

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

平成 29 年 6 月 8 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

平成 29 年 6 月 8 日 開催

1. 開 会

○榎本課長：それでは、定刻となりましたので、北多摩西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険医療計画担当課長 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ございます。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ご挨拶を申し上げます。まず初めに東京都医師会 猪口副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○猪口副会長：皆様、こんばんは。東京都医師会の猪口でございます。

この地域医療構想は既にもう足かけ 3 年やっております、厚生労働省としては 29 年度中にそれぞれの構想区域で 4 回ぐらいは会議を行い、形を整えるようにというような話が出ております。東京におきましてはそれほどのスピードを持ってできませんが、年度末ぐらいにはある程度の形にするというのは必要なことかなとは思っています。

よく、高度急性期なり急性期なりと、今度、厚生労働省もその形にするというのはどういうことかという、高度急性期機能を持った病院はこうであるとか、それから、急性期はこうであるというようなことを、まず公立病院を中心に考えるみたいな話にはなっているのです。

ただ、これは地方に行きますと、民間病院と公立病院があるような場合に関しては、高度急性期なり急性期が多いということであるならば、公立病院からまず先に病床の転換を図っていくべきであろうというような話として出てきているところです。

技術論として、ここの地域医療構想で、特に東京は病床が増えることが見込まれておりますから、例えば、高度急性期として手を挙げたから、もしくは急性期として手を挙げたからそこになる、そういうふうに言っておかないと高度急性期で残れないとかというたぐいではないです。

そういう患者さんの需要があり、そういった患者さんがきちんと来れば、その病院は高度急性期だし、高度急性期と言っておきながら、そういう患者さんが集まらない、回復期であったり急性期であったりという、その程度の患者さんが来るようならば、その病院は本来的にはそうではないということです。

先ほど技術論と言いましたが、病床機能の報告制度、我々が一般的に考える高度急性期、急性期、回復期、慢性期といったものと需要推計が違うのだということの蒸し返しは、これからする必要が全くないというか、それに終始してしまうと時間ももったいなくなります。

需要推計から出ている将来像というものを何となくとらえればいいです。病床規制になるわけでもありませんので、何床、何床という、1けたにわたるまでこういうものがという必要はもともとないのですね。

ですから、将来のイメージ、高度急性期相当の患者さんはこれぐらいなのだろうな、だけどもっと慢性期でポストアキュートのそれを診る病床がこれだけないと困るのだろうなというイメージをしっかりとつかむことが大事だと思っています。

そして、将来に向かって、特に足りないもの、足りているものに関しては、それはもういいわけですが、足りないものがあって、そして在宅のほうに効率

的に患者さんを戻していくという、その病床のほうの入院機能をどうやってつくるかということです。

前提条件として地域包括ケアとか在宅とかというものもできないといけないことはわかっておりますが、主にその入院を支える意味において在宅を議論するのはいいのですが、それがないからうまくいかないということにとどまるのでなくて、それはその要求として出していただいて、先に進めていきたいと思っております。

技術論的なところでなかなかわからない場合には、東京都医師会、東京都病院協会でもた夏ぐらいに、その技術論になるべく特化したような勉強会もやろうと思っておりますので、ぜひきょうは実りある、将来に向けて実質的な議論に終始していただけるとありがたいと思っております。よろしく申し上げます。

○榎本課長：猪口副会長、ありがとうございました。

引き続きまして、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。東京都庁の矢沢でございます。きょうはお忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

この調整会議は、昨年度立ち上げまして、きょうは今年度の第1回ということです。

昨年まではいろいろなデータをお見せして、その中で考えていこうということをしていただきましたが、そのデータを読むことに時間が取られてしまうということもございましたので、今回は少し趣向を変えまして、データを整理したものをお見せして、その中で議論をしていただこうと思っております。

きょうの次第の中で3番目のデータ／アンケートから見る構想区域の現状、ここがきょうのメインでございます。先生方に年度末にお願いしましたアンケートの結果と病床機能報告等々のデータを見比べまして、この圏域の課題は一体何だろうというものを一つでも二つでもきょう共有することが、きょうのこの会議のゴールでございます。

そこまで行けますと、次に、ではその課題を解決していく、そのあとまた新しく出てきた課題を解決していくといったような、PDCAサイクルを回すことによって、この圏域に十分な医療が行き渡るように整理をしていくというのが今回この会議の取っかかりでございます。

ですので、ぜひご意見を活発にいただきまして、この意見が合っている、間違っているは関係なく、ご意見をいただいて、活発な議論が進みますようお願い申し上げます。どうぞきょうはよろしく願いいたします。

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

それでは、これ以降の進行を、香取座長にお願い申し上げます。

2. 議 事

(1) 平成28年病床機能報告速報値について

○香取座長：立川市医師会の香取でございます。

先ほど矢沢部長が言ったように、活発な意見を後ほどいただきたいと思えます。円滑に進めたいと思えますので、ご協力をよろしくお願い致します。

早々議事に入りたいと思えます。では、議事の1つ目、平成28年病床機能報告について、東京都より説明を受けたいと思えます。お願いいたします。

○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、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が、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お示ししていきたいと考えています。

それでは、資料1の4分の1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をまとめております。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床の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は新たな病院が開設されたというものではなく、平成27年は急性期機能と報告していた病院が、高度急性期機能としたことによる増加によるものが大きくなっております。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。

続きまして、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27年で比較したものでございます。

資料の左上に東京都全体のものを記載しておりますが、高度急性期につきましては都全体で25.8%ということで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、回復期については9.0%ということで0.8%の増、慢性期については22.3%ということで0.1%の増という結果となっております。

3枚目に北多摩西部地区の病床が記載しておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

4枚目をお願いいたします。こちらは北多摩西部の部分の抜粋したものでございます。北多摩西部地域におきましては、27年から28年にかけては、高度急性期につきましては358床の増ということで、28年度は1435床となっております。

一方で、急性期につきましては1395床ということで、247床の減ということになっております。また、回復期につきましては592床ということで101床の増、慢性期につきましては1133床ということで65床の減となっております。

全体の病床数は平成28年度は4555床ということで147床の減となっておりますが、これは病院が閉鎖したとかいうものではなく、平成27年度はちょっと報告漏れがあった病院があり、26年と比較していただければと思

うのですが、同じぐらいの病床に戻っていますので、そういった事情による増というふうになっております。

また、平成27年から28年の主な変動要素につきましては、都全体と同じような傾向で、高度急性期の増については急性期から機能変更、回復期につきましては慢性期からの機能の変更というような状況でございます。

本日はその他に参考資料1として、これらの集計結果のもとになる病床機能報告の対象病院を一覧にしたものをお配りしていますので、こちらは後ほどお目通しをいただければと思います。

資料1の説明については以上でございます。

○香取座長：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、次の議事のあとに併せて伺いたいと思います。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○香取座長：議事の2つ目、地域医療に関するアンケートについてです。ご回答いただいた先生もいらっしゃると思いますが、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いたしました。

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。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に基づいて説明させていただきます。

昨年度、調整会議を全ての医療圏において実施させていただきました。資料の一番上にありますとおり、昨年の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。これに関して、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、高いデータがあったときに、その要因を考え、そういった高い、低いことが課題なのかどうか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は困難であったり、地域の関係者同士での意見交換になりづらいケースなどもありました。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ございますが、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います。

質問項目は、地域の医療の現状の認識であったり、自院が現在地域で果たしていると思う役割であったり、こういったものを調査して、アンケートとして聞いております。

回収率につきましては各医療圏ごとにばらつきがありますが、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いますので、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3をお願いいたします。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、こちらもお目通しをいただければと思います。

さらに参考資料4といたしまして、アンケートの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。今後地域の中でご利用いただければと思います。

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きまして、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などにつきましてはご説明をさせていただきます。

資料2の説明は以上でございます。

○香取座長：どうもありがとうございました。

これまでの病床機能報告と結果とアンケートについて、ご質問はありますでしょうか。特にありませんか。

では、また後ほどありましたらということで、次の議事に進みます。

(3) データ／アンケートから見る構想区域の現状

○香取座長：データ／アンケートから見る構想区域の現状についてです。

先ほどの説明にもありましたとおり、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をしました。

この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、本日は前回提示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、機能についての議論を深めたいと思います。

まずは東京都より説明を受けたいと思います。お願いいたします。

○事務局：それでは、資料3をご覧ください。この資料3では病床機能報告のデータと先ほどご説明いた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、このあとの資料では地域における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で地域の現状をデータ、アンケートから確認した上で、後ほど資料4をもとに課題について議論いただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

では、資料3ですが、1枚目右上、2分の1となっているものについては、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きまして紹介いたしました病床機能報告のデータから、この地域の各機能の特徴を記入したものとなっております。

また、2枚目につきましては、右上、2分の2となっているものですが、こちらはアンケートのご意見をまとめたものとなっております。病院、診療所さんなどに行いましたアンケートでいただきましたご意見をまとめて記入しております。

一番上の部分については、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、主なご意見を記載しております。また、各機能に対していただきましたご意見はその下の各機能ごとの枠の中に記載しております。

また、下の機能別の下の部分の横の部分については、病院から在宅へのつなぎの部分で、病院側、在宅医側からそれぞれいただきましたご意見を記載しております。

それでは、1枚目のデータと2枚目のアンケートの内容を比較する形で確認していきたいと思っておりますので、縦に並べるなどしてご覧いただければと思います。

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が、一番上段、人口についてですが、北多摩西部は高齢化の速度は都内で平均的となっております。また、2025年に向けては総人口が減少していく見込みとなっております。

医療資源の状況につきましては、高度急性期から慢性期機能のいずれの機能につきましても患者の流出が一定程度ありますが、流出のほうはやや多くなっております。

高度急性期から回復期機能につきましては、主に北多摩南部、北多摩北部へ流出しておりまして、流入については南多摩、北多摩北部からの患者の流入が多くなっております。

また、慢性期機能につきましては隣接区域へ流出する一方で、都内の全域から流入患者が流入しております。隣接区域を含めた完結率については、いずれの機能も高くなっておりまして、高度急性期、急性期機能については多摩地域で最も高く、また回復期、慢性期機能については都全体でも西多摩に次いで高い地域となっております。

アンケートの中でも上部のほうに、充足している医療のところに意見を記載しておりますが、北多摩南部、北多摩北部も含めて一体の地域と考えると救急から療養までコンパクトにまとまっているといったご意見や、脳卒中、心筋梗塞については地域の中である程度完結しているといったご意見をいただいております。

地域である程度完結しているという点につきましては、データと地域の意見が近いと見ることはできるのではないかと考えております。

それでは、1枚目のデータの一番左側、高度急性期機能からご覧ください。高度急性期機能につきましては流出のほうが多くなっておりますが、流出先は北多摩南部が最も多くなっておりまして、流出患者の約半分を占めております。この機能については北多摩南部の依存が強いかと見られます。

病床稼働率につきましては、91.6%と、都平均の88.1%に比べて高く、都内でも2番目に高い地域となっております。

また、病床機能報告では全ての病棟を高度急性期機能として報告した病院も存在しており、その高度急性期機能として報告をした病床のうち88.5%が7対1の入院基本料を届け出ております。

この点について、7対1の病床割合が他の地域と比べて高いことですか、全ての病棟を高度急性期機能としている病院もあることから、今後その実態に

応じて病棟ごとに機能分化して報告する余地もあるのではないかと考えております。

次に、右側の急性期機能のデータをご覧ください。患者像を上に記載しておりますが、急性期機能では10対1の入院基本料を取っている病床が最も多く、次に多いのが7対1の入院基本料となっております。

この10対1、7対1の基本料を合わせると、病床の約8割になっております。病床稼働率については75.9%と、都平均の82.2%に比べて低くなっております。

記載はしていませんが、平均在院日数については13.2日と、こちらは都平均よりも長くて、都内でも2番目の長さとなっております。

この急性期機能につきましては、アンケートのほうで急性期機能の枠に記載しておりますが、武蔵村山市の病院さんのほうから、不足しているといった意見をいただいております。病床稼働率を見ますと、病床を有効に活用していくことで不足する医療を補えないかといったような観点も見えるのかなと考えております。

次に、回復期機能のデータのほうをご覧ください。入院基本料を見ますと、回復期リハ病棟入院料に次いで地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病床が多く、地域包括ケア病床の導入が進んでいると見られます。

今後高齢化していく地域の医療を考えていく上で、この地域包括ケア病棟が現状どのような使われ方をしており、今後どういった整備をしていくのかという点は、地域の医療を考えていく上で一つのポイントになるのではないかと考えております。

入院時のデータを見ますと、院内の他病棟からの入院割合が39.2%となっており、都平均の25%に比べて高くなっております。一方で、家庭からの入院、他の病院、診療所からの転院割合はそれぞれ都平均よりも低くなっております。このデータから見ますと、院内の転院に使われているのかという見方もできるのかなと思われま。

アンケートのほうをご覧くださいますと、回復期機能のところで地域で求める役割として、病院と在宅の中間的な施設としての役割といったご意見をいた

だいております。急性期を脱して在宅へ移行するまでの機能を持つ病床が望まれているのかなと思われまます。

また、同じく回復期機能のアンケートの回答ですが、武蔵村山市、東大和市からは充足しているとのことをご意見をいただいております。また、施設基準の影響もあり、精神疾患の受け入れを行わない医療機関があるといったご意見もいただいております。

精神疾患に関しましては1枚目のデータの機能別の下のその他のところをご覧いただきたいのですが、こちらに大腿骨骨折の自圏域完結率は64.6%と、他圏域に比べてやや低くなっております。区中央部に次いで低い地域となっております。

また、患者数は2025年に向けて1.5倍になると予測されております。北多摩西部の人口10万対当たりの回りハ病床は、都平均の約1.2倍となっております。

また回復期機能のデータに戻っていただきまして、下から3つ目の点です。病床稼働率ですが、こちらは83.9%と、都平均の87.4%よりも低くなっております。一方で、平均在院日数は64.5日と、こちらは都平均の50.7日よりも長くなっております。

地域で医療を支えていくために、今後その回りハ病床などをさらに充実させていく必要があるのか、病床稼働率が低いことや平均在院日数が長いことから、もう少し病床を有効に使うことで補えるのかといった観点からも、回復期機能について考えていくことができるのではないかと考えております。

また回復期機能、データの一番下のところですが、退院先を見ますと、この地域は老健、特養への退院割合が都内で最も高くなっております。18.5%という割合でして、都平均の2倍以上の割合となっております。この点から、施設との連携は十分に行えているかといった課題があれば、考えていくこともできるのではないかと思います。

次に、慢性期機能のデータ、一番右側をご覧ください。北多摩西部は医療療養病床が多く、慢性期機能のうちの約7割を占めております。高齢化人口10万人当たりの医療療養病床は都平均の1.3倍になります。アンケートでも、

慢性期機能につきましては武蔵野市の病院さんから充足しているといったご意見もいただいております。

またデータに戻っていただきまして、2点目ですが、家庭からの入院割合が52.9%と高く、5割を超えております。また、家庭への退院割合も退院患者の66.8%と、7割近くになっております。家庭からの入院割合、家庭への退院割合、どちらについても都平均の約2倍に近い割合となっております。

また、死亡退院の割合も13.6%と、非常に少なくなっております。この死亡退院の割合は都平均が32.9%ですので、その半分以下、都内でも最も死亡退院の割合が低い地域となっております。

また、平均在院日数については79.8日と、都平均の152.1日に比べて非常に短く、これも都内で最も短くなっております。この点から、家庭から受け入れて家庭へ帰すという流れがうまくいっていることで、こうした数字になっているという見方もできるのかなと思われまます。

この地域では慢性期機能がサブアキュート機能などといった、在宅を支える病床として活用されていると見ることもできるのかなと思っております。

この病院と在宅療養との関係につきましては在宅医の先生から意見をいただいております、アンケートのほうをご覧くださいますと、一番下側、矢印の右側になるのですが、在宅医の先生からいただいたご意見としまして、急変時の受け入れを求める意見が各市から出ております。

また、急変時にスムーズに入院できるよう公的病院へ受け入れ病床の確保を求めるといった声ですとか、高齢者、難病患者の受け入れ先の確保に苦慮しているとの意見もいただいているところです。

慢性期機能につきましては、病床稼働率が92.6%と、都平均よりも高くなっております、都内でも2番目に高い地域でございます。また、平均在院日数についても都内で最も高くなっており、ある程度効率的に使われているのかなと考えられます。

地域包括ケア病床の導入も進んでいる地域ですが、今後の地域包括ケアシステムの構築に向けて、この地域でこの慢性期機能が担うべき役割はどういったものかということを考えていくこともできるのかなと思っております。

またデータのほうに戻っていただきまして、下から2点目ですね。退院調整部門ですが、退院調整部門を置いている病院の割合は7割を超えておりまして、在宅復帰の機能を備えた病院が多い地域でございます。また、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合も1割を超えております。

退院後に在宅医療を必要とする患者の割合ですが、その他から在宅医療の間に矢印があるのですが、その横に記載しておりまして、この慢性期機能に限らず、全体で見ましても、25%、4人に1人が退院後に在宅医療を必要としている地域となります。

退院調整部門を置く病院は多いものの、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合も多い地域ですので、在宅の移行に向けた調整、連携といったものが十分かということについて課題があれば、考えていくこともできるのかなと思っております。

在宅への移行に関しましてはアンケートでもご意見をいただいております。アンケートのほうをご覧くださいますと、下の矢印の横の病院側のところで、病院側からいただいたご意見として、地域の開業医との連携が取れていないといった声をいただいております。

また、在宅医の先生からいただいたご意見では、右側、在宅移行・退院支援のところに記載しておりますが、在宅移行時にケース会議が開催されないことがあるなど、連携の重要性が理解されていないといったご意見ですとか、在宅医への理解が乏しいといった、双方の理解や連携の不足に関する意見もいただいております。

退院調整部門を置く病院の割合が全ての機能において高い地域ではあります。今後高齢化に伴って在宅療養の需要の増加が見込まれる中ですので、こういった在宅の移行に向けた調整や連携についても、課題を検討することが求められるのかと思っております。

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皆様のご意見それぞれから見える区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になります。資料4をご覧ください。

この資料4では、データと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、回復期機能の病床稼働率が低いこと、また回復期リハ病床に対して整形疾患の受け入れを求める声があること、疾患別に見ると、大腿骨骨折の自圏域完結率が低いこと、また一方で、大腿骨骨折の患者数は将来に向けて増える見込みであることといったものがあります。

病床稼働率が低い一方で大腿骨骨折の完結率が低く、またアンケートでもリハ病床に整形疾患の受け入れを求める声が出ているところです。今後も患者数が増加することが予想されますので、その地域のために病床を有効に使えないかという点もあるかと思えます。

そこで一つ目の論点として、この北多摩西部において回復期機能がどういった役割を担うべきかということを挙げさせていただいております。

議論の方向性としては、例えば、回復期リハ病床数は都平均並みであります。今後充実を図っていく必要があるのかどうか、それとも病床を効率的に利用することや連携で補えるのかといった点があるかと思えます。

また、今後の医療ニーズを踏まえると、回復期機能はどういう役割を担い、どういった体制を整備していくのか、ポストアキュートを担う地域包括ケア病床をどう整備していくのかといったことなどが考えられます。

次に2点目、地域の特徴としましては、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が25%と高いこと、慢性期機能では家庭からの入院、家庭への退院割合が高いこと、また地域包括ケア病床が増えつつあること、地域の診療所からは急変時の対応を求める声が出ていることなどがあります。

家庭からの入院割合、家庭への退院割合が高いことから、現在は慢性期機能の病床が在宅療養を支える病床として活用されていると考えられます。こうした中で、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入院医療体制をどう整備していくかということ、2つ目の論点として挙げております。

議論の方向性としては、例えば、地域包括ケア病床は増えつつあるが、現状はどのように活用されているのか、どの病床がポストアキュートやサブアキュートの機能を担っているのか、また現状の医療体制を踏まえ、今後この地域ではどのように整備し、活用していくべきなのかといったものなどが考えられます。

以上2点について議論をお願いしたいと思っております。今回はこの2点全ての全ての課題につい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、また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、今回お示した課題については、あくまでも事務局のほうで案としてまとめたものであります。また、アンケートにつきましても、全ての病院、診療所から回答をいただくものではございませんので、こちら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。

この会議でいただきましたご意見等も踏まえまして、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、よろしくお願いたします。

資料3、4については以上になります。

○香取座長：どうもありがとうございました。

ただいま資料3でデータとアンケート結果を合わせて整理した、この地域の現状について、資料4で事務局にて案としてまとめられた、この構想区域の課題整理について説明がありました。

初めに資料3について、ご意見、ご質問はありますか。調整会議は課題の共有が目的ですので、さまざまな立場からいろいろなご意見が自由に出せる場と考えております。どんなご意見でも結構ですので、どうぞご意見がありましたら挙手をしていただきたいと思います。

特に資料3、アンケートに基づく地域の姿については、全ての医療関係者から聞いているわけではございませんので、追加で、このまとめたものと私は違うというような考えがあれば、また述べていただきたいと思います。特にありませんでしょうか。

なければ、こちらから指名させていただきたいと思います。

資料3の2の1ですか、この急性期の整形分野の充実を図ることはできないかという事務局から案ですが、初めての出席で、先生、申しわけないのですが、やはり災害医療センターの整形外科は非常に充実しているということですが、逆に、これはあくまでも北多摩西部の医療圏の話ですが、これに対しての先生のご意見が何かありましたら、お聞きしたいと思います。

○宗田（国立病院機構災害医療センター）：災害医療センターの宗田と申します。整形外科医です。

正直言って、現在一番問題なのが整形外科の機能不全です。災害医療センターの整形外科の機能が低いというのは、病院としては一番の問題です。

ですから、こういうふうに書いてあるのは、ではもっと送っていただければいいのではないかと、非常に単純に思うわけです。ほかは比較的いいと思いますが、整形外科は最近機能が低下しているというのが、データの的にも見えています。

この高度急性期機能とか急性期機能を病床ごとに手を挙げて分けているわけですが、実際にどれぐらい意味があるかというのは、ちょっと私自身は疑問です。

実際、そういう病床がどれくらい、各病院でどう動いているかというのは、分析がなければ、手を挙げた名前だけで議論しても、余り本当のことと合わないのではないかというふうな気持ちがします。

○香取座長：ありがとうございました。

また、村山医療センターは割と整形の分野に特化しているような印象を受けるのですが、この事務局の書いた整形分野の充実を図ることはできないかということに対して、センターのほうから何かご意見はありますでしょうか。

○佐藤（国立病院機構村山医療センター）：村山病院の佐藤と申します。

村山医療センターは脊椎の専門ということで、脊髄損傷に特化した病院ということで動いております。

いただいた資料ではそうなっていますが、うちの病院として、回復期包括ケアの病床を持っている機能で今動いている病院でございまして、意見としては特にないということをお願いしたいと思います。

○香取座長：ありがとうございました。

草島先生、先生のところでは急性期とかいろいろやっているでしょうが、この分類では回復期という形ですが、施設と施設の連携は十分に行われていないようなことが、事務局では見られているのですが、先生のところはいかがでしょうか。

○草島（立川相互病院）：立川相互病院の草島です。

回復期機能ということで、去年の12月に私どもの病院で病院を2つに分けてまして、急性期の病院と回復期機能ということで291と59床にしている、また、ここに資料に出ていた機能とは少し変わっています。

整形の関係で言いますと、今やはり医師体制の関係で十分今まで受け入れができなかった部分も、この間骨折なんかは急性期のところで受け入れられるようになってきて、手術も過去5年ぐらいで2.5倍ぐらいに増えてきているところではあります。

ですので、大腿骨頸部骨折で入院されたりした方、術後にリハビリで機能回復が必要になるということで、回復期リハの病棟を使ったり、地域の中での回復の病院に紹介してというようなことで運営しておりまして、そういうことで地域連携というのも引き続き強めているところであります。

回復期機能というところでは、例えば、圧迫骨折みたいなものであると、地域包括ケア病棟の利用でも十分可能かなと思ったりしていますが、地域包括ケア病床は大分増えてきているようですが、まだまだやはり不足している機能なのかなということなんです。

今後は人口はちょっと減っていくということでしょうが、高齢化の率が高まって、誤嚥性肺炎とか整形外科関係の疾患が増えていくということでは、地域の連携を強める必要がある分野かなと思っております。

○香取座長：どうもありがとうございます。

それから、このアンケートの結果だと、武蔵村山市では急性期機能が不足しているということですが、この武蔵村山で急性期に分類されています武蔵村山病院は、これに関していかがでしょうか。

○鹿取（武蔵村山病院）：武蔵村山病院の香取です。

我々の病院は300床で、ケアミックス型で、急性期は小児科、婦人科を入れると144床で、そのほかが回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟、それから、療養病棟で、比較的自分のところで一貫して在宅まで結び付けられるような状況ではあります。

結構季節性もあるのですが、急性期が結局、その出口の問題も関わりがあるのですが、出口というのは回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟、それから、療養病棟も含めてですが、詰まってしまって、急性期から動かなくなってしまってということもあります。

それはその地域の問題全体ということではないかもしれないのですが、もう少し急性期病棟のベッドがあればなというところはあると思ひ、こう書いた記憶があります。

僕らの病院というか、地域の問題として書かせていただいたのは、地域包括ケア病棟にせよ、療養病棟にせよ、在宅に流すときに、在宅医の先生方の数がやはりちょっと少ないということです。

特に訪問の先生方の数がもうちょっといていただけると、もう少し在宅へ復帰させることができ、結果、病院としての機能がもう少し有効に活用できるのではないかとこのころはあります。

ただ、それは北多摩西部医療圏全体を指し示しているのかどうかはちょっとわからないのですが、少なくとも武蔵村山市の中では在宅医の先生方がちょっと少なく、それがその病院の後方に患者さんを動かすのを難しくしているということは、実際になかなか難しい問題だと思っています。

施設も同じようで、施設に入れていただける患者さんの数もちょっと少なかったりしているので、全体的なサイクルとして、最後の後方の部分の数が増え

ることが、病院機能全体の機能の分化を促進する意味では、非常に大切な要素ではないかと考えています。

この論点1つに関しまして、我々は、回復期リハ病棟は脳血管障害をメインで診ているところがありまして、どうしても整形の患者さんを受け入れるだけの、52床でやっていますが、ちょっと数が足りなくて、地域包括ケア病棟を一部、リハの機能を持たせた上で対応しているようなところはあります。

ただ、こちらのほうを頼って来ていただける、急性期のほうの病院としては、我々の大和会である東大和病院の整形外科が結構主で、それ以外の病院さんからはなかなか来ていないというのが現状で、この六十何%ですか、それだけのサービスが完結していないというふうにきょう発表されましたが、そんなものなのかと、認識はそうなかったです。

○香取座長：どうもありがとうございました。

東大和病院グループということで出ましたが、野地先生は、このお隣ということはないですが、この辺の感覚はいかがなのでしょう。

○野地（東大和病院）：東大和病院の野地でございます。

私は整形外科ではないのですが、この最初に論点があったところで、整形外科の分野の充実、これはまさにこの急性期という中で、脳、心臓、肺炎と、こういうものが大きな柱だと思うのです。

特に、この整形に関しては、自圏域完結率と先ほども出ましたが、64.6というのはもうちょっと高いかなと思っていて、実は当院でも整形外科医は4名でやっております。整形の病棟というのは大体45から50床ぐらいですが、ベッドをつくるためにどうするかというと、言葉は悪いですが、外に出さなければいけない。

いかに回復期とかに転院するかということで、これに日夜悩んで、退院支援等もフル回転でやっているのですが、なかなかベッドがつかれないというのが今の状況です。

整形の病棟というのはちょっと特殊な病棟で、では普通の病棟でこれでも、行けるところもあるのですが、やはり器具とか病棟自身の機能という点からす

るとちょっと難しいところがあって、緊急の頸部骨折をお断りしてしまうということも、多々というわけではないですが、たまにはあるので、こういう結果が、今お話を聞くと、どこの病院でもそういう、この圏域だけではないかもしれませんが、それは少し感じます。

今後の必要量とか、いろいろな試算もちょっと出ているのですが、ハードをつくるよりも、これからはやはり稼働率を上げて、ベッド数をいかにしてつくるかということで、今当院としてはいろいろ、退院支援も含めまして、強化してやっているのが現状です。

○香取座長：ありがとうございました。

それから、論点1ですか、回復期機能の病床稼働率が低いということが東京都のほうから言われていますが、昭島市の回復期になっています昭島病院の上原先生、ここはいかがでしょうか。

○上原（昭島病院）：昭島病院の上原と申します。

私のところの病院でも整形の手術は非常に多くて、年間、場合によっては500例ぐらいになることがありまして、平均で400例ぐらいです。

大腿骨の頸部骨折の患者さんが多いのですが、実は回復期リハビリ病棟というのは私の前任の院長がつくりまして、脳血管障害を主にと、そちらのほうは点数が高いからということだったのですが、そういう内科系の医師を配備したところ、内科系の医師が整形の患者さんをよく見られないよということになっています。

そのため、整形の一般外来をしている医者たちが回復期を回って診てくれているのですが、外来手術、回復期と、全然手が回らないということで、回復期の稼働率が悪くて、自分のところで手術した患者さんもなかなか自分のところの回復期に入れられないということで、回復期の稼働率が悪いです。

あともう一つは、大腿骨頸部骨折をした患者さんが手術をして、急性期病棟にいるうちに認知症が悪化するということが比較的多くて、回復期病棟に入ってから、ご家族の方が「これでは自宅に受け入れられないよ」という方も非常に多いです。

ご高齢の方がなる骨折ですから、当然ですが、この辺を何とかしないと、患者さんの足の機能としてはかなりよくなっても、日常生活を送る機能が落ちてしまうという問題が常にあります。

圧迫骨折なんかも、中には圧迫骨折は入院はだめだよという病院があるらしいですが、昭島病院ではなるべく受けているのですが、やはり急性期病棟に入って、コルセットができて、そのあと回復期に行くころには認知機能がやはり悪くなるという傾向があります。

地域包括ケア病棟をことしの4月からつくったのですが、まだどうやって運営をしていいかわからない状態なので、この辺が少し解決してくると、回復期の整形疾患の受け入れというのは、地元の病院でも少し改善されてくるのかなと思っています。

○香取座長：ありがとうございました。

その他、傍聴席からも何かご意見がありましたら、お願いしたいと思います。

資料の2の1ですが、この圏域では死亡退院が少ないということですね。逆に言いますと、在宅死率が立川、東大和は結構高いのですが、在宅に特化しているケアクリニックの荘司先生、何かこれに対してご意見を。

○荘司：立川在宅ケアクリニックの荘司と申します。

きょうのこの資料を見せてもらって、まず高度急性期機能の死亡退院割合が高いのは、実はこの地域、立川災害医療センター、西徳州会、東大和と、3次救急を基本的に受けていまして、検案になってしまうCPAの患者さんが多いために、死亡退院が多いのではないかなと思うのですね。

他地域に関しては、特に区部に関してはそういうふうに分かる場所の病院が多いので、退院割合がばらけてしまう。他区部に行ってしまうので、この地域は多いのではないかなと思うのです。

ちょっとそれとは別に、在宅死が実は、今、香取先生が言ったように、立川、東大和というのは非常に多いです。その中で検案が半分ぐらいあるのですが、それにしても、うちの診療所1つで年間300ぐらいの在宅の看取りをやっております。

300という少ないかもしれませんが、立川の場合はほかの在宅の診療所も併せて年間で500以上の在宅看取りをやっているのです、それを考えたときに、今後もっと慢性期のほうの使い方なんかもある程度、日数が限られるのであれば、在宅へ下ろす必要があるのではないかと考えています。

先ほど武蔵村山市のほうがなかなか在宅をやる先生がいらっしゃらないということだったのですが、実際、周囲の開業医の先生に聞いてみますと、在宅、いわゆる訪問診療はできるけれども、看取りまではちょっと難しいというところで、そのバックアップ病院があればという先生たちもかなり多いので、その辺も議題に必要なのではないかと考えています。

あと、在宅のほうから、緊急入院あるいはレスパイト入院ということでお願いするときに、なかなかその受け入れ先がないので、実は在宅は進まないのではないかという意見もあります。

その窓口を、例えば、もちろん急性期病院を含めて、退院調整の看護師さんがいるのですが、入院調整という窓口があれば、そこに一括してお願いして、こちらから調整ができるのではないかと考えています。

当院の場合は比較的、災害医療センターとか立川病院さん、東大和さん、立川総合さんに、退院調整看護師さんに直接お電話をして、無理を言って入れてもらっているところもあるのですが、本来であれば、うちだけではなくて、ほかの医療機関も同じように、そういう入院調整窓口があればもっと利用して、お互いWIN-WIN、あるいは地域に密着した医療ができるのではないかと考えています。

なお、形に関しては、先ほど先生がおっしゃったように、認知症がある方が大腿骨骨折とか圧迫骨折があったときに、やはり病院も受けにくいというのも実際あると思うし、逆にそれが回復期病棟に行かないというのが問題です。

ですので、今後はそういう認知症の対応というのがこの地域でもっと重要になってきて、それも、認知症に併せて存在する疾患に関して、がんも含めて、必要になるかと思っています。

○香取座長：どうもありがとうございました。

この在宅からでも、急変のときに入院とか、今、荘司先生が言ったような認知症ですね。認知症の指定病院になっています立川病院から何か一言。

○守谷（立川病院）：立川病院の守谷と申します。

立川病院は、この高度急性期機能で387床ということで多分申告したのかと思うのですが、実際には500床弱あります。

ほかに、今ちょっとお話のあった認知症に関して、認知症疾患医療センターというのをやっておりますし、またほかに周産期母子医療センターみたいなこともやるので、地域の中ではそういった機能を持っている病院として、一つのポジションがあるのかなと考えております。

認知症とは話が違うのですが、先ほどの整形外科の分野のことでちょっと考えていたことですが、こちらのほうで大腿骨の骨折の自圏域完結率が低いという話が出ていたと思うのです。

この大腿骨骨折で整形分野の充実を図ることはできないかと、これはなかなか難しいのは、大腿骨骨折というふうにただ一言、整形分野と言っても、大体そういう方の場合に、今の認知症の問題もありますが、高齢者というキーワードが必ずセットでついてくるということがあります。

そうすると、これは他の会議での話ですが、整形外科領域の、特に今後問題になるような、それこそ1.5倍と予想されているような高齢者の方の場合には、当然骨折したら動けなくなるので、救急車で搬送されてくるわけです。

ところが、救急車で搬送されてきた患者さんが、その圏域内でいろいろと救急隊が病院を探していただけるわけですが、現実にはなかなか選定先の病院が決まらない。

そうすると、東京都ではいわゆる“東京ルール”と呼ばれている、その当番病院のほうで受け入れをお願いしているというようなことになるわけです。

ただ、この“東京ルール”の事案に乗る患者さんたちは、年間で、東京都内で救急車の搬送がたしか70万弱、六十数万件だと思うのですが、そのうち多分数千件ぐらいが、その選定先が決まらないで、その圏域内の当番病院に乗るとということになります。

そして、その乗る症例の約15%がやはり整形外科の症例であったり、残りの15%が高齢者ということで、どうしてもこれはうちの圏域だけではなくて、どこでも恐らくこれはなかなか難しい問題ではないのかなと思っています。

しかも、整形外科だけではなくて、先ほどの高齢者というキーワードがついてくると、ほかにさまざまな病気を一緒に抱えているということがあるので、そうすると、総合的な機能を有しているような病院でないと入れづらくなってくるのかなと思われまます。

そういうところで入院して治療したとしても、今度、リハビリを中心とした回復期あるいは慢性期の治療が必要になったとき、いろいろとまた合併症を抱えていると、そういったところも受け入れづらいというのが問題になってきているのかなというふうに思っています。

○香取座長：どうもありがとうございました。

○猪口副会長：今お話を聞かせていただいて、ちょっと思うところがあるのですが、確かに大腿骨の頸部骨折が流出している。それで自圏域の中で高度急性期、急性期ぐらいのところまで診ていただく。合併症があれば高度急性期ぐらいになるのだらうと思います。

大事なところは、外に出て行こうが中でやろうが、あとで地元に戻るといったときのワンステップがどうしても必要ですよ。そこの回復期が、今のデータで言うと、この圏域はそれほど活発ではないというか、受け入れられない。

特に、回りハの場合にはわかるのです。脳卒中を中心に診ないと、どうしても回りハの1が取れないということで、経営上も、なるべく整形外科より脳卒中というふうになるのもわかります。

だけど、そういう患者さんがいることはいるのですよ。こういうものをどういうふうにしようかというところのイメージをつくっていかないといけないと思うわけです。

地域包括ケア病床の場合には、リハの2単位は必ずやっていく。そして、2カ月は診られるという、どちらかというところのところが、僕は整形外科は

よくわかりませんし、リハもよくわかりませんが、リハというキーワードでいくと、そちらの活用のほうがいいのかと思うのです。

しかし、地域包括ケア病床をなさっているところの皆さんは、それはやはり困るんだとかいうことになってくると、解決策はどうすればいいのかというのはいちよつとわからなくなります。

今行きどころのなくなってしまった大腿骨頸部骨折の患者さんを、いかに在宅に戻すかという視点で、これが問題なんだというふうにお話しただけると、ちよつと進むような気がするのですが、いかがでしょうか。

○香取座長：ありがとうございました。

圏域で十分できなくて、多分ここだと、流れからすると北多摩南部ですか、多摩総合医療センターですかね。

猪口先生が言われたように、戻ってきたときの、また回復期、それから、この論点がありますが、やはり在宅の体制がまだちよつと不足している。

それが、今病床が埋まってしまっていますが、いずれ増えてくると、その病床からあふれたものが当然在宅に行く。その在宅医を将来に向かっているかに養成といいますか、使っていくかということが大切かなと思いますが、そうなりますと、やはりこの慢性期で、竹口先生、そういうリハビリはいかがなんでしょうか。

○竹口（竹口病院）：竹口病院の竹口です。

今伺って、私も、この大腿骨骨折の自圏域内完結率が64.6と、こんなに少ないのかなと思ったのですが、考えてみますと、今話に出た多摩総合医療センターとか、東海八王子とか、近くの圏域にそういう処置ができる場所があって、その後北多摩西部に戻ってくるというケースが多分あるのだと思います。

私のところは回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟をやっておりますが、猪口先生がおっしゃったように、地域包括ケア病床はやはりリハビリをして退院していただくというふうを考えておまして、そういうところはそういうことで使っていたりとかですね。

それから、回復期リハビリテーション病床も、これは幸い当院には整形の医師がいて、比較的整形も受け入れていて、1人の患者さんの最後まで自圏域内の完結というのがどうなっているのかというのが、全体で見えていなかったのですが、ああ、そうかなと思ったような次第です。

○香取座長：ありがとうございました。

それから、在宅側から、要請があれば受け入れてほしいとか、受け入れ方針に差があるというのを昭島で書いてあるのですが、うしお病院の森川先生、この辺はいかがなのでしょう。

○森川（うしお病院）：うしお病院の森川です。

整形のことに限っては、うちはそんなに大きな病院ではないのですが、整形外科の先生もいて、頸部骨折の手術は比較的数をやっているような次第ですが、この完結している率が64%というのは確かに低いと思います。

ただ、どこで、例えば、実際もう選定の段階で流出してしまっているのか、それとも回復期になるときに流出してしまっているのかという分析が必要なのかなという気はします。

まだうちの病院なんかは、整形の手術をするということに関して余力が多少あるような感じではあるので、自圏域完結率が64%というのであれば、もうちょっと選定の段階で声をかけてくれればいいのかということのような思いがあります。

○香取座長：ありがとうございました。

東京都にちょっと質問します。森川先生から疑問があった、最初から流出してしまっているのか、来たけれども、最後になって流出してしまっているのか。その辺のデータはありますか。

○榎本課長：本日お示ししている資料では、どの時点で流出しているのかまでは把握できておりません。

○森川（うしお病院）：そうすると、その理由とかはどうなのかなというの
はちょっと気になりますよね。例えば、時間外で受け入れてくれないとか、

○矢沢部長：そこを救急隊に確認したわけではないので、申しわけありません、
きょうはちょっとデータを持ち合わせていないのですが、必要があれば、この
あと確認することはできます。

○森川（うしお病院）：そうですね。結局、そこが問題なのであれば、何で出
ていってしまうのだろうということ。

○守谷副座長代理：三田村の代理の守谷です。

流出という意味では、北多摩西部というのはそれなりの範囲ですが、その
もう本当に近隣のところも含めてという意味では、かなり完結率は多分あると
思うのです。

例えば、多摩総合医療センターは府中市にあるのですが、もう北多摩西部の
医療圏の中では一番端っこのところのすぐ隣にあるので、そういうところに流
出していたりとかというのは多分あるわけです。

だから、北多摩西部だけでというと、ちょっとなかなか、「北多摩西部と言
っても広うござんす」という感じで、本当に近隣のところを含めると、かなり
完結率は高くなると思います。

○矢沢部長：ここで完結率が低いというのは、たまたまそこがすごくほかの圏
域よりも大きかった。確かに、隣と合わせればかなりの完結率なわけですから、
大きな問題ではないかもしれないということです。

一方、ここで問題にしたかったのは、その高度急性期あるいは急性期で出て
しまっているのですが、病床の稼働率が急性期のところでちょっと低めである
こと、それから、回復期機能が割と低めであること。

この辺を見ると、ひょっとすると、もう少しここを上げていくとか、何か、
例えば、多摩総合に出ても、多摩総合の病院としては早めに回復期なりに退院
してほしいと思いますから、そういったところの機能を、おうちの近くといい

ますか自圏域に持っていくということが必要なのではないかなと想像したものですから、その入口として書いています。

ですので、自圏域完結が低いことが問題なのではなく、おうちへ帰るということ考えたときに、この圏域はまだ力があるかもしれないなという、そういう問題の引っ張り方でございます。

○猪口副会長：それを受けるような形ですが、なぜ病床稼働率が低いのかというところですが、いろいろやっているけれども患者さんが来ないという話なのか、それとも、働いているナースとか、そういう数の制限がどうしてもあって、うまく回転させられないのかとか、そういうところはどうでしょう。

「もうちょっとナースがいないとうまくいかないよ」というふうに肌で感じるようなところはございますでしょうか。

○上原（昭島病院）：昭島病院の上原です。

結局、回復期に入るとほかの病棟よりも長くいられるという患者さんのご家族の考えですね。

それから、ことし4月からつくったのですが、退院支援という、整形なんかは特にですが、入院されたときからもう退院支援を始めないと、実際にリハビリが終わったときにうまく退院ができないというところも非常に大きいと思います。

ですから、ほかの急性期の病棟が、平均在院日数13日とか14日で、昭島病院は長いのですが、それでも18日とかですから、実際に手術をされるような患者さんが18日ではやっとな痛みがとれたぐらいではないかと思うのですね。

それで回復期に入って治療して、さあ1カ月、2カ月で退院しましょう、でも、もう1カ月いられるのではないか、家族としてはもうちょっと引き取っててもらいたいというところで、一番の問題点というのは、いかにうまく入院時から退院の支援をするかというところにポイントがあるのではないかと、我々の病院では考えているのですが。

○香取座長：ありがとうございました。

そろそろ時間も迫ってきましたが、何かほかに、ぜひともこれだけは言っておきたいというようなことがありますでしょうか。

この北多摩西部の課題整理、案が出ましたが、やはり在宅医療を必要とする患者の割合が高いということは、在宅を充実させるのがこれからの課題であり、それから、認知症の対策をどうとるかというのも課題かなと思うのですが、特にほかに、最後にこれだけは言っておきたいということはあるでしょうか。

なければ、そろそろ時間も来ましたので、いろいろご議論ありがとうございました。次回の調整会議では、いただいた意見を踏まえて、この地域の課題について整理し、提示させていただきたいと思います。

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

○香取座長：続きまして、2点報告事項がございます。東京都より説明をお願いいたします。

○榎本課長：それでは、2点報告させていただきます。

まず1点目、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きまして、ご説明させていただきます。

調整会議におきましても在宅に関する意見を、ほかの圏域もそうですが、多くいただいております。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、なかなか時間的余裕もないというような状況でございます。

また、平成27年度からは介護保険法に基づく地域支援事業の中で、全ての区市町村が在宅医療介護連携推進事業に取り組むことになっているかと思

ますが、その中の一つに在宅医療介護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して、こういった取り組みが今後必要でございます。

こういった取り組みに該当するものといまして、今般、在宅療養ワーキングを設置することといたしました。

目的でございますが、各2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、課題や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。

構成メンバーにつきましては、区市町村、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などにつきましては今後改めてご依頼をさせていただきたいと考えております。

開催時期でございますが、平成29年9月から11月ごろを予定しております。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います。

最後に、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が主になろうかと思っております。

一方で、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、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等について検討する予定でございます。

また、ワーキングの検討状況については地域医療構想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くと思っています。

また、先ほどご説明の中にございました地域医療に関するアンケート、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提供しながら議論を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についてでございます。こちらの事業は国の地域医療介護総合確保基金を活用した事業でございます。

こちらの基金につきましては、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て、

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。基金事業につきましては幾つかございますが、本日は病床等の整備及び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、資料左側ですが、施設設備、整備、ハード系の補助金でございます。こちらは病床等の整備及び病床機能の転換を行う医療機関に対し、改修や改築等の費用を補助するものでございます。対象につきましては、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟が対象となります。

事業内容は、改修、改築の工事費に対して、それぞれ改修、改築、新築、補助単価が決まっております。その4分の3を補助するものでございます。また、設備整備につきましても医療機器等の部品購入費に対して4分の3を補助するというものでございます。

次に資料右側ですが、こちらは開設準備経費支援、開設後人件費支援でございます。こちらにも回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟が対象となります。

こちらは2つございまして、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訓練期間の人件費や職員の募集に関わる経費などを補助するものでございます。2つ目は開設後人件費支援といたしまして、病棟において配置する医師、リハ専門職等の人件費を補助するものでございます。

2ページ以降に、現時点において本事業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りましては、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っております。

報告事項2点は以上でございます。

○香取座長：ありがとうございました。

調整会議は情報を共有する場ですので、もし最後にぜひ情報提供を行いたいという方がいらしたら、挙手をお願いいたします。

○加藤（立川市）：立川市役所の加藤といいます。きょうは健康づくりの担当にかわって出席をさせていただきました。

今、ワーキングの設置ということで、資料5のご説明がありました。お願いということで聞いていただければと思うのですが、ご案内のとおり、医療と介護の連携事業というのは国が進めておりまして、行政の中では介護保険の事業計画というのをつくっている真っ最中でございます。

その中には、医療と介護を連携して在宅での療養を支えなさいというようなこの取り組みも、国から方向性として示されています。

ご存じのように、医療については都道府県が医療計画をつくる、介護については市町村が介護保険計画をつくると、そういう全く縦割り行政の中で、今市町村は非常に苦慮している、困っているということでございます。

介護と医療をどう連携させるかというのは、当然病院の協力も必要ですし、今お話に出ていた地域での在宅診療というところも、非常に重要なものかなというふうに思っています。

だから、そのところで市町村がどうかかわっていくかというのが、非常に困ってまして、今先生方からも出てきましたが、退院支援であったり、出口の問題であったり、そういったところが全て、その在宅で支える体制が整って初めて、そういう病院側も安心して病床を提供できるということが出てくると思っております。

ですので、その辺はぜひ病院の先生方もご理解をいただいて、行政のほうでは今こういう動きをしているのだというのをご理解いただきたいと思います。

それから、おこがましい話ですが、東京都におかれましても、介護の担当は高齢社会対策部かなというふうに思っておりまして、そこと介護の担当についてはやり取りをしているわけです。

そことこのワーキングの中で、在宅療養というところでは、ぜひ今言ったように、市のほうでは大体秋口ぐらいまでに介護保険の事業計画をつくるという形で動く形になると思いますし、その中で医療の体制をどう位置づけるかというのが課題となっておりますので、ぜひこのワーキングの運営については、

その辺も視野に入れて運営をしていただければということで、要望ととらえていただければいいかなと思います。

○香取座長：ありがとうございました。

本日予定されていた議事は以上となります。ご協力ありがとうございました。事務局にお返しします。

(4) 閉 会

○矢沢部長：きょうはたくさんのご意見をいただきまして、ありがとうございました。いただいたご意見を、順番はちょっと入れかわりますが、まとめてみたいと思います。

地域包括ケア病床について、増えてはいるのだろうけれども、不足しているだろうというご意見がありました。

そして、その地域包括ケア病床の機能について、整形のリハビリの機能を持たせていくことを工夫されているというようなご発言もございました。

一方、在宅の医師が少ないのではないかというような、全ての市ではないのかもしれませんが、そういったご意見があった中で、在宅をご専門にやっつけらっしゃる先生方からは、訪問診療はできるけれども看取りはできないという中で、バックアップをする病床、あるいはレスパイトを受けてくれるような病床、そういったものがあればいいなというご意見もあり、これもまた地域包括ケア病床の役割の一つとしてとらえられるのかなというふうに感じました。

そして、退院調整、入院調整といった病院側の機能についても、これから私どもも一緒に考えていかなければいけないなということでございます。

しかも、退院支援については、もう入院したときから始めなければいけないというようなことで、これはご高齢の骨折の方だけではなくて、例えば、NICUに入院した赤ちゃんの場合も、入った場合にすぐ退院支援を始めますので、やはりそういった動きが全体的に必要なのだろうと思います。

それから、認知症の患者さんの問題で、入院している最中に認知症になるというお話もございました。そこもやはり一般病院の受ける認知症医療という

ころの予防も含めた考え方も、私ども、事業で考えていかなければいけないというふうに、きょう勉強させていただきました。

最後に、この圏域の、私どもから見た、数字とアンケートから見た、ちょっと大きめの課題がやはり稼働率です。これが、この圏域は病床が足りないというふうに出ている圏域でありながら、稼働率が低いということになりますと、このあと基準病床数制度でこの保健医療計画の中で基準病床が変わっていく中で、ここに病床がまたつくられてしまうということになります。

稼働率が低い中で病床をさらにつくるということはかなりの非効率だと思いますので、ぜひぜひ、その稼働率が低い理由を、この場でおっしゃるのがきつければ、私どものほうに直接で結構です。お教えてください。

場合によっては、私ども、この稼働率を東京都全体の課題として調査をすることも考えているのですが、この圏域がちょっとほかの圏域よりも目立つところがありますので、何かとらえている課題がございましたら、何とぞ教えていただいて、私どもに何かできることがあるかどうかのヒントをちょうだいできればと思っております。直接のお電話でもメールでも結構ですので、何とぞよろしく願いいたします。

次のこの会議は10月ごろ実施をいたします。その前に、先ほど課長のほうから説明させていただいたワーキングを一度やって、その結果なんかもお持ちして、また在宅とのつなぎのところもどうやっていくかというのを医療のほうから考えていくということもしたいと思っております。

患者様がこの地域にお住まいになって幸せな人生を送れるということが、私ども東京都全体の願いでございますので、どうぞ引き続きご協力をちょうだいできますように、ご支援くださいますよう、お願いいたします。

それでは、最後に事務連絡をさせていただきます。

○榎本課長：それでは、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、例えば、担う機能を大きく変えたり、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かれ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をいただければと思います。

3点目でございますが、本日は閲覧用に「地域医療構想」を配付しておりますが、そちらにつきまして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まして、まことにありがとうございました。

(了)