

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

平成 29 年 7 月 6 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

平成 29 年 7 月 6 日 開催

1. 開 会

○榎本課長：それでは、定刻となりましたので、区西北部の東京都地域医療構想調整会議を開催いたします。

本日はお忙しい中ご参加いただき、まことにありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局保険医療計画担当課長 榎本が進行を務めさせていただきます。

本日の配付資料は次第下段に記載のとおりです。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：皆様、こんにちは。東京都医師会の猪口でございます。

この地域医療構想はもう足かけ 3 年になっておりまして、これを検討する厚労省のワーキンググループでは、この調整会議を年 4 回ぐらい行って、まずは今年度中に一つの形、どういうふうに持っていこうかということ、それぞれの地域で結論というのか方向性を出すというようなことになっております。

ただ、それは、東京においてはちょっと乱暴な話でもございますし、地方のように病床の必要量が減っていくのと違って、東京の場合は増えていく、特にこの西北部においてはそれが顕著なところでございます。

ただ、議論を進めていくのに当たりまして、技術論、要するに、この地域医療構想の推計がおかしいのではないかとか、この病床機能報告でそれを名乗っておかないとというか、それを言うとおかないと将来そうなれないみたいな、そういうことではございません。

技術論的な話は、東京都病院協会、東京都医師会等で今計画して、Q&A的な勉強会も企画しておりますので、そういう技術論的な質問はきょうはやめていただいて、何が足りないのか、これからどういう病床をつくっていかなければいけないのか、地域包括ケアというものを支えるためにはどういう病床が必要なのかということを、ぜひご議論いただいて、そしてそれぞれの地域の解決策、対策というものをご検討いただければと思います。

ぜひ前向きなご議論でお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○榎本課長：猪口副会長、ありがとうございました。

引き続きまして、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、こんにちは。お暑い中お集まりいただきましてありがとうございます。

私どもでは、調整会議の今年度第1回ということで始めさせていただいて、ちょうど折り返し地点になりました。

これまで病床機能報告とか厚労省のデータをお示しして、この地域の課題は何だろうということで、去年はやってまいりましたが、ことしはそのデータから見るこの地域の課題、それから年度末に先生方にご協力いただきましたアンケートのほうから見るこの地域の課題というものを見比べて、では一体何なのだろうということを考えていただく時間を、きょうはお取りしたいと思っております。

議事で申しますと、3番の「データ／アンケートから見る構想区域の現状」がきょうのメインのテーマでございます。きょうのお話の中で、この地域で課題だというものが何かという共通認識がもし取れば、それがゴールということでございますので、何とぞ活発なご議論をいただきますように、よろしくお願いいたします。

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

それでは、これ以降の進行を水野座長にお願い申し上げます。

2. 議 事

(1) 平成28年病床機能報告について

○水野座長：この会の座長をやらせていただきます板橋区医師会の会長の水野と申します。よろしくお願いいたします。

早速、議事に入りたいと思います。議事の1つ目の平成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。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、割合のみの集計でございます。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、高度急性期機能として報告したことによる増加が大きいものと考えております。

また、回復期機能につきましては、病院の開設や増床などによる増加が要因の一つとなっております。

続きまして、資料の2枚目をお願いいたします。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ますと、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、27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9.0%ということで、若干ですが、0.8%の増、慢性期につきましては22.3%ということで0.1%の増という結果となっております。

区西北部の結果につきましてもこちらに記載しておりますが、詳しく4枚目に区西北部をまとめたものがございますので、ご覧いただきたいと思っております。

区西北部の結果ですが、資料の左下をご覧くださいますと、平成28年は高度急性期機能は2753床ということで、前年より364床の減となっております。急性期機能につきましては6226床ということで416床の増、回復期機能につきましては1507床ということで238床の増、慢性期機能につきましては3193床ということで120床の減、トータルいたしますと平成28年は1万3679床ということで、170床の増ということになっております。

こちらの主な変動要因でございますが、高度急性期、急性期機能につきましては、高度急性期から急性期機能への機能変更による増減ということになっております。また、回復期機能の増につきましては、増床であったり慢性期機能からの機能変更、慢性期機能の減につきましては、報告対象外による減ということになっております。

また、本日、参考資料の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結果の報告対象病院と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、後ほどお目通しをお願いいたします。

資料1の説明は以上です。

○水野座長：それでは、病床機能報告の結果についての質問については、次の議事のあとに併せて伺いたいと思います。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○水野座長：議事の2つ目、地域医療に関するアンケートについてです。ご回答いただいた先生もいらっしゃるかと思いますが、昨年度の調整会議の開催結果を踏まえて、都内の病院などに対し、アンケート調査を実施いたしました。

その結果について、東京都よりまた報告を受けたいと思います。よろしくお願ひします。

○榎本課長：それでは、地域医療に関するアンケートについて資料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思います。

こちらの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り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を検討するなどして、その地域における課題発見の一つのツールとして活用していただければと考えております。

また、昨年度の調整会議の状況として、時間の制約もあり、全ての関係者から意見を伺うことは困難であったり、地域の関係者同士での意見交換になりづらいケースなどもありました。こうしたことを踏まえまして、調整会議におきまして、より効率的で活発な意見交換を進めるために、アンケート調査を実施したところでございます。

2枚目をお願いいたします。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、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、参考資料の4をお願いいたします。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、アンケートにご協力いただいた病院につきまして、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。こちらも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きましてはご説明させていただきます。

資料2の説明は以上です。

○水野座長：それでは、先ほどの病床機能報告と結果とアンケートについてのご質問について、5分ほどお時間を取っておりますので、ご質問ございましたら、挙手をお願いいたします。傍聴席のほうからもいかがでしょうか。

特にないようでしたら、あとでまた質問の時間が取っておりますので、先に進めさせていただきます。

(3) データ／アンケートから見る 構想区域の現状について

○水野座長：それでは、次の議事に進みます。

先ほど提示がありましたデータ／アンケートから見る構想区域の現状についてですが、先ほどの説明にございましたが、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、この地域で不足していると感じている医療をどう補っていくかを考えるわけですが、本日は前回提示されたデータとアンケートなど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っております。

それでは、まずは東京都よりまた説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○事務局：それでは、資料3をご覧ください。この資料3では病床機能報告のデータと先ほどご説明いたしましたアンケートから、この地域の医療の姿についてまとめたものとなっております。

この資料3の内容を踏まえまして、このあとにあります資料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、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、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、各機能ごとの特徴を記入しております。

2枚目の右上、2分の2となっているものですが、こちらはアンケートで病院、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。

上の部分ですが、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いての主なご意見を記載しております。機能ごとの下、矢印の部分ですが、こちら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。

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。資料上段に記載しております人口についてですが、区西部は高齢化の速度は都内でも平均的な地域でして、総人口は2025年に向けて増加したあと、2030年に向けて減少していく見込みです。

医療資源の状況につきましては、医療機関数が多い地域でありまして、そのうち中小病院の割合が8割強と、中小病院が多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機能で流出超過となっておりますが、自圏域完結率につきましては全機能とも6割を超えており、比較的高くなっております。

高度急性期から回復期機能につきましては、隣接区域を含めた完結率も9割を超えております。高度急性期、急性期機能につきましては、主に区中央部、区西部へ患者が流出をしております。回復期機能につきましては、やや流出のほうが多いものの、区西部と相互に出入りするような関係性がございます。また、慢性期機能につきましては、区西部から流入する患者が多い一方で、埼玉

県へ患者が流出をしております。流出患者の約3割が埼玉県への流出となっております。

それでは、一番左側の高度急性期機能からご覧いただければと思います。高度急性期機能につきましては特定機能病院が2施設ありまして、埼玉県などからの患者の流入もあります。病床稼働率につきましては83.7%と、都平均の88.1%に比べて低くなっております。また、病床機能報告では全ての病床を高度急性期機能と報告している病院も存在しております。

アンケートのほうをご覧いただきますと、高度急性期機能につきましては、板橋区、豊島区などの病院さんからは充足しているといった声がある一方で、練馬区では不足気味といったような声もいただいております。また、超急性期病院が偏在しているといったようなご意見も出ております。

1枚目のデータの下側、その他の部分に記載をしておりますが、この区西北部では圏域内の区ごとの医療資源に差がありまして、練馬区に医療資源が少ない状況となっております。アンケートでも、この高度急性期機能に限らず、ほかの各機能でも練馬区の病院さんからは不足しているといった意見が、他区に比べても見受けられたかと思われまます。

次に、データの急性期機能をご覧ください。急性期機能ですが、高度急性期機能に引き続き、隣接区域に入院する患者が多く存在しております。中小病院の割合は8割と高く、病床稼働率は83.7%と、都内で最も高くなっております。

アンケートでは、急性期機能につきましては各区から充足しているといったご意見が出ておりましたが、練馬区の病院さんからは不足しているといったような声も出ております。

自構想区域完結率につきましては約7割で、隣接区域を含めると91.9%と、都内でも最も高くなります。地域内の偏在はあるように思われますが、区域内、周辺区域を含めた連携でもある程度補えている見方もできるのかと思っております。

またデータですが、上から4点目、入院時のものになりますが、他の病院、診療所からの転院患者の割合が都平均よりも高く、平均在院日数につきましても都の平均よりも長くなっております。

また、死亡退院の割合ですが、9.1%となっております、こちらは都平均の2倍以上と、都内でも最も高い割合となっております。

上の部分に患者像とありますが、こちらは急性期機能で届け出ている入院基本料を多い順に上から載せておりますが、13対1、15対1の病床数が併せて約1000床と、他地域に比べても多くなっておりまして、急性期機能に占める割合についても都平均の約2倍ともなっております。

こういった部分から、急性期以降の患者も引き続き診ている可能性も考えられるかなと思われまます。

急性期機能の一番下のところに記載をしておりますが、病床機能報告で全ての病棟を急性期機能と報告している病院もあることから、今後その実態に応じて病棟単位で機能を分けて報告する余地はないかといったことも考えられるのかと思っております。

次に、回復期機能のデータをご覧ください。回復期機能では回復期リハビリテーション病棟入院料を取っている病床が約8割を占めておりますが、回リハの病床数につきましては人口10万人当たりで都平均の約1.4倍と、都内の構想区域でも最も多い地域となっております。一方で、病床稼働率につきましては86.3%と、都平均に比べてやや低くなっております。

アンケートの中では、回復期機能につきましてはのご意見で、板橋区や豊島区の病院さんからは、回復期病床、回リハ病床については充足している、多いといったような声がありましたが、練馬区などからは不足しているといったようなご意見も出ております。

また、回復期病床は充足していると回答のあった地域からも、地域包括ケア病棟が不足しているといったようなご意見も出ております。

急性期機能、回復期機能に対しては、地域で求める役割として、アンケートのほうに記載しておりますが、急性期機能のほうでは高齢者などの急性の受け入れ、また回復期機能のほうではかかりつけ医としての入院の受け入れを求めるといった声、また急性期から在宅に移行するまでの地域の患者の受け入れ病床としての機能を求めるといったような声が出ております。

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ような地域包括ケアシステムを支える病床というものが、地域でも求められているところかと思われま

す。地域包括ケア病棟が不足しているとの声がある中、こういった病床を今後どのように整備しているかというのが、この地域でも課題なのかなと考えられます。

また、回復期のデータのほうに戻っていただきまして、上から3点目になりますが、他の病院、診療所からの転院の患者の割合が64.3%と、都平均に比べて高くなっておりまして、院内の他病棟からの転棟の割合は低くなっております。

院内の転棟につきましては都平均25%に比べて8.9%となっておりまして、都平均の3分の1に近くなっております。

回りハ病床が回復期の約8割と多いこともあるかもしれませんが、他病院からの転院割合が高く、病院間の連携もある程度できているのかなと思われま

すが、こういった急性期から在宅に移行するまでの受け入れなど、ポストアキュートの機能を担っていると見ることができるのかという点もあるかと思いま

す。引き続きデータになりますが、家庭への退院割合は都平均に比べて低くなっております。また、死亡退院の割合については1割を超えております。都平均が3.9%に対して、区西北部では10.6%と、都内では最も高い割合となっております。

平均在院日数につきましても62.3日と、都平均50.7日に比べても10日以上長くなっております。回復期機能でも看取りの一部を担っている可能性もあるのかなということが考えられます。

次に、慢性期機能のデータをご覧ください。慢性期機能につきましては、障害者施設入院基本料、特殊疾患入院料を算定している病床が、人口10万人当たりで都平均よりも多くなっております。障害者施設については都平均の約1.4倍、特殊疾患については都平均の約1.7倍となっております。

なお、医療療養病床、介護療養病床につきましては高齢者人口10万人当たりでもほぼ都平均並みとなっております。中小病院の割合は9割強と、高くなっております。

アンケートで慢性期機能についていただいたご意見ですが、各区より、不足しているといったご意見が出ております。また、軽い医療区分の患者受け入れが困難になっているといったようなご意見もありました。

慢性期機能の自構想区域完結率は60.4%、都内隣接区域も含めた完結率については74.5%と、どちらも区部では12番目に高い割合となっておりますが、慢性期機能について埼玉県などへの流出も多い中で、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という点があるかと思われまます。

またデータのほうに戻っていただきまして、上から3点目、入院時のものになりますが、家庭からの入院割合、他の病院、診療所からの入院割合、どちらも都平均よりも高くなっております。また、家庭への退院割合につきましても都平均よりも高くなっております。

平均在院日数は139.2日と、こちらは都平均よりも短くなっております。都平均152.1日ですので、それよりも10日以上短くなっております。

この点から、家庭から受けて帰すといったような地域包括ケアシステムを支える病床となっているのか、また家庭からの入院割合も高いことから、サブアキュートといったような機能を担っているのかという点も考えられるかと思えます。

サブアキュートに関しましては、アンケートのほうで在宅医の先生からいろいろ意見をいただいているところでして、アンケートの下側、左側のほうになりますが、在宅医の先生から急変時の受け入れを求める声とか、受け入れ体制の整備を求める声を、各区からいただいております。

また、認知症患者とか夜間の受け入れ、短期間の入院受け入れ等、さまざまな状況で受け入れ先の確保に困難を感じているようなご意見もありました。

また右側、その他のところに記載しておりますが、レスパイト、リハビリ等の要素を含む包括病床を増やしてほしいといったようなご意見も出ております。

こうした地域包括ケア病床など、地域住民を支える病床の整備が求められるところで、この地域でも課題の一つかと考えられます。

一方で、左側の下に書いてありますが、以前と比較して連携がとりやすく、受け入れ体制も充実してきたといったような声もあることから、地域の医療機関の間での連携は重要であり、その連携を強化することで補える部分もあるものと思われまます。

データのほうに戻っていただきまして、一番下、その他の下の矢印のところに記載しておりますが、区西北部では退院調整部門を持つ病院の割合が高い機能が多くなっております。特に回復期、慢性期では高くなっておりまして、回復期は93.8%、慢性期は57.9%と、どちらも都平均を大きく上回っております。

この在宅移行との観点から見ますと、アンケートのほうでいただいたご意見では、アンケートを下側の右側の部分に記載しておりますが、在宅医の先生からは、調整不足のまま退院することがあるなど、事前の調整を求めるようなご意見がありました。

また、連携に関する意見につきましても、病院、在宅医双方からいただいております。病院側からは、在宅医の情報が不足しており、連携が進まない、また在宅医療の受け皿の把握ができていないといったようなご意見、そして、在宅医の先生からも、在宅医と病院との連携が必要といったような声が出ております。

また、病院と在宅での医療提供の違いに対する理解が必要といったようなご意見も、双方から出ておりました。

退院調整部門を置く病院は多い地域ではありますが、調整や連携についてはまだ課題があると見られます。今後在宅医療の需要増加が見込まれている中で連携体制をどのように強化していくかというのも、ポイントの一つかと思われまます。

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あります資料4となりますので、それをご覧ください。

この資料4では、データとアンケートから見えてきます地域の特徴から、この地域で検討すべき課題と思われる論点を整理いたしまして、事務局の案として挙げております。今回は3点お示ししておりますので、主にこの点について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、高度急性期から急性期機能までの全ての機能で患者が流出超過となっていること、一方で、全ての機能において都内隣接区域も含めた完結率は高いこと、また、各機能で他の病院、診療所からの転院の割合が高く、中小病院割合が高いことといったものがあります。

患者が他県も含め他区域へ流出する傾向にありますが、急性期以降、患者が転院してくる割合が高く、地域に身近な中小病院も多い地域であることから、今ある医療資源を最大限活用して地域の医療需要を支えていくためにはどうすればよいかというのを、1つ目の論点として挙げております。

議論の方向性としては、例えば、圏外も含めた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や医療提供体制は十分であるかどうか、また、その医療機関などとの連携はできているかどうか、そして、それを整備するに当たって課題は何か、そのために不足する医療機能は何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、回復期リハ病床が都内で最も多い地域であること、そして、回復期機能においては病床稼働率が低いこと、また、回復期機能では死亡退院割合が高いことといったものがあります。

回りハ病床数は多いものの、回復期の病床稼働率は低くなっております。平均在院日数につきましては都平均よりも長くなっておりまして、死亡退院割合も高いことから、慢性期機能の患者も引き続き見ている可能性も考えられます。

こうしたことから、今後回復期機能の病床をさらに有効に活用していくためにはどうすればよいかというのを、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ては、例えば、この地域における回復期機能が担う役割はどういったもので、その医療体制をどのように整備していくのか、不足する部分があれば、整備する必要があるのか、それとも連携で補っていくことができるのか、ポストアキュート機能を担う地域包括ケア病床をどのように整備していくのかといったようなことが考えられます。

次に3点目ですが、地域の特徴として、地域包括ケア病床は増えつつあるが、不足しているとの声があること、在宅医からは急変時やレスパイトの受け入れを求める声があること、そして、慢性期機能において埼玉県への流出が多いことといったものがあります。

急変時の受け入れやレスパイト入院など、在宅医療を支える病院が求められているところであり、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医療体制についてどのように整備していくかというのを、3つ目の論点として挙げております。

議論の方向性としては、例えば、サブアキュート機能を担う地域包括ケア病床をどのように整備していくのか、地域の在宅医療を支えるために慢性期機能の病床が担うべき役割は何であるか、その役割を果たすためには何が必要であるか、そして、他県へ流出した患者が地域へ戻ってくる際の医療連携の体制はできているかどう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。

以上3点について議論をお願いできればと思います。今回、この3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、次回移行の会議につなげていければと思っております。

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、診療所から回答をいただいたものではございませんので、こちらの内容につきましてもさまざまなご意見はあろうかと思っております。

この会議でいただきましたご意見等も踏まえまして、次回の会議に向けて優先して検討すべき課題を洗い出していきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

資料3、4については以上となります。

○水野座長：この地域の現状について、東京都より案と構想区域の課題整理についてご説明がございました。

3枚ほど資料がございますので、まず資料3の2分の1からご質問が、あるいはご意見がありましたら、何でもよろしいので、ぜひご意見を出していただければと思います。

特に資料3、アンケートに基づく地域の姿については、全ての医療関係者の方からお話を聞けたわけではございませんので、追加で、これは違うというご意見がございましたら、ぜひ出していただけるとありがたいと思います。

○宮崎委員（東京北医療センター）：東京北医療センターの宮崎と申します。説明ありがとうございました。

私も、この急性期機能の北区のアンケート調査の1施設から、余っているように感じているというようなことが書いてあって、これは明らかに違うと思います。そこだけは強調したいと思います。ちょっとびっくりしました。

○山口副座長：宮崎先生のご意見で、北区では病院部会でお話し合いをされているということですが、その中では何かそういう話が出たのでしょうか。

○宮崎委員（東京北医療センター）：私の記憶では、それはないと思います。少なくとも北区において、これは、もちろんこの区西北部で考えたときの話なのでしょうが、北区でこの急性期の病床というのは明らかに少ないですので、その在宅の方の受け入れとかの現状を考えると、余っていることは少なくともないと思っております。

○水野座長：ありがとうございます。

どうぞ。

○伊藤委員（練馬区医師会）：練馬区医師会の伊藤でございます。

特にこの資料3から資料4でまとめられたイメージは非常にわかりやすく、今までの会の中でも非常に前向きなところが見えてきているのかなと思います。

ところが、これは全部、区西北部としてまとめ上げられたもので、区西北部、北区、豊島区、板橋区、練馬区、それぞれ歴史的な背景があつて、特に練馬区内においては、まずは農村部から始まった区でございます、そこから医療インフラが整備されてきたという形があるので、構想区域内での偏在がないような形で今後議論を進めていただけたらいいかなと思うわけです。

地域包括ケアシステムという、地域というのはそれぞれの行政単位というふうにある程度考えられて、地域包括ケアシステムを、板橋区と一緒にやっていくとか、豊島区と一緒にやっていくというのは、なかなかこれまた難しいものがございます。

やはり地域包括ケアシステムを構築するためには、その区行政の中でどういふふうには病院もしくはその病院の機能が足りているのか、もしくは足りていないのかということをやっていないと、地域包括ケアシステムというものを今後大命題として、そこがあるわけですから、そこがなかなか難しいのではないかと思います。

それから、練馬区へ今後それぞれの病院、練馬区は平成になって練馬光が丘病院、大泉病院、順天堂病院と、この平成の20年になってその病院ができてきたエリアでございますから、今後それらの病院がそれぞれの病床に転換するときには、やはり行政もしくは都としてもいろいろサポートをお願いしていきたいと思っております。

○水野座長：ありがとうございます。

どうぞ。

○大畑委員（慈誠会記念病院）：慈誠会記念病院の大畑と申します。

今の先生のご意見のとおり、まず資料の3の1番目と2番目のデータのほうは、あくまでも全体の内容のことを記載されておりました、アンケートのほうは各区単位で書いてあるという、そこに非常に違和感を感じる部分がございます。

データのほうも各区単位で分けてもらえれば、それなりに比較して、いろいろなご意見がもっといろいろな先生から出てくるような状態になる。そのアン

ケートの内容も、正しいか、正しいというか、その感想ですので、どうなのだろうかという意見も言えるというふうに、これを見ながら考えておりました。

それから、その次の資料4のほうの内容になると思うのですが、やはり私も、慢性期医療をやっても、患者さんというのは自分が近いところへ行きます。

ですから、先ほどの話ではないですが、練馬区が一番西にいた方が北区の東のほうに行くかといったら、まず行きません。最寄りの、電車とか車で行けるところに移動するというわけですから、基本的にはこの地域医療構想も利用者のための構想というふうに考えます。

ですので、その辺は無理やりその流出しているからどうのこうのというよりも、利用者にとってどうなのかというのをベースに考えると、やはり基本的には、先ほど先生のお話にあったように、各区単位で部会のようなものを開いて、ある程度詰めて、上層部に上げて議論をするというほうが、これからはより効果的な会議ができるのではないかと思いますので、よろしく願いいたします。

○水野座長：ありがとうございます。

区西北部と言っても、4区それぞれ温度差がございますので、各区での論議ということをやっていただいて、この会に持ってきていただくというご意見かと思えます。

ほかにございますか。どうぞ。

○齋藤委員（大泉生協病院）：大泉生協病院の齋藤と申します。

練馬区は、先ほど伊藤先生が言われたとおりに、とにかく全体に少ないのは間違いなくて、東京都の区ごとの病床の統計で見ても下から3番目の病床、しかも精神科病床を入れてというくらいですので、全てが足りないのです。

ただ、これで見ると、やはりトータルで考えると慢性期が多いとかになってしまうので、この前の会議でも言ったのですが、この地域医療構想区域の中の格差が余りにも大きい地域ですよね。だから、区単位で本当は話をしたほうがいいと思うのですが、東京都としてはやはりこれはまとめてやる予定ですよ。ということを確認したいと思えます。

もう一つは、この中身というか、イメージというか、一致させたいと思うのですが、この資料4のところ、回復期において死亡退院割合が多いというのと、慢性期で急性期レスパイトを考えるとというのが、我々病院の従事者にとってはすごく違和感があるのです。

普通は、回復期リハビリテーションで亡くなることはほとんどないと思います。それから、慢性期、例えば療養、介護療養では亡くなる人は多いかもしれませんが、そういうところで急性期の受け入れは多分ないと思うのです。

医療療養でもかなり重度な方を入れないと経営がうまくいかないんで、急性期をぽっと入れたり、レスパイトをぽっと入れたりということは、多分少ないのではないかと思うのです。

これは、統計に隠れて何か秘密があって、我々の一般的にやっていることと違うものが含まれているような気がするのですが、東京都は本当にこういうふうに思っているのでしょうか。

○水野座長：ここではご意見をいただけるのですか。

○榎本課長：まず、区ごとのご検討ということでございますが、調整会議自体が国のほうから示されて、構想区域ごとに実施していくというものでございますので、現在のところは各構想区域ごとに議論をしていただいて、その構想区域の中で医療機能の機能分化、連携を進めていきたいと考えております。

また、データのほうにつきましては、このデータ自体が病院機能報告から出たデータをこちらのほうで整理したものでございますので、ちょっとそれ以上はなかなか我々のほうで細かい分析というのはできていません。

○水野座長：先ほどの回復期機能のほうの病床は、急性期病床のほうが少し意味合いが入っているとか、そういうような話もちょっと説明の中に入っていたので、私はその関係でというふうに思っていたのですが、よろしいですか。

どうぞ。

○吉澤委員（要町病院）：要町病院の吉澤です。

今まで言われていた各区の先生たちのご意見と大体同じですが、このデータを見ても、高度急性期機能のところだと、板橋区は確かに充足していると思うのですが、豊島区は大塚病院しかないはずですね。高度急性期というのは豊島区は充足しているとは思えない。ほとんど板橋区のほうに送らせていただいているという現状があります。

ですから、やはり区ごとでのアンケート結果というのも出していただかないと、これはまとめて出されても、ちょっと違うかなという違和感を覚えます。

地域包括ケアというのは区市町村、行政単位でやっていますが、地域医療構想はというと、2次医療圏ですので、土俵が違いすぎるというところが、これは前もこの会議でその話が出て、区ごとでという話が出ていたはずですよ。

東京都医師会のほうで最初、病院部会のほうでの答申も、東京はある程度区市町村ごとでやったほうがいいのかという答申がされたと思うのですが、東京都のこの病院の機能区分というのは区ごとでかなり違いがあって、特にこの区西北部というのは2次医療圏の中でもかなり広い範囲になります。

そうすると、先ほどお話があった練馬区の端の人が北区に行くということはありませんというの、確かにそのとおりだと思うので、そこの辺り、各区のほうで病院会との話し合いというのがどのぐらいされているのかということも、都は把握しているのでしょうか。

○水野座長：では、東京都のほうから、ご説明をお願いします。

○矢沢部長：まず、資料の見方ですが、このアンケートから見る構想区域像2-2のところ、後ろに括弧がついているのは、これは、例えば、高度急性期のところで充足しているとしたのは、板橋区の方と豊島区の方から充足しているという意見があったという意味で、板橋区が充足している、豊島区が充足しているという意味ではありませんので、そこは誤解のないようお願いいたします。

それから、アンケート結果を区別に整理したものは参考資料の3にそれぞれ、アンケートに答えていただいた方の所在地、住所地の別に区別に並べておりま

すので、これもそういった意味で見方が、ちょっと誤解があるようでございましたので、訂正をさせていただきます。

それと、区ごとにご検討いただくという話は、出る圏域もあれば出ない圏域もありまして、そこはそれぞれの自治体、それぞれの医師会のご判断かと思っておりますので、特にそこはそれぞれどういうやり取りをなさっているかというところまでの調査はいたしておりません。

○水野座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○伊藤委員（練馬区医師会）：練馬区医師会の伊藤でございます。

きょうのご説明の中の一貫したキーワードとして、地域包括ケア病床とか地域包括ケアシステムということ、何回となく都のほうから言われておりますが、今話されていることは、地域医療構想内での包括ケアシステムのような印象があります。

地域包括ケアシステムということ構築するには、極端なところを言えば、もう中学校の周囲の単位で何とかやっていかなければいけないというほど、やはり細かい単位で見なければ、この地域包括ケアシステムというのはなかなか構築しづらいものですね。

だから、ここの地域医療構想の中で地域包括ケアシステム概念をそこに入れてしまうと、少し議論の焦点が絞れなくなるのではないかと思っておりますが、いかがでしょうか。

○水野座長：どうぞ。

○山口副座長：地域包括ケアシステムと病院との関係という意味では、地域医療構想を話し合うときに、病院が地域包括ケアシステムとどういう関係を持つかということが問われたわけですね。

ですから、地域包括ケアのシステムの中に病院が入るというよりは、地域包括ケアシステムを既に医療、介護ということで、先生が言われたように、地域

の中でかなりディスカッションされていますので、それに地域医療構想の中で病院がどのようにかかわっていくかというところで関与しているわけです。

あとで出てくるかと思うのですが、病院と地域包括ケアシステムとの橋渡しに関しては、今後また検討するという部会ができるようですから、そこで話し合うことで、もう少し円滑に相互の関係ができるのではないかと思います。

先ほど、練馬区では高度急性期が足りないというようなお話があったと思うのですが、高度急性期に関しては、これは全都で考えるという形になっているかと思うのですね。

ですから、特に高度急性期に関しては、一つつくと、そこだけの問題ではなくて、周りのところにかかなり影響するということもありますので、全都的な検討をして、本当に必要かどうかというのを考えていただきたいと思います。

それ以下の、急性期以下の問題は、先ほどの地域の問題に非常に密着してきますので、各区で部会のような形をつくって、できれば医師会で意見をまとめていただくという形で各区の意見をまとめて、そこと地域包括ケアとの関係を常に考えながら議論を進めたらどうかと思っています。

○水野座長：余り座長が言ってはいけないのかなと思うのですが、実は、板橋区ではこの会に向けてやりました。それで、高度急性期の大学病院2つが出てこられて、もう板橋区にとどまることなく、この区西北部全体、あるいはもう少し拡大して、病院としては機能するという考えの中で動いております。

それ以外に、ほかの病院もございます。そういったところでは急性期病床を活動してということですが、それでもやはり板橋区に限らず、ほかの区にも影響を及ぼすような診療体系をするということになります。

ですので、だんだん高度急性期、急性期、回復期という中で、それぞれ患者さんが住む場所によって、最終的には、先ほど伊藤先生がおっしゃったような、地域包括ケアシステムの中の中学校圏域の中に住んでいらっしゃる方が、その地域のどこに医療を求めるかということになるかと思うのです。

これは最終的には在宅でもあるかもしれませんが、地域の中小病院のことであるかもしれません。これについてはいろいろな形があるかと思うので、

これをうまく運用していくという中で、皆様方にこの会は共通認識をとってもらうという形になるかと思います。

先ほど伊藤先生からお話があったようなことは、報告の1番目に、これからお話が東京都からあるかと思いますが、そのことについてはまた報告があつてからお話をしていただければと思います。

ほかに何かございますか。

資料4のことについて、せっかく3つほど、地域の特徴ということで論点を挙げていただいたのですが、これについて何か。どうぞ。

○今泉委員（王子生協病院）：王子生協病院の今泉といたします。

この課題の整理ということですが、自分では、亡くなる方がどこの場を希望するのかということが大きなポイントかなと思っています。

先ほども話がありましたように、現状の報告制度ですと、急性期をやろうが、慢性期をやろうが、自分が回復期と思えば回復期で医療をやる構想ですが、これが実運用になると、保険診療の報酬上のほうから要請がかかってくると、回復期ですと回復期リハビリ病床とか、地域包括ケア病床ということになるでしょうし、慢性期だと慢性期となると思うのですが、資料1のところから見えてくるのは慢性期はもう足りている、回復期は増やすと。

ただ、そういう診療報酬上の問題となりますと、実際は現状では回復期で看取りということは行わないと思いますし、地域包括ケア病床でも基本的には看取りは余り行わないということが多分スタンスになると思うのです。

しかし、実際は、きょうの報告の中では、ほかの地域と比べて、亡くなる患者さんの割合が多いということですが、では、その亡くなる患者さんが、これから高齢化が進む上で減るわけがないわけであって、どこで亡くなるのかということですね。

ところが、急性期とか高度急性というのは、平均在院日数のところからどんどん在宅とか慢性期とか回復期に紹介するわけですが、亡くなる患者さんというのは、2～3日で急性期の治療が終わって亡くなれば、それは急性期になりましようが、やはり何日も、何カ月もかかって亡くなるわけですが、その行き場がない。

それを在宅で見られるのか、あるいは慢性期で見られるのか、回復期で見られるのかという、なかなかそのところはこの病床報告の中に出てこない中で、ではどうやって考えて、そこを整理していくのかというのが、この中から見えてこない。そこら辺を考えていただきたいと思います。

○水野座長：ご意見いただきましてありがとうございます。

実際に病床での話で、看取りという話になりますと、先ほどお話があった在宅での看取りとなりますと、これはここには出てこないのですね。

この在宅での看取りは、先ほども申し上げましたとおり、これからの報告でワーキングを設置するというので、このワーキングの設置によって、いろいろ情報がまた集まってくるのではないかと考えております。貴重なご意見をありがとうございます。

どうぞ。

○島本委員（大同病院）：大同病院の島本といいます。

現実に包括のこの医療の考え方というのが、大体地域の病院というのは連携をとっている大学病院とか卒業した大学へ送るとか、そういうことがあって、東京都内にいる場合はどうしてもその範囲内では患者のやり取りというのが比較的少ないのですよね。

だから、そういうことで、こういう何か決まったような格好の枠にはめられると、非常に診療がやりにくいという問題があって、むしろ自由にやらせてもらいたいというのが、僕ら、中小病院の考え方です。だから、その辺の許容というか、そういうものをぜひ考えていただきたいと思います。

○水野座長：実は、板橋区でもその会をやったときに、いわゆる、ちょっと言葉は悪いのですが、“すき間医療”というか、いろいろな高度急性期、急性期、といった病院の間で、どうしても必要な医療というのが出てくるかと思うのですね。そういうところに我々は役に立つべきだというような病院もございました。

ですから、これからそういうような医療というのにも出てくるのかなというのが、ちょっと板橋区での話でございます。ありがとうございます。

どうぞ。

○川上委員（練馬光が丘病院）：練馬光が丘病院の川上でございます。

まず資料4で、地域の特徴として、第1段の、全ての機能において都内隣接区域を含めた完結率が高いというご判断のようですが、私たちのところは、私たちがこの病院を始めてから5年が経過しているのですが、機能を整備すればするだけ需要が増えてまいりました。

都内の隣接区域というのは、別に北西部だけではなくて、中央部にかなり患者さんが行っていたのを、ここで医療ができるのは大変にありがたいということです。それから、特に救急医療に関しましては、循環器の部門を増やしますと、それだけ非常に救命率も高くなっています。

そういう意味で、この完結率というところで我々としては違和感があって、まだ急性期医療を充実するべきであるというふう実感しているところです。

それから、第2番目の回復期機能において病床稼働率が低いというのも、これも恐らく練馬区はずっと低い、低いと、不足していると、先ほどのアンケート調査からも言っているので、同じことの繰り返しになるのかもしれませんが、私たちのところではそういう状態で、現在では在院日数が平均で10日を切るか10日前後にまで下がってきているのですが、それでも救急の受け入れで苦労することもございます。

その中で、回復期リハ病棟とか、そういう定義からは外れるのかもしれませんが、やはり後方病院が足りないというのが実感でございまして、この病床稼働率が低いというのは、数字ではそういうふうに出てくるのかもしれないのですが、地域としてはまだまだそういうものを整備していただきたいというところも、我々としては実感として感じているところでございます。

○水野座長：貴重なご意見をありがとうございます。

ほかにご意見ございますか。どうぞ。

○金丸委員（明理会中央総合病院）：明理会中央総合病院の金丸といたします。

今の議論の中でやはり気になるのは、これは、伊藤先生がおっしゃっていたことの原点になるかと思うのですが、確かに方向性としては区西北部なのでしょう。ただ、恐らく地域の患者さんにとって大事なものは、その圏域における急性期から慢性期の連携だと思っています。

そのために、すき間産業であれ、何であれ、その地域において発生した患者さんを看取りまで含めて考えられるシステムが一番大事で、それを考えていく中で、実は一番これは議論の中心で、今まで余り出てこないような気がするのですが、住民の方々が十分理解してくださっているのか。

私の印象だと、中央部にあるブランド病院にやたら1次救急の段階から行ってしまうという印象が非常に強くて、確かに大学病院さんは1次から来ていただければありがたいでしょう。

ただ、地域の救急病院である我々は、1次、2次の患者が大学やブランド病院に行かれてしまうと、何のための地域の救急なのか、これでは地域のために我々も頑張りきれないというところも、正直なところございます。

だから、このシステムを構築する中で、ぜひこれは逆に行政にお願いしたいことで、住民の方々に十分地域の医療機関を理解していただいて、その地域の中での包括ケアを完結するためにも、ぜひ一緒に頑張っていただけのように、住民の方にもわかっていただきたいということが、私がいつも感じていることです。この場を借りて発言させていただきました。

○水野座長：貴重なご意見をありがとうございます。

実は、東京都の全体の会でもそういうお話がありまして、東京都からそのとき説明がございましたが、都民に向けての啓発はやっているというお話を伺っております。全体的には浸透していないのかなという印象は、実はございますが。

ほかにご意見ございますか。どうぞ。

○齋藤委員（大泉生協病院）：大泉生協病院の齋藤です。

資料4についてということだったので、実はさっきの続きですが、地域医療構想におけるこの病床区分と、診療報酬における病院の役割とが、かなり差があって、それがごっちゃに出てきてしまっているわけです。

そうすると、この回復期で死亡退院の割合が多いから、それを利用しようという話になってしまうので、そこをよよく考えて、この資料4というか、課題整理をしないと、わけがわからないことになるかなと思います。

本当に気になるのはこの辺のところ、ポストアキュートとかを見るのは確かに地域包括ケア病床でいいのですが、もちろん回復期リハもそうですが、多分死亡を見るのは全然違うところですよ。

急性期が入っていれば、当然そこになるのですが、そこは急性期が入っているという認識をしないと、回復期で、ここで回復期と言うときに、明らかにこれは回復期リハビリテーションと地域包括ケアを念頭に置いていますよね。なので、変なことになると思うので、そこを再考していただきたいと思います。

○水野座長：ありがとうございます。

どうしても診療報酬とこの医療構想を一緒にしてしまう考え方が出てくるのですね。確かに、やはり経営というのが非常に大事になりますし、もともと社会保障費の中でこの診療報酬の問題を解決する策の一つとして医療構想があるということも、少し想定してしまうのです。

いずれにしろ、そこをうまくやっていないと、どちらにしてもこれからの医療は成り立たないと考えておりますので、その中で皆様方にいろいろなご意見をいただいて、できるだけいい医療をこの区西北部でと思います。

ただ、東京都は広いということはないのですが、多摩地区なんかになりますと、医療機関間の距離がかなり長いのですね。そういった中で板橋区なんかを見ますと、かなり医療機関との距離が短いです。

これは、地域住民の方はすぐに入院ができたりとかいったことも可能ですし、それこそ、先ほどの看取りという点では、比較的看取る率が上がるのかなと、私は印象として思っております。看取り率を上げているのも、もしかすると区西北部の中では板橋区が上げているのかもしれませんが。これは何とも言えませんが。

ただ、そういう地域性というのがどうしても出てきますし、特にこの区西北部の中での地域性を皆さんに知っていただきながら医療をやっていっていただくということが大事でございます。

これをこうしなさい、ああしなさいというものでは決してございませんので、皆様が現状を把握していただいて医療をやっていただくということが、この会の一番の目的でございます。

ですから、いろいろなご意見をどんどん出していただいて、区西北部の中の皆様方のご意見を皆で共有して、何が足りないのか、何が多いのとか、いろいろな話が出てくる中で、やはりどこが足りないのか、どこが多いのかということを知っていただければと思います。

そうすると、今度は、「では、あそこの病院のほうにまだベッドがあるのではないか」とかというようなことも考えながら、我々医療従事者が患者さんを送ったり、あるいは受けたりということが出来るのかなと思っています。

区西北部と言っても、そんなに広い区域ではございません。地方へ行くと、もうそれこそもっともって距離の長いところを医療圏としてやっているわけですから、そういう中では、地域住民の方はある意味では幸せなのかなという部分もあります。

もちろん、たくさんあればいいかということ、それもまたいろいろな問題があって、選ぶほうも問題としてどうなのかなということもあるかなと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○坂本委員(帝京大学医学部附属病院): 帝京大学医学部附属病院の坂本です。

高度急性期を大きく分けると、3次救急を中心とした重症の救急患者さんという部分と、あとはがん等の高度専門医療という部分がございます、それぞれ流出の理由がちょっと違うだろうと思っています。

重症救急に関しては板橋に非常に集中して、日大さん、帝京さん、中央病院さんがございます。ただ、アクセスの面では、先ほども言ったように、練馬の西の端から全部カバーするというよりは、近くのほかの救命センター等もあればということですが、それがカバーしきれていないので、中央部に流出する原因の一つだろうと思っています。

また、がんの患者さん等に関しては、特に若年層、あるいは壮年くらいまでですか、先ほど都内のブランド病院というようなこともございましたが、中央部のほうに自分で動ける患者さんはどんどん行ってしまうということで、これに関しては、集中しているというよりは、患者さん自体の志向として、どうしても中心部に行くというふうなことに、なかなかとめられていないというのがあるかなと思っております。

○水野座長：どうぞ。

○鈴木委員（浩生会スズキ病院）：浩生会スズキ病院の鈴木と申します。

印象でまとめるわけではないのですが、とてもこのデータは、聞いていて、説得力がありまして、大変いいデータだと私は思いました。

もちろん、いろいろ足りないところがありますが、その足りないところの中で、各区でこういうようなデータに準じたものをまとめてほしいということがありました。

もう一点は、各区でばらつきがありまして、東京都としては、区西北部とかいうくくりでこういう会議をしなければいけないのはよくわかりますから、これはこれでよろしいとは思っています。

ただ、私どものところは練馬区の一番東側にありまして、すぐ豊島区と中野区に隣接してしまっていて、練馬総合病院もそうですが、ほとんど区境なんです。

ですから、そういうようなことを考えますと、練馬区全体でまとめてくれても、私どもから見ると、データが非常に偏在してしまっているのです。

そこで、これは大変かもしれませんが、せつかくこれをまとめていただいたので、隣接区も含めて、例えば、区境を境に半径3キロとか、そういうような形でまたデータをまとめてくださると、それはもちろんこのところでディスカッションしなくてもよろしいのですが、大変ありがたいと思っています。

今言ったその地域包括システムについては、中学校の範囲で身近な医療を完結するというようなことを、国は考えていらっしゃるのでしょうかから、そういうデータとしていただけるとありがたいと思います。

今すぐとは言いませんか、これは今出た最後の付録みたいな形でまとめていただけるとありがたいと思います。

○水野座長：ありがとうございます。まとめられるかは、あとでまたお返事いただけるかと思います。

どうぞ。

○山口副座長：水野先生がおっしゃいましたが、板橋区では、医師会に集まって、いろいろ各病院の事情を話したということですが、やはりそれによって各病院の現状での立ち位置が非常にわかりました。

本当に顔の見えるという意味では、やはりまずは各区でやらないと、この会はどうしても代表だけということですので、本当にリアルな顔がなかなか見せづらいというところもあります。

そういう意味で、先ほど部会のお話がありましたが、ここは医師会にお願いしたいと思いますが、各区で少しまとめていただいて、何回かそういう話を持つ中で、各病院の連携ももう少し深まるのではないか。さらに、必要であれば、区を超えた中でやる必要があるのではないかと思います。

もちろん、鈴木先生が今言われたように、どうしても区境にある病院というのは、その区だけで限定はできませんが、まずは区で話し合うということが大事かなと思います。

○水野座長：今のご提案については、医師会のほうでまとめるか、あるいは行政のほうでやっていただくかということですが、ここで結論づけて決めましょうということではなくて、各部署の方々に持ち帰っていただいて、できれば決めていただきたいと思います。

板橋区でやったときには、有意義だと思いましたが、全部の病院が出てきたわけではないので、まだまだ十分ではないと思います。ですから、何回も繰り返して、それぞれの病院の皆さん出てこられるような機会をつくって、やっていただくということがいいのかなと、私は感じております。

各区ごとでも、各医師会が主導でもいいですが、やっていただけるとよろしいかと思っております。

ほかにご意見ございますか。どうぞ。

○丸山委員（関町病院）：関町病院の丸山です。

在宅医療は国も都も進めているので大事だと思います。ただ、今回のアンケートは在宅医療を行っている診療所を対象にしてやっていますが、私どもの病院では在宅もやっぴまして、近隣の病院でも在宅をやっているところが結構あるのです。

ですから、そこら辺ももっとアンケートで掘り起こさないと、在宅がどのぐらいのパワーを持っているかということがわからないと思います。

それから、在宅もいろいろな科の先生がやっているので、どういう科の先生がやっているのか、そういう内容をもう少しアンケートの中に入れていただけたらいいと思います。

○水野座長：貴重なご意見をありがとうございます。またぜひ次回のアンケートにはそのような形を載せさせていただきたいと思ひます。

また、あとの報告のほうでもそういった設置についてのお話が少し出るかと思ひています。

ほかにご意見ございますか。時間のほうがそろそろまいりましたので、傍聴席の先生方、何かもしご意見がございましたら、挙手をしていただければと思ひますが、いかがでしょう。何でもよろしいです。特にないですか。

それでは、時間がそろそろまいりました。改めまして、活発なご議論をありがとうございます。次回の調整会議では、いただいたご意見を踏まえて、また地域の課題について整理し、ご提示させていただきたいと思ひます。

それでは、2点ほど、東京都のほうからご説明がござひますので、お願いいたします。

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

○榎本課長：それでは、在宅療養広域連携ワーキングの設置につきまして、資料5により説明させていただきます。

先ほどからいろいろお話もございましたが、調整会議におきましても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をするには、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において、全ての区市町村において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、その中の一つに在宅医療介護連携に関する関係区市町村の連携というものがございまして、こういった取り組みが今後必要になっているところがございます。

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

目的でございますが、各2次保健医療圏における地域医療構想調整会議に在宅療養ワーキングを設置し、在宅療養に関する地域の現状、課題や今後の取り組みについて意見交換を行うものでございます。

構成メンバーは、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。こちらのメンバー選定などにつきましては今後改めてご依頼をさせていただきたいと考えております。

開催時期ですが、こちらは平成29年、本年の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、この調整会議と在宅療養ワーキングの関係でございますが、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。

一方で、このワーキングにつきましては、地域の在宅療養に関するデータ等をもとに、現状、課題などを具体的に整理するとともに、広域的な連携が必要な事項等について検討する予定でございます。

また、ワーキングでの検討状況につきましては、地域医療調整会議にフィードバックさせるなど、情報の共有、意見の共有をはか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きましても、このワーキングの中で資料として提供しながら議論ができればと考えております。

続きまして、資料6をお願いいたします。こちらは地域医療構想推進事業についてでございます。こちらの事業は国の地域医療介護総合確保基金を活用した事業でございます。

こちらの基金は、ご案内のとおり、病床の機能分化、連携、在宅医療、介護の推進など、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築に向けて、平成26年度から消費税の増税分を財源として実施しているものでございます。

基金事業は幾つかございますが、本日は病床の整備及び病床機能の転換等に関わる事業についてご説明いたします。

まず、資料の左側ですが、施設整備、こちらはハード系の補助金でございます。こちらは病床等の整備及び病床の機能転換を行う医療機関に対して、改修、改築等の整備費用を補助するものでございます。対象となるものは回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟となります。

事業内容ですが、施設整備につきましては、改修、改築、新築等に対する費用に対して4分の3をそれぞれ補助するものでございます。また、施設整備以外に設備整備の補助もこちらについてはございます。

続いて、資料の右側ですが、こちらは開設準備経費支援、開設後の人件費支援ということで、ソフトの経費でございます。

こちらの対象もハードのほうと同じで、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟が対象となります。こちらにつきましては、開設準備経費支援といたしまして、病棟に配置する看護師などの人件費を補助するものでござ

います。また、それ以外に開設後の人件費支援ということで、開設後に発生する医師やリハビリ専門職の人件費などを補助するものでございます。

2ページ目以降には、現時点において本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ございますので、今後何年続くかわかりませんが、今後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。

○水野座長：ただいまの2つの報告事項につきまして、もしぜひ情報提供したいとか、あるいはご意見があるということであれば、挙手をお願いしたいと思います。

国の事業ということで、いつまで続くかわからないという話もありましたが、もしかすると、早い者勝ちかもしれません。

傍聴席のほうからのご質問等はないですか。あれば、挙手をしていただけるとありがたいのですが。最後にこれだけは言っておきたいということはありませんか。

では、本日予定された議事は以上となりますので、事務局にまたお返しいたします。よろしくお願いいたします。

4. 閉 会

○矢沢部長：活発なご議論をありがとうございました。

きょういただきました意見のまとめをさせていただきます。

まず、急性期が余っているというのは違うと思ったといったご意見から、急性期が充足すべきだとか、慢性期とか回復はもっと足りないと感じていらっしゃるという先生方、また、亡くなる患者さんが多い中で高齢化が進んで、行き場がないのではないかというようなご意見などがありました。

それらの理由はいろいろあるでしょうが、この圏域では急性期から在宅療養にかけての不足感と申しますか、そういったものが共通であるというふうにお聞きしていて感じました。

それから、区単位で会議を行ってからこちらに来たほうがいいというご意見がありまして、その辺りはまた医師会さんと区のほうでお話し合いをしていただければと思いますが、私どもはそういったいろいろな会議を横で持っておりますので、そのことも踏まえて、ここの中でまた上げていきたいと考えております。

先ほど担当から話しましたように、今度、在宅と病院をつなぐような会議を合わせさせていただきます。それも区単位でやったほうがいいのか、2次医療圏単位でやったほうがいいのかというのは、さまざまなご意見があらうかと思いますが、まずは2次医療圏単位で一度やらせていただいて、そこでいただいたご意見を踏まえまして、またその先のことは進めてまいりたいと思っております。

ちょっとじれったいかもしれませんが、どうぞ諦めることなく、ご意見を出していただければと思います。

それから、住民の方が理解をしていないのではないかというお話がございましたが、それはそのとおりだと思います。先ほど、がんの患者さんは自分の病院を選ぶという話があったのですが、「地域医療構想」の冊子をご覧になった方はご存じかもしれませんが、がんの患者さんが全部の患者さんのうちの6分の1ですが、ほとんどの方が中央部に向かっているのです。

もちろん、これをだめだというふうには当然できなくて、皆さまに選択権があるわけですが、ご高齢になって、ご自身の家の近くで受診したいというのは、本当に強いご要望だと思っております。

ですので、中央部に向かっていく足をとめるということではなくて、ご自身の住んでいるところで十分に、自分が考える医療の選択肢があって、受けられるという地域をつくるのが、私どもの使命だと考えておりますので、そのための建設的なご意見をぜひお待ちしております。

それから、データの取り方についてもご指導いただきました。取れるデータ、取れないデータがございますが、なるべくわかりやすくするように、私どもも収れんしてまいりますので、どうぞ今後ともよろしくお願い申し上げます。

それから、最初に猪口副会長のほうから年にこの会議を4回やるというお話がありましたが、これは厚労省が4回以上と言っているのです。それはなぜかといいますと、秋までに、ここの地域はこれはもう過剰だからやめましょう、この地域はこれは不足していますねというのを、白黒はっきりさせろということを行っているからです。

しかし、東京都のこの病床機能報告をご覧いただくと、白黒はっきりさせるわけにいかないわけです。先ほどから、診療報酬に引っ張られているとか、いろいろなことをおっしゃっていますが、そういったことがまだ残っている報告が上がってきておりますので、このデータを使って白黒はっきりするのは危険だと判断しております。

ですので、これから先、そういったことを少し収れんしながら、ある程度見えてきた段階で、何らかの病床の配分ですとかいったことも考えてまいりたいと思いますので、ぜひこの機会を使って、地域の意見、それから周りの意見を集めていただいて、ご発言いただければと思います。

それから、傍聴にいらした先生方も、ご自身の病院の困ったことでも結構ですので、ぜひご発言いただければと思います。

それでは、事務連絡を最後にさせていただきます。ありがとうございます。

○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、今後は、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点目ですが、議事録についてでございます。既にご説明申しているとおおり、本調整会議は公開であり、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は、修正等が必要な場合には、東京都福祉保健局までご連絡をいただければと思います。

3点目でございます。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。

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)

→