

令和7年度第2回多野藤岡地域保健医療対策協議会病院等機能部会 議事概要

日時 令和7年10月8日（水）
午後7時00分～午後9時00分
場所 藤岡保健福祉事務所 2階会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 部会長選出

構成員の互選により、栗原藤岡多野医師会長を選出。

4 議 事

○報告事項（資料1～4）、協議事項（資料5）について、事務局から説明

○意見、質疑については以下のとおり

（構成員）

構想区域ごとの1日当たり時間外緊急手術実施数（資料1・15ページ）について、藤岡地区は1.33件/日であり、（このグラフからは、）手術件数が少ない印象を受けるが、実際には、年間400件以上の時間外手術を行っていることになる。しかも、この手術のほとんどを公立藤岡総合病院（以下、「藤総」という。）が行っていると考えると、毎日相当忙しいことが伺える。

高崎、前橋地域などは藤岡よりもこの数値が大きい、病院数も多く医師の人数も多い。（データを比較する上で、）病院数や医師数などを加味して、病院の忙しさや必要性を評価する指数はないのか。

（事務局）

このグラフの基本的な見方として、藤岡地区はグラフ上、数値が低いように見えるが、この数値が低いと悪い状態という意味ではない。時間外の緊急手術が少ない場合に、もしかしたら医師不足等で手術ができない状態であり、何らかの課題があるのではないのか。

そのようなポイントが国から示されたため、県内の状況を紹介したものである。

(部会長)

人口割にすれば、かなりの比率になるのではないか。

また、このグラフには、手術以外の緊急の脳梗塞や心筋梗塞に対するカテーテル治療などは含まれていないのか。

(事務局)

このグラフにはカテーテル治療は含まれていない。

このグラフのデータは、厚生労働省のホームページで公開しているオープンデータで、時間外の緊急手術実施のレセプト件数を集計したものであり、手術以外は含まれていない。

(部会長)

内科系の心筋梗塞や脳梗塞のカテーテル治療は手術に匹敵する内容であり、効果もあるので、次回はカテーテル治療なども含めるよう国に提言してほしい。

(地域医療構想アドバイザー)

今回、国が示した(資料一式の)方向性はかなり急いで作成したもので、案とは言いながらも、本当に実現できるのかという印象を受けた。

群馬県は地域医療構想区域を重視していることは承知している。その上で、今後、藤岡地域の医療体制をどのように変えていくのが課題である。

また、西毛地域と一緒になった場合は、(現場レベルで)細かい点も根本的に変わってしまうことも予想される。

それらを踏まえると、藤岡地域内での協力体制が今後のポイントになると思う。

(地域医療構想アドバイザー)

これまで「新たな地域医療構想」の議論においては、ベッド数の話が中心であったが、今回は「在宅医療」に関する内容に転換した。さらに「かかりつけ医機能報告制度」も追加される方向で、各医療機関にとっては大変な負担になると思う。実際、これらの制度の運用が始まれば、G-MIS(ジーミス、医療機関等情報支援システム)を使って、国に直接報告することになる。

今回、国は地域住民に対するきめ細かい取組等を追加することにより、今まで続けてきた地域医療構想に対する今後の新たな方向性を示したものと理解している。

これについて、お手元の当日配布の資料で説明するので御覧いただきたい。今回の内容は新たな「地域医療構想」に関するものである。裏面には、地区の人口規模を踏まえた将来の医療需要が折れ線グラフで分かるようになっている。

先程、指摘があったとおり、人口が多い地域では緊急手術の件数が（当然のことながら）増加する。その一方で、各地域の病院の「努力」や「価値」をどのように評価につなげるかという点については、現状の数値では十分に反映されていない。

加えて、国が示している今後の方向性としては「機能分化」が重視されている。資料のピンク色の部分は「急性期拠点機能」であり、大都市型以下、それぞれの役割が示されている。特に、地方都市型においては、将来の手術需要などを踏まえ、地域内に複数の医療機関を確保することが求められている。また、都道府県からの依頼に応じて地域の医療機関への医師派遣を担うことも期待されている。

藤総においても医師確保に努めているが、自ら派遣できるレベルまで医師を確保し育成できるようにすることが今後の課題である。

次に、黄色で示された「高齢者救急・地域急性期機能」について、「地方都市型」では、高齢者救急への対応や、必要に応じて急性期拠点病院への搬送などが想定されている。ただ、藤総は「地方都市型」というよりは「大都市型」の位置付けに近いと考えている。すなわち、骨折手術など頻度の多い手術にも対応しつつ、地域急性期としての機能を維持していくことが求められている。

このバランス表を踏まえると、どの病院がどの分類に入るかを厳密に区分するよりも、西毛医療圏と一緒にどこかの地域で役割を分担し、拠点病院から医師派遣を受けながら地域急性期機能を維持するという考え方が、国の方向性に合致していると考えられる。

そして、最も重要なのは民間病院の役割である。ひとつは、資料の右側の水色部分「在宅医療等連携機能」で、その中の赤枠内「地方都市型」では、地域の在宅医療の提供状況に応じて在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施するほか、高齢者施設等からの患者受け入れ等の連携が示されている。

高齢者救急の対応と高齢者施設等からの患者受け入れの違いは、患者の基本情報を把握している高齢者施設と連携する場合に、まずは民間病院が一義的な受け入れを行い、必要に応じて在宅医療につなげるという仕組みである。

さらに、診療所による在宅医療が少ない地域では、病院が自ら在宅医療や訪問看護を

提供し、展開しないと、その地域に不足した医療が生じる。国はこの考え方に則って、民間医療機関にも（在宅医療や訪問看護の提供・展開を）検討するよう促している。

資料の最も右側のグレーの部分「専門等機能」について。そもそも民間の医療機関は「専門等機能」の考え方に基づいて発足してきている。特定の診療科に特化した手術等を提供することや、有床診療所が担う地域に根差した診療機能、集中的な回復期のリハビリ、高齢者等の中長期の入院医療等、それぞれの地域に必要なものを分散して分け合い、どのようにして地域医療を守っていくかが課題である。

今後、在宅医療が実際に増えていくのか否かについては、（資料裏面の国の見通しによれば、）2013年（地域医療構想がスタートした年）に比べ、2025年には約24%増加するとされているが、医師会からは「実感としてはそこまで増えていない」との声がある。実際には、前橋地域ではこの表のとおりであり、他の地域ではそこまで増えていないとのことである。

それでも国は、今後さらに37～40%に増加すると見込んでおり、在宅医療の確保は避けて通れない課題である。特に東京都では、施設入所費用が高く、病院に入院するのも費用がかかるため、長年住み慣れた自宅での療養が最も安上がりである。

しかしながら、現状の（東京都における）在宅医療・介護は不十分であり改善が求められている中、群馬県でも在宅医療を推進すべきというのは、拙速の感がある。

したがって、群馬県としては、今後の病院の方向性を見据え、地域で不足する医療がないようしっかりと検討していく必要がある。今日のこの会議などが、医療の不足が生じた時にどのように補足するかを議論する場になっていくと思う。

例えば、耳鼻科や産婦人科など、診療所や出産施設の撤退が起こる可能性はどの地域にもある。そうした際に、不足する医療をどのように補填するかについて調整会議のような場で議論する必要がある。

国が県庁に方向性を指示し、それに基づき、我々アドバイザーも説明させてもらっている。今後も必要に応じて関係者と議論し、住民が困らない医療体制を整備していきたいと考えている。

（構成員）

藤総の状況については、概ね、冒頭の資料の説明の通りである。

加えて、昨年（R6年）の診療報酬改定において、当院の地域包括ケア病棟がかなり減算されてしまい、採算が取れなくなった。そのため、今年（R7年）の7月に当該病棟47床を閉鎖した。これに伴い、そこに携わっていたスタッフを急性期病棟の方に配

置替えすることにより、一般急性期病床を手厚くした。

また、救急医療についても、医師の数が思うように増えない状況の中、熊谷市の救急隊から応援をいただき、週3.5日ほど、救急の先生からサポートしていただいている。

その結果、昨年度（R6年度）の救急の救命率が80%であったところ、今年度（R7年度）は約90%まで上昇した。特に7、8月は、1か月当たり約380件から400件におよぶ非常に多くの救急要請を受けている。

一方、藤総は赤字のため、病院内のいろいろなコスト削減に取り組んでいる。特に、高額医療機器はメンテナンス費用が非常にかかるため、まずはPET/CT（※）をR7年10月をもって停止し、機器もできれば売却したいと考えている。

また、コスト削減や増収策などを行っている中、現預金については（資料5、9ページのとおり、）R6年度当初の残高が約20億円のところ、毎月億単位で減少しているため、R8年度の予算編成も大変厳しい状況である。

しかしながら、地域の救急体制を維持し藤総の医療体制を向上させるためにも、大学の方に医師の応援を要請するなどして、医師を確保していきたい。

また、本庄市児玉郡医師会からは、埼玉県北部地域は災害拠点病院がないため、藤総にその機能をお願いしたいという要請があった。これについてもなるべくお役に立ちたいと考えている。埼玉県北部地域への対応も含め、藤総の役割を考えて進めていきたい。

※PET/CT：PET検査（陽電子断層撮影法）とCT検査（コンピュータ断層撮影法）を同時に行い、体の機能を調べるPETと形を調べるCTの情報を融合させて診断する画像検査。がんの発見、転移・再発の診断、治療効果の判定などに用いられ、一度の検査でほぼ全身を調べることができる。

（部会長）

藤総は3分の1が埼玉県北部地域から患者を受け入れているということが、毎回、会議で話題になるので、お神輿を担ぐのは1人でも多い方が、藤総の財政負担が減るので、藤岡市の財政状況を考慮すれば、是非とも埼玉県の協力をいただき、多くの患者が（藤総に）受診していただければ、藤総の経営も改善すると思う。

余談だが、立川の災害医療センターに常勤し、藤総にも非常勤で勤務している医師の話では、「藤総はベッドがかなり空いているため、入院が必要な患者を全員入院させることができた。立川の場合はなかなかベッドが空いておらず、救急車が来ても、受入れが難しい」とのことであった。つまり、都会型と地方型を比較すると、都会型の病院の方が効率がよいということである。

このような状況を前提に、厚生労働省は東京（大都市）目線で見ても、医療を経済効率で簡単に考えてしまっている。病院が地域貢献をしている側面を理解していない。例えば、東京の医師は自転車で往診しても訪問診療になるが、群馬県の医師ではあり得ない。診療訪問先が10km先ということが多々あるからである。

また、群馬県内の自治体病院について、高崎と前橋は国立高崎や済生会、日赤など、皆、公的（国等）な病院であり、財政的に豊かな高崎市と前橋市は自腹を切るような病院がない。

一方、伊勢崎市や桐生市など、高崎、前橋と比較すると財政規模の小さい市が、市立の病院（自腹を切る病院）を運営している。特に、藤岡市は2つも市立病院がある。

そのため、県の方で財政規模の小さい都市、地域の病院に対する財政支援をしていただけると非常にありがたい。

（構成員）

（会議の場等で）たびたび申し上げているが、当院は214床のうち80床を急性期病棟とし、そのほか慢性期、回復期、介護リハ（地域包括ケア）など、ケアミックスをずっと続けてきている。これらの対応に関しては、高齢化に対応するため医師のトレーニングを含めて習熟してきている。

一方で、緊急時の救急対応や、院内で発生している入院患者の救急さえも対応困難な場合は、藤総をはじめとした院外の医療機関等にもお力添えをいただいているのが現状である。

ただ、患者の高齢化に対し、どこまで医療提供すべきなのかについての議論も始まりつつある中で、今後、整形外科や呼吸器科など特殊な分野の医師が増えることを想定すると、先程御説明いただいた「在宅医療等連携機能」「専門等機能」、また「高齢者救急・地域急性期機能」の一部にも関係してくると思う。

特に、特殊な分野として整形外科の救急に関しては、周辺地域から救急搬送していただいて手術が増えたほか、呼吸器科もこれまで大変な疾患は対応困難な場合もあったが、現在は当院内で対応できる活動も増えてきている。

このような状況を踏まえると、医師の方としては救急を含めて対応できる分野が少し伸びている感じはある。実際、稼働率もかなり上がっていて、秋になると少し減るのが通常であったが、かなり稼働を続けさせてもらっている。

ただ、最も頭を悩ませていることは、パラメディカルの人手不足である。看護師をはじめ、助手たちもなかなか集まらない。西毛地域は、県内の中央地域である高崎、前橋

や東毛地域と比べると、パラメディカルの人たちが集まりにくいという話もあり、当院としても人集めに様々な方法を試みたり、ホームページも使ったりしているが、なかなか人が集まらない状況である。そのため、現場はかなり大変な思いをして、高い稼働率を維持しているのが実情である。

そういうところも含めて、当院も埼玉県からの患者が多いが、経営上は良い反面、先程の藤総の話や、宮城県の事例も非常に興味深いものであった。

また、予算編成の際、財政負担の議論をするとの話があったが、最終的に藤岡市と本庄市などが交渉するにしても、一生懸命医療やって、地域医療に貢献しているのに赤字が続いてしまうのは、総合的に見てかなりつらい状況であり、このような状況がいつまで続くのかという思いを持っている。

当院もそのような医療機関の一翼を担っているつもりではあるが、民間病院なので、特に、経営がきちんと成り立たなければならないのは当然である。新病院（建設）も目指しているが、まだ実現していない。土地の確保はすでに済ませており、諦めているわけではまったくない。

今申し上げた人手不足や予算面など、乗り越えていくべき課題に関しては、民間病院なりの苦勞があるので、本当に県境を超えた医療提供体制の一翼として、これからも協力するが、埼玉県の皆様にも是非、その辺も勘案していただいて御協力いただきたい。

（部会長）

新病院が建てば、埼玉県からのアクセスもさらに良くなりますので、地域のお役に立てると思う。

（構成員）

当地域は藤岡市の山間部に近い地域で、奥多摩の地域を含めた医療圏として対応していることと、地域に開業医がいないことが最大の特徴である。また、地域の医療を守るために最大限取り組んでおり、例えば、藤総が開設していた介護老人保健施設「しらさぎの里」閉鎖に伴い、（しらさぎの里）施設長の先生に鬼石病院に転籍していただき医療の充実を図るよう努めているほか、藤総の地域包括ケア病棟の閉鎖に伴う患者の受け入れを行うなど、当面の間、長期の入院受け入れができる体制を整えている。

藤総の医師不足に対しては、当院が循環器の専門医の先生を今年の7月から1名受け入れ、その代わりに当院の医師2名を藤総に応援として派遣している。また、当院の脳外科専攻の副院長が外来を受け持つなど、藤総との連携を深めながら、地域の医療を守

るよう努めている。

(本日の報告事項のとおり、) 最近、地域医療を守るための対応として、国から在宅医療、訪問医療の推進という方針が強く打ち出された。当院の周辺には医療機関がないため、周辺の高齢者等の施設約7か所すべてに往診に行き、入院が必要なときには当院で入院受入れを行っているほか、どうしても治療が必要な場合は藤総にお願いするなど、高齢者を中心に延べ200ベッド以上の施設からの入院を可能にしている。当院では、このような取組を以前から行ってきたという自負がある。

さらに、特徴的なことは、高齢者施設等に送られてくる入所者(患者)に、東京や埼玉、神奈川県にお住まいの方が一定数いることである。この方々は、実際に入院している方々の約5%を占めており、増加傾向にある。今後もこの傾向が続いていくと考えており、当院としては、引き続き受け入れていきたいと考えている。

(構成員)

常々申し上げているが、当院はその専門性が高い病院であるという特徴があり、救急医療に関しては、お手伝いできることは微力である。

ただ、前から申し上げているように、その地域の救急医療は藤総がかなりの部分を引き受け、一部をくすの木病院(以下、「くすの木」という。)も引き受けている状況と思う。当院は、夜間は病院内に検査体制がないので、日中の救急対応は可能である。

ただ実際には、多くの救急車が最初から藤総やくすの木を目指していると思われるので、日中の検査体制や対応能力がある病院に救急対応を分散させるなど、地域全体で協力し合えると常々思っているが、なかなか実現に至っていないという印象を持っている。

また、病院の経営に関しては極めて厳しい状況であり、特に人件費は、埼玉が近く、埼玉北部地域の方が(藤岡地域より)人件費が全然高いので、人が全部流れていってしまっている。

埼玉北部地域は近いので、(職員として働くのであれば、)埼玉に行って高い給料をもらった方がいいということから、西毛地区、特に藤岡地域は埼玉北部地域に近く、橋1本渡れば行けるので、人材が本当に流れてしまっているというなかなか厳しい状況が現実問題としてある。

そのほか、光熱代、特に電気代が安かった時期と比べ、おそらくひと月に2倍ぐらいかかってしまう。そのため、光熱費だけで年間数千万円にもなり、経費がかさんでいる。

それから材料費は1.5倍ぐらいから2倍に近い。医療点数が全然上がらない中で、これだけの経費を(現状)よく賄えているなど思いながら、毎月本当にぎりぎり、光

熱費などの経費をどのように工面するか考えながら経営を行っている。

群馬県への要望として、このような病院経営の実態が、次のR8年度診療報酬改定で、全く勘案されなかった場合、病院経営が相当厳しくなり、何を削れば資金が残るのかを常に考えている。

さらに、今回の議題には上がらなかったが、精神医療に関して、当院は藤岡地域で常勤の医師が残っているおそらく唯一の病院であるが、その中でも極めて厳しいのが小児の精神医療である。もはや、藤岡地域に対応できる医師がいない状況である。

そのため、例えば不登校などの対応に関しては、藤岡市子ども課が連携をしていた小児科の先生が藤総からも週1回の診療を引き上げてしまったほか、当院に週1回来てくれていた大学の先生が引き上げてしまったため、子どもの精神医療に対応してくれる先生は、現在、藤岡地域にいない。

藤岡地域の管轄外の心療内科の先生で小児の対応をしている方は、3～4か月、場合によっては6か月先という予約状況のため、この藤岡地域の中で小児の精神科の医師を確保することは、大学もないため極めて厳しく、藤岡市の子ども課が対応能力を上げていただかないと、地域の住民の将来がある子供たちが非常にかわいそうであり大変である。

あと、以前から聞いたかったことであるが、人口減に関して、藤岡市は対応策を考えているのか。

人口を流入させるためには産業を誘致するしかなく、吉岡町など県内のモデル地域を参考に、是非、藤岡市全体で人口を上げる努力を止めないでいただきたい。そのために何かを変えなければならないのであれば積極的に変えていただき、人口を増やしてほしい。産業を誘致すれば人口が増えることが期待されるので、医療だけではなく、藤岡市全体のパワーを上げることを、是非、考えていただきたい。

(構成員)

救急体制に関して、光病院は体制が整っておらず、くすの木や藤総に申し訳ないと思っている。現時点での私の方針としては、光病院に救急搬送された方に賄えるだけのことは行いたいと思っている。ただ、より専門的な対応が必要になった場合には、他の高次の病院にお願いするという形をとりたい。

在宅診療については、思いのほか対応している。言われたとおり、東京から来ている方は比較的多いと思う。

また最近、埼玉北部地域の施設で、往診できる先生がいないので診療をお願いしたい

という依頼がかなり増えている。埼玉北部地域の病院の状況というのも、可能であれば知りたいと思っている。

さらに、5年後10年後になってくると、地域の開業医の先生方の高齢化が進んでくる。その先生たちが往診している施設も、今後、担い手がいない所が相当増えてくるのではないかと心配している。

そのため、この場にいる病院の先生方だけでなく地域の先生方にも、将来の担い手をどうするか、医療全体の課題として考えることが必要であると思う。

それと、当院も、経営が苦しい状況である。それについては、言うまでもないことと思っている。

現状、光病院も高齢化が進んでいる。私が38歳で父はもう75歳になるので、産婦人科部門に関しては、5年後は休止していると思う。

そのほか、内科と外科の先生が3人おり、そのうち2人が60歳を超えている。今回の資料の構想は2030年くらいまで考えられているが、そのあとさらに世代交代で状況が変わっていくので、当院としてもリクルート（求人）をしなければならず、焦っている。

あとは、経営に関して当院としてできることとは、藤総に行かなくても済むように救急を受け入れることが、病院間の連携による地域貢献であり、それが課題であると思う。

（構成員）

今回は入院医療や在宅医療、精神医療と、非常に盛りだくさんの取組課題が入ってきたことがわかった。これから人口減少していく中で、どのように対応していくか、いろいろと考えていかなければならないと思っている。

ただ、その反面、先程、各先生方からもお話が出ているとおり、少子高齢化、少子化に伴い、藤岡市内だけではなく、お医者さんが本当に少なくなっていくのかなと思う。

地域が広域になっても診療していただける先生が少ないのでは、今後、医療の危機が生じてくるのではないか。そういうことを踏まえ、藤岡地域をどのようにしていくかということを考えていかなければならないと思っている。

先程、光病院のお話があったが、藤岡地域には産婦人科が光病院と、藤総しかないわけで、安中地域はゼロということも聞いている。お産をする施設は非常に重要であるし、藤岡で生まれて藤岡で出産をし、藤岡で子育てをしていただくことが理想だが、そのような状況も、これからしっかりやっていけるのかということについても、しっかり考えていかなければならない。

また、子どもを増やしていくことについて、藤岡市としては、まずこの地域で雇用され、生計を立てていくことが非常に大事だと思う。その中で、藤岡市としては、工業団地を造り企業を誘致するということである。

私が以前、企業誘致をしていた時に、セールスポイントは何かと言えば、その地域に学校や保育園、学童があることである。その中で、まず、待機児童がゼロであるということプラスして、さらに医療機関が必要である。

その地域に小児科の先生がいて、病院がどのぐらいあるのかということ企業にセールスに行く時には必ずお話しする。市内にはこのぐらい学校があり、高校もあり、病院もあり、そこで生活すれば、特に不自由はありませんということセールスしながら、企業誘致をしていく。

やはり企業としても、藤岡に企業進出するため何が必要かと言えば、従業員の生活の確保である。そこがしっかりできる地域であれば、進出していただける。そうすれば、その企業で雇用していただける。その点を踏まえながら企業誘致を行っているが、今の若い人たちのニーズをよくリサーチして、セールスをしていくことも重要と考えているところである。

また、皆さんにいろいろと御協力いただいている藤岡市の子育て健診や様々な手当等についても、吉岡町などと比べて遜色なく取り組んでいる。

ただ、何が足りないかと言えば、そのPRや意味、若い人に突き刺さるような何かが必要ではないかと思うので、藤岡市としても研究して、しっかりPRしていくということが大事である。

この地域の医療については、皆さんの御協力がなければ上手くいかないもので、この場でしっかり議論していきたいと思う。

(部会長)

どの地域でも小児科と産婦人科は非常に貴重だと言われている。藤岡市としても当医師会も、小児科は2か所だけなので、もう少し増やせるように、藤岡市の支援もできればお願いしたい。

(オブザーバー)

二次医療圏の広域化について、埼玉県でも人口の偏りがある地域がある。今回、群馬県の状況を聞かせていただき、非常に参考になった。

それ以外の議題の内容も、事務所内で共有させていただくので、今後ともよろしくお

願いたい。

(オブザーバー)

本庄市児玉郡医師会からもいただいている意見として、本庄児玉地区には災害時の医療体制にしっかりとしたものがない、ということが挙げられている。そのため、医師会と市・町、さらに保健所とともに検討を進めようとしている。

そのような中、日頃の小児救急などを含め、災害時に埼玉県で被災・発災した場合は、当然また藤岡地域に御支援をいただく立場になることもあり得ると考えている。

先程、藤総院長の話にもあったが、本庄児玉地区には、災害拠点病院と埼玉県独自の災害時連携病院もまだない状況である。藤総等から、引き続き、患者受け入れなどの御支援をいただけることを想定し、日頃から救急医療で御支援をいただいていることも踏まえ、埼玉県として可能な支援を考えるよう、本庄市児玉郡医師会から御意見をいただいている。先日も、さいたま北部医療センターも交え、意見交換を行った。

今日の意見交換の中で、特に埼玉県のパラメディカルの人件費が高いため埼玉県に人材が流出してしまうという意見については、例年1回行っている定例の立入検査結果によると、医療従事者不足は、埼玉県でも公的・公立病院以外、かなり厳しい状況であり、先程の意見（藤岡地域の実情）を聞いて驚いた。

今日の内容については、本庄市や、埼玉県にも情報共有させていただくので、今後ともよろしく願いたい。

(部会長)

人件費に関しては、医療従事者だけでなく介護関係も、埼玉県の方がかなり人件費が高く、そのため東京の生活保護の方が埼玉県を乗り越して群馬県に来る。人件費が安いので介護費用が安く済む。受入れる側（施設）も、東京都は1.1倍で10%加算であるから、生活保護の方は（割安の）群馬県で受け入れることになる。

(事務局)

事務局としては、多野藤岡地域の医療圏と生活圏にズレが生じていることが課題と考えている。具体的には、埼玉県北部地域との連携と多野藤岡地域内の医療圏（特に上野村）の2つである。（上野村の実情に関しては、別途、部会長から説明）

課題のひとつ、埼玉県北部地域については、6月上旬に本庄保健所と藤岡保健福祉事務所で意見交換を行い、8月下旬に埼玉県北部地域医療構想調整会議にオブザーバーと

して参加し、意見を申し上げた。

(資料5にもあるとおり、) 公立藤岡総合病院の平常時の患者のうち約3割は、埼玉北部地域から受け入れている。埼玉県側からは、平常時だけでなく災害時こそ患者受け入れをお願いしたいという強い要望があった。

これを受け、群馬県(多野藤岡地域)としては、地域住民の医療を第一に考えているので、埼玉県北部地域の患者を排除するようなことは考えていない。しかしながら、財源負担は是非お願いしたいと強く要望した。実際の財源負担に関しても、埼玉県から群馬県への交付が困難であれば、例えば、埼玉県から本庄市を通じ、藤岡市に交付することができるか等の検討もお願いした。

(部会長)

多野藤岡医療圏について、自分なりにいろいろと調査したら、上野村に乗り合いタクシーというものがあることがわかった。上野村の患者の方にも聞いて調べたところ、かなり発展的なもので、上野村はさすがだと思った。昔から黒沢村長は代々すばらしい村長で発展的であったが、こういう考え方があるのだとあらためて感心した。

(具体的には、) 村で企画した乗り合いタクシーというものが、医療機関に行くためのタクシーとなっている。その停留所を見ると、始発が上野村ふれあいの里で、そのあとが下仁田厚生病院、下仁田駅、道の駅下仁田、富岡高校で高校生が毎日利用することになる。あとは富岡小学校、富岡総合病院と、要するに病院を2つ回ることになる。

そうすると、運賃が富岡総合病院までいっても非常に安価で片道840円で、往復でも1,680円で帰って来ることができる。これはウルトラCだと思う。

やはり地域の目で見ないと、その地域の実態はわからない。国が上から目線で行政区別に勝手に分けても、地域住民は全然そのように考えていない。日曜日に、埼玉からの患者さんが、(私が) 当番医の時に来ることがあるが、その方は、次の日の当番医がどこかを知っている。連休の場合には、次はあの病院が当番医ですね、と言うので、よく知っていますねと聞くと、今はインターネットで藤岡多野医師会のホームページの当番表を見れば全部わかると言う。私は(患者の) 家庭を守る責任があるから、子どもたちのためにも、(医師会として) 当番医などを全部網羅しておかなくてはならない。

そういう訳で、地域に住んでいる人たちの目線で行政が行われることを非常に強く望む。大事なものは、一人一人の人間なのであって、土地でもなく道路でもない。その点をよく考えてほしい。

今、述べてきた話の発端は、ベッド数の調整の話が前回の会議で議論されたが1名反

対意見があり、そのまま持ち越しとなったからである。これに対して、私は藤岡市にかなり強く意見を言ったが、藤岡市はどう考えてるのかわからない。藤岡市長が、このままでいいと言うのであれば、それで構わない。なぜなら、市長は市民から選ばれた代表であるから。藤岡市民がみんなそう思っていると思うしかない。

けれども、この会議が無駄になるのであれば、これ以上続ける意味がないと思う。また、最も心配なことは、この内情が市長まで伝わっているのかどうかということだ。市長がまったく知らない間に、提案が先送りとなり、話が流れてしまうのは最も悲劇であるので、その点はしっかりやっていただきたい。

一方、人口と病床数についての数値を調べてみたところ、令和7年10月1日現在の藤岡市の人口（鬼石町を除く）は人口動態調査によると56,631人で、病床数（藤総を除く）は、368床。そうすると1ベッド当たりの抱えている人口は154人になる。

鬼石病院の管轄地域に限定して調べてみると、鬼石地区の人口は4,349人、上野村は991人、神流町1,358人（R7年9月1現在、10月は若干減少の可能性あり）で、合計6,698人である。鬼石病院の病床数が99床なので、1床当たりの人数は67人となる。

しかしながら、終末血管の川の流れの法則（川下から川上には逆流しない）に例えると、鬼石地区内の浄法寺地区の人口は1,613人だが、浄法寺地区から西の奥の方（川上の方）に行くという可能性は非常に低い。

また、上野村の患者が乗り合いタクシーで富岡方面に流れることにより、1床当たりの人口67人がさらに減ると思われる。つまり、1床あたりの抱えている人数が藤岡市内と鬼石地区でかなり格差が出るのではないか。そのような格差はならしていく方がいいのではないか。そう考えると、鬼石病院の病床をゼロにしてはいけないと思う。

ベッドを残し、将来永劫的に医師の供給があり、病院を継続するためには、やはりダウンサイジングしかないと思う。この法則からすると、鬼石病院のベッド数が35から40ぐらいが、ちょうど妥当な見込みとなる。

これを計算するためにいろいろと調べていたところ、上野村の乗り合いタクシーのことを知った。乗合タクシーのことは、上野村のホームページにすべて書いてあり、立派なことであるし、住民も喜んでいる。上野村の診療所から紹介があれば、富岡総合病院も受け入れてくれる。そうなると、もはや藤岡医療圏にこだわらず、富岡医療圏と連携を取っていくことも必要だと思う。

先日、高崎総合医療センターの登録医大会に出席した。藤総は経営がかなり苦しいが、

あらためて考えてみると、藤総は高崎総合医療センターと伊勢崎市民病院に（地理的に）囲まれており、同じような経営を行うのはかなり難しいと思う。私見ではあるが、利益になることに特化するなど、いろいろな方法が考えられるのではないか。

例えば、緊急性がない治療、地域住民（患者）にとってすぐに対応する必要のない循環器や脳外科など、時間との戦いではない治療は、優先順位を下げてよいのではないか。

この点については藤総にお任せして、困ったことあれば何でも相談に乗るし、手伝えることがあればがんばりたい。

（構成員）

いちばん最後のページ（資料5、15ページ）のポイントの赤字部分「県境を越えた医療提供体制を構築」については、今、議論がされたと思うが、特にその必要な経費負担をどうするかについて、具体的な話が進められそうなのか。この場に藤岡市、熊谷市、本庄市の方が出席されているのであれば、現状と計画を教えてください。

（構成員）

現状、6月30日に本庄市役所に伺い、藤総には約3割の患者が県をまたいで来ているということを資料で示し、費用負担をお願いしてきた。

その後、本庄市役所の職員からは、市として県を越えて回答できないため、埼玉県庁に相談するとの返答があった。

これを受け、9月3日に埼玉県医療整備課職員2名が藤総に来院し、打合せを行った。その結果、今後の費用負担について、お互い検討していくことになった。

（部会長）

これは分母（患者の住所地）が非常に複雑で、藤岡市単体で運営する藤総というのは、いろいろな所から患者が来院しているため、藤岡市だけで決めることが難しいのではないか。

（そうしたことも踏まえると、）交渉するのはやはり県と県になるのか。市と市では交渉できないのか。

（構成員）

今、藤総から話があったとおり、藤総は基本的に組合であるため、藤岡市が9割負担、高崎市と神流町、上野村で1割負担の合計10割の負担金を出し合って運用している。

実際その負担金については藤岡市の負担部分があるので、そこをどのように取り扱えるのか藤岡市の企画課なども交えて検討しているところであり、結論は出ていない。

しかしながら、今後、藤総と市役所で調整していきたいと考えているので、方向性が出れば（医対協の）会議の場で報告させていただきたい。本日の回答はここまでだが、よろしくお願ひしたい。

（構成員）

熊谷保健所と本庄保健所の現状も教えていただきたい。

（オブザーバー）

熊谷保健所は県の組織であるが、本庄市にも話は伺っている。本庄市とすれば、今の救急の額は同じであると思う。

本庄市が2013年ごろにまず（財政負担金の支出を）始められたという経緯もあるので、市と市の話し合いは十分可能だと思っている。

医療圏は、市境を超えて二次医療圏計画が設定されていたり、県でも保健医療圏計画というものがあるので、おそらくそれを念頭に置かれて市の方は県との相談ということを言われているのではないか。

いずれにしても、今日の議論を踏まえ、本庄市と十分な情報共有させていただく。

（部会長）

群馬県は何か交渉をしているのか。埼玉県は市にアプローチしているようだが。

（事務局）

基本的には、藤総に対する負担支援ということであれば、県を介してということではなく、例えば本庄市と藤総あるいは藤岡市との関係になると思う。

群馬県としては、現状、交渉等を行っていない。

（部会長）

埼玉県が（交渉相手として）出てくると、県と県で話し合う可能性があるのか。

(事務局)

お金（負担金）についてではなくおそらくその仕組みとして話し合う可能性はある。今日出席している（熊谷、本庄）保健所自体は県の組織であり、医療計画を策定しているのは県である。医療体制（全体）を計画し整備していくのは県の責任が大きいので、本庄市は自分のところで判断できないために県に相談したのではないかと。

(部会長)

お金のことと仕組み（医療体制）は別の話であるということか。本音と建前のようなものかと理解した。

それではコーディネーターの先生から、全体を通して最後に御意見をいただきたい。

(地域医療構想アドバイザー)

今日の会議ではお金（経費負担）について質問が出たが、とても意義のあることだったと思う。この会議に何回か出席したが、（県をまたいだお金や人材の）流入流出を考えると、そういうサポートは本当に必要なもので、今回を含めて、その話が進めばいいと思う。

あと、部会長の御意見のとおり、そもそも人口動態や病床を踏まえて病床数を決めることも進んでいなかったことは聞いてはいたが、これから様々な取組を行っていく中で、例えば病床ダウンサイジングなどは、いろいろな病院が本当に真剣に考えなければならぬことであるから、そういうところをまた改めて意見を聞いて、次回に繋げていかなければならぬ。

また大きな話として、医療計画は今後かなり変わってくると思われるが、先程申し上げたとおり、この地域の中でどう連携していくか検討していくことが必要なので、またこの会議の中で議論していただきたい。

(地域医療構想アドバイザー)

（本日の会議では、）大変貴重な意見が出たと思う。特に、県が用意した資料5の11ページの内容を踏まえ、（区域外（広域）連携について、）地方自治法と具体的にすり合わせをしていく必要があると思う。

（連携手法の例として、）連携協約方式と一部事務組合方式で実施している事例が挙げられているが、本当のところ先立つものがない中で、現実の中でどのように進めていくか、どのようにできるかがポイントであると思う。是非、これも進めていきたい。

この事例が藤岡にあったとすると、同じように伊勢崎にもある。県内にはいろいろな所に県境があるので、栃木県に近いところ、(例えば、)足利市とは加須市には、逆に群馬県側からお金を出さなくちゃいけない、ということが起きる可能性が十分ある。そういったところをバランスよく、(関係機関・団体)それぞれが自分の都合だけよければいいのではない、という話(交渉)をしていかななくてはならず、(今日の議論は)大変貴重な話であったと思っている。

ただ、部会長が的確に指摘したが、ベッド数をどのぐらいにするのかということが、この地域医療構想の根本にある。国は今後2年間で、三党合意が今後続くかわからないが、11万床を減らすという算段の中で、このようなことを模索している。R7年度当初にあった群馬県の150床余りを、(国が)買い上げたということが、まさに地域医療構想の根本の部分だったのだと思う。

また、今後は病院が店じまいをするときに、どういってお金を出して、どうやってそれぞれ店じまいが可能になるか、と言ったことも真剣に考えていかななくちゃいけないというところに差しかかっている。そういう中で、先生方は大変ですけれども、各病院がチームとして頑張って、つぶれないようにしていきたいと思っているので、よろしく願いしたい。

今日の議論が各地域に広がることを是非とも期待している。

(部会長)

昔、我々が子どものころは、このようなこと(地域医療構想に伴う減床等)は全然なかった。医療というものが、かなり裕福な体制だった昔と比べると、今は取り決めのようなものが、どれほど間違っているのかと思う。普通、一生懸命患者を診察し人の命を救っているのに、経営が赤字などということは、勧善懲悪のドラマでもないことで、どこかで大間違いをしている行政があるということにはほかならない。だから、ここにいられる皆様はかなり御苦労されているんだと思う。

少なくとも、私たちが子供のころは、このような会議を開く必要もなかったはずであり、今は嫌な世の中になったと思うし、嫌な世の中をつくり出しているのは誰なのか。医師会が訴えていることをマスコミも支援しながらミスリードし、国民世論もミスリードしている。

(自然の摂理として考えるとわかりやすいが、)今、医療費の値段を決めているのは国であるが、これは要するに、買う側の人間が、値段を決めているようなものである。お店に行って、そこにあるプラモデル20円だよねと言って、買う人間が値段を決めて

買っていったら、民間で商売が成立するわけがない。それらが積み重なり、究極的にどこまでも続けていくと、もう保険医は辞めるということになる。(そう考えると、)直美(医師)というのは、現在の保険医療に対するささやかな抵抗だと僕は思う。それが積み重なるとどういうことになるかを、今の国の役人たちは想像できないのかと思う。これからも直美は益々増える。国が直美を規制しようとしても、どこまで(直美医師の)人権に配慮できるのか難しいだろう。

このような会議をしなくても済むようになる時代になってくれればと切に願う。

以上