

令和3年度 第2回 静岡県医療対策協議会 議事録

日 時 令和3年11月24日(水) 午後4時～6時まで
場 所 グランディエールブケトーカイ 4階 ワルツ

出席委員

岩崎 康江	上坂 克彦	浦野 哲盟	太田 康雄	荻野 和功
小野 宏志	柏木 秀幸	川合 耕治	河村 英之	神原 啓文
小田 和弘	小林 利彦	坂本 喜三郎	佐藤 浩一	鈴木 昌八
竹内 浩視	田中 一成	中野 浩	中野 弘道	中村 利夫
毛利 博	計 21人			

欠席委員

松山 幸弘

出席した県職員等（事務局職員）

鈴木宏幸健康福祉部理事	後藤雄介医療局長	田中宣幸健康局長
奈良雅文健康福祉部参事	加藤克寿長寿政策課長	森下奈津精神保健福祉室長
大石晴康障害福祉課長代理	高須徹也医療政策課長	井原貞地域医療課長
増田俊彦医療人材室長	松林康則疾病対策課長	櫻井克俊感染症対策課長
藤野勇人健康政策課長	島村通子健康増進課長	藤森修地域包括ケア推進室長
堀川俊薬事課長		

議題

- (1) 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の病床再編について
- (2) 第8次静岡県保健医療計画の中間見直し

報告事項

- (1) 医師確保部会開催結果について
- (2) 地域医療構想の推進
- (3) 令和3年度病床機能再編支援事業費補助金
- (4) 地域医療介護総合確保基金

開会

進行 村松医療政策課班長

議事の経過

○村松医療政策課班長 ただいまから、令和3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、お忙しい中、お集まりいただき誠にありがとうございます。私は、本日の司会を務めます医療政策課医療政策班の村松と申します。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

本日は、委員22名のうち、リモートでの参加も含め17名の委員の皆様にご出席いただいております。

なお、本日の医療対策協議会は公開で開催しております。

それでは、議事進行につきまして、小林会長にお願いいたします。

○小林会長 皆様こんにちは。ただいまご紹介いただきました小林です。

感染症対応も、何となく落ち着きつつあるようですが、まだまだ油断ならないという状況だと思います。

そんな中、今年度第2回の静岡県医療対策協議会にご参集いただきまして、ありがとうございます。

Webで参加されている方も10名近くおられるようですが、画面で見えておりますので、ご意見等いろいろいただければと思います。

まず、議事に入る前に、本日は、浜松医科大学副学長松山委員がご欠席ですが、同大学医学部附属病院副院長の堀田喜裕様にご参加いただいております。委員の皆様、オブザーバーとしてのご参加よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは堀田副院長、よろしくをお願いいたします。

それでは議事のほうを進めていきたいと思っておりますので、円滑な議事の進行にご協力お願いします。

本日は議題が2件、報告事項が4件とのことです。

最初に、議題（1）「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の病床再編」について、事務局から説明お願いいたします。

○高須医療政策課長 医療政策課長の高須と申します。着座にてご説明いたします。

議題（1）の「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の病床再編」につきまして、ご説明いたします。

資料は、1－1ページをご覧ください。

地域医療連携推進法人の参加法人内で病床の融通を行ない、地域の医療機関相互間の機能の分担・連携を推進するため、順天堂大学医学部附属静岡病院から増床に係る病院開設許可事項変更許可の事前協議の申出がありましたことから、当協議会に報告し、ご意見を伺うものでございます。

資料の1-2をお開きください。

資料の1-2ページでございますが、地域医療連携推進法人の制度の概要等を記載してございます。内容は割愛いたします。

続きまして、資料の1-3ページをご覧ください。

4の「法人の概要」につきまして、今回対象となる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は、静岡県東部において、継続的・安定的かつ質の高い効率的な医療提供体制の確保に向け、令和3年9月9日に認定されました。医療連携推進業務の内容については表に記載のとおりでございます。

次に、5「病床再編（案）」をご覧ください。

このたび、参加法人の1つでございます医療法人社団慈広会が開設する医療法人社団慈広会記念病院の非稼働病床の一部を順天堂大学医学部附属静岡病院に融通し、医療提供を図ることが提案されたところでございます。

具体的には、慈広会記念病院の176床の許可病床のうち56床を順天堂大学静岡病院に融通し、また、ほかの10床を返還することによりまして、地域の限られた病床を有効に活用しながら、参加法人の医療機関間での機能分担、業務の連携を推進し、駿東田方保健医療圏の地域医療の確保を目指すものであります。

なお、この増床によりまして、これまで東部地域では対応ができなかった小児外科、小児心臓血管外科といった新しい診療科の設置、また既存の診療体制の強化、病床稼働率をある程度抑えることによるスムーズな患者の受入の実施などが可能となるということを病院から伺っております。

これによりまして、医療機能で見ますと、療養病床が66床減少し、急性期の病床は56床増加いたします。同法人内の病床としては全体として10床を減少するということとなります。

なお、この病床再編計画につきましては、11月12日に開催されました駿東田方圏域地域医療構想調整会議におきましても了承されているところでございます。

説明は以上となります。ご協議のほど、よろしくお願いいたします。

○小林会長 ありがとうございます。

ただいま説明のありました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の病床再編について、法人の代表者であります順天堂大学医学部附属静岡病院の佐藤院長が本日出席されております。病床再編についてのお考えや、事務局の説明への補足等ございましたら、ご発言のほどお願いいたします。

○佐藤委員 順天堂静岡病院の佐藤でございます。このたびは、発言の機会をいただき誠にありがとうございます。

先ほどございましたように、本年9月9日付けで、静岡県県知事より静岡県東部メディカルネットワーク設立のご承認をいただきました。

承認に当たりましては、当協議会にご出席の皆様、県の皆様に大変お世話になり、誠にありがとうございました。

法人の病床再編につきましては、ただいま県よりご説明があったとおりでございますが、少し補足させていただきます。

まず、資料1-3の5「病床再編」でございますが、法人内で順天堂静岡病院に病床を融通するとともに、前回の会議で静岡県病院協会の毛利会長よりご指摘をいただきましたご意見を基に法人内で検討した結果、10床の非稼働病床を返還する方針といたしました。

また、その下にあります増床内容について補足させていただきます。

新診療科の設置といたしまして、小児外科、小児心臓血管外科の新設を行ないます。静岡県東部には、小児外科のメジャー手術を行なう医療機関がなく、患児は、静岡こども病院、東海大学、北里大学、神奈川こども病院にお願いしている状況でございます。遠方への移動は、患児及びご家族に対して大変大きな負担になっており、静岡県東部で治療ができる環境を整えたいと考えております。

また、先日行なわれました地域医療構想調整会議におきまして、三島マタニティクリニックの7床の減床が認められました。また、三島総合病院の周産期センターの閉鎖が報告されており、駿東田方圏域の周産期医療は極めて厳しい状況が続いております。総合周産期母子医療センターである当院は、増床により受入体制を強化し、ハイリスク分娩などに対応していきたいと考えております。

さらに、循環器内科、心臓血管外科の強化といたしましては、新棟の完成により、当院にはハイブリッド手術室が設置されました。循環器内科専門医3名、心臓血管外科医

専門医 3 名の基準も何とか確保され、来年より経カテーテル的心臓弁置換術（TAVI）を開始いたします。増加しつつある高齢者の大動脈弁狭窄に対応していきたいと考えております。

令和 2 年厚生労働省病床機能報告によりますと、当院の病床稼働率は 97.1% と高率になっております。特に、本年度の救急診療科の病床稼働率は 128.7% と極めて高くなっており、救急診療科の増床は喫緊の課題でございます。高い病床稼働率は、救急患者の不応需につながっております。不応需 0% を目指して、救急診療科の病床を確保したいと考えております。

また、資料 1 - 7 をご覧いただきたいと思っております。

2 の順天堂病院の状況のところでございます。駿東田方医療圏はかなりのオーバーベッドの状況でございますが、(2) の「圏域外からの患者流入状況」にありますように、当院の年間退院患者数の 4 分の 1 強は、他の医療圏からの流入でございます。特に、医師少数地域である賀茂医療圏、富士医療圏より多くの患者を受け入れております。

最後となりますが、資料 1 - 4 をご覧いただきたいと思っております。

平成 29 年 2 月 17 日発の厚生労働省医政局長通知にありますように、地域医療連携推進法人の参加法人同士で、病床過剰地域においても病床融通が可能となっております。下から 6 行目、「都道府県は必要な病床数を認めるに当たって、地域医療構想調整会議の協議の方向に沿ったものであることを確認する」とございます。

本年 11 月 12 日に開催された、駿東田方圏域地域医療構想調整会議の場におきまして、沼津市の副市長からは、「救急医療は非常に重要であり、賛成する」とのご発言がありました。当院が位置します伊豆の国市の山下市長からは、「許可病床と稼働の実態を踏まえ、地域において限られた病床を有効に活用している」とのご発言がありました。また、伊豆市の菊地市長からは、「支持させていただく。中伊豆温泉病院、伊豆赤十字病院とも緊密に連携して、地域医療を強化していただきたい」とのご発言があり、さらに、田方医師会の紀平会長からは、「順天堂はこの地域の中核病院で、地域の医療完結 100% に尽力いただいております。たくさん患者がいて病床が逼迫している。ぜひ増床して地域医療に貢献してほしい。地元医師会として賛成する」とのご意見をいただいております。

地域医療構想調整会議では、先ほど報告がありましたように、当法人の病床再編計画にご了承をいただいております。

私からの補足説明は以上でございます。静岡県東部メディカルネットワークの病床再編をご承認いただけるよう、何とぞよろしくお願い申し上げます。

以上です。

○**小林会長** 佐藤院長、ありがとうございました。

それでは、ただいまの説明にありました静岡県東部メディカルネットワークの病床再編について、委員の皆様方からのご意見、ご質問等をお願いいたします。Webでご参加の方は、手を挙げていただきますようお願いいたします。

神原委員、どうぞ。

○**神原委員** 神原でございます。

今、佐藤委員から発言がございましたように、東部は今までは非常に救急は弱く、回転率も必ずしもよくなかったわけですが、順天堂大学医学部附属静岡病院が非常に順調にそこを埋めていって、地域医療が非常に潤滑に運営されていると聞いております。今後も大きく貢献されるのではないかと思いますので、私としては賛成したいというふうに思います。

○**小林会長** ありがとうございます。

竹内委員、どうぞ。

○**竹内委員** 浜松医大の竹内です。

地域医療構想アドバイザーとして圏域の会議にも出席をさせていただいております。今回の病床再編というのは、非稼働病床の有効活用を含めて、現在不足している医療機能の確保につながるだけではなくて、円滑な病床運営をこれから図られるということで、ご説明があったような逼迫している救急医療体制などの強化や、1-3にあるとおり、新興感染症などを含めた新たな医療需要への対応が可能になるということで、県が推進している地域医療構想の目的にも合致しているものと考えられますので、賛同したいと思います。

以上です。

○**小林会長** はい、ありがとうございます。

毛利委員、どうぞ。

○**毛利委員** 病院協会の毛利です。基本的には反対する気は毛頭ないのですが、やはり56床増やすといったときに、どういうふうな配分にされるのかが問題になると思います。例えば、小児外科、小児心臓血管外科は非常に大事だと思うのですが、こ

れにどれぐらいの病床を割いて、救急とかにどれぐらいの病床を割くのか。病院の中で、そういうスペースが1つはあるのかないのかということも、あるいは新しくまたつくらないといけないのかということも、教えていただければありがたいと思います。また、今後、東部においての中心的な役割を果たしていただくことになると思いますので、そういったことでの先生自身の決意表明などがあると非常にうれしく思います。分かる範囲で結構ですので、教えていただければと思います。

○佐藤委員 ありがとうございます。

ほとんどの診療科において病床が足りない状態でございますが、やはり今回強化したいところは、循環器内科、心臓血管外科が合同で行なうTAVIを含める最新医療で、ここに5床を配分したいと思います。それから周産期には2床を計画しております。それから小児外科・小児科が9床、救急診療科に6床を配分したいと思います。また、沼津市立病院の血液内科がなくなったことで非常に順天堂に患者が流れておりまして、血液内科の病床稼働率が上がっておりますので、8床ほど増床したいと考えております。これで合計30床になります。

そのほか、いろいろな診療科が希望しておりますが、病床稼働に合わせてそれを分配いたします。あるいは病床稼働率を下げるために、少し空床にしておく必要があると考えております。

○小林会長 よろしいですか。荻野委員どうぞ。

○荻野委員 荻野でございます。

非常に東部の医療がよくなるという意味では私も賛成ですが、もしもこの連携推進法人ができた上での増床でなくて、正当な理由で病床を増やしたいと思ひ申請をした場合、地域医療構想の観点から、この増床は県としては認めるのでしょうか。それとも認めないのでしょうか。県のご意見を聞かせていただきたいと思います。

○小林会長 今回は連携推進法人を組まれてから病床の移動をさせていますけれど、連携推進法人を組まなくても、こういったことが可能かどうかということでしょうか。

○荻野委員 連携推進法人を組むためではなくて、地域のためにこういう医療が必要だからということで増床を認めてくれと言うと、県は恐らく認めないと思うのですが、いかがでしょうか。

○小林会長 基準病床など、いろいろな問題があつて難しいのだらうと思うのですが、事務局からお願いします。

○高須医療政策課長 医療政策課長の高須でございます。

お見込みのとおり、今、県下全ての圏域、オーバーベッドの状況でございますので、新たな増床というのは基本的に認められないというところでございます。

○荻野委員 そうしましたら、急性期病床が予定よりも多い地区であっても、地域医療連携推進法人を作ることにより、地域において必要な増床であると認められたら、県としてはどんどん認めていくという方向でよろしいのでしょうか。

○高須医療政策課長 医療政策課の高須でございます。

今回があくまでも例外というわけではなくて、制度にのっとったものであるというふうに考えております。

地域医療構想自体は、2025年の必要病床数を一応は示してはございますが、目標数ではないというふうに個人的には思っています。あくまでも、地域において必要な医療が、機能を含めてバランスよく配分される、提供されるということが重要だと考えておりますので、地域においてご議論いただいて、必要な医療だということが皆さんの合意として得られてくれば、ご意見に沿った形で進めていけばいいのかなと思っています。

以上です。

○荻野委員 分かりました。ありがとうございます。

今回認められたということは、次もまた同じような要求があったときも認めていただけるものと思いますので、いい意味では、地域医療構想とは関係なくいい方向に向かうような場合は認めていただけるということを知って、安心いたしました。ありがとうございます。

○小林会長 おそらく、地域医療構想調整会議という、一番地域の実状を知っているステークホルダーが集まった会議の中での合意というのが大前提だと思います。だから、先にベッドの融通ありきではなく、地域において足りないものが満たされるということ、調整会議において地域のステークホルダーが認めるということが大前提なのだろうと思います。

○高須医療政策課長 医療政策課でございます。

あくまでも地域医療構想に沿ったというのが、まず基本のところにあるものですから、地域医療構想とは別に病床の融通をするということではないということでございます。あくまでも、その地域において必要な医療がバランスよく提供されるということが地域医療構想の肝の部分だと思っていますので、その中での話ということで考えていただけ

ればと思います。

以上です。

○**小林会長** 今後似たような状況がいろいろなところで起こるのではないかと思います
が、それがいい方向へ向かっていけばいいのだらうと思います。

先ほど聞いていて思ったのは、稼働率があまりにも高いと、例えばコロナの患者が来たときに、ゆとりを持って重症な患者を診ることができないことがあります。もともと医療自体が、稼働率が低いと経営がペイしない仕組み自体が非常に問題であり、結果的に重症患者を診ることができないことがないよう、上手に病床を使っていただくというのがいいのかなと思います。

ほかはよろしいでしょうか。

では、ご承認ということで、よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、次へ行きたいと思います。

議題の(2)「第8次静岡県保健医療計画の中間見直し」について、事務局から説明をお願いします。

○**高須医療政策課長** 医療政策課の高須でございます。

議題(2)の「第8次静岡県保健医療計画の中間見直し」について、ご説明いたします。

資料のほうは2-1ページをご覧ください。

第8次静岡県保健医療計画の中間見直しにおきまして、策定スケジュールや6疾病5事業等の見直しの検討内容について、ご意見をいただくものでございます。

資料のほうは3-1ページをお開きください。

下段にスケジュールがございますけれども、本日の会議において素案をお示しし、また、来年の3月に最終案をお示しした上で、委員の皆様からご意見をいただきたいと考えております。

なお、圏域別の計画につきましては、新型コロナウイルスの感染拡大への保健所の対応がございまして、なかなか時間もないというような状況の中で、昨年度策定済みの在宅医療を除く項目につきましては、今回見直しを見送ることといたしました。ただ、各圏域で2年後の本改定に向けまして、必要な協議というものは継続していきたいと考えております。

それでは、資料の4-1ページをお開きください。

こちらは、現計画と中間見直しの対照表となります。この左側が現計画、右側が中間見直しの項目となります。7月にお示ししたものと大きくは変わっておりませんが、1枚めくっていただいて、4-2ページの下部分にございますけれども、先ほどご説明させていただいたとおり、2次医療圏版の見直しは見送ることとしたということですので。

それから、5-1ページをご覧ください。

こちらは、中間見直しの関連の専門家会議での検討状況でございます。6疾病5事業など、見直し項目の一部につきましては、それぞれの専門家会議などにおいて見直しの内容について検討を行なった上で、本日素案としてお示しをさせていただいております。

なお、ここでいう第6章の各種疾病のところですが、感染症対策につきましては、今月末に専門家会議を予定しております。本日は素案という形ではなくて、概要のみのご説明とさせていただきます。

それでは、6-1ページをご覧ください。

こちらは、医療計画の「見直しの概要」でございます。各項目の見直しを行なった内容についてまとめさせていただいております。なお、本日別冊を付けさせていただいておりますけれども、こちらに素案を提出させていただいております。後ほど内容についてはご覧いただければと存じますけれども、各ページの下線を引いた部分が現計画からの変更箇所となっております。

それでは、7-1ページをご覧ください。

この7ページから21ページまでが、6疾病5事業をはじめ、第5章から第7章の項目についての概要の説明資料となります。

前回の医療対策協議会でご協議いただいた内容から修正となった点につきまして下線を引かせていただきましたので、その点を中心にご説明させていただきます。

まず、6疾病のうちのがんにつきましては、2の「主な見直し事項」のとおり、がん対策推進計画の中間評価を踏まえまして、7-2ページに、上から3行目のところに記載がございますけれども、新型コロナウイルス感染症の影響による、がん検診受診率低下の懸念等を追加するなどの見直しを反映させていただきます。

それから、8-1ページですが、こちらは脳卒中でございます。こちらは、2の「主な見直し事項」のとおり、策定中でございます。静岡県循環器病対策推進計画の内容を踏まえまして、数値目標に「健康寿命の延伸」を追加するなどの見直しを反映させ

ております。

次に、9－1ページをご覧ください。

心筋梗塞等の心血管疾患につきましても、脳卒中と同様に、策定中の静岡県循環器病対策推進計画の内容を踏まえまして、数値目標に「健康寿命の延伸」を追加するなどの見直しを反映させております。

次に、10－1ページをご覧ください。

糖尿病につきましては、2の「主な見直し事項」の③の記載のとおり、糖尿病は循環器病の危険因子の1つでありますことから、策定中の静岡県循環器病対策推進計画の内容を踏まえた見直しについて、今後、糖尿病予防対策検討会において、書面にて協議を行なう予定でございます。

それから、11－1ページをご覧ください。

肝炎につきましては、前回の医療対策協議会でのご意見を踏まえまして、肝炎の原因として近年増加しております脂肪性肝炎を追加し、見直しに反映させております。

次に、12－1ページをご覧ください。

精神疾患につきましては、2、「主な見直し事項」のとおり、国の指針を踏まえた指標の見直しや、本県の現状を踏まえたギャンブル等依存症への対応について、見直しに反映させております。

次に、13－1ページをご覧ください。

ここからは、いわゆる5事業の分野となります。

救急医療につきましては、心肺機能停止患者の1か月後の生存率向上に向け、早期通報の重要性についての啓発を強化するとともに、2「主な見直し事項」のとおり、国の指針を踏まえた指標の見直しや、本県の現状を踏まえた数値目標の見直しについて反映をさせております。

次に、14－1ページをご覧ください。

災害医療につきましては、2の「主な見直し事項」に関しまして、次の14－2ページに移っていただきたいのですが、数値目標にD P A T関連研修の実施回数追加や、今年7月の熱海市の災害を踏まえ、災害急性期以降の連携体制の強化に加え、保健所を中心とした災害への対応について、見直しに反映させております。

次に、15－1ページをご覧ください。

へき地医療につきましては、2「主な見直し事項」のとおり、国の指針を踏まえた数

値目標の見直し等について反映をさせております。

次に、16－1 ページをご覧ください。

周産期医療につきましては、2の「主な見直し事項」のとおり、持続可能な周産期医療体制の構築に向けた検討について、見直しに反映させております。

次に、17－1 ページをご覧ください。

小児医療につきましては、2の「主な見直し事項」のとおり、本年4月に施行されました、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律を受けた見直しを反映させ、知事が医療的ケア児支援センターを設置できることなどを追加いたしました。

次に、18－1 ページをご覧ください。

新興感染症・その他感染症につきましては、2の「主な見直し事項」のとおり、感染症専門施設の設置検討や、今回の新型コロナウイルス感染症対策を通じて明らかとなった課題への対策などにつきまして、今月30日に開催予定の専門家会議で協議することとなっております。

○井原地域医療課長 地域医療課長、井原でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。替わりましてご説明させていただきます。着座にて失礼いたします。

それでは、資料19－1 ページをご覧ください。

医師確保の内容についてでございます。数値目標に対する進捗状況は、今ご覧いただいているとおり、策定時から現状の値ということで、目標に向け数値が改善しているもの、あるいは目標値を達成しているものということがございます。

今回お諮りするポイントの1つとして、「見直しの視点」のところに記載がございませうけれども、今回、平成30年の医療法の改正によって、医師確保対策を医療計画の中にも含めるという観点で、令和元年度、令和2年3月に静岡県医師確保計画を策定いたしました。今回その内容を、上位計画である静岡県保健医療計画に反映させるということになります。

具体的にはどういうことになるかということ、次の19－3 ページをお開きください。A3の資料となります。

一番左が、現行の保健医療計画の見出し、枠組み等になっておりまして、真ん中が令和元年度に策定いたしました医師確保計画ということになっております。

この左と真ん中の計画を、整合を取る意味で、一番右の保健医療計画の中間見直しに当たりましては、網掛けがなされている項目が新たに盛り込まれた内容ということにな

ります。

真ん中の医師確保計画の2-(1)「現状と課題」のところにある新専門医制度の状況を、右側の保健医療計画の中間見直しにおいて、現状の中に入れ込む。あるいは、順次ご覧のと通りの推移という形で構成を考えております。

なお、(3)「対策」のところで「目標医師数」という項目がございます。これは医師確保計画においても「目標医師数」ということで、いわゆる数値目標的な内容になってくるのですが、この保健医療計画の数値目標というのは、現状値に対してどういう目標を設定し、その改善を目指すというような形ですが、「目標医師数」のところに付記してございますけれども、この「目標医師数」は、厚生労働省が示した医師少数区域ということで、県内の場合ですと、医師偏在指標の下位3分の1で該当するところになります。

本県の場合は、先ほど少しお話に出ましたけれども、賀茂、富士、中東遠の3圏域が該当になります。この3圏域と、あと県全体として医師少数県という位置づけになっております。そこを脱する値を国から付与されたということになりますので、位置づけとしては、こちらの対策のほうに記載をし、対応をするということをご了解いただきたいと思います。

先日事前にお送りした内容と1点異なる内容がございます。今お話しした(3)の「対策」のエのところに「少数スポットの設定」ということが、事前にお送りしたものにはございませんので、一応こちらの本日ご覧いただいている内容のほうでご説明させていただきたいと思います。

資料、お戻りいただきまして、「主な見直しの事項」ということで、19-1ページにお戻りいただいて、先ほどご説明した内容と重複いたしますけれども、「新たに位置づける項目」ということで、「『新専門医制度』の状況」「医師の働き方改革」「医師少数区域、多数区域の設定」「医師少数スポット」「目標医師数」ということになります。

医師少数スポットに関しましては、令和元年度、令和2年3月に策定した当初の医師確保計画では設定をしておりませんでした。8月30日、11月2日に行なわれました医師確保部会において、医師少数スポットについては、設定の目安ということで、圏域内の医師数ですとか病院数等々を勘案し、今回結果としては、浜松市天竜区を医師少数スポットに設定ということをご了解をいただいておりますので、その内容を踏まえた今回の保健医療計画の見直しということになっております。

続きまして、②「数値目標の見直し」についてでございます。

一番上の「人口10万人当たりの医師数」というのは、人口に比してのものになりますが、今回、本県が医師少数県を脱する、先ほどお話しした医師確保計画の目標を参考にしつつ、かつそれと整合を取るという意味で、目標そのものを「県内医療施設従事医師数」に、絶対値としての医師数に変更をするという形のものでございます。

今お話しさせていただいた内容を、その下に書いてある8月30日、11月2日のおのおのの医師確保部会にてご説明し、ご了承いただいたものということとなります。

今ご説明した内容を、医師の観点で、素案の該当した部分を参照したいと思っておりますので、素案のほうをご覧いただきたいと思っております。ページは15-1ページからが「医師」の該当箇所となります。

今ご説明いたしました数値目標につきましては、15-1ページとなります。現状値と目標値を記載して、先ほどの10万人当たりの医師数と替えたものという形になります。

その次、15-10ページをご覧ください。

これは現状を示している内容になりますけれども、この「医師少数スポット」のところ、先ほどお話しさせていただいた本来の医師少数スポットの定義というのは、こちらにありますとおり、医師多数区域ですとか医師少数区域以外の地域で局所的に医師が少ない地域という形ということで、「医師少数スポットと定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができる」といったものについて、「○」の2つ目、県同一当該地域において調整を行なって、なお確保が困難な場合。その上で、①から⑤に記載のおのおのの指標を目安として、県内の内容と見比べて設定をするということについてご了解をいただいたものということになっております。

最後、具体的に(3)の15-11に対策として、「○」の3つ目、「医師少数スポットにおいては、医師少数区域同様、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師が4年間勤務する対象となります」というような形ですとか、「本県においては天竜区等を少数スポットに設定します」ということとなります。

以上となります。

では、看護のほうに移らせていただきます。

会議資料の20-1ページをご覧ください。

同じく人材の確保の部分で、看護職員の内容となります。

看護職員につきましては、まず「見直しの視点」ということで、改正労働基準法ある

いは看護の職員の需給推計といった動きを踏まえて、こういった環境が変わることに伴って見直しを行なったものということになります。

「主な見直し事項」といたしましては、先ほどの医師と同様で、「10万人当たり看護職員数」から、実数である「看護職員数」に変更したこと。「看護師等の離職時届出人数」ということで、平成27年度から開始したものでございましたけれども、これを届出人数という受動的なものではなく、再就業につながる取組に参加者がどれだけ参加したかという「再就業準備講習会参加者数」に変更したいと考えております。

あとは、感染症の対応などを踏まえて「認定看護師数」の追加や、特定行為という医師の方のご指示に従って行なうものの研修機関あるいは協力施設も研修施設を一定数増加をし、進捗のところにもございますとおり、目標は達成をしているということもございますので、施設よりは、さらなる研修修了者の増加を目指すと、より実地に進められるという観点で、「特定行為研修修了者の就業者数」におのおの変更したいと考えております。

その他、②にございますとおり、保健師については、感染症への課題と対応の記載を、看護師及び准看護師につきましては、時間外労働規制ですとか、それに基づくタスクシフティングの推進等々の内容を見直し、記載をしてまいりたいと考えております。

ページ、おめぐりいただいて21-1、ふじのくに医療勤務環境改善支援センターの内容でございます。

ここにも、医師の働き方改革ということで、時間外労働時間の上限規制の対応の支援ということになります。

現行の数値目標につきましては、医療勤務環境改善計画と、病院全体の勤務環境の改善ということで、今目標値、「全病院」ということで設定しておりますけれども、今回「見直しの視点」にございますとおり、改正労働基準法あるいはそれに伴う医師の時間外労働規制の上限規制ということがございますので、そういった内容を踏まえて見直しを行なうということでございます。

具体的には、「主な見直し事項」として、時間外労働への対応。2024年、令和6年度から始まる医師の時間外の上限規制への対応の現状と課題を記載するというところでございます。

具体的には、ふじのくに勤務環境改善支援センターの業務につきましては、病院協会様と協力して行なっているということがございますので、一緒になって医療機関への支

援をしていくということでございます。タスクシフト／タスクシェアも進めるといったことも、そういった支援の一環という形になっております。

こういった変更を踏まえて対応をしてまいりたいと考えております。

私からは以上となります。どうぞよろしくお願いいたします。

○高須医療政策課長 それでは引き続きまして、医療政策課から説明をさせていただきます。

資料のほうは22-1 ページをご覧ください。

「保健医療計画中間見直しに関する審議会等委員意見」でございます。こちらは、7月及び8月に開催いたしました前回の医療対策協議会及び医療審議会にて委員の皆様からいただいたご意見と、その対応について記載させていただいております。これも後ほどご覧いただければと思います。

私からの説明は以上でございます。どうぞご協議のほど、よろしくお願いいたします。

○小林会長 ただいま説明のありました第8次静岡県保健医療計画の中間見直しにつきまして、委員の皆様方、ご意見、ご質問がございましたら、お願いいたします。

基本的には今年度末を最終案とすることと、それから先ほどあったように、各2次医療圏単位では今回は見直さないということと、次回の保健医療計画では感染症についても盛り込むつもりだということと、このあたりで理解しております。

各専門の委員会の中で議論いただいておりますが、感染症はもう少し議論が必要かなと思います。そのほか、いかがでしょうか。

毛利委員、どうぞ。

○毛利委員 これにつきましては、基本計画としては結構だと思います。ただ、やはり働き方改革というのは、病院にとっては非常に大きな課題と感じております。特に、医師が静岡県はもともと少ないのですが、それにさらに輪をかけて少ない、例えば周産期や脳卒中の分野につきまして、計画が本当に実施できるのかどうかというところは少し考えなければならないと思います。働き方改革等々を含めて、今後さらなる計画の見直しもあるかもしれないということというのは、ニュアンス的にはやはり入れにくいのでしょうか。県のご意見も聞きながら、どういうふうに織り込んでいくのかというところを、この協議会の中で決めていければいいのかなと思っています。

○井原地域医療課長 ありがとうございます。地域医療課長、井原でございます。

毛利委員ご指摘のとおり、間近に迫っている働き方改革について、病院協会様と一緒に

になって、あるいは労働局の対応も含めて働きかけを強めていこうと考えております。

ご指摘のあった保健医療計画への反映についてですが、計画の構成として、数値目標を定めて、課題とか現状に合わせて施策の方向性というのを記載するときに、数値目標やその対応というのが計画としても少し成り立ちにくい。なおかつ、それを具体的にその中に収めるとか、そういう実務的なところが必要になってくるものですから、今回ご指摘いただいた内容も含めて検討した結果、計画には反映し切れなくても、喫緊の課題ですので、進めていくべきだと考えております。

以上です。

○**小林会長** これは、難しいですね。

6年間の保健医療計画の中で、2020年がちょうど真ん中でしたが、今回コロナで遅れてしまったというところが、そもそもあります。働き方改革は2024年から動くという中で、まさに2022年、2023年あたりは多分歩きながら考えるというようなところがあって、結果的に計画が十分達成できない場合も多分にあるかなと思います。ただ、それは次の保健医療計画にまた反映させていくという回答でしかないのかなと思います。

毛利委員、お願いします。

○**毛利委員** この前も浜松医大で病院長会議がありましたけれども、やはり特に外勤を頼んでいる病院について私はすごく懸念しております。今野学長も、やはり条件が満たされないと当直の撤退もあり得るという話もされており、そうなると、その病院がもう当直ができなくなる可能性があり、本来の救急医療が全くできなくなってくるかもしれないという大きな問題があります。

しかし意外と、「自分のところの働き方は大丈夫だから、当直のことはそれぞれのところでやってくれるからいいでしょう」と思っている病院の事務方の方とか病院長の先生方もお見受けしたりするものですから、「それは少し違うのではないか」ということを私たちがどんどん発信していくのですけれども、県にもお願いしたいと思います。本当にこの計画が絵に描いた餅になってしまうということも心配しているので、ぜひよろしくお願いしたいと思います。

○**井原地域医療課長** はい、ありがとうございます。

今ご指摘いただいた点は、労働局と病院協会様と我々県とで一体となって意識づけを高めることを取り組んでいこうと計画をしておりますので、またご協力をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いたします。

○**小林会長** Webでご参加の方も含めて、ご意見等ございますか。よろしいですか。
中村委員、お願いします。

○**中村委員** 藤枝市立総合病院の中村でございます。

19-3のところの保健医療計画のところ質問させていただきたいと思います。

ご説明がありましたように、令和2年3月に医師確保計画を新たに策定し、上位計画である保健医療計画内に反映させるということですが、最初に課題であった医師数の状況や医師確保の状況が、見直しになると、ただの課題となるだけで、消えてしまっております。また、「目標医師数」がいきなり対策として出てきますが、冒頭の「目標医師数」と書いているのは、むしろ課題のほうに入るのかなと思います。保健医療計画に医師確保計画を踏まえて反映させるということで、かなりご苦労されたのはよく分かりますが、課題と対策の記載が後から見たときに分かりにくくなるのではないかと、拝見しておりました。

○**小林会長** 事務局お願いします。

○**高須医療政策課長** 医療政策課でございます。

対策のところ目標が入っており分かりにくいのではないかとご指摘いただきました。ありがとうございます。

構成上の話ですが、「現状はこうだけれど、数値目標はどういったところを設定しようか」「その数値目標に対応する形で、具体的に施策をどうやって進めていこうか」という構成でこの計画をつくっておりますので、ご理解いただければと存じます。

○**井原地域医療課長** 今説明ありましたとおり、構成的な部分と、今おっしゃっていただいたとおり、なかなか独立してつくった計画と既存の計画の融合というのが少し難しかった点もございますので、ご意見を踏まえて、直すべきところは直していきたいと考えております。

以上です。

○**小林会長** はい、ありがとうございます。

ほかはございませんか。毛利委員、どうぞ。

○**毛利委員** 医師確保のことですけれども、奨学金をもらっている人というのは、まず浜松医大の先生方が半分ぐらいで、そしてそれ以外がまた半分です。浜松医大の先生方というのは、大体奨学金をもらっていても、各病院のほうに派遣されるということで動いていると思うのですけれども、それ以外の方たちをどういうふうに派遣していくのかと

いうことが問題です。

数が多いので、透明性を保つというのはなかなか難しいと思うのですが、浦野先生のところなどでこれから推進をしていただけないかなと思っていますが、浦野先生の何かお考えがあればお願いしたいと思います。

○浦野委員 静岡社会健康医学大学院大学の浦野でございます。

毛利先生からご指名あったのですが、浜松医大に属さない奨学金をもらっているドクターたちの配置というところを、病院機構、毛利先生、荻野先生達と一緒に考えさせていただいております。

医師のキャリアパスを考えてあげると、6年間もらった人たちが9年間そこで働くということだけではなく、その後も静岡に何らかの形で残ってくれるようなことができるのではないかとこのうふうなところでは、毛利先生が透明性とおっしゃいましたけれども、そのシステム自体が透明であることと、奨学金をもらったドクターたちが最初にどういうパスウェイがあるのかというのが見られるようなことがあると、お互いに考えやすいかなというふうなところを基盤として、今後考えていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

○小林会長 いいですか。

この地域医療構想、医師確保、働き方改革の問題については、よく三位一体と言われますけれども、ばらばらでなく、三つどもえで対応していかないといけないということがあります。静岡県であれば、浜松医科大学と病院協会、それから医師会ほか、いろんな医療関係の団体が、私のはたで見えても、非常に仲がいいと思っておりますので、みんなで乗り切るといところが一番大事なところなのかなと思っております。県と一緒に、オール静岡でこの問題を解決していかないといけないのかなと思っております。

計画は計画ですので、うまくいかないこともおそらくあるのだろうと思っておりますし、それはそれで、またその次の計画時に見直して行って、最終的に静岡県の医療提供体制がいい形になっていくということが、一番大事なことであると思っております。

調整会議では、地域のステークホルダーの方が結構発言されていて、非常に現場の状況がよく分かります。調整会議を上手く利用していくということが非常に大事ではないかなと思ひました。

では、この議題についてはよろしいでしょうか。ありがとうございます。

続きまして、この後、報告事項のほうに移りたいと思ひます。

先ほどの、浦野先生からの話も少し出ていましたけれど、報告事項の（１）の「医師確保部会開催結果」について、事務局から説明をお願いします。

○井原地域医療課長 地域医療課長、井原でございます。

それでは、報告事項の（１）医療対策協議会医師確保部会の開催結果となります。23－1 ページをご覧ください。

医師確保に係る事項について、集中的・専門的に議論をしていただく医師確保部会を、直近では11月２日に開催いたしました。

内容としましては、先ほどご説明いたしました医師少数スポット設定に係る目安と、それを踏まえ、浜松市天竜区を医師少数スポットとして設定することについて、ご了承いただいたものでございます。

また、そのほか報告事項はご覧の４件となります。医学修学研修資金被貸与者の配置調整ですとか、地域契約の増設等、今後の本県の医師確保に係る案件についてご意見を頂戴いたしましたので、今後に反映してまいりたいと考えております。

私からは以上となります。

○小林会長 ただいま説明のありました、医師確保部会開催結果については、部会に参加された委員の皆様からお話を伺いたいと思います。

浦野先生、委員会の中で議論になったところがありましたら、ご説明いただきたいと思います。

○浦野委員 これから、地域枠で奨学金をもらったドクターがかなり増えてきます。静岡県の場合には、医師少数区域というところの配置できるドクターの数というのにも限られているところなんです。少数区域に入らないところでも、ドクターが少ないところがあるわけですので、そこをスポットとして選んでそこに置く体制を整えようという中で、ドクターの数、ベッドの数、看護師の数、大きい病院からの距離などを数値化し計算していただいたところです。天竜区だけではなく、ほかにも入ってくるころはありましたが、もう少数区域にある病院ということもありましたので、今回は天竜区を選ぶという形になりました。

○小林会長 日本の医学部の定員がどんどん増えていった一方で、医師の偏在が思ったほど解決されないということから、地域枠というのが少しずつ出てきたということだと思います。ただ、本格的に厳しくなったのは令和２年の入学からということで、この６年後の令和８年からの卒業生が、９年間のお礼奉公というのか、かなり今までとは違った

形で入ってきて、そのあたりがうまくいくのかというところです。県内には少数区域と言われるのが、中東遠と富士と賀茂でしたでしょうか。それから、その少数圏と別個にスポットという定義があるものの、今までなかったものが先ほど言われたように天竜区が新たに位置づけられ、そういった区域を中心に、医師偏在指標の下3分の1から真ん中3分の1になるように目標を定めたのが静岡県の確保計画だと思います。

専門医制度の問題やキャリアパスの問題も含めて、非常に微妙な問題なので、個別にいろいろと適切な対応をしていくしかないのかなと思います。

いずれにしましても、この医師確保部会は、非常に大事な会だと思っています。松山先生がリーダーシップを発揮していただくとともに、県、それから病院協会ほか、医師会も含めて、本当に県内の大事な医療機関の代表の方で構成されていますので、ぜひともいい形で解決に向けていただきたいなと思います。

ほか、何かございますか。よろしいでしょうか。

それでは続きまして、報告事項の(2)「地域医療構想の推進について」、報告事項の(3)「令和3年度病床機能再編支援事業費補助金」、報告事項の(4)「地域医療介護総合確保基金」まで、事務局のほうからお願いします。

○高須医療政策課長 医療政策課でございます。

報告事項(2)から(4)まで、まとめてご説明させていただきます。

まず、報告(2)「地域医療構想の推進について」でございます。

資料のほうは24-1ページをお開きください。

こちらは、「地域医療構想調整会議における主な意見」ということで、その地域医療構想調整会議の開催の状況を記載してございます。

今年度の第2回地域医療構想調整会議につきましては、新型コロナウイルス感染症の状況も踏まえて、幾つかの圏域において書面開催となっております。

共通の議題としては、療養病床の転換意向等調査結果等となっております。主な意見については2番のところに記載させていただいております。後ほどご覧いただければと存じます。

ページを1枚めくっていただきまして、24-2ページをご覧ください。

共通議題となっていた療養病床の転換意向等調査結果でございます。こちらが一覧となっております。

右側の「参考」の欄をご覧いただきたいのですが、こちらに介護医療院への転

換実績が記載してございます。一番下の「県計」のところをご覧いただくと分かります。こちらが3年度の実績は167床となっているところでございます。

ちなみに、療養病床の転換の意向先のところですが、2のところの(2)の介護療養病床からの転換意向先については、「その他」のところに記載してあるのですが、令和3年度の段階では、希望意向先が決まっていなかったというような未定のところについては今0床になっておりまして、全ての病床について転換意向先が決まっている状況でございます。

続きまして、報告3になります。25-1ページになります。

厚生労働省で、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議の合意を踏まえて行なう自主的な病床削減などに取り組む際の財政支援が昨年度から実施されております。これが病床機能再編支援事業費補助金ということになります。

こちらの概要につきましては、こちら記載のとおりとなっておりますけれども、地域医療構想調整会議の議論の内容、そして医療審議会の意見を踏まえているということ。また、病床削減後の許可病床数が平成30年度の病床機能報告における稼働病床数の90%以下であることなどが要件とされております。

25-2ページでございますけれども、こちらが今年度申請のあった一覧表になります。1病院、そして4診療所から申請がありまして、全体で56床の削減見込みとなっております。

地域医療構想調整会議において、こちらの内容について、各圏域で議論していただきました。会議におきましては、「慢性期の医療を担う診療所の病床削減計画については、地域医療構想の趣旨に沿っており、削減分を他の医療機関で対応可能なためやむを得ない」といった意見がございました。それから、この中で産婦人科等もございましてけれども、分娩を担っている診療所の削減計画については、「少子化が進行する中で、稼働病床数まで病床を削減するのは賢明な判断である」といった意見が寄せられておりまして、5件全てにおいて了承されております。

それから、資料のほうは26-1でございます。

地域医療介護総合確保基金についてでございます。

この基金につきましては、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築を図るため、消費税増収分を活用した財政支援制度として、平成26年度に設置されております。

2番の「執行状況」のところでございますけれども、国の配分額でございます積立額につきましては、約22億4,000万円に対しまして、執行額は16億3,000万円程度でございます。未執行額は2年度末で57億2,000万円となっております。

区分のⅠをご覧いただきたいのですけれども、「病床機能分化・連携推進」のところ、特に未執行額が32億8,000万円というふうに多いわけですが、これにつきましては、回復期病床に転換する病院や地域包括ケアシステムを支える有床診療所の施設整備などのハード整備への補助事業において、予算額に対して補助実績が少なかったということがございまして、それが年々たまってきているということが原因でございます。

令和3年度の内示状況につきまして、3番をご覧いただきたいと思います。

医療分につきましては、今年度約16億8,000万円を国に対して要望いたしまして、99%でございます16億6,000万円強と、ほぼ満額の内示をいただいたところでございます。

区分Ⅰにつきましては、全額過年度積立分を財源とすることとして、新規要望は行なっておりませんが、今年度計画の事業実施のために必要な額につきましては、過年度分と合わせて十分確保しておりまして、関係団体や補助事業者における事業実施に遅れが生じることがないように、効果的・効率的な執行に努めてまいります。

それから、4番の「今後の予定」でございますけれども、令和4年度の事業につきましては、現在提出いただいた提案内容につきまして、事業の所管課と提案団体との間で調整をしております。今後本格化する県予算調整の作業を通じまして、提案内容の反映を図ってまいりたいと考えております。

報告(2)から(4)については以上でございます。説明は以上です。

○**小林会長** ただいま説明のありました報告事項の(2)から(4)までについて、委員の皆様方、ご意見、ご質問等お願いいたします。

どうぞ、竹内委員。

○**竹内委員** 浜松医大の竹内です。今ご報告いただいた24ページの1番の調整会議などについてお話をさせていただきます。前回の本協議会で私のほうから、書面開催が多いということで、ぜひWebを含めた開催をお願いしたいということをお願いしたところです。今回の第2回は、4つの構想区域、実開催としては3回開催されて、参加をさせていただいたのですけれども、やはり実際に会議を開くと、関係者の方々は非常に活発な議論が交わされて、有意義な印象を受けております。

ただ、今回25-1から2に補助事業がありますけれども、この補助事業に対する協議

が議題となっていることもあって、地域医療構想の調整会議が、病床削減ですとか医療費削減のための会議であるように捉えられているような印象もあったのは少し残念に思っています。

地域医療構想自体は、これで既に5年が経過をしているのですけれども、本来の目的というのは、地域で必要な医療について、病床の機能分化連携や医療介護連携によって、地域完結型の医療提供体制を構築していくことにあると思っています。

今回の新型コロナの対応を含めて、調整会議は、地域の関係者の方の協議を重ねる大変貴重な場だと私は思っています。そういう意味では、今回保健医療計画の見直し、圏域単位の見直しが見送られたということは、非常に貴重な機会を失ったと個人的には思っています。

先ほど毛利委員からもお話がありましたけれども、今後、医師の働き方改革の対応を含めて、各医療機関での体制の見直しが加速すると思われます。そういう意味でいうと、これから病院ごとの個別の最適化というだけではなくて、地域全体での医療体制の最適化ということが確保されるように、ぜひこの調整会議の活性化、あるいは開催というのをお願いしたいと思います。私としても、アドバイザーでできるだけ尽力していきたいと考えています。

以上です。

○小林会長 ありがとうございます。

調整会議の座長は郡市会長ではないのかなと思うのですが、病院の先生方は結構Webに慣れてスキルの的にはほとんど問題ないと思うのですが、書面会議になっていくところは、郡市会長の座長の意向が多く働いているということでしょうか。

○高須医療政策課長 個別に確認したわけではないので、この場で何とも言えないところがございますけれども、ただ、今ご意見いただいたとおり、書面開催では内容について浸透しない、共有できないというところは多々あるのは、非常に懸念をしております。ハイブリッドでもWebでもいいものですから、今後は開催に向けて、各保健所と調整していきたいと思います。ありがとうございます。

○小林会長 特に静岡県は東西に長いので、移動の大変さはそのとおりだと思いますが、Webでの会議は比較的容易にできるのではないかと思います。あまり技術的な問題があるとは思えないので、意識の問題かなとも思います。ご検討いただければと思います。

また、先ほどの佐藤委員からのお話にもありましたが、やはり子供が増える静岡県に

していきたいなと思っております。お産がないから減っていくというのは、そのとおりかもしれませんが、いつまでもそれでいいとはとても思えないので、「むしろ東京に住むより静岡県に住みましょう」というような形で、ワンコインで医療費を負担するという単純なことではなく、子供を育てやすい静岡県にさせていただきながら、「医療提供体制もすごく安心できますよ」というような方向に進んでいければと思います。これには我々の力も非常に大事になるかと思えます。有床診療所は2種類あって、いわゆる地域包括ケア的な役割の有床診療所とある程度急性期機能的な有床診療所があって、今回削減予定なのが産婦人科と整形ということで、何か寂しいなという気が非常にいたします。

坂本委員、ご意見ございますでしょうか。

○坂本委員 少子化が厳然としてあり将来の働き手が減少していくなかで、医療領域においても将来社会に貢献できる人材をきちっと確保するという概念を少子化対策として入れてほしいなと思っています。そうしますと、医療だけではないのですが、子供の育っていく環境にお金を入れていってあげることが大事かと思えます。

その中で、医療の面でできることというのは、小児慢性特定疾病領域の対応と小児救急領域での対応でございます。小児救急は、近くに医者がいなければ遠くに行かなければいけないので、少子化の中で小児科医の絶対数が減ると、やはり地域の医療施設が維持しにくくなってきて減ってしまう。では、そのときにどうするのか。「それぞれの地域の要望としては、1人でもいいから小児科医を置いてください」となりますが、この対応をしても夜の救急対応ができないんです。その病院で24時間小児救急対応をするのであれば、最低でも小児科医数名以上必要です。その対応を365日やるには、10名程度小児科医がいなければ困難というよりも不可能なのです。働き方改革が始まれば、さらに難しくなります。こういう中で、小児科医療が崩壊の聞きに直面しているところに、集約化病院から医師が支援に行くと、この移動時間まで働き方改革の対象時間になる可能性が出てくるということになります。

こういう中で、医者が移動して診療するという対応以外に、小児救急対応が必要なお子さんやお母さんが一緒になって、トランスポーターシステムみたいなものを日本に先駆けて、静岡県に導入できないだろうかと私は言っています。もちろん医師を増やしていくのは大事なのですが、すぐに増えませんので、トランスポーターシステムが導入できないかということです。はっきり言うと、タクシーを使ったらその補填

をしてあげるとか、30分のタクシーを使って近くの病院ではなくて、2次医療圏を越えるような隣まで行けるとか、こういう体制を静岡県で先につくる。病院をつくる方法もありますが、病院をつくっても小児科を作れるとは限らないので、もっと広域な、小児医療のアクセスしやすい条件をどうやってつくるかということが重要かと思います。これは小児だけでなく、へき地医療のところでも概念に入ってくるので、静岡県は、患者のトランスポーターションも含めた医療体制に対して検討を始めるべきではないかと私は思っています。

○小林会長 貴重なご意見、ありがとうございます。

大学では割と小児科の医師が多いかなと思っています。それをどういうふうにも有効的に活用するのかという話ですが、先程の順天堂静岡病院でこれから小児科が増えていくということで、集約化して、交替制みたいな形でないと働き方は多分回らないということだと思います。そもそも医師がいないと外にも行けないという、先生の言われるとおりなのだろうと思います。

そういう意味で、小児科、周産期はすごく大事な問題なので、ぜひともまたご指導いただければと思います。

毛利委員どうぞ。

○毛利委員 今坂本先生がおっしゃったのは非常に大事なところで、「医者1人でもいればいいよ」という話から、これからは医師の集約化の議論が始まってきて、維持するためには最低でも4人、あるいは5人ぐらいはその病院に集まっていないと、多分働き方改革はできないだろうという先生もいらっしゃいました。

それでは、ないところはもう諦めるのかということ、それは諦め切れないので、そうすると、集約できなかったところがどういうふうな連携をつくっていくかが大切です。それは、坂本先生がおっしゃったような議論を静岡県としても進めていかないといけないと思っています。

これから先、特に周産期や脳神経外科など幾つかの診療科においては、集約化を求められ、そうしないと働き方改革で、みんなアウトになってしまっていて病院長が逮捕されるという悲惨な状況になる可能性があります。そうすると、病院長に誰もならなくなってしまうという変な形になります。そういうふうなものも考えながら、県のほうと議論を進めていければいいのかなと思います。そこには坂本先生もぜひ参画して、いろいろアイデアを教えていただければと思います。

○小林会長 ありがとうございます。

川合委員、お願いします。

○川合委員 伊東市民病院の川合でございます。

小林先生がおっしゃってくださいましたけれど、確かに合理化、集約は、本当によく理解できるのですけれども、一方で、住民の方の安心とか住みやすさを考えれば、単純に合理化、集約へ進むというのは、果たしていかななものかというのはありますので、ここにいらっしゃる委員の皆さんにもぜひお考えいただきたいと思います。我々みたいなところで、医療資源の確保に本当に困窮している、難渋している立場としましては、やはりそういったことをぜひ訴えたいと思っております。細々とでも頑張らざるを得ない。それが地域への貢献になるだろうとつくづく最近感じますので、ご理解をよろしくお願いしたいと思います。

以上です。

○小林会長 ありがとうございます。

当然、患者さんの移動時間、移動範囲ということで一定の医療圏域というのは当然あるわけで、遠方にそのまま行けばいいということでは決してないと思います。

多分いろんなことを同時にやっていかないといけなくて、医師については地道に確保対策を続けていくことが大切です。静岡県医師会でも、医師バンクで今年度4月から、5人ほど医師のマッチングをしております。多分地域では、ある程度、専門診療科だけでなく総合診療科としての対応も考えていかないといけないと思いますし、大学にある総合診療科みたいな、いわゆる家庭医療的なところも含めて、地域全体を網羅していく必要があるのだらうと思います。

川合委員、ありがとうございました。

ほかに何か、皆様方のほうからご意見等ありますか。

どうぞ、坂本先生。

○坂本委員 こども病院の坂本でございますので、小児のことを少し考えていただければという話をさせていただきます。

今回の医療構想の中でも、成人領域では高度急性期から急性期、回復期、そして慢性期を含めて在宅へという流れが、きちっと医療機関ごとにベッドを分けていくという体制で進んでおります。もちろん高齢者を中心に対象人数が多いので、非常に大事なことだと思います。エキスパートも育てる必要があり、育つ背景もあります。

考えていただきたいのは、医療的ケア児、移行医療という問題が議題に上がっておりますが、実は小児領域は成人領域のような段階的対応というものが存在していません。つまり、私も静岡県立こども病院には270床のベッドがありますが、高度急性期ベッドのみであります。それでは、総合病院等の小児科はというと、“当小児科は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、地域包括ケアのうちどの役割のベッドを運用しています”という概念はなく、それぞれで小児医療のできることに、必要なことに小児入院加算の1か3かで対応しているという印象です。小児の回復期、慢性期、在宅ケア対象の絶対数数が少ないからかもしれませんが、小児領域には、回復期、慢性期、在宅ケアという概念が入っていないんです。私は、小児の領域でも段階的医療というものを考えていくべきではないかなと思っています。こどもを安心して育てられる環境に必要なのは、高度急性期だけではないので、そういう段階的医療に対応できる施設をつくるなどし、静岡に移り住んでくれる家族を増やし、子供を育てられる環境を作る流れを静岡県でつukれないものかなと思います。医療の継続性という中での、成人領域の4段階、5段階の流れを小児の中でも概念に入れ始める時期ではないかなと思っています。

○小林会長 貴重な意見だと思います。

もともと2013年頃に地域医療構想ができ上がったときから私は関わっていますが、その高度急性期、急性期、回復期に分けたのは、レセプトの点数で分けただけのことで、それを「回復期が静岡県は少ないから増やせ」とか、「数合わせするために静岡県方式をつくれ」とか、非常につまらないプロセスもあると思います。

多分小児科の領域だと、PICUみたいな機能領域が当然あり、その一方で、いわゆる医療的ケア児まで診ていく必要があるのだろうと思います。だから、あの枠の中に同じように入るかということ、多分なかなか入らないのだろうと思うので。実際はそういう形で、フェーズごとに患者さんは動いていると思いますので、それを全部含めて、いわゆる高度急性期、急性期、回復期のベッドの数の中に含まれるというところで、あの3つに色分けすることは多分難しいのだろうなと思います。どのようなソリューションがあるか分からないんですけど、多分医療的ケア児への対応というのは、今一番大事なところだと思いますので、医療政策的にも今いろいろ動いているのではないかなと思います。

ありがとうございます。よろしいでしょうか。

どうぞ、神原委員。

○**神原委員** 神原でございます。今、坂本先生の希望が出されていましたが、「子供は静岡県に行って産もう」というようなスローガンを掲げて、そういう体制を整えればよいと思います。もちろん、若い方々がどんどん東京に行ってしまう、結婚したり子供を作られたりするというような状態がずっと続いてきて、だんだん少子化が進んできているということだと思あるので、もちろん医療者だけでできることではありませんけれども、「静岡へ行ってお子さんをつくると、安心してお子さんが育てられるよ」というような体制をぜひつくってアピールしていただければ、今コロナで、都会に集まるのがいいかどうか躊躇しておられる若い世代も結構増えているように聞きますので、こういう時期を1つのチャンスとしてご検討いただければと思います。

○**小林会長** ありがとうございます。

若い方は東京へ行くけれど、東京の出生率は一番低いと言われていています。沖縄みたいな出生率の高いところもありますので、静岡が出生率が高くなるということが、1つ大事なことなのかなと思いました。

おおむね意見を出していただきました。ありがとうございます。

以上をもちまして議事を終了します。委員の皆様、議事の進行につきましてご協力いただきまして、ありがとうございます。

それでは、ここで進行を事務局へお返しします。

○**村松医療政策課班長** 小林会長、本日の協議会の進行、ありがとうございます。

それでは、閉会に当たりまして、健康福祉部理事の鈴木から、本日のご協議につきまして、委員の皆様へお礼を申し上げます。

○**鈴木健康福祉部理事** 本日は、ご多用の中、令和3年度第2回静岡県医療対策協議会にご出席をいただきまして誠にありがとうございました。

また、委員の皆様には、日頃から本県の医療政策の推進につきましてご協力いただきまして、この場をお借りして改めてお礼を申し上げます。

第8次保健医療計画の中間見直しにつきましては、本日ご議論いただきました様々な内容、疾病事業。また、特に医療従事者の確保の観点では、医師の確保の関係、また働き方改革、様々なご意見をいただいております。これらのご意見を参考にしながら、また今後実施予定の医療審議会、また県民の意向聴取ということでパブリックコメント等を予定しております。そういうものを踏まえて最終案を作成していきたいというふうになっております。次回の協議会では最終案をご審議いただくということで考えておりま

すので、引き続きよろしくお願いたします。

最後になりますけれども、今後、新型コロナウイルスのいわゆる第6波に備えるために、医療関係者の皆様と一体となって、万全の対策を取っていきたいと考えております。引き続きご支援、ご協力を賜ることをお願い申し上げて、挨拶とさせていただきます。

本日はどうもありがとうございました。

○村松医療政策課班長 それでは、以上をもちまして令和3年度第2回静岡県医療対策協議会を閉会いたします。本日は長時間のご審議、どうもありがとうございました。

午後5時40分閉会