

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

平成 29 年 6 月 1 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

平成 29 年 6 月 1 日 開催

1. 開 会

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

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

本日の配付資料は次第下段に記載のとおりでございます。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が、ご発言の際には事務局よりマイクを受け取り、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日は傍聴席にも構想区域内の医療機関の先生方にご参加をいただいております。座長がご発言の機会を設けた際には、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いいたします。

それでは、まず東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。まず初めに東京都医師会 猪口副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

皆さん、お疲れのところ、これから 1 時間半の会議というのは大変なところではございますが、大事な会議ですので、よろしくをお願いいたします。

国のほうでは、この地域医療構想に伴う調整会議を年 4 回行って、年度末には機能病床ごとにその病院の名前を挙げて、この地域医療構想をしっかりと回し

ていって、毎年P D C Aサイクルで更新していくのだというような話になっております。

しかし、東京都では病院の数も非常に多いですし、まだまだ病床を増やさなくてはいけない局面も考えられますので、そんなに回数は多くはできませんが、数少ない回数の中で実のある議論をしていかなければいけないことは同じでございます。

今までもう既に足かけ3年やっているこの会議の中で十分認識していると思われる技術論的な話、例えば、病床推計のC 1、C 2、C 3で点数を区切って病床機能を分けているのが、病床機能報告制度と違うではないかというようなことを、いつまでも言っていて、この2次医療圏で話していてももちが明かないと思います。

それから、これで病床が決まってしまって、削減とか、いろいろなことになったら大変じゃないかというような議論というのは、余り意味がないと思っています。高度急性期、急性期、回復期、慢性期といったところは、点数で見ているものはある一面を見ているだけです。

だから、それからイメージを発展させて、我々がつくらなければいけないのは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、そして在宅へという、この連携をうまく作り出せるかどうかが大事になってきます。

ですから、うまく作り出すためには、過剰なところよりも、足りないと思われるところで、こういったものがないと困るのだといった議論とか、それはどうつくっていけばよいかというような議論が必要になってくると思っています。

きょうはそれに資する資料が出ておりますので、じっくり皆さんと一緒に検討していきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○榎本課長：猪口副会長、ありがとうございました。

引き続き、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。ご出席ありがとうございます。きょうの調整会議は、今年度の第1回ということでございます。

前回いろいろな資料をお出しして、いろいろな数字を見ていただいたわけですが、その中から見えるこの地域の特徴、それから、この3月にやらせていただいたアンケートから見る先生方のお考えを資料にまとめまして、それを対比しながら、後ほど、この地域の課題は一体何だろうというところまで持っていくのが、きょうのゴールでございます。

課題は一つではないのですが、最も顕著なところは何かというところまで持っていければいいかと思っております。私どももそういったつもりで資料をお作りしております、ご覧いただきながら議論が進むようにと思います。

その際には、この資料の言っている課題は違うのではないかとか、こういう意見があるけれども、本当はこうだとかというご意見でも結構でございますので、ぜひご発言をお願いできればと思います。活発なご議論をお願いいたします。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、これ以降の進行を岡座長にお願い申し上げます。

2. 議 事

(1) 平成28年病床機能報告速報値について

○岡座長：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、東京都より説明を受けたいと思います。よろしくお願い致します。

○榎本課長：それでは、平成28年病床機能報告結果につきまして、資料1に基づきましてご説明いたします。本日は速報値ということで、4機能別の単純集計、割合のみの集計でございます、今後クロス集計などを行い、改めてそういった集計結果につきましてはお示ししていきたいと考えています。

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床の増、回復期機能が922床の増、慢性期機能が327床の増となっております。

高度急性期につきましては新たな病院が開設されたというわけではなく、平成27年は急性期機能と報告していた医療機関、病院が高度急性期機能とし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いうことになっております。

続いて、資料の2枚目をご覧ください。こちらは4機能別許可病床数の割合を平成28年と27年で比較したものでございます。

資料の左上をご覧ください。こちらは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、前年度より3.3%の増、急性期につきましては42.2%ということで4.4%の減、回復期につきましては9.0%ということで0.8%の増、慢性期につきましては22.3%ということで0.1%の増という結果になっております。

2枚目の下以降、また3枚にはそれぞれの圏域ごとの割合を記載しておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

続いて、4枚目をお願いいたします。こちらは区西南部における病床機能報告結果でございます。平成27年度と比較いたしますと、高度急性期につきましては449床の増で1194床、急性期につきましては6152床ということで507床の増と、回復期機能につきましては1052床ということで前年より96床の減、慢性期につきましては1537床ということで44床の増ということになっております。

合計いたしますと9935床ということで、前年より増えておりますが、平成27年度につきましては一部医療機関におきまして機能報告の中でエラーがございまして、その病床群がオンされていなかったものですから、単純に9

00床分ぐらい増えたというわけではなく、26年と比較していただきますとほぼ同じぐらいの数字になると思いますので、これは増床がされたというものではないです。

主な要因といたしましては、高度急性期につきましては急性期機能からの機能変更ということで、これは都全体の傾向と同じかなと思っております。急性期機能につきましても回復期機能からの機能変更、回復期機能の減につきましては急性期への機能変更、慢性期については増床ということで、変動要因はこのようなとなっております。

本日はそのほかに参考資料の1として、これ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、診療所を記載いたしました病院・有床診療所一覧をお配りしておりますので、こちらは後ほど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。

○岡座長：ありがとうございました。

病床機能報告結果についての質問については次の議事のあとに併せて伺いたいと思います。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○岡座長：議事の2つ目、地域医療に関するアンケートについてです。ご回答いただいた先生もいらっしゃると思いますが、昨年度の調整会議の開催結果を踏まえて、都内の病院等に対しアンケート調査を実施いたしました。その結果について、東京都よりご報告を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に基づいて説明させていただきます。

昨年度、調整会議を全ての医療圏において実施させていただきました。資料1番目に記載のありますとおり、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ございます。

一方で、データの活用に関してはさまざまなご意見をいただいたところでございます。データの活用に関して、改めて整理をさせていただきましたので、今後調整会議などにおいて参考にしていただければと思います。

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とき、または高いデータがあったとき、そういった場合にその要因を考え、そういった低い、高い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、昨年度の調整会議の状況といたしまして、時間の制約もありまして、全ての関係者から意見を伺うことは困難であったり、地域の関係者同士の意見交換になりづらいケースなどもありました。こうしたことを踏まえまして、調整会議におきまして、より効率的で活発な意見交換を進めるためにアンケート調査を実施したところでございます。

2枚目をご覧ください。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と、こういった項目などを聞いております。

回収率につきましては各医療圏ごとにばらつきがございますが、病院、診療所ともに約25%の回収率となっております。

本日は参考資料の2といたしましてアンケートの調査用紙をお配りしますので、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、参考資料の3をご覧ください。こちらは質問項目ごとにアンケート結果を整理したものでございます。さまざまなご意見が出されておりますので、後ほどお目通しをいただければと思います。

さらに参考資料4として、アンケートの調査項目にありました自院が現在地域の中で果たしていると思う役割に関しまして、アンケートに協力いただいた病院につきましては一覧にして整理したものでございます。今後地域の中でご利用いただければと考えております。

最後に、参考資料5をご覧ください。こちらは在宅医療を行っている診療所に対して実施しているアンケート結果を整理したものでございます。こちら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きましてアンケート結果を整理しておりますので、後ほど具体的なアンケートの意見などについては説明をさせていただきたいと考えております。

資料2の説明は以上です。

○岡座長：ありがとうございました。

先ほどの病床機能報告と結果とアンケートについて、ご質問等あるでしょうか。ある方はよろしくをお願いします。

(3) データ／アンケートから見る構想区域の現状

○岡座長：特にご質問なければ、次の議事に進みます。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。

先ほどの説明にあったとおり、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で不足していると感じる医療をどう補っていくかを考えるわけですが、本日は今回提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、機能について考えたいと思います。

まずは東京都からご説明をよろしくをお願いします。

○事務局：それでは、資料3をご覧ください。この資料3では病床機能報告のデータと先ほどご説明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たものとなっております。

この資料3の内容を踏まえまして、このあとにあります資料4には、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。

まずは資料3で地域の現状について、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ご議論いただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

資料3ですが、1枚目右上、2分の1となっているものについては、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いたしました病床機能報告のデータから各機能ごとの特徴を記入しております。

2枚目の右上、2分の2となっているものについては、アンケートをまとめたものになっております。こちらは病院、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になります。

一番上の部分は地域の医療機関の状況について、不足している医療、充足している医療などについていただいた主なご意見を記載しております。また、下の各機能ごとの枠の中には各機能に対する意見を記載しております。

機能別の下の部分については、病院から在宅へのつなぎの部分で、病院側、在宅医側それぞれからいただきましたご意見を記載しております。

この1枚目のデータと2枚目のアンケートを比較する形で確認していきたいと思っておりますので、並べながらご覧になっていただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それではまず、地域の特徴をデータのほうから確認していきます。

上段、人口についてですが、区の西南部は東京都全体に比べますと高齢化がゆっくりと進む地域であります。高齢化率が25%を超えるのも都全体よりは5年遅くなっております。

医療資源の状況ですが、患者の流入、流出がともに多い地域となっております。高度急性期と回復期機能については流出入が比較的均衡しておりまして、隣接区域と相互に依存した関係にあると思われまます。

また、急性期機能と慢性期機能については流出超過となっております、急性期機能につきましてもは区中央部、区西部に流出しております。また、慢性期機能につきましてもは南多摩へ多く患者が流出しているような状況になっております。いずれの機能につきましても、区西部との間で流出、流入がともに一定数以上ある状態でございます。

それではまず、1枚目のデータの高度急性期機能、一番左側の欄からご覧ください。高度急性期機能につきましてもは隣接する構想区域に高度医療提供施設が多数存在しております、区中央部や区西部を中心に患者が流出しております。流出している患者の約2割はがん患者となっております。

また3点目ですが、病床機能報告で全ての病棟を高度急性期機能と届けた病院はありません。また、院内の他病棟への転棟割合が38.3%と、都平均の26.7%に比べて高くなっていることから、院内の役割分担が明確になっていると見る事ができるものと思われまます。

次に、右側の急性期機能のデータをご覧ください。一番上にあります患者像を見ますと、7対1の入院基本料をとっている病床が一番多くなっております、その病床数自体、7対1の病床数自体も多い地域となっております。

急性期機能は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、隣接区域への流出が多くなっております。区中央部、区西部を中心に1日当たり1000人以上と、多くの患者が流出しております。

また、病床稼働率につきましてもは79.0%で、都平均が81.3%なので、平均よりは低くなっております。患者が流出する一方で、病床稼働率が都平均よりも低いということから、地域住民のために病床をより有効に活用していくということで、地域包括ケアを支える病床として活用することはできないかといったことも考えられるかと思っております。

また、急性期機能の一番下の点にあります、病床機能報告で全ての病棟を急性期機能と回答している病院も存在しておりますので、こうしたところで病棟単位で不足する機能に機能分化していく余地はあるのかといった論点もあるのかと思っております。

次に、回復期機能について、データをご覧ください。回復期機能は流出入がほぼ均衡しております、特に区西部との流入、流出がお互いに多くなっております。

ただ、1点目のところで300床規模のリハビリ病院が新設されたことによりまして、この流出入の状況にも少し変化が起きていることも考えられます。また、入院基本料のデータなどから、地域包括ケア病棟の導入が進んでいる地域であると見られます。人口10万対では都平均の約3倍となっております。

また、新規入棟者のデータから見ますと、他の病院、診療所から入院する患者の割合が51.3%と、半数以上となっております。都平均の46.9%よりも高くなっております、このことから、地域でポストアキュートを担っているのかといった点も考えられるのかなと思っております。

アンケートのほうをご覧くださいますと、回復期機能に対する意見としまして、地域で求める役割を記載しておりますが、高度急性期、急性期を脱した患者の受け入れといった意見が出ておりまして、そういったポストアキュートの機能が地域からも求められているところかと思われれます。

また、在宅医側からいただいたご意見としまして、機能別の下の在宅側と書いてある右側の在宅移行、退院支援の一番下の点ですが、急性期病院は急性期を脱したあとすぐに自宅に帰すのではなく、慢性期病院やリハビリ病院への橋渡しを考慮してほしいといったご意見もいただいておりますし、在宅へ戻す前の準備期間となる病床も求められているかと思われれます。

また、在宅医療側のご意見としまして、左側の急変と病状変化時の受け入れというところで、状態悪化時の円滑な受け入れとか受け入れ体制の構築を求める声、また地域包括ケア病棟が少なく、在宅医療の後方ベッドが少ないといったご意見もいただいております。

また、高齢者、独居、認知症だと断られるケースが多いのと、在宅患者の急変時の受け入れを求める声に関しては多くのご意見をいただいております。

サブアキュート機能を担う病床の確保を求める声も多く出ておりますことから、地域包括ケア病棟が現状サブアキュート、ポストアキュートなど、どういった役割を果たしているのか、また今後どのように整備して活用していくか

と考えていくことが、地域の医療体制を考えていく上でのポイントになるのかなと思っております。

また1枚目のデータのほうに戻っていただきまして、回復期機能の欄で下から3点目、退院後のデータですが、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が1割を超えております。

また、回復期機能では退院調整部門を有する病院の割合が81.8%で、こちらは都平均に比べて高い数字となっております。この地域は有床診療所の数が多い地域ということでございますので、在宅を支える体制はどうか、病院と診療所の連携とか、退院調整は十分に行なわれているかどうかといった点についても、考えていくことができるのかなと思っております。

こちらのデータに関しましてはアンケートのほうでも在宅医の方からいただいたご意見としまして右側のほうに記載しておりますが、スムーズな移行のための病診間の連携、情報共有の強化を求めるといったご意見ですとか、退院後のフォローのための情報が必要であり、かかりつけ医との連携を進めてほしいといった病診間の連携を求める声もいただいているところでございます。

次に、またデータに戻っていただきまして、一番右側の慢性期機能のところをご覧ください。慢性期機能につきましては病床稼働率が92.2%と、都平均の90.8%より高くなっております。

周辺の区部から患者を受け入れている一方で、主に南多摩へ患者が流出しております。高齢者人口10万対で医療、介護の療養病床はともに都平均の約8割となっております。

アンケートのほうをご覧くださいますと、慢性期機能に対してのご意見として、目黒区、渋谷区からは不足といった声がある一方で、世田谷区からは充実しているのご意見もあります。地域差がありますが、全体のアンケートからはともに不足感があるのかなと見られます。

地域内の連携で補っているのかもしれませんが、流出患者も多い中で高齢者を地域で支えていくために、この地域の慢性期病床をどう考えていくかというのも、一つのポイントになるのではないかと考えております。

またデータのほうに戻っていただきまして、慢性期機能の平均在院日数、こちらは介護療養病床が多いこともありまして、207.2日と、都平均の152.1日に比べて長くなっております。

また、退院患者の退院先のデータでは死亡退院割合が45%となっております。この割合については都平均が32.9%になっておりますので、平均に比べて高い数字となっております。看取り機能を一定程度担っているものと考えられます。

また、家庭へ退院する割合も非常に低くなっておりまして、施設等への入所を含めても2割強にとどまっております。都平均が4割以上であることから、その半分と、都内でも低い割合の地域となっております。また、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が5.3%と低くなっていることから、在宅医療との連携はどうかといった点もあるかと思えます。

慢性期機能から在宅へのつなぎに関しては、アンケートのほうでいただいたご意見としまして、入院医療機関側からのご意見としましては療養病棟の入院患者の退院先の確保が不十分とか、ついのすみかとなる施設の不足といったご意見が出ているところでございます。

一方で在宅医側からのご意見としましては、在宅移行・退院支援、右側に記載しておりますが、慢性期をもう少し早く手放してほしいといった声ですとか、末期、看取り予定の方の十分な退院時カンファを求める声も出ております。

在宅の受け皿となる体制が十分にあるのか、体制はあっても在宅医との連携が十分でないのかという、今後在宅医の需要の増加が見込まれている中で在宅の移行に向けた調整とか連携の課題についても、考えていくことが求められてい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ご意見、それぞれから見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ましたのが、その後ろの資料4になります。

この資料4では、データとアンケートから見えてきます地域の特徴から、この地域で検討すべき課題と思われる論点を整理いたしまして、事務局の案とし

て挙げております。今回は3点お示ししておりますので、主にこの点についてご議論いただきたいと思っております。

まず1点目ですが、地域の特徴として、急性期機能において7対1の病床数が多いこと、また全ての病棟を急性期機能と届けている病院があること、また急性期機能の病床稼働率が低いということがあります。

病床稼働率を見ますと、もう少し有効に使えないかなと考えられることから、その病床を最大限に活用するためにはどうしたらいいかというのを、1つ目の論点として挙げております。

議論の方向性としては、例えば、この地域で不足している医療は何か、稼働率が低い機能があれば、その不足する機能へ分化するのも病床を有効に使うことはできないかといったことについて、ご意見をいただければと思っております。

また、今後増えていく高齢者ニーズに対応した急性期機能について、この地域ではどういった役割や体制が必要かといったこともご検討いただけるのかなと思っております。

次に2点目、地域の特徴としまして、急性期機能における地域包括ケア病床の割合が低いこと、また在宅医側から急変時の受け入れを求める声があること、また退院支援の充実を求める声があること、そして将来に向けて回復期機能の不足が見込まれることなどといった特徴があります。

回復期機能を充足させて、サブアキュートとか在宅への円滑な移行など、在宅療養を支援する病床を確保するためにも、地域包括ケア病床をどう整理し活用していくかというのを、2つ目の論点として挙げております。

例えば、レスパイト入院や患者の急変時に対応可能な病床機能は十分であるか、また地域包括ケア病床によるポストアキュートへの対応は現状どうであるか、十分でない場合があるとしたら、今後どのように整備し、活用していくのかといったことなどについて、ご意見等をいただければと思っております。

次に3点目になります。地域の特徴としまして、慢性期機能の在院日数が長いこと、在宅医側からは慢性期病院からもう少し早く在宅へ戻してほしいといった声が出ていること、そしてレスパイト入院の受け入れ機関が不足しているといったアンケートからのご意見が出ていることがあります。

このことから、慢性期から在宅へつないでレスパイトの受け入れの病床を確保するなど、慢性期機能の病床を効果的、効率的に活用するためにはどうすればよいかということ、3つ目の論点として挙げております。

以上の方向性として、例えば、レスパイト入院や患者急変時の受け入れ先を確保するために、どの病床機能がその役割を担い、どう整備していくのか、地域包括ケア病床によるサブアキュートへの対応は十分行われているかどうか、在宅へスムーズに移行するために在宅医との連携や退院調整が現状どうであり、今後どのように充実させていくかといったようなものが考えられます。

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点の全ての課題について議論して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、今後重点的に検討していくべき課題について、皆様で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、今回お示ししま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まとめたものであります。また、アンケートにつきましても、全ての病院、診療所のほうから回答をいただくものではございませんので、こちらの内容につきましてもさまざまなご意見はあろうかと思っております。

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

資料3、4については以上となります。

○岡座長：ありがとうございました。

ただいま資料3でデータとアンケート結果を合わせて整理した、この地域の現状について、資料4で事務局で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、ご質問はあるでしょうか。調整会議は課題の共有ということが目的であるということですので、どなたでもいいのですが、ご意見ないでしょうか。

○和田（玉川病院）：玉川病院の和田と申します。

回復期機能のことについてですが、ここに書いてあるポストアキュートとサブアキュートのどちらかということで、クエスチョンマークになっていますが、これはどういう定義でお使いになられているのでしょうか。

○榎本課長：ポストアキュートは、急性期から回復期に向かうような状態、サブアキュートの場合は、在宅や施設などでの急性増悪時の受け入れとかを考えています。

○和田（玉川病院）：在宅からの受け入れをサブアキュートというふうにお考えですか。我々のイメージとしては、在宅でも急変とかあった場合というのはアキュートというイメージでいるのですが、そういうことではないですか。

○猪口副会長：地域包括ケア病床に求められる3つの機能というのが厚労省から出ていまして、急性期から在宅につながるまでの、その回復期という機能をポストアキュート、それから、在宅等の地域包括ケアのところから、既に病気を持ってフォローされている患者さんがそれほど重症ではないような、ちょっとフォローすれば済むような、地域包括ケアで支えるような、サブアキュートという表現が程度問題を余りあらわしていないのですが、そんなに重症感がない程度のをサブアキュートと考えているようです。

○和田（玉川病院）：では、本当に元気だった人が急に悪くなったような場合は、いわゆる在宅で、それはアキュートということで、例えば、肺炎を繰り返しているような人がちょっと熱を出して、ちょっと何かすればいいというのはサブアキュートという、そういうイメージですか。

○猪口副会長：そういうイメージです。

○和田（玉川病院）：わかりました。ありがとうございました。

○岡座長：ほかに、先生方で。

○伊平（奥沢病院）：世田谷区の奥沢病院の伊平です。

今のお話ですが、サブアキュートを地域包括病床で受け入れるというのがやはり一つの課題だと思います。ただ、どういうことを想定しているかというのと、例えば、誤嚥性肺炎とか軽度の骨折とかいうことを想定しているようですね。

ですから、和田先生が今おっしゃったように、アキュートとサブアキュートの線引きというのは、では一体誰がするのかと、在宅医がそこで判断するのだと思うのですが、ご年齢の高い方が当然多くなってくるわけですから、軽症と思われたものが非常に重症だったということは、我々急性期ではよく経験することです。

ですから、その辺の色分けというのをもう少し厳密に決めていかないと、実際、救急医療と在宅ケア、要するに包括での受け入れというのは、この色分けというのは非常に困難になってくるのではないかと思います。

○岡座長：ありがとうございます。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋病院の大坪です。

今のお話に関係することですが、私たちの病院では在宅医の先生からの急変時の受け入れというのを積極的に行っています。大体、在宅医の先生がご判断をされて、これは高度急性期とか急性期の病院に送ろう、このぐらいだったら三軒茶屋病院でいだろうという、本当に的確な判断を今していただいて、この辺の分けるというのは、在宅の先生はととても上手にしているかなという印象です。

時にこれは大変ということで、急性期、高度急性期の病院へ送られても、入院の適用ではないという診断がつく場合があります。ここでは入院させてあげられないよという場合に、そのあとの受け皿として、こういった慢性期の病院が受け入れられますよということを、急性期、超急性期の先生方にお伝えしておけば、救急外来からそちらには入院せずに、三軒茶屋にそのまま入院ということもあります。

ですので、在宅医の先生によるのかもしれませんが、私が連携をしている先生方はその辺は非常に上手に分けてくださっているかなという印象です。

○岡座長：ありがとうございます。

アンケートに基づく地域の姿について、全ての医療機関の方からお話を聞いたわけではないということで、これは違うということ、これに書いてあることとは違うようなこと、ご意見ないでしょうか。

○太田（世田谷区医師会）：世田谷区医師会の太田です。

私は在宅もやっているものですから、いろいろな立場からご意見させていただきますが、世田谷区には緩和ケア病床もがん拠点病院もないものですから、全般的には区中央部であったりというところにがん患者さんが流出している。

そこから半分ぐらいの方がターミナルに移行して、実際在宅に戻ってくるのですが、戻ってきたときにがんの緩和ケアを在宅で安心して行うための後方支援病床を、どういうふうに確保したらいいのだろうかと悩んでいます。

現実的には、構想区域外の緩和ケア病床に登録しながら、家族と安全安心を確保して在宅のターミナルを迎えている。可能であれば、これは当然同じ構想区域内の医療機関にその後方支援に回っていただきたいという感じです。

ただ、その明確な取り決めがないですし、急性期に送ったほうがいいのか、地域包括に送ったほうがいいのか、そういうところの目安がないという面では、がんの緩和ケアの後方支援病床を、在宅としてはどのように考えていただけるのかというのを、ぜひご議論いただきたいというのが一つあります。

もう一つは、前回もお話しさせていただいたのですが、世田谷区は非常に大きな精神病院が2つございます。全部で1000床を超えてくるようなところ

です。ここにも出ていますが、精神科病院の偏在というものがあって、精神障害を伴った患者さんが多いというのも事実だと思います。そういう方々が急性転換した場合に、それを受け入れる急性期病床であったり地域包括ケア病床を、精神のほうと今回の地域医療構想でどのように考えていけるのか。

これも実際私の中で、統合失調症が強い方を、実際、急性疾患で一般病院の急性期病床または高度急性期に救急搬送しても、結局そこで精神があるために受け付けてもらえなくて、精神科病院のほうに行くのですが、精神科病院のほうでは、それは精神のほうではなくて急性期の精神外の疾患だからということで、行き場を失ってしまう場合があります。

そういうようなことができるだけないように、地域の中のコーディネート能力をつけなければいけないのですが、そういう患者さんもこの急性期の中で診ていただけるのかどうか、そういうところもぜひご議論いただければ助かります。

○岡座長：ありがとうございます。

急性期の病院で精神科疾患があると受け入れができないというのが現実ですし、そこでやはり精神科のある大きい病院と言えば、松沢か昭和かということになってしまうと思うのですが、そういうコネクションしか今のところは僕は考えつかないのですが、

ほかに先生方で、そういう精神科疾患の方で困っている方はたくさんいらっしゃると思うのですが、具体的にどうしていらっしゃるか教えていただければうれしいのですが。

○井上（渋谷区医師会）：渋谷区の井上と申します。

個人的なことですが、今うちは病床を閉めています、病床があったときには、救急隊からもそうだし、いろいろな方からいろいろ電話がかかってきたときに、僕は、きょう後ろにしかいらっしゃらないですが、精神科のときには都立広尾病院に相談をする。具体的に言うとですね。

都立広尾は精神科の病床もあって、精神科の当直医がいるわけです。それプラス3次救急もやっているのですね。ですから、そういう意味では結構何でも受けていただいている。

僕が一言言いたいのは、それは病院をなさっている先生もそうだし、在宅医の先生もそうだし、大きい病院の先生方もそうだし、情報不足であると思って

います。自分から直接いろいろな情報を取りにいかなければ、そこはないのですよ。

だから、そのところは、例えば、岡先生のところだって、岡先生はいろいろな情報を持っていらっしゃる。内藤病院の内藤先生だってそうですよね。結構自分で持っていらっしゃる。プラス、その仲間の情報というのものもあるわけですよ。

だから、これがものすごく大事な部分で、プラス、大きい病院はいろいろなことを言うと、それは無理、あれは無理ということをおっしゃるのだけれども、これはこの2次医療圏ではすごく多く患者さんを断っていると僕は思っています。

なぜかという、ほかに診てくれる病院があるから、選べるからです。選べるということがどういうことにつながっているかという、これは単純には言えないですが、急性期の病院の病床利用率が79%しかない、これでやっていけるといことと、それしか利用率がなくても何とかなってしまうところ、僕には非常な疑問です。

本当はこれだけの急性期病院がここには必要はないのではないかと。世田谷の場合と渋谷の場合とは全然需要が違うわけです。世田谷にはもうちょっとこういう病院があってもいいはずで、渋谷にはやや多くなっている。この2次医療圏の中でもそういうふうな偏在が起きているのは事実です。こういうことをきちんと細かく見ていかなければいけないと思っています。

それから、在宅の先生方もいっぱいいらっしゃいますが、今医療機関が幾らあっても、その先生方が、例えば、健診を主にやっている先生がいるとか、皮膚科、眼科、産婦人科とか、ここの話に上ってこない先生方というのはかなりいるわけで、その人たちと一律にはお話はできないのです。

ということは、私は渋谷の医師会ですが、医師会の中でもくくり分けをしなければいけない時代になったわけです。

そういうふうなことをずっと考えていくと、結局は情報の交換、それから、こういう会議をもっと頻繁にやって、いろいろな情報をお互いに共有しなければ無理だと思います。

プラス、いろいろなことはあるかもしれないですが、小さい病院ほど小回りがきくわけです。だとしたら、老人の医療とかでは、ある一定のルールをつかって、例えば、老人で救急車を呼んだときには、大きい病院にすぐに行くのではなくて、中小の病院、渋谷だったら内藤病院を1次トリアージにしていけば、医療費の負担が非常に減るわけですよ。そういうことも僕は今後考えていくべきではないかと思います。

でも、そこまで行くと、都のくくりではなくて、国のくくりとか、いろいろな医療費の問題とか出てくるので、できないかもしれないけれども、病床利用率から考えて、急性期の病床がこれだけあって、でも病床利用率はこうだと、慢性期は逆にこれだけあって、でもこうだと、これプラスもう一つは、介護のほうの老健の病床利用率も、特養の入所の状況も、全部を流れとして見ていかない限り、この問題は僕は解決しないと思います。

もう一つは、中小病院の利用価値というのをもっと広く見ないといけない。それからあとは、家族のどういうふうな思いなのか、おとといの4時2分に電話がかかってきた患者さんは、がんの末期の94歳ですが、「日赤に入院させてくれませんか」と、いきなりそれですからね。それは家族にずっと説明していても、そうになってしまう。

そういうふうな患者さん側の認識もやはり育てていくという、ここで幾ら議論していても、そっちまで考えないと、僕は無理だと思っています。

○岡座長：ありがとうございました。

知識不足だったので、都立広尾病院がそうやって受けてくれるのは知らなくて、あしたから広尾病院が大変になってしまうかもしれませんが、そういう情報をこういう会で与えてくれればうれしいと思います。

ただ、79%の利用率ということですが、9月というのは大体ベッドが減る時期じゃないですか。で、冬場になると、もういっぱいいっぱいになってしまう。そういうことがあって、8割程度というのはいたし方ないのかなという感じは僕自身はしております。

ほかに何か先生方でご意見ないでしょうか。

○氏家（セントラル病院分院）：渋谷セントラル病院の氏家です。

このアンケートの結果を見ていて思ったのですが、アンケートに答えている人の4分の1、だから4分の3の人たちは一体何を考えているのか、そのサイレントマジョリティというか、そういう人たちが、例えば、アメリカの大統領選を動かしたように、この4分の3の人たちが一体どういうふうなことを本当に思っているのかというようなことが、これではわかりにくいのではないかと思います。

例えば、この在宅側の先生方のアンケートの答えで、ほとんどが世田谷区の先生方で、これを全部、区西南部と一くくりにしてしまっているのですかね。

もう一つ言うと、慢性期機能の病院から、もう少し早く在宅に戻してほしいとの声があります。でも、例えば、自分のところでは、死亡退院が95%で、ほとんど看取りで、これ、おうちに最期の最期に帰してしまったら逆にひんしゆくを買ってしまいます。

ですから、この慢性期から早く帰してほしいという意味が何を指しているのか、自分には理解が余りできないのですが。

○岡座長：そう言ってもなかなか、75%の先生のご意見をどうやってお聞きするかという難しいことはあるとは思いますが、東京都も一生懸命やっていただけで、こういう意見が出てきているわけですから、これからだんだんこれを30、40%にしていくというのが、一つの目標ではないかと思います。

ほかに先生方で意見等ある方があれば、うれしいのですが。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋の大坪です。

先ほどお話に出ました緩和ケア病床の話ですが、こちらにつきましては世田谷区の世田谷区病院協会の中でも何度か話し合いをしています。

その緩和ケア病床という届出の要件を満たしている病床は、世田谷区には1床もないのですが、ただ、院長先生方にお聞きしますと、機能は自分たちの病院では十分持っている、だから緩和ケアできないわけではない、ただ、その名前がつくものにしようとする、工事をしたりリフォームをしたり、いろいろなものをそろえなければいけなくて、割に合わない。

それから、看護師さんも疲弊して、入れかわりが激しかったり、人数をそろえなければいけないということになると、それを病院としてお金をかけてやっ
ていくことができないので、届出はしていないけれども、機能としては十分持
ち合わせているという意見が多数ありました。

なので、世田谷区としては緩和ケア病床はゼロですが、ただ、自分たちでが
んの患者さんを地域内で見っていくことはできるのではないかと考えています。

その辺のところは、そういう機能を持っているということ、届出の名前は
ないけれども、どういことを望まれていて、これには応えられるのだとい
うことを、もっと情報として出していく必要があるかなと思っています。

○岡座長：緩和ケアに関しては全然わからないのですが、これは国なものでし
ょうが、設置基準みたいなものはあるのでしょうか。それは東京都のほうから国
のほうに上げていただくとか、そういうことはなかなか難しいのですか。

○和田（玉川病院）：玉川病院の和田ですが、まったく同じで、やはり精神科
の先生が必要だとか、幾つかの要件があって、そのためだけに雇うというのは
難しい状況ではあります。

ただ、どこの病院でもそういった緩和ケアを専門にするようなナースがいて、
研修会をやったり、いろいろなことはやっているのですよね。ただ、その病床
として、例えば、何十床かそれを定期的にという要望も実はナースからあるの
ですが、やはり要件とか、それから、そのために割くことがなかなか難しい。

それから、申しわけないですが、常にそこを、さっきの稼働病床でいったら、
満杯にしていくというのはなかなか難しいので、病院からいくと、やってはい
るのですが、その病床として届け出るといのは現実的に難しいところがある
と思います。

ちょっと話が戻りますが、急性期病床が、先ほど稼働率がという話だったの
ですが、これは結構最近短くなっているんで、1週間の中でもものすごく違
うのですよね。

すごくいっぱいするときもあれば、手術が終わって数日で帰ったりする。なか
なか病院でも、大がかりな手術というのが、私どもの病院では結構減っていま

すので、そういった傾向があって、1週間の中でも変動しますし、月の中でも月締めのときには大体患者さんがわっと帰るとというのが最近の傾向ですよ。

結構そういう変動がありますので、必ずしもこの数字がいつもこういう状態ではないということは、ちょっとご理解いただいたほうがいいのかなと思います。もちろん、冬場とか何とかという季節もあるし、1週間の中の変動もあるし、月の中の変動もあって、多分どこの病院さんでもそうではないかと思うのですが。

○長谷（東邦大学医療センター大橋病院）：東邦大学の長谷です。

今の話と似ているのですが、高度急性期病院の稼働率が低いというのは、これは在院日数がどんどん短くなってきているのが原因です。うちの病院も5年前には平均在院日数が14日だったのですが、去年は10日、ことしは現在9.5日になっていて、年間の延べ入院患者数は増えているのですよね。

しかし、それだけ必要がなくなっているということで、どうしたかということですが、私たちの病院のほうは、これはもう定着するだろうということで、ことしの4月から59床減らして、433を394床にしました。

来年は新病院になるので、それも見越して319ということで、多分そのうち、あと2～3年中には高度急性期病院は8日台になるのだらうと思います。そういうことを考えていけると、この病床の多い病院は、やはり何らかの転換がいつか迫られてくるということは間違いないことだと思います。

うちの本院のほうは約960床あるのですが、もう既に今後のことを幾つかのパターンで考えていて、ずっとそれが高度急性期病床として940そのまま行けるとは考えておりませんので、やはり何らかの方策を考えていると思います。

それから、あとは在宅ですが、これもちょっと僕らと在宅の先生方との考えの違いがあるのかと思いますが、うちの母親は3年前に突然背部痛が出現して、僕が翌日行ったところ、胃がんのようなので、杏林大学のほうで内視鏡をしてもらって、スキルスということで、そのまま退院してきました。

かかりつけの在宅をやっていただいている先生に、自宅で看取りたいというお話をしましたところ、最初のころは鎮痛剤を出していただいていたのですが、

早々に麻薬のほうに変えてくださいということで、それから、全く疼痛がなくなって、在宅のまま亡くなったというのが、うちの母親の1件で、これは非常に在宅の先生にむしろ感謝しております。

もう1件は、父親がことしの2月に亡くなったのですが、父親の場合はちょっと認知症が進んでいて、施設に一旦入院していたのですが、それも在宅の先生に診てもらっていて、心房細動と認知症と脱水があったので、あと、あごが外れるので物が食べられないというようなことで、それも在宅の先生に、その施設でできれば看取りをお願いしますというふうな話をしていて、了解を得ていたのですが、施設の方にも。

ところが、朝、心臓突然死という状況になって、思わず救急車を呼んでしまった。救急車が呼ばれて、ある病院に運ばれたんですが、もう亡くなっているわけですから、そこで結局何もしないけれども、一応入院の形式をとられたということです。

それから、警察署に行って、検視をやるまでの時間が約16時間かかりました。その間、ずっとこちらは待って、夜中まで待っていなければいけないので、それは非常に厄介なことになったわけです。

だから、在宅の先生はどこまでを自分たちでやられるのかという方針を、最初から持っていてもらって、看取りまでやるのか、最後の看取りはそういう緩和ケアにお願いするのかということ、家族の方にきちんとお話ししておいていただきたいと思います。

僕らも病院で最期の最期に看取することは、今でも別に問題なくやっているわけですが、そういうので高度急性期に別に紹介されても、何か急性期の状態があれば、それは全然構わないと思うのですが、ただ、緩和ケア病棟にするというわけにはなかなかいかない。ハードルが高すぎる。

私たちも緩和ケアの専門医もいますし、がんの認定看護師も4人いますので、それはもう日常的にやっていることなので、ただ病床がないからできないということではないと思います。

○岡座長：議題がちょっと前後しましたが、資料4の中での問題点に関して、何かご意見があれば。

レスパイトですが、目黒区に関してはショートステイということで、区のほうからそういうシステムがあって、地域の中小病院が受けるというシステムになっています。

世田谷とか渋谷もそういう格好になっているのかどうかわかりませんが、そういう格好にすれば、割とスムーズにレスパイトは受け入れができるのではないかと思います。

○猪口副会長：それはレスパイトの入院費を目黒区が補助するのですか。

○岡座長：補助はしないです。レスパイトのこういうことをするというだけの話で、全部保険でやっています。ただ、レスパイトとして受け入れるということで、介護が大変だからということで、疾患のある方だけですが、入院させて、医療費をもらっている。

○猪口副会長：目黒区はその連絡手続とか、それから、それぞれの病院にそれを勧奨しているというか、

○岡座長：目黒区が勧奨しているはずですよ。目黒区の方がいらっしゃると思うのですが、勧奨しています。説明していただけるとうれしいのですが。

○島田（目黒区）：目黒区の島田です。

2つありまして、1つは、レスパイト系のベッドについては、岡先生初め、そういった先生方のところをお願いしているベッドと、また別に、在宅療養の後方支援ベッドにつきましてもお願いしておりまして、昨年もかなり実績は上がっています。

やはり在宅の先生たちが安心して在宅に専念できるように、いざという急変時にはそこへ必ず行ってもらおうということでスタートしまして、そこで実績が上がってきたということで、病院のほうにお願いしたという状況です。

○猪口副会長：在宅療養の支援も、別に目黒区としては費用、例えば、ベッド確保料みたいな形にはなってはいないですよ。

○島田（目黒区）：私どもの直接担当ではないのですが、ベッドの枠を買っているというわけではございません。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋病院の大坪です。

後方支援というのは後方支援病院という届け出がまず必要で、幾つかの要件があるのですが、そんなに大変なものではないのですが、200床以上でなければいけないとか、そういうのがあるのですね。

それで、後方支援の約束をしていた方は必ず受け取るということになっていて、その分、保険の点数は入ります。目黒区の場合は、その目黒区内の患者さんが後方支援のところに入院して、たしか14日以内に退院をした場合は目黒区が少し入院費を負担してくださるのです。

なかなか、「後方支援をしましょう」と、その在宅の患者さんに言っても、「今はまだいいです」とか「まだ入院は考えていない」とかというふうになって、いざというときに行く先がなくて困るというパターンが多いのです。

なので、患者さん方、ご家族の方たちに、「こういうふうにしておけば、早く退院したときには入院費用を負担してもらえるんだよ」というふうに言って、その後方支援の契約を促すという意味では、すごくいいのではないかと思います。

病院としては後方支援の多少なりの保険の点数が入るので、それでも少し利点があるのかなと思います。

○岡座長：ほかに、この資料4の中で、質問とかご意見とかあれば。

先ほどの慢性期病床の病院から少し早く在宅に戻してほしいというのは、在宅の先生方が患者さんを診たいというご意見ではないかと思います。

家族の方はいつまでも入院させてほしいというご希望ですから、家族の意見ではなくて、先生方のご意見だろうなど、僕は勝手に思っておりますが、

○氏家（セントラル病院分院）：セントラル病院の氏家です。

僕がこれを理解していなかったかもしれませんが、我々のところではレスパイトでお受けしても、そのままもう看取りになってしまうということがほとんどなので、帰せない状態というのは目黒区ではどうしているのでしょうかね。

もう高カロリー輸液を入れながら酸素を吸っているような方、そういう状況になってしまうと、もう療養型にお願いするということしかないと思うので、西南部でだめな場合は多摩のほうにお願いするという格好にうちはなっています。ほかの病院はちょっと知らないのですが、大体そうではないかなと。

我々のところでは、もうそのままそういう処置をして、看取ってしまう。家族の方も、もうそうしてほしい。在宅で診ている先生に「どうしましょう」とか「おたくで診てよ」というふうになることがほとんどなので、早く戻してほしいと言われても、受け入れ体制がやはり大事ではないかと思います。

○内藤（内藤病院）：内藤病院の内藤です。

今のいろいろなお話を聞いていますと、非常に感じるのは、これは今回のこの議論だけではなくて、ある意味では病診連携とか病病連携で今までずっとされていた議論が、全く同じようにこの場に移っているのかなという感じがしています。

例えば、在宅の先生でも、どこまでをやっている先生なのかということとか、この急性期であっても、どこまで、どういうことを得意にしているのか、それぞれが、先ほど井上先生もおっしゃっていましたが、お互いに情報共有ができていないからなんですね。

例えば、在宅医はこうあるべきだと思って、帰さなければいけないと思っても、その先生は「そこまではできないよ」、でも、ある先生は「もう少し最期までちゃんと診ます」よ、病院のほうも「精神科を持っている患者さんでも診ますよ」という一般病院もあれば、「それは診られない」という病院もあるしということです。

かなり一人一人、患者さんについては個別性がありますので、それをお互いに地域の中でしっかり情報共有をしていくということが、一番重要なところではないかと思います。

確かにアンケートの結果としては、ごく一部の声の大きい先生の声が聞こえてきているのかもしれませんが、実際には一生懸命働いている在宅の先生も病院の先生もいらっしゃるわけで、そういうところをここの場で出すのではなくて、地域包括ケアの中の仕組みの中でお互いに出し合って情報共有をしていくということ、そこがある意味では一番重要なところではないかと思います。

私どもの病院では、やはり10対1の急性期ということもありますが、ともかく入院であったり患者さんの受け入れの敷居をなるべく低くして来ていただいて、その中で在宅に戻してほしい方は在宅に戻すように調整しますし、療養型の、セントラルさんとかにお願いしたい方には願いますといったようなことを、かなりまめに調整していつているのが、うちで対応している形です。

それから、そこにはどういう機能かということだけではなくて、最近うちでよく問題になるのは、その病院に行くと、例えば、療養型の病院さんに行くとどれだけ月にお金がかかるのかという問題も、すごく大きな問題です。

療養型に長期で見てもらいたいけれども、それは経済的に無理だから、仕方なくて在宅という方も中にはいらっしゃったり、場合によっては急性期のほうが安いから急性期に置いておいてほしいという方もいらっしゃったりで、本当に個別、個別だと思っています。

ここは2次医療圏ということでのいろいろな議論が出たり、いろいろな職種の議論が出てきて、耳を傾ける場だとは思いますが、実際にはこういう意見を地域に持って帰って、地域の中でどういうふうに組み立てていくかということが、ある意味ではシステムづくりといえますか、連携づくりという、一番必要なところではないかと、私は自分の病院でいつも考えております。

○伊平（奥沢病院）：奥沢病院の伊平です。

今まさにお話があったとおり、やはり急性期のほうが安かったりして、なかなか行ってくれない方というのは確かにいらっしゃいます。本当に我々は頭を悩ませているところです。

それとは別に、私のような小規模で、94床で20床が呼吸器のついた障害者ですので、急性期74床でやっているのですが、それでも毎日10人入院が

あって、10人退院してというようなことを続けていますので、特に認知症のご高齢の方が非常に多いのですね。非常に手のかかる方が多いです。

私たちは7対1でやっていますが、それでも病床はあけておかなければいけないのですね。救急をとるため、ご紹介を受けるため、あえてあけておくのです。

ただし、それだからといって余裕がある、余力があるというのは全く違います。我々スタッフはもう本当にフル回転で、ずっと24時間働いていますので、これは余力があるから、どちらかの機能に使えるのではないかというのは、ちょっと違うかなというふうに、私どもは印象を持っています。

○近藤（三宿病院）：三宿病院の近藤です。

うちは急性期病院ということになっていますが、病床数が240くらいの中
小の病院の部類に入るところで、7対1の急性期が5病棟と、高度医療病棟を
持っています。

今、看護必要度と在宅復帰率というのですかね、これは余裕を持ってクリア
できるのですが、次の診療報酬の改定等で平均在院日数を短くされると、ちょ
っともう苦しい。

新入院の約55%は急患で、誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎と
かというものが多くて、今まではお1人で生活されていたのに、ADLが下が
って帰れないわけです。

三軒茶屋病院さんにも時々お世話になっているのですが、そちらもいっぱい
で、なかなか受け取ってもらえない。そうすると、うちの療養で待っているわ
けですね。場合によっては急性期病棟でそのまま待っていますし、あるいはい
よいよもう家では見きれないので、療養型の施設に移る。そこも入所待ちとい
うふうなことです。

結局、そのようなことで、もうどうしても平均在院日数を縮められてしまっ
たら、今の療養病棟を地域包括ケア病棟にするか、新たにもう1個急性期病床
をつくるしかなくなってくると思うのですね。

この地区も、急性期の病院がもうちょっと少なくなくてよくて、それから、回復期機能のもう少し病床数が必要ということでしょうが、多分、政策誘導で自動的にそうならざるを得ないのだろうなと思っています。

そんな状況で、東邦の大橋医療センターが建てかわると、もう三宿病院はつぶれるのではないかと思っていたのですが、患者さんの種類が違うのです。

駅から非常に遠くて、それが非常に不利だなと思っていたのですが、周りに住んでいらっしゃる方がいっぱいいるので、逆にそれが今、三宿病院の強みかなと思って、つい先ほどありました在宅後方支援病院にもなって、半年前から患者さんが逐次登録されています。

それから、この間、レスパイトも1人お受けしました。1週間のお預かりの約束だったのですが、入院されてから具合が悪くなって、そのままとうとうお亡くなりになるまで預かってしまいました。

ということで、急性期とは言いながら、やはり200床そこらまでの病院というのは、急性期の機能と地域包括ケアのような、両方持つておかないと、今後は維持できないのではないかと思っています。

○岡座長：いろいろありがとうございます。

次に資料5で、あとでその説明があると思うのですが、東京都地域医療構想会議と在宅療養ワーキングと在宅の先生方とのディスカッションの場をつくるというお話ですので、そういう場でいろいろなディスカッションができればいいのではないかと思っております。

ほかに何か先生方で、どうぞ。

○太田（世田谷区医師会）：世田谷区医師会の太田です。

療養機能の在院日数が長いという意見ですが、世田谷区自体も今人口88万人いますが、65歳以上が全体の20%を占めて、その中の68%が高齢者の単身か夫婦のみの世帯なのですね。75歳以上が約10%で、同じく単身または夫婦のみというのが67%以上を占めているわけです。

そういう中で、果たして在宅、在宅という形で療養患者を簡単に家に戻せるかということ、先ほどあったように、実際にその地域の中でそれを支えるようなシステムがない限り戻せないというのも、かなりあるわけです。

ですので、その慢性期機能の病床を活かすためには、その地域包括とのネットワークをまず確立していかないことには、この慢性期機能の問題は解決できないと思いますし、慢性期機能のことを考えていくためには、その地域包括を各自治体の中でつくり上げていくしかないと思います。

○岡座長：活発なご意見をありがとうございます。いろいろな発言があつてよかったと思います。

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

○岡座長：続きまして、2点、報告事項があるそうですので、東京都よりご説明をよろしく申し上げます。

○榎本課長：報告事項が2点ございまして、資料5をご覧ください。こちらは在宅療養広域連携ワーキングの設置につきましてご説明いたします。

調整会議の中でも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連携や取り組みなどについて深い議論をしていくには、なかなか時間的余裕もないかと思えます。

また、平成27年度からは介護保険法に基づく地域支援事業において、全ての区市町村が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えますが、そういった事業の中で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ので、そういったものに取り組むために、今回、在宅療養ワーキングを設置することにいたしました。

こちらの目的でございますが、各2次保健医療圏における地域医療構想調整会議に在宅療養ワーキングを設置し、この中で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います。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。

こちらの開催時期でございますが、平成29年、本年の9月から11月ごろを予定しておりまして、本年度の第2回の調整会議の前には実施していきたいと考えております。

最後に、この調整会議と在宅療養ワーキングの関係ですが、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ことが主になろうかと思っております。

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

また、ワーキングの検討状況につきましては本調整会議にフィードバックさせるなど、情報の共有、意見の共有を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ました地域医療に関するアンケートの中で、在宅を行っている診療所に対してもアンケートを実施しておりますので、こうしたアンケート結果につきましても、このワーキングの中で資料として提供しながら議論ができればと考えております。

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

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

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

まず、資料の左側でございますが、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の機能転換を行う医療期間に対し、改修や改築、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となります。

事業内容ですが、①の施設整備につきましては、改修、改築または新築工事に要する工事費用などが対象となりまして、それぞれ基準額が265万から530万、636万ということで、その4分の3を補助する予定でございます。また、設備整備につきましては1カ所当たり1050万の補助率4分の3ということでの補助となっております。

続きまして、資料の右側でございますが、こちら開設準備経費支援で、開設後の人件費支援の助成をするものでございます。2つございまして、1個目は開設準備経費支援ということで、こちら病棟に配置する看護職員の訓練期間中の人件費などを補助していくものでございます。また、2つ目といたしまして、開設後人件費支援ということで、医師やリハビリ専門職に要する人件費を補助するものでございます。

本日は2ページ以降に、現時点において本事業への補助申請があった医療機関を、参考までにおつけしております。

こちらは国の基金事業ですので、今後何年続くかはわかりませんが、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考えております。

報告事項については以上でございます。

○岡座長：ありがとうございます。

調整会議は情報を共有する場であるということですので、もし最後に情報提供を行いたいという方がいらっしゃれば、発言をよろしく願いたします。

○江川（広尾病院）：都立広尾病院の江川です。

当院の新病院の建設のことについて、若干情報提供いたします。

前回もこの会でちょっとお話しいたしましたが、当院は6～7年後、新病院の建築ということで、今外部委員を入れまして、基本構想検討委員会ということで協議を重ねているところです。

本来ですと平成28年度には一応結論が出るということだったのですが、実はまだいろいろ意見の収集というところで完全にまとまっておりません。それで、恐らく7月ないし8月ごろまで、案が固まるのにかかるのではないかとこのところでございます。

細かいところは都庁の病院経営本部のホームページに議事録等掲載されておりますので、ご覧いただければと思いますが、また機会がありましたら情報を伝えたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○岡座長：ほかにどなたかあれば。

○井上（渋谷区医師会）：資料の5を拝見してというか、今までの資料の4の問題も含めて、これは矢沢部長にもお聞きしたいのですが、今、私の渋谷の会長という立場で、内藤病院も、セントラル病院も、今、後ろには東海大学東京病院の前の院長先生もいらっしゃって、江川先生もいらっしゃる。

さっきの情報の共有と情報の収集を、やはり渋谷区の医師会としてはやってみたいと思うのですが、そういうときにはお手伝いいただけるのでしょうか。

都立病院が入っているから、都にもということになるのですが、やはり在宅医のいろいろな情報収集は医師会がやるべきだろうけれども、大きい病院とか、行政とのつながりとか、そういうことで情報収集をしたりとか情報の共有とかということに少しお手伝いいただけるのか。すごく雑な聞き方で申しわけないのですが、それが一つです。

それから、きょうのお話を聞いていても、中小病院のほうが実際に情報が多いのではないかと。ここが中心になって物事を進めたほうがうまくいくのではないかとということも考えました。そうであれば、いろいろなところと相談してみたいと思います。

ただ、ここの資料の5に出ているところでは、ケアマネージャーさんとか看護協会とか、これを入れるのだったら包括支援センターもだろうとか、医療

相談窓口もだろうなとかと思いますが、結局は医療、介護全部集まらないと、患者さんは人ですから、同じ人なので、流れがつかめない。そうしないと、この場でも議論が成熟しないのではないかと思ったのですが、いかがでしょうか。

つまり、まず一つは、そういうことを渋谷区でやってみたら、いろいろ、もう1回アンケートすることになってしまうのだけれども、都としてもお手伝いいただけるのか。もう一つは、こういう話というのはいろいろな職種と一緒にしなければいけないので、そういうことをいろいろやってみたいと、渋谷区では思ったのですが、会員の先生にも聞かなければいけないですが、それはそれでよろしいですよということ。

○矢沢部長：ありがとうございます。

まず、その情報の共有については、区がお持ちの情報があったり、都が持っているものもあったりと、いろいろあるので、まとめ方についてはちょっと一回考えてみたいと思っております。お手伝いをするというよりは、多分行政の仕事だと思しますので、考えてみたいと思います。

それから、ワーキングについては、これは前回の調整会議でほとんどの圏域で半分が在宅の話だったので。

それで今、ご存じのとおり、この区、市がアからクの項目について30年までやらなければいけないことというのが幾つかある中で、その区の中だけではなくて、その隣接するところ幾つかと一緒に会議をやりなさいというのが、国のほうでもう決められてしまっていて、その会議とこのワーキングを一緒に考えることができないかなということで、東京都が独自に始めようとしているもので、まだ開催していないのです。

ここで、2次医療圏がいいのか、あるいはそれは区市町村単位でやったほうがいいのかというご議論も進んでくると思しますので、その経過を見て、今後の進め方は区単位がいいのか、2次医療圏は情報の共有だけにするのかということを進めながら検討していきたいと思っております。

○岡座長：では、本日予定された議事は以上となります。

あとは事務局、よろしくお願いします。

4. 閉 会

○矢沢部長：活発なご議論、ありがとうございました。

きょう出てきた意見ということで、簡単にまとめをさせていただきますと、きょうのキーワードは情報だったというふうに思います。

最初のほうでも、医療の連携をするには病院間の情報共有が必要だったり、相手方の在宅の先生が一体どこまでやってくれるのか、あるいは、急性期の病院が何が得意なのかという情報がない中で今進んでいるというところが、課題なのかもしれません。

それから、後方支援病床の確保が困難だと言っている一方で、それはうちで受けられますよというお話もありましたので、やはりそういった辺り、先ほどのご提案もそうですが、情報の共有化というところで私どもも考えを深めなければいけないというふうに、きょうお聞きしていて思いました。

2番目に、緩和ケアのお話がかかなり多かったと思います。緩和ケア病床を取るのには確かに要件も厳しいですし、持っていらっしゃるところからは本当に費用と支出が均衡するのがやっとなお話も伺っています。

その制度がいいとか悪いとか申し上げる立場にはないのですが、やはり東京のこの実態に合った緩和ケアということを、がんにかかわらず、がんも非がんも含めて考えていかなければいけないと、きょうも改めて感じたところです。

あとは、最後に独居、それから、精神といったキーワードが出てまいりましたが、このことについても東京は独居の高齢者あるいは高齢者だけの家族が全国で飛び抜けて多い地域でございます。

そういうところでこの地域包括ケア、医療を考えていくのだとすれば、そういった方々もしっかりと真ん中に置いて考えていく必要があるということ、改めてきょう先生方のご意見から理解させていただきました。

私ども、こういったご意見が非常に宝物でございます、今後東京の医療をどう変えていくかということの中にも、きょうのお話はたくさんヒントがございました。また、この圏域がどうして進んでいったらいいかということも大分見えてきたように思います。

一つ一つ課題はたくさんあって、1個片づけると3つぐらい出てくるのが普通ですが、今後も引き続きご検討いただきたいと思います。

あと、アンケートでございます。これは前回の会議にお出になった方はわかりだと思っておりますが、結構にらみ合いといえますか、相手の様子を見ている感じの会議になったところが多くて、私どもも資料の説明の時間が長くて、反省をしたところで、次の会議に持っていくための材料をどうしても欲しかったわけでございます。

それで、座長、副座長の先生方の会にご相談をして、7項目とか5項目とか、非常に少ない項目ではあったのですが、お答えいただける先生方からいただいたものを次の資料にしたいということで、今回初めて取り組みました。

確かに回収率が低い中で、全ての意見だというふうには思っておりませんが、今後もこうしたトピックスを取り上げてアンケートをさせていただきますので、ぜひ次回からもご協力をいただいて、なるべく回収率の高い中でこういったご議論が進むように、私どもも努めてまいりますので、先生方にもご協力をいただければありがたいと思います。

次回は10月以降、ちょっと年をまたいでしまうかもしれませんが、第2回を予定したいと思います。そこでは、先ほどの在宅と医療をつなぐワーキングのあとになりますので、そこでの議論のご報告もしたいと思いますし、病床機能報告のほうも上がってまいりますので、そこのご報告も差し上げます。

また、きょういただいた意見をもう少しブラッシュアップして、課題を絞り込んだ形での議論が進むように、私どもも努力してまいりますので、引き続きご協力いただきますようお願い申し上げます。

それでは、事務連絡を申し上げます。

○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いますので、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ございますので、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ありがとうございました。

(了)