

平成30年度
第2回 埼玉県県央地域保健医療・地域医療構想協議会
議 事 録

平成30年11月8日（木）

18:45～20:20

鴻巣保健所 大会議室

1 開 会

鴻巣保健所佐々木副所長が進行。

2 あいさつ

鴻巣保健所長が挨拶。

3 議 事

内田会長が議長となり議事を進める。

(1) 医療機関における病床整備状況について

保健医療政策課から協議会で説明する趣旨を説明後、病床の機能転換を予定している桃泉園北本病院が資料1を読み上げ説明する。桃泉園北本病院は、2年で転換を進め平成30年10月1日に完了した。資料中、2病棟の病床利用率が低いのは、利用開始してから1か月経過していないことを斟酌してもらいたいとの説明が病院からあった。

質疑応答はなし。

(2) 病院整備計画の公募について

医療整備課から協議に当たっての留意事項を説明した後、資料2-2に基づき、公募に応募している社会医療法人壮幸会、医療法人社団愛友会、医療法人社団浩蓉会の順に説明及び質疑応答をした。

(議長) 議題(2)の「病院整備計画の公募について」医療整備課から説明をお願いする。

(医療整備課) 協議に当たっての視点をお話する。

一つは、増床するベッドが地域の医療ニーズに合致しているかという点である。

二つ目が、医療提供体制のバランスへの影響である。バランスの良い計画かどうか。

三つ目は、医療従事者の確保からの妥当性である。公募状況については、医療審議会で中間報告をしたが、その中で、医師確保は重要なのでよく確認することとされている。この点は医療の質とも関係する。医療従事者の確保の点からも実現可能性があるのか。

四つ目が、病床利用率の点からも妥当か。

参考資料 1 は圏域内の病院の概ねの位置を記載している。

参考資料 2 は平成 29 年度の病床機能報告を示している。右端の合計を見ていただければわかるとおり高度急性期が不足している、回復期も不足しているというのが客観的数値である。

3 枚目は自主的な病院機能報告である。医師数、病床稼働率、平均在棟日数などを示している。稼働率は病床機能報告に基づいて算出している。一つの目安と考えていただきたい。

参考資料 3 は、地域医療構想の作成に当たり、厚生労働省のツールを使い算出した。下の表の棒グラフが各圏域における回復期リハビリテーション病棟入院料患者の受療動向で各圏域の完結率である。県央地域は域外への流出が多い。

次のページは、地域包括ケア病棟入院料の患者の受療動向を各圏域ごとに完結率を示しているが、県央地域は圏域外が多くなっている。

4～5 ページは、三大疾病の受療動向であるが県央地域は他圏域に比べると完結率が低い状況である。

参考資料 4 は客観分析算出に当たってのデータである。

参考資料 5 は地域医療構想の県央区域の概要だが、入院患者の受療動向を見ると、高度急性期、急性期、回復期、慢性期で流出超過となっている。

3 ページの医療需要推計は、慢性期の一定数は、在宅に流すという前提に立って推計である。

(3)の病床の必要量は病床稼働率で割り戻したものである。下の行の平成 27 年度が病院の自主申告による病床数である。

(医療整備課長) 配布資料にあるが、協議会終了後意見を提出してもらおう。意見には○、△、×を付けてもらおう。急性期の医者はその視点から、慢性期の医者はその視点から、それぞれの視点で○、△、×を付けていただきたい。

(議長) ただいまの説明について、御質問、御意見はあるか。ないようでしたら、社会医療法人壮幸会から説明をお願いします。

なお説明時間は 1 病院 8 分以内である。時間厳守でお願いしたい。

(壮幸会理事長) ※資料 2-2 を読み上げ説明。

(議長) ただいまの説明について、御質問、御意見などがあったらお願いしたい。

鴻巣地域に新病院を作るという計画だが、A 委員は何かあるか。

(A 委員) 特にない。地元医師会は計画を知らないので、話し合いをしていきたい。

(議長) B 委員は何かあるか。

(B 委員) 急性期で 30 床を予定しているようだが、診療科は何か。

(壮幸会理事長) 診療科は循環器科、呼吸器科、脳神経外科、整形外科、リハビリテーション科、総合内科的なものを予定している。

(議長) C 委員は何かあるか。

(C 委員) 一点伺いたい。利根地域にも公募をして計画を出しているが、鴻巣病院との違いは何か。

(壮幸会常務理事) 利根地域には行田総合病院にリハビリ病床を38の増床で予定している。建築期間は行田総合病院が先行する。増築を考えている

(議長) 北足立郡市医師会としても新しい病院を作ることには関心がある。医師の確保はこの地域は非常に難しいが、計画中、採用人数医師5名ということで、内容的には、整形外科、脳神経外科、内科という形であるが、高齢者が増える中で、一番重要なのは内科の医者だと考える。医師の配分とどこから連れてくるかとか具体的な計画はあるか。

(壮幸会常務理事) 所在する行田地区、県北地域は医師、コメディカル不足で、採用等厳しい中、大学や紹介業者に頼み医師確保に頑張っている。この辺の計画は十分達成できる。看護師は年間85～90名、理学療法士は25～40名の新卒で採用している。医師確保は心配なところだが頑張っていきたいと思っている。

(議長) 鴻巣市医師会との話し合いはしているのか。

(壮幸会理事長) この計画120床を達成できれば、医師会と地域連携を含め、診療科などの要望を綿密に相談していきたい。まずは病床、120床ありきである。

(医療整備課) 急性期30床、回復期リハ60床、地域包括ケア30床の根拠は何か。具体的な根拠は何か。また、予定地確保の見込みはどうか。

(壮幸会理事長) 病床の確保に関しては、中央医療圏の医療事情を考えて、中央医療圏で頑張っていきたいと算定した。十分医療需要はあると考えている。

(壮幸会常務理事) 予定地は30年の定期借地権を締結しているところだ。借地は市街化区域でなかなか難しいので定期借地権を結び開設する考えでいる。

(医療整備課) この圏域の課題として、D病院はこの圏域で救急を受け入れているがなかなか出口がないと聞いている。この受入の出口として機能するのか。

(D委員) 地域の医者と話をする、回復期リハビリは充足していて、患者がなかなか集まってこないと聞いている。当院でも回復期リハビリ病床は持っていて、慢性期、障害者病棟の受入先としてはこの病床区分は期待できない。

(医療整備課長) この圏域の病床機能の流れが重要になってくる。急性期から回復期、慢性の流れを作ることは全県に共通する課題。急性期を担っているD病院としてはこんな受け入れ方があれば流れるという考えはあるか。

(D委員) 急性期が終わった後の慢性期の患者受け入れ病院を必死になって探している状況だ。

(医療整備課長) 具体的にはどんなことか。

(D委員) 例えば、糖尿病などのフットケアは入院が長くなる。外傷や脳疾患など脳卒中も長くなる。胃瘻の患者も長い。

市内の診療所の先生と相談して受け入れてもらっているところであるが、そのへんもパンパンな状態でそういう患者を受け入れてもらえる病院があればいいと思っている。

(議長) 数字上、回復期の病床が必要なのか、慢性期の病床が必要なのか、保険点数の兼ね合いもあると思うが、数字が実態とは合わない。

(医療整備課長) 数字が実態だという認識には立っていない。実際の機能がどうな

のかを含め議論を深めていく必要がある。

(議長) 次に、医療法人社団愛友会伊奈病院からお願いしたい。

(伊奈病院事務長) ※資料2-2に基づき計画を説明。

(議長) ただいまの説明について、御質問、御意見はありますか。E委員はどうか。

(E委員) 地元にとっては好ましい計画である。用地確保の見通しはどうか。

(伊奈病院事務長) 個々に交渉を進めている。年末までを目途に決着する予定で進めている。

(議長) 伊奈病院の実績から見ると一般病床の利用率が低い。桶川北本伊奈地区の中で急性期を担うのは北里大学と上尾中央総合病院。上尾市に行ってしまうという状況がある。

上尾中央総合病院を頼るということだが、患者からすればできれば地元でやってほしいというのが強い意見だろう。

ある診療科に特化した形となり一般高齢者が内科医師に診てもらえないことが非常に多いことが周りの先生方の意見だが、その点に関しては、どのような改善策があるか。病床を増やしたことにより可能になるのか

(伊奈病院事務長) 地域包括ケア病床を増床することにより一般病床から回復期に入った患者さんをそこに移すと急性期一般病棟が空くのでそこでの受け入れが可能になる。

自院でやれることは限られているが今やっていることは拡大してやっていかなくてはいけないという使命を持っている。

(医療整備課) 病床数の根拠について、自宅へ退院した患者全てを地域包括ケア病床で受け入れるようにみられるが、3,494人を地域包括ケア病床で受け入れるということか。

(伊奈病院事務長) そのとおりだ。

(医療整備課長) 前回の公募で病床をもらったが実現していない。今回は実現できるのか。

(伊奈病院事務長) 前回病床をいただいたにもかかわらず実施できなかったのは、建築費の高騰でその後、開設後7か年の収支が立ち行かなくなってしまう、結局は患者の不利益になってしまう。今回についてはそこをしっかりと受け止めて、当然建築によつての経費が増えるのも診療収入で賄っていくということでやっていきたい。

(医療整備課長) 前回だめで、今回大丈夫な根拠は何か。

(伊奈病院事務長) 想定している工事が始まるタイミングは東京オリンピックの建築が大体終わった頃だが、建築費用は大きく下がらないだろうというような話を聞いている。1㎡当たりの建築費は変わらないが、経営努力でカバーしていきたい。

(医療整備課長) 違いがないということだ。

(医療整備課長) 医師会単位で在宅支援ベッドがあるが、これを一手に引き受ける構想はあるのか

(伊奈病院事務長) 一手にというのは難しいが、できるだけ引き受けていきたい。

(医療整備課長) 難しいのか。

(伊奈病院事務長) ドクターを確保していかななくてはいけないが、これが確定できていない。

(医療整備課長) 地域包括ケア病棟について、ポストアキュートを担っていく必要があり、そのためには日頃の開業医の先生方との連携が重要になってくる。現状がどうなっているのか、また、今後のプランを教えてください。

(伊奈病院事務長) 現状、クリニックからの紹介や救急を受け入れられない状況は、手術中、外来中の断りが一番多い。これを改善するには人員を増やして穴のない体制を組まねばならない。それをしっかりやっ払いこうとプランに入れる。

(医療整備課長) 北足立郡市医師会の会長は意見があるか。

(議長) 医者数が少ない。専門性を強く訴える医者が多いのでなかなかいろいろな患者に対して受入が難しい。もう少しプライマリーのことができる医者がいてくれたらいい。

(医療整備課長) 地域包括ケア病棟は専門性ではなく幅広く受け入れる必要がある。病院内の患者を受け入れるのは病院完結型であり、そうではなく目指すのは地域完結型医療である、急性期の病院と回復期慢性期の病院が分かち合っ広域的医療を提供していこうということ。しかし真逆を行ってしまっている。これは県としてこの計画を通すのは非常に難しい状況だ。そこをどう考えているのか。

(伊奈病院院長) 地域包括ケアのことだが、地域で盛り立てていく医療として受け入れていくと、すべてのことにしっかり対応できる医者を探していきたい。

(議長) 次に、埼玉脳神経外科病院から説明をお願いします。

(埼玉脳外事務次長) ※資料2-2に基づき計画を説明。

(議長) ただいまの説明について、御質問、御意見などがございましたらお願いします。F委員はどうか。

(F委員) 埼玉脳外科病院は二次救急の輪番で頑張っている。入院が長くなる患者が多くなる中で対応してもらっている。

(議長) G委員はどうか。

(G委員) 地元の医療課題として意見はない。

(議長) 高度の急性期をやりたいということだが県では4月から脳卒中治療の対応をしている。血管外科になるが血栓をワイヤーで取る治療を全県で始めている。その中に入っていけるのか、この常勤ドクターの人数でそんなことができるか医者としての疑問である。

(埼玉脳外事務次長) 常勤の人数が少ないという指摘について、常勤医師は週30時間勤務だが、非常勤の医師で25時間程度の医師が3名程度いる。準常勤と言っていい脳外科医があと2、3名ほどいることになり、今のベッドの数と外来患者、救急患者の数を見ても、十分ではないかと考えている。

(議長) 血管外科ができる医師はいるのか。

(埼玉脳外事務次長) 今2名程いる。ただ、実際に行うには課題が相当ある。

(議長) 脳卒中の患者が増えているという話だが、脳卒中は統計的には減っている。見解の相違かもしれないが。

(医療整備課長) この地域構想の目指すものは、病床の機能分化を明確にしようということだ。しかし、在宅支援をやり、急性期もやり、回復期もやり何をやりたいかさっぱりわからない。機能がはっきりしない。どれも中途半端である。在宅支援をやる立場にありながら在宅支援ベッドに入っていないのはどういうことか。

(埼玉脳外事務次長) 当病院は脳卒中の患者が多く施設に入れられない人をどうしても自院の医者が回らなければならない。他からの受け入れができれば一番いいが、実際はうちを退院して「先生在宅来てよ」と言われても回れない状態になっている。在宅支援病院のくせにどうなんだとの指摘だが自分の病院の患者も対応できないのに、他を受けろというのはなかなか難しい。それを解決するためにも15床いただければわずかでも解決できると思っている。

(医療整備課長) 病床が確保できた場合は、自院だけではなく他病院からの受け入れもできるということか。

(埼玉脳外事務次長) おそらく全部はできないと思う。今よりはできると思うが、ただ、それが100%できるかというとなかなか難しい。

(医療整備課長) 急性期も中途半端、回復期も中途半端である。これを脱しないと、この先やっていけない状態が近いうち来るだろう。どこの部分で特化していくつもりなのか。

(埼玉脳外事務次長) 御言葉を返すようだが、脳卒中の治療について中途半端は全く当てはまらない。脳卒中の受け入れる患者数が、県内で5番以内である。これを中途半端と言われたらH病院も中途半端、どこも中途半端になってしまう。くも膜下出血の手術を年間15件行っている。この手術は相当修練した医師でないとできない。例えば、I市内でこの手術をできる医師は一人でもいると思うか。ゼロである。当病院には常時2名いる。これは当院の努力。中途半端と言われたくない。院長も脳卒中だけは頑張ろうとやってきた。回復期も実は去年から自院患者を外に出すところを自分のところで受け入れできるのであればやろうと頑張ってきた。在宅も外来に入ってから、どうしても来てほしいとオファーがあると在宅支援病院の基準を取った方がやりやすいということで県内7番目に出したつもりだ。中途半端という指摘はとても印象が悪いが、クモ膜下出血の手術ができる医師はJ市内にいるか。いない。当院は平日であれば2名以上の医師をそろえている。この部分を中心に頭の救急を頑張ってみる。その後のことも考え回復期、在宅支援も担うのが当院の姿だと思っている。

(医療整備課長) 脳卒中の急性期医療を行っている病院は、365日、24時間求められる。休日だから止めますという形は果たして地域としていかななものか。この圏域の中で役割分担を考えていくことについて引き続き議論が必要である。

(議長) 急性期に力を入れることは非常に素晴らしいが、退院した患者を自院で診るといのはどうなのか、今の流れの中で、近隣の開業医の先生に診てもらおうとかそういう形を作らなければいけないのでないかなと思う。そういう中で回復期を作るといことだと思ふ。

(議長) それでは、3 医療機関の説明全体を通して御質問、御意見などがあつたらお願いしたい。
(質疑意見なし)

(議長) 地域医療計画、地域包括ケアシステムについて、2025年の高齢化社会に向けて、病気になる人が増えるわけだが、どう受け入れていくか課題である。一つの病院でアキュートから慢性期まで受け入れる発想はいいことかもしれないが、人員確保という点から難しい。地域の中で急性期、回復期、慢性期を混ぜてそして在宅という形を作って診ていかないとマンパワーが足りなくなってしまうということが一番大きな問題である。そういう中で地域医療整備計画をどう作っていくか、この地域での病院の役割を分けていかななくてはいけない。あまり突出してはいけないところもあるし、もう少し中核病院が頑張ってもらいたいところもある。この地域は拠点病院の上尾中央総合病院におんぶにだっこで、上尾中央総合病院は疲弊しており、人員的にも非常に大変だ。

それを担える高度急性期を取ってくれる病院が、もう一つぐらい是非頑張ってくれたらいい。そして次(回復期・慢性期)を受け入れる病院を整備していかなければならない。これがこの地域での地域包括ケアシステムの一つだと思う。これを踏まえて地域医療計画を立てていただければありがたい。

以上で予定をしていた議事は終了したが、他に何かあるか。

以上で議事はすべて終了した。委員の皆様には、円滑な議事進行に御協力いただいた。お礼を言う。

(進行) 内田会長、議事進行に感謝する。

最後に、事務局より連絡事項を伝達する。

(事務局) ※ 協議会終了後の意見照会を依頼。配布してある依頼文について、締切日を19日(月)から15日(木)に口頭修正した。

(進行) これで閉会とする。