

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

平成 29 年 12 月 19 日 開催

[平成 29 年度]

【第 2 回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

平成 29 年 12 月 19 日 開催

1. 開 会

○久村課長：定刻となりましたので、ただいまより南多摩の「東京都地域医療構想調整会議」を開催させていただきます。本日はお忙しい中ご参加いただきまして、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の久村が進行を務めさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

本日の配付資料は次第の下段に記載のとおりでございます。万が一、落丁等ございましたら、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っていただき、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。

また、本日の会議でございますが、会議、会議録、及び会議に係る資料につきましては、公開となっておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、これ以降の進行を田村座長にお願い申し上げます。

2. 報 告

(1) 平成 28 年病床機能報告集計結果について

- (2) 在宅療養ワーキングの開催について
- (3) 公的医療機関等 2025 プランについて
- (4) 地域医療構想推進事業について

○田村座長：皆さま、こんばんは。

それでは、早速議事に入りたいと思います。初めに、東京都より「2. 報告」の(1)から(4)まで、まとめて説明をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○事務局：それでは、資料1をご覧ください。平成28年病床機能報告の集計結果でございます。

今年度1回目の調整会議では、4機能別の病床数のみをご報告いたしました。が、今回、クロス集計が終了したためご紹介いたします。

まず、資料1に掲載しているデータについてご紹介いたします。

①4機能別病床数の推移につきましては、今年度1回目の調整会議でもご紹介しております。平成26年度からの4機能別病床数と、全体に占める割合の推移をまとめております。

②は、病床稼働率と平均在院日数の推移でございます。こちらは、昨年度から4機能別の病床稼働率と平均在院日数を集計しており、そちらを2か年比較しております。

③は、入院料と機能をクロス集計したものでございます。こちらは、今回から初めて取り入れた集計方法でございまして、入院料ごとにどの機能でご報告いただいたかを集計しております。

病院ごとに機能の選択が比較的異なる入院料をピックアップいたしまして、地域における病床の役割について考えるきっかけになればと思いい集計いたしました。

④は、退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合でございます。こちらは、今回からは機能別に集計を行っております。

⑤は、退院調整部門を置いている病院の割合でございます。

資料1は南多摩のデータをまとめたものになっておりまして、東京都全体の集計結果につきましては、参考資料1をご参照いただければと思います。

それでは、①から順に、南多摩の集計結果の内容についてご紹介させていただきます。資料1の右下のコメント欄をご覧くださいながらお聞きください。

まず、①の4機能別病床数の推移でございます。高度急性期機能をご覧くださいますと、平成27年度から平成28年度にかけて病床数が増えております。平成28年度は1525床というご報告でございました。

平成27年度は、急性期機能とお届けいただきました7対1の病床が、平成28年度は高度急性期機能になったということが、大きな要因でございます。

また、慢性期機能につきましても、昨年と比べて病床数が増えておりまして、4750床となっておりますが、こちらの内訳を見ますと、療養病床によるところが大きいかと思います。

②の病床稼働率と平均在院日数の推移でございます。こちらは、コメントの部分を修正させて下さい。「高度急性期から回復期機能にかけて」と書いてありますが、「高度急性期と回復期機能について」と修正願います。

特に、回復期機能におきましては、在院日数が長くなった一方で、稼働率も下がっているという状況でございました。

慢性期機能をご覧くださいますと、平均在院日数が非常に短くなっております。ただ、こちらの算出にあたっては、病床機能報告でご報告いただいた数字を使っておりますが、その集計元のご報告内容に誤りがある可能性もございません。しかし、公開データとなっておりますので、そのまま集計して、ご報告しております。

③の入院料と機能をクロス集計したものをご覧ください。

一番上の7対1病床のところですが、南多摩の構想区域では、これに占める高度急性期機能の割合が高いことが特徴の一つでございました。

また、地域包括ケア病床をご覧くださいますと、急性期機能、回復期機能、慢性期機能とそれぞれお届けいただいております。

この入院料につきましては、急性期の割合が高い地域とか、急性期機能と回復期機能の割合が均衡するなど、地域によって状況はさまざまとなっております。

後ほど実施するグループワークの中でも、地域包括ケア病床の使い方についてご確認いただければと思います。

④の退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合ですが、表の一番右側の高度急性期機能と回復期機能におきまして、「在宅医療の実施予定が不明」という割合が高くなっております。

参考までにご紹介いたしますと、東京都全体では、高度急性期機能で在宅医療の実施が不明という割合は6.1%で、回復期機能では15.3%となっておりますので、こちらの区域では大幅に上回っている状況でございます。

一方、回復期機能のところを見ていただきますと、「他施設が在宅医療を提供する」という割合は、都平均を上回っております。東京都平均が17.7%に対して、南多摩の場合は21.5%という集計結果でございました。

それから、⑤の退院調整部門の設置割合につきましては、東京都の平均が58.7%に対して、こちらでは53.3%と、若干下回っております。

そして、退院調整部門を部門として設置している割合は、都平均を下回っている状況の中で、退院後の患者さんの状況を踏まえた退院調整が行われているかどうかにはつきましても、後ほど振り返っていただければと思います。

続きまして、資料2をご覧ください。在宅療養ワーキングの開催についてでございます。

こちらは、前回の調整会議において設置についてご報告したものでございます。この会の中からお参加いただいた先生もいらっしゃいますが、当日の内容についてご紹介いたします。

開催概況ですが、11月27日に、42名の方々にご参加いただき、開催いたしました。

今回お集まりいただいている調整会議のメンバーに加えまして、在宅医、介護支援専門員研究協議会と老人保健施設協会の団体からも、ご参加いただいております。

当日は、東京都から、地域医療構想や在宅療養に関するデータをご紹介した上で、2つのテーマについて自由に意見交換していただきました。

1つは、「在宅療養に関する地域の現状・課題等について」では、「在宅医療の需要と供給、現状ではバランスが取れていると感じる。そのため質の確保と

向上に向けた取り組みが進められる」というご意見もあれば、「在宅医療を進める上で、患者自身が独居であったり、生活力がないと、実態としてはかなり難しいと感じる」というご意見もございました。

そして、一番上には、「在宅医療といっても、患者の病態はさまざまであり、多様化する医療ニーズに、病床機能のような訪問診療の機能分化も必要」というご意見がありました。

その上で、下から3つ目に、「在宅医療を専門に担わなくても、外来+訪問診療で、その先は在宅専門医にうまくバトンタッチするほど、仕組みづくりが必要」というご意見もございました。

2つ目のテーマは、「地域と病院の連携について」ですが、「地域と病院で顔の見える関係をつくるための会を開催している」という取り組みをご紹介いただきました。

そして、「在宅と病院との連携はうまくいっている一方で、市外の病院との連携が取れていないのが課題」というご意見もございました。

また、「急性期病院から在宅への移行にあたっては、医療連携室が病態に応じて、在宅専門を紹介するか、一般のクリニックを紹介するか対応している」というご意見がありました。

一方、「病院としては、自宅へ帰れると思っけていても、家族が在宅での対応は無理と言うケースもある」というご意見もございました。

さらに、「在宅療養というより、患者からは施設等への意識が強く感じる。このあたりの意識変容がないと進んでいかない」というご意見もいただいております。

本日もご紹介したご意見を、後ほどのグループワークの際にもご参考にしていただければと思います。

続きまして、資料3をご覧ください。「地域医療構想を踏まえた公的医療機関等 2025 プラン策定について」でございます。

これは、地域医療構想の実現に向けて、自院が今後どのように取り組んでいくのかを、病院自らプランとしてまとめるように、厚生労働省が求めたものでございます。

このプランの策定対象となる医療機関は、日本赤十字社や済生会などの公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院等が該当しております。この南多摩では3つの医療機関が対象となっております。

このプランの記載事項につきましては、構想区域の現状や課題、自院の現状や課題。それを踏まえて、自院が今後どのような役割を担っていくべきか、どのような病床機能を持つべきかというものを、プランとしてまとめていただいております。

本日、参考資料2として、グループワークにご参加の先生方には各病院でお作りいただいたプランの抜粋をお配りしております。

また、2025プラン以外にも、総務省のほうで動いております、「新公立病院改革プラン」というものがございまして、そちらの抜粋につきましても、本日、参考としてお配りしております。こちらも、グループワークの際に見ていただければと思います。

最後に、資料4をご覧ください。「地域医療構想推進事業について」でございます。

こちらも、前回の調整会議から、東京都で実施している補助事業を利用して、病床の整備を進めている病院のご紹介しております。

本日追加でご紹介する医療機関は、この構想区域ではございませんが、今後該当の病院がございましたら、ご紹介させていただきます。

東京都からの報告は以上になります。

○田村座長：ありがとうございました。

続いて、東京都医師会から1点報告がございます。よろしく願いいたします。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

カラーの資料をご覧ください。これは、猪口副会長がまとめた「東京都地域医療構想調整会議に資するために」という資料です。

まず、2ページの下をご覧ください。「奈良県方式」というものがございます。地域医療構想での必要病床数と従来行われている病床機能報告の上での病

床数において、急性期の定義の仕方が少し違って、病床機能報告制度での急性期と回復期には、それぞれ「軽症急性期」の患者が含まれているというところに目をつけたのが、この「奈良県方式」であります。

これをもとに、3ページの上をご覧ください。赤の急性期のところに、黄色の「軽症急性期」があって、これが、緑の回復期にかかっているという考え方です。

これを、4ページの下図に当てはめてみます。

真ん中の赤の急性期の部分がかかなり大きいのですが、この中に、黄色の「軽症急性期」が含まれていて、それが回復期にダブらせるという考え方でいきますと、地域医療構想での必要病床数の緑の回復期に合致するのではないかというのが、この「奈良県方式」の考え方です。

これを、東京都に当てはめて考えてみたいと思います。

今は、急性期の病床機能についての考え方ですが、さらに、高度急性期の病床について、6ページの上をご覧ください。

特定機能病院の高度急性期の病床機能を考えてみますと、「治療中」の患者さんと「治療後」の患者さんという考え方でいきますと、計算上は3分の1ぐらいが高度急性期ではなく、急性期機能に当てはめる患者さんではないかという考え方ができるということ、一つつけ加えました。

そこで、この「奈良県方式」と今の高度急性期の考え方を東京都の必要病床数に当てはめて考えたのが、6ページの下図です。

これを見ますと、高度急性期のところを「治療中」と「治療後」に分け、急性期を「重症急性期」と「軽症急性期」に分け、「軽症急性期」を緑の回復期と考えるというわけです。そして、一部の慢性期の病床の部分も緑の回復期と考えます。

これを、20205年の必要病床数に当てはめてみますと、想定される病床数に合致するのではないかというわけです。

ただ、それでも、少し足りない部分が出てきて、8765床は足りないだろうということで、約8.3%は増加する必要があると推定されるということになります。

そして、この部分については、平均在院日数の短縮とか、病床稼働率の上昇によって、何とか賅えるのではないかというのが、この考え方でございます。

それから、8ページの下の図ですが、そういうふうにして、病床稼働率の上昇とか平均在院日数の短縮ということをするためには、情報の連携が必要であろうということでもあります。

東京都医師会としては、東京総合医療ネットワークを開始して、病院間の情報の連携を取るということと、高齢者を搬送するために病院救急車を活用するということを提唱して、こういう問題を解決していこうというのが、取り組みの一つであります。

以上のまとめを9ページの下にしております。

繰り返しになりますが、連携を支える電子カルテのネットワークの継続性。高齢者対象の医療搬送システムを広域的に活用していく。そして、中小病院の生き残りは地域包括ケア病床への転換が、一つの鍵である。

以上のことがまとめであります。

○田村座長：ありがとうございました。

ただいま東京都より東京都医師会から説明がございましたが、この点についてご質問等はございますでしょうか。

後ほどのディスカッションの中でいろいろご発言の機会があるかと思いますので、それでは、次に進ませていただきます。

3. グループワーク（地域の課題解決に向けて）

○田村座長：次第の3. グループワーク（地域の課題解決に向けて）についてです。

昨年度の調整会議では、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行い、今年度第1回の会議では、事務局において整理された地域の現状とアンケート結果をもとに、今後優先して検討すべき課題や機能についての議論を深めました。

本日は、前回の調整会議で整理したこの地域の課題について、どのように解決していけばいいかについて、各立場で取り組めることについて話し合いを行っていただきたいと思います。

既にご案内のとおり、今回はグループワークを取り入れております。構想区域内の医療機関の方々にもご参加いただいております。ぜひ活発な意見交換をお願いしたいと思います。

それでは、グループワークに入る前に、前回の調整会議においていただいた意見のまとめと、グループワークの進め方について、東京都より説明を受けたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○矢沢部長：それでは、資料5と資料6を使ってご説明いたします。

まず、資料5をご覧ください。5-1の、一番上に「人口」書いてあるのが、データから見たこの圏域の特徴でございます。5-2の「入院医療機関の状況」と書いてあるほうが、先生方にお願ひしたアンケートのお答えから見たこの地域の特徴というところです。前回はこれを比較してご意見をちょうだいいたしました。

例えば、5-1の中では、高齢者世帯のみの割合が10.2%と、都内でも高めであることと、人口については、2025年をピークに減少していく地域であるということです。

そして、慢性期がかなりの数で流入しているのも特徴です。

また、高度急性期、急性期、回復期、慢性期とそれぞれ特徴がございますが、「退院」というキーワードをご覧くださいますと、例えば、急性期機能のところでは、「家庭への退院の割合は都平均程度」であり、「在宅を必要とする患者の割合が低い」ということになっています。

一方、回復期のほうで「退院」というキーワードをご覧くださいと、「退院後に在宅医療を必要とする患者が、4機能の中で最も多く、1割を超える」ということでした。

また、慢性期のところでは、「死亡退院の割合が都平均に比べかなり高い」ということございます。

次に、アンケートから見える結果としては、まず、入院医療機関の状況では、終末期を行う病院、精神、認知症といったところの医療機関が不足していると感じていらっしゃる方が多いということです。

一方、高度急性期機能についても、町田市では、他県や他市に頼っている状況だというご認識がございました。

それから、下のほうの「病院側」というところでは、「在宅患者のためのバックベッドを常に確保できるかが課題」というご意見や、「レスパイト入院受け入れにあたっての標準的なルールがあれば、連携先を増やしやすい」というご意見がありました。

また、「在宅側」としては、「在宅調整時に、患者、家族に在宅医療について正確に伝えてほしい」というご意見や、「退院時担当者会議を積極的に開催してほしい」というご意見や、「在宅から入院した場合、病状が安定したら速やかに在宅医療に戻してほしい」というご意見もいただきました。

そうしたご意見を踏まえて意見交換していただいた結果が、資料5の3枚目です。

この中で、この地域として特徴的だったのは、論点の左側の「療養病床が多く流入患者が多い中で、南多摩の慢性期機能が担うべき役割」の中で、「慢性期の病院から在宅へ促すための退院調整機能のあり方を議論する非常に必要がある」というご意見がありました。これは、慢性期機能が多い地域ならではのご意見かと思えます。

さらに、「さまざまな事情により、在宅に帰すことができない患者がいる」ということや、「慢性期へダイレクトに他圏域から流入している一方、急性期から他圏域の慢性期に流出していることが起きている」ということで、在宅に帰すというところでも、圏域が遠くになればなるほど難しいというご意見もございました。

それから、「急性期病院での、医療連携室のマンパワーが不足しており、転院その他のコミュニケーションがうまくいっていない」というご意見もございました。

こうしたことを踏まえまして、きょうのグループワークについては、これから申し上げる2つの課題についてご議論いただきたいと存じます。資料6をご覧ください。

きょうのグループワークの進め方ですが、まずは、進行役と書記と発表役をお決めください。場合によっては、書記と発表役が同じという場合が、これまでのグループワークでは多く見られました。

できるだけ全ての方がご発言できるようにお願いしたいと思います。

発表ですが、20分程度のグループワークのあと、1～2分で発表していただきますが、まとめる必要はなくて、こんな意見があったというようなご報告で結構でございます。他のグループと重なるところは、割愛していただいても結構です。

テーマ①は、「地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策」です。

これは、全ての構想区域でこのことを議論していただいております、共有課題として取り上げさせていただきました。

テーマ②は、「退院調整機能を充実・強化するための取り組み」についてで、これを南多摩の課題の一つとして取り上げさせていただいたものでございます。

医療需要の増加が増える中で、より円滑に退院調整をするためには、4機能の先生方、かかりつけ医、歯科医や薬剤師の先生が、それぞれどのようなご意見をお持ちか、あるいは、都民の立場からでも結構ですので、いろいろご意見を出していただき、最後にご発表いただきたいと存じます。

どうぞ活発なご議論をいただきますようお願いいたします。

○田村座長：ありがとうございます。

それでは、テーマ①の「地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策」について、各グループで意見交換をお願いいたします。

なお、傍聴席におられる医療機関の方で、グループワークに参加を希望されている方がおられましたら、お席を用意いたしますが、いらっしゃるでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、1つ目のテーマで議論をよろしくお願ひいたします。

[テーマ①についてグループワーク]

○田村座長：それでは、時間になりましたので、Aグループから発表していただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○Aグループ：右田病院の菊地と申します。

診療報酬改定のことも絡めて、まず、看護必要度としての基準なのか、地域医療構想としては医療資源投入量であったが、どちらの方向なのかがわからないと、結局、ぼんやりしてしまつて、よくわからないという点がありました。

それから、連携を密にすればいいことなのか、機能を変えなければいけないことなのか、はっきりしなくては、この地域包括ケアシステムは進まないのではないかという点がありました。

あと、地域医療構想での医療資源投入量等での機能区分は、点数でとされておりますが、現実には、患者さんをこの機能によってぱっさりと、「この日からどここの機能」ということはなかなかできず、年齢や認知症等も考慮しなければいけないのではないかという点がありました。

転院でのリネンやおむつ等の自費部分について、急性期から転院していくと、この自費部分のお金のギャップがあり、退院調整が進まないこともあるということも、議論としてありました。

○田村座長：ありがとうございました。次に、Bグループ、お願ひします。

○Bグループ：日本医科大学多摩永山病院の吉田です。

一人一人からご意見をいただきました。

まず、日野市立病院の話では、周囲に大病院がなく、急性期のレスパイトを積極的に受け入れて、稼働率を上げる取り組みをしているということでした。そして、地域包括ケアに関しては、非常にうまくいっているということでした。

三愛病院からは、介護療養病床が在宅にカウントされないということで、介護療養のほうに転院しても在宅にカウントされないので、カウントされるようにしていただければ、特に地域包括ケアに関してはうまくいくのではないかと
いうご意見がありました。

町田慶泉病院からは、町田の場合は神奈川の病院のほうが近いということで、そちらと連携を取っていることが多く、神奈川を含めて地域包括ケアが行われているということです。

また、こころのホスピタル町田からは、身体合併症を急性期で受けているということで、リハビリに力を入れて、そういう役割を担っているということでした。

それから、町田医師会のほうからは、今と同じように、南多摩は横に長いので、お互いに横で連携するのが難しく、どうしても神奈川と連携してしまうというのが現状であるということです。

あと、八南歯科医師会からは、高度急性期、急性期よりも回復期、慢性期に歯科の治療を求められていることが多いということです。そして、そういう状況にもかかわらず、そういう病院には歯科がないので、歯科用の椅子があれば、歯科医が行って、診療ができるということでした。

あと、私のほうの病院では、多摩のエリアは、地域包括ケアが小さなまとまりに関してはできていますが、それが南多摩全体でいきますと地域包括ケアが
できているか。

どこまで大きなくくりでやれているかというのは、疑問ですので、各エリアで地域包括ケアができて、それがまとまって、ある程度大きなケアに成長していく、まとまっていくような考え方でいかないといけないと思っています。

例えば、町田と八王子が一緒に包括で治療できるというのは、ちょっと難しいと思っていますが、地方の方から言わせると、南多摩医療圏はまだ小さくて、大したことはない、よく言われますので、これは、ぜいたくな悩みなのかな
と思っています。

○田村座長：ありがとうございました。では、Cグループ、お願いいたします。

○Cグループ：麻生総合病院の富所と申します。

川崎市麻生区にも法人がございまして、町田市から近いということで、町田からの受け入れが多いということがあります。そちらの病院は地域包括を持っておりますが、鶴川のほうからの受け入れが多いです。

ですので、需要があれば、県とか都の垣根を越えて、今後も地域包括を増やしていきたいというお話が出ました。

それから、病院によっては、入院費に10万円程度の差が出てしまうところもあるということで、そういった値段の格差がありますので、インターネット上で、空床報告のシステムとか金額を公開して、値段の格差の縮小を図っていければという意見がありました。

そして、お仕事等でお忙しくて、見学に行けない方向けに、いろいろな情報を公開して、ミスマッチングが起きないようにシステムを、試験的に導入しているというところもあるということです。

また、同法人内で急性期と回復期を持っているところで、急性期から回復期に移る前に、回復期がベッド待ちであれば、急性期のほうにある地域包括ケア病棟のほうに一度入っていただいて、その後、回復期の病院に転院してもらうという工夫もされているということです。

それから、回復期であると、60日が在院期間のマックスということですが、周りの老健施設とかと円滑な情報共有をして、受け入れていただくことで、回復期のベッドの回転率を上げる努力をしているという話もありました。

あと、市によっては、稲城市のように、回復期が少ないということで、そこでは、機能的に地域包括をつくるのが難しいというところで、回復期リハの病床をつくり、その病院ごとの特色を活かした工夫をしているというところもあるということでした。

○田村座長：ありがとうございます。それでは、Dグループ、お願いいたします。

○Dグループ：多摩南部地域病院の和智です。

患者さんがスムーズに動いていただければ、このシステムはうまくいかないだろうということで、施設側は、役割を決めておられますが、これを地域の中でしっかりと、自分の施設の役割をもう少しPRしたほうがいいということです。

そのためにも、それぞれの施設を集めてカンファレンスを一生懸命やったりしていくべきだろうということです。

それから、患者さんのほうに対しては、まず正確な患者さんの情報を地域で早く共有する必要があるだろうということです。先ほどもお話がありましたが、そういうネットワークをつくって行って、それをみんなが利用できるようにしていく必要があるということです。

そして、この情報の中身に関しては、病状のことだけではなくて、患者さんの経済的なこととか、家族や親族のことも含めて、受ける施設が必要とする情報は何かということ整理して、これを迅速に共有するようにしなければいけないということです。

それから、患者さんが流れていくわけですが、誰がリーダーシップをとるのかという、非常に重要な意見も出ました。お互いに顔を見合わせて、「うちでは無理だ」と言っているだけでは、指揮者不在のオーケストラのようになりますので、そういうリーダーシップに関してはどうしたらいいかということです。

これは、高度急性期、急性期の病院がするよりも、患者さんの生活により関わっておられる施設が、全体的にリーダーシップをとっていったほうが、うまくいくのではないかという話でした。

あと、連携に関しては、距離的に近い施設との連携を密にすべきだろうということで、そうなれば、病院同士の情報交換もより密な形で取れるので、そういうところでうまくやっているというお話もありました。

○田村座長：ありがとうございます。それでは、Eグループ、お願いいたします。

○Eグループ：日野市の長島と申します。

在宅の急変時に後方支援をある病床が必要ではないかという意見がありました。

また、八王子市では、強化型訪問診療所と大学病院等との連携がうまく取れていて、さらに、病院救急車も活用しながら、やっているが、今後どう継続するかということが、課題として考えられているということでした。

それから、医療側からすると、例えば、お医者さまと訪問看護とはうまく連携できているが、医療と介護の橋渡し役が不足しているのではないかというお話もありました。

一方、介護側からすると、病院に対する壁がまだまだあるのではないかというお話も出ていました。

また、地域包括ケア病棟については、ケアマネさんなどの介護側の方々に対して、周知がまだまだ進んでいないので、その辺をしっかりと周知していく必要があるのではないかというお話もありました。

あと、そもそものお話ですが、この地域包括ケアというものについて、イメージは先行しているけれども、実態がなかなかつかめていないのではないかというお話もありました。

そして、それを解消するためには、連携、調整する役割の人が不足しているので、これからそういう方々が必要になってくるのではないかというお話もありました。

例えば、ケアマネさんは、本人のご意思よりも家族からのご意向を聞いてしまうこともあって、なかなかうまくいってないところもあるので、そういうことも解消できればということでした。

なお、先ほど、Dグループからもお話がありましたが、誰がリーダーシップをとるのかということでは、地域で患者さんのそばにいらっしゃる、例えば、かかりつけ医さんとかが、中心的な役割を担ったらどうかというお話もありました。

ですから、仕組みの問題と、情報をいかに共有するかということが、うまくできてくればよいというお話をしていたということになります。

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、2つ目のテーマは、先ほどのお話の誰がリーダーシップをとるのかというお話と、非常に関連があるように思いますが、「退院調整機能を充実・強化するための取り組み」ということで、これについての意見交換をまたお願いいたします。

[テーマ②についてグループワーク]

○田村座長：それでは、議論が尽きないところですが、また発表していただきたいと思います。今度は逆にEグループから発表をお願いいたします。

○Eグループ：日野市の長島です。

実際、この機能が十分発揮できてない場面もありますというお話がありました。それを強化するにあたって、地域に帰ったときに、かかりつけ医さんに入院中の情報をお渡しできるような仕組みとかが必要であるというお話が出ていました。

そして、精神科の先生からは、家族の方々の話し合いをしっかりと、スムーズにいくケースはあるが、独居の方とか認知症の方などでは、お金の問題などでなかなか解決できない場合もあるということでした。

それから、退院調整というお話になっていますが、最近の流れとしては、入院するときから調整をやり始めているということでした。

そして、この独居の方々の問題ですが、非常に増えてきていますので、そういう方をいかに地域に帰すか、地域で受け取るかということ、しっかりとっていくことも必要であろうというお話も出ました。

あと、八王子市では、八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）という協議体の中で、ご本人の意思表示をしっかりとる仕組みができつつあるとか、救急病院のほうでも、入り口のときから出口の問題について、かなり前から検討されているというお話も伺いました。

それから、どなたもサポートできないような、ご家族がいらっしゃらないとか病気であるとかといった場合は、行政がいかに介入していくかということも、必要になってくるというお話も出ました。

○田村座長：ありがとうございました。それでは、Dグループ、お願いいたします。

○Dグループ：東京医科大学八王子医療センターの那須と申します。

認知症の患者さんに関してですが、ご家族や地域の力が必要で、特に地域の力が非常に重要になってくるということでした。

そして、先ほどもお話がありましたが、退院調整だけではなくて、入院時からの調整ということを図っていかないと、退院がスムーズにいかないの、転院先にいかに情報を提供していくかということをしっかりさせていく必要があるということです。

そのためには、例えば、ICTを活用して、パソコンを通して相手施設の方と顔が見えるような形で、情報交換ができるような方法が普及すればいいというお話がありました。

また、日野市では、日野市立病院さんと花輪病院さんと在宅医との連携がうまくいっているというお話をいただきました。

かかりつけ医と訪問看護の方が入っている場合は、割と連携がうまくいくということですが、独居の方や、遠方の病院や施設に入っていた方が地域に戻ってくるときに、どういった受け入れをすればいいのかというところが、かなり課題になっているということでした。

そして、日野市の場合は、そういう窓口が包括支援センターに集中してしまっているということで、今後は、行政側でそういった窓口を新たにつくって、退院調整がスムーズにできるようにと考えられているということでした。

○田村座長：ありがとうございました。それでは、Cグループ、お願いします。

○Cグループ：麻生総合病院の富所です。

患者さんやそのご家族にきちんとした説明を、ドクターがすることが大事であるという話がありました。

それがうまくできないと、そういったところにソーシャルワーカーの方が入って、苦心することが多いということでした。

また、退院調整における看護師の存在が非常に大きいのではないかというお話もありました。退院調整看護師を置いている病院とそうでない病院があつて、置かれていない病院であれば、各病棟の師長の協力を得ながら、ソーシャルワーカーが間に入るという話がありました。

それに対して、退院調整看護師が置かれている病院であれば、スムーズに連携が取れて、南多摩地域においては、退院調整看護師会があるとのことのお話で、そこでコミュニケーションを取ることによって、病院間の連携や転院がよりスムーズになるという傾向があるようです。

したがって、こういう退院調整看護師の存在が非常に重要であるということが不可欠であるというご意見もありました。

あと、独居の方の退院調整が非常に難しいという話で、そういう方にとっては、民生委員の方の存在が大事ですが、そのなり手が少ないということもあつて、それに代わって大事なのがケアマネジャーのお力で、担当のケアマネジャーさんとつながっていただいて、独居の高齢の方が増えていますので、そういう方々に退院調整に入っていただくのが非常に重要であるという意見もありました。

○田村座長：ありがとうございました。それでは、Bグループ、お願いいたします。

○Bグループ：日野市立病院の井上です。

施設ごとの細かい退院調整の話よりは、施設間でどのように退院調整をうまくやっていく仕組みが必要かという話になりました。

特に、高度急性期でも急性期でも、退院させる先を探すのに困っているということと、慢性期の施設でも、家に帰ってくれる人がいないということもありますので、まず、病院間でどこの病院に退院調整するかというところで、探しあぐねているという状況だということです。

また、在宅に帰す場合でも困っているところがあって、サポートが必要な場合が多いということです。

そういうことを考えると、包括支援センター的なところを行政がしっかりやって、その中に、医療関係者が多職種で入っていただく必要があり、その中心となるのが医師会ではないかということです。

さらに、保健所がそこに余り関与できていないということもありまして、そこに保健所も関わりながら、多職種で退院調整のセンター的な仕組みが必要ではないかという話になりました。

そして、そのセンターも、大きな塊りのものと、いくつかのセンター同士の連携も、将来的には必要であって、そうした中で退院調整がしっかりできていくのではないかという話になりました。

あと、歯科の咀嚼、嚥下機能というか口腔ケアの部分が、在宅に帰るときにはかなり重要であるのに、この辺が不足しているので、歯科の先生も、こういう包括支援センター的なところに関与していく必要があるのではないかという話もありました。

○田村座長：ありがとうございます。最後に、Aグループ、お願いいたします。

○Aグループ：右田病院の菊地です。

居宅支援介護事業所のケアマネジャーの病院との役割が、重要になってくるのではないかということです。つまり、ケアマネジャーは、地域の患者の顔の見える存在であり、病院とつなぐ役割を持っていて、在宅からの情報共有のために重要な役割ではないかということです。

また、調剤薬局としては、患者さんがいつ入院して、退院したかということの情報が、薬局側にわからないので、そういったところとのネットワークも必要ではないかということでした。

あと、経済問題、距離の問題、独居の問題などから、退院調整が進みにくいので、医療提供の問題ではなく、地域や社会、自治会などのネットワークや、

それぞれの市町村の受け入れ先等とのネットワークの構築が必要ではないかというお話もありました。

それに関して、地域の病院と情報を連携し、早い目の退院調整を行っているという事例の紹介もありました。

○田村座長：ありがとうございました。

それぞれのグループで活発にご議論していただき、ありがとうございました。

この調整会議の目的は、いろいろな方々にご意見を出してもらって、議論を深めていくということですので、次回以降の調整会議でも、地域の課題解決に向けた議論を重ねていければと思っております。

そして、この調整会議は情報を共有する場という大事な目的がございますので、この場でぜひ情報共有したいということで、何かご発言がございましたら、挙手をお願いいたします。どうぞ。

○土屋（稲城市）：稲城市の土屋と申します。

「回復期病床の確保に関する意見等」という資料を配布させていただきました。これは、行政の視点からご提案をさせていただくものでございまして、3点ございます。

まず、1点目ですが、稲城市では、地域医療提供体制の確立及び地域包括ケアシステム推進の観点から、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する回復期病床や機能が、市民の身近に、医療ニーズに応じて確保されることが必要と考えています。

2点目は、4病床機能ができるだけ市民の身近に、医療ニーズに応じて、バランスよく確保されることが必要と考えています。

3点目は、現在、稲城市内には回復期病床がないため、新規に病院開設が必要と判断しており、所要の環境を整えていただくよう要望します。

以上の3点について、具体的に申し上げますと、南多摩医療圏は、地形的に東西に非常に広く、医療資源の配置に距離がございます。

そこで、患者や家族の方々の負担を考えますと、できる限り市内に医療機関がバランスよく配置されることが望ましいと、稲城市としては考えております。

そのため、いろいろな区画整備事業など、新たな街区の開発がある際には、市として、区画整理組合や開発業者の方々に、クリニックモールとか医療機関の誘致をお願いしてきております。

もちろん、市には、医療機関を誘致する権限も仕組みもございませんが、患者や家族の医療に対するニーズや期待というものを、開発者に伝えて、お願いをし続けているという状況でございます。

ただ、市内の地域によっては、お願いが功を奏しまして、区画整理組合や開発事業者が、地域医療の充実の重要性を理解していただきまして、複数の診療所の組み合わせによる医療モールの誘致話が進んでいるというところも、稲城市内にございます。

しかしながら、病院に関しては、特に不足とされている回復リハ病床などの開設に、絶好の用地を確保できたとしても、現状としては、南多摩医療圏の中では、医療法上の基準病床数に既存の病床数が超えておりまして、新規の病院が開設できないという状況もございます。

ですので、南多摩の医療圏の皆さまには、例えば、こういった既存病床数の融通ということについても、ぜひ話し合ってくださいとか、あるいは、医療法上の特例規定というものについてもご議論いただければありがたいと思っております。

南多摩医療圏の先生方のご理解とご協力をいただかないと、小さなところの医療のバランスがうまく取れない状況でございまして、住民の方々の要望が強いという自治体の課題に対して、行政も努力をしておりますが、先生方のご理解とご協力をいただきたいと思いますと思っております。

ぜひよろしく願いいたします。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。どうぞ。

○堀米（三愛病院・八王子市）：三愛病院の堀米と申します。

この回復期病床に入る対象となり得る患者さんというのを、どのようにお考えでしょうか。

というのは、我々は、介護療養型の病院ですが、そこから、少なくとも社会復帰できるような方をつくっていくということは、大変難しい問題です。実際、急性期のほうから来ても、ごく一部の方々は、回復期を通して回復されます。

しかし、回復期によってできるだけ社会復帰できるようにさせようという理念はわかりますが、そういう患者さんは実際にはどの程度おられるかということです。

これだけ膨大な回復期のキャパシティをつくって、どれだけ受け入れようとしているのかが、ちょっと理解できないところがありますので、その点についてどのようにお考えかをちょっとお聞きしたいと思います。

○田村座長：稲城市のほうからお答えいただけるでしょうか。

○土屋（稲城市）：私どものほうは、病院を経営しているわけではないので、経営上の視点からのお答えはできないのですが、市としては、市内の医療ニーズを、平成27年度に医療計画を作成した際に分析いたしました。

国保のデータを初め、ほかの医療の実績の点数等を分析しましたところ、脳卒中等のための回復期リハ病床が非常に不足するというデータが、将来推計で出たわけでございます。

それが出たにもかかわらず、私どもの市内には1病床もないということで、稲城市立病院から退院した方々が、日常の行動範囲の中で通えるところがないということが事実でございますので、そういった意味で、適切なニーズに応じた病床は必要だろうと考えております。

○堀米（三愛病院・八王子市）：この資料1の①を見ていただければわかるとおり、平成27年度から平成28年度に向けて、回復期病床は7.6%から6.9%に減っていますが、これが、回復期の必要性をあらわす現状だと思っています。

ですので、回復期の理念としては非常に大事ではありますが、本当にそれだけの必要性があるのかなということは感じております。

○田村座長：ありがとうございました。

この議論は、それぞれのお立場であろうかと思いますが、きょうのところはそれでよろしいでしょうか。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となります。ありがとうございました。それでは、事務局にお返しいたします。

○矢沢部長：ご議論いただき、ありがとうございました。

きょうお話しいただいた、地域包括ケアの効率的な活用と退院調整について、皆さまから出た意見をまとめさせていただきます。

地域包括ケアのほうでは、大きく分けて4点、共通する話題がございました。

1点目は、連携についてで、それがうまくいっているというご意見もあれば、そうではないというお話もありました。さらに、町田市においては、神奈川のほうが近いので、そちらとの連携を取っているということでしたし、その反対に、町田と八王子を一緒にするのは無理だというご意見もありました。

一方、連携の調整役は誰がいいか、誰がリーダーシップをとればいいのかというところでは、生活に調整関わっている施設がよいというご意見や、橋渡し役としてのかかりつけ医の役割が重要だということもありました。

そして、そもそも調整役が不足しているのではないかというご意見もございました。

それから、情報の共有化というところでは、正確な情報を地域で共有する必要があるので、そういったネットワークが必要であるというご意見がありました。

そして、連携するにあたっては、役割をもっと地域の中でPRすべきだとか、入院費や空床情報を公表して、情報共有していったほうがよいというようなご意見もいただきました。

さらに、制度上の課題としては、おむつなどの自費の部分が、退院調整の課題になっていくとか、介護療養病床に転院しても、そこから在宅に行くことはなかなか難しいというような、現実的なお話もございました。

一方、退院調整のほうでは、どのグループからも出たのは独居、認知症の方のお話で、いかに地域に帰すかについては、行政の介入が必要だということや、遠方に入院されている方を地域に受け入れるのが非常に困難であるということです。

そういう中で、民生委員の役割は大きいけれども、マンパワーが足りないというのが現状であるということです。

そして、地域包括ケアセンターの中で、医師会などが中心になって連携の調整をしていくということも、重要な課題ではないかというお話もございました。

もう一つのキーワードは、こちらも情報でございまして、例えば、かかりつけ医に情報を渡す仕組みとか、入院前や入院時からの退院調整に関して、ICTなどを活用した形でやっていくことが必要だというお話もございました。

それから、薬局の先生からは、いつ入院して、どこに帰っていったのかが全くわからないというご意見もあって、そのネットワークの中に多職種連携が必要であるというご意見もございました。

さらに、高度急性期、急性期の先生方からは、連携先に困っているというご意見や、慢性期の先生方からは、家に帰すのは非常に難しいというお話も出ていましたので、施設間でどのように連携を取っていくかというところは、それぞれの役割というところが、まだまだ明らかになっていない中での手探りの状況で、このあたりをどのようにやっていくかという問題があります。

これは、行政の占める役割が大きいと思いますが、そのあたりも大きな課題になっているかと、きょうのご意見の中であったと思っております。

私どもはこれらのご意見をまとめまして、今後どのようなことをやっていけばいいかについて、またご提案させていただきたいと存じます。ありがとうございました。

4. 閉 会

○矢沢部長：本日はありがとうございました。最後に、事務連絡をさせていただきます。

○久村課長：では、事務連絡が3点ほどございます。

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され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。公開されました議事録について修正等が必要な場合は、東京都福祉保健局までご連絡いただければと思います。

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

それでは、本日の調整会議はこれで終了とさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

(了)