

令和6年度第1回安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 議事録

1 開催年月日 令和6年8月21日（水）午後6時30分から午後8時30分まで

2 開催方法 対面開催（館山市コミュニティセンターにて開催）

3 出席者（構成員総数20名中18名出席）

原委員、 小林委員、 野崎委員、 山本委員、 杉本委員、 亀田委員 福内委員、  
山田委員、 森委員、 長谷川委員、 石井委員、 白石委員、 小橋委員、 鈴木委員、  
山本委員、 蒔田委員、 幸野委員、 金井委員

4 議題

議事

- (1) 医療機関毎の具体的対応方針について
- (2) 医療・介護連携について
- (3) 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

報告事項

- (1) 令和5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) 次回調整会議の議題等について

その他

5 議事概要

<所長（センター長）あいさつ>

本日はお忙しい中、安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議に御出席いただきありがとうございます。

皆様には日頃から当地域の保健医療の推進に御協力いただき、大変感謝しております。

この会議では、保健医療計画を踏まえて、安房地域における関係者の皆様と連携を図り、保健医療体制の構築、地域医療構想の推進のため、本地域の現状や課題について、皆様の意見、考えを共有する場としております。今年度は2回の開催を予定しています。

本年3月に行いました会議では、公立病院の経営強化プラン、地域医療構想の進捗状況、非稼働病床等の議題について話し合いました。

地域の実情を踏まえた御意見をいただき、今回、「医療・介護連携について」が議事に加わることとなりました。

今回の会議では、医療機関ごとの具体的な対応方針、地域医療提供体制データ分析チームによる構築支援事業等について協議していただきます。

そして報告事項としましては、令和5年度の病床機能報告の結果、地域医療介護総合確保基金についてなどがございます。

この会議は、皆様の活発な御意見をいただいておりますので、本日も御出席の皆様から御発言いただくようお願いいたします。

#### <地域医療構想アドバイザーあいさつ>

この度、地域医療構想アドバイザーの命を受けました藤田医科大学佐藤と申します。私のバックグラウンドは、東京医科歯科大学でDPCデータを用いた研究で学位をとりまして、それ以降、研究者としていくつかのキャリアを経ている途中で、厚生労働省の所掌する研究所におりまして、当時から地域医療構想に関わっております。

その後、2019年から千葉大学附属病院の次世代医療構想センターで、副センター長を務めております。千葉在住後20年以上ありまして、千葉県に関する地理的感覚は実感を持って理解しているところでございます。

本日、様々な議題がございますが、厚生労働科学研究を通じた国の制度の観点ですとか、私なりに理解しているデータなど、千葉県の事情に関して、後程コメントさせていただければと思っております。

#### <進行について>

安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議設置要綱第4条第2項及び第3項の規定により、会長である安房健康福祉センター長が進行する。

#### <議事1「医療機関毎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)

それでは、医療機関ごとの具体的対応方針について御説明させていただきます。

これまでの会議で説明済みの内容でございますが、具体的対応方針の策定について、改めて御説明させていただきます。

地域医療構想を進めるに当たり、各医療機関の皆様には、2025年以降にどういった役割を担っていただくのか、そのためにはどういった機能を持つ病床をいくつ持っていたかについて方針を策定いただき、皆様と共有していただいております。

また変更がある都度、当会議において協議をいただいているところです。

今回、具体的対応方針の変更につきまして、鋸南病院様、九重鈴木医院様、佐々木歯科・口腔顎顔面ケアクリニック様から御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、地域医療体制の確保という観点で後程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。

なお、参考に当圏域の令和5年7月1日時点の病床機能の状況について資料に記載しております。

詳細は後程御説明させていただきますが、必要病床数と病床機能報告、各病院様からの報告の差し引きを見ると、高度急性期と回復期が不足、急性期と慢性期はプラスということになっておりますが、地域で検討いただきました定量的基準に基づく病床数の令和5年度推計値との比較によりますと、高度急性期もプラスという結果になっております。

次に、具体的対応方針の策定に係る目標値についてですが、令和5年3月末に、対応方針の策定率の目標を設定するように、国から通知があったところです。

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、策定率を100%にするように、すでに100%に達している場合には、こうした対応方針の実施率を目標にするようにとの要請がありました。この実施率とは、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数の割合を意味しております。

本圏域の目標値につきましては、昨年度の段階ですでに策定率が100%に達していますので、次のステップとして、令和7年度までに実施率を100%にするという目標を掲げております。令和5年度末時点では、当圏域の24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が18あり、実施率は75%となっています。地域医療構想の目標年である2025年までは1年強となっていますので、各医療機関の皆様におかれましては、本会議で合意している具体的対応方針の実施をお願いしたいと思います。

なお、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、本会議において協議をさせていただきたいと思っておりますので、御協力よろしくをお願いいたします。

次に今後の取組に関する工程表がございますので、参考に御覧いただければと思います。

本会議では、県域における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どうかについて御協議をいただきます。

今回は鋸南病院様、九重鈴木医院様、佐々木歯科・口腔顎顔面ケアクリニック様から病院・有床診療所にかかる方針変更報告書を提出いただきましたので、こちらについて御紹介をさせていただきます。

鋸南病院様におかれましては、病床機能の変更ということで、これまで32床あった急性期機能の病床のうち、24床を回復期へと転換することとしています。変更の理由としましては、救急体制を維持しながら急性期治療を脱した患者様が、在宅復帰を目指す、地域における包括的な入院体制を提供するためということで報告をいただいております。

九重鈴木医院様におかれましては、医師等の医療従事者の人員が確保できず、地域での役割が果たせないため、現在休棟中であった病床16床を廃止されるということで御報告をいただいております。

続きまして、佐々木歯科・口腔顎顔面ケアクリニック様におかれましては、急性期病床が2床ございましたが、歯科医師の人員確保が困難なため、入院を中止するとともに、全身麻酔の廃止、また研修室の取り消しを行ったため、病床を廃止されるということで御報告をいただいております。

(議長)

本日、方針変更報告があった医療機関が参加されていますので、事情を御説明願います。

(参加医療機関)

経営強化プランでは現在、休床中の慢性期病床34床を回復期として再開したいとしていましたが、検討を重ねた結果、人員確保も厳しく、慢性期病床の再稼働は目途が立っていません。そこで、急性期病床32床を地域包括ケア病床へ病床機能の転換を図る方針となりました。32床のうち24床を地域包括ケアに、残りを今までどおり地域一般入院料を算定する病床として残すこととしております。

それに伴いまして、地域包括ケアを申請する24床に関しては、病床機能としては、急性期から回復期への変更を申請しています。

医療整備課や保健所、医師会にも、御相談をさせていただいた上で、今年の11月から稼働を目指しておりますので、行政とも足並みをそろえてやっていく方針でございます。

(鋸南町)

本件について、鋸南病院から地域で不足している回復期の病床に転換する意向があるということで、鋸南町直轄で行っている地域包括ケアセンターとも相談し、行政と一緒に、鋸南病院と両輪で回っていきたいということで、今回進めている次第でございます。引き続き、皆様の御指導をいただきながら、進めてまいりたいと思いますので、よろしくお願い致します。

(参加医療機関)

16床を約20年前に休床としており、地域に何かあれば臨時でも開こうと頑張っていました。まず、看護師が12名から2名になり、医師2名も70代になりました。地域のためにもう少し頑張りたいのですが、何かあったときにお役に立てないのではないかと思います。この辺で身を引いてと思っています。

(議長)

有床診療所から無床診療所になるということで、これからも頑張りたいと思っています。

(参加医療機関)

口腔外科の専門医として、主に顎顔面外傷をできる範囲で行い、入院施設を作って、全身麻酔の手術や障害者歯科診療にも取り組んで20年間やってきました。現在70代になり、医師も激減して、ほとんど私1人の状況です。そこで、全身麻酔、研修施設、入院を廃止することとしました。

ただ小さな外傷とか、障害者の方は引き続き、全身麻酔まではいきませんが、できる範囲内で、入院という形をとらずに外来でやっていきたいと思います。

今後も微力ではありますが地域医療に貢献していきたいと思います。

(議長)

今回、この議題で話していただきたいことは、地域医療構想と整合性がある病床機能かということですが、医療圏に関して、皆様御意見をお持ちかと思えます。今の二次医療圏では窮屈だというような御意見はございますか。

(委員)

鋸南病院におかれましては、回復期に転換するというところで、この地域の医療構想に合致していると考えます。

九重鈴木医院、佐々木歯科・口腔顎顔面ケアクリニックには地域医療に御貢献いただいたと感じております。このような変化を、地域全体で受けとめて、対応していくことが求められるのではないかと考えています。

(委員)

地域全体で見た病床数というのは話が進んでいるのかなと思います。前回の会議でも、医療圏について、安房だけで考えるというのは適当なのかという意見が出ました。

そういう病床のあり方に関しても、地域の中でこういったものが適当なのか数字を出さなければならない関係上、どこかで線を引く必要があり、引き続き、議論を積み重ねていくことが必要であると思います。

当院は道を隔てて北側が君津市、富津市に接していて、救急や在宅訪問診療も関わっている実態があります。実際に君津、富津の鴨川市側や鋸南町側は医療過疎の地域で、かなり苦勞している部分だと思います。圏境跨いで境界上の病床の議論はする必要があるのではないかと思います。

(議長)

地域医療構想は、二次医療圏があって、その医療圏の中で病床数の調整や医療機関の統廃合を考えるとというのが前提だと思うのですが、安房の医療圏については、狭い範囲でものを考えているなという感じがします。

(委員)

二次医療圏は、安房地域だけでは人口が12万人を切る状況になっている中で、高度先進医療を提供していますが、24時間稼働や多岐にわたる患者さんの受入れなど、利用者の確保をしていかないといけないとなると、12万人では少なすぎるという問題があります。

当院でも、大体、二次医療圏の安房圏内からの患者さんが5割、あとの4割が千葉県全域から、残りの1割が首都圏や海外から来ているという状況です。そうなると、やはり多岐にわたる疾患の患者さんを集められることによって、魅力が高まり、医療者に来ていただける。そこで学んで出ていった方たちがまたいい噂を広めていただくという、良いサイクルを生み出す。そのためには、大きな規模の病院が必要だと思っています。

全国的にも集約化が進んできている中で、現時点の二医療圏だけを相手にすると、300床ぐらいの病院で十分だと思うのですが、地域だけを相手にするとやはりジリ貧になって、医療者の確保も難しくなるという悪循環になってしまうと思います。その地区だけではなく、人口ベースを含めて、地域でどういった病院が欲しいのか、どういった機能が欲しいかというところまで併せて話をしないと、うまく機能していかないのではないかと考えております。

(議長)

千葉県として、二次医療圏の基準や見直しのタイミングはあるのでしょうか。

(医療整備課 地域医療構想推進室)

二次医療圏につきましては、今年の4月から、新たな保健医療計画を県で策定させていただきましたが、その検討にあたって議論をさせていただいた中で、これまでの形を維持するということで結論を出して、現行の計画が進んでいる状況でございます。

二次医療圏の考え方ですが、基本的には二次救急といいますか、その圏域内で、遠方に行かなくてもいいという意味で、医療が完結できる場所にあると思います。

ただ、患者さんがその中で動かなければいけないという縛りがかかっているものではありませんし、先生方がおっしゃられたように、その境界や他の地域から受診される方、入院される方がいらっしゃるということは承知しております。それぞれの地域において、この地域で、どういった医療が必要なのか、どういった形で提供体制を構築していくのかということを皆様の中で御議論いただいて、進めていく話であると考えております。計画は4月にスタートしたばかりですので、すぐに見直しを目指すというのは、なかなか言いにくい状況でございます。

(議長)

次回の見直し時期はいつでしょうか。

(健康福祉政策課 政策室)

中間年に医療計画の中間見直しの予定ですので、必要があればそのタイミングとなります。

## <議事2「医療・介護連携について」>

(医療整備課 地域医療構想推進室)

こちらの議題につきましては前回の調整会議におきまして、議題として上げていただきたいという御要望をいただきましたので、今回その状況について御説明させていただくものとなります。

まず、本県の在宅医療の現状と課題について説明させていただきます。本県の在宅医療資源は増加傾向にあります。人口10万人当たりの施設数は全国と比べて40位台に止まっております。

また、在宅医療等需要の増加が見込まれることから、引き続き人材等の増加や質の向上、職種連携をさらに深める必要があると考えております。災害時においても適切な在宅医療を提供するための支援体制の確保が必要であると考えているところです。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や、「在宅医療に必要な連携の拠点」と連携を図りながら、4つの機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）について、連携機能や連携体制を構築していくという形を資料に表しています。

千葉県では、二次保健医療圏を在宅医療の圏域と設定し、体制の構築をしています。また、市町村におきましても、介護保険の事業として、高齢者を中心とした在宅医療・介護連携推進に取り組んでいただいています。

今後見込まれる在宅医療需要の増加に向けて、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」というものを、医療計画の中に盛り込むように国の方から指示が出ておきまして、千葉県保健医療計画においても位置付けさせていただきます。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」につきましては、機能強化型在宅療養支援病院を位置付け、多職種連携の促進に「在宅医療に必要な連携を担う拠点」や県などと連携して取り組んでいただくことを想定しております。それ以外の医療機関は地域の実情に応じて積極的に在宅医療に必要な役割を担っていただきたいと考えております。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項と、機能強化型在宅療養支援病院の施設基準との比較表を御覧いただくと、在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項と類似点が多く、業務への対応が期待できることです。

当医療圏におきまして、本年4月1日時点で、機能強化型、在宅療養支援病院となっているのは4病院となっております。引き続き、在宅医療提供の中心的役割を担っていただき、県内の在宅医療体制の牽引役になっていただければ、幸いです。

また、従前から在宅医療の提供に御尽力いただいている機能強化型在宅療養支援診療所につきましても、参考として資料に記載させていただいております。引き続き在宅医療体制の充実に御協力いただければと思っております。

続きまして、「在宅医療に必要な連携の拠点」についての説明です。県の保健医療計画では、市町村を位置づけさせていただき、介護保険事業において実施されている在宅医療介

護連携推進事業や障害福祉関係者との連携を図りながら、在宅医療の推進について、「積極的役割を果たす医療機関」や県と連携して取り組んでいただきたいと思いますと考えております。

令和5年6月に、県が市町村に対して調査を行った際には、その時点で既に6割の市町村がこの拠点や相当する組織を設けていただいているということでございます。

在宅医療介護連携推進事業で構築されている基盤を生かしながら、介護や障害福祉サービスの関係機関とも連携を図っていただき、引き続き在宅医療サービスのさらなる構築に御協力をいただきたいと思いますと考えております。

県としましても、これら医療機関や拠点の取組を支援しながら、在宅医療・介護の連携に努めてまいりたいと考えております。

そこで令和6年度の当課の主な取組について、いくつか御紹介させていただきたいと思います。

まず、在宅医療に関する座学形式の研修や、個別具体的な助言等を行うアドバイザーを派遣する在宅医療スタートアップ支援事業を実施しています。

また、新規事業として、地域の在宅医療・介護の推進のために、関係機関による協議会等を開催するとともに、市町村が「在宅医療に必要な連携を担う拠点」としての取組に要する経費の一部を補助する目的で、地域における在宅医療等推進体制強化事業を始めたところでございます。

また、在宅医療に係るBCPの策定を支援するための研修を行う在宅医療BCP策定促進研修事業を実施いたします。

これらの新規事業を活用して、在宅医療提供体制を一層強化し、関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制の構築に努めていただければと考えております。

これまで説明させていただきました通り、市町村におかれましては、これまでも多職種協働による在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築に取り組んでいただけてきたところかと思いますが、他の医療圏も含めて一部の市町村からは、医療との連携について必ずしも円滑に進められていないという声も聞かれているところでございます。

今後、地域の医療及び介護、障害福祉の現場で多職種連携を促進するために、市町の皆様からは、現在実施している取組や医療関係者の皆さんとの連携・協働を進める上での困りごと、あるいは効果的な取組などがございましたら、御発言、御紹介いただければ幸いです。

また、医療・福祉関係者の皆様からは、多職種連携を促進するために実施している取組や今後充実が必要と思われるような取組などがございましたら、御発言いただきまして、皆様方と意見交換ができればと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

(議長)

意見交換の前にいくつか確認させて下さい。安房地域で、市町村における在宅医療連携拠点があるのは、鴨川市と南房総市の2市ということでよろしいでしょうか。

(医療整備課 地域医療構想推進室)

はい。

(議長)

在宅医養成研修事業というのは県が行う事業ですか。

(医療整備課 地域医療構想推進室)

県で委託し、実施する形になっております。

(議長)

では、多職種連携による医療・介護連携推進事業、これは誰が主体で開くものを想定していますか。

(医療整備課 地域医療構想推進室)

こちらも委託事業として、千葉県医師会に委託をさせていただくものです。

(議長)

それでは、本件について御意見を伺いたいと思います。

(参加医療機関)

当院では院長が中心として在宅医療を実施していますが、地域のクリニックの先生など外部から集まっていただいて、連携をされていると聞いております。具体的には、伊藤胃腸科クリニックや黒野医院、鴨川国保病院等になります。

(鴨川市)

鴨川市では、介護保険の側面から動いておりまして、地域包括支援センターがございますので、こちらが主体となり、市内の医療機関や介護保険事業者と連携を図りながら、在宅でケアが必要な方への支援を行っています。

地域包括ケアシステムということで、医療機関をはじめ、介護事業所、福祉の関係者に加え司法が入っています。鴨川市介護連携会議、鴨川市医療連携会議がございますので、そちらに市内の医療機関、社会福祉協議会、そして医療大学、ケアマネージャー連絡協議会等々入っていただいて任意の会議を定期的を開催しています。

(委員)

市から話があったように、鴨川市在宅医療介護連携協議会が設置されておりまして、地域

の医療機関と在宅医療・介護連携に関する協議会として、様々な取組を行っています。

(議長)

前回の会議では、医療と介護の連携があまり良くないという話で、今回この議題を持ってきたので、良い面だけではなく、こういうことをやりたい等の課題についても教えていただけますと助かります。

(委員)

鴨川市の中では災害時の対応であるとか、先ほどBCPの話もございましたが、まだまだ机上のものが多くて、実際に起こったときに実効性のある対策が練れているかというところは、まだまだちょっと疑問があります。そういったところは、やはり地域の中で、もう少し具体策を練っていただけると考えています。

(南房総市)

南房総市につきましては、市の取組として体制の整備を図っています。

例えば、地域包括支援センターの体制整備として、今まで2ヶ所だったものを、今年4月から4ヶ所に増やしました。さらに市の高齢者支援課の中に基幹型地域包括支援センターを設置しておりますので、合わせて5ヶ所の地域包括センターで総合的な支援体制を整えたところでございます。

つきましては、こういった基幹型の地域包括支援センターを中心として、在宅医療を支えるために、医療機関と介護、福祉の多職種連携の支援を目指していく体制を整えたところでございます。

医療機関との協議をするような会議が、コロナ前はありましたが、コロナ禍で出来なかったということもあり、今後、体制について、再構築を図っていくというような状況です。

(委員)

当院も在宅療養支援病院として在宅診療を行っておりますが、急性期病院でもありまして、医師の確保が大きな課題になっています。在宅療養支援診療所の亀田ファミリークリニック館山さんとうまく連携しながら何とかやっているというのが現状です。

(委員)

当院もクリニックで、在宅を行っていますが、メインはファミリークリニックが大きく展開しているかと思えます。ただ、在宅医療は、前日も発言させてもらいましたが、首都圏と違って、この地区は、1軒1軒が遠いがために、数も診られないという問題もあるので、リソースも凄く割いてしまいます。また、在宅も非常に大事ですが、在宅の方々が増えると、もともと働き手がない中で、介護やケアをするために、若い人が家に残らざる

を得ずに仕事を辞めなければいけないといった生産性を落とす問題も出てきています。本当にこの地において在宅をどんどん推進していいのか疑問があり、むしろ在宅、ハイブリッドではないですけども、そういった地区を決めて、整備するといった政策的な動きがないと、今後キープしていくのは難しいのではないかと思います。

(委員)

私も在宅診療をやっておりますが、当院は療養病床で入院の期限がない病床を持っておりますので、やはり在宅にいても、結果的に最終的には入院を希望される方の最終的な行き場所に当院がなっているというところで、地域への貢献となっていると思っています。

また、君津・木更津でも、訪問を専門としたクリニックと連携しているが、安房とは状況が違う。こういうことやって欲しいと在宅の先生が頼んでも病院ではやってくれないことも結構多く、遠いがうちに来て、例えば、がんで保存的治療になっている方の輸血をやっていることがある。他には、腸に吸収障害がある方で高カロリー輸液を希望して、いわゆる中心静脈、カテーテルを入れてくれと言っても入れてもらえないのを、うちで入れたりにしている。少し二次保健医療圏を越えた連携も行っているが、一応うちで可能なことは、やらせていただいている。

医療・介護の件では、昨年度まで医師会で介護、地域包括ケア担当の理事として動いておりました。そこで、医療と介護に関して、この地域特有の問題点は、特に存在しないと思っています。その中で介護業界向けに行っている活動がありまして、安房で広域の介護の合議体を作りたい。これを目的としているのですが、いまだに1つにまとまらない問題点がございまして。もし安房全体で介護の合議体が出来れば、介護全体の問題を医師会の方にもフィードバックして、全体の問題として取り組むことが出来るのですが、進んでいないため、個々の問題を拾い上げることができない。安房介護ネットワークというネットワークを作ってはいるが、なかなか機能していないため、なるべく介護の問題点全体をやり取りできる形にしたいと思っています。

(委員)

私は千倉町で開業医をやっています。ベッドを持っていませんし、普通の一般の開業医ですけど、診療所を開設してから、在宅の末期というものをやっています。

疑問に思うのは、在宅医療の患者像がはっきり決まっているのか、クライテリアが本当にあるのかです。悪性腫瘍の終末期を最後は自宅で迎えたいという方は、立派な在宅医療の対象者になりますが、ただ医療機関に行く足がないということだけで在宅をやっている例も多くあると思います。ここで在宅医療の会議をする前に、改めて在宅医療の対象者のクライテリアを概ね決めたい方がいいのではないかと思います。

大学卒業後に救命センターで、裸一貫で患者さんをどれだけ助けられるかを学んだのですが、最終結論としては裸一貫では何もできません。例えば、飛行機でドクターコール

があった場合、飛行機の中で、意識のない方を診て、聴診器も何もなくて行っても、どうしますか。そこのところは、何もないとできない。それは在宅も同じなんですよね。ですから在宅医療になった方は、あらかじめ急変しても、我々1人で行っても何もできないですよというのを前提にやっていかないといけない。それが強化となると、それまで救命しなくてはならないという責務があって、そのためにいろいろ診療報酬も上がっているのかなと思いますが、そのあたりの見直しも必要ではないかと思います。しっかりそのクライテリアを決めれば、今の在宅の患者数が随分減るのではないかと、そうすれば、逆に必要な方の在宅診療ができるのではないかと、そういう考え方でもう一度、在宅医療というものは何か、話し合いの場を設けたほうがいいと思っています。

(委員)

この件に関しては、私がケアマネージャーとして勤めていたときから、在宅で看取りまでやることはハードルが高かったというのは記憶しております。

最後は自宅で過ごしたいというような方は結構いらっしゃるのですが、なかなかそれができないということもありました。

介護の分野として、介護保険の方でも医療との連携というのは強化していかなければいけないというのは、ずっと言われているところでもありますので、行政と連携しながら、進めていきたいと思っています。

(委員)

終末期は本人や家族の思い、考え方、哲学も入ってきてしまいます。ただ単にクライテリアで分類できるかと言うと違うのかなと思います。

(委員)

救急隊員の講習の場でケーススタディがあります。90歳の方が在宅で急変したときに救急搬送の依頼があり、行ってみると70歳の息子が一生懸命心臓マッサージしていて、それを救急搬送していいかどうか。プランが出ていれば別ですけども、出ていない場合、どうするのか。先ほど言いましたように、在宅というのは、基本的には終末をそこで迎えたいという希望があつてのことがまず第1前提だと思います。

終の場を自宅で迎えたいという方が家族から救急車を要求されることや、主治医に連絡が来る場合があります。私の場合は事前にわかっていたら、どうしますかと全部話しておきます。

在宅医療を行うときに、やはり事前に、最後に何をやるのか、何を要求するのかということをしっかり話し合った上で、推進していかなければいけないと思います。

### <議事3「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)

それでは今年度の新規事業である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説明させていただきます。

事業の背景でございますが、厚生労働省が、医療計画の推進や次期地域医療構想の策定に向けた取組として、都道府県におけるデータ分析体制の構築を支援する事業を公募いたしまして、千葉県が厚生労働省の採択を受け、本年度から実施している事業でございます。

都市部を中心とした高齢者人口の増加に伴い、疾病構造の変化や、医療需要の増加が見込まれている中、地域の人口構造等の違いから、医療需要の増加幅やピークを迎える時期に差があるため、それぞれの地域の課題に応じた対応が重要であると考えております。

そこで、本事業では、医療計画の推進にあたって、各地域の実情に応じた、データ分析を企画立案できる体制を構築し、地域医療の現状や今後の取組等について分析を行うこととしております。

主な分析の内容でございますが、中段の辺りに記載されております。

まず、地域別の世帯人口及び医療・介護提供体制、地域、医療機関別の5疾病5事業及び在宅医療の需給状況、医療機関同士の連携状況、5疾病5事業別の対応医療機関までのアクセス時間、保健医療計画に定める「施策の評価指標」の地域別状況、医師の働き方改革の影響等を予定しております。

当事業は千葉大学の次世代医療構想センター様に委託し、事業期間は令和7年3月末までを予定しております。

分析の視点でございますが、当然のことながら、二次医療圏ごとに、人口構造や外来入院需要は異なります。医療資源は地域ごとに異なり、周産期医療や小児医療の拠点が無い地域も存在しております。医師の働き方改革の施行により、救急医療体制の変化も想定されます。そのため、患者の移動の実態、医療提供内容等の分析が求められると考えております。

続きまして、分析に用いる主なデータソースでございますが、厚生労働省や総務省等が持っているオープンデータや県が持っているデータ、その他医療機関等の御協力をいただきながら、独自に収集いたしますDPCデータ等を活用していきたいと考えております。

なお、医療機関様の協力を得て、独自に収集したDPCデータにつきましては、当事業で分析しまして、提供していただいた医療機関様の方にも、解析結果をフィードバックする予定でございます。

今後の予定は9月に分析項目を決定しまして、分析を開始する予定です。分析結果は、今年度第2回の地域医療構想調整会議で公表する予定でございます。

最後に、本日御意見をいただきたい点として、分析機関やデータソース等の観点からすべての提案にこたえられない場合がございますけれども、各地域でより深く分析すべき項目等がありましたら御提案いただければと思っております。

続きまして、今回の事業受託者でございます千葉大学次世代医療構想センター様から事業について説明をしていただきます。

(千葉大学次世代医療構想センター)

本事業においては、千葉県全域の地域医療課題に即した分析ができるような体制として2つのチームで準備しております。

政策情報分析チームではオープンデータ（県から御提供いただくデータ、独自に収集するDPCデータ）を用いて分析を行っています。DPCデータは、厚労省が保有していますが、申請して入手すると古いデータしかいただけないというところで、地域のDPC病院やデータ提出加算を算定されている病院にデータ提供をお願いしております。

また、二次医療圏にとらわれない分析が必要なのではないかというところで、地理的空間情報解析(GIS)を用いた分析、アクセス分析を実施することも視野に入れております。

地域医療デザインチームでは、様々な意見を収集し、実態に即した分析ができるようにという視点から動いていくチームとなっております。千葉県全体の政策にも資するような分析結果を御提供できればと思っております。

データの管理・分析について、当センターには十分なセキュリティ環境を有したサーバー室があります。そちらにサーバーを設置し、提供いただきましたDPCデータなどをはじめとしたデータベースをそちらに構築してまいります。

次回の地域医療構想調整会議では分析結果をまとめたものを御提案できればと思っております。DPCデータ提供医療機関には、方針、立ち位置などが分かる形で資料のフィードバックをさせていただければと考えています。

今回の分析事業について、先ほど優先順位付けの話がありましたが、千葉大学や県の職員の一存で行うものではなくて、千葉県全体の状況を見極めながら作っていきたいと考えております。そのために、9月に地域分析検討会というものを実施いたします。こちらで合議をさせていただきまして、その結果をもって、最終的な分析を開始していくという形となります。

また、本事業は厚労省から予算が分配されておまして、他の都道府県ですでに先行事例として開始しております。すでに優良事例などもございますので、情報共有しながら事業を進めてまいります。

本事業のスケジュールに関しては、9月の地域分析検討会を実施し、最終的な分析項目を設定した後、12月までを目途に分析を行ってまいります。その結果をもって2月の地域医療構想調整会議で御提案をさせていただければと思っております。

繰り返しになりますが、安房圏域においては多くの病院にDPCデータ提供の御協力をいただきありがとうございます。データ提出加算されている病院も、まだ御協力いただけてない場合は、6月と7月の2回に分けて資料を送付させていただいておりますので、ぜひ中身を御覧いただきまして、検討いただくように、よろしく願いいたします。

(議長)

本件について御意見を頂戴いたします。

(委員)

データ提供の医療機関が増えることで有効活用できれば、結果的に保険診療の適正化が行われることを期待しております。

(委員)

なるべく多くの医療機関の方にD P Cのデータを出していただければ、より正確になるということで、ぜひ多くの医療機関にデータを提出していただきたい。

データのばらつきが無いように、規模の大きな病院から小さな病院までD P Cを行っている医療機関にはぜひ、御協力をお願いしたいというところです。

(議長)

ここまでの議題につきまして御発言をお願いいたします。

(委員)

先ほど野崎先生から貴重な御意見をいただきまして、私も感銘したところでありますが、もしものときに、どのような医療・介護を望むのか。家族や医療者、介護者との話し合いをする人生会議がやはり必要ではなからうかなという率直な感想を持ちました。

医療・介護の連携は当然必要であることは誰もが承知しているところですが、首都圏と中山間地を占める地域とでは、かなり差があると思っております。鴨川市では地域包括支援センターの相談部門がしっかりとしており、現在、市内に4ヶ所あるセンターを中心に今、その役割を担っています。そうした中で、鴨川の医療・介護連携会議を立ち上げまして、対応しているところでございます。

(館山市)

市内4ヶ所ある館山市の包括支援センターはいずれも医療法人に経営していただいております。そういった点で医療と介護は距離が近いと感じています。

ただ、在宅サービスというところでは、やはり小規模法人が運営されているというパターンが多いのですが、小規模の法人で、例えばデイサービスを1つだけ、運営されている場合ですと、医療機関との連携はなかなか進んでいらっしゃらない。

特にコロナ禍でクラスターが発生した場合等、介護保険事業所で発生していることが、よくわからないということで、医療機関がなかなか介入できないということがあったようです。

館山市では他市と同様に、在宅医療・介護連携会議を不定期に開催しております。今後こういった問題についても、検討していきたいと考えております。

(委員)

私も親族は自宅や医療機関での看取りを行いました。自宅で最期を迎えたいと思っても、家庭の状況等でできないこともある。私自身、最期は自分の家で静かに息を引き取りたいと考えているが、自分の意思、家族の意思、家庭の状況、地域の状況もあるので、できる限りではありますが、行政としてもこの分野についてやれることをやっていきたいと思えます。

(委員)

在宅医療ということで、以前から歯科も取り組んでいますが、6月から診療報酬の改定があり、在宅医療をさらにもっとやれるような仕組みになってきておりますので、今後もっとやっていけるのかなという気持ちです。

(委員)

安房薬剤師会薬業会でも、診療報酬改定で薬局も在宅にシフトしなさいということで、在宅の加算が引き上げられました。在宅を対応できる薬剤師の資質の向上を図っていかねばいけないと思っているところです。

市町村における在宅医療連携拠点については、館山市の在宅医療・介護連携会議をたたき台としていただければと思います。

(委員)

地域医療構想が2040年にシフトしていく中で、在宅の重要性は高まってくると思うのですが、この調整会議の中で在宅を論じるには、メンバーを変えたほうがいいのかと思います。在宅の事業者やヘルパーさんなどを入れて議論した方が、いいのではないかなと思います。ぜひ県を通じて、働きかけられるのであればそういうことが必要だと思いました。

#### <報告事項(1)「令和5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)

資料4について説明、報告を行った。

#### <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 政策室)

資料5について説明、報告を行った。

#### <報告事項(3)「次回調整会議の議題等について」>

(医療整備課 地域医療構想推進室)

資料6について説明、報告を行った。

## 【その他】

(オブザーバー)

医療DXについて、昨年6月にデジタル庁と日本医師会から医療DXを推進するようという文章が出ました。

それを受けまして、安房医師会でも、この地域で医療DXを進めなくてはならないということで、市に医療DXの推進をお願いしました。以前のこの会議でも県から医療DXの推進の話があり、その時も推進して欲しいという話をしました。

医療DXは難しい話になりますが、実は既に推進されています。オンライン資格カードや電子処方箋などは、今後、100%導入するようになるかと思っております。医療DXの推進は、各医療機関で導入するように国が計画しておりますので、安房地域でもぜひ導入して欲しいと思います。

その理由を2つに分けて考えます。まずは平時のときです。例えば、当院に目が見えない患者さんが来て、糖尿病が原因の場合、薬の手帳を持ってきてないと、血糖の値や検査結果がわからない。そういう場合には病院に紹介状を書いて、現状を聞かなくてははいけないわけです。医療DXが推進されていれば、デジタルを通じて病院に紹介状が送られる。こういう地域だからこそ、機能集約して検査情報を繋げることで、患者の負担が少なくて済むと思います。

総務省から、南房総市は2033年に限界集落になるという話があった。2050年には消滅可能性都市という報道も出ている。今後、人口や医者数が徐々に減っていく中で、限られた医療資源を使って、この辺の住民の命を守らなくてははいけない。その時には医療DXが必要になるかと思っております。

また、有事の際には、医療DXが推進されれば、クラウドに上げた情報で、患者さんの情報(薬等)がわかります。安否確認にもなります。行政にもメリットがあります。医師会だけではなく各分野で協議会を設置して進めたいと思います。災害に強い安房地域として移住者を増やすことも出来るかもしれません。

8月に日本医師会で能登半島地震の報告会がありました。その時も情報の共有と発信についてディスカッションがありましたが、結論が出ておりません。有事の際にはパニックにもなりますが、平時から医療DXを使用していれば、それを有事にも使えるので、協議会を設置して推進していただければと思っております。

(千葉大学医学部附属病院)

具体的に医療DXを進めるにあたってどのように何をすればいいのか簡潔に説明します。電子カルテ情報共有サービスが来年から始まります。令和6年度診療報酬改定から医療DX推進体制整備加算という新規加算が導入されました。今後この加算を算定するために、電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスの導入が施設基準に入ってくるというところで、医療機関側としても、これを進めなければならないということを再認識したという状況です。

医療DXの中の位置付けとしては、医療DX推進の三本柱のうちの1つに、全国医療情報プラットフォームの構築というものがあり、その中に、この電子カルテ情報共有サービスがあります。

これは、オンライン資格確認の制度、システムを前提とした仕組みになっていて、簡単に言いますと、患者さんの基本情報、薬剤ですとか傷病名ですとか、検査室とかそういったものを共有する仕組みになっており、令和7年度から運用開始を予定しています。具体的には、「診療情報提供書」「退院時サマリー」「健康診断結果報告書」の3文書と、「傷病名、アレルギー、感染症、薬剤禁忌、検査、処方」の6情報が電子的に送れるようになり、すべての参画する医療機関で共有できるようになります。

安房圏域でこれからどう使っていくかということですが、薬の情報や検査の情報をリアルタイムで見られるというのが大きなところで、能登地震の際には災害時の閲覧というところで使われました。救急時医療情報閲覧という形で、これらの情報を救急搬送された際にも見ることができるというような機能がございます。仮に災害やサイバー攻撃で電子カルテが一時的に利用できない場合も、このシステムを通じて情報閲覧ができるというところで、BCPとしての役割もあります。

この仕組みは、自前でやろうとするとすごく大変で、地域医療情報ネットワークという形で、地域で運営するというようなものもあるが、誰がお金を出してそれを運営するかが課題になります。今回は、国の仕組みに乗り、こういったことが実現できるようになるのが、これまでと大きく違う点です。

当然すべての医療機関がいきなり導入するのは難しいと思いますが、なるべく早く地域全体が導入できるように、国からの補助金の交付には期限がございますので、このタイミングで地域全体の導入に向けて進められればと思っております。この医療DXは、いずれ必ずやらなければならないということはもう間違いないかと思っておりますので、早くメリットを享受していただくためにも、より早く導入を進めていって、活用していただければと思います。千葉大学でも、準備を進めている段階ですが、進めていくにあたってアドバイスできることもあるかと思っておりますので、ぜひ御検討いただければと思います。

(議長)

それでは最後に、本日御参加いただいた地域医療構想アドバイザーの佐藤先生から、総括のコメントをいただければと思います。

#### 【地域医療構想アドバイザー】

議題1について、二次医療圏という用語自体は、医療計画がベースになっていて、病床の配分と紐づく、法律的にハードルの高いところになります。

一方、地域医療構想では構想区域と呼んでおり、二次医療圏と近いものですが、用語としては別物です。もし今議論しているところがこの構想区域で足りないということ

であれば、運用上、例えば、急性期医療においては区域を跨いだ議論が必要かもしれないし、一方で、在宅医療のようにもっと狭いというか市町村単位で議論していかなくてはいけないところは分けて議論するような運用の仕方は合理的なのかなと思います。安房地域の会議に参加させていただいて、議題2の議論の活発化からわかるように土台はできていると思います。

議題2について、在宅医療の話で最も重要なのは、市町村と県のコミュニケーションかと思っています。おそらく新たな地域医療構想の検討会の中でも出てくる話かと思っていますけれども、2040年の地域医療構想に向けた議論では市町村の役割も出てくるかなと思っています。これまで、医療は都道府県の役割、保健、福祉、介護、在宅等は市町村の役割ということで、市町村から見ると、医療はすっぱり抜けているようなところでございます。

今日のお話にもありましたとおり、市町村と県の担当者間レベルのコミュニケーションがどれだけ会議体以外であるか。各市町村の中で現場レベルの協議会等はあるけれども、行政同士の話はどれだけあるかというところが、今後課題なのかなと思っています。先ほど各委員から発言があった哲学に関わる部分を介護計画や保健医療計画に落とし込んでいくというのが大きなゴールだと思っていますが、そこに向けた議論を深めていかなくてはいけないということで、別な形での検討の場がこの地域であってもいいのかなと思いました。

議題3では、DPCデータや効果の個々の医療機関の協力を得ただけのデータを使った分析でいくつか出てきているものありましたが、触れられていない中で大事ななと思っているのは、いわゆる連携に係るものだと思っています。診療報酬算定に係るこの地域の連携状況を見える化するとか、示すことは、現状における解像度を高くすることのきっかけになるのではないかなと考えております。もちろん地域における他の項目（この地域で守るべき医療等）について、議論することも大事ですが、同時にそのDXの話も見据えて、連携というものをさらに解像度高く議論できるようなきっかけを、このデータ分析支援チームが出してくれることを期待しながら、第2回の調整会議の議論に向けて私もお手伝いしていければと思っています。

## 6 閉会