

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

平成 29 年 5 月 24 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

平成 29 年 5 月 24 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から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。お疲れのところお集まりいただきまして、どうもありがとうございます。

私自身も区東北部の人間であります。これが本年度の調整会議第 1 回目でありまして、1 2 医療圏、1 3 構想区域の皮切りであります。きょう資料を見ていただきまして、そして今年度中に 1 回もしくは 2 回、国のほうでは 4 回やれ、そして 4 回やって最後にはどのように調整していくか結論まで出せみたいな

ふうになっていますが、東京の場合はなかなかそこまでは行かないと思います。とりあえずきょうは我々の地域で、我々が共通認識をなるべく持てるようにするというのが大事なのかなと思っています。

ただ、ちょっと生意気な言い方をさせていただきますと、今後は地域医療構想のリテラシー、要するに、わからないということによってついてこれないということにならないようお願いしたいと思っております。我々がいろいろな議論をやっているところにぜひついてきていただければありがたいと思っております。

東京都医師会では、東京都病院協会等と協力して、なるべくそういうことがわかるような勉強会をやるとか、ちょっと疑問に思えば、東京都医師会のほうに、私のほうにでも質問、メールでも送っていただければ、なるべく丁寧に答えていきたいと思っております。

ぜひ、これからの議論は2025年に向けてどんどん進んでいきますので、乗り遅れないようについてきていただければ大変ありがたいと思っておりますので、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す。

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医療政策担当部長の矢沢でございます。

これからまた13圏域で、先ほど猪口副会長からもお話がありましたが、調整会議を始めてまいります。東京都は国の施策も見ながら、やはり東京都らしい進め方をしたいと思っております。なるべく皆さんからいただいたご意見を原点に、今後施策を進めてまいりたいと思っておりますので、できるだけ、どんな意見でも結構でございますので、ご発言いただきますようお願いいたします。

また、きょうはこの圏域の最も明らかな課題について、まずは皆さんで情報を共有したいということで、その時間を多くとっております。ご質問でもご意

見でも結構ですので、活発なご議論をお願いいたします。では、きょうはよろしくをお願いいたします。

○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、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を木村座長をお願いいたします。

○木村座長：座長を前回からやっております、荒川区医師会理事の木村でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

こういう調整会議というのは、先ほど猪口副会長もおっしゃっていましたが、上のほうからいろいろなことを言われて、へいへいと聞く会でもないし、何か決まったことの説明を聞く会でもありません。

我々がつくっていく東京都の医療なので、ぜひご発言を積極的にお願いしたいと思います。共通認識をきょうは持つということでしたが、共通認識は我々がつくるものですので、その辺のところをよろしくお願いしたいと思います。

2. 議 事

(1) 平成28年病床機能報告速報値について

○木村座長：まず最初に説明が長くいろいろありますが、議事に入りたいと思います。議事の1つ目で、平成28年病床機能報告速報値について、東京都からご説明を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、割合のみを集計しております。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1

0万4158床でしたが、平成28年は10万4999床となっています。平成27年に比べ、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ようなものではなく、平成27年は急性期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、慢性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の要因が一つとなっていると考えております。

続いて、資料の2枚目をお願いいたします。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。高度急性期につきましては25.8%ということで、病床も増えましたので、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%で0.8%の増、慢性期については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。

3枚目以降には同じように各圏域ごとの多摩地区の状況をお示ししておりますので、2枚目、3枚目は後ほどお目通しをいただければと思います。

それでは、4枚目をご覧ください。こちらは区東北部の病床機能報告の結果を記載しております。

左下をご覧くださいますと、平成27年度高度急性期につきましては235床であったのが、平成28年度は912床ということで、677床増えているというような結果です。

一方、急性期につきましては、平成27年度が5468床であったのが4808床ということで、660床減ということで、ほぼ高度急性期と急性期が行って来いで増減になっているというような状況でございます。

続いて回復期につきましては、939床から1221床ということで282床の増、慢性期につきましては2333床から2568床ということで235床の増ということで、全体で見ますと、区東北部につきましては平成27年が

8975床であったのが平成28年は9509床ということで、534床の増ということになっております。

右側に主な変動要因を載せておりますが、高度急性期、急性期につきましては先ほど申し上げたとおり、振りかわっているという部分と、回復期、慢性期につきましては病院の新規開設や増床があったことによる増となっております。

そのほかに本日、参考資料1として、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いますので、後ほどお目通しをお願いできればと思います。

資料の1の説明は以上です。

○木村座長：ありがとうございます。

ただいまの病床機能報告のことについて、まずこの辺からどんどん質問を入れていこうかと思いますが、何か聞きたいこととかご意見があれば、どんどん、ご遠慮なくお手をお挙げいただいて、所属とお名前を言った上でご質問いただければと思います。

○秋葉（関川病院）：日暮里にあります関川病院の秋葉と申します。

前提として、今回、区東北部ですが、急性期病院が非常に少ないということがこの中で目立つわけでございます。こういう少ない現状を是とした上で、これをどうにかしようということなののでしょうか。これはやはり平均的なレベルまで持っていくという平等の原則まで改変しようというお気持ちで、この活動をしていらっしゃるのでしょうか。そこをお聞きしたいと思います。

○木村座長：東京都、いかがでしょう。

○矢沢部長：東京都としてこれを東京都の平均に持っていこうという考え方を持っているわけではありません。この地域が他の圏域と連携をして、この医療資源でやっていくというふうにお考えになるのもよし、これが足りないからつ

くったほうがいいとお感じになるのもよし、そこをご議論いただくのがこの場だというふうに考えております。

○秋葉（関川病院）：言葉を返すようでございますが、もし都民にその決定権を与えれば、当然、医療制度はより高度なものをお願いするという気持ちになる。当然のことだと思っておりますが、それをどういうふうな形で抑制するなり、なだめるなり、だますなりして、この低いレベルで我慢しなさいというふうにおっしゃっていくのでしょうか。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

都民の方にこの結果を見て、そして考えてもらうという会議ではございませんで、調整会議というのはそれぞれの機能の医療機関の代表者及び医療機関の方、それから、もちろん区民、都民の代表の方も入っていらっしゃいますが、我々医療機関がみずから将来を考えようということです。

ですから、我々区東北部の人間のほとんどの医療機関の大体のコンセンサスは、今までの意見聴取の会とか今までの調整会議の流れから言いますと、高度急性期に関しては大学病院までのアクセス時間がそれほどないということで、それほど多くの高度急性期を区東北部に持たなくても大丈夫ではないかというのが、今までの意見としては多かったという印象を持っております。

当然、東京の場合には、区東北部と限って、そして東部で限って、中央部で限ってというふうを考えていくのではなくて、東京全体、もしくは隣接する医療圏まで含めたような考え方でやっていかないとおさまらないということも、これまでの議論でいろいろと出ているところでございます。

ですから、全ての構想区域が均質化するということは所詮、これからいろいろなことをやっても無理でございますので、先生がじかに、高度急性期が足りないのだというデータを見て、そして先生がそのとおり、足りないという意見であるならば、そう言っていただければいいし、いや、足りないとなっているけれども、自分なりに足りている、そんなに必要ないのだというのだったら、そういう意見を言っていただければいいのではないかと思います。

何かこうだと決めようという会議ではございませんので、よろしくお願ひします。

○木村座長：ほかにございませんか。

○賀川（苑田第一病院）：苑田第一病院の賀川です。

本日は高度急性期で参加させていただいていますが、今、東部地域病院の丸山先生と少しお話しさせていただいていたのですが、高度急性期及び急性期、両方ちょっと考えさせていただいて、今回の27年の報告と28年の報告の差は、やはり病院、医療機関によりましては、その病院の全床を高度急性期で出してくる病院もまた入れかわって出されております。

その一方で、東北部の医療圏の高度急性期は800床ぐらいでいいのかどうかは知りませんが、もうちょっとその辺の基準がちゃんと書いてありまして、ICU、ハイケア、NICUとか、そういう名前をしっかりと高度急性期、もちろんできていけるとは思いますが、その辺の差別がまだまだあやふやで、何か自己申告した者勝ちのように、やはり受けてしまうのです。

そういうようなところがいかなものかと常に疑問に思っておりますが、どうでしょうか。

○木村座長：あくまで今回のこの分類は自己申告ですので、DPC分類とか、何かそういうものでやっているわけではないので、自分のところはこういう機能なのだという、

○賀川（苑田第一病院）：それがそのまま来年にも再来年にもこうやって続いていければ、既得権ではないですが、そのまま決まってしまうと、結局、診療報酬の点数のことを言うとまたあれですが、そのように決まってしまうていくのかなと、やはり少し心配をするのですよね。

○木村座長：そうだと思います。だから、別にこれが出てきたからこの機能をやらなければいけないとか、これを維持しなさいと言っているわけではないと思うし、やり方自体がもうちょっと、

○賀川（苑田第一病院）：例えば、足立区に限って言えば、50の中小病院がありまして、どこももちろん、ほかの区ももちろん頑張っているのですが、その100床、50床の中でも本当に重症部屋をつくって、高度急性期に近いような医療をしているところはありますが、そういったものは5床でも10床でも申請していいのでしょうか。

○榎本課長：病床機能報告については病棟単位ということになっていますので、今の制度上でいきますと、そういったものはなかなかできないかなと思っております。

国においても、この病床機能報告自体がまだ平成26年から始まって3年で、まだいろいろ課題があるということで、検討会などをしておりまして、項目の追加や定量的な基準の検討などもされていますので、今後そういった検討をなされていく中で精度がより高まっていくのではないかと考えております。

○木村座長：要するに、これはあくまで自己申告なので、このままこういう機能がずっと続いていくぞと、おたくはそういうふうに申告したから、そのままずっとやりなさいという話ではないと思うのです。そうなっては困ると思いません。

ですから、この平成27年から28年の主な変動要因というのを、本当にこれが変動要因なのかどうか、ちょっとよくわからないところもあると思えますが。

○丸山（東京都病院協会・精神領域）：東部地域病院の丸山と申します。

前回の会議のときに、診療密度3000以上が高度急性期の病床だというのが資料で出てきて、今回は出ていないようですが、多分、今、賀川先生がおつ

しゃったようなものは、定義があいまいな状態で取られたアンケートの結果を基盤にしてディスカッションしていいのかどうかということだと思っております。

高度急性期というのは何かということ、急性期は何かということ、ある程度定義していただければ、そのアンケートの根拠となるところがあいまいな段階で、そのアンケートのデータを使ってディスカッションをしていくということの危うさではないかと思っています。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

今のご議論は、ずっと3年間、この地域医療構想が出てきたときからずっとしている話なのですが、高度急性期というものをどう表現しようとしたらわかりやすいかということから始まって、診療報酬の点数でとりあえず切ったというものです。

例えば、こういう例えがいいのかどうか分かりませんが、ゾウというものはどんな生き物なのだといったら、耳がでかいとか、体がでかいとか、鼻が長いとか、いろいろありますが、点数で切ったというのは一つのキャラクターです。

高度急性期全体を本当にあらわすのは、我々医療人は全然違うものだということにはわかっていますが、将来の医療需要を推計していくときの一つの切り口なのだという感覚でいいのだと思います。

こういう点数で切って行って、この点数のものは将来はどのぐらい増えていくというのは、あれは患者数なのですね。実を言うと、ベッド数ではなくて患者数を出して、それで稼働率で割り戻しております。

ですので、あれはベッド数が増えているというよりは、その診療報酬帯の患者さんが増えているとか減っているとかと読んで、そうすると、そういうところの高度急性期の自分たちに当てはめてどうなのだと考えるというところですね。

だから、一つの切り口にすぎませんので、当然ながら、全部この数字で将来なるというふうにも国のほうも言っていません。

ただ、その中で一番国のほうで求めているのは、将来そういう形の患者さんが増えてくるときに困らないように、その地域の病床数をうまく考えてくださいということですね。

だから、削減の方法としてベッドを取り上げるということは、将来にわたってありません。それから、強制的に転換しろというのは、もうずっと先にならない限り、なっていない話だし、公立病院が中心的な話です。

既得権とかというお話が先ほどありましたが、こうなれという強制権がほとんど多分ないです。特に、東京の場合にはベッドがまだまだ需要として増えていくという見込みにありますので、取り上げるとか強制的に変われというのはありません。ただ、それに対応した方向に恐らくは診療報酬上はついていきますし、そういうところに耐え得るように皆で考えましょうということです。

それから、東京の場合には全体で8000床増えますが、その場合に、全部8000床が増えるということは現実的には無理でしょう。だって、人がいない。医師もいなければ、看護師もいなければ、従業員もいないからです。

そうすると、解決策としては効率性しかなくて、効率性を上げるためには、区東北部全体として患者さんの回転をよくして、皆で連携しながら、どうやって見ていきたいと思いますというのを考えていく必要があります。

だから、先生のところのように高度急性期をおっしゃっているのは、我々は高度急性期を担うのだけれども、高度急性期の回転性を上げるためには回復期が増えてくれないとできないのだ、在宅医療が増えてくれないと困るのだと、そういうことを話し合う会議だと理解していただければいいと思っています。

○木村座長：この問題についてはまだまだ結論が出ないので、これからもまたウォッチをしていく必要があるかなと思っています。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○木村座長：それでは、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が、このアンケートについて、ではまた東京都福祉保健局にご報告をお願いします。

○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ております。

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。データに関して改めて整理させていただきましたので、今後調整会議などにおいて参考に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比べることで着眼点を探すなどの現状把握を行っていただき、その中で著しく低いデータがあったりした場合にはその要因を考え、その低いことが課題なのか、どういったことを検討するのか、そういった部分を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、時間の制約もございまして、全ての関係者から意見を伺うことは困難であり、地域の関係者同士の意見交換にな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、本年3月にアンケート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といったものを聞いております。

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しますが、病院、診療所ともに約25%の回収率となっております。

参考資料の2にアンケートの調査書をお配りしております。そのほかに参考資料の3として質問項目ごとにアンケート結果を整理したものがございます。

こちらはさまざまな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。

また、参考資料4として、アンケート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。こちらにつきましても後ほどお目通しをいただければと思います。

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結果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。

○木村座長：ありがとうございます。

では、この資料2、アンケートの結果について、ぜひご質問、ご意見を願いたいと思います。

○小泉副座長（東京都病院協会）：足立区のいずみ記念病院の小泉です。

ちょっとお聞きしたいのですが、区東北部の回収率が14.3%で、都の平均より半分ぐらいしかない回収率で、これで本当に病院の意見というか、現状が出るかなというようなことを思うわけです。

これからもこの回収率の結果ないしはさらに詳しい地域の実態調査みたいなことを行われる可能性があるのかどうか、ちょっとお教えいただきたいと思っています。

○矢沢部長：ありがとうございます。

今回、急に実施したので、この回収率だったと思います。その反省点を踏まえて、今後必要に応じて調査はまたさせていただくこともあろうと思いますので、今後ともご協力いただければと思います。

○木村座長：どこも急に出したと思うのですが、なぜ東北部だけ低いのかなというこの答えにはなっていないんですが。

○矢沢部長：なぜ東北部だけ低いのかわかりません。

○木村座長：なぜでしょうね。

○小泉副座長（東京都病院協会）：勝手なことを思わせていただきますと、小さな病院が多いということで、このアンケートに回答するのも大変かなというふうな感じがしています。

私も小さい病院からやって来ましたが、小さいところは人がなかなか集まらなくて大変だったということ、また自由度を持っていろいろと勉強する時間もなかったなというようなことを今思います。

それが一番大きいのかなということを勝手に思わせていただいておりますが、いかがでしょうか。

○木村座長：いかがでしょうか。そのほかに、質問項目でありますとか、いろいろありますが、何かご意見、ご質問をぜひ出してください。よろしいですか。

では、先に行きたいと思います。もちろんあとでも構いませんし、この先、データとアンケートの結果から見る地域構想の像というのが出てきますので、今度は話が具体的になってきますから、そのときにご質問をいただければいいかなと思います。

(3) データ／アンケートから見る構想 区域の現状について

○木村座長：それでは、そのデータとアンケートから見る構想区域の現状についてということで、資料の3ですが、この中でこの地域がどんな現状なのか、不足しているのは何か、充足しているのは何かというようなことについて、東京都のほうでまとめていただきましたので、このご説明を東京都よりしていただこうと思います。よろしくお願いします。

○事務局：それでは、資料3のほうをご覧ください。

こちらの資料3につきましては、病床機能報告のデータと、先ほどご説明のあり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いるものでございます。

この資料3の内容を踏まえまして、このあとにつけております資料4のほうで、この地域で検討すべき課題につきまして、事務局として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のほうで地域の現状をデータとアンケートから確認した上で、後ほど資料4でお示ししております課題について議論をしていただきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

まず資料3の1枚目のほうですが、こちらは28年度の調整会議において紹介いたしました病床機能報告のデータをもとにしておりまして、各構想区域における主な特徴を機能ごとに記入しております。

また、2枚目の2分の2となっているものにつきましては、病院、診療所などに行ったアンケートで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、入院医療機関の状況につきましては、地域の医療に関して不足している医療、充足している医療などにつきまして意見をいただいたもののうち、主なものを記載しております。

また、その下には各機能ごとに分類できるご意見を機能別に記載しております。その機能の下の部分は、病院から在宅へのつなぎの部分につきまして、病院側、在宅医側からそれぞれいただきました意見を記載しております。

こちらのデータとアンケートを比較する形で確認をしていきたいと思っておりますので、並べて見ていただければと思います。

区東北部の病床数につきましては、先ほど資料1の4ページ目のほうでご紹介がありましたが、病床機能報告と将来推計を比較した場合、高度急性期、慢性期につきましては大きな過不足はなく、現状でほぼ近い数字となっております。一方で、急性期は過剰で回復期は不足しているという状況でございます。

それでは、資料3の1枚目の上段のところで地域の全体的な特徴を記載しておりますが、人口につきましては高齢化の速度は都内平均的となっておりますが、独居高齢者の割合が11.2%と、他の地域に比べて高めとなっております。また、今後2025年に向けて総人口は減少していきます。

医療資源の状況につきましては、急性期から慢性期まで、中小病院の割合が高い地域でございます。患者の受療動向につきましては、高度急性期から回復期機能までは流出が多い地域で、慢性期機能につきましては流出入が比較的均衡しております。慢性期機能の自構想区域完結率は66.5%と、区部で最も高い地域となっております。また、隣接区域も含めた完結率につきましては、いずれの機能も高くなっております。

下に各機能別に枠がありますが、繰り返しになってしまいますが、高度急性期から回復期機能までは主に区中央部へ患者が流出しており、区中央部に依存している地域と見ることができるかと思います。

一番左側の高度急性期の枠のところに記載しておりますが、流出患者の約4分の1はがん患者で、そのうちの約8割が区中央部へ流出しているという状況でございます。

また、右側の急性期機能のところにつきましても、高度急性期機能から引き続き区中央部を中心として隣接区域の医療機関に入院する患者が多く存在しております。

この区域が区中央部を中心とした隣接区域との連携を前提とした医療提供体制となっている地域であり、この点につきましては2枚目のアンケートの上段、各機能ごとの枠の上に「その他」という意見があります。

こちらで、「高度急性期は区中央部と連携し、区中央部に流出した高度急性期機能の患者が地域に戻ってこられるような医療体制を構築すればよいので

は」というご意見をいただいております。この点についてはデータと地域のご意見が近い部分もあるのかなと考えております。

このことから、がん患者など、他の区域へ流出した患者が地域へ戻る際の受け皿について整備されているのかといったような課題が考えられると思っております。

戻ってくる患者を受け入れる病床が不足しているのか、いないのか、不足しているとしたらどのような機能が必要なのか、また退院して戻ってくる際の連携に課題はないかといった論点が考えられるかと思っております。

また、1枚目のデータのほうを見ていただきますと、急性期機能以降につきましては中小病院の割合が高くなっております。また、資料のほうに記載はしていないのですが、全ての機能において病床稼働率が都平均を下回っております。

一方で、2枚目のアンケートのほうを見ていただきますと、回復期機能と慢性期機能について、それぞれの四角の中に書いておりますが、急性期機能から回復期機能の転院が必ずしもスムーズではない、また慢性期のところでも回復期同様に転院がスムーズではないとの意見をいただいております。

こうした意見から、中小病院などの地域の医療資源がどのような使われ方をして、不足している機能があれば、どのような機能を果たしていけばいいかといった点からも、今後考えていくこともできるのではないかと考えております。

次に、回復期機能についてですが、データに記載していないものになるのですが、構想区域としては、回復期リハ病床につきましては都平均の約1.2倍と、平均より多くなっておりますが、将来推計に対して回復期機能としては不足している状況でございます。

一方で、1枚目の急性期機能のデータを見ていただくと、四角の患者像のところ入院基本料を記載しておりますが、13対1、15対1の入院基本料を取っている病床割合がこの地域はやや多くなっております。実際の点数的には回復期以降の患者さんも診ている可能性が考えられるのかなと思っております。

病床機能報告において、下から3つ目の点ですが、全ての病棟を急性期機能として報告している病院も存在していることから、今後病棟単位で機能分化を検討する余地もあるのではないかと考えております。

回復期機能になっている病棟については回復期と報告していただく、または今後地域包括ケア病棟などに機能を転換するなどといった方向性でも、検討できないかなということも考えております。

また、同じくデータ1枚目のところですが、退院調整部門を持つ医療機関についてですが、急性期機能につきましては一番下に記載しておりますが、6割強となっております、こちらは都平均並みとなります。

隣の回復期機能につきましては、これは下から2目の点ですが、回復期機能、退院調整部門を置いているのが約6割となっております、こちらは都平均の74.4%に比べて低くなっております。

一方で、回復期機能、慢性期機能はともに退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が、他地域に比べて高くなっております。回復期機能につきましては20.3%、慢性期では30.7%となっております、これは他の地域に比べても高い数字となっております。

この点から、在宅に向けた退院調整は十分なのかどうか、移行はスムーズに行われているかどうかといった在宅の移行における課題についても、論点を見つけることができるのではないかと考えております。

アンケートのほうでも2枚目のところで、回復期機能のところで記載しておりますが、在宅移行のための機能が不足しているといったご意見ですとか、機能別の下の病院側からのご意見としまして、在宅を短期間で準備、整備する機能の不足といったご意見もいただいているところでございます。

この区域が独居高齢者の割合が高めの地域でもありますので、退院調整を行う際に、通常以上に地域の診療所や介護事業者などとの事前調整が必要となる場合も考えられますが、調整が十分に行われているのか、行われていなければ何が必要かといったことについて考えていくこともできるのではないかと考えております。

次に、新規入棟者の入棟前の場所につきまして、1枚目のデータのところになります。回復期機能の一番下にありますが、回復期機能におきまして、家庭からの入院割合は4分の1と、都平均並みとなっております。

ただ、隣の慢性期機能のところでは院内の他病棟からの転棟が65.6%と最も高くなっており、家庭からの入院割合は6.3%と非常に低くなっております。こちらは都平均が27.4%なので、6.3%というのは都内でも最も低い数字となっております。

ここで、在宅療養患者の急変時対応など、在宅療養を支えているのはどの病院かという像が、データからなかなか見えてこないなという印象でございます。

アンケートのほうでも、2枚目の回復期機能の中で、下のほうで地域で求める役割というものを記載しておりますが、回復期機能につきましては緊急時の受け入れ、サブアキュート機能を求めるというご意見がありました。

また、慢性期機能につきましては、介護施設では対応できない医療処置を有する患者の受け入れを求めるといった声もいただいているところではございます。

また、下のほうに記載しております在宅医側からの意見につきましても、急変時のスムーズな受け入れやレスパイト入院の受け入れ、検査入院の受け入れなどにつきまして、受け入れ先の確保が難しいとの声も多くいただいているところがございます。

地域医療構想を策定するときの意見聴取の場の中でも、高齢者の増加に伴い増えるであろう在宅療養の生活や看取りをバックアップする病床が必要とのご意見をいただいているところでもございます。

サブアキュート機能など、在宅療養の支援や連携につきましては、さらなる充実を求める意見をいただいておりますところから、この区域における地域包括ケアシステムの構築に向けた現状や課題などについて、今後考えていくことも必要なかと思われまます。

以上が、病床機能報告等のデータとアンケートでいただきました地域の皆様のご意見のそれぞれから見える区域の現状となります。

この資料の3から地域の課題として考えられるものを整理したのが資料4になります。クリップどめされていたものとは別に、1枚置かれていたものが

あったかと思うのですが、タイトルが「区東北部課題整理案」となっているものになります。こちらが区東北部の課題としておつくりしたものでございます。

この資料4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いたしまして、事務局の案として挙げております。今回3点お示ししておりますので、主にこの点につきまして議論をいただけたらと思っております。

1点目ですが、まず地域の特徴としまして、高度急性期から回復期機能までは患者が流出していること、また中小病院の割合が高い地域であること、そして都平均に比べて病床稼働率が低い機能があるといった点が挙げられます。

病床稼働率を見る限り、もう少し病床を有効に活用できるのではないかと考えられますが、患者が流出しているという現状から、まず1つ目の論点としまして、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したらよいかということをお示しさせていただきました。

例えば、議論の方向性としてお示ししておりますが、高度医療を提供している他の構想区域へ流出した患者が退院して戻ってくる際の地域の病床は十分であるか、また足りないとすれば不足している医療機能は何かといったことについて、ご議論をいただけたらと思っております。

次、2点目ですが、この地域の特徴として、まず地域包括ケア病床が少しずつ増えていっていること、また中小病院の割合が高いこと、在宅医のほうからアンケートで急変時の受け入れを求める声が出ているといったような特徴があります。

この点から、地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後高齢化していく地域住民の入院体制をどう支えていくかということで、2つ目の論点として挙げさせていただきます。

例えば、ポストアキュート、サブアキュートをどの病床で担っているのか、地域包括ケア病床は現在どのような使われ方をしており、今後どのように整備、活用していくべきなのかといった議論もいただけるのかと思っております。

次に3点目ですが、区東北部は比較的独居高齢者の割合が高い区域であること、また回復期、慢性期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、一方で退院調整部門を置いている病院が低い傾向にあること、また

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といった特徴がございます。

これらの点を踏まえまして、独居高齢者の割合が高いことに加えて、退院後に在宅医療を必要とする患者も多いことから、在宅医療に向けた調整などに問題はないかということで、3点目の論点として挙げさせていただいております。

例えば、独居高齢者の退院調整を行う際に、地域のかかりつけ医やケアマネとの事前の調整を十分に行えているのかどうか、連携体制はできているのかどうかといった議論があるのかなと思っております。

以上3点について議論をお願いしたいと思っております。今回、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、次回の会議につなげていければと思っております。

今回お示した課題につきましては、あくまでも事務局のほうで案として整理したものであります。また、アンケートにつきましても、全ての病院や診療所の方々からご回答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考えておりますので、よろしくお願いたします。

○木村座長：どうもありがとうございました。

では、資料3と資料4で、3のほうは現在の現状ということで、この地域の構想区域がどんな現状があるかということについて、4のほうは課題の整理ということです。

まずその資料3のほうで、現状についての認識ということをまず整理しておく必要があるかなと。これでよろしいのかどうか、ここはちょっと違うのではないかと、ご意見をぜひいただきたいと思えます。

○大山（葛飾区医師会）：葛飾区医師会の大山です。

資料3の2の1や2の2で、もともとの参考資料の1もそうで、この高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能、そこから在宅への課題となるのですが、実際的には病院における在宅支援機能がどうなのかという評価、あるいは診療所とか在宅を受ける側の在宅受け入れ機能がどうかといった項目に該当するものが、余り資料として出ていないような感じがします。

例えば、実際に在宅をどこが受けるかということ、ほとんど診療所のほうで言うと強化型在宅支援診療所が中心になって、数多くの症例を受けています。葛飾区だと3カ所が数多くの在宅を受け入れ、そのまま看取りもたくさん受けています。

一方、病院のほうにしても、在宅支援病院のほうやはり在宅医療のほうを、在宅から一時的入院に向けたり、その機能が地域包括ケア病床を導入している病院だと思うのです。

ここの高度急性期から慢性期、それから、在宅医療に向けての間の在宅支援機能というものをしっかりとデータ上に出して、特に葛飾区で前、データを検証した中では、強化型在宅支援診療所がどれだけ看取りをしているか、ほかの在宅支援診療所がどれだけ看取りをしているか、その2つで大きな差があるというのがあります。

したがって、その辺のデータをもうちょっと出した上で、強化型をどのように増やしていくか、それ以外の在宅支援診療所の看取りをどう増やすか、在宅支援診療所の中でも機能しているところと機能していないところがあるので、それをどう活性化させるのか。

また病院のほうでも、在宅支援病院のほうでどれだけ増えていただきたいのか、地域包括ケア病床が増えているのですが、どのぐらい増えたほうがいいのかといったものの評価がちょっとしにくいかなといったものがあります。

ですので、その辺のご検討はいかがでしょうか。

○久村課長：東京都で在宅を担当しております地域医療担当課長の久村でございます。

在宅医療、医療介護連携推進事業につきましては、まず一義的には、一番住民に身近な区市町村のほうで取り組んでいただくということになります。

ですので、まずそういった医療資源の把握、あるいは支援が必要な患者さんの状況というのは、多分区市町村さんのほうできめ細かに押さえていただいて、それを踏まえて今後の医療資源の活用あるいは像というふうな取り組みを検討していただくのかなと思っております。

その上で、さらに広域的な展開が必要な部分につきましては、またこういった場でもご検討いただくのかなと思っております。

そういった部分につきましてはこのあと説明をさせていただきますが、こちらの地域医療調整会議の下に在宅のワーキングを設置いたしまして、その中である程度広域的な部分についても検討していきたいと考えております。

ですので、そのワーキングあるいは区市町村さんとの連携の中で、きめ細かな、細かいデータなんかはお示ししながら、検討を進めていきたいと考えております。

○大山（葛飾区医師会）：分科会などを設けてやっていただくのは本当に大切なことですが、この区東北部としての会議でありますし、その行政の各、足立区、葛飾区、荒川区のほうで同じような在宅のこういう保険点数以外のデータのほうをそれぞれ統一させて、こういう場に挙げて議論するのが大事ではないかと思っておりますので、その辺をご検討いただければと思います。

○木村座長：ありがとうございます。

ほかにご意見、ご質問ありませんでしょうか。傍聴席からのご質問をお受けいたしますので、どうぞ遠慮なくお手をお挙げください。

別に医療機関でなくても、行政の方でも構いませんし、特に今のような話ですと、在宅をやっているところであるとか、もしかしたら地域包括ケアセンターとかいうところが来ておられるでしょうか、そういうところでも構いません。

この区の東北地区の現状としてはこんな認識でよろしいのでしょうか。ちょっと違うよとかいうようなことはあればお願いします。

○野水（柳原リハビリテーション病院）：柳原リハビリテーション病院の野水と申します。

退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が多いという理由の一つに、独居高齢者の割合が高いというのが挙げられていると思うのですが、ここだけが問題ではないように思います。

ですから、もともとこの地区の住民の高齢化率、人口比率とか、独居の場合だけが在宅医療が必要なわけではないですので、高齢夫婦も当然必要なので、このことだけを取り出してというのはどうも議論が単純化しすぎているように思います。

ですから、人口分布とか、年齢分布とか、高齢化世代が幾つかとかいうことも分析の中に入れると、将来本当に需要がどのくらいあるかという分析につながるのではないかと思います。

○木村座長：例えば、老老介護とかいうことですよね。それから、“日中独居”とか。息子さんはいるけれども、独身で、最近多いパターンは、年をとったお母さんに独身の息子がいて、独身の息子が昼間働きに行っていないとかいうことで、結局、“日中独居”でということですよ。

○野水（柳原リハビリテーション病院）：まさにそのとおりで、“日中独居”の問題が回復期の病棟からの退院にかけては非常に大きな問題ですので、ポイントはもう少し広げたほうがいいかと思います。

○木村座長：ありがとうございます。ほかにありませんでしょうか。→

○賀川（苑田第一病院）：苑田第一病院の賀川でございます。

病床稼働率は確かになかなか難しいのですが、病床稼働率と入院・在院平均日数とをうまくバランスをしながら、中小民間病院はやっていかないとだめですが、ただ、病床稼働率をよくするためには急性期、回復期、慢性期の病床の連携がもっと推進されればいいのかと思います。これは少しずつ、恐らくなっていくように思います。

あと、やはり中央部あるいは西北部の高度急性期の患者さんが急性期に入って、回復期に区の東北部に戻ってくるのでしょうか、それはそれでまた後方病院として、これも役割はもっと強くなれるのではないかと考えております。

もう1つ、この2番目の地域包括ケア病棟も区東部のほうは進んでいるように個人的には考えております。区東北部はこれからだと思います。

この地域包括ケア病床というのは、今おっしゃいましたように、ポストアキュート、サブアキュート、がんの緩和療法、糖尿病、救急入院とか、非常にいろいろなことができます。

ただし、必ず在宅復帰が70%でないとだめでしょうから、どこの病院、医療機関も少しずつその病室を地域包括ケア病床にして、1カ月、2カ月ですか、いくように、これも少しずつ減っていくように思っております。

○木村座長：ありがとうございました。

○大澤（平成立石病院）：平成立石病院の大澤でございます。

地域の特徴の2番目のところで、高齢化する地域住民の入院医療をどう支えていくかというお話ですが、当葛飾区で行っております病院救急車の高齢者の救急搬送サポートシステムというのがありまして、

在宅で診ている患者さんが、何かあったときには区内の病院救急を利用して、あらかじめ選定してある病院に入院をするというシステムを、今葛飾区で行っております、徐々に機能し始めまして、搬送の数も増えております。

お話では、足立区でもその病院救急車の活用、サポートシステムを始めると聞いておりますので、高齢化する入院医療をどう支えるかということの一つの案として、やはり病院救急車を今後東京都全体としても活用していくということは、一つの方法ではないかと思っておりますので、ご提案をさせていただきます。

○木村座長：ありがとうございました。

この病院救急車については、非常に経済的には非常に大変ですが、この辺のところは何か東京都では考えていらっしゃることはありますか。

○久村課長：東京都は区市町村在宅療養推進事業という補助事業を行っておりまして、各市町村さんから手挙げいただければ、そういった取り組みに対して支援をさせていただいております。

ですので、葛飾区さんからもこの病院救急車の活用についてご提案をいただいております、こちらの区市町村在宅医療推進事業のほうで補助をさせていただいているという状況でございます。

○木村座長：ありがとうございます。だんだん増えていくといいと思います。

続いて、現状認識についてご意見をぜひお願いいたします。

○谷口（等潤病院）：等潤病院の伊藤の代理でまいりました谷口と申します。

この回復期機能ということですが、回復期リハビリ病床というのは割と、当院だけではないと思うのですが、脳梗塞、脳卒中の後遺症とか、あるいは骨折なんかの後遺症の患者さんの受け入れが多いです。

例えば、内科なんかで一番多い誤嚥性肺炎なんかで治療したあと、ただ、在宅にもまだすぐ行けずみたいな患者さんの受け入れ機能がなくて、ぱっと見は急性期、回復期、慢性期と、流れはよさそうに見えるのですが、実は回復期リハビリ病床の機能というのがまたちょっと限定されているようなイメージがあるのです。

では、かわりに何をしているかというのと、地域包括ケア病床なんかを利用して、そこからまた在宅に持っていくみたいな流れもあって、今後その地域包括ケア病床の機能をもうちょっと何かうまく使うことによって、急性期から慢性期あるいは在宅への流れをつくっていくのかなと思うのです。

ですので、その回復期機能というのと回復期リハビリ病床というのが、言葉のイメージと実際の働きがちょっと違うような印象を受けるのですが、いかがでしょうか。

○木村座長：私もそう思うのですが、座長が言っているかどうか知りませんが、この急性期と回復期というのは非常にクロスしているところがあって、超急性期、高度急性期とか本当の急性期でも7対1とかいうところで、基幹病院で治

療して、それから、回復期に移ってきてというパターンが非常に多いわけですよ。

特に我々の中小病院ではそういうことが多いので、そういうものも含めて回復期だというふうに私は思っています。

ですから、回復期機能というのはイコール回復期リハビリテーションとか地域包括というふうに考えてしまうと間違いであると思います。

絶対にその急性期の中に回復期というものはあるわけで、この構想会議に出るときに、自分のところの機能を選んでくださいと言われて、主な機能を選んだときも、ほかの病院に急性期にやってもらうので、うちは回復期で出しておこうかなというので出したので、急性期と回復期と両方やっているなど、私は思っているのです。

ですから、必ずしも、おっしゃるように、回復期は回復期と言って、何か回リハを増やしたり、地域包括ケアを増やせばいいというものではなく、あくまで急性期の中の地域一般病床というか、地域一般の、先ほどもおっしゃったような嚥下性肺炎とかいうもののポストアキュートというか、そういうサブアキュートを見るのも回復期の役目ではないかと思えます。

だから、最初のところでも、この定義を余り厳しくやるとまずいのではないかという話が出ましたが、まさにそういうところがあると思います。

この辺のところではかにご意見、ご質問はいかがでしょうか。

○賀川（苑田第一病院）：たびたびすみません。賀川です。

回復期の中で地域包括ケア病床もありますし、ただ、ほとんど今現在、回復期リハビリテーション病院だと思います。

それはご存じのように、例えば、脳卒中、脳血管障害が充足されていると書いてありますが、回復期リハビリ病院の6割、7割は脳血管障害で見えていきませんと、民間病院はなかなか診療報酬がいただけないというのがありまして、あと重症度とかですね。

そうしますと、脳血管障害、脳卒中の6割、7割が誤嚥性肺炎ですから、その患者さんは回復期リハビリ病院で点滴ができないので、急性期の病院にお願いしたりするケースが意外と多いのですよね。

ですから、やはり急性期は減らしましょうという、減らさなければいけないということではないのですよ。減っていくとは思いますが、そういう患者さんがまた急性期に戻って、どうして診ないとだめですから、その辺が何かあやふやかなというふうには思っております。

もう一つ、葛飾区もそうでしょうが、足立区はひとり暮らし、2人生活、老老介護が確かにいるのですが、そのほかに介護施設が非常に多いのです。

介護施設はもう都心ではつくれません。足立区、やはり東北部の医療圏は介護施設が多いので、例えば、民間老人ホームがあったとしましたら、その方々は意外と、例えば、杉並、世田谷のある程度裕福な家庭のところから入っていらっしゃる人が多いのです。

子供さんはいますが、その入っていらっしゃる方が肺炎等になりますと、やはりその東北部の医療圏の急性期の病院で診なければいけない。患者さんは皆平等なのですが、特にそのご家族というのは、もうフルコースでお願いしますと言われるので、一生懸命頑張らないとだめだということになりますと、そういう意味でやはり急性期の病床というのは非常に減らせないのではないかなとは考えております。

○木村座長：ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

○丸山（東部地域病院）：東部地域病院の丸山です。

事務局でも結構ですし、猪口先生にもお願いできていいのですが、よく地域の医療ニーズという言葉が使われていて、高度急性期の患者はもう流出していいのだという概念でいいのか、あるいはこれから高齢化が進んで、区中央部まで通えない患者さんなんかが増えてきたときに、ある程度それをバックアップできるような体制をとったほうがいいのかどうかということです。

というのは、今、悪性腫瘍の中で一番流れているのは、女性の乳がんが一番流れていまして、次が血液疾患です。血液疾患の方が皆さん区中央部まで行かなければいけないものなのか、あるいはそれは地域のニーズとして立ち上げたほうがいいものなのか、非常に迷っているところではあります。

ですので、これから高齢化が進み、区中央部には通えない患者さんが出てくる可能性は、シミュレーションできるかどうかわかりませんが、その辺はどんなふうにお考えなのか、お聞かせいただければと思います。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

これは年齢階層別の受療行動というものがもととなっておりますので、例えば、現在80歳の患者さんがほとんど区内で、もしくは区東北部の中で受療しているとすると、将来80歳の方が増えてきたときに、推計としては区東北部の中で受診するということが反映されているわけです。

ですから、将来高齢者が増えてきて、それでもこういうデータですよということなのです。

ただし、地元で、先生のところでもそういう医療がきちんとできるのだといたら、受療行動が変わるわけです。だから、それだけ出ているということを見越して、先生のところでもやるというのだったら、それはそれでいい、そういう作戦というのはいないわけですね。

区民のことを考えて、受療行動、そういうものが出てくることを、うまくそこに患者さんがいると思えば、そういうことをやっていく。そういう会議でいいと思うのです。

このままやっていると、患者さんがいなくなるなというようだったら、ではどこに行けばいいという、まさに先生のはポジティブな考え方だけれども、ネガティブな考え方で、ほかのところに移るといって、自分の医療機関の診療体系を変えろという、いろいろな情報の中で自分たちをどういうふうに変えていくかということを考える会議であります。これで回答になっていますでしょうか。

○丸山（東部地域病院）：先生のご意見は前から伺ったこともございますが、行政としてその地域の医療ニーズに応えるということは非常によく使われる言葉なので、本当に迷っている部分があります。

その全てはできないと思うのですが、血液内科を中央部の病院と連携して、さっきの受け入れと言っても、血液疾患というのはなかなか難しい部分があって、今東北部では診られるところがないのです。

だから、猪口先生がおっしゃったように一つの戦略と考えている面と、行政のほうではそれがその地域の医療ニーズと考えるのか、あるいは、いや、それはもう中央部に任せていいんだよというお考えなのか、その辺はどうなのかなと思っています。

○中西（葛飾区）：葛飾区の中西です。

住民の方は、一部はもう何が何でも最高級の、日本一の医療を受けたいという人もいらっしゃいますし、一方では、やはり地域でがんの治療、特に抗がん剤なんかの治療は遠くまで行けないということで、地域でやっていただきたいというようなことがあります。

葛飾区の議会のほうでもご質問があって、やはり東部地域病院なんかではがん医療もしっかりやっていただきたいというようなことも、意見として出ております。

これから高齢化率がさらに上がることを見越すと、がんの患者ももっと増えますので、区という単位で考えましてもそういう意見がありますので、東部地域病院にはぜひお願いしたいと思っています。

○木村座長：ありがとうございます。

それでは、次に課題整理という、資料4のほうですが、現状を踏まえてこれからどうしたしたらいいかというような方策を考えていくということです。

あくまで課題整理案として3つ出てきていますが、どこからでも構いませんので、この課題についてどんなことをするか、その解決案がここで決まるわけではないのですが、どんなことを課題にするかということを皆さんで共通認識していきたいと思っております。いかがでしょうか。

○太田（足立区医師会）：足立区医師会の太田です。

やはりこの地域の一番の特徴は中小病院の割合が多いということだと思います。つまり、病床単位が小さいところが多いために効率がどうしても落ちてしまうという問題があるのだと思います。

特に情報共有とか連携がなかなか難しくなっているのだと思います。先ほどのアンケート自体の回収率が、区東北部が15%で、異常に低いという点も、同じデータの読みがあるのではないかと考えています。

ただ、それをどうやって連携していくかというのはなかなか難しい問題で、特に、ではそれを担うのは医師会なのかという話になると、現状では医師会はどうしても開業医の先生主体の組織であるという、もともとの成り立ちがあるので、病院としての連携がなかなかとりづらいつらいつらという面があるのです。

ですから、それぞれの医師会のほうでも病院間の連携を上げていくというような試みが必要になるのではないかと考えています。

○木村座長：ありがとうございます。

ほかにございませんか。

○小泉副座長（東京都病院協会）：いずみ記念病院の小泉です。

地域の特徴として中小病院の割合が多い、高度急性期機能も、本当に高度急性期の治療というのはどこまでやっているんだと、先ほど丸山先生がおっしゃった領域というのは非常に大事なセクションですが、普段やっているのは、本当に高度急性期というのはどのくらいやっているのか。急性期でやっている病気も結構やっているのではないかと。

そうすると、本当に、先ほど木村先生が言ったように、各区域分けの高度急性期、急性期、回復期、慢性期の区分けというのはなかなか難しいと思うわけですが、地域の特徴として、やはり中小病院、区東北部全体、病院の実力を上げることなのかなという感じがします。

アクセスがよくて、アメニティがよくて、すばらしい国立病院または大学病院から、私たちの中小病院に来て、見て、みすぼらしければ、やはり来たがらないのだろうなという感じが素直にします。要は、本当に病院としての実力をつけることが大事かなと思います。

それから、2番目の包括ケアシステムのことですが、中小病院が多い。中小病院をどうするんだ、これから助けるのか、それとも見捨てるのか。そういう

ようなことで、もし多ければ、多少は助けるような道があれば、どんどん行政で助けていただきたいと思っております。

また、3番目の在宅へ向けてということですが、私たちの病院もMSWを結構数多く置きましたら、本当にスムーズに流れるようになったということで、MSWを置くことが一つの大事な選択かなというふうに、特徴から、論点から、そんなことを思っております。

○木村座長：3つについてご意見をいただきました。ありがとうございました。

○藤野（東京都看護協会）：東京都看護協会の藤野と申します。

この論点3のところに関してですが、やはり今、中小病院の割合が高いということで、そのこともありまして、人材の確保不足ということで、退院調整部門を置いている割合も低いということがちょっと関連しているのではないかと考えています。

その上で、診療報酬でも専従の看護師や社会福祉士の配置ということがありますが、それもなかなかかなわない現状があるのではないかと考えておりますので、その辺も併せて今後検討していければいいのかなと思っております。

そして、先ほどお話にあった、やはり施設が多いということで、施設に入所されている方が状態が悪くなって、誤嚥性肺炎等で一般病床に入ったときに、医療度も高くなってしまうということで、なかなか施設に戻れずに、戻る先がなくなってしまうということも、退院調整を複雑化している一つの要因になっているかなとも思います。

ですので、やはり退院調整部門の強化というところが、一つの大きな課題ではないかと思っておりますので、その辺をまた検討していきたいと思っております。

○木村座長：ありがとうございます。

私の認識としては、中小病院こそ退院調整部門をしっかり持たないと、これから生きていけないよというふうに感じているわけです。

退院調整部門が、例えば、連携室というところで病棟の外にあるよりも、病棟の中のナースの中に一人入れたりとか、病棟にどんどん入ってきて、医師と

もっと接触していくというぐらい積極的にやっていく必要があるのかなという感じはしているところです。

○小泉副座長（東京都病院協会）：いずみ記念病院の小泉です。

もう皆さんご存じのとおり、または知り合いの病院でそうであるということを知っていますが、地方は高齢化が進んで、人口が減少してくる。そういうところで、今は地方の病院は非常に裕福なんです。

そんなことで、買い取り屋が地方からどんどん東京に来ているし、また東北部というのは私が思うに一番来やすい場所ではないかなと。

中小病院でこれからも頑張るよというようなことも非常に結構ですが、本当に身に迫る問題が刻々と近づいているのかなという感じをしております。

○木村座長：全く別の話ですが、確かにそれは言えると思います。

この3つの特徴というか、論点というか、課題整理が3つありましたが、これについて、ほかにいかがでしょうか。

○猪口副会長：論点1について、ちょっとお伺いをしたいと思うのですが、回復期の流出というのは、基本的には高度急性期、急性期で外に出てしまった患者さんが、療養中で、医療資源の投入量が下がって、だから、大学病院なり大きな病院にそのまま長くいたことによって、回復期機能が流出しているように見えている。

このデータではそういうふうに見えているのですが、実際に地域の患者さんが地域包括ケアとか在宅とかいうところで、サブアキュートのような、回復期機能に入院させたいような患者さんが出ていっている。もしくは、外に出ていった高度急性期、急性期といった患者さんが戻れないで本当に困っているという地域はあるのでしょうか。

回復期に関して、どこも困っているということでもいいのでしょうか。病床機能の報告などを見る限りにおいては、足立区はまあまあ、葛飾区と荒川区はほとんどないという、病床機能の報告で見る限りそうなのですが、その辺はどうお感じになっているかというところなのですね。どうでしょうか。

○木村座長：いかがでしょうか。

今先生がおっしゃったのは回復期機能ですね。回復期機能ということであつて、あくまで回りハとかいうことを言っているわけではありません。回復期機能がないのか、足りないのか。足りなければ、もっと増やすべきなのか。

特に、荒川区とか葛飾区ではそういう傾向があると言っていますが、荒川区のほうではどうですか。フロアのほうからでもどうぞ。

○野村（第一病院）：第一病院の野村でございます。

うちの病院の実情からいきますと、葛飾区の中の回復期リハの病院を探すのが結構困難なのですね。でも、松戸とか三郷、埼玉辺りのほうに流れることが非常に多いことは事実です。

○木村座長：それは回りハということですか。

○野村（第一病院）：回復期リハの病院へ。

○木村座長：回復期リハだけではなく、いわゆる回復期ですね。

○猪口副会長：聞き方を変えると、在宅の患者さんとか高齢の患者さんが収容できないで困っている、要するに、肺炎とか誤嚥性肺炎とか尿路感染症とか、そういうことで収容できないで困っていますか。余り外に流出していないで、何とかやっているのではないかなと思ってはいるのですが。

○野村（第一病院）：実際、うちの病院の中で完結する場合も結構ありますが、食事とかとれなくなった方が一番行き場所もなく、非常に困る。そういう方々をどうするかというと、やはり療養病棟とかいうふうなところで受け取ってくださるところを探すことになるということが一番多いと思います。

うちはケアミックスで療養病棟を持っていて、一応その療養病棟のほうに移して待っていただくということになるのですが、ただ、いろいろと制約があり

まして、ある程度機能が強化型で1とか2とか3ぐらいなことになると、軽症の人で待っていただかなければいけないような場合は非常に困るということが多々あります。

○木村座長：今、猪口先生も質問したのは、要するに地域で急性期になった患者さんの受け入れ先がないということはないのではないかと話ですよ。実際にあいていけば、どこも受けてしまうでしょう。先生のところも。だから、この稼働率が低いというのは何か別の原因があるのではないかと気がするのですが。

ただ受け入れ先がないのか、その先、そこで入院して、そのあとの受け入れ先がないから、ちょっとお断りするということは余りないのではないかと思うのですが。稼働率が低いというのは何か別の要因があるような気がします。

高度急性期機能から回復期機能流出、中小病院の割合が高い、病床稼働率が低い、機能があるという、何か違うような感じがします。とにかく回復期というのは回復期リハと地域包括だけではないよということは、認識しておく必要があるかなと思います。

この2番目のところにありますが、急性期対応のところ、地域の診療所の声と言っていますが、実際にどうでしょうか。それを断ることはあるのですか。

地域包括ケア病床が少しずつ増えている、中小病院の割合が高い、急性期対応を求める地域診療所の声となっていますが、普通この地域では中小病院というのは、例えば、在宅や診療所からの急性期の患者さんを地域包括ケアでそんなに受けるのでしょうか。

それは急性期病棟でアキュートとして受けていますよね。それから、ポストアキュートかサブアキュートで地域包括ケアに移すというのが普通の話ではないかと思いますが。

この辺についてご意見ありませんか。

○小泉副座長（東京都病院協会）：小泉です。

葛飾の野村先生がおっしゃっていたように、本当に肺炎の人、また大腿頸部骨折が多いのですが、そういう人たちが肺炎を起こす理由として嚥下障害、嚥下障害中枢性がほとんどなのだろうなと思います。

そういう場合に本当はかなり回復期にいても、これ以上どうするんだというような感じの人が肺炎になって、行き場がないというような声が、木村先生がおっしゃるように、急変時対応を求める地域の診療所の声というのはそういうことなのかなというような感じを、これだけ見ると私は感じます。

それに至らないような人というのは、結構それぞれの病院とも頑張ってやっていただけているのではないかと思います。

○木村座長：ありがとうございます。

○矢沢部長：アンケートから見ると、さっきの2分の2のところの下ところに、在宅側と書いてある意見があると思うのですが、これが診療所から出ている意見や、在宅医療をやっている方から出ている意見なのです。

比較的急変時をスムーズに受けてほしいと、3区から出ていたり、1日、2日診てほしいときに頼める病院が欲しいとか、認知症を持つ人の入院を断らないでほしいとか、精神疾患を持つ方の受け入れがきついか、あるいは長期にお願いする介護療養病床がなかなかないというふうに、在宅をやっている先生方からはこういう声があるということだけご紹介させていただきます。ありがとうございました。

○木村座長：それでは、この資料4についての課題整理についてはこれぐらいにしたいと思います。まだまだ課題がいっぱいあるのだということは、皆さん認識されたと思います。

3. 報 告

(1) 在宅療養広域連携ワーキングの設置について

(2) 地域医療構想推進事業について

○木村座長：それでは、最後に東京都のほうからご報告がございますので、よろしくお願いいたします。

○榎本課長：それでは、資料のほうを説明させていただきます。資料5をお願いいたします。

こちらは東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキングの設置についてということでございます。こちらにつきましては調整会議で在宅に関する意見を、全体の調整会議の中でもいろいろいただいております。

一方で、この調整会議の場においては、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余裕もないと思っております。

また、平成27年度から、介護保険法に基づき地域支援事業に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、こちらは「ア」から「ク」の中にある「ク」に当たるものですが、こういった取り組みも必要になっているということで、この「ク」の事業に該当するものとして、新たに今年度から在宅療養ワーキングを設置することといたしました。

目的ですが、各二次医療圏における地域医療調整会議に在宅療養ワーキングを設置し、在宅療養に関する地域の現状や課題、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。

構成メンバーにつきましては、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ます。こちらのメンバーの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、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、調整会議と在宅療養ワーキングの関係ですが、調整会議は在宅療養のみならず、地域ごとの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、地域在宅療養に関するデータ等に基づき、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、そのワーキングで検討したものにつきましては、こういった地域医療調整会議の場にフィードバックさせるなど、情報を共有し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、在宅に行っている、診療所に対しても行っておりますので、こういったアンケート結果につきましてもこのワーキングで資料として提供して、議論ができればと考えております。

続いて、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確保総合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を目的として、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。

この基金事業につきましては幾つかございますが、本日は病床等の整備及び病床機能の転換にかかわる事業についてご説明いたします。

まず、資料左側ですが、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機能の転換等を行う医療機関に対し、改修、改築等の施設整備に要する経費の一部を補助するものでございます。対象となるのは回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟でございます。

事業内容ですが、①の施設整備については、改修、改築に対する工事費、工事請負費が補助対象となっております。補助金額についてはこちらに記載のとおりでございます。

また、こちらにつきましては施設整備の補助も設けておりますので、医療機器等の備品等の購入に対して補助を実施するものでございます。

次に、資料の右側ですが、こちらは開設準備経費、支援経費、開設後の人件費支援などのソフトの経費でございます。こちらも対象は回復期リハビリテーション病棟及び地域ケア病棟となります。

こちらも開設準備経費に当たりまして、病棟に配置する看護職員の訓練期間中の人件費であったり、開設後人件費支援と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。

なお、資料6の2ページ以降には、現時点において補助事業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。

国の基金事業ですので、今後どれぐらい続くか、現時点ではちょっとわかりませんが、病床機能転換を検討するに当たりましては、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思っております。

報告事項は以上でございます。

○木村座長：ありがとうございました。

予定しておりました議事は以上ですが、何か最後にどうしてもこれだけは言っておきたいという方がいらっしゃいましたら。

○秋葉（関川病院）：最後にお聞きしたいのですが、日暮里にあります関川病院の秋葉でございます。

昨今、東医療センターの移転という件は皆さんご存じだと思います。医療圏の中での移動ですので、この会でお話することなのかどうかというのは、私もちょっと迷ったのですが、荒川区民にとっては災害拠点病院がなくなってしまふ。それから、救急病院の外科系がほとんどない。そういうすごい医療上の不利益というか不安を醸し出す大きな移転です。

それから、荒川医師会のほうでも、もしそうなってしまった場合には200床ぐらいの病院をつくってくれという陳情書を採択したと聞いております。

そういうことに対する対応として、この会がどういうふうに機能していくのか教えていただければと思うのですが、いかがでしょうか。

○木村座長：この会議はそういうことを何とかしようという会議ではありませんで、それはその病院が自由にやるものであって、この会議とか東京都が何とかしなさいとかいうわけにはいかないのですが。

○秋葉（関川病院）：例えば、東京都はベッド数の認可権を握っていらっしゃるわけですから、200床のベッドの病院をつくってくれというときに、200床のベッドをどこかで調達してあげなければ、誰もつくれないうけですよね。

○木村座長：この地域でのベッド数は決められてしまっているもので、それを増やしたりすることではきませんので。

○秋葉（関川病院）：わかりました。何もしないということなのですね。

○木村座長：難しいと思います。

○谷口（等潤病院）：等潤病院の谷口です。

最後のこの地域医療構想の補助ですが、この地域包括ケア病棟単位の補助で、病床単位では補助は出ないということですね。

○榎本課長：病棟単位という補助になっています。

○谷口（等潤病院）：ありがとうございます。

○木村座長：以上でございます。

きょうはお忙しい中、どうもありがとうございました。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。

4. 閉 会

○矢沢部長：時間が超過しておりますが、きょうのご議論、ありがとうございました。大体の中身をまとめさせていただきます。

まず、独居高齢者のことを考えるだけではなくて、日中の高齢者や高齢者世帯の割合といったところからも課題を出すべきだというご意見をちょうだいしました。

それから、地域包括ケア病床をどう活用していくか、うまく使っていく必要があるのではないかというご意見をいただきました。

それから、介護施設が多くて、そこから一旦病院に行って、そのあと戻るところがないといったことがあり、また、中小病院という中ではMSWさんのお役目が非常に高い。また、稼働率のところでは病院間の連携に課題があるのではないかというようなご意見もちょうだいしたところです。

中小病院を助けるのかというご意見もちょうだいして、私は、当然助けるということではなくて、一緒に頑張っていきたいと思っておりますと、心の中で答えたところでございます。

きょういただきましたご意見をまた踏まえまして、先ほど3つの課題の考え方を整理しましたが、もう一度その考え方を整理したものを次回お出しできると思います。

また、在宅の必要量についても、一部でございしますが、国が6月以降に示してくることになっておりますので、その辺りからも今度議論をして、ワーキングでどんな議題が出たか、そこについても次の調整会議ではお話しできると思いますので、引き続きよろしく願いいたします。

あと、事務連絡がございしますので、少々お時間をください。

○榎本課長：最後に事務連絡が3点ございます。

まず1点目でございますが、今後は、例えば、担う機能を大きく変えたり増床を予定している医療機関につきましては、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供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、議事録についてでございます。既にご説明しておりますとおり、本調整会議は公開であり、議事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。公開された議事録については、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。

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ありがとうございました。

(了)