

〔平成29年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

平成29年6月15日 開催

【平成29年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

平成29年6月15日 開催

1. 開 会

○榎本課長：それでは、定刻となりましたので、南多摩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ございます。万が一、落丁等がございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申し出ください。

後ほど質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には事務局よりマイクを受け取り、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

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

それではまず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。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。お忙しい中、大勢の方々にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

地域医療構想に関しましては、高度急性期の患者様が入ってこられたらどう対応するかとか、あるいは、急性期においても、「急性期指標」を入れてみようというようなお話もあります。

また、回復期においても、本当に回復期が足りないのか、一般病床で吸収しているんじゃないか、そういうことをどう考えるかということ。

また、慢性期においては、一つには、医療区分1の70%が本当に在宅に移行できるのか。私も日本医師会の地域対策委員会に出ておりますが、各都道府県では、せいぜい30%が在宅等に行けるということで、70%なんてないというような意見が大半でございます。

私も南多摩医療圏には大変お世話になっていまして、私の本拠地でございます。そして、この南多摩医療圏においては、案外バランスのいい医療圏じゃないかなと思っております。

さらに、高度急性期においては、隣接圏も含めて、完結率がやや低い状況で、まだまだ利用者の方を増やすことができるんじゃないかなと思っております。

あとから東京都さんのほうでもあると思いますが、この会において、さらにさまざまなご意見を聞くということで、アンケート調査をしました。その結果、在宅に関しては、在宅療養のワーキングチームをつくって、さらに検討していくという案もありまして、またお話があると思います。

傍聴の席に市会議員の方とか、そういう方がお見えになれば、エリアの医療や介護についていい勉強になるんじゃないかなと思っております。ぜひそういう機会をつくっていただければなと思っております。

どうかきょうはまた熱い議論をお願いしたいと思います。どうかよろしくお願いします。

○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、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。きょうはお疲れのところお集まりいただきましてありがとうございます。

この調整会議は地域医療構想をつくってから設置をいたしまして、今年度の第1回ということで開催させていただきます。

きょうは、これまでいろいろデータを読んで、その中から課題を洗い出してということをやってきましたが、今回はデータから見るこの地域の課題とか特徴、それから、先ほど安藤先生からお話のあった、アンケートの結果から見た地域の特徴というのを照らし合わせて見ていただいて、その中から、今、最もこの地域に必要なこと、あるいは、どうしてもなさなければいけないことは何かという課題が、ある程度見えるところまで来るのがきょうのゴールでございます。

後ほど資料の説明をさせていただきますが、どうか議論のときには、どういご意見でも結構ですので、なるべく議論に参加いただきまして、活発なご意見をいただきますようお願いいたします。

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、これ以降の進行を座長をお願いいたします。

2. 議 事

(1) 平成28年病床機能報告速報値について

○田村座長：座長を務めます多摩市医師会会長の田村でございます。

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。よろしくお願い致します。

○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ご説明をいたします。

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がまとめてあります。東京都全体の報告病床数は、平成27年が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に報告したということによる増が大きくなっております。また、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考えております。

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。

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あります。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%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。

3枚目に多摩地区の状況もお示ししてありますので、後ほどご覧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。こちらが南多摩圏域における病床機能報告の結果の内容でございます。

南多摩では、高度急性期機能につきましては平成27年と比較いたしまして28年は1525床ということで、384床の増ということになっております。一方、急性期につきましては3478床ということで、27年度と比較して492床の減、回復期機能につきましては725床ということで、40床の減、慢性期機能につきましては4750床ということで、509床の増ということ

で、トータルいたしまして平成28年は10万478床ということで、前年より361床の増ということになっております。

こちらの主な変動要因でございますが、高度急性期、急性期につきましては、急性期から高度急性期への機能変更。また、回復期につきましては、回復期から急性期への機能変更による減が大きいと考えております。

また、慢性期機能の増につきましては、こちらは未確認の病院の報告による増ということで、昨年度はデータの都合上エラーになったものが今回は数値としてあらわれたもので、こういったことによる増ということになっております。

そのほかに、本日は参考資料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、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。

○田村座長：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につきましては、次の議事のあとに併せて行いたいと思います。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○田村座長：議事の2つ目、地域医療に関するアンケートについて、これも都の担当からご説明をいただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○榎本課長：それでは、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を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ましてはさまざまな意見をいただいたところでございます。これに関しまして、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、都平均や周辺の構想区域と比べることで着眼点を探すなどの現状把握を行い、その中で著しく低いデータがあったり、高いデータがあったときに、その要因を考え、その低いことが課題なのか、高いことが課題なのかどうかを検討するなどして、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思っております。

また、今年の調整会議の状況といたしまして、時間の制約もございまして、全ての関係者から意見を伺うことは困難であったり、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でございます。

2枚目をお願いいたします。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だったり、予測される将来の医療状況などについて聞いております。

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にアンケートの調査用紙をお配りしておりますので、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。また、アンケート結果を各市町村ごとにも整理しております。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をご覧ください。こちらにつきましては、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いて一覧に整理したものでございます。今後地域の中でご活用いただければと考えております。

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をさせていただきます。

資料2につきましては以上です。

○田村座長：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アンケートについてのご質問はございませんか。よろしゅうございますか。あとで議論の時間を設けておりますが、もしないようでしたら次に進みたいと思います。

(3) データ／アンケートから見る構想 区域の現状について

○田村座長：それでは、次に、データ／アンケートから見る構想区域の現状についてということであります。

先ほどご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を行ったわけですが、調整会議ではこの地域に不足していると感じている医療をどう補っていくか考えることを主に行ったわけです。

今回は、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て、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。お願いします。

○事務局：それでは、資料3をご覧ください。

こちらの資料3では、病床機能報告のデータと、先ほどご説明いたしましたアンケートから見えます、この地域の医療の姿についてまとめております。こちらの資料3の内容を踏まえまして、この後の資料4では地域で検討すべきと思われる課題につきまして、事務局で案として考えたものをお示ししております。

まずは、資料3で地域の現状をデータ、アンケートから確認をした上で、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。と考えております。

それでは資料3ですが、1枚目右上に2分の1とあるもの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たものとなっております。

また、2枚目につきましては、右上、2分の2となっているものは、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、診療所などで行いましたアンケートでいただきましたご意見をまとめたものとなっております。

上の部分につきましては、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の主なご意見を記載しております。また、各機能に対するご意見については、機能別に記載をしております。

その下の部分、矢印の右側の部分については、病院から在宅へのつながりの部分で、病院側、在宅医側からのそれぞれのご意見を記載しております。

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。縦に並べながらご覧いただければと思いますので、よろしくお願いたします。

それではまず、1枚目のデータから地域の特徴について見ていきたいと思っております。

まず上段にございます人口ですが、南多摩は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になっております。

総人口につきましては、2025年に向けて増加した後、2030年に向けて減少していく見込みです。

医療資源の状況につきましては、高度急性期は流出超過。主に、北多摩南部や神奈川県に患者が流出しております。

急性期機能と回復期機能についても、北多摩南部や神奈川県に患者が流出しておりますが、自構想区域完結率が約70%と比較的高くなっております。

また、慢性期機能につきましては流入超過となっております。都内全域や神奈川県から患者が流入しております。慢性期機能につきましても自構想区域完結率が約7割と、西多摩に次いで高い数字となっております。

それでは、まず1枚目の高度急性期機能をご覧ください。高度急性期機能につきましては、北多摩南部のほか、神奈川県への患者の流出も多い地域となっております。

入院基本料を見ますと、高度急性期機能病床のうち約85%が7対1の入院基本料を取る病床になっています。また、病床機能報告におきまして、全ての病棟を高度急性期機能と報告している病院も存在しております。

その右側の急性期機能をご覧ください。急性期機能につきましては、7対1、10対1の入院基本料を取っている病床が約8割となっております。これらを併せると3000床を超えております。また、急性期機能につきましても、病床機能報告で全ての病棟を急性期と報告している病院が存在しております。

高度急性期、急性期機能のいずれにつきましても、病床稼働率は都平均より若干低いぐらいの数字となっております。今後、求められる機能などにおいては、病棟単位で機能分化して報告するという事なども考えられます。

アンケートのほうをご覧くださいますと、高度急性期機能につきまして町田市の病院さんからご意見をいただいております。不足しており、多摩市や他県に頼っている。また、急性期機能でも同じく、町田市の病院さんからは神奈川県への流出が激しいといったご意見をいただいております。

ただ、高度急性期機能のすぐ上の部分、「その他」のところに記載しておりますが、「不足機能については、現在の連携によって補えばいい」といった声もいただいております。

構想区域内の地域特性の違いが大き過ぎるといったご意見がございますが、現状は比較的連携でうまくいっており、地域差異がありましても、圏域内、または隣接区域を含めた範囲の中である程度補えると考えられるかと思われまます。

また、急性期機能につきましては、同じくアンケートの中で、小児科、婦人科、呼吸器科、リウマチ科などの診療科ですとか、精神疾患を持つ患者に対応できる急性期が不足しているといったご意見もいただいております。

データのほうに戻っていただきまして、急性期機能、上から3つ目の点で、家庭への退院割合ですが、75.4%と、こちらは都の平均並みとなっております。

また、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合は3.9%と、こちらは低い数字となっております。

これは、元気に退院しているのか、または、退院後の状況を把握していないのかということもあるのかもしれませんが。ただ、この急性期機能については退院調整部門を置く病院が約7割と、こちらは都の平均よりも高くなっておりますので、元気に退院されている方もある程度いらっしゃるのかと思われまます。

次に、回復期機能のほうをご覧ください。回復期機能は、ご報告した病床のうち7割以上が回りハ病床となっております。また、病床稼働率は92.3%と高く、こちらは都平均の87.4%と比べても高い割合となっております。ただし、南多摩の人口10万人当たりの回りハ病床数は都平均の約9割と、病床数は平均より少なめとなっております。

回復期機能につきましては、アンケートのほうで回復期機能に対するご意見としまして、八王子市、町田市 of 病院からは回復期リハ病床が不足しているとの声。また、回復期機能が不足しており、急性期からの連携がスムーズでないといったご意見ですとか、冬季は満床となることが多く、季節によって変動があり、そこを感じるといったご意見をいただいております。

病床稼働率については、平均在院日数も45.6日と、都の平均に比べて短くなっていることから、データからは回復期の機能をある程度活用されているのかなと思われませんが、都平均よりも病床数が少なく、アンケートでも回復期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。

回復期機能をどう増床させていくかというのは、この地域でも課題と言えることかと思われまます。

病床稼働率が低い機能があれば、それを有効に活用するなど、病床稼働率を上げていくことで、不足する医療に対応できるのかどうかといった観点からも考えられ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、上から3点目、地域包括ケア病床医療の届け出は140床ありますが、そのうち60床が回復期機能と報告されております。残りの80床は急性期機能となっております。

他の病院、診療所からの転院の割合は49%と、都平均よりも高くなっておりますが、地域包括ケア病床もあることから、そういう機能を担っているのかということも考えられるのかと考えております。

また、退院後に在宅医療を必要とする患者が4機能の中で最も多く、1割を超えております。

また、退院調整部門を置いている病院は8割強と、都平均に比べると高くなっております。在宅に移行する際に地域の在宅医療の連携や調整が重要かといったことも考えられます。

在宅医療の需要等が見込まれている中で、病院と在宅医との連携は地域医療を考えていく中でも重要なポイントかと思われまます。

次に、一番右側の慢性期機能をご覧ください。慢性期機能につきましては、この地域は医療療養病床が多くなっておりまして、高齢者人口10万人当たりで都平均の約1.4倍、介護療養病床についても都平均の約1.1倍となっております。そのため、北多摩南部や西部を中心としました、都内全域や近隣の神奈川県から患者が流入しております。

病床稼働率につきましては93.1%と都内で最も高い稼働率となっております。一方で、介護療養病床の慢性期機能につきましては約4分の1を占めていることもあるのかと思われまますが、平均在院日数は都平均に比べて長くな

っております。南多摩では250.2日と都平均に比べても100日近く長くなっております。

また、一番下に記載しておりますが、死亡退院の割合が39.1%と、こちらも都の平均より高くなっております。介護療養病床が多いことも関係しているのかもしれませんが、慢性期機能で看取り機能を一定程度担っているとも考えられます。

アンケートのほうをご覧くださいますと、慢性期機能についてのご意見としては、充足している。また、精神科医療における慢性期機能は空きつつあるとの声が出ております。また、一方で、不足しているといったご意見が出ている地域もありました。

南多摩の地域は療養病床が豊富で、他地域からの患者も多く受け入れているところですが、自圏域の完結率も比較的高い地域となっております。圏域内で地域差や偏在があるのであれば、地域の医療体制や連携をどう考えていくのかということもあるかと思われまます。

またデータのほうに戻っていただきまして、下から2点目、入院時の状況ですが、他の病院、診療所、介護、福祉施設からの入院が多く、46.8%で、約半数近くになっております。こちらは都平均に比べても高い割合になっております。

また、記載はしておりませんが、家庭からの入院割合、家庭への退院割合は低くなっております。

回復期機能につきましても、家庭からの入院、家庭への退院割合は平均的ということで、サブアキュート等の在宅療養を支える病床がここで対応しているのかといった点も考えられます。

在宅療養との関係につきましても、急変時の受け入れにつきまして、アンケートで在宅医の先生などからご意見をいただいております。

アンケートの下の方に記載をしておりますが、在宅側と書いてある左側のところですが、受け入れ策の確保が難しいといった意見を各市の先生からいただいているところです。

一方で、顔の見える関係ができているだとか、病診連携がうまくできるので、受け入れに関しては問題ないといった声もいただいております。

また、病院側からの在宅患者のためにバックベットの常に確保できるかが課題。後方支援を感じているようなご意見をいただいております。

レスパイトの受け入れに関して、標準的なルールがあれば、連携先が増やしやすといったご意見などもありました。

上のほうに「不足している医療」ということで、地域包括ケア病床が不足しているといったご意見も出ておりますが、こうした病床を整備して、地域での受け入れ先を確保する必要があるのか、または、連携体制を構築することである程度対応していくことができるかといったことで、この辺についても議論をしていくことができるの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、各機能の下の「その他」のところですが、南多摩の地域は2013年から2025年にかけて75歳以上の医療需要の伸び率が都内で最も高い地域となっております。大腿骨骨折や成人肺炎については約2倍にもなります。また、脳卒中や成人肺炎、大腿骨骨折の完結率は全て7割後半と、高い地域となっております。

これに伴い、医療需要が増える中で、地域の医療体制をどう整備するのか、地域包括ケアシステムの構築に向けて地域包括ケア病床の整備ということが、一つのポイントになるのかと思われまます。

また、下の部分に記載しておりますが、退院調整部門を持つ病院の割合が高度急性期機能から回復期機能までは高くなっておりますが、慢性期のみ45.7%と低い数字となっております。

アンケートのほうをご覧くださいますと、在宅医は先生からいただいたご意見で、右側に記載しておりますが、在宅医側から、症状が安定したら速やかに在宅医療に戻してほしいといったご意見ですとか、ターミナル期に入る患者については、早期に在宅医療の方向に連携してほしいといったご意見をいただいております。早めに在宅療養につなぐことを求めるようなご意見もいただいております。

南多摩の慢性期機能は病床稼働率が高く、平均在院日数が高い。こちらは都内と異なっております。慢性期機能は退院調整部門の割合が低いということを考えますと、こちらの出口部分の課題についても検討していくことができるのではないかと考えております。

また、流入患者が多いこともありまして、他圏域の在宅医の先生などとの調整も必要になってくるのかと思われます。

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、地域の関係者のご意見それぞれから見えます地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ましたのが次の資料4となっております。

ここ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しまして、事務局の案として挙げております。今回は2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、慢性期機能においては、都内全域に加え、他県からの患者を受け入れていること、慢性期機能では平均在院日数が長く、死亡退院割合が高いこと、そして、退院調整部門を持つ割合が低いこと、また、地域の診療所からは早期の在宅移行を求める声があることといったものがあります。

この地域は療養病床が多く、他圏域から多くの流入患者を受け入れている中で、南多摩の地域における慢性期機能が担うべき役割は何かというのを、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、都内の他圏域や他県からの患者が多い一方で、退院調整部門を置く病院の割合が低いということで、退院調整部門をどう充実させていくのか、また、ターミナル期の患者を在宅医療並行する際の連携が十分であるかどうか、また、自構想区域外の患者を元の地域に円滑に返すために退院調整と医療連携は十分であるかといったものなどが考えられます。

次に2点目ですが、地域の特徴としまして、75歳以上の医療需要の伸び率が都内で最も高いこと、そして、回りハ病床を含め、回復期機能の病床が少ないこと、休日・夜間の軽症者一次診療施設が不足しているという声が出ていること、また、急変時の受け入れを積極的に行ってほしいとの意見が出ていることといったものがございます。

高齢者の医療需要が増加している中、回復期機能を初めとする地域で見る病床が不足しているとの声が出ている中で、地域包括ケアシステムの構築に向け

て、高齢化する地域住民の入院医療体制をどう整備していくのかというのが、2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、地域包括ケア病床が現状どのように活用されているのか、ポストアキュートやサブアキュート機能を担っているのかどうか、そして、現状を踏まえて、今後どのように整備していくのか、また、回復期リハ病床を含めた回復期機能についてどのように充実させていくのか。

連携で補えるのか、新たに整備する必要があるのかといった、さまざまなご意見をいただければと思っております。

以上、2件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、この2件全ての課題につい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、この内容に対し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なども踏まえまして、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、よろしく願いいたします。

資料3、4については以上となります。

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、今ご説明のございました資料3、資料4についてこれからディスカッションのお時間を取らせていただきたいと思います。

順番として、まず資料3のほうについて、そのあと、資料4のほうに行きたいと思いますが、それにとらわれず、どんなご意見でも結構ですので、活発にご発言いただきたいと思います。

傍聴の方ももし質問等がございましたら、挙手にて発言をしていただきたいと思いますので、よろしく願いします。

実際に今ある現状を踏まえて何が問題なのかということと、本来こういうふうにあるべきじゃないかという“あるべき論”をお持ちの方々もいらっしゃるんじゃないかなと思います。まだ議論の前半でございますので、ぜひ忌憚のないご意見をいただければと思っております。

それでは、座長の考えであります。今回、昨年に比べまして、病床機能報告において高度急性期に分類をする報告が非常に増えてきたという点があります。

これは、地域で診療をやっている先生方は、本来は高度急性期の機能を充実させたいという思いがにじんだ結果と思うわけですが、実際にこの報告がそのまま固定して地域の計画になってしまうという、タイトなタイムスケジュールではないということでもあります。

ですから、現状というのをそのまま報告していただいたほうが、いろんな問題点がはっきり出てくるので、そういった前提で、きょうの議論もそうですし、これからの議論もそういう形で進めていきたいと思っております。

そんな意向が実際に事務局側からもございまして、そんな背景も踏まえて、切り口としては、かなり多い慢性期についても結構でございます。地域包括ケア病棟も非常に問題になっておりますので、この辺についてはいかがでしょうか。

では、傍聴のほうから、どうぞ。

○右田：右田病院の右田です。

なかなか意見が出ないということで、口火を切らなきゃということで、意見を言わせていただきます。

地域包括ケア病棟に関しては、実は、うちの病院は82床と小規模ですが、我々の病院でも20床を既に取っておりまして、それを1病棟化しようかという検討をしております。

ただ、その一方で、来年の診療報酬改定において、“急性期ミックス型”というのでしょうか、自分の病院で、急性期のベッドをポストアキュートとして使っていけるような地域包括ケア病床の使い方については、それは減算されるのじゃないかということが、専らうわさとして流れているわけです。

そういうところで、診療報酬に該当するべく回復期病床のあり方としては見えないところで、回復期病床が少ないということで、そちらのほうに移行することを検討するというのは、なかなか病院を経営する立場からすると、判断に危惧するところじゃないかと解釈しています。

そういう意味では、今のままでやらせていただいて、来年の改定でどういふふうに地域医療構想と結びついてくるのかということ、もう少し様子を見ていきたいと思っています。これは、実はほかの皆様方と同じ意見になるのじゃないかなと思うんですが、まずしょっぱなの意見として述べさせていただきたいと思います。

○田村座長：ありがとうございます。口火を切っていただきましたが、それに関連してご意見はございませんか。

○遠藤（康明会）：康明会の遠藤と申します。

慢性期の論点が出たので、私のほうから現状を申し上げます。

まず論点1の中で、南多摩医療圏は慢性期医療が非常に多いというところがあって、もちろん、23区、隣接の埼玉、神奈川よりも多いという実態があります。

ただ、この問題は、さっきからもおっしゃるとおり、来年4月にダイナミックな改定が行われます。いろんな問題がありますが、介護人員が足りない中で、25対1の医療療養病床が廃止になるという方向に実際に進んでおります。

ですから、現在、中医協のほうでの議論を待っている状況で、動きがとれないという病院さんが大変多いと思います。給料が高くても介護職員さんが集まらなくて、どうにもならないという病院が多いと思います。その辺も含めて議論を展開しなきゃいけないと思っています。

それから、慢性期の受け入れですが、もちろん死亡率が高い、これは本当にやむを得ないと思います。恐らく、平均年齢を申し上げますと90近い方が多いということで、看取りをしているということもあります。それから、在院日数も長いということで、もう少し時間をかけてしっかりやらなきゃいけないと思っています。

そういった意味では、慢性期の病院についての在宅への促しというような、その辺の実態を含めて、ある程度の精査が必要だと思えますが、先ほどから出ている退院調整機能が少ないということがございます。

いわゆる医療相談室が存在するような退院調整機能なのか、いわゆる地域医療連携部門の中での退院調整機能なのかということも、きちっとした定義がありません。これについても東京都の方にお伺いしたいと思っています。

それから、今回、私どもも、日野市では少ないので、地域包括ケア病棟の受け入れということ、準備していますが、非常に難儀しております。

相当費用がかかっておりますが、これは、補助金で何とか当てられるかと思っております。ただ、それ以上に条件が高くて難しいという病院もございますので、どういうポジションで行くかということをしつかり考える時期ではあります。来々4月の大改定を待たないとどうにもならないところもあると思っています。

そういうことを踏まえると、こういう慢性期の問題については、先ほど安藤先生からありましたように、医療区分1の方々の7割を在宅へ戻せと言われて、受け入れの体制づくりが難しく、結局、論点が整理されない中でいきなり在宅といっても難しいことがありますので、その辺の不透明なことを踏まえた上で数回議論を重ねるべきだろうと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

多摩地区は他の地区から慢性期になってから流入している方が非常に多いわけですが、そういう方が在宅に帰るのか。もともとお住まいになっていた他の地域、あるいは、他の県にお帰りになるのか。これは、退院調整で在宅を促すといっても、非常にハードルが高いという気がしています。

退院調整機能を持てば、在宅への移行が進むというんですが、簡単ではないなという感じがいたしますし、私も在宅に関わっている関係で、実際に「もう少し病院さんが在宅に回してくれれば僕らは頑張りますよ」というアピールをするんですが、実は余り回ってこないのが実情です。

どういうことかということ、患者さんの家族が「在宅に持ってこられたら困るので、このまま入院させてもらえないか」ということで、病院からなかなか出ていっしやらないわけです。

急性期の病棟から慢性期の病棟や病院に変わっても、その先なかなか在宅に回らない。これは、調整機能の問題を超えた、もっと大きな社会的な問題が背景にあるんじゃないかなと、私は危惧しております。

では、都のほうから、今ご質問がありました、診療報酬の改定についてと、退院調整についてお答えいただければと思います。

○榎本課長：来年、診療報酬の改定を迎えますが、一方で、今後、高齢者が増えていく中で、地域の中で暮らしている方を支えていくためにはさまざまな課題があり検討が必要であります。

診療報酬に関わるもの以外にもさまざまな課題があるかと思っておりますので、本日はそういった課題があればそういう部分も言っていただいて、課題の共通認識をしていただければなと思っております。

また、先ほどの退院調整機能の定義につきましては、特に定義は設けてございませんので、アンケート等で聞いた結果で、そういう機能があるかないかということで集計しております。

○田村座長：ありがとうございました。

この南多摩地域は慢性期病床が多いということで、その上で問題をどう解決していくのかといった前提になっているわけですが、それに関連して、あるいは、違う切り口からでも結構ですので、ご意見がございましたら聞かせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○重松（多摩南部地域病院）：多摩南部地域病院の重松と申します。

退院調整のお話ですが、当院は急性期病院で、その立場から意見です。回復期は少ない。慢性期は多い割に他県からの流入も多いということですが、急性期病院の場合は退院調整加算がついていますので、一生懸命退院調整するわけ

ですが、ところが、回復期、慢性期のほうが停滞していると果たしてどうなるのかという不安があるわけです。

ですから、さっきありましたように、回復期、慢性期の出口といいますか、それがスムーズにはけていかないと、病床には空きがあっても、他圏から流入してきたりして慢性期が塞がってしまうということになると、幾ら急性期病院でどんどん退院をさせようとしても流れていかないわけです。

機能分化はいいんですが、実際にそれをどういうふうに進めていくのか。そうすると、在宅もなかなか難しい、進まないということになると、介護が絶対必要になってくるわけです。

その辺をどういうふうに進めていくのか。介護と医療の協力がないと絶対進まないわけです。だから、その辺で何かいいお考えを出してもらえればありがたいかなと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

急性期病院の立場から、急性期を過ぎた患者さんが退院調整で、慢性期に移行するか、在宅に移行するか、そのところが非常に課題が多いということですね。

○重松（多摩南部地域病院）：実際、地元の回復期、慢性期を、MSWとかに探してもらって調整するんですが、なかなか進まなくて、だったら、ちょっと離れたところで、他圏にお願いするかという話も出るぐらいなんです。

もちろん、その中には家族の問題とか、独居の人がいたりして、なかなか調整が進まないということもあるかと思うんですが、慢性期にダイレクトに他圏から流入してきて、逆に、急性期から他圏の慢性期にお願いするという、ちょっと違和感があるようなことが、現実には起こっているんじゃないかなと思います。

ですので、その辺をどういうふうによく調整していくのかというのが、ある意味課題になるのかなと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

今の点について何かご意見をいただければありがたいんですが。

○伊藤（東京都看護協会）：東京都看護協会の伊藤と申します。

私も急性期の病院で勤務しておりますが、急性期から回復期のレベルで調整をしようということで、ケースワーカーに依頼をしますよね。そうしたら、患者さんに何件か病院を紹介します。

患者の家族の方が、それぞれの病院を訪問してお決めになれば、移っていただくのですが、回復期から慢性期に行っちゃいそうなところに決まってしまうという流れになるような気がしています。

ですから、もう少し円滑なスピードで、ちょうどいい回復期の時期に移るために、何らかの仕組みみたいなものがないと、急性期病院の中に回復期の患者さんがいらっしやったり、慢性期に移行した患者さんがいらっしやるということになるので、現在の仕組みのところには何かプラスがあると、もう少し早く円滑に患者さんが動けるかなといつも感じております。

○田村座長：ありがとうございました。

それは、退院調整とか転院調整も含めて、そののところをもっとスピーディーに解決できる部分があるんじゃないかということですね。

○松崎（稲城市立病院）：稲城市立病院の松崎と申します。

急性期病院のことで、資料4の地域の特徴のところ、意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、回復期リハビリに関しまして、対象の患者さんを回復期リハビリに送ろうと思っても制限があつて送れないというところがあります。

あと、回復期リハビリの対象をもう少し和らげるようにしてもらえばもっと十分に使えるんじゃないかと思います。脳卒中とか、それだけ対象になっていきますので、それをもっと広げると、回復期の利用が増えるのかなというのが一つあります。

あと、最後の急変時の受け入れを積極的に行ってほしいとか、急変時のバックアップのベッドが欲しいとか、そういう在宅の先生等がいらっしゃるんですが、僕ら急性期において非常に大変なことなんです。

実際、高齢者の方が来られてフルの検査をやるのかという問題もありますし、在宅から来られた場合は現場の医療がストップしてしまいます。

ですので、在宅の先生方には、高齢の患者さんには、本当に積極的な検査が必要なのかという判断をしっかりといただいて、かかりつけ医の先生が看取りをしていただいたり、あるいは、施設のほうで死亡診断書を書いていただけるという環境づくりが、これからは大事じゃないかなと思います。

あと、病床機能のことで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期となっておりますが、例えば、胃の手術とか脳外科の手術とか、いろいろ手術をやっている、急性期といっても、手術した2日目、3日目は高度急性期の医療になるわけですから、そういう意味で、入院基本料で病床機能を分けるのはちょっと無理があるのかなという思いがあります。

あと、そういう面では回復期が足りないということですが、回復期を入院基本料で分けるとどうしても診れる患者さんが決まってしまうよね。ですので、その辺を柔軟性を持たせるような病床機能をつくってもらえると、もっと議論が深まるのかなと思っています。

今の状況では診療報酬で病床機能が決まってしまうと、融通がきかなくなるので、医療機関の善意でやらざるを得ないという状況になりつつあるのかなというのが一番心配なところです。

○田村座長：ありがとうございました。

回復期の病床移行のいろんな要件があって、そこは善意でやっていくというお話を今伺いましたんですが、具体的に教えていただけますでしょうか。

○松崎（稲城市立病院）：例えば、脳卒中になりまして、急性期を過ぎて、あとで退院調整で回復リハビリのほうに送るとすると、残り1か月を切ってしまうと、そうなりますと、今度は、先方のほうに問題もありますので、そういう期限が足りないというところがありました。

○田村座長：それは、診療報酬を算定する上での条件があるということですね。

○松崎（稲城市立病院）：そうですね。先方に行かれましても、病状とか受け入れ期間とか、そういう問題もあるかと思います。

○田村座長：その辺は診療報酬の中で要件を考えることになるわけですね。

この問題は地域医療構想が始まったときから出ている議論ですが、それはそれとして、具体的に出てきた問題について議論を進めたいと思いますが、いかがでしょうか。

○松崎（稲城市立病院）：サブアキュートで、在宅医療の患者さん、あるいは、施設等で急性発症の患者さんは、しっかりと救急で診ていますので、そういう意味では、急性期ということになるかと思います。

○田村座長：ありがとうございました。

○飯田（永生病院）：永生病院の飯田と申します。

今のご質問のところで、回復期がなかなか受けてくれないということに関して申しますと、条件は変えられないんですが、確かにお待ちしているところがあるのかもしれないです。

冬場は特にお待ちしているんじゃないかと思うんですが、夏場は割とすいているところが多いんじゃないかと思います。といっても、患者さんにいいタイミングで病気になっていと言えませんので、そういう季節性があるのは確かにあります。

ですが、地域包括ケア病棟を導入している病院が増えてきているように思います。そうすると、回転が早まって、実は、私の病院も昨年の9月から地域包括ケア病棟を、慢性期のところからの1病棟50床をまるごと地域包括ケア病棟に変えました。そうすると、半年で200名入院患者が増えて、回転しております。

お待たせしている各病院で病棟機能別に大体何人待ちとかいうのがあるかと思うんですが、1年前からほとんどお待たせしないで回っているように、うちの病院はなってきました。

ですので、お待ちの患者さんの数を確認していただくと、どれだけ回っているなというのが見えてくるんじゃないかと思います。この1年で大分変わってきているんじゃないかと実感しているところではあるんですが、いかがでしょうか。

ですので、地域包括ケア病棟を導入しよう、または、導入している病院のご意見も伺ってみたいかがでしょうか。

○田村座長：貴重なご意見をありがとうございました。

いかがでしょうか。傍聴席にもいらっしゃるかと思いますが。地域包括ケア病棟を取り入れていらっしゃるようなところで、どういう感想でいらっしゃるでしょうか。

私は、病院のことはよくわかりませんので、ぜひご発言いただけると非常にありがたいんですが、

○菅野（天本病院）：天本病院の菅野と申します。

今お話に出ている地域包括ケア病床ですが、当院では、ことしの4月から、もともと16床あった地域包括ケア病床を30床に増床して、逆に一般病床のほうは減らしたという形で運営しております。

4月から入院患者さんのほうが非常に増えていまして、一般病床の地域包括ケア病床と併せまして、大体月20件ぐらいであった入院患者さんのほうが35件と、4月から15件増えております。

ですので、地域包括ケア病床を増やしたことで、我々としても、受け入れのところでスムーズに、今までなかなかお受けできなかった部分もできるような形になってきているのではないかと、実感はしているところです。

回復期リハビリテーション病棟もございまして、我々は48床ですが、南部地域病院さんですか永山病院さんからの受け入れのほうも、できる限り早く受けるような態勢をとっております。

こちらの平均在院日数のほうも、実際には大体50日前後で回っておりますので、さほどお待たせすることなく受け入れが出ているとは考えております。

あと、常に満床ということでもございません。当然、季節がらお待たせする季節もあるかもしれませんが、常に満床ではないというところであれば、スムーズになるべく受け入れたいと思っているところではございます。

ただ、一般から地域包括ケア病床を増床する場合に、やはり半年前からの実績というところがありまして、簡単に「あしたから地域包括ケア病床に変えます」ということはできなくて、そういった施設基準もございますので、そのあたりが我々としても課題だろうと思っております。

あと、人員の基準のところ、最近、看護職に限らず、リハビリテーションの職員も採用に非常に難儀をしているため、地域に求められる形にしていきたいと思いつつも、なかなかいろんな要因があって簡単にできないというところもあるというのが現状となっております。

ですので、できる限り病床変換を進めていく場合に、そのあたりの施設基準といったところを少し考慮していただけるような、実績のあたりを考慮していただくとスムーズに転換もできるのではないかなと思っております。

あと、人員の方策のところ、どうしても1つの病院でそれを解決するというのは難しい状況にもなっておりますので、そのあたりも何か対策というものを一緒に検討できるような体制をつくっていただければと思っております。

○田村座長：ありがとうございました。

地域包括ケア病床が病床を活性化するための非常にいい選択肢になるというお話だったと思いますが、基本的な知識がないので、すみません。急性期から回復期、慢性期に患者さんが動いていく中で、地域包括ケア病床というのは役割があるんですか。在宅と病院との間の患者さんの行き来が中心に考えられているような気がしていますが、安藤先生、教えていただけますか。

○安藤理事：地域包括ケア病棟の機能がいくつかあります。一つは、先生がおっしゃるように、サブアキュートということで、在宅とか介護施設で具合が悪くなったりした場合の緊急時の受け入れ、もう一つは、急性期治療後の患者さ

んの受け入れ。あとは、急性期病院関係が入っている。また、在宅復帰の支援もしっかりやります。

もともと厚労省としては、7対1が多過ぎるということで、これを減らしたいということで、地域包括ケア病棟というのができてきたわけですが、最近では、自分たちの7対1を守るため、あるいは、エビデンスを守るために、地域包括ケア病棟をつくっていて、ほとんどサブアキュートを受け入れてないというところもあります。

ですから、もっと地域に根づいた、サブアキュートを入れているところに、もう少し評価を与えてもいいのじゃないかという議論が、日本医師会から出ていることは確かです。

○田村座長：ありがとうございました。

それと、今、人員がなかなか集まらないということも、非常に重大な問題だと思いますが、これが病床転換とか、そういったことに非常に大きな障害にこれからなりそうな気がします。

それでは、議論の時間が限られていますので、特に、慢性期、回復期についての議論がなされたわけですが、在宅をやっていく上で、歯科の立場から見て、これからの地域での医療のあり方で何かご意見がございましたら聞かせていただければと思います。

○関戸（八南歯科医師会）：八南歯科医師会の関戸と申します。

まず、在宅のほうは、始める先生が大変増えておりまして、八南歯科医師会のほうでも会のほうで取り組みを始めております。

7月から実際にそれが動き始めるわけですが、八南歯科医師会のほうでそれをどういう形にしてやろうかというところ、それまでかかっていた患者さんが動けなくなった場合に在宅になってしまったところに、前にかかっていた、いわゆるかかりつけの先生が行こうという取り組みをしております。

ですから、言い方は悪いのですが、“訪問屋さん”と言いまして、訪問歯科を専門にしてやっているようなところがありまして、どうしてもケアマネさんとかが声をかけやすいので、そこに頼ってしまうという傾向があります。

しかし、そうではなくて、歯科医師会のほうに声をかけていただければ、今までかかっていた先生に行ってもらうようなシステムを構築しておりまして、そのほうが患者さんにとっても、何十年もかかっていた先生に在宅になってからも診てもらえるということになりますので、いいかなと思っております。

○田村座長： ありがとうございます。

この会議の論点は、高度急性期から在宅まで、非常に広い範囲にわたりますが、きょうは慢性期の病床に話題を集中しております。

実際に病院から在宅への移行はどのような点が課題なのか。いろいろ退院調整の部分もありますし、それから、実際に在宅医療を担当する側の体制がどうなのか。

数が増えてきたということは確かですが、それが本当にうまく連携して資源を十分に使い切っていくか、非常に課題が多いと私も思っているところでございます。

時間が余り時間が残されておりましたが、この場で何かご発言をしておきたいとか、どうですか。傍聴席の方でいかがでしょうか。

○益子（南多摩病院）：南多摩病院の益子と申します。

資料3の2/1というデータのところをご覧いただきたいのですが、高度急性期機能と急性期機能のところ、全ての病棟を高度急性期機能としている病院も存在、急性期でも全ての病棟を急性期機能としている病院も存在と書いてあります。

これは、「病棟単位での機能分化の余地あり？」ということで、東京都が誘導しているように見受けられたわけです。

今、国は、病院で完結する医療体制から地域で完結する医療体制へという大きな流れがあるんです。そうすると、地域の連携とネットワークでもって患者さんをケアしていくことというのが流れだと思えます。

したがって、私どもは急性期170床ですが、全て急性期です。そのかわり回復期のケアの患者さんは地域の回復期に移っていただきますし、慢性期の患者さんは地域在宅、八王子の慢性期のほうに移っていただくようにしている

んですが、東京都は、地域で完結する医療体制から病院で完結する医療体制に向かおうとしているのでしょうか。それを教えていただきたいと思います。

○榎本課長：こちらは、「病棟単位での機能分化の余地あり？」ということで記載させていただいておりますが、例えば、全て病棟を急性期で届け出している病院の中でも、一部分は回復期の機能になっている病棟があるのであれば、そういった形にさせていただくのがよろしいのかなということです。

ですので、決して誘導しているわけではなく、機能に見合った病棟の届け出等をしていただければというようなものでございまして、ここを強制的に何かこうしてほしいとかいうものではなく、見合ったものに届け出をしていただけたらというのがよろしいのかなと思っています。

○矢沢部長：今のご発言は、急性期を全部出していらっしゃるメディカル病院としては、全病棟がほぼ急性期だということですね。それはそれでいいんですが、例えば、全病床が高度急性期ということが、地域の病院であるのかなというところは少し疑問を持っています。

高度急性期というのは最初の3日ぐらいの話ですので、全部が高度急性期ということじゃなくて、高度急性期と報告していただいている中に急性期もまざっているんじゃないかなという疑問を、今回、この地域じゃなくて全都的に思ったんです。

この中で、どうして報告をされるときにそこを死守されるのかなという疑問があったものですから、この書き方はほとんど全ての圏域でさせていただいています。

なので、急性期は全部、14日以内に回復期に出しているという感覚でいらっしゃるなら、それはそれで報告していただいて結構ですが、例えば、どこかの病棟が半分ぐらい14日を超えている人がいるとすれば、その病床はやっぱり回復期なんだろうというような考え方もできると思います。

点数だけではなくて、患者さんの状態で考えることもできるわけですので、そういったあたりを、もう一度次の報告に向けて見直していただけないかなという思いで書いています。

なぜかと言うと、報告がきれいに分化していないので、結果が回復期が足りないと出てしまうんです。これは、回復期リハが足りないとかということではなくて、急性期からおうちに帰る間の機能が足りないんですが、そこが出ないわけです。ですので、東京全体で回復期が足りないという話になってしまうんです。

そうじゃなくて、実際には、急性期の病院でも、本当だったら7日で退院できる方を、もう7日入院させておうちへ帰れるようにしていくとかがあったとすれば、後ろの7日は、機能で言えば回復期なんです。

そういうところをもう少し実態に合わせて議論をしたいので、実態に合わせて報告をいただきたいという思いがありました。

ただ、どうやらこの地域で、高度急性期、急性期という立場を守るためにその数字を出さなきゃいけないというような操作が、どこかから働いたらしく、非常に報告が遅れているんです。

それは、次の診療報酬改定と今回の保健医療計画の改定で、機能別に病床を整備されるだろうという憶測が流れているからだと思いますが、それは全くの誤解でして、基準病床では、高度急性期何床、急性期何床ということはしません。それはあくまでも一般病床と療養病床でありますので、そこで高度急性期、急性期に行ってくださいということはしません。

それから、国が言っている、東京都が特権を使って命令をして、あるいは、お願いをして、機能を変えてくださいとやることができるという、そこを恐怖に思っている方も多いたと思いますが、それも現時点では東京都のほうでは予定がありません。

なぜならば、まだ病床機能報告が正しく行われてないのに、このデータをもってそんなことをやったら、余計ぐちゃぐちゃになっちゃうと思うんです。

ですので、この会議はここで何かが決まるわけではもちろんないですが、この地域の状況をしっかり皆さんご理解いただいて、病院がどういう機能をこの地域で果たしていくかを、先生方お一人お一人にお考えいただくという場だと思っております。

例えば、高度急性期の先生方から見たこの地域の回復期、慢性期への移行がスムーズにいつているのか、在宅へスムーズに移行できているのかというよう

なご意見があってもいいと思いますし、在宅の先生から、高度急性期から帰ってくるんだけど、こういうところが自分たちとしては課題であるというご意見があってもいいと思います。

この地域は慢性期がたくさんあるので、私どもが出した課題はこうなっていますが、それに限らず、ぜひご発言いただいて、お互いに意見交換をしていただければと思います。よろしく願いいたします。

○右田（右田病院）：右田病院の右田でございます。

実は、東京都のホームページから今回の地域医療構想に対しての各病院のデータというのを見られると思いましたが、以前、そのデータをマーケティングのデータとして活用しようかと思って、ダウンロードしたんですが、すごく使い勝手が悪くて、たしかあれはエクセルなどに落とせないですね。

せっかくあのデータがあるのならば、いろいろなデータの集計方法があると思うんですが、自分の病院の位置づけというのが出てくると思うんです。

例えば、私どもの病院は急性期のデータを持っていますが、実は、あのデータを見たときに、在院日数がほかの病院さんと比べて長いなという印象があったんです。

それは、整形の患者さんを受けているものが多いので、どうしても在院日数が他院と比べると長かったんです。それで、地域包括ケアネットを持つことの検討に入ったというところなんです。

ただ、あのデータをダウンロードするときに、かなり苦労したので、もっと使いやすいデータ活用をさせていただければ、もしかしたら各院がそういうデータの分析をして、この場の議論というのが円滑に進んでいくんじゃないかと思うんですが、データの提供の仕方についてどんな状況なのか改めて教えていただければと思います。

○矢沢部長：国が統一しているデータですので、私どもが勝手にいじるわけにはいきませんが、今のご意見は国のほうにお伝えします。

○田野倉（永生病院）：永生病院の田野倉と申します。

先ほどのご説明の中で、地域包括ケア病床140床のうち60床が回復機能を選択していて、そのほかは急性期を選択しているというご指摘もあったと思いますが、そういうことで、全てきれいに縦割りにすみ分けがいくかということ、なかなかそうはいかないんじゃないかと思うんです。

ただ、自分たちの病院で中心となる機能は何かということをしっかり理解して、私どもは回復期ですが、慢性期もあるんですが、多少、在宅からの急性増悪の患者さんを受け入れたり、地域包括ケア病棟を持っていますので、そういう意味では急性期的な役割を担っているという思いはあるんですが、病床機能報告上はやっぱり回復期だというようなことで、その辺の頭の整理ができればいいのかなと思っております。

資料の4で、先ほど田村先生のほうからも、在宅医療を早めにしてほしいという診療所の声があるということに対しては、慢性期の病院も、帰せる患者さんを帰そうという努力をされていると思うんです。

ただ、家庭からの入退院が減っているというお話もありましたが、それは、家庭の看護・介護力がしっかりしていて、最期まで看取るとか、周りの訪問看護だったり訪問診療の機能が充実しているからこそやれるんだと思うんです。

ただ、在宅という位置づけが、例えば、老老介護でおうちには帰せないけれども、サ高住とか、そういったところだったら帰せるというときに、サ高住とか、在宅という意味での機能を果たしてくれるのか。ただお預かりの箱物みたいなことになると、在宅に返す立場からからすると、ちょっとまずいということになります。

逆に、病床機能の4区分をしっかりしていくという裏腹な話で、在宅のそういったインフラをしっかりしていただけると、そういったところにお返しをして、そんなに悪くないときには慢性期の病院が受け入れをすることができます。

そして、本当に状態が悪くなったときには、高度急性期、急性期のほうにご紹介していただくということで、それぞれの役割、すみ分けがうまくできてくるのかなとも思います。

ですので、在宅のあり方というのを、病床の医療区分を考えるとときに、ちょっとだけ在宅のほうの受け皿という意味でのことも、東京都さんとしても考え方に入れていただいて、検討していただければと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

在宅にもいろんな機能があって、そこを中心に考える必要があるということで、在宅療養のワーキングをつくって、そういった議論を進めていこうとされているところと聞いております。秋口には、それを中心にした議論をする場をつくるということについてなっているということです。

きょうは時間も限られてきましたが、急性期病院の高度医療の診療を担う立場の先生方に少しご発言をいただきたいと思います。

○吉田（日本医科大学多摩永山病院）：日本医科大学多摩永山病院の吉田でございます。

高度急性期病院と表明させてもらっていますが、南多摩といっても非常に広くて、八王子エリアと町田と、また、ちょうど多摩ですが、ちょっと雰囲気が違うんです。私が個人的に見ているには、病床に関しては非常に充足しているんじゃないかなと考えているんです。

ただ、先ほどからずっと話題になっているように、転院その他でコミュニケーションがうまくいってないというところがありまして、我々のところも医療連携室のマンパワーが不足しています。ご存じのとおり、人件費が一番圧迫しますので、ただ増やせばいいだろうと言われればそうですが、そうしますとどうしても回転が悪くなるんです。

だから、高度急性期を担っていて、まだまだ手術もできるような状況にはなっているんですが、なかなか転院が進まないという感じがあります。では、ほかのところは満床で転院ができないのかというと、そうじゃなくて、単にうまく連携ができていないというだけなんです。

そこで私、行政のほうにいつも、「そのところをうまく間を取り持ってくれるようなことをやってくれませんか」みたいなことをお願いもしたりしているんですが、そこが一番大きな問題かなと思っております。

ただ、病床に関しては、特に多摩市などのエリアですが、充足しているんじゃないかなとは考えております。

○近藤（町田市民病院）：町田市民病院の近藤と申します。

私のところは高度急性期となっているんですが、実際、高度急性期病床は12床で、急性期病院として運営しています。

南多摩の領域といいまして、それぞれ地域の特性があると思うんです。アンケートの中でも出ていると思うんですが、町田市は神奈川のほうに張り出している形になっていますので、高度急性期の患者さんも相模原の北里大学病院に行ったり、永山の日医大の病院に行ったりしています。

あと、慢性期、回復期に関しても、町田市の中で充足しなくても、神奈川のほうに流れていますから、それで動きがとれていますので、現在のところは問題とは考えておりません。

○渡辺（東海大学医学部附属八王子病院）：東海大学八王子病院の渡辺と申します。

先ほどのアンケートの結果でお話がありましたように、どなたかもおっしゃっていましたが、高度急性期病床がどうなんだということを言われたと思います。

前回の会でも質問をさせていただいて、高度急性期、急性期について、概念としては理解できるのですが、自分たちの病院で、高度急性期、急性期をどう判断するかということで、医療資源の投入量ということで、出来高から入院基本料とかりハビリを引いたものが、3000点と600点の唯一の根拠だということを、前回お聞きしました。

実際に、高度急性期といった場合、1人の入院の患者さんが、さっきもご指摘がありましたように、入院患者が全て高度急性期ということはありません。最初の3日か4日間は高度急性期の治療をして、残りは急性期といったことになる場合があります。

そうすると、いわゆるICUやHCUが高度急性期で、普通の病床は急性期として考えないといけないと思うんですが、ただ、基準として、医療資源の投入量ということを、国が出してきているわけです。

だから、変な例ですが、例えば、血液内科というのは、抗がん剤治療をするわけですから、かなり高いです。そうすると、診療内容にかかわらず高度急性期になるということです。

ですから、1つの病院の全床が高度急性期というのはおかしいというのはもちろんそうだと思いますので、高度急性期、急性期は何床かと判断できる材料というのを、もう少し具体的に示してほしいと思います。

今までもおっしゃっているように、医療資源投入量だけで判断するのか、前にもお聞きしましたが、在院日数、看護必要度を含めて、こういうものが高度急性期ですよという数値を出していただくと、私たちの病院の何床が高度急性期か、急性期かということが判断できると思いますので、その点の明確な判断基準をお教えいただきたいと思っております。

○田村座長：ありがとうございました。高度急性期病院の先生方からのご意見をお伺いしたところでございます。

きょうはいろいろな観点からご意見をいただきまして、いろいろなご指摘がございましたので、次回の調整会議ではそういった部分を踏まえて、さらにこの地域の課題について整理をして、議論を深めていきたいと思っております。

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

○田村座長：それでは、最後ですが、事務局のほうから報告事項がございますので、よろしく願いいたします。

○榎本課長：それでは、資料5をお願いいたします。在宅療養ワーキングの設置につきましてご説明させていただきます。

調整会議の中でも在宅に関する意見はさまざまなお意見をいただいておりますが、ただ、調整会議の場におきまして在宅の連携や取り組みなどについて議論するにはなかなか時間的余裕もないと思います。

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の中で、全ての区市町村において在宅医療介護連携推進事業を取り組むことになっているかと思いますが、こうした取り組みの一つに当たります関係区市町村の連携といった事業を、本年度から在宅療養ワーキングとして実施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て、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議論を行うものでございます。

構成は、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思っております。

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考えております。

最後に、この調整会議と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、課題について幅広く意見交換を行う場になるかと思っております。

一方、こちら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について検討する予定でございます。

また、このワーキングの検討状況につきましては、本地域医療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たいと考えております。

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でございます。

こちらにつきましては、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、こういった取り組みが喫緊の課題でございますので、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。こちらは回復リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転換等をする場合に、施設整備に関する費用を補助するものでございます。

基準額は、改修、改築、新築それぞれ異なっておりますので、ご覧いただければと思います。

また併せまして、こちらにつきましては、設備整備の補助金も記載のとおり補助することになっております。

また、右側でございますが、こちらは開設準備経費、開設後人件費支援経費ということで、ソフト経費のものでございます。こちらの対象も回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転換等をする場合に補助をするものでございます。

2つございまして、①といたしまして、開設準備経費の支援ということで、病棟に配置する看護職員の訓練期間中の人件費であったり、②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の人件費を、開設後1年間補助するというものでございます。

本日は、2ページ目以降に、現時点において本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、今後何年続くかわかりませんが、例えば、今後病床機能の転換等を検討するにあたりましては、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。

資料5、6の説明は以上です。

○田村座長：それでは、矢沢部長のほうからございますか。よろしくお願ひします。

4. 閉 会

○矢沢部長：活発なご意見をありがとうございました。きょう出たご意見を最後にまとめさせていただきます。

診療報酬に影響する病院経営のことのご意見もあった中で、在宅に帰せない、要は、退院調整機能があったとしても在宅に帰せない患者さんが現実にいるんだというような形、また、区部から来ている方、他県から来ている方をどこに帰すんだというようなお話がございました。

これは、区部のほうの慢性期不足ということも原因になっているかと思ひますので、このあたりをもう一度考えてみたいと思ひました。

それから、急性期から流れていかないのは慢性期が塞がっているからで、そこがスムーズに流れるようにする必要があるのじゃないかというようなご意見もちょうだいしたところです。また、回復期リハに制限があつてというところで、これもまた診療報酬のお話でございます。

こういったところで幾つかいただいた診療報酬のお話については、国のほうに提案をさせていただく機会がありますので、整理をしていきたいと思ひます。

また、回復期という中でも地域包括ケア病床といった少し広い概念の回復期が、ポストアキュート、サブアキュートの役割を果たしているというところで、この地域では非常によく機能しているということでございます。

それから、サ高住といったようなところの機能や在宅の機能分化、どういう機能があるのかということも、詳しくやっていく必要があるということで、この話はまた介護のほうのワーキングで次回検討しますので、その結果をこちらにお持ちして、それを踏まえたご議論がいただけると思ひますので、よろしくお願ひいたします。

また、転院するといつても、やっぱり病院間のコミュニケーションが不足していると、その辺で行政が何かできないのかといったご発言もいただきました

し、また、病床機能報告制度の制度自体が報告しにくいものなので、そこら辺の改善が必要だといったご意見もちょうだいしました。

次回の会議にあたって、ここでちょっとご提案したいのですが、在宅に帰せない患者さんというときに何か策がございましょうか。その策があるようでしたら、何でも結構ですので、次回ご提案ください。

例えば、緩和ケア病棟のようなところから一旦退院して、最後は病院に帰るという仕組みがあれば在宅に行くというようなお話も聞いています。地域によって違うかと思いますが、そのあたりで何か策があるようでしたら、ご提案ください。

それから、2点目。退院調整ということより、この地域はどうも入退院調整かなと思います。退院だけじゃなくて入院調整も必要な地域なんだろうと思います。そうすると、そういったところでどういった人員が要るのか、そういったこともご発案ください。

すぐにはできないことではありますが、私ども、そのあたりで、退院調整加算があってもなぜ入院調整加算がないんだという話になるんですが、そういうことも考えられると思います。

そして、国の制度で決まっていることは国に提案いたしますし、東京都の制度でできることは東京都で少しずつ変えてまいりますので、ぜひご発案いただきますようお願いいたします。

あと、最後に事務連絡です。

○榎本課長：それでは、最後に事務連絡が4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点目でございますが、議事録についてです。既にご説明申し上げましたとおり、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も、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。

3点目は、本日、閲覧用の「地域医療構想」を配付しているかと思いますが、そちらはそのまま机上にお残してください。

最後に4点目でございますが、本日、駐車券をお持ちの方は帰りに2階フロントまでお申し出いただければ、処理をしていただけるということになっております。

それでは、本日は長時間にわたりましてありがとうございました。

(了)