

令和6年度第2回埼玉県南西部地域医療構想調整会議
議事録

1 日 時

令和6年12月23日（月）19:00～20:30

2 場 所

オンライン（ZOOM）

3 出席者

【委員】 19名

井上達夫委員（会長）、滝澤義和委員（副会長）、野入聡悟委員、小柳聡委員、細田泰雄委員、飯田惣授委員、鈴木義隆委員、菅野隆委員（代理）、富家隆樹委員、大谷恵委員、上條大輔委員、増尾猛委員、近藤政雄委員、斎藤幸子委員、平野静香委員、鈴木貴久委員、皆川恒晴委員、池田康幸委員、湯尾明委員

【アドバイザー】

埼玉県医師会副会長 廣澤信作 先生

【オブザーバー】

町田穰 先生

【事務局】

保健医療政策課職員、医療整備課職員、朝霞保健所職員

【傍聴人】

2名

4 議事

（1）議題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により保健医療政策課から説明。

委員から質問等はなかった。

（2）議題2「令和5年度病床機能報告の結果について」

資料2-1、2-2、2-3、2-4、2-5により保健医療政策課から説明。

委員から質問等はなかった。

（3）議題3「地域医療構想の達成に向けた課題について」

○「地域医療における連携に関するアンケート調査の結果報告」

資料3により保健医療政策課から説明。

○「病床の稼働状況について」

医療機能別に各医療機関委員より説明。

ア 高度急性期、急性期

【埼玉病院】

入院、転院、退院に関して極めて大きな問題があるというふうには思っていない。

しかし、入院した患者が、いわゆる非世帯の方が多いため、転院、退院するにあたり、経済状況の把握が難しく、どういふところへ転院が可能か、どの程度の料金の施設なら戻せるのか、その選定に困難が出てくることがある。

【TMG あさか医療センター】

月間およそ900件から1000件の入退院で、稼働率が92、93%、在院日数が12、13日で推移している。

ただし、450床のうち、60床程度が、30日以上入院、さらに、その内の15床が60日程度の入院である。

特に、高齢の方で認知症があると、なかなか受け入れ病院が見つからない。また、ご家族の協力が得られずに、施設やリハ病院の転院に関して見学になかなか行ってもらえない。

こういったことで、すぐに退院へ結びつかないというのが現状問題として挙がっている。

【イムス富士見総合病院】

コロナから回復しているということで、昨年に比べ入院と救急・救急車が増えている。その中で、小児救急は何とか地域で役割を果たせていると思っている。

問題は高齢者救急だと思っている。

救急車がおおよそ年間6000、月500程来ているが、その内75歳以上が45%を占め、その中で6割が入院となってしまう。

全体で救急の入院率が30%であり、高齢者の方の入院率は高いと見ている。救急車も増えており、高齢者の患者も増えている。循環器系・呼吸器系が多く、そういった患者がどんどん増えている。

高齢者のため、慢性期の慢性疾患を持っている方、介護保険を利用されている方が多い。

慢性疾患に関しては調べようがあるが、家でどういふ暮らしをしていたかという情報を把握することに時間がかかり、入退院支援に入るタイミングが少しずれてしまうということがある。

そのため、退院支援ルールがあり、特に入退院時連絡シートというものの活用を推進しているが、うまくいっていない。

退院するときもその情報をつけて戻さなければいけないため、院内で研修をしているが、なかなか進まないというのが現状である。

それでも何とかやっているが、在院日数が伸びておらず、平均在院日数が11日程度である。30日以上入院は10人以内に収まっているところで、何とか退院しているところである。

その中でも、退院支援をやる看護師やソーシャルワーカー等の育成が追いついてない。

さらに、急性期とはいえリハビリも必要なので、リハビリのセラピストに関しても少し不足している。

最後に、医師については総合内科を見てくれる40代くらいの若い医師が、専門医志向があることもあり、なかなか居ない。仕方なく各診療科で分け合いやっているというのが現状である。人材としてはそういったところが課題である。

最後にACPについて、やはり患者本人の意思を尊重したいが、なかなか決まらない。どうしても家族の意思に引っ張られるところがあり、二転三転して退院が進まないこともある。

いずれにしろ、介護連携指導をしっかりと行い、何とか高齢者救急をまわしていこうと思っている。

イ 回復期

【富家病院】

回復期として、当院は急性期から速やかに患者様を受けて、急性期病院、特に、救命救急のベッドを速やかに空けられるように、スピーディーな入院、転院の受け入れに努めているところである。しかし、今障壁になっているのは家族の面談である。

以前は病院側からも家族の面談を求めていたが、最近は病院から求めるのをやめており、家族が病院の面談、もしくは、見学を希望される場合のみ、受入れるようにしているが、家族が病院へ来るまでに時間がかかってしまい、転院が伸びてしまうというのが、今の課題の1つである。

また、地域包括ケア病棟は、高齢化で他疾患併存のマルチモビリティの患者が多く、入院中に他の病気を発症して在院数が伸びたり、合併症の遺残で施設への受け入れハードルが上がってしまったということがある。

さらにもう1つ、最近は介護保険の認定がおりるまでの期間が伸びているため、それが下りないと施設への転院、退院がスムーズにいかないというのが、今抱えている課題の1つである。

【イムス富士見総合病院】

最近の傾向だと、脳卒中の患者の回復期への入院が少し減り、整形の患者が増えてるように思う。

これは、当院の回復期リハビリ提供数が、セラピストの数が少ないために6単位程で止まっているため、9単位行っている回復期リハビリステーションの病院と比べるとリハビリ提供量が少なく、あまり紹介がないというのが現状である。

来年あたりはもう少しセラピストが増えるため、そのあたりは充実すると思うが、急性期の患者もリハビリが必要なため、やはりセラピストの数は不足している。回復期病棟の質は他と比べると少し低いということは反省しているところである。

先ほど富家病院のお話にもあった通り、患者さんを受け入れるときのご家族からの面談がうまくいかず、当院に移るタイミングが遅れることがあるが、当院も何とか受け入れようとしている。

逆に当院から患者が出ていく際も、少しずつ面談を必須としない病院も増えてきているので、この辺は助かると思っている。

需要があってもスムーズにいかないボトルネックになるのが面談や調整であり、人員や考え方というのを考えていかなければならないのではないかとと思っている。

ウ 慢性期

【TMG あさか医療センター】

当病院の慢性病床はすべて緩和ケア病棟の病床になっており、特に、入退院等で困るということはありませんが現状である。

【富家病院】

慢性期の病床は療養病床、もしくは、障害者病棟であるが、入院、転院、退院の観点とは少し違うかもしれないが、近年重度化が進んでいる。

より重度の患者が多くなってきており、慢性期の病床といえども、時間はかかるが治療を目指して施設在宅も含めた在宅復帰を視野に対応しているため、よりマンパワーが必要になっているような状況である。

退院となるとなかなか受け入れ施設もなく、介護医療院というものの整備が、埼玉県や南西部地区だけではなく、日本として必要になってきているのではないかと感じるところである。

【菅野病院】

当院は地域包括ケア病棟と、慢性期病棟としては療養病棟の方で対応させていただいている。

慢性期病棟については、稼働率を90%以上維持することで対応している。

地域包括ケア病棟としては、入院日数の長期化等でかなり施設等への移動が難しい状況が続いている。

委員から質問等はなかった。

・滝澤委員よりコメント

この地域の特性として、慢性期の9割近い稼働率等を見るとある意味恵まれているところもあると思われる。

最後に本日の話を全て総括して、廣澤先生から話があると思う。他の地域との比較も非常に参考になると思っているので、この後もよろしくお願ひしたい。

・町田先生よりコメント

在宅医療を行っている側からしても、特に退院に関して、ご家族のご意向や施設のご意向、加えて、介護従事者のご意向等の調整にとっても時間と手間がかかり、退院調整に手間がかかってしまっている点は、我々も病院も感じている共通の課題だと思ひながらお話を伺っていた。

調整に関わる人材の育成や、ACPの普及はしっかり進めていかなければならないことだと思っている。

・井上会長よりコメント

当病院も障害者と療養型そして急性期とケアミックスの病院であるため様々なケースがあるが、やはり地域に出そうとすると、ケースワーカーの数が足りず非常に難儀している。さらに、人材不足でなかなか療養病棟で取っていただけないことや、老健も取

っていただけないということで、少し行き詰った状態になっているような状況もある。
ただし、東入間地区では病院部会というものがあり、急性期の病院だけで考えれば、レスパイト入院で受け入れられるだろうという余裕がこの地区としてはあるのではないかという印象は持っている。

他の地区はいっぱいだという話だったので、逆に言えば東入間地区は多少恵まれているという感じはするが、レスパイト入院についても今後考えていかなければいけない問題だと思うので、よろしくお願ひしたいと思う。

(4) 議題4「病床整備の進捗状況について」

資料4-1により医療整備課から説明。

○病床整備の進捗状況について関係病院より説明。

ア 富家病院

資料4-2により説明。

委員から質問等はなかった。

イ 塩味病院

資料4-3により説明。

委員から質問等はなかった。

全体を通しての委員からの質問はなかった。

○アドバイザーからの意見

今回は、高度急性期・急性期、回復期、慢性期の病院の先生方から入院、退院、転院等の状況を説明していただいた。

それぞれ各圏域での特有の問題や課題があり、また、県内で共通の課題や問題がある。

第2回の調整会議は南西部圏域が最終回であるが、県や各圏域で出た意見等もまとめたと思う。

先ほど話があったが、南西部地区は、高度急性期は少し稼働率が低い、急性期、回復期、慢性期は県の平均をかなり超えている状況である。

以前も申し上げたが、南西部地区全体のこれからの入院患者数や、あるいは、外来患者数の動向の資料を見ると、南西部では都内の県域への転出もあり、2040年以降まで患者は増えていくと思う。

また、他の圏域でも出ている問題として、高齢者、あるいは、身寄りのない患者が増えてきている。今後2040年に向けて問題になると思うが、85歳以上の高齢者が増え、複数の慢性疾患を持っていて、さらに認知症、あるいは医療介護の複合ニーズがある患者が増える。今後はさらにその問題を地域で検討していかなければいけないと思う。

そして、他の病院でも今後、転院する場合も様々な処置が必要な患者が出てくるため、受け入れる側でもストーマ等の処置ができるようなところを探さなくてはいけないというような問題もあった。

今回アンケート調査について、南西部の病院では20%、30%弱であったが、全体では入院について連携の問題があるというところが36%程度あった。多くは人員不足で7

5%を占め、病院は81%、特に不足しているのが看護師、次に医師である。人員はすぐに解決できるものではないが、今後も生産年齢人口が減少するので、医療従事者の確保はそれぞれの圏域での問題でもあり、県全体でも考えていかななくてはならないと思った。

また、今回南西部からいただいた意見として、電子カルテがうまく統一され、共通のものができれば、使いやすくなるのではないかとということがあった。

医療従事者の他にPT、OT、STも今後必要になってくる。

先ほど先生方の意見もあったが、救急搬送でも高齢者が増えてくるということで、今後はさらに各地域で話を進めて協力していかないと解決する問題ではない。今後さらにこの問題について検討していかなくてはならないと思う。

また、ACPの普及ということで、埼玉県医師会でも講師人材バンク等を行っていたが、令和6年からはACP普及啓発の実施主体が市町村に移行したので、市町村で先生方や他の方と協力していただきながら、ACPについて、小さいミーティングでも結構なので普及に努めていただければと思う。

さらに、今後の地域医療構想について、これまで十数回新たな地域医療構想等に関する検討会が開催されており、これまで医療機関機能、外来機能、外来、在宅介護との連携、医師偏在是正などが議論されており、最新では、地域医療構想の推進、医療機能の基幹機能、構想区域、精神医療の位置付けなどが議論されている。

厚生労働省の令和6年度第1回医療政策研修会の動画が公開されているが、これらも参考にしながら、それぞれの地域で今後検討していく。高齢者がかなり増え、複数の慢性疾患を持っているという問題が出ているので、そのあたりも慎重に見守っていきたいと思う。

引き続き地域の医療提供体制の連携に向けて、ご協議ご協力いただければと思う。

5 閉会