

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

平成 29 年 7 月 7 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

平成 29 年 7 月 7 日 開催

1. 開 会

○榎本課長：それでは、定刻となりましたので、北多摩南部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催いたします。本日はお忙しい中ご参加いただき、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局保健医療計画担当課長 榎本が進行を務めさせていただきます。

本日の配付資料は、次第下段に記載のとおりです。万が一、落丁等がございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申し出ください。

後ほど、質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には事務局よりマイクを受け取り、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日は傍聴席にも構想区域内の医療機関の先生方にご参加をいただいております。座長がご発言の機会を設けた際には、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いいたします。

それでは、まず東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

まず初めに、東京都医師会の安藤理事、ご挨拶をお願いいたします。

○安藤理事：皆様、こんばんは。お忙しい中、大勢の方々にお集まりいただきまして本当にありがとうございます。

先ほどまで、都庁で救急医療の医療機関の認定の会議に出ていたんですが、ちょっとびっくりしたんですが、11の医療機関さんが撤退したということでございました。

一つには、マンパワーの問題、それから、また、診療報酬における急性期病院を維持していくためのハードルが非常に上がってきたということ。あるいは、特別老人ホームやサ高住、それから、在宅での看取りも進んできたというさまざまな原因があるのではないかと思います。

そういう意味では、東京の、特に急性期病院の経営状態というのは、非常に悪化しているように思われています。

また、この地域医療構想会議の中でも、国の会議においても、高度急性期においては、本当に高度急性期の患者さんばかりなのかとか、あるいは、回復期においても、高度急性期から急性期の病棟にも回復期の患者さんがいっぱいいるんじゃないかということが議論されています。

また、慢性期においても、本当に医療区分1の70%の方々が在宅等に行けるだろうかと、郡市医師会の地域医療の委員会の中でも、逆に「30%がせいぜい在宅等に行ける。70%は帰せないよね」というようなことがほとんどの意見になってきております。

また、来年からは介護医療院という制度もできますので、そこをどういうふうにもたえていくのかということも大きなことではないかと思っています。

また、北多摩南部においては、東京には全部で16の特定機能病院、元特定機能病院も含めてありますが、そのうち15が23区にあって、唯一、杏林大学病院が多摩地域の特定を担っているということで、非常に特殊な地域ではないかと思っています。

高度急性期においては、ほとんどこのエリアでもって完結しているということですが、特に慢性期においては、人口10万人当たりだとちょっと少ない、東京都内では少ないエリアだと思います。そういうふうな特徴があるところではないかなと思っています。

また、東京都さんのほうでは、きょう来ていらっしゃる委員の方だけではなくて、本当に地元の現場の病院さんのほうにアンケートをして、そのアンケートの結果と通常データを照らし合わせながら資料をつくってきていただいております。

また、東京都さんのはからいでもって、在宅というのは非常に大事になってくるということで、在宅療養ワーキングという、新しい会議体もつくる予定に

なっているそうです。そこでまた、さまざまな議論ができるのではないかと
思っております。

そういうことで、きょうはどうかぜひ激しい議論を期待しておりますので、
よろしく願いいたします。

○榎本課長：安藤理事、ありがとうございました。

引き続きまして、東京都福祉保健局 矢沢医療政策担当部長よりご挨拶を申
し上げます。

○矢沢部長：皆様、こんばんは。医療政策部の矢沢でございます。きょうは、
お暑い中お越しいただきましてありがとうございます。

きょうの調整会議は、今年の1回目ということで開催させていただきます。
これまでは、病床機能報告の結果でございますとか国のデータを使いまして、
この地域の特徴、または課題をあぶり出すといったことをやってまいりました。

きょうは、年度末に皆様にお願ひしましたアンケートの結果、この現況をど
うお考えになるか、何が課題とお考えになっているかというアンケートの結果
と、病床機能報告等の結果と、データとアンケートの結果を照らし合わせて、
相違点は何か、合っているものは何かという点をご議論いただくことがきょう
のテーマでございます。

議事で言えば、3つ目の「データ／アンケートから見る構造区域の現状」と
いうのが、きょうの中心的なものでございます。もし、その話し合いの中で、
この圏域の課題というものが、皆様の中で共通認識がとれれば、きょうのゴー
ルということでございますので、ぜひその機会にはたくさんのご発言をいただ
きますようにどうぞよろしく願いいたします。

では、きょうはお願いいたします。

○榎本課長：本日の会議でございますが、会議、会議録及び会議にかかわる資
料については公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を座長にお願いいたします。

2. 議 事

(1) 平成28年病床機能報告速報値について

○齋藤座長：座長を仰せつかっております、小金井市医師会で5月まで会長をしておりましたが、今は理事をやっております、齋藤でございます。よろしくお願いたします。大変力不足なんです、皆様のご協力で何とかいいものにまとめていければと思っております。

両側に副座長の先生がいらっしゃいますので、野村先生、田原先生のお力を借りながら進めていきたいと思っております。

それでは、早速議事に入りたいと思っております。議事の1つ目の、平成28年病床機能報告速報値について、東京都からご説明をしていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

○榎本課長：それでは、資料1、平成28年病床機能報告結果についてご説明いたします。本日は速報値ということで、4機能別の単純集計、割合のみの集計でございます、今後、クロス集計などを行い、改めてそういった集計結果につきましてもお示ししていきたいと考えております。

それでは、資料1、1/4ページをご覧ください。資料の左上に東京都全体の集計結果がまとめてあります。東京都全体の報告病床数は、平成27年が10万4158床でしたが、平成28年は10万4999床となっております。平成27年に比べ、病床数全体は841床増となっております。

これを機能別の増減で見ますと、高度急性期機能が3655床の増。急性期機能が4003床の減。回復期機能が922床の増。慢性期機能が327床の増となっております。

高度急性期につきましても、新たな病院が開設されたというわけではなく、平成27年は急性期機能と報告していた病院が高度急性期機能と報告したことによる増加が大きいものとなっております。

回復期機能につきましては、病院の開設や増床などによる増加が要因の一つとなっております。

続いて、資料の2枚目をご覧ください。こちらは4機能別許可病床数の割合を平成28年と平成27年で比較したものでございます。

資料の左上をご覧ください。東京都全体の機能別の割合をお示ししております。高度急性期につきましては、25.8%ということで、前年より3.3%の増。急性期につきましては、42.2%ということで、4.4%の減。回復期につきましては、9%ということで、0.8%の増。慢性期につきましては、22.3%ということで、0.1%の増という結果になっております。

続きまして、4枚目をお願いいたします。こちらは、北多摩南部地域の病床機能報告結果を整理したものでございます。

資料の左下をご覧ください。26から28年の各年の報告数が記載してございますが、28年につきましては、高度急性期機能につきましては、3040床ということで、前年より12床の減となっております。

急性期機能につきましては、2142床ということで、14床の増。回復期につきましては、754床ということで、11床の減。慢性期につきましては、1553床ということで、20床の増ということでございます。トータルいたしますと、7489床ということで、前年より11床の増ということになっております。

右側に主な変動要因が記載しておりますが、高度急性期の減、急性期機能の増につきましては、高度急性期機能から急性期への機能変更というものが主な変動要因となっております。

回復期機能の減につきましては、慢性期機能への機能変更。慢性期機能の増につきましては、急性期、回復期からの機能変更ということが、主な変動要因となっております。

本日は、参考資料1といたしまして、これらの集計結果のもとになる病床機能報告の報告対象病院・診療所を記載した病院・有床診療所一覧をお配りしておりますので、こちらのほうは後ほどお目通しをお願いいたします。

資料の1の説明は以上です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

病床機能報告結果についての質問は、次の議事の後に、併せて受けたいと思います。一つ確認したいのですが、これは変化としては非常に小さいものと見てよろしいということですか。ほとんど変化はないですよ。

○榎本課長：そうですね。ほかの圏域に比べますと、比較的少ないということです。

○齋藤座長：わかりました。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○齋藤座長：それでは、議事の2つ目は、地域医療に関するアンケートについてです。ご回答いただいている先生もいらっしゃるかと思いますが、昨年度の調整会議の開催結果を踏まえて、都内の病院等に対して、アンケート調査を実施しております。その結果について、東京都より報告を受けたいと思います。よろしくをお願いします。

○榎本課長：それでは、地域医療に関するアンケートにつきまして、資料2に基づきご説明させていただきます。

昨年度、調整会議を全ての圏域で実施させていただきましたが、資料の一番上にありますとおり、昨年調整会議では病床機能報告等のデータを提示しながら、地域の医療状況について共有し、地域の課題等について意見交換を行ったところでございます。

一方で、データの活用に関しましては、さまざまなご意見をいただいたところでございます。それに関しまして、本日は改めて整理させていただきましたので、今後調整会議などにおいて参考にしていただければと思います。

データの活用に関しましては、例えば、都平均や周辺の構想区域と見比べることで着眼点を探すなどの現状把握を行い、その中で著しく低いデータがあっ

たり高いデータがあったときに、その要因を考え、低いことが課題なのか、高いことが課題なのかなどを検討するなどして、その地域における課題発見の一つのツールとして活用していただければと考えております。

また、昨年度の調整会議の状況といたしまして、時間の制約もあり、全ての関係者から意見を伺うことが困難であったり、地域の関係者同士の意見交換になりづらいケースなどもございました。

こうしたことを踏まえまして、調整会議におきまして、より効率的で活発な意見交換を進めるためにアンケート調査を実施したところでございます。

2枚目をご覧ください。アンケートの実施について記載しております。

まず、アンケートの対象ですが、病院、在宅医療を行っている診療所、区市町村、調整会議に参加する関係団体を対象に実施しております。なお、在宅医療を行っている診療所につきましては、東京都医療機能実態調査におきまして、「訪問診療を実施している」と回答した診療所を対象に実施しております。

質問項目は、「地域の医療の現状の認識」や「自院が現在、地域で果たしていると思う役割」であったり、「予測される将来の医療の状況」などを聞いております。

回収率につきましては、医療圏ごとにばらつきがございますが、病院、診療所ともに約25%の回収率となっております。

本日は、参考資料の2にアンケートの調査用紙をお配りしておりますので、こちらのほうは、後ほどお目通しをいただければと思います。

続きまして、参考資料の3をご覧ください。こちらは、質問項目ごとにアンケート結果を整理したものでございます。さまざまなご意見が出されておりますので、こちらにつきましても、後ほどお目通しをいただければと思います。

続きまして、参考資料4をお願いいたします。こちらは、アンケート調査項目にございました、「自院が現在地域の中で果たしていると思う役割」に関しまして、アンケートにご協力いただいた病院について、一覧に整理したものでございます。今後地域の中でご活用いただければと考えております。

最後に、参考資料5をご覧ください。こちらは在宅医療を行っている診療所に対して実施しているアンケート結果を整理したものでございます。こちらにつきましても、後ほどお目通しをお願いいたします。

なお、こうしたアンケート結果につきましては、本日の次の議題でございます、「データ／アンケートから見る構想区域の現状」において、アンケート結果を整理しておりますので、後ほど具体的なアンケートの意見については、ご説明をさせていただきます。

資料2の説明は以上です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

先ほどの病床機能報告の結果と今のアンケートの結果について、ご質問はございますか。

今、お話があったように、次の議題でさらに詳しく結果をお話ししていただけるようですので、よろしいでしょうか。

特にないようでしたら、次の議題に進みたいと思います。

(3) データ／アンケートから見る構想 区域の現状について

○齋藤座長：「データ／アンケートから見る構造区域の現状について」ということで、先ほどの説明にもあったとおり、前回の調整会議では、病床機能報告を分析したデータを見ながら、地域の現状について話し合いました。

調整会議では、この地域で不足していると感じる医療をどう補っていくのかを考えるわけですが、本日は、前回お示しされたデータとアンケート等が出された意見を照らし合わせて、この地域の現状についての認識を共有し、次回以降優先して検討すべき課題、あるいは機能についての議論を深めていきたいと思っています。

まずは、東京都より説明を受けたいと思います。よろしくをお願いします。

○事務局：それでは、資料3をご覧ください。

この資料3では、病床機能報告等のデータと、先ほどご説明しましたアンケートから、この地域の医療の姿についてまとめたものとなっております。

この資料3の内容を踏まえまして、このあとの資料4では、地域で検討すべき課題につきまして、事務局で考えたものを案としてお示ししております。

まずは、資料3で、データとアンケートから地域の現状を確認した上で、後ほど資料4をもとに、課題について議論をいただきたいと思っております。

それでは、資料3ですが、1枚目の右上に1/2となっているものは、データをまとめたものとなっております。28年度の調整会議においてご紹介いたしました、病床機能報告のデータから、機能ごとの特徴などを記入したのようになっております。

次に、2枚目の2/2となっているものですが、こちらは、アンケートで病院、診療所などからいただきましたご意見をまとめたものとなっております。

上の部分につきましては、地域の医療機関の状況について、不足している医療、充足している医療などについての主な意見を記載しております。

また、各機能に対する意見につきましては、機能別に記載しております。

その下の矢印の部分につきましては、病院から在宅へのつなぎの部分で、病院側、在宅医側、それぞれからいただきましたご意見を記載しております。

1枚目のデータと2枚目のアンケートを比較する形で確認していきたいと思しますので、縦に並べながらご覧いただければと思います。

それでは、まず、1枚目のデータから、地域の特徴について見ていきたいと思います。資料上段にあります人口についてですが、北多摩南部は、東京都全体に比べると、高齢化の進行が少し遅くなっておりまして、多摩地域の中では最もゆっくり高齢化している地域となっております。

総人口につきましては、2025年に向けて増加した後、2030年に向けて減少していく見込みです。

医療資源の状況につきましては、多摩地域で唯一特定機能病院があることもありまして、高度急性期から回復期機能までは流入型となっております。北多摩西部や南多摩を中心に、隣接区域から広く患者が流入しております。

一方で、慢性期機能につきましては、流出型となっております、南多摩へ多くの患者が流出しております。

それでは、一番左の高度急性期機能からご覧ください。繰り返しになりますが、多摩地域で唯一の特定機能病院が1施設ありまして、地域構造区域の完結率も約7割と、多摩地域で最も高くなっております。

また、多摩地域からの流入患者が多く、流入患者の約59%を多摩地域からの患者が占めております。

病床稼働率、平均在院日数については、都平均並となっております。

また、病床機能報告では、全ての病棟を高度急性期機能と報告している病院も存在しております。

高度急性期機能につきましては、アンケートでいただいたご意見の中では、「充足している」といったご意見がある一方で、「不足している」といった声も出ておりました。地域内でも過不足の認識に違いがある様子が見られます。

次に、急性期機能のデータをご覧ください。急性期機能につきましては、高度急性期機能から引き続き患者が流入しておりまして、流入患者の約6割が多摩地域からの流入となっております。

病床稼働率につきましては、78.5%と、都平均に比べて低くなっております。

また、高度急性期機能と同じく、全ての病棟を急性期機能と報告している病院も存在しております。

そういった点から、病棟単位での機能分化の余地はないかといったことも考えられます。病棟の実態に応じて、機能を分けて報告するといったことができないかといったことで考えております。

アンケートのほうでは、急性期機能についていただいたご意見の中で、「圏域内でほぼ対応できている」といったご意見がありました。

急性期機能の自圏域の完結率は約7割と高く、都内でも3番目になっておりますので、この点はデータと近い感覚かと思われまます。

一方で、高度急性期機能と同じく、「救急受け入れの施設が不足している」といったようなご意見も出ておりました。

隣接区域も含めますと、完結率は90%になりますが、この地域の急性期機能の構成をどう考えていくかといった点もあろうかと思われまます。

データに戻っていただきまして、下から2点目になりますが、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が40%と高くなっております。

退院調整部門を置いている病院の割合は68%と、都平均よりはやや高い数字となっております。

次に、回復期機能のデータをご覧ください。回復期機能につきましては、人口10万人当たりの回りハ病床数は、都平均の約1.2倍となっております、回りハの自構想区域完結率につきましては、76%と高くなっております。

アンケートで回復期機能についていただいたご意見としましては、「不足している」といったご意見を各市からいただいております。

また、「地域包括ケア病床がない」、「不足している」といったようなご意見も出ております。

また、急性期からの転院に関しましても、受け入れできる中間的な病院が不足している。また、急性期病院が常に転院先に困っているといったご意見も出ております。

また、大病院の回復期病床に対しましては、「中小病院の急性期からの転院を受け入れるなど、地域の回復期病床として機能するようにしてほしい」といったような、地域の住民の受け皿としての役割を求めるような声も出ております。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、それを支える病床は必要であり、地域でも求められているところかと思われまます。

地域包括ケア病棟が不足しているとの声もある中、こういった機能を担う病床を、今後どう整備していくかというのは、この地域でも課題の一つと考えられると思われまます。

なお、データの慢性期機能のところに記載をしておりますが、この地域でも、地域包括ケア病床を導入されてきておりますが、病床機能報告では全て慢性期機能と報告をされております。

また、回復期機能のデータに戻っていただきまして、上から3点目の入院時の情報になりますが、家庭からの入院割合が45%と高くなっておりまして、こちらは都平均の約2倍の割合で、都内でも最も高くなっております。

一方で、院内の他病棟からの転院は11.6%と少なく、こちらは都平均の約半分の割合となっております。

家庭からの入院割合が高くなっておりまして、記載はしておりませんが、家庭への退院割合についても、都平均よりも高くなっていることから、こういった回復期機能の病床がサブアキュートなどの機能を担っているという見方もできるかと考えられます。

また、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合は約17%と高くなっておりませんが、退院調整部門を置く病院の割合は都平均に比べて低くなっておりま

す。先ほど、急性期機能のほうでも、在宅医療を退院後に必要とする患者の割合が4割と高くなっておりましたが、その他の下の部分、矢印の横に書いてありますとおり、機能を分けずに見た場合でも、退院患者のうち、約30%が退院後に在宅医療を必要としておりまして、全体的にも多くなっております。

しかし、回復期、慢性期機能のそれぞれ一番下に記載しておりますとおり、回復期、慢性期機能とも、退院調整部門を置く病院の割合は低くなっておりまして、こちらも都平均を10ポイント以上下回っているような状態です。

こうしたことから、在宅に向けた退院調整は十分かといったような点が挙げられるかと思われま

す。アンケートでは、在宅移行に関してご意見をいただいておりますが、アンケートの下の右側のほうに記載をしておりますが、在宅医側からは、「入院先からの情報が不足しがち」というものですか「退院時の情報をスムーズに提供する仕組みづくりが必要」といったような、情報共有や連携を求めるような声が出ておりました。

また、在宅末期の患者について、「早めに紹介してほしい」といった、早めの調整を望むような声も出ております。

在宅の移行におきましては、病院と診療所との連携が重要となると思われま

今後、在宅医療の需要増加は見込まれておりまして、北多摩南部ですと、訪問診療分だけを見ましても、2025年には2013年の2倍になると推計されております。

入院医療機関から退院した後に、患者さんをどのように円滑に住み慣れた地域での在宅医療につなげていくか。こういった退院調整部門などの役割も非常に重要になってくるところかと思われまます。

一方で、病院側からいただいたご意見の中では、真ん中のほうに記載しておりますが、「直接的な後方支援施設や終末期に対応できる診療所がない」など、在宅医療の環境に関するご意見もございました。

特に、病院側の上から3つ目に記載しておりますが、「老老介護・独居が多いので、在宅復帰が困難」といったような声もありますように、こうした患者さんが在宅へ移行するのが難しいというご意見は、各地域でもいただいているところですよ。

次に、データの慢性期機能をご覧ください。慢性期機能につきましては、高齢者人口10万人当たりの医療療養病床が約7割となっております、多摩地域では唯一、都平均を下回っている地域です。

そのため、南多摩を中心に患者は流出しておりまして、病床稼働率につきましても、84.8%と、都平均に比べて低くなっております。

アンケートで、慢性期についていただきましたご意見では、「不足している」といったような声がある一方で、「空床が目立つようになってきている」というご意見もありました。

また、「認知症患者や高齢の透析患者を受け入れる慢性期病床が不足している」といった声も出ておりました。

また、地域で求める役割としては、「一部を地域包括ケア病床などに移行し、急性期病床の受け皿となってほしい」といったようなご意見もありました。

患者が流出する一方で、病床稼働率は都平均よりも低いという点から、高齢化する地域住民を支えるために、この地域の慢性期病床をどう考えていくかということもあるかと思われまます。

またデータに戻っていただきますと、先ほど、回復期機能のところでも触れましたが、地域包括ケア病床は病床機能報告では全て慢性期機能と報告されております。

また、入院時につきましては、回復期機能と異なり、慢性期機能では、家庭からの入院割合は18.1%と、都平均に比べて低くなっておりまして、他の病院、診療所からの転院割合が38%と、こちらは都平均に比べて高くなっております。

また、家庭への退院割合につきましても、都平均よりも低い数字となっております。

こういったことから、地域包括ケア病床はどんな機能を担っているのかということも考えられるかと思われまます。

アンケートで、在宅医の先生からいただいたご意見の中で、右側の一番下、その他のところに記載しておりますが、「在宅からいつでも受け入れられる慢性期機能の充実させるべき」といったような受け入れに関する声、在宅医療を支えるような機能を求めるような声もいただいております。

また、在宅からの受け入れに関しましては、その左側にも記載しておりますが、急変時の速やかな受け入れや連携を望む声が、各市の在宅医から出ております。

また、普通疾患のある患者や高齢者の入院が難しいといったようなご意見も出ておりました。

そのほかにも、「介護者のレスパイト環境の充実を求める」といった声も出ていまして、こうした急変時の受け入れやレスパイト入院など、在宅医療を支える病床が必要とされており、こうした機能の病床を今後どういうふうにしていくかということも、課題の一つと考えられるかと思われまます。

以上が、病床機能報告のデータとアンケートでいただきました地域の関係者のご意見のそれぞれから見えます、この地域の現状となります。

この資料3から、地域の課題と考えられるものを整理したのが、次の資料4となりますので、それをご覧ください。

この資料4では、アンケートから見えてきます地域の特徴から、この地域で検討すべき課題と思われる論点を整理いたしまして、事務局の案として挙げて

おります。今回は2点お示ししておりますので、主にこの点についてご議論いただきたいと思いますと思っております。

まず、1点目ですが、地域の特徴として、急性期機能の病床稼働率が低いこと。地域包括ケア病棟は全て慢性期機能と報告されておりますが、一方で、慢性期機能の病床稼働率は低いということ。そして、地域包括ケア病床の整備を求める声があること。こういったようなものがあります。

こうした点から、病床稼働率が低い機能のある中で、地域包括ケアシステムの構築に向けて、高齢化する地域住民の医療体制をどう整備していくかということ、1つ目の論点として挙げております。

具体的な議論の方向性としては、現状の地域包括ケア病床は、ポストアキュート、サブアキュートなど、どのように活用されているのか。また、その状況を踏まえまして、今後どのように整備、活用していくべきなのか。

また、病床稼働率が低い機能があれば、不足する機能へ機能分化するなど、病床を有効に活用できないかといったようなものが考えられます。

次に、2点目ですが、地域の特徴として、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高いこと。そして、回復期、慢性期機能においては、退院調整部門を置く病院の割合が低いこと。地域の診療所からは、丁寧な退院調整を求める声があること。また、急変時の受け入れを求めるような声もあることといったことがあります。

こうした点から、在宅療養に向けた退院調整の取り組みと、その在宅を支援する急変時の受け入れ体制の充実というものを、2つ目の論点として挙げております。

具体的な議論の方向性としては、例えば、退院調整を行う際に、地域のかかりつけ医やケアマネなどとの事前の調整や連携体制は十分であるかどうか。退院調整機能を充実させるためには何が課題か。そして、今ある医療資源を活用して、在宅療養患者の急変時の受け入れ体制を強化することはできないか。そのためには何が必要かといったようなことなどからご意見をいただければと思います。

以上、2点について議論をお願いできればと思います。今回はこの2点全ての課題につきまして議論いただくのは難しいかもしれませんが、この中で特に

重要と考えられるもの、今後優先して検討していくべき課題について共有するところまで行き、次回以降の会議につなげていければと考えております。

なお、今回お示しした課題につきましては、あくまでも事務局が案としてまとめたものでございます。また、アンケートにつきましても、全ての病院や診療所からご回答いただいたものではございませんので、この内容につきましてもさまざまなご意見はあろうかと思っております。

この会議でいただいたご意見等も踏まえて、次回の会議に向けて、優先して検討すべき課題を洗い出していきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

資料3、4については、以上となります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

かなり多くの項目をまとめていただいて、大変な労力だったと思います。ありがとうございます。

資料3で、データとアンケートの結果を併せて整理した、この地域の現状について、資料4で、事務局のほうで案としてまとめた、構想区域の課題整理についてご説明がありました。

初めに、資料3のほうについて、ご意見、ご質問はありますか。

友池先生、お願いします。

○友池委員（榊原記念病院）：榊原記念病院の友池です。

確認だけですが、アンケートを取っていただいたときの回収率が25%と出ているんですが、これはどういう数でしょうか。それとも、それぞれの病院がそれぞれ異なったベッド数を持っているので、都内の、例えば、北多摩南部の病床数の29.8%の病床を占める病院という理解なのでしょうか。

○榎本課長：病院の数です。

○友池委員（榊原記念病院）：そうすると、大きな病院、例えば、特定機能病院みたいなのがたくさんアンケートを出されたけれども、200、300

床以下は余り出さないというようなことになると、必ずしもこれは実態をあらわしていないとも言いかねないですよ。

○矢沢部長 おっしゃるとおりです。25%ですので、残りの75%についてはお答えがなかったということですから、100点満点の回答ではございません。

ただ、25%の先生方は、多分すごく熱心にお書きいただいていると思いますので、一つのデータだと思っております。なので、これ以外のご意見があれば、むしろいただきたいと思っておるところでございます。

○友池委員（榊原記念病院）：もう1点あるんですが、これを書くときに迷ったんですが、高度急性期と急性期の区分けは、1床当たり3000点だけだったような気がするんですが、それでよろしいんですよ。

○矢沢部長 医療資源投入量から考えると、3000点かということですが、それだけではなく、例えば、在院日数が大体3日とか、あるいは重症度が非常に高く看護必要度も高いといった、大きく分けて3つぐらいのところから高度急性期かどうかということ判断していただいているのではないかと思います。

○友池委員（榊原記念病院）：これはひょっとしたら、保険点数のほうに、レセプトのほうに振りかえて、例えば、100床の一般病床があったときに、高度急性期として果たしているベッド数は30床で、残りの70床は急性期相当だったとか、そういう厳密さは、今回は不要なのですか。

というのは、将来計画を見ますと、やはり将来像としては、いただいたように、北多摩南部を見ますと、平成28年に3040床の病床が1429と半減する。ということは、将来に向かって何を考えたらいいかというときに、やはり高度急性期は今後ますます不要になっていくのではないかと、この数値からいうと見えるのですが。

こうなってくると、やっぱりある程度本当に2つを区分けするのではなくて、実態に基づいて分けなくてよろしいんですね。

○矢沢部長 現在の病床機能報告が、報告の仕方が自己申告になっておりまして、例えば、全病床が高度急性期とお答えいただいている病院もございます。

そうすると、高度急性期が過剰に報告されるわけです。そこが、今の報告制度ですと、自己申告ということでなかなか決まりがないのですが、このままでは、この報告を使って、この地域の不要なというか、転換すべき病床機能が何かということが全くもって見えてこないわけです。

ですので、この報告制度について、もう少し精緻なものが出るようにならないと、なかなかこのデータからはこの地域は何が足りないとかは言えないと思います。

なので、今回、アンケートをお取りして、先生方の感覚で、高度急性期の病院からすれば、「転院先がなくて困っている」とか、あるいは在宅の先生から見れば、「急変時の受け入れがなくて困っている」というお声が上がっていますが、そういった生のお声の中から、では、まずはどういったところから整理するかということで出させていただいております。

おっしゃるとおり、精緻にすべきだとは思いますが、制度がそのようになっていますので、現時点ではなかなか強制力はないと考えております。

○友池委員（榊原記念病院）：よく理解できたつもりにはしているんですが、これから可能でしたら、レセプト情報というのは極めて正確で、きちんとしたデジタルデータになっていて、一つ一つのベッドがどれだけかということは、これは支払機関は手に取るように見ているわけですから、今後のこういう検討するときには、保険者と同じぐらいの情報の精度がやはり要求されるのではないかなと思われまます。

○矢沢部長 ありがとうございます。

○齋藤座長：では、今後の問題ということで、都のほうで対応していただけたらと思います。

ほかに何かご意見はございますか。

○田原委員（武蔵野市医師会）：武蔵野市医師会の田原です。

地域包括ケア病棟を全て慢性期機能と報告しているという話ですが、実際に第7次の医療計画では、地域包括ケア病棟が回復期の主流になるという話で、回復期病棟を増やすために、3倍に増やす、その主流は地域包括ケア病棟にしなければいけないということになっているはずで、

実態はこれは慢性期で報告されていると、どのくらい増えているのかが理解ができないですし、実際、どうしてそのようなことになっているのか。在宅復帰率が70%を切っているからマイナスにしてしまっているのか。実際に、なぜそのような報告の仕方をするのかわからないのですが。

○齋藤座長：これは地域包括ケア病棟と別枠にしてやったほうが良いということですか。

○田原委員（武蔵野市医師会）：いえ、地域包括ケア病棟というのは、回復期病棟の中に該当するものだと国は言っているはずなんです。

ですから、回復期機能の中で地域包括ケア病棟がどのくらいあるかということと調べないと、実際に今後どういうふうに移行させていくかということにつながらないのではないかと思います。

つまり、第7次の医療計画では、慢性期を持っているのがサブアキュートやポストアキュートを担うのではなくて、地域包括ケア病棟はサブアキュートとポストアキュートと在宅復帰率、その3点が問題だと思うんです。それが基準になると思うんです。

回復期病床として、地域包括ケア病棟を位置づけて考えろというのが、国の指針だと思うんですが、それは違うんですか。

○齋藤座長：それは解析上の問題だから、制度の問題でよろしいんですか。

○田原委員（武蔵野市医師会）：ですから、今後、その回復期病床を増やすことは言っているわけで、この表にも出ているように、資料1の4/4に出ているように、平成28年では回復期病床は754ですが、将来推計としては2600いくつまで増やすという予定なわけですね。

その中の主流を地域包括ケア病棟にするようにというのが国の指針なはずなんですが、だとするならば、慢性期で報告したのでは、どのくらい増やすかということがわからないのではないかと思うのですが。

○矢沢部長 先生のおっしゃっていることはそのとおりです。

ただ、病床機能報告制度の中では、地域包括ケア病床は急性期、回復期、または慢性期で報告するようにという指針が出てしまっていたため、きっと考え方の中で慢性期とご報告いただいたんだと思いますが、このあたりも制度の問題でございます。

○田原委員（武蔵野市医師会）：では、実際に地域包括ケア病棟というのは、どのくらいあるんですか。今、増えているはずなんですよ。全国で5万床くらいあるはずなんですよ。それが東京都ではどのくらい実際になっているのか、増えているのか、減っているのか。将来的にはこれは増やさなきゃいけないわけですね。

○榎本課長：これは平成27年の病床機能報告のデータでございますが、急性期で報告していたのは、全体で705床、回復期で報告していたのが1118床、慢性期で報告していたのが87床ということになっております。トータルで大体2000床、平成27年時点の報告では2000床くらいが地域包括ケア病棟という現状です。

また、28年につきましては、今後病床機能報告のデータを今集計していますので、集計ができ次第、そういったデータがお示しできるかと思っております。

○田原委員（武蔵野市医師会）：今後もやはりこれは、そういう形でどのところにあってもいいという報告、時点で制度上はいいということですね。

○矢沢部長：はい。制度上はですね。

○齋藤座長：ほかに、制度ではなくて、きょう、都のほうでまとめてくださった課題の論点1、2についてご意見はございますか。アンケートから導き出された結果ですが、「自分たちの感触ではこうじゃないよ」というようなことがありましたら、ぜひお願いしたいのですが。

○横道委員（府中市）：府中市の横道です。

課題にもあります回復期、あと、慢性期機能のところ、退院調整部門を置く病院の割合が低いというところから出ているんですが、地域の実情としては、府中市の場合は、地域包括支援センターがかなり退院調整を、家族の側から相談を受けるなり、あるいは病院から直接受けるなりして、そこが稼動して退院調整につなげている実態を実感として感じています。

病院の中に退院調整機能というのが色薄かったとしても、地域の側に退院調整をする機能というのが充実する状況も、地域として私は感じ取れています。

そういう意味合いでは、北多摩南部の府中市以外の市でも、在宅療養支援窓口という機能を活かすことで、ここの課題にはあるんですが、病院の側の退院調整部門と地域側の退院調整部門で、カテゴリーが若干違うとは思いますが、うまく機能し合えていけば、在宅療養のほうにつなげていけるのではないのかなと思うところです。

ただ、それを大きな課題として取り上げるのも抵抗があるかなと思ったのを、意見として述べさせていただきます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ただいまのご意見に、慢性期病院の先生から何かご意見はございますか。在宅の先生方からもいかがでしょうか。慢性期病院の退院調整部門の充実という

よりは、地域の受け皿のほうで調整機能をやっていくというようなご意見だったと思いますが。

○大垣委員（三鷹病院）：三鷹病院の大垣です。

慢性期なんですけど、退院調整に関しては、うちの病院としては、ちょっと人員が足りなくて、退院のほうに人員を回せないというのが実情です。

やはり、退院のときには、訪問診療の先生のほうにつなげたいというときには、地域包括センターの方とかそういった方に入ってもらおうとか、そういうのがあります。

残念ながら、うちの病院だけかもしれませんが、これは個々の病院で、今すぐ人員を増やしてというのは難しいというのがあります。ですから、今のお話のような、全体的なお話として出てきていますが、私のほうではちょっと難しいというのが実情です。

○友池委員（榊原記念病院）：榊原記念病院の友池です。

退院調整の件は、診療点数と関係して、専従を置かないといけないので、それが大変なんですよね。機能的には確かに必要なもので、専従こそしていませんが、入退院係がそれに近いことをしていて、点数にはならないのですが。

退院は一方向性しか見えていませんが、多分、来年度の改定では入退院調整になるに違いないわけですから、というか、そうしないと入院のほうも調整しないと、勝手に退院に押しつけられてもということところが、きっとそれぞれ急性期であろうと、慢性期であろうと起こってくると思います。

ですから、今回はこういう数字が出ていますが、入退院調整という方向で行かないと、患者さんも回らないのではないかと、きちんとやり取りできないのではないかと気がしています。

○齋藤座長：調整というのは、病院間のということになりますか。我々が送った場合も同じということでしょうか。

○友池委員（榊原記念病院）：同じことだと思いますが、どうでしょうか。

例えば、特定機能病院の先生に聞いたらくわかんと思いますが、DPCになると、外来でできるだけ検査をして、入院時には従来やっていた検査をしない。ということは、病院の中で入院調整をしているんですね。

そうすると、慢性期の病院から急性期病院が入院をお受けするときも、多分同じことを、「ここまで診ていただいたら、あとは受けます」とかいう調整の仕方もあるわけでしょう。とすると、病院にとっては退院だけれども、受け取る側にとっては入院ですので、

○齋藤座長：退院調整ではなく、入退院調整という、両方を見ていくということですね。立派なテーマだと思います。ありがとうございます。

ほかにご意見はございますか。

○岩下委員（杏林大学医学部附属病院）：杏林大学医学部附属病院の岩下と言います。

我々のところは高度急性期なんですけど、一番苦労しているのは、高度急性期、急性期ときて、それから、退院調整するときには先がなかなか見つからない。うちは一応、コーディネート機能でMSWさんがやっていますが、そういったときに、例えば、申しわけないですが、東京都の「ひまわり」なんかはほとんど役に立たないですし、苦労して探すんですけど、なかなか受け入れ先が見つからないという問題があります。

高度急性期というのは重症度と看護必要度で縛られていますが、急性期も扱わないといけない。場合によっては、出ていく先がないので、回復期、慢性期まで診ないといけないという問題があります。

それを二次医療圏だけで全部やろうとするのではなくて、やはり東京都としてコーディネート機能を持たせるようなものを考えたていただいたほうがいいのではないかと思います。これは大学病院と都の会議でもやはりそういう意見が出ています。

東京都はどうですか。

○矢沢部長 「ひまわり」のどこをご覧いただいていますか。転退院支援システムをご覧いただいていますか。

○岩下委員（杏林大学医学部附属病院）：「ひまわり」では情報が出るんですが、実際にリアルタイムで入っているかどうかとかわからないし、遠い場所しか空いてないとか。だから、そこに我々のところでMSWさんが連絡してやるよりも、我々のところでリスト持っているところで探したほうが全然早いし、近隣のが見つかるんですよ。

だから、あれはリストで一覧で出ているだけで、それを活用している大学病院はほとんどないと聞いていますが。

○齋藤座長：それを圏域でつくらずに、もっと広域でつくったほうが良いというご意見だと思いますが。

○岩下委員（杏林大学医学部附属病院）：ここは二次医療圏の会議ですが、大学病院の集まりでは、「東京都は二次医療圏の問題は無理だよ」という話にはなっているわけですね。

そういうことを含めると、区部と多摩では全然状況が違いますし、二次医療圏ごとで縛りを入れるよりは、広域的に考えていったほうが良いと思っていますが、

○齋藤座長：縛りを入れるということではなくて、この圏域でできることはみんなやっていきましょうというのが、この会議だと私は思いますが。

○岩下委員（杏林大学医学部附属病院）：そういうことですね。

東京都全体のことはきょうは話しませんが、二次医療圏の中でやる場合でも、誰がコーディネイト機能を持つのかというのは、先ほどの議論がありますが、その辺をはっきり決めるなら決めてシステムをつくらないといけないし、日ごろ私たちが一番言っているのは、高度急性期と地域包括ケアシステムとの間のリンクが非常に弱いんです。

だから、逆に回復期だとか自宅療養している方が、何かあったときの医療情報とか患者さん情報が、全然流れなかったりしているわけです。どんな薬を飲んでいるのか、どこにかかっているのかというのが。

地域包括ケアシステムの中では、ある程度患者情報というのは連携がとれていて情報も得られるんですが、我々のところに突然心肺停止で来られても、「一体、この患者さんは何だろう」というのがありますので、そこら辺も、逆に慢性期だとか在宅療養している人から我々へ情報を上げるようなシステムも必要ではないかと思います。

○齋藤座長：ありがとうございます。高度急性期病院への情報と、高度急性期病院から急性期、慢性期に移していく場合の経路をうまくつくるようなシステム、あるいは誰が責任を持つかということが大事だということですね。

その辺、泉先生、いかがでしょうか。

○泉委員（武蔵野赤十字病院）：武蔵野赤十字病院の泉です。

うちはかなり連携するため、人も充実させていて、転退院に関しても、地域の先生方にお世話になっているという状況ですが、私どもは自前で一生懸命対応させていただいているというところです。まだまだ不十分だと思いますが。

○齋藤座長：今の点でほかにご意見はございますか。

○大垣委員（三鷹病院）：三鷹病院の大垣です。

私どもは慢性期ですので、高度急性期、急性期の病院から患者さんを受け入れなければいけないわけですが、特に、北多摩南部というところは、慢性期病床が割とほかに比べて少ないということと、それから、ベッド稼働率が低いという2つがあるわけなんです。

というのは、これはもしかしたら私どもの責任なのかもしれないです。要するに、きちんと、高度急性期、急性期の病院から受け入れるだけの力が足りなくてそういうふうになっているのか、全部ほとんどが南多摩に移ってしまっているのが現状です。

ここまでわかっていて、何とかしようというふうに、私どもも考えてはいて、何とか連携をとりたいと思っています。ただ、情報提供というのが一番大切になってくるのではないかと思います、いかにして情報提供をするのかとか、その辺の詰めがまだ甘いのかなと考えています。

実際の受け手側としては、当院としては、人員不足があったというのもありまして、稼働率もかなり下がっているのが実情です。何とかそこから回復して、受け入れる方向に持っていこうとしていますので、この二次医療圏で何とかしろということでは、慢性期ももっと力をつけていかないといけないということを、この会議で思ったところでございます。

そういう意味でも、情報をもっと、ドクター同士だけではなく、情報提供をしていければいいかなと思いました。

○齋藤座長：慢性期病院の先生からの、もっと努力をしなくてはいけないというお話がございました。それと、情報のやり取りをしなくてはいけない、できればリアルタイムでというお話も、先ほど杏林の先生からもありましたが。

近藤先生、いかがでしょうか。

○近藤委員（都立多摩総合医療センター）：都立多摩総合医療センターの近藤です。

私どもは出すほうですが、武蔵野日赤の先生と同じで、自前で努力しております。連携先の病院さんが不利にならないように、ボランティアではありませんので、それぞれの病院さんがWin-Winじゃないとうまく連携がとれないわけです。

ですから、どういう疾患のどういう患者さんだったら取っていただけるかということで、なるべく早く退院調整の部門で、そういうところと連携するという形にしてありますが、それがネットワーク化して地域全体である程度共有化されるような、ITを利用したようなシステムができるのが望ましいだろうと思っております。

○齋藤座長：ほかにいかがでしょうか。

○川内委員（小金井リハビリテーション病院）：小金井リハビリテーション病院の川内と申します。

慢性期の患者さんが、南多摩、神奈川方面に流れていく。これは流しているのは、回復期の私たちの病院なのか、どういうところからどういう患者さんが流れっていつているのかというのがもう少しわかるといいなと思っています。

慢性期でどういう、僕たちもどこの病院に出していくのかというときに、南のほうに流れている人たちは、どういう地域包括に流れていくのか、慢性期の病院に流れていくのか、それとも、また別のところに流れていくのか。

そこら辺がわかると、回復期と慢性期でも協力しやすいし、対応ができると思うのですが、そのところの詳しい内容がもう少しわかってくるといいなと思うのですが、どうでしょうか。

○齋藤座長：それは行政のほうでお答えいただけるでしょうか。

○矢沢部長：私どもは動いたことしかわからないんです。その患者さんがどんな疾患があったとか、そこまで細かく見るところまでは行けてないのですが、

○川内委員（小金井リハビリテーション病院）：どういう先にですね。

○矢沢部長：どういう先、1件1件ということですね。

○川内委員（小金井リハビリテーション病院）：例えば、慢性期でも、地域包括の中の慢性期なのか、普通の療養型の慢性期なのか。どういうケースなのか。慢性期は一つじゃないと思うんですが、この医療圏にどういう受け皿が足りないのか。

それがわかると、どういうふうに病院の病床を変えていこうとか、どういうところと相談していこうとかかというようなことがやりやすいと思うんです。今すぐわからなくてもいいんですが、そういうことをまた教えていただくと、僕たち現場としても動きやすいなと思っています。

○安藤理事：一つの例としてですが、療養病床の在宅復帰の強化型の療養病床というのはあります。そうすると、急性期病院さんが在宅復帰率にカウントされるので、そういうふうな切り口で、そういうような病院に流れていくという可能性はあると思います。

○齋藤座長：ほかに何かございますか。

○山下委員（吉祥寺南病院）：吉祥寺南病院の山下と申します。

慢性期とか回復期の先生たちが受け入れ先をどうするという話が今ありましたが、高度急性期からの受け入れというのは、我々急性期病院も、もっと努力しなければいけないことだと思うんです。

だから、急性期からのバックベツ的な機能というのは、もちろん急性期病院なので、地域の救急を受けるということもありますが、そのところの連携を、それは我々が努力しなければいけないところだと思うんですが、そういう努力をもっとしていく必要があると思っています。

例えば、武蔵野日赤とか杏林とかともう少し連携をとって、高度急性期の治療が終わったところで、あとは我々が引き受けますといったことがもう少しできるといいのかなというのは、僕らは常に思っているところです。

○齋藤座長：ありがとうございます。

今までのところ、個々の病院の努力で連携がとれて、患者さんが移っていけるというような状況が少しずつできているという理解でよろしいでしょうか。

これを、この地域としては、できればシステム化するというか、責任体制を明確にしたものをつくっていければというのが、皆さんのご希望ということであらうかと思います。

ほかに何かご意見はございますか。

○山田委員（調布病院）：調布病院の山田と申します。

高度急性期から転床、慢性期にという流れの中で、うちも療養病床が22床あるので、なるべく地域のそういうものは受け入れたいなと思ってはいます。

ただ、現実問題として、高度急性期で慢性期と判断された患者さんの状態が、実際に療養病床でケアできるような状況かという点、マンパワーその他で非常に温度差が強いという点。

具体的な例で申し上げますと、脳外科だか整形外科だかの患者さんで、もう首から下は動かないし、気管切開をされていて、目の動きだとかで意思疎通は可能だという患者さんの依頼があったときは大変でした。

実際に転院してこられたら、患者さんとご家族は、「前の病院では、息を吹きかけると鳴るナースコールがあって、それを期待していたんだけど、この病院にはないんですか」みたいな感じで、結局、事前にそういう情報はいただいていたので、非常に苦労したことがあります。

あるいは、非常に大柄な患者さんで、その方も脳外科的な疾患の後遺症で、1時間とか40分ごとに体位交換をしなければいけないというんですが、百何十キロとかいう方で、1回の体交に5人ぐらいナースが必要だみたいな感じでした。

そういうのは実際に療養でやれと言われても、患者、看護師の配置数などから、受け入れてあげたくてもなかなか厳しいなというのがあるので、その辺の温度差をどうやって埋めていくのかなというのが、地域の中で完結させる上では必要かなと思います。

○齋藤座長：患者情報の共有ができていなかったということによろしいでしょうか。

○山田委員（調布病院）：あとは、患者さんや患者さんのご家族が、「これ以上はよくはないですよ」ということを、インフォームド・コンセントされてからは来るんですが、高度急性期の病棟と同じような医療を受けられると思っただけで転院してこられた場合に、療養病床では非常に苦労するかなと思いました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかに何かございますか。

先ほど、転院というか、退院調整の件で、在宅医療と病院との関係ということが出たと思いますが、病院側からは、先ほどの資料3の2/2ですか。下のほうに病院側の意見としては、「訪問診療専門のクリニックが増えてきたが、在宅での終末期に対しての事業所の力が充実していない」というようなご意見がありますが、在宅側としてはどんなものでしょうか。

これは、田原先生、どうでしょうか。

○田原委員（武蔵野市医師会）：武蔵野市医師会の田原です。

やはり、サブアキュートの病床が少ないというか、受けていただけないところが多いということで、在宅医療をやっている上では結構問題です。

そうすると、結局、高度急性期のところへ送ってしまったりとかいうことがあるので、武蔵野市の場合は、病床がここのところ減ってしまったという現状もあるのですが、サブアキュートを受け入れられる病床があればいいと思っています。

○齋藤座長：それは在宅側からの要望ということですね。

○田原委員（武蔵野市医師会）：はい。

○齋藤座長：病院さんのほうからの意見としては、在宅医療の力不足があるということを言っている方がいらっしゃるるので、先生としては心外とっていらっしゃるかと思うんですが、

○野村副座長：田原先生が言われたことは、アキュートではだめですか。

○田原委員：なかなか難しいんですが。

○野村副座長：余りたくさんいろんなものに対応していくのは現実的に難しいので、できるだけ、3つ、4つぐらいの中に集約させて、その中でお互いに連携してやっていくということを考える必要があると思うのですが。

○田原委員：在宅では見切れないけれども、脱水が非常に進んでしまったとかという程度だと、どうも急性期まで送っていいのかどうか。

○野村副座長：いいんじゃないですか。

○齋藤座長：座長ですが、言ってしましますが、受けていただけないことが結構多いので、実感としてはそうですね。しょうがないから、超急性期の先生方をお願いしてしまうということが結構多いようなので、サブアキュートの受け入れ体制を何とかしてほしいというのが田原先生のご意見ですね。

○野村副座長：それが確認できればいいですよ。できるだけここで話し合っ
て、ある程度できることはそれで、あるいは東京都にやってもらうことはやっ
てもらおうようにしていかないと。

○齋藤座長：ちょっと補液が必要というような場合でも、お願いしてもいいで
すか。

○野村副座長：大丈夫ですよ。

○長倉委員（武蔵野陽和会病院）：武蔵野陽和会病院の長倉と申します。

うちは急性期と回復期リハですので、いわゆる慢性期には絡んでいないんで
すが、うちも在宅部門があります。

私が書いたわけではありませんが、ここに書いてあるとおりで、在宅といっ
ても終末期に対してのということなんですね。ですから、田原先生が今おっし
ゃったような、ちょっと具合が悪くなったときのという話ではないんです。

この病院側の意見というのは、要するに、がんのターミナルとか、あるいはもう手の尽くしようがない患者さんたちに対する最期を看取るということが、在宅の考えの基本ではなかったのかと。

そういうときに、具合が悪くなったから病院に行けという話が出てくるということなんですね。恐らくそういう意味だろうと思います、しばしばそういうことにぶつかりますので。

ですから、ちょっと体調を崩されて、病院の入院治療が必要だというのは、普通の救急患者ですので、別に在宅である、なしは全く関係ないわけです。

ですから、それは常に受けるはずですし、それが受けられるのは、病状によって、日赤であれどこであれ、関係がないということだと思います。

○野村副座長：先ほども友池先生がおっしゃったように、これはあくまでも自己申告ですが、それでしかも診療報酬によるんですね。

ですから、そこら辺の問題は必ず議論しなければいけないと思っていますが、今の先生の話では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能病床区分だけでも足りなくて、むしろ緩和的機能を新たに取り上げて入れていくのが、今の実情にふさわしいのではないかというご意見だというふうに、僕は伺いましたがいかがでしょうか。

○長倉委員（武蔵野陽和会病院）：緩和は緩和で、これは慢性期なのかどうか療養というか。緩和は緩和で呼び方が多分変わってくるんだろうと思います。

例えば、我々の回復期リハというのも、実は回復期病棟と言いますが、これはあくまでも点数の問題ですから、回復期リハもちょっとまた区分が変わってくるわけで、これは機能的な問題になるわけです。

ですから、私は、特に終末期の患者さんが、本来は在宅の先生が最期まで看取っていただけないのだろうか。本来はそのためのシステムではないのだろうか。そのような地道な努力を普段から家族とか皆さんでしていれば、終末期もスムーズに過ごせることが多いと、僕は理解しているんですね。

ただ、ここに書かれているのは、終末期というのは、いろいろ困ったりして、先生方がその場に行って診てあげたり、あるいは看護師さんが行って、ちゃんと家族とそれまでの長いつき合いの中で終末期を迎えることができるというのが、本来の構想だろうと思いますが、そういう形ができていないのではないかと、多分この先生は言っているのではないかと思います。

○齋藤座長：ほかにいかがでしょうか。

○櫻井委員（共済会櫻井病院）：共済会櫻井病院の櫻井と申します。

今言われたところは、要するに、在宅で診ていた方が、先ほど言ったように、脱水、あるいは肺炎を起こす。府中の医師会もやっているんですが、要するに、後方支援の活用の仕方かなと。

いわゆる、在宅で診ていた場合に、手を加えないと在宅では厳しい。だけど、ちょっと手を加えれば、脱水だったら点滴をしたり、あるいは抗生剤を投与したりして回復ができるということであれば、そのその後方支援という形をしっかりと病棟で持てるようにしていければ、救急車を呼んで急性期に運ばないで、そこでできるのではないかと思います。

だから、府中市のほうではそこをしっかりと活用できるような形で今考えていますが、そういうような形でやっていけば、いろんな問題は解決すると思っています。

あとは、基本的には、在宅の場合には、長倉先生が今おっしゃったように、それは最期も看取るつもりでしょうということだと思いますが、在宅に回す場合にはそういうことをお願いしますと。

ただ、当然、死を迎えるにしても、がんで具合が悪くなってきているのではなくて、明らかに肺炎だということであれば、今言った方法で、支援病床というのを活用していくというのが一つの手ではないかと考えています。

○齋藤座長：ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。

○大垣委員（三鷹病院）：三鷹病院の大垣です。

看取りに関しては、今の長倉先生のが一番基本だと思います。ただ、三鷹市もそうなんです、恐らく東京全体として核家族化していて、ここにも書いてありましたが、老老介護とかいうのが多くなってきています。

そうすると、例えば、救急外来に運ばれたけれども、最終的に家には帰れないという場合に、点滴だけやってくれという患者さんもいるんですね。

うちは本当に終末期を診ていますが、基本は基本として、かなり基本に合わない患者さんも結構多いのではないかと考えています。

ですから、その辺もちょっと考えなければいけないかなというのが私の考えで、その辺の役割をどこがやるかという、実を言うと慢性期がやらないといけないかなというふうには考えているんです。

あとは、訪問診療をなさっている先生方は、やはり高齢者の方が多いと思いますが、櫻井先生のほうから話があった、肺炎で入院するという場合があります。

高齢者の方は施設に入所されていて、訪問診療をされている先生もいらっしゃると思いますが、高齢者の方は肺炎を起こすと絶対体力が落ちますよね。落ちたら、どこまで回復するか。元に戻ればいいですが、なかなか戻れないという方がいらっしゃいます。

そうすると、次の栄養管理をどうするかとなると、家族は「胃瘻とかはもういいです」となってくると、「点滴どうしましょうか」という話になってくるわけです。

そして、結局、点滴になってしまうと、やはり今度はなかなか家に戻れないとか、中心静脈栄養だったら、できないことはないと思いますが、家族が「ちょっと戻せないです」という話になってくるわけです。

一律に言えないですが、いろんなケースが出てきていて、ある意味慢性期といっても、本当によくして帰せる患者さんと終末期までの、ある意味、かなり広い範囲を慢性期で診ないといけないのかなと考えています。

ですから、よくなる患者さんは高度急性期、急性期、もしくは回復期の病院の先生方にお任せしたいと思っていますが、それぞれの役目として、私の考えとしては、本当にその最期の部分は何とか私どものような慢性期で診ていければいいのかなと考えています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかに何かご意見はございますか。

○吉田委員（三鷹中央病院）：三鷹中央病院の吉田です。

急性期機能病院、慢性期機能病院ともに稼働率が低いというお話がありましたが、確かに、うちも4、5年前までは稼働率100%を超えていまして、1床が同じ日に退院して、そこにまた入るわけで、100%以上になるんですが、それが特に去年ぐらいから目立って稼働率が落ちています。

よく聞いてみると、大病院でも数年前までみたいに患者さんが待っている状況ではないんですね。

ですから、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のどこかで患者さんがあふれてしまうようなことがないように、その地区でうまく回すといったら変ですが、患者さんに必要な医療を提供する横の連携がもう少しうまくできて、患者さんが行き場に困るようなことがないような話し合いを進めていく必要があるのではないかと思います。

退院調整部門を置いてない病院があるというのは、これはちょっと信じられないので、調整部門としてはうたっていないかもしれませんが、誰かがこの機能を果たしているはずです。

ですので、病院外の、例えば、さっきのお話の地域包括ケアセンターですか、そこがある病院の退院調整を行うとかいうことは、院外の方が病院の中の調整を行うというのはちょっと信じられないです。

誰かが中心になってベッドコントロールしている人がいるわけですから、そういう人を中心にして横の連携をもっと深めて、行き場を失うような患者さんが出ない話し合いを強化していくことが大事かと思います。

○野村副座長：ありがとうございます。そのとおりだと思います。

実際に、具体的にどういうふうに進めていくかという、先生は何かご意見はありますか。それぞれの病院が退院調整部門を普段から持って、もっと時間をかけてということでしょうか。

先ほどの大垣先生のご意見に関係するんですが、確かに調整部門は診療報酬上は必要ですし、持ったほうがいいには違いないと思いますが、いろいろな理由でなかなか持つのが難しい、人員を割けないということも実際にあると思います。

その調整を、まさにこういう会議で、圏域とか、せめて三鷹市とか市区町村とかでやっていくようにすると、先生の言ったように、その地域の中の医療単位の過不足ということにも目を配りながらやっていけると思います。

ただ、これは非常に難しいのは、調整というのは簡単なんです、権限のない調整というのは基本的にあり得ない。だから、決まったルールには原則としてそれを尊重するというのを、こういうところで合意形成していかないと、なかなか難しいだろうなと思います。

でも、そこら辺はまさに、こういう地域医療構想調整会議のような会議の機能にふさわしい議論だと思います。

実際に、この地域で調整役をつくって、そこにあとで権限委譲をして、そして、ある程度それを尊重するようになっていくにはどうしていくかというのは、基本的には東京のほかの事例だとか、全国のそういったものを少し収集しながらやっていくことは可能だろうと思います。

○齋藤座長：この会議の目的が一つはっきりしたということで、大変ホッとしています。

○吉田委員（三鷹中央病院）：それで、大小問わず入院患者が減っている最大の原因は、やはり在宅医療がどんどん進んでいるということが大きいと思いますが、あとは介護施設が、特に三鷹、武蔵野地区はどんどんできていまして、入所者の取り合いになっています。

また、結構大きなチェーン店がつくっているようなこともありまして、なかなか手放さないといえますか、患者離れというか、入所者離れが悪いといえますか。

施設によっては、「仮に誤嚥性肺炎を起こして医療が必要になっても、病院に送れませんよ。そっここで看取りましようね」というような話をするところもあるように聞いています。

だから、そういう状況を見ると、確かにどんどん介護施設はできますが、医療へ回ってくる、または医療を本来必要とする人が、コースから外れているということもあるのではないかという気がします。こちらの問題は、ちょっときょうの議題とは違うかもしれませんが。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、傍聴席の方々で何かご意見がある方はいらっしゃいますか。もし、いらっしゃれば。よろしいでしょうか。

きょうの議論の中での課題としては、やはり病院間ではそれぞれの病院の機能に応じた転院調整、それから、在宅のほうでも、在宅の機能に応じて、患者さんを受けたり、また、病院のほうへ戻したりするシステムの構築ということが見えてきたかと思います。

小金井市のほうでは、在宅医療介護連携支援室というのをつくって、退院調整のほうに協力するような体制もしておりますし、武蔵野市はもっと進んでいると思いますし、そういったシステムもできてくると思いますが、まず、病院間のほうでしょうか。

こうやって多くの病院の先生方や市の方々が集まる、開業医も集まってくるというような会は、今までなかったと思いますので、この会をまた開くことになれば、さらに議論を進めていきたいと思います。

3. 報 告

- (1) 在宅療養広域連携ワーキングの設置について
- (2) 地域医療構想推進事業について

○齋藤座長：それでは、あとは都のほうへお戻ししますので、よろしくお願ひします。

○榎本課長：それでは、続きまして、2点、報告事項がございます。

まず、資料5をお願いいたします。こちらは、在宅療養広域連携ワーキングの設置についてでございます。こちらの調整会議の中でも、在宅に関する意見は多くいただいておりますが、調整会議の場において、在宅での連携や取り組みなどについて議論をするには、なかなか時間的な余裕もないかと思ひます。

また、平成27年度から、介護保険法に基づく地域支援事業において、全ての区市町村が在宅医療広域連携推進事業に取り組むことになっているかと思ひますが、その中の一つに、在宅医療広域連携に関する関係区市町村の連携というものがございます。そういったものに該当する事業といたしまして、在宅療養ワーキングを設置することといたしました。

目的ですが、各二次保健医療圏における地域医療構想調整会議に在宅療養ワーキングを設置し、在宅療養に関する地域の現状や課題、今後の取り組みについて意見交換を行うものでございます。

構成メンバーは、市区町村、在宅医、病院、地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、ケアマネ、医療保険者などを予定しております。こちらのメンバーの選定につきましては、今後改めてご依頼をさせていただきます。

開催時期ですが、平成29年9月から11月ごろを予定しておりまして、本年度の第2回の調整会議の前には実施していきたいと考えております。

最後に、この調整会議と在宅療養ワーキングの関係ですが、調整会議は在宅療養のみならず、地域ごとに医療等における現状、課題について、幅広い意見交換を行う場となろうかと思ひます。

一方、このワーキングにつきましては、地域の在宅療養に関するデータ等をもとに、現状の課題などを具体的に整理するとともに、広域的な連携が必要な事項について検討をする予定でございます。

また、ワーキングでの検討状況につきましては、調整会議にフィードバックさせるなど、情報の共有、意見の共有を図っていきたいと考えております。

また、先ほどご説明申し上げました、地域医療に関するアンケートの中で、在宅を行っている診療所に対してもアンケートを実施しておりますので、こうしたアンケート結果につきましても、このワーキングの中で資料として共有していきながら議論ができればと考えております。

続きまして、資料6をお願いいたします。こちらは地域医療構想推進事業でございます。こちらの事業は国の地域医療総合確保基金を活用した事業でございます。

こちらの基金はご案内のとおり、病床の機能分化、連携、在宅医療、介護の推進など、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築に向け、平成26年度から消費税の増税分を財源として実施しているものでございます。

基金事業はいくつかございますが、本日は病床等の整備、病床機能の転換等に関わる事業についてご説明いたします。

まず、資料の左側ですが、施設整備、ハード系の補助金でございます。こちらは、対象となるのは、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転換等を予定するものです。事業の内容でございますが、施設整備といたしまして、改修、改築、新築といったものに要する経費について工事費等を補助するものでございます。

また、併せまして、設備整備費として、医療機器等の備品購入に対しても補助をいたします。

続きまして、資料の右側ですが、こちらは開設準備経費支援といたしまして、開設後人件費支援ということで、こちらの事業対象につきましても、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転換等する方に対するの補助でございます。

事業内容は、開設準備経費支援といたしまして、病棟に配置する看護職員の人件費などを補助するものでございます。また、開設後人件費支援といたしまして、医師やリハビリ専門職の人件費等を補助するものでございます。

2ページ目以降には、現時点において補助事業への補助申請があった医療機関を参考までにおつけしております。こちらは国の基金事業ですので、今後何年続くかわかりませんが、病床機能の転換等を検討するにあたっては、こうい

った補助事業の活用も視野に入れながら検討を進めていただければと思います。

資料5、6の説明は以上です。

○齋藤座長：ありがとうございます。

最後にぜひ、情報提供を行いたいという方がありましたら、挙手をお願いします。

○一ノ関委員（武蔵野市）：武蔵野市の一ノ関と申します。

前回の会議のときに、まだ案という段階で地域医療構想をつくっているということをお話し申し上げまして、ようやく5月に完成ということでございます。

当初は、昨年度中に策定予定だったんですが、皆さんご案内のとおり、水口病院が4月7日に廃院になりまして、そういった影響もあって、それらも含めた形で武蔵野市内の医療の機能の役割分担をどう守っていくかということに記載したものでございます。

細かい点についてはホームページ等に載せてありますので、ぜひご覧いただければと考えております。よろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、本日予定されていた議事は以上で終了となりますので、あとは、事務局のほうからお願いします。

4. 閉 会

○矢沢部長：活発な議論をありがとうございました。きょう出た意見をまとめさせていただきます。

まず、情報の共有化というか、情報提供のところでは、患者情報がなかなか伝わってこない。転院してきたり、入院したときに伝わってこないといったお

話や、連携をとりたいが、情報提供の方法に工夫が必要だといったお話がございました。

また、慢性期の先生方と高度急性期の先生方との間での、患者さんの受け入れにあたって、情報に温度差があるというようなご意見もございました。

それから、入退院の調整が重要だということの中でいただきましたご意見の中で、地域の救急の中でも、高度急性期、急性期の連携がもっと必要だというご意見もちょうだいいたしました。

また、区市町村のほうからは、在宅に向かうときの退院調整について、窓口でやっていただいているといったご紹介もいただきました。

それから、サブアキュートの病床が少ないのではないかというようなご意見がある一方で、地域包括ケア病床、あるいは後方支援病床のようなものをもっと活用していけるのではないか。実際に活用していて、肺炎など、よくなる疾患についてはそこで加療して在宅に戻しているといったような事例についてもご紹介がございました。

また、終末期といったところでは、在宅の看取りに期待しているというようなご意見と、一方では、家族の状況によっては、在宅の看取りが困難な場合は、それは慢性期の役割だとお考えになっているというようなご意見もちょうだいいたしました。

その転退院の支援システムですとか、いろいろと退院調整、転院調整について、その機能をどこが持つかということに、最後のほうでは議論が進みまして、どこかがそれをやるということなのか、それとも、病院間でやっていくのか。何かのシステムをつくっていくのかということところは、一つ課題としてクローズアップされると思います。

このあと、先ほど担当から申しましたとおり、在宅と病院をつなぐ会議は今までなかったと思いますが、この先生方の代表者で在宅医療と病院をどうやって結びつけていくかということの会議の第1回をさせていただきます。

そこで、どの程度議論が進むかということ、私どもも若干心配はしているんですが、緒につくということでぜひご協力いただきまして、そこで出たご意見も、また次回の会議のほうではお示ししたいと思います。

きょういただいた課題と、それから在宅と介護、医療を結ぶワーキングの内容を整理しまして、このあと、次の調整会議は、大体11月から1月にかけてを予定しています。

そこでは、今度の病床機能報告の詳細もお出しできると思いますし、いただいた課題について、できることとできないことを整理してお話ができると思います。

また、先生方もきょうこういった課題についていろいろお話があったので、次の会議までの間に、何かこの地域でできること、あるいはやってほしいこと、こういうことができるのではないかとといったようなご提案も、どんどんお寄せいただければ、その中から一つ一つ課題が解決できると思います。どうぞよろしく願いいたします。

では、事務連絡をさせていただきます。

○榎本課長：最後に事務連絡が3点ございます。

まず1点目でございますが、今後は、例えば、担う機能を大きく変更したり、増床を予定している医療機関につきましては、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと思います。ご希望の医療機関におきましては、東京都医師会または東京都までお申し出ください。

2点目、議事録についてでございます。既にご説明しておりますとおり、本調整会議は公開であり、議事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。公開された議事録について修正等が必要な場合には、東京都福祉保健局までご連絡いただければと思います。

最後に3点目ですが、本日は閲覧用の「地域医療構想」を配付しておりますが、そちらはそのまま机上にお残してください。

それでは、本日は長時間にわたりありがとうございました。

(了)