

議事録

会議名：第2回北区地域医療会議

日時：令和5年2月13日(月) 午後7時30分

場所：北とぴあ15階 ペガサスホール

出席者(敬称略)：増田幹生、松田健、田中豊、後藤英晃、日吉賢次、大場庸助、藤井香織、宮崎国久、廣瀬瑞紀、小平祐造、今泉貴雄、福田吉治、矢島鉄也、板垣亮平、須賀田元彦、横山健一、堺弘治、橋本明子、島崎陽子、大場栄作、関根和孝、村野重成、前田秀雄

オブザーバー：倉林企画課長、土屋国保年金課長事務取扱区民部参事、長嶋地域福祉課長、岩田高齢福祉課長、新井介護保険課長、鈴木健康推進課長事務取扱健康部参事、小野生活衛生課長、板垣保健予防課長事務取扱健康部参事

、野田新型コロナウイルスワクチン接種担当課長

事務局：藤野地域医療連携推進担当課長

欠席者(敬称略)：碓井亘

議題：

委員紹介

令和4年度医療環境調査結果速報

調査結果速報からみられる区内医療環境の現状

部会の設置について

資料：

資料1 令和4年度医療環境調査結果速報

資料2 機能別病床数の状況と必要量

資料3 在宅療養の現状(第1回会議資料抜粋)

資料4 令和4年度北区医療社会資源調査

資料5 今後のスケジュール

当日配付資料1 北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会 委員名簿(案)

当日配布資料2 北区地域医療会議委員名簿

当日配布資料3 北区地域医療会議要綱

当日配布資料4 北区地域医療会議(第1回)議事録

当日配布資料5 北区地域医療会議(第1回)意見まとめ

逐語録

藤野：時間となりましたので、これより第2回北区地域医療会議を開催します。初めに福田座長より開会のあいさつをお願いします。

福田：座長の福田です。お仕事が終わり、お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。本日大変たくさん資料がありますが、皆さん方のご協力をどうぞよろしくお願いいたします。

藤野：ありがとうございます。それでは議事に入る前に、本日の出席状況を報告します。まず、確井委員からは遅参もしくは欠席となる旨、ご連絡を頂いております。また、廣瀬委員からも遅参する旨ご報告を頂いております。板垣委員がまだお越しになっておりませんが、24人中21名の出席をいただいているところです。本日の出席委員は過半数を超えておりますので、本日の会議は定足数を満たし、有効に成立しておりますことを報告します。

次に、前回ご欠席されました委員の方がいらっしゃいますので、一言ご挨拶をいただきたいと思っております。恐れ入ります、日吉委員、お願いできますでしょうか。

日吉：すいません、前回欠席いたしました北歯科医師会の日吉といたします。どうぞよろしくお願いいたします。

藤野：ありがとうございます。続きまして、須賀田委員、お願いします。

須賀田：すいません、北区医師会の産婦人科系の診療所代表ということで出席しています。よろしく申し上げます。

藤野：またオブザーバーでございますけれども、区民部の参事、国保年金課長事務取扱の土屋参事です。

土屋：土屋でございます。よろしく申し上げます。

藤野：ありがとうございます。この先、着座にて失礼します。

次に、配布資料の確認をさせていただきます。資料につきましては、資料の1から5までございます。このほかに、本日は席上に委員名簿、本会の設置要綱、第1回会議の議事録、また、意見用紙で頂きましたご意見をまとめたもの、第2回の地域医療会議意見用紙、また、今回ご検討いただく部会の設置に関連しまして追加で資料を配布しております。不足等ありましたら事務局のほうへお申し出ください。よろしく申し上げます。

それでは、これ以降の議事につきましては、福田座長、よろしく申し上げます。

福田：それではお手元の次第に沿って進めたいと思っております。まず報告事項としまして、令和4年度医療環境調査結果速報について事務局より説明をお願いします。

増田：事務局の説明の前に、この流れが非常に煩雑なので、理解を深めるために簡単に説明させていただきます。

医療環境の病床配分などは、厚生労働省の指導により東京都の医療構想調整会議で

決めています。その区西北部の座長を私が、副座長を宮崎先生が務めています。北区、板橋区、練馬区、豊島区の城北4区で問題を共有しているのですが、基本的にこの医療構想調整は、都市部に即したのではなく、地方の完全に1つの町で集約しているところを原則として立てたプランです。ですから東京みたいに、いろんな圏域で患者さんが移動するところには、あまり適合してないです。

要するに地方都市で真ん中に大きな病院があって、その周りに慢性期とか回復期の病院があって、全部集約して機能すればそれで話は楽なのですが、やっぱり東京都の場合には、高度急性期病院への受診などは圏域をはるかに超えて車で1時間ぐらいのところまで移動するのも稀ではありません。都民1,000万人を200万人単位ぐらいに分けてもあんまり意味がないと言えます。

結局、高度急性期、急性期から回復期、慢性期、リハビリも在宅も含めてうまく患者さんが流れていかないとどこかで目詰まりを起こして、それぞれの病院の機能が落ちてしまいます。そのへんの解決策を図ることがこれらの会議の主眼ですけれども、結局いろんな話し合いをしてみても患者さんの流れを整備しても「もう少し広い圏域で考えなきゃいけない」という問題が多いのです。厚生労働省の言われるままに数字を割り振りしてもなかなか効率が上がらないという背景があります。その背景も理解していただいた上で説明を聞いていただけたらと思います。

福田：はい、ありがとうございます。では、事務局から説明をお願いします。

藤野：はい、増田副座長ありがとうございます。説明の前に、傍聴の方が5名おりますことをご報告いたします。よろしく願いいたします。

それでは資料の1、東京都北区医療環境調査速報についてご説明いたします。

まず1ページ目の下の段、スライドナンバー2は、今回の調査分析の対象とした医療レセプト、国保レセプトと後期のレセプト、介護レセプトの内容とその期間です。歯科レセプトが含まれていませんが、現在、歯科についても分析を進めているところです。

ナンバー3から17は、被保険者数や医療費などの基礎統計です。先ほどのレセプトから数字を導き出していますので、区で別途ご報告しております被保険者数などと差異がありますことをご了承いただければと思います。

ナンバー18から22、こちらは医療費の傾向を、国保、それから後期別に分析した結果です。

ナンバー19、また21は、横軸で年間の医療費の金額を段階で示しており、縦軸で実患者人数を示しています。上段が入院、下段が入院外、青の棒が北区の医療機関、赤の棒が北区外の医療機関です。上段の、入院ではどの金額帯においても区外が多く、下段の、入院外は北区内の医療機関を受診する患者が多いという傾向です。

それぞれの下のスライドでは、北区外で受診した患者がどこで受診しているかの傾向です。区西北部以外の受診を足し上げた区外、その他、紫の棒を除くと青の棒、板

橋区の医療機関が多い傾向です。

ナンバー23からは疾病別の患者数です。24は国保、25は後期の患者数の構成割合です。

赤の点線で囲った疾患が患者数の構成の上位5位です。ナンバー25の後期は循環器系の疾患、消化器系の疾患、内分泌、栄養および代謝疾患がそれぞれ約9%です。

ナンバー26からは、疾患ごとの患者数を示しています。26は国保の令和元年、2年、3年の患者数の推移です。紫色は令和2年度ですが、いずれの疾患においても、他の年度と比べると減少しており、新型コロナウイルス感染症による受診控えが影響しているものと考えられます。一方で、27の後期のレセプトには、同様の傾向が見られません。

28からは、大分類別の年代ごとの実患者数です。ナンバー28、29は国保ですが、年代が上がるごとに患者数が増え、特に60歳以降は加入者の年代構成も相まって、年齢階層ごとに、倍、倍と患者数が増えていく傾向です。

ナンバー30からは後期の入院患者です。75歳から89歳の患者数はナンバー5、冒頭でお示した年齢階層別の被保険者数と反比例し、どんどん増加している状況でございます。

ナンバー32からは、中分類別の患者数の推移です。1行目の原因不明の新たな疾患の分類、これは新型コロナウイルス感染症に関連するものです。

以降、いずれのグラフ、疾患においても、令和2年度の患者数が減少しています。ナンバー33の急性上気道感染症、上気道のその他の疾患の患者数は令和2年度に大きく減少しており、いずれも新型コロナウイルス感染症の影響と考えられます。

ナンバー36からは生活習慣病に関する受療率です。ナンバー37、下段の入院外を見ると45歳ごろから生活習慣病に関する疾病の受療率が20%を超え、年々増加。後期では特にその受療率の高さが顕著です。

ナンバー40からは悪性新生物の患者数です。41、42は国保の方の受診医療機関ですが、どの分類においても区外での受診が多く、板橋区での受診が多くなっています。一方で、43、後期では、区内、区外に、大きな差がない傾向です。

ナンバー45からは、介護要員に関する疾病別患者数です。ナンバー49は、後期の方の看護と関連が強いと思われる横軸に記載の疾患について、上段が入院、下段が入院外で、縦軸が人数です。入院、入院外ともに青色の棒グラフ、区内医療機関での受診が多く、50では受療率を示しています。

ナンバー52からは、在宅医療関連に関する分析です。53は入院外の診療行為、区分C、在宅医療を抽出して、月当たりの平均利用人数を医療機関の病床規模別に分析したグラフです。横軸が病床数、縦軸がひと月当たりの平均利用人数です。病床数ゼロは病床を持たないクリニック、診療所ですが、全体の約30%の患者が区内のクリニックや診療所で受診しています。ナンバー54、後期では、全体の約35%の患者を区

内のクリニックや診療所で受診しています。

ナンバー55 は、在宅介護サービスの月当たりの利用者数の経年推移ですが、増加傾向にあります。

ナンバー57 からは、医療機関ごとの在宅医療関連の患者数の集計です。57 は、国保患者で、オレンジの線グラフが北区内医療機関の割合を示しています。58 は、レセプトの在宅患者訪問診療科を基準に、上位 20 の医療機関を抽出しました。上位 6 位までは北区内の医療機関で、20 医療機関のうち 13 が区内の医療機関です。

59 と 60 は後期患者の傾向をお示ししております。61 から 63 は、入院発生医療機関と翌月に受診している医療機関を患者数の多い順で示したもので、急性期病院から区内の医療機関の連携状況を把握することができます。なお、入院発生時の医療機関と翌月の医療機関が同じ場合には除いています。

ナンバー64 からは、在宅医療を利用する患者の在宅移行前の入院状況を分析したものです。64 は国保で、上段、在宅移行前の入院は、なしの方が多く、ナンバー66 は後期で、入院からの移行の方が多くなっています。国保、後期ともに在宅移行前の入院医療機関は区内の医療機関が多くを占めています。

最後に、ナンバー68 からは追加資料の介護基礎統計です。なお、この介護の統計ですが、平成 29 年 4 月から令和 4 年 3 月までの介護レセプト、介護給付者台帳のみを統計しましたので、北区が別に報告します保険者数の数字とは異なることを申し添えます。資料の 1 の説明は以上です。

福田：膨大な資料で、1 つずつ読み解くことも難しいとは思いますが、のちほどほかの資料とともに質疑等の時間を設けたいと思いますので、いったん全ての資料を説明していただこうと思います。

では、続いて調査結果速報から見られる医療環境の状況について説明をお願いします。

藤野：続きまして資料の 2、機能別病床数の状況と必要量です。

この資料は 1 月 26 日に開催された第 2 回の東京都地域医療構想調整会議において配布された資料を引用しています。表面については、区西北部の現在の病床数、各病院からの報告のあった 2025 年 7 月の予定病床数が括弧 A です。国の示す医療事業の推計方法により算出された 2025 年の必要量が括弧 B です。そして充足状況 A マイナス B で示しています。

裏面は、配布された資料から北区の状況を抽出するなどして、北区版の機能別病床数の状況、それから必要量を整理したものです。2025 年必要量 D については、表面の B の欄の数字を人口比で計算した参考値です。資料 2 の説明は以上です。

資料 3、第 1 回会議資料抜粋です。この資料は第 1 回地域医療会議の席上で配布した資料から北区の人口動態および在宅療養に関する状況を抜粋したものです。

2 ページには、75 歳以上の人口の推計で、特にピンク色の部分の医療と介護のケアが必要な割合が増加する 85 歳以上の人口を示しています。令和 5 年 1 月 1 日現在の

85歳以上の人口は約1万6,400人ですが、令和18年、西暦2036年には約2万1,000人となる推計です。

3ページ以降は在宅療養に関する状況です。医療資源として65歳以上、人口10万人に対する在宅療養支援病床数が区部平均を上回っています。これ以外、同診療所数、4ページ左の訪問診療を実施する一般の診療所数、5ページ左の看取りを実施する診療所数、7ページ、訪問看護ステーション数、最後のページの同看護職員数いずれも区部平均を下回っている状況です。

なお、6ページ、自宅死、それから老人ホーム死の割合について、第1回の会議にて、老人ホーム死の割合が大きく減少しているのはなぜかとお質問いただき、改めて確認しました。北区の平成29年の自宅死と老人ホーム死の数字が入れ替わってグラフ化されていたことが判明しました。お詫びして訂正します。本日の資料が正しいグラフになりますので、ご確認をよろしくお願ひします。

資料4です。こちらは令和4年度北区医療社会資源調査により抜粋したもので、多くの委員の皆さまにも調査にご協力いただきました。本年度実施しています令和4年度北区医療社会資源調査から、病院、内科・小児科系の診療所、訪問看護ステーションの回答内容から在宅療養に関わる部分を抜粋して北区の現状の在宅医療の資源として示しました。具体的なお説明は省略しますが、議論の中で必要によりご覧ください。資料の説明は以上です。

福田：膨大な資料ですけれども、見ていただき、ご感想やご質問、ご意見、補足の説明、ここをさらに深掘りしたほうがいいのではないかとということをご自由にいただきたいと思ひます。どうぞ、よろしくお願ひします。

宮崎：ご説明ありがとうございます。東京北医療センターの宮崎です。まず地域医療構想調整会議に提出されているこの資料の2ですが、特に北区のところで、必要量というのが、まず人口比から算出されているということ、それと、必要量について、今の時点の病床の明らかな違いが、今の病床はアンケート調査によるものであるということ。だからこれが勘違いされるところで、そのまま数字を見て、足りないとか足りているなどはちょっと言いにくい数字であるということを一応追加でご説明したいと思ひています。

最初のところで説明がありましたように、北区の入院の患者数は、区内では半分以下です。ということは、この区の人口比から病床を算出されていることと、その入院の数が半分以下ということとを、併せて考えていかないといけないところが、この数字だけ見て判断できないと思ひますので、皆さん、勘違いしないように数字を見ていただきたいと思ひます。

福田：ありがとうございます。具体的な数字についてもう少し、事務局から説明できますか。

増田：補足しますと、今の発言では人口比で必要なものを割り出しているけれども、やっぱり東京都の場合にはほとんど意味がない。そういう意味ではこの資料2の「これだ

け必要で、これだけあるからこれだけ足りない」と言う議論はあまり意味をなさないと思います。それは忘れていただいて、今日は「北区で本当に何が足りないのか、回復期が足りないのか慢性期が足りないのか」を話し合しましょう。たとえば豊島区は、回復期や慢性期が明らかに足りないのので、急性期から在宅に移行する方向に持っていています。そういったことも北区において必要なのかなということをディスカッションしていただきたいです。あと地域医療構想会議の座長を数年やらせていて、また自分のクリニックの患者さんの高齢化を見て思いますと、高齢化により罹患している疾患やいろいろな能力、あと周りの家族のサポートも変わってきます。恐らく60歳以下で会社に勤めている世代と、65歳以上で引退して自宅にいる世代の一番の差の一つに移動能力の差があると思います。この構想会議の数字にはそれが全く含まれてないです。地方都市だと家族が送ってくれるので移動能力は関係ないですが都市部はそうはいきません。

東京においては、手術など必要な患者さんにお話しすると、若いころは都心部の大病院に行きたいという方が多いですが、高齢者になってくると「そんな遠くの病院ではなく近所にいい病院があるなら行きたい」という返事が増えます。高齢化して変わってくるのは、疾患概念とか病態以上に、その移動能力の差が重要です。そういう意味では、やっぱり「ある程度地域集約型を目指し、地元の病院とそれから退院後も地元で対応する事」が必要になってくると思います。

在宅をやっている先生や地元密着型のクリニックをやっている先生方は実感されていると思いますが「急性期に入院して、退院して帰る時に自宅に帰れなくて、どこか高齢者施設に行行って行方不明になって、あの人どこ行ったのか」という「患者さん迷子事件」が医療機関ではしばしば話題になります。つまり本来ならば自宅に帰れたかもしれない方が、いろんな要素があり自宅に帰れないで、やむなく遠くの高齢者施設に行くとか、独居の方はお子さんのところへ行くとなる場合があります。もとの自宅で生活を続けたい場合はそのあたりを含めて、何が足りなくて何が必要かということをお話し合いたいと思います今日は医療機関だけではなくていろんな職種の方が来ていただいていますので、活発に討論をしていただきたいと思います。よろしくお願ひします。

福田：はい、ありがとうございます。

前田：この資料では、距離というものを全く検討してないわけではなく、増田副座長からお話しありましたように、高齢になればなるほど、あるいは在宅に近い医療であるほど、できるだけ近くの病棟で受診することが望ましいということで、あえて、多くの資料で、区内区外の医療機関で分けています。区外といっても、板橋区の東側ですと相当近いわけですが。そういうところでできるだけ受診していただきたいということです。

ですので、例えば19ページから22ページまでの部分では、最初は高額医療がこの

グラフになっている資料でしたが、あえて医療費階層別で区内区外に分けました。私たち、この資料の作成側としては、取りあえず高度の医療については区外でいいけれども、低額な医療、あるいは、それほど高度でない、一般医療に近いものについてはできるだけ区内で受診していただきたく、この中で、医療費のあまり高くない部分については、できるだけ区内の医療で賄えないかということで、医療費の分析でもそういうかたちとしました。

それから、64、66にDPCからの移行、いわゆる、いったん入院してから在宅に移行する方々について、区内か区外かということでしたので、こうしたDPCでいったん回復期等に入院して、そのあと在宅に移行する方については、できるだけ区内の医療機関と区内の在宅診療所に対応いただけないかということで、あえてこちらについても、DPCから移行された在宅の患者さんについて、どこでまず入院をしていたかという分析をしました。こうした在宅医療に移行する場合も、できるだけ区内で、身近なところで移行していただき、場合によっては再度入院されるという場合についても、できるだけ近隣で完結できるようにと、こうした資料を作りましたので、こうした観点から、北区内という狭い言い方はしませんけれど、近隣の板橋区、豊島区等と交流しながら、できるだけ区民の方々には身近な地域での医療を受けていただけるよう目指すというのがこの資料の趣旨です。

そうした中で、先ほどから続いていますこの病床数の分類についてであります。直下に区中央部医療圏という非常に高度急性期の医療が集中している地域がありますので、高度急性期についてはそちらにお願いするにしても、回復期、慢性期はできるだけ地域の中で自立をさせて、区内の在宅診療等との連携を深めてもらいたいと思いますので、そういう観点から、この北区内の病床をどういう状況が望ましいのかということを検討するというのがこの会の趣旨であるのご説明いたします。

福田：ありがとうございます。今のことに関連して、ナンバー53とか54、在宅医療の利用者のところで、オレンジの区外その他がいますけれども、具体的にどういうところというのはありますか。

あと、先ほど三十数%というのが高いか低いかというような議論もあるかと思いますが、もう少し委員の皆さま方の意見を聞きたいと思いますが。

藤野：レセプトから在宅医療のコードが立っているものを抽出したのですが、多くの患者さまを区内の診療所で診ていただいているというのが事務局の感想です。ただ、オレンジ色の部分については区西北部以外の医療機関ですので、広範囲に患者さんを診ているというところが見て取れると思います。

福田：ありがとうございます。

矢島：大変貴重な資料おまとめいただきありがとうございます。スライドの63番、退院日のDPC後の医療機関受診状況を見ますと、75歳以上の方は、入院する時に、板橋区、豊島区の医療機関を利用している方々も翌月は区内の医療機関に移っていると

というのが状況だと思います。逆に、区内に入院の方が翌月に板橋区や豊島区の医療機関に行かざるを得なかったのかというのは、例えば、区内では対応できなかったからなのか、ほかの理由があるからなのか、もう少し分析することは可能なのでしょうか。逆に言うと、ほかの区の人たちが退院後に北区の医療機関に来ているというのは、まさに北区の医療機関が求められている分野になるわけですから、区内の医療機関の先生方に、やむを得ず区外に行った人たちも退院したあとは北区内の医療機関でしっかりフォローできることをPRしていただければと思います。このことは75歳以上を対象とした後期高齢者医療で分かりやすいのですが、74歳以下を対象とした国保を見ると、区内に入院した人たちは退院後、たいていは区内で受診しているのですが、中には練馬区で入院した人が退院後に板橋区に行く場合があります。区内で対応いただける体制があれば、わざわざ練馬区から板橋区に行かなくても、北区の先生方にもっと活躍して頂けるのではないのでしょうか。そういうことがデータで見えてくると、北区の先生方の力をもっと発揮していただけるのではないかという思いで見させていただきました。

この図と直接関係ないのですが、他の自治体のデータ分析をさせていただいたりした時に、重症化している人たちを見ると、治療未受診や治療中断が結構多いのです。治療を中断している人たちが脳血管疾患や心疾患だとかで重症しているケースが問題になっていました。

このデータでは、医療機関を受診しているか、していないかだけだと思うのですが、それは多分、年間に1回でも受診していれば治療を受けていることになっていると思います。定期的に受診しているかどうか、治療が継続しているかどうかまで分析するのは難しいかもしれませんが、重症化の理由として、治療中断が要素として大きいのではないかという懸念もあるので、もし可能であれば、そういうことも含めてご検討いただけるとありがたいと思いました。

福田：ありがとうございます。

増田：区西北部の状況について今の質問の返答です。いろいろ話し合いますが「全部足りないものを北区内で集約する必要があるか」というと疑問です。地方都市と比較して城北4区だと、地方の1つの町の広さですから、距離的な問題も考えても本当に区内で全部集約させる必要は多分ないと思います。圧倒的に違うのは人口です。北区30万、豊島区30万、練馬区と板橋区は60万以上ですから、200万近いですよ。それだけの人口を抱えていて、医療機関の分布がひどくアンバランスです。まず練馬区に圧倒的に病院が少ない。それで、北区と豊島区は、急性期は多いけど、慢性期、回復期が少ない。板橋区は、全体的に、大学病院も2つありますし、高度急性期病院も幾つかありますし、あと慢性期、回復期が圧倒的に多い。そうすると自然な流れとして、ほかの区から板橋区に入院を移ってくる方は当然多いです。

あと東京都全体を見ると、患者さんは西に行く傾向があります23区の患者さんは急

性期の病院から回復した後に、八王子とか多摩地区の回復期病棟や高齢者施設に行く傾向が強いです。多摩地区にお願いせざるを得ない現状ですが、本当なら北区とか城北地区にそれだけ十分な慢性期、回復期があればそこで引き受けられるはずです。それが解決していないから23区から多摩地区にお願いしているという東京都の全体の傾向について毎回話題に上っています。

恐らく区内に十分な慢性期、回復期病床があれば、高度急性期から区内でその後の療養を受けて自宅に帰れる方が増えると思います。医療機関のほうはもう送り出すだけなので、そのへんの切実な声というのは意外に響いてきません。今日は訪問看護ステーションと地域包括と介護支援の方もいらしてますから「本当だったら、北区にいたかったのに、ここでやりたかったのに」と恐らくその悲鳴に近いものが聞こえていと思うのでそのへんもお聞きしたいと思います。

福田：その前に、この数字で、恐らく矢島委員がおっしゃったのは、国保で言うと、練馬区から板橋区へ行っている人が多いというようなことですかね。それから、それと同じように、先ほどありましたように、区内から区外に行っている人が千二百何人ということも先ほど増田委員から話があったと思いますし、後期のところだと、区内から板橋区に行った人が多くはないですがそれなりにいるとか、豊島区から板橋区、それから板橋区から区外という方々が非常に多いということなので、このあたりどういう疾患であるのかということはどう少し詳しく分析してみる必要があるかなと思いました。

ということで、橋本委員、島崎委員等から何か意見ございますか。

橋本：訪問看護ステーションの橋本です。この数字の中で言うと、恐らく神経難病であるとか、そういった疾患の方はケース的にはやっぱり大学病院のある板橋などに行っている方が多いのかなとは思いますが。あとは、急性期でたまたま入院する先がなくて区内の病院に入院できないというところから、後期の方をそのあと区内の方に持って来ってというのはどうなのかなというふうに感じました。

福田：ありがとうございます。

今泉：慢性期の病院の今泉といいます。区内から区外というのは、自分の病院で言うと、リハビリをやっている方が、練馬区とか板橋区の方で、骨折とか脳卒中で回復リハビリ病棟に入った方がやっぱり地元に戻るっていう、そういう傾向だと思うので、病床の働きで少し分けると傾向が見えてくる可能性があるかと思います。地域包括ケア病床みたいところは比較的地元に行かれるという方も多いという印象ですので、そういう分析で見ていただくのがいいかなと思いました。

福田：貴重なご意見ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。

横山：北区医師会で訪問診療医代表ということで発言をさせていただきます。区内区外の移行というのは、増田先生がおっしゃったように、あまり意味がないのかなと。むしろ焦点を当てないといけないのは、慢性期の病床と回復期の病床が絶対的に足りない

ところで、慢性期は居っぱなしになってしまうので、そういったところをいかに在宅ベースに戻して、また具合が悪くなった時は回復期あるいは慢性期に戻すような、そういう役割とか分担をうまく作らないと、恐らくもうずっと同じ流れですよ。第1回も同じような話が出て、患者さんどこに行ってしまったか問題も出てくるのだけでも、そんなこと言っている場合じゃなくて、慢性期とか回復期、急性期からいきなり在宅に戻す。そういうスキームを北区として取り組んでいかないと、もうやっていられないのではないかと今考えています。

特に第1回の会議でもあったのですが、慢性期とか回復期の病人をいかに在宅ベースに戻すかについて、今泉先生が、訪問看護師さんの顔が見えないとなかなか戻せないということをおっしゃったのが非常に残っていて。果たしてその慢性期とか回復期の入院で、在宅に戻す時に一番大事なものが何かということを知りたいなと思って来ているので、地域包括、ケアマネジャー、あるいは訪問看護師の代表の方にそのへんのことを聞きたいなと考えています。

福田：ありがとうございます。

今泉：在宅を考える上で、資料の60ですかね、去年のところの在宅で見ると、うち2つぐらいが、老健とか、あるいは特養とか、多分、そういうところの施設を診ている医療機関の数ではないのかなと。というのは、施設受け持ちの医学管理料は飛び抜けて高いです。そうすると、在宅医療機関というのは、施設を対応する医療機関と、在宅で診ている医療機関と、一軒家の在宅を診ている医療機関とちょっと違ってきていて、そういう意味では、在宅の必要度というのですかね、それを分析する上では、そういう見方も必要なのかなと思いました。

自分の経験ですと、在宅って今後看取りがどういうふうになってくるかということが問われるかなと思うのですが、在宅って、がんの末期の方ですので、がんの医学総合管理料を取っているところが比較的在宅の看取り数が多くなっている傾向があるのかなと思ひまして、ちょっと北区内のことについてももう少し補足が必要かなと思いました。

福田：ありがとうございます。地域包括支援センターあるいは介護支援員の委員がいらっしゃいますけど、何かご意見はございますか。

島崎：十条高齢者あんしんセンターの島崎です。この数字を見てうんぬんってことはなかなか申し上げにくいのですが、多分、回復期、リハビリテーション病院に急性期から移行する時には、北区にあるものがとても少ないので、どうしても板橋や練馬のほうに行ってしまうことも多いのかなと思います。そのあと、また在宅へというところでは、しっかりと在宅に戻って来ていらっしゃる方も多いいかなとは思っております。

あとは、北区は、板橋区、豊島区に隣接していますので、区境の人がもともとかかりつけ医がそこだったということもあるかなと思っています。ただ、時として、ご本人

が、元のところに通いたい、長らくお世話になっているかかりつけ医の先生がいると思っていたとしても、家族の意向とそこがかみ合わないことがあったりするのが現状としてよく垣間見えるかなと感じたりしています。

福田：ありがとうございます。大場委員、何かありますか。

大場栄作：ケアマネジャーの会の大場です。ご報告ありがとうございました。感想ですけれど、大学病院や都立病院さんから、在宅でのいろんな関係整備で依頼されることがあるわけですが、自分だけではなく、いろいろな地域の仲間と共通するのは、区外のどこの医療機関さんも、ケアマネ探しに非常に苦労していることを感じます。

まず訪問診療できる先生を見つけて、そこと連携できる訪看さんやケアマネを見つけるパターンと、逆にケアマネを見つけて、そこで連携を取れる医療機関さんを紹介してもらって探すというパターンと 2 つに分かれるのですが、どちらでも苦労されているというのは訪看さんでも感じますし、私のほうでも仲間内でも、エリアを広げて、区内でも広い範囲で、かつ近隣の区の利用者さんの依頼も来るということで、どんだんケアマネジャーの移動範囲が広がっていると感じます。

その背景の 1 つには、年々、居宅介護支援事業所の数が減っているところがありますし、5~6 年前だと 110、120 カ所ぐらいあったところが、今 100 を切るぐらいになってきていますので、1 つの事業所を大きくして生き残るということもあるかもしれませんが、全体的な意味では、人数が決して数が増えているとは思えない状況は感じますし、この第 8 期が今こういう状況の中で、春以降の動きで、より受け皿としての、相談支援を担うケアマネジャーの役割や実態、どこまで関われるかが見えてきますし、その点を見込んでこういった場でまた発言していきたいと思います。

福田：ありがとうございます。もしよろしければ、増田委員と宮崎委員、地域医療構想調整会議での在宅医療や病床の関係というのをどう議論されているか。

宮崎：在宅に関しては、ちょっと今の質問からは外れますが、この資料というのは、北区の区民からの目線で、北区の医療機関や在宅の医療機関が必ずしも北区民だけではないということも一応考えに入れたいと思っています。

在宅に病院から持って行くことで言うと、やはりソーシャルワーカーとかケアマネさんがキーパーソンになってくると思うのですが、特別、北区内ですごく困ったという感じが無いのと、そこでの議論では、在宅に戻すというよりは在宅から状況が悪くなって入院が必要な時に入院させるってところの連携についての話がされています。そういう意味で言うと、やはりエリアはそんな広くないかもしれませんが、人口百七十何万という 2 次医療圏ではなかなか連携が取りにくいのかなということで、常にその「連携」というキーワードが、在宅だけではなくて、よく話題にはなっています。

それは、在宅からちょっと離れますと、先ほどの回復期、慢性期の病床が足りないという話も、実は空いているが、連携が取れてないのでそこに転院できないという問題

も同時に大きいという意見が、地域医療構想調整会議では、いろんな施設からの話を聞くとそういう意見が出て、気付かされることはありますが、具体的に、その百七十数万の2次医療圏でそういう連携を取るというのがなかなか難しいということで、具体的な話がまだ出ないという状況になっています。

そういう意味で言うと、もう少しエリアを狭くした北区内での連携というのが重要じゃないかという意見が出ています。

増田：あと在宅の話をする、多摩地区と23区ではかなり状況が違います。多摩地区では立川の庄司先生とかすごく熱心にやっている方がいますが、彼に聞くと23区と多摩地区では家の広さも家族構成も違います。北区の特徴として独居老人と老々介護がすごく多いと思います。

先ほど訪看とかケアマネの方から「数が足りないけど」という話もありました。あとご家族の状況や希望も違います。僕は同じ地区に60年以上生きていて近所の御家族の内情をよく知っています。子どもの世代と一緒に住んでいる家族と、独居とか老々介護の方では大きく雰囲気が異なります。御本人が倒れて初めて遠くからご家族がいらして、面識がなくまた普段の状況が把握できていないご家族だと全く希望が変わり困惑することもあります。そのへんで多摩地区のほうは、一族ではないにしても広い家で子どもの世代も一緒に住んでいる方が多いから、そういう地域で在宅医療をやるのと、独居とか老々介護の方が多い地域の在宅医療では大きく異なります。在宅療養は人手も必要ですし、当然ご家族の希望も刻々と変わってくる事が多いのも事実です。北区においては「独居老人と老々介護が多い事が、在宅療養をもとの自宅でやることの足かせ」になっています。

あと、ケアマネも訪問看護も在宅医も、供給側の絶対数が恐らく圧倒的に足りない。何となく「かかりつけ医が在宅やってくれればいいかな」というお話が出るのですが、普通に昼間診療所で外来診療をやっている先生は、診療時間中に往診して行けないのが事実です。在宅専門の先生のほうが圧倒的にパフォーマンスが良い。僕なんかも「自分で長く診ている人が在宅に移行したら、在宅専門の信頼できる先生を紹介して欲しい」というのが、ご本人のためと思い抱え込まないで紹介しています。在宅専門医と訪問看護ステーションと、ケアマネジャー、地域包括について、5年後、10年後には今の何倍も需要が増えてくるかなと感じています。

福田：ありがとうございます。もしよろしければ、廣瀬委員か小平委員、病院の代表として何かありましたらお願いいたします。

廣瀬：明理会中央総合病院の廣瀬と申します。当院、回復期の病棟を、今60床持っているのですが、実は埋まる事がほとんどなくて、特に夏場とかはもうガラガラの状態が続いています。冬になるとそれなりに埋まってくるのですが、実は北区からではなくて、当院はグループ病院ですので、ほかの区のグループ病院から患者さまを受け入れて回復期の病棟を何とか埋めて運営しているという状況もあります。これも、当院が、

回復期が空いていますよというのをアピールしていないのが原因だと思うのですが、実は病棟は空いているのが現状です。

逆にわれわれが慢性期の病院に患者さまをお願いしたい時には、正直、近くでは見つからないことが多いんですが、実際どれくらい埋まっているかというのはわれわれの側からも見えないっていうところがありますので、医療機関同士で、どのベッドがどれくらい空いているのかというのが見えるとすごくやりやすいのではないかなと感じています。

急性期のベッドについては、当院の話では、夏期、季節がいいときは結構空いているのですが、コロナの冬とかの忙しい時期にはほとんど満床になっていて、なかなか急性期の患者さん受け入れられないという状況もあります。季節によってだいたいベッドの状況も変わってきています。どういう状況の時もベッドがどれくらい空いているかという情報を、いろんな医療機関で共有できればいいかなと思っています。

福田：ありがとうございます。

小平：花と森の東京病院の小平です。全体の解析のお話ですけれども、一応区内、区外は、分けて解析してあって、区外については板橋、練馬、豊島、その他となっているわけです。これは一応、西北部の医療圏に基づいた解析だと思うのですが、先ほど最初に座長の福田先生がお話しになったように、53とか54見ると、区外の3区以外が重要な位置を占めているということが分かります。オレンジ色の部分ですね。ですから、ここは少し見方を変えて、西北部という圏域を超えた解析、そういう視点を持って北区の医療を考えたほうがいいのではないかと。地域医療構想調整会議においては圏域で解析はするけれども、ここは区の視点でやったほうがいいかなと感じました。特に、先ほどから問題となっている在宅医療に関しては、カバーする範囲が大きいですから、荒川区とか、文京区とか、もしかしたら川口とか、そういったところとの関わりが非常に強い可能性があるので、連携を取るにしてもそのあたりをしっかりと考えていく必要があると考えました。

在宅医療につきましては、施設のみならず、先ほどのケアマネジャーの話もありましたけれど、かなり広域になっていて、そういう視点で改めて考えてみたいなと思いましたので、1つ意見として述べました。

福田：ありがとうございます。ほかに何かご意見はありますか。

一度戻して、今泉委員と横山委員、先ほどお話がありましたけど、何か追加でありますか。

今泉：慢性期の病床はどうかというのは、やっぱりコロナとの関係や各病院とお互いに連携が少ない現状かなと思いました。

あと、在宅について先ほどと同じ意見ですけれども、クリニックの先生たちが足しげく診療時間に回るわけにいかないのも、多分、在宅のがんの方とか抱えているところは専門家に任せて、そういうのが北区内、あるいは地域にどれだけあるのかというのが

一番大きなキーになるかなと思いました。

福田：ありがとうございます。横山委員、何かありますか。

横山：先ほど医療機関ごとのその在宅医療関係の集計を見ると、前から言っているメガ在宅、いわゆる在宅診療の専門クリニックがかなりの数をこなしているのかなと。先ほどありましたように、信頼のおける在宅診療の専門クリニックのほうに少しずつ今後はシフトして行くのかなという感じはしています。ただ、いわゆる診診連携のようなかたちがまだ完全にできていないので、今後はそのメガ在宅との関係を医師会としては構築しながら、うまいこと交通整理ができればいいなと考えています。

福田：ありがとうございます。まだいろいろ議論があるかもしれませんが、前田委員、まとめのようなものがありますか。

前田：大変貴重なご意見ありがとうございます。お話を伺った中で、この地域医療会議で、この地域におけるあり方、北区における医療のあり方をまとめていこうと検討してはいますが、その方向性がうっすらと見えてきたような気がいたします。

あと、ただ1点、話を蒸し返すようですが、私がこの会議の全体で気になった、区外区外という人たちが、ひょっとしたら、どこでも把握できてないのかなと。区外の医療機関に入院して、そのまま区外の診療所なり在宅に行ってしまう人というのは、なかなか見えてこないということだったので、そこは非常に気になることです。ここは恐らく、もう少し情報の分析を進めないといけないということで、先ほどいろいろご指摘の件も含めて、もう少し検討させていただければと思いますので、その担当にもお願いしたいと思っています。また何か、もう少しここを突っ込みたいというご意見を頂けましたら次の会議において分析を進めていただこうと思います。どうもありがとうございました。

福田：では、議題に戻りまして、2番目の部会の設置について事務局から説明をお願いします。

藤野：ありがとうございます。本会議の設置要綱上、第7条で、必要に応じて部会を設置することができるとなっております。前田委員からもあったとおり、当会議で将来を見据えた地域医療のあるべき姿、これをビジョンとして取りまとめ、それから、そのビジョンは区の基本計画とも整合を図ってまいる予定です。とりわけ今回の議論の中心である、医療と介護の需要の高まる年代の高齢者、これが増加していくということを踏まえ、自治体や医療関連機関の役割、それから国や東京都への要望事項など、親会議とは別に部会を設置して議論を深めていきたいと思っています。

今回席上に配布しましたのが、その部会、(仮称)地域医療会議在宅医療提供体制検討部会としましたが、本会議から12名の方のご参加、それから在宅療養専門医療機関のご参加を募り、合計13名で部会の設置を考えています。区分については医師会、歯科医師会、薬剤師会、区内の医療機関の代表、座長、訪問診療医、訪問看護ステーション、介護支援専門員、北区保健所、それから在宅診療の専門医療機関としたいと

考えています。

委員の構成については、東京都地域医療構想調整会議の委員構成を参考に検討したものです。今回も議論の中心になりました在宅診療の専門の医療機関の関与というところ、それから「連携」という言葉も多く出ていたと思われましたので、こういったところを深く議論を深めていければと思っています。ご審議のほどよろしく願いいたします。

福田：ありがとうございます。先ほどから在宅の話がかなり中心的に議論されていますし、事務局から提案があった名簿につきましても、先ほどからいろいろご意見を頂いた方が多く含まれていくと思いますが、この委員の名簿については、この場の審議ではなくて、これから最終的に決定するということでいいですか。

藤野：具体的な決定は、要綱の中で、座長が指名するとなっていますので、この13番の在宅療養専門医療機関も含めまして、座長、副座長にご相談しながら決定したいと思えます。

福田：この場の決定ではありませんけれども、メンバー等につきまして何かご意見があれば、いかがでしょうか。

大場栄作：ケアマネジャーの会の大場です。委員名簿のご提案ありがとうございました。1つ、すみません、気になったことがあって。この部会の名称と趣旨、そして委員構成についてですが、その関連だとすると、できれば地域包括支援センターさんの方もぜひ必要ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

福田：事務局お願いします。

藤野：ご意見ありがとうございます。座長、副座長とご相談しまして、メンバーに加わっていただく方向で検討したいと思います。

福田：そのようなご意見、もう少しありましたらよろしくお願いします。

増田：この部会について先日打ち合わせの時に話をしたのですが、日本では医療機関に関しては公的なところは少ない事が、コロナの時にもさんざん話題になりました。「これが足りない、在宅の専門クリニックが足りないとか、回復期が足りない、困っている」という話まではできるけど、では「足りないものを誘致できるのかとか、短期間で作れるのか」というのはまた別な話になってしまいますよ。するとこういう会議を何十回やって、みんな「こういうことが困ったね、こうだといいね」と言うけれども、それが解決に向かう方策に結びつかないと会議の存在意義が薄れると思います。この会議の規模でも良いのかもしれませんが、もう少し小規模で専門部会をつくって、何ができるのかというのを話し合うのもよいと思います。行政の方にお聞きしたのですが、「対策に予算を付けるとか、足りないところを補うためにこういう施策をする」とかいろいろ検討していただくと、全体のそのフォーメーションがシフトしていこうと思っています。そういった意味なら専門部会をやる意味があるかなと僕は思っています。

逆に、部会をやって、みんなで「困った困った」と話し合うだけで今日の議論がまた蒸し返されるのでは恐らく何の進展もないかと思います。部会に関しては「こういうふうなことは施策で何か変わるだろう」と言った姿勢で前向きに検討していただきたいと思います

福田：はい。いかがでしょうか。問題を出すだけではなくて、ソリューションを解決する施策を出すような、そういう部会にしてほしいという意見がありますが。

前田：今おっしゃいましたように、この部会のほうでご検討いただくと考えているのは、地域医療ビジョンについては、基本的には北区の基本計画に紐づく行政計画ということで、いわゆる理念計画ではないと考えています。この施策に結び付けていくというための、あるいは施策を推進していくための計画として作っておりますので、どういう形でそれを具体的に実現していくかということ、区の対策として検討していくというのが前提でございます。

当然、その際には、先ほど予算のお話がありましたけれども、国なり東京都なりの予算というような財源を活用してということです。全体の方向性として国および東京都が目指すものと相違があるものではありませんので、十分そうしたものを活用できると思いますし、実はこの会議自体もそうした東京都からの補助を一部頂いて運営しているというところです。

ですので、今回、あるべき姿を単純に関係者みんなで理想を描くというのではなく、理想よりもむしろ現実はどうするかというところをこの地域医療チームで検討してもらいたいと思っています。最終的にそれは区の施策、対策となっていく過程では、またもう少し違うかたちでの運用も考えているところです。

福田：増田委員よろしいですか。

増田：よろしく申し上げます。

福田：ではそろそろ時間ですので、何か言い残したことがありましたら、よろしいですか。では、事務局より今後の予定等について報告をお願いします。

藤野：ご説明が漏れてしまいました。部会のご説明の中で、資料 5 として部会の位置付けを、会議の開催時期なども踏まえお示ししたものをご覧ください。部会の開催については、このあと3月中をめどに1回、それから5月に第2回の計2回開催できればと考えていますので、日程調整もよろしくお願いします。

長時間にわたりましてご議論ありがとうございました。事務局からご案内させていただきます。机の上に第2回地域医療会議意見用紙を配布いたしました。後日、委員の皆さまには、メールでお送りいたしますが、ご意見がございましたらご提出をお願いいたします。本日、既にご記入いただいている場合は、お帰りの際に事務局職員にお渡しいただきますようお願いいたします。

また、この地域医療会議の次回の会議についてはこのスケジュールにお示ししておりますとおり、6月を予定しています。日程は確定次第お知らせいたしますのでご協

力のほどよろしく願いいたします。

最後になりますが、部会につきましては3月中の開催を予定しています。よろしく
お願いいたします。

福田：では、委員の皆さま方、長時間にわたりありがとうございました。最後に増田委員、何か意見がありましたら。

増田：ありがとうございます。個人個人でできることは限界があるとは思いますが、何とか行政とわれわれ民間とが力を合わせて、少しでもいい方向というよりは、少しでもましな方向に2050年に向かって進んで行けばと思っております。よろしく願いします。

福田：はい。それではこれで閉会とさせていただきます。長時間ありがとうございました。

藤野：ありがとうございました。