

令和元年度 第1回
千葉市地域保健医療協議会
議 事 録

1 会議の名称

令和元年度第1回千葉市地域保健医療協議会

2 開催日時

令和元年11月13日(水) 午後8時15分から午後8時50分

3 開催場所

千葉市中央区中央4丁目13-10

千葉県教育会館 本館 303会議室

4 出席者

(1) 委員

斎藤博明会長、斉藤浩二副会長、大濱洋一委員、村山秀雄委員、日向章太郎委員、中村達也委員、寺口恵子委員、杉崎幸子委員、三浦昇委員、織田成人委員、斎藤幸雄委員、石橋巖委員、一戸達也委員、秋元稔委員

※欠席委員

中村真人委員、玉井和人委員、高梨真由美委員

(2) オブザーバー

古川斎千葉市医師会医療連携特別委員会委員長、松岡かおり千葉県医師会理事、木村章千葉県民間病院協会理事長、山本修一千葉大学医学部附属病院長、景山雄介千葉メディカルセンター病院長、鈴木孝雄最成病院長、星岡明千葉県こども病院長、山本恭平千葉市立青葉病院長、寺井勝千葉市立海浜病院長、春山保男全国健康保険協会千葉支部長、上野洋一千葉銀行健康保険組合常務理事、平山登志夫千葉県老人保健施設協会会長

(3) 事務局

山元隆司保健福祉局長、今泉雅子健康部長、鈴木雅一健康企画課長

5 議題

- (1) 副会長の選出について
- (2) 保健医療計画の改定について
- (3) その他

6 議事の概要

冒頭、事務局から、千葉市地域保健医療協議会設置条例第5条第2項の規定により、委員の半数以上の出席があるため、会議が成立している旨の説明があった。

また、本会議前に同日開催した『令和元年度第1回千葉地域医療構想調整会議』(以下、『調整会議』

という)が終了後、20時15分より会議を開始した。

(1) 副会長の選出について

委員の互選により、斉藤(浩)委員を副会長に選任した。

(2) 保健医療計画の改定について

千葉県から、保健医療計画の改定について説明があった。その後、オブザーバーの寺井勝千葉市立海浜病院長より説明に対する質問や意見等について発言があった。

7 会議経過

会議開始にあたり、本会議開催前に同日開催した『調整会議』の終了後、20時15分より会議を開始した。

(1) 副会長の選出について

千葉市地域保健医療協議会設置条例第4条第2項の規定に基づき、委員の互選により、副会長を選任した。

選任に当たっては、日向委員から、従前と同様に、副会長に千葉市歯科医師会会長である斉藤委員を推薦する旨の提案があり、当該提案のとおり承認された。

(2) 保健医療計画の一部改定について

資料1-1「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」について千葉県の犬野健康福祉政策課政策室長から、資料1-2「医師の確保に関する事項」について千葉県の飯島医療整備課医師確保・地域医療推進室長から以下の説明があった。

ア 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項(資料1-1)

(ア) 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応について(2ページ上段)

上段、スライド1枚目は、外来医療計画の趣旨等が記載されている、国の資料の抜粋になる。

(イ) 一部改定の内容(外来医療)(2ページ下段)

下段は、医師法、医療法の改正を受けた当県保健医療計画一部改正の内容である。概要の②にあるとおり、計画期間は令和2年度から5年度までの4か年であり、その後は3年ごとの見直しとなる。また、改定プロセスの②にあるとおり、計画策定にあたっては、地域からの意見を伺うこととされており、本日の会議がこれに当たる。

ガイドラインでは4つの項目が示されており、当県でもこれらの要素を基本として計画を策定していく。①~③が診療所、④が病院及び診療所を対象とする項目となる。

まず、国が人口10万人あたりの診療所医師数をベースに、医師の年齢構成や患者の流出入状況を反映した「外来医師偏在指標」を算出し、全国335の二次医療圏のうち上位3分の1が「外来医師多数区域」に指定される。

この「外来医師多数区域」では、②にあるとおり、地域で不足している具体的な外来医療機能を定めて医療計画に記載し、新規開業希望者には同機能を担うことを求める等の取組を行う。こうした多数区域における新規開業時の協議プロセスにより、外来医師及び診療所の偏在緩和を図る。

③について、多数区域ではない医療圏では、具体的な外来医療機能について、提供体制の現状

や過不足の状況等に係る検討を行い、計画に記載する。当県には外来医師多数区域はない見込みであるため、②は対象外となり、③が計画の主要な構成内容となる。

④について、CT, MRI 等の高額な医療機器の配置・保有状況について、現状を把握した上で、機器の共同利用等を推進することで効率的な活用を図る。その際、地域ごとの共同利用方針を計画に記載するとともに、新規に医療機器を購入した医療機関には共同利用の予定等について情報提供を依頼する。なお、本計画では、機器を保有する医療機関の外来への紹介等も「共同利用」に含むこととされている。

(ウ) 千葉県における外来医療の提供体制 (4 ページ下段)

外来医師偏在指標について、地域内の推計医療需要に対する診療所医師数をベースとして、医師の性や年齢構成による労働時間の違いや、地域ごとの病院・診療所間の外来診療割合、患者の流出入等を加味した数値になる。なお、この指標は全国の医療圏を比較するための相対的データであり、絶対的な医師の過不足を示すものではない。

この指標については、国からの確定値の提供が遅れているが、資料の 4 ページ下段にある暫定値のとおり、県内には「医師多数区域」に指定される全国順位上位 3 分の 1 にあたる二次医療圏はない見込みである。

このことから、千葉県では 5 ページにあるとおり、外来医療機能に係る情報を収集、整理し、医療計画に掲載することで可視化を図るとともに、可視化された情報等を基に、地域ごとに医療機関の役割分担や連携等を推進することとしている。

(エ) 千葉県における医療機器の効率的な活用 (6 ページ上段)

医療機器の配置状況に関する指標について、医療機器についても人口 10 万人あたり台数をベースとする指標が国から提供されており、地域ごとの検査需要を考慮した機器台数について全国比較することができる。なお、外来医師偏在指標と同様に機器の絶対的な過不足を示すものではない。

医療機器の配置に関する指標の状況について、表は千葉県における指標値と機器 1 台あたりの年間稼働数になる。下線は全国平均、又は県平均を上回っている項目。千葉県は医療機器の稼働件数が比較的高い傾向にあるが、更なる効率的活用について検討していく必要もある。

基本方針については、医療機関の機器保有状況や共同利用の実施状況を把握・整理し、計画に掲載して可視化するとともに、地域ごとの機器の配置状況等を踏まえた共同利用推進のための基本方針を取りまとめ、各医療機関の自主的取組を支援していきたいと考えている。

また、機器の新規導入時には、地域内における情報共有の観点から、共同利用の予定等について情報提供を依頼し、提供いただいた情報は本会議において報告し、情報共有を図りたいと考えている。

(オ) 保健医療計画の一部改定スケジュール (8 ページ上段)

表のとおりとなっている。素案の説明は、時間の都合上割愛させていただく。

(カ) 【素案】外来医療計画・地域編 (千葉医療圏) (別紙 1 A3 両面印刷資料)

外来医療計画では医療圏単位の地域編を作成し、基本方針に基づく地域ごとの計画として位置

付けたいと考えており、本紙はその素案になる。

表面は診療所及び診療所医師、裏面は医療機器について、千葉医療圏の現状を示すデータやそれを踏まえた現状認識、機能や機器ごとの方針を記載している。

表 1 について、当該医療圏の外来医師偏在指標は 97.1 で、全国 335 医療圏中 179 位、県内 9 医療圏中では 1 位となっている。

表 4 については、「主たる診療科」別の診療所医師数である。これは、各先生方に専門をひとつ回答いただいたものと考えていただきたい。一番下に記載してある診療科については、いずれも県内平均を上回っている状況にある。

表 5 については、圏域内の診療所に対し、「地域で不足していると感じる外来医療機能」をアンケートしたものである。初期救急医療については、先生方の御尽力と千葉市の支援により運営されているが、他の項目と比べると不足感が高い状況になっている。

また、在宅医療については、今後さらに進展していく高齢化に対応できるよう、引き続き推進していく必要があると考えている。

裏面左側中ほどの放射線治療機器について、リニアックの定義等については改めて確認させていただいたうえで、書きぶりについて整理させていただきたい。

医療機器の保有状況について、表 6 にあるとおり、本圏域の人口当たり台数は平均よりも高い傾向にあるが、1 台あたりの稼働数を見ると、平均を下回っているものもある。

表 7 医療機器ごとに共同利用方針案をまとめている。地域医療支援病院を中心としつつ、機器を保有する医療機関で幅広く効率的活用を推進してまいりたいと考えている。

本日は中間報告値による掲載だが、集計がまとまったら数値の更新や掲載データの充実を図りたいと考えている。

イ 医師の確保に関する事項（資料 1－2）

（ア）医師確保計画を通じた医師偏在対策（39 ページ下段）

近い将来、医師は必要数に達すると考えているが、医師の偏在は残ってしまう。今回は偏在に着目して計画を策定した。まず、医師偏在指標を算出し、全国の 335 二次医療圏で医師多数区域と医師少数区域の設定を行った。そこから、医師確保の方針を定め、確保すべき医師の数の目標（目標医師数）を算出し、目標医師数を達成するための施策を策定した。

（イ）医師偏在指標の算出（41 ページ下段）

今まで医師数の多寡を見るためには、人口 10 万対医師数というものを使っていたが、統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たせていなかった。そこで、人口 10 万対医師数をベースに地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成を踏まえたものが医師偏在指標になり、都道府県・二次医療圏ごとの医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す指標とした。

指標には医師全体を見る医師偏在指標、産科医師偏在指標、小児科医師偏在指標を設定した。しかし、この指標はあくまで相対的な偏在の状況を表すものであり、数値を絶対的な基準として取り扱うことや、機械的な運用を行うことのないように十分留意する必要がある。

（ウ）区域の設定（42 ページ下段）

区域の設定についての考え方は、5 計画期間で全ての都道府県が 2036 年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位 3 分の 1 程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とする必要がある。

千葉県は医師全体では 38 位、産科では 33 位、小児科では 44 位となり下位 3 分の 1 にあてはまるため医師少数都道府県となる。千葉二次医療圏では、医師全体で 52 位、産科では 81 位、小児科では 97 位となり、下位 3 分の 1 には当てはまらないため、医師少数区域ではなかった。なお、産科・小児科については、全国的に医師の数が増えていないため、多数という概念は設けられていない。

(エ) 医師確保の方針と偏在対策基準医師数（目標医師数）（45 ページ上段）

目標の医師数の確保方針について、国のガイドラインでは、医師少数都道府県については、下位 3 分の 1 を脱するために要する医師の数となっている。二次医療圏においても医師少数区域では同様の考え方になる。

医師多数区域では県において独自に設定することとなっているため、医師多数区域である千葉二次医療圏では、県において独自に設定することになっている。

(オ) 千葉県における偏在対策基準医師数（医師全体）の設定の考え方（45 ページ下段）

千葉県全体では医師少数県となるため、計画開始時の下位 3 分の 1 の基準を脱するために要する医師数 12,912 名を目標とする。

千葉二次医療圏では、医師多数区域に設定されるため、平成 28 年の医師数 2,637 名の維持を目指すこととなる。

産科・小児科の場合、千葉二次医療圏では、相対的医師少数区分にはあてはまらないため、現状の医師数の維持を目指すこととなる。

(カ) 千葉保健医療圏における医師確保計画について（別紙 2）

a 千葉保健医療圏の参考データ

総合周産期母子医療センターNICU15 床あたり常勤医師数について、千葉県全体では産婦人科の医師は横ばいであり、特に周産期の医師数は全国的にみても少ない状況である。

小児医療圏域内完結率について、千葉医療圏は外来・入院ともに完結率が高い。他の医療機関と比べても高い率となっている。

週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合では、全国的に産婦人科、救急科、外科系は高い割合で長時間労働になっている。

b 現状・課題

医師全体（千葉医療圏）では、医師多数区域に区分されている。千葉大学医学部が立地、研修基幹施設が充実している。若い研修医を集めやすい区域となっている。これはとても体制が整っていると考えている。医師の働き方改革への対応が今後重要になってくる。

産科・小児科（千葉県）では、相対的医師少数県である。医師の働き方改革への対応も見据え、周産期母子医療センターや小児の入院医療を担う施設等の医師確保を含め、全権的な連携体制が重要である。

c 医師確保の方針と対策（たたき台）

（a） 医師数の維持

- ・ 千葉大学医学部と連携し、将来、地域で活躍できる技術、能力を備えた医師の養成・確保を図る。
- ・ 医学生に対する修学資金の貸付けを行い、将来、地域医療に従事する医師の確保を図る。
- ・ 修学資金受給者が地域医療への従事とキャリア形成を両立できるよう、県内の研修施設と連携して支援に取り組む。また、特に医師確保の厳しい産科や新生児科、救急科を志望する修学資金受給者に対しては、そのキャリア形成に当たって配慮を行う。
- ・ 県内医療関係者等と連携し、臨床研修や専門研修に係る研修環境の充実や、その魅力についての情報発信に取り組む、研修医・専攻医の確保と、県内定着を図る。
- ・ 医療機関と連携し、地域医療で重要な総合診療専門医の養成・確保に取り組む。

（b） 医師の働き方改革の推進（新規）

- ・ 医師の働き方改革へ対応する医療機関や、育児と仕事を両立できる働きやすい職場づくりに取り組む医療機関を支援し、医師の県内定着を図る。
- ・ 医療機関の具体的な役割分担を明確化し、地域における効率的な医療提供体制の整備を進めるとともに、チーム医療やタスクシェアリング・タスクシフティングの推進を医療機関に働きかける。
- ・ 分娩を取り扱う医師や新生児科医など、特に医師確保の厳しい診療分野について、医師の処遇改善に取り組む医療機関へ支援を行う。

（c） 上手な医療のかかり方への理解促進

- ・ 県民に対する各種媒体を通じた情報発信等により、かかりつけ医等の定着に努めると共に、適切な受療行動についての理解を促す。
- ・ 夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し適切な助言を与える小児救急電話事業の実施により、保護者等の不安解消や救急医療機関への患者集中の緩和を図る。

（d） 効率的な医療提供体制の確立

- ・ 特に、産科及び小児科については、役割分担を踏まえた医療機関間の連携の強化と、医療圏を越えた支援体制やネットワークの充実に取り組み、限られた医療資源であっても効率的で質の高い医療提供体制の確保を図る。

【質疑応答等発言要旨】

千葉県の説明について、斎藤会長から質疑応答等の時間が設けられた。

<寺井オブザーバー>

海浜病院では夜間応急診療を行っている。別紙1表5 外来医機能ごとの過不足間（令和元年度千葉県外来医療実態調査）では、地域で不足していると感じる外来医療機能として、初期救急が

41%となっている。その不足理由はなにか把握しているか。

<千葉県健康福祉政策課>

調査では理由までは聞いていない。中間集計値で分析も途中であり、現在ではわかっていない。

<寺井オブザーバー>

診療所の立地する地域によって不足感が違うのか。

<千葉県健康福祉政策課>

立地する区ごとの不足感の違いであれば、調査結果から調べることは可能である。

<寺井オブザーバー>

千葉市の夜間診療では、外科は輪番、内科・小児科では海浜病院内にある夜間応急診療で行っている。夜間応急診療は千葉市美浜区にあり、美浜区・花見川区・稲毛区の患者は多いが、若葉区・緑区は少ない。立地の問題が初期診療の不足感に影響しているのではないかと考えた。

また、医師確保の問題について、千葉医療圏では産科・小児科は現行維持となっている。しかし、人口密度や千葉大学医学部附属病院や千葉県こども病院では県全体を補っている事情がある中で、提供している医療内容、勤務医の状況、年齢別では一番厳しい医療を背負っていく30台後半から40台半ばの人材、女性医師ではどうなのか等、データがあれば教えていただきたい。

現在の若い医師はプライベートも重要だが、スキルも求めている。たくさんの患者さんを診られる、さらには労務環境がいい場所（具体的には東京）に流れていると考えられる。今後、少子化に伴い小児科医が少なくなれば病院の集約化が図られるなかで、新生児科医や産科医が厳しい労務環境を解決できるようなデータがあれば提供いただきたい。

<千葉県医療整備課>

今後の方針として、医療圏単位ではなく、全県的に産科に関する体制を考えていかなければならないと認識している。

勤務医の年代や性別等によつての調査データはあるので、機会があるときに共有したい。

東京に隣接している千葉県のため、若い研修医が東京へ流れてしまう傾向があると思うが、一方で、臨床研修や専門研修のしくみにより、東京から呼び込むことを考えていくことは重要な課題だと考える。

<寺井オブザーバー>

千葉県の周産期医師は少なく、新生児科・産科の勤務時間が多くなっている。東京、神奈川の小児医療センターの新生児科は30人くらいの医師がいる。今後どのように評価していくのかも示してほしい。

(3) その他

特になし。

以上のとおり議事を進め、午後8時50分に閉会した。

以上