

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27年11月13日(金) 午後6時30分から8時20分まで
- 2 場所 千葉商工会議所 14階 第1ホール
- 3 出席者
部会員：総数23名中19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、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、松澤部会員、黒河部会員
広岡部会員、齋藤部会員、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) 議事
 - 1) 千葉県保健医療計画の一部改定について
 - 2) その他
 - (3) 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1～3により、事務局から説明

○主な意見及び質疑応答

【構想区域の設定について】

(質問)

今説明いただいたデータと住民代表である首長さんたちの要望書から構想区域が変わらないというのは納得がいかないが、現実的には今の安房の圏域だけでは計画が立てられないのが現実である。

P12の山武長生夷隅の虚血性心疾患に限らず、夷隅では心臓外科や心臓カテーテルもほとんどやっていない。夷隅地区で自圏域完結率が高くなるような医療機関がないのに、なんで、夷隅が離れることにより、山武長生の自圏域完結率が下がるのか。本来なら夷隅の人口分が減れば自圏域完結率は高くなるのではないか。計算ミスではないか。

(回答)

改めて計算データについては見てまいりたい。

昨年行った千葉県医療実態調査において、平成26年の1デイの各病院からの入院患者のデータをとり、医療圏のデータを加えて分析したもの。下がるということは長生等から夷隅の病院に流れていたことが想定される。

(意見)

現実にやっているが、それはない。夷隅の方が東千葉よりいろいろなことをやっていないと自圏域完結率が下がるはずがない。これが総論である。

(質問)

1デイというのはある1日の調査ということか。

(回答)

そのとおりである。

(質問)

東千葉メディカルの数値が入っていないのではないか

(回答)

このデータは昨年の10月なので、東千葉メディカルはオープンして半年である。この場で数値は分析できないので、改めて数字は精査させていただく。

(質問)

山武長生夷隅の各医師会の調査は行っているところなのか。

(回答)

各地区医師会の会長さんの所に出向き、安房と夷隅の結びつきが強いというデータを御説明し、各医師会からの意見を文書で回答いただくことにしている。全ての医師会からまだ、回答をいただけていないので、この場でお示しすることはできないが、方向性は理解するが、もう少し検討したほうがよいと面談したときに話をいただいた医師会もある。

(質問)

どういう形で、突然、山武長生夷隅圏域から夷隅を安房圏域にということになったのか。地域医療構想が出たがゆえにこのような話が出たのか、それとも安房と夷隅をまとめようとする話は前からあったのか。

(回答)

御意見等は前々からいただいていたと記憶しているが、今回改めて検討に当たっては、7月のこの部会や地域の会議、さらには地元の首長さんからの要望書があったので、県としてもその実態をもとに検討したところである。

(質問)

それはどこの市か。

(回答)

いすみ市、勝浦市、御宿町、大多喜町の2市2町の首長からの要望書である。

(意見)

山武が長生夷隅と一緒になったときは、長い間時間をかけてアンケートを行い、地元医師会にも説明し問題ないということでやっと了承した。今回はちょっと突然だなという感じである。

(意見)

先般、茂原で山武長生夷隅の会議が行われた。その際も夷隅を安房と一緒にすべきではないかという意見があった。

私としては、実際に即した計画を作っていくべきではないかと思う

(質問)

東葛南部・北部地域の現状と会議の状況を教えてほしい。

(回答)

圏域の会議等では東葛南部は大きい圏域だという御意見は頂いたが、直ちに圏域を変えるというよりは、私どもが7月の会議で示させていただいたとおり、圏域の議論については平成30年に向けてさらに議論を深めるということで御理解はいただけたと思っているので、今後そのような議論をしていきたい。

ただし、夷隅については、直ちに圏域について見直すべきではないかという御意見を会議等でいただいたので、このような分析をさせていただいた。数字的にはそのような方向性になっているが、残った山武長生をどういう圏域にするのか、地元の地区医師会の御意見はどうかということもあるので、平成30年に向けて引き続き議論をしたうえで結論を出したい。ただし、方向性だけは計画に明記するような形で今回は落ち着くことができないかという案を示させていただいたところである。

(意見)

夷隅のことは前々から出ていた。実際、夷隅はみんな亀田に行っているので圏域を見直すことを2年後にはしっかり決定づけるということでいいのではないか。

東葛南部北部は2次医療圏として非常に大きい、船橋は船橋で8割9割完結している。市川や松戸の東葛北部はどうなっているのか、もっと詳細に調べる必要があるのではないか、170万は大きすぎるのではないか。

それから、必要病床数は平成25年の推計をみると千葉県は全国的にも下の方でベット数が少ない。急性期を増やして療養型や回復期も増えるのだろうがトータルとしては高齢化のピークに達するときにベット数が増えない。

在宅医療というが、サ高住や有料老人ホームは月額25万くらいじゃないと入れない。入居料7~8万、食事等、介護保険料の一部負担でそれくらいになる。

国民年金で生活していて資産のない人はどうするのか。独居老人や老老介護など弱者に対してしっかり配慮しないといけない。国にも言っているがそこのところを真剣に考えないといけないと思うので、よろしくお願ひしたい。

【構想区域以外のその他の御意見】

(質問)

千葉県の医療需要に対する医療提供体制(案)として①～④まで示されているところだが考え方について説明してほしい。

(回答)

医療提供体制の考え方についての質問ですが、私どもは、④の案が一番現実的な案ではないかと考えている。今日の段階で決めるということではなくて、地域の会議も踏まえて最終的に一つの案に絞りたいと考えている。

(質問) 今のところは④でということか。

(回答)

そのとおりである。

(質問)

72 ページの現行計画の評価の⑧の中で人材の養成確保ということでアウトカム指標である「看護職員の離職率」は悪化傾向にあり、継続した取組が必要であるということが書いてある。

資料3の8ページを見ると、162番では人材の養成確保で、看護師等養成所卒業生の県内就業率が良くなって◎で、163番の看護職員の離職率の評価が×になっている。

×の評価は今まであまりないが、県内の就業率が良くなっているということは、就職の環境が良くなっていると判断していいのにも関わらず、どんどん就職してどんどん辞めていくように見えるが、なぜそうなのか分析は行われているのか。

(回答)

今ご指摘の看護職員の離職率についてはなかなか様々な取組を行っているものの実績が出ていない状況。分析については今後対策を検討してまいりたい。医療法の改正により、就業環境の改善の取組については、今年度から取組を強化して実施しているところですので、今後数値目標については改善を期待したいと考えている。

(意見)

模範解答的なお話で、具体性に欠ける。これだけ×の結果がでたら、重大な問題だと思って把握して、なぜだろうという問題意識を持って担当者も取り組むべきだろうと思う。

検討していくという回答は誰でもできるので、もう一步踏み込んで県内の医療において危機的状況であると何とかしなければならないと、今の回答には意欲を感じられない。

(意見)

10月からは、離職した看護師の届出制度が始まった。県から委託を受けて、辞められた方の相談体制に人を雇用して対応している。また、離職した看護師達の離職した理由と、どのような取組をしたら離職が減るのか細かく分析しているところ。

それによってまた次年度は取り組んでいこうと考えている。

就業環境をどのように整えていくか、例えば、時間の調整や短時間正職員、奨学金制度

や保育所を入れる等、そういうことだけでは難しいので、もう少し工夫して複数でどのような取組をすると離職が減るのか調査集計をしている。

(意見)

民間病院協会の立場で、個々の病院の取組で、看護師の離職をどう防げるのかノウハウ、情報をいただければ、病院の管理者も反省して取組みたい。データが出たらそれを反映した対応がとれればとりたいのでよろしくお願ひしたい。

(意見)

看護師問題は様々で再就職できていない。したがって看護協会もこうした事業に取り組んでいる。

(意見)

千葉県の勤務環境改善の予算が34万でセミナーを1回開いたら終わってしまう。千葉県の単価が一番少なかったことに驚いた。今そういうことをやりますと言うことだが、後ろについてくるお金があるかないかで熱意もわかるのでよろしくお願ひしたい。

(意見)

看護師については、千葉県は絶対的に数が足りない。医療介護総合確保基金の取組で、予算を取っていただいたが現実にはなかなか国の配分が難しい。次年度は財政からもおそらく理解が得られるだろうから予算を取っていただき、時間がかかるがそういう体制を作っていかなければ無理だと思う、掘り起こしもやってきていただいているし、うちの病院もやってきているが絶対的に足りないので、千葉県としてどうするか真剣に考えて行動に移していただくことを心からお願ひしたい。

(意見)

離職の問題ですが、女性活躍推進法ができて施行され、来年の3月までに301人以上の事業主体は行動計画を作る。301人以上じゃなくても、職場環境をどう改善していけば離職が減るか、保健医療分野の事業主がどのように考えてこれからの職場環境を改善するのかそういう観点で、地域保健医療部会ではあるが、それぞれの事業主が考えること。

皆さんの職場環境の中で理解を求めることそういう考え方も必要だと思う。

補助金や政策の誘導ということもあるかと思うが、事業主体がしっかりやっていくことも動機づけになる。3月までに301人以上は行動計画を作らなければならないので、小さいところもそれを意識した形で追随して考えていくことで実際お金を出しやすくなる環境が行政にはあると思う。国の動きを活用していただければと思う。

(質問)

今看護師のことが出てきたがたびたび県に要望しているが歯科衛生士も不足している現状。また、11月8日の「いい歯の日」のイベントとして千葉県口腔保健大会が開催され、部長に出席いただいたが、その時後ろに並んでいた学生たちもみんな東京へ行ってしまう。3年ですからあの3倍が東京へ行ってしまう。

そのことも県として充分考えていただき歯科衛生士の養成と言うことに関しては力を注いでほしい。質問ですが、66ページの現行計画の評価の一番下のところ、現状値が把

握することができない理由はなぜか。

(回答)

様々な指標があるかと思うが、例えば調査が5年に1回だとか、毎年の調査数字が出てきていなものである。そういうものを評価不能と整理させていただいた。

統計データが出てくればそこに数字が入って数値がどうなったか評価できる。

(質問)

資料3の中の評価のところ線が入っているところは全てそういうことか。

(回答)

そのとおり、健康ちば21の関係の指標が並んでいる。健康ちば21の改定する前に改めて調査を行い調査結果で具体的な数値を把握し目標値を検討しているので、まだ調査が行っていないと御理解いただきたい。

(質問)

5年に1度と言う調査はあまりここに評価していないようだが。

(回答)

健康ちば21は10年間の計画になっており、目標値が定められているので、保健医療に関する関連する重要な指標だと捉えているため医療計画にも同じ数字を載せたということとでこういう形になっていることを御理解いただければと思う。

計画期間内に評価できない指標を乗せることに意味があるのかということであれば、そういう視点で中身については検討させていただきたい

(意見)

是非工夫していただきたい。

(質問)

5年の調査を3年にするというのはできる話か。

(回答)

統計調査のサイクルと計画のサイクルがあっていない。計画が終わってから事後的に評価することになる指標もあると考えている。統計のデータ自体は調査してからまとまるには1年2年かかる、毎年の調査もあれば、何年かに一遍と言うものもある。具体的な指標で評価していくときにはこうしたデータは実態を表すものなので、なるべく多くの指標を現在の計画では入れさせていただいているので御理解いただきたい。

(意見)

3年に一遍とか5年に一遍の指標については、それはそれで必要があると思う。

(意見)

71 ページの在宅医療のところだが、在宅医療のアウトカム指標として在宅死亡率が挙げられているが、必ずしも在宅医療の最終的な目標が在宅死ではないのではないかと。

在宅での生活の限界点をいかに上げるかということが在宅医療の目標になってくると思う。

今後都市部では高齢化が急速に進んで在宅死亡率が上がってくるとすれば高齢者の孤独死が増えてくる。そういう状況の中で必ずしも在宅医療の結果として在宅医療だけでは済まされない部分もあるので、そこは注意深く分析していく必要があるのではないかな。

(質問)

資料3の4番の「医療施設の禁煙実施率」の評価ができないとなっているが、がん対策の中では禁煙のことは目標の中に入っているはずなのに評価ができないのはなぜか。

また、22年から5年たっているが今度の評価はいつ頃予定されているのか。

(回答)

先ほどの説明のとおりだが、直近の調査の数値が平成22年度のため評価できないとなっている。

評価については、がんの審議会で、がんの基本計画の中間見直しを行っているのでその中で検討したい。

(質問)

来年度は見直しとなっているので、それで評価ができないのはわからないが是非きちんと評価していただきたい

(回答)

がんの基本計画は今年度は中間年となるので3年目である。この段階で各種の指標を整理させていただいて改定に向けて行っていきたい。

(質問)

3年後には結果出るということか。

(回答)

3年後には新しい計画を策定するため、指標についても改めて整理して御提示できると考えている。

(意見)

「医療施設の禁煙実施率」は100パーセントになっているはずだ。出していないだけではないか。

(回答)

がんの審議会でも検討しているが、病院の調査と言うことで診療所等も含めて調査をするとパーセントが落ちてしまうので客体の取り方について検討していきたい。

(質問)

資料3の69番の「救命救急センターで精神科を有する施設数」が計画改定時の現状が10箇所、数値目標が11箇所、実績が11箇所◎となっていて、89番の「救命救急セン

ター設置数」が計画改定時の現状が 10 箇所 7 医療圏、数値目標が 11 箇所 9 医療圏、実績が 11 箇所 8 医療圏で数値目標が 11 箇所、現状が 11 箇所変わらない数値で△となっている。数値目標が 12 箇所 9 医療圏となるのではないか。

また、92 番のドクターヘリの出動回数が計画改定時の現状が 1073 回で数値目標が 1200 回、実績が 1640 回となり◎である。ドクターヘリは呼べば呼ぶほど評価が出るのか、オーバートリアージ軽症者が呼ぶ率が 40%近いが、これは救急隊員か医師が呼んでいるので、数が増えれば評価が上がるのか評価の仕方が本当に良いのか。

93 番の「救急隊覚知からの医療機関収容時間」の平均が計画策定時の現状が 42.6 分、数値目標が 30.0 分で実績が 44.1 分で悪くなって×になっている。95 番の「心肺停止で見つかった者の 1 ヶ月後の生存率」は実績が 25.6%で救命率が上がって◎となっている。

ということは、重傷者の救急車が取れないのではなく、軽症者の救急車が取れないということで本当に数だけで良いのか。電話の交渉回数はほとんどが 2 回以内で、ここには出ていないが 98%でほとんど取れている。本当に数だけでやっていく評価が○とか◎がついてくるのが本当にいいのかどうかということをも県はどう考えているのか

(回答)

おっしゃるとおりですが、ここに載せているのは数値目標と直近の指標で評価を行っている。今回は目標値を上回ったものは◎、足りないものについては△や×となっている。

どういう数字がいいのか、また、この数値がどういうことを意味しているのかということについては改めて分析して改定までに計画の中に盛り込めれば盛り込むし、評価の仕方については説明なりコメントをつけていくのかと思う。ただ数字は数字として引き続き追いかけて行った方が良くと思うので今回の改訂については、引き続きやっていきたいと思う。目標値という言い方が良いのかについては検討する。

(意見)

公表されれば一般の方は○や◎でいい悪いを判断する。数でいえば正しい情報なのだろうが本当に正しい情報かどうかを考えていただきたい。

(回答)

単純に数字だけで評価しているが、改めて検討をしていく。

(意見)

そんなことはない。

数字は世の中の習いだから。絶対的に数字は必要だ。

(回答)

アウトカム指標結果と資料 3 には書いてあるが、結果の指標について公表していると御指摘をいただいたと理解している。その他のアウトカム指標ではないプロセス指標、課程やストラクチャー指標、基盤の妥当性についての御質問であると思いますので、現時点でもアウトカム指標では改善がみられるということで評価していただければと思います。

(意見)

それを一般の人にわかるように示してほしい。

(意見)

そのやり方として〇×がいいか指数がいいかということだ。

(意見)

資料3の6ページの127番128番で訪問看護ステーションについて◎がついているが、この現状で在宅医療が◎がつくのは考えられない。

今後計画の延長で指標を見直していただいて、訪問看護ステーションの大規模化や今多くが5人以下の弱小で、千葉市の7割以上がそういうことで、出来てもまた閉鎖する状況、数的には目標値を超えているが、現状はなかなかうまくいかない。平成37年の在宅医療の需用数が平成25年の倍ぐらいになっているので、この目標を考えていただきたい。

(意見)

訪問看護ステーションの数だけではなく、できれば24時間巡回型訪問看護ができる機能を持っている看護ステーションの数を出してもら方がいい。小さいところは小さいところでお互い協議して5人しかいないところはお互い連絡を取ってネットワークを組んで機能を果たすこともいいと思う。それはそれでカウントする。

県民が見たら千葉県はすごいと思ってしまう。そういうカウントの仕方をしてほしい。

(回答)

以前にも同じ御指摘をいただき、数字もこちらで把握しているので今後検討する。

訪問看護ステーションは、人材の確保が難しく非常に苦勞しているところが多いと聞いているので、御指摘いただいた機能を強化している訪問看護ステーションを作っていかなければならないと思っている。

(意見)

医療計画のことについてやっているわけだが構想区域だったり、医療圏だったりを超えてすごく影響が大きいのは新専門医制度である。2017年からスタートする基幹病院と言うのは非常にきつい、例えば整形外科ですと専門医が8人以上、専門医資格を1回以上更新した指導医が5人以上の病院でないと基幹病院になれない、千葉県だと亀田と千葉大の2か所しかなれない。そこでしかプログラムが作れない。強烈的な影響がある。

こういうものを医療計画に入れないと絵に描いた餅になってしまう。圧倒的な影響力を持つのでこの辺を踏まえた計画にしないといけないと思う。計画の中に連携というのがあるので是非検討をお願いしたい。

(意見)

地域医療構想の(案)の中に入れていただきたいのが専門医制度のこともそうだが、最期まで自分らしく生きるという終末期医療について最終章を考える部分を是非加えていただきたい。

地域包括ケアの推進を入れてその中の在宅医療と言う形にしていきたい。

また、主旨として、地域医療構想とはなにかということを書いてほしい。

(意見)

それはわれわれが作るべき内容である。

だから、こちらから言って行政でその内容を案に入れてその繰り返しとなる。

(意見)

現状と問題点が、例えば都市部の問題など、何が問題なのかが今いただいた素案ではみえてこない感じがする。

地域の会議で地域の問題点を吸い上げてきていただきたい。

(回答)

あくまで素案として一つのたたき台であるので、どこまでできるかわからないが、いろいろな方の御意見をいただきながら中身を充実させていきたい。

(意見)

地域医療構想は医療で、地域包括ケアは介護保険で、連携と言うが実際医療と介護が別々に動いている、地域包括ケアは市町村で行うが医療構想がうまくいくのか、やるのは我々だが、県がしっかり頭に置いて取組んでほしい。