令和6年度第2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3月7日（金）午後7時00分から午後9時00分

2 場所

君津健康福祉センター 3F 大会議室

3 出席者

○委員総数15名中13名出席（代理出席4名）

天野委員、三枝委員、松葉委員、古谷委員、堀内委員、柳澤委員、鳥飼委員、幸野委員、
金井委員、渡辺委員代理小原氏、石井委員代理錦織氏、高橋委員代理桑田氏、粕谷委員
代理川口氏

○アドバイザー及びオブザーバー 2名

○医療機関関係者 28名

○傍聴者 2名

4 会議次第

● 開会

● あいさつ

● 議事

(1) 外来医療の医療提供体制の確保について

(2) 医療機関毎の具体的対応方針について

(3) 非稼働病棟について

(4) 君津中央病院の本院・分院の機能分化と病床再編について

● 報告事項

(1) 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

(2) 令和5年患者調査について

(3) 重点医師偏在対策支援区域について

(4) 在宅医療連携促進支援事業について

(5) 新たな地域医療構想について

(6) 次年度調整会議の予定について

(7) その他

● 閉会

5 議事及び報告の概要

● 開会・あいさつ

○峯島副センター長 それでは、令和6年度第2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。本日の司会を務めさせていただきます事務局の峯島と申します。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ます。ホームページで会議開催の案内をしたところ、3名の傍聴の申し込みがありましたので報告いたします。入室を許可したいと思います、よろしいでしょうか。特に御意見がないようなので、許可したいと思います。本日の会議は録音をさせていただき、議事録を作成の上、後日君津保健所のホームページにて公開する予定ですので、御承知おきくださる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。

○金井センター長 君津健康福祉センター、所長の金井です。

本日は夜遅い時間にも関わらず御多忙の中、君津地域保健医療連携・地域医療構想調整会議に参加いただきありがとうございます。前回、ZOOMを使ったハイブリッドで開催しましたが、話されている方と映っている状況がわかりにくくなってしまったこともあり、今回は対面の形で行います。

本日の会議に関しましては、保健医療計画を踏まえて君津地域における関係者の皆様の連携を図り保健医療体制について検討すること、地域の医療ニーズに向き合うためにそれぞれの課題について、皆様の貴重な御意見がいただければと思います。

年2回開催しており、前回は昨年8月に開催しました。前回は医療機関ごとの具体的な対応方針、病床配分、また医師・看護職員の確保などについての議論、地域医療構想アドバイザーの佐藤様から、地域医療提供体制データ分析についての説明もありました。

今回は、本年度2回目になります。議事として外来医療の医療提供体制の確保、医療機関ごとの具体的な対応方針、非稼働病棟について、また君津中央病院から本院・分院の機能分化と病床再編についての説明がございます。

最後になりますが本会議を円滑に進みますように、また皆様が活発に御意見いただきますようよろしくお願いいたします。

○峯島副センター長 続きまして、御出席者の皆様の御紹介ですが、誠に恐れ入りますが、お手元でございます「出席者一覧」をもって代えさせていただきます。なお、君津市社会福祉協議会 加藤美代子委員、全国健康保険協会千葉支部 蒔田洋委員におかれましては、本日所用により御欠席の旨、御連絡をいただいております。また、本日は千葉県の地域医療構想アドバイザーである藤田医科大学教授 佐藤大介様にも出席いただいておりますので、御報告いたします。

● 議事

(1) 外来医療の医療提供体制の確保について

○峯島副センター長 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、会長にお願いいたします。

○金井センター長 君津健康センター所長の金井要です。議事の1、外来医療の医療提供体制の確保について。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 医療整備課地域医療構想推進室の山口と申します。資料1を御覧ください。本日は、当圏域における紹介受診重点医療機関をとりまとめるため協議をお願いします。まず、令和6年度の外来機能報告の結果を御報告します。

外来機能報告では、医療資源を重点的に活用する外来医療、いわゆる紹介受診重点外来の実施状況と、重点医療機関としての役割を担う意向の有無、を報告事項として、病院有床診療所等から都道府県に御報告いただいています。今回の回収率は県全体で98.94%、君津医療圏での未報告医療機関はございませんでした。御協力いただきありがとうございました。

紹介受診重点医療機関の概要については、スライド3に記載のとおりで、医療機関の役割分担と連携の促進に寄与するものとされています。

また、そのとりまとめにあたっては、スライド4の分類に従い、調整会議での協議を経て、医療機関の意向と協議の場での結論が一致した医療機関のみを公表することとされています。

次のスライド（スライド5）では、紹介受診重点外来の内容について記載しております。この重点外来の実施割合が初診の外来件数の40%以上、かつ、再診の外来件数の25%以上となっていることが重点医療機関の基準とされています。

本調整会議での議論を経て確定した重点医療機関については、令和7年4月1日付けでスライド6の一覧表の形で県ホームページに掲載予定です。

続いて、君津保健医療圏での外来機能報告の結果と重点医療機関のとりまとめの概要について説明いたします（スライド7）。当圏域では、

- ① 基準を満たし、かつ紹介受診重点医療機関となる意向を示す医療機関が2施設、
- ② 基準を満たしているものの、意向は示さない医療機関は該当なし、
- ③ 基準は満たしていないが、意向を示している医療機関は該当なし、
- ④ 基準を満たしておらず、意向もない医療機関が28施設、

という状況となっています。厚生労働省が定めるプロセスによると、このうち、②と③に該当する医療機関については、それぞれの意向と外来医療の実施状況についてご説明いただき、協議することとなります。

次のスライド（スライド8）は、確認や協議の対象となる医療機関やその主な報告内容の一覧です。紹介受診重点医療機関のとりまとめについては、類型ごとに区切って協議をいたします。この後、議長の進行の下で御協議いただきたいと思います。それでは、進行を議長にお渡しします。よろしく申し上げます。

○金井センター長 ありがとうございます。2医療機関の方から意向もあり、また条件を満たしているということで、条件に関しましては最後の表の部分を見ていただければと思いま

す。君津中央病院に関しましては上から3つ目の、外来の延べ患者数に対する紹介受診者数が64.1%、また、最新の場合には30.2%で、玄々堂君津病院に関してはそれぞれ40%、47.6%になっていて、条件を満たしております。何か御質問御審議等ありますでしょうか。また、今回新たに手を挙げる意向があるところもございましたら、御説明をお願いいたします。君津中央病院何か御発言いただけますでしょうか。

○君津中央病院 当院は元々紹介受診重点医療機関として継続しておりますので、特に追加することはありません。

○金井センター長 ありがとうございます。玄々堂はいかがでしょう。

○玄々堂君津病院 玄々堂君津病院でございます。今回初めて外来機能報告で当院の初診の患者さんのところで、重点医療機関の割合40%、47.6%ということで満たしておりますので、了承いただきましたら紹介受診重点医療機関として認め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。何か御意見、御発言等ありますでしょうか。特段御意見がないようであれば反対意見もないということで、2医療機関、君津中央病院、玄々堂君津病院について、紹介受診重点医療機関として、取り扱いいただきます。では議題1を終わります。今回のことに関しましては、医療整備課が、本日の取りまとめ結果に従って4月1日付けで公表作業を行うということになります。

(2) 医療機関毎の具体的対応方針について

○金井センター長 では議題2です。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

具体的対応方針ということですが、本題に入る前に、前回の調整会議で病床配分について御説明を差し上げた際に、一部誤りがありましたので、この場を借りて訂正させていただきたいと思っております。訂正の内容ですが、君津医療圏における基準病床数と既存病床数の差について305床の不足と御説明させていただきましたが、こちらの表の資料自体は問題なかったのですが、1行下の市原の医療圏の数字を申し上げてしまっておりまして、正しくは136床の不足であり、基準病床数と既存病床数が昨年度から減少しているといった結果となっております。訂正は以上となります。この場でお詫びして訂正させていただきます。よろしくお願いたします。

それでは資料2を御覧ください。本日は、当圏域における医療機関毎の具体的対応方針について、御協議をお願いします。

次のページ(1ページ)を御覧ください。これまでの会議で何度も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きましては、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、そのためにどのような機能を持つ病床をいくつ持たせていただくのかについて、方針を策定いただき皆様と共有いただいているところです。また、こちらにつきましては変更がある都度、当会議で協議いただいております。

次のページ(2ページ)を御覧ください。今回具体的対応方針につきましては、2医療機関

様から御報告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、後ほど関係者の皆様から御意見をいただきたいと思っております。

次のページ(3ページ)を御覧ください。具体的対応方針の策定に係る目標値については、令和5年3月末に国の方で目標値を設定して推進するよう通知がありました。具体的には、対応方針の策定率が100%に達していない場合は、対応方針の策定率を、既に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。

当圏域の目標値につきましては、昨年度の段階で策定率が100%に達していましたので、次のステップとして、令和7年度までに「実施率」も100%にすることを目標としております。令和5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している医療機関は27ございまして実施率は90.0%となっています。地域医療構想の目標年である2025年となりましたので、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を改めてお願いしたいと思います。

また、具体的対応方針の実施が困難な場合には、改めて具体的対応方針の変更について御報告いただき、当会議にて協議をさせていただきますので、御協力をお願いいたします。

次のページの資料(4ページ)につきましては、今後の取り組みに関する工程表を图示したものとなっております。

次のページの資料(5ページ)を御覧ください。本会議では、医療機関毎の具体的対応方針が地域医療構想と整合的であるかについて御協議いただきます。今回は2つの医療機関様から御報告いただきましたので、御紹介いたします。

6ページを御覧ください。アクアリハビリテーション病院におかれましては、病床機能の変更ということで、回復期病床を88床から60床へ、慢性期病床を60床から88床へ変更することとしています。病床機能変更の理由ですが、令和6年12月現在休床している28床について今年の4月休床解除に向けて準備中であり、休床解除後は回復期ではなく現在安定して稼働している療養病床とすることを計画されているということでございます。

次のページ(7ページ)を御覧ください。鈴木病院におかれましては、急性期医療を終了した患者を受け入れる特性を考慮した結果、病床機能としては回復期が相応であると考えられるため、慢性期病床56床から回復期病床56床に変更するという御報告をいただいております。

説明は以上となります。それでは、進行を議長にお渡しいたします。よろしく御願い致します。

○金井センター長 ではまず2つの医療機関について、それぞれ何か補足することがありましたらお願いします。アクアリハビリテーション病院いかがでしょうか。

○アクアリハビリテーション病院 アクアリハビリテーション病院事務部の千葉と申します。現在私が把握しているところでの状況を御報告させていただきます。

昨年3月に開催された際に、病床機能として回復期リハビリテーション病床を減少し、療

養病棟の方を増加させております。これにつきましては当時も、4階病棟の28床、休床しており、回転しておりました回復期リハ病棟の1、3、こちら2病棟で運営しておりましたが、稼働率が芳しくなく、収益の問題、稼働率の問題から、スタッフの離職というところに繋がりまして現在休止しているというところが背景にございます。今回療養病棟で28床開始に向けて準備をしています。前回の会議の際では、病床機能については、報告が上がっていなかったと認識しております。今回療養病棟を選定させていただきました理由につきましては、地域医療構想上の過剰ベッドの数字的な問題があるところがございますが、まず安定稼働を図りたいというところが一番でございます。平常の問題もありまして、人員換算上も、スタッフの採用にも苦慮しているところがございます。そういったところから療養型の2になると思いますが、20対1の配置で現在進めておりまして、4月という記載がございますが、実際のところは今遅れてございます。6月の稼働に向けて、再度、人員を配置して整理し直しているという状況にございます。よろしく申し上げます。

○金井センター長 ありがとうございます。それでは鈴木病院いかがでしょうか。

○鈴木病院 君津市の鈴木病院と申します。役割を変更する理由についてですが、ここに書かせていただいたように、急性期医療を終了した患者の受け入れを機能として、慢性期というよりは回復期の機能になっていきたいと思い、今回変更させていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

○金井センター長 ありがとうございます。以上のことで何か御意見、御質問等ありますでしょうか。確か病床136床不足しているということでしたでしょうか。人員配置を考えるとなかなか増やすことが困難だというのが現状だと思います。この病床数等について、御意見、御発言等ありますでしょうか。県の医療整備課の方でも御意見ありますでしょうか。この件はとても難しいと思いますが、単に不足しているから簡単に増やせるものでもなく、また医師看護師その他のスタッフの人員配置がなければ動けないということもございますので、あまり議論にならないと思います。次の議題に移ってもよろしいでしょうか。

では当該医療機関がお示した今後の見通しについて具体的に動いていただきたいと思っております。

(3) 非稼働病棟について

○金井センター長 それでは、3つ目の議題に移ります。3つ目の議題は非稼働病棟についてです。医療整備課医療指導班お願いします。

○医療整備課 医療指導班の岡村と申します。資料3をお手元にご用意ください。

資料の2ページ目をお願いいたします。非稼働病棟とは、国の定義では、過去1年間に1度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟となっております。千葉県では、従前から毎年度各医療機関の皆様に対しまして、稼働していない病床、非稼働病床について調査を実施させていただいているところがございます。そのうち、病床対病棟単位で非稼働となっている医療機関につきましては、その理由や今後の見通しについて調整会議で毎年御報告をいただいております。

資料 3 ページをお願いいたします。今回も昨年 7 月 1 日時点で調査をさせていただきましたところ、君津医療圏では 2 医療機関が該当するというので、今回こちらの調整会議で御説明をさせていただくものでございます。なお議事 2「具体的対応方針」においても、各医療機関における役割などについて説明しておりますが、調査の時点が異なっているため、今後の見通しなどが違うケースがございます。各医療機関における方針として最新のものは、先ほどの議事 2 の方が直近のものとなりますので御承知おきいただければと思います。では、上から順に説明をさせていただきます。

まず、医療法人萩仁会萩原病院です。一般病床 112 床、療養病床 36 床、合計 148 床で構成される病院でございますが、このうち一般病床 52 床、療養病床 36 床が非稼働という御報告をいただきました。看護職員や看護補助者の不足について、ハローワーク等を活用して、人員確保に努めるとのことでございます。

続きまして、医療法人互生会アクアリハビリテーション病院です。療養病床 148 床で構成されている病院でございますが、このうち 1 病棟 28 床の療養病床が、非稼働という御報告をいただきました。医師や助手などの人員不足や、施設の老朽化が課題とのことでございます。以上、2 医療機関につきまして説明をさせていただきました。

では次に資料 4 ページをお願いいたします。ただいま説明させていただいた状況及び今後の見通しについて、本日皆様から御意見をいただきたいことといたしまして、地域医療を確保する観点から今後の見通しが妥当であるか、今回の照会では確認できなかった再稼働に向けての具体的な計画など医療機関様から直接御説明いただく機会、必要があるか。様々な御意見をいただきまして、医療機関様において今後、御検討いただく際の参考にしていただければと思います。説明は以上となります。議長にお渡しいたします。

○金井センター長 それでは今の説明につきまして御意見、御質問等ありますでしょうか。それでは 2 医療機関の方から簡単に説明いただけますでしょうか。まず、萩原病院いかがでしょうか。

○萩原病院 萩原病院総務部長の平塚と申します。萩原病院は整形外科を主体とした病院になりますので、他の医療機関や介護施設等からの紹介患者様や救急等の急患の受け入れ、そして整形外科領域の手術を主体として行っております。ですので、予定外の患者様が非常に多いということもあってベッドコントロールが大変な状況になっております。手術に関しましては、できるだけ分散した日を使うことで、ベッドコントロールが負担にならないようにということで、分散した手術日で行っております。ただ現在は病床稼働の御説明があったとおりの状況ですので、救急要請や個人様からの問い合わせに対して入院を必要とするような状況であっても受け入れができない、お断りするケースというのも実際に増えております。また緊急性が認められないような患者様に関しては、申し訳ありませんがお待ちいただいているという状況が続いております。そこでまた他の医療機関の皆様には急な転院の御相談であったり、介護施設の皆様にも、短期間での調整をお願いして病床のやりくりをしているというところであります。皆様の御協力に非常に感謝しているというところであります。

非稼働病床に関しては、萩原病院ではやはりまず一般病床の再稼働というのは必要不可欠な状況だと判断しておりますので、今、准看護師の資格を持っているものは通信であるとか、また再度高看の学校へ行くなど、奨学金を利用しても、そういった要請等も行っておりまして、今年も卒業見込みのものが4名程おります。また、学校への働きかけ、4年制大学の卒業生も多くいらっしゃるような状況ですので、そちらの訪問、求人の募集も行いながら、ハローワーク等も利用しながら、求人をこれからも進めていきたいと考えております。

○金井センター長 人を集めて、稼働の方向が見えているということではよろしいでしょうか。

○萩原病院 はい、そうなります。

○金井センター長 ありがとうございます。アクアリハビリテーション病院はいかがでしょうか。

○アクアリハビリテーション病院 多少重複いたしますがこちらは7月の報告で、先ほどの議事2については12月の報告になりますので、実質的に現在我々が考えているのは12月の報告運用の病棟になります。回復リハの1につきましては地域医療構想に限らず、医療圏の在宅に向けた状況から考えますと、回復リハの病棟基準をとってやりたいというところが、従前からの考えでした。人員の問題、運用の問題がございましたので、記載上は回復リハの1と書いてありますが、6月に向けて療養病棟ごとの再開に向けているという現状でございます。

○金井センター長 ありがとうございます。2医療機関から説明いただきましたが、何か御発言ありますでしょうか。それでは再稼働に向かってしっかり対応していただければと思います。また、地域医療のニーズを踏まえた対応についてよろしくをお願いします。

(4) 君津中央病院の本院・分院の機能分化と病床再編について

○金井センター長 続いて議事4に移ります。君津中央病院の本院・分院の機能分化と病床再編につきまして、君津中央病院説明をお願いします。

○君津中央病院 君津中央病院事務局経営企画の相原と申します。それでは私の方から議事4の説明させていただきます。資料につきましては資料の4-1、4-2になりますが、4-2の基本構想基本計画案概要で説明をさせていただきます。資料の4-1ですが、こちら概要版であります資料4-2をより詳細に書かれた内容ですので後程御覧いただければと思います。

それでは初めに今回の大佐和分院の建て替え計画の再開に至るまでの経緯と、基本構想・基本計画の再策定につきまして御説明いたします。資料の方は左側上段の囲いになります。こちらを御覧いただければと思います。大佐和分院ですが、昭和45年9月に開院しまして老朽化及び狭隘化が著しく、度重なる改修も限界を迎え、施設の建て替えが不可欠であるものとして平成25年3月に大佐和分院施設整備基本方針、平成28年1月に君津中央病院、大佐和分院施設整備基本構想基本計画を策定しております。しかし、その後に本院の外壁タ

イルの破損への対応に多額の費用を要したことや令和元年からの新型コロナウイルス感染症の対応のため、分院の建て替え計画は実行に移せない状況にありましたが、令和5年度に建て替えについての検討を本格的に再開しまして、企業団と構成4市で構成されます。大佐和分院施設機能検討委員会にて議論を進めているところでございます。

左側の中段の囲いを御覧ください。基本方針4つ掲げておりますが、特に基本方針の1にあります、近年需要が増大している高齢者救急への対応と基本方針2の急性期治療終了後の在宅復帰等の準備段階にある患者の受け皿としての役割を担う施設が主要な方針となります。この高齢者救急と急性期治療後の概要の詳細につきましては、資料4-1に記載してございますので後程御覧いただければと思います。

続きまして左下の下段になります。新病院の建設費についてです。建設候補地ですが、現分院駐車場と富津市役所隣地の2ヶ所ございます。交通利便性のよさ、市役所消防と連携が取りやすい環境などの視点から、現在では富津市役所隣地が有力となっております。

続きまして病床についてですが、資料の右側になります。先ほど、基本方針で申し上げましたが、分院は、2次救急、高齢者救急の急性期、及び回復期の2つの病床機能を持たせません。現在分院は36床ですが、本院からの50床を移行しまして86床に変更いたします。その内訳につきましては、高齢者救急に対応した地域包括医療病棟として、43床。本院からの脳梗塞や骨折後のリハビリ転院待ち患者の受け入れとして、回復期リハビリテーション43床です。本院につきましては、病床660床から50床減らした610床とし、コンパクトにして高度急性期に特化いたします。そして引き続き病床再編を行いまして、病床利用の効率化や医療事情によってはさらに、570床程度まで減少予定としております。

これらの本院・分院の病床再編による効果につきましては2つございます。1つ目ですが、地域の2次救急医療、高齢者医療への対応になります。地域の2次救急医療を維持することで3次救急医療機関である、本院の重症者受け入れ体制を確保いたします。2つ目ですが、地域医療構想における、君津保健医療圏の回復期病床の不足への対応です。地域の回復期病床不足によって発生している本院の急性期病床における転院待ち患者を、分院で受入れるため、本院の急性期病床50床を分院の回復病床へ移行しまして、本院は高度急性期、急性期医療に特化するものです。

最後になりますが、事業スケジュールとしましては、令和12年度中の開院を目標としております。説明は以上でございます。

○金井センター長 ありがとうございます。昨年の秋に、大佐和分院の医療立ち入り検査を行った時にはこのような話をしなかったもので、本当に最近活発になった話なのですね。本院長または分院長、何か補う事などありますでしょうか。

○君津中央病院大佐和分院 今説明があったとおりでございますが、非常に老朽化が著しいということが大変問題になっておりまして、現在の2次救急医療、それに加えて回復期リハビリテーション病棟などを作ることによって、本院の運営の効率化を図っていくということで進めていきたいと考えております。

○金井センター長 ありがとうございます。柳澤先生いかがでしょうか。50床本院の方から削り、またさらにその後40床、いろいろなことを見据えているようですが。

○柳澤委員 現在、分院のリハビリテーションで転院待ちの患者が慢性的に60人から80人ぐらいおります。これは分院の老朽化に対する対応ということもありますが、本院と分院の役割分担、機能の再編を目指しています。

○金井センター長 ありがとうございます。君津中央病院の本院・分院の機能分化について何か御質問御意見等ありますでしょうか。君津中央病院から逆紹介の形で他の医療機関に、また、患者を戻す、逆紹介するというのもあると思うのですが、本院・分院間の連携も強化するという事でよろしいでしょうか。

○天野委員 医師会天野でございます。この地域に住んでいる我々からすると富津に分院がある、必要だというのは、誰が見ても明らかで、分院が大きな力になっているというのは、本当によく我々わかっていることですので、是非このような形で進めていただいて、良い形での分院を作っていただきたいと医師会としても考えております。

○金井センター長 特に何かリクエストすべきものはありますでしょうか。これから報告事項に移ります。

●報告事項

(1) 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 報告事項1は、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、千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター、説明をお願いします。

○千葉大学病院 座長より御指名いただきました千葉大学病院の吉村健佑です。県が行っております地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業の結果の一部について、この場で御報告させていただきます。なお、こちらの事業開始にあたっては、この地域医療構想調整会議において、御説明差し上げ、様々な医療機関に御協力をいただいたことを御礼申し上げます。

本資料43ページほどにまとめております。データ分析のこれも抜粋版ということになりますが、政策立案に少し関係しそうなところを重視して、御説明を差し上げたいと思います。

こちらのデータ分析、支援事業全体の立て付けですが、全国で11程度の都道府県が本事業を受託して取り組んでいると聞いております。また他県との連携も進めながら、千葉県では初回の1年目の事業としまして、少し幅広な分析を行ったところですが、また受託した千葉大の当センターのみならず、保健所長であります久保先生や、県の健康福祉部の各部門の方々にも入っていただいて、分析項目の優先順位をつけまして実際に項目の選定に当たったという経緯でございます。

続いて右下4ページですが、本事業で用いた主要なデータの一覧ということになります。こちらの様々なデータ、保有主体に対して、具体的には厚生労働省や千葉県、そして、特徴的なのは6番にあります。県内のDPC算定病院からのデータを直接提供いただきました。69あるDPC病院のうち65の病院から同意をいただきまして、本医療圏におかれまして

も、すべての医療機関が御同意をいただいたと認識をしております。加えてデータ提出加算など算定している病院からもデータもいただき、見える化を進めたということが当県としての特徴かと思えます。

君津は30万超の医療圏ということと下の段が少し特徴的ですが、近年、地域医療構想を語るキーワードとして85歳以上というのが出てきております。実際に従来でしたら65歳以上75歳以上で切ること多いですが、こういった85歳以上の人口、実人口で11万5000あまりというのが人口でもわかっております。こういった方々の医療と介護をどのように支えるかということが、今後注目されているポイントになります。

こちらは昨年度、千葉大の部署で行った地区診断を一部抜粋しておりますが、こういった課題が昨年度から指摘されておりました。

入院患者さんの広範囲の流出というものも指摘され、救急車の現場滞在期間の長期化というの、千葉市よりはよいのですけれど、指摘されているというのがこの地域の課題として挙げられておりました。

また今回、分析にあたり、対象病院として、すべての病院の精緻化が難しいですのでいくつか絞っております。その資料の1つが、救急小児周産期に対する様々な機能を保有する病院に対して、県内ないしは働き方改革でBC水準という960時間を超えて勤務することを一部の診療科の医師などが手挙げをしている病院などリスト化しまして、当医療圏では、君津中央病院が唯一の該当となりますが、こういったところの深掘りもしております。

1つの分析のやり方として、深掘りの仕方としてGISという手法、地理情報システムを用いて、実際の患者さんの、次の状況などが見える化したのはこちらの考え方のスライドです。実際の結果が右下9ページのところになりまして、こちら君津中央病院が全入院患者ですので、背景などについては層別化できておりませんが、全入院患者の95.4%に上る方が、40分以内の地域からの住所地から受け入れておりました。この40分というのがどのような考え方かといいますと、国の地域医療構想の資料などで近接していると言われるのが40分間になります。ですので、この値が高ければ高いほど近接周辺からの医療機関からの地域に根差した医療機関としての機能があるということになります。一方で約5%は域外から、もっと言うと地図で見てとるとおり、アクアラインを超えて県外からも患者さんが来られているということが見えます。こういったものを参考にしていきながら各医療機関が実際に働き、果たしている医療機能というものに、迫っていきたいと考えております。

病床数について、現状人口10万人あたりも、注意と見えるかと思えます。

右下11ページです。このスライド病床稼働率について御説明となりますが、これは箱ひげ図というものの表現方法になります。通常高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4つの機能に分けた際、高度急性期の稼働率が低く計上されることが、地域の中ではほとんどで、慢性期に至れば至るほど、右に行くほど稼働率が上がると、病床利用率が上がっていくというのが機能としてある意味綺麗にやりとりがされている結果になりますが、この君津医療圏においては急性期がやや少し下がっている状況で、病床に余裕があると読めるかと思

います。高度急性期についてはかなり費用平均、利用率が他の地域に比べて高いと言えると思いますので、その辺りは少し混んできていると思います。実際に平均在院日数を見ていきますと、県内での中位ということで、他の地域で退院先がなくて、高度急性期などでずっと止まるというケースもその割合としては中位と見えるかと思います。

ここから先、医師及び医療従事者、配置、確保状況をお示しいたします。人口当たりの医師数で申しますと、君津は、全県の中でも中位からやや低いというところで、御承知のとおり医師少数区域にも指定されている地域となります。これらは他の政策、県の政策とも連動する形で、例えば千葉県医師修学資金貸付制度の地域枠制度の中で医師が重点配置される地域の1つとなっております。

続いて次のページです。このページで1点、簡単な訂正を行います。14ページの枠の中で、常勤換算医師数でという記載がございますが、常勤換算看護師数でと、お改めください。お詫びして訂正申し上げます。

さて、その常勤看護師数になりますが、君津ですと医師に比べるとどちらかという、看護師の方が相対的には確保されているというふうに読めるかと思います。では実際にどの医療機関で看護師がいらっしゃるか、これは令和3年の病床機能報告の公表資料からのもになりますが、君津中央病院の515.5といった資料が群を抜いていると思います。このようにかかなり大きな部分を君津中央病院の機能が担っているというのは皆さんの御承知のとおりかと思います。

さて准看護師についても同様の公表データがございますのでお示しいたします。このように、数に大分オーダーの違いがございますけれど、こういった准看護師によって支えられている地域の医療機関ないしは、その配置というのも、見える化されております。

また、看護補助者は助手など無資格であります、病棟を支える大事なスタッフとして補助者の確保の議論がございました。このような医療機関における配置となっております。常勤・非常勤の割合なども見てとれております。

君津中央病院にも、補助者の配置があるということです。

さて少しここで視野を少し広くとりまして国の資料を一部御紹介いたします。と申しますのは、医師の偏在是正プラン及び重点医師偏在対策支援区域という考え方が、新たに国から提示されました。これは医師偏在対策を加速する、ないしはさらに強めていくという国の方策のもと、昨年末にかけて、国が順次、暫定的に順番に資料出してきたものです。こういった政策の国の提案を受けて、おそらく今後通常国会で医療法や医師法の改正が行われていく見通しとされており、医師偏在対策がさらに予算及び権限を強化する形で進められていくと、その中に君津医療圏は現在、先ほど申し上げた医師少数区域、山武長生夷隅と並んだ地域ですので、今後重点医師偏在対策支援区域に指定されていくかどうかは注目のポイントになると思います。された場合にはそこでの勤務、医療従事者に対する経済的な支援といった経済インセンティブも具体的に付与されていくというような設計となっております。金額や範囲については自治体での議論も踏まえて考えますので、注目のポイントかと思えます。

そういった医師確保の状況、医療従事者の確保の状態は以上となります。

続いて入院患者の状況ですが、病床機能報告の中ではこのように、新規入院入棟者ということが、病棟に入られた方の割合として示されております。

次に循環器についてです。心疾患についてはこのように、君津中央病院の割合が高く、右側のボックスを御覧ください。これが、医療圏の中で患者がどれぐらい集まっているかの割合となります。君津中央病院は56%が君津医療圏からの患者となりますが、裏を返すと45%が他医療圏からの患者でそれを支えているという状況になります。あと大佐和分院では、周辺の医療機関から患者の一部を循環器に関して取られているということで73.3%などの数字が出ています。

続けて脳血管疾患ですが、これは各医療機関、どれぐらい救急搬送を受けた患者がいるかですが、全医療圏の中で中位と言えるかと思えます。

次に手術件数です。手術件数は全体の件数と全身麻酔の2通りで見ていただければわかりやすいのですが、こちらはすべての手術、許可を含めた件数として、6750などが計上されているという状況になります。これは中心的な役割を見て取れるかと思えます。

一方で全身麻酔は、2313と病床機能報告では示されております。

今全身麻酔の手術を紹介いたしました、そのうち高難易度手術というものを計算しました。件数ですが大体20%弱で推移しております。これは他の医療圏や高度な医療機関の中ではやや低位と言ってもよいかと思えます。つまり、高難易度でない、それ以外の手術もかなり幅広に行われており、機能を発揮していると、ある意味1点で支えていると言えるかと思えます。

ここから先は救急です。救急については最初に、君津医療圏内（域内）で発生した救急患者で君津医療圏内に収容されたものを真ん中に据えまして、左側に飛び出しているのが、域外で発生したが域内の医療機関で受けとめた流入の例。右側にはみ出しているのが、域内で発生したが域外に搬送を行った流出の例です。これらの割合から救急の特徴が見える化して参ります。実際に君津で見ていきますと、まず数そのものが、全体として多くはないというところですが、右側のところがやや飛び出しているかなと思えます、流出の方が、流入を上回るという状況で、他の医療圏の患者さんを一部おまかせしているという状況です。

実際にどの年齢層が多いかを見ていきますと小児がかなり右側に突出して大きいかなというところ。また65歳以上も右側が少し高い75歳以上に間隔を区切ってもこのような状況でありまして、やはり高齢者救急などは域外で対応していると思えます。

では実際どの医療圏に搬送されているか、流出されているかということがこちらの1例になります。千葉医療圏に30例ぐらい、安房が76、市原が91などです。周辺の救急医療施設に対する対応ということになっております。なおこちら君津中央病院の医療圏の中で、救急医療管理加算というものを算定している、回数も公表されておましてそれをまとめたものです。

救急医療管理加算、取られているのは君津中央病院が非常に群を抜いて大きいというこ

とで、これは6000件を超えているという状況です。また、夜間救急搬送の見える化についてこちらも、救命救急センター、救急基幹センターに絞って算出しました。これは救急搬送実態調査という県の調査からですが、君津中央病院の位置付けはこのようになっていて、県内の他の同等例えば旭中央病院などの医療機関との相対的な位置付けもわかるようになります。

ここから先周産期ですが、一番クリティカルな指標として、1500グラム未満新生児の取り扱い、これを件数として集計できましたのでお示しいたします。君津中央病院ですと実に26件の、1500グラム未満の分娩取り扱いがございまして、例えば亀田や、成田の数を見て、比べてわかるとおり、重要なポジションと思います。実際は周産期患者の救急搬送で約半数も妊婦と書いておりますが、妊婦・産褥婦・新生児区分を追加した上で、その数字を見ていくと横ばいで、ある程度一定の周産期の緊急対応の需要が今後も見込まれています。

こちらは小児の救急です。小児の救急搬送で一部見てとれたのが、救急入院で搬送後の転帰というデータから、全体像を少し見える化できると思います。君津中央病院につきましては867のケースに対して、入院が必要になったのが150あまりと、残りが帰宅されたというケースでこのように、重症度の患者の割合などが見える化できるかと思います。

続いて新興感染症です。COVID-19で追加された医療計画の一部ですけれど、入院患者数は君津全体数がこれです。そしてあと高齢者と年齢層の割合ですが、やや高齢者に他の地域同様高いということ。そして入院患者数の多くを君津中央病院が受け入れているということは、データ上わかりますし、ないしは一部の地域の医療機関も、一緒に患者さんの対応に当たっているということを見て取れるかと思います。

ここから先、在宅です。在宅については、例えば右側千葉の医療圏の参考図ですが、それに比べて君津医療圏どのように見えますでしょうか。やや横ばいからやや少し増えて横ばいなし少し減っていくということで、大幅な変化が今後あまり見られないですが、とはいえ一時的に、ここから大体18年、15年間ぐらいの中では増加していきますので、その対応をどのようにしていくかという問題が出てくるかと思います。実際に診療所の数で言いますと、例えば山武長生夷隅や安房といった医療圏の医療機関数に比べると、32ということで、市原よりも多い状況です。そのような在宅医療の支援をどのように今後モニタリングしていくか。

また次の話として医療機関の連携です。医療機関の連携としては、少しどうやって連携を見ていくかという数字上は議論もありますが、これは2023年の外来機能報告です。これによって、患者紹介の状況として、君津中央病院は1万2000件あまり計上されています。そしてつき台及び玄々堂というふうが続いているという状況で、紹介患者の数がこのようになっています。こういった連携の数字が示されるということでとどめておきます。

さて最後に働き方改革です。冒頭申し上げた君津中央病院を見ればB水準でのみ手上げ、県から許可が出ている状況で、そのようなB水準の病院の機能変化についてです。これが、

去年4月に法施行されて、何とか回っているという意見も全国に見られますが、一方で注意が必要です。このB水準の病院などが算定している地域医療体制確保加算という診療報酬の項目がありますが、こちらは1860時間ではなくて年々その条件を切り下げていかれます。そうでなければこの加算が算定できなくなります。君津中央病院も含めてB水準の病院は毎年毎年、上限を下げていかなければならない。これが10年間約続くことで、B水準が解消され、A水準になっていくということで、国はこういった施策をしておりますので、今後とも、働き方改革の影響はモニタリングしていく必要がある。具体的には救急・周産期・小児・全身麻酔の手術などに対する診療対応能力がどのように変化するか。または派遣を行っている大学、千葉大学病院などに対しても同様に上限が、ギャップが埋められていきますので、2次救急機能の派遣医師を受けて、2次救急機能が落ちてこないかということも、今後、見ていく必要があるかと思えます。

最後のスライドです。少し幅広い紹介となりましたが現状1・2・3・4・5とまとめられるかと思い整理いたしました。御覧ください。課題としましては在宅医療の需要が引き続き増える中でどのように確保できるか、働き方改革のこの先についてどう考えるか。大学からの医師派遣がどのように変化していくかということも、君津中央病院などから意見も出ております。そして看護職員の今後の供給なども項目として挙げております。

以上私からの説明といたします。御清聴いただきまして、ありがとうございました

○金井センター長 ありがとうございます。今の説明について、御意見、御質問等ありますか。私から幾つかあるのですが、地域の人口の中で85歳以上人口を取り上げておりました、千葉医療圏が4%で、君津は4.7%が85歳以上人口ということで、65歳の高齢者、75歳が超（後期）高齢者、85歳以上の呼び方は何かあるのでしょうか。

○千葉大学病院 呼称については特に定義されていないと思います。85歳以上と国の資料でも出てきますが先生のおっしゃるとおり、我々もこれが最近の資料で国が新しい地域医療構想の中で注目すべきものとして出されていることから、今回取り上げて参りました。大事なことは割合もですが実数もそれなりに見ていくことで、医療介護提供能力と、その準備ができるかという考え方と思えます。

○金井センター長 ありがとうございます。安房地域では85歳人口の方を、地域での負荷ではなく、健康寿命が延びているおかげで増えているのではないかという発想がありまして、確かにそうだなと思った覚えがあります。説明スライドについて、4枚ほど上映のみで提示として、配布資料にはないものがありますが、これはプライバシーか何かを配慮して、記録を残さないということですか。

○千葉大学病院 プライバシーというよりもデータソースが各病院のDPCデータになります。丁寧に進める場合はこういったDPCデータを該当の医療機関に事前にすべて照会をかけるという出し方が丁寧かもしれませんが、今回はこのようにまずは参考として御意見をいただいて説明をということで、上映でまず示すということを事務局、千葉県側とも相談いたしました。前半のGISのデータ君津中央病院に出させていただきまして事前の許可

をいただいて公表資料といたしました。それは少し手続きの違いがございます。

○金井センター長 ありがとうございます。もう1つは40ページ。千葉県のB水準新生児の医療機関ということですが、君津中央病院がB水準ということで、月間100時間未満、年間1860時間ということなのですが、これをどう今後改善していくか目途はあるのでしょうか。

○千葉大学病院 公表資料からわかる範囲ですと、B水準の手あげをしまして、対象区域となっている診療科ごとや、医師ごとに細かく設定できることになっておりますので、そのあたりの詳細までは少し把握しきれておりませんが、我々の知る範囲ではこのような形になります。おそらく、短縮についての努力はし続けなければならないということで、例示とさせていただきます。

○金井センター長 これに関しては7ページを見ますと、君津中央病院は救急救命センターと地域周産期母子センターがB水準ということのように思えるのですが。

○千葉大学病院 それは我々の資料の作り方がよろしくないかと思います。こちらは、救命救急センターまたは地域周産期母子医療センター、または医師水準の手上げをしているということで繋いで、どこかにチェックがついたところについて今回、このような34の医療機関として挙げさせていただきました。ですので、救命救急センター・周産期母子医療センターがB水準の手上げをしているというわけではありませんので、施設の特性としてこのように位置付けられることを示したものになります。

○金井センター長 ありがとうございます。それでは今の説明について何か御意見または御質問等ありますでしょうか。君津中央病院いかがでしょうか。

○柳澤委員 B水準のことにしましては、当院では、実は50人程度がすでにB水準で届け出を出しております、なかなか縮まってこないのが正直なところであります。例えばNICUは医者が少ないので必ず当直しないとイケないのですが、新生児科の先生が非常に少なかったりしまして、そのあたりが非常に難しいところ。あと大学からの派遣が少し減ったりしてまして、そのあたりが難しいところです。段階的に減らしていかないとイケないと認識はしていますが、なかなか思うとおりにはいかない、まだ1年後では改善できないところです。

○金井センター長 ありがとうございます。他に御意見等ありますでしょうか。

少し行政の方にも聞きたいのですが、富津市いかがでしょうか。説明または医療体制等について、先ほど分院が富津市役所の中に大佐和分院が立つような話もあるようですが。

○富津市 富津市健康づくり課桑田です、よろしく申し上げます。大佐和分院の建て替えにつきましては、施設機能検討委員会さんの方で計画案を検討されていくというところです。進捗を確認していきたいと思っております。以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。医療機関等、何か聞きたい、または発言したいというところはありますでしょうか。

○三枝委員 医師会の三枝と申します。最後の43ページのまとめのところですが、医師は

明らかに現状として不足しているということなので、看護職員の不足を感じられるという表現なのですが、実感としては、看護職員が圧倒的に足りないと感じております。そのような数字がどこで表されているのか少しわからなかったのと、それから下の方の課題の中でも、3の2次救急の機能がどの程度維持されており、どうなるかをモニタリングが必要というかも、既に崩壊が始まっています。一般病院で、2次救急の体制がもう組めなくなってしまって、君津中央病院の2次救急も応援していただかなければならない状況になっていますので、すでにもう、医療崩壊が起きつつある地域ですので、そういったところもしっかりと数字として表していただければと思います。それと直接関係ないですけど看護職員の教育に対しては、もう看護学校がつぶれてしまいましたので、今後、何らかの看護職員の供給をぜひ行政の方に考えていただかないといけないと思います。医療職の養成というのは行政の仕事だと認識しておりますので、法律にもあります。ぜひ、特に4市の方々には現状を受けていただいて、看護職員の養成について、お願いしたいと思います。以上です。

○千葉大学病院 貴重な御意見ありがとうございます。御指摘、鋭いところをいただいたと思っております。医師については先ほど下から2番くらいの数ですと御紹介させていただいて、看護師だけ取り上げてみると、もちろんこれが看護職員すべてではないということは承知の上ですが、数字上はこのようになっていきますということを少しデータ上の限界を踏まえ控え目な表現になっておりました。またおそらく、医療機関間の偏在が大きいと思われま。すので、大きな医療機関、君津中央病院みたいに多くいらしたとしてもそれ以外の医療機関が厳しいというふうな、域内偏在について少しデータとして取りきれなかったということで、さらに把握できる必要があるかなと。

あとは2次救急については私も現場の先生方からの声で大変であることは承知しておりますが、少し数字的にどのように出していけるかというのは、引き続き考える必要があるかと思。います。場合によっては救急搬送実態調査などで取れるかどうか少し県の方とも意見交換できればと考えております。

よろしく願いいたします。

○金井センター長 ありがとうございます。看護協会、いかがでしょうか。人員がそちらも少ないかと思。います。

○鳥飼委員 看護協会の鳥飼です。人員確保に関しましてはどの地域も苦慮している、どの施設も苦勞しているなというのが、いつもみんなで会議をするたびに感じるところです。准看学校がなくなり学校がないということと、准看護学校は、無資格者が、子育てが終わって少しチャレンジしてみようというところで、とても看護師確保のところに、道があったのですが、最近では、介護部門の方がお給料がいいということもありまして、介護福祉士になるという選択を行い、看護師の方が減っていく。また、病院にいる補助者の方が、お給料のいい介護施設に移動していくというところがよく見られております。また退職の年代なのですが、看護師60歳で定年になりますとそれ以降の収入が減るということで、介護施設なり65歳まで働けるところに早いうちから移動しようという動きも見られております。この

君津地域で話し合うとそのような意見が出てきますので、まず、大学でも専門学校でもキャリアというところを考えながら育成しておりますので、自分がどうやって、今後、若い人から高齢まで働いていくのかということを見据えて勉強して出てくる人たちなので、私たちの中でできることは病院間での連携で研修をすることや、研修として、専門性を学び合うなど、加えて看護協会の、教育のシステムを使ってもらうなど、そのようなところを広めていきたいと思っています。

また看護補助者に関しては、日本だけではないところからの方たちも今取り入れて、働いていただいておりますが、その方たちが定着していただくように努力しようということで、情報交換を常にしているところです。以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。このようなデータを見ますと、医師・看護師が出てきますが薬剤師や歯科医師などは説明がありませんが。

○千葉大学病院 今日提示できたのは全体のデータの3分の1ぐらいです。薬剤師や理学療法士など他の職種についても、資料として作成はございます。どのように出したらいいか御相談をいたします。また、御意見をいただければ、詳細を出せるようにしたいと思います。今年度はこれで報告になってしまいますが、次年度以降の継続がもしあればそのような場面でもお示しできればと思います。

○金井センター長 歯科医師会もやはり人が少ないと思うのでしょうか。

○古谷委員 歯科医師会の古谷です。よろしく申し上げます。前回も少しお話をさせていただきましたが歯科医師数、実数の減少というものもありまして、さらに今話題に出ている看護職員の復職と同じですが、歯科衛生士の確保、技工士の減少。そのような人材確保については県の歯科医師会の方で復職支援の研修、あとは人材確保事業について取り組んでいるのが現状です。実際やはり足りないというのが現実です。

○金井センター長 ありがとうございます。薬剤師会はいかがでしょう。

○堀内委員 薬剤師会堀内です。薬剤師も足りないのは現状だと思います。また昨今在宅、居宅の業務に係わる薬剤師も大変増えて参りました。ただ高齢者が多い地域ではありますので、そこまでの業務をカバーするとなるとなかなかやはり人が足りないというのが現状だと思います。また在宅居宅等に携わる方面も含め、また、データをいただければ、参考になるかと思えます。

○金井センター長 今回DPC等も使っていますが、健康保険の関係もあると思いますが、幸野様、何か御意見ありますでしょうか。

○幸野委員 健保連の幸野でございます。このプレゼンの中で気になったのは、この圏域は結構流出が多いなというのが、流入はほとんどなく流出、しかも高齢者の流出が多いなところで、君津中央病院が一手に引き受けているという現状が、その中でもあるということで、多分今後、2025年以降高齢者、65歳以上75歳以上の高齢者救急というのが増加の一方になると思うのですが、この経済流出というのが結構、これから特徴的になるのではないかと感じており、その辺の対象は新しい地域医療構想について、来年度から始まるのでし

ようが、そのあたりの高齢者救急への対応や在宅というのが、この圏域の結構課題になるのではないかと思わせていただきました。以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。何か追加で説明することありますか。

○千葉大学病院 御意見ありがとうございます。先ほどの歯科医師会や薬剤師会の先生からのコメントもありがとうございました。

おそらく、医師・歯科医師・薬剤師調査のデータを、現在医師について一部入手して一部の集計、見える化も試みているのですが、同様に例えば年齢別の歯科医師数や、診療所や病院別の歯科医師数などについては来年度以降県側との協議の上ですが、そのようなものも技術的には可能かなというふうに考えております。薬剤師もなかなか病院薬剤師が足りないという意見もありますので、その辺も分析できるかどうか検討していければと思います。

○金井センター長 ありがとうございます。松葉先生いかがですか。

○松葉委員 感想ですが、とても色々なデータを示していただいて、大体はそうだよなという感じはするのですが、ではどうすればいいかと、大体どうしようもなくこうなっているということが多いため、なかなかこれを対策に結びつけるのは難しいなと思いました。

○金井センター長 ありがとうございます。

○三枝委員 圏外流出の問題ですが、この4市の君津医療圏がかなり広いところですので、その中央に中心は君津中央病院があります。辺縁の部分というのは、かえって他の医療圏に行った方が近いところが結構あります。富津市でも南の方は、亀田の方が近いぐらいの人たちも多いですので、どうしても今の体制ですとこの圏外流出というのは、なかなか防げるものではないですし、それで一応何とかバランスが取れているのではないかなと思いますので、これ自体はそんなに大きな問題ではないかとは思っています。以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。医療圏または高齢の方が受診する上でこういうことをしてほしい、また何か希望等ありますでしょうか。小原様、いかがでしょうか。

○木更津市役所 私は木更津市ですが木更津市に限らず、この4市、全国的に見てもやはり高齢化或いは少子化というものは防ぎようもないところではございます。今後10年、20年単位でもこの地域も明らかに高齢化が今まで、想定していた以上に進んでいくという可能性もございますので、それも踏まえて、やはり地域の医療という部分は行政もしっかり考えるとともに、また地域の医療の皆様方ともし、様々な議論をさせていただければと思います。以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。君津市はいかがでしょう。

○君津市役所 君津市の錦織でございます。今、高齢化率が維持したまま緩やかに人口が減少していくということになりますと、高齢化率を維持したままですのでそのまま人口が減っていくということは、若者がどんどん減ってしまうというようなことになる。確かに労働人口が減っていくということになるかと思いますが、そういったところで、実際に、この労働人口減っていくということは医師達も、その労働人口の中には含まれているということであれば、見ていただける方も減っていくということになるかと思いますが、そういっ

たところで、恐ろしさというものが、この数字から出たのかなというような感覚を持って聞かせていただきました。ありがとうございます。

○金井センター長 ありがとうございます。袖ヶ浦市はいかがでしょう。

○袖ヶ浦市役所 袖ヶ浦市の川口と申します。

少し話が変わってしまう部分もあるかもしれませんが、在宅で高齢者の方が病院に通っている所というのが、大きな課題と捉えておられて、1つ袖ヶ浦市ではデマンド型の送迎サービスというのを、市の方でもやらせていただいて、これは高齢者だけではなく全年代、一部負担かかるのですけれど、そういう活動もさせていただいております。

ただ、公共交通機関との併存というのがどうしても必要ですので市域だけの移動に使えるという制約あるのですけれど、そのような取り組みをさせていただいております。

なかなか市という単位で、医師の偏在の問題や、2次救急全体を考えるとということ、いろいろ限界はあるのですが、これから皆さんお知恵をいただきながら、取り組んで参りたいと思います。以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。この他の医療体制または働き方、または、医療関連職種等について御意見、御発言またはプレゼンターの方に疑問等ありますでしょうか。これを終わりますと次は報告事項になりますので、移りますがよろしいでしょうか。ありがとうございました。

○千葉大学病院 ありがとうございます。本事業に関連してまた先生方に御協力お願いする場面があるかと思いますが、その際は是非よろしく願いいたします。

(2) 令和5年患者調査について

○金井センター長 それでは、報告事項ですが、2から6まで連続して行いますので、よろしく願います。報告事項2、令和5年患者調査について。地域医療構想アドバイザー藤田保健医療大学の佐藤先生お願いいたします。

○佐藤アドバイザー ありがとうございます。報告事項2資料6を御覧ください。

この受療率の動向について御報告させていただきます。この報告の趣旨は、今回千葉県全体版として、全国と比較する資料でございますが、君津医療圏に特化した抽出も可能でございます。そのようなことが必要かどうかという点、そしてもしこれ以外の指標等が必要という御要望がありましたら次回に向けて、返したいと思っておりますので報告させていただく次第です。

まず、この令和5年度の患者調査というものが昨年12月に公開されました。これは、10万人当たりどれぐらいの医療を受療しているかということ、1996年から経年比較しているものでございます。それを都道府県別で比較するものなのですが、多くの地域医療構想関係の推計資料では、この受療率という値を計算式の中に組み込んでいます。ただ、その場合の仮定として、この受療率は、令和2年から将来も変わらないという仮定をおいているのが特徴でございます。それに対して今回、お示しします推計は、この受療率というものが、

これまでの傾向で変化している、という仮定を置いたものになります。その観点から見たときに、この推計結果をどう考えるかという点を御提供したく報告します。

なお、この推計方法は2種類ありまして、直線的に変化していく方法と曲線的に変化していく方法を用いています。

まず入院のお話になりますが入院の受療率、千葉県の中身を見ていきますと千葉県全体のグレーの棒グラフ、概ね横ばい、やや微減という形ですが、65歳以上75歳以上になっていきますと、このカーブは少し下がっていくような傾向が続いているような状況でございます。全国と比較しますと千葉県の全年齢階級的にはより低い形で推移しているという特徴がございます。しかしながら65歳以上は全国においても千葉県においても緩やかな減少と、そして75歳以上になると、そのカーブが少しきつくなっているということがわかります。

一方、次に、外来でございます。外来はどういうふうに推移しているかといいますと、千葉県の中で言いますと、横ばいからやや増加の傾向になっている点が特徴です。そして全体と比べましても65歳以上75歳以上より高い受療率があり、その傾向も、特にここ最近は少し増加傾向にあるような、横ばいから、増加傾向に戻っていることが特徴です。これを全国と比較しますと、全体として千葉県の外来需要は、特に直近で少し伸びていまして全国平均に近づいているような形。これが65歳以上になると少し減りますけどもここ最近はまだ元に戻っているような形、75歳以上においても、入院と比べるとずっと横ばいといいたましようか。その間減少か、減少傾向でありますけどもそのカーブややゆるいといった点が、入院と異なるパターンと見ております。

そして、今までの資料は、これまでの受療率の推移でした。そして、3ポツお示ししますのは、これからの推移の推計になります。計算式が入っていますので御説明します。非常に単純ですけれども、これまでの受療率の推移というものを結びまして、その間を通るような直線で結ぶか曲線で結ぶかという違いでございます。それをそのまま将来に渡って伸ばしていくと、どういう数字になるか、どういうカーブになるかということでございます。先ほどの全国と比較した千葉県の全年齢階級的なお話ですけども、横ばいになっているような形になりました。全国的な減少傾向にありますので、その違いが出ているのが特徴ですけども、これを曲線的な推計をたどっていてもほぼほぼ同じ形で、千葉県全体としては入院の受療率は、横ばいかもしれませんが、それが65歳以上になってくると少し傾きが変わってくるということが特徴です。特に65歳以上ですが、千葉県全体と全国で比較していきますと、直線的なカーブを見たとしても、減少傾向が出てくる。75歳以上になると、その変化はより大きくなっていきまして曲線的な方がイメージに近いかもしれませんが、減っていくような結果になったという形でございます。このような受療率の変化を加味した推計結果がこれまででしたが、先ほどの受療率の変化とこの推計を融合する形で、人口の変化と、この受療率の変化を組み合わせると、将来の患者の数というものがどのような形で推計されるかというものがこの4ポツにあります。

この資料の見方は、直線の折れ線グラフのところから人口の予測、推計になっています。

それに対して棒グラフが、その受療率を加味した患者数になります。そしてこの青い、左側の青い棒グラフですが、これは国が出している算出方法になります。冒頭申し上げたとおり、国が出している推計の方法は、受療率は変わらないという仮定で、人口のこの折れ線と同じ形で変化してから、それに対して、この真ん中と右のオレンジと緑のところは、先ほどの直線的曲線的の受療率の変化を加味したものになります。一番右側で説明していきませんが曲線的な変化を仮に辿ったという場合、人口の変化よりも低い形で、下がっていく形で、将来に患者数が推移していくという形になりました。これは65歳以上で見ていきますと1つ特徴がございます。65歳以上の人口は確かに千葉県全体としては増えていきますが、その受療率の変化を加味していくと、減っていくという結果になったのが特徴です。従来の方の方法ですと増えるという形ですけども、今回の変化率を加味すると減るといって、逆の方向に行くのが1つ特徴です。75歳以上になっていきますと少し事情が異なります。先ほどの報告事項の中でも議論がありましたが、高齢者の数が増える。そしてその伸び方が、非常に急激なので、受療率を加味しても、増えるという結果になっています。ただこれがずっとそのまま続くかということ、その伸びが緩やかになっていくと受療率の減の方の傾向を受けまして、減っていく形に開いていくということが、過去の推計結果の特徴かと思えます。このあたりをどう考えるかということですが、人口は確かに、特に高齢の方々、増加傾向が見込まれることはありますけども、受療率というものを加味すると、必ずしもそのまま一緒に、患者数も増えるとは言えないかもしれない。つまり、高齢者人口増イコールそのまま同じだけの入院需要増とも、言えないかもしれないということが示唆される結果となりました。

受療率が減っていく理由には大きく分けて3つあると言われています。1つは医療技術の進歩でございます。例えば抗がん剤等が進歩し、入院ではなく外来で済むようになった。低侵襲の手術ができるようになり在院日数が短くなったというようなことが事例です。もう1つは介護需要の増加。病院で入院するのではなく介護施設や介護サービスを利用する形で病院に入院しなくなった可能性。最後は患者行動の変化、先ほどのお話で、議長の話でもありましたけれど、健康な高齢者が増えているといったこともあるかもしれません。そういった組み合わせの理由があるかと思えます。今後、どれぐらい利用率が変わってくるのかを予測するモデルではありませんが、ただし申し上げたとおり人口増イコールの関係ではないかもしれない。それを踏まえた上で、この千葉県及び、君津医療圏の将来の医療需要をどういう形で推計しながら体制を整えていくかという議論をする必要があるのではないかと思います。報告させていただきます。以上になります。

(3) 重点医師偏在対策支援区域について

○金井センター長 報告事項3、重点医師偏在対策支援区域について。医療整備課医師確保・地域医療推進室、説明をお願いします。

○医療整備課 医療整備課の医師確保を担当しております井上と申します。

資料7をご覧くださいと思います。重点医師偏在対策支援区域、先ほど吉村先生から

のお話にもございましたとおり、昨年末に国が医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージというものを発表いたしました。そちらの方で、優先的かつ重点的に医師偏在対策を進める区域、このような区域を特定して対策を講じましょうというようなお話をいただいておりますので本日の御説明をさせていただきます。

まず現状ですが、先ほどからも御指摘いただいておりますとおり医師の不足感につきましてはもちろん地域差があります。国で都道府県単位或いは医療圏単位で医師の多い少ないを比較するため指標、医師偏在指標というものを算出しております。こちらによりますと、千葉県は都道府県単位では、医師が少ない医師少数県。医療圏で見ますと千葉県内で、特に山武長生夷隅保健医療圏とこちら君津保健医療圏が医師少数区域ということになっております。県としましてはこうした地域間の医師の多寡の差にも着目しまして医師確保対策を講じております。こうしたなか、国の方が総合的な対策パッケージなるものを発表いたしました。

3 ページですが、概要です。国の方では、「総合的」といったところの意味ですが、「基本的な考え方」に記載がございます。経済的なインセンティブだけではなく規制的手法であるとか、或いはその医学部からの養成過程そのようなところも含めて、様々な対策を講じていく。

また真ん中ですが、これまでの取り組みが比較的医学部の学生であったり、或いは研修医の先生であったり、若手の方に対策手段を置かれることが多かったのですが、そういった方ももちろんですが、中堅・シニア世代の先生方も含めて、総合的な対策を講じていこうというような主旨になっております。

具体的にはどのようなものかというお話ですが左側の方、4 ページです。国がまず取り組むところということで、規制的手法であったり、或いは全国的なマッチングの仕組みを作ったりとか、いろいろあるのですが、それぞれ括弧がついておりますとおり、8 年度から実施、7 年度以降に実施など、もう少し国の方でよく中身を精査してから始めるというようになっております。右の方でございますが都道府県に求められておりますが、まず上の方でございますが、医師偏在是正プランというものを作りなさいと言われております。こちらのプランの方では、先ほどから出ております重点医師偏在対策支援区域、県内のどこを特に対策を講じる地域とするのか、地域を特定した上で、取り組みを具体的にプランに盛り込んでいきたいと思います。具体的なプランにつきましても、国の方で、法改正なども含めて今検討が進められております。中ほどに丸4つ書いてございますが、8 年度からと記載もございます。国の方で、来年7 年度に、8 年度予算編成の中で、様々な取り組みについては検討を具体的に進めていくとされているのですが、丸の4つ目、区域内での診療所承継等の支援、こちらについては緊急的に先行して実施とございます。この重点医師偏在対策支援区域において、診療所の承継が円滑に進むような支援といったものについては、8 年と言わずにもっと前倒しでやりましょうということが、国から示されております。

まずはこちらの支援の仕組みはまだ検討中でございますが、こちらが円滑に始められるよ

うに、県といたしましては、対象区域をどちらにするのか、この検討を急ぎ進めていきたいと考えているところでございます。ではどういったところがそこに当たるのかといったところですが、国からは国が候補を示すのでそれを参考に、都道府県に決めてくださいと言われております。

次の候補を示す基準 2 つ目に、「医師少数県の医師少数区域」とございます。本県医師少数県でございまして医師少数区域は山武長生夷隅とこちら君津医療圏でございます。こうした国の考え方を参考にいたしまして、この後千葉県医療審議会であるとか、或いは医療保険者の代表者の皆様で構成されます保険者協議会、このようなところに御相談をしながら決めていきたいと思っております。具体的に国の方からこの 100 の君津医療圏を含む区域が一応候補として示されているところです。これまでも君津医療圏は医師少数区域ということで、医師確保対策においては、特にこちらの区域、あるいは山武長生夷隅の方に医師が確保されるようにということで重点的に取り組んで参りましたので、まだこの先の検討ですが、引き続き重点支援区域についても、国の考え方を踏まえたと、君津の医療圏についても、そのような地域になっていくのかと思っております。この先で国から具体的な支援策などが詳細に示されるかと思いますが、適宜情報提供を差し上げながら、君津医療圏におきまして、医師の確保がしっかり進むように取り組んで参りたいと考えております。私からは以上でございしますが、看護職員の確保についても御意見を頂戴しております。

県の方で保健師等修学資金と申しまして、看護職を目指す学生の方に対する修学資金の貸付制度を設けております。貸し付けをうけた方は、5 年間千葉県内で働けば免除、返さなくていいという制度を持っておりますが、こちらについては一般の修学資金は月額 1 万 8000 円等なのですが、これを倍額（3 万 6000 円）にする代わりに地域を特定する特別枠というのを設けております。特に看護職員が少ない地域に行く方には倍額貸し付けますよという制度を運用しておりました。これまで香取海匝、山武長生夷隅に対応しておりましたが、君津地域の厳しい状況を伺っておりますので、来年度から君津地域を対象に加えまして、貸付枠も拡大をして、君津地域における看護職員の確保につきましても、一層力を入れて参りたいと考えております。以上でございします。

（４）在宅医療連携促進支援事業について

○金井センター長 ありがとうございます。続いて報告事項 4 在宅医療連携促進支援事業について、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 医療整備課でございします。よろしくお願いたします。私からは在宅医療連携促進支援事業について御説明させていただきます。

資料 2 ページを御覧ください。在宅医療の提供体制につきましましては、保健医療計画に基づきまして、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの 4 つの機能の整備が求められています。

次のページ（3ページ）を御覧ください。前述の4つの機能の確保を図るため、国の「在宅医療の体制構築に係る指針」の中では、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとしており、本県では、市町村を当該拠点として位置付けたところです。また、令和6年度から、市町村が同指針で示されている拠点に求められる役割を果たせるよう、その体制構築等に係る経費に対して補助する、在宅医療連携促進支援事業を実施しているところです。

次に4ページを御覧ください。本事業は、令和6年度から令和8年度のまでの3年間の事業で実施させて頂いておりまして、在宅医療の推進や拠点に求められる事業を進める上で必要な経費、人件費や研修の報償費などに対して1市町村当たり300万円を上限に、補助率10分の10で補助を行っております。

なお、国からの交付金等、この補助金以外に支弁を受けているような場合は、当該費用が充当されている経費を控除したものを補助対象経費とし、かなり幅広く使えるような形で設定させていただいております。たとえば、介護保険事業として実施している事業のうち、地域支援事業交付金等の対象経費に該当しないもの、例えば、主治医・副主治医の運営経費や、夜間・休日の診療体制の確保経費、また用途によってはパソコン等の購入費用やシステム使用料なども対象となりますので、御質問等あれば、当室まで御相談いただければと思っております。

次に5ページを御覧ください。現状補助金を活用していただいている市町村が少ない状況になっております。ヒアリング等させていただいたところ、市町村さん自身の介護事業について取り組んでいただけたところですが、医療に関してはどのように取り組みを行えばいいのか不明瞭であるため補助金の活用が進まないといったような御意見をいただいているところでございます。そこで、本スライドでは、拠点に求められる事項に沿った取組例と対象経費について御説明させていただいております。まず、地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催について、今まで行っていた会議に、障害福祉の関係者を新たにお呼びしたことに伴う費用等が対象になります。また、退院後看取りまでの支援として、患者または家族の要望を踏まえた地域の医療機関等・介護事業者・障害福祉事業者相互の紹介に係る費用。また、在宅での看取り、急変時、入退院時の共有のために医療介護連携システム等を利用し、多職種間での情報共有を図るような費用。また、急変時の対応として、24時間365日のバックベッドの確保、主治医・副主治医制の整備費用など。次に、多職種間で相互の理解を深め、連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の協同・連携に関する研修に係る費用。最後に、高齢者だけでなく、在宅医療に関わるすべての住民向けの講演会やシンポジウム等の開催、在宅医療に関するパンフレットの作成・配布、ウェブサイトの作成費用なども対象となります。なお、来年度の本補助金事業について、市町村のほか、地区医師会などの関係者の方々にも周知しておりますので、市町村単独での取組が難しい場合は、関係団体と一緒に取り組むことも検討していただけると幸いです。

次のページ以降は、この補助金の活用状況を参考として御紹介しているものになります。

6 ページは令和 6 年度の活用状況で千葉市、八千代市の 2 市からご利用いただいているところです。また、7 ページ 8 ページにつきましては、来年度の活用見込みということで、ヒアリングさせていただいたところ、7 市から提案をいただいているところで、その内容について参考まで記載させていただいておりますので、参考としていただければと思います。

以上で質疑、説明を終了いたします。今回市長の皆様のご参加いただいておりますけれども、皆様におかれましては、在宅医療提供体制を一層推進するために、本事業の活用を積極的に御検討いただければと思います。対象経費の質問や相談がある場合には医療整備課、地域医療構想推進室まで御連絡いただければと思います。よろしくお願いいたします。

(5) 新たな地域医療構想について

○金井センター長 ありがとうございます。続いて報告事項 5。新たな地域医療構想について。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 引き続きよろしくお願いいたします。御参加の皆様すでにご承知の方もいらっしゃるかと思いますが、国においては 2040 年頃を視野に病院のみならず、かかりつけ医療機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理し、令和 8 年度に新たな地域医療構想を策定することとしております。昨年 3 月、国の検討会が設置されまして、昨年末には制度内容等について取りまとめが行われました。今年度中に法律改正が予定されているところです。なお、今後のスケジュールとしては、令和 7 年度に国が新たな構想のガイドラインの発出、令和 8 年度に都道府県が新たな構想を策定、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おります。

次のページを御覧ください (3 ページ目)。国の検討会の概要となります。昨年 3 月から 15 回に渡りまして国の検討会が開催されてきておりまして、その中で、関係団体・有識者ヒアリングや、制度内容についての総論、各論の議論が行われ、令和 6 年 12 月に取りまとめが公表されたところです。

次のページを御覧ください (4 ページ)。こちら国の検討会の概要となります。こちらに基づきまして説明の方をさせていただきます。中段以降新たな地域医療構想の欄を御覧ください。まず、(1) 基本的な考え方ですが、1 ポツ目にございますように、85 歳以上人口の増加や人口減少が更に進む 2040 年に向けまして、従来の病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携等の取組を推進することとされております。そのため、(1) 3 ポツ目にございますが、現行の構想といたしましては医療計画の記載事項の一つであるところ、新たな構想におきましては、医療計画の上位概念として位置付けられ、医療計画は、その実行計画として、新たな構想に即して具体的な取組を進めるものとされています。

続いて、(2) 病床機能・医療機関機能についてですが、まず病床機能について、現状の 4 機能区分ごとの必要病床数の推計や病床機能報告につきましては、病床の機能分化・連携

を推進する仕組みとして一定の役割を果たしてきたことを踏まえ、引き続き、制度として維持することが適当とされております。ただし、一方で、2040年に向けましては、増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となることなどを踏まえ、これまで「回復期機能」に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」というものを追加し、「包括期機能」という名称で位置づけることとしています。続いて、その下になりますが、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携等の取組を推進するため、新たに医療機関機能報告制度を設け、医療機関から都道府県に御報告いただくこととされております。その際、構想区域ごとに確保すべき医療機関機能としまして、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能を位置付けるとともに、広域な観点で確保すべき機能として、医育及び広域診療機能というものを位置付け、医療機関がこれらの機能を確保していることや、今後の方向性等について報告いただくことが想定されております。なお、医療機関機能、病床機能の概要につきましては、5ページ～6ページにつけておりますので、各自御参照いただければと思っております。4ページに戻りまして、具体的な報告項目、報告方法等につきましては、次年度国が検討するガイドラインにおいて詰めていくこととされております。その下になりますが、構想区域・協議の場につきましては、必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等は、より狭い区域での協議も必要であるということもされております。

(3) 地域医療介護総合確保基金につきましては、医療機関機能に着目した取組に対する支援を従来の基金事業に追加することとされております。

(4) 知事の権限の部分では、特に②に記載されておりますが、従前、医療計画の基準病床数と地域医療構想における必要病床数の2つの関係性がわかりにくいといった御指摘を踏まえまして、新たな構想では、両者の整合性の確保等を図るため、基準病床数について、必要病床数も勘案した算定を検討し、必要病床数を超えた増床等につきましては、調整会議で認められた場合に限り許可をすることが適当とされております。

(5) 国・都道府県・市町村の役割につきましては、記載のとおりですが、新たな構想では、在宅医療、介護との連携等も対象となることから、市町村の役割が重要であるとされております。

最後に(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付けについてです。現行の構想では、精神医療・精神病床は地域医療構想の対象に含まれておりませんでした。新たな構想では精神医療も構想の中に位置付けることとされております。ただし、精神医療を新たに構想に位置付けるに当たりましては、今年度の法律改正後に施行に向けて十分な期間を設けて議論をしていくことが必要であるとされております。ですので、一般・療養病床とは少し異なる動きをするのかなというふうに考えているところです。

以上が国の検討会における取りまとめ内容の概要になります。なお、より具体的な内容につきましては、次年度の国のガイドライン策定の中で示されることとされており、県としましては国の動向を注視しつつ、国に対しては、県として必要な要望等をしてまいりたいと考

えております。報告は以上となります。

(6) 次年度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。続きまして次回の調整会議の予定について、医療整備課地域医療構想推進室お願いします。

○医療整備課 よろしく願いいたします。資料10を御覧ください。2ページ目ですが、まず、次年度の調整会議の開催についてです。今年度同様に2回の開催を予定しており、圏域ごとに第1回を7月～8月頃、第2回を3月頃に開催したいと考えております。なお、特に協議すべき事項がある地域につきましては、部会等の開催を含めて追加の開催を検討いたします。続いて主な議題の予定ですが、今回同様、具体的対応方針に変更があった医療機関につきまして協議を行います。特に次年度は目標年であります2025年となりますので、各医療機関の皆様におかれましては策定した対応方針の実施をお願いしたいと考えています。また非稼働病棟、紹介受診重点医療機関の選定につきましても、今年度同様に協議をしております。それから、報告事項ですが、病床機能報告の結果の外、データ分析チーム構築支援事業について本日報告いただきましたが、次年度も当該事業の実施予定と伺っておりますので、同様に報告を予定しています。また、新たな地域医療構想につきましても、適宜その時点の状況等を共有させていただきたいと考えております。

次年度の予定としては以上となりますが、その他に各地域において優先的に協議すべき事項があれば議題として検討したいと思っておりますので、報告事項ではございますが、議題等の御提案がありましたら、後ほど、その背景や課題等と併せて御意見をいただければと思いますので、よろしくお願い致します。報告は以上となります。

(7) その他

○金井センター長 以上、報告事項2から6ありましたが、御質問御意見等ありますでしょうか。私の方から質問がありますが、重点医師偏在対策支援区域について、この地域は、医師少数区域になるということで、去年の8月の会議のときに、医師看護師の人員不足についての議論をした際、医師少数区域における勤務の推進事業ということで、この区域であればいろいろな支援をやられるということでしたが、実際あったのか、進めたいと思うので再度概要を説明していただけますでしょうか。

○医療整備課 先ほど御案内しております山武長生夷隅、君津医療圏が医師少数区域になっております。こちらで6ヶ月以上勤務の実績のある医師の方におきましては、国の厚生局の方で、医師少数区域等での勤務の経験を認定する制度がございます。そちらの認定を受けた先生が、引き続きそうした地域で勤務を続けていただけるように、学会に参加する経費、図書を購入する経費についてなど、国と県で支援をする補助制度を設けております。こちらについても他の補助金と合わせて毎年、対象となる2圏域の医療機関、病院の皆様、ホーム

ページに掲載することで募集しておりますので、今年度も 1 医療機関から御提案頂き交付決定の手続きをしておりますので、このような手続きを是非積極的に使っていただきたいと思っております。まずは医師の方が、認定を受けていただく必要がございますので、是非厚生局に気軽にお電話等で御相談頂き、認定を受けた先生がいらっしゃれば、県の支援制度を使っていただきたいと思えます。

○金井センター長 認定といいましても、申請でいいのですよね。

○医療整備課 半年間勤めていれば、認定されるものですので特別しなければならないようなことはないかと伺っております。

○金井センター長 半年間勤めではなくて、開業医の方でずっとやっている方も対象ですよ。

○医療整備課 開業の先生も対象ですので、是非使っていただきたいと思えます。

○金井センター長 これは勤務医に限らないということですので、皆さま対象ではないかと思えます。厚生局の方に申請していただくと、学会出張経費、書籍費等が補助されます。金額の上限もありますか。

○医療整備課 基準額を定めさせていただいておりますので、無尽蔵というわけにはいきませんが、医療機関に対する補助制度ですので、医療機関の方でそういった先生に、勉強の経費を払っていただく。病院が払った分を、県が病院に払うという仕組みになっておりますので、先生個人からというよりは、医療機関から補助の申請を受けて、医療機関に県がお支払いするという仕組みになっております。詳細と御不明な点あればぜひ気軽に医療整備課の方にお問い合わせいただければと思えますし、またホームページ等でも御案内差し上げておりますので、御関心のある方は是非、確認いただければと思えます。

○金井センター長 開業医の場合は、医療法人が申請すればよいのですよね。

○医療整備課 開設者の方が御申請いただければと思えます。

○金井センター長 もう 1 点、確認したいのですが、在宅医療の促進支援事業についてですが、地域包括ケアと絡めるとすごく使い勝手もよい気がするのですが。地域包括ケアの業務の延長でも可能なのでしょうか。

○医療整備課 御質問ありがとうございます。そもそも県の医療計画におきまして、市町村を拠点に位置付けさせていただいた理由ですが、そのような会議体、活動を行っているところが多数あると伺っているというのが背景の 1 つでございます。そのような中に先ほど少しお話差し上げました介護ですと、高齢の方が基本になりますが、在宅医療と申しますと、高齢者の方に限った話ではなくなりますので、そのようなところも含めて在宅医療に関して、人を増やして会議体としてやっていただく形だとやりやすいかなと考えておりますし、そのようなものは対象になります。

○金井センター長 高齢者だけに限らず障害者でも小児慢性などでもよいのですよね、在宅医療であれば。

○医療整備課 そうなります。在宅医療を広く進めていただくための費用として、お使いい

ただければと思っております。

○金井センター長 ありがとうございます。是非、トライしてみたいかがでしょうか。何か御質問、御意見等、まだ発言を足りてないという方がございましたら、お願いいたします。なければ以上で報告が終わってしまうのですが、終了する前に、医師会の細井先生、お願いいたします。

○千葉県医師会 千葉県医師会の細井です。

本日重点医師偏在対策支援区域の話が出たのでこれは非常に明るい話かなと思っておりますが、ただこれを先ほど吉村先生のお話の中にもありましたが域内偏在というのを是正していかないと、結局何のためにここを重点化するか、2次救急をきちんと回すためにこの制度を使いたいと考えたいのですよね。そうすると、ただ単にこの区域に医者が増えれば良いという話だけではなく、救急を、病院が回せるように、それでも病院に配置していただくぐらいの、そのぐらいの対策をしていただかないと、全く意味がないのではないかと。安房（医療圏）も非常に（医師が）多いですが、ほとんど亀田総合病院。例えば君津を増やすとした場合に、学会費は別に大丈夫なので、それよりもきちんと働き方改革で穴が空いた二次救急をまわしている病院に1人ずつ配置する、そのぐらい大胆な大学病院からの派遣の穴を埋めるような、そのような偏在対策をしていただくように是非お願いしたいと思います。それからあと2040年には、今の保健医療でしたら、この地域の病院もほとんど残らないのではないかと思いますので、今、保健医療そのものが、かなり厳しい状況になっているので、あまり将来的な話というのは、もう難しいのかなと。

医療そのものが非常にもっとドラスティックに変化していくであろうと思われまので、今の医療制度と将来単純には比較できないのかなと思います。以上です。

○金井センター長 ありがとうございます。では最後になりますが、地域医療構想アドバイザーをしております佐藤先生、御発言お願いします。

○佐藤アドバイザー ありがとうございます。最後にコメントさせていただきます。数多くの議論がある中やはり、ジリジリと厳しくなっている医療環境の中で、各機能を果たす病院がよい病院であり続ける以外に、正直、地域の医療を守る道はないかなと聞いておりました。そういった意味では看護師等々の人員不足が本当に大きな課題の中、大きく病床を増やすといったことは正直難しいのが実情かと思えます。そういったベッド数よりも人の数いうところがこの地域の喫緊の課題と思っております。そういった観点で議事の4番目にありました君津中央病院の大佐和分院のお話は、非常に期待ができるかと思えますが、なかなか社会情勢そんな甘くもないというところを少し話題提供させていただきたいと思えます。具体的に建築費のことだけではなくて、その施工業者さんをそもそも確保することが非常に厳しい状況になっています。特に意思決定、合意形成をスピーディーに決めていかないと、受けてくれないというところがあります。計画では非常に期待されるのですがそれを実現するためにはやはり、大きな決断をしていかないと、厳しくなる。もしこの計画が実現できないと本当に先ほどの医師会の先生からもお話あったように厳しくなる状況が、加速化して

しまうと思いました。そのような観点から後半の方でいろいろ出てきました在宅でしたり、介護でしたり高齢者救急の課題、そこを含めてキーになるのはやはり、市だと思っています。特にこの、君津医療圏4つの市がいろいろな形でリーダーシップ発揮されておりますし、新たな地域医療構想では市町村の役割が大事ということですが、すでにこの調整会議では市の方々が入られて議論に加わっているというところが、非常に素晴らしい構成で進められていると思います。後方の病院の先生方を強化していくことで、その拠点となる急性期病院も、その機能を発揮できるということだと思います。そういったバランスをこれからもとっていくためにも、是非、今日出てきたいろいろな資料であったりデータであったりを含めながら議論して、来年度に向けての動向を注視しながら、引き続き協議できればというふうに思っておりますので、引き続きよろしく願いいたします。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。発言の方以上になりますますがまだ言い足りない、または発言していない等ありますでしょうか。あと資料の紹介になりますが、最後の令和6年度第1回地域保健医療構想、地域連携地域医療構想調整会議のご意見等、前回我々が発言した中身に関しまして、2ページにわたって、県側のレスポンスがありますので、御参考までに見ていただければと思います。

以上で、議事を終了します。事務局に、事務を戻しますよろしく願いいたします。

●閉会

○峯島副センター長 以上をもちまして、令和6年度第2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。本日はありがとうございました。

○金井センター長 ありがとうございます。