

令和元年度第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 令和元年8月28日(水) 午後7時から午後8時40分まで

2 場所 長生合同庁舎 4階 大会議室

3 出席者

○委員総数28名中26名出席

伊藤委員、鈴木委員、川俣委員(代)、山田委員(代)、道脇委員、中谷地委員、中村委員、岡本委員、亀田委員、志村委員、増田委員、外川委員、坂本委員、桐谷委員、宍倉委員、伴委員、塩田委員、鶴山委員、望月委員、若林委員、武村委員、相川委員(代)、田中委員、太田委員、池田委員、大野委員(会長)、

○医療機関関係者 12名

4 報告

(1) 地域医療介護総合確保基金事業の実施状況について

【事務局説明】

配布資料1について健康福祉政策課から説明

(2) 今後の予定について

【事務局説明】

配布資料2「山武長生夷隅地域における地域医療構想調整会議の今後の予定について」健康福祉政策課から説明

5 会議議事

(1) 医療供給量の見える化の取組について

6 議事概要

(1) 医療供給量の見える化の取組について

【事務局説明】

配布資料3について健康福祉政策課から説明

◎議長：病床機能については、昨年度、調査に御協力いただき見える化を図り、大きな問題はないということを確認したところですが、医療提供体制の維持確保に当たっては、医師の確保状況に影響を受けることから、今年度は、地域の医療供給について引き続き見える化に取り組んでいきたいということでした。

ただ今の事務局説明に関して、委員から補足及び地区での取組紹介があると伺っておりますので、引き続き説明いただいた後で、まとめて意見交換をさせていただきたいと思っております。

○委員：地域医療構想とは地域の医療の現状を見える化し、2025年の将来予測に向けて適正化を図り、医療計画に盛り込むことです。県によって違うが、千葉県は調整会議で強制力を持って地域の医療を変えるスタンスを持っていないことを確認しています。

全国的には地域の医療を病棟単位で取っていますが、病棟単位のデータと僕らが肌で感じているデータが合わない、データが実際の医療を反映していないと考え、病床単位で見える化をしました。その結果、現在のニーズにそった病床利用がされており、将来推計とも大きな開きは認められない、この地域の病院のベッドの利用に関しては今の方向性で大きな問題はないことが確認されました。しかし、地域医療構想はこれで終了ではなく、この地域の医療事情は問題点がまだまだ残っています。現在だけでなく将来何が起こるかを考えながら、知っている人だけで話し合うのではなく、みなさんとコンセンサスを得られるように数値化をする、外部の人にも理解してもらえる指標を作っていくことを、今後進めていくべきではないかと思います。

さて、千葉県全体が医療過疎ですけれども、全国の小児科の医師数、10万人当たりの医師数、いずれも千葉県は全国平均以下、しかもこの地域は中でも1番悪い。しかし、確かに医療過疎を実感しているものの、この数字ほど医療に困っていないというのが、いろいろ話を聞いた中での感想です。今年度、地域医療構想をどうしていくか。とりあえず、まずは医師の現状と将来予測を見える化し、2020年度の医療計画に向けて在宅医療を見える化をしていかななくてはいけない。これは、国、県の方向とも合致しています。

では、今年度まず、医師の見える化をどうするか。今年4月からの改正医療法の施行の前に第4次中間とりまとめが出された。今まで医師が足りなかったということ、ただ少ないというだけでなく、もう少し細かく指標として使えるようにして見える化をしていく。適切な指標を用いて医師の確保計画につなげていこうということです。

では、偏在指数はどうなったのか。もともと医師数は人口10万人単位で判断していたのですけれども、医療ニーズとか、人口構成、有病率も変わってきますし、医師も年齢や性別、診療する時間などによって違うので、いろいろ指標として取り入れ、医師の偏在指数として作っていくことが去年の9月に了解され、進んでいます。ですから、この地域も新しい指標を使うと変わってきます。人口10万人当たりの医師数は、夜間人口、定住人口をもとに決めているので、千代田区は定住人口が少ない割には昼間の人口がものすごく多い。こういうところは昼間の医療が足りないからクリニックを増やすことなどを考える。千葉県の中のこの地域は、昼になると働きに行くと少なくなるけれども、1割くらいの誤差であり、これをある程度考えれば大きくシステムを変えなくてもよいのではないかという地域です。

3次医療圏、都道府県単位のことを3次医療圏といいます。千葉県は偏在指数で計算しなおすとワースト3を脱却し、ワースト10くらいです。

山武長生夷隅は全部で335のブロックがあるうち、316位。指数を変えても何をしても下の方に変わりはなく、かなり少ない地域です。しかし、足りない医師を補充す

ればよいかというわけではない。なぜかという、この地域は2035年を過ぎると医療需要が減ってきます。1人の医師がその地域に来ると30~40年医療をすることになる。医療の需要をコントロールする、要するに医療のかかり方を啓発して、少ない医師で何とかできるようにみんなで工夫しようよ、ということが、中間とりまとめにかかっている「医療のかかり方に関する啓発」です。どのように医療にかかるか、必要な情報提供をすることで、受療率が大幅に下がります。どういうことかという、この地域の医師数は千葉の平均の半分以下ですけれども、千葉のクリニックの倍の患者さんが外来に来るわけではない。この地域の住民は結構そういうことを知っていて、受療率自体は医師が多いところと比べて単純計算すると半分以下。

この地域で子どもの救急講習を行い、お母さんに対して小児救急を含む0.5次救急を広めています。平成22年の小児の救急搬送の内訳は3/4が軽症で、この軽症を何とかすれば救急医療はかなり負担が減る。なぜかという、昼間の小児医療は結構間に合っていて、問題は夜だからです。「子どもの急病ガイドブック」を直接渡して使い方を教える、#8000、スマートフォンアプリなどについて伝える、などお母さん方に「これが0.5次救急だよ」ということをひたすらやりました、平成21年から年間多い時で1500人のお母さんにこれを伝えると、夜間急病診療所の受診者数がこの十数年でだいたい4割位減るんです。子どもはもちろん、お話するお母さん、お父さんの受診も減ります。しかも平成22年救急車の利用は軽症が71%でしたが、67%と少し減少しています。子どもの救急講習をやることで受療率を抑える、今の僕らの戦力で何とかできないかということも合わせて、人を頼むのは最低限で、というようなことです。

小児科は、偏在指数を計算しても千葉県はやはり全体的に厳しい。ただ、この地域の小児医療は、代替性という言葉がキーワードになるが、内科がかなり賄っている。夜間急病診療所、在宅当番医は内科でかなりの小児科を診ているのがこの地域の現状です。国に対して提言するには細かいデータが必要ですので、パイロットスタディを行ないました。7月16日外来診療のレセプトベースです。ある小児科医院の小児のシェア率は44%、一般の内科でもだいたい3割くらいは小児を診ています。他の地域と比べてみないとわからないのですが、この地域は小児科医が少ない分、内科の先生が小児科をカバーしている。小学校、中学校になったら小児科でなくてもよいのではないかと考え、いろいろ調べてみると、小児科医も大人を診ないとやっていけない現実や、小児科医・内科医ともに中学生になれば内科でもよいと思っているアンケート結果などがあった。15歳以下を小児科として国がデータをいろいろいじるのは少なくともこの地域には合わない。

それ以外には働き方別に調べる、小児科のシェア率、病棟の稼働率や平均在院日数、圏外流出など、数だけの問題ではなく、中身を考えなければいけない。

国の計画は、偏在指数で医師が少ないところは確保計画を盛り込みなさい、多いところは盛り込んではいけない、産科・小児科に関しては確保計画を進める。今の指標

を変えることなく、今の指標を基に動いていくのが国の考えなので、僕らはその指標通りに見られてよいのか。この地域で医師は増えているけれど診療科や働き方の偏在があつて、体感的に増えている感じはあまりないですね。長生郡市でアンケートを取ったら、昼は医師が足りないという感じはないですね。ドクターヘリもあるし、圏央道が整備されたおかげで昼間の救急はそんなに困らない。しかし、圏外の小児科にかかっている子どもが夜に具合が悪くなると、「とりあえず地元で診てもらって」と言われます。このようなことを解決できなければ、この地域に必要なのは夜間なのかなど。夜間はドクターヘリも飛ばない。ここは教育して、教育しきれないところを何とかしなければ。精神科救急、腹部の緊急手術、多発外傷など、いろいろあります。これから皆さんにできるだけ意見を出していただきたいのですけれど、やはり指標は用いないといけません。現在も、将来も、理解しあえる、わかりやすい、最適な指標を探していく。

では、最適な指標がなく一人歩きするとどうなるか。

これは、去年の厚労省の第2回地域医療構想アドバイザー会議の資料をお配りしたのですが、アドバイザー会議に出ている、地域医療構想を引っ張っていく立場の人たちが集まって協議しても、きちんとしたデータがないとこの程度のプランしか出ません。県や国からこの地域に必要な施策を引き出すためには、「財布のひもを緩めてもいいよ」「なるほどね」というような資料が出されること、しかも持ち回って説明しなくても見れば理解できるような資料をきちんと出していかないといけない。この地域をきちんと理解してもらうためのデータに基づいたプレゼンテーションが紙の上でできる、というのが今後この地域に必要な地域医療構想。もちろん自分たちを縛るデータではなく、自分たちのことをきちんと理解してもらい、正しい施策につなげてもらうためのデータ。

ひとつ話題として出しますけれども、ドイツは開業医の定員制がとられている。ドイツも日本も医大を増設して一時医師過剰となったが、ドイツは医師不足を見据えて、余裕のある時に計画的にプランを立てた。日本でも医師が多いところで将来的に開業制限がかかるのではないかとされています。日本は憲法で開業の自由が保障されているので、都道府県と保険医契約を結ぶ、結ばない、自由診療ならやってもいいけれど、保険（診療）はだめとなるのかもしれないですけど、ドイツは計画的にやっています。医療圏ごとに専門医一人当たり住民数をどれくらいにするかデータを作って、人口の多い都市と少ない都市で一人あたり診る人数が科ごとに決まっています。ドイツのいいところは医師過剰であった1990年に医師不足を見据えて動いたので、強制的なことをしなくてよかった、開業医の配置換えをしなくてすんだことです。定員を超えた供給過剰の地域で、20~30年後の医師不足に備えて、今、余裕のある時に新規開業のプランをしておけば、20~30年後にうまくいく。定数に満たない医療圏は3割あったのが今1割なくなっています。これは委員会が、こういう地域医療構想の調整会議みたいな形でいろいろやっています。募集も例えば、ベルリンは募集枠1人とか、

0人とか。フランスだと国家試験の点数で順位のいい方から好きなところを選べるため、何とか科医になるためには何位以上にならないといけない、ということになっています。これを日本にそのまま当てはめるわけにはいかないけれども、国がしびれを切らしてこういうふうになってくる可能性もあります。だから、大事なのは地域ごとにしっかり問題点を共有して、見えるような数字をうまく作っていくこと。今日この後で何が困っているのか皆さんにいろいろ聞きながら、どういう指標を作っているのか決めていければ、というふうに考えています。以上です。

◎議長：資料3のスライド11の内容を踏まえまして、各地区の現状を今ご説明も非常に地域の課題解決に向けたご意見やアイデアなどありましたらぜひご出席の方々からいただければという風に思っておりますが、いかがでしょうか。

【質疑応答】

○委員：基本的に国は人口でやっているが、疾病発生率は各地域で違うと思う。疾病発生率、とにかく受診回数というのは必要実数に一番つながると思う。それに関しては各科できちんとしたデータがあるか。

○委員：レセプトデータを使うと出ます。ただ、この地域は医師が少なく、受療率は低い。今、受療というのは高血圧とか例えば糖尿病とか、毎月医療機関に行く必要があるかないかですよね。混んでいればじゃあ2か月後とか、東京のクリニックだと毎月とか、だから受療行動で受療率を出すと受療率は上がります。だからこの地域の受療率はレセプトデータの数字でまだ出ていないが、他に比べるとやはり低いと思います。ただそのデータをどういう風に出すかということと、そのデータが何を意味するかというのは考えていかないといけない。この地域は医師が足りないが、体感ではデータが示すほど困っていない。夜間救急とか困ってる部分だけフォーカス当ててやっていくのが正しいのかなと考えています。

○委員：要するに例えば、本来二か月三か月で間に合うものを一か月ごとに増やしていくこと自体、比較すること自体がおかしい話であって、レセプトのデータだけで受療率を計算すること自体やはり少しバイアスがかかっていると思う。それから我々開業医、医師会の立場から言うと、基本的に我々一人ひとりがほとんど零細企業でやっているわけで、自分の生業がここで成り立つかどうかというのは、開業するとききちんとサーベイランスしている。成り立つだろうということで銀行も出資するのだろうし、開業医の、医師会のメンバーの状態から見ればある程度成り立つような、医院の配分がもう始まる時に来ているので、それはもう非常に自然なものでもあるし、それを今の段階で国が力を加えるというのはいかがなものかと思えます。

◎議長：ありがとうございます。その他いかがでしょうか。病院の立場、開業の立場、行政の立場、いろいろなご意見があるかと思いますが、ぜひ。何か今までの資料の説明の中で疑問点とか、その辺のところもありましたらそういうことでも結構ですし。

○参加者：一番困るのは夜の救急ではないか。各医療機関が二次救急を担当していると思いますが、どれだけ自前で二次救急の医師を確保しているか、現状をよく調べていただいた方がいいと思います。たぶんどこの医療機関も千葉の大学病院とか大きい病院から支援をもらって何とか二次救急を成り立たせているのが現状だと思います。あと長生地区に関して言うと二次救急は夜8時から朝6時までですけれど、空白の時間帯があつて、夕方に関しては大抵どこの医療機関もかかりつけから連絡があれば引き受けていると思うのですが、朝の6時以降、診療がオープンする9時までの間に救急要請された患者さんは一体どこに行っているのか。まあ自分のところでも朝6時半とか、二次救急の後に「3日前から腰が痛い、混む前に病院に連れて行こう」というように安易に救急要請するケースが結構あります。さすがにその時間帯で、息が苦しいとか心肺停止しているという患者さんは三次救急に行かれていますけれども、一般の民間の病院では看護師の数も少ないですし、6時から9時までの時間帯というのは看護師が朝の検温や薬の配薬で結構忙しい時間帯なんですね。ですから、その時間帯は救急を受け入れるというのが非常に困難な時間帯だと思います。実際やむを得ずお断りしている部分が結構ありますが、あまり表には出てないのですけれど、取り上げた方がいい問題点ではないかと日頃から感じております。

◎議長：ありがとうございます。

○委員：例えば大学の医局からバイトの医師が来てくれる場合、専門の先生ではなくてもよい、つながりのある医局から安定的に来てくれればよい。国の見方では、例えば心血管外科の医局でアルバイトに出られる人が10人いるとすると、地域で心血管外科が必要な病院を選択し、どこに送るか決められてしまう。この地域では心臓の手術をやっているところはあまりない。心臓外科医でなくても救急が診られる医師が来てくれればよいが、先走られるのを防ぐためにこの地域のいろいろな見える化が必要だと思います。

○委員：山武郡市では外科系の二次救急担当の先生は結構いるのですけれど、内科系はほとんど外にお願いしている。今おっしゃられたように、次の日の6時、6時半に戻られるということで、うちの病院も6時から8時半までは我々病院勤務医でそのあとも引き継いでやっております。ですから、我々の二次救急は他の医療機関から6時から8時半までの間に要請されることが結構あります。私自身今日6時から二次救急を引き継ぎでやっています。山武郡市では非常勤の先生をお願いしたあとの空白の時間は

常勤でフォローして、空白のないようにしておきまして、うちでだめなときは三次救急病院にお願いして受けてもらう。そんなことで一応努力はしている。

○委員：臨床医ではなく、産業医として初めからやっている医師もかなり多いと聞いている。この人口10万人あたりはあくまでも臨床医の数か。

○事務局：指標の医師ですけれども、主たる勤務先が医療施設になっている方だけになっています。医師・歯科医師・薬剤師調査で主たる勤務先を2年に1度、お答えいただいています。そこで病院、診療所、あとは大学等、そういった医療施設、大学病院等の医療施設で勤務しているにご回答いただいた方の数字を使っていると聞いています。

○委員：大きな企業なんかは会社の中に医務室がありますよね。そこで診療している先生は入っているか。

○事務局：そこが診療所で届出していて、診療所に勤務しているにご回答いただいた方は入っていると思う。

○議長：その他いかがでしょうか。産科の問題ですとか、長生地域は27年から取り組んでおりますが、非常に苦勞しているところです。

○委員：去年、病院の院長と一緒に、大学に派遣のお願いに行った。基幹病院ということで考慮してほしいとお願いしたが、受け入れてくれないのか、派遣してもらえない。県にお願いし、国にも言っているが、返ってこない。結局、夜間の二次の崩壊につながってきているのかなど。特に救急の場合は、基幹病院がやっぱり受けるべき話ですが、外科医が一人しかいなくて、しかも夜になっていなくなったらどかが、誰がやるのか。近隣の市内の外科を受けてくれる病院にお願いせざるを得ない。二次救急の日には全部埋めているはず。ところが先程言ったように空白の時間というのはやっぱりなかなか難しいところがあって、お医者さんも人間なのでやりたくない部分というのがあると思いますが、行くところがない。これが現実問題なので、大学もそこはしっかりととらえて基幹病院には研修医でもいいので出してほしい。それに対してお金を出さないかという、出すんです。出すから来てくださーいとお願ひしても出てこないというのは大学の中で何かあるのかなど勘繰ってしまうところがあります。俗に医局間で争っているという話がありますが、そういう次元の問題ではなくて、やはり出してくれないと、この管内の二次救急、夜間の場合は非常事態だと思っています。

それから産科です。産科検討会をやっています。おそらく日本だけではなく海外、

アメリカでも同じですが、訴訟のリスクを国や県がある程度補完できるような対策を根本的な問題として考えてくれないと、産科、小児科の成り手はどんどんいなくなる。知っている先生たちにも聞きますが、やはりリスクが大きいし、何が問題かというところ訴訟になってしまうと医療従事できない。地域に12施設あったのが、今は2つで、目の前に差し迫った問題なので、何とか2施設にお願いしてやってもらっているのが今の状況です。これも「あと5年」と言われて、もう10年経ちますので、また無理言っただけでやってもらわざるを得ない。そうするとやはり産科がないところに子どもは増えません。国が地方創生と言っても、この問題は訴訟の問題から整理してやってくれないと、なり手も少ないし、女医さんが増えてもお産や育児でドロップしてしまうと、このような状況がみられるのではないかと考えております。したがって産科の問題と夜間の問題はこの医療過疎の長生においては非常に大きな問題になっていると思います。これを助けてくれるのは大学しかないんですよ。県民が600万人いて1大学しかないというのがそもそも少ないが、頼るところはそこしかないので、ここは大学が県内の二次救急を受ける基幹病院だけでも少なくとも出してくれるような体制にしてくれないと結構厳しくなってくると思っています。

◎議長：ありがとうございます。難しい問題になりますけれども。

○委員（代理）：夷隅郡の状態を話しますと、産科の話が出たので、出さなければならない義務がありますので。唯一今ある民間の、我々の仲間が年間の取扱い量が400を切って、もうやれないという状態であります。夷隅医師会管内に一つしかない。「もっとやれよ」と何度か言いましたけれども、気持ちが決まったような感じで、ですからゼロになります。ゼロになって市民が困るのでしょうけれど、茂原の方の圏域に行けばいいかと。茂原もまた行政から補助をもらっているんで、今の夷隅の状況を話さなくてはいけないなど。産科はもう惨憺たるものだと思いますね。意欲はあってもっとやりたいけど採算が合わない。勝浦の出産数は40いないぐらいです。もう大変な状況であります。長生が言ったのでこちらも現状報告です。

◎議長：ありがとうございます。結構ショックですね。

○委員：それは産科の単価が安いんですよ。

採算がとれない。子どもの減少数に合わせて単価を上げるんですよ。一人100万200万あれば何とかできるでしょ。

○委員：100万200万ないとだめなんですよ。どんなに頑張ってもお金と子どもの数のバランスがとれないんですよ。

○委員：地元大学出身なものですから、一応弁明ですが、最近少し様子が変わってきてい

ます。最初に研修医の制度が変わった時点で卒業生が大学に残らず、東京に行ってしまう。研修医が特に少ない状況が続き、何年かしたときに東京に若い先生が集っていて偏在と言っている。何を意図としてそういう制度にしたのか、それが完全に壊れたわけです。各科選ぶ権利はみんなそれぞれにあって、それは昔からそうですけれど、外科大学と言われたぐらい、二外科は華やかで相当な数が入局していたけれど、今は少ない。内科、外科、小児科、医者として大変なことが多い科はやはり今の傾向で減っているようだ。ただ最近東京の方がいっぱいになってきたらしく、旧第一内科では、今年の入局者が20人近くになったというので、入局する先生方が増えてくるのではないかと読んでいます。昭和48年頃に新しい研修医制度ができた段階で、東京の有名な病院に行った医師が、そういう大きな病院では研修医は常勤にはなれないという理由で地元に戻ってきたいきさつがあった。そのうちまた地元大学の卒業生も戻ってくる人が多くなるだろうとは思うのですけれども。病院にドクターを送りたいけれど、無い袖は振れないというのが現状なのかなと思います。もう少し経ったら第一内科に関しては入局者が増えてきているので、また増えてくると思っていますけれど、外科系は入局者が少ないですよ。

○委員（代理）：大学自身が研修医に人気が無いです。

○委員：だから送りたいくても人がいないということだと。

○委員（代理）：事実はそうなんです。いないです。大学が人気ないです。

○委員：8月にアメリカ行ったのですが、アメリカというのは各地域に総合病院があるんですよ。意外とクリニックはないです。総合病院で一人の人の命とか病気をある程度完結できるチームなんですよ。これから日本は人口減少期を迎えますけれども、そういう中で病院のありようというのをどう考え、判断していくのか。今はまだわかりませんが、医師は内科を、整形を専攻する、多様な選択があるのでしょうけれど、アメリカの場合、ある程度医学部の学生を独占しながら診療科目も自分の専攻することを独占する。この地域でこれだけの診療科目が必要だとすると、それに合わせた医師の確保をやっている。そういうことを日本やっついていかないと、このままの状態です。2045年、この地域は現在の人口の4割減ります。6割減ぐらいになる市町村もあります。そのときにどういう医療体系がよいのか、将来展望をしっかりとってこの長生郡市、山武郡市、夷隅郡市の医療どうするのか、どういう風に集約しながらやっていくのか。医師だけ残って患者がいらないという状況になりかねない、もうそろそろ真剣に人口減少社会がくることを考えながらやっついていかないといけない。ただ医師がほしいといっても無理な話ですから、そういうことを考えながらやっついていかないと、日本すべてがそうだと思います。経済も、行政も、教育も。医療も、たぶん2035年大

きな過渡期になってきます。あと十数年、その時の地域医療をもっと真剣に今から備えていかないとだめだと思います。一つの地域で医師が足りないと言っているよりも、お互いに連携強化しながら病院同士がいいところ、得意なところを共有しあっていく、シェアしていく時代が来るのかなと思っています。その時にはたぶん病院も淘汰されています。今、少ない少ないと言っている中でお互いにしっかり手を結んで、お互い少ない医療資源をうまく地域で回すようなしくみを作るのが必要かなと常々思っております。

◎議長：ありがとうございます。日本全体のダウンサイジング、それはやっぱり医療へも及ぶわけですよね。その他、いかがでしょうか。なお、このスケジュールでいくと、これは全体会ですけれども、部会も予定されておりますので、その中でご意見等も頂戴しながら検討していくこともできると思いますので、もしよろしければ、いろいろなご意見、事務局、保健所の方で結構ですので、お寄せいただければと思います。基本的には今予定している時間、そろそろなんですけれども、この会議の進め方自体につきましては、案内させていただいた通りで、方向でよろしいでしょうか。

○委員：賛成

◎議長：よろしくお願ひします。それでは、予定していた議事につきましてはこれで終了したいと思います。では、進行を事務局にお返しいたします。

◎司会：本日予定された議事・報告が終了しましたが、最後に全体を通して、質問等がありますか。

皆様には、お忙しい中、遅い時間に御協力をいただきまして誠にありがとうございました。

次回は11月18日(月)19時～予定しています。

今後ともご協力よろしくお願ひいたします。

以上をもちまして、山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議を終了いたします。