

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

平成 2 9 年 1 1 月 9 日 開催

[平成 29 年度]

【第 2 回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

平成 29 年 11 月 9 日 開催

1. 開 会

○久村課長：定刻となりましたので、区東部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催させていただきます。本日はお忙しい中ご参加いただきまして、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の久村が進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日の配付資料は次第の下段に記載のとおりでございます。万が一、落丁等ございましたら、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。なお、参考資料 2 は、メンバーの方のみの配布となっておりますので、ご了承ください。

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っていただき、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。

また、本日の会議でございますが、会議、会議録、及び会議に係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、これ以降の進行を湯城座長にお願い申し上げます。

2. 報 告

- (1) 平成28年病床機能報告集計結果について
- (2) 在宅療養ワーキングの開催について
- (3) 公的医療機関等2025プランについて
- (4) 地域医療構想推進事業について

○湯城座長：それでは、早速議事に入りたいと思います。「2. 報告」の(1)から(4)の報告事項について、東京都よりまとめて説明を受けたいと思います。

○事務局：それでは、資料1をご覧ください。平成28年病床機能報告の集計結果でございます。

今年度1回目の調整会議では、4機能別の病床数のみをお伝えいたしました。が、今回、クロス集計が終了したため、ご紹介させていただきます。

まず初めに、資料1に掲載しているデータについてご紹介いたします。

①4機能別病床数の推移につきましては、今年度1回目の調整会議でもご紹介いたしました。平成26年度からの4機能別病床数と、全体に占める割合の推移をまとめたものでございます。

②は、病床稼働率と平均在院日数の推移でございます。こちらは、昨年度から4機能別の病床稼働率と平均在院日数を集計しており、そちらを2か年比較したものでございます。

③は、入院料と機能をクロス集計したものでございます。こちらは、今回初めて取り入れた集計方法で、入院料ごとにどの機能でご報告いただいたかを集計しております。

比較的病院ごとに機能の選択が異なる入院料をピックアップすることで、地域における病床の役割について考えるきっかけになればと思集計いたしました。

④は、退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合でございます。こちらは、今回から機能別の集計となっております。

⑤は、退院調整部門を置いている病院の割合でございます。

資料1は区東部のデータをまとめたものになっておりますので、東京都全体の集計結果につきましては、参考資料1をご参照ください。

それでは、①から順に、区東部の集計結果の内容についてご紹介させていただきます。資料1の右下にコメントを入れてありますので、そちらを見ながらお聞きいただければと思います。

まず、①の4機能別病床数の推移でございます。こちらは、区東部では、平成26年度から平成28年度にかけて、報告割合に余り変動がないのが特徴となっております。

回復期機能をご覧くださいますと、平成27年度が821床となっております。平成28年度は855床と増えておりますが、これらは、地域包括ケア病床の整備が進んだことが影響しております。

また、東京都全体の傾向といたしましては、高度急性期機能と急性期機能が増えていますが、それは、7対1病床や10対1病床の報告内容によるところが大きかったと考えております。

②の病床稼働率と平均在院日数の推移でございます。急性期機能と回復期機能をご覧ください。

いずれも、平均在院日数は急性期では維持していただきまして、回復期機能では短縮しながらも、病床稼働率につきましては前年より高い結果となりました。

一方、慢性期機能では、在院日数が長くなり、その一方で病床稼働率が下がっているという状況でございます。

慢性期機能の病床におきましては、医療必要度が高い患者さんが増えているという声も、地域の調整会議でもよくお聞きいたしますので、それが数字としてあらわれたのではないかと考えております。

東京都全体の結果といたしましては、高度急性期機能の病床稼働率は、平成28年度が88.1%で、高度急性期機能の平均在院日数は、今年度は9.4日でございます。

急性期機能の東京都全体の病床稼働率は82.3%で、平均在院日数が11.6日という結果でございました。

回復期機能の今年度の病床稼働率が88.4%で、平均在院日数は52.1日でございます。慢性期機能の今年度の東京都全体の推移といたしましては、

病床稼働率が89.8%で、平均在院日数は148.4日という結果でございました。

次に、③の入院料と機能をクロス集計したものをご覧ください。

下から2つ目の「地域包括ケア病棟」につきましてご紹介いたしますと、区東部では、回復期機能としてお届けいただいた割合が高くございました。

この入院料につきましては、急性期という割合が高い地域や、急性期と回復期の割合が均衡している地域によって状況はさまざまございました。

後ほど実施するグループワークの中で、地域包括ケア病床の使われ方などについても、ご確認いただければと思います。

また、一番下の緩和ケア病棟につきましては、都全体の傾向とも一致いたしますが、急性期機能と慢性期機能に役割が分かれているという結果でございました。

④の退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合ですが、こちらは、回復期機能と慢性期機能で、表の一番右側の、「在宅医療の実施予定が不明の患者」という割合が高くなっております。

回復期機能で東京都全体が15.3%に対しまして、この区東部では41.3%で、慢性期機能につきましても、東京都全体で19.5%に対して、この構想区域では40.7%と、断トツの高さとなっております。

⑤の退院調整部門の設置割合につきましても、昨年に引き続き、都平均の数字を下回っている状況でございました。

人手の問題も大きいと思いますが、患者さんを地域に帰す際に十分な連携がとれているかを振り返っていただきまして、後ほどのグループワークの際に意見交換していただければと思います。

続きまして、資料2をご覧ください。在宅療養ワーキングの開催についてでございます。

こちらは、前回の調整会議において設置についてご報告したものでございまして、この会の中からご参加いただいている先生もいらっしゃるかとは思いますが、当日の内容についてご報告させていただきます。

開催概況ですが、区東部における在宅療養ワーキングにつきましては、10月31日に実施いたしまして、34名の方々にご参加いただきました。

参加団体等につきましては、こちらの調整会議にご参加いただいている団体に加えまして、在宅医療を実施している先生方、介護支援専門員研究協議会、老人保健施設協会に、新たにご参加いただいて、ご議論いただいております。

当日は、まず東京都から、地域医療構想や在宅療養に関するデータをご紹介した上で、2つのテーマに沿って自由に意見交換していただきました。

1つは、「在宅療養に関する地域の現状・課題等について」で、主な意見交換の内容としては、「区東部において医療資源について足りていないという声はない」という意見があったり、「在宅専門医療機関が増加してきている」という意見がある一方、「外来と訪問診療を行う診療所の場合、夜間や診療中の対応が課題」もありました。

また、「患者やその家族が在宅療養を希望しないという声も多く、在宅療養に関する患者・家族への理解促進が重要」というお声などをいただきました。

2つ目のテーマは、「地域と病院の連携について」ですが、ここでは、「紹介状のみで患者が診療所に帰ってくることがある」というお声や、「区東部は退院調整部門の設置が少ないというデータがあるが、全般的に退院支援は十分取り組まれていると感じている」というご意見がありました。

また、「退院前カンファレンスは実施されているが、在宅医が参加できていない。在宅医側の意識が余り高くない場合や、病院側の都合でカンファレンス日程が組まれていることが原因ではないか」というご意見もいただきました。

さらに、「病院の看護師は介護に関する知識を持っていない」というお声が挙がったり、「病院とクリニックの会議を始めたことにより、連携がとれるようになってきた」というお声もいただきました。

今回は、初回の開催ということもありまして、非常に幅広くご意見をいただきましたが、ここでの意見を、後ほど実施するグループワークの際の参考としてお使いいただければと思います。

続きまして、資料3をご覧ください。「地域医療構想を踏まえた公的医療機関等 2025 プラン策定について」でございます。

これは、ことしの8月に、地域医療構想の実現に向けて、自院が今後どのように取り組んでいくのかを、病院自らプランとしてまとめるように、厚生労働省が求めたものでございます。

このプランの策定対象となる医療機関は、日赤や済生会などの公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院などとなっております。この区東部では、8つの医療機関が対象となっております。

主な記載事項としては、「①基本情報」は、医療機関名など。「②現状と課題」として、構想区域の現状と課題と、それを踏まえた自院の現状と課題。「③今後の方針」として、自院が地域において今後担うべき役割、今後持つべき病床機能、その他見直すべき点。「④具体的な計画」として、4機能ごとの病床のあり方について、現在の4機能別病床数と2025年における病床数を記載するということです。

このプランの策定期限は、東京都では、10月中旬を提出期限として皆さまにご提出いただいておりますが、各病院さまのほうでも、時間がない中で作成していただいておりますため、今回の調整会議の内容等を踏まえて、プラン自体を修正しても結構ですとご案内しております。

本日は、先ほどご紹介しましたが、参考資料2といたしまして、各病院が作成したプランのうち、自院の現状と課題、今後の方針、4機能ごとの病床のあり方の部分を抜粋したものを配布させていただきます。

また、それに加えて、都立病院や市町村立の公立病院につきましても、「新公立病院改革プラン」というものを策定しております。その中から、地域医療構想を踏まえた役割の部分を抜粋して、配布しております。

ただ、今回は、資料としては配布のみといたしまして、このプランの内容につきましても、来年度1回目の調整会議で取り扱う予定としております。

続きまして、資料4をご覧ください。「地域医療構想推進事業について」でございます。

こちら、前回の調整会議から、東京都が実施しているこの補助事業を利用いたしまして、今年度は、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の整備が対象となっておりますが、その整備を進めている病院のご紹介をしております。

今回、区東部におきまして、追加でご紹介する医療機関はございませんが、今後また、ご紹介すべき医療機関がございましたら、この場を借りてご紹介いたします。

資料1から4までの説明は以上となります。

○湯城座長：ありがとうございました。

続いて、東京都医師会から報告が1点ございます。猪口副会長、お願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

カラーの資料をご覧ください。「東京都地域医療構想調整会議に資するために」という資料です。

各都道府県の衛生主管部のほうに、東京都地域医療構想調整会議を進める上にあたってということで、「奈良県方式」というものが伝えられております。

4枚目の資料ですが、医療需要推計というのは、医療資源の投入量によってということと、病床機能報告は、それぞれの病院の機能を自分で判断してということで、整合性がなかなか取れないということです。

そのため、5枚目ですが、左側から右側に移すといっても、なかなかうまくいかないということです。

そこで、6枚目のスライドですが、奈良県としては、急性期を2つに考えたかどうかということで、「重症急性期」と「軽症急性期」に分けたらどうかというものです。

この2つの分け方は、手術の量だとかで判断するというので、7枚目にその点が詳しく書いてありますので、あとでお読みになっていただきたいと思えます。

そして、8枚目ですが、この「軽症急性期」は、回復期の機能も一緒に診るという発想で書いてあります。

これを東京都に当てはめてみるとどうなるかということですが、9枚目のスライドをご覧ください。

平成28年度の病床機能報告と必要病床数というものを、上下にあらわしていますが、高度急性期はマイナス7500床、急性期もマイナス6000床ということで、それぞれ減らす必要がある一方で、回復期は2万6000床も増やす必要があるということです。

そこで、10枚目ですが、東京都の場合、何らかと違って、高度急性期も多いため、「治療中の高度急性期」と「治療後の高度急性期」に分け、急性期についても、「重症急性期」と「軽症急性期」に分けて考えることができないかということなのです。

これについて、11枚目のスライドですが、特定機能病院である大学病院のほとんどは高度急性期で提出してきております。ただ、DPCを分析してみると、高度急性期の患者さんは3割ぐらしか、どこの病院にもいなくて、急性期を含めて6～7割ぐらいで、その他が3割ぐらいとなっています。

そうすると、12枚目は先ほどの10枚目と同じですが、全部を高度急性期から急性期に落とすというのは、なかなか難しいし、今後の努力目標みたいな感じで考えていくと、治療中の部分の患者さんを高度急性期に残して、点数が低いと思われる、3割ぐらいの治療後の高度急性期は「急性期」と考えるというわけです。

それから、「重症急性期」は、そのまま「急性期」として、「軽症急性期」については、「回復期」の中に組み込むように考えますと、比率だけの話ですが、将来推計と同じような推計になってきます。

そうすると、比率が合ってくれば、将来、8765床足りないと言われておりますが、全体像としては8.3%増ですので、それぞれの病院がそれぞれの機能を自分たちで自覚し合って、8%ぐらい頑張れば足りるということになるのではないかというわけです。

例えば、平均在院日数が10日のところを9日にするとか、病床稼働率をもっと上げていくとかいうことで、病床の増加分を吸収することができるだろうと考えられます。

それから、13枚目以降ですが、我々医療機関というのは、今までライバル関係でいたから、これを連携していくためには、必要なインフラがあるでしょうということ、例えば、情報連携システム、病院救急車のような搬送システムであったりというものが、必要になってくるということが書いてあります。

それから、17枚目は、平成27年の病床機能報告を色分けにしたもので、高度急性期が赤、急性期が黄、回復期が緑、慢性期が青、精神科病床が紫色になっていて、円の大きさは病床規模をあらわしています。

このように、東京全体としては非常に偏在しているため、先ほどのように、東京全体としては、病床の比率を合わせることはできますが、構想区域ごとに比率を合わせるというのは非常に難しいので、東京全体で考えるのも一つの方法だという意味で、この地図を出してあります。

○湯城座長：ありがとうございました。

今までの東京都と東京都医師会からの説明に関して、質問等がありましたらお受けできると思いますが、いかがでしょうか。

特にないようでしたら、次の議事に進みます。

3. グループワーク（地域の課題解決に向けて）

○湯城座長：昨年度の調整会議で、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の話し合いを行い、今年度第1回の会議で、事務局において整理された地域の現状とアンケート結果をもとに、今後優先して検討すべき課題や機能についての議論を深めたと思います。

本日は、前回の調整会議において整理した、この地域の課題について、どのように解決していけばいいかということ、各立場で取り組めることについて話し合いを行いたいと思います。

今回、A、B、C、Dと4つのテーブルに分けて、グループワークの形をとっておりますが、構想区域内の医療機関の方にもご参加いただいております。

こういう形で活発な意見交換をお願いしたいと思います。

それでは、グループワークに入る前に、前回の調整会議においていただいた意見のまとめと、グループワークの進め方について、東京都より説明を受けたいと思います。

○矢沢部長：それでは、資料5をご覧ください。前回の会議で使った資料が5-1と5-2でございます。

このうちの5-1は、データから見る構想区域の特徴ということで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期それぞれにさまざまな特徴がございます。

この区東部においては、東京都全体と比べると、高齢化の進行が遅いという特徴がある一方で、高齢者の単独世帯や高齢者のみの割合も、全体に低いということが言えます。

そして、この機能別のいろいろなデータを考えますと、さまざまな特徴があるのですが、全機能に共通して、「退院調整部門を持つ病院の割合が低い」というのが、急性期、回復期、慢性期で見られる一方、高度急性期では、病床稼働率が都平均に比べて低いという特徴が見られるということです。

そして、5-2は、昨年実施させていただいたアンケートの結果から見ている、この構想区域の状況で、不足している機能があるという意見と不足していないという意見の両方ありますが、回復期と慢性期のところでは、不足しているという意見が多くありました。

この2つのデータを見比べて、いろいろ課題を探るにあたりまして、私どもでは、課題の整理として3つの論点をお示しさせていただきました。それが5-3の資料です。

つまり、「1. 今ある医療資源を最大限活用させるための方策」、「2. 在宅に向けた退院調整への取り組み」、「3. 地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢化する地域住民の入院医療体制」の3つを、2つのアンケートとデータ集から読み取りまして、これらの課題についてご意見をいただき、その結果が、それぞれの論点の下に書かれているご意見です。

例えば、「1. 今ある医療資源を最大限活用させるための方策」としては、「流出は、病院の各機能間で調整がうまくいっていないことも一因かと思われる。区東部では、病床が空いているにもかかわらず、うまく使えていないのであれば、工夫が必要」といった意見がありました。

「2. 在宅に向けた退院調整への取り組み」では、「中小病院が多く、退院調整部門を置ける所が少ない。人件費の関係もあり、なかなかMSWを配置できないため、地域でコーディネートするような工夫があればよい」、「人材の確保・育成については、MSWだけでなく、退院支援を行う看護師も課題」、「連携をスムーズにするためには、顔の見える関係づくりが大切」といったようなご意見をいただきました。

そして、この議論の中から導き出される最も明確な課題が、「退院調整部門を置いていない医療機関も含め、退院調整を充実、強化させるための取り組みが必要」、「高度急性期から回復期まで、各機能間の連携を強化するための取り組みが必要」、「地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策」といったものでございました。

実は、これを各構想区域で並べてみますと、全ての構想区域で、「地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策」は、共通してございましたので、今回のこのグループワークでは、全構想区域に共通の課題として、この地域包括ケアをどう進めていくかということを、議論のテーマとさせていただきます。

また、この結果から、今回のグループワークでご議論いただくテーマは、それに加えて、先ほどから繰り返し申し上げている「退院調整部門について」ということにさせていただきます。

それでは、資料6をご覧ください。グループワークの進め方でございます。

まず、それぞれのグループの中で、進行役と書記と発表役を最初にお決めください。そして、テーマは2つですので、20分ずつ進めていきますが、進行役の方は、なるべく全員にご発言いただくようにお進めいただきたいと思えます。

書記の方は、机の上に紙をご用意しておりますので、出てきた意見を記録してください。

そして、発表の時間になりましたら、発表の役目の方が、その席で立ち上がっていただいて、グループワークで出た意見を発表してください。まとめる作業は必要ではなくて、「こんな意見が出ました」ということで結構です。

区東部のテーマは、テーマ①と②とさせていただきます、テーマ①は、全構想区域共通のテーマで、「地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策」です。

それに対して必要な機能は何かとか、地域に必要な病床は本当は何なのかといったことを、病院、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師、保険者、区市町村の方々が、都民の立場からのご発言でも結構ですので、あらゆる可能性のあるものをご発言いただき、発表していただければと思います。

これに関するグループワークと発表のあと、今度は、テーマ②として、「退院調整部門を置いていない医療機関も含め、退院調整を充実、強化させるための取り組み（病院間、地域との連携）」でグループワークをお願いします。

これは、病院と病院の連携と、病院と地域の連携の両方についてです。そして、医療需要の増加が予想される中で、現在の退院調整機能のままで対応することが可能かどうか、各立場から取り組めることは何かということです。

どんなことでも結構ですので、各機能ごとから、要望とか、こうしたほうがいいとか、こんな機能があったらいいというようなことを、ご発言いただきまして、最後にご発表いただければと思います。

時間の進め方ですが、議論を20分、発表は10分を考えています。4グループですので、発表は1グループで2分ぐらいずつをお願いします。それが終わったら、2つ目のテーマでまた20分の議論で、10分で発表ということで、そして、まとめをさせていただき、終了ということになりますので、ぜひ活発なご議論をお願いしたいと思います。

○湯城座長：それでは、テーマ①の「地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策」について、グループワークを始めたいと思います。

傍聴席におられる医療機関の方で、この際参加したいという方がいらっしゃいましたら、席を準備しますので、ぜひエントリーをお願いしたいと思います。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

では、進行役、書記、発表役を決めてから、1つ目のテーマで議論をお願いいたします。

[テーマ①についてグループワーク]

○湯城座長：議論がたけなわかと思いますが、時間になりましたので、各グループから2分程度でご発表いただきたいと思います。では、Aグループからどうぞ。

○Aグループ：東京東病院の在原と申します。

Aグループでは、ソーシャルワーカーについては、私は江戸川区ですが、江東区とかも、少ないというイメージはなくて、大体配置されているけれども、業務が忙しいため、連携がなかなかできていないのではないかという意見がありました。

また、機能分担をよく理解する必要があるというところで、急性期の医師が、患者さんの状態を理解して、それに見合った病院に送っているかというところ、そうでもないのじゃないか。そういうところを埋めるのは、退院調整部門じゃないかという意見も出ました。

あと、退院調整もそうですが、入院するときも全部含めて、患者さんの状態によって、急性期、回復期、慢性期というような形で、入院から退院までスムーズに行くようにするには、決まりきった病院同士の連携ではなくて、もっと幅広いところで連携が必要ではないかという意見もありました。そして、そのためには、顔の見える連携が一番大切だということでした。

それから、例えば、医師会とかで音頭を取っていただいて、ソーシャルワーカーの退院調整連携の会みたいな感じのものをつくっていただければ、そこに各医療機関のMSWが参加して、顔の見える連携ができるのじゃないかという意見も出ました。

○湯城座長：ありがとうございました。次に、Bグループからお願いします。

○Bグループ：葛西中央病院の土谷です。

区東部から中央に流れていってしまう問題と、行ったけれども帰ってこないという問題があるということで、この2つに分けて考えてみました。

ただ、意見としては、個別的な内容が多くて、皆さんの前でご披露するのはばかれるところも話をしていました。

行ってしまうほうについては、高度急性期と銘打っている病院が、どこまで受け入れる覚悟があるのかというか、受け入れたいと思っているのか、受け入れにあたって地域に開いていくのかという努力を、墨東病院の上田先生は、「これからもやっていく」ということでした。

あと、江戸川区の病院はどうかなというのが、個別的な意見でした。

それから、上田先生は、「行ってしまうことが、そもそも問題なのか。行ってしまうても仕方がないのじゃないか」ということで、悩んでおられるということでしたが、これは、大きな問題提起だと思うのです。

確かに、そのとおりかもしれません。高度急性期で、その病院でしかできないという治療があると思うので、ある程度は仕方がないとは思っています。

一方で、戻ってくるほうでは、ほかの圏域に行った人が、遠くに行ってしまったということについては、隣の高度急性期に行ったけれども、ダイレクトで地元に戻ってこれる人は、高度急性期の人は在宅復帰率は高いです。

しかし、ダイレクトに戻ってこられないのであれば、中小の病院がワンクッションを入れるというか、まさに、地域包括ケアの退院調整の役割をもっと発揮していけばいいのではないかとということです。

回復期のリハビリを充実させるための病院をつくることも大事かもしれませんが、中小の病院で退院調整という機能を、区東部の中でするのではなくて、もっと出て行って、中央の人たちから退院調整を引き受けることを、もっとオープンにできたらいいのじゃないかということをお話していました。

○湯城座長：ありがとうございました。では、Cグループ、お願いします。

○Cグループ：江東病院の佐藤と申します。

まず、地域包括ケアを支える病床を効率的にということですが、区の高度急性期病院は1つということで、中央にどんどん紹介しているケースがあります。

ただ、そこから戻せるシステムがあるのかどうかということですが、高度急性期から急性期に、あるいは、クリニックや地域包括ケアのほうに戻るといった場合のコーディネートがうまくいっていないのではないかとことです。

ソーシャルワーカーさん、あるいは、退院調整の皆さんの力によってなされていくものと期待していますが、その辺がうまく動いていないと思われれます。

先ほどのAグループの発表にもございましたが、各地区の社会福祉士さんのような方が、センター的な役割を果たしていただいて、幅広く活用できるようなシステムが求められるのではないかとことです。

それによって、高度急性期から急性期へ、そして急性期からクリニックや在宅へという流れの中で、ケアマネとかMSWさんが中心になってやっていけるようなシステムがよろしいかなと思われま。

それから、回復期の活用としては、地域包括ケア病棟がもっと効率的なアピールをする場があったほうがいいのではないかとことです。

レスパイト入院を急性期や回復期病院に希望する開業医が多いということですが、これも、老健とかも含めて、全体的にコントロールできるような、相談センターというか、言ってみれば、他力本願で申しわけないですが、そういう新しいシステムをぜひ構築して、情報交換しながらやっていったほうがいいのではないかご意見でした。

○湯城座長：ありがとうございました。では、最後にDグループ、お願いします。

○Dグループ：中村病院の古俣と申します。

いろいろ意見が出ましたが、「この地域で地域包括ケアを支えていくために必要な充実するべき機能は何か」ということについては、「地域包括ケア病床というのは地域包括ケアとイコールではなく、診療報酬上の都合で、地域包括ケア病棟がありますよ」という意見がありました。

我々の区東部だけでなく、さらに葛飾区、足立区を含めた、区東北部といたるところと連携しながら、サポートしていく在宅業務みたいなものも、必要ではないかという意見がありました。

それから、地域包括ケアは区市町村だけの問題ではなくて、地域包括ケアセンターがありまして、墨田区では、高齢者総合開発センターということだと思いますが、そういったところと連動はなかなか難しいということです。

また、二次医療圏との区割り地域包括ケアとは、次元が異なるので、もっと連携してやっていったほうがいいのではないかという意見も出ました。

それから、医療と介護の連携ということも必要だということで、この辺のところも、行政内部のほうでも十分な連携ができていないので、今後さらに強化する必要はあるのではないかという意見もありました。

また、在宅ドクターと地域病院との関係や、介護される方の関係といったところも、直接いろいろやり取りをしながら、結びつきを強化していく必要があるのではないか。在宅とかケアマネさん、ヘルパーさんとかについても、いろいろ問題が出てくるのではないかということです。

あと、同じになってしまいますが、急性期は介護との問題が強く結びついていて、その場合、在宅とかケアマネさんとの問題が出てきますよということでした。

それから、回復期から在宅へということも、かなり必要な機能ということですが、この場合にも、特に、ケアプランや夜の急変時の対応といったところも、具体的に実施していく必要があるのではないかという意見もありました。

あと、回復期リハと地域包括ケアの関係をどう考えていくかというようなことで、この辺のところも、患者さんが重複している部分もあって、うまく連携をとりながらやっていく必要がありますが、急性期の対応をどうしていくかといったところも問題だということです。

特に、これまでも言われたように、中央部に急性期の患者さんが流れてしまうといったところについて、地域としてどう考えていくかということですが、何も高度急性期の患者さんだけが中央部に行くということではなくて、地域でも、救急なども含めて、十分対応できる症例があるのではないかという意見もありました。

あと、2番目の「上記の機能を実現するために、地域で必要な病床とは」ということですが、これについては、まだ十分な議論に至りませんでした。基本的には、回復期リハと地域包括ケア病棟と在宅との結びつきの中で考えていったらどうかというようなことでした。

そして、その次の「各立場から地域で取り組めること」については、時間切れで十分な議論ができませんでした。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、2つ目の「退院調整部門を置いていない医療機関も含め、退院調整を充実、強化させるための取り組み」について、引き続きディスカッションをお願いいたします。

[テーマ②についてグループワーク]

○湯城座長： それでは、またAグループから発表をお願いします。

○Aグループ： 梶原病院の梶原と申します。

箇条書きにしたものを読ませさせていただきます。

訪問診療をしているクリニックでは、ソーシャルワーカーが結構いらっしゃるのではないだろうか。

在宅を診るドクターについても、いろいろな種類の方がいらっしゃるが、24時間診るのは、体力的に在宅では厳しい。

外来と訪問も厳しい。

ケアマネ同士のネットワーキングなどを地域ごとに使って、それをしっかり強化していくため、行政や医師会等にお助けいただくのはいかがでしょうか。

在宅については、分野も分かれていて、小児、がんといろいろあるので、このところに在宅の話を持ってくるのも厳しいのではないか。

薬局の方から言うと、退院調整の話が出てきた場合、いろいろな科が来てしまうので、具体的にはかなり厳しい問題がある。

在宅退院調整加算があるということだが、これについてもハードルが高い。

できれば、家族を呼んでの退院調整が望ましい。

結局は、医療保険での入院のほうが、介護保険の何らかの入所等よりも安いので、そっちに流れているところもあったりしている。

若い先生方の中で、地域医療等についてのご理解が少ないのではないかと思われるので、もっと医学生に勉強させてほしい。

○湯城座長： ありがとうございます。では、Bグループ、お願いします。

○Bグループ： 葛西中央病院の土谷です。

MSWを活用しようとかは、ほかのグループもいろいろ意見があると思うのですが、うちの中で最後に出た意見だけを言いたいと思います。

在宅で自分たちが診ていたのに、自分たちと関係のない、ほかのケアマネとか、病院のMSWを介したら、ほかの診療所に行ってしまったことがあるという事です。

ここに来ているような人たちは、仁義を重んじておられると思いますが、決してそうじゃない人たちが、特に在宅においては増えているのじゃないかと思われまます。

これは、私の個人的な意見で、多くの在宅の先生方は一生懸命やっておられますが、最後が“商売”と言ってしまいましたが、職業ベース的にやっている人たちがいるという問題提起がありました。

その人たちと私たちはうまくやっていけるのだろうか、だんだん声が小さくなりましたが、これで発表を終わります。

○湯城座長：ありがとうございました。それでは、Cグループ、お願いします。

○Cグループ：江東病院の佐藤です。

退院調整部門は、各病院ごとに持ってはいるものの、MSWとナースが中心ということですが、動きが非常に弱いということです。

看護の場合は、ナースがいろいろな業務と兼務しているのので、いろいろ研修は行われているようですが、研修に行けばいいというだけのものでもないということです。

退院調整を扱うナースの特性というか、センスというか、こういうものが結構幅広いキャパを求められるということがありますので、この辺を養成していくのが、一つのテーマだと思われまます。

それから、退院調整にあつては、MSWと看護師の役割ということで、MSW1人をサポートするという意味でも、病院として、組織としての理解が必要になってくると思われまます。

先生方の役割としては、急性期は、入院から介入していきたいというところで、先生方にも協力していただきたいということです。

結局、退院調整は、元をただせば、入院に結びつくわけですから、入院のところから介入していった退院というサイクルを、きちんと作り上げていかないと、なかなかうまくいかないのではないかと思います。

東京臨海病院さんにはMSWが10人ほどいらっしゃるということで、それだけの人員を配置してやっていくという病院もありますが、当院なども多くはいません。

江東区は、特に地域をしっかりとやってもらうということで、MSWとナースに対して、在宅を見学するという実習も行っていますので、そういう啓蒙活動を活発にやりながら、何とか前向きに取り組んでいくということです。

要は、入院させたあとに在宅につなげていく必要がありますが、これがなかなかうまくいってないケースが多いです。

その点で非常にうまくいっているのが精神科病院で、東京足立病院の田中先生のところは、以前から非常にうまくやっておられ、当然、人的配置についても、MSWさんも大勢いて、頑張っておられるということです。

それから、森山記念病院さんも、病院と病院、病院とクリニックというところの連携でうまくやっておられます。

さらに、一番ユニークな例としては、江戸川区の先生からの報告で、在宅ドクターと在宅専門の診療所のドクターが、患者さんと登録契約をされていて、その患者さんの具合が悪くなったときには、救急車で搬送するというのですが、その救急車というのは、区内の病院が持っている救急車を使って搬送するということです。

そして、その場合は、その患者さんが希望する病院に入院させていただくということです。

このときのコストの負担はどうするかというと、区さんがこの救急車の搬送のコストを負担するというので、非常にユニークなというか、非常に先駆的な対応ではないかと思ひまして、これでうまくいけば、めでたしめでたしということです。

江東区としては、後方支援病院が必ず取るというシステムがあって、私のところも後方病院になっていますが、当院でも受けられないケースがいくつもあります。

そういう場合はどうするかというと、その場合は、墨東病院さんとか昭和大学江東豊洲病院さんのほうにお願いするというようなことをやっています。

他の区に流してはならないとはいうものの、そのところがなかなかうまくいかなければいけないというのが現状ではあります。

○湯城座長：ありがとうございました。では、最後にDグループ、お願いします。

○Dグループ：寿康会病院の猪口です。

退院調整部門ということで、この区東部では、五十数病院のうちの27病院は、退院調整部門を持っているけれども、五十数%しかないという話から始まったんですが、実際、3区の方々に聞いてみると、もっと充実しているのではないかという話が結構ありました。

ただ、問題は、MSWを中心に考えると、MSWが不足していて、非常に広がりを持っているけれども、人員不足は否めないということで、どうしても仕事が多いので、片手間になっている場合もあるのではないかということでした。

あと、MSWがいつから関わるかということでは、病院によってかなり違って、救急主体のところは、どんな患者さんが来るかわからないので、入院してから、ほぼ全員に関わる必要があり、退院のときの後方連携ということが必要になるということです。

回復期の場合も、ほぼ全員に関わるのですが、この場合は、入院してくる手前で、もう前方連携をするということと、退院時の後方連携の両方あるということでした。

さらに、療養の病院の方もいらっしゃって、そこはちょっと違って、やはり、前方連携のほうが主体で、どういう患者さんをどう入れていくか。これは、医療区分とかいろいろな問題があるので、そこが重要だという話もありまして、非常に多岐にわたっているなというお話でした。

それから、今後、そういう在宅との退院調整のときに、多職種連携ということがどうしても必要になっていて、MSWがどういう方と話をし、家に戻す

のか、地域に戻すのかというときに、急性期としては、家族が中心だということです。

ただ、これが回復期で、リハビリなどが回復期に進むと、要介護が下りてきているので、この場合は、ケアマネジャーを交えていかないと、いろいろな準備ができないというようなお話もありました。

いずれにしても、かかりつけ医に戻すわけですから、かかりつけ医がちゃんとして、きちんと戻せばいいわけですが、そうではなくて、在宅でまた主治医を探さなければいけないということになると、どうしても、今ですと、在宅専門の診療所を紹介されたりということがあるかなというような話になっていました。

いずれにしても、これからは多職種連携がますます必要だというようなお話をしておりました。

○湯城座長：ありがとうございました。

皆さん、活発なご議論をありがとうございました。

次回以降の調整会議でも、今回のような地域の課題解決に向けた議論を重ねていければと思います。

東京都のほうから何かありますか。

○矢沢部長：ご議論いただきありがとうございました。

今いただいたものをちょっとまとめてみました。

最初のテーマのところでは、顔の見える連携が大事だということや、コーディネートする仕組みがあったらいいのではないかというご意見がありました。例えば、医師会でMSWの会をつくるとか、社会福祉士が幅広くコーディネートするとか、そのときに老健なども含めたらどうかというご意見もありました。

コーディネートについても、回復期から在宅へとか、回復期と地域包括ケアとかでは、ちょっと質が違うので、そのあたりは難しいというお話もありました。

それから、患者さんの流れですが、高度急性期に入ってしまったって、ダイレクトに帰ってこれないということがあるなら、地域の中小病院が退院調整機能を

かって出るようなことがあってもいいのではないかというご意見もいただきました。

これは、区東部と区中央部との関係で、区中央部に流出が多いということもありますので、このことを区中央部の会議のときに投げかけてもいいのかなと思いました。

2つ目のテーマのほうでは、退院調整部門はあるが人手不足で、なかなかフル回転ができないとか、急性期に入ったときからの介入が必要で、ほぼ全員に介入する必要がある。また、回復期も、ほぼ全員に介入するけれども、前方と後方の両方が必要になってくる。療養病床になってくると、前方のほうとの連携がかなり必要になってくる。

ですので、病院の機能によっても、MSWが介入する、あるいは、退院調整、入院調整をする場合にそれぞれ必要な時期があるということ。

また、家族との関係の退院調整にも課題が多いというご発言もありました。

それぞれの区の取り組みで特徴的なことをご紹介があり、全体として、介入の時期は早いほうがいいというような結論だったかと思います。

あと、かかりつけ医を持っていなくて、在宅専門のクリニックに患者さんが行ってしまう例もあれば、かかりつけ医があるのに、ケアマネとかMSWとかを介したら、他のクリニックに行ってしまったという例もあり、こういったことはどの地域でも同じような話をお聞きしますので、これは、行政のほうからも、そういった場合のインフォメーションについて、お願いしていく必要があるかと感じました。

○湯城座長：ありがとうございました。

この調整会議は情報を共有する場ですので、情報提供を新しく行いたいということであれば、この場でお話しいただきたいと思っております。

本日は、江東リハビリテーション病院の梅北先生から、病院に関するご案内をいただきたいと思います。

○梅北（江東リハビリテーション病院）：江東リハビリテーション病院の梅北です。

前回の会議で、新規参入病院は、地域医療構想においてどのような将来構想を持っているのか報告してほしいというご意見があったということですので、発表の機会をいただきました。

この10月1日から、保険診療を開始しております。

病床数は206床で、当初は、一般病床を8床届けておりまして、これは、地域包括ケア病床として使い勝手がいいだろうということで、これを持っておりましたが、江東区医師会さんの強い要望もありまして、療養病床に種別変更の予定にしております。

回復期リハビリテーション病床としては198床で、これは、療養病床として届けております。そして、回復期リハビリテーション病棟は4病棟になります。

回復期の区東部保健医療圏の現状についてですが、ご存じのように、江東区は、今までは10万人当たり12.3床で、当院ができて51.1床まで増えますが、全国的なレベルよりまだまだ低いという状況だと思いますので、回復期リハビリテーション病院としての役割が非常に大きいと思っております。

それから、当院は9月13日から診療を開始しておりますが、それまでにご紹介いただいた件数は64施設からで、もちろん、近いところの江東区、中央区、墨田区の病院からが多いです。

そして、区中央部の大学病院などから、急性期を過ぎた患者さんを回復期ということでご紹介いただいたりしております。

そのほか、広い範囲からご紹介いただいておりますが、ご家族がこちらにいるといった理由でこちらに来ているということが多いです。

それから、今までの入院決定数は171件で、これも、広い範囲の49施設から入院されております。

疾患区分としては、「脳血管」が48%で最も多く、「運動器」が40%で、「廃用」が12%ということで、他の回復期リハビリテーション病院より「廃用」が若干多くなっております。

男女比は、女性と男性では52：48ということで、女性のほうが若干多いという状況で、平均年齢は75.2歳ということで、80代、90代の方が非常に多くなっております。

それから、入院患者さんの住所地は、江東区が47%、江戸川区が19%、中央区が8%です。墨田区は、東リハさんがあるせいか、少し少なくなっております。

あと、入院患者さんの保険状況ですが、後期高齢が55%、国保が19%、社保が15%です。そして、この地区の特徴かもしれませんが、生保が8%ということで、ちょっと多くなっております。

最後に、今後の運営についてですが、ひと月当たり80~90名の退院及び新規入院患者の受け入れを考えております。

平均在院日数としては、65~75日ということで、ほかのグループ病院の平均になります。

そして、リハのスタッフが充実した段階で訪問リハビリテーションを開始したいと思っております、在宅生活、疾病管理の一助を担っていきたいと考えております。

東京都の地域医療構想や病床配分に応じた回復期病床は、この地区ではまだまだ少ないですし、当院ができてから、かなり要望が強いということが、開いてみてよくわかりました。

ですから、予備病床が76床ありますので、ぜひ活用させていただければと思っております。

このようにして、回復期医療のさらなる充実に貢献していきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

あと、東京都病院協会からもご案内がありますので、よろしく願いいたします。

○猪口雄二（東京都病院協会）：東京都病院協会の猪口です。

お手元の青い紙をご覧ください。東京都病院協会では「トップセミナー」というものを開催しております、今回は、11月30日（木）に、この東京都医師会館で講演会を開催いたします。

この地域医療構想の最初の基礎データをつくられた、産業医科大学教授の松田先生を講師にお招きして、講演をしていただき、そのあと、東京都の地域医療構想をどう持っていくかということで、東京都医師会の猪口副会長が座長で、松田先生とここにおられる矢沢部長がシンポジストです。

対象として「病院経営者」と書いてありますが、座席はまだ十分ありますので、経営者に限らず、この地域医療構想に興味がある方やこれに関わっておられる方は、ぜひご参加くださるようお願いいたします。よろしく願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、本日予定された議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思います。

4. 閉 会

○久村課長：本日はグループワークでご議論いただき、また、貴重なご意見をいただきまして、大変ありがとうございました。

最後に事務連絡を3点ほどさせていただきます。

まず1点目でございますが、先ほどもございましたが、今後、例えば、担う機能を大きく変えたり増床を予定されている医療機関につきましては、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと思います。ご希望の医療機関におかれましては東京都医師会または東京都までお申し出ください。

2点目、議事録についてでございます。本調整会議は公開でございまして、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は、東京都福祉保健局までご連絡いただければと思います。

3点目ですが、本日は閲覧用の「地域医療構想」を配付しておりますが、そのまま机上にお残しいただければと思います。

それでは、長時間にわたりましてありがとうございました。本日の調整会議を終了とさせていただきます。

(了)