

平成27年度 第2回  
千葉市地域保健医療協議会  
議 事 録

## 平成27年度第2回千葉市地域保健医療協議会議事録

### 1 会議の名称

平成27年度第2回千葉市地域保健医療協議会

### 2 開催日時

平成27年12月22日（火） 午後7時から午後8時30分

### 3 開催場所

千葉市美浜区幸町1-3-9

千葉市総合保健医療センター5階 大会議室

### 4 出席者

#### (1) 委員

入江康文会長、中村真人委員、阿部博紀委員、村山秀雄委員、金親肇委員、星野恵美子委員、杉崎幸子委員、飯島睦子委員、増田政久委員、小林繁樹委員、秋元稔委員

※ 欠席委員

金子充人副会長、斎藤博明委員、中村達也委員、三浦昇委員、織田成人委員、井上孝委員

#### (2) オブザーバー

上野克明千葉銀行健康保険組合常務理事、鶴岡茂樹全国健康保険協会千葉支部長、山本恭平千葉市立青葉病院長、太枝良夫千葉市立海浜病院長

#### (3) 事務局

田辺裕雄保健福祉局長、岡部史哉保健福祉局次長、加瀬秀行健康部長、島田幸昌病院局経営管理部長、富田薫地域包括ケア推進課長、能勢益雄健康企画課長、森徹健康危機管理担当課長、岩田真一病院局経営企画課長、今泉雅子健康保険課長、飯島祥光健康企画課長補佐

<千葉県>

中村勝浩千葉県健康福祉政策課政策室長、小金谷喜久夫千葉県健康福祉政策課主幹、井上崇千葉県健康福祉政策課副主幹

### 5 議題

(1) 千葉県保健医療計画の一部改定に係る素案について

(2) その他

### 6 議事の概要

冒頭、事務局から、千葉市地域保健医療協議会設置条例第5条第2項の規定により、委員の半数以上の出席があるため、会議が成立している旨の説明があった。

また、本日の議題に含まれている地域医療構想については、医療法の規定により、その達成を推進するために必要な事項について協議の場を設置するとともに、協議の場に「診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者」「医療保険者」「その他の関係者」が参加することとされている。

このことから、千葉市地域保健医療協議会設置条例第6条の規定による「関係者」として、医療法における「医療関係者」及び「医療保険者」が参加することの説明があり、オブザーバーとして紹介された。

#### (1) 千葉県保健医療計画の一部改定に係る素案について

千葉県から、千葉県地域医療構想及び千葉県保健医療計画の一部改定について説明があった。

#### (2) その他

特になし。

### 7 会議経過

#### (1) 千葉県保健医療計画の一部改定に係る素案について

資料により、千葉県の小金谷健康福祉政策課主幹から以下の説明があった。

##### ① 千葉県地域医療構想について（資料1、参考資料）

##### 【構想区域の設定】（資料1 P1～13）

国のガイドラインでは現行の二次保健医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など、将来における要素を勘案して検討することとされている。

今回の保健医療計画の見直しについては、計画期間を2年間延長する一部改定であり、保健医療計画と介護保険事業支援計画との整合を図る必要があることから、二次保健医療圏は変更しない。

構想区域については国のガイドラインに基づき、現行の9つの二次保健医療圏を基本とする。

ただし、二次保健医療圏や構想区域の見直しについては、今回の計画見直しの中で議論される意見を踏まえ、平成30年度を始期とする次期保健医療計画に反映させることとする。

圏域に係る意見として、第1回医療審議会地域保健医療部会では「人口規模や患者動向をみた場合、山武長生夷隅圏域の夷隅地域と安房圏域を一つの圏域として取り扱うのが妥当ではないか。」、山武長生夷隅圏域の地域保健医療連携会議では「夷隅地域は、救急搬送や患者の受診、病院同士の連携において、安房圏域との関係が非常に強い。現実に即した医療圏の設定をしてほしい。」「圏域の議論は、東千葉メディカルセンターの実績を加味しないと議論ができないのではないか。」、安房圏域の地域保健医療連携会議では「圏域は救急医療の管轄と同一にすべきではないか。」「今回の計画に『夷隅と安房を同一圏域にする方向で再構築していく』との方向性だけでも示してもらえるとよいのではないか。」といった意見が出されている。

夷隅地域の市町長からは「山武長生夷隅圏域から夷隅地域を切り離し、安房圏域と一緒にすべき。」という要望書が千葉県あてに提出された。

千葉県としては、地域から出された意見について、病院機能、患者の受療動向の分析等を行い、二次保健医療圏見直しの必要性について検討をしているところ。

二次保健医療圏や構想区域の見直しについては、今回の計画見直しの中で議論される意見を踏まえ、平成30年度を始期とする次期保健医療計画に反映させる。

特に、安房圏域と夷隅地域（勝浦市、いすみ市、夷隅郡大多喜町、御宿町）については、人口規模、患者の受療動向、救急医療提供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。

### 【医療需要の推計】（資料1 P15～23）

2025年の医療需要の推計は、2013年の入院実績を基に機械的に算定することとなるが、慢性期については療養病床の入院受療率に全国で大きな格差があることから、入院実績をそのまま使用せず、全国最小レベルにできるだけ近づけるよう、入院受療率の地域差を解消するための目標値を設定して、その目標値を基に医療需要を算定することとする。

目標値の算定方法としては、パターンA、パターンBがあり、パターンAは「すべての二次医療圏が全国最小レベルまで入院受療率を低下させる」というもの。パターンBは「全国の中央値を用いて全国最小値に一定まで近づける」というもの。さらに特例のパターンCとして「二次医療圏の減少率がパターンBによる療養病床の減少率の全国中央値よりも大きい、かつ高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい地域については、目標達成年次を5年間延長した2030年とすることができる」としており、本県では安房圏域が該当している。

参考として、千葉県の上院受療率は118となっており、全国中央値144（滋賀県）より若干低い。また、本県の介護サービスの利用見込みについては、高齢化の進展に伴う、今後の介護サービスのニーズに対応するため、介護施設の整備や高齢者住宅を含めた在宅医療等の充実を図る必要がある。本県の慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方については、パターンBで推計することとし、安房圏域においてはパターンC（特例）で推計することを考えている。

### 【医療提供体制の検討】（資料1 P24～51）

地域医療構想では、医療機能ごとの医療提供体制と在宅医療等の医療需要を定めることとされているが、国のガイドラインでは、高度急性期機能については診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではないことから、医療機関所在地ベースとしている。また、急性期機能、回復期機能、慢性期機能については、できるだけ当該構想区域内で完結することが望ましいことから、患者住所地ベースとしている。

在宅医療等の医療需要については、療養病床の入院患者の一定数は在宅医療等での対応を促進するという考え方から、2013年の入院外において継続的な療養を必要とする患者数を推計する。

本県の医療提供体制の検討を進めるにあたり、まず都県間の入院患者の流出入を推計しており、本県については、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能では流出超過、慢性期機能では流入超過となっている。

都県間の調整については国から通知が出ており、「患者住所地ベースの医療需要を基本として必要病床数を推計することとし、医療機関所在地ベースの病床数を維持したいと考える県は、流入の相手県に対し協議をもちかける。平成27年12月までに協議が不調の場合には、医療機関所在地ベースの医療需要で推計すること。」としている。

本県においては、東京都、埼玉県、茨城県、神奈川県との調整になるが、各都県の地域医療構想の策定状況が異なり、調整できないことから医療機関所在地ベースの医療需要での推計になるであろう。

次に構想区域間での調整についてであるが、千葉圏域については高度急性期機能の流入率が高く、その他の機能では流出、流入ともに高くなっている状況である。

参考資料「2025年度 区域別・機能別 1日当たり医療需要の流出入の状況」のグラフを見ると、各機能とも流入が流出を大きく上回っている状況が見てとれる。また、流出先（流入元）は東葛南部が多い状況となっている。

国のガイドラインでは、県内構想区域間の入院患者の流出入を踏まえた必要病床数の推計は、構想区域ごとに患者住所地に基づき推計した医療需要（患者住所地ベース）と、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数（医療機関所在地ベース）を比較し、県内の医療関係者や市町村の意見を踏まえ、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数を確定することとしている。

本県では、実現し得る医療提供体制を検討するために4つの案を提示している。

①案は、隣接都県間、県内圏域間ともに患者住所地ベースで推計するというもので、隣接都県間及び県内圏域間の4機能全ての医療提供体制について、圏域内完結を目指すものである。

ただし、隣接都県間の調整については先ほど説明したとおり、協議が不調の場合に医療機関所在地ベースでの推計となる。

②案は、隣接都県間、県内圏域間の全てを医療機関所在地ベースで推計するというもので、患者の流出入が現状のまま継続すると仮定して推計するものである。

③案は、隣接都県間では医療機関所在地ベース、県内圏域間の高度急性期機能については医療機関所在地ベース、その他の急性期機能、回復期機能、慢性期機能については患者住所地ベースで推計するというもので、診療密度が特に高い高度急性期機能は広域的に対応し、その他の機能は圏域内完結を目指すものである。

④案は、隣接都県間では医療機関所在地ベース、県内圏域間の高度急性期機能については医療機関所在地ベース、その他の機能については医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの平均値で推計するというもので、高度急性期機能は広域的に対応し、その他の機能については圏域内完結を目指すとともに、平成37年（2025年）に実現し得る、より現実的な医療提供体制という観点から調整するというものである。

次に、必要病床数については本県の実際の数字で見た場合だが、総数を①案から④案で見ると、①案を除き50,004床という病床数になる。機能別では、急性期機能が病床機能報告に対して減少、回復期機能が増加となっている。

千葉圏域においては、総数では病床機能報告に対して97床から831床の増加が見込まれており、機能別では高度急性期機能と急性期機能が減少、回復期機能が大きく増加、慢性期機能についても増加となっている。また、在宅医療等の需要数も伸びている。

本県としては、実現し得る、より現実的な医療提供体制を目指すこととし、④案を進めていきたいと考えている。

補足説明であるが、将来において病床過剰が見込まれる地域では、病床の削減を懸念されている医療関係者の方々からの意見があるので、資料1の51ページに国からの通知について示している。

その中で、「医療法の改正で、都道府県知事の対応の規定を新設したが、不足している医療機能の充足等を求めるものなどであり、稼働している病床を削減させるような権限は存在しない。地域の実情に応じて、関係者が話し合い、将来の医療需要の変化の状況を共有し、それに適合した医療提供体制を構築するための、あくまで自主的な取組が基本。地域医療構想は、2025年に向けての取組であり、個々の医療機関の医療提供の方針を踏まえつつ、丁寧に調整を行っていくもの。」となっている。

#### 【地域医療構想調整会議】（資料1 P52～56）

地域医療構想調整会議の協議内容については「地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能、病床機能報告制度による情報等の共有、地域医療構想の達成の推進に関すること等」となっている。

ガイドラインでは、地域医療構想調整会議は、地域医療構想を策定した後に設置することとされているが、本県の場合は構想策定の段階から設置することとしている。

地域医療構想調整会議の参加者については、ガイドラインに示されているとおりであり、本県においても既存の地域保健医療連携会議等を活用し、新たに保険者の代表等の関係者を加え、調整会議として、これまで11月から12月にかけて各圏域において開催しているところである。

また、地域医療構想策定後は、協議をより効果的・効率的に進めるため、地域医療構想調整会議のあり方について、今後の議論を踏まえて来年度以降も柔軟に見直すこととする。

千葉圏域では、調整会議と千葉市地域保健医療協議会とのあり方について、今後も検討していく。

## ② 千葉県保健医療計画の一部改定について（資料1、資料2、資料3）

### 【千葉県保健医療計画の一部改定（素案）】（資料1 P57～61）

千葉県保健医療計画の一部改定素案は3部構成で、そのうちの第2部が地域医療構想になっており、第1章から第6章までである。このうち医療法で定めることとなっているのが、第2章「構想区域の設定」、第3章「千葉県が目指すべき医療提供体制」、第4章「千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策」、第5章「各区域における目指すべき医療提供体制と実現のための施策」である。

第1章の千葉県における現状と将来の医療需要については、前回の会議で示した本県の現状や将来の医療需要について、国のデータを用いながら記載している。

第4章では、本県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策として、8項目を示している。

このうち、1「医療機関の役割分担の促進」、2「在宅医療の推進」、3「医療従事者の確保育成」、4「地域医療の格差解消」については、地域医療構想の実現に向けての地域医療介護総合確保基金を効果的に活用することが重要であるため、基金計画の柱となっている項目を示している。

また、6「公的病院等の役割」、7「地域医療連携推進法人制度の活用」については、病床機能の分化や連携を推進するために、新公立病院改革ガイドラインに沿って公立病院の果たすべき役割の明確化、再編・ネットワーク化の検討等との整合性を図る必要があること。また、ひとつのツールとして地域医療連携推進法人制度を活用することを示している。

さらに、病床機能の分化や連携を進める上で、高齢化の進展にともない将来に向けた疾病ごとの医療体制が必要であることから、5「疾病ごとの医療連携システムの構築」について示している。

最後に8として、「県民の適切な受療行動と健康づくり」について示している。

第6章については、「地域医療構想の推進体制と評価」として、基金の活用や調整会議の開催、構想策定後の評価について示している。

（ここから資料2により説明）

千葉圏域に関する記載箇所については、資料2の千葉県保健医療計画の一部改定（素案）の中で、まず6ページ、7ページに病床機能報告における平成26年7月1日時点と6年後（平成32年7月1日）の医療機能別病床数を記載している。

つづいて、17ページ以降に入院患者の流出入について記載しており、千葉圏域の圏域内完結率は、各ページの下の方で千葉圏域の患者住所地と医療機関所在地をクロスしたところの数値となっている。全体での圏域内完結率は76.8%である。高度急性期機能では81.8%で、山武長生夷隅圏域や市原圏域からの流入が多い。急性期機能では81.7%で、山武長生夷隅圏域や市原圏域からの流入が多い。回復期機能では79.4%で、山武長生夷隅圏域や市原圏域からの流入が多

い。慢性期機能では73.4%で、他の機能に比べやや低く市原圏域や印旛圏域からの流入が多い。また、東葛南部圏域、印旛圏域の順に流出が多くなっているという状況である。

次に、29ページで在宅医療等需要の伸び率を示しているが、千葉圏域は県全体の在宅医療需要より高くなっており、平成47年度（2035年度）のピークに平成25年度（2013年度）の2倍を超える需要の増加が見込まれる。

次に、38ページから各区域における目指すべき医療提供体制と実現のための施策について示している。まず、人口の推移について、総人口は減少に向かうが、75歳以上人口は平成27年（2015年）から平成37年（2025年）にかけて86%・85,000人増加すると見込まれる。

また、入院患者数の推移について、一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度（2013年度）から平成37年度（2025年度）にかけて27%・1,439人/日の増加が見込まれ、その後、平成47年度（2035年度）にピークを迎え、35%・1,884人/日の増加が見込まれる。

在宅医療等の患者数は、平成25年度（2013年度）から平成37年度（2025年度）にかけて98%・7,570人の増加が見込まれ、平成47年度（2035年度）にはピークを迎え、128%・9,970人の増加が見込まれる。

実現に向けた施策については、特定機能病院や複数の基幹病院があり、県全域からの入院患者の流入が多く、平成47年（2035年）に向けて医療需要が増加する千葉区域では、地域の実情を踏まえた医療機関ごとの役割分担の促進、在宅医療の推進、医療提供体制を支える医療従事者の確保育成について記載している。また、この具体的な施策については、34ページから36ページにかけて記載している。

（資料1に戻り、61ページから）

本県では、今年度末を目途に地域医療構想の策定を進めているが、国においても関連施策について検討されている状況であり、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」、「療養病床等のあり方等に関する検討会」、「医療従事者の需給関係」、「必要病床数と基準病床数との関係」など、今後国から示される予定のものについての動向を踏まえながら、平成30年度を始期とする次期保健医療計画に向けて継続的に検討していく。

#### 【現行計画に掲げた施策の進捗状況の評価】（資料1 P62～78）

現行の保健医療計画については、計画に掲げた施策の進捗評価を行い、必要に応じて計画を見直し（一部改定）を行った上で、計画期間を平成29年度まで延長する。

現行の計画では、個々の施策等の達成状況を評価するために177項目の評価指標を設定しており、アウトカム指標（結果）34項目、プロセス指標（過程）85項目、ストラクチャー指標（基盤）58項目となっている。

これらすべての指標について、平成27年11月1日現在での達成状況の評価を行った。

評価基準の定義は資料に示したとおりで、その結果は、達成及び達成見込みは全体の52.5%で93指標であった。未達成については27.7%の49指標であり、そのうち8.5%の15指標は、指標策定時よりも悪化傾向にあった。

各分野別の評価結果については、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病については、概ね進展が図られているが、保健・福祉・医療の連携確保、人材の養成・確保、連携拠点などについては、今後も継続した取り組みが必要となっている。

73ページ以降に達成状況を表で示しており、資料3とあわせて確認していただきたい。

以上のような評価を加えた上で計画の見直しを行うが、今回は一部改定での計画期間延長となっているので、現行計画で示した施策は引き続き推進していく。ただし、多くの評価指標の目標年度が平成27年度となっているので、次のような考え方で指標の見直しを行いたいと考えている。

まず、目標を達成しているもの、または今年度中に達成が見込まれるものについては、現在の目標値を維持すべき理由がある場合は原則として、現在の目標値を平成29年度の目標値とする。

現在の目標値を維持すべき理由がない場合には原則として、平成29年度を目標年度とする新たな目標値を設定する。

今年度中に達成が見込めないものについては、目標年度を平成28年度以降に設定している場合は、現在の目標値及び目標年度を維持する。また、目標年度が平成27年度以前となっている場合には原則として、現在の目標値を維持して目標年度を平成29年度まで延長し、引き続き目標達成に向け推進することとする。

千葉県保健医療計画の一部改定（素案）についての説明は、以上である。

なお、今後のスケジュールについてであるが、2回目の地域医療構想調整会議は今回の千葉圏域が最後となる。これまで皆様からいただいた意見を基に、平成28年1月29日（資料では15日となっているが訂正）に第3回医療審議会地域保健医療部会を開催して、計画試案として示す。

また、2月にはパブリックコメントを実施し、3月に医療審議会の総会を開催して、千葉県保健医療計画の一部改定案について諮問を予定している。

#### 【質疑応答等発言要旨】

<入江会長>

これまで私が、地域医療構想について市内医療機関の病院長の方々と意見交換を行ったところでは、概ね達成可能であると考えている。一部誤解があり、すぐに実現せねばならないと考えているところがあるようである。しかし、これはあくまで構想なので、10年後にこういう形になっていることが望ましいという指標として受け止めている。そういう観点からみると、千葉市内の病院における病床のあり方は、ほぼ構想どおりの形になるであろうと考えている。

他の圏域について口出しするつもりはないが、日本の医療というのは、患者が医療機関を選ぶ自由が保障されているので、患者の希望によって様々な選択肢があり、これを構想どおりに動かすというのは難しい面がある。従来感じていることは、患者は心理として中央に向かいがちであり、反対に向かう患者は少ない傾向がある。一部の資料にあるように、移動時間が短いというだけで判定するのは難しいのではないかと。また、各医療機関の機能や利益の部分が絡んでくるので、地元の医師会等の意見をよく聞いた上で、構想を決めていくのがよいだろう。

千葉市については単独の圏域で非常にまとまりが良く、それほど大きな齟齬は生じないであろう。

問題点としては、それぞれの患者を、この人は急性期、この人は慢性期とは分けられないわけで、慢性期の患者が急変すれば急性期になり、その反対もあるので、そこを明確に分けられないということが難しい。

また、千葉市内は大学病院をはじめ、国立病院、県立病院、市立病院、民間病院とあって、特に大学病院、国立病院、県立病院というのは、千葉市民だけのためにあるのではなく、全県を対象にしていることから、医療機関所在地、患者住所地という観点だけで考えるのは難しいのではないだろうか。

それから、医療従事者の確保をどうするのかというところで、これは病床の数よりも大事なことで

あり、本日は看護協会の会長にもご出席いただいているので、離職している看護師の再就職についての取り組み等も後ほど伺いたい。

<増田委員>

入江会長が言われたように、あくまで構想なので、このとおりにいくかという疑問は感じている。

千葉県の医療提供体制のところ、本県は④案で医療機関所在地と患者住所地による推計をするという話であったが、大学病院や県立病院、特に県立病院は専門性に特化しているところが多いので、そういった病院は、基本的には県全体の患者を引き受けるという形で、圏域とは外して考えないとうまくいかないだろうと考えている。また、千葉市は急性期機能を担う病院が非常に多いという特徴があるので、それをどのようにバランスを取っていくかというのが大変であろうし、千葉市だけでは解決できない流入人口の問題や、昼間・夜間人口の違いなど様々な条件があるので、圏域単位で施策を考えることができるのかという疑問がある。

<小林委員>

確かに、千葉市において特に県立病院は、がん、こども、救急といった専門性に特化した病院があり、県全体を対象としている。例えば、千葉県こども病院の患者の50%が千葉市の患者であった場合に、千葉県こども病院の病床数の50%を千葉市のものと計算するのかという問題がある。

また、救急の面を考えると、二次医療圏の境にある病院が積極的に患者を受け入れる場合、当然圏外からの患者も多く受け入れるわけで、それをもって医療圏の充実等を図るというのは無理があるのではないか。結果が原因を表してしまっている部分や、その逆もあるが、少なくともそれを基に数を調整するというやり方は、危険ではないかと感じている。

それから質問させていただきたいのが、現行計画の評価というところで、177項目の指標で評価しているが、この項目の見直しであるとか、評価方法に対する評価などはするのか。例えば資料3にある、170番の「違法ドラッグ試買検査実施回数」や174番の「食中毒罹患率」といった指標は、評価として分かり易いが、一方で、95番の「心肺停止状態で見つかった者（心原性、目撃者あり）の1ヶ月後の生存率」が直近で25.6%と、計画改定時の数字から遥かに良くなって◎の評価になっているが、これはどこから持ってきた数字なのだろうか。また、92番の「ドクターヘリの出勤回数」が多くなっているが、多ければ良いのか。というように、項目によって評価し易いものと、そうでないものがあり、評価指標項目の見直しが必要なのではないか。見直しの計画はあるのか。

<中村健康福祉政策課政策室長>

今回は保健医療計画の一部改定ということで、地域医療構想の部分以外については、基本的には現行計画の計画期間を2年延長するというところを中心に組み立てられ、目標年度が平成27年度となっている評価指標項目もあるので、現行の項目で評価した。

平成30年度の全面改定に向けては、評価指標項目の見直しをしたいと考えている。また、評価指標の種類として、基盤（ストラクチャー指標）、過程（プロセス指標）、結果（アウトカム指標）と分類しているが、行政の施策を推進するためには、実際にサービスを提供する主体の活動や他機関との連携体制を測るプロセス指標や、医療サービスを提供する物質資源、心的資源及び組織体制を測るストラクチャー指標が必要となる。しかし、最終的な目標は、アウトカム指標を達成することである。

<小林委員>

この評価指標は、項目を決めるのも大変であっただろうし、結果を出すのも大変であっただろう。しかし、これがうまくいけば、非常に透明性の高い構想と評価になる大変素晴らしいものだと考えるので、是非この評価指標自体に対しても、今後十分に練り上げてブラッシュアップしていただきたい。

<山本市立青葉病院長>

今回、初めて詳細な評価指標などを見せていただいたが、こういったものをもっと周知して、医療者に広く意見を求めることが重要である。

病床再編の話については入江会長からお話があったように、千葉市の中でも少しずつ進んでいると感じている。恐らく来年度の診療報酬改定で、急性期病床の要件が変わることは確実であろうから、そういった面からも調整が図られるであろうと考えている。

<太枝市立海浜病院長>

千葉医療圏の現状では急性期病床が多く、回復期病床は少ない。資料1の41ページに示されている、高度急性期については、この案のとおりになるであろう。

しかし、急性期については、病床機能報告では4000床程度となっているが、実際には4400から4500床はあるだろうと考えている。それに対して、必要病床数は3000床前後という数字になっており、これをどのようにソフトランディングさせるか、どこかで調整しなければならない。県の医師会等からの働きかけや、県の行政からも指導が必要であろう。

また、山本院長からも話があったが、28年度の診療報酬改定では、急性期の要件をシビアにしていることから、そこである程度は淘汰されるであろう。少なくとも7対1、10対1から外れていく病院は、かなりあるだろう。

そして、病床機能報告制度によって各病院がどれだけきちんと自己評価をして、然るべきところに納まっていくかというところであるが、その動向を見極めた上での話になるであろう。

その辺のところについて、県の考え方などがあれば聞かせていただきたい。

<中村健康福祉政策課政策室長>

実際には、ご指摘のとおりと考えている。

病院経営を考えた場合に、診療報酬が大きく関係してくるところであり、国も2025年に向けた全体的な構想を見据えて、診療報酬体系を作ってくるであろうと考えている。

病院機能報告については、その病院が現実には担っている機能ではなく、担っていきたい機能、というような視点で報告をしている例もある。また、特定機能病院等が、本来は病棟ごとに報告しなければならないものを、病院全体として高度急性期と報告する例もあり、極端に高度急性期が多くなっているところもある。回復期については、回復期リハビリの診療報酬を受けている病院だけが、回復期として報告しなければならないと考えてしまっている例もある。まずは、病院機能の実態と報告の相違を無くすことが先決であると考えている。

<鶴岡全国健康保険協会千葉支部長>

病床機能報告に関して、どれほど正確に報告され、公表されるのかというところに注目している。

確かに、県のホームページで確認したところ、全病床が高度急性期という病院がいくつもあり、理解が進んでいないためにそうなったのか、別の理由があるのかは分からない。

我々保険者としては、加入者目線で見えた医療サービスを、リーズナブルなコストで提供していただくというところを進めていかなければならないので、そういう立場で会議に参加させていただきたい。

協会けんぽ千葉支部の加入者は、総数で約80万人いる。また、東京都や埼玉県で加入しているが、千葉県在住であるという人を含めると、約120万人いる。よって、千葉県民の5人に1人は協会けんぽ加入者ということになる。現在、この120万人からのレセプトデータや健診結果のデータを分析している。

患者の受療動向については、県の示すデータと我々の被用者保険のデータではかなりの違いがあり、

圏域ごとに見た場合の流出率や流入率について、一番大きいところでは11%、県のデータとの差があり、千葉圏域でも10%弱の差があるので、こういったデータを疾病別や市町村別というところも視野に入れて、分析を進めたいと考えている。

そういうものとおして、地域医療構想の策定、実現に向けて、我々も貢献させていただきたい。  
＜上野千葉銀行健康保険組合常務理事＞

我々保険者は、医療を受ける被保険者の代表として、この会議に参加するのだと考えており、また、民間事業会社の立場として、実際に地域医療構想や保健医療計画が進んでいくのか、PDCAサイクルがしっかりと機能しているか、といったところを見ていく必要があると考えている。

それから、通常、経営資源というと、人、物、金ということになるが、先ほど話のあった地域医療介護総合確保基金という金の部分や、医療従事者の確保育成という人の部分など、そういった数値については出てきておらず、実際に量が見えないと本当にそこへ進んでいけるのかどうか分からない。  
＜星野委員＞

資料1の41ページを見ると、2025年には在宅医療等の需要数が現在の倍以上となっている。その点についての考えをお伺いしたい。

県の掲げた指標の中には、訪問看護師確保の数値については挙げられていない。これまでは訪問看護ステーションの数の目標値は示され、現在までに目標は達成されている。しかし、現状の声を聞くとして十分に足りているとは考えられない。

また、千葉県の訪問看護ステーションの特徴として、70%以上が5人以下の小規模で活動しており、経営状態は厳しくなり、更に看護人材も不足で、せっかく活動していても閉鎖せざるを得なくなっているステーションも複数ある。

それから、先ほどのご質問の看護師確保に向けての看護協会の取り組みについてお答えする。

協会も永年にわたる看護職不足を重点課題として「看護職の定着・確保」のためにはどうすればよいか等を重点事業の一つとして取り組んでいる。

また、この10月に「離職看護師等の届出制度」が努力義務化となり、スタートした。離職した看護師等が潜在化しないように、また、潜在看護師等についても届出に協力頂き、再就業支援に努めている。届けて頂いた方の復職支援として、ナースセンターやハローワーク、また、地域に出向いて就業相談や知識・技術講習会を開催している。さらに、看護師等が働き続けられる職場環境を整える支援もさせて頂いているなど、多面的に取り組んでいる。一人でも多くの方に復職して頂けるように今後も努力していく。

＜入江会長＞

千葉市は政令市の中で、人口に対する訪問看護ステーションの数が一番少ない。また、利用率も非常に少ない状況である。構想において病床から在宅へ持っていかうとしても、その受け皿がないことが問題となってくる。

＜杉崎委員＞

いずれの病院においても栄養士が必ずいるが、定員が決まっている。例えば病院を中心として日々の仕事に追われていると、栄養士が在宅指導に出られないという状況になってしまうため、いずれの病院でも栄養士の定員を増やしていただきたいと考えている。

＜飯島委員＞

地域医療の格差解消を構想に掲げているが、周産期医療では、千葉市内においても産科医、産婦人科医の不足から、助産師がお産をやりたくてもできないという現実があり、今後どのような構想をも

っているのかというところが気になっている。また、評価指標の106番で、就業助産師数の評価が◎になっているが、数は足りていても働く場所はあるのか、現実的な数値なのかという疑問がある。

<入江会長>

確かに、少子化対策といいながら、現実には出産できる施設が減ってきているという問題がある。

<秋元委員>

千葉県は、病院数、病床数、医療従事者数など、まだまだ不足していると認識しており、この医療構想の話については、当初から報道等でも病床の過剰、不足について大きく報じられ、どうなっていくのだろうと危惧していた。また、必要病床数を判断していくガイドラインを見ても、医療構想の策定は非常に大変であろうと感じていたところである。

しかし、国からの通知を見てみると、「医療法の改正で、都道府県知事の対応の規定を新設したが、不足している医療機能の充足等を求めるものなどであり、稼働している病床を削減させるような権限は存在しない。」であるとか、「地域の実情に応じて、関係者が話し合い、将来の医療需要の変化の状況を共有し、それに適合した医療提供体制を構築するための、あくまで自主的な取組が基本。」と示されているので、これから論議を進めていく上で、調整会議等を含め、圏域の医師会や関係団体、病院等の意見を大いに反映させていただきたい。

<金親委員>

薬剤師会としては、地域包括ケアという中では、薬剤師の役割は非常に多いと考えている。

特に、これからは在宅で医療、介護を受ける方が増えていく時代になるが、どうしても薬の管理が上手くできない患者が多い。私もよく在宅訪問するが、きちんと薬が飲めていない、きちんと介護を受けられていないと感じる。そういうところへ薬剤師が行って、服薬指導を行うべきである。

しかし、近年は薬剤師の数がなかなか増えないという現状があり、県から援助を受けながら復職支援を行っているが、復職する薬剤師も少ないというのが実情である。

<村山委員>

我々歯科医師会としては、やはり回復期、慢性期を担っていくと考えている。

口腔ケアについて理解している方も多いが、まだまだ現場まで入っていない。医師会と協力しながら様々な場面において、患者の口腔ケアの面から回復期、慢性期のところで協力していきたい。

<阿部委員>

資料1の4ページを見ると、9つの保健医療圏の中で、例えば、人口に対する医療資源が多い安房圏域に比べ、千葉圏域は少ない。このような人口に対する医療資源の比が、構想の中にどのように反映されていくのかという疑問がある。

<中村委員>

この地域医療構想を策定するにあたって、どれだけ現場の現状が吸い上げられているのか。

例えば、各医療圏の人口10万人当たりの医師数などが示してあるが、医師といっても、年齢、性別、科目別によって様々で、ただ医師であればよいというわけではない。その内訳まで考えないと何もうまくいかない。また、4つの病床機能別だけでなく、診療科目ごとにも考えていかなければならないのではないかと。いずれにせよ、もっと現場の声を聞いていただくことが必要である。

<入江会長>

地域医療構想については、往々にして急性期や慢性期の病床の数で議論されることが多いが、今回の会議で皆さんの意見をお聞きして、その先が重要であるということを確認した。

訪問看護、服薬指導、栄養指導や口腔ケア、在宅の患者が増加すれば救急医療も増加する。在宅に

どう受け皿を作るかということが重要である。

本日は、様々な視点からの意見を聞くことができ、大変良かった。

<中村健康福祉政策課政策室長>

貴重なご意見をありがとうございました。

今回は、国の決めたやり方で地域医療構想を作っていくが、今後、平成30年度の全面改定に向けて、保健医療計画と介護保険事業支援計画との整合を図り、一体的に転換する時期が来る。

そこへ、ご意見いただいた課題を解決し、反映させるために検討していきたいと考えているので、今後ともよろしくお願ひしたい。

以上のとおり議事を進め、午後8時30分に閉会した。

以上