

平成 29 年度 練馬区医療施策検討委員会（第 2 回）

1 日時	平成 29 年 8 月 8 日（火） 午後 7 時 00 分～9 時 00 分
2 場所	練馬区役所本庁舎 5 階庁議室
3 出席者	<p>&lt;委員&gt; 五十音順          浅田委員、飯田委員、今井委員、岩橋委員、小山委員、古賀委員、児島委員、齋藤委員、関委員、関口委員、中村（治）委員、中村（紀）委員、早間委員、備前委員、福井委員、丸山委員、光定委員、山川委員</p> <p>&lt;事務局&gt;          高齢施策担当部長、地域医療担当部長（健康部長）、保健所長          高齢社会対策課長、高齢者支援課長、介護保険課長、健康推進課長          地域医療課長、医療環境整備課長</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	1 名
6 次第	<p>1. 案件</p> <p>(1) 第 1 回議事録の確認および資料の修正について</p> <p>(2) 整備すべき病床機能について</p> <p>(3) 医療環境に関するアンケートについて（報告）</p> <p>(4) その他</p>
7 資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 練馬区医療施策検討委員会（第 1 回）議事録（資料 1）</li> <li>・ 脳血管疾患の治療開始時間の修正について（資料 2）</li> <li>・ 超高齢社会における医療提供体制と病床整備（検討資料）（資料 3）</li> <li>・ 医療圏における 4 機能別に見た病床数の状況（資料 4）</li> <li>・ 病床の機能区分（資料 5）</li> <li>・ 練馬区における病院配置図（資料 6）</li> <li>・ 練馬区周辺地域における病院配置図（資料 7）</li> <li>・ 救命救急センター配置図（資料 8）</li> <li>・ 練馬区民の皆様に医療環境に関するアンケート調査のご記入・ご協力              のお願い（資料 9）</li> </ul>
8 事務局	<p>練馬区 医療環境整備課 医療環境整備担当係</p> <p>電話 03-5984-1086</p>

## 会議の概要

---

(委員長)

定刻となりましたので、第2回練馬区医療施策検討委員会を開催させていただく。初めに  
出欠の確認を事務局をお願いしたい。

(事務局)

本日は、全員出席である。

(委員長)

それではまず、配付資料確認をお願いしたい。

(事務局)

### 【配付資料確認】

(委員長)

それでは、議事に入る。

資料1、資料2の説明をお願いしたい。

(事務局)

### 【資料1～2説明】

(委員長)

資料1、資料2について、質問や異議はあるか。

### 【異議なし】

(委員長)

それでは、次の案件2に移る。第2回検討委員会では、超高齢社会に向けた医療体制の整備に関する医療機能の拡充、連携のあり方、整備すべき病床について検討する。特に地域包括ケアシステム構築の中で、優先して整備すべき病床を検討したいと考えている。もちろん、地域医療の中で、在宅医療や介護との連携についても検討が必要であり、この部分は第3回検討委員会に向けて、ご意見と伺えればと思う。

資料3～8の説明をお願いしたい。

(事務局)

### 【資料3～8説明】

(委員長)

第1回練馬区医療施策検討委員会でも議論した部分であるが、練馬区は人口あたりの病床数が、23区内で最も少ない状況である。超高齢社会を迎える中で、どういう方向に進むべきかを検討する。東京都地域医療構想では、東京都全体では、急性期機能の病床を減らし、回復期機能の病床を増やす方向が示されている。地域包括ケアシステムの構築を前提に、住み慣れた街の中で治療を完結できる、あるいは、区外での治療のため、区を出てしまってもまた戻ってこられる地域完結型の医療提供体制を目指すにあたって、練馬区としてどの機能の病床を優先的に整備すべきかを検討したい。

まず、高度急性期機能については、どのような考えか聞いていきたい。

(委員)

練馬区の病床数は23区において極めて少ない状況である。病床数に限りがあるので、二次医療圏における病床配分を変えてほしいと思う。高度急性期機能については、救急搬送の6割が区外に搬送されている事実があり、毎年約1,000人が区外の救命救急センターに搬送されている。一刻を争う患者が、板橋区や武蔵野市に搬送されている状況がよいとは思えないので、3次救急医療の機能を優先的に整備する必要があるのではないか。ただし、回復期機能・慢性期機能の必要性も感じる場所であり、すべての病床を平等に増やすことはできないが、何かしらの優先度をつけることもまた難しい問題であると感じている。

(委員)

区西北部医療圏は、特徴として、人口規模が大きい、病床の医療圏内格差が大きいことが挙げられる。病床の調整機能がないことが問題と考えており、東京都に申し入れをするなどして、東京都と練馬区、医療機関で連携して、病床調整機能を作っていく必要があると思う。また、現状として練馬区内に病床が少ないことで区民が大変な思いをしていることは事実としてある。

救急搬送の状況を見ると、6割が区外に搬送されているといっても、区外の患者を練馬区内の病院が受けている状況もあるため、そのあたりの情報を精査し、区内で対応したいが対応できていない部分を明らかにしたうえで、検討していければいいと思う。

(委員長)

急性期機能といっても、救急搬送を受ける急性期機能もあれば、重症者が区外に搬送されたときに、患者を区内に戻すための受け皿としての急性期機能もあり、それらを優先して整備するという見方もある。

(委員)

病床機能の4区分（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の話は、高度急性期機能と急性期機能では役割が違うので、同じカテゴリーとして検討することはできない。当院は、区の境に立地しているため区外からの搬送もある。消防の管轄で搬送されるため、行政区分と違う部分があるので、区内だけの目線で救急搬送についての検討を行っても意味はないと思う。また、疾患ごとに、一刻を争うものと時間をかけても問題ないものとあり、同じ急性期機能といっても疾患ごとに病院によって特徴や役割があるので注意が必要である。さらに当院は介護施設からの入院があるが、退院先を確保できず病院にとどまってしまう、新たな患者を受けられない状況になっている。どの病院でも起こりうることである。急性期機能の病床をうまく使わないといけないと思う。

救急医療については、必ずしも救急搬送が必要でない方の利用があり、現場を疲弊させている事実がある。医療現場の勤務状況を見ても、いいかどうかは別として、日勤の後に当直に入るなど過酷な労働環境であり、現場が苦勞して救急医療を支えていることを理解してほしい。

大事なことは在宅医療の受け皿があるのかどうかという部分であり、なければ退院後の行き先がなくなり病床がいくらあっても足りないということになるため、病床の話だけ議論しても成果は上がらないと思う。

(委員長)

たしかに、病床の問題は、在宅医療や医療連携も含めて検討しないと解決しない問題であり、資源が少ない中でやりくりすることで何とかしている状況がある。高度急性期機能や急性期機能が必要という反面、回復期機能や慢性期機能も足りないという状況があるのも事実である。

(委員)

委員の話を聞いて、かかりつけ医の機能が重要であると感じた。救急搬送が必要ない患者が救急車を呼んでしまう問題については、近場で相談できる医師がいれば緩和されるのではないかと思う。数年前から、かかりつけ医という言葉聞くようになったが、かかりつけ医がどのようなものかイメージがわからない。

(委員)

そもそも、在宅医療のインフラを整えば、病床を増やすことにこだわらなくてもいいのではと感じている。日本ではあまり進んでいないが、海外では遠隔医療によって在宅での治療を進めている。在宅医療のインフラを整えることに力点を置けばいいのではないだろうか。

(委員長)

たしかに、在宅医療の提供体制が整うことは病床確保の問題にも関わる重要な問題であり、第3回の検討委員会の重要なテーマとなる。

(委員)

かかりつけ医の問題については、機能充実という言葉が出てくるが、具体的になにを指しているのかよくわからない。新聞記事によると、かかりつけ医は「総合力があり、通いやすく、女性に対しては婦人科機能が必要」とあった。専門医療というよりも地域で介護との連携が重要であり、その通りだと感じている。患者から見ると、かかりつけ医は橋渡しであって、そこから専門病院や介護サービスの担当に振り分けてもらえることが重要だと思う。

(委員長)

指摘いただいた論点は、第3回の検討委員会で集中的に議論したいと思う。

高度急性期の議論の中で、3次救急医療の機能が練馬区に必要なのかという議論があるがいかがか。

(委員)

医療提供体制は、三次医療圏、二次医療圏、一次医療圏と区分けされており、そこで必要な機能も定められている。そのため、すべての高度急性期機能を一次医療圏である区内で整備する必要はないと思う。疾患ごとに検討すべきであるが、二次医療圏単位で考えると、練馬区を含む区西北部医療圏は、そんなに不足している機能はないと感じている。新たに資源を投入するよりも、今ある資源を有効活用することを検討すべきだと思う。それには、区民の意識も大事だと感じている。資源の有効活用には医療機関と区民との関係がうまくいっている必要がある。

(委員)

高度急性期・急性期機能の検討では、疾患ごとに検討することは必要だと思う。循環器系疾患では、区内で3次救急医療並みの機能を発揮できると思う。

最近感じているのは、震災に対する対応である。練馬区は人口が増加しているが、災害拠

点病院が少ないと感じている。災害時に対応できる医療機関はあるが規模が小さい。実際、大震災等の災害が発生した時に、近隣の大規模な災害拠点病院へ搬送するのは難しいと思う。  
(委員)

3次救急医療の機能はある程度必要だと思う。救急搬送時に、高度な治療が必要となった場合、練馬区内の医療機関は、高度な機能を有していても3次救急医療を発揮する救命救急センターではないので、素通りされてしまう実態がある。疾患の層別化につながるが、新たに病院を作るというよりも、すでにある病院の機能強化によって対応すれば需要を満たせると思う。

医療者からみた機能と区民からみた機能の違いがあり、議論がずれてしまう可能性がある。資料5の病院の例示にはすべての病院名が記載されていないが、記載のない病院も機能を発揮しており、緊急性はあまりない一般救急を受け入れている医療機関もあり、実はその件数が一番多く重要である。

回復期機能についても、わかりにくい部分であり、回復期と名前がつくのは回復期リハビリテーション病院しかないが、この病棟に入院させる条件が厳しいことや、それ以外にも地域包括ケア病棟など類似の機能を発揮する病棟があるなど、病床機能について、ベースとなる知識が共有されていないと議論が難しいと思う。さらに、病床機能別病床数について検討しているのは、東京都地域医療構想であり、ここを無視して議論しても結果を生かすことができなくなる可能性がある。病床整備に対する提言を練馬区の医療の構想に記載して、東京都等に伝えるようにしなければならない。

(委員)

補足すると、4機能別の病床数は、診療報酬の制限があり、回復期リハビリテーション病棟は、条件をクリアできる患者しか入院できない。病床機能報告上の機能と、診療報酬上の機能に違いがあることに注意する必要がある。

(委員)

順天堂練馬病院は、東京都から90床増床の許可を得ており、現在どういった機能の病床とするか検討している。3次救急医療機関として機能を発揮したいと考えており、東京都へ指定をお願いしているが、すでに区西北部医療圏には2つ整備されているため厳しい状況である。したがって、練馬区や区民の皆様から3次救急医療機関が必要であると要望を伝えてもらいたい。現在も、3次救急医療機関に搬送されるような重症な患者の受け入れも行っている状況である。これまでは、心臓血管外科がなかったため、十分に機能を発揮できなかったが、90床増床に合わせて機能拡充を予定している。

(委員長)

3次救急医療機関については、東京都が保健医療計画を策定しており、指定した場合運営に対する補助金等も必要なこともあり、新たに指定されることは難しいが、区として必要という意見は出してもいいかもしれない。その他の急性期機能については、今ある資源を有効活用していくという方向性かと思う。

回復期機能についてはどうだろうか。

(委員)

回復期リハビリテーション病棟は、入院に際し、リハビリ対象疾患など様々な条件があり、条件を満たさないと入院できない。さらに入院した後も、疾患により入院期間が決まっており、無制限に入院できるわけではない。理想は、回復期リハビリテーション病棟に入院し、リハビリによって機能が回復し、在宅に戻っていくことだが、実際は当院の入院患者の平均年齢は77歳で、認知症や内科系疾患の合併症があり、スムーズにリハビリが進まず、入院期間の間に機能が回復せず、療養病床などへ転院したり、不完全な形で在宅に戻っていく患者もいる。

(委員長)

回復期機能が不足している状況をどう思うか。

(委員)

だいたい練馬区の状況は理解した。超高齢社会を迎えるにあたり、回復期機能の充実が重要であると感じている。病床数を見ると大変な少なさである。今後検討を進めていく中で、病床機能の4区分の定義をしっかりと認識する必要があると感じた。

(委員)

質問だが、病床ごとに入院できる期間は法律で決まっているのか。

(委員)

法律ではなく、診療報酬で定められており、入院期間を超過すると診療報酬が算定されなくなってしまうのである。

(委員長)

「診療報酬が算定されない」とは、入院しているのに入院に必要な診療報酬を病院が十分に受け取れない状況のことである。

(委員)

急性期機能を担う一般病床にも算定要件があり、おおよそ（入院期間が）2週間以上になると診療報酬がガクッと下がってしまう。その状態の患者が多いと経営が成り立たないため、病院も退院させざるを得ないのが現状である。

(委員長)

病院で入院したら医療費がかかるため、厚生労働省としては医療費削減の視点もあり、必要な入院期間というのを定めている。高度急性期で治療を行い、落ち着けば急性期、回復期と段階を踏んで、社会復帰してもらい、難しいようなら慢性期の病院に入院するというのが理想的な姿である。

(委員)

質問だが、資料5の病院の機能はインターネットで調べると確認できるものなのか。

(委員)

インターネットで確認することは難しい。ある特定の資料を見ないと確認できない情報である。

(委員長)

確認できないことも問題だが、症状は回復期の対象であるにもかかわらず、急性期の病院を受診してしまう区民の受療行動も問題であり、区民啓発によって変えていく必要がある。

(委員)

回復期機能の話だが、なぜ回復期が不足するのか。病床機能の区分が4区分になっているから数字上不足となっているのではないか。病気になれば、早く治療して復帰したいと思うが、77歳の高齢であればリハビリが進まず帰れないというのもよくわかる。診療報酬の制約や病床機能区分の話は分かるが、別の枠組みで検討し、別の方向での解決を検討できないか。

(委員)

回復期機能の病床が少ないわけではない。回復期の施設基準を取得している病床が少ないのである。地域の急性期機能とされている病床の大半が、回復期の機能も担っている。慢性期機能の病床も同様である。逆に高度急性期機能といいながらも、手術を一件も行っていない病院もあると聞いている。

(委員)

自院は療養病床を届け出ているが、以前は一般病床であったこともあり、今でも年間約350件手術を行っている。術後はリハビリを行い回復期の機能を提供している状況であり、必ずしも資料上の数字が現実を反映しているわけではない。

(委員長)

病床機能区分も制度として十分に議論されないままスタートしていることもあり、現場も混乱してしまっている部分もある。調査結果と実際の部分に違いはあると思われるが、それも踏まえて、練馬区で優先して整備すべき病床を検討したい。

(委員)

在宅医療を進めることや認知症患者への対応は、かかりつけ医が重要である。かかりつけ医とは、長年の付き合いがあり、病気以外の生活の部分も含めて相談できる関係、患者の家族とも顔の見える関係を築けていることが必要である。厚生労働省もかかりつけ医に期待しており、診療報酬上もかかりつけ医の機能に手厚い配分となっている。施設に入所している方が発熱した時に、いきなり救急車を呼ぶのではなく、かかりつけ医にまずは相談してもらえる関係が理想であるため、施設との連携も進めていかないといけないと思っている。

(委員長)

かかりつけ医は、実際機能しているのか実感を教えていただきたい。

(委員)

医師会のアンケート調査によると約470件の医療機関に対して、かかりつけ医は約110件あり、在宅療養支援診療所はうち約60件である。うち約50件は外来診察の合間に行っている。

(委員)

5年間訪問看護を行っているが、患者は自分のことを優先に考えていると感じている。どのような状況でも順天堂練馬病院にかかりたいという方が多い。退院後も在宅医療ではなく、順天堂練馬病院に通院したいと希望している。したがって、かかりつけ医と順天堂練馬病院への通院をバランスよく提供できれば、患者も安心すると思う。

医師は病気を治すことが仕事なので、生活面まで目が届いていない。訪問看護と医師とで密に情報交換ができればよいと思う。実際、自宅を訪問すると、1日2食しか食べない方が、

薬を飲まずに保管してしまっている状況を見ることがある。在宅医療では、訪問看護をうまく活用してもらえたらと思う。また、介護は患者（利用者）の見方が違うので、かかりつけ医や訪問看護師などが入ることで、不要な救急搬送等を減らすことができると思う。

(委員長)

次回検討委員会での重要な論点だと思う。

(委員)

回復期リハビリテーション病棟は限りがあり、慢性期の病院にスムーズに移行するシステムがあればいいと思う。当院では在宅医療、訪問薬剤、訪問リハを行っている。急変したりする方もいるが、当院を退院された患者がほとんどなので患者の状況がわかり安心できる。ここまで行かないまでも、患者の情報が共有できる環境は重要だと思う。

(委員)

在宅医療につながる機能を持つ病院は少ないと思う。急性期からいきなり在宅に戻るの難しい。診療報酬の制限から、急性期機能の病床は2週間で退院しなければならず、在宅との橋渡しとなる中間的な機能が必要である。当院の地域包括ケア病棟からは、大半が在宅へ帰っていくが、一部戻ることができず療養病床へ転院する例がある。療養病床には、医療療養型と介護療養型とあり、一方では介護が受けられず、一方では医療が受けられないというジレンマがある。住み慣れた街で最後まで過ごすことを考えると、区内に長期的な療養が可能な機能があってもいいのではないか。

(委員)

患者にとっては、最初から最後まで順天堂練馬病院が対応できれば安心するのだろうが、それは難しいため、連携・分担による対応となっている。本来的には、原疾患ではない重症化していない疾患は、地域の一般的な治療を行う病院を受診すべきだと考えている。

病床が少ないとはいえ、常に病床稼働率100%ということはないと思うので、医療機関の連携による対応も必要だと思う。以前より、在宅医は増加しているので、在宅医療を受ける方も増えると思う。

(委員長)

様々な意見を伺って、高度急性期機能は、3次救急の機能は要望があり、ある程度の機能をすでに有しているので、必要性を認めていただく方向で動いてほしい。急性期機能は、二次医療圏まで広げて考えるとある程度問題はないのではないか。回復期機能と慢性期機能は、在宅に戻るための機能として、練馬区は力を入れていかなければならないのではないか。さらに医療と介護の連携も充実していかなければならないのではないか。また、病床の整備に合わせて、区民に対して様々な情報提供を行い、医療に対する啓発活動をしていかなければいけない。

(委員)

身内の経験だが、転倒による骨折で救急搬送されたが、認知症を患っており自分で抜糸をしてしまうので、拘束を余儀なくされた。致し方ないことだが、そのため自分で排泄する能力が衰え、認知症が進行してしまった。在宅に戻すため、回復期リハビリテーションも受けたが、認知症があるためうまく進まず、病院の医師も半ばあきらめたような状況で



あった。これではだめだと、区内の老健に入所した。認知症の進行を抑えるため、希望はグループホームであったが、動けないわけではないので常に転倒のリスクがあり観察が必要であることから老健を選択せざるを得なかった。逆に老健は全く拘束ができないので、施設から見ると手のかかる入所者となっている。本当は自宅に戻りたいが、選択肢として施設しかない状況である。これが現場で起こっていることであり、次回の検討委員会ではこういった実体験も踏まえ検討したい。

(委員)

かかりつけ医について、委員からの話にもあったが、区民から先生に相談したくとも、医師が多忙であるため細かい相談が出来ない、橋渡しをお願いできないのではないかと考えている。現場では、医師がジレンマを抱えていないかについて聞きたいと思っている。

(委員)

かかりつけ医の機能は、外来で患者の相談に乗ることも含まれるなど幅広いものになっているので、はっきりとした定義があるわけではない。練馬区は、医療と介護の相談窓口があり、約 3,000 件の相談が来るが、ほとんどは医療関係の話である。地域包括ケアシステムを進めようとしているが、医療の専門的なところは医師会が責任をもって進めていかないとはいえないと思う。初めて入院した患者は、かかりつけ医がおらず、介護保険の請求方法も知らない状況であり窓口に相談にくる。かかりつけ医が窓口へ振ってあげるような機能がないためこれから考えておかなければならない。

(副委員長)

大学で MSW の話をよく聞く機会があるが、地方のリハビリテーション病院は、都内からの入院もあるが、入院した後に在宅に戻るという発想はない。地方の病院は、入院すれば看取りまで行うのが当たり前となっており、地域包括ケアシステムから外れたものとなっている。地方の病院の考え方が悪いという話ではなく、その話を聞いて、練馬区の方が、区外で入院しても練馬区の地域包括ケアシステムの中に戻ることができる体制が必要だと感じた。練馬区には約 220 か所の居宅介護支援事業所があり、600 人弱のケアマネジャーがおり、近隣に比べて介護資源は豊富にある。ケアマネジャーのレベルを上げて、練馬区に戻ってこられる望みをつなぐ。医療側の機能として回復期機能は必要であると感じた。

(委員長)

優先して整備すべき病床については、討議の中でこういったものに力を入れるという部分が見えてきたと思う。在宅医療への移行については、次回の委員会で意見を聞けると思っている。切れ目のない医療連携、多職種チームによる転院・退院支援、医療・介護連携の強化をキーワードに検討したい。

それでは残りの案件について事務局説明をお願いしたい。

(事務局)

案件 3 の医療環境に関するアンケートについては、資料 9 のアンケート票を区民に配布しアンケート調査を行っている。3,000 件配布し、約 1,200 件の回答を得た。返信数から関心の高さがうかがえる。次回委員会で、暫定的な集計結果を報告する予定である。

(委員長)

その他あるか。

(事務局)

本会議の議事録を作成するので、後ほど確認してほしい。次回の検討委員会は10月6日(金) 19:00～を予定している。

(委員長)

その他、委員から発言はあるか。

(委員)

医療と介護システムについて、認識を共有したほうがより議論しやすいと思うので、基本的な情報の資料があったほうがよい。

(委員)

医療と介護の連携は、幅広いテーマであるため、議論がまとまるように課題を整理したほうが良い。

(委員)

緩和ケア病棟の話で、これまでの経験の中で、最期に過ごす場所は患者の思いが反映されるべきであると感じている。実際ホスピスに入られた方が、実は最期の場所は自宅を希望していたという事例を聞いた。家族に遠慮して言えない、独居だからできないといったことがないように、Advance Care Planning (ACP) (将来の意思決定能力低下に備えて、治療方針や価値観を、患者・家族と医療者が共有し計画するプロセス)によって、患者自身がどうしたいのかをわかりつけ医が確認することは必要である。

救急医療については、まずは区民の適正利用が重要だと思うが、啓発活動は行われているのであろうか。

(委員長)

救急車利用については、東京消防庁が中心となって啓発活動を行っているが、なかなか浸透しないようである。この方法論についてもご意見伺えればと思う。

それでは、意見も出そろったようなので、本日の検討委員会を終了する。

以上