

令和4年度第2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5年3月22日（水） 午後7時00分から午後8時30分まで

2 開催方法 Web開催

3 出席者

○委員総数28名中26名出席

伊藤委員（代）、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（代）、宍倉委員、伴委員、塩田委員（代）、幸野委員、
小野寺委員、小室委員、鹿間委員、田中委員（代）、太田委員（代）、中村委員、
鎗田委員（会長）、

○医療機関関係者 11名

4 内 容

(1) 議 事

(ア) 2025年に向けた医療機関毎の具体的対応方針について

(イ) 病床機能再編支援事業について

(2) 報告事項

(ア) 医師の働き方改革に向けた対応について

(イ) 地域医療構想調整会議活性化事業について

(ウ) 今後の主な協議事項について

5 概 要

(1) 議事1：2025年に向けた医療機関毎の具体的対応方針について

○ 事務局説明

資料1-1、1-2により、事務局から説明

○ 意見及び質疑応答

(委員)

私の勤める山之内病院であるが、今回病床数を 105 床に減らす。この背景について補足したい。

茂原市は 2045 年までに総人口が 75%に減り、65 歳以上とそれ以下の人数が逆転するというデータが出ている。また医療と介護の需要について、同市は 10 年後には今よりも医療の需要は減るが、介護の需要は 30%伸びていくという予測が立てられている。

そこで、重い急性期の患者については、東千葉メディカルセンターや自治体病院、急性期を過ぎた患者、あるいは軽い急性期の患者については、私達民間病院が主に診て、どのように在宅に戻していくかというところの機能を重点的に充実させていくべきではないかと考えており、今後はリハビリと在宅の機能に力を入れていきたい。そうした背景から、今回病床再編の届出をさせていただいた。

(委員)

先ほどの話だが、急性期患者については、東千葉メディカルセンターでできるだけ対応させていただきたいと考えている。

非稼働病床について、東千葉メディカルセンターでは 59 床が非稼働になっている。当院には看護師が約 300 人いるが、ICU・HCU・SCUを抱えていることもあり、どうしても看護師の配置が高く、フルオープンに繋がっていないというのが現状。

今年度、ようやく看護師の離職率が 10%程度にまで下がったため、これから看護師が増えていくことを期待している。来年には 280 床程度、再来年には 300 床を超えてフルオープンに近づけていきたい。

まだこれから 10 年程度は高齢者が増え、急性期が高まることを考えると、59 床の非稼働病床については、縮小というよりも出来るだけ頑張って看護師を確保してオープンしていくこと、また、現在東千葉メディカルセンターが抱えている機能を維持、あるいは充実させていくことが必要と考えているので、少し時間をいただき、非稼働を解消していきたい。

(関係医療機関)

様々な地域で医療をしてきて感じることは、この地域は大変救急が弱いということ。救急車が路頭に迷う日もあることから、その解消に向けて、東千葉メディカルセンターを

中心とした仕組みを作るのか、それとも、当医療圏に新たに二次救急の医療機関を建てる等ワンクッション作るのかといったことを視野に入れながら議論する必要があるのではないか。調整会議での議論だけでなく、各医師会での議論も必要となるだろう。

これからどのように検討を進めていけばよいかということをご教示いただきたい。

(委員)

東千葉メディカルセンターでは、長生地区からの患者が多く、特にドクターヘリは、同地区の患者が最も多い。救急の受け入れが重なってしまう時には全ての患者を受け入れられないこともあり、御不便をおかけしている。

先ほど申し上げたとおり、今後は一般病床を出来るだけ広げ、受け入れられる体制を作っていきたいと考えている。

ただ、様々なレベルの救急があるため、そういった意味では、受け入れ体制についても複数選択肢はあると考えられるため、ご検討いただけたらと思う。

(関係医療機関)

当地域の特徴としては、いわゆる団塊世代に比べて、その子供世代が都市部に働きに出てしまっているため、人口が極端に少ないところ。

もちろん医療ニーズもゆっくり下がってきているが、結果として我々の病院で今一番困っていることは、働き手である医師や看護師、ヘルパー等の確保が困難な状況になっているということである。それにより、おそらく中長期的には病棟を維持することが困難になってしまうのではないだろうか。少しずつ病棟を減らしていくという流れは仕方のないこととは思うが、ニーズがまだある病棟を閉めるというわけにはもちろんいかない。郡部の病院は皆困っているのではないか。

各地域で必要なベッド数をキープするために、働き手の確保をどうするかということを経県の方でも考えて動いていただきたい。

当地区の医師会で運営している准看護師学校は、様々な状況で続けることが難しくなったため、2年後に閉じる方向で動いている。そうすると、5年後10年後の看護師の確保が難しくなる。

病床のバランスを考えるといったハードウェアも大切だが、働き手の確保といったソフトウェア的な部分も考えていかないと、医療の限界が来てしまうのではと懸念して

いる。県はそのあたりどのように考えているのか。

(事務局)

看護師や医師について、県全体の不足感や地域差があることは認識している。看護師の確保に当たっては、修学資金制度を設けているが、特に確保が厳しい状況にある山長夷には、他の地域よりも金額を高くした特別の貸付制度を設けるなどしている。医師の確保に当たっても、修学資金制度を運用しているが、積極的に管内地域に勤めてもらうようなプログラムを設けており、地域差に配慮した人材が確保されるよう施策を打っているところである。

新年度からは、医師少数区域である当医療圏である程度お勤めいただいた場合の勉強に要する経費を補助する制度が始まる。やれることはやっていきながら、また先生方のご意見を聞きながら、人材確保が図れるよう引き続き努力していきたいと考えている。

(委員)

今の話にも関連するが、当医療圏は、基準病床数よりも既存病床数の方が多い。病床数は結構あるのだが、医療従事者が大変少ない。また、当医療圏からの流出率が高い。ベッドはあるのに、医療従事者がいないがために、患者を診ることができていないという結論になる。非稼働病床はこの数字以上にあるのではないかと考えるが、実際どうなのか。

医療従事者不足の問題もあるが、どうして病床はあるのにうまく機能しないのか。この医療圏は大きいため、各地域で抱えている問題は微妙に違ってくる。ぜひ、県の方で横断的に見て、問題点や改善策をご提案いただきたい。

(事務局)

今回健康福祉政策課から説明させていただいたのは、あくまで病棟単位である。県では、病棟単位だけではなく病院全体としてどのくらい非稼働の病床があるかという調査も行っているが、これまで公表はしてきていない。そのあたりについて、今後どうあるべきか検討させていただきたいと思っている。

(委員)

必要病床数と既存病床数と基準病床数について、もう少し全体的な数値の解析や意味が

わからないと、各病院では、これから増床するべきなのか、山之内病院のように地域の目的・役割を踏まえて縮小するべきなのか判断しづらい。

(事務局)

おっしゃるとおり、基準病床数・必要病床数・既存病床数と様々な数字がありわかりにくくなっている。

県では基準病床数を定めており、当医療圏では現行計画で 2,717 床。2025 年に必要と見込まれる病床数は、2,931 床となっている。

既存病床数について、病床機能報告においては 3,385 床、現行計画策定時は 3,500 床であり、いずれも基準病床数、必要病床数も上回る数になっている。

このようにベッドが多い中、なぜ流出するのかという指摘がある。1 つにはご指摘のとおり人が少ないため、病床数に対して人の手当が薄くなっており、なかなか受け入れが大変なところがあるのかなと思う。特に、高度な医療となると人手も必要となることから、外に流出していったしまったと考えられる。

今後の医療ニーズの推計からすると、病床数自体まだ多いのだから、ある程度必要どころまでダウンサイジングして、一床当たりの人数を増やしてはどうかというのが国の考えである。

そうはいつでも、いつもご指摘いただくように、経営主体も違う中で簡単に集約化統合というのは難しい話であるので、こうした調整会議の場で状況を共有しながら、地域の中で上手く連携できないかすり合わせが少しずつ進められればと思っている。

(委員)

東千葉メディカルセンターに救急患者をお願いしているケースがあるが、どうしてもキャパの問題で今日は診られないということも結構ある。また、透析患者について、絶対的に医療需要として当地域は少ないのではないかと思うが、東千葉メディカルセンターには透析のベッドが一床しかないため、空いてれば取ってもらえるが、空いていない場合は、帝京大や亀田病院さんに転送せざるをえない状況となる。

医療流出しているとの意見があるが、どうしても医療圏内のキャパが少なすぎるのではないかと思っている。

(委員)

多分皆の考えが一致するのは、ベッドという箱だけでなく、ベッドに見合った人がいないと医療はできないということ。

ベッドに見合った人の確保は各医療機関が努力せよということだと思うが、実際努力してもうどうにもならないためこのような状況になってしまった。千葉大学の医局に医師派遣をお願いしている状況だが、千葉大学自体医師の確保にかなり困っている。なぜかという、日本の医師の進路は個人の自由なので、突然、この科を辞めたいという人が大量に出ると派遣ができない。

要するに、その地域で病院が必要な機能を担おうとしても、人が来ないと運営ができないため、計画自体が絵にかいた餅になってしまう。たまたま人が確保できればその計画どおりの医療機能を果たすことが出来るが、来年も人が来てくれるかどうかはわからない。ここが一番問題なのではないかと思う。

2024年には働き方改革が施行され、千葉大学は宿日直許可を受けた病院以外には、医師を派遣しないということなので、多分地域の二次救急は崩壊するだろう。医師を守る働き方改革は良いが、全体を考えて上手く人を配置しないと、いくら調整会議でベッドの数だけ議論していても意味がない。

看護師を何とか保護するために、看護助手やヘルパーをかなり雇っているが、日本人でそうした職に就く方は少なくなっている。しかも、外国人の方も以前ほど日本に入ってきて、他国に行ってしまうという状況。

今後の医療について、人の数を基準にして考えていかないと、多分崩壊してしまう。崩壊はまず田舎からなので、当医療圏で起きることが数年後に全国の田舎で広がって、そのあと都会にも広がるということが予想されるので、もう少し人の問題を考えていただきたいと思っている。

(関係医療機関)

医師の働き方改革により、救急体制が崩れてしまうのではないかとという危惧を持っている。

それでも患者は来るわけだから、ぜひ地域医療構想に合った救急医療体制を県の方も考えて欲しい。各医師会でも一度議論が必要だろう。東千葉メディカルセンターとの連携をどうするのか、各地でそれぞれ連携ができる体制をつくるのか。

また、医師看護師確保対策で、新たな展開をしない限りは厳しいと思う。千葉大学だけに依存してはいけないだろう。様々な工夫をして医師、看護師を確保することを考えていく必要がある。

中長期的なビジョンも必要。今日結論が出る話ではないが、議論しながら前向きに考えていかない限り、満足できる医療を提供できなくなってしまうのではないかとものすごく危惧している。こうした危機感を今後も共有していきたい。

(2) 議事2：病床機能再編支援事業について

○ 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

なし

(3) 報告事項1：医師の働き方改革に向けた対応について

○ 事務局説明

資料3により、事務局から説明

(事務局)

前半の議事の中で、医師確保に関する話題が出たが、当室が担当であるのでここで少し話をさせていただきたい。

修学資金制度が始まって10数年経ち、ようやく修学資金を借り受けた新人の医師がデビューを始めた。もうすぐデビューする医師も含めて、今県内で約250名の修学資金を受けた医師が働いている。

今卒業生と面談を行っているところだが、皆やる気に溢れており、地域で働きたいということで資金借りていただいているので、これからそれなりに増えていくのではないかと期待している。仮集計ではあるが、この4月から地域A群で働く方が約25名。昨年の4月1日現在では13名だったので、着実に増えている。

また、臨床研修のマッチング率について、今年度は非常に高く、千葉県全体で500名弱の医師が県内でデビューする。これは県内全体であるので、医師少数区域に何人ということではないが、このような形で千葉県に医師がデビューしていく。

もちろんそのあとの専攻医で定着しないと意味がないと思われると思うが、この4月に

デビューする専攻医が400名弱。臨床研修としてはそれなりに入ってきているので、県としては、どのように千葉県に定着させるかということを試行錯誤しながらやっている。

なお、今年度は千葉大学に寄付講座を設け、地域病院アテンディングという制度を使って、例えば長生病院、いすみ医療センター、さんむ医療センター、塩田病院を含む5つの病院で、地域において指導医を育成する事業を新たに開始した。それによって、修学資金生ではない方も含めて、県内のみならず、他県の大学からも実習生を地域病院に入れようという動きをしており、少しずつだが効果が出てきていると思っている。もちろん一人前の医師になるまでに時間がかかるのは承知しているが、病院で実習生を受け入れるということで、病院の先生方の雰囲気良くなる等の効果も出ているため、このような形で県の方では引き続き進めていきたいと思っている。

(4) 報告事項2：地域医療構想調整会議活性化事業について

○ 事務局説明

資料4により、事務局から説明

(5) 報告事項3：今後の主な協議事項について

○ 事務局説明

資料5により、事務局から説明

○ 報告事項1～3に関する意見及び質疑応答

(委員)

医師の働き方改革により千葉大学から派遣が行われなくなると、二次輪番が上手く行かなくなりそうだという噂が他の医療圏等から聞こえてくる。当医療圏においても、そのような話は出ているのか。

当院はあまり二次輪番に参加していないが、二次輪番の医療機関から送られてくる患者が多いため、結果的に当院も二次輪番に参加している形になっている。

当院の救命救急センターの当直体制は、それほど千葉大学に依存していないため、大きな影響はないと思っているが、当医療圏の二次輪番が崩壊してしまうと、結果的に当院の救急自体に影響が及び、については地域全体の救急体制に影響が出る。

(関係医療機関)

この会議の前に山武地域の二次輪番の検討会議というのがあり、その際にも、医師の

働き方改革で千葉大学から派遣が受けられなくなるという話が出た。千葉大学だけに依存しているとやはり派遣切りに近い扱いを受けるというような話も伺った。

二次輪番の医師について、幸い当院は千葉大学に全くといっていいほど依存していないため、派遣切りにあったとしても、今の二次輪番の当直を続けていけるのではないかと考えているが、医師の働き方改革においては、様々な時間的な制約がかかるため、今の非常勤の当直医だけではこなせなくなることは明白であるため、今後医師を増やして対応していく考えでいる。

ただ、先ほど話題に上がったが、医師の働き方改革により救急の医師を派遣できなくなるということであれば、当然この地域の救急医療は崩壊する。そのことをきちんと検討しない状況で、医師の働き方改革が動き始めてしまった。救急医療の崩壊が目に見えているような地域で今後話を進めていかなければいけないということに関しては、非常に問題意識、危機感を持っている。そのあたりをこの調整会議できちんと検討し、体制を作っていただきたい。

(委員)

この調整会議の場は、箱であるベッドを議論する場であって、人に関しては各医療機関がどこかと調整してほしいとの考えは変わらないのか。それとも、今後は人についても議論していくことになるのか。

ベッドについてだけ議論しても意味がない。人がいないから空床となるわけで、ベッドが余っているわけではない。

もう 10 年近くこの会議をやっているが、一番大事なのやはり人だということをもう少し考えていただきたいと思う。そうでないと、おそらく数年先には医療崩壊してしまうので、抜本的な考え方の変更をお願いしたい。

国の制度も関わってくるので、なかなか難しいとは思いますが、例えばドイツやフランスでは、地域ごとに診療科の定数を決めており、人に関しての医療計画を定めている。

もちろん県が独自にやることはできないが、国とそのような話をできるのは県であるので、ぜひ話をしていただきたい。

当然、診療科と地域を縛るということは、発言している私も含めて、医療従事者が自分で自分の首を絞めることに繋がるが、医学部の入学の時点で定員数は絞られているので、私たちはある程度覚悟している。調整会議の場で、地域での診療科と人数を今後どうして

いくかという話を進めていかないと間に合わないと思っている。国のシステムが変わらない中、各病院の医師の不足をこの場で何とかしようということではない。例えば、国にデータを上げるために、この会議をデータ収集の場として使っていただくことは賛成する。

私たちがある程度意見を言えるのはやはり県に対してなので、地元ではこういう話になっている、こういうニーズがある、こうでないと地域の医療を支えられないという声を、ぜひ国に伝えて制度自体を変えていただければと思う。その新しい地域医療構想のもとで私たちは議論をして、地域の医療に責任持ってやっていきたいと考えている。

(事務局)

国としては、それをやるために医師偏在指標という概念を出してきたものと思う。データを分析するために大事な指標ではあるが、なかなかわかりにくいところもある。

様々な意見があると思うが、一旦受けとめさせていただいて、中でも考えてみたいと思う。

(関係医療機関)

地域医療構想は国が定めたことでこれは絶対やらなきゃいけない。働き方改革も止められない。

じゃあどうしたらいいかというのが大事な話。我々は毎日救急患者を診ているわけで、患者に迷惑をかけてはいけないという気持ちがある。だから、しっかり議論した上で、例えば医師不足の地域や救急体制に問題のある地域では、働き方改革の施行を1、2年遅らせる等国にお願いしていくのはどうか。

それから奨学金についても、今進んでいるようで大変嬉しく思うが、医師が充足してくるには、4、5年はかかるのではないかと思う。

医者が増えることを想定しながら、地域で患者を受け入れられる体制を作り、地域医療構想の中で救急体制並びに患者の流れを作るべきではないか。

東千葉メディカルセンターが充実するまでは、ある程度工夫が必要なのではないかと思う。そういう議論をぜひ前向きにしてもらえば嬉しい。当然それは医師会の中でも議論すべきだと思う。そういう議論があまりなされずうやむやにされてしまうと、一番困るのは患者だろう。

是非とも議論しながら、良い形を作っていただければと思う。

(委員)

明日、千葉大学主催で地域連携の会というのがあり、その中で医師の働き方改革の向き合い方という全体会議がある。その中で、私が強調したいと思っていることは、まさに今日この場で話した内容である。

また、医師働き方改革、地域医療構想、医師の地域偏在については三位一体改革とよく言われるが、医師の働き方改革が一番早く年限が来る。

医師の働き方改革を実りあるものにするには、医師の充足があつてこそと思われるが、当医療圏は医師過少地域にあるため、それが許されない。県にはそのあたりをよく勘案していただき、その上で地域医療構想を考えていただけたらと思う。

(事務局)

明日の地域連携の会については、井口保健医療担当部長が参加する。そこでの話を持ち帰ってくることになると思うので、また改めて考えたいと思う。

もう十分ご承知だとは思いますが、県としても、やはり医師の長時間労働に頼っている状況が良いことではないと思っている。県では、必要性の低い人が医療機関を受診することやチーム医療を理解せず主治医に出勤時間外に説明を求めること等はやめましょうといった趣旨のポスターを作成した。県民サイドでもできることがあるのではないかという視点も取り組みつつ、やっていきたいと思っている。

(地域医療構想アドバイザー)

病床機能再編支援事業については、この調整会議で合意が得られていること、医療審議会で承認されることの2つが要件になっている。立て付け上は、調整会議で合意が得られた後に医療審議会に諮るという流れになっているが、今回は順番が逆になった。順番の問題はあるが、調整会議では合意が得られたものと再確認させていただきたい。

また、調整会議においては、再編支援や地域医療連携推進法人、公立病院の経営に関しての合意を行うことが求められているが、そのような権限が従来、十分に発揮されてこなかったところがあると思う。その結果、地域医療連携推進法人の制度の活用や再編支援制度の活用が進まない。また、公立病院の経営改革が不十分になる問題が発生しているように思う。

そのような問題が一気に吹き出ているのがこの地域ではないだろうか。苦しい戦いになると思うが、県全体のお手本になるような価値のある取り組みになるのではないかと期待している。

先ほど、調整会議ではどのように議論を進めていけば良いかという根本的な質問があった。これは、国が病床の数で数字を返しなさい、病床数を計算する指標のツールを与えるから計算しなさい、と言っているからそうすることになっている。病床を実際に稼働させて医療を提供していく、さらには質を上げていくというのは全く別の話になる。したがって、実のある形にしていくためには、その数字を前提に、この調整会議の延長上としてあるいは発展系として、人材の話をすることは重要だと思う。

最後に、地域連携の会の話があったが、今回は千葉大学医学部附属病院の横手病院長、千葉みなとリハビリテーション病院の片山病院長、大網病院の安蒜病院長、千葉労働局の田中課長、千葉県の井口担当部長の5人が発言するという形でシンポジウムを行う。労働当局の方の話を知ることができるのが今回のシンポジウムの特徴ではないか。

来年度、第8次医療計画を決めるという非常に大きなターニングポイントを迎えるが、その時に、調整会議において議論をした内容が、医療計画に響いてくることになると思う。議論されたことがなかったことにされることや、無視されてしまわないようにすることが大切だと思うので、しっかり取り組んでいきたいと思う。

本日は高度な議論であったが、答えが出ないような議論が多かったのは残念である。今後もしっかりと議論を続けて答えを出し、医療計画に反映させ、各医療機関の経営がしっかりしていくこと、ついてはきちんと患者へ医療が提供されることを実現していくことが重要だろう。