されます。病床機能だけでは捉えきれなかった医療機関ごとの機能を明確化するための区分でございまして、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能。さらに大学病院本院を想定いたしました医育及び広域診療機能に分類をされます。さらに、今後は精神医療も地域医療構想の中に位置付けられます。

4－2 ページの下段から4－3 ページにかけまして、構想と医療計画の進め方、スケジュール感が示されております。

新たな構想につきましては、令和8年度から構想区域ごとの現状把握、必要病床数の設定等に着手し、医療機関機能の確保等の課題を設定するとともに必要に応じた区域の見直しを行なうこととされております。その上で、課題の解決に向けた取組の方向性を含め、2028年度（令和10年度）までに構想を策定することとされております。

さらに具体的な取組につきましては、第9次医療計画。本県におきましては第10次保健医療計画の検討の過程等で検討することとされております。

整理しますと、2026年度から2028年度、令和8年度から10年度にかけまして新たな地域医療構想を策定し、2029年度（令和11年度）に次期保健医療計画の策定に向けた検討を行なうということになります。このため、来年度行ないます第9次静岡県保健医療計画の中間見直しは、基本的には現行の地域医療構想に基づく内容となります。

おめくりいただきまして、4－4 ページ上段は、地域医療体制の整備に関する協議の場と主な協議事項につきまして、全国的な、標準的な体制図というものを国が示しているものでございます。

本県の場合は、中央の左側の地域医療対策協議会（本協議会）を都道府県単位の地域医療構想調整会議と位置付けているものでございます。

4－4 ページ下段でございますけれども、こちらはガイドライン作成に向けた地域医

療構想調整会議の進め方に関する論点整理となっております。先ほど御説明いたしましたスケジュール感に加えまして、下の「論点」と書いてあるところの3番目の「・」に、「現状把握や議論に必要となるデータの整備や国からの支援。こういったことについて記載がされております。

次の4－5ページは、地域医療構想調整会議のあり方に関する論点整理でございます。

4－5ページ下段に、冒頭で御説明いたしました検討事項ごとの協議の場が例示されているものでございます。

おめくりいただきまして、4－6ページ下段につきましては、構想区域に関する論点整理となっております。この論点の中では、例えば急性期拠点機能の確保が難しいようなエリアにつきましては区域の見直しを検討するとされております。

4－7ページは、医療機関機能に関する論点整理でございます。

複数の機能を持つ医療機関の取り扱いや、医療計画上の医療機関の位置付けとの整理、有床診療所の取り扱い、大学病院本院が担う医育及び広域診療機能の報告事項等について示されております。

おめくりいただき、4－8ページ上段は、医療機関が担う役割と医療機関機能の関係についてのイメージとなっております。

災害拠点病院や三次救急医療機関は急性期拠点機能の医療機関。二次救急医療機関は、提供する医療の内容に応じまして、急性期拠点ですとか高齢者救急、地域急性期機能のいずれか。また、がん診療連携拠点病院は、急性期拠点機能の医療機関が担うことが書いてございますけれども、専門等機能の医療機関の場合もある等が示されているというところでございます。

最後に、4－8ページの下段、精神医療に関する検討体制につきましては、国検討会の下に新たにワーキンググループを設置し、令和8年度中に検討結果を取りまとめることとされております。

なお、皆様のお手元に、昨日開催されました第12回の国検討会で示されました、新たな地域医療構想の取りまとめ案。昨日発出されたものですが、こちらを配付させていただきました。昨日、座長預かりで、あとは厚労省と修正をするというような御発言がございましたので、おおむねこの案の内容で取りまとめが行なわれ、その取りまとめに基づき、今年度中に厚生労働省のほうからガイドラインが発出されるというふうに見込んでおります。

報告事項（２）（３）につきましての説明は以上でございます。

○福地会長 ありがとうございます。

聖隷浜松病院の岡院長先生が国の検討会のメンバーでございます。昨日の検討会の内容等につきまして、御説明いただけますでしょうか。

○岡委員 今御説明いただいたように、昨日、取りまとめ案、地域医療構想のガイドラインと、医師確保計画についても、細かい文言の修正は座長に一任するということで了承されたので、これから恐らく、今年度、３月いっぱいガイドラインが発出されるのだと思います。

もし会場にそれがあるとしたら、かなりボリュームが多いのでなかなか読み込むのは大変だと思いますけど、その内容に沿って、昨日特に大きく変わったことはないんですけど、大事なことだけ。やっぱり必要病床数が、恐らくこれから、今まで出ていた数字より少なくなると思います。改革プランということで、これから医療の高度化とか、在院日数が短くなることを考慮して減らしていくのと、それから必要病床数は基本的には、将来見込む医療需要を稼働率で割る。この稼働率が、結構皆さん誤解しているんですけど、現状の稼働率が今だんだん下がってきておりますが、その数字を使うんじゃなくて、あくまで必要病床数を算出するための稼働率を用いると。

これが実は、急性期は今まで78%の稼働率で割ってたんですね。これを今回84にしました。これはやはり、経営のことを考えたら78でも経営しきれないというようなこともありますし、84ぐらいになれば、季節の変動性とか、あるいは新興感染症が出たときにも対応できるんじゃないかということで、今まで78で割っていたのが84になりましたので、必要病床数はかなり少なくなると。それで、基本的にはその必要病床数に応じて、これから各病院が考えなければいけないのが病床数の適正化です。ダウンサイジングして、しかもダウンサイズしないと多分稼働率は上がってこないと思うので、そういう方向性も多分出ると思いますので、これから各病院そういうのを考えないといけないです。ただ早急にそれをやると、経営が行き詰まりますので、あくまで2035年を目途にそういうものやっていくということで、スケジュール感を見ると、まあ2028年度までに医療機関機能の報告となっていますけど、医療機関機能を報告した途端に、いろんなものを機能分化するんじゃなくて、報告してから2035年までの7年の間に病院が徐々に変わっていくというような御理解で、そこが誤解されますと、もう2年後に全てを変えなきゃいけないということではないので、あくまで方向性を2年後までに決めて、そこから7

～8年、10年かけて病院の機能転換を図っていくと。そういうようなことになっていると思います。

またいろいろ細かいことがありますので、ある程度出たら、また報告できればしたいと思います。以上です。

○**福地会長** はい、ありがとうございました。

委員の皆様から、御質問、御意見等ございますでしょうか。

中村先生。

○**中村委員** 藤枝の中村でございます。新たな地域医療構想計画について御説明がありましたが、一番大きな違いは、これまでは入院医療を対象としていたのが、さらに入院だけではなくて在宅医療、もしくは介護と連携したということではありますが、実際のところ、今までは入院医療を中心にしていたものですから、地域の医療調整会議のメンバーも、総合病院の医師がメンバーの中心であったんですが、これからは、在宅医療とか介護と連携ということになりますと、メンバーの中に、新たに在宅医療、介護関係の方が加わった方が良いのではと思いますがいかがでしょうか。

○**岡委員** 今先生おっしゃったように、介護とか、もっと狭い範囲になりますけど、その狭い範囲内でまた会議体をどんどんつくっていくと、もう収拾がつかないので、基本的には構想区域の中で、そういう介護とか連携の話し合いの場をつくるという。必要に応じて割合小さい単位で話し合っていくという。そこを統括するのが構想区域であるという。ただメンバーには、当然これから介護の関係者。まあ介護の場合も市区町村単位なので、そういう方とか、あとは恐らく郡市医師会がかなり入っていただいてそこをやっていたかかないと、うまくいかないと思います。メンバーはかなり増えると思います。ただ、細かいところで、いわゆる在宅医療圏で1個ずつ話し合っていると、もう会議体だけ増えて大変なので、あくまで構想区域でやるというような方向になっていると思います。

○**福地会長** 県のほうから何かありますか。

○**村松医療政策課長** 岡先生のおっしゃった内容が国の整理の考え方で、やはり今までどおりというわけにはいかないと考えております。新たな構想で、今までの構想とは変わりますので、それにふさわしい協議体制というものをしっかりと検討してまいりたいと考えております。

○福地会長 中村先生、よろしいですか。

○中村委員 はい。ありがとうございます。大変よく分かりました。

確かに、在宅医療とか介護につきましては、施設が非常に小規模なものが多いものですから、そのメンバーの中でやっても細々したところになりますので、ぜひ市町、構想会議、あるいは県のほうが指導していただいて、地域医療調整会議の中で、大きなものとして把握していただけるとありがたいと思います。

○福地会長 多分メンバー構成については、また県のほうで、ある程度「こんな形で」というような示唆がありますよね。

○村松医療政策課長 そのとおりでございます。まだガイドラインが発出されていないものですから、ちょっと拙速かなというところもございまして、県のほうでも、しっかりまず考えて、関係団体の皆様とも事前にいろいろご相談をさせていただきながら、またこういった医療対策協議会等の場で皆様の御意見を賜われればというふうに考えております。

○福地会長 小野先生。

○小野委員 はい、ありがとうございます。岡先生の話からずれますけど、よろしいでしょうか。

○福地会長 どうぞ。

○小野委員 ありがとうございます。

今回の御報告で、市町にあります有床診療所のことも上げていただいてありがとうございます。私、静岡県有床診療所協議会の会長もしておりますので、今回も4－7の論点のところで「有床診療所」という言葉を挙げていただいたことを、とてもうれしく思います。

これが、今、案ですので、「（案）」を消したときに有床診療所も消えてしまわないように、ぜひよろしく願いしたいと思います。また、これからも有床診療所についても声をかけていただけるといいかと思います。

あと、地域医療構想の、いろんな会議の場ですが、全国的には、有床診療所の委員の方も参加されているところがあると聞いております。静岡県の各区域におきましても、可能であれば有床診療所の先生方、委員の方々にも参加いただけるような要請もしていただけるとありがたいかなと思いました。

私からは以上です。ありがとうございます。

○村松医療政策課長 ありがとうございます。いただいた御意見も参考にしながら検討を進めてまいりたいと思います。

○福地会長 ほかに御質問、御意見ございますか。

小林先生。

○小林委員 アドバイザーの小林です。

地域医療構想には2012～2013年頃から関わっていて、いろんな経緯はかなり知っているつもりなんですけど、当初、高度急性期、急性期、回復期、慢性期を、75、78、90、92%で割るという発想は、基本的に、いきなりベッドが減ってもらっちゃ困るという、ある意味日医からのいろんな配慮という要素があったと思うんです。当然経営は成り立つわけではないんですけど、必要病床数がいきなり減らないようにというところで75、78という数字があったのが、今回79、84というような形に少しなっているんだろうと思います。いずれにしろ、ベッドは今どんどん減っています。有床診も6万5,000床ぐらいで、もうかなり減ってきていると思うんです。

もともと病床機能報告は、一般病床と療養病床のベッドの数で評価されてきたわけですが、今回私がいいなと思ったのは、いきなり2026－2027で新しい地域医療構想が動くのではなく、3～4年ちょっとの準備期間があるというのは、すごく大きな意味があると考えます。実際、単純にベッド数という観点、一般病床、療養病床だけでなく精神病床もそうですし、100床に1人医者がいる介護医療院とか老健という施設にもベッドはあります。介護系施設の医師の中には非常に高齢者で、形だけ所属しているような施設もあるかと思いますが、ある程度こういう地域医療構想のことも考えられる医師がいれば、各地域で、ベッドの柔軟な使い方や上り搬送、下り搬送、協力医療機関その他に関わる積極的なリーダーを委員の中に入れていくというのがいいかなと思います。単純に団体代表だから入れるというのではなく、議論ができそうな人を選んで入れていくということも私は大事ななと思っています。

以上です。

○村松医療政策課長 ありがとうございます。おっしゃるとおりの視点が重要かと思います。

参考までに、国の検討会の構成の状況を見ますと、検討会本体は、やはり医療が中心だなという印象を受けるメンバー構成になります。ただし、本県の場合は、こうした医療対策協議会に、老健の代表という形ではご参加いただいていないんですけれども、国

の検討会では老人保健施設協会からの参加が明記されているという状況があります。

その下に、在宅医療と医療・介護連携のワーキングをしっかりとした形で置いて、その中に介護の関係の方ですとか、在宅医療の関係のいろいろな協会、ケアマネ関係の協会のメンバーが入っているというような構成になっております。そうした、いろんなメンバー構成も参考にさせていただきながら、本県はどうするかということを考えてまいりたいと思います。

○福地会長 毛利先生。

○毛利委員 なかなかこの議論って難しいところがあります。委員を多くしても、收拾がつかなくなることを懸念しています。域医療構想調整会議について、県のほうとして、今回方向性を出さないと、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能など、国のほうで機能を明確にしようとしています。しかし各病院が「うちはこの機能をやりたい」など様々な意見が出てくるので、どういうふうこれから、まとめるかが重要です。そのあたり、県のほうとして相当しっかりとやらないと、またぐずぐずの議論になってしまう可能性があるので、その辺をしっかりと明確にして、どういうふうな形で今回の地域医療構想調整会議を持っていくのかというところも、真剣に考えて。今回これ、最初で最後のチャンスだと思っていますので、その辺しっかりとやっていただきたいというふうに思います。

○村松医療政策課長 分かりました。

○福地会長 竹内先生。

○竹内委員 浜松医大の竹内ですけれども、実は、この会議の直前に日本医師会の地域医療対策委員会という会議があって、全国の半分ぐらいの都道府県医師会の先生方が出席して、この地域医療構想について、昨日の国の検討会を受けて議論がなされていまして。その中で、今日卓上で資料でお配りいただいた、この資料1－2ですね。「新しい地域医療構想とりまとめ（案）」という中でいうと、ページでいうと3ページのところで「あくまでも今回の新しい地域医療構想の医療機関機能は、各医療機関が自分の医療機関のことをしっかりと考えてもらうのが大前提ですよ」というのが1点目。あと11ページのところで、特に高齢者救急がこれから増えていく中で、「MC協議会との連携が非常に大事になる」という話がありました。あともう1つは、15ページのところで、高齢者救急の話と同じように、地域の救急と、広域の救急をどう考えるかというところの視点。ざっくり言うとこの3つなんですけれども、議論の中では、構想区域をまずどうするか。県

として、二次医療圏の考え方も含めて見直しをどうするかというのは各県でも大きな話題になっていて、もうかなり多くの県では、既にその議論を始めている。国の議論を待っている、あるいはデータ提供を待っているのではなくて、しっかり県として議論を始めているということでした。

そういうことでいうと、先ほど国の流出入調査を使う、使わないという話もあったんですけれども、圏域の見直しというのは、本県でもかなり前からの議論になっていると思いますので、ここはしっかり取り組んでいく必要があるかなと思いました。

これからは、外来の医療・介護が地域医療構想に入ってくるということで、先ほど来あるように、調整区域単位の会議がいいのか、かなり細かくなっている在宅医療圏単位の会議体をやっていくのか、県によって、２段構えでやっているという県もありましたし、構想区域でやっているという県もありましたけど、やっぱり構想区域だと、議論が拡散してしまっただけでしっかり議論ができないという話もありましたので、御紹介しておきたいと思います。

あと、救急の話でいくと、医療機関機能の話もあるんですけど、MC協議会との議論をしっかりするということが大事になってくると思います。今日こちらの事務局のメンバーの中に、危機管理部の消防担当の課が入っていないと思うんですけど、これから地域医療構想を考えていく上で、特に高齢者救急ということを考えていく上では、消防保安課さんとか消防担当の部局も一緒に同席をしていただくということも大事なのではないかと思います。

以上です。

○福地会長 はい、ありがとうございました。

在宅医療圏に関しては、全国、愛知県と、もう１つの県だけはまだできていないんですけど、ほかは全部できているんですね。厚労省としては、二次医療圏ではなく、もうちょっと細かい、市町単位だとか医師会単位だとか、「そこら辺が在宅医療圏だよ」という話をしておりましたので、そこと、その調整会議の二次医療圏との組み合わせ、バランスが少し大変になってくると思いますので、ある程度そこら辺も頭に入れて県も考えていただきたいと思います。

今の竹内先生の提案に対して、県のほうからなにかありますか。

○村松医療政策課長 MCの部分はおっしゃるとおりだと思います。１つ、まだ私どもがきちんと理解しきれていないのが、この高齢者救急に「地域急性期」という言葉がついてい

る。ここの高齢者救急と地域急性期の境目があるのかないのか。それが急性期拠点機能から、その間にあるのが地域急性期で、もう少し在宅等に寄っていくのが高齢者救急なのか。その部分で、救急車に限らない部分の搬送等も結構大事になってくるのかなというところもあって、「救急」という言葉の概念そのものも、よく考えていかなければいけないのではないかなと考えることが多くなっておるところでございます。

○竹内委員 ありがとうございます。まさに今日の追加で配っていただいた、とりまとめ（案）の15ページのところが、今村松課長おっしゃったような、地域救急の考え方と、あと高齢者救急の考え方をどういうふうに整理をして新しい地域医療構想に持っていくかというところだと思いますので、ぜひまた検討していただければと思います。

以上です。

○福地会長 小野先生。

○小野委員 地域急性期という話が出ました。

昨日、浜松で在宅時の救急委員会、高齢者の在宅医療に関する委員会に出席しましたが、そこで浜松医大の渥美先生から、地域の、病院ではラピッドレスポンスチームとかいうのがあるということですが、「地域でもそういった概念で、医療と介護と連携して高齢者救急を考えたほうがいいんじゃないか」という話が出ておりましたので、参考までに申し上げさせていただきます。そういうことも含めて地域医療構想で議論していただけるといいのかなと思いました。

以上です。

○福地会長 ありがとうございます。

それでは続きまして、報告事項の（４）から（７）について、一括して事務局からお願いいたします。

○村松医療政策課長 報告事項（４）（５）（６）まで説明をさせていただきます。

まず、５ページの資料５を御覧ください。

報告事項（４）、「地域医療連携推進法人静岡県東部メディカルネットワークへの参加法人の追加」についてでございます。

地域医療連携推進法人静岡県東部メディカルネットワークに、公益財団法人伊豆保健医療センターが参加いたしましたので報告をいたします。

２、「連携推進法人の概要」にございますとおり、静岡県東部メディカルネットワークは、順天堂大学医学部附属静岡病院、慈広会記念病院、JA静岡厚生連中伊豆温泉病院、

長岡リハビリテーション病院、伊豆赤十字病院、三島総合病院を参加施設としておりました。

３、「新たに参加した法人の概要」にございますとおり、令和７年10月14日付けで公益財団法人伊豆保健医療センターが新たに参加いたしました。

参加理由は、連携推進の強化、情報交換・情報共有、合同研修、スタッフの派遣（人事交流）とされております。

なお、本件は、２月18日に開催されました駿東田方地域医療構想調整会議にて報告をされております。

おめくりいただきまして、５－２ページを御覧ください。

参考資料といたしまして、現在県議会２月定例会で審議中でございます、令和８年度新規事業（案）、地域医療機能最適化推進事業費助成を御紹介いたします。

本事業は、地域における医療機能の最適配置と持続可能な医療提供体制の構築を促進するため、地域医療連携推進法人が行なう情報連携体制整備、診療科再編等を支援するものでございます。

２、「事業概要」にございますとおり、対象者は地域医療連携推進法人、法人設立に向け検討する医療法人ほか。

対象事業は、情報連携、経営分析、計画策定。

補助率は２分の１。補助上限額は法人当たり2,000万円としております。

次に、６ページ、資料６を御覧ください。

報告事項（５）、「有床診療所の病床設置」についてでございます。

特定の病床等の特例の事務のうち、病床過剰地域において、地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所、へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において必要な診療所が病床を設置する場合、医療法規施行規則第１条の14第７項に基づきまして、医療審議会の意見を聞き、知事が必要と認める場合は、知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されます。

また、厚生労働省地域医療計画課長通知において、医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議における協議の内容を参考とすることとされております。

今般、診療所（清水バースクリニック）の病床設置について、静岡地域医療構想調整会議、静岡地域医療協議会で意見を聴取いたしましたので報告いたします。

２、「経緯」にございますとおり、清水バースクリニックは、有床診療所であった、

旧おおいしレディースクリニックの運営を令和7年10月に継承し、無床診療所として開設をいたしました。今般、有床診療所として運営する体制が整ったため、病床設置に向けた手続を行なうものでございます。

おめくりいただきまして、6－2ページを御覧ください。

4、「特例が必要と認められる条件」にございますとおり、周産期医療の推進に必要な診療所として特例が認められる条件につきましては、過去の医療審議会での意見聴取時と同様としておりまして、5の「過去の特例適用」にございますとおり、令和元年度以降、これまでに3件の特例適用を行なっております。

6の「スケジュール」につきましては、2月27日に静岡地域医療構想調整会議・静岡地域医療協議会で意見を聴取いたしまして、「周産期医療の推進に必要な診療所として特例が認められる条件を満たしている」といたしまして、病床設置の了承を得ておるところでございます。

今後、県医療審議会での意見聴取を経まして、静岡市への病床設置届によりまして病床が設置される見込みでございます。

続きまして、7ページ、資料7を御覧ください。

報告事項（6）、「地域医療構想調整会議の開催状況」についてでございます。

1、「開催状況等」にございますとおり、2月中に各区域で調整会議が開催されまして、右側の「主な協議・報告内容」にございますとおり、共通事項といたしまして、保健医療計画に記載する医療機関の変更、紹介受診重点医療機関、新たな地域医療構想と保健医療計画の進め方などの報告を行ないました。

また、個別案件といたしましては、先ほど報告をいたしました有床診療所の病床設置、地域医療連携推進法人への参加法人の追加のほか、賀茂地域の現状と課題・今後の方向性に関する意見交換でございますとか、将来の清水地域の医療体制の在り方に関する中間とりまとめについての報告がございました。

2の「調整会議における主な協議内容・意見等」でございますが、「新たな地域医療構想と保健医療構想の進め方」につきましては、「個別の医療機関における病床から、地域の医療提供体制に議論が移っていく」。また「隣接する圏域で補完し合うことも含めて議論をしていかなければならない」等の御意見を頂戴したところです。

医師数等調査の結果につきましては、「修学資金貸付制度を通じた意思の配置については、もっと強制力を持たなければ医師偏在が解決しない」との意見をいただいたとこ

ろです。

「将来の清水地域の医療体制の在り方に関する中間とりまとめ」につきましては、地域の医療関係者による協議の中間とりまとめが示されました。中間とりまとめの内容につきましては、参考資料の4に添付をさせていただきましたので、御確認をいただければと思います。

「賀茂地域の現状と課題・今後の方向性」につきましては、「西伊豆の出生数は直近1年間で5件。この数では小児科医等の確保は不可能であり、今後は総合診療医を確保する方向とすべき」との御意見を頂戴しました。

報告事項（4）（5）（6）につきましてはの説明は以上でございます。

○小松疾病対策課長 県疾病対策課長の小松でございます。よろしくお願いいたします。

私からは、報告事項の（7）、「がん医療の均てん化・集約化」について、令和7年8月に厚生労働省から都道府県宛に通知等ございましたので、内容を御報告いたします。スライドの2を御覧ください。

がん医療の均てん化・集約化を検討する背景の1つとしまして、手術療法、放射線療法、薬物療法の三大療法の需給が2040年に向けて変化すると予測されていることが上げられております。

太枠で囲っていますが、左から、2025年と比べまして、手術療法は需要が95%に減少する一方、消化器外科の医師数が60.5%にまで減少するとされ、不足が見込まれております。

放射線療法は、需要が124%に増加する一方、専門医の数は143%に増加するとされておりすけれども、治療装置が分散して配置されており、年間の患者数が224以下の病院では収益性を保つことが難しくなりつつあるため、集約化を含めた検討が必要とされております。

また、薬物療法は需要が115%に増加すると想定されております。医師数は、薬物療法の専門医以外にも治療しておりますので、現時点で定量的な評価は示されておられません。

スライドの3を御覧ください。

こうした背景から、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築を図ることとされております。例えば、高度な技術が必要で、拠点化して症例数を集めるといったことが望ましい医療につきましては集約化の検討が必要とされております。

これらは、医療によって、この図の左の三角のところですが、都道府県あるい

は医療圏単位などでの集約化の検討が必要とされ、具体的には都道府県のがん診療連携拠点病院や小児がん拠点病院等が担うことが想定されております。

一方、下段にありますとおり、がん予防や支持療法、緩和ケア等につきましては、多くの医療機関で提供できるように「更なる均てん化が望ましい」とされております。

スライドの4のとおり、均てん化や集約化に係る医療の具体例といったものが示されております。

スライドの5を御覧ください。

均てん化・集約化の検討の進め方につきましては、新たな地域医療構想や医療計画と整合を図りながら、県がん診療連携協議会で議論するとされております。

協議会では、将来の医療需要から、県内で均てん化・集約化が望ましい医療を整理すること。がん種ごと、役割分担する医療機関を整理し明確化すること。放射線療法に関する議論の場を設け、計画的に議論すること。県内医療機関ごとの診療実績を、医療機関の同意の下で一元的に発信すること。がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備等を検討することが求められております。

スライドの6を御覧ください。

静岡県がん診療連携協議会では、1月の会議におきまして、均てん化・集約化検討部会を設置し、その下に、放射線療法などに関する小委員会を必要に応じ設置することといたしました。今後、がん対策推進協議会のほか、医療対策協議会とも連携を図りながら、がん医療の均てん化・集約化に関する具体的な議論を進めていく予定でございます。

私からは以上でございます。

○福地会長 はい、ありがとうございました。

ただいまの説明に関しまして、何か御質問、御意見ございますか。

毛利先生。

○毛利委員 一番最後の、がんの均てん化なんですけれども、これから、当然人口が減ってきて、がんの医療需要も、高齢者のがんはまだ多分横ばいですが、壮年期、本当にしっかり治療しないといけないというところはかなり、減ってくるんじゃないかというふうに想定しています。そうすると、例えば今のがんセンターの在り方がどうなのかとか、それから静岡県では地域がん診療連携拠点病院とか県指定のとか、いろいろありますよね。そのあたりを少し整理していかないといけないんじゃないかなと。

私個人的には、地域のがん診療連携拠点病院が特に高齢者のがん等々については、中

心になってやっていかざるを得ないんじゃないかなというふうに思っています。県としてのお考えを教えてください。

○小松疾病対策課長 ありがとうございます。おっしゃっていただいたとおり、がん診療連携拠点病院や地域の拠点病院につきましては、今後のいろんな議論の中で、またがん診療の均てん化・集約化の議論の中で、いろんな要素を検討しながら、こういった形にしていくが一番いいのかといったことは、皆様の御意見をいただくような機会が出てくるかと思っております。

○福地会長 小野先生、お願いします。

○小野委員 ありがとうございます。高齢化社会において、がんの診療に係る集約化ということは、やむを得ないことだと思います。ただ、がん対策基本法で、当初からがん診療の均てん化というのはうたわれていて、これも忘れてはいけないことだと思います。集約化をすることで、例えば病院から離れたところに住んでいる人が「あそこの病院まで行かないと手術できないんだったら、もう手術しなくてもいいわ」と思わなくてもいいように、病院を集約化する以上は、そういった人たちにもしっかりと行政としては手当てしていただきたいと思います。例えば交通手段の確保とか。費用の高い治療、薬等に関しても、割と収入の少ない人であってもしっかりと受けることができるように、行政のほうで、がんの治療が均てん化された形で受けることができるように考えていただきたいと思いました。

以上です。

○小松疾病対策課長 はい、ありがとうございます。そういったことも含めながら考えていきたいと思います。

○高須健康福祉部部長代理 すみません。先ほど毛利先生からいろいろお話をいただきましたので、検討はしていくのですが、これは、がん医療の均てん化・集約化の問題だけではなくて、当然新たな地域医療構想の中で、各地域でどのような医療が必要かというような話とセットだと思いますので、そのあたりは、がんだけではなくて、ほかの疾患・疾病と併せながら検討していきたいと思います。

○毛利委員 地域医療構想と、このがんの均てん化・集約化というのは、多分ほぼほぼ同じような流れになるような感じがしています。やはり両方議論していかないと、多分その地域の医療がうまくいかないんじゃないかなと思いますので、おっしゃったとおり進めていただければありがたいと思います。

○高須健康福祉部部長代理　またご教示いただければと思います。

○福地会長　中村先生。

○中村委員　藤枝の中村です。

本日の御説明の中では、やはり三大療法の需給推計にありましたように、例えば手術療法に関しましては、医師数が明らかに減ってくるので、これはもう集約化を進めていけないといけない。あるいは放射線治療に関しては、やはり「リニアックがうちにあるから」といってやるよりは、やはり集約化したほうがいいだろうというふうに読み取れました。

一方、均てん化につきましては、やはりどこでも治療が受けられるという意味では、やはり緩和医療、あるいは支持療法につきましては、ぜひ広くやっていただいて、これに関しては、施設がないといけないとか、高額な医療機器が必要だということではなくて、むしろ緩和に関して、それぞれの医師が十分理解していることを、均てん化という中で、がんに関わる先生以外にも、こういったことに関わっていくということを、ぜひ進めていただければと思いますので、均てん化、あるいは集約化というときに、もうちょっとこのがん医療の中で、めり張りをつけるような、分野ごとに見ていただいて、AYA世代とか小児のがんというのは当然集約化しかありませんので、そこら辺を分けて考えていただいて、お示しいただくのも、ひとつ。これから特に集約化の中では、治療の中では放射線治療と手術というのは、集約化するときに、うちでやれるのかやらないのか、上げられないのかどうかというのは、やっぱり話題になってくると思いますので、そこら辺はちょっと、どこが指導にというのはなかなか難しいところだと思いますが、ぜひお願いしたいと思います。

○小松疾病対策課長　ありがとうございます。またがん診療連携協議会の中で、様々な御意見をいただきながら検討していただくことになりますので、伺った内容も踏まえて検討していきたいと思います。

○福地会長　坂本先生。

○坂本委員　静岡県立こども病院の坂本です。

この会が静岡県全部の医療対策協議会という背景を考慮して、私が小児医療の代表として出ている立場としてお願いしたことがあります。病院長級の先生や地域医療全体の話し合いをする中で、ボリュームの大きい高齢者救急を含めての大きな流れをどう対応するかが主論点となるのは当然ですが、小児医療、周産期医療について報告をする場が

この医療対策協議会には無いので、ぜひどこかで報告させていただく場を設定していただければと思っております。

その背景にありますのは、成人系、高齢者救急を含めて在宅への連続性が議論されますが、小児領域の在宅医療等が小さすぎることもあり、二次医療圏レベルでは話をするのが難しい状況です。こうした背景を踏まえ、この医療対策協議会の場で病院長の先生方等に、きちっと、小児医療の方向性を共有・議論していただく必要があるように思っております。

小児医療・周産期医療ではガイドラインの修正見直しが3月にある可能性があり、まだ最終報告とはならないですが、賀茂郡では小児の人口が少なすぎて小児科医を配置できないので総合診療医に小児も対応してもらおうという考えがあるようです。これについては私も同意なんですけど、小児医療領域は、今まさに浜松医大の宮入教授を委員長として、静岡県の小児医療の在り方検討会を進めているところでございます。ということで、ここ静岡県医療対策協議会の場で、病院長の先生方、特に小児科を持っておられる病院長の先生方に、小児医療に関する報告の場を議題項目に入れていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○藤森医療局長 医療局長の藤森です。

小児・周産期の場合、周産期・小児医療協議会がありますので、在り方検討会の件は、そちらで御協議いただいておりますが、医療対策協議会との連携も重要ですので、報告事項等で、周産期・小児医療協議会や、在り方検討会での内容等を報告させていただければと思います。

○福地会長 お願いいたします。

それでは続きまして、報告事項の（８）から（１０）。事務局、一括してお願いします。

○村松医療政策課長 はい。報告事項（８）（９）（１０）につきまして、医療政策課から説明をいたします。

９ページ、資料９を御覧ください。

報告事項の（８）、「かかりつけ医機能報告制度」についてでございます。

今年度から、医療法に基づくかかりつけ医機能報告制度が新たに開始されました。特定機能病院を除く全ての医療機関が、かかりつけ医機能について報告し、その内容が公表されるほか、医療計画等にも活用される制度でございます。

３の「機能の概要」にございますとおり、「１号機能」として、日常的な診療を総合

的かつ継続的に行なう機能。「２号機能」といたしまして、地域医療提供体制における連携・支援機能の内容を報告をしていただきます。

２月末を一応の期限といたしまして、医療機関の皆様から御報告をいただきまして、下に「参考」として四角で囲ってございます数値が73.7%ということですが、直近、本日17時40分時点で、これが75.23%まで上がっているところでございます。皆様方の御協力、誠にありがとうございます。

この報告結果につきましては、４月以降に取りまとめまして、地域において必要なかりつけ医機能を確保するための方策について検討を行なっていくことになります。

なお、国が公表した制度マニュアルでは、４、「協議の場」にお示ししましたとおり、地域医療構想調整会議を協議の場とすることが可能とされておりますが、具体的には地域医療構想の検討の場等とも併せまして、今後調整をさせていただきたいと考えております。

次に、10ページ、資料10を御覧ください。

報告事項（９）、「紹介受診重点医療機関に関する協議結果」についてでございます。

外来患者の流れの円滑化を図るため、外来機能報告に基づく基準の適合状況や、医療機関の意向に基づきまして、紹介受診重点医療機関を各圏域で協議し、協議が整った医療機関を県が公表するという制度でございます。

紹介受診重点医療機関につきましては、各圏域の地域医療構想調整会議における協議で決定することとしておりまして、３、「紹介受診重点外来に関する基準」にございすとおりの初診及び再診についての基準が定められております。

ただ、この基準を満たさない場合でも、紹介率・逆紹介率を基にした参考水準なども確認しつつ、紹介受診重点医療機関を決定いたします。

決定に当たりましては、まず医療機関自身、御自身の意向が尊重されますので、意向がある医療機関のうち、基準を満たさない医療機関の取り扱いについても、地域医療構想調整会議において協議をしていただきました。

４、「令和７年度報告内容」にございすとおりの令和７年度は、県内の報告医療機関264施設のうち、「基準を満たし意向がある」が20施設、「基準を満たすが意向がない」が7施設。「基準を満たさないが意向がある」が4施設となりました。

協議の結果、４の表の区分で申しますと、１の20施設と、３のうちの3施設、計23施設が紹介受診重点医療機関となりました。この23施設の一覧につきましては、10－3ペ

ージに掲載されております。

続きまして、11ページ、資料11を御覧ください。

報告事項（10）、「令和8年度地域医療介護総合確保基金（医療分）事業」についてでございます。

1、「令和8年度基金事業予算（案）」にございますとおり、医療分の基金事業規模は、令和8年度当初予算（案）で、計約52億8,000万円となっておりまして、前年度から約7億4,000万円減少しております。

減少の主な要因は、本県が厳しい財政状況にあることを踏まえまして、令和6年度決算額や、令和7年度決算見込額等を踏まえ、予算計上方法を精査したこと等によるものでございます。

2、「令和8年度基金事業提案（医療分）の反映状況」にございますとおり、今年度は関係団体等から22件の事業提案をいただきまして、事業所管課が提案団体等と協議・検討の上、提案の御趣旨を踏まえまして、内容を事業に反映したものが18件となっております。

提案をいただきまして、新規事業化や事業を拡充したものにつきましては、おめくりいただきまして、11－2ページに記載をしております。

また、事業継続実施の提案をいただきまして引き続き実施する事業につきましては、11－3ページに記載をしております。

なお、最終的には国との協議も踏まえまして執行していくこととなります。

県では、調整会議の場などで情報共有させていただきながら、事業提案を通じて地域の皆様の御意見を頂戴いたしまして、各地域で必要性和公益性の高い事業に基金を引き続き活用していきたいと考えておりますので、今後とも御協力のほど、よろしくお願いいたします。

報告事項（8）（9）（10）についての説明は以上でございます。

○福地会長 はい、ありがとうございます。

御質問、御意見等ございますか。よろしいですか。

それでは続きまして、報告事項（11）お願いいたします。

○伊藤医療人材室長 はい。報告事項（11）につきまして、資料12ページを御覧ください。
医療人材室長の伊藤と申します。

私からは、「県立看護専門学校魅力づくり検討会の検討状況」について、御報告いた

します。

県立看護専門学校につきましては、県立看護専門学校魅力づくり検討会を設置し、魅力向上方策や今後の在り方につきまして検討を進めております。

2の(2)にありますとおり、検討会では、看護1学科の具体的な魅力向上策の意見をいただくとともに、看護2学科は、「入学対象の准看護師への支援策を講じた上で経過を検討することが望ましい」などの御意見をいただいております。

4にありますとおり、「今後の進め方」につきましては、第3回検討会において提言案について協議し、令和8年度に看護1学科の魅力向上の具体策に取り組むとともに、看護2学科の今後の在り方や方向性等を決定いたします。

私からの報告は以上になります。

○福地会長 はい、ありがとうございます。

御質問、御意見等ございますか。よろしいでしょうか。

協議事項、報告事項は以上でございます。最後になりましたけれども、全体を通して何かお話ししたいことがありましたら。よろしいでしょうか。では、以上をもちまして議事を終了いたします。委員の皆様、議事の進行につきまして、御協力いただきありがとうございました。それでは進行のほうを事務局へお返しいたします。

○司会 福地会長には、本日の協議会の進行、ありがとうございました。 それでは、以上をもちまして、令和7年度第2回静岡県医療対策協議会を閉会いたします。本日は長時間の御審議ありがとうございました。

午後7時32分開会