

地域医療構想時代における 住民目線の公立病院改革

第3回 住民の参画による改革の推進

千葉市病院運営委員会公募委員

池田美智雄

6 改革プラン実行上の 根本的な問題

(1) 経営効率化に不可欠な マネジメント体制の充実

「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」は公立病院改革の有力な手段ではあるが、形態を変えたとしてもマネジメント体制が整っていないれば成果を出すことが難しいのは自明であろう。

平成26年4月にオープンした地方独立行政法人東金九十九里地域医療センターは、「平成27年度には債務超過は免れない、28年度には約10億円の資金不足が見込まれる」との新聞報道がされている。情報公開されている地方独立行政法人の評価委員会の議事録に基づ

く報道である。様々な事情を勘案しても、開院後2年目にして資金ショートするのは経営陣や経営体制を作った東金市及び九十九里町の行政及び議会の責任は大きい。地方独立行政法人という形態にすればうまくいくわけではないということである。

同病院の経営難の原因はうかがい知ることは難しいが、事務部門中心に策定した根拠の薄弱な、実行可能性を十分に考慮していない計画、再生する覚悟や経験に乏しい経営トップなど、一般的な企業人からみると最初から経営がうまくいくはずはないと思われるような事例は結構存在するのではないだろうか。

○病院経営は

トップの経営チームで決まる

バブル崩壊後、企業再生ビジネスが脚光を浴びたが、「会社は経営者で決まる」と言われる通り、企業再生の成否は経営トップに依拠する部分が多い。仮に再生計画が立派であっても実行が伴わなければ絵に描いた餅に過ぎない。再生の場合、経営者はスピード感があり、従業員の士気を上げ組織を活気づける、強い意志をもつてしがらみを断つ、総論賛成各論反対の各論を論破することなどができる人が求められる。公立病院の場合は、それに加え首長や議会、医師派遣元の大学医局などのコミュニケーション能力も必要である。

病院経営は一般的な企業経営よりもよほど難しく、独立行政法人などに経営形態を変えたいというこ

とは経営の自由度で言えば、普通の企業経営の条件とやっと同等的なるようなもので、その先が本当の勝負である。新ガイドラインでは、「経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化」を掲げているが、例えば病院経営者については、千葉県内ならば公立病院の院長は医師派遣の関係等もあつて千葉大学医学部出身者が多い。ただ人材には限りがあるため、改革にあたっては大学系列を超えてでも経営能力のある院長を探したり、院長に加えて看護師のトップや事務部門のトップなどを構成するマネジメント・チームを構成して送り込んだりするなど、相応の体制で臨む必要がある。

病院の場合は、特に職員数に占める専門職である看護師の割合は

高く、看護部門は様々な診療部門、診療支援部門との継ぎ目の役割を担っていることから、病院の組織風土を変えるために、そのトップの役割は重要である。また診療部門等に対して、説得力のある医業、財務の指標をタイムリーに示すなど院長の右腕として機能する事務部門のトップの役割も同じく重要である。

数十億円という赤字幅や一般会計繰入金を鑑みれば、高額の報酬を払ってでも優れた経営者、経営チームを送り込んだ方が、住民にとってプラスになるのではないだろうか。

(2)再編・ネットワーク化の実行に絡むステークホルダー

ガイドラインには、「再編・ネットワーク化に係る計画においては、病院間での機能の重複・競合を避け、相互に適切な機能分担が図られるよう、診療科目等の再編成に取り組みむこと」とともに、再編後における基幹病院とそれ以外の病院・診療所との間の連携体制の構築について特に配慮することが適当である」と記載されているが、関係者は既存の便益維持に囚われがちになるため、なかなか難しいのが現実である。一部関係者の思惑について、多

図表 11 公立病院の関係者の思惑（一部についてのネガティブな見方）

| | | |
|-------|------------|---|
| 住民 | 公立病院周辺に住む人 | 病院が無くなると困る。自宅から遠くなると困る。何らかの形で残してほしい。 |
| | 医療制度に詳しい人 | 公立病院の赤字は何とか少なくしてほしい。アクセスは不便になっても、病院が再編して医師や症例が集積し、医療の質が上がれば良い。 |
| | その他 | 病院の経営状況はよく知らない。何となくだが公立病院はあってもよいのでは？ |
| 医療提供者 | 自治体病院 | 事務職員は定期的に入れ替わるし、改革プランと言われても作るのが大変。年功序列の賃金体系だから人数の多い看護師の平均年齢が上がると人件費は膨らむが、急性期の看護基準を維持する必要もあるし給与などの条件は変えられない。 |
| | 競争する民間病院 | 赤字なのに、医師確保とか言って高額医療機器を購入するのは何とかならないのか？ 民業を圧迫している。 |
| | 医師会 | 公立病院が経営に熱心になると患者が奪われる。民間の医療法人などに移譲されたり指定管理者になったりしたら競争になって大変。このままで良いのでは。 |
| | 大学医局 | 病院が統合すると、派遣先の院長ポストが減るので好ましくない。 |
| | 勤務医 | 自治体病院は給料が安い、医局のローテーションだから仕方ない。 |
| | ナース等 | 給与は年功序列だし、長く勤めよう。 |
| 市町村 | 首長 | 医療のことはよくわからない。専門家に任せよう。病院を無くすというのは選挙にマイナスに働くのでは？ |
| | 議員 | 医療以外にも地域の課題はあるので、時間をさけない。病院を無くすというのは選挙にマイナスに働くのでは？ 公立病院だと議員の顔が利かせられやすいので何かと便利。 |
| | 職員 | 公立病院改革プランの策定と言われても、異動してきて間もない自分が作るのは無理。外部委託をしよう。 |
| 都道府県 | 首長 | 国の各省からたくさんの計画策定を求められる。担当部署に任せている。保険者が都道府県にされるのも困ったものだ。 |
| | 議員 | 県立病院はあるが、政策医療をやっているから赤字は仕方がない。県民もあまり要望してこないし、自分の選挙区に関係なければ関心がない。 |
| | 職員 | 厚生労働省から医療計画策定を指示されるが、異動してきて間もないからよくわからない。前に作成された計画を修正して良しとしよう。 |
| 国 | 総務省 | 医療は大切だが、自治体が財政危機になったら本末転倒。 |
| | 厚生労働省 | 地域医療構想を作るのは地域事情を理解している都道府県の仕事。 |
| | 経済産業省 | 機能が重複する一般医療について民間医療機関との競争条件が不公平。 |

少ネガティブな見方で、図表11のように整理してみた。関係者の意見を集約するのは並大抵ではないことがわかる。

前述の「公立病院経営改革事例

集」には、より障壁が高い複数の自治体の公立病院の統合例が記載されている。例えば、青森県の6市町を構成員とするつがる西北五広域連合においては、5つの公立

病院を一体的に運営する体制を構築するとともに、公立病院の機能を再編成し、中核病院1施設、サテライト病院2施設、サテライト診療所2施設に再編した。この取

り組みなどは大いに参考にでき
る。

○公共事業としての病院建築

公立病院の経営悪化の要因とし
て、建築計画の杜撰さが挙げられ
るケースが多いのではないだろう
か。前述の東金九十九里医療セン
ターもおそらく当てはまる。

公立病院は建築費に対して交付
金が入るため、医療法人等と比較
して建築費が高くなっても計画上
は返済が可能になりやすい。建設
会社は、建築費の坪単価を高めに
設定している可能性が高く、建築
面積も大きくなり総投資額は膨ら
む。地元の議員によっては、病院
建設は地域にとって数少ない公共
事業であり、建設の他にも、設備、
医療機器、什器備品、各種消耗品
等々の購入について業者を紹介し
たりするなど、最終的に事業費が
膨らんでしまうことに対して頓着
しなかったりするようなケースも
あるようである。

民間の医療法人が建築する場合
は、資金の貸し手の金融機関等は
貸し倒れにならないように建築計
画を精査するが、公立病院の場合
は最終的には自治体が税金を原資
にして返済するという安心感から
か、それほどのチェックはされて
いないように推察する。また、自
治体内に病院の建築計画を策定し

た経験のある職員などは通常はい
ないため、コンサル会社等に事業
計画の策定を依頼する場合があ
る。ただコンサル会社は依頼主の
意向に逆らうことは難しいため、
実現可能性は高くはないが実行可
能性は低い「つじつま合わせの計
画」を策定するケースもある。計
画をチェックする立場の議会は、
病院事業のことがわからない上
に、中には公共事業を食い物にし
ている議員も実際に存在している
ため、十分なチェックはなされな
い。

(3)新ガイドラインと地域医療構想

総務省は、平成27年3月31日に
地方公共団体に「公立病院改革の
推進について」の通知を出し、新
たな公立病院改革プランの策定を
要請した。新改革プランは、都道
府県が策定する地域医療構想の策
定状況を踏まえつつ、平成27年度
または平成28年度中に策定するも
のとしており、地域医療構想と整
合的であることが求められている
。これまでの「経営効率化」「再
編・ネットワーク化」「経営形態
の見直し」に、「地域医療構想を
踏まえた役割の明確化」を加えた
4つの視点に立つて改革を進める
ことが必要とされている。

公立病院の「地域医療構想を踏

まえた役割の明確化」や「再編・
ネットワーク化」は、医師確保が
難しく地域医療を守ることに汲々
としているような地域、県が大学
病院と連携して構想を創り戦略的
に再編を仕掛けている地域などで
なければ、進展は難しいであろう。
特に市町村立の基礎自治体の公立
病院は、地元の有権者の顔が見え
るために、構想区域という都道府
県が定めた机上の圏域内での医療
提供体制を最適化するために、機
能分担を前提にして自院の診療機
能を自ら進んで見直すことは難し
いのではないだろうか。

また「2025年問題」と言わ
れているが、将来の発現していな
いリスクに対して、現状維持志向
の強い自治体等の行政機関や公立
病院、公的病院等が、思い切った
再編案を提示することはおそらく
期待できない。例えば千葉県の場
合、千葉県救急医療センター・精
神科医療センターの一体的整備が
検討されているが、このような中
途半端な方策によって新病院が建
築された場合は、後戻りが難しく
なってしまう。医師等の労働環境
や医療の質の確保を考慮し、また、
将来の県民、市民の税金負担をで
きるだけ少なくするために、机上
ではあるが、大胆な私案を**図表12**
に提示したい。

7 最後に自治体の 医療行政の在り方

(1)都道府県の役割・責任の増大

平成26年6月に地域における医
療及び介護の総合的な確保を推進
するための関係法律の整備等に関
する法律が成立し、地域医療に関
する都道府県の権限・責任はこれ
まで以上に強化されている。

都道府県内の各構想区域の地域
医療構想の策定にあたっては、関
係者間で協議する場（地域医療構
想調整会議）を運営する役割、地
域医療介護総合確保基金から財政
支援措置を講じる役割、医療機関
に対して要請・指示・命令などの
権限を行使していく役割が期待さ
れている。地域医療構想を適切に
実現していくためには公立病院の
位置づけの見直しは必須であるた
め、都道府県は管内市町村の公立
病院の新改革プランの策定に適切
に助言することに加え、特に再編・
ネットワーク化については、自ら
調整に乗り出すなど積極的に参画
すべきである。

特に建替えは、当該病院の役割
を改めて検証する重要な機会であ
る。安易に現状追認で建替えを行
えば、その後の医療需要や経営環
境の変化に対応できないリスクが

図表 12 千葉構想区域の公立、公的病院の再編アイデア（池田私案）

当構想区域には急性期機能を担う中規模の公立、公的病院が集中して立地しているところから、ガイドラインの考え方に則って再編を検討した。

病床機能報告による病床機能ごとの病床数と2025年の必要病床数を比較すると、高度急性期346床及び急性期975床が過剰、回復期1,763床及び慢性期267床が不足すると見込まれている。高度急性期及び急性期の機能を主に担っているのは公立、公的病院であること、老朽化で建替えを含む大規模修繕の必要性が高い病院が多いことから、建替えの際の交付金や基金からの補助等による方策を講じて統合再編を積極的に進め、高度急性期及び急性期病床の大幅削減が進められるのではないかと考える。

第一に、高度急性期医療を担う病院が高額医療機器や人材の二重投資をしなくても済むように、千葉大学病院と県立がんセンター・こども病院（周産期医療の充実の必要性）を一体化する。名称を仮に千葉大学メディカルセンターとする。岡山大学のメディカルセンター構想よりも、構成する病院の機能に違いがあるため、機能分担がしやすいように思われる。

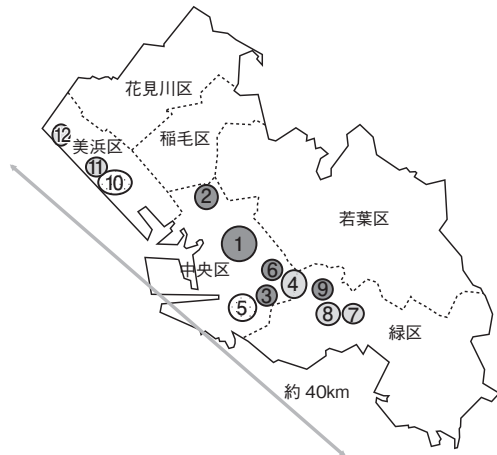
第二に、急性期・回復期の機能分化为円滑に図れるように、千葉市立青葉病院と地域医療機能推進機構千葉病院を一体で運営する。後者が市立病院の指定管理者となり、急性期以上の機能は設備等が新しい青葉病院が担い、地域医療機能推進機構千葉病院は回復期の機能に特化し機能分担をする。

第三に、美浜区エリアについては、千葉市立海浜病院と千葉県救急医療センター、千葉県精神科医療センターを一体で建替えし、救急及び周産期の急性期機能を担う病院とする。併せて精神科を標榜し、総合入院

体制加算を算定できるいわゆる総合病院にする。運営は県と市が設置者となる地方独立行政法人が行う。

対象としている病院は、すべて千葉大学の関連病院なので、千葉市及び千葉県、千葉大学との緊密な関係が構築できれば、医師の引き上げリスクは低いように推察する。

なお、構想区域内で大幅に不足している回復期及び慢性期の機能については、民間の医療法人等に任せるのが望ましい。大都市圏を除けば患者が減少している地域が全国的に広がっており、既にいくつかの地方の有力医療法人が生き残りのために大都市圏に積極的に進出している。千葉市内の既存医療法人による回復期機能の増床が困難な場合でも、担い手は現れるであろう。医師、看護師等の人材が不足している千葉県にとっては、地方の人材の流入は望むところでもある。



| | 病院名 | 所在 | 病床数 | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 再編案 |
|----|---|-----|-------|-------|-------|-----|-----|--|
| 1 | 千葉大学医学部附属病院 | 中央区 | 785 | 773 | | | | 千葉大学メディカルセンターの設立主体として関与する。 |
| 2 | 国立病院機構 千葉医療センター | 中央区 | 410 | 8 | 402 | | | 同一グループの中で機能分担を図る。場合によっては、千葉大学メディカルセンターに加わる。 |
| 3 | 国立病院機構 千葉東病院 | 中央区 | 402 | | 50 | 147 | 205 | 千葉大学メディカルセンターとして運営。 |
| 4 | 千葉県がんセンター | 中央区 | 341 | 11 | 330 | | | 千葉大学メディカルセンターとして運営。 |
| 5 | 千葉市立青葉病院 | 中央区 | 314 | 4 | 310 | | | 地域医療機能推進機構千葉病院が指定管理者になる。 |
| 6 | 地域医療機能推進機構 千葉病院 | 中央区 | 200 | | 160 | 40 | | 青葉病院と機能分担し、主に回復期機能を担う。 |
| 7 | 社会福祉法人千葉県 身体障害者福祉事業団 千葉県千葉リハビリテー ションセンター | 緑区 | 242 | | 33 | 50 | 159 | |
| 8 | 千葉県こども病院 | 緑区 | 224 | 39 | 185 | | | 千葉大学メディカルセンターとして運営。 |
| 9 | 国立病院機構 下総精神医療センター | 緑区 | 310 | | | | | |
| 10 | 千葉市立海浜病院 | 美浜区 | 287 | 51 | 236 | | | 3病院を一体で建替えし、救急及び周産期、精神科の急性期機能を担ういわゆる総合病院にする。 |
| 11 | 千葉県救急医療センター | 美浜区 | 100 | 100 | | | | 運営は県と市が設置者となる地方独立行政法人が行う。 |
| 12 | 千葉県精神科医療センター | 美浜区 | 50 | | | | | |
| | 合計 | | 3,665 | 986 | 1,706 | 237 | 364 | 高度急性期、急性期機能の病床の大幅な調整の実現。 |

出所：千葉県Website「千葉圏域（千葉市）における医療機能ごとの病床の状況」病床数は、2015年7月1日時点の数値。

高まる。新ガイドラインでは施設の新設・建替えなどにあつた都道府県のチェック機能を強化することが記載されており、都道府県は地域医療構想との整合性などを検討のうえで地方交付税措置を行う。そのため各都道府県内では、市町村担当部局、県立病院担当部局、地域医療構想担当部局が、連携して取り組む必要がある。地域医療構想の策定、実行にあつては、まさに都道府県の実力が問われる。

○千葉県庁の課題

地域医療構想の策定にあつては、まずは新公立病院改革ガイドラインに沿って県立病院の役割の明確化をすることが必要であろう。千葉県においては、「新公立病院改革プラン」の素案策定及び改革プランに基づき具体的かつ実効性のある病院経営改善を実行するための企画』について3月にコンサルティング会社に外部委託を決めている。

全部適用にしてから10年以上経過し、病院局経営管理課経営企画戦略室という部署がありながら、内部で計画立案ができないのは理解に苦しむ。市町村と異なり、健康福祉部に医療福祉政策課や医療整備課のように医療政策や医療資源の整備に関わる専門の部局もある。

り、複数の病院を運営しており共同購買等のスケールメリットも追求できる。保健所を通して県立病院が立地する構想区域の医療提供状況等の情報もとりやすいはずである。

千葉県の場合は、千葉県がんセンターの事件を含めて、ガバナンスのレベルの問題があることから、現在の組織体制そのものを見直すことは必須である。

(2) サービス提供体制と負担をトータルで考えられる自治体に

地方公共団体は、保健・医療・介護・福祉などの行政サービスを住民に提供しているが、厚生労働省が縦割りで政策を作り、自治体は同様に縦割りの組織を作つて対応している。おそらくそのほうが国と自治体間の意思疎通がしやすく、政策に紐づいた予算の申請等がやりやすいからだ。

特に病院事業については、地方公営企業会計を一部適用し、基本的には独立採算であるためか、縦割、独立の意識が強いように感じている。公立病院の収支報告を聞いていると、「患者数が増加したことで、医業収益が増加し経営が改善した。」とのコメントが普通にされているが、患者数の増加は自治体として果たして良いことなのかどうかと疑問に感じる。他病院と比較して質の高い医療を提供していることで公立病院である自院のシェアが上昇したのか、それとも住民の健康状態が悪化し総患者数が増加したのかによって異なるが、後者の場合は地域住民の健康を守る自治体としては明らかにマイナスであろう。

また国民健康保険の患者数が増加することで国保財政がマイナスになれば、一般会計から繰出しをしないといけなくなる場合も出てくる。公立病院が立地する自治体では、国民健康保険の医療費地域差指数が低いというデータも存在する。公立病院を核にして、保健師が熱心に保健活動を行ったり地域包括ケアの活動が波及したりすることで結果的に公立病院の患者が減少し経営が悪化することは果たして悪いことなのか等々、自治体としてトータルで考える必要があるのではないだろうか。

小さい自治体ではあるが福井県の旧名田庄村（現おおい町）の中村伸一医師は、診療所長と保健福祉課長を兼任することで保健医療福祉を統合し、赴任してから町村合併するまでの15年間（平成3（17年度）における名田庄村の在宅死亡率を約42％に、国保医療費地域差指数や老人医療費、第1号介

護保険料を福井県内で最も低いランクに抑えた。人口が多い自治体で同様のことを実行するのは難しいのかもしれないが、縦割部門であっても情報共有し、住民の健康や必要なコストを横串でみるのは基礎自治体のあるべき姿だと思ふ。

(3) 住民の政策立案への積極的参画

① 行政や提供者主導の政策立案
これまで医療提供体制については、主に医療提供者や学者等の研究者、保険者の代表が厚労省のたたき台に基づき審議会で決めてきており、住民の声が反映されてきていたとは言えない。

自治体によっては、医療計画などの政策立案過程や公立病院の建築等にあつてパブリックコメントの機会を設ける場合もある。ただ実態として役所はパブリックコメントを実施した事実が大切なようで、本気で意見を取り上げるつもりがない場合が多い。パブリックコメントを求める時期は計画がある程度固まった段階であり、そもそも計画の変更をするつもりがないのだ。私も数回出したことがあるが、端から取り上げるつもりがないような回答しか返つてこず、パブリックコメントは意味がない場合が多いと感じている。

住民としては、議員や首長に働

きかけるか、私が現在実行しているように病院運営に関わる委員会メンバーとなって意見を述べていくしかない。ただ千葉市のように住民からの公募委員を選んでいる自治体ならまだ可能性はあるが、医師会や看護協会等の医療関係者で委員を固めている場合もあり、医療提供者の論理、公立病院の院長が同窓の医学部の先輩の場合には先輩には逆らわないなど、住民の知らない世界で物事が決まっている場合が多いのではないかと推察する。

②住民の声を届ける必要性

平成26年の医療法の改正にて、医療法第6条に「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。」という項が入れられた。

世界に誇るべき国民皆保険と言われているが、保険者はファイナンス面（保険料の集金と給付）以外の機能を充分に果たしているとは言えず、被保険者である一般住民は黙って保険料を納めているだけである。将来的に消費税や保険料のアップなど負の分配がなされ

る状況は明らかであり、住民として行政や医療提供者にお任せではなく、積極的に意見を具申しなければいけないと考えている。私たちは医療サービスを受ける単なる客ではなくて、国民皆保険の資金を提供している当事者である。

平成30年度の地域医療構想を含む医療計画は、将来の日本の医療政策にとって非常に重要な位置づけになるため、計画に少しでも住民の声を反映できないかと、社会人有志からなる地域医療計画実践コミュニティ*において、「地域医療ビジョン／地域医療計画策定ガイドライン」(RH-PACガイドライン)を作成した。多様なステークホルダー、具体的には患者・住民、医療保険者、市町村関係者、医療提供者などに役立てるためのもので、私もその作成に加わった。

一人でも多くの住民が、納税者でありかつ健康保険料を支払っている被保険者として、医療システムを自分事として捉え、自らが居住している自治体の医療政策に何らかの形で関与するようにしなければ、公立病院の改革は進まないのではないかと危惧している。

*地域医療計画実践コミュニティ

患者支援者、政策立案者、医療提供者、メディアの4つのステークホルダーからなる約100人の有志によって、あ

るべき地域医療計画の姿を検討し、社会に発信しようとするプロジェクト。2014年4月から活動し、「地域医療ビジョン・地域医療計画ガイドライン」の策定に取り組んできた。東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニット (Health Policy Unit HPU) が運営する人材養成講座「医療政策実践コミュニティ (Health Policy Action Community=HPAC)」の参加者、HPACの前身である東京大学医療政策人材養成講座 (JEDU) 参加者、都道府県医療計画担当者などで構成している。

【参考文献】

伊関友伸 (2007) 『まちの病院がなくなる!?!』時事通信社
 伊関友伸 (2014) 『自治体病院の歴史 住民医療の歩みとこれから』三輪書店
 伊関友伸 (2015) 「公立病院改革ガイドラインは自治体病院に何をもたらすか」『病院』Vol.74 No.9
 猪野積 (2015) 『地方自治法講義 [第3版]』第一法規
 印南一路 (2011) 『生命と自由を守る医療政策』東洋経済新報社
 大沢博 (2015) 「新しい公立病院改革ガイドラインの概要について各自治体病院の改革プランの成果と課題を踏まえて」『病院』Vol.74 No.9
 金川佳弘 (2008) 『地域医療をまもる自治体病院経営分析』自治体研究社
 産業再生機構 (2006) 『事業再生の実践 第三巻』商事法務
 自治体病院経営研究会編 (2015) 『自治体病院経営ハンドブック 第22次改訂版』
 世古口務 (2015) 「[事例] 自治体病院の経営改革 意識改革とチーム医療による病院経営改善 崖っぷち自治体病院の復活」『病院』Vol.74 No.9
 東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニット (HPU) 医療政策実践コミュニティ (H-PAC) 『地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン 実践編～第2部 千葉県編～』
 東日本税理士法人編、日経メディカル開発編 (2015) 『病院 再編・統合ハンドブック 破綻回避と機能拡充の処方箋』日経メディカル開発
 松田晋哉 (2015) 『地域医療構想をどう策定するか』医学書院
 武藤正樹 (2015) 『2025年へのカウントダウン—地域医療構想・地域包括ケアはこうなる!』医学通信社

【参考にした Website】

総務省、経済産業省、厚生労働省、公益社団法人 全国自治体病院協議会、一般社団法人 日本医療法人協会、日本医師会総合政策研究機構、千葉県、千葉市、市原市、兵庫県等