令和 8 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　会議録

1　日　時：令和 8 年 8 月 6 日（木）午後 7 時から午後 9 時 10 分まで

2　場　所：君津健康福祉センター　3 階　大会議室

3　出席者：委員 14 名（代理出席 5 名）、地域医療構想アドバイザー1 名、オブザーバー1 名

中村委員、松清委員、前田委員、神委員、堀内委員、柳澤委員、三上委員、滝口委員、
金井委員、馬竹委員代理木島氏
渡辺委員代理小原氏、石井委員代理嶋野氏、高橋委員代理小野田氏、
粕谷委員代理加藤氏
佐藤アドバイザー、川越オブザーバー

医療機関：19 機関

国保直営総合病院君津中央病院、国保直営君津中央病院大佐和分院、
医療法人社団邦清会木更津東邦病院、医療法人社団鵬会高名清養病院、
医療法人萩仁会萩原病院、社会医療法人社団同仁会木更津病院、
医療法人社団互生会アクアリハビリテーション病院、
医療法人社団養真会上総記念病院、医療法人社団芙蓉会千葉芙蓉病院、
医療法人社団周清会鈴木病院、
社会医療法人社団新都市医療研究会君津会玄々堂君津病院
医療法人社団重光会君津山の手病院、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ケ浦さつき台病院、
医療法人社団重城産婦人科小児科、医療法人健誠会 Ken クリニック、
木更津心臓血管クリニック、
医療法人鉄蕉会（仮）亀田木更津クリニック開設予定者

4　会議次第

1) 開会
2) 挨拶
3) 議事
(1) 新たな地域医療構想の策定について
(2) 千葉県保健医療計画の中間見直しについて
(3) 病床数適正化緊急支援事業について
(4) 医療機関毎の具体的対応方針について
(5) 令和 7 年度病床機能報告の結果について
(6) 君津地域の救急医療体制について

(7) 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) 新たな地域医療構想に基づく医療機関機能報告及び病床機能報告について
(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) 次回調整会議の予定について
5) 閉会

5　議事及び報告の概要
1)開会
〇内山副センター長
ただいまから令和８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。本日の司会進行を務めさせていただきます、事務局の内山と申します。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、ホームページで会議開催の案内をしたところ、7 名の応募がありましたので報告いたします。
また、本日の会議は録音録画をさせていただき、議事録を作成の上、後日千葉県ホームページにて公開する予定ですので、ご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よりあいさつします。

〇金井センター長
はじめに、令和８年熊本地震でお亡くなりになられた方々に哀悼の意を表します。また、遺族の皆様に心からお悔やみを申し上げます。被災されましたすべての方々に心からのお見舞いを申し上げます。
君津健康福祉センター君津保健所所長の金井要でございます。今年で４年目になりました。この会議のメンバーの方々に日頃大変お世話になっております。
この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、保健医療対策について検討し、また、地域の医療ニーズに応えるために向き合わなければいけない課題について、皆様の貴重な御意見をいただき、議論する場として開催しております。今年度は３回予定しております。
さて前回の今年２月の会議ですが、１つ目に紹介受診重点医療機関の選定を行い、君津中央病院、玄々堂君津病院に引き続きお願いすることになりました。
２つ目に、公立病院経営強化プラン策定ということで、君津中央病院より、圏域の救急医療体制を総合的にする検討する。また、本院と分院の機能分化・連携強化について説明がありました。
そして３つ目が、非稼働病床を有する１医療機関から再稼働に向けた取り組みをしているという説明がありました。
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は、当圏域では１次救急、２次救急を受ける医療機関が減少し、軽症・中等症も含めて君津中央病院の役割が大きくなってるというような

説明を受けております。
新たな地域医療構想の策定や、保健医療計画の中間見直しについても報告がありました。
今回いろいろ議題があるということでZOOMではなく、皆様に集まっていただいて行うという形なりました。実に、七、八十人の多くの人に来ていただいており、皆様お忙しい中参加いただき、大変感謝しております。
今回は議事として、病床数適正化緊急支援事業、医療機関ごとの具体的対応方針、令和7年度病床機能報告の結果、君津地域の救急医療体制、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この中で、君津地域の救急医療体制につきましては、前回の説明でもう少し聞きたいこともありましたので議長が議題として提案しています。
その他報告事項として、新たな地域医療構想に基づく医療機関機能報告や病床機能報告、地域医療介護総合確保基金による実績などの報告がございます。
本日の会議、円滑な進行を務めて参ります。御参加いただいた皆様が活発な御議論を行われることを願っています。本日はよろしくお願いします。

〇内山副センター長
本日御出席いただく委員、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、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、医療法人鉄蕉会は、（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項の規定に基づき、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。また、森委員は本日、所用により御欠席の旨、御連絡をいただいております。
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。

副会長選出
〇金井センター長
それでは議事に入ります。議事進行を務めます。
この会議の進行ですけども、会長の他に副会長をおくということになっておりまして、当会議の要綱の第4条第2項では、副会長は会長が指名するということになっております。
君津木更津医師会長をしております、中村先生お願いしたいのですがよろしいでしょうか。
（会長の指名にとくに意見なし）

〇中村委員
はい。

〇金井センター長
では中村先生お願いいたします。
まず、議事１、議事２を同時進行いたします。
新たな地域医療構想の策定について、千葉県保健医療計画の中間見直しについて、健康福祉政策課政策説明お願いします。

（１）新たな地域医療構想の策定について
（２）千葉県保健医療計画の中間見直しについて
〇健康福祉政策課政策室今野室長
新たな地域医療構想については、令和１０年度末までに策定を目指しています。また、千葉県保健医療計画の中間見直しについては、今年度に進めているところです。本日説明する予定でしたが、大変申し訳ないことに、８月１２日に開催を予定している千葉県医療審議会で諮問した後に、皆様に説明させていただき、御議論、御意見をいただきたいと考えております。

〇金井センター長
８月１２日の医療審議会が行われた後に、どのくらいの目途で開催されますか。また、対面ですか、ＺＯＯＭですか。

〇政策室今野室長
ＺＯＯＭを考えております。９月３日までの間で日程調整をしたうえで皆様に御案内します。

（3）病床数適正化緊急支援事業について
〇金井センター長
今までの説明に何か質問はありませんか。無いようですね。
では、議事３病床数適正化緊急支援事業について。医療整備課地域医療構想推進室執行室長お願いします。

〇地域医療構想推進室執行室長
病床数適正化緊急支援事業について御協議をお願いします。
では、1 ページをご覧ください。事業の目的は病床数の適正化を進める医療機関に対し支援を行うことで、具体的には一般・療養・精神病床を有する医療機関が病床を削減した場合に国が財政支援を行うものです。
支給対象は令和 7 年 12 月 16 日から令和 9 年 3 月 31 日までに病床削減を行う医療機関等になります。2 ページを御覧ください。事業活用に当たっての留意事項ですが、開設者または開設者であった者の定義は医療機関単位ではなく法人単位となります。また、本事業で削減された病床は不可逆的な措置として医療計画で定める基準病床数を削減することとなっています。事前質問をいただい

ておりますが、本事業は、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関に生じる様々な課題に対し、支援を行う事業ですが、県としては、地域の医療提供体制を維持する観点から、病床削減後の基準病床数が必要病床数と同数になるまでを削減可能な病床数の目安として考えております。
県は申請内容の審査を行い、医療機関へ認定又は不認定の通知を行いますが、国実施要項に基づき地域医療構想調整会議で地域の合意が得られたものについて申請の認定を行います。4 ページを御覧ください。本日は、各医療機関が行う病床削減は、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進めるものであり、効率的な医療提供体制の確保に資するものであるか、御意見を伺います。
5 ページを御覧ください。今回は 2 件の申請がありました。まずは、東病院様から説明をお願いします。資料は 6 ページとなります。

〇東病院
6 床の削減を予定しています。主な削減要因は看護師の不足によるものであり、また、コロナ患者の受け入れを始めたことによる、医療資機材等の収納場所の確保を目的としております。1 階の 12 床につきましては看護師が不足しており、通常の夜間においては看護師が 1 階に常駐することが困難であり、2 階 3 階の病棟に性別等により入院させられないときに、一時的にそこに入院させるのが現状です。日中におきましては、輸液の投与、心電図の測定等、処置検査に使用しておりまして、年に 1 回ないし 2 回は 1 階の病床を使用している。2 階の 2 床は当初はＩＣＵとして使用を考えておりましたが、基準に満たないことから現在は一般病床として使用しています。使用状況といたしましては、術後の経過観察部屋として一晩そこに入り、翌日に一般病床に移動しております。減少後につきましては、術後 3 時間程度の経過観察部屋として利用し、その後は一般病床に移動するというふうに考えております。次に 3 階の 2 人部屋 2 床は、コロナ患者を受けるために特別室の 2 部屋を改修し、この中で受け入れをしました。コロナ患者対応用の医療資機材等の収納場所が 3 階になく、別の倉庫に保管してあるため緊急時に即応することが困難となっております。また、看護師が不足してる中で、資機材搬送に人数を割かれてしまうことも問題があるため、直近の 3 階の 2 人部屋 2 床を資機材倉庫として使用するものです。
以上、急性期病床 6 床の減少となり、本年 10 月 1 日からは、入院病床 39 床とする予定です。以上でございます。

〇地域医療構想推進室執行室長
ありがとうございました。
次に Ken クリニック様から説明をお願いいたします。資料は 7 ページとなります。

〇Ken クリニック
前院長の逝去により常勤医が 2 名から 1 名に減少し、看護職員 1 名の退職希望もあることから、現状の人員体制で医療を安全かつ安定的に続けることが困難となりました。また当院の実際の入院患

者数や病床の利用状況を踏まえて、現在の診療実態と人員体制にあった病床数に適正化することが妥当と判断しました。一方で当院では手術を伴う外科診療も行っておりまして、今後も必要とする患者さんに対しては地域で医療を担っていきたいと考えています。そのため診療機能を廃止するのではなく、医療安全を確保し、地域に必要な短期入院の医療管理を継続するための適正化の方針と考えております。

〇地域医療構想推進室執行室長
説明は以上です。進行を議長にお返しいたします。

〇金井センター長
2 つの医療機関の説明、また、事前質問に対する説明もありました。全国健康保険協会、袖ケ浦市、木更津市から質問出ておりまして、その中身についての確認ともなりました。
今の議事について、質問や確認したいこと等ありますでしょうか。

〇木更津市小原部長
木更津市から、本議題について質問を出させていただきました。それに対して口頭で回答いただいたというふうに認識してるんですが、書面でこちら出しているものに対して書面で何か回答をご用意されるっていうことはあるんでしょうか。

〇地域医療構想推進室執行室長
会議終了後にホームページ等で書面の回答を公開しようと考えております。

〇木更津市小原部長
では改めて、事前に質問させていただいたのは、この資料のスライドページで言うと 2、事業活用に当たって留意事項の 2、基準病床数の取り扱いについてのところ。
もうそこを見ますと、基準病床数が削減される。本事業で削減された病床については、不可逆的な措置として医療計画で定める基準病床数を削減することとされている、と記載がある。そして、そのところについて、基準病床数が削減されてしまうということは、この君津地域全体でいうと回復期病床が不足しているというような、将来的にその回復期病床を増やそうとした場合にでも、不可逆的な措置として、基準病床数の上限が下がるということになり、新しく行うその病床整備が困難になるのではないですかという懸念を投げかけさせていただいたんですが、もう一度その部分について、説明ください。

〇地域医療構想推進室執行室長
先ほど回答しましたのは、県の今回の削減病床数の最大数の目安としまして、基準病床数が必要病床数と同数となるまでを削減可能な病床数に考えるということなんですけども、ご懸念の内容につ

きましては、まず病床整備の関係は現行制度上、基準病床数と現状の病床数である既存病床数の差分によって、基準病床数を上限値として整備していくところですので、基準病床数が下がれば整備可能な上限値も下がるという認識は合っております。
その上で県の認識を申し上げますと、今回のケースでは、確かに上限値は下がりますけども、既存病床数も下がりますので、一定程度の病床整備は可能なものと認識しています。今日の議題にはありませんが、医療圏の見直しなど検討している最中であり、基準病床数や 2040 年時点の必要病床数なども見直しになっていくと思われるので、そういった状況を勘案しながら病床整備について考えているところです。また、回復期が足りないという懸念につきましては、回復期、これからは包括期へ転換するような支援策等も検討していく必要があるという認識でおるところでございます。

〇木更津市小原部長
新たな地域医療構想の中で、そういった地域の実態を踏まえた、いろんな懸念点についてのフォローといいますか、取り組み、施策を県の方でもご認識いただいていることだろうということで、理解をさせていただきました。
今ご説明していただいた内容も踏まえて、質問に対する回答としては取りまとめをして、ホームページに載せていただけると非常に助かりますので、よろしくお願いいたします。

〇金井センター長
私から。先ほど不可逆的で病床数が戻らないっていうのは、削減した医療機関に対して戻らないという意味なのか、この 2 次医療圏全体でその病床数を使えなくなるのかどちらでしょうか。

〇地域医療構想推進室執行室長
圏域全体です。

〇金井センター長
医療機関が返上するということを、医療圏全部の数として考えるのでしょうか。

〇地域医療構想推進室執行室長
基準病床数が変わるという観点で言いますと、当然地域の病床数の上限値が変わるという認識です。

〇金井センター長
他にご意見質問等ございますでしょうか。
なければ、今回、2 医療機関から申請がつきましたことについては、医療整備課より後日厚生労働省の方に提出するということになります。
（４）医療機関毎の具体的対応方針について

次は議事 4 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、お願いします。

〇地域医療構想推進室執行室長
医療機関毎の具体的対応方針について御協議ください。
資料 2、1 ページをご覧ください。
各医療機関様は、2025 年に担う役割や、医療機能ごとの病床数について、平成 30 年度に方針を策定いただき共有しています。また変更があった場合には本会議でその都度御協議いただいています。
次ページをご覧ください。今回は、具体的対応方針の変更について 1 医療機関から報告いただいていますので、その内容について地域の実情に合っているのか、医療提供体制の確保という観点から御意見をいただきます。なお参考に 3 ページ目に令和 5 年度時点の病床の状況について掲載しております。
次に 4 ページをご覧ください。新たな地域医療構想基づく、医療機関機能報告や病床機能報告につきましては、本年 10 月 1 日から施行する予定となっております。
これを踏まえ、今後 2040 年を見据えた地域医療構想の実現に向けまして、構想区域において担うべき医療機関としての役割や、2040 年時点に持つべき医療機能ごとの病床数等に関する方針について、各医療機関においてご検討いただくことを想定しておりますが、現時点で不明な点も多く、今後国の状況を注視し、新たな情報が示されたときには適時お知らせをさせていただきたいと思います。ここで、事前に質問をいただいてますのでご紹介いたします。
まず 1 番目ですが、今後医療機関毎に病床転換を検討していくにあたり、病床の稼働状況に合わせ、精神病床を削減した分を一般病床（回復期）に変更することなどを柔軟に認める考えはあるのか、という質問をいただきました。こちらについての回答でございますが、まず一般病床と精神病床は、医療法上異なる病床種別として位置付けられており、基準病床数につきましても、医療法施行規則第 30 条の 30 に規定されている算定式により病床種別ごとに算定されますので、精神病床の削減数を一般病床へ振り替えることは法令の規定上できないところであります。
次に、回復期病床の不足により、急性期を脱した患者の転院が進まず、新たな患者の受入れに支障が出ており、特に救急医療体制に中では大きな課題となっている。県として具体的支援策があるか、という質問をいただきました。こちらにつきましては、県では急性期病棟から回復期（回リハ、地ケア）病棟への転換に係る整備事業に対する補助制度を設けています。今後新たな地域医療構想における地域医療介護総合確保基金に係る国の動向を注視しつつ、包括期病床への機能転換に対する支援策等について検討してまいりたいと考えています。
事前質問については以上でございます。
次に 5 ページをご覧ください。
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ご協議いただきます。今回は、君津中央病院様からご報告をいただいています。

資料 6 ページをご覧ください。
君津中央病院様におかれましては、看護師不足により現状の病状数に対する看護配置基準の維持が困難であることから、9 階西病棟（49 床）を休棟するとのことです。再開時期は未定であり、今後の看護師の確保状況及び病院の経営状況を踏まえ、再開または返上について判断するということです。
説明は、以上でございます。進行を議長にお渡しいたします。

〇金井センター長
事前質問について先ほど説明があったのは、袖ケ浦さつき台病院、そして君津市の方の質問に対するものです。君津中央病院から病棟について御説明願えますか。

〇柳澤委員
大体ここに書いてある通りなんですけれども、看護師の不足によって現状の看護配置基準の維持が困難。そういうことで、49 床を休棟とした。また、看護配置の効率化を図ることが目的で、入院受け入れ、対応患者数に変更はありません。1 病棟を休棟とすることで患者さんを受け入れる領域の変更はなく、受け入れ制限や診療制限をすることではございません。
病床機能については従来の状況を維持しております。

〇金井センター長
質問発言等いかがでしょうか。
これ 2025 年度時点での地域医療構想に適合してるかどうかという話をしてくれということですが、保健医療圏が変化したときのことは想定した議論がないんですね。必要ないんですね。

〇地域医療構想推進室執行室長
そこに関しましては今後検討していくことになっております。

〇金井センター長
わかりました。
それでは、いろいろ発言が難しいような議題が多く並んでいるようですが、これについては厚生省に意見を出すとかそういうことじゃなく休床をこの地域として認めるかどうかということですね。

〇地域医療構想推進室執行室長
はい。

（５）令和７年度病床機能報告の結果について
〇金井センター長

では、議事5になります。
令和7年度病床機能報告の結果ということで、医療整備課地域医療構想推進室説明をお願いします。

〇地域医療構想推進室吉江副主査
資料3をご覧ください。
この度、令和7年度の病床機能報告の結果を取りまとめましたので、ご報告いたします。
病床機能報告では、各医療機関から病棟単位で4つの医療機能の中から、現状と今後の方向性を自ら1つ選択して、都道府県に報告いただいています。
1枚めくりまして、令和7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の表をご覧ください。
区域と医療機能ごとに、左から3列目のA列には2025年の必要病床数、隣のB列には令和7年度に各医療機関から提出のありました、病床機能報告、その差し引きを隣のB－Aで示しております。
当圏域の必要病床数と病床機能報告との差し引き結果は、高度急性期40床、急性期328床、慢性期191床の充足、回復期は496床の不足となっています。
また、その隣のC列には、定量的基準に基づく病床数の推計値を記載しています。
定量的基準とは、病床機能報告の報告結果を、平成31年度に、各圏域において合意を得た方法で推計したものとなり、算定方法は、圏域によって異なりますが、病床機能報告で報告された入院基本料や診療実績などの定量的な基準に基づき、各機能の病床数を算定しています。
一番右のC－Aは定量的基準に基づく推計値とA列の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120床、慢性期191床の充足であり、B―A列の差し引きに比べて、高度急性期は必要病床数との差は若干大きくなっており、慢性期は同数となっております。
急性期はB―A列では328床の充足、C－A列では80床の不足となっており、定量的基準の方が、必要病床数との差は縮まっています。
回復期はC―A列は274床の不足ですが、必要病床数との差はB―A列よりも縮まっています。
1枚めくりまして、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にしたものです。
経年で見て大きな変動はありません。
1枚めくりまして、こちらは各医療機関からご報告いただいた病床数を表にしたもので、後程ご参照ください。
1枚めくりまして、最後になりますが、こちらは、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、特定入院料であるのかを示したものです。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、県全体では、急性期一般入院料1の比率が最も高く、当圏域でも同様に、急性期一般入院料1の比率が高くなっています。

次に、(2)急性期について当圏域では、急性期一般入院料と地域一般入院料が 7 割強と比率が高くなっています。
次に、(3)回復期について、県全体では、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の比率が最も高く、当圏域でも同様に、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の比率が高くなっています。
また、他の圏域と比べて、地域一般入院料の比率が高くなっています。
最後に、(4)慢性期について当圏域では、療養病棟入院料 1,2 のみの構成比となっており、他の入院基本料等で慢性期の報告はありません。
また、こちらにつきまして質問を一問いただいております。
質問内容につきましては、令和 7 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によると、君津地域は回復期病床が、既存病床 810 に対して 314 と不足している。急性期を出した患者の転院先がないことが、君津地域の課題となっているが、県として支援策があるか、というものでした。
こちらにつきまして、県では、急性期病棟から回復期（回リハ、地リハ）病棟への転換に係る整備事業に対して補助を行っております。今後、新たな地域医療構想における地域医療介護総合確保基金に係る国の動向を注視しつつ、包括期病床への機能転換に対する支援策等について検討して参りたいと考えております。質問に対しての回答は以上になります。
報告は以上になります。進行を議長にお返しします。

〇金井センター長
ありがとうございました。
先ほど質問あったのは富津市からの質問でした。
それからちょっとお聞きしたいんですが、県の方の支援事業というものが、地域医療介護総合確保基金によるということですが、これは実績があるのでしょうか。

〇地域医療構想推進室執行室長
実は実績が少ない状態でして、それは、なぜかという分析を今やっているところですが、おそらく使い勝手があまり良くないのではないか、と思っています。
回復期の増床などの整備費用を補助する事業ですけども、おそらく申請決定してから整備を行うまでの期間などが結構短かったりするということも聞いてますので、そういうところが要因なのかと考えていますが、これから分析をしまして、新構想も見据えながら新制度を構築していきたいと考えています。

〇金井センター長
そういう支援事業があるんであれば使いやすい形で、割と短いスパンでやらないと使う方はやはり増えないですよ。

この件について、発言質問等ありますでしょうか。

佐藤先生にお聞きしたいのですが、私は病床数の数え方というのもすごく難しいなと思っています。令和７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ですが、見方について教えていただけませんか。ＡＢＣの違いといいいますか。

〇佐藤アドバイザー
A の必要病床数、B の病床機能報告、順番に説明します。
必要病床数は厚生労働省が作った指標でして、各２次医療圏に 2025 年にはこれぐらいの各病床数が必要だと推計に基づいた値を国が示した。
そして B は各医療機関の皆様が報告してくださったデータ、実際の値です。国が将来これぐらいの病床数が必要だといったものに対して、今年度はこれぐらいの数でしたよ、というものでギャップがある。そもそも A 列が正しいという確証はないわけですけども、10 年前に行ったものなので、ただ、そういった結果になったと。注意したいのは、なぜ定量的基準というものができたのか。
病床機能報告というのは名前の通り報告ですので、各医療機関様がここの病棟は急性期だというふうに自己報告したものになります。ですから、これは決して正しいと言い切れないっていうところが限界点としてどうしてもある。これは各都道府県が千葉県含めて行っている補正の方法として定量的基準、これは実績に基づくというふうに読みかえた方が解釈しやすいかもしれません。
他の実績データを見て、病床機能を修正して計算し直したのが C 列になります。C 列の計算の仕方は、千葉県におかれましては医療圏ごとで３通りほどあって、代表的なのは、いわゆる診療報酬の 1 人当たりの件数が基本料を除いて、3000 円以上だったら急性期っていうような形でしています。手元にその当時の資料がないので、正確に説明できず申し訳ありませんが、過去にこの調整会議で決めた計算方法を使って、県の方で計算し直したものが C です。
これと国が推計したものから少し補正されて実態に近いのではないか、という過程で出てきたのが差引Ｃマイナス A になるということです。
ただ、その結果として過不足が、プラスマイナス出てますけども、そこをどう考えるかっていう解釈はおそらく現場の先生方との肌感覚とすり合わせが必要ということは、過去も含めて、よく言われていることでございます。
本当に君津医療圏は急性期が不足してるのか、回復期は不足しているのか、慢性期は十分なのか、少し意見交換してもよいと思っています。

〇金井センター長：令和７年の推計値のＣ値というのは、4 ページの方にある点数ごとによる区分で、推計したということと思っていいでしょうか。

〇地域医療構想推進室執行室長：はい。そのとおりです。

〇金井センター長：そうすると、各医療機関から申告あったものと、若干保険点数上の診療の数がずれてるというか違いがある。

〇地域医療構想推進室執行室長：基本的には実績データから出したものが定量的基準となっております。病床機能報告上の報告値を診療機能別に出したものと考えていただきたいと思います。

〇金井センター長：ベッド数については 10 年前の数字にぴったり合わせるところまでは必要性はないと考えていいのでしょか。

〇地域医療構想推進室執行室長
病床数につきましては、あくまでも病床機能報告上の数字も含めて指標、目安とするべきものと考えております。

〇金井センター長
ただ今の説明について、ご発言はいかがでしょうか。

〇柳澤院長？？？
定量的、難しいところがある。急性期から回復期、包括期に転換する。支援策も検討されている。しかし実際に回復期が足りないということについては、なかなか難しい印象。
病院の方で「うちは回復期にします」というのを待っていても変わらないのではないか。もしかしたらまさにこの場で病院同士が議論したり、県の方から「あなたは回復期にしたほうがよい」といった議論をしたりしないとなかなか各病院の病床機能は変わらないという印象を持っています。

〇金井センター長
実際、うちの病院は慢性期だけではなく、急性期もやってるんだというと病院はありませんか。結局、実際やっていることと実際の保険点数上の乖離がある程度生じるとこういうことになる。
まず保険者にお聞きしたいんですが、全国健康保険協会千葉支部の三上さんは、医療機関の保険点数、病床数の点数というのはそちらで把握していて、千葉県の地域ではどれぐらいのベット数は、いわゆる、急性期、または回復期はあるべきというような、現状的には感覚的には思っていらっしゃるのでしょうか。あまりそういうことはこだわらずされているのでしょうか。

〇三上委員
私どもいわゆる協会けんぽの加入者、千葉のレセプト等については当然持ってますけれども、今お話のあったような医療機能別ですとか、病床機能別ですとか、そういったものについてもレセプトの分析がおそらくできると思います。
今現在はどこまでのデータを持ってると言える状況ではありません。

〇金井センター長
医療機関にお尋ねします。君津山の手病院はどうでしょうか。
自分のところの医療機関として、この医療を中心に行っているので、ベッド数がこれで適切だと思ったというようなことはいかがでしょうか。

〇君津山の手病院
当院は療養病棟入院料１のベッドを１５６床持っているので慢性期だけで、回復期という部分は、ちょっとあまりわからないんですが、慢性期において、病床が多いという状況がでてると思う。ここ最近の入院の状況を見てますと、コロナ前よりは入院の相談が減ってきてるのは実際あります。稼働率においても、コロナ前よりも、当院においても、稼働率は大分下がってきてるような状況です。それがコロナの影響がちょっとあったのかどうかってのわからないんですけども。病床数が埋まらないというのが今、当院が悩んでるところなんです。
そういう部分において、慢性期が少し多いっていうのは、若干理解できますが他の機能についてはわからない。

〇金井センター長
君津山の手病院の中心は回復期でなく慢性期なのですね。
三枝先生いかがでしょうか。急性期医療は重要と思うんですが。

〇三枝病院
まず１つ、ちょっと考えなければいけないのは、この、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というのは自己申告ということで、どうしてもこの回復期という名前に引っ張られてしまって、回復期リハビリ病棟を持ってなければ回復期にならないという考えがあって、そうでなければ、急性期に入れるしかないっていうのは、今まであった気がします。
これは名前が変わるようなことを伺ってますので、そういった発生からじゃないかなというのが１つと、この辺の地域ではどうしても中小病院が多いので、何か特別な機能を担ってるっていうよりも、本当に急性期から、どうしても退院できない人は慢性期に近いような状態までになってますんで、そこで病院の機能を分けると言われても、なかなか分けられない。また、リハビリ病棟に変えるかっていうと、もう、いろんな施設基準があってなかなかそういったものを変える対応がない。そういったものを、やはり県の方でちゃんと加味していただいて、現場で必要なときに必要な形で変えられるような、そういうシステムを作っていただけなければ、この場合幾らやっても変わらないと思います。
そういったところを県の方針って考えられるんでしょうか。

〇金井センター長

最初のご意見はそう簡単に病床転換できるもんじゃないっていうのことと、地域にいるといろんな混在したような病床を持ってるということですよね。
鈴木先生いかがでしょう。

〇鈴木病院
介護医療院もある。病床機能が急性期に入るのか、回復期に入るのか自分たちでよくわからない。当初慢性期で出したんですけど、いろいろ考えてみると回復期に近い。、急性期で出している医療機関でも例えば、役割の中で救急やってないのに急性期と登録してたり、うちは救急やってるけど回復期で出している。結局、明確な基準がなく何かよくわからないところがあって、本当は回復期にしたいところなんだけど、急性期のままの医療機関はある。中小病院が多く、個人経営というところがあると思うので、会議をやっていても何も変わらないだろうなというふうに思います。

〇金井センター長
その苦言をいつも私聞いておりますが、実は鈴木先生は地域医療にだいぶ参加してくださって助かってると思ってます。やはり地域医療であるとどんな部分で機能を決めるのが難しいということですよね。
アクアリハビリテーション病院の須田先生いかがでしょうか。

〇アクアリハビリテーション病院
理事長の意見のすり合わせをしてきてませんので、もう何ともお答えしようがないです。ごめんなさい。

〇金井センター長
アクアリハビリテーション病院は回復期病棟になるわけですよね。

〇アクアリハビリテーション病院
そうです。

〇金井センター長
ありがとうございます。
すいません本当にこの話をいろいろ出てくると思うんですが、一応、地域の医療機関としてそれぞれ頑張っていて実はどう区分に属するかはわからないというか、明確にされていないということが多いということがわかりました。
県の方はもっと議論を深めて欲しいということでしょうけども、ただこのことに関して言うと、医療圏が変わってしまったらまた計算し直すということですよね。

〇地域医療構想推進室執行室長
基準病床数も必要病床数も算定しなおします。

〇千葉芙蓉病院
うちの病院は慢性期 120 床なので、回復期にという話はちょっとあれなんですが、急性期病院が、慢性期、回復期に移行しようと思うと、それこそ介護療養型が介護医療院に移行したときのような何かしらオプションがなければ、間違いなく動かないと思うんです。
介護医療院に移るときには、基本料を取っちゃうと、介護療養型より高かった。プラス加算がついてましたよね。介護医療院に移行するときに加算が付いた。結局、療養型より介護医療院の方がペイがいいって、じゃあ移行しましょうかというふうには最後になったと思います。
ただ、回復期でいくというときは、確実に収益が落ちると思うんです。ここに関しては全くメリットがないので、幾ら補助金をもらったとしても、箱は基本的に変える必要がないと思うので、急性期病院からしたら、何もメリットないから変えないってのは当然のことだと。
私去年、高知県から来たんですけども、高知県でも同じように、急性期も慢性期も回復期に移行するように補助金出していましたが、5 年やっても全く応募がなかったという実情もあるので、そのあたりもしっかり、考えていかなきゃいけないと思っております。

〇金井センター長：議事の進行が右往左往しての発言なっておりますけども、ただいろいろな考えがあるということで。では、次の議題に進んでよろしいでしょうか。

（6）君津地域の救急医療体制について
〇金井センター長
次は君津地域の救急医療体制について、君津保健所、健康福祉政策課政策室、説明をお願いします。

〇政策室塩田主事
当課で実施している「千葉県地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業」の令和 7 年度分析結果を用いた部分について説明させていただきます。
まず、2 ページ目をご覧ください。救急搬送における 2 次医療圏別の流入・流出状況です。
こちらは救急搬送実態調査を元に作成した表ですが、医療機関と消防機関における報告ベースの調査です。データの欠損がある可能性に御留意ください。

２ページの表は、2023 年 9～10 月の 2 ヶ月間の搬送元消防機関報告数が記載されています。君津医療圏で発生した救急事案のうち、救急隊が出動し搬送した件数はこの 2 か月で 2830 件、君津医療圏の医療機関が受け入れた救急搬送数は 3677 件となっております。

このうち、君津医療圏で発生して君津圏内で受け入れた搬送数は 2595 件。
君津医療圏で発生して、君津医療圏以外に搬送されたものは、赤色で囲まれている部分（流出）で 235 件です。

例えば、2023 年 9～10 月に君津医療圏で発生した救急搬送事案のうち、市原医療圏に搬送したのは 91 件となります。
また、他の医療圏で救急搬送事案が発生して、君津医療圏で受け入れたのは、表では青色で囲まれている部分で、1082 件となります。
例えば、市原医療圏で救急搬送事案が発生して君津医療圏に搬送されたのは 83 件となります。この表は、他県からの搬送患者件数は含まれておらず、少数の搬送先不明があることに御留意ください。

続いて、3 ページ目をご覧ください。
こちらは「医療機関別　重症度別の救急搬送患者数」を左から多い順に並べたグラフです。
搬送数としては、君津中央病院が 982 件と突出して多くなっています。
重症度別で見ますとすべての医療機関において、軽症、中等症例が受け入れの大半を占める結果となりました。その中で重症例の受け入れ件数が多いのは君津中央病院でした。

続いて 4 ページ目をご覧ください。
君津中央病院のみを抜粋して、救急入院患者のアクセス分析をしています。
救急入院患者の受注患者のうち 96%が、君津中央病院から 60 分圏内に住所地を有しているとわかります。

この続きのページを作成したのは君津保健所ですので、説明をお願いいたします。

〇君津保健所勝副主幹
資料の 5 ページから 7 ページ、 9 ページについて、君津保健所から説明します。

千葉県地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業のデータに加えて、令和 5 年度救急搬送実態調査結果に基づいた資料です。

この調査は令和 5 年 9 月・１０月に千葉県内で発生した救急搬送事例について、県内 31 消防機関、171 医療機関及び 19 夜間休日急病診療所に照会したデータを集計・分析したものとなります。
　搬送時間は、覚地から病院収容までの総合時間を指しますが、①覚地から現場到着までの時間、②現場到着から現場出発までの現場滞在時間、③現場出発から病院到着までの搬送時間の 4 種類に分けることができます。

６ページの表は、千葉県全体と２次医療圏毎の、総合搬送時間を 30 分刻みで表に表したものです。覚知から病院収容まで１時間未満の割合は、千葉県全体では 72.1%（黄色部分の３０分未満、３０分から１時間未満の割合を合計)、君津医療圏は 68.3%、隣接する安房医療圏、市原医療圏はそれぞれ 68.8%、69.5%で、概ね同程度の状況です。
7 ページは、「２次医療圏別　重症度別の救急搬送受入れ患者数」です。君津医療圏では、全体 2866 件のうち、軽症が 1660 件、中等症が 1045 件となっております。

９ページは、「2 次医療圏別　年齢別の救急搬送患者数」です。
１０ページの年齢別の救急搬送患者割合とあわせてご覧ください。
君津医療圏では、2866 人の救急搬送患者のうち、65 歳以上 75 歳未満が 403 人。
75 歳以上 85 歳未満が 738 人、85 歳以上が 551 人となっております。

以上で君津保健所からの説明を終わります。

〇政策室塩田主事
８ページ、１０ページ目は、千葉県地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業の成果です。
健康福祉政策課から説明します。
８ページ目は、７ページにあった救急搬送受け入れ患者数を重症度別の割合で見ています。君津医療圏では、救急搬送患者のうち軽症、中等症の割合が 94.4%を占めています。
10 ページ目は、救急搬送患者数を年齢別の割合で見ております。君津医療圏では救急搬送患者のうち 65 歳以上の高齢者は 59.1%を占めており、85 歳以上に絞りますと 19.2%となります。

最後に、11 ページをご覧ください。
消防機関から医療機関への受入れ紹介回数 4 回以上で、かつ、現場滞在時間 30 分以上の事案、搬送困難事案についてです。
搬送困難率は、搬送困難事案を医療圏における救急搬送数で割った値と定義しております。
君津医療圏では、搬送困難率が 9.8%となっており、千葉県全体の 8.4%を上回っております。

資料の説明は以上です。

〇地域医療構想推進室吉江副主査
事前質問で、「当該資料は、少なくとも令和 7 年の救急搬送に関するデータにすべきではないか。直近のデータがないのか。」というご意見をいただきました。
本調査は隔年で実施しており、今回は直近の確定実績である令和 5 年度の調査の結果を使用しました。令和 7 年度調査の結果は今後公表予定です。

〇金井副センター長
ありがとうございます。
ちょっと２年ほど前のデータで、９月１０月という特定の２ヶ月です。
現状どれだけ反映しているか考えもありますが、ページ３の君津医療圏別の救急搬送を見ると、重症度救急が君津中央病院に集中していますが、軽症・中等症の救急を鈴木病院、森田医院、石井病院、大佐和分院、袖ヶ浦さつき台病院、木更津東邦病院、東病院、萩原病院、玄々堂君津病院でしっかり支えているのをすごく感じます。この資料は今年３月の調整会議で説明されました。
ページ４では、君津中央病院に到達している救急搬送患者で、安房地域や市原地域など広い地域からきており、90 分以内だと対岸の東京都からも搬送されています。
また搬送時間に関しましても、1 時間未満の割合が、千葉市全体では 72.1％ですが、君津保健所は 68.3%、同等といえば同等ぐらいですが、4%ほど低い。
君津中央病院、いかがでしょうか。

〇柳澤委員
救急体制ですが、当院も２次救急の輪番体制の一部を担当している。

〇金井センター長
これらを踏まえ、救急医療体制は、今後どうなるかと思います。
４市でも救急医療について相談を始めているということを聞いております。その動きについて何か教えていただけますでしょうか。

〇君津市嶋野部長
救急サービスの仕組み、救急医療体制の維持は、この地域の課題だと、どの病院の先生方からも伺っております。つきまして医師会と協力して、ワーキンググループをスタートさせたばかりです。第 1 回のワーキンググループでは、現状の課題とか、現状認識の突き合わせをしています。
現場からの声もあり、行政が検討し、今後、具体的な案を出していきたいと考えています。

〇金井センター長
救急に対して、不足感やもっと重視しなきゃいけない問題だと認識されているということですね。
富津市、袖ケ浦市はどうでしょう。ご発言いただけますか。

〇富津市小野田部長
救急医療が課題だという同じ認識をしております。
休日当番医も今は減少していて、大変な困難な状況です。
病院を取り巻く環境は厳しい状況ということで、4 市協力して、医師会の先生方と連携しながら進めていきたいと考えております。

〇袖ケ浦市加藤部長
富津市と同じような意見です。私たちも救急医療について、君津中央病院に依存してきたっていう部分が少なからずあります。
ただここに来て、もう人材が確保できないとか、人件費、或いは材料費の高騰というところがあり、病院にだけお願いするというのが難しいと理解しています。行政としても積極的に協力していきながら、この医療圏の救急医療の確保していく必要があるという考えです。

〇金井センター長
ありがとうございます。鈴木先生いかがでしょうか。
２次救急を受けていただいており、大変感謝しております。

〇鈴木病院
今回の表（ページ３）で、一次救急を受けている医療機関がかなりある。その医療機関が、君津中央病院の救急の負担を減らしていると感じる。また、搬送困難例も、夜間は輪番でやっているので日中と夜間のデータを分けてみると随分差が出るんじゃないかなと思っている。

〇金井センター長
ありがとうございます。
では２ページ目で、この君津地域からは、安房・市原の医療圏に患者を搬送してるんですが、流出している救急患者に対してなにかご発言ありますでしょうか。

〇（仮称）亀田木更津クリニック開設予定者
救急医療に関しては、君津地区の事情はよくわからないけど、やはり（安房医療圏の亀田総合病院に）送られる患者は多いかなというふうには感じています。君津地域からだけじゃなくて、長生地域からも救急患者がきます。あちらの地域も救急医療体制が非常に弱いので、むしろ輪番に組み込んでもらってもいいんじゃないかぐらいの勢いで考えております。一番困っているのは、夷隅地域だったりとか、長生地域だったりとかで、受け入れより、戻る時の医療機関の課題です。
君津では病床を得ていないので、２次、３次救急をやるほど、機能を考えてはおりませんが、１次救急はできると考えております。

〇金井センター長
どうもありがとうございます。
ただ、亀田病院に行くのは重症の患者が多いんですよね。

〇（仮称）亀田木更津クリニック開設予定者

中等症患者が、その地域で受け入れられない場合は、亀田総合病院に来ることがある。
基本は（他の医療圏からは）重症患者を優先的に受けています。
当院の場合も、患者受け入れは重症度で選んでおりません。１次救急も２次３次も全部を受けいれ、病床に余裕さえあれば、どんな患者も受け入れています。

〇金井センター長
救急患者が急性期を脱した後の下り搬送は難しいです。

〇柳澤委員
急性期を過ぎて、特にご高齢の患者の場合、搬送先がみつからず、長期に留まってしまう。

〇金井センター長
ありがとうございます。

〇さつき台病院
救急患者の引き受け等の課題は、救急患者の集中や下り搬送とあり、他の医療機関と一緒に繋がるとしていいと思うんですけど。現実的には、一か所に集中していて（その医療機関の）負担が大きい。急性期病院の課題は、患者を受けるのはいいけど、急性期を脱した患者を受け入れる医療機関がなく、ベッドが回らない。患者としてはそれなりに受けてくれる診療体制のあるところでないと行きたがらない。回復している患者の診療体制が取れるところでは、やっぱり全体数が足らない。回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟もマンパワーが足りない。地域医療を回していくには、いろいろな課題があり、その課題が救急医療に集まっている感じです。

〇金井センター長
４市の行政でも救急医療の協議の場を持って、頑張っています。
うまくまとまらない議論になってしまいましたが、次の議題、「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」に移ります。

（７）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
〇金井センター長
健康福祉政策課政策室、説明お願いします。

〇健康福祉政策課塩田主事
資料をご覧ください。
千葉県では、「地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業」を行っております。

今後、君津医療圏を対象として、データ分析を行う上でどういった課題に着目して、どういった項目を分析すべきかについて、ご意見を頂戴したいと思っております。

2 ページ目をご覧ください。
事業実施の背景です。
国では、客観的な根拠に基づき、地域の実情に合った政策を行っていく必要があり、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、その運営に対する支援事業を厚生労働省として創設しております。千葉県ではこの事業を活用して、一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、今年度は 3 年目となります。

3 ページ目をご覧ください。
こうした事業を行うさらなる背景として、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、
人口構造の違いなどにより医療圏による地域差がありますので、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ことが大事だということで、こういった取り組みを進めております。

4 ページ目をご覧ください。
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ご意見を頂戴しながら進めてまいりたいと考えています。
今年度の事業実施に当たり、改めて事業受託者を公募いたしました。
国立大学法人千葉大学が最も優れた提案をしてくださり、同法人を相手方として委託契約を締結しております。

5 ページ目をご覧ください。
今後の取り組みでございますが、皆様からご意見を頂戴して、また、県医師会等の関係者の方々から意見を頂戴しながら項目を選定して、データ分析を進めてまいります。
分析結果は年度末の調整会議で皆様にご説明していきたいと考えております。

6 ページ目をご覧ください。
続いて受託者にあたる千葉大学病院が作成した資料を用い、今年度の事業を説明します。

7 ページ目をご覧ください。
今年度の事業実施に当たり、昨年度に続き国、県の保有データに加えて、県内の医療機関にもデータ提供のご協力をいただき、千葉大学にてデータを集約・分析し、地域医療構想調整会議等において報告や協議をさせていただく流れを予定しています。

8 ページ目をご覧ください。
今年度は現在の千葉県の課題として大きく２つ挙げて、これを中心に分析しようとしております。
まず１つ目は新たな地域医療構想の策定に向けた課題でございます。
２０４０年を見据えた人口動態や医療需要への対策、当然ながらこれは医療だけではなく、介護にも繋がるところですが、これに関する課題の分析が必要だと考えております。

9 ページ目をご覧ください。
2 つ目の課題は、がん診療提供体制の検討における課題でございます。
人口集中地域と人口非集中地域で対策がそれぞれ異なり、均てん化と集約化を両立しなければならないことから、その検討のための基礎的な分析が必要だと考えております。

10 ページ目をご覧ください。
続いて千葉大学の業務体制ですが、昨年度までは、千葉大学の中でも次世代医療構想センターが中心になってデータ収集や分析をしてくださっておりました。今年度は千葉大学附属病院の各診療支援部門、具体的には企画情報部・患者支援部・病院長企画室にもコミットしていただいて、研究分析ノウハウや地域連携をさらに強化して業務に当たることになっています。

11 ページ目をご覧ください。
今年度における千葉大学の体制は、大きく２つ、データ分析検討委員会と、データ分析チームです。データ分析検討委員会では、どのような分析項目が求められるかを、先ほどお示ししたような県内の課題や、本日の調整会議でご意見をいただく課題に合う形で検討し、関係者の皆様からご意見をいただき、追加修正してまいります。
データ分析チームでは、これらを踏まえて実際に手を動かして分析を実施してまいります。

12 ページ目をご覧ください。
この分析にあたって、これまでに引き続きＤＰＣ病院の影響を匿名化し、各病院からデータを収集させていただきます。
その他には、新たな地域医療構想や医療計画作成支援データブック、県で実施している救急搬送実態調査なども用いて分析してまいります。
分析項目概要としては、先ほど課題として申し上げた新たな地域医療構想の協議に資するデータとして、国から発出された「新たな地域医療構想ガイドライン」を踏まえて、分析項目を検討しようと考えております。
また、２０２５年度の地域医療構想調整会議で皆様からご意見をいただいた項目についても、今回の会議でいただくご意見と合わせて、分析項目として検討してまいります。

13 ページ目をご覧ください。
昨年度はある病院を受診する患者さんのアクセスの分布図を周産期医療、脳血管疾患で作成したところ、昨年度の調整会議において、アクセス性の分析をしっかりしていくべきという議論がありましたので、こういったアクセス分析をさらに進めていこうと考えています。

14 ページ目をご覧ください。
以上、今年度の分析の概要や方向性をお話しましたが、先ほど申し上げたとおり本事業では、各医療機関のＤＰＣデータを提供いただいて分析に使用させていただいております。
昨年度はＤＰＣデータ算定病院のすべての病院様からデータを提供いただき、さらにその他のＤＰＣデータ提出加算病院様からも多くのご協力をいただきました。
この場をお借りしてお礼申し上げます。
今年度は 6 月下旬に千葉大学と千葉県の連名で、各医療機関にデータ提供のお願いをお送りしており、続々と承諾と提供をいただいています。
まだ確認いただけていない方がいらっしゃいましたら千葉県の封筒で依頼文書が届いているかと思いますのでご確認のほどよろしくお願いいたします。。
なお、データをご提供いただいた医療機関様に対しては、今年度の事業のフィードバック資料を千葉大学から個別に送付予定でございます。収集へのご協力よろしくお願いします。
以上で当事業の説明を終わりますが、本日は受託者の千葉大学の先生方にもご臨席いただいておりますので、少しご挨拶をいただければと存じます。

〇千葉大学医学部附属病院
千葉大医学部附属病院企画情報部で当事業を進めております土井と申します。
先ほども説明ありました通り、当院がこの事業に関わらせていただいて今年で 3 年目になります。
今年は先ほどの説明のあった新たな地域医療構想のあり方、がん診療提供体制や救急診療提供体制の課題についても、新たなミッションとして取り扱ってまいります。
先ほど我々が作成した資料を県の担当の方に説明いただきましたけれども、今年は県職員へのツールの提供や教育研修の機会を提供することも新たに考えています。
我々が提供できることは、あくまで現状のデータをお示しすることであり、皆さんの考えを投影した場合どうなるかどうか検討していきますが、あくまで数字でしかございません。
ただ、先生方の議論に資するようなデータを的確にお渡しできるように努めていきます。ぜひご協力いただければと思います。

先ほど県からもありましたが、ＤＰＣデータ提出につきましては、すでに半数以上のデータをいただいておりますが、やはり網羅的なデータがないと正確な現状を把握できないので、お忙しいと思いますけれども、ぜひご協力のほどよろしくお願いいたします。以上です。

〇金井センター長
今年もＤＰＣデータについての検討を行うということですが、こういうデータが欲しい、またはこういうまとめ方をしてほしいという、提案ありますでしょうか。
では、思いつかれましたら、お伝えください。
では次の議題に移ります。

報告事項（１）新たな地域医療構想に基づく医療機関機能報告及び病床機能報告について
医療整備課地域医療構想推進室、説明お願いします。

〇地域医療構想推進室執行室長
資料 6 をご覧ください。
2025 年 12 月成立の改正医療法等により、医療機関は「医療機関機能報告」や「病床機能報告」について報告する必要があります。現時点で厚労省から示されている事項等についてお知らせします。
2 ページをご覧ください。
まず医療機関機能報告は、各医療機関が現在担っている機能に最も近い医療機関機能、2040 年において担う医療機関機能、診療実績等を報告いただきます。医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみで決定されるのでなく、各地域の診療実態等を総合的に勘案しながら、関係者で協議を進めていきます。
なお、2028 年度以降に、医療機関の見直しを行う場合には必要に応じ、地域医療構想調整会議において報告内容や、地域の医療提供体制の影響について確認が行われます。
令和 8 年度医療機関機能報告の項目については 3 ページに示されています。
次に、新たな地域医療構想に基づく病床機能報告について、6 ページをご覧ください。
2040 年に向けて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が重要となることを踏まえ、これまでの、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 区分を、高度急性期、急性期、包括期、慢性期とし、高齢者等の急性期患者に対して治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い早期の在宅復帰を目指し治し支える医療を提供する機能と、従来の回復期機能を統合し、新たに包括期機能として位置付けることとされております。
次に、病床機能報告は従来、医療機関が実績を報告しています。
ただし一定の客観性を確保するため、各病床機能区分に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類を参照しながら病床機能報告を行うこととされています。
また、病床機能報告は診療報酬上の入院料のみで機械的に決定されるものではなく、各病棟が実際に担っている医療機能や入院患者の状態を含めた客観的なデータなどを踏まえて、医療機関が適切に判断し報告することが重要とされております。
病床機能報告における報告の目安は、7 ページを後程ご覧ください。
医療機関機能と病床機能の関係についてですが、１対１で対応するものではありませんが、国の

ガイドラインには、医療機関機能を選択した場合に想定される病床機能が記載されています。
急性期拠点機能を報告する医療機関では、高度急性期機能または急性期機能の病床を有していることが想定されます。
また高齢者等の救急、急性期患者を受け入れる医療機関については、包括期機能の病床を有していることが想定されています。
さらに専門等機能を担う医療機関で集中的なリハビリテーションを行う医療機関は包括期機能の病床、高齢者等の中長期の入院医療を担う医療機関については、慢性期機能の病床が想定されています。
また有床診療所は地域の医療ニーズに応じて多様な役割を担っていると考えていることから、実態に応じた病床機能を選択することとしています。

〇政策室今野室長
事前に受けていた質問について、健康福祉政策課より回答します。
「従来の回復期機能については、高齢者等の急性期患者について治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能及び従来の回復期機能とあわせて、包括機能として位置づけることとしているが、当医療圏におけるビジョンをどのように構築していくことになるのか伺いたい。」
回答としては、君津中央病院では、定員待ちの患者さんが多数いると聞いており、君津圏域においては、患者の受け手となる医療機関に対するニーズが高いものと認識している。
県では、人口 20 万から 30 万人程度に 1 ヶ所を目安として確保する急性期拠点機能や、高齢者救急、地域急性期機能などの医療機関機能に着目した機能分化連携について、新たな構想区域の設定後、地域の関係者と協議を進めることとしております。
その協議においては、これらの医療機関機能に加えて、包括期を含む病床機能にも着目し、地域の実情や医療需要を踏まえた議論が行えるように取り組んで参ります。

〇金井センター長
袖ケ浦市からの質問に対する回答です。

報告事項（２）地域医療介護総合確保基金による各種事業（医療分）の実施状況について

~~健康福祉政策課　政策室~~
〇政策室　塩田主事
資料 7 の 2 ページ目をご覧ください。
都道府県には国 3 分の 2、県 3 分の 1 の割合で資金を負担し「地域医療介護総合確保基金」という基金を造成しています。この基金は、令和 8 年度の現時点では、資料右下にあります 7 つの区分に使えることとなっております。

医療関係ですと、「区分Ⅰ．地域医療構想の達成に向けた施設整備等における事業」、「区分Ⅱ．居宅等における医療の提供に関する事業」、「区分Ⅲ．医療従事者の確保に関する事業」、そして「区分Ⅵ．医師の働き方改革の推進に関する事業」に使えることとなっております。

3 ページ目は、昨年度の実績です。
君津地域で、こ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示しています。
主な補助事業としては、「在宅医療に関する事業」として在宅支援に係る多職種・多機関のネットワークづくり、在宅リハに係る医療・介護従事者研修等の実施に対して助成を行う「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」を実施しました。
また、「医療従事者確保に関する事業」として、看護師等養成所の教育を充実させるため、養成所の運営に必要な経費に対し助成したり、病院内保育所を運営する医療機関に対して、その運営費を補助する事業を実施しました。
さらに、小児救急医療の拠点となる病院に対し、運営に必要な医師雇用等の経費を助成しました。
4 ページ目をご覧ください。
全県で実施しているその他の主な事業を記載しています。
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付事業、夜間や休日の受診前を保護者からの相談に応じる「小児救急電話相談事業」、さらには、県内の若手医師の定着を図るための「医師キャリアアップ就職支援センター運営事業」、看護職員の就業促進資質向上に取り組んでいる「ナースセンター事業」などにも基金を活用させていただいております。
これら事業の実施に当たりましては、県内の各医療機関の皆様、関係団体、市町村から提案いただき、可能なものを事業化して取り組んでおり、今年度も事業提案の募集に御協力いただいたところです。この場を借りて、改めて御礼申し上げます。県としては、引き続き必要な事業を基金を活用して推進してまいります。

〇金井センター長
君津木更津医師会の前田先生、何かご発言いただけますでしょうか。

〇前田委員
この 6 月から副会長になりました。
救急だけでなく、学校医や健診など保健医療分野は課題が多いです。この地域は高齢化進んでおり、医療の担い手もだんだん少なくっている。県でも、そういったところに着目してもらいたいです。

〇松清委員
木更津市で開業しております松清です。救急の現場の先生方には大変お世話になっています。

やっぱり病診連携が必要で、病床を引き下げたら、受ける病床が不足している危機感があります。。先ほどのデータと違いを感じるような患者もおります。

〇堀内委員
千葉県庁や保険者が参加している会議ですので、お話をさせていたします。
今年３月、厚生労働省から、策定する推奨薬区分の作成いわゆる地域フォーミュラという検討の場を設けるようにということで、依頼が都道府県と関係団体に依頼が来ている。
その実効性については、雲をつかむような話で、また在宅で連続的な治療をするとか課題がある。
今は医薬品が手に入らないとか、供給の安定化ですとか、そんなことを担当していくのだが、これらに関して、千葉県はどういう方針で、どういうようにして欲しいとお考えですか。
わかる範囲で教えて欲しい。

〇地域医療構想推進室執行室長
担当課がいないのですぐにはお答えができません。情報を持ち帰りまして、情報を共有させていただければと思います。

〇金井センター長
わかりました。
ちょっとお伝えくださいってこちらからまたお伝えする形をしますよね。

〇神委員
最後の方にあった総合確保基金を利用して、医療レベルの底上げをしていただきたいと思います。
歯科医師会としては、地域における歯科救急の患者をどう担当していくかは課題です。12 月 31 日から１月１日、年末年始休日診療となっておりますが、他の土日・休日は概ね４市の輪番制でやっています。
地域の人口も減ってきて、また、歯科医師会の会員の高齢化や閉院によって、当番の負担も増えています。私も月４日間をやってきましたけれども、月３日ぐらいにしてもらわないととても回らない。
多職種連携なんて話も先ほどありましたように、ここにも歯科衛生士会を参加させて、ぜひさらに歯科医師会としては協力していきたい、今後、この会議で一筋の光が見えてくるになっていただきたいと思います。

〇馬竹委員代理木島氏
看護業界は人手不足で、看護職が不足している。
看護協会としても。次世代の人材の確保っていうところにもちろん力を入れておりますが、君津圏域で看護師をする上で実質求められる機能も様々で、人材の流失を防ぐ意味でも、相互に協力する

部分があります。例えば、君津中央病院と連携をして、お互い人材を交流させて、いろんな経験を積むことで、地域から人材を流出させないという貢献もできるのではないか。というような意見も実際話し合われています。
県の事業の中でも、そういうところで協力してやっていただけると嬉しいです。

〇滝口委員
6 年ぶりぐらいでこの会議に出ました。内容が当時と変わりました。
当時は、看護師が足らないことで病院がつぶれてしまうとか、そういう話が中心でした。
そして、日本はベトナムとかフィリピンとかから人材を呼び、木更津市や千葉県で受け入れて、病院に配置してもらいたいという、提案が多かったんですけど、今回はだいぶ違う内容になってましたね。
社会福祉協議会としては、各施設がそれぞれ病院との契約をして、具合が悪くなってきたらどの病院に送るか大体決めてるようです。

〇金井センター長
この協議会の役割も、時代背景により徐々に変わりつつあるというのは私も感じてきております。
それでは最後の報告事項「次回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説明をお願いします。

〇地域医療構想推進室執行室長
資料 8 を御覧ください。次回調整会議は 10 月中旬から 11 月中旬頃に実施予定で、主な議題は、新たな地域医療構想の策定について、保健医療計画の中間見直しについて等を予定しております。

〇金井センター長
事前質問がありました設置要綱に関して、ご発言いただけますでしょうか。

〇地域医療構想推進室執行室長
事前質問に「設置要綱」に関する御質問がありました。質問内容は、調整会議の形式につきまして、現状の会議では現場の考えと本音ベースの議論が困難であり、戦略チームのような「前提部門」が必要ではないかというものです。こちらにつきましては、現状、調整会議は国からの通知や要請により協議が求められている事項が膨大になってきており、行政資料の説明に多くの時間を取っており、この点に関しては従前から様々な御意見をいただいております。新たな地域医療構想では、医療機関機能の協議等も行いますので、今後も調整会議の協議手法等を検討して参りたいと考えております。
以上です。

〇金井センター長
千葉県医師会の川越理事が、県の医師会の立場としてＺＯＯＭで参加しています。
川越先生、ご発言お願いします。

〇川越オブザーバー
議論の中で、地域医療構想に非常に寄与する話があり、医療提供体制がまだまだ不足感があり、病床も足らない。つまりいろいろな意味で、いろいろな場面でのミスマッチがあると感じられました。
また、病床機能を明確に分けられないというご意見もあり、最もだなっていうふうに思います。
そういう意味でもやはり、実際の患者さんの動向というか実態ですとか、データに基づいて、今後どのような方向性が必要なのかということを続けていく必要があるんだろうと思います。データ分析のところで大事な認識させていただきました。
包括期病床への支援を検討してくださっているというお話がありましたので、大変ありがたいなと思いました。ぜひそのような取り組みが必要だろうなと思います。
それから救急搬送という話は、繰り返し出てきたんですけれども、これを本当に実行たらしめるためには、もう１工夫２工夫必要になることなのかもしれないなということ、印象深く感じました。
いずれにしましてもこうやって関係者で集まって、地域に話し合いを始めていくことで、今年度来年度大事なことをいろいろ決めなければいけないと思いますので、地域として、あと千葉県全体として、一緒に考えていければと思います。本日はありがとうございました。

〇金井センター長
川越先生ありがとうございました。
千葉県の担当理事として他の地域の地域医療構想会議にも参加されるということです。
今回、君津地域は対面会議を選んで、実は 70 名以上の参加者が来ております。だいたい半分方には発言いただきました。

最後に地域医療構想アドバイザーの佐藤先生、何か一言いただけますでしょうか。

〇佐藤アドバイザー
私、千葉県から国の方に推薦をいただいて、国から指定を受けているアドバイザーの佐藤です。
地域医療構想アドバイザーという立場で、調整会議にこれまで参加させていただいております。
君津医療圏におきましては、先ほど川越理事からもありました通り、年々メンバーが拡充してるようで、議論が深まっている状態であることを改めてよくわかりました。
今日の議事の中では、スケジュールの都合で、新たな地域医療構想に関する、具体的な部分は、対象外ではございましたが、県が、千葉県全体として、或いは医療圏ごとに、それぞれ特有なことに取り組んでいくべきだということを、県庁内で議論されていると承知しております。

しっかり議論しつつ、幾つか大きな変更点やアップデートがあると思いますので、次回も非常に重要な会議だと考えます。
この数年が非常に重要な時期で、やはり診療報酬改定があったことや、今の新しい医療構想が策定されたタイミングであること、そしてこの 1～2 年で、それらをまとめていくという、非常に大事な時期です。
特に、今般の診療報酬改定の影響で、全国各地で懸案になるのは、救急車の取り合い、給与の引き上げに伴うスタッフの取り合いというような形で、医療機関がより高い施設基準を求めていくあまりに、地域全体として疲弊してしまうようなリスクを抱えている。これは実際に起きております。
そういった意味では今日は、前半で病床のお話含めた医療体制が中心で、後半が救急といった具体的なテーマでした。
前半の病床でいくつかポイントがあると思っています。
1 つは最初に出た病床返還の制約ですね。
今回、申請になったところが了承されれば、影響は比較的限定的かもしれませんが、今後はわかりません。
何十床、或いは病棟単位で減といった形があれば、県から説明のあった通り、地域全体の基準病床への影響は一定程度でしょう。
例えば、100 床返還したときには、次に新規で配分したいときにも 100 床未満になってしまうという制約を考えると、かつ、その協議はこの調整会議で行うという意味では、この部分で話し合われる意見は非常に重要になってくる。地域全体で考えなくちゃいけないというところが出てくる。

もう 1 つは基準、定量的基準みたいなキーワードが出てきた、必要病床数ですけども。
必要病床数は、これまでは国が目安として出してきた中で推計値ですけども、今般、出てきたのは機能は 4 つ、私まだ具体的に県のデータをみていませんが、目安ではなくて、基準となってきたので、申し上げた基準病床にも、この引き上げに準ずというものがかかってきて、おそらくいろんな国がですね、改革しないよって言ってるんですけど。
そのあたりを含めると、基準病床数がどれぐらい変わるとかは、次回以降になると思いますけど、見ていかなくちゃいけない非常に重要なポイントだと思う。
その中で、議長がどうあるべきかって言う問いを会議の中でも発言いただいたのが非常に今日のポイントだと思う。
いろんなデータも出てましたけども、これがやっぱり医療圏全体としてどうあるべきかと見ていくときには、やはりデータ分析の結果は、より個別性を持っていくというフェーズに移ってくるだろうと思ってます。
ただそれは何か、ちょっと病院を何か比べて、何か優越を示すような意図ではなくて、やっぱりその地域全体の現状、頑張ってるところもある苦しい状況を含めて、比較的可能な限り、オープンに議論していって、個別協議していくというフェーズに入っていると思う。
どうしても国のデータや調査で、事前質問にもあった通り、データは遅れてしまうもので、古くな

ってしまいがちなものなので、そういった意味でデータ分析事業には期待したいというところです。
最後に、後半で少し救急の話とか、個別のテーマが出てきました。
これ他の県内の医療圏でも、調整会議だけではなく、部会を別途行ってる圏域があったり、或いは、ある病院が中心となり音頭を取って連携の会みたいなものを企画して、少し腹割って話してるところがあります。
新たな構想の中では市町村の役割とか介護在宅っていうところが非常に大事になってきます。ただし、それをこの会議でやると、参加者が 70 名どころか 140 名ぐらいになると思います。
やはり個別な取り組み、協議っていうものをどういうふうにしていくか、その時に、千葉大学病院が行うデータ分析の結果を、どういうふうに活用していくか、そういったところを含めて、この新たな地域医療構想で備えていくのがよい。またその準備が必要なのかなっていうところです。今日は協議はまだ距離的な拒否感があった。
そうではないなということを願っております。
本日は議長の進行に感謝を申し上げつつ、皆様との次回以降の協議も、私はしっかり参加させていただき、貢献していきたい。

〇金井センター長
まとめをありがとうございました。
議事の進行で時間を取ってしまいました。、
議事の進行事務局に戻します。事務局お願いします。

〇内山副センター長
以上をもちまして、令和 8 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します。
なお、次回の会議は 10 月中旬から 11 月中旬ごろを予定しています。
本日はお忙しいところ、どうもありがとうございました。