

令和5年度 第1回 静岡県医療対策協議会 議事録

日 時 令和5年7月12日(水) 午後4時～6時5分
場 所 グランディエールブケトーカイ

出席委員

浦野 哲盟	大須賀伸江	太田 康雄	岡崎 貴裕	神原 啓文
小野 宏志	小野 裕之	川合 耕治	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	竹内 浩視
中村 利夫	松山 幸弘	毛利 博	山本 貴道	

計 19人

欠席委員

岩崎 康江 児島 章 鈴木 昌八 中野 弘道

出席した県職員等（事務局職員）

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	塩津慎一感染症対策課長	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	永井しづか疾病対策課長	島村通子健康増進課長
松林康則地域医療課長	村松哲也医療人材室長	米山紀子新型コロナ対策企画課長
米倉克昌薬事課長	大石晴康精神保健福祉室長	安間 剛医療局技監
松本文医療政策課長代理	種村崇健康増進課主幹	平山朋健康政策課班長（代理）
本間善之賀茂保健所長	伊藤正仁熱海保健所長	馬淵昭彦御殿場保健所長
鉄治東部保健所長	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) 医師確保部会の開催結果
- (2) 次期（第9次）静岡県保健医療計画策定に係る在宅医療の体制強化
- (3) 紹介受診重点医療機関に関する協議結果
- (4) 令和5年度病床機能再編支援事業費補助金
- (5) 令和5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1回静岡県医療対策協議会 会議録

令和5年7月12日(水)
グランディエールブクトーカイ
午後4時00分開会

○司会 ただいまから令和5年度第1回静岡県医療対策協議会を開催致します。

本日は、委員23名のうち、リモートでの参加も含めまして、19名の委員の皆様にご出席をいただいております。

会議に先立ちまして、任期満了等により委員の改選がございました。新任の委員の紹介をさせていただきます。

静岡県立静岡がんセンター病院長の小野裕之様です。

○小野裕之委員 静岡がんセンターの小野と申します。まだ4月に院長になったばかりで、勉強することばかりですが、皆さんの御指導をいただきまして、頑張っていきたいと思っておりますので、よろしくお願い致します。

○司会 小野委員はWebで御参加頂きます。

続きまして、聖隷三方原病院病院長の山本貴道様です。

○山本委員 聖隷三方原病院の山本です。よろしくお願い致します。

○司会 続きまして、国立病院機構静岡医療センター院長の岡崎貴裕様です。本日はWebでの御参加です。

○岡崎委員 静岡医療センターの岡崎と申します。4月から院長に就任しております。どうぞよろしくお願い致します。

○司会 最後に、静岡新聞社編集局記者の大須賀伸江様です。

○大須賀委員 静岡新聞記者の大須賀と申します。4月から医療を担当することになりました。いろいろ勉強しながらと思っております。よろしくお願い致します。

○司会 委員の任期は、令和7年3月31日までとなっております。どうぞよろしくお願い致します。

事務局の健康福祉部職員につきましても、4月に人事異動がございました。変更につきましては、お手元の座席表に代えさせていただきます。

なお、本日出席予定でした健康福祉部部長代理の青山ですが、急遽出席ができなくなりましたことをお伝え致します。

それでは、議事進行につきましては、齋藤会長よりお願い致します。

○齋藤会長 議事を進めます。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5件です。

最初に、議題、「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。

○高須医療局長 医療局長の高須です。

議題1、「第9次静岡県保健医療計画の策定」について、説明致します。

資料は、資料1の1ページです。

「次期(第9次)静岡県保健医療計画の策定」です。

今年度策定する次期医療計画のうち、地域医療構想及び医療従事者確保の項目に関して、当協議会に御意見をお伺いします。

改選により新任の委員の方もいらっしゃいますので、計画の全体概要を簡単に説明致します。

医療計画については、医療法に基づき県が策定することとなり、二次医療圏や基準病床の設定、6疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の構築等について記載しています。

医療計画は、6年間の計画となり、次期計画は2024年度から2029年度までを予定しています。

資料の2-2ページを御覧ください。

医療計画全体の策定体制です。計画の全体は、県医療審議会にて協議、承認しておりますが、計画の個別項目につきましては、各専門家会議で御協議いただきます。本協議会もその一部です。

ページの下段を御覧ください。

主な専門家会議を記載しています。医療対策協議会は、太枠で囲んだところで、地域医療構想及び医療従事者確保について御協議いただきます。

2-3ページを御覧ください。

医療計画全体の策定スケジュールとなります。8月の医療審議会に向けて、本日は骨子案について御協議いただきます。

ページの下段を御覧ください。

医療計画の全体構成(案)ですが、第1章「基本的事項」から第12章「計画の推進方策と進管理」まで、「2次保健医療圏版」、別冊で構成されます。

本日御協議いただく項目は、太枠で囲んだ第4章「地域医療構想」、第8章「医療従事者確保」です。

なお、本日は、「医療従事者確保」のうち、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員につきまして、骨子案を御協議いただきます。それ以外の項目には、関係団体等からの意見なども踏まえ、次回の医療対策協議会にて素案の協議をいただく予定です。

また、「介護サービス従事者」につきましては、同時改定作業中の「長寿社会保健福祉計画」と整合を図り、素案を作成します。

2-4ページを御覧ください。

昨年度から、医療審議会などでいただいた意見のうち、当協議会に係る内容をまとめたものです。

医師につきましては総合診療医の育成、歯科医師につきましては地域格差の拡大への対応、薬剤師につきましては病院薬剤師の確保、看護職員につきましては特定行為に係る情報発信の必要性などについて、御意見をいただいたところです。

3ページに移りまして、地域医療構想に関する項目について説明致します。1の「概要」にあるとおり、現在の地域医療構想については、2025年までとなっております。それ以降については、2024年度までに国が検討を行い、2025年度に県が策定作業を行う予定となっております。このため、次期計画では、地域医療構想については現状の期限である2025年度までを目標としています。

3番の「スケジュール」を御覧ください。2025年度に新たな地域医療構想について検討し、関連する指標等につきましても、2026年度の間見直しで反映する予定です。今回の改定においては、2025年の必要病床数等は変更せず、病床機能報告の数値など、現状値の更新等のみを行うことと致します。

なお、2の(2)のとおり、二次医療圏版における2025年に向けた方向性、の部分につきましては、各構想区域での進捗状況等を踏まえ、次期計画に記載する内容を各地域の地域医療構想調整会議で協議をしております。

続きまして、資料は4-1に移ります。

ここから医療従事者確保に関する骨子案について説明致します。

まずは、医師についてです。現計画数値目標に対する進捗状況ですが、県内医療施設従事医師数及び人口10万人当たりの医師数は、目標に向けて着実に進んでいます。

一方で、賀茂医療圏や富士医療圏の医師偏在指標などについては、数値は改善したものの、達成は困難な状況です。

これらの進捗状況に加えまして、医師の働き方改革など、社会情勢の変化を踏まえた医師確保対策を進める必要があることから、「医師偏在の解消」「医師の県内定着の促進」「医学修学研修

資金医師の配置調整」の3点を課題として示しています。

次に、この課題を踏まえまして施策の方向性についてです。

(1)の「医師偏在の解消」については、医療圏ごとに必要な診療科別医師数についての検討や、地域の医療需要等を踏まえた幅広い診療能力を有する医師の養成を進めることとしています。

また、(2)、「医師の県内定着の促進」につきましては、女性医師支援の一環として、病院経営など、病院を管理する人材の養成方策を検討することとしています。

4-2ページです。

これらを踏まえまして、次期計画の数値目標ですが、これまでの指標を継続するとともに、新たに医師少数スポットの病院勤務医師数を追加しています。

また、この骨子案は、本年6月に開催いたしました静岡県医療対策協議会医師確保部会にて御了承いただき、今後は10月に素案の協議を、令和6年2月に最終案の協議を行う予定です。

資料の5-1ページを御覧ください。

歯科医師です。

まず、現計画の数値目標に対する進捗状況ですが、いずれの指標も目標を達成しています。

次に、「課題」としては、高齢者人口の増加などの社会情勢の変化を踏まえ、(1)「誰もが受診できる歯科医療提供体制の確保」、(2)「地域の実情に応じた歯科医療を提供するための歯科医師の育成」の2つを課題としています。

これらの課題に対応するための施策の方向性として、(1)の「歯科医療提供体制の確保」については、医科歯科連携体制等の構築推進支援、また歯科訪問診療体制の充実を図ってまいります。

また、(2)「歯科医師の育成」につきましては、かかりつけ歯科医、機能強化型歯科診療所の充実、8020運動やオーラルフレイル予防を推進する歯科医師の養成を支援してまいります。

以上を踏まえまして、次期計画の数値目標については、今後も需要増が見込まれる歯科訪問診療を実施する歯科診療所数、これを継続するとともに、新たにかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所数を指標として設定します。

なお、この骨子案につきましては、本年5月に県歯科医師会様とも意見交換をさせていただき、案とし示しているものです。

今後、8月に健康増進計画推進協議会歯科保健部会において素案等の協議を行い、令和6年2月頃に最終案の協議を行う予定です。

次に、資料は6-1ページを御覧ください。

薬剤師についてです。

まず、現計画の数値目標に対する進捗状況ですが、目標を達成する見込みとなっています。

次に、「課題」ですが、1つ目にあるように、国が示しました薬剤師偏在指標において、本県は、病院薬剤師については県内全域が薬剤師少数区域となり、また薬局薬剤師につきましては、賀茂医療圏と熱海伊東医療圏が薬剤師少数区域とされております。また、医療対策協議会などの場でも病院薬剤師の不足が指摘されています。

4つ目の、薬剤師の幅広い職能や活躍が県民に十分に認知されていないという課題につきましては、薬事審議会でご指摘をいただきました。

これらを踏まえまして、「施策の方向性」としては、②や③にあるとおり、これまでの薬局薬剤師の資質向上に関する内容に加え、①の薬剤師の確保に関しまして、薬事審議会や関係団体の御意見を参考に、病院薬剤師の確保のための短期的対策、そして長期的な対策を検討してまいります。

次ページ上段、④につきましては、薬剤師の活躍を県民に情報発信することにより、その活用を促してまいります。

次に、数値目標に関しては、現計画にある「かかりつけ薬剤師・薬局の機能を強化する研修受講薬剤師数」について、全ての薬局でかかりつけ機能を有することを目標としております。

また、薬剤師の確保につきましては、6-3ページの下の方の偏在指標による目標設定では、実態との乖離が生ずるとの御指摘をいただきました。このため、病院の皆様にご協力をお願いしている調査の結果から、県内病院従事薬剤師数を指標として検討してまいります。

今後、素案の作成に向けまして、薬事審議会において引き続き協議いただくほか、関係する団体からも御意見を伺う予定となっております。

次に、7-1ページを御覧ください。

看護職員について、現計画の数値目標に対する進捗状況につきましては、数値の改善はしておりますが、いずれも目標達成は困難な状況です。

このことから、次の3点を課題として記載しています。

1点目は、看護職員数について、2025年の需要推計に対する不足が見込まれていること、2点目は、訪問看護の需要が増大する中、これに対応する人材の不足が懸念されること、3点目としましては、訪問看護の需要の増大、新興・再興感染症等の感染拡大時における医療需要の急増、医師の働き方改革に伴うタスク・シフトシェアの推進などに対応することが期待される特定行為研

修了者、その他の専門性の高い看護師の不足が懸念されています。

このため、「施策の方向性」として、看護職員確保に向けた取組の一層の充実。訪問看護に従事する看護職員確保の取組について検討を行うこと。また、県内において特定行為研修を受講しやすい環境を整え、特定行為研修修了者の養成と就業の促進を図る医療機関を支援することとしています。

以上を踏まえ、次期計画の数値目標につきましては、これまでの指標を継続するとともに、新たに特定行為研修の指定研修機関等の数を設定致します。

この内容については、本年6月に看護職員確保対策連絡協議会において協議をしており、今後は10月に素案の協議、令和6年2月に最終案の協議を行う予定となっています。

説明は以上となります。御審議のほど、どうぞよろしくお願い致します。

○齋藤会長 「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 病院協会の毛利です。4-1の、医師偏在の解消は非常に重要な項目です。「医療圏ごとに必要な診療科別医師数について検討する」とありますが、どのような方法で検討するのかをお伺いします。例えばアンケートを取って実施する場合、各病院が考えを膨らませて、現実味のない数を出すことを懸念しています。そのことについて、第三者が、その医療圏の実情を把握した上で、「この地域、この病院だと、これぐらいの医師が必要」というものを出していただけると、実のある数が出てくるのではないかと考えます。

○齋藤会長 医療者確保の数値目標とありますが、これをどのように具体的に出していくのかということについていかがでしょうか。

○松林地域医療課長 地域医療課長の松林です。

今は、毛利委員のおっしゃるように、医師数等調査の不足数は、各病院がそれぞれその病院の機能を維持するために必要な診療科ごとの医師数を定数として挙げていただいておりますので、小さい圏域では重複しているようなこともあるかと思っております。

これは、この医師数等調査を始めたときに、「各病院の個別の状況は公表しない」という前提で調査をさせていただいておりますが、そろそろ、どういったところから医師派遣を受けているとかという情報ではなく、診療科ごとに、「自分の圏域内のこの病院はこの診療科をこれだけ必要と考えている」ということを、地域医療協議会の関係者の中で共有をして、議論をしていくということが必要になってくると考えておりました。そのようなことを進めていきたいと考えております。

○毛利委員 そうなると、「この医療圏だったらこのぐらいの医師が必要だ」という議論の中では、

選択と集中という話が出る可能性があり、その際には、各医療圏での病院の連携をどうするかという議論になる場合があります。

急にそこまでの議論となると、混乱すると想定されます。もう待たなしになりつつあり、「各病院それぞれ調査しています」「ちょっと多めに出しておけ」等曖昧な数字を提示する場合がありますので、「この医療圏で、あるいはこの病院だと、働き方改革等々を見たときに、大体このぐらいの人数が必要だ」という基準を地域医療に精通されたアドバイザーの意見を参考に県で検討していただきたいと思います。

○高須医療局長 医療局長、高須です。

今まで調整会議や協議会の中では、踏み込んだ話はなかなかできないところもあったと思います。客観的なデータに基づいて、第三者の立場から、そういった御意見をいただけるような方がどなたかいらっしゃらないかなと検討していますので、どういった場で意見をいただくか等、相談させていただきながら進めさせていただきたいと思います。

○坂本委員 こども病院の坂本です。

医療圏ごと、診療科別、2つのポイントがあると思います。医療圏というのは二次医療圏で専門医制度の中の一次領域でいくのか、二次領域でいくのかです。二次にも入らない領域のところはもっとたくさんありますので、その医療圏をどの設定にするのかというところのポイントがあるかと思います。

私どもが対象とする小児領域は極端に人数が少なくて特別だと思いますが、成人の中の一部の診療科にも、二次医療圏ではカウントしづらいという状況について、二次医療圏の連携やエリアをどのように設定するかというのも議論の対象になるのではないかと思います。

加えて、周産期・産科領域は、二次医療圏の中だけで連携を仕上げるのは容易ではありません。働き方改革が2024年から始まる中で、ある程度の人数を集約化しない限りはその地域を病院としてカバーできないという状況を、二次医療圏を越えるエリアで対応を始める可能性があります。“医療圏ごとに”という言葉が枕ことばとして使われることが多いですが、この医療圏の考え方をもう一度整理をして、これからの保健医療計画の中で生かすべきではないかと思います。

○松林地域医療課長 地域医療課長、松林です。

坂本委員が話されたように、基本的な領域については、一般的な入院が完結する圏域という形での二次医療圏はございますが、例えば周産期であれば、東・中・西といったような形で、診療科

によって、そのエリアはまた変わってくるかと思えます。

私が先ほど申し上げましたのは、まずは一番身近な圏域である二次医療圏の中で、それぞれの病院が、どの診療科の医師をどのぐらい必要というふうに言っているかということ、まずは圏域の中、毛利委員、竹内委員や小林委員のようなアドバイザーと共有して、「この圏域に、これだけの医師がこの診療科について、それぞれ必要だろうか」というところから始めていきたいと考えております。

それから働き方改革につきまして、特に宿日直につきましては、月1回となりますので、そうしますと、小児科や産婦人科、産科等の領域には、1つの病院で自由に医師を確保するというのが大変難しい状況になってきていると考えております。

そうすると、もしかしたら当直は産科の先生がいらっしゃらないようなときに患者さんが来られたりする可能性もありますものから、今、坂本委員に御協力をいただきまして、小児リモート指導事業というモデル事業もやらせていただいております、診療科ごとに、それぞれ救急も小児・周産期も協議会を持っていますので、働き方改革についてしっかりお話をしていきたいと考えております。

○毛利委員　今の坂本委員の話は、非常に大事なところだと思います。今後各病院で実数調査をする、あるいは第三者に数をまず出させて、把握することが一番だと思います。

一方で、把握しても、医者がそんなにいない診療科は幾つかあり、配置することが困難な診療科については、例えば二次医療圏を越えた形で、隣の医療圏と連携するとか、あるいは東・中・西で連携するだとか、幅の広い連携をして、県民が医療難民にならないような体制を作る必要があります。

その中で、奨学金の貸与者の中で、医師が少ない診療科になる方がいれば、順次はめ込んでいって、底上げしていくという流れで良いのではないかと、それしかないのではないかと考えています。2段階方式、3段階方式でしていただければと考えます。例えば賀茂地域の要望している医師を出すことは非常に難しいと考えます。今進んでいるような感じはしますが、そのあたりも考えながら、計画を立てなければ、要望ばかりでは実現できなくなるので、県には柔軟な考えを持って頂きたいと思えます。私たちが協力できることはしますので、お願いします。

○松林地域医療課長　ありがとうございます。ぜひ一緒によろしくお願い致します。

○神原委員　社会福祉協議会の神原です。

私は、病院の直接的な管理からは、しばらく離れていますが、看護師の就職に業者が間に入ってきて、病院に就職しても、短期間で転職を促すことが多いと最近の看護師採用の問題として聞きます。業者は、紹介するときには病院からお金を取り、看護師が応募してくると看護

師にリポートを出すというようなことが、世にはびこっていて、病院としては困る状況になりつつあるようです。

私は、公的病院の立場でしたが、公的病院の幾つかで、グループで採用あるいは紹介をすることを始めましたが、その後業者が入って、看護師の採用について大きな混乱を起こしているように思います。例えば看護協会とかに旗振りをしてもらって、調整がうまくいくようにできないかと思い、発言しました。

○村松医療人材課長 医療人材室長の村松です。

紹介業者につきましては、神原委員の御指摘のとおりで、政府の規制改革会議の中でも、介護、看護、保育の悪徳な業者について、どのように対応していくかというのは、政府をもって議論していくというところです。

県といたしましては、県の看護協会や現場の看護管理者の皆様とも連携を取りながら、まず離職の防止や定着促進への取組をやっているように、県として支援できることがあれば、現場の御意見をいただきながら、そのような対応をさせていただきたいと思っております。

○中村委員 藤枝市立病院の中村です。

今の神原委員の御意見に、私も思っておりますが、人材派遣会社というのは、決して悪徳ばかりではなくて、看護師さんを採用するのに、それに頼らないといけなくなっているのは実情であります。

もう1つ、医療を必要とする要介護者がいる病院の中においても、介護をする人材が今不足してきています。

ところが、今のところ、介護福祉士は病院の中で診療報酬点数をとることができない中で、そのような人材を確保できません。結果として、看護師さんが看護だけではなくて、病院において介護もやっている。それがひいては人材不足に影響し、また、介護スタッフとして来たつもりはないという看護師にとってはモチベーションの低下にもつながることがあります。ぜひとも病院においても介護を必要とする患者さんは少なからずいるんだということを含めて、第8章で「医療従事者確保」の中で「介護サービス従事者」という言葉が入っておりますので、県としても施策を考えていただきたいと思います。

○高須医療局長 医療局長、高須です。御意見いただきありがとうございます。

中村委員のおっしゃるとおり、病院、医療機関の中でも、やはり介護をする職員の確保がなかなか大変だという状況は我々も聞いております。また、介護の担当とも話をしながら、介護職員をどのぐらい養成する必要があるといった話も含めて検討をさせていただきたく思います。ありがとうございます。

○小田委員 4-1の医学修学研修資金の利用者数というところで、新しい委員の方もいらっしゃいますのでお聞きしますが、この制度が始まった年を教えてください。22年で1,518人と、かなりの数の利用者数がありますが、学生6年、卒業して1.5倍の9年として15年すると、どこかで停滞する状態に達すると思いますが、その予定は何年なのかを教えてください。

○松林地域医療課長 地域医療課長の松林です。

まず、4-1の現計画の数値目標に対する進捗状況の表の下段から2つ目の「医学修学研修資金利用者数」というのは、貸与を受けた方全てということになっており、医学生の方、それから現に働いている方、あるいはもう働き終えて返還免除までされた方、その方全てを含んでおります。

医学修学研修資金については、平成19年度から開始し、平成21年度に修学資金の新規貸与枠を100人といたしまして、そして平成26年度からは新規貸与枠を120人とにさせていただいております。

この25年度の1,846という目標は、策定時の1,308に対しまして、それまでの平均的な年間の新規貸与者数の数を毎年分、25年度まで5年分足し合わせた数字を目標としておりますものですから、この1,846人というのは、2025年度までに修学資金の貸与を行った方の人数という形です。

この修学資金を受けて、県内で勤務されている方は、現状値でいきますと、2023年度は671人です。これは県が配置した医師に加え、それ以外の初期研修医や、返還免除が終わった後の定着者も含んで671人となっています。

○小野宏志委員 先ほど病院での介護福祉士の採用・雇用という話が出ており、それに絡めた話をさせていただきたいと思います。これに対しても、いろんな意見があると思います。高齢者が増えてくる中で、病院での医療を成り立たせるためには、介護人材が必要だということも分かりますが、今この介護人材がとても不足している中で、病院で介護福祉士さんの雇用が始まってしまうと、各介護施設はどうなってしまうんだという意見も出るかと思いますが。それはどこで折り合いをつけて、みんな納得してやっていくかということなので、これこそ、地域医療構想調整会議等、いろいろなところで、病院での医療の必要度とか介護の必要度とかも含めて考えながらやっていかないといけないと思っています。

これまで地域医療構想は、私は関わってはいませんが、私のイメージとしては、病気を治す若い人たち対象の医療についての検討だったと思います。高齢者が増えてくる中で、介護が必要で、いろんな問題を抱えている人が入院していく中で、地域医療構想をどうやって調整していくかということ、介護の分野も含めて検討していかないといけないと思っております。それも含めて、病院での介護福祉士さんの雇用とか、あるいは介護施設での医療を見てくれる看護師さんの雇用と

か、いろいろなバランスが必要になってくるかと思えます。

在宅医療も必要だと言いながら、どれほど必要かということがはっきりしていない等、いろいろなところが曖昧に來ています。病院の基準病床数がどうかということもあって、静岡県は療養型、慢性期の病院が多いということもあります。そして、さらに、特養が多いとか有料老人ホームが多いとか、いろんな問題があり、どこでどれぐらいの病床数が必要かということも分かっておりませんので、そういったことを綿密に考えながら、介護施設ではどこまでの医療を任せるか、そしてどうなったら病院に搬送するか。そうしたら病院での医療はどれぐらい必要かということも含めて考えていかないと、何もうまくいかないのではないかと思います。

2024年、2040年か、これから高齢者がピークを迎え、減っていく中でも、病院の機能を維持、あるいは病院の機能だけではなくて介護施設の機能も維持していく。少ない介護人材、医療人材をどういうように活用していくかということも含めて考えていければいいと思っています。

本日の議案の中では、地域医療構想と医療従事者の確保という2つのことが大体議題になっていますが、在宅医療の必要度も含めて、議題として本当は上げるべきではないかと私は思っていました。次の計画、第9次の計画はとても大事な計画になってくると思いますので、病院や介護施設、在宅医療、開業医、いろいろな利害関係とかあるかと思うんですけど、結局はどうすると全体的によくなるかということを含めて考えていけるといいかと思っています。よろしくお願いします。

○高須医療局長 医療局長、高須です。

御意見いただき、ありがとうございます。非常に重要な視点です。ただ、今回、地域医療構想につきましても、現状として、まず2025年までという今の構想ですので、今回は数字については触れない方針です。ただ当然、次回、2025年度にこれを今回大幅に改定するような形になろうかと思えます。その際に、やはり必要病床数であるとか、在宅医療の必要数だけで出しても、絵に描いた餅になってしまいます。小野委員がおっしゃるとおり、それを支える人材の確保というのがセットにならないと、これはまた意味がないのでそのあたりも併せて検討させていただきます。

○小西委員 ありがとうございます。県立総合病院の小西です。

前回のこの会議でも何人かの先生から御発言があって、今日には出ないのでお話を致しますが、やはり薬剤師さんについては、病院の立場としては大変重要です。医療の質のために、今後、病院薬剤師さんの活躍は非常に大切になりますので、このあたりが、前回もしたコメントですので繰り返になるかもしれませんが、今、病院に来る人が少ないというところの施策は大変大事だと思います。

実際には、定員が一定埋まっておりますけれども、世代の特徴でしょうか、産育休等で休んでおられ

て穴が空いているという病院が多いのが実情かと思えます。これが悪いとは申しませんが、働き方改革同様、最近、産育休もしっかり皆さん取るようになって人員が足りていない、実働がないという病院が多いのではないかと思います。病院薬剤師さんに「来て下さいね」という、内的モチベーションだけでは少し難しい局面が来るかもしれませんので、医療計画の中でそこまで行くかどうかは別ですが、やはり若干の病院薬剤師さんへのインセンティブみたいなものを県の中でも考えるべきかなというふうに個人的には思います。

加えて、4-1のところでは医師偏在と県内定着について、医療圏ごとに診療科別というのは非常に大事なところですが、働き方改革が非常に大変になりますので、恐らくどの病院でも、4つ、5つぐらいの時間外の非常に多い診療科があるのは大体分かっておりますので、こういうところを少しどういうふうにかえるのかということが大事になってくると思います。

2番目の下線が引いてあります、「地域の医療需要等を踏まえた幅広い診療能力」云々というところは、恐らく総合診療的なものを想定しておられるのだと思いますが、このあたりが静岡県において、どのくらい総合診療医が育てられるのかということ、これもちょっと別の会議か何かでお話したことがあります、このあたりはいかがでしょうかというのが1つ質問です。

2つ目は、(2)にあります「ふじのくに女性医師支援センターの充実」というところに、括弧で「病院管理人材養成方策」と書いてありますが、病院管理人材に女性のパーセントを設定するという意味でしょうかというのが質問です。

○米倉薬事課長 薬事課長の米倉です。

薬剤師のことをいろいろと御心配いただきありがとうございます。

前回の医療対策協議会の際にも、薬剤師が病院では必要だということで、委員の方々からお言葉をかけていただいて、病院で薬剤師が必要とされていることは大変ありがたいと思っております。

先日行いました薬事審議会の中でも、その旨の話題が出ましたが、一方で、患者さんのほうから見ると、病院の中で特に目立っている業態という、やはり医者と、看護師とが目立っており、薬剤師の活躍している実態があまり分からないということで、「応援をしやすい」という話題がありました。今回の骨子の中にも、やっぱりそれを分かっていたかかないと、応援もしやすいということで、分かっていたかという部分を1つ加えさせていただきました。

薬事審議会の中でも「インセンティブをつけたら」という委員の意見もある、一方で、インセンティブをつけることに対し「今あるの？」というような質問も、疑問も投げかけられたところです。

小西委員の産育休での休みを取りやすくなると、周りが大変になるという声も、勉強の中で聞かせていただいております、現在各病院に、実態調査をさせていただいております。その調査を見まし

て、また次の薬事審議会の中でもいろんな御意見をいただいているように思っております。本日、このような御意見をいただいたということを、薬事審議会で提示させていただきたいと思っております。

○松林地域医療課長　　続きまして、医師確保について、2点説明致します。

1点目の、地域の医療需要等を踏まえた幅広い診療能力を有する医師の養成につきましては、病院協会様に依頼している検討会の中でも話題に上ったものです。

本件につきましては、今、浜松医科大学様に地域家庭医療学講座という寄附講座を設け、主に中東遠を中心に1階建ての総合診療専門医を養成しております。これは非常に、成果が上がっているところですが、一方で、活躍の場の中心が家庭医療センターという診療所に限られております。

今後、例えば100床、200床のような病院が集まったような地域では、今議論されております地域家庭医療専門医という、2階建ての比較的中・小規模の病院が中心のところでは活躍いただける総合診療専門医、あるいはもう少し規模の大きい病院で御活躍いただける病院総合診療専門医といったようなところも、今、学会の中で議論いただいていると伺っておりますので、この家庭医療センターを中心に活躍をされる先生方以外に、こういった病院の規模に応じたところで活躍いただける総合診療専門医の養成についても、これからの計画の中で考えていく必要があると考えております。これが1点目です。

2点目の病院管理人材養成方策の検討というのは、目標というよりも、昨年度も病院協会様の要望の中で、例えば子育て中で勤務時間は限られるけれども、おうちで勉強されるようなお時間があるような先生方が、子育て中の先生の中にはいらっちゃって、例えばそういった先生に、そういう形で感染管理や財務諸表の見方などの病院の院長、副院長にいずれなっていくために必要な、そういう知識を子育て期間中などに学んでいただくといったようなことを、このふじのくに女性医師支援センターの中で検討しています。そういう子育て中以外の時間で、診療をやられている先生に、症例の数ではなかなか難しいところがあるんですけども、それ以外の知識をつけていただく。そういうようなことをしていく必要があるのではないかと思います、この中で盛り込ませていただいたところではあります。

○竹内委員　　アドバイザーの竹内です。

医師偏在の解消は、診療科別医師数が非常に難しい問題だと思っております。医療需要がピークになっていく中で、病院の専門医療、特に高度専門医療については、人口が減っていく中で本当に絞られていくと思いますが、一方で、裾野が広く、在宅に近い、1.5次から二次のファーストタッチを担う病院の会議に出ていると、幅広くファーストタッチをしていただける先生が必要という意見

が非常に多いです。そのような幅広くファーストタッチを担う病院が、診療科別に必要な医師数を積み上げると、ものすごい数字になってしまいます。

そうしたときに、これからは、国で地域医療構想と医師確保計画をセットにして1つのワーキンググループの中で議論しているように、病院同士の機能分担と連携というのは避けて通れないと思っています。

今回のように診療科別医師の必要数を議論する中で、幅広い診療能力を有する医師をどのようにカウントしていくかというのは大変難しい問題だと思っています。診療科別医師数と幅広い診療能力を有する医師数といった、ある意味矛盾した内容の調整をしていかなければならないところを、地域医療構想の中でのセットとして、考えていただきたいと思います。

加えて、歯科医師の話の中で、今後は高齢者が増えていく中で、やはりオーラルフレイルというのは非常に大事な問題だと思っています。

今の1.5次や二次の救急に運ばれてくる高齢の患者さんの多くは誤嚥性肺炎か骨折になっています。そうすると、その前の段階で、歯科保健が非常に大事な問題になります。これまでへき地の医療計画の中で、無医地区については議論があったと思いますが、無歯科医師地区への対応の記載が確認できませんでした。歯科保健で手が届いていない地区への対応については、医療の逼迫を防ぐためにも非常に重要だと思っています。○松林地域医療課長　初めに、医師確保の部分について説明致します。

竹内委員のおっしゃるとおり、必要な診療科別医師数は、医師の働き方改革を進める際に、国では都道府県別の将来必要な診療科別の医師数も出して、抜本的な偏在解消を進める、それから地域医療構想と三位一体で進めていくというふうに当初話されておりましたが、この都道府県別の将来必要な診療科別の医師数については、厚生労働省の医師需給分科会の中で、算定は当面難しいということで凍結をされてしまったようなもので、非常に難しいということは承知しております。

ただ一方で、竹内委員がおっしゃったように、それぞれの地域におきましては、今現状、地域医療協議会と、それから地域医療構想調整会議の中で議論をいただいているような状況ですので、当然そのようなものを両にらみをしながら、この医師のお話と、それから地域医療構想は一体となって進めていくべきものと考えております。

○高須医療局長　医療局長、高須です。

無歯科医地区の話ですが、今回は歯科医師は記載しておりませんが、へき地医療の対策には盛り込んでいきたいと考えております。

○齋藤会長 続いての議題、「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します。

○松林地域医療課長 地域医療課長の松林です。8-1ページです。

「特定労務管理対象機関の指定」について、1の「趣旨」を御覧ください。静岡県立総合病院から、特定労務管理対象機関としての指定申請がございましたので、本協議会の御意見をお伺いするものです。

来年4月からの医師の時間外労働時間の上限規制の施行により、年間960時間以内が原則となりますが、県医療審議会の意見を聞いて、特定労務管理対象機関として県知事が指定した医療機関については、特例水準の適用を受けることができるものです。

本県では、県医療審議会の法定意見聴取前に、各医療圏の地域医療協議会、医療対策協議会及び医師確保部会の意見を聞くこととしております。

2の「指定申請内容」を御覧ください。

国の医療機関勤務環境評価センターの評価結果通知がありました県立総合病院から、4月27日付けで、B水準及び連携B水準についての指定申請がありました。両方の水準とも要件は全て満たしておりまして、これまでの意見聴取におきましても特段の意見はありませんでした。なお、この県立総合病院は、県内では初めて国の評価センターの評価結果の通知を受けた病院となります。

2番目の表の「申請内容」を御覧ください。

B水準は、救急医療等のために、連携B水準は、他の医療機関に医師派遣を行うために、それぞれ特例水準適用が必要となるものです。意見聴取手続の欄ですが、各地域の地域医療協議会及び医師確保部会での意見聴取を済ませており、いずれも特段の意見はないとのことでした。

3の「今後のスケジュール」です。

本日の意見聴取結果を添え、8月30日開催の医療審議会において法定意見聴取手続を行い、審議会後、特定労務管理対象機関の指定について県知事が通知をしたいと考えております。

8-2ページについては、B水準としての要件を、それから8-3ページにつきましては連携B水準としての要件を、それぞれ全て充足していることを確認しております。なお、県立総合病院につきましては、平成31年1月に労務管理課を設置し、令和2年度に専任の課長を配置されるなど、早くから医師の働き方改革に取り組んでこられました。医師の労働時間短縮計画も、令和4年4月から約8か月かけて院内で検討の上、令和5年1月に国の評価センターに申請をして、この結果が出るまで、約4か月を要しています。今年度に入り、県が行いました調査でも、今後約20弱の医療機関

が、この申請を目指す意向と回答いただいています。

県では、7月6日に開催いたしました研修会で、県立総合病院からこの取組を発表していただき県内の医療機関と共有を図るとともに、県病院協会に御協力をいただき、ふじのくに勤務環境改善支援センターを通じて個別の医療機関への相談支援を行っています。引き続き、早期に申請をしていただけるよう取り組んでいきたいと考えております。どうぞよろしくお願い致します。

○齋藤会長 労務管理対象機関の指定について、委員の皆様方、質問、御意見ございますでしょうか。

○毛利委員 反対というわけではありません。

特定労務管理対象機関の指定を受けた際に、時間外の上限が少し緩和されるというのは、イメージで分かっていましたが、指定を受けた際の、利点があれば伺いたいです。

○小西委員 委員として差し支えない範囲でお話しします。

年度によって医師数は変わりますが、令和3年度の1年間で、300人くらいのうち42人が960時間を超えておりました。取り組み出して、令和4年度は36人になっております。診療科によっては、どう頑張っても時間外が960時間には収まらない診療科が幾つかございます。ここはもう仕方がないということで進めています。

今後、10年ぐらいの計画の中で960となっておりますが、基本的にやはりいろいろな医療機関との協力関係をつくるか、あるいは、それこそ医師数を増やさない限りは解決できないというところはあるかと思えます。比較的恵まれた病院だということはよく理解しておりますが、やはりまだいろいろなことがあろうかと思えます。

連携Bに関しては、幾つかの診療所などに応援を出しておりますので連携Bで取ったということで、特にここは、2名おりますが、問題はありません。

○齋藤会長 順天堂静岡病院の佐藤委員。働き方改革について、順天堂ではいかがですか。

○佐藤委員 我々の施設も3次救急をやっていますので、当然B水準と連携Bを取るんですが、やはり診療科によっては1,860時間近く行ってしまうという診療科があります。特に今一番問題になっているのは産婦人科です。当院は総合周産期母子医療センターなので、2人当直体制ということで、非常に労働時間が長く、働き方改革にどのように対応していこうかと非常に悩んでいるところで、あとは救急診療科もドクターヘリを持っており、非常に長い間働いているということで、非常に問題となっています。

いずれはA水準にしないといけないということなので、いろいろと策を練っているところですが、最終的には、やはり医師数が増えないと、これはクリアできないと考えており、医師確保部会でいろいろ

ろと議論していただき、非常に忙しい診療科の医師数を増やしていただきたいと考えております。

○齋藤会長 県立総合病院にしても順天堂大学静岡病院にしても、大変恵まれた医療機関でさえ、こうですので、なかなか難しい問題と考えられます。

○中村委員 藤枝市立総合病院の中村です。

当院におきましても、救急救命をやっていますので、960時間を超える医師が何人かいるのは実情です。まずBにしておきたい、あるいは一部分Bにしたい、という意味では、小西委員がおっしゃるように、B水準のところで作るとするのは妥当だとは思いますが、当院で問題になっており、ぜひ教えていただきたいのが、B水準に行くに当たって、必須とならなくてはならない項目4です。この中で、A水準であれば、インターバルの9時間というのは努力目標で済みますが、B水準を取った途端に、必ず休まないといけない、長時間働いたら翌日は休む、外来があり、手術がある人たちが前日に当直の場合は、何にも仕事をさせない。あるいは脳神経外科や心臓血管外科で手術が9時間に及んだ場合、翌日に医師が休まなければならない。次々に医師が休まなければならないことが義務になるというところを、当院で達成できるのかが問題であり、B水準に手を挙げにくい理由と考えています。そのことについて教えていただきたいです。

小林委員 県立総合病院が、1月に申請して、この7月に認可されたのは、素晴らしいと思いました。6か月で認可というのは、おそらく最短であり、今後は7、8か月、かかると思います。県内には20病院程度の対象施設があると思いますが、速やかに申請書を出していただくことが大事だと思われま。

評価センターによる承認は3年ごとに見直しがなされますので、B水準で当初申請するにしても、最終的にA水準にしていくか、あるいはC水準にするかといった選択があると思います。大学病院や県立総合病院などは、専門医を育成する機関ですので、診療科によっては、C水準を選択することも、すごく大事なことだと考えます。

先ほど、中村委員が話されたことは、勤務間インターバルに関してはそのとおりですが、月100時間の前後で、面接指導をしないといけないというところはA水準も同じであり、年間で960時間を超えなくても、100時間を超える月がある医師には面接指導を行う必要があります、155時間でドクターストップとも言われていますので、ある程度B水準に合わせて、早く申請することが、すごく大事だと思います。

評価センターも、私は関わっていますが、審査に時間がかかりますので、なるべく早く出して、医療審議会に持ってきていただくということがとても大事だと思います。

○坂本委員 小林先生、ありがとうございます。

確認ですが、B水準は上限1,860ですが、先ほど中村委員が質問されたインターバル制は義務になります。ただし、義務とはいえ、翌日必ず取らないといけないのではなく、仕方がない場合には2週間程度の期間の中で取れば良いとなったと認識しています。もちろん理想はインターバルを守ることですが、その理解していますがよろしいでしょうか。

もう1点、Cについてですが、私も厚労省の方と話をする予定がありますが、C1、C2が“個人の能力を上げる研修に必要な場合は、時間外上限を1860時間まで可とする”ということですよ。ここは非常に難しいところがあって、普通の時間外は上司の指示の下でしか許可されないのに、C1、C2の場合には個人の技量を上げるプログラムをつくることで希望が通る、または許容される制度ですよ。このC1、C2は、Bを終了した後も上限を下げながら残す可能性があると言っておられるようですが、もしその辺の情報をお持ちでしたらお聞かせ願います。

○小林委員 細かいところまで御説明できるか分かりませんが、C2水準に関しては、県立こども病院や県立がんセンターのような病院が対象になると思いますが、病院としてC2水準の申請をしておき、そこでローテーションや専門医研修をしたい先生方がどのようなカリキュラム、プログラムをするのかというところで、それが960時間を超えるようなものであれば、それを同時に併せて認定してもらおうという仕組みだと思います。病院がつくるという考え方もありますが、ローテーションする医師と協議して、これぐらいのプログラムでやらないとうまくいかないというようなところで、結果的にC2水準を選択するのだと考えます。C1とC2水準は、10年後も残るとは思いますが、それでも徐々に時間外労働を減らすのが国の基本方針だと思いますので、10年後を考えるのであれば、B水準の場合には超過した時間数を3年ごとに3分の1ずつ減らすことが基本となりますから、いずれC水準を考えていく必要もあるかと思えます。

勤務間インターバルについてですが、翌日に補？することは多くの場合出来ないのですが、1か月以内など、規定に準じて実施しなければならないと思います。なお、本当に厳しい状況があって、1,860時間を30分でも超えたらいけないのかというと、おそらくそこまでのものではないと考えます。基本的には、遅く出勤することなどで翌日にその部分を消化するのが理想だと思いますが、その部分を次の一月の間のどこかで取れるときに取ることになるかと思えます。有給で取るなど、厚労省のQ&Aを見ると、曖昧なことも書かれているので、もやっとした対応をすることも現実的にはあるでしょう。ただ、原則は原則ですので、説明ができるような形で申請いただくのが良いと考えます。

○齋藤会長 報告事項1について、事務局からお願いします。

○松林地域医療課長 報告事項1。地域医療課長の松林より報告致します。

資料は9ページです。

医師確保部会について、6月15日に開催をしましたので、その結果について報告を致します。

3の「協議事項」を御覧ください。協議事項は4点です。

(1)の今年度の医学修学研修資金の配置方針は、これまでも医師の地域偏在解消に向けて、医師少数区域への配置強化を方針として掲げておりましたが、この4月から追加設定をいたしました医師少数スポットについても、医師少数区域や、これまでの医師少数スポットと同様に、配置の強化を図ることなどについて御了承いただきました。

(2)の「特定診療科」については、先ほども話がありましたが、今年度から配置を開始しているキャリア形成プログラムについて、国の指針において、「本県で医師確保が求められる領域で、かつ医師多数区域等の大規模病院での研修が必要などの要件を満たす診療科については、医師少数区域等の4年間の勤務を要しない」とされていることを受けて、既に15の県で特定診療科として設定がされています。

本県における設定について協議を行い、まずは医師少数区域等4年間の勤務を行うことができるようキャリア形成プログラムの再構築を進める中で、どうしても設定を要する診療科があれば、次回の部会において検討を行うこととしたものです。

(3)につきましては、先ほど協議事項の2で御説明をしました県立総合病院からの特定労務管理対象機関の申請について、(4)については、協議事項1で御説明をさせていただきました医師確保の骨子案について、それぞれ御意見を伺ったものです。

また、報告事項としまして、令和5年度勤務科医師の配置調整結果、専門研修プログラムの採用状況、医師数等調査の結果などを報告いたしました。

○齋藤会長 部会長の松山先生、医師確保について、御意見をお願いします。

○松山委員 先ほど佐藤委員からも意見がありましたが、医師の偏在について、いろんな御意見があり、特定診療科を決めたらどうかという討論を、アドバイザリーボードを設け行いました。

医師確保部会でもお話ししましたが、国としては、婦人科や救急といった診療科が特定診療科とされていましたが、医師少数スポット・少数区域の、キャリア形成プログラムがどのようになっているのか、どのような設定になっているかということも含めて、もう一度そこを調査して、どうしてもできない部分については再度検討して特定診療科を決めていったらどうなんだという意見がありました。早急に特定診療科というを決めてしまうと、どうも不公平感が出てしまうのではないかという意見が多く

あり、もう一度よく見直して実施すべきだということでした。

今度、我々の各診療科のそれぞれの医師の配置を行っている各医局長に全て集まっていたいただき、各医局長に再度認識して頂いた下で、少数スポット、医師少数区域への配置をどのように入れていったらいいのかを検討します。

大きな問題があり、指導医がいないところに医師を送れないので、特に医師の少ない脳神経外科や血液内科等の診療科の、キャリア形成プログラムができないのかどうかを検討します。今年の外科もたったの10人だったということで、外科も本当に絶滅危惧種の1つにされております。

そのようなところも含めて、再度検討して、検討するだけではなくて、指導医をどのように、医師少数スポット、少数区域に配置していくかということが最も重要と考えます。指導医がいないところには、医師を送ることができないということをしかりと考え直してやらなければ、多くの修学資金を貸与された方々を受け入れる場所がなくなってしまう、このシステムそのものの存続が危惧されるようになってしまいますので、早急に対応策をつくっていかねばならないと考えております。

○川合委員 伊東市民病院の川合です。我々の病院も、医師少数スポットに置かれる病院として意見させていただきますが、キャリア形成に関してで、サブスペシャリティの指導医がいる必要はないと思います。サブスペシャリティの専門医をつくり、サブスペシャリティを磨く上でも、地域に出て、ジェネラルをやる時間があるといったことは、キャリア形成において必要だと思います。特にキャリア形成の初期においては、地域でサブスペシャリティを磨くためにもジェネラルをやる。地域にサブスペシャリティの指導医は必ずしも必要ではないと、いつも私は考えております。

○齋藤会長 続きまして、次の報告事項にまいります。

○内野地域包括ケア推進室長 地域包括ケア推進室長の内野です。

次期保健医療計画における在宅医療体制の強化について説明致します。資料4、10ページをお開きください。

次期保健医療計画策定のポイントです。

「概要」の1つ目にですが、今後見込まれる在宅医療の需要増加に向けて、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を計画に位置づけるとともに、適切な医療圏を設定することとなりました。厚生労働省からは、計画に位置づけるに当たっては、具体的な医療機関等の名称まで明らかにするよう求められています。

資料の左側、「在宅医療の提供体制」を御覧ください。

在宅医療圏とは、日常の療養だけでなく、急変時の対応等まで完結できる範囲となります。また、1の在宅医療圏には、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な

連携を担う拠点をそれぞれ1つは含んでいる必要があります。

資料10-2ページをご覧ください。

「現行の県保健医療計画と次期計画策定に向けての国指針との比較」です。

初めに、在宅医療圏についてです。

本県では、県長寿社会保健福祉計画の高齢者保健福祉圏域と一体性を持たせることや、地域医療構想における在宅医療等の必要量の算出の範囲である二次医療圏を在宅医療圏としています。

一方、国通知では、二次医療圏にこだわらず、急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとされています。

次に、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関についてです。

※印になりますが、積極的医療機関は、自ら24時間対応の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援を行いながら、医療や介護等の現場での多職種試験を行う医療機関となります。国指針では、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の医療機関から位置づけられることが想定されています。これらの配置の状況は、次の10-3ページののとおりです。

在宅医療に必要な連携を担う拠点についてです。

10-2ページの一番下にありますとおり、国指針では、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等のいずれかを連携拠点とするとしています。

ただし、連携拠点を位置づける際には、市町が行っている在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組と連携を図ることが重要となります。

最後に、今後の進め方についてです。10-4ページをご覧ください。

現在、各地域の会議等で、ただいま御説明した内容を地域の皆様に御説明するとともに、意見を伺っているところです。今後の予定ですが、7月下旬を目途に、地域の皆様からいただいた御意見を参考にしながら、在宅医療圏等の整理の方向性を検討するとともに、積極的医療機関や連携拠点の候補となる医療機関等にアンケートを実施し、現在の取組状況や計画に位置づけられることの可否についての意向を確認してまいります。

10月以降になりますが、アンケート結果を各地域にお示しし、在宅医療圏の範囲や積極的医療機関等について地域で御検討いただき、在宅医療に関する専門家会議であるシズケアサポートセンター企画委員会を経て医療審議会へ報告したいと考えております。

○齋藤会長 ただいまの報告事項について、委員の皆様、御意見、御質問ございましたら、お願いします。

各地域医療構想会議、各圏域で行っていてもいると思いますが、何か追加発言はございますでしょうか。

○小野宏志委員 静岡県医師会の小野です。

8月3日の各地域での会議も、この連携となる医療機関や、拠点となる医療機関、圏域についてのことを話し合うと思いますが、そのことについては、この今後の進め方の中に記載されていませんが、よろしいでしょうか。

○内野地域包括ケア推進室長 あくまで8月3日の県医師会と県と合同の会議ですが、計画策定のルートに乗った会議ではないと整理をしております。

○小野宏志委員 はい、分かりました。

ただ、そこで議論もとても重要だということを伺っていたので、質問しました。

また、在宅医療の体制は、この拠点となる医療機関や、医師確保、看護師確保等も重要になり、病院への不要不急の救急搬送や、病院で介護の必要度の高い人を地域で受け入れる、看取りを行っていくということもありますので、そういった医師確保、訪問看護の確保などということに関しても、引き続き議論をしていっていただきたいと思います。具体的に、どれぐらいの数値が必要かということも含めて、病院の方々とも連携しながら、数値目標を決めていけるといいと思っております。

○内野地域包括ケア推進室長 ありがとうございます。

具体的には、人数というのはなかなか難しいところはありますが、現行の計画でも、在宅医療を担う医療機関の数や、訪問看護ステーションについては、数値目標で定めております。今後も引き続き定める方向で検討してまいります。

○小野宏志委員 高齢者が増えてくると、介護施設での発熱、誤嚥性肺炎等もあり、そのような方を全て救急搬送しなくても、地域の医療機関の先生方と協力しながら、施設で診ていくこともできるかと思っておりますので、そのような議論も含めながら、数等の調整ができれば良いと思います。

○内野地域包括ケア推進室長 ありがとうございます。

○齋藤会長 これに関しては、事務局はそういう意見を検討してください。

○坂本委員 在宅医療分野ということで、こども病院の人間が声を上げるということは不思議と思われがちですが、小児医療も高度化が進んでくる中で、医療的ケア児の問題が大きくなっています。重症心身障害児の方もおります。成人から比べれば絶対数が少ないために議論が先送りになり易いと感じておりますが、今回検討を担当しておられる各施

設で“小児の在宅医療について議論がされているかどうかをお伺いします。そのような発言をする人間が入っていなければ、いつまで経っても小児から派生する在宅医療問題が解決しないと思います。在宅医療については小さな施設、グループの取り組みが始まってはおりますが、そうした小さなグループでは発言する機会がないのではないかと思います、この場で質問させていただきました。

○内野地域包括ケア推進室長 医療機関については国で、在宅医療支援診療所、在宅周辺病院等が示されており、「等」でどこまで含ませるかというところがあります。

必要な連携を担う拠点については、ここでは、「在宅医療・介護連携推進事業において」と書いてありますが、連携を担う拠点については、小児も含めた連携の拠点ということが、目標としては定められております。

○坂本委員 ぜひお願い致します。

○齋藤会長 重症心身障害児については、小野先生がかなり詳しくやっております。

○小野宏志委員 特別詳しいというわけではないですが、在宅医療に関しては、行政も、県の医師会も、どちらかという高齢者の担当になっています。

私は県の医師会で小児の在宅等を担当しておりますが、うまく連携がいないと言うと失礼になるかもしれませんが、担当が違うというところで壁になっていると考えます。

在宅医療、全世代型の地域包括ケアの問題を考えていくと、シズケアセンター等でうまく連携を取りながら、小児も含めて考えていけるといいのではないかと思います。これからの課題だと思っております。よろしく申し上げます。

○坂本委員 医師会の先生には本当に協力いただいておりますので、これからもよろしくお願い致します。

○齋藤会長 事務局、その辺の意見をよく検討してください。

○毛利委員 在宅診療ということで、急変時対応というものについて、しっかりと病院は自覚してやっていたらいいのか、診療所も、連携が構築できているのかという点について考えていただきたい。高齢者の方で在宅で医療を受けている方は、具合悪くなったら、すぐに三次救急に運ばれてしまうというのが今の現実なので、この手挙げしていただいているところは、ある程度の覚悟を持ってやっていただくということが、かなり必要だと思います。加えて、がんの協議会でも話をしましたが、やはりACPをどうするかについて、自宅でそのまま最期を迎えるんだという覚悟がある流れをきちんととつくっておいていただかないと、少し具合が悪くなったら、救急車がすぐに最寄りの救急指定病院、三次救急の病院に送られてくるということがあり得るため、きちんとつくっておいていただき

たいと思います。

○内野地域包括ケア推進室長 毛利委員から御指摘があった、何かあったときの三次救急、二次救急という現状があるということは承知しております。

10-3ページに掲げました病院については、あくまで厚生労働省からの指針に合致している病院、診療所の数を記載しているため、これらの全てが今後積極的医療機関となるとは考えておりません。

これらの病院等の取組の状況を把握できていないため、今後どのような取組をしているかをアンケート等で確認してまいりたいと考えております。計画に記載することで、そのようことをやっていただけるというお約束をしていただける形になると考えています。

○毛利委員 これは国が「この辺が候補です」と言っているのを、地図に描いてある病院が了解していないということが問題だと考えます。三次救急を診療している医療機関は、患者さんが来ればとにかく治療をするため、家族が知って「そんなこと診療してもらうつもりはなかった」等言われることがあります。

当直医がいない、その専門がいない、と言って診察を断る病院もあると聞いているため、名前を出すなら、しっかり受けてほしい、強い意志を持ってやっていただきたいと思います。

○内野地域包括ケア推進室長 現状、病院にアプローチをしているわけではないため、病院の、分布状況等を、会議で示すために地図に反映したいと考えています。病院の今後の意向の把握に努めてまいります。また、ACPについても、在宅医療とはまた別になりますが、県民への周知と医療従事者の皆様と取組の推進について記載する予定で考えています。

○川合委員 伊東市民病院の川合です。我々も地域包括ケアの中でどういう役割を果たすかという中で、特にがん患者の在宅診療を全て地域のクリニックの先生方に、うまく連携を図って、お願いするというふうな形にしたのですが、なかなかそうはいかず、一歩やっぱり踏み込んで、我々が訪問診療や在宅もしているという現状があります。国の政策ですので仕方がないと、諦めているところもありますが、200床という縛りがあるなか、関われば関わるほど、踏み込めば踏み込むほど経営的にはうまくいかないという現実もございます。ぜひその辺のことをこれから考えていただきたいと、現場の立場と感じております。

○小野宏志委員 在宅医療支援病院というのは、24時間、夜間でも患者さんを受け入れないといけないという要件ではなく、いつでも往診に行ける体制、その指示を出せる体制ということであるため、入院を受けるかどうかは別問題のとなります。

先ほど私も申しあげましたように、在宅を担当している医師・病院は、24時間、何かあれば、出向

いて、診察して、必要な処置をするということは、覚悟を持ってやらないといけないと思います。それによって不要不急の救急搬送も減らせると思います。二次救急、三次救急の先生方の負担も減らせると思います。

ただ、問題となるのが、今度は診療所の働き方改革の問題も出おり、私のところの診療所も、宿日直の許可を取れるかどうかは、今苦勞しているところであります。

そういったこともあり、もし、私たちの診療所が宿日直許可が取れないのであれば、夜間の急変のときの往診もできずに、また病院に搬送ということになってしまいかねないため、調整も必要かと思っておりますので、宿日直許可を取れるようなアドバイスをいただきたいと思っております。

先ほど各地域での在宅医療をしている医師の必要数と申し上げ、訪問看護の数が必要で出したほうがいいのかと申し上げたのも、夜間対応できる体制をつくるためでもありますので、そこを検討していただきたいと改めてお伝えしたいと思います。

○齋藤会長 この地図一つ取っても、非常に大きな問題を抱えており、なかなかここで議論を尽くし切れませんが、時間が来ましたので、次に行きたいと思っております。

報告事項3、4、5について、事務局からお願いします。

○松本医療政策課長代理 医療政策課課長代理の松本です。

報告事項3から5を一括して説明致します。まず、資料5、11-1ページを御覧ください。報告事項3、「令和4年度の紹介受診重点医療機関の協議結果」について報告致します。

昨年度から、患者の流れの円滑化を図ることを目的に、外来機能報告により把握しました基準の適合状況や医療機関の意向に基づいて、紹介受診重点医療機関を各圏域で決めていくこととなりました。

紹介受診重点医療機関は、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なっており、選定の基準は、資料の3、「紹介受診重点外来の基準」に記載のとおり、初診及び再診における基準が定められています。ただし、この基準を満たさない場合であっても、紹介率や逆紹介率を参考にした参考水準などを確認しつつ紹介受診重点医療機関を決定していくことになっております。決定に当たりましては、まず医療機関自身の意向が最大限に尊重されますので、意向がある医療機関のうち、基準を満たさない医療機関についての取扱いについても、各地域医療構想調整会議において協議をいただきました。

4の「令和4年度報告結果(確定値)」にあるとおり、令和4年度は県内の対象医療機関282施設のうち、基準を満たし意向がある医療機関が20施設。基準を満たすが意向がない医療機関が10施設、基準を満たさないが意向がある医療機関が19施設となりました。

11-2ページを御覧ください。

各構想区域別の状況をまとめていますので、後ほど御確認ください。

11-3ページを御覧ください。

地域医療構想調整会議での協議の結果、今回は計22施設を紹介受診重点医療機関とすることで協議が調いました。8月1日に県のホームページで公表する予定とです。

11-4ページ以降は、実際の協議のフローや診療報酬等に関して、国の資料を参考として幾つか添付しておりますので、後ほど御覧ください。

続きまして、報告事項4、「令和5年度における病床機能再編支援事業費補助金」について報告致します。資料6、12-1ページを御覧ください。

令和2年度から、厚生労働省が病床数の適正化に必要な病床削減に対して補助金を交付する制度が実施されています。

2の「事業概要」にありますとおり、支給要件として、地域医療構想調整会議の議論の内容及び医療審議会の意見を踏まえること、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います。

続きまして、3、「交付実績」になりますが、令和3年度は4医療機関、令和4年度は1医療機関を対象に交付の実績がございます。

続きまして、12-2ページを御覧ください。

令和5年度病床機能再編支援補助金の現時点での一覧となっております。熱海と志太榛原、西部の圏域で、合わせて1病院3診療所からの申請があり、全体で78床が削減される見込みとなっております。なお、この4件については、既に各圏域の地域医療構想調整会議にて議論していただいております、4件全てについて了承されています。

続きまして、報告事項5、「地域医療介護総合確保基金」。資料7、13ページを御覧ください。報告事項5の「地域医療介護総合確保基金」につきまして報告致します。

平成26年度から当基金を活用した事業を実施しています。

2の「基金事業化に向けたスケジュール」にあるとおり、本年度も、来年度、令和6年度の基金事業の実施に向けまして、事業提案の募集を、県内市町や関係団体にこの6月27日に依頼いたしました。提案団体からの提出期限につきましては、9月1日と設定して、依頼しております。

提出いただいた後、提案団体と県の事業所管課との間で、事業内容の詳細を詰め、県の令和6年度当初予算において事業化を目指す流れとなります。

3番に「事業提案の際に御留意いただきたい事項」としてまとめておりますが、この基金を地域医

療構想を実現するための有効なツールとして効果的に活用していくために、また皆様に御協力をお願いしたいと思っております。

○齋藤会長　ただいまの説明につきまして、御意見、何かありましたら、委員の方々、お願いします。各圏域の地域医療構想でも議論されているところではありますが、いかがでしょうか。

○佐藤委員　紹介受診重点医療機関ですが、当院は、再診基準を満たさないで認定を受けられないと思っていましたが、参考水準というのがあるということで、受けられるということになりました。ただ、当院は地域医療支援病院でございますので、紹介受診重点医療機関入院診療加算の800点に対して、地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できないと記載されており、地域医療支援病院の加算は1,000点あるため、地域医療支援病院の加算を取ったほうが良く、また、DPC係数も、紹介重点医療機関よりも、地域医療支援病院のDPC係数のほうが高くなっており、病院の収益としては入らないほうが良いと結論付けました。紹介受診重点医療機関のメリットがあれば内容を教えていただきたいです。

○松本医療政策課長代理　医療政策課課長代理の松本です。

地域医療支援病院で、23病院のうち21は、紹介受診重点医療機関にも手挙げをいただき、今認められたところです。

佐藤委員がお話されたように、地域医療支援病院と、紹介受診重点医療機関は200床以上等々、似通っている部分があり、診療報酬上は、地域医療支援病院の入院加算のほうが1,000点で高いですので、診療報酬上はそちらを取っていただきます。

看板として、紹介受診重点医療機関という看板を、2枚看板を掲げることができ、地域における貢献の部分で、広告が可能と国がメリットとして言っています。看板を掲げることができるという部分になりますので、診療報酬上の加算の部分では、お示した以上のプラスの部分はありません。2つ取得していただき、加算は有利なほうを使っていただくということになると思います。

○齋藤会長　ほかに御意見はございますでしょうか。

○内野地域包括ケア推進室長　地域包括ケア推進室の内野です。

先ほどの坂本委員から御質問いただきました小児の関係ですが、小児を丸々ではなく、障害サービスという記載になっておりますので、重症心身障害児はカバーできると思います。

○坂本委員　小児でも在宅医療が必要な人はいて、ゆっくりですけど増えていますが、絶対数が少ないので、それを専門にしたりとか、意見をまとめて体制づくりの提案をするという方が含まれていないのではないかと思います。しかし、必ず必要になる課題なので、国の少子化対策のような、成育基本法の中での指摘が始まると思います。そういう観点で、こ

ういう在宅医療の話をするときに、「小児領域の関係者の方はどんな考えや意見がありますか」という場や、そのような委員に少なくとも1名は入れてあるべきではないかという意味でした。

先ほど、医師確保というよりも、医療者確保という観点の中で、特に医師、薬剤師、看護師が十分にいないという問題が出ました。その中で、小西委員から言っていた、薬剤師の中に、産休・育休の話が出てまいりました。実は医師も産休・育休が現実には始まっており、女性だけの問題ではなく、男性の育児休暇も取得ができ、始まっています。看護師の領域は、昔は女性を中心であった事と、人数が多いことから、当院もそうですが、大体1年間で8%、産休・育休、退職による減があるということで年度初めには減少予定分を計画に入れた人事配置をしています。つまり当院であれば、400名弱のうち30名は欠けていくということの大前提にして、年度末に看護体制が維持できる看護師数を設定し、その設定値に30名を加えた人員体制で年度を開始するという方向でやっています。

それを考えると、ほかの医療従事者には人事の産休・育休に伴う年度計画みたいなものや計画がなく、この中の記載に「確保をするべき」「提供すべき」という、いろいろな言葉が入りますが、今、産休・育休、働き方改革を唱えている中で、この人材確保の中に、産休・育休を考えて、それぞれの領域である程度のパーセントの余裕を配置して、安心・安全を確保して、国の少子化対策にも寄与する、医療の安全を確保する。そのような考えを、厚労省もまだ入れられていません。静岡県が、医療従事者確保において、今の定数よりも、産休・育休、子育て対策を加味して増員を考えるべきだと思います。私の提案は10%増員ですが、安全・安心な医療政策につながるパーセントは検討のうえ数字を見つけていただきければと思います。以上、産休・育休の概念の盛り込みが全くないため、盛り込むことを提案させていただきます。

○浦野委員 社会健康医学大学院大学の浦野と申します。

話が変わりますが、先ほど、地域枠のキャリア形成プログラムで、浜松医大の松山委員は、サブスペシャリティの指導者がいるところに配置したい、また伊東市民病院の川合委員は、必ずしもそうではないとおっしゃいましたが、恐らく病院によって、どういう医師を育てたいかということで、随分違った形のキャリア形成プログラムができてくるのだと思います。

特に、医師少数スポットや医師少数区域にある病院の先生方は、自分のところで4年間、それから3年間、大きな病院、大学を含めて、そういうところへ送れる。あるいは少数スポットのほかの病院

との間で4年間分け合うこともできるという、いろいろなものができてくると思います。大事なことは、一番多くなって6自治医大も入れると68～69人が毎年研修するわけで、その人たちが必ずキャリア形成プログラムを取らなくてはいけないということです。

逆に、恐らく県からこれから依頼があり、キャリア形成プログラムをそれぞれの病院がつくるのだと思いますが、彼らから見てみれば、自分が7年間でどういうキャリアを形成したいかという目でもって、そのプログラムを見てくるということになりますので、それぞれの病院、それぞれの診療科のプログラムリーダーが魅力あるプログラムをつくれれば、いい奨学金受給者が来てくれるのではないかと思います。

○竹内委員 在宅医療についてお話をしたいと思います。先ほども議論されていましたが、在宅医療の積極的役割を担う拠点ということで、在宅療養支援診療所とか後方支援病院が出ています。調整会議の議論の中でも、この地図にあるように、各市町によっては全く診療所がない地域であっても、それ以外に実際に在宅医療を非常に熱心に担っている診療所がある地域というのはあります。「国の指針の概要」で、「自ら24時間対応の体制の在宅医療を提供するとともに」という項目は必須事項なのか、それともそうではなくて、何らかの例外措置があるのかによって、圏域によって手挙げをする数が変わってくると思います。既に高齢者が減っている賀茂や熱海の医療圏でも、訪問診療は2035年にピークを迎えるということで、まだ10年以上先で、在宅医療というのは非常に重要になってくると思いますので、定義付け、各圏域への照会を丁寧にやっていただきたいと思っています。

○毛利委員 静岡県も、2040年、50年ぐらいになると65歳以下と以上の割合が半々ぐらいになるように、高齢者の人口が非常に増えてきます。今どの先生方も、専門医をすごく目指していますが、高齢社会の中で、専門医がどこまで必要になるかなというと考えています。これから先、総合診療医、家庭医の需要が静岡県には増える中で、学生や、若い先生方はどういう診療科がどうなるかを意外と知らないなので、総合診療医に対して「これも面白いんだよ」等の、方向性を見せながら賢い選択ができるように促すことが必要と考えます。これから、病院の総合診療医を含めてですが、総合診療医が多く出てくるのが重要ではないかと考え始めており、それが適正かどうかということも議論していただき、方向性を出してもらえればと思います。

○小野宏志委員 今回、医療者確保という視点の話がありましたが、日本中至るところで人材不足が言われており、医療・介護だけではなくて、学校の先生や警察官、工場関係も人材不足が言われています。その中で、どのようにしたら、国全体としてバランスを取っていけるのかということも含めながら議論もできるといいかなと思います、本日はは聞かせて頂きました。医療・介護だけに人が集まっ

て産業に人が集まらなければ経済は成り立たず、そこがこれからの課題かなと思っていますので、そういったことを含めて、行政の方々と議論したいと思いました。

○齋藤会長　ほかにいかがでしょうか。

議論が尽きないところではありますが、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、御協力ありがとうございました。

進行を事務局に返します。

○司会　齋藤会長、本日の協議会の進行、ありがとうございました。

閉会に当たりまして、健康福祉部理事の赤堀から、本日の御協議につきまして、委員の皆様へお礼を申し上げます。

○赤堀健康福祉部理事　本日は御多用の中、令和5年度の第1回静岡県医療対策協議会に御出席いただき、そして、長時間にわたり議論を、貴重な意見をいただきまして誠にありがとうございます。

議題のうち、次期静岡県保健医療計画の策定につきましては、医療圏ごとの診療科別の医師数の分析や、医療圏を越えた連携の必要性の在り方、委員の皆様からいただいた御意見、課題を踏まえまして、今後、地域医療構想及び医師確保を中心とした医療従事者確保の項目に対する素案を作成してまいりますので、次の協議会では、素案について、皆様からの御意見を伺いたいと考えております。

2つ目の議題であります、県立総合病院に対する特定労務管理対象機関の指定につきましては、本日の委員の皆様からの御意見及び8月の医療審議会での意見を踏まえ、指定に関する手続を進めてまいりたいと思っております。

また、本日、報告事項2の「在宅医療の体制強化」について、小野委員や毛利委員からも御指摘がありましたとおり、医療と介護の連携、人材も含めた、そのバランスの在り方。また、在宅医療の進展が地域医療に及ぼす影響はさらに大きくなると考えられ、それらの調整は非常に重要になるというふうに感じております。

今後も、専門的かつ幅広い見地から、御意見をお伺いしてまいりたいと思っておりますので、引き続き本県の医療行政の御支援、御協力をお願いし、お礼の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。

○司会　以上をもちまして、令和5年度第1回静岡県医療対策協議会を閉会致します。長時間のご協議、誠にありがとうございました。

午後6時5分閉会