

1 開催年月日 令和元年11月27日(水) 午後7時から午後9時10分

2 開催場所 千葉県南総文化ホール大会議室

3 出席者(総数20名中18名出席(うち代理出席1名))

原委員、竹内委員、鈴木(丹)委員、吉川委員、杉本委員、本橋委員、亀田(信介)委員、
福内委員、田中委員代理高木委員、金丸委員、亀田(郁夫)委員、石井委員、白石委員代理
杉田委員、林委員、鈴木(孝徳)委員、金親委員、木田委員、野田委員

4 報告

(1) 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
議題

(1) 保健医療計画の改定について

(2) 2025年に向けた医療機関毎の具体的な対応方針と施設整備に対する財政支援制度に
ついて

(3) その他

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、日ごろから保健所の公衆衛生行政、福祉行政に多大なる御理解、御協力をいただきまして厚く御礼申し上げます。

まず初めに、今年の9月以来度重なる台風、水害により被災された管内住民及び関係者の皆様にお見舞い申し上げます。また、その際の災害対応にあたり保健医療の確保に大変な御尽力をいただいた関係者の方々に対しまして保健所長として厚く感謝を申し上げます。どうもありがとうございました。

本日の会議では、千葉県保健医療計画の一部改定と2025年に向けた医療機関の具体的な対応方針が議題に上がっております。保健医療計画の一部改定の内容は、外来医療計画及び医師確保計画に関するものとなります。多くの資料が用意されておりますが、これらを参考に安房地域独自の医療問題について御討議いただければと存じます。

また、議題の2では当会議における今後の検討事項や2025年に向けた具体的な対応方針等につきまして御意見をいただきたいと思っております。

御出席の皆様には、どうか活発な御意見をいただきますとともに、本会議における議論を実のあるものとするためにも御協力いただくことをお願いしまして開催にあたっての私からのあいさつとさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いたします。

(会長選出)

野田所長を仮議長として会長選出を行った。当会議設置要綱第4条第2項に基づき、委員の互選により会長は野田所長に決定。会長が副会長に原委員を指名し、原副会長に決定。

当会議設置要綱第4条第3項の規定により、会長が議事の進行を務める。

<報告1>

(議長) それでは議事に入ります。本日の会議では、報告が1件、議題3件が予定されています。はじめに報告1の「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」事務局から説明願います。

(事務局) 資料1、地域医療介護総合確保基金による各種事業のうち医療分の実施状況の報告です。表面の下段ですが、こちらの基金については国及び県の財源を基金として各種の事業を実施しているところです。医療に関しては、資料下段の右側の四角の中に番号がついていますが、1、2、4の3つが医療に関する事業となっています。3番、5番は介護です。こちらの事業は、毎年度、県が計画を作成し、それに基づいて事業をおこなっていますので、医療機関の皆様にもいろいろと御提案いただいております。なかなか事業化できない部分もございますが、事業にできるところを今やっているところです。いろいろと御協力いただいております。ありがとうございます。

内容について、裏面を御覧ください。安房地域における補助事業の活用状況についてですが、表の上段が安房地域の状況です。施設整備等に関する事業について1052万円、在宅医療に関する事業について200万1千円、医療従事者確保に関する事業について1億4831万8千円というところでした。主な補助事業の内容としましては、施設整備等に関する事業としましてはがん診療施設整備事業、がん診療、治療を行う医療機関の施設整備に対する助成です。また、在宅医療に関する事業ということになりますと、在宅歯科診療設備整備事業ということで、新たに在宅歯科診療を実施するために必要な設備整備及び在宅歯科医療における医療安全体制を確立するための設備整備に対し助成するものです。医療従事者確保に関する事業としましては、医師不足病院医師派遣促進事業や看護師等学校養成所運営支援事業に助成を行ったところです。なお、全体を見ますと一番多いのは医療従事者確保に関する事業で全県を見ますと10億円を超える金額となっています。

基金を活用したその他事業の主な実施状況については、医師修学資金貸付事業、保健師等修学資金貸付事業、小児救急電話相談事業、医師キャリアアップ・就労支援センター運営事業、ナースセンター事業が主な事業になります。説明は以上です。

(議長) ただいまの報告につきまして、何か御意見・御質問はございますでしょうか。なお、御意見をいただく際には、挙手のうえ御氏名を言って頂きますでしょうか。

(委員) 今のお話で医療従事者確保に関する事業ということでかなり大金が入っていますが、具体的にはどういう形でなされているのでしょうか。

(事務局) 医師確保対策を担当していますので、私から説明させていただきます。医師確保対策事業の

主なものは医師修学資金貸付事業になります。今300名くらいに出ささせていただいております、100名くらいがすでに県内の医療機関で医師として働き始めているところです。これからますます就業されていきますので、そういった方々が医師として働いていただくと想定しています。年間5～6億くらいの予算です。この他に実施している大きな事業としましては、医師不足病院への医師派遣促進事業があり、こちらはピンポイントで医師不足の自治体病院に医師を送ってもいいといただいた病院に補助をする事業で、現在10数人に御協力いただいております、金額は1億3000万円くらいです。

(委員) 安房地域出身で修学資金の貸付を受けている学生は何人くらいですか。

(事務局) 住所のデータは持ち合わせていないので。

(委員) ここの地域に帰ってくるかどうかポイントになる。みんなここに帰ってこない。お金はもらっていても、ここに帰ってこない。

(事務局) この地域の学生が何人、というデータは持ち合わせていないが確かです。貸付の際に面接をしているが、その際には地域に帰るようお願いして、皆さん理解されていて、この制度は9年間は県内で働くことが条件になっています。そのうち2年間は県内で特に医師が不足している公立病院で働くことになっている。少なくとも制度から離脱しない限りは、必ず義務を果たしていただけることになっているので、安房地域で働いてくださるお医者さんが出てくるものと期待しているところです。

(委員) 卒業したときには、研修医と専攻医、昔は後期研修医とっていたものが今は専攻医というが、医者がいないところに行ってくれたはいいけれど果たして研修ができていいのか。自治医大は、同じような派遣が起こるが、修業はしている。

(事務局) 自治医大とは仕組みが違うが、9年間自分がどこに行くのかということは自由です。2年間をどこに持ってくるかは自由。若い方は早くに専門医を取りたいという御意向が強いので、臨床研修の2年間が終わるとすぐに総合研修に入る。総合研修ができる病院は数に限りがあるので、安房地域では亀田総合病院さんや安房地域医療センターさんになるが、そういったところに配属される方もおられるし、専門医をとった後に後半でいかれる方もある。

(委員) 今の話にある医師の不足している病院とは、この地域では具体的にはどこですか。

(事務局) 公立の病院さんなので、鋸南、富山、鴨川です。

(委員) うちもそうですが、自治医大の先生に来ていただいているが、それとは別にこういった医師の方にも来ていただけるということですね。

(事務局) はい。

(議長) ほかに何かございますでしょうか。

無ければ、続きまして議題1「保健医療計画の改定について」のうち、資料2-1から資料2-3「外来医療計画に関する事項」について事務局より説明願います。

(事務局) 保健医療計画の一部改定のうち、外来医療に関することについて説明いたします。資料2-1をご用意ください。スライド2と3を御覧ください。外来医療計画は地域ごとの外来医療機能の可視化や診療所の偏在緩和を目的として、今年度各都道府県で策定することとされています。下段の概要②にあるとおり、計画期間は令和2年度から令和5年度までの4か年。その後は3年毎の見直しとなります。また、改定プロセスの②にあるとおり、策定にあたりましては各地域から御意見を伺うこととされています。スライド4ですが、計画への記載事項について、ガイドラインでは4つの具体的項目が示されており、本県でもこれら4点を基本として計画を策定していきたいと考えています。①～③が診療所、④が病院と診療所を対象とする項目となっています。まず、国が人口10万人当たりの診療所医師数をベースに医師の年齢構成や患者の流出入状況を反映した外来医師偏在指標を算出し、全国で335ある地域医療圏のうち上位の3分の1が外来医師の多数区域に指定されます。外来医師多数区域では②にあるとおり地域で不足している具体的な外来医療機能を定めて医療計画に記載し、新規開業希望者等にはその機能等を担うことを求める等の取組を行っていきます。こうした多数区域における新規開業時の協力等によりまして外来医師及び診療所の偏在緩和を図っていききたいと考えています。

③ですが、多数区域ではない医療圏では具体的な外来医療機能について提供体制の現状や過不足の状況等に係る検討を行い、計画に記載していきます。本県では、外来医師多数区域ではない見込みであるために②は対象外となり、③が計画の主要な構成の内容となります。④は、CTやMRI等の高価な医療機器の配置、保有状況につきまして現状を把握したうえで、機器の共同利用等を推進することで効率的な活用を図ります。その際に地域ごとの共同利用方針を計画に記載するとともに、新規に医療機器を購入した医療機関には共同利用の予定等について情報提供を依頼します。なお、本計画では機器を保有する医療機関の外来への紹介等も広く共同利用することとされています。多数区域の無い本県の計画策定の意味ですが、外来医療について地域ごとの現状や課題を整理して可視化することで、地域内の認識の共有を図り、各医療機関の取り組みや医療に資することと考えています。本日の会議では地域の外来医療で推進的な役割を担われている地区の医師会さんや、高度な医療機器を保有し地域への開放等も実施されている病院の方々に御参加いただいております。この後の地域編の素案も御覧いただきますので、記載内容の充実について忌憚のない御意見をいただきたいと考えています。

スライド6の外来医師の偏在指標についてですが、地域内の推計医療需要に対する診療所の医師数をベースとして医師の性や年齢構成による労働時間の違い、地域ごとの病院・診療所さんの外来診療割合、患者の流出入等を加味した数値になります。なお、あくまでも全国の医療圏を比較するための相対的データであり、絶対的な医師の過不足を示すものではありません。その指標については、スライド7にあるとおり、県内では多数区域に指定される全国順位上位3分の1にあたる2次医療圏はない見込みとなっています。そのために本県では、次のスライド8にあるとおり、外来医療に係る情報を収集・整理しまして医療計画に記載することで可視化を図るとともに、可視化された情報等を基に地域ごとに医療機関の役割分担や連携等を推進する方針でいきたいと考えています。

スライド10からは医療機器の効率的な活用に関する内容となっています。スライド11ですが、医療機器についても人口10万人当たり台数をベースとする指標が国から提供されており、地域ごとの検

査需要等を考慮した機器台数について算出したとされています。

スライド12ですが、本県における指標値と平成29年度のレセプト件数に基づく機器1台当たりの年間稼働数になります。赤字で書いてあるところは全国平均もしくは県平均を上回っているところです。本件は医療機器の稼働件数が比較的高い傾向にあります。さらなる効率的活用を検討していく必要があると考えています。

スライド13ですが、こちらは医療機器の効率的活用の基本方針となります。医療機関の設置保有状況や共同利用の実施状況を把握整理し可視化するとともに、地域ごとの機器の配置状況等を踏まえた共同利用推進のための基本方針を取りまとめて各医療機関の自主的取り組みを支援したいと考えています。

スライド14は改定に向けてのスケジュール、スライド15は医療圏毎の各データになりますので、参考にいただければと思います。

資料2-2はスライド資料で説明した内容を計画書の形に整えたものになります。後ほど御覧いただければと思います。

資料2-3ですが、外来医療計画では医療圏単位の地域編を策定しまして、地域ごとの計画として位置づけることとしており、これはその素案となるものです。1枚目は診療所及び診療所の医師、2枚目は医療機器についてこの医療圏の現状を示すデータとそれを踏まえた現状認識等を記載しています。表1、安房医療圏の外来医師偏在指標は84。2でこれは全国の335ある医療圏のなかで265位となっています。県内の9医療圏については千葉、東葛北部、東葛南部に次いで4位となっています。表2は通院外来、時間外外来、訪問診療におけるレセプトベースの延べ患者数になります。一般診療所構成率はそれぞれの診療所の受診割合となっています。本圏域は通院外来診療において全国及び県内平均を上回っておりまして、かかりつけの診療所のある患者さんが多い地域ではないかと考えられます。一方で、時間外外来等で診療所の構成率が11%と非常に低い数値となっていますが、これは地域の夜救診で診察された患者さんが病院側でカウントされた影響が多いと考えられます。表4ですが、主たる診療科別の診療所になります。これは各先生方に御専門をひとつお答えいただいたものです。この表の内訳が資料2-4に添付しています。診療所の医師が館山市に多いとなっていますが、これは複数の医師が所属する診療所が立地していることが影響していると考えられます。残る2市1町では主たる診療科にあげる医師が不在の科も多く、各外来医療機能の維持には各病院の協力も不可欠と考えています。資料2-3の表5ですが、圏域内の診療所に対して地域で不足していると思われる外来医療機能をアンケートしたものになります。初期救急医療については、先生方の御尽力と各市町の御支援により運営されているところですが、不足感も高い状況となっています。また在宅医療につきましては、病院・診療所の境無く取り組んでいただいている地域であると思っておりますが、今後さらに進展していく高齢化に対応できるように引き続き推進していく必要があると考えています。公衆衛生分野において診療所が担う役割としましては、予防接種や健診、学校医、産業医等があげられると思っておりますが、予防接種や健診に関しましては比較的充足感が高い一方で、学校医や産業医は不足感が高い状況となっています。学校医につきましては、これまでも言及いただくことがありましたので御意見を踏まえた記載案としているところです。2枚目は医療機器の共同利用に係る状況になります。医療機器の保有状況等についてですが、表6のとおり本圏域の調整人口当たりの台数は多くの機器で平均より高くなっており、1台当たりの稼働数も高い状況となっています。入院、外来とも患者流入の多い圏域であるために、台数、稼働数ともに高くなっているのではと考えられます。表7ですが、医療機器ごとに共同利用方針案をまとめております。地域医療支援病院を中心としつつ、機器を保有する医療機関で幅広く効率的な活用を推進してい

きたいと考えています。最後に、県ではこの計画を策定するにあたりまして、外来医療機能や医療機器の共同利用の状況について県内の医療機関に対して実態把握調査を実施いたしました。度重なる災害対応の中、多くの医療機関のから御協力を賜りましたことについてこの場をお借りしまして御礼申し上げます。ありがとうございました。また、本日は中間報告による掲載ですが、集計がまとまりましたら数値の更新や掲載データの充実を図っていきたいと考えています。説明は以上となります。

(議長) ただいまの説明について御意見、御質問はいかがでしょうか。

(委員) 安房地域は富山国保が安房地域医療センターと連携推進法人が進んでおり、鴨川国保は建て替えのプロジェクトが進んでいる。それとの整合性というか、せっかく今進んでいるものところこういうものをやるのと、お互いの理解がうまくいかない和无理かと思う。安房地域には安房医師会病院というものがあつた。これは歴史的にも大きな役割を果たしていたと、私は思っている。ただ、ある意味で大きな連携として安房地域医療センターと地域の医療機関とがうまくいくかなと思っている。さらに、今回連携推進法人を組むとか、鴨川国保病院を再建するとかが進んでいるので、その辺とうまくリンクするよう御指導を頂ければと幸いと思う。

(事務局) この圏域は医療提供体制の連携が進んでいると認識している。県としても初めて外来医療計画を初めて作ることになり、手探り状態のところもあるのでぜひ御相談しながら進めていきたい。

(委員) 機器の共同利用について訊きたい。私は整形外科でMRIなどをほかの病院にお願いする。MRIをお願いしたところ、そこの病院の整形外科を受診しないとダメと言われ受診してMRIを取る。こちらとしてはMRIだけ取ってほしかったが。その他にも共同利用をなるべく簡便にするような工夫というか何かお考えがあれば伺いたい。

(事務局) 共同利用について、今回アンケートを取らせていただいている中で、策定の全部の評価指標を見れてはいないが、「どんな形式で共同利用の受け入れをされていますか」、という項目で質問をしている中で、いろいろなやり方があるというところで、どこまで受け入れ先の病院がやられて、どこまでを患者さんを送り出した病院や診療所が行うか、といったことについて受け入れ先の病院がどこまでやり、診療の病院がどこをやるか。いろいろなやり方があり、厚労省も今回の外来医療計画における共同利用の範疇はすごく広く取っていて、そういったものすべて含まれています。どのような方法があるのかについては、今回の調査の最終結果がまとまりましたら、それらを県からホームページ等で公表させていただくので、まだあまり申し上げられることがなく申し訳ないのですが、共同利用については受け入れ先の病院と患者を送る側の病院との間のいろいろな体制や方向について合意の上でやっていただく必要があるので、県でできることがあればおっしゃっていただいとと思いますが、基本的には合意の上で、という形になるのかと思います。

(委員) 日曜日に日本医師会の医療政策講演会があり、加藤厚労大臣やほかにも幹部が来て、話を聞いたが、要は地域で決めなさいと。だから地域で、県が役割を「ああしろこうしろ」とはできない。地域で、事故が起きたときの責任問題があるので、現場で我々の中で調整するしかないかと思っています

ので、ぜひ話し合いにのっていただきたい。

(委員) まさに今いわれたとおりで、安房地域医療センターも共同利用としたいが、何か起こったときに誰が責任を取るのか、という話で、特に造影剤を使うもの、CTは造影剤を使うことが殆どですが、必ずある種の問題がある。そのとき主治医がいない。誰を呼んだらいいのか、どうしたらよいか。知っている人は技師しかいない。これはもうどうしようもないのでやめてくれ、と安房地域から聞いている。我々は責任をとれない、という話にどうしてもなる。技師の方も、何かあったときに 訊く人がいない、どうするの、という話になる。この辺は事故のときにどうするか、読影も複雑になっていて、いろいろな形で診療報酬もついているが、全然リンクしていない。勝手にそれぞれやっているので、非常にシステムとしてやりにくい。一番単純なのは、やはり紹介してもらって、撮って普通に レセプト請求して読影して、返すことがやる方としては一番責任の所在がはっきりしますし、お金のこともはっきりしますし、一番わかりやすい。

(委員) できるだけ良案を。

(議長) 県立佐原病院はかなりうまくやっているようです。問題はスピードということでしょうか。特急コースでやっていただくとか。それくらいなら譲歩は？

(委員) オーダーリングでつなぐとかはこれからあると思いますが、最終的には責任をどうするか。事故が必ず、起こったときに誰が責任を取るのか。何もない。受付して、医師のサインをしてやらない限り責任を取る人は誰もいない。何か起きたときに、病院は責任を取らなくていいのか、と いうことになる。

(議長) 難しいところで、保健所長としてはそれは管理者に、といわざるを得ない。何とかそこを 折

り合いをつけていくことが必要かなと。よろしく願いいたします。

(オブザーバー) 二つ教えていただきたい。

1つは上げ足を取るようで、県庁の方々には非常に失礼な質問かもしれませんが。資料2-1の一番後ろですが、【参考】各二次医療圏の概況、安房の医師偏在指標は全国53位医師多数、医師多数ですよね。資料1の裏の医療従事者確保に関する事業、医師不足病院医師派遣促進事業、医師多数なのにどうして1億円もお金がかかるのですか。片や医師多数、片や医師不足で1億円も出すというのが、わからない。もう1点、資料2-1スライド4ですが、診療所の③外来医療機能の分析、これを去年お話ししたが、ウ学校医医療提供体制などについて云々、方策を議論する。これを具体的に教えていただきたい。要は、学校医がここは非常に不足している訳です。去年お話ししましたが。その辺をどうするのか、こうやって文章にしてありますが、これは重要な問題なんです、地域にとっては。

(事務局) 一番目の御質問ですが、医師多数区域がどのように決まってくるかは後ほど説明させていただきますと思います。医師不足病院医師派遣促進事業というのは、医師を派遣する側の方にお金を

すものでありまして、医師が不足しているところに出すものではないのですが。

(委員) これは看護師養成も、看護学校への補助も入っていますか。

(事務局) 含まれていません。

(委員) 具体的には、亀田からほかの病院に出すとお金が入ってくる、というお金。

(オブザーバー) でも医師不足なんでしょう。

(事務局) 2点目の方ですが、学校医の不足については、地域編のところでは不足感が強いということ
で検討が必要です、と記載させていただいているのですが、具体的にどうやって取り組んでいったらよ
いかというところでは皆様方に御相談させていただきたいと考えています。

(議長) よろしいでしょうか。

(オブザーバー) はい、ありがとうございます。

(議長) それでは続きまして、資料の3-1と3-2「医師の確保に関する事項について」事務局より
説明願います。

(事務局) 資料3-1を御覧ください。千葉県保健医療計画の一部改定のうち、医師の確保に関する事
項について説明いたします。

現在の保健医療計画の中にすでに医師の確保に関する事項は当然入っていますが、今回、なぜ改めて
このような計画を作ることになったかといいますと、千葉県も、日本全体も医師の数はこのところ増え
ています。そんなに遠くない将来、必要なお医者さんの数が充足できるのではないかというのが現在の
厚労省の見立てです。千葉県は医師が少ない県ですが、それでもお医者さんは増えてきていまして、こ
のまま増えていただきたいと思いますと思うところですが、ただ一方で総数が増えても定員に足りないのは偏在と
いうものがありまして、今回の計画というのは、偏在に着目して、どこの圏域が多いか、少ないかを相
対的に見て、多い地域と少ない地域の格差が広がっているものを少しでも縮めていこうというものを目
指す計画です。

スライド2ですが、国の方で新しく医師の偏在指標というものを提示して参りました。これがどうい
うものかは後ほど説明しますが、その偏在指標の数字をベースに医療圏毎に医師の多数区域と少数区域と
いうものが自動的に定まって参ります。多数区域から少数区域にどう持っていくのかというところで医
師の確保の方針を定め、さらに確保すべき医師の目標値を定め、目標値を達成するためにどのような施
策をうっていけばいいのか、とこのようなものを盛り込んでいこうというものが今回の計画になります。

それぞれの項目につきましても詳しいことを説明させていただきたいと思います。

まず、医師の偏在指標とは何ぞや、ということですが、スライド6、医師偏在指標とはということ
ですが、これまで医師の多寡を表すものとして人口10万対医師数というものが使われてきました。

ただ、医療圏毎に見た場合に、人口10万対といっても人口の年齢構成等で異なってくるのでそういったものを加味しようということになって、医師偏在指標は人口10万対医師数をベースに、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成、これは若い方ほど長時間労働されているという実態があるということから、そういった労働時間も加味したうえで、医師偏在指標というものを示してこうとしたものです。今回、国から示してきた指標は3種類あります。医師全体の指標、産科医に限った指標、小児科医に限った指標の3種類があります。御注意いただきたいのは指標の算出に当たり、国が入手できるデータをもとに一定の限界をもって算出しているため、総合的な偏在の指標を表すもの。つまり、医師多数区域といわれたからといって、その地域が医師が十分だということではなくて、相対的にどちらが多いか少ないかといっているものと御理解いただきたい。

スライド8ですが、さらに医師偏在指標は、全国で335区域の医療圏がありますが、下位3分の1を医師少数区域、上位3分の1を医師多数区域と自動的に定めています。では、千葉県の指標がどうなっているかということですが、全県の医師全体の指標が199.9、全国平均が238.6ですが、全国38位です。医師少数都道府県となります。さらに産科が全国平均11.8のところ11.0で全国33位、小児科が全国106.2のところ84.5で44位ということで産科、小児科についても相対的医師少数都道府県となっています。

二次医療圏毎にみた場合、医師全体の指標がどうなっているかという圏域によって状況が異なっており、安房医療圏は267.4で53位ということで医師多数区域に位置づけられることとなります。県内では、千葉の医療圏が52位で同じく医師多数区域、山武長生夷隅と君津が医師少数区域となっています。

スライド11、12は産科・小児科の指標を載せてあります。産科・小児科は医師全体の指標とは考え方が少し違って、多数区域の概念はない。産科・小児科は全国的にも医師不足が言われている領域なので、多数という位置付けは多いというイメージを与えるということもあり、定めるのは少数だけということになっている。安房につきましては、いずれも少数区域にはなっていない。

今後、この地域において何人の医師を確保する目標を立てたらよいかということについて、スライド13に考え方があり、表の中の区域等に二次医療圏があり、それが医師少数区域、どちらでもない地域、医師多数区域に分かれていて、こちらは医師多数区域なので県において独自に設定できることになっています。これについてスライド14にあります、千葉県では医師多数区域について、まずは現状の医師数の維持を目指すことにしてはどうかと考えています。君津は千葉県内の中でも医師少数区域に位置づけられているので、まずはそちらの医療圏が少数区域を脱することができるように、そちらを優先することとして、多数区域に該当するところは、まずは現状を下回らないことを当面の目標としたいと考えています。

具体的な数字はスライド15にあるように、表の真ん中あたりにH28医師数がありますが、安房圏域では545名いらっしゃる、そのためこの数の維持を目指すことになるが、今回作成する医師確保計画では当面4年間の計画です。どこを目標にするかということ、4年後を目標としています。4年度に現在の医師数を下回らないことを目指してやっていきたいということです。他の圏域については、例えば山武長生夷隅については、H28医師数が496名のところ、下位3分の1に位置しているのでそれを脱するのに必要な医師数を試算すると598名になり、100人程度増やしていくというなかなかハードルの高いことになっている。そちらの方は頑張っていきたい。

産科と小児科については、考え方が少し違っており、スライド18にあるように産科の目標値、偏在

対策基準医師数は、下位3分の1に落ち込まないために必要な数字です。安房のところはH28には22名の産科の医師がおられるが、仮に8名になると下位3分の1に落ち込んでしまうというものです。

スライド19は、同じく小児科も17名の小児科医師がおられるが、11名になってしまうと3分の1に落ち込んでしまうことになります。それを落ち込まないように頑張って維持していくことを考えています。

目標を立てたところで、どのように医師確保を図っていくかというところですが、少し飛んで資料23番に、区域ごとの医師確保の方針の案をお示ししています。ちなみにこちらは医師多数区域なので、方向性は現状の医師数を確保する。短期的施策を中心として取り組む。全体としては医師多数区域であっても、医師が不足している地域もあるかと思えますし、診療科によっては無い地域もあるかと思えますので、何もしないのではなく短期的施策を中心に組み込んでいきたい。短期的施策とは何か、ということですが手法のところを書いてあるように、産科・小児科等特に不足の見込まれる分野に配慮した施策をやらせていただくと思っていますし、医療サービスの生産性向上については働き方改革を踏まえた効率化や県民の受療行動の適正化も併せて行っていくことが必要ではないかと考えております。

一方、産科・小児科の方針ですが、スライド26にあるように、千葉県は産科・小児科とも相対的少数都道府県であると先ほど説明しました。このため、圏域ごとというより県全体で産科・小児科、周産期医療に従事する医師の確保に取り組んでいく必要はあるのではないかと考えております。そのため、圏域ごとの取組というよりは、県全体でこの分野に従事する医師の確保を進めていくという方針で進めていきたいと考えています。

具体的なものにつきましては資料の3-2で説明します。いくつかの参考データを載せさせていただきました。人口将来推計は御承知と思えますので、医療施設従事医師数は医師数が少し減っていますがまあ維持はされている、小児科・産科は若干減ってきているような傾向があります。NICU15床あたり常勤医師数、これは平均したものを比較していますが千葉県は特に周産期医療に携わる医師数が少ない県でして、5名を下回る6県のうちの一つが千葉県です。次が小児医療の圏域内自己完結率ですが、安房は外来は非常に高い完結率です。入院につきましても高いところですが、救急搬送に占める軽症者の割合はここだけでなく全体的な傾向ですが、やはり小児の患者は軽症者が多い。最後に集勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合とありますが、これは働き方改革が始まり、医師については向こう5年間の猶予期間が設けられましたが、5年後に労働時間の上限適用が始まる見込みです。この表は現在上限を超えてしまっている医師の多い診療科がどの辺かということ年全国的な傾向で示したのですが、これを見ると産科、救急の医師が長時間労働につながっていることがわかります。

下の表は先ほどの偏在指標をまとめたものです。

以上のような状況を踏まえたこの圏域の現状と課題ですが、医師全体としては医師多数区域に位置づけられています。また、1つの臨床研修基幹施設と3つの専門研修基幹施設があることを書かせていただいたのは、今後医師をこの地域に呼び込むにあたって研修機関があるということが重要なポイントであると考えていますので、あえて数を掲げさせていただきました。また、後期高齢者人口はまだ増加の見込みにあり、併せて医師の働き方改革への対応もあり、非常に大きな課題を任されていると考えております。産科・小児科については、この圏域に限らず県全体として、医師の働き方改革への対応や周産期母子医療センターや小児の入院医療を担う施設等の医師確保を中心に行っていきたいと思っております。

具体的な施策については下に書いてありますが、大きく4つの柱を掲げました。

まず、医師数の維持ですが、自治医科大学出身の方にはこちらの地域でも何名かの方に御活躍頂いておりますが、引き続き行っていきたい。それから、医学生に対する修学資金の貸付を行い、この地域で働く医師の確保を図って参りたいと思います。先ほどご質問いただいたとおり、この医師の就学資金については、まずは亀田総合病院さんのような病院で一定の研修をしていただいて技術等を身に付けていただいて、その後に必要としている地域に分散していただく流れがよいと考えており、この点につきましては基幹病院に御協力いただいているところです。また、特に医師確保の厳しい産科、小児科、救急科を志望する修学資金受給者についてはそのキャリア形成に配慮したいと考えています。この分野は人的に少ないことを鑑みて必ずしも地域に行くということではなく、周産期母子医療センターや救急救命センター等の基幹的な病院で一定期間働いていただく新しい仕組みを作ることで受給者を増やしていくという取組をしていきます。その他、研修環境の充実を図ることや総合診療専門医の養成・確保に取り組んでいただいているところですが、このようなことを考えております。

次の医師の働き方改革の推進は新しい項目になりますが、育児と仕事を両立できる働きやすい環境作りとか、医師の労働時間の管理、把握といったものに努めていただきたいと思います。県としましても、労働時間の短縮を図るためのタスクシェアリングやタスクシフティングを病院に進めていただくための支援策について検討を進めているところです。

次の上手な医療のかかり方への理解推進ですが、従来からやっておりますが、かかりつけ医の定着、また、電話相談等をさらに進めていきたいと考えています。

効率的な医療提供体制の確立については、特に産科や周産期は医療圏を越えたネットワークの充実、また、専門家等の関係で限られた医療資源でも患者さんに合わせた医療提供体制の確保を図ることなどを本県としてはこのような方針で取り組みたいと考えております。

(議長) ただいまの説明について御意見、御質問はいかがでしょうか。

(委員) 夷隅や山武からも聞くが、子供たちが帰ってこない。医学部に入れても、この地域に魅力がなくなってしまうと帰ってこない。亀田とか大きなところには行くが、そのあと地域に根付いてくれるかという、なかなかできない。館山市の去年の出生数は258人。学校は小学校だけで10校あるが、来年の新生の健診をやりましたが、321人。もう子供がいない。こういうところで小児科やるにしてもできるのか、といわれてしまう。産婦人科もお産がない、ほとんど亀田。これが現状で、まちづくり、地域づくりが基本設計に無いと、医療の面でいくらやっても地域ができなければ絵空事になってしまうのでは、と心配しています。この間も自治体病院議員連盟の会長の細田さんと話しましたが、「もう無理だ」。森喜朗さんも「時代が変わった、医者になった人たちが地域になんていかない。結婚したら奥さんの言いなりだし、そこで子どもを育てていかなければならないし帰る訳がない」。それが本音かもしれない。魅力ある地域をつくっていかないと、千葉県が魅力を作っていかないと人が来ない。特に沿岸部は本当に人がいなくなった。今回の災害で人が流出している。高齢者も流出している、生活できなくなって。そういう状態だとわかっていただいて、この地域に魅力的な何かを考えていただいってつくって、これはもう医療分野だけではなくて地域づくり。県全体が音頭取ってやっていかないと、今日は市長さんもいらっしゃっていますが、頑張っていきたいと思います。

(委員) 県の方は耳にタコができています。資料を見ると明らかなように、安房と君津、安

房は12万人、君津、東葛南部179万人、東葛北部140万人、安房は12万人で君津と一緒にしても恐らく40万人、という中で君津と安房と例えば夷隅なら地図上は一番一緒にしやすいが、人口も20万人以上が国の一般的な指標とされているので、そういった段階で安房が多数区域で君津が少数区域になるかという、これは一瞬で数のお遊びで変わる訳で現実の医療圏はそうやって動いています。現実の医療圏と違う形の医療圏を無理やり作って数を並べたところで、地域医療構想といっても非現実的で、県には何回も言っていますが、やはり医療圏が現実と合わない形で計画を作れというのは無理な話で、ぜひ安房と君津と、夷隅は最後に裏切ったのもう言いませんが、少なくとも君津と安房が一緒になろうというのは医師会でも話が出ているので、全県応援してもらって、県の医師会長も「いいんじゃないの」と言っていますし、実現すれば目標を立てなくてもこれ全部OKです。

と、というのがひとつと、もうひとつが、小児科・産科の話ですが、今、来年の4月から小児科は子供がいないのでやめる。うち小児科だけで年間3億以上の赤字を出しています。一番救急の診療数は、実は内科よりも小児科医が多い。ですが大赤字。もう小児科医が疲弊している。でもこれ以上小児科医を雇ったらもっと赤字が増えるだけなんです。ベッドは多くても10数人、多くても20人いたことはありません。もうベッドは十分です。それで十何人の小児科医を抱えないと救急ができないというのも事実です。その中で子供が減ってきて、8人と書いてありますが基本的に悪循環。実はなりかけておまして、来年の4月にどんと減ります。仕方ないので午後外来を閉鎖します。救急で全部診るようにします。今は午前・午後と外来をやっていますが、もう2外来回せません。午後外来は近隣に小児科の診療所がありますので、できればそちらで診ていただいて、重い人は救急は24時間やっていますのでそちらに来てもらう形をとりますが、実際にそこまで来ています。産婦人科に関しては、8人になったら無いのと一緒に、絶対に崩壊します。お産を8人でやれと言ったら皆辞めます。これはセンター化することが必要、これはいつも言っていますが、お産でセンター化しないのは日本くらい。あんな危ないものはなくて、いきなり「なんで！」ってことになるわけですから、実際にはお産センターをどうするかということを決めるしかないと思っています。1時間圏内にあればいい訳です。その辺をきちっとやらないと、いくら計画といっても非現実的、合理的で生産性の高い医療システムに変えていかないと人口減少、少子社会、高齢者の増加を全体に乗り越えられない。むこうではパラダイムシフトというか、生産効率はどうやったら上がるのか、生産性をハイクオリティ・ローコストを実現するためには、やはり抜本的な見直しが必要で、そこをいずれはやることになるのでいつ踏み切るかということになると思う。

(事務局) 君津と一緒にというお話が出てきましたが、それは進んでいるのかなと思った。前回作った保健医療計画をベースに今回作っておりますので、早急に保健医療圏は変えられないのですが、ただおっしゃるとおり、産科等は事実上の地域を越えたものがあることは認識しているところです。まずは、圏域を越えた連携といったものをしっかりさせていきたい。

(委員) 来るかわからないものに対して、24時間アベイラブル (available) にしておくということが困る。今度の働き方改革では、3人診たらそれは当直ではだめで、夜勤だということを明確にしている。それを維持するには当然のことながらある数の医師は絶対必要で、その医師の給料が出せるほど患者さんが来るかといえ、ベッドも埋まらないし来ない。それらはまさに政策医療をやらない限り、うちもいつかは小児は診れなくなる。今回も3人くらいまとめてやめるが、そういういきさつなので本当に重く受け止めていただかないと、「亀田があるから大丈夫だ」は通用しない時代になってきているのは確か

なので、ぜひよろしくお願ひしたい。

(事務局) 小児科や産科に関しては、ここの圏域に限らずどこの圏域で説明させていただいても、皆さん集約化ということを言われます。もし、そういうイメージを皆さんが共通でお持ちであれば、そういった方向の施策を今後推し進めていくということになるかともおもいますが、もちろんそれ以外の御意見もあるかと思ひます。

(委員) 医療の専門性がある訳ではないので、今聞いた内容について批判するのではなく感想として話すが、2次医療圏毎に医師の偏在を無くしていこうということで、具体的に言うと、うちの地域と夷隅地域を比べるとうちの地域は相対的に医師数が多い。ということは、暮らしている方々にとって安心感がある。うちの地域は高いといえることは、医療関係者の努力があつて、うちの地域の魅力を高めることにつながっている。その一方、夷隅地域の医師数を計画的に増やしていこうとすると、うちの方と相対的に比較していくと、夷隅の魅力を高めていくことにつながる。地域の魅力に関して言うと、現状を固定化されることにつながってしまうのではないかという感想を持つ。政治の視点から見ると、まちづくりのまちの魅力というところから見ると、その点についてはちょっと違和感の感想を持った。先ほど亀田先生がおっしゃった二次医療圏の考え方にちょっと感覚的につながる部分があるかもしれません。安房は足りている、夷隅は足りない、全体を均していこうという考え方は、政治的な面から言うと違和感がある。

もう一つは、原先生がおっしゃったように、医学生に対して奨学資金をお出ししているのだから、奨学金をお使いになった方々が将来、うちの地域にとってはうちの地域で医療を展開していただけるように、メンタル的にもいろんな意味で育てていただけるような仕組み、マッチングも含めていただいて、そのようなことを念頭に置いた仕組みづくりをやっていっていただければありがたい。

(事務局) 今回の数字は実感が伴わず心苦しいが、全国的なルールでやっている。ただ、医療圏をひとくくりでみるつもりはなく、引き続き医師の配置を考えていきますし、就学資金生が出身地に戻って活動したいと思つていただくには、私共がやるというよりは地元の方々のウエルカムの意思表示を作つていただく。自分を大事にしてくれるとか、期待してくれているとかというのがあるといいのかと思つている。地域の病院に奨学生を連れていくことがあるが、そこに市役所の方に来ていただいて「市として応援しているよ」、というような御協力を頂ければと思ひます。

(委員) 今までのお話を聞いて、どうなのかと思ふところがある。やはり、これからどう進めていくのか非常に気になる。まず最初に、この地域は大変な台風被害があり、その中で非常に感謝していることは、医師会の先生方が非常に災害対策本部等において頂いて親身に相談にのつてくださった。また、保健所長はじめ皆さんが親身になってくださった。また、医療機関の方々にも協力いただきましたし、県の職員の皆さんにも御尽力いただいた。そのときに思つたことは、災害時は地域の医療体制、医療連携が非常に大事だと再認識した。他にもDMAT、JMAT、日赤、DPAT等大変お世話になり感謝している。その中で思つたことを率直に申し上げると、地域の保健医療体制の検討においては地域の事情をよく知る安房医師会の先生方の声をよくお聞きして積み上げた計画にしていけないと、先ほどから聞いていると国や県から計画をおろしてくるというように聞こえて仕方ない。本来は、安房地域の地域性

をよく御存じの安房医師会の先生方中心に、保健所長はじめ計画を練って、地域の特性を出しながら県の方たちと計画を作っていく、そういうプロセスが必要ではないかと思う。今のままではかみ合っていない。

これから後は、この地域の医療体制が充実している、プラスだといわれるがそれがこの地域の魅力。だから移住してくる人が増えている。ただ、高齢化が進んでいて亡くなっていく方が多いから、人口は減っている。それをくい止めているのは、安房の高い医療水準、亀田病院中心に。そこに安房の魅力がある。確かに館山市は出生が300を切ってショックだが、これから増やしていくつもりで取り組んでいく。やはり医療体制の充実が魅力だという移住してきた人たちの御意見をうかがっている中で、その辺も含めて頻繁に情報交換しながらお願いしたい。要望です。

(オブザーバー) 市長さん、ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。

二つだけ。以前から言っているが、安房が医師多数区域である訳がないが資料はこうになってしまう。そこがおかしい。現場の立場でいうと、例えば、館山市には小児科の医師は一人しかいない。これが医師多数区域となるのか。資料と現場の人間の意識や思いとが完璧に乖離している。それがひとつ。

2番目、県の方にはお願いです。産科医師偏在指数、小児科医師偏在指数だけでなく各科医師全部の偏在指数をぜひ出していただきたい。前回、県医師会でこの手の話をしたのですが、今日出てくるかと思っていたがなかったなので、ぜひ次回には出していただきたい。

(議長) 御意見ということで。

(オブザーバー) お願いです。

(委員) このあいだ、加藤厚労大臣も前衛生局長も地域に任せると言っている。県がやるのではなく地域が作るということでよいですね。主導権は地域が持つ、と上は考えている、逆に言えば投げられている。我々の責任は重いと感じながら、やっていく方向で考えて整理しているので皆さんの御協力をお願いします。

(議長) 時間の関係もあるので、議題1はこのあたりで終わりとしたい。事務局から議題1を総合してまとめたものがありますか。

(事務局) 大切な御意見をたくさんいただきました。厳しい御意見もありましたが、皆様の御意見はごもっともなものと受け止めておまして、三つ目については国の物差しに則って作らざるを得ない部分は御理解いただいたうえで、いただいた御意見を加味した形で大切に計画の方はやっていきたいと思えます。

(議長) 地元保健所長としての空気感は、医師偏在指標に若干の問題があるかな、と思われるので、ぜひちょっと工夫していただければと思います。

次に議題2「2025年に向けた医療機関毎の具体的な対応方針と施設整備に対する財政支援制度について」事務局から説明願います。

(事務局) 資料4-1を御用意ください。

昨年度につきましては病床機能の見える化ということで、各医療機関に御協力いただいて調査等々を行い病床単位で分類したところ、病床機能報告とは離れており、急性期過剰ではなく必要病床数に近い運用実態と確認できたので、この結果を踏まえて今後の推移を確認していくこととしました。各病院の具体的対応方針についても一覧表の形で御確認いただいたところです。

今年度以降についても、そういったところに加えて地域課題についてやっていこうということです。今年度、来年度は保健医療計画の改定があり、来年度は在宅医療の見直しが入ってくるので御協議いただくこととなる予定です。次のスライド3、4はその詳細が載っていますので後ほど御覧ください。この中にある定量基準による推計結果報告は、国からあり次第、この会議で御報告いたします。

スライド5、6ですが、2025年に向けた医療機関毎の具体的対応方針について昨年度に一覧表でお示ししましたが、今後、変更や施設整備等があったときには報告いただいて、それについて一覧表を更新してお示しする方向で考えています。

スライド7、8ですが、今申し上げましたとおり、具体的対応方針の変更等の御報告をお願いしているところです。公立病院につきましては、新築、増改築、機能変更について整備計画書の提出もお願いしています。その他の医療機関も施設整備の際には整備計画書の提出をお願いしています。なお、各施設整備に対する財政支援を載せてあります。医療機器(全身用MRI、CT)の購入については、使用頻度が一定基準以下の更新、共同利用しない新規(追加)購入についてはこの会議での確認をへて、特別償却制度の税制上の優遇が受けられることになりました。

なお、今回報告をいただいて更新した一覧表が資料4-2です。色付けした部分に変更されたところです。その後ろに、変更報告書も添付しています。

資料4-3は本年7月1日時点の非稼働病床の今後の見通し等です。

続きまして、公立・公的医療機関の再検証というところです。資料4-1に戻り、スライド9以降となります。9月末に厚労省から公立・公的医療機関の全国424病院について、具体的対応方針の再検証が要請されたところです。国が一定の基準に基づいて選定して再検証を求めていると報道があったところですが、現時点で国から正式な通知や分析データの提供がありません。資料も国の会議の資料を掲載しました。

分析としては、がん、心疾患、小児等9領域すべてで診療実績が特に少ないとされたところと、9領域すべてでなくても診療実績が少ない領域があつてなおかつ近隣に類似の診療実績を持つ医療機関があつた場合に、再検証を求められたものです。

スライド11、12ですが、再検証にあたっての留意点ですが、再編・統合という言葉がポンと出ましたが、基本的には再編・統合の中にはダウンサイジング、機能変換、連携といったものも含めているという説明があつたところです。そのなかで特に留意が必要な事項があるときにはこの会議において、明示的かつ丁寧な議論を行うことが重要とされたところです。

スライド13は千葉県内では現状としては10病院が再検証が必要と公表されたところです。ただ、引き続き国が精査を行っており、医療機関が追加があるかもしれないときいているところです。

県としての今後の対応ですが、暫定です。国からの通知等々も出ていないので暫定的ですが、通知内容や国の出してきたデータ分析の内容を踏まえて、対象となる病院の具体的対応方針の再検証ということでもう一度お考えいただくこととなります。お考えいただいた結果を地域医療構想調整会議の場で

お示しいただき御協議いただくということで考えております。なお書きにありますとおり、国が29年度の病床機能報告のデータで分析していることもあるので、調整会議におけるこれまでの議論の状況、各病院における見直し検討状況、分析対象となっていない診療の提供状況も含めて協議していただくことが重要と考えております。

スライド15ですが、安房圏域で名前の挙がった南房総市立富山国保病院と鴨川市立国保病院の状況です。昨年度の段階ですでに富山国保病院は回復期に移行する、鴨川市立国保病院は急性期を減らして回復期を増やす、また今後、介護医療院への転換も含めて検討を進めているとのことでした。

国の通知を待ちながら、また御相談させていただこうと考えています。

(議長) 県としては、すでに策定しているのでそれぞれこれで良いということではよろしいですか。

(事務局) すでに具体的方針を出していただいているので、更に変更するというのであれば改めて今後この場で御協議いただくことになろうかと思う。

(委員) もう工事も進んでいる。我々県にも国にもいきました。どちらもこれからの医療の在り方があるといってくれています。亀田病院があるので同じような病院を作る訳がなく、こういう病院もあった方が亀田病院にとっても良いと国もいっている。今、国がいつくるのは、単なる数字を並べただけであって、いろいろな医療関係の先生方とも話してこれから作っていくということ。このまま進んでいくことについて、御理解いただいている。もう一つだけ。数字のとらえ方は仕方ないが、考え方はいろいろある。その中でやはり、我々はただ亀田病院におんぶに抱っこではいけない。どのような医療をしていくのか。国も県も医療の連携をどう考えるか。その中で我々が本当に連携できるのかを考えていきたい。

(委員) 鴨川国保病院に対して一つの疑問は、まず人口がものすごく減る地域であるということ。長狭地区にしても平久里地区にしても何年後かの人口もあつという間に半分になり、8割減になる。そういうデータが出ている。その中で一方では自治体の経済はどんどん生産人口が減り苦しくなっていく。いくら社会保障といっても、自治体が健全運営できなくなれば何もできなくなる。それを医療が足を引っ張り、自治体がさらに弱くなるのが地域社会にとってどうなのかを考えなければいけないと思う。病院は1回作ったら何十年という単位でやっていくことになるから、多分50年という単位で考えていると思うので、そういう形で、南房総市全体で考えても2045年までに、2015年を100とすると7割人口が減っていく。長狭地区や平久里地区は人口減少が特に多い。その病院をどうやって地域に、税金で子供を育てられなくなっている今の若者の現状を踏まえて、さらに負荷をかけることが本当に良いのか。生産性を考えないと。社会保障が成り立たない。その部分は政治の皆さまにも長期的に考えていただきたい。

(委員) 自分は民間の考え方から入ってきた。その中で、いろんなお話がありますが、鴨川市という自治体の中でお金を切り回すためにそうなっている。3億以上公金が入って黒字になっている。皆さんのやる気のある様子を見ているとこれはやれるなと、これは確実にやれるな、と。そしてこれで30年見てる。みんなで考える。

(委員) それではもたない。

(委員) お互いに医療連携で助け合えばやれる。ただ、自治体病院が絶対だめだということが分かった。自治体病院の考え方、何か一つやるにしても市議会に報告が必要。市議会の決定を待たなければならない。それは絶対無理だ。これからやっていくのであれば、経営も考えたら独立行政法人にしながら、展開しながら地域に根差していく。もう一つ、鴨川は全部海に近い、そのときに災害に強い、そういうことも考えて作っているのでぜひ協力をよろしく。

(委員) アライアンスを作って自治体病院の内容が分かった。今改善を図っているが、交付金がどのくらい入っているかを知ってびっくりしたが、交付金は最終的には税金なので、小さい世界で考えても無理で、日本全体が変えようというときには政治はもっとグローバルに公金を使わないで成り立つ公共サービスを作っていかなければならない時代になっているのは確か。

(議長) なかなか今の医療保険制度で病院が収益を上げていくとか、黒字にしていくことが難しい状況にあることは皆さん御存じと思いますが、やはりここでいろいろな意見があると思いますが、この地域はもう二進も三進もいかない状況に今なりつつあると思います。先ほども産科、小児科大変なことになっている、不採算というお話がありましたが、民間だと不採算部門で厳しくてもこれを公的医療機関に移すと不採算でもあら不思議みんな許してくれるということがあります。そういうところで相互補完というところでやっていただけると。その辺は本庁で考えてもらって、千葉県もお金がないけれど、やはり役割分担で得意なところをお互いやっていく。この辺でよろしいでしょうか、みんな仲良くやっていくということで。時間もだいぶ押していますので。

(委員) 当院も名前が挙がっている病院なので状況を説明します。数年前から病院の運営をどうするか、危機感を持って考えるようになってきました。この地域医療の調整会議の中でも将来どうするかが議題になってきた。その中でデータとしてこの地域で急性期病床が過剰で回復期病床が不足していると示されて、今後の当院の在り方は回復期病床に転換していくことがよいのでは、と考え、また、小さい病院なので単独では困難なので地域の医療機関と連携し役割分担をしていくことが重要だということで、安房地域医療センターと地域医療連携推進法人を作っていただき、去年の12月に承認され、今年の5月から急性期病床47床をすべて回復期の地域包括ケア病床に転換している。これが再検証を要請された医療機関としてよろしいのか。また、これでいいのか、転換したことが地域医療の役に立っているのか関係者や住民の皆さんに検証していただいて、今後の方針としてこれでよいのか、将来的に情勢が変わったときに合わせていかなければならないと考えています。

(委員) 私共も国保病院で、皆さんに御心配をおかけしている。台風があつて1か月は患者の数は入院も外来も今までどおり。その後は住民登録はされたままだが、住むところがない、また修理する力がないうということで、鋸南の住民が減っているように感じています。今後の病院の在り方も、個別に考えていかなければならないが、相談しながらやっていきたい。

(事務局) 特に、今名前が出た2病院について、すでに変えるべき形でスタートされています。
2025年に向けて、当面この方針でいくということであれば、そういったものをこういった会議で協議していただいて御意見をいただくという形になろうかと思えます。ただ、2025年を超えたところも含めて今現在で検討できるかどうかということもあるので、そのさきに検討することであれば、それも含めてお示しいただくことも考えています。

(委員) 確認したいのは、県としては国の発表を肯定的に考えているのか。現場としては否定的だが、県は国に対してこれではだめだと怒りたいのか、我々に国が言っているから言うことを聞けと言いたいのか。

(事務局) 大変申し上げにくいところですが、資料にもありますが各病院さんにお考えいただくのが第一段階、それに向けて各地域の中でそういった方針でいいのか、2025年に向けてやるのはいいけれどその先どうするのか、ということであればそれについても御意見をいただいて、県としては再編をやらなければいけないというところまでは現状では考えるところまでは来ていない。

(委員) ありがとうございました。

(医療関係者) 回復期のお話しがでていますが、皆さんに共有していただきたい情報があります。千葉県は回復期の病院の連携が非常に良くて、60カ所の病院があるがチームワークがよいです。十何年間、県全体として連携の会があり、情報はあります。成人成年の回復期を日本は作ったが、この時の目標は人口10万対60床といわれているが、日本中足りないといわれる中で千葉県は50を超えています。回復期の医師の認識として千葉県は足りないとは思っていない。しかし県から足りないといわれるのは偏在しているから。この地域で回復期を作っていくならば、回復期の足りない地域の急性期の病院からの患者さんをこの回復期の病床で受け取るというパスウェイを調整する必要がある。それができるのか。それはできる、熊本県でできている。これはやる気の問題。

もう一つは、回復期は途中段階なのでよくなって家に帰る。買い物等地域の力が弱っているところに帰るのだから、受け皿を行政の皆さんの力で作っていただかないと回復期の出口がなくなる。この二つについて、皆さんに情報共有していただきたい。よろしくお願いします。

(議長) ありがとうございました。次に議題3その他について報告事項を事務局から願います。

(事務局) 介護保険事業(支援)計画の進捗状況等について御報告いたします。

資料5-1の1にあるように、介護保険法に基づき、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を目的として、3年を一期として策定される計画で、各年度の地域の介護給付サービスの見込みや各市町村の介護予防及び重度化防止等の取り組みと目標等が定められている。当該計画は老人福祉法に基づく老人福祉計画と一体的に策定されることになっており、「千葉県高齢者保健福祉計画」として作成されています。要支援・要介護の高齢者を支えるためには医療と介護の両方のサービスが必要です。従来介護療養病床がありましたが、介護医療院という形態の事業がスタートしました。安房地域においても介護医療院を作られる意向の施設もあるときいています。介護医療病床は令和6年3月迄に廃止される動きも

あるので、今後は医療施設であった介護療養病床を介護施設である介護医療院に転換されることも検討していただく。介護医療院に転換されると、同じ患者さんが利用していても使う保険は医療保険から介護保険にかわり、介護保険の運営は市町村ごとに行われているので保険料の不足が生じることがある。そういったことから地域医療構想と介護保険事業計画を整合させて、医療サービスと介護サービスが一体となって提供することが不可欠と考えている。そのため、本日の報告とさせていただきますこととした。

介護保険事業の状況から見た安房圏域の現状について説明します。

まず認定率です。65歳以上の被保険者のうち要介護・要支援の認定を受けている方の割合のことで、平成31年3月末で19.1%と全国平均18.3%、県平均15.9%より高く、県内各圏域の中で最も高い。しかし、性、年齢別の人口構成の影響を除外した調整済み認定率でみると、全国平均及び県平均より低く、被保険者の年齢層が高いことが認定率の高い理由と考えられる。調整済み認定率の重度認定率、軽度認定率の散布図を見ると、安房圏域は認定率が低く介護度の高い方の割合は低い。今後さらに高齢化が進み、介護が必要な方が増えることが予想されるので、介護予防や重度化防止の取組の推進が必要です。

次に受給率です。65歳以上の被保険者のうち当該サービスを利用している方の割合のことで、重症認定率が高いことから施設サービス、在宅サービスとも受給率が各圏域の中で最も高く、全国平均よりも高い。

施設・居住系サービスの要支援・要介護者一人あたりで見た定員数は全国平均及び県平均より若干多く、通所系サービスの要支援・要介護者一人あたりで見た定員数は全国平均より低いが県平均より若干高い。

1人当たりの給付月額はやや平均的な状況です。

平成30年度の介護保険施設等の基盤整備の状況は、安房圏域は概ね計画した通りに進んでいる。指定介護療養型医療施設は介護医療院への転換を行ったことで計画地を大きく割っているが、その分介護医療院が大幅に多くなっている。認知症高齢者グループホームは予定より若干多く整備されている。

医療サービスの需要と介護サービスの需要は密接に関係しています。県の高齢者保健福祉計画や市町村の介護保険事業計画は地域の保健医療に係る計画と整合性を図っていく必要があります。お互いに連携を取っていくことが必要となりますので、今後ともよろしく願いいたします。

(委員) 願いがある。看護師、医師よりも介護福祉士の数は圧倒的に不足している。しかも、養成しようとしても日本人の若者は来ない。どんどん介護福祉士学校は閉鎖している。これから、介護福祉士がいなくて建物も建ててもオープンできない。東京はもうその状況だが千葉県もそうなります。今後外国人の介護士を養成する以外方法はない。もちろん日本人にもお願いしていくが、そこに対して県がぜひ力を入れて、介護福祉士の養成しかも外国人の介護福祉士の養成が喫緊の課題だと思うのでよろしく願いいたします。

(事務局) 次回の調整会議の日程ですが、年明けの1月か2月に全体会として開催したいと考えています。病床機能報告を基にした定量的推計結果の報告や地域特有の課題について時間をいただければと考えています。国の通知の時期やデータの内容にもよりますが、富山国保病院と鴨川国保病院に再検証の結果についての協議をお願いすることもあるかもしれません。国の通知が遅れているのでスケジュールによってお願いしたいと思います。

(議長) 他にありますか。無いようなので事務局に進行をお返しします。

(司会) それでは以上を持ちまして本日の会議を終了します。長時間ありがとうございました。