

令和8年度第1回埼玉県利根地域医療構想調整会議 議事概要

1 日時 令和8年7月22日(水曜日) 18時30分から20時00分まで

2 開催形式 ウェブ会議 (Microsoft Teams)

3 出席者

- ・委員 29名(欠席2名)
- ・地域医療構想アドバイザー(埼玉医科大学 小野寺 亘 特任教授)
- ・傍聴人 3名

4 会長・副会長選出

会長に板橋委員(埼玉県済生会加須病院院長)、副会長には尾方委員(独立行政法人国立病院機構東埼玉病院院長)が選出された。

5 議事

(1) 第2回地域医療構想推進会議の主な意見について

資料1により、県保健医療政策課から説明がなされた。

【質疑・意見等】

- ・板橋会長(済生会加須病院)

先生方のご存じのとおり、国の地域医療構想策定ガイドラインが7月3日に発出されたばかりである。発出されてすぐのため、県の方もこれを評価する時間はまだとれていない状況と伺っている。

概ね意見が反映されているような内容と思うが、一方で具体的な話にはまだまだ踏み込めていないという印象を受けた。

この地域医療構想調整会議の位置づけが非常に重たくなってきており、進捗が遅れると非常に短い期間に色々なことをしなくてはならなくなるのではないかと。十分な討議がなされないままに結論ありきで進むようなことがないようにしなければならないと思いながら説明を聞いた。

(2) 新たな地域医療構想について

資料2-1、2-2、2-3により、県保健医療政策課から説明がなされた。

【質疑・意見等】

・板橋会長（済生会加須病院）

これからどう具体的に落とし込んでいくかという話ではあると思うが、今回利根医療圏が真ん中の地方都市型に位置することをはっきりと聞くことができた。

・田中委員（加須保健所）

構想区域について「(精神除く)」という記載があるが、精神について何か考えなど示されているものはあるのか。埼玉県は県全体でみると精神病床が過剰な地域であるが、地域別にみるとその限りではない。精神の構想区域が埼玉県全体で一圏域というような扱いになると、過剰でない地域も過剰とみなされることになると思うが、どういう圏域を想定しているのかなど、何か情報はあるか。

・保健医療政策課

タイトルの「(精神除く)」は、推進会議において一般病床・療養病床について検討されていたところ、「精神病棟は含まれていないのか」という指摘があったため記載させていただいた。精神病床については現在国の方で検討会を立ち上げるという情報があり、全県で病床整理されているものがどのように整備されていくのかはまだこれからの検討事項であり、当県としても把握できることが少ない状況である。

(3) 病床適正化緊急支援事業について

資料3により、県医療整備課および疾病対策課から説明が行われた。また、一般病床及び療養病床を合わせて30床以上削減予定である、独立行政法人国立病院機構東埼玉病院及びさつて福祉病院より、削減理由等の説明が行われた。

【質疑・意見等】

・橋本委員（白岡中央総合病院）

東埼玉病院の病床の削減について、現在稼働している60床には実際にどのような疾患の方が入院されていて、今後そのような患者の受け皿はどのように担保していくのか伺いたい。

また利根医療圏では慢性期病床が少ないということになっていたと思うが、先ほどの説明では慢性期病床の稼働率が全国平均より少ないというグラフが出ていた。こういうこともあり、本当に慢性期病床が少ないのか疑問に思っているが、病院の状況や県の見解はどうか。

・尾方委員（東埼玉病院）

今回返還する病床は、神経難病の進行した患者や、重症心身障害の方が入院していた

病棟の一部である。コロナ禍以降、難病の患者方には感染管理の関係で外出・外泊に制約がかかり、その影響で入院希望の方がコロナ禍以前に比べずいぶん減ってしまっている。実際に入院患者数も減っており、当該病棟の病床稼働率は70%を切っている。

またこれは待遇が全国一律で融通が利かないということでもあるが、看護職員の欠員が20名を超えており、これまでと同数の入院患者を引き受けしようにも、看護職員の手当が付けられない状況であることも、削減の一因である。

当院で引き受けが減っている分の患者については、当院を受診しておられる患者の状況を見る限りでは、在宅志向の高まりにより症状が進むまで在宅で生活をしている方が増えているようである。私自身が担当する外来も含め、これまで以上に訪問診療の医療機関と連携をして診療をするケースが増えている。

在宅の患者を引き受ける一般病床については、削減せずこれまでどおりに引き受けするため、神経難病など当院ならではの引き受けている特殊な疾病について、地域医療へ障害をきたすことはないと考えている。

・医療整備課

先ほどの尾方院長からの説明のとおり、東埼玉病院の稼働病床の削減は、現在の病床稼働率の状況を踏まえたものであり、神経難病等に関する医療提供については、在宅医療への移行などにて対応可能であると承っている。

・板橋会長（済生会加須病院）

保健医療政策課に確認したい。当地域で慢性期病床が不足しているというのは事実で間違いないか。

・保健医療政策課

数字上は、慢性期病床は不足している。ただし今回のガイドラインにも書いてあるが、慢性期は介護施設や介護医療院との兼ね合いもあり、数字が不足となっても、本当に不足しているかどうかは検証が必要である。当地域の他にも慢性期病床が不足しているにも関わらず稼働率が低い地域は存在する。介護関係との連携や在宅医療の状況などを地域ごとに確認していかないと、数字が不足していることだけを理由に医療需要を満たしていないとは言えないのではないかと考えている。

数字上不足しているのは事実だが、その数字だけが地域の状況を表しているものではないと考えているので、実際の肌感覚で先生方が普段の診療の中でどのように考えているのかというところは、重要なのではと考えている。

・橋本委員（白岡中央総合病院）

病床機能を考える上では病床数だけでなく、尾方先生の話にもあったとおりスタッフ

の確保や在宅への流れなども含めて考えていかないと難しいと考えている。

- ・板橋会長（済生会加須病院）

重要なお指摘かと思う。単純な病床数だけでは語れず、現在在宅の方にどんどん流れている状況との兼ね合いが重要なのかと思う。

- ・田中委員（加須保健所）

東埼玉病院の削減病床について、結核病床は含まれていたか。

- ・尾方委員（東埼玉病院）

休床中だった病床の一部を結核病床で登録していた。

- ・田中委員（加須保健所）

その結核病床は、休床中でも結核病床としてカウントされていたのか。

- ・医療整備課

結核病床は含まれていない。

- ・板橋会長（済生会加須病院）

ここまでの話をお聞きすると、地域の医療体制には大きな支障がないというふうに思われるが、提案のとおり承認ということによろしいか。

異議なし。協議案のとおり承認された。

また、疾病対策課による精神病棟に関する協議案についても、異議なく承認された。

（４） 地域包括ケアシステムの推進に向けた今年度の取組について

資料４により、幸手保健所から説明が行われた。

【質疑・意見等】

特になし。

（５） 令和６年度病床機能の定量基準分析結果について

資料５-１～５-５について、保健医療政策課から説明がなされた。

【質疑・意見等】

- ・板橋会長（済生会加須病院）

各病院の病棟の状況なども反映した形で、かなり具体的にお示しいただいた。解析結果は当院の状況と比べても大きく乖離しているわけではないという感触である。

色々な病棟ごとの分析もしていただいているので、こういったデータが今後どのように使われていくか、その方向性をお答えいただきたい。

- ・保健医療政策課

現時点での病棟単位のデータを用いて分析した結果が、利根圏域の定量基準分析結果だと思っていただければと思う。

今後については、病床機能報告が医療機関報告へ移行するため、定量基準分析の扱いについては検討中である。議題1の中でも申し上げたが、定量基準分析は先生方から高く評価いただいているものであり、できれば続けていきたいと思っている。報告制度が新しいものになったとき、医療機関機能の評価の方法や、その評価をどのように地域の議論へ活用できるかについては、しっかり検討していきたい。

- ・板橋会長（済生会加須病院）

定量基準分析の結果は、地域医療構想の中で重要なデータになってくる可能性があるが、このデータをどういう風に評価していくのかは逆に難しいと思っている。

- ・保健医療政策課

病床機能報告と定量基準分析の数が異なるというのは、事実として一つあると思っている。基本的にはこれらの数字を見ながら病床整備を検討していくが、いろいろな角度から見ていく必要があるかと思っているので、こんな使い方もあるのではという提案があれば、是非参考にさせていただきたい。

- ・橋本委員（白岡中央総合病院）

定量基準分析は、基本的に非常によくできた基準と思う。

私どもの話で恐縮だが、白岡中央総合病院の急性期患者について、病床機能報告では3病棟の140床近くを急性期として報告しているが、定量基準分析では高度急性期と分類されている。どういう基準で評価されるのか、なかなか難しいところがあり、基準の見直しも必要かと感じている。

- ・保健医療政策課

今回の結果を受け、ご指摘のとおり、高度急性期になっている病床が複数あると感じている。

個票（資料5-5）にて、高度急性期の基準を満たす項目を着色しているが、高度急性期が多いと感じられる結果であったため、区分線の閾値が実態からずれ始めている可

能性を考えている。その点は毎年業者と調整ができるため、相談したい。

一方で、新しいガイドラインを見ていると、高度急性期と急性期の境をどのようにするかという議論もあり、高度か否かで分ける必要性自体についても改めて検討の必要があると考えている。貴重な意見として受け止めさせていただく。

- (6) 令和7年度外来機能報告及び紹介受診重点医療機関協議の結果について
資料6について、保健医療政策課から説明がなされた。

【質疑・意見等】

・田中委員（加須保健所）

無床診療所の報告は任意だが、それは大病院から転院することがないからなのか。外来だけで考えれば無床診療所にも影響がある話だと思うが、入院することがないために無床診療所は手上げたところだけなのかと思ったが、その点いかがか。

・保健医療政策課

紹介受診重点医療機関の協議にあたっての外来機能報告という位置づけであり、無床診療所としては紹介受診重点医療機関となるメリットがないため、全くの対象外というわけではないが、あくまで意向を示した無床診療所のみが報告する形になっている。

・田中委員（加須保健所）

メリットが考えられていないというのは、どういうことか。

・保健医療政策課

紹介受診重点医療機関となるメリットは、選定療養費が取れるということが主になる。それには病床数が100床以上などの条件があり、無床診療所については、特にそういった恩恵を得ることができないと考えている。

・田中委員（加須保健所）

そうすると、有床診療所であっても100床以下であればメリットがないと思うがいかがか。

・保健医療政策課

ご指摘のとおりである。

今回、有床診療所の意向が1件新規であったが、そういった診療報酬上のメリットが

なくとも紹介受診重点医療機関として公表したいと考える医療機関には、意向を示していただいている。

- ・ 田中委員（加須保健所）

意図が掴み切れない部分があるが、いずれにしても外来や入院の機能が果たされていけば良いと思うので、その点はよくウォッチしていただきたい。

（７） かかりつけ医機能報告について

資料 7-1～7-2 について保健医療政策課から、資料 7-3～7-4 について幸手保健所から説明がなされた。

【質疑・意見等】

特になし。

（８） 重点医師偏在対策支援区域の概要について

資料 8 について医療人材課より説明がなされた。

【質疑・意見等】

- ・ 板橋会長（済生会加須病院）

これは重要な事業で早くやって頂きたいが、スピード感はどのようなものか。

- ・ 医療人材課

医師確保計画の策定を進めているところで、2月の県議会に計画を上程することで、区域の指定をさせていただければと考えている。並行して来年度予算で執行できるよう検討している。

- ・ 秋元委員（新久喜総合病院）

代替医師確保支援事業については、要するに非常勤を雇う場合に金銭的補助をするということなのか、それとも土日祝に医師を確保することに対しての支援なのか。

基本的には常勤医を雇う支援もしてほしい。当直をしている病院に対しては、基本的に平等に補助していただいた方がありがたいがいかがか。

- ・ 医療人材課

代替医師の確保については、いわゆるアルバイト医師を想定している。スポット的に代替医師を雇いあげた場合にかかる経費に対して補助が出る。

- ・ 秋元委員（新久喜総合病院）

アルバイト医師には補助が出て、常勤医師には出さない理由は何か。

- ・ 医療人材課

国の要綱でそのような規定になっているからであるが、詳細については改めて確認させていただく。

- ・ 秋元委員（新久喜総合病院）

偏在対策ということであれば、常勤を増やすというのが根本的な対策であると思うので、よろしくお願いいたします。

- ・ 板橋会長（済生会加須病院）

医療機関がエージェントを使い、年収の何割という大きな負担をして常勤医を確保しているというのは、よく聞く話である。常勤医の確保という根本的なところにも踏み込んで検討いただきたい。

（９） 小野寺亘地域医療構想アドバイザーのコメント

少し先走りにはなるが、新たな地域医療構想についてお話をさせていただければと思う。

今回の新たな地域医療構想においては、新しい要素として各医療機関が担う医療機能、具体的には急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能および専門等機能などについて報告するという事になった。

県内の病院長の方々へお話を伺っていると、医療機関機能報告の中で特に急性期拠点機能を補う医療機関についてどのようになるのかをご心配されている先生が多かった。板橋会長からも冒頭にお話があったが、今月初めに厚労省から発出された地域医療構想策定ガイドラインによると、急性期拠点機能については 20 万から 30 万人の単位で 1 つ確保することを基本的な考え方としている。また、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能の両機能を重複して報告することはできないとしているところである。

したがって、埼玉県現状を鑑みると、急性期拠点機能を希望する病院が基準数よりも多くなることが想定される。その際、どのような医療機関を区域内における急性期拠点機能とするのかという調整は、一義的には調整会議における先生方の協議によるところになる。当然、ガイドラインには不動産の基準や協議が整わない際の県の介入などに関する記述もあるが、いずれにせよ、本調整会議の役割は極めて大きいと言える。

新たな地域医療構想の策定にあたっては、医療機関機能報告以外にも、2040 年に向

けて地域全体として適切な医療体制をどのように構築していくのか、様々な課題を検討していく必要がある。委員の先生方においては、自分事としての活発な議論をお願いできればと思う。