

〔平成 29 年度〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区西部〕

平成 29 年 7 月 12 日 開催

# 【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔区西部〕

平成 29 年 7 月 12 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 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、お忙しいところどうもありがとうございます。こんにちは。東京都医師会の猪口でございます。

きょうで、この調整会議は全域が終わりまして終了になります。今年度の第 1 回目で、今年度はあともう一回ぐらい予定されているようですが、国のほうでは 4 回以上行って、一つの結論を今年度中に意向を出すようにと言われております。

ただ、他県と違いまして、東京都の場合には需要が増えることが見込まれておりますので、そう簡単な話ではございませんし、データを理解しながら意識共有することだけでも大変なことでございますので、これぐらいのペースでいいのかなと思っております。

それでも、それぞれいくつかの会議に出てまいりまして思うところは、技術的な話に終始してしまうと時間が一気になくなってしまいます。この会議は、2025年に向けて精緻な推計を出すための会議ではありません。

どうなっていくかは、偏った資料かもしれませんが、持てるいろいろな資料でもって、2025年に向けて、どのようになってどういう医療が必要とされるかを皆で考えて共有していき、それに対応できるようにしていくということです。

この会議では、将来東京の場合には、需要が膨らむだろうと思われるものに対応しなくてはいけないのですが、一方では、そういうきちんとした対応をすることによって、ここにお集まりいただいている、私も含めてですが、医療機関の経営が安定して、変な方向に行かないということも裏側にはきちんとあります。

そういうことで、大事なことは何が不足しているか、何が足りなくなるだろうかということでありまして、過剰なところを減らすという働きをする会議では当然ございませんで、足りないところは何ともしなくてはいけないわけです。

ただ、足りないところを我々がうまく転換できない、我々がそれをうまく賄えないということになれば、そこのところには、ほかの医療機関が外から入ってくるというような事態にもなりますので、ぜひ都民が困らないように、そして、我々の経営がいろいろ見えなくならないように、足りないところをどうしていくかというところに視点を置いて、ぜひ考えていただければと本当に思っています。

きょうはよろしく願いいたします。

○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。

きょうは今年度第1回目の調整会議ということで、区西部が最後の12回目、まだ島しょが残っておりますが、こういった形で実施するのはこれが最後でございます。

きょうの会議のゴールとしては、この「次第」で言いますと議事の3番目、「データ／アンケート等から見る構想区域の現状」を話し合って、一定のこの地域の課題を共有するところでございます。

きょうご用意した資料は、これまで病床機能報告ですとか、DBCのデータでこの地域の課題をあぶり出そうということでやってまいりましたが、その少し簡略化したものと、昨年度末に先生方をお願いしたアンケートの結果と見比べたものなどがございます。

これらをご覧いただきながら、実際の数字と皆さんが感じになっていることとのギャップがあればその理由は何とか、そこに整合性があるとすれば何が不足しているのかとか、そういったところの課題が一つでも二つでも共有できればきょうのゴールでございます。

その議論の時間をなるべく多く取るように進行を進めさせていただくことになっておりますので、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、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を座長にお願い申し上げます。

○山田座長：皆さん、こんばんは。私は中野区医師会の山田と申します。

皆様に配られました肩書には会長となっておりますが、6月で会長は辞任しておりますので、前会長ということでご理解いただければと思います。

では、座長として、レジュメに沿いまして議事を進行を進めさせていただきます。

## 2. 議 事

### (1) 平成28年病床機能報告速報値について

○山田座長：議事の第1番目でございます。平成28年度病床機能報告について、東京都から説明を求めます。よろしくお願いいたします。

○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をまとめてあります。東京都全体の報告病床数は平成27年が10万4158床でしたが、平成28年は10万4999床となっております。平成27年に比べ、病床数全体は841床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に報告をし直したことによる増加が大きいものと考えております。

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。

資料の左上をご覧ください。こちら東京都全体の機能別の割合をお示ししております。高度急性期につきましては25.8%ということで3.3%の増、急性期につきましては42.2%ということで4.4%の減、回復期につきましては9.0%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、こちら若干ですが0.1%の増という結果となっております。

続きまして、4枚目をお願いいたします。こちらは区西部の病床機能報告の結果を整理したものでございます。

資料の左下をご覧くださいますと、28年の結果を記載しております。28年の病床の結果ですが、高度急性期機能につきましては3361床で、平成27年度と比較いたしますと569床の増となっております。

急性期機能につきましては、4431床ということで、前年度より838床の減、回復期機能につきましては821床ということで29床の減、慢性期機能につきましては、1420床ということで42床の増、トータルいたしますと1万33床ということで、平成27年の1万289床から256床の減となっております。

平成27年から平成28年の主な変動要因といたしましては高度急性期機能の増、急性期機能の減につきましては、急性期から高度急性期への機能変更、回復期の減につきましては、有床診療所等の廃止。慢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や新規開設といったものが主な変動要因となっております。

なお、本日は、参考資料1といたしまして、こちらの集計結果の基になる病床機能報告の報告対象病院・診療所を記載いたしました病院・有床診療所一覧をお配りしておりますので、こちら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につきましては以上です。

○山田座長：ありがとうございました。

ただいまの病床機能報告結果についての質問につきましては、次の議事のあとに合わせて伺いたいと思いますので、よろしくをお願いいたします。

## **(2) 地域医療に関するアンケートについて**

○山田座長：それでは、議事の2点目、地域医療に関するアンケートについてですが、ご回答を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

の調整会議の開催結果を踏まえて、都内の病院等につい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、また東京都より報告を受けたいと思います。よろしくお願いいたします。

○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あります。

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。データの活用に関しまして改めて整理を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考えております。

データの活用に関しましては、例えば、東京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現状把握を行い、その中で著しく低いデータ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いたしまして、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、アンケートを実施したところでございます。

2枚目をお願いいたします。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の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、こちらも後ほどお目通しをいただければと思います。

続きまして、参考資料の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。こちらもさまざまなご意見が出されていますので、後ほどお目通しをいただければと思います。

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あり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、一覧にして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。こちらも後ほどお目通しをいただければと思います。

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／アンケート等から見る構想区域の現状」においてアンケート結果を整理しておりますので、後ほど具体的なアンケートの意見につきましては、ご説明をさせていただきます。

資料2については以上です。

○山田座長：ありがとうございました。かなり資料の量としては多いのですが、実は今のアンケート結果ですが、我々区西部、病院でのアンケートの回収率は18.6%と比較的低いのです。それから、診療所でも25%ということですから、直接のアンケートに反映された意見もたくさんあるかと思いますが、もしご質問があればお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。



急にこの資料を見てご質問というのは難しいかもしれませんが、またあとでお受けすることにいたしまして、議事を進めさせていただきますが、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

○山田座長：きょうのメインテーマになると思いますが、次の議事でございます。データとアンケートから見る構想区域の現状についてです。先ほど都からご説明がありましたが、前回の調整会議では、病床機能の分析したデータを見ながら地域の現状を話し合ったわけであります。

先ほど、猪口副会長からお話がありましたが、この地域で不足していると感じているものをどう補っていくかを考えていくわけです。

本日は前回お示ししたデータとアンケートで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、優先して検討する課題機能についての議論を深めたいと思います。

それでは、まず東京都よりご説明を受けます。よろしくお願いいたします。

○榎本課長：データ／アンケート等から見る構想区域の現状につきまして、資料3、資料4を使いながらご説明をさせていただきます。まず初めに資料3をご覧ください。

こちらは2枚ございます。資料3では、病床機能報告等のデータと、先ほどご説明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いる資料でございます。

この資料3の内容を踏まえまして、このあとに資料4で、この地域で検討すべき課題を事務局として考えたものを案として整理しております。

まずは資料3でデータ／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を基に課題についてご議論をいただければと考えております。

1枚目、2分の1と書いてあるものがデータでございます。こちらは平成28年度の調整会議におきまして紹介した病院機能報告のデータから、各機能ごとに特徴を整理して記入したものでございます。

2枚目、2分の2と書いてあるものは、アンケート結果を整理したものであります。病院、診療所等から出てきた意見をまとめたものでございます。

上の部分は、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、主な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。

下の矢印の部分は、病院から在宅へのつながりの部分といたしまして、病院側、在宅側からそれぞれの意見を記載しております。こちらはデータとアンケートを比較する形で確認をしておきますので、縦に並べて見ていただければと考えております。

まず1枚目のデータを簡単にご説明いたします。こちらは地域の特徴でございますが、資料の上段に地域の特徴が記載してございます。人口につきましては、区西部は、高齢化の速度は都内で平均的な地域となっておりますが、15歳未満の人口割合が低くなっております。総人口は2025年に向けて減少していく見込みとなっております。

医療資源の状況でございますが、高度急性期から回復期機能までは流入型で、主に区西北部、区西南部から患者が流入しております。慢性期機能につきましては、流出超過となっており、主に区西北部、区西南部へ患者が流出しております。

いずれの機能につきましても区西北部、区西南部での相互に患者の流出入が多い地域となっております。

続きまして、データの高度急性期機能の欄をご覧ください。

高度急性期機能につきましては、区西部におきましては、特定機能病院が3施設所在しており、区西北部、区西南部を初めとする他圏域から多くの患者を受け入れている状況となっております。

こちらの地域が考える患者像のところに、高度急性期機能と報告した病床がとっている入院基本料を多い順に載せてありますが、特定機能病院入院基本料が約8割を占めている状況であります。

一方で、病床稼働率につきましては84.3%ということで、東京都の平均が88.1%でありますので、東京都の平均に比べて低い状況であります。

また、病床機能報告におきまして、全ての病棟を高度急性期機能と報告している病院もあります。今後、その実態に応じて機能を分けて報告するなど、機能分化をする余地はないかといったことも考えられるのではないかと考えております。

続きまして、データの急性期機能のところでございますが、急性期機能につきましては、高度急性期機能から引き続く入院もありまして、埼玉県を含めたさまざまな区域から患者が流入しております。区西部では、7対1病床、10対1病床は全て急性期機能という届け出が出ており、併せて急性期機能は約88%に昇っております。

続きまして、急性期機能のアンケートのところでございますが、アンケートの高度急性期機能、急性期機能をご覧くださいますと、高度急性期機能、急性期につきましては、アンケートでは充足している、急性期機能の適応能力が高い、また地域包括ケア病床の活用により、ほぼ充足といった声があります。

こういった声を踏まえますと、ある一定の医療資源は充足しているのではないかと考えられます。

続きまして、データの急性期機能の上から3つ目でございますが、退院調整部門を置いている割合が78.6%ということで、東京都の平均が62.3%に比べて高い状況にあります。

また家庭への退院割合ですが75.3%ということで、こちらは都平均程度でありまして、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合は3.9%ということで低くなっております。

また、平均在院日数につきましては、都平均と同じぐらいで11.2日ということで、こういった状況でございます。

続いて、データの回復期機能の欄をご覧くださいますと、回復期機能につきましても、退院調整部門を置いている割合は81.8%ということで、東京都の平均の74.4%に比べて高い状況でございます。

こういった退院調整部門が高いというのは、この地域の一つの特徴ではないかと考えております。

退院後患者を地域の在宅医療へ円滑につなげていくためにも、退院調整部門の役割は重要であると考えております。退院調整に関しまして、アンケートの右下の在宅移行、退院支援をご覧くださいますと、在宅医側からは、開業医との連携をより一層進めてほしいといった声や、退院時のカンファレンスなど事前の十分な調整を求める声、積極的な退院支援が必要との声も出ております。

退院調整部門を置く病院が多い地域でございますが、調整や連携については、まだ課題があるのではないかと見られます。今後、在宅医療の需要増加が見込まれる中で、連携体制などをどのように強化していくかも、一つのポイントになるのではないかと考えております。

戻りまして、データの回復期機能をご覧ください。回復期機能の1、約8割を回復リハ病床が占めております。一方で、人口10万人当たりの回復リハ病床は都平均の約9割という状況でございます。病床稼働率は84.2%ということで、都平均の87.4%に比べてやや低い状況になっております。

一方で、回復期機能につきまして、アンケートを出されている意見をご覧くださいますと、回復期機能につきましては、回復期の適応疾患であれば充実している、回リハ、回復リハ病床は不足、回復リハの対象疾患外の患者を在宅に帰す機能は不足している、こういった意見もあります。また、高度急性期、急性期機能をから在宅に移行するまでの病床の不足が見込まれるといった意見があります。

在宅医療を行う診療所からも、回復期、慢性期の病院が少ないため、在宅医療にしわ寄せが来ているといった声もありました。

急性期から在宅に移行するまでの病床が不足していると見られ、こうした機能を担う病床が求められているのではないかと考えられます。

続きまして、データの回復期機能を再びご覧ください。院内からの転棟割合であります、こちらは都平均が25%に対しまして、39.5%と高くなっております。

また、他病院、診療所からの転院割合の都平均が46.9%に比べまして、33.4%ということで、こちらは低い状況となっております。

家庭への退院割合が74.8%と高く、高齢者施設への入所も含めると80%を超えているような現状にあります。

主に院内からの転棟であります。患者を受けて各家庭や施設につなげるなど、ポストアキュートの機能になっていることが考えることができるのではないかと考えております。

こういった状況も確認する必要があるのではないかと、改めて考えていく必要があるのではないかと考えております。

続いて、データの慢性期機能をご覧くださいますと、慢性期機能につきましては、流出型ではございますが、病床稼働率は87%ということで、都平均の90%に比べて低い状況でございます。

高齢者人口10万人当たりの介護療養病床は多くございますが、医療療養病床は平均の8割といった状況でございます。

アンケートの慢性期機能をご覧くださいますと、慢性期機能につきましては、療養病床が不足といった意見や、在宅へ移行するための慢性期病床が不足している、慢性期病床は不足しているといった意見がございます。

自圏域完結率も32%ということで、区中央部に次ぐ低い状況でございます。患者が流出する一方で、病床稼働率が低いが、高齢者を地域で支えていくためにこの地域の慢性期病床をどう考えていくか、こういったことも考えていく必要があるのではないかと考えております。

続いて、慢性期機能のデータを見ていただきますと、ほかの病院、診療所からの入院割合が高い、こちらは都平均が30.9%に対しまして、区西部では55%ということで都内で最も高い割合になっております。

一方、家庭からの入院割合は9.6%と低く、都平均の27.4%の約3分の1の割合となっております。

死亡退院の割合は59.8%と非常に高く、都平均の32.9%のその倍近く、都内で最も高い割合になっております。

一方で、家庭への退院割合は15.5%と低く、都平均の半分以下といった状況でございます。

こちらに記載はございませんが、平均在院日数につきましても、198.3日ということで、都平均より40日以上長いという状況でございます。

こちらにつきましては、介護療養病床が多いこともあるかもしれませんが、都平均と比べて長い療養に病床が活用されており、看取り機能の一部を担っているのではないかと考えられます。

アンケートの中ほどにあります病院からの意見をご覧くださいますと、在宅が難しい患者を受けとめる施設がなく、入院が長期化しているといった声もございます。

また、在宅へつなげられない重症の患者が多いのか、あるいは在宅医療を支える医療資源、介護資源などが不足しており、環境が不十分なのか、こういったことにつきましても、状況を確認していく必要があるのではないかと考えております。

アンケートの慢性期機能に地域で求める役割といたしまして、入院が必要になったときに受け入れてもらいたいという、在宅診療所からの意見もございます。在宅との関係では、在宅側からレスパイト入院の受入先の確保が難しいといった声も出ております。

こういったサブアキュートやレスパイト入院など、在宅医療を支える病床が求められているのではないかと考えられます。

サブアキュートに関しましては、在宅医からいろいろ意見をいただいております、急変時、病状変化時の受け入れを円滑にしてほしいといった声や、認知症患者や精神患者の身体合併症時の受け入れ、また軽度の場合の短期間の入院などの受け入れなどを求める声も出ているところであります。

今後地域包括ケアシステムを構築していくためにも、それを支える病床の整備が必要であり、地域包括ケア病床が不足しているといった意見も出ていることから、こうした病床をどの機能が担っていくのか、今後整備していくためには何が必要か、こういったことも地域の課題の一つとして考えられるのではないかと考えております。

さらに、アンケートの上段、その他のところでもございますが、病床数は不足しているが、3区の間での格差があり過ぎるということで、圏域内での差につきましても意見がございました。

こういった圏域内での医療資源の差を踏まえまして、この地域の医療体制をどう考えているのか、また周囲の医療圏との流出、流入が多いことから、周辺

の医療圏を含めた広域的な医療機能の確保を考える必要があるのではないかといった意見もございます。

成人肺炎の自圏域完結率が低めで隣接区域に依存していると状況でございますので、こうした点から、今後高齢化していく地域住民の医療提供体制をどう考えていくか、区域内でのある程度完結できる体制が必要なのか、あるいは隣接区域を含めた医療機能の確保を考えていくかなど、不足する医療機能や役割を検討していく上では、こういった観点も検討する必要があるのではないかと考えております。

こういったデータ、アンケートを踏まえまして、資料4で整理をさせていただいた課題整理案であります。資料4をお願いいたします。

ここでは、データとアンケートから見えてくる地域の特徴から、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をいただけたらと考えております。

1点目でございますが、地域の特徴といたしまして、7対1、10対1の病床が全て急性期機能と届けていること、急性期機能において家庭への退院割合は都平均程度であること、急性期回復機能において退院調整部門を置いている割合が高いこと、地域の診療所からは退院調整を求める声があるといったことがございます。

この地域におきましては、急性期機能の病床においてサブアキュートの受け入れを行っていると考えられますが、今後急性期機能はどのような役割を果たすべきか、こういったものが一つの論点として挙げられるかと思っております。

具体的な議論の方向性といたしましては、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か。また、丁寧な退院調整を求める声があることから、退院調整部門を充実させたり、地域のかかりつけ医との連携を図ることが必要かと思われませんが、現状や今後の整備に向けた課題があれば、そういった観点からも議論をしていただければと考えております。

2点目でございますが、地域の特徴といたしまして、回復期機能において病床稼働率が低いこと、回復期機能の中で回復リハ病床が8割と、その占める割

合が高いこと、地域包括病床が余り増えていないこと、在宅に帰すための機能が不足しているとの声があることといったものがあります。

こうしたことから、病床稼働率を上げ、回復期機能の病床を有効に活用していくためには、どのようなことをすべきかを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いたしましては、地域包括ケア病床はポストアキュート、サブアキュートにどのように活用されているのか、また、現状を踏まえて、今後地域包括ケア病床をどのように整備活用していくのか、レスパイト入院の受け入れなどに対応できないのか、また、出口の部門で退院調整部門を充実させることで病床を有効に使っていけないのか、こういったことが考えられるかと思っております。

最後に3点目でございますが、地域の特徴として、慢性期において病床稼働率が低いこと、死亡退院の割合が高いこと、そして、慢性期機能が不足しているとの声が出ていることがございます。

慢性期機能は病床稼働率が低い一方で、不足しているという声がございまして、看取り機能の一部を担っている状況の中、この区西部において慢性期機能が担うべき役割を何かを、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いたしましては、例えば、病床変化時やレスパイト入院などの受け入れを求める声がある中、慢性期機能が地域の在宅医療を支えるためにはどういった役割を求められるのか。そして、そのためには何が必要かといったことなどにつきまして、議論をしていただければと思っております。

本日は以上の3点を中心に議論をお願いしたいと思っておりますが、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、今回お示ししている課題につきまして、こちらはあくまでも事務局のほうで案としてまとめたものでございますので、また、アンケートも、全ての病院や診療所から回答をいただいたものではございません。



この内容に対しましてもさまざまなご意見があろうかと思っておりますので、この会議でいただい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などを洗い出していきたいと考えております。

データ／アンケートから見る構想区域の現状につきましては、以上でございます。

○山田座長：どうもありがとうございました。

ただいま資料3に基づいて、データとアンケートを併せて整理した地域の現状について、資料4で事務局として案としてまとめられております。

初めに、資料3についてご意見、ご質問はありますでしょうか。調整会議あくまでも課題の共有が目的でありますので、さまざまな立場の方々からの意見をいただけると幸いです。いかがでしょうか。

一つこちらで、例えば、在宅側から見て、急変時や病状変化時に受け入れを円滑にしてほしいという意見が、在宅側からのドクターから出ていますが、恐らく各行政単位でこのサービスを担っている機能があるかと思っておりますが、その一端を新宿区の矢澤副座長から一つご紹介いただければと思います。

どのようなときに行政としてこのような機能を担っているのか。よろしくお願いたします。

○矢澤副座長：新宿区の矢澤です。

新宿区では3つの病院にお願いをして、在宅にいらっしゃる患者さんの急変時に受け入れていただける病床を確保しています。特に、かかりつけ医、主治医の方からのご連絡があって初めて機能するというので、区民の方が直接ではなくて、かかりつけ医あるいは在宅の主治医からのご連絡があって初めて、それを対応していただくようになっています。

JCHO東京新宿メディカルセンターで1床、JCHO東京山手メディカルセンターで1床、東京都保健医療公社大久保病院で1床の計3床ですので、それぞれ稼働率が大変高く、ことしは150%を超えています。

1床ずつですが受けていただいて、それを早速一般病棟に移ったとして、さらにまた受けていただくように、きっとかなり工夫をしていただいて受けていただいていると思います。

これは恐らく在宅をされる先生からすると、大変心強いというか、何かあった場合にはすぐ病院で受けていただける、特に、緊急一時入院病床確保という事業だということをお話をしていただければ、確実に受け入れる体制にしておりますので、そういう意味でも稼働率が高いのかなと思っています。

○山田座長：ありがとうございます。私のほうの中野でも、同じような事業を展開してまして、中野区で6病院の協力を得ましてやっている事業であります。

3床体制で今やっていますが、稼働率は200%を超えている事業でございまして、次年度から4床に何とか増床できればと考えています。

杉並区では、何か病床を確保している事業はございますか。

○向山（杉並区）：杉並区の向山と申します。

後方支援病床という名前でやっています。ただ、ご協力いただいている医療機関はすごく多いですが、稼働率はそんなに高くないので、今お話を伺うとそこが随分違うかなと。

○山田座長：甲田先生。

○甲田（杉並区医師会）：杉並区医師会の甲田です。

確保しているのではなくて、お願いしたときにその病院でもって、空いていれば入れていただくという形になっています。しかし、病院に対しては、入れていただいたことに関してプラスアルファのコストが現れるという形です。

○山田座長：ありがとうございます。どの区も恐らく病床を確保しているのではなくて、緊急一時入院病床ですよということで手上げた場合に、区の助成金が出ているという事業だと思います。

これはいろいろな区でもやっというらっしゃると思いますので、東京都でどれだけ広がっているか私は存じ上げませんが、この区西部もそういうことをやっているということでございます。

ほかにどなたかご質問、ご意見はございせんか。病院の先生方がたくさんお見えだと思いますが、今のアンケートで見ます急性期、回復期で退院調整部門を置いている割合が都平均に比べて多いのですが、それがうまく在宅の先生方と、もしくは慢性期の病院の先生方と、どのように退院調整が行われているのか、何かそこに課題があるのかどうか。

もしよろしければ病院の先生からご意見をいただければ、もしくはきょうお見えになっているフロアの方々でも、退院調整をやっというご苦労されていることがありましたら、ご紹介いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○山田座長：では、清水先生。

○清水副座長：東京都病院協会という形で出ています清水です。

私は副座長の立場ですが、ちょっと話題提供という形で、今の座長のご質問に対してお話をしたいと思います。

退院調整は恐らくいろいろな病院でやっというられると思いますが、これは杉並区の特徴なのか、中野区、新宿区も含めてなのかよくわかりませんが、実感として独居老人とか、在宅に戻るときに誰が世話するのかというのが、なかなかうまく調整できないといひますか、そういうことを感じております。

もちろん、退院調整部門がそういうところまで入り込んで、あるいは関わっという調整しますが、やはり、どこかで行政に関わっというほしいなと思うところがあるので、ちょっと話題提供させていただきます。

○山田座長：ありがとうございます。病院への紹介をするときの我々の窓口となっている調整部門はたくさんあると思いますが、その方たちが退院して帰すときに、かかりつけ医とか主治医がわかっというればそちらに帰すことは一義的ですかね。

○清水副座長：もちろん、そういうかかりつけの先生とか、主治医を通じてもやりますが、何せ一人で元の住まいに戻ってというところになると、結局、訪問看護を入れるとか何とかいろいろあったり、あるいは、家族が直接関われないような状況の方の場合です。

もちろん、退院のときにある程度自立される方は問題ないですが、いろいろな患者さんがおられまして、なかなか自立できない方がいますので、そういうときにどこにするのかということですよ。

○山田座長：行政の方からご意見をいただければ、今の件に対しまして、よろしく願いいたします。

○木村（中野区）：中野区の木村と申します。

中野区で8つの病院にアンケートを出させていただきまして、今いろいろお答えいただいているところです。

先ほどの清水先生と同じようなご意見が7つの病院から出ておりまして、退院時に困る患者さんはどういう患者さんですかということでお尋ねしたことの中で一番は、生保だったら大丈夫なのでしょうが、低所得者ですね。

あとは、キーパーソンがいない、家族が関わっていない、単身、単独というところが一番困るところのお答えが多かったです。

今後どうしていくかという中では、まず入院するときどういう状況だったかもありますが、中野区としても考えていかなければいけないかなと思っているところです。

それから、私のところで人口動態を今調べていますが、中野区では、2600人から2700人ぐらい死亡が年間の中でありまして、これは中野区に限りませんが、大体5～6人に1人が、いわゆる死因がわからない状況で、監察医務院に行っています。

そういう中で大体6割が心疾患、いわゆる循環器系の病気で突然死されているということで、そういう方たちが、実際、在宅医療をされていたのかどうかはわかりませんが、どこの病院よりも一番監察医務院で診断を受けるのが一番多い状況に実際あります。

ほかの神奈川県とかほかのところでも人口動態の中からそういう調査をしたところ、大体どこでも5～6人にお1人ぐらいが、そうやって検案、いわゆる解剖を受けている状況にあります。

それはいわゆる独居老人だとかいうところでの突然死で、たぶん在宅療養をされていないのか、2～3日後に発見されているということなのか、そういう状況の中で、今後、そういう方たちをどうしていったらいいかというのが、次の課題かと思っています。

在宅療養を進めていこうとしても、病院につながってはいっても、通院治療をされていて別に在宅はされていないけれども、突然死という状況がありまして、さらに、独居、場合には低所得者という状況があります。

もう一つですが、これも大変びっくりしましたが、例えば、中野区の場合は、東京医大にかなりの数の方が救急で運ばれています。そして、そのうちのかなりのパーセンテージの方が、そこで行ってすぐ亡くなるのだと思いますが、死因不明のまま監察医務院に行っています。

ということで、病院で救急に運ばれても、そこでは別に治療をする段階ではなくて、そのまま亡くなって監察医務院に行くという場合が多いという状況です。

医療を今後どうやっていこうかということの中にこの3点と言いますか、監察医務院に行って初めて死因が、検案、解剖で死因がわかる方が多いところに、すごく今後の日本の在宅医療の問題があるのかなと思っています。

○矢澤副座長：行政からどういったことを考えているかということで、座長から求められましたので、新宿区としては2つぐらいの事業がこれに該当するかと思います。

一つは、病院の看護師さん、特に、退院調整に係る看護師さんを含めた病棟の看護師さんの訪問看護ステーションの実習を、ずっと区でやっています、33ぐらいの訪問看護ステーションがありますが、そのうちの10いくつかに受けていただいて、病棟の退院調整の看護師さんが3日ぐらい訪問看護ステーションで実習をします。

そのアンケート結果というか感想を読むと、退院調整をするにあたって極めて在宅のイメージができたという感想がすごく多くて、非常に好意的に受けとめられています。

つまり、病院の中でなかなか、先ほどお話の中にあつたひとり暮らしの高齢者が、こういう人が在宅医療で暮らしていけるかどうかのイメージが湧かない中で、実際実習をしていただいているところです。

もう一つは、毎年一つずつ各病院にお願いをして、病院の看護職を中心に、もちろんドクターも、退院調整部門のソーシャルワーカーの方々も含めて、その地域のケアマネジャーや地域包括支援センターの方々とのグループワークをするようにしています。

これも、地域包括支援センターや、新宿区では区独自として在宅医療相談窓口を区で持っていますので、そこの看護師等が参加をして、退院調整の看護師さんやソーシャルワーカーの方々が、地域の方々と一緒に事例を見ながら、こういったケースはどの段階で退院調整を始めたり、どの段階でこういったイメージで準備を始めたらいいかということが、具体的なイメージを共有できるということで、この2つは恐らく退院調整に関わって推進できることかなと思っています。

○山田座長：ありがとうございました。

行政サイドの話はある程度こういうことをやっているということで、在宅を何とか絵にかいていろいろと新宿区では取り組みをされています。

病院の先生方で、退院調整に関わった方たちがきょういらっしやっていると思いますが、どんなところに一番苦労されているのか。慢性期病院への連携とか、その点についてぜひご意見をいただきたいのですが、いかがでしょうか。どうぞ。

○門脇（杉並リハビリテーション病院）：杉並リハビリテーション病院の門脇です。

うちは回復期リハビリテーションですので、当然退院される患者さん一人一人が、全部退院支援というか、バックアップをして、在宅で確実に生活できる

ようにというのをちゃんとやらなければいけない病院なので、確実にやっていますが、本当になかなか難しいです。

さっき清水先生が言われたとおり、高齢者の人は誰もキーパーソンがいないとかいうと、ひとり暮らしでどうするんだという話になって、結局、地域のケアマネさんとかに入ってもらったりしていますが、実を言うと、杉並区にしても新宿区にしても、ある意味でのコミュニティというのが、昔の形とは絶対変わってきているというのが事実です。

ですから、隣の人が倒れていても誰も気がつかない事態というか、そういう環境の中でどうやって暮らしていけるかということになってくるのです。

結局、自分で自立できない方ですと、今まではかかりつけ医の先生にかかっていたので、当然、杉並区ですと医師会かかりつけ医先生に戻りたいというのが基本ですが、それができない患者さんがだんだん増えているなという印象があります。

そうなるとうどうするかというと、訪問診療になってきます。結局、そうすると、医師会の先生から怒られますが、何とか自分が持っていた患者をもう一回退院したら戻してくれという意見が強いです。ですから、できるだけ戻したいです。

ただ、どうしてもそういう事態になってきて、今ちょっと変わってきていることも、医師会の先生方に僕たちからもお断り申し上げたりしていますが、それが実態かなというところはあるかなと思います。

だから、かかりつけの先生だけの問題ではなくて、結局、社会としていかにその人を支えられるかということが肝だと思います。

そこで、各行政でもそういう動きをしなければいけないですが、医者の方も、ある程度柔軟に対応していく必要があって、うちでも本当に、各医療機関もそうですが、年に何回もうちのスタッフがかかりつけ医の先生のところに行っています。

ただ、医師会のかかりつけの開業医の先生方にお会いするのは至難の業というのがわかります。本当に毎日の診療だけでも時間がいっぱい、電話をかけてもその電話を受けられないぐらい忙しい先生たちがたくさんいらっしゃる

のが事実ですので、何とか、それでも何うようにしていますが、かかりつけの先生方は物すごいハードだなというのもよくわかります。

ですから、状況にどれだけ柔軟に対応できるのかとなってくると、在宅を支える我々のチームというものをきちっと考えてやっていかないといけないと思っています。

○山田座長：ありがとうございました。なかなか在宅に戻すときのチームの編成ということに関して、その顔となるかかりつけ医の顔が見えてこないというか、そういう現実にあるということございますね。

フロアからいかがですか。在宅の先生がいらっしゃっているかと思いますが、何かご苦労されている点はございますか。

それぞれの区で在宅をやっている先生もいらっしゃるかと思いますが、なかなかその数がそんなに増えてきていないのも現実かもしれません。

あと、開業医の高齢化もかなり進んでいますので、ご自分の診療をしながら在宅ということで、また連携をとって強化型を取っているところもそんなに多くはないのかもしれませんが、新宿区の黒瀬先生、ご意見はございますか。

○黒瀬（新宿区医師会）：新宿区医師会の黒瀬でございます。

先ほどからご指摘のある急変時とか、病状の変化のときの受け入れに関しては、新宿区は結構恵まれている状況で、それほど医師会員の中から不平、不満を聞いたことはございません。矢澤さんが頑張ってくださっているからかと思いますが。

ただ、特に認知症の患者さんのレスパイトの入院に関しては、やはり新宿区にかなり苦労している状況があるかと思いますが。そこが解決しないと、医師会員の中で在宅医療を少し頑張ってみようという会員も増えてこないです。それが、多分一部の在宅診療をしている先生方たちに、過剰な負担をかけている原因になっているのかなとは感じています。

地域性によって新宿区はそういう状況ですが、杉並区さん辺りだとまたちょっと違うのかなと思いますが、いかがでしょうか。



○甲田（杉並区医師会）：杉並区医師会の甲田でございます。

在宅は、例えば、かかりつけの患者さんが何かの原因でどこかの病院に入院したときに、基本的には元々のかかりつけ医の先生のところに戻るのが一番平和なのかなと思います。

ただ、例えば、人工呼吸器がついてしまって、そこまで管理できないよといった場合には、それはそういうのが得意な先生のところにとりあえずは一声かけていただいて、俺は無理だからという話で、在宅専門の先生のところに行くと、話が非常にスムーズにいくのかなと思います。

それから、在宅専門となかなかコミュニケーションを取れない理由の一つが、医師会に入られていない先生が多かったりするのが確かにあります。杉並区内でも、在宅専門にやられている先生で医師会に入っている先生は、4人ぐらいしかいらっしやらないかなと思います。

去年から在宅専門診療所の条件として、地区の医師会との連携を取ることが条件に入ってきたので、去年から今年にかけて1人入会、今まで在宅で一匹オオカミ的にやられていましたが、今回医師会入りますみたいな先生もいらっしやいます。

ですので、今後はそういうことがあるので、もっと連携が取れてくるかなとは思いますが、基本的には元々のかかりつけ医の先生に一声かけていただいたほうが問題が起こらないのかなとは思っています。

○山田座長：ありがとうございました。

それでは、猪口副会長からご発言いただきます。

○猪口副会長：ちょっとお話をさせていただきます。今までのお話を聞くと、区西部の医療機関の皆さんは、ほぼ連携を持って、かなり落ち着いている印象を持ちます。

資料1の4分の4、左上の棒グラフ見ていただきたいのですが、この地域の特徴は人口減少であるにもかかわらず、1万床に対して、1万2000床の需要が伸びてくるというところが、これを前提として考えなければいけない。

2000床分というのは、それぞれの病院にとってみれば、20%増しぐらいの患者を診なければいけない。左上の図で見ますと、高度急性期、急性期を足し算してみると、まあまあ同じぐらいの量がありますが、圧倒的に足りないのが回復期が足りないと思われま

す。回復期機能は、細かいことは置いておいて、とにかく急性期、高度急性期の治療が終わった方たちを在宅に戻していく、自宅に戻していく、その接点の場所ですから、先ほど来非常にお話になっており、手間のかかる部分です。

そういう手間のかかる部分をこれから増えていこうということですので、病床稼働率なり、平均在院日数を短くすることによって、皆さんが稼働を上げていくときに、ここの部分が、ボトルネックになる可能性が非常に高いことを、ちょっと意識してお考えになって、ご議論いただいたほうがいいかと思

います。都のほうのいろいろ書いてあるものを見ると、どこの区域でもそうですが、在宅に戻すところの機能、退院調整機能、連携機能ということが必ず書いてあるのです。都の方たちもこれを意識していらっしゃるだろうと思います。

今はできているけれども、これに20%増しの患者さんがどっと現れたときに、耐え得るのだろうかどうかの視点をぜひ入れて、もう一つご議論いただ

けると思います。今はできるけれども、このままだと危ないかもしれないとか、新宿区さんですと、3病院に頼んでいるけれども、3病院さんでは足りなくなるかもしれないとか、そういう視点が一つあるといいなと思いつながら聞いておりました。

よろしくお願ひします。

○山田座長：ありがとうございました。

回復期機能ということで、そのニーズが推計では増えていこうということですが、医療経営的な話も出てくるのではないかと思います。どうぞ。

○関根（JCHO東京新宿メディカルセンター）：JCHO東京新宿メディカルセンターの関根と申します。

私は新宿区回復期代表ということでここにいますが、実は当院はかなり多くの病床が急性期です。

ただ、回復期もありますし、それから緩和ケアもあるという、ある意味ユニークなケアミックス病院だと思います。

ただ、区西部、あるいは東京が、回復期病床が足りなくなってくる、今後増床が必要だということは十分理解しているつもりで、具体的に何床とは申しませんが、回復期を増やしていく方向を今考えています。

ちょっと振り返りますと、地域包括ケア病棟もありますが、それを増床しましたところ、1病院に1病棟に限るという決定がなされて、とん挫したというのもあったのですが、回復期を増やしていくことを考えています。

ただ、これはある意味、地域包括ケア病床の運用にも批判の出ているところだと思いますが、自院から転棟という形で回復期に入って、そして退院していくのはある程度コントロールが付きやすいのです。

ただ、病病連携とか病診連携で受け入れた場合は、果たしてそれがスムーズにコントロールできるだろうかという懸念が今出ています。

例えば、急性期病院、あるいは高度急性期病院から回復期に患者を受け入れたときに、こちらとしては当然積極的に受け入れたいのですが、その患者さんの病状、あるいは状況など、先を見据えていけば、果たして受け取ったはいいけれども、その後、さっきお話に出ている退院調整に向けてスムーズにいけるだろうかという懸念があって、そこをどうしていくか大きな課題となっています。

ただ、地域医療、あるいは地域医療構想に貢献するためには、当院としてはもちろん回復期のところを充実させていきたいと、その意志には変わりないですが、現実問題としてそういうことがあるということは、今いろいろな議論が出ているところかと思います。

○山田座長：貴重なご意見をありがとうございます。今お話がありました地域包括ケア病床は1病棟に限られているという、そのハード的な面があるかと思いますが、そのほかいかがでしょうか。回復期の病院の先生方で何かご意見はございますか。

先ほどから出ているように、なかなか患者さんのADLが戻ってこなかった場合、在宅に戻るときになかなかご苦勞が多いというご意見だと思いますが、行政もいろいろなことを考えてはいますが、なかなかそれがうまくいっていないこともあるかと思ひます。

先生のところはケアマネジャーさんとの連携はいかがでしょうか。

○関根（JCHO東京新宿メディカルセンター）：先ほど、先生からご指摘いただいたように、ケアマネジャー同士の会とかがありますので、そういったところはかなり新宿区の中ではできていると思ひます。

一方、退院調整はなかなか非常に難しくて、先ほどいろいろなご意見が出ていましたが、それは全く私も同感です。

それから、ご家族の要望とかいうものもあって、うちの病院は比較的交通の便もよろしくて、都心の場所的には恵まれてところにありますが、そこからまた離れた病院に転院することについては、かなり家族の方も渋られるといひますか、そういった問題も出ていると思ひます。

○山田座長：ありがとうございます。

そのほか、回復期につまましてご意見をいただければと思ひますが、いかがでしょうか。地域包括ケア病棟は国が定めているということで、これからもということでございますか。地域包括ケア病床の増床については国の定めた基準に基づいて、今のところはということではございます。

どうぞ。

○矢澤副座長：新宿区では医師会長の木島会長のご提案で、100床以下の中小規模病院の機能の分析をするようにという会議を開かせていただいています。

中小規模病院の先生方に大変ご協力をいただいて、特に医師会の先生方にまとめていただいた、そういういかにこの地域にを担っていただくかといったリスト作成をして、これを活用させていただきながら、さっき猪口先生からご指

摘のあった、さまざまな病院が在宅に向けてそれを支えていける機能を活かしていくというようなことを、医師会の主導でさせていただいています。

○山田座長：ありがとうございました。中小病院に対していろいろとアンケートをしながらということでございますね。これも大切なことで、有床診療所がどんどん減っていく中でということだと思いますが、それも中小病院の機能としても大切なことではないかと思えます。

ほかにご意見、ご質問等ございますか。どうぞ。

○門脇（杉並リハビリテーション病院）：杉並リハビリテーション病院の門脇です。

回復期機能についてですが、結局、回復リハと地域包括ケアとどうしても限定されていた病床だけを考えてしまうことになってしまうので、去年の会議でも言われましたが、超急性期だとか、急性期病院もかなりそういった回復期機能をやっている病院はたくさんあるということです。

ですから、そういう認識をもう一回持たないと、実際に今そこでどうなんですかと。例えば、ここの資料3の2の1ですが、これを見ると、高度急性期病院のところで東京女子医大のところで1314、東京医科大学988となっていますが、こんなことは絶対ないはずです。

ということになると、実を言うと、地域医療構想で考えている高度急性期というのは、実はこんなにならないということになってしまっていて、非常に怖いなと思いました。

急性期は、ある意味でこのぐらいの数は今で充実しているだろうと思いますが、実を言うと、あるように見えていて、実は高度急性期は全くこの先は足りなくなってくるのではないかと。実態を挙げてみたら女子医大にしても東京医大にしても、恐らくそんな100とか行かないという話になってしまうのかなという気がします。

そういうことを考えると、回復期機能のところは、実を言うと実際は足りないと言えば足りないのですが、役割としてはきちんと満たされているという解釈をしていただいてもいいのかなと思っています。

ただ、例えば、そういったものを担っていく病床という名称でいくと、確かに少ないです。でも、実際に今やっている我々の急性期、超急性期の病院が、ちゃんとそういった区分を持っているという意識を持っていただければいいのかなと思いますが、それはいかがでしょうか。

○山田座長：あくまでも病院が考えている4区分でございますので、その辺は猪口副会長から。

○猪口副会長：門脇先生、本当におっしゃっているとおりでして、超高度急性期と言っている大学病院に、高度急性期ではない患者さんがたくさんいらっしゃいます。それはデータの的に絶対そうなるだろうと思います。

ですが、ベッド数というよりは患者さんが20%増しになるという、全体での機能も20%増しになると考えていただいたほうが良いと思います。

そのときに、高度急性期病院として、女子医大さんだったり東京医大さんは、高度急性期が20%増しで患者さんが来たとき、それは多分対応できるのです。急性期病院さんも対応できるはずです。

だから、急性期に入院している患者さんを、最初から高度急性期の患者さんに、どんどんこちらのほうが命が大事だからといった形で、入れることを優先していきける。

しかし、そのときに、回復期なり慢性期のほうに、患者さんをどんどん送っていくことが、連携していくことができなくなると、その機能ができなくなってくるのです。

そうすると、回復期であったり、在宅に戻したら自宅に戻す機能の回転率という効率性を上げていかないと、おっしゃっていると通りの結論になってしまう。要するに、高度急性期も急性期も機能しなくなってしまう。

病床的には、高度急性期の大学病院さんは、例えば、50床のうち今は20人ぐらいしか高度急性期しかいないかもしれないけれども、そこに、高度急性期の患者さんを30人入れるということは、恐らくできるようになると思うので、そういうイメージを膨らませていくと、やっぱり最終的に在宅のほうに、ここの機能かなと僕は思っています。

この区西部を見るとそうと思いますが、ほかのところは、必ずしもこんなに2000床分も増えるという地域ばかりではないです。

だから、ここの特徴は、区西部の特徴はこんなに増えるんだというのが一つの特徴だと僕は思いますので、敢えてさっき言わせていただいたわけです。

○山田座長：いかがでしょうか。今の2025年に向けてその推計をした場合に、2000床近く不足するのではないかとデータでは出ていますが、どうでしょうか。

先ほど行政の方からお話がありましたように、この地域は高齢化の速度は都内平均だということですが、それでも、もしかしたら超高齢化が進んでいるとか、独居ですとか、老人世帯が多いという特徴がある区西部、特に杉並、中野辺りはそうなのかもしれません。

それを踏まえての今の猪口先生のお話だと思いますが、実際としてはそういうイメージが出てくるかなという気がしていますが、どうぞ。

○向山（杉並区）：杉並区の向山です。

今おっしゃるとおりで、単身も地域によって差がありますが、やはり単身の高齢の方が増加してきていることは確かで、これは杉並だけではなくて、中野や新宿の一部地区はそうなのかなと見ています。

先ほどから、そういう中で行政の役割ですとか、いろいろお話がございましたが、今どれだけのサービス料がどこから投入されているのか、患者さんがどういう動態であるのか。

それから、医療と介護の問題も絡んできますので、今年度、杉並区では、国保とそれから広域連合から戻していただいて、後期高齢者と介護保険のレセプトデータを連結して、分析をして在宅医療推進協議会の場にお返しをしていく。

それを医師会の先生方や病院の先生方にも使っていただきたいと思っております。

○山田座長：ありがとうございます。皆さま方、地域包括ケアに対しての取り組みは、各区単位ということで進んでいるかと思いますが、まだまだそれは途中だと思います。

今、盛んに医療者側は患者さんを支えることについて、どのような視点が必要なのか、介護者側は医療的ケアの何が今課題なのか、ここをうまく連結していくことが地域での包括になりますが、行政単位によって少し違っている立場があるかなと思います。

新宿のように特定機能病院が集中していて、それがまた病院としての機能が特別な機能を持っているけれども、中野のように大きな病院がないところもありますし、杉並は杉並でまたいくつかの病院はそれで持っているということで、地区の特性があるかと思います。

きょうお見えいただいています病院の先生方でご発言のない先生方、一言ずつ何か課題が見えてきているようであれば少しご発言いただければと思います。では、荻窪の村井先生からよろしいですか。

○村井（荻窪病院）：荻窪病院の村井と申します。

きょうのご意見は非常に参考になりましたが、当院においても、急性期機能をやっておって、回復期にお願いする患者さんと、どうしても当院で行き詰って、これ以上進まなくなってしまうような、退院支援をせっかくやっても、そういう場合があります。

一つの例を申し上げますと、急性期ですので救急搬送された腹膜炎の患者さん、手術をされたら大腸の穿孔であった。そういった方は、大体ご高齢であるとか来院時にショックを起こされていて、非常に重篤な患者さんが多いのですが、それを救命のための手術をやりました。

ICUである程度のところまで回復しました。術後、さまざまな治療をやってきました。ある程度落ち着いて、外科の一般病棟に行きました。人工肛門ができました。さて、どうするかということです。

元気になれる方は、ここにも書いてあるように、75%ぐらいの方は皆さん在宅に帰られて、こういう方は全く問題ないです。ご高齢であっても、そういう手術をお受けになっても、ちゃんと帰れる方は帰れます。



しかし、帰れない方がある程度いらっしやって、一握りの帰れない方を回復期の門脇先生のところをお願いするか。でも、寝たきりで、うちである程度の急性期のリハをやっても、これ以上よくなるまいだろう。

退院支援のカンファレンスをやっても、正直、これ以上元気にならないだろう、食べられるようにならないだろう。人工肛門の世話は、老老介護の奥様がやるのか。しかし、それは無理だと言ってきている。そういった方を回復期、特にリハビリを中心とした回復期の病院に転院するのはなかなか難しいわけです。

となると、慢性期療養型となりますが、そこもなかなか病床数が少ないのでなかなかそう簡単には決まらない。

我々の急性期中で、実際にはそういう患者さんは一握り、そこは、もしかしたら急性期の病院としても回復期病床として機能せざるを得ない。決して多くはないですが、そういう方が年じゅう少なからずいらっしやるわけです。

こういう方を一つ、もしかしたら将来推計の中の回復期の中には、既に急性期にそういう部門というか、日常やっているところが少し含まれているのかなという感じがいたしました。

○山田座長：ありがとうございます。どうぞ。

○入江（新渡戸記念中野総合病院）：新渡戸記念中野総合病院の入江でございます。

最初に一つだけ確認したいのですが、参考資料1の病床数は、28年度なら28年度の期首の、4月1日付けの感じですか。

○矢沢部長：年に1回病床機能報告という制度がございまして、各病院から年に1回報告をいただいています。その数字を出したものでございます。

○入江（新渡戸記念中野総合病院）：わかりました。

私も村井先生と同じ意見で、うちは急性期だけでやっていますが、結局、急性期といっても、猪口先生がおっしゃったように、どうしてもどこにもお頼みできない患者さんを抱えてしまって、結局出口がないわけです。

ですから、急性期だろうが、高度急性期だろうが、回復期だろうが、慢性期だろうが、結局流れがどこかでとまるわけで、最初のところで、この人は出口がないとわかったら、そこから先に頼めないのが現状かなというのが、個人的な感想です。

○山田座長：ありがとうございます。どうぞ。

○田邊（東京女子医科大学病院）：東京女子医科大学病院の田邊でございます。

先ほどから何度か名前が出ておりますが、私ども急性期の病院といたしまして、大学病院の場合は様相が違いますのは、遠方から来られる方もいらっしゃいます。

要するに、東京都外ですね。全国から来られるという方が2割おられます。そういった場合は比較的戻っていきやすいですね。ほとんど急性期の疾患にしましては、手術もそうですが、今は低侵襲化が進んでおりますので、直接ご自宅に帰られるパターンが非常に増えております。

もちろん、先ほどのお話に出ていますような、突然運ばれて人工肛門になった高齢者が、独居で帰れないとかいう方ももちろんいらっしゃいますが、全体の数からいけば、どちらかと言うと少数になってきます。病院の性質上そうだろうと思います。

その方々に対する対応としての解決策は難しく、入院のときから退院の支援が入って初めからやりますが、それでもできないという方が10%弱いらっしゃいます。

これは、先ほど来から何回も出ていますような出口戦略がうまく確実にできない限りは難しいということで、諦めているわけではないですが、そこが一番苦しんでいるところです。

だから、社会支援部にかなりの人数を配置して対応しております。入院のときから入院支援センターをつくりまして、どういう病気でも入った段階で出口

を決めた状態が入っていただきますが、最後は出るところが一部の方で残ってしまいます。

ただ、かなりの方は技術的な進歩ですとか、体制の整備でクリアできているところもあるのではないかと考えております。

○山田座長：ありがとうございました。どうぞ。

○白井（東京警察病院）：東京警察病院の白井です。

きょうこの資料を見て、また、会議の目的として、病床機能を将来に向けて、近い将来含めてどう考えるかという、先ほどの猪口先生のご指摘のとおりのことだろうと思います。

全体の問題を個別の病院がどう解決できるかということになると、非常に難しいです、正直言って。病院はそれぞれ経営母体によっても違うと思いますが、やはり経営のことを考えなくてはいけない。という中で、それでは、警察病院は、どういうふうに地域に貢献できるかを常日頃は考えております。

例えば、うちの病院について言いますと、高度急性期ということで分類されていますが、急性期の患者さんが多くを占めているわけですが、その中で入院が長期化している患者さんが、ある程度のパーセンテージあります。

4月、5月でうちの経営企画と一緒に数字を見ますと、大体20～30床ぐらいは、地域包括ケアの対象になるような患者さんがいるだろうと。そうすると、先ほどのお話のように、1病床を地域包括ケアにしてみたら、地域にも貢献できるかもしれない。

だけど、そうなった場合に、我々の経営はどうなっていくのかをまた考えなくてはいけない。という問題を抱えながら考えていかななくてはいけない。一病院としてはですね。そういうテーマではないかと考えています。

ただ、急性期の病床がどのぐらい必要かも、1年間をずっと通年でみますと、当然時期によって求められている病床が違います。これは、皆さん方もいろいろな医療をやるときそうだと思います。

それでは、どこに設定をして物事を考えるか。最大に一番危険な状態になったときのために、病床を確保しておくのか。あるいは、それを削ってまで地域

包括ケア的な病床を確保しておくのか。どちらがより地域に貢献できるかも考えなくてはならないということで、正直言って、一病院を運営していく中でも、病床機能の話は非常に悩ましい問題です。

ただ、データを分析してしながら、自分のところの病院の経営状態を考えつつ、かつ、地域に貢献できるような形の病床機能をどう考えていけばいいかを、常日頃考えながらやっているのが現状です。

○山田座長：ありがとうございました。どうぞ。

○大西（国立国際医療研究センター病院）：国立国際医療研究センター病院の大西です。

最近の蒸し暑さでホームレス方の熱中症とか、独居老人の方の熱中症がたくさん運ばれてきていて、そのあとの対応がいろいろ苦慮しています。

現在、当院はちょっと特殊な状況もありまして、外国の方が増えてきていて、1割ぐらいは外国の患者さんです。中国の方が多いです。病棟の統計を見ると、75歳以上の方が36～38%で、相当年寄り増えてきている状況です。

私たちは高度急性期ですが、実際は4つの機能を病院の中にあるわけですが、それは恐らく関根先生もおっしゃっていましたが、多くの病院で多かれ少なかれ4つの機能は入り混じって、それによって何とかうまく患者さんのケアができていないのではないかと僕は思います。

ただし、私たちの病院であれば、高度急性期の色彩を強めながら、うまくいろいろなところと連携していくということではないかと考えていますが、きちんと4つにはなかなか分けられないところがございます。

あとは、診療科によってもなかなかお願いしづらいところもありまして、いろいろな科によって、私のところだと整形外科が手術を終わって、リハビリをやって、ちょっと長期化する方も、お年寄りが多いものですからそういう方が多いです。それから、脳神経系の方はなかなかお願いする病院が見つからないとか。

逆にお願いしやすいところもあつたりとか、そういった専門領域によってもだいぶ差があるなと感じています。

連携については、比較的うまくできているほうだと思いますが、これからさらに高齢化が進んで合併症の多い人が増えて、でも、なかなか4つの機能をきっちりと分けられるものではないので、うまく高度急性期に重点を置きながら、どうやっていろいろ連携するかを、いろいろな病院と模索している状況です。

○山田座長：ありがとうございました。どうぞ。

○田邊（東京都病院協会・精神領域）：慈雲堂病院と田邊と申します。

精神科の話題がいくつかここに出ておまして、身体合併症の治療が落ち着いたあとの連携とか、認知症の方も出ておりました。

私どもがあります練馬区では、精神の身体合併症で一般科の病院に入院した患者さんがよくなったあとに、その後、精神の治療が必要な場合は、地域精神科合併症への連携事業を東京都でやっけて、ある精神科の病院が患者さんの相談を受けて、地域の精神科の病院に、こういう患者さんがいるけれども入院できますかというシステムがあります。

ちょっと失念しましたが、こちらの西部にも同じような事業があるのではないかと思いますので、それをご活用されればと思います。

認知症に関しては、各区に認知症疾患医療センターができていますので、その認知症疾患医療センターが、区によってはクリニックだったりしてというところもありますが、要件の中に合併症があるとか、精神症状が激しい方の場合は後方でほかの精神科病院などと連携しなさいという要件になっています。

ですので、相談していただければ、例えば、芦刈クリニックさんとうちは連携をされていて、そこで困った患者さんがうちに入院したりしますので、そういったところで、高度急性期とかいう機能とは関係ない話になりましたが、精神疾患のほうではそういうふうに活用していただければと思う次第です。

○山田座長：ありがとうございました。

各地区でも認知症の初期診療チームができ上がって、平成30年には全部でき上がるということで、これからそこで見えてきた事例の検討が始まっていると思いますが、またご指導いただければと思います。

新井先生、何かコメントございますか。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

先ほどお話があった猪口副会長の話の繰り返しになりますが、区西部としては将来2000床が足らなくなることを考えると、都民の治療、医療を安定して供給するということでは、各病院の先生方は回復期機能のところで苦勞されていると思いますが、ぜひこの地域で、皆さんが今まで頑張ってきた以上に、安定した医療を供給できるように、医師会としてもお願いしたいと思います。

○山田座長：ありがとうございました。ただ、きょう歯科の先生方の代表もお見えになっていますので、突然ですが、小見先生、何かコメントがございませうでしょうか。

○小見（新宿区歯科医師会）：新宿区歯科医師会の小見と申します。

きょう初めて出席させていただきまして、非常に勉強になりました。

今の私の立場でいくと、きょうの今の話では何も関わらないような気がしています。

ただ、歯科で最近あるのは、きょう私の患者さんで、人工股関節を東京医大で手術をなさって、退院されておいでになった方がいますが、まず入院した時点で、口腔外科の先生が拝見して、口の中を全部チェックします。

それから、手術の直前に歯科衛生士さんが口などを全部クリーニングします。そういうふうに、周術期の口腔のケアが誤嚥性肺炎やそういうものを防ぐことに、これから役立つということで力を入れているわけです。

それに伴って、我々歯科医師会は、ここにおられる矢澤先生のご指導をいただいて、歯科医師会として病院と連携してとっていました。

ただ、我々がこれからそういうものに力を入れようと思いましたが、もちろん入れてまいります。各病院のほうでも、大きい病院ですと歯科口腔外科がありますので、そういうものをちゃんと利用して、既にいろいろやっつけらっしゃるなと思いました。

そうすると、あとは歯科口腔外科がない病院もたくさんありますので、我々がこれから関わっていかなければいけないのかなということが、この席で言えるようなことだと思います。

あとは、単純に聞いていて、出口の話でしたが、そうすると、要は、慢性期の病院、病床を増やすということなのかなと、私ごとながら思っていました。そんなところでございます。

○山田座長：ありがとうございました。これからも超高齢化が進むにあたって、患者様の食べるという機能が大切で、そこができませんと栄養の問題が出てきますので、また先生方と十分連携を取らなければいけないと思います。よろしく願いいたします。ありがとうございました。

それでは、薬剤師会のほうから高松先生、いかがですか。

○高松（東京都薬剤師会）：東京都薬剤師会の高松です。

医療の議論をお伺いしたのですが、薬局側からしてみると、どうしても地域包括ケアを考えてみた場合に、簡単な患者さんはとりあえず何回も薬局でするわけですが、その場合は地域の急性期の病院、もしくはかかりつけ医の先生方にいろいろお話、相談をさせていただくケースが多いのかなということです。

ただ、薬局側からは、各病院がそれぞれどういう機能を持っているか、意外と見えていない部分はありますので、そこら辺で、地域の病院の情報を共有するということが、一つポイントかなという気がします。

それから、論点3のところ、急性期の場合、死亡退院の割合が高いということですが、これは医療だけの問題だけではなくて、利用者側の住まいの問題も関わってくるのかなという気がしたので、病院機能だけではなくて、そこら辺のところまで考えていかないと解決しないのかなという感想です。

それと、論点1に戻りますが、ここの中で退院調整部門の設置率が高いと書かれています。この具体的な議論の方向性のところに、退院調整部門の充実ということですが、ある程度は設置している部分はあるのに、ここに充実と書いてあるのは、部門の充実というよりは、退院調整の機能をもっと発揮してほしいということでしょうか。これは質問になります。

○榎本課長：いろいろ在宅のほうからもなかなかまだ退院調整がうまくいっていないという声もございますので、そういった機能の部分でもう少し機能してほしいという意味でございます。

○山田座長：ありがとうございました。看護協会からいかがですか。

○大沼（東京都看護協会）：市橋の代理でまいりました、東京都看護協会の大沼と申します。

東京都看護協会といたしましては、今後の在宅医療をサポートするための看護職の人材確保が非常に大事になっております。

潜在看護師が7万人いると言われておりまして、看護協会では東京都さんからのサポートをもらって、潜在看護師が復職できるようにという支援を行っております。

それから、先ほど矢澤先生がお話をされましたが、病院の看護師が在宅の訪問看護ステーションで研修を行って、そして、在宅を折り返して、サポートできるようにという事業もやっています。

ただ、やはりなかなか病院から研修に出ることが実際には難しい現状もあるようで、そこは病院の看護婦に関わりを、もっと積極的にアプローチをして、そういう人材も育てていきたいと思っております。

○山田座長：ありがとうございました。在宅に向けて訪問看護ステーションが非常に重要な役割を果たしますので、ぜひよろしく願いいたします。

きょうは保険者の代表の方お2人がお見えですが、コメントをいただければと思いますが、上村様から、どうぞ。

○上村（全国健康保険協会）：全国健康保険協会東京支部の上村でございます。本日初めて出席させていただきました。



協会けんぽですが、保険者としましては、保険事業として今進めているのは重症化予防で、その予防のための生活習慣病健診の受診向上で関わっております。

そういうところで、きょうお話を聞いた中で、我々は現在現役の方々の保険者になりますが、お話の中では、退職したのちの、今度は国民健康保険へ保険者は移行していくところでありましたが、そういった現実の状況を本日聞かせていただいたというところで、我々としてはより健康な、健康長寿を目指して頑張らねばならないなという思いでございます。

○山田座長：ありがとうございました。国が目指すデータヘルス計画で、特に重症化予防が始まったところでございますので、また何かわかりましたら教えていただければと思います。よろしく願いいたします。

では、長澤様、いかがですか。

○長澤（電子回路健康保険組合）：電子回路健康保険組合の長澤でございます。

皆さん先生方とこういう会議を同席させていただいていますが、健保連から何かあったら意見を言ってきてほしいと言われて参加しています

ただ、参加して聞けば聞くほど奥が深いような感じがしておりますので、現状把握して聞いている状況でございます。また、自分で意見が見つければ、これから発表していきたいと思っておりますので、今勉強させてください。ありがとうございました。

○山田座長：ありがとうございました。

それでは、時間が少し押していますが、河井先生は何かご意見ございますか。

○河井（河井病院）：河井病院の河井と申します。

本日の目指すゴールが話題の共有化ということで、資料の1からずっとご説明いただいて、参考資料などもご説明いただいた上で、資料4ということで、課題の整理を東京都さんにしていただきました。

急性期、それから回復期の話題は出ましたが、最後の慢性期における我々区西部における慢性期機能が担うべき役割を見させていただくと、うちの病院はたった60床の小さい病院ですので、地域医療構想の中で、この流れの中で何ができるかという、本当にいろいろな制約があって、なかなか我が病院の方向性がなかなか見えてこない部分があります。

うちの病院はたった60床ですが、最初の資料3にありますように、病床稼働率の平均は東京都と同じ90%、もしくはその前の年の95%ぐらいありましたので、かなりそれが高い病院であります。

ただ、ほかの病院、診療所から入院される方が、区西部は65%ということですが、当院は79%です。それから、死亡退院の割合が、これが都平均が32.9%で、区西部の平均が59.8%ということですが、当院は79.4%の方がお亡くなりになられて退院していくということで、まさしく看取りの機能を担っている病院でございます。

どうしてこういうことになるかと言うと、私どもは医療保険を使った療養病床です。しかも、医療療養の中でも1と2がありまして、1は医療必要度の高い患者さんを受け入れる病院で、2はまだもう少し症状の穏やかな方をお引き受けする病院になろうかと思えます。

当然、診療報酬の点数も医療必要度の高い方のほうが高い点数をいただけるわけですが、ただ、そういう高い方を引き受けると言ってもいろいろ制約があります。

例えば、かなり重症な、もう栄養管理がIVH（中心静脈栄養）だけとか、酸素吸入がかなり高濃度の酸素の吸入が必要とか、喀痰吸引が1日8回以上ある方とか、いろいろ厚生労働大臣が定めた状態に当てはまるかどうかによって、報酬が変わってくるわけです。

そうすると、私どものような小さい病院はやはり経営を維持していくことが一番ですから、できるだけ高い点数の患者さんをお引き受けしたいということで、やはり重症度の高い末期の患者さんですとか、そういう患者さんを受け入れざるを得ないため、そういうところから、死亡退院の割合が非常に高いというところがございます。

ただ、うちの病院は在宅療養支援病院もやっております、在宅にも昔から力を入れてきております。自院完結型の在宅をやっておりますが、なかなか在宅の患者さんは増えません。

24時間対応をやっても、よく聞く声が、在宅をやると外来よりも負担金が高いということですが、それはそうですね。外来に月に2回通われる方で、大体月に内科の慢性疾患を持っていらっしゃる方で指導料とか取って、1カ月お薬代は別として1000円ぐらいとすると、在宅の患者さんはその4倍ぐらいの負担金が発生するわけで、それだったらヘルパーさんに連れて行ってもらう通院するよという声もあります。

ですから、国のほうではどんどん在宅に移行するようにという流れはわかりますが、現実、患者さんも在宅はなかなかハードルが高い。費用のこともある。それから家に来てもらう抵抗もある。独居の方は誰に相談したらいいのかというようにいろいろなことがあって、なかなか在宅に移行させることが難しい状況にあります。

そういう状況ですが、そんなことを言ってもしょうがないので、この課題の中で慢性期機能が地域の在宅医療を支えるための方策というところと言うと、うちの病院の場合、レスパイト入院の受け入れというような、空いている病床を使って、そういう患者さんをお引き受けすることを、どんどんやっていくべきかなと思っています。

もう一つ、最後に、根本的に、最初に申し上げたように、うちみたいな小さい病院は、本当に経営していくのが精一杯というところがありますので、現在60床全て医療療養ですが、やはり機能を変えていこうと思います。

例えば、地域包括ケア病棟にシフトしていこうということを、数年前から検討を進めております。そういうところに、きょうまだこれからご説明があるのかどうかわかりませんが、地域医療構想推進事業を東京都さんがやっていたら、こういうものがあると、非常に我々もそちらに足を踏み入れやすいのかなという気がしております。

長くなりましたが、以上でございます。

○山田座長：ありがとうございました。お1人手が挙がっておりますので、少し時間が押しておりますので、簡潔にお願いいたします。

○万代（東京山手メディカルセンター）：東京山手メディカルセンターの万代でございます。

地域医療構想会議で、お互いに自主的に調整していかなければならないというお話だと思っておりますので、その点から少しお話しします。

資料1の4分の4で、先ほど猪口先生がおっしゃったように、左上のスライドの、2000床に増やさなければだめだということが肝だと思っています。

では、新しい病院ないし既存の病院が2000床を増やすのかというと、それはなかなか難しいでしょうということですが、ただ、ここで考えなければいけないことは、将来推計につきましては、現在の受療率に将来の人口構成を掛けた上で、稼働率で割り戻した数の将来推計と認識しております。

そして、高度急性期については75%、急性期78%ですが、先ほどの資料を見させていただきますと、高度急性期で88%に比べて84%と、設定の数字よりも10%ぐらい高いという形ですので、そういうことからすれば、割り戻しの分母がこの1の図では小さいので、より膨らんだ病床数となっております。

それはともかくとして、では、将来の推計の病床稼働率で、そのまま平成28年の高度急性期と急性期の稼働率を掛けますと7000床ぐらいで、80%台にすれば、そのところで1600床ぐらい浮いてまいります。

そういったような計算も考えなくてはいけないということと、もう一つはそれでも足りないということあれば、現在のDPC病院が12日とか13日ですから、そこを1日、2日減らすのはなかなか大変かもしれませんが、ここは皆さんの話し合いでの努力だろうと思います。

ですので、平均在院日数を短縮する方策として、回復期に行くのか在宅に行くのかは別として、平均在院日数を減らす努力をすれば、例えば、1日減らすことで10%程度病床が増えますので、そういったことからすれば、十分吸収可能かなと考えます。

そこら辺のところを今後話し合っていくのかなと思っておりますし、そういった意味では、先ほどのアンケートから見る資料3の2分の1のところの病床稼働率についても、急性期機能のところは数値がございませんが、多分お持ちだと思いますので、そういったことも資料としてお出しいただければ、今後はかなり吸収可能ではないかと考えております。

○山田座長：ありがとうございました。

ほかにご意見はございますか。よろしいでしょうか。このような活発なご議論をいただきまして、まことにありがとうございます。

やはり退院調整機能の医療資源をどのように病院側と共有していくのか。これは各地区医師会の命題でありますし、行政との連携の命題ではないかと思えます。

また、今ご提案がありました慢性期機能につきましては、平均在院日数ということも一つ大きく出てまいりましたので、今後のこの意見を踏まえまして、これについての課題をまた整理をさせていただきたいと思えます。まことにありがとうございます。

続きまして、2点ほど報告があるようでございますので、東京都にお戻いたします。よろしく願いいたします。

○榎本課長：報告事項が2点ございます。

まず資料5をお願いいたします。こちら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。こちらにつきまして、調整会議におきましても在宅に関する意見を多くいただいておりますが、なかなか調整会議の場において、在宅での連携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。

こうしたことを踏まえまして、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、在宅医療、介護連携推進事業に取り組むことになっておりますが、その中の一つに在宅医療広域連携に関する関係区市町村の連携をすることになっております。

こうした事業にあたるものとしたしまして、今般、在宅療養広域連携ワーキングを設置することとしたしました。目的でございますが、二次保健医療圏における調整会議にワーキングを設置し、在宅療養に関する地域の現状・課題や今後の取組について意見を行うものであります。

構成メンバーにつきましては、記載のとおりでございます。今後、メンバー選定などにつきましては、改めてご依頼をさせていただきます。開催時期ですが、こちらは平成29年9月から11月頃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思っております。

最後に、調整会議とワーキングの関係でございますが、こちらの調整会議は在宅療養のみならず、地域ごとに医療等における現状・課題について、幅広い意見交換を行う場であ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基に、現状・課題などを具体的に整理し、広域的な連携が必要事項について検討を予定しております。

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

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。こちらの事業につきましては、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、平成26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、資料の左側でございますが、こちらは施設整備ハード系の補助金でございます。こちらの対象は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟への転換等を行う医療機関に対して、助成を行うものでございます。

事業の内容といたしましては、改修、改築、新築などに対して補助を出すもの、また施設整備に対して補助を出すものでございます。

資料の右側でございますが、こちらは開設準備経費支援と開設後人件費支援ということで、こちらも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転換する場合に助成をするものでございます。

事業内容といたしましては、準備経費支援といたしまして、病棟配置する看護職員の人件費であったり、開設後人件費支援といたしまして、医師やリハビリ専門職の人件費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、今後は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。

○山田座長：ありがとうございました。資料5、6に基づいてのご説明でした。特にご質問はございませんか。よろしいですか。

また11月に開かれるそうですので、ぜひそのときにはお集まりいただいて、いろいろご意見をいただきたいと思います。きょうはどうもありがとうございました。

○高松（東京都薬剤師会）：東京都薬剤師会の高松です。

資料5のワーキングですが、開催頻度はどれぐらいを考えていらっしゃるか教えていただけますでしょうか。

○榎本課長：年1回を予定しております。

○高松：わかりました。

○山田座長：ほかはよろしいでしょうか。

30分ほど時間を過ぎてしまいまして、まことに申しわけございません。

きょう予定されておりました議事は以上となります。では、事務局にマイクをお戻しいたします。

## 4. 閉 会

○矢沢部長：長時間ご議論いただき、ありがとうございます。きょういただいた意見を最後にまとめさせていただきます。

まず、在宅への退院調整、それから定員の調整のところでもかなりのお時間を議論していただきました。

その中では、やはり独居、それから家族がいない、調整する人がいないといったような問題ですとか、あるいは、かかりつけ医の先生に帰せない状況での退院で、その辺りをどうしたらいいかということがあって、かかりつけの先生方のご意見では、一言かけていただいた上での在宅支援が進められるのではないかというお話もございました。

また、この地域で開業医の先生の高齢化、また、在宅医療の先生が増えないという課題もあるというお話もございました。

一方、回復期が足りないというのは、データ上では明らかになっているわけですが、その中でも、やはり高度急性期、急性期の先生方からは、回復期の適用ではない患者さん、あるいは、帰す状況ではない患者さんがいくつかりっしゃって、そういった方々をどうするかが非常に困っていて、療養病床が足りないという印象をお持ちの先生もおられました。

また、高度急性期を中心にやっているけれども、結局、病院の中では高度急性期から慢性期に近いところまでの機能までを担っているという実感をお持ちの先生もいらっしゃるということです。

また、慢性期の先生からは、看取りの機能を持っている病院であることや、経営上のこともあって、これから在宅医療支援のことも、地域包括支援のことも進めていきたいというさまざまなご意見もございました。

私ども、この会議でいろいろとご意見をいただいたことについて、このあと、まとめをさせていただいて、それから介護の事業者や介護を進めてくださっている区市町村の皆様と、この地域と医療機関等を結ぶ会議ということで、まずは1回目をこの秋にやらせていただきます。

その結果を踏まえまして、ことしの11月から1月ぐらいの間に、今年度第2回の調整会議を開催して、そこできょう出た課題を集中的にご議論いただくことと、在宅というところでの出たご意見などを紹介しながら前へ進めてまいりたいと存じます。どうぞよろしく願いいたします。



最後に事務連絡をさせていただきます。

○榎本課長：最後に事務連絡が3点ございます。

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

2点目でございますが、議事録についてです。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をさせていただきます。公開された議事録については、修正等が必要な場合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。

最後に3点目でございますが、本日、閲覧用の「地域医療構想」を配付しておりますが、そちらにつきましては、そのまま机上にお残しいただければと思います。

それでは、本日は長時間にわたりましてどうもありがとうございました。

(了)