

令和８年度第１回埼玉県さいたま地域医療構想調整会議 議事概要

開催日時：令和８年７月３１日（月）１９：３０～２０：４０

開催方法：オンライン（Teams）

１ 出席者

１６名（別紙出席者名簿参照）

傍聴者 ９名

２ 議題

（１）令和８年度第２回埼玉県地域医療構想推進会議における主な意見について

【保健医療政策課が資料１により説明】

【質疑・意見等】

特になし

（２）新たな地域医療構想について

【保健医療政策課が資料２－１～２－３により説明】

【質疑・意見等】

○西村委員

今年度中に構想区域を確認するということだが、さいたま圏域は患者流出が減ってきており、圏域内で医療が完結していることが資料から確認できるため、現状の二次医療圏と一致させるのが望ましい。

一方で、在宅医療・介護連携推進事業に関する区域については、さいたま市では４医師会において市を実施主体として、かかりつけ医機能に関する区域とともに郡市医師会単位で行うのが良い。

その際に、構想区域と郡市医師会単位の協議の場をどのように連携させていくかが今後の課題である。

また、必要病床数の推計について、この後の病床数適正化緊急支援事業の病床削減報告に鑑み、実際の受療行動や病床稼働率等のデータを基に、真に必要な病床数を推定いただきたい。

○松本議長

地域医療構想推進会議の構成委員をご教示いただきたい。

○保健医療政策課

現状は、医師会からの推薦の方、各病床機能の病院からご推薦の方、有識者として埼玉医大からご推薦の方、介護関係団体から推薦の方等である。

○松本議長

本調整会議のように色々な意見を出してもらっているということか。

○保健医療政策課

お見込みのとおりである。

○清田委員

先日、埼玉県がん診療連携協議会があり、その中で国の方針として、がん種ごとに均てん化と集約化を進めましょうという話が出て、今年度中にデータを集約して決めていくという話があった。会議には、管理者の出席は少なく、がんの責任者で副院長が出席しているところが多かったが、埼玉県がん診療連携協議会の議論と調整会議での議論が並行して進んでいくことも考えられるので、情報共有を県庁内でもしていただき、その結果なりの方向性を調整会議にも共有していただけたらと思う。

○保健医療政策課

先日、埼玉県がん診療連携協議会の直後に疾病対策課から、我々に早速情報共有があったところ。がん診療の検討にあたっても、地域医療構想と基本的に歩調を合わせるよう国からも求められているというお話があった。

当課から地域医療構想の検討の状況は疾病対策課と共有し、疾病対策課の情報も我々と共有するという形を確認した。その内容の結果は、調整会議の場で共有することも必要と思うので、検討させていただきたい。

(3) 病床数適正化緊急支援事業について

【医療整備課が資料3により説明】

【質疑・意見等】

○西村委員

51 ページ目に、当院西部総合病院の慢性期病床 11 床の削減について記載しており、30 床以上ではないため本來說明義務はないが、委員として慢性期療養病床の削減について基幹病院の先生方が後方支援機能に困るのではないかという懸念があると考え、説明する。

まず、この 7 病院における削減対象の病床については、本圏域の地域医療に影響はないと判断している。当院には 2 病棟で計 120 床の療養病床があり、基幹病院の病床稼働率が高まる時期には、当院の病床も満床となり、入院をお待ちいただく状況が生じることがある。一方、ここ数年の年間平均の病床稼働率はかなり低下しており、昨年度は約 11 床分が空いている状態であった。

「問題ないのでは」という意見もあるだろうが、近年どの病棟においても病床をフル稼働させなければ経営が厳しい状況である。療養病床であっても可能な限り稼働率を高め、病床を維持する必要があるため、この削減はやむを得ない判断である。

また、多床室もあるが、近年は病棟内で新型コロナウイルス感染症の発生も見

受けられ、高齢者の死亡例もある。重症化した患者や気管切開患者もあり、このような方への感染対策のため個室利用が必要である。そのため、療養環境の整備や医療管理、ベッドコントロールを目的として病床数を削減するものである。これにより 11 床減らすことになるが、地域医療への影響は極力抑える考えである。

また、必要病床数と定量基準分析に関して、25 ページにさいたま圏域の慢性期病床はなお不足している旨のデータがある。慢性期病床の稼働率は減少傾向にある。必要病床数や定量基準分析と比較しても、現場の病床稼働率は想定ほど上昇していない。その理由の 1 つとして、介護施設や住宅型有料老人ホームなど、末期がん患者や難病患者などを受け入れる施設の増加がある。これまで病院でしか受け入れていなかった重度の慢性期患者をこれらの施設が受け入れているため、慢性期入院の需要がそちらに吸収され、病床の空きが増えている。また、在宅医療の推進も影響している。従来慢性期で入院していた患者が在宅療養可能となったことは良いことであるが、これにより慢性期病床は減少してきているのが実情である。

【疾病対策課が資料 3 により、病床数適正化緊急支援事業について説明】

【質疑・意見等】

特になし

(4) 令和 6 年度病床機能報告の定量基準分析結果について

【保健医療政策課が資料 4－1～4－4 及び参考資料により説明】

【質疑・意見等】

特になし

(5) 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

【保健医療政策課が資料 5 により説明】

【質疑・意見等】

特になし

(6) かかりつけ医機能報告制度について

【保健医療政策課が資料 6 及び参考資料により説明】

【質疑・意見等】

○西村委員

このかかりつけ医機能報告制度と、さいたま市が医師多数区域であることは考慮すべき事項である。制度は異なるが、切り離して考えるのは適切ではないと思われる。あくまでも医師多数区域では新規開業の医師にかかりつけ機能を担っていただく構造であるが、既存のかかりつけ医の先生方も不足する医療機能を担っており、今後もそれを担い続けていただきたい。他圏域と異なる点は、当圏域が不足する医療機能を担うことが求められている医師多数区域であることである。このかかりつけ医機能の協議との連携をどのように図るかについては、現時点で

具体的な案はないものの、一緒に検討していくべき課題であるとする。

○松本議長

そのような点も考えていく必要があるが、まず問題と考えるのは、1号機能有りと回答した医療機関が49.5%しかいないことであり、我々がかかりつけ医になりえないと認識されてしまう可能性がある。したがって、いかにこの割合を増やしていくかが重要であり、理想としては100%に近づけるのが望ましい。ただし、この数値は毎年更新されるため、啓蒙活動を進めることで、実際には多くの医療機関がかかりつけ医機能を有しているはずだが、正しく報告がなされていない可能性もある。また、「在宅医療の提供」などを含む2号機能については非常に少なく、現在は32%程度である。ここも今後、少しずつ増やしていく方策を検討すべきであり、次回以降の議論のテーマとすべきである。何かご意見等があれば伺いたい。

○保健医療政策課

今回、松本先生からは1号機能有りの割合が低いのではないかと、また「在宅医療の提供」の割合をもう少し増やすべきではないかとのことご指摘をいただき、テーマとして貴重なご意見を賜ったと考えている。

次に、先生方にお伺いしたいのは、協議の場の設置方法についてである。他圏域の事例を見ると、調整会議の部会という形態を作り、その部会に外来診療に関わる医師会の先生方など、数名のメンバーを集めて議論した結果を本会議に報告する方式が一つの方法としてある。一方、さいたま圏域は4つの医師会でそれぞれ活動が行われているため、ある程度テーマを絞った形で各医師会に持ち帰り、医師会単位での取り組みを検討していただき、その成果を次回の調整会議にて報告いただくという方法も考えられる。どちらが正解というわけではなく、先生方のご意見を参考にして、より良い案を事務局で作成したいと考えている。先生方のご意見を賜りたいが、いかがか。

○松本議長

さいたま市全体で協議を行うか、医師会ごとに行うかという点について、桐澤先生、ご意見があればお聞かせいただきたい。

○桐澤委員

各医師会で協議し、それを調整会議に持っていくのがいいと思う。

○松本議長

テーマを一つに決めるとしたら、「有り」の割合が一番少ない「在宅医療の提供」から取り組むのが良いと考えているがよろしいか。

○桐澤委員

お願いします。

○田中委員

1号機能、2号機能と多くのテーマを一度に取り組むのは難しく、各医師会の規模も違うため、各医師会である程度意見をまとめてから調整会議で協議する方がよいと考える。テーマも最初は一つに絞った方がよい。

○阪委員

桐澤委員、田中委員と同意見である。

○松本議長

まずは1号機能有りの割合を上げること、2号機能は「在宅医療の提供」に絞って各医師会で話し合うということによろしいか。

○保健医療政策課

非常に明確なご指示をいただいたので具体的な事務局案を作成し、次回の調整会議でご報告させていただきたい。ありがとうございました。