

1市1町地域医療センター医療専門委員会（第3回）議事要旨

1. 日時：平成21年3月6日（金）14：00～16：05

2. 場所：東金市役所 3階 第1委員会室

3. 出席者：10名

・平澤委員長・田畑副委員長・横須賀委員・宮崎委員・織田委員・野村委員
・本橋委員・平井委員・中村委員・藤本委員

欠席者：なし

4. 議事

(1) 議事1 第2回議事要旨の確認について 資料 1

事前に各委員確認済みのため、了承。

県立東金病院長より「糖尿病治療の標準化の取り組みと医療連携の体制づくり」についてデータの提示及び説明。

計画策定にあたり基本的な要素である救命救急センターの分類に関して、千葉県健康福祉政策課長から報告、説明。（救急医療対策実施要綱により、新型救命救急センターは廃止となり、救命救急センター・地域救命救急センターの2種類に変更された）地域救命救急センターは最寄の救命救急センターまで、概ね60分以上の地域とされているので、その他補助等も含め詳細を厚生労働省に確認中。確認が取れ次第本委員会に報告する。今後本医療センターは狭義の救命救急センターとするのか地域救命救急センターとするのかを協議願う。

どちらを選択するかは厚生労働省確認後、本委員会で今後協議することとなった。

(2) 議事2 地域医療センターの基本コンセプトについて 資料 2

委員長より内容説明。議事2、3、4について、前回の委員会の際に次回にはたたき案を示すということだったので、考えをまとめたもの。救命救急センターについては、県から事前に説明を受けたので、新型という名称は使用せず、救命救急センターとして表記している。

協議の結果、原案どおり検討協議会に提案することとなった。

(3) 議事 3 4 疾病 4 事業への対応について 資料 3

4 疾病への対応

○ がん

委員長より内容説明。「4 疾病の対応」については委員長と県・市町等と検討し意見を纏めたもの。県下各保健医療圏の中で地域がん診療連携拠点病院が設置されていないのは本地域のみ。

県としてはどの程度の機能を持つがん診療連携拠点病院を期待しているのか。また、他の地域のがん診療連携拠点病院はどのように運営されているのか。

基準に基づき運用されているが、各地域によってかなりの格差がある。県としては本地域に設置されることを望むが、本医療センターは県がんセンターと距離的にも近い位置にあるので千葉大学、県がんセンターと連携をとりながらある程度の機能を果していけるような施設でよいのではないか。

高次元のクオリティを保つにはハイボリューム化が必要なのは明らか。患者にベストの治療は待機的に治療可能なもの。経営面からも効率化が必要ではないか。今後の方向性を考えると、現状に囚われずあるべき姿を見て方向付けをしていくほうが良いのではないか。

どの程度の設備があれば認めていただけるのか。指定要件として、年間入院がん患者数が 1,200 以上とある。緩和病棟が無くても緩和専門の医師の配置、治療もできなければならない。放射線の治療を行う場合は防護の問題もあり特殊な部屋を作らなければならない。リニアックを設置する等の記載もある。

県の立場からどの程度というのは申し上げづらい。県内外の地域がん診療連携拠点病院を分析するとかなりの差がある。中には年間入院がん患者数 500 人しか診ていない施設もあるが指定は受けている。

千葉県が進めようとしている循環型地域医療連携システムの中で、がん診療では先ず全県対応型があり、その下に地域がん診療連携拠点病院がある。その役割は相談支援センターとなっており、がんの病態、標準的治療法等やがん診療に関する一般的な医療情報の提供や地域の医療機関や医療従事者に関する情報の収集照会、セカンドオピニオンが可能な医師の照会、患者の療養上の相談等をして、各がんに対する対応医療機関と連携を取るとなっている。そういうことであれば、がん入院患者を 1,200 人以上治療しなければならないということではないのではないか。

300 床クラスの病院では救急救命センターと地域がん診療連携拠点病院の両方の看板を掲げている病院は無いのではないか。物理的に不可能ではないか。そこで、「目指す」と記載している。

300床程度で全てのがんの診断から診療を行うのであれば、それだけでがんセンターと同じことをしなくてはならないので無理がある。

この地域でのニーズは在宅を含めた地域ぐるみの終末期ケア体制の充実が重要である。県がんセンターにおいても地域の後方施設があったほうが良いのではないかと。

そういうレベルで4疾病のうちのがんに関わることが本センターの限界。ベッドは馴染まないと思うが、機能としては中核的なコーディネートの意味であっても良いと思う。実際にそこで診るのではなく開業医、サテライト病院等との連携というレベルであれば理解できる。

自分の立場から心配していることは「地域がん診療連携拠点病院を目指す」と記載されていると設備はそれ程重装備でない、緩和ケアを中心とした、ということが飛んでしまうのではないかと。300床クラスでは荷が重い。

県としても地域がん診療連携拠点病院の機能内容、要件については検討してみたい。

地域がん診療連携拠点病院の指定にあたり、各医療圏に原則1つづつとのことだが無い所についてはフォローを行うとなっていたと思う。例えば本地域は千葉大学がフォローする等。その辺の兼ね合いも考慮してはどうか。

病院の設計となった時に、がんの治療をするための放射線療法のための設備を作るのか作らないのかによって病院の設計が大きく変わってくるので、協議の最中に固まってくる、或いはがん医療行政が変わるかもしれないと言われてもそこまで待てないのではないかと。

地域がん診療連携拠点病院の幅は非常に広いので県としての定義付けを行って欲しい。例えば提案したいのは「地域がん診療連携関連病院」等。軽装でも認められるような言葉を入れて県のがんセンターより遥か下のレベルであることが分かるような言葉を選んでいただければ。

一般の人は地域がん診療連携拠点病院という名前が付いていると、がんは全てそこで治療してもらえると誤解する可能性もあるので、ここでいうものを具体的に頭につけてはどうか。例えば情報提供を中心として、診断治療に関しては全県型拠点病院や対応医療機関と密接な連携をとるといような形の文言を加えてはどうか。

山武地域の方々のがんセンターで手術を受ける人が圧倒的に多いようだが、長生・夷隅地域はどうか。がんセンターで手術退院後、地元の病院にかかるという流れがあり、県がんセンターが近距離にあるので、本地域では高度ながん治療を行う施設を住民皆が望んでいる訳ではないと思う。

がんセンター、大学病院等、山武地域と同様ではないかと思う。

各委員の意見としては同様だと思うが、規定どおりの地域がん診療連携拠点病院と

というのは無理もあるし、作ってもあまり効果的ではないのではないかと。行政としてこの記述の表現を変えソフトランディングできるか。

地域がん診療連携拠点病院という一つの固有名詞になるのでそれを外し、例えば、地域がん診療連携拠点の機能を果たすことを目指す等ではいかがか。

言葉を選びトーンダウンした形で記述してはどうか。

あくまでも県が押し付けるものではなく、1市1町検討委員会の中での医療者の方々の判断を尊重しなければならないと思う。この中で、本医療センターが地域がん診療連携拠点病院を目指さないのであれば、代替先の検討又は大学、がんセンターとの連携でやっていくということを県民・住民に説明すれば済むことではないか。県としては本地域にあったほうが良いと申し上げるが、実施主体は1市1町なのでその中で判断すべきではないか。

「各種がんの早期発見や、担がん患者の急性期合併症に対する治療及び他の地域がん診療拠点病院との連携の下、フォローアップ等のがん治療を行うことを目指す。」という表現で纏め検討協議会に提案することとなった。

○脳卒中

委員長より内容説明。

脳梗塞の急性期でt-PA治療を行うケースが、この地域で年間どのくらいあるのか把握しておく必要がある。24時間行うのであれば、その受け入れ体制についてマンパワー等は可能か？時間的制限の中で他の施設までの搬送は可能か等を検討する余地があるのではないかと。

t-PAを行うためのマンパワー、設備というのは救命救急センターを備えていれば大部分はできると思う。

その治療を行うためだけに人員を配置するわけではない。脳神経外科の専門医、神経内科医等が講習を受ければ治療可能なもので無駄になるものではない。この地域で発症し千葉まで搬送すると高速道路を使用してもインフォームドコンセント等様々な問題がありすぐ1時間2時間経過してしまう。それで適応できない症例のほうが遥かに多いので、この地域には必要でありこのような表現で良いと思う。

協議の結果、原案で了承。

○急性心筋梗塞

委員長より内容説明。

協議の結果、原案で了承。

○糖尿病

委員長より内容説明。

平成19年7月20日付けの厚生労働省医政局指導課長通達に示されている糖尿病診療の4つの医療機能のうち、教育入院等により血糖コントロール不可例の治療を行う「専門治療」機能とDKAやHONK等の急性合併症の治療を行う「急性憎悪時治療」機能を追加していただきたい。これらができないと、入院機能を基本とする医療機関として、糖尿病診療の受け皿にならない。保健医療計画で糖尿病性腎症による人工透析の新規導入患者数を減らすことになっているので糖尿病性腎症を中心とするCKD（慢性腎臓病）の治療機能を加えていただきたい。

この後の診療科目に出てくる代謝内分泌科がありそこを中心として行えると考えらる。

協議の結果「糖尿病に対する専門治療・急性憎悪時治療を行える医療機関とする。」を加えることとなった。

4 疾病に関しては、上記のとおりとし、検討協議会へ提案するととなった。

4 疾病ではないが一般市民の関心として、多発外傷の取り扱いは。

救命救急センターを併設するので、多発外傷は当然そこで扱うと認識している。後は市民への周知で対応。

4 事業への対応

○救急医療

委員長より内容説明。

ヘリポートを設置するに当たり、市街地の中央部分だと住民が反対することが通例。幸い候補地が少し離れた位置であり面積的にも設置可能。

住民にも分かり易いよう、説明として、「脳卒中・急性心筋梗塞・多発外傷・重症熱傷・急性中毒などの重篤救急患者を常時受け入れる救命救急センターを併設し」としてはどうか。

協議の結果、救急救命センターの説明として、例えば「脳卒中・急性心筋梗塞・多発外傷・重症熱傷・急性中毒などの重篤救急患者を常時受け入れる救命救急センターを併設し」等の文言を加え、一般の人にも理解できるように記述することとなった。

○災害医療

委員長より内容説明。

周産期医療・小児医療を含め、これらが了承されれば千葉大学に出向き正式に要請を行う。

協議の結果、原案で了承。

○周産期医療

委員長より内容説明。

地域周産期医療センターが明確化されたものはあるか。地域周産期医療センターの機能を全て賅うのか、その中の周産期の救急医療部分を賅うのか。

周産期の救急は非常に難しい。千葉県で実際に行っているのは亀田病院のみ。普通の周産期医療を目指す。

現在、山武医療圏で分娩を取り扱っているのは、わずかに2カ所である。病院では成東病院のみであり、年間100件前後を取り扱っている。一方、東金市内の個人のクリニックで、年間約800件程の分娩を取り扱っている。クリニックの院長の年齢等もあり5年後も継続するのか不透明な状況である。産科の医療資源が非常に少ない地域なので最低限のセーフティネットは必要である。

そういう意味であえて地域周産期医療センターに救急的要素を含んでいないと理解してよいか。現時点では地域のマンパワーが足りず。地域で確保する可能性は少ないので本医療センターが代行するというようなニュアンスで捉えてよいか。

そのような解釈で良いと思う。

周産期というのはお産だけではなく、必ず新生児という部分がある。地域周産期センターには必ず新生児NICUを設置する必要があるのではないか。そこまで考えているのか。相当な負担になると思うが。

そのとおりである。この医療圏に周産期を行う病院が無いと言うことでこういう記載をしている。

指定を受けている病院はNICUを持っている。それと同程度の機能を有すると記載するとNICUがある病院と思われてしまわないか。

千葉大も改修を行い NICU が 9 床出来ることになった。今まではスペースはあったが担当する医師がいなかった。作るつもりならばスタッフや費用の問題もありかなり大変だと思う。救急医療と周産期の NICU は異なり、救急医でさえ手が出せない。NICU は産科・小児科・小児外科がそろって初めて成り立つ医療。今、県内拠点病院が医師等を集め集約化を図り行っているところなので、あえてここで行わなければならないとは思わない。

県は 4 疾病 4 事業については財政的援助も行うが医療圏の中で行って欲しい事業として提案しており、課せられた責務の一部でもあるので、各々について姿勢を示さなければならない。そこで私達が思っているものとすり合わせを行い、どの程度の表現にするかという作業を行っている。

協議の結果、「現在千葉県においては周産期医療を担うマンパワーは極めて不足しているが、本医療センターにおいては通常の周産期医療を行い、その上で千葉大学との密接な連携の下、地域周産期医療センターと同程度の機能を有する病院を目指す。」等の文言に変更することとなった。

○小児医療

委員長より内容説明。

医師会としてはニーズが高い小児科は是非とも実現していただきたい。

協議の結果、原案で了承。

4 事業に関しては、上記のとおりとし、検討協議会へ提案するととなった。

(4) 議事 4 診療科目について 資料 4

委員長より内容説明。

病床配分申請時（17 科）病院開設申請時に変更可能。

- ・アレルギーを除き代謝内分泌科を追加。
- ・救急救命センターを名乗る以上必要と思われる心臓血管外科・精神科を追加。
- ・歯科のニーズが高く、救急を行っているとき々顔面外傷等で歯科口腔外科等の協力を仰がなければならない場合もある。また、手術をする場合オーラルケアが非常に注目されていて合併症が少なくなるとも言われているので、歯科口腔外科を追加。
- ・標榜科として認められることは救急医学会の悲願であったが、それが認められたので救急科の計 5 科を追加し、22 科プラス地域医療連携室。

医療者側から見るとこれでよいと思うが、患者側から見ると「内科」だけ分かっているが意味があるのか。

患者が複数の症状を持って来た時に、どの内科にかかればよいか判らない場合があるので総合内科が必要という意見もあったので内科が残っている。一般内科の意味である。

小児外科はどうか。小児外科も人は少ない。

小児外科も大学にお願いしたい。子供病院も近距離にある。救急は別。

内科に関しては、センター開院時までには、どういう内科医が集められるか、また集まってくるのかによって決めればよい。

これから医師を派遣していただきたいことをお願いする立場としては、大学内はこのように分かれているので頼みに行く相手が異なる。こちらでどのような診療科を設置するかを決めて、大学へお願いに行くことになる。

協議の結果、原案で了承。

言葉の使いまわし等詳細については委員長に一任していただきたい。本協議結果については次回検討協議会に提案する。

また、先にスケジュールを示しているが、3月までの予定で「周辺医療機関との関係のあり方・人的規模」等が未協議である。診療科目等が確定した後、千葉大学と協議を開始したい。また、経営検討会議においては、開院当初からのフルオープンではなく順次開院と考えているようなのでご理解願う。

次回の日程は3月13日（金）午後2時からを予定している。9日に経営検討会議が開催され、経営見通しのたたき台が協議されるので、その報告と17日に開催する検討協議会への報告のとりまとめを行いたいと考えている。

なお、医療センター計画についてはホームページに掲載するための準備中であり、医療専門委員会の議事要旨は第1回医療専門委員会の際に公開することの了解を委員に得ているが、発言者の個人名については省略することとなった。

以上