

令和4年度 第1回 静岡県保健医療計画策定作業部会 議事録

日 時 令和4年12月1日(木) 午後4時から午後6時まで
場 所 グランディエールブケトーカイ 4階 ワルツ

出席委員

大内 仁之 太田 康雄 小野 達也 小林 利彦 齋藤 昌一
竹内 浩視 長野 豊 毛利 博 山口 宜子 渡邊 昌子

計10人

欠席委員

今野 弘之

計1人

出席した県職員等（事務局職員）

紅野聖二健康福祉部理事	奈良雅文健康福祉部参事	高須徹也医療局長
民谷直広企画政策課長	加藤克寿福祉長寿政策課長	内野健夫地域包括ケア推進室長
勝岡聖子介護保険課長	小池美也子福祉指導課長	大石晴康精神保健福祉室長
藤森修医療政策課長	松林康則地域医療課長	村松哲也医療人材室長
永井しづか疾病対策課長	櫻井克俊感染症対策課長	米山紀子新型コロナ対策企画課長
宮田英和健康政策課長	島村通子健康増進課長	石垣伸博国民健康保険課長
米倉克昌薬事課長		

会議に付した事項

- (1) 部会長の選任
- (2) 第9次静岡県保健医療計画の策定
- (3) 「静岡県の地域医療」に関する県民調査

開会

進行 松本医療政策課課長代理

議事の経過

- 松本医療政策課課長代理 ただいまから、令和4年度静岡県医療審議会保健医療計画策定作業部会を開催いたします。

委員の皆様には、御多用の中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

私は、本日の司会を務めます医療政策課課長代理の松本と申します。どうぞよろしく願いいたします。

それでは開会に先立ちまして、健康福祉部理事の紅野より、皆様に御挨拶を申し上げます。

- 紅野健康福祉部理事 健康福祉部理事の紅野でございます。

皆様には、大変お忙しい中、この第1回静岡県保健医療計画策定作業部会に御出席いただきまして、ありがとうございます。会議に先立ちまして、一言御挨拶申し上げます。

本部会は、令和6年度から始まる次期保健医療計画の策定に向け、今年8月に開催した医療審議会において御承認いただき設置したものでございます。部会の委員の指名につきましては、医療法施行令第5条の21に基づき、医療審議会の会長の指名により、医療審議会委員から9名、そして各圏域の実情に精通されている地域医療構想アドバイザー2名を専門委員として加えた計11名の皆様方に、本部会の委員として就任いただくこととなりました。本日がその第1回目であり、次期保健医療計画の策定に向けまして、今年度から来年度にかけて部会の開催を予定しております。

本医療計画は、皆様御承知のとおり、今後6年間の本県の医療に関する基本指針となる非常に重要な計画でございます。次期計画をよりよいものとするために、委員の皆様方それぞれの立場から忌憚のない御意見を賜りまして、ぜひともいい計画にしたいと思っておりますので、本日はどうぞよろしく願います。

- 松本医療政策課課長代理 本日は、委員11名のうち、リモートでの参加も含めまして、現在9名の委員の皆様にご出席いただいております。ここで、本来ですと、御出席の委員全員を御紹介すべきところでございますが、お手元の委員名簿により紹介に代えさせていただきます。

また、皆様の任期につきましては、現在の医療審議会委員の任期でございます令和5年8月31日までとなっております。

続きまして、議事に入らせていただきます。

設置要綱第4条の規定により、会議の議長は部会長にお願いするところでございますが、本日は初回会議でありますことから、部会長の選任までは事務局で進行を務めさせていただきます。

まず初めに、議題1「部会長の選任」について、御協議をいただきます。

部会長は、医療法施行令第5条の21第3項の規定により、委員の皆様の互選により定めることとされておりますが、いかがいたしましょうか。

- 毛利委員 静岡県病院協会の毛利です。部会長につきましては、県内の保健医療行政に造詣の深い、県医師会副会長であられます齋藤昌一委員を推薦したいと思います。

- 松本医療政策課課長代理 ありがとうございます。

ただいま毛利委員から齋藤委員を部会長に推薦する旨の御発言がありましたが、委員の皆様、いかがでございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

- 松本医療政策課課長代理 それでは、皆様から「異議なし」の声をいただきましたが、齋藤委員、お引き受けいただけますでしょうか。

- 齋藤委員 分かりました。

- 松本医療政策課課長代理 ありがとうございます。

それでは、本部会の部会長は齋藤委員にお願いすることといたします。

それでは齋藤委員におかれましては、部会長席に御移動ください。

それでは、今後の議事につきましては齋藤部会長にお願いをいたします。

- 齋藤部会長 静岡県医師会の副会長を務めております齋藤でございます。今回、部会長に選任いただきましたので、一言御挨拶申し上げます。

コロナ感染拡大が叫ばれる中、私の出身の御殿場市の隣の裾野市で、保育園の幼児虐待がニュースになって騒がれておりますけれども、健康福祉部は結構大変ではないかなと推測しております。

先ほど紅野理事からお話があったとおり、本日は第1回目の策定作業部会ということで、具体的な議論は次回以降になると思いますが、まずは、現在の計画から大きく状況が変化しているところや見直すべきところは何か、しっかり把握することから始める必要があると思います。あらゆる課題が山積する中、次期保健医療計画の策定は大変な作業となりますが、より実効的な計画となるよう、皆様の御協力を得ながら部会の運営を進めてまいりたいと思いますので、よろしくお願ひします。

それでは議事を進めますので、円滑な議事の進行に御協力を願ひします。

本日は、この後の議題が2件とのこととございます。事務局から願ひします。

○藤森医療政策課長 医療政策課長の藤森です。よろしく願ひいたします。

議題2「第9次静岡県保健医療計画の策定」について説明いたします。着座にて失礼いたします。お手元の資料の、下に「2-1」と記載されておりますページをお開きください。

議題2では、第9次静岡県保健医療計画の具体的な策定作業に当たり検討すべき事項などを含め、今後の取組等について委員の皆様へ御意見を伺うものであります。

資料の下のほうに、「協議が必要なポイント(案)」として、次期計画の策定に当たり、現時点で当方で協議が必要と考えている項目を記載しております。詳細は後ほどの説明となりますが、本日の部会ではこの3点について、またそれ以外に重点的に協議すべき点などについて、委員の皆様から御意見をいただきたいと考えております。

2-3ページをざらんください。

2「現計画の概要」のとおり、現在の第8次計画は令和5年度までの計画となっております。計画には、2次保健医療圏や基準病床数の設定状況、6疾病5事業及び在宅医療に関する医療連携体制の構築に関すること、圏域別の状況のほか、地域医療構想、地域包括ケアシステムの構築等について記載しております。

3「保健医療計画及び長寿社会保健福祉計画の計画期間」のとおり、医療計画は6年間の計画となっており、次期計画となる第9次保健医療計画は、2024年度、令和6年度から、2029年度、令和11年度までの計画となります。

また、医療計画と長寿社会保健福祉計画が今回同じタイミングでの改定となりますので、整合を取って両計画を改定してまいります。

2-5ページをざらんください。

現計画の項目を一覧にしてお示ししております。お手元に配付いたしました冊子のとおり、策定当初は、全県版の計画と2次保健医療圏版の2冊として作成いたしました。これに、昨年度中間見直しを行ったため、現在中間見直し版を加えて計3冊となっております。

もう一度項目一覧をざらんいただきまして、項目一覧では、今後協議が必要なポイントとした「第3章 保健医療圏」「第6章第2節 5 肝炎」「第7章 感染症対策」につきまして、資料に下線をしております。

2-7ページをざらんください。

当方で挙げた案ですが、次期保健医療計画策定に向け、重点的に協議が必要なポイントについて説明いたします。

1つ目は、二次医療圏について、国基準等に基づいて見直しの検討を行う必要があります。

二次医療圏について、改めて定義を説明いたします。二次医療圏は「特殊な医療を除く入院医療に対応し、県民に包括的な保健医療サービスを提供する区域」とされておりまして、主として病院及び診療所の病床を整備する地域単位として、療養病床及び一般病床の基準病床数を設定する区域として医療法に位置づけられております。繰り返しになりますが、一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定されるものでございます。

資料に現在の圏域図を掲載しております。平成17年度から始まった第5次計画から現在の第8次計画に至るまで、県内8圏域のこの体制となっております。

(2)は、現計画策定時に国から示された二次医療圏の見直し基準で、いわゆる「トリプル20」という基準となります。人口規模20万人未満、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上。この全てに当てはまる場合に見直しの検討が必要ということとなっております。

2-8ページをざらんください。

現計画策定時における「トリプル 20」の基準の該当状況ですが、賀茂圏域と熱海伊東圏域についても流入患者の割合が 20%を超えており、「トリプル 20」の基準に該当しない状況で、協議・検討の結果、現計画策定時における変更はありませんでした。

(4)「今後の流れ」に記載しておりますが、今年 10 月の厚生労働省の検討会で、二次医療圏を見直す基準について、次期計画においても「トリプル 20」の基準を用いる方向でまとまりましたが、地理的条件などから現実的でない場合もあるとして、基準に該当する二次医療圏を見直さない場合は、この考え方を明記することも引き続き求める形で検討が今進められております。

流入患者割合と流出患者割合について、前回は、県内の各病院に対して、計画策定年度の 5 月時点における入院患者の住所地を調査して算出しております。レセプトデータ等からの算出も可能かと思われますので、今年度、できる限りの試算を行い、来年度第 1 回目の本策定作業部会で協議を行うよう準備してまいります。

なお、資料の後ろに、参考資料 1 として国の検討会資料を添付しております。

資料の下に「参考 1-4」とあるページをごらんいただきますと、先ほど申し上げましたとおり、二次医療圏はあくまで一般の入院に係る医療を提供する単位で設定するものとして書いてありますが、2 つ目の「○」のとおり、救急をはじめとした 5 疾病 5 事業及び在宅医療における圏域設定については、次期計画でも引き続き弾力的に設定することが可能となるということです。これは前回のものですが、検討会の中では次期計画でも引き続き議論が進められているということでございます。この国の資料でいう第 7 次が、県でいう第 8 次、つまり現計画ということで、県と国で 1 次ずつずれがございます。

二次医療圏につきましては、国の言う「トリプル 20」だけではなく、医療体制や医療の在り方まで検討することが重要と考えております。地域での意見を踏まえながら検討してまいりたいと思いますので、委員の皆様方からも忌憚のない御意見をいただきたいと思っております。

続きまして、2-9 ページをごらんください。

6 疾病 5 事業に関する 1 つ目のポイントとしまして、「新興感染症対策の追加」です。

現在、医療計画に記載する事業として「救急」「災害」「へき地」「周産期」「小児」の 5 事業が国から指定されておりますが、次期計画から「新興感染症対策」を加えて 6 事業とする方針が示されております。感染症法の改正案については現在国会で審議中であり、可決された場合は、新興感染症の拡大時に迅速かつ柔軟に病床を確保できるよう、県が地域の中核医療機関と協定を締結することや、協定に違反した医療機関名を公表することとなります。本県では、昨年度実施いたしました第 8 次保健医療計画の中間見直しにおいて、「感染症対策」の項目を入れて見直したところでございます。

なお、新興感染症対策を今後どのように計画に記載していくかについては、国の検討会の状況を見ましても、まだ具体的な方向性について示されておりませんので、引き続き国の検討状況を注視してまいります。

2 つ目のポイントといたしまして、「6 疾病における肝炎の位置付け」です。厚生労働省の作成指針では、現在、医療計画に記載する疾病は「がん・脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患・糖尿病・精神疾患」の 5 疾病を指定しております。

本県では、疾病または事業ごとの医療体制の構築として、計画への記載が始まった平成 20 年 3 月策定の第 5 次保健医療計画追補版から、国が指定する疾病以外として県独自で「肝炎」を加えました。肝炎を計画上の疾病に位置づけてから 10 年以上が経過し、抗ウイルス療法の実施などにより死亡率が減少している中で、計画での位置づけについて検討が必要と考えております。

なお、具体的な検討につきましては、今後肝炎の専門会議で検討を行っていただき、改めて本部会にもお諮りしたいと考えております。

先週、11 月 24 日にも厚生労働省で検討会が開催されまして、現在までの意見を取りまとめた指針のたたき台となる資料が公開されましたので、本日、追加資料でお手元にお配りしております。追加資料としてお配りした「意見のとりまとめ（たたき台）」が最新の情報になります。

この 6 ページに地域医療構想についての記載がありますが、地括弧書きとなっており「調整中」となっております。こちらは、国の検討状況も見ながら御意見をいただけますよう整理してまいります。

また、本日欠席の今野委員に事前に本部会資料を御説明したところ、委員から「医療DXは重要な事項であり、今後、マイナンバーカードの活用を含め、医療の重要な方向性が示されることになるので、医療DXについても協議すべき」との御意見を承っております。

委員の皆様方からも、こちらで挙げました3つ以外についても御意見をいただければと思います。2-11ページをごらんください。

次期計画の策定に向けた体制と、そのスケジュールとなっております。

上の表に策定体制を載せていますが、医療審議会での最終の承認に向けて、まずは各項目に関して、専門家会議や圏域での会議において御協議いただき、その協議結果を踏まえた計画案全体の協議を、医療審議会に先立ち本部会で御協議いただく体制としております。本部会では、今後、計画策定の方向性や構成案、圏域計画を含めた計画全体の協議などをお願いしたいと考えております。

下部の表が計画策定までのスケジュールとなっております。今年度中に国の指針が明確になると思いますので、来年度末までの策定に向けて、本作業部会は来年度に4回の開催を予定しております。

2-13ページをごらんください。

主な専門家会議について一覧にしたものです。今後は、こちらの専門家会議で、各疾病・事業等の具体的な計画内容を御協議いただく予定となっております。今後も国の指針の検討状況も確認しながら、各項目での具体的な改定内容などを検討してまいります。

私からの説明は以上となります。御協議のほど、よろしくお願ひいたします。

○齋藤部会長 ただいま事務局から説明がありましたが、委員の皆様方、御意見、御質問がありましたらお願いします。

○毛利委員 病院協会の毛利です。今野学長からも御指摘があった医療デジタルトランスフォーメーションは非常に重要なので、この計画の中には何も入っていませんが、ぜひとも入れていただきたい。

国でも、マイナンバーの紐付けはかなり進み始めています。あと病院間の電子媒体、ベンダーについては、2社がいまメインですけれども、互換性の問題でなかなか情報の共有がしにくい状況にあります。国では、そういうところも互換性をうまく持たせる形で動き始めていると聞いていますので、これは静岡県としても、国の施策も十分に配慮しながら進めていっていただきたい。少しお金はかかるとは思いますがよろしくお願ひいたします。

病院間の情報を共有化して、これからも県民の診療をしなやかに進めていけるような体制をつくるために、病院協会としても、いま医療ICTの検討会を立ち上げております。そういったことも含めながら進めていただければと思います。

○齋藤部会長 毛利先生、ありがとうございました。

事務局はそういったことを検討していただくということで。

○藤森医療政策課長 医療DXは、重要な事項でございます。国もいま大変大きく動いておりますし、マイナンバーと保険証の一体化等も今後行われるところですので、ぜひ入れる方向でやってまいりたいと思います。

○齋藤部会長 ほかに御意見ございますでしょうか。

先ほどの説明だと、県独自の6疾病5事業が、「感染症」を入れて6疾病6事業になるのか、「肝炎」を除いて5疾病6事業になるのかという話もあったかと思ひます。事務局、そうですか。

○藤森医療政策課長 そのとおりです。「肝炎」について、外して別の項目に入れるか、そのままとするかという点も含めて専門家会議等で御議論いただきながら、またこちらの部会にも諮ってまいりたいと思ひます。

○齋藤部会長 これはどうでしょうか。毛利先生。

○毛利委員 これはやはり専門部会の意見を吸収した上で、見直すのは非常にいいことだと思いますけれども、せっかく県が独自に肝炎を重視して取り組もうということでやっていますので、この作業部会でそれをやめる、やめないという議論をするのではなく、専門部会できちんと議論していただいた上で、「どうしていこうか」と進めるのがいいかと思ひます。

あと、もう1個いいですか。

○齋藤部会長 はい、どうぞ。

○毛利委員 国では結構「かかりつけ医」というのがどんどん出てきているのですが、県だと「かかりつけ医」という言葉がほとんど出ていなくて、どちらかというと「かかりつけ薬局」などがよく出ているように思います。私たち病院としても、やはり患者さんにはぜひともかかりつけ医を持っていただいて、診療所と病院が連携しながら患者さんをしっかり診ていくというのが本来の筋だと思います。これから医療連携は非常に重要なところに差しかかっているのです、もう少し強い言葉というか、「かかりつけ医」が文言として入れたほうがいいような気がしています。

○齋藤部会長 はい、事務局。

○高須医療局長 医療局長、高須でございます。

御指摘いただいたことはまさにそのとおりで、いま国で、かかりつけ医制度案が提示されて検討されていると聞いております。

かかりつけ医につきましては、現計画には、プライマリーケアというところで、その中心的な役割を担うのがかかりつけ医であると規定しているところでございます。ただ、具体的にどんな役割を果たしていくのか等の細かな記載はございませんので、国の検討状況も見つつ、本県に当てはめながら、記載させていただきたいと考えております。

○齋藤部会長 よろしいでしょうか。ほかに御意見ございますでしょうか。

○小林委員 いいですか。今日は自由に話してよいのかなと思っています。

一番大事なことは、まずは、二次医療圏の見直しだと思います。その中で、「トリプル20」に関して、2-8の表です。これは少し古いので今の状況はよく分かりませんが、賀茂、熱海伊東、駿東田方圏域には観光客が入ってきます。そういう視点で、観光客の医療も保障するという役割があります。また当然のことですが、観光客に長くいてもらうような地域力も期待されます。例えば1泊ですぐに帰すのではなく、長期この地域にいていただくことも大事になるかと思えます。別の視点で言うと、医師も関東から来ますが、週末には帰ってしまいますよね。そうではなく逆に週末には家族が東京からこの地域に来てもらうことが大事だと思います。そういう県の戦略的な構想構想も考えた上で、当地の医療が安定していることはすごく大事です。特に救急医療については、東部地域に新たに高機能な病院をつくるのは現実的には難しいので、やはり救急搬送がしっかりできるようなインフラを含めたルートが大事になります。あるいは平時であれば、オンラインで高度かつ専門的な医療をある程度コンサルできるような体制づくりを東部地域で考えていくことが期待されます。私自身は、二次医療圏はこのままでもよいと思っはいるのですが、観光客がこの「流入」の中には非常に大きく関わってくると思うので、その方々が静岡県に来て応急処置だけして東京へ帰るのではなく、長期的に静岡県にいられるような保健医療体制をつくる必要があるかと思えます。

○齋藤部会長 事務局は、これについてはどうですか。

○藤森医療政策課長 まず、今回は医療審議会ではなくて部会ですので、ぜひざっくばらんにいろんな意見をいただきたいと思えます。

いま御指摘のあったように、それぞれの地域の医療体制や医療の在り方、それから医療の特性を踏まえて二次医療圏を考えていかなければいけないものだと考えております。御指摘の点を踏まえ、観光客についても考えて二次医療圏を検討してまいりたいと思えます。

○齋藤部会長 ほかに。小林先生のおっしゃるとおり、ここでは何をしゃべっても結構でございますので、忌憚のない意見をどうぞ。

○竹内委員 竹内です。二次医療圏の前に、まず基本的なところで、前回の中間見直しは在宅が1年前倒しになってしまったので、今回併せて見直すいい機会だと思いますが、どうしても地域医療構想の病床数など、診療報酬と介護報酬のダブル改定のところに目が行きがちです。しかし6年間という計画の期間を考えると、この6年間は外来・入院患者数のトータルでの医療需要がほぼ横ばいになる中で、中身が在宅に向けて大きく変わっていく6年間だと思います。例えば在宅の高齢者でも、特に75歳以上の高齢者、独居の高齢者、認知症の患者さん、そういう方がこの6年間で大きく増えてくるので、提供される医療の中身が大きく変わっていく。その中で、例えば訪問診療や訪問看護というニーズがすごく高まってくる時期なので、スタートの時期だけに目をとられるのではなく、その6年間でどうやって変わっていくかというのをしっかり検討する。特に圏域ごとに検討するというのは大事な視点ではないかと思えます。

その点においては、二次医療圏をどうするのか決めるというのも大事ではありますが、仮に二次医療圏がこのままであれば、先ほど小林先生がお話をされた特に東部地域、伊豆半島は、圏域ごとの検討もするけれども、例えば伊豆半島全体や東部地域全体でどういうふうにか考えるかという重層的な検討も必要ではないかと思えます。

また二次医療圏と併せて、二次救急医療圏や小児の救急医療圏など、もっと細かい圏域もありますが、実態は一緒になってやっている圏域も多いと思うので、その見直しも併せて、やはり実態を見て協議することが大事ではないかと思えます。

○齋藤部会長 竹内先生、ありがとうございました。どうぞ、事務局。

○内野地域包括ケア推進室長 地域包括ケア推進室の内野と申します。御指摘ありがとうございます。

在宅につきましては、今後高齢者がどんどん増えて中身が大きく変わるということは、御指摘のとおりだと思っております。スタート時点だけでなく6年間を見据えた計画ということですので、そのような視点を踏まえて検討してまいりたいと思えます。

○藤森医療政策課長 二次医療圏の見直しに重なるところがあるかと思えますが、圏域ごとにいろいろ特性が異なってくるかと思えます。当方でも、データをなるべく示しながら各圏域で御議論いただけるように努めてまいります。

○齋藤部会長 ほかに、御意見いかがですか。

○小林委員 また少し違う視点ですがよろしいでしょうか。先ほど医療DXの話が出ていました。確かにマイナンバーカードもいいのですが、それ以前の問題として、県内のいろいろな診療のデータを、比較的リアルタイムに集約して、そのデータを共有できるような仕組みづくりが必要になると思えます。静岡県の場合、東西に長くて移動が非常に難しいということを考えて、やはりそういった場や機能整備が必要かと思えます。

感染症に関して、これから「ふじのくに感染症管理センター」をつくることも踏まえると、県として、DPCのデータがよいのかどうかは分かりませんが、何らかの現場の診療データを集約するような仕組みづくりが求められます。それを共有して、比較的迅速にいろんな対応ができるような仕組みにすることが非常に大事なことはないかと思えます。実際、既に出来ている都道府県もありますので、静岡のように特に東西に長く移動の難しいところでは、情報を迅速に集めていくことはすごく大事なことです。御検討いただきたいと思えました。

○櫻井感染症対策課長 感染症対策課長、櫻井です。

令和5年4月から「ふじのくに感染症管理センター」の設置を計画しております。この管理センターの主な目的としまして、今回のコロナを踏まえ、感染症対策の司令塔機能ということ。それと併せて、保健所の業務が逼迫した一因に、やはりデジタル化が遅れているところがありますので、まず保健所業務のデジタル化を検討をしております。

それに合わせまして、県内の感染の状況について情報を一元化し、この情報を一元化したものを県内の医療機関から集め、そして発信するという機能の強化についても検討をしているところでございます。

また、このことについては、いま感染症の検討部会で協議しておりますので、議論が具体的にになりましたら、この場でも御紹介させていただければと考えております。

○藤森医療政策課長 感染症に限らず全般的な話になりますが、いま感染症プラットフォームが進んでいますので、全県にも応用できないか等を検討してまいります。ただ、小林委員も御承知のとおり、KDBやチャットシステムなど様々なシステムがあり、個人情報の部分でなかなか紐付けできないという使いにくさもあるのは確かです。そのあたりも徐々に改善されたり、マイナンバーカードの医療情報が使えるようになったり、また少し話が変わりますが「医療ネットしずおか」も全国版になりますし、いろんな動きがありますので、動向を見極めて今後検討してまいりたいと思えます。

○齋藤部会長 どうぞ、毛利先生。

○毛利委員 電子媒体を使うのはすごくよいのですが、県で縦割りにしないで、横串が必要です。「感染症のプラットフォームはつくりました、また今度は何かをつくりました」と。でも、その間に何の情報の共有化もないのであれば全く無駄なことなので、やるのであれば、全てにおいて同じプラットフォームとなるものをつくってほしい。

そこには当然国の様々な施策も出てくるので、それと見合わせながらしっかりしたものをつくっていただかないと。付け焼き刃でやってしまうと、「何かいっぱいできたけど、これ、どうやって使うの？」と現場のほうは困惑することもある。ICTなど使う場合、個人情報はどうするかについてはずっと議論になっていて、ネックにもなっていますけれども、そこをどう調整していくのかというところが非常に大事。特に「ふじのくに感染症管理センター」は「司令塔機能」と言っていますが、「では、司令塔の司令塔は誰なんだ」となる。そこも、組織としての人ですよね。人によって、そういう組織が生きるか死ぬかというのは大体決まってくるので、どういう人をそこに充てるのか。そういう組織の面もしっかり考えた上で決めていただきたいと思います。

○齋藤部会長 ありがとうございます。はい、事務局から。

○高須医療局長 前段の部分ですけど、国における医療DXの検討につきましては、御承知のとおり、電子カルテの標準化や、オンライン資格確認システムの拡充による医療情報基盤のプラットフォームの構築を検討されているようでございます。感染症につきましては、もう「待ったなし」なものですから先行して進めていくとは思いますが、国の動きも見ながら、県でどんなことができるか。少し二重になってしまうのかもしれませんが、国の状況も見ながら検討していきたいと考えております。

○齋藤部会長 分かりました。ほかに御意見。はい、渡邊先生。

○渡邊委員 看護協会の渡邊でございます。

医療のDXからは少し離れて、いまの新興感染症の対策のところ。まだ国の方向性が決定していないとのことですが、コロナのクラスター時、医療機関と都道府県が協定を結んで対応するため、それぞれ応援体制が整備されると思いますが、実際にはいつ頃から実施されるのか、教えていただきたいと思います。また、そこに「ふじのくに感染症管理センター」がどのように影響するのか、関与していくのか、教えていただきたいと思います。

○齋藤部会長 はい、事務局。

○櫻井感染症対策課長 感染症対策課長、櫻井です。

まず国の状況は、現状ではまだ基本指針等は示されておりませんので、詳細は未定でございます。

2番目に御質問のありました感染症管理センターの役割ですが、医療機関と協定を結ぶことについては、感染症管理センターが事務局といたしますか担当として、医療機関と協議させていただくという形になります。

○渡邊委員 ありがとうございます。

ということは、そこが一応統括者。県の感染症管理センターが一番上の統括になって、そこから指揮命令が出ていくという考え方でいいということですね。

○櫻井感染症対策課長 はい、そのようになります。

○渡邊委員 分かりました。ありがとうございます。

○齋藤部会長 ほかに、御意見どうでしょうか。

○渡邊委員 もう1点いいでしょうか。

5疾病6事業ですけれども、先ほども地域包括ケアの関連で出ておりましたが、高齢者の方ががんを抱え暮らしていくこともありますので、医療機関だけでなく在宅との連携の重要性を明記していただきたい。こういった方々が自分で意思決定をするための支援方策や、増加している在宅、施設での看取りについても連携体制の構築が必要だと思います。今後その役割が重要になるという意味では、ぜひ明記をお願いしたいと思います。

○齋藤部会長 はい、事務局。

○藤森医療政策課長 在宅に関しまして、中間見直しでACPを含め記載いたしました。ただ、年々在宅医療の必要性も高まっておりますし、看取りに対する考え方も進化してまいりますので、改めて重点的に記載するようにいたします。

○渡邊委員 医療だけではないということですね。ここを見ていると、国でも県でもそうですが、医療機関だけではなくて、「地域の医療機関との連携」みたいなこと。いま、在宅やいわゆる施設等も含め、全ての地域を入れて地域、ということなので、そういうことも文章化しておいたほうがいいと思いました。

○内野地域包括ケア推進室長 地域包括ケア推進室の内野と申します。

現状、資料2-5の第6章第4節「在宅医療」がありますが、その2(5)で「介護サービスの充実」という項目もございます。訪問看護も当然ありますが、そのあたりでまた必要な記載を拡充してまいりたいと思います。

○齋藤部会長 項目には入っているということですよ。では、どうぞ。

○竹内委員 竹内です。これまで主に提供者側からの議論が多かったと思いますが、この計画には、県民というか、住民からの視点というのもすごく大事だと思うのでお話ししたいと思います。医療DXは、もちろん提供者側で、データや医療提供体制の面で活用するというのがあります。しかし、やはり中山間地域など、例えば医療へのアクセスが困難な場合に、対面診療が基本だとは思いますが、オンラインや遠隔医療という形での医療DXを進めていくという意味で、この時期の6年間は大事だと思います。そういうところもぜひ検討していただきたいというのが1点。

もう1つは、先ほど御説明でもあった医療機能情報提供制度ですね。いま都道府県単位でやっている「医療ネットしずおか」が、これから全国共通のプラットフォームになっていくと思いますが、これまで以上に、なかなかアクセスの難しい県民の方でも情報が得られるように、この提供制度をよりよいものとしていける計画にしていきたいと思います。

○齋藤部会長 ほかに、御意見どうでしょうか。

森町の太田委員、行政からはどうですかね。

○太田委員 静岡県町村会長、森町長の太田でございます。

DXの推進ということが必要であると。これは自治体でも同じことで、いま「自治体DX」ということで進められております。

行政の立場からということでございますので、こういったものを進めるのに、やはりシステム改修や人材の確保など、非常に負担が大きいわけですね。特に中東遠は自治体立の病院が多いので、ほかは大きな市なので問題ないかもしれませんが、森町にとって、病院を経営していく、支えていくということは、財政的に非常に負担が大きいわけでありまして。それでも地域住民の安心・安全を守っていく、まちづくりの大きな柱であると考えておりますので、病院を経営している。またそれに対して議会も地域住民も十分に理解をいただいているからこそできることなのですが、今回このDXを進めていく上で非常に財政負担が増えるのではないかと危惧しております。これを進めていく上で、手戻りがや無駄になる部分がないようにということは、お願いをしたいと思っております。

それから、いつも医療従事者の確保が課題になっていきますけれども、医療DXを進めていくと、その部分。医療従事者、スタッフの数を削減していけるのかということと、それから予防医療について。この項目の中にも、第11章に「特定健康診査・特定保健指導等の促進」とあるように、早めの発見、早めの治療が医療にとって大切なことだと思いますし、またそれに加えて、かかりつけ医を持つことが大事かと思っておりますので、予防についても伺いたいと思います。

○齋藤部会長 事務局、これについては。

○高須医療局長 医療従事者の確保について、DXを進めるとスタッフの数が減るかどうかというお話でございます。一般的にはそういったこともあり得るかもしれませんが、まず医療人材、医療資源が限られている中で、いかに効果的・効率的に医療を提供していくかというところで、やはりDXは避けられないのかなと思っております。

スタッフ数が減ることに結びつくかということは、何とも言えないところもありますけれども、少なくとも負担の軽減はつながっていくのかなと。例えば遠隔診療やオンライン自体をどのくらい進められるかは分かりませんが、そのなかで往診や訪問診療における移動時間が低減されるといったことは一般的には考えられると思います。ただ、個別の事案については、いま答えを持っておりませんので、そのあたりで勘弁していただければと思います。

○島村健康増進課長 健康増進課でございます。

健康寿命の延伸と絡めての予防対策なのですが、特定健診や特定保健指導の受診率がいま目標に達しておりませんので、そこを何とか上げて、県民の皆様が健診を入口として様々な疾病の予防に向かっていけるよう対策を強化していきたいと思っております。

○太田委員 予防については、森町でも特定健康診査の受診率がなかなか上がってこない現状があります。その中身を見ますと、高齢者の方は特に、何らかの持病を持っていらして、かかりつけ医を持っている。そうすると、町がやる健康診断を受けなくても、かかりつけ医のところでは何らかの健

康診断を受けていると思われるのですが、こういったものが、この受診率には反映されていないのではないかという意見もあります。何と言いますか、一面的な見方ではなくて、実際にどうなのかという把握を検討いただけると、受診率が本当に低いのか。低くても受診がされていて、予防につながっていただければいいと思いますので、そのあたりを考えていただければと思います。

○石垣国民健康保険課長 ありがとうございます。国民健康保険課長でございます。

特定健診・特定保健指導は、かかりつけ医で受診された場合は、特定健診としてカウントされていない現状がございます。ただ、やはり受診率を上げていく1つのポイントとして、いま委員がおっしゃったように、かかりつけ医での受診においても、特定健診・特定保健指導の検査項目が十分満たされれば、「みなし健診」としてカウントできます。それをカウントするためには、特定健診・特定保健指導とみなされる検査項目を全てやる必要があるものですから、各市町と連携し、地元の医師会さんと協議しながら、検査項目を全てできるような形で見直しを図っていきたいと思います。

○齋藤部会長 ほかに、御意見どうでしょうか。はい、毛利先生。

○毛利委員 多分ここでは議論できないと思いますが、今後のこととして、地域医療構想調整会議の動きがありますよね。要するに、これまで何となく「まあ大丈夫では？」ということで、病床数もあまり変化せず進んできていますが、国としたら、もう「なんちゃって急性期」というものがあるのを完全に把握はしていますので、必ずその締めつけが出てくると思います。

今後この6年間で、かなり国は動いてくると思いますので、それに対応できるように、調整会議でどういうことを決めるのか、どういう方向に持っていくのか議論していかないと。例えばいま看護必要度が30%で、みんな大変な思いをしていますけれども、国は今後、これをもう少し上げてくるだとか、あるいは急性期病床とは何なのかといった提言をはっきり出してくるかもしれません。これは議論で決めていけばいいと思いますが、次の医療計画の中でも何か一言「これで決めてほしい」という文言が欲しい気がするのですけれども、いかがでしょうか。

○齋藤部会長 はい、事務局。

○藤森医療政策課長 最初に説明しましたとおり、地域医療構想はまだ国から示されていませんが、現在、地域医療構想において、2025年までの病床の必要量を設定されております。また、国がそれを明確に示すことによって、今後の必要病床数もカウントしていくことになるのかもしれない状況がある中で、どこまで次の保健医療計画で地域医療構想を書いているのか。また、地域医療構想調整会議でも、実態に即した議論ができるようにやり方を考えているところですので、委員からの御指摘を受けてまた検討してまいりたいと思います。

○齋藤部会長 小林先生、どうですか。この医療構想の病床数に関して。

○小林委員 昨年度、実質的にはそれ以前ですけど、静岡県版ということで、重症度、医療・看護必要度に絡めていろいろ調べてみました。それなりに基準値を設けてみると、毛利先生の言われるように、急性期病院ではないだろうと言えそうな病床がかなりありました。ただ、そのような病床に現在いる患者に対して、国が「病院から出てほしい」ということでの病床削減ではなく、自主的に調整をといる話なのだろうと思っています。

だから、医療と介護の境界というか、慢性期病床や老健も含めた境界にある施設が、実際には既にかかなり多いのだらうと思います。したがって、むしろ急性期の病院を定義していくことのほうが正しくて、4つの病床機能に分けること自体にかかなり無理があるように、個人的には思っています。

○齋藤部会長 ありがとうございます。

これは在宅や介護医療院を踏まえた全体的な意見となると思いますけれども、ほかに御意見はどうでしょうか。

どうぞ、山口先生。

○山口委員 話が戻ってしまいますが、先ほど予防のお話が出ましたので。

健診を進めるのはとてもいいことだし、健診をして何かあれば早めに、というのはとてもいいことですが、予防の意味では、診療所や病院に通っている方は、そこでも健診をしていますよね。特定健診に一生懸命行く方も健診をします。しかし根本的なところではまず予防を考えるべきだと思っているので、健診も大事ではありますが、自分たちで予防を考えることについて、もう少し計画に挙げて啓蒙してもらえるとうれしいなと。

大きく言ってしまうと、予防のために受診をしても点数がないのかもしれないのですよね。そう

いうところまで国が動いてくれれば一番いいのですが、予防のために受診するというのも考えていくべきかと思っております。今すぐ何かができるというわけではないとは思いますが、一意見として言わせていただきました。

○齋藤部会長 ありがとうございます。ほかに、はい、どうぞ。

○大内委員 歯科医師会の大内です。

この6疾病5事業、今後6事業になるこの中で、全ての項目に、いま山口委員からもお話がありました予防もそうですし、未病対策、あるいは重症化予防対策という意味で、口腔健康管理が大事ではないかと思っております。地域支援病院でも口腔外科が入っていない病院が多く、地域の歯科医師会と連携しながら、入院患者さんや手術前の患者さんの対応をしているところですが、やはりなかなか追いついていかない。

また、重症化予防もそうですけれども、フレイル予防も併せて、栄養を取るという意味でも、また筋力低下を抑制するという意味でも、機能の健康も含めた口の中の健康を、計画の全ての項目の中に含めていただきたいと思いますと考えておりますが、いかがでしょうか。

○齋藤部会長 事務局、どうですか。

○藤森医療政策課長 御意見ありがとうございます。いつも大内委員から歯科の大事さを承っております。

現計画の在宅医療にも「歯科訪問診療の促進」、第7章「各種疾病対策等」の第10節「歯科保健医療対策」として特出ししていることは御承知の上での御意見かと思えます。各計画の中でも、全部になるかどうかは別にして、歯科の大切さを認識した上で計画策定を進めてまいります。

○齋藤部会長 ほかに御意見どうでしょうか。はい、渡邊委員。

○渡邊委員 看護職の立場でということで。看護職員の確保について、先ほどお話ししていた地域医療構想の構築では、全ての医療職の人材確保に関係してくると思えます。国から方針が出ていないということがあると思えますが、早く地域医療構想を明確にしていきたいというか。これにおいて、国が目指しているものは、例えば急性期の病床数によって、看護職数は減らす。「急性期から在宅に異動」という考えがあるかと思っておりますが、これが進まない限り人は動かないだろうと思えます。この点は県でどのように考えていらっしゃるのかが1点。

あと、この3ページ「看護職員の確保」における「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」。これはかなり期待できるのですが、私たち看護職の資格の義務化までは行っていませんので、どのような形になるのかということ。

それともう1点は、特定行為研修について。これは看護協会も県とも連携しながらやっていますのですが、厚労省は「10万人を目指している」と言っているのに対して、今のところまだ全国で4,000か5,000となっております。これも「この研修体制の整備に向けた計画を策定する」とありますが、具体的にどのような方策か、もちろん看護協会は協力いたしますが、教えていただきたいと思えます。

○村松医療人材室長 地域医療課医療人材室長の村松でございます。

まず、一番最後にお話いただいた特定行為研修についてでございます。平成27年度以降、県でも、教育環境の体制の整備、受講料への支援、小規模の施設でもきちんと受講できるように代替人材の人件費の補助など、対応をさせていただいております。

これをこれからどのように拡充していくか。まだ具体的な案としては抜本的にといいますか、全国で10万人。そこに向けて加速度的に人数を増やしていくには、もう少し大きなたこ入れが必要ではないかという認識はもちろんございますけれども、現時点での具体策はまだ県として道筋が描けていない状況であるのが正直なところでございます。

ただ、厚生労働省でも、この目標との大きな乖離は、十分に課題認識があるかと思えます。私どもも、他県に先んじてそういった補助制度をつくってきたという自負はございますけれども、なかなか実態として数字が伸びてこないことにつきましては、看護協会さんや他県の状況も十分に踏まえながら、より施策を進めていきたいと考えております。抽象的な決意表明みたいな話になってしまい申し訳ないのですが、現状はそのようなところに留まっているところでございます。

マイナンバー制度につきましては、現時点では国の動きを注視している状況でございます。個人情報観の観点から、特に看護師は、看護職員の離職時の届出制度がもともと先行してある中で、看護

人材の確保は、医師と異なり潜在看護師がどこに何人いらっしゃるかも把握できていないというのが看護職員の実態でございますので、そのあたりの動きを注視している状況でございます。

あと、看護職の働く場所ですね。急性期から慢性期、その他介護施設というところがございませうけれども、看護職員がいろいろな場で活躍できることについての普及啓発は、いま看護協会さんで、特にセカンドキャリアの研修などに御協力いただいているところでございます。看護職がいろいろな場で活躍いただけるというのは、私どもも県を挙げて広報を進めていきたいと思っております。

○渡邊委員 ありがとうございます。

村松室長が御出席していることが分からなかったもので、申し訳ございません。この特定行為についても、県で補助金を含めいろいろ御協力いただいていることにつきましては、本当に感謝申し上げます。

いずれにしても、特定行為はタスク・シフト／シェアにも関わってくると思っておりますので、ぜひ協力しながら進めていければと思います。

○毛利委員 特定行為の看護師等について、いま病院としてもどんどん育成を進めているのですが、県民の皆さんには、どんなことをやっているのかというのをほとんどよく知られていないと思っております。また、特定看護師は、渡邊委員が言ったように、これからタスク・シフト、タスク・シェアにおいて、かなり重要な位置に入ってくるのだらうと認識しております。

そういう状況で、マスコミ等も含めて「特定看護師はこんなことをやっているんですよ」と情報発信をしていただかないと、彼らも「資格を取ったけれども自分たちは輝ける職場にいるのか」と思っている人もいるかもしれません。県としても、こういうものにスポットライトを当てて、「こういう活躍をしている」と。あるいは病院で先進的にやっているところがあれば、どんどん取材してもらったり、そういう形で発展させていかないと。このコロナで感染の認定看護師はすごく表に出てきていますけれども、割と看護師さんというのは数が多いものですから、埋もれてしまうことがあります。特に特定看護師は、これから医師と同等に近い仕事をやっていただけるのではないかと私は感じていますので、そういうモデル的なものも含めて、積極的に県民にも認識していただける施策をどんどん打っていただきたいと思っております。

○齋藤部会長 これについては、御意見ということでよろしいですかね。はい、どうぞ。

○村松医療人材室長 毛利委員からお話をいただいた情報発信についてですね。光を当てる。本当に大事なことだと思います。特定行為研修は、一般の方にはなかなか分かりにくい部分もございませうので、一般の方にも分かりやすいような形で情報発信や露出を高めていく。そんな取組に今後注力してまいりたいと思っております。

○齋藤部会長 小林先生、どうぞ。

○小林委員 今回の計画策定は、まさに働き方改革の2024年4月にぶつかります。だから、この計画の中でも働き方改革はすごく大事なところでして。私はいま厚労省の事業にいろいろ絡んでいるのですが、例えば今の特定行為看護師に関して、あちらこちらで話は出ているものの、何ていうか、実際にはうまく使えていないという事例がすごく多いです。指揮命令系統の問題や、看護部の中の位置づけ、どこに組織づけるかなど、うまく動いていないという話を山ほど聞きます。だから、やはりそういうところをしっかりと議論して進めていかないといけない。

それから、医療DXもそうですけど、本当に働き方改革につながるような医療DXをやらないといけないと思っております。いまだに病院はPHSで医者と呼ぶことが多いですが、先進的なところでは、職員にスマホを持たせて、スマホで情報共有して意思決定したりしています。だから、お金はかかりますけど、一步一步先に進めて、そういった形で実際に働き方改革に貢献するような取組をしていかないと、もう間に合わないだらうと思っています。

それから全国の話の話を聞いていると、宿日直許可については、どこも勤改センターが必死で動いていますが、本当に宿日直許可をしっかりと取ろうと思うと、地域において、例えば22時から朝の6時頃までは、本当の救急でしか病院を受診しないようにと市民啓発をしっかりとやっていかないとはいけません。コンビニ受診とまでは言いませんが、「いつでも、夜中にも病院にかかれる」という市民認識で来られると、宿日直許可基準というものの自体が形骸化しますし、結果的に、静岡県に来てくれる県外からの大学医師も来なくなります。ですから、やはり様々な方面で、働き方改革を大きく前面に出して、医療DXや宿日直許可、特定行為研修修了看護師の問題などを取り上げていかないと、

人口当たりの医師数が少ない静岡県においては大変なことになりますので、非常に強調しておきたいと思えます。

○齋藤部会長 ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。

○大内委員 今後、高齢化が進んで在宅が増えてきます。栄養ケア・ステーションの窓口は、まだ県内に3つとか5つとかとしか聞いていないですが、老老介護や独居も非常に多くなってきますし、お医者さんにも通わない、デイサービスとかにも行かないという方も多くいる。その状況において、栄養士会のやっている栄養ケア・ステーションはまだ県内でもかなり数が少ないので、地域包括ケアセンター並みではないにしても、そのくらいの数でやって、地域をケアしていくというか、行政で見ていくようなシステムも、今後、2040年を見据えて必要になってくると思えます。それが予防にも未病にもつながるし、ひいてはお医者さんと密接に関わってくるだろうと思えます。そんな総合的なところも考えなければいけないかなと感じています。

○齋藤部会長 これは事務局はどちらが。

○島村健康増進課長 健康増進課でございます。

県の栄養士会の中に栄養ケア・ステーションがございます。栄養士会栄養ケア・ステーションに関しては、今でも高齢者と介護予防の一体化実施等において、栄養ケア・ステーションに依頼して人を出していただく等の連携しながら進めているところでございます。

ほかにも、新しく栄養に関する事業を立ち上げる際には、栄養ケア・ステーションに相談しながら、人材を派遣していただいたり、栄養士のスキルが高まるような研修も企画してございますので、さらに充実してやっていきたいと考えております。

○齋藤部会長 ありがとうございます。どうですか、大内委員。

○大内委員 まだ市民の人には全然浸透していないですね。知らない人も多いですね。そのあたりも含めてお願いします。

○齋藤部会長 では、よろしいでしょうか。

続きまして、議題3「『静岡県の地域医療』に関する県民調査」について、事務局からお願いします。

○藤森医療政策課長 議題3の「『静岡県の地域医療』に関する県民調査」について説明いたします。

資料は、下部に「3-1」とある資料3となります。

県では、保健医療計画策定の参考資料とするため、改定の時期に合わせ、県民に対して地域医療に関する調査を行っております。今回の改定に当たっても本調査を実施いたしますので、その調査項目等について委員の皆様にお諮りするものでございます。

本調査の概要につきましては、選挙人名簿から無作為抽出した県民2,000人を対象に調査を実施する予定でございます。

全体のスケジュールといたしましては、今月、調査会社との契約、調査票の発送準備を行い、年明け1月から2月にかけて調査を実施。その後、集計・分析作業を行い、3月末までに取りまとめる予定となっております。

3-3ページをごらんください。

こちらは今回実施を予定している調査項目の一覧表となっております。質問数は全部で35問。質問内容によっては、さらに補足で質問を行っております。表の右側に各項目の調査開始時期を記載しておりますが、新規追加や設問修正した項目につきましては、右の欄にその内容を記載しております。

主な追加項目として、資料では「新規」としてありますが、次期保健医療計画において「新興感染症対策」が位置づけられていることに伴い、3-3ページの下の方に、V「感染症について」と感染症に関しての項目を追加しております。

質問項目といたしまして、医療機関への受診状況や、診療科の偏在の調査、それから3-4ページにありますように、在宅医療、終末期医療等、ごらんのような項目の調査を行う予定でございます。質問内容につきましては、各種の統計資料では把握できない県民意識調査として実施したいと考えております。

3-5ページをごらんください。

調査票の案を添付させていただきました。3-22ページまで18ページとなります。

なお、今回の調査では、感染症等の追加に併せて、前回の調査項目も何点か削除しております。資料の最後から2枚目に「参考2-1」があるかと思えます。こちらの参考資料2をごらんください。

取り消し線を引いてあります部分が削除項目となりますが、前回からの継続を考慮しつつ、回答者の負担や予算的な面から、全体の質問数があまり多くならないよう調整しております。平成28年度に実施した前回調査項目からの見直し状況について、その内容を右側の2番目あたりから書いてございます。

参考2-2をごらんいただきますと削除項目がございます。線を引いたところを見ていただきますと、例えば特定健康診査。これは重要なことではございますが、別の統計調査で判明するものなどを中心に見直しをしております。

この調査につきまして、私からの説明は以上となります。御協議のほど、よろしく願いいたします。

- 齋藤部会長 ただいま事務局から説明がありましたが、委員の皆様方、御意見、御質問ございましたらお願いします。はい、どうぞ。
- 渡邊委員 静岡県の地域医療に関する調査ということですが、「地域医療とはどういうことなのか」という定義というか、具体的にこの「地域医療」はどういうことを言っているのか、住民の方々が、「この『地域医療』って何?」「いろいろなことを聞いているけど、その中の何がどうなの?」と思うのではないかと。住民の方が分かるように、もう少しみ砕いて示されるといいかと思いました。
- 藤森医療政策課長 ありがとうございます。御意見を参考に検討したいと思います。
- 齋藤部会長 ほかにご意見どうでしょうか。はい、どうぞ。
- 竹内委員 竹内です。基本的な質問事項のところですが、回答者の属性で、今回が「男性」「女性」以外に「その他()」「回答しない」。恐らくダイバーシティとかLGBTQの関係でこうなったと思うのですが、「その他()」というのは非常に分かりにくいと思うので、御説明いただければと思います。

あと質問のⅡに、入院とか通院をした場合の所要時間に関する質問がありますが、これからは医療へのアクセスがすごく大事になってくると思うので、一番最初の回答者属性の質問の中に、例えば公共交通機関とか、自家用車の利用ができるかとか、まず回答者の方の医療へのアクセスの基本的な状況を把握したほうがいいと思います。

あと、診療科の偏在ということで、補問8-1で特定の診療科が列挙してありますが、実際に県内の各地域医療構想会議や様々な病院の御意見を聞いていると、例えば呼吸器、救急、脳神経内科の先生方、この資料では脳神経外科ですが、ほかの診療科でかなり不足しているというご意見もあるので、この診療科だけに絞ってしまうのはどうかと想っているところです。28年度から新設された項目ですけれども、果たしてこれだけで、そのほか実際に現場の医療機関で不足しているような診療科が挙がってくるのか、少し心配なところがあります。

まだ細かい部分があるので、もしよろしければ後で事務局のほうにお出ししたいと思います。

- 藤森医療政策課長 ありがとうございます。
性別の「その他」は、広聴広報課の調査等でもいろんな形で記載がされておまして、いろいろなパターンを考えました。最終的に、男女共同参画課に相談してアドバイスをもらった結果、この書き方になっております。

その他いただいた御意見は反映できる限りやっていきたいものですから、竹内委員にはまた個別にアドバイスをいただきながらやらせていただければと思います。

- 齋藤部会長 ほかに、ご意見どうでしょうか。
はい、どうぞ。Webから長野委員。

- 長野委員 協会けんぽの長野でございます。

設問の中で、特定健診・特定保健指導の欄で「別の統計資料で実態把握が可能」というのはよろしいかと思うんですけれども、私は健診を受けることよりもその後のほうが大事だと思っています。ただ健診を受けるだけでは何の意味もないわけで、健診を受けた後どうするか。例えば特定保健指導を受けるのか、あるいは重症化予防といいますか、医療機関に受診するのか。そういった設問があってもいいのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

- 藤森医療政策課長 御意見は当然だと思いますので、設問に入れられるか検討して、また御相談させていただくかもしれませんが、よろしくお願いします。
- 齋藤部会長 ほかに御意見どうでしょうか。
今日 Web で参加されています、伊東市長の小野委員、何か御意見ありますか。
- 小野委員 途中から参加したものですから、しばらく傍聴しているような形になりました。今のアンケートの件でございますが、時代に沿ったものに変えていくということ。それから、もう皆さん御存知のものを削除するのは賛成でございます。いま各委員からの御意見もありましたので、ぜひまたそれも検討していただいて、速やかにアンケート調査を進めていただければと思います。
- 齋藤部会長 ほかに、どうでしょうか。これに関しては、また細部は竹内先生と進めていただくということで、次に行きたいと思います。
では、本日の議事のほかに、委員の皆様方から、全体を通じてでも構いませんが、何か御意見ございますでしょうか。
はい、毛利先生。
- 毛利委員 意見というか、この部会の進め方ですね。今日は初顔合わせで、「それぞれに言いたいことを言ってください」というように私は理解していたんですけども、次からは項目を決めて詰めていかないといけないと思います。これについては、県としては、もう予定をつけてあるという理解でいいですか。
- 藤森医療政策課長 再度の説明になって恐縮です。2-11 ページをごらんいただけますでしょうか。
資料2-11 ページに、策定スケジュールということで載せてございます。まず、今回いろんな御意見をいただきました。それでポイントを絞ってまいります。
そして今年度は、現在の予定としましてはこの部会だけになりますが、医療審議会等でも医療計画の国の状況等は報告してまいりたいと思います。3月には国の指針も固まってくるかと思しますので、来年度、次回には、本日いただいたポイントも整理しながら国の指針を確認していただき、医療圏の設定についても御議論いただくようにいたします。そして、7月頃の第2回には骨子をお示ししたいと考えております。11月には素案をお見せして、3月には最終案にまとめてまいりたいと考えております。
今年度は、各専門家会議も進みますが、並行して全体をある程度の形にするように進めてまいります。医療審議会等でも報告してまいります。第1回に向けて作業は継続して行っていくので、各委員の皆様には、また個別に二次医療圏等の相談をさせていただくことがあろうかと思ます。御協力のほど、よろしくお願いします。
- 毛利委員 理解としては、国から大体指針が出てくるだろうということで、来年の5月に、ある程度の骨子をまとめて、問題点を把握、議論をして、それを踏まえて次の回でその骨組みをつくるという流れでいいですか。
- 藤森医療政策課長 そのような形で考えております。
先ほど申しあげました流入調査も、確定できるのが、来年の5月現在のものでやるものですから、そこまで待つからということではなく、ある程度進めながら、7月頃には形を決めていきたいと思っております。
- 毛利委員 そうすると、それまでに国からある程度出てきたら、この委員の皆さんには、メールかどうかは分かりませんが、情報共有していくということでよろしいですか。
- 藤森医療政策課長 情報共有の方法はいくつかあると思まして、メール等でお流しする場合もあるかもしれませんが、また皆様方は医療審議会の委員でもありますので、審議会での報告でも御承知いただけるような形をとってまいります。
- 齋藤部会長 よろしいでしょうか。それまでには、先ほどの肝炎についても部会できちんと検討して、ここでまたあげるということで理解してよろしいですね。
ほかに、御意見ございますでしょうか。
では、ないようですので、以上をもちまして議事を終了します。委員の皆様、議事の進行につきまして、御協力ありがとうございます。進行を事務局に戻します。
- 松本医療政策課課長代理 齋藤部会長におかれましては、本日の部会の進行、誠にありがとうございます

いました。

以上をもちまして、令和4年度静岡県医療審議会静岡県保健医療計画策定作業部会を閉会いたします。長時間の御協議ありがとうございました。