

# 第1回医療政策セミナー

## 講義内容①

2019年11月26日19:00-20:40  
千葉医療政策公開セミナー入門編  
@千葉大学医学部あひはな同窓会館

**第1講：医療政策の全体像  
国と県の役割とホンネ**

**吉村健佑**  
医師・医学博士・公衆衛生学修士  
千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授  
千葉県 医療整備課 医師確保・地域医療推進室

今日は、第1講として「医療政策の全体像 国と県の役割とホンネ」ということで、前半の45分はレクチャー、後半はグループワークを進めてまいります。

**本セミナーの目的**

①千葉県の医療の課題を解決するために、医療政策の重要ポイントについて理解し日々の業務・診療に生かす

②千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考える上で、基本的な知識と考え方を習得する

さて、本セミナーの目的ですが、県の医療の課題を解決するために医療政策の重要ポイントについて理解し、県庁での業務や医療現場・診療に生かして頂きたいというのが1つ目の目的です。もう1つは千葉県の地域医療構想や医師の偏在対策を考える上で、基礎的な知識と考え方を各ステークホルダーの皆様と共有して、今後の発展的な議論につなげていきたいという事です。

**本日のタイムテーブル**

19:00-19:45  
【講義編】

1.なぜ医療を改革する必要があるのか？  
2.国の本音、県の課題  
3.三位一体改革と変化する医療提供

19:50-20:40  
【グループワーク編】

本日のタイムテーブルですが、40分程度でなぜ医療を改革する必要があるのか、現状維持ではだめなのかということをしつこく広い視点からお話したいと思います。そして、なぜ医療現場や医療政策の立案現場で行動を起こしていけないのかということについて共有したいと思います。

また私自身の厚労省と千葉県庁、それぞれの経験を踏まえて、厚労省はどんなことを考えているのか、都道府県はどういった課題に直面しているのかということをご共有したいと思います。

とくに「三位一体改革」という医療制度改革について、医療現場にどのような影響を与えるのかということをご紹介します。詳細についてはきょう一日で全部は触れられません、第2講、第3講、第4講で

詳しく触れますが、その触りの部分だけでも共有したいと思います。最後に皆さんでグループワークをして頂きます。テーマもこちらで準備しておりますので、お付き合いをお願いいたします。

**いきなり結論！ 第1講の講義編**

①「人口減少・経済縮小」時代の社会保障  
⇒再配分する資源がない  
⇒今後の医療は「撤退戦」

②「国」は支援：方向の提示、進捗管理、データと財源の提供  
「県」は主役：迅速な対応、リアルな情報収集、職員の育成

③「三位一体改革」で医療現場は劇的に変わる

**行政機関と医療現場は「一連托生」**

第1講の講義ですが、理解を早めるためにいきなり結論のスライドを出しました。この国にはどんな課題があるかと申しますと1つ目は人口減少と経済縮小です。これがある中で社会保障をどのようにしていくのか。再配分する資源そのものが減りゆく中でどう政策立案、制度設計するのか。今後の医療は長期的・全体的に見ると「撤退戦」で、新たな投資をする余裕は減ってゆくなか、いかに効率化を進め、無駄を排し影響を最小化しながら撤退していくかを考えるしかないということです。簡単ではありませんが、方法を丁寧に考えなければいけません。

加えて、国は自ら行動するよりも、支援に回って都道府県をサポートするという立場になります。国は方向性を提示して進捗を管理しつつ必要なデータや財源、権限を委譲し、問題解決の主体は都道府県ということをご徐々に明確化しています。都道府県も現場のリアルな情報収集、迅速な課題解決、医療政策に精通した職員の育成が必須であるというのが今の状況です。本日も7割ぐらいの方が千葉県職員の方が参加していただき、医療現場、都道府県の両方の方、さらには市町村の職員も含めて学びの場を作れたのはいいことだと思います。

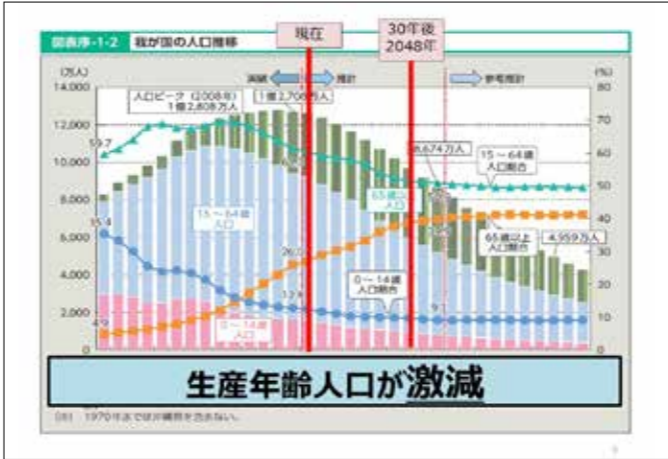
さて、三位一体改革で医療現場は劇的に変わるということです。行政機関と医療現場は対立したり言い争っている場合ではありません。一連托生ともいえる状況を、どう乗り越えるかということを考えていかなければなりません。



人口減少から問題を考えていきますと、2010年をピークに日本は「質」が変わってしまい、残念ながら1億2,806万人（推計）をピークにこれ以上この人口が増えることは二度となく、人口が減り続けることが確定しています。そして、振り返ると2010年以前の人口増加期であり経済成長期に大規模なインフラ投資をしてしまいました。例えば病床で言いますと約140万床を全国に整備してしまいましたし、そういった大幅な設備投資をしてしまったのです。ただ、ここからはそれが必要なくなり、縮小してゆかねばなりません。人口増加、経済成長に基づいた潤沢な資金に基づく社会保障はできないということです。

# 第1回医療政策セミナー

## 講義内容②



もう1つ問題は、人口の中で特に減るのは高齢者ではなく生産年齢人口が激減するという事です。今から30年後、日本は1億人を割り込んで生産年齢人口は3分の2ぐらいに減っているということが現実のものになっています。

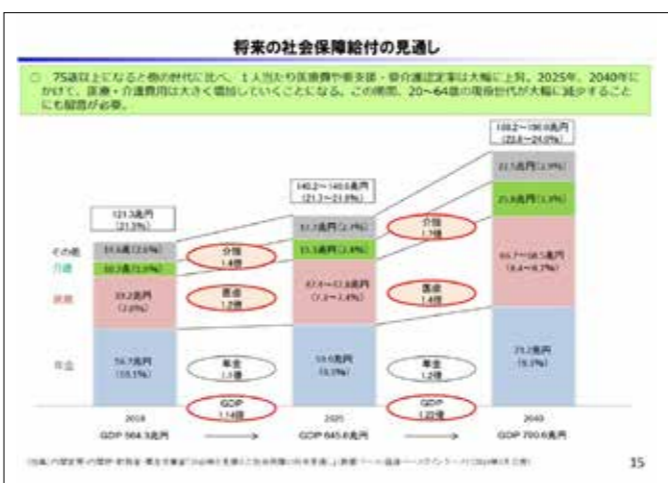
昨年1年間にどれぐらい日本人が減ったかと言いますと45万人というニュースがありました。ちなみに2017年には40万人でしたので、その速度は早まる一方です。45万人というのはどれぐらいかと言いますと、千葉県97万人、船橋市63万人、松戸市は48万人、柏市が42万人ぐらいですので、柏市ぐらいの大きな都市に該当する人口が毎年減っていくということです。

**今後の人口動態の変化(高齢化と支え手の減少)**

項目	2012-2025	2026-2030	2031-2040	2041-2050	2051-2060
総人口	+37万人	+46万人	+82万人	+90万人	+91万人
75歳以上(高齢者)	+75万人	+22万人	+57万人	+18万人	+17万人
20-74歳(生産年齢人口)	+107万人	+17万人	+18万人	+18万人	+71万人

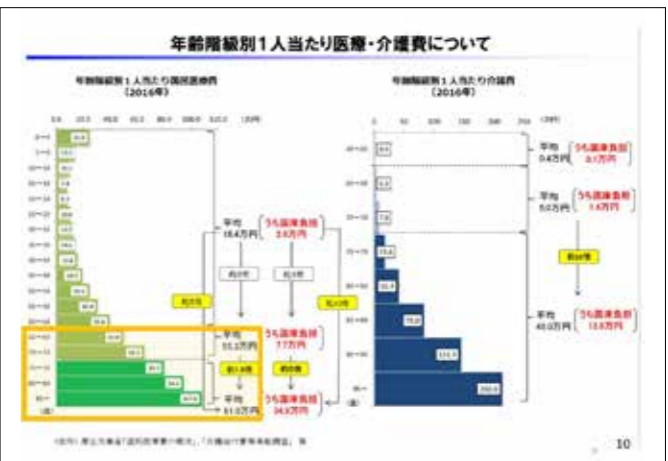
**2031年から毎年80-90万人減少！！**

さらに2031年からは速度が増まして、毎年82万人、90万、91万人とまさに千葉市のような政令指定市に該当するような人口が毎年減少するわけです。それほど社会の人口構成が変わっていく中で社会保障をしていかなければいけないということになります。

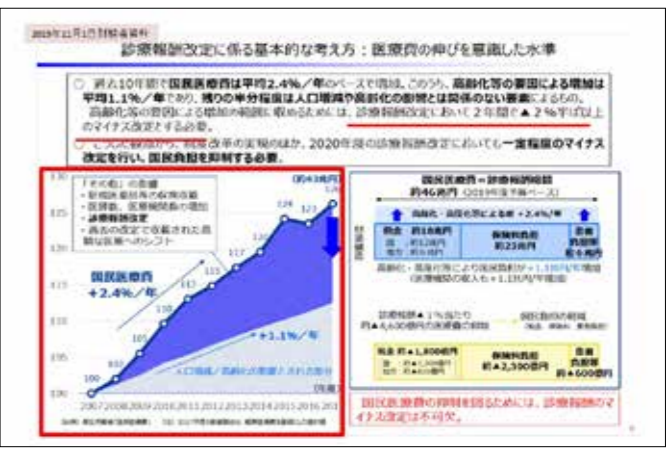


一方で社会保障給付は伸びていまして、現状では医療と介護に対して総額50兆円ぐらい使っているわけです。年金は56兆円ぐらいあり

ますが、年金は支払いを約束しており、圧縮することはできませんので、医療と介護をこれから何とか効率化していかなければならないのです。このままですと11年後には社会保障費が190兆円になるというのが財務省の試算で出ています。



現実には、医療や介護を使っているユーザーのほとんどが高齢者になります。高齢者の方を前に、「医療を圧縮」といったときに、不安が出るのは想像にたくありません。丁寧に説明しながら、質を極力維持しながら進めていく必要があります。



医療費は2007年度を100としますとここ10年間で126まで26%増えたというのが2019年11月に出た財務省の資料です。そのうちの54%は新たな技術や薬剤が発売されたことによる医療費の高騰で、46%が高齢化に基づいた自然増と試算されています。

**国民医療費の財源別内訳**

財源	金額 (兆円)	割合 (%)
公費	16.3	38.6%
保険料	20.7	46.9%
その他	5.2	11.7%

**約40%が「公費」により賄われている  
国民医療費の約45%が「人件費」**

国民医療費の財源別に見ていきますと、保険料と窓口負担だけで医療が賄えればよいのですが、残念ながらそれでは難しく、実際は公費つまり税金が投入されています。その額は38.6%、つまり約40%が税金によって賄われています。これだけ公費の割合が高くなると、医療はもはや税に基づく「公共事業」に近いといえるかもしれません。

この全体の額の45%が医師、看護師、医療専門職の人件費になります。人件費の圧縮は簡単ではありませんが、その中で財政を健全化しなければいけないというのが現状です。



講義内容③



国の苦しい状況をもう少し見ていきますと、この国の一般歳入は100兆円ですが、そのうち赤字国債の発行によって賅っているのが32兆円あります。そして32兆円発行しても、そのうち24兆円は過去に発行された赤字国債の返済に充てなければならないのです。差額の8兆円が使える額ということになりますが、これだけ自転車操業のような財政になっています。赤字国債を発行し続けた結果、日本は諸外国を抜いてGDP237%の赤字国債の累積があり、全世界で最悪の水準となっています。これは問題ないという論調も一部ありますが、世界的に見ますと非常に危機的な状況で国際通貨基金 (IMF) から繰り返し警鐘を鳴らされており、これ以上赤字国債を発行してはいけないと言われているわけです。

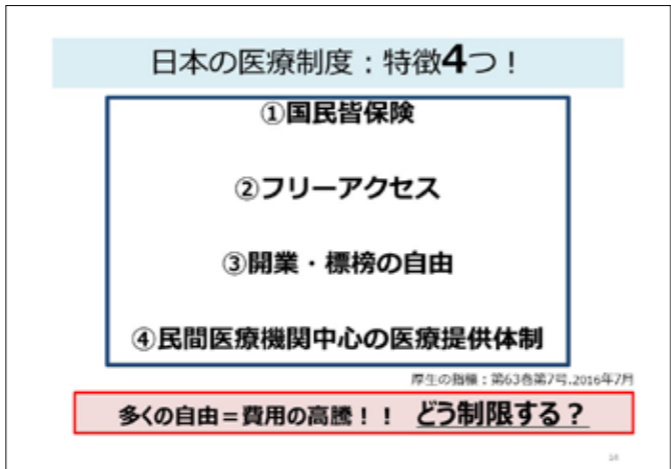
2007年の厚生労働白書によりますと社会保障の負担増は容認し、支出は現状のままにするべきだという意見が62%の多数派でした。一方で公的保険は重い傷病に限って軽い傷病は市販薬で対応できるものは対象から外すべきだという健康保険の維持のためにサービスの内容を限定しようという意見は8.7%の少数派という状況です。多数決だけでは負担を先送りするだけの状況で大変に厳しい。それでも将来にわたり、社会保障を維持していかなければいけないというのが現状です。

賛成する人ばかりではないという中で、医療の現状変更していかねばならないのですが、誰が変更するのかです。国の本音、県の課題を見ていきましょう。



これが今日のキーとなるスライドの1つです。諸外国からのプレッシャーが強い中、内閣政府や財務省は財政規律を保ちたい、これ以上の赤字国債は発行できない、一番お金を使っている社会保障に対して、その支出を減らしたいということ厚生労働省に対して「強い要請」がかかります。そこで社会保障費や医療費を適正化するかと、地方分権という流れの中、都道府県にその実行を迫ることになります。

都道府県は医療政策を立案、実施していかなければいけない、これまでは厚労省が中央管理的にやっていたものを都道府県が主体的にやりなさい、これは47都道府県の「地域の実情に合わせた改革」という言葉の中で、地方分権の中で権限を移譲しています。さらに財源と人事権、そしていろいろな規制する権限も合わせて移譲して、都道府県は三位一体改革などの改革を行って医療現場に影響を与えるということになります。



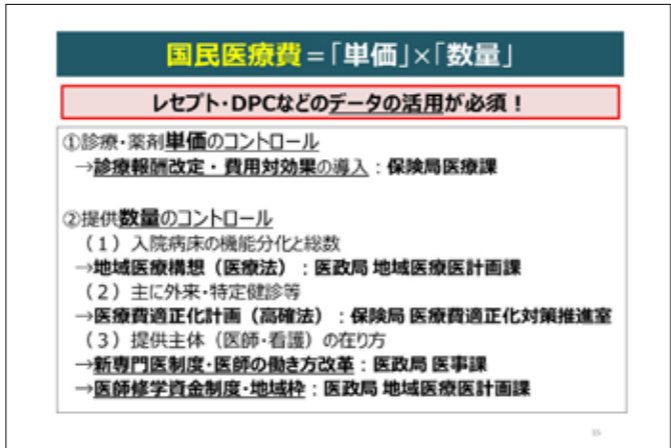
さて、日本の医療制度はこの4つの特徴にまとめられます。1つは国民皆保険です。皆さんの財布の中には医療を7割引で受けられる、75歳以上だと9割引で受けられるプラチナカード、つまり被保険者証が入っています。原則、被保険者証を全国民が基本的に持っている低い自己負担額で医療を受けることができます。加えてフリーアクセスでどの病院にかかってもいいのです。これらを国民に与えた結果、医療の敷居がひくくなったのはいいことかもしれませんが、ややともすると医療提供がかなり過大にされる可能性も孕んでいます。

さらに例えばフリーアクセスは、十分活用されない設備投資を生むリスクがあります。例えばフリーアクセスですから専門病院にかかることもできれば目の前の医院にかかることもできます。多くの方のフリーアクセスを認めると、多くの患者が高度な専門病院に行こうと考え、それはつまり多く軽傷患者さんが専門病院を受診することになります。そうすると専門病院がそろえているさまざまな高度な医療人材や医療機器が十分に稼働せず、無駄が生まれます。結果として、それらの投資、育成にかけた費用が十分活用されなくなってしまう。

もう1つは開業・標榜の自由、医師はどこで何科を標榜・診療してもいいということです。これを認めた結果、医師・医療の偏在が起ってしまいます。

最後に民間医療機関中心の医療提供体制です。、病院の8割ぐらいが民間の医療法人であり、経営的な判断によってその医療を行うかやめるかということを決めることができることとなります。採算が取れるものであれば追加投資するし、不採算部門は撤退するということが起こります。民間の医療法人の方が健全な経営をしているという面はありますが、一方で均等な医療提供という観点では難しくもなります。

4つの特徴は、そのまま高コスト体制に繋がります。ここから先の医療政策は、残念ながらこれらの各特徴・自由をいかに制約するかということになります。効率よい医療提供にしていく必要があります。ですから今後打たれる医療政策は基本的にこれらの自由をどう縛るかという話になってきます。現場からはあまり歓迎される話ではありません。どのように進めるかが大きな課題です。



さて、国民医療費の内容を考えてみますと、単価×数量という簡単な掛け算になります。全体とコントロールしようとすると、単価と数量の両方のコントロールが必要なのですが、よく政治的に注目されるのは診療報酬改定です。診療報酬改定は2年に1回ですが、これは単

講義内容④

価のコントロールに該当します。ただ、これだけだと不十分です。もう1つが数量のコントロールです。厚生労働省は数量のコントロールをするために、入院病床については地域医療構想などの医療法に基づく政策として減らしていく。外来診療もなるべく効率化しよう、ないしは後発薬に切り替えるといったものを含めた医療費の適正化をしていくのが、医療費適正化計画です。

さらには提供主体の調整があります。医師偏在を直していった均等にしていこうということ、例えば新専門医制度がその一部を担っています。これは医師の技能を上げるという側面もありますが、政策的に見ると医師の偏在対策になっています。都道府県別に病院別・診療科別に定員を設けて計画配置をするわけです。

それから働き方改革、これは医療専門職の健康を守るという観点から出発していますが、結果的に医師の労働時間を制限しますので、医療提供が減ることになります。

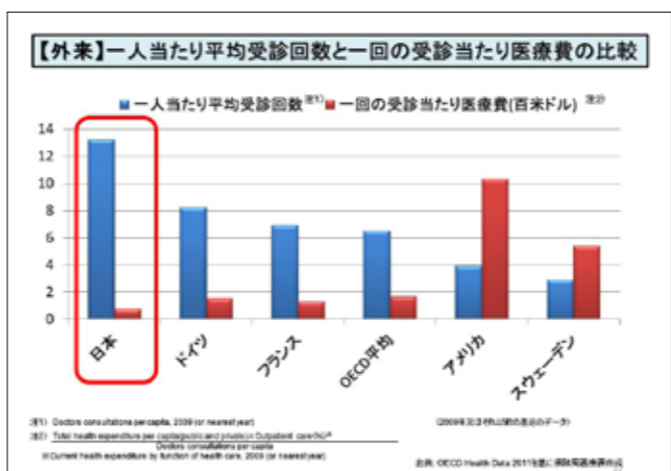
医師修学資金制度、これは私も千葉県で担当しています。修学資金を受給する代わりに、その都道府県で一定期間勤務することを義務付け、偏在を是正しようという、つまり提供主体をコントロールをしようとしているというのが政策のコンセプトだと思います。

(参考) 医療分野についての国際比較 (2015年)

	フランス	ドイツ	英国	イタリア	日本
人口千人あたり	2.8	2.6	8.1	6.1	2.4
人口千人あたり外来受診回数	2.9	2.3	4.1	2.3	7.9
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	2.9	2.6	4.1	2.3	2.4
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	90.9	106.9	50.9	50.9	106.2
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	11.3	7.0	13.3	9.9	11.1
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	294.9	300.7	161.1	161.8	408.9
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	4.1	7.0	9.0	10.1	5.9
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	5.4	6.0	10.2	3.8	4.3
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	4.9	5.0	10.0	6.7	2.9
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	34.6	45.9	45.7	44.3	47.6
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	5.507	4.125	5.353	4.530	5.266
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	18.0	9.0	11.2	11.1	11.0
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	1	13	2	4	5
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	78.2	78.2	78.3	79.2	80.4
人口千人あたり外来受診回数 (1人あたり)	81.2	82.8	83.1	85.5	84.1

「潤沢な」医療提供がされている?

では、実際に日本でどれぐらいの医療が提供されているかと言いますと、かなり潤沢な医療提供がされています。1,000人あたりのベッドの数を見ていきますと、イギリスは2.6、ドイツは8.1、フランスは6.1とありますが日本は13.2と多くなっています。もう1つは年間の外来診療の数を見ても5とか6とかがある中で日本は1年間で12.7回、国民一人当たり外来受診するのです。つまり月1回以上、すべての国民が受診するわけです。ということで、これはお相対的に潤沢な医療提供がされているということを意味します。



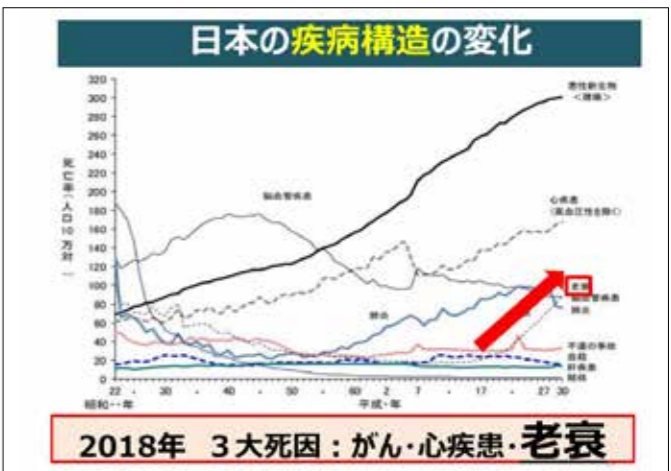
一方で国民医療費を何とか抑えようとするわけで、1回当たりの平均外来受診回数が多い日本では診療報酬がセーブされています。1回の外来受診が1万円に満たない単価で運用されているわけです。結果として何を生むかと言いますと、医療は安い、病院にかかるのは安いというふうには国民は認識します。そうすると健康のために予防しようとか健康を維持しようというモチベーションは減る可能性があります。困ったら病院へ行って薬をもらえばいいと考える人が出てくる可

表2 医療提供体制の国際比較 (2013年)

国名	平均入院日数	人口千人あたり病床数	人口千人あたり臨床医数	人口千人あたり看護師数	人口千人あたり臨床医数	人口千人あたり看護師数
日本	32.5 (18.2)	13.3	17.1	2.3	78.9	10.5
ドイツ	9.8 (7.3)	8.3	47.6	4.1	137.5	11.3
フランス	12.7 (5.2)	6.3	48.7	3.3	131.5	8.5
イギリス	7.7 (6.6)	2.6	58.0	2.8	292.3	8.2
アメリカ	6.2 (5.4)	2.9	78.8	2.6	359.4	10.9

【】は急性期病床  
日本は病床数が多いため、1ベッドあたりの医師や看護師の数が、欧米よりもはるかに少ない  
[OECD: Health Data 2015.]

外来だけではなく、入院病床も先ほど申しましたとおり諸外国に比べて多いです。例えば1,000人あたりの臨床医の数は諸外国と比べてそんなに変わりませんが、ベッドの数で割り算しますと全体に比べて半分以下の17.1人しかいませんし看護師も同様です。それは無人員床数が多すぎて結果的にそれを支える一人当たりのベッド数が多くなりすぎてしまうので、医師、看護師がそれだけ多忙になっているということは間違いのないと思います。ですから、病床数を減らしていかないと働き方改革は進まないです。この後で出てくる三位一体改革という考え方ににつながるデータだと思います。



さて、一方でこういった病床の提供のほかに疾病構造も変わってしまいました。以前は感染症が中心だったことはご存じだと思いますが、その後伸びてきたのががんによる死亡です。そして2位が心臓疾患、3位が脳血管障害ということでしたが、最近のデータだと、3位は「老衰」ということになりました。つまり急性疾患である脳血管疾患が相対的に順位を落としています。老衰の増え方からすると、もしかしたらいずれ心臓疾患を抜いて2位になるかもしれません。つまり長生きするようになった、ないしは慢性疾患を抱えながら長く生きる、それを支えていく医療が必要になったということがここからみて言うことができるかもしれません。



講義内容⑤

表1 いわゆる common disease とされる疾患

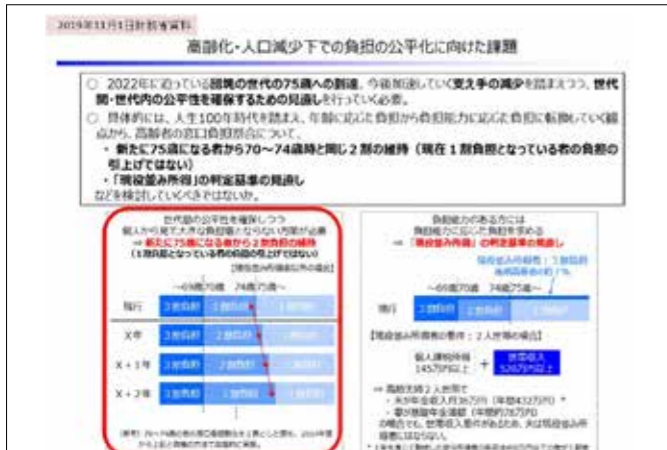
呼吸器疾患	急性上気道炎、市中肺炎、気管支炎(成人・小児)、慢性閉塞性気管炎、インフルエンザ、結核、(肺腫瘍)
循環器疾患	高血圧、不整脈、心臓病、狭心症、急性/慢性心不全、弁膜症、虚血性心臓病、肺動脈性、大動脈瘤、大動脈解離、肥厚性心筋症
消化器疾患	胃・十二指腸炎、胃癌、肝臓病、膵臓病、胆嚢炎、胆管炎、胆石症、急性/慢性膵炎、口内炎
代謝・内分泌疾患	糖尿病、脂質異常症、痛風、高尿酸血症、甲状腺機能亢進症/低下症
精神・神経疾患	認知症、Parkinson病、心身症、てんかん、脳卒中、脳梗塞、癲癇
腎・泌尿器・生殖器疾患	尿路感染症、慢性腎臓病、尿酸増進、透析治療、性感染症
皮膚疾患	アトピー性皮膚炎、乾癬、皮膚がん、蕁麻疹、皮膚アレルギー、皮膚炎、皮膚腫瘍
感染症疾患	真菌感染症、梅毒、HIV/AIDS、急性/慢性ウイルス感染症、アレルギー性疾患、花柳病、中耳炎
血液・免疫疾患	鉄欠乏性貧血
腫瘍・がん	がん(肺癌、乳がん)
眼科疾患	緑内障、糖尿病性網膜症

[Candy IC: Four Dimensions of Self-Directed, Self-Direction for Lifelong Learning: A Comprehensive Guide to Theory and Practice, Jossey-Bass, 1991: 97-144, より作成]

約56種類が「よく診る疾患」といえる

これは医師の方には当たり前かもしれませんが common disease とされる疾患が、大体 50 ~ 60 種類ぐらいになります。よく診る疾患ということで、例えば地域の医療を支えるとしたらこれらの疾患に対応できるような医療機関があれば 8 割程度の医療が提供できると言われていています。多くは慢性疾患でありまして、これらが診療の中心になりつつあるということが言えるかと思えます。

ところで診療報酬は 2 年に一度点数を変えているわけですが、どうやって変えるかご存じでしょうか。支払い側はお金を払う保険者、われわれが毎月支払う健康保険のお金を集めて支払う側と、そしてお金をもらう診療側が激しい交渉を行います。その調整役としていろいろな専門家、大学の教員などが入りますが、こういった中央社会保険医療協議会(中医協)というところで支払い側と診療側が激しい交渉の末、医療の価格設定がされています。



例えばこれは財務省の資料ですが、今後の医療を適正化していくということで、人口減少化下の負担の公平化ということで出した資料ですが、75歳以上は今1割負担になっているのは健康保険上における特例措置です。健康保険法を読むと75歳以上は2割負担と書いてありますが、いきなり2割にできないので「特例」ということで1割負担とし、ずっと先延ばしにしています。これを新たに75歳になる人は全部2割にしていこうというのが財務省案です。例えば、こちらの案にはどの立場の方が賛成するでしょうか。当然支払い側、保険者は賛成します。報道資料では健保連全国大会で2割負担実現決議だと、2割負担の実現を主張しています。一方で、診療側、例えば日本医師会側は患者負担の引き上げに慎重な態度を示しており、激しく争っています。

患者負担の引き上げに反対、これは患者さんの負担という言い方をしますが、簡単に言いますと安い自己負担金で病院にかかれる環境を奪ってしまうと医療機関にかかる人が減ってしまい、経営が悪化するのではないかと強い懸念から診療側が強く主張をしている状況だということです。

### 厚生労働省設置法

第3条 厚生労働省は、国民生活の保障及び向上を図り、並びに経済の発展に寄与するため、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進並びに労働条件その他の労働者の働く環境の整備及び職業の確保を図ることを任務とする。

2 厚生労働省は、前項のほか、引当預金、戦傷病者、戦没者遺族、未婚遺棄者遺族等の保護及び労働者の職務の整理を行うことを任務とする。

こういった争いの中で、間に厚生労働省が事務局として入ってくるわけですが、厚生労働省は健康保険に口を出しています。ここで厚生労働省の役割に立ち返ります。厚生労働省は何のためにあるのかご存じですか。各省庁にはすべて設置法というものがあって、それを見ます。厚生労働省設置法第3条に、厚生労働省は「国民生活の保障及び向上を図る、公衆衛生の向上及び増進」ということをうたっているわけです。ですから健康とか命はとても大事だということを言っています。当たり前のように聞こえますが、実は当たり前ではありません。厚生労働省は命や健康が大事だと言いますが、他の省庁はそれぞれ別の任務を負っています。



これは厚労省の組織図です。医療政策に関係する主な部局は医政局と保険局、もう1つが健康局です。健康局は各種疾病対策、たばこ対策やインフルエンザなどの感染症対策、がん対策、難病対策などを中心にやっています。あとは母子保健、精神保健、産業保健、介護保険などを担当する部署がそれぞれあります。厚労省の本省には約200名の医系技官が勤務しておりまして、所掌事項を知っておくとこの後の資料を読んだりすることに役立ちます。

ここで皆様を紹介したいのですが、厚生労働省のホームページの読み方です。正直、非常にわかりにくいんです。ありとあらゆるところに行き止まりがありまして目標とする資料にたどりつけないのですが、この見方を簡単に紹介したいと思います。まずトップページから迷わず「政策について」から「審議会・検討会等」に行ってください。



ここでは各審議会の資料があります。

講義内容⑥

審議会・検討会等の一覧表

医道審議会で政策に関係するのは医師分科会の臨床研修検討部会などです。中医協でしたら総会資料に毎週のように資料がアップされて中医協での議論をウォッチすることができます。一番下までカーソルを動かしますと「上記以外の検討会、研究会」というところがあります。これは部署ごとに行っている会議が整理されているのですが、その中の医政局、保険局のところを見ていきますと、お金と医療提供の流れがわかります。

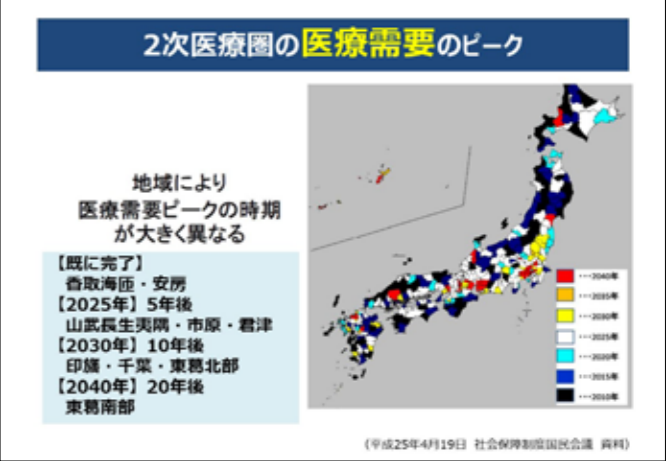
医政局が実施する検討会等の詳細情報

医政局が実施する検討会がたくさんありますが、古い会議資料もたくさんありますので、例えばその中で会議体を見つけ出して、働き方改革が知りたいと思ったら働き方改革に関する検討会、推進に関する検討会、ヒアリング、タスク・シフト/シェアといういろいろありますが、これを開いていきますと今ホットな話題にたどりつきます。配布資料と議事録を確認することができます。

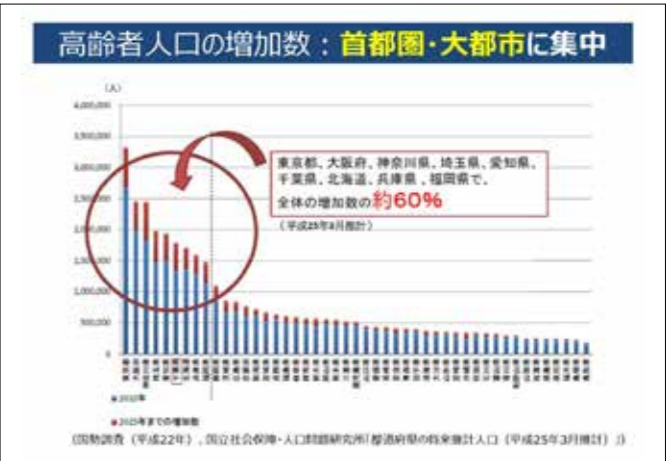
医師の働き方改革の推進に関する検討会の詳細情報

実際に見てみましょう。働き方改革の推進に関する検討会というものに議事録、資料がありまして、開催日をクリックしていきますと中身にたどりつけるのですが、1つ注意がありまして、最近のデータを見るだけではだめです。一番下の第1回の会議資料を見てください。第1回は開催要項、検討事項、構成員の3つが会議の「位置づけ」を

決めているのでここを見ておきましょう。開催要項というものがあって、その中の検討事項とございますが、これも重要です。何を決める会議なのか、そしてどの構成員がそれを決めるのかが分かります。構成員の顔ぶれを見ておくことで、会議の「重さ」が見えますし、検討事項を見ることで議題がわかります。それから1回ずつクリックしていきますと、その分野については一次資料にたどり着けます。研究者がPubMedを引くようなものです。これで国が行っている検討会の生のデータを見ることが出来ます。資料を見ますと、このようなパーポイントが出てきますが、これはきょうの内容からはズレますが、こういったホームページから今、国は何を考えているかを探し出すことができます。こういった流れの中で都道府県から医療現場に対する流れを説明していきましょう。都道府県から医療現場、これがまさに今日集まってきた皆さんの所属しているところだと思います。



先ほど申しました全国の状況の中で、この国の2次医療圏335は医療需要のピークに違いがあるわけです。黒いところは2010年にピークを迎えて終わったところ、青いところが2015年にピークを迎えたところ、水色のところは2020年ということで、人口の分布によってピークが違います。千葉県の9医療圏を見ますと、すでにピークは過ぎているのが香取海浜と安房、5年後にピークがくるのは山武長生夷隅、市原、君津、10年後は印旛、千葉、東葛北部、20年後は東葛南部ということにすでに人口分布からわかっていきますので、それぞれの2次医療圏でやるべきタイミングが違うのがわかります。すでにピークを過ぎた地域は、いかに効率化していくかということを考えなければいけないということになります。



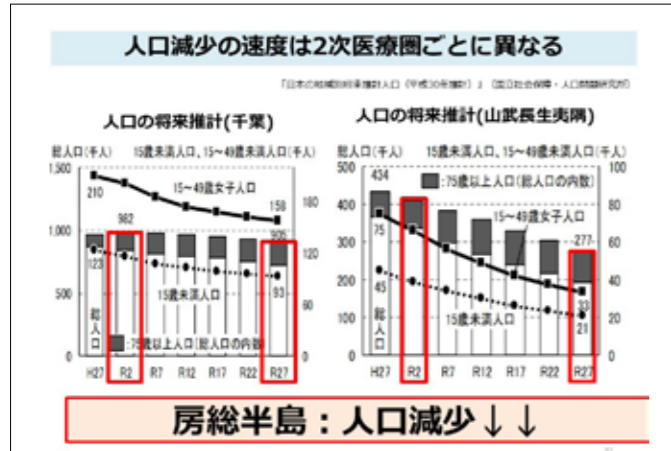
これは首都圏・大都市にこれから高齢者がどんどん集まってくることを示した資料になります。千葉県はここにありますが、高齢者が大幅に流入して増加してくる土地として日本の中でも注目されています。



講義内容⑦



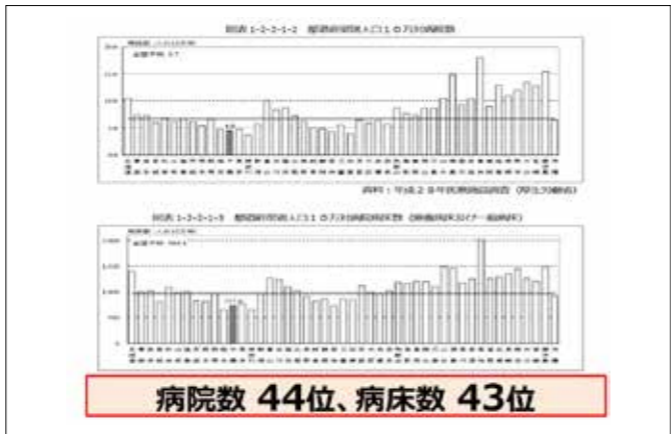
千葉県の中だけの人口を見ましても、現在625万人ぐらいですが、これから20年間で80万人減って540万人ぐらいまで減るのです。高齢化率は30%になることが決まっていますし、全体の8割と言われている高齢者が20万人増える一方で、生産年齢人口が100万人減っていきますので、千葉県だけ見ましてもかなり生産や労働の環境は変わっていくことがわかります。



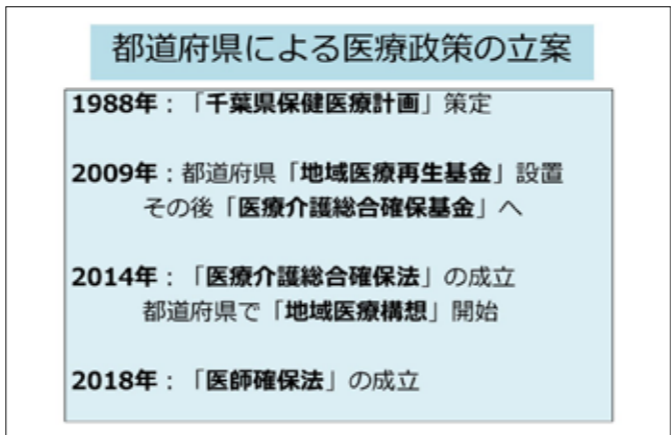
人口減少の速度は2次医療圏ごとに異なりますので、千葉の医療圏ですとじわじわと減ってきます。一方で山武長生夷隅ですとかなりの速度で減少してくるということで、その速度は違いますが、おおむね房総半島・郡部のほうが減少速度は速いということがわかります。



これは2次医療圏の9つの状況です。見方としては東葛北部、南部と千葉医療圏の狭い中に千葉県民625万人のうち400万人います。残りのところに220万人が広く分布しているという状況です。特に分布しているのとこのあたりなので、医療提供も恐らく違うと思われ、220万人のことをどう考えるかというのが優先されるようになります。



これは全国と比べた医療提供の順位ですが、病院数は全国の人口で割り算しても44位、病床数は43位ということで、これからどんどん絶対数を減らしても偏在をいかに対策していくかということが課題だと考えます。

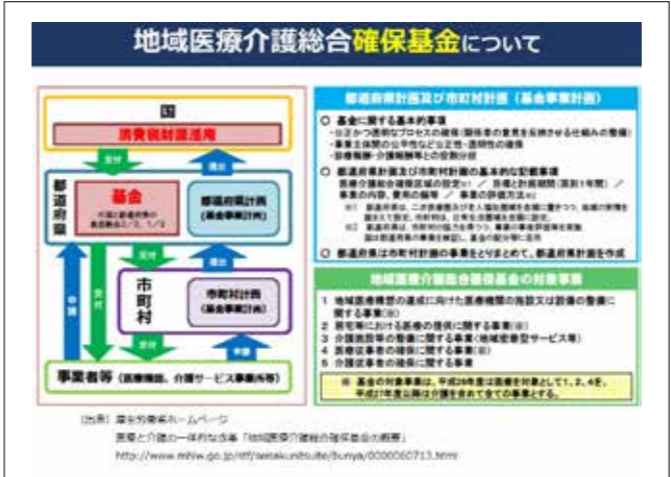


都道府県による医療政策の立案の歴史をまとめてみました。医療政策はとても細かいポイントがいっぱいあるのですが、私を感じている重要なものを4つだけ並べてみました。1つ目は1988年（昭和63年）に始まった千葉県保健医療計画の策定です。都道府県がどんな計画に基づいて医療を整備していくかということ5-6年間の目標を立てて始めたのです。そして20年後に都道府県の地域医療再生基金が設置され、国から財源が割かれ、都道府県が使っていいお金がある程度自由に設定して、要請があつて審査したらお金を渡すという財源の一部移譲が2009年に行われます。その後、医療介護総合確保基金という形で財源の名前も変えますが趣旨としてはあまり変わっていません。そしてその5年後の2014年に医療介護総合確保法が始まり、ここから地域医療構想を開始しました。これも大きな流れの発端だと思います。地域医療構想の都道府県の2次医療圏別の、この後話をしますが、そこでの政策立案に従事する。そして最後は昨年の医師確保法と通称されていますが、医師法、医療法が大幅に変わりました。医師の配置や養成について、都道府県が責任を持って進めるという事になりました。これまで医師や人を対象とした施策は文科省ないし厚生省に委ねられていたのですが、これが大幅に都道府県に移ってきたということになります。人もハコも移したということになります。

講義内容⑧



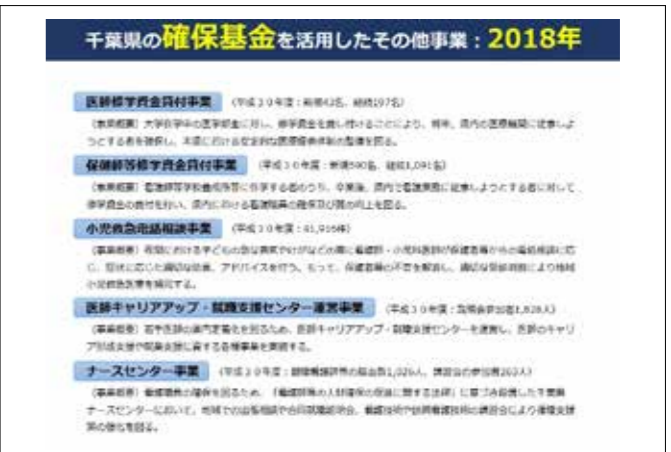
地域医療再生基金については懐かしい資料ではないかと思いますが、こういったものが厚労省のホームページに出ており、実は平成27年に千葉県がすでに山武長生夷隅での救急医療体制の構築、ということ10年前に議論しています。



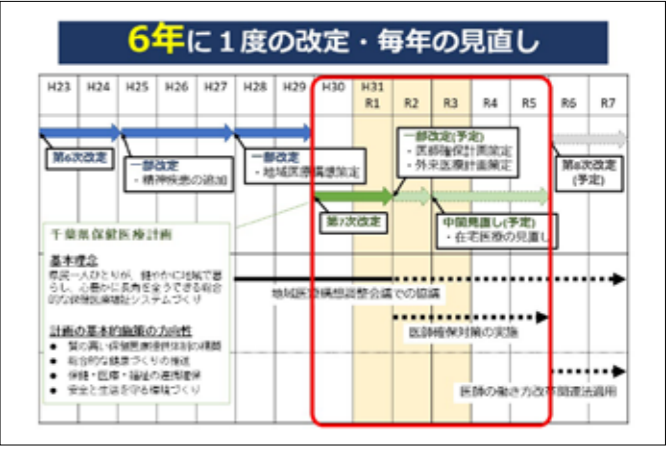
このような歴史もありまして、このまま医療介護総合確保基金というのが国から基金が作られて都道府県がそれを財源とした施策ができるようになっています。



医療分と介護分それぞれありますが、医療分については大体年間13億円ぐらい作られています。うち10億円ぐらいが医療従事者の確保に関する事業、千葉県医師修学資金制度などに使われています。



こういったいろいろなメニューを準備して、13億円の使い方を決めて運用してということになります。今日紹介したい重要な文書が千葉県保健医療計画です。千葉県職員の方の多くの方の手により完成されている保健医療計画ですが、これはとても重要な文書です。484ページございます。皆さんぜひPDFに落としてパソコンのトップ画面に置いてしばしば眺めていただきたい。



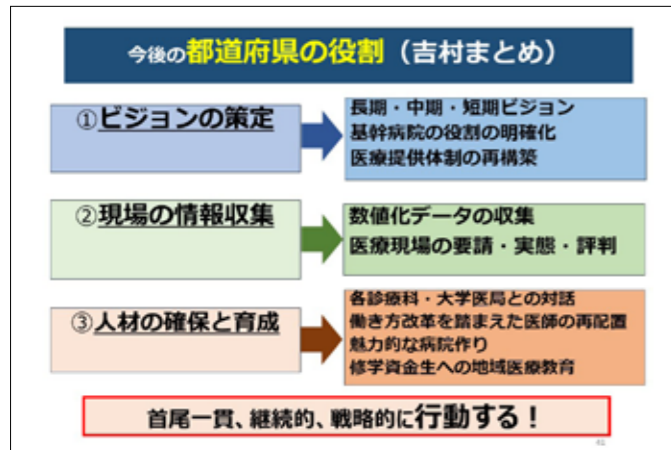
これらをたたき台にして医療を変えていくということで6年に1回改訂されて、毎年見直しをしながら進めておりまして、保健医療計画をいかに修正、変更するかという会議が次々と実施されています。



先ほど触れた、「医師確保法」の内容のまとめのスライドになりますが、例えば人の養成については医学部の地域枠定員などについて、都道府県の知事からその所管の土地にある例えば千葉大学に対して県知事から学長に対して地域枠を作ってください、増員してくださいという要請をすることができたり、都道府県に臨床研修指定病院が今36病院ありますけれども、これらを認めたり定員を定めるのも厚生労働大臣ではなくて都道府県知事です。専門研修についても意見することができるといってかなりの部分が都道府県に移譲されています。



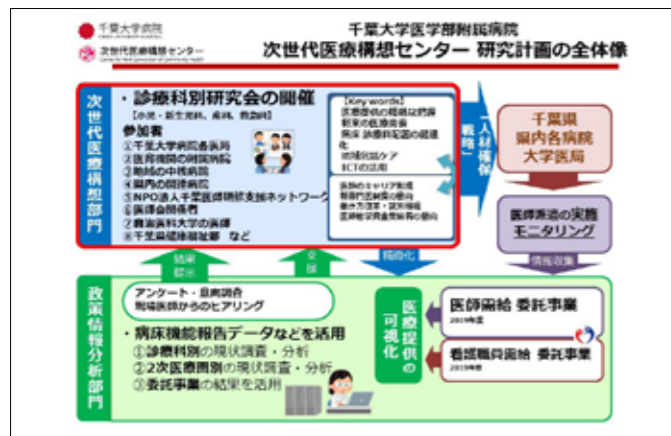
講義内容⑨



ただ、都道府県はそれらを準備して政策立案・制度設計していく経験がまだまだこれからです。都道府県には今後、何が必要かというのが少しまとめてみました。1つは保健医療計画も非常に重要なのですが、それに合わせた長期、中期、短期のビジョンや目標を定めて動かしていく必要があるのです、すでに存在はしますが、まだまだ粗いのではないかと思います。基幹病院、病院内にも踏み込んで、働き方改革などさまざまな改良をしていかなければなりません。医療者から見ると医療提供というのは地域でなされているのではなく病院でなされているのです。病院が主語であり、さらに言うとその医師が誰なのかということによって医療提供は変わってくるわけです。しかし「病院名」「医師名」などの固有名詞を出して議論することに、やはり都道府県は少し心理的な抵抗が強いのが現状だと思います。

さらに医療提供体制の再構築を進めなければいけません。現場の情報を収集しなければいけません。機械的に自動収集、集計される数字・データだけではなく、医療現場は何に困っているのか、そして評判や評価、地域の住民・患者の口コミはどうかということも含めた情報が必要です。こういった情報をいかに集めてきて政策立案に生かすか。あとは人材の確保と育成です。地域医療を支える人材もそうですし、医療政策を立案する人材もそうです。各診療科や大学医局との対話や人事交流を行っていくということも必要です。首尾一貫、継続的、戦略的に行動するという点でまだまだ都道府県としてこれからやるべきことがあると思います。

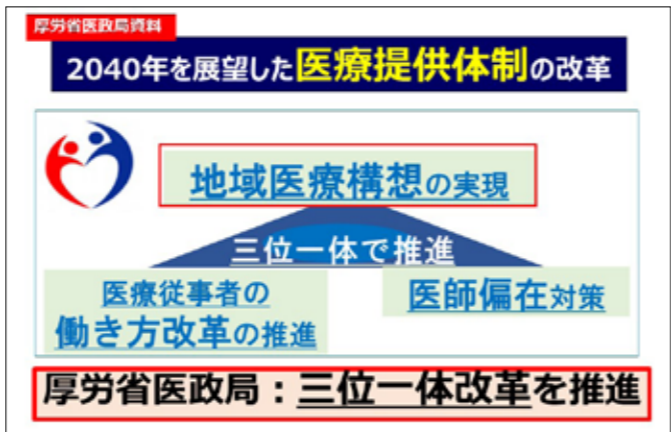
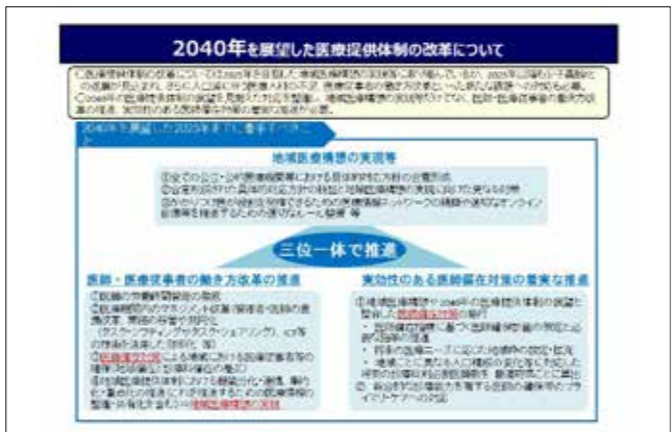
これらを背景にそのお手伝いができればということで作られたのが次世代医療構想センターです。大学病院の中で人材育成と県庁との連携をしていく。佐藤大介先生は次回以降講師としても登壇する形になります。データサイエンティストで地域医療構想などのデータ分析にもかかわっています。きょうのスタッフにも入っていらっしゃいます。広報を専門とする成瀬先生もいらっしゃいます。



政策の広報やどうやって地域の人に説明していくかということも必要なことだと思います。

月2回は千葉県庁と千葉大学の職員が集まってこういったミーティングを行っています。先日はこの場所で開催のさきに関係する方にきていただいて発表会をしました。

今日皆様に提供したいことは以上です。最後にトピックスとして来週の三位一体改革の予告編ということでお話しします。

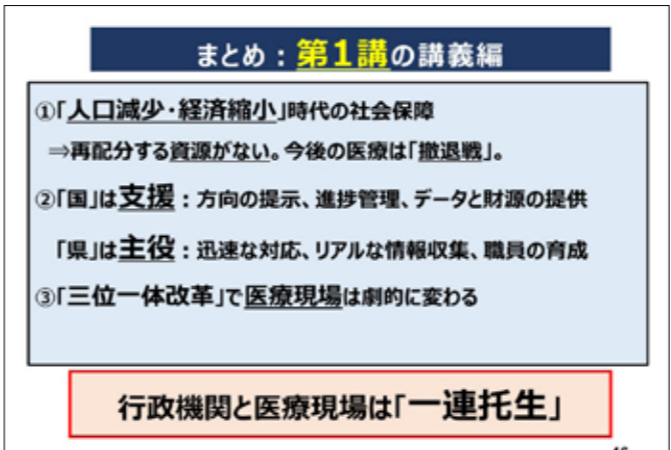


三位一体改革とは「地域医療構想の実現」、「医師偏在対策」、「働き方改革の推進」、この3つを同時に進めて医療提供のあり方を変えていこうというもので、それによって予算や制度が作られるので、これは従わざるを得ないという状況です。これで医療現場がどう変わるかというのがこれから先のテーマになります。

地域医療構想については、最近かなり動きがありました。病床の再編というキーワードで5～6年前から行われている施策になりますが、最近のニュースは再編を検討すべき病院ということで、診療実績が特に少ない公立公的病院、そして類似した車で20分の距離にある病院は役割を見直したほうがいいのかという424病院のリストを公表しました。これが「424リスト」と言われておりまして、さまざまところで話題になっています。千葉県内にも名指しがございまして、千葉大の横にある市立青葉病院もそのリストに入っておりまして、これからどうしていくのかということが全国的に話題になっていくということです。

私自身も地域医療構想調整会議に先週参加させていただいて、いろいろな議論を見てきましたが、まだまだ議論を活発にする余地はあるのではないかと個人的には感じました。民間医療の診療データを提供されていくとか、診療科別の検討が必要等、さらに地域医療構想を取り巻く環境はかなり具体的になってきたという状況にあります。

講義内容⑩



最初のスライドに戻って終わりにします。人口減少、経済縮小がある中で、潤沢な財源に基づく社会保障、医療提供はもはや無理ですし、そういう時代は二度とこないということです。県が主役となってリスクをとって現場を調整してゆかねばなりませんので、県の役割は非常に重要です。一方で医療現場もいろいろな対策に対して政策的な意図や趣旨を見抜いた上で対応をとっていく、無駄な鉄砲を撃たないようにして何とか身を守って、政策の意図に沿いつつ、先を読んだ経営判断をしていくことが必要になります。まさに一蓮托生の状況ということを確認してまとめていきます。



最後に参考図書を2つ挙げさせていただきました。ご参照ください。ありがとうございました。

## テーマ① 千葉県の医療現場・医療行政の課題は？

### 【医療現場で困っていることは??】

- 例・行政機関にはもっとこうして欲しい!  
・「病院・診療所」の立場で!

### 参加者の回答

#### <人材>

- 医師が場所と診療科で偏在している
- 地理的・過去のイメージが原因で医師が集まらない
- 地域に医師を出してほしい
- 紹介機関を使わないと医師確保できない
- 看護師の確保 病床がフルオープンできない
- 看護に診療報酬つけて欲しい
- 「医師の指示のもと」という項目。看護師独自で判断できる幅を広げてほしい

#### <相互理解>

- 行政の考え方やコミュニケーションの取り方がわからない
- 行政はどこで誰の意見を取り上げているのか不明
- 相手の顔が見えない
- 政策と現場との価値観のズレがある
- 保健医療計画等行政の行なっていることを把握できていない
- 働き方改革によって県内の医療がどう変わるのかイメージできない
- 病院の管理者、意見と第一線スタッフ意見は異なる
- 病院の中の現場と管理者で対立
- 日本の医療制度が現場の感覚に合わない
- 計画立案側から現場への具体的影響がわかっていない
- 広域の医療と行政単位のぶつかり合い
- 意見聴取。若い医療者の声届くシステムがない
- 病院の方向性がわからない

#### <業務量>

- 患者減らしたい
- 子ども医療費助成により不急の医療提供が発生している
- 一人の患者をじっくり見たい
- 多忙な業務書類など
- 勤務時間（待機・当直）
- 妊娠・出産を伴う業務のかたより

#### <経営>

- 経営、診療報酬 UP 難
- 病院ごとに事情が異なる
- 無給医の問題

#### <手続き>

- 事務手続き多い、煩雑、長期に及ぶ

#### <その他>

- 児童虐待にお金がかからない
- 医療機器産業、規制が強固
- 現場側も政策に興味を持っていない

### 【政策立案するときに困っていることは??】

- 例・医学知識が専門的すぎてわからない  
・医療現場の情報はどうやって集める？

### 参加者の回答

#### <人材>

- 職員の不足

#### <相互理解>

- そもそも知識がないのでわからない
- 医療機関が多く、個々のニーズの把握が難しい
- 現場感覚が分かりづらい
- 国の政策の意図をつかむことが難しい
- 診療点数の点数基準が不明瞭
- 医療現場を知らない
- 専門知識・専門用語がわからないため、話ができない
- 医療者の作法がわからない
- 医療現場の実情・地域医療構造調整会議・医師会の意見を中心に何うことになるので大変
- 県民の理解を得ることが難しい
- 現場との距離感がある
- 現場の声を拾って検討したいが意思疎通がうまくいかない

#### <知識>

- 診療報酬がわからない
- 県の役割として国が示す内容について専門的な知識・技術が足りない
- データの見方がわからない
- 情報の在処がわからない
- 専門知識・専門用語がわからない

#### <領域の難しさ>

- 医療の敷居が高い
- 医療者、患者等の関係者意見のすり合わせ
- 医療提供体制の確保と病院経営のすり合わせ
- 固有名詞は出しづらい
- 計画策定を法で決められており、県の統一見解が出しにくい
- 医師多忙
- 県の施策について財政的裏付けをしにくく長期的ビジョンが● 立てづらい
- 診療科ごとの違いがあるため合わせるのが大変

#### <立て付け>

- 県庁の中でも縦割り
- 国から降りてくる内容が縦割り

#### <状況把握>

- 病院が本当に求めていることの把握が難しい  
ex) 人材（医師・看護師）なのか
- 把握のためにはどのような場が適切なのか
- 現場の状況・忙しさがわからない
- 国の動きがよくわからない

#### <予算>

- 予算に限りがある

#### <その他>

- 救急車の無駄遣い
- 立案根拠となるデータ分析が足りているのか
- 顧客満足度を追求できない
- 日々の困っていることを事細かに言われても対応しきれない

## テーマ② できたらいいなこんなこと

### 【課題解決の為に】

医療現場ができることは？

### 参加者の回答

#### <人材>

- 社会人でも通える MPH コースをもっとつくる

#### <啓発>

- 啓発・広報
- #8000 の効果がわかる・見える化
- ACP 人生会議

#### <相互理解>

- 共通言語化、研修医のオブザーバー参加
- 専門用語をわかりやすく伝える役割
- 委員会出席メンバーとの交流
- 課題をあげる（現場で困っていることを具体的に伝える）
- 政策の仕組みを理解する機会の確保

#### <仕組み>

- 行政と医療機関間の人事交流をさらに活発化
- 公的医療機関と民間医療機関との役割分担
- 医療情報の共有化 システムの統一化（インフラ整備）
- 医師プール 大学に依存しない

#### <経営>

- 小児科・新生児も統廃合
- 統廃合適切に行う

#### <その他>

- 大病院思考をなくす
- 保健所以外の行政現場を見に行く
- 行政は訴訟対策をする
- 政策医療赤字の解消
- 勉強時間をつくる 研修サバティカルみたいに

### 【課題解決の為に】

行政機関ができることは？

### 参加者の回答

#### <人材>

- 看護師さんができることを増やし、適正に評価する

#### <啓発>

- 行政と医療と一緒に県民を味方にする

#### <相互理解>

- 医療現場との交流をつくる
- 会議以外のコミュニケーションの場をつくる
- 現場と行政の信頼関係を構築
- 現場の課題を知る
- 計画立案、審議会等参加研修プログラムを作り、参加する
- 個別事例から同行訪問など協力のメニューを作る
- 医療現場の経験を見に行く
- 若手の意見の吸い上げ
- 調整会議などに来てもらう機会を作る

#### <仕組み>

- クローズド（本音を言いやすい）会を開く※現在は医師会と開催している
- 県職員を病院に人材を派遣
- 病院現場での勤務 人事交流
- 民間の（病院）の事務長を呼ぶ
- 人材に来てもらうような病院づくり
- 大病院から地域へ人材派遣
- 医師会や地域の医療の客観的評価

#### <業務改善>

- 事務手続きはオンラインで

#### <その他>

- 政治に左右されない行政
- 国の骨子に合わせてたたき台→委員会でブラッシュアップ
- 都市計画の見直し（地域）（生活圏の）
- 医師の中の総合診療医の立場の向上



講義内容①

2019年12月10日19:00-20:40
千葉医療政策公開セミナー入門編
@千葉大学医学部本館

第2講：健康保険法・診療報酬と病院経営・データの活用
病院経営の視点から地域医療構想の進め方を考える

吉村健佑 医師・医学博士・公衆衛生学修士
千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授
千葉県 医療整備課 医師確保・地域医療推進室
佐藤大介 博士(医学)・医療管理政策学修士
千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任准教授

吉村：さて、第2講です。今日も講義編とグループワークの二本立てです。講義編は、私、吉村健佑と佐藤大介先生の2人で担当しますが、最初にセミナーの目的や前回の復習から始めたいと思います。

本セミナーの目的

①千葉県の医療の課題を解決するために、医療政策の重要ポイントについて理解し日々の業務・診療に生かす

②千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考える上で、基本的な知識と考え方を習得する

本セミナーの目的は、千葉県の医療の課題、そこにフォーカスを当て、医療政策の重要なポイントを理解し、日々の業務ですとか、ないしは診療、それぞれ公務員の立場の方、あとは医療現場の方が参加されていますので、それぞれの立場で生かしていただきたいと思っております。そして、千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考える上で、基本的な知識や制度の中身、また国の狙いですとか、政策上の意図を理解することがセミナーの目的になります。

本日のタイムテーブル

19:00-19:30

【講義編】

保険医療機関の経営に関する基本的考え方を学ぶ
病院経営に与える影響から医療政策について考える

19:35-20:40

【グループワーク編】

病院経営の視点から地域医療構想の進め方を考える

タイムテーブルは、このように組んでみました。最初30分から、もしくは40分くらいかもしれません。講義編で全体像を見ますが、今日は「保険医療機関の経営」というものをキーワードにして、基本的な考え方を学びます。また、病院経営に与える影響から医療政策をどのように練っていったらいいかという2点で考えたいと思います。また、それに関連したグループワークを準備しています。

本日の内容(講義編)

- 1. 前回の復習(吉村)
2. 診療報酬について(佐藤)
3. DPCについて(佐藤)
4. 地域医療構想について(佐藤)
5. 病院経営から考える機能分化と集約化の課題

さて、前回の復習ですが、覚えていらっしゃるでしょうか。2週間前になりますが、前回はどんな話をしたかという、キーとなるスライドを数枚お出しします。

内閣・財務省：財政規律を保ちたい
強い要請

厚労省：社会保障費・医療費の適正化

「地方分権」・進捗管理

都道府県：医療政策の立案・実施

「三位一体改革」など

医療現場：政策への対応

まずは、こちらは国から医療現場に、医療政策がどのような順番で降りてきているかということになります。さまざまな資料を出しましたが、かなり財政が逼迫(ひっばく)していて、財政規律を保ちたいというのが内閣・財務省、そして、国外からの強い要請もあります。それに対して、その要請をどこに出すかという、厚生労働省に対して、それを閣議決定などの形で出していって、社会保障費・医療費の適正化をする必要があるということを、厚労省は看板に掲げます。そして、厚労省はデータを自治体に提供したり、全体の進捗(しんちよく)の管理をしますが、この実際に実行部隊として動いていくのは厚労省ではないというのが、近年の地方分権の名の下に行われている行政的な改革になります。誰がやるかという、都道府県が中心になって行っただというものが、強いメッセージとして出されています。そして、都道府県が政策の立案と実施の主体として動いていくというのが、今の状況になります。現場にはどういった形で届くかという、「三位一体改革」などのもので、現場に対して次々に施策が打たれていきます。現場はその対応に追われるわけですが、この都道府県と医療現場、これらの方々には今日は集まってもらっていますので、現場でどうやってその整合を取って解決していったらいいかということを、みんなで考えたいと思います。

国民医療費 = 「単価」×「数量」

レセプト・DPCなどのデータの活用が必須!

- ①診療・業務単価のコントロール
→診療報酬改定・費用対効果の導入：保険局医療課
②提供数量のコントロール
(1)入院病床の機能分化と総数
→地域医療構想(医療法)：医政局 地域医療計画課
(2)主に外来・特定診療等
→医療費適正化計画(高確法)：保険局 医療費適正化対策推進室
(3)提供主体(医師・看護)の在り方
→新専門医制度・医師の働き方改革：医政局 医事課
→医師研修資金制度・地域枠：医政局 地域医療計画課

講義内容②

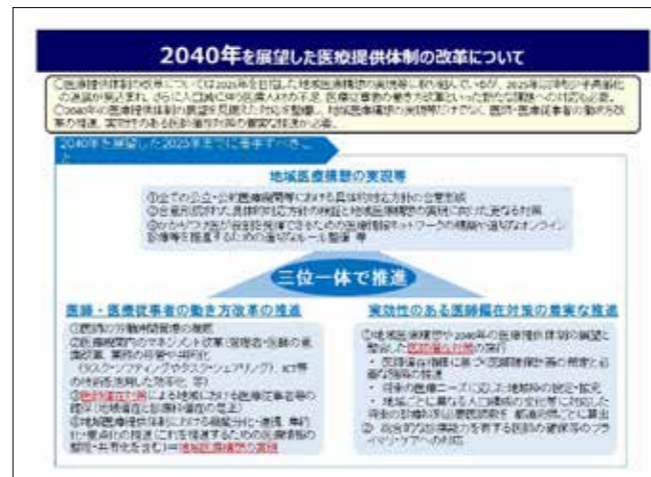
本日の内容(講義編)

- 1. 前回の復習(吉村)
2. 診療報酬について(佐藤)
3. DPCについて(佐藤)
4. 地域医療構想について(佐藤)
5. 病院経営から考える機能分化と集約化の課題

佐藤：ありがとうございます。12月から次世代医療構想センターに着任しました佐藤と申します。簡単な自己紹介を1枚だけ用意しているのですが、もともとは民間の病院に勤務してまして、経営企画の仕事をしていました。病院を建てたり、皆さんが病棟で使う材料をシステムで中央管理する仕組みを作ったり、電子カルテを新規導入する経験もしています。働きながら大学院に通っておりまして、DPCを使ったデータの分析をして、2012年に学位を取得しました。その後民間病院を退職して国立大学法人東大病院の企画経営部に研究者として移りまして、東大病院の財務とか、診療情報の分析、病院の再開発事業など、最初は働きながら大学院という、二足の草鞋だったのですが、2012年以降は、一足の草鞋で、似たようなことをしていました。その中で吉村先生とも出会っていて、NDBというレセプトを使ったデータ基盤がちょうど整い始めたということで、これを使う研究をやっていたのですが、その関係で厚労省のほうにお声掛けをいただきまして、2017年・2018年に国立保健医療科学院へ異動しました。何をやってたかといいますと、費用対効果評価です。オプジーボとか、キムリアとか、何百万円、何千万円する高い薬の価格は幾らが妥当なのだとすることを、経済的に評価しようということで、このレセプトを使うということではやっていました。同時に地域医療構想にもお手伝いする機会を頂いてまして、厚生労働省にも週一ぐらい足を運びながら、この地域医療構想のいろいろな準備なども手伝っていたというような、そのような経緯です。ですので、病院の経営を一応15年ぐらい関わりつつ、データや地域医療ということにも絡んできていて、この19年今までやってきたことを何か千葉で生かしていきたいなと思っています。ずっと15年ぐらい千葉に住んでいて、千葉に思い入れもあります。着任してまだ1週間ちょっとなのですが、今日お話しさせていただける機会を頂けたということで、緊張はしています。

今日はすごく多様な方々がいらっしゃって、専門の方もいれば、これからという方もいて、病院の経営を一つで語ろうというのは、もちろん大変難しいことだと思います。なので、ちょっとできるだけ初歩のほうに軸を移しつつ、今回の地域医療構想に関係するような所を、特に急性期医療機関に特化した形で解説していきたいと思っています。

医療費の話が出ましたので、国民医療費ということで、簡単にその仕組みをご説明します。医療費の全体像は、「単価」×「数量」によって積算されていきます。単価というのは、1回診療したら幾ら、患者さん1人泊したら幾ら、2日間いたら幾らということになります。そういった単価については、診療報酬改定でその値段が決まっています。まさに今その作業が大詰めです。来年4月から令和2年度診療報酬改定がされて、大幅な値段設定の変更がありますので、それに対する政策の立案がどんどん進んでいて、厚労省などもさまざまなメッセージを出しているところです。また、数量もコントロールしなければいけません。単価をいくらセーブしても、数量が上がってしまったら、医療費が上がってしまうので、数量をどうコントロールするかです。その政策の1つは、地域医療構想によって、病床数、入院ベッドのコントロールをして、適正化していこうということです。もう1つは、医療費適正化計画というのを、高確法という法律に基づいて外来診療を適正化していこうというものです。そして、提供主体である医師・看護師などのコメディカルの所属や在り方、働き方についても、さまざまな介入を行って適正化していこうという動きになっています。今日は特に診療報酬改定など、一つ一つの医療機関が、どうやって経営を図っているかということ、なかなか公の会議の場で各病院長が病院経営のお金の話をすることはありません。病院経営を考える立場である病院長がどのようなことを頭の中に置いているかということをご紹介したいと思います。

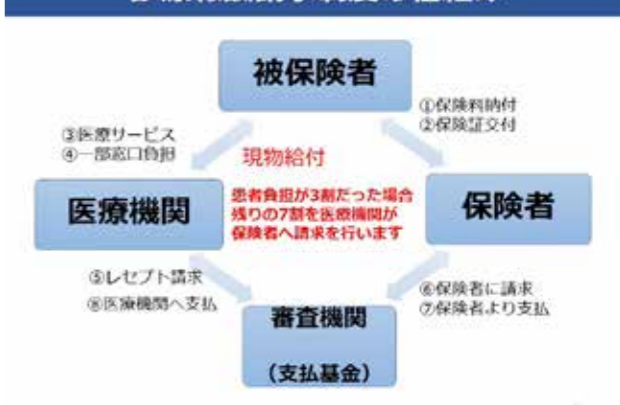


三位一体改革ですが、字が多いので概説しますと、地域医療構想の実現、そして、医師偏在対策の推進、そして、働き方改革の推進、この3つを同時並行に進めて医療現場を改革していこうというのが、今厚労省が掲げている政策の方向になります。



三位一体改革と医療現場への影響ということを前回もお示しました。今日はどの辺りに影響するかというと、恐らく病院経営から、その後の地域医療構想、各病院が経営の目標を変えていく、行動を変えていくときに、どういう影響が出るかということ、地域医療構想から考えてみたいと思いますので、病院経営、そして、地域医療構想というのが、今日の軸になってきます。ここから先の話は、佐藤大介先生にパスしたいと思います。よろしくお願ひします。

診療報酬請求制度の仕組み





## 第2回医療政策セミナー

### 講義内容③

まず、これは診療報酬制度の基本的な仕組みで、ご存じの方もいらっしゃるかもしれないのですが主な関係者は4者いて、病院と保険に入っている患者さんというのがある、医療サービスを受けると「現物給付」という形で医療行為を受けることになります。たとえば医療費のうち3割が自己負担の場合、残り7割の医療費は誰が払うかというと、国民の保険料や税金で賄います。病院側は「これだけ医療費が掛かりました」というレセプト、コンビニでいうレシートとっていただければいいですが、保険者に請求をします。保険者は診療内容を審査して「分かりました。では、お支払いします」という形で報酬が病院の収入として入るといった仕組みです。

#### 診療報酬は医療機関が受け取る報酬のこと

- 報酬は医療行為ごとに保険点数表で点数化されて決められている
  - 医師や看護師等が行った医療行為の対価
  - 薬剤師の調剤行為の対価
  - 処方された薬の薬剤費、使われた医療材料、
  - 検査にかかった検査費用（画像検査、血液検査etc）
- 診療報酬は2年に1度のペースで改定される。
- 介護報酬は3年に1度のペースで改定される。
- ⇒6年に1度、医療と介護の同時改定が行われる。一体的・抜本的な改革が行われることも！

病院にとっての収入は診療報酬ということです。診療報酬は医療行為ごとに保険点数表として決められています。この点数というのは1点=10円に相当するものです。例えば、お医者さんや看護師さんなどが行った医療行為に対する報酬、薬剤師さんの調剤行為など、医薬品や医療材料などの費用、手術に使う材料、検査に掛かる費用というのがあります。これらの単価が一つ一つ診療報酬の点数で決められています。この診療報酬というのは2年に1回の診療報酬改定というので、価格が変わるメニューも変わります。

もう1つ介護報酬というのがあります。介護報酬は、3年に1回変わるので、6年に1回医療の診療報酬と介護報酬が同時に変わります。これは「惑星直列」と呼ぶ人もいますが、同時に改定するタイミングに合わせて、一体的・抜本的な改定を考えます。それがまさに平成30年改訂としてつい先日あったわけです。例えば、かかりつけ医の先生とケアマネジャーさんをうまく連携させるために報酬に載せようとか、看取りやリハビリについて医療と介護をうまく連携させるために考え方や基準を統一しよう等です。病院にとっては、この2年に1回、あるいは6年に1回というのが経営上非常に重要なポイントなので、それらに合わせて自分たちが提供している医療行為から、いかに充実した報酬を確保できるかどうか、あるいは今後求められる診療報酬にどうやって取り組むかということをご日々考えるわけです。

#### 【参考】診療報酬改定率

	2006年度	2008年度	2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度
ネット	▲3.10%	▲0.82%	0.19%	0.004%	▲1.26%	▲0.84%	▲0.9%
診療報酬本体	▲1.36%	0.38%	1.55%	1.38%	0.1%	0.49%	0.55%
薬料	▲1.50%	0.42%	1.74%	1.55%	0.11%	0.56%	0.63%
材料	▲1.50%	0.42%	2.09%	1.70%	0.12%	0.61%	0.69%
調剤	▲0.60%	0.17%	0.52%	0.46%	0.04%	0.17%	0.19%
薬価等	▲1.8%	▲1.2%	▲1.36%	▲1.38%	▲1.36%	▲1.33%	▲1.45%

※2014年度のカッコ内の数字は、消費増税の影響による増徴  
※2016年度と2018年度のカッコ内の数字は、薬価制度改革の効果を反映した数値

改定率というのは、政府の方でまず全体の予算額が決まられます。「ネット改定率」と言われるのが実質的な改定率です。その中でも診療報酬の本体と呼ばれるものと、薬価と呼ばれるように大きく分かれています。よく「薬価はマイナスだけれども、本体ではプラスです」という話があって、医薬品は多分今回も下がるのですが、本体の部分がプラスなのかマイナスなのかというのが、財務省と医療関係側とのせめぎ合いになっているということです。

#### 診療報酬における診療区分とレセプトイメージ



そういったものに基づきながら、先ほどの診療報酬点数表と呼ばれるものができます。細かい話を今日はしませんが、これらの点数表やメニュー表に基づいて「こういう医療行為しました」ということを、レセプトという形で支払基金に請求するというのを、日々の患者さんを診る中でやっているわけです。今日はこの中のA)基本診療料とB)医学管理等を紹介したいと思っています。また、DPCという報酬体系も紹介したいと思います。DPCというのは、地域医療構想に関する急性期医療機関の多くが該当しているところですので、どのような制度・診療報酬体系なのかについて話したいと思っています。

#### 初診料・再診料は基本的な診察等の料金

初めて外来にかかる時は初診料、2回目以降は再診料

#### 個別技術で評価されない基本的な診察や処置の報酬

- 視診、触診、問診等の基本的な診察
- 血圧測定、血圧比重測定等の簡便な検査
- 点眼、点耳等の簡単な処置

#### 基本的な医療の提供に必要な人的・物的コスト

- 診療補助を行う看護師等の的人費、基本的診察用具
- 基本的医療機器（エコー、レントゲン）の維持費用、光熱水量、施設整備費用

まず、基本的な診療報酬として「初診料」「再診料」というのがあります。これは何かというと、名前のとおりです。初めて診察を受けたときに掛かる料金が初診料、2回目以降に掛かる料金が再診料という話です。何の報酬かというと、一つ一つの医療行為では評価されないような基本的な診察や処置の報酬、例えば視診・触診です。

初めて外来に行ったら、「今日はどうしました？」という話から、いろいろ測ってみたいですね。そういったところに掛かる医療行為や、血圧を測ったり、簡単な検査や処置を含めた報酬です。それ以外にも外来診療には医師の給与や診療補助を行う看護師さんの給与も含まれています。そのほかにもエコーやレントゲンなどを維持するための費用や光熱水費など、病院を経営していると掛かる費用を賄うのに、基本的な料金としての位置付けになっています。

## 第2回医療政策セミナー

### 講義内容④

#### 200床以上の病院の再診料は「外来診療料」



#### 「再診料」と「外来診療料」

##### 再診料 (73点)

- 外来診療やかかりつけ医の役割

##### 外来診療料 (55点)

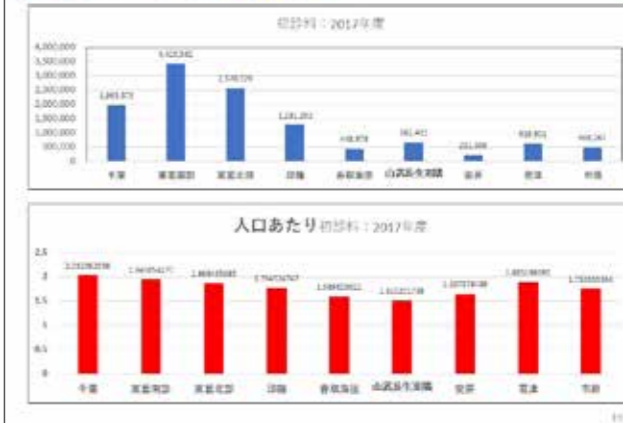
- 200床以上の病院から診療所、200床未満の病院へ紹介しても受診せず、再び200床以上の病院を受診した場合は低く設定されている。



同じく再診料といっても実は病院の種類によって名前と料金が違います。一般的に再診料と呼ばれるものは、診療所や200床未満の有料診療所や病院など、これは再診料が掛かります。200床以上になると、あと第3回の地域医療構想絡みで出てくる急性期医療機関の多くが200床以上だったりするので、そういう所は再診料とはいわずに、「外来診療料」という名前になります。役割としては、語弊があったら申し訳ないのですが、診療所や200床未満と呼ばれるような医療機関の役割はかかりつけ医の機能であったり、外来としての地域医療を守るための診療です。200床以上の医療機関は、どちらかというと救急も含めて高度な手術を含めた難しい治療といえますが、地域のかかりつけ医では対応できないような病気を診るといった位置付けになっているので、点数の基準も違います。

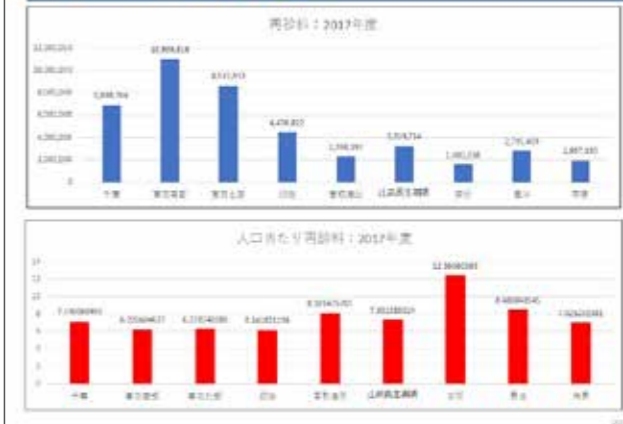
再診料というのは73点で、かかりつけ医の再診料の方が高くなっています。その理由はいろいろ考えられると思うのですが、やはり普段の外来診療、かかりつけ医のほうが、いろいろと手間暇も掛かるし、じっくり診るということを期待されている面があります。一方で200床以上の医療機関になってくると、当然高度な手術や医療行為をするので入院治療がメインになるわけですが、外来はフォローアップですので、どちらかというところまで重症ではないということもあって、少し低く設定されているという体系になっています。もしかしたら、政策誘導的に、一般外来はかかりつけ医や地域の診療所で診てほしいという意味も含まれているかもしれません。あと、診療報酬の厄介なところは、厳密に原価計算して設定していないのです。だから、全国の再診に掛かる費用を調査して、「どうやら730円平均で掛かるらしいから73点」ではないです。いろいろな経緯があって議論をして配分している点数なので、原価を反映しているかというと、反映していませんが、だいたい賄えているという形でやってきているところだという話です。

#### 千葉県2次医療圏別：初診料



これは千葉県の2次医療圏で、初診料をどれくらい算定しているか、あるいは再診料をどれくらい算定しているかという分析をNDBオープンデータから持ってきたグラフです。当然人口が多ければ、東葛南部などは人口が多いので、件数が多いのが分かります。人口補正して、人口当たりで平準化したものが下の赤いグラフになります。そうすると、何となく平準化されているようにも見えます。もしかしたら少し人口が少ない所、あるいは医療機関が少ない所は、少し減っているかもしれません。

#### 千葉県2次医療圏別：再診料



再診料を見ていくとどうかというと、診療所や200床未満の所が算定する診療報酬です。

#### 千葉県2次医療圏別：外来診療料



外来診療料の200床以上になってくるとどうかというと、人口補正した赤グラフを見ると、香取海浜の辺りが少し高めに出ています。もしかしたら200床以上の医療機関が地域の外来も診ているのかもしれ



講義内容⑤

ないということが少しかがええます。データで見ていくと、この外来の初診・再診・外来診療料を見ていくだけでも、地域の特性が見えてくるかもしれないというところがあります。こんな形で地域の分析をしたり、病院の経営分析をしたりすることが、データを通じて可能になってくるので、それはまた別の機会があればお話ししたいと思っています。

ちなみに「医学管理料」というのがあって、先ほどの基本診療料に含まれない医師による患者さんの指導や技術料に対して支払われる報酬です。例えばある特定の疾患に係る、普通の風邪などを診るような管理と比べて、例えば小児を診る場合や認知症を診る場合は、少しより手間が掛かる、費用が掛かるということで、別途管理料というのを指定できたりしますが、これがすごくたくさん種類があります。病気は多種多様なので、それぞれどういった管理料を取れるかというのを見ていきます。

「医学管理料」は初・再診料以外の基本診療料

基本診療料に含まれない、医師による患者指導や医学的管理等の技術料に対して支払われる報酬

特定疾患療養管理料、特定疾患治療管理料、オンライン医学管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、ハイリスク妊産婦連携指導料、薬剤管理指導料、薬剤総合評価調整管理料、認知症療養指導料、認知症サポート指導料、療養・就労自立支援指導料、診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）、診療情報連携共有料、在宅患者診療・指導料、在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理料加算...

入院基本料は基本的な入院医療サービスの対価

基本的な医学管理（看護等）および療養環境の提供

入院診療計画、院内感染防止、医療安全管理体制、褥瘡、栄養管理体制に関する基準を満たしていることを届け出ることが必要

病棟や医療機関の機能によって入院基本料は異なる。

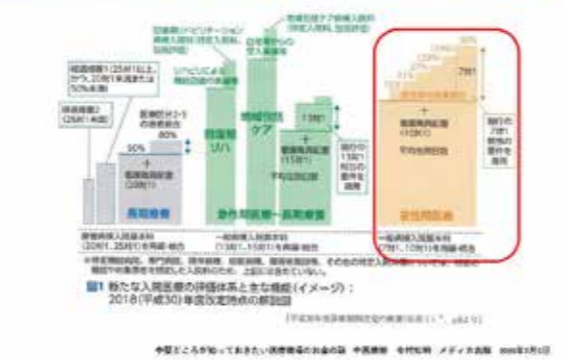
一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟etc

看護師配置人数と患者割合によって入院基本料は異なる

看護師が多いほど高い入院基本料になる。急性期の患者割合が高いほど高い入院基本料になる。

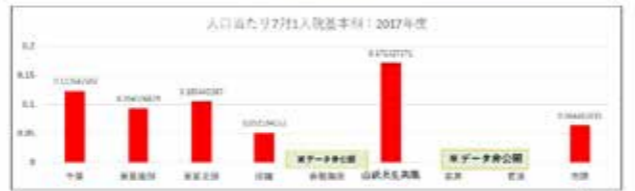
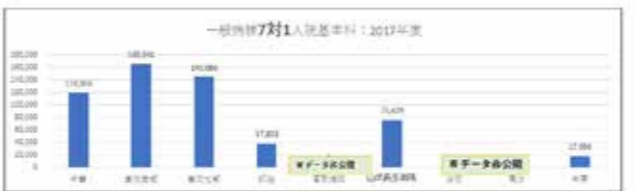
入院にも同じように基本的な料金というのがあります。それを「入院基本料」と呼びます。外来と同じで、入院の基本的な医療サービスに掛かる報酬です。例えば看護とか、入院の計画を立てたりとか、院内感染を防止するための対策をとっているとか、医療安全上の管理体制ができていたりとか、褥瘡ですね。褥瘡は医療従事者以外だと聞きなれない名前ですが、特に高齢の方や体が弱ってきてずっと同じ姿勢で寝ていると、局所的に負担が掛かって血行不全で腫んできます。そういったことがないように、床ずれ防止の対策をします。そういった費用に対する報酬です。これは一律ではなくて病院の機能によって変わります。いわゆる一般病棟、急性期病棟、療養によっても違います。結核によっても違う、精神によっても違う、いろいろあります。急性期に関しては看護師がどれくらい配置されているかという話と、どれくらい重症な患者さんを診ているかという2軸で料金が違うというふうに覚えていただければいいと思います。

入院基本料は基本的な入院医療サービスの対価



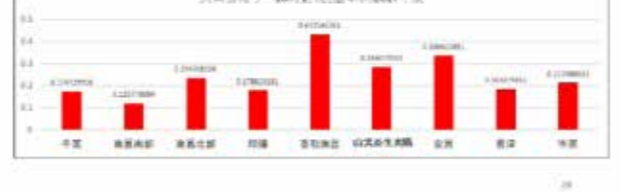
ということかという、急性期は右側の赤枠部分です。10対1とか、7対1というふうに、看護師さんがベッドに対してどれくらい配置されているかという基準がまずあります。それに加えて、急性期の患者さんがどれくらいいるかによって、これは手間のかかり具合が高いほど診療報酬が高いという仕組みです。看護師さんが十分配置されていて、そのくらいの看護が必要な患者さんが入院していることによって入院料が決まっています。

千葉県2次医療圏別：7対1入院基本料



ちなみに先ほどと同じように、2次医療圏別で、入院基本料をどのくらい算定しているのかというのを見ていくと、千葉や東葛南部・東葛北部を標準と見るかどうかはさておき、山武長生夷隅の方は高い基本料が算定されています。

千葉県2次医療圏別：10対1入院基本料



10対1のほうになってくると、地域によって差が出てきて、これをどう見ていけばいいかは判断が分かれるところかと思うのですが、別に人口が多いからいっぱいあるとも限らないということですね。

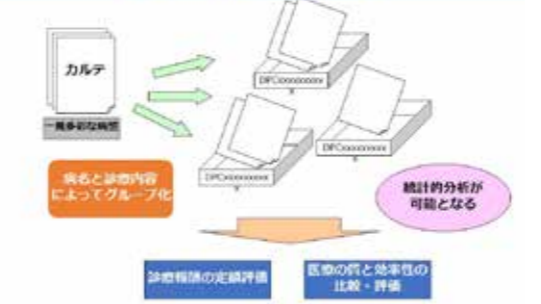
講義内容⑥

DPC制度の3要素

- 1. 「DPC診断群分類」という患者分類手法
DPC = Diagnosis Procedure Combination
Case-mix分類
2. 分類ごとの資源投入量に基づく包括評価
1日当たり定額支払い=PDPS(Per Diem Payment System)
(入院1日あたり額×日数×調整係数) + 出来高払い
3. 標準化されたDPCデータによる医療情報基盤
様式1：退院サマリ=傷病名(副傷病)、入院日数、重症度等
E/Fファイル：入院中の診療行為・資源投入量

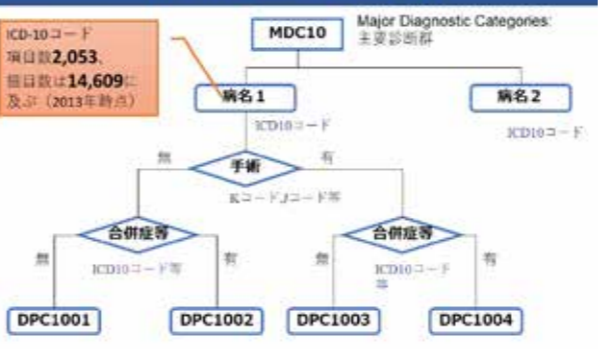
次にDPCという診療報酬体系の話ですが、DPCというのは要は分類です。そしてその分類と報酬がくっついているという話です。さらに大量のデータを厚生労働省へ提供させるので、そのデータからいろいろな分析ができる基盤にもなっているという話です。

診断群分類の仕組み



分類というのは、例えば病名はICDと呼ばれる国際分類コードによって割り振られているのですが、ICD病名は1万5,000種類あります。DPCは、その病名と手術や医療行為の組み合わせによって無限パターンになりそうな診療報酬を、約5,000種類にグルーピングしている仕組みです。DPCが導入されたのが2003年になります。今までは、医療行為をやればやるほど医療機関に報酬が入る仕組みで、やればやるほど病院の収益になるという構造です。ですが、そのような診療報酬体系だと国の財源がもたないということもあり、かつ、医療の質というものも考えていかなくてはいけない、あるいは標準化というのを考えていかなくてはいけないというところで一部包括化、やってもやっても基本的には同じ金額という形にルールを大きく変えたというのが、このDPCの特徴です。これが病院の基本的な経営戦略を大きく変えたと、僕は思っています。

分類の基本的な考え方



分類は、病名と手術があるかないかとか、どういう合併症があるかとか、どんな医療行為をやったかという話で、14桁のコードで決めます。

DPCの粒度別の用途

Table with 4 columns: 粒度 (Granularity), 分類数 (Number of categories), 用途 (Usage), 用途 (Usage). It lists various DPC categories and their applications in medical analysis.

全部で5,000種類ぐらいありますが、だいたい基本的な地域医療分析の学説でいけば、だいたい500種類分ぐらいの上6桁だけあれば、十分こういうデータ分析にも使えます。

DPC制度の3要素

- 1. 「DPC診断群分類」という患者分類手法
DPC = Diagnosis Procedure Combination
Case-mix分類
2. 分類ごとの資源投入量に基づく包括評価
1日当たり定額支払い=PDPS(Per Diem Payment System)
(入院1日あたり額×日数×調整係数) + 出来高払い
3. 標準化されたDPCデータによる医療情報基盤
様式1：退院サマリ=傷病名(副傷病)、入院日数、重症度等
E/Fファイル：入院中の診療行為・資源投入量

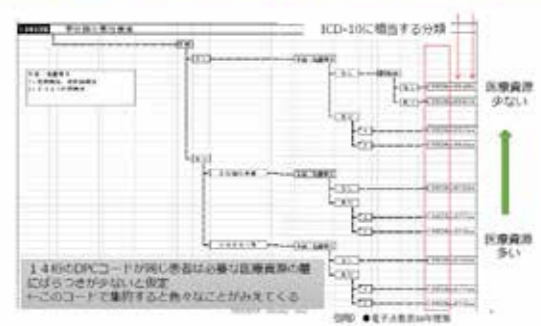
包括評価していくときには、5個ポイントがあると思っています。

DPCによる入院医療の包括評価

5つのポイント

- 1. 診断群分類による疾患群別評価
2. 一日あたり定額
3. 包括点数と出来高点数のセット
4. 病院ごとに診療報酬点数が異なる
5. 診療内容が比較・評価される

DPCによる入院医療の包括評価 1. 診断群分類による疾患群別評価

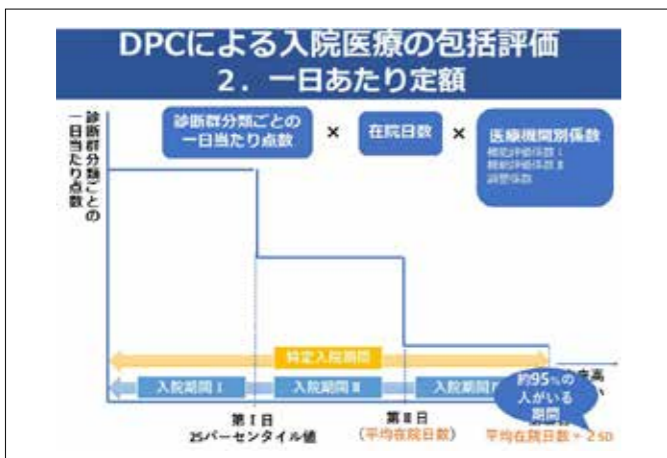




## 第2回医療政策セミナー

### 講義内容⑦

1つはこんなふうに、先ほどのグルーピングによって枝番になっています。上のほうが一番安いですが、下に行くほど医療費が高くなるように、診療行為が下に行くほど濃密になってくるので、それに合わせて報酬額が高くなっていくように設定されています。



もう1つは、1つの診断の中で、在院日数によって決まるといったのがあります。最初はこれぐらいの単価ですが、在院日数がある一定を過ぎると、不連続的に報酬額が下がります。さらにある日数を超えると、さらに報酬額が下がります。さらに超えていくと、出来高レートで報酬額はかなり低くなります。この包括対象期間における報酬額は、1日当たりで決まっています。これを特定入院期間といいます。真ん中のここが平均在院日数、その病院が提出した平均在院日数です。そこが基準値になっていて、それより平均在院日数+2SD、2SDって何かということ、約95%の人がおおむね該当する人たち、例えば平均在院日数が15日で、ここが20日だったら、20日のところに、この病院の患者さんの95%がいますというような場所ですが、その人たちより超えると、「出来高ですよ」というふうに使われてしまいます。なので、医療機関からすると、在院日数が短ければ短いほど単価が高いです。病院の経営を考えると、単価×在院日数ですので、在院日数が短ければ短いほど回転率が上がって病院が増収します。さらに医療機関別に診療報酬総額に掛けた金額を上乗せできる係数というものがあります。係数I・係数IIと種類があるのですが、いずれにせよ全国のDPC病院が競争して、ある一定の財源を係数に応じて再配分する仕組みです。良い病院は大きな係数を割り当てて、質の低い病院には配分しませんという仕組みです。そうすると医療機能を強化するほど高い係数が割り当てられるので、病院経営としても同じ診療行為をやっても、単価が大きく増収します。係数が2%~3%ずつでただけ、利益率が大きく変動するインパクトがあります。

言い方は悪いですが、出来高の人をいつまでも病院に入院しておくよりは、新しい患者を入れたほうが病院の経営上は単価が高いです。もちろん出来高になるのは、出来高になる理由があるわけですから、一概に言えないのは当然ですが、そういうインセンティブを働かせるように国が設計しているということです。

名称	評価の考え方
1) 入院診療報酬	病が治されたDPCデータの提出を含めた適切な医療提供実績、取組を評価
2) 療養性係数	各医療機関における在院日数削減の努力を評価
3) 急性性係数	各医療機関における患者構成の差を1人あたり1日あたり点数で評価
4) ケア・単価係数	単価を疾患に対応できる総合的な体制について評価
5) 救急性係数	救急医療(緊急入院)の対応と患者負担に関する取組を評価
6) 地域医療係数	地域医療への貢献を評価 [対地域医療や救急において、必要な診療行為の提供を促している取組を評価]
7) 後発医薬品係数	入院期間における後発医薬品の処方率を評価

資料：平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料「平成26年度診療報酬改定の概要(DPC制度関連部分)」

機能評価係数IIというのが、その中でも経営上すく力をいれる所で、6個とか7個とか項目が充てられていて、「ここに力を入れてください」と国が設定しています。どれぐらい重篤な患者さんや診療密

度が掛かるような患者さんを診ているかとか、在院日数短縮の努力をしているとか、患者構成をどういうふうの評価しているとか、救急医療とか、後発品をどれぐらい入れているかとか、そういったことまで評価されます。

表: 機能評価係数II

機能評価係数IIの表は、各医療機関の機能評価に関する詳細なデータを示しています。

毎年その内訳が、先ほどの7項目が点数化されて、ホームページで公開されています。例えば千葉大病院などこの辺り、DPCは群に分かれていて、I群・II群・III群と分けられているのですが、大学病院はI群と呼ばれています。

表: 機能評価係数II (千葉県抜粋) 平成31年4月1日時点

この表は、千葉県内の各医療機関の機能評価係数IIに関するデータを抜粋したものです。

ここを上げるのに各DPC病院、これは千葉県内の全医療機関を出して、60ちょっと千葉県にDPC病院がありますが、その一部を持ってきたのですが、これだけ差が出されていて、みんな各急性期医療機関はこの係数を上げるために、日々病院の経営改善を含めて取り組んでいるところなんです。そのインセンティブは、基本的にいかに急性期医療を頑張っているか、効率的に頑張っているかということです。

### DPC制度の3要素

- 「DPC診断群分類」という患者分類手法**
  - DPC = Diagnosis Procedure Combination
  - Case-mix分類
- 分類ごとの資源投入量に基づく包括評価**
  - 1日あたり定額支払い=PDPS(Per Diem Payment System)
  - (入院1日あたり額×日数×調整係数) + 出来高払い
- 標準化されたDPCデータによる医療情報基盤**
  - 様式1: 退院サマリ=個病名(調病病)、入院日数、重症度等
  - E/Fファイル: 入院中の診療行為・資源投入量

## 第2回医療政策セミナー

### 講義内容⑧

#### DPCによる医療データインフラの整備

**DPCデータとは**  
「分析可能な全国統一形式の患者臨床情報+診療行為の電子データセット」

- 患者臨床情報**
    - 患者基本情報
    - 病名、術式、各種のスコア・ステージ分類
  - 診療行為情報**
    - 診療行為、医薬品、医療材料
    - 実施日、回数・数量
    - 診療科、病棟、保険種別
- 1入院中のプロセス(いつ、何を、どれだけ行ったか)がわかる

そういったデータを出して数字を決めているので、患者さんの情報や医療行為を実施したのかという情報が膨大に蓄積されて、それらが全て国に提出されています。それを使って、国は先ほどのインセンティブの仕組みなどを考えたりしているわけです。1人の患者さんが入院するときに、いつ入院して何をどれだけやったかというのが分かるわけです。データは嘘をつけないので、DPC病院は全国の病院との競争にさらされながら経営しているということです。

#### DPC退院患者調査について

- 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査。
- 当該調査結果(いわゆる「DPCデータ」)に基づき、「診断群分類点数表」の設定、「医療機関別係数」の設定等が行われる。

様式名	内容	説明
様式1	退院診療情報	カルテのサマリーのような情報。
様式2	病歴情報(月1回提出)	提出されている入院基本情報に関する情報。
Dファイル	診断群分類点数表により算出した患者に関する診療報酬請求情報	DPCレポートの情報。
E/Fファイル	各診療科の診療行為に関する診療報酬請求情報	出典別レポートの情報。
出来高報告ファイル	各医療機関の診療報酬請求情報	各医療機関の出来高レポートの情報。

そういういろいろな場合があるという話は割愛しますし、

#### ツールの紹介 ~最も易しい分析手順解説書~

「これ以上やさしくできないレベル」を実現!

- DPCに関する基礎知識** ~DPCについて知ろう~ (Excelを駆使)
- 自院のDPCデータを活用する** ~まずは自院の特徴を知ろう~ (Second: データを駆使して集計・分析にトライ / Second: 集計・分析でわかる集計・分析の活用)
- 厚生労働省のDPC公開データを活用する** ~自院の実力・地域での位置づけを知ろう~ (Second: データを駆使して集計・分析にトライ / Second: 集計・分析でわかる集計・分析の活用)

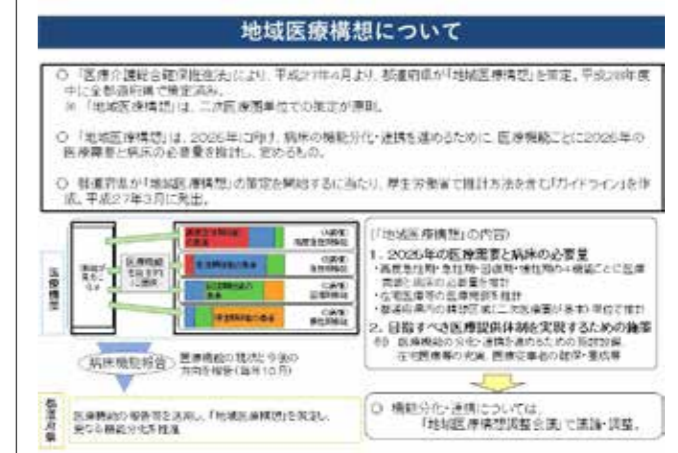
伏見清光 監修・今井志乃が著 / 日経ヘルスケア編  
価格: 本誌2,000円+税  
●A4変型 ●約200ページ ●書籍+CD-ROM1枚

もしそういうデータ分析に興味がありましたら、私が一番お勧めする簡単なやり方は、Excelでもできるというふうに思っています。

#### 本日の内容(講義編)

1. 前回の復習(吉村)
2. 診療報酬について(佐藤)
3. DPCについて(佐藤)
4. 地域医療構想について(佐藤)  
※詳細は第3回にて
5. 病態管理から考える機能分化と集約化の課題

ここまではいわゆる病院の経営、特に報酬にフォーカスしました。何か質問があればと思いますが、ちょっと駆け出しだけ、これは紹介第3回に話しますので、今日は頭出しだけです。今の病院の経営の基本的な話を踏まえて、後半はグループワークをしていただくわけですが、そのグループワークのお題となる背景を、地域医療構想に絡めてご紹介いたします。



地域医療構想というのをメインで来週にお話しさせていただきますけれども、今非常に盛り上がっています。5~6年後の2025年に向けて、病床の機能分化や連携を進めるために、病院の機能ごとに医療需要と実際の病床の必要量というのを推定して定めるという話が書かれているわけです。「2025年に向けて」という1つの区切りがある中で、今全国に医療機関がいろいろありますが、どんな議論になっているのか、なかなか分かりにくいということで、病床機能報告制度というルールがあります。そのルールに基づいて、各医療機関に、自らの医療機能を自主的に選択してもらうというものです。選択肢は4つで、高度急性期・急性期・回復期・慢性期、この4択からどういう機能を選んでやっているのかというのを選んでもらいます。実際に中にいる患者さんが、より高度急性期が多いのであれば高度急性期、より慢性期の方が多いのであれば慢性期というふうに報告してくださいというルールになっていて、毎年報告されています。

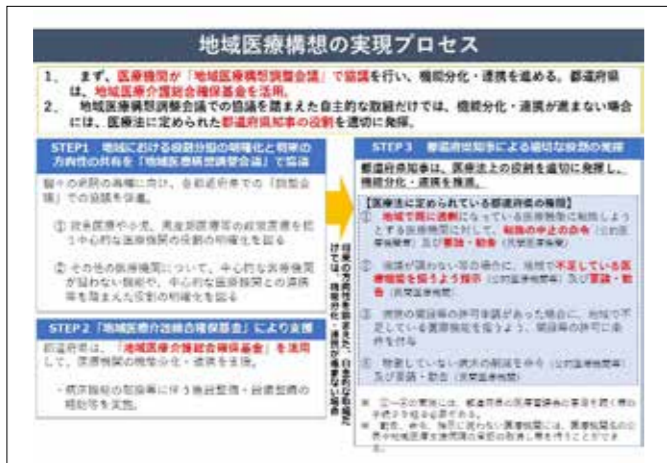
そこと、2025年という医療需要があるのか、都道府県別です。あるいは、どれだけの病床が必要なのかというのを別途もって、当然そこ単純な比較はできないという実はデータ上の限界点がありますが、どういった2つのギャップに基づいて打っていきましょうというのが、基本的なコンセプトです。だから、今はいろいろと盛り上がっている中で、全体像が見えにくいかもかもしれませんが、基本的な考え方の基だということです。

それを議論するのが「地域医療構想調整会議」で、ここが唯一法律で定められて明文化されている会議体で、ここで決めて議論をして調整するというのが基本的なルール、ルールというか、会議体です。



# 第2回医療政策セミナー

## 講義内容⑨



それがこういうステップに書かれているわけですが、当然協議して合意形成を図っていただきます。それに必要なお金というのは、地域医療連携調整会議というもので、それを使って支援するという事です。特に自治体立のような所に関しては、知事の権限を強化するというような推進策も含めて支援するという話です。



これが来週出てきますが、先ほど言った急性期病院がいろいろ競争しながら頑張っているという話ですが。どうしても地域によっては、診療実績があんまり高くなかったり、あるいは近くに似たような医療機関が複数あって、しかも場所も近いというような所は、どうするかよく考えてほしいということも、国がデータでこの間出しました。出した結果は、いろいろ思いがあるかもしれませんが、今は出したということですから。それを今度は調整会議をもって議論してほしいという話で国としての要請です。

**ここまでのまとめ**

病院経営側が考えることと行政側が考えることは必ずしも一致しない（視点異なる）

- 急性期医療機関は高度化（より高い診療の質、より診療密度の高い医療機能）を目指して進んできた（より高い診療報酬、より高いDPC機能評価係数）
- 医療収入が経営指標の中心になりやすい。

地域の人口構造に合わせたダウンサイジング、機能転換はこれまでの経営方針と別方向。

病院経営方針の転換、資産見直し、職員配置の見直し等の転換コスト、調整コストが大きい。

病院経営は必ずしも先ほどの国が言うことと同じふうには考えていなくて、なぜなら考え方や視点がちよっと違うと思いますよね。急性期病院は特にもとも診療報酬上も競争しているの、より高度な医療を提供すると、より高い報酬が得られるように頑張って目指すわけです。そうしていくと、基本的には拡大・高度化を基本戦略にすると、どうしても複雑ゆえ売上中心の経営になりがちです。ですので、行政

側が規模を縮小してくださいとか、あるいは回復期への転換を考えてくださいと言われると、今までやってきた方向と全く別なのでどうしても戸惑います。経営方針を変え、今までやってきたもの、整えてきたものを1から見直さなければいけません。もしかしたら看護師や医師の配置も考え直さなければいけません。そういう機能転換に必要な費用や、調整したりするサunkコストというものがありにも大きくて、転換することに躊躇してしまいがちな実態もあります。

**医療機関のホンネ？**

- 機能分化すると不採算な機能が割り振られ売上が減るのでは？
- 急性期医療をやめると売上が減るのではないかと？
- 急性期病院と名乗らないと医師や研修医が集まらない。
- 機能分化に伴う転換コストを負担したくない。手放したくない。（MRIや手術室を手放す？）
- 医師、看護師の再配置の結果、診療報酬が減るのではないかと？
- 周辺病院が先につぶれてくれば、自分の病院に患者や医師、看護師等が集まるのではないかと？
- なんとかこのまま現状維持を続けて生き残っていききたい。

**しかしながらこのままでは地域ごと倒れてしまう？！**

これは後で皆さんにもグループワークで考えてほしいと思って、羅列してみました。もし自分が医療機関の経営側だったら、こんなことを心配しないかなということも。もし国側からそういう機能分化して欲しいという話になってくると、自分がいわゆる採算の合わないような機能を割り振られて、結果的に売上が下がってしまうのではないかと、極端な話で急性期医療をやめると、また売上も減るのではないかと。費用のほうは見えていません。もしかしたら費用も減ってプラスになるかもしれないけれども、どうしても売上思考になってしまうと心配になりますね。あとは、急性期病院と名のらないと、なかなかお医者さんや研修医は来てくれないし、しかもMRIとかオペ室も、整えてしまったから手放すと言われても、誰がお金を払うかという、診療報酬が逆に減ってしまうことが、人件費を含めてどうなるか分からなくて不安だという話があるかもしれません。「自分たちはこのまま何とか頑張るから、先に他がつぶれてくれば、患者さんやお医者さんや看護師も、自分たちの所に集まって、何とか生き残っていけるのではないかと」とか、「できればこのまま何とか現状維持で残っていききたい」と思うかもしれません。しかしながら、財源が厳しいと言われている現状で、しかも地域の人口減少がものすごいスピードで進む中、このままでは地域ごと共倒れになってしまうかもしれない、どうしようかという自治体側の悩みも出てくるのかなと思います。その葛藤の中で、どうするかということが出てくるかと思って、イントロダクションはここまでにしたいと思います。この先どうすればいいかというのを、ぜひ皆さんで考えていただきたいし、私も一緒に考えたいと思っていますので、よろしく願いますということで、ここまでさせていただきます。

以上



## テーマ① 病院経営の観点から、病院を機能分化・集約化する時の課題・不安を考えてみる

「病院」「診療所」の長（経営者）としての課題・不安

## 参加者の回答

## &lt;経営&gt;

- 新しい病院はもう作れないのか
- 今までの強みを活かせるのか
- 経営が成り立つか 自院の特色を出す必要があるか
- 患者が来なくなるのではないのか
- 機能の違う病院と協力（統合）していかないと患者さんを確保できないのではないのか
- 機能評価係数IIをあげられるか
- 機能を見直して、採算がとれるのか
- 地域の評判
- 統合後に経営イニシアティブを手放したくない
- 統合することで赤字を背負いたくない
- ミッションの再考必要
- これまでの経営方針を維持できるのか。 不本意な機能を押し付けられないか
- 慢性期は経営がうまくまわるのか？（収入はどうか？）

## &lt;収益&gt;

- 収益が減ることで責任を追及される
- やりたい医療ができなくなるのではないのか
- 収入減少
- ダウンサイジングで急性期から回復期に移行すると売上、収益も減るのではないのか

## &lt;他医療機関との関係&gt;

- 周囲の病院とうまく連携がとれるか
- 自病院の採算が取れるか（わりをくうのではという不安）
- 患者の取り合いになるのではないのか

## &lt;人材&gt;

- 医師のモチベーションを保てるか
- 医師の流出
- 給料の削減⇒職員不足 職員からの理解が必要
- 急性期をやめると医師が集まらないのではないのか
- 人員の削減
- 人数減ると柔軟な人事配置ができない
- 必要な専門職を雇える保障はあるか
- 急性期は人が集まりやすいので、人員が減るのではないのか  
更に、機能も低下し、保障もされなくなるのでは？

## &lt;設備&gt;

- 設備装置を十分に稼働できない
- 建物・医療機器の使い方 処分？売却？
- 医療資源の使い方を統合後はどうするか
- 院内設備をどうするか？

## &lt;待遇&gt;

- 報酬低下への不安

## &lt;その他&gt;

- 国の政策がいつまで続くのか
- 統合後の関係病院・残った施設ははどうする？それも含めて統合？

自院の「医師」「看護師」の管理者としての課題・不安

## 参加者の回答

## &lt;モチベーション&gt;

- 医師「あいつは暇なのに高収入・・・。僕は忙しいのに低収入・・・」
- 医師や看護師のモチベーション
- 病院がなくなる？
- やりたい医療ができなくなるのではないのか
- 理念と合う病院と合わない病院がある
- ダウンサイズ下病院でスキルが身につくか
- 機能転換により自分のスキルが生かされなくなるのではないのかという不安
- 医師・看護師の雇用
- スタッフの適正・スキルがあわなくなる
- 医療者の専門性を活かせるか

## &lt;人材流出&gt;

- 今いるスタッフがやめてしまわないか
- 人を減らす必要が出てくるかも
- 急性期をやりたい職員が辞職するのではないのか

## &lt;業務量&gt;

- 看護師が少ないと急性期でやっていけない
- 業務負担が大きくなるのではないのか
- 業務量の均てん化が困難
- 現場が混乱する
- 時間外勤務（業務増）
- 診療範囲が拡大する

## &lt;労働環境&gt;

- 患者・被験者・業者が集まらないため、研究環境が乏しくなる
- 患者さんがいなくなると空床だらけになる
- ロータや各領域で経験する機会が乏しい
- 組織が変わることによる自分の役割への不安
- 急性期病院に患者が集中⇒特定の医師が過労気味

## &lt;再配置&gt;

- 機能集約すると医師・看護師の配置に困る
- 病院間で職員を再配置？

## &lt;人材確保・雇用&gt;

- 医師・看護職員を確保できるか
- 医師は派遣してくれるか？
- 医師や看護師を雇ったり変えないといけなのではないのか？
- 雇用が不安定 何科の医師・看護師を何人雇うか？
- 急性期以外だと研修医が来ないのではないのか
- 千葉県全体で人的資源が不足しているので人材確保が困難

## &lt;待遇&gt;

- 待遇面の格差をどうするか
- 機能が変わると給料が下がる。首を切られる。リストラ
- 診療報酬の低い病院（療養型）などの人員の質・量 人件費が難しい
- 給料があがらない

## &lt;その他&gt;

- 高度急性期病院から自宅へ帰ることに抵抗がある
- 症状に応じた病院に行かない（大病院に集中）

## テーマ① 病院経営の観点から、病院を機能分化・集約化する時の課題・不安を考えてみる

「地域住民」への医療提供者としての課題・不安

## 参加者の回答

## &lt;利便性&gt;

- ・・・科がなくなった。 代わりの・・・病院まで交通手段ないし・・・
- アクセス↓ 距離時間
- アクセスが悪くなる
- 遠くなる
- 利便性が低下
- 通う医療機関が変わると交通の便があるかどうか
- 通えなくなるかも
- 混雑・順番待ち
- 急性期だが小児周辺がない
- 近くに病院がなくなる不安
- 通院が遠くなるのではないのか？
- 近くの病院なのにってもらえない
- 集約化することによって患者さんの近くに病院がなくなるのでは
- 専門医がいないため遠い病院へ
- 病院がなくなることによる不安増

## &lt;馴染み&gt;

- 「うちの」病院がなくなる不安
- かかりつけ医の先生がいなくなるかもしれない
- いつも通っていた医師・看護師がいないと慣れたくて不安
- 情報が伝わっているか心配
- 医療従事者から何度も同じことを聞かれる

## &lt;安心感&gt;

- 医師が減る不安
- 安心した医療が受けられなくなる？
- 医療レベル低下
- そうはいつでも総合病院って安心できる
- 望む医療・診療を受けられるか

## &lt;その他&gt;

- 小児が減ることに伴う不安
- 機能分化されたときに何の機能分化がされたかわからない
- 軽症でかかり断られる
- 大病院信仰がある人は困る
- 再編・統合の基準が本当に正しいのか不明確で納得できない
- 住民からの理解



## テーマ② 政策を進めるうえで医療機関と議論する時のアイデア

## ① 医療機関が政策に乗ることで得られるメリット

## 参加者の回答

- <効率化>
- 医療機器の稼働率アップ
  - 医師の負担が減るのではないかな
  - 時間外や当直が減る
  - 無駄がなくなり効率化される
  - ベッドの利用率が上がる？
- <優遇>
- 医師配置を優先的に得る
  - インセンティブがつく
  - インセンティブで収入を得られる
  - 診療点数上のインセンティブに乗りやすい
  - 加算が得られる
  - 助成金
  - 財政的措置がある
  - 看護師配置を優先的に得る
  - 補助金による建築・備品充実
  - 再統合する際に配慮のある制度を作ってもらえる可能性
  - 自治体からの助成金と医師配置が受けられる
  - 情報を収集し予測することができる
  - 診療報酬の恩恵
  - 病院の設備変更に伴うお金が出る
- <経営>
- 経営の安定化
  - 病棟転換による増収
  - 地域ニーズに合わせた経営
  - ニーズに沿った医療を提供することができ、生き残ることができる
  - 医療機関が生き残れる
  - 競争がいなくなる（この地域ではこの病院のような）
- <人材>
- 役割の明確化⇒人材を集めやすい
  - 今後の医療ニーズにあった人材の育成ができる
- <その他>
- モデルケースとして会議に呼ばれる可能性がある
  - 患者をまわす約束ができる
  - どうせ政策は変わるので、乗らないと乗り遅れる
  - 正しいと思うことをやれる
  - 病院の強みを行政側にも良い広告できる

## ② 医療機関が政策に乗らないと被るデメリット

## 参加者の回答

- <優遇>
- 恩恵を受けられない
  - 基金の減額
  - 診療報酬改定による減収
  - 行政の制度に乗れない（補助要件）
- <経営>
- 「うちだけ」減益の不安
  - 医療需要にこたえられない
  - 置いて行かれる
  - 同じ地域の患者を取り合う
  - 経営不安
  - 自然淘汰
  - 自分のやりたい医療と病院が求められている役割が違う
  - 収入減
  - ニーズから離れてしまう
  - 他病院と連携がとりづらい
  - 採算がとりにくい
  - みんな消耗戦
  - みんなつぶれる
  - 地域と共倒れする可能性
  - 地域連携で乗り遅れる
- <人材>
- 現場で働く人がつらい
  - 人が集まらない
- <その他>
- 名前を公表される
  - 風評被害？
  - 望ましくない形で公表されてしまう
  - 何も見えない化されて 痛い目にあう
  - 病院がつぶれて地域の人が困る
  - 名指しで行政指示に従わないといけないし、機関名を公表される

## テーマ② 政策を進めるうえで医療機関と議論する時のアイデア

## ③ 病院経営を理解した上で調整会議を活性化する方法を考える

## 参加者の回答

- <インセンティブ>
- インセンティブ お金・名声
  - なんらかのインセンティブをつける
  - 調整会議参加病院へのインセンティブ（金銭的な）
- <会議の規模>
- エリア無視で議論をする
  - 会議時間を短くする
  - 会議の単位を縮小
  - 参加者数を絞る
  - 調整会議の人を減らす
  - 具体案の提示
- <進め方>
- クローズドでの開催
  - 県庁主催で職種やターゲット絞って話せる場を作る
  - 個別に事前ヒアリング
  - 市町村議員マニフェストに載せてもらう プッシュする
  - 成功県を参考にする
- <議論内容>
- 地域の具体的な課題から話し合う
  - もっとリアルな議論をする  
例：どこが分娩を担うかなど
  - 地域包括ケアシステム再統合のブームをより広報していく
  - 実感わかせる
  - 雇用を守る施策
- <構成員>
- 活性化現場代表（医師、看護師など）住民代表を入れる
  - 住民の方にも入ってもらう
  - 発言してもらう
  - 中立の立場のファシリテーターを鍛える
  - 多職種チームで会議に参加（わがことにしないとわからない）
- <情報公表>
- スタッフレベルでの情報交換
  - 宣伝をする
  - 見える化
- <その他>
- 協業体制をつくる



講義内容①

2019年12月17日19:00-20:40  
千葉医療政策公開セミナー入門編  
@千葉大学医学部本館1階第2講義室

**第3講：医療法・地域医療構想について**

吉村健佑 医師・医学博士・公衆衛生学修士  
千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授  
千葉県 医療整備課 医師確保・地域医療推進室

佐藤大介 医学博士・医療管理政策学修士  
千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任准教授

**2次医療圏の医療需要のピーク**

地域により医療需要ピークの時期が大きく異なる

【既に完了】  
香取海浜・安房  
【2025年】5年後  
山武長生夷隅・市原・君津  
【2030年】10年後  
印旛・千葉・東葛北部  
【2040年】20年後  
東葛南部

(平成25年4月19日 社会保障制度国民会議 資料)

佐藤：先週に続きまして、きょうも私から基本講義をさせていただきます。

地域医療構想がきょうのテーマになりますけれども、そのイントロダクションとして人口について少しお話をさせていただきます。

こちらは平成25年の少し古い資料ですが、日本全国を2次医療圏別に医療需要のピークがいつごろ来るのかということを示しているものでございます。日本全国バラバラだということが言いたいのですが、千葉県に関しましては、もうすでに医療需要のピークの時期を終えている地域と2025年にピークを迎えてその後下がっていく地域、もう少し先という地域がこのように分かれておりまして、千葉県の中の地域格差は非常に大きいということがすでにわかっております。

**千葉県の人口：20年間で80万人減**

千葉県の特性

- 今後高齢者人口の急増が見込まれており、地域の外来診療需要を満たすためには、効率的な医療提供体制の構築が緊急の課題。
- 【千葉県の人口及び高齢化率の推移】
- 高齢者人口の増加率は、全国5番目に高い。
- 令和7（2025）年には現役世代すべてが75歳以上の後期高齢者。
- 高齢化率30%になる
- 高齢者は20万人増！

4

千葉県の人口に限って言いますと、高齢化の増加率は全国5番目に高いということと、2025年には高齢化率は30%で、数で言いますと20万人増えるということと、しかも人口はトータルで80万人減っていくという状況でございます。

**人口減少の速度は2次医療圏ごとに異なる**

（日本の地域別総人口推計（平成30年推計）（国立社会保障・人口問題研究所））

人口の将来推計（千葉） 人口の将来推計（山武長生夷隅）

**房総半島：人口減少**

それも都市部と呼ばれるような千葉市や、山武長生夷隅のような地域でも下り坂の傾斜が違うところ、あるいはいわゆる働く世代の割合も変わってくるということで、地域によって課題はさまざまということですが、房総半島に関しましては人口が減少していくということは明らかでございます。

**千葉県 保健医療圏別の人口**

**東葛北部+南部+千葉=約400万人  
それ以外=約220万人**

しかもこれは個々の医療機関が頑張っても防ぎようがなく、医療の次元を超えた話です。

保健医療圏別で詳細を見ていきますと、東葛北部、東葛南部と千葉で400万人、それ以外の地域で220万人ということで、都市型と地方型で大きな人口格差がある県ということが1つの特徴ではないかと思えます。

**医療における2025年問題**

- 2025年は団塊の世代が75才になる年
- 地域によっては既に人口減少
- 医療資源の効率的な再配置が不可避

**地域医療構想の策定**

講義内容②

地域医療構想を議論するときに「2025年」という時間軸が出てきます。2025年というはいわゆる団塊の世代と呼ばれる世代が75歳になる年で、地域によってはすでに人口は減っています。そのような人口構造の変化によって、必然的に医療資源の効率的な再配置は避けることができないということから、国としてどうしていくかというビジョンを作ろうということで動いたのが地域医療構想です。

**地域医療構想の基本的考え方**

1. 病床数の数合わせではない
2. 診療実績から指標を設定し、分析を行う。
3. 公立・公的医療機関の役割を分析する。

**機械的に決めるのではなく、地域医療構想調整会議で議論を尽くして病院のダウンサイジングや統廃合を協議**

基本的な考え方を私なりにまとめますと、単純に病床数を数合わせするような話ではなくて、医療需要に基づく診療の実績から必要な指標を設定して分析を行ってどうするかを考えましょうということ、公立・公的医療機関の役割を中心に分析していきましょうという話です。大事なところは機械的に決めるのではなくて、議論を尽くしてダウンサイジングや統廃合などの協議を進めてほしいということが基本的な考え方だと思います。

**地域医療構想に係る主な経緯と今後の予定**

2017年3月 全ての都道府県において地域医療構想（2025年の4種圏ごとの必要病床数等）を策定（新公立病院改革プラン（2017年3月まで）、公的医療機関等2025プラン（2017年12月まで）の策定）

～2019年3月 公立・公的医療機関等において、先行して具体的な対応方針の策定  
→地域医療構想調整会議で合意

2019年1月～ 厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」において、公立・公的医療機関等の具体的な対応方針について議論（再検証に係るものを含む）開始

6月 青木の方針2019  
9月26日 再検証に係る具体的な対応・手法についてとりまとめ  
**公立・公的医療機関等の個別の診療実績データを公表**

**（地域医療構想調整会議での合意スケジュール）**

2020年3月 再編・統合を伴わない具体的な対応方針の再検証についての報告  
2020年9月 再編統合等の必要性についての議論についての報告

これまでの経緯ですが、2017年に地域医療構想をすべての都道府県において作り地域医療構想調整会議で合意しました。その後、調整会議の活性化に関する十分な議論が残されているのではないかと意見がありまして、地域医療構想に関するワーキンググループ、厚生労働省医政局が事務局となりまして、いろいろな関係団体や有識者の方々が集まって協議を行いました。そこで診療実績に基づく分析、検討を踏まえて具体的な対応方針を再検証してほしいということで、その対応・手法を取りまとめ、厚生労働省が9月26日にデータを公表しました。

今後どうなるかと申しますと、3月までに再編・統合を伴わない具体的な対応方針の再検証について、再検証の対象となった病院は調整会議で合意した上で報告してほしいということと、さらに来年9月ごろには、もし再編統合等を検討しているのであれば、その議論についても報告してほしいということがタイムラインで引かれていて、かなり差し迫っている状況ですので、特に県や市町村の方々がご担当されている方は、これからどうするかということとをすでに取り組まれているところかと思いますが、このようなスケジュールで進んでいるところでございます。

**地域医療構想の実現に向けた公立公的医療機関の機能の見直しについて**

令和元年9月27日：医政局

1. 地域医療構想の実現に向けて、2025年に向けて、地域ごとに効率的で不足のない医療提供体制を構築することです。地域医療構想の実現により、重なる医療資源をそれぞれの地域で再活用し、次の時代に対応した医療を構築することができると考えています。
2. 地域医療構想の実現に向けては、関係者のご理解・ご協力の下、これまで地域で議論が積み重ねられてきましたが、さらに取組を進めていく観点から、今回、高度急性期・急性期機能に着目した客観的なデータを国から提供し、改めて、それらの医療機関に対し、今後の医療機能のあり方を考えて頂くようお願いいたします。
3. 今回の取組は、一定の条件を設定して急性期機能に関する医療機能について分析し、各医療機関が持つ急性期機能やそのために必要な診療科等について再検証をお願いするものです。**したがって、必ずしも医療機能そのものの削減を決めるものではありません。また、病院が削減した場合は、削減に必要なダウンサイジング・機能分化等の方向性を個別に決めるものでもありません。**
4. 今回の分析だけでは判断しきれない医療機能や地域の状況に関する知見も増えながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くして頂き、2025年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の再編を進めていくことをお願いいたします。その際、ダウンサイジングや機能再編・分化を含む再編統合も視野に議論を進めて頂きたいと考えています。
5. 今後、地域の医療提供体制の確保に向け、病院のダウンサイジングや統廃合が必要と地域が判断する場合は、国としても必要な支援等を行ってまいります。  
厚生労働省HP：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_06991.html

**機械的に決めるのではなく、地域医療構想調整会議で議論を尽くして病院のダウンサイジングや統廃合を協議**

データを公表したときに医政局が「機械的に数字を決めて病院をなくせと言っているわけではないですよ」と書いているのがこちらです。

**地域医療構想について**

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病院の機能分化・連携を進めるために、各医療圏ごとに2025年の医療需要と供給の必要量を算出し、定めるもの。
- 経団連が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省が「ガイドライン」を作成し、平成27年8月に発表。
- 「医療機能別診療科別診療科別」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定し、平成28年度中に全部道府県で策定済み。  
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。

（地域医療構想）の目的

1. 2025年の医療需要と病床の必要量を算出し、医療機能の必要量を算出し、地域医療構想の策定に活用する。
2. 地域医療構想の策定に活用する。
3. 地域医療構想の策定に活用する。
4. 地域医療構想の策定に活用する。

（地域医療構想）の策定

2019年1月～ 厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」において、公立・公的医療機関等の具体的な対応方針について議論（再検証に係るものを含む）開始

6月 青木の方針2019  
9月26日 再検証に係る具体的な対応・手法についてとりまとめ  
**公立・公的医療機関等の個別の診療実績データを公表**

（地域医療構想調整会議での合意スケジュール）

2020年3月 再編・統合を伴わない具体的な対応方針の再検証についての報告  
2020年9月 再編統合等の必要性についての議論についての報告

医療需要に応じて地域の医療機能をどうするかを検討するための分析方法ですが、医療機能を4つに分けようという話になっています。それが「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」と呼ばれる4つの機能です。

ある病院の病棟、例えばA病棟に高度急性期の患者割合が過半数入院しているのであればその病棟は高度急性期です。ほぼ全国の医療機関に患者の入院割合によって自主的に毎年報告してほしいということをお願いしておりまして、そのデータを取りまとめたものが病床機能報告データというデータソースになります。通常は毎年10月頃に報告されているわけですが、それを使いまして先ほどの公表データも含めて分析や議論をしているところです。

**病床機能ごとの病床数の推移**

- 2025年見込の病床数は1121.8万床とされており、2015年比で、1.3万床減少する見込みだが、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べると2.7万床減りがある。（回復期・急性期・慢性期は4.6万床減少、急性期は2.9万床減少の増加分）
- 2025年見込の高度急性期及び急性期の病床数は172万床であり、地域医療構想における2025年の必要量と比べ1.8万床増えるが、一方で回復期については1.8万床不足しており、「急性期」からの転送を促す必要がある。



講義内容③

厚労省は2015年の病床機能報告時点の4機能の病床数と将来の必要量のところまで乖離があるのではないかと、もちろん機械的に病床数の数合わせではないと言いつつもこういうところもひとつ参照して再検証してほしいという議論もございませう。

具体的対応方針の再検証の要請に係る診療実績の分析方法等について

今回、公表されたデータの分析方法が大事なトピックだと思われ、きょうはそこを中心にお話したいと思っております。グループワークでもいろいろご議論はあるかと思いますが、分析の仕方をここでお話したいと思います。

2025年の各公立・公的医療機関等の急性期機能等に関する対応方針の再検証

分析イメージ
A) 「診療実績が特に少ない」の分析(がん・心疾患等の9領域)
B) 「類似かつ近接」の分析(がん・心疾患等の9領域)

9/26(木)に対象公立・公的医療機関名を公表。再編統合(ダウンサイジング、機能分化・連携等を含む)を伴う場合は2020年9月、伴わない場合は2020年3月までに対応方針を要提出

今回、「具体的対応方針の再検証」、2つの分析方法で病院を特定し、当該病院はもう一度具体的対応方針について検証してほしいということです。

その分析項目にはA項目とB項目がございませう。A項目は診療実績が特に少ないという項目です。全部で9つの領域ごとに分析して9つの8以上が特に少なければリストに上がります。それで対象となったのが全国約1,600の公立・公的病院のうちの277病院です。

B項目は「類似かつ近接」と言いますが、こちらは9つの6領域を指標にしています。それで対象となったのが147病院です。A項目とB項目を足した424病院がメディアなどに報じられた424病院になります。ところで、右側に「104区域」と書かれています。「区域」とは市町村に近い単位ですが、区域に関しても検証してほしいということですが、これはまだ公表されておりませう。これから公表されるはずですが、出し方等は現時点ではわかりませうが、いずれにしても424病院で終わりではないということですが。

424病院がこの9月26日に公表されたということで、早ければ2020年3月までに対応方針の報告書が出るということですが。

A) 「診療実績が特に少ない場合」に係る診療実績データ分析及びそれに基づく具体的対応方針の再検証の要請について

「診療実績が特に少ない」の分析の対象: がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域の全て

では、Aについて説明します。Aはがん・心疾患等の9領域のところを対象です。

診療実績データの分析における人口規模の考慮の必要性について
1. 人口規模によって、診療実績が影響を受ける。
2. 構想区域を人口規模によって数個のグループに区分して検討
3. 政令市や中核市の基準等や診療実績のデータも加味した5分類

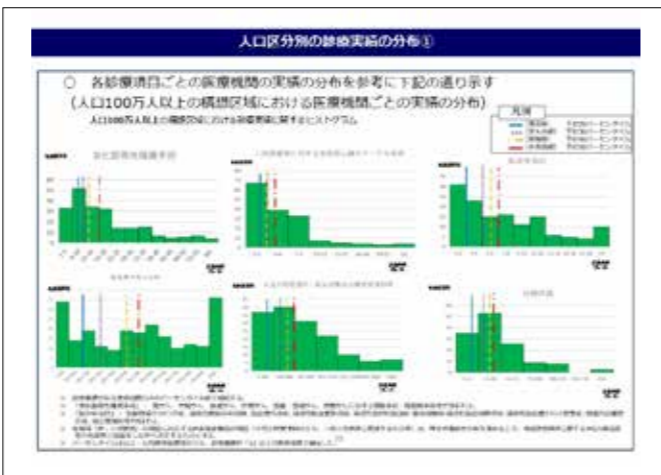
まず、分析の各指標を出す前に人口によって層別で分けています。その都市の人口規模によって診療実績の影響を受けるであろうということから、50万以上の政令市や20万以上の中核市という基準がありませうので、それらを加味して、これらの人口区別に分けてリストを作っています。そのヒストグラムがありませうので参照ください。

診療実績データの分析における「特に診療実績が少ない」基準の設定について

- A. 「各分析項目について、診療実績が特に少ない。」についての設定
○ 人口区分ごとに、各項目の診療実績について、一定の水準を設け、その水準を満たさない項目について、「特に診療実績が少ない」とこととする。
○ その基準については、横断的に相対的な基準を設定することとし、当該基準については、各項目の診療実績の分布を踏まえ、人口区分によらず、下位33.3パーセンタイル値とする。

「診療実績が特に少ない」の分析の対象: がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域の全て

人口構成グループ単位で各項目の診療実績を見ていませう、その低い順番に並べていくのですが、全国と比べて3分の1以下の実績しかないところはチェックがつくということです。



講義内容④

例えばこれはある人口グループですが、がんとして消化器や悪性腫瘍手術の件数を見ますと、縦軸が医療機関数で横軸が件数です。分布を見ていませうと低いほうに集中していますが、30%というのが紫のあたりで、それより左にあるところは特に診療実績が少ないということになります。心疾患や脳卒中なども同じです。

これで9分の9や8が全部左側にあれば急性期病院と報告はしていても診療実績が少ないと指標として評価されませう。

「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」について

B 「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」について

- ①一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上(類似の診療実績)

かつ

- ②「お互いの所在地が近接している」

「類似かつ近接」の分析の対象: がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域の全て

次にB項目ですが、これが「類似かつ近接」と呼ばれています。それぞれの分析項目で同じ構想区域内に一定区以上の診療実績を有する病院が2つ以上あり、お互いの医療機関が近いということを表す指標です。

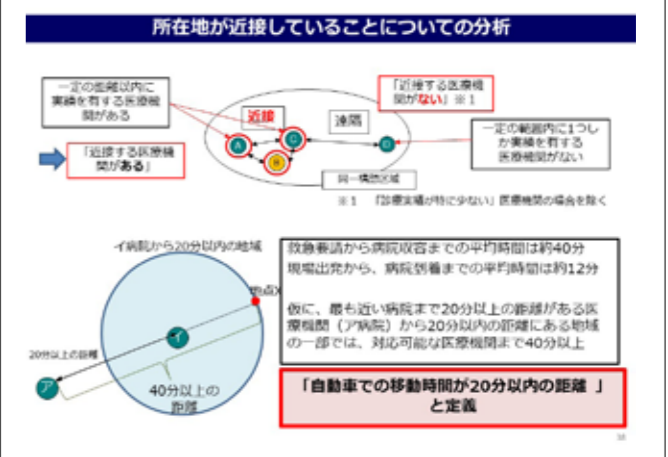
一定数以上の診療実績がある病院が2つ以上あり、かつそれぞれが近接している場合で、それが6領域指定されているわけですが。

「類似の実績」の考え方について
1. 類似の実績
2. 近接している

この考え方には2つのやり方がありませう、まず、先ほどのように診療実績を並べていませう、上位50%、累積で50%になっている病院を上位グループとします。つまり例えばAからDまでを全部足したうちの半分以上をこの2つの病院で診ているというときにAとBは上位グループと呼びませう、CとDは下位グループと呼びませう。

結論から申しますと、このCとDが類似の実績がある病院ということです。つまり上位グループではないグループでそれぞれの診療実績が似ているときと、上位グループと下位グループに明らか差があるときには左側の集約型という型に入りませう、CとDが類似と形になります。

「横並び型」というのは、AからFまでありませう、全部足して50%を超えるところがCまでと仮定しますとA、B、Cが上位グループです、D、E、Fは類似の実績となるのですが、実はこの場合は上位グループであるBとCも類似の実績になります。なぜかと申しますと、下位グループの医療機関と一定の差がないからです。集約型は明らかになっている一定の差があったのですが、こちらは逆にそれがないのです。一定の差は何かと申しますと、CとDの差が1.5倍以内かどうかで見えます。ですから1.3倍ぐらいの差であれば上位グループであってもBからFまでみんな類似ということになります。



もう1つが「近接」という概念です。近接というのは、例えばある構想区域に医療機関がAからDまであります。例えばBが対象だった場合は、AとCが近ければ近接になりますが離れていれれば識別していないということになります。あるいはそもそもそういった近接する病院がない、例えば産科のみの病院や脳卒中を全く診ていない病院がボツと近くにあってもその場合は該当しませう。

「近い」というのは車で20分以内の距離としています。こちらのイと地点Xが20分以内です。なぜかと申しますと、消防庁の統計で救急要請から病院収容までの平均時間が40分、現場を出てから病院到着時間が12分ということで、もしイの病院が再編統合して閉鎖することになりますと、Xの人がアの病院まで行かなければならぬときに最大40分かかってしまうかもしれませう。要するに車で20分以内に着ける場所に位置して、先ほどの類似の実績に当てはまる公立公的病院がB項目になります。

地域医療構想に関するここまでのまとめ

- 1. 地域医療構想とは、良質な医療を将来へ引き継ぐための医療資源再配置に向けたビジョン
2. 急性期医療機能等の公立・公的医療機関の再検証を診療実績(A項目とB項目)で分析
3. 2020年3月、2020年9月までに再検証の報告
- 医療機関・診療科・人員の再配置
- 広域医療圏での医療連携
- 病棟機能の再検討等
- 診療所等の増設
様々な選択肢の組み合わせがありうる。

ここまでのAとBの方式で424病院のデータが公表されました。地域医療構想自体は人口構造に基づいてこれからの医療提供体制をどうしていくかという話になるのですが、それをこれからのグループワークでお願いしたいところになります。ですから私なりにここまでの講義の内容をまとめますと、地域医療構想というの、良質な医療を将来人口構造が変わっても引き継ぐために医療資源をどう再配するかというビジョンだと思いついて、それをどうしていくかという議論のために、データに基づいてA項目、B項目と呼ばれるような診療実績で分析をしていませう。急性期医療機関と言いますのは、ただでさえDBC等々で全国の競争にさらされていませう、かつ地域の中でもこういったところでの競争にさらされていませう、非常に厳しい経営環境ではあるのですが、それも急性期医療機関の使命になっているところだと思いついて。

2020年3月と2020年9月に再検証の対象となった病院は、その結果を厚生労働省へ報告していかなければならぬ。再検証の方向性については多様な選択肢がありませうと思いついて。診療科、人員の再配、地域連携も大事な戦略だと思いついて。周辺医療機関の受け皿という機能







## ミッション 地域医療構想に関する具体的対応方針の再検証を進めよう

- あなたはC県の県庁職員で地域医療構想担当官を任命されています。
- このたびC県の公立公的医療機関が具体的対応方針の再検証の対象に指定されました。
- その1つであるA病院について担当することとなり、2020年度3月までに再検証の方向性を報告する必要があることから、協議を進める必要があります。
- この再検証をどのように進めるかについてチームで話し合ってみましょう。

### ミッション① 地域医療構想ステークホルダーを同定せよ！

- 千葉県における具体的対応方針の再検証を進める上で重要な関係者を挙げてみよう。

#### 参加者の回答

- <A病院>
  - 事務(経営)
  - 事務局長
  - 病院長
  - 名誉院長
  - 主要な診療科長
- <C大学>
  - 医学部附属病院 病院長
  - 教授(内科など)
  - 大学 医局
- <J大>
  - 医学部附属病院
  - 教授
- <医師会>
  - 医師会長
  - 地元医師会 市町村長 代表(首長)
- <医療機関全般>
  - 関係病院(実績、類似、近接)
  - 影響を受ける民間病院
  - 周辺の医療機関
  - 地域のクリニック
  - 連携室の議員・職員
  - 働いている人(医療職)
  - 病院職員
  - 開業医クリニック医師
  - 近接医療機関の院長
  - 近隣の急性期病院
  - ライバル病院の事務長・院長
  - 訪問看護ステーション
  - 転換病棟の関係者
  - 門前薬局
  - 薬局
- <患者>
  - 患者団体
- <教育>
  - 学校長会(小児)
  - 実習で使っている学校
- <医師>
  - 現場の医師
- <介護>
  - 介護
- <看護>
  - 看護部長もしくはその代理
- <住民>
  - 一般市民(様々な年代の人)
  - 地域住民 市民団体
  - 地域住民=首長
- <議会>
  - 地方議員(国会)
  - 地元議員(県議)
  - 後援者の意向
  - 知事
  - 市長
- <行政機関>
  - 厚労省職員
  - 県庁(行政)
  - 市(行政)
  - 病院局C県
- <消防機関>
  - 消防署

- また、それらの関係者の役割と理由、予測される意見を考えて議論しよう。

#### 参加者の回答

- <A病院>
  - 必要だ困る
  - 医局勤務先の維持
  - ポストが減る
  - 収入の減
  - 10億円赤字の理由の明確化
  - 50床休床の理由の明確化
  - 回復期や地域包括病棟にするのか
  - 近隣病院との役割分担
  - 不採算患者の受入れ状況
  - デメリットは最小限にしたい
  - どこを統合サイズダウンするのか
  - 自病院との兼ね合い(役割分担等)
- <C大学>
  - 医師派遣
  - 必要だ困る
  - 医師派遣数を減らす
  - 医師の配置
  - 医局勤務先の維持
  - C病院院長 C病院の現状を話す・不採算部門
  - 機能かえるなら派遣しないぞ
- <J大>
  - 必要だ困る
  - 医師派遣数を減らす
  - 医師の配置
  - 医師派遣
- <医師会>
  - 必要だ困る
  - 医師会→現状維持(?)
  - 医師会→患者のやりとり
- <医療機関全般>
  - 必要だ困る
  - 近接の病床機会→患者のやりとり
  - ポストが減る
  - 続けて / やめてしまえ
  - 患者がとられる
  - 特化できる
  - 面倒だから今のままでいい
  - でうまくいくの?
- <議会>
  - 必要だ困る
  - 赤字減らす努力をしつつ続けてほしい
  - 税金の無駄
  - 地元の病院をなくすな!
- <行政機関>
  - 地元議員 住民(患者)のニーズを代弁
  - 地元の病院をなくすな!
  - 予算確保
  - 住民説明
- <消防機関>
  - 県→ダウンサイジングしたい・縮小してくれ
  - 市→大きくしたい

## ミッション② 地域医療構想に係る具体的対応方針の再検証を進めるための工夫

- 関係者と議論し、地域医療構想に係る具体的対応を進めるためにはどのような工夫が必要でしょうか。

1) A病院の再検証を行うために追加でどのようなデータや指標があると良いでしょうか?

#### 参加者の回答

- <経営>
  - 赤字の原因・診療化
  - 赤字の原因・不採算診療化・材料費・人件費
  - 赤字の診療科
  - 医師以外の職員情報
  - 一日あたりの外来受診数
  - 看護師他メディカルスタッフ充足率
  - A病院の特色
  - 特色がわかるデータ
  - 経営データ(経年データ)
  - NICUの有無
  - DPCなど通年もしくは経年での長期データ
  - OPE件数
  - 病院の役割
  - 病床が休床している理由・スタッフ?・ニーズ
  - 二次救急の体制
  - ハード機能
  - 診療科ごとのデータ(病床稼働率・人数 診療実績)
  - 透析やっているか
  - 病院のBSシート 借入れ状況
- <労働環境>
  - 残業時間
  - 市(県)の雰囲気
- <住民>
  - 地域住民の声(生)
  - 地域全体の診療実績
  - 地域動向
  - 地域ニーズを吸収して検討
  - ニーズを探る
- <その他>
  - ジェネリック利用率
  - 住民の年齢分布、疾病割合(住民のデータ)
  - 初期研修医が多すぎ、減らす
- <人材>
  - 医師の異動
  - 従業員の削減
  - 医師数減らす
  - 初期研修医が多すぎ、減らす
  - 派遣先をかえてもらう
  - 患者対応の改善
- <患者>
  - 患者満足度
  - 患者アンケート、スタッフアンケート
  - 患者のデータ・エリア・年齢層・交通手段
  - 医師1人あたりの受け持ち患者数
  - 新入患者数
  - 外来の状況
  - A病院・その他 稼働率 平均在院日数
  - 救急受診率
  - 救急の受け入れ件数
  - 救急の受け入れ先(公立病院としての役割)
  - 急性期の疾病割合
  - 休床の理由
  - 平均在院日数
- <近接医療機関>
  - 近接データ
  - 近隣病院の余力
  - 圏外搬送率
  - 県の負担・繰入金
  - 後期リハ 退院待期受け皿
  - 周辺医療機関の診療実績

#### 参加者の回答

- <経営>
  - 病院のダウンサイジング
  - やめる
  - 回復期等への移行
  - 究極は統合
  - 周辺病院・地域性による
  - 診療科の再編
  - 設立趣旨(役割分担)の見直し
  - 強みの見直し
  - 病床の転換 急性期→慢性期
  - 周産期は撤退?
  - 縮小 or 拡大
  - 訪問看護やりませ
  - サービスの改善
  - 在宅診療の強化
  - 規模の縮小
  - 機能転換
- <人材>
  - 医師の異動
  - 従業員の削減
  - 医師数減らす
  - 初期研修医が多すぎ、減らす
  - 派遣先をかえてもらう
  - 患者対応の改善
- <その他>
  - 新しい医療法人の設立・連携
  - 介護医療院?



## ミッション③ 地域医療構想に係る具体的対応方針の再検証を進めるための工夫

・熟議の結果、A病院は急性期医療機能を見直し、休床病棟を閉鎖（ダウンサイジング）し一部病棟を回復期機能（地域包括ケア病棟）へ転換することとなりました。

・病院の役割変更を進める際の留意点は？  
例：誰の同意を取るか？関係者同士の話し合いの場は？地域住民、職員への説明は？等

### 参加者の回答

<ステークホルダー>

- 医局
- 医師会等関係団体・調整
- 医連
- 看護部・その関係
- 患者とその家族
- 近隣医療機関
- 病院内部
- 類似の病院
- 周辺開業医
- 地域包括センター
- セラピスト関係団体

<患者>

- 患者の行き先
- 患者の家族への説明
- 患者の流れ変化への対応

<近接医療機関>

- 近接医療機関の情報
- 近隣の地域包括ケア病棟のある病院の関係者
- 近隣病院と統廃合
- 救急を今後見ていく病院
- 急性期か専門医療？
- 急性期で働く看護師
- 急性期をやりたい医師、看護師等
- 周辺病院との役割分担

<自治体>

- 区域内の自治体

<広報手法>

- ケアマネ呼んで広告
- 高齢者施設へ営業 役割 PR
- 職員説明会
- 職員への説明
- 地域住民への丁寧な説明 by who (←?)
- 医師を送っている大学への説明
- 根回し
- メリットを強調 明るく！

<人材>

- コメディカルの確保
- 医師の移動先
- 病院スタッフ
- スタッフのリクルート
- 次に働く先があるか

<住民>

- 市民講座
- 地元クリニック介護病院との調整
- 社会福祉協議会
- 住民 住民への説明 説明会

<経営>

- 収益の見込み
- 病床転換を図る
- 外来、在宅などの機能

- A項目のいくつかの項目に特化した診療を行う
- ハードの吟味
- 地域の訪問看護

<会議体>

- 調整会議
- 議会
- 県議会にはかる
- 県と詰める
- 説明会を毎月開催ガチンコ
- 周辺医療機関と病院長レベルでの話し合い（クローズ）
- 訪問看護ステーション会議
- 他医療機関の院長との話し合い

<進め方>

- 期間の余裕をもつ
- 労働組合と交渉 規約作る
- ダウンサイジングをはじめから表に出さない
- 特定施設ごとにコンセンサスを得る

<その他>

- 税金を投入するか否か

### A病院の概要

- 設置主体：C県立病院
- 構想区域の人口グループ：50万人以上 100万人未満
- 設立趣旨
  - －地域の中核的な役割を担う県民から信頼される病院
  - －二次救急医療等の急性期医療、がん・精神疾患等の高度専門治療
  - －在宅医療支援病床等、地域に開かれた医療機能
- 病床数：一般病床 **250床**（うち **50床**は休床中）
- 2017年病床稼働率（75.2%）単年度赤字 **10億円**
- DPC病院III群（医療機能係数IIは県内下位）
- 医師数：70名（常勤医師50名、非常勤医師20名）
  - －C大学医学部附属病院、J大学附属病院からの派遣
- A項目（診療実績）：9/9項目該当
- B項目（類似）：6/6項目該当
- 近接医療機関：あり

### 回答例

構想区域の長または知事、議員、対象となる病院の長・幹部職員、設置主体本部（公立病院の場合は首長、公的病院の場合は経営本部）、地域住民、市民団体、患者、医師会、看護協会等の関係団体、医師派遣元の大学医局、周辺医療機関の長、対象となる病院の労働組合、医師、看護職員、事務職員等、その他地域の特性に応じた関係者



講義内容①

2020年1月14日19:00-20:40  
千葉医療政策公開セミナー入門編  
@千葉大学医学部附属病院 セミナー室3

**第4講：医師確保と大学の役割**

吉村健佑 医師・医学博士・公衆衛生学修士  
千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授・産業界

今日のテーマは医師確保と大学の役割ということで準備しました。

**本セミナーの目的**

①千葉県の医療の課題を解決するために、医療政策の重要ポイントについて理解し日々の業務・診療に生かす

②千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考える上で、基本的な知識と考え方を習得する

今日の目的はいつもどおりで、医療の課題を解決するために医療政策の重要ポイントを押さえます。半数強の方が行政に勤める方で、半数弱の方が診療現場の方ということで、お互いの経験や知識をぶつけ合いながらディスカッションをしてつくってスタイルを進めたいと思います。

**本日のタイムテーブル**

19:00-19:45  
【講義編】

- 大学医局の役割
- 医師偏在対策
- 医師の働き方改革

19:50-20:40  
【グループワーク編】

医師偏在対策を進める方法を考える

前半の45分ぐらいは私が講義をさせていただきます。大学医局の役割や医師偏在対策の実際、そして医師の働き方改革が2024年に迫っていますが、具体的に何が起ころうかということ資料に基づいて紹介します。後半はいつもどおりグループワークをさせていただいて、医師偏在対策を進める方策をメンバーで考えてプレゼンするというスタイルを進めていきたいと思います。

**【講義編】内容**

- ①医局制度と「人」から見た医療制度改革
- ②医師偏在対策：医師修学資金制度の実際
- ③医師偏在対策：新専門医制度
- ④医師の働き方改革

講義編に入ります。

内容は4つです。医局制度と「人」から見た医療制度改革という観点で総論をまとめ、その後、偏在対策を医師修学資金制度、そして新専門医制度の観点から見て、最後に働き方改革ということになります。

**国民医療費 = 「単価」×「数量」**

レセプト・DPCなどのデータの活用が必須！

- ①診療・薬剤単価のコントロール  
→診療報酬改定・費用対効果の導入：保険局医療課
- ②提供数量のコントロール  
(1) 入院病床の機能分化と総数  
→地域医療構想(医療法)：医政局 地域医療計画課  
(2) 主に外来・特定健診等  
→医療費適正化計画(高確法)：保険局 医療費適正化対策推進室  
(3) 提供主体(医師・看護)の在り方  
→新専門医制度・医師の働き方改革：医政局 医事課  
→医師修学資金制度・地域枠：医政局 地域医療計画課・医事課

そして、国民医療費の抑制について少し触れましたが、その中でも、例えば医療費は単価掛ける数量と考えてみます。今日のテーマになりますが、提供主体、医師や看護職など医療専門職をどのように育成し配置すること、そしてそれらがどのような診療行為を行うかによって医療の提供体制を調整していくという考え方があります。その中身としては、例えば新専門医制度であったり医師の働き方改革であったり修学資金制度であったりという話が出てきます。

**日本の医療制度：特徴4つ！**

- ①国民皆保険
- ②フリーアクセス
- ③開業・標榜の自由
- ④民間医療機関中心の医療提供体制

厚生の指標：第63巻第7号、2016年7月

このままでは維持困難。どう制限する？

さて、日本の医療制度の特徴を4つにまとめました。1番、2番と4番はこれまでの講義でお話しています。今日の重要なテーマは3番目です。日本の医師は開業・標榜の自由を原則としています。どこで開業しても、どこで地域で診療しても、ないしは何科を標榜しても良いというのを原則としていて、それを医師の自由として与えているわけなんです。ですので、この与えられた自由の中で偏在対策をする、ないしは診療場所や診療内容について介入していくというのがこの政策の

講義内容②

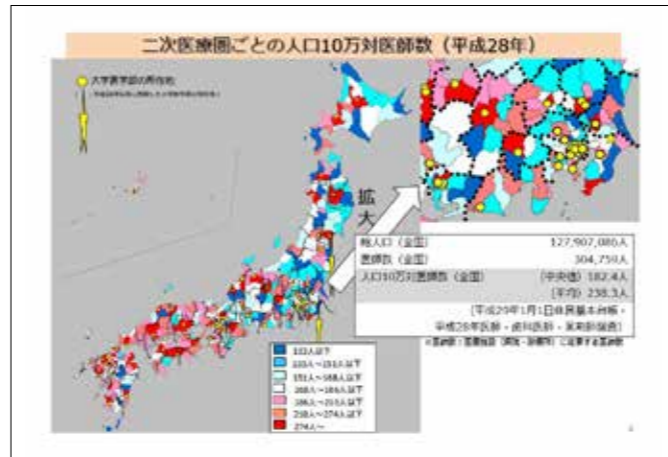
一番のポイントになります。原則は自由なのに、どうやって医師不足地域に医師を再配置するのは非常に知恵と工夫が必要な状況です。



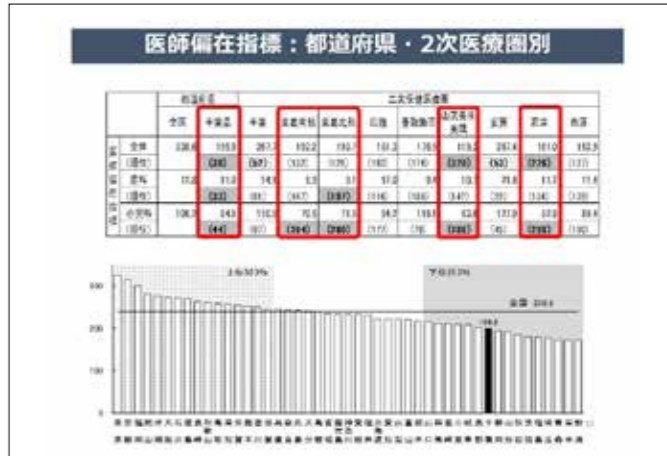
日本は医学部の定員増などもありまして、徐々に医師は増えていきます。そろそろOECDの平均の数値を超えてきて、医師の総数はやや過剰状態になるだろうというのが見て取れます。



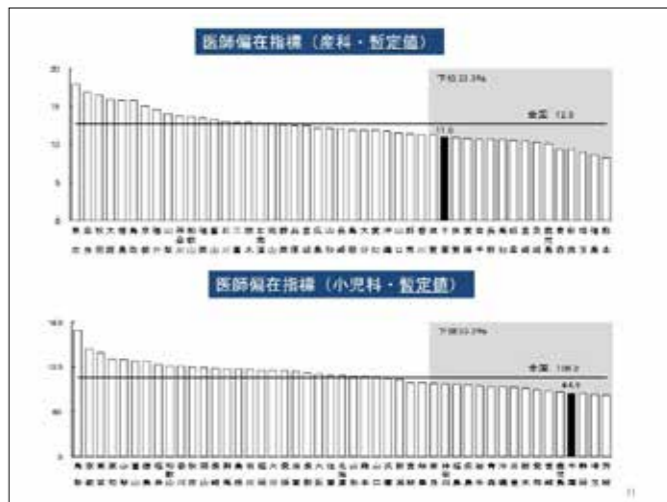
一方で、総数は増えてきたものの、都道府県別では偏在が大きくあります。偏在指標は人口に加えて、医師の流入や、その地域の年齢構成などを加味してつくられた数字ですが、1位である東京都と47位である岩手県を比べると、大体1.94倍の開きがあるのが分かっています。そして、千葉県は下から10番、37番のポジションにあり、医師少数県とされます。



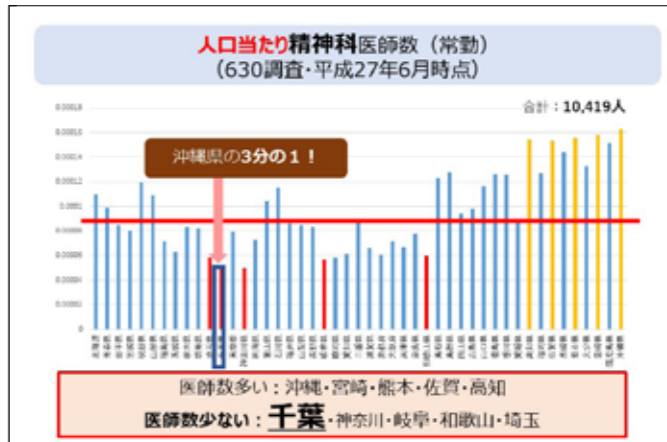
都道府県より、さらに掘り進むと二次医療圏別になります。二次医療圏は現在約330ありますが、その中でも多い少ないの差があります。赤い所は医師が多くて青い所は少ないですが、千葉県だけ見ても、赤い所と青い所が混在している状況で、このようにある程度、地域別に見ていく、さらに言うと実際の患者の移動範囲に沿ってみていくことが重要です。



これは千葉県の資料になります。偏在指標を示していて、下のグラフは47都道府県を並べたときの千葉県の相対的な位置付けです。千葉県は全体の中でも偏在指標が下位に属します。そしてこれは診療科の中で、産科と小児科が特だされています。例えば産科ですと東葛北部の松戸や柏などの地域での、産科医師の数が偏在指標で見ると少ない。小児科で見ると、東葛南部、北部、そして山武長生夷隅ですとか君津の地域で少ないというのが出てきます。では、こういった地域にどうやって医師を配置したら良いだろうか、考える必要があります。



そして、偏在指標を都道府県で見ると、産科は下位3分の1で、もう少しで上位3分の2に入りますが、こういった位置付けです。そして、小児科はかなり平均を割り込んでいて、下から4番という状況で厳しいというのが、県全体で見た偏在指標の状況です。



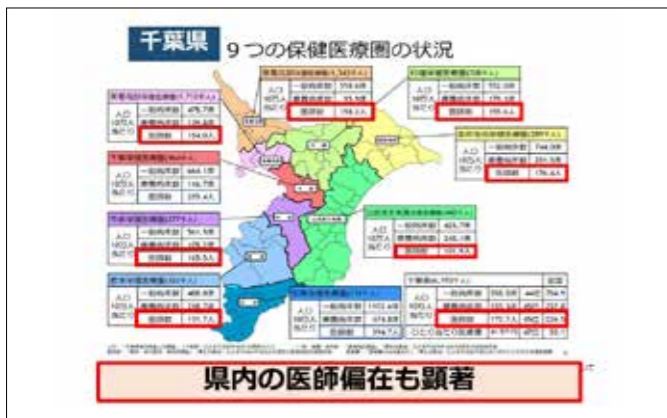
ちなみに、私は精神科医ですが、例えば精神科で見ても、これも大きく偏在しています。10万人当たりの精神科医の数ですが、沖縄と千葉県を比べてみますと、人口当たり千葉県は沖縄県の3分の1の医師の数で精神科診療を行っている状況です。なので、産科、小児



### 第4回医療政策セミナー

## 講義内容③

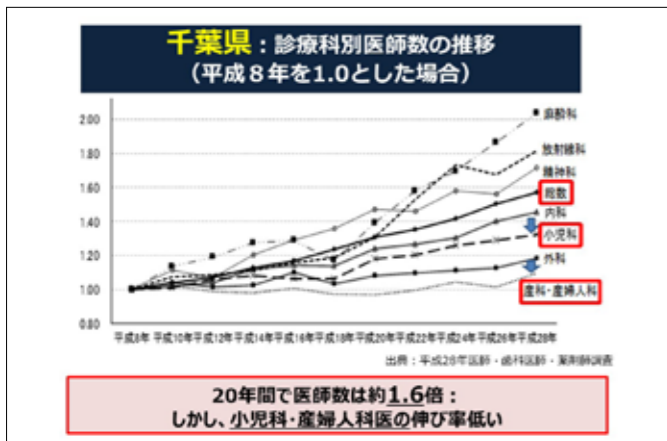
科に限らず、いろんな診療科でこういった偏在はある状況です。これほど大きな開きがあると、恐らく住んでいる場所によって受ける医療が変わってきってしまうというのが想像できます。なので、偏在しているのは仕方がない、これで良いとはいかず、いかに均てん化していくかが重要になります。



話を戻し、千葉県内の9つの保健医療圏の状況ですが、医師数だけ赤丸で囲んでいますけれども、前回紹介したとおり、東葛北部、東葛南部、千葉の医療圏は620万中400万人の人口を抱え、そして医師偏在指標も全体数としてはそこまで深刻な状況ではありません。しかしながら、例えば山武長生夷隈ですと、非常に厳しい状況で診療ないしは医療が提供されていることがわかります。こういった地域偏在をどのようにするか。



そして、全国での診療科の偏在です。医師は開業・標榜の自由がありますので何科を選んでも良いわけです。そうすると、平成6年を1.0とすると、平成28年の、ここ22年で医師の総数は大体1.38倍に増えていますが、その恩恵に浴したのが麻酔科、精神科、放射線科で、いわゆるマイナー科といわれるような診療科に医師が増えました。あと、小児科と内科は少し増えました。外科と産科に至っては横ばい、ないし若干減っているという非常に厳しい状況です。これは全国版ですけれども、こちらが千葉県版になります。



平成8年を1.0とした診療科別の指数です。総数で見ると、平成8年からですから約20年間で1.6倍弱に医師の数が増えました。20年で増えましたけれども、よく見てみると、麻酔科、放射線科、精神科が増えているのは全国的な傾向と一緒です。全国的な傾向と若干ずれているのが内科と小児科です。全国で見ると、内科と小児科は大体一緒でしたけれども、千葉県は小児科が内科を若干下回っています。つまり、小児科の伸び率が低い、ないしは外科と産科が先ほどは大体一緒でしたけれども、これも同じように産科・産婦人科の伸び率が低いと言えるかと思えます。小児、産婦での医師確保が全国に比して若干苦戦しているのではないかと見て取れます。

項目	把握する単位	現状	把握方法
医療施設従事医師数	(H28)	医師・歯科医師・薬剤師調査(厚労省)	
千葉県	県	11,843人	
千葉保健医療圏	医療圏	2,637人	
東葛南部保健医療圏		3,038人	
東葛北部保健医療圏		2,363人	
印旛保健医療圏		1,255人	
香取海浜保健医療圏		529人	
山武長生夷隈保健医療圏		496人	
安房保健医療圏		545人	
君津保健医療圏		491人	
市原保健医療圏		489人	
15歳未満人口10万人当たり 医師	県	3.5人年	千葉県調査
県内専門研修基幹施設における専攻医人数	(R1)	332人	日本専門医機構調査
5級別心電図無時間管理方法*1、より医師の労働時間を短縮している病院数	県	103病院	厚生労働省調査 (R1)

こういった状況を見ながら、千葉県庁のほうでも医師確保をどうにか進めていきたい、それをモニタリングして、政策を進めていく指標をつくりたいと、当然考えるわけです。現在、いろいろ議論して評価指標を作っている途中です。例えば医療施設の従事する医師数を、千葉県全体だと医師が1万1,843人いるのをさらに増やしていこうではないか、そして2次医療圏別の医師の数がこのようになっていますが、それぞれを増やしていこうとしています。

もう少し見ますと、例えば県内の専門研修基幹施設における専攻医(初期臨床研修を終えた医師)が診療科を選択して、県内で研鑽を積んでいこうという医師が令和元年で332名見られますが、これを増やしていこう。もう一つ上を見ますと、後で説明します医師学資金制度で、「地域A群病院」という特に医師の少ない地域に建つ病院で働いている医師の数を増やしていこうとしています。

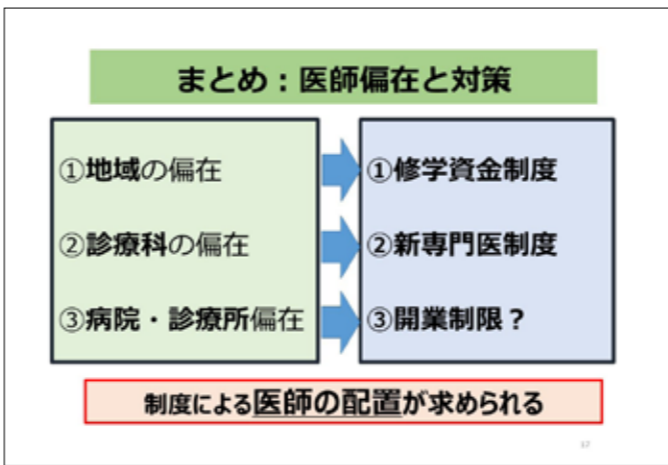
項目	把握する単位	現状	把握方法
タスクシフトの促進(医師事務作業補助体制加算の施設基準に適合しているものとして厚生局に届け出ている施設数)	県	108施設	関東経産厚生局公表資料
「かかりつけ医」の定着度	県	56.9%	県政に関する世論調査(H28)(千葉県)
小児救急電話相談事業	県	31,312件	千葉県調査(H28)
救急安心電話相談事業	県	22,208件	千葉県調査(H30)
分級千円当たり医療施設従事医師数(産科・産婦人科)	県	10.0人	医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)人口動態調査(厚生労働省)
15歳未満人口10万人当たり 医師	県	85.8人	医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

評価指標で見ていきますと、タスクシフトの推進やかかりつけ医の定着など、いろいろなものを県はモニタリングして偏在対策を進めています。その中で、分娩(ぶんべん)、1,000件当たりの医療施設従事者医師、これは何を見ているかという、1,000人の赤ちゃんが生まれたときに、生まれる件数に対して医療施設の従事者、産科・産婦人科の医師がどれくらい従事しているのかをモニタリングしているわけです。

また、15歳未満の人口、つまり小児の医療にかかるであろうと思われる方々の人口とその施設の地域、県の小児科医師数を見てこれらは是正したいというねらいがあります。

### 第4回医療政策セミナー

## 講義内容④



ここまでのまとめをします。偏在といってもさまざまあり、1つ目は地域の偏在で、2つ目は診療科の偏在、3つ目は病院・診療所の偏在もあります。要は、病院に勤めている、急性期の重症患者を診ている医師も、いつでも開業する自由がありますから、開業するとプライマリケア、どちらかというと軽症・慢性の患者の医療を担うことになるわけですが、それも自由にしていった結果、病院から医師がどんどん減って開業が増えるかもしれません。もちろん逆もあるかもしれません。そのバランスを取ろうという考えです。

今後、給与面や待遇面で、病院に勤めている医師のメリットが少なくなってきた場合、開業を希望する医師が増える可能性もあります。その背景には医師の働き方改革と関連してくるのではないかと思います。仮に開業医が増えすぎると、医療提供全体のバランスが崩れてしまうので、制限もしなければいけないかもしれないというのを厚生労働省は既に施策として打ち出し始めています。

地域の偏在はどうか、修学資金制度があったり、診療科の偏在は新専門医制度があったりしますが、その内容を少し紹介しながら、本当にこれで足りるのか、千葉県の医療はこれで持つのかをグループワークで考えたいと思います。

### 大学医局とは (吉村まとめ)

- 1. 所属するかどうかは任意**  
通常、会費を支払う。名簿は作成。通常規約なし。以前は95% ⇒ 現在は80%程度か?
- 2. 診療科ごとに組織される**  
「消化器内科」「精神科」「小児科」など  
大学によって、診療科の区分は微妙に違う  
全国80大学×30診療科=全国2,400程度の医局が存在?
- 3. 各医局が人事に影響を持つ「関連病院」を持つ**  
関連病院は「県内」に限らない  
病院から見ると、診療科ごとに異なる人事  
医局派遣の場合、人事権は大学医局側にある  
※各病院側の人事権が限られる

これまでは国や県が考えている医師確保の全体像ですが、ここから大学医局の話になります。ここからはなかなか資料がありませんので、私のほうで作ってきました。そもそも大学の医局とは何か、臨床をやっている大学病院ですと、医師としてはもう自明だと思えますが、今日は行政官に分かるように説明します。かなり私見が入っておりますので、不正確な内容でしたらご容赦ください。

1つ目は、「医局」というのは、もともとは医師達が詰めている詰め所のことをいうわけですが、多義語です。もう1つは医師の人事グループを指します。そういったグループかという、所属するかどうか任意のグループです。例えば、私は千葉大学精神科医局に所属してトレーニングを受け、公平に考えて大変意義のある経験でした。私は医局自体が悪いものとは考えていません、むしろ様々な良い役割があると思います。医局に入ると、通常は年会費などを払って所属して、さまざまな経費を分担します。名簿を作成して、同じ医局のグループ、「同門(どうもん)」と言ったりしますが、同門のメンバーが誰か分かります。ただし、通常どういう手続きで運用するかというルール

は明文化されていない場合がほとんどです。通例、慣習といいますが、その都度話し合いによって決めているような組織です。

以前は医学部卒業して、95%ぐらいの医師が何らかの大学の診療科別の医局に所属して、そのグループでトレーニングを受けていたが、現在は、8割ぐらいの医師ではないかという肌感覚です。これは診療科ごとに組織されます。千葉大の中にも、例えば消化器内科、精神科、小児科、産婦人科などのグループが別々にあります。これらは大学によって診療科の区分が微妙に異なります。国や県がつくれなくてつくった組織ではありませんので、自然発生的に、慣習的につくられています。少し試算してみますと、日本には80の医科大学・医学部がありそれぞれにおおよそですが、約30の診療科があります。そうすると2,400ぐらいの医局がこの国に存在していることとなります。

医局は所属する医師の人事について影響力を持っています。「関連病院」と称するものを、医局の下にぶら下げる形で勤務先を持つわけです。各医局はさまざまな関連病院を持っています。県内にも複数の病院を持ちますが、歴史的に県外の医療も一部担います。これは歴史的に都道府県など行政区と関係なく、各大学の医局が医師の派遣先として関係をつくってきた経緯があり、必ずしも県内の医療だけを担うと考えているわけではありません。この辺りが、行政側が考える県内の医療整備と、大学医局が考える医師派遣がずれてしまう原因です。

医師を受け入れる側の病院から見ると、診療科ごとに異なる人事がされています。例えば、県内のA総合病院の、精神科は千葉大精神科の医局からの派遣を受けましょう。他の、例えば消化器外科や救急科などはそれぞれの別の大学からの派遣があったり、A病院の独自採用があったりします。医局派遣の場合、人事権は最終的には各診療科の教授が担っている場合が多いので、病院長が採用・不採用を決定する権限を持っているとは限りません。病院長に管理監督責任があり、労働安全衛生法上の安全配慮義務があるにもかかわらず、その採用やポスト、権限については病院長の手元に必ずしも存在しないというのが各病院の置かれている状況といえます。なので、各病院の病院長をいくら説得しても、その病院に医師を増やすかどうかは別の問題になります。各診療科の大学医局がそれに対してどういう意見かによって、医師の確保ができたかできなかったりするというのが、他の業界と明らかに違うところですね。

そうなりますと、各病院の医師を増やそうと思ったら、どの診療科の医師を増やしたいか、そしてその人事責任者は誰なのかを追跡していかないと医師を動かすことができないこととなります。診療科により大学医局の派遣先の病院が異なります。

### 大学医局の役割 (吉村まとめ)

- 1. 所属医師の専門教育・生涯教育**  
⇒1人前となるのに、専門家間の教育・議論は必須  
⇒大学院での博士号授与、留学先の紹介
- 2. 関連病院への医師の配置・人事**  
⇒従来、地域医療の担い手も医局が派遣していた  
⇒医師キャリア多様化により、派遣機能は低下
- 3. 患者対象の臨床研究などをグループで実施**  
⇒医学研究を遂行する主体として重要

**制度設計にあたり大学医局との連携・ハイブリッドが必須**

では、大学医局がどういう役割を果たしているかをまとめました。1つ目は、医師という専門職の専門教育、そして生涯教育を担っています。医学部を出て、初期臨床研修を終えても、まったく一人前とはいえない。専門家間での教育、議論、ないしは、時には少し厳しい指導も必要なのが職人である臨床医の世界の常です。なので、それはどうしても専門家間で行うということでグループをつくる必要があるわけです。そして、大学院に進学して研究の指導などを受けると、医学博士号の授与がなされたり、前後して海外への留学先の紹介などを行うなどして、医局は医師のキャリアアップにも助けになります。

2つ目は、関連病院の医師の配置や人事も行っています。従来、地域医療の担い手は大学医局が派遣して行っていました。その地域で勤務する「希望者」が少なくても、医局の人事の中で、若いうちに1~



### 第4回医療政策セミナー

## 講義内容⑤

2年勉強してきなさい、ないしは他の場面で支援するから、1年間ぐらい希望しない地域や病院でも働いてきなさいということを行い、結果として地域医療を維持してきた経緯があります。しかし、医師のキャリアの多様化によって派遣機能は徐々に低下しているのが現状です。派遣機能の低下とは、簡単に言うと、私はこれがやりたい、でも医局はこうやれと言っている、では私は医局を辞めます、という医師が増えてきたり、そもそも医局に所属しない医師がそれなりの人数出てきたりしているのが現状です。

3つ目です。患者さん対象の臨床研究などをグループで実施することがあります。患者さんに参加協力をしながら医学研究を進めるわけですが、そのときには関連病院やグループが大きいほうが医学研究は進みやすいのです。そのため、科学的な知見を集めるためにも、医局という専門職の集団は機能している状況です。

現時点では、こういった従来の状況に新たな制度を上乗せして、医師偏在を是正しようとしているわけです。なので、制度が単独であるわけではありません。大学医局との連携、ハイブリッドがどうしても必須で、今の医師修学資金制度は一部それが実現していますので、それは後で紹介しますが、こういった観点で医師確保を考えないと失敗してしまうのが現実だと思えます。



さて、こういった環境の中で、どのように派遣機能が推移してきたか、私見として紹介したいと思います。2003年以前を、あえて医局全盛の時代と呼んでいました。具体的には初期臨床研修制度導入前です。医学部6年間を卒業したら、いきなり診療科を選んでストレート研修を受けていた時代です。地域の病院は病院長、ないしは診療部長は医局が定めたポストで持っていて、それぞれトレーニングを受けた経験のあるベテラン先生がそこに座ることが多かった。現時点でも、千葉県の郡部に存在する「地域A群病院」には多くの医局出身の先生方が病院長として勤めていらっしゃいます。次に、県を超えて多くの病院を傘下に入れることに注力と書いていますが、これはさまざまな診療科や医局によって温度差はあるものの、やはり医局の勢力を拡大していくと考える動きが多かった。人数を集め、大きなチームをつくって、それで診療先の選択権を増やしていくことで、さらに大きな勢力となります。前述の通り、若手の希望に沿えないような人事も一時的にありますが、それによって医師不足の地域に医師を出すことができていました。

その後、初期臨床研修制度が始まる時代になりますと、医師の意識変化が起こって来ました。初期臨床研修制度は、それによって一気に医師がいなくなったという意見もありますが、私が思うのは、若手医師が労働者としての権利意識のようなものが芽生え始めたのだらうと思えます。2年間の初期臨床研修の間は医局に所属しません。各病院に雇われた臨床研修医として処遇を受け、入職前に給与などの待遇を提示されて、ではこれでいきましょうと就職していくわけです。2年間そういう経験をしますと、医師にも雇用契約というものがあのだと、そして労働条件というものを確認するのが重要だという、ある意味での「社会人としてあたり前の」感覚が身に付きます。それを持った状態で、3年目に専攻医として医局に入ると、「労働条件の提示はないのですか」、「当直に対する報酬は出ないのですか」などの質問がどんどん出てくるわけです。そこで、若手の労働者意識の芽生えから各医局も取り扱いを配慮するようになったというのが2004年以降の時

代かと思えます。さらに、若手医師の医療教育体制を充実させる必要があります。そうでないと人が集まってくる。そのために結果として大学病院へ中堅や指導医の引き上げが一部で行われていて、地域医療で支えていた中堅がいなくなったというのがあるところ報告されています。または、地方の病院への医師派遣機能が低下します。若手医師から、その病院に行くと私はどのようなメリットがあるのか、どのようなトレーニングが受けられるのかと、正面切って聞かれると少し困ります。そういうものだから行ってくださいでは通用しなくなる時代が2004年ぐらいから出てきました。

3番目が新専門医制度の時代です。これが2018年から始まりました。さらにもこの傾向が高まることとなります。教育体制がさらなる充実をしていないと医局に医師が入ってこない。当たり前ですが、専門医の資格取得をきちんとサポートしてあげないと、その医局には人が来なくなります。そして、労働者として保護される、使用者責任を明確化される、これはまさに働き方改革の中で、個人の過重労働や労務管理、ないしは安全配慮などが厳しく問われます。

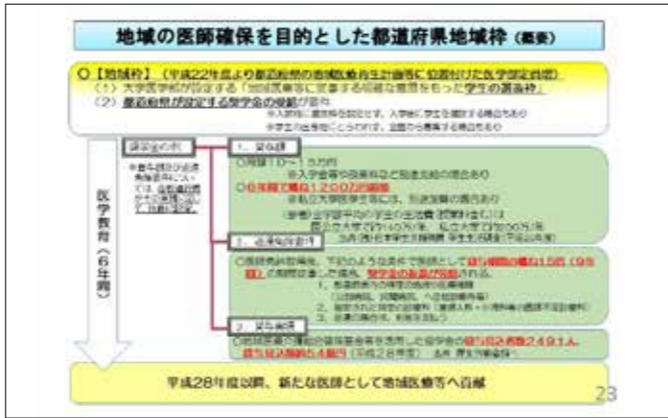
各人のキャリアや希望が多様化します。これにはさまざまな背景があって、例えば一因ですけれども、親の介護が必要になってきたり、女性の医師が相対的に増えてきたり、そういったことによってさまざまな個別の配慮が必要とされるような場面が増えてきました。そうすると、この地域に行くとか家から離れるので行けません、都市部なら働けるけれども郡部は遠くて無理ですなど、個別の事情が非常に多く出てきて、派遣機能どころではなく、維持していくのが精いっぱいになってきます。ご意見があれば、後のグループワークなどで提示していただきたいですが、医局を取りまわす状況は以上ようになります。



こういった医局の派遣機能低下の中で、地域の医師確保を制度や補助金などを使いながら維持していくことが必要なわけです。これは厚生労働省の出した三位一体改革です。

地域医療構想の実現は点線で書いていますが、これも医師の配置や人事に関係してきます。仮に病院が集約されれば医師のポストがなくなります。病院2つが1つになれば、病院長は1人になるわけです。そうすると、そのポストの人はどうするのかという話が出てきます。また、医師偏在対策や働き方改革はもろに人事管理の話ということで、3分の2、ないしは2.5は人事の問題ということになってくるわけです。

なので、三位一体改革をやろうとしたら、人をどのように動かすのか、これはとある医学部の教授に聞きましたけれども、「人事は万事だ」とおっしゃっていました。まさに、人事を動かすことが医療を動かすことであるとのことです。これから、医師偏在対策を2つに分けて説明いたします。1つ目は医師修学資金制度です。



### 第4回医療政策セミナー

## 講義内容⑥

これは医師の配置に対して国と県が本格的に介入しようとした大きな事業です。どうやって介入しようとしたか、これはいわゆる自治医大方式と言われます。医学部の学生に1,200万円から1,500万円の修学資金を支給します。これは都道府県によってばらばらです。財源は国の医療介護総合確保基金で、もとを正すと消費税です。奨学金を渡し、その代わり9年間当該の県内で働く約束をします。

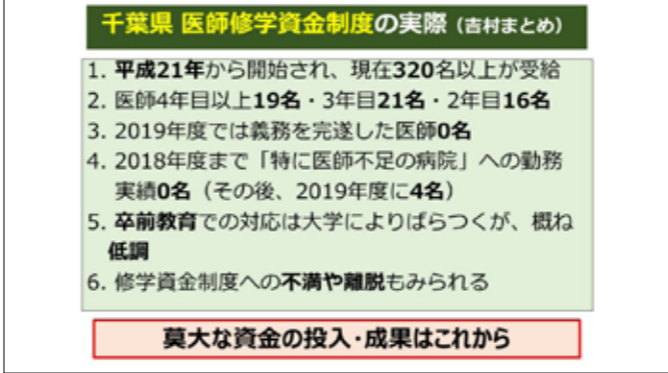


この制度利用者が、以前は少数でしたが、だんだん増えてきて、現在は医学部定員9,000人前後のうちの1,500人などのボリュームで修学資金生が増えてきています。千葉県も例外ではなく、今は380名ぐらい修学資金生がいて、将来千葉県内で働く約束をしている医師・医学生が生まれています。

そして、6年間受給したら、1.5倍の9年間、県内の医療機関で働いて、県内にいるだけではなく、特に医師が不足している地域に建つ「地域A群病院」で2年働くという約束の下、奨学金を付与するわけです。その方々は、9年間は、県内にいなくてはならないこととなります。今日の講義にも修学資金利用者がたくさん来ています。千葉県が大事に育てて育てる宝、ですね。その方々には、千葉県内で初期臨床研修を義務付けていますが、県内では臨床研修病院36個の病院があって、それぞれ良い研修をやっていますから、安心して県内で働こうというような情報を県から伝えたりしています。



地域A群の病院を具体的に紹介して、それらの病院で2年間働きやすいように環境を整えたりしているわけです。

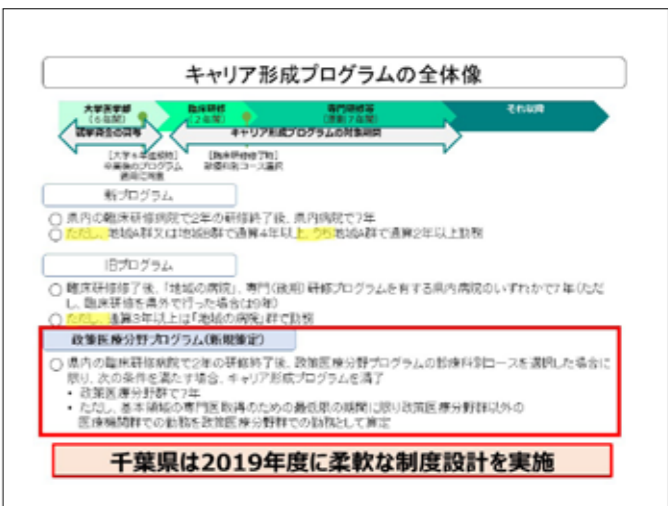


実際にどのようなことをやっているかという、これは私の千葉県で行っている、キャリアコーディネーターという仕事のまとめになりますが、平成21年、10年前から開始されて、現在320名で、今年60名がさらに加わって、いままでの約380名ですが、これがどんどん増えていきます。医師4年目以上の方々が19名、3年目が21名、初期臨床2年目の方が16名、この先生方がそろそろ地域で働く可能性のある方で、56名いらっしゃいます。この56名の方ほぼ全員と面談、ないしは電話でご相談して、今後の勤務について調整するのが私の仕事です。開始から終了まで、通常では6年間です9年間ですから15年です。これは非常に息の長い事業です。

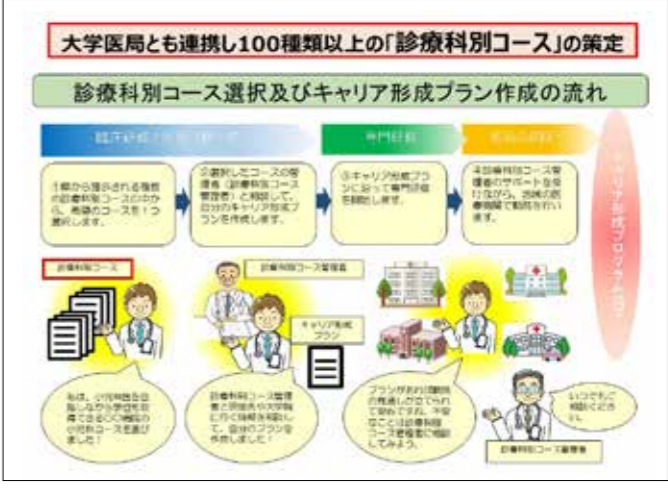
特に医師不足の病院で勤務した実績は、2018年までは0でした。ただ、2019年は年度が上がってきたこともあって、4名ほど地域A群病院で働くことが実現しました。卒前教育で地域医療の教育を行っている大学はほとんどなくて、おおむね低調とありその充実も課題です。

あとは、修学資金制度への不満や離脱も、残念ながら見られていて、こういったルールの中で縛られるのだったら、私の人生やキャリアが損なわれてしまうかもしれないから辞めますという方がどうしても少数出てきます。その方々、一人一人にお会いして面談、慰留する仕事もしています。

項目⑤ですが、制度に対して、一部の大学教員から誤解を受け、大学医局人事の不当な県の介入だなど、最初に私も相当怒られました。



修学資金制度利用者が義務をきちんと果たせるように、さまざまな制度の介入も行っています。例えばこういった従来型の郡部病院での勤務を要する従来のプログラムに加え、「政策医療分野プログラム」というのが設計されました。具体的には、産科や救急科や新生児科を選択する人については、必ずしも医師不足地域に行かなくて良い、その代わり集約が行われている周産期母子医療センターなどできちんと7年間勤務してください、ということになります。救急科についてはこういった病院が指定されていて、これらで勤務することが、県全体の医療に貢献するということが合意形成され、設置されました。













講義内容⑪

千葉県：医師確保の評価指標（案）

項目	把握する単位	現状	把握方法
医療施設従事医師数		(H28) 医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生省)	
千葉県	県	11,843人	
千葉保健医療圏	医療圏	2,637人	
東葛南都保健医療圏		3,038人	
東葛北部保健医療圏		2,363人	
印旛保健医療圏		1,255人	
香取海浜保健医療圏		529人	
山武長生夷隅保健医療圏		496人	
安房保健医療圏		545人	
君津保健医療圏		491人	
市原保健医療圏		489人	
地域A群で自然する特字完全学医数	県	3.5人年 千葉県調査 (R1)	
県内専門研修施設に在籍する専攻医員数	県	332人 日本専門医機構調査 (R1)	
労務的公平長時間労働方法 <sup>※1</sup> により医師の労働時間を把握している病院数	県	103病院 厚生労働省調査 (R1)	

今は332名と、先ほど出しましたけれども、これも徐々に増えていきます。昨年は270ぐらいということで、60人ぐらい増え、この指標では成果が見られています。

その次は偏在対策、定着を促すという段階だと思います。医師修学資金制度により、成果は出てきましたという言い方しかできません。

繰り返しますが、千葉県は全国下位3分の1にいるので、さらに県外から医師を呼び込むというのは必要な努力だろうと思います。



## ミッション① 千葉県の医師不足地域に医師を増やす方法は？

1) 千葉県の医師数増加・偏在対策を進める上で重要な関係者を挙げ、役割・予測される意見を考えよう。

### 参加者の回答

- <大学病院>
  - 医学部長
  - 医局長
  - 医学生→自分のキャリアに関心、広い視野を持つ
  - 医学生の親→千葉県に貢献することを理解
  - 大学幹部
  - 大学教授
  - 千葉大学教授
- <医療機関>
  - 病院長 病院の事務→研修環境改善
  - 有名病院の診療科長→自分たちはやることやっている
  - 主要な病院の病院長
  - 公立病院長→使える医師が欲しい
  - 県内にある分院の本院
  - 地域の拠点病院
  - 病院事務
  - 研修プログラム 責任者
- <医師会>
  - 医師会
  - 医師修学資金制度利用者
- <医療従事者>
  - 医師本人
  - 医師の家族
  - 医師の子供、教育
  - 中堅フリーランス医
  - 地域の開業医
- <研修医>
  - 研修医(初)→どんなキャリアがあるのか？
  - 研修医(後)→どうすれば専門医を取れるのか？取るメリットは？
  - 研修医(初・後)→千葉県出身者のUターンしたい気持ち条件の悪いところには行きたくない/行って欲しくない待遇・住環境がいいところへ行きたい
- <患者>
  - 患者→どう医療が変わっていくのだろうか？
- <行政機関>
  - 厚生労働省
  - 県庁
  - 市町村
  - 中医協
- <議会>
  - 首長
  - 森田知事
  - 議員(県議)(市議)→地元への利益考慮
- <住民>
  - 住民→なんでも診てもらいたい
- <その他>
  - 世論マスコミ
  - 派遣会社

### 解答例：①-1 重要な関係者

- 医師修学資金制度の受給者
- 医師派遣元となる大学医局(教授・医局長)
- NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク
- 派遣先医療機関の理事長・病院長・診療科長・事務長
- 千葉県医療整備課・健康福祉政策課
- 自治医科大学千葉県人会
- 県医師会等の関係団体
- 市町村首長、県知事
- 地方議員
- 地域住民・市民・患者団体
- 各関係学会の意向(専門家の合意) など

2) 課題解決のために必要な追加情報は何だろう？

### 参加者の回答

- <医療機関>
  - アクセス、所要時間
  - 交通状況
  - 地域のクリニック・病院などの配置状況
  - 資金
- <医局>
  - 医局の専門性、医療の性質
  - 医局の人間関係？どこにどの医局が派遣しているか
- <診療科の状況>
  - 不足している診療科
  - 偏在している診療科
  - 偏在を解決するため集まりにくい地域
  - 夜間対応できる医師
  - 指導医の有無
  - どの診療科を増やすべきか
  - どれだけ働いているのか時間数
  - 医師の診療科別パフォーマンス指標(標準)
- <労働環境>
  - 給与、手当
  - 医局員の処遇、症例数
  - 学会制度
  - 経験できる症例
  - 研修環境
  - コメディカルの状況
- <医師>
  - 医局派遣の実情
  - 誰がどこに何人行っているのか
  - 配分する医療資源
  - 医師の派遣元
  - 各医師の診療能力
  - 各病院の医師処遇
  - 派遣される医療機関の数 立地
  - 出身大学
- <患者>
  - 患者数の推移
  - 症例数
  - 疾病の状況
  - 患者数 人口分布
- <住民>
  - 地域別人口動態変化
- 地域住民 年齢別構成、人数と医師パフォーマンス(とのマッチング)
- 地域住民の年代別、疾病発現率(予測)
- <地域>
  - 地域の特色 人口 展望
  - 地理的状況
  - 県内での偏在地域
- <医療ニーズ>
  - 必要な医師数→労働時間を守るために
  - 必要な医療 クリニック or 病院
  - ニーズ 診療科の不足感
  - どんな病院の種類が必要なのか？
- <その他>
  - 印象的なエピソード
  - 国際医療福祉大学の動向

### 解答例：①-2 必要な情報

- 各地域に建つ医療機関の診療内容・提供状況
- 各大学医局の県内関連病院と派遣人数の一致
- 県内の診療科別の専攻医動向
- 医師修学資金受給者の意向
- 自治医大生の意向
- 各地域の医療機関を受診している患者の病名・状態
- 各地域の医療需要の現状と予測
- 各地域の医療提供者の背景(年寄専門領域など)・意向
- 各地域の病院の経営状況 など

## ミッション② 千葉県の医師不足地域に医師を増やす方法は？

1) 千葉県の医師数増加・偏在対策にはどうしたらいいか？

例：修学資金制度・専門医制度の改善、病院の再編統合総合診療医の育成活用、情報通信技術(ICT)の活用

2) 実施・関与する人を特定してみよう！具体的に誰が何を行えばいいのか？

### 参加者の回答

- <環境の整備>
  - 家庭(子供)の教育(塾、保育園、小学校)施設の充実
  - 教育環境(学校・塾)
  - 保育施設の充実
  - 街作り 医師が住みたいと思えるように
  - 医師への環境の配慮 相談できる体制 他職種
  - 病院の場所 アクセス、通勤時間
  - 交通費の補助
- <待遇>
  - 給与改善
  - 働き方、処遇改善
- <行政・住民・議会>
  - 市民に理解を求める
  - かかり方を変える
  - 医療知識を習得する検定を行う
- <相互理解>
  - 医局間の人材交流→専攻医制度
  - 行政、議員と医局の交流
  - 行政→補助する 人材 社会的経済的インセンティブ
  - 行政頑張って！！
- <コメディカル>
  - コメディカルのマルチスキル
  - コメディカル含む他職種人材確保
  - 在宅医療の充実
  - 社会的経済的インセンティブ
- <修学資金制度・地域枠>
  - 修学資金 専門医制度
  - 修学資金制度コーディネーターの充実
  - 医師修学資金生の教育
  - ブランド化：研修制度充実
  - 地域枠の学生に総合医としての能力を身につけさせる
- <人材確保>
  - 千葉県の医師数増加
  - 家族を納得させる
- <人材派遣>
  - 助産師派遣
  - 診療科偏在の解消
  - 地域偏在の解消
  - 総合診療医によるゲートキーパー機能の強化
- <インセンティブ>
  - 不足している診療科に社会的経済的インセンティブ
  - インセンティブの付与
- <働き方>
  - 外来(ICT)→オンライン診療
  - タスクシフト
- <その他>
  - 総合診療科の専門医 地位確立
  - 吉村が議員へレクチャー
  - 人の呼び方
  - 生きがいを
  - 研究：データをそろえる、地域ならではのテーマ
  - 世論を盛り上げる！！
  - 科ごとの地域需要の分析
  - 千葉県”特区”NP 処方できる特定看護師の権限拡大

### 解答例：②-1 医師偏在対策

- 【医師を配置する・誘導する】
- 医師修学資金制度の改善
- 専門医制度の改善
- 医局・基幹病院の医師派遣機能の強化
- 地域別・病院別の専門医の定員を定める
- 地域別の診療報酬の傾斜：不足地域での診療報酬↑
- 【少ない医師で提供できる】
- 病院の再編統合、集約化※第3講参照
- 総合診療医の育成活用
- クリニックの集約化働・ワンストップの実現
- 巡回バス、タクシー券の配布
- 情報通信技術(ICT)の活用：オンライン診療実施
- 医学部卒前教育の充実
- 健康相談の充実：医療の需要を抑える など



第5回医療政策セミナー

講義内容①

2020年1月22日19:00-20:40  
千葉医療政策公開セミナー入門編  
@千葉県医師会館

**第5講前半：千葉県の産婦人科医療の現状と改善案**

**埴真輔**  
成田赤十字病院 産婦人科  
千葉大学病院 次世代医療構想センター

成田赤十字病院産婦人科の副部長をやっています埴と申します。よろしくお願ひします。きょうは、僕は医師になって13年目になるのですけれども、若い産婦人科からみた現状の産婦人科医療の問題と現状と改善案というのを実際にある資料などを使いまして作りしましたので、私自身の意見ですけれども、もちろんこれを見て「そんなの違うよ」と思う人もいるし、「そうだね」と思う人もいるとは思いますが、ぜひ一つの意見として参考にしていただければと思います。

**千葉県の解決すべき問題点（産婦人科領域）**

- ・医師の偏在
- ・救急体制
- ・働き方改革+離職防止
- ・周産期領域の充実 災害対策
- ・増え続ける外国人妊婦への対応
- ・性教育の充実

まずは産婦人科の実際を学んでいきましょう  
こういった問題に正解があるわけではない  
エビデンスがない領域で選択していくのは非常に勇気がいる  
みんなで決めた上で「トライアンドエラー」が必要になる

まず、千葉県の解決すべき問題点というのは、医師の偏在、救急体制、働き方改革、離職防止、周産期領域の充実、災害対策、増え続ける外国人妊婦への対応、性教育の充実、パッと浮かんだだけでもこれだけ挙げられます。ここにいる人は産婦人科ではない人が多いと思いますので、まずは産婦人科の実際を学んだほうがいいと思います。

こういった問題も基本的に病気とは違うので正解があるわけではないし、各国・各地域で悩んでいることもあると思います。エビデンスがない領域で選択していくのは非常に勇気がいることですが、みんなで考えて決めた上でトライアンドエラーをしていくことが必要になると思っています。

**目次**

- ・産婦人科に関する基礎知識
- ・産婦人科学会としての方向性 (グランドデザイン(GD)2015)
- ・千葉県保健医療計画
- ・千葉県の現状と働き方改革
- ・これからどうすべきか

目次です。

**目次**

- ・産婦人科に関する基礎知識
- ・産婦人科学会としての方向性 (グランドデザイン(GD)2015)
- ・千葉県保健医療計画
- ・千葉県の現状と働き方改革
- ・これからどうすべきか

まずは産婦人科に関する基礎知識です。

**産婦人科って？**

産婦人科はお産だけじゃない！  
女性の下腹部痛では診察を求められることが多い  
女性の下腹部痛の救急車も対応することが多い  
異所性妊娠→対応を間違えれば死亡することも  
緊急手術も多い  
子宮筋腫、内膜症で苦しむ女性の対応→働く世代に超重要  
レイプの対応

↓

実は産科だけでなく、婦人科も重要で、産科だけやればいいわけではない。

産婦人科というのは基本的に産科だけではなく、僕は婦人科を専門にはしていませんけれども、女性の下腹部痛では外科の先生や内科の先生から「診察をお願いします」と求められることもかなり多いです。女性がおなか痛いと言えば救急車は産婦人科のほうに来ます。異所性妊娠（子宮外妊娠）というのがありますけれども、これは対応を間違えれば死亡することもありますので、緊急手術も多いです。また、子宮筋腫とか内膜症、そういった月経で苦しむ女性の対応も働く世代に非常に重要です。レイプの対応もします。実は産科だけではなく、婦人科も非常に重要で、産科だけでやればいいわけではない。婦人科も女性の各世代を支えていくという点では非常に重要なファクターになっています。

**産婦人科って？**

一般のかたのイメージ→お産、おめでとう  
出産の実際は確かに幸せで、未来につながる楽しい仕事

人間は人間の助けがないと出産、子育てができない生物  
出産はいつ急変するか分からない、出産に二人以上の医師が必要になることも多い  
産人口の高齢化で糖尿病、高血圧、大量出血などハイリスク分娩の増加  
赤ちゃん元気に生まれて当たり前という意識から、不幸な結果になるとトラブルへ  
どんなところでも最高級の分娩を受けられるという期待  
出産を取り扱う以上当直が付きまとう（1日の2/3は時間外です）  
災害時でも出産は止まらない（がん治療とは異なる）  
少しのトラブルでも、麻酔科、新生児科、他科の協力を必要とする

これらの問題を乗り越えて、「日本」は世界トップレベルの周産期死亡率の低さを保っている→しかしそれも崩壊するかもしれない  
**周産期医療と教育は未来につなげる最優先インフラだと思います。**  
安全とコストを天秤にかけてはいけません。まずは安全！

今回は周産期の話なので産科に関してもう少しクローズアップしていきますけれども、一般の方のイメージはやはりお産というのは「おめでとう」というイメージが非常に強いと思います。実際は確かに幸せで、開業医などで仕事を手伝っていたとき出産してみんなで拍手をすると「ああ、お産ってすごい幸せだな」と、「未来につながる楽しい仕事なんだ」と思っていたのですが、実際にハイリスクの

第5回医療政策セミナー

講義内容②

出産をとって見れば、人間というのは人間の助けがないと基本的に産・子育てができない生物なのだ実感します。出産というのはいつ急変するか分からない。それまで元気だった人が急に具合が悪くなる。血圧が下がる。出血が止まらないということはざらにあるわけで、なかなか生まれなくて出産に2人以上の医師が必要になることもざらにあります。

今は出産人口が高齢化してきて、高齢出産と言ったりしますけれども、妊娠すると糖尿病を併発する。高血圧になる。出産後に大量出血してしまうなどハイリスク分娩が増加しております。その一方で赤ちゃん元気に生まれて当たり前という意識が患者さんにはそれなりにあります。それはそうです。これから子供を育てて「幸せになっていく」という意識があり、それが急に不幸な結果になるとトラブルになるのは理解できます。

患者さんとしてはどのようなところでも最高級の分娩を受けられるという期待があります。われわれ産婦人科医もそういった期待に応えようと一生懸命頑張っているのですけれども、やはり限界はあります。

例えば出産を取り扱う以上、やはり当直が必ず付きます。一日の3分の2は時間外だからです。9時-5時というのは8時間です。残りの16時間は時間外になるわけです。

ですのでお産と当直は安全上切り離せません。その他災害時ですけれども、昨年は台風が来ました。しかし災害が来たからと言って出産は止まりません。停電してしまうと出産はいろいろなことができなくなってしまいます。開業の先生では災害時は機能が止まることは致し方ないと思いますが、総合病院では災害時でもきちんと対応するという責務が伴ってきます。

夜でも災害でもお産は止まりません。そのうえ少しのトラブルでも、麻酔科、緊急帝王切開です。あとは新生児科の先生に赤ちゃんを診てもらってもできます。脳出血があれば脳神経外科とか、そういった他科の協力を必要とします。つまり産婦人科というのは、産婦人科だけでは決して完結せず、いろいろな科の協力があってシステムとして成り立たないと安全でいい医療を提供できないのです。

こういった問題を乗り越えて、日本は世界トップレベルの周産期死亡率の低さを保っているのです。しかし、それも産婦人科が減少すればいずれは崩壊してしまうかもしれない。

周産期医療は未来につなげる最優先のインフラだと思っています。コストというのは非常に重要なのですけれども、できれば安全とコストを天秤にかけてほしくない。天秤にかけるのはいいのですけれども、できるだけ安全はしっかり守ったほうがいいのではないかと考えています。

これはウィキペディアに載っている出産数のデータですけれども、一番左の2009年からみると出産数は100万だったのが90万に減ってきていると、右に行くと20代の出産がすごく減ってきています。代わりに40代の出産数が増えています。

先ほど言いましたとおり、高齢出産が増えれば妊娠中の糖尿病、高血圧、合併症妊娠が増えます。

**産婦人科と母体死亡**

妊産婦死亡の原因別割合

母の年齢層別の妊産婦死亡リスク

高齢出産はリスク：産科大出血、妊娠高血圧の脳出血に対応するには輸血と人員が必要。しっかりとした麻酔管理・救急の体制も必要！産婦人科医のみでは対応できない。

これは産婦人科と母体死亡に関するスライドですが、小さく見えても手元の資料を見ていただければ分かりますけれども、右下の棒グラフです。年齢別の妊産婦の死亡リスクを見るとやはり40代がそれなりに妊産婦の死亡リスクが高い。それは産科危機的出血、大出血です。出産後の出血だったり、高血圧に伴う脳出血、そういったもので死亡に至るリスクが増えてきます。こういうものを対応するには輸血がいっぱい必要。輸血をいっぱいするということが救急の先生や産婦人科医の数が必要です。緊急で子宮を取らなければいけないということがありますので、麻酔科の先生も必要です。つまり救命はシステムとして必要で産婦人科医だけでは必要十分ではないのです。

**全国の産婦人科医数の推移**

2004年：初期臨床研修制度開始  
2006年：福島県立大野病院事件  
特に大野事件で産婦人科医が「逮捕」されたのが産婦人科に与えたショックは大きかった

一人医長や産婦人科が多くなった  
「産婦人科は出産で忙しなくていい」というイメージを医師につけた

産婦人科医の減少→学会としての対策が必要となる

男女比は1:2  
女性が多い職場なので離職防止が大事  
（子育てした後に復帰しやすい職場をつくる必要がある）

じゃあ全国の産婦人科医の数はどうなのだろうというところで見ると、2004年で急にガタンと落ちているところがあるので。これは初期臨床研修が始まっているところを回ることになり、産婦人科医を選ぶ人が少なくなったのと、2006年の福島県立大野病院事件も関係しています。産婦人科の方でこれを知らない人はいないと思うのですが、不幸なことに妊婦さんが亡くなってしまったことがあり、産婦人科医師が逮捕された事件なのです。これが産婦人科医に与えたショックはとてつもなく大きく、それまで一人医長でやっていたところは産婦人科を引き揚げるところが相次ぎました。また、産婦人科は訴訟で危ないというイメージがかなりついてしまったのです。

2006年はまだ学生だったのですけれども、産婦人科志望ですと言ったら心臓血管外科の先生にえらいねと言われたのです。心臓血管外科のほうが大変だと思ったのですけれども、「えらいね、先生。産婦人科医になるなんてすごいと思うよ。頑張ってください」と言われた。そういう時代があったのです。

そこからいろいろ対策をして産婦人科医も徐々に増えてきています。ただ、男女比があって女性が多いのです。女性が多い職場なので離職防止というのは非常に大事になってきます。女性は産・子育てというのがあります。今は男性の医師も育休を取る時代ですけれども、育休を取るのはお母さんというのがまだまだ多いです。そのため離職防止のためには子育ての支援とかが重要になってきます。

**目次**

- ・産婦人科に関する基礎知識
- ・産婦人科学会としての方向性 (グランドデザイン(GD)2015)
- ・千葉県保健医療計画
- ・千葉県の現状と働き方改革
- ・これからどうすべきか

ここまでが産婦人科に関する基礎知識ですが、じゃあ産婦人科学会としてはどういう方向性に動いているのかという話。











講義内容⑦

う感じ。それでも、助産師さん、ご飯を作る人、事務員さんにも必要なので、職員数は10名以上必要なのです。その他に、毎日直するのきついのですが、そういったことを考えても人件費だけで月に250～300万円かかると、月10件の出産数ではカツカツで、やはり20件ないときついです。なので、出産が少なれば個人の医院は成り立たない。閉院にいたれば当然周産期のインフラはなくなってきてしまうわけです。ここで2つに道が分かれていて、公費を使って人口が少なくても周産期を何でも受け入れるインフラをつくるのか、それとも、出産というのは先ほど申したようにだいたい十月十日で終わります。子育てはその後ずっと続きますので、ハイリスクの出産に関しては大きい病院にお願いして、地域の子育て環境を充足するほうにシフトするのか、医療過疎の在り方というのは検討が必要な時代にきているとおもいます。

ここで医療過疎に入ってくる僕が属している成田日赤ですが、どんなことをやっているかという、成田日赤は茨城県からの搬送も結構受けています。幸いに新生児の先生が「24週からだったら何でも受けます」と言ってくれるので、外国人、未受診妊婦も断らず受けることが可能になっています。ただ、22週も時々出ますので、それに関しては八千代・船橋中央・亀田の先生にお願いする。なのでこの3つの施設は非常に大変だと思っています。

精神疾患の合併があると受け入れ施設が少なく千葉大学、成田赤十字、亀田が大体のところ。海浜病院は、NICUはあるけれども精神科がないです。千葉県子ども病院はそもそも産婦人科がないし、青葉は、精神科はありますけれどもNICUがないです。ですから、早産ではない精神疾患合併は青葉でもいいとは思いますが、NICUがないと何かあったときの不安が残る。千葉の問題として一つ出てくるのが、精神疾患の合併妊婦に対して対応できる施設が乏しいということです。

あとは、千葉県は外国人妊婦が非常に増えています。僕は神奈川でも働いたことがあるのですが、半分ぐらいが外国人でした。千葉県に戻ってきて「ああ、日本人の人がいっぱいいる。よかった」と思った最近はそうでもなくて、外国のかたもそこそこいらっしゃいます。そうすると、言語の問題がでてきます。僕も英語で頑張ってお話しますのですが、やはりアプリなどを使わないと正しいことが伝わらないこともありますし、一部の人は未払いとか健康保険未加入の問題もあります。宗教で女医さんでなければ絶対に嫌だと言って医療関係者とトラブルになることもあります。

異国の地ですので、出産後にある程度養育に関しての知識の指導をしていかないとお子さんに関してのケアが乏しくなってしまう可能性があります。外国人の方は外国人の方でコミュニティをつくっていただければいいのかもしれないですけども、コミュニティから漏れてしまう人も当然いるわけで、そういったことで養育の知識の指導などしてほしいといけません。出産に関しては、空港病院で対応できず、ほとんどの症例が空港に近い成田日赤に運ばれてきます。

実は千葉県は各地域によって住んでいる外国人の質が違うらしいのです。例えば佐倉は、イスラム教なのですが、地域が違うイスラム教なので女医さんでなければ絶対に駄目というトラブルがあるとの前聞きました。当院にはある程度外国人に慣れている先生がいて、国際診療科の浅香先生ですけども、この方が一生懸命対応してくれますので非常に助かっています。

何でも受けるいい人の医療と、きちんとしたものを提供するいい医療というのは異なります。外国人の対応に関しては今後はしっかりと考えていく必要が出てきた時代だだと思います。なので、国際診療科と県と市町村はぜひ協力していただくとより良い回答が出るかもしれません。

性教育の充実

- きちんとした性教育を受けることや妊娠と子育ての知識を知ることで、**虐待防止**や、**不必要な病気の予防**にもつながる可能性あり。
- **無戸籍児**が全国で715人(2018年)。300日間問題で前の夫の子じゃないと遺伝子で判明しても、戸籍上前の子になる。それが嫌で、戸籍を出さない人もおり、まだまだ300日間問題は法律が変わらない。
- 性教育は未来への「投資」。県と「産婦人科医」「小児科医」「精神科医」で連携して進める必要あり
- 子供たちが幸せになるために性教育が必要。

性教育の充実です。このことを説明するためにここまでのスライドをがんばって作りました。性教育というのは非常に重要です。今はテレビなどで話題になりますけれども、やはりきちんとした性教育を受けることとか、妊娠や子育ての知識を教えることは重要で、虐待防止や、不必要な病気の予防につながる可能性があります。全部を防ぐことは不可能かもしれませんが、数人減るだけでも価値はあるのではないかと思います。

無戸籍児というのが最近では問題になってきています。戸籍を持たない子供、戸籍を持たない国としての支援を受けられないことになってしまいます。300日間問題で前の夫の子ではないと遺伝子で判明しても戸籍上は前の夫の子になります。そうすると、それが分かるのが嫌で戸籍を出さない人もいます。旦那さんではない人の子を妊娠してしまい、緊急で飛び込み分娩した人の戸籍はどうなるのだろう、どういうふうになっていくのだろうというのもあるのですけれども、医療として対応していくのは限界で、やはり県や市、法律というものの対応になってきます。

僕自身は、性教育というのは未来への投資だと考えていますので、県、産婦人科医、小児科医、精神科医が連携して進める必要があるのではないかと考えています。これは子供たちが幸せになるために必要だと思っています。

無戸籍児とは

戸籍がない子供が存在する原因

300日間問題 経済的理由 虐待 など

法務局のHPより

戸籍がない子供が存在する原因は300日間問題や経済的理由、虐待などがあります。子供は未来の宝ですので、こういった子を守るために行政と医療が具体的な協力をしていかなければいけないのだと、現場にいて思います。

講義内容⑧

出産後の対応も必要

- 周産期死亡の原因では**自殺**はトップクラス
- 核家族化が進んでいる、相談できるところ、**母親が気軽に休めるところ**が必要ではないか →産後ケアユニット
- 千葉県全体で、きちんと**出産、子育て、虐待予防、性教育**を充実させることで県のイメージアップ

出産後の対応も必要な時代です。周産期の死亡原因では自殺が最近ではトップクラスに入っています。核家族化が進んでいるので、お母さんにとっては二世帯よりは精神的に楽なところもあるかもしれないですけども、相談できるところが少ない、母親が気軽に休めるところが少ないということで産後ケアユニットというのが出てきています。ただ、病院として産後ケアユニットをつくるのは結構難しいです。これはこの後説明します。

千葉県全体で、きちんと出産、子育て、虐待予防、性教育を充実させることで県のイメージアップが図れるのではないかと考えます。

産後ケア事業

事業の概要

事業内容

実施方法・実施場所等

実施期間

24時間体制で専任の助産師さんの確保は容易ではない 請求できる利用金額は非課税世帯だと上限25000円

産後ケア事業というのは、やはり宿泊型。泊まってお母さんを休ませるためには24時間体制で1名以上の助産師が必要です。助産師を1人雇うだけでも病院は結構大変ですし、24時間いたとしても非課税世帯ですと上限は2万5,000円。そうすると、総合病院で産後ケア事業は結構難しく、開業医の先生が主体となって行かないと難しい事業だと思っています。

性教育の充実と重要性の認識

- 産婦人科、小児科医師、精神科医、助産師、弁護士などが連携して行うべき
- その年齢に応じた**性教育**をきちんと行うべき (例) 共通したスライドを使用
- 性教育をしっかりと行うことにより、不幸な事故、希望しない妊娠を防ぐ、お互いを尊重できる社会へ
- 周産期、救急、小児医療の**不確かさ**をきちんと学ぶことで、患者側としての意識改革にもつながる →性教育がしっかりしていればHPVワクチンの普及はきちんと進んでいたのではないかと

再度性教育の充実に関して書きましても、産婦人科だけではなく、小児科医、精神科医、助産師、弁護士などが連携して行い、その年齢、年齢に応じて教える性教育は違うと思います。性教育で、周産期、救急、小児医療の不確かさをきちんと学べば、患者側としても受診なりに関しての意識改革につながるのではないかと思います。

HPVワクチンというのは、一度普及して一気になくなってしまったという経緯があるのは皆さんご存じかもしれませんが、性教育がしっかりしていればそこまでたまたまなかったのではないかと思います。

子宮頸がん予防ワクチンの推奨

子宮頸がん予防ワクチンの推奨

性教育の重要性 子育て、妊娠、性被害、子宮頸癌、月経について、社会的リソースの促進

ワクチンのメリット デメリット 重要な合併症とワクチンの因果関係は証明できないと結論された

性教育が適正に行われていれば HPVワクチンはここまで叩かれなかったのではないだろうか

年間子宮頸がんで2000-3000人が亡くなります。 少子化なのに若い人が亡くなっていくのは 産婦人科として非常に悔しい

特に僕は婦人科腫瘍が専門なので、子宮頸がんの患者さんは20代・30代の若い人が多いのです。今診ている方も小さい子がいて、なかなか治らないので非常に歯がゆい思いをしています。子宮頸がんが年間2,000～3,000人亡くなるのです。少子化の時代に若い人が亡くなっているのは産婦人科医師として非常に悔しいです。

HPVワクチンを受ければ防げる病気は、子宮頸がんだけではなく、肛門がんも咽頭がんも救えます。かなりメリットは大きいと思います。ただ、私は、ワクチンというのは必ずメリット・デメリットがありますので、基本的にはきちんとメリットを説明して分かせないと受ける動機付けにはならないのではないかとこのところ、そこで性教育の重要性があるのではないかと考えています。

「三位一体改革」と医療現場への影響 産婦人科版

「三位一体改革」と医療現場への影響 産婦人科版

総合病院 産婦人科

産婦人科 クリニック

助産院 (個人)

三位一体改革の視点 働き方改革はいいが、病院が人件費を削るのには限界が大きい

真実な医療には費用がかかるが、無駄な費用のカットは必要

医療過疎地域は集約化と、集約化された病院の機能アップ

また魅力ある地域づくりをしないと、コストダウン化、人に選ばれぬ地域づくり。

三位一体改革と医療現場への影響(産婦人科版)ということで、集約化するとどうなるかということを書くと、真ん中のところ。うまくいけば救急を断らないいい病院ができると、ただ、その病院にいっぱい取られてしまうとクリニック自体もつぶれてしまうかもしれない。そうすると産科から婦人科へ徐々にシフトしていくところが増えていくと思います。そうすると勤務医としてはバイトが減る懸念、給与が減る懸念というのが出てきます。ただ、基本的には集約化すれば楽な病院、いわゆるコストのいい病院はなくなり、忙しくて大変な病院が増えますが、医師としての働き方改革、患者さんにいい医療を提供するには集約化は必要だと考えています。



# 第5回医療政策セミナー

## 講義内容⑨

### 医師確保計画の策定 (3) 備在对策標準医師数を踏まえた施策 (案)

基本的考え方  
産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を含め合わせることをする。

①医療提供体制等の見直しのための施策  
②産科医師及び小児科医師の確保確保を促進するための施策  
③医師の確保確保

これをいろいろ考えてみると、厚労省でも医師確保計画の策定というのを作っていて、

### 医師確保計画の策定 厚労省の案 えた施策 (案)

基本的考え方  
産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を含め合わせることをする。

①医療提供体制等の見直しのための施策  
②産科医師及び小児科医師の確保確保を促進するための施策  
③医師の確保確保

厚労省の案としては、その地域への交通手段の確保、集約化された病院はきちんと機能を果たして働き方もお互いに少し軽減できるように頑張ってください。業務を減らせるようにバイト医を確保できるように努力をなさいます。子供がいる医師も働けるよう幼稚園、託児所、保育所を何とかしなさい。離職防止に努めなさい。きちんと腕のあるいい医師に教育しなさいと言っていて、

### 医師確保計画の策定 厚労省の案 えた施策 (案)

基本的考え方  
産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を含め合わせることをする。

①医療提供体制等の見直しのための施策  
②産科医師及び小児科医師の確保確保を促進するための施策  
③医師の確保確保

これまで述べたことと厚労省も考えていることはほぼ一緒

これまで言っていたことと大体同じことを考え付くのだなということが分かりました。

# 第5回医療政策セミナー

## 講義内容⑩

### 新生児診療といえ

- 王道は「未熟児」の診療
- 先進国中、最も低い新生児死亡率
- 目標はハイリスク児のintact survival (障害なき生存)
- 超低出生体重児 (1000g未満児) は「触るのも怖い」
  - 皮膚がアカアかだし手首は処置する医師の親指より細い
  - 肺が膨らまなかったり (肺サーファクタントがない)
  - 胎児循環を引きずっていたり (胎児腎臓不全など)
  - 触るだけで血圧が大きく下がったり (新生児遷延性肺高血圧症)
  - 感染にめっちゃくちゃ弱かったり
  - 便秘で腸が破れたり (胎便性イレウス・腸穿孔)
  - 呼吸を休んだ結果心臓まで止まりそうになったり (無呼吸発作)
  - すぐに転倒したり (保育器の扉の開け閉めがうるさいだけで?) する

新生児科医師のほとんどは、こうした患者さんたちの診療を志した人たちです。

新生児診療とはそもそも何なのかというところ。かなりドラマなどでも取り上げられるようになったので以前よりは専門の方以外にも知られるようになってきたのですけれども、かなり乱暴な言い方をすれば、王道は未熟児の診療です。我が国は先進国中、最も低い新生児死亡率を誇っており、そうやってくと今度は、命は助けられるので、ハイリスク児、要はすごく小さく生まれたお子さんなどが障害なく生存できるところを目標としているような専門科です。

超低出生体重児といえますと1000グラム未満で、見ると触るのも怖いような感じです。皮膚がテカテカして、手首は処置する医師の親指より細い。そこにいろいろな点滴を入れたりするわけです。羊水の中にずっといますので急には肺が膨らまない。胎児期は臍帯(さいたい)から血をもらう関係で生まれてきた後と循環の流れが違うのですけれども、そういうものを引きずって問題になることもあります。これに関連して触るだけで血圧が大きく下がって死にかけるとか。感染にはとても弱く、便秘で腸が破れる、呼吸を休んだまま心臓まで止まりそうになるとか。簡単に脳出血すると言われていて、保育器の開け閉めがうるさいだけでもそういうことがあると聞いたことがあります。新生児科医師のほとんどはこうした患者さんたちの診療を志した人たちだということをまずは押さえていただければと思います。

### 千葉県保健医療計画 (平成30年度～平成35年度) 「周産期医療」より

施策の評価指標 [基盤 (ストラクチャー)]

指標名	現状	目標
分娩実施施設数 (15～49歳女子人口10万対)	7, 8 (平成26年度)	増加 (平成35年度)
周産期母子医療センターの数	12箇所 (平成29年度)	13箇所 (平成35年度)
NICUの整備数	132床 (平成29年度)	141床 (平成35年度)
周産期母子医療センター及び連携病院と救命救急センターの併設数	11箇所 (平成29年度)	12箇所 (平成35年度)
医療施設従事医師数 (産科・産婦人科) (15～49歳女子人口10万対)	35.4 (平成28年)	39 (平成34年)
就業助産師数 (出生千対)	31.3 (平成28年)	41 (平成34年)

新生児科医師への言及はみられない

千葉県保健医療計画は先ほど塙先生のスライドに出てきました、今回、線を引いているところは一緒ですが、言いたいポイントは違いますが、ここには、NICUの整備数が増やそうと、医療施設の従事医師数を増やそうと書いてあるのですけれども、これは産科・産婦人科医のことで、新生児科医師への言及はありません。

### 千葉県保健医療計画 (平成30年度～平成35年度) 新生児科医に関する記載

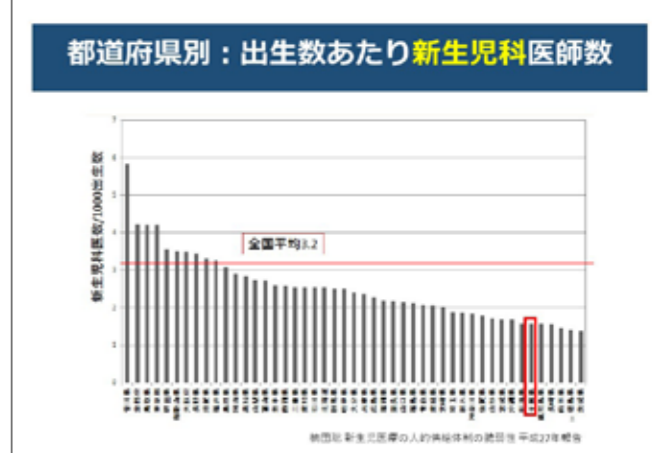
〔周産期医療従事者の状況〕  
本県の周産期医療従事者については、産科・産婦人科医師数 (15～49歳女子人口10万対) は、平成28年で35.4人、就業助産師数 (出生千対) は、平成28年で31.3人であり、全国平均 (それぞれ43.6人及び36.6人) と比べて大きく下回っています。さらに、NICUに勤務する医師数も全国平均を大きく下回っているという指摘もあり、医療従事者の確保は、重要な課題の1つとなっています。

〔周産期連絡コーディネーター〕  
〔前掲〕また、新生児専門医を有する医療機関が少ない一方、最近、超低出生体重児等のリスクを伴う分娩が増加傾向にあることから、NICUでの治療や新生児救急などの充実が求められており、新生児部門における効果的なネットワークの構築も必要となっています。

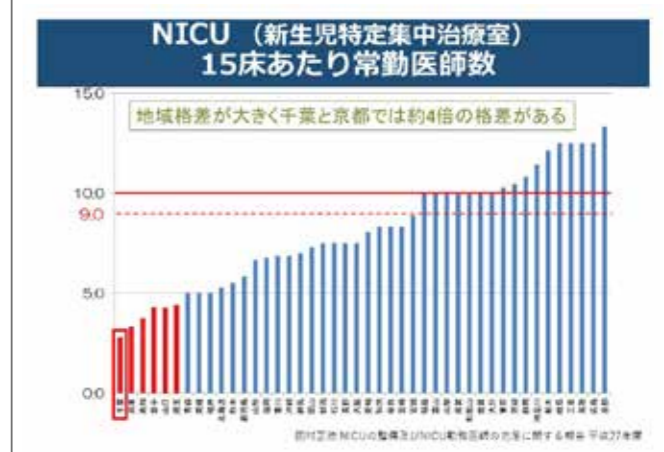
システムの改善・効率化で乗り切れるのか??

さて、「周産期医療従事者の状況」という項目には、産科・産婦人科医師数は具体的にこれだけ、助産師数はこれだけで、「全国平均と比べて大きく下回っている」、と書いてあるのですけれども、「NICUに勤務する医師数も全国平均を大きく下回っているという指摘もあり」としか書いていません。実際には各種調査による具体的な数字も存ののですが、そういったところに言及されていないのが現状です。

本当に新生児科医師について具体的な言及がないかなともう少し探すと「新生児科専門医」というのが出てきました。「新生児専門医を有する医療機関が少ない」ので「効果的なネットワークの構築が必要」と書いてあるのですけれども、現状からするとシステムの改善とか効率化だけで果たして乗り切れるのか大きな疑問です。



なぜそういうことを言うかといえますと、都道府県別の出生数あたりの新生児科医師数では千葉県は全国で下から数えて6番目です。これは平成27年の状況ですので大きく変わりはないと思います。



また、NICUの病床数あたりの常勤医師数となると、千葉県は日本で最下位です。



講義内容⑪

### NICUの診療報酬算定要件

診療報酬：新生児特定集中治療室管理料の算定要件

(1) 当該治療室内に必要な医師等が常時配置され勤務していること  
(新生児特定集中治療室2では病院内で勤務)。

施設の医師数で、単純に残業時間が計算できてしまう

千葉県のNICUは、果たしてこれに耐えうるだろうか？

NICUの「法律上の定義」ともいえるものを示しています。「当該治療室内に必要な医師等が常時配置され勤務していること」と記載があります。なので、基本的にはNICUは当直室もNICUの中にあるようになっています。さて、これは当直中を含めた全ての時間を勤務時間とみなすことができますので、施設の医師数で、単純に残業時間が計算できてしまうのです。千葉県のNICUは果たしてどれだけの施設が耐えられるでしょうか。



千葉県の周産期母子医療センターを地図で示しました。赤で囲んだ12施設、ここにNICUがあると考えていただければよいです。

施設の偏在が著しいというのは真か、というところですが、実際には増先生のスライドにもありましたとおり、山武・長生・いすみ地域はお産が少ないのである程度は仕方ないというところがあります。ハイリスク者に関しては、母体搬送をしてNICUのある施設で診るとするのが現実的かと考えています。よって、偏在よりは集約化が進んでいるというべきなのかもしれません。しかし、現存するいずれの施設も、新生児科医師数がかなり少なく、要は集約化しているのに医師が不足している厳しい状況が長期に続いております。

また、こちらに千葉県こども病院がありますけれども、これも後にクローズアップして取り上げますが、政策的には千葉県こども病院の特殊性にも注意が必要です。

### 千葉県内のNICU施設の現況 (岡田まとめ)

医療機関名	病床数		医師数
	NICU	GCU	
千葉県こども病院	9	15	3
千葉市立海浜病院	15 (-21)	25	5
千葉大学医学部附属病院	9	18	5
順天堂大学医学部附属調布病院	9	15	7
東京女子医科大学附属八千代医療センター	21	16	6
松戸市立病院	12	(14)	4
成田赤十字病院	9	(18)	3
東邦大学医療センター生田病院	9	6	3
旭中央病院	9	21	3
亀田総合病院	27 (9)	(18)	4
葛津中央病院	9	32	4
柏崎中央病院	(15)	(25)	5

※各施設はホームページよりNICU病床数(2023年10月現在)を調査。括弧内はGCU病床数。

千葉県内の各NICU施設の現況を示しています。平成29年度の病床機能報告を元にしたNICUの病床数がこちらに出ていて、括弧内はホームページの情報などで、最新のものがこちららしいという数字になっています。

GCUというのは、NICUでの管理は不要ですが、おうちに帰るには週数がもう少しあったほうがいいのか、体重がもう少し必要ではないかというような形で、育児のような機能も強いような部署です。このため、どの施設も病床数が多いです。勤務医師数は、各施設3とか5という数字で、大体1人で3床NICUを診ているかなというように計算になります。先ほど増先生のスライドでも働き方改革のB水準とかA水準とかで必要な医師数が出てくるのですが、1860時間のB水準ですと、全員残業なしで、24時間全てカバーするだけでも1施設あたり4人の医師が必要という計算になります。現時点ですら満たしている施設はかなり少ないと、その後に来る960時間の水準ということになると8人程度必要になりますので、現状ではどこも乗り切れないことになってしまいます。

さて、先ほど触れた千葉県こども病院のNICUの特殊性ですが、こちらは基本的に生まれたての超低出生体重児を診ることはなくて、メインは先天性心疾患とか、脳神経外科の病気の方、おなかの中の問題など外科の疾患がある人が入院しています。基本的には千葉県では新生児の先天性心疾患、脳神経外科疾患は、現状はここでしか診られません。

産科医がいないのでここで分娩することはできません。そうすると生まれたての超低出生体重児を診ることはないということになります。また、妊婦さんのエコーが良くなって先天性心疾患など相当胎児診断がつくようになってきていますけれども、現状としては千葉大病院などで分娩して、新生児搬送をするという体制をとらざるをえません。

そして、院内の小児の循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科、外科、麻酔科などの調整業務が多く、どうしても自科で完結しにくいようなところがあります。対象疾患が特殊なため、通常のトレーニングのみを受けた新生児科医にとっては不慣れな状況が多く、そうするとちょっと人事交流して手伝ってもらおうということも若干難しいところがあります。

こうなってくると最初のスライドに示したような、本来は超低出生体重児とか、そういった診療が花形と言っているところでこういったことばかりをやるとするのは、現場の先生たちにとってはモチベーションの維持が難しい部分もあるようです。

県立の施設でもあり、こうした千葉県こども病院の特殊性を理解しながら、県内の新生児医療体制を考える必要があり、同院は未来の千葉県の小児・新生児医療におけるキーポイントと書かせていただきました。

これはおまけになりますが、NICUの病床数あたりの医師数で隣の県を見てみると、東京・茨城・神奈川はかなり多いというような状況になっています。一概に「じゃあそこから持ってきてほしい」ということは言えませんが、千葉県の中だけを見てもしょうがなく、あるいは当直業務を依頼する先ということだけでも、隣の状況にも目を向けていく必要があるのではないかと考えています。

### 講義編後半まとめ 新生児科医療の現状と改善案

- ①千葉県の新生児科医師のおかれた状況は厳しく、NICU病床あたりの常勤医師数は全国最下位である。
- ②NICUの特性上、当直時間は全て勤務時間と見做すほかなく、働き方改革の影響を最も大きく受ける診療科と言える。
- ③千葉県内のNICUは偏在しているが、一方では集約化が進んでいるとみることも出来る。
- ④千葉県こども病院の存在は千葉県の小児・新生児医療における極めて重要なファクターと考えるべきである。

以上を簡単にまとめますと、千葉県のNICU病床あたりの新生児科常勤医師数は全国最下位。当直時間は全て勤務時間ですので新生児

講義内容⑫

科は働き方改革の影響をもろに受ける。千葉県の現状が偏在なのか集約化なのかというところですが、ここは議論のあるところかと思いますが、千葉県こども病院の存在は重要なファクターであろうということを書かせていただきました。



## グループワーク① 産科医療「X市をどうする??」

## ケースの概要:

産婦人科医療の過疎地域 X 市は以下に状況にあります。

- 人口は約 3 万人と少ない。
- X 市での出産は年間 200 件程、月 20 件以下。
- 市内には A 開業医院があるが、経営はかつかつ。院長は高齢化しており、閉院も検討中。
- X 市の財政は厳しく、産科医療への追加投資は困難。
- 隣市・総合病院は X 市内から車で 30 分の距離にあり。
- X 市へは産婦人科・小児科医の勤務希望者は少ない。

## この状況では、誰が困っているだろうか?

X 市の産科の状況について、各関係者はどんな行動、対策をしたらいいか? 考えてみよう。

1. 都道府県: 本庁・保健所
2. X 市役所: 担当部署・保健師
3. A 開業医院の医師
4. 隣市・総合病院: 病院の取り組み・医師
5. X 市内の産婦人科以外の医療機関・医師
6. 近隣の大学医局
7. X 市の住民
8. 学校教師・養護教諭 その他、挙げてみよう

## 各々はどのように具体的に行動したらよいか??

## 参加者の回答

## 1. 都道府県: 本庁・保健所

- 緊急搬送のための交通インフラを確保する
- 県内の同様の市町村・数・分布を把握
- 市民に状況を理解してもらう
- 医療機関の集約化
- 総合病院への補助 (お金・人)
- どうか医師数増

## 2. X 市役所: 担当部署・保健師

- X 市役所: 隣市の産科医との情報共有
- 交通の整備に予算を組み入れよう
- 受診のため交通手段の確保
- 交通費の補助
- 子育て支援を充実
- 市民に状況を理解してもらう
- 市役所・保健師 定期的な協議会 情報交換
- 住民への啓発
- 住民へのサービス
- 妊婦健診の支援
- 保健師の 1 ヶ月からの訪問
- 隣市・総合病院と分娩体制の調整

## 3. A 開業医院の医師

- 院長は産科継続のめどを行政・隣市の病院に示す
- 開業医の休める体制づくり
- 検診 (定期)
- 自分の体調管理などにつとめる
- 妊婦健診 産後ケア
- 分娩は休止し健診に特化する
- 若い医師への譲渡
- 隣市・総合病院との連携

## 4. 隣市・総合病院: 病院の取り組み・医師

- ICT 活用し診療情報を共有
- X 市 A 先生と連携
- X 市の分娩を受け入れ
- X 市民の分娩受け入れ
- 受け入れ体制 (医師数↑、看護師↑) を整える
- 総合病院としては周辺地域までカバーしていることを理解
- ハイリスク出産を受け入れる

## 参加者の回答

## 5. X 市内の産婦人科以外の医療機関・医師

- 生まれたあとの検診などに対応
- 産科のフォローアップ
- 妊婦対応スキルを身につける

## 6. 近隣の大学医局

- 産科医師を送る
- 総合病院への派遣
- 行政の検診応援

## 7. X 市の住民

- NPO 等産科医療を支える活動
- X 市内で検診を充実
- 検診と出産の Hosp, Dr. 分かれることを理解
- この市では出産できない? 転居しないと夫に相談
- 隣市で出産することに対する理解

## 8. 学校教師・養護教諭

- 児童・生徒への啓蒙教育
- 分娩への教育
- 保護者への啓蒙教育

## グループワーク② 新生児科医療「千葉県をどうする??」

千葉県の新生児科医師不足を解決する、政策的アプローチ・現場での対応にはどんなものがあるか?

1) 検討するために、誰のコメント・意見を集めるべきか? どのような情報を得るべき?

## 参加者の回答

<自治体>

- 県
- 市町村

<医療機関>

- X 市の総合病院
- 大学病院・医局
- 診療所・病院
- 診療科 ・新生児 ・小児科
- 保健所
- こども病院 (千葉県)

<医師>

- A 開業医
- 現場の医師

<コメディカル>

- ソーシャルワーカー
- 看護師

<住民>

- 住民

<得べき情報>

- 大学・病院 NICU の特徴
- どこにどんな NICU があるか
- 若い医師にどんなニーズがあるか
- ex) 総合的にみられる!
- キャリア支援プログラムの工夫

2) 考えられる方策・行動目標をあげよう!

## 参加者の回答

<環境整備>

- X 市総合病院は周産期受け入れ体制整える
- 受け皿の整備

<補助>

- アクセスに対する補助 (スクールバス)
- 補助金

<コミュニケーション>

- アピールに行く
- 自分の興味のあるところだと新生児科医になってもらえる
- 情報共有

<働き方>

- 仕事を減らす
- 小児科医→新生児科医→NICU をみる機会がある

<人材確保>

- 千葉県内の名物医などランドマークが必要
- 東京から (県外から) よんでくる

<人材育成>

- 医療機関で相互に研修

<調査>

- どこかの住民が困っているか調べる
- 医師数からベッド数を計算 ベッド数から必要な病院数を計算

## 解答例

【新生児科医師を増員・配置】

- 労働環境の是正
- 保育施設の充実
- 交代勤務制の導入
- タスクシフティングによる業務量削減
- もっと幅広い視点でのリクルートメント。
- 近隣都道府県からの勧誘?
- インセンティブの付与: 独自の奨学金制度

【少ない新生児科医師・医療機関で提供できる体制】

- 12 病院のさらなる集約化・病床削減の可能性
- 小児科医に代行してもらう



講義内容①

2020年1月28日19:00-20:40  
千葉医療政策公開セミナー入門編  
@千葉大学医学部第2講義室

**第6講前半：救急科医療の課題と対策**

高橋 希 MD, PhD  
千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療医学  
千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター

千葉大学医学部附属病院の救急科・集中治療部に所属している救急科の医師の高橋と申します。

岡田先生と僕が並ぶと、どちらかというと岡田先生のほうが救急医らしくて、僕のほうが小児科医らしく見えるかなと思いますが、実は僕たちは同級生です。

昔で言う救急医＝体力自慢、いわゆる力持ちのような感じではなくても、やはり時代の流れと共に医師の像も変わってきて、僕のようないかにも体力がなさそうな人でも救急をやっているような環境になっています。これからもそういうことが持続可能になればいいと思っています。そういう中で今後、救急医療をどのようにしていったらいいのかということを含めてお話ししたいと思います。

**救急医療と三位一体改革**

2019年を境として2020年までに進めようとしている。地域医療連携の充実

救急医療においては、特に「医師偏在対策」「働き方改革」が重要と考えられる。

第7次医療計画の救急医療分野では、①円滑な受け入れ体制の整備や、急性期治療後の受け手が不足している問題（出口問題）に対するかかりつけ医や介護施設等との連携強化、②救命救急センターの充実段階評価の見直しと救急医療機関の受け入れ実績に基づいた都道府県による指定見直しが行われている（地域医療構想）。

第8次医療計画では、救急医療体制の持続可能性評価のために、救急医療にかかる医師の労働状況やタスクシフトによる救急医療に関わる医師の負担軽減の状況等についての指標を定めることが検討されている（働き方改革）。

先ほど吉村先生のお話の中で三位一体改革の話がありました。この三位一体改革の中で、救急医療ではどの部分がどのように当てはまるかという、特に医師偏在対策及び働き方改革ではないかと思っています。

第7次医療計画の救急医療分野に記載されていることとしては、円滑な受け入れ体制の整備、急性期治療等の受け手が不足している問題、いわゆる出口問題に対するかかりつけ医や介護施設等との連携強化、救命救急センターの充実段階評価の見直しと救急医療機関の受け入れ実績に基づいた都道府県による指定見直しが行われています。

出口問題は救急科に限らずであることで、急性期治療後の行き場がないという問題がまだまだ残っていますので、そういうことに向けた解決策、例えば、パスを作ったり、早く転院できたら加算をしたりするといったことによって少しずつ問題を解決を図ろうというものです。

これらの地域医療構想の他、第8次医療計画では、救急医療体制の持続可能性評価のために救急医療に係る医師の労働状況やタスクシフトによる救急医療に関わる医師の負担軽減の状況等についての指標を定めることが現在、検討されています。いわゆる働き方改革で、救急医療においても若くて元気があるうちならいいけれども、年齢を重ねると厳しくなってドロップアウトするしかなくなることを防ぐためにいろいろと対策が考えられています。

**千葉県保健医療計画**

現状と課題  
・傷病者の搬送・受入の円滑化が重要  
・AED使用率が低い  
・救急搬送件数の増加  
・救急搬送経路の長所短所  
・症状の程度に応じた救急医療体制が必要

主な取組  
・メディカルコントロール体制の強化  
・応急処置に関する知識・技術の普及  
・救急車適正利用の啓発、救急医療情報の提供  
・救急医療体制の整備・機能充実

・メディカルコントロール体制の強化  
「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の運用と見直しによって適切な医療機関への搬送を目指す

・循環型地域医療連携システムの構築  
一次救急医療機関→二次→三次に必要に応じて速やかに移行し機能分担と連携の明確化を図る

・救急医療体制の推進  
二次救急医療では病院種番制に参加している救急病院や診療所の設備整備などを行う。三次救急医療では救命救急センターの設置等の検討を行う

これを県に下ろしてくると、千葉県保健医療計画で今のところ当てはまるのは、地域医療構想の部分ですから、メディカルコントロール体制の強化や救急車の適正利用の啓発、救急医療情報の提供、救急医療体制の整備や機能充実が当てはまるかと思っています。

千葉県ではメディカルコントロール体制の強化として、傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準の運用と見直しによって適切な医療機関への搬送を目指しています。例えば、重症患者というのは、こういう疾患が疑われる患者など、いろいろな疾患名などを定めて、その患者をどのような医療機関に運ぶべきかを細かく設定して、それをその都度、会議を開いてブラッシュアップすることで、より適切に医療機関に運べるようなメディカルコントロール体制の強化を現在行っているかと思っています。

循環型地域医療連携システムは、いきなり三次医療機関を受診するのではなく、一次医療機関、救急医療機関、二次医療機関という順番で診察し、より高度な医療が必要となった時に段階を踏めるように機能分担と連携の明確化を図っています。

また千葉県では救急医療体制の推進として病院種番制などを行っています。この疾患であればこの病院、この日はこの病院といったように機能を分担することで分散して対策を行っています。

**救急医療とは**

救急業務と救急患者（消防法（昭和23年法律第186号）第2条第9項より）  
救急業務とは災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故又は法令で定める場合における災害による事故等に準ずる事故その他の事由で法令で定めるものによる傷病者のうち、医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によって、医療機関その他の場所に搬送すること。

救急患者とは、通常の診療時間外の傷病者及び緊急に医療を必要とする傷病者をいい、これらの救急患者に対し、医療を提供する医療機関を救急医療機関という。

まずは地域医療構想についてということについてお話しします。まず救急医療とは何かということになりますが、救急業務と救急患者について法律の文章を見ると、救急業務とは災害により生じた云々と書いてあります。医療機関、その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを搬送すること。この文章からすると、救急患者とは通常の診療時間外の傷病者及び緊急に医療を必要とする傷病者を指すと思います。「緊急に医療を必要とする」というところが救急の肝になる部分です。逆に言えば、緊急に医療を要さないものが救急患者として搬送されるということはいかに効率よく整理していくかが重要な1つの点ではないかと考えます。

講義内容②



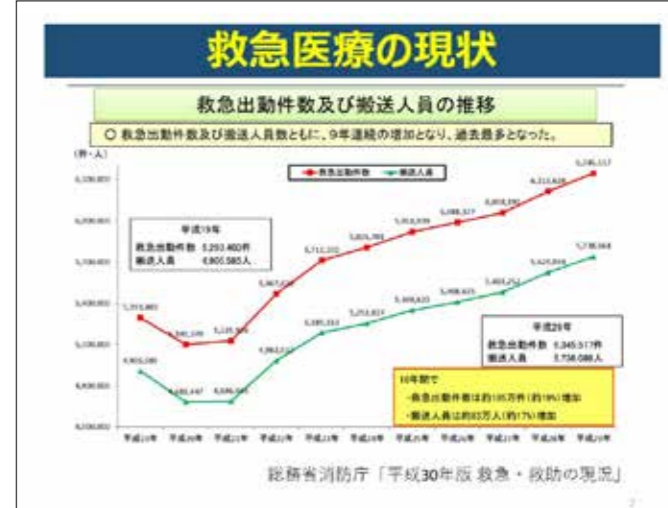
実際の救急医療体制については、救急に関わっている方はよくご存じだと思いますが、そうでなくても、救急というのは救急医だけで成り立っているものではないということをご存じだと思います。初期救急医療から入院を要する救急医療、さらに救命救急医療、第三次救急医療という3段階のステップを踏みます。特に第三次救急医療機関では重篤な救急患者を24時間体制で受け入れられるということが条件となっています。

千葉県の場合は、13病院が第三次救急医療機関に当てはまり、その他に第二次救急医療機関としては149救急病院、救急診療所が当てはまっています。

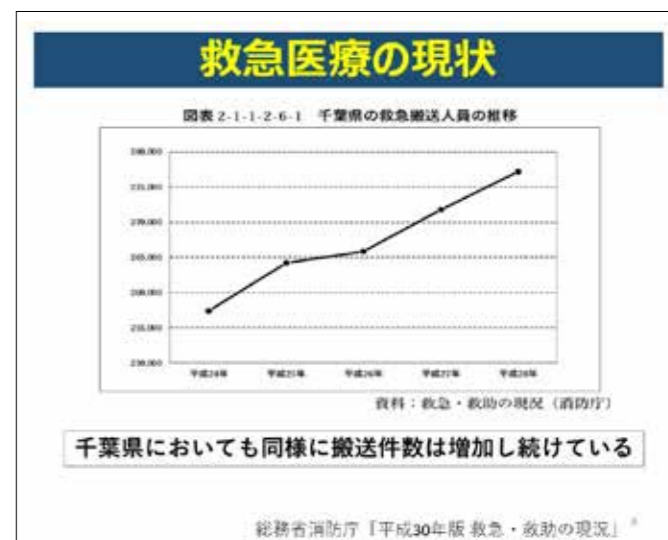


実際、どのように地域に位置しているかということ、今、ここに図示しましたが、二次医療圏ごとに1つ、人口の多いところでは2つの救命救急センターが配置されています。救命救急センターはいずれも形骸化せず、患者をよく診察、診療し、高度な救急医療を行っている病院が並んでいます。

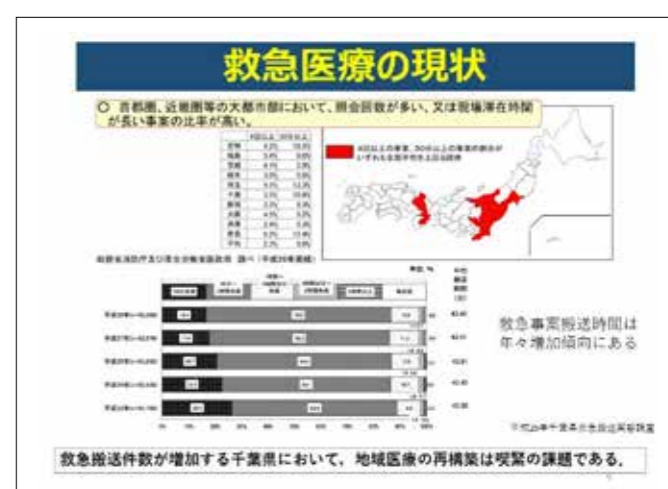
地域の偏在ということでは、多少の偏在はありますが、遠くで眺めてみるとそれぞれある程度分散して成り立っていると思います。少し気になるのは東千葉メディカルセンターと亀田総合病院の間が少し空いていることです。公立長生病院の救急医療も頑張っているのですが、ちょうど間あたりで救急医療患者が発生した場合には搬送に時間が掛かると思います。ただ、大まかに見ると大体偏在なく位置しているのではないかと思います。



最近、救急車のお尻の部分に「救急車の適正利用をお願いします」と書いてあるのを見たことがある方もいらっしゃると思います。やはり年々救急搬送患者は増えています。



これは千葉県においても同様で、千葉県でも例外なく救急医療患者、救急搬送患者は増えています。主に高齢者が増えているということも特徴の一つではありません。



そして救急医療の現状としては、首都圏や近畿圏などの大都市圏において照会回数が多い、または現場滞在時間が長い事案の比率が高いと記載されています。4回以上病院交渉を行った、もしくは30分以上の現場滞在時間の割合がいずれも全国平均を上回る団体ということにチーバクんの横顔が入り込んできています。4回以上の割合を見







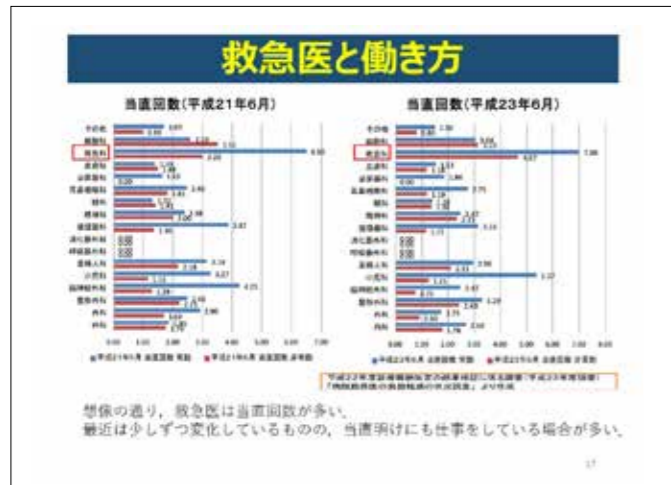
### 第6回医療政策セミナー

## 講義内容⑤

時間ということを行っているのかなど。今思えばそういうことは全く分からずに、24時という言葉にインパクトを受けて、ああ、かっこいいなと思って見ていました。僕は明らかに体力がなくて、進藤先生とは明らかに違います。そういう医師がだんだん増えてくる中で、女性を含めていろいろな人が働ける職場でなければならないというのは、この10年ですごく言われてきたところです。

これらご存じの方がいるかもしれませんが、「救命棟24時」の進藤先生は、みんなを働かせたというわけではありませんが、救急車は全部受けるといったことを言うわけです。その時代はかっこよかったです。僕は憧れました。でも、今の時代は全部受けなくて、きちんとトリアージして適切な医療機関に運んでくださいということになります。

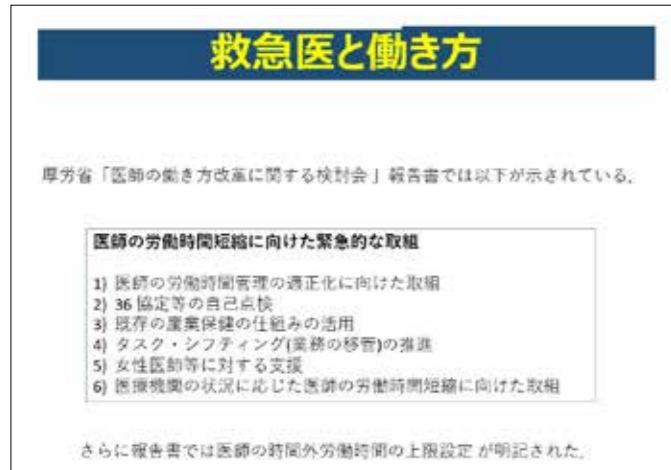
過労強要とまではいきませんが、そういうところで一度、追い出されたことがあります。これは時代の流れだと思えます。やはり救急医は身を粉にして、生活を犠牲にして働けという時代ではないと思います。



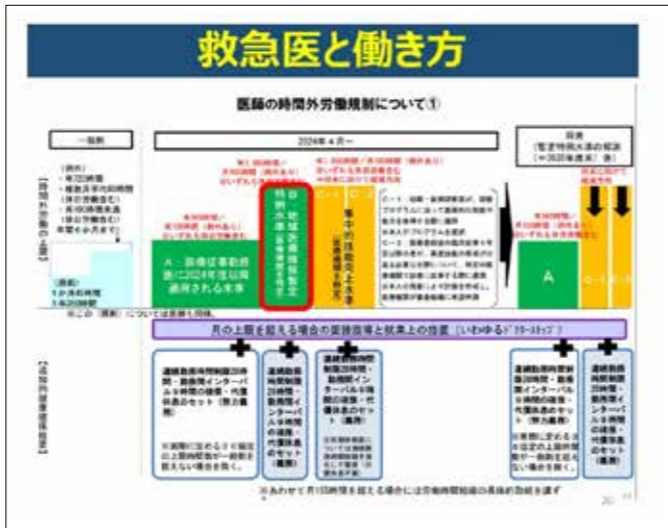
実際に、救急医の働き方を見てみましょう。一番怪しいのは消化器外科と呼吸器外科で、0と書いてあります。これは何かよく分かりませんが、そこではなくて、少し上を見ていくと救急科というところがあって、こちらが着目ポイントです。この0はそういう雰囲気を感じますよね。

ある意味、救急科はそれが本職ではありますが、少し古い資料になりますが、一般的に当直が月6〜7回あるということです。これは全体をならしたもので、若い人は10回、12回とあるのではないかと思います。まだまだ救急医の当直回数は実際には多いと、それがいいか悪いかは別として多いということです。

最近では当直明けに帰ることができるということをアピールをすることもあります。実際に当直明けに帰れるところも多いのですが、そんなにきれいさっぱり当直明けに業務がなくなるわけではありません。当直中に来た患者さんの仕事があるので、なかなかすぐには帰れず、当直明けも仕事をしていることが多いのが現状かなと思います。

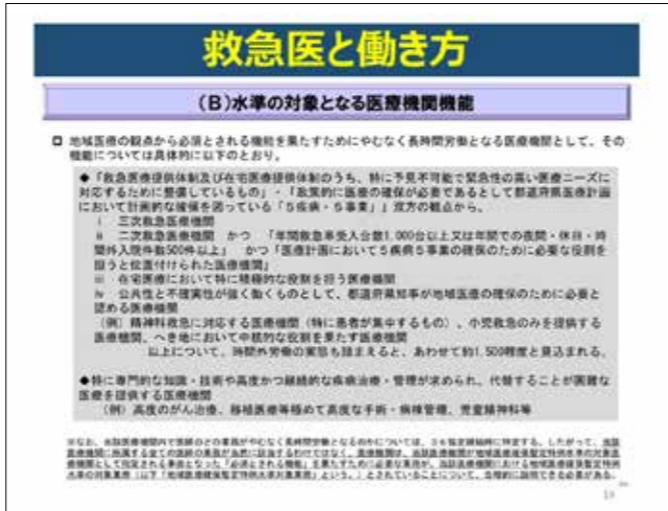


これも救急に限りませんので、皆さんすでに知っていることかもしれませんが、労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みが行われています。ざっと示した通りです。ここでは詳しく述べませんが、



ポイントは具体的な医師の時間外労働規制について、いろいろと定まってきたということです。

2024年の4月の部分ですが、そこまでは労働時間の規定、いわゆる36協定に従った部分ですが、働き方改革が施行されるにあたり、やはり現実的に法律違反として罰則のない範囲で働こうとすると、どうしても間に合わない部分があると。すぐにそこまで移行できないということで、いわゆる特例的なかたちで各水準が設けられています。最終的にはA水準と言われている年960時間までの時間外労働にしたいのですが、特殊な場合によってはB水準、C水準というものを設けて、時間外がオーバーしても条件付きで許容しますよということになっています。これは前回の講義を受けた方はご存じだと思います。



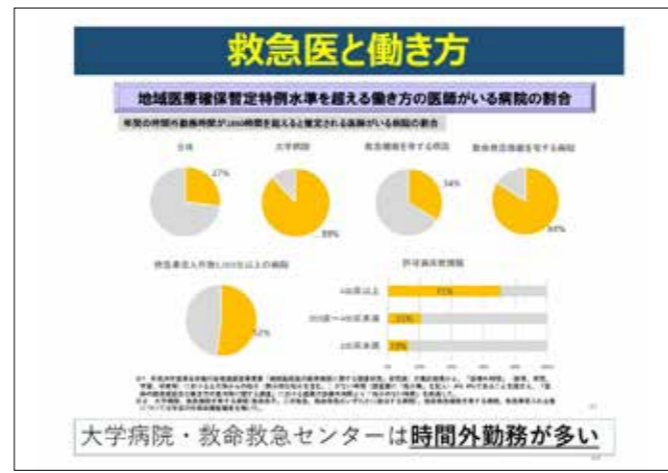
救急医はどれに当てはまるかというと、恐らくB水準になると思います。ここに実際に書いてあります。B水準に当てはまる医療機関機能というところに二次救急医療機関、二次救急医療機関、かつたくさん救急車を受け入れているところと書いてありますので、われわれ救急医の多くはB水準になるのではないかなと思います。

### 第6回医療政策セミナー

## 講義内容⑥



B水準は年1,860時間以下の時間外労働、インターバルを9時間設けたり、連続勤務時間を28時間にしたりしなければならないことになっています。つまり直明けに働いてはいけないということです。これに向けて、今、世の中の救急医療機関では働き方を整理し、しっかりとこれに従えるような体制構築をしているところかと思えます。千葉大学の救急科でも全く同様で、これを踏まえて勤務態勢の見直しをして、しっかりと時間を見えるようにしています。今までのように何となく残業して誰も申告しないということのないようにしているということです。



救急医は具体的にはどこにいるかというと、大学病院と救命救急機能を持つ病院に多くいます。そこでたくさん残業しているということは想像通りですが、



もう一つポイントなのは、たくさん救急車を受けているところに長時間勤務を行う医師の割合が多いということです。つまり救急医療患者を多く受けるほど、勤務時間が増えるということになります。



つまり労働力と救急医師の数のバランスが崩れていると。たくさん救急車を受ければ受けるほど時間も増えていって、人も少ないという、やはりバランスが崩れていることがポイントになるかなと思います。そういう意味では、医師の配置も働き方改革の上で大きなポイントになっていくのかなと思います。これは現在、救急医がどのように働いているかという一例を示したものです。これはとある20年数年目の救急医の1月の勤務表です。僕ではありません。これはお正月です。

この先生は1月1日と1月5日しか休みがありません。「代」と書いてあるのは代勤で、ABは日当直です。日当直の明けは学生の教育や会議があるので、大体、常にいるわけですが、これを見るとずっと休みがありません。驚くことに、「先生、今月全然休みないじゃないですか」と言うと、「あ、本当だ」と言うわけです。あんまり忙しくて、2日しか休みがないことに気付かなかったということです。もともとワーカホリックなかもしれません。

日中の会議があまりにも多くて、日中に終わらない業務は深夜まで残って行くこともある。しかも、時間外労働を申告したことがないということでした。

救急医は時間外労働してなんぼという精神が、ひょっとしたらどこにあるのかもしれません。ただ、今の時代、そういうことは許されないわけはありませんが、誰かがこういうことを行うことで、道連れのしなやかさやいけなさがなくなることもあると思います。ですから、こういうことはしっかりと問題点を洗い出すと。まず労務について、言いは悪いですが、自分がどう働いているか自己管理ができていません。休日が2日しかないことにすら気付いていないわけです。しかもこの労務を作った担当者は、先生が学会をたくさん入れたせいでA勤務に入れたかったのに入れられなかったの、2月に負債が回ってますよと言うわけです。むちゃくちゃです。

教育、災害活動、医局の啓発活動など、いろいろ行っているわけですが、勤務としては全くカウントされません。それはもう勝手にやっている。そうすると実労働に見合う給料が生じず、外勤は削れなくなります。









### 第6回医療政策セミナー

## 講義内容⑨

千葉県保健医療計画（平成30年度～平成35年度）  
「小児科医療」冒頭より

**施策の現状・課題**

我が国は、新生児死亡率が世界一低い一方で、**1歳から4歳の小児の死亡率は相対的に高い傾向**にあります。千葉県でも、死亡率は千対で0.59人となっており、**小児救急患者の救命率向上が求められています。**

→本当に小児救急医療の問題なのだろうか？

これは行政官の方と医師とのインタラクションといった会ですから、新生児科に引き続き、千葉県の保健医療計画を最初に取り上げました。「小児科医療」の項の冒頭部分を読みますと、施策の現状と課題、が書いてあります。「わが国は新生児死亡率が世界一低い一方で」とあります。これは前回取り上げた内容です。続いて、「1歳から4歳の小児の死亡率は相対的に高い傾向」にあります。千葉県でも死亡率は千対で0.59となっており、小児救急患者の救命率向上が求められています」と書いてあります。

恐らくですが、ここにいる小児科医は誰もこの記述に納得しないと思います。世界の中で日本の乳幼児の死亡率が高いことがあろうかと。仮にそうだとすると、それは小児救急の問題なのかも分からないな、と悪い、いろいろなデータにあたってみました。



これはユニセフの「世界子ども白書」の2017年のデータですが、5歳未満児の死亡率で、成績のよい新生児も入ってしまっていますが、



日本は192位です。1,000人に2人の死亡で最下位に近い、一番良いと言っていい数字です。

そうすると、一体このデータを持ってきたのかなと思うのですが、これは一旦横に置くとして、それが小児救急患者の問題なのか、という視点でこのことをみることにしてみます。乳幼児死因の内訳を見ましょう。



乳児死亡、すなわち0歳児の主な死因の構成割合では、「先天奇形及び染色体異常」が特に多い。1～4歳児の死因もやはり1位は先天奇形で、2位は不慮の事故、3位にがんが入ってきます。少なくとも救急レベルでどうすればいいんですかというような死因なわけですが、つまり、仮に我が国の乳幼児の死亡率が高いということが本当たとしても、小児救急の問題ではないだろうということが分かります。

これは保健医療計画を作った方々を叩こうとかいうことではなくて、小児科医と話せば「それはおかしい」ということがすぐに分かるということの一例で、こういった会で行政官の方と現場の医師が対話していくことの大事さを示しているわけです。

千葉県保健医療計画（平成30年度～平成35年度）  
「小児科医療」

**施策の評価指標**

指標名	現状	目標
救急相談件数（小児科） （15歳未満人口10万対）	45.9 （平成28年度）	37 （平成34年度）
小児救急電話相談件数	31.3 （平成28年度）	25.0 （平成34年度）

指標名	現状（平成28年）	目標（平成34年）
5歳未満児死亡率*	0.59	減少
悪性新生物（5歳未満）死亡率*	0.39	減少
5歳（15歳未満）小児死亡率	0.24	減少

5-14歳死因第1位 悪性新生物…

**死亡率の改善は、施策の評価指標としては不適？**

さらに保健医療計画を見ていくと、「施策の評価指標」というのがあって、これは「こういったことをやっていくことで、こういったアウトカムを得よう」というものです。上の「基盤」を見ると、小児科の医療施設従事者数を増やします、小児の救急電話相談件数を増やしますという第1の目標があって、それによってどういった結果に期待するかというと、乳児死亡率だとか乳幼児死亡率、小児の死亡率が良くなってほしいということなのですが、そもそもこの「基盤」と「成果」がつながりません。

先ほど5歳未満までの死因の上位を見ましたが、さらに小児全体というところになると、5歳～14歳の死因の第1位は悪性新生物で、それは医師が増えたから良くなるというものでもなくて、なかなか難しい。ここには死亡率しか挙がっていませんが、現代日本で小児科の医療の質を評価する指標として、死亡率の改善というのは不適です。

### 第6回医療政策セミナー

## 講義内容⑩

**千葉県内の小児医療体制**

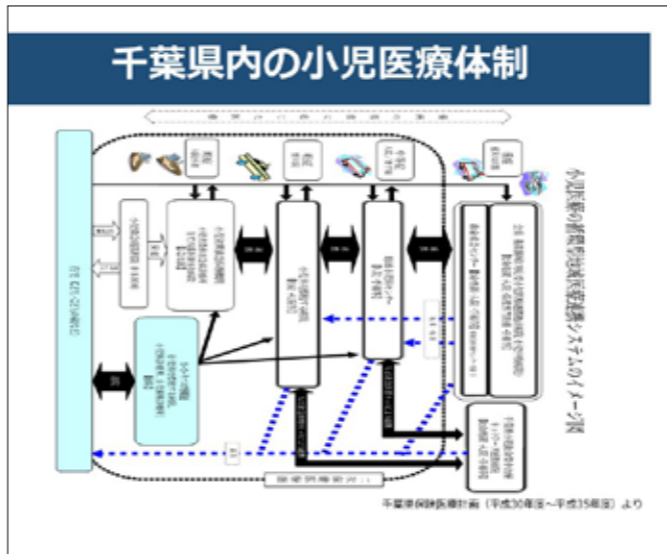
- 山武長生いすみ地域  
小児の入院施設に乏しい  
深夜に受診できる施設はほぼない
- 初期から三次までの救急医療体制??  
→小児科医にこの意識は希薄?

特に23時以降は山武地域の救急受診はかなり遠くまで…

千葉県保健医療計画（平成30年度～平成35年度）より

話は変わって、具体的に千葉県内の小児医療体制に移ります。地図にはいわゆる小児中核施設を示していますが、山武・長生・いすみ地域に関しては、小児の入院施設は乏しい。全くないわけではありませんが、夜間に受診できる施設はほとんどありません。特に深夜23時以降は完全にないと言ってよくて、千葉市の夜休診に来ているなど、場所によりますが、他の圏域に行くしかなくて、かなり遠い距離を行っているケースも多いです。ただし、その時間帯に果たしてどのぐらいの人たちが本当に受診する必要があるかということは、また別問題ではありますが。

初期から三次までの救急医療体制は、先ほど救急医の先生の話がありましたので、つながるかなと思いますが、小児科医にこの意識は多分希薄ではないかと思っています。現に、二次救急、三次救急という言葉を私も初期研修以来何年も使っていません。



これは保健医療計画に載っている図で、千葉県の考える小児救急の循環型地域医療連携システムということなんです。

先日、千葉大学の小児科の先生にヒアリングに行った時にこれをお見せしたのですが、「はて？」という反応でした。

この図の言わんとするところは大人とほとんど一緒で、軽い人は外来、夜休診に行っねと。もうちょっと重い人は二次救急に入院してねということになっていますが、なかなかこうはいきません。

**小児医療の特殊性**

- 入院は「緊急」ばかり  
空いているときは空いている  
大学病院でも通常の肺炎・胃腸炎等の入院を受けることも  
中核病院はかかりつけの医療的ケア児のために空床が必要？  
「小児科は稼働率低いから病床も医師数もカット！」
- 急性期疾患がとにかく多い 循環型??
- 小児科のなかでも専門に分化「サブスペシャリティ」  
千葉大では7つの専門班が存在  
「〇〇疾患の人なんて年に数人しか入院しない、人員削減！」

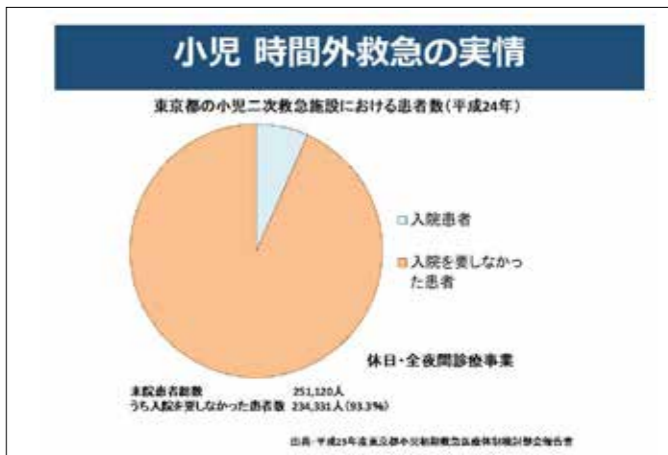
なぜかという、小児医療というのがなかなか特殊な領域で、入院はほとんどが緊急です。予定入院も全くなくはないのですが、ほとんどが急病での入院です。予定入院を組めない都合上、どこで施設でも空いている時があります。

つまり、大学病院でも病床ががらがないので、通常の肺炎や胃腸炎を受けることがあるということです。大人の科だと通常、こういうことは起こらないと思います。一方で、大学を含む中核病院は、重い基礎疾患がある方、医療的ケア児と呼ばれている方、具合が悪くなりやすい人と言ってもいいかもしれませんが、そういったかかりつけ患者さんが体調を崩された場合の行き場として少し空床がないと困るなどといった意識も当直医にはあります。そのようにしていると、小児科は稼働率が低いから病床も医師数もカットと病院から言われて、給料が減ってしまうことも少なくないです。

さらに、急性期疾患がとにかく多くて、緊急入院が必要だけれども、あとを引くわけではない、その時でおしまいというケースがたくさんあって、循環型というか、地域に返すとはなんぞやみたいなのところもあるわけです。

小児医療の特殊性ということで、また別のファクターがあります。小児科の中でもさらに専門分野に分かれていて、そういうものをサブスペシャリティと言います。たとえば私は小児科の中では血液とがんを専門にしていますが、千葉大小児科には7つ専門班が存在しています。1つの科の中でそれだけの専門の人たちを割り振らなければならないというか、それだけの人員を確保しなければいけないのですが、その専門の病気の人が年じゅういるわけではありません。年に数人程度しか県内で患者さんが発生しない、例えば、すごく重症な心臓の病気、とかになると、そのために専門家は絶対に必要なだけけれど、病院的にはそれが見えないのでやっぱり小児科は人を減らすよといったことを言われてしまう構造があります。

また、スライドには出していませんが、働き方改革ということに関連して一つ追加するならば、内科の当直は大人のいろいろな科の先生が順番にやっているわけですが、小児科の場合は小児科の人員の中で365日を回さなければならないというのが人員的に問題になるところが特殊かなと思います。





講義内容⑪

小児救急ということでテーマをもらっていますので、小児の時間外救急に話を移そうと思います。これは平成24年の東京都の調査で、軽症患者、つまり入院を要しなかった患者が9割を超えていると言いますが、この解釈にも注意が必要です。保健医療計画にも救急車を呼んでいるのも軽症が多いといったことが書いてありますが、例えば、止まっている熱性けいれんを受けて、救急搬送表に当直医が何に丸を付けるかという、軽症に丸を付ける可能性も結構あります。しかし、初回の熱性けいれんは、普通の感覚として、救急車を呼ぶと思います。小児の場合は、軽症だけど救急車を呼んでもいいよといったケースが実はあつたりします。

まとまりのない内容になってしまい申しわけありませんでしたが、一応、政策分野と関係ありそうな小児科の問題点を挙げてみました。以上です。

### 小児の疾病構造の変化

1. 気管支喘息のコントロールがよくなった (←吸入ステロイド etc.)
2. 重症感染症の激減 (←ヒブワクチン・肺炎球菌ワクチン etc.)
3. 医療的ケア児の増加

小児の在宅医療はまだハードルが高い

小児科医の体感としては…  
 入院は減ったような気がするが、  
 手のかかる人・入院が長くなる人が増えた？

今後具体的なデータを用いた裏付けが必要

また話が変わりますが、小児医療政策を考えるうえで、小児の疾病行動の変化も無視できない点です。1はよく言われるところで、気管支喘息はコントロールが良くなった、つまり予防薬が良くなったので入院がかなり減っています。一応、データとしても持っていますが、全国のデータが少し古かったので、いずれ何らかの形で出せればなと思っています。

あとはワクチンのおかげもあって重症感染症が激減し、昔と診る病気が変わってきています。前回お話しした新生児科とも関連しますが、新生児のハイリスク児が助かるようになったとか、あるいは他の領域の重い疾患を抱えたお子さんが生きられるようになったというようなところを含めて、医療的ケア児が増えているということはよく言われているところではあります。医療的ケア児は、風邪を引いただけで入院になってしまうようなこともありますので、こういった人たちが増えつつ、1、2に関連した患者さんが減っていく。バランスとしては、県のデータでは子どもの数の減り方と同じペースでしか入院数は減っていないということのようです。小児科医の体感としては、入院は減ったような気がしますが、手の掛かる人や入院が長くなる人が増えたかなということで、今後、具体的なデータを用いて裏付けていきたいと思っています。

医療的ケア児が登場しましたのでそれに関連して。医療的ケア児は増えたけれども、小児の在宅医療はまだハードルが高いです。いわゆる重症心身障害児を診てくださるところは増えてきましたが、私が専門にしているがんの人を診ていただけるところとなるとほとんどありません。ですから、うちに帰りたいと言われてもなかなか難しいような現状もあります。

### 講義後半まとめ 小児科医療の現状

- ① 小児科医療の施策の評価指標として死亡率（の改善）はもはや不適。
- ② 山武長生いすみ地区の夜間救急体制については検討の余地がある。
- ③ #8000など、そもそもの救急受診を減らす施策は必要である。
- ④ 小児医療は成人型の初期～二次の救急医療体制に似てにくい。
- ⑤ 小児科患者（特に入院）の疾病構造の変化も影響し、いわゆる病棟稼働率では小児科医のアクティビティーは計れない。
- ⑥ 小児科の中でさらにサブスペシャリティーを有する医師の重要性。
- ⑦ 医療的ケア児の増加に対応すべく小児の在宅医療の充実が望まれる。



## グループワーク① 千葉県の救急医療

1) 千葉県の救急医療を改善するために、どのような医療機関と医師の配置をするのが良いか？

### 参加者の回答

- <人材>
- 派遣先の確保 (①大学、②民間、③公募)
  - 医師を派遣できないか
  - 人員配置
  - 施設だけでなく地域で (医師配置)
  - 適切な報酬の設定
  - 医師の集約化
  - 医師の配置→救急病院の医師の集約等
  - 救急医がいるところの拠点化 見える化
- <医療機関の役割>
- 3次2次1次役割の明確化
  - 医師数を救急車の受入数で配分
  - 二次医療機関の増加
  - 二次医療機関の輪番医の確認
  - 二次救急機関の明確化
  - 救急の後の受け入れ強化
  - 公立病院の救急の強化→給料が保証されているので
  - 大学病院の3次医療機関化
- <働き方>
- 遠隔地診療
  - 開業医は自分が診ている患者は TEL を受ける報酬付き
  - 核となる中枢救急病院とプランチ病院との遠隔医療
  - 専門家ごとの輪番制度の確立  
例：東葛北部 消化管出血 GIB ネットワーク
- <医療資源の再配置>
- 救急車の搬送時間で医療機関を配置
  - 人口分布に応じた医療機関の配置
- <援助>
- 大学病院からの応援
- <整備>
- 道路整備
  - どこに運べばよいかわかるシステム
  - 肺炎 めまい等専門医でなくても診られる体制
  - 分業がわかるシステム構築
  - 救急医の充足。数は？
- <住民の医療のかかり方>
- 一次医療機関にかかってもらう意識改革
  - 一次医療機関の有効活用
  - 医療圏の設定は適切か？
  - 受け入れ病院の確保
  - 搬送件数減らす
  - 住民の意識を高める
  - 地域への教育
  - ワクチンで防げる病気はワクチンで ワクチン推進
  - 国民の意識改革 企業・個人ともに
- <調査>
- 需要予測の高度化
  - 絶対的な必要救急医師数を割り出す→各医療機関の適正数を決める
- <その他>
- 小児医療→少子化対策

### 解答例

- 年間 1000 例以上および 2000 例以上の救急搬送を受け入れる二次救急医療機関を指定機関として補助し、特に夜間休日は一時受け入れを行い、平日日中に分散する受け入れシステムを確立する。
- 救急専門医をこれらの二次救急医療機関に夜間休日を中心に配置する。

2) 救急医の労働環境を整え持続可能な勤務にするために、地域や各医療機関に対してどのような啓発が必要か？

### 参加者の回答

- <地域>
- かかりつけ医を持つ
  - 成人の電話医療相談の窓口の周知 患者にたいして
  - どんな症状が出たらどうすればよいか事前の説明
  - 患者に対してオンライン診療の理解の周知
- <各医療機関>
- ICT の活用による時間削減
  - 65 - 75 才医師は 2024 年以降は日中補助医師
  - 65 歳以上の医師が働く
  - 医師報酬の改善 (特に私大・国立)
  - 医師に対して時間外業務のマネジメント周知
  - 患者指導も医師もちゃんとする
  - 救急医以外の医師の教育？啓蒙？
  - 救急車搬送を償還払い
  - 救急車を呼ぶ前に考えよう
  - 勤務管理→だれが？勤務表・超勤管理
  - 広域で巡回診療
  - 自身は働き方への気付き
  - 診療報酬の改定 (小児科医)
  - 内科医と小児科医のコラボ
  - ハイリスクな方への訪問診療の導入
  - 働き方改革！医師・看護師→医療クラーク導入
  - 必要時間以上勤務する医師に罰則
  - 必要な病院のみに医師を集約させるより各医療機関が連携する

### 解答例

- 地域住民への啓蒙：夜間休日の検査は最低限、薬かは数日分のみの処方、日中に再度受診する必要。
- 非救急対応医療機関：かかりつけ患者に対して、救急医療機関受診の適切な使用を普段から啓蒙する。

## グループワーク② 小児科医療 小児科医療の施策評価に適した指標は？

・小児科医療の施策の評価指標としてどのようなものが考えられるか？

<ヒント！>  
何をした？：基盤 (ストラクチャー)・過程 (プロセス)

### 参加者の回答

- <医療機関>
- 行政等による勤務条件のマッチング窓口→診療所 病院
  - 非常勤の組み合わせで働きやすい施設増やす
- <予防医療 (ワクチン) >
- 予防接種率をすべて補助
- <検診>
- 検診受診率向上のため連絡 (TEL 等) 窓口設置
- <教育>
- 内科医教育
- <研修医>
- 研修医が県内で学び合える環境
  - 研修医の確保
  - 教育病院の充実
- <人材>
- かかりつけ医 (日中)
  - サブスペ毎の人数 (専門分野 集約化 指示)
  - 小児在宅医→施設 診療件数
  - 小児医師数：専門性に分けて配置されている
  - 適切な診療報酬の設定
- <子ども>
- 出生数→15才まで どのくらい県内でカバーできたか
  - 長期入院患者の減少
  - 親の教育
  - 学校教育
- <その他>
- 占床率では評価しない
  - 死亡率でない指標をあげる

<ヒント！>  
どうなった？：成果 (アウトカム) など

### 参加者の回答

- <予防医療 (ワクチン) >
- 予防接種率 100%を目指す
  - 疾患減少→小児科医療コスト減
  - 軽症例の症例 減少
- <健康>
- 健診受診率 100%を目指す
  - 幼児の検診の見直し
- <夜間受診>
- 夜間受診率 減少
  - 夜間受入数
- <入院>
- 入院治療率 減少
  - 入院期間→医療コスト減少
  - 医療的ケア児の入院期間
- <小児科医>
- 小児科医 増加
  - 小児かかりつけ医 100%
  - 小児科医の離職率
  - 小児科医師の働きやすさ→時間外勤務時間の減少
  - 小児科受診までの移動距離・時間の短縮
  - 小児がん治療成績の開示
  - 15歳未満人口比で小児科志望医師の増加
  - 専門医の配置
  - 地域偏在 小児のみれる総合医
- <救急>
- 救急受診率の減少
  - 救急車の搬送依頼 病院数
  - 適切な救急車の使用
- <子ども>
- 三次救急への受診者の内訳
  - 不登校率 (小児:健全に育つ)
  - 学校の病欠日数
  - 全体の小児人口
- <患者>
- 外来受診者数
  - 在宅でのコントロール数
  - 重症児の満足度
- <住民>
- 県：小児人口の増加 (ないし減少幅) →政策がうまくいっている証拠
  - 出生率の向上

### 解答例

【小児医療に関する指標の例】「第7次医療計画中間見直し」より

#### 地域・相談支援、一般小児医療等

- 子ども医療電話相談 (# 8000) の回線数・相談件数
- 小児科を標ぼうする病院・診療所・歯科診療所数
- 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数
- 小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数
- 小児在宅人口呼吸器患者数
- 小児の訪問診療を受けた患者数
  - 小児の訪問看護利用者数
- 小児人口あたり時間外外来受診回数
- 災害時小児周産期リエゾン任命者数

#### 小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院

- 子設置施設数・病床数 (PICU)
- 医療機関別小児科医師数
- 夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数
- 小児のかかりつけ医受診率
- 救急入院患者数
- 緊急気管挿管を要した患者数
- 新生児県内搬送数・搬送率
- 小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数
- 特別児童・障害児福祉手当、18歳未満身体障害者手帳数
- 乳児死亡率
- 幼児・小児死亡率 (死亡原因、発生場所、死亡場所)



## 「千葉県内医療機関における医師を対象とした医療提供体制の実態調査」について②

### 【その他診療科】5名

岡本美孝	病院長	独立行政法人労働者健康安全機構 千葉労災病院（耳鼻咽喉科）
亀田信介	病院長	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
丸山尚嗣	病院長	船橋市立医療センター
海保隆	病院長	国保直営総合病院 君津中央病院
杉本晃一	統括部長	千葉市立海浜病院（心臓血管外科）

### 【臨床研修医】4名

田村弘樹	臨床研修医	千葉大学医学部附属病院（総合診療科）
奥永一成	臨床研修医	千葉大学医学部附属病院（腎臓内科）
白木秀門	臨床研修医	千葉大学医学部附属病院（救急科）
園部祥子	臨床研修医	千葉大学医学部附属病院（病理）

## 3. 調査結果

### 【産科】

#### （ア）病院全体について

- 提供中の医療機能について
  - 分娩数が少なく、ハイリスク分娩を十分診ない医療機関が存在するので、質の向上のために集約すべきである

- 貴院が地域で果たしていく役割のために目指している医療機能・医療内容について
  - 医療提供体制は現状維持をしながら、医療者の育成・教育面の強化が必要である
  - 産科医が不足している地域であるため病院と診療所間での人的交流が必要であるが、連携は不十分であり分娩以外の分野も広げていかなければならない状況である

- 千葉県保健医療計画について本計画に沿った医療提供体制の整備状況について
  - 2次医療圏の見直しが必要である。コアの医療機関とサテライトの医療機関を医療圏策定の基準にしてみようか
  - 東葛北部の患者が東葛南部へと流出している状況を鑑みて、南北一体的に運用するのがいいのではないか

#### （イ）診療科について

- 必要医師要件および医師数（常勤換算）について
  - 一定の基準に基づく医師配置が必要ではないか（例：分娩数100件に対し、医師1名が必要である、など）
- 現状で不足している資源（医師要件・医師数、看護師その他）について
  - 助産師、臨床心理士、栄養士

#### （ウ）医師確保について

- 医師の勤務環境に関する取り組みについて（現状）
  - 妊娠から分娩までの間に、産科医が直接、超音波検査を実施する回数が多すぎる（イギリスは2回に対し、日本は12回である）

#### 【対策案】

- 良質な周産期医療を維持するため、医療圏を超えた医療機能の集約化・再配置を本格的に検討する必要がある

- 産科医を増やすため、医師が働き続けられる勤務環境を作ってほしい。集約化・再配置にあたっては人材確保・育成の観点からも検討する必要がある
- 分娩を集約するためには、分娩件数が減っても経営できるように、婦人科健診・妊婦健診のみを行うクリニックへのインセンティブが必要ではないか
- 総合診療医や家庭医、助産師による妊婦健診の実施は検討できないか
- 産科・婦人科領域の一部でも診てくれる内科医・総合診療医の育成に期待したい

### 【新生児科】

#### （ア）病院全体について

- 提供中の医療機能について
  - 千葉県内の周産期センター同士は連携が取れているが、医師数は不足している
  - 最重症患者の県外流出を防ぐため、原則医師の相談なく救急搬送の受け入れをしている
  - 野田市周辺では周産期医療が比較的整備されている埼玉県とも相談をしている

- 貴院が地域で果たしていく役割のために目指している医療機能・医療内容について
  - NICU 加算を取ることができ医療提供体制の構築

- 千葉県保健医療計画について本計画に沿った医療提供体制の整備状況について
  - 新生児科に関する言及が少ない
  - 現時点で集約が必要なNICUを増やしていくという方針は実態にそぐわない

#### （イ）診療科について

- 必要医師要件および医師数（常勤換算）について
  - 常勤6名。現時点で常勤は4名だが、外勤することを踏まえると人手不足が否めない
- 現状で不足している資源（医師要件・医師数、看護師その他）について
  - 看護師が不足している為、GCUの稼働率は3割に満たない
  - 助産師はもちろんこと、患者のケアも重要であるため臨床心理士は必要である
  - 看護師、臨床工学技士、保育士、薬剤師が不足している

#### （ウ）医師確保について

- 医師の採用・確保に関する方法とそれぞれの課題について
  - 採用活動を強化し、新生児科医そのものを増加させる必要があるが、その余力がない状況である
  - 新生児科医の中でも心臓疾患、感染症などさらに専門分野があり、最短で卒業後9~10年ほど期間が必要であり、厳しい状況である
  - 大学での新生児医療の教育には限界があり、後発の育成が進まない状況である
  - 君津エリアではアクアラインの存在により、比較的横浜、川崎からのリクルートがしやすい
- 医師の勤務環境に関する取り組みについて（現状）
  - NICUは法律上も医療提供体制上も24時間体制が前提である
  - 複数の病院において長年にわたり人員不足を感じている
  - NICUの診療は必ず複数名で行うため、残業上限に伴う必要医師数は試算よりも多く必要である。特

## 「千葉県内医療機関における医師を対象とした医療提供体制の実態調査」について①

### 1. 調査の目的

本調査では、千葉県内医療機関における医師を対象とした医療提供体制の実態調査を実施し、分析結果からは見えにくい診療領域や地域の実態を明らかにすることを目的としている。また、政策医療分野でもある小児科・産科・救急科の3診療科の管理職、実務者および専攻医を対象にヒアリングを実施することで、上記3診療科における医療提供体制のあるべき姿の実現に寄与することを目的とした調査である。

### 2. 調査の概要

#### I. 期間

令和元年12月1日～令和2年3月31日

#### II. 実施担当者

特任教授 吉村 健佑○  
特任准教授 佐藤 大介  
特任助教 成瀬 浩史  
客員研究員 齋藤 博樹  
技術補佐員 森田 美紀  
(○調査実施責任者)

#### III. ヒアリング事項

- 貴院が地域の役割のために現在の機能・診療内容および今後目指す機能・診療内容
- 千葉県保健医療計画の認識と貴院における医療提供体制の整備状況
- 現状で不足している医療資源（医師要件・医師数、看護師その他）
- 医師の採用・確保に関する現状の取り組みとその課題
- 医師の勤務環境に関する取り組みとその課題

#### IV. 調査対象医療機関（順不同）

- 千葉大学医学部附属病院
- 千葉県こども病院
- 千葉市立海浜病院
- 公立長生病院
- 国保直営総合病院 君津中央病院
- 独立行政法人労働者健康安全機構 千葉労災病院
- 独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター
- 成田赤十字病院
- 東京女子医科大学附属 八千代医療センター
- 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
- 医療法人 SHIODA 塩田病院
- 医療法人社団健育会 さとう小児科医院
- 医療法人社団マザー・キー ファミール産院きみつ

#### V. 調査対象者（計57名）※所属・職名はヒアリング実施日時時点

##### 【産科】8名

生水万紀夫	教授	千葉大学医学部附属病院
中村名律子	特任助教	千葉大学医学部附属病院
鈴木義也	助教	千葉大学医学部附属病院
佐藤明日香	助教	千葉大学医学部附属病院
鈴木真	部長	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
田嶋敦	部長	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
木村博昭	部長	国保直営総合病院 君津中央病院
長田久夫	院長	医療法人マザー・キー ファミール産院きみつ

##### 【新生児科】6名

大曾根義輝	特任教授	千葉大学医学部附属病院
遠藤真美子	助教	千葉大学医学部附属病院
佐藤弘之	部長	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
佐藤雅彦	室長	東京女子医科大学附属 八千代医療センター
富田美佳	部長	国保直営総合病院 君津中央病院
富永尚弘	医長	国保直営総合病院 君津中央病院

##### 【救急科】11名

中田孝明	教授	千葉大学医学部附属病院
島田忠長	助教	千葉大学医学部附属病院
松村洋輔	助教	千葉大学医学部附属病院
高橋希	医員	千葉大学医学部附属病院
栗田健郎	医員	千葉大学医学部附属病院
山根綾香	医員	千葉大学医学部附属病院
林洋輔	医員	千葉大学医学部附属病院
大久保直人	医員	千葉大学医学部附属病院
川口留以	医員	千葉大学医学部附属病院
岩瀬信哉	医員	千葉大学医学部附属病院
青木信也	診療科部長	医療法人 SHIODA 塩田病院

##### 【小児科】23名

下条直樹	教授	千葉大学医学部附属病院
菱木智郎	教授	千葉大学医学部附属病院（小児外科）
石和田稔彦	准教授	千葉大学医学部附属病院
藤井克則	講師	千葉大学医学部附属病院
菱木はるか	講師	千葉大学医学部附属病院
日野もえこ	助教	千葉大学医学部附属病院
中野泰至	助教	千葉大学医学部附属病院
粒良昌弘	医員	千葉大学医学部附属病院
今田寛	今田寛	千葉大学医学部附属病院
竹下健一	大学院	千葉大学医学部附属病院
岡田玲緒奈	大学院	千葉大学医学部附属病院
国松将也	大学院	千葉大学医学部附属病院
寺井勝	病院長	市立海浜病院
角南勝介	病院長	成田赤十字病院
星岡明	病院長	千葉県こども病院
皆川真規	診療科部長	千葉県こども病院
重田みどり	統括診療部長	独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター
野中俊秀	部長	公立長生病院
佐藤好範	院長	医療法人社団健育会 さとう小児科医院
濱田洋通	診療科部長	東京女子医科大学附属 八千代医療センター
松井拓也	医員	東京女子医科大学附属 八千代医療センター
篠崎啓介	医員	東京女子医科大学附属 八千代医療センター
下山恭平	医員	東京女子医科大学附属 八千代医療センター



## 「千葉県内医療機関における医師を対象とした医療提供体制の実態調査」について④

- (イ) 診療科について
- 必要医師要件および医師数（常勤換算）について  
未回答
  - 現状で不足している資源（医師要件・医師数、看護師その他）について
    - ・外国籍の看護師を採用するなどして補填しているが慢性的に人材不足である
  - (ウ) 医師確保について
    - 医師の採用・確保に関する方法とそれぞれの課題について
      - ・救急科はキャリアプランが不明確であるため、具体的なキャリアプランを示すことが必要
      - ・医師確保も重要であるが、10～20年後を見据え若い世代の医師の教育を充実させる必要がある
    - 医師の勤務環境に関する取り組みについて
      - ・働き方改革で全員一律に非常勤先を含む時間外労働が制限されると医師個人の収入減に直結し、救急医が一斉退職するリスクが極めて高い
      - ・患者のために費やした時間は正当に評価してほしい。特に（診療に大きく寄与する）大学院生の給与と産休・育休中の身分保障が非常に薄い。看護師は産休中に給与が満額支給されるのに対し、大学院生の医師は減額となる不公平が生じている
      - ・具体的な対策が不明であり、実現できる自信がない
- 【その他】  
センターに期待していること
- ・各分野の課題の抽出と8次医療計画への課題の盛り込み
  - ・ITを活用した医療の推進
  - ・産科医によるシンポジウムの開催など、新たに接点を持つことのできる機会の創出

以上

- ・ない
- ・県内の小児外科医は全て医局からの派遣である
- ・医師確保について対外的な発信ができておらず、SNS等を用いた採用活動は今後取り組むべき課題である
- ・小児の心臓血管外科医は非常に重要だが、日本には研修環境が少なく若手育成が難しい状況である。症例数も少なく、全国で年間80例程度である
- ・研修プログラムに定評はあるが、給与面に課題があると感じている
- ・新専門医制度について、取得までのハードルが上がったものの取得後のインセンティブがないため、取得率は下がってしまうのではないかと感じている
- ・新専門医制度は地域医療の崩壊に繋がるのではないかと感じている

- 医師の勤務環境に関する取り組みについて（現状）
  - ・小児科も専門化が進んでいるが、各サブスペシャリティの待機勤務に対する給与が無給であり、医療機関の専門性を維持できない
  - ・労働基準監督署より、勤務環境は時間外80h/月、当直月4回までに制限するよう指示されており、当直の翌日は半休を取らせているが、その結果医師の労働力は不足しており、自転車操業状態となっている。持続可能かどうか不安である
  - ・勤務環境改善に対して具体的な対策が分からないし、実現できる自信がない
  - ・育休・産休明けの保育園利用は利用できている
  - ・1日3回の回診を減らす必要がある

### 【救急科】

- (ア) 病院全体について
- 提供中の医療機能について
    - ・三次救急まで対応している
    - ・重症患者以外の救急はすべて受け入れている
    - ・他診療科との連携をした高次医療機関へつなぐまでの幅広い治療に対応していることは強みである
    - ・医療圏内の夜間祝日の二次救急はほぼ自院で担っている
  - 貴院が地域で果たしていく役割のために目指している医療機能・医療内容について
    - ・転院・転床まではマンパワーで対応しており、さらに転院までの日数を早める必要がある。そのためにはまず転院までの日数を調査する必要がある
    - ・地域医療連携部の対応速度に不満があり、医師同士が直接繋がるシステムが必要である
    - ・千葉市もさらなるメディカルコントロール体制を積極的に整える必要があるが、人員不足により上手くいっていない状況である
    - ・コメディカルの不足、人口動態により病床数は縮小していく方針である
    - ・安房、山武長生夷隅医療圏の周辺病院との機能分化を進め効率的な医療を提供していくことが必要である
  - 千葉県保健医療計画について本計画に沿った医療提供体制の整備状況について
    - ・存在について知らなかった
    - ・相対的に見て機能していない救急基幹センター・二次救急医療機関が存在しており、再配置か役割の徹底が必要
    - ・地域医療構想による再編を行った場合、多忙な環境を嫌う医師は慢性期、療養病床を選ぶことも増えるのではないかと感じている

## 「千葉県内医療機関における医師を対象とした医療提供体制の実態調査」について③

- ・に常勤医師5名未満の病院は、2024年4月以降、違法状態になり地域ごと閉鎖するリスクがかなり高い
- ・千葉県全体のNICU病床数は概ね適切だが、人口構成の変化に対応した再分配は必要である。仮に集約化する場合、分娩数の多い地域を死守するため、沿岸部の周産期医療は内陸に集約することになるのではないかと感じている
- ・周産期医療機関は、新生児医療の高度専門的な医療機能と、周辺医療機関を補完するための二次救急の医療機能も担う等、求められる役割が増えている
- ・看護師・助産師も忙しすぎるため、タスクシェアができない

### 【対策案】

- ・新生児科医を増やすため医師が働き続けられる勤務環境を作ってほしい。集約化・再配置にあたっては人材確保・育成の観点からも検討する必要がある
- ・集約化については各病院のキーパーソンとの議論が必要である
- ・外房の周産期医療施設、特にNICUは内房側に寄せることがいいのではないかと感じている
- ・新生児医療では、34週以降の通常新生児であれば経験のない小児科医師よりも専門看護師の役割が大きく、タスクシェアの余地がある
- ・保育士の雇用により、タスクシェアできるのではないかと感じている

### 【小児科】

- (ア) 病院全体について
- 提供中の医療機能について
    - ・心臓外科疾患、脳神経外科疾患以外の専門的な治療を要する疾患に対応している
    - ・心臓外科疾患、脳神経外科疾患は千葉県子ども病院へ搬送している
    - ・胎児診断された場合は千葉大学病院へ母体搬送される
    - ・小児の肝移植については県内では対応できない為、都内へ搬送している
    - ・山武長生夷隅医療圏において重症患者は千葉県子ども病院、千葉大学病院、亀田総合病院といずれも30km以上離れた病院を頼らざるを得ない状況である
    - ・15歳までの先天性心疾患は千葉県子ども病院で診るとい流れだが、15歳以降の成人先天性心疾患の対応は市立海浜病院で行っている
    - ・新生児から成人まで途切れない医療の提供を目指している
    - ・希少疾患については千葉県全域の患者を対象としている
    - ・家族の付き添いが可能であれば大学病院で診るが、不可能である場合は子ども病院へ依頼する。家族の意向に沿って選択する
    - ・気道異物や体外循環など他診療科と連携が必要な場合も受けやすいことは強みである
    - ・小児救急に関して、軽症患者は内科医が初期対応を行うなどの協力が得られれば機能するのではないかと感じている
    - ・急性期疾患の減少など疾患構造の変化により、入院数は減少した
    - ・「小児地域医療」を掲げ、学校医や子どもの精神疾患、虐待など幅広く対応している
    - ・臨床研究法の施工により臨床研究を進めにくくなってしまった
    - ・少子化の影響、疾病構造の変化により、発達障害、超未熟児の心疾患や脳出血などの複数疾患の総合管理、外国人の対応に注力している
    - ・旭中央病院、君津中央病院については小児医療の要

- ・であり、人事は相談の上で連携が必要である
- ・ER型小児救急として救急搬送受け入れをしている
- ・千葉医療圏外からの流入については周産期医療と、若干数の小児救急に対応している。東葛北部→東葛南部→千葉という流れである
- ・効率化の為、病床のダウンサイズを検討している

- 貴院が地域で果たしていく役割のために目指している医療機能・医療内容について
  - ・新生児医療、小児集中治療が不十分であり、重症児への対応が必要である
  - ・引き続き他診療科との連携をした医療が求められる
  - ・マクドナルドハウスのような長期滞在が可能であり、家族の付添い不要の体制づくりが必要である
  - ・小児がんについては集約が不十分であり小児科、放射線科、病理との連携が必要である
  - ・「地域医療」として胎児から高齢者まで幅広く対応していく必要がある

- 千葉県保健医療計画について本計画に沿った医療提供体制の整備状況について
  - ・保健医療計画について見たことがない、知らない。また、医療現場の実態に即した内容ではないと感じているため、関心がない
  - ・#8000事業について、重症度の判定に誤りはなく安全に機能しており、救急搬送件数の減少に繋がっている
  - ・県内のPICUは乱立しており非効率である為、集約しPICU病院として機能させる必要がある
  - ・小児科のアウトカムについては死亡率ではなく、各医療圏の小児人口で分析すべきではないかと感じている
  - ・2次医療圏の見直しが必要である。アクセス面を考慮すると東葛南部、北部の一体的運用は難しいと感じている

### (イ) 診療科について

- 必要医師要件および医師数（常勤換算）について
  - ・各医師が外勤することを前提として、現状20名に対し30名は必要である
- 現状で不足している資源（医師要件・医師数、看護師その他）について
  - ・災害などの状況下でも余裕のある対応ができる人員が必要である
  - ・保育士、臨床心理士、病棟薬剤師
  - ・ナースプラクティショナーの役割は重要であり心臓血管外科医の減少に繋がる。タスクシフトの推進に向けて増員する必要がある
  - ・患者サイドでケアをすることができる「チャイルドスペシャリスト」も必要である
  - ・小児科医療において、アクティブな若手の看護師よりも子育てを経験した看護師が重要であり退職を防止することが重要である

### (ウ) 医師確保について

- 医師の採用・確保に関する方法とそれぞれの課題について
  - ・小児科専門医基幹病院が多すぎるために指導医・専攻医が分散している
  - ・小児科専門医プログラムの統合は専攻医のニーズを見誤るとさらに県全体の専攻医が減少するリスクを伴う。急激な統合は関係者間のハレーションを生む
  - ・各分野の専門医育成については大学病院に頼っており、専門医の数が増えにくい状況である
  - ・他県の大学への進学した千葉県出身者をどのように集めていくかを検討する必要があるが、具体的な案



