

令和5年度 第3回 静岡県医療対策協議会 議事録

日 時 令和6年2月 29 日(木) 午後4時～5時 53 分
場 所 グランディエールブuketーカイ

出席委員

大須賀伸江	岡崎 貴裕	小野 宏志	川合 耕治	神原 啓文
児島 章	小田 和弘	小西 靖彦	小林 利彦	齋藤 昌一
坂本 喜三郎	佐藤 浩一	鈴木 昌八	竹内 浩視	中村 利夫
松山 幸弘	毛利 博	山本 貴道		

計 18 人

欠席委員

岩崎 康江 浦野 哲盟 太田 康雄 中野 弘道 小野 裕之

出席した県職員等(事務局職員)

青山秀徳健康福祉部部長代理	赤堀健之健康福祉部理事	奈良雅文健康福祉部参事
高須 徹也 医療局長	佐久間利幸感染症対策局長	鈴木立子福祉長寿政策課長
内野健夫地域包括ケア推進室長	藤 森 修 医療政策課長	宮田健康政策課長
加藤 介 護 保 険 課 長	米山紀子新型コロナ対策企画課長	塩津慎一感染症対策課長
永井しづか疾病対策課長	松林康則地域医療課長	村松哲也医療人材室長
島村通子健康増進課長	米倉克昌薬事課長	安間 剛医療局技監
大石精神保健福祉室長	松本文医療政策課長代理	種村崇健康増進課主幹
本間善之賀茂保健所長	鉄治東部保健所長	馬淵昭彦御殿場保健所長
下窪匡章富士保健所長	岩間真人中部保健所長	田中一成静岡市保健所長
木村雅芳西部保健所長	板倉称浜松市健康医療課参与	

議題

議 題

- (1)次期(第9次)静岡県保健医療計画の策定
(「地域医療構想」、「医療従事者確保」について)
- (2)特定労務管理対象機関の指定

3 報 告

- (1)地域医療構想に係るデータ分析
- (2)地域医療構想の進捗状況の検証結果
- (3)地域医療構想調整会議の開催状況
- (4)紹介受診重点医療機関に関する協議結果
- (5)医師確保部会の開催結果
- (6)令和6年度地域医療介護総合確保基金(医療分)事業

開会

進行 松本文医療政策課長代理

令和5年度第3回静岡県医療対策協議会 会議録

令和6年2月29日(木)
グランディエール ブケトーカイ4階シンフォニー

○司会 定刻になりましたので、令和5年度第3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。私は、本日の司会を務めます医療政策課課長代理の松本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、開会に先立ちまして、健康福祉部部長代理の青山より皆様に御挨拶申し上げます。

○青山健康福祉部部長代理 静岡県健康福祉部部長代理の青山です。

皆様には、大変御多用の中、令和5年度第3回静岡県医療対策協議会に出席いただきまして、誠にありがとうございます。会議の開催に当たりまして一言御挨拶申し上げます。

まず、1月1日に発生いたしました能登半島地震におきましては、各委員の皆様には、DMAT、それからJMAT等をはじめ、様々な形で被災地の支援をいただきましたことに、まずはお礼申し上げます。ありがとうございました。

さて、本日の協議会でございますけれども、本日は「第9次静岡県保健医療計画の策定」などにつきまして、御協議をお願いしたいと思っております。前回、11月の協議会以降、計画の素案につきまして、本協議会や医療審議会、パブリックコメント等での意見を踏まえまして、最終案として県として取りまとめをさせていただきましたので、その内容につきまして御議論をお願いしたいと考えてございます。

また、本日は、「地域医療構想のデータ分析」について、産業医科大学の松田教授より御説明をいただく予定となっております。

委員の皆様方におかれましては、よりよい成案になりますように、闊達なご議論をいただきますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

簡単ではございますけれども、冒頭の挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○司会 本日は、委員23名のうち、リモートでの参加も含めまして18名の委員の皆様にご出席いただいております。

議事進行につきましては齋藤会長よりお願いいたします。

○齋藤会長 議事を進めますので、円滑な議事の進行に御協力願います。

本日は、議事が2件、報告事項が6件です。

議題(1)「次期静岡県保健医療計画の策定」について、事務局から説明をお願いします。

○藤森医療政策課長

「次期静岡県保健医療計画の策定」について説明いたします。資料は、次第があります本冊の資料の、資料1の1-1ページをご覧ください。

第9次保健医療計画における「地域医療構想」及び「医療従事者確保」の項目に関して、御意見を伺うものです。

1-3ページをご覧ください。

医療計画の全体構成案ですが、本日御協議いただく項目は、医療対策協議会が所管する、太枠で囲みました第4章の「地域医療構想」、第8章の「医療従事者確保」となります。

1-4ページをご覧ください。

こちらは、医療計画全体の策定スケジュールとなります。3月26日の医療審議会に向けて、本日は最終案について御協議いただきます。

なお、本日の最終案につきましては、12月末から実施したパブリックコメントや関係団体への意見聴取による意見、医師確保部会等の関連する専門家会議での協議を踏まえて作成しております。

別冊の資料をご覧ください。

計画の関連部分の最終案となります。パブリックコメント等の意見を踏まえた修正や、その他データ更新、全体の訂正や字句の修正等を行っております。修正箇所は、下線で示しております。

別冊の8-1-15ページをご覧くださいと、医師確保の項目では前回素案から、審議会等の意見を踏まえて、一番下の下線のとおり、キ、「臨床研修医・専攻医」の項目に、「医師派遣調整機能を強化すること」と記載を追加しています。

主な変更内容につきまして、本体の資料で説明します。本体資料の1-5ページをご覧ください。

こちらは、本日御協議いただく最終案の概要です。前回、11月に御協議いただいた素案からの修正箇所について、下線で示しております。1の項目で見ますと、先ほど別冊でお開きいただきましたとおり、「医師の確保を特に図るべき区域等における必要な診療科の検討など、医師派遣調整機能の強化」。を追加しております。

また、「薬剤師」の項目と、1-6ページの「勤務環境改善支援センター」の項目には、医療DXの推進についての記載を追加しております。

1-7ページ及び1-8ページで数値目標をまとめております。前回素案協議時からの修正箇所について、こちらの数値目標のほうは下線網かけをしております、1-7ページのNo.113、「看護

職員数」は、最新の統計資料の公表に伴う現状値の更新です。

1-8ページのNo.116、「認定看護師数」は、現状値の更新で、目標値も変更しております。

No.118、「特定行為指定研修機関及び協力施設数」は、機関数に誤りがありましたので修正しております。

また、1-8ページの一番下の「介護サービス従事者」のNo.121、122につきましては、最新の介護人材需給推計が公表されましたことから、現状値の更新と、前回協議まで「検討中」となっておりましたが、この目標値を一応記載いたしまして、さらに精査中であることから、目標値については「暫定値」として今回は掲載しております。

1-9ページをご覧ください。

前回の協議会における計画素案に関する委員からの意見への対応についてまとめております。「対応状況」の欄のとおり、全ての御意見を反映しております。

1-10ページをご覧ください。

前回の協議会以降に開催された医療審議会での計画素案に関する委員からの意見への対応について、1-9ページと同様に、「対応状況」欄のとおり全御意見を反映しております。

1-11ページをご覧ください。

昨年12月末から1月にかけて実施したパブリックコメントでの意見と、その対応についてまとめたものです。

「地域医療構想」「医療従事者確保」に関する意見につきましては、3件該当意見がございました。いずれの意見も、資料に記載の、真ん中の「区分」の欄のとおり、計画の修正を要するものではございませんが、意見の趣旨を踏まえて取り組んでいくことといたします。

1-12ページ及び13ページをご覧ください。

パブリックコメントと同時期に、医療法に基づき、資料に記載の団体や県内市町等に意見聴取を行ないまして、「地域医療構想」「医療従事者確保」に関する意見につきまして、4団体から5件の意見をいただきました。

1のところに書いてございますが、県病院協会様から、「医療従事者確保」に関係したICTやAI導入の推進に対する意見等、3件のご意見をいただいております。こちらの意見も計画に反映しております。

○齋藤会長 ただいま説明のありました「次期静岡県保健医療計画の策定」について、委員の皆様方、御意見、御質問がございましたらお願いします。

○毛利委員 1-5のところに「医師派遣調整機能の強化」ということで書いてありますが、見える化を

してほしいと思います。具体的にはどこがやるのかとかというところを明確にさせていただきたいです。そうしないと、「強化」と書いてあっても具体的に何をやるのかがわからないためです。

○松林地域医療課長 「医師の確保を特に図るべき区域」については、キャリア形成プログラム、医学修学研修資金、医師の配置調整でも、主にB病院のところを重点化していくという形になっておりますので、そういったところを含めまして、バーチャルメディカルカレッジの機能の中で、この医師派遣調整機能の強化をするという形になります。そういった部分をもう少し分かるような形で、記載を検討させていただきます。

○毛利委員 バーチャルメディカルカレッジ、奨学金貸与者、地域枠をどうするかについて、論点を明確にしていき、配置調整について、不公平感がないよう見える化をお願いしたいと思います。

○神原委員 「医療対策協議会」と書いてあるほうの1-9ページの左の一番上の「在宅」について、「レントゲン技師等が、在宅にも出かけて行って、検査をしてくれている」とされていますが、私のときにはレントゲン技師が在宅に行くようなこともなかったもので、具体的にどのようなことをされているのか、追加していただければと思います。

○藤森医療政策課長 こちらの意見は小野委員からいただいております。

○小野(宏)委員 在宅医療もかなり重症な人が増えてきています。臨床工学士が、エコーに行ったり、心電図を取ってきたり、血液検査したりしていますし、レントゲンも、診療所によってはポータブルのレントゲンを持っておられるところもあるので、「骨折れたかな、どうかな」というときに、病院まで行かなくてもいいというケースもありますので、今後、在宅医療がどのように変化していくかは何とも言えないところもありますが、そういった職種も入れておいていただけると、現場で頑張っている人たちの励みにもなるかなと思います。

○藤森医療政策課長 「診療放射線技師」と記載しましたが、臨床検査をできる技師が同行するという状況を承りました。記載は検討いたします。

○神原委員 レントゲン技師が同行することは、普通の病院・診療所ではあまり多くないと思いますので、同行時の役割について具体的に記載していただければ分かりやすいと思います。

○小林委員 1-5もそうですが、保健医療計画は6年計画ということで、これから6年先のことを考える上でも人口予測はすごく大事だと思います。今までの地域医療構想というのは、10年前の人口予測でしたが、実は昨年12月に人口予測の一番新しいデータが出て、静岡県は確かに減ってはいましたが、2025年時点で3万人ぐらい過小評価されていました。実際には10年前の予測より3万人は多いため、多分、必要な病床数、医師数は変わることが予想されます。また、その間に、10年前に予測していた西部、静岡、駿東田方への患者流入率も上がってきている可能性があると思います。

ます。

国は地域医療構想を次年度に向けて作成しますが、やはり一番よく分かっているのは地元であるため、目の前の現実の数字を見て、やっぱりある程度考えて動いていく必要があります。10年前の情報に左右されないということが大事で、「静岡方式」とかいった数合わせはしましたが、医療・介護の大きな改定時期において、高度急性期、急性期、回復期に分けることに関して疑問も感じます。外圧もすごく私は大事だと思いますが、静岡県研究者たちに頑張ってもらって、県に良い情報を流していただき、きちんとした歩みをするということを期待したいと思います。

○齋藤会長 人口が3万人多いということですか。

○小林委員 一昨年に出たデータでは、10年前の予測より、2025年の人口は3万人多くなるということです。3万人多くなるということは、病床数にすると、県内で1,000床近い病床数が要るのではないかと議論すら出てきます。基準病床は別の議論で動いているので、実際に病床を増やすというのは現実的ではないと思いますが、ただ、そういうことを知っていていろいろな計画を立てて、現実のデータで計画を考えるべきで、10年前のデータに左右されてはいけないと思っています。

○藤森医療政策課長 基準病床は、別のルールどおりの計算方式で算定しておりますが、いただいた意見を踏まえて施策を考えてまいります。

○中村委員 1-11の御意見のところにある歯科衛生士について、「『就業場所別従事者数』において、保健所・市町の従事者が減少傾向となっているが、その要因は何か」と書いてあります。回答で会計年度任用職員が増加しているということは、会計年度任用職員としての歯科衛生士が増えているという意味に取れますが、確かに条例によって市町で採用できる人数には制限があるので、どこでも会計年度任用職員として採用しているのは分かりますが、これを含めれば増加しているという意味に解釈してよろしいでしょうか。

別冊の8-5-5では、歯科衛生士は診療所では非常に増えていますが、市町では減っているという状況が出ています。減っているのではなくて、これは会計年度職員まで入れたら減ってはいないという回答なのか、会計年度職員というのも大事なので、当院では何でもそこに数は入れていますが、ほかの医療従事者も含めて、減っているところは会計年度職員を入れていないのか、入れた上で増えていないのかを教えてください。

○種村健康増進課主幹

市町で働かれている歯科衛生士の数といいますのは、主に病院等ではなくて、いわゆる市町の歯科保健の1.5歳半健診だったり3歳児健診の歯科衛生指導をしてくださる歯科衛生士さんが主になっております。通常雇い上げの場合は、健診があるときに都合が合う方を10名とかということで、

その10名というのがローテーションで40人ぐらい必要だったという状況が、会計年度任用職員を10人雇えば、例えば健康指導等はその10人で賄うという形になりますので、いわゆる雇い上げの人を一応40人ぐらい確保して都合を合わせるというよりは、会計年度任用職員として10名を雇用して歯科衛生指導に当たるという形を多くの市町が今取りつつあります。その形で、今まで40だったのが10に減ったというので減少となっております。

○中村委員 健診等につきましては、確かに会計年度職員で対応するほうが常勤でやるよりは当然いいとは思いますが、今後はそのような方たちも重要な役目が出てくる上では、ほかの医療従事者に関しても、会計年度職員と、そうでない正規の職員という数字はある程度把握していただいたほうが、足りないか足りるかというときに、「どんどん減っている」という誤解がなくていいと思いいました。

○竹内委員 お話のあった8-1-15の医師の確保のところですが、医師の地域・診療科偏在というのは、国でも非常に大きな問題として今検討が進められています。実際に私もいろんなデータを見ているのですが、公表されている医師数でいうと、例えば診療所の先生と病院の先生との市町別の数字は出ていて、診療科別のデータも出ている。ただ、そのクロスが出ていないという、公表データだけでは限界があります。

この医師数等調査というのは、あくまでも病院の希望する要望数になるので、それが本当に適切かどうかという問題も一方であります。実際に2年に一度、医師が医師法に基づいて届出をする個票については、本人が拒否しない限り、都道府県が全部データとして持っています。基本的には都道府県の中でデータ完結ができるため、個人情報ものは抜いたとして、少なくともクロス集計とか、あるいは様々な詳細なデータというのは都道府県レベルで準備ができますので、データセットなど、ぜひまた県としても協力していただければと思っています。

○松林地域医療課長 医師が、それぞれの圏域でどういった診療科でどのぐらい必要かというのは、国においても議論をされておりますが、なかなか答えが出ていない状況だと思います。

令和5年10月の医師数等調査から、各病院の常勤医数、必要と考える数、差引きした不足数を地域医療協議会の中で共有をするような形にさせていただきました。こういったことも含め、それぞれの地域で中核となる医療機関で、その地域全体として必要な数がどのようなものになるのかといったことについて、議論をしていただければと考えております。

ご質問いただいた三師統計については、確かに本県でいえば、膨大な9,000ぐらいの数を、データを取ろうと思えば取れますが、取れたとしても、不足数の解消をどのように見ていくかといったようなところについては、難しいと考えておりますので、またその辺も含めて検討させていただきたいと

思います。

○竹内委員 データ自体の量が非常に多くて大変だとは思いますが、トレンドなり、あるいはそれぞれの属性をしっかりとさせるというのは非常に大事だと思いますので、ぜひまたよろしくお願ひしたいと思ひます。

○鈴木委員 「主な数値目標等」、1-7ページの「主な数値目標等」に書いてあります108番、「医師少数スポットの病院勤務医指数」。これについて、最初に質問させていただきます。

静岡市の清水区が、130人のところが、2026年度、215人に数値目標としては増えています。ここは、JCHOの病院のほう为抓手と立ち上がってくれば、この目標は達成可能だろうと見ていますが、それ以外の三島市や裾野市は、同じように30名、40名増えて、目標数値が出されています。これは、そのような医療機関を想定するものがあるのでしょうか。

もう1つが、1-8の一番最後に「介護サービス従事者」というのがあります。「介護職員数」というのが、現状の5万5,000余りから5万9,049と非常に増えています。小林委員から人口問題の話がありましたが、2070年に日本の人口の1割は外国人になるとされています。中東遠圏域も、菊川市のように8%を超えているような状況があつて、想定をしている人口動態の中で、外国籍の方の活用をどの程度見込んでいるのかをお伺ひします。

別冊の8-7-2のところにも、「元気高齢者や外国人等の多様な人材の介護分野への就業を進めます」と記載されています。実際のところ、外国人を活用していこうと思つても、自分の病院で、看護助手に外国人を採用したらどの程度費用がかかるのかと計算したことがあります。かなりの額になります。この数字はどこから持ってきたものなのかを回答いただきたいと思います。

○松林地域医療課長 「医師少数スポットの病院勤務医師数」の目標値について、具体的な見通しが立っているのかという質問については立っているか立っていないかということになりますと、立っていないということになります。

こちらは、国の医師確保計画ガイドラインに基づいて、偏在指標に基づいて具体的な目標値を設定している「医師偏在指標」で国の偏在指標下位3分の1を脱するために現時点で必要な医師数が何人かという形で、国のほうで具体的に示されています。

同様の考え方で、この偏在指標は、煩雑な計算が必要になります。本県の課題は、病院医師数が特に全国と比べて少ないものですから、人口10万人当たりの病院医師数がこの偏在指標の中で医師少数区域とされている圏域と同等になるように目標を設定したということです。

これについての達成手段は、医師少数区域、少数スポットとも、国の認定制度、スキルアップの補助金、キャリア形成プログラムに乗った医師少数区域・スポット4年間の勤務、あるいはB病院の

勤務といったようなものが達成手段になっておりますので、こういった下位3分の1を脱するにはこのぐらい医師がいないといけないということを今回目標でお示しをした上で、地域の皆さんと我々を含めて、充実を図っていくかということについて、これから計画期間の中で取り組んでまいりたいということでございます。

○加藤介護保険課長 資料1-8の「介護サービス従事者」の「介護職員数」の目標値の設定の考え方と、外国人介護職員の目標の数字の考え方です。

「介護職員数」の目標値の設定につきましては、各市町がただいま介護保険事業計画を策定しており、その中で、3年後、2026年における介護サービスの見込み量を積算しております。それに基づき、必要な人数がどれぐらいになるかということの中で設定したものが、目標値の5万9,049人となっております。

この中で、外国人介護職員につきましては、別の調査にはなりますが、県で現在策定中の長寿社会保健福祉計画においては、2026年には、EPAや特定技能「介護」で受け入れる外国人介護職員の数を1,370人というふうに見込んでおります。これは、2022年が559人だったのに対して、2.5倍ぐらいという形になります。外国人の介護職員につきましては、ここ1~2年ですが、特定技能「介護」という形で就労を目的として受け入れられる外国人が非常に増加しております。その傾向は今後も続くであろうといった見込みの中で、受け入れたいが受け入れるノウハウがない、受け入れても定着させるまでの人材やノウハウがないというところがありますので、受入れや定着の支援ができるような体制を整えながら、こういった外国人の目標が達成できるように、努めてまいりたいと考えています。

○児島委員 資料1-9の「医師確保」について、富士医療圏の話の一部させていただきましたが、一番懸念されるところは、4月からスタートする医師の労働制限、勤務制限であります。この働き方改革については、医師少数区域ほど苦しいというのが現状で、医療の質を今のこの人数で確保できるのかどうかということが懸念されるところであります。

今後、この第9次医療計画が4月からスタートするわけですが、医師数については、どうか柔軟な視線で今後も見ていただきたいと考えております。

○小野(宏)委員 在宅医療の2次医療圏のこと介護人材の確保とかいう話もあり、在宅医療に関する2次医療圏ができることで、医療従事者、介護従事者の確保をどうしていくか、どれぐらいの規模の人員が必要かということはまた検討が必要かなと思います。ここで議論されないのかどうかということが、まず1点の質問ではあります。

介護従事者、特に訪問介護の診療報酬改定で減算になりまして、確保は以前よりも難しくなると

思われます。せめて今の人たちがやめないようにということも大きな課題かと思っておりますので、そういった対策も特に介護ではやっていただければと思います。今、賃金の上昇などがいろんな現場で起きていますので、それに取り残されている感が医療とか介護の現場ではありますので、重要な対策かと思われます。

医師の人材確保について、下位3分の1から脱するために必要な医師数ということを経算されていますが、これを計算して、いろんなところがこの目標を達成しても、どこかは下位3分の1で残るわけですし、どんなに医師を増やしても下位3分の1が残るわけで、それをどの辺で納得するかというところかと思っております。下位3分の1から脱するという目標も必要かもしれませんが、ここに一応具体的な目標値が示されていますが、本当にこの人数でいいのかどうかということも、議論いただければと思います。

○松林地域医療課長 医師数、医師確保の目標数ですが、国のガイドラインに沿って計画を策定するので、そういった形になります。それぞれ、ほかの県も医師は増えていき、あるいは圏域も増えていくため、これは3年間でという形で国は考えていると思っておりますけれども、我々の認識としては、もう今の時点でこのぐらい医師が少ないという認識でおりますので、目標は目標として国のガイドラインに沿って掲げますけれども、これを達成したからいいとか、そういった形ではなくて、また次の偏在指標が公表されるときに、一つでもこの下位3分の1を脱することができるように、医師確保の充実に取り組んでまいりたいと思っております。

○加藤介護保険課長 訪問介護の関係についてお答えいたします。

訪問介護につきましては、介護報酬の基本報酬分が減額という形で、非常に厳しい結果になっております。国の見解を伺いますと、基本報酬プラス加算の分の処遇改善で特定事業所加算を含めて考えてほしいといったところを言われております。まだまだ非常に厳しいところは我々も認識しております。

今後、報酬の増加につきましては、継続的にまた国のほうにも要望していくとともに、訪問介護事業所は小規模のところも多いものですから、今申し上げました処遇改善ですとか特定事業所。そういった加算を取っている事業所も少ないなどといったところも伺っておりますので、管理者向けには、そういったところを啓発というか、セミナー等で体制を整えていただくような支援もしていきたいと考えております。

○青山健康福祉部部長代理 在宅医療圏の関係ですが、在宅医療圏の設定に当たって、医療計画の中に在宅医療圏を設定することができるようになりました。今回、在宅医療を中心的に担っていただく医療機関の指定、それから関係の施設の指定ということが命題になっておりましたので、そ

れをまずはやらせていただきたいと思っております。

在宅医療圏ごとに必要な人材等を把握していくことは必要かと思っておりますので、現在在宅医療圏の設定に当たっては、需給の関係を整理し切れていないところがありますので、少し県としても研究・勉強させていただいて、どのような地域ごとの需給の状況になるかは考えさせていただきたいと思っております。

○小野(宏)委員 医師偏在の中で、診療科偏在の問題にもぜひ取り組んでいただきたいと思しますので、よろしくお願いします。

○内野地域包括ケア推進室長 在宅医療圏の中には、今後、在宅医療の連携を担う拠点というものを設定することになっています。そこを中心に、各在宅医療圏ごとの課題の抽出、対応策の検討を進めていくこととなります。人材の話につきましても、検討してまいります。

○山本委員 薬剤師のことをお聞きします。確保がなかなか我々の病院も難しく、診療報酬と、薬剤師の管理能力がかなり今後問われてきますが、実際確かに静岡県の薬学部の卒業生というのは5~6割が調剤に行ってしまうと思いますが、県として、病院への就職に対して、対策等は取られているのでしょうか。

○米倉薬事課長 薬剤師確保につきまして、来年度から本格的に行なっていきます。今年度から既に手をつけ始めており、2月23日に、49病院に御参加いただき、合同説明会を行ないました。全国に薬系大学というのが79大学ありますが、そのうちの40大学程度の学生が参加され、北は北海道から南は福岡、いろいろな大学の方に来ていただいています。

通常、病院薬剤師というのは大体7割ぐらいが地元出身者が多いと言われており、静岡県の場合は、対10万人当たり薬学部に行く人員というのが非常に少ないということで、戻ってくる、もしくは中にいる薬剤師自体も少ないということで、地元の薬剤師になる方が少ないということになります。合同説明会を行なったときには、地元の人たちも結構受けてくれていて、それ以外に、静岡県に全く関係のない方々も興味を持って見に来てくれました。合同就職説明のような形で、就職活動を大きく打ち出していくことが大事であると前回のときにも感じたところです。

説明会を見ていて、うまく会話が成立して、学生に好感を持っていただいたところもあれば、一方で、なかなか学生さんが好感を持ちづらかったというような病院もあり、今後の課題となっています。県としては、合同説明会等で、薬学生と病院とをつなぐことを中心に行なっていき、今後は、参加する学生を増やすということを考えていかななくてはならないと思います。

○山本委員 県内の薬学部は県立ですが、県立大学は病院薬剤師になる確率は高いですか。

○米倉薬事課長 県立大学は、研究志望の学生が多く、3分の1ぐらいは企業で、研究とか企業の

また別のことを行なう、3分の1ぐらいは病院、3分の1ぐらいがドラッグとか調剤薬局に就職しています。研究に行くというのが、国公立の大学は多いというふうには聞いています。

○山本委員 どの病院も薬剤師がいなくて困っている話になりますが、宮崎大学は「全然困ってない」とお話をされていました。宮崎の県北に、医療保健大学の薬学部があり、その学生が宮崎大学病院へ実習でたくさん来るシステムをつくられており、自然と就職したい気持ちになるような雰囲気はつくり出していると話されていました。そのようなシステムを考えていただき、我々のような病院に就職するような施策を考えていただけるとありがたいです。

○齋藤会長 議題(2)「特定労務管理対象機関の指定」について、事務局からお願いします。

○松林地域医療課長 資料の2-1ページをご覧ください。

「特定労務管理対象機関の指定」について、磐田市立総合病院をはじめとする11の医療機関から特定労務管理対象機関としての指定申請がありましたので、本協議会の御意見をお伺いするものです。

資料2-3ページをご覧ください。

この4月から医師の時間外労働時間が原則年間960時間以下に規制をされるということで、地域医療提供体制の確保や医療技能の向上のために特例的な水準を設定するものです。

2のとおり、国の勤務環境評価センターの評価を受けた医療機関からの申請によりまして知事が指定するものです。これまで、県立総合病院、静岡徳洲会病院の2病院につきまして、当協議会での意見聴取等の手続を経て、9月と12月にそれぞれ指定をしています。

今回指定があったのは、表のとおり11病院です。「申請区分」欄の「B水準」等に「○」のついている区分について申請がありました。

下段の表、「申請内容」のところをご覧ください。B水準については「救急医療等のために」、連携B水準については「他の医療機関に医師派遣を行なうために」。C-1水準については「臨床研修又は専門研修のために」という、それぞれの理由により指定を行なうものです。

2-4ページをご覧ください。

本協議会に諮る前に、2月6日から21日までに開催された、それぞれの病院が所属する圏域の各地域医療協議会で意見を聴取しており、いずれも特段の意見はありませんでした。

その結果を受け、2月26日、本協議会の医師確保部会にも意見を伺い、これについても特段の意見はありませんでした。

4の「今後のスケジュール」をご覧ください。

本日御意見をお伺いした後に、3月26日の県医療審議会での意見聴取を経て、指定通知をお

送りしたいと考えております。

2月22日申請の静岡市立清水病院、評価受審中の西島病院、またこれ以降に申請があった場合につきましても、随時書面により意見聴取をさせていただき、速やかに指定できるように手続を進めてまいります。

次に、資料2-5から2-20ページまでにつきましては、各病院の要件充足状況に係る個票となっております。

一部代表して説明いたします。資料2-5ページをご覧ください。

磐田市立総合病院のB水準についてです。B水準は、1の①の三次救急医療機関か、②の二次救急医療機関で救急車受入れ件数1,000件以上、もしくは夜間等の入院件数年間500件以上というのが要件です。磐田市立総合病院は第三次の救急医療機関で、B水準で指定申請のありました10医療機関は、全てこの1の①ないしは②の要件を満たしていることを確認しています。

同様にC-1水準につきましては、2-7ページをご覧ください。1は臨床研修病院か専門研修病院であることが要件であり、総合病院聖隷浜松病院につきましては、臨床研修に関し申請がございましたので、同病院が臨床研修病院であるということを確認しております。

連携B水準につきましては、2-19ページをご覧ください。医師の派遣について兼業許可により確認をさせていただいております。

その他、2から4までについては国の評価センターの評価の中で確認をされており、5については申請者からの誓約書により確認をしています。

○小林委員 今回の承認の件については、問題ありません。評価センターにも少し絡んでいますが、いきなり4月から審査等が厳しくなることはないと思っています。

ただ、ここに出てきていないA水準も含めて、月100時間を超える医師がたまたまいたような場合、その病院に面接指導医がいるかないかは、必ず立ち入りで確認されます。100時間を超える医師がいて、面接指導医がいないと、それなりの指導を受けるということ、県内の病院の先生、病院長にしっかり伝えてほしいと思います。これは病院協会のお仕事だとは思いますが、大事なところだと思っています。

それともう1つは、今回C-2水準は全くないんですが、10年先にBがなくなることを前提に、一定数の病院はC-2を選択するしかないと思います。いわゆる2階建ての専攻医を育てる病院はC-2を選択するしか私はないと思いますので、その準備を早めにしていくことがすごく大事だと思います。そういうようなところを、県内の病院の先生方、病院長先生方にぜひとも知っていただきたいと思います。

- 小野(宏)委員 私も資料に出ていることに異論はありません。小林先生が資料に出ていない病院のことをおっしゃいましたが、出てきていない病院はA水準でいくのか、それともまだ迷っていて今後提出予定なのか。その辺のは把握されているのでしょうか。
- 松林地域医療課長 各病院に定期的に調査をしております。それで、仮に4月の時点でB水準、C水準の指定を受けていなくても、やはりいろいろな対策を取っても、960時間を超える状況になるというようなところの中で、各病院から相談があれば、病院協会さんをお願いをしている勤務環境改善支援センターと一緒に、年度の途中でも、できるだけ早い受審、指定になるようにやっていきたいと思っております。既に来年度検討している病院もいくつか伺っています。
- 中村委員 特定労務管理対象病院というのは、全国で今のところ500弱出ているというふうに伺っていますが、実際には恐らく1,000以上出るのはないかという推定がある中で、静岡が15病院は少ないかなと思います。当院も含めて、最近急に「ICUは立当直許可ならぬ」という報告が出始めましたので、恐らくそれを踏まえて、なかなかB水準にならないといけないところが増えるのだらうと思いますので、それは適正に申請していきたいと思っております。評価センターで、もし分かればと思いますが、今回資料に出ている11病院の中で、特定の診療科としてB水準として出しているのか、それともB水準にならざるを得ない先生を個人個人としてB水準として出している病院が多いのか。どちらが多いのかというのを、教えていただきたいです。
- 松林地域医療課長 具体数は不明ですが、そもそも36協定をベースにしておりますので、特定の診療科について、あるいは特定の診療科の何名かの医師について、そういったことの可能性があるという形で評価センターの評価を受けると思っています。ただし、医師の時間短縮計画については、恐らく病院全体の取組をいろいろ書いた中で評価センターの評価を受けるのではないかと考えております。
- 中村委員 恐らくBで出している病院はあり、脳神経外科、外科、救急により、Bになってしまうだろう病院の中の、特定の科を想定してやっているの若い先生を想定しているのではないかと思うので、そのようなことをこれから改善、あるいはAに持っていくつもりでやるときに、どのように出すべきかというのは今後考えていきたいと思っております。
- 小林委員 評価センターへの出し方は、病院として出すか、診療科として出すか、医師個人で出すかの3つの方法があります。そこで医師の人数が決まり、分母が常に評価されることとなります。その分母に入った人が何人いて、その中で実際にうまく動いていない人が何人いるのかという、アウトカムのような形で評価されますので、明らかに960時間を超えないような診療科がもしあれば、そういうところは最初から入れない方が私はいいと思っております。その辺は病院としての提出方法の戦略

ですので、院内の状況をしっかり把握して提出するというのはすごく大事になるかなと思います。

○齋藤会長 続きまして、報告事項(2)以降の説明になります。報告事項(2)から(4)について、一括で事務局から説明をお願いします。

○藤森医療政策課長 報告事項(2)から(4)を、医療政策課から一括で説明いたします。

資料4-1ページをご覧ください。

報告事項(2)「地域医療構想の進捗状況の検証結果」についてですが、その「概要」にございますとおり、令和5年3月31日付けの厚生労働省からの通知を受けまして、病床機能報告上の病床数と将来の必要病床数との間に定量的基準の導入をもっても説明できない差異が生じている構想区域において、地域医療構想調整会議において要因の分析や評価を実施することとなっております。

県では、地域医療構想アドバイザーである本協議会の竹内委員の御協力をいただき、各構想区域における病床機能報告と必要病床数の差異に関する分析や評価等について、地域医療構想調整会議の場で協議を行ないました。その結果、病床機能報告における2025年の予定病床数が報告時点の最大使用病床数を上回る区域が多く、今後現役世代の人口が急速に減少し、医療従事者の確保がさらに困難となります。そのため、2025年の予定病床数とその病床機能を精査し、松田先生の分析も踏まえて、地域医療構想調整会議での協議を通じて病床機能の分担と連携をさらに推進していくことといたします。

なお、各構想区域における病床数の状況と検証結果の概要については、資料4-2ページから4-4ページに掲載しております。こちらを各区域の調整会議で確認、協議をいただいておりますことを、この場で報告いたします。

続きまして、資料5、5ページをご覧ください。

報告事項(3)「地域医療構想調整会議の開催状況」についてです。

1の「開催状況等」にありますとおり、2月6日から21日にかけて各区域で開催し、共通議題として、地域医療構想調整会議の進捗状況の検証結果に加えまして、今年度中に各医療機関に策定、見直しをお願いしております医療機関の対応方針や紹介受診重点医療機関などについて協議いただきました。

また、個別の議題としてありますが、「データ分析結果による協議」として、賀茂、駿東田方、富士、志太榛原の4圏域につきましては、これは11月7日の日に、地域医療構想セミナーということで、金融機関も交えてセミナーを行いました。この場で株式会社日本経営の方から分析結果を出していただいておりますので、この分析結果に基づいて、今、案内した区域では説明いただき、

また中東遠及び西部の2圏域につきましては、産業医大の松田先生から御説明いただき、協議を実施いたしました。

2の「第3回調整会議における主な意見等」にありますとおり、共通議題である「地域医療構想の進捗状況の検証」については、2026年以降の地域医療構想の動向について質問があり、アドバイザーの竹内先生から、「在宅医療の受け皿が不足し、高度急性期の需要も今後頭打ちとなるため、どのようにシフトするか検討が必要」といったような意見をいただいております。

個別の議題では、「コロナをきっかけとして高齢者救急の受け皿ができている」「一次救急の運営が厳しい状況であるが、継続に向け協議していく」「医師だけではなく看護師についても地域で確保する必要がある」といった意見をいただくとともに、調整会議の開催時間の前倒しについてというような意見もいただいております。

続きまして、資料6、6-1ページをご覧ください。

報告事項(4)「紹介受診重点医療機関に関する協議結果」についてです。

こちらは毎回の報告となっておりますので、概要の説明は省略いたします。

前回までは令和4年度報告に基づき決定したものでしたが、毎年度決定することから、今年度は令和5年度実施の外来機能報告の結果に基づき決定したものを報告いたします。

4の「令和5年度報告結果」にありますとおり、令和5年度は、県内の対象医療機関248施設のうち、基準を満たして意向がある医療機関が21施設、基準を満たすが意向がない医療機関が9施設、基準を満たさないが意向がある医療機関が4施設となりました。

この調査結果を踏まえ、2月に各圏域の地域医療構想調整会議で協議を行ない、25施設を紹介受診重点医療機関とすることで協議が調いしましたので、3月1日に、県ホームページで公表する予定です。

決定した25施設の具体的な内訳につきましては、6-3ページをご覧ください。

令和4年度から、継続の医療機関に加え、太枠で囲んだ静岡県立静岡がんセンターと一番下の浜松PET診断センターが今回新たに追加となりました。

6-4ページには協議フローや診療報酬等に関して参考に記載しております。

報告事項(2)から(4)の説明は以上です。

○竹内委員 資料4について補足をさせていただきます。この地域医療構想の進捗状況の検証というのは、あくまでも数が合っているかどうかというよりは、基本的には、地域の医療提供体制が、機能分担、将来の方向性を見据えて合っているかというところで検証していくことが大事だと思っています。

4つ視点がありますが、そのうちの2つは、この地域医療構想の制度上の問題というか構造的な問題があって、そもそも県で8つ医療圏がある中で、4つの医療圏で現状の報告数が既に地域医療構想の必要数を下回っている状態ということで、必要量と報告数が見合っていないという、もともとの問題があると思います。

もう1つは、特に県東部地域の問題として、中小病院の「地域密着多機能型」と言われるような、いわゆるケアミックスの中小規模の病院が多いことで、病棟単位である病床機能報告と、病床単位である定量的基準の乖離の問題があります。その2つが制度上の問題です。

あと、具体的な課題として、高度急性期をこれからどうするか、特に中規模の医療圏、富士や中東遠とか志太榛原でいうところの高度急性期の病床をどういうふうに考えていくかという点です。

もう1つは、在宅医療の人材不足ということで、世帯状況の変化に伴って、高齢者のみの世帯、単身世帯などを考えると、やはり療養病床というのは一定数必要だということで、2つの具体的な課題があると思います。

そういうことを踏まえて、これから2025年、あるいは2040年に向けてということで、各病院、あるいは地域でどうやって医療機能を分担して全体最適を目指していくかということになると思います。そのためにも、どこの病院のどの機能を強化するか。集約化するか、あるいは拠点化するか。そういう中で、どの病院にどういう診療科の医師を送るかという、先程来の医師の派遣機能という点でいうと、女性医師の増加も考えた性年齢階級、あるいは診療科別のクロスデータ、詳細なデータというのはやっぱり不可欠だと思っています。

○小野(宏)委員 在宅医療の2次医療圏との絡みで質問させていただきます。地域医療構想の進捗状況で、4-2ページ以降に必要な病床数などが出てきていますが、在宅医療についての救急のことは、今度の診療報酬改定でもいろいろ言われています。在宅医療の圏域でいきますと、在宅医療、高齢者の、特養で看取りに近いような方の救急搬送をどうするかというときに高度急性期などは必要ないですし、そのところの受け皿として在宅医療支援病院とか地域包括ケア病床とかになってくると思いますが、そういったものが加味された場合、この地域医療構想の病床の必要数などは、また再計算されるのでしょうか。

○藤森医療政策課長 現在の地域医療構想の必要病床数自体は、それぞれ2013年の実績で算出しています。

地域医療構想では、在宅医療の必要量も算出しており、必要病床数の算定に加味しています。

○小林委員 10年前につくった地域医療構想の式というものの中に、例えば医療区分1の70%という基準がありますが、もう今は無意味な区分となっています。10年前の人口予測をもとに、病院

ではなく、介護の方に行ってくださいという人数を想定し、そこを補うために介護老人保健施設が増えることが前提、それから在宅医療も増えることが前提で地域医療構想は作られました。ただ、介護老人保健施設は既に減少し、在宅医療も、思ったほど需要が増えている感じがしません。地域で本来であれば、介護で診るべき人たちも、入院して病院で診ているような現実があると思います。そうではあっても、全体の病床数はそれほど足りていないわけではなく、むしろ足りていないのは、静岡、浜松、駿東田方にある、いわゆる超急性期をやっているような病院であって、そこではベッドを増やしたいなと思っています。それ以外のところでは、ベッドががらがらの状態もあると思います。

10年前に作ったものは確かに指針としては重要ですが、あまりそこにこだわらず、現実をしっかり見て自分たちの地域を守っていくというリーダーシップを発揮しつつ、その地域の行政職と、その核となる医療従事者が話し合っていく場が地域医療構想調整会議ではないかと思っています。数字にこだわり過ぎるのはどうかと思います。

○齋藤会長 報告事項(5)「医師確保部会の開催」について。事務局からお願いします。

○松林地域医療課長 資料は7ページをご覧ください。

報告事項(5)「医師確保部会の開催結果」についてです。

今月1日に、今年度第3回となる医師確保部会を開催しましたので、報告いたします。

3をご覧ください。

主な内容ですが、(1)につきましては、先ほど協議いただきましたが、県保健医療計画における医師確保に関する記載事項である医師確保計画の最終案について、御意見をお伺いしたものです。

(2)につきましても、今回、医師確保部会後に地域医療協議会が開催されるということで、この1日の日に事前に説明をした上で、各地域医療協議会の意見を付して書面により意見聴取を行なうこととしたものです。

(3)につきましては、令和2年度以降の地域枠入学医師や希望医師に適用されるキャリア形成プログラムにおきまして、原則4年間以上医師少数区域等で勤務する要件のために、専門医に必要となる症例等を満たさない4つの特定診療科につきまして、令和6年度から柔軟な運用を開始することとしたものです。

説明は以上です。

○松山委員 医師確保部会で一番問題になっているのは、呼吸器外科、脳神経外科、心臓血管外科、小児外科の4つの科については、非常に医師確保が難しい状況であるということです。特に

脳神経外科は、非常に専攻医を志望する人が少ないという現実があり、さらに、私どもの調査によりますと、脳神経外科医のかなりの方が近々定年で引退されるとのことです。二次救急病院で働いていて、これを維持していく、救急医療を維持していく上で、脳神経外科医がいなくなってしまうということになると、非常に危機的なことになってしまうのではないかとこの危惧がございます。また今年も、専攻医を希望されたのが2人、1人という状況ですし、過去遡っても、この5年ほど、ほぼ1人。場合によってはゼロといった年もございました。

そんな中で、心臓血管外科、あるいは呼吸器外科、脳神経外科、小児外科を特定診療科として認めていただき、少しでも多くの専攻医をそこにあてがっていただけたらという気持ちで、まずやってみようということで始めることにいたしました。これがうまく稼働出来れば、産婦人科等のようなほかに挙げられた科の扱い方が考えられると思います。少数スポットで4年働くという義務を例えば2年にする等、もう少し勘案して、対応する必要があるという意見もございました。

○坂本委員　こども病院のは、やはり小児ということで、絶対的に医師の確保が難しい領域となっています。先ほど言っていたように、小児に携わる外科系というのはかなり少人数なものですから、その中で1人、2人が欠けるということになったときに、小児でも一部の領域を特定領域というふうに認めていただけると助かるというところはございます。

特に、小さめの外科系診療科、その中の小児という、もう本当に1人とか2人しかいないものですから、県内でも数名しかいないといったときに、希望があったときには、ぜひ維持をするために、その診療科を少し特定領域に考慮していただくということも、委員の先生方に聞いていただけると助かると思っております。

○齋藤会長　続きまして、報告事項(6)「令和6年度地域医療介護総合確保基金(医療分)事業」について、事務局からお願いします。

○藤森医療政策課長　資料8、8-1ページをご覧ください。

報告事項(6)「令和6年度地域医療介護総合確保基金(医療分)事業」についてです。

1の「令和6年度基金事業予算にありますとおり、医療分の基金事業は、令和6年度当初予算案で約44億円となっております。前年度より約10億7,700万円増加しております。増加の主な要因といたしましては、1の⑥の「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備」において国が事業を拡充する予定をしていることから、これに対応するため所要の経費を計上しております。なお、予算案は、現在県議会2月定例会に提出し審議しております。

2の「令和6年度基金事業提案(医療分)の反映状況」にありますとおり、今年度は関係団体等から25件の事業提案をいただき、事業所管課が提案団体等と協議、検討の上、予算要求し、提

案趣旨を踏まえ内容を事業に反映したものが、25件のうち20件となっております。

反映した内容につきましては、8-2ページ以降に記載しております。

8-2ページが一番上の「薬剤師確保総合対策事業費」につきましては、薬剤師確保に関する提案を新規事業化しております。

そのほか拡充事業につきましては、8-4ページまで記載しております。

また、事業継続の提案を受け引き続き実施するものにつきましては8-5ページに記載しております。

来年度基金事業につきましては、国との協議も経て執行していくこととなりますので、今後とも、基金を活用した事業の執行等に、御理解、御協力のほど、よろしく願いいたします。

報告事項(6)の説明は以上です。

○齋藤会長 これにて報告事項を終了したいと思います。

○川合委員 松山先生からの報告の特定診療科の件に関しては、非常にこれはキャリア形成の中で微妙な難しい問題だというふうに私はいつも考えています。松山先生、その他関係の先生方には本当に感謝申し上げたいと思いますが、これはよく慎重に考えなければいけないなと思っています。

○齋藤会長 以上をもちまして議事を終了したいと思います。委員の皆様、議事の進行につきまして、御協力ありがとうございました。

それでは、ここで進行を事務局に返します。

○司会 齋藤会長には、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5年度第3回静岡県医療対策協議会を閉会いたします。委員の皆様、長時間のご協議ありがとうございました。

午後5時53分閉会

【産業医科大学医学部公衆衛生学教室松田晋哉教授説明】

○藤森医療政策課長

報告事項（１）に入ります。資料３、３－１ページをご覧ください。

今年度、地域医療構想の実現に向けたデータ分析につきまして、地域医療構想調整会議での具体的な議論が進められるよう、客観的なご意見をいただきたく、産業医科大学の松田教授に分析結果などをまとめていただきました。正式な報告書については年度内に提出いただく予定であり、各区域の地域医療構想調整会議などで協議において活用してまいります。本日は、大変ご多用の中、松田先生からデータ分析結果の概要をご説明いただけることとなりました。

松田先生の略歴につきましては、３－２ページに記載しております。経緯や先生のご紹介は資料をもって代えさせていただきます。

なお、今年度、松田先生から報告書をいただきました後に、委員の皆様にも送付したいと考えております。本日、資料のデータを送付しておりますが、配付しておりませんので、会場の皆様はスクリーンをごらんいただき、ご聴講ください。

○松田教授 概要を説明します。

今回の地域医療構想で何を話し合わなくてはくなくてはならないかということ、１つは、傷病構造の変化に伴って、広域で高度急性期、急性期を担う病院が必要で、集約化をしていかないといけないだろうということです。その理由としては、従来の急性期患者、初発の悪性腫瘍とか急性心筋梗塞は減少しているということです。加えて、働き方改革について、専門医制度の影響が大きくて、症例数や設備、指導体制の問題があり、なかなか医師が集まらないということになっています。

一方で、高齢化が進んできているので、在宅やいろいろなものを支援していかないといけないので、在宅療養支援病院のような機能を持つ病院の重要性がすごく上がっています。これを地域包括ケアシステムの基盤として各地域で整備していくということをやらなくてはくてはいけなくて、ここは従来の、一般病床を持つ病院がある程度やっていかなくてはならないと思っています。これは、高齢者救急の対応、在宅ケアの支援、レスパイトとか、総合診療的なニーズの入院に対応していくということになります。

診療所、介護事業者等が連携を求められるわけですが、診療報酬、介護報酬両方で位置づけられており、介護施設は、療養・医療機関と支援に関する契約も含めて結ばなくてはならなくなります。まさにここの病院がそれになると思われまます。この病院をどの

ように整備していくかということが中心的な課題になってくると思われま

す。そのときに考えなくてはいけないのは、高齢者救急についてです。これから静岡県は、非常に高齢者救急が増加するため、どのように対応するかということがとても重要になります。この辺の問題意識につきましては、報告書を読んでいただけたらと思います。

各医療機関のところで分析をしており、このようなデータを出しているという話をします。

1つは、人口推計の結果です。例えば静岡医療圏ですと、人口が減り、人口構造変わります。少子化が進み、高齢者が増えますが、その支え手が減っていくということになります。この高齢者に関していうと、静岡医療圏では、85歳以上が大体2倍程度増えるということになります。特に、85歳以上の女性高齢者が2倍になります。そのような場合、それに伴う症病別患者数の推計を実施することになります。静岡医療圏においても、おそらく今後、2020年ぐらいをピークにして外来の総数自体は減少します。一方で、入院も資料の通り、2020年、30年ぐらいがピークになりますが、肺炎、骨折、脳血管障害、心不全のような要介護高齢者からかなり発生してくるものが増えていきます。入院患者自体は30年ぐらいまで増えますが、その主体は、どちらかというポストアキュートのものが増えてくるという推計になります。

一方で、先ほどの高齢化の状況を見ますと、介護サービスを受ける高齢者の数がものすごく増えています。静岡医療圏の静岡市の場合ですと、2015年見合いで言うと、施設介護の需要が6割程度、訪問・通所系が5割程度増加を見込んでいます。これだけ増やすことは、介護保険料との見合いで難しいので、「在宅をやらなくてはならない」という議論になっています。

その際、この在宅を支える病院群をどこに担っていただくかということ、DPCデータ等を見ながら考えていただけたらと思っています。

静岡医療圏の場合ですと、MDC別で見ると、静岡てんかん・神経医療センターを除いた桜ヶ丘病院ぐらいまで、同じようなパターンで急性期医療を担っています。医師の確保や専門医制度の兼ね合いで、これからも維持可能なのかどうかということ、データから見ていただけたらと思っています。

それぞれMDCごとに何をどう診ているのかを見て頂きたいと思います。例えば、静岡赤十字から清水病院まで同じようなパターンで見えていくと、主体は脳梗塞であるということが分かります。

それから、MDC04ですと、例えば静岡県立総合病院と静岡市立静岡病院、それからこの済生会まで、大体同じようなパターンでやっていますが、どの病院も主体となっているのは、肺の悪性腫瘍で、これを除くと、肺炎と誤嚥性肺炎になっています。徳洲会以降のところは、こども病院を除くと、この肺炎と誤嚥性肺炎、高齢者から発生する呼吸器疾患を中心に診療しているということが分かります。

それから、MDC05についてです。市立静岡病院と県立総合病院が同じ機能を持っていますが、この中で見ていただきたいのは、心不全が非常に増えてきていて、症例数の少ないところはほとんど心不全を診ているということになります。

これから高齢者がすごく増えてくるので、いわゆる在宅とか介護施設を支えるような病院は、心不全や肺炎といった症例が中心になってきます。そうすると、症例数の少ない病院は、今度出てきた、地域包括一般病床のようなものを整備していくのかどうかというものの議論をしていくときの参考にしていただけたらと思っております。

救急搬送については、静岡医療圏の場合にはほとんど同じような形でやっています。手術についても、どこの病院で何をやっているかということが分かるデータを作っております。

あと、救急に関連して見ていかななくてはならないのは、急性期全体としては、病床稼働率を見る必要があります。例えば静岡医療圏の場合ですと、全体として病床稼働率が8割を切っています。コロナのとき、コロナ以外のときで違いもあり、今回は平成29年度で見っていますが、症例数の少ないところでは、8割を切る状況になってきています。静岡医療圏としては、高度急性期、急性期としては少しオーバースペックになってきていると言えます。その中で、高度急性期、急性期、専門医制度の関連も踏まえて、どこがそれを担っていくのかという集約化と、在宅とか介護施設を支える、いわゆる地域一般病床的な病院群をどういうふうにつくっていくか。どちらを担うのかということ、話し合っていたらと思っております。

回復期・慢性期に関しては、病床稼働率90%程度ですので、ちょうどいい具合で運営しているのだろうと思います。

平成29年のデータもありますので、また見ていただけたらと思います。コロナの影響で低くなっているのかなと思いましたが、全般的に見ていくと、あまり影響内容は変わっていないようですので、構造的に少し高度急性期、急性期にしてはオーバースペックになっており、回復期・慢性期に関しては十分量あって、少し足りないぐらいのかな

と思っています。

更に、見ていただきたいのが救急についてです。それぞれの病院が救急車をどのぐらい受け入れているのか。そのうちDPCでどのぐらい入院しているのか。夜間の時間外、休日の患者数、そのうち入院した割合。それに併せた常勤医比率も出しています。

ここでポイントになるのは、宿日直許可と2次救急の関係となります。恐らく常勤医比率の低いところというのは、かなり外部からのドクターに頼った救急を行っている可能性が高いと思いますが、それが、この後、働き方改革の後でもそれが維持できるのかできないのかが重要になります。できないとすれば、徳洲会病院のような少し低い病院は、ここで受診している1次救急の患者が他の病院に回ることになります。救急の議論をするときに、2次救急、3次救急のことだけが言われがちですが、1次救急をどうするかというのが非常に大事になりますので、1次救急をどこが担うのかという議論をしていただけたらいいのかなと思っています。

常勤医師の割合についてもそれぞれ算出してあります。常勤医の定義の仕方が違いますが、大体8割ある病院は大丈夫だと思います。常勤医割合が8割切っているような病院で、2次救急を輪番制で行っていて、そこが外部からの派遣医師に頼る2次救急を行っている場合や、派遣元の病院との関係、大学との関係とかで維持可能なかどうかということは、少し詰めて話していただく必要があると思っています。このような形で、令和2年度と平成29年度と両方のデータを各医療圏別に作っていますので、見ていただけたらと思います。

各病院がどこから患者を受けて、どこに出しているかということも病床機能報告で分かります。県立総合病院、静岡病院、日赤等は院内他病棟ということですので、ICUや救急等なのかなと思いますが、そのようなところへ入ってきている一方で、症例数が少ない病院には、介護施設からの入院がかなりあります。介護施設からの入院があるところは、恐らく今回の診療報酬、介護報酬の改定でいくと、何かあったときに受け入れてくれる病院として契約を結ばなければいけない病院として選ばれる可能性がありますので、それと地域包括一般病床みたいなのをどういうふうに整備していくかということも、こういうところで話し合いになるかと思っています。

令和2年度の退院経路についても確認しています。先ほど挙げてきた症例数の少ないところでは、かなり介護施設とかに退院をしています。要するに、介護施設との前方連携、後方連携をやっているという実態がありますので、そういうことを踏まえて、そ

それぞれの病院の機能を今後どうするかということを考えていただけたらと思います。

回復期・慢性期については省略します。

SCRという指標があります。これは毎年内閣府が公開していますが、ナショナルデータベースを使って、ある医療機能に相当するレセプトが、性年齢階級を調整したときに、その地域でどのくらい出るかという期待数を計算して、それで実際の数割った後に100を掛けるデータとなっています。これが100より大きいということは、性年齢階級を調整しても、その地域でその機能が多く実施しており、100より少ないということは、少ないということの意味します。

これが例えば静岡医療圏の場合には、初再診、外来機能は同じぐらいで大体全国並みとなっています。一般病棟も全国並み、療養病棟も全国並み、回復期リハビリテーション病棟も全国並みで、地域包括ケア病棟がちょっと少なくなっています。在宅も大体同じぐらいやっており、介護も全国平均ということで、ほぼ全国の平均的な医療・介護の提供体制であるということが言えると思います。

2019年度データで示された病院の配置が提示されており、機能別にどうなっているかということで見えています。比較的静岡市は駅の周辺に急性期病院が多くあり、慢性期の病院が端っこのほうにあるという状況です。これも、配置を考え、機能を考えるときに、在宅、介護施設を支える病院というのは、大体やっぱり移動距離で見ると10キロから15キロぐらいの間になっていますので、そういう病院が配置できるように地域を支える病院として整備をしていき、広域で3次救急とかがんの治療とかやっていく病院をどのように配置していくかということを考えていただくことになろうかと思います。患者さんの目線でいうと、アクセスというのが非常に大事になりますので、それを検討するときにはこのデータを使っていただけたらと思います。

そのようなことで、私の勝手な私見で、地区診断とか課題等の整理をしています。これが正しいというわけではなくて、参考にさせていただき、先生方でいろいろと議論していただき、機能の見直し等の参考にさせていただけたらと思っています。

人口の変化について記載されています。静岡医療圏の場合には90年以降人口は減少し、入院需要は2030年まで漸増した後、徐々に低下する。ただし入院数の増加の主体は急性期以後であって、外来ではもう2020年以降低下していく。入院需要は、肺炎、心不全、骨折、脳血管障害が2030年まで特に増加する。その後も高い値で実際あるとされています。これらの傷病については、要介護高齢者の発生が増加するという傾向になっています。

す。一般的に、肺炎、心不全、骨折は、大体半分ぐらいの人たちが要介護高齢者となっています。脳血管障害が3割ぐらいで、誤嚥性肺炎は大体6割ぐらいが要介護高齢者からの発生ですので、これが高止まりするということは、介護施設や、要介護高齢者を支援する病院の機能というのをどこにつけていくのかということがとても大事になると思います。

真っ先に医療・介護サービスを必要とする後期高齢者の絶対数が増加し、介護需要を見ると、2020年まで増加しますが、施設介護が多くなります。ただ、介護保険料への影響を考えるとそこまで増やせないと思いますので、「在宅のニーズが増えてくるよ」というようなことを記載してあります。

静岡医療圏の場合には、今後、典型的な高度急性期、急性期の症例が漸減していくと考えられます。症例数上位5施設に高度急性期、急性期の機能を集中し、それ以外は機能分化と連携を図ることが必要ではないかと考えています。これは、高度急性期、急性期のところから外れる病院が機能が低いということではなくて、むしろそういう病院が在宅を支援する機能を持つことによって地域が安定すると思います。幅広い内科系救急症例の対応力が求められますので、そのような病院の整備というのはとても重要だという視点で書いています。

専門医制度との関係性を踏まえると、若い医師を派遣するためには、それを維持することができる上位の施設と、それ以外の施設のところの医師の派遣を調整することが必要なかなと思っています。

静岡医療圏は医療機能が充実していますが、中核となる施設の救急医療の負荷が課題とならないように、施設間の連携の下、1次救急をどのように実施していくかを重要視させる必要があると思います。

一定以上需要が継続する慢性期にどういうふうに対応していくのかも重要視する必要があります。

どこの県の方にもはっきり申し上げていますが、療養病床をなくしてしまうと大変です。療養病床を維持することが可能なかどうかということもきちんと考えていくことが必要と考えます。療養病床の場合には寝当直が可能ですので、宿日直許可を取っていれば、派遣元の病院としてもそれほど大きな負荷にはならないので、介護医療院等をつくるということも行っていますので、ぜひ考えていただけたらと思います。

慢性期から発生する急性期への対応は、事前に予防的に介入していくという地域版の

RRSが必要です。これは済生会熊本病院とか函館地域でも取り組まれていますので、それを参考にさせていただけたらと思います。

増加する介護需要にどのように対応するかを考える必要があります。施設介護を大幅に増やすことは介護保険財政的に難しいため、今だと介護施設に入っている要介護2から要介護4程度の、医療ニーズの高い方たちが在宅に出てきます。そうすると、このような人たちを支える在宅のサポート体制が必要で、どうしても在宅療養支援病院的な機能を持った病院を整備しないといけなくなります。今回の診療報酬の改定、介護報酬の改定では、それが地域包括一般病床ということになります。

このようなニーズに対応するために、情報共有の仕組みを実装する必要があるということで、「はこだて医療・介護連携サマリー」の紹介をしており、確認いただけたらと思います。これは全ての医療圏について行っています。ただ、これはあくまで私が研究者としての視点で勝手に書いているもので、絶対的なものではありません。現場の先生方が一番よく分かっておりますので、これを参考に、それぞれの地域の地域医療構想の議論をしていただけたらと思います。

○小林委員 先生の話されたことは、今回の診療報酬改定の流れの中でも当然大事なことだと思っております。ただし、高齢者の救急には幾つかのパターンがあって、今まで普通に生活されていた方が緊急受診して、その後、地域に戻るようなパターンと、特別養護老人ホームにいるような要介護度が高い利用者さんが、骨が折れて救急外来へ行き、そこで入院して手術をしてもらうといったパターンなどがあります。後者のような場合、ある程度、療養系施設や老健などで対応するしかないと考えますが、その種のフォローが地域としてできないところがやっぱりいくつかあります。静岡県内でも、自治体の中で、療養病院がなくなってしまう、病院で診るか老健で診るかという形しかないところがいくつかあります。

おそらくそのあたりの整理というものが、松田先生の今回の報告書や、いろいろな提案も含めて各地域で考えるべきなのだと思いますが、その意思決定というのが、行政ではトップダウンでできないという問題があります。そのあたりは、悩みながら、現場を見ながら解決するしかないんだろうと思っています。トップダウンというようなことに関しては、どのようにお考えでしょうか。

○松田教授 トップダウンは難しいと思います。最近、非常に過疎の進んでいる地域の地域医療構想調整会議に呼ばれました。そこでは、診療所の先生の年齢と、その医療機関

が診ている患者数が全部書かれた診療所を含めた医療機関がマッピングされた圏域の地図を描かれていました。そこでは、83歳の先生がやっている診療所は多分5年後は止まっているだろう、そうすると350人ぐらいの患者さんが行き場がなくなるといった5年後のようなになるといった議論がされていました。ドクターも高齢化していますが、住民も高齢化しています。20キロ近く離れた医療機関まで通院させるのは、そもそも足がなく無理であるため、「その診療所を近くの病院が週に2回ぐらいサポートするという形で維持しなければ駄目だよ」という具体的な議論をされていました。実際もう実施しているそうです。去年なくなった診療所については、そこがなくなったことに対して、地域のほかの病院の先生が週に2回そこにサポートに入るという形で、その診療所を支えており、そのような形で診療所を支えています。そのような対応をしないと、患者さんが全部病院に来てしまいますので、病院が機能しなくなってしまう。トップダウンではなく、生々しい現実を多分皆さんで共有するしかないんだろーと思ひます。

実際現場の先生たちが一番よく分かっているわけですので、そのデータに基づいて意思決定をしていただくしかないのではないかと思ひています。その後押しをするのが、研究者の仕事ということになるんだろーと思ひます。

○小林委員　そういう言い方をすると、おそらく今回の診療報酬改定で、いわゆる高度急性期、あるいは急性期に位置づけられる病院でなければ、おのずと地域において訪問診療的な機能を持つ必要性が出てきます。そのような場合、訪問看護ステーションや、いろいろな仕組みを利用しながら、あるいは開業医と協働しながら、病院の外でもある程度高齢者が診られる機能を作っていくような形にもっていくということによろしいでしょうか。

○松田教授　訪問診療も、看護師さんがいれば、遠隔診療のような、D to P with Nでできると思ひます。今回のことでまさにそれをやっているわけですが、対面をやっぱり原則としながら、そういう形で遠隔診療を、地域を支える病院がやっていくというのはありなのだと思います。その病院が直接訪問診療をやるのか、訪問診療をやっている先生や看護師さんを支えていくのか。それはいろいろパターンがあり得ると思ひます。ただ、ICTを使わないと、無理かなと思ひます。

○小林委員　静岡県でも、賀茂の地域では、そういう形で実際もう動いています。そういうモデルが必要な地域が県内にはいくつかあるのだろーと思ひます。

○松田教授　そういう意味では、「はこだて医療・介護連携サマリー」というのは、すごく

よくできています。

ただ、これをやる際にとっても重要なのが、個人情報共有ということに対して、どこかがきちんと音頭を取らないといけないということです。函館で医療・介護の連携が進んだのは、個人情報共有ということに関して、函館市がきちんと住民に説明をしています。おそらく静岡県内で、そういう医療情報を共有しながら皆さんでチームでやっていくということになると県として、個人情報を医療機関が共有することに関する了解を得ていただく、説明をする必要が多分あるのだと思います。個人情報の部分まで全部医療機関の責任にされてしまうと大変だと思いますので、そこは行政できちんとやっていただきたいです。

今国が準備しているオン資確認をベースとした医療情報共通基盤というのはとても重要なインフラになっていくと思いますので、マイナンバーカードは、いろいろとまだ反対もあるようですけれども、これだけ個人情報がいろんな形でカード会社に把握されて、それが使われている状況を考えたときに、マイナンバーカードを使うことのデメリットがあるというよりも、むしろ使わないことのデメリットのほうが大きくなるのではないかと思います。そういうことも含めて医療界の認識が必要なのかなとは思っています。

○齋藤会長 ありがとうございます。今の説明について質問がありましたら、県に意見をお伝えください。