令和８年度第１回　東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議　開催結果

１　開催日時

令和８年８月２４日（月）午後１時３０分から午後３時まで

２　開催方法

オンライン開催（ＷＥＢ会議システムＺｏｏｍを使用）

３　出席委員・アドバイザー（敬称略、◎会長、○副会長）

○川越正平委員(一般社団法人松戸市医師会)、鈴木隆委員(一般社団法人流山市医師会)、
菅森毅士委員(一般社団法人我孫子医師会)、三上繁委員(一般社団法人野田市医師会)、
松倉聡委員(一般社団法人柏市医師会)、寺田英史委員(一般社団法人柏歯科医師会)、
横尾洋委員(一般社団法人松戸市薬剤師会)、
久松たず子委員（代理出席　書記　本山裕子）(千葉県看護協会松戸地区部会)、
岡部真一郎委員(松戸市立総合医療センター)、田邉稔委員（柏市立柏病院)、
吉田博委員(東京慈恵医科大学付属柏病院)、
小林幸男委員(社会福祉法人野田市社会福祉協議会)、
山本晃靖委員（全国健康保険協会千葉支部)、
幸野庄司委員（健康保険組合連合会千葉連合会)、
石原稔委員（松戸市)、伊原理香委員(流山市)、根本久美子委員(我孫子市)、
内田一也委員(野田市)、小倉孝之委員(柏市)、
◎竹内公一委員（松戸健康福祉センター)、新玲子委員（野田健康福祉センター)、
井内努委員(柏市保健所)、佐藤大介アドバイザー(地域医療構想アドバイザー)

管内５５医療機関出席

４　議事及び報告概要

（１）議事１　新たな地域医療構想の策定について【資料１】

資料１により、県健康福祉政策課政策室から説明があった。

（２）議事２　千葉県保健医療計画の中間見直しについて【資料２】

資料２により、県健康福祉政策課政策室から説明があった。

（３）議事３　病床数適正化緊急支援事業について【資料３】

資料３により、医療整備課地域医療構想推進室から説明があった後、松戸市立総合医療センター及びアビコ外科整形外科から説明があった。

(松戸市立総合医療センター)

今回は病床機能の変更について資料に沿って説明いたします。2 の「2025 年以降

において担う役割」につきましては、特に変更はございません。

3「病床機能及び入院料」について、今年度は合計 43 床の病床削減を予定しております。

具体的な削減数は、高度急性期を 105 床から 88 床へと 17 床削減、急性期を 487 床から 461 床へと 26 床削減し、一般病床を 592 床から 549 床といたします。

なお、病棟別の内訳は、一般病棟 16 床、小児病棟 16 床、ICU6 床、PICU2 床、GCU9 床でございます。

4「病床機能、担うべき役割を変更する理由等」について、本病床削減は、本年 3 月に策定した『松戸市病院事業 第 4 次経営計画・経営強化プラン』を前提としております。策定にあたっては、本年 3 月 17 日の本調整会議でもご説明しております。

同計画では 4 ヵ年の計画期間の中で段階的に病床数を削減しますが、今年度は 43 床を削減します。この中には当院が担う三次救急、小児・周産期といった政策的医療の病床が含まれますが、今年度の病床削減は主に非稼働病床を対象としております。

現在の入院患者数を維持しながら病床稼働率を改善することを目的として行うもので、削減後の入院医療の提供に支障はございません。

第 4 次経営計画においては、計画終期の令和 11 年度までに最大で 81 床を削減する計画ですが、次年度以降の病床数適正化に向けては、医療需要の動向を見極めつつ慎重に検討して参ります。以上です。

(アビコ外科整形外科)

当院は急性期病院として稼働して参りましたが、既存建物の老朽化に加え、医師・看護師・その他職員の確保が非常に困難になり、急性期病床の維持が難しい状況となっておりました。そのため昨年の調整会議において皆様のご了解をいただき、令和 8 年 3 月末をもって急性期病床を返還いたしました。返還後、4 月より新たにクリニックとして事業を開始しております。

本支援事業の要件を満たしていると考え、申請を提出した次第です。よろしくお願いいたします。

(所長)

ただいまの説明について、御意見、御質問等はございますか。

≪協議　ご意見・ご質問等なし≫

(所長)

ご異議なしとして、2 件の申請については医療整備課より厚労省への提出を進めることといたします。

（4）議事４　医療機関毎の具体的対応方針について【資料４】

資料４により、医療整備課地域医療構想推進室から説明があった。

(医療整備課)

岡田病院様につきましては、既存建物の老朽化のため、先月末で許可病床 118 床を休床され、今後は無床診療所として事業継続を予定しておられる、ということで

す。

柏厚生総合病院様は、近年の救急患者や入院を要する患者数の増加などを受けて、回復期リハビリ病棟のうち 48 床を高度急性期病床へ転換し、より安全で質の高い急性期医療の提供を目指される、ということです。

詳細は柏厚生総合病院様から直接ご説明いただきたいと思います。

（柏厚生総合病院）

今の病床機能の変更を今回お願いしたいと思っています。

今、回復期リハ病棟が 94 床ありますが、今後 48 床を削減して 46 床にします。同時に、高度急性期病床が 326 床ありますが、これを 374 床に増やしたいと考えています。その理由ですが、当院は現在 94 床の回復期病棟があり、他の病棟はすべて高度急性期です。

当院は柏市の中核病院として、柏市内の救急搬送の約 25％を担っており、地域の救急患者の受け入れに尽力しています。

今、急性期病床では平均在院日数が 10.5 日前後で、直近半年は病床稼働率が 100％を超えて、どうしても受け入れざるを得ない状況が続いています。東葛北部地域で急性期診療の必要性が高まっているのを実感しています。

入院治療が必要な救急患者の割合も増加しており、急性期病床の逼迫が、当院では大きな問題になっています。近隣の急性期病院でも同様の状況だと思います。

実際に、回復期病棟においても、急性期治療を行っている割合が高くなってきており、実態として当院の 1 病棟分は、急性期治療が主体になっています。

こうした現状を踏まえまして、このたび、1 病棟 48 床を回復期から高度急性期病棟へ機能転換させていただくことで、7 対 1 看護体制のもと、安全で質の高い医療を実践できると考えています。

今後もさらに、他院との連携体制を確立しながら、地域の医療に貢献していく所存です。どうぞよろしくお願いいたします。

（所長）

医療機関ごとの具体的対応方針についてということでご協議いただきます。ご意見ご質問等ありますでしょうか。

≪質問なし≫

医療機関ごとの具体的対応方針についてということで示されている病院についてでございますが、こちらの方針についてご異議のある方いらっしゃるでしょうか。

≪意義なし≫

異議はないものと認めます。

それでは、医療機関の皆様におかれましては引き続き地域の医療提供体制の充実に取り組んでいただきますよう、よろしくお願いいたします。

（５）報告事項１　令和７年度病床機能報告の結果について【資料６】

資料６により、県医療整備課地域医療構想推進室から説明があった。

（６）報告事項２　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】

資料７により、県医療整備課地域医療構想推進室から説明があった。

（７）報告事項３　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】

資料８により、県健康福祉政策課政策室から説明があった。

（８）報告事項４　診療所の管理者の常勤について【資料９】

資料９により、柏市保健所総務企画課から説明があった。

（委員）

今回、かなりしっかり確認をした上でのことなので、この案件については了解ですけれども、柏市のことなので、柏市医師会の会長として申し上げさせていただきますと、あまりこういったものが書類とか手続き的なものだけで進行してしまうとやはり「管理者」というのがあっての診療所・医療機関ですので、あまりたくさんあるのは困るかなというか、実際あってはならないこと、本来あってはならないことかなと思います。

また、在宅医療においては、これは川越先生がいらっしゃる中でちょっと申し上げにくいですけど、川越先生のところはもちろんしっかりやっていらっしゃるんですけれど、いわゆるチェーンの在宅診療所の場合、例えば柏市内で起こった案件について訪問看護師から伺うのは、その当直をしている医師が横浜にいるから、「2 時間ぐらいしてから行くんだけどいいかな」というやり取りがされるといった事態は、生の声では聞こえてくる。

やはり、きちっと本当に緊急対応ができるのかどうかというのを検証した上でないと認められない話かなというふうには考えます。なので、できれば今後はこういうことがないように、ないしは慎重に対応していただけるとありがたいかなというふうに思ったので、手を挙げさせていただきました。

（所長）

ありがとうございました。ただいまの意見、この「あおぞら診療所かしわ」について、保健所としては、先方にお伝えいただくとともに、今後、当該地域におきましては診療所の管理者ということについて、しっかりと対応しなければいけないというご意見だということで承りたいと思います。どうもありがとうございます

（９）議事５「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】

資料５により、県健康福祉政策課政策室から説明があり、その後、千葉大学医学部附属病院から挨拶があった。

（千葉大学医学部附属病院）

千葉大学が本事業に関わらせていただくのは本年度で3ヵ年度目になります。今年の大きなミッションは、(1) 新たな地域医療構想に係る分析、(2) がん診療提供体制の検討、この2点です。

前者については、構想区域の見直しが先日の医療審議会でも議論されていると伺っておりますので、より詳細な分析が必要ということで、「オール千葉大学病院」の体制を組みました。

もう1点、この事業は県の分析を支援する事業ですので、県職員の皆様が自ら分析できるように、今年度から分析ツールの提供や県職員向け研修も企画しています。

我々がお示しできるのは、現状の分析を行ったうえでの未来の形を「数字」でお示しするところまでです。この先を議論いただく先生方に、より正確なデータをお届けしたいというのが我々の思いです。

先ほどもありましたが、このDPCデータについては、データ提出加算を届け出ている病院の皆様には、規模の大小にかかわらずご提供をお願いしたいと思います。網羅的なデータがないと、地域の実情をすべて把握することができないと考えております。お忙しい中恐縮ですが、ぜひよろしくお願いいたします。

(所長)

ご意見・ご質問等はございますでしょうか。また、この事業に関する提案のようなものがありましたら、ぜひお願いいたします。いかがでしょうか。なかなかすぐには出てこないところが大きいと思いますけれども、もしありましたらお願いいたします。

(委員)

このような詳細な分析をしていただいた土井先生はじめ千葉大の先生方に感謝申し上げます。

基本は、地域医療構想っていつも人口比で「何病床がどれくらい」とか、今回も「90%以上だ」というのは、それはわかるんですけれども、千葉県の中でも高齢化率だったり小児人口だったり、全く違います。ぜひ、こういったことを参考に、各病院の経営戦略会議的な場があれば、もう少し積極的に活用していただきたい、というのが1つのプッシュです。

もう1つは、県が仲介できるかどうかわかりませんが、例えば各医療機関ないし各医師会が「この地域でどういう情報が欲しいのか」を千葉大学さんにお願いできるような取り組みがあるとありがたいです。せっかく土井先生方が頑張ってくださっているので、我々もそれをもとに検討したい。リクエストを取れるようにしていただけるとありがたいかなと思いました。

(所長)

千葉大学病院からコメントをお願いします。

(千葉大学医学部附属病院)

ありがとうございます。先生がおっしゃったとおり、県域全体の人口といっても、構想区域の中でも、都市部と人口が過疎になっている部分があると思っています。

今年は、新たな地域医療構想の中でも 2040 年に向けて推計人口等を加味して分析を行いなさい、という課題が示されていますので、そういった細かいデータも使いながら分析していきたいと思います。

また経営の部分もありますが、やはり個別に病院のデータが出てこないと当事者意識が生まれにくいと思っています。そこで今年は、いただいた DPC データを使いまして、例えば DPC の出来高と包括の差を見て、どれくらい効率的な医療を行っているか、などを病院ごとにフィードバックしてお渡ししたいと思っています。そういったところを見ていただくと、経営面も含めた議論につながるのではないかと期待しています。

（所長）

今の先生からの説明で、各病院へのフィードバックというのは「病院ごとの経営状態とかを分析してくださる」というイメージでよろしいですか。

（千葉大学医学部附属病院）

今年も昨年度の事業分析の結果を、今、各病院に個別フィードバックという形でデータをお渡しする準備を順次進めています。今年度については、先ほどの出来高・包括などの差の分析まで病院ごとに行いますので、来年度に返せる形で進めていきたいと思っております。

（所長）

はい。ぜひ各病院でも活用していただきたいと思います。併せましてお尋ねします。今、松倉先生からありましたような、医師会等から千葉県あるいは千葉大に要望や意見があった場合、窓口はどのようにしたらよろしいでしょうか。

（県健康福祉政策課）

窓口につきましては、健康福祉政策課の政策室が窓口となりますので、よろしくお願いいたします。

（所長）

地域から上がってきた様々なアイディアがあると思いますが、千葉県のほうにぜひお伝えいただければと思います。皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

（１０）報告事項５　次年度調整会議の予定について【資料１０】

資料１０のとおりとした。

【総括のコメント及び質疑応答】

（所長）

今日は東葛北部地域の課題を話し合うというよりも国の方の制度が変わってきたということを踏まえて、制度の説明をさせていただいたところでございます。なかなか制度に関してまだまだ曖昧なところとかもたくさんあるようでございますので、その辺りが明確になってきた時点で、しっかりと足並みをそろえていきたいと考えておりますので、皆様どうぞよろしくお願いいたします。

（地域医療構想アドバイザー　佐藤先生）

本日、たくさんの議題がある中で、今、議長がお話された「新たな地域医療構想

をはじめとした制度の変更」と、最後の議題になりました「データ分析」、この 3 点に関わる話として、少し補足とコメントを述べさせていただければと思います。

まず、今日の新たな構想の話の中で、構想区域の変更案や、病床の返還のお話が出ておりましたけれども、そこで出てきたのが市町村ごとの人口推計でした。これは 2040 年時点の人口推計を国の公的機関が機械的に算出したものがベースになっている数字です。

ただ、落とし穴といいますか、留意していただきたいのは、申し上げたとおり機械的な推計ですので、その地域の都市計画などに関しては考慮に限界があります。特に東葛北部は再開発が進んでいる市町村もありますし、東京から流入してくる住民の方々も含めて、実際の数字と機械的な数字がどうなるかというのは、アクセスも含めて、現場の肌感覚と合わせて見ておく必要があると思います。

一方で、一部の病床を返還する、いわゆる補助金の申請があり認められたものと認識していますが、説明のあったとおり、この病床返還の補助金を使う場合の制約条件が「キャップ」としてかかった、これが今年度の新しい政策変更だと捉えています。若干厳しい面もありまして、それに伴って、当面の間、その病院が病床を増床できない、しかも法人単位で、ということ。将来の必要病床数、すなわち 2 次医療圏で配分できるベッドの数にも一部キャップがかかってくる、ということですね。

ですので、例えば新規の医療法人を誘致したいというときに、もともと必要以上に病床返還をしてしまっていると、「本当に大丈夫だったのか」という議論になる可能性もあります。単に返還すればいいというよりも、返還による影響であったり、ダウンサイジングや機能転換については、こういった調整会議の場で、十分に議論していかなくてはいけない、というのが今年度以降、より求められてくるのかなと思います。

それが病院単位だったり、まとまったベッド数になってくると、東葛北部広域といえども影響はあるのではないか、という点が、今後気にしていくべきところかなと思います。そういった意味では、単独の施設では難しい場合でも、役割分担・連携を深めることで対応できる部分はあると思います。急性期がより高回転な役割を果たしつつ、その受け皿となる後方支援病院をいかに整備できるか。

そうした患者さん、とくに 85 歳以上の高齢者医療に対して、どこまで対応するのか、どこがどれくらい対応できるのか、ということは、千葉大学様がこれから出してくる様々なデータ分析の結果を見ながら、個々の病院の戦略や個別協議、そして調整会議での協議の場で活用していただけるのが理想かなと思います。

ただ、こういったデータは資料の数として非常に多くなりがちで、「結局何なの？」になりやすい。昨年度の報告も 400 ページに及ぶ報告書になっていますので、消化不良になりがちです。昨年度の報告書は病院に届いていると思いますので、ぜひ見ていただければと思います。その上で、「これはどういうことなのか」とか「こういうデータを分析してほしい」というリクエストもそうですし、「この結果からどうすればいいのか」という質問・リクエストも、忌憚なく、県・千葉大学、あるいはこ

ういった調整会議の場でご発言・ご質問いただけると、私も解説としてフォローできます。そこが意味するところ、論点をより絞って、必要に応じて部会をつくる、個別の病院同士で協議する、といった次のアクションプランに移っていけると思います。

他県や県内の他の調整会議でも、そういう形で部会を行っているところがあります。東葛北部もすでに部会を作った経験がおありですから、さらに活性化していただければ良いのではないかと思っております。今年度以降の調整会議も期待しています。私からは以上です。ありがとうございました。

【全体をとおしての委員からの意見】

（委員）

柏市で、非常に歴史のある病院が閉院しました。親子にわたって院長先生に大変お世話になっているので心苦しいのですが、築40年以上の病院が増えていて、同時に建て替えがとても厳しい状況です。今後、そういう「なくなっていく病院」もあるということは、検討しなきゃいけないことかなと。難しいとは思うんですが、それも1つ加えておいた方がいいのかなと思いましたので、提言させていただきました。

（地域医療構想アドバイザー　佐藤先生）

おっしゃるとおりだと思います。需要が減るといっても、今の厳しい社会経済情勢において、医療機関の突然の閉院は、いろんな地域で起きています。

そうならないのが理想ではありますけれども、様々な事情がある中で、いかにソフトランディング、つまり影響を最小限に抑えるかというところは、話し合って、皆でやっていくしかない部分だと思います。

そういったところと、基準病床数を機械的に硬直させるのではなく、現場感覚を持って柔軟にできるか、というのが求められてくる流れなのかなと認識しています。