

〔平成30年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

平成30年11月12日 開催

【平成30年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

平成30年11月12日 開催

1. 開 会

○千葉課長：定刻となりましたので、区西南部の東京都地域医療調整会議を開会させていただきます。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局医療政策部計画推進課長の千葉が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず最初に、本日の配付資料ですが、既にお手元に配布させていただいております。

上から順に、本日の東京都地域医療構想調整会議（区西南部）の名簿がございます。その下に、グループワークの名簿がございますして、A班からD班まで記載しております。

それから、グループワーク用のメモを、それぞれ1枚ずつお配りしております。

その下に、会議の資料の本体がございますして、「次第」の一部下の四角で囲ったところに、配布資料の一覧を記載しております。資料1から5までと、参考資料1から5までとなっております。

さらに、その下に、本日の会議以降に、本日言い足りなかったこととか、会議のあとにご意見がある場合のご意見をいただくための、FAXでの用紙が1枚ございます。

あと、一番下に、青い印刷物で、「東京総合医療ネットワーク」のパンフレットを一部ずつ配布させていただいております。

なお、各席の中央部分には、各班の札のそばに、東京都地域医療構想の冊子を配布させていただいておりますので、適宜ご利用いただければと思います。

なお、資料に過不足等がございましたら、お気づきのたびに事務局までお申し出ください。

後ほど、会議の中で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、挙手の上、事務局よりマイクをお受け取りになり、ご所属とお名前からお願いできればと思っております。

なお、本日は傍聴席にも構想区域内外の関係者の方々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、同様に、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただきましたあと、ご発言をお願いしたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

最後に、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、よろしくお願ひいたします。

それでは、これ以降の進行を座長にお願ひいたします。太田先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

2. 報 告

- (1) 在宅療養ワーキングの開催について
- (2) 定量的な基準の導入に向けた検討について
- (3) 地域医療構想推進事業について
- (4) その他

○太田座長：世田谷区医師会の太田でございます。よろしくお願ひいたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思います。

本日は、初めに東京都より報告事項を4点まとめて説明を受けたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

○事務局：それでは、資料のほうを説明させていただきます。

まず、資料1「在宅療養ワーキングの開催について」をご覧ください。昨年度から始まりました在宅療養ワーキングのご案内になっております。

開催日程を、資料の左側に記載しております。区西南部は、既に10月30日（火）に実施済みとなっておりますが、この区西南部を皮切りに、これから全圏域で実施していく予定となっております。

今回の実施内容といたしましては、「病院と地域の連携」をテーマに意見交換を実施することとしておりまして、特に課題共有ではなくて、課題の解決に向けた具体的な対応案について検討する、課題解決型のワーキングとして、地域における具体的な取り組みにつながるような提案ができる場にしたいと考えております。

区西南部は終わってしまいましたが、隣接圏域とかほかの圏域での会議を傍聴していただくことは可能ですので、東京都福祉保健局のホームページのほうに、傍聴のご案内を掲載しておりますので、よろしければ、こちらのほうをご確認いただければと思います。

続きまして、資料2「定量的な基準の導入に向けた検討について」をご覧ください。

毎年、厚生労働省のほうから、病床機能報告の実施のご案内が来ているかと思いますが、4機能に関しては、定性的な基準のみで、定量的な基準というのが、現在のところは特に定められていないというような状況になっているかと思いますが、ことしの8月16日付で、厚生労働省のほうから、各都道府県あてに、「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」という通知がまいりました。

こちらは、参考資料1で本体を付けておりますが、資料2に一部を抜粋して記載しております。

各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会など医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたいということになっております。

これを踏まえまして、東京都といたしましても、東京都の実情に合った定量的な基準というのを検討していくことにいたしました。

そこで、まず手始めとしまして、真ん中の四角の1番のところですが、「都独自の病床単位での病床機能の報告」ということを検討したいと考えております。

皆さま、ご存じのとおり、厚生労働省の病床機能報告は、現在、病棟単位で報告していただく形になっていると思いますが、そうすると、その病棟で一番多い機能で報告してくださいという形になっておりますので、どうしても実情を反映しきれていない部分があるのではないかとこのころがでございます。

そこで、病床単位の積み上げで、病院全体の機能をご報告いただいたらどうなるだろうというところを、東京都独自で調査してみようということで、今年度、9月の半ばから10月の頭にかけて、都内の医療機関さんにご協力いただいて、こちらのほうを実施いたしました。

都内には約600病院ある中で、550病院さんにご回答いただきまして、回答率が91.7%ということで、非常に高い回答率をいただきました。本当にありがとうございました。

その結果、参考資料2のほうに結果を付けさせていただいておりますが、見方といたしましては、一番上が東京都全体の結果で、それより下に、各圏域ごとの結果を掲載しています。

横のグラフが3本並んでいるかと思いますが、一番上が平成29年度の病床機能報告の4機能別の割合の結果で、真ん中が、今回行った調査で出てきた4機能の結果で、一番下が、2025年の必要病床数の将来推計の4機能の割合ということで並べております。

まず、東京都全体で見えていただきますと、そんなに大きく4機能の結果は変わりませんでした。

区西南部の結果が、この参考資料2の1枚目の真ん中辺りに書いてありますので、こちらもご覧いただきたいのですが、こちら、29年度の病床機能報告と今回改めて行った調査の結果とは、割合としてはほぼ変わらないということになっております。

それから、3枚目には、割合ではなく、病床数を示したのもございますので、こちらにつきましては、後ほど、参考までにご確認いただければと考えております。

こういった結果もある中で、やはり、定量的な基準を設けていきたいと考えております。

そこで、資料2にお戻りいただきまして、真ん中の四角の2番です。「PTの設置」ということで、定量的基準の導入に向けて、PTを設置して検討を行うことといたしました。

構成員としては、学識経験者の先生ですとか、病床機能ごとの医療機関の代表の方などで構成いたしまして、東京都のほうで検討を行って、今年度中にひと通りの検討を終えまして、来年度、4月には、どういった定量的な基準を決定したかということを知りまして、さらに、そのあと予定している地域医療構想調整会議等でも、その辺についてのご説明、ご報告ができればと考えております。

続きまして、資料3の説明に移らせていただきます。

「地域医療構想推進事業」ということで、こちらは、医療介護確保基金の事業となっております。

今年度の1回目の調整会議のときに、事業の概要のほうをご説明させていただいておりますが、回りハ病床とか地ケア病床を整備される医療機関さんを対象に、施設整備ですとか、開設準備経費の支援等を行う事業となっております。

こちらの事業を使って、今年度整備を行う医療機関さんのリストについてご報告いたします。2枚目をご覧ください。

区西南部の圏域では、今回、4病院が該当しております。日扇会第一病院さんが、地ケア病床が19床です。

新しく世田谷リハビリテーション病院のほうが、回りハ病床ということですが、こちらは、当初は37床ということで、補助のお話をいただいていたのですが、そのあと、病床数を増やして整備されるということで、整備病床数は92床になっています。実際、東京都として補助をお出しするのは、当初の予定どおりの37床ということで、こちらの数字の違いはそういった理由からになっております。

そして、今回もご参加いただいている三軒茶屋リハビリテーション病院さんが、回りハ病床が8床、有隣病院さんが、回りハ病床が49床ということですが、

全部で4つの医療機関さんにご活用いただいて、整備していただくという形になっております。

以上が、基金の活用状況のご報告でございました。

最後は、こちらもお案内になりますが、参考資料3をご覧ください。

今年度の最初、4月に通知を出させていただいていますが、非稼働病棟に関する通知を、再度、11月6日付で出させていただいております。

今年度中に、非稼働病棟につきましては、今後の対応方針等について、東京都のほうにご提出いただくか、もしくは、稼働していない病床を稼働して、病棟を再開するか、いずれかの対応を行っていただくということになっておりますので、こちらのほうも合わせてよろしくお願いたします。

説明のほうは以上でございます。

○太田座長：ただいま、東京都から説明がございました。何かご質問はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。特にご質問がないようであれば、次に、議事に進みたいと思います。

3. グループワーク

地域の課題解決に向けて

○太田座長：それでは、次第の3つ目の「地域の課題解決に向けて」についてです。

前回の今年度1回目の調整会議では、公的病院と公的医療機関から、作成したプランを踏まえて、役割や今後の方向性について発表を行ってもらい、それを踏まえて、地域の課題や機能について議論を深めたところでございます。

本日は、前回の調整会議で整理したこの地域の課題について、どのように解決したらよいか。各立場から取り組みについて話し合いを行いたいと思います。

既にご案内のとおり、今回はグループワークを取り入れており、構想区域内の医療機関の方に加え、今年度からの試みとして、座長、副座長の意見を踏ま

えて、近接圏域等の医療機関の方にもご参加をいただいております。ぜひ活発な意見交換をお願いできればと思います。

それでは、グループワークに入る前に、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。よろしくお願ひいたします。

○事務局：それでは、グループワークの進め方等について簡単にご説明いたしますので、資料4をご覧ください。

昨年度ご参加いただいた方は覚えていらっしゃるかもしれませんが、今年度も、グループワークのテーマを、東京都全体の共通テーマと構想区域ごとのテーマの、2つ設けております。

まず、共通テーマといたしまして、「急性期治療後の転院、在宅療養への円滑な移行のための方策」といったものを掲げております。

それから、構想区域ごとのテーマといたしましては、区西南部のところをご覧いただきたいのですが、「円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組」ということで設定させていただいております。

こちらは、今年度前半に行った第1回目の調整会議でいただいたご意見などを踏まえまして、東京都のほうで設定させていただいたものになっております。

今回は、グループワークを4班に分かれていただいておりますが、各グループで2つのテーマを話し合うのではなくて、どちらか1つのテーマについて話し合ってくださいという形をとっております。

どちらのテーマを話し合うかというのは、机上に資料を置かせていただいておりますので、そちらのほうをご確認いただきたいのですが、「グループワーク用メモ（区西南部）テーマ」というのが、机上に配布されているかと思ひます。

A班とC班については、テーマの1番、B班とD班については、テーマの2番のほうを話し合ってくださいという形で、割り振りをさせていただいておりますので、よろしくお願ひいたします。

今回、グループワークの時間は40分取っております。まず、グループワークの進め方ですが、お配りしているペーパーにも、簡単な流れを書かせていただいております。

まず、グループワークの名簿の右側に数字を書いておりますが、1番の方が仮進行役ということになっていただき、自己紹介をしていただいた上で、進行役、書記、発表役を決めていただきたいと思いますと思っております。

そのあと、グループワークの割り振られたテーマにつきましてお話し合いのほうを進めていただきたいと思いますと考えております。

今回、ホワイトボードのほうが各班に1つずつございますので、出てきた意見などについて、書記の方がまとめていただければと考えております。

そして、40分間のグループワークが終わりましたら、20分間の意見交換ということで、グループワークで出た意見を班ごとにご発表いただきまして、そのあと、お互いに出た意見などについて、全体で意見交換のほうを実施したいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

なお、先ほど、座長のほうからお話がありましたが、通常調整会議の構成員以外の方でも、ご参加希望がある場合にはご参加いただいたり、ほかの圏域の医療機関の方にも今回ご参加いただくという試みをしておりますので、よろしくお願いいたします。

それから、我々、東京都の職員のほうも、各グループの検討内容について、見学をさせていただくことがあるかと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

説明については以上です。

○太田座長：では、これより、各グループで意見交換を始めていただきたいと思います。

意見交換していただくテーマは、机上の資料にも記載しておりますが、A班とC班が、「急性期治療後の転院、在宅療養への円滑な移行のための方策」、B班とD班が、「円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組」になります。

なお、傍聴席にいらっしゃる医療関係者の方で、グループワークへの参加を希望される方がいらっしゃいましたら、お席を用意いたしますので、どなたかいらっしゃいますでしょうか。挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。では、グループワークを始めたいと思います。今からですと、7時ちょうどぐらいまでとなりますので、よろしくお願いいたします。

〔グループワーク〕

○太田座長：時間になりましたが、よろしいでしょうか。これからグループワークの発表に移りたいと思います。

グループワークの発表は、A班、C班、B班、D班の順に、きょうの議題に応じてご発表いただければと思います。

まず、A班から、大体3分以内を目安にお話しいただければと思います。よろしく願いいたします。

○A班：都立広尾病院の江川でございます。

時間内にいろいろまとめることは大変難しかったのですが、最初に、急性期病院のほうからの課題としては、予定入院の方というのは、手術なりが終われば、速やかに回復期や慢性期に移れます。例えば、脳卒中の患者さんであれば、それなりに順調な経過をたどることができます。

ただ、一番問題になるのは、例えば、独居の方、高齢者の方が救急で入ってきて、急性期を終えたあと、実際のところは、誤嚥性肺炎であったりすることが多いわけですが、そういったところの嚥下訓練、中心静脈栄養が入ってしまったような患者さんを、そのあとどのように診ていってもらうのかというところに課題があるということでした。

そうした患者さんを、実際に在宅で診ていけるのか、あるいは、回復期、慢性期の病院に移っていくことができるのか、その辺の見極めが、治療によってなかなか難しいところがあるということです。

そして、これには、患者や家族の意向もあるというところで、実際、こういった問題が大きいということでした。

実際、この圏域にはセントラル病院にありますが、そういった病院では、中心静脈栄養が入っていようが受けてくれるということだそうですが、そういった情報というものが、それぞれの病院の中にあるかということ、必ずしも十分にはないということです。

情報というのは、大きな急性期の病院ではなく、むしろ、地域の先生方のほうに情報があるんだということで、情報の集約ということが非常に大事なわけです。

一つの解決方法としては、なかなか抽象的な話ではありますが、お互いの病院に顔出しに行くということとか、大きな病院からそういった病院へのバイトということがあれば、顔が見えるということで、医師の連携が取れるようになるのではないかというお話でした。

あとは、在宅の先生方が、本当に24時間の体制をとってやる必要があるかどうかとも話に出ました。かかりつけ医の先生が、実際に必要なときにちょっと行って、悪くなれば、急性期の病院さんが入院させるということが必要であって、在宅医が24時間診る必要はないのではないかということでした。

それから、在宅の患者さんが昼間悪くなったときには、かかりつけ医が入院させる必要があるかを確認して、決めるということで、場合によっては入院の必要はないという判断も、その場ではできるのではないだろうかということでした。

まとめりがそれ以上進んでおりませんが、とりあえず、情報の集約ということは、前から課題になっているところではありますが、その辺を今後どうやっていくかというところが、大きな問題だというところで終わりました。

○太田座長：ありがとうございました。

続きまして、C班、よろしく願いいたします。

○C班：青葉病院の西村です。

こちらもA班と同じように、急性期病院が持っているいろいろな病院の情報が、共有されていないというところで、その辺は、どこの病院でどういうことができているかということ、転院させる場合に、情報の共有が大事だということで、病院同士のつながりが大事だということでした。

特に、各病院のソーシャルワーカーのつながりというものが大事で、情報をどれだけ持っているかということが、大事ではないかということでした。

あと、転院するにあたって、大学病院なり大きな病院からの転院に関して、家族や患者さんの理解を得るのに、時間がどうしても足りないというところがあるので、その啓蒙活動をして、普段も診てもらえるという安心感を持っていただいて、納得してもらおうということも必要ではないかというお話もありました。

それから、病気が悪くなったときに、そういう大学病院とか大きな病院で、また診てもらえるというバックアップがあれば、安心感がもっと得られるだろうというところがありました。

あと、各病院でつくられていると思いますが、地域包括ケア病床に関しては、その地域の患者さんを診るということよりも、現実問題としては、病院の中の患者さんを実際は診ているというところで、在宅の先生方の意向とちょっと違うのではないかということですので、在宅の先生方がその病床を十分使えるような形で、患者さんが悪くなったときに、そういうところを使わせてもらう対応ができればというお話をされていました。

ただ、そういう場合でも、大学病院とかからパスに乗って流れていくような患者さん以外の、救急で独居老人とか老衰のような患者さんたちが、そういうところをたくさん占めるようになると、費用がかさんで、赤字が進んでしまうということになるし、退院させる場所がなくなるという、経営上の問題が出てくるので、そういう費用を具体的に捻出してもらおう方策を考えてほしいという意見もありました。

○太田座長：ありがとうございました。

続きまして、B班からよろしく願いいたします。

○B班：玉川病院の和田と申します。

当グループは、テーマ2の「円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組」ということで、議論させていただきました。

ただ、うちの班で構成されているのは、割と急性期の病院が多くて、救急をやりつつ、地域包括ケア病棟を持っているところが多いのですが、「何がサブアキュートですか」というところから話が始まりました。

一般病院でも、入院患者さんは確実に高齢化していますし、75歳以上がかなり増えていて、うちの病院でも、80歳以上が38%ぐらいおりますので、そういった中で、急性期病院で二次救急とかをやっているところで、サブアキュートと言われても、いろいろなご老人、いろいろな疾患を持たれている方、終末期の方が、救急で来た場合は、急性期病床に入って、それから移るという経過をたどることが多いです。

実際、紹介される場合でも、「サブアキュートですから、よろしくお願ひします」と紹介される例はめったにないというお話でした。

地域包括ケア病棟についてということで、参考資料4のまとめの中に、救急患者や急変した在宅患者は、在宅復帰率が問われる地域包括ケア病棟では、受け入れを断るというケースがあるということが書かれています。

ただ、断るというか、病院の中では順番があつて、救急だったら救急で対応して、落ち着いたらそっちに行くという形をとっているところが、いまだに多いということです。

それから、サブアキュートをなかなか受け入れてくれないというお話が、かなり出ているようですが、いろいろな病院さんにお聞きしても、最近は、そういった形で断る例はない。高齢だからとか、認知症があるから断るというのは、今の時代ではほぼなくなっているのではないかというのが、上のほうだけの意見かもしれませんが、院長とかの間では、そういったことはないのではないかという理解をしているということでした。

逆に、地域包括ケア病棟でどういった患者さんが入るかということと、もちろん、ポストアキュートの人が多いのはご存じだと思いますし、サブアキュートとして入るとすれば、我々の病院などでは、圧迫骨折とかでも入る方がいますが、それも、一般的には、急性期を経てから来ることが多いのではないかという意見もありました。

そのほか、圧倒的に多いのは、レスパイトというのは、確実に地域包括ケア病棟に入ることになっていますので、ある程度のパーセンテージは、いろいろな病院さんでそういったところに入られていることが多いようです。

また、地域包括ケア病棟の対象としては、終末期とか看取りとかの形での利用があるのではないかということですが、これも、看取りといっても、その期

間とか、病院として看取っていくという文化がまだまだ発達していないということで、今後の課題として、病院も取り組んでいく必要があるのではないかと
いうお話もありました。

そういうことで、このグループワークのテーマに挙げられているような、受け入れ促進に関しては、もちろん、病院間での円滑な情報交換とか、地域での連携ということですが、これも、連携という形でいろいろな形でやっていらっ
しゃると思います。

それから、患者さんとの契約ということになりますが、地域支援後方病院と
いうような形で契約されている場合は、まずそこで受け取っていますので、この区西南部で大きな問題としてあるとすれば、比較的終末期に近いような方たちに、資源をどこまで投入するかということがあるのかもしれませんが、やることを一生懸命やるというのが、今の病院の姿勢かなと思いますので、その辺は、今後とも議論を深めていく必要があるのかなというのが、このグループの
まとめというか、話になりました。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、最後にD班からよろしく願いいたします。

○D班：下田総合病院の下田でございます。

サブアキュートというクライテリアが、我々の一般病床の職員の中では、そんなに区別されていないというか、高齢者であるとか精神疾患を持っている患者さんなどの受け入れに対して、余り意識を持っていないということです。

受け入れを強化しなければいけないというところで、認知症を含む対応の強化などを、やはり、人的にもハードの支援などでも行う必要があるだろうというお話でした。

また、二次救急の機能というところで、受け入れの中で、精神疾患の対応ができる病院、世田谷の場合は、松沢病院様にいつもお世話になっておりますが、そういった患者さんの中で、例えば、精神科の患者さんが救急で受け入れられてきても、内科の疾患は診られるけれども、精神科の疾患が診られないという場合があります。

そういったときに、救急隊のトリアージの中で、救急病院が受け入れて、精神疾患の治療が必要だという場合、松沢病院様とかほかの精神科病棟で患者さんの受け入れが速やかにできれば、さらにうまく受け入れが円滑に進むのではないかというお話もありました。

また、患者さんの想定する患者像の対応方法ということですが、今お話ししたような精神科の疾患や、高齢者の医療というものが、とりざたされていますが、その中に、病態の多様性といったものが、非常に大きくなってきているということです。

それを、一元的に診る医療機関というものが、ある程度のレベルであればあるのではないかということで、そういった情報の共有化ということがなされてくれば、もうちょっと必要な治療を提供できる医療機関があると思われれます。

そういった情報が皆さまのもとに届いていないことによって、有効な医療資源というものを使えていないのではないかということも、お話の中にありました。

そういった形で、ケースワーカーなどの情報共有といったものを、もっとより高度にしていきながら、そういった地域の患者さんの受け入れ体制をより強化できるのではないかということが、今後の課題として考えられていると言われておりました。

そのほか、ケアマネですとか、地域医療包括ケアセンターや有料老人ホーム等の医療、介護の知識の共有ということも、今のお話の中にありまして、有効に医療資源を活用することによって、このサブアキュートの受け入れがもっと可能になるだろうということです。

あと、退院する際に、慢性期病床との連携ということも、今後課題の一つではないかと考えられるというお話もありました。

○太田座長：ありがとうございました。

テーマ1とテーマ2において、どのテーブルからも同じような問題提起がなされたと思います。

例えば、急性期からということであれば、高齢者の問題で、長期療養に移行せざるを得ないような患者の入院をどうするか。

次に移るための情報共有をどのように進めればいいたらうか。

急性期から回復期、慢性期に移った場合の、患者や家族に対しての、病床機能を踏まえた、機能の役割ということ、どのようにして啓蒙、啓発をしていけばよいか。実際、どのように説明すればいいかというお話もありました。

また、サブアキュートのほうでは、その受け入れに関しては、最近は問題になっていないということで、急性期とサブアキュートを分けていないという面で、それほど問題ではないというご意見もありました。

また、区西南部における精神科患者さんに対しては、大きな精神科病院がありますので、こういう精神科患者さんに対しての受け入れ体制の議論が、今後必要であろうという意見もありました。

それでは、他の班のご意見等に対して、ご出席の方々から何かご質問はございますでしょうか。どうぞ。

○伊平（奥沢病院）：奥沢病院の伊平と申します。

サブアキュートに関してですが、地域包括ケア病床で今後受け入れていくに従って、このサブアキュートという疾患と重症度とかは統一性がなくて、それぞれの病院によって違っていくのか、それとも、疾患と重症度をトリアージ的にある程度決めていくのか。

これは、入ってからまた違ってくるというケースもあるので難しいと思いますが、ある程度のトリアージ的な決まりをつくらないと、各病院は、今でも、サブアキュートとして地域包括ケア病床で受け入れている病院というのは、数少なくて、ほとんどはポストアキュートとして使われていると思います。

実際、それを進めていくには、ある程度の基準決めがないと、どの病院も困ってしまうということで、いつまでたってもスムーズな受け入れが進まないのではないかと思います、その辺はどうなんでしょうか。

○猪口副会長：誰が答えればいかわからないというところで、私のほうにサインが来ましたので、お答えさせていただきます。

サブアキュートという病態は、イメージ的に皆さん持っていますが、どこで受け入れるかというのは、地ケア病棟とかの、いわゆる回復期で受けないとい

けないというわけではなくて、急性期で受けて、ポストアキュートとして、その後、地ケア病棟などに送って、診るということで、サブアキュートの行き場がないということは問題だと思いますが、その型のごとく行っていないということの問題にする必要はないと思います。

どの地域においても、サブアキュートレベルの病態というものは、急性期なりで何とか診ていて、そのあと、同じ病棟で長く診ているということで問題が出ているわけです。

問題が出ているというのはどういうことかということ、診療報酬上で追い込んできていて、診療報酬がかなり、例えば、7対1とか10対1でかなり、DPCなどでも高い点数がつくような病棟で診るということに関しては、平均在院日数とか重症度医療とかいろいろなことで追い込んで、ほかの病棟に行かないといけないような状態になっていると思います。

ですから、地ケア病棟で受けなければいけないというようなメッセージを厚労省がつくっているというところが、実は問題ではないかと思っていて、どこで診ても、出だしのところはいいのではないかと、本当は思っております。

だから、地ケア病棟の条件の中で、ダイレクトに自宅または居宅から受けるということを推奨するような診療報酬体系は間違っていて、むしろ、推奨されるべきは、自院でのポストアキュートではなくて、他の高度急性期とか、高度急性期に近いような急性期病院から、定員という形で地ケア病棟が受け入れられるようにするとか。要するに、連携を評価するような体系になってくればいいのではないかと思っています。

そういうことで、診療報酬体系で追い込んでいる割には、その診療報酬の形がまずいのだろうというのが、私の考えているところです。

東京の中においては、急性期の病床でサブアキュートを診ているのが現実ですので、患者さんがそれによって困っていないということを、別に議論してもしょうがないかなと思っています。

本当に答えになっていませんが、サブアキュートという病態を決めるというのは、ほとんどの人が、「これはサブアキュートレベルだよな」と思っているところは、多分、共有認識を既に持っているのではないかとも思っております。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにご質問はございますでしょうか。どうぞ。

○井上（渋谷区医師会）：渋谷区医師会の井上と申します。

今の問題について、前にも同じようなことを考えたことがありまして、これは、医療サイドから考えるから、サブアキュートなのかアキュートなのかという話になって、実は、患者さんがどうやって飛び込んでくるかという問題にも、大きく左右されるのかなと思っていました。

それから、この区西南部の中でも、地域格差があると思っています。例えば、渋谷区の東のほうには、多くの病院があり、港区にも多くの病院があるということになると、その地域の医療と、渋谷区のほかの北側、西側の医療とは全然違ってきます。

そして、同じ区西南部でも、世田谷のほうとか目黒のほうとも、渋谷区は全然違うわけですから、そういうことを考えないといけないのではないかと考えています。

そういう中で思うのは、本当に患者さんは多いか少ないのか。患者さんが減っているのではないかと思うことが非常に多いです。

開業医の先生方に伺ってもそうですし、病院の入院の状態を見てもそうですし、救急の患者さんの搬送件数を見ても肝心なところは減ってきていると思います。

つまり、医療がよくなって、治療がよくなって、患者さんが入院しなくても治ったり、入院期間が短くなったりということが、非常に多くなっています。

それと同時に、リハビリのことが非常によくなってきて、健康年齢というか、介護を受けている度合いが低くなり、そして、リハビリが充実すると、すごく元気な人が多くなるのではないかと考えられます。

そうすると、入院がもっと減ってしまうのではないかということを考えてみました。

そういった中で、中小病院の役割というのが、これからクローズアップされるのではないかと考えています。いろいろな疾患を持った患者さんが、すごく

大きな病気ではないけれども、入院が必要となってくることが多くなるのではないかと思いました。

また、そうすると、24時間の訪問医は本当に要るのかと思うんです。何かあったときには、まずは病院に行っていたら、そこで、解決が物すごく早いのではないかということになると思います。それが1番です。

もう一つ問題なのは、ここで、地域包括支援センターとかいろいろな立場の方々が、医療に関してものを言ったとしても、この地域包括支援センターには医療の人はほぼいないんですよ。

ということは、医療のことは医療で解決したいと思うと、包括がうまく医療のアドバイスはでききらないとっていて、それは、ここにお集まりの先生方が手を組んでいろいろな情報を持っていることのほうが、よほど大事なのではないか。よほどそのほうが、医療の有効活用だし、患者さんにしてみたら、人生の有効活用ができるのではないかと思います。

その中で、介護予防とかいうことをやって、それのお手伝いをしていくのが地域包括支援センターになったほうが、ある部分ではいいのではないかと考えております。

それと、24時間の訪問診療というのが、実は、開業医の先生方もほぼそれに近いことをやっているのではないかと考えておまして、この辺はどうなのだろうかと思います。

やはり、こういう場で情報のネットワークをつながる機会を設けたほうが、うまくいくかなと思っておりました。

あとは、同じ区の中の地域格差や医業のやり方というものも、ちょっと気になっていたところなので、お話しさせていただきました。

○太田座長：ありがとうございました。

次に、堀見先生のほうからも、どうぞ。

○堀見（成城リハケア病院）：成城リハケア病院の堀見と申します。

質問ではなくて、提案です。サブアキュートということで話をしていたのですが、そう言われても、それぞれの人のイメージが異なるので、話し合いがしづらいという感じを受けました。

例えば、治る病気で、正確な診断と早い治療と考えると、心筋梗塞とか脳卒中というような急性期が考えられますが、それをこのテーブルで扱うかと言われたら、「僕の病院は得意です」とか言って、比較的早く決まるような感じがします。

また、90歳を超えたような人の腰椎の圧迫骨折については、どこに入院すべきでしょうと考えると、そのまま高度急性期に送るのはちょっとねということで、具体的な話が進むような気がします。

ですから、この会議の中の切り口というか、それをもう少し具体的なものにしたほうが、話が進むのではないかという気がしました。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、これで質疑応答を終わらせていただきます。

次回以降の調整会議でも、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。

それでは、ここで、東京都医師会から、1点報告事項がございます。よろしくお願いたします。

○目々澤理事：東京都医師会で情報を担当しております目々澤と申します。どうぞよろしくお願いたします。

この「東京総合医療ネットワーク」というパンフレットを、病院とかどこかでご覧になった方はいらっしゃいますでしょうか。いらっしゃいませんか。

それでは、どなたも手をお挙げにならなかったということをベースに、お話をさせていただきたいと思います。

実は、電子カルテができ、そこに、連携機能があるということを、私、2000年になる前に知りました。そして、「それはつながるのではないか」とい

う記事が、かなり前の「日経メディカル」という雑誌に出ていました。1998年にそういう記事が出ていたわけです。

ただ、それは実現に至らず、それからしばらくたって、富士通のテレビCMで、「フィンランドでは、国じゅうのお医者さんが国民全部のカルテを共有している」ということを言っていました。

それを見て、「そうか、ここまで来たのなら、きっと東京もそのうちつながるだろう」と思っていました。結局、それはつながらず、私がこの仕事につくときにも、都内の電子カルテの連携は全くないまま、ばらばらの状態でした。

実際、電子カルテを結ぶというのは、簡単そうでなかなか難しい作業ということで、日本じゅうを探せば、もう200近くのネットワークが存在しています。

これは、仲のいい病院や、今ここに集まっておられる皆さんのような単科での病院が、ネットワークを組んで、お互いに情報連携をしているという形ですが、それはそれで、大変やりがいのあることですし、まとまっていればそれでいいのかなとも思います。

ただ、東京の場合、このパンフレットを見ていただければおわかりのように、急性期には患者さんは割と都心に集中し、慢性期になると、東京の端のほうや近くの県に行かざるを得ないこともあるという状況です。

そういうことを考えると、本来は、日本じゅうの電子カルテを統一して、連携が成り立てば一番いいと思いますが、日本医師会、厚生労働省の方針としては、各地区ごとでまとまりなさい。そして、まとまったところからビッグデータを抜き出すというお話にまで、ごく最近はなってきました。

つまり、情報の統一化ということが、まだ議論されないまま今日に至っているというのが実情でしたので、私、理事になりましたから、「電子カルテをみんなつなぎたいと考えている」というお話をしていました。

ただ、最初のうちは皆さんはなかなか乗ってくださらなかったのですが、猪口副会長の病院が電子カルテとその連携システムを入れて、近所にある日本医大の病院と情報連携したいと思ったけれども、それがつなげないということで、猪口先生が気づいていただきました。

そして、この電子カルテをつなぐ方法を考えていこう、できれば、この患者さんの流れから考えれば、都内じゅうをまとめてしまったほうがいいだろうということになりました。

これは、地域のものというよりも、東京を1つの病院圏と考えて、まずつないでいって、それをした上で、各地域ごとの先生方がこれを利用するという形で、相乗りしながらやっていくというような形にしようということで、この東京総合医療ネットワークを考え出しました。

ただ、富士通のほうが、小さくまとまるほうが便利という機構になっていたために、直接結びつけることはできなかったのですが、都内じゅうの電子カルテのシステムを考えますと、富士通のシステムが4割5分、NECのシステムが2割5分ということでしたので、この2つのシステムをつなげてしまえば、都内の約8割の病院をつなぐことができるという形になります。

まだ連携システムを入れていらない病院も多いと思いますが、東京都さんでは、2000万円を限度として、その半額を補助してくれるという、導入のための便宜も図ってくださっていますので、これを利用して入れた病院は、もちろん、率先して入っていただきたいというお話です。

いろいろ苦労して、右上のページにあるようなデータセンター間接続という方法で、両者をつなげれば、ちゃんとつながることがわかりました。

猪口先生の病院も、都医理事の新井先生の病院も乗ってくださっていますし、前理事の伊藤先生の等潤病院もこれに乗ってくださっていて、現在までで、既にモデル運用という機関を含めて、8つの病院がこの東京総合医療ネットワークで情報を流すという準備が始まりました。

そして、このデータセンター間接続がうまくいけば、病院ごとで集められた開業医さんも、このネットワークで患者さんの情報を見ることができるようになるという仕組みでございます。

ということで、この7月に、実は、同じベンダーさんの病院同士は情報がつながるような形になりました。そして、最終的な詰めを行いまして、この11月1日から、今つながっているのを試した病院の患者さんの実データを流すことができるようになりました。

今回、ここでしゃべらせていただいたのは、今までご存じなかったのだとすれば、この企画に皆さまにぜひ乗っていただきたいと思ったからです。そして、乗っていただくことによって、東京の連携はより進むのではないかと考えております。

先ほどの皆さまの議論をお聞きしていても、医療情報の連携ということが非常に大切だということが伝わってまいりました。皆さまの情報をスムーズに流すための道具が、この東京総合医療ネットワークです。

これに関するポスターも、実際に刷られていて、運用が始まった病院では、このポスターを貼っていただいておりますし、また、「こういう病院が加わりますよ」という告知をするというポスターも用意しております。

電子的なことですので、面倒なことはいろいろありますが、その辺は、東京都病院協会さんがしっかりサポートして、運営をやってくださっています。

しかも、今お話したように、東京都さんのほうからもしっかり補助をいただいております。初年度は1000万、2年目に2000万の補助をいただくことになっております。

ところで、これにかかる費用についてですが、金額が非常に少ないのではないかと気づかれた方もいらっしゃるかと思いますが、実は、新たにサーバを立てることをしないというのが重要な点でございます。

ということは、それぞれの病院の努力によって、皆さまがこの連携システムを入れていただければ、我々と連絡を取っていただき、このシステムでやっていくというお約束をして、この仕組みに加わっていただくだけで、それ以上に巨額なご負担を将来要求するということはありません。

この辺は、持続性のあるネットワークということで、ご理解いただければと思います。これに関する情報を見ていただくだけでも結構ですので、東京都医師会のホームページには、その辺のサイトもつくっております。

さらに、東京都病院協会の東京総合医療ネットワークのチームのほうにお電話いただければ、情報をきちんとお流しできるような道筋もつけることができますので、ぜひとも我々のほうにご連絡いただきたいと思っております。

そして、このネットワークに将来的には加わっていただいて、東京の医療を一段よいものにできたらいいなと考えております。

皆さまのご協力をどうぞよろしくお願いいたします。

○太田座長：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もありますので、最後に情報提供等を行いたいというところがございましたら、挙手をお願いいたします。どうぞ。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋病院の大坪です。

先ほど、東京都のほうから説明がありました、東京都地域医療構想調整会議の報告の中で、回復期リハビリテーション病床及び地域包括ケア病床の整備を行う医療機関の一覧の中にも載っています、「仮称・世田谷リハビリテーション病院」という、92床の回復期リハビリテーション病院のことですが、こちらについて少しお話をさせていただきたいと思います。

来年の4月から始まるということになっています。平成30年度、ほかの二次医療圏では、新設の病院については、地域医療構想調整会議の場でプレゼンテーションが行われていると聞いています。

私たち世田谷区医師会の中で、この新しい病院にぜひこの場でプレゼンテーションをしていただきたい。どういった形で病院をやっつけようかとされているのかということ、ぜひ聞きたいという意見がたくさん出ています。

なぜそのようなことを申し上げるかと申しますと、まず、この区西南部について考えてみますと、700床が余剰というデータが出ています。それから、地域医療構想におきましては、急性期が過剰で回復期が不足している状態であるとなっています。

これは、地域医療構想の考え方でいきますと、点数で分けているわけですよ。そうすると、点数的に考えると、名前的には回復期リハですが、点数では急性期に当たるわけです。

ですので、今過剰であるものをさらに増やすということになりますので、これは、どのようにやっていくかということ、私たちはぜひ聞いてみたいと思っています。

もう一つ懸念されているのが、地元の世田谷区医師会と地元の医療機関との意思の疎通や情報の共有がされていないということが、一番の問題になっています。

これは、世田谷区がつくられる病院なので、特に、地域医療の推進とか地域包括ケアの推進に積極的であるべき病院だと思いたしますが、今のところ、地域とのつながりが全く構築されていない状態なので、その辺、どのように区西南部、特に世田谷区の中で病院運営をしていくかということを知りたいというのがあります。

この経緯を聞いてみると、世田谷区が公募を行ったとき、この段階では、医療機関ではなく、老健施設または、福祉、障害者の施設をつくるということだったので、それで応募されたわけです。

そして、区の説明会の中でも、はっきりと病院の病床ではなく、そういったものをつくるという説明がありましたが、決定したところを見ると、この92床の回復期リハビリテーション病院がその中に含まれていたわけです。

この二次医療圏の中で、まずベッドが過剰であること、急性期の点数の病院は多過ぎるということで、この地域医療構想調整会議をやっているのに、その流れに反するのではないかとということと、地域の医師会との連携がうまくいっていないというところで、私たちの医療機関、特に医師会としては、違和感を持っているわけです。

ですので、どのように地域との連携を取っていくのか、どのように地域の中でやっていくかということ、ぜひ聞いてみたいと思っています。

世田谷区のほうにそのことを聞いてみたところ、老健施設と障害者の施設だけでは収支が合わなくて、赤字になってしまうので、100床程度の回復期リハビリテーションの病床をつくらせてほしいということで、計画を立てたところ、その有識者会議の中でそれが採用されたので、その病院を建てることになったということでした。

その経緯からいきますと、非常に不自然で、世田谷区の医師会としても違和感を持っているところです。

来年4月に開設が迫っているので、もちろん、施設自体はでき上がるのでしようけれども、その開設の前にどのようなお考えかを、ぜひ聞いてみたいということがありますので、よろしく願いいたします。

○太田座長：ありがとうございました。

東京都のほうからいかがでしょうか。

○矢沢部長：大坪先生からいただいたご意見は、ここ二、三日前からお話を伺っております。

世田谷区のご意見もございましょうし、これまでの経緯を、私どもはまだはっきりと存じ上げておりませんので、まずは、そのあたりを確認いたしまして、地域医療構想調整会議でお話しする前に、一度お話をする機会を設けられれば一番いいと思います。

それがなくても、地域医療構想調整会議にご出席になるかどうか、この新しい病院の事業者のほうに確認を取ることをさせていただきたいと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、これをもちまして、本日本日予定されていた議事は以上となりますが、その前に、猪口副会長からお話がございます。

○猪口副会長：最初の段階で東京都から説明がございましたが、今の大坪先生のようなお話だとか、この場ではなかなか言えなかったことなどがございましたら、意見として、東京都医師会のほうにFAXで送っていただければ、とりまとめて、東京都とお話をしたいと思います。

調整会議はいろいろ意見を言う場所ではありますが、例えば、前回の、公的、公立病院のプランなどは、説明をいただいたとしても、その場で何か言える状態ではありません。

ただ、そのままスルーされてしまうと、一応、あれは、日本的には終わったことになってしまうわけです。東京都は、プランの発表があつて、合意を得て

いるということになってしまっているわけですが、こういういろいろな話があって、そこで意見がなければ、そのままスルーというのも、もの足りないというか、そういうことでいいのだろうかという気持ちがありまして、質問用の紙を用意しました。

ぜひ疑問に思ったようなこととか、このようにしたらどうかというようなご意見を寄せていただければと思います。

区西南部においては、新しい病床の配分がないから、これで大体収まるかとは思いますが、ほかの500床なり600床なりの配分があるところでは、そこで言えなくなると、それで終わってしまう可能性がありますから、こういう方法を考えました。

区西南部としては、余りないかもしれませんが、ここに来られていない方々も受け付けますので、地元の病院の方々にお話をしたり、医師会の方々にお話をさせていただいて、こういう方法があるというお話をしてお意見をお寄せいただければと思います。よろしくお願いします。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、事務局にお戻しいたします。

4. 閉 会

○千葉課長：太田先生、ありがとうございました。

最後に、事務連絡を3点申し上げさせていただきます。

1点目、調整会議で毎回言わせていただいておりますが、今後、医療機関の方々、特に病院の方が、これまで担ってきた機能を大幅に変更される予定の病院さん等につきましては、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福祉保健局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。議事録につきましては公開となっておりますので、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。何かございましたら、私どものほうまでご連絡いただければと思います。

3点目、各テーブルには、閲覧用の「地域医療構想」という冊子を置いておりますが、こちらにつきましては、お持ち帰りにならずに、そのまま机の上に置いていただければと思います。

以上でございます。

それでは、これをもちまして、本日の地域医療構想調整会議を終了させていただきます。長時間にわたりありがとうございました。

(了)