

平成 30 年度第 4 回富士地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成 31 年 3 月 11 日（月）午後 7 時から午後 8 時 50 分

場所：静岡県富士総合庁舎 2 階 201 会議室

1 出席委員

出席委員 19 人（詳細は別添出席者名簿のとおり）

（静岡県地域医療構想アドバイザー 浜松医科大学 小林特任教授）

（オブザーバー 聖隷富士病院 笠原事務長、川村病院 川村院長）

2 配布資料

資料 1 - 1 ～資料 6 - 2（詳細は別添資料目次のとおり）

3 議事

- (1) 各医療機関の 2025 年への対応方針について
- (2) 病床機能分類の定量的な基準の導入について

4 報告

- (1) 地域医療介護総合確保基金（医療分）事業について
- (2) 地域医療構想調整会議：平成 31 年度協議のポイント
- (3) 富士圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議について
- (4) 退院支援ルール作成ワーキンググループについて

磯部議長：それでは、議長を務めさせていただく。円滑な議事進行について、皆様方の御協力をお願いしたい。本日の会議では富士医療圏における医療提供体制について現状を確認し、課題等について、委員の皆様から忌憚のない御意見をいただきたいと思う。

最初に議事 1「各医療機関の 2025 年への対応方針について」である。前回の第 3 回富士地域医療構想調整会議で各医療機関の 2025 年への対応についての説明、話し合いが行われたが、聖隷富士病院と川村病院には直接病院の方から詳細なお話をいただきたいとの意見があった。これから、2 病院に 2025 年への対応方針についてご説明いただきたいと思う。まず初めに、聖隷富士病院からお願いしたい。資料は 1 ページになる。

笠原事務長：資料 1-1 の聖隷富士病院の欄を御覧頂きたい。現時点では、稼働病床数が 117 床で、本来病棟の機能として持っているのは 151 床なので、休床病棟がある。我々の病院の一番の課題は、休床病棟をいち早く稼働させることで、地域におけるベッドの利用として、休床を無くしていくことが一番の大きな課題と捉えている。休床病棟が稼働していない理由としては、医師や医療スタッフの確保があり、募集、求人による潤沢な補充ができておらず、そこが一番の急務となっている。本来の機能からすると、地域医療として、急性期、一般病棟、それから地域包括ケア病棟をフルに展開させて、地域に貢献していくことが、我々のやらなければいけないことだと認識している。

磯部議長：ただいま、聖隷富士病院から説明があったが、御質問等はあるか。

2次救急の地位を担っていただいているが、救急体制について、中央病院の柏木先生から御意見はあるか。

柏木委員：中央病院として一番望むところは、市内の各病院に救急の受入体制を確保していただきたいということである。本日の議会でも、富士市における救急医療体制として、特に受入先の待ちの問題がかなり取り上げられていたので、地域の医療を充実させるためにも、聖隷富士病院さんにも頑張ってもらいたい。

磯部議長：同じように2次救急を担っていただいている川村病院の川村先生から御意見はあるか。

川村院長：聖隷富士病院は内科の救急を担当しており、私どもが外科の2次救急ということだが、ただ、月に2、3回なので、いつも中央病院の先生には大変な思いをさせて申し訳ないと思っている。今は、2次救急以外の平日の救急を頑張りたいと思っている。聖隷富士病院には色々な科があるので、そういう点で色々とお世話になりたいと思う。

磯部議長：蒲原病院も救急を担当されているが、西ヶ谷先生から御意見はあるか。

西ヶ谷委員：私どもは、直接2次救急の輪番制には入っていないが、随時、入院の必要な人は受け入れている。1年の間でも、救急車が頻繁に出る時期と、比較的少ない時期があり、その変動もある。一定の数であれば準備もしやすいが、多いときと少ないときがあり、どこに標準を合わせて準備をすればよいのかということ、一番多い時に標準を合わせると稼働率が下がってしまうという問題もあるので、ある程度幅をもたせて救急体制を準備しなければならないと思う。富士地域は、救急が忙しい時期には十分対応できていないという実感があり、それに対応できるような幅を持たせた救急医療の充実が必要と考えているので、聖隷富士病院さんが、救急の方にも力をいれていただければ、歓迎すべきことだと考えている。

磯部議長：次ぎに、川村病院から説明をお願いしたい。

川村院長：資料の3ページを御覧いただきたい。病院の課題としては、医師、看護師、薬剤師の人員確保が問題となっている。大規模災害時の救護病院としての緊急入院、救急搬送に対応するためにマンパワーを増やしたいというのが今の課題である。今後の方針としては、地域において今後担うべき役割として、昨年3月に静岡県から16床の増床が認可され、60床が76床になる。そのうち、20床を緩和ケア病棟の新設とし、56床を一般急性期とする。静岡県内では、緩和ケア病棟は3病院の合計97床しかないので、富士医療圏に20床開設することによって、地域における緩和ケア医療の一翼を担いたいと思っている。今、急性期は60床であるが、今後56床となり、少し減ることになる。

次ページの具体的な方針及び整備計画ということで、具体的には、現在の旧館及び南

館の病棟部分と内視鏡室部分を、病院北側に内視鏡室及び病棟 22 床を 3 階建てで新築し、そこに移設する。旧館の内視鏡室を化学療法室に変更して、今よりも、大勢の化学療法ができるようにする。同じ北側敷地内に、20 床の緩和ケア病棟を新築する。新棟は基本 3 階建てであるが、緩和ケア病棟部分は 1 階建てになる。スタッフの人員確保計画については、特に静岡県東部においては、医師、看護師、薬剤師が足りず、緩和ケア病床にすると 7 : 1 となるので、大変人数が必要となってくる。そこが緊急の課題となっている。ドクターも緩和ケア専属のドクターが必要なので、そこも検討中である。病院の北側には理事長宅など計 3 棟があったが、現在解体中であり、5 月いっぱい解体が終わるので、新棟の改築を始め、来年 6 月に完成予定である。それまでに人員を確保したいと思っている。

磯部議長：川村病院について、御質問等はあるか。

川村病院は今後緩和ケア病棟をもたれるとのことで、特にガン治療とも関係すると思うが、柏木先生から御意見はあるか。

柏木委員：中央病院としては、緩和ケアチームはあるが、病棟は今後も設ける予定がなく、急性期医療でやっていく。ただ、ガン医療を積極的に進めていくので、この医療圏において緩和ケア病棟、患者さんを受け入れる施設があることは非常に良いことだと思うし、中央病院としても協力していただければと思う。

磯部議長：富士宮市立病院の佐藤先生はいかがか。

佐藤委員：当院も同様で、急性期の患者を主に診ているが、緩和医療は消化器外科の部門で特に重要になってくるので、是非当院としても利用させていただきたいと思う。

磯部議長：他に御質問等はあるか。

次に、皆さん御存じかもしれないが、米山病院が 3 月で休止するとのことで、これについて事務局から説明をお願いします。

内藤医療健康班長：本年 1 月に米山記念病院から、院長先生の体調不良により、3 月末で病院を休止にしたいという旨の話があった。現在、外来は 2 月末で閉院し、入院患者も順次転院を行っており、3 月 8 日時点での入院患者は 22 名で、3 月末までの転院を目指している。入院患者のいなくなった 4 月以降に休止予定とのことである。なお、休止後の病院の方針については、具体的にはまだ決定していない状態とのことである。今後も、情報等があれば委員の皆様へ情報提供していく。

磯部議長：医療機関が少ない中で、また一つ医療機関が減ってしまう。開業医の方も、いま休診している耳鼻科がこの 3 月いっぱい廃院する。また、精神科の診療所も院長の体調不良で 4 月から長期休診ということである。富士医療圏は医師が少ない中で、休止や廃止の医療機関が増えているということで、大変な状況にある。この資料を見る限り、米山

病院は看取りを多くやっていたようであるが、療養病床をもっている新富士病院の川上先生から御意見はあるか。

川上委員：今の報告に付け加えて、米山病院の院長先生が体調不良とのことで、転院のことなどの相談があり、1月30日に家族や職員への説明会を行い、2月4日から患者の受入を始めている。全て新富士病院で受け入れている訳ではないが、8割方は当院で受け入れているかと思う。3月いっぱい、転院、他の施設への入所、自宅退院も含めて終える予定になっている。職員の行き先についても希望を聞いて、可能な限り受け入れる方向で進めている。米山病院の今後のことについては、私は何もわからない。

磯部議長：富士整形の渡邊先生の方で、米山病院で診てもらった患者さんはいたか。

渡邊委員：高齢者の手術の後、圧迫骨折の後などに、家庭の事情などからお願いするケースは結構あったので、そういったことをお願いできなくなるのは、慢性期医療の点ではダメージである。

磯部議長：中央病院でもお願いすることはあったか。

柏木委員：当院の連携センターの話を見ると、米山病院は、施設等では受け入れられない患者さんの受け入れに、大きな役割を担っていただいていたので、中央病院としても結構大変だということになっている。

磯部議長：行政上の影響について、伊藤保健所長から意見はあるか。

伊藤委員：圏域から85床の病床がなくなるということで問題であり、資料によると、急性期が30床、慢性期が54床となっているが、内容としては、回復期と慢性期の方がほとんどだと思う。回復期に関しては、急性期病院からの転院の受け皿がなくなるということ、慢性期の患者に関しては、看取りなど在宅での負担が大きくなることを懸念している。

磯部議長：富士市の方はいかがか。

伊東委員：米山病院が休みになるといった程度で、具体的な情報は入ってきていない状況である。柏木委員からもお話があったが、中央病院の患者を診ていただいていたと聞いていたので、その辺は大変になってくるなという認識はある。

磯部議長：医療従事者の転職などの関係で、看護協会の高橋委員の方で、聞いていることはあるか。

高橋委員：看護協会としては、米山記念病院のことで、具体的に何かを聞いたということはないが、富士市は県内でも一番看護師が不足しているということで、今後の課題かなと思っ

ている。

磯部議長：他にはよろしいか。

各医療機関の2025年への対応方針に関しては、今後各病院について大きな変更事項等があったら、御説明をして議論をしていきたいと思う。

続いて、「病床機能分類の定量的な基準の導入について」に移る。事務局から説明をお願いする。

内藤医療健康班長：(資料2-1の説明(P8まで))

磯部議長：ただいま、事務局から埼玉方式について説明があったが、御質問等はあるか。

ないようなので、引き続き事務局から説明をお願いする。

内藤医療健康班長：(資料2-1の説明(P9から))

磯部議長：ただいま、事務局から静岡方式の話があったが、本日は地域医療構想アドバイザーの小林先生がお見えなので、P16以降の静岡方式について、説明をお願いしたいと思う。

小林アドバイザー：(資料2-2の説明)

磯部議長：小林先生から説明いただき、埼玉方式は数合わせのようで、病院の事務に負担がかかるという話だったが、これらについて何か御質問等はあるか。

柏木委員：この医療圏の問題は、医療圏として救急医療をやっているかがポイントになると思う。何しろ医療過疎の地域なので。ただ弁解させていただければ、富士医療圏の3次の高度救急について、4分の1の患者が圏外に出ているが、4分の3は圏内で処理できている。むしろ、富士医療圏で紹介までの時間が長いとか 紹介までの回数が多いのは、どちらかというところ軽症の救急で、救急医療センターが1次救急として機能するときには救急医療が常に回っていくが、日勤帯において救急医療センターが止まっているときの空白時間の待ちが大きいので、そこはこの医療圏としては解決していかなければならない。

そもそも、この病床機能報告は何を求めているのか、先生に一度聞きたかった。

小林アドバイザー：私も厚労省に同じ質問をしたら、答えられなかった。彼らは合意と言う。先程、川村病院や富士聖隷病院から話があったが、それに対して皆さんが納得した、合意したということで、合意したということが彼らの中の基本的な位置付け。合意したものを全部足したら、当然必要病床数とズレることがあって、それでもいいのかと言うとそれでは困るという言い方をする。それでは、どうしたらよいかという話。今とはとにかく、この会議を、地域での大事なことを話し合う場にする。この後、この会議で、医師確保の話もでてくる。外来の医者分布や外来の開院が適切か言う議論も出てくる。この会

議を大事な会議にしないというのがメッセージだと思っている。一応は合意ということなので、公立病院、公的病院にプレゼンをさせて合意したと。その合意したものが、病床必要量とそろってればよいが、多分そろわない。それをどうするかというところで、こういうツールを使って考えてくださいという提案だと思う。これを見て、自分たちは急性期だと思っていたが、回復期ではないかというのを考えてもらって、次回以降の報告の時に、そういったものを考慮してもらうためのツールである。その作業が難しいとつらいだろうなと思い、なるべく簡単な重症度医療・看護必要度を提案した。

磯部議長：富士圏域では、埼玉方式で試算すると、2025年の必要病床数とほぼ合致するが、埼玉方式が正しいかは別にして、実際の現場の感覚と比べてどう感じるか。佐藤先生いかがか。

佐藤委員：現場として実際に医師の声を聞くと、後方支援病院というか、自宅にも帰れないし、リハビリ病棟や地域包括ケア病棟にも行ける感じではない慢性期の患者を送る療養病床がどうしても足りない。特に富士宮市の中では足りないので、富士市に頼らなければいけない。そういうことを実感しているので、慢性期病床は、まだまだ足りないと感じている。

磯部議長：西ヶ谷先生はいかがか。

西ヶ谷委員：必要病床数は1の位まで出ている。病棟単位で報告させるということで、1病棟が仮に急性期から回復期になったとすると、数的に4、50床が一気に下がることになる。先程、数合わせではないと小林先生からも話があったが、必要病床数は、もう少し幅を持たせてもいいのではないか。回復期は手術をしてないというイメージをもたれるかもしれないが、回復期もある程度手術をしているところもあるし、1の位の数字まで出すことに、どういう意味があるのか甚だ疑問である。急性期が867という数字であるならば850～900という数字を設けて、その範囲に入るような申告方式で、各委員が自主的に決めていくということでも十分やれると思う。1つの病院、1病棟が、先生の都合でなくなってしまうと、50床、100床なくなることも十分ある。そういった意味からも、もう少し幅をもたせた目標値をつくってもいいのではないか。

それと、救急は波があるので、どういう準備をしておくかは難しい。また、救急で受け入れた患者さんを次の回復期に移していくにしても、回復期がリジットに数値を決められてしまうと、回復期の患者さんにすぐに在宅に帰ってくださいといっても急には無理なので、回復期の病床にも幅を持たせて、全体の病床にも幅を持たせて、ある程度余裕をもってやっていくことが必要である。以上が現場の実感である。

磯部議長：富士整形外科の渡邊先生はいかがか。

渡邊委員：昨年まで、圏域で回復期が足りないので充足していこうという議論がされる中で、病床が増えてきたと思う。今回の小林先生の方法などを当てはめ、実際に即した定量的な

基準でやっていく必要はあるが、目標の必要病床数に一致してきたからこれで富士圏域はいいよねといった議論になると、小林先生がおっしゃっているように、数合わせだけになり危険であると思う。結局この圏域は、救急医療をとれるマンパワーが少ないところに収束してしまう。前回の地域医療構想調整会議でこの圏域の医者の方の年齢分布のデータがあり、高齢化した医者が多く若い医者が少ないという特徴があったが、そういうところを参考に、いかに大学病院を誘致したりとか、慈恵の先生方ばかりに負担をかけるのは申し訳ないので、例えば、複数の大学病院が圏域あるいはその周辺にあったりだとか、そういう方向性で行政も含めてやったらいいと思う。

磯部議長：川村病院の川村先生はいかがか。

川村院長：当院は60床で実質の稼働は悪いが、1日10人入院して10人退院するといった感じなので、在院日数も10日を切ったりする。そういう意味では非常に回転が早いですが、その分少ない職員だとすごく疲弊していく。当院では病棟が2つも持てず1病棟なので、どこかであげるとすると急性期になってしまう。

救急に関しては、救急車が1回で済む感じはなかなかなく、そういう話が多く出るので、出来る限り受けるようにしているが、1箇所でもやっても絶対に無理で、やはりマンパワーの問題が全てだと思う。小さい病院だとベッドがないので、救急車が来てもその半分は入院が必要になるが、その対応できない。だから、入院させたくても出来ないとなると、それでどこかに入院といっても、救急で来る方は家族がいないような人もいたり、どうしようかという人も結構いるので、その辺も問題である。そういう意味で、市全体として救急に取り組んでいくとよいと思う。

磯部議長：聖隷の笠原事務長はいかがか。

笠原事務長：やはり、マンパワーが一番大きなところだと思う。私どもの施設においても、医師のマンパワーさえあれば、まだまだ機能としてもやっていけるというのが現実である。救急医療については、夜間ではなく昼を過ぎた時間帯、開業医の先生がうまく機能しない時間帯に受け皿がなくなってしまう。当院で受けてくれないかという話があった時に、例えば午後からはオペに入ってしまうので、オペ出でドクターが皆いなくなってしまうところに救急車となっても、そういう所が受けられない。そういう時に、救急を診てくれる先生がいるといいが、現実では、外来診療を診ながら救急を診る、手術の準備をしながら救急を診るということがあるので、やはりもう少しマンパワーがあると、救急医療の受け皿として役に立っていけるのかなというところはある。それは経営的な課題でもあるが、富士地区はなかなかマンパワーを補充していくことが出来ず、私たちの病院も、医師の高年齢化でパワーが落ちていってしまうことが課題となっている。

磯部議長：今、昼間の救急の話があったが、11時から14時くらいの時間に、救急隊が問合せを6回以上する、あるいは搬送までに30分以上かかっているケースが多く、圏内8医療圏の中で富士圏域が圧倒的に多い。他の圏域が5回、10回ぐらいなのに、富士圏域だけ50

回とか80回という数になっている。笠原事務長からも話があったが、我々は昼休みに出ていないことがある。病院にはドクターがいるのだから診てくれといっても、実際には手術に入っていて救急を診るドクターがいない状況になっている。軽度の患者を受け入れられない状況があり、何とかしようと保健所の方にも相談して、どういう形でやろうか、MC協議会でやるのかどこでやるのかいいのか話し合っていて、何とか解決したいと考えている。

小林アドバイザー：西ヶ谷先生が言われた、幅を持たせてというのは、私もある程度賛同できる。元々ガイドラインをつくった時に、患者のレセプト単位でつくったので端数が出た。これは県単位では仕方がないが、これを2次医療圏単位にするときに、端数をつくらないでやった都道府県が京都。京都は幅を持たせている。ただ、他のところはすごく素直なので、同じ方式でやっている。私は、元々この中には幅があると思っている。必要病床数という言葉、会議の中では病床の必要量という言葉に正式に変えて、言葉のニュアンスとして幅のあるイメージで捉えるのが、良識ある人達の考え方である。ただ、行政は、端数合わせが命題のようになっており、いろんなツールで数を合わせてといった形だが、結局患者単位のものを病棟単位にするのは無理があるので、当然のように病棟の機能が変わるとごそつと変わるというのはその通りである。これは目標ではない。目標にしなくていい。結果、これに近くなるだろうという予想であり目安。そういう理解が一番正しいと思っている。

西ヶ谷委員：目標でないということだが、こういうふうに行政から示されると、これにしなければならぬ、マストではないかという雰囲気になってくる。平成27年3月に厚労省からこういうものが出されて、それ読んだときにこれはえらいことだなと感じた。結局、各病院の自主的な申告でということではあったが、その中でも、最終的には県知事の強制的な云々と書いてあり、マストの課題かなと思った。2025年に向けて、全体的に緩やかにやっていくのはよいと思うが、仮にこれをパンとやったら、今の富士圏域の救急体制は破綻すると思う。特に救急の現場では、受入先がなかなか決まらないという命題もあるので、ラジカルにやろうとすると、救急はさらに支障があるのではないかと考えている。目安だということで、地域の実情に合わせて数値にはこだわらずやっていけばよいということであれば、もう少しおおらかな目でやっていけるのではないかと思う。

柏木委員：地域医療構想調整会議には、県の方にも出させてもらっている。この会議の本当の意味を考えた場合、1つは医療コストの問題が絡んでいるが、この地域は医療コストが非常に低い地域で、医師数も少ない。そうするとこの地域は、伊東や賀茂に関してもそうだが、病床数にこだわるよりも医療をしっかりと推進していく方が重要であって、静岡や浜松であれば、医療費がかかっている地域なので医療を圧縮していかないとならない。本質としては、この地域における救急だとか、高度から急性期、回復期、慢性期の連携の隙間に患者が落ちてしまうことを避けなければいけないので、この地域ではいかに連携を構築していくかなどが大切で、病床数にこだわると本来の目的を失う気がするが、小林先生はどう考えるか。

小林アドバイザー：富士地域は、元々、病床の必要量と今の状況にギャップが余りなく、むしろ医療の資源が足りない。この地域のなすべき医療をきちんとやるためには、何が問題で、何をしなければならないかをこの中で話し合うことが大事である。

あと、医師の少ない圏域となったことは色々な意味があって、この後政策的に色々なことが動く。医師の多いところからこの地域に医師を派遣する。例えば、大学はこの2年後の地域枠から、医師の少数区域に、強制配置ではないが、10年経ったらそういった地域に配置しますよという条件で留学させるとか、そのようなことも行われる。多い所から少ない所に流す政策を、県が策定会議などでやることになる。その時に、例えば、駿東田方は多いと言われているが、沼津が多いかと言うと多くはない。駿東田方で多いと言われてしまうと、逆に駿東田方には医者があまり派遣されないということになる。本当に、偏在指標は恐ろしい指標だと思っていて、この地域は、富士と富士宮しかないので分かりやすいが、駿東田方では順天のある伊豆の国や長泉はすごく多くて、他はすごく少なくても、十把一絡げで、医師の多い地域としてランキングされてしまった。政策として、県の中でよっぽどしっかり見ていないと、うかばれない市町が出てくる。私は、そういう所を見て意見を言うようにはするが、まずは、この富士地域として、市民が医療をきちんと受けられるような体制を、皆さんと行政で作り上げていくことが一番大事だと思う。

磯部議長：議論は尽きないが、時間の関係もあるので、報告事項に移る。報告事項1について、事務局から説明をお願いします。

渥美医療健康課長：(資料3の説明)

磯部議長：事務局から説明があったが、これについて御質問等はあるか。
それでは、報告事項2について、事務局から説明をお願いします。

内藤医療健康班長：(資料4の説明)

磯部議長：事務局から説明があったが、これについて御質問等はあるか。
この調整会議の活発化のため、議論によっては委員を限定して協議するなどして実質的な議論が幅広く行われるよう柔軟な運営をしていきたいと思うので御協力をお願いしたい。
次に、報告事項3、4について、事務局から説明をお願いします。

阿部福祉課長：(資料5、6の説明)

磯部議長：ただいま、事務局から説明があったが、これについて御質問等はあるか。よろしいか。
それでは、全体を通して、あるいは本日の議事とは別でも構わないが、御質問や御意見はあるか。

最後に、医師確保の様々な事業を行っている中で、資料の25ページにある初期臨床研修医定着促進事業を県医師会が行っているが、この屋根瓦塾を小林先生が行っているので、説明をお願いしたい。

小林アドバイザー：25ページだけではなく、こういった基金の照会が皆様のところにくるのは、提案の締め切りが明日のような状況で、なかなか団体として出せないと思われるかもしれないが、私は医師会の中で、勤務医の立場で、色々なことを精力的にやっている。初期臨床研修医定着促進というのは一昨年から始まっている。御存じのとおり静岡県は奨学金を多く出して、250人の1年生2年生を集めて、結果的に120人ぐらしか3年生が残らないという都道府県であった。今回の専門医制度の中でも、150人の3年生がマッチングしたが、そのうち100人が浜松医大、あと4つか5つの基幹病院で90%以上の3年生がそこに集約されてしまった。だから、ローテンションで回らない限り、そういうところ以外に、3年生4年生の医者が行かないという事態である。その一方で、皆さんの病院にも、指導医ですばらしい人がいるはずである。そういう人たちを研修医たちに知らせる機会をつくるために、屋根瓦塾ということで、県内の指導者がブースをつくって、それぞれのブースを回ることにより各圏域の指導者たちの指導を受けて、こんな素晴らしい指導医がいるなら東京なんか行かなくても専門医になれるぞという、そういう場所を提供してきた。ここ1、2年は250万円ぐらいの予算を取っていて、最初は静岡で始め、今年は浜松と中部で開催した。来年度、もっと広げるために予算を取って、東部・中部・西部で開催する予定である。実は、東部では、伊東市民の田中先生と静岡医療センターの小沢先生が、すごく熱心に、2つの病院の入れ替わりで、ボランティアとしてやっていた。私たちはそのボランティアでやっている先生たちに、交通費や日当ぐらいは出してあげようとお弁当も出してあげよう。そういう形でこの予算を取っている。来年度の東部については、伊東市民と静岡医療センター、あと富士から若い先生が集まって開催する。そういうことをずっとやってきた。皆さん方の病院にも素晴らしい指導医がいるはずなので、そういった指導医にこういったところに出てきてもらって、静岡の医療の強さを知らしめたい。先日静岡で開催し、県立総合病院と静岡市立病院と赤十字の先生に出てきていただいた。東部もやるので、こういった機会を利用してもらい、最終的には、地域に若い医者を残していく。

高齢化というのが一番の問題だと思っていて、熱海・伊東は60歳以上の医者が多く、高齢者率が45%である。医師の年齢が高ければ、医師偏在指標では点数が低くなる。若い医者はたくさん働けるだろうということで医師偏在指標をつくるので、そういうことも含めて、医師の若返りは絶対必要である。そういう若い医者がここに残るような施策をやっているので、皆さん方もうまくこれを利用していただきたいと思う。

その下に書いてあるのは、公立病院からの提案であるが、東部に指導医を招聘ということで、こういう現ナマ的なことをやっていかないと、たぶん無理だろうと思う。今まで有床診療所の時間外の看護師給与の半分を賄うことを基金でやったが、思ったほど手が挙がらなかった。本当に、露骨に、指導医というか、若手医師を取るということを真剣にやっていかないといけない。なかなか人件費をお金で出すのは難しいと思うが、こういうことで、人を集めて育てていかないと、静岡はもうもたないと思っているので、

関心を持っていただいて、アプローチしてもらえると助かる。

磯部議長：他によろしいか。本日は貴重な御意見をいただき感謝する。それでは、議事を終了して、マイクを事務局にお返しする。

議事終了