

## 令和4年度 第2回 静岡県医療対策協議会 議事録

日 時 令和4年11月14日(月) 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 シンフォニー

### 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	川合 耕治	河村 英之	神原 啓文	児島 章
小田 和弘	小西 靖彦	小林 利彦	坂本 喜三郎	齋藤 昌一
佐藤 浩一	鈴木 昌八	竹内 浩視	中野 弘道	中村 利夫
松山 幸弘	毛利 博			

計 22人

### 欠席委員

中野 浩

### 出席した県職員等（事務局職員）

後藤雄介健康福祉部長代理	高須徹也医療局長	赤堀健之健康局長
青山秀徳感染症対策局長	藤森修医療政策課長	櫻井克俊感染症対策課長
加藤克寿福祉長寿政策課長	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	村松哲也医療人材室長	宮田英和健康政策課長
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
松本文医療政策課長代理		
本間賀茂保健所長	伊藤熱海保健所長	安間東部保健所長
馬淵御殿場保健所長	鉄富士保健所長	岩間中部保健所長
田中静岡市保健所長	木村西部保健所長	板倉浜松市健康医療課参与

### 議題

- ・各圏域における地域医療構想の課題と今後の方向性

### 報告事項

- (1) 医師確保部会の開催結果
- (2) 地域医療介護総合確保基金開会

進行 松本文医療政策課長代理

## 令和4年度第2回静岡県医療対策協議会 会議録

午後4時00分開会

○司会 定刻になりましたので、ただいまから令和4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、ご多用の中、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。どうぞよろしくをお願いいたします。

本日は、委員23名のうち、リモートでの参加も含めまして、現在のところ20名の委員の皆様にご出席いただいております。

それでは、議事進行につきましては、齋藤会長よりお願いいたします。

○齋藤会長 それでは議事を進めますので、円滑な議事の進行にご協力を願います。

本日は、議題が1件、報告事項が2件とのことでございます。

最初に、議題の「各圏域における地域医療構想の課題と今後の方向性」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 皆さんこんにちは。医療政策課長の藤森です。よろしくをお願いいたします。

資料の中の、ページで「1-1」とついております資料1をごらんください。

各地域における地域医療構想の課題と今後の方向性についてご意見を伺いたく、今回議題とさせていただきます。

本協議会では、医師と医療従事者の確保に関する方針とともに、平成30年度から圏域単位の地域医療構想調整会議として、各構想区域における議論の進捗状況を把握いただき、各区域の抱える課題の解決や、構想区域を越えた広域での調整などについて、この協議会でご協議いただいております。

ここ2年ほど、新型コロナの影響で地域医療構想調整会議が書面開催となるなど、「議論が停滞しているのではないか」といったようなご意見もいただいております。2025年が間近に迫る中、改めて各圏域における地域医療構想の課題や今後の方向性などについて各委員の皆様にご理解いただき、ご意見をお伺いした上で、各区域での調整会議の議論を深めていきたいと考えております。

本日は、各区域の調整会議の事務局であり、区域を所管する保健所長から、圏域ごとに説明いたします。賀茂から富士までの県東部4圏域の説明の後、皆様のご意見をいた

だき、その後、県中部 2 圏域、最後に県西部 2 圏域を説明してまいります。

まずは、賀茂圏域から富士圏域まで、各保健所長から説明いたします。

本間所長、お願いします。

○本間賀茂保健所長 賀茂保健所の本間でございます。

まず、1 - 2 ページをごらんください。

これは、各圏域の管内 8 病院の所在の地図でございます。まず、第 2 次救急病院であります、下田メディカルセンター、伊豆今井浜病院、西伊豆健育会病院、康心会伊豆東部病院。療養型であります、下田温泉病院、熱川温泉病院。そして精神科医療である、ふれあい南伊豆ホスピタル、河津浜病院の 8 病院であります。

1 - 3 ページをごらんください。

病床機能報告の推移でございます。賀茂圏域では、令和元年から 3 年まで、ほぼ横ばいに推移しておりますが、2025 年の必要量に対して、急性期、回復期、慢性期合わせて 92 床が過剰とされております。また、当圏域におきましては現状高度急性期病床がございませんが、2025 年には 20 床の必要量が見込まれております。

下段をごらんください。

次に、賀茂圏域の状況について説明します。

賀茂圏域におきましては、高齢化率が 46.0% と、県内において最も高齢化が進んでおり、全ての市町において高齢化率が 40% を超えている状況です。中でも西伊豆町におきましては、令和 3 年に 50.9% と 5 割を超えました。また、令和 3 年の管内人口は 5 万 8,316 人で、平成 2 年の人口 8 万 9,080 人の 66.5% まで減少しておりまして、今後も減少し続けることが推計されております。

賀茂圏域におけます課題としては、慢性的な医師・看護師等の医療従事者の不足が最大の問題でありまして、医療人材の確保につきまして大変苦勞しているところです。

また、3 次救急医療施設がないため、重症患者を圏域外の順天堂静岡病院等に搬送する必要があり、下田市、南伊豆町において、ドクターヘリが使えない場合等の陸路輸送で 1 時間以上を要する現状がございます。また、分娩施設等の周産期医療、小児医療体制が脆弱であることも課題であります。

1 - 4 ページをごらんください。地域医療構想調整会議での議論でございます。

人口が今後さらに減少することが見込まれておりますが、賀茂圏域の特性として、観光が非常に重要な産業の 1 つでありますことから、地域住民だけではなく、観光客等の

交通外傷ですとか夜間の循環器疾患の発症等の医療需要を考慮する必要があります。そのため、現在の病院の場所と規模を維持することが必要であると考えられております。

また、救急医療が必要な患者を、圏域外の順天堂静岡病院等の3次医療機関により早く搬送するための手段として、ドクヘリほか陸路の確保、在宅医療の提供拡張等、多岐にわたり議論をしていただいているところでございます。

下段をごらんください。

新型コロナウイルスへの対応です。

当圏域におきましては、軽症、中等症の患者につきましては、先ほど述べました、下田メディカルセンター、伊豆今井浜病院、西伊豆健育会病院の3病院において10床を確保しておりますが、高齢等のリスクファクターを有する重症者については、調整の上、圏域外への転院をお願いしている状況です。他の圏域と比較して確保病床が少ないため、病院の入院患者や介護福祉施設の入所者等については、無症状、あるいは重症度が重くない場合には院内・施設内において療養していただき、確保病床については在宅高齢者の新規入院の治療に特化していただいております。

これによりまして、オミクロンの第7波において多くの陽性者が発生した際にも入院医療の逼迫を軽減することができ、ご協力いただいた病院、施設等において大変なご尽力をいただき、感謝しているところでございます。

1－5ページをごらんください。

今後の圏域の方向性です。

圏域内に3次救急医療機関が存在せず、多発外傷、脳血管障害、3次医療を要する患者については、圏域外の順天堂等をお願いする必要があります。このことから、順天堂ほかの空路、あるいはヘリが飛べない夜間等の陸路による密接な連携をどのように確保するかが最大の課題と考えております。

また、今後需要が見込まれる在宅医療、あるいは地域包括ケアシステムの構築に対応するため、コロナ研究費を活用したICTの活用、あるいは多職種連携というようなことを、県庁と病院のほうで協力して研究しているところでございます。

以上です。

○伊藤熱海保健所長 熱海保健所の伊藤といいます。よろしくお願ひいたします。

資料は1－6をごらんいただきたいと思います。下段のほうのスライドからになります。

熱海伊東圏域におきまして医療機関は合計で6病院で、熱海市に5病院、伊東市に1病院となっております。基幹的役割を果たしていただいているのが、伊東市民病院さんと国際医療福祉大学熱海病院さんです。2021年に、50床ぐらいあった、伊東市にありました佐藤病院というところが廃院になりまして、その数年前にも同規模の療養型の病院が廃院になっておりまして、現状このような形になっております。

次のスライドになります。

病床機能報告の推移で、2025年の推計モデルに対して、2021年の現状はこのような形になっております。各圏域さんで課題となっております「回復期が少ないよ」というところは当圏域においても同様ですが、圏域内の医院の皆様からは、一応そこまでに問題と感じているような意見はいただいております。

圏域の状況ですが、賀茂と同様に高齢化率が非常に高く45.1%です。また、合計特殊出生率が、熱海市は1.22、伊東市さんは1.47で、県内でも少子高齢化が比較的進んだ圏域と思われれます。課題に関しては以下のとおりです。

次のスライドになりますが、当圏域は、医療・介護の需要が2025年に急激に高まるといったような状況というより、どちらかという人口減少が既に進んだ社会に対する課題というところが各医院の皆様のご懸念のところでもあります。熱海市に関しましても伊東市に関しましても、高齢化率は依然として高まりを見せており、高齢者人口は、熱海市においては平成27年から減少を開始し、伊東市においても令和3年から令和4年の間で高齢者人口の減少が始まっておりまして、この問題というのは、全国の平均、全県の平均でいうところの2040年以降の課題になっていくかなというところに、当圏域は先に足を踏み入れております。そのため、主な意見としては、2025年の介護・医療の急激な高まりというよりは、どちらかという過当競争の時代への適応ですとか、あとは生産年齢人口が当然ながら少なくなってくるので、医師や看護師の確保というところが、4つ目、5つ目の「◆」で懸念が出てきたりですとか、もしくは産科などのある一定の領域に関しましては、維持するのが今後困難になっていくというところが懸念されておりますので、集約化などの検討が必要になってくるかなというふうに思っております。

次のページです。コロナに関しては、比較的当圏域はうまくいっているように感じております。もう3年になりますが、コロナの対応ですとかそういった課題に関しまして、保健所などと一緒に会議などを開催していく中で、関係性が平時より深まっていくんじゃないかというふうに感じております。特に、重点医療機関がコロナに関しまし

て2病院ありますが、非常にコロナへの造詣が深く、各病院様とも非常に協力をいただいで、県内でも、人口割にいたしますと最大級の規模の病院になってくるかなというふうに思います。

最後のスライドになります。今後の方向性なんですけれども、人口減少が進み、介護・医療需要の急激な増大というよりは、どちらかといいますと、年齢構成比に最適化した医療提供というものを地域に求められる医療提供体制として確保し、また周産期など、ある一定の科によっては集約化などを検討していくと。

また、どこの圏域でもICTの活用などが課題となっていくんですけれども、人口減少社会に関しましては、ちょっとずつ患者さんがいろんなところにいるといった状況の中で、よりそういった医療需要のある方にどうやって医療を届けていくかということが課題になっていくと思っております。

以上です。

○安間東部保健所長 東部保健所です。安間と申します。よろしくお願ひいたします。

お手元の資料の1-10、駿東田方保健医療圏でございますが、まず1-10に北側の医療機関の状況、1-11に南側の医療機関の状況がございます。ごらんのとおり非常に病院数が多いのですけれども、駿東田方圏域の病院の数が46。これは圏域別では最多になっております。うち精神科の単科病院が5でして、残りの41のうち100床未満の病院が21ということで、数が多くて、あと割と中小の病院さんが多いのかなという印象がございます。

1-11のところの病床機能報告の推移でございますが、これは19年から21年を比べて減っておるんですけれども、25年に比べましてまだ多いという数字がございます。

次に1-12。駿東田方圏域の状況ですけれども、主な特徴といたしまして、比較的近い市町で高齢化率の差が大きいと。圏域の高齢化率は30%ぐらいなんですけれども、伊豆市さんが43%、一方長泉町さんが22%、清水町さん、裾野市さん、御殿場市さんは26%と、同じ圏域であるものの、高齢化率の差があるかなということでございます。

あと、主要幹線道路の整備によりまして、基幹病院への行き方はよいということがあります。

あと、場所として、神奈川、山梨両県に接しているものですから、県内外での患者さんの出入りがあります。

課題といたしましては、今も申しましたけれども、当圏域南部は特に高齢化率の高い

ところもございます。そういったものを含めて医療提供体制はどうしていくか。あと、今賀茂、熱海のほうからございましたが、隣接する2圏域、特に賀茂のほうでしょうか。そういった地域の患者さんにも対応できる救急医療体制の強化が必要かなと。

もう1つ、圏域内でも、割と医療資源の多いところ、乏しいところがございます。医療格差を生じさせないための医療人材の確保が必要になるかなと思っております。

次に、1-13。コロナウイルス感染症への対応における圏域内での連携でございますけれども、今、入院受入れ病院は、11病院さんが対応してくださっております。重点医療機関が6、協力医療機関が2、その他の病院が3となっております。その11病院のうち8病院で、コロナ患者さんの受入れ輪番——平日の夜だとか土日だとかという体制を取っていただいております。

あと、圏域内の軽症者受入れ施設。これは宿泊療養施設ですけれども、沼津市、裾野市に1か所ずつと、今2か所ございます。そこの軽症者受入れ施設におけるオンコールでの有事の際の電話での対応につきましては、6病院さんのほうでお願いしております。うち駿東田方圏域で4、熱海伊東圏域で2病院になっております。

また、トリアージ外来。この患者さんが入院が必要かどうか判断していただく外来なんですけれども、2病院でお願いしておるところでございます。

あと、発熱等診療医療機関は188か所ございます。こういった対応でやっていただいております。本当に今年の1月、2月、夏の頃には非常に患者さんが増えまして、各医療機関の皆様にご対応いただきましてありがとうございます。

最後、今後の方向性なんですけれども、冒頭申し上げましたけれども、非常に病院数が多いということ。特に中小の病院が多いということで——失礼しました。コロナの前に、地域医療構想調整会議での議論の状況をお話しするのを忘れてしまいました。

1-12ですね。他の圏域に比べて数が多い中小病院の存続に向けた検討が必要であると。あと、救急医療につきましても、やはり人的資源を含めたマンパワーというのは厳しくなっていると。あと、診療所の医師の高齢化が進んでおることがあります。

あと、小児科、産婦人科。これはどこもあると思うんですが、医師が足りないというのがございました。産婦人科に関しましては、次の世代の先生方が診療所にいて対応してくださっている状況もあるんですが、一方で、やっぱり病床をちょっと閉じているということがございまして、なかなかつらいところがあります。

あと、医師、看護師等、在宅医療を担う人材が不足していると。あと、そういった在

宅医療の関係で、かなり頑張っているところに負担が集中してしまうようなところもございまして、なかなかそのところでもっと均てん化ができないかなというところがございまして。

今後の方向性なんですけれども、1-13でございまして、主な内容として、今申し上げたとおり、他圏域に比べて数が多い中小病院の地域での役割の明確化。これは、各病院で独自の特色を持つということもありまして、他の形態への転換はあるんですけれども、そういった役割の明確化が必要ではないか。あと、地域の基幹病院と連携した医師の育成と確保策の検討も必要じゃないか。あと、在宅医療を担う機関ですね。こここのころの機能強化。あと、圏域の中でも、医療資源、人口密度の濃淡があるものですから、そういったところを含めて医療提供体制をどんなふうに構築していくかという検討が必要ではないかというところがございました。

以上です。

○鉄富士保健所長 富士保健所の鉄でございまして。

1-14のところをごらんくださいませ。

富士圏域地域医療構想調整会議のこれまでの議論と今後の進め方について説明いたします。

富士圏域は、富士宮市、富士市を所管し、富士山麓から駿河湾まで拝する風光明媚な地域でございまして。資源や交通を生かした工業地帯でもあります。面積は県土の8%を占め、人口は37万5千人、高齢化率28.6%です。医療資源としては、3つの公立病院を含む17病院、一般診療所は273か所、歯科診療所は183か所あります。

次のスライドをお願いします。1-15の上ですね。

富士圏域の病床機能報告における稼働病床数の経年推移でございまして。2025年における必要病床数は、高度急性期208床、急性期867床、回復期859床、慢性期676床、合わせて2万610床です。稼働病床数は2020年には2万506床でしたが、新型コロナウイルス対策で病床数を絞らざるを得ず、2021年には2万379床と、2025年の必要病床数をやや下回っておりますが、全体としては目標とほぼ均衡している状況でございまして。

下のスライドのほうをお願いします。

富士圏域の特徴として、人口10万人に換算する医療従事者数は、国・県平均を下回る医師少数区域でございまして。17病院中14病院は民間施設であり、病床数は200床以下でございまして。また、医師や看護師が不足し、休床中の医療機関があります。

救急医療に関しましては、2市とも救急輪番体制を取っているものの、公立病院の負担が大きくなっております。

特定健診の結果からは、県の水準よりも、メタボリックシンドローム、肥満、高血圧、慢性腎疾患の有病者、習慣的喫煙者の割合が高くなっております。肝炎ウイルスの感染者も多いことから、肝炎ウイルス検査を月2回、保健所でも定期的に行なっております。

次のページをお願いします。上のほうのスライドでございます。

地域医療構想調整会議では、病床機能報告などのほか、医療提供体制、保健医療計画の検証と検討を行なってきました。公的病院再検証の対象となった病院に関しましては、「隣接する医療圏の医療需要や感染症対策で重要な役割を担っており、存続する必要性が高い」と協議をいただきました。退院支援に向け、医療と介護の情報連携の手引を作成したものを会議に諮り、確認いただいたものに関しては現在も継続して活用しております。

下のほうですね。ここ数年来の新型コロナ肺炎ウイルス感染症への対応における圏域内での連携についてですが、地域医療構想調整会議のメンバーでもある病院、医師会等を含めた連絡調整会議を、随時対面あるいはオンラインで開催してまいりました。その結果、県の呼びかけに応じ、発熱等診療医療機関での検査や診療、自宅療養診療協力医療機関の拡大など、感染者の支援に地域一丸となって取り組んでまいりました。現在は3つの公立病院が重点医療機関となったほか、1つの病院でコロナ患者受入れ病床を確保しております。また、感染期間解除後の療養者の受入れも、地域の後方支援病院等で進められてきました。

最後のスライドですね。1-17のところをお願いいたします。

今後、地域医療構想調整会議では、地域の医療提供体制のさらなる構築を図ることを念頭に置き、医療と介護を総合的に確保するための適正な病床数の調整のほか、医療資源を有効に活用するための病院間、病院・診療所間の連携をますます深めることを行なってまいりたいと思います。

また、救急医療体制におきましては、地域の課題を精査していくとともに、医師の働き方改革推進を踏まえた医療人材の確保を県と協調して進めていくことで議論の方向性をつけていきたいと考えております。

簡単ではありますが、以上となります。

○齋藤会長 ただいま賀茂圏域から富士圏域までの状況について説明がありましたが、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。

各圏域で、今までどのような地域医療構想の会議が行なわれてきたか、どんな方針で行っているのかというのを、ここまでは東部の各保健所長の先生方にお話しいただいているわけですが、こういった今の状況について、例えば病床数に関しても、「このままでいいのではないか」というような趣旨のところもあるし、「計画性としては別に今の病床数を保持していきたい」というような意見もございますが、いかがでございましょう。委員の先生方、何かご意見ございますでしょうか。

○毛利委員 いいですか。

○齋藤会長 毛利先生、どうぞ。

○毛利委員 病院協会の毛利です。東部地区というのは割と中小の病院が多いというのが特徴的なんですよね。それで、これはいろいろ今後の方向性とか書かれていますが、どうやってこれを解決していくのかというものがよく見えていません。総論的なお話を聞いているような気がしていて、「東部では何をしたいのか」「医師を確保したい」「じゃ、医師を確保するために、東部はどういうような方向性の努力をするのか」というところが見えてきていない。県のほうで、「医者が来てくれればそれで何とかかな」というふうに聞こえています。

例えば、「高齢化の加速に対応した医療提供体制の整備」って、これはどういうふうなことをやろうとしているんですか。そういうのも、そろそろ本当の骨格を持ったような議論をしていかないと、多分中小の病院はもたないと思います。来年の診療報酬改定は非常に厳しいものが出ると思っていますし、それで、かつ働き方改革で医師の数を増やしていかないといけないと。医師の数が仮に増えたとしても、人件費の問題で、その病院がどこまで運営できるかというのは、私自身、自分の病院で計算してみても結構厳しいものがあるなど。場合によっては「本当にどうしようか」と思う事態にもなると思うんですけども、その辺については、どういうふうに皆さんお考えになっているんでしょうか。私は多分このままでいいということは絶対あり得ないと思っていますので、よろしくをお願いします。

○安間東部保健所長 駿東田方です。

今委員のおっしゃるとおりで、なかなか中小病院の対応というのは非常に難しいところがあります。例えば駿東田方の圏域では、今回、地域医療連携推進法人ということで、そういう対応ができました。

あともう1つ、これからまた地域医療構想の推進に関する医療機関の対応方針というのがございます。これはかつてつくられたんですけど、またもう1回見直すところがございます。そういったところも含めて、各中小病院さんはどんなことが対応できるのか。各病院さんで特徴を持ったものがあるのかどうか。そこは、ぜひまた各病院さんにご判断いただきたいと思っておりますし、こちらのほうでも、できるのは情報提供とかそういった事務的なことしかないんですけれども、そういったところで少し支援をさせてもらえればなと思っております。

以上です。

○毛利委員 ちょっといいですか。

○齋藤会長 はい。

○毛利委員 先週、医師確保部会が開かれて、私も委員として参加させていただいていますが、医師確保部会のほうでも松山部会長を中心として今議論していきまして、今回、メンバーはまだ決まっていませんけれども、その東部のほうに向けてのアドバイザリーボードをつくって圏域の病院の方々の意見を集約化していきながら、何とか東部のほうに医師を確保していこうという努力は今しているところです。

ただ、それは努力していることで、そのときに、やはり各医療圏の中でのある程度の自助努力というものがやっぱり必要になってくると思います。その辺の核がないと、多分アドバイザリーボードも非常に動きにくいんじゃないかなというふうに思っています。これはちょっと参考までにお伝えしておきます。

○齋藤会長 どうぞ、小野先生。

○小野委員 静岡県医師会の小野です。

私は医師会のほうで地域医療のことをさせてもらっていきまして、今度医師の働き方改革が始まると、お産をできる診療所などが少なくなってしまうんじゃないか、医師確保ができないんじゃないかということがありまして、いろいろ動いてきました。お産が少なくなってきたいて、「お産をやっている診療所がやっていけなくなるかもしれない」とおっしゃったのは熱海伊東圏域でしたっけ？こちらの問題を提起されたんですが、それは少なくなってもそこで維持していくというお考えなのか、それとも少なくなってきたやっていけないんだったら、ほかの圏域まで行っていただくような方向性でいくのか。その辺をどうお考えになっているかということをもまず1つお伺いしたいと思えました。

○伊藤熱海保健所長 ありがとうございます。熱海保健所の伊藤です。

その問題に関しまして、圏域内で、一応情報共有といいますか、課題の認識で会議を開かせていただいたんですけれども、現状、出生の数が非常に減ってきて、熱海市では100ぐらいで、伊東市でも200ぐらいというふうになってきております。なので、産科を維持するのに必要といいますか、「それぐらいの分娩数だとちょっとつらいよ」というところで、国際医療熱海病院が分娩をやめてしまいました。伊東市においては、かなり若い先生が頑張ってクリニックでやっただけなんですけれども、伊東市民病院さんでも、なかなかちょっと産科医のほうの確保が難しいというところだったので、やっただけなんですけれども、例えば緊急でとか、あとは合併症を抱えた方というのは、圏域としてちょっとそれを受け入れていくのがなかなか難しいというところで、今のところは他圏域にそこはお願いさせていただいているというところが現状になっております。

○小野委員 それで、今後の方向性としては、お産のできる場所を1か所ぐらいは確保していきたいという方向性でよろしいですか。

○伊藤熱海保健所長 現状頑張っただけなんですので、そこも「行く行くやめましょう」というふうにはやっぱり議論は進みませんので、そちらの先生方に頑張っただけなんです、比較的若い先生がやっただけなんですので、そこはまだ大丈夫なんじゃないかというふうには思っております。

○小野委員 ありがとうございます。そして、もう1点、よろしく申し上げます。

富士圏域のことですが、病院間の連携や病診連携、医療と介護の連携のためにそれを強化していくという話になっていたと思いますが、私は医師会のほうで介護などのこともさせてもらっていますが、病院間等の連携などで、医療・介護の連携上どういう問題があって、それに対して今後どういう方向性で連携を強化していかれるのか。もし具体的なお考えがありましたら教えていただきたいと思いました。

○鉄富士保健所長 富士保健所長の鉄でございます。

医療・介護の問題ということでしょうか。

○小野委員 そのことを多分先ほどおっしゃっていたと思うんですが。

○鉄富士保健所長 医療・介護に限らず、富士市立中央病院も富士宮市立病院も、地域に開かれた病院として非常に熱心に病院と診療所の連携を行なっております。

確かに、ご指摘のあったように、地域での診療ということの中で、例えば在宅療養という話になってくると数が限られておまして、そこは確かに弱いところがありますけ

れども、今回の新型コロナウイルス肺炎の対策等では、かなり在宅医療をなされている先生たちも積極的にやってくれました。あるいは、高齢者施設の嘱託医になっている先生も積極的に診ていただいたということで、もちろんそこには富士市立中央病院さんと富士宮市立病院さんの感染症対策等の指導があつてのことなんですけれども、そこをこれから病診連携を深めていければと思っているんですけれども。

○小野委員 ありがとうございます。

○齋藤会長 先生、どうぞ。

○神原委員 神原ですけれども、私は以前に県立総合病院におり、その当時から、賀茂圏域とか伊豆のほうへ行きますと、若い医師に医療システムの勉強とか、地域とのコミュニケーションの関係とか、そういう学びはありますが、医療そのものの学びは少ないので、長期的な派遣は非常に難しいと思います。ある一定期間でローテーションするシステムをつくってあげることが必要だろうと思います。

それからもう1つは、救急搬送ですが、そんなに救急を扱うような場合は多くないと思いますけれども、例えば賀茂のほうから、熱海、あるいは富士のほうに陸上で転送すると非常に時間がかかりますね。私が県総にいた頃でも、大体20分から30分でヘリ搬送が可能ですので、あらかじめ予測が立ちそうであれば早めに連絡を取って、救急患者さんへの対応システムをちゃんと学んで実践しておく必要があるだろうと思います。

以上です。

○本間賀茂保健所長 賀茂でございます。

まさに私ども賀茂圏域においては、もう一にも二にも救急対応と考えております。実際、初発で運ぶかどうか。特に心筋梗塞とか脳血管障害の場合には、もう初発、所見でヘリに乗ればほぼ確実に助かりますが、残念ながら、この下田、南伊豆に関しましては、やはりドクターヘリが悪天候ですとか夜間に飛べない場合においては、もう陸路で順天堂長岡病院まで1時間半から2時間半かけて運ばねばなりません。

それに対して、今井浜病院より以北の河津町、それから東伊豆の2病院、あるいは西伊豆、松崎にあります西伊豆健育会にとにかく運べば、そこからは伊豆縦貫の月ヶ瀬に入って、大体おおむね1時間から1時間20分で着きますので、この4町と、それから下田、南伊豆の1市1町に関しての救急の落差というのが、やはりドクヘリが飛べない時間帯においては非常に大きいと。ドクヘリも、結局夜間運航というのが、送電線があったり発電用の風車があったりということで事実上飛べないと考えたほうがいいので、そ

のあたりの救急の医療対応をどうしたらいいのかというところが救急に関してはありません。

研修医のための専門医療ということなのですが、今井浜病院におきましては、整形外科と腹部外科の連携施設となるような指導医が2名ということで、その領域の指導医が確保されて、患者さんについても今後見通しが立っております。

また、西伊豆健育会病院におきましては、仲田院長先生がおられますので、全国から研修名義で大体3か月コースで来ていただいているところで、短期研修の場として「へき地医療というのはこういうものだよ」ということを学んでいただきつつ、順天堂静岡病院さんへのつなぎというような役割で、へき地医療に関しての短期研修という場として非常にふさわしいのではないかと。

ただ、下田メディカルに関しましては、専門医制度における連携施設に関する意欲とか、あるいは自前で、それぞれの特化した専門医を1つでも2つでもいいんですが確保したいということに関しての積極的な反応がないというような状態で、今後どう運営したいのか。指定管理者の、神奈川の海老名にありますJMAさんがどのようにお考えになっているのかがいま一つよく分からない形で、ただ「医者をやこせ、医者をやこせ」と言うだけの状態で、私どもとしても、保健所としてどういう形で方向づけていいのか非常に見えないところ。そして救急医療に関しても、やはり自前でとにかく一晩、ドクヘリが飛んでくるまで何とかしなきゃならないという点において、非常に私どもとしても、どう手を打っていいのか、手をこまねいている状態です。

以上です。

○齋藤会長 本間先生、ありがとうございました。

まだまだお話ししたい委員の方、手も挙がっていますけれども、時間が押していますので、後でまとめてご意見を聞きます。

今の熱海伊東の産科医療に関しましても、重症の産科の患者さんを熱海伊東圏域で全部処理するというのはなかなか難しいかなと。ただ、それを「難しい」と言ってしまうと、市町の首長はそういう話になってきて、「じゃ、全部順天堂に任せよう」なんていう話は、なかなかここでは言える話ではございません。ですが、そういった本音はともかくといたしまして、とりあえずほかの圏域の話をまずは聞いていきたいと思えます。

引き続きまして、静岡圏域及び志太榛原圏域の状況について、中部保健所から説明をお願いします。

○岩間中部保健所長 中部保健所の岩間です。静岡圏域と志太榛原圏域の地域医療構想調整会議は中部保健所で所管しておりますが、本日、静岡圏域については静岡市保健所の田中所長から説明いただきますので、資料の順番が前後しますが、先に志太榛原圏域について私のほうから説明させていただきます、その後田中所長から静岡圏域の説明をいたします。

1-21ページをお開きください。

志太榛原圏域における医療機関の状況です。4つの公立病院を含む13の病院があります。

1-22ページですが、志太榛原圏域の病床機能報告の推移です。下の段が志太榛原圏域の主な特徴です。

上の段の病床機能報告の推移のとおり、2025年必要量と比較し、高度急性期の病床が多く、回復期病床が不足している状況です。

2つ目は、医師数についてです。医師数は年々増加しているものの、人口10万人当たりの医師数は依然として県平均を下回っています。

課題としましては、地域医療構想に基づく医療体制の確保、特に回復期の医療機能の充実及び強化は大きな課題となっております。

また、医師の働き方改革が進められているため、働き方改革に対応した医師と医療従事者の確保が課題となっております。

それから1-23ですが、地域医療構想調整会議での議論の状況ですが、令和2年及び3年度は、コロナの影響により書面開催や延期となった回もありますが、通常は年2～3回会議を開催しております。毎年、定例の議題としては、病床機能報告や療養病床の転換意向調査の結果について協議を行っており、その他の議題としては、医療提供体制の検証や、医療計画の策定・見直し等について、これまで議論してまいりました。課題にも挙げました、医師の働き方改革を踏まえた今後の医療提供体制の在り方や、志太榛原圏域における医師についても課題の共有や協議を図ってまいりました。

非稼働病床の再稼働につきましては、榛原総合病院が令和5年4月から地域包括ケア病床を40床開棟予定となっております。また、介護医療院については、駿河西病院が令和元年6月に50床を転換しております。

新型コロナウイルスについては、現在117か所の発熱等診療医療機関で診察、検査をし、コロナの陽性診断や治療を行なっています。また、自宅療養の必要な方には、地域の68

か所に登録いただき、診療協力医療機関での健康観察の実施や体調不良時の外来診療などを実施しております。

令和4年11月現在、6医療機関を重点医療機関に指定し、コロナ療養病床を確保していただき、管内の医療体制の整備を行なってきました。連携としましては、関係医療機関連絡調整会議を随時開催し、感染状況の共有、役割分担等の確認を行ない、さらなる医療提供体制への連携強化を図ってきました。

今後の方向性として、2025年に向けた圏域内の医療提供体制の検証、非稼働病床の再稼働についての協議の継続、公立・公的民間医療機関の対応方針の協議を行なっていく予定です。

以上です。

○田中静岡市保健所長 静岡市保健所長の田中でございます。よろしくお願いいたします。

私のほうからは、「地域医療構想調整会議のこれまでの議論及び今後の進め方【静岡保健医療圏】」という資料について説明をさせていただきたいと思います。

まず、最初の「静岡圏域における医療機関の状況」という資料をごらんいただきたいと思います。

本圏域におきます医療機関の状況ですが、ごらんとおり27病院がございます。このうち、ニュース等でご案内のとおり、桜ヶ丘病院が今般清水駅前に移転をいたしまして、清水さくら病院としてスタートする予定となっております。

次の資料をごらんいただきたいと思います。

病床機能報告の推移。静岡医療圏のものですけれども、ごらんとおり、報告上の病床の総数は2019年から全体として減少しているという状況でございます。一応25年度の必要病床数は5G202床ということになっておりますが、特に超急性期の医療の部分、そしてまた急性期の部分、回復期の部分ということで、まだ乖離が相当あるという状況でございますので、この部分をどうソフトランディングをさせていくかということが今後の課題になっていくかと考えております。

続きまして、静岡圏域の状況でございますが、主な特徴といたしまして、前ページの病床機能報告の推移のとおり、2025年の必要病床数と比較をいたしまして、高度急性期病床が多く回復期病床が少ない状況、2つの2次救急医療圏があるということで考えております。

課題としましては、地域医療構想に基づく医療体制の確保。特に回復期病床の医療機

関の充実・強化。こういったものを、いかに目標に向かってソフトランディングをさせていくのかということが大きな課題となっております。

また、葵区に2次救急、3次救急を受け入れる機関が集中しているということも特徴となっております。結果といたしまして清水区の医療機関の負担が多いことが挙げられます。

また、葵区の中も一枚岩ではございません。いわゆる「オクシズ地域」と呼ばれる地域におきましては、やはりこのへき地医療の体制というものが求められているということで、区単位で見ますと葵区ということなのですが、特に井川地区をはじめとするへき地医療体制についても、やはり今後安定的な医療の確保を行なっていくということが課題になっている状況でございます。

次の資料をごらんいただきたいと思います。

地域医療構想調整会議での議論の状況なんですが、毎年の定例的な課題といたしましては、病床機能報告、療養病床の転換意向の調査の結果についての議論。また、非稼働病床の再稼働状況、介護医療院への転換等、圏域内の取組状況の報告を行なっております。

地域医療構想アドバイザーから、令和2年度の病床機能報告の結果分析からの静岡医療圏の医療提供体制の特徴の報告。また、課題として挙がってきております救急医療体制について、保険者協議会の委員から、レセプト分析から見た静岡医療圏の救急医療の現状のご説明をいただくなど、地域での課題共有や議論を行なっているという状況でございます。

また、桜ヶ丘病院と県立総合病院との間で医療連携法人を設立いたしまして、新たに静岡社会健康医学大学院大学が医療連携法人に参画したことにより、清水区の医師の確保、医療従事者の資質向上が図られていると考えております。桜ヶ丘病院の建て替えによりまして、今後のこの地域の救急医療体制の充実。こういったものを現在期待しているという状況です。

今後の方向性といたしましては、やはり2025年に向けた圏域内の医療提供体制の検証、非稼働病床の再稼働についての協議の継続。あと、公立・公的民間医療機関の対応方針を協議していくということを考えている状況でございます。

以上です。

○齋藤会長 ただいま静岡圏域及び志太榛原圏域の状況について説明がありましたが、委

員の皆様方、ご意見、ご質問がございましたらお願いします。

今の静岡圏域の話は、大学院大学の話やら、もう普通の圏域の上を行っているみたいなレベルの話で、東部としてはなかなか羨ましいですが、毛利先生、いかがですか。中部に関しては。

○毛利委員 中部・静岡圏域とか志太榛原圏域もですが、特に志太榛原圏域だと医師の数が非常に増えてきているという報告があります。これは1つは、やっぱり各病院が研修医をしっかり集めて、そしてそれをうまく取り込むというか、浜松医大のほうに入局をさせて静岡の医療人材を増やしていっている方向が、あるように感じます。

今後はやはり、どこの医療圏もそうなんですけれども、医師をどういうふうに確保していくか、あるいは指導医をどういうふうにして確保していくか。多分「指導医がなかなか育たないから何とかしてください」と言っても、それは各医療圏の中で、皆それぞれが努力して指導医を育成して行って、やっと指導医になってくれたというふうなところがありますので、それが、「トンビに油揚げ」じゃないですけれども、セットで持っていかれるとかとすると、その病院は多分やる気がだんだんなくなってくると思いますので、その辺は、前から言っていますけれども、指導医については、やはり各病院それぞれで努力をしていただいて指導医を育成する。全診療科じゃなくても、例えば賀茂圏域だったりすると、多分整形と総合診療医がまずいれば、とりあえずは動き始めるんじゃないかなと思います。そうすると、そこに若い先生をある期間置いて働いてもらって、地域医療にも貢献していきながらというのも1つの方法だとは思いますが。

ある意味、もう各病院が全ての診療科をそろえることが、これから先非常に厳しくなってくるので、やはり診療科もだんだん集約化されてきそうな流れがあります。実際に浜松医大でも、希望者を募ると、形成だとか眼科というのがものすごく多くて、それで実際に指導医が非常に少ないので、指導医のいるところに、形成とかそういう若い先生は研修実績にならないものですから。それが、今度は逆に受ける側のほうとしては非常にづらい状況になって、そんなに形成とかは手術が多くはないので経験が積ませられないと。

だから、医師の偏在もそうですが、診療科の偏在も今ちょっと顕著になりつつあるので、そのあたりもうまく、それは奈良参事が中心になって多分やっていただくことになると思うんですけれども、地域枠だとか、奨学金制度の人たちに、どういうふうな診療

科になりたいのかということ、これから先、しっかり聞いておいて、必ずしも第1希望にはなれないかもしれない。あるいは3番ぐらいまでの希望を出して、その中のどれに入るかとかというふうな形にしていかないと、本当に診療科が、患者さんは少ないのに医者がすごく多くなってしまって、静岡県の中で医療が成り立たなくなるというふうな状況も出てくる可能性がありますので、なかなかこの病院のほうでの医師の確保が非常に難しい。二次方程式どころじゃない複雑な方程式を今解こうとしているんですけど、とても解けないなというのが現実だと思います。

○齋藤会長 ありがとうございます。ほかに。はい、どうぞ。

○荻野委員 聖隷三方原病院の荻野です。質問がないようですので、私のほうからちょっと質問したいと思います。

この静岡医療圏ですけれども、2025年の病床の必要量が56200で、現在56700あって、500床オーバーしているわけです。唯一足りないところは回復期だということですけど、この回復期が足りないというのは、どこの医療圏でも言われていますけれども、実際の運用にはほとんど皆さん困ってないと思うんですよね。それにもかかわらず、ほかの病期のところは全部オーバーしているにもかかわらず、回復期が少ないということで、休床病床の再稼働というふうなことを訴えられていますけれども、これは本当に必要なんでしょうか。

現場のほうから「とにかくこれを何とかしてくれ」というような要請が来ているんでしょうか。

○齋藤会長 現場のほうから。病院の先生方の話ですか。回復期が少ないとかそういうことは、各圏域保健所、あるいは病院の先生方はどうお考えでしょうか。

○荻野委員 静岡の説明をされた田中所長にお答えをお願いしたいなど。

○齋藤会長 はい、お願いします。

○田中静岡市保健所長 一応回復期のほうは、基本的にはこういう色づけで書いておりますけれども、今のところ、私どもも病院のほうの話なども聞きながら考えておりますのは、運用上は一応急性期というところであっても、回復期的な使い方をして現状に合わせていくというやり方を取られているところが多いようです。最終的には、この必要病床であるとか機能別については、構想会議のほうで既に示された数字として、「将来に向かってこういう方向で進んでいくんだ」ということで私どもは理解しておりますので、やはりそういう運用上で何とかなっているところを、実態とこの将来の地域構想に沿っ

て病床を再編していくというところ。そのあたりを私が先ほど表現したのがソフトランディングという方向で、ある程度人口推移と疾病構造の変化というあたりに合わせていくと、こういう行き先を示していただいたものと私どもは考えておりますので、これに今の実態として動いている状況を少しずつ合わせていくということが必要ではないかというふうに考えています。

○荻野委員 ということは、2021年から2025年にかけては、回復期が足りない分を再稼働することによって補っていくということで、全体としてはさらに病床は増えてもやむを得ないと考えられているわけですね。

○田中静岡市保健所長 やはり、最終的には地域医療構想の数値にこの病床数を合わせていくというのは、これは静岡医療圏だけではなく、いわゆる静岡県域、全国でも、この構想会議の方向に合わせていくというのは大きな流れとしてはあると思います。

ただ、それをどうそろえていくのか、合わせていくのか。実態と乖離している将来構想との間を埋めていくのかということに関しては、やはりこれはかなりきめ細かく、各医療機関ごとの努力といいますか、そういうものが必要だろうとは思っています。

○荻野委員 分かりました。

○齋藤会長 じゃ、坂本先生、お願いします。

○坂本委員 ありがとうございます。最後、まとめのところで質問しようと思ったんですが、今話が出たので。

この病床機能報告は、一番典型的なのは賀茂の話だと思うんですね。賀茂の中の何が典型かといいますと、20床の高度急性期ベッドが記載されています。しかし、中の状況と将来構想の中でも、高度急性期ベッドを賀茂地域で持つ、病院をつくるという構想は全く入らないんですね。全て移動の話になっているんですね。そうしますと、ここの二次医療圏の中で、移動という概念を含めて、この病床機能報告、それと人口減少を踏まえての現実的な病床の必要数、2025、2030。これを各二次医療圏で、自分たちの地域がどういうふうにして対応していくか。

つまり、「病床機能報告に合わせる」という話ではない話を書いているのに、「乖離があってベッドが足りない」「人が足りない」という話がすごく多いので、できれば、病床機能報告に、現実に「各二次医療圏の責任者クラスはこう考えているんだ」と記載すべきだと思います。ですから特徴は、「都市地域のほうはベッドを減らせ」とと、そういう流れですが、周りから患者が動いているから今ベッドが回っている。それに対して、

過疎地域に関しては、人は住んではいるけど実際には別の二次医療圏に動いているので、「実感とは合わないけれども、人口当たりの2013年の病床数で換算して2025を書いているんですよ」という話なので、二次医療圏ごとに「現実の目標はこう変わってきています」という報告が欲しい気がしました。そうでないと、現実合わない病床機能報告になります。高度急性期や急性期は、医者や看護師がたくさんいるような病院をつくらないと医者を集められないですよ。この話がうまくできないような病床機能報告を含めての報告になっているのを修正していくのが必要じゃないかなと感じました。

○荻野委員 先生、いいですか。

○齋藤会長 はい、どうぞ。荻野先生。

○荻野委員 坂本先生のおっしゃるとおりで、東部のときに私も言いたいなと思っていたんですけども、この賀茂地区と、それから熱海伊東地区。はっきり申し上げて、「全国で二次医療圏ごとに医療を完結しよう」というコンセプトからは全然離れているわけですよ。どう考えても、そこに高度急性期医療を展開するような病院をつくること自体、全く意味がないわけで、これをですね、本当にいつも私も言っているんですけど、駿東田方と合わせて1つの二次医療圏にすれば、その中で患者をどう移動していけばいいかという議論になっていって、より現実的なことになると思いますので、そろそろこの辺は真剣に二次医療圏をどうするかということも考えていったほうが、全国に合った議論が静岡県の中でできるように私は思います。

以上です。

○齋藤会長 ありがとうございます。鈴木先生はどうですか。

○鈴木委員 磐田市立総合病院の鈴木です。

私のほうからも、志太榛原の医療圏に関してちょっとご質問させていただきます。この医療圏がちょっとほかの医療圏と違うかなと思うのが、毎年病床機能報告で高度急性期の部分が毎回増えていっています。急性期病床の部分が減って、その分が高度急性期に積み上がっていく状況のようです。本来であると、2025年に向けての病床数を考えると、先ほど来ちょっとお話がある、回復期、あるいは医療圏によっては慢性期の方向に一部シフトしていく姿が一般的かなと思います。高度急性期をこれだけ増やしていくという医療需要がこの医療圏にあるのかということと、調整に向けて何か進んでいることがあれば教えていただきたいと思います。

○齋藤会長 岩間保健所長、どうですか。

○岩間中部保健所長 この病床機能報告というのは病棟単位でやるので、そういう意味で、1 病床を急性期にするか高度急性期にするかというのは、病棟単位で高度急性期にしているということがあると思います。病院にとっての診療報酬とか看護体制にもよると思いますし、病院の考え方で変わってくると思いますが、そういった病棟単位の機能報告で高度急性期が増えているような感じがします。

やはり志太榛原地域は、隣に静岡圏域がありまして、場合によっては静岡圏域に流れていく患者もありますし、ほかから反対に榛原地域に入ってくる患者もいます。そういう感じでありますので、どちらかという、志太榛原圏域にも公的病院が4つあって連携を取ってやっていますが、静岡圏域も含めて、二次医療圏を越えて、静岡、志太榛原地域で医療を総合的に見ていったほうが、私は、医療圏、文化圏とか学校圏とか、そういうことを含めていいんじゃないかなという感じが個人的にはしています。

以上です。

○鈴木委員 再度、よろしいですか。

○齋藤会長 はい。

○鈴木委員 今のお話を聞いていると、自分たちの病院で思っていた数字をここに出して行って、それを肯定しているように聞こえます。決して地域医療構想調整会議は、そのような話ではないと思っています。毛利先生、中村先生、これは医療圏の中ではどんな感じになっているんでしょう。

○中村委員 藤枝市立総合病院の中村でございます。

藤枝市立総合病院の中村でございます。

鈴木先生のご質問はもっともだとは思いますが、志太榛原以外をみても、静岡とか西部の浜松地域、を見ていただくと、高度急性期が多いですね。これは多分、各病院のほうで最初に高度急性期を定義をして、例えばうちだと、ICUと、外科で緊急で手術するところで各病棟を決めて報告したのが所以ではないでしょうか。地域で相談して「もっと増やしましょう」というお話になったわけではございません。

地域の中では、高度急性期がすごく増えることで困るというよりは、高度急性期と急性期と合わせて「急性期」と考えていると。急性期と回復期との割合というのが大切であるというふうに私どもは考えております。

以前小林委員もお話をしました中で、そうは言っても、全国いろんなところで回復期病床が足りない。急性期病床が多過ぎる。この急性期というのは高度急性期も含めたも

のですが、そういうご発言が、厚労省の中であるけれど、ほとんどの二次医療圏では、急性期病院がある程度回復期病床を担っているというところから、「奈良方式」とか「静岡方式」とかいう言い方をして、そんなに各地域では回復期がすごく足らなくて困っているわけではなくて、急性期の病院がある程度回復期を担っていると。ここに出ている病床機能報告についても、回復期と急性期の境界というのは、単に診療報酬で決めた線引きですので、あんまり回復期が足りない、急性期が多いというよりは、急性期がある程度回復期を当地域においても担っているので逼迫しているわけではなくて、「もっと回復期を増やせ」と急にやる必要はなさそうだと。

ただ、今後厚労省、国がですね、この縛りを、看護必要度、重症度、あるいは入院日数できっちり決めてくると、やはり急性期病院が急性期としてずっとその病床を維持するのは難しくなるなという中で、そこら辺で病床機能報告の中でそういった縛りが出てくると、やっぱり7対1とか、本当の急性期というのが減ってきて、いわゆる回復期のほうに移ってくるんじゃないかなと思いますので、むしろ当地域では回復期と急性期の境目という感じで、高度急性期については、たまたま各病院で報告した中で「私どもの中ではこういう範疇を高度急性期」と言う病院が出てきたものですから増えたということで、臨床で高度急性期の機能が増えたというふうには考えておりません。

以上です。

○鈴木委員 よろしいですか。

○齋藤会長 はい。

○鈴木委員 地域医療構想調整会議の席で出たデータをそのまま載せたということは非常に分かるんですけど、実際のところの、さっき坂本先生も荻野先生も言われたように、2025年に向けてのふさわしい、医療機能に沿った病床数というのをこれからまた出していかなくてはいけないのは確かです。

ただ、この調整会議に関しては、出してきたその数字に全く合致させるわけじゃなくて、そちらに向けて調整を図るとというのが基本だと認識しています。そのところを、何か地域で協議があったのかということをおしは知りたかったんです。

○齋藤会長 ちょっと先ほど小林先生の名前が出ていますので、小林先生はこれにかなり関わっておりますので、小林先生、どうぞ発言してください。

○小林委員 もともとこの地域医療構想というのは、2013年当時のレセプトの点数にて4

つの区分に分けたというだけなので、先ほど坂本委員が言われていた「賀茂に20の高度急性期」というのは、レセプトの点数が高い病床が20あったということにすぎません。賀茂にHCUの病床が20あるわけではない。当然「2025年に向けてそこに高度急性期の病院（病床）をつくれ」ということでもないと思います。

荻野委員が言われたように、二次医療圏という考え方、構想区域の見直しについては私が役員をやっていた頃から議論があって、結局先ほど言った、駿東田方と熱海伊東、賀茂を全部合わせて1つの医療圏にすることで、ある程度そこでの完結率は高くなるかもしれませんが、現実的に患者さんの移動ということを考えると、それぞれの医療圏である程度の医療、例えば165次救急ぐらいの医療はできてもらわないと多分困るという話だったと思います。また、行政圏域として実際の運用面においても、あまりにも大きな構想区域というのは現実的じゃないということで、二次医療圏の合併というものは当時考えられなかったと。だから、実際の患者さんの移動の移動を踏まえると、順天堂病院などに高度急性期の患者さんが流れるのは、もう仕方がないというか、そのかわり患者搬送を速やかに行い、そこにいる住民の方々の不利益というか、健康維持を阻害しないようにという形が現実的な対応だと思います。

それから、先ほど志太榛原医療圏の話で少し出ていましたけど、今出ている病床数は、基本的に各病院が考えて自主的に判断したベッド数を、病床単位で高度急性期、急性期と報告したものです。そのような状況に対して、それらの割合をある程度調整する仕事が私に課せられたので「静岡方式」というのをつくりました。本日は出していないんですけど、実は新しいバージョンでの「静岡方式」にて数字が既に出ていて、例えば志太榛原の高度急性期は「静岡方式」だと315床となります。だから、いわゆる自己申告とはかなりギャップがあるということです。現場が納得するかどうかは分かりませんが、重症度、医療・看護必要度や平均在院日数などからみた基準は、年々高まっています。当然。2013年当時よりは高まっています。そういうふうに基準が高まっていく中で数合わせはできるのですが、数合わせにどこまでの意味があるのかというのは1つあります。それから、回復期という領域は、重症度、医療・看護必要度が低いところなんですけど、1つはリハビリ機能。これは多分足りているんじゃないかと思います。荻野委員が言われていた回復期リハをどんどん増やす必要がそもそもあるのか？という点についてはあまり必要がなくて、今一番の問題は、重症度、医療・看護必要度が極めて低い一般病院の病床が回復期の中にあることです。本当はそこにいる患者さんは、例えば医療療養病

床などに行くべきなんですけど、医療療養に行けないという状況もあります。医療区分の2とか3とか必要で、中心静脈とか入っていないと医療療養病床は受けてくれない。そういうこともあり、やむなく中小規模の比較的慢性期寄りの一般急性期？と言われていた病床に患者さんがある程度たまっていったら、その患者さんの退院支援ができないんです。その1つの策として介護医療院をうまく使うことが大切なんですけど、介護医療院は、どちらかというと、終（つい）のすみかというイメージがあって、非常にそのあたりのバランスが悪いんですね。

だから、これから2024年の3月に向けて介護療養病院がなくなり医療療養と介護医療院のみになりますが、その間を埋めてくれるところがないんです。地域医療構想においては、何となく回復期に当たる中小規模病院から「重症度、医療・看護必要度が極めて低い患者さんを医療病床から出してくれ」というのが本来の国のメッセージなんですけど、出す場所がないと出せないという状況です。そこは介護系の役割なので、私は医療・介護連携というのがこれからすごく大事になると思っています。そこが流れる道をうまく地域でつくっていくということがすごく大事なかなと思います。

すみません。長くなりました。以上です。

○齋藤会長 小林先生、大変分かりやすい説明、ありがとうございます。

ちょっと長くなりましたので、次に行きたいと思います。

では、中東遠圏域及び西部圏域の状況について、西部保健所から説明をお願いします。

○木村西部保健所長 西部保健所の木村です。今日は、急用のため会場に行けず、急なご出席での参加となりました。申し訳ありません。よろしくお願いいたします。

中東遠圏域について報告します。

医療機関の状況、病床機能報告の推移、主な特徴や課題は資料のとおりです。調整会議は、平成28年から加藤小笠医師会長、今年度から中島小笠医師会長を中心にまとめていただいています。

本圏域は、平成25年、掛川市立病院と袋井市民病院が合併し、中東遠総合医療センターが開院しました。現在の体制の大きな出発点です。それは、圏域の高度な医療提供体制の維持と医師確保がその目的であります。それに呼応して、菊川市立総合病院、御前崎総合病院、森町病院、聖隷袋井市民病院では、より身近な医療提供を行なうべく、かじを切っております。

地域医療構想調整会議以外にも、病院長・事務長会議をはじめとする様々な場で密な

情報交換と連携が行なわれています。ほかでの連携も進んでおり、例えばプライマリ・ケアの分野では、静岡家庭医養成協議会として、平成22年から、磐田市、森町、菊川市の3つで始まっておりますが、今年度から管内6市町体制となり、一層発展しているところです。現在、急性期医療から回復期、慢性期医療がバランスよく提供されていると考えております。

調整会議での意見として、「専門分野の領域で制約し過ぎると、その病院で何かあると地域医療が破綻するため、それを踏まえて考える必要がある」というような意見があります。この意見の重要性を証明することが起きました。新型コロナウイルス感染症対策において、重点医療機関がクラスターになったとき、他の重点医療機関で新型コロナウイルス感染症患者さんを受け入れるとともに、非コロナの整形外科急性医療は御前崎病院と菊川病院様が中心的に受けてくれました。ふだんから各病院や各医師の専門性を尊重して連携できているところが緊急事態に役に立っております。

新型コロナウイルス感染症に対する対応について報告します。

管内では、令和2年3月に新型コロナウイルス感染症連絡調整会議を開催して以降、計33回の会議を開催しております。初回の会議は、小林利彦先生と、磐周医師会、森町病院様が全て準備してくださり、私は司会をするだけでした。当初から全ての患者さんを適切な医療管理下に置くことを基本方針とし、初期の入院調整では、常に重点医療機関で救急車を受け入れられるよう調整しました。

また、宿泊療養が始まって以降、全ての患者さんに振り分け外来を実施しました。2021年8月、第5波のピークで、全ての患者さんに振り分け外来を受診していただくことが困難になりました。できるだけ、かかりつけ医が患者さんをフォローすることをお願いし、すぐに3割から4割程度の患者さんを診ていただけるようになりました。その他、患者さんは地元の病院が責任を持ってフォローしてくださり、救急を含めて通常の医療提供体制の中で患者さんを診ることが確立しました。昨年秋以降、私は圏域内の入院調整をしておりません。施設内クラスター対応も、地元の病院が丁寧に支援してくださっております。

結果、第6波では、平均病床利用率は24.4%で全国平均の約7割、患者さんの入院率は1.86%で、全国平均の約半分でした。致死率は0.17%で全国平均を下回っており、効率的で質の高い医療が提供できたと証明されております。

第7波では、さらに在宅医療や施設療養において効果的な医療が展開されております。

今後の方向性として、圏域内で一層質の高い医療を提供していくことが望まれます。これについては、今年度、がん診療連携拠点病院の圏域内複数指定を目指すべく、2病院様が努力されております。圏域内でさらにすばらしい診療と連携が行なわれるように願っております。

また、今後の働き方改革への対応は非常に大きいと予想されます。既に当直時間の低減策として、森町病院様、御前崎病院様では深夜帯の救急応需を停止しております。これは、近隣医療機関、地域医療を支える住民団体の方々のご理解も不可欠な要素であります。それ以前に、同門による人材育成、人事配置を含めた広域的・長期的視点の動きと連動するものであり、地域医療提供体制を踏まえた対応をしていただいている各医局には感謝をしております。地域医療構想調整会議の役割は、中島会長を中心に、これらの動きを俯瞰し、今後策定される各病院の計画が地域で調整の取れたものとなるようにすることとなっております。

引き続き、西部圏域のほうも報告させていただきます。

医療機関の状況、病床機能報告の推移、主な課題は資料のとおりです。

西部圏域は、平成28年から滝浪浜松市医師会長先生にまとめていただいております。会議設置早期から、和恵会の猿原先生ほか、高齢者医療福祉に造詣の深い先生方のリーダーシップもあり、平成28年度の療養病床が、2G564床から、現在1G844床に減り、順調に病床転換が進んでいます。このうち712床が介護医療院に移行しており、地域医療構想の趣旨に沿ったものとなっております。

また、地域偏在の問題に関しても、浜松市様では、令和2年から関係医療機関の参画により「中山間地医療検討会議」という議論の場を設けております。その結果、佐久間病院様でも、令和3年度、医療提供体制の確実な確保という観点から一定数の減床をするなど、中山間地域の医療提供体制について地域の連携を進めているところです。数字的には急性期の病床が多く見えるものの、実際はバランスの取れた病床であると認識しております。

そのほかにも、市内病院協会、浜松医科大学様、医療センターを中心とした意見交換や情報交換の場が多くあるというふうに認識をしております。

さらに、地域医療構想アドバイザーの小林先生、竹内先生には、西部地域に拠点を置かれておりますので、当所のみならず、多くの場で多くの方がご指導を受けておられることも、調整が順調に進んできた理由の1つというふうに考えております。

意見にある「新興・再興感染症に備えた病床数の確保が必要である」との意見に関し、現在建設中の浜松医療センター様、また増築中の聖隷浜松病院様におかれましては、新型コロナウイルス感染症の経験を生かした工夫がなされていると認識しております。これも、改正したばかりの感染症法に基づく新しい計画では重要な位置づけになるものと期待をしております。

新型コロナウイルス感染症への対応です。

令和2年3月に第1回新型コロナウイルス感染症連絡調整会議を開催して以降、小林利彦先生のおかげで速やかにリモート開催ができるような体制が整備され、浜松市、病院協会との二枚看板で計21回会議を開催してきております。

浜松医療センター様での対応が厳しくなってきたとき、聖隷三方原病院様で病床を整備し、重点病院となつていただきました。結核病床を転換したため、合併症のある患者さんは県立総合病院様に転院していただきました。神奈川県のお患者さんも受け入れていた中、当所の管内のカリエスの患者さんも県立総合病院様で受け入れていただき、大変感謝しております。その後、浜松医大様が重点医療機関に手挙げしてくださり、3つの重点医療機関が地域を支えてくれました。現在は7病院体制に発展しております。

また、小野先生には、保健所からの紹介の患者さんの外来点滴治療に積極的に対応してくださり、大変感謝しております。

日々の入院調整に加え、増える重点医療機関の救急当番の調整。この辺は浜松市さんが全てやってくださり、大変感謝しております。

第7波の最中でも、コロナ患者さん以外の救急疾患では、今までどおり、中東遠、また県内の患者さんを西部圏域では受け入れてくださいました。

また、西部地区でのコロナ患者さんの広域調整というのは、ある日のことですけれども、西部管内で工場内の事故で多数の救急車が同時に出動したことがあります。たまたまその日に発生した救急患者さんを1例だけ中東遠に搬送しましたが、その1例のみが広域の調整であります。

湖西市の症例は、全例湖西病院様がファーストタッチしてくれております。非常に無理をかけた時期もありましたけれども、大変感謝しております。

今後の対応については、各病院から出てくる対応方針と圏域の調整を図るとともに、懸案となっている非稼働病床への対応も進めていかなければなりません。滝浪会長からは、「新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえた議論をしていくように」とご指導を

いただいているところであります。

以上です。

- 齋藤会長 ただいま西部地域の状況について説明がありましたけれども、委員の皆様方、ご意見、ご質問ございましたらどうぞ。

今の保健所長のお話で、中東遠、西部は大体うまくいっているみたいな感じでしたので。荻野先生、よろしいですか。

- 荻野委員 満足しております。

- 齋藤会長 ほかによろしいですね。では、もう次へ行きたいと思います。

以上、全ての圏域について説明が終わりました。県内全体を通して、地域医療構想アドバイザーの小林委員と竹内委員からまとめをお願いしたいと思います。

小林先生、どうぞでしょう。

- 小林委員 先ほどお話ししたとおりのことが1つです。

それと、今回の県の資料の見方を少し分かっていただきたいんですが、2021年の病床機能報告と書いてありますが、実際は2020年の4月から2021年3月の各病棟の最大入院患者数を全て足したもので構成されています。瞬間風速でもないですが、1年間の全ての病院の病棟の最大入院患者数を足したものです。

また、その左側に2020年の病床機能報告というのがあると思うのですが、これが多分、看護師が配置されている病棟の全病床数というイメージで見ていただいているんじゃないかと思います。そうやって見ると、今回、割と都心部の医療圏以外はもうギリギリでやってきたんだろうなと思います。実際には、その周辺の都心部の医療圏に患者さんが移動していたはずですが——2020年ってコロナの時期での、すごく特殊な年度ですけど。今回の定義では、毎月の最大病床数を申告させ、それを全部足したものを、ここで言う「稼働病床」というか「実働病床」という形にしてありますので、こうやって見ると実際何パーセントくらい病床が埋まっていたかというところ、県全体では90%から90%後半の稼働率で高度急性期、急性期と言われるところの病床は埋まっています。国はもともと2013年の時点では、高度急性期、急性期について「75%とか78%ぐらいの稼働で見積もろう」と言っていたのが、実際は90%以上埋まっているということからも、今現在のベッド数が適正であるという考え方が1つあります。もう1つは、本来は流すべき患者さんを流せない。また経営的なことも含め入院させている「社会的入院」という実態もあるのかなと思います。高度急性期、急性期のグループにはそういった状況はないと思う

のですが、先ほど言った回復期の中に相当数そういったベッドがあるのかなと思います。ただし、この問題は患者さんの出る先を考えてあげないと解決できず、結局は地域住民が困ってしまいますので、介護医療院の使い方をふくめ、医療・介護連携というのがすごく大事になると思います。

以上です。

○齋藤会長 ありがとうございます。竹内先生、どうぞ。

○竹内委員 すみません。竹内ですけれども、今日は資料を用意させていただきましたので、資料をちょっと簡単に説明させていただきたいと思います。

今日の医療対策協議会は、来年度県が策定する保健医療計画の全体に向けた、ある意味キックオフのような会議かなと私としては考えております。そういう中で、一度全体像を整理していただく必要があるんじゃないかと思いましたが、資料を用意させていただきました。

めくっていただいて2ページ目ですけれども、これは静岡県全体と東・中・西、それから医療圏ごとの、2045年までの現在出ている一番新しい将来推計人口の推移です。黄色で色をつけてあるところが、10万とか5万のある程度大きい単位で節目を迎える時期で、見ていただいて分かるように、県内全ての圏域で、ある意味大きな節目をこれから迎えていくということになります。

そういう中で、現在目安となっているのが2025年と2040年ということで、まずこういう全体のところをご理解いただいた上でということで、3ページが静岡県全体の医療介護需要予測指数です。これは日本医師会のホームページでオープンしているんですけれども、2020年の直近の国勢調査に合わせてデータが更新をされていますので、お示しをさせていただきます。

ポイントとしては、前回の2015年の国勢調査の基準のときには、静岡県の医療介護需要、特に医療に関しては伸び率が全国平均並みだったんですけれども、今回の見直しによって、伸び率からすると全国を下回っているというのが1つ大きなポイントになります。そういう中で、さらに高齢者医療の割合が高くなるので、いわゆる「治す・救う医療」から「支え・看取る医療」の割合が高くなると。そこのところを1つ理解しておく必要があると思います。

この日本医師会が出している資料については、医療圏別、あるいは市町別に全てデータが出ていますので、4ページと5ページに、全県と医療圏別、それから全国との比較

という意味で、これからいつピークを迎えるか、分かりやすくちょっと表にまとめてみました。

ごらんいただいて分かりますように、もうご報告があったように、賀茂、熱海に関しては、医療についてはほぼピークを過ぎていて、中部、それから東部地域については、2025年から30年にかけて医療がピーク。西部に関しては2030年以降ということで、再来年の4月からの次期の保健医療計画が6年間の計画ということになるんですけれども、まさにそのピークを迎えた範囲の中での医療計画を策定していくということになりますので、その先をある程度見据えた、医療需要が減っていく中で医療提供体制をどういうふうに考えていくかというのを考えながら、各圏域で計画を練っていただく必要があるということになります。

6ページ、7ページは、これは国のほうのワーキンググループで、もう既に一昨年、あるいは昨年度示されている、入院患者のピークですとか、あるいは傷病別のピーク予想が出ていますので、それを全部まとめたのが8ページになります。

ごらんいただいて分かるように、入院患者については、次期の保健医療計画の終了年までがピークということ。それから右から3列目を見ていただきたいんですけれども、外来患者数については、西部地域を除く東部、中部では、もう既に外来患者がピークを過ぎた、あるいは現在がピークという状況です。そのほか、傷病別についてもごらんとおりで、今日は主にベッド数のところが中心の話にはなったんですけれども、こういうような傷病の需要予測が出ているという前提で、これから各医療圏の中、あるいは各病院で、医療機能、あるいは必要な病床というのを考えていっていただく必要があると思っています。

そういう中で、今日の議論でいうと、先ほど小林先生からもお話がありましたけれども、国の中では「トリプル20」という基準があって、二次医療圏の見直し——前回も議論になりましたけれども、国の基準に該当しないということで見送りになっています。今回も国のほうは、ほぼその基準は変えないという方針を聞いていますが、そうはありながらも、実際に二次医療圏をどう考えるのか。現実問題として、さらに広い、特に東部は広域の医療圏で完結しているということであれば、二次医療圏は維持しつつも、やっぱり広域を考えた医療の提供体制について、もうちょっと大きく、圏域計画じゃないんですけれども、そういうような見方でまとめておくということも並行して必要ではないかなと。

あるいは、先ほどご報告があった静岡医療圏の区の間の状況や、駿東田方医療兼については、小児医療を含め、2次救急医療圏の見直しということも、今回の医療提供体制の見直しとしては、医師の確保と併せて、大事ではないかと思いました。

あと1点、医師、あるいは看護職員の確保について、特に東部地域は、例えば新しい看護系の大学もできたりしてはいるんですけども、実際若者の人口減少が県内で一番多い地域でありながら、さらに首都圏への人材流出というのが多い地域だと思っています。そこら辺の実態について私はよく分からないんですけども、そういう状況も把握しながら、特に東部地域での県外流出をどうやって食い止めるかというのも1つのポイントではないかと思っています。

以上です。

○齋藤会長 ありがとうございます。藤森課長、どうぞ。

○藤森医療政策課長 すみません。医療政策課からでございますが、皆様方、ご意見ありがとうございました。

1つ、ちょっと補足的な話になるんですけど、各圏域で病床機能報告の推移ということで先ほど来話題になっているところなんですけど、病床機能報告につきましては、小林委員からいろいろ丁寧なご説明をいただきまして、また小林委員と一緒に、今「静岡方式」も最終的に昨年度のところを固めておりますので、皆様方にまたお示ししてまいりたいと考えております。

それで、病床機能報告の推移。各圏域の病床の必要量ということで、一番右のところに四角書きで書きましたように、2025年の病床の必要量というのは、2016年、平成28年3月、この地域医療構想をつくった時点で、あくまで推計人口なども含めて、厚生労働省令、それから地域医療構想策定ガイドライン等に基づいて策定したものでございます。これというのは、その後起こったコロナ、パンデミック型の感染症とか働き方改革というのは想定されておられません。ただ、この数値をまた新たにつくろうとすると、先ほど竹内委員からも話がありましたが、国の基準等がないと、県独自でこれがまた算定できるものではございませんので、あくまでこれは必要量としてここに載せさせていただいているところでございます。

それで、県といたしましても、診療科や疾病などの単位で、地域ごと、病院ごとに、役割分担、連携というのをやっていっていただきたいというのが——それを決めていくことを今後地域医療構想調整会議の中でもぜひお願いしたいところで、またそれが地域医

療構想のゴールにも行くところなのかなと考えているところでございます。

そして、今後保健医療計画の策定についても進めていくところでございますが、圏域の再編等はまた検討していくことになるかとは思いますが、1-33ページをごらんください。ちょっとここからは保健医療計画の策定について、今後の流れともなりますが、若干説明をさせていただきます。

そちらの1-33のところ、策定体制、それから策定スケジュールを記載してございます。今回いただいたご意見も踏まえて、2023年度からの次期保健医療計画の策定に向けて、改めて各圏域で議論を進めてまいります。

上段の図のとおり、この医療対策協議会。真ん中にちょっと目立つようにしてございますが、ここでは医療従事者の確保分野をご協議いただくとともに、圏域単位の地域医療構想調整会議。先ほども説明いたしました、そういうことで、次期保健医療計画における地域医療構想や各区域での協議に関して今後ともご意見をいただきたいと思えます。その結果を医療計画策定作業部会に上げていくこととします。

下の段の「策定スケジュール（案）」の真ん中の「作業部会」の行に「12月」とありますが、12月1日に第1回の医療計画策定作業部会の開催を予定しております。来年3月末には厚生労働省から医療計画策定の指針が示されると思われれます。一番下にあります本医療対策協議会では、その後、各区域の調整会議で協議した地域医療構想や医療従事者確保に関する事項について、記載のとおり、今年度、来年度とご協議いただく予定としておりますので、今後ともご協力のほど、よろしくお願いいたします。

以上です。

○齋藤会長 ありがとうございます。スケジュールはそういうことです。

小野先生、どうぞ。

○小野委員 すみません。各圏域の話が終わったら、ちょっとご意見させていただこうと思ったんですが、在宅医療が今度、まだ案の段階かもしれないんですけど、地域医療の中で、これまで必要量を求めてきてはいましたが、今度は病床の必要量の中に正式に組み込むような話も出てきていると聞きました。在宅医療の拠点となる医療機関を地域につくるという話もあるかもしれないと聞いております。つまり、地域医療構想の中で在宅医療がより重要視されてくるというふうな認識を受けました。

そのことを受けまして、私からの意見なんですが、地域医療構想調整会議などに、その地域の在宅医療を担っている先生にも参加していただいたらどうかというふうに思っ

たりもしました。

それともう1つ、細かい部分でしか見ていないのかもしれませんが、医療的ケア児の問題の話がございまして、この場で話すことじゃないかもしれませんが、伊豆医療福祉センターには、約300人の在宅で診ている医療的ケアの方がおられるそうです。その方が、伊豆の全域、あるいは御殿場のほうから、全てその伊豆医療福祉センターでショートステイを受けているという状況だそうですが、実際に患者さん、あるいは家族ご自身の移動によるショートステイの利用などであって、実際に各地域で、ひどいところは座敷牢状態で暮らしている方もおられるということです。こういった急性期病院などの議論も大切かもしれませんが、そういった視点も含めて、この地域医療構想も考えていただけるといいのかなと思ったりもしたところでありまして、意見させていただきましました。

すみません。お時間を取りました。よろしくお願ひします。

○齋藤会長 それはご意見ということで、課長、よろしく承って。

○藤森医療政策課長 承知しました。

○齋藤会長 ほかに、全体を通しまして、委員の皆様方、ご意見、ご質問ございましたらお願いしたいと思います。

富士市立病院の院長の児島先生。先ほどの東部の圏域の医師確保の問題は、富士市立病院はどうでしょう。

○児島委員 数多くのご意見を賜りまして非常に勉強になったんですが、現状として、当院について言うと、大学からの派遣に依存せざるを得ないような状況に実はまだあります。

また、圏域の中で医師を——これは救急医療センターも含めてどのように確保するかということについての積極的な話し合いはまだなされておられませんけれども、いかに指導医を育成するのか。あるいは、魅力ある医療施設としていかに若い医師を迎え入れるのか。今年の当院における初期研修医の面談の際に、どうも研修医の学生さんのレベルで、既に「東部地域は医者が少ないんです」というようなことで、「ここで働きたい」というようなメッセージを言う方もいらっしゃったりして、そういった方々のレベルでも、東部地域の医療事情というのは一般常識として共有されているんだなということは一応認識しております。

以上です。

○齋藤会長 ありがとうございます。

おしりで参加の順天堂の佐藤先生。東部の医療の核として重症の患者をみんな受け入れておられるんですけれども、現状どうでしょうか。何かご意見ございましたら。

○佐藤委員 病床削減というふうに、それを中心にやっていると、二次医療圏を越えて、当院には非常に多くの患者さんが他の医療圏から流入しているので、その辺をやはり県としては十分考えていただきたいと思います。病床機能分化を今後重点的にやっていかなければならないということで、調整会議でその辺は十分に話を進めていかなければいけないと考えております。

それからもう1つ、資料にございましたように、駿東田方圏域には100床以下の小さな病院が非常にたくさんあります。46のうち半分ぐらいがそういう病院でございますので、そういう病院をまとめていくことは、一つ一つの病院の力では無理でございますので、この「今後の方向性」に「役割の明確化」というふうに書いてありますけれども、そういうことを、保健所がぜひリーダーシップを発揮して明確にしていっていただきたいと。その辺をお願いしたいと思います。

以上です。

○齋藤会長 ありがとうございます。ほかに。

では、ご意見は多いと思いますけれども、続きまして報告事項に移りたいと思います。報告事項（１）、（２）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ございます。

1-33の次のページ、2ページ目をごらんいただきたいと思います。

報告事項（１）、8月9日に開催いたしました第2回の医師確保部会の開催結果について、ご報告をいたします。

主な協議事項といたしましては、3の（１）の「配置調整」の2つ目の「○」になります。医学修学研修資金利用者の来年度の配置先につきまして、配置方針案をご了承いただいたところでございます。具体的には、専門研修について、東部地域のプログラムの勧奨に努めるとともに、医師少数区域及び医師少数スポットに重点的に配置することなどでございます。

このほか、（１）の1つ目の「○」にありますとおり、長期的な配置調整の在り方、（２）の地域枠と「キャリア形成プログラム」についても、これまでの現状の検証などを行ないながら検討を進めているところでございます。いずれも、委員の皆様のご意見

をいただきながら、1つずつ丁寧にご議論をお願いし、必要な対応を進めてまいりたいと考えております。

なお、本日資料は間に合っておりませんが、先ほど毛利委員からもお話がございましたとおり、先週木曜日の11月10日に第3回の部会を開催いたしまして、さらに議論を深めているところでございますので、次回の協議会において改めてご報告をさせていただきます。

以上でございます。

○藤森医療政策課長 続きまして、医療政策課から「地域医療介護総合確保基金（医療分）」について報告いたします。

資料3となりますので、1枚めくっていただきまして3ページをごらんください。

確保基金につきましては、1の「概要」のとおり、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のため、平成26年度から当基金を活用した事業を実施しているところでございます。

昨年度の状況につきまして、2の「令和3年度執行状況」にありますとおり、新規積立額17億6,625万4,000円、執行額は19億2,381万5,000円となっております。積立額に対して執行額が多い状況ですが、この不足分につきましては、過去の未執行分から充当し実施しております。

今年度の執行につきましては、3の「令和4年度内示状況」のとおり、今年度、15億4,521万3,000円を新規に要望いたしまして、端数処理等はございましたが、ほぼ満額の15億3,003万円の内示を得ております。

4の「今後の予定」といたしましては、来年度の基金事業に対する事業提案を市町や関係団体の皆様から9月まで募集いたしました。現在、提出いただいた提案内容について、事業担当課と提案団体との間で調整しておりまして、県の予算要求作業を通じて次年度事業への反映に努めてまいります。

以上でございます。

○齋藤会長 ただいま説明のありました報告事項について、委員の皆様方、ご意見、ご質問をお願いいたします。

特にならなければ、まず医師確保部会開催結果につきまして、部会長である松山委員から補足説明をお願いします。

○松山委員 浜松医大の松山でございます。

先ほど松林課長から報告がありましたが、第2回までということで、3回もつい先日行ないました。問題になっているのは、やはり東部地区のプログラムをいかに充実させるかということでございますが、今日もお話が何度も出ましたけれども、東部地区というのは、特に賀茂医療圏におきましては、どうしても専門医、いわゆる指導医がいる病院が非常に少ない。プログラムの中でも、医師少数区域に限っていうと、今後専門医の資格を取るために送れる病院というのが非常に限られてきてしまうということで、なかなか指導医、あるいは専門医が定着できる病院が少ないというのが現状であります。やはりそれには、あるターゲットを絞って指導医を置くとか、そういった形で我々もターゲットを絞った形でやっていかないと、いつまで経ってもこのことが解決できないと。

これにかけて、奈良参事が非常に頑張っていて、いろいろと骨を折ってくださっているんですけども、今年、初期研修医のマッチングも、皆さんご存知だと思いますけど過去最高で、浜松医大のほうも非常に多くの初期研修医がマッチングしました。いろんな努力があつてのことだと思いますが、そういった方をいかに増やしていくか。これから令和2年度以降の地域枠で修学資金を貸与されている方がどんどん出てくる時に向かって、東部地区を充実させないことには、なかなかうまくいかないんじゃないかなという検討がなされました。貸与されている方、地域枠で借りている方がどんどん増えていく中で、これを有効利用していかなければ静岡県の医療は充実していかないんじゃないかなというふうに考えております。

以上でございます。

○齋藤会長 ありがとうございます。

その他、委員の皆様方、いかがでしょうか。

特にないようですので、最後になりましたが、本日の議事のほかに、委員の皆様方から、全体を通じてご意見などございますでしょうか。

特にないようですので、冒頭毛利先生もおっしゃいましたし、順天堂の佐藤先生もおっしゃいましたけれども、保健所長がいろんな情報を、分かっていると思いますけれども、この2025年の数字に関しても、これはあくまで過去につくったものではありませんが、そういったものとの対比を進めながら、保健所長なりのビジョンを持って会議を進めていただくとありがたいなと思う次第であります。

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、ご協力ありがとうございます。

それでは、ここで進行を事務局に移します。

○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。

それでは閉会に当たりまして、健康福祉部部長代理の後藤から、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。

○後藤健康福祉部部長代理 本日は、ご多用の中、令和4年度第2回医療対策協議会にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

また、皆様には、新型コロナ対策につきまして様々なご協力をいただき、誠にありがとうございます。

本日の議題でございます「各圏域における地域医療構想の課題と今後の方向性」につきましては、本日、各保健所長からご報告をいただきました。各圏域ごとの人口構成、それから医療資源、課題もいろいろございます。今日いただいた意見、またこれからいただくご意見も参考にしまして、各圏域で、どんな医療体制が適切かにつきまして、より具体的な、活発な議論をしますよう、地域医療構想調整会議につきまして運営を続けてまいります。

また、来年度、静岡県保健医療計画につきまして、改定作業を行ないます。皆様には、特に地域医療構想、それから医療従事者確保の項目を中心にご意見を伺いたいというふうに考えてございます。またぜひともご協力をお願いいたします。

本日はありがとうございました。

○司会 それでは、以上をもちまして令和4年度第2回静岡県医療対策協議会を閉会いたします。

長時間のご協議、ありがとうございました。

午後5時58分閉会