

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

平成 29 年 6 月 28 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

平成 29 年 6 月 28 日 開催

1. 開 会

○榎本課長：それでは、定刻となりましたので、区南部の東京都地域医療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挨拶を申し上げます。まず初めに、東京都医師会 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、大勢の先生方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。

国のほうも、今、地域医療構想に関しては、委員会の中でもさまざまな議論が行われております。例えば、高度急性期と報告されていても、本当にずっと高度急性期だけなのか。あるいは、回復期が今後またどんどん必要になってく

ると言われているけれども、本当にそうなのか。一般病床の中にも回復期の患者様がいっぱいいらっしゃるんじゃないかという議論が行われています。

また、慢性期においても、医療区分1の70%が本当に在宅等に行けるかどうか。私も日本医師会の地域医療の検討委員会に出ておりますが、各都道府県の担当の役員の先生からは全く逆で、30%ぐらいがせいぜい在宅等に行けて、70%は戻せないよねというような話がございます。

実際、特に東京都においては、高齢者人口が今後どんどん自然増で5万人ぐらい増えていきます。そういうのを併せ持ってやると、2025年までに訪問看護ステーションの看護師さんを約3000人、また、在宅医を1000人の先生方を雇用しなければならないということで、本当にびっくりするような数値ということでもあります。そういうことで、本当にやっつけられるかどうかということ。

あと、慢性期においては、来年の3月31日で、介護保険の療養病床、あるいは、医療保険の療養病床で、看護師さんが少ない2.5対1の制度がなくなると言われていて、その受け皿として「介護医療院」というのがございますが、まださまざまなことが決まっていません。

そういうことに関しても、ちゃんと受け皿になれるかどうかということ、我々のほうからどんどん国よりも先に提言をしていく必要があるのではないかと考えております。

この区南部に関しましては、高度急性期、急性期、回復期は地域で完結している率が比較的高いと言われております。しかし、慢性期がちょっと変わった動きをしていて、病床稼働率が低い割には他の地域に流出しているということで、その理由もさまざまなことがあると思いますが、そういうこともまた考えていなければなりません。

また、そういうことも含めて、東京都さんのほうでは各地域の医療機関さんのほうにアンケート調査をして、その結果も本日出ております。数値的なデータとアンケートを併せ持っていていろんな議論をしていきたいと考えております。

また、座長の鈴木先生は在宅に関して非常に高名でいらっしゃいます。今度、東京都さんのほうからも、在宅療養ワーキングということで、大事な受け皿としての在宅をもっと課題を抽出しながら考えていこうということも考えてい

らっしゃるようなので、後ほどそういう話もあると思います。そういうことも含めて、ぜひ活発なご議論をお願いできればと思っております。

他の調整会議のところも最近活発な意見がないので、ぜひ区南部の先生方に活発な、今までないような議論をしていただければなと思っておりますので、どうか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、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。きょうこの会議がことし1回目ということです。

去年のところでは、病床機能報告でしたり、国のデータ等を使って、この地域の特徴は何かというようなことをご説明してまいったわけですが、実際にデータから見るこの地域の特徴と、先生方がお感じになっていること、実際に肌で見てきたことというものが、違っているんじゃないかという点もあるかなということで、ことしの3月にアンケート調査をさせていただきました。ご協力をいただきました先生方に心からお礼を申し上げます。

本日は、そのデータから見るこの地域の特徴と、アンケートから見えたこの地域の特徴を比較しながら、どこが一致していてどこが一致していないのか、それから、その中から出てきた意見をどういうふうにこの地域の課題として捉えるか、その課題がきょう皆さんの中で共有ができればきょうの会議のゴールでございます。

ぜひ3番目のところでその議論の時間をとりますので、活発なご意見をお願いできればと思います。どうぞ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、これ以降の進行を鈴木座長を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

○鈴木座長：座長をさせていただきます鈴木でございます。早速議事のほうに入りたいと思います。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います。榎本さん、よろしくお願いします。

○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機能別の単純集計の割合のみを集計してございまして、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はお示ししていきたいと考えております。

それでは、資料1、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がまとめております。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いうことに報告を変更したことによる増加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員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機能別の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。

こちらの資料の左上のほうに東京都全体の機能別の割合を示しております。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、前年より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。

3枚目は多摩地区の割合の結果、4枚目に区南部の状況をまとめたものがございますので、4枚目をご覧ください。

区南部につきましては、平成27年と28年と比較いたしまして病床数全体は8152床ということで、前年より301床の増となっております。

これを機能別に見ますと、高度急性期につきましては28年は2065床ということで23床の減、急性期機能につきましては4006床ということで52床の増、回復期機能につきましては729床ということで300床の増、慢性期機能につきましては1352床ということで28床の減ということになっております。

資料の右下に主な変動要因を記載しております。高度急性期機能の減につきましては減床であったり急性期機能への変更、急性期機能の増については増床が主な理由となっております。

回復期機能につきましてはの増は、急性期機能からの変更であったり新たな病院が開設されたというものによる増となっております。また、慢性期機能の減につきましては、高度急性期、急性期への機能変更というものが主な要因となっております。

本日は、その他の参考資料といたしまして、参考資料の1にこちらの集計結果のもとになる病床機能報告の報告対象の病院、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、後ほどお目通しをいただければと思います。

資料1の説明は以上です。

○鈴木座長：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、次の議事の後併せて皆さんに伺えたらいいと思っています。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○鈴木座長：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ございます。ご回答いただいた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いたしました。

その結果についてまとめてありますので、東京都よりご報告をいただきたいと思っております。榎本さん、お願いいたします。

○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に基づきまし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、こちらのデータの活用に関しましてはさまざまなお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させていただければと思っております。

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や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、昨年の調整会議の状況といたしまして、時間的な制約もございまして、全ての関係者の方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つなが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、予測される将来の医療状況などを聞いております。

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、こちらは後ほどお目通しをいただければと思います。

続いて、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。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。

さらに参考資料4をご覧ください。こちらは、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。こちらでも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。

○鈴木座長：ありがとうございました。

今まで2つのご報告があったわけですが、先ほどの病床機能報告の結果とこのアンケートについてのご質問はいかがでしょうか。

○亀山（NTT東日本関東病院）：NTT東日本関東病院の亀山でございます。

病床機能報告結果の資料1の4の4ですが、一番右下の囲いの中の平成27年から28年の主な変動要因が、回復期機能におきましては急性期からの機能変更が、説明の中ではプラスアルファで新規に参入というところもございました。

ここの回復期機能が、区南部におきましては平成27年から5.5%で、よその区域に比べて非常に低い値だと。それが平成28年度は8.9%で、やっと都の平均になったということで、非常に喜ばしい状況だと思うんです。

ただ、429から729に増えた300のうちの80%の240ベッドは、五反田リハビリ病院が平成27年9月に開設したことによるものなんです。

ですから、回復リハビリ病床が新規に増えたことによって、それが主な変動要因になっているので、そこはやはりきちっと正確に書いておかないと、あとでいろいろと、例えば、地域包括ケア病床も半分ぐらいの人は回復期という形で報告するわけですよ。ですから、この区域においてその部分の状況もなかなか出てこないと思うんです。

というのが、ことしの1月、品川区医師会長が主導されて区内の病院長を集めて、それからあと、在宅をやっている先生方も集めて議論した場があったんですが、品川区においては地域包括ケア病床がゼロなんです。

だから、そこが非常に問題で、我々も何とか協力をしてくれないかと求められているような状況がありますので、ここの変動要因は詳しく正確な事実に基づいて議論していきますので、そこは直していただければと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ご指摘のとおりだと思いますし、実は、そういうことをきょうは議論したかったことだと思っています。地域の立場から見たこういったアンケートの集計に対しての共通認識の誤りだとかをなるべく少なくして、地域課題をなるべく皆さんで共有しようということが目的ですから、まさにご指摘のとおりで、こちらの意図にかなったご指摘だと思います。

ほかはよろしいでしょうか。

(3) データ／アンケートから見る構想 区域の現状について

○鈴木座長：それでは、次の議事のほうに進ませていただきます。ここが一番きょうの肝のところですが、データ／アンケートから見る構想区域の現状についてということでございます。

先ほども説明にあったとおり、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、この地域に不足していると考えられる医療をどう補っていくのかを考えるわけですが、前回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、先ほど亀山先生からもご指摘があったように、この地域の現状についての認識を共有して、次回以降優先して議論すべき課題や機能についての議論といったものを深めていきたいと思えます。

この地域が今後どういう医療が必要でどうなっていかなければいけないのか、それを議論するには非常にここの場はいい場だろうと思うわけです。

そういうことで、東京都のほうがつくってくださったこの資料3というところを見ながら、皆さんで考えていきたいと思えます。

それでは、ご説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料3をご覧ください。

こちらは、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ております。この資料3の内容を踏まえまして、このあとにあります資料4では、この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、この資料3で、データ、アンケートから見える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の1枚目右上、2分の1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きまして紹介いたしました病床機能報告のデータから、各機能ごとの特徴などを記入しております。

次の右上2分の2となっているものは、アンケートで、病院、診療所などからいただいたご意見をまとめたものとなっております。

2枚目の上の部分は、地域の医療機関の状況につきまして、不足している医療、充足している医療などにつきましての主なご意見を記載しております。また、各機能に対する意見は機能別に記載しております。

機能別の下の方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。

この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っておりますので、この2枚を縦に並べながら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えます。

資料上段、人口についてということですが、この区南部は東京都全体に比べると高齢化がゆっくり進む地域で、高齢化率が25%を超えるのは都全体よりも5年遅くなっております。

医療資源の状況につきましては、高度急性期から回復期機能まで自構想区域完結率は7割を超えておりまして、高度急性期、急性期機能は完結率が都内で最も高く、回復期機能は区部で最も高くなっております。

一方で、慢性期機能につきましては流出型となっており、区西南部や神奈川県へ患者が流出しております。慢性期機能の自構想区域完結率は46.5%となっており、都内の隣接区域を含めましても6割を下回っており、都内で最も低い割合となっております。

それでは、一番左側の高度急性期機能をご覧ください。この地域には特定機能病院が2病院ありまして、高度急性期機能のうち約7割が特定機能病院入院基本料を届け出ております。

患者さんの流出、流入につきましては、ほぼ同数で均衡がとれております。

また、家庭への退院割合が高いのが特徴的で、71%と、こちらは都平均に比べても高くなっております。

アンケートで高度急性期機能につきましていただいたご意見では、複数診療科の関与する病態の場合、急性期を脱したあとも高度急性期病院に入院していることが多いといったご意見をいただいております。

病床機能報告では全ての病棟を高度急性期機能としている病院も存在していることから、今後その実態に応じて機能を分けて報告するなど、機能分化をしていく余地はないかといったことも考えられるかと思っております。

次に急性期機能のデータをご覧ください。急性期のうち7対1の病床が約7割を占めておりまして、10対1の病床と併せますと約85%となっております。

急性期機能のデータで特徴的なものとしまして、家庭からの入院割合、家庭への退院割合がともに高いことがあります。入院前の場所のうち家庭からの入院割合につきましては84.7%と、都内で最も高い割合となっております。

また、退院先のうち家庭への退院割合につきましては、81.1%と都平均に比べて高くなっております。

また、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、急性期病院でも高齢者の入院が多いといったようなご意見が出ております。

また、在宅とのつなぎの部分で病院側のほうからいただいたご意見の中では、在宅で療養している患者は病態が複雑であり、さまざまな検査、加療の必要性から、高度急性期から急性期病院に搬送されているといったようなご意見もいただいております。

こういったことから、この急性期機能の病床が、サブアキュートなどといった地域包括ケアシステムを支える機能になっているということも考えられるかと思っております。

このサブアキュートに関しましては、アンケートでも在宅の先生からご意見をいただいているところです。

在宅側の左側のほうに記載をしておりますが、急変時、症状変化時の受け入れ病院を探すことが大変といったものや、複数疾患を抱えている場合、短期間の入院が必要でも断られることがある。急変時に対応する後方病床を確保してほしいといったような、急変時の受け入れを求めるご意見は多くいただいているところです。

また、病院側からのご意見の中でも、在宅や施設からの急変時の受け入れ先が不足しているといったご意見ですとか、急変時の突然の受け入れは、検査結果等の情報が乏しく、難しいといったようなご意見もございました。

在宅の先生の中からは、急変時に入れてもらって大いに助かっているといったものや、急性期病院の受け入れはよいといったようなご意見も出てはおりますが、やはり急変時の対応ですとか体制整備を求める声は多くあり、地域包括ケア病床など、サブアキュート機能などを担い、地域住民の医療を支える病床の整備が求められるところかと思っております。

これを新たに整備していく必要があるのか、機能分化で対応していくのか、また、病院間、病診間の連携で不足を補える部分もあるのかといったことなど、さまざまな面から考えていけるのではないかと思っております。

中小病院の割合が7割と比較的多く、自圏域完結率も高いなど、地域住民に身近な医療体制がある程度整っているかと思われそうですが、そうした医療資源などを活かして、この地域の医療提供体制をどう整備していくかということ、考えていけるのではないかと思っております。

また、急性期機能のデータの一番下に記載をしておりますが、退院調整部門を置いている病院の割合が50%と、都平均に比べて低くなっております。家庭への退院割合も高い中、在宅医との連携は十分であるかといった点もあるかと思っております。

アンケートのほうでは、病院と在宅医との連携に関しては、在宅医の先生から、患者の視点に立った退院、転院を考えてほしい、的確な情報提供をしてほしいといったような声をいただいております。

また、病院側からのご意見の中でも、急性期病院の医師の在宅への理解が全般的に浅いといったものですか、在宅専門医と病院との関係が希薄といったような声が出ております。双方の連携、情報が不足しているような現状も見受けられます。

今後、高齢者の増加に伴い、在宅医療の需要量の増加が見込まれる中、病院と在宅医との連携ですとか情報共有の体制の構築が、地域の課題の一つと考えられるかと思っております。

次に、データの回復期機能をご覧ください。この区南部では、回復期機能のうち回りハ病床が8割弱を占めておりますが、人口10万人当たりの回りハ病床は都平均の7割弱となっております。病床稼働率につきましては93.2%と、都内で最も高くなっております。

アンケートでも回復期機能についてのご意見では、回りハ病院の待機患者が多いといったご意見ですとか、少ないと感じるといったようなご意見が出ておりました、不足している状況と見られます。

ただ、隣接区域を含めると完結率は9割に近くなり、隣接する区域も含めた連携の中である程度補っていると考えることができるのかと思っております。

引き続き、回復期機能のデータ、上から3つ目ですが、地域包括ケア病床のうち約45%が回復期機能と報告しております。そのほかは急性期機能と報告がありました。

先ほどの急性期機能とは異なり、家庭からの入院割合が非常に低くなっております。都平均の22.4%に対して区南部は6.7%となっております。

一方で、院内の他病棟からの転棟や他病院からの転院割合は高くなっておりました、併せて9割を超えております。回りハ病床が多いこともあるかもしれませんが、都平均は約7割なので、地域に比べても転棟、転院の割合は高い地域となっております。

この点から、この地域包括ケア病床はどういった使われ方をしているのかということもあるのかと思っております。

また、退院調整部門を置いている病院の割合が83.3%と、都平均に比べて高くなっております。また、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合も、2割弱と高くなっております。

こういった点からも、先ほどの急性期機能と同じく、在宅医との連携は十分にできているかといった観点から考えることができるのかと思っております。

次に、慢性期機能をご覧ください。慢性期機能は区域内の患者の約半数が他圏域へ流出しておりました、隣接区域を含めても完結率は6割を下回っております。一方で、病床稼働率は、86.1%と都平均に比べても低くなっております。

アンケートでは、慢性期機能につきまして、慢性期はあいているといったご意見がある一方で、医療介護療養施設が不足しているといったご意見も出ております。

また、急性期病院からのご意見としまして、療養型の病院が患者を受け入れてくれず、退院調整に苦労することが多いといったような声もありました。

また、在宅医の先生からのご意見の中では、慢性期病院の充実を求めるといったような声も出ております。

慢性期機能では多くの患者が流出している一方で、病床稼働率は低くなっております。また、受け入れを求める声がある半面、病床があいているといった声も出ております。隣接区域を含めた完結率も6割弱と低い中、地域住民を支える医療体制をどう考えていくかという点もあるかと思っております。

データに戻りまして、慢性期機能の平均在院日数ですが、236.9日と長くなっており、都平均よりも80日以上長くなっております。

また、回復期機能と同じく、家庭からの入院割合は16.8%と低くなっておりまして、院内からの転棟、他病院からの転院の割合が約8割と高くなっております。

また、退院の部分に関しては、死亡退院の割合が46%と高い割合となっております。都平均が32.9%で、都内でも2番目に高い地域で、看取り機能の一部を担っているとも考えられます。

アンケートで在宅医の先生からいただいたご意見の中に、終末期対応の受け入れをしてほしいといったご意見が出ておりました。終末期に関しては、病院側からのご意見の中で、病院での看取りを希望する際の受け入れに課題を感じていたり、在宅での看取りが増加しないといったようなご意見もありました。

この看取りへの対応という点も、在宅医療との関係を考える上ではポイントになるのかなと思われまます。

また、慢性期機能のデータの一番下に記載しておりますが、中小病院が9割と多く、退院調整部門を有する病院が少なくなっております。都平均が49.4%なのに対しまして、区南部は26.3%と約半分の割合になっております。

慢性期機能への受け入れを求める声もある中、在宅への移行という観点も含めまして、こうした出口部分に係る退院調整部門もポイントかと思われまます。

その下の部分、データのその他のところですが、高度急性期から回復期機能まで自圏域の完結率が高いと申し上げましたが、疾患別に見た場合でも、がん、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折、いずれもこの区南部では自構想区域完結率が7割から8割と高くなっております。

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関係者のご意見、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、次につけております資料4となりますのでご覧ください。

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をいただきたいと思っております。

まず1点目ですが、地域の特徴として、急性期機能のうち7割が7対1の入院基本料の病院であること、退院調整部門を置いている病院の割合が低いこと、急性期機能の病院であっても高齢者の入院が多いとの声があること、また、急性期機能においては、家庭からの入院割合、家庭への退院割合が高いこと、そして、病院側から在宅医との連携に課題を感じているとの声があることといったものがございます。

急性期機能におきまして、家庭からの入院、家庭への退院割合が高いことから、地域包括ケアシステムを支える病床になっているとも考えられます。

こうした現状から、区南部地域における急性期機能の医療提供体制をどう考えるかというのを、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、例えば、この地域で急性期機能が担うべき役割を明確にし、それに向けた機能分化をどう進めていくのか。退院調整部門を置く割合が低く、連携が十分でないと感じる声もありますが、在宅移行に向けた退院調整と医療連携は十分であるのか、またそれを今後どのように整備していくのか、そして、地域包括ケア病床は、現状、ポストアキュート、サブアキュートとどのように活用されているのかといった点などから、ご意見をいただければと思っております。

次に2点目ですが、地域の特徴として、回復期機能の病床稼働率は高く、慢性期機能においては病床稼働率が低いこと、また、慢性期機能の平均在院日数は長く死亡退院の割合が高いこと、そして、慢性期機能の病院に対して受け入れを希望する声が出ていることといったものがございます。

慢性期機能では看取りの機能も一定程度になっていると思われませんが、この区南部におきまして、回復期、慢性期機能が担うべき役割は何かというのを、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ましては、例えば、慢性期機能から不足していると思われる回復期機能への機能分化をするなど、病床を有効に活用できないか、レスパイト、急変時に対応可能な病床はどの機能でどのように整備をしていくのか、サブアキュートを担う地域包括ケア病床の整備をどのように進めていくのか、在宅医との連携・退院調整をどう充実させていくのかといったような点から、ご意見などをいただければと思っております。

以上の2点につきまして議論をお願いいたします。今回は、この2点、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、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、あくまでも事務局で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、診療所からご回答を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。

この会議でいただきましたご意見なども踏まえまして、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、よろしくをお願いいたします。

資料3、4については以上となります。

○鈴木座長：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併せて整理したこの地域の現状について、そして、資料4で事務局として一つの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のご説明がありました。

まず最初に、初めに資料3についてのご意見、ご質問はありますでしょうか。

例えば、実際に僕らが感じている現場というのはこんなものじゃないというようなご意見も、当然あるんじゃないかと思うんです。また、いつもこの地域医療構想の会議の中では、僕らの実際の現場というのは、例えば、患者さんが

急性期に入院をしてきた場合に、最初の数日は高度急性期並みにコストがかかる医療で、しばらくすると急性期レベル、そして、もう少し長くなると今度は回復レベルになって、なかなか退院できないという療養型レベルになってしまうというような現場の問題もはらんでいるわけなので、それぞれの病床機能とまた別の議論も出てくるだろうと思うんです。

そこら辺の現場の意見ということで、この資料3の解析結果について、その辺についてのご意見をお聞かせいただければと思います。いかがでしょうか。

○高野副座長（東京都病院協会）：副座長の高野です。

議論の前に東京都に言葉の定義の確認をお願いしたいと思います。きょうは医師ばかりでございませぬので、サブアキュート機能とポストアキュート機能、この言葉の違いがわからないと議論が難しいと思いますので、その説明をお願いできますでしょうか。

○榎本課長：こちらで記載していますサブアキュート、ポストアキュートですが、サブアキュートにつきましては、在宅や介護施設で療養している患者の急性増悪を受けるといったもの。ポストアキュートにつきましては、急性期の治療を終えた患者さんがリハビリ等を中心にするときに転院や転棟するというもの。こういったような形での言葉の整理をさせていただいております。

○鈴木座長：それでは、いかがでございませぬでしょうか。

まず、亀山先生はさっきご意見を言っていたので、荒井先生、何かこの辺について現在の現場の間隔と違いはありますでしょうか。

○荒井（牧田総合病院）：牧田総合病院の荒井です。

僕らの法人はたまたま全部の機能をやっていますので、基本的には、地域が考える患者像と書いてある基本料に沿った振り分けに関しては、そんな大きな違和感は感じていません。地域が考える患者像って誰が考えたのかわからないですが、余り違和感はないんです。

ただ、高度急性期病院の大学が2つありまして、そこが全部高度急性期に手挙げしているということに対してちょっと違和感がありますが、基本的なバランスとかその辺は問題ないんじゃないかなという印象は持っています。

先ほどサブアキュートの話が出ましたが、急性期をやっていて、例えば、在宅の患者がぐあいが悪くなろうが、ご自宅の患者がぐあいが悪くなって急性期に運ばれてくるのは、僕らにとっては同じなので、症状だとかサブアキュートの患者だからとかは区別していません。

しかも、例えば、先ほどアンケートの中にありましたが、情報共有ができてないというのは、まさにそのとおりで、急性期に運ばれてくる患者を初めて僕らが初診で診る患者のケースが多いわけです。

そうすると、例えば、救急車で自宅へ運ばれる患者であろうが、施設の患者であろうが、同じ救急患者ですので、その辺のすみ分けというのが、正直なところ救急医療をやっている立場としてはないと思うんです。

初めて来られて、DNR（Do Not Resuscitate・蘇生措置拒否）でいいですよとか、余り延命処置をしないでくださいという段階で初めて、次のステップの治療法が変わってくるので、受け入れる段階で急性期病院が患者さんを受けるとか、例えば、地域包括で患者を受けるとかというすみ分けは、非常に難しいんじゃないかなという印象はあります。

基本的なバランスはいいような印象を持っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。この圏域は、割と高度急性期、急性期に関してまあまあバランスがとれているような気もするんですが、多分、地域性もあるんだろうと思うんです。

新井先生、いかがでしょうか。

○新井（東芝病院）：東芝病院の新井です。

分類がいまだに納得ができなくて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期。何となく慢性期はわかるんですが、急性期とは何ぞやというのがちょっとよくわからないですね、僕の理解不足なのかもしれませんが。

あとは、この流れですよね。高度急性期から急性期、回復期へ行くという前提のようなニュアンスがあるように思えるんですが。

○鈴木座長：これで見ると、転院、転院という感じで、そんなイメージになっていますね。

○新井（東芝病院）：この分析にもあるんですが、家庭からの入院割合が高い、家庭への退院割合が高い、だからサブアキュート機能を担っているんじゃないかというのは、例えば、がんの患者さんが我々のところに入って治療して、家庭から入って家庭に帰るんですよね。回復期は要らないですし、糖尿病の調整も要らないですよ。

例えば、脳卒中や心筋梗塞というのはすごくよくわかるんですが、それ以外の疾患に関しては、そういう流れがあるとはとても限られてないような気がするんですが、そこら辺が常に置き去りにされているような気がしてしょうがないんです。

○鈴木座長：ここら辺の議論については、恐らく高齢者をメインにした議論になってくるんだろうと思うんです。

例えば、誤嚥性肺炎で急性期、あるいは、高度急性期で入院をする。その後には食べられなくなる、飲めなくなる。経管栄養をおいてリハをしながら摂食嚥下リハをやって、療養型に行くか在宅に帰るかというような流れの中で、それぞれの機能が機能していく。こんなイメージが一番考えやすいのかなと思います。

○新井（東芝病院）：高齢者に関してはそうですが、ここで病床機能報告をしているのは全部病床ですよ。なので、そこがちょっとどうなのかなという違和感を感じるわけです。

それから、先ほど荒井先生がおっしゃっていたように、大学が本当に全部高度急性期なのかということ、例えば、糖尿病のコントロール入院は何なんですよ。

うかと常に僕は思うんですが、これは高度急性期なんですか、急性期なんですか。どういうふうに考えればいいんですか。

我々が病床機能報告するときもそうですが、そこの定義が余りないので、どうしたらいいものかと常に悩んでしまうんですが、どう捉えていらっしゃるんですか、都とか国としては。

○矢沢部長：国の言っている高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能というのは、そういうイメージでしかない。そこをきっちり、糖尿病だったらこれが高度、がんだったらこれが高度というイメージは彼らもない。その中でできている制度なので、いつまでたってもその矛盾は解決できないと思います。

なので、ある程度、医療資源の投入量と在院日数とその状態でイメージをしていくしかないので、きっちり切れないと思っています。

○鈴木座長：ここの部分は、東京都医師会の副会長の猪口先生が示された、地域医療構想のデータの最初の部分ですね。入院患者さんの医療コストを一番高いところから一番低いところまで全部つなげて、件数で分けたというもので、コストでただ分けたというだけの話ですよ。

ですから、糖尿病のコントロール入院はそんなにコストはかかってないですから、多分この中では急性期ぐらいに分類されているんじゃないかと思います。

○新井（東芝病院）：だとすると、大学が全部高度急性期というのはおかしいですよ。代謝内科が絶対あるはずですから。

○鈴木座長：だから、大学が今回全部高度急性期で申請してきたというのは、いろいろな誤解があつての上のことではないかなと思うわけですが。

○新井（東芝病院）：さらに言うと、そこで高度急性期と大学がしたら何か困るのか。全体像がゆがんでしまうので考え方が調整しにくいという理解でいいんですか。

○矢沢部長：高度急性期の機能を担うためには高度急性期として申告しなければならぬという考え方が、一気に浸透したようです。

その理由は、国がこの調整会議を年4回やって、3回目のところで機能の分化ができなかった場合には都道府県が命令をする、あるいは、要請をして機能をおかしてもらえというペーパーを案でつくったんです。

それを見て、これはまずいということで、陣取り合戦が始まった可能性が非常に高いと思っております。

○新井（東芝病院）：そうすると、7対1とか10対1もそうですが、お金が絡んでくるので、この機能調整会議というのが純粹に必要機能の調整をしようという会なのか、医療費を削減することを目的にした会なのか、そこら辺が裏をどうしても考えてしまうわけです。

前回の会議でもちょっと話があったと思うんですが、皆さんが7対1にしがみつこうとして、急性期にどうしても届けたくなるという実情があるのかなど。

そうすると、その数をもとにこういう分析をしても、かなりゆがんだものになっちゃう可能性があるなという気がします。それをどうやるのがいいのかは僕もわかりません。

あともう1点、この地域の特徴のところ、急性期機能の病院であっても高齢者の入院が多いというのは、高齢者は急性期に行けないのかととれてしまうわけですが、高齢の方が今は多いですから、別に不思議でも何でもないんじゃないという気がするんです。違和感としてはそこら辺です。

○鈴木座長：ほかにいかがでしょうか。

○高野副座長（東京都病院協会）：副座長の高野です。

私は、今回、東京都病院協会から出席ということになっているんですが、今の議論の高度急性期、急性期の区別に関しては、診療報酬上の区別と全く違うものですので、余り深く追求しないほうがいいと思います。

むしろこの会議は、その定義を理解しろというよりも、大田区、品川区の近隣の病院がせつかく集まる機会なので、具体的に困っていることがあればどう協力して解決できるか、そちらに議論を向けるほうがより有効だと思います。

ちなみに、高度急性期、急性期の患者の推計方法に関しては、お手元の「東京都地域医療構想」の29ページに推計方法がありますが、1人の患者さんが1つの入院を通じて1日ごとの診療報酬が変わってきますので、それを基準にしています。

ですので、例えば、1人の人が回復の大きな手術を受けたとしたら、周術期前後の二、三日は高度急性期になるでしょうが、やがて急性期になって、抜糸も済んで落ちついたら、抗生剤も点滴もなくなったら回復期機能の区分になると、そんなイメージですから、理解しようとしても難しいし、答えはないと思いますので、ぜひ現実的なことに話を向けたと思います。

○新井（東芝病院）：余り深く僕もそこを追求する気はなくて、ここの区域としてどういう機能が足りているのか足りてないのかということ进行分析する会だともとも思っています。

その観点から行くと、うちは全部急性期で届けていますが、確かに回復期機能も果たしていると思いますし、ただ、ベッドがいっぱいではありませんので、それで何も困っていない。患者さんも恐らく困っていない。

ただ、一番困るのはやはり慢性期のところで、医療の必要がなくなりましたという方を受け入れていただけたところ、もしくは条件的に、患者さんの希望も含めて。

要は、区内だと高いという話になるので、どうしても外に行かざるを得なくなると、うちのMSWからは聞いておりますが、そこがどうしてもスタックするというシーンはよく見かけます。そこが一番うちとしては不自由なところです。

○鈴木座長：ありがとうございます。

臼井先生、いかがでしょうか。

○臼井（池上総合病院）：池上総合病院の臼井です。

池上総合病院も384ベッドあって、数年前までは全部急性期で頑張っていたんですが、現在は94ベッド、2病棟を療養型として慢性期の患者さんを受け入れています。

ですから、急性期と慢性期で、回復期に関しては、脳卒中の方とか、整形外科の緊急入院で大腿骨頸部骨折をした方をある程度急性期でリハビリをしたら、先ほど出ていたような五反田リハビリテーションとか蒲田リハビリテーションをお願いしているというのが現状です。在院日数の問題があるので。

回復期の病棟をもっと要るとか話が出ていて、地域としてそういう病棟の要望はあるかもしれないですが、例えば、7対1を10対1にしたらどれぐらい収益が減るかとかシミュレーションすると、これは7対1でやるしかないとかいうことで、現場にハッパをかけて救急を断るなど言っているのが現実です。

診療報酬に引きずられて、今度の改定ではどうなるんだというのが、一番の重要課題になっていて、そうすると、うちの病院の収入がこれぐらい減るのでまずいぞとか、診療報酬がこうなるぞとかその話題ばかりです。

きょうもこの会に出席するということは病院の幹部に言っていますが、専らの話題は診療報酬はどうなるんだとかいったことで、病院の収益がぎりぎりのところだからです。

もちろん、地域として必要であれば病棟転換も考えますが、まだ収益のことを中心に考えているのが現状です。

慢性期の病棟は95%近くまで埋まっていますが、救急で受けている患者さんが独居の方とか老老介護とかで帰せない患者さんに、転院がなかなかできない患者さんの受け入れ先というか、ワンステップ置くということとか、あるいは、病院で看取るということですね。

重症度とか在院日数を縮めるために、急性期の病棟、7対1を守るために療養病棟を運営しているという部分もかなりありますから、病院の経営ばかりのことを余り言いたくないんですが、正直言って、ぎりぎりのところですよ。

○鈴木座長：ありがとうございます。

それでは、回復期の立場で、渡辺先生、ご意見はありますでしょうか。

○渡辺（品川リハビリテーション病院）：品川リハビリテーション病院の渡辺と申します。

先ほどからお話を伺ってしまして、都の平均と比べてどうかというのが意味あるないかは別として、私が普段感じていますのは、この区南部においては、どこに手を挙げているかということは別として、回復期までの地域完結率が高いということで、それぞれの病院が努力をされて完結している。

特に、急性期、高度急性期で、半分かかりつけのような機能を持って、悪くなったらそこに入って、そこからすぐ帰してくださるという方も多いのかなと思っております。

今、いわゆるこちらでの回復期機能の中で、区南部では回りハ病棟が多いということになりますので、そうすると、高度急性期、急性期からの転院という形になるので、ここで病院が一旦変わるということになって、地域の中で完結するためには、そこから在宅へお返しするにあたって、入院する前に診ていただいている回りハ病院の先生方との連携というのが、回りハ病院ではそこが見えてこないという現状があります。

ですので、どのようにお返しすればいいのか、急性期の外来にお戻しすればいいのか、もともとの地域の先生にお返しすればいいのかというような問題点を、いつも考えております。

そこぐらいが回復期の問題と考えておりまして、完結率も高いのですが、うちの場合はもう一つ慢性期病棟を持っていますが、これは全く別の大きな問題がこの中ではあると考えております。

高度急性期、急性期というのを、医療資源を大量に投入したあと、いきなり慢性期の状態になってくるということに関しての苦労というのは、非常にあると思いますので、また慢性期の先生からお話を伺っていただければと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

浅野先生、そういうことで、慢性期の立場ということで。本当にあいているのかとか、そういうことも含めてご意見をいただければと思っております。

○浅野（糀谷病院）：糀谷病院の浅野と申します。

慢性期で医療療養型病床群ですが、ここで言われているように、家庭からの入院割合が低いというのは当たっていると思います。

それから、大体我々のところの患者さんの大部分は、長期療養型じゃなくて、大体一、二カ月でお亡くなりになる。それから、短い人になると1週間、2週間のうちに亡くなるというような、非常に重症化している患者さんが転院なさってくる場合が多くなっています。

なぜかという、結局、家族の経済的な問題もあるかもしれないですし、それが一番大きいんでしょうね。短期間しか入院しないんだから、家の近くで最期を看取ってやろうと。あるいは、在宅で見るのも大変だと。

つい最近もありましたが、家族が在宅で見ようかということになって、いろいろ説明をすると、1日のうち15回から20回ぐらい吸引しないとだめだと。それは勘弁してくれと。じゃあ、そんな長くないんだったら病院へ入れておいたほうが良いというような感じですね。

それから、特に診療報酬に関してですが、急性期から来る患者さんの場合、専門医制度というのができていいのか悪いのかわかりませんが、移ってくる患者さんというのは10種類以上薬を飲まれていることが多いですね。

下手をすると1錠当たりが数百円もする薬で、循環器とか、そういう場合はあるかもしれないですが、必要がないんじゃないかというような薬が山ほど、大体平均すると10種類以上になっています。

内科でも、我々のときには医局単位で動いていたんですが、今は臓器別で動いていますから、神経内科とか呼吸器内科から転院してきた患者さんも、内科の中でも臓器別に分かれた科にかかっていますが、そこでも何種類か薬が出ている。あるいは、泌尿器科だとか整形外科の薬も飲んでいたりとかということで、薬の量がひどいです。

それに対して、慢性期の場合は診療報酬が非常に低く抑えられてきています。人員自体も急性期と同じような感じで2交代でやっていますが、今、慢性期の場合、夜勤体制であっても仮眠もとれないというような感じですよ。

ですから、ここにも書いてありましたが、慢性期で在宅でやっている患者さんが肺炎を起こしたと。じゃあ、引き受けてくれてもいいんじゃないかということになっても、そこまで手が回らないというのが実情です。

○鈴木座長：ありがとうございます。本当にフランクな意見で、大変参考になりました。

ほかに何か意見としてはないでしょうか。例えば、私は医師会の中で在宅関係の担当をしておりますが、たまに医師会の先生から、自分の20年、30年診ている患者を病院に入院させて、今度退院するということになったけれども、自分を通り越して在宅の専門の先生のところに行ってしまったと。今までの20年、30年は何だったんだというようなご意見をよくいただくんです。

かといって、地区医師会として在宅医療の勉強会をかなり一生懸命やっているほうだと思うんですが、8年前にこの地域で在宅医療の連携調整窓口というMSW機能をつくったんですが、それをつくったときにアンケートをとったときに、全体の医療機関の38%の方が在宅をやっていた。今度8年後になってどうなったかという同じアンケートをとって見たんですが、35%になっていたわけです。

そのぐらいが大体平均なのかもしれませんが、実数がわからないので、実際にやっていたらしゃるので、何年やっているかはわかりませんが、決して在宅をやっている医療機関が劇的にこの8年間で増えたわけではないことという、在宅医療推進と簡単に言いますし、2025年には1.67倍と言いますが、そんなに簡単な話じゃないと思っています。

そういうことで、この地域が今は何とか、そんなに不自由なく行っていますが、じゃあ、これが将来的にどうなのか、そのところもちゃんと議論していかなきゃいけないと思います。

特に東京、大田区は高齢化スピードは遅いんですが、統計的には確実に進むんです。そうすると、2025年じゃなくて、2030年、35年、40年、50年とどんどん苦しくなっていく。そういったことが本当に出てくるんじゃないかなということが、非常に心配をしているところなんです。

そこも含めて、ぜひこういった議論の場で議論するというのは重要ではないかなと思うんですが、いかがでしょうか。何かご意見はございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、資料3のほうの構想区域の姿については、それぞれの病院の実情とは別に、全体像としてはこういった姿ということで大体よろしいでしょうか。そんなに違和感はございませんでしょうか。このところは重要なところだと思いますので。よろしいですか。

それでは、資料4の課題整理のほうに移らせていただきます。

本日は事務局でこの議論のもとになる課題を用意してもらいましたが、きょう全ての課題を議論することは難しいかと思しますので、この場で優先的に進めるべき議論というのを、課題を共有して次回以降につなげたいと思います。

例えば、論点1で、区南部地域における急性期機能の医療供給体制ということで、このところの議論はこれでいいのかどうか。あるいは、論点2の慢性期の、先ほどのお話の中でも結構看取りの機能を担っている。そのお話が本当であれば、看取ったあとにすぐに病床が埋まるわけではないので、それで空床が出てきている可能性もあるだろうと思うんです。

回復期や慢性期が担うべき役割ということについてのご議論ということ、こういったものをどう進めていくかということを考えていければいいなと思うんですが、いかがでしょうか。

例えば、先ほどもちょっと話が出ましたが、一つは、この区南部というのは大田区と品川区ですが、大田区の状況と品川区の状況が本当に均一の状態に進んでいるのでしょうか、それとも、大田区と品川区は別の事情がそれぞれあるんじゃないか、そこら辺のところも少し議論していただければと思うんです。

例えば、亀山先生、先ほどご指摘いただいたように、品川区のほうの病院の中では地域包括ケア病床が全然ないと。じゃあ、その受け入れをどうしているのか。

あるいは、大田区側でも救急の議論の中でもよく出てくるんですが、救急を担うのは、品川区の場合はN T Tと昭和ということになるんですが、患者さんたちが夜9時以降になると大田区のほうに結構移行してくるとか、そういう議論なんかも出てまいります。

その辺のことも含めて、いかがでしょうか。

○亀山（N T T東日本関東病院）：N T T関東病院の亀山です。

この前、先ほどお話ししましたように、1月のときに品川区の中で、病院と在宅の先生十何人ぐらいで集まったときに議論になったのは、地域包括ケア病床がないので、在宅をやっているような場合に患者が急変というか、それをきちっと受け入れていただけますかという問いかけが多かったです。

ですから、僕だけが「はい、やります」とはなかなか言えない。ただ、言われて、すぐ投げかけられて、「嫌です」と答えた病院はございませんでした。ですから、やはり何らかの協力はしないとイケないという認識であるのは間違いないです。

それからあと、品川区は中小病院がそんなに多くはないんですが、そういう病院が救急の機能をなかなか負えるわけじゃないし、品川区内の回復病院においてすら当直の医師を確保するのが非常に難しいような状況があるんです。

僕たちは2次救急ですが、頭と心臓はホットラインを設けているので、“2次救急半”ぐらいありますが、そういう状況で、地域包括ケア病床がない地域においては、やはり急性期病院が救急の部分を担わないと地域の医療というのは崩壊すると思います。

ただ、地域包括ケア病棟は、もともとは200床以下の中小病院が背負うべきことということで、余り大病院がそれを持つのは非常に批判的な考えがあったんです。

しかし、最近は7対1の急性期病院、大病院においても平均在院日数が減って稼働率が落ちるものですから、空床対策として大病院が地域包括ケア病床で、それに転換した病院はいろいろ補助金がつくものですから収支が改善しているわけです。

ですから、コンサルタントとかが僕の所へ来て、何で先生のところはそういうふうにはやらないのかと言うんですが、臥薪嘗胆で頑張っているというところもあるんです。

ただ、そういうような縛りがあるので、そこがいろいろと難しいところがありますし、今度、診療報酬の改定にあたりましては、聞くところによると、5

00床以上の大病院の地域包括ケア病棟は1病棟のみという制約があると思うんですが、いろいろなことを考えていかないといけないというのが現状であります。

○鈴木座長：ありがとうございます。

おっしゃるとおり、今度の診療報酬改定の動向というののもかなり気になるところではあると思うんですが、先ほどお話が出たように、大田区は逆に、結構中小の病院が多かったりいたします。

この辺のところというのは、高野先生が一番状況がよくわかっていると思うんですが、中小の病院の役割というのはいかがでしょうか。

例えば、在宅の認知症のある患者さんの誤嚥性肺炎というのを受け入れて、そして急性期の治療をやって、時にはリハもやって、フレキシブルに動いて在宅に帰すという役割を考えたときには、大きな病棟で1対7の病棟で受けて、そこから回復期に送ってというようなことをやるよりは、中小の病院の急性期という枠の中で受けてしまっているようなことをやるのではないかなという気もするんですが、そのあたりはどうでしょうか。

○高野副座長（東京都病院協会）：今、大田区ではということがお話の中にありましたが、中小の病院が多いというのは東京都の特徴ですので、何もこの圏域に限らず、恐らく都内の全域で同じようなことが起こっていると思うんです。

結局、病院としては、受診された患者さんは必ず診察して、私のところは慢性期病院で医療療養の病院ですが、そこで対応できない方はおのずと高次の2次なり、3次の救急病院に依頼するという形が既にでき上がっていますし、区南部に関してはそれが非常にうまく機能していると思います。

先ほどの、在宅の患者さんから救急病院に依頼があって、それを受けるという品川区のお話が、亀山先生からありましたが、それを依頼する側がもっと各中小病院の機能を理解して、私のイメージする在宅の患者さんというのは、高度急性期に行って開腹手術をしてくれというようなことはまれだと思うんです。

そういうときに地域包括ケア病床がないわけですから、それこそ慢性期の病院がサブアキュートの、高齢者の肺炎ぐらいただったら、レスピレーターを使わない程度の肺炎でしたら十分対応できると思いますから、そういう病院と在宅医、診療所の先生双方の現状の理解、それと活用の方法を正しく理解する、あるいは、周知するということが解決できることが多いのではないかと考えています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

やはり、そこら辺の総力戦ということになるんだろうと思うんです。だから、あとは分布がどう適正かということですが、この地域というのは急性期から回復期までは一応数字上はバランスがとれているけれども、療養型が足りない。だから、在宅を増やせばいいのか。ただそれだけの議論でいいのかというところが一番の根本じゃないかなと思うんです。

先ほど言ったように、在宅を増やすというのは、もちろん専門のクリニックをいっぱい連れてくればそれでいいでしょうが、専門のクリニックがなくなっちゃったとなると、そこでぼんと地域の中で200人、300人診ているクリニックがなくなっちゃうとなると、影響が非常に大きいわけです。

ですから、地域に根づいたクリニックがちゃんとやっていかないと、地域医療という機能としては在宅を担うには不十分ではないかなと、個人的には思っているわけなんです。

そこら辺のことも含めて何かご議論はございますでしょうか。あるいは、きょうご参加の陪席の先生方、病院の方々でご意見があればお伺いしたいと思うんですが、いかがでしょう。

○中瀬（大森赤十字病院）：大森赤十字病院の中瀬でございます。

こういう機能を求めるといったときに、ご高齢の方の患者さん、あるいは、家族の要求されていることが、この一、二年で急速に変わってきているという状況を把握しておいていただきたいと思っています。

特に、ケースワーカーのほうから、経済的などころを含めて全部答えますと、胃ろうを希望される方が激減してきています。在宅で胃ろうをやってずっと見

ていくという余裕がないのか、あるいは、そういうことを希望されない方が増えてきているわけです。

私なんかは神経内科でやっていますから、1000人以上の人たちのお腹に穴をあけてきたわけですが、正直な話、神経内科医の中で、今まで亡くなった人たちが胃ろうをやっている人というのは見たことがないんです。

そういう状態で家族が活着ているのは余り見たくないという認識を持っている方が、どうも増えてきたような感覚があります。ですから、こういう状況の中で、慢性期、あるいは、在宅医療といったときの中身というのが変わってきているんじゃないかなと思います。

ですから、患者さん、あるいは、家族の方々がどういう老後の形を求めているのか。それを踏まえて、今後の予想のところに反映していただけたらいいんじゃないかなと思っています。

老人医学会が終末期における栄養補給のあり方というところのガイドラインを出しているわけですが、その中では、「水分を含めた点滴まで中止していい」ということまで書かれているわけです。はっきり言って、輸液を全部やめてしまいますと、大体1週間で看取りになります。

急性期病棟の中でも1週間何もしないで、「ご家族にあと1週間ですよ」というお話をしてしまったら、1週間で看取れてしまうわけですし、そういうことを希望されるご家族も本当はいらっしゃいます。

そのためには、いろんな手続とかを結構オープンにして議論をやらざるを得ないわけですが、家族側のほうの要請の多様化というんですか、本当に最後までやってくださいと言う方から、「寝たきりになって何も反応がなくても生きていてほしい」とおっしゃる方から、「もういいですよ」というところまで、本当に幅が広がってきて、その割合が急激に変わってきているというところを、もう一度都のほうでも見てやっていただけたらと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

本当に都民のニーズが少しずつ変わってきているというのは、我々も肌で感じているところがあるし、現場で働いている先生方も、その部分も感じてい

るし、非常に多様化していますよね。そのところは非常に難しさを感じていらっしゃるんじゃないかと思います。

先日、尊厳死協会のシンポジウムで、アメリカだと「医療拒否」というのもありなんだ、一切自分の体にさわらせないという権利もあるんだという話までありました。そういうことも踏まえてということで議論していかなければいけない問題なんでしょう。

あと、きょうまでご意見をいただいてないような先生方、よろしいでしょうか。荏原医師会の飛弾先生、何かご意見を、

○飛弾（荏原医師会）：荏原医師会の飛弾でございます。

先ほどの病床の配分ですが、結局、東京ですと、慢性病床が空床があるにもかかわらず流出があるということで、それではもったいないなという印象を受けております

やはり、看取りも兼ねているとありましたが、ある意味では非常にありがたい存在ということですので、本当はそういうところにもっと経営支援とかいったものがあったらいいのかなという印象を持っております。

あと、在宅を専門にやっている先生で医師会に入っていない組織というのは結構あるんでしょうか。そこら辺があるとなかなか連携というのは把握ができなくて難しいこともあるのかなと、そこら辺をちょっと懸念しております。

○鈴木座長：大田区ではちょっとありますが、品川区ではあると思います。そこら辺のところは、なるべく医師会とうまく連携をするようにというような方向性で、今は議論が進んでいるところだと思います。

ただ、在宅側の問題点としては、24時間365日体制で、例えば、診療所の1人の医師が支えなければいけないということになると、これは当然不可能な話なので、チーム医療やグループ診療ということが必要になってくる。

でも、そのやり方というのは、実は、我々診療所医が最も苦手というか、慣れていないやり方なので、その部分で非常に戸惑いがあるというのが現状じゃないかなと思います。

この辺の議論は多分これから後の話で出てくる話なんだろうと思いますが、そういうところも含めてこういう場で議論できればなと思っております。ありがとうございます。

○高野副座長（東京都病院協会）：今の飛弾先生のご発言を発展させて、ぜひフロアの先生方皆様からお聞かせ願いたいことがあります。

先ほどの資料3、2分の2、アンケートから見る構想区域像の慢性期機能ですが、2つありまして、慢性期はあいている。医療介護療養施設の不足。これは全く相反することが並んでいるんですが、品川と大田でこうも違うのか。あるいは、たまたまそれぞれの施設が直面していることを載せただけで、区の違いは関係ないのか。

私、先ほど申しましたとおり、慢性期病院を運営していますので、非常にこのところは現実として知りたいんですが、どなたが何かお感じになっていることをお聞かせ願えませんでしょうか。新京浜病院はいかがでしょうか。

○南部（新京浜病院）：新京浜病院の南部です。

先ほど、浅野先生からお話があったんですが、10種類以上の服薬をしていて高額の方が来た場合に、それでは診療費が報酬的に足りないということで、お断りする場合もあります。

それから、うちに通っている患者さんで、85歳の高齢者の方だったんですが、この間、ぜんそくが悪化されて、土曜日の夕方だったので当院で対応ができなかったんです。

そこで、一般急性期に行ってもらったんですが、どういうことをされたかという、ぜんそくの治療だけじゃなく、造影剤検査などいろいろ検査をされて、ぜんそくは治ったけれども、それでまた悪化して、長期化してしまったみたいな話を聞かされたんです。

なので、今、私たちが考えているのは、課題でもある地域包括ケア病床を早急に取り入れたいというのがありまして、慢性期ですが、24時間365日の対応ができるような慢性期救急と地域包括ケアを目指していくべきではないかということです。

それから、在宅の先生方とも連携をやっています。実際のところ、顔が見える連携というのは、たびたび来られている先生とか連携が強くできている先生方しかできてないというのが現状ですので、今後は、地域内、グループ内でグループ化するような形で連携がとれればなと考えています。

○高野副座長（東京都病院協会）：ありがとうございます。空床に関してはいかがですか。

○南部（新京浜病院）：先ほどのお断りする件があったり、日慢協の資料をこの間いただいたんですが、地方と東京区域内では1日当たりの患者さんにかかる費用が8000円違うという指標が出ていました。

これを地域別の評価で1.1倍掛けて、例えば、2万円の報酬が1日あったとしますと2000円しか上がらない、あと6000円はマイナスになってしまうという状況があるわけです。

ですから、先ほどお話があったんですが、区域内では慢性期医療のほうが高いので、西多摩地区とか県外に出るとい患者さんが多くなっているんだというのが現状だと思います。

○高野副座長（東京都病院協会）：そうですね。流出がこれだけ多いのに空床もあるというのは、もどかしいというか、どうにかうまくしていきたいなところだと、私も思います。

○南部（新京浜病院）：だから、慢性期も急性期機能を持つというのが一番重要なところだと思います。ただ、24時間365日体制を慢性期病床でやるというのは、浅野先生もおっしゃっていましたが、ドクターの手が足りないという状況があるので、地域内で慢性期病院で連携をすとかグループ連携みたいなのが必要なんじゃないかなと考えています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

○浅野（糞谷病院）：糞谷病院の浅野です。

断るということは急性期病院では余りないんですが、やっぱり医療行為が一番関係しているんです。

ですから、来年度、介護療養型がなくなるということですが、医療区分1であれば、これは大体浸透してきたわけです。

ただ、なぜ最初は受け取らないんだというような問い合わせがあったんですが、医療区分2、3ではないと、実際問題、半分の入院基本料になるわけですから、病院としてはやっていけない。そうすれば、ただ寝たきりで、胃ろうをつくって、寝たきりで動けないと非常に手間がかかる。こういう患者さんはやっぱり断るということになってきますよね。

○鈴木座長：ありがとうございます。そこら辺が介護施設とのすみ分けということにも、一つ議論が行くんだらうとは思いますが。

そういうことで、きょうはどちらかというところ、論点の2のほうが結構話題になったというようなところだと思うんですが、こういった都の示した課題整理の議論でおおむね問題はございませんか。

○盛田（東邦大学医療センター大森病院）：東邦大学医療センター大森病院の盛田でございます。

高度急性期を全床報告する、しないということが、たびたび話題になっておりますが、例えば、高度急性期機能というのは、診療技術が高い医療を提供する機能を有しているという意味ですから、有していないかと言われれば有しているわけです。

つまり、その医療を提供したかどうかではなくて、提供する機能があるかどうかを問うている制度ですから、当然そういう機能を有していれば、それはそうだと申告するわけです。

一方で、今6月になっていきますので、病棟に高度を入れた機能報告をしてほしいと言っている。そうすると、先ほどのご発言にもありましたが、患者さんは、1日目は高度急性期の医療を提供すべき患者さんであった方が、3日目に

はそこまで診療技術が高くなくてよい医療でよい患者さんに移っていくわけ
です。

ですから、病棟ごとの申告ということが、例えば、当院とかさまざまな病院
における診療の密度、必要性を的確に反映しているのかということが、非常に
疑問に感じます。

ただ、そういったことは関係なくていいんだよと、高野先生におっしゃって
いただいたので、大変心強く感じております。

○鈴木座長：ありがとうございます。おっしゃるとおり、本当にこの地域の医
療がどうなるかということを中心にご議論いただくのが、一番この会議の肝の
部分ではないかなと思います。

いろいろご議論をいただきましたが、そろそろ時間のほうが終わりになって
まいりました。そういうことで、いただいた意見を踏まえてこの地域の課題に
ついて整理して、また改めて提示を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

○鈴木座長：最後に報告事項がございまして、2点ございますので、東京都よ
りご説明をお願いいたします。

○榎本課長：報告事項が2点ございます。

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
の設置についてでございます。

この調整会議では、ほかの圏域もそうですが、在宅に関する意見は多くいた
だいております。一方で、調整会議の場におきまして在宅での連携や取り組み
などについて議論するには、なかなか時間的余裕もないかと思っております。

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いますが、その中の一つに関係区市町村の連携というものがございます。

こういったものに該当する事業といたしまして、新たに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2次保健医療圏における地域医療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、今後の取り組みなど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、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。

開催時期ですが、平成29年の9月から11月ごろに予定をしております、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、幅広い意見交換が主と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について検討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いても、このワーキングの中で資料として提供しながら議論できればと考えております。

続きまして、資料の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、病床の機能分化、連携、在宅医療、介護の推進などを、合理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。

本日は基金事業が幾つかございますが、病院、病床等の整備にかかわるものについてご説明いたします。

資料の左側ですが、こちらは施設設備整備ということで、ハードの補助金でございます。

こちらにつきましては、平成29年度の対象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病床の機能転換等を行う医療機関に対して施設整備の補助をするものでございます。併せまして、施設整備以外にも設備整備ということでの補助金も用意しております。

資料の右側ですが、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。

こちらにつきましても、同様に、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をする病院に対しての補助でございます。

主な内容といたしましては、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であったり、開設後の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を補助するものでございます。

こちらは国の基金事業でございますので、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考えております。

報告事項は以上でございます。

○鈴木座長：ありがとうございます。

最後になりますが、調整会議は情報を共有する場なので、最後にぜひ情報共有や最後にご意見をおっしゃりたいということであれば挙手をお願いします。

○荒井（牧田総合病院）：牧田総合病院の荒井です。

全体的なことというか、うちの法人のことですが、3年後、ちょっと先ですが、今大森にある病院を蒲田に移転する予定にしております。

それに伴いまして、蒲田分院というのが蒲田にありまして、120床のうちの60床が回復期で、60床が療養型です。要は、ここの話の中の回復期機能が60床あります。

それを再編をいたしまして、できれば回復期機能を60床増やさせていただいて、この補助金の問題もありますが、できれば回復期機能を今の倍にさせていただいて、より円滑な地域内での流れをつくっていただければと考えております。

うちの法人のことでありますが、全体的なことに影響させていただける可能性もありますので、早目に報告をと思ひまして、きょう言わせていただきました。

○鈴木座長：この場で報告していただくのが一番ありがたいことだろうと思います。

○高野副座長（東京都病院協会）：蒲田の話題が今出ましたが、私の属する蒲田医師会でもこの会議で上げてほしいということが出ていまして、それは小児医療に関することでございます。きょう担当の先生がお見えになっていると思いますので、よろしいでしょうか。

○神川（蒲田医師会）：蒲田医師会で小児医療を担当しています神川と申します。

どうしてもここの会の中で出てくるのはやはり大人の話で、子供の話がほとんどないというのが実感なんです。

ここで出ている高度急性期、急性期、回復期、慢性期という病床は、区南部には小児において全くないです。この中で子供たちの地域包括ケアを小児科医にしろと言われても、医療提供体制がないのに地域包括ケアができることは無理だと思います。

ですので、もっと大きな視点で、各病院の大人の部分と別個に、小児についてだけはもっと別箇で考えていただいて、この地域で何が必要かということをご検討いただきたいと思います。

医療計画の中に小児の分もありますので、ぜひご検討をお願いしたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

この部分に関しては東京都の医療計画でどう書くかというところになってくるのだらうと思います。

今のお話の中で、地域包括ケアというのは、国が言っているのは高齢者ということですが、小児も障害者も含めた、非常に幅広い地域包括ケアをお考えの上でのご発議だということなので、その辺は東京都も十分認識しているところではないかなと思うわけです。ありがとうございます。

ほかに何かございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局のほうにお返しをいたします。

4. 閉 会

○矢沢部長：活発なご議論ありがとうございました。きょういただいた意見を簡単にまとめさせていただきます。

まず、慢性期になって医療の必要がない方の行き先といったところや転院先、それから、慢性期で独居で看取りの方というところが問題になっている。

また、10種類以上の薬を飲んでいらっしゃる方だと、なかなか今の診療報酬体系では慢性期で診ることが難しい。

また、同じような診療報酬で申しますと、地域包括ケア病床になる、ならないについても、診療報酬の改定に少し合わせた考え方が必要なんじゃないかというご意見もございました。

一方、慢性期の空床はもったいないよねということや、あるいは、回復期リハから転院をする場合、もともと急性期から来た患者さんの情報が手前でないので、そこで情報の共有が難しいということ。

病院と診療所の双方の正しい理解があれば、そういったことは解決できるんじゃないかというお話がございました。

また、患者さんの要求が変化しているといったご意見や、地域内のグループの連携することも必要なのではないかということでした。

東京都といたしましては、患者さんが望むところに行かれることができる社会をつくるというのが、最終目的でございます。どこかに肩入れしようとか押し込めようとかということではなくて、ある程度必要な選択肢を必要なだけ準備できるような施策が重要だと思っております。

具体的にどういうものがどのくらい必要なのかというのは、なかなか患者さん自身が、看取りの場、あるいは、ご家族が病気になる、ご自身が病気にならないと考えないのが現状だと思いますので、ぜひ先生方が、患者様からお伺いしたようなお話を、私どもにもまたお聞かせ願えればありがたいと存じます。

また、小児医療については、小児医療協議会のほうでこれから在宅のことを検討してまいりますので、併せてよろしくお願いたします。

あと、事務連絡がございますので、少々お待ちください。

○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ので、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点目ですが、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、本日は長い時間でしたが、ありがとうございました。

(了)