

**令和 8 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 8 年 8 月 27 日（木） 午後 3 時から午後 5 時 7 分まで

2 開催方法 W e b 開催（Zoom）

3 出席者

○ 委員総数 29 名中 27 名出席

古川委員、武田委員、鶴岡委員、堀角委員、植草委員、熱田委員、並木委員、柳委員、柴田（栄）委員、藤平委員、幸田委員、河野委員、奥野委員、篠原委員、阿部委員、柴田（貴）委員、塩田委員、上野委員、小守委員、若林委員、林委員、金坂委員（代）、市原委員、小路委員（代）、鎗田委員、市田委員、塚原委員（会長）

○ 医療機関関係者 15 機関

4 内 容

（1）議 事

- ア 新たな地域医療構想の策定について
- イ 千葉県保健医療計画の中間見直しについて
- ウ 病床数適正化緊急支援事業について
- エ 医療機関毎の具体的対応方針について
- オ 地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業について
- カ 夷隅地域部会の設置について

（2）報告事項

- ア 令和 7 年度病床機能報告の結果について
- イ 新たな地域医療構想に基づく医療機関機能報告及び病床機能報告について
- ウ 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
- エ 次年度調整会議の予定について

5 概 要

※進行の都合上、議事ア及びイは報告事項の後に説明が行われ、本議事録では、議事について進行順のとおりに記載した。

（1）議 事

ウ 病床数適正化緊急支援事業について

○ 説明

資料 3 により医療整備課 地域医療構想推進室から説明。

本事業の実施を申請している医療機関から、下記のとおり説明があった。

（東陽病院）

当初、病床数は 100 床だったが、慢性期病棟の一部を地域包括ケア病床に変更するために改修工事を行い、全病床数を 95 床に縮小した。その後、療養病床から少しずつ転換して、現在の地域包括ケア病床は 25 床。

今回は、経営強化プランにおいて示した、将来の人口動態や地域に求められる医療を考慮した病床機能のさらなる転換及びダウンサイジングの具体化として（の病床削減）。

現在の当院の患者動向や医療提供体制等を踏まえると、95 床を維持することは、限られた医師や看護師等の医療資源の効率的な活用及び病院経営の持続可能性の観点から必ずしも適切ではないと判断し、急性期病床を 55 床から 25 床減らして、30 床とすることにした。

(とうがね中央糖尿病腎クリニック)

私たちのクリニックは、前オーナーを含めて 50 年に渡り、東金市の駅前で 19 床の有床診療所を担ってきた。

昨今、人件費や物価の高騰や、あるいは人材不足によって有床診療所の運営が非常に厳しくなっている。加えて、この地域は医師少数地域でもあり、看護師の採用が非常に厳しい中で、数年来、経営が難しいことから無床診療所への転換を検討してきたところ。

この度、19 床を返上して無床診療所へ転換を図り、地域に必要な外来機能や在宅の機能に特化してまいりたい。

○ 意見及び質疑応答

(委員 A)

今回、二つの医療機関が病床数を見直されるというお話であった。

そもそもこの地域にどの程度の病床数が必要かということは、いつも県の方からある程度お示しいただいているところ。今まさに、我々は二次医療圏の見直しをしている最中で、近々新たに区切り直しが行われると聞いている。

我々のこの二次医療圏は、3 つに分かれて他の地域に組み込まれていく可能性も高いと聞いており、そうなると地域に必要な病床数そのものが、今の分け方とは変わってきてしまうのではないかと思う。それにも関わらず、この会議の中で安易に決めてしまっているものか。場合によっては、新しい二次医療圏の枠組みの中で、今回のお話が適切かどうかを判断するほうが良いのではないかと。

未来に向かって継続的な医療を実施していくためにこの会議が行われていると理解しているので、今までの枠組みの中で病床数変更の良し悪しを議論するよりは、前提条件をもう少し確認した上で、医療機関からの提案が適切かどうかを確認していく方がいいのではないか。

要するに、二次医療圏の見直しが今行われている最中で、病床数削減が適正かどうかを検討するうえでの分母(二次医療圏としての基準病床数)が変わってしまうことを心配している。県としてどのようにお考えか。

(千葉県医療整備課)

病床数適正化緊急支援事業による削減の上限、県としての線引きは、この地域の基準病床数が必要病床数と同数となることを考えている。

今回の申請については(2 医療機関の合計で) 44 床の削減ということで、これはあくまでも 2025 年の必要病床数ではあるが、削減したとしても基準病床数が必要病床数を大きく上回る。

今後、医療圏の見直し等も検討しているところであり、おそらく新しい構想のもとで 2040 年時点の必要病床数等も積算されていくが、今回申請のあった削減病床数では、必要病床数は確保できるであろうという前提のもとで、今回協議をお願いしたところである。

(委員A)

県としては、今回の各医療機関からの提案を受け入れたとしても、病床数に関してはいずれの構想区域案でも何ら問題無く移行していけると考えていると理解してよいか。

(千葉県医療整備課)

何ら問題がないとは言い切れないが、少なくとも許容範囲内であると考えている。

エ 医療機関毎の具体的対応方針について

○ 説明

資料4により医療整備課 地域医療構想推進室から説明。

○ 意見及び質疑応答

特に無し。

オ 地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業について

○ 説明

資料5により健康福祉政策課 政策室から説明。加えて、事業受託者である千葉大学医学部附属病院から次のとおり発言。

(千葉大学医学部附属病院)

今回この事業は、我々千葉大学が関わって3ヵ年目になる。

初年度、2年目に関しては、比較的基礎的なデータの収集、解析を進めてきたが、今年は特に新たな地域医療構想の策定も始まるということで、より地域の中にさらに深掘りした分析をしていきたいと考えている。

またこの事業は、あくまで県の分析体制を支援するという事業であるため、先ほども我々が作成した資料を県に説明していただいた。県自身で、分析やそれを踏まえた政策策定につなげていただきたいということで、ツールの提供や研修等もこの事業の中では行っていく。

そして我々の方では、あくまで机上の未来の姿を先生方に可視化し、議論に役立てていただきたいという思いがあり、それが1つの使命だと思っているため、ぜひ今年度も御協力のほどよろしくお願いしたい。

特に、より地域の事情をきちんと網羅的に把握するためには、規模の大小に関わらず、DPC病院だけではなくデータ提出加算を届け出られている全ての病院にDPCデータを御提供いただきたい。御多忙の中お手数をお掛けするが、随時、データの提供を受け付けているため、お時間のある時にお答えをいただければと思う。

○ 意見及び質疑応答

(委員A)

2つお話をさせていただく。

1つは、今まさに二次医療圏の見直しをしている最中で、県からお示しいただいている案では、我々のこの外房の地域というのは、場合によっては3つに分かれるという話になっている。

いつも千葉大学からお示しいただくデータは、基本的には二次医療圏ごとに集計されているが、ぜひこれに関して、例えば当地域では3つに分けて、組み合わせごとの具体的な数字があった方が、どの案が妥当なのか、適正なのかということが、より可視化されてわかりやすくなるのではないかと思いますので、今まで以上に地域的な解像度の高いデータをお示しいただければとても嬉しい。

2つ目は、私の医療機関は精神科がメインであり、市原の方でも精神科をメインでやっている。今回、精神科も地域医療構想の中に合流するという話を国の方からお示しいただいているが、なかなか具体的に見えてきていない。当然、客観的な数字に基づいて色々な施策が決まっていくと思うが、そういった話が今日も出てきていない。強いて言えば、色々な疾患に関して、患者の移動時間等をより分析していくというお話が少しだけ。

精神科に関しても同じ枠組みでやっていくのか全然違う枠組みなのか、あまり御説明をいただけなかったため、少しその部分を補足していただければありがたい。

(千葉大学医学部附属病院)

まず1点目について、御意見のとおり構想区域の見直しが今回絡んでおり、我々が普段分析する際の最小単位は基本的には市町村単位であり、今回も構想区域は市町村の中で区切られることはないと認識しているため、その区域を分けた形で3案をお示しできると考えており、そのとおりに分析したいと思っている。

2点目の精神科について。あくまでデータソースの制限という意味では、精神科がDPCの対象にならないこともあり、その点に関する分析を急性期の領域と一緒にすることは難しいと思っている。一方、国の公開データ等では、例えば疾患領域別に受療動向等を出せることから、そのあたりの定性的なデータは基本的にはお示しできると思う。

精神科については、新たな地域医療構想の方針として入れることは固まっているが、どういった指標やどういったゴールを目指すかというところを、国が検討会を新たにこれから立ち上げて具体化するというフェーズにあるため、それを受けて都道府県で方針を決めていく段階かと思う。

一方で、基礎的な集計や、手元の資料でできる範囲の準備はあると思うので、千葉県精神科医療についても情報提供できるようにしたい。国の方針が固まり次第具体的に示していけるので、スケジュールとしては今年度末から来年度が中心になってくるのではということも補足した。

(委員A)

二次医療圏の考え方は、身体科と同じ枠組みで考えるのか。

それとも、今は全県で精神科については1医療圏だから、会議の場と構想区域の切り方を変える話になるのか。そういった情報は国から来ているのか。僕らは全然そういうことが、見えてこない。

(千葉大学医学部附属病院)

まだその部分は決まっていないと思う。例えば一般病床の機能は現在4つで分かれているが、精神科の場合はそれが4つでいいのか、3つ程度でいいのか、場合によっては2つでいいのかという部分を決めた上で、地域別の整備体制という形で議論していくと思うので、現時点ではまだ国の方で固まっていない状況と私は認識している。

(千葉県健康福祉政策課)

今お話があったとおり、精神医療については、厚生労働省が今年度中に検討を進めていると承知している。国の動向も注視しながら、精神医療の扱いを地域医療構想にどのように盛り込めるのかといったことについて、検討を進めてまいりたい。

(委員A)

1つ懸念していることは、今身体科の二次医療圏を見直しているところで、場合によっては精神科だけ間に合わなくて、年度的に、例えば1年2年遅れて合流するようなこともあり得るのか。あるいはあくまでも一緒に、同時にやっていくことになるのか。

その部分すらも決まっていないのか。

(千葉大学医学部附属病院)

都道府県では先程の回答以上の回答はできないと推察する。

まず国の方で検討会を今年度、これから立ち上げて動かしていくということを聞いており、国の結論は、出ても今年度後半になると思う。

(委員A)

僕たちも、精神病院協会を通じて国の方に働きかけて、政策の中に話し合い等を色々行っているが、なかなかその辺がはっきり決まってこない。国がはっきり言わない部分もあるのかなと思っている。

逆に、千葉県としてはこう考える、という意見を、県から国の方に挙げていってもいいのではないか。僕たちはある程度のデータを持っているわけだから、それを言うべき。

国全体で見ると、千葉県は都市部と郡部の様々なバリエーションがあって、日本の縮図のような県だと僕は思う。だからこそ、もう少しはっきり意見を言っていくべきだと思うが、どうか。

(佐藤 地域医療構想アドバイザー)

本日午前中、厚生労働省に行っており、精神科の地域医療構想の話聞いてきた。

つい先日、国の検討会で精神の地域医療構想に関する検討が始まるという通知が出ているため、秋頃、9月頃から、議論が始まる。ぜひそこを注視していただきたい。

特に精神科は、急性期や慢性期を含めて、かなりきめ細やかに役割が細分化されているため、現行の新たな地域医療構想と精神の構想は、どのような形で繋がっていくのかは、国としてもこれから詰めていかねばならないところと聞いている。

もう1つは、精神科といっても非常に幅広く、認知症の内科合併症の話から、措置入院や長期入院、地域移行の話を含めて幅広い分野であり、おそらく、認知症の身体合併症を中心とした話を、根拠となる法律が様々ある中でどのように進めていくか。

そして、構想の枠組みの中にどれぐらいそれを重ねていくのかという方針が、まだ定まっていないところを考えると、問題提起として、この調整会議で精神に関する色々な御発言をいただくことが、最終的に千葉県の方で、精神の地域医療構想の中にどうはめていくかというときに非常に参考になる情報かと思うので、議論すること自体私は非常にウエルカム、ポジティブなことだと思っている。

一方で、県として今どうなっているのかという問いかけに対する回答を県から得るのは、もう少し時間がかかるのでは、と感じている。

(委員B)

私からは二次医療圏について。

今まで、再三再四こうした会議を行って、結局今の構想区域に落ち着いたわけで、少なくとも年に1回2回、もう10、20年近くやっていると思うが、やはりこれは二次医療圏を、数が合うようにすべきという国からの強力な指示があるのか。そうすると我々も意見を言っても仕方がないと思う。

数年前まで、二次医療圏に関してさんざん議論して、当時の山武郡市医師会長も、二次医療圏が変わったからといって患者の動線が変わるわけじゃないというお話もあった。

ただやはり国の方としては、綺麗な数字が欲しいために、どうしても二次医療圏を変えたいという思いがあるのか。その裏付けとして病床を削りたいということがあると思うが、なぜ1回決まったものをまたここで掘り起こして、もう一度議論せねばならないのかと、いつも疑問に思いながら会議に参加している。

(千葉県健康福祉政策課)

これまで、今の医療圏で、平成20年から18年近くやってこられて、その間に地域の様々な連携等も形成され、その中で御尽力いただいている点については感謝申し上げます。

国の方としては、あくまで持続可能な医療提供体制を将来にわたって、2040年頃を見据えてどのように作っていくことが適切なのかという観点。この後、地域医療構想の策定等の説明をさせていただくが、先んじて申し上げれば、将来を見据えた場合に、どういう構想区域を設定すれば適切なのか、その地域にとって適切なのかを検討することで、国の方の方針も含めて県として検討しているところ。

(委員B)

持続可能な医療というのは、地域に対して医師や看護師の人数がとにかく配分されればそれで持続可能になる、二次医療圏を変えたことによってそれがよくなるとは、こちらは決して思わない。これは個人的な考えであり、発言は以上とする。

カ 夷隅地域部会の設置について

○ 説明

資料6-1により医療整備課 地域医療構想推進室から、資料6-2により夷隅郡市広域市町村圏事務組合から説明。

○ 意見及び質疑応答

(委員B)

夷隅のことで非常に良い発表をしてくださってありがたいと思う。

こうした過疎の地域では、国の中心にいる先生や大学の先生が想像できないような現場がある。例えば、どの科でも医師が2、3名しかいない場合があって、その医師の質によって、その内容のほとんどが変わる場合があることを御理解いただきたい。

例えば大学病院から来てとてもやる気のある先生がいて、次々とその科に関しては救急患者を受け入れられるが、ローテーションで先生が変わると全然受け入れられなくなるなど、そういう現状がある。

そうした個々の要素による影響があるため、一概に数字だけ見て、本当の過疎地域の医療を判断するのは危険という気がしている。

(委員A)

今お話があったとおり、いわゆる高齢者救急の問題は、この地区が抱えている極めて大きな課題と考えている。発表のとおりに、向こう何十年か、2040 年ぐらいまでは、高齢者救急のニーズの高止まりが続くだろうということは当然想像される。

一方で少し補足すると、夷隅医師会が運営していた夷隅准看護師学校が、残念ながら赤字が続く医師会の方で補填しきれなくなり、2025 年 3 月にクローズという形をとった。この地域に新しい看護師を供給することが極めて難しい状況になり、実際、来年度以降の新入職看護師の数というのは、極めて厳しい見込み。今年までは、正看護師コースに進んだ学生たちが戻ってきてくれたため、この 4 月は何とか、我々の病院にも新規職員が入職してくれた。結局、医師や看護師を確保するのが難しく、先程の御意見のとおりに現場の士気は一人一人の意識によって変動する。

当地域の中で 80%から 90%は塩田病院に二次救急を受け入れていただいている現状を考えると、結局塩田病院をどれだけ維持し続けられるか、サポートし続けられるかがこの地域の二次救急を維持していく上での、必須条件だと思っている。

多少、例えば僕らの病院がアシストできるとするならば、いわゆる地域包括ケア病床。

当病院も 363 床でそれなりの規模があるため、看護師や医師の余裕があるときに多少の救急を受け入れることは不可能ではないけれど、いわゆる療養病床のコストで救急を受けるとするのは、コスト割れしてしまう。

200 床以下であれば、いわゆる地域包括ケア病床単位でできるが、内科は 58 床しかないのに（精神科病床を併せると 200 床を超えてしまうため）病棟単位になり、この地域で何十床もの地域包括ケア病棟を運営するのは非現実的。そうした部分の規制緩和等を、例えば夷隅地域部会を通して意見を上げればクリアしてくださるみたいなことがあれば、多少なりとも救急のお手伝いもできるだろう。

加えて、医療のリソースを県や国の方からこの地域に割くことには、諦めの部分もある。そうなってくると、例えば道路等のインフラの部分をしっかり揃えていただいて、救急搬送とか患者の移動がより容易になるようなことを県や国に提言していける会議になればいいと思う。

部会の設置には大いに賛成する一方、互いの意見を確かめあうだけだと非常につまらないので、ぜひ色々なことを進言できるような部会になればと思っている。

ア 新たな地域医療構想の策定について

○ 説明

資料 1 により健康福祉政策課 政策室から説明。

○ 意見及び質疑応答

(委員B)

何もしないと医療を受けられなくなる可能性があるという説明だったが、二次医療圏を見直しただけで良くなるということもやや乱暴ではないかと思うし、結局これは数合わせではないのではないかという感想。

(千葉県健康福祉政策課)

平成 20 年から続いてきた現在の構想区域・二次医療圏が変更されることは、医療関係者や住民の方にとって、非常に大きな変化を感じられるのではないかと考えている。

ただ、この二次医療圏・構想区域が変わったとしても、実際の患者の受療動向等を直接変更しうるものではない。

あくまで構想区域は、2040 年に向けてどのような医療提供体制が良いか議論していく枠組みである。枠組みを決めて、その中で次年度以降、病院の役割分担等について地域の実情に応じて議論していただく。県も一緒に、数字だけでなく様々な地域の実情をしっかりと把握し、議論しながら、地域医療体制について検討していきたいと考えている。

(委員 A)

委員 B の考えと似ていて、どこで線を引くかという話でしかないと思う。

今、県の話にあったとおり、線の引き方を変えたからといって患者の動きが変わるわけではないし、救急車の行き先が変わるわけではないので、悪く言えば現状と変わらないのかなと、少し無力感を感じている。その一方で、良くも悪くも数合わせは大事ではないかと思うので、線の引き方を変えること自体は否定しない。

一方で繰り返しになるが、今の二次医療圏は 18 年か 20 年近く使っていた二次医療圏であることを考えると、この二次医療圏はおそらく 2040 年ぐらいまでは使い続ける二次医療圏。したがって、今までの流れで決めるのではなく、これから先の 20 年を見据えた分け方、切り方をすべき。2040 年の人口動態についての話は聞いたが、重要なのは人の動き。

先程も話に出たように、道路行政と県の医療整備課がもう少し密接に連絡を取り合って、道路をどのように作っていくか、インフラの部分で、もう少し垣根を取り払ってやるべきだと思う。具体的に言うと、東千葉メディカルセンターを作ったときに、圏央道を作ってスムーズに行けるようになるという話で、実際に一般道で行くより大多喜地域においては便利になったが、勝浦や大原における利便性は全然変わっていない。

今、外房側に道路を作っているようで、一宮あたりまで少しずつ伸びてきているが、そういった道路ができると、仮に今回（夷隅が）安房と同じ医療圏になるとしても、道路を北側に向かって作っているならばそちらに救急車が行った方が便利だと、区分を切り替える意味そのものがないという話になってしまう。

後ろを見ながら未来を議論するよりも、千葉県としてどう考えるのか、根本的なプランのようなものを示して、それに対して僕たちは、現場としてこういうふうに県を支えていく、地域の医療を支えていく、というような議論があっても良いのではないかと思います。

先程の説明でも、過去の数字から見た将来の推計についてはそのとおりだと思う一方で、インフラをどう整えていくかは行政の仕事。どのように道路を作ってどのように人が動くのかということを、県にはグランドプランを持って議論に臨んでほしい。

その中で、この場所に病院が必要、とか、夷隅はどうしても人が少ないから、仮に搬送率等が低くても地域の外に搬送してほしいという話が出るならば、それは仕方がないと思う部分もある。そういった明確な、根底にあるグランドプランのようなものが出ない状態では、どうも数字合わせをしているようにしか聞こえてこないので残念だと思う。

(委員C)

新しい医療圏の案で、我々の地域は1案の場合は市原と一緒にそうだ。他の医療圏を見ると、山武に関しては東千葉メディカルセンターと旭中央病院、安房と木更津に関しては、亀田総合病院と君津中央病院と。地域医療支援病院クラスの病院がそれぞれ2つつあって、茂原長生に関しては今のところ労災病院。

長生の医療体制を充実させるという意味では、ぜひ公立長生病院の医療体制の充実について、県の方でも支援いただけるように我々医師会としてはお願いしたい。大雨のときも、道路が分断されてしまうと、医療圏が分断されてしまう事態にもなるため、やはり長生は長生で、ある程度の医療機能を維持し、医療圏として保てるように、支援していただけるとありがたい。

(千葉県健康福祉部 山口担当部長)

医療圏の見直しについて、事務局から、何もしないと様々な恐れがあるという説明があったが、医療圏を見直すだけでその事態が解決するという話ではない。

資料1のP.3右側に県の見直し方針案として、医療圏という医療の土台となる領域を見直した上で、これまでの約20年間、患者が今の医療の状況に照らして動いてきた流れに沿った実情に照らして、地域で話し合いをした上で、先ほど夷隅の部会の話もあったが、それぞれの地域において、例えば高齢者救急が課題であると、そういった場合はやはり患者の流れに即した議論していくことが望ましいだろうと思う。

そうして議論していくことによって、必要な医療提供体制に資する議論ができるのではないかというものであり、決して区域を見直ただけで、資料左側の問題が解決するとは思っていない。

また、今回の地域医療構想のポイントは、医療機関の集約化とアクセスの両立性である。ここが最大のキーポイントになることは県でも認識をしており、既に、県のインフラの整備局には、医療提供体制を今後維持していくために、特に人口が少ない地域では道路整備が重要であるということは、既に申し入れをしている。

したがって、先程の夷隅地域部会の議論の中で、「インフラ整備の重要性を県に要望しておきたい」「要望していくことが考えられるのではないか」という御意見をいただいたところだが、これまでも我々から関係部局には意見を入れてきており、今後も申し入れをしていきたいと思っている。もし、夷隅地域部会の中で御意見が出た場合は、道路整備の部局に要望したい旨をいただければ、我々としても何か取り計らいができないか考えて参りたい。

医療の提供体制の責任を負っている我々千葉県健康福祉部と、地域の各調整会議の先生方が協力して、インフラ整備、特に地域の実情に照らして、この部分のインフラを特に整備するのが重要だという御意見も、意見交換させていただいた中で、しっかりと県政に反映していくことが重要だと考えている。そうした意味で、我々の考えていることと先生方の思いは一致していると認識し、今回は議論の端緒として、まずは議論の土台である医療圏の見直しを御提案させていただいた状況。

先生方の方でまだ疑問点等があれば、御意見をいただきたいと思います。

イ 千葉県保健医療計画の中間見直しについて

○ 説明

資料2により健康福祉政策課 政策室から説明。

○ 意見及び質疑応答

(委員C)

在宅医療の普及を図るという観点で、当医師会ではプラットフォームを整備して会員に普及を促しているが、思うように広がらない。患者の立場からすると、かかりつけのクリニックや病院に通えなくなった場合に、今まで診てくれていた先生が在宅に赴いて診療継続してもらえると、とてもありがたい。ところが、それはうまくいかず、訪問クリニックにお願いせざるをえない状況。

思うに、医者が患者宅に出向いて行くための足がないことは1つの課題。車1台買えばいいという話でもあるが、中には非常に狭いところに御自宅があったりして、なかなか入り込めない、或いは車を停める場所がないという状況もある。

例えば、夜中に見通しの悪いようなところに出向いていくというのは、なかなか行きにくい思いがあるので、そうしたところを支援してもらえるとありがたいと思う。

1つ思うのは、例えば、これは利益に関わる問題になってしまうかもしれないが、訪問看護ステーションがかかりつけの先生を連れて行き、訪問診療を支援するような制度等があると、もっと在宅医療が普及するのではないかと個人的には思っているところであり、御検討いただければと思う。

(2) 報告事項

ア 令和7年度病床機能報告の結果について

○ 説明

資料7により医療整備課 地域医療構想推進室から説明。

○ 意見及び質疑応答

特に無し。

イ 新たな地域医療構想に基づく医療機関機能報告及び病床機能報告について

○ 説明

資料8により医療整備課 地域医療構想推進室から説明。

○ 意見及び質疑応答

特に無し。

ウ 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

○ 説明

資料9により健康福祉政策課 政策室から説明。

○ 意見及び質疑応答

特に無し。

エ 次回調整会議の予定について

※資料 10 のとおりとし、説明は割愛。

(3) 全体を通じての意見等

特に無し。

(4) 地域医療構想アドバイザーのコメント

まず、千葉県が県としてのグランドデザインを持つことが必要ではないか、という問題提起の議論が本質のように思う。千葉県では1年近く前、(新たな地域医療構想の)ガイドラインが国から発せられる前から、県庁内で部局を超えて議論を進めていると伺っている。

これは、他県と比べて非常に素晴らしく、大事なことだと思っており、どうしても国の観点では医療現場の実態との乖離が生じうる中で、国と医療現場をつなぐ都道府県の役割として、県としてどうしていくかを考えている。やはり、交通の話を含めて多くの部局に跨ることから、県庁内だけでも協議の苦労は想像できる。ただ、県庁内だけでなく構想区域の様々な関係者にも、新たな地域医療構想がいかに大切かを知ってもらう必要があると思う。

例えば今回、構想区域の見直しという話が出てきているのは、まず急性期の拠点病院や、高齢者救急を支える病院を構想区域内で確保するという観点から、生活等のアクセスの観点を含めて、会議の範囲をまず再構成するということから始まったことと思う。その次、その中での論点において、在宅介護を含めた、非常に住民に近いサービスのところが、より肝心になってくるように思う。構想区域含めて、千葉大学病院が受託されたデータ分析事業において、主に急性期医療に関するデータは揃ってくる一方、データでは出てこない部分、なかなか目に見えにくいところの領域は、在宅、特に介護領域になってくると思う。これは、データがあまり無いことと、単位がより細かく、市町村単位であることが一番大きい理由ではないか。

そうした意味で、市町村単位の関わりや、介護関係の様々なサービス施設系、住宅系を含めた方を議論に巻き込んでいくことが、この構想区域では大事な取り組みになってくると思っている。これは新たな地域医療構想のガイドラインにも記載があるが、市町村が主催する会議において、こうした議題を議論していくということもできると思う。

夷隅地域部会の話があり、救急のあり方が議論されているが、高齢者救急の問題を急性期病院だけで解決しようというのはどうしても限界があると思っており、今申し上げた、在宅や介護について、この圏域でどれぐらいリソースがあるのか、そして質的な観点で、高齢者をケアできているのかどうかも見ていかないといけないと思う。そうした意味では、市町村単位の中で関係する方々にも部会に入っていただくとか、関係する議事の時にオブザーバーで来ていただくとか、或いは既存の市町村の会議にこういった話を報告していくとか、そういった展開ができるのではないかと思う。

人口推移の話が部会の説明でも出ていたが、人口推移は市町村にとって保険料収入にも関わる話。その自治体の中でどれだけ介護サービスを提供できるかによって、足りない部分を病院でどれだけ(対応することに)になるのか。両面で考えなくてはならないという意味では、本当に顔を合わせて議論しなくてはならない大きなテーマだと思う。そういった意味

で、都道府県の主導で、急性期医療に関する様々な提案、相談がこれからも出てくること、それに対する意見、議論が活発に行われることは非常に良いことと思う。

一方で、現場で抱えられている在宅・介護の問題を、その当事者も巻き込んで一緒に考えていくような仕掛けを、この新たな地域医療構想という 1 つの節目のタイミングで、部会が既存の会議に出向くか、方法は様々かと思うが、そういった取り組みも、これからこの地域には求められてくるというように、感想として持った。

アカデミアに在籍する者として、情報提供や支援できる部分があると思う。拝命しているアドバイザーという立場から、引き続きこの圏域で協力できることを一生懸命努めて参りたい。

以上