

令和2年度 第3回 静岡県医療対策協議会 議事録

日 時 令和3年3月10日(水) 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

秋山 欣丈	上坂 克彦	太田 康雄	荻野 和功	柏木 秀幸
小田 和弘	河村 英之	神原 啓文	坂本 喜三郎	小林 利彦
鈴木 昌八	竹内 浩視	田中 一成	中野 浩	中村 利夫
松井 三郎	松山 幸弘	毛利 博	計 18人	

欠席委員

岩崎 康江 川合 耕治 佐藤 浩一

出席した県職員等（事務局職員）

藤原学健康福祉部長	石田貴健康福祉部理事	鈴木宏幸医療局長
後藤雄介健康局長	奈良雅文健康福祉部参事	田中宣幸医療政策課長
井原貞地域医療課長	後藤幹生疾病対策課長	森岡克明健康増進課長
藤森修地域包括ケア推進室長	青山秀徳健康福祉政策課長	藤野勇人長寿政策課長
堀川俊菓事課長	福原崇元精神保健福祉室長	

議題

- (1) 第8次静岡県保健医療計画の中間見直し
 - (ア) 6疾病5事業の骨子案
 - (イ) 在宅医療、認知症対策、地域リハビリテーションの最終案
- (2) 地域医療連携推進法人の設立

報告事項

- (1) 静岡県医療対策協議会医師確保部会の開催結果
- (2) 公立・公的医療機関等の具体的対応方針に対する再検証
- (3) 令和2年度病床機能再編支援事業費補助金
- (4) 地域医療介護総合確保基金
- (5) 新型コロナウイルス感染症への対応

開会

進行 鈴木医療政策課長代理

議事の経過

○鈴木医療政策課長代理 定刻となりましたので、ただいまから令和2年度第3回静岡県医療対策協議会を開催いたします。

委員の皆様には、お忙しい中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、委員21人のうち、リモートでのご参加の方も含め、18人の委員の方にご出席をいただいております。

なお、本日の医療対策協議会は公開で開催しております。

本日の資料は、お手元の配付資料一覧のとおりでございます。

それでは、議事進行につきまして、小林会長よりお願いいたします。

○小林会長 皆様こんにちは。小林です。本日、お忙しい中、会場に、それからWebでのご参加ありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症は何となく落ち着きつつあるのかなと思ったら、私のいる西部のほうで今非常に大変な状況になっております。なかなかいつまで経っても落ち着かない状況にはあります。

それでは、議事を進めていきますので、円滑な進行等にご協力いただきたいと思います。

本日は、議題が2件、それから報告事項が5件と聞いております。

最初に、議題(1)「第8次静岡県保健医療計画の中間見直し」、(ア)「6疾病5事業の骨子案」について、事務局から説明をお願いいたします。

○田中医療政策課長 県の医療政策課長の田中でございます。よろしくお願いたします。着座にて失礼をいたします。

それでは、資料の1ページをご覧くださいませでしょうか。

議題(1)の(ア)となりますけれども、第8次静岡県保健医療計画の中間見直しのうち、来年度にかけまして見直しを行なってまいります、6疾病5事業の骨子案について、ご意見をいただくものでございます。

2ページをご覧ください。

中間見直しにおける検討状況と今後の予定を示しております。

中段に四角で囲っておりますけれども、今回の医療対策協議会では、6疾病5事業の骨子案と、在宅医療、認知症対策、地域リハビリテーションの3分野の最終案をご協議いただきたいと思います。今後は、3月23日に予定しております医療審議会にお諮りを

し、来年度は6疾病5事業などについて、ご審議をお願いしていきたいと考えております。

資料4ページをご覧ください。

中間見直しの主な視点といたしまして、4点をお示ししております。

まず1点目といたしまして、厚生労働省から示されました「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」を踏まえ、医療機能と指標の見直し。

2点目といたしまして、感染症対策の見直しであります。こちらは後ほどご説明をさせていただきます。

3点目は、関連する他計画と整合をとってまいります。特に、令和3年度は静岡県総合計画の見直しを予定しておりますことから、連動しております数値目標につきましては見直しを進めてまいります。

4点目は、現状を踏まえた見直しでございます。数値目標の達成状況を踏まえ、改善が見られない項目につきましては、その要因を分析の上、取組内容を見直しまいります。

続きまして、5ページをご覧ください。

感染症対策についてでございます。

2にお示しをしておりますとおり、国におきましては、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、2024年度から2029年度までの次期医療計画の策定に当たり、「感染症対策」を「事業」の1つに位置づけるという方針が既に決定されております。

3でございますけれども、中間見直しにおける本県の対応といたしましては、新型インフルエンザ等対策特別措置法、また、改正をされました感染症法を踏まえつつ、国から示される基本指針により静岡県感染症・結核予防計画を見直し、その方向性や主要な取組を保健医療計画に反映をしております。

また、今年度新たに設置をいたしました静岡県新型コロナウイルス感染症対策専門家会議にお諮りをし、ご意見やご助言をいただくことを予定しております。

6ページをご覧ください。

各疾病や事業についてご協議をいただく専門会議をお示ししております。まずは各専門会議でご協議をいただいた内容を本協議会にお諮りをしていくという形で進めていきたいと考えております。

続きまして、7ページをご覧ください。

7ページから8ページにかけては、現行の計画と今回の中間見直し案を対照しているという形になります。

左側の現行計画のうち、中段から少し下のところになりますけれども、6章、7章のところで点線で囲った部分が、今回ご協議をいただきたい部分となります。

9ページをご覧くださいいただけますでしょうか。

ここからが、6疾病5事業の概要となります。先ほどお示しをいたしました各専門会議においてご協議をいただき整理をいたしました見直しの視点や、主な見直し事項となります。

まず、6疾病のうちのがんでございます。

1の「見直しの視点」として、分野計画であります第3次静岡県がん対策推進計画の中間評価の結果を反映してまいります。

また、2「主な見直し事項」といたしまして、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」により新たに創設をされました「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」などの県内の指定状況を追加してまいります。

11ページをご覧ください。

脳卒中でございます。

1となりますけれども、令和3年12月をめどに作成予定であります静岡県循環器病対策推進計画の内容を反映してまいります。今後、静岡県循環器病対策推進協議会により協議をしてまいります予定でございます。

12ページをご覧ください。

心筋梗塞等の心血管疾患でございます。

こちら、先ほどの脳卒中と同様に、作成を予定しております静岡県循環器病対策推進計画の内容を反映してまいります。

13ページをご覧ください。

糖尿病でございます。

1「見直しの視点」でございますけれども、数値目標が改善傾向にありまして、取組の成果が上がっていることから、基本的な対策方針につきましては現状維持というふうに考えております。

また、令和2年4月に国から示されました指針を踏まえまして、2となりますけれども

も、糖尿病の慢性合併症の治療状況及び医療提供体制の現状把握のため、糖尿病患者の新規下肢切断術の件数を追加いたします。

14ページをご覧ください。

肝炎につきましては、1になりますけれども、国が示す肝炎対策基本方針や、肝炎患者さんの死亡数として肝がんが最も多い現状を踏まえた見直しといたしまして、2のところ、人口10万人当たりの肝がん罹患率の減少を指標に追加するほか、現行の計画策定後に開始をいたしました、肝がん・重度肝硬変医療費助成事業に係る取組の記載も追加をいたします。

15ページをご覧ください。

精神疾患についてでございます。

2の①となりますけれども、国の指針を踏まえまして、精神障害者にも対応した地域包括ケアの構築といたしまして、地域生活支援連携体制の整備状況を評価するため指標を見直すとともに、依存症につきましては、依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関に関する記載を追加いたします。

また、②となりますけれども、ギャンブル等依存症対策推進計画の策定を進めておりますことから、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関、関係機関の連携強化なども追加をしていきたいと考えております。

17ページをご覧ください。

ここからは5事業となります。

まず、救急医療につきましては、2の①となりますけれども、国の指針を踏まえまして、県内の救命救急センターが災害時においても高度な救急医療を提供できるといったことの記載を追加してまいります。

また、関係機関間の連携の状況を評価するため、救急要請から救急医療機関への搬送までに要した平均時間を指標に追加をいたします。

資料18ページをご覧ください。

災害医療についてでございます。

2の①となりますけれども、国の指針を踏まえまして災害拠点精神科病院を指定したことに伴い、災害先進医療における役割等を追記いたします。

20ページをご覧ください。

へき地医療についてでございます。

2の①となりますけれども、国の指針を踏まえつつ、へき地医療拠点病院の主要事業の1つであります巡回診療及び医師派遣につきまして、国が示す目標を満たす医療機関の割合を追加したいと考えております。

21ページをご覧ください。

周産期医療についてでございます。

2の①でございますけれども、国の指針等を踏まえつつ、災害対策の強化や、産科、産婦人科以外の診療科との連携等について追加をいたします。

22ページをご覧ください。

小児医療についてでございます。

2の①になりますけれども、国の指針を踏まえまして、災害時小児周産期リエゾン委員嘱人数及び小児の訪問診療を受けた患者数を指標に追加をしております。

私からの説明は以上となります。よろしくご審議のほど、お願いいたします。

○**小林会長** はい、ありがとうございます。

ただいま説明のありました「第8次静岡県保健医療計画の中間見直し」について、委員の皆様方のご意見、ご質問等、お願いします。Webで参加されている方、もしご意見等がありましたら、挙手のほど、よろしくお願いします。いかがでしょうか。

では私のほうから、数値目標について、策定時、現状値、目標値とありますが、現状がよくなっていないものも、目標をより高く設定してあるような項目が幾つかあります。この辺りの考え方というか、設定の基準が何かありましたら教えてください。

○**田中医療政策課長** 医療政策課でございます。

指標につきましては、今小林会長からお話のありましたとおり、策定時、あるいは現状値の推移を見まして、目標値に到達しているものは、それよりも高い目標をとという形で見直しを図っていきたいということでございます。

また、現状値が目標値に届かないというような状況のものについては、取組を改善いたしまして、できるだけ目標に早く到達するように取り組むというような、基本的な考え方はそういった形になっております。

以上です。

○**小林会長** はい、ありがとうございます。

あと、非常に多岐にわたる6疾病5事業に関して、今日委員で参加しておられる方の専門外の領域もあるように思いますが、例えば精神科とか、そういった各専門分野での、

ある程度お伺いというか、打診的なものは、既にあるという理解でよろしいですか。

○田中医療政策課長 6ページにお示しをしておりますけれども、各種専門会議という形でございます、左側に「疾病・事業」が書いてございまして、その右側に「協議会等」とお示しをしているこの会議で、各分野についての議論を進めていただくこととしております。今回の骨子案につきましても、この直近の開催日という形でお示しをしている時期に、書面開催も入っておりますけれども、ご協議をいただいて、方針としては、その会議では了承されているものという状況でございます。

以上です。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

毛利委員、どうぞ。

○毛利委員 病院協会の毛利です。21ページの周産期医療ですけれども、これは一応漠然とした形で書いてありますが、小児、周産期というのは、今医療従事者が非常に少ない状況の中において、この文言の中に、例えば、言葉として適正かどうかは分かりませんが、「集約化を求めていく」だとか、何かそういうふうな——やはり働き方改革がこれから出てくる中においては、特に産婦人科領域は待ったなしで出産になりますので、医師の負担度が非常に増してくる。今後医療従事者がどんどん増えてくるという状況下であればいいですが、なかなかそこが望めない状況であるので、そういう文言的なものとして、県としては、この医療計画の中へどういうふうに織り込んでいくか、何かお考えがあれば教えていただきたいと思います。

○井原地域医療課長 地域医療課長、井原でございます。

今、毛利委員からご指摘いただいた働き方改革も含めて、この協議会の中でも集約化についてはご意見をいただきまして、現実的にどういうふうにしていくかということと、今ご指摘いただいたとおり、文言としてどういうふうにしていくかというところは、今後検討してまいりたいと考えております。

以上です。

○小林会長 坂本委員、どうぞ。

○坂本委員 毛利先生、重要な点をご指摘いただきまして恐縮でございます。

こども病院は小児領域の責任病院で、周産期のところには一部関わるということでございます。

県からも言っていたところではありますが、周産期医療の21ページ、もう1つ

が22ページの小児医療。このところで、目標を立てないといけないということですが、見ていただいて、問題点についてよく分かっていただけると思うのは、「目標値」と「現状値」の差が大きい事です。これが、一番上から「乳児死亡率」の現状値が2前後なのに、目標値が0.7と、3分の1なんですね。「乳幼児死亡率」は現状値0.53が目標値0.36の半分近くです。「小児の死亡率」も0.23ですが0.17ということで、他の領域に比べて少し乖離がある目標になっております。現実的に改善する方策が提示されない中での目標値の設定になっていると思います。その背景にあるのが、静岡県の小児医療に携わる人間の絶対数が少ないことです。小児科専門医制度でも、他県よりも静岡県は小児科医の人数が少ないから、他の県では、小児科専門医研修枠がうまっているため、もう採れない時にそれを静岡県に一部回せないかと相談されるくらい、静岡県は全国でも小児科医師数が少ない医療圏として認識されております。その中で、その目標値を改善するというのが難しいわけです。

それと、先ほど毛利先生に言っていただきましたのが、小児医療領域の中でも、周産期、そして救急ですね。特にこの2領域が、夜も含めて対応が必要で、その分の人が必要。1年365日対応しますと、1チーム大体7人以上、できれば9人のグループ配置が必要です。この365日の夜対応を担うために小さな小児科を持つ病院を幾つかつakって、地域医療を担うのか、それとも大きな小児科を持つ1病院で担うのか意識して改革をしていかないとならない現状があると思っております。こども病院は、24時間365日いつでも全ての医療対応ができる状況を整えてはおり、静岡県の葵区にある当院に来ていただければ対応する覚悟ですが、当院から各地域に医師を送って対応するのは容易ではございません。静岡県の2次医療圏という概念を超える拡大した医療圏での広域対応を24時間できる医療施設をつくるというのは、ある意味人の少ない対応困難な領域を成立させる集約化ということなのでございます。コロナ感染をする小児が少ない中で、小児領域は幸いをしておるとも見えますが、逆に小児科病棟を閉じながら成人のコロナ対応をしている病院があり、その地域の小児医療の対応は容易ではないと見てとれます。コロナ禍で、小児が移動する距離がかなり広がっている。これに対しての対応を、どのように静岡県がすべきか、医療のトランスポーターを含めて検討する必要が出てきているのかなと思っております。

その中で、1点だけ追加でお話をさせていただきます。小児医療の診療報酬制度の中で大きな変更が、1年半、2年前に起こりました。これは総合病院等が関係するもので、

小児の総合入院体制加算というものでございます。これは、それぞれの総合病院の中で適正な小児医療が提供できている場合にのみ加算が許されていたのですが、前回の医療法改正で、適正な小児医療を提供できる病院連携ができれば加算を取れるということになりました。小児科は持っていないと総合入院体制加算がつかないから、赤字対策のために少人数でも小児科を持つ病院が多かったのです。これが必須でございました。

しかしこれからは、適正な連携をするという形式をとれば総合入院体制加算を計上できますので、集約化した小児領域を持つ病院と連携する方向が進むかと思えます。では、適正な連携というのはどういうものでしょうか。トランスポーターションを含めて、医療連携はこういうものをやるということを県で方向性を出して、静岡県の小児医療はこういう方策で集約化を図るけれども、患者にとっても安全性と利便性が上がるというものを、人数が少ない中で効率的な計画をつくるということが、この目標値を実現に向かわせる現実の対応策になると良いと考える次第です。

毛利先生、指摘いただきましてありがとうございます。

○小林会長 坂本委員、ありがとうございます。

目標値としては、かなり高いものではありませんが、本来ここを目指していかないといけない部分で、その中で、マンパワーの問題とか、打ち手というか施策の部分で、またもう少し工夫をしていかないと、なかなか届かないということですね。だけど数字自体はやはりこれぐらいのところに持っていきたいというところなのかなと思いました。

○坂本委員 目標ということですね。

○小林会長 はい、分かりました。竹内委員、どうぞ。

○竹内委員 浜松医大の竹内です。今、毛利委員、坂本委員からお話がありましたけれども、実は昨年県が策定した医師確保計画の中で、産科、小児科については個別の診療科の医師確保計画が立ててあります。その中で、昨年度、議論にもありましたが、小児科、産科については、「医療機関の在り方について検討する」ということでしっかり書かれております。それについて、「協議会の中で協議をする」と書かれておりますので、今年度、協議会（注：周産期・小児医療協議会）でどの程度議論があったか、私は承知していませんけれども、引き続きそういう中で検討していただければと思います。

あと1点は、17ページの救急のところですが、2の①のところ、救急要請から救急医療機関への搬送に要した平均時間を指標に追加すると。これは非常にいい指標だなと思っておりますが、今回地域医療構想で、各圏域のワーキングに私も参加をさせて

いただいて、その中で「630問題」ということで、救急の搬送に関して、照会回数と、搬送先を決定するまでの時間について、一部の圏域で非常に問題になっているということが話題に出ていました。そういう中で、また地域医療構想が大事だという話でしたが、その「630問題」が、この協議会（注：救急・災害医療対策協議会）で話題に出たかどうか、教えていただければと思います。

以上です。

○小林会長 県の方で何かありますか。

○井原地域医療課長 地域医療課長、井原でございます。ご指摘、ご質問ありがとうございました。

今の竹内委員の発言、「630問題」については、現時点では協議会では出てきておりません。今回、この指標の追加について、他に示された指標との関係性をもって、この内容について追記するということまででございます。先ほどの案件と同様ですけれども、実際の運用面、具体的に計画に基づいてどのように対応していくかということについては、現時点ではまだ議論に上がっておりません。

以上です。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

いずれにしろ、周産期、小児は、恐らく集約化ということがどうしても避けられないところで、例えばこども病院の場合は、2次医療圏単位というか、もう全県の単位で考えていくような部分もあると思いますので、その辺りも含めて、各領域の先生方がこれから骨子案をいろんな形で議論していただいて、妥当なというか、適切なものにしていただきたいと思います。

Webでご参加の方、何か——神原先生、よろしく申し上げます。

○神原委員 3ページ、2の第8次静岡県保健医療計画の基準病床数の欄では、県全圏域で感染症病床48床ということですが、見直しは当然されていると思いますので、この中にも記載していただければと思います。

○小林会長 はい、ありがとうございます。では、続けて申し上げます。

○神原委員 2点目は、12ページの「数値目標に対する進捗状況」の表の1番目の項目に記載されている「高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合」についてです。高血圧の治療には、投薬が非常に重要なのですけれども、多くの日本人は塩分のとり過ぎです。欧米の塩分制限は1グラムとか0.5グラムです。日本では1日の摂

取量が10グラムから20グラムと言われているので塩分制限の問題ももう少し強調する必要があると思います。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

○神原委員 もう1点、17ページの「数値目標に対する進捗状況」の表でございます。この「策定時」と「現状値」に比べて、先ほどもありましたけれども、「心肺機能停止患者の1か月後の生存率」は、「改善傾向にある」というふうに「進捗状況」にありますが、どういう理由でそういうふうにコメントされているのか、はっきりしないと思いますので、よろしくをお願いします。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

それでは、一点ずつ確認したいと思いますけど、感染症病床の数は、妥当性とかいうことはともかく、何かこの中にコメントされるようなことはありますか。

○神原委員 やはり感染力の強さによってベッド数は変わっていきますけれども、一次の感染症病床と、予備の病床は、併せて計画をつくっておかないと、いざというときに対応が非常に難しいのではないかと思います。少なくともこの2倍、3倍の数字が必要だろうと思われれます。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

恐らく次の医療計画では、災害という形に準じて、この感染症病床の議論は出ると思いますけど、何か県でコメントありますか。

○後藤疾病対策課長 疾病対策課長の後藤でございます。いつもお世話になっております。

感染症指定病床につきましては、第一種、第二種というのが元々ございましたが、その10倍近い数を現在確保していただいているところでございます。ですので、現在、重点医療機関や協力医療機関、それ以外の医療機関も含めまして、コロナ病床を確保していただいておりますので、その実績を基に、いざとなった場合に確保していただける病院をあらかじめ計画に盛り込んで対応していきたいと考えているところです。

以上です。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

恐らくこの第7章の1節のところにも何らかのコメントが入るだろうなと思います。

それから、塩分制限のことは、この心筋梗塞と心血管疾患等のところで、何か触れるような形はありますでしょうか。どうぞ。

○後藤疾病対策課長 来年度に向けまして循環器病対策推進計画をつくってまいりますので、そこにおきまして、もう少しきめ細かい指標をつくってまいります。国の循環器病対策推進基本計画でも、教育や予防のところから章が始まっていますので、各大きな柱ごとに、きめ細かい目標をつくっていきたいと考えております。

以上です。

○小林会長 あと最後、この「心肺機能の停止」で、現状が改善されているというところで、思い当たる要因というのは何かありますでしょうか。

○井原地域医療課長 地域医療課長、井原でございます。

今ご指摘いただいた、社会復帰率と1か月後の生存率につきましては、この協議会の中でもお話が出まして、具体的にどういう原因でそういう現状値、あるいはその分母、分子で値が大きいものであれば——全体数が小さければ、1件、2件で扱いが違いうだろうというようなご指摘もいただいております。なかなか現状分析が難しいところですが、今そこに向けて、どういう形で数値の改善が可能なのかという点も含めて検討しているところでございます。

以上です。

○小林会長 神原先生、よろしいでしょうか。

○神原委員 はい、ありがとうございます。

○小林会長 他はよろしいですか。中村委員、どうぞ。

○中村委員 20ページのへき地医療の見直しの概要につきまして1つ。

ここでも同じく3つの指標がありますが、これは目標として、どこまで行けるかと。巡回診療の数とか、あるいは代診医療の回数とかでは、県民にどのようにへき地医療がよりよくなったかということの説明するのに、これだけだとちょっと推しはかれないなというところもあります。代診の回数は、目標値が年12回が30回に増えたのがどういったことを意味するのか。逆に言えば、巡回診療についても、当初は16回だったのが12回というのは、年12回で十分だというふうにも取りかねないですが、どのぐらいの回数がどれだけ寄与するかという目標値である以上は、それが何か、目標値をここに定めたというのはどういったところにあるのかというご質問です。

○井原地域医療課長 地域医療課長、井原でございます。ご質問ありがとうございます。

確かに、ここに掲げられている数値目標というのが、医療を提供する側の視点というのが今ご指摘いただいたところで、受療側の対応としてどうなるかというところは、少

し推しはかるものが難しいという点も含めて、どういうふうにしていくか少し考えなければならぬかと思いますが、現時点では、先ほどお話しさせていただいている、具体的に医療提供をどういう形でやっていくかという観点でございます。

ここの途中にございました指針の文言の中で、今の20ページの2の「主な見直し事項」の①のところで、へき地医療拠点病院の中で、主要3事業のうち、計画的に提供できるもの。巡回診療及び医師派遣実施については実績を年12回以上。代診医という相手のある状況にもものについては年1回以上というような形で、それを新たに目標として設定をしますが、いずれにせよ、今委員からご指摘いただいた供給側の理屈であることには変わりがないものですから、一度検討させていただきたいと考えております。

以上です。

○中村委員 はい、ありがとうございます。

もちろん提供側としては、代診医を立てることによって、へき地医療を守っている開業医の先生方とかには寄与するところがあるのは、そういう意味では、この数値としては1ついいと思いますが、逆に巡回の目標値と、あるいは代診の数についても、どれだけへき地を守っている先生方に寄与できるかという点も含めて、患者さんにどの程度プラスになったかという点も含めてご検討いただければと思います。

○小林会長 はい、ありがとうございます。どうぞ。

○鈴木医療局長 先ほど回答させていただいた中で、2点補足をさせていただきます。

まず、目標値の設定。本日、資料のほうに記載をしていなくて申し訳ございませんでした。もともと医療計画の本体の中に「進捗管理」という項目の章を立てておきまして、その中では、それぞれの指標について、どういう考え方でこの目標値を設定しているかという記載をしております。その内容を確認していただきながら、今回の見直しの中で数値の変更等が必要かどうかということを確認していただきたいと思います。

それからもう1点、病床のお話が出ましたけれども、今回の中間見直しに当たっては、今の基準病床数の設定については、医療法の規定の中で積算をしております。特に感染症病床について、現時点で直ちに感染症病床そのものの基準病床の算定の仕方が変わるとはなっておりません。今回の見直しの中では、まず基準病床数はそのまま置いておいて、今回のコロナ感染症に対して運用してきた対応の仕方について、どういうふうにしていくかという視点での記載になってくるかなと思っています。

以上です。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

毛利委員、どうぞ。

○毛利委員 感染症病棟の見直しというのは、これはすごく大事だと思っていて、今回のコロナの経験則でいったときに、それぞれの病院が、本来その機能には使いたくない病棟を使わざるを得なくなった。例えばICUや救急病棟、あるいは小児病棟にも一部負担がかかっているという現実がありますので、100年に一度だからどうしようかという議論もあるかもしれませんが、それに対して、今の指定病院以外のところでも平時からそういう対応ができるような病床を、ある程度県として準備しておく。なかなか予算をつけにくいかもしれませんが、そういう設備の充実というか、平時は事務方がいるけれども、そこは陰圧にしてあって、こういうのが起きたときには、そこを病棟として変更していただくか、柔軟な対応の仕方はあるかと思います。ある程度の準備はしておかないと、また同じことを繰り返してしまうことになるので、その辺りは、今回のこのコロナの感染症で、非常につらい思いをした病院がありますから、やはり県として、そういったことを踏まえながら、このことを反省しながら、医療システムというか、構造上の問題等々ありますけれども、その辺をしっかりと見直してもらいたいと思います。例えば重点医療機関とか、今回やって頑張った中で、ある程度いろいろいじれるところがあれば対応していただければと思いますけれども、何かその辺でご意見あればお願いします。

○後藤疾病対策課長 疾病対策課の後藤でございます。

今回、様々なご工夫をいただいたりとか、国からの支援を使っていただきまして陰圧病床等を整備していただいたということがありますので、その設備が当分使えるものであれば、その部屋を温存といいますか、維持していただいて、また次のパンデミックのときに活用いただくということもありますし、モデル病床といった病床もありますので、それをもっと柔軟に適用できないかということ国へ要望を上げながら、モデル病床として、普段は一般病床として使いながら備えるといったことができればと考えておりますので、またいろいろご助言をいただきたいと思っております。

以上です。

○小林会長 いいですか。この議論をすると終わらないのかなと思いますけど。

磐田市立病院の鈴木委員。

○鈴木委員 よろしいですか。

○小林会長 はい、どうぞ。

○鈴木委員 2点だけ教えていただきたいです。先ほど中村病院長も、へき地医療について質問していたと思いますが、このへき地医療拠点病院自体も、医師数が少ないところが恐らく結構あるのではないかなと思います。そういう中で、巡回診療を年12回行なっているということでしたが、質の面で、例えばリモートを使った巡回診療に取り組んでいるのかということをお願いしたいということが1つ目です。

それから2つ目が、周産期医療に関してです。先ほど毛利先生からも集約化のお話がありました。実際のところ、公的な医療機関の周産期母子医療センターで扱うお産の件数は、どこも減ってきていると思います。これは国難というか県難でもあると思いますが、このコロナの時代になって、更にもう1段階落ちるだろうと思っている中で、何か取組というか、対策を県としては考えていらっしゃるのか、この点についてお聞かせを願いたいです。

○小林会長 へき地でのオンラインの活用と、少子化のところで、何かコメントありますか。

○井原地域医療課長 地域医療課長、井原でございます。

1点目のへき地については、委員ご指摘のやり方を活用できれば、より医療側のサイドでも受療側のサイドでも、簡便というか、より継続的にできるかなという考えではおりますが、現時点ではそういった対応を取っているというところはありません。

2点目の、お産が少なくなって、更にとということでは、大変厳しいというか、現時点でお答えがなかなか難しい問題でございます。県だけでというよりも、皆さんのお知恵を拝借しながら対応について検討してまいりたいという状況でございます。

以上です。

○小林会長 鈴木委員、よろしいでしょうか。

○鈴木委員 はい、分かりました。

○小林会長 これは、いろいろ議論し出すと終わらないような気もしますが、この後、今日委員でご参加いただいている方も、それぞれ専門部会、協議会の中でまたご意見をたくさんいただけたと思います。素案ができるのは7月、8月ぐらいですかね。それまでの間に、いろいろ各会でしっかり議論して、いい形での素案をいただきたいなと思います。時間も大分押してしまいましたので、先へ進みたいと思います。

続きまして、(イ)の「在宅医療、認知症対策、地域リハビリテーションの最終案」

について、事務局から説明をお願いします。

○藤森地域包括ケア推進室長 地域包括ケア推進室長の藤森です。

資料は23ページからとなります。

在宅医療、認知症、地域リハビリテーションについては、長寿社会保健福祉計画の改定と併せ、整合をとり、今年度見直しを行なっています。今回、その最終案についてご意見をいただくものであります。

24ページをご覧ください。

最終案の本文については、別冊の資料1－9として配付しておりますが、こちらの24ページから、それぞれの最終案を概要版としておりますので、資料1－7で説明してまいります。

3分野については、それぞれの部会等でご協議いただきながら整理し作成してまいりました。

24ページ、在宅医療では、見直しのポイントとして、本県の新たな取組等を追加するとともに、国が示した指針を踏まえた指標等の追加をしました。

1の「在宅医療の提供体制」では、「現状と課題」として、「医療ニーズのある高齢者の増加」「退院時に必要な患者情報の共有や多職種連携が不足」。そして、一番下にあります「人生の最終段階における県民の希望と実態が乖離」などを記載いたしました。

「今後の対策」として、「主な数値目標」では、前回、11月でございますが、本会議でもご意見をいただきました、上から2番目の「自宅で最期を迎えることができた人の割合」については、引き続き指標としておりますが、新たに、下から3つ目の「住まいで最期を迎えることができた人の割合」を数値目標としました。この指標は、次期長寿社会保健福祉計画でも成果指標としておりまして、両計画で指標とする案としております。

「住まい」とは、本文のほうには注釈を入れておりますが、自宅と、養護、特別養護、軽費、そして有料の各老人ホームを併せたものでございます。

そして、下の2つは、国の指針を踏まえ新たに指標としていますが、1点訂正がございまして、「訪問口腔衛生指導を実施している診療所数」が、現状値「258施設」となっておりますが、転記のミスで204施設でございました。申し訳ございません。現状値の「258」は「204」の誤りです。

1枚めくっていただきまして、25ページをご覧ください。

「施策の方向性」として、「入退院支援」で「『シズケア*かけはし』を活用した入退院支援の円滑化」などを記載しておりまして、(オ)の「多職種連携」では「『シズケアサポートセンター』を拠点とした、かかりつけ医の養成や多職種連携を推進」。(カ)では、「県民への理解促進」で「ACPやリビングウィルの普及啓発」などを記載することとしています。

2の「在宅医療のための基盤整備」については、訪問診療など、現行同様の柱立てで本県での新たな取組などを追加しております。

26ページをご覧ください。

在宅医療に係る構成について、右側の「保健医療計画（中間見直し）案」は、現行計画に準じた構成としております。次期長寿社会保健福祉計画と構成が異なるものの、整合をとり、内容、施策の方向などに違いが出ないように、各会議でいただいたご意見を両計画に反映させながら作成しました。

おめくりいただきまして、27ページ。

認知症対策では、「見直しのポイント」として、本県での新たな取組や、国の大綱により新たに実施することとなった取組などを追加いたしました。

1の「現状と課題」では、現行計画を基にしながらか新たな課題等を記載いたしました。

2の「今後の対策」として、「数値目標」の「新規」の指標につきましては、認知症施策推進部会などでご意見をいただきながら選定し、次期長寿社会保健福祉計画でも指標としておりまして、両計画で目標とすることとしています。

1枚めくっていただきまして、28ページをご覧ください。

「施策の方向性」は、大綱に沿って、「知る」「遅らせる」「支え合う」「暮らす」の4本にしておりまして、新たな取組なども含め、長寿社会保健福祉計画と整合をとりながら記載しております。

下の図表の「各職種の役割」では、認知症の状態ごとに役割を示し、各職種が連携をイメージできるよう図表を作成し、掲載することとしています。

29ページをご覧ください。

各会議でご意見をいただきながら、新たに認知症施策の全体像を作成いたしました。施策の方向性とした4本の柱で整理し、それぞれの職種の活動、活躍の場を示し、県民や各職種の方々にイメージしていただくようにしております。

めくっていただきまして、30ページをご覧ください。

認知症対策に係る構成については、右側にございます中間見直し案の構成のとおりとしておりますが、現状と課題は「現行計画の構成」とし、今後の対策につきましては、次期長寿社会保健福祉計画の4本の項目の構成で、医療関係の事項を中心に転載しており、いただいたご意見を双方に反映するようしております。

31ページをご覧ください。

地域リハビリテーションでは、現行計画で疾患ごとに記載しているリハビリテーションについて、新たに節を追加し、全体像や各段階における取組を記載いたしました。

1の「現状と課題」では、「静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿」で全体的な現状と課題を記載し、「各段階における地域リハビリテーションの充実」で期ごとに整理し記載しています。

2の「今後の対策」として、数値目標は、リハビリテーション推進部会などのご意見をいただきながら次期長寿社会保健福祉計画でも指標としたもので、これも両計画で目標とすることとしております。

「施策の方向性」は、「現状と課題」と合わせ、「静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿」には、目指す姿と、全ての期を通じた専門職の育成と住民への普及啓発などを記載いたしまして、「各段階における地域リハビリテーションの充実」で期ごとの施策の方向性を記載いたしました。

1枚おめくりいただきまして、32ページをご覧ください。

各段階を通じ切れ目なく支援することを目指すため、各会議でご意見をいただきながら本県独自の図を作成いたしました。本県の地域リハビリテーションは、疾病からの回復だけでなく、介護予防や疾病予防を含めた概念であることも明記しております。

下のイの全体の流れは、左から右へとなっておりますが、生活期から予防期へに行く流れであり、上の円のものと同セットでご覧いただければと思います。

地域ごとに状況が異なるかと思いますが、県では、この体制ができるよう、様々な取組を進めてまいりたいと考えています。

33ページをご覧ください。

各段階における関係職種の連携について、こちらでも部会等でご意見をいただき、本文と併せながら関係職種の方々にイメージしていただくよう作成いたしました。こちらで、各機関の連携、そして各期内での連携を表しております。こちらで予防期、急性期。め

くっていただきまして、34ページは回復期、生活期。そして、横にありますように各期との連携も記載しております。

35ページをご覧ください。

地域リハビリテーションに係る構成については、新たに節を追加し、右側の中間見直し案の構成としています。左側の次期長寿社会保健福祉計画を基に、現状と課題、今後の対策に整理して構成しております。医療関係の事項について、いただいた意見を双方に反映しながら整合をとって作成いたしました。

私からの説明は以上です。

○田中医療政策課長 引き続きご説明をさせていただきます。

36ページをご覧くださいでしょうか。

こちらが、県民意見提出、いわゆるパブリックコメントを、昨年12月28日から本年1月20日まで実施した結果でございます。1名の方から10件の意見をお寄せいただきました。9件が在宅医療、1件が認知症対策という状況でございます。お寄せいただいたご意見と、それに対する県の考え方につきましては、資料にお示しをしておりますので、ご覧いただければと思います。

続きまして、38ページをご覧くださいでしょうか。

パブリックコメントと並行いたしまして、医療法に基づく、関係団体や市町等への意見聴取を行なったところでございます。そちらの結果についてお示しをしております。

意見の聴取先につきましては、(1)にございますとおりであります。

結果といたしまして、2団体から10件、6市町から13件のご意見をいただいたところでございます。パブリックコメントと同様に、いただいたご意見と、それに対する県の考え方を資料にお示しをしているところです。ご確認をいただければと思います。

私からは以上でございます。よろしくご審議のほど、お願い申し上げます。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

ただいまの「在宅医療、認知症、それから地域リハビリテーションの最終案」と関係者からのコメント、意見のことですが、何かご意見、ご質問等ございますか。

荻野委員、どうぞ。

○荻野委員 聖隷三方原病院の荻野です。24ページの在宅のところについて、お伺いしたいと思います。

うちの病院は、がん死ですけれども、OPTIMというのをやっております。今現状は、

まだ当時ですけれども、病院で亡くなる人が8割というのが、これから更に多死の時代に、それだけの患者さんが急性期病院で亡くなるということになりますとかなり無理があるということで、なるべくご自宅でという希望が多かったものですから、何とかならないかということで、いろいろやりました。戦略研究だったわけですけれども。目的としては、病院が困るからということではなくて、結局ご本人が望むところでお亡くなりになるというのが最終目標でありまして、それでは自宅で亡くなられることを希望するという方が多くて、でも最後は、やはりうちのホスピスをはじめ、病院での希望が多かった。それは、在宅を支える人たちの能力がまだ低かったといいますか、がんの終末期の方々が、その辺に対する不安を持たれたから、やはりホスピス等で亡くなりたいという方が実際には多かったというのが現状でありました。

それで、なるべく病院で亡くならないようにということで、こういうような数字を設定されたと思いますけれども、在宅死か自宅死かというのが非常に紛らわしかったのを覚えております。ここで、この「自宅」と、それから「住まいで最期を」ということでお分けになられたと思いますけれども、これで見ますと、自宅死というのは目標値と現状値が0.4%しか変わっていません。一方で、自宅以外の、いわゆる昔で言っていた施設死とか、そういうところが3%と、かなり目標がそちらのほうにシフトしているんですけれども、これは患者さんが望んでいることなんでしょうか。それとも、これぐらいしかできないから、こちらのほうに誘導をかけているのでしょうか。その辺について、根拠があれば教えていただきたいなと思います。

○小林会長 何かありますか。

○藤森地域包括ケア推進室長 地域包括ケア推進室長、藤森です。

施設での看取りにつきましては、昨日、国でも看取り加算、それから施設での看取りを推進しておるところでございます。県においても同様で、また本人希望で老人ホームに入所されていることも多いことから、それぞれの積算につきましては、「自宅で最期を迎えることができた方の割合」というのは、診療報酬の同一建物以外の患者数等も加味して目標値を現実的などころで設定をしたところでございますが、住まいのほうは、死亡者数、それから老人ホームの利用者数の伸びに加えて、過去の老人ホームの死亡率から設定したところでございます。それぞれ積算の中で、若干「自宅で最期を迎えることができた人の割合」のほうは、そういうようなことで伸びが少なくなっておりますが、双方とも伸ばすように、在宅医療、それから訪問診療等を充実してまいりたいと考えて

おります。

○荻野委員 恐らく自宅死を推進していきますと、非常にシステムをつくるのは、手作りの医療になりますので難しいと思います。だから、施設死を増やすと比較的楽かなと思いますけれども、なるべくご本人の希望に沿うような形での計画——目標値は少なくともそういう形がいいかなと思ってご意見させていただきました。

以上です。

○石田健康福祉部理事 健康福祉部理事の石田でございます。若干補足をさせていただきます。

この在宅医療の提供見込み量をベースに実は算出をしています。これは前回のときもご説明をしたところですが、地域医療構想の中で、2025年に向けて在宅医療の必要量等を推計しております。その在宅医療の推計量を、今度は各市町のほうで介護保険事業計画をつくる時に、具体的にどのような形でそれを受け止めるのか。在宅のほうのサービスで受け止めるのか、それとも施設のほうのサービスで受け止めるのかというような推計をしていきます。その推計値の中からそれぞれ、こちらの24ページの資料の右側に「目標値の考え方」がございますけれども、在宅医療の提供見込み量、また在宅医療の見込み提供量、それから介護サービス量の推計等からの算出ということになっておりまして、残念ながら、ここにはご本人の希望といったところは推計値上加味できていないものでございます。ですから、これは、人生の最終段階で県民の希望と実態が乖離しているという現状がございますので、できるだけご本人の希望に沿った形での最期を迎えるという活動は別途取り組んでいきたいと思っております。

以上です。

○荻野委員 大体分かりました。恐らくこの目標値の設定のほうに到達はしやすいと思います。ありがとうございました。

○坂本委員 よろしいでしょうか。

○小林会長 坂本委員、どうぞ。

○坂本委員 ありがとうございます。

在宅医療、24ページの点でございます。最終案ということで、新規で一番下の欄に「小児の訪問診療を受けた患者数」の現状値と目標値を設定していただきました。これは新しい方向性を明確に示したものだと思っております。

ただ、上の1、「在宅医療の提供体制」、「現状と課題」という中の内容には、小児

領域や移行医療領域の文言が一言も入っておりません。その中で、「医療ニーズのある高齢者の増加」のところに、可能であれば、小児医療の高度化、進歩に伴う移行医療対象者や、在宅医療必要者の増加というような文言が「現状と課題」の中に入っていたほうが、リーズナブルかなと思います。

このような新しい対象患者が増えたのですが高齢者対応をやっている在宅介護領域の方が小児の領域には対応できないので小児領域に特化した小さな訪問看護ステーション等が始まっておりますが、同時に潰れようとしております。この課題をどうにかすべきと思うので、「現状と課題」の中に入れてほしいのではないかと思います。

○小林会長 いかがですか。

○藤森地域包括ケア推進室長 申し訳ございません。こちらは概要版のため記載しておりませんが、本文案の2ページには、小児の関係、また施策の方向性でも入れさせていただいております。少し概要が省略した形にしてしまっておりまして申し訳ございません。

○坂本委員 すみませんでした。少し勉強不足でした。

○小林会長 医療的ケア児に対する対応というのは、ここに入ってくるだろうという話ですよね。

中村委員、どうぞ。

○中村委員 在宅医療のところ、先ほど荻野先生からもご質問がありました、自宅で最期を迎える場合と住まいで最期を迎えるという目標値のところ、自宅はあまり変わっていないので、住まいのほうが3%以上増やすと。恐らくこれについて具体的に、平成30年度に出ました第8次静岡県保健医療計画、この本文のほうですが、この中では、194ページのほうで、2010年から2016年までの間、ほとんど自宅は増えも減りもしていないという状態の中で、住まいで最期を迎えるというのは、ほぼ老人ホームでの死亡率が増えてきたということに起因しているということですので、この新規のところ、住まいで最期を迎える割合が目標値として29%に増えるというのは、ほぼ老人ホームでの割合を増やすというふうなお考えでよろしいでしょうか。多分施設の数によると思いますが、そういう理解でよろしいでしょうか。

○藤森地域包括ケア推進室長 自宅で最期を迎えることができた人と、それと住まいで最期を迎えることができた人、2つ載せましたが、この25.9%の中には14.4%が入っている。そして、同じく目標値のほうも、29%の中には14.8%が入って、その積み上げになっているという形です。

○中村委員 つまり、自宅ではほとんど変わらないので、増えた分については老人ホームでの死亡が増えるというような目標値としていらっしゃるという考えでよろしいのかという。

○石田健康福祉部理事 この老人ホームという中には、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、それから有料老人ホームというものが入っております。特別養護老人ホームにおいては、今看取りを一生懸命進めているところであります。看取り介護ということで、老人福祉施設協議会のほうも取り組んでいらっしゃるということもございまして、そちらでも亡くなるが増えるということを見込んでいらっしゃるところでございます。

○中村委員 分かりました。

○小林会長 よろしいでしょうか。

本当にこれは非常に大事な領域で、介護保険の改定が先日あって、+0.7%で、いわゆる「感染症や災害への対応力強化」というのもありますけど、やはり自立支援とか、リハビリ、栄養、口腔ケアという領域には、ものすごく力が入っているので大事だろうなと思います。あわせて、もう1つ別の会議でかなり議論があって、それとの整合性ということで横串が入り、一応これは最終案ということですので、ここで概ね認めていただいて、この後医療審議会に諮るということになると思います。よろしいでしょうか。

それでは、先へ進めさせていただきます。

次の議題ですね。2番目、「地域医療連携推進法人の設立」について。事務局から説明をお願いします。

○田中医療政策課長 それでは、続きまして、資料42ページをご覧くださいませでしょうか。

議題の(2)でございます。申請のありました、一般社団法人ふじのくに社会健康医療連合の地域医療連携推進法人の認定につきまして、ご報告をさせていただきます。

44ページをご覧ください。

まず、地域医療連携推進法人とはというところでございます。地域医療連携推進法人につきましては、医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進いたしまして、質の高い医療を効率的に提供することにより、地域医療構想の実現をするための1つの選択肢といたしまして、平成29年度に創設された制度でございます。令和3年2月末日現在で、全国で21の法人が認定をされているという状況でございます。複数の医療機関等が

連携推進法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質の高い効率的な医療の提供体制を確保することを目指しているというものでございます。

資料の45ページをご覧ください。

上段となります。医療連携推進法人のメリットといたしましては、カルテの統一化や重複検査の防止、スムーズな転院などによりまして、患者紹介・逆紹介の円滑化が進むことや、医薬品・医療機器等の共同購入による経営の効率化、法人内の病院間における医療従事者の適正配置や人事交流が可能となること、また、資料に記載はございませんけれども、病床過剰地域、いわゆるオーバー圏域におきましても、地域医療構想の達成のために必要な病床の融通を参加法人間で行うことが可能となる点などが挙げられます。

続きまして、お手数ですが、43ページにお戻りをいただけますでしょうか。

2をご覧ください。

今回、地方独立行政法人静岡県立病院機構と独立行政法人地域医療機能推進機構により設立されました、一般社団法人ふじのくに社会健康医療連合から、地域医療連携推進法人の認定申請があったための議題ということでございます。

当法人の医療連携推進区域につきましては、静岡市と定められております。

参加施設は、静岡県立総合病院とJCHO桜ヶ丘病院の2病院となっております。

続きまして、46ページをご覧ください。

ふじのくに社会健康医療連合につきましては、静岡県が進めます地域医療構想の実現を図り、安心・安全の地域医療を将来にわたって安定的に確保することを理念としておりまして、具体的な業務の連携といたしましては、地域医療に貢献する志を持った医師の確保及び育成と、医師の交流ということを業務として行っていくとされております。

度々で恐縮ですけれども、43ページにお戻りください。

3のスケジュールについてであります。

当案件につきましては、2月25日に開催をされました静岡地域医療構想調整会議におきまして了承されているところでございます。今後は、3月23日に予定しております静岡県医療審議会のご意見をお聞きした上で認定の可否を判断していくこととなります。

説明は以上となります。お願いいたします。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

本県で初めての地域医療連携推進法人の設立ということですが、今日、委員として県

立総合病院の田中理事長がおられますので、少し補足いただいてもよろしいでしょうか。

○田中委員 2月25日付けで、県立総合病院とJCHO桜ヶ丘病院を参加施設とする一般社団法人ふじのくに社会健康医療連合を設立し、登記が完了したことから、今週の月曜日、3月8日に、県知事に地域医療連携推進法人の認定申請書を提出いたしました。

桜ヶ丘病院は、清水区の内科救急の80%を担うなど、大きな役割を果たしていただいております。清水区の地域医療にとって、なくてはならない病院であります。

昨年4月に内野院長が桜ヶ丘病院に着任された時点では、常勤の内科医が安定的に確保できる見込みが立たなければ撤退せざるを得ない状況でありました。今年度当初、知事から桜ヶ丘病院に対する対応策を聞かれまして、地域医療連携推進法人制度を活用する可能性を説明いたしましたところ、「ぜひ進めてほしい」とご支持をいただきました。6月上旬に内野先生が当院を訪問されまして、この考えを提案いたしましたところ、大変喜ばれまして、その約2週間後には、東京のJCHO本部から西辻経営担当理事が来静し、地域医療連携推進法人により安定的に医師確保が可能か、我々の提案を確認されました。その後、尾身理事長とも電話でお話をし、この法人の定款案等もお送りいたしまして、JCHOの内部の規程改正もされたと同っております。また、内野院長より、「連携推進法人設立前、非常勤でよいので医師を派遣してほしい」と依頼がありました。このことについても、県知事にも前倒し派遣を行ないたい旨をご相談した上で、11月から週1日内科医師を派遣し、12月から月2回の皮膚科医師を派遣しております。こうした医師派遣実績も踏まえて、12月14日には、尾身理事長から文書で私宛てに法人への参加の意向を表明いただきました。

なお、静岡市長とJCHOの尾身理事長との協定締結は12月21日であります。

以上のように、この連携推進法人制度を活用しての桜ヶ丘病院への医師派遣は、静岡市長からの要請ではありませんので、桜ヶ丘病院としては、県立総合病院からの医師確保とは別に、協定に基づき、静岡市に医師確保の協力を求められるものと認識しております。

この地域医療連携推進法人は、制度の成り立ちが複雑であったため、病床を生み出す手段であるとか、大病院の医薬品調達にただ乗りする手段であるかのように、医療関係者でも誤解されている先生方がいると同っております。

地域医療連携推進法人の成功例である山形県の日本海ヘルスケアネットの代表理事を務める地方独立行政法人山形県酒田市病院機構の栗谷義樹理事長は、私が会長を務める

全国地方独立行政法人病院協議会の副会長ですので、法人設立に際して詳しくお話を聞いております。

この制度の目的は、44ページの上段にもありますように、医療機関間の機能分担と連携の推進により、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保することです。病床の融通や医薬品の共同購入などは、目的を達成するための手段の1つではありますが、当法人では病床融通や共同購入などは考えておりません。廃院の危機にあった桜ヶ丘病院を、知事の指示で県立総合病院から医師を派遣することで、将来にわたって安定的な運営を行なっていただくことで、安心・安全の地域医療を確保することが目的であります。

このように、地域医療構想における再検証対象病院に係る取組としても、全国でも先進的な取組を静岡市構想区域で進めてまいりました。これは、本来であれば、地域医療介護総合確保基金の優先配分など、財政的にも手厚い支援が見込まれる国の重点区域に県が手挙げしてもおかしくない事例だったと考えております。

連携推進法人については、23日の医療審議会での決定意見聴取後、速やかに認定いただき、来月1日から、常勤医の派遣など、さらに取組を強化していきたいと考えておりますし、申請に伺った際には、知事からも「県を挙げて応援する」といただいております。皆様のご理解のほど、よろしく願いいたします。

以上です。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

委員の方、何かご意見等ございますか。毛利委員、どうぞ。

○毛利委員 反対意見を言うつもりは毛頭ございません。

常勤医を出されるというときの、その常勤の先生の身分的なことだとか、当然機構と桜ヶ丘で給与体系が異なっていると思いますが、その辺りはどういうふうに整理されているのでしょうか。

○田中委員 現在調整中です。

○小林会長 まだ申請の段階では、あまり人事の細かいところまでは詰められていない形ですので、現実的な対応をしていただくのかなというのと、あと、ここの地域医療連携推進評議会というのが恐らく一番大事な見張り役というか、いろんな意味で意見を出すところなので、どういうふうに動いていくのか見守りながら、いろんな発言をしていくという形になるだろうなと思っています。

他にいかがでしょうか。

私も、地域医療構想の中の、いわゆる再検証に関する地域のワーキング等で、静岡圏域の意見を聞かせていただいて、圏域内のほかの病院長先生方も基本にご賛同いただいているということは知っております。

竹内委員、何かコメントありますか。

○竹内委員 小林会長と一緒にワーキングに参加をさせていただきましたけれども、地域の期待も非常に大きくて、賛同いただいているので、ぜひこの取組が発展することを期待しております。

以上です。

○小林会長 Webでご参加の方、よろしいでしょうか。

ある程度動いてみないと分からない部分があって、実際に静岡市の対応も含めて見ていくことになると思います。最終的には、やはり地域の救急医療を守るということ、県として、県立病院としてご判断いただいたということの1つの形なのかなと思います。

よろしいでしょうか。それでは先へ進みたいと思います。

報告事項の(1)「静岡県医療対策協議会医師確保部会の開催結果」について、事務局からご説明をお願いします。

○井原地域医療課長 地域医療課長、井原でございます。改めて、どうぞよろしくお願いたします。それでは着座にて失礼いたします。

資料3、ページは47ページをご覧ください。

「静岡県医療対策協議会医師確保部会の開催結果」でございます。

2にございますとおり、3月2日に、部会の委員の皆様にご協議事項3点についてご議論をいただきました。協議事項につきましては、3に記載をしております。

まず、(1)「令和3年度医学修学研修資金被貸与者の配置調整(案)について」でございます。

医学就学研修資金被貸与者の配置先、令和3年度の勤務先について、原案のとおりご了承をいただきました。

委員の皆様からは、(1)の2つ目の「・」に記載のとおり、「今後配置調整の対象となる医師が増える中で、速やかな情報の共有と見える化が必要」というご意見を頂戴いたしました。ご意見を踏まえまして、県としても真摯に対応してまいりたいと考えております。

配置調整の状況につきましては、その下に表として整理をしてございますので、ご参照ください。

続きまして、ページの下、(2)「令和4年度臨床研修医募集定員(案)等について」でございます。

この議題は、内容的に2点ございまして、まず1点目は、令和4年度の各病院における臨床研修医についての募集定員で、もう1点は、地域密着型臨床研修病院の認定についてということになります。結論としては、2点とも原案についてご了承をいただきました。

次のページをおめくりください。

1点目の令和4年度の募集定員につきましては、東部、中部、西部の別に整理をしてございます。この295名の募集定員について、ご了承をいただいたということです。

2点目の地域密着型臨床研修病院の認定につきましては、具体的には、そこに記載してございます伊東市民病院から申請がございまして、国で認めるべき要件として示されている「医師少数区域で地域医療研修を12週以上実施すること」など、その本文には記載してございませんが、そういった要件を満たしていたため、申請について認めていただいたものでございます。

地域密着型臨床研修病院につきましては、その下の※印のところに記載がございしますが、地域枠学生が県内病院で研修をするために、「マッチング」と言われている通常の臨床研修への参加の前に個別選考することができる病院ということになります。

部会での議題の3つ目は、「医学修学研修資金返還債務免除対象病院の取扱いについて」でございます。

医学修学研修資金の返還免除対象病院につきましては、その「対象病院の拡大」の項目の1つ目の「・」にございまして、基本的には、公的医療機関に加えまして、県の政策的医療を担う病院を対象としております。今回、災害拠点精神科病院が指定されたということを受けまして、返還免除対象病院として加えることについて、ご了承をいただいたものとなります。

災害拠点精神科病院につきましては、その下に記載のとおりでございます。新規に加わる病院につきましては、下線を引いてございます神経科浜松病院ということです。

その他、4に記載の内容について、部会にてご報告申し上げております。項目のみになりますが、本会にもご報告申し上げまして、私からの説明とさせていただきます。

以上でございます。

○**小林会長** はい、ありがとうございます。

浜松医科大学の松山委員、部会長ということで、何かコメントございますか。

○**松山委員** 松山です。

この部会に出させていただきますして、最初の点ですね。先ほど事務局の方がご説明いただきましたけれども、今、いわゆる基本領域の専門医を取る専攻医の制度というのが非常に多岐にわたっておりまして、これからどんどんいわゆる貸与者が増えてくる中で、配置の調整というのは、どの方があとどれだけで終わるかとか、どういった方が今何年残っているかとか、そういうことを開示して明らかにしていただかないと、なかなか配置が難しいということになってまいります。

ですから、47ページ目の3のところの(1)の下の「・」に書いてあるように、これは見える化といいますか、速やかにシステムを構築しないと、なかなか貸与者だけではなく、例えば我々のほうから、基幹病院が、貸与者でない人の配置ということも考え合わせながらやらなくてはいけなくなるので、非常に複雑になって、中には、ある科しか専攻医を取れなくなってしまうという危惧もあります。またこの配置だけでいきますと、本当に専攻医を取る上でも、もう決まった、本当に彼らの希望に沿ったものができなくなる状況になるかなど。そういうふうに思っておりますので、ぜひここを早く明らかにしていただけるシステムをつくっていかないとまずいというのが、今回の部会で意見が強く出されたところでありました。

以上です。

○**小林会長** はい、ありがとうございます。

県のほう、何かコメントありますか。

○**井原地域医療課長** 今ご報告の中でも申し上げましたが、ご意見については、一覧表などの形でご提示申し上げて、ご意見を踏まえた対応をさせていただきたいと考えております。

以上です。

○**小林会長** 修学資金をもらった人たちに当然dutyはあると思いますが、その医師のキャリアパスも大事だということです。やはり専門医制度自体が非常に複雑なことも問題だと思いますけど、いい形で静岡県に残っていただいて、専門医、指導医になっていただけるような形で調整を考えていただきたいと思います。

他の委員の方、いかがですか。

○松山委員 あともう1点よろしいでしょうか。

○小林会長 はい。

○松山委員 あとですね、貸与された人が、例えば地域枠で入って9年終わった後、やはりこれも意見がありました。その後、例えば本当に地域に残って、静岡県に残って、やっと一人前になったところで、どこか他の県に移ってしまうと。やはりそれも大きな問題ではないかという意見もありました。せっかくこういったいいシステムがありますので、例えば、教育をする先生方にとっても、必死で教育をするわけですので、そういった方ができる限り静岡県に残っていただきたいと。やっと一人前になってどこかへ出ていってしまうというのは非常に寂しいという意見もありましたし、その辺をもう少し考えていったらどうかなと思います。

以上です。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

医師をたくさん集めることと定着させていくということが絶対大事だということだと思います。

よろしいでしょうか。それでは先へ進みたいと思います。

続きまして、報告事項の(2)「公立・公的医療機関等の具体的対応方針に対する再検証」、それから報告事項の(3)「令和2年度病床機能再編支援事業費補助金」、報告事項(4)「地域医療介護総合確保基金」について、事務局から説明をお願いします。

○田中医療政策課長 医療政策課長の田中でございます。それでは、3件続けてご報告をさせていただきます。

資料49ページをご覧ください。

今年度の第3回の地域医療構想調整会議の開催状況と主な意見をまとめた資料になります。新型コロナウイルス感染症の状況なども踏まえまして、4つの圏域において書面開催としたところでございます。

1の表の右側でございますけれども、共通課題として、公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証についてご協議をいただいたところでございます。主な意見といたしましては、2にお示しをしておりますので、ご確認をいただければと思います。

続きまして、資料50ページをご覧ください。

国の動きについてでございます。

表の一番下のところに「12月15日」というところがございますけれども、これまでもご説明してきましたとおり、厚労省におきましては、再検証の期限を含めた具体的な工程の設定につきまして、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行ない、この冬の感染状況を見ながら改めて検討するという形になりまして、事実上期限が延長されているという状況でございます。厚生労働省から新たな期限がいつ示されるのかというところは、現時点でもまだ明確ではございませんけれども、本県におきましては、今年度中に厚労省に各対象医療機関の対応方針について報告できるように議論を進めてきたところでございます。

資料51ページをご覧ください。

関係する構想区域につきまして、再検証対象病院の院長先生をはじめといたしまして、郡市医師会長、地域医療構想アドバイザーなど、10名程度による非公開のワーキンググループを立ち上げまして、中段の表に記載のとおり、12月から2月にかけて開催をしたところでございます。

52ページをご覧ください。

13の対象病院がございますけれども、その病院ごとの対応方針を52ページから53ページにかけて記載をしております。

また、53ページの下の方から54ページにかけて、各ワーキンググループにおけます主な意見を記載させていただいております。

各構想区域によりまして、人口規模や医療資源の状況などは様々でございますけれども、再検証対象病院は、実績におけるシェアは小さいものの、地域でそれぞれの病院が求められる役割を果たしているということで、全てのワーキンググループと地域医療構想調整会議におきまして対応方針が了承されたところであります。

今後につきましては、3月23日の医療審議会に報告をした上で、国の動向を見つつではございますけれども、できるだけ早い時期に厚労省に報告をしていきたいと考えているところでございます。

続きまして、資料55ページをご覧ください。

報告の(3)「病床機能再編支援事業費補助金」についてでございます。

厚生労働省から、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議の合意を踏まえて行なう自主的な病床削減や、病院の統合による病床廃止に取り組む際の新たな財政支援制度として示された制度となります。補助スキームは全額国庫による定額補

助ということでございます。

1の「※」のところでございますけれども、令和3年度、来年度からは、財源が地域医療介護総合確保基金に変更となるという予定でございます。ただし、内容としては、引き続き全額国庫による定額補助ということになってまいります。

事業概要につきましては、2のとおりとなっております。

(2)となりますけれども、「地域医療構想調整会議で協議し、医療審議会の了承を得ていること」。また、「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稼働病床数の90%以下であること」などが要件となっております。

56ページをご覧ください。

令和2年度、今年度の当補助金の一覧表という形になります。県内の病院及び有床診療所に対しまして要望調査を行なった結果でございます。2病院、6診療所から申請がございまして、表の一番下の合計欄、その右側になりますけれども、全体で109床が削減される見込みとなっております。病床削減の考え方といたしましては、医療需要の変化や術式の向上により入院期間が短縮化しており、病床稼働率が低下していることに加えまして、近隣病院との連携体制を構築しており、患者の受入れに支障を来すことがないというような考え方で削減をするということでございます。

申請をしました医療機関が所在する地域の医療構想調整会議におきまして協議をいただいた結果、「地域の病床数の適正化という趣旨は賛同すべきものである」とか、あるいは「分娩を担っている診療所の削減は、病院の負担が増加することが危惧されるが、稼働率や需要動向を鑑みるとやむを得ない」といった意見が寄せられたところがございますけれども、全ての案件につきまして、調整会議におきまして了承されたところです。

報告(3)は以上となります。

続きまして、資料57ページをご覧くださいませでしょうか。

地域医療介護総合確保基金(医療分)の令和3年度予算の状況でございます。

1となりますけれども、県議会2月定例会に提出をしております当初予算案の状況でございます。医療分の基金事業規模は29億8,600万円余となっております。前年度当初予算より6億円ほど増加をしているところでございます。

増加の要因といたしましては、新たな区分といたしまして、表中の①-2、「病床機能再編支援」及び⑥、「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備」が創設されたことや、区分①の施設や設備の整備につきまして、本年度の執行見込額を踏まえまして増額

をしたためでございます。

続きまして、2でございますけれども、令和3年度に向けまして関係団体からいただいた事業提案への対応状況であります。

提案状況といたしましては、県医師会や県歯科医師会といった関係団体の皆様から32件の事業提案をいただいたところでございます。

このうち、事業所管課が提案団体と協議をした結果、提案を事業に反映したものが22件となっております。事業の反映につきましては、新規事業、拡充事業のほかにも、既に実施している事業の継続実施、あるいは予算措置を伴わないものの事業実施段階において提案内容を反映するといった内容のものも含んでいるところでございます。

反映しなかった10の提案につきましては、提案団体との調整によりまして、来年度の事業化が難しいとの共通認識に至ったものや、基金以外の国庫補助金により対応が可能であったものなどがございます。

提案を反映した主な事業につきましては、58ページから59ページにかけて概要を記載しております。

私からの報告は以上となります。よろしくお願いいたします。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

報告事項の(2)から(4)について、委員の皆様、ご意見、ご質問等ございますか。

○毛利委員 いいですか。

○小林会長 毛利委員、どうぞ。

○毛利委員 病床数を百何床一応減らしたということのご報告を聞きましたが、ポストコロナに向けて、あるいはこれから多死社会において、人口はだんだん減少してくるという状況下の中で、病院としては、あまり病床を削るとするのは非常につらいし、特に静岡県は自治体病院が多いので、首長さんもなかなか減らしたくないという現実があります。その辺のところ、病床の適正化という流れの中でいったときに、県として「おまえのところは減らせ」というのはなかなか言いにくいとは思いますが、何かそういうふうな指標というか、「稼働率がこういう状況だったら、ぼちぼち何か考えたほうがいいですよ」といった、ロードマップのようなものは考えられているのか。基本的には、恐らく規模が大きいままずっとどこの病院も維持していると、だんだん稼働率が減ってきて、看護師さんだけは、その看護単位の必要性から勤務しており、人件費がどんどん上がってきて費用対効果がすごく悪くなっていくというのは十分想定されま

す。その辺りについて、ここ5年、10年で、そういう流れというのは変わってくるような感じが私はしているんですけども、そのことについて、県として、指導というか、サジェスションというか、そういうようなことを何かお考えになられているかどうかお伺いしたいです。

○田中医療政策課長 ご質問ありがとうございます。

県といたしまして、今具体的に、そうした指導とかサジェスションといったことについて、例えば基準とか、そういったことの準備が始まっているという状況ではございませんけれども、いずれにしましても、今委員のほうからご指摘のありました、いろんな環境の変化といったことは、県も認識をしております。また、そういった中で、病床の削減についても、当然個々の病院の経営という視点もございますけれども、やはりそういった各病院の役割分担、あるいはそういった病院の連携による医療ニーズに応じていく体制の確保ということが全てでございますので、今日いただいたご意見を踏まえまして検討させていただきたいと思っております。

以上でございます。

○小林会長 私も地域医療構想に随分長く携わっていますけど、元々その目安が地域医療構想の病床の必要量であり、今どういう状況かという評価のために病床機能報告を毎年やっていて、そのデータの中で全病院の病床稼働率が分かるわけです。だから、それを地域で共有して、それを何パーセントだったらどうするかというのは、なかなか難しい話ですが、自ら考えていただくような資料を地域でしっかりと可視化して共有するという仕組みをつくっていくことが大事だろうなと思っております。

竹内委員、いかがですか。

○竹内委員 はい、ありがとうございます。

今ご指摘のあったとおりだと思いますが、来年度、ちょうど医療計画の中間見直しということで、いろんな疾病事業について、圏域ごとに圏域計画の見直しということになると思います。

また、医師の働き方改革も、来年度は各病院で時短計画をつくるということになりますし、その時短計画については、県のほうで取りまとめて、地域医療構想アドバイザーにも、国のほうではご提供いただけると聞いていますが、各病院の計画が分かりますので、そういう中で、地域全体の医療提供体制をどうしていくかということ圏域で考えていかなければいけないと思っています。

そういう中で、今回のワーキングでも出ましたが、個々の病院さんはもうそれぞれ取り組んでいるので、今日ご報告あったとおりですけれども、これからの地域医療体制をリアルタイムで検討していくために、今お話があったような病床の稼働率だったりとか、あとは今お話ししたような時短計画とか、各病院の取組とか現状を、地域で随時、調整会議などの場を活用しながら共有して行って、地域全体で最適化を図っていくという取組が必要ではないかと思っています。

以上です。

○**小林会長** 静岡県として13病院、再検証対象ということをおっしゃいましたが、私もワーキングに参加して、静岡県のこの13病院はどれも大事な病院だということで共通認識したつもりです。ただ、それぞれに、やはり役割分担とか、若干の病床の調整とか、機能とか、その辺は継続的に考えていかないといけないのかなと思っています。

それから、先ほどの109床ベッドが減るといところが、何か国の減反政策のような、ベッドをお金で買っているみたいなのところをすごく感じてですね、各病院が個々にそういう形で動くのではなく、やはり地域医療構想調整会議の中でしっかり議論していただいて、一病院のベッドを減らすのではなく地域のベッドが減るといような意識のもと、議論をしっかり調整会議の中でしていただくことが非常に大事だと思います。一病院にしてみれば、思いは色々あるでしょうけど、やはり地域の病床だといところを強く考えて欲しい。私もずっと今アドバイザーとして参加していますので、そういう形であってほしいと思います。

Webで参加の方も含めて、何か他にご意見等ございますか。よろしいでしょうか。

それでは、「新型コロナウイルス感染症への対応」について、事務局から説明をお願いします。

○**後藤疾病対策課長** 疾病対策課の後藤から、時間の関係もありますので、60ページの資料の「患者発生状況」「入院者数」「クラスターの発生状況」に絞ってご説明申し上げます。

60ページの1番の表をご覧ください。

月別の患者発生状況ですが、11月、12月は、1,000人程度、1日30人程度発生をしております、1月が1,906人ということで、60人台のピークがございました。2月は556人、1日平均20人台。3月は4日の時点で58人となっておりますが、本日50人新規感染者が発生しております、本日10日時点で190人となっております、やはり1日平均20人前後の発

生状況が継続しており、5,000人を超えているところです。

2番の「入院者数」の表をご覧ください。

4日時点で、ほぼ現時点もそれほど変わっておりません。入院の患者数が本日正午時点で71人となっており、宿泊施設は33人という状況です。

死亡者数は、この時点で94人となっていますが、今日浜松市の報告があり、ちょうどといいますか、100人という状況に本日なっているところです。

本日の時点での病床占有率は17.3%と聞いております。しかしながら、東部は9人、中部は2人しか入院していないという状況で、各々8%、1%といった病床占有率で、西部のみ60人の入院で37.5%といった状況になっております。

最後に、3番の「クラスターの発生状況」。これも、感染者の状況とほぼ平行に動いております。この表の時点で3月は0件となっておりましたが、3月5日以降3件発生しております。本日、沼津市内の療養型の病院で32人のクラスター。うち26人が患者様と聞いておりますが、約7割の患者様が陽性だったという状況のクラスターが発生しており、現在、DMATと、ふじのくに感染症専門医共同チームが昨日から入って調整・助言をしているところでございます。だから、3月は3件クラスターが発生していて、まだまだ感染者の状況は予断を許さない状況であると考えております。

以上です。

○小林会長 はい、ありがとうございます。

まだまだということで、ワクチン接種と並行して、とにかく収まっていくのを待つということかと思えますけど、何かございますか。よろしいですか。

予定していた議題、報告は以上かと思えます。

最後になりますが、本日の議事の他に、委員の皆様からご意見等ございますか。また、事務局から何かありますか。はい、ありがとうございます。

概ね時間となりましたので、以上をもちまして議事のほうを終了したいと思います。委員の皆様、議事の進行につきまして、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へお返しします。よろしくお願ひします。

○鈴木医療政策課長代理 小林会長、本日の議事のご進行、誠にありがとうございました。

それでは、閉会に当たりまして、健康福祉部長の藤原から、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。

○藤原健康福祉部長 委員の皆様におかれましては、ご多用のところ、医療対策協議会に

ご出席いただき、誠にありがとうございました。

今回は、第8次静岡県保健医療計画の中間見直しと、地域医療連携推進法人の設立について、ご審議をいただきました。皆様からいただいたご意見を踏まえまして、保健医療計画の中間見直しを進めてまいります。

また、喫緊の課題であります新型コロナウイルス感染症、当然ながら長期戦になるものと考えております。県では、健康福祉部内に専任の感染症対策局を新たに設置することといたしました。人数も増員してございます。新型コロナウイルス感染症対策の推進体制を強化していきます。引き続き、ご支援、ご協力をお願いいたします。

最後になりますけれども、今月をもって、委員の皆様の任期が一旦満了となります。これまで貴重なご意見、ご指導をいただき、誠にありがとうございました。改めて御礼申し上げます。

今後も、専門的かつ幅広い見地からご意見をお伺いしてまいりたいと思います。引き続き、本県の医療行政へのご支援とご協力をお願いいたします。

本日は本当にありがとうございました。

○鈴木医療政策課長代理 以上をもちまして、令和2年度第3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53分閉会