

令和7年度第1回君津地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 開催結果

- 1 日時：令和7年7月23日（水）午後7時00分から午後9時00分まで
- 2 場所：オンライン（ZOOM）
- 3 出席者：委員15名（代理出席4名）、アドバイザー1名、オブザーバー1名
天野委員、三枝委員、松葉委員、堀内委員、柳澤委員、
馬竹委員、幸野委員、蒔田委員、川口委員、高橋委員、金井委員、
神委員代理熊切氏、渡辺委員代理小原氏、石井委員代理岩本氏、
粕谷委員代理加藤氏
佐藤アドバイザー 細井オブザーバー

医療機関：15施設

国保直営総合病院君津中央病院、国保直営総合病院君津中央病院 大佐和分院、
医療法人社団鵬会 高名静養病院、医療法人社団萩仁会 萩原病院、
社会医療法人社団同人会 木更津病院、医療法人社団志仁会 薬丸病院、
医療法人社団重光会 君津山の手病院、
医療法人新都市医療研究会「君津」会 玄々堂君津病院、
医療法人社団栄陽会 東病院、医療法人社団三友会 三枝病院、
社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院、
医療法人社団健洋会 森田医院、医療法人社団望星会 木更津クリニック、
木更津心臓血管クリニック、医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

4 会議次第

- 1) 開会
- 2) あいさつ
- 3) 議事
 - (1) 医療機関毎の具体的対応方針について
 - (2) 病床機能再編支援事業について
 - (3) 病床配分の方向性について
 - (4) 地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業について
- 4) 報告事項
 - (1) 令和6年度病床機能報告の結果について
 - (2) 地域医療介護総合確保基金による各種事業の実施状況について
 - (3) 病床数適正化支援事業について

- (4) かかりつけ医機能報告制度について
 - (5) 次回調整会議の予定について
- 5) 閉会

5 議事及び報告の概要

1) 開会

○峯島副センター長 それでは、ただいまから令和7年度第1回君津地域保健医療連携・地域医療構想調整会議を開催いたします。本日の進行を務めさせていただきます事務局の峯島と申します。どうぞよろしくお願いいたします。本会議は設置要綱により原則公開することとなっており、ホームページで開催の案内をしたところ4名の傍聴申込がありましたので、御報告いたします。また本日の会議は録音録画させていただき、議事録を作成のうえ、後日君津健康福祉センターのホームページにて公開する予定ですので、御承知おきいただきますようお願いいたします。それでは、開催にあたり君津健康福祉センター長の金井から御挨拶申し上げます。

2) あいさつ

○金井センター長 本日はお忙しい中、君津地域保健医療連携・地域医療構想調整会議に御参加いただきありがとうございます。また、日頃から君津地域の保健医療福祉に関する行政について、御協力いただき厚く御礼申し上げます。本日は遅い時間にも関わらず、御協力ありがとうございます。

本会議は、保健医療計画を踏まえ、君津地域における関係者の連携を図り、保健医療体制について検討すること、また、地域の医療ニーズに応えるためにその課題について、皆様の貴重な御意見や知見を共有するための会議となっております。

今年度は2回の開催の予定です。前回の会議では、外来医療の医療提供体制の確保について協議し、紹介受診重点医療機関が2施設となりました。また、君津中央病院の本院・分院の機能分化と病床の再編について説明があり、意見交換しました。

また、君津医療圏の医療提供の状況や、当圏域は医師が少ないため、重点医師偏在対策支援区域となっている等の報告がありました。

本日の会議では、議事として、医療機関の具体的対応方針、病床機能再編支援事業、病床配分の方向性、地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業について、御協議いただきます。また、報告事項もごございます。

本会議の円滑な進行と有意義な議論となるよう、皆様の活発な御意見を賜りますようお願いいたします。御挨拶とさせていただきます。

本日はよろしくお願いいたします。

○峯島副センター長 本日御出席いただきました、委員、オブザーバー、病院及び有床診療所の関係者及び事務局職員の紹介は、先に送付させていただいた出席者名簿をもって、御紹介に代えさせていただきます。

なお、医療法人鉄焦会におかれましては、(仮称) 亀田木更津クリニックの開設予定者となりますので、設置要綱第3条第2項の規定により、君津健康福祉センター長の権限に基づき関係者として会議に参加をいただいております。

それでは、議事に入ります。

議事の進行につきましては、本会議の設置要綱第4条第3項の規定により、会長である君津健康福祉センター長が務めることとなっております。

ここからの議事進行については、会長をお願いいたします。

3) 議事

(1) 医療機関毎の具体的対応方針について

○金井センター長 まず議事1、医療機関ごとの具体的対応方針について、医療整備課地域医療構想推進室、説明をお願いします。

○医療整備課 それでは、当圏域における医療機関毎の具体的対応方針について協議をお願いします。

前回の会議で説明済みの内容になりますが、具体的対応方針の策定について、地域医療構想を進めるにあたり各医療機関の皆様には、2025年以降にどのような役割を担っていただくのかについて、方針を策定いただき共有しております。

また、変更がある都度本会議で御協議いただいております。対応方針の実施と変更にあたっての協議については、6月3日付で各医療機関様へ改めて通知させていただいております。また、同通知は1ページ下部にURLを記載しておりますが、県のホームページにも掲載しておりますので後ほど御確認いただければと思います。

それでは2ページを御覧ください。今回は、具体的対応方針について、2つの医療機関様から報告をいただいておりますので、その内容について地域のニーズに合っているのか医療提供体制の確保という観点で後ほど、皆様から御意見をいただきます。

なお、参考に当圏域の令和6年7月1日時点の病床機能の状況について掲載しています。詳細は、令和6年度病床機能報告の結果として後ほど御報告いたします。

必要病床数と病床機能報告の差し引きを見ますと、回復期のみ不足です。その他の機能は過剰という結果になっています。一方で定量的基準に基づく推計との比較では急性期と回復期が不足、高度急性期と慢性期が過剰という結果になっています。

次に3ページを御覧ください。具体的対応方針の策定に関わる目標値について、令和5年3月に対応方針の策定に係る目標を設定するよう国から通知がありました。

具体的には、対応方針の策定率が100%に達していない場合には対応方針の策定率、100%に達している場合には合意した対応方針の実施率を目標にするよう要請がありました。

なお、実施率とはページ一番下の※にあるように、具体的対応方針と一致した機能別病床数となっている医療機関の割合を意味します。本圏域の目標値については、令和5年度末に策定率が100%に達したこと、今年度が現行の地域医療構想の最終年であることから、今年度末までに実施率も100%にすることを目標として設定したいと考えております。

なお、令和6年度末時点では、当圏域内の30医療機関のうち、機能別病床数が具体的対応方針と一致する医療機関は28であり、実施率は93.3%となっています。

今年度は現行の地域医療構想の最終年でありますので、各医療機関の皆様には本会議で合意している具体的対応方針の実施と、具体的対応方針の実施が困難な場合の変更協議への御協力について改めてお願いいたします。

4ページには、今後の取組に関する工程表を掲載しておりますので、後ほど御確認ください。現行の地域医療構想は今年度が最終年となっておりますが、今年度国において、新たな地域医療構想の検討が行われており、新たな構想に基づく取組が開始されるのは、令和9年度以降となる見込みです。そのため来年度につきましても、現行の構想に基づく取組を実施することになりますので御承知おきください。

次に5ページを御覧ください。本会議では、医療機関ごとの具体的対応方針が地域医療構想と整合的であるか等を御協議いただきます。

今回は、医療法人社団志仁会薬丸病院と医療法人社団健洋会森田医院から御報告いただいております。

6ページを御覧ください。薬丸病院におかれましては、看護師への負担軽減のため、そして、2病棟から1病棟への変更のため、現在69床ある急性期の病床を57床に変更されるということです。

7ページを御覧ください。森田医院におかれましては、令和8年に急性期の病床19床のうち4床を廃止予定とのことですが、詳細につきましては、後ほど議事2の病床機能再編支援事業についての中で、森田医院から直接御説明いただきます。説明は以上でございます。

○金井センター長 森田医院はこれから説明していただくということよろしいでしょうか。

○医療整備課 次の議事2の方で説明いただきます。

○金井センター長 それから先ほど30医療機関のうちの2医療機関がまだ目標達成しないということですが、具体的にはここでは述べないのですか。

○医療整備課 今年度末の達成を目指すことから、今日のこの場での回答はできないこととなります。

○金井センター長 わかりました。2 医療機関は状況がわかっているのです、年度末に向けて頑張っていただけということでもよろしいですか。

○医療整備課 その認識でおります。

○金井センター長 わかりました。今までのところで御意見・御質問等ありますでしょうか。

御発言はないということでもよろしいでしょうか。

それでは、私から質問させていただきます。来年度以降、新しい地域医療構想になるということですが、県ではどのように変わるのか情報を掴んでいるのでしょうか。こういう方向に向かいそうだというようなことがあればお知らせください。

○医療整備課 地域医療構想につきましては、来年度県の方で計画を策定することになっており、まだ情報があまりないのですが、具体的対応方針という観点で申しますと、来年度については、引き続き現行の構想に基づいて、取組を実施していくということ考えています。

○金井センター長 ありがとうございます。

今のところで御発言・御質問等ございませんでしょうか。なければ議事 2 に移ります。

(2) 病床機能再編支援事業について

○金井センター長 病床機能再編支援事業について、医療整備課地域医療推進構想推進室、説明をお願いします。

○医療整備課 資料 2 を御覧ください。病床機能再編支援事業について当圏域で事業実施の要望があったため、協議をお願いするものです。

2 ページで、病床機能再編支援事業は地域医療構想実現のため、一般・療養病床を有する医療機関が高度急性期、急性期、慢性期の病床について、病床数の適正化に必要な病床数の削減を行う場合、地域医療構想調整会議の議論の内容等を踏まえて、削減病床に応じた給付金を支給するという事業です。

当該事業は、単独支援給付金と統合支援給付金と債務整理給付金の 3 つに区分されます。

2 ページに、事業の概要をお示ししていますが、今回要望がありましたのが、単独医療機関の取組に対する財政支援である単独支援給付金になります。

3 ページを御覧ください。単独支援給付金の概要を示した資料となります。

例外を除き説明しますと、まず、平成 30 年度の病床機能報告で、高度急性期、急性期、慢性期と報告した病床数の減少を伴う病床機能再編計画を作成した医療機関に対し、この

調整会議の議論や、県の審議会の意見を踏まえ、地域と県に認められ、実際に病床機能再編を行った場合に給付金を支給します。

また、支給額につきましては、病床稼働率に応じて一床あたりの単価等に削減病床数を乗じることで算出します。

今回は、森田医院から事業の実施要望があったため、病床機能再編計画の内容について説明をしていただきます。

それでは、森田医院から説明をお願いいたします。資料は4ページを御覧ください。

○ 森田医院 御紹介いただきました森田医院の事務長をしております肥後と申します。

病床削減時期は令和8年の1月となります。来年度事業ですが、前倒しする理由としては、年明けに定年退職する看護師等がおりまして、人員を新規雇用するのも難しいこともあり、来年の1月を実施予定とさせていただいております。

ただし、病床の稼働率によっては、1月、2月以降にずれ込む可能性はあります。その時点で16人以上入院患者がいれば、対応してまいります。

病床の削減は、現在有床診療所で19床、認可がおりていますが、4床減らしまして15床となります。

削減の理由は、昨年度と比べ患者数がかなり減っており、また、病床の稼働率も下がっており、スタッフの高齢化による定年退職があります。継続雇用制度はありますが、正社員から、パートという形になる人もおりますので病床数を維持するのが難しいという状況です。

今回の削減が地域医療にどのような貢献があるかというところは、急性期病床が過剰という現状にあって4床だけですが、削減することで地域医療構想の実現に、僅かですが貢献できると考えております。

○金井センター長 ただいまの説明について御発言等ありますでしょうか。

地域医療において、有床診療所が、病床を4床削るということで、協力いただけるという体制かと思いますが、いかがですか。

地域医療構想推進室にお伺いしたいのですが、今回、有床診療所の病床を削減するという話でしたが、医療機関で取り組む場合にはまだこれは行えるのでしょうか。

○医療整備課 病床機能再編支援事業が、令和8年度までの事業となっておりますので、今回の申請が最終かと思われます。

○金井センター長 年度内でなくても、今の段階で、駄目という話になるのですか。

○医療整備課 基本的には追加の申請というものは受け付けていないというところでは

あります。

○金井センター長 わかりました。ありがとうございます。

御発言等ありますでしょうか。また県に説明を聞きたいことはありますか。
三枝先生、御発言ありませんでしょうか。

○三枝委員 いろいろな御都合もあるでしょうから、それ自体は問題ないと思います。ただ、急性期病床が余っているのか、足りないのかは、考え方によって違ってきますので、その点について、県の方はどのようにとらえられているのでしょうか。

○医療整備課 君津医療圏では、急性期が過剰、慢性期も過剰であると考えています。これは、病床機能報告との差し引きの結果というところです。

一方で、定量的基準との差し引きですと、急性期は若干不足ですが、高度急性期と急性期をあわせた急性期的医療ですと、過剰という数字にはなっています。いずれにしても回復期は不足しているという状況です。

○金井センター長 ありがとうございます。君津中央病院の柳沢先生いかがでしょうか。このことについて御発言ないでしょうか。

○柳沢委員 君津中央病院の柳沢です。

急性期の病床数は後の議題になっているのでその時に聞こうと思っていましたが、まず、必要病床数とか基準病床数とか言葉がいろいろ出てきて、その辺がわからないところがあります。

また、必要病床数だと急性期は過剰となっており、推計値だと不足しているということになるわけですね。ただ、急性期に関して、いろいろな急性期が今後出てくる、例えば回復期が今後包括期になるというようなことも聞いております。

例えば急性期の中にいろいろなものが混ざっていると思います。高度急性期に近いものもあれば、いわゆるもう回復期に近いものもあり、当院でも回復期の転院待ちの患者さんがいつも 60 から 80 人ぐらいおり、完全な回復期に混ざっているような状態です。周囲の病院も急性期が多いのですが、純粋に急性期かどうかというのは、そこがよくわからない。それからいわゆる高齢者救急も増えてくると言われていまして、同じ急性期でも、色々なものが混ざっている。一口に急性期と言って、基準を決めていくよりも、いわゆる分けていろいろ考えていかないといけないと思っています。

○金井センター長 ありがとうございます。森田医院に関しては反対はないということで、ここの議論は閉めたいと思います。

(3) 病床配分の方向性について

次に議事3の病床配分の方向性について、医療整備課地域医療構想推進室、説明をお願いします。

○医療整備課 資料3を御覧ください。県では昨年度保健医療計画を改定し、新たな基準病床数を算定したところです。

まず、基準病床数と既存病床数についてですが、令和6年4月からの保健医療計画に基づく基準病床数が県全体で増加したことに伴い、令和7年5月1日時点の既存病床数との差し引き結果では、安房を除く8医療圏で基準病床数が既存病床数を上回り、新たな病床整備が可能となっています。なお、君津医療圏では148床の不足となっています。

3ページを御覧ください。このように、基準病床数と既存病床数の差し引きでは不足となっていますが、一方で地域医療構想との整合性の観点で言いますと、地域医療構想の2025年の必要病床数と基準病床数との比較では、該当8医療圏のいずれも基準病床数が必要病床数を上回る状況であり、基準病床数まで直ちに病床配分を行った場合、県全体で約4,000床、地域医療構想の必要病床数を上回る状況となります。君津医療圏については256床、約10.8%上回ることとなります。

次に4ページを御覧ください。こちらに参考として示していますが、国では2040年に向けた新たな地域医療構想の検討が進められており、今後のスケジュールは、今年度に国がガイドラインを策定、発出し、令和8年度に各都道府県が新たな構想を策定し、令和9年度から新たな構想の取組が開始される予定となっています。

この新たな構想の策定に伴い、今後地域医療構想の必要病床数が見直されるとともに、先ほどお示ししました基準病床数についても見直しが見込まれているところです。

5ページを御覧ください。こうした状況があることから、県全体の今後の病床配分の方針について検討し、保健医療計画改定時の医療審議会総会に諮り、承認をいただいているところです。

県の方針としましては、必ずしも令和6年度から病床配分を行うのではなく、県全体や医療圏ごとの医療提供体制や国の動向等を考慮しつつ、配分時期や配分内容について検討する。また、検討にあたっては調整会議において地域の御意見を伺うこととされていますので、本日は御意見をうかがわせていただければと思います。

続きまして6ページを御覧ください。当医療圏の病床の現状になります。

令和6年度病床機能報告では、急性期について、病床機能報告上は過剰ですが、定量的基準に基づく推計値では不足となっており、高度急性期と合わせた急性期的医療については若干の過剰であると考えられます。回復期については、不足が見込まれ、慢性期は過剰な状況となっています。

なお、非稼働病床については昨年7月時点では、2病院116床あり、主な理由は、医師、看護職員、看護補助者等の不足、施設の老朽化となっております。

7 ページを御覧ください。こちらは機能別病床の過不足感に関わる保健医療計画改定時の調査結果になります。君津地域では高度急性期、急性期に不足を感じている医療機関が最も多い結果となっています。

8 ページを御覧ください。こちらは、今後の人口推計に基づく医療需要の見通しとなります。君津医療圏の人口は緩やかに減少していきませんが、一方で 75 歳以上の人口は 2030 年頃にかけて急激に増加し、その後は一旦減少するものの 2045 年以降に再び増加する見込みであり、今後も医療需要は大きく減少しないことが想定されます。

9 ページになりますが、こちらは小児医療需要の見通しとなります。君津医療圏の小児人口は減少していき、新たな構想で想定される 2040 年時点においては、2020 年比で 8 割程度となる見込みとなっており、小児の医療需要は減少することが見込まれます。

10 ページは入院患者数の見込みとなります。まず、君津医療圏全体の入院患者数は 2040 年頃までは増加しますが、その後は、緩やかに減少していくことが見込まれます。疾患別では 2040 年頃にかけて高齢者に多い肺炎等の呼吸器系の疾患が大きく増加するほか、循環器系の疾患についても増加が見込まれます。一方で新生物の入院需要は横ばいで、周産期系は減少していくことが見込まれます。

11 ページは参考になりますが、まず入院受療率について、全国的には減少傾向となっていますが、本県においては横ばいとなっています。一方で 75 歳以上の入院受療率は直近の令和 2 年から令和 5 年にかけては微減となっていますが、長期的な傾向としては減少しています。また、救急搬送件数については県全体、君津医療圏ともにコロナ禍において、一旦減少したものの、その後高齢者等の増加に伴い増加傾向となっています。

12 ページになりますが、新たに病床を整備する場合、医療従事者の確保が課題となることから、12 ページ以降に医師・看護職員の状況を記載しています。まず医師の状況ですが、本県の医療施設に従事する医師数は増加傾向にあり、令和 4 年末現在全国 8 位となっていますが、一方で相対的な医師の状況を表す医師偏在指標では全国 38 位となっており、相対的に医師が少ない状況となります。

13 ページで、医療圏別に見ますと、医師の状況には地域差があり千葉と安房は医師多数区域、山武長生夷隅と君津は医師少数区域とされています。君津の医師偏在指標は 173.5 と相対的に医師が少ない地域となっています。

続いて 14 ページです。看護職員の状況ですが、本県の看護職員は、医師同様に増加傾向となっており、令和 4 年 12 月現在、全国 9 位となっていますが、一方で人口 10 万人あたりの看護職員数は、増加しているものの全国 45 位と全国平均を大きく下回り、相対的に看護職員は少ない状況となっております。

これは千葉県だけではなく、近県の神奈川県、埼玉県においても、看護職員が相対的に少ない状況となっています。

15 ページです。医療圏別に見ますと、看護職員の状況にも地域差が見られます。君津医療圏においては、看護職員数は横ばいであるものの、人口 10 万人対看護職員数は増加傾向

となっています。一方で全国平均と比べると相対的な看護職員は少ない状況となっています。

16 ページです。これまでの説明を踏まえまして、本日御意見をいただきたいことといたしましては、当医療圏では基準病床数が既存病床数を上回り、病床整備が可能となっております。県としては地域における医療提供体制や、新たな地域医療構想に関わる国の動向等も踏まえ、配分時期や配分内容について検討する方針としていますが、令和 8 年度の病床配分の方向性について御意見をいただければと思います。

なお、令和 8 年度に新たな地域医療構想の策定が予定されており、基準病床数についても変更が予定されています。そのため令和 9 年度以降については、新たな基準病床数に基づき病床の配分を検討することになりますので御承知おきいただければと思います。説明は以上になります。よろしく願いいたします。

○金井センター長 説明ありがとうございました。1点確認させてください。

2 ページのところで、君津医療圏の基準病床数と既存病床との差し引きが 148 床とあるのは、基準病床数から見ると既存の病床数は 148 少ないということでしょうか。

○医療整備課 はい。

○金井センター長 3 ページですが、必要病床数と基準病床数の差を比較すると、君津医療圏は基準病床数が 256 床多いということですか。

○医療整備課 基準病床数の方が必要病床数よりも 256 床多いということです。

○金井センター長 その差はどう考えたらいいですか。

○医療整備課 必要病床数は令和 7 年度に必要な病床数、基準病床数は、現時点における整備可能な病床数ということです。

○金井センター長 既存病床数が 2,478 床ということは、基準病床数 2,626 床に対して 150 床ぐらひは整備可能ということですね。

○医療整備課 そうです。

○金井センター長 わかりました。全体を見ると、医師も看護師もこの地域は人手が少ないということですか。

○医療整備課 データ上はそうなります。

○金井センター長 わかりました。こういう状況ですがこの地域の医療の状況について、御発言ないでしょうか。

君津中央病院の柳澤先生お願いします。

○柳澤委員 君津中央病院の柳澤です。

まず、病床配分というのは、また高度急性期、急性期の病床が幾つだとかそういうことを決めるということですか。

○医療整備課 病床配分につきましては、基本的には基準病床数が既存病床数よりも多い場合に、配分が可能という整理です。

○金井センター長 ありがとうございます。他に御質問等ないでしょうか。

健康保険組合連合会の幸野様お願いします。

○幸野委員 基本的な質問ですが、議長からも質問がありました新しい地域医療構想を検討していく中で、必要病床数と基準病床数、あと 6 ページにあります定量的基準に基づく推計値があるのですが、この関係が、我々にはよくわからない。これから新しい地域医療構想をやっていくのですが、これは引き継がれるということなのか、そのときにこの地域医療構想的には何の基準に基づいて、病床の機能を議論していくのか。3つの基準値があるので非常にわかりにくいのですが、その辺を教えていただけないでしょうか。

○医療整備課 基準病床数と必要病床数と定量的基準ということですが、こちらについて、現在国の方で新構想の検討を行っているところですが、一応、概念としては引き続き使う可能性は高いかと思っています。

ただし、算定方法などは、現在検討中ということなので現行の基準とは違ってくる可能性もあります。

簡単に、現行基準の基準病床数と必要病床数について説明させていただきますと、まず、基準病床数は、現時点における病床整備の目標の上限のことです。

一方で必要病床数は、地域医療構想における将来の必要病床数の推計ですが、将来の時点が 2025 年となっていますので、すでに必要病床数の将来に時点が追いついているという状況です。

一方で、定量的基準とは、基本的には、病床機能報告で報告されました入院基本料や、診療実績等の定量的に算定できるような基準に基づいて、病床数を積算した数字となります。

新たな構想では、必要病床数や基準病床等に関しましては、現在国で検討中なので、算定方法等は現行とは違ってくる可能性は大いにあると考えています。

○金井センター長 ありがとうございます。

アドバイザーの佐藤先生、わかりやすく説明いただけますでしょうか。

○佐藤アドバイザー ありがとうございます。

3つの似たような単語が、並んでいるということですが、結論から申し上げますと、どの値も当てになりません。最終的には、この君津医療圏の急性期のニーズが、実態と見て適切かどうか、現場感覚を持って話し合うことがまず結論だと思います。

その上で、それぞれの説明をさせていただきますと、地域医療構想推進室の説明とも一部重なりますが、必要病床数は、今から10年前の2015年に、10年後、4つの病床機能に分けたときに、どれぐらいの病床数が必要だろうかということを推計した数字になります。それが10年前からずっとこのまま使い続けられており、2025年時点の予想値でした。それが今、まさに今、2025年ですが、当然、社会経済情勢等々や医療の技術が変わって当てにならない値になっているところではあります。

もう1つは病床機能報告制度が実態とずれてしまうということを補正するために行ったことが、定量的基準という方法です。これは実態に合わせて補正しようということで、千葉県が2018年か2019年に、各圏域で議論して決めた方法ですが、この4つの機能ごとに、入院基本料を除いた診療行為の点数を積み上げて、3,000点以上が高度急性期というように、点数の高さで決められています。

回復期と慢性期の境目も点数で決まっているわけですが、要は診療報酬点数が高い診療密度や、いろいろ手技をやっているならば、急性期だよということですね。

この3,000点という数字が妥当かどうか、数年前頃と今と比べて妥当かどうかというのは議論はありますが、病床機能報告よりは少し実態に合っているのではないかと、ということで使われてきたものです。

最後に基準病床数ですが、これは国の医療法で昔から決められていて、これによって病床をMAX配分していいと、駆け込み病床みたいな話もあった時代の話までさかのぼりますが、好き勝手に増床できるわけではなく、各圏域で上限があり、その数字の出し方です。

この数字が今回いろいろ議論になっている最大の原因は、コロナです。コロナであった3年間で、この算出式から実は除外されていて、もともと6年に1回計算し直すのですが、平均在院日数が徐々に短くなってきているので大体それぐらいの値ですが、コロナ期間を除いてしまった結果、平均在院日数が思ったより下がらなかったということもあり、基準病床数が予期せぬ値になってしまったということが今回の経緯です。

なので、医療法で上限が決められる大事な数字にもかかわらず、予期せぬ結果になってしまって、各医療圏の実態よりも多い病床数を配分することができる結果になってしまいます。

ですが、先ほどの必要病床数の話であったり、定量的基準の話であったり、推計によるとそこまでいらぬのではないかとというのがこの君津医療圏の値の解釈だと思います。

加えて、今、非常に医師や看護師が足りないというなか、その数字だけで判断をして病床数

を増やしてしまうと、結果的に 1 病院あたりの看護師数が分散してしまうリスクもあるでしょうし、新たな構想が出てくるのも来年以降の話で、そうしたことを考えると、今どの数字をもって決めるのかと言うのは、どの数字も少し難しいのではないかと考えております。説明として参考になればと思いますがいかがでしょう。

○金井センター長 佐藤先生ありがとうございました。

どれも推計値のような定数のようなもので、県の方で大きくきいているのを、各地域に分配しているというようなことでしょうかから、県の方のその分配する立場の方たちもすごく苦労しながら考えているかと思いました。

幸野委員、この説明でよろしいでしょうか。

○幸野委員 この3つの基準は、新しい地域医療構想で何か整合性を持たせるようなことにしないと、もやもやしたまま何が正しいのかとってしまうので、新しい地域医療構想になるまでに、国の方の仕事だと思いますが、整理したほうがいいのかと思います。

○金井センター長 ありがとうございます。

地域医療構想推進室、何かございますか。

○医療整備課 佐藤先生、解説ありがとうございました。

県の定量的基準等の計算方法等につきましては、県でも整理をしまして、何らかの方法で共有等をさせてもらえればと思いますのでよろしくお願いいたします。

○金井センター長 ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

ここまでの内容で発言等ございませんでしょうか。では、医師会の天野先生、いかがでしょうか。

○天野委員

今までのお話を聞きまして、やはり私たちのミクロの立場からいたしますと、人材の問題ですよね。病床が多い少ないというのは話としてわかりますが、やっぱり注目したいのは、実際医療を行っている立場からすると、医師の偏在や不足、看護師の不足など、そのようなことで、数字上足りない・多いという話も別途大切ですが、結局人がいないとなかなか持っている病床も回せないのが、森田医院の意見も非常に前向きな発言だと思います。

看護師や医師がいれば、その部分はまわせたのかもしれないという考え方もあると思いますので、やはり我々実際にやっている立場からしますと、人材の問題です。人材を増やすために何かしら県の方で手当をお願いしたいと思ったところです。

○金井センター長 ありがとうございます。

医師も少ないですが看護職員も少ないということなので、看護協会から御意見ありますでしょうか。

○馬竹委員 看護協会の馬竹です。

やはり皆さんおっしゃっているように、人材不足はどここの病院からも聞かれる意見で、先日の連携会議でもやっぱり人材が不足している、夜間の救急の夜勤の看護師がいない、そのために夜間の配置ができないという声も聞きました。

必要なことは、定着をすることです。もう人は来ないので、今いるスタッフを定着させるという取組をしている病院も多数あります。

あとは、短時間勤務の人を雇用したり、外国人の特定技能外国人労働者のスタッフを受け入れたり、それぞれ自助努力をしているような状況ではあります。

今年度をもって准看護学校も閉校となるにあたって、ますますこの君津医療圏の看護師不足が深刻化されるので、個人の病院だけが抱えている問題ではなくて垣根を越えて、君津医療圏全体で考えていかないといけないというところなんです。もちろん君津中央病院が中心となって、育成の定着や、新人研修を君津中央病院で行う等色々なところで手を組みあって、定着させる風土を作っていくといけないというところなんです。

今取り組んでいるのは、小学生、中学生、高校生の若い層に対して、看護師の魅力を伝えるような取組や、学校に行って出前講座を行うなど、受けるだけではなくてこちらからも発信していく体制をとっていくとかなかなか人材を確保できないというところなんです。こちらは県の取組などで、また、御協力いただきたい分野でもあります。

○金井センター長 ありがとうございます。

その他発言等ございますでしょうか。なければ次の議事に移りたいと思います。

(4) 地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業について

○金井センター長 議事4 地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業について、健康福祉政策課政策室、説明お願いいたします。

○健康福祉政策課 健康福祉政策課でございます。

県では、昨年度から引き続きまして、地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業を行っており、議事4ではこちらについて、御相談をさせていただきたいと思っております。

今後、君津医療圏を対象としてデータ分析などを行う際にこういった課題に着目して、どのような項目を分析できるかなどについて、御意見を頂戴したいと思っております。よろしくお願いたします。

事業実施の背景でございます。国の方では、客観的な根拠に基づきまして、地域の実情に

合った政策を打っていく必要があるということから、各都道府県において、データ分析をきちんとできる体制を整えることが重要だということから、都道府県に対する補助事業を創設しております。千葉県ではこの事業を活用して、昨年度からデータ分析チーム構築支援事業に取り組んでおります。

こうした事業を行う更なる背景といたしましては、日本全体では高齢者人口が増加することから医療需要が増加すると見込まれておりますが、やはりそうは申しまして地域差がございます。人口構造の違いなどございますので、この後あらわれてくる医療への影響といったところも、やはり地域差があると見込まれておりますので、そうしたそれぞれの地域に合ったふさわしい施策を打っていくためにも、地域ごとのデータ分析をきちんと行うということが大事だということですのでこういった取組を進めております。

昨年度から引き続きの実施となりますが、今年度におきましても、データ分析項目の選定などについて皆様から御意見を頂戴しながら進めて参りたいと考えております。

今年度の事業実施にあたりまして、改めて事業受託者を公募いたしましたところ、NTTコミュニケーションズ株式会社様が最も優れた提案をしてくださったということで、同社を相手方として委託契約を締結しております。

なお、同社は7月1日付けで、名称を変更しております。現時点ではNTTドコモビジネス株式会社、こちらと契約をしております。

また、同社におきましては昨年度の事業受託者であります、千葉大学の次世代医療構想センター様と連携をしながら事業に当たるという体制を組んでいるところでございます。

今後の取組でございますが、本日皆様から御意見を頂戴しまして、また千葉県医師会等の関係者の方々からも御意見を頂戴しながら、項目を選定いたしまして、この後データ分析を進めて参ります。

結果につきましては年度末2回目の調整会議で皆様に御説明を差し上げまして、ご協議などさせていただきたいと考えております。

本日は、受託者でありますNTTドコモビジネス株式会社と連携してデータ解析等を行ってくださいます千葉大学の先生方にもご臨席いただいておりますので、この後受託者から説明を追加させていただきたいと思っております。

ではよろしく願いいたします。

○NTTドコモビジネス NTTドコモビジネスの相津と申します。本日はどうぞよろしく願いいたします。

まず業務体制について、千葉大学病院の吉村先生から御説明いただければと思います。吉村先生お願いいたします。

○吉村センター長 千葉大学病院の次世代医療構想センター吉村健佑です。本日はお時間いただきましてありがとうございます。

まず、県から話がありましたとおり、今年度も千葉県のデータ分析チーム構築支援事業に、NTTドコモビジネスと一緒に、体制を組んで当初からチームを作ってアプライをいたしまして受託しました。

昨年度は当センターが主となって、分析を行いました。かなりデータの量も多く非常に煩雑な解析を要しました。その点の精度を上げるためにも、データ分析の専門家でありますNTTドコモビジネスと、技術的な提携を結んでチームを作ったということで昨年度よりも、体制を充実させたと御理解いただければと思います。

さて、昨年度は多くの病院からDPCデータの提供いただきまして、改めて感謝申し上げます。千葉県内に見渡しても69あるDPC病院のうち実に64程度の病院から、本事業に賛同いただいてデータを提供いただきました。

この状況は非常に全国的にもまれな状況でありまして、千葉県のデータの見える化、先ほどから議論があります例えば病床数の議論に対しても、精度を上げて提案できるのではないかと思います。

引き続き今年度も、データ提供の御依頼をお願いするところであり、ぜひ御協力お願いしたいと思います。DPC病院69施設に加えて、昨年引き続き、データ提出加算を算定している100を超える病院にもお願いしてまいりますので、ぜひ御検討いただきたいと改めて申し上げます。

本年度もいただいたデータに基づいて分析を進めていきますが、この場では事業の説明を申し上げまして、ぜひ様々な方から期待される点、懸念点なども広く寄せていただいて、地域医療構想調整会議に資するものを心血注いで作っていきたいと考えております。ぜひよろしくお願いいたします。

内容については、ドコモビジネスの相津さんにバトンタッチいたします。よろしくお願いいたします。

○NTTドコモビジネス ありがとうございます。

では続けさせていただきます。こちら昨年度の分析例のところをお示しさせていただきます。昨年度は大きく2点の分析を実施させていただいております。

1点目は、アクセス解析というところで全入院患者の移動経路、そのあたりのアクセス解析というところを実施させていただいております。

あとはデータ集計といたしまして様々なデータ種別に準じて集計というところを実施して、そちらに関する考察を実施しております。

先ほど吉村先生からも御説明ございましたが、DPCデータについては、昨年度は対象病院69病院のうち65病院から御提供いただいております。

本年度の分析方針といたしましては、先ほど県から御説明あったところから一部抜粋して御説明させていただければと考えておりますが、本年度のデータ分析といたしましては、大きく3フェーズに分けてデータ分析を実施していきたいと考えております。

最初のステップにおきましては、昨年度の分析結果の深掘りしたところを実施していきまして、各地域ごとにどういったデータ、どういった課題があるのかといったところ特定をさせていただき、それらの分析結果を用いて、こちらの第 2 フェーズでさらなる深掘りを行い、医療圏ごとに深掘りを実施していく形で、進めていければと思っております。

その後にはそこで出てきた課題を、さらに 3 回目実施していくような形で進めていければと考えております。

課題につきましては、こちらで分析を実施していけたらと考えております。前年度と同様に今回は 5 分類を記載させていただいております。

それぞれで見える化すべき課題と、想定分析内容といったところを取りまとめを実施する形になっております。

こちらの見える化すべき課題について御説明させていただきます。こちら、小児につきましては平時の入院、救急以外ととらえていただければと思いますが、平時の入院における小児医療における需給の状況と、あとは小児救急における搬送患者の特性や、各医療機関の負担状況を、見える化すべき課題と定義しております。

救急につきましては、高齢者救急における患者の救急搬送状況と、そちらの患者の入院経路及び入院前後の容態を課題として挙げさせていただいております。

周産期につきましては、ハイリスク妊婦の医療機関へのアクセス状況を挙げさせていただいております。

在宅医療につきましては、現在の在宅医療の実施状況及び移行状況、将来の介護需要の動向というところを挙げております。

循環器・手術につきましては、容態別の循環器患者のアクセス状況と、手術数が少ない急性期病院を、見える化すべき課題と挙げさせていただいております。

想定分析内容につきましてはこれらの課題を明らかにしていくことになっておりますので、一旦本日の御説明としては省略とさせていただきます。

こちらの分析項目で、課題をまずは分析を実施して、医療圏ごとに特定の課題を抽出して分析を繰り返していく形で進めていく想定でおります。

続いてのページにつきましては、一旦昨年度の分析結果を用いて、一旦想定で置かせていただいておりますが、先ほどのページ次第では変わってくるようになっておりますので、一旦想定というところで御理解いただければと思っております。

こちらにつきましては昨年度の実施した分析として高齢者救急で流入流出を分析させていただいておりますが、君津医療圏につきましては流入が少なく流出が多いという結果になっておりました。これらの流入のところが結果は出てきたような形にはなってはいますが、そちらの要因は不明だったところが、昨年度の結果になっております。

今年度といたしましてはそれらを詳細に分析していくところは総論になるかと思っております。

こちらにつきましては、大きなポイントとしては重症度別や、その重症度に準じて、適切な

病院に搬送されているかどうかを分析していく形で考えております。

以上になります。

続いてのページにつきましてはD P Cデータの提出協力のお願いということで、先ほど吉村先生から少しお話ございましたが、こちらについても吉村先生にお話いただいてもよろしいでしょうか。

○吉村センター長 ありがとうございます。

昨年と同様、D P Cデータ提出のお願いの御依頼です。各病院に対してすでに発出をしておりますが、県とよく連携した上で、また十分なセキュアな環境を整えた上で、データの収集及び分析に臨んで参ります。

特に今年度はN T Tドコモビジネスとの連携の中でセキュアな関係をさらに強化いたしまして、昨年度よりも安心してお預けいただけるように準備を整えました。

内容につきまして分析の結果はこれからになりますけれども、昨年度も運用上、問題なく進められておりますので、今年度もぜひ、病院の方から御提供いただければと思います。技術的な心配な点等がございましたら遠慮なく、お問い合わせください。御説明いたします。私から以上です。よろしく願います。

○N T Tドコモビジネス ありがとうございます。N T Tドコモビジネスからは以上になります。

○健康福祉政策課 以上でございます。よろしく願います。

○金井センター長 2点確認させてください。D P Cについて、医療機関以外の行政の方もこの会議に参加しております。D P Cという言葉自体は耳馴染みがないので御説明願います。また、65D P C医療機関のうち、この地域では幾つ参加しているのでしょうか。

○吉村センター長 はい、わかりました。

昨年度も簡単に御説明を申し上げたかもしれませんが、少し補足いたします。

千葉県内に 290 病院を数えております。急性期から、慢性期に渡って様々な病院がありますが、その中で 69 の病院が、いわゆる急性期の診療を中心と行っている病院として、診療報酬の支払い方式を出来高ではなく、包括払いを中心とした請求と支払いを受けているという方式を採用しています。

これが全国を重ねると 1,800 近い病院がそういった方式によって、診療報酬の支払いを受けているわけですが、これらの病院のデータは、D P Cのいわゆる包括払いの病院として、別個の様々な様式に基づくデータ収集を行っています。

具体的にはどういった重症度の患者、病名、重症度の患者が何日の入院をして治療退院に

至ったかという、患者の具体的な治療内容やその退院先などについても、情報を収集しておりますし、患者の所在地、住所地情報郵便番号 7 桁からこの地域の方が来られているかなど、出来高病院に比べて精緻なデータの収集が可能ということになっております。

以上のことから、急性期病院の見える化については全国的にDPCデータを活用する流れになっておりまして、本事業におきましても、県から提供される様々な調査結果や国が公表するオープンデータに加えて、各病院からのデータをそこに加味することで、より立体的なデータの分析、見える化ができると考えて昨年度から取り組んでいます。

追加すると、昨年度はデータをいただいて分析をしたのですが、施策に直結するということまではなかなか手が届かなかったというのは我々の率直な感想です。今回は地域ごとの課題に、より密接して、成果につなげたいと考えておりまして、できる範囲でそういう方針で貢献したいと考えておりますのが 1 点目になります。金井先生 1 点目よろしいでしょうか。

○金井センター長 ありがとうございます。

○吉村センター長 2 点目について、この地域のDPC病院についてはすべてデータ提供いただいております。今のところ 11 施設DPCの該当がある中で、この地域からはあまねくいただいているという認識になります。もし数字上の修正がございましたらお願いします。

一緒に解析しております佐藤先生が詳しいかもしれないので、何か補足のコメントありますか。

○佐藤アドバイザー まず君津医療圏におけるデータ提供加算等の病院数は 11 施設で、今年度分をお願いして、提供いただいているのが 7 施設と聞いています。あと 4 施設がこれから提供いただけるという認識でおりますので御協力いただければと思っております。

これがわかることで、高齢者救急であったり、そういった救急医療の詳細な実態が、可視化できるということが最大の強みであったり、郵便番号が入っているので、どこから来ているのかというアクセス分析をお示しできますので、非常に貴重なデータソースとなっております。よろしく願いいたします。

○吉村センター長 11 病院は、DPC病院プラスデータ提出加算算定病院でよろしいですか。

○佐藤アドバイザー そうです。

○吉村センター長 わかりました。今回御依頼を差し上げたのが 11 施設になりまして今の

ところ7施設から提供いただいているという状況です。

金井議長にお戻しいたします。

○金井センター長 ありがとうございます。

この地域は病院が19あり、そのうち11病院に依頼して7病院から来ているということで、了解しました。

DPC自体は、例えば胃がんを切ったら何万点みたいなものを丸めてやるということでもよろしいでしょうか。

○吉村センター長 はい、そうです、その中の診療の内容を“見える化”しておりますということで御理解ください。

○金井センター長 ここまでのところで、御意見・御質問等ございますでしょうか。

今、医療機関の整理でこういうデータをまとめたほうがいいという話であったのですが、行政側では実はこういうデータが欲しいというようなものはありますか。木更津市、いかがでしょうか。

○木更津市小原健康づくり部長

昨年も中間報告的に数字等も御説明いただきました。それが施策に反映できるような課題等を加味したなかで、こういう御提案をとというのはすぐ、申し上げることがございませんのでまたデータを見させていただいていろいろと検討させていただきたいと思います。

○金井センター長 ありがとうございます。

医療機関のデータではありますけども行政に使えるようなデータもあると思いますし、先ほど言った住所地で患者がどこから来たかわかるということは、実は住民以外の方が、この医療機関を利用しているというような分布図がわかりますので、使い方によってはすごく面白い検討ができるかとも思います。

他に御意見・御質問等ございませんでしょうか。

DPCの医療機関で参加しているところから御発言をいただけると嬉しいのですが、君津中央病院いかがでしょうか。

○柳澤委員 こういったデータですが、多数の病院のデータを集積していくことによって、先ほど君津地区の急性期が多いのか少ないのか質問が出ましたが、そういうことについて明らかにしていただければと思います。

○金井センター長 ありがとうございます。海保先生もいかがでしょうか。

○君津中央病院 海保院長特別補佐 君津中央病院の海保です。

我々も今、分院の立て直しであるとか、本院、分院の病床の検討などを行っているので、誠に勝手ですが、できるだけこういうデータをいただくと、今後の参考になると思うのでよろしく願いいたします。

○吉村センター長 よろしいでしょうか金井議長。

君津中央病院の両先生、ありがとうございます。

特に他の医療圏などからは、患者のアクセスについての分析を昨年に加えて、深掘りして欲しいというコメントなどいただいております。

分院の建て替えもよく承知しておりますので、少しでも役に立てていただけるものを作ればと努力してまいります。

○金井センター長 ありがとうございます。御質問・御意見等なければ、報告事項の方に移ろうかと思いますがよろしいでしょうか。

4) 報告事項

(1) 令和6年度病床機能報告の結果について

○金井センター長 報告事項は5つあります。

まず報告事項1、令和6年度病床機能報告の結果について、医療整備課地域医療構想推進室、説明をお願いします。

○医療整備課 令和6年度病床機能報告の結果について御報告いたします。

資料5の1ページを御覧ください。病床機能報告では、各医療機関より、病棟単位で4つの医療機能の中から、現状と今後の方向性をみずから1つ選択して、都道府県に報告いただいております。

続いて、3ページの令和6年度病床機能報告と、定量的基準に基づく病床機能の推計値を御覧ください。こちらは令和6年度に各医療機関から提出がありました病床機能報告の結果となります。左から順番に見ていきますと、区域と医療機能ごとに3列目の列には、2025年における必要病床数を、隣のB列には、各医療機関からの病床機能報告について記載しており、その隣がB-Aの差し引きになります。

君津圏域は、資料の下の方、区域の欄の下から3つ目になりますが、当圏域の必要病床数と病床機能報告との差し引き結果によると、高度急性期、急性期及び慢性期は過剰、回復期は不足となっています。また、一番上まで戻りまして、B-Aの差し引きの隣のC列については、定量的基準に基づく病床数の推計結果を記載しています。定量的基準については、病床機能報告により報告いただいた結果を、平成31年度に各圏域において合意を得た方法に

当てはめ、推計したものとなります。

その隣のC-A列は、推計結果と必要病床数の差し引き結果を記載しています。定量的基準によると、高度急性期は過剰で、必要病床数との差は、より大きなものとなっております。急性期は病床機能報告と逆に若干の不足となっております。回復期と慢性期については、過不足に変化はありませんが、回復期については、必要病床数との差は小さくなっています。

次に、4ページを御覧ください。こちらは、病床機能報告の結果と推計結果の経年的変化をグラフで示しております。経年で見ても、傾向に大きな変化はありません。

続いて5ページは、各医療機関から御報告いただいた病床数を表にしたものです。こちらは各自御参照ください。

最後に、6ページを御覧ください。病床機能報告で報告された各機能の病床が、いずれの入院基本料、特定入院料等であるのかを示したものとなります。

各機能とも表の一番右に、県全体の構成比を記載しており、その左側に当該圏域の状況を記載しています。

まず、(1) 高度急性期について、県全体と同様に、急性期一般入院料1の比率が72.8%と最も高くなっています。次に、(2) 急性期についてですが、急性期一般入院料1の比率は約3割と全県に比べて比率が低い一方で、急性期一般入院料4~6、地域一般入院料1、3が急性期の報告の約5割弱となっております。

なお、病床機能報告の報告マニュアルでは、急性期一般4~6、地域一般1~3などの病棟については、医療資源投入量など、実際に提供されている医療の観点から、回復期と判断されるものは、回復期で報告するとされています。

続いて(3) 回復期についてですが、当圏域では、回復期の53.6%が回復期リハとなっております。一方で、地域一般入院料についても、34.6%と一定数報告があります。

最後に(4) 慢性期については、報告のほとんどは、療養病棟入院料1、2という結果となっております。

(2) 地域医療介護総合確保基金による各種事業の実施状況について

○金井センター長 ありがとうございます。それでは報告事項2、地域医療介護総合確保基金による各種事業の実施状況について、健康福祉政策課お願いします。

○健康福祉政策課 健康福祉政策課でございます。

資料6を御覧ください。地域医療介護総合確保基金による各種事業の実施状況について御報告いたします。

こちらの基金でございますが、各都道府県では、国3分の2、県3分の1の割合で資金を出捐いたしまして、地域医療介護総合確保基金という基金を造成しております。

この基金の使い道といたしましては、右下の囲みの中にごございます7つの区分の事業に使えるということになっております。医療の関係で申しますと区分1の地域医療構想の達

成に向けた、整備等に要する事業、2つ目の区分の在宅医療の提供に関する事業、それから4つ目の医療従事者の確保に関する事業としてこの区分6でございますが、医師の働き方改革の推進に関する事業に使えることになっております。

昨年度の実績でございます。君津地域におきまして、こちらの基金を活用して行った補助事業を、どれだけ活用いただいたかを御覧いただいております。

主な補助事業の内容を御紹介させていただきますと、まず在宅医療の関係で申しますと、地域リハビリテーション支援体制を整備するための多職種多機関のネットワークづくりや、在宅リハに係る研修を実施していただくための、取組に対しての補助事業であったり、或いは医療従事者の確保に関する事業といたしまして、看護師の養成施設に対する運営費の補助、或いは、看護師さんや医師等も含めまして、スタッフの方々の定着を促すための、院内保育所の運営費に対する補助、さらには小児の救急医療の拠点となっておられる病院に対しまして、医師の雇用の経費などについて補助する事業などを実施しているところでございます。

先ほど議題2で御紹介しました病床機能の再編支援事業につきましても、こちらの区分1の事業ということになりますので、今年度御活用いただいた場合には来年度ここに数字が入って御報告させていただくこととなります。

また地域を限定せずに全県で取り組んでおる事業もございます。県内で医師や看護職員として就業することを目指す医学生看護学生に対しての修学資金の貸し付けの事業であったり、或いは、夜間や休日の受診に迷う保護者の方からの相談に応じます小児救急電話相談事業、さらには、県内では若手医師の定着を図るための取組などを行います医師キャリアアップ就職支援センターの運営事業、看護職員の就業促進資質向上などに取り組んでおりますナースセンター事業、こういったところにも基金を活用させていただいております。

事業の実施にあたりましては、県内の各医療機関の皆様関係団体市町村の皆様から御提案をいただきまして、可能なものを事業化して、取り組んでいるところでございまして、本年度も事業提案の募集に御協力いただいたところでございます。

この場をお借りして改めてお礼を申し上げます。

県といたしましては引き続き必要な事業を、基金を活用して推進して参りたいと考えております。

(3) 病床数適正化支援事業について

○金井センター長 説明ありがとうございました。

それでは、報告事項3、病床数適正化支援事業について、医療整備課地域医療構想推進室をお願いします。

○医療整備課 資料7を御覧ください。病床数適正化支援事業について御説明します。

1ページを御覧ください。病床数適正化支援事業は、経営状況が厳しい医療機関に入院医

療を継続していただくための緊急的な支援として、昨年度国が創設した事業です。

具体的には、一般・療養・精神病床を持つ医療機関が病床を削減した場合、削減病床一床あたり 410 万 4,000 円を支給するものです。支給対象の詳細については、後ほど資料を御覧いただければと思います。

次に、2 ページを御覧ください。本事業につきましては、全国的に国の予算額を大幅に上回る事業計画の提出があり、現在国から示されている本県の内示額につきましても、1 次と 2 次を合わせて、事業計画の提出があった病床数の四分の一程度となっています。国の内示額の算定方法につきましては、それぞれ資料に記載のとおりでありまして、1 次内示につきましては、一般・療養病床を削減する事業計画の提出があった医療機関に対しまして、7 月 16 日付で支給額の内示と今後の手続きの案内を行っております。

また、精神病床につきましては 7 月 18 日付けで障害者福祉推進課より内示と案内を行っております。

2 次内示につきましても、8 月中の発出をめどに現在準備を進めておりますので、今しばらくお待ちいただきますようお願いいたします。

次に 3 ページを御覧ください。今後の実施スケジュールは概ねこのような流れを想定しています。内示後の流れですが、基本的には、交付申請を提出いただき、9 月 30 日までに病床削減を完了していただいた後、実績報告、補助金の支払いという流れになります。

なお、病床削減にあたり、届出ではなく許可が必要な場合は、申請から許可がおりるまで通常 1 ヶ月程度時間がかかりますので、許可申請については、余裕を持って、手続きいただきますようお願いいたします。

次に、4 ページを御覧ください。本事業を活用しました病床削減により、2025 年以降の機能別病床数や担う役割に変更が生じた場合、補助金交付申請の手続きとあわせて、具体的対応方針変更の報告様式を提出くださいますようお願いいたします。交付申請と同時に提出が難しい場合、年内の御提出をお願いいたします。

また、提出いただいた様式をもとに調整会議で協議を行いますので、会議への参加をあわせてお願いいたします。会議の詳細につきましては、開催時期が近づきましたら別途御案内させていただきます。報告様式につきましては県ホームページからダウンロード可能です。

(4) かかりつけ医機能報告制度について

○金井センター長 ありがとうございます。

報告事項 4、かかりつけ医機能報告制度について、医療整備課地域医療構想推進室、説明をお願いします。

○医療整備課 資料 8 を御覧ください。今年度から開始されるかかりつけ医機能報告制度

につきましては、6月21日に厚生労働省よりガイドラインが発出されたところです。本日は制度の概要について御説明させていただきます。

2ページを御覧ください。まず、このかかりつけ医機能報告制度は、令和5年5月に全世界対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律が成立し、創設されました。

この制度は複数の疾患や、医療介護の複合ニーズ等を抱える高齢者が増加する一方、医療従事者確保の制約が大きくなるなかで、地域において必要とされるかかりつけ医機能の充実強化を図り、国民の医療機関の選択に資する情報を提供することを通じて、国民、患者にとって医療サービスの向上につなげることを目的としています。

次に3ページを御覧ください。赤枠部分ですが、令和7年4月より施行される内容としましては、本制度により、日常的な診療の総合的・継続的实施や、在宅医療の提供といったかかりつけ医機能について各医療機関から県へ報告し、県は報告に基づき、当該機能の状況を公表することとされました。

また、地域の協議の場において、必要な機能を確保する具体的方策を検討、公表することがあわせて求められております。(3)については後ほど御説明いたします。

次に4ページですがこちらは先ほど御説明しましたかかりつけ医機能報告の流れを示したものになります。

続けて5ページは、本制度の年間のスケジュールになります。1月から3月までの間で各医療機関から御報告いただき、翌年度4月以降に報告内容を公表、その後協議の場の開催を行います。

令和7年度は、令和8年1月から3月までに御報告いただき、協議は令和8年度に実施する見込みです。なお、協議にあたっては当該報告の分析結果や国から提供されるデータ等を活用して、テーマを検討し、同時にテーマごとに適切な会議体の検討を行う見込みです。

次に6ページを御覧ください。報告事項について御説明いたします。御報告いただく項目は大きく分けて、日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能である1号機能と、1号機能を有している場合に御報告いただく2号機能の2つになります。このスライドでは、1号機能についてお示ししております。

星がついている事項は実施している、あるいは実施できることが機能ありの要件であり、無印の事項は事実関係を報告いただくものです。無印の事項については該当なしの場合であっても要件には影響しません。

7ページと8ページにつきましては、2号機能の報告事項になります。2号機能については、報告事項について実施している、あるいは実績があることが機能の要件となります。

最後に9ページを御覧ください。患者への説明について御説明します。医療法第6条の4の2で、2号機能を有する医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合、その他外来医療を継続して提供することが見込まれる場合、患者または家族から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名や治療計画等について、適切な説明が

行われるよう努めなければならないこととされております。厚生労働省のウェブページに、説明をさらに活用できる患者説明様式例が示されております。

以上が、かかりつけ医機能報告制度の概要となります。なお、先ほど申し上げましたとおり、本年 6 月にかかりつけ医機能の確保に関するガイドラインが厚生労働省から発出されましたので、県としましては、今後、報告の実施等に向けて必要な取組を進めてまいります。

(5) 次回調整会議の予定について

○金井センター長 ありがとうございます。

報告事項 5、次回調整会議の議題について、医療整備課地域医療構想推進室説明をお願いします。

○医療整備課 資料 9 を御覧ください。次回調整会議は、今年度の 3 月に開催予定です。

なお、特に協議すべき事項がある地域については追加で開催を検討させていただきます。主な議題の予定としましては、引き続き具体的対応方針の協議を行います。また、今年度も非稼働病床に関わる調査を行い、非稼働病棟がある医療機関については、病棟が稼働していない理由や今後の運用見通し等を示した上で協議を行います。

それから紹介受診重点医療機関については、外来機能報告の結果に基づき、毎年選定を行うこととなっていますので、本年度も皆様から御報告をいただいた外来機能報告の結果を取りまとめて協議を行います。

次に報告事項としましては、本日の議事でありました地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業について分析結果の報告をさせていただきます。

また、新たな地域医療構想については、今年度国のガイドラインの策定が予定されていますので、次回会議時点における状況等を報告させていただきます。

なお、次回調整会議の議事報告事項については記載のとおりとなりますが、その他に各地域において優先的に協議すべき事項等があれば、議題として設定することを検討したいと思っております。

報告事項にはなりますが、本日参加の皆様の中で、もし議題等の提案がありましたら背景や課題等とあわせて御意見をいただければと思います。

○金井センター長 説明ありがとうございます。

報告事項 5 つありましたが、御質問等なかったでしょうか。幸野委員お願いします。

○幸野委員 報告事項 4 のかかりつけ医機能報告制度について御質問させていただきたいと思っております。

新たに始まったことですが、まず 1 つはガイドラインが発出されたというふうにおっしゃっておりますが、ガイドラインはどこを見ればわかるのでしょうか。それと、来年度以降

協議の場が開催されるということですが、この協議の場というのは、今行われている地域医療構想調整会議の場ととらえていいのでしょうか。

かかりつけ医機能報告制度というのは、地域にかなり密着した制度になるので、この地域医療構想調整会議のメンバーとはちょっと違うのではないかと思っていて、もっと地域の住民の方や、市町村ベースに落としていかないと、違う議論になるのではないかと思います。

この会議がどのように行われるのかということについて懸念されますので、その辺を伺いたいと思います。

○医療整備課 医療整備課です。

まず、1点目のガイドラインにつきましては、厚生労働省のホームページから閲覧できます。

2点目の協議の場の関係ですが、こちらにつきましては現在県で検討中ですが、ガイドラインの内容によりますと、協議のテーマによって、重層的に設置するとなっています。例えば市町村レベルでの協議が望ましいテーマがあれば市町村の会議体を活用して、県レベル、2次医療圏レベルで協議が望ましいテーマがあったら、2次医療圏ごとに会議体を設けるようなガイドラインになっておりますので、ガイドラインの内容も踏まえて検討中というところです。

なお、県レベル、2次医療圏レベルにつきましては、調整会議等の活用も含めて検討をしているという状況です。

○金井センター長 幸野委員よろしいでしょうか。

○幸野委員 ガイドラインは、通常国会で法案が成立しなかったと思うのですが、ガイドラインはまだ発出されていないのではないということと、それから、協議の場というのは、やはり地域の住民の方を重視した会議体にならないといけないと思うので、重層的な会議とおっしゃったのですが、今の地域医療構想調整会議は、どちらかという病院、医療機関の方が中心の会議なので、地域の住民の方を、ぜひ、加えた会議にしないと、あまり意味がないのかと思います。かかりつけ医機能という地域住民、市町村、そういうところが中心となった会議にしないと、より意見が反映されないと思いますので、その辺は検討を国の方に要望していただいて、重層的な会議という意味ではそういった会議体を設置していただくと、もちろん保険者も参加しますが、その辺の検討をぜひ国の方に働きかけていただきたいと思います。以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。

私も協議の場を、どういうところでやるのか疑問を持っていました。この地域医療構想調

整会議は病院が主体となっている会議なので、開業医の先生が主体となる会議は違うのかということも感じておりました。

全国保険協会千葉支部の蒔田様いかがでしょうか。御意見・御質問等ございませんでしょうか。

○蒔田委員 全国健康保険協会の蒔田でございます。

私の方から最後の次回の調整会議の内容の中で、報告事項のところでは新たな地域医療構想についてという情報が出るということでしたが、結局もう次の3月にやるということはその新たな構想に基づいた上での、議題の議論がされた方が効果的なのかと思ったのですが、そういったところはどのような流れになるのでしょうか。もうこのまま今の構想が、次回の構想も同様の流れのものになるという前提で、議論がされていくのかどうか教えていただければと思います。

以上です。

○医療整備課 新しい地域医療構想につきましては今年度、国でガイドラインを策定するので3月の調整会議の段階では、国が策定したガイドラインの内容等を御紹介させていただくといった方向になってくるかと思えます。

おそらく来年度以降、県でも新構想の計画を策定していくといった方向で進んでいくものと想定しています。

○金井センター長 ありがとうございます。

もし議題の要望がありましたら、保健所に連絡ください。

○蒔田委員 はい、わかりました。ありがとうございます。

○金井センター長 ガイドラインに関しては、佐藤先生、コメントいただけますでしょうか。

○佐藤アドバイザー 先ほどチャット欄の方に、その該当のページ、ガイドライン第1版という形で送らせていただきました。後で総括的にも述べようと思っておりますが、まだ第1版であり、医療法の改正が延期になったことで、新たな地域の構想とどのように関連していくかというところも含め、まだ不確実な状態なのかと思えます。

また後ほど、総括のところでも、コメントさせていただければと思います。

○金井センター長 ありがとうございます。

報告事項についての御質問等なければ次に行きますが、医療整備課医師確保・地域医療推進室、何かアナウンスがありますか。

お願いします。

○医療整備課 医療整備課の里見と申します。

私の方から重点医師偏在対策の関係で事業について御説明をさせていただきたいと思えます。

前回の調整会議では、君津と山武長生夷隅の医療圏、こちらが国から、重点的に医師の偏在対策を実施すべき地域という形で候補地という形で選ばれたという旨を御報告させていただいたところです。

その後、地域医療対策部会や、保健所協議会等を経まして正式に偏在対策支援区域に選定され、この度、国の方の医師偏在対策パッケージの中で実施しております診療所の承継開業支援につきまして、県で補助事業の募集を行っております。

君津木更津医師会様にホームページ等で御紹介いただいております、この場を借りて御礼申し上げます。

現在、こちらの事業でこの地域で診療所を開業もしくは承継した場合に、その一定の割合で補助が出るというものになっておりまして、こちらの募集期間が7月31日、今月末までとなっておりますので、もし、皆様方の中でもそういった診療所の開業や承継という方いらっしゃいましたら、県の医療整備課に御連絡いただければと思っております。

補助事業になりますので、国の予算であったり、決定する時期であったり、その行程が左右されたりなどそういった部分はあるかと思いますが相談いただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。事業の御紹介になりました。

○金井センター長 ありがとうございます。

ここまでで御意見御質問なければ、総括コメントをいただきたいのですが、千葉県医師会の細井先生いかがでしょうか。

○細井オブザーバー 細井です。発言の機会を与您いただきどうもありがとうございます。

私の方からは、今回も御報告にありました病床数適正化支援事業について、これは国の重要な政策です。8,000床ぐらいの規模に5万床の応募があった。全国で150万床の3%がこれに応募したという、これが何を意味しているかということ、病院自体が非常に今経営が逼迫している状況ということですね。

先ほど人材の確保の話も出ましたが、一番病院の中でお金がかかっているのは人件費なわけですね。

他の業種から見ても、病院、医療は、非常に人件費が高い。6割が人件費に取られる業種はほぼないですから、全部つぶれてしまうわけですね。

設備を維持して病院を維持することは、おそらく、この医療需要ばかりを議論しています

が、そもそも医療機関がもたないのではないか。病院を維持することの議論が、果たしてされるのかどうか。

この前選挙がありました、どの政党も社会保障費の伸びを懸念して、削ろうという方向で考えているわけじゃないですか。

そうすると、今病床数が幾つかと言ったところで、そもそも医療機関がもたないのではないかと言うのが、私の意見です。

それからもう 1 つは、患者の流出です。この医療圏から流出するのは帝京大学ちば総合医療センターに流出する方は結構いらっしゃると思いますが、市原の姉崎地区の空白を埋める公募に療養病床が選定されるということで、おそらくこの姉崎地区からの流入が、君津地区に来る可能性もあるだろうと。そうすると君津中央病院が、袖ヶ浦市も含めて、かなりの割合で医療需要が増えるのではないかと。

要はその他地域等の兼ね合いというのも、DPCで、色々と計算されるのですが、やはり救急の問題としてはかなり難しいことが、この地域に起こってくるのではないかと推測しています。

それから最後に、ここで話題になっておりませんが、訪問看護、看取り、有料老人ホームなどの課題です。訪問看護の不正等が結構話題になっており、こういうことが、どこまできちんと調べられているのか。要するに必要がないのに、複数名で訪問したことになっていたり、長時間訪問したことになっていたり、何回も訪問したことになっている。そういったことを、きちんと精査して、本当に在宅や施設で医療を受けて、それが入院するよりも安くなるのかどうか等、この辺も、色々精査していただければと考えております。私からは以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。

その他コメントをいただける方がいらっしゃいましたら手を挙げていただけますか。

それでは地域医療構想アドバイザーの佐藤先生、総括をお願いいたします。

○佐藤アドバイザー 金井先生、ありがとうございます。

議事で議論があった件に関しましては議論されたと思いますので、それ以外のところで今日出てきたキーワードで、新たな地域医療構想に関する御質問・御意見がありました。これは私の所感も入りますが、新たな地域医療構想の策定を待つ必要性も余裕もないのかと思っております。

といいますのは、新たな地域医療構想は、この医療圏において何か答えを出してくれるものではありません。ましてや補助金を出してくれるものでもありません。むしろ出るのは宿題です。しかも結構大量の宿題が出てくるのではないかと思っております。先ほど報告事項にもありました、かかりつけ医機能報告制度との関連もあって、そもそも枠組みとしてどうするんだというレベルの話になると考えると、ここに関してはむしろ、高齢者救急といった

急性期の部分を、まず、具体的にどうしていくのかというところを1つフォーカスしていく必要があるかと思いました。

先ほど、医師会の先生からもありましたとおり、ベッドよりも足りないのは人であり、もっと足りないのは、資金、経営が今非常に厳しいというところを考えますと、本当に待ったなしというところで、かといってこの君津地区は物理的に広いので、限られた医療機関数ではとても賄いきれないところだと思います。

そうしたバランスをとりながら、各医療機関がどのような役割を果たしていくか、千葉県、千葉大学や、ドコモビジネスがこれから進めるデータ分析支援事業は、非常に期待できるところかと思っております。

これは、DPCと呼ばれるデータだけでなく、県のデータ、国のデータ、あるいはそうした病床機能報告データで医者がどれぐらいいるかなどのデータもわかりますので、そうしたところから、ぜひ次回の議題にそうしたデータ分析から出てきた結果をもって、1つ議題として設定されると、より具体的な議論ができるのではないかと思います。

その辺り可視化されると、各先生方に現場としてどうか、それに向けてどうすればよいかというような、議論ができていくのではないかと。

そこを今年度仕上げていきながら、新たな構想が来ても大丈夫な形に、持っていければよいのではないかと考えるところでございます。

手短ではございますが私からは以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。

まだ話していない、もう一言話したい方がいらっしゃらなければ議事を事務局に戻して、終了に向かいたいと思います。

これで全体の議事は終わりにします。事務局お願いします。

5) 閉会

○峯島副センター長 以上をもちまして令和7年度第1回君津地域保健医療連携、地域医療構想調整会議を終了いたします。

なお、次回の会議は来年3月頃の開催を予定しております。

本日はありがとうございました。