

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

平成 29 年 5 月 29 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

平成 29 年 5 月 29 日 開催

1. 開 会

○榎本課長：それでは、定刻となりましたので、区中央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。

また、後ほど質疑や意見交換のお時間がございますので、ご発言の際は事務局よりマイクを受け取り、ご所属とお名前を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。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。本当に忙しい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。

地域医療構想も足かけ3年になりまして、かなり議論が深まっているというか、理解も深まっていることだろうと思います。

厚労省のことしの地域医療構想に関しては、地方においては原則的にはということなのでしょうが、年4回、調整会議を開いて、そして4回目ぐらいには

高度急性期、急性期、回復期、慢性期それぞれの病棟もしくは病床を明らかにして、PDCAサイクルを回して、どうなんだみたいな話をするところまで持っていくというようなことを言っていますが、東京都においてはまだまだそういう段階ではありませんし、そんなに急ぐ必要もないと思っています。

なぜなら、東京は需要推定としては病床がこれからまだ増えるわけですから、どういうところがうまくいなくて、例えば、12医療圏、13医療圏の中で病床がどのように増えていくかということもはっきり言ってまだよくわからない状況ですので、そんなに決めていくことは無理だと思います。

ただ、それぞれの12医療圏にとって今何が足りないのか、過剰かとかという話は、特に区中央部においては他県からもたくさんの患者さんが来ている状況ですから、過剰だという話をするというよりも、やはり地元の生活者にとって足りないのは何か、何がうまくいっていないのかということ議論することが大事なかなとは思っています。

そこで、議論をこれからどんどん進めていく上において、地域医療構想のたてつけですね。例えば、高度急性期と、本来の高度急性期ではないだろう、あの医療資源の投入量によってはかっているのは全然違うじゃないかとか、それから、将来どうなるかわからないじゃないかとか、いろいろと今まで議論した技術論的な話というものをまた蒸し返すような議論をしてしまうと、先に進みません。

ですので、とりあえずその将来の需要推計においてはある意味受け入れて、そういった患者さんが増える、減るといったようなことを受け入れて考えていただければと思います。

なかなか理解がおできにならない場合には、東京都医師会ではないのですが、東京都医師会と都病協ぐらいで共同して、もう一回ぐらい勉強会をしたいとは思っています。

ただ、地域医療構想がどういうことであるのかというのは、厚労省のほうから策定のガイドライン等が出ておりますので、それから、いろいろなところで文献が出ておりますから、ぜひお読みになっていただいて、この会議自体は皆さんがある一定の水準でご理解いただいているというリテラシーを持って今後進めていかないと、なかなか結論が見えてこないように思います。

そのところを皆さん、ぜひご理解いただいて、今回またいろいろ資料が出ていて、またその理解に大変時間がかかってしまうとは思いますが、次回の会議ぐらいには理解を深めた上でまた話し合わないといけないのではないかと思います。

今後は2025年までどんどんいろいろなことが進んでいきます。待ったなしですので、もう覚悟を持ってやっていくしかないなと思っていますので、ぜひ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、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。東京都福祉保健局医療政策担当部長の矢沢でございます。お忙しい中ご参席いただきまして、ありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。

きょうは議事の中にございます3つ目、このデータとアンケートから見る構想区域について、ここがメインでございます。

これは前回までにお示しした病床機能報告やさまざまなデータから見た、この圏域に何があるのかといったものの抜粋というか、代表的なものと、それから、前回お配りさせていただいてご協力いただきましたアンケートによって、この地域に足りる、足りないと感じていらっしゃるものの比較をさせていただきながら、では本当に一番問題なのは何かということまで持っていきたいと思っております、データとアンケート結果を見比べる資料と課題を考えるためのものをご用意しています。

そこではかなりのお時間を割いてご議論いただこうと思っておりますので、ぜひ活発にご意見をいただきますようお願いいたします。

では、きょうはどうぞ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きまし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、これ以降の進行を佐々木座長にお願い申し上げます。

○佐々木座長：昨年に引き続きまして座長を引き受けさせていただきます浅草医師会の佐々木でございます。

本日は、東京都病院協会より崎原先生、それから、区市町村代表として中央区保健所所長の中橋先生とともに進行を務めさせていただきます。どうぞ活発かつ円滑な運営にご協力いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

2. 議 事

(1) 平成28年病床機能報告について

○佐々木座長：それでは早速、議事に入りたいと思います。まず1つ目、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、割合のみの集計でございます。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、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床となっています。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年度は急性期機能の報告していた病院が、高度急性期機能として平成28年度は報告したということで、こういったことによる増加が大きくなってお

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要因の一つとなっているところでございます。

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、慢性期については22.3%ということで0.1%の増という結果になっております。

3枚目には多摩地域の分ということで、各圏域の分を載せておりますので、後ほどお目通しをいただければと思います。

続きまして、4枚目をお願いいたします。こちらは区中央部の病床機能の結果でございます。平成27年度は区中央部につきましては6810床でしたが、平成28年度は8298床ということで、1488床の増となっております。急性期機能につきましては5917床であったのが、28年度は3322床ということで、2595床減ということになっています。

また、回復期機能につきましては397床から434床ということで37床の増、慢性期につきましては485床であったのが466床ということで19床の減となっております。

高度急性期につきましては、全体で申し上げたのと同じように、急性期から高度急性期に機能を変更してきたというものが大きな要因になっております。

また今回、区中央部におきましては27年から28年度に全体でも病床が1000床ほど減っていますが、これは一部の医療機関におきまして集計の技術的な部分でございます。

報告はしていたのですが、ちょっと技術的な部分で数字がオンできなかった病院がございまして、1000床ほど少なくなっておりますが、病床数全体としては大きく1000床減っているというような状況ではないということでございます。

また、回復期機能につきましては、区中央部におきましては高度急性期及び急性期機能からの変更が主な増の要因と、慢性期機能につきましては若干減っていますが、これは急性期の機能変更というのが主な要因となっております。

その他に、参考資料1として、本日は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床・有床診療所一覧をお配りしています。一部に配付の漏れがございまして、机上配付になっている部分がございますが、そちらも後ほど参考までにお目通しをいただければと思います。

資料1の説明は以上です。

○佐々木座長：ありがとうございます。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○佐々木座長：今の病床機能報告結果についてのご質問については次の議事のあとにあわせて行いますので、議事の2つ目、「地域医療に関するアンケートについて」に移りたいと思います。

昨年度も調整会議のときにさまざまな課題があつて、なかなか論点がまとまらないというところがありましたので、今回は都内の病院、それから、在宅医療を行っている診療所、医師会等にアンケート調査を実施いたしました。

それでは、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に基づいて説明させていただきます。

まず、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。資料の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たところであります。

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がございます。データの活用に関しま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させていただければと考えています。

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があったり、また高かったりと、そういった場合にその要因を考え、そういった低いことが課題、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いたしまして、時間的な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ございますが、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います。

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、診療所ともに平均で約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。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、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、一覧にして整理しております。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。

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ご説明いたしますので、後ほど具体的なアンケートの意見については説明をさせていただきます。

資料2の説明は以上です。

○佐々木座長：ありがとうございます。

それでは、先ほどありました1つ目、平成28年病床機能報告の結果と今のアンケートについて、そのアンケートの内容についてはこの次の議題になりますので、主に病床機能報告の結果などについて、ご質問、ご意見がございましたら、よろしくお願いたします。

○崎原副座長（東京都病院協会）：この病院機能の報告の表がございませぬ。その参考資料の中で報告していただいたのはそれなりの理由があつてということだと思ふのです。

ただ、この中で、本当に大変恐縮ですが、病院名を挙げさせていただくと、例えば、駿河台日本大学病院のところを見ますと、許可病床数の平成27年の報告が、高度急性期が20で急性期が300というご報告でございませぬが、平成28年には高度急性期が320で全てということになったり、日大ばかりではなくて、ちょっと数の移動が多いところがあるのですが、これはもちろんそれなりの根拠があつてということなのでしょうかね。

その根拠というのは平均で3000点以上だとかいったようなことだと思ふのですが、数字が幾つか変更しているところが多いのですが、その辺りいかがなのでしょうかね。

○佐々木座長：東京都のほうでよろしいですか。

○榎本課長：病床機能はあくまでも各病院の自主的な判断によりまして報告していただいているものですので、その根拠といった部分につきましては、そこまでの分析などはしてございません。

27年度の結果を見ながら、各病院さんのほうでいろいろ比べたときに、報告結果を28年度は変えてきたのではないかと、推測ですが、具体的にどういった変更があった、内容に変更があったとか、そこまでは今の段階では分析はできていません。

○佐々木座長：ありがとうございます。

確かに資料1にあるとおり、今回の平成28年の結果というのは、高度急性期機能が3655床増加したのに比べて急性期機能が4003床減っているというのは、これは結局、急性期機能から高度急性期機能への転換が行われているということだろうと思うのですが、それについて何かご意見ありましたら。

○湯浅（永寿総合病院）：永寿総合病院の湯浅です。

私ども、緩和ケア病棟以外は、384床を高度急性期として出しているのですが、ただ、初めの定義のところでは診療報酬の点数だけで切るということは難しいわけです。

例えば、私どもには産科の病床もありますし、いろいろな形の混合病床の総合病院なので、では産科は高度急性期かと言われると、そういう矛盾はいろいろはらんだ上での分類だからです。

なぜこういう形で高度急性期にしたかという、地域の中で救急医療を中心にして、すぐにかなり濃厚な治療をしなければいけないという病床は全部にあるわけですから、そういったところが主体であるということをおぼわす意味では、高度急性期を外すと性格があいまいになるという意味でやっています。

ですので、高度急性期医療の、例えば、特定機能病院が持っているような機能をそういう形で出すとすれば、それはそれなりの分類を、亜分類でも何かしないと難しいなというのは、私も現状としては思っております。

そういう意味で、機能はずっと変わらないので、初めの27年からずっと高度急性期で出させていただいているのが現状です。大体そういうところではないかと思うのですが。

○佐々木座長：ありがとうございます。

初めに猪口先生からお話がありましたように、いろいろな技術的な問題はあろうかとは思いますが、これはあくまでそれぞれの病院が自分の持っている機能を報告しているということですので、そういうことで理解をしたいと思えます。

(3) データ／アンケートから見る構想 区域の現状について

○佐々木座長：それでは、次の「データ／アンケートから見る構想区域の現状について」に行きたいと思えます。

先ほど説明もありましたように、前回の調整会議ではこの地域の現状について、病床機能報告のデータなどを見ながらお話をしたわけですが、この調整会議でこの地域で不足している医療をどういうふうに加え、どういうふうに加えていけばいいのかというのを考えるわけです。

本日は先ほど示され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て、次回以降優先して検討すべき課題の抽出をして、機能についての議論を深めたいと思えます。

それでは、東京都より説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料の3をご覧ください。資料3は病床機能報告のデータと、先ほどご説明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ております。

この資料3の内容を踏まえまして、このあとの資料4では地域で検討すべき課題につきまして、事務局のほうで考えたものを案としてお示ししております。

まずはこの資料3で地域の現状をデータ、アンケートから確認した上で、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ので、よろしく願いいたします。

まず1枚目、2分の1となっているものがデータをまとめたものになっております。28年度の調整会議におきまして紹介しました病床機能報告のデータから、この地域の各機能ごとの特徴についてまとめたものとなっております。

2枚目はアンケートをまとめたものとなっております。病床、診療所に行つたアンケートでいただきましたご意見を記入しております。一番上の入院医療機関の状況につきましては、地域で不足している医療、充足している医療などにつきまして出てきたご意見をまとめております。

また、その下の各機能ごとの枠につきましては、各機能に対する意見をそれぞれ記載しております。各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で、病院側、在宅医側、それぞれ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、並べながら見ていただければと思います。

初めに、区中央部の病床数につきましては、先ほど資料1の4ページ目で病床機能報告の結果を記載しておりましたが、病床機能報告と将来推計を比較した場合に、急性期機能、回復期機能が不足という状況となっております。

では、資料3の1枚目、データのほうですが、初めに地域の具体的な特徴を記載しておりますが、人口につきましては、区中央部は東京都全体に比べると高齢化がゆっくり進む地域となっております。高齢化率が25%を超えるのも都全体より5年遅い地域であります。

また、千代田区を中心に昼夜間の人口比率が高くなっており、昼間の人口流入への配慮も必要な地域となっております。

医療資源の状況につきましては、高度医療が集積していることから、高度急性期機能から回復期機能につきましては区東部、東北部、西北部を中心に、広い範囲から患者が流入しております。一方で、慢性期機能につきましては区部を中心に患者が流出している状況でございます。

では、データの一番左側、高度急性期機能につきましてですが、まず区中央部は特定機能病院が6施設あり、特定機能病院入院基本料、一般病棟、7対1の入院基本料を届け出ている病院がほとんどとなっております。

高度医療提供施設が集積していることから、さまざまな地域から患者が流入しております。その流入患者の約4分の1ががん患者となっております。病床稼働率も91.9%と都平均より高く、都内では最も高い稼働率となっております。

次に、左から2番目の急性期機能につきましてですが、急性期機能についても高度急性期機能から継続して入院している患者も含めまして、さまざまな地域から患者が流入してきております。急性期につきましては病床稼働率は都平均並みで、81.1%となっております。

この高度急性期、急性期機能につきましては、アンケートのほうでもどちらも充足しているといった意見が多く出ております。ただ一部、台東区のほうからは高度急性期機能が不足しているとの意見も出ていることから、圏域内で医療資源の地域差があるのも現状かと思われまます。

区中央部について、高度医療が集積しておりまして、都全域の高度医療を支えている一方、データの各機能ごとの下のその他の欄をご覧くださいますと、成人肺炎や大腿骨骨折の区域の完結率が低く、この部分は隣接区域に頼っている部分もあるのかと思われまます。

多くの患者を受け入れながらも高齢化が進む地域住民の医療ニーズにどのように応えていくかということも、この地域での論点の一つと考えられます。

また急性期機能のデータに戻っていただきまして、下から2点目です。退院調整部門についてですが、退院調整部門を置いている病院の割合が55.6%となっております、都平均62.32%に比べると低くなっております。

一方で、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合は1割を超えており、これは都内でも多い地域となっております。

広い範囲から患者が流入している地域であります、退院調整部門を持たない病院もあることから、患者をもとの地域に戻す際に調整に関する課題はないのかということも論点としてあるかと思われまます。

この点につきまして、アンケートでも、他構想区域からの回答でありますので、2枚目のほうに記載はしていませんが、区中央部に流入した患者の退院時の連携を求める声も出ておりました。遠方からの患者も多い中で、他圏域の医療機関や在宅医との連携は十分かどうかといった議論ができるのかなと思っております。

次に、1枚目の回復期機能のデータをご覧ください。回復期リハについては人口10万対で少なくなっており、都平均の約6割となっております。自圏域の完結率は35%を下回っておりますが、隣接区域まで含めた完結率は96%にまで上がっており、隣接区域に頼っていると見ることはできるかと思えます。

回復期機能につきましては、アンケートのほうで意見をいただいております。回復期機能の病院が不足している、回復期リハ病床が不足しているといった意見を各区の病院からいただいております。

また、その四角の枠の中に、高度急性期病院からの意見としましても、リハビリが必要な患者の転院先に苦労することが多いといった意見も出ております。

文京区からは都内の回りリハが不足しているという意見が出ているものがありました。回復期機能が不足しているという意見が多い中で、今後どのように回復期機能を整備していくかという課題はこの地域でも言えることではないかと思っております。

回復期機能を考える方向性の一つとして機能分化ということもあるかと思えますか、急性期機能のデータのほうをご覧くださいますと、上から2点目で急性期機能について、病床機能報告で全ての病棟を急性期機能としている病院が多いことがあります。

病床稼働率は先ほど申し上げましたが、平均並みとなっております。前後して申しわけないのですが、アンケートで急性期機能に対する意見のところ、回復期機能の患者はどの病院も7対1病床で受け入れているという意見も出ております。

このことから、病棟単位で急性期機能から回復期機能へ機能分化をしていくといったことを考えていくことも、可能なかなと思っております。

データのほうに戻っていただきまして、上から2点目、病床稼働率になりますが、回復期機能の病床稼働率は84.0%となっており、都平均の87.4%に比べて、やや低い状況でございます。また、入院基本料などから見ると、地域包括ケア病床の導入も進んでいっているものと見られます。

また、回復期の入棟前の場所を見ますと、院内の他病棟からの転棟、家庭からの入院がともに多くなっており、併せて75%にもなります。一方で、他の病院、診療所からの転院は20%と低くなっており、こちらは都平均の半分以下となります。

地域包括ケア病床の導入が進んでいると見ることはできますが、病床稼働率が都平均に比べて低い一方で、他の病院、診療所からの転院の割合は低いとなっていることから、この地域包括ケア病床が現在どのような使われ方をしているのかということも、回復期機能を考える論点の一つになるのではないかと考えております。

回復期機能について、アンケートのほうをご覧くださいますと、地域で求める役割としてご回答いただいているもので、地域包括ケア病棟数の増加を望むといった声が出ており、この部分の充足は求められるところかと思えます。

また、高度急性期、急性期を脱した患者の受け入れといった声も出ておりまして、ポストアキュートの機能が期待されているものと思われまます。

また、下のほうに在宅医からの意見を記載しておりますが、急変時、症状変化時の受け入れとしては、在宅患者の急変時の受け入れを望む声が多く出ているところです。

地域でサブアキュート機能を担う病床も必要とされているかと思えます。地域包括ケア病床のポストアキュート、サブアキュートなど、現状どのように活用されており、今後どのように整備していくべきなのかといった論点は、今後の地域住民の医療体制について考えていく上で求められる点かなと思っております。

次に慢性期機能ですが、データの一番右側の欄になります。慢性期機能については、医療、介護ともに療養病床が少なく、区部を中心に都内全域へと患者が流出しております。高齢者人口10万対の医療療養病床は都平均の約5割、介護療養病床は都平均の約3割にとどまっております。

この点につきまして、アンケートでも慢性期機能についての意見として、療養病床が不足しているとの意見が各区の病院から出ているところです。また、入院待機患者、待機期間が増加しているとの声もいただいております。

慢性期機能については、将来の必要量と比較しますと、現状が大きく離れているわけではありませんが、こうした中で不足しているといった声が多い療養病床につきまして、今後将来を見据えてどう整備していくかといった点もあるかと思えます。

また、アンケートの慢性期機能に対する意見としまして、一次医療圏での整備が必要といった意見も出ております。地域住民の医療を支えていくために、どういった病床や体制が必要なのかということを検討していくこともできるのかなと思えます。

またデータのほうに戻っていただきますと、2点目です。区中央部の慢性期機能については全て200床未満の中小規模病院となっております、退院調整部門を置いている病院の割合が25%と低くなっております。この割合は都平均の約半分の割合となっております。

一方で、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が約3割と、こちらは高くなっております。

退院先のデータからですと、一番下に記載しております死亡退院の割合は都平均並みの約3割となっておりますが、家庭への退院割合については約14%と、こちらは都平均の半分以下の割合となっております。

こうした中で、在宅に向けた調整が十分に行われているのかどうかといったことも、課題として考えられるのかなと思っております。

在宅からの移行に関しましてはアンケートのほうでもご意見をいただいております、在宅医側の右側のほうに記載しております。在宅移行退院支援に関しまして、退院前カンファレンスを積極的に開催してほしい、逆紹介が余り行われていないといった意見も出ております。

丁寧な退院調整を求める声もありますので、在宅移行に向けた退院調整について考えていくのも今後の一つのポイントかと思われます。

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方のご意見、それぞれから見える区域の現状となります。この資料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となっております。

最初に、机上にクリップどめの資料とは別に1枚置いてあったものがあるかと思いますが、そちらは区中央部の課題を整理したものになりますので、そちらのほうをご覧ください。タイトルのところに「区中央部 課題整理（案）」と書いてあるものがあるかと思いますが。

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ければと思っております。

まず1点目ですが、この地域の特徴としまして、回復期リハなどの回復期機能が少ないこと、療養病床が少ないこと、回復期の患者を7対1病床で受け入れているとの声があること、また急性期から早期に直接在宅へつなげているとの声があることといった特徴があります。

この区域では、回復期、慢性期機能が、データからもアンケートからも不足しているという現状の中で、回復期機能、慢性期機能の医療提供体制をどうすべきかというのを、1点目として挙げております。

例えば、この地域で回復期、慢性期機能は現状どういった体制になっており、今後どうしていくべきなのか、また不足している機能があれば、その機能への分化を行うことはできないか、また機能分化を進めるに当たって妨げとなるものがあれば、そういった点も含めまして、ご意見をいただければと思います。

また、在宅へスムーズに移行するために退院調整や医療連携の体制はできているのかどうかといった点からのご意見もあるかと思いますが。

次に、2点目になりますが、地域の特徴として区中央部は成人肺炎などの完結率が低いこと、急性期、回復期機能の病床稼働率が平均よりも低いこと、地域包括ケア病床が増えてはいるものの、他病棟からの転院割合が低いこと、また在宅医から急変時の対応を求める声が出ていることといったものがあります。

主に院外の転院に使われるなど、地域包括ケア病棟が本来の機能を果たしていない可能性もあることから、区中央部が都全域の高度医療を支える一方、地域包括ケアシステムの構築に向けて高齢化していく地域住民の医療体制をどうしていくのかというのを、2つ目の論点として挙げております。

例えば、在宅を支えるために、今ある医療資源を活用して在宅療養患者の急変時の受け入れ体制を強化できないか、また、地域包括ケア病床など不足する回復期機能へ機能分化をすることはできないかといったところから、ご意見をいただければと思っております。

次に3点目ですが、地域の特徴として、がん患者の流入が多いこと、急性期機能以降、退院調整部門を置く病院割合が低くなっていること、一方で、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が急性期機能では1割を超えていること。

また、他の構想区域から区中央部に流入した患者の退院時の連携を求める声が出ていることといった特徴から、他地域から流入してくる患者をもとの地域にスムーズに戻すためにも、退院調整部門をどう充実させていくかということで、3つ目の論点として挙げております。

例えば、集学的治療を終えたがん患者がもとの地域に戻る際の受け入れ医療機関との連携は十分かどうか、退院後に在宅を必要とする他区域からの患者について、その地域の在宅医との連携は十分かどうか、十分でなければ、どのような整備が必要かといったことなどが考えられるかと思えます。

以上3点につきまして、議論をお願いしたいと思っております。今回はこの3点全ての課題につきまし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、今回お示した課題については、あくまでも事務局の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、診療所からご回答をいただいたものではありませんので、この内容に対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。

○佐々木座長：ありがとうございます。

前回の会議では膨大なデータを示されて、それを理解するだけで大変だったのですが、今回はこういうふうアンケートをまずやって、そのアンケートをきれいにまとめていただきましたので、非常に論点が話しやすくなっているのではないかと思います。

それでは、資料3ですね。データとアンケート結果を整理した、この地域の現状について、それから、資料4はもう既に事務局のほうで課題の整理をまとめてくれたわけです。

それでは、まず資料の3のデータとアンケートから見る構想区域像について、先ほどの話にもありましたように、アンケートの結果、回答率が25%ということで、4分の3の方はまだ意見を出していないところもありますので、まずこの資料3について、何かご質問とかご意見とかいただければと思います。

この資料3と4がきょうのメインセッションですので、ここで十分な時間をとっていますので、活発な議論をお願いしたいと思います。

○木村（JCHO東京高輪病院）：東京高輪病院の木村です。

このアンケートと結果と課題整理から、私たちの病院で問題を非常に感じましたので、お話しさせていただいて、今後考える糧にさせていただければと思います。

うちの病院は250床の病院ですが、その49床を包括ケア病棟にしていますが、アンケートにありますように、まさに包括ケア病棟の利用が本来の形にまだなっていないのです。

やはり院内移動で使われることが非常に多くて、まだ外部から在宅の方あるいは急性期病院からの患者さんの受け入れが少なく、もう少しそういう在宅の先生方、あるいは急性期病院で急性期の治療を終わった患者さんを受け入れ

ることができれば、もう少し稼働がよくなって、病院全体が活性化するのではないかと考えています。

それが49床で足りなければ、もう1病棟、包括ケア病棟にしてもいいかなと考えているのですが、全くそこまで行かないという状況です。

これを拝見すると、やはり包括ケア病棟が増えていますが、まだ足りないわけですが、それは十分に利用されていないという状況があるようです。

ですから、これは区中央部としての全体の仕組みとして包括ケア病棟を、先ほどお話があったように、機能分化を進めるという意味では、お互いにどういうふうに使っていただけるかとか、いろいろな病院がさまざまな機能を持っていますので、それをお互いに知って、十分利用する仕組みができるといいなと思っています。

もう一つ、私たちの病院は古川橋病院と一緒に港区と協定を結びまして、包括ケアの在宅を診ている先生方が、在宅の患者さんが具合が悪くなったときにすぐに受け入れる仕組みをつくっていきこうということで、今モデル事業として始めています。

それをもう少し進めていければいいと思うのですが、それと同時に、在宅の先生だけではなくて、急性期の病院との連携がもっと進むように、何かいい仕組みができないかと考えていますので、その辺の議論もよろしく願いいたします。

○佐々木座長：ありがとうございます。

今のお話だと、回復期機能の病院、特に地域包括ケア病棟と地域の在宅、それから、急性期、高度急性期との連携という話になると、また最後の課題整理につながっていく話になるかと思いますので、引き続いて議論を進めていきたいと思えます。

まず、この区中央部という地域の特性についてのご意見をもうちょっといただければと思うのですが、いかがでしょうか。

今回の議論は、この地域の課題の抽出と情報の共有というのがまず一つですので、この地域においてどういうことが行なわれているのか、お互いの認識を共有していくということがございます。

まず最初のアンケートから見る構想区域像ですね。今いろいろ出ましたが、例えば、今お話があったように、回復期機能が少ないということは皆さんがおっしゃっていることだと思います。

それから、特定機能病院が6つもありますので、高度急性期機能、急性期機能については十分充足をしている。他地区からの流入が行われている。一方で慢性期は流出をしている。そういうような地域像ということですが、

○橋本（港区医師会）：港区医師会の橋本と申します。

ちゃぶ台返しをするつもりは毛頭ないのですが、区中央部というのはかなり性格が異なる区が集まっています、私どもの港区は、皇居が北にあるものですから、患者さんの流入、流出というのは、どちらかというとも区西南部と区南部との流出流入が多い区域です。

そうなりますと、今まで港区を含めて区中央部に回復期が少ないというアンケートやデータも出ていますが、すぐお隣の、区西南部になります、渋谷区に最近回復期あるいは慢性期の病院もありまして、お隣同士ではあるが二次医療圏が違うということです。

だから、港区の中でいわゆる回復期、慢性期、その一次医療圏の中での完結率はかなり低いことは低いのですが、すぐ隣にそれなりの資源があるということがございます。

ですので、今港区の事情をお話ししていますが、これが文京区や台東区と同じような形で事を語れるかということ、かなり難しいと思うのです。

特に港区においては、隣の渋谷区にかなり回復期機能のベッドが増えているし、実際に利用しているということがあって、将来的には恐らく港区の中の急性期機能、高度急性期機能というのは、自然にある程度機能分化していくのではないかと考えています。

そういうふうにしなれば、病院は立ち行かなくなるのではないかと考えております。そういうような事情がやはり中央部の中でもちょっと違うのかなと思います。恐らく台東区とか佐々木会長のところは全然違うと思うのです。

そういうことを勘案しながら、やはり病院の機能分化をそれぞれの病院が自律的にもっと考えて行わないといけないかなと思います。高度急性期にこだわ

っていると、やはり地域の住民のためにならないのではないかなと思っています。

ですので、先ほど当区の高輪病院の木村先生が言っていました、やはり病病連携ですね。もう少し病院同士でその辺の将来予測か、それから、現実には多分地域包括ケアが進むと、今までと同じように都心部に急性期のがん患者がどんどん来るような時代というのはだんだんなくなると思います。

恐らく地域でそういう急性期の患者さんも完結していくようになるし、それから、患者さん自身が高齢化してきますし、それを面倒を見る家族の方々も高齢化していくわけで、幾ら利便性の高い中央部といっても、地域包括ケアが進んでいけば、そういう意味での急性期の患者さんとかは減っていくのではないかと、私の意見ですが、思っています。

だから、やはり需要がこれから増えるのは回復期であり慢性期ではありますが、一応計算上8000ベッド必要だということであれば、その辺のことを考えながら、まだ先を常に考えながら、今すぐにとということではなくて、病病連携をさらに進めていっていただきたいという希望があります。

○佐々木座長：ありがとうございます。

資料3の下のほうにもありますように、この圏域内であっても区ごとに医療資源の状況に大変な差があるということは、前回の会議でも指摘されていることでもありますし、その病病間、病診間の連携がすごく大事だというのは、これからの課題の一つであろうかと思えます。

あと、私の意見として、資料3の2のところ、高度急性期機能で台東区が高度急性期機能が不足しているというふうにあるのですが、これはアンケートをいろいろ探したのですが、なかなかどこが出典か見つからなかったのです。

ただ、私の考えとしては、高度急性期機能というのは広い圏域で賄うものですので、台東区の一つ意見として、高度急性期だけが不足しているというのはどうかと感じたのですが。

ほかにアンケートの部分で何かご意見はございませんでしょうか。

○高本（三井記念病院）：三井記念病院の高本です。

前に医師会でも意見を言わせていただきましたが、二次医療圏というのは、医療圏とありますが、実際は生活圏ですよ。そうすると、本当にそこでいろいろ生活をしている区域が医療圏なわけです。

ところが、東京は、生活圏といたら、もう23区全部が生活圏じゃないですか。それを中央、東、西とかいうふうに細かく分けること自体が私は間違いではないかと思うのです。

全体を併せたら、慢性期機能施設もあるわけでありまして、港区と渋谷は隣同士で、中央部でないにしても、それで十分やっていけるわけです。

ですから、ほかの県では二次医療圏というのはまあいいと思いますが、東京は特別で、医療圏というのは生活圏ですから、もうそれは、例えば、皆出勤するのに1時間以上かかるというふうなところですから、この区域というのはせいぜい30分ぐらいで行き来できるところですよ。

だから、生活圏とは全然違うことですから、東京はこの医療圏を考え直すというふうにしないと、私はこれは成り立たないのではないかと思います、いかがでしょうか。

○佐々木座長：おっしゃるように、東京は地方に比べたら、そんなに広くはないです。十数分行けば、いろいろな病院、医療資源にアクセスできます。

ですので、確かに高度急性期、急性期の広いところと、それから、在宅とか慢性期になると、またちょっとその圏域の大きさが変わってくるだろうと思います。

ですから、最終的には、この地域で住んで生活している人たちがこの地域で結局20年後、30年後、どういうふうに暮らしていけるのかということを考えていくのが、この会議の目的であろうと思うのです。

ですので、本来であれば、高度急性期とか急性期というのはもっと広いところで考えればいいので、それよりは、最終的にはこの地域で暮らしている方たちを支えるためにはどうしたらいいのかという方向性に持っていければと思っています。

資料3の2のほうに書いてあるように、高度急性期、急性期はほぼ充足している。ただ一方で、回復期機能、慢性期機能が少ないとおっしゃっている方が多いと思います。

ただ、回復期機能の病床の数としては確かに多くはないのかもしれませんが、回復期機能をやっていないかという点、結局はそこに書いてあるように、7対1の病棟、急性期病棟で十分やっつけらるのだろうと思うのですが、崎原先生、いかがでしょうか。

○崎原副座長（東京都病院協会）：ここに書いてあるように、急性期機能の患者さんはどの病院も7対1で受け入れていると書いてありますが、これには理由があります。

一つはやはり外科でやった患者さんが、例えば、リハビリ科とかほかの科に行くということに対する抵抗感とか、あとは、患者さんも、外科の手術をした方は退院まで外科の先生に見ていただきたいとか、そういう意識がやはりあるので、こういうところに書いてあるのではないかと思います。

外科の手術をして3日か4日後ぐらいから回復期機能が出るのですが、それがすぐ回復期リハ病棟というわけにはいかないという現状もあるので、国が考えているようにスムーズにいかないところがあるのではないかと思います。

今挙げた以外にも、患者さんに納得してもらわなければ、やはりこの計画自体も進んでいかないかなという点、こういうような体制にするには患者さんの理解も必要ではないかと思っております。

ですから、今いろいろアンケートをやっておるのですが、患者さん自体に対しての意見を聞く場とかいったものも、こういう計画を立てる場合には必要ではないかと思っております。

○佐々木座長：急性期機能から回復期機能へ移行ですね。

それから、受け入れが少ないとか、うまくいきにくいという意見がございますが、その点については何か、急性期病院の先生方、高度急性期病院の先生方、こういうところがうまくいっていないとか、こういうところが課題だとか、ご意見はございませんでしょうか。

○井原（浅草病院）：浅草病院の井原です。

私の個人的な意見を言うと、台東区は、先ほど港区からも出ましたが、またちょっと特別なエリアでありまして、何かというと、高度急性期が確かに少ないけれども、先ほどの港区と同じように、高度急性期を利用できるところが近くに大学病院を含めていっぱいあるわけです。

それから、回復期のことを考えたときに、私どもの病院も回復期があって、私もそこに携わっているものですから、ハードルとしてはやはり外科系の疾患で、例えば、整形を考えたときに、整形で回復期に行ける疾患というのは非常に限られていますよね。頸部骨折とか脊椎とかという限られた疾患になります。

そこを、今の医療体制の中でなるべく早く回復期に動かさないと、今後回復期として成り立たないという現実のところがあります。

ただ、では外科系の主治医から見ると、コルセットもできていない患者を回復期の病棟に動かして、回復期の先生に「お願い」と言えるかということ、そこにはすごく抵抗感があるという意見がありますので、そういう問題があります。

それから、ちょっと外れてしまうかもしれないですが、回復期中で、これは制度的にはなるべく回復期に専門医の先生を置きなさいということで、その先生が見る体制をうちでも考えたいのですが、現実的なことを言うと、専門医は訪問に行くことはまかりならぬということになっています。それから、専従としている場合、外来もしてはならないわけです。

ですから、その辺のハードルもあって、東京都でまさに考えていくとき、特に台東区は出どころとして慢性期のところで、本当は在宅にしたいのですが、患者さんも入院するまでがぎりぎりの状態でのいるわけです。

実際に何らかの疾患を伴って、帰ろうと思うときに独居では帰れない。しかし、近くに慢性期のところがあるかということ、なかなか近くではないので、結果的には流出ということで、都内ではなくて違う道府県に出るという形になることが多いのです。

台東区は非常に下町で、特に浅草やここは地元意識が非常に強いです。ですから、在宅に帰りたいという思いはすごくあるのですが、結果的にそこに帰す

ためには誰かが犠牲にならなければいけないというか、親を1人見るために子供たちのどちらかが仕事を辞めるとかということまで起こるわけですね。

ですから、何かというと、回復期に病院の中でも動かすときに少し問題があります。ましてや回復期の患者をくださいとお願いしても、なかなか難しい。そうすると、病院の中で全てをやるという考えもあるのですが、それも簡単にはいかないというハードルがあるということですね。

なかなか答えにはならないかもしれませんが、台東区の中では利用できる高度急性期は確かに近くにありますが、むしろ地域包括、慢性期の病棟、最終的に在宅に持っていくところのすごいハードルが、まだちょっとあるのかなというのが現状だと思います。

○佐々木座長：ありがとうございます。

その回復期を運用する、転換するためのハードルが高いということと、そのあとの在宅につなげていくのにもハードルが高いというご意見だったかと思えます。

回復期、慢性期の不足に関するご意見は、ほかに何かございませんか。

資料3と4のまとめをみますと、在宅とか医療機能間の移行の調整がうまくいっていないのではないかと、急性期からいきなり退院をさせられるとかという話も中には聞こえてきて、うまくその途中経過がいないのだろうか、何が必要なのだろうかということが意見としてありますが、その辺りはいかがでしょうか。医療連携ですね。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

感想としてですが、私は区東北部の葛飾区ですので、文京区、千代田区、港区さんといった区中央部に患者さんを送って、お願いして、頼っているところです。

このデータを見ますと、退院調整機能が非常に低いのですね。どちらかというと高度急性期、急性期が非常に多い地域ですから、先生がおっしゃっているとおり、全都的にいろいろな患者さんが集まってくる、集めるというところにもものすごく力が入っているけれども、治療がうまくいって、治療の過程の中に

において、回復から慢性もしくは在宅に流していくというところへのエネルギーがもっとあったらと思います。

だから、地元の住民の方も、回復期や慢性期というのがもうちょっとその場にあるとか、もしくは慢性期であってほかの区に行くとしても、そこに行く連携みたいなものがあれば、もうちょっとうまくいくのではないかなという気がしています。

我々は、退院調整をきちんとやってくれて、葛飾区に丁寧に帰してもらいたいという感じもしますので、送ったら帰す。区中央部というのは多分そういう使命を負っているのではないのでしょうか。

高度急性期でたくさんの患者さんを集めているから、東京中に逆に帰さなければいけないので、そこのところをもっと丁寧になるという意識があれば、病棟とかいろいろなものがそろっていくような気がするのです。

○佐々木座長：ありがとうございます。

医療機能間の連携という意味で、こういうことを自分のところでやっていると、うまくいっているとか、自分のところはこういうところが必要だとわかっているとかが、ご発言いただくとありがたいのですが、

高度急性期から急性期への移行とか、高度急性期、急性期から回復期への移行に対して、高度急性期の病院の先生方からのご意見というのは。

○福井（聖路加国際病院）：聖路加国際病院の福井です。

先ほど高本先生がおっしゃったのと結局同じになりますが、私たちのところは区中央部以外からたくさんの患者さんが来て、結局、区中央部にない、ほかのところにある回復期機能、慢性期機能を持っている施設に帰しているというのが実情です。

ですから、区中央部で何か完結するための高度急性期とか回復期とか慢性期機能のベッド数の調整をという意識を持ちにくいというのが実情です。

本当に高本先生がおっしゃったように、やはり東京都全域なり、または結構神奈川県とか千葉とかいうところからも患者さんが来ていますので、もう少し実際に患者さんが動いているところを視野に入れないと、何か実情と違うとこ

ろの部分だけを見て整合性をとろうしても、なかなか議論が進まないのではないかと思います。

○佐々木座長：ありがとうございます。

決してこの中で数だけ完結すればいいというお話ではないので、そういうふうにほかの圏域に帰すときの調整をどうしたらいいのかとかいうところが、今回の課題の抽出になろうかと思います。この区域だけで、この区域完結型の医療というわけでは多分ないのだろうと思います。

○島田（国立がん研究センター）：がんセンターの島田です。

猪口先生がおっしゃったことで、努力がちょっと足りないのではないかと、要するに、高度急性期の病院というのは、やはりいただいた患者様を地元に戻すということが非常に大事でございますし、それが成り立たないと、これだけ高度急性期の病院が集まっている地区で振り分けができないというのは重々わかっております。

私ども、中央区の市川先生とともに、医療連携を通して、そういうことは十分にできるように努力はしているのですが、これはやはり患者様がいらっしゃることで、幾ら努力しても、医療連携室とかいうものをつくって、ちゃんと紹介する、在宅をやる、その調整をするという努力はしているのです。

ただ、やはりそこで、お役所の方々がいらっしゃる中でこう言うのも失礼なのですが、やはりマンパワーとかお金とかいうのが非常に大事でして、その事務方の人をたくさん充実していくとかいうところに、もう少し資源を投下することが可能であれば、もう少しスムーズにいくのではないかなという気はいたします。

やはり片手間でできる仕事ではないと考えていますので、今後そういうことに力を入れると、病院にとって少し有利な、そういうものをいただければ、さらに進んでいくのではないかと考えております。

○佐々木座長：ありがとうございます。

今度、急性期から回復期、最終的には在宅復帰へとなくなっていくわけですが、その辺も医療連携のシステムが、調整機能が大事になってくるかと思います。

急性期から回復期、在宅へという流れの中で、今度のご意見をいただきたいと思いますが、その辺はいかがでしょうか。

○中村（小石川医師会）：小石川医師会の中村といいます。

私は1人、開業していながら在宅も見ているのですが、やはりそういう目で今回の患者さんの流れを見ていくと、いつも問題として最後に言われている退院調整部門、猪口先生も言われましたが、そのところが最後には重要になってきて、出口をうまく持っていければ、いろいろなところが詰まらないのではないかと考えます。

ただ、高度急性期機能、急性期、回復期とかいうような形で患者さんの流れをつくっていくうちに、患者さんがその流れのとおり動いていくと、もとの場所が不明確になってしまって、慢性期病院まで行くと、今度はその人が最初どこから来たかも全然わからないような状態で、退院調整が行われていくという構図ができてしまうという、この機能を本当に分化していくとそうになってしまうように思っています。

大きな病院でも、ある科に紹介すると、何かほかのものが見つかり、ほかの科の先生に院内で紹介されて、そうすると、紹介した我々のところに帰ってこないで、どこかどンドン別なところに行ってしまうと、最終的に返事も来ないというようなこともよくあるわけです。

ですので、こういうような形のことを考えると、退院調整の部門が、患者サポートセンターという形で、地元に戻すことをきっちり目標にして、いろいろなデータを集めて、もともと送ってきた先生のところに戻していけるようになれば、うまくいくと思います。

そして、そういうような流れを最終的につくってあげることが、早い回復というか、もとに戻るシステムにいくのではないかと考えています。

ですので、退院後の、在宅の支援センターみたいな形で連絡ツールをつくって、もとの開業医にできるだけ帰すという窓口をつくって、退院のときにケアカンファレンスとかいうふうな形にしていいただければと思います。

ただ、我々が出られる場ではないので、そういうことのかわりとして医師会に帰すというような形が何かできれば、それぞれ地元で患者さんが帰ってくると思っておりますので、そこは大きな病院でのねらい目というか、そういうところをうまく利用していただきたいと思っています。

○佐々木座長：ありがとうございます。

在宅復帰への窓口となる必要があるということで、ご存じのように、東京都の事業で在宅療養支援窓口というのが各区で行われていると思うのです。

台東区もございまして、台東病院に設置されております。そういうところを利用しながら在宅へつなげていくという仕組みが、これからますます必要であろうかと思っています。

病院側から見て、地域の医師会とか行政とかにこういうことがやってもらえれば、もっと退院調整がうまくいくのになとか、こういうことを要望したいというのが、病院側から何か要望がありましたら、お聞かせいただければと思うのですが、その辺はいかがでしょうか。

○湯浅（永寿総合病院）：永寿総合病院の湯浅といたします。

私どもも台東区にありまして、台東区は何か特殊な地域のように思われているかもしれませんが、私どもは、ここに出ている4つの病院でいつも病院同士で話をしながらやっております。

台東区は、先ほどから出ていますように、ちょっと特殊な事情があります。例えば、私どものほうも大体外来、入院ともに7～8割の患者さんは台東区内なのです。ですから、区の周辺を入れたら8割強はそういう患者さんなものですから、浅草病院、浅草寺病院、台東病院を含めて、やはり区内でいろいろな完結が可能な地域だと認識しています。

そういう意味では、急性期から在宅までを含めて、病院がある程度相談をすれば、療養なり回復期の病床の利用がよりスムーズになるかなということは、今考えております。

そういう話を通じて、先ほど橋本先生がおっしゃいましたが、病院間でのそういう調整がなければ、各自がそれぞれ競い合うような形で慢性期と急性期が

やり合っていたら、これはもう話にならないということですので、それはこういう会議を経てのことかなと思いますが、そういう形での調整はしていきたいと思っております。

それを少しずつ周辺の、例えば、私どもだったら三井記念病院さんとかいったところにだんだん広げていくことで、地域での患者さんのニーズに応えられるような体制は、少しずつできるのではないかなと、私どもとしては考えています。

ですから、特に特定機能病院が多いところなので、そういった病院との連携までを含めると、逆に見えるところが見えなくなりがちだなというふうにも感じております。

ただ、一つの地域で考えれば、少なくとも台東区の中ではそういった話はよりこれから進められる可能性があるなと考えておりますので、ぜひそういった成果も出れば示していただけるようになればいいなと思っております。

○佐々木座長：ありがとうございます。

そろそろ用意された40分間が終わりに近づいていますが、もう一度資料4のほうで、この区中央部の課題整理の案として挙げられた地域の特徴の中で重要なと思うのが、やはりその病院間の連携の調整ですね。それから、退院調整とかいうことがやはり挙げられるのかなと思います。

特に、この区中央部というのは他圏域から流入してくる患者さんを、またその地元へ戻さなければいけないという役割があるということで、病院間の連携、退院調整、在宅への調整、在宅医との連携というものが、今後の課題になっていくのかなと思いますが、この課題の抽出の中で、何かほかにご意見ありましたら。

○遠藤（東京都病院協会・精神領域）：台東区にあります精神病院の土田病院の遠藤です。

相変わらず精神科は蚊帳の外で、この前の会議のときにも言ったかと思うのですが、この資料の3の2枚目に、入院医療機関の不足している医療という中で、リハビリや周産期、この後ろのほうに精神疾患の病床というのがあります。

きょうのお話の中でも、認知症を含めて、この区中央部の高齢化率がゆっくりだから、余り皆さん議論にならないのかもしれませんが、着実に高齢者の認知症疾患は増えています。

精神疾患も5大疾患になりましたので、皆様の実際の現場での臨床に非常に苦慮されていることもあるかと思っておりますので、いつかお話がこちらにも振られるのではないかなと思っております。

あと、別に精神科ということ抜きにしても、うちの病院は本当に大学病院さんに囲まれておりますので、やはり大学病院さんはそれぞれご自分たちの後方病院を持っていらっしゃると思うのです。

ただ、文京区の方も台東区の方も、隣では荒川区もそうなのですが、地元に戻りたいという気持ちは皆さん本当に強いので、大学病院に入院していて、30日、40日で退院して、そのあと多摩のほうの病院に行くとかいう発想は、できるだけご本人や家族は避けたいのです。

そんな中で、うちは大きい病院の後方病院として地域の方たちを受け入れて、回復期としての機能が精神病院の中でもあるのですが、そのあとまた在宅に行く、あるいは単身独居になってしまった方は、区内及びその周りの老人センターとか特養なんかに入所していただくというような流れが、自然とでき上がっています。

そういう意味では、精神科病院でちょっと特殊かもしれませんが、この地域の中でうまく患者さんを地域に帰していくという構想は、自然とできていたのかなというふうな感想です。

○佐々木座長：ありがとうございます。

○市川（中央区医師会）：中央区医師会の市川です。

私は、先ほど三井記念の高本先生がおっしゃったように、区中央部だけでいろいろな話をするというのは無理があると思います。区中央部は特に非常に特殊だと思うのです。それは、先生方よくおわかりになっていると思うのですが、やはり好むと好まざるとにかかわらず、いわゆる高度急性期の患者さんが集まってくるわけです。

それで、そういう方々が地元へ行くときに、私は一つ、患者さんに聞くことがあるのです。大きい病院を紹介するとき、それは、交通のアクセスなのです。交通のアクセスがいいところには患者さんは当然行きたがる。

ご自分の通勤通路ですね。私ども、やはり在勤者が多いので、それで交通のアクセスが悪いところには行きたがらない。その辺で非常に苦勞するところがあるのです。

ですから、やはり区中央部というのは非常に特殊であって、もうちょっと広い医療圏で考えていただかないと、うちの区は23区の中で2番目に小さい区ですが、昼間・夜間人口比は千代田区さんに次いで2番目に高いわけです。

それでいながら、中央区は下町です。その辺のいろいろな悩みがあるわけで、その辺を理解していただくにはもう少し広いエリアで考えていただかないと、患者さん方のいろいろな悩みに地区医師会として応えていきづらいと思っているのが感想です。

ですから、23区全部1つでいいのかという話はまた別にして、もうちょっと広いエリアで考えていく必要があると思っています。うちの区の隣は江東区です。そうすると、江東区に患者さんを紹介する、あるいは江東区の患者さんが来るなんていうことも幾らでもあるわけですから、このエリアを考えるときにそういうことも考えていただきたいと思います。

それから、高度急性期、急性期、回復期、慢性期などというような小分けはちょっと違うのではないかなと思っています。もうちょっとざっくり分けて、それでお互いが連携するということのほうが、患者さんにとっては望ましいのではないかなというのが私の感想です。

○佐々木座長：ありがとうございます。

私の感想を一つ言わせていただきますと、この間、座長勉強会のときに猪口先生がちらっとおっしゃっていて、おもしろいなと思ったのが、急性期に高度急性期、一般急性期とあるように、例えば、慢性期にも高度慢性期、一般慢性期という考えもあるのかなと。

それから、在宅にも高度慢性期、一般慢性期、それから、医療資源投入量が少ない慢性期、在宅、在宅も高度在宅、一般在宅みたいな考え方です。

市川先生が今おっしゃった、ざっくりというのと逆で、もうちょっと細かくなってしまうのかもしれませんが、そういうふうを考えてはどうかと思っています。

例えば、回復期機能というのは上から下りてくる、資料にも書いてあるように、ポストアキュートなのか、サブアキュートなのかという話がありますが、急性期から回復期におりてくる道筋と、慢性期や在宅の急変時の受け皿とか高度慢性期とかいうふうを考えていくと、それぞれの機能の果たすべき役割がはっきりしてくるのかなと思いつつながら、今回の調整会議に臨んだ次第です。

では、副座長の崎原先生のほうから、最後に。

○崎原副座長（東京都病院協会）：最後にふさわしいことかどうかかわからないのですが、この地域医療構想というのは都道府県ごとにこういうところで協議されておりますが、国のほうの動きというのもやはり非常に注視していかなければいけないのではないかと考えています。

例えば、平成30年度の診療報酬改定にかかわる要望書というのを、日本病院協会（日病協）という団体から、診療報酬の改定の要望の中で出しております。

そして、地域医療構想と連動することになるという問題につきまして、担当の厚労省保険局の医療課の方が、地域医療構想とも結局は連動することになると思う、それから、長期的な需要の変化や状況、環境の変化に個々の病院が対応していくことが求められていくが、病棟の分業を地域の現時点のニーズに合わせる事が大切であるというような発言もされております。

また、東京保険医新聞で紹介したこともあるのですが、地域医療構想会議の国のレベルのものがあるのですが、それでは、東京都は過剰なベッド数があるということで、数千床の規模のベッドの削減を考えているとか、それから、第4回の地域医療構想に関するワーキンググループというのが厚生労働省にあります、この中でもさまざまな議論がなされているということでございます。

ですから、都道府県ごとの会議で非常に重視して実際にやっていかなければいけないと思うのですが、やはり国の動きのほうも注視しながら、こういう変革をしていかなければいけないのではないかと、私自身は思っております。

○佐々木座長：ありがとうございます。

それでは、そろそろお時間にもなりますので、本日の課題の抽出については資料4に関して、病院間の調整とか在宅への医療連携、退院調整などが重要ということと、やはりこの区中央部は特殊な医療機能を有していますので、もっと広い圏域で物を考えていくべきだろうという意見が多かったと思います。

次回の調整会議では、いただいた意見を踏まえまして、またこの地域の課題について整理をして、提出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) 地域医療構想連携推進事業について

○佐々木座長：それでは、東京都のほうより報告事項をいただきます。よろしくお願いたします。

○榎本課長：報告事項が2点ございます。

まず1点目、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でございます。

調整会議でも在宅に関する意見をいろいろいただいております。ただ、一方で、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余裕もないかと思っております。

また、27年度から介護保険法に基づく地域支援事業の中に、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っておりますが、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す。

こういったことから、この事業に該当するようなものとして、在宅療養ワーキングを設置するという事にいたしました。

目的でございますが、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、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ます。

開催時期についてでございますが、本年の9月から11月ごろ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、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を行う場が主に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をする場でございます。

また、ワーキングでの検討状況につきましては調整会議にフィードバックするなど、情報の共有を図っていきたくと考えています。

また、本日最初にご説明いたし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の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、議論を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連携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連携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、広域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、本日は病床等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、改築等の施設整備費を補助するものでございます。

対象となるのは、本年度につきまして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となっております。事業内容につきましては、施設整備として改修、改築に関わる経費について、改修から改築、新築、それぞれ補助単価が決まっております、その4分の3を補助するものでございます。

また、そのほかにも設備整理の補助金も、同様に4分の3の補助として実施いたします。

続きまして、資料の右側ですが、こちらは開設準備支援経費、開設支援の人件費支援でございます。こちらは開設準備系支援といたしまして、病棟に配置する看護職員の訓練期間中の人件費、また開設後に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。

本日は、2ページ目以降に、現時点において補助金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、今後どれくらい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います。

説明は以上でございます。

○佐々木座長：ありがとうございます。

きょうは主に病床機能というところを中心にお話をさせていただきましたが、今ご説明がありましたように、在宅医療に対してはこれからワーキングが設置されるということで、そちらのほうで集中して議論になるかと思えます。

それでは、本日の議題は以上ですが、調整会議は情報の共有の場ですので、何かほかに情報提供を行いたいという方がございましたら、挙手の上、ご発言をお願いいたします。

それから、傍聴席の方からも、きょうはご意見が出ませんでした。何かご意見、情報提供がありましたら、あと少しお時間がありますので、よろしくお願ひいたします。

○矢沢部長：協議の場は今度、医療と介護の連携ということで、この保健医療計画と医療の計画と介護の計画の在宅等の必要量がある程度そろえなければいけないということです。

そこを、医療側から見た、厚生労働省が出してくる数字の中で必要だと思われる在宅の必要量と、あと、各区市町村が現在在宅でこのぐらい必要だと言っている、介護の側から見た数字を合わせる場が協議の場です。

ことし6月以降にデータが国から示される予定をしておりますので、そのあとどういうメンバーでやるか、どういうタイミングでやるかを決めて、秋ぐらいに開催したいと思っております。

○佐々木座長：そのほかよろしいでしょうか。

○杉本（東都文京病院）：東都文京病院の杉本といたします。

医療の中で、退院調整あるいは病診連携、病病連携ということは重要な課題として出ておりますが、二次病院としてそうしたことを今現実にはいろいろ苦労している中で、メディカルソーシャルワーカーの役割が極めて大きいなのを非常に感じております。

そういうことでは、メディカルソーシャルワーカーは十分充足しているのかどうかということに関して、この東京都の現状を少し教えていただけるとありがたいと思います。よろしく願いいたします。

○久村課長：ありがとうございます。東京都の在宅療養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。

MSWは充足しているかどうかというふうな観点での整理はしていませんが、東京都は、退院調整部門、退院支援部門の重要性というところから、現在、退院支援強化研修ということで、各医療機関のほうで在宅への移行支援を担うような看護師さん、医療ソーシャルワーカーさんを対象にした研修を実施しております。

また、今年度までですが、そうした研修を受けた方を院内に配置されるときの人件費の補助を、こちらは200床未満の中小病院さんが対象になりますが、そういった形で退院支援部門の充実に力を入れていただける医療機関さんの支援といった取り組みを行っております。

今後そういった退院支援の部分について、医療機関と地域をつなげるような取り組みというのは、東京都のほうの広域的な支援の役割として重要だと考えておりますので、引き続き取り組みを進めていきたいと考えております。

○佐々木座長：ありがとうございます。

それでは、よろしいでしょうか。

では、事務局にお返しいたしますので、よろしくお願いいたします。

4. 閉 会

○矢沢部長：きょうはいろいろなご議論をいただき、大変ありがとうございました。

きょういただいたご意見としては、最初、包括ケア病床を持っている先生方のほうから、急性期からの受け入れが難しいというお話がありました。在宅からだけではなくて、急性期からの地域包括ケア病床を活用したいというご意見がございました。そこで病病連携というところが非常に重要なのだろうというお話がございました。

また一方、在宅に向けてという話の中では、独居の方が多くて、地元に戻したくてもなかなか帰せないというご意見や、どうしても地元に戻りたいという気持ち強い患者さんが多いという精神科の先生からのお話もございました。

また、台東区では病病間の連携をとっていて、その中で患者さんのニーズに応えることができる程度可能かなというお話もございましたし、在宅支援窓口といったところのお話もございました。

一方、高度急性期を担う先生方からは、退院調整は努力をしているけれども、マンパワー不足というお話がありました。それは行政側のマンパワー不足でしょうか。それとも病院側の、それとも両方でしょうか。

○島田 (国立がん研究センター) :MSWが充足しているとは思えませんので、その辺はやはり手厚くしていただきたいと思っています。

○矢沢部長 :両方ということですね。わかりました。

それから、在宅医療支援窓口自体がその地元につなぐ役割をしているのだけでもというご意見もある一方で、今のようなご意見もあるということで、実はきょう課題整理をするに当たりまして、そこは事務局で非常に悩んだところ です。

最初、ここはこの圏域で話し合ってもらっても答えが出ないよとおっしゃるのを重々承知でこの資料をつくったわけですが、資料4の地域の特徴の最初はこの地域の患者さんの話です。それから、地域の特徴の2番目は隣と行き来している患者さんです。地域の特徴の3番目は全都を動いている患者さんです。ですので、わざとがん患者と書いています。

これは、地域医療構想の中でも、患者さんが大胆に動く疾患とそうではない疾患があることが、現時点においてもわかっていますし、これからもそれは顕著になると考えていますので、その辺りをもう少し整理をしてお伝えすべきだったので、次回はそこを修正いたします。

また、高度急性期から他圏域に帰す話をするときには、他圏域で帰ってくる側の在宅や慢性期や回復期をやっている先生が、どういう帰され方が一番いいかということ、次回はおっしゃっていただきたいと思います。

逆に、受け取る側の話だけではなくて、近所の患者さんも高度急性期の中にゼロではないでしょうから、ご自身の地元の中でどういうふうにしてもらえれば、この地元については回復期、慢性期、在宅の受け入れがよくなるのではありませんか。例えば、そういう窓口の機能はどういうものが具体的に足りないのかといったご意見を、今度はいただきたいと思います。

本当にまどろっこしいと思うのですが、東京は疾患によって患者さんの動きが全然違いますし、その中でもこの区中央部が一番まどろっこしくなります。

もっと簡単に話ができる区域もあるのですが、ここは全都に患者さんを出しているところと、それから、地元で診られる機関が少ないという両極端のところなので、話が非常にややこしいわけです。

ただ、それぞれの悩みが一番強いところはずなので、東京都全体の施策にすぐ資するご意見がいただける場所でもあるのです。

ですので、こういうものがあつたほうがいい、こういうふうなことをやったほうがいいというような提案でも結構ですので、次回はそういった観点で、地元のこと、それから、広域連携のことの両面からお考えいただいて、ご意見をちょうだいできればと思います。

私どももそういった資料をつくるように努力をいたします。きょうはどうも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、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点目ですが、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きまして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。

最後ですが、3点目、本日は閲覧用の「地域医療構想」の冊子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。

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)

→