

## 令和6年度第1回印旛地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 議事録

- 1 日 時 令和6年8月2日（金） 午後2時から午後3時30分まで
- 2 開催方法 ウェブ開催（ZOOM）
- 3 出席者（代理出席を含む）：総数24名中23名出席  
菅谷委員、栗原委員、田中委員、青墳委員、金委員、鈴木啓悦委員、吉野委員、重田委員、鈴木理志委員、伊藤委員、佐藤委員、柴田委員、辻口委員、塩田委員、池田委員代理吉井氏、藤代委員代理金森氏、竹内委員、山中委員代理西海氏、大竹委員、橋本委員代理加瀬氏、上野委員、尾畑委員、久保委員、管内12医療機関
- 4 内 容
  - （1）議事
    - ・医療機関毎の具体的対応方針について
    - ・病床配分の方向性について
    - ・病床機能再編支援事業について
    - ・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）報告事項
    - ・令和5年度病床機能報告の結果について
    - ・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
    - ・次回調整会議の議題等について

## 5 概 要

### 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から資料1により、説明。

○ 意見及び質疑応答等

委員

佐倉市の南ヶ丘病院の移転について、こちらの病院は慢性期の治療について努力されており、佐倉市の中からなくなってしまうのはちょっと問題だろうと思っていたが、2キロ以内に収まらない距離のことを置いておいても、市内での移動であり、病院の役割としてこのまま続けていただければ、医師会や地域としてもありがたい。

## 議事（２）：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から資料２により、説明。

○ 意見及び質疑応答等

議長

私から３点ほど教えてほしい。

- ① 基準病床数と既存病床数はどのような形で生じたのか。
- ② ７５歳以上が当面増えるということだったが、印旛地域は何年くらいで７５歳以上の人口がピークを迎えるのか。
- ③ 千葉医療圏と安房医療圏に医師数が多いのは、千葉大と亀田総合病院の存在が大きいと思われるが、印旛医療圏も新たに医学部が設置されて研修医が今後増えてくるのではないかと推定を教えてください。

医療整備課 地域医療構想推進室

- ① 基準病床数と既存病床数の算定について、一般・療養病床については、基準病床数があり、これは法令の既定に基づき人口や退院率、平均在院日数、また患者の流出入や病床利用率などを加味して全国一律の算定式により２次医療圏ごとに算定している。既存病床数については法令の規定に基づき、許可病床数から利用者が特定の患者に限定される職域病院等の病床を除外するなど一定の補正をした形で計算されている。
- ② ７５歳以上の方がピークを迎える時期は情報がないためお答えが難しい。
- ③ 千葉と安房に大きな病院があり、印旛地域においても新しい病院ができた中でという話であったが、推定した時点ではそこまで組み入れられていない。それについては改めて今後また新たな地域医療構想の中に含めていく形になると考える。

委員

印旛医療圏については必要病床数の試算でかなり少なくなっている。基準病床数から見ると大体今の病床数と同じくらいということだが、将来人口を考えると老年人口は増えていくので医療的なニーズはますます必要になってくると思われる。

実はいつも問題になっていて、印旛医療圏だけでは完結する問題ではなく、印旛医療圏以外からの受診も考慮しないと。なかなかこれだけで印旛医療圏の中で議論することは難しいのではないかと。例えば印西の方なら東葛地域から、成田の方なら県の東部から、四街道あたりでは千葉からの患者も入ってくるわけで、その辺の要素を加味しないとなかなか病床数だけ、計算上だけの問題で

はいけないと思う。

それから医師の偏在、看護師不足ということもあるが、これは印旛医療圏だけで完結するのは難しいので、これも外の地域と行き来があってしかるべき。やはり国の基準でやっているのを参考にしないといけないが、なかなか実情と合っていないような感じがする。

#### 委員

院長の別所からも言われているが、病床数だけでいろいろな病院の機能を図るのは妥当なのかということがある。我々の病院は高度急性期ということで、3次救急を受け入れているが、日中夜間問わず、1次2次の該当しない患者さんも受けている。人数的に医療圏としてカバーするだけのキャパがあるのか疑問。我々の施設では大体月に500～600件くらいの救急患者を受け入れているが、3分の1くらいが軽症の患者なので、そういった患者を地域全体でサポートできるような形にすればいいのではないか。そういった状況を加味する何か良い指標があったら教えていただきたい。

#### 議長

医療整備課に回答いただく前に確認したい。高度救命に特化した場合、もっと患者を多く見られると理解してよいか。

#### 委員

そのとおり。実際3次の重症患者を断らざるを得ない状況がある。それは救命センターから聞いているし、オペ室も手術中で手が回らないとも聞いている。1次2次の患者の受け入れが少し減れば、その分3次救急の患者を多く受け入れることができると思う。

#### 地域医療構想アドバイザー

必要病床数と基準病床数の話ですが、基準病床数は一言でいうと、この地域の病床配分のMAX値と解釈すると良い。つまり今、基準病床数と既存病床数が近いことは病床を最大限確保しているということと解釈できる。必要病床数というのは、推計に基づく概ねこのあたりではないかという目安とさせていただければと思う。

ご質問にあったベッド数であるのかどうかという疑問に関しては、私も同感で基本的にはベッド数ではないと思う。

他県の事例を踏まえてもやはり最近行うのは、医療従事者、特に看護師一人当たりどれくらいの患者数をこの地域で診ているのか。それを高度急性期、急

性期それぞれのデータを見る方法もある。もう一つは患者の視点、つまり医療需要の視点に戻って救急を3次救急なのか2次救急なのか、一体どの病院がどれだけ診ているのかということをはっきりとすることで、下り搬送という点も含めて救急の連携を整えていけるかということについて議論していくのが論点の一つかと思う。いずれにしてもベッド数で議論するよりも、医療需要と実際に働いている医療従事者の両方の観点からみていくのがより良い方法ではないかというのが私の考えである。

#### 医療整備課 地域医療構想推進室

県としてもこちらのベッド数だけを見て数字合わせするのが適切だとは思っていない。国の方でも削減だとかそういうことが目的ではないと言っている。佐藤先生のお話にもあったが、実際にその病床があったとしても医療従事者がいないために休棟となり、下り搬送の話や役割分担についてはこの地域医療構想の中でそれぞれの医療機関がどんな役割を担っていくかという中で議論いただきたい。今、国の方でも新たな地域医療構想についての検討を様々な分野について行っているのだから、県としても適切な医療提供体制が構築できるように研究していきたいと思っている。

#### 委員

行政の方でいろいろ深く考えていることが分かった。下り搬送というキーワードがあったが、保険料で算定されるようになった。現場としてはどちらかというとなら下り搬送ではなく上り搬送を整備したほうが良いと思う。具体的にどうということかというとなら、いわゆる1次当番と2次当番の病院があるが、救急収容の依頼があるときに、その病院が手に負えるかどうか判断できない場面が多々あると思う。受けたらとても重傷だったということもあるので、1次2次の病院が患者を受けるときに躊躇する病院もあると思う。

例えばどういう方策があるか、今、案はないが、1次2次の病院は無条件で受け入れていい。その病院では設備的に手に負えないとなったときに3次に搬送できる体制があれば今よりもスムーズに行くのではないかと考える。

#### 議事（3）病床機能再編支援事業について

○ 医療整備課 地域医療構想推進室から資料3により、説明。

○ 下志津病院から病床再編計画の内容について以下のとおり説明。

##### 【下志津病院長説明】

病床機能再編支援金の申請について説明する。

国立病院機構下志津病院は、令和 6 年 4 月に病床を削減した。病床機能は、440 床を 360 床に変更し、病床区分ごとの病床削減数は、急性期 29 床減、回復期 15 床増、慢性期 7 床減。

病床削減理由は、病床削減前の当院の稼働病床数は、急性期 127 床、回復期 27 床、慢性期 227 床、休棟 59 床の合計で 440 床となっていた。当院の急性期は令和 5 年度の 1 日平均患者数が 74.1 人であり令和 3 年度及び 4 年度と比較しても患者数は横ばいであった。

また慢性期は令和 5 年度の 1 日平均患者数が 219.8 人となっており、今後も横ばいが予想される。

以上のことから、急性期病床を 98 床、慢性期病床を 220 床とすることで、適切な医療スタッフ数を配置し、より健全な病院経営の実現を図り、効率的な医療提供体制の構築を目指すこととしている。

なお、回復期については、印旛地域の 75 歳以上の人口増加が見込まれることを考慮し、病棟面積から運用可能な病床数を勘案し、42 床とし、地域包括ケア病棟の拡充を図った。

病床削減が地域医療構想の実現に向けて必要な取り組みであると考え理由は、印旛地域の急性期病床及び慢性期病床は、令和 4 年 7 月の病床機能報告において、急性期が 427 床、慢性期が 400 床過剰となっている。

また印旛医療圏においては、3 つの大学附属病院を始め、急性期病院は多数ある。

このような状況の中、75 歳以上の人口増加が見込まれていることを踏まえ、地域医療構想実現のため、当院の役割が地域包括ケアシステムを支える病院として、急性期病院の後方支援や在宅医療の後方支援を充実させていくことだと考えている。当院の限られた医療資源、特に医師や看護師などの医療スタッフ、病床等を有効に活用するためにも、4 の病床削減理由のとおり、病床を削減することで、さらなる健全な病院経営の実現を図り、効率的な医療提供体制の構築を目指すことが、当該区域における地域医療構想の実現に寄与するものと考えている。併せて小児医療や障害者医療についても、引き続き当病院の役割を果たして参りたいと考えている。交付申請予定額は、38,304,000 円。平成 30 年度対象 3 区分の病床稼働率 77.3%で、1 日平均実働病床数は 301 床。実働病床数までの減少数 21 床に対し、支給額は病床 1 床当たり 1,824,000 円なので、1,824,000 円×21 床で 38,304,000 円となる。

以上、ご審議のほどよろしくお願ひしたい。

医療整備課 地域医療構想推進室

1 点補足。こちらの申請については、記載のとおり、令和 6 年 4 月にすでに

病床の削減が行われているが、病床機能再編支援事業として協議するのは、今回初めてとなる。こちらの具体的対応方針の変更については、令和5年度第3回の地域医療構想調整会議ですでに協議いただいた内容である。それを踏まえて、今回、病床数削減数が確定したのが募集の時とタイミングがずれていたため、今年度申請をいただいた。

議長

今まで十分説明されてきたけれども最終的にこの額になったという説明と受けとめてよろしいのか。

医療整備課 地域医療構想推進室

そのとおり。補助金申請のタイミングとこの会議のタイミングがあわなかったということなので今回諮らせていただいた。

議事（4）地域医療提供体制データ分析チームの構築支援事業について

- 健康福祉政策課 政策室から資料4-1により、説明。
- 千葉大学病院次世代医療構想センターから資料4-2により、説明。

○ 意見及び質疑応答等

議長

私の方から3点ほど教えていただきたい。

- ①病院にレポートを返していただくということだが、どういう形のレポートを考えているのかを教えてもらいたい。
- ②先ほど1次、2次、3次救急の役割分担があるというような話や、上りの話もあった。そこら辺の解析もされるのかどうか。
- ③富山県や神奈川県とも連携するという形であったが、何が同じで何が違うのかそのあたりを教えていただくと皆さんわかりやすいのではないかと思いますのでお願いしたい。

千葉大学病院次世代医療構想センター

まず、1点目については、各病院からのデータと千葉県からプレゼンテーションがあったように5疾病5事業について病院がどのように関わっているのか。印旛地区の中でどの程度の領域についてカバーしているか、カバー率について。あとどういったところの患者を中心に引き受けているのか、効率化について分析したいと思っている。

また、こちらの分析についてはデータベースを構築するので、検討会議の中

でいろいろご意見が集まると考えている。それをもって、さらに詳しく検討できると考えている。

2点目の上り搬送と下り搬送に関しては先ほどご意見が出たところで、上り搬送は、私ども今回注目していなかったが、下り搬送については今回の令和6年度の診療報酬改定の中で下り搬送に対する手当が発表されている。この中で、先ほどのお話と逆になるが、ある一定の病院で救急車を受け入れ、そこから下っていくときに診療報酬がつくというようなことをうたっているのですが、これについてはどのような動きが実際あるのか。今、手元にあるデータを集計すると、非常に少なく、下り搬送しか届いていない。これは千葉県がやっている救急搬送実態調査結果を、令和5年度のものをもとに解析したところまだまだ少ない。実際のところを、救急隊の方に聞くと、やはりそこまで多くはないはずだと聞いている。

しかし他県の好事例、熊本県や神奈川県などに聞いたところ、やはり1ヶ所に集中させてそこから下り搬送によって、1つの病院から、2次病院というような形が作り出されている地域もある。そういったことが本当に起きているのかどうか、このように持っていったらいいのではないかという解析は千葉県からのデータをもとに、執り行いたいと考えている。

最後の質問で、神奈川県が持っているデータと富山県の持っているデータについては、今情報交換をしているところで、違いや同一点について、同一点は非常にあると思うが、違いについては今ここでお話する程のものはないかと思う。この2件に限らず他の都道府県とも連携を行い、必要なところは報告していきたいと考えている。

#### 委員

DPCデータを集め、県を跨いだ患者の動きまでわかるのか教えていただきたい。印旛も茨城と接しているがそのあたりはどうなっているのか。

#### 千葉大学病院次世代医療構想センター

DPCデータの中に、患者のデータファイルも入っているので、居住地として、郵便番号のレベルまでは検討が可能である。ご質問の内容については、お答えできると思われる。

#### 委員

もう1点、次回のテーマで休棟、休床のことが話題になるということだが、病床報告や計算から出る病床数というものが、実態と全く合わないということになるかと思うので、その休床のところも非常に大事だと思った。

#### 地域医療構想アドバイザー

今、千葉大学病院次世代医療構想センターから説明があったとおり、患者の郵便番号はわかるので、千葉県内の病院を受診している住民がどこから来ているのかわかる。ただ、千葉県に住んでいる人が、どの程度隣の都・県に行っているかどうかはわからない。という限界点があるという意味で分析したいと考えている。

#### 委員

県を跨いだ近くの病院にどのくらいの人が千葉県から流出しているかというのわからないということか。

#### 地域医療構想アドバイザー

他県から千葉県の病院に流入している患者は分析できる。

#### 委員

2点お聞きしたい。当院を受診している患者の4割近くは、他の医療圏から来ている。印旛地区の高度急性期病床は過剰だが、不足とされている地域、例えば山武長生夷隅あたりや、茨城県南部からも来ている。本当に資料にある「高度急性期病床」「急性期病床」が過剰と判断して良いのかというのが1点。あと、新しい分析計画で受診者の居住地域がわかる、つまり患者の流れが把握できるということだが、私の最初の質問に対する答えが得られるような解析になるのか。

#### 千葉大学病院次世代医療構想センター

他の地域からの受診者が、先生の病院のところは非常に多く、4割近くに上っている。その患者がどこの医療圏から受診しているかということの解析については当然できると思う。

#### 委員

要するにそのデータがどう使われるかということにもなるが、例えば、病床計画のときに急性期や高度急性期が過剰だというのが、結局そこは他の不足地域の患者に使われているということ。そういったことを加味して、もう少し実態に即した数字に近づけることができるのか、そういう試みなのか。



## 千葉大学病院次世代医療構想センター

医療圏を越えての受診もあることからすると、病床数が多いということは、一概に言えないのではないかと。それについては非常に良いご指摘なので、お答えできるような解析ができるか、前向きに検討させていただきたい。

## 委員

当院の事情についてのコメントだが、県の開設許可は 642 床取っているが、使用許可は 615 床となっている。さらに看護師確保の関係で新人が多いので結局 500 床を目標にしている。つまり事務局が把握されている病床は実際には運用されていないという実態がある。開院依頼 4 年余り、稼動病床を漸増させてきているという状況だ。それは次の会の病床調整案件の議題になるかもしれない。

## 地域医療構想アドバイザー

あとで総括的なコメントでも述べようかと思ったが、印旛地域はやはり大学病院の多いエリアで、医療圏という、何か国境のようなものにこだわるような分析はすべきではないと思っている。

今、阿部がプレゼンテーションの最後で協力をお願いしたのは、できるだけ多くの県内病院のデータを協力いただくことで、先生の疑問に答えられるのではないかと考えている。医療圏にこだわらない分析、前半の議論にあった必要病床数、基準病床数の話につなげていくと、基準病床数は最大値であり、必要量というのはその 2 次医療圏の中でこれくらいではないかという目安なので、医療圏を超えたときにどうなってくるのか考えると、果たしてその必要病床数は多いのか少ないのか、機能別に見たときにどうなのか。ということが議論できると思う。それを議論する場がこの調整会議だと思っており、データ分析事業がそれに資する基礎的なデータを用意しつつ、実際の現場状況を含めて、計画と実態の乖離をどう解釈して、どういう打ち手を取っていけばいいのか、ぜひ意見交換して議論していく盛り上がり方ができればと思う。先生のお答えに資するようなデータの見せ方をどうやっていくのかというのが、我々の 1 つのチャレンジではあるが、方向性としてはそういったところにあると考えている。

## 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から資料 5 により、説明。

○意見及び質疑応答等

特になし。

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 政策室より資料６により説明。

○意見及び質疑応答等

委員

印旛地域における補助金の活用状況で、在宅医療に関する事業について、前から印旛地域は在宅医療が弱いということで、県の方から支援モデル事業の地域に指定されているが、予算は1,144,000円しかない。印旛の人口は大体73万人で、県の10分の1ぐらいだが、人口割合からするとかなり少ない金額。これは県の予算から自動的に降りてくるのか、それとも手挙げでやっているのか、その辺りを教えていただきたい。

健康福祉政策課 政策室

こちらの事業については、各医療機関から申請し、手挙げをして決定していくような形となっている。

委員

そうすると印旛地域では手挙げが少ないということで、県の方から支援モデル事業地域に指定されたという流れとなる。このモデル事業の進行状況とか、医療機関の参加の数とかわかれば教えていただきたい。

健康福祉政策課 政策室

今、手元に資料がないためこの場でお返しすることができない。申し訳ない。

委員

県の方が印旛の医師会の常会で説明していたが、なかなか手挙げの医療機関が少ないので、その辺、県の方からのアクションも進めてほしい。よろしくお願いしたい。

議長

これについては、次の地域医療構想調整会議で、何か、簡単に説明いただくという形でよろしいか。

健康福祉政策課 政策室

承知した。

### 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より資料7により説明。

○意見及び質疑応答等

特になし。

#### 委員

他の委員からもご意見があったが、私は最初にこの印旛医療圏の中だけで病床数を議論するのは実情に合わないのではないかという話をした。各病院の先生方もそういう認識をされていると思う。今、実際には既存病床数があるが、足りていないというのが実情。かなり病院によっては忙しいところがある。医師会の開業医の立場からすると、やはりすぐに受け入れてくれる体制をとることを考えると、病床数の削減というのは、かなり不安な要因にはなると思う。あくまでも現状を見ながら、病床数の変化を議論していくということになるが、数字が独り歩きしてしまっていて、何かこれを削減しなければいけないような、印象を持ってしまうとそれはちょっと危険ではないかと考えられる。その辺も含めて分析をして、会議の中で議論ができればありがたい。

#### 総括

##### 医療構想調整アドバイザー

もう半分ぐらい話したが、触れきれなかったところを付け加えさせていただく。非常に活発なご意見やご指摘もいただき勉強になった。

議事の中で、病床配分をどうするかという話と、地域の様々な医療供給側の観点から、どういった役割分担、病床数が適切なのかを議論するため、さらなるデータ分析の必要性の話があった。特に病床配分については、機械的に出てきた数字を単純に合わせるのではなく、やはり様々な観点から、慎重に、丁寧な議論をしながら、地域の中で合意形成を図っていくことが重要である。病床数を増やすと、看護師等の分散にも繋がってしまうリスクがある。日本の医療制度は、どうしても人の数によって施設基準が決まっているところが非常に多い。地域の医療機関の経営問題に直結するようなお話である。

そういった意味でデータは非常に重要であり、県も様々なデータを持っているところだが、やはり実際の先生方が行っている診療をベースにしたDPCデータをお預かりして分析することは、非常に有効だと思う。

ちなみに愛知県の提出率は98%。岐阜県も80%である。千葉県は明確な数字をあえて出していないがまだ半分ぐらいである。封筒が届いていないとか、担当のどこかで埋もれてしまっていることがあるようなので、ぜひ院長先生方、

届いているか確認しご協力いただくことにより、医療圏を越えて分析することができると思う。

今日の様々な話を聞いて、データ分析だけではなく、実際どうなのかということ、個別訪問させていただくかもしれない。今日はオンラインだが、何か機会があればぜひ、直接お会いして地域のいろいろな実情をお聞かせいただきたい。今後ともよろしくお願ひしたい。