

令和5年度 第2回 静岡県医療対策協議会 議事録

日 時 令和5年11月21日(火) 午後4時～5時50分
場 所 ホテルグランヒルズ4階クリスタルルーム

出席委員

浦野 哲盟	大須賀伸江	太田 康雄	岡崎 貴裕	小野 宏志
小野 裕之	川合 耕治	神原 啓文	児島 章	小田 和弘
小西 靖彦	齋藤 昌一	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 19人

欠席委員

岩崎 康江 中野 弘道 小林 利彦 坂本 喜三郎

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	塩津慎一感染症対策課長
藤森修医療政策課長	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	塩津感染症対策課長
米倉克昌薬事課長	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	渡邊敏宏障害福祉課班長（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	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) 地域医療構想調整会議の開催状況
- (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2回静岡県医療対策協議会 会議録

令和5年1月21日(火)

ホテルグランヒルズ静岡4階クリスタルルーム

午後3時59分開会

○司会 ただいまから令和5年度第2回静岡県医療対策協議会を開催いたします。

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ご挨拶申し上げます。

○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と申します。

会議の開催に当たりまして、一言ご挨拶申し上げます。

本日は、「第9次静岡県保健医療計画の策定」などについてご協議いただくことになっております。前回、7月の協議会におきましてご議論いただきました骨子案を基に、本協議会や関係する専門家会議でのご意見を踏まえ、計画の素案を作成いたしましたので、本日は、その内容について皆様からご意見をいただきたいと考えております。

このほかにも、「特定労務管理対象機関の指定」の議題のほか、4件の報告事項がございます。

委員の皆様方におかれましては、次期計画をよりよいものにするために、ぜひ活発なご議論をいただきますようお願いいたします。本日は、どうぞよろしく願いいたします。

○司会 本日は、委員23名のうち、リモートでの参加も含め、19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、齋藤会長、お願いいたします。

○齋藤会長 議事を進めます。本日は、議題が2件、報告事項が4件です。

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。

○藤森医療政策課長 「第9次静岡県保健医療計画の策定」について説明いたします。

本編資料の資料1をごらんください。

議題1につきましては、第9次静岡県保健医療計画のうち、「地域医療構想」及び「医療従事者確保」の項目に関してご意見を伺うものです。

1-3ページをごらんください。

保健医療計画の全体構成案です。全12章で、別冊での圏域版による構成を予定しております。医療対策協議会は、県単位の地域医療構想調整会議の役割と、医師等医療従事者確保に関する方針を所掌しておりますので、本日協議いただく項目は、第4章の「地域医療構想」と第8章の「医療従事者確保」となります。

1－4ページをごらんください。

本日は、12月22日の医療審議会に向けて、素案について協議いただきます。なお、本日の素案につきましては、医師確保部会等の関連する専門会議にて協議・検討を行なっています。

1－5ページ、それから1－6ページで、本日協議いただく素案の内容について、こちらで概要を一覧としてまとめております。

1－7ページ及び1－8ページには数値目標等をまとめております。

1－9ページには、これまでの会議における保健医療計画の記載内容に関する委員からのご意見に対する対応について、表として一覧でまとめたものです。本日の素案は、こちらでいただきましたご意見を踏まえ作成しているところです。

本日は素案の協議ですので、別冊の「第9次静岡県保健医療計画<素案>」の素案で説明します。

別冊1－1ページをごらんください。

別冊1－1ページは「地域医療構想」に関する項目です。現在の地域医療構想は2025年に向けた構想で、国においては新たな地域医療構想を検討しておりますことから、今回の改定では大幅な修正は行なわず、次期計画の中間見直しで反映していく方針です。

現計画からの変更箇所を下線としておりますが、主な改正点は、病床機能報告の数値などの時点更新のほか、1－10ページの、現計画策定後の平成30年から開始した「静岡方式」の取組を追加で記載しております。

別冊2－1ページをごらんください。

「医師」に関する項目です。

対策のポイントは、「県内医療施設に従事する医師数の増加」「地域間・診療科間の偏在解消」「医師の県内定着の促進」としております。

数値目標は、国が策定した医師偏在指標における下位3分の1を脱するために必要な医師数に加えて、本県独自の目標医師数として「医師少数スポットの勤務医師数」を新たに設定いたしました。

別冊 2 - 14ページをお開きください。

「今後の対策」といたしまして、さらなる医師不足解消に向けて、医学修学研修資金被貸与者の今後の配置調整の在り方について検討していくこと。また、医師少数区域等に派遣される医師の能力開発及び向上を図るため、キャリア形成プログラムの再構築を推進すること。地域における今後の医療需要の変化に対応した幅広い総合診療能力を有する医師の養成を推進すること。「ふじのくに女性医師支援センター」において、女性医師の活躍の場を広げるため、将来的に病院管理を担う人材を育成するための取組等を推進していくことを新たに記載いたしました。

別冊 3 - 1 ページをごらんください。

「歯科医師」につきましては、対策のポイントとして、「誰もが受診できる歯科医療提供体制の確保」「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」を挙げております。

数値目標では、市町事業への協力や訪問診療、障害者歯科診療の実施が認定要件である「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所数」を新規で追加いたしました。

(1) の「現状」にあるとおり、2020年末における本県の歯科医師数は2,376人となっており、人口10万人当たりの歯科医師数は65.4人で、全国値の85.2人よりも少ない状況です。人口10万人当たり医療施設従事歯科医師数は、2018年末と比較して、全国値は増加しておりますが、減少している都道府県は全国で6県あり、本県はその6県のうちの1つです。

3 - 2 ページをごらんください。

(2) の「課題」としましては、これまで以上に医科歯科連携等の多職種連携が求められていること、歯科診療の機能分化、訪問歯科診療の充実、要配慮者への歯科診療提供体制の推進、またかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所が全歯科診療所の約16%にとどまっていること、歯科保健を推進する歯科医師の育成を課題としております。

「対策」としましては、医科歯科連携等の連携体制推進の支援、歯科訪問診療体制の充実、要配慮者への歯科診療のための人材育成・確保、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の増加、オーラルフレイル予防等を推進する歯科医師を養成いたします。

別冊 4 - 1 をごらんください。

「薬剤師」に関する項目です。

対策のポイントには、中2つの「資質向上」と「かかりつけとしての役割・機能の発

揮」に加えまして、協議会等でのご意見や国の薬剤師偏在指標の公表を受け、「薬剤師の必要数の確保」、専門部会である薬事審議会からの「病院や薬局での薬剤師の役割を周知すべき」との意見を受け、「薬剤師の職能の周知」を新たに位置づけております。

数値目標には、薬剤師確保を新たな対策のポイントとしたことから、今年度実施した病院調査の結果明らかになった、県内病院の不足薬剤師数である127人の解消を目標としました。

また、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を強化する研修受講者数は、全ての薬局を対象とする現行計画の考え方を次期計画でも継続してまいります。

そして（１）「現状」につきましては、薬剤師数を最新の統計データへ更新するとともに、国の薬剤師偏在指標に基づく本県の分類結果を記載しております。

別冊４－２ページのウでは、「病院薬剤師の業務の変化を明確にすべき」とのご意見を受けたことから、その具体的内容について記載しております。

別冊４－４ページの（２）「課題」では、特に病院薬剤師の確保について、薬剤師の職能の周知について、必要性を記載しております。

「対策」といたしましては、１つ目の薬剤師の県内就職の支援について。２つ目の、高校生の薬学部進学促進、子供たちの薬剤師や薬学部への関心の向上について。３つ目の、病院薬剤師間、病院と薬局の薬剤師間の交流の支援について、薬剤師確保に関する対策を新たに位置づけ、別冊４－５ページに県民に対する薬剤師の職能の情報発信、理解促進と薬剤師のやりがいの創出を追加いたしました。

別冊５－１ページをごらんください。

「看護職員」については、対策のポイントとして、看護職員の総数の確保に加え、需要が増大する訪問看護に従事する看護職員や感染症拡大への迅速・的確な対応等のため、「特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の確保」としております。

数値目標は、認定看護師数、特定行為研修修了者の目標値を増加させるとともに、新たに「特定行為指定研修機関及び協力施設数」を設定しております。この目標については、県内医療機関に調査を行い、今後養成が見込まれる数を踏まえて設定いたしました。

別冊５－１４ページをお開きください。

別冊５－１３ページから「対策」が書いてありますが、別冊５－１４ページに、対策として新たに記載した主な取組として、イ、「離職防止・定着促進」では、看護職員のライフ

ステージに対応した働き方を支援する相談窓口の運営や看護補助者の確保について。ウの「再就業支援」では、離職時届出制度のさらなる普及と、定年退職前後の看護職員の再就業について。エ、「看護の質の向上」では、特定行為研修修了者の養成と就業の促進の取組等について。オ、「医療・介護・福祉の連携強化」では、在宅医療に関する看護職員確保についての取組を記載しております。

別冊 6 - 1 ページをごらんください。

「その他の保健医療従事者」に関する項目です。

こちらには、診療放射線技師、臨床検査技師など、医療に関わる国家資格を有する職種について記載しております。今後も、関係団体、そして関係機関の行なう研修会・講習会等への支援を通じて、人材の育成、資質の向上を図ることとしており、関係団体等からの意見や法改正を踏まえて改定しております。

6 - 9 ページをごらんください。

16、「公認心理師」でございますが、今回、公認心理師が2017年に国家資格として法制化されましたので、新たにこちらに追加しております。

別冊 7 - 1 ページをごらんください。

次に、「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」についてです。

対策のポイント及び数値目標につきましては、引き続き県内全ての病院において勤務環境改善に取り組むことを目標として、同様の内容としております。

現状の取組として、記載内容を整理し、「医療従事者の勤務環境改善」と「医師の働き方改革」の2項目に分けて記載しました。

別冊 7 - 4 をお開きください。

(3)「対策」としましては、医療機関における医療勤務環境改善計画に基づく取組を継続的に支援することや、全ての医療従事者のタスク・シフト/シェアを推進するため研修を実施すること等を記載しております。

別冊 8 - 1 ページをごらんください。

「介護サービス従事者」に関する項目です。

対策のポイントとして、「看護職員の新規就業の促進、職員育成・職場定着の促進」「介護現場の生産性向上の推進」「介護支援専門員の確保・育成・定着」の3つを挙げております。

数値目標につきましては、現在、第10次静岡県長寿社会保健福祉計画の策定に向けて

集計中です。

別冊 8 - 2 ページをごらんください。

(3) 「対策」としましては、「看護職員の新規就業の促進、職員の育成・職場定着の促進」に関して、元気高齢者等の介護分野への就業促進や外国人介護人材の受入れ・定着等に係る総合的な支援を進めてまいります。

「介護支援専門員の確保・育成・定着」に関しては、介護支援専門員の人材不足に対応するため、仕事の魅力発信や業務の負担軽減、ケアマネジメント、AIの導入・活用を進めます。説明は以上となります。ご審議のほど、よろしくお願いたします。

○齋藤会長 「次期静岡県保健医療計画の策定」について、委員の皆様方のご意見、ご質問をお受けします。いかがでございましょうか。

○毛利委員 別冊 2 - 1 の医師少数スポットの病院の勤務医師数は目標値を一応設定されていますが、具体的にどのように具現化していくのか。

更に、勤務医師数の上限人数は、地域によって問題もあるかと思いますが、4倍程度に医師数を増加することを想定している病院は受入れ可能という理解でこの議論を進められるのかということをお答えいただければと思います。

○松林地域医療課長 別冊 2 - 1 の医師少数スポットについて、昨年度議論いただき、賀茂が医師少数区域の中で人口10万人当たりの病院勤務医数が一番多いということで、これと同等のところを医師少数スポットと設定させていただきました。今の時点でそれぞれの病院の受入れ要望数を足したものということではなく、上の医師偏在指標と同様に、全国的に見た医師少数区域（下位3分の1）を脱するために必要な医師数を記載したところです。

達成手段については、医師少数スポットに設定をすることでキャリアアップの補助金の対象になっておりますので、今各病院に案内をしています。

また、地域枠等の医師のキャリア形成プログラムは医師少数スポットの病院も含んで、初期研修後の7年間のうちの4年間を回っていただくプログラムを再構築する中で配置を進めていき、医師の増加を図るような取組を進めてまいりたいと考えております。

○毛利委員 これは人口10万人当たりで見たときの行政がつくったシナリオだと理解しましたが、今後医師確保部会で、奨学金生を中心に議論が進んだ時に、指導医や色々な問題の整合を取って実際どこまでやれるのかを柔軟な対応で対応していただかないと、医師確保部会も混乱するかと思います。

○小野（裕）委員 薬剤師について伺います。当院も病院薬剤師が非常に少ないということが問題になっており、別冊4-3を見ても、薬局は薬剤師多数県になっているますが、病院は非常に少ない薬剤師少数県になっています。

薬剤師の業務の問題や、やりがい記載されていますが、どうしてこのようことが起こるのかを薬剤師に聞いたところ、6年制になり多額の奨学金を返済しなければならぬため、給与の高い調剤薬局に比べ、病院とは差があるため、薬局に流れてしまうというような状況があるようです。学生さんにとって、お金の返済は切実な問題です。県として奨学金制度を行っているか読み取れなかったため、県として奨学金等の施策は考えられているのでしょうか。

○米倉薬事課長

奨学金の話題になりますが、今年度、病院にアンケート調査を実施致しました。21の病院で奨学金制度を設けていると聞いております。ただ、実際利用されているかという点、21病院の中で5病院しか利用されていないということで、利用の状況が非常に良くないということを感じています。

他県でも奨学金制度を開始したところもありますが、今年度山形県や佐賀県でも、応募する者があまりにも少なく、どうやって情報を広めていくかというような話題になっているということです。実際奨学金の話がありますが、いろいろな思いを持って就職活動を行なっている中で病院の就職活動が、ほかの企業の就職活動や、薬局の就職活動に比べてマイナーな就職活動だということが、学生の情報、病院アンケートで、判明しました。奨学金ではなく、就職の情報を学生に伝えることが、我々すべきことだと考えており、今回は奨学金制度については記載しておりませぬ。

病院の薬剤師も当然医療の一員を担うというやりがいの中で行なっているのも、単に報酬だけという学生ばかりではありません。、やりがいが潰れていくこともあるため、今の時点では、奨学金を実施する状況ではなく、学生に、病院のよさとか、病院が「皆さんに来てほしい」とに言っているという情報を伝えていくことが優先であると考えています。

○小野（裕）委員 薬剤師に聞くと、「奨学金を返さなければならぬため、初任給が十何万違ふとどうしても飛びついてしまいがちになる」という話は聞いています。考え方は分かりました。

○齋藤会長 県が情報発信も病院に代わり進めてるな発言でしたので、就職活動、奨学金

についても、宣伝してもらいたいと考えています。

○毛利委員 今年から、県が主催で、病院の薬学生向け広報活動をするということは聞いています。薬学生も、どこで募集をかけているのかというのがよく分からないという声を聞いていますので、1つのきっかけとして切り抜いていけばいいのではないかと思います。

○小野（宏）委員 地域医療構想の説明で、病院医療以外の在宅医療について今回しっかりと書かれています。医師確保のについて、在宅医療に関する記述が少ないかなと思います。県のと協力して行なったアンケートで、「将来的に在宅医療に取り組んでいるか分からない」と言っている開業医の先生もおり、事業継承や、在宅医療への参入を促進するために、「こういった地域ではこれぐらいの在宅医療の需要があって、どれぐらいの医師が必要なんだ」ということを、ある程度示したほうが良いと思います。

第9次静岡県保健医療計画の中では、在宅医療は独自に圏域を設定することにもなり、それに向けて救急を診る病院の協力も必要です。在宅医療のがしっかりしなければ何でもかんでも病院になってしまいます。在宅医療を担当する医師が、ふだんの健康管理や急変時の対応、看取り等にしっかりと対応できることがあって初めて病院の先生方との協力関係ができると思いますので、在宅医療に関する医師確保の記述を第9次静岡県保健医療計画の中ではしっかりとしていただきです。

○松林地域医療課長 在宅医療は、大変重要な要素と考えております。本県の場合、人口当たりで医学部定員が非常に少ない中で、今やっと初期研修については人口規模並みの初期研修医を確保してきました。こういった方々がそれぞれの専門領域に進まれて、その中の1つに、総合診療専門医、あるいは家庭医という領域で病院で勤務をして、さらには診療所で在宅医療を支えるという形になるかと考えます。

県も、浜松医科大学の協力を得て家庭医の寄附講座を設けています。地域包括ケアを支える医師の養成にも取り組んでいますが、在宅医療に関する医師確保の記述が十分でないということにつきましては、記載の内容を検討させていただきます。

○浦野委員 別冊2-14の静岡県医学修学研修資金について、「静岡県の奨学金には産科・小児科・麻酔科の専攻医も含まれていることを周知することで、本県に必要な診療科へ誘導を図ります」と記載してあります。これはこれだけに限るということではなく、全科ということですので、あまりインパクトの強い方策ではないと思います。後で出てきます特定診療科は、主に地域枠の人たちを対象に特定の診療科に誘導しようというも

のです。議論もあるところで、県としては、今どの診療科の人が足りなくて、そこに誘導しようとしているのか。あるいは、これは奨学金をもらっている人たちに限った政策ですが、もらっていない人たちも含めて、どのような方策で、どのように誘導しようしているのでしょうか。

○松林地域医療課長 不足している診療科については、全ての診療科で不足が見られています。働き方改革の影響を受け、不足数が増加をし、今年4月時点では、県全体で配置対象の55病院の中で670名の不足があるということで、どの診療科についても不足をしているところです。

産科・小児科等について、この奨学金制度が始まったところから既に課題になっており、これについては、医学生だけではなく、専門研修中の方にも奨学金の貸与を行なっているという制度の説明をしました。

令和2年度に、原則6年間貸与に奨学金の制度改正を行なったので、奨学金を借りて、卒後9年間勤務をする先生方がこれから増えますので、キャリア形成プログラムを含めて、奨学金を借りて働く先生方の専門性、キャリアを支援しつつ、どうやって医師不足の解消につなげていくか、来年度の計画以降もその方針を具体的な形にしていき、不足の解消に一刻も早くつなげたいと考えております。

以上でございます。

○神原委員 医師の研修プログラムということで、いろいろ苦勞されていると思いますが、非常にいいプログラムを持っている病院は、1病院、あるいは派遣病院1病院でやっていけるとは思いますが、地域に出ると、なかなか疾患の中身、あるいは患者さんの層その他で、1か所では満足できない、あるいは十分な研修が受けられていないと思われる先生方も結構いるのではないかと思います。

そういう意味で、大きな病院がない地域でもネットワークをつくって、「いろんな分野で勉強できるよ」「学べるよ」ということをアピールしていただければ、魅力が増えると思います。

○松林地域医療課長 できるだけそういった形にしたいと考えております、浜松医科大学は、もともとそういった形でプログラムを組んでいただいておりますが、それ以外の静岡県立総合病院や、順天堂静岡病院も、今そういう形で取組を進めていただいております。それ以外の病院も、地域の病院を巻き込んだ形で、プログラムの整備をさらに進めていただいておりますので、そういった取組をさらに進めていきたいというふうに考え

ております。

○鈴木委員 別冊2-1の数値目標について、現状値と目標値があり、目標値は2026年度に到達すればいいという数字になっています。

それで、医師少数スポットの病院が一番最下段にあります。この中の勤務医師数の推移で見ていくと、三島市と裾野市と静岡市の清水区が30人以上の増加を目指しているということになっています。これは単に医師を配置することばかりではなく、若い先生方が育ってそこに配置されるときに、教育体制がどのように構築されているか、医師少数区域で果たしてそれがどこまで実現可能なのか、そのようなことを含めていかないと、数字合わせになるということに危惧します。

○松林地域医療課長 奨学金の医師を配置するにしても、若手の先生を配置するには、指導体制が十分でないとなかなか配置が難しいという形になっています。キャリア形成プログラムもですが、様々な形で病院の指導体制をできる限り支援をしていく中で、これから卒業する地域卒の医師の配置等を進めていくような形で取り組んでいきたいと思っています。

特にキャリア形成プログラムについては、医師少数区域・スポットと、そうでない地域も含めた形でプログラムを整備することの中で、4年間は医師少数区域・スポットを回っていただいて勤務をしていただき、それ以降も定着をしていただけるような形で取り組んでいきたいと考えております。

目標については、先ほども説明しましたように、行政的に「医師少数区域と同等になるような医師の数というのは大体このぐらいになります」と出しておりますので、実際にこの中でどういった形で医師を増やしていくかということについては、これから医師確保部会も含めて、様々な議論の中で取り組んでまいりたいというふうに考えております。

○鈴木委員 ハードルが高いと思いますが、よろしく申し上げます。

○竹内委員 別冊2-1で、基本的に、この医師の数値目標の考え方というのは、人口10万人当たり病院勤務医数に当てはめてということで、ある意味機械的に計算すると、この人数になってしまうということですが、医師少数区域である上の3つの医療圏と医師少数スポットの目標値を足すと、380人とかなりの人数に上ります。

国でも、地域医療構想と医師確保計画、医師偏在指標をセットで議論されていますが、それは、限りある医師や看護師等の医療従事者の方々に、どのように最大限の力を発揮

していただくかということであるわけで、この数値目標は「均てん化を図るとこうなります」ということになります。逆に言うと、今議論にあるように、研修体制や、それぞれの地域の病院の医療機能を考えたときに、本当に目標の数だけ医師が必要なのかどうか。あるいは、地域の中でこれからどういうふうな体制を組んでいくかというとき、一度数値目標を立ててしまったときに、それを達成するのかもしれないかという議論に必ずなります。例えば、天竜区で7人が25人ということで18人プラスになったときに、本当に医師が必要なのかということは、非常に難しいというのは十分理解した上ですが、地域医療構想を担当する医療政策課と十分議論して、計画をつくっていただきたいと思っています。

○中村委員 薬剤師のことにに関して、先ほど県独自で頑張っていただけというありがたい言葉をいただきました。実際に薬剤師の確保はどここの病院でも苦しいところです。病院ごとに、一生懸命あちこちの大学に「お願いします」と言っている一方、薬局に関していうと、チェーン店が全国展開して就職に対応している。あるいは大手企業の場合は、もう一部上場の大きな企業が全国展開していますので、学生は「行ってみたいな」と考えられます。

ぜひ静岡県では、病院単位で一生懸命やるのではなく、例えば静岡県出身の薬剤師を全国で把握して県内に誘導するようなことをしていただく等、県としていろいろ動いていただければと思います。確かに初任給は薬局のほうが10万ぐらい高いですが、生涯獲得年収だと、病院には昇給制があり、病院の薬剤師と薬局の薬剤師はほとんど変わらないというような結果が出ております。病院に勤務する薬剤師は患者を間近に見て、医師と相談しながら治療するところを更にアピールし、ぜひ病院を、静岡県一丸となるような形で県がサポートしていただき、どのようなことをやるかというのをもうちょっと具体的に出していただけると病院としても手伝えると思います。

○米倉薬事課長 先ほどの「50病院が参加して」という話があるように、薬剤師が不足しているという状況を受け、今年度から、県主導という形で、病院をひとまとめにした合同就職説明会の様なことを行なう段取りをしております。

病院の皆様と薬剤師の状況は異なり、医師や看護師は基本的には医療関係施設で就職するのが多いんですが、薬剤師の場合は、3分の1が病院、3分の1が製薬メーカーの様な企業、あと3分の1が、ドラッグも含めてですが、物販も含めて調剤薬局と3等分にされているような状況です。

特に企業の部分については、一般の民間の企業の就職の状況に流されていきますので、自ずと病院の薬剤師の採用活動が遅くなります。い葉葉学生は、国家試験に合格することを目標にしておりますので、できるだけ早く活動のほうを終了したいというような思いもまたそこに出てきます。生涯賃金等を聞くと、当然のことながら同じぐらいの金額になるということは理解しているかもしれませんが、とにかく早く就職活動を終わらせたいというのが本音の状況です。情報がなくなると、選択肢から外れていくということになりますので、できるだけ一固めにして情報が伝わるように行なうというのが今やろうとしていることでもあります。

○佐藤委員 医師の確保で、地域間と診療科間の偏在解消というのは非常に重要なポイントだと思いますが、地域間の偏在解消というのは、今後キャリア形成プログラムの学生、医師が増えることによって、ある程度解消するのかなと考えております。

問題は診療科間の偏在解消というところで、特に静岡県で不足している産婦人科、小児科の診療科間の偏在解消をどうするのかというのが今後の課題だと考えております。例えば産婦人科を特定診療科にして、その診療科に行きやすくするとか、そのようなことを今後考えていかなければいけないと考えております。

実際は、産婦人科の医師が非常に危機的な状況だと思います。来年度に始まる働き方改革の問題もあり、少子化対策にも影響してくるのかなと考えております。産婦人科の分娩の産科手当等を出していただいているんですが、それだけではなく、医師数を根本的に増加させる必要があると思います。今後そのようなことに力を入れてやっていくことが必要と考えております。

○児島委員 別冊2-1の医師偏在指標のところ、富士医療圏は医師少数区域ということで、約52名ほど増やせば下位3分の1から脱するという算出をしています。実感としては、やはり今年度になってからも、「二次救急を受けられません」、あるいは「専門外来は閉じます」という病院が続出している関係で、各病院ともぎりぎりの人数で診療を回しているというのが現状です。

ですので、この約52名ほどを目標値にしたところで、恐らく今の医療事情は、救急も含めますとなかなか解消しにくい数字かなと思っています。617名以上の医師数がやはり必要かというふうに考えております。

○齋藤会長 県で数字以上の検討をしていただきたいと思います。

○神原委員 単一病院で充足するという事は難しいことでもありますので、ネットワー

クを上手につくり、複数の病院をうまくローテーションできるようなものにされれば、地方の病院でも満足度の高い研修プログラムを作成できると思いますので、ぜひ御検討いただきたいと思います。

○**毛利委員** 診療科の偏在がある中で、集約化と均てん化をどう進めていくかというところが、全ての根っこにあるところだろうと思います。医師確保部会を中心としたことになるのだろうとは思いますが。「心臓外科医はたくさんはいらない」、「集約化しましょう」、「でも、均てん化したほうがいいですよ」という議論は早急に詰める必要があると考えます。県としてはどう考えているかをお聞きしてください。

加えて、その他の職種について書いてありますが、別冊6-4の臨床工学技士について「機械をちゃんと整備しますよ」と書いてあります。これはもう少し、手術の直介等、医療法でできるようになってきているというふうに伺っていますので、そのようなところも入れておいていただきたいと思います。

それからあと、名称はいろいろありますが、メディカルクラークやドクターズクラークという病院でも非常に力になっている方々の役割も加えていただければありがたいと思います。

○**奈良健康福祉部参事** 議論中ではありますが、例えば外科のクリニカルデータベースを見ると、症例が多いところが成績がいいというのが分かってはいます。ただ、県がどのような形で県内の病院に伝えて、どうするかという話がまた次に出てきます。他にも、循環器のTAVI、経カテーテル的大動脈弁置換術等も、100症例程度を超えないと成績が伸びないという話もありますので、可能であれば、我々は基礎データは持っていますので、そういうデータを示した上で、圏域にどれぐらい「選択と集中」をするか考えたいと思います。

また、ほかの診療科でもどういうことをやったほうがいいのかというのは、またご意見を皆さんに伺って決めていきます。

○**小野（宏）委員** 看護師について、特定行為研修の話が出ています。特定行為の研修を受けていただくのはとても良いのですが、実際にその特定行為の研修を修了した人の活用がまだうまくいっていないところもあると思いますので、そのようなこともこの計画の中に盛り込んでいただければと思います。

在宅医療に関して、特定行為の研修を受けた人が入ってくるのはとてもいいことですが、その活用の問題と、あと、訪問看護が足りないところがあり、特定行為の人が優遇

されると、普通の看護師さんたちが入りにくいといった雰囲気をつくってしまうといけないかなと思っています。特定行為の研修をいろいろな訳があって受けられないながらも、とてもすばらしい訪問看護をしてくださる方もいるため、そのようなことにも配慮した医療計画ができるといいと思います。

そほかの職種について、例えばレントゲン技師や臨床検査技師は、在宅にも出かけて検査をしています。そのようなことが広まると、急性期病院にある程度頼らなくても、良い自宅での診療ができることもありますので、そのようなことも計画に盛り込んでいただきたいと思います。

○**村松医療人材室長** 特定行為研修について、まず総数を増やすという取組を進めているところです。、どのようにご活躍いただくかという部分は病院、診療所、在宅の部分で、それぞれ活躍できる局面が異なる部分があります。県としては、特定行為研修を修了された方々が現場で持たれている課題を共有する場をつくる、医師との連携を図ることがとても大事になってくると思います。皆様から意見いただいたり協力いただいたりし、特定行為研修が十分に現場で機能できるように取組を進めてまいります。

訪問看護の人材の確保については、どのような形で看護職員の中で訪問看護師を目指される人を増やしていくかは、今後、現場の声を承りながら取組を進めてまいります。

○**川合委員** 医師少数スポットや医師少数区域に所在する我々のような地域の病院で本当に必要としているのは、専門医や内科のサブスペシャリティを持っている医師では必ずしもありません。一番最も必要なのは、内科でいいますと総合内科になります。そのような医師の派遣が一番望まれ、合理的に機能できると思っています。これはキャリア形成プログラムにも関わる問題ですが、そのような考え方をぜひ見ていただきたいと思います。外科も含め、「総合診療医」という言葉がありますが、そのような分野を得意にするドクターが活躍できる場所、地域だと思っていますので、ご配慮をお願いします。

○**松林地域医療課長** 特に地域枠の医師がこれから大幅に徐々にだんだん出てくるわけですが、在学中から、卒前支援プランという形で、各地域枠を設置していただいている大学に、例えば実習をどういう形で県内でやっていただくか等、そのようなことを聞いて、受けていただく病院さんとのマッチングを今進めています。大学1年生の頃から実習で川合委員の病院にも伺う機会があると思いますので、我々も含め、「地域ではこういう幅広い領域の医師が求められているんだ」ということを一緒に伝えていけたらいいと考えております。

また今回、医療計画の中では、特に病院でご活躍いただけるような総合診療専門医の育成に取り組んでまいりたいと思っております。そのようなものも実現できるように取り組んでいきたいと思っております。

○川合委員 加えて、常々申し上げておりますが、内科でいえばサブスペシャリティ専門医に関しても、将来のキャリア形成に関して、地域で何年間かを総合医として過ごし、経験するということは、専門性を磨く上でとても大事になります。そのような考え方もぜひ目を向けていただきたいと思います。

○齋藤会長 県で検討していただきたいと思います。 次の議題、「特定労務管理対象機関の指定」について、事務局からお願いいたします。

○松林地域医療課長 資料2-1ページをごらんください。

協議事項の(2)「特定労務管理対象機関の指定」についてです。

1の「趣旨」をごらんください。

静岡徳州会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、本協議会のご意見をお伺いします。

前回の医療対策協議会で静岡県立総合病院について意見を伺い、指定をいたしました。今回の静岡徳州会病院が2病院目となります。来年4月からの医師の時間外労働の上限は年間960時間以内が原則となりますが、県の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となっております。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」です。

国の医療機関勤務環境評価センターの評価結果の通知がございました静岡徳州会病院から、5月31日付けでB水準の指定申請がありました。いずれの要件も全て満たしております。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。

2つ目の表、「申請内容」のところをごらんください。

B水準は、救急医療等のために特例水準適用が必要となるものです。

意見聴取の手続のようですが、11月15日に静岡の地域医療協議会で意見を聴取しており、その後、医師確保部会でも書面により意見聴取をし、いずれも特段の意見はございませんでした。

3の「今後のスケジュール」ですが、今後、本日の意見聴取結果を添えて、12月22日開催の医療審議会において法定の意見聴取手続を行ない、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します。

2-2ページにつきましては、B水準としての要件を全て充足していることを確認しています。

○毛利委員 医師確保部会のほうに出て「特段意見はありません」とし、地域で「これでよいでしょう」という意見があった件に反対する根拠はないため、そのまま粛々と進んでいただければ良いと思います。

○齋藤会長 続きまして報告事項に移ります。

報告事項(1)につきまして、事務局から説明をお願いします。

○松林地域医療課長 報告事項(1)「医師確保部会の開催結果」について、ご報告いたします。

3ページをごらんください。

10月24日に医師確保部会を開催いたしましたので、その結果について報告致します。

3の「協議事項」でございますが、3点です。

(1)の県キャリア形成プログラムの再構築につきましては、地域卒卒業医師等を対象とするキャリア形成プログラムの再構築を進める中、13の診療科のプログラムリーダーから、「どうしても医師少数区域等4年間の要件を満たすことができず、特定診療科とする必要がある」との意見の提出があり、事務局で説明をした上で、医師確保部会の委員の意見を伺いました。これについては、引き続き協議をさせていただいているところです。

(2)の第9次保健医療計画の医師確保に係る記載事項について、国では「医師確保計画」と呼んでおりますが、先ほど協議いただきましたこの素案について、意見を伺いました。

(3)の医師の働き方改革につきましても、協議事項(2)で説明をさせていただいた静岡徳州会病院からの特定労務管理対象機関の指定申請について、ご意見を伺いました。

報告事項といたしましては、配置調整及び、JCHO桜ヶ丘病院がへき地医療拠点病院となったことに伴う公的医療機関等の追加などについて報告をさせていただきました。

○松山委員 医師確保部会で、これから決めなくてはならない非常に重要な、キャリア形

成プログラムにおいて、実際にどのような形で医師少数スポット、少数区域へできるだけ多くの医師を研修で派遣することができるかということも含めて、各科の医局長に集まっていたいただき、形成しているプログラムを全て確認しております。実際のところ、どう考えても心臓血管外科等は、医師少数スポット、医師少数区域にでの研修を4年間入れるとプログラムが組めないものもあります。このような診療科が数科あります。

ただ、総合診療部、総合診療科は、希望する医師の数が最も少ないというのが現状ですので、例えば内科の基本領域を選択した場合に、ある程度呼吸器内科とか消化器内科といった、サブスペシャリティを念頭に組んでしまっていることが内科学会のプログラムをつくる上で一番の問題点と言えます。総合診療科であれば、そのような形で目指す医師が多くいれば、問題ないかと思えます。ただ、やはり大学も、総合診療科医の医師派遣業務ができるようなものはありません。このようなところで集めることができれば、充実させることが可能と考えております。

先生方がお困りの状況はよくよく分かりますので、まず、13科を挙げましたが、基本領域の全科を取ってどのような状況かを調べた上で、研修を1年間回っていただくことを考えています。先ほど川合委員からもお話があった意見と同様、サブスペシャリティを取得し、将来的に消化器内科医、呼吸器内科医になるとしても、やはり総合内科をもう一度勉強することが重要であると思えます。、私の専門の整形外科でも各分野にかなり分かれており、私は脊椎ですが、当初から脊椎ばかりの研修では困りますし、基本領域の整形外科全般に対応できないと困ります。それはどの診療科でも当てはまると思えますので、そういったことを、やっぱり学会の本体のほうも認識してもらい、働きかけていかないと難しいということが言えます。

時間があまりない中でも、拙速に決めるのではなく、多くの医師確保部会の委員の先生方のご意見を伺った上で、できる限り特定診療科を、決める必要があります。例えば心臓血管外科は、医師数は多く必要かというところ、そうじではかもしれませんが、医師少数スポット、少数区域ではプログラムをつくれず専門医資格を取得することができない状況です。このような方はどうするのかということになり、産婦人科医も、これから働き方改革の上で重要になります。そのような方をもっと増やしたいというのは、小児科もそうだと思います。少ないからもっと増やすという概念でやるのか、あるいは今の段階でプログラムをつくれなから、そこを何とか特定診療科にするのか、多額の奨学金を受けているため、不公平感が出ないようにする必要があります。この科を希望すれば

4年間地域で研修しなくても良くなるということにならないよう、特定の科を決める上では、より慎重に、ただ迅速にやらなくてはなりません。委員の方々の意見を重要視し、県と一緒に進めていきたいと考えております。

○浦野委員　ここで基本的に考えておかないとならないのは、地域枠の奨学金をもらった人たちの配置のことです。少数スポット・少数区域で働くということが義務づけられた医師がどういうカリキュラムを取るかというところで、どの科を専攻するかというところでは、その人たちの枠を使ってでも特定診療科という形でその科に誘導したいという気持ちは、そうしないともう回らないということとはよく分かります。

ただ、ほかの仕組みはどうなっているのかを考えなければなりません。先ほど、専攻医に金銭の助成をしているというお話がありましたが、そのお金は十分なのか。あるいは、何人に与えているか、その数は十分なのか。その奨学金を受けていない人たちが、その診療科に行ったらどのようなメリットがあるのかというようなことは同時に考える必要があります。もともと地域枠という形でできているこの仕組みは、少数スポット、医師少数区域に4年間行ってもらおうということで、毎年65人から68人が出てくる予定です。まだそれでも足りないからということで、去年県は3人枠を増やしました。現状ではまだ1人しか出ていないところですが、4年間の医師少数区域での義務を免除する特定診療科の選定は、この少数スポット、医師少数区域にドクターを派遣しよう—という試みが動き出そうとしている現状では時期尚早と思います。医師が少ない科に誘導することであれば、ほかの方策も同時にやらないと、それはうまくいかないのではないかとというのが私の考えです。

○松林地域医療課長　部会の中で非常に多くの意見をいただきましたので、できるだけ先生方の意向を踏まえた形でこの議論を進めていきたいと考えております。

地域枠について、令和2年度以降は、4年間は医師少数区域ないしは医師少数スポットで勤務をするということを理解して入学していただいていると考えております。一方でどの診療科でもキャリア形成プログラムを用意しているということもご説明してきたところです。地域枠を選んだ学生さんの中には、「ほかの県の地域枠に比べると、静岡県の地域枠は診療科について融通性があるので、それで静岡県の地域枠を選びました」といったような意見を聞いています。地域枠で入学した方が、納得感を持って、それぞれのキャリア形成プログラムに沿って医師として歩んでいただき、その中で医師少数区域やスポットについてもしっかりと貢献していただきたいと考えております。そのよう

な形で、特定診療科も含めたキャリア形成プログラムの再構築について、議論を深めて、できるだけ早く取り組んでいきたいと考えております。

○松山委員 現実を見ますと、脳外科医はほぼ1人、2人で、救急医もほぼ入っていないというような状況が継続しています。

ある程度ここで思い切った施策が必要ではないかと考えています。修学資金を受けていない人たちが、望んで増えてくれればよいのですが、脳外科は、4～5年ずっとほとんど増加していません。10年経っても増えていない診療科もあります。そのような診療科はある程度手助けしていかないとこのような医師の偏在化、診療科の偏在化というのが直っていかないのではないかと危惧しております。皆さんのご意見を取り入れて前に進めていきたいと考えております。

○小西委員 ここに参加している委員で、プログラムをどのように組むかということを知っている方が、私を含めてそんなにいないのではないかと思います。例えば静岡県では、基幹施設が全てのところにあるというわけではありません。浜松医大は、全ての基幹施設になっていますが、特に東部では、おそらく4つの基本領域のプログラムが無く、中部でも3つのプログラムがないです。

現状、170名ぐらいの臨床研修を終わった人たちが静岡県の専門研修プログラムに入ってきていると思いますが、ここに加えてになるかどうかは分かりませんが、65から68の卒業生が令和8年度には入ってくるということになりますと、この方々向けのプログラムを全て用意できるのかということのほうが、優先順位としては高いように感じております。

その中で、それぞれのプログラム責任者が、全ての専門研修に入った人たちが学会の求める基準を満たせるかどうかというのは、それぞれの診療科のプログラム責任者しか知らないため、今県が、県内のプログラム責任者に状況を聞き取っていますので、しっかりと検証して、68人に対するプログラムが組めるのかどうかということを確認させるのが非常に大事なところだと思っております。

○松山委員 専攻医になっていく上では、必ず皆さん、どの科に入るのかと決めて入ります。その中で学会が認めた基幹病院の中でのプログラムとなります。

これは間違えてはいけないのは、その中で認められている病院に、東部でどれだけ入っているかということです。東部の病院が入っていないとすると送れないというわけではなくて、この地域枠というものでお金を借りた場合に、4年間の間に、専門医を取る上

でカウントできないような病院で研修をすることを含めていくことでしか難しくなりません。その中で、どこかの病院を決めて、指導医、専門医を派遣して、そこを研修施設とする等、プログラムを形成する上で認めていただけるような病院をつくっていくことになるかと思います。ただ、つくるといっても、医局の関係や、大学間関係で、いろいろなものが絡み合っておりますので、そこを加味しながら一步一步進めなければならないと考えております。

どんどん地域卒学生が増えている中で、その方たちがある科の医者にしかねないような状況にならないように、前もって戦略を立ててやっていかないといけないと思います。

○齋藤会長 続きまして、報告事項（２）、（３）、（４）について、事務局からお願いします。

○藤森医療政策課長 医療政策課でございます。報告事項（２）から（４）を一括して説明いたします。

資料４、４ページをごらんください。

報告事項（２）「地域医療構想調整会議の開催状況」についてです。

１、「開催状況等」にありますとおり、10月から11月にかけて各区域で調整会議を開催し、共通議題として、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と、保健医療計画の圏域版における地域医療構想に関する項目についてご協議いただいております。

また、個別の議題としましては、地域における課題の検討や、病床機能再編支援事業費補助金について、それぞれご協議いただいております。

２の各区域における議論の概要にありますとおり、共通議題においては、「対応方針の策定に当たり、各病院とも医師の確保に苦慮している」といったようなご意見や、「病院薬剤師の確保や厳しい経営状況が課題である」といったご意見をいただいております。

各圏域の個別の議題では、圏域固有の課題を検討するためのワーキングを実施している圏域もございます。また、今回県が実施するデータ分析にて、「全県で平均的にデータ分析を実施するのではなく、地域の実態を可視化して問題を明らかにしながら行なうことが大事である」といったようなご意見もいただいております。

西部区域につきましては今週末の開催となっております。こちらの資料で全てのご意見を網羅できてはおりませんが、各区域でWebも活用しながら協議が進んでいることを

報告します。

資料5、5-1でございますが、報告事項(3)「紹介受診重点医療機関に関する協議結果」につきましては、今回新たに追加となった医療機関がありましたので報告します。

紹介受診重点医療機関については、各圏域の地域医療構想調整会議における協議で決定することとなっており、選定基準は、3の「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おります。ただし、この基準を満たさない場合であっても、紹介率・逆紹介率を基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おります。

4でございます「令和4年度報告結果(確定値)」を踏まえ、5、「スケジュール」のとおり、6月から7月に第1回目の協議を行ない、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、8月1日に県ホームページにて公表しております。今回は、前回の協議の結果を踏まえ、2回目の協議を行なったものです。

5-3ページをごらんください。

紹介受診重点医療機関の一覧を載せていますが、今回、静岡圏域における2回目の協議の場において、国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター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ので、令和5年12月1日に県のホームページにて公表する予定です。これにより、本県の紹介受診重点医療機関は計23施設となります。

5-4ページに、協議フローや診療報酬に関して記載したものを掲載しているところでございます。

続きまして、資料6、6ページをごらんください。

報告事項(4)「地域医療介護総合確保基金(医療分)」については、1の概要のとおり、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「令和4年度執行状況」のとおり、昨年度、新規積立額約15億3,000万円、執行額が約28億5,000万円となっており、不足分につきましては過去の未執行分から充当して実施しました。

3の「令和5年度内示状況」のとおり、今年度は約16億7,000万円を新規に要望、ほぼ満額の内示を得て事業執行しています。

4の「今後の予定」としましては、「令和6年度事業」のとおり、市町や関係団体の皆様からいただいた事業提案について、現在事業所管課と提案団体の間で調整の上、県予算要求作業をしているところです。これらを経て、来年度事業へ反映していくこととなります。

○**岡崎委員** 全体的に医師について重点的に議論が進んでいました。看護師、ほかの職種も全てを増やさないといけない状況で、目標値を置いていると思いますが、それはあくまで目標値であって、人口減少の中でこの目標は達成困難であると予想され、あくまで目標でしかないというのが私の感想です。

今話されていた、紹介受診重点医療機関の話ですが、最初にこの話が出たときに、入院診療加算は、地域医療支援病院に関しては、1,000点があるため、またERを持っている病院は、さらにそれが1週間という形になりますので、病院としてのメリットがあるかどうかというのは、正直な話、全くないに等しいところがあると考えます。それに対して、前の議論では「基本的にこれは勲章みたいなものだよ」ということをおっしゃっていた方もいらっしゃいますが、これに将来的な何らかのメリットがつくのかつかないのかを教えていただきたいです。

○**藤森医療政策課長** 紹介受診重点医療機関は国の制度で、国の検討会の資料を見てみますと、「地域医療支援病院と、この紹介受診重点医療機関の違いは」という議論をされておりました。ただ、前回の議論でもございましたとおり、これをもってPRすること以外に、診療報酬で現在判明していることはございません。そんな状況ですので、今メリットとしてはそこしか言えないような状況です。

○**竹内委員** 各病院の今後の対応方針ということで、地域医療構想調整会議では全ての病院の協議がなされていますが、特に公立病院については経営強化プランということで、地域の中での医療機能の分担と連携をどのように図っていくのか。（中略）これからぜひ、各病院のプランと医師確保の中での目標と、医師の教育のそれぞれがリンクする形で達成ができるように頑張りたいです。

特に今回、（中略）医師確保がかなり難しいという話も出てきていますので、そういうところもまた検討していただければと思います。

○**佐藤委員** 駿東田方の地域医療構想調整会議で、二次救急の輪番制度の維持が非常に難しくなっていると意見が出ましたが、他の医療圏の状況や静岡県の対策をお聞きできればと思います。

○**松林地域医療課長** 地域医療構想調整会議は軒参加をさせていただき、確かに東部で救急について医師の確保がなかなか難しく、救急医療の確保が困難になっているという声を

聞いております。これは昔の話になりますが、二次救急までについては市町で事業を実施するという事で税源移譲されているわけですが、だからといって全て市町で賄うということもなかなか難しい状況かと思っております。それぞれ災害救急医療協議会もございしますので、そのような中で、どのような形でこの対応が取れるのか、これから議論を進めていきたいと考えております。

○小野（宏）委員 地域医療構想調整会議ですが、私はこの会に参加していないので、よく分からない、勉強不足であります。もともとこの会議に関して、救急の患者をしっかりと診ていこう等、今いわゆる「治す医療」「支える医療」と言われていますが、「治す医療」を重点的にしっかりとやっていくために考えられた会議じゃないかと思えます。今後高齢者が増えてきて、亡くなる方が年間150万人、160万人を超えるかもしれないと言われている中で、治し支えていく医療は必要だと思います。

地域医療構想調整会議の中でも、そういった視点を持って、在宅でどこまで見ていくか、在宅にどういった役割を分担させるのかということまで含めて議論いただけると、今後の高齢化社会に対応できた地域医療構想調整会議になるのではないかと考えておりますので、発言させていただきました。

○山本委員 聖隷の法人で医師の配置等を見ています。これはいつも法人の中で議論になりますが、浜松地域にはある程度の人が集まっていますが、富士にも同じ系列の病院がありますので、富士方面に派遣しようとする、なかなか簡単にはいきません。加えて、総合内科についてですが、これもやはり成り手がおらず、この高齢化社会で、患者の押しつけ合いが専門診療科の間で起こってしまいます。それは総合内科医が診ればいかというと、総合内科医もプライドが許さないところがあり、今後そのような患者は増える一方だと思います。どうやってそのような患者を診療する人を育てるのかなというのも非常に大きな問題かと思えます。

最後に、私は脳外科医ですが、脳外科医は私が卒業してなった頃は、すごい数で充実していて、浜松医大の医局にも、50～60人ぐらいいました。今年は1人で、絶滅危惧種の部類に入ってきてしまっています。その1人が聖隷三方原病院から出て、2024年4月から浜松医科大学脳神経外科に入る女性ですが、どうするのだろうかと考えています。恐らく脳外科医も偏在化で都会に集まっているはずですが、静岡県は都会に近いところであるにもかかわらずこのような状況なので、我々にとっても、医師の養成と、分布は非常に大きい問題として考えています。

○小田委員 地域枠や、キャリア形成プログラムというのは、できてまだ日が浅いと思いますが、自治医科大学出身の私からすると、自治医大の卒業生は、45年ほど、へき地の医療に従事しています。地域へある程度早めに出て、総合診療科的な素養を身につけることは非常に有意義なことだと思っています。というのも、医師と患者の距離が近いとか、医師と行政の距離も近いということもあります。私もここに来て30年で、後輩たちの指導をしてきましたが、2年目ぐらいからものすごく成長します。地域枠の皆さんも地域に出ることを恐れずに来ていただけたら、何らかの力になれるのではないかと思います。

そういうこともあり、5年前にプライマリーケアの指導医を取りましたが、実際プライマリーケアを目指す人が県内に非常に少ないのです。来年2人目が研修されれますが地域としては非常に小さいので、医師が1人増えるということは非常にありがたいという面もあります。その医師にとっても必ず得るものが大きいというふうに思っております。

○毛利委員 今は医師を確保して、増やすという議論が進んでいますが、日本の全体の人口構成を見ると、人口減少で働き手が非常に減ってくることを踏まえて考えていかないといけないと思います。

今回この計画には入ませんが、AIをどう使うかというところも今後盛り込んでいかないといけないのではないのかなと思います。AIで補えるものはそれでやっていって、人でなければならないものは人がやっていくという形のを、整理していかないといけないのではないかと思います。

働き方改革で人がたくさん必要となり、人件費が非常にかさばってきている中で、今度は国の人事院勧告で給料を上げなさいと言われ、どこの病院も青息吐息になっていると思いますが、そのような中で、財務省の診療報酬改定の原案としては1%マイナスという話となっています。私たちは診療報酬でしか稼ぎができませんので、水道の蛇口が締めていかれると、私たちは枯渇していくしかないのです、その辺も、県として、各病院の医療状況もよく見ながら進めていっていただきたいと思います。

○齋藤会長 診療報酬改定に関しましては、松本医師会長も財務省と闘っております。初めは上げる方針だったようですが、財務省が厳しいという意見を聞いております。何とかプラス改定に持って行ってほしいなと日本医師会にお願いしております。

○川合委員 地域医療構想調整会議の中で二次医療の輪番制の問題が出ましたので、伝えします。地域医療を担い、急性期病院として一番根幹となるのは、救急医療となります。。

救急車の受入数と医師の偏在はとても大きな問題だと思っています。伊東市民病院は、地域の特徴で、250床しかない小さな病院ですが、年間4,500件の救急車を受けなければならないという現実があります。そうすると、本当に専攻医や若い先生たちの良心にすがってやっているような思いがして、いつか彼らが疲弊して、地域医療が終わってしまうのではないかとつくづく感じてます。そのようなところへのご配慮を、ぜひお願いしたいです。

○**岡崎委員** 先ほどから、「総合診療を目指す人たちを増やしたい。なぜならニーズがあるから。一番のニーズだから。」というご議論がある中でサブスペシャリティとの関係という話をします。サブスペシャリティが間違いなく重要なのは、もう皆さんお分かりのことだと思いますが、総合診療が基本にあってこそそのサブスペシャリティと考えます。静岡県全体で総合診療の医者をサブスペシャリティのようにつくりたいという発想よりも、むしろ静岡県におけるそれぞれの地域の基幹病院がサブスペシャリティを持ちながら総合診療の枠組みにも入り、交替制でもいいから対応するような制度を一斉につくる方向性をつくらないと、次の奨学生などの若い方々が、「静岡県はこういう体制を取っているから自分たちもそこに入るのが当然だ」という意識を生み出すことができないと考えています。

静岡医療センターには内科医は少ないですが、全体でそのようなシステムを共有する形というものを、発想の中に入れていただけるとうれしいと考えています。

以上です。

○**齋藤会長** 実際の成り手が少ない以上、そういった形をつくらる必要もあるかと思いますので、県もそれを検討していただきたいと思えます。

○**太田副会長**

特に意見ということではありませんが、医師の給与の引上げ、看護師の産休・育休による確保の困難というところが、今森町の公立病院の大きな経営課題になっているという現状です。森町病院程度の規模ですと、なかなか経営が厳しく、医療連携、機能分化の中で何とかその役割を果たしながら経営を続けているというのが現状でございますが、コロナが明けてもなかなか患者さんが戻ってこないという厳しい状況であるということだけ報告をさせていただきます。

○**齋藤会長** 以上をもちまして議事を終了します。委員の皆様方、議事の進行につきまして、ご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お返しします。

○司会 齋藤会長には、本日の協議の進行、誠に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2回静岡県医療対策協議会を閉会いたします。

午後5時50分閉会