

令和8年度第1回安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 議事録

1 開催日時

令和8年8月25日（火）午後6時30分から午後8時45分まで

2 開催方法

オンライン開催（WEB会議システムZoomを使用）

3 出席者

委員19名（委員20名中19名出席）、アドバイザー1名、オブザーバー2名
小林委員、原委員、竹内委員、山本信也委員、能重委員、影山委員、亀田俊明委員、
亀田信介委員、川名委員、森委員、佐々木委員、渡辺委員、白石委員、
小橋委員、山田委員、山本大夢委員、三上委員、幸野委員、金井委員、
佐藤アドバイザー、志賀オブザーバー、川越オブザーバー

4 議題

議事

- （1）新たな地域医療構想の策定について
- （2）千葉県保健医療計画の中間見直しについて
- （3）令和7年度病床機能報告の結果について
- （4）安房地域の救急医療体制について
- （5）地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業について

報告事項

- （1）新たな地域医療構想に基づく医療機関機能報告及び病床機能報告について
- （2）病床数適正化緊急支援事業について
- （3）医療機関毎の具体的対応方針について
- （4）地域医療介護総合確保基金による各種事業の実施状況について
- （5）次回調整会議の予定について

その他

5 議事概要

<所長（センター長）挨拶>

本日は大変お忙しい中、安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議に御出席いただきまして、ありがとうございます。皆様方には日頃より当地域の保健医療の推進のためにご尽力いただいております、心より感謝申し上げます。

この会議は、安房地域における関係機関相互の連携を図り、地域の現状や課題について、皆様の貴重なご意見や知見を共有する場として開催するもので、本日は、今年度の第1回の会議となります。

昨年度（令和7年度）の会議ですが、第2回会議が本年3月に開かれました。3月の調整

会議では4つ議題があり、1つ目が、紹介受診重点医療機関として亀田総合病院に引き続きお願いしたこと、2つ目が、医療機関ごとの具体的対処方針として、三芳病院より20床休床したいということの説明があったこと、3つ目として、非稼働病棟について、鋸南病院が療養病床34床を非稼働としていること、4つ目として、地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業より、小児医療・救急医療体制・周産期医療についての分析結果が示されたところでございます。

本日の会議では、新たな地域医療構想の策定や千葉県保健医療計画の中間見直しなど、今後の地域医療の方向性にかかる重要な議題が5件用意されております。また、救急医療体制については議長提案となっております。

本日はオンラインでの開催となりますが、是非皆様の活発な御意見を伺いたいと思いますので、よろしくお願いします。簡単ではございますが、開会のご挨拶させていただきます。

<進行について>

安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議設置要綱第4条第2項及び第3項の規定により、会長である安房健康福祉センター長が進行する。

<議事1「新たな地域医療構想の策定について」>

資料1により、健康福祉政策課 政策室から説明を行った。

【質疑・コメント】

(議長)

ただいまの説明について何かご発言ありますか。

(竹内委員)

安房医師会副会長の竹内と申します。今お話を伺っていると、広域化は確かに色々な意味でこれからは必要だとは思いますが、見ているとこれはあくまでも行政の方の視点ですよ。高齢化が進んでいる地域の場合、利用者の視点、いわゆる患者さんの視点、アクセスをどうするかの問題があります。広域にした場合、利用者である患者さんはどうやって行ったらいいか、その視点が抜け落ちているのですが、その点はどうお考えでしょうか。

(健康福祉政策課 政策室)

交通アクセスの件につきましては、国のガイドラインにおいても考慮する問題として、指摘されているところです。次年度以降、交通アクセス、地域における患者の受療動向なども含めた医療機関の役割分担について地域で議論を行いたいと考えています。

また、構想区域の案について、庁内でインフラを担当する部局にも情報共有をし、アクセスについても考慮した上で議論を進めていきたいと考えています。

(山田委員)

竹内先生のご指摘もごもっともかと思う一方で、実際の受療行動に照らし合わせると、夷隅医療圏や君津医療圏から当地域への流入も非常に多いという実態がありますので、総数で見たときの医師が適正に配置されているのか、病床が妥当であるかという評価に関しましては、案1で示しておられたような、構想地域の方が、私個人としては適切なのではないかと感じる次第です。

一方、小児医療、周産期医療、救急といったところに関しては竹内先生のご指摘のとおり、アクセスについて実際住民が困っていないのかということをもとに、必要性についての丁寧な議論が必要になってくるかとは思っております。

また、当院をはじめ設備が非常に老朽化している病院が多数あるかと思います。今後、人口減少社会において、病床をどこに配置するかという議論になった時には、やはり少し広域で考えていく必要があると思っておりますので、隣接する医療圏との兼ね合いで、医療圏を少し広域に捉え直すことに関しては私個人としては賛成している次第です。

(亀田信介委員)

私としましてはこの案1というのが、合理的に考えて、規模的にも、アクセスからみても良いのではないかと考えます。

ひとつお願いですけれども、住民の方々にこれからいろいろ説明をしていくなかで、地域の「安房長生夷隅山武」であるとか、非常に複雑な名前がついてしまうところがあるので、今回7区域化にするにあたって、例えば案1であれば、当地域は「千葉県南部医療圏」、市原と長生は「千葉県中部医療圏」、香取海匝山武は「千葉県東部医療圏」、印旛を「千葉県北部医療圏」、あと東葛南部・東葛北部・千葉と、こういうふうな呼び方にした方が、非常に住民の方もわかりやすいし、名前は大事なところがありますので、是非、もし(医療圏を)まとめるのであれば、「夷隅安房君津」といった名称ではなく、「千葉県南部医療圏」というような形で、お示しいただいた方が分かりやすいのではないかと思います。

(健康福祉政策課 政策室)

名称につきましても、いただいたご意見を踏まえて検討させていただきたいと考えております。

(議長)

確認ですが、一応案1が有力ということではよろしいでしょうか。案3は千葉県の南部地域で県の7割くらいを網羅してしまうような、大きな医療圏ができてしまうようですが、案の中でどれが一番の強力な候補なのでしょうか。

(健康福祉部 保健医療担当部長)

最初に竹内先生から、「行政的な考え方になってしまっているのではないか」という御懸念が寄せられたところですが、資料でお示ししているとおおり、実際に患者さんの流れに沿った区域とするにはどのようにしたらいいのかということで、県で考えた案というものです。そうした中、最も住民の流れに沿ったものとなっているのが、案1です。一方、県としては

様々な案を設けさせていただいた上で、各地域の目線や御意見をいただきながら、最終的に取りまとめの審議会での決定をしていきたいと考えております。

例えば、今後、医療が各地域の実情に応じて、連携や再編、集約化等が行われていく中で、病院間の距離が空いてしまった場合は、真ん中の地点で頑張っている病院あるいは診療所の役割がより大きくなってくると思います。そういったところについては、県としてもしっかり支えていくような姿勢が大事になると思いますので、そのような観点で、竹内先生の御懸念の事態が起きないように、県としても取り組んでいきたいと考えております。

(議長)

医療圏の広さというものについても、御検討いただければと思います。

<議事2「千葉県保健医療計画の中間見直しについて」>

資料2により、健康福祉政策課 政策室から説明を行った。

【質疑・コメント】

(山田委員)

保健医療計画について1点質問ですが、必要な病床数や医師配置の評価に関して、現行のものと、医療法上の病床区分（一般、療養病床等）で病床数を評価されているものと、実際の機能（急性期・包括期・慢性期等）での評価が混然一体となっている印象があり、医療法上の一般病床としてくられる病床の実際の中身が非常に多岐にわたっているため、一般病床としての配置を前面に評価されていると違和感を覚えます。今後の保健医療計画を策定する上にどういう方針でいらっしゃるのか、県の考えをお聞きしたい。

また、在宅医療に関して、保健医療計画において、病院を対象にはある程度評価できていると思う一方で、実際の提供者は開業医の先生等、いろいろな提供体制があると思います。そのあたりが、施策との距離感があるように感じているのですが、どのように実際の在宅医療の現状を評価されて、政策を決定していくのか、その方針に関して具体的なアイデアがあれば教えていただければと思っております。

(健康福祉政策課 政策室)

基準病床数の考え方について、今後の病床配分や、必要病床数をどのように各地域で設定するかという議論の際に、しっかりと丁寧に説明させていただきたいと考えております。

なお、病床配分の際には、急性期や回復期等の機能について細かく区分をして、地域にとってあるべき病床配分の分析をしたうえで、地域にお諮りしているという実績もございます。病床配分の際に、そういった細かい観点が必要であれば、県でも必要な分析をした上で皆様にお示しいたします。

(医療整備課 地域医療構想推進室)

在宅医療に関しましては、地域ごとに適した体制というのがあると考えております。各地

域の人口や面積等の地域差を考慮しながら、県として施策を展開してまいりたいと考えております。

(山本信也委員)

千葉県保健医療計画中間見直しに関わる医療機能調査について、在宅医療機能実態調査に歯科診療所は含まれていますが、外来医療機能調査に歯科診療所が含まれてないのはなぜでしょうか。この調査に歯科診療所も含めていただくことが妥当ではないかとは思いますが、いかがでしょうか。

(医療整備課 地域医療構想推進室)

今年度の実施分につきましては、大変申し訳ありませんが歯科診療所の方は含まれておりません。次回調査時には、また検討させていただければと思います。

(議長)

今から調査項目として加えることはできないということですか。

(医療整備課 地域医療構想推進室)

今からの修正は難しい状況です。

(川名委員)

経年劣化や老朽化した施設の整備や修繕、設備更新等については、千葉県保健医療計画の中間見直しに含まれているのでしょうか。

(医療整備課 地域医療構想推進室)

今回の中間見直しに関しては、建物の老朽化等といった視点は、抜本的な解決は難しいかもしれませんが、一方で先ほどその新たな地域医療構想に関係して、今後の地域計画を考えていく中では、建物の老朽化や建て替えのタイミング等についても考慮しながら考えていく必要のある課題と認識しておりますので、今後の検討課題と捉えております。

(議長)

保健所の担当地域に関する見直しもこの中間見直し以降に行われるのでしょうか。

(健康福祉政策課 政策室)

保健所の体制の見直しにつきましては、保健所長会の意見等も伺いながら対応してまいりたいと考えております。

<議事3「令和7年度病床機能報告の結果について」>

資料3により、医療整備課 地域医療構想推進室から説明を行った。

質疑・コメントなし

<議事4「安房地域の救急医療体制について」>

資料4により、健康福祉政策課 政策室及び安房保健所から説明を行った。

【質疑・コメント】

(議長)

資料の2ページでは、君津医療圏ではひとつの医療機関に集中している状況ですが、安房管内では、亀田総合病院、安房地域医療センター、館山病院等が重症例等を受け入れ、軽症の患者さんを、鴨川市立国保病院、赤門整形外科内科、富山国保病院、鋸南病院、東条病院等が、一次救急でしっかり受け入れてもらっているのを感じています。こちら（安房医療圏）の方が、幅が広がっているのかと感じています。

資料3ページは、他の地域から流入してきたケースが326例に対して、流出するのは35例ということで、周辺の医療圏から頼られている状況があるということを感じております。

この救急医療体制について、安房医師会長の小林先生いかがでしょうか。

(小林委員)

受け入れまでに医療機関に電話する平均の回数は、安房が多分一番少ないと思います。消防隊の負担にもなりますので、何度も何度も医療機関にかけなければいけないという事態がこの地域に存在しないというのは、亀田総合病院、安房地域医療センター、館山病院をはじめとした急性期を見ていただいている病院に非常に感謝するところです。この地域は連携が非常によくできており、かかりつけではないからといって断るような体制がありません。非常にうまく機能していると思います。

ただひとつ、地理的な問題があり、(搬送に)時間がかかっているという側面があります。館山から鴨川までの太い道路を通してもらいたいという要望は地域住民にも存在しますが、そういった道路交通の整備による、問題解決もできればと考えております。

(議長)

安房医師会副会長の原先生いかがでしょうか。

(原委員)

今小林先生がおっしゃったとおり、救急搬送に関して困ったことがほぼないということで、大変素晴らしい地域ということはよく話していますので、今のデータを見てそれがよく分かりました。確かに地理的な距離はありますが、一般的にこの地域の救急体制は保たれていると考えております。

(議長)

受け入れる医療機関の亀田総合病院亀田先生いかがでしょうか。

(亀田俊明委員)

先ほど小林先生が言ったとおり道の問題は結構大きく、これから二次医療圏が広がるのであれば、君津、夷隅の方面から山道を通してこないといけないので、是非そのあたりは県にも考えていただきたいと思っております。

また今のところ受け入れ順調な側面がある一方、高齢化の影響もあり、最近緊急オペがものすごく増えてきています。今後、本当に重症な患者さんをスムーズに受け入れられるのだろうかという不安は、無いわけではないというのが現状です。

(議長)

安房地域医療センターの亀田先生いかがでしょうか。

(亀田信介委員)

安房地域医療センターは149床しかない中で、だいたい13日ぐらいの平均在院日数で回していますが、独居や貧困といった場合に他になかなか受け入れてもらえないという実態もあります。急性期の病院で本当に必要な方をどんどん見ていくために、ベッドを埋めてしまっているそういう方を送り出せないときに、どうしたらいいのかということが、これからの救急医療とか急性期医療で最も大きな問題になります。

独居の高齢者、それから貧困という問題が底辺にありますので、社会保障全体の見直しになりますが、県あるいは自治体の協力なしには、ちょっと解決できないのかなと思っています。

(議長)

急性期を乗り越えた患者さんを、どこの医療機関又は施設に移すかということだと思いますが、政策室としてこれに関するご発言をいただけますでしょうか。

(健康福祉政策課 政策室)

地域医療構想を策定していくうえでも、介護との連携は非常に重要なポイントになってくると考えています。医療と福祉の連携についても、県として検討させていただきたいと考えています。

<議事5「地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業について」>

資料5により、健康福祉政策課 政策室及び千葉大学医学部附属病院から説明を行った。

【質疑・コメント】

(議長)

データ分析チームに関して、ご質問又はこういう内容も入れて欲しいといった提案等はいかがでしょうか。鴨川市立国保病院の小槁先生いかがでしょうか。

(小槁委員)

データ分析に関しては、これから当院の医療機能をどうしていくかという役割分担とい

う点でも、実際にデータを分析していただくことは非常に重要なことと思っています。当院も今回のDPCの提出に御協力させていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(議長)

鋸南病院の山本先生いかがでしょうか。

(山本大夢委員)

当地域のアクセス性などについて、そのような検討が必要ではないかというのは、私も常日頃感じていたので、そのような研究をされている機関があるということで非常に納得のいくお話だったかと思います。

(議長)

保険者の立場からはいかがでしょう。全国健康保険協会千葉支部の三上様お願いします。

(三上委員)

協会けんぽの三上です。今いただいた資料としては特に保険者として発言する内容はありますが、協会けんぽとしても必要に応じて情報データの提供等をさせていただければと思いますので、必要があれば御検討いただければと思います。地域医療構想については、保険者としては医療費適正化に向けて進めていくという施策の一面もありますので、いま国と県の方で進められているであろう、(薬剤の)地域フォーミュラリともよく連携していただけたらと思っています。

(議長)

健康保険組合連合千葉連合会の幸野様はいかがでしょう。

(幸野委員)

今日の感想も含めてお話させていただきますと、データ分析について新しい地域医療構想は病院の機能を重視しているというものがありますので、病床の機能よりもその病院の機能というところに特化して、データを分析していただけたら、より効果のあるものになるのではと思います。

それと、議論を聞いていて少し気になったのは、医療圏の設定について、入院機能だけに集中しているような感じを受けました。それ(入院機能)以外の救急受け入れや、在宅、介護との連携という点を考慮して、医療圏を決める必要はないのかと少し気になっています。

もうひとつの感想として、この南房総地域において、亀田総合病院に頼るのもいいですけど、亀田総合病院が重症の機能に特化して受け入れて、中等症以下の救急については他の病院が連携して受け入れるような分担を決めていく必要があるのではないか、役割を分散していく検討もこれから必要ではないかというのが、私の感想です。

(亀田信介委員)

今後の地域医療構想の話ですが、今のひとつ大きな問題は、この地域の若者がどんどん減って労働人口が減っているという中で、看護師養成所が大学も含めて、どんどん定員割れをしているという現状です。その理由としては、定員を満たさず、赤字が余りにも大きくてもう耐えられず、閉校するということです。介護に至っては、介護の養成所を作ったとしても、日本人は応募してきません。

いくら計画を作ったところで、看護や介護はAIでは代われません。人材の取り合いになり、処遇をどんどん他の業界が上げていっている中で、公定価格である医療・介護分野は処遇が上げられない。これから2040年に向けた絵を書くのであれば、そこをどういうふうに解決するかと思っていますので、是非これからその議論をしていただきたいというふうに思います。

(議長)

看護協会に伺います。影山副会長いかがでしょうか。

(影山委員)

今、亀田総合病院で病床管理に関わっている身として非常に危機感を覚えているのは、救急で受け入れた後の患者さんの出口戦略を、きちんと考えていかないといけないことです。

この安房医療圏の中でも回復期の病床は非常に少ないので、今後は北のほうにも依頼先を広げなければいけないことが今もう現実には始まっています。先ほど、安房医療圏から他に流出する救急患者はほんの少しで、反対に流入してくるのが9倍ぐらいだと話がありましたが、回復期に関しては逆の発想で、安房医療圏から他に多くお願いをするというような形式が今後整っていかないといけないと思います。

(山田委員)

亀田(信介)先生のおっしゃられた発言に全面的に賛成で、今後の持続可能な地域医療体制をどう作るかというところを、千葉大学にも少し評価してもらいたいと思っています。

ちょっと影山さんの意見に疑問なところがありまして、安房周辺の君津、夷隅医療圏も回復期の病床に関しては、かなり少ないという評価になっています。なので、これから医療人口が爆発的に増加する首都圏(からの人材に)に出口を求めるのは、実際は違ってくるのかなと思っています。安房医療圏は相対的に介護施設のベッド数も多いと思っておりますので、そこは圏域内でできるだけスムーズに、介護施設に患者さんが流れていくフローを作っていくことが重要かと思っています。

(議長)

安房薬剤会薬業会の能重先生いかがでしょうか。地域フォーミュラリについては、薬業会でも議論しているところもあると思いますが。

(能重委員)

薬剤師会として気になっているのが、病院に勤める薬剤師の数というのが非常に減ってきている現状があり、人材確保という面で病院関係者の方々にご迷惑をかけているというのを感じています。いま、ドラッグストアに流れる人材がものすごく多く、また調剤薬局に勤めていた薬剤師が病院薬剤師に転職するというのが、業務の内容も含めて、非常に大きな壁になっているのが実情であり、なかなか御要望にお応えできていないという現状です。職業選択の自由はあるので難しい面はありますが、そのあたりの対処が難しいという現状をお伝えしたいと思います。

(議長)

ありがとうございます。重ねて伺いたいのですが、医療圏が大きくなるということに関して、薬業会としては何か大きな影響ありますでしょうか。

(能重委員)

医療圏が大きくなって人材交流というのがそれで進むのであれば、すごくいい話だと思いますが、実際問題は、医療圏が広がったことによって薬剤師がちょっと遠くの地域からこちら（安房）に来ていただけたとか、そういう話には繋がらないと思います。薬剤師会薬業会としては、医療圏が広がるということについては、あまり影響がないかと考えています。

(議長)

原先生から病床数についての御質問、御意見を何かいただけますでしょうか。

(原委員)

今回の資料の中で病床数の適正化というのが出ていたのですが、この安房地域の方で病床数はどのぐらい減らすことを目標にしているのでしょうか。具体的な資料と今どういう方向で進んでいるのか教えていただきたいと思います。

(医療整備課 地域医療構想推進室)

病床数適正化緊急支援事業については、このあと報告事項2において報告いたしますが、病床削減の目標値というものは、県としてはございません。また、これから新たな地域医療構想のもとで、2040年の必要病床数等を算定してまいりますので、そういった指標をもって病床数の目標を示してまいります。

<報告事項1「新たな地域医療構想に基づく医療機関機能報告及び病床機能報告について」>

資料6により、医療整備課 地域医療構想推進室から説明を行った。

質疑・コメントなし

＜報告事項２「病床数適正化緊急支援事業について」＞

資料７により、医療整備課 地域医療構想推進室から説明を行った。

質疑・コメントなし

＜報告事項３「医療機関毎の具体的対応方針について」＞

資料８により、医療整備課 地域医療構想推進室から説明を行った。

質疑・コメントなし

＜報告事項４「地域医療介護総合確保基金による各種事業の実施状況について」＞

資料９により、健康福祉政策課 政策室から説明を行った。

【質疑・コメント】

（議長）

この修学資金の部分に関して、日本人でなければだめということはありませんか。外国人も可能なのでしょうか。

（医療整備課 医師確保・地域医療推進室）

医師修学資金貸付制度について、国籍の要件を設けていることはありません。

＜報告事項５「次年度調整会議の予定について」＞

資料１０を参照いただくことにより、説明は省略。

（議長）

ここで、各市町から参加していただいています市長、町長に発言いただきたいのですが、館山市の森市長、これまでの地域医療構想会議について、ご発言いただけますでしょうか。

（森委員）

安房医師会の先生方の御協力のもと、日中のみならず、夜間休日の診療についても、市民の健康のために御尽力いただき、感謝申し上げます。高齢化が進む中、市民の皆様が生涯にわたって住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる医療体制の確保は、安房地域における最も重要かつ、喫緊の課題であると認識しています。

医療需要が増大する一方で、医療従事者の確保や高齢者の交通手段の確保等、安房地域の医療環境が厳しくなっているとも感じております。館山鴨川高速道路については、館山市、鴨川市、南房総市、鋸南町が連携して、県にも要望していきたいと思っております。

また、医師や歯科医師の高齢化による、閉院は極めて深刻な課題であると重く受けとめています。市民の皆様が安心して歳を重ね、暮らし続けられる環境を守るためにも、関係者の皆様と対応を考えていかなければならないと考えていますので、引き続きよろしく願いいたします。

(議長)

鴨川市の佐々木市長、いかがでしょうか。

(佐々木委員)

新たな地域医療構想を進めるにあたって、アクセスの問題も生じるのではないかと思います。道路整備は、公共交通という面でもしっかりと考えなくてはならないと思っています。

あとはやはり、医師不足、看護師不足の問題と、担い手不足と高齢化の問題が出たかと思いますが、鴨川でも歯科医院の閉院が生じていますので、そのあたりもしっかりと考えていかなければならないと思っております。

(議長)

南房総市の渡辺市長はいかがでしょうか。

(渡辺委員)

まず各医師会の皆様、医療機関の皆様、被用者保険の各団体の皆様には大変お世話になっておりまして心から感謝申し上げます。

今回新たな医療構想として、医療圏が広がるということで議論がスタートしていると思いますが、かかりつけ医の維持や生活期のリハビリテーション等もしっかり構築することを計画の中に位置付け、戦略的に進めていただけたらと思います。

また、介護サービスと医療の連携という視点から、医療圏の設定をしていただきたいと思います。今後、この医療圏の計画が定まった後には、介護保険に関する県の支援計画が策定されるのだと思います。その支援計画の策定時には、この新たな医療圏をもとにサービスの数や推計等をされていくものと思いますが、そのサービス量の推計時には医療圏を広げても、精緻に見ていただき、進めていただくよう県にはお願いを申し上げたいと思います。

(議長)

渡辺市長、御発言ありがとうございます。私も、在宅医療や在宅介護に関しては、中学校区・小学校区という小さな範囲で考えないといけないと思っています。市や町が行っている地域包括ケアに関しては、行政が小さい範囲で考えているので、大きな医療圏で考えるのは困難な一面もあるかと思っています。

鋸南町の白石町長お願いします。

(白石委員)

大変貴重なデータをもって御説明いただきまして、ありがとうございました。非常に勉強になりました。

やはり行政として一番基本的なことは、地域の住民の皆さんがいつまでも元気でおられることに重点を置いて考えていかなければならないと思っていますので、元気で病気をしないでいられるような街づくりを目指していきたいと思っています。

(議長)

続いて、千葉県医師会から参加しておられます、千葉県医師会副会長の志賀先生お願いします。

(志賀オブザーバー)

地域の問題を勉強させていただくことができました。各地域に特性というものはありません、安房地域はどういうものかということ、千葉県医師会として理解した上で対応策を考えていかないと、と思った次第です。

また、安房地域における救急面での充実はいいものですし、データ分析チームが作ったデータも非常に使いやすいデータが出てきているので、他の地域も同じような形でまとめていくといいのかと思いました。

(議長)

引き続き理事の川越先生お願いします。

(川越オブザーバー)

この回に参加させていただきまして大変勉強になりました。千葉県医師会の担当理事として、全ての圏域の調整会議に出させていただいていますが、最も活発に議論がなされて非常に皆さんが真剣に考えておられることがよく伝わりました。

もちろん、医療圏の見直しがかかっているエリアは、より真剣に議論しなければいけないという緊迫感を持っていらっしゃるということもよく分かりましたし、従事者減なども含めて、いろいろなことが切迫しているのだと思います。県とも力を合わせて、力・知恵を絞っていくほかないと思いますので、今後とも参加させていただければと思います。

(議長)

その他、何か御発言ありますでしょうか。

(亀田俊明委員)

亀田総合病院の亀田です。先ほどの議論で、影山さんと山田先生が少し噛み合っていなかったと思うので、補足をさせていただくと、当院は二次医療圏を超えてかなり広域から集まってくる場所があるので、安房医療圏内で下りの搬送をやろうと思うと、そこでは収まらないというのが現状です。半分はもう、県外から来ていますので、そういったことを考えるとどうしても、空いているところに遠くでも送らざるを得なくなってくるという状況になります。下り搬送自体は、県外からの患者さんでいっぱいになってしまう時は、外も見ないといけないので、下り搬送の範囲を広げ、二次医療圏を超えた話になってしまうので、少し噛み合わなかったのかなと思っております。

(議長)

実際亀田総合病院には、関東圏また海外からも患者さんが来ているので、ベッド数だけ二

次医療圏で縛られるのは少し変な印象を私も受けています。患者に関しては、結局は家のあるところに戻してあげることが一番かと思いますので、そういうことが下り搬送でできると良いと考えます。

(山田委員)

ありがとうございました。よく理解できました。その解決策としては、やはり包括期に関して、地域にどのような分布でどのような病床がどこにあったほうがいいのかという議論を進めることが一番大事かと思います。出口戦略として、急性期病院が患者さんを流せる体制を全域で作っていく必要があるのかと理解しました。

<佐藤地域医療構想アドバイザー コメント>

安房地域における調整会議の議題を通じまして、先生方や皆様方から、非常に活発な御議論がありまして、それに対して、私から特に補足や反論は全くございません。

千葉県が、県全体の新たな地域医療構想に向けて取り組む方向性、そして医療圏ごとに、個別事情を加味した、構想区域の見直しを含めた個別事情にできるだけ配慮しながら進めていることが示されたかと思います。

この安房医療圏に関しては、拡張する案が今のところ方向性として出ているということですが、それによって何か住民の行動が変わらないことを考えると、これまでの議題や課題が新しく追加されることよりも、より広域で考えていかななくてはならない部分と、より細かに考えていかななくてはならない部分とを、分けていかなければならないと思います。

最後のコメントでもありましたが、包括期以降、つまり受け皿となるところの課題が、隣の医療圏でも非常に厳しいことが前回の会議でも示されておりました。これは私の持論にはなりますが、この問題を考えるときに、考える順番としては一番後方となる、介護や在宅の体制から考えて、受け皿がしっかりしていないと、亀田信介先生のお話にもありましており、病院の方に溜まってしまうような事態が起きてしまいます。また、受け皿が仮に閉鎖というようなことになってしまうと、最終的にはそれを急性期で抱えざるをえないため、お互いが苦しくなってしまいます。

ただ、特に医療と介護の連携という形になると、データが千葉県の場合はありません。統計データはありますが、公表単位では入手できていません。茨城県や栃木県は入手しており、大学が中心となって分析をしています。そのデータは特に後期高齢者を中心とした国保のデータですが、保有者は市町村です。この、調整会議に係る部署と介護に係る部署は違うので、なかなか連携は難しいかと思いますが、まずはそういったデータを皆様方と共有する目的のために使わせてほしいということを、部局を超えて、県、市町村、関係団体の先生方と連携していかななくてはならないと思います。他県ではそのようなデータを使って実態を数値化しています。今年度は新たな地域医療構想や保健医療計画の中間見直しを議論するある種の助走期間でもありますので、その間にデータソースをどうしていくかについて、この会議を終えて、様々な形で、市町村や保険団体と皆様方で協力できるような体制ができれば、この議題がより活発になっていくのではないかと思います。本日はせっかくの場ですので、

そのようなプラスアルファの可能性もあることを補足させていただき、私のコメントとさせていただきます。

以上