

令和元年度 第1回 賀茂地域医療構想調整会議 議事録

日時：令和元年6月25日(火)

午後6時30分～8時00分

場所：下田総合庁舎 2階 第3会議室

議題

1 医師確保計画（賀茂圏域骨子案）

【意見交換】

下田MC 畑田院長	<ul style="list-style-type: none">・ 医師確保は難しい問題であると考えている。・ ふじのくに地域医療支援センターの会議には必ず出席するようにしているが、毎回虚しい思いをしている。・ 医学修学研修資金制度はかなりの数の学生が利用をしていて、年間10億円ほど県の予算が使われている。駿東田方圏域では効果があるかもしれない。しかし賀茂圏域は別世界のように、制度を利用している学生に来てもらえそうにないと感じる。・ 下田メディカルセンターにおける医師確保の実態からみても、従来の対策では実効性が出てこない。・ 開業医の後継問題にしても、この地域が故郷の若者が戻ることを躊躇している。・ かといって地縁のない医師がやって来てここで医療をすることも期待できない。・ 目標数の議論も必要だが、最後は何かしら思い切った対策を立てないとならない。例えば、医師確保に要した費用に対して補助金を出すなどの具体策がないとこの地域の医師不足を解決するのは難しい。
伊豆今井浜 小田院長	<ul style="list-style-type: none">・ 年間で10億円以上の奨学金は全国的にみても相当大きな規模である。にもかかわらず、賀茂圏域の順位は全国335中330位と、施策とのかい離が見られる。・ 現状、自治医大卒生を賀茂地区に優先的に配置していただき、管内3病院で7人の医師が派遣されている。非常に良く働いてくれ、彼らに頼っている部分は大きい。・ とは言え自治医大卒生は年間で2～3人しかおらず、貸与者の規模と比べると比較にならない。このため、貸与者にも自治医大卒生と同様にへき地勤務の義務化を提案した。・ 産科医師は、地域で医師数を決めて浜松医科大学から派遣してもらうのが良いと考える。・ 小児科に関しては、プライマリケア医でもトレーニングによりファーストタッチはできるようになると思う。・ 仕方がないことではあるが、開業医も高齢化している。この人口では、医業として開業医が成り立たなくなっており、病院が一次も二次も在宅もすべてを担う形となる。・ このため、病院にはそれなりの医師に働いてもらうことが必要となる。二次救急の現場の医師に疲弊がみられることにも配慮が必要。・ 県立総合病院や系列病院から地域実習に来る若手医師を在宅医療に連れて行くとたいへんな驚きがあるようで、こうして地道に地域医療を知ってもらうことも大切である。
西伊豆健育会 仲田院長	<ul style="list-style-type: none">・ 医学修学研修資金制度に関して、月20万円貸与しているため、へき地勤務を義務付けても良いのではないかと思う。・ 当院では、医学部を卒業して2年経過した医師が、常時3人ほど、2ヶ月間の地域実習に来ている。医師3人が無償で来てくれると考えると業務上非常に助かる。・ 一方、地域実習に来た医師に対して、毎週10回ほどの研修会を行なっている。この病院

	<p>に来ることが勉強になると感じてもらえれば口コミが広がっていく。親元病院に選ばれるためには口コミが必要で、口コミが広がれば良いサイクルで回っていくだろう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 賀茂圏域で医師を呼ぶにはこの方法が一番効果的ではないか。
賀茂医師会 池田会長	<ul style="list-style-type: none"> ・ この地域の開業医の平均年齢は 60 歳を超えていて、後継者不足にも悩まされている。 ・ 私自身、開業医をしていて息子二人もまた医師であるが、開業医として専門医を維持することは困難である上、数多くの手術をこなしている最中、手術件数も少ない地域で医師としてのやりがいを見ると親として帰ってこいとは言い辛い。 ・ 福島県では医師バンクを推進していて、後継者がいない診療所へ医師を派遣するというものである。医師確保は難しい賀茂地域でも参考になればと思う。 ・ 先ほどの保健所長からの説明に対して一つ質問をする。説明のなかで、各病院の総合診療医が大切という部分があったが、具体的にはどのような医師を指すのか。
賀茂保健所 本間所長	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合診療医とは、イメージとしては自治医科大学のようなへき地医療に特化した内科専門医のことを指す。
浜松医大 小林教授	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全体を踏まえた感想を交えて述べる。 ・ 国からの指示で今年度中に医師確保計画を作らなければならないが、国から示されたテンプレートに当てはめていくというナンセンスさは相変わらずであると感じる。 ・ 規定の医師数が確保できなくても誰も責任を問われないという状態が続きそうである。 ・ 形式的なことより医師確保において大切なことは、一病院としてではなく地域の全体間としてどのように医師を確保するかを考えることである。 ・ 臨床研修医は、仲田先生の病院のように勉強になる地域医療プログラムがあると思われれば行きたいとなるだろうが、それ以外の病院は臨床研修医の受け入れは難しい。 ・ 専攻医についても、この地域には指導医がいないため関連病院になることすら難しい。現状では専攻医を引き込むのは難しい。 ・ あとは、専攻医より上の医師をどのように根付かせるか。解決の1つにお金があるが、補助金を出すへき地のケースでは来てもらった医師の質に問題があるなど失敗も多い。 ・ 貸付者にへき地勤務を義務付けることについては、今の制度では義務付けは難しく、文言でしっかり縛って義務付けが可能となるのは 2022 年入学からになるであろう。 ・ しかし、2022 年に借りた学生が一人前になるのは約 10 年後であり、そのとき賀茂地域がどのような状況になっているかは分からない。 ・ それよりも早いのは、地域の魅力を発信してここに来たいと思わせることである。 ・ 若いうちの教育、義務、お金以外に、最後はここでの生活を楽しみながらのんびり働きたいという人たちを引っ張ってくるための情報発信が必要がある。 ・ 私は今、県医師会で医師バンクをやろうと計画している。専攻医よりも先の医師をターゲットにしている。 ・ また、開業医の後継者問題の解決に向けてシニアバンクを併せて行うことも計画している。いずれにせよ色々な対策をやってみることが大切である。 ・ 医師確保計画については、粛々と進めていけば良く、それとは別に地域独自で動いていくことで、少しでも成果が出れば良いと思う。 ・ 現在、県医師会の中でやなわら塾という取組が進められている。それは、若い医師に自分の指導医だけではなく地域の指導医を知ってもらうものである。東京に行かなくても専門医になれるということを知ってもらう。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 思い付きでも良いのでとりあえず何かやるという姿勢が大切。提案してもらえれば、事業化に向けて県に掛け合うことは可能だと思うので、是非ともお知恵をいただきたい。
池田会長	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小林先生の言うとおりの、色々な対策を行う必要があると思う。 ・ 私自身、専門医を持っていたが、診療所を休んで学会に出席するなど条件が難しく維持をすることができなかった。 ・ 地方の医師会がやっている講演会がポイントになるなど、そのようなことを地道にやっていくことで少しでも定着率が上がるのではないかと思う。 ・ 人口減少の問題はあるが、人が住んでいる限りは一定数の医師数が必要になるため、すぐには解決できない問題ではあるが、今後のことも想定しながら今後の地域医療構想調整会議を練っていただけたらと思う。 ・ 意見・修正等無ければ、この案を県庁に提出する。

2 静岡県保健医療計画に記載する医療機関名の変更について

【意見交換】

賀茂薬剤師会 高橋会長	<ul style="list-style-type: none"> ・ 掲載される薬局数が非常に少ないと感じた。 ・ 行政への情報提供が適切でないのか、まだ理解度が薄いのではないかと感じる。 ・ せつかくの施策なので、賀茂薬剤師会からも協力して、対応薬局に働きかけていきたい。 ・ 静岡がんセンターからは前々から在宅服薬の対応を進めていきたいと言われていたが、在宅介護ケアについては、現在は件数が伸びないのが現状である。 ・ 患者や家族の意向が反映されているため、広まっていないのではと考える。
池田会長	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在では、在宅で看取るケースも減ってきておりその辺りの地域の状況も関係しているのではないかと思う。

報告事項

- ・ 令和元年度の主な協議予定事項
- ・ 病床機能報告結果

小林教授	<ul style="list-style-type: none"> ・ p33 より説明する。 ・ 国が 2013 年頃行った地域医療構想の概算ではあるが、2025 年の静岡県全体のベッド数は、約 2 万 6500 床で良いのではないかという目安が示された。 ・ 要するに 4500 床くらい減っても問題ないのではというのがこの考え方である。 ・ 慢性期は、3000 床くらい減ってもいいのではないか、減り方として介護医療院等への移行など色々な形がある。 ・ 急性期いわゆる一般病床は 1500 床くらい減っても問題ないというのが目安である。 ・ P33 の上のグラフより、2018 年の病床機能報告と病床の必要量を比較すると急性期が多くて回復期が少ないとバランスが悪い状態である。 ・ この原因として、報告の 12000 の急性期には非常に軽症な方がいて、本来は慢性期なのかもしれないが自己申告だと急性期としてしまい、なかなか数が合わないため、基準を導入しようというのが昨年度の話である。 ・ 埼玉県方式であると、1 ベッドにつき手術を何件行っているか計算する。 ・ そこまですると報告に負担がかかるので、重症度看護必要度を入れて簡素に算出した。 ・ これにより少しはバランスが取れたというのが、定量的基準（静岡方式）である。
------	---

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 急性期・高度急性期の病院は適切に稼働していると思われる。・ 回復期のなかに、非稼働や経営に関する問題を抱えている病院があると予想されるので個別に助言や効率的な経営の支援をするなどの介入も必要である。・ 慢性期の中にも、介護医療院に流れていくことがあるが、療養型等色々な形態がある。慢性期のデータは病床機能報告にはあまり揃っていないので今後データを集めていく必要がある。・ 賀茂地域は、全体で約 450 床しかないので、実質 1 病院分である。・ 病床機能制度は、もともと病床単位で見繕った値を無理やり病棟単位で割り振っているため、数合わせをするのは不可能。・ 賀茂は 1 病棟に全ての機能を集約しているようなものなので、あまり気に掛けなくとも良いと考える。・ むしろ、ベッド数がどのくらい適切かとか、医師の確保どうしていくかということが賀茂地域最大の問題である。・ グラフの見栄えよりも、実質的な問題の解決に向けて取組んでいく必要がある。 |
|--|

- ・ **非稼働病床の対応方針**
- ・ 地域医療介護総合確保基金（医療分）