

第3回静岡地域医療協議会第3回静岡地域医療構想調整会議 会議録

日 時	令和5年2月21日（火） 午後7時15分から午後8時30分まで		
方 法	Web開催		
出席者 職・氏名	<p>〈委員〉</p> <p>静岡市静岡医師会長 静岡市清水医師会長 静岡市清水歯科医師会長 静岡市薬剤師会長 清水薬剤師会長 静岡県看護協会（静岡支部長） 静岡赤十字病院長 静岡済生会総合病院長 静岡市立静岡病院長 静岡県立総合病院長 静岡市立清水病院長 JA 静岡厚生連静岡厚生病院長 JA 静岡厚生連清水厚生病院長 静岡県慢性期医療協会・静岡県老人保健施設協会 （医療法人社団秀慈会 白萩病院 萩の里理事長） 静岡県保険者協議会 （全国健康保険協会静岡支部企画総務グループ長） 共立榛原総合病院長 静岡市保健福祉長寿局 保健衛生医療部長 静岡市保健所長 静岡県中部保健所長</p> <p>〈静岡県地域医療構想アドバイザー〉</p> <p>静岡県病院協会長 静岡県地域医療構想アドバイザー 静岡県地域医療構想アドバイザー</p> <p>〈オブザーバー〉</p> <p>静岡県立こども病院 副院長 静岡市消防局 参事兼課長補佐</p>	<p>福地 康紀 望月 篤 土谷 尚之 秋山 欣三 滝口 智子 佐野 和枝 小川 潤 岡本 好史 小野寺 知哉 小西 靖彦 上牧 務 水野 伸一 西村 明人 萩原 秀男 上田 啓司 西ヶ谷 和之 山本 哲生 田中 一成 岩間 真人</p> <p>毛利 博 小林 利彦 竹内 浩視</p> <p>渡邊 健一郎 白鳥 高浩</p>	

<p>内 容</p>	<p>地域医療協議会 議題 医師少数スポットの追加指定について 静岡県保健医療計画に記載する医療機関の変更について 地域医療調整会議 議題 地域医療構想の推進に関する医療機関の対応方針について ・公立病院経営強化プランの策定状況について 【共有】 地域医療協議会 報告 非稼働病床の再稼働計画について 外来機能報告の開始時期の延期について 地域医療介護総合確保基金について 医療機能情報提供体制における全国統一システムの稼働について</p>
<p>結 果</p>	<p>医師少数スポットの追加指定について 【了承】 静岡県保健医療計画に記載する医療機関の変更について 【了承】 公立病院経営強化プランの策定状況について、。</p>

(中部保健所 医療健康部長)

本日は、お忙しいところをお集まりいただき、ありがとうございます。

定刻となりましたので、ただいまから令和4年度第3回静岡地域医療構想調整会議及び第3回静岡地域医療協議会を合同で開会いたします。本日進行を務めます中部保健所医療健康部長の大石です。

それでは開会に当たりまして、静岡県中部保健所長、岩間から御挨拶を申し上げます。

(中部保健所 岩間医監)

本日は、お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。

また、日頃から、県の健康福祉行政におきましては、関係機関の皆様に御理解、

御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症については、先日、政府から感染症法上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、令和5年5月8日から5類感染症に位置づけ、段階的に移行していくこととなりました。

具体的な方針は今後示される予定となっておりますが、関係機関の皆様には引き続き御協力をお願いしたいと思います。

さて、本日の会議は、静岡地域医療協議会と静岡地域医療構想調整会議の合同開催となっております。

協議会・調整会議ともに議題がありますので、是非多くの方に忌憚のない御意見をいただきたいと思います。

本日は短い時間ではありますが、どうぞよろしくお願いいたします。

(中部保健所 医療健康部長)

ありがとうございました。

今回は2つの会議の合同開催ということで、議題が多くなっておりますがスムーズな進行に御協力をお願いします。

本日の出席者については、名簿を御覧いただくことで御紹介にかえさせていただきます。なお、3番日野委員、4番片山委員、18番溝口委員、20番前田委員、24番中村委員、27番宮城委員、28番遠藤委員につきましては所用により欠席との連絡をいただいております。

また、21番渡邊副院長、23番白鳥参事兼課長補佐が代理出席となっております。

なお、静岡県病院協会 毛利会長、地域医療構想アドバイザーとして小林先生、竹内先生に御出席いただいております。どうぞ、よろしく願いいたします。

本会議の内容につきましては、議事録及び会議資料を含め、原則公開となりますので、よろしく願いします。

議長は、前半の地域医療協議会は岩間保健所長、後半の地域医療構想調整会議は、静岡市静岡医師会の福地会長にお願いいたします。

それでは、岩間委員よろしく願いします。

(中部保健所 岩間医監)

次第に従い、地域医療協議会から進めてまいります。

議題1の医師少数スポットの追加指定について、県地域医療課から説明をお願いします。

(県地域医療課 松林課長)

お手元の資料1です。県医師確保計画に規定する医師少数スポットの追加指定について御説明させていただきます。

資料飛びまして、右下のスライド番号13と表示されているスライドを御覧いただきたいと思います。

医師確保計画は、県における医療提供体制の確保を図るための計画でございます。医療計画のうち、医師の確保に関する事項を指すものでございます。

この中で県における医師の確保を図るべき区域、それからこの区域に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ることなどについて、県の医療対策協議会において協議を行うとされております。

本日はこの問題を専門的に御協議いただいている県医療対策協議会の医師確保部会で現在行われております議論を御説明させていただきます。

この区域については、点線で囲みました国のガイドラインの1行目にございますとおり、この区域につきましては、2次医療圏単位で国が指定をいたします医師少数区域、それから県が局所的に定めることができる医師少数スポットとされているところでございます。

国では医師少数区域及びスポットの医師確保を図る達成手段といたしまして、中絶（1）にございます、国による認定制度や補助制度を設けております。県といたしましては、奨学金利用医師の勤務先の指定ということが主になっております。12番のスライドを御覧いただきたいと思います。

初めに医師少数区域の説明でございます。

オレンジの賀茂、富士、中東遠が県内でいきますと、医師の少数区域でございます。

これは左上にありますとおり、国が算定する医師編成指標ですが、その地域での患者数に対して、医師数がどのくらいかという指標になります。

右下の点線にありますとおり、全国二次医療圏の下位3分の1が医師少数区域となります。静岡市全体では全国で89番目に多い医療圏ということで、医師多数区域となります。

15番のスライドを御覧ください。次に医師少数スポットです。

枠の中が令和元年度に策定をした最初の医師確保計画になります。

このときは、国のガイドラインにあります、局所的との表現を厳格に解釈をいたしまして、医師少数スポットの設定を見送ることとしました。

その上で昨年度計画の一部見直しを行い、浜松市天竜区を医師少数スポットとして設定をしたところでございます。

16番のスライドになりますが、設定の背景として、佐久間病院医師の体調不良に伴う人員減への対応という緊急避難的な対応でございました。

佐久間病院は浜松市が開設する病院で、この事態に県からの提案を受けまして、浜松市の方で、中山間地域医療検討会議を開催いたしまして、市内の医療機関からの非常勤医師の派遣や、市の方での常勤医師1名の確保などを行う中で、県としても例外的に医師少数スポットの設定を行ったものでございます。

14番のスライドを御覧ください。

このため一部見直しの際、①から⑤を指標としまして、天竜区のみをスポットとして指定したものでございます。

17 番のスライドを御覧ください。この局所的が何を指すかは今回国のワーキンググループで検討しまして、昨年 12 月に下線のとおり、医師少数スポットは原則として市区町村単位で設定することとされたものです。

18 番のスライドですが、全国でも人口当たり病院勤務医が日本一多い高知県でもこの医師少数スポットを設定するなど、この 18 ページから 22 ページまでの多くの県で積極的に医師少数スポットが設定されているところです。

23 番のスライドですが、全国で 29 の都道府県が医師少数スポットを設定している状況でございます。

26 番のスライドには、医師確保部会におきまして、本件同様に医師の少ない秋田県の基準を参考に、この医師少数スポットを設定してはどうかという議論をしております。

右側の青字で書いてございますとおり、人口当たりの医師数が県内の医師少数区域と同等か下回っている市区町村を追加指定するという考えでございます。

27 番のスライドを御覧いただきまして、本県は人口 10 万人あたりの医師数が、診療所の先生方は、全国 20 位ということで全国平均に非常に近いですが、病院勤務医は 40 位ということで大幅に少ないことから、この 3 つの医師少数区域で、人口当たりの病院勤務医一番多い賀茂圏域が 93.8、赤く囲ってあります。

これを基準にこれよりも少ない市区町村を医師少数スポットとして設定したい

と考えております。

31 番のスライドに、静岡圏域におきましては、葵区が人口当たりの病院勤務医師数が **340.4** と多い一方で、黄色く着色をしてあります駿河区それから清水区につきましては、賀茂圏域全体よりも少ない状況にありますので、この 2 区を医師少数スポットに設定させていただきたいと考えております。

2 番のスライドにお戻りいただき、医師確保計画は単に区域を定めるだけではなく、その区域に派遣される医師の能力の開発及び向上を図り、その区域の医師を増加させることを目標としております。

具体的には、各県の設定する地域枠ということになります。地域枠は将来その県で働くことを要件とする大学に設けられた医学部入学定員の臨時増員でございます。

本県では浜松医科大学や順天堂大学、そして令和 5 年度からはこれに加えて日本大学が 3 人分新たに加わりまして、全体として **68** 人分の地域枠を設置しております。

5 番のスライドを御覧ください。国の通知によりまして、令和 2 年度以降の地域枠入学者は、卒業後 9 年間のうち、右の長い両矢印の上を書いてありますが、4 年間で医師少数区域かスポットで勤務することとされております。

3 番のスライドに戻りまして、こうした地域枠の医師が少数区域やスポットで勤

務が始まるのは、専門医資格を取得後ということになると思いますので、下の赤枠のすぐ上の②の欄の、令和12年度以降になろうかと考えております。9年間のうち4年間は積み重なってまいりますので、御覧のとおり令和15年度ないし16年度ぐらいから、毎年260人から270人ずつの方が医師少数区域やスポットに勤務する見込みでございます。

一方で国の使用する用語で、これはやむを得ないですが、医師少数スポットという文言が持つイメージもあります。静岡市におかれましては、その趣旨を御理解いただき追加指定することについて御賛同いただければというふうに考えております。

今後の予定でございますが、3月の医師確保部会で皆様方の御意見を報告いたしまして、現行の医師確保計画、これが来年度いっぱいまでですけれども、令和5年4月1日付けで一部改正をいたしまして追加指定をしたいと考えております。

令和6年度以降につきましては、今年中に新しい医師偏在指標が国から公表される予定となっております。

この現状なども踏まえまして、さらに見直しを図ってまいりたいと考えております。説明は以上でございます。

(岩間議長)

今までの説明で、御意見御質問がありましたら、挙手の上御発言をお願いします。

(小川委員 静岡赤十字病院)

令和 10 年に 260 人の医師が静岡に拡充されるというのは、にわかには信じがたい数字だと思います。これを信じて良いのかどうか、私は大変疑問に思います。

それで医師少数区域の中に駿河区と清水区が入ってましたけれども、260 人といえば大病院が 2 つできるぐらいの人数ですから、それが済生会と市立清水病院に拡充されるというのは、それが本当ならば喜ばしいですけど、本当にそうなのかと感じます。

(田中委員 静岡市保健所)

スライド 17 のところの説明の確認ですが、赤線が引っ張っているところ、医師少数スポットは原則として市町村単位で設定しということなんですが、肝心なのは、その次のパラグラフです。へき地や離島等においては必要に応じて市町村よりも小さい地区単位の設定も可能と書いてあるわけです。今回、静岡県の基準は区というところで、政令市の場合で止まっているんですが、これは静岡県独自の決めということとまずよろしいかということが確認事項の一つです。

それで今回駿河区と清水区の設定ということなんですけども、スライド 14 のところを基準に見てください。今です別々に数字等を清水区設定することが良いとか悪いという話ではないんですが、この設定の条件として⑤の市町に立地する二次救急病院から近接二次救急病院までのアクセスについてどのようにお考えかお聞か

せてください。

(県 地域医療課)

静岡赤十字病院の小川先生からの御質問にお答えをいたしますと、3番のスライドになります。

真ん中で H31 と R2 のところで赤線を引っ張ってございます、かつて地域枠は入学の定員増は認めたのですが、選抜方法については、大学によっていろいろ裁量の余地があり、別枠入試や、入学者の中から大学の方で手挙げをして選ぶところ、そういった形でいろいろ決めていました。

これでいくとなかなか本来の趣旨を果たせないということで国の方で制度改革を行いまして、令和2年度以降は全て別枠入試での選抜をすることになっています。

従いまして医学部に受験される時に例えば浜松医科大学の地域枠ですと、その方々皆さん6年間県の奨学金を受けて、卒業9年間、県内で勤務する。

そしてキャリア形成プログラムという、9年間のうち専門医の資格を取得しながらも医師少数区域ないしは医師少数スポットで4年間の勤務をしていただくということを掲げた上で、そこに受験をして、大学の方で選抜をしたということになってございますので、スライド3に細かくは書いてございませんが、徐々にこの地域枠の入学定員については増えて、今数字が入ってる例えば令和2年度ですと、48名の方が入学をされております。ただこの方々が6年間ですぐにストレートでご卒

業されるか、あるいは県の奨学金ですので猶予という形で2倍プラス借りた期間の2倍プラス4年、16年の間に9年間勤務をするということになってございますので、例えばご家庭の事情などで、若干年度がズレることは出てくるかと思っておりますが、今のところ最短で先ほど御説明したように令和12年ぐらいから勤務が始まりまして、15年から16年ぐらいには250人から260人ぐらいになると思います。

ただし、これはあくまで県全体の医師少数区域、医師少数スポットで勤務をされる方ですので、静岡市の駿河区、清水区のみではありませんし、それから、配置対象55病院に毎年医師数等調査という形で静岡赤十字病院にも御協力いただいて、診療科ごとにその本来の医療体制を維持するために病院が必要と考える定数と、常勤医師の差を不足数という形で出しております。

これでいきますと県全体では、今750人ぐらいが不足しています。それから、県内の医師は確実に増えてはいますが、それでもこの不足数の750人が今の時点では、それほど減っていないということになります。我々もこの分析が十分できておりませんが、例えば令和6年4月から始まります医師の働き方改革の中で医師の時間外上限規制などもあり、各病院の方でその本来の診療体制を維持するのに、より多くの医師が必要だというふうにお考えになっているかもしれませんし、この辺りはもう少し状況を見ていかないとなんとも申し上げられません。

毎年 250 人から 260 人ぐらいの医師が出てくるので、これで十分かというのは、この時点になってみないと我々としてもなんとも言えないところです。9 年経った方が返還免除の勤務が終わりますので、そういった方々に大体 7 割ぐらいの方が県内に残って定着をしていただいているのですが、皆様と一緒に、県内で働く医師をできるだけ静岡に残すような取り組みを進めて、できるだけ早くこういった不足感が解消するように取り組んでまいりたいと考えております。

これが 1 点目でございます。

それから 2 点目の静岡市の田中保健所長からの質問ですが、先生のおっしゃるとおり元々医師少数スポットについては、局所的という表現しかありませんでした。

この局所的という表現を、しっかり捉えた中で、令和元年度に第一次医師確保計画を作った際には、医師少数スポットを設定をしないということにしました。この原則として市区町村というのが示される前に、佐久間病院の話があり、この際先ほど御指摘がありました。14 番のスライドにありますように、①から⑤の指標を設けましたので、当時の他県の事例を調べ、25 番のスライドですが、医師多数県の熊本県の右側の設定基準の（3）について参考にして、例外的に浜松市天竜区のみを医師少数スポットに設定するような、基準を設けてその中で浜松市天竜区も医師少数スポットに設定したところです。

今回田中保健所長が発言したように 17 番のスライドの中で、原則として市区町

村単位で、それ以外必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能との国の指導もあり、医療対策協議会の医師確保部会の中では、この件について原則として市区町村単位という部分は、同じく医師少数県であります秋田県の例を元に、賀茂圏域の人口当たりの病院勤務医より少ないところを、市区町村として設定しようとして今考えている次第です。

2点目、3点目を一緒に説明しましたが、そういった形です。

(小川委員)

一番最初の説明で、若手医師のスキルアップを図るような言い方をされましたが、4年間のへき地勤務でスキルアップが図れる、とのお考えですか。

(県 地域医療課)

医師少数区域ないしスポットは、必ずしもへき地というわけではありません。先ほど説明したように、例えば富士圏域ですと、富士市立中央病院、富士宮市立病院があり、中東遠圏域についても、中東遠総合医療センターや磐田市立総合病院、それ以外にも公立病院があります。こういうところも勤務していただきながら9年間で専門医の資格を取得しつつ、医師多数区域である静岡市の葵区や浜松市の中心部以外を医師少数スポットを回っていただきながら9年間で勤務してもらおうという趣旨で、後ろの原則以外のところにへき地とか離島と書いてありますが、必ずしもこういったいわゆるへき地のところを回るということを意図しているわけではあ

りません。

(小川委員)

そういったお考えは実際医学部とか、我々医師の考え方とかなり乖離していると言わざるを得ないです。

我々が医師になった頃は、とにかく最初の3年から5年がすごく大事だから、そこでかなりインテンシブにやるのが優れた医師になる条件だと言われ、そういう原則は今も変わらないわけです。ですから、そこでへき地だから悪いと言っているわけではないですが、そういったところで優れた上級医に出会えて、志し高く医療にも安心できるのかをおわかりになっているのかなというふうに思います。

それと、医師が定着していると説明しましたが、我々病院勤務医はそういうことは全く感じていないので、そういうところが非常に乖離していると言わざるを得ないです。

(県 地域医療課)

先ほど、スライドの5番で説明しましたが、国の方でも最初からその初期研修が終わった後、いきなりへき地の病院、先生のおっしゃるインテンシティの高い病院じゃない病院だけを回るような、そういうことを意図しているわけではないと我々も理解しております。

3番のスライドで説明をしましたが、医師少数区域がスポットに回る部分は、主

に9年のうち4年は後ろになってくると考えております。

それからこのキャリア形成プログラムというのを、県では各病院に御協力いただきまして、180以上プログラムを整備してます。

その後、その医師少数区域が示されているものですから、このキャリア形成プログラムについては、今回の医師少数スポットも広げた中でも、本当に専門医の資格が取れて維持ができて、さらに4年間回ることができるのかを、来年度1年間かけてこの180プログラム、一部浜松医科大学と県立病院機構のプログラムについては先行して皆作業を行ってもらっておりますが、こうした事をやっていかないといけないと思ってます。

見直しをしていく中で、この広げた医師少数スポット、駿河区や清水区を入れても9年では難しいのではないかという御意見も出ております。こういったものを一つ一つ、プログラムの精査をしながら、どういった形がこの地域枠で入学された方々、キャリアを形成しつつ、地域医療に貢献するにはどうしたらいいかということについて、一生懸命考えていきたいと考えてます。

(小林地域医療構想アドバイザー)

元々地域枠という制度自体が、ある意味お金を借りて」いるからへき地へ行くのも仕方ないといったところから始まっていたと思います。

ただ、実際にはいわゆる立派な専攻医指導医になるのが大変だというのは現場の

人達は皆さん分かっていることで、そこで、ちょっと非常にずるい形で、この少数スポットっていう形を作って、こんなところがへき地なのかというか少数スポットなのかと思うところを県内にいっぱい作って、柔軟に医師を配置できるような仕組みにしようと、そのような形での理解をしていただいた方が良いのかと思います。

当然地域枠の医師と、県の方と話し合いを行います。みんなが都会に行けるわけでもないし、ある程度県内にある、少数区域に柔軟に医師を配置したいと、必ずしも伊豆の南の方だけに限定するのではなく、そのような制度だという形に、理解していただいた方が良いのではかと思えます。

(田中委員)

県の方にお聞きしたいのですが、まず、14番の⑤、条件、近隣の二次医療圏のアクセスというのが、条件の30分以内になる。これはどの様な運営をされるつもりなのか、医師少数スポットはへき地は関係ないという話も出たんですが、スライド17のところを見ていただければ、やはりへき地や離島においては、厚生労働省のワーキングの中でもそういうものを念頭に置いてるということは明らかなので、なぜそこまでこだわられるのか少々疑問に思えます。

(岩間議長)

この点については県の方と、後日話し合いの席を設けていただこうかと思えます。よろしくをお願いします。

岡本委員、駿河区ということで御意見をお願いします。

(岡本委員 静岡済生会病院)

静岡市の中では葵区は確かに多いが、へき地と言われる領域があるということで、田中保健所長が言われた基準、その部分を少し盛り込むと言うことは可能なのでしょうか。

(県 地域医療課)

先ほどの田中保健所長の御回答になるかどうか分かりませんが、⑤の要件ができたときには、そもそも厚生労働省の方で局所的という表現しかありませんでしたので、市区町村単位が原則という表現が無い中で、⑤も含めて 14 ページで、指標を示したものです。そこで、今回も厚生労働省の 17 番のスライドでは厚労省では原則として市区町村単位だと。

ただし、必要に応じてそれ以外の設定も出来ますよとなっていますので、我々の基本ルールとしては、先ほどの秋田県のを参考に市区町村単位を原則にしたいと思っています。それ以外の部分については、浜松市の例外的に 14 番で認めたときのように、そういったことが必要かと思っています。

これを先ほど田中保健所長も、県の方とお話ししていただくような御発言もありましたので、今後、検討してまいりたいと考えております。

(岩間議長)

清水区の上牧委員をお願いします。

(上牧委員 静岡市立清水病院)

当院があります清水区は、スポットに当てはまるということで、やはり卒業した学生が、仮に当病院に来ても、きちんとした研修ができなくてはいけないというのは最低限のことだと思っておりますので、我々のほうもただ待っているだけではなく、専門医を取れるようなスタッフ教育をしなくてはいけないと言うことは、病院側としての課題だと思っております。

(岩間議長)

清水厚生病院の西村委員をお願いします。

(西村委員 JA 静岡厚生連清水厚生病院)

当院のような病床数の少ない病院において、来られた若い先生方の研修をきちんと行えるか、非常に重要な課題になると思っております。

当院の 150 床余りの病院では、やはり今後は診療科をある程度限定して、高度な研修ができるように取り計らって行きたいと考えております。

(小野寺委員 静岡市立静岡病院)

再度確認ですが、先ほど小林先生がおっしゃったように、医師少数区域として、今のところ県が医師を派遣するのにとても便利なのが、磐田市立総合病院、それから中東遠総合医療センターだっている形。それに研修プログラムによって医師を派

遣しやすいところでは、済生会病院ともう一つ清水市立病院を入れると、それをここに図っているという意図でよろしいですか。

(県 地域医療課)

見解はいろいろあると思います。

先ほど他県の例をいくつか紹介させていただきました。それで、他にも 18 ページから見ていただくと様々な形で各県がかなり積極的に医師少数スポットを認めている例もあります。

そうした中で、国の方が今回のワーキンググループでは、この局所的という表現をまずは原則として市区町村という形にしようということです。

それで、医師少数県の中で我々と同じように医師確保に苦しんでいる他県の状況を見たときに、一つの考え方として医師少数区域よりも医師の少ない、人口当たりの医師の少ない市区町村を医師少数スポットに加えているという県もありましたので、本来清水区や他の圏域でも一部の市区町村で医師が多いことによって全体としてその少数区域ではないようなところもあります。そのようなところも、今回国のこの原則として市区町村という様に、解釈したことを踏まえて見直しを図ってきたいというのが私どもの考えです。

(岩間議長)

駿河区と清水区を少数区域に入れると。葵区の方も、田中保健所長が言ったよう

に柔軟に考えて欲しいという要望ですね。

これを県の方に要望するという事によろしいですね。

(福地委員 静岡市静岡医師会)

少々確認したいのですが、先ほど県内で750名ほどの勤務医が足りない状況であるというお話がありました。その750名というのは、このスライドの28から31までのこの中の静岡県を医師少数スポットを加えたところの黄色い部分のところだけで750人ですか、それとも県内全体医師多数区域も含めて750人ですか。

(県 地域医療課)

県全体です。

(福地委員)

そうしますと、新たに指定される少数スポットだけでの医師の足りない人数ほどのくらいなんでしょうか。

(県 地域医療課)

すみません、しっかりお答えできませんが、250人ないし260人よりも、多いかと思えます。

(福地委員)

そうなると、期待していても、その260人に対して不足分が500人だとすると、駿河区・清水区には医師が来ないかもしれなことがありうる事なんでしょうか。

(県 地域医療課)

はい、お話された通りだと思います。ただ、これは10年後とかもう少し先の話ですので、今後どの様になってくるのかは、正確に予想ができないと思いますが、今時点で言うと先生がお話されたとおりです。

(福地委員)

先ほど小川先生が御発言されたように、あまり期待できないのかもしれないという現状だけけれどもということですね。

(岩間議長)

それでは議題2に進みます。

議題2 静岡県保健医療計画に記載する医療機関の変更について事務局から説明をお願いします。

(事務局)

議題2、静岡県保健医療計画に記載する医療機関の変更について

19ページを御覧ください。現在、静岡県のホームページに、第8次静岡県保健医療計画において6疾病、5事業を担う医療機関を公表しております。

公開する医療機関については、年に1回実施している疾病又は事業ごとの医療連携体制に関する調査の結果に基づいて本協議会にて協議を行い、追加又は削除などの変更を行っております。

今年度の調査結果、追加・削除となる医療機関をお示ししたものが資料2になります。

このうち〈Ⅰ がん〉について19、20ページにあるとおり、JA 静岡厚生連清水厚生病院が、がんの「集学的治療」「在宅緩和ケア」「在宅緩和ケア（在宅医療）」の要件を満たしているため、追加となっています。

診療所の追加、削除については21ページに記載してあるとおり、医療機関名変更①、追加⑥、削除⑥となっています。

22ページ〈Ⅱ 脳卒中〉について、病院については追加削除はありません。脳卒中の「在宅療養の支援」を担う診療所を23、24ページにまとめてあるとおり、変更①、追加⑤、削除⑧となっています。

〈Ⅲ 心筋梗塞等の心血管疾患〉〈Ⅳ 糖尿病〉につきましては変更はありません。

〈Ⅵ 精神疾患〉は、26ページ精神疾患の「うつ病、躁うつ病、産後うつ病治療」を担う医療機関として、27ページにあるとおり静岡市立清水病院、済生会総合病院、溝口病院の3病院が変更となり、清水富士山病院が要件を満たしておらず削除を予定しています。

28ページ 精神疾患の「依存症治療」を担う医療機関として清水駿府病院が要件を満たしていますので追加となります。

30ページ 精神疾患の「PTSD治療」を担う医療機関について

清水駿府病院が要件を満たしているため追加し、静岡赤十字病院は要件を満たしていないため削除を予定しています。

31ページ、精神疾患の「高次脳機能障害治療」を担う医療機関に、静岡リハビリテーション病院、静岡リハビリテーション病院、清水駿府病院の3病院が、診断及び治療が可能で、なおかつ地域連携拠点として対応可能と報告があり、追加する予定です。

静岡リハビリテーション病院の住所に誤りがありましたので、訂正して報告させていただきます。

清水富士山病院が要件を満たしていないため、削除となります。

32ページ「摂食障害」「てんかん」は変更ありません。

33ページ精神疾患の「自殺未遂治療」を担う医療機関については、溝口病院が地域連携拠点病院から削除となります。

34ページ 精神疾患の「児童・思春期精神疾患治療」を担う医療機関に、清水駿府病院が要件を満たしているため、追加と、静岡赤十字病院が要件を満たしていないため、削除を予定しています。

36ページ〈X 周産期〉、周産期の「正常分娩」を担う医療機関に3つの助産院が追加されています。

37ページ 小児専門医療について、静岡市立静岡病院が要件を満たしているため、

追加し、静岡赤十字病院が要件を満たしていないため、削除を予定しています。

説明は以上になります。

(岩間議長)

ただいまの説明につきまして、御質問、御意見がありましたらお願いします。

御意見が無いということで、今回の結果を県医療政策課に報告し、今後保健医療計画に反映していきたいと思います。以上で、協議会の議題は終了になります。

それでは進行を、事務局にお返しします。

(中部保健所 医療健康部長)

それでは地域医療構想調整会議に入りたいと思います。

福地議長よろしくお願いします。

(福地議長)

地域医療構想調整会議に入りたいと思います。司会を務めさせていただきます、静岡市静岡医師会の福地でございます。

それでは議題に入ります。

まず、議題1、地域医療構想の推進に関する医療機関の対応方針について、(1) 公立病院経営強化プランの策定状況について事務局から説明をお願いします。

(事務局)

議題1、公立病院経営強化プランの策定状況についてです。

39 ページ「資料3」を御覧ください。1の概要になります。

県内の各公立病院につきましては、2023年度までに「公立病院経営強化プラン」を策定し、地域医療構想調整会議で協議することとなっております。

今回、公立病院経営強化プランの策定に係る総務省の事前調査が実施されており、各公立病院から提出された調査表を一覧に取りまとめたので、その内容について協議いたします。

なお、総務省の調査は228項目あるため、地域医療構想と関わりが深く、公立病院経営強化プランで新たに記載が必要となった、「機能分化・連携強化」、「医師の働き方改革」、「新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組」などに項目を絞り、一覧としてお示ししております。

説明は以上になります。

(福地議長)

それでは、各公立病院から公立病院経営強化プランの策定状況について、別紙1の資料を参考に現状の課題及び機能分化連携強化を中心に5分程度で説明をお願いします。

資料の順番でお願いしたいと思いますので、静岡県立総合病院の小西院長お願いします。

(小西委員 静岡県立総合病院)

静岡県立総合病院の小西でございます。

当院は地方独立行政法人から14年目になります。

今第3期中期計画の4年目で、次の中期計画、令和6年度から10年度までですが、この部分の中期計画を公立病院の経営強化プランに変更できるように策定するというので進めており、今のところ、次期計画について策定中というのが現状でございます。

静岡県が第9次医療計画を策定する作業と並行して、当院のプランと整合性を図る必要があるので、静岡県とも協力して進めていきます。

現状の課題と今後の機能強化というところについて、絞ってお話しします。

現状の課題は、3点挙げてます。

一つ目は新興感染症、2つ目は働き方改革が推進されること、それとコロナを含めての経営状況の改善です。

まず、新興感染症について、これは県立総合病院は感染症専門病棟として、再整備を行い、また一般病棟の一つを感染症病棟に転用して、最大47床の病床を確保し、重点医療機関の指定を受けているところです。また、それに加えて、計画病床の50床を維持しており、平常時からの取り組みを含めて、受け入れの体制を維持強化していくものと考えております。

また働き方改革の推進ですが、これは地方独立行政法人であるという特徴を生か

し職員の意欲を高めて勤務実績が反映される人事給与制度の変更を行いました。

働き方改革に関しては1月にセンターに書類を提出し、引き続き進めていこうと考えております。

3つ目として、経営状況ですが、今年度は、新型コロナウイルスを含んだ感染症などにより影響を大きく受け、経営状況の悪化がやはり進んでおります。

さらに、材料費・光熱費の値上がりは、当院だけでなくどこの医療機関でも同じ状況であると思いますが、こういう状況を踏まえ、大変厳しいものがございます。この3点が現状の課題かと考えております。

こうしたことを受けて、今後の機能強化と、連携強化の推進ということについて、大きくは2点考えたいと思います。

当院は、県内の医療機関の中核的病院として、三大疾患などに対する高度専門医療や救急医療また、急性期の医療を提供しております。

循環器疾患、脳疾患に対する高度専門特殊医療、がん疾患に対する集学医療や高度救命救急センターを中心とした救急医療の3本柱について、今後も機能分化として取り組んでいきたいと思っております。

また、高度専門特殊医療を提供するため、紹介逆紹介の推進によってこの地域の医療機関との機能分化と連携強化に努めていくというところが一点でございます。

加えて、静岡県内の医療確保と偏在解消ということは、先ほども触れましたが、

浜松医科大学、静岡社会健康医学大学院大学と連携しまして、実施しているところ
です。

県の医師派遣事業及び常勤医師の派遣協力と、本県の医師確保、医師の人材育成
と地域医療構想の推進を支援していくところです。

一昨年の4月には、ふじのくに社会健康医学医療連合の認定を受け、当法人では、
県立総合病院とJACO桜ヶ丘病院、社会健康医学大学院大学を運営する3法人が参
画して、静岡市内の救急医療を支援するためにJACO桜ヶ丘病院に対して、現在県
立総合病院から医師の派遣を行っています。

この結果、桜ヶ丘病院における医師の不足解消のみならず、清水区における救急
医療の維持について寄与していると考えています。

また、機能分化と連携強化の推進という点で、引き続きこの強化を続けてまいり
ます。

主に、次期の公立病院経営強化プランへの反映に取り組んでまいりたいと思いま
す。

(福地議長)

ありがとうございます。続きまして、静岡県立こども病院の渡邊副院長よろしく
お願いいたします。

(渡邊副院長 静岡県立こども病院)

本日、坂本が公用で欠席のため、私から報告させていただきます。

当院は、一般病床が243床、精神病床36床の計279床あります、小児の専門病院になっております。ICU系としましては新生児のNICUが18床、それから周産期MFICUが6床、それから小児集中治療を行っている病床が12床ございます。

病床機能報告については、一般病床は全て高度急性期として報告しております。

このように当院は胎児期から思春期まで、それから心の診療から体の診療まで全てにおいてしっかり対応出来る体制をとっています。

また、国からは小児救急救命センター及び総合周産期母子医療センター、小児がん拠点病院の指定を受けており、二次医療圏だけでなく、地域の枠を超えた役割を担っています。

課題については、一つは地域の小児科医の減少ということがあります。

全国的には、小児科医が微増傾向にはあるということですが、小児科を標榜する病院数は減少傾向にあり、集約化が進んでいます。

今後、こういった状況を見ながら、当院では静岡医療圏の他に、富士や志太榛原、中東遠の二次医療圏の8病院に医師を派遣してありますが、今後は、オンラインネットワークを構築し、医師を活用した支援方法も考えております。

もう一つ大きな課題としては、少子化が進行していることがあります。

子供の数は少なくなっているが、一方で医療的ケア児の増加への対応が問題とな

っています。

小児医療では地域包括ケアシステムが、事実上無いので小児の急性期を脱した患者さんで慢性期の医療、あるいはケアを非常に重要とする患者さん達がいますが、成人の慢性期に対応するようなシステムというのがまずできてないため、こうした対応を、いろいろな医療の分野だけではなく、福祉分野との連携がこれから必要になってくるのではないかと、というように考えています。

現在小児がんの患者さんを中心とした、県教育委員会と連携したオンラインによる事業などの就学支援を行ってます。

さらに、小児の急性期を脱した患者さんも長期のフォローアップということが、一つ重要になっており、こういった患者さんの移行期の医療ということの体制作りも行っています。

今度は、国がこども庁を作るわけですが、こうしたこども庁の政策に対応した取り組みというの、重要になってくると考えてます。

新型コロナウイルスをはじめとする新興感染症については、当院では特に小児で集中治療を要するような重症の患者さんを受け入れることを行ってます。

今後、感染拡大時に活用しやすいよう、病床転用ができるようなスペースや、防護資材等の調達先や整備の取り組みが必要になると考えてます。

働き方改革については、方向性としては当院はA基準を目指しておりますけど、

一部B基準でないと対応出来ない診療科もありそうで、そのあたりを今検討している状況です。

以上です。

(福地議長)

ありがとうございました。

それでは、静岡市静岡病院の小野寺先生よろしくお願いします。

(小野寺委員 静岡市立静岡病院)

静岡市立静岡病院の小野寺です。当院は県立総合病院と同じ地方独立行政法人になっております。令和5年度から4年間で独立行政法人第3期目になりますので、この4年間の中期計画を今策定しており、これを静岡市議会に詔しているところです。

この中期計画を、公立病院経営強化プランにあてはめて良いということになっていますので、中期計画をそのままお示しすることになると思っております。

病院機能報告ですが、昨年まで高度急性期500床ということにしてありますが、今回、新たな静岡方式の指標が出され、今後、当院は、高度急性期355床、急性期145床という内容で報告する予定です。

現状の課題ですが、働き方改革は絡んであるところですが、医師が不足している診療科によっては、かなり歯抜けの診療科が出て来るので、その部分をどうやって

埋めていくのかが一番大きな課題だろうと思っています。

当院は、A水準を目指してましたが、やはりかなり難しいかと思っていたため、初めのところはBないしCを診療科によっては出さざるを得ないと思っております。スタッフ不足という意味では、看護師の不足がかなりの問題と考えており、コロナで燃え尽きてしまった看護師が割と居て、その意味では、離職率が増えていることが、喫緊の課題の一つと思っています。

コロナに絡んでの課題は、後方病院への患者さんの移動がかなり制限されたことが大きかったと思っていますが、今後、5類になると少しは楽になる可能性はあると思っています。

コロナに限らず、当院は急性期を目指すことで、残院日数をできる限り短くすることが経営の方から求められていると思いますので、回復期病院、それから早期の退院、そしてクリニックへの逆紹介を強く進め、転院を促して行くということを考えており、また重点外来もありますが、地域の医療機関と今後もさらに高度な連携を取るということ、さらに外来の紹介患者さんや、重症の患者さんにある程度特化する身軽な外来など、働き方改革に繋がるものではある訳ですが、こうしたことを目指していくことを考えているところです。

簡単ではありますが以上であります。

(福地議長)

ありがとうございました。

続きまして静岡市立清水病院の上牧先生よろしく申し上げます。

(上牧委員 静岡市立清水病院)

静岡市立清水病院の経営計画は、令和5年度から令和8年度について、今年度中に策定の予定です。

まずは当院の現状と課題についてですが、近接する病院の役割機能との重複による課題ではありますが、この近接というのを静岡市内で捉えますと重複するものが、清水区域ということで捉えると、役割、機能分化は保たれていると考えています。

また、地域医療構想実現に向けた当院の課題ですが、現在のところ特に無いと思っています。

続きまして、新型コロナウイルス感染症対応は、他の医療機関との役割分担、あるいは連携における課題ということで、まず、当院で感じたのは、人手不足、スタッフへの負担があったということです。

具体的に申し上げますと、感染症を専門に扱う看護師が不足していたことが感じられ、感染症認定看護師が現在2名居ますが、今回このコロナの感染症については、大規模なクラスターが発生した場合の対応に、限界があると感じましたし、細かい指導がスタッフに行き届かないケースが多々ありました。

また、コロナ感染患者の対応に対し、かなりスタッフの負担が増えたことがあります。

ます。

また、施設が老朽化しており、それによる受け入れ体制や、ゾーニングの難しさというのを感じています。

さらに、感染症の専門病棟を持っていないため、既存の施設で対応することに限界があることを感じました。

あとは、通常診療への影響というのがあり、受け入れ制限などがありまして、第7波においては院内クラスターの発生があり、それに伴って病棟を次々と閉鎖を行ったことから、救急の受け入れや入院の受け入れに制限がかかりました。

こうした経験を元に第8波では、対応を変えましたが、院内でコロナ患者が発生しても、各部屋のゾーニングで対応するというところを行い、何とか受け入れ制限をかけずに、診療できている状況です。

特に、今までお話した3点に関する取り組みや改善の見込みというのは明確化・最適化は困難であると考えており、今後の検討課題と思っています。

次に機能分化連携強化の取り組みについてですが、改革プラン又は新改革プランに基づいた実施済みの機能分化・連携強化の取り組みですが、一言で言いますと、病院診療所間の連携体制の構築を強く進めて行くことになると思います。さらに当院は、清水地区において、特に整形外科・脳神経外科・小児科・産婦人科については、中心的な役割を担っていると思っています。

一般的な疾患に対する対応を確実に実施していくとともに、発症も急な対応を求められる脳血管疾患や心血管疾患などは、可能な限り対応していくつもりです。

また、当院にあります回復期リハビリ病棟では、他施設からの受け入れも視野に入れており、特に心臓リハビリの受け入れなども考えており、経営の効率化を図るためにも受け入れ体制を整備し、地域の医療機関との連携を強化していくことも考えています。

当院からは以上です。

(福地議長)

ありがとうございました。

ただいまの報告について、何か御意見などございますか。

(田中委員)

各公立病院から強化プランのことについて、進行状況を教えていただきましたが、大切なのはこのプランに基づいて評価が行われるということ。このプランが絵に描いた餅のようにならないことが、次のステップとして必要ではないかと考えます。

強化プランに関しては、皆様御承知と思いますが、昨年、公立病院経営評価ガイドラインが総務省の方から示され、いくつかピックアップすると、こうした持続可能な地域医療提供体制を確保するための「公立病院経営強化ガイドライン」というもので、今作成している強化プランをいかに実現していくかということで、作成さ

れたものだと理解しています。

この中で地域問題となっているのは、医師看護師の確保ということに関して、地域医療総合確保基金を用いた取り組みが必要になってくる。こうしたことについて、この基金を使ってどういった事業を行っていくのか。こういったことが問題になるかと思えます。

また、この中では都道府県の役割責任の強化と、今日の会議の中で、都道府県が出てきたので、情報シェアしてくださいという話だと思えますが、やはり都道府県の役割はガイドラインにおいても、この基金による財政支援等の措置を講じていくこと。さらにこれまで以上に積極的に助言をしていただくことがこのガイドラインには述べられています。また財政措置についても、会議の中で出た、へき地の話も出ましたが、いくつかの経費について、既に令和4年度から財政上の措置が講じられていることになっており、例えば医師の派遣等に関しましては、従前病院だけということになっていたと思えますが、既に都道府県においては、診療所への派遣を対象にした交付税処置がされているということもあります。全て読むときりがないので、いくつかの点をピックアップさせていただきました。

ぜひ、関係者の皆様方におかれましては、ガイドラインを読んでもらいたいと思えますし、また、今度特に市町に責任が無いという訳ではないですが、今後の強化プランの実現ということに関しては、県でもしっかり市町の病院からの相談を受

けていただき、事業を出してくださいではなく、一緒に考えましょうということで、是非プランの実現に向けて積極的な関与をお願いしたいと思います。

以上です。

(福地議長)

静岡県御発言よろしく申し上げます。

(県 医療政策課)

今田中保健所長が発言されたことを十分肝に銘じて今後進めていく訳ですが、医師派遣に係る処置につきましては、既に基金を用いて県の補助金もあります。

また、医師の派遣等も御案内したことについても、地方財政措置として交付税の措置がされています。このような形で交付されるもので、同一自治体間の派遣は対象外とかいろいろ条件がありますので、そういったことも踏まえ、いろいろと御相談させていただきながら進めていきたいと思っています。

田中保健所長にも頻繁に県と御協議しながら、連携を密にして臨んでまいりたいと思いますのでよろしく申し上げます。

(田中委員)

ありがとうございます。静岡市だけという訳ではなく、他の市町あるいは他の地域の公立病院も含め、しっかり県がリーダーシップを取っていただき、さらに相談に乗っていただきたいので、よろしく申し上げます。

(福地議長)

地域医療構想調整交付金ですけれども、執行率は7割くらいというようなデータを見せていただいたと思いますが、各病院の先生方については、ぜひ活用の検討もお願いしたいと思います。

ただ、具体的にどういったような活用があるかについては、やはりそのノウハウといったものを、ぜひ積極的に御助言いただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

(竹内地域医療構想アドバイザー)

今回4病院からプランの御提示をいただきましたが、他の圏域の会議と同様に、もう一つ問題になるのが、近接する病院の役割や機能の重複といったところの理解だと思っています。

以前、令和元年度に国が400病院当たりを公表したときにも近接するというところで、その時に基本的に車で30分というのが定義だったと思いますが、県なり国なりで各病院は、様々な疾患や事業、例えば救急や災害などで指定を受けられていると思います。

その場合に、近くの病院で同じような指定を受けているのであれば、そこは機能が重複するといってもいいのではないかと考えています。

先ほど、上牧先生がお話しされましたが、市で考えるか区で考えるのかという違

いはあるかもしれませんが、行政区域を越えたということ言えば、総務省の考え方からすれば、以前厚生労働省が言ったような自家用車で30分は一つの目安になるのではないかと考えています。

そういった点で重複する機能というところは一つ考えていただきたい。

なぜ、こういうことを申し上げるかと言いますと、昨日の病院協会の研修会でお話ししましたが、静岡医療圏の中では、圏域全体の病院の退院患者数がコロナ前から、徐々に減り始めています。決してコロナで初めて減ったわけではなく、静岡医療圏、すなわち静岡市内においては、病院の退院患者数がコロナ前から頭打ちになって減ってきています。そういうことを考えたときに、これからさらに人口減少ですとか、あるいは少子高齢化が進んでいく中で、やはり病院の医療機能あるいは病診連携・病病連携というのは考えていかなければいけないと思うので、その点についてぜひ検討を進めていただければと思います。

(福地議長)

ありがとうございました。ただいまの御意見に何か御回答ございますか。

診療所からしてみますと、同じような機能が重複していますが、実際には各病院の診療科による凸凹があり、この病院は全て揃っているかということ、ちょっとこの診療科の医師が足りないといったところがあり、意外と全てフル装備という感じは、診療所の医師からするとしないので、そういう意味で、お互い補完してるとい

う状況があるのかなと思います。

また、病診連携、これは急性期病院同士の病院連携等も一つは、慢性期病院あるいは回復リハビリテーション病院との病診連携があると思います。

診療所からの感想としましては、その慢性期というか地域包括ケア病床ですね。

その活用が今後恐らく重要になってくるだろう、と同時にその整備が必要だろうと思っております。

その辺と急性期病院との絡みが、今後この中では議題に上がってくるのではないかと感じております。

(小野寺委員)

近いといえば、当院と日赤病院は150mしか離れていない。ただどちらもここでスパッと無くなったり、非常に規模を縮小するなどお互いにかなり負担がきつくなってとても運営していけないだろうというのが現状だと思っています。

コロナ前はどちらも90%を超える専床率がありましたから、その段階でどういった機能分担をしたり、縮小していくかと、そういった話し合いは、まだちょっと無理だろうなという感覚は持っています。

竹内先生が発言されたように、かなり若い年代については、減ってくるということがありますが、急性期病院といっても90歳を積極的に治療するといったことで生き残っているという点もありますので、当分、あと10年ぐらい医療需要はあまり変

わらないのではないかと思いますし、そういった思いは私自身にはあります。

ただこれからの需要が減ってくるということについては、あと5年、10年のスパンで考えて行くべきことだろうと思っております。

(竹内地域医療構想アドバイザー)

小野寺先生ありがとうございました。決して3年前、4年前の国の議論を蒸し返す意味で言った訳ではなく、実際に細かく見ていけば福地先生が発言されたように、各診療科の中でも、専門分野が違いますので、そういう意味で補完しているのは非常に良く分かります。

ただ、その点まで本当に細かく重複がないと言い切ってしまうのもどうかなというところで申し上げたので、そこは誤解のないようお願いしたいと思います。

(福地議長)

ありがとうございます。他によろしいでしょうか。

こうしたところの項目だけでも特化した会議というものを、今後はどんどんやっていくべきだろうと個人的には思っておりますのでよろしく申し上げます。

それでは、報告事項の方に入らせていただきます。

報告1「非稼働病床の再稼働について」事務局から説明をお願いします。

(事務局)

報告1 非稼働病床の再稼働計画について。47 ページ「資料4」を御覧ください。

非稼働病床の再稼働計画についてです。

対象になるのは、最大使用病床数が0床または、許可病床数から最大使用病床数を除いた病床数が20床以上ある病院です。

てんかん神経医療センター、静岡徳洲会病院、静岡市立清水病院については変更はありません。静岡県立総合病院については工事改修が終わり、令和3年8月に再開しております。

清水富士山病院につきましても、令和4年4月より再開しております。

桜ヶ丘病院につきましては、令和7年の病院移転時に病床の返還を予定しています。

最後に、75ページ「参考資料」として、令和3年度病床機構報告確定結果を新たに見直しをした「静岡方式」で算定した結果を添付しておりますので、御確認ください。説明は以上になります

(福地議長)

ただいまの報告で御意見、御質問等ございますでしょうか。

それでは続きまして報告2外来機能報告の開始時期の延期について事務局から説明をお願いします。

(事務局)

報告2外来機能報告の延期について、49ページ「資料5」を御覧ください。

厚生労働省が作成した資料「外来機能報告制度に関する説明会」により、外来機能報告のスケジュールが変更になった点と、それに伴う本調整会議における影響を報告いたします。

50ページの「スライド4」、5行目になります。NDB（レセプト情報・特定健診等データベース）において、一部レセプト情報の補正作業を行う必要があることから、今年度の病床機能報告及び外来機能報告の報告機関が延長になっております。

今後のスケジュールは52ページ「スライド8」にあるとおり、3月までに各医療機関が報告し、4月から5月にかけて、データの集計作業を行い、6月頃の地域医療構想調整会議において、「紹介受診重点医療機関」を定め、公表を行っていく予定となっております。

57ページの「スライド18」を御覧ください。

「外来機能報告」と「紹介受診重点医療機関」の選定の流れですが、まず外来機能報告により基準を満たす医療機関の選定及び医療機関の意向を確認いたします。

「紹介受診重点医療機関」の選定には、医療機関側の意見と、地域の意向を一致させることが求められています。

そのため、外来機能報告の結果を踏まえ、6月の調整会議では、医療機関側の意向と、圏域として、当該医療機関に「紹介受診重点医療機関」の役割を担っていただくことが適切かを協議いただくこととなりますので、御承知おきください。

そのほか、診療報酬や地域医療支援病院との比較を資料として添付してありますので、お時間あるときに御覧ください。説明は以上になります。

(福地議長)

ただいまの報告で御意見御質問等ございますでしょうか。

(上田委員 静岡県保険者協議会)

私の方からお願いと質問という形になります。

今回NPDの不具合によりスケジュールが後ろ倒しになり、タイトな期間となっているのは承知してますが、紹介受診重点医療機関の基準結果と医療機関の意向が異なることも想定した上で、地域医療の協議の場、地域医療構想の場で必要な議論を行っていただきたいと考えてます。

また、外来機能報告が活かされるためには、県民への理解の浸透が必須であると考えています。

まずは、地域のかかりつけ医に受診していただき、必要に応じて紹介を受けて、紹介受診重点医療機関を受診するという受診の流れを医療機関の機能の役割について、保険者として加入者の皆様に引き続き、周知啓発を行っていきませんが、事務局としても幅広い世代の県民に行き渡りを周知広告をお願いしたいと考えてます。

なお、協会けんぽのレセプトデータでも、紹介受診重点医療機関の大条件となっております加算を算出しているレセプトを集計して初診基準40%以上、再診基準

25%基準を以上の基準を満たしているか機械的に当てはめることは可能と考えております。

加算等を算出しているレセプトを集計して初診基準40%以上、最新基準25%以上の基準を満たしているか機械的に当てはめることは可能と考えております。

ここで質問ですが、事務局としては、県民の皆様に周知広告をする現時点での具体的な計画があれば教えていただきたいと考えています。以上です。

(県 医療政策課)

改めて広告周知ということは、難しい制度なので、どのように周知しようか考えますが、ホームページとか、一般の広告は考えています。各団体や、市町の皆様にも御協力いただきながら広めていかなければならないと思います。

遅れたりいろんなトラブルがあったものですから、十分検討しなかったことを改めて感じました。各団体、市町の皆様の御協力を得ながら、一般的な広報に加えいろいろなことを考えていきたいと思っておりますのでよろしくお願いします。

(福地議長)

医師会もぜひ協力したいと思っておりますので、御相談いただければと思います。

他に何か御質問ございますでしょうか、御意見よろしいでしょうか。

それでは報告3 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。

(事務局)

報告3 地域医療介護総合確保基金について67ページ「資料6」を御覧ください。

令和5年度地域医療介護総合確保基金（医療分）についてです。

地域医療介護総合確保基金は、「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」を図るため、消費税増収分を活用した財政支援制度として平成26年に設置しております。

「1 令和5年度基金事業予算（案）」といたしまして、県議会2月定例会に提出した当初予算（案）における、医療分の基金事業の額を記載しております。

医療分の基金事業規模は太枠で囲ってあります「令和5年度当初予算（案）B」の6段目33億2,000万円余りとなっており、左側、前年度予算より3,000万円ほど増加しております。

増加の主な要因としては、主に4段目「④医療従事者の確保」のメニューにおいて、医療機関様の補助事業活用予定の増加や、修学研修資金貸付金の見込みの増加等が挙げられます。

「2 令和5年度基金事業提案（医療分）の反映状況」を御覧ください。

令和5年度の基金事業の検討に先立ち実施した、事業提案への対応状況を記載しております。

提案の提出状況としては、今年度は、県医師会や県歯科医師会といった関係団体

等から、24件の事業提案をいただきました。

このうち、事業所管課が提案団体と協議・検討した結果、提案趣旨を踏まえ、内容を事業に反映したものが、新規2件、継続14件の16件になっております。

これらの事業のうち、提案を反映した主な事業については、68ページ以降に記載しております。

なお、提案の概要とその反映状況については、71ページから72ページの表に記載しております。

最終的には国との協議も踏まえて執行していくこととなります。

基金を地域医療構想の実現に向けた有効な「ツール」として活用していくためには、地域の関係者の皆様の貴重な意見を反映していくことが重要です。

県としても、事業提案等を通じて地域の皆様の御意見をいただくとともに、調整会議等の場を通じて情報共有することにより、各地域にとって必要性和公益性の高い事業に基金を活用できるよう検討してまいりますので、今後とも御協力をお願いします。

説明は以上になります。

(福地議長)

ただいまの説明で御意見、御質問等ございますでしょうか。

先ほどこの執行率が7割ぐらいだという報告を聞いて、かなり余っているようです。ぜひ、いろいろと事業を県と相談してやっていただければと思います。

続きまして、報告4 医療機能情報提供制度における全国統一システムの稼働について事務局から説明をお願いします。

(事務局)

報告4 医療機能情報提供制度における全国統一システムの稼働について

73 ページ「資料7」を御覧ください。

1の「概要」にありますとおり、これまで各都道府県が運用していた医療機能情報提供システム、本県では「医療ネットしずおか」は、令和6年度から国で運用する「全国統一システム」に統合されます。

このことから、定期報告について、令和5年度以降は、共通基盤であるG-MISを使う「全国統一システム」により御報告いただくこととなります。

2の「全国統一システム構築のメリット」を御覧ください

住民、医療機関では、これまでの県単位から全国単位での情報収集、発信が可能となりますので、特に県境などでの利便性の向上が期待できます。

3の「令和4年度定期報告」を御覧ください。

医療機関の皆様には令和5年1月末を期限に、令和4年度定期報告を実施いただいたところです。

「令和4年度定期報告の役割等」にあるとおり、令和4年度定期報告データを基に、令和6年度からの「全国統一システム」に移行するためのデータが作られます。

この準備により、来年度の定期報告では、新規入力項目が少なくなり、更新が主な作業となります。

なお、令和5年度に行うG-MISのアカウント発行手続に必要なため、「担当者氏名・電話番号・メールアドレス」は必須入力としております。

今後は、移行に向け、データの確認作業等を進めてまいります。

各医療機関の皆様にも御協力いただくことがあるかと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

また、コロナの関係でG-MISのアカウントを既にお持ちの方はそのまま使用することになります。

4は、令和6年度までの流れを添付させていただきました。

次の74ページを御覧ください。

上が現在の「医療ネットしずおか」です。

これが、下の全国統一システムになりますと、左下の県の一部として組み込まれるイメージとなります。説明は以上になります。

(福地議長)

何かこれに関して御質問等ございますでしょうか。

静岡市静岡医師会はこの「医療ネットしずおか」とリンクして、医療機関の情報を見れるようにしているのですが、これが全国統一システムになったときにも、

同じような形で使えるのかどうかということが非常に問題になっております。

その点につきまして、解りましたら、教えてもらいたいと思います。

(田中委員)

今、会長が言われたように、これを入れる方がいいわけですが、保険証などこれは一方的に見るばかりですが、これを階層的に他の県が見れないとか、自分の地域だけなど、何かIDごとにかかるのでしょうか。もし解りましたら教えてください。

(県 医療政策課)

全国統一システムについては、国から詳細な仕様が示されましたら、皆様に詳しいことを御紹介いたします。

(福地議長)

ありがとうございます。他に何か御質問御意見ございますでしょうか。

よろしければ、その他として県医療政策課より、よろしく申し上げます。

(県 医療政策課)

最後に一点、地域医療構想の重点支援区域の関係でお話しします。

地域医療構想の重点支援区域については、これまで国の指定を進めてまいりましたが、申請に当たってハードルが高く、認定の件数が伸びていないといった状況になっております。

そこで、令和5年度から重点支援区域になる前段階で、国が重点支援区域の認定

の可否を判断するまでの支援を行うための再編検討区域というものを新たに設けて、令和5年度から支援を行うことになりました。

内容については、今出てます画面の下の絵のところの赤い枠で囲んであります。そちらの記載通り、国が委託しましたコンサルティング業者がデータ分析を行い、地域での協議や、検討が進みやすくなるように支援を行うものでございます。重点支援区域で実施するデータ分析と同じ内容のものを実施できるということです。

今回については、御紹介のみとさせていただきますが、再編検討区域という名前が重点支援区域よりも重い名前になっておりますが、重点支援区域の前段階の区域ということで、その申請について御検討いただければ幸いです。今後、機会を見まして御紹介させていただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

(福地議長)

ありがとうございました。これに関しまして御意見御質問等ございますでしょうか。特に無いようです。

以上をもちまして、令和4年度第3回静岡地域医療構想調整会議を終了させていただきますが、最後に私の方から一つの提案があります。

具体的に地域医療構想の実現に向けまして、病床の機能の話が足りないため、どこが必要だといったところを具体的に数字を出して、各病院の御意見を聞きながら進めて行くという会議がこの3年余り進んでいないように思います。

コロナということで保健所も県庁も、データの収集やその分析がなかなか進んでいないからかもしれませんが、そろそろ具体的に議題として会議を行っていきたいと思います。

今までの地域医療構想調整会議の中で、県が出してきた議題の後にデータ分析などを少し出しながら、先生方の御意見を聞いたり、情報を共有してありますが、そこに絞った形の会議を、少し加えていきたいと思っております。県の方にもその辺お願いしております。ぜひ御協力をお願いしたいと思っております。

以上をもちまして今年度予定されていた会議については終了となります。

来年度も引き続き御理解・御協力の方をお願いします。

それでは事務局にお返しします。

(中部保健所 医療健康部長)

福地会長、議事の進行ありがとうございました。

以上をもちまして、令和4年度第3回静岡地域医療構想調整会議・第3回静岡地域医療協議会を終了します。

今年度、予定されていた会議については、今回で終了となります。

来年度も引き続き御理解、御協力をお願いします。本日は、どうもありがとうございました。