

## 令和元年度第2回富士地域医療構想調整会議 議事録

日時：令和元年10月4日（金）午後7時から午後8時45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、竹内特任准教授）

（オブザーバー 県病院協会 毛利会長）

### 2 配布資料

資料1～資料6、別冊（詳細は別添資料目次のとおり）

### 3 議事

- (1) 富士医療圏における医療提供体制について
  - ア 医師の働き方改革等を踏まえた今後の医療提供体制の在り方  
（医師確保計画等との関連を含めて）
  - イ 療養病床の転換意向等調査結果
- (2) 医師確保計画素案について
- (3) 外来医療計画について
- (4) 救急医療体制について

### 4 報告

- (1) 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
- (2) 地域医療介護総合確保基金について

**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「富士医療圏における医療提供体制について」の(1)「医師の働き方改革等を踏まえた今後の医療提供体制の在り方」について、静岡県地域医療構想アドバイザーの浜松医科大学の竹内先生から説明をお願いします。

**竹内アドバイザー：**本日は医師の働き方改革等を踏まえた今後の医療提供体制の在り方について、本年度県が策定する医師確保計画と絡めて、この地域の現状の概要を他の地域と比較しながらお話させていただく。別冊の資料のポイントだけかいつまんで御説明したいと思う。

資料の1枚目の右上を御覧いただきたい。各地域で開催される地域医療構想調整会議で議題となりうる課題としては、病院単位の課題から二次医療圏単位を超えた広域的な課題まで、さまざまなレベルの課題がある。いずれにせよ医師確保が最大の課題となる。

資料右下を御覧いただきたい。実際に地域の医療提供体制に影響を与える原因として、医療を提供する側はこの会議で主に議論になるが、医療を受ける側、受領者側についても十分検討すべきである。

資料をめくっていただき、左上が人口ピラミッドの推移になるが、2025年までは人口はほぼ変わらない形で高齢化が急速に進むことが予想されている。一方2040年をみると、ベビーブームの世代が75歳以上になり、人口は減る一方高齢化だけが進むということで、これまで以上に働き手が減り、非常に厳しい状況になる。これらの状況の中で、医療提供体制をどう考えるかということである。

次のページの右上を御覧いただきたい。静岡県における病院の病床利用率と平均在院日数の表で、富士医療圏はちょうど真ん中にある。先週平成30年のデータが出たので直近のデータを申し上げると、病床利用率は70.3%で、静岡県の医療圏の中で一番低くなっている。また、平均在院日数は13.8日で、こちらも県の医療圏で一番短い日数となっている。つまりこの地域はベッドの回転が非常に速い一方、稼働率としてはあまり芳しくない。季節によって変動があり、冬季はどこも満床で非常に困るという状況はあるが、全体的に言うとそういう状況であることをご理解いただきたい。

資料右下は静岡県地域医療構想ということで、各医療機能について評価をされるわけだが、資料をめくって左上の小林先生がご検討された静岡方式により、各病院の自主的な判断から客観的な評価が可能となっている。次のページは東部地域全体をまとめたものである。資料左下、左側のグラフは病床数による比較ということで、病院単位の実績の判断の積み上げと比べて、静岡方式を導入した客観的な基準による補正によって相当数回復期が増える形となっている。各病院のご判断に補正を加えると、高度急性期と回復期が増えて、急性期が増える。一方国の試算による将来需要を御覧いただくと、東部地域ではベッド数は必要量がかなり少なくなるということも考えられる。

資料を2枚めくっていただき、富士構想区域についてのグラフを御覧いただきたい。この地域は高齢化が今後かなり進むことにより介護需要が伸びる地域になる。資料左下、左側の病床数による比較を御覧いただきたい。慢性期についてはほぼ将来の必要数と同じようになる。回復期は若干少ないが、この地域の特徴は、ほかの地域に比べて高度急性期の割合がかなり高いことである。資料右側は慢性期を除いた部分だが、先ほど申し上げたような傾向がより顕著になっている。

資料をめくっていただき、左下を見ていただきたい。この圏域で医療が自己完結しているかということ、表の右側の医療の自己完結率を見ていただくと、富士圏域は80%を下回っているということで、自己完結率が比較的低いという状態になっている。次のページの右下を見ていただくと、富士地域はがんを中心とした医療については駿東田方の圏域に、小児医療その他の分野では静岡医療圏に依存していると考えられる。

資料をめくっていただき次のページの右下を御覧いただきたい。後ほど事務局から説明があると思うが、医師確保計画については、静岡県の場合、二次医療圏ごとに国の医師偏在指標に基づいて医師をどのように確保するかというのが決まってくる。富士医療圏は医師少数区域なので、他の圏域から医師の派遣などを受けることにより医師を確保していくといったことを政策的に進めることになる。

資料をめくっていただき左下の表を御覧いただきたい。これまでは人口10万人対数で

比較していたが、それ以外の要因、医師の年齢や性別、あるいは地域の住民の方の指標などを加えた医師偏在指標によって、国が試算した結果、富士は医師少数区域ということで、この地域の医師確保対策を考えていくことになる。

次のページを御覧いただきたい。医師確保計画の中で、産科・小児科については個別診療科ごとの計画を作ることとなっている。産科・小児科については診療科別の医師偏在指標が出ている。産科については相対的に少数県ではないという評価が出ている一方、小児科は少数県であり、47都道府県中45位という非常に厳しい結果が出ている。

資料をめくっていただき、こうした状況の中で医療提供体制をどう整えるかということだが、産科・小児科の医療を考える時には15歳から49歳の女性の人口、出生率、また0歳から14歳までの年少人口の推移も見えていく必要がある。出生率は保健所単位の数字を出したものである。次のページは、富士と静岡の二つの医療圏がまとまっているが、15歳未満の人口が平成22年から8年間の間にどのように動いたかというスライドである。わずか8年間で、富士市は15%子どもの数が減っているという状況で、この傾向が続くことを考えた上で、富士宮市も含めて、小児の医療提供体制をこの地域でどう考えるか、ということになる。

資料をめくっていただき次のページを御覧いただきたい。実際に各病院等の体制について、産科・小児科を見ていくと、資料左上が周産期の体制で、この地域では富士市立中央病院と富士宮市立病院が二次の周産期医療施設ということになる。その下の表を見ていただくとわかるように、隣の駿東田方や志太榛原では軒並み産科の分娩停止ということで非常に厳しい状況になっている。また、小児科については左下を御覧いただきたいが、診療報酬上の区分で言えば24時間365日の救急患者を求めているのは管理料の2ということで、一つの病院で小児科医師が9人以上いることが診療報酬上では義務付けられる形だが、実際には、右の地図にあるように2人以下のところでも小児の入院を受けているということで、非常に厳しい医療体制ということがおわかりになると思う。

資料をめくっていただき左上が今回市の働き方改革で国から示された5年後の医師の時間外労働の上限規制ということで、一般的には960時間以下、特に地域で必要と認めるものについては、1860時間以下ということで、実際には今10%の医師がこれを超える時間外労働をしているところをあと4年半で収めていくことを求められている。一方、産婦人科の学会ではこの新しい労働基準法に基づいた時間外上限規制を守るために医師がどれくらい必要なかを試算しており、これが右下のチャートである。真ん中を見ていただくと、宿直ではなく時間外勤務として計上しなければならない場合には一つの病院に医師が8名いないと24時間365日の体制を組むことができない。これは休暇などを全くとらずにローテーションを組んだ場合である。一方、重症の新生児などを扱う場合には16人という形で、学会では非常に厳しい予想がされている。こういった中でこれからどのような体制を考えていくかということが求められる。

次のページの右上を御覧いただきたい。今お話ししたように2024年4月から時間外労働の上限規制が本格化されるが、一方でまた新しい専門医制度の中で、研究の関連施設と認められるために一定数の指導医や専門医、あるいは患者の症例などもないといけないということで非常にハードルが高くなっている。それらも考慮したうえで医師を確保するためにこれからの提供体制を考えていかなければならない。

最後のページになるが、今回国から公立・公的病院の具体的対応方針の再検証ということで示されているが、静岡県の場合公立・公的病院が地域医療の中核を担っているということがあるので、そうしたことも考えながら各圏域で調整会議の中で御検討いただくことが求められているという状況である。

**磯部議長**：ただいま、竹内先生から説明があったが、これについて御質問等はあるか。

**柏木委員**：地域医療構想と並行して働き方改革があるが、両者は相矛盾する可能性がある。言われたとおりにやると病院そのものが崩壊する危険性を持っているが、国の方向性として、働き方改革で最終的に何を求めるのか。2040年前後で全体の医師の数は合うが、おそらく地方では全く合わない。そういう矛盾を抱えながら働き方改革を進めていく流れが起きているが、最終的に何が起きるのか。

**竹内アドバイザー**：何が起きるのかというより、現状それでいいのかということがあると思う。医師の時間外労働が非常に多く、例えば若い先生であれば病院に寝泊まりすることやいつ呼ばれても対応することが当たり前というような状況の中で、過労死や過労自殺といった問題も出てきている。また、女性医師が医学生の2～3割程度を占めるようになり、その方々が30代、40代、50代に入ってきているが、妊娠・出産・子育てという中で、男性医師も含めて、ワークライフバランスを考えたときに、これまでのような時間外労働ではすまなくなっている。時間外労働が重なれば注意力が落ち医療事故のリスクが高まるというデータも出ており、そういったことも含めて医師の健康確保を考えなければいけないということで、今回こうした時間外労働規制が入ってきている。今後人口が減っていく、あるいは疾病構造が急速に変わっていくという中で、現状のままの医療提供体制ではマッチしない部分があるので、拡大方向ではなく、中身を変えながら縮小していく、矛盾するようで非常に難しいが、そういうことを考えていかなければならない。御指摘のように地域ほど状況が厳しいということは理解しており、そこをどうやっていくかということを経験しながら検討していただくということだと思う。

**柏木委員**：地域医療構想の中で、病床数というところからいうと、富士の医療圏はもともと病床数が少ない医療圏なので、他の医療圏に依存しているという体制はここ何十年も変わらない。今日のお話の中で、高度急性期が富士の医療圏では多いということだったが、この場合の高度急性期というのは、診療点数や届出としての高度急性期のことか。

**竹内アドバイザー**：資料5枚目の表の左下をみていただくと、今お話のあったベッド数の話が出てくる。御指摘があったように、ベッド数に関して言うと、現在のベッド数と国の試算による将来の病床必要量はほぼ変わらない。そのため他の地域とは異なりこの地域としては基本的にベッド数はあまり変わらない。あとは中身を今後の医療需要に合わせてどう変えていく必要があるのかということを検討していく。高度急性期の割合が高いというのは、資料2枚目の裏面左上に、静岡方式の高度急性期の説明がある。施設設備の面ではICUやCCUなど、そして入院患者の割合で医療看護度が高くかつ平均在棟日数が

短いものを急性期としている。この地域の一般病棟の平均在院日数は13.8日というデータが出ており、こうした点で、高度急性期の割合が高くなっているとも考えられる。

**小林アドバイザー：**静岡県方式は、基本的には重症度、医療看護必要度で見ている。全県で見たとときにこの地域はなぜか重症の患者が多く、一般病床に重症度の高い方が多くいると思われる。その一方で加算がとれていない、救命救急がない、ICUがないというところがこの地域の課題である。質の高い高度急性期をやろうとするとそこに人や物を入れる必要があり、この地域ではそういったところに力を入れることが必要と思われる。

**佐藤委員：**働き方改革の件で、特に産婦人科の問題は非常に深刻であると実感している。実際にこうした形でやると地域の産科医療が崩壊するのではというふうに思うが、派遣元の大学病院はどのように考えているのか。

**竹内アドバイザー：**個別の大学がどのように考えているかというよりは、学会の総意として出ているのが今日お示しした資料である。産婦人科の医師の特徴として、若い先生方については、過半数が女性である。こういう状況の中で今後どのように働き方改革に対応していくかということ学会として考えると先ほどの試算になるということだと思う。

**磯部議長：**小児科の患者自体は減ると思うが、中央病院の小児科は24時間365日にしたいといっても、一週間で考えて、5日間で16時間は時間外となり80時間、土日で48時間、一週間の時間外は130時間程度で、一か月で500時間。960時間以内になると、今6人の医師で体制をとっていただいているのを崩さなければいけない。祝日は入っていないので、もっと時間外は多くなると思う。では小児科の医師が増えるのかということそう簡単に入ってはこない。今この働き方改革をやることで医療体制が崩れてしまう。今は救急医療センターに大学から医師が来てくださるが、中央病院の小児科の体制が変わると、医療センターに医師が来てくれなくなり、救急医療体制が壊れるという懸念がある。医師の健康を守るということで働き方改革は必要なのだろうが、地方の状況を細かく見ていただかないと崩壊してしまう。

**竹内アドバイザー：**先生のおっしゃるような様々な問題があるのは重々承知している。こうした動向になっている中で、必要な時に必要な声をあげていくこと、一方でどういうふうにしていくか考えること、両方やっついていかないといけない。

**柏木委員：**磯部先生から中央病院の小児科の話が出たが、当院の小児科の当直は大学のドクターがカバーしている。労働時間の解釈としては、病院の中だけでよいのか、そのドクターの全ての労働時間を含むのか。

**小林アドバイザー：**日本医師会も副業・兼業を労働時間に入れるかという部分については入れない方向で頑張っている。ただ、いずれそれが入ってくる可能性も多分にあるため、私は最終的には上限規制というより医師の寝る時間を確保する、そこをモニタリングするの

が正しいのではないかと思う。一般の労働者は11時間の勤務間インターバルを置いているが、医師は9時間でいいということになっている。少なくとも9時間は休ませてあげられるような形にするとすると、960時間ではなく1860時間というのがB水準ということで、救急や臨床研修をやっている病院はとりあえず数年間それでいくので、その間に医師がどれくらい補充されるか、あるいはどれくらい高齢化が進み患者に変化があるかというところかと思う。先生方の病院は本当にお忙しい病院なので、1860時間というのを、診療科によって県に申請することになりますが、小児科は申請すると、恐らく県の勤務環境改善支援センター、医師会もそこへ入ろうと思っているが、そこが診療科単位で1860時間までのものを認定する形になる。ただそれ以上に労働時間が増えるのは良くないし、最低限寝かせてあげる時間はやはり欲しいと思うので、そのあたりをみていくのが妥当なところになるのかなと思う。

**西ヶ谷委員：**医師の時間外労働の問題と医師不足の問題は相反する問題で大変である。さらにもうひとつ時間外労働が増えていく要因として、科の医師数の偏在が多いということ、あるいは勤務医のドクターが少ないということがあるのではないか。産婦人科、小児科といった科の多くの医師が入ってくれば、周産期医療の問題も解決の方向に向かっていくと思う。卒業したドクターが科を志望するのはそれぞれ自由だが、このままでは一向に解決しないように思う。科の偏在ということに関しては解決策があるのか。

**竹内アドバイザー：**今私は三師調査の中で内科外科のサブスペシャリティーの推移をみているが、内科外科についてはサブスペシャリティーを細分化した結果、各病院で、内科や外科という形ではなく、循環器、消化器、呼吸器などの形で揃えないと患者さんのニーズに对应られないという形になってしまっている。何人内科、外科の先生がいらっしゃっても足りないということになってしまうため、そこが中小病院の先生で一番大変なところだと思う。また、病院全体の医師数について言えば、資料の後ろから4番目にデータがあるが、静岡県では特に病床当たりの医師数が非常に少なくなっている。東京都区部や横浜川崎のような医科大学のある地域のベッド数当たりの医師数と比べると半分くらいしかない。サブスペシャリティーの細分化と絶対的な医師数の不足の両面で非常に厳しいところをどういう風に整理していくかというのは大きな課題である。

**西ヶ谷委員：**サブスペシャリティーが細分化され、細分化された領域しか診療しない医師が増えていくと、地方の小さな病院にとっては非常に厳しい。結局は医師が少ないということで竹内先生がおっしゃるとおりだと思うが。専門医制度は必要だとは思いますが、人数制限をかけるとか、何か工夫が必要ではないかと思う。

別の質問で、国が示している2025年の機能病床数はどういった基準で出しているのか、レセプトの点数か。

**小林アドバイザー：**諸条件はあるがレセプトの点数である。全病床の10%くらいが高度急性期、20%くらいが急性期、それ以下は回復期というふうにしてくれというメッセージと捉えてくれてかまわない。そこには当然財源の問題が多分にあり、また高齢化で疾病構造が変

わるということもあるが、現状と合わないため、定量的な基準という形で試してみてくださいということである。

この後に話す病院の公表問題も全てそこに絡んでいて、高度急性期、急性期から下に降りてくれませんか、数を減らすのか病床の看板を変えるかどちらか考えてくれませんか、というのが今回のメッセージだと思う。決して統廃合という言葉は国は発していないので、極論を言えばベッド1つ減らしても再編統合と。ちょっと考えてくださいという指標と捉えるのが私は正しいと思う。

**西ヶ谷委員**：小林先生の静岡方式と国の示した点数による分類の乖離はあるか。

**小林アドバイザー**：この地域は比較的重症が多い、重症度の高い患者さんが一般病床にいるというのが正直な印象である。重症度の測定を非常に熱心にされているのか、在院日数が短いのか、実際に重症の患者さんが多いのか細かいところはわからないが、救命救急やICU入っていてもいいような人が一般病床にいるのでは、というのが私の印象。

**西ヶ谷委員**：要するに本来高い点数が取れそうな方が、加点がとれていないということか。

**小林アドバイザー**：その通りである。

**磯部議長**：続いて、議事1（2）「療養病床の転換意向等調査結果」に移る。事務局に説明をお願いします。

**山下福祉課長**：（資料1の説明）

**磯辺議長**：ただいま、事務局から説明があったが、御質問等はあるか。

**柏木委員**：療養病床の介護医療院への転換は、医療費の削減がメインなのかもしれないが、富士の医療圏でも積極的に進めるべきなのか。

**小林アドバイザー**：医療保険から介護保険へ移り介護保険が増えるという部分で言うと、市町の老健の数に介護医療院の数を足したバランスが各市町財源的に耐えるのかということと、どんどん介護医療院へ転換していったときに勘弁してくれという市町が出てくると思う。介護医療院にしろ老健にしろ在宅医療は間違いなく必要だと思うが、介護医療院がどんどん増えている中、市町がどこまでイエスと言うのか気になっている。

**毛利会長**：介護医療院は、医療から介護に保険を移すというところもあるが、看取りの場になる。そういう方が急性期に入ってくると急性期が回らなくなることもあると思うので、医療圏として持っておいたほうが。医師会の先生方がこれからどんどん在宅で見取りをやるということであれば話は別だが、そういうものとしてこの医療圏の中でも考えておいていただければいいのではと思う。

**磯部議長**：富士市医師会で看取りのネットワークを作ろうとは思っている。在宅医療を行う際に一番困るのは、外に出ているときに亡くなったといった場合にすぐに行けないこと。例えば医師が今度旅行をするといった場合も、ネットワーク化できればもう少し在宅医療は進んでいくし、看取りも在宅で行えるのではないかと考えている。

**毛利会長**：医師会の先生方を当番制でうまく回していけばいいのではと思い、志太医師会でやろうとしたが、なかなかまとまらなかった。

**磯部議長**：富士市の場合には現在医師会に在宅医療専門の医療機関が2件ある。常にそこに見取りを頼むわけではないが、そこに協力していただければネットワークができるのではと考えている。

**毛利会長**：それまでの間でも介護医療圏をうまく使えばいいのではないかと思う。

**磯辺委員**：他に御意見はあるか。続いて、議事2「医師確保計画素案について」に移る。事務局に説明をお願いする。

**渥美課長**：(資料2-1、2-2の説明)

**磯部議長**：ただいま、事務局から説明があったが、これについて御意見御質問等はあるか。

**西ヶ谷委員**：医師を確保するためにできることはすべてやらなくてはいけないと思う。強制力を発揮するような、この地域に来なさいといったものは生まれてこないのか。

**秋山課長**：現状は本人のキャリア形成、専門性を高めるための意向を確認しながら配置している。地域枠については今後、医師少数区域に4年以上勤務しなければならないという義務が発生する中で勤務していただくという方向になる。

**佐藤委員**：強制力とは少し違うかもしれないが、シーリングの問題がある。東京や京都など医師が比較的多い地域からこちらの医師少数区域のほうにシーリングを利用して医師を派遣してもらおうといった案は考えていないのか。

**秋山課長**：資料21ページ、目標医師数を達成するための施策の中のエの専攻医の確保・定着促進策の推進の2つ目で、シーリングを活用するといったことを記載しており、県もそのような方向で取り組もうと考えている。

**毛利会長**：基幹施設になっていないと、いくら東京にシーリングがかかっているといっても今のプログラムだと無理だと思う。それをやるためにはやはり病院独自のプログラムを作らないといけないということになる。

**柏木委員**：65歳以上の高齢医師の問題について、病院に勤めるドクターは途中で開業するのがこれまでのキャリアパスだが、病院で最後まで勤務するといった場合に将来の生活がある程度担保するような高齢医師の働き方や活躍の場について、県は医師確保計画の中でどのように考えているか。

**秋山課長**：資料22ページ、目標医師数を達成するための項目の中で、高齢医師の活躍支援ということで、高齢であっても意欲の有る医師が働き続けることができる仕組みを検討しますということ、まだ具体的な事業の内容は持ち合わせていないが、検討している。

**磯辺委員**：他にはよろしいか。では、6ページの2の(1)「現状と課題」と、4「目標医師数を達成するための施策」について何か御意見はあるか。

一つの圏域で医師確保の対策をとってもなかなかできるものでもないし、ではどこから医師が来てくれるのかという話になると思う。まずは県として増やして、賀茂、富士、中東遠に医師を派遣するような体制を作っただけだと思ふ。

続いて議事3「外来医療計画について」事務局から説明をお願いします。

**内藤医療健康班長**：(資料3-1～3-4の説明)

**磯部議長**：ただいま、事務局から説明があったが、これについて御意見御質問等はあるか。

自力で開業できる体制が崩されるのではないかと危惧しているが、この圏域においては開業医が少ないのでそういうことはなさそうである。これについてはよろしいか。

次に議事4「救急医療体制について」、救急医療ワーキンググループが9月に開催された。議長を務めた鉄保健所長から報告をお願いします。

**鉄所長**：(資料4の説明)

**磯部議長**：ただいま鉄保健所長から報告があったが、富士市消防本部から補足説明はあるか。

**酒井室長**：平成30年、1万件を超える救急があり、約4割を受け入れていただいた富士市立中央病院をはじめとして、救急を受け入れていただいている各医療機関の協力を感謝を申し上げる。一方で630問題として、救急車内で傷病者を隣にし、病院収容依頼を6回以上も同じことを繰り返し、30分以上も搬送先が決まらない件数は依然として富士圏域が県下ワースト1である。傷病者の苦痛、関係者の苛立ちは、安心安全な富士市のイメージを損ねるのではないかと危惧している。この問題は医師会でも数年来議論を重ねていただいているが、富士ルールのようなものを作り、地域全体で連携して取り組んでいただくことにより改善していただければと思っている。

**磯部議長**：ただいま説明があったが、これについて御意見御質問等はあるか。

昼休みの時間帯、開業医はあまり院にいない、例えば私なんかは産業医とか、特養の回診にいたりとかで、園時間の救急患者の受入はできないが、他の先生方も同じよう

な状況ではないかと思う。中央病院は二次医療機関なので、市内の病院のほうで受入をしていただければということで提案したこともあるが、病院に医師が少なく、手術が入っていて外来をみる医師がたりないといった回答があったり、やはり医師不足の問題がここにも関わってくるような状況があると思う。

柏木先生、何か御意見あるか。将来的に中央病院を建て替えるとしたときに、いわゆる救急救命センターのようなものを作るといったことはあるか。

**柏木委員**：それはたればの話で、この地域で本当に三次の高度救命救急が必要かというところ、この地域の救急医療の実情を考えると、中央病院でも多分7、8割は高齢肺炎といったことが中心となっている。当然病院として建替にあたってはそういうことも考えていくと思うが、今解決しなくてはいけないのは現在この地域が抱えている救急医療の問題であり、630の問題は富士地域の救急医療が崩壊しているというニュアンスを与えてしまうくらい大きな問題である。8月に、富士市としては病病連携の形で患者さんの受渡しのための会議としての連携部会が立ち上がって実働が始まっている。ただ救急の問題に関しては地域における救急医療のワーキンググループが立ち上がったということで、この中で考えていただくことが優先事項だと思う。中央病院としては基本的に二次の受入だが受入体制の見直しをしているので、もう少し対応できるのではないかといいところはある。開業医の先生からも言われているが、救急搬送をしたときにどこが受け入れられるんだということをコントロールするシステムのようなものを構築することを考えていただかないといけない。お互い医療機関の譲歩も必要であるが、システムそのものをもう一度考えていただければ、630の問題はもう少し改善できるのではないかと思う。

**磯部議長**：続いて報告事項1、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5-1、5-2の説明)

**渥美医療健康課長**：(資料6の説明)

**磯部議長**：ただいま、事務局から報告があったが、これについて地域医療アドバイザーの先生方、補足説明等はあるか。

**小林アドバイザー**：34ページ、AとBというのがあって、この地域でいうと蒲原がBが6つ●がついているということで、再検証が必要ということで講評されてしまっているということだが、この地域は富士宮市立病院と富士市立中央病院にかなりの患者さんが集約化されている、いわゆる集約型ということで、6つ●がついているだけのことかなという気がしている。見ていただきたいのは、この6領域の中で、630問題とっていたが、急を要する疾患として、心臓の疾患と脳卒中、救急搬送、それからある意味分娩、それらの疾患を蒲原が地域でどれくらい担えているかというのがAに絡んでくる。この地域で想定されている患者数からすると、脳卒中と救急は一定の患者さんを診ているという実績があるということなので、この病院は必要というのが正しい判断だと思う。あえて言

うと、心臓の疾患のところはAで●がついているが、蒲原から清水あたりで心臓の疾患の救急が起きたときにどうなるのか、どこへ行くのかと。丁度圏域の境にあり、清水のあたりも弱ってきている部分もあるので、清水から蒲原あたりの救急が静岡県の中で割りと大きな問題ではないかと思う。そのあたりも含めて、何かしらの対応策を圏域をまたいで考えていく、圏域をまたいだ病院間の連携というのがひょっとしたら必要なのかと。全てが富士市立にいくということはなく、県立総合病院に流れていくのも相当数あると思われる。こうした中で、蒲原は脳卒中と救急医療に関してはそれなりに患者を診ているというのがここに●がついていないということだと思っているので、そういう解釈をするのがいいのではないかと思う。

**磯部議長**：竹内先生、何かあるか。

**竹内アドバイザー**：小林先生がほとんど言ってくださったので付け加えることはないが、あえて申し上げると先ほど言ったように患者さんの受療動向からすればやはり静岡医療圏と駿東田方に流れているというところもあるので、それを踏まえた上で蒲原病院さんの位置付け改めてこの地域で確認していただければいいのではないかと思う。

**磯部議長**：この問題については議会で市長が答弁していて、医師確保を一生懸命やろうとしている中こんなことを言って医師が来なくなるんじゃないかと、かなり憤慨していたので、この問題は早く解決して、医師確保に取り組みたいと思っている。

伊東委員、何かあるか。

**伊東委員**：今磯部先生がおっしゃったとおりで、前日に蒲原病院の方に来ていただいて市長に御説明いただいたということだが、みなさんの共通の認識としては、蒲原病院は地域の中で必要な病院であるということだと思ふ。これは国が一つの尺度でしか判断していないということだと思ふので、また必要度については訴えていかなければならないと思ふている。

**小林アドバイザー**：あえていうなら、稼働率 63%という数値をどう解釈するか。この 63%は急性期病棟の稼働率なので、回復期などに転換する余裕があるのか、冬になると満杯という状況があるので一定のバッファは必要だとは思ふが。これは2年前のデータなので、現状どうなのかということも含めて、ここで●がついた病院というのは、今後調製会議の中で、今こういう状況になっていて、こういう方向に進もうと思ふているということ、時々お話していただくのが僕は一番よいのではないかと思ふている。

**西ヶ谷委員**：63%はドックの病床数が含まれていたが、実際にはそこは稼働していないので、分母が少し多くなっている。ドックの病床はもうお返ししたので、70%くらいはいくんじゃないかと思ふ。

**小林アドバイザー**：事務がうまく出していなかったのがこういうことになっているかどうかとい

うことが問題である。多分今後もずっと続く話なので、病院の事務職員がしっかりしたデータを出せるということがすごく大事なことになる。今はひと月だが、国は今後何ヶ月と言うかもしれない。こういうものをしっかり出せる力というのが病院に求められてくるし、それを国は利用するので、後から違っていただけでも国はもう知らないよという話になってしまう。そのあたりはご検討いただければと思う。

**磯辺議長**：他に意見はあるか。全体を通して何かご意見があればと思うが、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