

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

平成 29 年 5 月 25 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

平成 29 年 5 月 25 日 開催

1. 開 会

○榎本課長：それでは、定刻となりましたので、北多摩北部の東京都地域医療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、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 安藤理事にご挨拶をお願いいたします。

○安藤理事：皆様、こんばんは。ただいまご紹介いただきました東京都医師会の安藤でございます。

いよいよ来年は 2018 改定ということで、診療報酬、介護報酬の同時改定、それからまた、第 7 次医療計画の開始、また第 7 期介護保険事業計画がございます。

また、第3期の医療費適正化計画もございますし、さらには慢性期の方々にはすごく影響がございます介護保険の療養病床、それから、25対1の医療介護病床の介護医療院の移行というようなさまざまな問題がございます。

2018でそういうことが起こり始めるので、一つには“惑星直列”というふうにも言われておりますが、大変なのは2025あるいは2030、2040ではないかと思っております。

そういうことで、国も東京都も2つの大きな政策の地域医療構想と地域包括ケアを、どういうふうに地域でうまく、バランスよく回していくかということが重要になるのではないかと思っております。

北多摩北部の皆さん方の構想区域においては、やはり全国と同じように回復期に関してはまだまだ必要であるということと、埼玉にも結構流出がありますしかしながら、非常にさまざまな医療連携がうまくいっているというようなシチュエーションがあるようにお聞きしています。

非常に大事なことは、この調整会議に出ている委員の先生方だけではなくて、各市あるいはそれぞれの調整区域の医療機関の関係者の方々が一堂に集まって、腹を割って話し合うということが大事なことではないかと思っております。

しかし、北多摩北部というのは日野市が中心となって北多摩北部病病連携会議というものがあって、私も出させていただいているのですが、ほぼ100%の病院さんが出席をされているということで、このようなところは全国でもないのではないかと思っております。

きょうもいらっしゃっている東久留米市の石橋先生、またきょう座長で、何か寂しいですが、きょうで任期最後ということで、西東京市の石田会長先生がうまくまとめていらっしゃいます。

そういうことで、さまざまなご意見をぶつけ合っただけならばと思っております、東京都医師会のほうにもぜひともさまざまなご意見とかいいアイデアがありましたらご教示いただければと思っておりますので、どうか最後までよろしく願いいたします。どうもありがとうございました。

○榎本課長：安藤理事、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。日ごろから東京都の医療福祉、行政に多大なご尽力をいただきましてありがとうございます。

今回の調整会議は昨年に引き続いて2回目ということで、今年度は最初の会議でございます。

きょうは前回お出しした資料を、この圏域はどういう医療資源があるのかということのを少しまとめたものと、それから、先生方にご協力いただきましたアンケートで、今先生方がお感じになっているとおっしゃっていたところと、その2枚の紙を見比べていただきながら、この圏域の本当の一番大きな課題は何だろうというところをディスカッションしていただいて、ある程度の共通認識をここで持っていただくというのがきょうの目的でございます。

後ほど、資料説明のあと、ディスカッションのお時間がございますが、どんな意見でも結構ですので、ご議論にご参加いただきまして、ご発言いただきますように、よろしくお願いいたします。

それでは、きょうは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きまし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、これ以降の進行を石田座長にお願い申し上げます。

○石田座長：石田です。よろしくお願いいたします。

きょうでこの調整会議は2回目で、平成29年度は初めて、第1回目ということで、前回と同様に皆さんのほうから闊達なご意見をいただければと思います。

決してこの調整会議は決める会議ではなく、皆さんのご意見を集めて調整していくという会議でありますので、ぜひ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

○石田座長：それでは早速、議事に入りたいと思います。議事の1つ目、平成28年病床機能報告について、東京都よりご説明を受けたいと思います。よろしくをお願いします。

○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機能別の単純集計の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、そういった集計結果につきましては改めてお示ししていきたいと考えております。

それでは、資料1の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年度に比べ、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ようなことではなく、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というものが大きくなっております。回復期機能につきましては病院の開設や増床などによる増加が一つの要因となっております。

続きまして、資料の2枚目をご覧ください。こちらは4機能別許可病床数の割合を平成28年と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%ですので、0.1%の増という結果になっております。

3枚目に多摩地区の状況をお示ししております。各圏域の状況がありますので、後ほどご覧ください。

4枚目をご覧ください。こちらが北多摩北部圏域の病床機能報告の結果でございます。資料の左下に平成26年から28年の動きを記載しております。

28年につきましては平成27年より、高度急性期につきましては36床の減で752床、急性期機能については186床の増で2338床、回復期機能につきましては531床で51床の増、慢性期機能につきましては2151床ということで87床の減、併せまして、平成28年度は5722床ということで、前年より病床数全体も増加しております。

右側に平成27年から28年の主な変動要因を記載しております。高度急性期機能の減につきましては、こちらの急性期機能への機能変更ということが主な要因ではないかと考えております。

急性期機能につきましては高度急性期及び慢性期からの機能変更、回復期機能につきましては急性期からの機能変更、慢性期については急性期への機能変更ということで、これは主な要因ですので、さまざまな要因がありますが、主なものはこういったものではないかと考えております。

また、本日はその他に参考資料1として、こちらの集計結果のもとになります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。こちらは詳細に各病院ごとに出ていますので、後ほどお目通しをお願いできればと思います。

資料1の説明については以上でございます。

○石田座長：ありがとうございました。

病床機能報告結果についてのご質問は次の議事のあとに併せて伺いたいと思いますので、よろしく願いいたします。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○石田座長：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。ご回答をいただいた先生もいらっしゃるかと思います。昨年の調整会議の開催結果を踏まえて、都内の病院等に対し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、東京都よりご報告を受けたいと思います。よろしく申し上げます。

○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、調整会議をそれぞれの医療圏で実施させていただいたところですが、資料の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、示させていただいた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がございます。データの活用に関しまして、本日は改めて整理させていただきましたので、今後の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、東京都の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い、その中で著しく低いデータがあったり、高かったり、その要因を考えて、そういった低いことが課題なのかどうかを検討するなどして、その地域における課題発見の一つのツールとして活用していただければと考えております。

また、昨年の調整会議の状況といたしまして、いろいろ時間の制約もあり、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、調整会議におい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がございます。

2枚目をご覧ください。アンケートの実施について記載しております。

まず、アンケートの対象ですが、病院、在宅医療を行っている診療所、区市町村、調整会議に参加する関係団体を対象に実施しております。なお、在宅医

療を行っている診療所につきましては、東京都医療機能実態調査におきまして訪問診療を実施していると回答した診療所を対象に実施しております。

質問項目は、地域の医療の現状の認識、自院が現在地域で果たしていると思う役割といった項目を聞いております。

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%、4分の1の回収率となっております。

本日は参考資料をおつけしております。参考資料2として、実際にお配りしたアンケート用紙をおつけしております。こちらは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、こちらも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として、アンケート調査の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、アンケートに協力いただいた病院につきましては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お願いいたします。

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の意見については説明させていただきたいと考えております。

資料2の説明は以上でございます。

○石田座長：ありがとうございました。

先ほどの病床機能報告の結果と今のアンケートについてのご質問は何かありますでしょうか。

1つ、病床機能報告のほうで、北多摩北部医療圏で高度急性期から急性期に、それから、急性期から回復期機能に移行したということですが、これは病院の

前回の調査を見直したということですか。それとも、機能が変わったということですか。

○榎本課長：こちらは病院のほうの申告でございますので、病院のほうで前回は急性期で申告していたものを高度急性期に変えたということで、病院のほうの判断の自己申告ということで増減しております。

○石田座長：1年前ですから、見直されたことが大きいと思いますが、どうでしょうか。

○桑名副座長（東京都病院協会）：桑名と申します。

アンケートの実施についてですが、この在宅医療を行っている病院と診療所のデータが出ていますが、それでやっているところは4分の1やっているのだというのはわかりますが、ではその人数がどうかというのは全くこれからは読めないです。

ですので、もしデータがあれば、在宅医療を受けている方たちがその住民のどのぐらいいて、それが足りているのか、足りていないのかというのもわかれば、考えていく上で非常に助かると思います。よろしく申し上げます。

○石田座長：ほかに何かありますか。

では、アンケートの結果は大体4分の1程度の回答であって、全ての意見ではないので、その辺は参考にしていただければと思います。

（3）データ／アンケートから見る構想 区域の現状について

○石田座長：では、次に進ませていただきます。次はデータ／アンケートから見る構想区域の現状についてです。先ほどの説明があったとおり、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に不足している患者の医療をどう補っていくかを考えるわけですが、本日は前回示されたデータとアンケート等が出された意見を照らし合わせて、この地域での現状についての認識を共有し、次回以降優先して検討すべき課題、機能についての議論を深めたいと思います。

まずは東京都よりご説明を受けたいと思います。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。

病床機能報告のデータと、先ほどご説明が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のほうでは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、こちらの資料3のほうで地域の現状について、データ、アンケートから確認をした上で、後ほど資料4の課題について議論していただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

まず資料3になりますが、1枚目右上、2分の1となっているものにつきましてはデータをまとめたものになります。こちらは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、各構想区域の特徴を機能ごとに記入したものとなっております。

2枚目右上2分の2となっているものにつきましては、アンケートをまとめたものとなっております。病院や診療所のほうに行ったアンケートからいただいたご意見につきましてまとめております。

一番上の部分につきましては、地域の医療に関しまして不足している医療、充足している医療など、主な意見をそこに記載しております。また、その下の各機能ごとの部分につきましては、各機能ごとに分類できるご意見を記載しております。

また、機能ごとの下の部分につきましては、病院から在宅へのつなぎの部分につきまして、病院側、在宅医側からいただきましたそれぞれのご意見を記載しております。

こちらのデータとアンケート、1枚目と2枚目の資料を比較する形で確認していきたくて思っておりますので、並べてご覧いただければと思います。

まず、北多摩北部の病床数につきましては先ほど資料1の4枚目のほうで紹介させていただきましたが、病床機能報告と将来推計を比較した場合については、高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能については過剰となっており、一方で回復期機能については不足という状況でございます。

では、まず1枚目の上の部分です。地域の全体的な特徴として記載しておりますが、まず人口についてですが、高齢化につきましては都全体よりは早めに進む地域でございます。また、高齢者夫婦のみの世帯割合が10.2%と、他地域に比べて高めとなっております。今後2025年に向けて総人口が減少していきます。

同じく上のほうに、医療資源の状況については、高度急性期から回復期機能までは北多摩南部、北多摩西部を中心に隣接区域と流出入がある地域でございます。やや流出のほうが多くなっております。

また、慢性期機能については隣接の区域から流入している一方、埼玉へ流出しており、こちらは流入のほうはやや多くなっております。ただ、全体的には各機能とも流出入は比較的均衡している地域となっております。

一番左側の高度急性期機能のほうを見ていただきますと、1枚目のデータのほうです。まず、10対1の入院基本料、高度急性期機能で届出が出ておりますが、この10対1があるのは区東北部と北多摩北部のみとなっております。また、高度急性期機能が流出超過となっておりまして、流出患者の約半数が北多摩南部、北多摩西部へ流出しております。

隣接の構想区域を含めた完結率は約8割となっておりまして、これは西多摩に次いで低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82.4%と、都平均の88.1%に比べて低くなっております。

高度急性期機能については、2025年の推計値に比べまして、過剰となっている機能でございます。一方で、病床稼働率が都平均を下回っているということで、今後地域内での高度急性期機能の提供体制をどう考えていくのかという見方もできるのかなと思っております。

次に、隣の急性期機能ですが、こちらも流出超過となっております、高度急性期機能から引き続き入院している患者も含めまして、流出患者の約45%が北多摩南部、北多摩西部の医療機関に入院しております。

この地区の特徴としましては、急性期機能で13対1、15対1の入院基本料の割合が約18%となっております。都平均が約9%となっておりますので、都平均の約2倍、他地域に比べても高くなっております。

また、急性期機能の一番下のところに書いてありますが、平均在院日数につきましては14.8日と、都内では最も長くなっております。これは13対1、15対1の入院基本料の割合が高めであることから、急性期機能で回復期、慢性期の患者を見ている可能性も考えられるのかなと思っております。

また、北多摩南部、北多摩西部の区域にはこの13対1、15対1の入院基本料の病床が少ないことから、これらの隣接の区域も含めて役割分担をしていることも考えられるのかなと思っております。

急性期病院の病床稼働率につきましては、下から2番目の項目に書いてありますが、78.6%と、都平均の81.3%に比べて低い状況でございます。

一方で、2枚目のアンケートのほうで急性期機能のところを見ていただきますと、西東京市、清瀬市の病院さんから急性期が不足しているとの意見をいただいております。

病床稼働率が都平均よりも低い一方で、区域内では急性期が不足しているとの意見が出ている地域もございます。今後この区域内で急性期機能の提供体制をどう考えていくのかといった議論も行っていけるのではないかなと思っております。

また、アンケートのほうで、下のほうの在宅医側から出た意見を、左側に記載しておりますが、急変時の受け入れ体制の確保を求める意見も多いことがございますので、回復期機能、特に在宅の患者の急変時に対応できるような地域包括ケア病床への転換ができないかという論点も見えるのかなとは思っております。

次に、回復期機能につきまして、1枚目のデータのほうに戻りますが、右から2番目の枠を見ていただきますと、こちらも高度急性期、急性期機能に引き

続きまして、流出患者の4割半ばが北多摩南部、西部の医療機関に流入しております。やや流出が多くなっております。

この区域は回復期リハビリテーション病床が人口10万対で多く、都平均の約1.3倍となっております。回復期リハ病床につきましては比較的充足している地域かと思いますが、回復期機能全般は不足しているという地域でして、アンケートの2枚目、回復期機能のところに記載しておりますが、西東京市の病院さんから回復期機能が不足しているとの意見もいただいております。

1枚目のデータのほうの回復期機能ですが、上から3つ目です。他の病院、診療所からの転院患者の割合が高くなっております。64.4%で、都平均が46.9%なので、高くなっております。

アンケートのほうでは、回復期のほうには病病連携、病診連携、うまくいっているという声をいただいているところでした。地域内での連携はうまくつないでいるのかなという印象はあります。

また、データのほうで、回復期で下から3つ目です。家庭からの入院割合が9.8%となっております。都平均の22.4%と比べると低くなっております。これが都内でも3番目に低い地域となっております。

またその下、家庭への退院割合も都平均に比べて低くなっております。都平均65%に対して51.5%と、都内で最も低い区域となっております。

一方で、死亡退院の割合も1割を超えております。こちらは都平均が3.9%なので、約3倍に近い数字となっております。

平均在院日数につきましても都平均の50.7日より長く、この区域が65.7日となっております。上の患者像のところを見ますと、緩和ケア病棟入院料がありますので、これがこの死亡退院割合に影響していることも考えられますが、回復期機能の一部が看取りの場になっている可能性も考えられるのかなと思っております。

今後2025年に向けて高齢者が増えまして、在宅で訪問診療を受ける患者さんも増加することが見込まれる中、この区域で回復期機能が担うべき役割は何か、そしてその役割を果たすためにはどういった病床が必要なのかといったことを議論していくこともできるかなと思っております。

アンケートのほうを見ますと、回復期機能に対する意見としていただいたもので、地域から受け入れて、しっかり地域に帰すという、本来の役割を果たしている地域包括ケア病床が少ないといったご意見や、リハビリや在宅に移行するための機能が不足しているといったご意見をいただいております。

また、先ほども触れましたが、在宅医のほうからは急変時の受け入れを求める声もいただいているところでございます。

次に慢性期機能になりますが、1枚目のデータの右側、慢性期機能のところを見ていただきますと、医療療養病床が高齢者の人口10万対で多くなっており、都平均の約1.4倍となっております。

慢性期機能は家庭からの入院患者、また家庭への退院患者の割合がこの区域はともに高くなっておりまして、どちらも都平均の約2倍となっております。また、他の病院、診療所からの転院割合が低いこと、死亡退院患者の割合が低くなっておることもありまして、こちらにつきましてはどちらも都平均の2分の1以下となっております。

家庭からの入院、家庭への退院につきましては、慢性期機能において割合が高くなっていることから、慢性期機能の病床がサブアキュート機能を一定程度果たすなど、地域包括ケアシステムを支える病床になっていると考えることができるのではないかと考えております。

アンケートにおきましても、慢性期機能に対するご意見で、病院より居宅系からの入院相談が多くなっている傾向とのご回答をいただいております。この点はデータとアンケートの結果が近いのかなと考えております。

また、慢性期につきましては病床稼働率は都平均より高くなっておりますが、同じくアンケートの慢性期機能のところでは病床稼働率が低下傾向にあるとの回答もいただいております。

一方、在宅医側からのご意見として、レスパイト入院を受け入れてほしいといった意見もいただいておりますことから、レスパイトの受け入れに活用するなど、病床を有効に使って在宅を支援することできないかといった検討をしていただくこともできるのかなと考えております。

また、慢性期では退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が6.4%と、これは他の区域に比べて低くなっております。家庭への退院患者割合が高い地域ですが、在宅医療を必要とする患者は少なくなっております。

この北多摩北部では慢性期の自構想区域の患者割合が50.6%と、約半数となっております。残りの半数につきましては区域外の患者となりますため、退院に向けた調整は十分なのかといった退院調整に関する課題があれば、今後考えていくこともできるのかなと思っております。

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区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資料4となります。クリップどめにしてあったものとは別に1枚上に置かれていたものがあるかと思いますが、頭のタイトルが「北多摩北部課題整理（案）」となっているものがありますので、そちらのほうをご覧ください。

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、主にこの点につきまし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、急性期機能に関するものでありますが、地域の特徴として、高度急性期／急性期機能の病床稼働率が都平均よりも低いこと、また急性期機能の平均在院日数が長いこと、またアンケートから急性期機能が不足しているとの声が出ていることがあります。

このことから、北多摩北部の区域での急性期機能はどういった役割を担うべきかというのを1つ目の論点として挙げております。

病床稼働率が低い一方で急性期が不足しているという声もいただいていることから、例えば、急性期機能が担うべき役割を明確にして、その役割を果たすためには機能分化が必要なのか、必要であれば、どのように進めていくのかといったことなどをご議論いただけたらと思っております。

次に2点目ですが、地域の特徴としまして、回復期機能について、人口10万対の回復期リハ病床が多い地域であること、また回復期機能での死亡退院割

合が高いこと、また回復期機能の平均在院日数が長いこと、そして地域包括ケア病床が少ないことといったような特徴があります。

データからは回復期機能の一部が看取りの場となっていることも伺える中で、この圏域において回復期機能が担うべき役割は何かというのが、2つ目の論点となっております。

回復期機能が地域で果たすべき役割を明確にし、それに向けて、例えば、ポストアキュートを担う地域包括ケア病床の整備が必要なのではないか、在宅への移行をスムーズにするため退院調整部門の機能を充実させる必要があるのか、そのためにはどういった体制を整備するのかといったような議論をいただけたらと思っております。

3点目ですが、慢性期機能に関してになりますが、慢性期機能は自構想区域の患者割合が50.6%と約半数であること、家庭からの入院割合が高く、また家庭への退院割合も高いことがこの地域の特徴として挙げられます。

家庭からの入院、家庭への退院の割合が高いことから、慢性期機能が地域包括ケア病床の役割を担っている現状を踏まえまして、この区域では慢性期機能はどういった機能を担うべきかといった論点を、3つ目として挙げております。

例えば、サブアキュートを担う地域包括ケア病床の整備が必要かどうか、そのために慢性期機能から回復期機能への機能分担などを検討することはできないかという議論もあるかと思えます。

また、機能分化を進めるに当たって何か妨げになるものがあれば、そういったものについてもご意見をいただければと思っております。

また、半数が自構想区域外の患者となっておりますが、退院に向けた調整は十分に行われているか、医療連携に向けての課題はどういったものがあるのかといった観点からの議論もあるのかと思っております。

以上3点につきまして、議論をお願いしたいと思います。本日、この3点の課題について全てご議論いただくのは難しいかもしれませんが、今回の会議ではこの中で特に重要と考えられるもの、今後優先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、

診療所からご回答をいただいたものではございませんので、この内容に関して
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を踏まえまして、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
願いいたします。

資料3、4については以上になります。

○石田座長：ありがとうございます。

ただいま資料3でデータとアンケート結果を併せて整理したこの地域の現
状について、資料4で事務局にて案としてまとめられた、この構想区域の課題
整理について説明がありました。

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。

調整会議は課題の共有が目的であり、さまざまな立場からいろいろな意見が
自由に出せる場だと考えております。どなたでも結構で、どんなご意見でも結
構でございます。

特に資料3、アンケートに持つ地域の姿については、全ての医療機関の方か
らお話を聞いたわけではございませんので、追加で思うことや、これは違うの
ではないかというご意見があれば、いただければと思います。よろしくお願
いいたします。

○大田（国立病院機構東京病院）：東京病院の大田です。

回復期機能のところで、回復期リハビリテーションというのは非常に明確な
のですが、緩和ケア病棟のところがこの回復期機能という中でどのくらい含ま
れているのかというのが見えるとありがたいと思います。

というのは、当院は回復期リハをやっておりますが、緩和ケア病棟、緩和ケ
ア病院ということの機能評価の認定も受けたのですが、信愛病院と救世軍の清
瀬病院、3病院が一応リンクしながら、お互いに助け合うという体制はとって
いるのですが、果たしてそれで十分地域として足りているのかどうかというこ
とを含めて、ちょっとわかれば。

○石田座長：その辺、データとしてわかりますか。

○榎本課長：北多摩北部で回復期機能で緩和ケア病棟を申請しているところは20床でございます。

○大田（国立病院機構東京病院）：今後の傾向を考えると、機能評価のときに言われたのですが、これまではターミナルケア的な意味づけになっていたのですが、機能的には今後やはりその苦痛をとって、また家に帰っていただき、場合によってはその苦痛をとることによって、社会復帰まで視野に入る方も入ってくるのではないかという意見もいただきまして、そういう見方をしながら、回復期機能としての緩和ケアの役割というのが出てくるのかなと思います。

それから、看取りまで行く方がどんどん増えているというのは残念なことでありますが、実際にあるわけですので、その辺りは少し注目する必要があるのではないかと考えています。

○石田座長：緩和ケア病棟は恐らく看取りまで行くケースもあると思うのですね。死亡率が高くなるという結果がある程度出るのだと思いますが、在宅での緩和ケアがどの程度できるかというのはこれからの問題もあると思うのですが、何かご意見はありますでしょうか。

東京都の緩和ケア病棟の割合というのはどの程度なのでしょう。まだまだ足りないのでしょうか。

○榎本課長：数で申し上げますと、例えば、高度急性期のところに緩和ケア病棟を申請するところがございます。これは22床、急性期で緩和ケア病棟が300床、回復期で40床、慢性期で232床ということで、600床ぐらいです。

現在、都全体で、これは平成27年のデータですので、もう少し今増えているか、減っているかはちょっとわかりませんが、27年時点ではこういった病床数ということになっております。

○石田座長：今後の課題として、緩和ケア病棟が増えていくのか、あるいは在宅で診なければいけないのかということは問題になってくるとは思っています。

○桑名副座長（東京都病院協会）：信愛病院の桑名でございます。

今、大田先生から病院の名前を挙げていただいたので、うちの場合は回復期で届出を出しております。以前は慢性期で出していたのだと思います。

それで、やはり中でも急性期の平均在院日数がだんだん短くなって、3週間ぐらいになっていますので、急性期ではないだろうけれども、慢性期と言っていいのかどうか、慢性期でも回復期でも、在宅に帰ることを考えれば回復期ととらえるのがいいのではないかと考えて、その回復期という答えをしたわけです。

ですので、今後については在宅の緩和をやっている先生方とのタイアップをして、どちらでもバックアップができるように、国はもうもともとそう言っていますので、在宅緩和ケアとタグを組んでやるようにという方向性は今後間違いないと思います。個人的なというか、病院の実情です。

○石田座長：ありがとうございました。

緩和ケア病棟の取扱いは病院によって異なるということですね。自己申告によるわけですから、その辺が今のところは調整できないのですね。それでやはりいろいろなデータとして少しずつ違ってくるのではないかということがあると思います。

ほかにご意見、ご質問はございますか。

急性期が病床の稼働率が低い、それから、在院日数が長いという傾向が出ているということなのですが、この辺について何かわかる方、いらっしゃいますでしょうか。都平均よりちょっと悪いというデータみたいですが、鈴木先生、何かご意見ございますか。思い当たることでも結構です。

○鈴木（佐々総合病院）：我々の病院は急性期を中心にやっているのですが、やはりどうしても、当たり前かもしれないですが、大病院志向がありまして、

どうしても公立病院のほうに行かれる患者さんが多いというのはあると思います。

ただ、内容としてそれぞれ、我々の病院で言うと、その部分を膨らませていきたいというものがあって、設備投資なんかもしていく。また、ちょっと我々としては発展途上かなと。

ただ、在院日数とかに関しては、ここでは13でしたか。だから、これより低い位置を保った状況でどうやって、いわゆる在院患者さんを増やしていくか。その辺のところに取り組むという全体のところです。ちょっと返事になっていないのですが。

○石田座長：ありがとうございます。

あと、急性期にしても流出があるという、やはりこの辺の特徴はあると思うのですね。北多摩南部、北多摩西部に少し行っているということですね。

○石橋（東久留米市医師会）：東久留米市医師会の石橋です。

ちょっと教えてほしいのですが、北多摩北部地域の課題整備というところで、地域包括ケア病床がこの地域はちょっと少ないだろうということが出ているようですが、これの少ないという原因といいますか、阻害因子というものが何かあるのでしょうか。

それとも、病院さんとして機能は果たしているけれども、届け出していない、届け出るメリットがない、何かそういうものがあるのかどうか、教えていただければと思います。

○石田座長：そうですね。地域包括ケア病棟がかなり少ない。これから必要だというのは、いまだに少ない。いろいろな問題が多分あると思うのです。保険点数の問題とか、その基準ですね。施設基準の取り扱いとか、そういうものがあって、申告されていないということではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○桑名副座長（東京都病院協会）：私が答えるのが妥当かどうか、うちは地域包括ケア病棟がないので、一般的な地域としてですが、まず一つは診療報酬の問題で、地域包括ケア病棟の場合は1床1日当たり大体3万ですよね。

そうすると、一般病棟の入院基本料の10対1、7対1、DPCを取っているとところより診療報酬としては劣りますから、そこから地域包括ケアにまずは行きにくいということ、それと、では慢性期、回復期から簡単に行けるかというと、人員配置の件で結構ハードルが高いです。

それから、在宅受け入れ率なども関わってきますから、そんなこともあって、そこで地域包括ケアでポストアキュートもサブアキュートも見られるから、全国的にはどんどん増えているのですが、実際転換しようと考えると、非常に難しい点があります。

この圏域では後藤先生のところが今度地域包括ケアを取られますが、もしよろしければ、やりやすさとか転換のしやすさ、しにくさ、その辺を教えてください。できればと思いますが、いかがでしょうか。すみません、振ってしまいました。

○後藤（複十字病院）：複十字病院の後藤です。

先生から今お話があった地域包括ケア病棟のお話でも、ちょっと今までの議論のところを聞いていて思ったことですが、緩和ケア病棟が多いとか少ないとかいう議論がありますが、複十字病院では、これは呼吸器が非常にやはり多い病院で、例えば、肺がんの患者さんがすごく多いわけです。

肺がんの患者さんで、きちんと化学療法をやるなり、外科的な手術をするのは急性期ですが、やはり肺がんの患者さんで内科の患者さんはほとんど間違いなく亡くなるわけですね。

そうすると、その患者さんをずっと診ている中で、最終的に、例えば、形としては緩和ケアを行うわけですので、緩和ケア病棟という形で申し出てはいないわけですが、急性期として複十字病院で申し出ている中で、緩和ケアの機能も十分果たしていて、ほかの病院も恐らく同じ状況だと思います。

だから、この病院は急性期だと、例えば、国立がんセンターみたいな、手術だけしたら、あとはもう地域に帰してしまうといった大きな病院であれば、こ

ういう議論は可能だと思っておりますが、この病院もやはり表に出している回復期とか急性期中で、いろいろな機能もそこで扱っていると思っております。

ですから、その実態を見ないで、届け出た急性期とか回復期とか、それだけで議論すると、実態と非常にかげ離れた議論になってしまってしまうと思っております。

その次の地域包括ケアの話ですが、これは地域包括ケア病棟とだけではなくて、療養病棟をどうするかとか、その辺で議論が今はっきりしない中で、どのような形で進路をとるかというのは、病院にとって課された非常に大きな問題です。

複十字病院も療養病棟を41床持っているわけですが、医療療養病床というのは国がどういう形で今後扱っていくかということが見えない中で、病院としてどういう形でやらなければいけないかということが非常にやはり難しい判断だったのです。

ただ、とにかく医療療養病棟が今の、これも20対1の状況で経営を継続するのは非常に難しいだろうということで、その中で複十字病院としてどういう形の病院、病棟を形成するかということを考えて、複十字病院はこの6月1日ですから来週から、地域包括ケア病棟という形でオープンします。

これは療養病棟を転換して地域包括ケア病棟に持っていくわけで、桑名先生がおっしゃったように、非常にハードルが高いですね。普通の病院は、これを行うということに関して、私たちの病院で実際にやった経験からしても、このハードルの高さというのはなかなか複雑なのではないかと思っております。

というのは、まず人員配置を25対1から13対1にしなければいけません。これだけ今看護師が不足している状況の中で、そのような人員配置を病院として確保するという事は非常に難しいということが1つあります。

それから、もしそれだけの負担をかけて地域包括ケア病棟をオープンしたとして、現在診療報酬は1日3万円ですが、これはいつまでも3万円もらえるか、わからないわけですね。

どこかでそれがスポンと切られてしまったら、それだけの人件費で看護師の負担をずっとやってきたことを、病院として次にどういう形で扱えばいいかというのが全く今はわからない状況です。

それから、療養病棟から地域包括病棟にするためには6カ月間の実績が要求されるわけで、その6カ月間に在宅復帰率が70%、在院日数が60%をクリアしなければいけないので、療養病棟の状況からクリアするのはもうほとんど不可能ですよ。

ですから、その半年なり1年間の準備期間は、療養病棟はほとんどベッドを使わない形で運用しますので、複十字病院にとっても、ここまで持ってくるための病院の医療収入の関係は極めて大きな問題があります。

ですので、この辺のところがある程度クリアされないと、病院が「はいはい、それではこういう形で動きます」と言うことは極めて難しいし、逆に急性期病棟を今度は地域包括病棟にした場合にも、診療報酬自体でやはり病院の収入に大きなマイナスを来します。

ですから、その辺のところを考えて、病院にとってどういうインセンティブがあるか、そういうところをきちんと示していかないと、題目だけで、足りないからということで動かすのは非常に難しいと思います。

ただ、そういう形で動かしたからには、やはり北多摩北部地域で今回回復期機能というのは非常に足りない中で、地域包括病棟を回復期の病棟としてなるべく地域の方々に役に立つ形で運用したいと考えています。

そのためには、例えば、在院日数60日のためには在宅扱いにできる周囲の医療機関をどのような形で整備するか。そこをきちんと整備していかないと、病院1つだけが回復病棟で手を挙げて、その病棟を支えてくれる在宅医療を支える医療機関が周囲にネットワークをつくらないと、これは成り立たないと思います。

だから、そういう意味で、今の状況では余りにも何か満たされていない状況が多過ぎて、この中で一遍にそういう形のものを目指すかということ、やはりそれは難しい状況にあるというのを、この1年間、2年間、本当に身にしみて感じています。

○石田座長：貴重なご意見をありがとうございました。

やはり地域包括ケア病棟はまだ現状のところハードルが高い、経営的にも難しいというご意見で、今後は地域包括ケアシステムを運営していくときには必

ずこういう病棟は増やさなければいけないということです、この辺は診療報酬並びにそのシステムを少し変えないとなかなか増えないということだと思います。

もう1点、先生のおっしゃった緩和ケア病棟の問題とかは、申告の区分が現状に則していないというご指摘がありましたので、この辺がまだちょっとはつきりされていないので、回復期が少ないように出てしまうという面もあるのではないかとご指摘だと思うのですが、ほかにご意見はございますか。

確かに、高齢者の在宅医療の急性期というのは、本当の急性期ではなくてもいいような気がするのです。ですから、その辺の病床の区分をどういうふうに持っていかを考えなければいけないということは思います。

○石橋（東久留米市医師会）：東久留米市医師会の石橋です。

今のお話からしても、地域包括ケア病棟を推進していくということを考えたときに、高度急性期、急性期機能の病床稼働率が悪い、七十数%、できれば、多分、病院さんとしては90%近い病床稼働率が欲しいのかなと。

そうしますと、急性期で維持期をちょっと地域包括ケア病棟に持つていくのはきついなということを考えると、急性期を持つていくしか、動くとならばそういうことなのかなと、単純に考えると思います。

そうしますと、急性期を、地域包括ケアになると、そのままでは費用的には合わないということですが、病床をあけておくくらいだったら地域包括ケア病棟として動かしたほうが効率的かなというふうに、単純に思ってしまうわけです。

ただ、地域包括ケア病棟が循環をして、きちんと収入を上げていかなければ、もちろんせっかく転換しても意味はないので、そこで先ほどの後藤先生のお話からしますと、地域の在宅の医療機関との連携をもっと密にして、そして情報交換をしっかりしながら、回転がうまくいくような形をつくっていかなくてはならないというふうに聞こえるのです。

そうしますと、在宅をやっている医療機関、いわゆる医師会でありますと所属の訪問診療をやっている医療機関、それから、特にその中で今24時間のケ

アというのが非常に難しく、どうすればいいのかということが検討課題になっています。

その辺のところも含めて、ぜひ医師会の中でも医療機関の先生方と一緒に、この北多摩北部地域でどう地域包括ケア病棟を動かしていくかという検討の場を設ける必要があるのかなと思いました。

もう一つは、我々はこの24時間サポートの体制をつくるためにどうするのかということの検討をしているのですが、訪問看護ステーションとの関係をどう活かすか、そして訪問診療をやっている開業医がどのようにそこと病院との連携をとっていくかということで議論しております。

例えば、夜間のお願いをするときに、救急病院にお願いをするという考え方や、地域包括ケアを持っていらっしゃる病院と関係をつくっていくという考え方、あるのかなという気がしたのです。

ただ、ちょっとシステムがよくわからないので簡単には言えませんが、何らかの地域包括ケア病棟が増えていって、それが病床の稼働率を上げていって、収入アップにつながるというような形をつくっていければと思っています。

○石田座長：ありがとうございます。

貴重なご意見で、地域包括ケアシステムの一環として、在宅と病院、在宅患者の急変時の対応、それはサブアキュートといいますか、病院にちょっと入っていただいて、また帰ってくるという、それはできたら地域包括ケア病棟をつくっていただきたいというのが在宅医の希望ですが、

あとは、先ほど石橋先生も言ったように、その病棟自体はそんなに多くなくてもいいような気がするのですね。そんなに毎回患者さんが急変するわけではないので、そういうときのための病棟、急性期から転換してメリットがあるかどうか、それを検討していただければという感じがします。

○桑名副座長（東京都病院協会）：地域包括ケア病棟の話が出ておりますが、もともとこの病棟を厚労省が考えたのは地方の都市の公立病院ですよね。主に公立病院の一般病床の稼働率が非常に悪くなって、下がってきた。そのベッドを何とか活用しなければいけないというのが前提としてあったのですね。

ですから、地域包括ケア病棟を中心に据えて議論していくというのは案外難しい。東京なんかは特にそうだと思いますので、もっと機能と、先ほどどなたか先生がおっしゃったように、届け出た機能と中の実態は違うのだということをもう少し目で見えてわかるようにして、それから、もう一つ議論が進んでいくのではないかと思います。

後藤先生もおっしゃったように、非常にハードルの高い地域包括ケア病棟をこの北多摩北部で皆で増やそうよという方向性は、今のところはなかなか難しいので、ここにこだわらないで、もっと在宅との連携を進める方法も考えていければと思います。

○石田座長：その辺は今後の課題として、ご協議して、検討していければと思います。

資料3でまとめられた構想区域の姿については、概ねよろしいでしょうか。

それでは、資料4の課題整理に移ります。本日は事務局にて、議論のもととなる課題を用意してもらいました。本日は全ての課題について議論することは難しいかと思っておりますので、この地域で最も優先して検討を進めるべき課題を共有し、次回以降につなげればよいのではないかと思います。

それでは皆さん、どんなご意見でもよろしいですが、今後の課題でもよろしいですが、この資料の4についてのご質問、ご意見をお願いしたいと思います。

先ほどからいろいろ地域の特徴が出ていますが、これは何回も議論は出てきていますが、まず急性期の機能が担うべき役割の明確化と機能分化、これは先ほど言ったように、この申告のことで、その実際の現実にはそぐっていない場合が多いです。

ですから、あくまでも急性期が多いというわけではないのかもしれないし、実際に急性期が不足しているという声もある。その辺については議論していかなければいけないと思うのですが、ご意見、何かございますでしょうか。

先ほど鈴木先生のほうから、稼働率が低くて在院日数が長いというのは、大きい病院に比べて、やはりちょっとそういうのがあるということで、あとは急性期機能といっても、夜間、休日の対応は大きい病院以外はそう完璧にはできないという現実があると思うのですが、その辺についてのご意見ですね。

○高原（保谷厚生病院）：保谷厚生病院の高原です。

脳外科と整形その他をやっておりますが、脳外科と整形をやっている病院はどうしても平均在院日数が長くなるということは仕方がないと思います。

それから、急性期をやっていて非常に困っているのは、最近ひとり暮らしが多くて、家へ帰そうと思っても、誰もいないような状態で、ひとり暮らしが多くなったら、それこそ地域包括ケアがどうなっていくかということを心配しています。都のほうは、人口のそういう構成に対してどう考えているのでしょうかということをお聞きしたいと思います。

○矢沢部長：独居高齢者といいますか、独居の方が非常に増えているのが東京の特徴でもあります。現時点においても、地域によっては独居の方が多い。それから、“昼間独居”とか、あるいは老老介護とかいったところも今課題になっております。

東京都として、もちろん、独居の人を減らすとかというわけにはいかないの、やはりその住まいと医療の関係をどうしていくか、今後の介護要員の関係とかがどうなっていくのかという辺りを整理しなければいけないのかなと思っております。

○高原（保谷厚生病院）：要は、引き取り手の身内がいないと、どうしようもない。そこが一番ネックになると思います。

○石田座長：確かに、ひとり暮らしとかが多いですね。認知症の方とかね。そういう場合の対応というのは人並みにできないということですね。

○高原（保谷厚生病院）：家族がいても、認知症があれば引き取らないですね。

○石田座長：そうですね。その次に回復期なんかの問題もありますね。回復期のリハ病棟は人口10万に対して多い。そして、死亡率の割合が高い。その平均在院日数は長い。

これも先ほどの緩和ケア病棟の問題もありますし、回復期機能で看取りを行っているというケースが多いということが言えるのではないかと思います、やはり在宅での看取りがなかなか進んでいかない。

これも地域包括ケアシステムのこれからの問題だと思いますが、石橋先生、どうですか。在宅の看取りはまだ進んでいないというふうに。

○石橋（東久留米市医師会）：診療所といいますか、在宅に対応する診療施設に関してはかなり増えてきているので、ここの地域の5市に関しては、多くのところは在宅で看取る、医療的な部分是对応ができていますように思います。

ただ、先ほどのような独居の問題ですと、そこで1人で生活を送って、それを介護のほうでサポートするというのは基本的に難しい部分があるので、そうしますと、施設に入る。

この施設に関しましては、これもかなり増えてきております。特別養護老人ホームが結構看取りもするのですが、東久留米市に関しましては今までよりかなり入りやすくなってきているという状況があります。

それから、介護施設、ケアつき住宅とか、サービス付き高齢者住宅に関しましては、今定員を埋めていくのが少しずつ難しいという状況が生まれつつあります。そういう意味で、まだまだ変え得るところはできてきているのかなと思います。

そういうところも経営を成り立たせるためには埋めておかなければいけないので、まだまだ受け入れたいというのが少しずつ出てきているので、独居の方とか老老介護の方々に関しましては少しずつできるようになりつつあるかなというのが実感です。

ただ、認知症のひどい方、それから、精神疾患をお持ちのような方に対する在宅での看取りを含めたケアについては、まだまだこれから充実させていかなければならないと思っております。

○石田座長：かなり在宅でも看取りが増えてきているということで、あと、施設でも看取るところが増えてきている。ただ、この回復期機能における死亡はやはり多いというのは、病院の先生は何かこれは、まだ在宅がうまくいって

ない、在宅に帰せない、何かそういうご意見がございますか。データとして出ているのですが。

○越永（信愛病院）：信愛病院の越永と申します。

看取りはまだ病院が多いということですが、先ほどの保谷厚生病院の高原先生のお話と同じように、やはり独居で帰せないという人がたくさんいらっしゃるのですよね。どうしても病院で収容しないとイケなくて、それで最期は病院で亡くなる方も一定数は必ず存在してしまうということがございます。

それで、独居だと帰せないという話を根本的にしますと、実は厚生労働省が地域包括ケアシステムというのを打ち出したときに、例えば、独居だとか、そういうことを関係なく言っているわけですよね。要するに、もともと住み慣れた地域で最期を生き生きと過ごせるように、たとえそこに認知症があったとしてもということから入っているということなのですよ。

そうすると、認知症があっても帰れるような社会構造をつくらないと、多分、特別養護老人ホームに全員が入れるということはないですし、施設の数はやはり足りなくなる。

これはあと10年たてば足りなくなってくるということなので、もうちょっと社会構造的なものを根本的に変えるような政策が打ち出されない限りは、医療関係者だけで話し合ってもちょっと解決ができないのではないかと思うのですがね。

○石田座長：ありがとうございます。

確かにそうですね。独居、それから、認知症の患者を帰すところがない、在宅にも帰せないという、一種の社会問題で、病院の問題ではない。それが根本的にあるので、ある程度の病院での看取りが減らないということですね。

それにつきまして、きょういらしている行政の方、何かご意見ございますか。西東京市さん、今のことでご意見はございますか。

○武藤（西東京市）：西東京市の武藤です。

今の件につきましては、本当に先生のおっしゃるとおりだと思います。住み慣れたおうちでそのまま最期を迎えるという理想的な形がとれるようにするには、その方たちを受け入れる社会の成熟度というのでしょうか、認知の方々に対応するための知識を一般知識として地域の方々が持つというところまでいかないと、なかなかそういった世界の実現というのは難しいのではないかと感じております。

○石田座長：東京都の方は、この問題につきましてご意見はありますか。そういう問題で看取りがなかなか減らないという一面があるということですが。

○久村課長：今回の東京都保健医療計画の改定に当たりましては、当然ながら、まさに独居の問題、介護力の問題等もございますので、その辺りは高齢施策、医療施策と連携して取り組みを進めていくということを考えております。

それから、看取りにつきましても、我々東京都では、高齢部門と連携して、住み慣れた暮らしの場で看取りができるようにということで、昨年度から医療従事者、介護従事者向けの研修や、一般都民の方への講演会なんかも取り組んでおりますので、そういった福祉、医療が連携した取り組みというのは今後引き続き充実させてまいります。

○石田座長：確かに、在宅医療が現状の倍になるということで、介護療養病床がなくなるという、いろいろな面で、看取りをどこでやるかが、非常に今後の大きな課題で、それはやはり医療関係だけでは解決できないと思います。

その辺を解決していただかないと、地域包括ケアシステムの成り立ちがそれにもかかってくるということですよ。

○石橋（東久留市医師会）：東久留米の石橋です。

もちろん、独居の方々とか、お1人で過ごすのは非常に難しいということになっておりますが、最近はかなりいろいろな方々が在宅で入るようになりまして、こんな人も帰れるんだよねという例が多くなってはきています。それをサポートするためのシステムが少しずつでき上がっているからです。

病院の先生方ですと、「こんな人はもう絶対帰れるわけがないよね」というふうにお思いになっている。そして、それを相談するところがよく知らないと、「絶対帰れません」とかと言って断ってしまう。あと、家族がそういうことを知らないので、「帰せない」と言ってしまうことが少なくはないと思います。

そういう意味では、介護保険の医療介護総合確保基金の中で、その療養相談窓口を各市に設けるようになってきておりまして、こういうところはいろいろな資源をどう活用していいかということを知っていますので、そういうところを活用していただくと、一言相談をいただくと、今まで「これは帰れないよね」と思っていた例が少し帰れるのではないかなと思います。

それから、どこで亡くなるかということですが、病院で亡くなることがいけないというような風潮があるのですが、そういうことは決してないと思います。

在宅でほとんどいて、最期の3日間、最期の1週間だけ病院で亡くなるという方法も私はありかなと、それが地域包括ケア病棟なのかなと思うのですが、こういう形で、病院での看取りはそんなに少なくならないけれども、病院さんの負担は減るのではないかと、在宅をやっている人間は勝手に思うのですが。

○石田座長：確かに西東京市でも在宅療養推進窓口、支援センターができて、病院の入退院を今後やっていこうかなと考えられていますので、在宅に持っていける患者が結構増えてくると思います。

ただ、どの程度か、まだちょっと、今後のサポートがどの程度できるかですね。いろいろな介護保険、医療保険を使ってできるか。たとえ1人であってもある程度やっていけるということで、今まで以上に在宅の体制は強化できていると思いますが、病院との退院調節が今以上に進んでいくと思います。

ここにいろいろな課題整理と書いてありますが、慢性期機能から回復期機能への機能分化などの検討、サブアキュート、地域包括ケア病棟の整備、これは先ほど言っていたように、これはなかなか難しいということなですね。サブアキュート、地域包括ケア病棟の整備、この辺がどうなるかという、課題は課題ですね。

それから、先ほど言ったように、自構想区域以外の患者の円滑な退院調整と医療連携、これも課題としてあると思います。

ほかにこの課題、これ以外にこれを課題にしたらいいか、ご意見が何かございますか。

ないようでしたら、関連なご議論をありがとうございました。次回の調整会議ではいただいた意見を踏まえまして、この地域の課題について整理し、提示させていただきたいと思います。

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

○石田座長：続きまして、報告事項が2点ございます。東京都よりご説明をお願いいたします。

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

今もご議論いただきましたが、調整会議でもほかの圏域でもそうですが、在宅に関する意見を多くいただいております。調整会議の場において在宅の部分も深く議論する時間的余裕もなかなかないというような現状がございます。

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った取り組みも必要となっております。

そういったことも踏まえまして、東京都におきまして在宅療養ワーキングというものを設置することといたしました。

こちらの目的でございますが、各2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て、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、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、こういった方々の参加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。

開催日程でございますが、本年9月から11月ごろを予定しておりまして、本年度の第2回の調整会議の前には実施していきたいと考えております。

最後に、この調整会議と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になろうかと考えております。

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について検討する予定でございます。このワーキングの検討状況につきましては適宜、地域医療調整会議にフィードバックさせ、情報の共有、意見の共有を図っていききたいと考えております。

また、先ほどご説明申し上げた地域医療に関するアンケートの中でも、在宅を行っている診療所に対して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。

資料5の説明は以上でございます。

続きまして、資料6、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。

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、介護の推進などを、合理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。基金事業は幾つか都にもございますが、本日は病床等の整備、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。

本年度の対象となるのは、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、こちらは施設整備につきましては基準が改修、改築、新築それぞれで単価は違いますが、1床当たり265万から636万ということで、その補助率4分の3ということで補助を予定しております。また、設備整備といたしまして、医療機器等の備品購入費に対しての補助を出すというものでございます。

続いて、資料右側でございますが、こちらは開設準備経費支援、開設後人件費支援、ソフトに関する経費でございます。こちらの対象も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。

①の開設準備経費支援につきましては、病棟に配置する看護職員の訓練期間中の人件費や職員の募集にかかわる経費といったものを、助成の対象としております。また、②の開設後人件費支援につきましては、医師やリハビリ専門職といった方々への人件費の補助を予定しております。

本日、2ページ目以降に、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。こちらは国の基金事業ですので、今後何年続くか、現時点では不明でございますが、今後病床機能の転換等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考えております。

資料5、6の説明は以上です。

○石田座長：ありがとうございました。

今後はこのワーキングを設置して、かなりこれを進めていこうということと、地域医療構想推進事業、やはり回復期リハビリテーション病棟、それから、地域包括ケア病棟を推し進めるということなのかもしれませんが、これは先ほど言ったようになかなかハードルが高いということで、でも、目標としてはこれを少し増やしていこうということだと思います。

調整会議は情報を共有する場ですので、もし最後にぜひ情報提供を行いたいということがありましたら、挙手をお願いしたいと思います。この際ですから、情報提供したいという方は手を挙げていただければと思います。ありませんか。

それでは、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：本日は長い時間、ありがとうございました。いただきました意見をちょっとまとめさせていただきます。

まず、緩和ケア病床が回復期機能ということで、在宅で行っている緩和ケアとの連携あるいはそのバックアップといったところが今後重要になってくるというご意見をいただきました。

また、地域包括ケア病床が必要なのはわかるけれども、診療報酬の問題だったり、そこに高いハードルがあるということで、その整備についてはまだまだ課題が大きい。

また、在宅を行う先生方のほうからは、24時間のケアが大変だということから、夜間の部分を救急病院と連携するのか、また地域包括ケア病床と連携していくのかということも、今後考えていかなければいけないということでした。

また、在宅にお帰しするに当たって、独居の方、また介護できない家庭の方が増えてきていて、在宅の一つの課題にもなりつつあるし、特に認知症というところは問題だと。こうしたことを解決するには社会政策をもっと充実させなければいけないといったご意見もちょうだいしました。

私どもは、先ほどご紹介したように、このあとワーキングを設置して、具体的にはこの調整会議と介護、在宅医療をやっている現場とをつなぐ会議を一つ持とうと思っています。

そこでした議論をまた次回この調整会議に持ち上げてまいりますので、先ほどのアンケートからもご覧になっているように、病院側からの意見と在宅側からの意見というのは、やはりまだそこにはいろいろな思いがたくさん詰まっていますので、その辺りも整備しながら前に進めてまいりたいと思っております。きょうはありがとうございました。

あと、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いただく時間を設けたいと思っております。ご希望の医療機関におかれましては東京都医師会または東京都までお申し出ください。

2点目、議事録についてでございます。既にご説明しておりますとおり、本調整会議は公開であり、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。

最後に3点目でございますが、本日は閲覧用の「地域医療構想」を机上に配付しているかと思いますが、そちらにつきましてはそのまま机面上にお残してください。

それでは、長時間にわたり本日はありがとうございました。

(了)