

令和8年度 第1回東葛南部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 開催結果

- 1 日時
令和8年8月24日（月）午後7時から午後8時30分まで
- 2 開催方式
オンライン（Zoom）
- 3 出席者
委員29名中28名 出席
佐々木委員、鳥海委員、三束委員、櫻川委員、山田委員、吉田委員、藤平委員、
杉山委員、日向委員、三枝委員、菅委員、田中委員、茂木委員、小林委員、
片桐委員、青木委員、石毛委員、小守委員、加藤委員、石井委員、高橋委員、
石垣委員、島津委員、舟波委員、梅澤委員、筒井委員、影山委員、杉戸委員
千葉県地域医療構想アドバイザー
オブザーバー5名（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター、独立行政法
人地域医療機能推進機構 船橋中央病院、千葉県医師会）
東葛南部地域病院・有床診療所 33医療機関
傍聴者9名
- 4 会議次第
 - （1）開会
 - （2）習志野健康福祉センター長 あいさつ
 - （3）議事
 - ア 新たな地域医療構想の策定について
 - イ 千葉県保健医療計画の中間見直しについて
 - ウ 病床数適正化緊急支援事業について
 - エ 医療機関毎の具体的対応方針について
 - オ 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
 - ア 令和7年度病床機能報告の結果について
 - イ 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
 - ウ 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
 - エ 次回調整会議の予定について
 - （5）閉会
- 5 議事概要
 - （3）議事
 - ア 新たな地域医療構想の策定について
資料1について、健康福祉政策課 政策室から説明。

（健康福祉政策課）

新たな地域医療構想の策定に伴いまして、県で検討している構想区域及び二次医療圏の検討案について説明します。

なお、新しい地域医療構想は令和 10 年度、つまり 2028 年度までに策定することが求められており、その策定に先立ち、医療機関の役割分担、連携・集約化を進めていくための枠組みとなる構想区域について、今年度中に見直しを予定しております。

まず、新たな地域医療構想が目指す方向性ということで、国の考え方を説明いたします。全国的に高齢者の人口がピークを迎えるのが、2040 年ごろと言われており、2040 年ごろを見据えた上で、すべての県民の方が適切に医療や介護を受けられ、医療従事者の方々の持続可能な働き方も両立できるような、地域医療提供体制の全体を解決したいと考えております。

国からは、原則、人口 20 万人以上を基本とした構想区域を設定した上で、必要に応じて医療機関の集約化を進めること、また、区域の検討に当たり、現在の患者さんの需要の動向をしっかりと分析した上で、人口の動態、医療資源、またアクセスも踏まえた上で、必要に応じて区域の広域化を検討することと言われております。

次のスライドですが、国の考えを踏まえた、千葉県の見直し方針を示しました。

千葉県では、2040 年においても、構想区域あたりの人口が 20 万人以上であること、そして実際の患者さんの受療動向に即していること、この 2 点を基本とした、適切な区域を設定したいと考えております。

バットシナリオとしては、中長期的に人口が減少し、患者さんだけでなく、医療従事者の方の減少も見込まれる中、このまま何もしなければ、治療の経験数が減り、医療の質が低下し、経営の逼迫に繋がる可能性がございます。

また、働き手の方が減りますと、その分、少ない従事者がいろんな施設に分散をしてしまいます。

そうしますと、特に手薄となる夜間・休日の救急車の受け入れが困難となってしまいます。こういった事態を避けるような観点が必要ですが、最悪の場合には、医療機関の閉鎖に繋がる可能性がございます。

そこで、資料右側をご覧ください。千葉県として考える 2040 年の構想の対応案は、まず適切な人口規模の圏域ごとに、医療機関の役割分担、そして連携を進めてまいります。そして救急医療などの症例をしっかりと拠点病院に集約をして医療の質を確保していきたい。

こうした地域の役割分担を進めていく、例えば急性期機能の拠点、そして高齢者救急を受け入れるといったような役割分担を進めていくためには、人口規模だけではなくて、どこにお住まいの方が、どこで医療を受けているのか、といった実際の患者さんの流れを踏まえた区域設定が重要と考えております。

そこで、人口の少ないエリア、そして、入院医療の圏域内完結率が低いエリア、こういったエリアを中心に見直しを行い、適切な構想区域を設定した上で、必要な対策を講じて、千葉県内どこであっても質の高い医療を受けられる、そのような体制を目指してまいります。

次のスライド、区域ごとの状況です。現在、千葉県では、二次医療圏と同様に 9 つの構想区域を設定しております。

2040 年の人口に着目すると、香取海匝と安房におきましては、人口 20 万人を下回る見込みとなっています。

また、山武長生夷隅は入院医療の完結率が低い、つまり、住民の約 3 分の 1 が、他の区域の医療機関で入院をしているといったような状況です。

こうした状況を踏まえ、先ほど説明した見直し方針に基づき、香取海匝、安房、山武長生夷隅の区域については、より適切な構想区域となるような検討が必要であると考えております。

次のスライドです。香取海匝地域の拠点となっている旭中央病院が立地する海匝地域の医療機関において、どの地域の患者さんが入院しているかを示したものです。

地元の海匝地域の患者さん 65%、同じ医療圏である香取地域が 14%です。

しかし、隣接する山武地域からも 10%が入院をしているところです。

下のグラフは、山武地域にお住まいの方がどこに入院しているのかを見たものです。地元の山武地域での入院が 57%、海匝地域が 13%ということで、山武地域と海匝のエリアでは、患者さんの行き来があり、親和性があるといったことが見て取れます。

次のスライドです。上のグラフでは、亀田総合病院が位置する安房地域における入院患者の流入の状況でございます。

地元の患者が 74%を占めますが、夷隅が 13%、君津からも 8.9%の患者さんが入院しています。

夷隅地域の患者の入院地域は、地元の夷隅が 59%、安房が 29%となっています。

また、君津地域にお住まいの方の入院先としては、君津が 84%、安房が 8.1%となっています。

このように、夷隅と君津、そして安房、この 3 つのエリアにつきましては、患者の実際の行き来があり、親和性があるものというふうに考えております。

次のスライドですが、市原区域、こちらは帝京大学ちば総合医療センターや、千葉労災病院、千葉県循環器病センターといった病院がございます。こちらの地域にどの地域の患者さんが入院しているのかを見たのが上のグラフでございます。

市原地域の住民が 77%、長生地域から 8.8%入院しております。

また、長生地域にお住まいの方は長生地域に 54%、市原地域に 14.5%入院しております。

このように、長生・市原の医療圏における患者の行き来、親和性といったものを確認ができています。

次のスライドですが、こうした患者さんの実際の行き来といった状況を踏まえ、人口のバランス、そして、拠点病院の配置などを考慮して、構想区域の広域化を検討してはどうかと考えております。

ここでは新しい構想区域の検討の 1 つとして、今ある 9 つの区域を、7 つにするといったものをお示ししております。

この案では、香取海匝、そして安房をそれぞれ広域化して、香取海匝は山武地域と、安房地域は夷隅・君津と一体とする案です。

また、先ほど山武長生夷隅は入院完結率が低いと申しました、こちらのエリアの中間地点にある長生地域については、市原と一体とする考え方をお示ししています。

次のスライドです。このように構想区域を見直した場合の効果でございますが、住民

にとっては、一定の人口規模を確保した区域で、医療の拠点がしっかりと今後も維持されやすくなり、将来も安心して受けられる医療体制が整うものと考えています。

また、医療機関の皆様方にとって、しっかりと受療行動に即した区域を設定することにより、医療機関同士の連携・集約・再編といったような議論が進みやすくなり、調整会議などの場を通じて実効性の高い議論が可能になるのではと考えております。

また、人口の一番少ない地域では、2040 年であっても 34 万人、そして圏域内完結率も最も低い地域でも 75%といったように、先ほどの 64%といった数字から大幅に上昇しているということが 1 つ挙げられます。

では、その他の区域案についてご説明いたします。

次のスライドは 6 区域案です。こちらの案では、香取海匝と印旛を同じにしたもの、そして、安房と君津、そしてさらに長生と市原をそれぞれ一体とする案でございます。こちらですと、入院完結率が最も低い地域は、73.8%ですが、先ほどお示した案の 1 の 75.7%と比べると、少し数値が下がることから、実際の受療動向とのずれが生じる可能性があると考えております。

続きまして案の 3 のとおり 5 区域案をお示ししています。こちらの特徴は、山武長生夷隅と、君津市原も一体とするところです。

区域を一体化しますので、その分、圏域内の完結率はすべて 80%を超えます。

その一方で、区域が大きくなりすぎること、地域の課題の把握が困難、例えば館山市の医療事情を横芝光町の方が確認するといったようなことが難しくなるのではというふうに考えております。

最後に案の 4 でございますけども、こちらは、どの地域の患者さんが、どこの拠点病院に行っているのかといった、といった視点に基づいた区域を定めたものです。

山武長生夷隅区域について、2040 年における人口が 20 万人となるようにしつつ、市町村別の入院医療の受療動向等を踏まえて構想区域を検討したところ、このように、一部の区域において、入院の完結率は改善したものの、山武長生といったエリアの入院完結率は 60.8%にとどまるといったことがわかりました。

最後に、今後のスケジュール案です。今月 12 日に医療審議会の総会と地域保健医療部会を開催し、本日説明した資料をお示したところです。

今後は、地域医療構想調整会議、医療審議会で議論を重ね、年度末には構想区域を決定してまいりたいと考えております。

そして、いわゆる急性期の拠点機能や高齢者救急・地域急性期、在宅医療等連携機能といったような、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携といった協議は、まず、区域を定めた後、つまり来年度以降に具体的な実施を予定しております。

以上から地域医療構想の策定に係る現在の状況についてご説明させていただきました。

どうぞよろしくお願いいたします。

議長が各委員に議事についての意見・質問を求めた。

(議長)

特にご意見ご質問等はありませんので、次に進めます。

イ 千葉県保健医療計画の中間見直しについて
資料2について、健康福祉政策課 政策室から説明。

(健康福祉政策課)

今年度行う保健医療計画の中間見直しについて説明します。

次の資料をご覧ください。

こちらは医療法に基づく、法定の計画です。

本県の、保健医療に関する基本的な指針となっており、現在の計画は令和6年度（からスタートし、11年度までの6年計画です。

今年度、令和8年度が3年目となりますので中間見直しを行う予定です。

見直しの主な項目でございますが、まず医療法の法定見直しとして、外来医療、医師確保、在宅医療に関することを見直します。

また、構想区域の見直しにあわせまして、保健医療圏と基準病床数の見直しを行う予定です。

外来医療、医師確保、在宅医療といったものの見直しの他に、計画の終了期間前に終期を迎える指標についても見直します。

また一般・療養病床に係る基準病床数につきましても、新たな医療圏ごとの算出を予定しております。

精神病床の基準病床は、医療圏ごとではなく全県単位で設定されているものでございますが、こちらについても国の通知に基づいた算出を行う予定です。

見直しの方針でございますけども、まず、見直しの期間が先ほど申した通り、今3年目を迎えておりますので、残り3年間、つまり来年度から11年度までを予定しております。外来医療につきましては、今後、医療と介護の需要の急増が見込まれていることから、患者が実際に、地域で必要なときに必要な医療を受けられる体制をしっかりと確保したいとの観点から、今後千葉県で実施する医療機関調査の結果を踏まえた具体的な施策を見直します。

2番目に、医師確保について、こちらでも将来若い方の人口が減少することが見込まれておりますので、医療提供体制を取り巻く環境の変化に留意した取り組みの見直しを図ります。

3点目の在宅医療については、新たな在宅医療圏に関する見直しを行うほか、病床の機能分化、連携に伴って、新しい在宅医療介護等の需要について、今年度改定する高齢者保健福祉計画との整合を図った上で、在宅医療実態調査と合わせた見直しを行います。

先ほど触れました、医療機能調査のことでございますけれども、こちらの外来医療と在宅医療について、アンケートを実施いたします。

調査内容は資料のとおりでございますが、例えば、県民の意識調査については、県民1万人の方を対象としたインターネットアンケートを実施予定です。

こちらの調査へのご回答にご協力いただきますと大変ありがたく存じます。

続いて検討体制でございますけれども、計画の改定に中間見直しにあたりましては、医療法に基づく手続きを実施します。

その他、調整会議における地域の関係者の皆様方への意見聴取、また年明けを予定しているパブリックコメントを行うことで、広くご意見を反映したいと考えております。

在宅医療につきましては、圏域連絡会議、また、在宅の協議会などにおいてご意見を賜るところでございます。

最後に、新たな地域医療構想と計画の関係性でございます。

医療法の改正により、新たな地域医療構想は医療計画の記載事項の1つではなく、今後は計画の上位概念といった形になります。

また構想区域は、原則二次保健医療圏と一致させるといったことを先ほどご説明しました。千葉県としては、国の考え方を踏まえた構想区域の見直しを図る中で、県内すべての地域においての持続可能な医療提供体制、どこに住んでいても安心して暮らせるといったことをしっかりと図って参りたい。その意味での二次保健医療圏の見直しを併せて実施をしたいと考えております。

説明は以上です。どうぞよろしくお願い致します。

議長が各委員に議事についての意見・質問を求めたところ以下の補足があった。

(医療整備課 執行室長)

ただいまの説明のうち、医療機能調査については、近日中に調査を行わせていただきますので、御協力よろしく願いいたします。

(議長)

その他、いらっしゃらないようなので、先に進めます。

ウ 病床数適正化緊急支援事業について

資料3について、医療整備課、地域医療構想推進室から説明。

(医療整備課)

本日は病床数適正化緊急支援事業について協議をお願いいたします。

病床数適正化緊急支援事業は国において病床数適正化緊急支援基金を創設し、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を支援する事業でございます。

具体的には、一般、療養、精神病床を持つ医療機関が病床削減した場合、病床1床当たり410万4000円を支給するというものでございます。

なお休床の場合は1床当たり205万2000円の支給となります。

支給対象の詳細につきましては後程資料をご覧くださいと思います。

本事業の活用にあたっての留意事項は、まず、給付費の支給を受けた開設者または開設者であったものが、令和19年3月31日まで病床を増加させた場合に、一定の条件のもと給付金の返還を求められることがございます。

なお開設者は医療機関単位ではなく法人単位で判断されます。

次に、本事業で削減された病床については、基準病床数を引き下げることとなります。

また、本県は申請内容の審査や認定手続き等を行うことになっておりまして、一般、療養病床につきましては、本会議で地域の合意が得られたものを認定の対象といたします。

第1回の申請は、厚労省への提出期限が本日となっていますので、この後、厚労省に提出をさせていただきたいと考えております。

給付金の支給時期ですとか第2回申請予定期間については現在未定となっております。

情報入手出来次第ご案内をさせていただければと考えております。

本日は各医療機関様が行う病床削減が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、ご意見を伺います。今回は、8件の申請がありましたので各医療機関様から申請内容等についてご説明いただきます。

それではまず、セントマーガレット病院様から説明をお願いいたします。

(セントマーガレット病院)

まずご説明に先立ちまして、8月13日の千葉豪雨に関しまして、当院が浸水をしたという件につきまして、県庁を初めDMA Tの方、保健所様、市の医師会ですとか、関係各所の方に大変大きなご支援いただきまして誠にありがとうございました。

一言ご挨拶させていただきます。

ありがとうございます。

では病床削減についてご説明をさせていただきます。

当院の診療圏は東葛南部でも東に位置しておりまして、診療圏としましては、印旛医療圏に属する佐倉市ですとか、印西市、千葉市というところがそのエリアとなっておりますけれども、いずれも佐倉市、印西市、八千代市含めまして全体の人口減少はあるものの、高齢者人口が増える予測が出ております。

また八千代市におきましては、2035年に医療需要が全国平均を上回り、介護需要につきましては2040年に全国平均を上回る見込みとなっております。

これらの状況に加え、就労人口の減少、人材確保の困難などを踏まえまして、高齢者救急を含む急性期機能を一部残しつつ、療養病床の適正数を確保する前提で199床としまして、あわせまして在宅医療機能の強化、在宅療養支援病院としての役割を担うこととして考えております。

(医療整備課)

ありがとうございました。

次に、セコメディック病院様から説明をお願いいたします。

(セコメディック病院)

セコメディック病院の削減の理由を申し上げたいと思います。

主に、院内のスペースが不足しているということが大きな要因になっております。

まず高度急性期ICUの方で、治療上必要な医療機器を配置し、看護職員のケアスペースを考慮すると、どうしても運用上、削減せざるを得ないというところがございます。

次に、急性期病床ですけれども、こちらの方ではいろいろと保管庫、いろいろ医療物品等々収めるような保管庫が間に合わないため、今度、病室を1つカンファレンス室に変えて今のカンファレンス室が場所的に保管庫に適しているので、そういうところで削減させていただきます。

それと回復期病床ですけど、もともと急性期病床だったものを回復期病床に変えたときに、届け出上の平米数の関係で非稼働病床が発生しました。色々とその別棟を建てたりと

か、いろんなプランを考えてきたのですけれども、昨今の建築費の高騰に加えて、必要な人員数の確保が非常に困難であるということを考えて、このタイミングで病床の方を削減するっていうことで、合計で18床削減することで調整をさせていただいております。

以上となります。

(医療整備課)

ありがとうございました。

次に、東邦鎌谷病院様から説明をお願いします。

(東邦鎌谷病院)

東邦鎌谷病院では、今回、やはりスタッフの看護師不足がなかなか解消されないために、病床が完全に160床埋まることができないがために、今まで40床を休床していましたが、やはりそれもちょっと厳しい状態で、あと、スタッフの高齢化と建物の老朽化でやはり建てかえることがちょっと厳しい、財政上難しくなっているということで、今回、99床で運用していくことになりました。

以上です。

(医療整備課)

ありがとうございました。

次に、初富保健病院様、説明をお願いいたします。

(初富保健病院)

初富保健病院は今、療養病棟入院基本料260床ございます。そのうち40床について、再稼働の方試みたのですけれども、稼働させるための人員の確保が今現状困難であり、また次年度以降、同市、鎌ヶ谷市内に同じ機能を持った病院が2施設、開設予定のため、今実勢に合わせた、プロセスにするということで、260床のうちの40床、返還して今220床の運用にして参りますので、よろしくをお願いいたします。以上です。

(医療整備課)

ありがとうございました。

次に、谷津保健病院様から説明をお願いいたします。

(谷津保健病院)

当院の場合、当院が位置する習志野船橋地域東葛南部における習志野地域は当院と同規模の急性期病床がかなり余裕がある状況ということも鑑み、またこの先の人口の高齢化そして疾病構造の変化に対応するために、これまで休床にしておりました急性期病床の9床を返還することとさせていただきました。

一方で地域包括ケア病棟の病床は維持したかったのですが昨今のやはり看護師不足、スタッフ不足を考えると、残念ながら5床減少せざるをえないという状況で今回減床を申請させていただきました。

以上となります。

(医療整備課)

ありがとうございました。

次に、船橋中央病院様から説明をお願いいたします。

(船橋中央病院)

私たちは現在 356 床で運用しておりますけれども、東葛南部医療圏の救急医療、周産期及び、急性期医療を担っております。

近年の医療人材不足とりわけ医師看護師の確保が厳しさを増す中、限られた医療資源を重点的かつ効率的に配置し、医療の質及び安全性を確保しながら、持続可能な、医療提供体制を構築することが求められていると思います。

このため当院としては、急性期、一般病棟病床を 29 床、地域包括ケア病床を 1 床、減床して病床規模の適正化を図るとともに、周産期医療、救急医療、高度急性期医療に関して、我々が担うべき機能を、人的資源を重点的に投入して、充実を図りたいと思います。よろしくお願いいたします。

(医療整備課)

ありがとうございました。

次に、行徳中央クリニック様から説明をお願いいたします。

(行徳中央クリニック)

本日は行徳中央クリニックの病床返上について今回説明させていただきたいと思います。

2006 年 2 月に行徳中央病院を分離移転し、行徳中央クリニックを開院して以来、これまで 19 床の有床診療所として、外来とともに入院患者さんを受け入れて参りました。

ただしコロナ禍以降、病床稼働率がやはり低下してしまい、経営を圧迫する状態が続いております。

また分離移転した行徳中央病院、介護医療院の方でも看護師、看護補助者の不足によって、人員配置基準を下回って入院患者さんの受け入れを制限せざるをえないという状況になっております。

そこで今回、行徳中央クリニックの病床をすべて 19 床返上させていただいて、人的資源を行徳中央病院、介護医療院の方に集約して法人としての存続を図っていこうと考えております。

病床返上後も、引き続き外来機能は継続して皆様と連携を図りながら、地域医療に貢献していきたいと考えております。

以上です。

(医療整備課)

ありがとうございました。

次に、北原産婦人科様から説明をお願いいたします。

(北原産婦人科)

当院は分娩の取り扱いをやっていたのですが、これを終了いたしましたので、その取り扱っていたときほどの病床数が必要なくなったということがございます。

それと、そうではありますけれども、お産をすまされた後、他院でお産をした方が、そのあと、赤ちゃんの面倒の見方、授乳の仕方、もろもろ、最近あまり入院施設での十分なケアをしていただくことがなく、退院して困っている方がかなりいらっしゃいます。そういう方に、当院に来ていただいて、安心して子育てできる形を作りたいということで産後ケアの需要がかなりあります。

あと、流産手術とか中絶もございますので、病床をゼロにすることはできないので、それでどのぐらいの数が必要なのかということなのですが、もともとあった数に、今現在

関する方針について各医療機関様においてご検討いただくことを想定しておりますが、取り扱いに不明な点も多く今後の国の動向を注視し、新たな情報が示された際には適宜、お知らせさせていただければと考えております。

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をご協議いただきます。

今回は1つの医療機関様から報告いただきました。

ROSE GARDENクリニック様におかれましては2階病棟を廃止され、透析施設へ改修されるということでございます。

詳細は直接ご説明いただきたいと思います。

それではROSE GARDENクリニック様、説明をお願いいたします。

(ROSE GARDENクリニック)

当院は晴山会という医療法人の中の透析専門クリニックとして、平成31年に設立されたところでありますが、有床診療所として、19床運営しておりました。

ただ現状、現状とか昨今、既存の透析患者さんたちがだんだん高齢化、また重篤化した方が増えてきたということと、新規でご相談いただく方々も、当院の立地的な問題もあるかと思うのですが、やはり高齢、また認知症が進んだ患者さん等の相談が増加傾向にありまして、当院は50床の透析で外来の病床を持って透析室をベッドがありますが、当院の特色として半個室型の透析ベッドで大部屋形式ではないものですから、重篤化した患者さんを見守りするにはなかなか厳しい環境で、それを解消していくために、19床の病棟の方を、返上させていただいて、見守りを重視した大部屋型の透析室を開設し、ご相談いただく地域の高齢者、重篤化された患者さんたちの透析の受け入れができるようにということで、今回の計画を実施させていただきました。

以上です。

議長が各委員に議事についての意見・質問を求めた。

(議長)

特にご意見ご質問等はありませんので、次に進めます。

医療機関の皆様におかれましては、引き続き、地域で医療提供体制の充実に、取り組んでいただけるようよろしくお願いいたします。

それでは引き続いて、議事の5番、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 政策室から説明をお願いします。

オ 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
資料5について、健康福祉政策課 政策室から説明。

(健康福祉政策課)

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ご相談をさせていただきます。

今後、東葛南部医療圏を対象としてデータ分析を行う際に、こういった課題に着目して、こ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います。

事業の背景でございます。

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追っていく必要があるとして、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ということから、都道府県に対する補助事業を厚生労働省として創設しており、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3年目です。事業を行うさらなる背景としては、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いますが、人口構造の違いなどにより、医療への影響にも地域差があると見込まれているため、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であることからこういった取り組みを進めています。

一昨年度から引き続きの実施となりますが、今年度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し、国立大学法人千葉大学さんと委託契約を締結しています。

今後の取り組みですが、本日皆様からご意見を頂戴し、また千葉県医師会等の関係者の方々からもご意見を頂戴しながら項目を選定し、この後データ分析を進めてまいります。結果については年度末の調整会議で皆様にご説明を差し上げ、ご協議をさせていただきたいと考えています。

続いて受託者である千葉大学さんに作成いただいた資料を用いて、今年度の事業内容を説明します。

今年度の事業実施にあたっては、昨年度に引き続き国、県の保有データに加えて、県内の医療機関様にもデータ提供のご協力をいただき、データを集約化、分析し、地域医療構想調整会議等においてご報告や協議をさせていただく流れを想定しています。

今年度、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います。

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す。

2040年を見据えた人口動態や医療需要への対策、これは医療だけでなく介護にも繋がりますが、これに対する課題の分析が必要だと考えています。

2つ目は、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います。

続いて千葉大学さんでの業務体制ですが、昨年度まで、千葉大学さんの中でも次世代医療構想センターさんが中心となって、データ収集や分析をしていましたが、今年度は千葉大病院の各診療部、診療支援部門、具体的には、各企画情報部、患者支援部、病院長企画室にもコミットし、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ってくださることとなっています。

今年度千葉大学さんの中の体制としては大きく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、どのようなデータ分析が求められるかを、先ほどお示した県内の課題や、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ながら、適宜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。

この分析にあたって主に収集するデータとしては、昨年度一昨年度に引き続きD P C病院の影響調査ファイルを匿名化したものを各病院から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の策定に資するように国の方で出している医療計画作成支援データブックや、県で実施している救急搬送実態調査などを用いて分析を実施してまいります。

分析項目としては、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するデータとして国から発出されまし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して考えています。

また、昨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、今回の調整会議でいただくご意見と合わせて、分析項目を検討してまいります。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と脳血管疾患で出しておりましたが、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とっ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。

以上、今年度の分析の概要や方向性をお話しましたが、先ほど申し上げました通り、本事業では各医療機関様からのD P Cデータをご提供いただいて分析に使用しています。昨年度はD P Cデータ算定病院様のすべての病院様からデータの提供いただきまして、さらにその他のD P Cデータ提出加算病院様からも多くご協力をいただきました。

この場をお借りして御礼申し上げます。

今年度は6月下旬に千葉大学さんと千葉県の連名で各医療機関様にデータ提供のお願いをお送りしており、続々とご承諾とご提供をいただいています。

まだご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ますのでご確認お願いいたします。

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さんから個別に送付予定です。

お忙しいことと存じますが収集のご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

以上で当事業の説明を終わらせていただきますが、最後に本日は受託者であります千葉大学の先生方にもご臨席いただいていますのでこの後少しご挨拶をいただければと存じます。ではよろしくお願い申し上げます。

(千葉大学病院企画情報部 土井副部長)

当事業は本学が関わり始めて今年で3ヵ年度目になります。

これまで地域医療構想調整会議でデータをお示しさせていただいて先生方からもいろいろご意見をいただいていたところですが、今年度は特に新たな地域医療構想の策定が始まるということで、資料の途中にもありましたが、昨年度の調整会議で特にアクセス性の分析をきちんとやって欲しいというご意見をいくつかいただいております。また新たな地域医療構想の中で構想区域の変更といったところも議論されていることから、そういったところも含めてより情報学的な視点も必要であろうということで、企画情報部をはじめ、地域とのやりとりを実際に対応させていただいている患者支援部の方も入りまして今回体制を

作っています。

先生方の議論に役立つデータをいかに正確にお届けするかといったところが我々の仕事だと思っており、DPCデータの提出について、既に半数以上の対象病院の先生から、実際にデータをいただいておりますが、やはりより正確な地域の細かい地域の実情を表現するために、ぜひデータ提出加算を算定されている規模の小さい病院の先生方のご協力いただきまして、より精緻な結果を基に、ご議論いただければと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

議長が各委員に議事についての意見・質問を求めた。

(議長)

それではご意見ご質問等ございませんので、先に進めさせていただきます。

以上で議題の部は終わりました。

続いて、報告事項に移ります。

初めに、報告事例 1、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の報告をお願いします。

よろしくお願いします。

(4) 報告事項

ア 令和 7 年度病床機能報告の結果について

資料 6 について、医療整備課 地域医療構想推進室から説明。

イ 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

資料 7 について、医療整備課 地域医療構想推進室から説明。

ウ 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

資料 8 について、健康福祉政策課 政策室から説明。

エ 次回調整会議の予定について

資料 9 参照により説明省略。

議長が各委員に報告事項についての意見・質問を求めたところ、ア 令和 7 年度病床機能報告の結果について以下の質問があった。

(船橋市立医療センター 茂木院長)

わからないところがあってですね、質問させていただきたいと思うのですが、資料 6 の中の 1 ページ目、高度急性期、急性期、回復期、慢性期機能と、それぞれこういう病棟がそれに相当します、という記載があるのですが、次の 2 ページの 2) のところに、高度急性期機能は病棟当たりの平均医療資源投入量で 4 万 7000 円を超える病棟を高度急性期とみなしたといった記載があり、これらの記載の関係がよくわからなかったの

すが、どうなっているのでしょうか。

(医療整備課 執行室長)

質問の内容としましては、高度急性期のところのみなしの病床数の集計の関係のところでもよろしいでしょうか。

(船橋市立医療センター 茂木院長)

そうですね。

この平成 31 年度、4 万 7000 円を超える病棟は、高度急性期とみなしたという考えなのでしょうか。

(医療整備課 執行室長)

こちらはあくまでも定量的に、基準を算定するときの前提としまして 4 万 7000 円を超えるところは高度急性期とみなしたというところになります。

(船橋市立医療センター 茂木院長)

当院のほうで考えているのは、今までが、病院全体としては高度急性期機能での、病院としてやっていこうということで、429 床、ほぼ全部の病棟を高度急性期で登録しているのですが、この資料に書いてある高度急性期っていうのは、例えば救命救急病棟だとか、あとはハイケアユニットだとか集中治療室だっていうこういうやつで考えると実際の病床数っていうのは、実態に合っていないというふうに考えているのですけども、これは本来どちらで登録したほうがいい、よろしいのでしょうか。

当院の場合には 429 床で高度急性期は出してはいるのですけれども。

(医療整備課 執行室長)

即答できませんので、後日、回答させていただくということでもよろしいでしょうか。

(船橋市立医療センター 茂木院長)

お願いします。

その他報告事項について、意見・質問なし。

(議長)

それでは最後に、本日ご参加いただいた、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幸いです。

よろしくお願いします。

(地域医療構想アドバイザー)

これまでの地域医療構想は 2025 年、すなわち昨年度が一つの区切りとされており、構想の開始からちょうど 10 年目に当たる年でありました。

ご質問のありました必要病床数の補正の取扱いにつきましては、後ほど県から詳細の

ご説明があるとのことですが、本日のデータ分析事業にも関わっている次世代医療構想センターが、2020 年度の活動報告書において詳細な解説を示しております。各病院にも配布されているものの、6 年前の資料であり手元にない場合もあるかと存じますので、要点のみ補足いたします。

第一の特徴は、千葉県の定量的基準による補正の方法が、医療圏ごとに異なっている点です。おおむね半数の医療圏は国の方法を踏襲していますが、当東葛南部医療圏については、国とは異なる方法で補正を行っている点が特徴です。具体的には、入院基本料を除く病棟当たりの診療報酬額が3 万円以上であるかどうかを区切りとしております。ただし、当時の計算方法によるものであるため、数値には一定のずれがあり、解釈にあたっては留意が必要です。あくまで一つの参考値・目安として用いられてきたものとご理解いただければと思います。

その上で、2026 年に入り、冒頭に申し上げたとおり新たな地域医療構想が始まりますと、必要量の算出方法についても国から新しい数値が示されることになります。現時点では都道府県限定の提供にとどまっており、私を含め、その数値や算出方法の詳細を確認するのはこれからの作業となります。いずれにせよ、2040 年、すなわち今から約 15 年後を見据えた議論となりますので、その方向性を注視していく必要があります。

これを踏まえますと、本日の審議事項 1 および 2 は非常に重要であると考えております。審議事項 1 は、県が今後どのように取り組んでいくかを示す宣言的な内容であり、私自身は非常に前向きに受け止めております。

審議事項 2 につきましては、複数の医療機関から病床返還の申出があり、基本的にすべて承認されたとのこと。個々の判断について申し上げることはございませんが、皆様も感じられたかもしれないとおり、県内の他の医療圏と比較して申請件数が相当多いという印象を持ちました。一件当たりの病床数は必ずしも多くなく、その解釈は人それぞれかと思いますが、積み上げるとかなりの規模になります。しかも、その理由の大半が看護師等の人員不足である点は重く受け止めるべきであり、この傾向は今後も続くものと見ておく必要があると考えます。

千葉大学病院によるデータ分析のお話もございましたが、そこで得られる数値は基本的に患者数、すなわち各医療機関が実際に受け入れてきた患者の数であり、住民の数ではありません。また、ご提供いただくデータからは職員数や離職動向は把握できません。したがって、このデータのみで東葛南部における病床減少の兆候を捉えることには限界があると考えます。

どの地域においても、患者が減るのが先か、職員が減るのが先かという議論はありますが、当地域では人口が一定数維持され、高齢化の進展により医療需要はむしろ増加する可能性があるにもかかわらず、供給不足によってダウンサイジングが進んでいくという構

造にあります。しかも、それは個々の医療機関からの報告や協議の場がなければ表に出てこず、県にも私たちにも把握できない。ここに危うさがあると感じております。

その意味で、当医療圏は人口が多く医療機関も多いことから、どうしても競争的な構図になりがちですが、本日の病床機能報告における入院基本料の内訳からも明らかなおと、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟の病床数が明らかに不足しております。急性期における競争の激化が続いていることを踏まえ、高齢者医療の受け皿がどうなっていくのかを、介護施設の動向も含めて注視していく必要があります。

職員不足に伴うダウンサイジングは、本日のご報告にもありましたとおり、診療科を問わず生じております。小児、周産期、救急、慢性期のいずれにおいても起きていることが確認されました。このトレンドを踏まえ、今後 10 年、15 年を見据えて本当に持続可能なのかという点を、本調整会議を含む様々な場で定期的に協議していくことが必要であると考えます。

データ分析の結果も参考にしつつ、しかしデータには表れない現場の情報については、先生方のご協力なくしては何も見えてまいりません。新たな地域医療構想に係る取組に、引き続きご協力を賜れば幸いです。私も他県・他地域の情報提供にできる限り努めてまいります。

以上をもちまして、私からの総括コメントとさせていただきます。
本日はありがとうございました。

（議長）

はい。

どうもありがとうございました。

それでは本日の会議は以上で終了となります。

進行を事務局にお返しします。

（司会）

議長ありがとうございました。

以上をもちまして、令和 8 年度第 1 回東葛南部地域保健医療連携地域医療構想調整会議を終了させていただきます。

本日はどうもありがとうございました。

ありがとうございました。

失礼します。

（5）閉会