

第2回千葉市病院事業のあり方検討委員会議事録

1：日時 平成31年3月25日（月）午後7時から午後8時50分

2：場所 千葉市総合保健医療センター 5階 大会議室

3：出席者

(1) 委員

尾形裕也委員（委員長） 斎藤博明委員（副委員長）
板倉江利子委員 菊地端夫委員 角南勝介委員 高原善治委員
寺口恵子委員 中山茂樹委員 山本修一委員
※小熊豊委員は欠席

(2) 事務局

[病院局]

齋藤病院事業管理者、初芝病院局次長、布施経営企画課長、西野事業調整担当課長、
高澤管理課長

[病院局 市立青葉病院]

山本院長、岡崎事務長、高橋医事室長、樋口看護部長

[病院局 市立海浜病院]

寺井院長、内海事務長、鈴木医事室長、久保看護部長、須田医療安全室長

[保健福祉局]

西村健康部技監、鈴木健康企画課長

4：議題

(1) 今後提供すべき医療機能について

5：議題の概要

(1) 今後提供すべき医療機能について

事務局よりそれぞれの病院の特徴や課題等と、今後提供すべき医療機能の方向性等を説明し、委員からの意見や質問を踏まえて、次回以降の検討に反映することとなった。

6：会議経過

1 開会

(司会)

お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただいまから、第2回千葉市病院事業のあり方検討委員会を開会いたします。

私は本日の司会を務めさせていただきます、病院局経営企画課の田中でございます。よろし

くお願いいたします。

本日の委員会でございますが、委員の過半数の方が出席されておりますので、「千葉市病院事業のあり方検討委員会設置条例」第6条第2項の規定により、本会は成立しておりますことを御報告いたします。

続けて資料の確認をさせていただきます。

本日机上には、席次表と、参考資料として本日欠席の小熊委員からの御意見を御用意しております。そのほか次第、資料1・2、参考資料1～4につきましては事前に送付したものを御覧ください。

以上、不足等はございませんでしょうか。

続いて、傍聴される方をお願いいたします。配布しております傍聴要領に基づいて、傍聴いただきますよう、お願いいたします。

それでは、開会にあたりまして、斎藤病院事業管理者より御挨拶を申し上げます。

(斎藤病院事業管理者)

本日は、年度末のお忙しいところ御出席を賜りまして誠にありがとうございます。

本日の会議では、千葉市が病院事業として今後提供すべき医療機能について、御審議いただきたいと思っております。

医療機能と申しましてもその実態は多彩であり、具体的に行うには難しい点多々あるところであることは認識しておりますが、救急医療をはじめとする政策医療については、医療圏における公立病院の果たす役割は、極めて重要であると考えています。

また、高齢化が進む中、市民が必要とする医療ニーズも変わっていくと考えています。

そうした中、医療現場の人員確保をはじめとする経営的な課題は様々ですが、その中でも他医療機関との役割分担を進めることも、市民が必要とする安全・安心な医療を一人でも多くの市民に提供できるための大切な視点と考えております。

委員の皆様の豊富な御経験と知見に基づいた活発な御意見、御審議をお願いする次第でございます。よろしくお願いいたします。

2 議題

(司会)

それでは、これより議事に入らせていただきます。

尾形委員長、進行をお願いいたします。

(尾形委員長)

こんばんは。大変時間の遅い中、お集まりいただきましてありがとうございます。本日はど

うぞよろしく願いいたします。

それでは、議題（１）「今後提供すべき医療機能について」、事務局より説明をお願いします。

（西野事業調整担当課長）

経営企画課担当課長の西野でございます。

まず冒頭に今回用意させていただいた資料について御説明いたします。以降、事務局の説明は、着座にてさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

それでは本日机上に配布いたしました資料について御説明いたします。資料１については、この後、両病院長からそれぞれの病院の特徴や課題等について説明をいたします。その後引き続き資料２に入りまして、議題となる「今後提供すべき医療機能」の方向性等について、事務局からの案について御説明をさせていただきます。

御質問、御意見等はその後まとめて賜ればと存じます。

次に参考資料を御覧ください。まず、参考資料１－１は、直近の診療科別の状況になります。医師数や１日当たり患者数等をまとめたものになります。

参考資料１－２は、入院診療単価比較です。

前回御指摘等いただきました診療科別の収支分析ができていない中で、恐縮になりますが、入院診療単価を類似病院と比較することでもある程度両病院の強みが見えてくると思いますので、参考としていただければと思います。

参考資料２は、地図になっておりますが、医療圏内の診療状況のMAPになります。１ページ目は、市内の人口の集中状況を示すもので、２ページ目以降は、MDC分類別に退院患者数トップ５が分かるように地図に落とししたものです。なお、最後の２１ページに救急搬送数がございますが、これについても入院されていた方の人数になり、全体の救急搬送数とは異なりますので御注意ください。

続きまして参考資料３になります。参考資料３は、前回の委員会で医療機関のアンケートを実施していることを御報告申し上げましたが、その調査結果になります。参考資料３についてはただいまからポイントのみ御説明いたします。

参考資料３の１ページ「２ 調査概要」を御覧ください。医療機関のアンケート調査の概要ですが、千葉市内の全７２４機関に調査票を送付し、２３８医療機関から回答がありました。回収率は３２．９％です。上のアンケートの目的にあるように、主なテーマとしては救急医療、在宅医療、その他の地域医療を設問内容に設定するとともに、自由記載欄も多めに設けました。

次から結果になります。めくっていただいて２ページを御覧ください。「３ 集計結果」「（１）救急医療の状況について」でございますが、ここからは主なところにアンダーラインを引いてありますので、該当の部分のみを説明させていただきます。「イ 千葉市（医療圏全体）の課題及び市立病院に期待する機能について」というところですが、大きく２点ございます。まず１

点目が、アンダーラインが引いてありますが、救急搬送時間、受入先の決定までの時間について課題と認識している医療機関が多い、2点目にはER型救急システムの導入は市民に対する貢献は大きいと考える意見がある一方で、市立病院が行う場合の財源や人材不足を不安視する声もあり、両市立病院の統合や他医療機関との連携、委託、当番制等の連携強化を求める意見もありました。この2点については主に自由記載欄にあった意見でございます。集計結果については図1に記載したとおりでございます。

次に「(2) 在宅医療について」です。3ページになります。「イ 両市立病院が後方支援を行う上で必要な機能について」というところで、アンダーラインを引いていますが、診療所からの回答では回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の整備が最も多く、在宅からのニーズ等に応えるサブアキュート機能をより求めていると推察されます。

病院からの回答では、「精神科身体合併症への対応」を求める割合が高く、精神科身体合併症の救急搬送患者について市立病院に期待が寄せられていると推察されました。

また、在宅療養支援診療所からの回答では、地域包括ケア病棟やレスパイト機能の拡充といったバックベッドのほか、在宅医療での診療材料の提供や医療従事者への教育、研修を求める割合が高くなりました。

続きまして4ページになります。地域医療等についてですが、アンダーラインを引いているところを2点申し上げますと、脳血管疾患や心臓疾患の対応を望む割合が高く、救急対応として診療科が必要との意見もございました。また、両市立病院の現在の特色である精神科疾患、小児、周産期医療についても一定の割合を占めており、既存機能の強化への意見も多く見受けられました。簡単になりますが、アンケートの結果については以上でございます。

最後に参考資料4です、これは前回も御説明いたしました、昨年の8月からノウハウを持ったコンサルタントが現場に入って一緒に経営改善に取り組む委託をしております。先日の3月15日に開催されました別の附属機関である病院運営委員会で、その経営診断に関して中間報告をいたしました。この資料の右下に短期的には解決しない課題の記述もございます。本委員会においても今後の検討に当たって参考になる部分もあるかと思ひ、用意させていただきました。

以上が参考資料となります。第1回でいただいた御意見を踏まえて用意した資料もございませんが、お時間の都合もありますので、説明は割愛させていただきます。

では、早速ですが、資料1に基づき、まず両院長からそれぞれ病院の特徴等について御説明申し上げます。まずは青葉病院長の山本から御説明いたします。

(山本青葉病院長)

資料1の左側を御覧ください。まず救急医療について御説明申し上げます。千葉市の救急体制について簡単に申し上げますと、千葉市の一次医療では、夜間は夜間応急診療、休日は休日

診療所というところで主に医師会の先生が診療されており、そこでさらに検査・入院が必要な症例を二次輪番の病院に搬送するというシステムになっています。当院では、二次輪番を内科と整形外科で月に17～18日受けており、外科では6日間受けております。千葉市の病院の中では一番多い日数を当番として受けています。当院では独立した救急集中治療科というところがありまして、3名の常勤医が務めております。その救急集中治療科で受けた患者を内科の総合内科システムあるいは院内の各科が協力してスムーズな受け入れを行っているということで、その結果として救急車の搬送件数は千葉市で1、2位を争っており、また特に夜間・朝方の救急搬送の患者が多くいらっしゃいます。千葉市で行っている搬送困難事例のうち約4割を当院で受け入れております。今後も救急搬送の増加に伴い入院患者が増える見込みですが、その患者の多くは高齢者であり、感染症や手術を必要としないような軽症・中等症の患者が多く、入院診療単価があまり上がらないということが一つの問題となっております。

また、他の問題点としましては、循環器系の疾患では現在P C I（心臓カテーテル治療）のオペレーターが2人しかおりませんので、24時間365日体制でそういったM I（心筋梗塞）の患者を受けるわけにはいかないということや、脳神経外科、心臓血管外科、肺外科が無いということで、頭部外傷を主訴として来る救急車の受入がなかなかできないということがあります。さらには救急部の3人の常勤医が年々やはり年を取っていきますので、救命救急センターでもなくドクターヘリも持たない当院の救急部の人的なバックアップを全国区から求めるのは非常に困難でありまして、大学病院の救急部の人的リソースにはほぼ100%頼っているというところはあります。

次に周産期医療についてですが、分娩件数は年々減少しておりまして、産婦人科の主に良性腫瘍の婦人科系疾患の手術を行っており、悪性度の高いがんや進行したものは大学病院に送っているといった、千葉大学附属病院の産婦人科とのすみわけを行っております。

医師が5人しかおりません。そのうち1人が時短勤務、2人が60歳前後ということで、医師確保には非常に課題を残しておりますが、救急を受け入れている以上、女性の腹痛等のバックアップ、診察にはどうしてもある程度の診療機能は必要と考えています。

小児医療は主に中央区、緑区の小児科医とネットワークを形成して、そこからの軽症疾患の入院に適応しておりますが、患者数は年々減少しております。小児科のネットワークは非常に強く、当院の小児科のキャパシティをよく知っておりまして、うちの小児科で診られる症例を送ってきてもらうというような形になっています。将来的には患者数は減少する見込みで、2人しか医師がおりませんので、やはり医師確保は難しいと考えております。

次に精神医療ですが、精神科は閉鎖病棟で行っておりまして、今日施設見学で御覧いただいたとおり個室は少なく大部屋の使い勝手が悪いことが問題になっています。精神科全体では稼働は60%台で、入院診療単価も出来高ですので安いということがあります。

その中で精神の身体合併症疾患に対応しておりまして、また措置入院の指定病院でもありま

す。3割が市外から来ています。ただ、一般病床でも認知症等高齢者が多いので、そういった患者への対応には精神科医は必要と考えています。

次のページに行ってくださいまして児童精神科です。児童精神科専用の病棟があるのは県内でも青葉含めて3つほどしかありませんので7割は市外からの患者です。児童精神では主に不登校等の学校に通えない子どもさんを、院内学級を行いながら精神的な部分を治療するというようなことを行っております。小中学生が対象でありまして、高校に入る時には高校受験をして学級を卒業し退院していくといったサイクルを繰り返しています。個室化されていない等で受入困難な場合があり、病床稼働率が低く、また、児童精神適応の患者でも暴力的なお子さんなどは扱っていないこともありまして、そこもひとつ稼働率が上がらない要因と考えております。

ただし発達障害等の外来患者は非常に増加傾向です。市内でも精神的な問題を持った子どもさんを診てくれるクリニックが非常に限られております。

次に感染症医療ですが、当院には6床の感染症病床があり、第2種感染症指定医療機関であります。そのうちの5床は手狭で、あまり重症でレスピレーター（人工呼吸器）が付いたような患者を引き受けるというようなことはできていません。1床のみが前室があり中も広いような部屋になっています。

その他、血液系疾患ですが、当院の血液内科は病床50床ほど有しております。県内でも有数の病床数で、造血幹細胞移植は30症例と大学病院等と同じ程度の数を行っております。市内では、急性の血液疾患を、主に千葉大学附属病院と千葉県がんセンターと当院で扱っていただけますけれども、大学はベッドが限られていますし、県のがんセンターは今のところはまだ白血病等には対応できていない、主にリンパ腫しか診ていないので、新規の血液の急性疾患の場合は当院しか受入機関が無いというのが現実です。患者のニーズはあるのですが、血液内科医も限られていますので、受入れにはある程度限度があります。

糖尿病・内分泌・代謝系疾患では、糖尿病センターを設置してまして、週末の教育入院や、持続血糖モニター外来を行っております。

甲状腺・副甲状腺センターも去年から耳鼻科と内科で共同して開設しております。特に甲状腺がんの診断から手術まで、あるいはバセドウ病のアイソトープ治療等を行っているのは千葉市内ではほぼ当院のみです。

整形外科は、脊椎あるいは肩、手、膝、肘といったそれぞれの専門の整形外科医がいますが、こちらもやはり継続的な医師確保が問題となっています。

泌尿器系でも、特に前立腺のレーザー治療というのは当院で先駆者的に始めたもので、数も非常に多くなってはおりますが、今のところ副院長含む4人でやっておりますので、こちらもマンパワー的な問題が将来出てくると思います。

その他については資料を御覧いただければよろしいかと思います。以上です。

(西野事業調整担当課長)

続きまして海浜病院長の寺井から御説明いたします。

(寺井海浜病院長)

海浜病院の寺井でございます。資料1の右側を御覧ください。まず1ページ目から御説明いたします。

救急医療に関しましては、小児と高齢者、周産期とございますが、まず小児に関して御説明いたします。千葉市内では小児救急の外因系、具体的に言いますと頭部外傷や火傷といった患者が市外に流出しておりました。人手不足もあり何らかの改善が必要だと考えまして、2015年秋から看護師によるトリアージ、ER型救急を始めました。小児科が窓口となり単独外傷も受け入れ、その翌年の2016年6月より24時間365日受け入れを開始しております。夜間救急も含めた子どもの救急車搬入件数は年間2,300台を超えております。外科疾患、外傷系の受け入れにあたっては、県救急医療センター、千葉大学医学部附属病院、八千代医療センターの高次医療機関との連携を密に構築してまいりました。

一方、高齢者の救急ですが、海浜病院は救急科がございません。高齢者の救急医療の改善にはやはり仕組みから変えていかなければいけないということで、救急科専門医や総合医、いわゆる欧米で言うホスピタリスト、それから集中治療医の育成が急務と考えております。2019年4月より、救急科チームを編成し、徐々に改善していく予定でございます。

続きまして周産期医療に移ります。

県立6病院では分娩が難しい中、海浜病院は市内外の切迫早産、低出生体重児の拠点となっております。少子超高齢化時代ですが、高齢出産、体外受精の増加により、低出生体重児が増えております。しかしながら現実には満床のことが多く、12床であったNICUを段階的に21床まで増床し、時代のニーズに応じております。しかしながら、産科医不足は非常に深刻です。特に千葉県は深刻でして、今後産科医の集約化が必要と考えております。

裏面を御覧ください。小児医療について御説明いたします。海浜病院では小児を総合的に診られる医師を育成することに努めております。昔は救えなかった子どもたち、キュアから現在はケアの時代に移り変わる中で、少子高齢化も進み、小児科医の役割も変わってきております。小児疾患を持つ成人となった患者に、トランジション、いわゆる移行期医療を始めました。こうした背景もあって、また少子化が進む中、小児科医であっても成人も診られる医師の育成に努めております。具体的には、成人救急を長く研鑽した救急専門医の小児科医、あるいは泌尿器科専門医、総合内科医が当院の小児科で研修する仕組みを作っております。こういった胎児から移行期までの循環型医療を実践していきたいと思っております。

精神科に関しましては資料のとおりです。

3 ページ目を御覧ください。児童精神に関しましては、小児病棟でも院内学級があるということで、軽症の患者は小児病棟でケアをしています。

下の感染症医療ですが、感染症に関しましては、新興・再興感染症等、今年度は麻しんが問題になりましたが、当然ながら空調整備された病床が必要と考えております。

次に4 ページ目を御覧ください。地域ニーズへの対応ということですが、市西部には総合病院が少なく、人口がますます急増する高齢者の対応が急務と考えております。特に交通弱者となる高齢者には、近場の総合病院が非常に頼りになります。しかしながら、海浜病院では地域を担う専門医の確保が難しいだけでなく、最も大事な総合医の育成が急務と考え、これら総合医と専門医の連携ができるように、日本病院会認定の総合医プログラムを2018年度に立ち上げました。

がん医療では、消化器がん、乳がんの治療が当院では充実しておりますが、男性1位の前立腺がんに対応できず、泌尿器科を2年前に新設いたしました。徐々に対応できるようにしていきたいと考えております。

その他ですが、市民に求められる地域医療の実績には、診療科整備による総合力が重要だと考えております。しかしながら、高齢者に必要な整形外科が青葉病院に集約されたこと、また心臓血管外科手術の停止もございまして、海浜病院では地域医療を十分に提供できておりません。そのため、2016年度の医業収支は約8億円悪化いたしました。そういった中で、少しずつ診療科の整備をしながら収支構造の改善に努めております。具体的には入院単価をアップすること、外来縮小と入院にシフトした運営、新規入院患者数の増加、医業費用の抑制等、稼働率は現在在院日数が短いことから低いのですが、少しずつ成果を出していきたいと思っております。

以上でございます。

(西野事業調整担当課長)

次に私から、資料2に基づいて今後提供すべき医療機能について説明いたします。資料2を御覧ください。

まず、資料の構成ですが、項目ごとに、その前段として医療圏や各病院の状況をまとめております。これは、前回御説明した医療圏等の状況、先ほど両院長から御説明した病院の状況、また参考資料として用意させていただきました医療機関アンケート結果などを、一覧性を確保するために一括してまとめたものになります。そして後段では、前段を踏まえた今後の方向性について案としてお示しさせていただいております。

それでは、1 ページ目から順に説明をさせていただきます。なお、医療圏の状況や各病院の状況について、前回及び先ほどまでの説明と重複する部分があるため、ポイントのみの説明とさせていただきますのでよろしく申し上げます。

1 ページ目の「1 千葉保健医療圏の現状」になります。まず「(1) 高齢化の進展と医療需要」です。市内の将来推計入院患者数（精神疾患を除く）は、在院日数の短縮や介護サービスの充実などから、入院受療率の低下が一定程度進むことを見込んだ場合でも、2015年の5,650人/日から増加し、2025年から2045年にかけては、6,800人/日～7,000人/日で推移することが見込まれております。

一方、入院患者の市外流出率は概ね20%程度で、二次医療圏の一般的な水準であり、また、診療領域別にみても流出率が高い領域はなく、全体として現在の医療需要に対応できているという認識でございます。

今後の方向性としていたしましては、高齢者人口の動向を踏まえ、市内の入院患者総数を6,800～7,000人/日と想定し、必要な病床規模等の検討を行っていきたいと考えております。

次の「(2) 医療資源」です。

医療圏の状況ですが、まず、規模の大きい急性期の基幹施設が中央区に集中し、競合状態にあります。また、近年、県立病院も含めた多くの病院で、機能強化を前提とした再整備を実施し、又は計画が進行中である状況です。このため、他県の事例のように異なる経営主体同士の病院と課題を共有し、統合を目指すことは困難な環境であるのではないかという認識でございます。

2点目に、人口当たり医師数は、県全体では全国平均を下回るものの、市内でみると全国平均を上回っている状況にあります。

これを踏まえまして「イ 今後の方向性案」でございますが、医師の確保には今後も制約が見込まれることを前提とした検討が必要ではないか、また市内の医療の充足状況を踏まえ、他の医療機関との役割分担を明確にし、重点化を図っていくことも必要ではないか、とさせていただいております。

2ページ目に進みまして、「2 公立病院に求められている機能について」ということで、項目ごとに示させていただいております。

まず「ア 医療圏の状況」になります。

医療圏全体の救急搬送件数は、高齢者を中心に増加傾向にあり、2015年の約54,000件が2030年には約68,000件まで増加、特に呼吸器系、循環器系疾患の増加が大きく見込まれると考えられます。平均搬送時間は、全国平均や県平均を上回り、特に日中以外の時間帯で搬送に時間がかかっております。医療機関交渉回数も県平均を上回っております。救急患者の受け入れの多くが、市立病院や一部の中規模民間病院に集中しており、その多くは、中央区とその周辺に立地している状況にあります。神経系や循環器系の手術は、特定の医療機関でその多くを対応しており、その市内シェアも高い状況です。特に、脳神経外科や心臓血管外科の領域では、民間医療機関が高い市内シェアを有しております。

一方、市内全域においては、県救急医療センターをはじめとする各救命救急センターへ30分で搬送可能となっています。

次の「イ 市立病院の状況」になります。

両市立病院ともに、循環器系疾患や神経系疾患などの外科系の緊急対応について、体制が十分でない状況にあります。

それを踏まえまして次のページの「ウ 今後の方向性（案）」になりますが、救急搬送件数の増加を踏まえた体制の強化が必要なことが1点目です。

2点目に、アンケートにもございましたが、ER型救急システムは救急体制の強化の点では検討に値する、しかしながら、導入に向けた体制整備に必要な医療資源の確保、関係機関との調整など、実現に向けて解決すべき課題が多くあると認識しております。全国的にみても、病院によって、受入体制や実施時間帯が異なるなど、その運用方法には様々な考えがあります。このため、仮に導入するとした場合でも、可能な範囲から徐々に取組みを進めていくことなど、計画的に行っていく必要があります。

3点目は循環器系や神経系疾患の対応についてですが、必要であるとしながらも、現時点では、他の医療機関で相当数対応していること、体制整備に当たっては一定の医療資源を持続的に確保する必要があることなどから、実現に向けた課題は大きく、他の医療機関との役割分担を踏まえて検討する必要があるのではないかとさせていただいております。

4ページ目にまいりまして小児・周産期医療でございます。

「ア 医療圏の状況」ですが、市内には分娩を取り扱っている医療機関は一定数あり、特にハイリスク妊娠については、千葉大学医学部附属病院、海浜病院でそのほとんどを受け入れている状況にあり、新生児に関しても、海浜病院、千葉大学附属病院でそのほとんどを受け入れており、その診療領域においても一定のすみわけがされております。

一方、「イ 市立病院の状況」でございますが、青葉病院については産婦人科を設け、主に正常分娩に対応しているが、患者数は年々減少、小児科に関しても周辺の小児科医の依頼により、軽症の入院を受け入れておりますが、患者数は減少傾向であります。

一方、海浜病院に関しましては産科・新生児科を設け、市内のハイリスク妊娠に対応しており、特に、低出生体重、早産、切迫早産、胎児及び胎児附属物の異常などの領域で市内シェアが高くなっております。また、地域小児科センターとして、小児一般診療・専門治療及び、小児救急に対応しており、小児系疾患の市内シェアが高い状況です。

「ウ 今後の方向性」としては、周産期・小児医療で市の中心的な役割を担っており、今後も持続可能な体制を構築していく必要がある一方、民間医療機関等でも対応可能な疾患については、医療資源の効率的な活用の観点から他の医療機関との役割分担を踏まえて検討していく必要があるとさせていただいております。

次に精神医療になります。

「ア 医療圏の状況」については重複いたしますので省略させていただきます。

「イ 市立病院の状況」でございますが、青葉病院は、精神身体合併症や措置入院への対応も行う成人精神科棟のほか、全国でも数少ない児童・思春期病棟を設け、精神科入院医療を提供している、児童精神科では、家庭や学校での対応が困難な場合に入院が選択されるなど福祉的、教育的視点も必要となっております。精神病床の稼働率は、60%台であり、個室化されていないなど構造的な理由で入院が必要な患者を受け入れられないケースもございます。

「ウ 今後の方向性」ですが、まず1点目に近隣の精神科病院と連携し、精神身体合併症への対応を重点化し、その機能を生かしていく必要がある、児童・思春期精神科棟は、稼働率に課題があるものの、社会的なニーズがあり、行政的施策として引き続き継続する必要がある、ただ、合わせて、小児科での対応や地域の相談機関や支援機関との連携を進め、早期発見により重症化を防ぐ取組みも検討する必要があるとしております。

3点目に将来の需要動向や施設面での課題などを踏まえ、施設の改善を図りつつ、病床数の適正化も検討する必要があります。また、病床の整備とは別に、今後増加することが見込まれる身体的な疾患を持った認知症患者等への対応も考慮する必要があると認識しております。

続きまして6ページ目、感染症医療に入ります。重複する部分に関しましては説明を省略させていただきます、「ウ 今後の方向性」でございますが、危機管理面から結核や新型インフルエンザ、麻しんなどの感染症の発生に対する緊急的な対応は必要であり、引き続き病床の確保は必要であると認識しています。

次に「(5) 災害医療」になります。

「ア 医療圏の状況」ですが、市内には、両市立病院を含めた5つの病院が地域災害拠点病院としての指定を受けております。

「ウ 今後の方向性」についてですが、これに関しても引き続き地域災害拠点病院として、必要な体制整備を行い、機能の充実・強化を図っていく必要があると認識しております。

次に7ページにまいります。「3 高齢化に伴う医療ニーズへの対応等」です。

まず「(1) 一般的医療」、「ア 医療圏の状況」になります。まず循環器系の疾患や呼吸器系の疾患の入院患者が大きく増加する見込みでございます。呼吸器系や循環器系、消化器系など需要の多い疾患のうち手術の必要のないものは、多くの病院で対応しており競合が多い、神経系や循環器系、呼吸器系の手術は、特定の医療機関でその多くを対応しており、その市内シェアも高くなっております。特に、脳神経外科や心臓血管外科の領域では、民間医療機関が高い市内シェアを有しております。消化器系は、両市立病院も含め多くの病院で対応しており競合が多い状況です。医療機関アンケートでは、脳血管疾患や心血管疾患への対応の充実を望む意見も多くなっております。

「イ 市立病院の状況」になります。呼吸器系、循環器系、消化器系のうち手術の必要がない疾患の市内シェアは高くなく、両病院ともほぼ同程度でシェアを分け合っている、消化器系

の手術は、両病院をあわせれば一定の市内シェアを占めているものの、呼吸器系や循環器系の手術の市内シェアは低い状況です。脳神経外科を有していないことから、神経系の手術を要する疾患はほぼ受け入れておりません。両病院とも主に外科系治療を行う領域での市内シェアが低く、外科医や麻酔科医の継続的な確保が課題となっております。

「(イ) 青葉病院」、「(ウ) 海浜病院」については先ほど御説明しましたとおりですので、省略させていただきますが、両病院とも医師が2名以下の診療科がございます。例えば青葉病院ですと耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科、海浜病院ですと整形外科、眼科、泌尿器科等になります。

8ページの「ウ 今後の方向性」になりますが、他の病院と差別化が図られており、今後も一定の医療需要が見込まれるものについては、引き続きその機能を活かしていくことが必要で、また、医師数の少ない診療科については、救急体制の維持や高齢者等への総合的な医療を確保する観点に加え、医療を安定かつ効率的に提供していくための適切な体制について検討していくことも必要ではないかと考えております。

循環器系や神経系疾患の対応強化については、先ほどの救急医療と同じでございます。他の医療機関で相当数対応していること、体制整備に当たっては一定の医療資源を持続的に確保する必要があることなどから、実現に向けた課題が大きく、他の医療機関との役割分担を踏まえて検討していく必要があるとさせていただいております。

9ページになります。「(2) 地域包括ケアシステム等への対応」、あるいは地域医療構想への対応という側面もございますが、まず「ア 医療圏」の状況でございます。

地域医療構想では、2025年の必要病床数として、急性期が過剰とされる一方、回復期が不足するものと見込まれております。なお、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、地域の実情に応じた病床機能報告に係る定量的基準の導入に向けて検討を進めることとなっておりますので、その推移も見ていく必要があると考えております。

市内では回復期病床は整備されつつあり、2019年2月の病床配分では回復期・慢性期病床として約400床が市内の民間医療機関に配分されております。

「イ 市立病院の状況」になります。両病院共通になりますが、軽症、中等症の高齢患者が多く、今後も増加の見込みで、効率的な病床運用が求められてきております。

医療機関アンケートでは、在宅医療の後方支援を行う上で必要な機能として、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟の整備を求める意見が比較的多くなっております。

「ウ 今後の方向性」でございますが、医療需要の状況や効率的な病床運用を踏まえて、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟の導入も検討する必要がある、また、検討に当たっては、他の医療機関との関係において、その機能を明確にし、必要に応じて、他の急性期病院等と積極的な連携を行うことにより、機能分担を図っていくという視点が必要であると考えています。

最後に「(3) 地域連携の強化」になりますが、これに関しても今後の方向性としては一次医

療機関への支援や連携を強化することにより、一次医療機関との適切な役割分担を図っていくことが必要としております。

説明は以上になります。よろしく御審議のほどお願いいたします。

(尾形委員長)

ありがとうございました。ただいま事務局及び両院長から御説明いただきましたが、互いに関連しておりますので一括して取り扱いたいと思います。ただいまの資料の説明につきまして御意見、御質問等を賜りたいと思います。

(山本委員)

質問でございます。青葉病院の精神科医療についてお尋ねしたいと思いますが、児童精神に関してはかなり特色のある病棟だと今日見学で拝見しましたし、これは本当に行政的経費が掛かっても、お子さんが対象となりますから非常に重要な部分であると認識いたしました。

ただ一方で成人患者に対する精神医療というものが、資料にもあるようにほぼほぼ千葉医療圏では病床が過剰な状態である中で、市立病院で提供すべき成人の精神科医療というのはどのように考えたら良いのかと感じたところですが、何かお考えはございますでしょうか。

(山本青葉病院長)

成人精神については、元々はいわゆる身体疾患を持つ精神科患者を受け入れるということで、市内の単科病院を回ってアピールもしてきたのですが、思ったほど患者が多くなかったということが1点と、やはり当院で受け入れなくてはならないような重症患者を受け持つようなベッド、個室が必要なのですが、個室はすぐに満床になってしまいますが4人部屋等が埋まらないということで、病床規模にはいささか問題があると認識しています。

(尾形委員長)

山本委員、よろしいでしょうか。ほかにいかがでしょうか。

(斎藤副委員長)

我々医師会では、夜9時から12時まで夜間の応急診を担当して、一応小児科と内科の医師が対象としてやっています。小児科につきましては、二次医療機関は専門的な分野で比較的海浜病院に取っていただいているのですが、内科の二次については、患者の搬送ができないという場合があります。今は二次搬送のための病床を2ベッド確保していただいているのですが、それでも間に合わなくて、患者を二次に送らなければならないのにそこで立ち往生してしまうということもあります。今度もし新しい病院を作ることになった場合、いわゆる内科的なER、

そのような設置をどのように考えているのかお聞きしたいと思います。

(西野事業調整担当課長)

E R、内科の二次救急についての課題は十分認識させていただいておりますが、E Rという手法に関しては、他の病院ですと、24時間365日やっているパターンと、平日の日中しかやっていないパターン等もありますので、その辺の医療資源の確保等も考えながら進めていかなければならないかと考えております。このため、すぐにどういう風に進めていくかということについては慎重に考えていかなければならないと考えておりますが、内科の二次救急の課題については、新しい病院を作るとした場合にはそのことを十分に考えて設計していかなければならないと考えております。

(斎藤副委員長)

この問題は医師会の内科医から出たものでありまして、実際の診療を行っている内科医が相当困っていることもあるようでございますので、ぜひその辺をなんとか円滑にさせていただけるような道を作っていただきたいと思っております。というのも、内科医も医師会も高齢化してきておりまして、かなり疲弊する医師も出てきておりますので、その辺も十分に御理解いただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

(尾形委員長)

ほかはいかがでしょうか。

(尾形委員長)

それでは私から質問させていただきます。寺井院長による海浜病院の説明の中で救急医療のところで総合医、ホスピタリストという話がありました。資料1の最後の4ページのところで日本病院会の総合医プログラムを立ち上げたということですが、もう少しどういう内容のプログラムで、何人くらい養成されようとしているのか等、少し補足説明をしていただければと思います。

(寺井海浜病院長)

例えば小児科の場合は、比較的総合医の意識があり、外傷も含めて窓口となってやっています。しかしながら内科系に関しては、日本の専門医制度が欧米とは全然違うということが背景にあると思うのですが。つい最近も専門医機構の連動研修というものに厚労省から待ったがかかりました。

日本の内科の今の専門プログラムにしても、サブスペシャリティを入れたようなプログラム

になっているものが結構ございます。特に大学病院はそういう傾向にあります。しかしながら患者からしますと、先ほども斎藤委員から御意見がございましたが、具合が悪くて病院を訪ねた時に、救急医がいて、その受け渡しとしてある程度幅広く診られる総合医がいなければなりません。受け皿が無いままERというのはなかなかできません。もちろん、専門診療科のドクターがたくさんいればそういった心配は無いかもしれませんが、比較的中規模～小規模の病院、あるいはもっと過疎地域で総合医は重要なポジションになると思います。そういった意味で私は昔から総合医が必要だなと考えておりまして、ちょうど日本病院会の方でそういう募集がありました。一次基本診療科の専門医を持った人がホスピタリストの研修プログラムを受けていただいて、総合医となつていただきます。内科だけではなくて、外科系、小児系、あるいは診療所も含めた2年のプログラムになっています。そういったことを立ち上げまして、総合内科を希望するという方がこの4月に1名来られます。以上です。

(菊地委員)

菊地でございます。参考資料3について、もし分かればというところなのですが、医療機関アンケート調査ということで、機能分担という話もありました。行政区別の内訳を見ると、市立病院に期待する機能ということで、例えば緑区の医療機関は市内でも遠い海浜病院に対して期待を言っているわけではないと思われまして、行政区別に市立病院に対する期待、あるいはイメージもかなり違うのではないかと感じておまして、その辺りは行政区別の違い、特に市立病院に期待する機能、救急や在宅等、もう少し丁寧に見なければいけないのかと思います。

それから自由意見というお話がありましたが、2ページ以降の回答その他の中の内訳の話なのか、それともその他以外で自由に書かれたものをピックアップされたのか、どちらになりますでしょうか。その他の意見も御紹介いただきましたが、件数で見るとそれほど多くなく、ピックアップされたのであれば少し過剰に代表されている気がしてお伺いする次第です。

(西野事業調整担当課長)

経営企画課担当課長の西野でございます。

まずアンケートの行政区別の傾向でございますが、手持ちにある範囲で申し上げますと、特にER型救急の必要性の切り口で見ますと、それほど区ごとには大きな差はありませんでした。在宅医療に関しても行政区別に集計してございますが、これに関しても特にどの区が偏って大きいといったことはなく、比較的どの区も同じような傾向を示しており、全体の傾向と比べて特質的なものはございません。医療機能に関してですが、心血管疾患関係について言いますと、元々海浜病院で行っていたということもございまして、若干花見川区、美浜区が高い傾向が出てきております。行政区の概ねの傾向は以上のとおりでございます。

説明が足りなかったのですが、アンケートの方で、下のグラフの部分に関しては全て選択肢

から選んでいただいているものになります。上の方の記述になっている部分については自由意見で比較的多かったものをピックアップしているということになります。例えば救急搬送時間等に関して、自由意見で触れているのは、受入体制という区分でいくと57件という結構な割合を示しております。以上でございます。よろしいでしょうか。

(菊地委員)

よく分かりました。

(角南委員)

角南です。初歩的な質問なのですが、小児ER型救急とは、寺井院長、最初にトリアージをするということですか。内容がよく分からなかったので教えていただければと思います。

(寺井海浜病院長)

基本的には救急車だけでなくウォークイン等でいらした方も全て対応しています。その場合、緊急度をしっかり評価をして、先に診なくてはいけない患者をトリアージするというので、それはERには必要なものと認識されていると思います。

(角南委員)

わかりました。そういうことを実施されているということで、救急の重症患者を先に診るということで医療的に効率化しているということですね。

(寺井海浜病院長)

救急外来の適正化という意味で、重症度というよりも緊急度です。先に介入しなければならぬ患者を順番に関係なく先に受けていく、救急車で受けた場合も同じようなトリアージをやっています。

(角南委員)

理解できました。

資料1を御説明いただいて、政策医療として両病院がとても重要なところを担っているということは非常によく理解できまして、救急医療における青葉病院の救急車の受入台数は、中央区では必須、欠くべからざるものという事は理解しております。海浜病院においても小児の救急の受け入れが大変多くの救急車を受け入れていらっしゃるということで、私の病院では三次の救命救急センターでドクターが20人でやっていますが、それと同じくらいのことを海浜病院でやられていて、大変すばらしいと思いました。少子高齢化の中で、子どもの人口が減

っていくからこのぐらいでいいのかと思う方もいらっしゃるかもしれませんが、実はそういうセンターに患者が集中していますので、毎年患者は増えています。救急患者も入院患者も増えています。海浜病院の小児科も多分もっと病床利用率が上がっていくものと、私は見えています。世の中は高齢者に目が行きがちですけれども、とても大事な部分を背負っている海浜病院のこの機能を大切なものとして維持強化していただきたいというのが私の感じたところです。

その他、大事なことはたくさんあると資料にしっかり記載されていると思うのですが、青葉病院の児童精神、これは千葉市だけの問題ではなくて印旛医療圏からもたくさんお世話になっているところです。そういうとても重要な点が記載されていて、政策医療の部分もしっかり充実させていくということも押さえていただければ良いのではないかという感想を抱きました。

(尾形委員長)

ありがとうございました。

中山委員、どうぞ。

(中山委員)

私は救急ではなく、逆のことについて伺いたいと思います。まず参考資料3のアンケートですけれども、先ほども少し話題に出ましたが、3ページ目の両市立病院が後方支援を行う上で必要な機能とありますが、市立病院が後方支援を行うというのはどういう意味なのか今一つピンと来ません。例えば大学病院の後方支援を市立病院が担うべきだと言っているのかどうか、この辺りを教えていただきたいと思います。

多分それと関連するのですが、資料2の9ページ、今後提供すべき医療機能について、地域包括ケアシステム等への対応というところで、今後の方向性として地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟の導入を検討する必要があると書いてあるのですが、市立病院が大学病院の後方支援をするために地域包括ケア、あるいは回復期リハを抱えるという話なのかどうかということです。

資料1にある政策医療等、重要な高度医療機能を両市立病院で担っているということを考えると、地域包括ケアや回復期リハを市立病院が併せて抱え持つことが必要なのか、そこまで手が回るのでしょうか。純粹に急性期を担っていただき、ここに書いてある地域包括ケア、回復期リハは、むしろその他の千葉市にあるたくさんの民間病院等にお任せするというのが全体の流れとしてはすっきりすると思いますが、その辺りはいかがでしょうか。

(西野事業調整担当課長)

経営企画課担当課長の西野です。

まずアンケートの後方支援に関してですが、これに関しては診療所及び病院等にアンケートを行っておりますが、診療所が多いので、後方支援というよりは診療所との連携という見の方が正確かもしれません。一方、二次医療機関からも、数は少ないのですが、アンケートの回答をいただいております、それに関しては精神科身体合併症への関係が多かったということになると思います。

地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟の導入等につきましては、アンケートにあるとおり、いわゆる診療所との連携だとか、急性期病院との連携といった色々な方式があると思います。例えば、急性期病院の院内の転棟だけでやること自体が経営的には厳しいと認識しております、あらゆる手法を視野に入れつつ、公立病院としてやる必要があるかどうかという事は、中山委員の御意見等も踏まえて考えていきたいと思っております。

以上でございます。

(山本委員)

中山委員に関連するのですが、参考資料3の3ページの在宅医療に関するアンケートを見て気になったのが、在宅療養支援診療所からはもちろん回復期リハあるいは地域包括ケア、レスパイト等を重視してほしいと言われていますが、一方で在宅医療支援病院はむしろ誰も望んでいなくて、精神科身体合併症の対応など、一番面倒臭くて自分たちがやりたくないところを市立病院でやってくれと言っているわけですね。参考資料2のまとめでも、やはり回復期病床がこの圏域では増えている、整備が進んでいるということで、機能分担を図っていくという視点が必要であると、歯切れの悪いことをおっしゃっているので、要するに中山委員の質問と被りますけれども、そもそもこの千葉医療圏でも、もう在宅の後方支援そのものが、ポスト・サブアキュートという観点で充足しつつある可能性もあるのではないかと、診療所の先生方のニーズを満たしていないという部分もあるかもしれませんが、そう遠くない時期に需要が満たされる可能性があるのではないかと感じましたが、その辺り病院局はどのように見ていらっしゃいますでしょうか。

(西野事業調整担当課長)

担当課長の西野です。

山本委員の御指摘等にもございますとおり、確かに回復期病床が今年度かなり増加しているという中で、地域医療構想にはまだ届かないのですが、いずれ近づいていく流れであることは間違いないのではないかと考えております。ただ一方では、アンケート等の中で、市立病院に期待している機能として診療所から結構な割合の回答もありますので、経営的な面も考えながら今後しっかりと考えていきたいと思っております。

以上でございます。

(尾形委員長)

参考資料3の3ページ、図2の見方ですけれども、やはり診療所の回答が圧倒的に多いので、それに相当影響を受けているように思えます。1ページを見ると回答内訳の病院は19施設、無床と有床を合わせて診療所は200施設以上ですから、おそらくこの回答は診療所の先生の御意見なのだろうと思います。その一方で、地域医療構想ですから、病床機能をどうするかという議論の時には、民間病院との競合というところは相当議論があるところではないかと思えます。この辺りはもう少し慎重に考える必要があるのではないかという意見です。

(中山委員)

いわゆる後方病棟を市立病院が持つかどうかという議論で、これを私が申し上げるのもおかしいかもしれませんが、病院建築の性能を最適に発揮するためにはフォーカスを絞った方がいいと思います。つまり、急性期や、あるいは先ほどから出ている政策医療としての非常に尖った救急や小児もやり、かつ地域包括もやるというのは、ロスが大きいのではないのでしょうか。病院としてのシャープさに欠けて、結局せつかくの投資がいかされない、無駄な投資をすることになったことに繋がりがねないと思います。そういう意味では、民間病院との競合の中でということではなく、むしろきちんとすみわけをして、市立病院が担うところをシャープに盛り込むということが非常に大切ではないかという意見です。

(高原委員)

まず、両病院の御意見を聞きまして、救急を一生懸命やり、海浜病院は小児、青葉病院は内科的なことをしっかりやっていて、今後政策医療としての救急を一つの目玉にしていきたいという意見があったかと思えます。その中で、千葉市はかなり大きく、地図を見ますと花見川区や美浜区の方には海浜病院しか無いのですね。知人も花見川区にいますが、何かあったら最成病院に行くしかなく、そこも大きい病院ではないので入れなかったらどうしようかと、かなり不安そうでした。今、花見川区はそう人口が多くはありませんが、人は増えてきていますので、この地域の救急を考えていくというのは千葉市の救急医療として必要ではないかと思えます。もちろん三次救急まで行うということは無理ですから、三次救急は県救急医療センターも大学病院もあるので、二次救急、二、五次くらいまで、一次救急は医師会の先生方がやってくさるということでその部分はやらないとしても。疾患別に診ますと頭と心臓(循環器)の数が一番多くなっています。そこを迂回してということはなかなか救急をやる場合には厳しいかもしれません。スタートラインで全て揃えることは人的にも設備投資も非常に必要になるので、計画的に増やしていければ良いと思うのですが、最初からそこは市内の他の病院にお任せ

するという考えではない方が良いのではないかと思います。

将来的に高齢者がどんどん増えていきますと、その疾患が増えてくると思います。昔は心筋梗塞でもだいたい高齢者だから内科的に診てということが多かったのですが、今は80歳でもどんどんインターベンション（血管内治療）を行っています。頭の方も、血管内治療が進んでいて高齢者も積極的治療をする時代になってきていますので、救急医療をやるならば、そういうところも視野に置いて将来構想を作っていった方が良いのではないかと思います。その辺りをお聞きしたいと思います。

もう一つ、青葉病院で精神身体合併症をやられているとのことで、うちもやろうと思ったのですが精神病棟の認可が進まないという状況もございます。先ほど山本院長が、患者が少ないとおっしゃっていました。うちを見ますと自殺企図、自損、精神病で心筋梗塞になった方等も来ていますので、もしそういった患者をどんどん受け入れ始めると、その病棟はかなり埋まってくるのではないのかと思います。特に自殺企図は今増えてきていてリピーターが多いので、そういう病棟で診て次の精神科医にバトンタッチしていかないと、また同じことをやってきます。なぜ精神科病棟がそんなに埋まらないのかお聞きしたいと思います。

(西野事業調整担当課長)

担当課長の西野です。

脳、心の救急医療体制の整備がいずれは必要ではないかという御意見について、脳神経系と心臓血管系は救急で万全の体制を取るには無くてはならないものと認識はしておりますが、現在医療機能の役割分担等の状況もございまして、現時点ではかなりの医療資源等の投入や医師の確保等で課題が多いと認識しております。ただ一方で、多くの民間医療機関等に頼っている部分もあり、長いスパンで見るとまた医療圏の状況も変わってくるということもありますので、状況をよく見ながら、必要な救急医療を市としてできる体制を常に意識していく必要があると認識しております。

(山本青葉病院長)

青葉病院はおそらく千葉市の中でもっとも薬物中毒を取っている病院で、数ははっきり分かりませんが、自殺企図を含めて8割くらい来ていると思われれます。ただ、一晩か二晩いて意識が戻って精神科の先生に診察を受けますと、そのまま入院になる症例はほとんどありません。外来で大丈夫な症例がほとんどで、入院しないで済んでいます。

数ですけれども、28床で稼働6割くらいですから、常時15～16人の患者がいらっやいます。ただ、満床にはならないという意味で数が少ないということです。

(中山委員)

山本院長に今の問題について改めて伺いたいのですが、先ほど精神身体合併症の患者を入院させようと思って近くの病院を回ったが対象患者がいなかったということと、またはいらしたけれども受入環境が無かったということもおっしゃられたかと思います。後者では個室が無くて受け入れられないということだったかと思います。おそらくスタッフの環境も重要ですが、患者を受け入れる物理的な環境が無いために精神身体合併症の患者を受け入れることができないということがしばしば指摘される課題であり、それに対して最近いくつかの病院で小規模の身体合併症の病棟（MPU）が導入されています。いくつか見せていただいたところ、小規模ではあってもとても有効に機能していて、一般の病棟とMPUとがうまく連携していくと良いのではないかと思います。これは精神科単科の病院ではできないことなので、そういう意味では総合病院の中にある精神科の重要性というのがこれからますます増えていくのではないかと思います。なかなか満床を維持するのは難しいとしても、まず物理的な環境を調整することによって引き取ることができる患者がいる可能性はあると思います。その辺りも踏まえて今後の展開をお考えいただければと思います。

（山本委員）

先ほど高原委員からお話があった、脳血管障害あるいは循環器について、確かに救急のメジャーなパートでありますから、ここを安定的に運営するためには当然必要なところではあります。参考資料2の千葉医療圏のMDC別のデータを見ると、例えば脳血管障害についてはもう千葉脳神経外科と千葉メディカルで分け合っている状態、循環器に関しては千葉大学と千葉メディカルで分け合っている状態です。どちらもあふれそうということでもなく、しっかり診られる状態で、巨大な敵が存在するところに無暗に医療資源を投入するというのは、やはり無駄が大きいのではないかと思います。それぞれ二つで全く賄いきれなくて、千葉市民が外へ流出しているということであれば考え直さなくてははいけません。決して現状はそうではないと私は理解していますので、ここは慎重に考えるべきではないかと思います。

特に脳血管障害については、千葉大学病院でも包括的脳卒中センターを作ったのですがあまり稼働が上がっていません。分析してみると千葉脳神経外科と千葉メディカルが強いということもありますし、全国的に見ても脳血管障害そのものの入院治療率が非常に下がってきているというデータがあります。おそらく在院期間がものすごく短くなっている、あるいは外来での治療も可能になっているということで、入院の必要性そのものはかなり減ってきているので、我々も撤退とまでは言いませんが、あまり脳血管障害に力を注ぐ時代ではもしかするとないのではないかという認識を持っています。やるとなると医療資源の投入がかなり必要になってきますので、慎重に考えた方が良いのではないかという意見です。

（尾形委員長）

ありがとうございます。
ほかにいかがでしょうか。

(板倉委員)

参考資料1-2の診療単価に関連しまして感想を述べさせていただきたいのですが、やはり両病院とも強みとして認識されている診療科がベンチマーク平均を10%以上上回り◎がついているように思います。その中で小児科については二極化しておりまして、青葉病院は△、海浜病院では◎という結果になっているところに興味を持って拝見しました。少子高齢化が進む中で、今後も産科の入院患者数あるいは小児科の患者数というのは減少していくことが予想されるのですが、それに関しましてはそのような今後の需要減少を見据えて、例えば青葉病院のリソースを海浜病院に統合される、あるいは海浜病院の強みをさらに充実させて役割分担を明確にされるということも考えられるのではないかと思います。

また一方で、婦人科系の疾患については青葉病院が十分に対応されているということなので、これら診療科の統合や再編成といったことも考えられるのではないかと思います。

精神医療に関しましては、青葉病院の特色の一つとして、これはとても重要で重大な分野だと思っております。中でも児童精神科というのは全国的に見ても数少ない施設ということで、稼働率とか経営効率性というより行政機関の社会的使命としても継続していただきたい分野だと思っております。2017年の人口動態統計でも10代前半の自殺が第1位という報道もなされておりまして、社会的弱者に対するケアあるいはバックアップのためにも取り組んでいただきたい領域だと思っております。

(尾形委員長)

ありがとうございました。

(寺口委員)

看護的にはあまり無いのですけれども、全てを望んでも難しいというのが感想です。やはり今委員の皆さんがお話されているように、それぞれの院長が分析されたことというのは強みを出されていることなので、そこをいかに出していくかということが、今後のことを考えると良いのではないかと思います。

病院局と病院それぞれでは、このことに関してお話をされるというか、意見を交わすということは無いのでしょうか。それぞれが出していらっしゃる資料というのは、そういうことをもう少し話されたら良いのではと感じました。例えばアンケート調査のところですが、病院の方に提示されて、そういうことも含めて病院が資料1を作られているのでしょうか。それぞれが作っていて、これから合わせるのということであればそれで良いのですが、少しその辺り違和

感があるところです。

(尾形委員長)

事務局、何かありますか。

(西野事業調整担当課長)

担当課長の西野です。

資料の作成にあたっての病院局と両病院の意見交換等につきまして、資料1に関しては我々と病院長の方で打合せをいたしまして作成しました。両院長からまず病院の特徴について各委員の方々に説明した方が良かったらという意見をもらって作成したものです。資料2についても同様に病院局と両院長間で何度か意見交換をしまして作成いたしました。資料の作成はそういった形で進めてきております。以上です。

(角南委員)

色々な意見があると思うのですが、例えば市立病院で小児科医が2人しかいないから、非効率でいらないというわけにはいかないだろうと思います。子どもは小児科だけでなく耳鼻科等にもかかるわけですし、児童精神で入院する患者もいますから、調子が悪くなった時に自分の病院で対応できなくなってしまいます。海浜病院もとても弱い部分があるところがありまして、すみわけが大事だという意見もちろんですし、効率性という意見もあると思いますけれども、あまり弱いところがあるというのは病院としては非常に危ない部分でもあると思います。それはすぐに直さなくても、徐々に直すことを考えられることができると良いのではないかという意見です。

経営とか効率という以前の問題として、人間を相手にする時に、全診療科がどうしても無ければいけないということはないと思いますが、メジャーな診療科を欠くということはやろしくないのではないかという意見です。

(尾形委員長)

ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

(菊地委員)

資料2の冒頭、保健医療圏の現状があり、今後提供すべき医療機能について、2025年から2045年に高齢者の数がピークを迎えるとあります。そのピークに合わせて提供すべき医療機能を作ろうという、ここで議論しているタイムスパンとしてはこの時期をターゲットにし

ているのかということがあるかと思えます。それを前提にしますと、先ほどお話にもありましたように医師会でも高齢化が進んでいるということで、医療資源にも関わってくるのですが、2040年の医療は医師だけでなく医療・介護とも人手不足という議論がなされています。その辺りの話が参考資料3のアンケート調査等が出てきているのではないのでしょうか。ここで出ている市立病院に対して要望する機能というのは、現在の機能を前提に、現状を基にしているわけですが、一方で今後提供すべき医療機能というの、25年先を念頭に置いているということで資料2を作るにあたって考えられていると思えます。とりわけ医療資源、機能分担といった場合に、今の民間の医療機関25年先同様あるいはそれ以上の機能を市立病院に代わって提供してくれるかどうかという、おそらくそうではないだろうと思えます。そうしますと、もう少し医療資源の部分について、市立病院だけではなくて市内の他の民間医療機関の医療資源の動向についても織り込んだ分析や理論が必要なのではないかと思います。その辺り、検討の段階で議論等があったら教えていただければと思います。

(西野事業調整担当課長)

担当課長の西野でございます。

正直に申し上げまして、その辺りについてはまだ検証ができていない領域となります。医療資源に関しても、医療の状況が刻々と変わっていく中でなかなか予測が難しいということが、一つ私の感想にもなっております。他の医療機関の動向等に関しても、確かに厚生労働省のワーキンググループだったかと思えますが、各医療機関の施設の老朽化状況を見える化するというような方針も打ち出されていると認識しております。見える化の状況等が明らかになって、それを活用できるかということも含めて、どのように将来の医療資源を予測するのかということは今後の課題かと考えております。

(斎藤副委員長)

今議論しているのは新しい病院の話ですけれども、病院を作るには長いスパンで考えなければいけなくて、5年10年20年後の世の中を予測してある程度病院の構想を立ててはいけないと思えます。2025年問題もありますが、それを過ぎるとまた医療の状態が劇的に変わってきますし、当然新しい医療技術も発達するでしょうし、あるいは将来的にはAIを使った医療というのかなり利用されてくる可能性もありますので、どのように病院を作るかということはかなり大事なことだと思います。今の状況は公立病院の9割は赤字ですけれども、赤字病院につき込まれる財政が全国で5,000億円とも言われておりますので、将来的に今の状態を続けていって病院経営として許されるのかということも考えていけなくてはならない課題だと思っております。差し当たって解決しなければならない問題もあるかと思うのですが、20年後30年後の長いスパンを考えて構想を練っていただきたいと思えます。

(寺井海浜病院長)

海浜病院の寺井です。

非常に貴重な御意見、ありがとうございます。私もやはり将来をどう見据えていくかということには興味がありますし、若い人にどういう医師になっていただくかということを考えながら接しているつもりです。前にいた病院もそうでしたが、建物というものは、給排水をケアしながらの免震であれば60年程度はもつと言われていました。そう考えますと、例えば2020年代に出来た病院というのは2080～2090年までは当然考えながら作っていかねばならない、そういう意味でフリースペースを作っておく等、そういうことも必要かと考えております。同時に、例えば2100年には総務省の試算では人口は今の半減に、出生数は今も100万人を切っておりますが40万人を切ると言われています。それは母親の人口が非常に少ないからです。非常に流動的な中で、今、斎藤副委員長もおっしゃられたように難しい問題が山積みで、そういったところも見据えながら御指導いただければと思います。

医師の育成につきましては、例えば少子化はますます進むわけですが、小児科医の立ち位置はどんどん変わっていくと思います。今は新生児や小児を診ておりますが、私がこれから取り組んでいこうとしている移行期、あるいは中高年の方まで子どもの病気を持った方が今後増えていきます。そういった方を今後どのようにケアしていくかという、そういう意味で大人も子どももある程度ケアできる、総合医とは少し違いますが、縦軸の医療を診ることができる人材、あるいは横軸に幅広く診ることができる人材、かつ心臓外科や脳外科等、非常に専門性の高い、他の専門診療科もそうですが、そういった人たちと連携できるような医療を目指していきたいというのは考えております。

なんでもやるというわけではなく、一人の患者を診ていく上でどうしても必要な、最低限必要なことができるような、少数診療科の議論もありましたけれども、例えば子どもの救急を診ていく時に、そのバックアップシステムとして小児外科や形成外科を新しく立ち上げて、今は一人しかおりませんが、いるだけで全然違うわけです。日本は診療科単位で考えるところがありますが、医療単位で考えて、横断的に年齢ごとに必要な人材をどうやって確保していくかという、そういった視点で私は考えていきたいと思っております。

(菊地委員)

ありがとうございます。大変難しい問題だとは分かっているのですが、なぜ申し上げたかと言いますと、今日海浜病院を拝見させていただき、約35年前に作られたということで、仮に今後病院を作り直すという場合には、2050年をさらに越えて使っていくという意味で、将来のスパンを考えなくてはいけないと思います。機能分担という話が出ましたが、診療所の事業承継等の議論もある中で、参考資料3で例えば行政に望むアンケート調査の解釈は非常に難

しく、いわゆるウィッシュリスト、自分たちが面倒で手を出したくないところを行政にやっ
てもらうという、おんぶに抱っこといったものを書いてくる場合もありますし、現状でできてい
ることを前提として、お互いが機能分担と言って相手方に求めているものに、お互いに手を出
したくないものが一致した場合はその医療圏に大きな穴が開いてしまいます。その辺りも含め
て、医療需要というのもダイナミックに変化していきますが、医療資源もそういったダイナミ
ックな変化が今後予想される中で、特に機能分担がキーワードとなった場合、現状の民間の機
能が将来維持できるかというところは、念頭に置いた方がよろしいかと思い、申し上げました。

(尾形委員長)

ありがとうございました。

寺井院長、どうぞ。

(寺井海浜病院長)

ひとつ重要なことは立地、特に千葉県は半島であるということだと思えます。そこが他の都
道府県とは大きく違って、私が医師になった頃からは房総半島の東側の外房、それから南東と
いうのは大きく変わってきています。そういったことが今後どんどん起こりうる可能性がある
ので、そういったところに関しても委員の先生方に御意見をいただけたらと思えます。

(山本委員)

先ほどから長期の将来を見据えてという話が出ておりますが、やはり現実に病院の再開発・
建築を担当していますと、まあせいぜい読めて10年かと思えます。10年先だと実際計画段
階から出来るのが5年先ですから、建ててみて数年経つともう「やばいな」という話が出てき
ます。ただ、やはり今医療を取り巻く環境は非常に速いスピードで変化していますので、先ほ
ど寺井院長の言われたように、かなり将来に渡ってフレキシブルに、色々な変化に対応できる
ような病院を作っていく、なんでもかんでも重装備で身動きが取れない形にするのではなくて、
状況の変化に対応できるということは、まずこれからの病院を作る上で非常に重要ではないか
と思うところです。

それから、千葉医療圏の良いところは、人口がかなりまとまった数があると、そして先日厚
労省から出た医師不足の話でも、千葉医療圏に関しては医師が多い方の30%の部類に入っ
ていますし、おそらくこれは今後の需給予測の中でもそんなに大きく変化していかないだろうと
考えております。これだけ人口がまとまってあるということは、民間の医療機関にとってもそ
れなりにおいしい場所なわけですね。そうするとよほどの急激な人口減少が起きない限りは、民
間の医療機関もちゃんとおいしいところは、今現在まさに循環器系と脳血管系で見られるよう
に、民間の医療機関がしっかりやりますので、そこに関して将来的に税金を投入する必要とい

うのはあまり無いのではないかと思います。むしろやはり先ほどから申し上げているように、民間がやらないような、手を出さないところに税金を上手く効率的に使いつつそこを担っていくかというところの視点が重要なのではないかと思います。もちろん、今後の人口動態それから受療率、疾患構成その他色々なことが変わっていく中で、やはりフレキシブルに対応するしなやかさはしっかり保っていく必要があるのではないかと思います。

(尾形委員長)

ありがとうございました。

ほかはよろしいでしょうか。

(中山委員)

第1回目にも申し上げたのですが、私は建築の専門家として出させていただいていますけれども、建築は非常に不器用なわけです。柱一本だけでもいいから退かしてくれと言われてもできないわけです。しかし、今までの議論のように医療はどんどん変わっていく、それを受け入れるだけの器を作っていく必要がありますので、山本委員がおっしゃったように、柔軟に対応できる作り方をしていく必要があります。申し上げにくいのですが、そのための投資はしていただきたい。華美なもの、豪華な病院を作れというつもりは全くありません。将来的にフレキシブルに対応できるような作り方をするための投資はしていただきたいと思います。

例として妥当かわかりませんが、千葉県がんセンターは、今工事中ですが、あの建物はもう47年も使っています。日本の病院建築では類稀な長寿命病院です。もちろん、資金が不足して建て替えられなかったとか、色々な事情はあるのかもしれませんが、中で働いていた医師には大変古くて使いにくい、狭くて機能できないという御批判はあったようではありますが、しかしいずれにしても47年ももったということは、それだけの事前の投資がしてあったということです。千葉県がんセンターがベストというわけではありませんが、そうしたことがあって初めて長寿命になりうるということです。例えば、天井の裏には電気の配線や空調等、色々な設備が入っているわけですが、病院の場合にはさらにそれが複雑に入っています。ですので、天井の裏にたくさんスペースを取っておきたいのですが、実際には見えないところなので、建設費を安くしようとするところをどんどんいじめていくわけです。いじめていくと、空調のダクトを取り換えなければいけないという時に、そんな単純なこともできず、それが理由で建て替えるということになるわけです。日本の病院、例えば千葉大学医学部附属病院の病棟の階高は多分3.6メートル程度で、これは標準的な数字ですが、昨年行ったカロリンスカ大学では、階高が4.9メートル確保しているとのことでした。ものすごく広いわけです。天井の高さは日本とそう変わらないのですが、天井の上がとても広い、それは、将来どのような部門にも改修できるようにそうしているという説明を受けて驚きました。何も4.9メートルで作れとは

申し上げませんが、そうした備えがないと、やはりまた30年経つと陳腐化してしまっ
て建て替えないといけないという話にもなりかねないので、その辺りのバランスをよくお考え
いただきたいというのが建築からのお願いです。以上です。

(尾形委員長)

ありがとうございました。ほかはよろしいでしょうか。

そろそろ予定の時間が近づいてまいりましたので、今日の議論はこの辺にしたいと思います。
今日は今後提供すべき医療機能についてということで、さまざまな観点から貴重な御意見をい
ただきました。今日の議論を十分踏まえまして、事務局としてもさらに検討を進めていただき
たいと思います。

それでは最後に、次第の「3 その他」ということですが、事務局の方から何かございま
すか。

3 その他

(西野事業調整担当課長)

長時間に渡り御審議ありがとうございました。

本日いただいた御意見を踏まえ、次回以降に反映したいと思います。

次回の日程については改めて御連絡をさせていただきます。

本日はありがとうございました。

(尾形委員長)

ありがとうございました。

特に皆様からはよろしいでしょうか。

4 閉会

(尾形委員長)

それでは本日の議事は以上で終了としたいと思います。

委員の皆様、大変長時間に渡る熱心な御議論をありがとうございました。

問い合わせ先 千葉市病院局経営企画課

TEL 043-245-5741

FAX 043-245-5257