

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

平成 29 年 7 月 11 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

平成 29 年 7 月 11 日 開催

1. 開 会

○榎本課長：それでは、定刻となりましたので、区東部の「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 猪口副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○猪口副会長：皆さん、こんばんは。東京都医師会の猪口です。

この調整会議はもう何回かやっています。この会議の特徴は、精緻な将来の推計を出すことではありません。もう将来のことですから、いろいろな数字をもってしても、ほどほどの未来しか見えてきません。

そういう中で、我々、ここに集まっている方たちのほとんどは、病院の経営に携わっている方たちなわけですから、将来、どういう医療提供体制にすれば、

この区東部の住民の方たちに、医療をどうやって提供できるか。それが表向き
の話であります。

そして、裏向きというか、我々医療機関自体としてみれば、どういう経営を
すればいいのかということになります。

ここの議論で、不確実な将来に対して、一生懸命思いをめぐらすために、そ
ういう議論をしなくてはいけないところを、技術論として、「こんなことをや
っていたってわからないじゃないか」ということを、今ここでちゃぶ台返し
みたいな議論をしてもしょうがありませんので、皆さんからすれば拙いとい
う情報の中で、一生懸命考えて、将来を考えてもらいたいと思います。それが1つ
目であります。

それから、2つ目として、「地域包括ケアごとに病院がないと困る」という
議論をされたところもありました。そんな、中学校区域に1つずつ病院がで
きるわけがないです。地域包括ケアというのは、密着した生活圏の中に、それ
だけ満足した病院ができるわけない。

それと同じような発想において、1つの区の中に満足した、閉じたような医
療提供体制もできません。二次医療圏の中にもできません。東京都は、特に区
部においては、区中央部に圧倒的な高度急性期病院があって、それをうまく利
用していこうという地域です。

ですから、その中に全部閉じていこうという発想はあったほうがいいに決ま
っています。げたで歩いていけるところに、高度急性期から長く寝てられる
ところまで、全部あったほうがいいに決まっていますが、その中で譲れるもの
は譲って、譲れないものは譲れないんだという議論が大事なかなと思います。

そうすると、「足りないものは何なのか」ということが、やはり決め手にな
ってきますので、きょう、今までの資料とは違いまして、将来にわたったスト
ーリーがわかるような資料展開になっておりますので、ぜひとも深い議論にな
っていくよう、皆さんのご協力をよろしくお願いいたします。

○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、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。東京都福祉保健局の矢沢でございます。

きょうは、調整会議の今年度第1回目ということでございます。国のほうでは、年4回以上の調整会議の開催ということをお申しておりますが、私ども東京都においては、今はまだ病床機能報告も未熟な段階で、会議ばかり何回もやってもということで、今回、私どもはこの地域の課題をあぶり出せればよいと思っております。

きょうの議題の中で、3つ目「データ／アンケートから見る構造区域の現状」というのが、きょうのメインのテーマでして、これまで、調整会議で病床機能報告の結果ですとか、DPCのデータを使って、この地域のデータをお示ししてまいりました。

今回は、そのデータと、去年の年度末に皆様をお願いをしましたアンケートの結果、構造区域をどういうふうにそれぞれの区域の方が見ていらっしゃるかというものを見比べていただいて、この構想区域が、この医療圏がどういうところで、今どんな課題が最も重要な課題なのかというところを、きょう、もし共通認識を持っていただければ、それがきょうのゴールでございます。

その議論に際しましては、少しお時間を長めにとっておりますので、できるだけ多くのご発言をいただきまして、共通認識のもとに事業が進められるようお願いしたいと思います。

きょうはどうぞよろしくお願いいいたします。

○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、よろしくお願いいいたします。

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

○湯城座長：皆様、こんばんは。座長の墨田区医師会の副会長の湯城です。

それでは、早速議事に入りたいと思います。議事として、3つ上げられておりますが、まず、(1)平成28年病床機能報告速報値について、東京都より説明を受けたいと思います。

○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、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年に比べて、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。高度急性期機能につきましては、25.8%ということで、27年と比較して3.3%の増。急性期機能につきましては、42.2%ということで、4.4%の減。回復期機能につきましては、全体で9%ということで、0.8%の増。慢性期機能につきましては、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。

4枚目には、区東部の状況をまとめてございますので、それをご覧ください。

こちらの資料の左下でございますが、区東部の状況を表にして整理しております。平成28年のところを見ていただきますと、高度急性期機能につきましては、1573床ということで、前年より30床の増となっております。

急性期機能につきましては、4477床ということで、前年より238床の減。回復期機能につきましては、855床ということで、34床の増。慢性期機能につきましては、1107床ということで、52床の増。トータルいたしますと、8012床ということで、122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が、高度急性期機能の増につきましては、急性期機能からの機能変更。急性期機能の減、回復期機能の増につきましては、急性期から回復期への機能変更。慢性期機能の増につきましては、増床が主な変動要因となっております。

本日は、そのほかに参考資料1といたしまして、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。こちらにつきましては、後ほどお目通しをいただければと思います。

資料の1の説明は以上です。

○湯城座長：ありがとうございました。

今のところで質問もおありかと思いますが、次の議事の後に、併せてまとめて行いたいと思います。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○湯城座長：議事の2つ目としまして、地域医療に関するアンケートについてですが、これに関しては、ご回答いただいている先生方もいらっしゃると思いますが、昨年度の調整会議の結果を踏まえて、都内の病院等に対し、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。

○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、調整会議を全ての医療圏において実施させていただきました。資料2の一番上にありますとおり、昨年度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とき、高いデータがあったときに、その要因を考え、低いこと、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思っております。

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つながりづらいケースなどがございました。

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、こちらにつきましては、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、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の説明は以上です。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、今までのところで、議事の1と2の説明を受けましたが、ここまですべて何かご質問がありましたらお受けしたいと思います。フロアからでも結構です。

○新井委員（東京都リハビリテーション病院）：東京都リハビリテーション病院の新井でございます。

資料1の最後の4／4というところで、ちょっと気になったので質問させていただきたいのですが、平成28年の左のグラフに「将来推計」と書いてありますが、これはどのぐらいの将来的な推計ということなのでしょうか。

難しいとは思いますが、10年とか20年先の話なんのでしょうか。それとも、ずっと先の話なんのでしょうか。

○榎本課長：こういった地域医療構想におきまして、2025年の将来推計を出しておりますが、2025年の推計ということです。

○新井委員（東京都リハビリテーション病院）：に、向けてということですね。わかりました。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。
特にないようでしたら、次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

○湯城座長：次は、「データ／アンケートから見る構造区域の現状について」で、きょうのメインテーマということですが、先ほどの説明にもありましたように、前回の調整会議で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の話し合いを行いました。

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でお示し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。

では、東京都から説明をお願いしたいと思います。

○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ります。28年度の調整会議において紹介しました、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ものとなっております。

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、在宅医側からのそれぞれの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っておりますので、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っております。資料上段にあります人口についてですが、区東部は、東京都全体に比べて、高齢化の進行が遅い地域で、高齢化率が25%を超えるのも、都全体より10年遅くなっております。

高齢者単独世帯、高齢者のみ夫婦世帯の割合についても、東京都全体と比べると低くなっております。

医療資源の状況につきましては、中小病院の割合が約8割と高い地域となっております。また、高度急性期から慢性期機能までの全ての機能で流出超過となっております。高度急性期機能から回復期機能までは、主に区中央部へ。慢性期機能では、主に区東北部や千葉県などに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。区東部には、特定機能病院が1施設ありますが、区中央部への患者の流出が多くなっております。流通患者の約6割が区中央部への流出となります。

流出患者のうち、約2割はがん患者で、そのがん患者の約9割が区中央部へ流出しております。

病床稼働流通につきましては、75.6%と都平均に比べて低く、区部では最も低くなっております。

なお、アンケートでは、高度急性期機能にいただいたご意見では、「不足している」といったご意見ですとか、患者の受け入れ体制の強化を求める声などが出ておりました。

次に、急性期機能のデータをご覧ください。急性期機能は、高度急性期機能に引き続き、区中央部に入院する患者が多く存在しております。流出患者のうち、約5割が区中央部へ流出しております。

高度急性期から回復期機能まで、区中央部への流出患者が多く、区中央部との連携を踏まえた上で、流出したがん患者が戻ってくる際の入院、通院先など、地域で受け入れる病床の整備ですとか、医療機関間の連携体制を考えていくことも必要かと思われまます。

アンケートのほうでも、地域で求める役割のところに記載をしておりますが、「高度急性期の治療終了後は、地域の病院で受け入れてほしい」といったようなご意見も出ておりました。

中小病院の割合が高い地域でもありまして、こうした地域に身近な医療資源なども活用して、流出した患者が地域に戻ってくる際の受け皿を整備できないかといったことも考えられます。

また、データのほうに戻りまして、上から2点目になりますが、病床機能報告におきまして、全ての病棟を急性期機能としている病院が多くなってまいりました。今後は、その実態に応じて、機能を分けて報告するなど、病棟単位で機能分化の余地はないかといったことも考えられます。

また、家庭への退院割合につきましては、80.4%と、都平均より高くなっております。

一方、退院調整部門を持つ医療機関の割合は53.5%と、都平均に比べて低くなっております。

その他の下のところにも記載しておりますが、この急性期機能に限らず、区東部では退院調整部門を持つ病院の割合が低くなっておりまして、回復期機能、慢性期機能につきましても、各機能の一番下に記載しておりますが、回復期機能につきましては、54.5%、慢性期機能につきましては、49.4%と、

いずれも退院調整部門を置く病院の割合が、都平均に比べて低くなっておりま
す。

回復期機能では、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が1割を超えて
おりますが、在宅に向けた退院調整が十分であるかどうかといった点も考えら
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として、在宅医の右側のほ
うに記載しておりますが、「退院後の環境が整っていないまま、急性期病院か
らいきなり在宅へ退院というケースがある」といったご意見ですとか、「退院
前の情報は早めに欲しい」など、連携や情報共有に課題を感じているようなご
意見も出ておりました。

また、病院側からも、「病院のMSWと地域のかかりつけ医、ケアマネとの
連携が不足している」といったような声も出ておりました。

調整や連携においては、課題はいろいろあると見られますが、今後、在宅医
療の需要の増加が見込まれる中で、病院と診療所などの連携が重要なポイント
かと考えられます。

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も、高
度急性期機能から引き続き流出している患者を含めまして、区中央部への流出
が多くなっており、病床稼働率は80.4%と都平均に比べて低くなっており、
都内で最も低い区域となっております。

アンケートでは、回復期機能につきましても、「不足している」、「回りハ病
床が不足している」といったようなご意見が出ておりました。

また、そのほかにも、「急性期後の在宅復帰までの機能回復を行う受け皿の
不足」、「急性期病床の不足」といったようなご意見も出ておりました。

こうした役割を期待される地域包括ケア病床ですが、データの上から2点目
にも記載しておりますとおり、地域包括ケア病床の導入が進んでいる地域では
あります。

この病床が、ポストアキュート、サブアキュートなど、どのような使われ方
をしているのかといった点が考えられます。

入院時のデータになりますが、院内からの転棟割合が44.7%と、都平均
に比べて高く、こちらは都内で最も高い割合となっております。

一方で、家庭からの入院については、11.3%と、都平均の約半分の割合となっております。この点から、主に院内の転棟に使われているものと考えられます。

なお、サブアキュートに関しましては、在宅の先生から、受け入れに関していろいろとご意見をいただいております。

アンケートの在宅医の左側のほうに記載しておりますが、急変時のスムーズな受け入れを求める声ですとか、認知症患者や休日・夜間の受け入れ先の確保が困難といったような声もいただいております。

こうしたポストアキュート、サブアキュートなどの機能を担う病床は、求められているところでありまして、このような役割が期待される地域包括ケア病床などの地域包括ケアシステムを支える病床の整備は、この地域でも課題の一つと考えることができるのではないかと考えております。

次に、データの、慢性期機能のほうをご覧ください。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、都平均の約6割、介護療養病床は都平均の約5割と、都平均を下回っております。患者は区東北部や千葉県に流出しております。

病床稼働率につきましては、86.3%と、都平均よりも低くなっております。

また、平均在院日数につきましては、110.7日と、都平均よりも40日以上短くなっており、区部では一番短くなっております。

アンケートで、慢性期につきましては、「療養病床が不足している」、「病床の減少により転院先が減っている」、「患者が構想区域内に流出している」といったようなご意見が出ている一方で、「慢性期病床は空きつつある」といったご意見もありました。

構想区域内の完結率が38%と低く、区中央部、区西部に次いで低い地域となっておりますが、病床稼働率は都平均よりも都平均よりも低くなっております。

アンケートの中で、地域で求める役割のほうに記載しておりますが、「できる限り、地域で継続的、包括的に医療が提供できるように、地域連携の強化が

必要」といった声も出ており、地域住民の医療を支えていくために、区東部の慢性期機能の体制をどう考えていくかという点もあるかと思われま

す。またデータのほうに戻りまして、療養病床につきましては、ケアミックスの病院が多いことから、他の病院、診療所から転院してくる患者が少なく、その割合については、都平均が約3割に対しまして、区東部は2割弱となっております。

一方で、院内の他病棟からの転棟割合が高く、区東部は58%、また、家庭からの入院についても2割強と、一定程度存在しております。

また、死亡退院割合につきましては、22.5%と、都平均に比べても低く、区部では最も低い割合となっております。

なお、記載はしていませんが、家庭への退院割合につきましては42%と、こちらは都平均に比べて高く、区部では最も高い割合となります。

こういった点から、区部の中で平均在院日数も短く、死亡退院割合も低いということで、家庭へ帰る形がある程度できているのかなと見ることもできるかと思われま

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。

この資料の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。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しまして、事務局の案として挙げております。今回は3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、高度急性期機能から回復期機能まで、患者が区中央部などに流出していること、中小病院の割合が高いこと、病床稼働率が低い機能があることといったものがあります。

患者が流出する一方で、急性期機能を除く各機能の病床稼働率が低いということから、地域に身近な中小病院などの、今ある医療資源を最大限活用し、地域住民の医療を支えていくためには、どのようにすればいいのかということ

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は、例えば、高度医療を提供している他の構想区域から戻ってくる、退院患者を受け入れる病床ですとか、医療提供体制をどのように整備していくのか。そのために不足している機能は何か。また、それをどのように補っていくのかといったようなこと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、全機能において退院調整部門を置いている病院の割合が低いこと。回復期機能において、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高いこと。地域の診療所からは、丁寧な退院調整を求める声が出ていること。

病院から、「かかりつけ医とケアマネの連携が不足しているとの声が出ていること」といったようなものがあります。

退院後に在宅医療を必要とする患者がいる一方で、退院調整部門が少なかったり、「連携が不足している」といった声もあることから、在宅へ向けた退院調整への取り組みが課題であると考え、これを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、地域のかかりつけ医やケアマネとの事前の調整や連携体制は十分できているかどうか。今後、連携を進めていくにあたって、課題があれば、そういった点からもご意見をいただければと思います。

次に、3点目ですが、地域の特徴として、「地域包括ケア病床の導入が進んでいること」、「中小病院割合が高いこと」、急性期後の在宅復帰に向けた機能が不足している」との声があること。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」ことといったものがあります。

これらの点から、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のように整備していくかということを、3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、現在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。この地域包括ケア病床を活用するための病院間の連携はどうなっているのか。連携が不足していれば、何が課題なのかどうか。

そして、こういった現状を踏まえて、地域包括ケア病床を、今後地域でどのように整備し、活用していくのかといったことなどからご意見をいただければと思います。

以上、3点につきまして、議論をお願いできればと思います。今回は、この3点全ての課題について、議論をいただくのは難しいのかもしれませんが、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。

○湯城座長：ありがとうございました。

いろいろと頭を整理しなければいけないところなんです、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ということですね。

資料4では、事務局で、それをもとにした案といいますか、議論の方向性に関するものを示していただきました。

初めに、資料3に関して、ご質問、ご意見等がありましたら。

○竹川委員（愛和病院）：愛和病院の竹川でございます。

在宅の概念ですが、本当の自宅に帰る場合と、例えば、サ高住とかいったところの施設在宅に戻る場合がありますが、その割合というのをどういうふうにデータとしてとって在宅と言われているのかをお聞きしたいのですが。

○湯城座長：これに関しては、東京都のほうで資料とかデータはおありでしょうか。

○矢沢部長：それは、「在宅等」ということで数えています。

○竹川委員（愛和病院）：そうしますと、例えば、論点2の在宅に向けた退院調整の取り組みなんですけど、本当の東京で自宅に帰る在宅と、そうではない、いろんな会社が今、サ高住とかたくさんつくっていますが、そこも厚生労働省は在宅として認めていますから、それによっても随分変わってきます。

サ高住とかが入ってしまうと、ちょっと情報が戻ってこないとかいったこともあると思うので、そのあたりも、実際に「在宅」という言葉を使うのであれば、分けて考えないといけないと思いますので、よろしく願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。

○上條委員（昭和大学江東豊洲病院）：昭和大学江東豊洲病院の上條です。

このデータを見ますと、高度急性期と急性期は区の中央部に流れて、慢性期は区東北部や千葉のほうへ流出してしまっている。ちょっと、区東部の人たちがさぼっているみたいに見えるんですが、そういうわけではないかなと思います。

課題の1つ目と2つ目にあつたのと、論点1と論点2と関係していると思いますが、こうやって、機能間でうまく調整がついていないというのは、調整部門を置いている割合が少ないと書かれているんですが、中小の病院が多いから、どうしてもそこまで退院調整の部門に人材を置くところがなかなか少ないのは、これは多分、関係しているのではないかと思うんです。

小さい病院で、MSWをたくさん置けるところはなかなか少ないので、これは多分一緒のことなのかなと思うんです。

ちょっとほかの、東京都で、例えば、地域全体を見る、調整するような人がいるようなところがあったりとか、そういうのがあるのかどうかを教えてもらえたらなと思ったんですが。

○榎本課長：なかなか地域全体でそういった退院調整をやっているという地域は、今のところ、調整会議をいろいろやっていますが、そういった声はないのが現状です。各病院で退院調整機能を置いてやっているのが現状でございます。

○矢沢部長：地域でそういうコーディネートをする機能があったほうがいいというお考えからのご質問ですか。

○上條委員（昭和大学江東豊洲病院）：なかなか中小の病院でMSWを持っているというのは結構難しいのではないかと思います。なかなか人件費もかなり高くなりますので。

そうすると、これをうまくやるには、もう少し工夫をしないと、区東部はベッドが空いているのに、うまく使えてないということですよね、これだけを見ると。そうすると、何かちょっと工夫をしたほうがいいのかなと思って、ほかのところはどうなっているのかなと思って聞いてみました。

○竹川委員（愛和病院）：竹川です。

今、上條先生から余り怠けているというか、そういう話が出ましたが、逆に考え方を変えると、病床稼働率が低いということは、特に、私は慢性期の代表で出ているので、慢性期機能としてでも、

例えば、老健とかで今、強化型老健と昔ながらの老健とあって、強化型は、やはり在宅復帰率とかをすごく出していかななくてはいけないので、そうすると、回転が早くなるんですね。

老健でも病床稼働率が下がるんです。70%ぐらいに行ってしまいますから。そうすると、そこはさぼっているわけではなくて、すごく頑張っている在宅に戻っています。

慢性期も同じで、できるだけ頑張って、早く在宅復帰されると、病床稼働率が下がってしまうので、ただ長くずっといさせているところと、そうではないところというのはあると思いますので、決してさぼっているという感じではないと思うんですね、病床稼働率が低いということは。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにもございましたら。傍聴席のほうからも、どうぞ。

○土谷（葛西中央病院）：葛西中央病院の土谷と申します。

質問というか確認なんですが、資料4の今回の課題の中で、論点1の中の一
番右上ですね。病床稼働率、今も議論になっているところなんですが、具体的
な数字はどこかに書いてあるんでしょうか。病院ごと、あるいは地区ごと。そ
の具体的な数字がちょっと見当たらなかったんですが、ここにはないのでしょ
うか。

○榎本課長：病院ごとには今はないんですが、例えば、高度急性期でいいます
と、区東部の場合は75.6%。

○土谷（葛西中央病院）：それは今回の資料の中に入っていますか。

○榎本課長：資料の中の1/2のところに入っております。1/2の左のとこ
ろに、高度急性期は75.6%、回復期機能につきましては80.4%です。

○土谷（葛西中央病院）：区東部全体でということですね。

○榎本課長：区東部全体です、これは。

○土谷（葛西中央病院）：区ごとの資料はお示しいただけないのでしょうか。

○榎本課長：ちょっと今、こちらで集計しているのは医療圏ごとになっておりますので、区ごとの稼働率というのは手元にない状況です。

○土谷（葛西中央病院）：具体的な数字があったほうが、例えば、私もそうですが、うちの病院が今後、どういう病院に転換したらいいかなという参考になるかと思ひまして、質問させていただきました。

つまり、敢えて病床稼働率が低いところに転換しようとは思わないかなと思つたということです。

○湯城座長：ありがとうございます。

データに関しては、今後は区ごとのデータを出していただけるというような方向性にはなっているのでしょうか。多分、医療圏の国のデータとかはあるんでしょうが。

○榎本課長：いろいろと技術的な部分もございますので、どこまでできるかというのは、また、今年度の集計結果をいろいろ分析していきますので、その中で、できる部分とできない部分というのはあろうかと思ひますので、検討させていただきたいと思っております。

○上田委員（都立墨東病院）：墨東病院の上田と申します。

ちょっと基本的なことでわからなかったんですが、例えば、墨東病院の場合は、高度急性期のところで494床ということで報告していて、ほかに急性期のほうにも、少ないながらも報告しているんですが、そういう場合に稼働率というのはどうやって出されているのかなと思つて。

494床についての稼働率というよりは、恐らく、急性期も併せたところの稼働率の話なのか、それとも、何らかの格好で高度急性期のところだけの病床でもって出しているのか、そのあたりはどうなんですか。

○榎本課長：こちらは病棟ごとの患者数で割り返してやっておりますので、各病院の機能ごとの稼働率ということになっているかと思ひます。

○上田委員（都立墨東病院）：同じ患者でも、動く中で、病院としての稼働率というのはわかるんですが、高度急性期の稼働率と急性期の稼働率というのは分けられるのかなと思って、同じ病院で機能を2つ持っている場合に。

○榎本課長：こちらの病床機能報告で病棟ごとに患者数を出していただいていますので、それをもとに集計しておりますので、機能ごとの病院の中の機能ごとの稼働率ということになっております。

○矢沢部長：病床機能報告で高度急性期と報告していただいている病床に、1ヶ月で何人入院しているか、という数字を出していただいている、それで割り返して病床稼働率を出しておりますので、精緻ではありませんが、病院からの報告に基づいた数字です。

○上田委員（都立墨東病院）：このデータはあくまでも我々のほうから報告したデータでやっているということですね。わかりました。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。

きょう、この時間で何か一定の結論を出すとかということではなくて、あくまでも情報共有とかいろんな考え方とかがあるんだなということをお互いに知ることが重要だと思いますので、どんなことでも結構ですが、ご意見をいただければと思います。

○上田委員（都立墨東病院）：墨東病院の上田です。

先ほど、慢性期機能のところ、区部で一番短い在院日数だったということですが、高度急性期のところの在院日数はどうだったのか、聞き逃したのかもしれませんが、高度急性期の在院日数はほかのところと比べてどうだったのでしょうか。

○榎本課長：高度急性期につきましては、9.3日ですので、都平均が9.4ですので、ほぼ都平均と同じぐらいとなっております。

○矢沢部長：ちょっと補足させていただきます。病床稼働率が低いというのは、さぼっているとかそういう議論ではなくて、病院があつて病床があるのに、その分、患者さんが出てしまっているのはもったいないのではないかという発想で、問題提起をさせていただいています。

これは、地域に住んでいらっしゃる方は、なるべく身近なところで入院したいと思われる方が多いのは、データ上わかっていますので、そのあたり、どういう仕組みがあれば、あるいはどういうツールがあれば、もう少しその地域の方が、

例えば、高度急性期で区中央部に行ったとしても、その後、お家に帰る前に近くの病院に入院したいということを希望されたときに、どういうことがあればその辺が可能なかといったようなことも含めて、ご議論いただきたくて出した病床稼働率の低さでございますので、そういった観点からもご検討いただければありがたいと思います。

○湯城座長：いかがでしょうか。ほかに。

○安田委員（松江病院）：松江病院の安田です。

どうも自己申告しているから高度急性期だといって議論していると、どうも進まないような感じがします。

やはり、国が考えている高度急性期というのは、これからも7対1というのは残るのかどうかわかりませんが、DPCの1群、2群のような病院とか、7対1、あるいは10対1でも、相当重症度、医療看護必要度の高い患者さんをたくさん取っているような病院が少し残って、かなり絞られてくると思います。

その高度急性期と、自己申告している病院との間にかなり乖離があると思うんです。ですから、それでこの議論をするのはちょっと無理があるのではないかという気がします。

そして、急性期、回復期、いろんなどころも、やはり早く退院させなければいけないので、稼働率が下がってくると思うんですが、重症度、医療看護必要度の高い時期というのはごくわずかであって、その後グッと下がってきますから、その患者さんを抱えていると、平均在院日数の問題があるので、無理やり出そうとするんです。

ただ、療養病床に出そうとすると、療養の入院基本料2の患者さんが難しくなってきましたので、治っていないような患者さんを、無理やり在宅、あるいはそれに近い施設に出しているんですが、またすぐに「痰が多い」とか言って戻ってくるわけです。

ですから、なかなか病院に置いておけないので、稼働率が上がらないという面があるかと思います。全体として、自己申告でやっているこれと、本当にその病院が高度急性期なのか、急性期なのかというところは乖離があるので、この議論が非常に難しくなっているかと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

あくまでも推計値とか、実際、これは2025年の時点で、この地域でどういう医療体制が望ましいのかというのが多分求められている話だと思うので、そのときに、この地域にどういうベッドが必要かとか、どういう機能のものがということで、増えていく後期高齢者といいますか、受け入れる体制をどのようにつくっていくかということになるんだと思います。

ですから、結局、現状では、ここにあるような推計値とか、そういったものを、とりあえずのたたき台にするしかないと思うので、確かに、それが合っているとかあっていないということは余り細かく言っても、先に進まないのかなということはあると思います。

このアンケートに関しても、これは全員が回答したわけではないので、一部の方だけといいますか、そういうこともありますので、そういう意味でも、こういう会議の場で、できるだけ情報共有をしながら共通認識を持てるような形になっていけばいいのかなと思います。

ほかにいかがでございましょうか。

○土谷（葛西中央病院）：葛西中央病院の土谷です。

もう少し深く見てみるとギャップがあって、どうしてなのかなと思って納得というか、得心できないんですが、その一つが、先ほどから問題になっています、特に回復期の病床稼働率が低いという事実があるにもかかわらず、アンケートの結果では、「回復期の病床が足りない」という声が上がっているんですね。そこのミスマッチがこの地区の一番の問題なのかなと思います。

そちらの回復期の病床利用率が上がる、つまり、急性期からの移動がスムーズに行けばいいのかなと、誰でも思うと思うんですが、そのあたりのギャップがどこが問題になっているのか。

答えが出れば、言えれば、この会議は要らないのかもしれませんが、どなたがお答えになるのが適当なのかわからないんですが、そのあたりが問題なのかなと。スムーズな連携が行ってないといえ、一言で終わってしまうんですが、そのあたりはどなたかご意見があれば聞かせていただきたいと思います。

○上田委員（都立墨東病院）：墨東病院の上田です。

私は、回復期とか慢性期のほうの専門ではないんですが、例えば、慢性期について言えば、在院日数が区部の152日に比べて、110日と非常に短いから、稼働率が悪くなってしまおうという状況があって、どうして短いのかというと、これはまた議論しなければだめだとは思いますが、そのあたりが関係して

いて、
逆に言えば、例えば、慢性期のところについて、もっと都平均ほど在院日数を長くしてしまったら、あふれてしまうような状況があるのかなと思いつつ考えていたので、答えになるかどうかわかりませんが、そういうところかなと思っています。

○湯城座長：なかなか難しいところですが、ほかに。

○梶原（梶原病院）：梶原病院の梶原と申します。

教えていただきたいのですが、論点2のところ、全機能において退院調整部門を置いている病院の割合が低いと書いてあるんですが、これは病院、部門

を1つということでしょうか。実際に稼働しているMSWの数と病院の床数とを比較して書いているものなのですか。病院1つに1つあれば、それは足りているという書き方なのでしょうか。

今の問題だと思うんですが、実際、大学の先生方が、MSWが足りなくて非常に苦勞されているということをよくお聞きするんですが、この表として、退院調整部門を置いている、置いていないではなくて、もしかして、床数に対して、どのぐらいMSWの方がいらっしゃるのかという表現にしていったほうが、実際の退院調整というのは、表記としてうまくいくのではないかと思ったのですが、いかがでしょうか。

○榎本課長：こちらの退院調整部門の定義というのは、病床機能報告の中で、特にこういった人を置いたから退院調整部門とか、そこまで定義しておりません。

病院のほうで、退院調整部門があるかないかだけで、その中身については特に取っておりませんので、あくまでもあるかないかでの報告での集計になっています。

○梶原（梶原病院）：ということは、大きな病院で1人いても、小さな病院について1人いてもということになりますと、実際問題、それぞれの退院調整の方にかかる負担というのは、全く異なったものになりますし、機能が違ってくると思うんです。

ですから、もしそうであれば、退院調整部門を置いている病院の割合が低いという言葉だけで、稼働率についても関係してくると思いますので、そっちの数で出していくべきではないでしょうか。

○猪口副会長　ここの東京都さんの資料4のところに出ていところで、それに対して土谷先生がおっしゃいましたが、高度急性期で区中央部に行った患者さんが、早めに区東部に戻ってくれば、全体の稼働率が上がるのではないかとということをおっしゃっていて、まさにそうなんだろうと、私自身は思っています。

退院調整部門の数の問題というよりは、区東部全体の退院調整機能の問題。だから、全体としてのそれぞれの病院が、満足のいくほどの機能を持っていないのかなと。

あと、もう1つは、区東部の医療機関と余りひもづけがされていないまま、患者さん自身がどんどん区中央部に流れていくとすると、戻ってくる場所がない。

だから、余りにも区中央部と密接過ぎてしまって、患者さん自らが、もともと区中央部に医療機関を持っていて、その中で高度急性期の入院をしまして、区東部のひもづけのないまま入院してしまうと、戻ってくるのに非常に手間がかかる。

だからこそ、なおさら、区東部の医療機関、特に回復期、慢性期を担う医療機関は、退院調整というか連携部門をしっかり持たないといけないのかなという読みを、私はこれからしているんですが、どんなものでしょうか。

○富永（賛育会病院）：賛育会病院の富永といたします。

ソーシャルワーカーとして、私は、実際に退院支援をしてはいないんですが、流出された方、当院は緩和ケアもありますし、あと、整形外科の術後の受け入れもしたりしているんですが、やはり連携する受け入れと、疾病にもよるのかなと思いますが、がん患者さんの緩和の地域連携というのが、やはり課題になっているというのは、すごく実感しています。

システムの連携というのは本当にここで話をして、システムをできるようになったら本当に円滑になるかなということと、あと、やはり大学病院から、本当に丁寧な連携ができないまま、緩和ケアの相談も多いというのが実感です。

在宅支援については、最近、在宅支援の訪問診療の先生との連携をとり始めてはいますので、もう少しバックアップができる体制があると、もう少しできるようになるのではないかという、実践者の現場からの声です。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。

○土谷（葛西中央病院）：葛西中央病院の土谷です。

猪口先生が言われたように、先ほどもソーシャルワーカーの数の話がありましたが、例えば、ここには大学病院の先生はいないのかもしれませんが、うちの病院は57床なんですけど、MSWが1人います。

この前、別に名前を言っていないと思うんですが、医科歯科大学の膠原病・リウマチ内科の地域連携、大学ではなくて、膠原病・リウマチ内科として、地域の人たちと話したいという会があったんですね。

そこで、「大学病院のMSWは何人いるんですか」と聞いたところ、「具体的な数はわかりません」と答えられてしまったんです。つまり、大学病院の地域連携の数が非常に少ないのかなと思っています。

ここで言ってもしょうがないのかもしれませんが、例えば、膠原病・リウマチ内科は、ベッドでいえば、多分40とか50とか持っているんだと思います。

つまり、うちの病院と同等なはずで、「そこで1人、診療科ごとにMSWがいればいいのに」という話をしていたんです。だから、猪口先生がおっしゃるように、大学病院には行ったけど帰ってこれない人たちがいるのかなというのが、私たちに課せられた課題なのかなと思っています。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

今話を聞いて、ある大学の地域連携室のソーシャルワーカーの数を、この前ちょっと、たまたま話を聞くことができたんですが、8人なんです。約1000床のところでは8人。

やはり、区東部の医療機関が「連携機能が足りない」と言っているだけではなくて、区中央部の高度急性期を持っていっている病院の連携機能を、やはり強化してくれないと、話は双方向にならないのかもしれないですね。

だから、区東部のほうでそういうふうに思えるんだなという話を上げていただけると、今度はまた、もし、区中央部の会議があったときに、「どうなんですか」という話もできるわけですので、区東部だけの話ではなくて、もう本当に中央部と密接に関係しているこの地域だからこそ、そういう話があってもいいような気がします。

○上條委員（昭和大学江東豊洲病院）：昭和大学江東豊洲病院の上條です。

確かに、うちもMSWが少なくてもっといたらいいなと思います。ただ、ここでちょっと言ってもしょうがないのかもしれませんが、一つは、これだけ病床を回さなければいけないんですが、それなのに、行政のほうの対応がすごく遅いんです。

例えば、よく手こずるタイプは、後見人がいないとか生保の手続をしなければいけないという場合がありますが、そういうのがものすごく行政の手続が遅くてなかなか進まないんです。そうすると、転院できないというのが結構多いんです。

そういうのは、やはりこの病院がこれだけ変わったんだから、行政のほうも少し早く動けるように、今までと同じような対応をしていたのでは、こっちが追いつかないんじゃないかなと、ちょっと私は最近思うんです。

ですので、どこかの会議であつたら、区とか、主に区だと思いますが、その対応も少しこれを理解してもらわないと、こうして早く回さなければならぬんですが、手こずっている原因が結構、そういうのがないと、なかなか回復期とかにも回せないんですよ。

「保険がどうなっているかわからない」とかいう人も結構、高齢者で1人住まいでという人が多くなってきているので、その辺のところも、もし何かの機会であつたら、東京都のほうから言っていただけるといいかなと思います。ちょっと病床の話とずれてしまったのですが、よろしくお願いします。

○猪口副座長：寿康会病院の猪口と申します。

今の連携の話なんですが、連携室が前回の診療報酬改定で大きく変わって、退院支援に変わって、2病棟に1人、MSWを置かないといけないというふうに変ったんです。それで、退院支援1と今までどおりの2というのがあって、1を取らないと、実はその上の加算の連携パスが取れないんですよ。

それなので、今、多分、例えば、江東区、墨田区あたりで、墨東さん中心で、大腿骨と脳卒中のパスがあつたのが、今はもう消滅しているんですね。これは、ここの地域だけではなくて、全国でそれが起きてしまっているんで、その見

直しをどうするかということが、今回、診療報酬改定の大きい議題の一つになるかと思います。

というのは、今からそういう連携機能を持たないと、もうこの手の話ができないと思うんですね。だから、ぜひそこは頑張ってMSWを置いて、大きい病院もちゃんと退院支援加算の1を取って、連携体制を組めるようにしていくべきではないかと。もちろん、中小のほうも頑張ってやらないとまずいとは思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。

行政の側からのご意見とかというのはいかがでしょうか。3区のそれぞれ行政の代表の方がいらしていると思いますが。

○深井副座長：江戸川区の深井です。

確かにそういった制度を、行政も遅いというところだと思いますが、ご意見を伺いましたので。

○湯城座長：墨田区さんと江東区さんのご意見をいただければと思いますが。

○福内委員（江東区）：江東区の福内です。

今の手続以外のお話でもよろしいでしょうか。論点2のところ、在宅に向けた退院調整の取り組みというのが挙げられているわけですが、今、江東区でも、スムーズに病院から地域に退院をしていただくためにということなども含めて、在宅療養のための仕組みづくりをしています。

ただ、まだ入口に立ったばかりですので、やはり地域のかかりつけ医の方、ケアマネの方、それから、やはり行政も含めてですが、地域にいるほうの、ある意味で社会資源だったりマンパワーのほう、病院の事情というのをそこまでわからないのかなと。

きょう、お話を聞いていますと、やはり、例えば、MSWのことですとか、平均在院日数の関係での病床がなかなか空いている部分もあるけれども、それには理由があるですとか、やはりそういうことをもう少し、地域のいろいろな

関係機関なんかともっと共有していかないと、仕組みはできないんだなと感じております。

○北村委員（墨田区）：墨田区の北村でございます。

病院から退院調整に向けてということで、行政として何をどういうふうにやっていくかというところでは、今お話があったような点では、行政としては退院にあたっては、医療と介護と福祉、そして、医療機関と連携をとって、どうやったら地域の中でその方が在宅療養できるかという仕組みづくりというところで、地域医療連携の部分で構築を始めたところです。

ただ、まだまだ入口の部分で、なかなかそこが構築できていく過程にあるのかなと思います。

行政としては、医療連携の部分では、例えば、病院と病院の連携の病院連携、それから、病院と診療所、診療所と診療所の連携といったところの会議体等で、意見交換等をしていって、どういったところが課題で、行政として支援できるか、そのような方向性を探っているところでございます。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかに。

○中村（中村病院）：中村病院の中村と申します。

もう一度聞きたいのですが、病床稼働率は、急性期の機能では、都の平均、それから、稼働率は何%なんですか。

○榎本課長：急性期ですと、81.9%ですから、都平均が81.3%ですので、都平均よりちょっと多いという状況です。

○湯城座長：ほかにございませんか。

○藤野委員（東京都看護協会）：東京都看護協会の藤野と申します。

地域医療構想を考えたときに、やはり人材の確保と育成というのは大事な課題かなと思っています。

先ほども、退院支援加算のお話が出ましたが、MSWだけではなく、退院支援の看護師という役割もありますので、中小規模が多いこの地域ですと、人材をそこに充てるというのはなかなかハードルが高い問題かなと思いますが、その辺もやはり議論していくということが大事ではないかなと思っています。

あとは、顔が見える連携の場をどんどんつくっていくということが連携をスムーズにする一つかなと、仕組みづくりにつながるのではないかなと思いますので、東部地区支部でも、「チーム江戸川区」というのを行ったりしているので、その辺をまたさらに行政の方とも連携しながら強化していくということが大事なのかなと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

先ほど、一定の結論を出す会ではなく、情報の共有ということをお願いしましたが、この会議はきょうはこれで終わりということではなくて、また今後がありますので、次回以降、優先的に検討すべき課題といたしますか、そのことで東京都のほうからは、資料4ということで、案という課題整理というものをいただいているわけです。

これに絶対従わないといけないということはないと思いますが、次回以降、この場で優先的にこのことを話したほうがいいのかということがあれば、ご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○水口（山田記念病院）：山田記念病院の水口と申します。

いろいろ勉強になることを聞かせてもらいましてありがとうございます。

2025年の地域医療構想に向けた、このようなデータを活用することが、まず1点と、区東部は中小病院の割合が高いということで、診療報酬の改定に伴って、生き残り必死な部分、また患者さんの獲得の部分も必死にやって経営を行っているという部分もございます。それが2点目です。

また、それに伴って、国の方針として、在宅に向けた患者さんの退院調整ということで、それが3点目。

この3点がどうもうまく現場として、経営を考えていく中で、かみ合っていないといいますか、ちょっとしたずれが生じていて、このような病床の稼働率だったり流出等々が起きているのかなと感じております。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。

○猪口副座長：きょうは余り言うかどうかちょっと悩んでいたんですが、この地区で明らかにデータからいうと急性期が多くて、回復期が少ないというデータがあるんですね。高度急性期の問題はこれから少し整理されると思います。

この会がどこまでその力を持つのかというのは、ちょっとわからないんですが、江東区に今度、リハビリテーションの専門病院が200床でできるんです。回復期が少ないという以上、それはそれでいいのかもしれない。

ただ、そこが今度、「救急をやりたい」とか「一般をやりたい」というような話になってきているわけです。

そうすると、今、ちょっと多過ぎる急性期機能を持つという話になると、この構成から考えると、それはちょっとまずいんじゃないかという気がしていますので、まさにそれを調整する会議だとすれば、やはりそこは回復期たるリハビリテーションに特化していただきたいというようなことを、この会議は言えるのでしょうか。

そこはまだ、この会議がどこまで本当に力があるのか、私にはわからないので何とも言えませんが、理論的にいうと、そういう調整をここでやっていっていいのではないかという気がしています。

それは、江東区だけではなくて、やはりいろいろな区で、やはり病棟がだんだん機能が変わっていくときの整理として、そういう意見は出していてもいいのかなと思って、ちょっと発言させていただいたんですが、竹川先生はどう思いますか、江東区の代表として。

○竹川委員（愛和病院）：愛和病院の竹川です。

今、病院部もやっていますので、確かに、つくるときと今の状況と変わってきているというのは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の中でどこをやっ

ていくかというところで、整合性というところとちょっと難しいんですが、その病院自体は、実際にあと180床ぐらいというところが、いきなり今度は200床以上という増床になっているんですね。

それもいつの間にかということ、そのあたりをきちんとここで把握していくべきなのかなというふうに思っているんですが。私もそれぐらいしか言えないですが。

○藤崎（江東区医師会）：江東区医師会の藤崎と申します。

この会議は、今ある医療資源をどうやって最大限に活用していくかということが、非常に大きなテーマの一つかと思いますが、今度、新規参入ということになりますと、そのディスカッションがどこまで意味を持つかということになってしまうわけで、やはり見逃せないポイントになってくると思います。

新規参入に関しては、どういう根拠があって認可されたとかということも、できれば都のほうから説明いただいたりということがもし可能でしたら、希望として申し上げたいと思います。

○矢沢部長：まず、調整会議で病院の許可をすることはないので、それはご理解ください。東京都知事が許可をいたします。

ただ、今こうやって機能を皆さんで、病床機能報告が精緻ではないながらも見ているわけですね。ここで明らかに多いもの、データ上もそうですし、病床機能報告上もそうで、明らかに多い機能を新たにつくるということは、やはりそれはこの地域医療構想上は外れます。

だから、そこをつくるという話になると、東京都としても、実際にデータがしっかりある中ではとめることになります。

ただ、まだ東京都は、実は地域医療構想から考えると、8000床足りないとかいうデータが仮にも出ているので、そういう意味では、どこまで足りるか、足りないかという話は、なかなかきっちりとはできない。

だから、その結果、ここの会議で受けたお話は、私どもとしてはお受けするし、病院側としては、それを受けとめていただいてお考えいただくということ、でしかない。ここに何か拘束力があるものではないということです。

このあと、ご説明させていただきますが、今後、新しい機能に転換しようとか、新たな機能をつくろうとかいうようなご希望がある場合は、できるだけこの会議で、「どういう機能を持って、こういう医療をする」という情報提供をしていただきたいというのが、今後のお願いでございます。

これは、今ある病院が増やす場合も、新規参入する場合も同じです。そういった意見を、ここの中で、例えば、「いやいや、それは違うでしょう」というご意見を出していただくのは大いに結構でございますが、そのことと、病床の許可ということは全く違うことでございますので、そこはご理解いただければと思います。

○湯城座長：なかなかまとまりがつかないのですが、次回、優先的に検討すべき課題ということで、どうするかというのが、多分きょうの締めにはなると思っています。

ただ、今のお話ですと、例えば、新しく開設されるリハビリ病院とか、そういう代表の方もこういう場に来ていただいて、「今度、こういう医療を展開したいと思う」みたいなことを言っていただくということですよ。例えば、ここで。

実際に病院を許可するのは東京都知事がということで、それはもちろんそうなんだろうが、そういう手続とは別に、「この地域で、こういう医療を今後新しくやっていきたい」みたいなことも、それは強制ではなくてお願いということになるんですか。この会議がお願いをすると。

○矢沢部長：はっきり申し上げるのは差し控えますが、言っていただかないと、その中で一緒にやっていけないですよ。

○湯城座長：そうすると、新規に例えば、開設される医療機関の代表の先生方にも来ていただいて、「今後こういうことをしたい」とか、あるいは、既存の医療機関でも、このあと説明があると思いますが、病床転換するにあたっての補助とかいったことも制度としてあるということなんです。

ですから、今後、次回、年間スケジュールがどうなっているかですが、そういう新しく開設する医療機関があれば来ていただいたほうが、多分いいのだろうと思います。

○竹川委員（愛和病院）：愛和病院の竹川です。

そうすると、たくさん病院があるわけですね。何回かしかこの会議はない中で、この場で言うてから動くことを考えるというか、動かなくてはいけないのですか。

○矢沢部長：いえ、それを規制するものではないのですが、例えば、50床とか、大きな病床の機能を変える場合は地域への影響が大きいので、なるべく機能を変える場合には、ここで情報提供していただきたいというお願いです。

だから、絶対やらないといけないということでももちろんないので、この間、例えば、来月決めて転換をしてという場合には、10月の会議、11月の会議で言うていただくことになるでしょうが、できれば事前にお話しいただけるとありがたいなと思います。

○竹川委員（愛和病院）：この場に来ていない医療機関もあるわけですね。

○矢沢部長：医療安全課のほうに、病床の開設の許可ですとかいったものが出た段階で、安全課のほうでは「調整会議でご説明ください」というお話をしますし、今後、基準病床数の変更があって、そこで、例えば、大きな病床の変化をするようなことがあれば、それも私どものほうでキャッチしたものは、「この会議でご説明ください」とお願いをする予定です。

ただ、まだこれは始まったばかりの仕組みの中で、現在のものについては、申請で通ってしまいますので、そのものについてはご紹介するしかないですね。ここで私どもがご紹介するしかないです。

○竹川委員（愛和病院）：要は、皆さん、経営のことがやはり重要だと思うんですよね。先ほども土谷先生から話がありましたが、病床利用率が少なくなるようなところには転換したくないというのが本音だと思うんですよ。

そうになると、そこに集中してくるとというのが現実だと思いますし、または動かないというのが現実になってくると思いますので、逆に言うと、そうすると、どういう会議になっていくのかなというのもちよっと感じますが。

○湯城座長：なかなか収拾がつかない感じになってしまったんですが、時間も押しておりますので、よろしいですか。

○立川委員（深川立川病院）：深川立川病院の立川です。

実は先ほどのリハビリテーション病院の件ですが、江東区医師会として、我々はその病院を信頼がないというか、信用できないという理由がもう1つございます。

4月25日に「日刊ゲンダイ」にも出ましたが、皆さん、その病院、巨樹の会のリハビリテーション病院の院長先生はどなたになるかご存じですか。

我々は、これを聞いたときに、「どういうことなんだ。こんなことがあっていいものなのか」と、江東区医師会としてはびっくりいたしまして、いろいろ調べた結果、今まで、地元の、ものの数キロ、2、3キロぐらい離れたところの院長に、都立病院の院長先生がなるということは、今まで1人もいないんです。

個人的なつながりで、その病院の院長になったということならば、まだよろしいのですが、巨樹の会が医師会のほうに来てお話したところによると、あるつてでというか、それで勤めていただいたということなんです。

そこで、この人事は余りにも公正公平ではない、都庁の天下り人事なのかなと考えせざるを得なくて、そういう点でも、今、江東区医師会と巨樹の会では、いろいろ話をして、こちらの意見を言っているところでございます。

ですので、先ほどの病床の件とは全く違う話ですが、たしか墨田区の病院部会のお話でも、やはりいい意見ではなかったようなことをちょっと聞きました

が、ちょうど区東部ということなので、もし皆様のご意見があれば、意見を言っていたきたいと思います。

病床のこととは関係ないんですが、お話しさせていただきました。

○湯城座長：それでは、いろいろと意見も出まして、それなりの一定の情報共有にはなったとは思いますが、次回の調整会議でまた、きょうの議論を踏まえて、次の課題について検討をまた進めていきたいと思います。

以上で質疑応答の時間を終了したいと思います。よろしいでしょうか。

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

○湯城座長：あとは、東京都から最後に説明が2点あるそうですので、もう少しお時間をよろしくお願いします。

○榎本課長：それでは、2点報告事項がございます。

まず初めに、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えます。

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えますが、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。

1 番目の目的ですが、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、これ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となろうかと思っております。

一方、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、調整会議において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きたいと考えております。

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。

まず、資料左側ですが、施設整備でございます。こちらにつきましては、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行う場合に対して、改修、改築、新築などの費用に対して補助を行うものでございます。

また、併せまして、設備整備につきましても補助のメニューがございます。

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、開設後人件費支援でございます。こちらにつきましても、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場合に、開設の準備経費、人件費等の補助をするものでございます。

また、開設後の人件費につきましても、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。

本日、2ページ目以降に、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。

報告事項の2点は以上でございます。

○湯城座長：それでは、最後になりますが、情報提供といたしますか、最後にこれだけは、先ほど江東区の立川先生から情報提供がありましたが、ほかに、これだけはきょうこの場で言うておきたいということがありましたら、いかがでしょうか。

○上條委員（昭和大学江東豊洲病院）：江東豊洲病院の上條です。

先週末、実は仙台で学会があったんですが、そのときに、この地域医療構想の話が出て、補助事業について、「早く手挙げたほうがいい」というアナウンスをしていたんです。

それは間違いなんじゃないかと思って、ちょっと確認したかったんですが、「早いほうが補助金が出る可能性があります」みたいなことを、学者の先生がおっしゃっているんですが、それは本当ですか。

○矢沢部長：基金なので、パイが上限があるので、いつなくなるかわからないよという意味だと思います。それだけのことだと思います。

○湯城座長：よろしいでしょうか。

ほかになければ、本日はこれで予定していた議事は終了になると思いますので、あとは事務局のほうにお願いしたいと思います。

4. 閉 会

○矢沢部長：活発なご意見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。

この中で、病床利用率が低いところから始まりまして、その病床利用率が低いのがどういう理由なのかということをご議論いただいたと思います。

急性期から回復期の連携がなかなかうまくいっていないのではないかなというようなお話や、MSWの方から、入院調整、連携部門について、緩和ケアのところではなかなか課題が大きいというお話もいただきました。

また、区中央部に流れていくんですが、帰ってこれないのじゃないかということで、区中央部側の退院調整と区東部側の入院調整のところ、両方ともかみ合っていないというご意見もいただきました。

それから、また、行政の対応が遅いというようなお話もありました。

それで、今回いただいた意見と、地域の介護の事業者や、介護、在宅医療をやってくださっている先生方と、病院の連携を図るための会議というのを今後立ち上げてまいります。

そこでは、1回目ですので、どのぐらいの議論が進むかわかりませんが、そこで議論いただいたことを、次回の調整会議のほうでもご紹介したいと思えます。

次回は10月から1月ぐらいの時期を予定しております。そのときにまた、新しいご意見もあろうかと思いますが、ぜひ連携というところがきょうのキーワードであったように思いますので、そのあたりの課題がほかにも思い浮かべられると思います。また改めてご議論いただければと思います。

では、事務連絡だけ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、先ほどもご説明いたしました、今後、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っております。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ございます。議事録につきましても、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、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。

本日は長時間にわたりありがとうございました。これにて終了させていただきます。

(了)