令和８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８年９月１日（水）　午後７時から午後９時２０分まで

２　開催方法　オンライン（Ｚｏｏｍ）形式

３　出 席 者：委員２４名中２２名出席
四條委員、栗原委員、木内委員、青墳委員、別所委員、鈴木委員、
吉野委員、鬼頭委員、小谷委員、上野委員、川島委員、柴田委員、
荒木委員、坂本委員、宮田委員、川嶋委員、戸田委員、林委員、
大竹委員、白井委員、郡司委員、久保委員、
佐藤 地域医療構想アドバイザー、
千葉県医師会　志賀オブザーバー、伊藤オブザーバー
管内２６医療機関

４　内　　容
（１）議事
・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
・病床数適正化緊急支援事業について
・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７年度病床機能報告の結果について
・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
・医療機関毎の具体的対応方針について
・印旛保健医療圏における病床整備計画の公募について
・医療機器の共同利用計画書の提出について
・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
・次回調整会議の予定について

５ 概　　要
（印旛健康福祉センター長）
今回は新たな地域医療構想の策定について、構想区域をどういう区分で来年度からやるのか、県からいくつか案を提案させていただく。
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、どういうデータに基づいてこの地域の医療について議論できるか説明いただく。今年度は特にアクセス分析に優れた方が入っていると聞いている。分析が昨年度より一層

進むのではないか。
　印旛保健医療圏における病床整備計画の公募について、印旛地域で病床の公募が行われているので、その説明がある。
　この３点について、地域全体に関わる事項という観点から御議論いただくことが多いのではないか。
　今年度は３回地域医療構想調整会議をやる予定になっている。今回を踏まえて、どういう形でやったほうがいいか、後程コメントいただけるとありがたい。
　来年度からは新しい構想区域の単位で地域医療構想調整会議が行われること、国の方針として、外来機能と在宅医療について、新たな地域医療構想の範囲でやるのか、狭い地域でやるのか、御議論いただきたい。

（１）議事
・新たな地域医療構想の策定について
　健康福祉政策課政策室から資料１により説明

（議長）
　香取・海匝の会議では旭中央病院と県立佐原病院から、香取・海匝に山武地域を統合する案を強く支持するという意見があった。
　旭中央病院からは、茨城県南部・鹿行地域の患者を受けているので、そちらのことも配慮して欲しいという意見が出た。

（四條委員）
　案 1 を基本的に支持する立場でよいのではないかと思っている。2040 年においても約 67 万人の人口を有し、圏域内完結率が約 80％であることや、周辺地域からも患者を受け入れていることから、人口規模や患者の受療動向、現在の医療資源を考えれば、印旛を現行の 7 市 2 町という区域で維持することは合理的ではないか。
　一方、「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」に分けられ、「地域の病院では、高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れる」とあるが、実際の救急搬送では、患者の病態や各医療機関の受入状況等に応じて、高齢者が急性期拠点機能を担う病院へ搬送されることもある。医療機関の機能区分と実際の救急搬送は必ずしも一致するものではないため、救急搬送の実態を踏まえ、それぞれの病院の役割分担や連携を具体的に検討していく必要があると思う。

（地域医療構想アドバイザー）
　ガイドラインの記載には、それぞれの医療機関を今の 2 つの形で明確に

しようと言っているが、現場はその場で判断できないことがしばしばある。一旦、どこかが受けることはある。ただ、その中でも、過去の実績を含めて、人員がどっちなのかを明確にすることで、それが救急隊であれ、地域の連携の中で、どこがどういう役割を担うのかというのは、参考になるだろうなというところが 1 つあるのでは。

もう 1 つは、手術や、より幅広い疾患を受けていく病院というものが、この構想区域の中に 1 つないしは 2 つ、人口 30 万人程度を 1 つの目安として必要というのは、外科医不足や偏在も含め、手術系の機能等は拠点病院ではなく、内科的な治療等は高齢者救急の地域病院の方で、参考にしていくところが、1 つの方向性なのでは。

印旛においては、比較的バランスのとれた配置になっているので、何か極端にどこかの病院が方向性を変えることではなく、今までどおり、救急隊が搬送していくことになる。2040 年という将来を見据えたときの、1 つの方向性で議論するのがよいという認識である。

（吉野委員）

今回の構想区域の案、どれを推奨するかというのが一番重要な問題だろう。ただ、現状に照らし合わせて 20 万人に 1 つの急性期拠点を中心とした連携というのが謳われているが、区割りだけではよく分からない。どのような拠点機能を拠点病院に求めるのか、あるいは、連携をどうするのかが非常に大事で、例えば、救急、高齢者の二次救急や救急医療と、その他の高度急性期で全く事情が違う。例えば、がんの化学療法を週 1 回受けなければならない時に、この案 1 の長生から市原まで行けるかどうかなど、負の部分の分析と対策も検討する必要があるのではないか。交通弱者である高齢者に対して、どのぐらいのハンデまで許容するのか、それを数値化できれば支援策なども提案できるのではないか。千葉県でそのような対応策ができれば、全国の見本になる可能性もあるだろう。

（地域医療構想アドバイザー）

アクセスについて、とてもわかりやすい事例で御指摘いただいた。厚労省のガイドラインも人口は書いているが、地理的なアクセスのところは、正直触れられてなく、片手落ち感がある。一体どこの地域をモデルとして、このガイドラインの 30 万人としているのか。ただ、30 万人は目安で、その構想区域で 1 つということではなく、例え人口当たりよりも少し多くても、例えば 30 万人に 2 つであっても、必要であれば、別に全く差し支えないという趣旨である。目安というところは、まさにアクセスであったり、その医療機関の成り立ちであったり、地域の役割ということを鑑みて、かつ、現状の実績や将来の

方向性も含めて協議してほしいという趣旨なのだろう。
　確かに市原エリアは、構想区域が広がっても各市の住民の課題を見落とさないことが、調整会議により求められてくる。

（吉野委員）
　例えば別の会議、今回も確か御発言されたと思うが、「このように二次医療圏が変わっても、急性期拠点が確保されているので安心して医療を受けられる」、は患者の移動手段を考慮しないと机上の空論になってしまう。

（青墳委員）
　2040 年を見据えた人口のことを考えて、案 1 はよく考えられている。ただ結局、人口が減るから医療圏人口が 20 万人を切らないようにしようということは、人口密度が少なくなる地域なので、広域になることは本当にやむを得ない状況。人口が減っていけば症例数が減り、診療報酬上でも厳しくなってきているので、医者も集まらない。特に前の会議でも産科、小児科のことがあったが、本当に均てん化してほしい領域が、ますます厳しくなることに関しては、構想区域を広く変えたからといって、それで解決できるものでもない。
　もう 1 つは、香取海匝の会議の中で、県を跨いだ茨城南部の鹿行地域の話が出たとの話だが、茨城南部も非常に医療が弱い場所で、旭中央病院、国際医療福祉大学成田病院、それから当院（成田赤十字病院）にしても、茨城県の患者さんもこれらの病院を頼りにしている。本当は、県を越えた議論が進んでいかなければいけないが、全然見えてきていない。
　それから山武・長生・夷隅の会議に出ても、芝山地域の方々は、印旛に頼っているのでその他の山武･長生･夷隅地域の方々と話が食い違うと言っており、芝山を印旛医療圏にくっつけたのが案 4 だが、そういうことを言い出すと、神崎も本当は印旛医療圏にくっつきたいとか、域内の受療率が 6 割になってしまう地域も出ており、よいところをくっつけていくと、残ったところは全然維持できないので、最終的には案１なのではないか。
　結果的に印旛は影響が出ないので、我々の議論的にはよいが、千葉県全体を見ると、ピンからキリまでという地域の集合体なので、千葉県全体とすると、厳しいというところ。

（議長）
　この問題も千葉県として深刻であり、千葉県全体は非常に人口格差が極端なので､その地域をどう考えてよいかアドバイザーからコメントいただきたい。

（地域医療構想アドバイザー）
千葉医療圏の病床数が、結構減っている。特に、公的な医療機関のベッドの返還申請が続いていて、全部足すとなかなかの数であった。千葉市という比較的人口が多く、都市部という所でもこの状態になっていく。今までは東部とかの患者が、玉突きで千葉市の東側で受けていたかもしれないものが、受けきれなくなったらどうしようというところも千葉県全体でいうと心配である。
いわゆる東部の問題は、人材確保を含めてどうしていくかがあるが、都市部でも特に人材確保が厳しいという理由でダウンサイジングが続くとなると、医師派遣や看護師の確保なりを、地域全体でどうやって助け合っていくかの視点を協議していく取組も考えていかなくてはいけない。
千葉県全体どの地域も、需要が減るからというよりも人材が確保できないからベッドが減っていく方が強い印象を持っていて、いろいろな患者、住民のニーズに、地域全体で対応できなくなることが一番の懸念事項である。だから、地域特性どうこうというのを超えた全体の問題なのか、危機感を覚えながら、どうしていけばよいかを、思案している状況である。

（吉野委員）
先んじて診療報酬改定が行われた。急性期拠点で、もともと機能が充実する病院に、人も資源も寄せようという施策だと思うが、そういった病院が何とか経営が改善できたとしても、中規模、中小規模の病院が千葉市に多く経営的に厳しい状況が続く。こういった施策の時期的なアンバランスが、始まっている気がする。

（地域医療構想アドバイザー）
後方支援的な機能を担う医療機関が厳しくなってくると、そういった拠点にして全て見なければならないという話になり、共倒れの未来が迫ってしまう。過渡期の今の状況において、どうしていくかは全体の課題である。

（健康福祉政策課）
「がん」など個別のものについては、場合によっては経過措置を設けたい。令和 11 年度に保健医療計画を改定するが、個別の医療提供体制について、個別に検討していくことになっている。
県としては、県全体のバランスも考えながら、いただいた御意見を踏まえて検討していきたい。

（吉野委員）
医療アクセスに関する評価と支援は、考えているか。千葉県は非常に広く、

全国のモデルになり得ると思うが。
（健康福祉政策課）
医療の足に対する支援について、構想区域の案は患者の動きを考慮して作っている。アクセスの問題は、議論の枠組みである構想区域を決めた後に、もっと細かいアクセスの不具合なども出てくるかもしれない。そういったものも議論していただき、県もそれを把握して、道路担当部局とも、構想区域の関係を情報共有しながらやっていく。不具合があれば、遠慮なく言っていただきたい。

（吉野委員）
現状と変わらないのはよいが、区割りが変わったために不利益を被る方が一定数いるのではと意見が聞かれるので、そういった方々に対する手当てが必要なのかどうか。

（議長）
非常に医療が厳しい段階に入ってくる。香取海匝地域、病院の廃院や病院の有床診療所化、産科が無くなる厳しい状況を迎えている。

・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室から議事２の説明

（議長）
国の基準病床、一般病床、療養病床、また精神病床でどういう方向でとわかっている部分があれば、アドバイザーに説明いただきたい。

（地域医療構想アドバイザー）
はっきりと把握してないところがあり、構想が上位概念になったことにより、2040 年の必要病床数と基準病床数が変わってくる。国が都道府県向けにデータも提供しているそうだが、私は実際に数字を見られていないのが一点。ガイドラインの中に式の考え方は入っているが、日本語で見ただけではやっぱり数式がわからないとコメントすることが難しい。改革シナリオというものは含めているらしいが、どういうふうに仮定の値を置いているのかはわからない。ただ、これまでの基準病床数の計算の仕方とはだいぶ概念的なレベルから違う印象があり、今よりも同じか減るぐらいの傾向にはあるだろうと感覚レベルでしか把握していないので、今年度、県で準備する中で、適宜必要な資料が出されてくると思うが、それをよく見ながら、私も厚労省とうまく連携を取り

ながら、細かい数式の考え方まで理解して、お示しできればというところ。

（四條委員）
今回、入院機能についての説明があったが、医師会には診療所が多いため、外来機能調査について伺いたい。
病院は、医師の入れ替わりがあっても組織として医療機能が継続される一方、診療所は、医師の高齢化や後継者の有無によって、承継あるいは閉院となる可能性がある。2040 年は 14 年後であり、現在の診療所医師の年齢構成を考えると、現在の外来機能をそのまま将来に当てはめることは難しい。
現在の診療内容、予防接種、健診、休日診療等の実態を把握することは必要だが、診療所医師の年齢構成、後継者の有無や承継の見込み、閉院の可能性、今後の新規開業の見込みなども踏まえて、将来の外来医療提供体制を考える必要があると思う。
また、外来機能調査の結果、地域に不足する機能が明らかになった場合、具体的にどのような方法で補うことを想定しているのか。例えば、既存医療機関に協力を求めるのか、新規開業によって補うのか、あるいは地域全体で連携体制を整えるのか。

（議長）
来年度、地域医療構想会議で外来の議論も話し合うことになっているので、まずアドバイザーに回答いただき、補足することがあれば健康福祉政策課、医療整備課から補足してもらいたい。

（地域医療構想アドバイザー）
外来機能報告の項目を決める時の議論に参加していて、外来機能指標とは何かを決めるというのが一つポイント。2040 年において、診療所の持続可能性という御指摘はごもっともであり、どういう調査意図になっているのかは、県の方が詳しいかもしれないので、そちらに譲りたい。いずれにしても、外来の重要性はこれから高まり、同様にアクセスの問題が関わってくる中では、できるだけ多くの報告がこの区域の中で集まることが議論の第一歩であるし、それを補うデータが、県独自で集めて千葉大学の今日の議事にあるデータ分析をしていくところで補足し合えれば一番いいのではないか。

（医療整備課）
今回行う医療機能調査は、保健医療計画の中間見直しを行い、向こう三カ年の計画のための調査となっている。2040 年を見据えた地域の医療提供体制の構築が、新構想の中で求められているので、そこを踏まえて、これから検討

していく。昨年度から、外来関係ではかかりつけ医機能報告が始まっており、その分析等も行うので、そういったデータを参考にしながら、今後検討を行っていく。

（四條委員）
まずは現状を把握するためのデータを出していただくことが、今後の議論の出発点になると思うので、よろしくお願いしたい。

・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から議事 3 の説明

（医療整備課）
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、御意見を伺う。なお、今回申請のあった病床数をすべて削減しても、本圏域の基準病床数は必要病床数を大きく上回っている。
今回は 3 件の申請があったので、各医療機関から申請内容等について御説明いただく。

（日吉台病院）
現在、超高齢化社会で、高齢者の医療に対する需要が増加している反面で、医療介護に従事する労働力が減少している問題が深刻化している。
当院でも、入院患者層が慢性期の高齢者がほぼ寝たきりで、全介助が大多数を占めている。今後も 2040 年に向かっていくにつれて、増加していく高齢者層がおり、当院で受け入れていく上では、現在の人員配置と病床数では十分な医療の提供が難しいと予想されている。人員を増やす努力はしているが、集まらずに今も苦戦している状況である。
現在、急性期病床が逼迫している状況だと思われるので、急性期病床での患者の受け入れをスムーズにしていくためには、急性期を終えた患者のその後の受け入れ先の拡充も必要になる。今後、当院で高齢者の患者様や急性期病院の後方支援として患者を受け入れていくためには、少ない人的資源でもより効果的・効率的に医療を提供できる体制を取るようにするための病床の縮小が必要と考えている。

（新八街総合病院）
当院の今回の申請ですが、従前 191 床の病床機能は、急性期、回復期、

慢性期ということで運営していた。
　今回の病床機能の削減においては、いわゆる慢性期の部分、療養病棟入院料１を算定している 87 床を 27 床ほど削減して、164 床とする申請をしている。一つには、医療従事者の部分で、看護師、看護補助者の獲得を苦慮している。提供したくても、マンパワーの部分で体制に苦慮していることから、適正な病床を考えた時に 164 床、療養病床を 27 床削減ということを一つ検討して、御相談させていただいた。

（成田赤十字病院）
　一つは当院の場合は、すでに効率化のためにしばらく前に 55 床減少して、今現在は 655 床で運営している。この支援事業の方で、もうすでに 50 床分はいただいたが、その支援が得られなかった部分の数床について。
　もう一つは令和 12 年の見込みで５床ぐらい減らす予定になっているところについては、新病棟を計画している最中で、救命救急とＮＩＣＵ・ＧＣＵがあり、ＮＩＣＵ９床、ＧＣＵ12 床で稼働するが、現状の稼働病床と現実は同じ。実際は現在使えていないＧＣＵの病床があるので、その分を数床減らす予定になっている。現状としては、当面変更はないというのが当院の状況。

・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から議事 4 の説明

（議長）
　具体的な例ということで、癌診療という話が出てきて、癌手術と、もう一つ、化学療法、通院のことが問題だと話があった。具体的にどう生かすか、具体的に説明していただきたい。

（地域医療構想アドバイザー）
　愛知県の方のアドバイザーもしており、同様にＤＰＣデータを中心とした分析を少し先んじてやっているので、それも交えて御紹介したい。
　これは県全体の話かもしれないが、先ほどの構想区域の話にあったとおり、拠点病院を選ぶときの基本的な実績を見るときに使うことができると思っている。具体的には、先ほど述べた救急搬送の患者数と手術件数を組み合わせるが、例えば救急搬送で、かつ、すぐに手術を受けた患者さんが何件あるのか、それが診療科領域ごとでどのように分布しているのかを見ていくと、救急車や手術件数は多いが、特定の疾患に偏っているとしたら、そこに集中している専門機能かもしれないし、幅広く見ているところかもしれないしというところ

が見て取れる。整形が中心なのか、循環器が中心なのかというところを含め。
もう一つは、それを夜間とか休日に置き換えて見ていくと、件数は全体としては多いが、ほとんどそれが日中であったというところに、夜間はどうなのかと見ていくと、夜間の問題がより明確になっていく、そんなことを愛知県では先んじて行っている。
それ以外に今年やろうとしているのは、患者のＤＰＣの疾患ごとの平均在院日数の状況を見ていきたいと考えており、退院が難しいところが、多くの急性期病院の悩み事の一つと思っており、それを疾患ごとで見ていくと、後方支援機能がいかに大事かということ、いかに整備していくかというところが少し数字で議論できるのではないかという期待を持って、本年取り入れたい。できれば病院、個別のデータとして示していきたい。今までは二次医療圏単位で全体こうでしたというところだったが、医療機関単位により細分化して示して、皆さんで協議できればいいという期待を持っている。ただ限界点としては、非常に分析の項目が多くて、冊子にすると 400 ページぐらいになっている。それを地域の問題は何かと解釈して、絞り込むのは大変で、どう進めていくかが問題として残る。
もう一点は、これはデータの限界ではあるが、今回の受託する千葉大学では、収集しきれてないデータソースがある。一つは従業員、人材の情報がない。医師数とか看護師数は若干わかるものの、その詳細は限界がある。もう一つは介護の情報がない。高齢者救急の問題を議論するときに、どれぐらい介護で、受けられているのか、そういった情報がない。市町村は介護の情報を持っているので、より発展的に、本当は市町村の協力が理想だが、今年度はないということなので、病院が見ている患者の実情を構想区域単位でまとめて見ていくと、全体としてこういう問題があるということを提起できる。
ＧＩＳ分析、アクセス分析のエキスパートの先生がいるので、限界点も含めて、興味深いデータが出せるのではないかなと期待をしている。

（議長）
アクセス分析の専門家として、分析すると印旛地域の特に役に立つというコメントがあればいただきたい。

（千葉大学医学部附属病院）
アクセス性の分析ですが、過去に調査をしている限りは、病院にたどり着くまでの方法は何個かあるが、救急車で行く、車で行く、公共交通機関を使って行く、我々が計算で求められるのは前者の二つまで。そのため、例えばどういう経路の公共交通機関を使ってたどり着くかは分析できないが、そのかわり道路の情報の後ろには、構想区域の見直しに際して、 区域内の 2040 年の人口

動態などの背景情報を収載している。特に印旛と香取海匝の構想区域が結合することがあるとすると、印旛地域にとっては相対的に人口規模が少ない地域とくっつくので、人口が集中し医療機関が多い印旛の方が、構想区域全体で見ると少し（アクセス性の面で）不利になる地域が出てくるかもしれない。そういったところを（構想区域の結合の）前後で比較して、アクセス性の観点から今回数値で示せるのではないか。

アクセス性の分析では、どうしても道路距離や移動距離（などの地理的用件に結果が）寄ってしまうので、正確にその医療機関の機能を完全に反映できるわけではないため、データがミスリードしないようにお示しすることが、我々の腕の見せ所である。今年度の分析事業の概況としては、そういったデータの提供を考えている。

（議長）

いろんなデータ出してもらっているが、地域医療構想会議で議論できてないのが正直なところ。どういうデータを解析するのか、どういう議論の仕方をするのかの二つについて、コメントやアイデアがあれば、言ってもらいたい。

（吉野委員）

貴重なデータで、現在のいろんな課題に向き合うのに非常に有益なデータになる可能性がある。それで本当は、再三このような会議で申し上げているのは、高齢者のアクセスが非常に広域になる、医療圏が広域になると必ず起きるであろうことが置き去りにされているので、そこを評価して、特定できれば支援するのが一番求めたいところ。確かにこのデータだけでは、救急車で行ったかどうかしかわからないとか、なかなか難しいところもある。補足的なデータにしかならないかもしれないが、疾患とか年齢とか、その分析は非常に重要かなと思う。本当はアクセス方法とか時間とか、いくらかかるとか必要だと思うが、それだけでもかなり貴重な情報になるのではないか。

それと、もう一点、地域医療構想が上位概念として進んでいるので、それがうまく機能しているのか、同じようなデータから見られるのではないか。例えば疾患ごとに大きな差があったりするし、後方支援病院、介護の問題もあるので、それを合わせて連携が取れているのかも見られたら良い。

（千葉大学医学部附属病院）

領域別のところは、医師会の先生方に参加いただいたデータ分析検討委員会でも、指摘があったところ。どのようにその領域を決定していくか。特に救急や小児の領域は非常に要請が強いところなので、年齢階級と受診経路で絞り込みしながら分析をすることができるかと思っている。

先生方の議論に役立てられるように、どういった条件でやると、こういった形の未来が見られるといった、いろんな仮定を置いて未来を投影する。ただし、あまり細かく条件を分岐させすぎても、データの量や分析の結果ばかり増えてわかりづらいと思うので、分析項目の論点がどこにあるかについても県、委員会と相談しながら絞り込んでいきたい。

（２）報告事項

・令和７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報告事項１の説明。

・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から報告事項２の説明。

・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報告事項３の説明。

（青墳委員）

病床機能報告について伺う。当二次医療圏には大学病院が３施設あり、いずれも全病床を高度急性期として報告している。その結果、高度急性期病床及び急性期病床が充足している状況となっているが、県内の他の二次医療圏と比較しても当医療圏のみ高度急性期病床が突出した状況が続いている。病床機能報告は自主報告が　基本であることは承知しているが、この状況について県の考え方を伺いたい。

（医療整備課）

病床機能報告は医療機関による自主報告が基本である。また、定量的基準は一定の指標ではあるが、実態を完全に反映するものではない。今後、新たな地域医療構想の中で定量的基準の取扱いも含めて協議されるものと考えている。

（吉野委員）

印旛医療圏に 3 つの大学病院が存在する中で、当院は最も新しい大学病院であるが、大学病院本院として学生教育や医師養成の機能を担っている。また、新たな地域医療構想や医療計画において求められる急性期拠点としての役割も有している。

現在、特定機能病院の承認については審査中であり、近く結論が示されると聞いている。承認された場合には医師派遣等の義務が生じることから、多く

の医療従事者を確保する必要があり、安易な病床規模の縮小は困難である。さらに、医療需要も高まっており、医療機能の維持・充実が求められている状況にある。

印旛医療圏の病床機能に関して様々な意見があることは承知しているが、上位計画や求められる役割を踏まえると、当院としては現在の機能を維持せざるを得ない状況である。その点について理解をお願いしたい。

（別所委員）

当院は 34 年前の開設以来、大学病院の分院として地域医療に対応してきた。救命救急センターを有するなど、高度急性期医療を担う医療機関として運営しており、療養病棟を設置していないことからも、現在の病床機能報告は当院の実態に即したものであると認識している。

近年、この地域に大学病院機能を有する医療機関が増加しているが、その背景には地域の状況やこれまでの政策的な経緯もあることから、この場で個別に論じるべきものではないと考えている。

当院としては、今後も現在の高度急性期医療機能を維持しながら、地域医療に対応していきたいと考えている。

（鈴木委員）

青墳委員の御指摘はもっともであると認識している。当院については、過去に全病棟を高度急性期として病床機能報告を行い、その内容が継続されている状況である。

今回の資料に示された高度急性期病床の目安や入院料区分等も踏まえ、入院料のみで医療機能の全てを評価できるものではないものの、可能な限り実態に即した形で病床機能を整理したいと考えている。

そのため、病床機能報告の内容を見直す機会が得られるのであれば、改めて検証を行い、実態に即した形で報告したい。また、そのような作業を行うことが、当二次医療圏において関係医療機関の理解と協力を得ながら議論を進める上でも重要であると考えている。このため、病床機能報告を改めて見直す機会をいただけると幸いだ。

（議長）

医療整備課は出し直しについて全く問題ないということでよろしいか。

（医療整備課）

過去のデータについては、国が公表している病床機能報告のデータを使用しているため、県として過去の報告内容を修正することは行っていない。

ただし、医療機関において過去のデータを提示できる場合には、参考値として活用することは可能であると考えている。

（青墳委員）
病床機能報告を開始した当初は、集中治療室等の機能を踏まえて病床を分類し、高度急性期病床はおおむね100床程度、それ以外を急性期病床として報告した経緯がある。その後は大きな見直しが行われないまま現在に至っている。
このため、鈴木委員から発言のあったとおり、過去の報告内容が継続されている状況は、多くの医療機関に共通する実態であると認識している。
一方で、高度急性期病床数を合計した際に印旛医療圏のみが突出して多い状況となっていることについては、以前から課題として認識しており、今後もそのままにしておくことは難しいのではないかと考えている。

（吉野委員）
どのような対応が望ましいと考えているのか伺いたい。

（青墳委員）
病床機能報告は自主報告が基本であるものの、ICUやNICUなど高度急性期に該当する病床について一定の考え方が示されている。こうした病床数を積み上げた形で報告いただくことで、印旛医療圏において実際にどの程度の高度急性期病床が運用されているのか、より実態に即した状況を把握できると考えている。
現在も定量的基準に基づく推計値は示されているが、実病床数として高度急性期医療を担う病床が医療圏内にどの程度存在するのかが十分に見えにくい状況にある。そのため、実態に即した病床数を示していただくことが望ましいと考えている。

（吉野委員）
実態と病床機能報告の内容との間に乖離があるのではないかという指摘であると理解した。
そこで、議長及び県に伺いたい。現在、急性期医療拠点に関する考え方が強く打ち出され、様々な施策が進められているが、そのような動きを踏まえて病床機能区分の考え方や報告内容が今後変わる可能性はあるのか。

（地域医療構想アドバイザー）
高度急性期病床の定義が今後大きく変更されるという話は把握していない。

大学病院であることと、全ての病床を高度急性期病床として位置付けることは必ずしも同義ではなく、病院としての役割と病床機能の整理は分けて考える必要がある。高度急性期病床を判断する上では、ICU 等の機能が一つの目安になると考えられるが、これまでの考え方が大きく変わる状況にはないと認識している。

今回の議論のように、関係者間で認識を共有した上で病床機能報告が行われることで、印旛医療圏における高度急性期病床の実態がより正確に把握できるようになるのではないかと考えている。

（吉野委員）

当院においては、着任以来、病床の拡大を進めてきたが、それに伴い病床稼働率も上昇している。一方で、そのことが他医療機関の患者数に影響を与えている状況にはないと認識している。

他方、急性期治療を終えた患者を受け入れる回復期・慢性期機能の確保には苦慮しており、そのことが当院の病床稼働率の上昇につながっている可能性もある。

その意味では、青墳委員の指摘は理解できるところであるが、急性期病床については必ずしも過剰な状況にはない一方、回復期及び慢性期病床については依然として不足している状況にあるとの認識を持っている。

（議長）

病床機能報告の見直しや過去の報告内容の取扱いについて、医療整備課において検討の上、結果を報告いただきたい。

（医療整備課）

病床機能報告の見直しというよりも、過年度調査の修正の取扱いに関する事項であると考えている。対応の可否も含めて検討を行い、後日案内する。

（鈴木委員）

高度急性期病床の定義について確認したい。資料 6 においては、ICU、HCU、NICU、SCU 等に係る入院料が高度急性期の目安として示されているが、これらを絶対的な基準として高度急性期病床数を算定するのか、あるいは各医療機関が高度急性期機能を担う病床と判断したものについても含めて報告することができるのか、考え方を伺いたい。

（医療整備課）

国のガイドラインでは、資料 6 に記載している入院料等を病床機能報告の

目安として示している。一方で、それらを絶対的な基準として定めているものではないと認識している。今後、調査の詳細や取扱いに関する情報が示されると思われるため、適宜情報提供していきたい。

（青墳委員）
病床機能報告が開始された当初は、ICU や HCU など明確に高度急性期に該当する病床に加え、病棟単位で診療密度が高く、医療資源投入量が一定基準を超える病床についても高度急性期として報告する考え方が示されていたと認識している。
当院では、その考え方に基づき、血液内科病棟を高度急性期病床として位置付け、ICU 等の病床と合わせて約 100 床を高度急性期病床として報告した経緯がある。その後は大きな見直しを行わないまま現在に至っている。

（議長）
高度急性期病床の考え方や病床機能報告の取扱いについては、次回の地域医療構想調整会議までに医療整備課で整理し、方向性を示していただきたい。具体的な考え方が示されなければ、各医療機関としても対応に苦慮するものと考える。

（医療整備課）
関係情報を収集し、内容を精査した上で次回会議において報告する。

・印旛保健医療圏における病床整備計画の公募について
医療整備課地域医療構想推進室から報告事項４の説明

（議長）
委員からの意見を伺う前に、まず 3 点について県の考え方を確認したい。
１ 点目として、定量的基準による病床数を見ると、印旛医療圏ではいずれの病床機能も充足している状況となっている。また、病床数適正化緊急支援事業を実施する中で病床配分が行われているが、県として今後も同様の考え方で病床配分を継続する方針なのか伺いたい。

（医療整備課）
病床配分については、定量的基準による病床数のみを判断材料とするのではなく、第 8 次保健医療計画策定時に定めた方針に基づき、医療圏ごとの医療提供体制、国の動向及び地域医療構想調整会議における意見等を総合的に勘案

して検討している。
　今回の病床配分については、昨年度の調整会議での意見や病床稼働率に基づく分析結果等を踏まえ、回復期機能に限定した病床配分を実施することとしたものである。
　また、病床数適正化緊急支援事業については、病床数の適正化に伴い生じる医療機関の課題への支援を目的とするものであり、県としては医療機関への支援と地域医療提供体制の維持との両立を図りながら対応していきたいと考えている。

（議長）
　2 点目として、当地域では看護職員不足が深刻な状況となっている。保健所の調査では病院全体で 500 人から 600 人程度の看護職員が不足している状況が示されている。病床の確保だけでなく、看護職員の確保や定着、さらには急性期から回復期への人材移行など、地域全体の看護職員確保対策を優先すべきとの意見もあると思われるが、県の考え方を伺いたい。

（医療整備課）
　看護職員の確保は、地域医療提供体制を維持する上で極めて重要な課題であると認識している。県では、看護学生への修学資金貸付、看護師等養成所への運営支援、新人看護職員研修の充実、ナースセンター事業による就業支援や復職支援など、新規養成、復職支援及び定着促進に取り組んでいる。
　一方、病床配分については、地域に必要な医療機能を確保する観点から実施するものであり、看護職員確保施策とともに、地域医療提供体制を維持するための施策として総合的に推進していく必要があると考えている。

（議長）
　3 点目として、地域医療構想調整会議は、地域における役割分担や適正な病床機能について協議する場である。回復期病床が不足しているのであれば、まず既存医療機関に病床転換の可能性を確認し、それでも対応が困難な場合に新たな病床配分を検討するという順序も考えられるが、この点について伺いたい。

（医療整備課）
　県としては、地域医療構想の実現に向け、調整会議を通じた医療機関相互の協議を促進し、医療機能の分化・連携を進めるとともに、不足する医療機能への転換も重要であると認識している。
　これまでも急性期病棟から回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア

病棟への転換を支援する補助事業を実施してきた。
　また、昨年度の調整会議において回復期機能に限定した病床配分について肯定的な意見が示されたことや、病床稼働状況の分析結果等を踏まえ、回復期機能に限定した病床配分を実施することとした。
　今後は、新たな地域医療構想や地域医療介護総合確保基金に関する国の動向を注視しながら、回復期機能を含む医療機能全体に対する支援策の検討を進めるとともに、引き続き地域医療構想調整会議における意見を踏まえながら、地域の実情に応じた医療提供体制の確保に取り組んでいく。

・医療機器の共同利用計画書の提出について
　医療整備課地域医療構想推進室から報告事項５の説明
　質問や意見はなかった。

・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から報告事項６の説明
　質問や意見はなかった。

・次回調整会議の予定について
（議長）
　次回の地域医療構想調整会議について説明する。資料 11 のとおり、次回は 10 月中旬から 11 月中旬頃の開催を予定している。議題としては、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等を予定している。
　また、本日の議論において医療整備課で整理することとなった事項についても、次回会議で具体的な回答をお願いしたい。
　これまでの報告事項及び次回会議に関して、質問や意見があればお願いしたい。特に意見がないようであれば、最後に地域医療構想アドバイザーから総括をお願いする。

（地域医療構想アドバイザー）
　本日は予定時間を超えて活発な議論が行われたが、地域医療に関する重要な論点について意見交換ができたことは非常に有意義であったと考えている。
　個別の議題については議論の中で発言したため、総括としては別の観点からコメントしたい。
　本日は多くの市町の関係者に参加いただき、新たな地域医療構想に対する

関心の高さを感じた。一方、本日の議論は構想区域や急性期医療拠点を中心とした内容であったが、新たな地域医療構想では在宅医療や介護も含めた地域全体の提供体制を視野に入れることが求められている。

特に、急性期医療の後方支援を担う回復期機能や介護サービスの受け皿をどのように整備していくかが重要な課題になると考えている。そのため、在宅医療や介護を所管する市町村の役割は極めて重要である。

各市町村において開催されている検討会や協議会等の場で、本調整会議における議論の内容を共有していただきたい。また、市町村側からも介護サービス、在宅医療、訪問看護、介護施設の整備状況や待機者の状況などの情報を共有いただければ、地域の課題をより具体的に把握することができる。

データ分析事業においては、介護分野に関する情報や住民ベースのデータが十分に把握できない場合も多いことから、市町村との連携は不可欠である。全てのデータが揃わなければ議論できないというものではなく、個別市町村の状況について情報共有いただくことでも有意義な検討が可能である。

新たな地域医療構想は、本年度及び来年度が重要な検討期間になると考えている。今後も医療、介護及び在宅医療を含めた幅広い視点から議論を深めていくことを期待している。

以上