平成３０年度埼玉県西部地域保健医療・地域医療構想協議会
（地域医療構想作業部会）　議事概要

１　日　時　平成３０年１１月１６日（金）１８時００分から２０時００分

２　場　所　狭山保健所１階大会議室

３　出席者　部 会 委 員　別紙委員名簿のとおり２４名中２４名出席
（代理出席２名を含む）
委員以外出席者　別紙委員名簿のとおり
事　務　局　別紙委員名簿のとおり
傍　聴　者　１１名

４　議　事

（１）病院整備計画の公募について

資料１、参考資料１から５、配布資料（本日の協議にあたっての視点）により医療整備課が趣旨を説明。その後、狭山保健所が会議の進行方法について説明

続いて、以下のとおり応募病院による説明等が行われた。

①　所沢明生病院

資料２（Ｐ．１～５）により所沢明生病院が説明

（主な質疑等）

・　救急車の受け入れの昼間と夜間の割合はどうなっているのか。
また、医師等の当直体制はどうなっているのか。
→　昼間と夜間で半々である。当直体制は夜間は医師１人、看護師１人である。増床した場合は医師２人以上、看護師もそれに伴い増員する。

・　今回の増床の計画は病院１つ立てる規模となるが、医療従事者の人員確保の見通しはどうか。
→　新久喜総合病院等の時と同様に同一法人内から応援してもらうなどして対応できると思う。

・　地域包括ケア２６床について、所沢市との地域包括ケアシステムとの関係はどうなっているのか。
→　わからない。これから進めていきたいと考えている。

・　病床数の積算根拠が薄いのではないか。
→　御指摘の点もあると思う。

・　今回、急性期病床を増やすことによっていわゆる６号基準の患者を受け入れていくのか。
→　今まで断っていた部分は受け入れていく方向で考えている。

・　地域包括ケア病床の増加についてありがたいと思うが、個々の数字については、まだ分析しておらず、評価はすることは難しい。

・　所沢市医師会の在宅療養の輪番には現在、参加していないが、今後、在宅療養患者の急変時の受け入れを行っていくのか。
→　現在は医師の余裕がない。
・　医師が足りない状態で地域包括ケア病棟を作って大丈夫なのか。在宅療養支援ベッドもお願いしたい。
→　増床ができたらやっていきたい。

②　大生病院

資料２（Ｐ．７～１１）により大生病院が説明

（主な質疑等）

・　医療従事者その他の３３０人の内訳としてＯＴ、ＰＴ、ＳＴの割合を教えてほしい。また、確保予定の常勤の内訳はどうなっているか。
→　ＯＴ、ＰＴ、ＳＴ合わせて７０人くらいである。内訳はＰＴが４０、ＯＴが３０弱、ＳＴが１０弱である。回復期１８床増床できれば、確保予定９人すべてセラピストで考えている。内訳はその時の状況で考えていきたいが、理学療法に力を入れていきたいのでＰＴを考えている。
・　常勤医師１３人のうち、整形外科、耳鼻咽喉科の医師はどのくらいいるのか。
→　１３人の中にはいない。整形外科、耳鼻咽喉科の医師は隣接の診療所にいる。
・　嚥下の機能の評価はＳＴだけで行うのか。
→　隣接の診療所の耳鼻咽喉科の常勤医師と一緒に行っている。また、歯科医師もいるので一緒に行っている。
・　医師は採用予定０となっているが、採用しないのか。増床しても現員で大丈夫か。
→　内科ブロック７つで医師が１３人いる。地域包括ケア病棟、回復期病棟には医師を２人以上配置しているので、医師についての過不足は感じていない。増床しても現員で運営していける。

③　埼玉医科大学国際医療センター

資料２（Ｐ．１３～１８）により埼玉医科大学国際医療センターが説明

（主な質疑等）

・　がん末期の患者を在宅に戻す取組又は悩みなどがあれば伺いたい。
→　当院は７００床すべてが高度急性期の病床であり、平均在院日数は１４日である。脳卒中やがんも含め転院するのに平均で１８日、転院調整を始めて１ヶ月かかっても転院できない患者もおり苦慮している。がんについては丸木記念福祉メディカルセンターのホスピスといわれているがんのケア病床２０床があり、それを活用したり、同じような近隣の医療機関を活用して何とか対応しているが、不足しているというのが実情である。

④　圏央所沢病院

資料２（Ｐ．１９～２４）により圏央所沢病院が説明

（主な質疑等）

・　日高日生病院の６０床を移転するとのことであるが、療養病床４０床で、

残りの２０床はどうするのか。
→　日高日生病院の病床６０床は移転した段階ですべて療養病床６０床とし、その後１年以内、増床ができるまでの間に回復期病床に一部転換し、残りを一般病床に転換する予定である。
・　今回の増床は所沢市の地域包括ケアシステムにどのように寄与するのか。
→　現状、急性期から直接、在宅に患者を戻してしまっているため、増床によって地域包括ケアシステムに寄与できると考えている。
・　所沢市の在宅療養輪番への参加はどうか。
→　現在は病床が満床で急性期の患者を断っている状況であり、在宅療養輪番への参加はしていない。
⑤　北所沢病院
資料２（Ｐ．２５～２８）により北所沢病院が説明
（主な質疑等）
・　行き場のないサブアキュートとはどういうことか。
→　療養病床に入院中の患者の中の在宅に戻ることを希望する患者のことである。また、介護老人保健施設の通所リハの患者で体調急変時に急性期病院に受け入れてもらえない患者を受け入れていきたい。
・　療養病床から地域包括ケア病床に患者がいくということはない。地域包括ケアの意味合いをよく考えていないのではないか。また、人員の増員計画について医師を１人増やすということだが、３人で地域包括ケアをやるのか。夜間対応はどうするのか。
→　３人で対応するとは考えていない。非常勤医師を採用して対応していく。
・　がんの終末期の患者を受け入れていくのか。
→　６０日という地域包括ケアの在院日数の上限があるので難しい。
・　がんの終末期の患者は６０日も入院しないのではないか。
→　そのあたりを見極めながらやっていく。
・　埼玉医科大学国際医療センターの説明でもがんの終末期の患者の受け入れが困難となっていると説明があったが、その辺をどう考えるのか。
→　地域包括ケア病棟の求められる役割としては骨折の予後、肺炎　脳梗塞の後遺症等となっており、最後の看取りの部分については除外していきたいと考えている。
⑥　所沢リハビリテーション病院
資料２（Ｐ．３１～３５）により所沢リハビリテーション病院が説明
（主な質疑等）
・　受け入れ患者のほとんどが所沢中央病院等だが、その他の病院からも受け入れ可能なのか。
→　どの病院でも受け入れている。所沢中央病院を優先しているわけではない。
・　回復期の病院から見ても、この圏域で回復期の病床は足りないのか。
→　足りているかどうかにいついては明確には言えない。しかし、実際に待

機の患者がいたり、そのために。当病院の１１２床のうち５６床は療養病床であるが、その療養病床でもリハビリを中心にやっており、在宅復帰率は６０％以上である。実際は回復期の対象であっても、回復期で受け入れられないで療養病床で受け入れている現状をみると、回復期の需要はあると思う。

・　急性期病院としては、ポストアキュートの受け入れ先が少なくて、病床が回らないということはある。そこのところを引き受けてくれる病床があれば助かる。

→　急性期病院から薬剤耐性菌など院内感染対策を求められる患者の依頼が時々あり、当病院では個室もなく対応できず断るケースもあるが、増床できればそのような患者の受け入れもできると考えている。

・　純粋な回復期の患者ではなくて、合併症があると受け入れが困難になるケースがあるが、今回の増床計画を受けて、そのような患者への対応も可能になるのか。

→　どういった医師を採用するかにもよるが、脳神経外科、循環器科等全身管理できる医師を採用できれば、そういった患者にも少しは対応していきたい。

⑦　さやま地域ケアクリニック

資料２（Ｐ．３７～４１）によりさやま地域ケアクリニックが説明

（主な質疑等）

・　夜間の当直体制はどうなっているのか。

→　現在、４人で在宅医療を回しているが、もう２人増員する。外来と在宅医療を兼任する。有床診療所もオンコール体制を予定している。

・　医師はクリニックの近くに住んでいるのか。

→　近くはない。週に２、３回クリニックに泊まっている。

夜、呼ばれていくことはほとんどない。訪問看護師が看取り、翌朝、医師が訪問する形である。

⑧　豊岡整形外科病院

資料２（Ｐ．４３～４７）により豊岡整形外科病院が説明

（主な質疑等）

・　入間市の地域包括ケアにどう役立っているのか。

→　整形外科の医師が２４時間常駐しているため、夜間などに入間市だけでなく所沢市、狭山市、飯能市など遠方から当院に救急で患者を受け入れている。現在はそのような遠方の患者も手術及び手術後も含め、当院で対応している。今後は地域包括ケア病床が増えたら輪番にも参加していきたい。

・　入間市も高齢化率が高くなっており、高齢者が入院する施設が少ない。整形外科に特化したロコモの患者等に関しては地域の医療供給体制として必要性を認識している。今回の１２床の増床は地域としても有り難い、輪番への参加も歓迎している。

・　地域包括ケアシステムの構築については医師会と協力しながら現在、進め

ている。今回の増床はありがたいと考えている。入間市は５市の中で人口当たりの病床数が一番少ないということからもありがたい。

・　全国では大学病院でも地域包括ケア病床を持っている病院がいくつもある。本来はポストアキュートに移したいのだが、受け入れ先がない。やむを得ず大学病院で地域包括ケア病床を持っているのである。この地域は地域包括ケア病床が少ないので増える可能性は期待しているが、自院の急性期を移すだけで地域全体としての寄与が少なくなることを危惧している。ぜひ、その辺を考慮してほしい。

・　急性期病院の医師にお願いしたいのは、地域包括ケア病床に移すのは良いが、患者に非常に高い薬を処方しているケースが多い。その辺りを急性期病院の医師としても考えてほしい。

⑨　武蔵台病院

資料２（Ｐ．４９～５３）により武蔵台病院が説明

（主な質疑等）

・　埼玉医科大学病院、埼玉医科大学国際医療センターからの受け入れが多いが、それ以外の病院からの患者の受け入れも可能か。

→　もちろんどの病院でも可能である。ただ、埼玉医科大学病院、埼玉医科大学国際医療センターからの受け入れで７割を占めている。

・　地域医療構想で目指すべき方向性の一つとして役割を明確にしていこうということがある。今回の計画は急性期もやり、回復期もやるということで混在化が進んでしまう。今後、回復期の方向を明確化していく考えがあるのか。

→　当地域は急性期の病院も少ない、回復期の病院も少ないということもあり、このような形で運営している。地域のニーズからは満足いただいていると考えている。

・　武蔵台病院には日頃から高齢者の介護でお世話になっている。地域でも頼りになっている。急性期、回復期の両方増えるのであれば、安心できると考えている。

・　武蔵台病院は急性期といっても、大学病院の急性期とは違う。整形外科の手術、老人性の変性疾患をターゲットにしているのではないか。それ自体は大学病院とはかぶらない。日高市の中でよく患者を受け入れていただいているので、感謝している。

⑩　並木病院

資料２（Ｐ．５５～５９）により並木病院説明

（主な質疑等）

・　埼玉医科大学国際医療センターで話のあったがん末期の患者の受け入れは可能か。

→　埼玉医大からも患者を受け入れている。末期がんの患者を受け入れている。特殊疾患病棟では気管切開、人工呼吸器、寝たきりの患者を受け入れている。出来る限り受け入れるようにしている。

〇全体の総括

議長から質問・意見を求める発言があったが、発言はなかった。
議長からから以下のとおり、発言があった。

（部会長の総括）
開業医の立場からすると、訪問診療を担う医師の絶対数が不足している。
その原因は在宅医療への看取り、深夜の対応への不安が大きいと思う。今日の病院のいろいろな取り組みによって急性期から回復期を経てかかりつけ医に戻るシステムの構築ができれば、地域の住民や開業医もとても安心するのではないか。ただ、増床に伴う人材の確保と養成がここでは触れられていなくて非常に心配している。特に看護師の養成は医師会でも苦労している。大変なことではあるが、この辺を何とかしていきたいと思っている。もう一つの心配は介護施設における緩和ケアなどの医療行為について、ミスがあった場合にこれをどうするのか、法的整備の検討が必要であろう。また、地域住民への啓発も行っていかないといけないが、多職種連携の会に医師が参加してくれないことに頭を悩ましている。なるべく、医師に参加いただき、介護や看護の方々と連携を密に取っていくようになると良いと思う。

議事終了