

2022年11月8日

千葉県地域医療構想調整会議（君津）

千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター活動報告

千葉県地域医療構想の実現に向けた提言 2022

吉村健佑

医師・公衆衛生修士・医学博士

次世代医療構想センター長・特任教授

センター設置目的と研究内容 2019-2021

「千葉県と千葉大学病院の覚書」よりまとめ

【当センターの設置目的】

1. 医師確保対策と地域医療構想の達成に向けた取組
2. 必要となるデータの分析
3. 地域医療の在り方を関係者が共通認識する
4. 地域医療の維持確保を進める体制を検討

【研究内容】

1. 地域の病院の現状及び課題の分析
2. 地域の医療提供体制（病院）のあるべき姿と、
医師や看護職員、病床・診療科の配置を研究

視点①：効果的・効率的な医療提供体制

視点②：郡部における生活圏域単位で必要な病院機能の確保



千葉県内の医療提供に関連した研究を実施





次世代医療構想部門

・4診療科における個別ヒアリングとグループヒアリングの開催

【4診療科：小児・新生児科、産科、救急科】



地域の医療資源に関する研究

【Key words】

新型コロナウイルス感染症の影響
医療提供の精緻な把握
将来の医療需要
病床 診療科配置の最適化
地域包括ケア・ICTの活用

医師のキャリア形成
新専門医制度の動向
働き方改革・就労環境
医師修学資金受給者の動向
自治医大生の動向

千葉県・県内各
病院・各医局に
情報提供

結果
提示

支援

精緻化

政策情報分析部門

千葉県内DPCデータ分析事業 地域医療構想調整会議での情報収集 病床機能報告データ活用

データからの
アウトプット

情報の集約・実態
の見える化

取扱い可能なデータ

病床機能報告データ

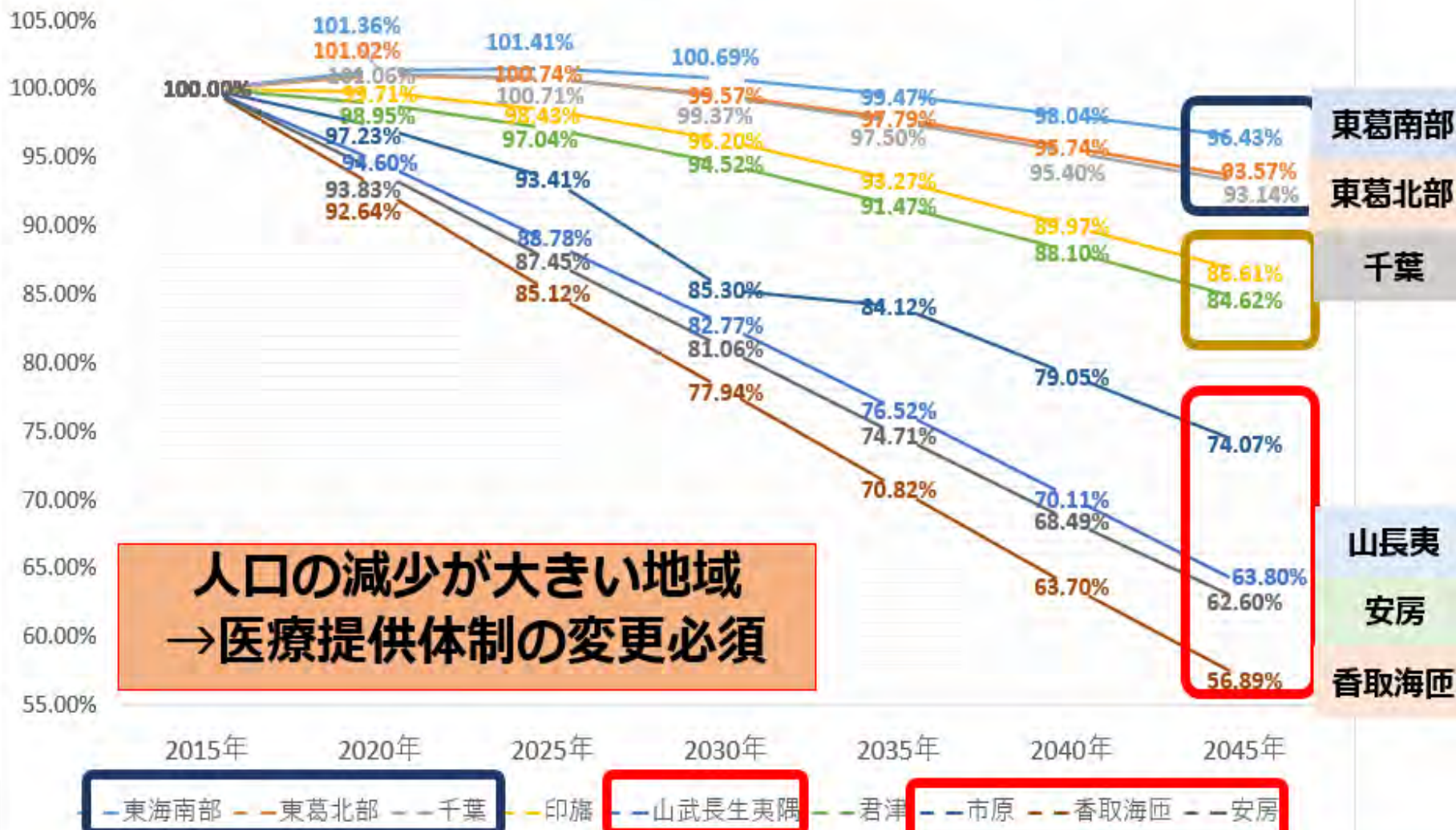
医師調査データ

医療計画データブック (NDB)

救急搬送実態調査データ

人口の減少速度 2次医療圏別

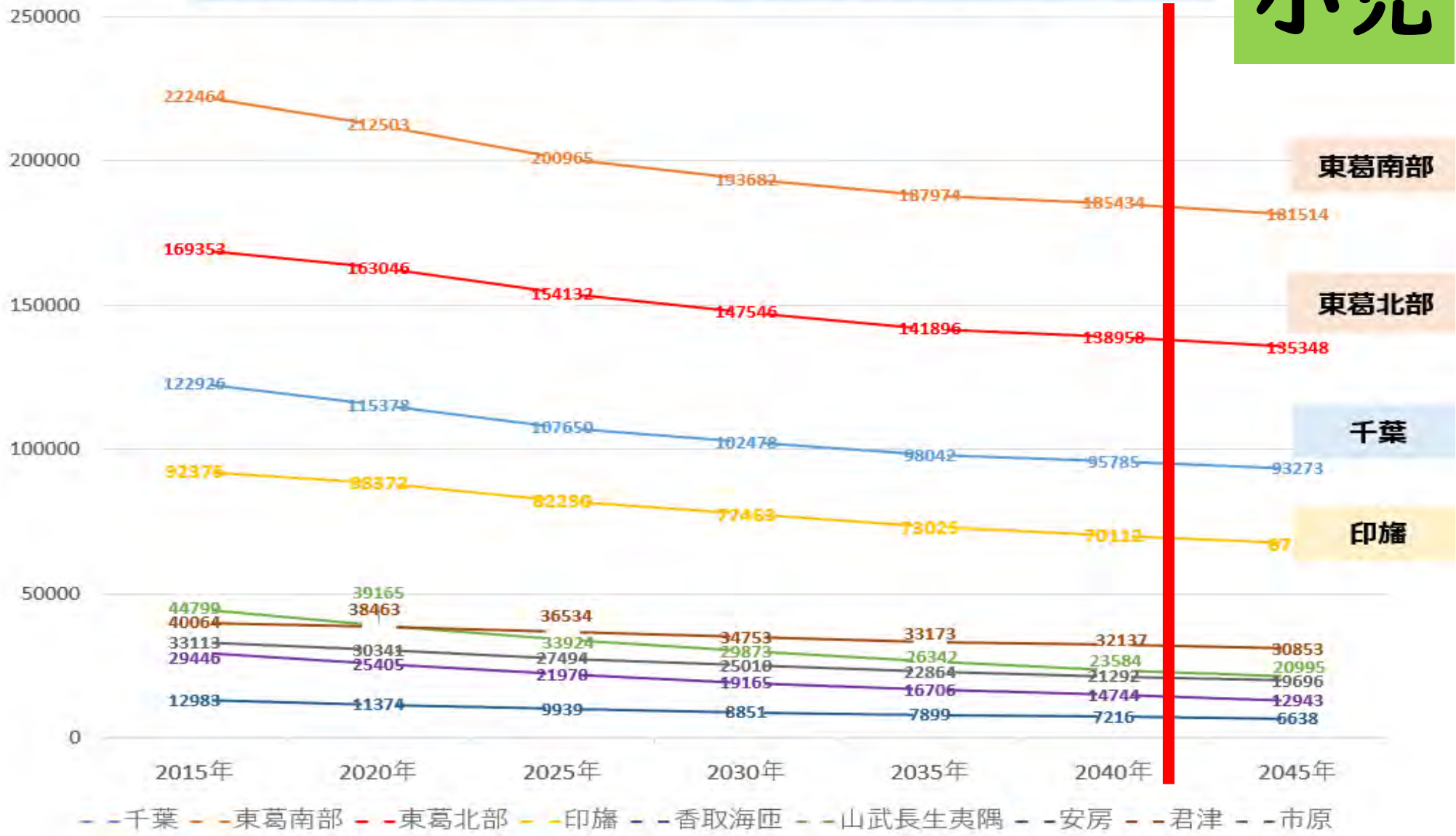
2015年を100%とした時の各二次医療圏の人口増減図



**人口の減少が大きい地域
→医療提供体制の変更必須**

千葉県二次医療圏別 小児（0歳から14歳）の人口推移（人数）

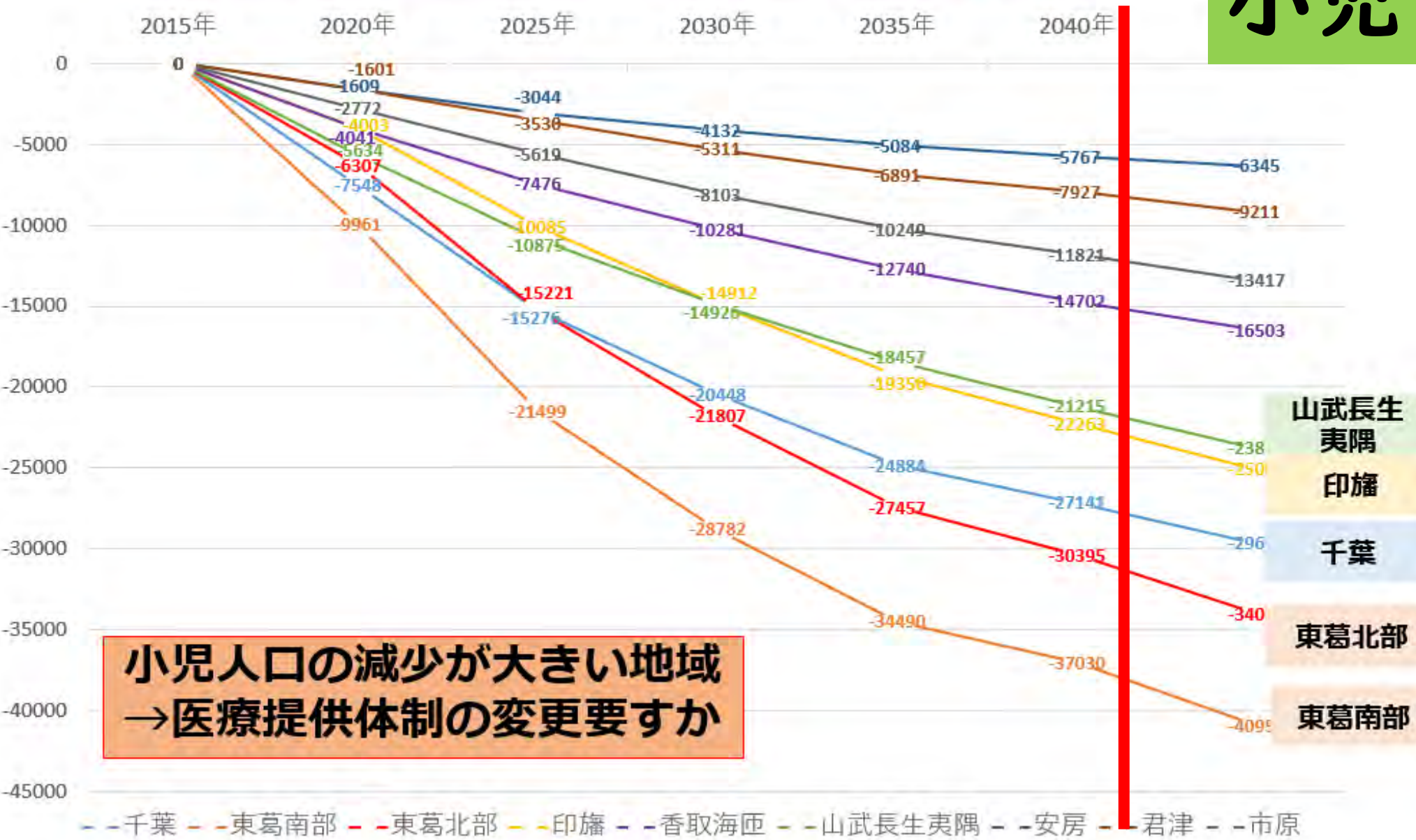
小児



人口の多い地域：小児人口の減少が目立つ

千葉県二次医療圏別 小児(0歳から14歳)の人口推移 (人数)

小児

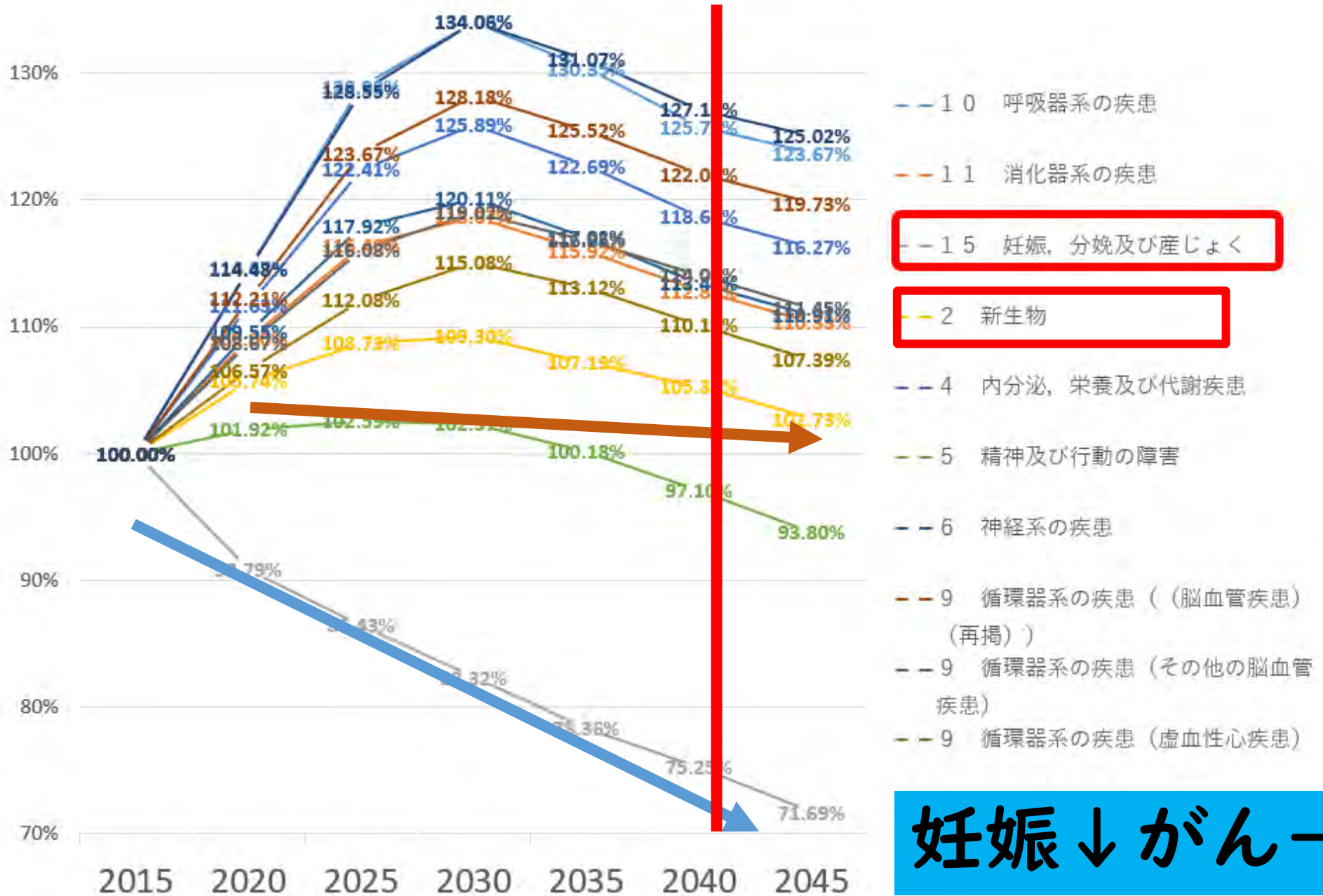


**小児人口の減少が大きい地域
→医療提供体制の変更要すか**

※千葉県各二次医療圏 2015年時点の小児人口を0とした時の減少数をグラフに記載

君津医療圏

君津医療圏 入院患者推計

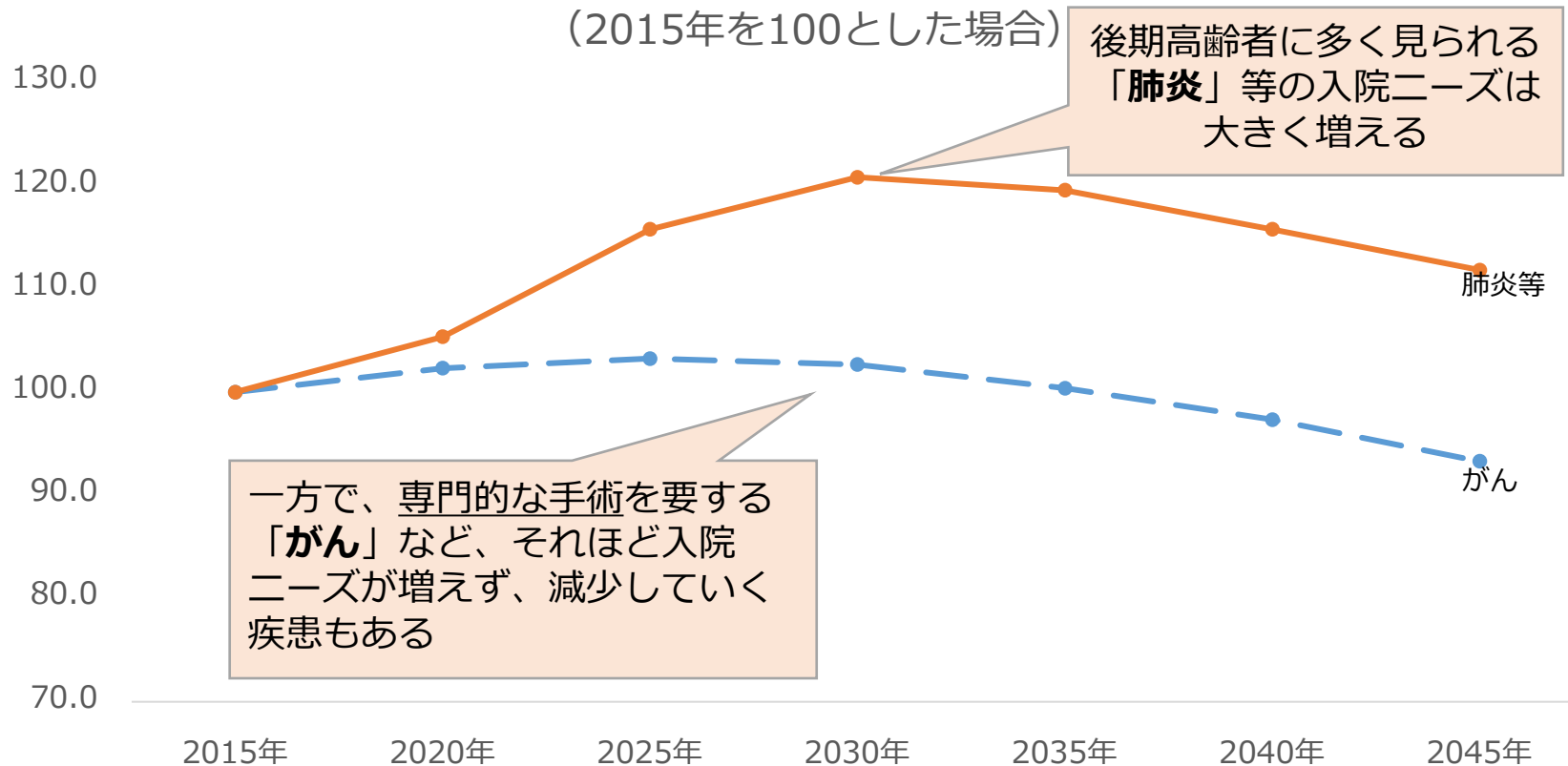


妊娠↓がん→

地域医療構想の必要性 ～人口構造と入院医療ニーズの変化への対応～

- 後期高齢者の増加に伴い、**大きく増える疾患**（肺炎、骨折等）
- 75歳未満の減少に伴い、**増えない疾患**
- それぞれ**2つの「入院医療ニーズの変化」**に対応する必要

疾患別の一般病床推計入院患者の増減率



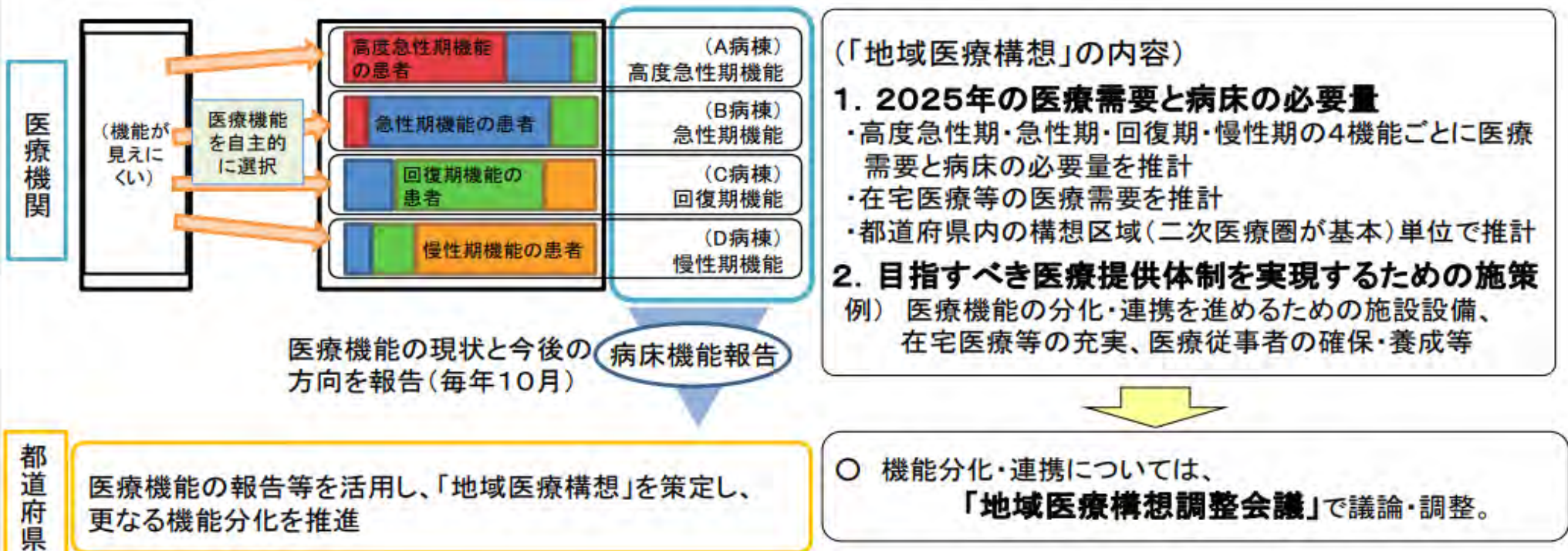
資料：平成29年患者調査（厚生労働省）、社会保障・人口問題研究所 「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

次世代（2040年）＝需要の変化に
千葉県は対応できるか？



地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



医療を「地域」で経営する⇒簡単ではない

一般的な「地域医療構想」の進め方

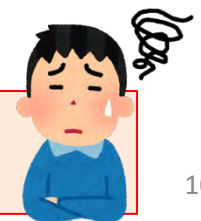
STEP① 都道府県別・2次医療圏別の全診療科単位で
「あるべき姿」 を確定する

STEP② データを集め、全県の診療の事態・現状の把握を行う

STEP③ 「あるべき姿」と「現状」の差分を埋めるべく、
各医療機関に行動変容を求める

STEP④ 「あるべき姿」に近づいているかを評価する
(進捗管理)

しかし、これではうまく進まない・・・



その理由は・・・

STEP①都道府県別・2次医療圏別の全診療科単位で
「あるべき姿」 を確定する

しかし「理想の状態」を求めてしまい、、

- ・資源は有限であるのに、「フルスペック」医療を求める意見ありがち
- ・「ないものねだり」になりがち
- ・議論が足踏みし、展開しない
- ・地域医療の「あるべき姿」を定められない

地域の資源の中で取り組みを考える

STEP①都道府県別・2次医療圏別の全診療科単位で
「現実的な解」 を共有する

関係者の頭合わせが必要

当センターの考えた「**地域医療構想**」の進め方 修正

STEP① 都道府県別・2次医療圏別の全診療科単位であるべき姿を確定する

STEP① 都道府県別・2次医療圏別の全診療科単位で「現実的な解」を共有する

STEP② データを集め、全県の診療の事態・現状の把握を行う

STEP③ 「あるべき姿」と「現状」のGAPを埋めるべく、各医療機関に行動変容を求める

STEP③ 「現実的な解」に沿い各医療機関に行動変容を求める

STEP④ あるべき姿に近づいているかを評価する（進捗管理）

STEP④ 「現実的な解」が適切かを評価する（進捗管理）



それでも「地域医療構想」に立ちはだかる壁

当センターまとめ

STEP①都道府県別・2次医療圏別の全診療科単位で
「現実的な解」
を共有する

- ・「現実的な解」を定める**苦勞**
- ・「調整会議」にリーダー・責任者がいない、法的権限(罰則)ない

STEP②データを集め、
全県の診療の事態・現
状の把握を行う

- ・現状把握のためのデータ(病床機能報告)が古い
- ・DPCデータは詳細がわかるが網羅的でない
- ・国や都道府県の調査結果が公開されない→活用されない
- ・2次医療圏のまたいで診療を受けるのが実態であり、区分が現実と異なる

STEP③「現実的な解」
に沿い各医療機関に行動
変容を求める

- ・医療機関に行動変容(ダウンサイズ・診療科減らし)するメリットが少ない
- ・医療機関の経営統合:ノウハウがほとんどない
- ・人的資源の配置:大学医局の人材派遣の思惑と異なる

STEP④「現実的な解」が
適切かを評価する
(進捗管理)

- ・「数字のみで評価」しようとする、全体像が見えなくなる
- ・診療科による特性や、疾患ごとの診療実績のモニタリング方法が定まらずうまく把握できない

地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、**地域医療介護総合確保基金を活用**。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた**都道府県知事の役割**を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「**地域医療構想調整会議**」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「**地域医療介護総合確保基金**」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、**医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進**。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① **地域で既に過剰**になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**(公的医療機関等)及び**要請・勧告**(民間医療機関)
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**(公的医療機関等)及び**要請・勧告**(民間医療機関)
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令(公的医療機関等)及び**要請・勧告**(民間医療機関)

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。 16

将来の方向性を踏まえた、機能分化・連携が進まない場合は、自主的な取組だけ

「政策医療分野から」実施

STEP①-④「解決・対応のヒント」の実施

実行済み

STEP①都道府県別・2次医療圏別の全診療科単位で「現実的な解」を共有する

- ・政策医療分野から検討開始
- ・急性期疾患対応の体制から始める
- ・人口変化による需要の予測
- ・診療科別のスモールな会議を繰り返してあるべき姿をすり合わせる(グループヒアリング)

実行

STEP②データを集め、全県の診療の事態・現状の把握を行う

- ・県内の診療の状況をリアルタイムでモニタリングできる仕組みづくり(DPC事業)
- ・県の調査の項目を見直し

実行

STEP③「現実的な解」に沿い各医療機関に行動変容を求める

- ・「医師の働き方改革を乗り越える」目標に向けた検討を促す

実行

STEP④「現実的な解」が適切かを評価する(進捗管理)

未着手・現場の支援

・がん・全身麻酔手術など検討

・国や県の調査結果やデータの積極的な公表、調整会議での活用
・診療分野別の2次医療圏の再設定

・病院の魅力上げ、症例集約
→医師・看護師確保という
・都道府県の権限行使(勧告・命令・指示)

・診療が実施できているか評価
DPC、レセプトでチェック
診療科別の項目は要精査



ヒアリングマラソン事業概要

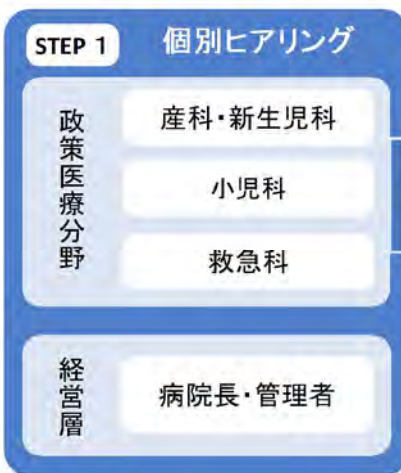
実態調査・分析・政策提言・立案サイクル「千葉モデル」の確立を目指す

実態調査・分析フェーズ

地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策

テーマ 医療現場の実態を掴む

テーマ 現場医師と行政機関を繋ぐ



展開

POINT

現場医師の“生の声”をもとに、医師確保状況、労務環境などの医療提供体制の他、調査票からは読み取れないそれぞれの医師・医療機関が抱える課題点に関する実態調査を行う。

POINT

個別ヒアリング結果から見えた各医療現場の現状について精緻な分析を行い、共有。さらに各診療科医師と行政が共通の問題意識を持ち「あるべき姿」について意見交換を行うことで実態に則した医療政策立案への足がかりとする狙い。

政策提言・立案フェーズ

STEP 3 次世代医療構想センターから千葉県へ会議体の設置を提言

次世代医療構想センター

ワーキンググループの運営支援

千葉県医療審議会からの情報収集
議論のモニタリング

千葉県保健医療計画への
提言書作成・提出

+

政策医療分野ワーキンググループ等の設置

千葉県保健医療計画の改定

2019年8月-2022年1月 ヒアリングマラソン実施者一覧 97名

全31施設

救急科 20名

氏名	職位	所属
中田孝明	教授	千葉大学医学部附属病院
白木秀門	専攻医	千葉大学医学部附属病院
島田忠兵	助教	千葉大学医学部附属病院
松村洋輔	助教	千葉大学医学部附属病院
高橋希	医官	千葉大学医学部附属病院
栗田健郎	医官	千葉大学医学部附属病院
山根綾夏	医官	千葉大学医学部附属病院
林洋輔	医官	千葉大学医学部附属病院
大久保直人	医官	千葉大学医学部附属病院
川口留以	医官	千葉大学医学部附属病院
岩瀬信哉	医官	千葉大学医学部附属病院
青木信也	部長	成田病院
渡邊栄三	部長	茨城県メディカルセンター
松本尚	教授	日本医科大学千葉北総病院
松越拓	部長	東京ベイ・澁谷南川医療センター
志賀隆	教授	信濃医療福祉大学成田病院
北村伸哉	医務局長	若津中央病院
貞広智仁	准教授	東京女子医科大学八千代医療センター
高橋 功	副院長	調保池中央病院
中西 加寿也	部長	成田赤十字病院

産婦人科 20名

氏名	職位	所属
鶴岡信栄	副院長	有秋会病院
藤村尚代	副院長	松戸市立総合医療センター
後藤俊二	医長	船橋中央病院
長田久夫	特任教授	フアミール病院さみつ
小幡新太郎	第一部長	成田赤十字病院
高島明子	部長	聖旭大学医療センター佐野病院
正岡直樹	特任教授	東京女子医科大学八千代医療センター
小川正樹	教授	東京女子医科大学八千代医療センター
生水真紀夫	教授	千葉大学医学部附属病院
中村名律子	特任助教	千葉大学医学部附属病院
鈴木養也	助教	千葉大学医学部附属病院
佐藤明日香	助教	千葉大学医学部附属病院
尾本咲子	助教	千葉大学医学部附属病院
牧野真太郎	教授	横浜国立大学医学部附属横浜病院
木村博昭	部長	若津中央病院
鈴木真	部長	亀田総合病院
田嶋敦	部長	亀田総合病院
古澤高明	部長	亀田総合病院
飯塚美祐	副院長	千葉市立海浜病院
小林康祐	部長	調保池中央病院

小児科 24名

氏名	職位	所属
平本能吾	部長	松戸市立総合医療センター
岡田広	副部長	松戸市立総合医療センター
重田みどり	部長	独立行政法人国立病院機構千葉医療センター
濱田洋通	診療科長	東京女子医科大学八千代医療センター
松井拓也	医官	東京女子医科大学八千代医療センター
太田節雄	教授	東京女子医科大学八千代医療センター
石和田稔彦	教授	千葉大学医学部附属病院
下条直樹	教授	千葉大学医学部附属病院
藤井克則	講師	千葉大学医学部附属病院
菱木はるか	講師	千葉大学医学部附属病院
日野もえ子	助教	千葉大学医学部附属病院
中野奈至	助教	千葉大学医学部附属病院
粒良昌弘	医官	千葉大学医学部附属病院
今田寛	医官	千葉大学医学部附属病院
竹下健一	大学院	千葉大学医学部附属病院
岡田玲緒奈	大学院	千葉大学医学部附属病院
国松将也	大学院	千葉大学医学部附属病院
濱田洋通	教授	千葉大学医学部附属病院
皆川真規	部長	千葉こども病院
大場温子	助教	東京特色医療科学部附属病院
黒木春郎	部長	外信こどもクリニック
野中俊秀	部長	独立中央病院
諏訪部信一	部長	若津中央病院
菱木知郎	教授	千葉大学医学部附属病院
佐藤好範	理事長	さくら小児科医院

新生児科 14名

氏名	職位	所属
佐藤弘之	部長	亀田総合病院
富永尚宏	部長	若津中央病院
富田美佳	部長	若津中央病院
松本弘	部長	信中央病院
西崎直人	准教授	千葉大学医学部附属調保池病院
岩松利至	統括部長	千葉市立海浜病院
鶴岡智子	主任医長	千葉こども病院
遠藤真美子	助教	千葉大学医学部附属病院
大曾根義輝	教授	千葉大学医学部附属病院
佐藤雅彦	部長	東京女子医科大学八千代医療センター
川瀬泰浩	准教授	東京大学医療センター佐野病院
戸石信司	部長	成田赤十字病院
加藤英二	部長	船橋中央病院
吉田和司	部長	松戸市立総合医療センター

病院管理者その他診療科医師：18名

氏名	科別	職位	所属
亀田信介	整形外科	副院長	亀田総合病院
角南勝介	小児科	副院長	成田赤十字病院
星岡明	小児科	副院長	千葉こども病院
寺井勝	小児科	副院長	千葉市立海浜病院
海保隆	外科	副院長	若津中央病院
宮崎勝	消化器外科	副院長	信濃医療福祉大学成田病院
野村幸博	外科	副院長	信中央病院
飯笹俊彦	呼吸器外科	副院長	千葉がんセンター
丸山尚嗣	外科	副院長	船橋市立医療センター
露口利夫	消化器内科	副院長	千葉県立佐野病院
山本恭平	総合内科	副院長	千葉市立赤十字病院
岡本美孝	耳鼻咽喉科	副院長	千葉こども病院
岡田唯男	総合診療科	部長	亀田コアファミリークリニック(船山)
杉本晃一	心臓血管外科	部長	千葉市立海浜病院
小笠原 定久	総合内科	医官	千葉大学医学部附属病院
奥永一成	腎臓内科	専攻医	千葉大学医学部附属病院
田村弘樹	総合診療科	専攻医	千葉大学医学部附属病院
園部祥子	内科	専攻医	千葉大学医学部附属病院

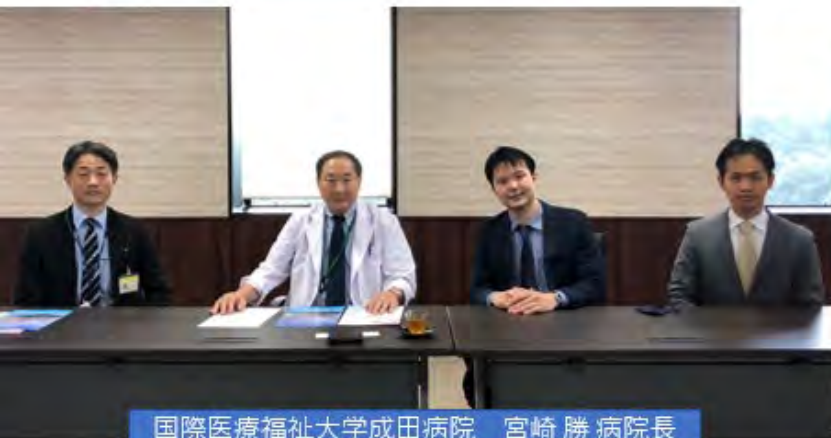
2022年1月15日時点

※敬称略

※ヒアリング当時の職位を記載



ヒアリングマラソンの様子



国際医療福祉大学成田病院 宮崎 勝 病院長



さとう小児科医院 佐藤 好範 先生



千葉県こども病院 星岡 明 病院長



千葉県立佐原病院
露口 利夫 病院長
小笠原 定久 先生



千葉市立青葉病院 山本 恭平 病院長



旭中央病院 野村 幸博 病院長



東京女子医科大学八千代医療センター
佐藤 雅彦 先生



千葉県がんセンター 飯笹 俊彦 病院長



成田赤十字病院 角南 勝介 病院長



日本医科大学千葉北総病院 松本 尚 先生

グループヒアリングの様子 産科・新生児科

2021年12月23日



合計6回の開催 (新生児科4回・産科2回)

※救急科・小児科は2月に開催予定

政策医療分野情報収集の方法一覧

	 厚生労働省調査	千葉県調査
産科分野	周産期母子医療センター調査あり (※毎年実施・結果は <u>非公開</u>)	千葉県周産期医療体制に係る調査 (毎年実施)
新生児科分野		千葉県周産期医療体制に係る調査 (毎年実施)
小児科分野	※厚労科研 吉村班調査 (899病院調査中)	<u>存在しない</u> 千葉県「小児医療実態調査」 (案)を立案するか?
救急科分野	救命救急センターの評価「充実度調査」(毎年実施)	救急搬送実態調査 (隔年実施)



当センターが実施・見直しに関わった調査

千葉県周産期医療体制に係る調査とは 2020年度

【目的】千葉県における周産期医療に係る資源、医療連携、妊産婦等の搬送体制等の現状や課題を継続して把握・分析することにより、千葉県の周産期医療体制整備のための検討に活用する資料とする。

1. 調査対象

- ① 総合及び地域周産期母子医療センター
- ② 母体搬送ネットワーク連携病院
- ③ 産科・産婦人科を標榜する一般病院
- ④ 産科・産婦人科を標榜する有床診療所
- ⑤ 有床助産所及び産科医療補償制度加入出張専門助産所

*前年度までの調査において分娩取扱いの中止を確認している施設は除く（①以外）

2. 調査項目（主なもの）

- ① **2020（令和元）年および2019（平成30）年7月1日現在**の周産期医療資源（医療人員、病床数等）
- ② 2019(平成30)年1月1日から2019(平成30)年12月31日までの母子保健関連指標（出生数、患者数等）の集計
- ③ 2020(令和元)年4月から6月までの3か月の周産期搬送関係調査

3. 調査方法

郵便による調査依頼、調査票の回答はFAX又はEメールへの添付

4. 調査回答状況

	調査対象	回答率	分娩取扱いあり
周産期センター	12	100.0%	11
ネットワーク病院	5	100.0%	5
一般病院	30	96.7%	21
診療所	77	97.4%	55
助産所	19	94.7%	12
（うち有床）	(11)	-	(7)
（うち出張専門）	(8)	-	(5)
計	143	97.2%	104

2024年度以降、分娩施設が365日24時間診療するために 必要となる施設当たりの医師数

雇用する医療機関側の視点より試算を実施

1年間 = 365日で、

平日で発生する時間外労働 平日 240日 × 15時間 = のべ 3600時間

休日で発生する時間外労働 平日 125日 × 24時間 = のべ 3000時間

計 **6600** 時間/年の時間外労働が発生する

仮定：「日常的に平日1時間の時間外労働が発生」「医師全員が時間外勤務可能」とする

A水準病院の場合

$$6600 \text{ 時間} \div \frac{(960 \text{ 時間} - 240 \text{ 時間})}{\text{医師一人当たり日当直に回せる時間数}} = 9.16 = \underline{\underline{10 \text{ 名が必要}}}$$

B水準病院の場合

$$6600 \div \frac{(1860 - 240)}{\text{医師一人当たり時間外に回せる時間数}} = 4.1 = \underline{\underline{5 \text{ 名が必要}}}$$

課題：当直の翌日は28時間連続勤務までしかできないので、午前中で帰宅する必要あり
緊急で夜間に勤務した場合「9時間インターバルルール」により翌日の勤務不可

大阪大学産婦人科 中川慧先生 提供 一部改変

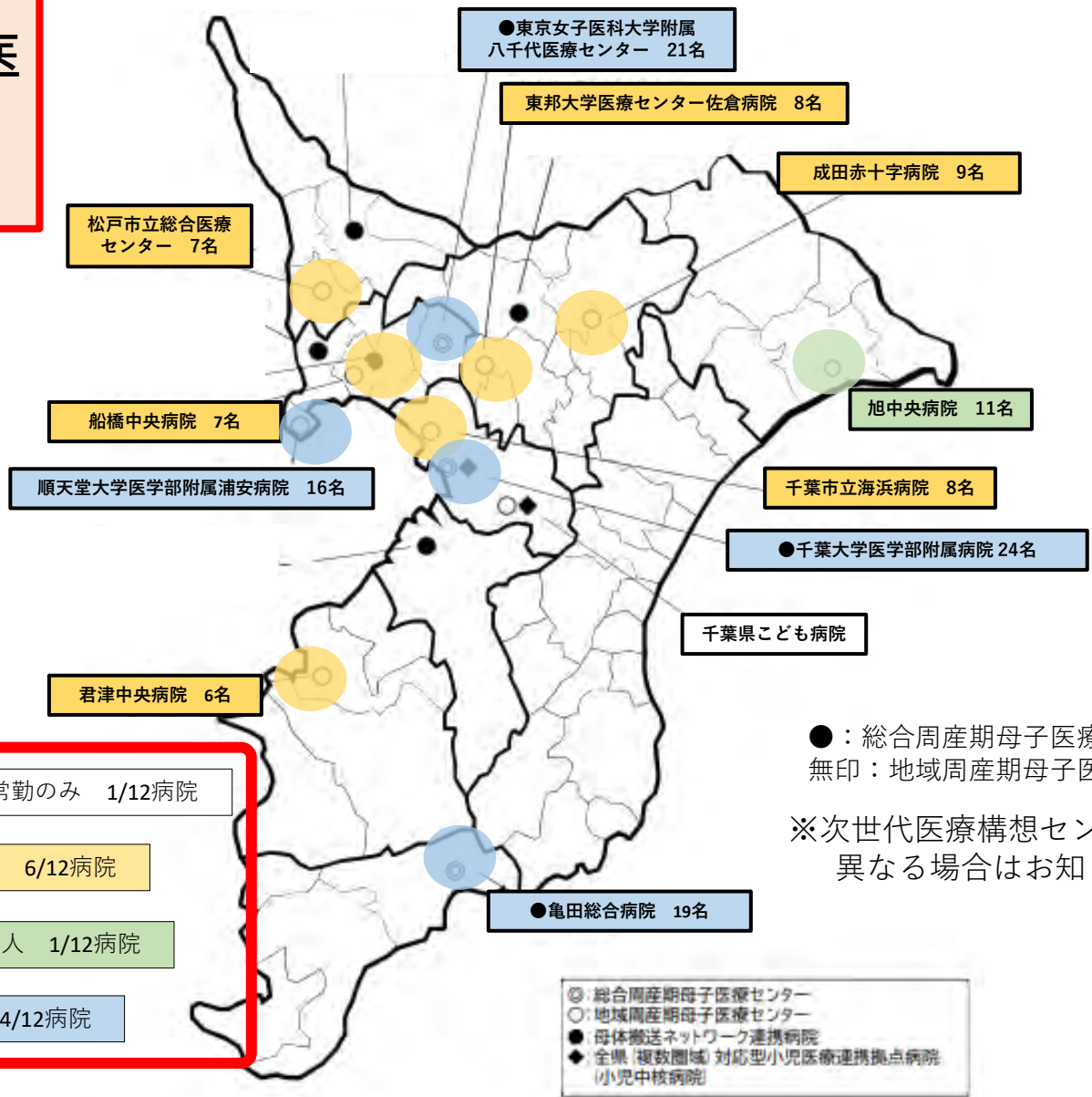
総合周産期母子医療センターは20人、地域は10人以上の常勤医が理想

出典「わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言」

日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会

千葉県内の周産期母子医療センターの常勤医師数 －産科・産婦人科－（2022年1月12日現在）

6の周産期母子医療センターが
9人以下で運営



常勤医師数0人・非常勤のみ	1/12病院
常勤医師数5人～9人	6/12病院
常勤医師数10人～15人	1/12病院
常勤医師数16人～	4/12病院

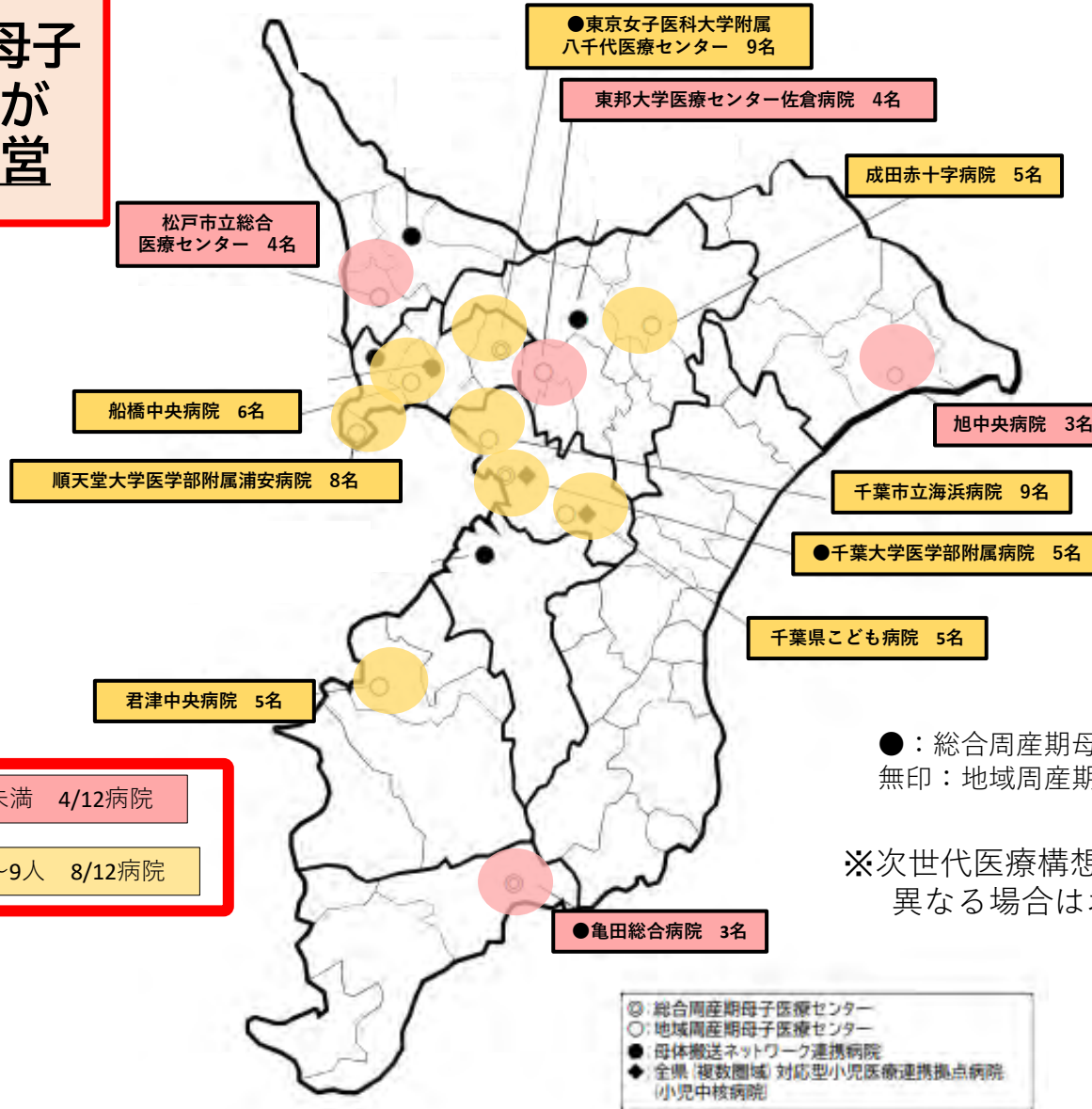
●：総合周産期母子医療センター
○：地域周産期母子医療センター

※次世代医療構想センター調べ（実数と異なる場合はお知らせください）

- ◎：総合周産期母子医療センター
- ：地域周産期母子医療センター
- ：母体搬送ネットワーク連携病院
- ◆：全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院（小児中核病院）

千葉県内の周産期母子医療センターの常勤医師数 － 新生児科 － （2022年1月12日現在）

全ての周産期母子医療センターが9人以下で運営



常勤医師数5人未満 4/12病院

常勤医師数5人～9人 8/12病院

千葉県 周産期母子医療センター医療機関別 分娩時週数（出生数、令和2年度）

●：総合周産期母子医療センター 無印：地域周産期母子医療センター

医療機関名	22～23週	24～27週	28～33週	34～36週	37週以上	早産率 (%)	
●千葉大学医学部附属病院	0	7	31	59	401	19	総合周産期母子医療 センター 平均早産率 17%
●東京女子医科大学付属 八千代医療センター	5	17	37	77	514	21	
●医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	3	5	26	26	556	10	
千葉市立海浜病院	0	4	54	99	448	26	地域周産期母子医療 センター 平均早産率 23%
独立行政法人地域医療機能 推進機構 船橋中央病院	4	20	70	101	310	39	
順天堂大学医学部附属 浦安病院	3	5	25	53	636	12	
松戸市立総合医療センター	1	10	37	66	665	15	
成田赤十字病院	0	12	39	64	440	21	
東邦大学医療センター佐倉病院	0	0	7	35	198	18	
総合病院国保旭中央病院	0	1	21	60	765	10	
国保直営総合病院君津中央病院	0	5	34	71	165	40	

出典：2020年度千葉県周産期医療体制に係る調査

周産期母子医療センター 分娩時体重別新生児数（令和2年度）

●：総合周産期母子医療センター 無印：地域周産期母子医療センター

医療機関名	～499g	500～999g	1000～1499g	1500～1999g	2000～2499g	2500g～	低出生体重児率（%）
●千葉大学医学部附属病院	1	8	22	26	66	374	25
●東京女子医科大学附属八千代医療センター	※-	※-	※-	※-	※-	※-	※-
●医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	3	7	18	16	56	516	16
千葉市立海浜病院	1	5	23	58	90	428	29
独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院	11	27	30	71	111	283	47
順天堂大学医学部附属 浦安病院	0	10	12	26	74	600	17
松戸市立総合医療センター	1	14	16	36	107	605	22
成田赤十字病院	0	11	24	29	76	415	25
東邦大学医療センター佐倉病院	0	0	0	13	29	198	18
総合病院国保旭中央病院	0	1	12	18	79	737	13
国保直営総合病院君津中央病院	0	8	16	23	53	175	36

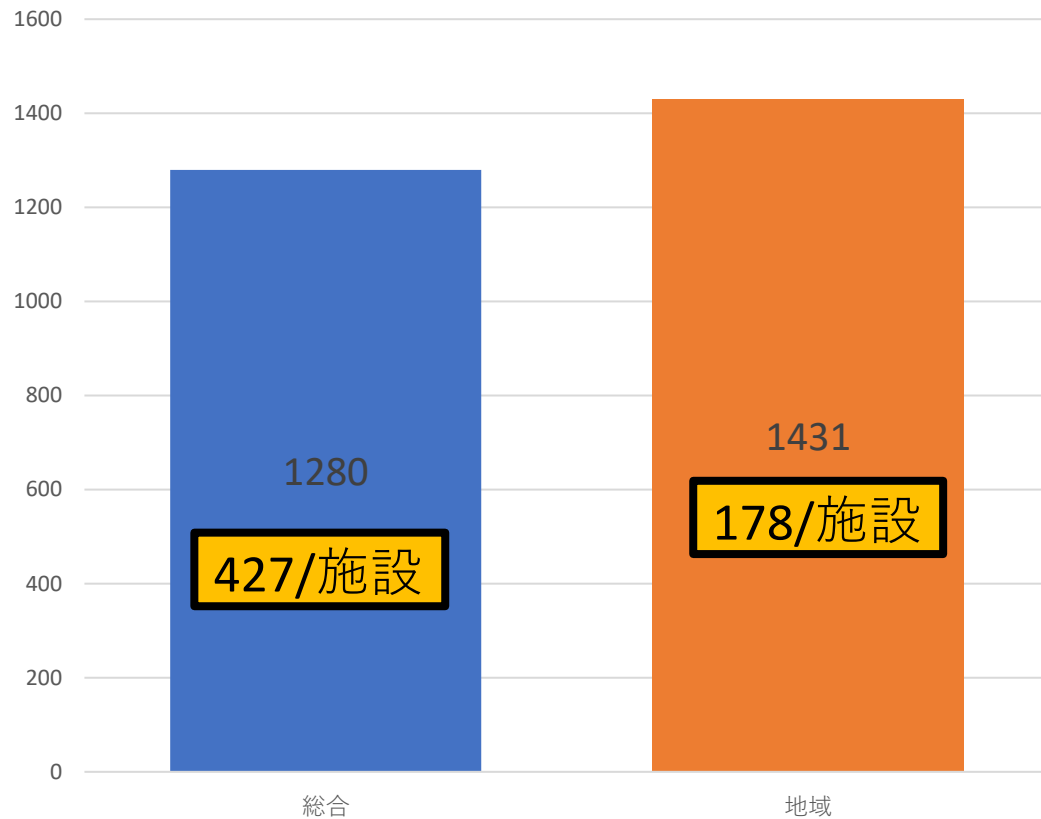
総合周産期母子医療センター
平均低出生体重児率**21%**

地域周産期母子医療センター
平均低出生体重児率**26%**

※統計システム不具合のため算出不能の為、-表記。

出典：2020年度千葉県周産期医療体制に係る調査

ハイリスク分娩管理件数



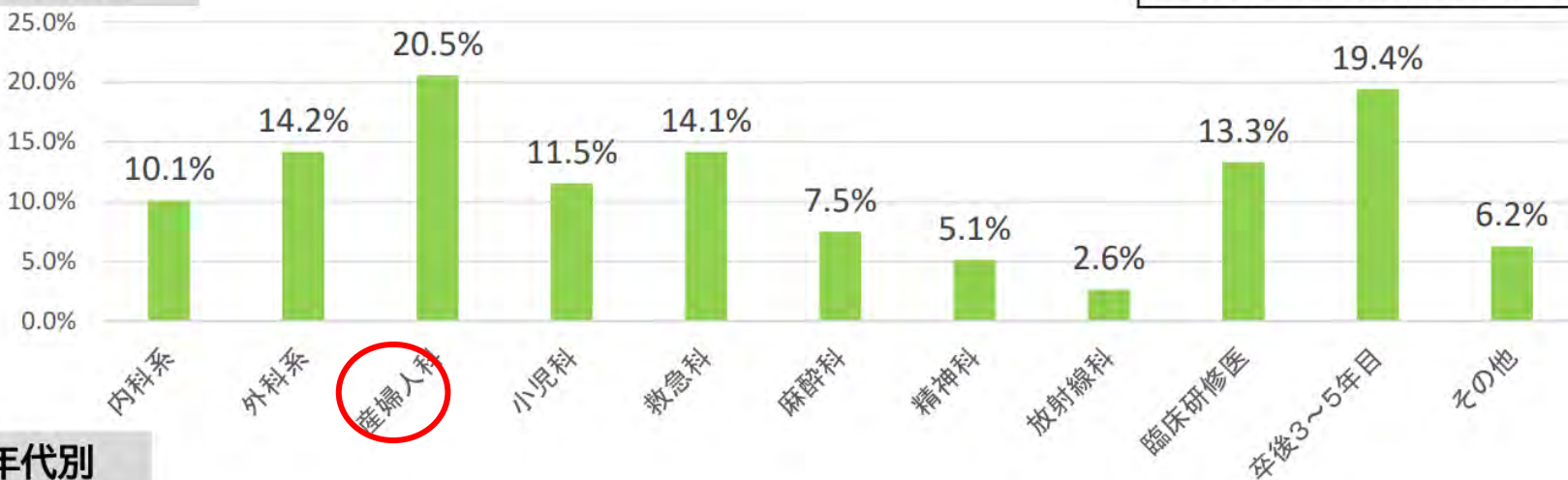
周産期母子医療センターの役割

- ・早産率、出生体重2500g未満の児の割合は総合と地域で大きく差はなかった
- ・ハイリスク分娩管理件数については、総合周産期母子医療センターが地域を大きく上回った

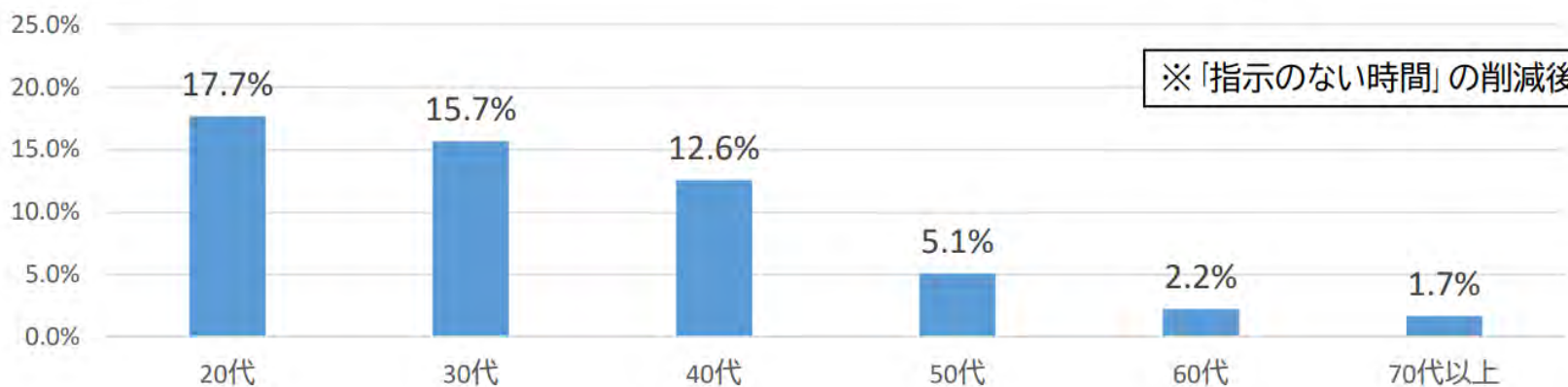
このことから、**総合周産期母子医療センター**では、**分娩週数**や**出生体重**にあらわれない**胎児疾患**や**合併症妊娠**を多く扱っているといえる
また、**地域周産期母子医療センター**では、ハイリスク分娩件数における**早産児**の割合が高いことから、**正常妊娠**も多く扱っていることがわかる

週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

1. 診療科別



2. 年代別



千葉県内の周産期施設ヒアリング

周産期医療体制の現状、課題

- 周産期母子医療センターはハイリスク症例に絞り、**周辺施設との住み分けがのぞましい**
- 分娩数は減少傾向にあり、周辺施設と（もしくは周辺施設同士で）取り合いになる場面もみられる

働き方改革、人員確保について

- 医師数が増えない限り、時間外労働時間制限には対応できない
- 産科に興味を持つ医師は多いが、多忙さで結局他科を選択している
- 当直明けは午前で退勤を心がけているが不可能な場合も多い
- 女性医師の増加に伴い、人数の増加がマンパワーの増加に必ずしもつながらない

今後の希望

- **ほぼすべての施設で周産期医療の集約化をのぞんでいる**
- 深刻な**医師不足**（とくに中堅層）、**コメディカル不足**（とくに助産師）の解消

千葉県新生児医療の現状・背景

- 千葉県内のNICU病床あたりの常勤医師数は全国最下位
(平成27年度調査)
- 千葉県には12病院の周産期母子医療センターが存在する
- 11病院が新生児特定集中治療室管理料1で運営されている

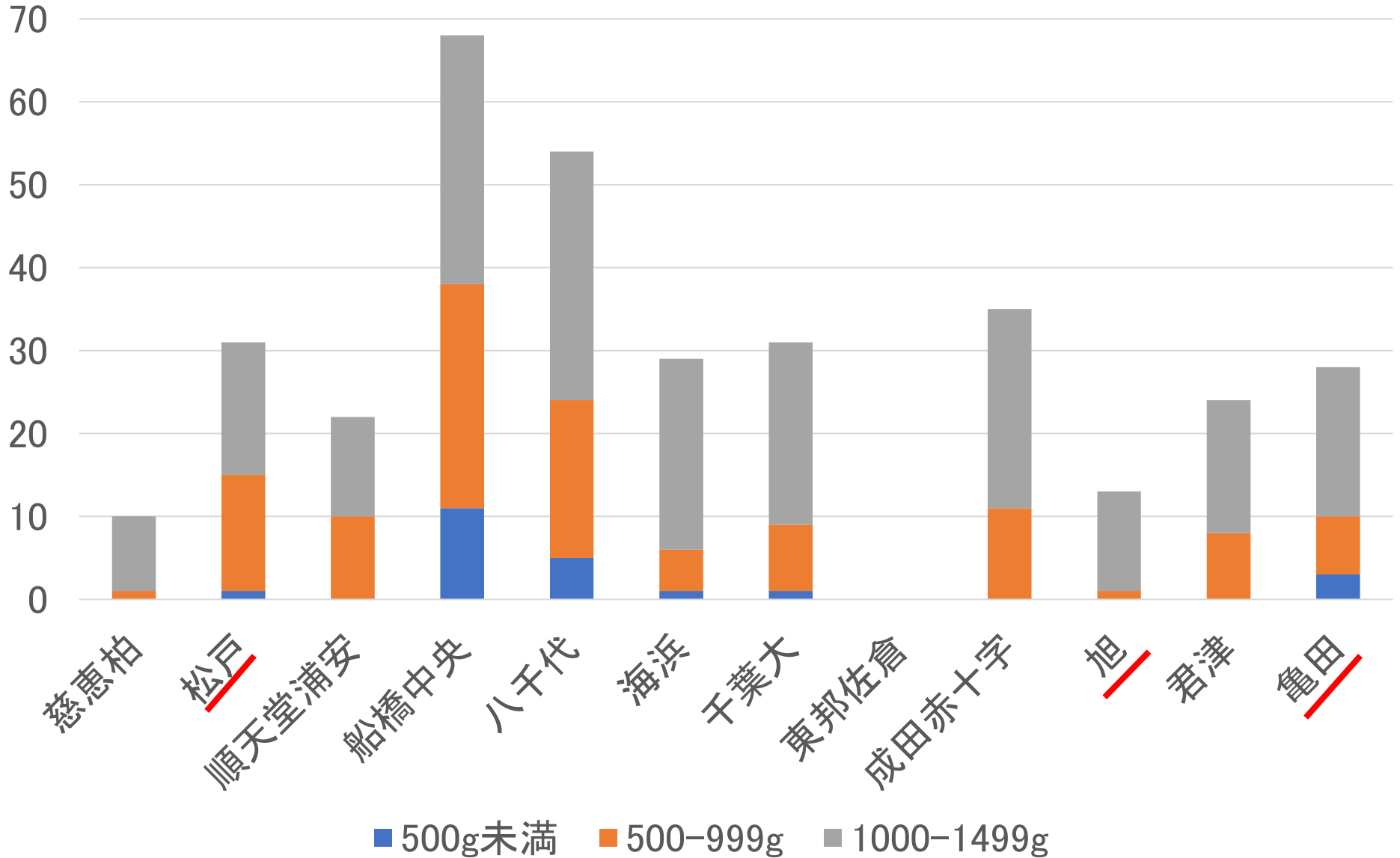
2021年度の常勤医師数 (次世代医療構想センター調査)

	新生児科常勤医師数	医療圏
東京慈恵会医科大学付属柏病院	10*	東葛北部
松戸市立総合医療センター	4	東葛北部
順天堂大学医学部付属浦安病院	8	東葛南部
船橋中央病院	6	東葛南部
東京女子医科大学八千代医療センター	9	東葛南部
千葉市立海浜病院	9	千葉
千葉大学医学部附属病院	5	千葉
千葉県こども病院	5	千葉
国保旭中央病院	3	香取海匝
東邦大学医療センター佐倉病院	4*	印旛
成田赤十字病院	5	印旛
君津中央病院	5	君津
亀田総合病院	3	安房

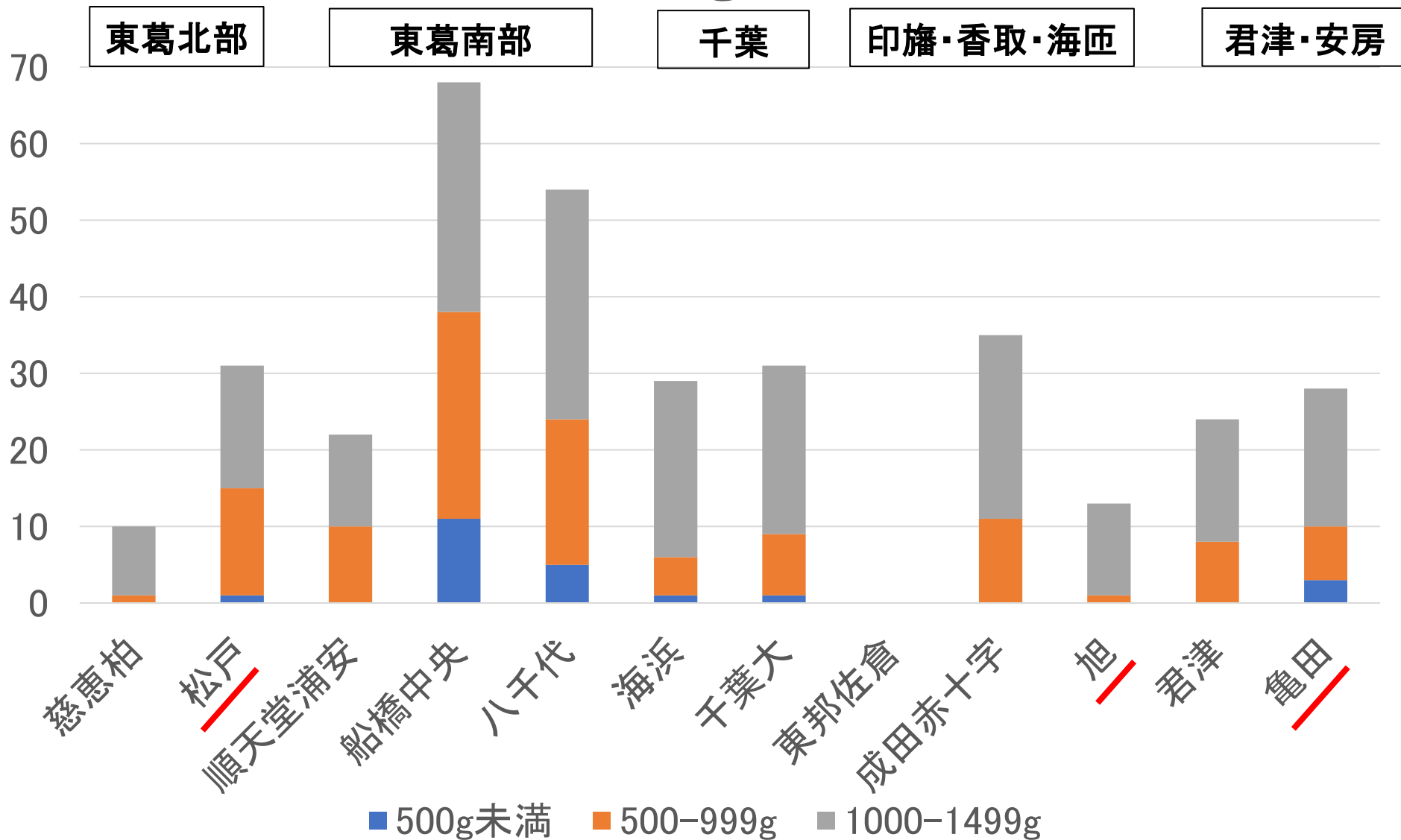
*小児科医師数

2020年度 1500g未満の出生数

(周産期医療に係る調査より引用)



2020年度 1500g未満の出生数



(周産期医療に係る調査より引用)

新生児医療に関する提言

- 1: 医療圏を再配置し、各周産期母子医療センターが機能分化し連携する
- 2: 新生児科医の確保と各施設の小児科医師が新生児医療に協力する
- 3: 千葉県の各周産期母子医療センターが協力し新生児科医を育成する

「医師の働き方改革」に耐える各病院の方策案

- ・産科 9人以下の9病院の方策検討
- ・新生児科 4人以下5病院 9人以下の4病院の方策検討
- ・救急科 4人以下2病院 9人以下の7病院の方策検討

各病院の取りうる方策

- ①医師の増員 ※短期的には困難
- ②関連する診療科の医師と協力して診療
例：産科医療に総合診療 新生児科医療に小児科医
救急医療に総合診療、外科医、整形外科医
- ③診療科内で特定疾患に絞る・診療時間を絞る・教育資源の配置を見送る
- ④近隣病院の同一診療科と合流する
- ⑤当該分野の診療を取りやめる

2024年4月までに完了



2022年度には各病院のとり方策を明確化
地理的な配置を確認しなくしては困る医療をなくさない



次世代医療構想センター活動成果 2021-2022

1) 「提言」に至る背景

2) 2021-2022年 センターの「実行」記録

3) 千葉県地域医療構想の実現に向けた提言2022



「千葉県地域医療構想の実現に向けた提言 2022」

提言 1 : 医師の働き方改革への診療分野別・具体的対応実施

提言 2 : 病院の魅力向上による医師看護師確保・偏在対策

提言 3 : 県内の医療データの収集と分析、公開の徹底

提言 4 : 医療機関間の意見交換、合意形成の場づくり

提言 5 : 千葉県の権限 (勧告・命令・指示) 行使要件の明確化

提言 6 : 県内にシンクタンク設置

提言 7 : 医療政策に取り組む人材 (県職員・医療専門職) の育成



各ステークホルダーが連携・協力して実現

提言Ⅰ：医師の働き方改革への診療分野別・具体的対応

・働き方改革への対応について、県内の診療科別の全体像を把握する必要がある。

各医療機関への意思確認を行ってはどうか

■各病院の取りうる方策■

- ①医師の増員 ※短期的には困難
- ②関連する診療科の医師と協力して診療
例：産科医療に総合診療、産院に照会 新生児科医療に小児科医
救急医療に総合診療、外科医、整形外科医
- ③診療科内で特定疾患に絞る・診療時間を絞る・教育資源の配置を見送る
- ④近隣病院の同一診療科と合流する
- ⑤当該分野の診療を取りやめる ※地域への影響大

県内約290病院への「緊急調査」が必要？

提言2：病院の魅力向上による医師看護師確保・偏在対策

・症例の集約と研修の充実：

各病院の全身麻酔による手術実施件数などを公開・見える化
臨床研修医や専攻医が千葉県の実験を勤務先と選ぶよう訴求

・戦略的「見える化」：

例1) 各病院からの情報開示を推進

例2) 「NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク」が運営する「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」が実施してはどうか

県内約50の研修病院の魅力向上開始

提言3：県内の医療データの収集と分析、公開の徹底

- 千葉県として最大限入手可能な調査結果の把握・モニタリング
- 情報の集約・統合と可視化のための整理
（「シンクタンク」「人材育成」に関連）

例1) DPC事業データの提出受けている病院が、69病院のうち45病院悉皆性（カバー率）を向上させる必要がある。

例2) 厚労省実施の周産期母子医療センター調査の個票を入手した上で各医療機関の了解を得て部分的に公開するなど有効である。

公開情報に基づいた地域医療の議論を
千葉県が率先して行う

新興感染症等を踏まえた医療需要に向けた DPCデータ分析調査事業（実施中）

新型コロナウイルス感染症の影響により、千葉県内の急性期医療にどのような影響があったのか
県内全体平均と比較した相対的影響について、疾患分析やアウトカム分析等をフィードバック
今後の新型コロナウイルス感染症再拡大に備えた医療機能の検討に資する情報提供

千葉県内69DPC病院等
+
データ提出加算病院（約160病院）

名古屋大学医学部附属病院
メディカルITセンターと連携
情報基盤・アルゴリズムの共同利用
（取扱者は次世代医療構想センター）



常に最新データを収集・反映した分析技術基盤による分析事業

提言 4：医療機関間の意見交換、合意形成の場づくり

- 県が事務局となって各政策医療分野別の意見交換の場を設置

例) 「①救急医療分野」「②産科・新生児科分野」
「③小児科救急・専門診療分野」各分科会を設置

各会を 1-2か月に1度程度開催する

- 県土の広い千葉県でもオンライン会議を徹底活用することで、委員の参加率を上げ、短期に密な議論の実現が期待できる。

千葉県が事務局案を示しながら、
次世代に向けて具体的な議論を行う