

## 千葉県保健医療計画（試案）に対する意見書

平成 23 年 3 月 9 日

医療構想・千葉 代表 竜崇正

### ① 基準病床数および 2 次医療圏区分について

2 次医療圏ごとの病床数規制は誘発需要抑制のための施策として導入された制度であるが、患者の移動手段の多様化、人口の高齢化や疾病構造の変化等を踏まえ、各医療機関ごとの医療・介護需要との相関において決められるべき数値であって、2 次医療圏を越える患者動態などの実態を十分反映した病床数へと改められるべきである。

また現在の 2 次医療圏区分は、かつての郡制度に準じた行政区分に過ぎず、患者の実際の行動様態を十分に反映したものとはいえない。たとえば 3 次医療を提供している香取海浜医療圏の旭中央病院や安房医療圏の亀田総合病院には隣接する山武長生夷隅医療圏などから多くの患者が受診しており、こうした医療圏を越えた患者動態を反映した医療提供体制について協議することが至急必要である。特に山武長生夷隅医療圏に関しては、基幹公的病院の無い現状では 1 医療圏とは言い難い状況である。山武長生夷隅医療圏内の住民に対して、医療を供給する体制に関して協議するため県内の医療関係者、有識者、一般市民が参加する検討会を立ち上げるべきである。そこで医療圏の見直し、隣接医療圏の施設との協力体制の構築などについて協議すべきである。

### ② 救急医療体制の再建と連携体制強化について

人口の高齢化、高度医療による救命率の向上など、救急医療機関への搬送数および救急搬送需要は増加の一方であり、受け入れ困難患者の医療圏および県境を越える搬送も増加しつづけている。

他方、こうした実態に対応するため、千葉県としても救急コーディネート事業を立ち上げ、全県的な救急体制の整備を進めているところではあるが、高齢化率の引きつづきの上昇等を勘案すれば、2 次・3 次救急体制の整備だけでなく、小児を含む軽症患者や不要不急の患者の初期救急でのトリアージ体制の確立が至急必要である。

また療養のため長期入院する終末期患者や特別養護老人ホーム等に入所する後期高齢者が救急搬送されている現状を踏まえるならば、看取り体制の強化や過剰医療を防止するための教育・啓発活動の充実も必要である。

こうした激変する救急医療動向に対応するためにも、県において他都県との連携も含む救急医療体制整備のための臨時の協議会を設立し、2025年を目途とした超高齢化対応の救急医療体制整備のための計画を策定すべきである。

### ③ 地域医療連携の実質化に向けた公立病院の機能統合

銚子市民病院の存廃をめぐる動向からも明らかなように、厳しい経済財政状況下において負債を抱え込んでいる自治体および自治体病院が単独で病院運営をすることはもはや不可能であり、総務省も公立病院改革ガイドラインにおいて自治体病院の統合再編とネットワーク化を指示しているところである。また内閣官房を中心に「どこでも MY 病院」構想が検討されており、経済産業省からも事業公募があったところである。

こうした中、千葉県において山武長生夷隅医療圏のみでなく、自治体病院の存在が不可欠となっている香取海匝においても木更津においても、医師不足が慢性化しており、県立・市町立の各病院単体の自立的な運営が困難な状況にある。

他方、香取海匝医療圏の旭中央病院では全国的にその名が知られる研修指定病院として医師が多数集まり、地域医療および高度医療の中心施設として財政的にも安定的な運営を行っているところである。

こうした現状を踏まえれば、総務省のガイドラインに基づき、香取海匝および山武長生夷隅医療圏の県立および市町立の各病院を、旭中央病院を中心にした経営母体に統合してネットワーク化（IHN、integrated health care network）することが必要である。1市、町の論理だけではなく、県が主体となって各病院の協力体制を強力的に指導し、各病院間の機能連携や機能分担がはかれるように、電子カルテや画像情報をクラウドにあげて総合的に医療を提供する体制の構築のための IT 化が必須である。IHN により医師を始めとする医療従事者の一体的な雇用によって医師・看護師等の不足と偏在を主体的に解消し、医療機器や医療材料の共同購入や診療情報のネットワーク化等の資源の効率的な活用に基づく病院運営を実現すべき時である。また内閣官房が進めているどこでも MY 病院を、各病院間のシームレスな医療連携の中から進めるべきである。

### ④ 千葉大医学部および千葉県内での医師養成数増員のための対策

政府および文部科学省としては医師養成数の増員を各大学医学部に指示しているところであるが、大学側の教育体制の不備などの課題もあり、医師養成数の増員が遅滞している状況にある。こうした事態に対して千葉県として千葉大学医学部の教育体制整備に対して財政的な支援をすることにより、現在 115 名である同大学医学部定員の更なる増員ができるよう、至急対策を講じる必要がある。

他方、一県一医大政策を実施した時代からの全国の人口構成の変化、千葉県の人口増加や高齢化の上昇に伴う医療需要の増大に鑑みれば、千葉大学医学部単独の医師養成数では対応できない医師不足の現状がある。こうした事態に対応するためには、東京都などの近隣都県へ通学する千葉県出身医学生への奨学金の給付や、自治医科大学との連携強化等も必要な策であるといえるが、文部科学省内において医学部の新設について協議が始まったことを踏まえれば、千葉県としても県立保健医療大学への医学部設置を至急検討する必要がある。また民間の学校法人や医療法人、基礎自治体等による医学部設置希望の状況についても至急、調査・検討する必要がある。

#### ⑤ 千葉県による千葉大学医学部への奨学金制度や寄附講座への寄附の増額

現在、年間 5 名が採用されている千葉県による千葉大学医学部生への奨学金制度を最低でも 15 名に拡大し、地域定着状況も踏まえながら可能な限り奨学金の給付者数の拡大を検討する必要がある。

また千葉大学医学部への寄附講座「循環型地域医療連携システム学」講座に対する寄附を年間 2700 万円から 5000 万円程度に増額し、千葉県内の医師を始めとする医療資源の効率的な連携や活用についての研究を促す。

#### ⑥ 県立保健医療大学および県立看護専門学校の看護学科定員の増員と奨学金の整備

全県的に慢性化している看護師不足に対応するために、現在、80 名である県立保健医療大学の看護学科定員を 100 名に増員し、段階的に看護師養成数を増員できるよう体制を整備する。また 3 年次編入学定員を 20 名から 40 名に増員し、こちらも段階的に更なる増員できるよう体制を整備する。

また鶴舞、野田の県立看護専門学校の定員各 40 名をそれぞれ 80 名に増員し、更に段階的な看護師養成数の増員ができるよう体制を整備する。

上記の看護養成学校の学生に対しては、千葉県内の医療機関で看護師として一定期間勤務することを条件に、学費・生活費も含めた奨学金制度を整備充実させ、県内医療機関へ就職を希望する看護師へのマッチング制度も整備確立する。