

平成29年度第2回千葉県医療審議会総会 開催結果

1 日時 平成30年1月30日（火） 午後6時15分から午後7時55分まで

2 場所 千葉県教育会館 新館501会議室

3 出席委員

（委員：総数29名中25名出席）

田畑委員、土橋委員、川越委員、森本委員、松岡委員、砂川委員、高原委員、石野委員、木村委員、梶原委員、志賀委員、永井委員、上原委員、鈴木（一）委員、廣岡委員、五十嵐委員、相原委員、山本委員、加藤委員、星野委員、渡邊委員、中村委員、鈴木（牧）委員、能川委員、赤田委員（順不同）

（専門委員：総数7名中6名出席）

亀田専門委員、福山専門委員、藤澤専門委員、杉浦専門委員、鶴岡専門委員、平山専門委員（順不同）

4 会議次第

（1）開会

（2）健康福祉部長あいさつ

（3）議事

ア 千葉県保健医療計画の改定について

イ 第3期千葉県における健康福祉の取組と医療費の見通しに関する計画（医療費適正化計画）の策定について

（4）閉会

5 議事概要

（1）千葉県保健医療計画の改定について

○ 事務局説明

資料1から7により事務局から説明

○ 意見・質疑応答

（質問）病床不足の3つの地域について、不足であることは理解できるが、例えば船橋にしてもきちんとした医療が行われている模範的な地域と言えると思う。一方、あまり医療が足りないと切実な意見が出ている山武長生夷隅、香取海匝、こういう郡部については、病床が余っているというデータになるのが不思議である。数だけ算定して、その病床の医療の内容を全く評価していないので、これだけ余っているはずなのに全く医療過疎で医療崩壊だと言われているのが現実である。実際は医療の内容が全てであり、日本の人口当たりの病床数は多く、平均在院日数は圧倒的に長いことを加味しないと、医療が足りないというところに、新たな医療機関が参入す

ることは不可能で、M&A以外に手段がない。そこまでして参入しようという病院はこのような地域には当然なく、今回、趣旨は違うと思うが、基準病床制度が逆にどうしようもない医療提供体制の再構築を妨げているのが現実的などころである。その辺は、今後、どのようにしていくのか。簡単に言うと、既得権をどういうようにするのかということがないと、郡部の方はもうやりようがないということになると思う。

(回答) 基準病床数を必要病床数と比較すると、例えば山武長生夷隅では、基準病床数は2,717床、必要病床数は2,931床で、必要病床数が少し多い。

一方で、既存病床数は3,516床で多い状態であり、御指摘のとおり医療機能をどういうようにしていくのかという再編を地域医療構想調整会議で議論するという形で進めているところである。

(意見) 日本の病床は、世界的に比較すれば圧倒的に多い。どのような機能を病床と呼ぶかということも問題であり、ナーシングホームも、高度急性期も病床と呼んでいる。地域医療構想をつくっても、例えば、救急医療が足りないから急性期病院をつくりましようと言っても、ドクターが100人ぐらいいなかったら救急などはできるわけがないので、そうすると、その規模の病院は絶対的にできない。つまり、その地域は本当の意味での救急は不可能ということになる。その辺をどのようにバランスをとっていくかということと、今後の合理的な制度にどうしていくかということころを少し考えてないと、郡部はもうやりようがなくなっているというように思う。

(意見) 二次医療圏というのは、そろそろ全部スクラップして見直したほうがいいのではないと思う。医療圏ごとに医療計画を立てなさいと厚労省から指示されているが、全国的に見ても、人口40万人以下のところでは、医療計画ができていない。状況は全く変わってきており、いつまで今の二次医療圏にこだわっているのか。地元の医師会が反対だということがあるのかもしれないが、それは県医師会の力でしっかり説得してもらって、全体的に見直す必要があると思う。人口20万人ぐらいの地域で、二次医療圏として何もかも医療計画を立てろなどというのはあり得ない話である。さらに将来、1,018の自治体が消滅すると言われており、医療と教育と雇用のないところなどは必ずなくなってしまうだろうから、どのように二次医療圏を見直すかということ徹底的に考えないと、今の現行の延長線上でという考え方ではどこかで必ず無理が来る。

病院数は、今、8,240ぐらいあるが、財務省はもう4,000でいいと言っている。人口3億2,000万人のアメリカに5,300しか病院がないのだから、1億2,300万人のところになぜ8,200も病院があるのだというのは財務省の意見。それは極端ではあるが、そういうことを将来見越して、県でも医療計画などさまざまな計画を立てるときに、厚労省の指示通りフレームワークをつくって報告すればいいというのではなくて、知事の権限も強くなることも踏まえ、ぜひ積極的に県の実情を見て、あるべき姿を県で検討してもらいたい。

(質問) 基準病床数の算定において、流出入を見込んでいるとのことだが、年々、変わってきている状況があり、そういった部分を十分に見る必要があると考える。山武長生夷隅圏域では、799床過剰であるという数字が出ているが、2年前のデータで

はそうかもしれないが、地域完結を前提に算定した場合に本当にそうなのかということが言えるのか。

(回答) 流出入については、平成 28 年度のデータ等を踏まえて算定している。一定の年を区切って算定することに決まっているため、今回の算定はこのような結果となった。既存病床数のほうが基準病床数よりも多く、また、必要病床数よりも多いという状況であり、そういう意味では、算定結果の影響で整備が滞っているという状況ではないと理解している。

(意見) 必要病床数についてはいろいろ議論があり、実際に入院医療が大きく変化している中で、この数字の正しさがどうなのかというのは問題があると思う。

(質問) 必要病床数と病床機能報告の結果を比較すると、医療機能ごとの偏在が大きく、圧倒的にどこも急性期は基本的に余っていて回復期が足りないという数字が出ている。基準病床数を踏まえて、病床を配分する場合に、基本的には足りない機能である回復期、慢性期に配分するという理解でよいのか。また、地域医療構想の中で急性期から回復期への転換というのも県の指導のもとに強力に進めるということが背景にあるという理解でよいのか。

(回答) 病床配分に関して、資料の 7 ページの病床整備に当たっての考え方の 2 段落目のところで示しているとおり、今後、医療審議会の病院部会で方針を決定いただくことになるが、その想定として、不足が予測される医療機能に係る病床の確保を方針とすることを今のところは考えている。

(質問) 医療圏について、郡部の問題もあるが、逆に東葛北部、南部というのは人口が 300 万人いるところが 2 つにしか分かれていない。ここでベッドが足りないという非常に大雑把な議論だと思う。もっと細かく見て、どこにどれだけ足りないのかというのを精査せずに東葛南部 800 床、北部 826 床という極めて大雑把な数字が出されていることに疑問を感じる。例えば、もう少し細かいエリアで、どれくらいの病床数とするなど、地域の実情をよく見た配分の仕方というのは考えているか。

(回答) その点についても地域医療構想調整会議等で意見等をいただくことになっており、そういった意見も踏まえて、今後、具体的な配分について進めていくことになると思う。

(質問) 病床配分について、急性期、回復期という話の中で、急性期というのはどういう定義になるのか。今後、一般病床については、10 対 1 看護を基準に、そこから積み上げて 7 対 1 というのは残すとしても、基本的には段階的に加算をつけていくということで、それ以外は一般病床には基本的にはしないことになっている。回復期については 13 対 1、15 対 1 ということで入っている人の内容によって変えるということと、長期については、介護医療院の問題と 25 対 1、20 対 1 をどうするのかという問題がある。

医療の質というところの一番大きい問題は人的な資源であり、医師の数ももちろんだが、病床数について、一般を何床、回復期を何床と決めるときに、人的な資源は 10 対 1 を最低限とするということをやっていくのか。今は実際には 15 対 1 の一般病床がたくさんある。特に県南などはたくさんあり、それでは、実際には急性期

どころか一般的な医療は無理と思う。今後の病床整備は、国の今後の方針に沿って、一般病床は10対1以上でなければ許可しないというような形にするのかお伺いしたい。

(回答) 今後の話ということになるが、病院部会で応募者の事業計画の中身を見た上で、そういったことも含めて検討していくことになるかと思う。

(質問) 4月の診療報酬改定で一般病床は10対1以上となり、既得権をそこに移行する移行期間というものはあるだろうが、今後許可するとなると、やはり一般病床はそれに沿っていくということになるのか。

(回答) いずれにしても、今後出てきたものを見た上で検討したい。

(質問) 必要病床数は、2013年の医療需要をベースとしており、病床の利用率もそのままという条件で算定しているので、かなり多く見積もられていると思っている。諮問の記述の中に、今回は3年分の整備目標とある。保健医療計画は6年ごとだが、3年後に見直すということか。

(回答) 基準病床数については、3年後にもう一度検討したいと思っている。

(意見) 必要病床数のベースを踏まえると、そこを目標にするのではないと思うので、見直す場合は、国の動向にもよると思うが、よく検討いただきたい。

(質問) 基準病床数や必要病床数の算定は今の平均在院日数で計算しているのか。急性期の平均在院日数はどんどん縮まる。その場合、急性期のベッドが地域包括や回復期に一気に病床転換が進むと思う。今は不足しているという話であるが、将来、各機能によって平均在院日数が変わるということをシミュレーションして、そこから算定をしたのか。

大阪府は1,000床足りないと言っていたが、大阪府の病院協会は、一切自分たち自身は建てないと決めていると聞いている。今ある病床は、急性期の平均在院日数が全部短くなると、1,000床ぐらいうちに余剰になるだろうという予測をしている。そういうことも頭に置かないと、結局、それだけ社会資本投資や設備投資が無駄になるということもあるので、そういうことも踏まえて県のほうでは考えていると思うがいかがか。

(回答) 平均在院日数については、13.6日という国の変更を踏まえている。今後、病床が余ってしまうのではないかという議論もあると思うが、この3地域については不足しているという意見が調整会議であり、当面3年分ということで、この程度が適当と考えている。

(意見) 県立病院の整備については、高齢化の進展を踏まえ、特に小児などでは国立小児も成育センターになり、自治医大方式とか都立の府中のように総合病院とこども病院を一緒にするという事になってきた。本来であれば、これからのことを考えたら、センターとして、いろいろな情報を発信したり、研究をするデータベースも含めて考えると、クラスターでも構わないので、本当は1つのエリアに集めるべきだと思う。

救急と精神というのは、まさに良いことであると思うが、例えば小児の救急もど

ちらに連れていくのだという話になるので、本来であればクラスターでも構わないので1つのエリアに集めて計画をもう一度作り直したほうがすばらしい医療センターになるのではないか。ヒューストンのメディカルセンターみたいにMD アンダーソンもあればテキサス・チルドレンズもあれば、ベイラーのジェネラルもあれば、そういうような形にすべきだろうと考える。もう時期的に無理なのだろうが。

(質問) 膨大な内容のあるこの計画を実際に動かしていくためには、医療政策を実施する県や市町村と実際に医療を提供する病院、診療所、その他の医療機関の方々、医療者の方々と、もう一つは、県民の方、三者が一体となっていかなければいけないと思う。それを踏まえ、例えば 89 ページのところで県民の適切な受療行動と健康づくりという項目を設け、今困っているようなことをもう少し具体的に書いても良いのではないか。また、これに対する施策は、202 ページから医療機能の充実と県民の適切な受療行動の促進という分野を設けているが、かかりつけ医に関することが重点的に書かれていて、それ以外のところの記載が少ない。県がやっていることについて、再掲でもいいので、まとめて記載したらどうか。

(回答) 県民に伝えるべきことや施策について集約化して記載することについては、検討したい。

(質問) 救急の電話相談事業に関して、「救急医療」の項目では記載がないが「小児救急電話相談」と同じように記載したらどうか。

(回答) 電話相談については、「小児医療」の項目に記載しているが、大人向けはこの10月から始めたところであり、今後の展開については事業効果を見てということになるため、今の段階では記載していない。

(質問) 県民への呼びかけというのは非常に重要な御指摘だと思う。現在、千葉県の医療がどうなっているのか、今後、どのように変える方向なのかというところはしっかり訴える必要があり、何でも医療機関に期待するという風潮は、今の医師の働き方改革ともつながるが、厚労省の働き方改革の中でも国民に対する呼びかけというのも必要だろうという意見も出ており、そこは重要なところだと考える。

千葉県は医師数にしろ、看護師数にしろ、病床数にしろ、全国平均よりはるかに低いということがどちらかというところネガティブに強調されるが、一方では、県民一人当たりの医療費が極めて低く抑えられている。そのために医療が非常に薄い、質素な医療で県民が我慢しているかというところ決してそうではない。むしろ、医療の供給過剰によって医療費が高騰するという弊害が抑えられているという部分もいい面として訴えていく必要があるのではないかと思う。県としての考えを伺いたい。

(回答) 質の高い医療を提供するというのは、そもそも医療計画の目標であり、呼びかけの仕方は検討する必要があるが、御指摘はもっともだと思う。

(意見) 郡部における医療供給体制ということで、人口が急激に減っているエリアの医療供給体制をどうするか。医師の偏在は千葉県内でも明らかに見られる。厚労省の医師偏在対策の中には、大学病院あるいは大学医学部の関わりということも明文化されているが、医師を供給する側からすると、人口が減少している地域での医療機関の集約あるいはその機能分化というのが極めて遅れていると言わざるを得ない

と思う。この状態で医者が不足している、あるいは医者を大学が送らない、だから収入が増えない、赤字だという議論があちこちで出されているが、まず本来あるべき機能分化あるいは集約というのをしっかり進めていくべき。一方で、東葛地区のように人口 300 万人もいるエリアもあり、医療資源の投入が効率的に行われるような施策をぜひ県が強力に進めていただきたい。地域医療計画においては、公立病院に対して県知事は極めて強大な権限を持っているはずなので、その辺もぜひ考えてほしい。

(回答) 御指摘のとおり千葉県は医療人材が全国平均と比べても非常に少ない。効率的な医療を考えるべきという御意見をいただいたが、実際、県内で働いている従事者の皆さんの非常な御苦労の上に成り立っているところがあるので、県としても何とか確保に努めているところである。

医療の効率化は、質の高い医療を提供するという意味でも重要だということは認識している。一方で、先ほどの医療の受け方ということともつながると思うが、県民に対して特にわかりやすく説明をして、どういう形で県内の医療を展開していけばいいのか、調整会議という枠組みもあるので、引き続き地域の方と話し合いをして、県全体にとっていい形になるように進めていきたいと考えている。

(意見) 医療圏の現状の記述の中でも平成 26 年のデータを使っているものが多い。4 年前から比べてかなり変わってきている部分があり、計画の立て方とするとやむを得ない部分があるのかもしれないが、実務に当たっては、補正をかけるなど実情を重視してほしい。

(質問) 医療圏の区割りについて、今回の改定は現行の二次医療圏で進むとしても、その先は、このままでは無理。片や人口 10 何万人の医療圏があり、片や 170 万人の医療圏があって、人口分布も明らかに違う。行政区域というよりは、例えば救急で考えてみれば、高速道路が 1 本通るだけで全然救急車の分布、動きも変わるという状況を考えると、患者の移動時間、単なる居住地の行政的な区割りではなくて、居住地あるいは患者の移動の動態というのをしっかり見据えた医療圏というものの設定を次の医療計画に向けて考えていく必要があるのではないかと思うが、どうか。

(回答) 計画改定中であり、次の改定方針について約束は難しいが、貴重な御意見として承る。

○ 結果

本日の議論を踏まえ、事務局において関係団体、市町村等への意見聴取及びパブリックコメントを実施し、次回の総会で最終案の審議を行うことが了承された。

(2) 第 3 期千葉県における健康福祉の取組と医療費の見通しに関する計画（医療費適正化計画）の策定について

○ 事務局説明

資料 8 により事務局から説明

○ 意見・質疑応答

なし

○ 結果

今後、事務局において関係団体、市町村等への意見聴取及びパブリックコメントを実施し、次回の総会で最終案の審議を行うことが了承された。

6 閉会 午後7時55分