

千葉県医療審議会地域保健医療部会 開催結果

- 1 日時 平成28年1月29日(金) 午後6時00分から7時40分まで
- 2 場所 千葉県教育会館 新館 501会議室
- 3 出席者
部会員：総数23名中20名出席
田畑部会員、土橋部会員、川越部会員、松岡部会員、山倉部会員、石野部会員
三枝部会員、梶原部会員、志賀部会員、戸谷部会員、上原部会員、黒河部会員
広岡部会員、齋藤部会員、相原部会員、松下部会員、星野部会員、能川部会員
亀田部会員、木村部会員
- 4 会議次第
 - (1) 開会
 - (2) 健康福祉部保健医療担当部長あいさつ
 - (3) 議事
 - ア 千葉県保健医療計画の一部改定について
 - (ア) 地域医療構想について
 - (イ) 基準病床数について
 - (ウ) 千葉県保健医療計画に掲げた指標について
 - イその他
 - (4) 閉会
- 5 議事概要
 - (1) 千葉県保健医療計画の一部改定について
 - 事務局説明
資料1、資料1-1、資料1-2により、事務局から説明

○主な意見及び質疑応答

【地域医療構想について】

(意見)

構想区域は、今御説明のあったように決まったと思うが、夷隅の全市町長から、県に要望もあった。現実の医療の、日々の市民サービスということで、すでにいすみ医療センターに常勤医師を派遣しており、来年度は夷隅に医師を4名の常勤を派遣して救急の強化を図っていく。また、情報も共有をしていく。夷隅地区だけではないがカルテシステムもつなぐ。構想区域がどうであろうとやるべきことはやっていくので、そういうことでやらせていただく。その点は行政も全面的に一体となって、安房の行政、夷隅の行政、安房の医師会、夷隅の医師会も一体となって進めている。その点については御了解いただきたいと思う。

(回答)

地域の会議でもいろいろ御意見をいただいた。36ページに構想区域の設定のところに、「特に安房圏域、夷隅地域については、人口規模、患者の受領動向、救急医療体制等の実態を踏まえ連携を進めるとともに構想区域のあり方について検討を行うこととします。」と記載させていただき、引き続き次回の改定に向けてこのような方向で検討させていただきたい。

(質問)

構想区域の件だが、私は前回からこの会議の中で言ってきたが、東葛南部地域が170万人で二次医療圏となっている。地域の会議ではなかなか声が上がらなかった。この意味を地域でどこまで理解して論議が進められていたかということもある。一部地域からはもう一度考えたいという意見が私のところに声として届いている。

今後丁寧な調整が必要だと思うが、このような意見が出てきた場合はこの文言だけではなくて、是非今後も検討していただきたいがどうか。

(回答)

夷隅、安房については地元の首長を始め強い御要望があったため、特に計画の中に記載させていただいたところ。

もともと地域医療構想の圏域の考え方の中で示させていただいたが、今回の地域医療構想策定の中で出てきた圏域に対する御意見については、引き続き平成30年の保健医療計画の改定に向けて議論を進めていき一定の結論を出したいと考えている。

(意見)

東葛南部や北部は人口が173万人、135万人と、けた違いに多い、他の二次医療圏を見てもらうとわかるが、保健所が圏域の中に3つもある。保健所は精神衛生の臨床等を行っているが、今までも東葛南部の場合はサブ医療圏等自分たちで二次医療圏を区切ってやってきた。地域医療構想調整会議に全部の医療機関が集まって、調整会議がまとまるのか、どこの病院もどこから患者が来ているのか、流出入とか、どの病院もデータを取っている。船橋だったら80数%が市民の人が来ているとか。これはこれでよいが、具体的にやるときは調整会議を3つに分けるなどしていかないと、まとまった地域医療構想の形がでてこない。あまりにも大きすぎて、具体的にやるときには東葛南部北部に関してはいくつかサブ医療圏を設けてもらわないといけないと思う。

(回答)

ちなみに人口は、東葛南部は171万人、東葛北部は134万人、印旛が72万人となっている。

(質問)

20ページで二次保健医療圏間では小児科を主たる診療科とする医師数で3.3倍、産婦人科又は産科を主たる診療科とする医師数で9.1倍の差があるとはっきり記載されている。

計画の延長もあるので、44ページの地域医療の格差解消の方策として入れ込んでいるのか、何か具体的な手立てを県として考えているのか。

(回答)

今回の計画改定については2年間の期限延長のため、個別具体的な施策については、今回は検討せずに、御指摘のあった44ページに地域医療の格差解消ということでこの中で総論的に施策の方向性だけ示させていただいた、具体的なものについては、今後次の計画の中で検討させていただくが、先送りするということではなく、必要なものについては、新しい基金等を活用した毎年の予算編成の中で事業については検討していくのでご理解願いたい。

(意見)

委員の質問ですが、先ほど申し上げたとおり、安房が飛びぬけていて山武長生夷隅とで、それだけの差があるということだが、数字のいたずらで、安房と夷隅と君津が一緒になると、例えば、医師や看護師の数も千葉県全体の平均より下になる。どのように区切ってやるかによって、全然数字が変わってしまう。我々の病院は夷隅と安房の境にあるので、構想区域で出すとこういう話になるが現実には現場は全然違う。

(質問)

40ページの必要病床数と病床機能報告の結果との比較ですが、回復期が足りない、これに対して、県の指導としては、例えば、数字を合わせていくためには、急性期を要望している人を回復期をやるように、数合わせと言うと言葉が悪いが方向性付けの指導とか何らかのアクションをするつもりなのか。

(回答)

回復期の病床が今後将来必要となる病床数に比べて足りないことが見込まれるので、補助金を用意してハード整備の支援をさせていただいているところ。

将来のニーズに対応していくための病床配分についてどのように考えていくか。今後病床を配分していくに当たり、病床の医療機能に着目していく必要があると認識している。病床を配分していくための具体的方法については今後検討していく。

(質問)

私が質問した主旨は、地方において、民間の小さな病院は急性期病棟、回復期病棟などに分けられない。

回復期の病院、急性期の病院にしてしまうと地方のニーズとしては、在宅が主となり、この計画の方針で良いが、在宅を希望しているがんの末期の患者さんや高齢者が在宅にいるうちに肺炎を起こしたり、骨折したりして、急性の治療が必要な場合が出てくる。

がんの患者だったり高齢者の場合は、現実にはそういった患者を送り込むと救急はパンクしてしまう。

高齢者は交通手段の都合で近くの病院で診てもらいたいと思う。回復期の病院にして、回復期の病棟しかない、急性の肺炎だって治療すれば急性期で結構良くなる場合だってあるし、外傷だって一時的に治療して良くして在宅に返せる。

そういうものに対応するものとして、私は地方に急性期はかなり必要ではないかと思う。もしそれを回復期に回すのであれば回復期の病院でありながら急性期といっても大それたことはできないが、家族が満足するような、一時的な治療的なことができるようなものまで回復期の中に含めてやってよろしい方向か、将来検討いただいて地方の病院が地域で役に立つよう形で残るような方法を考えてほしい。

(意見)

4 1 ページの高度急性期、急性期、回復期、慢性期というのは医療法上の病床の区分で、実際混乱しているのは診療報酬上の区分で地域包括病棟というのがある。

医療法上と診療報酬上で求められている役割とがマッチングしていないから病床報告制度でも混乱したり、何をやっていいかわからなかったり病院の現場では混乱している。

地域包括では、普通の急性期は地域包括で見えるようになっている。頭の中で整理しておかないと、次の病床機能報告制度でどこを選ぶか病院は経営があるので県もしっかり整理しておかないといけない。

もうひとつは、病棟の中に何%いたら急性期と言って良いとか、8割慢性期だったら慢性期の病棟というように率でやるようになっている。病床機能報告の時に自分たちが踏まえたいうえで報告して次の選択をしてやっていかないといけない。

どこも急性期だと思っている。医療資源をバンと投入するのは1週間に4・5日で、その後平坦になる、そこを踏まえないと自分のところは高度急性期や急性期だと思っていて実態を調べたらひどかったということもある。自分たちで分かっていない。

これから報告制度が進んでくると地域医療構想調整会議で収れんされてくると思う。県で整理して、地域医療をやっている先生方に教えてほしい。

(意見)

実際難しいが、医療法と診療報酬には乖離があるので、考えながら進めてほしい。

(質問)

4 4 ページの地域医療の格差解消のところだが、地域医療の格差解消のために総合診療専門医に対する期待が書かれているが、専門医は現在18医領域でプラス1つとして、19として総合専門医が検討されているところ。平成28年度には専門医のプログラムが公表される。既に今からプログラムに対して検討を進めていかなければいけない、また、全国から専攻医を千葉県として受け入れていく必要があると思うが、そういった検討を進めているのか。

(回答)

現在基幹施設と成りえるような病院において、専門研修プログラムを策定中で、今年度内をめどに日本専門医機構に提出する予定と聞いている。

医療整備課で調査を行ったところ、まだ数字は動いているが11月1日現在において総合診療科の専門研修プログラムを策定している病院は千葉県内に8か所と聞いているが、今なお、検討したり、辞めようと思ったり動いている状況であるため、現在また、医療整備課で調査をかけているところ。

【千葉県保健医療計画に掲げる指標について】

(意見)

指標ナンバーの2番3番4番の禁煙実施率についてだが、県や市町村は○印で医療施設が評価不能となっているのはなぜか。

何を基準にして、実施率を出しているのか。敷地内禁煙と分煙と何を基準に出しているのか。

(回答)

完全禁煙と言うことで建物内の禁煙の数値を捉えている。

医療機関については、他の施設とちがいで、比較できる調査結果がないのでこの比較不能ということでこのような記載になっている。

(質問)

千葉大学医学部は敷地内禁煙になっている。禁煙にしないと機能評価でだめだからほとんどの病院は敷地内禁煙にしていると思う。恐らくその他の診療所でも分煙程度で済ませているところはないのではないかな。

もう一度ちゃんと調査していただき報告してほしい。我々も努力したいと思う。

平成34年度を目標としているのはなぜか。

(回答)

健康ちば21の計画に合わせて平成34年度を目標としている。

(質問)

私は、東京オリンピックもあって、東京都の医師会はかなり禁煙に対して積極的に活動して行政にもアクションを起こしていると聞いている。千葉県もオリンピックで使用するのでオリンピックまでに建物の禁煙について努力をお願いしたい。

また、162番の人材の養成確保のところの看護師等養成所卒業生の県内就業率について60%台で◎がついているが100%でなくて達成なのか。

(回答)

計画を作った当時、目標として63.3%の県内就業率を掲げているので、その目標は達成したという◎ですが、その目標が低いという御指摘と受け止めました。

またご議論いただきたい。

(意見)

指標について恐らく◎のものは2年延長となるので、見直しとなるのではないかなと思うが、基盤の項目で単なる増加と言う目標は抽象的で、ちょっと増えても○になるのではないかな。

基盤の項目については数値目標をしっかりと出して目標としてやっていく必要があるのではないかな。先ほどの意見も目標の設定が低くて○になったり◎になったりするのをおかしいと言うことだと思う。

最初の基盤のところの目標数値は、ある程度具体的な数値を盛り込むべきではないかな。

(質問)

非常に難しい質問、63.3%の数字はどこから出てきたのか。何か資料があったのか。

(回答)

各目標はいろいろなところからいろいろな考え方で取っている。過去の増加見込みから、推計しているものや関連する計画からそことの整合性でそちらの計画から持ってきているところ。

基盤について具体的な数値を定めるべきだという御意見をいただいた。なかなか、具体的な数値が定めづらいものが増加と言うことばで補っているところだと思うが、ご意見いただいたので数値が出せるかどうか検討させていただきたいが、なかなか難しいものがある。

るので、こういった表現になっているので御理解をいただきたい。

(意見)

116番の小児電話件数だが、目標値が平成27年度17,500件で平成26年度が18,537件と増加していることとされている。目標の設定の見直しで平成29年度が30,000件になっている。

県医師会と看護協会と一緒にこれに取り組んでいるが、毎年電話相談件数を見ていくと平成24年度が19,569件でピークを迎えてそれ以降減少している。それは県医師会ともども評価をしてこれはとてもいい傾向であるという捉え方をしている。それがパンフレットや指導によりお母様方への知識が行きわたっている。また、看護師の対応で十分納得したということで98.4%のお母様方が回答していて、相談のみで97.7%が受診をせずに対応できたという結果も出ている。

あと1年ちょっとくらいで30,000件を達成するのは難しいかなと思うのと、30,000件をどのように評価するのかということが課題かと思う。

(回答)

御意見ごもっともだと思う。近県の状況を踏まえて平成29年度の新しい目標として30,000件と設定したが、多ければ良いというものでもないと思うので、改めて検討させていただきたい。

(質問)

144番で、進行した歯周炎と言う表現があるが、具体的に進行した歯周炎とはどのように定義されているのか。

(回答)

市町村の歯科検診の実態把握の調査から持ってきている数字である。
定義については、調べて後ほど回答したい。

(質問)

去年、歯周病の健診マニュアルが変わっていて、評価の項目も全く変わっているので、そこを踏まえて今後の定義を考えていただきたい。

【基準病床数について】

(質問)

基準病床数について、今後のスケジュールの意味合いを確認させてほしい。

平成27年度末で保健医療計画の一部改定をし、それとともに、基準病床数を変えるとということで、ここで決まったことが、審議会で決まり、来年度基準病床数を配分するというのでよいか。

(回答)

今回、基準病床数については5年間たって、国の告示自体が変わっているため、今回、算定の結果を計画に載せたところ。

国では平成30年に向けて、新たな医療計画の作成指針を検討することになるので、次回は違った算定式等が出るのかなと思っている。

今回は基準病床数を試算したところ、必要病床数(2025年 10年先の数値)で不足すると見込まれている圏域に、病床を整備すべきだという数字が出て、実際に病床整備

を始めて、決まってから病院が建つまで、3、4年、場合によっては4、5年かかるので、出来る病床の整備については、今回病床を出して、配分して、整備を進めていったほうがよいのではないかと考えている。

ただ、どういった病院に、どの程度、その病床を配分するかについては、今回の医療計画の一部改定を受けて、来年度、医療審議会の病院部会で具体的な配分方針を検討していただき、それに基づいて公募等を行い、出てきたなかから、配分方針にふさわしい医療機関に病床を配分するような手続きになるのかなと考えている。

ただ、実際に出てきた病床について、実際どうするか、配分するのか、しないのかについては、そういった中で御議論いただければと思う。

(質問)

それでは、まず、ここを出して、詳細については、来年度の病院部会で考えていくという形で、病床数をそのまま配分するかどうかは、その中身をもうちょっと検証してから、ということでしょうか。

今回考え方が難しいと思う。平成28年度に病床が配分され、そして、平成30年度に同時改定が待っているのので、そこで配分される、そこで計算式が変わるということか。

全国レベルで見れば、今までの計算式でやっていて、どの都道府県も、特に西側では病床余りになっている、それを医療機関が自主的に考えて、病床を抑えていく方向になっているのは、今までの計算方式でやっている状況にあるので、それを変えようということが地域医療構想の根本になっていると思っているので、それが全てあてはまるのか、今後良く考えなければならぬことだなと思っている。

(回答)

そのとおりで、今回の病床自体は、前回の基準病床数に比べて、先程の説明の中にもあったように、病床の在院日数とか、そういったところは病床が出ないような、数字が出てこない形になってきている。

実は、平成30年度からの次期医療計画改定というのは、目標年度は2024年度(平成36年度)なので、必要病床数(2025年)で目標としている年度と1年しか変わらない形になっている。

そこで、必要病床数という目標数が出たなかで、具体的な数字がどのようになるか、実際に国の方は、これから検討することとなっているが、そんなに大幅に異なるような数値は出てこないのではないかと県では考えている。

先程のポンチ絵の2枚目に、今後の入院需要の見込みを示しているが、実は、千葉県は2025年が医療需要の最大ではなく、さらに、10年後、20年後までは医療需要がどんどん伸びていく、さらに、その先も急激に下がるような予測にはなっていないので、必要な病床整備について、2年、3年先まで待つことがよいのか、どうなのかということがある。

ただ、病床機能報告についても、きっちりとした報告が上がっていないという話も地域の会議ではあったので、どういった病院に、どういった病床を配分するのかについては、また医療審議会の委員の皆様と十分に相談した上で、検討してまいりたい。

(意見)

資料2の1枚目の数字だが、基準病床数と既存病床数と、出来たら稼働病床数、実際にその医療圏でどれだけ稼働しているのか。

400床の許可をとっているけど、実際病床利用率は7割しかない。それは、後は空いている。稼働病床数は、今は、病床機能報告制度やDPCのデータがあるのだから、ある程度分かるのだから、出来たら入れてもらうと。

ただ、既得権のように許可をとったものと、それでせめぎ合わないで、実際に供給が需要を生むのだから。

医療費が少ないのは供給が少ないから。

病院数も何も、人も少ないし。

だから、安いだけで別段凄く良いわけでもなんでもない。これから、だんだん、供給数を少なくしていこうというのなら、むしろ千葉県にとっては都合がよい話になるわけで、稼働病床が低いところは、出来ないのは、実際に需要がないのか、機能が違うのか、気にしていないのか、マンパワーがなくて入れられないのか。そここのところも調べてもらわないと。下から2、3番の医師看護師の数だから、いろんな形で計画を作ってもらわないと。結構だが、やるのは人だからその部分をしっかりやってくれないと。

(質問)

県でも、ある程度空床について、数字をつかんでいるのか。

(回答)

県で基準病床数を定めて病床の適正配置を図ることとされているが、非稼働病床が常態化することは、医療資源の有効利用をという観点から、改善を図る必要があると考えており、医療整備課では、1年1回、非稼働病床調査を行うこととしている。

平成27年度の調査結果については、とりまとめているところで、とりまとめ次第、御報告させていただきたい。

その調査を踏まえて、個別に非稼働病床を持っている医療機関については、原因は何か、そういったことをヒアリングして、稼働できないなら返してもらうような指導をしているところ。

(意見)

非稼働病床の他に、既に稼働している病床の中で、どれだけ利用率があるかどうか、稼働率が実際にどうなっているのかも大きいことだと思っている。

今の資源が利用されているかが、非常に大事な件かなと思っているので、それも併せてみていただけたらと考えている。

(意見)

資料2の基準病床と、必要病床について、3ページの既存病床数との比較について、改定基準病床数で見ると958床過剰、平成37年の必要病床数と比較しても302床だから、ほとんど一緒ということで、今の千葉県にある病床数で足りているように見える。違和感があるのは、千葉県の医療資源が乏しい、療養病床一般病床で45位とか、平均に比べて病院数でも68%そういう状況で、病床数だと平均に比べて76%で45位、これで将来的にやっていけると言われても県民としてはえーと思う。病院に行ってもどこも患者であふれていて、検査も2カ月3カ月待ちである。

このような状況の中で、3ページの図をみると県の計算では、今の医療資源のサービスでいいと言うことになる。その感覚のずれがわからない。高知県とか2倍違う。その差が永遠に続くのか、少なくとも平均値までもっていくように県がしてくれないと千葉県民と

しては、医療を受ける立場としてはさびしいと言うか納得がいかない。

(意見)

もともと千葉県の中で2つに分かれる。千葉市の西側と東側。先生のおっしゃっているのは千葉市よりも西側、千葉市の東側は少ない状態。

(意見)

病床は保険の制度を1つ変えればこんなものはいらない、DRG/PPSベースにしたら今の急性期病床はあり余る。何が一番の問題かといえば人である。

看護師、医師、コメディカルの人の数で実際に日本の平均在院日数15日くらい、世界の平均が8日、アメリカは4日、どこがいいかは別として、日本は先進国の中で圧倒的に2倍の平均在院日数であることは間違いない。

これは経済的インセンティブを与えるのが一番早い。病床などで上から目線でこんな制度をやっても、いい医療などにならない。

(意見)

看護師不足でいろいろな所に御迷惑をかけているのは承知している。地区部会長が集まった会議でも多くの病院が在院日数が少なくなっていて、稼働率がかなり落ちている。

それから看護師不足で病床も開けないと言われていたところなので、先生方のおっしゃるとおりだと思う。

看護師の届出制度も出来るので、今も頑張っているが、いろんなことを工夫して潜在的な看護師であったり、辞めた人を潜在化させないようにいろいろな試みをしようとしているところ。

(意見)

現実的な医療資源の偏在化と看護師の不足、地域の患者の偏在化が千葉県の特徴だと思う。千葉市の西側と東側で別の発想をしていかないとなかなか解消できない。

(意見)

専門医があるのでこれから医師は、しばらくたつとスペシャリティとサブスペシャリティになっていく、プログラムの中に地方医療にも行かなければならないとプログラムに組み込まれるので、それが進むと偏在も多少解消されるのかなと期待している。

ただ、看護師は徹底的に足りない。例えば、中国の看護大学と組んで1,000人くらい日本語教育をして看護師にするなど、それくらい緊急処置をしないと足りない。

辻さんが言っているように2025年以後は、東京圏の千葉埼玉神奈川は津波が来ると言っている。75歳過ぎたら東京に行かない。地元の医療機関に掛かる。そこのやり手がない。訪問看護だって強化型で24時間やると言っても大変だ。

ワークライフバランスを、看護師の職場環境を良くしようとしても、人が少ない中で、どうやってワークライフバランスができるのか解決策があったら教えてほしい。

【その他】

今後の予定について、事務局から説明