

1 開催年月日 令和4年8月24日（水）午後7時から午後9時まで

2 開催方法 Web（Zoom）

3 出席者（構成員総数20名中19名出席）

原委員、 竹内委員、 石井委員、 黒野委員、 杉本委員、 亀田委員、
福内委員、 田中委員、 山田委員、 金丸委員、 長谷川委員、 石井委員、
白石委員、 小橋委員、 鈴木委員、 山本委員、 蒔田委員、 幸野委員
辻村委員

4 議題

講演

（1）地域医療構想寄附研究部門の活動報告について

議事

（1）医師の働き方改革について

（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

報告事項

（1）令和3年度病床機能報告の結果について

（2）公立病院経営強化プランの策定について

（3）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

（4）外来機能報告について

5 議事概要

<所長あいさつ>

本日は大変お忙しい中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

また、日頃から保健福祉行政の推進に御尽力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症ですが、第7波を迎えていまして医療現場では一層負担がかかっているところです。関係者の皆様には、これまで以上に御努力いただいていることと存じ上げております。保健所といたしましても、職員一丸となってコロナ対策に取り組んでおりますので、引き続きよろしくお願いたします。

本日の会議では、千葉大次世代医療構想センターの講演から始まりまして、引き続き重要な事項が複数挙げられております。活発な御検討をお願いいたします。

それでは本日はよろしくお願いたします。

<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。

<講演1 「地域医療構想寄附研究部門の活動報告について」>

(次世代医療構想センター)

当センターの設置目的としては、医師の確保対策と地域医療構想の達成に向けた取り組み、データの分析、この場で関係者が共通認識を持って課題解決に当たることの下支え、地域医療の維持確保を進める体制を検討し具体的な提案を行うこと。研究内容としては、地域の病院の現状及び課題の分析、医療のあるべき姿、目指すべきところということをいくつかの場合に分けて提示、医師や看護職員など人員の配置などについても可能な限り情報収集した。特に緊急性が高いと考えている産科、周産期領域や新生児科領域、救急領域などについて、一定の提案をできたというのが現状。

千葉県全体の背景として、人口減少速度が二次医療圏によって大きく異なる。安房地域だとこれから2045年に向けては人口減少が大きい地域。医療提供体制の変更が必須である、優先順位の高い地域の一つであると考えます。

また、小児の人口推移などについても示しているが、もともとの人口規模等に沿って絶対数の変化は大きなところとそうでないところがある。東葛北部、南部、千葉という人口の集中している地域でも、これからは0歳から14歳の人口推移が大きく変化するという状況にあります。

安房医療圏については、妊娠、妊婦についての需要は下がり、かつ、がんについてもその需要が下がっていくということで、大きな医療提供体制の変更、需要に応じた診療内容の変更というのが強く求められる地域といえます。

今後、がんなどの専門的な手術を要する医療の需要というのはなだらかに下がっていくことに対して、肺炎、大腿骨頸部骨折といった後期高齢者に見られる医療ニーズというのは大きく増え、そして高止まりしていくということがわかっています。需要の変化に県内の各医療機関、医療圏は対応できるかという観点でデータ収集をしています。

地域医療構想は、高度急性期、急性期、回復慢性期などの需要を再計算・再構成していこうという発想だが、そこに大きな課題があると考えている。医療を「地域」で経営していくことは簡単ではありません。地域医療構想の実現プロセスは日本中の二次医療圏が頭を抱えている問題のひとつ。厚生労働省も、緊急性の高い救急や小児周産期など政策医療分野と言われる分野から、整理を始めていくことをうたっています。

当センターでは具体的な各医療機関、医療圏の課題を個別のヒアリングとグループヒアリングで精緻な情報収集・分析を行いました。具体的には、新生児科や産科について課題の記録を行いました。救急科については書面開催により意見交換することができました。

まず指摘すべきことは、政策医療分野について、情報収集の方法がまだまだ統一化されていないということ。厚生労働省が調査し公表しているものもあれば、公表していない非公開の部分もあります。そ

して、千葉県も独自に千葉県周産期医療体制に係る調査、救急搬送実態調査などが行われているが、その結果が必ずしも具体的に示されたわけではなく、非常にまとめられた形で公開されているということも、課題解決をしていく上では情報が不十分ではないかと考えます。

千葉県周産期医療体制に係る調査について、当センターで調査票から項目の追加や表現を精緻化していくなどの作業を行い、具体的に改善策を提案しました。この周産期領域については、1年半後に控えている働き方改革が大きな影響を受けてしまうと、全国的に言われています。日本産科婦人科学会などで非常に危機感を募らせている状況で、24時間体制が求められる産科医療では、A水準病院では少なくとも10名、B水準病院では少なくとも5名の常勤医が必要とされています。ただ、これは最低人数で、当該の専門領域からは総合周産期母子医療センターは20名の常勤、地域周産期母子医療センターは10名の常勤が必要であると提案がされています。

それらの観点で千葉県の産科医療について、今どれぐらいの医療機関が医師を確保できているか個別に情報収集してみると、かなり厳しい状況が見えてきました。青や緑色のところはある程度の医師を確保できている医療機関だが、黄色のところは1桁の医師で体制を維持しています。今後、周産期母子医療センターとして産科領域を維持できるかというのは長期的な疑問という状況になります。

また、より厳しいのは新生児科。精査中のデータになりますが、多くの周産期母子医療センターで5人未満の常勤で運営しています。1年半後には直ちに体制を強化していかないと、違法状態に陥ることが予想されます。ないしは、小児科医師の応援を大幅に入れるということが予想され、現在の周産期母子医療センターの体制・機能を維持できるか疑問があります。

あわせて、各医療機関の分娩数及び分娩週数、体重別の新生児の分娩実数を、各周産期母子医療センターがどれだけ実施し、その機能を具体的に発揮しているのかということを見える化できました。ハイリスク分娩の管理件数などについても総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターに分けて、定量化を試みました。医師の働き方改革との兼ね合いも含め、産科医療等に大きな負担がかかってしまっているということも背景としてあります。

県内の周産期施設をそれぞれみると、周辺施設との棲み分けの上で協力をしていくということが望ましいこと、場合によっては二次医療圏すべてに周産期母子医療センターを配置するということが難しくなるかもしれないというのが、働き方改革を含めた背景状況にあり、各医療機関で独立した医療を提供していくことが事実上不可能になってしまうかもしれないということが言えます。

新生児医療の現状等を見ても、すぐに新生児科を増やすことはできないので、厳しい見方をしていかなければならないのではないかと。2021年度の常勤の新生児科の医師数等、先ほどの地図とも重なるところがある。1500グラム未満の出生数についても、県の調査から数字を出すことができていますが、各地域の中で本当にこの各施設が維持できるか、ないしは隣の二次医療圏との機能分化をしていかなければならないかもしれないということを提言しています。

これまでの文脈と異なる、働き方改革という要素が入ってくることによって、医師の確保が今まで以上に重要になってきており、且つ、罰則規定があるため、待ったなしの状況になりつつあります。医師の働き方改革に耐えうる医療機関の方策を練り、それらを事前に提示し、医療提供にムラや穴が出てこ

ないよう協議していきながら進めていかないと、2024年4月から途端に医療提供が止まるという可能性は否定できない状況にあります。

このような活動の結果、七つの提言を報告書にまとめたが、そのうち四つを紹介します。一つ目は医師の働き方改革関連、二つ目は病院の魅力向上による医師・看護師の確保、三つ目は県内の医療データの収集・分析公開、四つ目は医療機関間の意見交換、経営面での連携や協力ないしはどちらかの医療機関に対する合流とかを促していく必要があるというふうに思います。

提言の一つ目は繰り返しになるので詳細は飛ばしますが、働き方改革の影響を領域別に考えること、そして、290ある県下の医療機関に対する現状調査の結果を速やかに公表して、議論に資するようになるということ。

(提言の二つ目として)病院の魅力向上、各医療機関の医師確保について、そこで働きたい医師をどう増やしていくかということをやより踏み込んで考える必要があるのではないかということ。

提言の三つ目は厳密なデータの収集と分析公開。公開情報に基づいた地域医療の議論ということで、定性的な各医療機関ないしは地域の印象にとどまらないデータの公開というものを進めていくべきだろうと思います。

その一つとしてDPCの分析・調査事業を当センターで実施しました。協力いただいた医療機関に感謝するとともに、協力いただいた60%の病院に対し、フィードバック資料を個別に作成しています。9月末までには送付できるよう整えています。その中でできたことの一つとしてCOVID-19確保病床の各波での変遷の見える化や、入院機関毎のCOVID-19治療状況を県全体の医療のデータとして見ることができ、メリットがありました。また、コロナ病床を確保した病院の一般診療に与えた影響、病院経営への影響も定量的に出すことや感染拡大前後における疾患別の患者数の変化も見える化できました。個別の医療機関に対して、固有名詞はあげた上でフィードバックする準備を進めています。

(提言の四つ目として)医療機関間の意見交換について、地域医療構想調整会議は非常に大切な会議だが、そこで議論しきれない領域別のことについても、今後、合意形成の場をさらに厚みをもって作っていく必要があるという提案を行ったところ。

個別の件について議論、意見交換できることを当センターも非常に楽しみにしています。

【質疑応答】

(委員)

以前から構想会議でも話しているが、やはり二次医療圏は再編しないと難しいと思います。

また、新型コロナ感染によって安房地域の医療の弱体化がかなり浮き彫りになったと思います。安房地域は開業医の先生がかなり多いが、病床数を持っているところがかなり少ない。こういう事態になり、地域医療も崩壊の兆しがあったのかなと感じています。

先生の言うことはよくわかるが、現実的にこの地域は医師の確保もなかなか難しいし、次に出てくる働き方改革もからむが、前の臨床研修制度が始まった時も地域医療が崩壊するのではないかとみんな感じました。働き方改革が始まると同じようなことが起こるのではないかと、病院の立場としては危惧し

ています。

そのため、個人的には、この安房地域は住民も減っているし、二次医療圏をもう一度再構築し、地域医療をもっと拡大した形でやったほうが良いということを考えています。その点について意見を伺いたい。

(次世代医療構想センター)

2点発言させていただきます。

1点目は、働き方改革の影響について。これは大きくは中核となる総合病院に影響が出るというふうに想像されると思うが、そこにとどまらず、例えば大学病院も大きな影響を受けます。大学病院から派遣を受けている医療機関、例えば夜間当直、土日当直などを受けている医療機関も、時間外労働の上限規制の中で派遣ができなくなります。ないしは派遣先が宿日直許可を得ている場合でないと医師が派遣できなくなるといった影響が必ず出てきます。

また開業の先生の中にも、専門外来を大学病院等から派遣を受けている医療機関もあると思います。そういったところの勤務が影響を受けるということも十分考えられ、医療提供のあり方を、医師の確保という観点で急激に変えなければならぬというのが実際のところ。

さきほど初期臨床研修制度を例に挙げて、医療提供の変更、変化を指摘いただいたが、まさにそれ並み、それ以上の影響が分野によっては出てしまうだろうというふうに思っています。

個別の医師の勤務時間適正化というスタート地点はよかったが、結果として着手すると非常に大きな影響が出る、場合によっては、診療の継続は不可能な領域、新生児科を例に挙げましたがそういった領域も出てきかねないというのが大きなところで、ここをどう睨んで、各医療機関ないし地域が備えるかということになります。

2点目は二次医療圏の再編について。領域別に見ていくと、二次医療圏の中で医療完結することは不可能な領域が必ず出てきます。それが専門性の高い領域とか、対象患者が少ない領域については、やはりこれらを合流していった、領域別や機能別に二次医療圏を見直していかなければならないんじゃないかと思います。ただ、これには非常に煩雑な作業や、政策的な丁寧な説明が必要なので、そこは手続きとしては大変なことはわかるが、医療の領域が診療科ごとの非代替性、内科の先生が外科の診療やったりとか、外科の先生が小児科の診療やったりすることができないという観点から、領域別の二次医療圏の設定を大きくでも決めていく必要があると思っています。

<議事1「医師の働き方改革について」>

(医療整備課 医師確保・地域医療推進室)

令和3年5月の医療法改正により、医師の時間外労働規制についてこちらの絵(2頁)で進めていくこととされています。原則はA水準として年間960時間以内に収めなければならない。医師以外の人たちはすでに適用されているが、医師だけが適用を延期されているという状態。

しかし、すべての医療機関が令和6年2024年から960時間に収めるのは困難であることから、

地域の医療提供体制を確保するため、また医師の技能向上のため、都道府県からB水準或いはC水準の指定を受けた医療機関については、960時間を超える時間外労働が可能となります。

ただし、これらの水準の指定を受けた場合であっても、年間の上限は1860時間までであり、現在これを超える場合は、それまでに確実に時短を進めていただく必要があるという状況。またスタート時点では1860時間だが、2035年度末まで段階的にこれを960時間に向けて縮めていくというこゝに制度としてできており、2035年度末にB水準解消、C水準は解消とまではいかないが縮減していくことを目標としています。

A水準以外の四つの水準についてそれぞれ指定要件が定められています。大きく分けて、地域医療確保暫定特例水準、いわゆるB水準、連携B水準、それから集中的技能向上水準、いわゆるC1水準、C2水準の2種類に区分されます。

B水準については、救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い、医療ニーズに対応するために整備しているもの、また、政策的に医療の確保が必要であるとして、都道府県医療計画において計画的な確保を図っている5疾病5事業の双方の観点から各種要件等が定められています。いずれかの医療機能を有する医療機関については、各都道府県の指定を受けることにより、年1860時間までの時間外労働が可能となります。

連携B水準については、大学病院や地域医療支援病院等のうち、医師の派遣を通じて地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関が対象となります。派遣先の時間外労働時間を通算して計算する必要があるため、自院における時間外労働は年960時間内であっても、他の医療機関と通算した場合に、年960時間を超えてしまう医師がいる場合は、派遣元の医療機関において指定を受ける必要があります。また指定を受けた場合においても、時間外労働が通算して年1860時間が上限となることから、先ほどの講演の中にあつたが、結果的にその医師派遣の方をやめて、1860時間に収めようという考え方が出てきます。

一方、C1水準については、臨床研修または専門研修の研修機関である医療機関が対象。臨床研修医、また専門研修に参加する専攻医は基礎的な技能や能力の習得のため、一定期間集中的に数多くの診療を行うことが必要と認められる場合に指定の対象となりました。

C2水準については、医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の方が、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合に指定の対象となります。

なお、いずれの水準においても指定を受けることにより、年1860時間までの時間外労働が可能になるのは、すべての医師ではなく各要件に該当する医師に限られる点に注意が必要となります。評価を受けて指定をするが、何々病院が連携B水準と指定されるわけではなく、その中で特にこの診療科ごとというイメージになると思うが、この診療科の医者に関しては、1860時間までですよという感じで具体的には進んでいくことになります。

5頁は上限規制の適用が開始される2024年4月までのスケジュールを整理したもの。医療機関の各水準の指定を受けるためには、まず医師の労働時間短縮計画、通称時短計画の案を策定し、医療機関

勤務環境評価センターの評価を受けた上で、都道府県へ特例水準医療機関の申請を行い、指定を受けるという流れになっています。各医療機関においては、時短に向けた取り組みを進めつつ、遅くとも今年度中には特例水準の指定の要否を検討した上で、時短計画の作成など、指定申請に向けた準備を進めていただく必要があると考えています。

そういった取り組みに対して、県から個別の医療機関へ必要な支援を行っているところだが、地域医療への影響ということで個別の医療機関だけの問題ではなく、地域において協議が必要となる課題が生じることも考えられます。

評価センターによる第三者評価について、いつから評価が受けられるのか、これに関してどういう準備をしたらよいのかという質問もよくいただくが、この4月に日本医師会がこのセンターとして国から指定を受けたところまでは進んでいるが、実際に受け付けがいつから始まるか、日本医師会の方で10月頃という話は聞いているが、そこから先の情報がまだきていないため、情報が得られ次第随時提供していきます。

今の段階では、まず時間外の時間を把握していただいた上で、この特例水準指定が必要なのかどうかというのを考えていただきたいということ、今時短計画を策定していただきたいということ、この準備段階を共通認識していただければと思います。

これを考えていく中で、例えば派遣等で大学病院から医者の派遣を受けて、宿日直等夜勤やっている医療機関の方多いかと思うが、その大学病院自身は今、それぞれの勤務している医者が、どこの病院に派遣され一体何時間働いているのかということを個別に聞き取り等調査をしていると聞いています。その中で、この医者については時間外が多いとか、この派遣このままでいいのだろうかという話があると思われれます。

県から病院と有床診療所に、派遣に関して受けているか、派遣元と協議をしているか等の質問アンケートを投げさせていただき、現在集計しているところ。アンケート中に書かせていただいたが、結果を医療圏ごとにまとめて皆様に提供させていただき、今後の協議の材料としていただくということを考えています。

ただ、地域に応じて、医療圏単位より小さい単位で話し合わなければいけないこともあると思うし、各医療機関において事情は様々だと思います。我々もまだ見きれていないところもあるが、時間外の把握自体がまだできていない病院や、コロナで忙しくて考えていられないという声もいただいています。ただ、令和6年が来てしまうので、我々もなるべく杓子定規ではなく、個別対応が必要なところはしていきたいと思っています。まずはアンケートの回答等をきっかけに考えていただき、この令和6年4月に向けて準備をしていただきたい。

我々も集計終わり次第、随時提供していくほか、個別にヒアリングさせていただくことも考えているので、協力をお願いしたい。

この働き方改革に関して、これを進めると地域医療がうまくいかないんじゃないかという声をいただくが、良質な医療を提供していく上で医者の労働環境を整え、寝不足の医者に診ていただくよりは、というところは県民の願いです。医者自身の健康確保が大事だと思っているので、一緒に考えていただけ

ればと思います。

【質疑応答】

(委員)

具体的に千葉県内はどの程度まで働き方改革が進んでいて、県としてどこまで実情を把握していますか。

(医療整備課 医師確保・地域医療推進室)

時間外を把握しているか、というアンケートに対して、8割以上の方が回答している状況。

我々としては、具体的なところを聞き取りつつ地域の中でどう協議していくか相談していかなければならないと思っているのが、今の状態です。

(委員)

聞いていると、アンケートみんな甘いんじゃないか、現実本当に直視しているか、個人的には疑問。次世代医療構想センターにも聞きたいが、千葉大は地域の病院にかなり人を出していると思うが、どういう考えで対応しているのか。

(次世代医療構想センター)

大学病院は特殊で、この制度設計の時もおそらく大学病院が行っていることを想定した制度設計を厚生労働省はしてないと思います。

地域の中核病院は診療をもっぱら行う医療機関ということが中心だと思うが、大学病院の教育や研究の機能、地域の派遣機能というところまでは手が回ってない状況で制度ができてしまったということで、大学病院は非常に対応に苦戦しています。

具体的には時間外労働の把握は概ねできてはいるが、どうしてもはみ出してしまう診療科があります。手術時間が長い診療科や24時間対応している診療科は、今の人員の中で組むことがそもそも大学病院の中だけでも難しい診療科がいくつか出てきます。やはり夜間の当直を2名体制、3名体制で重症患者にあたっている診療科などは、この3名の当直を組むともう時間外労働がはみ出してしまうので、1名とか1名プラスオンコールにしなきゃいけない。そうすると、十分な対応能力が維持できないということでそこで一つ詰まっています。

もう一つは派遣先。外勤先での勤務の内容や時間外の状況について、今把握を進めているところで、これが出てくるとさらに厳しいものになるかもしれません。

そのため、大学病院の当院と成田に国際医療福祉大学があるが、機能がかなり制限されるじゃないかなというのが実際のところ。

今、県のアンケートの中でも大丈夫という声もいて心強い一方で、こういった特殊な機能を持っているところは領域によっては厳しくなるのではという感触を持っています。

[チャットによる補足コメント]

B、C水準の「追加的健康確保措置」が煩雑・厳しすぎて、管理するコストが増大してしまいます。大学病院も頭の痛いところ。

(委員)

当院も非常に今苦労はしているが、A、B、C水準のところも、A水準で多くの医療機関が出していると思います。当院もA水準で出さざるをえないというか、B水準、C水準がガチガチに固められていて、まさに無理にでも取らせたくないというような作りになっているので、A水準を出しておかないと。A水準は大体のインターバルなら努力義務なので、そこで出さざるをえないのでそういう風に見えるんじゃないかなと思うのが1点。

働き方改革は、そもそも医療従事者が少ないからやっているわけで、本来であればもうちょっと医療従事者を増やした上でやったらよかったかなと思うが、もう進んでいるので仕方がない。その上で、これをやるとどうしても地域医療の医療レベルは下げざるをえない。産科当直等今までの体制は無理な科が多く出てくるし、そういった面ではどうしても患者に影響が出ると思うので、何で急に対応ができなくなったのだと病院に文句が出るのではないかと考えています。

この働き方改革をやる前に、県や国から十分、国民や県民に理解を求めてもらえると非常に助かります。そうしないと、医療機関に不満がすごく出てくるんじゃないかなと危惧しているので、どうぞよろしくお願いします。

(委員)

大きな病院とか大学病院はまだいいが、中小病院とか有床診療所レベルになると崩壊する。人の手配ができなくなるのは目に見えています。

例えば産婦人科のお産の半分ぐらいは有床診療所が担っているのですが、それが機能しなくなると少子化が余計に集中する等いろんな問題が出てくるかなと考えています。

ただ、皆さんご存知のように、有床診療所とか結局院長が、ずっと頑張っているようなところばかりなので、これでまた若い人が来てくれないとなると、皆年老いてきてるし、結果的にその有床診療所、中小病院潰しに繋がるのではないかなと危惧しています。

(医療整備課 医師確保・地域医療推進室)

先ほどいろいろ御意見をありがとうございます。

医師の確保計画の中では、先ほど委員がおっしゃった通り、上手な医療のかかり方、それから医師の増加策、働き方改革の三本柱になっており、あわせていろいろ考えていきたいと思っています。

委員のおっしゃる通り、有床診療所では特に院長先生が1人で頑張られている状態というのは、働き方改革の中では手が届いていない部分もあるので、考えていかなければいけないという問題意識は持っています。

<議事2「2025年に向けた医療機関毎の具体的対応方針について」>

(健康福祉政策課 地域医療構想室)

平成30年に国から通知が出ており、医療機関の皆様には2025年にどういった役割を担うのか、医療機能ごとにいくつの病床を持つのかといった具体的対応方針の策定をお願いしたところ。

平成31年3月の調整会議では皆様から御報告いただいた検討の結果を共有させていただきました。その後も令和元年に、変更があった場合は報告をお願いする文書を発出させていただき、随時報告があったところについては調整会議で協議をさせていただきました。

安房医療圏の具体的対応方針だが、医療機関ごとに2025年に向けて、5疾病4事業、どういった分野で役割を果たしていただくか、また、2025年に向けて、どういった機能の病床を何床ずつ持とうとしているのか、方針を明らかにしていただき地域の皆様で共有していただいたところです。

令和2年度には、国から、公立公的医療機関を対象を絞り、中でも急性期の病棟を持っている病院について、国の方で独自の指標を設けて分析をした結果、診療実績が少ない或いは似たような機能を持っている病院が近くにある病院を対象に具体的な対応方針を改めて考え直すようお願いが出ました。

安房医療圏においては、富山国保病院、鴨川国保病院が、また鋸南病院においては、国が分析する元とした平成29年度の病床機能報告に一部報告もれがあったということで、この3病院が対象になりました。ただ、富山国保病院と鴨川国保病院については、この後、急性期から回復期の方に機能変更したので、鋸南病院のみ対象として、協議をさせていただいたところです。

具体的には、鋸南病院でまず検討いただき、その結果を昨年夏の調整会議で報告、皆様から意見をいただいたところです。

こういった取り組みをやってきましたが、今年の3月に新たな通知が出ました。今年度と来年度において、民間病院も含めすべての病院・診療所で具体的対応方針を改めて見直してくださいという内容になっています。背景としては、まず一つとして新型コロナウイルス感染症対応のところで、病床の機能分化連携の重要性が改めて認識されたということ。また、医師の時間外労働規制が2024年度から始まるということで、こちらの影響を勘案した上で改めて地域でどういった医療を自分の医療機関が担っていくのかといったところを考える機会になっているということ。こうしたことを背景に改めて方針について見直してくださいというようなお願いがでたところです。

こうした国の要請を受けての本県の対応案です。

まず一つ目は、今回の調整会議においてこうした状況を報告させていただいた上で、先ほどの講演、議事1も踏まえた上で、改めて医療機関の皆様には具体的対応方針の見直しを一度考えていただきたいというお願いをこの場でさせていただきます。具体的な依頼文については、後日発出させていただきます。コロナ対応等忙しい中ではあるが、2025年に向けてどういった役割を担っていくかというのを改めて考えていただき、変更するとなった場合は御報告をいただければと思っています。

具体については後程の依頼文で示させていただこうと思うが、報告を取りまとめ、年度末ごろを予定している次の調整会議で、結果を改めて共有させていただきたい。

今回の調整会議で協議いただきたい事項ですが、皆様には具体的対応方針を改めて考えていただくにあ

たつて、どうしたところに留意いただくべきか、といったところです。

先ほど国の方からはコロナウイルス感染症の対応の関係、或いは時間外労働の上限規制の関係といったところの視点が挙げられているところで、こうしたことのほかにも医療機関の皆様に見直しを検討していただく際に、特に御留意いただくべき事項等、安房医療圏にあつてはこうした観点も持って考えていただく必要があるのではないか、或いはこの地域に限らずこうした視点を加えた上で考えるべきではないか等意見いただければ、今後県の方から発出する依頼文でも、そうした視点を踏まえて検討くださいという依頼をさせていただきたいと思っているので、ぜひ皆様の御意見を伺いたい。

もう1点は、重点支援区域の関係です。重点支援区域は、地域医療構想を推進するために国が重点的に支援を行う区域です。具体的には、調整会議で重点支援区域の指定を受けようと皆様の合意が得られた場合に、都道府県の方で国に申請が行えるということになっている。具体的には、医療機関の名称を挙げた上で複数の医療機関の再編統合を予定しているような場合が対象となっています。

重点支援区域になるメリットですが、まず一つは財政的支援として、例えば病床を削減するような再編計画の場合、一定数以上急性期病床を減らすと国から給付金があるが、重点支援区域の場合はその単価が1.5倍に上がる。技術的支援としては、再編統合等の議論をするために必要となる地域の医療に関するデータ、例えばナショナルデータベースを使って、国の方で詳細な検討に必要なデータの分析をして、提供してもらえるとといった技術的支援が得られるということになっています。

申請の流れは記載の通りだが、吹き出しに書いてある通り、申請をしたからといって必ずそうしなければならないとか拘束されるものではなく、あくまで地域の自主的な議論によって結論を出すというふうに国から言われています。この制度については令和元年度に制度が創設された際に、調整会議で説明しているが、その時点では活用希望はありませんでした。

意見いただきたいことの二つ目は、先ほどの3月の国通知において、今後各都道府県にこの制度の活用の意向を照会すると言われているので、現時点で、安房医療圏でこうした制度を活用すべきではないか、活用したいというような話があれば教えていただきたい。

また、本日なかなか言いにくいということがあれば、後でも結構なので、そうした活用の意向について意見いただきたい。

【質疑応答】

特になし

<地域医療構想アドバイザーコメント>

(地域医療構想アドバイザー)

まず、医師の働き方改革に関連して、医療の機能と自分たちが達成しなければいけない将来像との間で随分板挟みになっているように思われます。このことにつきましては、まず働き方を可視化するという努力を始めることが必要なのだろうというふうに議論を聞かせていただいて思いました。

その一方で、さらに取組みの方も可視化していかなければいけないのではないかなというふうに考えています。取組みを可視化するにあたって、みんなで腕を組んで考えているというのもとても大切です

し、院内の議論も重要だと思いますけれども、地域であったり、アドバイスをくれるところ、そういったところとしっかりとコンタクトをとっていくということが各医療機関に求められているのではないかと思います。

千葉県でも、医療勤務環境改善支援センターなど設置されていますけれども、そういったところが適切に活用されているか、まだまだ活用の余地があるのではないかと思います。ぜひそういったところを活用していただくことによって、完璧ではないかもしれないけれども、取り組みが着実に進んでいるという実感を手にしていただければ、きっと今行っていることに対する不安が少しでも解消されるのではないかなと思います。

また働き方が良くなるということは医療者の笑顔が増えるということに繋がるのではないかと思います。そういったことを喜びにつなげられるかどうか、そういったことを上手に導いてくれるということではないと思いますけれども、伴走してくれるそういった存在を確保できているかどうかというのが、これから先辛い戦いになるのか、それとも有意義な戦いをくり広げることができるのか分かれ目になるような気がいたします。どうぞこちらの方、アンテナを広げていただいてしっかりと進めていただければというふうに思っています。

続いて、医療機関ごとの具体的な対応方針についてという説明に関連ですけれども、こちら重点支援区域などという言葉が出ていますけれども、早い話が共倒れを防ぐというようなそういったような表現で説明できるようなことなのかもしれません。

給付金のことが言われていますけれども、この給付金自体はそれほどすごい経営的なインパクトがあるようなものではないかもしれません。また、技術的支援と言われていることで数値などを運用したアドバイスがもらえるっていうことも、そんなに魅力的なものではないんじゃないかというふうに思われるかもしれません。

ところが、この技術的な支援、地域医療構想が始まって、例えば病床機能についての報告などをさせられたときに随分皆さん反発したものでございますが、その背景にどんな考え方があるのかというようなこと、この技術的支援を通じてはっきりわかったというような事例もあるようでございます。この技術的支援、霞が関の人が来て意地悪なことを言っていくっていうようなものでは決してありませんで、かなり自分たちが何をすればいいのかということが明確になるようなそういった機会になったというような事例もあるというふうに聞いています。

今後は、事例がどんどん示されるということですが、そういった事例になるべく耳を傾けるようにしていくことが大切ではないかなと思いますし、安房地域では千葉県の中で最初に地域医療連携推進法人を作るというようなことを地域で成功した地域でもありますから、そういった点でも、先鞭をつけるようなそういったことを進めていただければと思います。

具体的な取り組みに対しての留意点については地理的な問題があると思いますが、これは地域の方々の意見を聞かなければわかりません。さらに、既存の医療機関が独自の取り組みをしていると思います。安房地域には日本を代表する医療機関がございます。この医療機関が全国に対してどんなアピールをしているのかということも、地域医療の一部としてしっかりと検証しなければいけないという、非常に難

しい仕事をしていただかなければいけません。ぜひそのあたりもしっかりと取り組んでいただきたいと思っていますというところでございます。

<報告事項1「令和3年度病床機能報告の結果について」>

(健康福祉政策課 地域医療構想室)

病床機能報告では、各医療機関から病棟単位で高度急性期、急性期、回復期、慢性期の四つの医療機能のうち、現状と今後の方向性をみずから一つ選択して、都道府県に御報告をいただいているものになります。

令和3年度に各医療機関から提出がありました病床機能報告の結果ですが、安房区域の必要病床数と病床機能報告との差し引きの結果、高度急性期と回復期は、不足、急性期と慢性期は過剰。全体としては、病床が過剰という結果になりました。

また、定量的基準につきましては病床機能報告により報告いただいた結果を平成31年度に各区域において合意を得た方法に当てはめ推計したものとなります。こちらの推計方法につきましては資料3頁、4頁に記載しておりますので、参考までに御覧いただければと思います。定量的基準によりますと高度急性期、急性期、慢性期とも過剰、回復期が不足という結果となりました。

病床機能報告の結果等、推計結果の経年的変化をグラフで示したのようになりますが、令和3年度の急性期について、高度急性期が大きく増加、急性期が大きく減少しております。これは令和3年度病床機能報告から、診療実績の報告対象期間が6月の1ヶ月分から通年に変更になったことによる影響だと考えられます。

先ほど紹介させていただきました、3頁、4頁にも、推計方法が記載されていますが、定量的基準の高度急性期の算定にあたっては、救命救急やICU等において多く提供されている医療の算定回数を基準に設定し、基準を超えるものを高度急性期とみなして推定しております。令和3年度から、実績が通年化したことに伴い、基準回数等についても補正等しているところですが、例えば救急搬送診療料については、1回でも算定がある場合には、高度急性期とすることとしております。そのため、これまでは6月中に算定があった場合に対象とされていましたが、年間を通して1回でも算定されていれば対象となりましたので、高度急性期として推計された病床数が増加しております。なお、高度急性期、急性期を合わせてみると病床数に大きな変動はありませんでした。

また、病床機能報告における報告数について、慢性期については減少傾向、回復期については増加傾向となっています。

7頁につきましては、医療機関毎に病床機能報告の病床数を表にしたものになりますので、各自御参照いただきますようお願いいたします。

8頁につきましては、病床機能報告で報告された、各機能の病床がいずれの入院基本料、特定入院料であるかというものを示したものになっています。各機能とも表の一番右の方に、県全体の構成比、こちらの方を記載しており、この左側に当該圏域の状況を記載しています。なお、不足とされている回復期につきましては、回復期リハビリテーション病棟入院料の比率が県全体と比べて、当該圏域では少ない

状況である一方、地域包括ケアの比率については、県全体と比べて比較的高い状況になりました。

<報告事項2「公立病院経営強化プランの策定について」>

(健康福祉政策課 地域医療構想室)

公立病院改革の推進につきましてはこれまで総務省から何度か改革プランの作成を求められているところです。直近では、平成27年3月に国から新公立病院改革プランの策定を求める通知が出され、この通知におきます新公立病院改革プランにつきましては、地域医療構想を踏まえることとされており、県では平成28年3月に地域医療構想を策定したことから、各自治体は新公立病院改革プランを策定し平成29年度の調整会議におきましてプランの内容を御説明していただいたところとなります。

この度、総務省から令和4年3月29日付で、公立病院経営強化の推進について通知が発出されています。本件通知につきましては県の市町村課から各市町村の皆様へ周知されていると聞いていますが、地域医療構想及び調整会議にも関係する事項となりますので、改めて周知をさせていただいています。

概要につきましては表示の通りとなりますが、前回の新公立病院改革プランと比較をしますと、(1)から(6)とありますが、この中で(2)の医師、看護師の確保と働き方改革のうちの特に働き方改革につきましては先ほどから話が出ているところがございますが、この部分とそれから(4)新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取り組みが求められているところとなります。

策定期間につきましては令和4年度または令和5年度中、プランの期間につきましては策定年度またはその次年度から令和9年度までとなっています。

地域医療構想との関係についてですが、先に「2025年に向けた医療機関ごとの具体的対応方針について」で説明させていただきました通り、令和4年3月24日付の厚労省からの通知で、病院ごとに公立病院経営強化プランを具体的対応方針として策定した上で地域医療構想調整会議において協議することとされていることから、各公立病院の皆様には、調整会議にてプランの内容について御説明をいただき、委員の皆様にはその内容について協議していただくこととなりますのであらかじめ、御承知をお願いします。

また、令和4年3月29日付の本件通知「公立病院経営強化の推進について」になりますが、こちらも、経営強化プランはスライドに記載のように地域医療構想との整合性を求められておりますので、この点については重ねて御留意いただきますようお願い申し上げます。特に、策定に当たりあらかじめ調整会議の意見を聞くことを希望される場合には可能な限り対応させていただきますので、御相談いただければと思います。

<報告事項3「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」>

(健康福祉政策課 地域医療構想室)

こちらの基金につきましては、国からの交付金と県の一般財源の方を原資としまして平成26年度から積み立てを実施しています。毎年度事業計画に基づき、各事業を実施しているところです。

基金の対象事業につきましては下段右下の緑囲みの方に記載がございますが、このうち医療分につき

ましては区分1-1、1-2、区分2、区分4、区分6の五つの区分の事業を実施しております。

補助事業の活用状況について、まず全体の状況としまして、喫緊の課題であります医療従事者の確保に関する事業について引き続き重点的に実施しており、当圏域においても全県の状況と同様に医療従事者の確保に関する事業への配分が大きくなっています。

次に、本圏域における主な事業について、まず施設整備等に関する事業ですが、がんの診断、治療を行う医療機関の施設設備整備に対する助成として、がん診療施設整備事業を実施しました。

また、在宅医療に関する事業として在宅支援に係る多職種のネットワークづくりや、在宅リハビリテーションに関する研修の実施を目的として、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業を実施し、医療機関に対して助成をしているところです。

最後に、医療従事者確保に関する事業ですが、新人看護職員に対する研修実施医療機関への助成を実施するとともに、院内保育所を運営している医療機関に対しても、運営費補助を実施しました。

全県単位で実施している、その他の主な事業について、医師、看護師等の確保定着に向けてそれぞれ修学資金の貸付事業やキャリアアップ、就業支援等を実施するセンターの設置を行っているほか、夜間における小児の受診判断を促すための電話相談事業など、継続的に実施している状況です。

<報告事項4「外来機能報告について」>

(健康福祉政策課 政策室)

当制度は医療機関に外来医療の実施状況等の報告を行っていただき、かかりつけ機能を担う医療機関と、紹介患者への外来を基本とする医療機関等へと明確化することにより、外来待ち時間の短縮や勤務医の外来負担を軽減することなどをねらいとしています。

外来医療の課題として課題が2点挙げられています。

まず1点目として、患者の医療機関の選択に当たり、外来医療の情報が十分得られないこと、また、まだまだ患者が、いわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中して患者の待ち時間や、勤務医の外来負担等の課題が生じていること。

課題の2点目として、人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の機能強化とともに、外来機能の明確化、連携を進めていく必要があることです。

そこで「2. 改革の方向性」とありますがこれらの課題を克服するために、きちんとデータに基づく議論を地域で進めていこうというのが現在、国が示している方向性です。

具体的には、①医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)、この外来機能報告を踏まえまして、地域の協議の場(調整会議)におきまして外来機能の明確化及び連携に向けて必要な協議を行おうという方向性が示されています。そして、この中で協議促進や患者さんのわかりやすさの観点から、医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関、いわゆる紹介受診重点医療機関を明確化することで、患者の流れを円滑化し、外来患者の待ち時間の短縮や、勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与しようというのが本制度の大まかな目的となっています。

医療機関からの具体的な報告内容ですが、外来機能報告は現在行われている病床機能報告と一体的に

行われるものとなっています。報告項目としましては、いわゆる重点外来と言われる医療資源を重点的に活用する、外来の実施状況、紹介率、逆紹介率、紹介受診重点医療機関となる意向がある等が挙げられています。

実際に重点外来とはどのようなものを指すかという点、例えば、悪性腫瘍手術の前後の外来などにあたる医療資源を重点的に活用する入院前後の外来、あと外来放射線治療など、高額医療機器等を必要とする外来、それから紹介患者に対する外来が該当してきています。

その上で、医療機関からの報告をもとに、調整会議等の場におきまして、紹介重点医療機関を選定し、主に紹介患者への外来を担う医療機関として役割を明確化するという流れになっています。

協議の場における紹介受診重点医療機関の具体的な選定基準ですが、現在、国の方から示されている意見としましては①重点外来に関する基準、初診に占める重点外来の割合が40%以上かつ再診に占める重点外来の割合が25%以上を満たした医療機関については意向を確認し、紹介率、逆紹介率等も参考にしつつ、協議を行うこととなっています。

一方で②ですが、重点外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、重点外来になる意向を有する医療機関については、紹介率、逆紹介率等を活用して協議を行うようになっており、参考にする紹介率、逆紹介率は、地域医療支援病院の定義を用いまして、紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上とすることとされています。

重点医療機関の選定に当たりましては、医療機関の意向が第一となっていますが、このような基準を参考にしつつ調整会議の場で協議を行い、協議の整った医療機関に関しては、紹介受診重点医療機関として、県において公表することとなっています。

<質疑応答>

(委員)

公立病院の経営強化プランの策定について質問させていただきます。

公立病院の強化プランの策定ということで、資料によると病院ごとに具体的対応方針を策定した上でこの会議において協議すると示されていますが、この具体的な方針とは、すなわち、公立病院経営強化プランそのものを指しているというふうに理解させていただいていいのでしょうか。

或いは、総務省の経営強化プランのガイドラインで示されている、公立病院の役割機能など、内容・項目の一部をこの具体的な対応方針として考えて、この調整会議において協議するのか、お聞きさせていただきます。

それからもう一つなのですが、公立病院の経営強化プランについて、先ほど説明いただきましたように、令和4年そして5年度中に策定するというふうにされているところですが、それぞれの病院ごとに経営強化プランの案が固まった段階でこの会議において協議すると理解していいのでしょうか。

(健康福祉政策課 地域医療構想室)

まず1点目です。厚労省の具体的対応方針は2025年において担うべき、どういった医療を提供し

ていただくのか或いは何床病床持つのかといったことが含むものというふうにされています。

この場合、おそらく総務省のガイドラインに沿って公立病院経営強化プランを策定されると思うのですが、そうした内容は当然このプランの中に含まれるというふうに思っています。

このプラン全体につきまして、全体を指すのか一部を指すのかについてはっきりとした記載がないところなのですが、調整会議におきましては、先ほど申しました2025年に、どういった役割を担うのか、どういった機能の病床を何床持つのかといったところについて、変更がある都度報告をいただいて協議していますので、公立病院におかれましても他の民間病院と同様に、2025年に向けてどういった役割を担われるのか、また病床数をどういった機能でいくつもつのかといったところを特に協議させていただければと思っているところです。

ただ、特に全体について地域の御意見をいただきたいといった御要望があれば、もちろんそのようにさせていただきたいと思っていますので、具体的な要望があれば、ぜひ相談させていただければと思っています。

また、協議のタイミングにつきまして、調整会議もいつでも開けるというわけではございませんが、できるだけ柔軟に対応させていただきたいと思っています。

ただ、調整会議がいつだからここまで無理やり作らなきゃというふうにやっていたくものではないですので、整った段階で直近の調整会議で協議いただければと思っています。

なお、秋頃に、先ほどの文書でお願いをしようと思っているとお話したところですが、今のところの素案としましては、秋頃に各民間の病院も含めて、具体的対応方針の検討をお願いする文書を発出して、できることなら年内ぐらいには一旦返事をいただいて、今年度末の調整会議に諮りたいと思っています。

ただ、公立病院経営強化プランを来年度までにつくるというところが多いかと思しますので、あくまでまとまったところから年内に報告をいただき、年度末の調整会議に図れればと思っています。各市町様、病院設置機関の皆様様の検討のタイミングに合わせて、来年度中に策定ができるような形で進めていただければと思っています。

(委員)

ありがとうございました。

こちらは今、策定を急いでいるところで、考えがある程度まとまり次第、調整会議活用させていただき意見を述べさせていただきたいと思ひますし、また指導いただければ大変ありがたいと思っていますので、よろしくどうぞお願いいたします。

[チャットに寄せられた質問]

資料7、2ページ、かかりつけ医機能とは開業医か。紹介患者への外来を基本とする医療機関とは病院か。

(健康福祉政策課 政策室)

かかりつけ医機能とは開業医に限らず、患者のファーストタッチを行う医療機関であると考えているところ です。

この制度の目的というのは、まず地域の医療機関、かかりつけ医を受診していただいて、ある程度症状が落ち着いてきたら、逆紹介を受けて地域に戻っていただくという趣旨になっていますので、必ずしも開業医、病院で分けられるものではないと認識しております。

(質問者)

はい。ありがとうございます。

それでしたら別に今日この場で協議する内容でもないような気がしますが、どうなのですか。今までもやっていたからね。

(健康福祉政策課 政策室)

今年の10月から実際に医療機関に報告をお願いするというので、事前の周知のために今回報告をさせていただきました。お時間いただきましてありがとうございます。

【全体質問】

(委員)

この地区は歴史を見ると、県内で唯一の医師会病院を持っていた地域であり、本当に昔から連携とか、共助から結構いろいろやってきました。医師会病院が経営破綻してしまった際も、太陽会に助けていただいたとかいろいろなことがありました。鋸南病院も経営が上手くできなくてきさらぎ会に、先ほど報告がありました、房総メディカルアライアンスという形で、安房地域医療センターと富山国保病院も一緒になってやっているなど、みんなハングリーにやっています。

ですから、杓子定規に情報出さないとかそういう話じゃなく普段から、特にうちの医師会は、それこそ亀田病院、安房地域医療センター、館山病院、鴨川国保病院の先生もみんな入っており、いろいろ連携できますから、ぜひ医師会の組織も使って実のある協議をやっていたらいいと思います。

形だけの調整会議をやっているんじゃないで、本当にやってよかったなと思えるような調整会議になればと思っていますのでよろしくお願いします。

<総括コメント>

(地域医療構想アドバイザー)

報告事項で挙げられました病床機能に関して、こちら回復期のところがまだまだ議論があるのかなというふうに思いました。まだまだ発達するような医療領域でありまして、なかなか共通理解というのをこれから作っていくのは難しいところで、ぜひ充実させていくよう努力いただければなと思っています。

続いて公立病院の経営強化の方の話でございますけれども、本日、市長さん或いは町長さんが、この

会に出席いただいていること自体が、他の地域医療構想の調整会議に比べて大きなアドバンテージになっているというふうに思います。それだけ熱意を持って経営に取り組んでいただけているということは、非常に頼もしいことだと思っています。

その一方で、公立病院というのは民間の病院に比べて意思決定などが非常に難しいという問題があって、とても調整が大変だろうと思います。また市役所職員の方々町役場職員の方々、そういった方々は医療の専門家ではありませんので、なかなか意識が追いついてこないというようなこともあろうかと思っています。そういった中でも、本日、市長さんそれから町長さんに出席いただいて、そういったところのリーダーシップを発揮していただけるというのはとてもありがたいと思います。その時どうしても観念的な話になりがちですが、県の方からも説明がありましたが、具体的な数値を挙げているいろいろな検討するという等、それぞれリーダーなさっている方にとってみれば当たり前だと思いますが、そういったところが大事なポイントになるだろうなというふうに思っています。

基金に関してですがなかなか使い勝手のよい仕組みとは言いがたいように思います。しかし活用に向けた様々な工夫が行われておりますのでいろいろなところに協力をお願いすることが大事だと思っています。

外来機能報告についてなんですけれども、全人的な医療を行っていくかかりつけ医と、それから専門性をバリバリに出して縦割りでやっていく、そういった医療との間にしっかりとした連携を作らなければいけない時代が来ていると思います。どっちかがあればいいというようなものではありません。とりわけ縦割りの専門性の部分は、診療の周辺に様々な負担があります。入院の前の面談であったりとか、そういったことをきちんとやれるかやれないかがとても重要ですが、その部分は非常に不採算なことではございます。その不採算なものをしっかり支えていくことができるようにするためには、かかりつけ医とそれから重点外来を持っているような医療機関でしっかりとした連携が作られているということが重要だということを日々感じているところでございます。

委員からありましたように、連携がしっかりしている地域であるというのは、身にしみて感じているところでございます。この連携の方をしっかりと生かしていただいて、いろいろな報告の中では表面に出てこないかもしれませんが、体感としては非常に連携がうまくいっている地域ではないかと思っています。まだまだ経営などいろいろ工夫しなければいけない部分があるかと思いますが、よりよい医療をしっかりと提供していくということが可能だと考えています。ぜひ頑張ってくださいと考えています。

今後の今年度の調整会議にも参加させていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。