

令和4年度第1回山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議  
開催結果

1 日 時 令和4年8月30日（火） 午後7時00分から午後9時5分まで

2 開催方法 Web開催

3 出席者

○委員総数28名中25名出席

伊藤委員、武田委員、齋藤委員、大塚委員、道脇委員、佐藤委員、菊池委員、  
柳委員、林委員、藤本委員、安蒜委員、河野委員、奥野委員、坂本委員、  
桐谷委員、宋倉委員、塩田委員、幸野委員、小野寺委員（代）、林委員、  
鹿間委員、田中委員、太田委員、中村委員、鎗田委員（会長）、

○医療機関関係者 9名

4 内 容

(1) 講 演

地域医療構想寄附研究部門の活動報告について

(2) 議 事

(ア) 医師の働き方改革について

(イ) 2025年に向けた医療機関毎の具体的対応方針について

(3) 報告事項

(ア) 令和3年度病床機能報告の結果について

(イ) 公立病院経営強化プランの策定について

(ウ) 地域医療介護総合確保基金による各種事業（医療分）の実施状況について

(エ) 外来機能報告制度について

(オ) 山武地域部会の開催結果について

## 5 概 要

(1) 講演：地域医療構想寄附研究部門の活動報告について

### ○ 演者説明

資料1により、千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターから説明

### ○ 意見及び質疑応答

(委員)

働き方改革において医師数を増やすことは非常にいいことであるが、実際に産科医を希望する若い先生方は、かなり減少しているという話を聞いている。まず産科医が増えない限りにおいては、今回の話もスタートが出来ないのではないかと思うが、産科医を増やすためにはどうしたらいいかという議論はあるのか。

(次世代医療構想センター)

国は、医師の偏在対策、働き方改革及び地域医療構想を一体的に進めると言っているが、いずれも実行する時期が異なっている。

現在修学資金制度や専門医制度等様々な対策により医師偏在対策支援を行っているが、完成するのが2036年でまだ先となる。

一方で、働き方改革は罰則付きの制度で、1年半後にはもう適用されてしまう。ここに大きなギャップがあって、現場としてはこれに対応するのが正直困難であるというのが私の個人的な意見である。

対応しなくていいかということとそういうわけにはいかず、現在の診療体制を維持したとすると、1年半後には法令違反となれば労働基準監督署に罰せられてしまう。それを回避するために多くの病院が、診療提供体制を変更させなければならないため、今日は働き方改革の話を中心に説明をした。

医師確保は当然やらなければならないし進めなければならない。国としては3つしか手がないと言っている。

1つは、病院医師を増やしていくために専門医制度を進めていくこと。これによって、現在も専攻医が東京都から千葉県に流入しているのではないかというデータも出ているため、進んでいくことを期待したい。

もう1つは、医師修学資金制度。現在千葉県においては500名程度の方に貸し付けを行い、義務履行をしてもらっているところだが、その方々の雇用を増やすこと。

もう1つは、総合病院に医師を確保するために、一部の地域で議論されている開業の

制限をして、医師の養成をしていくこと。これは正直是非があると思う。

そういったことをしてある程度医師を確保してから進めていこうというのが、国の政策から見てとれるところである。

いずれしても働き方改革が先にやってきてしまうため、その対応をしていかなければならないというのが今日の発言の主旨となった。

(委員)

我々郡部にいる訳だが、お産というとみんな実家へ帰ってくる。

実家近くの産科を選びたいというのが大体希望であるが、大きな病院に人が集約していくと、産科のある病院が相当少なくなってくる。都市部にはいくつもあるが、郡部には産科を維持できるような病院がどれだけ残るのか。郡部に住んでいる人間としては、もう実家に帰ってお産ができないという状況が現実ですぐ起こるのではないかと心配している。すでに起こっているという声もある。

診療科を選ぶのはそれぞれ自由なため、産科に魅力を感じて、産科を選ぶ先生を増やすことが現時点一番必要なことであるが、そのことに関しては、いわゆる今までの研修医制度で全部壊したわけであるから、もう少し千葉県としてきちんと考えていかなければいけないのではないか。東京都で医師が余っているから千葉県に来るだろうという話ではないと思う。

(次世代医療構想センター)

少し補足すると、現在の新専門医制度が、まさに地域別診療科別の定員を定めた計画配置の制度だというふうに考えている。

この制度が強まっていくことで偏在が緩和されることを期待するが、御意見のとおり、それで本当に充足するかということはまた別問題なのかもしれない。

(委員)

最近、都内のとある大学病院がNICUを閉じたということで大問題になった。

これは本当なのかどうか分からないが、資金面で十分な支援が得られないと、私立だとしてもそういう行動に出ざるを得ないのかなというところがある。

今後の新生児医療について、人的にも経営的にも充実させていくためには、千葉県として資金面でも十分な支援が必要なのではないかと思うが、そのあたりはどう考えて

いるか。

(次世代医療構想センター)

当センターの政策研究でも、その点は非常に関心を持ってやっていた。

国は救急医療に対し、自治体を通じて救命救急センターの指定と認定を行って補助金を支払っている。また、周産期医療に対しても同様の枠組みがあるが、小児医療に対しては、5 疾病 5 事業の 1 つに入っているにもかかわらず、まだ国において制度設計が出来ていない。

自治体によっては独自にそういった医療機関の指定を行っているところも見受けられるが、千葉県の場合は、各種調査の結果等から、現在小児医療の中心をどこが担っているかを見える化し、担っている医療機関に対する重点的な資源や人材の配備が必要だろうと考えている。

(委員)

お産ができない、子供が育てられないとなると、次の世代の医療従事者も育てられないということになってしまうので、ぜひ真剣に取り組んでいくべき課題なのではないかと思っている。

(関係医療機関)

今日の話の中で今後慢性期も少し増えていくという話があった。その中で、大腿骨頸部骨折と肺炎の 2 つが具体的疾患として挙げられていたが、いずれも急性期の病態なのではないか。それら疾患と慢性期も少し増えていくという意見はどのようにリンクするのか。具体的な何か慢性期の疾患の方向性みたいなものがあるのか。

個人的には、認知症が増えてくるのではないかと思ったが、説明の中でむしろ精神科疾患は下がっていくというグラフをお示しいただいた。自分の中で腑に落ちない内容なのだが、そのあたりはいかがか。

(次世代医療構想センター)

慢性期中心と言葉を置いたのは、高度急性期、急性期と重症度を分けたときに、高度急性期の減少ととらえてもらえればと思う。

高度で集中的な診療が必要な患者さんは減ってくるだろうという予測は千葉県も同様で、高度急性期から、大腿骨頸部骨折や肺炎等ある程度の医療機関が対応可能な急性期疾患に重点性がシフトする。これを、高度急性期の程度の低下ということで表現した。

慢性期という言葉は、どちらかというとも高度急性期の医療提供中心よりか、生活習慣病の管理や認知症の管理といった、自宅で生活していきながら、あるいは施設に入所していきながら受けていくような医療との意味合いで説明をした。

## (2) 議事1：医師の働き方改革について

### ○ 事務局説明

資料2により、事務局から説明

### ○ 意見及び質疑応答

(委員)

医師の働き方改革について、なるべく無駄な長時間労働はしないようにするという働きかけは非常に重要だと思うが、そうすると、どうしてもそのしわ寄せが、経営者の方に傾いていくのではないかと懸念している。経営者が倒れてしまうと、医療機関そのものが機能しなくなってしまうというような懸念もある。

時間外労働を減らすためには、それをカバーするだけのマンパワーが医療機関にない場合には、外部から借りてくる必要があると思うが、いろいろなところに声掛けしても、なかなか協力してくれるドクターが見つからないという場合も多々ある。

そのあたり、県の方で何か支援していただくことは可能なのか。

(事務局)

経営者に負担がかかるという点については、ごもっともだと思っている。

厚生労働省の言う医師の働き方改革のメインは勤務医であり、御意見のとおり、もし1人勤務であればその医師が、勤務医がいても院長等経営者に負担がかかるという話は既に他の方からも聞いている。

厚生労働省もいろいろと補助制度を設けているが、あくまで勤務医の改善に向けたものである。一般の中小企業向けの働き方改革に関する補助制度を紹介したこともある。

いずれにしても、経営者の先生が倒れてしまっただけでは元も子もないというのはごもっともなので、タスクシェアやICT等を活用していく方向で考えていくしかないと思っている。具体的なことについては、何か助けになることもあるかもしれないので相談いただきたい。

そもそも医師が不足しているという問題については、こちらがすぐに戦力にならないかもしれないが、修学資金制度で定着を促している。

なかなか手が届いていないかもしれないが、地道な努力はしていきたいと思っている。

地域医療の魅力を発信するというのもこれからやっていくので、ぜひその際には御協力いただければと思う。

(委員)

各医療圏で、特に二次救急の担い手が不足していることが非常に問題になっている。ぜひ若い医療従事者の方々に、積極的に二次救急に関わっていただけるよう県として働きかけをしてもらえるとありがたい。

### (3) 議事2：2025年に向けた医療機関毎の具体的な対応方針について

#### ○ 事務局説明

資料3、4により、事務局から説明

#### ○ 意見及び質疑応答

(委員)

重点支援区域について、この地域は千葉県内でも急速に高齢化が進んでいる地域であり、その一方で医療従事者が少ない地域ということはもう周知だと思うので、自分のところを含めて各医療機関においては、今後少しダウンサイジングをしていかないとならないと考えている。

病床の再編を考えている医療機関は、いくつかあるのではないかと思うので、重点支援区域の申請については、ぜひ進めていただいた方が良いのではないか。

(事務局)

ご意見のとおり、山武長生夷隅地域は医師数等が少ない地域であり、医師確保対策等を講じているところであるが、ダウンサイジング等自主的な取り組みが進むようであれば、ぜひ県も国と一緒にしてお手伝いをさせていただきたい。複数の医療機関の再編統合が今回の重点支援区域の指定の要件ともなっているため、そのような取り組みを検討している医療機関があれば、ぜひ相談していただきたい。

また、重点支援区域として名乗りを上げるにはまだ整っていないが、その前段階で相談したいということでももちろん構わないので、ぜひ積極的に声がけいただければと思う。

(委員)

資料5について、令和7年の必要病床数と令和3年の病床機能報告を比べると、急性期が672床過剰で、回復期が585床不足となっている。実際これだけの数の調整というのは

かなり難しいのではないかと思う。

確か奈良方式だったか、前に議論があったかと思うが、急性期というのは一部分回復的な部分を含むところがあるので、急性期と回復期を合計すると令和7年の必要病床数は1833床になる。一方、令和3年の病床機能報告は1920床になり、その差は約100床となる。

従って、機能的な部分のあり方を見直し、もう少しグラデュアルな捉え方とすれば、必要病床数と報告数は近づくと考えるがいかがか。

(事務局)

病床機能報告は病棟単位での報告となるが、同一病棟の中にはいろんな機能の患者さんがいるとの指摘をかねてからいただいているところである。

平成31年度には、奈良方式や埼玉方式等様々な方式を踏まえ、当圏域でも定量的な基準を策定しており、その基準に基づいた結果が表の右部分である。

報告内容の欠損により分析出来なかった病棟を除くと、高度急性期、急性期、回復期の過不足が、定量的基準に基づくとかなりマイルドになっている。

病床機能報告と必要病床数の差し引きだけではなく、定量的な基準の確認も行いながら、具体的にどう対応していくのか話し合っていきたい。過不足の数字は、根拠のあるものではあるが、議論や調整を進めていくための材料の1つとして考えていただければと思っている。県としては、この数字を一床単位でぴったり合わせようというふうには考えてはおらず、皆様の声を聞きながら地域にあった体制を作っていきたいと思っている。

(委員)

将来的に急性期病床は多すぎるということで、急性期病床を減らさないという方針について伺いたい。

現在コロナ第7波の中にあるが、コロナ患者の入院にあたっては、急性期病床を使用している。一般で入院病床を制限し、医療従事者をコロナ患者の対応に割り振って運営している病院がほとんどだと思われる。

今後、令和4年度の診療報酬改定で示されたように、コロナのような新興感染症にも対応できる医療体制の構築を目指すのであれば、急性期病床並びに急性期患者を診療、看護できる医療従事者の確保が必要だと考えるが、そのような状況であっても、県は、将来的に急性期病床は多すぎるという考えを持っているのか。

(事務局)

令和7年の必要病床数を計算する時には、コロナの影響についてはもちろん考慮されてはいなかった。果たして、必要病床数はこのままで良いのかといった御意見もここ数年いただいている。

コロナ対応については、急性期病床の確保のみならず、回復期等後方で支援する病床の確保も重要と考えており、その確保に取り組んでいる。急性期病床については、もっと余裕をもってベットを確保すべきとの御意見と、新興感染症発生時に余力を持って対応するためには、地域医療構想の考え方に沿って、ある程度集約しておくことが大切だという両方の意見をいただいているところである。

現在もコロナ対応のまっただ中であり、振り返りが出来ていないところであるが、今まさに国において次期医療計画の策定について検討されており、次期医療計画から新興感染症に対応する医療提供体制の確保が、新たに計画事項として取り入れられることになっている。

まだ明確な答えが出せず申し訳ないが、国の議論もよく見ながら、本県にふさわしい医療提供体制について、引き続き検討していきたい。当面は、足元のコロナ対応に当たれるように、皆さんの協力をいただきながら、病床の確保等に努めていきたいと思っている。

(委員)

資料5の令和3年度病床機能報告に関して、未だに病棟単位での報告になるのか。それともベッド単位での報告になるのか。郡部に関しては、運用数と報告数とではかなりの差があると思われる。

(事務局)

病床機能報告については、病棟単位で報告する制度になっている。したがって、資料5の表にある必要病床数と病床機能報告の結果の差し引きは、病棟単位での報告に基づいた値となっている。

一方、その右側に書いてある定量的基準に基づく推計については、当圏域においては平成30年度に管内医療機関の協力もいただき、具体的な実態を調査した結果を踏まえて出来上がった計算方法に基づいた値である。その当時の分析結果によると、各機能でそう大きな過不足は生じていなかったと記憶している。

県としては、病棟単位での病床機能報告の結果が、絶対だとはもちろん思っていない。地域の合意のもとで作られた定量的基準や調整会議でいただく実際の肌感覚の意見が大切と考えているので、そういったものを踏まえながらやっていきたいと思っている。

(委員)

先ほどコロナの話が出たが、この3年間でいろんなことが起こっている。これから病床を整えていくにあたっては、この3年間の病床の動きというのはかなり参考になるのではないかと考えるがいかがか。

定量的基準がかなり参考になるし、この3年間の病床の動きというのも参考にして、備えていくべきではないかと考える。

(事務局)

こうした新興感染症が次は絶対にはないとは言えない。御指摘いただいたとおり、コロナの時の動き等を見ながら、その後の医療提供体制を検討する際に参考にさせていただきたい。

(地域医療構想アドバイザー)

地域医療構想のあり方の部分で、議論を先に進めることが出来ないということがあろうかと思う。やはり、地域医療構想あるいは病床機能という前提となる設定が、かなり特殊な条件でないと合わない可能性もあると思われる。

病床機能報告に関して、特にこの地域の場合は、病床単位での報告が必要だという指摘があったように、いわゆる計算式が馴染まないということをいつも感じている。そのせいで、なかなか地域についての話ができないというのは大変残念なことだと思うが、具体的な方針について、これから先どのように見直していくかという議論のきっかけとして、今一度地域医療構想のあり方や病床機能のあり方等を見直せたのは良かったと思う。

そもそも当地域は、千葉県の面積の5分の1を占めていて超広大な面積を持っている。交通網については、どのような交通により圏域が変わっていったのかということの評価しづらいのではないかと思います。圏域内の交通が活発になったというよりは、圏域外との交通が活発になっているというようなこともあるのではないかと。

そういった社会的な環境の変化、診療報酬、新型コロナウイルス、医療技術あるいは資源が、これから2年間しっかり議論して検討していかなければいけないポイントになる

のではないかなと感じている。

医療圏のあり方について、重点支援の制度を活用するというような、医療圏全体というよりは医療圏の一部で議論が高まっていくということは、この地域にとってはとても重要なのではないかと思う。国のやり方と自分たちのやり方が違っているのではないかという不安感を無くすためにも、重点支援制度を活用していくことは、非常に良いことではないかと感じた。

(4) 報告事項1：令和3年度病床機能報告の結果について

○ 事務局説明

資料5により、事務局から説明

(5) 報告事項2：公立病院経営強化プランの策定について

○ 事務局説明

資料6により、事務局から説明

(6) 報告事項3：地域医療介護総合確保基金による各種事業(医療分)の実施状況について

○ 事務局説明

資料7により、事務局から説明

(7) 報告事項4：外来機能報告制度について

○ 事務局説明

資料8により、事務局から説明

(8) 報告事項5：山武地域部会の開催結果について

○ 事務局説明

資料8により、事務局から説明

○ 報告事項1～5に関する意見及び質疑応答

(関係医療機関)

地域医療構想に関しては、ある程度、それぞれの病院が協力し合いながら、また地域医療構想アドバイザー等の意見を聞きながら進めたいと考えているところであるが、

1つ気になるのが、この二次医療圏がやたらに大きいということ。生活圏も異なるし、患者さんの行き来もない。

二次医療圏は3つに分けた方が私はいいと思う。せめて2つくらいに割って、それぞれ患者さんが行き来できるような二次医療圏の中で、病床配分や地域医療構想を推進すべきだと考えるが、県の考えはどうか。

(事務局)

現時点では方向性を申し上げられる段階にない。今後も皆様と一緒に議論して参りたい。

(委員)

地域医療構想について、2025年まであと少しで、なかなか先に進まない状況の中で、今後どうするかという新しい目標を見つけていただきたいと思う。

また、病床機能についてはいろいろな調べ方があると思う。山武長生夷隅においては、病棟ではなく病床の調べ方によりほぼ現実的な値に近づいてきたが、実は点数でただ単に切っているだけで、がん手術をすると点数が高いため高度急性期になり、3日目4日目では点数が低いため、分類としては回復期となってしまう。どのように病床を調べるかについては、国で考えていただきたい。

また、将来的に過不足があまりない数字に近づき、理想どおりの数になった場合、そこで地域医療構想は終わりかというところではない。急性期の中にも、脳卒中とか循環器とか、疾患の種類はたくさんある。細分化していかないと、今後専門性等を考慮した人員を配置することが出来なくなってしまうので、そこも考えていただきたい。

また、人口密度の低い医療圏にすべての機能を詰め込むのは無理なことである。循環器病センターは、長生や夷隅の心疾患脳卒中患者のかなりの受け皿になっていて、そこがきっちり受けてくれれば困ることはないが、例えば脳外科の教授が変わると、引き受ける患者が変わることがある。地域の中だけでつじつまを合わせてもあまり意味がないため、県として疾患別にどういう対処していくか、もう少し議論してから先に進めた方がいいのではないか。

数字だけの議論をやっていても、全く意味がない。結果的に数字だけが合って、蓋を開けると中身は変わってないということになってしまうので、もう少し中身が見える議論をやっていかなければならないと考える。

(事務局)

各機能において、もっと詳しく疾患を見ていかなければならないということは、県としても常々感じていたところである。

また、御指摘のとおり、2025年もだいぶ迫ってきており、国においては、その次の議論も始まりかけているところである。その議論の内容やいただいた意見等を踏まえながら、県としても方針を検討していきたい。

(委員)

二次医療圏として当圏域が広いという話だが、最初山武は印旛と一緒にだったが、様々な理由で、結果的に今の医療圏となった。実際のところ、それぞれの地域で患者さんのやりとりが少ないかというところではなくて、例えば東千葉メディカルセンターには相当数の長生の患者さんが受診しており、また、それぞれの市境では、境を越えて行き来している現状がある。

医師会に関しても、山武長生夷隅は広い地域ではあるが、共通言語圏・文化圏であり、連携して上手くやっている。

(関係医療機関)

山武長生夷隅が上手くいっているとの話を聞いたが、そのためにもやはり移動の容易さというのは大事である。確かに圏央道ができて、以前に比べれば随分行き来が容易になった。特に救急車の行き来は改善したように思うが、同じ夷隅地域の中でも勝浦・大原・外房の方だと、高速道路に乗るまで距離があり、亀田病院にお願いした方が早いケースも現実的にはある。

この会議は、病院の様々な調整をする会議と認識しているが、道路等インフラに関する議論についても取り入れた方が良いのではないか。また、横の繋がりを意識しないと、意見がまとまらないと思うのだが、ある程度他部署とは連携を取り合っているものなのか。予算確保の仕方についても教えていただきたい。

(事務局)

予算については、なかなかつまびらかにはしづらいところがある。現状の医療圏のあり方について賛否はあるかと思うが、庁内調整を行いつつ、地理的条件や日常生活の事情、交通事情等を考慮した上で、策定しているところである。

(関係医療機関)

確認しておきたいのだが、今後県として、時間はかかるのかもしれないが、例えば大原や勝浦から東千葉メディカルセンターに繋がってくようなインフラを整備していく方向で考えているという理解でよろしいか。

(事務局)

基本的にはそのように考えていただいて良いかと思う。

(委員)

今医療圏のことが問題になっているが、山武と長生は多少なりとも繋がりがあるとは思うが、山武と夷隅となると、我々山武では夷隅の患者さんを診たことがない。

もともと印旛と山武が一緒になっていたのを再編して今の二次医療圏になったが、以前調整会議で、なぜこの医療圏が出来たのかということをお県に質問したところ、東千葉メディカルセンターを作るために再編したということだった。

従って、東千葉メディカルセンターが出来た今、そろそろ医療圏を変えてもいいのではないかと感じている。山武郡の救急搬送についても、管外搬送の多くは今印旛に行っており、医療圏としてはやはり、元に戻す方が妥当ではないかと考えている。

(事務局)

現時点で申し上げられるものを持ち合わせていないが、御意見を踏まえて今後も議論していきたい。

(地域医療構想アドバイザー)

まず公立病院経営強化プランの策定について、民間の病院に比べて公立病院は意思決定が難しいという点で悩まれているのではないかと。特に市町村であれば、首長の意向だけですべてが決まるわけではなく、議会や運営協議会等に配慮しなければいけない。その上、調整会議にも整合性を持たせなければいけないという点が厄介になるのではないかと。連携という観点で考えれば、民間の方々の経営の方向性等も重要になるのではないかと。思う。

この地域では、首長の思いや民間の医療機関の考えともうまく整合性が合うような話ができる調整会議を実現することができると考えている。ぜひ頑張ってください。

外来機能については、紹介受診重点医療機関が問題になるようだが、その一方で、フリーアクセスやかかりつけというようなところも議題になってくると思う。今後はその

あたりも念頭においた議論が必要になってきて、いかに予防に力をかけた医療提供ができるかが課題になるように思う。

山武部会からの報告について、特に医療機能に関して、1回の会議で可視化されたのは大きかったと思う。前向きな議論が行われた。医療機能の問題の他にも、経営や運営の問題、公立病院を中心とした医療機関がこれからどう機能を維持していくかという点が問題になるかと思う。山武部会で話し合われた内容が、当調整会議に上がってくるという流れが確立したので、ぜひしっかりとチェックしていただきたい。

最後に、働き方改革の話について、経営者へのしわ寄せ等困難さばかりがクローズアップされているが、県から説明があったように、いろいろな手立てが用意されつつある。それらが活用されることによって、問題点が少しでも解消されること、またその解消に向けての努力が可視化されることを希望する。