

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔西多摩〕

平成 29 年 6 月 23 日 開催

【平成 29 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔西多摩〕

平成 29 年 6 月 23 日 開催

1. 開 会

○榎本課長：それでは、定刻となりましたので、西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。

本日の配付資料は次第下段に記載のとおりです。万が一落丁等がございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申し出ください。

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

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

それではまず、東京都医師会、東京都より開会のご挨拶を申し上げます。まず初めに東京都医師会 安藤理事にご挨拶をお願いいたします。

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

西多摩に来ると、ほっとしたような感じがいたします。座長の玉木先生も副座長の進藤先生も日頃から一緒に仕事をさせていただいておりますし、公立阿伎留の荒川先生は、私の出身局の大教授でいらっしゃいます。何となく心が救われる感じがいたします。

さて、国の地域医療構想においても、さまざまな改定の中で、例えば、高度急性期と届け出の病院さんは、本当は高度急性期だけではないのではないか。本当は違うものも混じっているのではないか。あるいは、急性期においても、回復期がたくさん混じっているのではないか。

そういうこともあって、回復期においては、もっと必要だということも本当かどうか分からないという意見がたくさん出ております。

また、慢性期においても、本当に医療区分1の70%が在宅等に行けるのかどうか。私も日本医師会の地域医療の委員会に出ていますが、逆に、都道府県の医師会担当の方々は30%が在宅等に行くのが限度で、70%は行けないのではないかというのが大半でございます。

そういう中で大きな問題が、自分たちがまとめているのと、実際の患者さんの病態に差が出ているのではないかということが、今、クローズアップされています。

原則的には、この制度は、病床報告というので自分たちの病院の報告をすることになっていますが、このあたりに差が出てくるのではないか。今後、そのようなことが大きな問題になってくるのではないかと考えております。

この西多摩地域においては、比較的自己完結率が高い。特に、回復期、慢性期においては、東京都内でも一番高い分類に入っている。さらには、慢性期あるいは精神科病院に関しては、東京の大変な部分を全部、西多摩さんが引き受けているという貴重な地域でないかと考えております。

きょうは東京都様からも、さまざまなアンケートの結果を踏まえての発表があると思います。また、大事なのは、委員の方々がまたそれぞれの地域に戻っていただいて、その地域で全ての病院さんを集めてさまざまな話し合いをしていくことが、その地域の状況を把握した上での地域医療になってくるのではないかと考えております。

そういうことで、今後ともよろしく願い申し上げますとともに、本日は活発なご議論をよろしくお願いいたします。

○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、東京都福祉保健局 矢沢医療政策担当部長よりご挨拶を申し上げます。

○矢沢部長：皆様、こんばんは。日頃から福祉保健局の医療行政等にご尽力賜りましてありがとうございます。きょうは地域医療構想調整会議ということで、今年度の第1回でございます。

これまで、こちらの会議では、病床機能報告の結果とか、いろいろなデータを使ってこの地域の課題を出そうとしてきましたが、今回は、年度末に出させていただいたアンケートの結果と、データから見るこの地域の特徴を照らし合わせてみて、その中からどのような課題があるのかということ、皆さんで共有することがきょうのゴールでございます。

いろいろとご意見をいただきまして、抱えていること以外にも実際はあるかと思っておりますので、そのようなご発言を含めて活発なご議論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お願いいたします。

○榎本課長：本日の会議でございますが、会議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。

では、これ以降の進行を玉木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

○玉木座長：座長の玉木です。きょうはよろしくお願いいたします。それでは、早速議事に入りたいと思います。議事の1つ目は、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して、今後クロス集計などを行い、改めて集計結果につきましてはお示ししていきたいと考えております。

それでは、資料1の4分の1ページをご覧ください。資料の左上に東京都全体の集計結果をまとめております。東京都全体の報告病床数は、平成27年が10万4158床でしたが、平成28年は10万4999床となっております。平成27年度に比べ、病床数全体は841床の増となっております。

これを機能別の増減で見ますと、高度急性期機能が3655床の増、急性期機能が4003床の減、回復期機能が922床の増、慢性期機能が327床の増となっております。

高度急性期につきましては、新たな病院が開設されたというわけではなく、平成27年は急性期機能と報告していた病院が高度急性期機能とし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一つの要因となっております。

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。東京都全体の機能別の割合を示しております。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%ということで0.8%の増、慢性期につきましては22.3%ですので、0.1%の増という結果となっております。

3枚目に多摩地区の状況をお示ししておりますので、後ほどご覧ください。

4枚目をご覧ください。西多摩圏域の病床機能報告の結果でございます。

平成28年につきましては、高度急性期機能は184床ということで、前年より145床増となっております。

急性期機能については、1435床ということで前年より127床の減。回復期機能については、278床で55床の増、慢性期機能については、2172床ということで256床の減、トータルしますと、平成28年の病床報告数は、4069床ということで、前年より183床の減となっております。

こちらの主な変動要因については、高度急性期の増、急性期の減については、東京都全体の傾向と同じで、急性期から高度急性期機能への機能変更ということが要因になっております。

また、回復機能については、急性期から回復期機能への機能変更、慢性期の減については、減床であったり、慢性期から急性期への機能変更が主な要因になっております。

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る病床機能報告の報告対象病院・診療所を記載した病院・有床診療所一覧をお配りしていますので、後ほどお目通しを願います。

資料1の説明については以上です。

○玉木座長：ありがとうございました。

申告に基づくものですので、これのご質問もあるかもしれませんが、2つ目の議題、地域医療に関するアンケートについてのあと、併せていただきたいと思えます。

(2) 地域医療に関するアンケートについて

○玉木座長：では、地域医療に関するアンケートについて、東京都よりご報告をいただきます。よろしくお願ひします。

○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させていただきます。

昨年度、調整会議を全ての医療圏で実施いたしました。資料の一番上にありますとおり、昨年の調整会議では病床機能報告等のデータを提示しながら、地域の医療状況について共有し、地域の課題等について意見交換を行ったところでございます。

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す。データの活用に関して、改めて整理しましたので、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とき、高いデータがあったときに、その要因を考え、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、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、全ての関係者から意見を伺うことが困難であったり、地域の関係者同士の意見交換になりづらいケースもありました。こうしたことを踏まえまして、調整会議においてより効率的で活発な意見交換を進めるために、アンケート調査を実施したところです。

2枚目をご覧ください。アンケートの実施について記載しております。

まず、アンケートの対象ですが、病院、在宅医療を行っている診療所、区市町村、調整会議に参加する関係団体を対象に実施しております。なお、在宅医療を行っている診療所につきましては、東京都医療機能実態調査におきまして訪問診療を実施していると回答した診療所を対象に実施しております。

質問項目は、地域の医療の現状の認識、自院が現在地域で果たしていると思う役割、そういった意味で将来の利用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、診療所ともに約25%の回収となっております。

本日は、参考資料2として、アンケート調査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。さまざまなご意見が出されておりますので、こちらもお目通しをいただければと思います。

続いて、参考資料4をお願いいたします。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

トにご協力いただいた病院につきまして一覧にして整理したものです。今後地域の中でご活用いただければと思います。

最後に、参考資料5をご覧ください。こちらは在宅医療を行っている診療所に対して実施しているアンケート結果を整理したものでございます。こちらも後ほどお目通しをお願いいたします。

こうしたアンケート結果について、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ご説明させていただきます。

資料2の説明は以上です。

○玉木座長：ありがとうございました。

では、先ほどの病床機能報告結果とアンケートについてのご質問をお受けしますが、いかがでしょうか。

特にありませんか。

後ほど、質疑、意見交換の時間がありますので、そこでまた活発にご発言いただければと思います。

(3) データ／アンケートから見る構想 区域の現状

○玉木座長：では、次に進ませていただきます。次はデータ／アンケートから見る構想区域の現状についてです。前回の調整会議では病床機能報告を分析したデータを見ながら地域の現状について話し合いました。

調整会議ではこの地域に不足していると感じている医療をどう補っていくかを考えるわけですが、本日は前回示されたデータとアンケート等が出された意見を照らし合わせて、この地域の現状についての認識を共有するということで、次回以降優先して検討すべき課題、機能についてまとめていただきましたので、議論を深める材料にいただければと思います。

まず東京都よりご説明を受けたいと思います。よろしく申し上げます。

○事務局：それでは、資料3をご覧ください。

病床機能報告のデータと、先ほど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、このあとにあります資料4では、この地域で検討すべき課題につきまして、事務局として考えたものを案としてお示ししております。

まず、資料3のデータ／アンケートから地域の現状を確認をした上で、後ほど資料4を基に課題について議論していただきたいと思います。

まず資料3の1枚目右上、2分の1となっているものは、データをまとめたものになります。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、この地域の特徴を機能ごとに記入しております。

2枚目、2分の2となっているものは、アンケートで病院や診療所からご意見いただいたものをまとめております。

2枚目の上の部分につきましては、地域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、主なご意見を記載しております。また、各機能に対する意見については、下の機能別のところに記載しております。

各機能の下の矢印の横の部分は、病院から在宅へのつなぎの部分になりまして、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。

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いますので、2枚を縦に並べながらご覧いただければと思います。

まず、1枚目のデータから地域の特徴について見てまいります。資料3、1枚目の上段、人口についてですが、西多摩の地域は高齢化が早く、東京都全体と比べまして、高齢化が10年早く進んでいる地域となっております。また、高齢者のみの夫婦世帯の割合が10.4%と都内では最も高くなっております。

医療資源の状況については、全ての機能におきまして地域医療構想区域内の完結率が高く、自区域完結型の地域であると言えます。

特に、回復期、慢性期機能については、区域完結率は8割を超えておりまして、隣接区域を含めた完結率も9割を超え、いずれも都内で最も高い割合となっております。

高度急性期、急性期機能については、流出患者のほうが多くなっておりまして、北多摩西部を中心に多摩地域へ患者が流出しております。ただし、流出入の数自体は、それほど多くなっておりません。

また、回復期機能については、流出患者と流入患者の数がほぼ均衡している状況です。

慢性期機能については、流入超過となっており、療養病床が多いことから、都内全域から患者が流入しております。また、精神病床や特養、老健という介護施設も多い地域です。いずれの機能についても、北多摩西部との流出・流入が最も多くなっております。

それでは、一番左側の高度急性期からご覧ください。

西多摩で高度急性期機能と報告したのは、救命救急のほか、HCU、ICU、NICUのみが高度急性期機能と届け出をしております。医術系の病床のみが報告されているため、病床稼働率が都平均に比べて低くなっており、都平均の88.1%に対して下回る、46.4%となっております。

平均在院日数も1.9日と非常に短くなっており、ほとんどの患者が院内の他病棟に転棟しております。院内の他病棟への転棟が87.4%となっており、都平均の26.7%と比較しても、非常に高い割合となっております。

高度急性期機能については、アンケートでいただいたご意見、不足しているというご意見もありました。西多摩で高度急性期機能と報告をいただいておりますのが、1枚目に記載しております1病院となっております。

また、アンケートで公的病院に二次、三次救急と専門的医療を担ってほしいというご意見もありました。

次に、データ、急性期機能をご覧ください。急性期機能の病床稼働率は、76.9%と都平均の81.3%に比べて低くなっております。

また、全ての病棟を急性期機能と報告している病院も存在しております。このような点から、病棟単位での機能強化の余地はないかということも考えられます。

病棟の実態に応じて機能を分けて報告する、あるいは、病床稼働率の観点から病床を有効に活用するということで、不足する機能へ分化していけないかということも考えられるかと思えます。

次に、上から3点目、退院後に在宅医療を必要とする患者が約3割と多く、一方で退院調整部門を持つ医療機関の割合は、57.1%と、こちらは都平均に比べて低くなっております。

この急性期機能に限らず、西多摩の地域では全体的にも、退院後の在宅医療を必要とする患者さんは3割を超えております。また、退院調整部門を持つ病院の割合も低い傾向にあります。

高齢化が進んでいる地域で、高齢者夫婦のみの世帯割合も高くなっており、また、広い地域で地域医療の要因もある中で、在宅以降に向けた事前調整がより必要になってくると思われますが、在宅に向けた在院調整とか、介護事業者との調整が十分できているかということも考えられると思います。

引き続き、急性期機能のデータですが、下から2点目、家庭からの入院割合ですが、こちらは82.9%と都平均と比べて高くなっております。また、家庭への退院割合については、都平均並みですが、老健、特養への入所割合は3.9%と、都平均の約2倍の割合となっています。高齢の患者さんが多いこと、また、特養などの施設が多いという地域の特徴もあるのかと思います。

次に回復期機能をご覧ください。西多摩の地域で回復期機能と報告した病床は、回復期リハビリテーション病棟入院料と、有床診療所基本料を取っている病床のみとなっています。

そのうち、回復期リハ病床が95%を占めております。回復期リハ病床は人口10万人当たりで都平均の約1.3倍と充実しており、自構想区域完結率も8割を超えています。

病床稼働率については82.3%と都平均に比べて低い割合となっています。データから見ますと、回復期リハ病床については、比較的充足していると言うこともできるかと思います。

ただ、アンケートで回復期機能についていただいたご意見としては、回復期機能に記載しておりますが、精神疾患を抱えた患者のリハビリの受け入れ医療機関の不足というご意見もいただいております。精神病床が多い地域なのでこのようなニーズもあるものと思われれます。

データに戻っていただいて、入院時の状況です。他の病院、診療所からの転院割合が79.7%と高くなっておりまして、都平均の約1.7倍となっております。

一方、家庭からの入院割合については、1.4%と非常に低い割合となっております。家庭からの入院割合は、都平均が22.4%ですので、これに比べても特に低い割合となっております。施設からの入所についても0%となっております。

回復期機能のほとんどが回りハ病床となっているため、こうした状況になっていることも考えられると思います。

平均在院日数は、都内で最も長く83.7日。都平均は50.7日ですので、それよりも30日以上長くなっています。

退院先については、他の病院、診療所への転院、老健、特養への入所、これらを合わせて、3割を超えています。このことから、西多摩の回りハの病床では、自宅に帰ることが難しい患者を受け入れているのかという見方ができるかと思います。

自宅へ帰すことが難しいのは、高齢者世帯なので介護などに問題があるのか、さらに在宅医療の受け皿が不足しているのかどうか、地理的な要因もあるのかという、さまざまな理由から考えていくことができるかと思います。

次に、慢性期機能をご覧ください。西多摩地域は、療養病床が他地域に比べて圧倒的に多くなっており、高齢者人口10万人当たりで、医療療養病床平均の約3.3倍、介護療養病床は約5倍になっています。

そのため、都内全域から多くの患者が流入しておりまして、構想区域内の患者が約6割になっています。

病床稼働率については、92%と都平均に比べて高くなっており、西多摩以外の住民の医療ニーズにも対応している状況かと思います。

また、慢性期では、西多摩の高齢者の受療率は高くなっています。下の「その他」の欄に記載していますが、高度急性期、急性期機能では受療率が低く、こちらは都内で最も低い数字となっております。

アンケートをご覧いただきまして、慢性期機能についていただいたご意見として、充足しているというご意見とか、充足しているため入院患者の確保に苦

慮しているとの声、また、医療的要素から見ると老健、特養という施設でも受け入れ可能な患者の入院が目立つというご意見もいただいています。

データ、アンケートともに、療養病床は充足している状況と見ることができると思います。

また、データですが、慢性期機能の下から2点目、介護、福祉施設からの入院割合が26.7%と高く、都平均の約5倍と都内でも最も高い割合になっています。

記載はしていませんが、介護、福祉施設への退院割合も20.8%と多くなっておりまして、都平均の約2倍となっています。これも特養、老健の施設が多い地域の特徴の表れかと思えます。このため、この地域では、介護施設等の連携が特に重要になってくるかと考えられます。

また、死亡退院割合は、37.8%と比較的高い割合です。そのため看取り機能も一定程度担っているのかと見られます。

ただ、この点について、アンケートで慢性期機能に対するご意見として、病院での看取りは減っているという声もありました。

一方、慢性期機能のところで見ますと、家庭への退院割合が低く、都平均の約3分の1となっています。現状、家庭への退院割合は低くなっておりませんが、今後在宅療養の需要量増加が見込まれている中で、在宅や介護事業者との調整、連携といった、在宅に向けた取り組みが重要になってくると思います。

特に慢性期機能は、広い範囲から患者さんを受け入れることもあり、他圏域のかかりつけ医との調整などを行う必要も想定されます。また、退院後に在宅療養を支える入院医療機関としての役割も重要になってくると思います。

在宅医療に関していただいたご意見を紹介します。病院側からいただいたご意見として、病院、施設、在宅がうまく連携して、地域の医療需要だけでなく、流入している患者についても支えられれば良いという、連携に関してご意見がありました。

また、在宅医の先生からは、入院医療機関に求めるものとして、急変時の受け入れについてのご意見をいただいております。夜間の救急に対応してほしいとか、同じく受け入れに関して入院加療が必要なときは、スムーズに受け入れてほしいという声もいただいております。

そのほか、病院医師との関係構築は難しく、在宅から受けた患者が慢性期病院に転院させられてしまうというご意見もいただいています。

サブアキュート機能を求める声とか、在宅から入院してもうまく在宅へ戻れないケースも見受けられます。地域包括ケア病床が少ない地域でもあり、今後地域包括ケアシステムの構築に向けて、それを支える病棟とか、地域の医療機関の連携を今後どう整備していくかは、この地域でも考えていける課題かと思っています。

以上が、病床機能報告のデータとアンケートでいただいた地域の方のご意見それぞれから見える、この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提示したのが、次の資料4です。

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現状から、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います。

1点目は、地域の特徴として、慢性期機能においては都内全域から患者さんを受け入れていること、そして、慢性期機能では死亡退院割合が高いこと。地域の病院からは、入院患者が減少しているとの声や、医療必要度が低い患者が入院しているとの声があること。そして、地域包括ケア病床が少ないことなどがあります。

このような点から、地域包括ケアシステムの構築が進む中で、西多摩の地域で慢性期機能が担うべき役割は何かということ、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、介護施設との入退院が多い地域ですが、施設との連携は十分にできているかどうか。この地域で慢性期機能が担うべき役割を明確化し、それに向けた機能分化をどうしていくのか。ポストアキュート、サブアキュートを担う地域包括ケア病床をどのように整備していくのかということから、ご意見をいただければと思います。

2点目として、地域の特徴として、急性期機能、回復機能においては病床稼働率が低いこと。地域の在宅医の先生からは急変時の対応を求める声が出ていることなどがあります。

このことから、地域包括ケアシステムの構築に向けて、この地域での急性期機能が担うべき役割は何かを、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、例えば、この地域で急性期機能が担うべき役割は何であるか。病床稼働率の低い機能があれば、それを不足する機能へ特化するなど、病床を有効に活用できないかどうか。急性期機能の医療機関が地域で求められる役割を發揮するために各医療機関がどのような役割を担っていくのかどうか。ということが考えられます。

次に3点目ですが、地域の特徴として、高齢化の進行が早く、高齢者夫婦のみの世帯割合が高いこと、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高いこと、そして、退院調整部門を持つ医療機関の割合が低いことがあります。

高齢化の進行が早いことに加えて、退院後に在宅医療を必要とする患者さんも多い中、在宅に向けた退院調整の取り組みが重要であると考え、これを3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、限られた医療、介護資源の中でかかりつけ医、ケアマネ等、関係者との事前の調整、連携体制は十分であるかどうか。今後その体制を整備していくためには何が必要か。また、広範囲に暮らす患者に対して限られた医療資源を効率的、効果的に活用するためには、どのようにしたらいいか。というものが考えられます。

以上、3点について議論をお願いしたいと思います。今回は、この3点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いき、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、アンケートについても、全ての病院、診療所からご回答をいただいたものではございませんので、この内容についてもさまざまなお意見はあろうかと思っております。

この会議でいただきましたご意見を踏まえながら、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。

○玉木座長：ありがとうございました。

資料3と4の意味についても、今、ご説明していただきました。まずここからがきょうの調整会議の主たる部分であります。質疑応答、意見交換などでしばらく皆様とお話しをできればと思います。

最初に資料3で、データとアンケート結果を併せて整理した地域の現状について、皆さん、見直していただいて、ご意見、ご質問等々を承ります。どのようなご意見でも結構です。アンケートの回答率から見ても、アンケートでご発言なさっていない病院、医療機関の先生方もおられると思います。

ぜひこの場で、いや、これは違うのではないかと。私はこう思うということで結構です。それを少し先生方とお話しいただいたあとで、また資料4の課題整理に向かって、今後、西多摩で何を議論していくべきかという課題を絞り出してい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、資料3について、どなたでもご意見を伺います。傍聴席でも医療機関関係者の方であれば、ご発言いただいてもかまいません。

どうですか。高度急性期、急性期に関して、データ整理がありますが、この中で自己完結率。それから高度急性期は流出もあるということです。その辺でご意見のある方。

○渡辺副座長：お手元資料の資料1の、4-4と、東京都地域医療構想の118ページ、傍聴席の皆様には、コピーでお配りしています。西多摩地域における流出・流入の状況です。

地域医療構想の118、119ページについてですが、データを見ていて、西多摩地域でここが問題なのかな。ここをもう少し考えていったほうがいいのかということがありました。

このデータを見て、患者住所地ベースで、270人の方が高度急性期機能のところに入院されている。流出されている方が95人。

それから、急性期機能のほうで、患者住所地ベースで840人の方が入院されていて、流出されている方が190人。

270人、840人と併せるとおよそ1100人ぐらいで、そのうち、192人と95人、およそ300人ぐらいの方が西多摩から流出をして、高度急性期機能を他の地域で受けている。つまり、3割ぐらいの方が出ていっていかれているというデータだと思います。

ただ、1割ぐらいの方は自分の意思をもって外へ流出されているかと思いますが、もう1割ぐらい、つまり、100人ぐらいの方は西多摩で受けたいと思っていらっしゃる方ではないかと。その辺で高度急性期、急性期機能をもう少し強化していかないといけないのではないかと、このデータから思いました。

資料1の4-4で、28年病床機能報告結果ですが、平成28年で申告は、高度急性期が184床、急性期機能は度1435床、併せるとおよそ1600床ぐらいだと思います。

1600床に対して、実は、この東京都地域医療構想の中の医療機関所在地ベースで入院されている方は、205人と753人ということです。つまり、1600床の高度急性期、急性期病床がありますが、実際に高度急性期、急性期と思われる方が入っているのは900人。

つまり、1600床で900人ですから、700床は高度急性期、急性期機能以外の方が入っているということが現実なのかな。満床だとして700床。8割稼働だとすると300人ぐらいになるとと思いますが、300人ぐらいの方は急性期、高度急性期ではない方々だろうと。

将来推計では、高度急性期が275人、急性期機能が967人で、およそ1200人ぐらいの方が高度急性期、急性期機能が必要になるわけですが、現在、西多摩地域で入っていらっしゃる方は900人ぐらいということなので、300床ぐらい足りないと言えるのかもしれないと思います。

高度急性期、急性期機能が多いので、将来推計に向かっては減らさなければいけないというふうに、このデータでは見えるのですが、もしかすると現実に

は足りていないので、もっと急性期機能、高度急性期機能を増やしていかなければいけないのではないかと、このデータを見ていて思いました。

データの読み方が間違っているかもしれませんが、何となく肌感覚としては、急性期機能が足りないというご意見もありますので、データがこれで合っているかどうかわかりませんが、このように読めました。

○玉木座長：いかがですか。今の意見に対して。

急性期機能が足りないという印象は、受け入れ量というか、自分たちが必要だと思ったときに、西多摩の中で受け入れきれてもらってないというようなことなのかもしれません。

それはまたそれぞれのお立場で違うと思います。急性期をなさっている先生たちは、もう手一杯で人の問題もあるし、いろいろな問題で難しいのかもしれない。

今のご意見は、本来、西多摩で完結すべき方についても流出してしまっているのではないかと。そこをどのようにすれば、あるいは、そこに何か対策を打てば、西多摩の急性期病床がもう少し使い勝手がよくなるというか、使われるのではないかとのご意見ですね。

現状の推計では、急性期は確かに2025年の医療需要ベースでも過剰だということになっていますが、本当にそうなのかということ。

それから、急性期として申告されている病床についても、実際は急性期で使われているのか。それとも回復期やもう少し急性期でない状況で運用されていることも十分あると思います。

その辺がなかなか皆さん、違った目で見ざるを得ないのかなと思いますが、何か、ご意見はありませんか。急性期をやっている先生方。

○原（青梅市立総合病院）：青梅市立総合病院の原です。

実際に病院をやっている立場、高度急性期をやっている立場ですと、本当に高度急性期の患者さんたちが、都心に出て行っているという感覚はあります。我々としては、もっとしっかりやらなくてはいけないという気持ちは持っております。

ただ、入院してきたときは高度急性期の状態が入ってきたのですが、その状態は比較早く改善して、急性期、回復期、場合によっては慢性期ぐらいの状態の患者さんがまだ病院にいるという状況は、実際あると思います。

慢性期の患者さんが最初からその状態が入ってくるわけではなくて、入ってきたときは高度急性期、急性期だけれども、慢性期まで行ってしまう。ですから、もう少し患者さんを、しっかりと退院支援を強めて、自宅に帰るなり、在宅のほうに移行させていく必要はあるだろうと思います。

あと、この場では在宅の話が余り出てきていないのですが、本当に開業の先生方が、今、期待されているような在宅の受け皿として、本当に機能して下さるのかということは、いつか話し合いの俎上に乗ってくれるのでしょうか。

○玉木座長：ほかにいかがでしょうか。

○荒川（公立阿伎留医療センター）：公立阿伎留医療センターの荒川です。

先ほど、玉木先生がおっしゃったように、人だと思えます。多くの医療機関において、この地域では人材確保が非常に難しいことが、結局、病床の利用率、稼働率なりを下げている。

往診、夜間、例えばあきる野市ですと、夜間、患者さんを受け入れてほしいと出ておりましたが、応需率を強く高められない。そういう問題が発生してくる。

もっと経営的に言えば、西多摩地域においては、人材確保の費用が他区部から比べると非常に多くの病院がかかっていると思います。そういうことが経営を混乱するような一端はあるでしょう。

いずれにしても、この地域における人材確保の困難性が、急性期、あるいは当面は往受率が低い、あるいは他地域への患者さんの流出の一つになっているのかなと思います。

○玉木座長：ありがとうございます。確かにその点も西多摩の大きな課題だと思えます。

ほかにいかがでしょうか。

○松山（公立福生病院）：公立福生病院の松山です。

今の荒川先生のお言葉に全く賛成です。結局、一言でわかりやすい言い方をすると、急性期のベッドは足りないわけではなく、余っていると思います。

私の病院は、去年の春から地域包括ケア病棟を45床にしました。急性期病棟が足りないのであれば、この方針はあり得ない。急性期のベッドは余っているのに、急性期を担うべき人が足りない。

荒川先生が今おっしゃったことと同じように、アンケートのところでも一般内科医が不足している。多分、私が書いたのではないかと思いますが。ここで急性期を担う一般内科医がぐっと増えれば、いろいろなことが相当好転するのではないかと、個人的には考えています。

○玉木座長：ほかにいかがですか。

○安部（目白第二病院）：目白第二病院の安部です。

私どもの病院は160床です。全床が急性期でやっております。病棟稼働率の話ですが、やはり急性期をやっていると、どんな患者さんでも入院の患者さんを取りたいのですが、うちの一番いいのは、140床ぐらいで稼働していると、認知があろうと何があろうと取れるということで、一概に病棟稼働率で充足しているというのは、少し違う気がします。

それと、私どもは、とにかく早く、よくした患者さんを出したいので、入院したときから、退院後の状況を考えて対処しておりますので、在院日数としては比較的短期間で推移していると思います。

○玉木座長：ありがとうございます。

今の議論についていかがですか。何かご意見はありませんか。

例えば、課題を散見していると、急性期病床が実際は多いのではないか。それから、急性期病床の中にも、実際はその時点で急性期でない方がいろいろな事情でおられるのではないか。

在宅側から見ると、在宅療養者で、夜間、急変した場合も取ってほしいということとか。以前もありましたが、休日夜間の一次救急等は、病院ではなくてできるだけ地域で完結できないかというご意見もあると思います。

その辺を考えると、今、急性期病床に、救急という形で入られる方々が本当のキュアなのか、キュアプラスケアの方々なのかということが、かなり混在していて、一次、二次、三次まで混在して、

ひょっとしたら、青梅総合さんとか、救急をやっている三公立の救急の方はそういうことを担われているので、それによって、本当の高度急性期とか、そちらを受け入れられない状況になったりして、流出していることも考えられると思います。

患者さんやご家族に至っては、全てそれはキュアですが、ここはとても難しいことで、以前から本当の救命救急と慢性期応急のカテゴリーは、安藤先生もずっと昔からおやりになっているテーマだと思っています。

その部分をもう少し地域できちっと同じ目で受け入れられれば、例えば、サブアキュートに関する機能をもっと上げていけば、本当のアキュートも間口が広がるかもしれないというようなことになるのかなと思います。

ですから、例えば、地域包括ケア病床が今後、サブアキュートに間口を開けてくださるような機能が育ってくるのか。あるいは、ポストアキュートが精一杯でと。

これもまた荒川先生がおっしゃったように人員の問題です。サブアキュートをやるのもポストアキュートをやるのも、いわゆる訓練職の方々とか、ケアを担う方々の人材がどうしても必要になってくるし、訓練も必要になってきます。

ですので、その辺も整理して、西多摩の状況をどのようにすればいいかということ議論していかなければいけないと思います。

西多摩は西多摩なりの答えを見出せばいいのではないかと思います。正解はきっとないですよ。どこの医療計画も、これが正解だから西多摩もそれに従うということではなくて、今、我々が担っている機能でとりあえず2025年に向かって、一番変えていかなければいけない、取り組まなければいけないことはどうかということを見ると、アキュートとかサブアキュートあたりの対応が一つあるのではないかと、個人としては考えています。

安藤先生、何かご意見はありますか。

○安藤理事：なかなか難しい問題です。今、国のほうは、7対1という、どちらかというと看護師さんが多くて、お金がかかる病棟が増え過ぎてしまったので、減らしていきたいということで、一つには、地域包括ケア病棟というものをうまく利用してやっていけよということがあります。

ですから、7対1の急性期病院さんなどで、診療報酬上、平均在院日数や在宅復帰率も大きな問題ですが、重症度医療看護必要度があって、本当に重症な人たちを取っていかなければいけない。特に、外科系の患者さまを持っていかねばいけないということが起きている。

それをクリアしていくと、本当に病床稼働率が減ってしまう。その減った分に地域包括ケア病棟に回すと、経営的には大分楽になって、いろいろな基準がクリアできるということになっています。

一方では、回復期の一部を担っている地域包括ケア病棟は、そのような急性期、ポストアキュートという、急性期病院からの受け皿だけではなくて、本来は、玉木座長が今おっしゃったように、サブアキュートという、在宅療養とか介護施設の受け皿として診ていく、さまざまな地域の医療をやっていくことが大事ではないか。

ということで、最近では、急性期からの受け皿よりも、地域機能をもう少し評価したほうがいいのではないかという議論があります。理想的にはそういう形ですが、今、なかなか診療報酬上、急性期病院さんも病院経営を考えていくと、そのような手法もとらなければいけないということです。この辺のところのせめぎ合いのようになってきています。

あと、先ほど、慢性期救急という言葉が出ました。慢性期の病院であっても、例えば、自分の病院で診ていた人が退院した場合、ずっと以前の病院だと、退院した患者様が具合悪くなくても、絶対診なかったんですが、最近では地域包括ケアの中ではそうではないだろう、ちゃんと自分の身内の患者さんが具合が悪くなったぐらいは診ろよというような流れになってきています。

でも、それをクリアするためには、マンパワーの問題があるので、慢性期の病院協会では、今の10対1ではなくて、もう少し上げて15対1ぐらいにし

て、看護師さんの数だけではなくて、薬剤師さん、臨床技師さん、歯科衛生士さん、全てのさまざまな他職種共同でチームでやっているところを評価をしていって、併せ持って、何対何にしたほうがいいのではないかとということが言われています。

そこのところがクリアできれば、激しい救急ではなくて、慢性期の救急、ちょっと具合の悪くなったような人を受けられるようになってくると思います。そういう時代の瀬戸際になっているのではないかと思います。

○玉木座長：ありがとうございます。

データとアンケートからということから先に進み過ぎてしまいましたが、今は急性期の入口の話ですが、急性期出口の話も重要だと思います。

かなり前に、進藤副座長が何かの会で示してくれたデータで、急性期の入院期間の問題がかなりありました。そこから早く出なきゃ、出さなきゃという一時期の潮流がありました。

そのとき、西多摩の回復期、慢性期も老健も、結構シビアな重度の方を診て、結局またその方が急性期に戻るという循環があるということがありましたよね。あれは今はどうですか。

○進藤副座長：今もそんなに変わってないと思います。平均在院日数が急性期病院さんでは減っているので、その分重症度の高い患者さんたちが慢性期、老健、在宅へ出て行くという現状です。ただ、そこでも医療機能はなかなか高められないので、結果的に急性期病院さんにまた戻る方が非常に多いですね。

回復期においては20%ぐらいで、老健においては、当時は40%ぐらいが戻るというデータでした。今どうなっているかは、昨年アンケートを行っていて、まだ集計しきれてないのでわかりませんが。

そこが敢えて急性期病院さんを忙しくしているだろうと思いますので、慢性期病院及び在宅での医療をもう少し充実度を上げていかないといけない。

そこは、医師だけというより、多職種で上げていかないといけないと思います。看護師さんとか、慢性期病棟においては、薬剤師さん、ソーシャルワーカー、そのほか全部含めて機能を上げていくべきだろうと思います。

先ほど、その辺については、原先生からご指摘があつて、慢性期がいるけれども出せないというお話でした。できるだけ慢性期病院のほうで、なるべく早く急性期病院さんから我々のほうは受けて、そのあと、できるだけ頑張つて診られるような体制づくりが、慢性期医療では重要なかなと思います、

○玉木座長：もう議論が資料4に踏み込んでいますが、資料3のほうで何か、ほかにご意見のある方はいらっしゃいませんか。

慢性期を担ってらっしゃる病院の先生方、いかがですか。

○鈴木（武蔵野台病院）：武蔵野台病院の鈴木です。

先ほど、急性期のほうで議論があつて、例えば、ベッドは余っている。逆に言うと、十分な稼働ができていなという言い方なのかもしれませんが、先ほど話がありましたように、やはり人がいてできるということなので、ベッドの数だけでは言えないのかなと思います。

逆に今、急性期病院のほとんどをかなり高稼働で、患者さんを用意するから回してよと言われたら、今のドクターの人員配置でできますかというのが現実だと思います。

ですので、空いているからもっと入れられるはずだとは言いきれないですが、実際の人員配置基準は、今のベッド数に従って当然ドクターが配置されていると思うので、それでも決して今は楽な状況ではないのは間違いないと思います。

何より救急を含めて重症の方を診れば、それだけ亡くなったり、また出入りが激しくなれば、当然稼働率は下がって当たり前です。それは、慢性期のところでも、重症の患者さんが以前よりも間違いなく増えているので、稼働が下がっている一面はあるのかなと思います。

そのあたりは、もし、「ああ、そうなんだ」という方がいらっしゃれば、知っておいていただければと思います。

あと、資料3の2-2のところの3です。慢性期機能のところのアンケートの結果かと思いますが、そこに、医療的要素だけで見れば、老健、特養でも受け入れ可能な患者が目立つという記載があります。

それは、そのときにピンポイントで見れば、そのように見える方もいらっしゃるかと思いますが、これも先ほどの救急の話と同じで、入院時はかなり状態が悪かったけれども、そこそこの状態に戻る方は決して少なくはないです。

ただ、それもある程度の管理能力があって、その状態にできるということですから、特養と慢性期の病院を比較すれば、ドクターの24時間いる、いない。あと、特養ホームであれば、せいぜい週1か週2、ドクターが数時間いるということの違いです。

看護師も24時間いるわけではないですし、夜間のオンコールがあるにしても、いざコールされても極力出たくないとか、電話だけで済まそうとなりがちなのが現実的にはあります。

そのような意味では、管理能力が同じではないので、いざ、そういう人が特養に行ったりすると、短期間で急変してしまうとかいうようなリスクを伴っていることを、ご存じいただけたらと思います。

最後に、下の「その他」のところ、病院医師との関係構築が難しく、在宅から受けた患者が慢性期病院に転院させられてしまうというのは、もちろん一因としてあると思います。

しかし、それが主かと言われたら、病院医師との関係構築が上手にできれば、患者さんが在宅から慢性期病院に行かずにまた在宅に戻れるという結論には、当然ならないと思います。

実際には、多くの場合はその患者さんのトータルのコンディションとか、在宅での対応力を見た上で、この人は慢性期病院に行かざるを得ないと判断されて、実際にそうされている例がほとんどではないかと思います。

その辺について、少し言及させていただきました、

○玉木座長：ほかにいかがですか。

では、時間の関係もあるので、ここで、3だけではなく、資料4に踏み込んで、さらにご意見をいただければと思います。

事務局のほうで、私たちの議論が進むようにということで、このようなくくり方をしてくださっています。ぜひ、ここから課題があればと思います。

一番上の欄が地域の特徴として書いてあります。今、議論していなかったのは、都内全域からの患者さんの受け入れは、慢性期における西多摩の重要な地域特性であります。

これは、都内から見ても、まだまだ必要な機能ではないかと思います。その方々はどうしても住み慣れたところが遠いところですので、看取りせざるを得ないケースが、当然増えてくると思います。

これは介護施設でも同じですね。特養が60ありますので。その方々が、例えば、急性転換されたときに、それが青梅総合の三次救急なのか、サブアキュートの機能があるところなのか、慢性期病床なのかというところが、まだ地域としての療養者の方々を主体にした議論が少ないのかなと思っています。

その辺が整理のポイントかなと思います。

あとは、一番上の欄の最後に、地域包括ケア病床が少ないというのがございます。それが、例えば、私が申し上げたように、介護施設から少し増悪したけれども、肺炎などの一時的なものを何とか改善していただければ、また介護施設に戻して、そこでリハビリをすれば、その方ができるだけ暮らしの場に近いうところでしばらく過ごしていただけるのではないかということが、随分あり得ると思います。

私のところは老人保健施設なので、本当にそういう思いが強いです。この方を青梅総合さんをお願いするのか、福生病院さんに無理を言ってお願いするのか、それとももう少し、こういうことだから、こういう治療だけでいいんだけどなというときに、頼る先がなかなかないし、そこにいる、例えば、夜間の者たちは救急車を呼んでしまうということもあるかと思っています。

その辺が課題としてずっしりと西多摩にあるのではないかという気がしています。

それから、その下の欄が、もう一つの地域の特徴として、急性期、回復期において、病床稼働率が低いのではないか。急変対応を求める地域の声。これは今のと同じですね。

それから、その下の欄、高齢化の進行が強くて、老老夫婦の割合は確かに多いと思います。退院後に在宅療養を必要とする患者さんの割合も高いと思いま

す。退院調整部門を持つ医療機関の割合が低いこともあるというご指摘もあります。

この辺で、今後の西多摩の課題として何か、ご意見があれば賜りたいと思いますが、いかがでしょうか。

井上先生、奥多摩はどうですか。急性期から慢性期も、結局、一般病床で多分やっつけていらっしゃると思いますが。

○井上（奥多摩病院）：奥多摩病院の井上です。

うちの病院は、急性期の13対1の、43床という位置付けですが、実際は、急性期、回復期、慢性期、とりあえず一通り、どれも中途半端で力及ばないところが多いのですが、一応担っています。

高度急性期に関しては、ぽっかり抜けていて、三公立病院さん中心に、また高木病院さん、目白第二病院さん、大聖さんに頼るところが多いのです。

ただ、うちの場合は、非常に自治体として小さいので内部の連携を取りやすく、地域包括ケアシステムも比較的作りやすい場所ではあるので、そのあたりは現場の努力もあって、比較的うまくいっているほうではないかと思っています。

そこで非常に感じるのは、住民の方々の医療に対する期待と、我々が提供できるサービスとの兼ね合いをどう取るかというところです。

うちの病院は、正直、そんなに高度医療はできないのですが、それで満足してくださる、奥多摩で終結していいという方に関して言えば、ほかの病院さんに頼ることなく、うちの病院で入院も在宅も含めて終結させることができます。

ですので、そういう医療機関側からのメッセージがうまく住民の方に伝わって、住民の方とそういう話ができることが、非常に大事ななと考えています。

私、3月まで、週1回、青梅総合の救急で勤務させていただいて、青梅総合さんの先生には大変お世話になりました。青梅総合さんの医療を間近に見せていただいて、高度急性期医療を担う青梅総合さんの考え方とか、どういう医療をやっつけていらっしゃるか、そういうことで私たちが影響を受ける病院だと感じました。

青梅総合さんでここまでできるから、青梅総合さんならこうするから、そうしたらあなたはどうしたらいいかという話は、住民の方々と直接できます。そこを望む方には青梅総合にお願いしますし、そこまではいいよという方は奥多摩で診ます。

うちは道一本でわかりやすい構造です。奥多摩があって、高度急性期は、青梅総合さんを中心とする病院さんに頼るとい、それだけの構造でしかない。そういうわかりやすい中で、どういう医療ができるのかということ、我々が把握し、住民の方と語り合える。そこが一番大事だと思うところです。

○玉木座長：ありがとうございます。

今後の方向性としては、サブアキュートの問題をきちっと西多摩で確立していくことが、急性期、慢性期、あるいは、数多い介護施設においても、大切なところではないかというのが一つです。

それから、きょうまだキーワードとして出てきてない在宅医療について、少しご意見をいただきたいと思います。

これは、青梅総合さんとか、三公立病院さんで、ガンの方でも通院しながら、化学療法をやって人生の最終段階で一気に在宅医療になられたりということもあります。

そうではない慢性期基礎疾患の方が、徐々に在宅になっていかれる場合もあるし、回復期のあと、在宅生活期に戻られる方もいらっしゃると思います。

ここにおいて、在宅医療が西多摩できちっと機能しきれているかどうかということも含めて、一生懸命在宅をやって今くださっている先生方でも、大変な思いで実際はやっていらっしゃる。

その辺が、病院に対して、あるいは病院側から見て、どのようにお考えになっているかということもあると思います。

きょうは在宅の先生方がいらっしゃらないので、在宅ということ 키워ドに入れて何かご意見があればと思います。

○進藤副座長：西多摩で在宅医療を専門でやっていらっしゃる先生は、今は10人ぐらいだと思います。そうすると、キャパシティが1人が100人ぐらい

診られるので1000人ぐらいだと思いますが、地域医療構想の中で求められているのは1700人なので、実際には今後足りなくなるだろうと思います。

在宅医療は、医者1人でやるわけではない。訪問看護がないとどうしても成り立たないのですが、訪問看護のなり手が本当にいないので、在宅医療は非常に厳しい立場にあると思います。

あとは、在宅専門の先生がやるだけではなくて、開業されている先生たちがどれだけ自分たちが診ている患者さんたちを、そのまま引き継いで診てくれるかという方向性が、今のところ余りはっきりしていないと思います。

そのこのところを引き出せるように、西多摩医師会で在宅医療講座を行っていますが、なかなかそちらの方向に進んでいっていただけていないのかなと思います。

ただ、これから高齢化が進んで、単身の高齢者が増えていったときには、一緒に診ていただける可能性はあるのかなと思っています。

○玉木座長：ありがとうございます。これも前から議論されていることですが、例えば、ガンとか呼吸器を使っている方とか、ある意味で人生の最終段階の、かなり厳しい場面を一生懸命診てらっしゃる在宅専門の先生たちと、そこまではいかないけれども在宅医療の裾野の点で通院してた方が通院できなくなってしまって、月一回程度行って、在宅医療をする方々もいらっしゃる。

ですので、できるだけ通常のかかりつけ医の先生たちにその裾野を広げてもらいたいというのも、ずっと言っていることだと思います。

ここに、在宅側から、夜間の救急に対応してほしいというのは、多分その裾野の部分でやっている先生たちが、そのような思いを持っているのではないかと思います。

この辺も、もちろんご家族、ご本人との意思の疎通も重要ですが、その中でサブアキュートの場合にどのようにシステムがつくれるかということも、在宅医療の裾野を広げていく重要なポイントではないかと、私自身は自分の経験から言うとそう思っています。

私も専門で在宅医療をやっている立場ではないのですが、かといって、最後まで診てくれるかと言われれば、当然それを受け入れられるパターンの場合も

あります。それは何とかやりたいと思いますので、また病院の先生方にお助け
いただきたいという部分でもあると思います。

この辺をどうしたらいいかというので、ずっと在宅医療の研修などは、進藤
先生がずっとやってきてくださったのですが、座学はやっているけれども、総
合研修はやってないですね。

病院の先生が在宅に行っていただくのと、在宅医が病院と交流してという研
修を、都のほうでやってくださっているので、その辺を今後力を入れて、コミ
ュニケーションを病院の先生方と取ればなと思います。ぜひ、次の課題でし
っかりやっていきたいと思います。

ほかに何か、ここぞというのはないでしょうか。きょうはもちろん議論しき
れませんので、次の課題で結構ですが、いかがでしょうか。

資料をめくっていたら、平成23年度に「西多摩地域広域行政圏協議会」の
病院に関する部会の中で、西多摩地域における公立病院の連携と役割分担に関
する調査報告書を見つけました。

その中で、これは三公立病院さんに限ったの議論だったようです。ただ、西
多摩の医療そのものを、5疾病5事業を担ってくださったのも三公立病院なの
で、その3つの病院がどのように今後、相補い合いながらそれぞれの機能を保
ちながらやっていくかという議論が中にあります。

ここの議論の中で課題として出てきたことが、救急に関しては、一次救急へ
の対応をもう少し地域で広げてほしいというのと、内科関連の医師が不足して
困っているということですが、これは5年前の話です。

それから、青梅総合さんのほうは、小児・周産期のほうの負担が強くて、こ
れを何とか三公立で少しでも分け合えないかという話です。

連携推進に関する課題では、緩やかな連携体制の構築。連携体制推進役の不
在と書いてありますが、不在というのは、まさにこの会議なのかなと思いまし
た。

看護師さんの不足、患者さんの情報の共有化がアナログである。この辺は今、
電子カルテ連携を少しでもやろうということで一歩踏み出しました。

また、連携によるコストの削減とか、いろいろなことが書いてありました。

青梅総合と奥多摩病院さんの連携強化というのは、今まさに井上先生が話してくださったことだと思います。

さらに、高度医療機関の共同利用とかようなことも書いてありました。

公立病院さんはそれぞれの市町村の思いや住民の皆様のニーズがあって今がありますから、それを簡単に調整するというのもなかなか難しいことかもしれないかもしれません。

ただ、ポストアキュートについてもサブアキュートについても、それから西多摩の慢性期病床や介護施設全てにおいても、三公立病院さんの病床のあり方が今後大きなポイントになってくるのではないかと、この資料を見て思いました。

そのようなことを含めて、官民挙げて、どうしていくかということ、次回、議論をさせていただければと思います。そのサブアキュートあたりと在宅について、私たちがどのようにソフトランディングさせる努力ができるかというのが議論できればと思います。

時間も押してしまいましたが、ほかに何かご意見はございますか。

では、ここで意見交換を終了させていただきます。

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

○玉木座長：続きまして、東京都から報告事項が2点ございますので、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。これは、東京都地域医療構想、在宅療養広域ワーキングの設置についてでございます。

在宅の話を今後進めていくことが必要だというご意見が多かったと思います。調整会議においても、ほかの圏域も含めて、在宅に関する意見を多くいただいております。

一方、なかなか調整会議の場において在宅の部分だけを特化して、連携の取り組みなどについて議論するのは、なかなか時間的な余裕もない現状です。

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いますが、その中の一つに、在宅医療介護連携に関する関係区市町村の連携に取り組むことになっております。

こうしたことを踏まえまして、在宅療養ワーキングを今年度から設置することといたしました。

目的については、各二次保健医療圏における地域医療調整会議に在宅療養ワーキングを設置して、在宅療養に関する地域の現状、今後の取り組み、広域的に取り組む事項であったり、さまざまな意見交換を行っていきたいと考えております。

構成メンバーについては、区市町村、在宅医、病院、地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、ケアマネ、医療保険者などを予定しております。こちらのメンバーの選定などにつきましては今後改めてご依頼をさせていただきたいと考えております。

こちらでやる意見交換の内容については、在宅療養、退院支援に関する地域の現状、課題、地域病院の在宅療養、退院支援に関する取り組みの相互理解といったことについて意見交換して、深めていきたいと思っております。

開催時期ですが、本年（平成29年）の9月から11月ごろを予定しておりますので、本年度第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、この調整会議は在宅療養のみならず、地域ごと、医療等における現状、課題について幅広い意見交換が主となると思います。

一方、ワーキングについては、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。

このワーキングでの検討状況については、地域医療構想調整会議にフィードバックさせ、情報の共有や意見の共有を図っていきたいと考えております。

したがいまして、次回、こちらの圏域において在宅などの話もあろうかと思っておりますが、このようなワーキングの中で検討した、意見交換を行ったものについてもフィードバックさせながら、進めていければと考えております。

また、ワーキングの中では、今回お示ししましたアンケート結果など、在宅療養に関するアンケートについても、当然、このようなアンケートの資料なども活用して、ワーキングを運営していきたいと考えております。

資料5の説明は以上でございます。

続きまして、資料6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。

この事業は、国の地域医療総合確保基金を活用した事業です。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、合理的かつ質の高い医療連携体制の構築をするために、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。

基金事業については、幾つかございますが、本日は、病床等の整備、病床機能転換に関わるものについて簡単にご説明いたします。

まず、資料の左側はハードの整備でございます。回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に機能転換等を行う医療機関に対して、施設整備等の補助をするものでございます。

基準額は、改修、改築、新築でそれぞれ記載のとおりでございます。また施設整備以外の施設整備補助も実施しております。

続いて資料の右側は、開設準備経費支援。開設後、人件費の支援ということで、ソフト経費でございます。

事業の内容としましては、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟を転換するにあたりまして、それに対する開設準備経費支援と、開設後の人件費支援、医師やリハビリ専門職の人件費を支援するものでございます。

2ページ目以降には、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付けしております

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、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考えております。

資料6の説明は以上です。

○玉木座長：ありがとうございました。

以上、2点でございます。調整会議は情報を共有する場です。本日は時間を超過して申しわけないのですが、最後に何かご意見等がございましたら、お話しただければと思います。いかがですか。ございませんか。

きょうは議論に踏み込める時間はなかったのですが、もし急性期が過剰であり、今のところの医療需要予測では、回復期が足りないということになっています。慢性期が過剰であると。

そうすると、機能上の回復期を誰が担うか、特に、回復期リハビリテーションではなく、地域包括ケア病床ということになる。

今のところ、福生病院さん、阿伎留医療センターさん、高木病院さん、今度、あきる台病院さんが転換してくださって、それで200床ぐらいの転換になると思います。

その中のそれぞれの機能を磨いていかれる、どのようにご自身の病棟の中で使われるかということも、いろいろな事情があると思いき、さらに足りない部分を誰が担うのかということもあります。

そうすると、もちろん、急性期を多く抱えている公立病院さんということもあると思いき、あるいは、民間のほうから慢性期病床が地域包括ケア、あるいは回復期に上がるということもあるかと思いき。

ただ、この上がるのもなかなか難しいです。救急を標榜するためには人員を増やさなければいけないし、ハードの問題もありますが、そこも一つの道筋であるとは思いき。

どのようにお互いに地域でそれを担い合って、補い合うか。あるいは、人材が本当に育成、確保が難しいのであれば、皆で一緒になって育成するしかない

し、慢性期側の長けた方々と一緒に共有するとか、研修することもあると思います。その辺も踏み込んでいけたらと思います。

あと、慢性期病床の過剰も、今後は大きな課題になってくると思います。これは一つは、介護療養病床を院内施設化するという道筋も言われておりますので、そのようなことも含めて、次回以降、踏み込めればと思います。

これ以上話すと、時間が過ぎてしまいますので、もしほかにご意見がなければ以上とさせていただきます。

よろしいですか。では、ぜひまた次も活発なご意見をいただけますように進めていきたいと思っております。きょうは市町村様からご意見を伺わなくて申しわけございませんでした。

以上、予定された議事は終了ですので、事務局にお返しいたします。

4. 閉 会

○矢沢部長：活発なご議論をありがとうございました。きょういただいたご意見をまとめさせていただきます。

まず最初に、高度急性期、急性期の強化が必要ではないかというデータから明らかになっている事態についてのお話がありました。一方、高度急性期、急性期を担っている先生方からは、人材不足が原因で、急性期を今頑張っているということもありました。

それから、地域包括ケア病床の機能、特に、サブアキュート機能をどうするのかということや、患者さんが病院を選ぶときにどういう病院がどういう機能があって、どういう治療が受けられるというところを、医療機関のほうから紹介できるような仕組みをとっていらっしゃる病院のご発言もあって、それはすごく勉強になりました。

それから、在宅医療については、不足しているということで、なかなか進まない中で今後どうしていくかが課題だというご意見もいただきました。

事務局から今お話ししましたとおり、在宅医療については、どこの圏域でも課題になる内容ですので、在宅療養のことを考えるワーキング。これは調整会

議と介護のほうをやっているいろいろな仕組みの中とをつなぐ役割を持つワーキングです。

こちらの代表者から何人か来ていただいて、介護のほうのワーキングとセットにしてお話をしていく。病院と医療と介護をもっとシャッフルしてお話をするというのか、そういう会を設けさせていただきます。

そこで出た議論をもう一度こちらの会議に戻すこととなります。きょう、歯科医師会の先生や薬剤師会の先生、区市町村の方々からのご意見もいただきましたところですが、次回はずいぶん、きょうの資料をもう一度お読みいただいて、ご意見をいただければありがたいと思います。

以上でございます。ありがとうございました。

あとは、事務連絡をお願いします。

○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いては、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点目は、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、議事録については、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。

3点目は、本日は閲覧用の「地域医療構想」を配布しておりますが、そちらについては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、本日は長時間にわたりありがとうございました。

(了)