

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

平成 3 0 年 1 月 1 1 日 開催

[平成 29 年度]

【第 2 回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

平成 30 年 1 月 11 日 開催

1. 開 会

○矢沢部長：それでは、定刻となりましたので、ただいまより北多摩北部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催いたします。本日はお忙しい中ご参加いただきまして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、東京都福祉保健局医療政策担当部長の矢沢が進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日の配付資料は次第の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、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っていただき、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。

また、本日の会議は、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、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を石橋座長にお願い申し上げます。

2. 報 告

(1) 平成 28 年病床機能報告集計結果について

(2) 在宅療養ワーキングの開催について

(3) 公的医療機関等 2025 プランについて

(4) 地域医療構想推進事業について

○石橋座長：ご紹介いただきました、東久留市医師会の会長をしております石橋です。本日の座長を務めさせていただきますので、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。初めに、東京都より「2. 報告」の(1)から(4)まで、まとめて説明を受けたいと思います。よろしくお願いいたします。

○事務局：それでは、資料1をご覧ください。平成28年病床機能報告の集計結果でございます。

今年度1回目の調整会議では、4機能別の病床数のみをお伝えいたしました。今回、クロス集計が終了したためご紹介いたします。

まず、資料1に掲載しているデータについてご紹介いたします。

①4機能別病床数の推移でございます。こちらは、今年度1回目の調整会議でもご紹介したもので、平成26年度からの4機能別病床数と、全体に占める割合の推移をまとめております。

②は、病床稼働率と平均在院日数の推移でございます。こちらは、昨年度から4機能別の病床稼働率と平均在院日数を集計しており、そちらを2か年比較したものでございます。

③は、入院料と機能をクロス集計したものでございます。こちらは、今回から初めて取り入れた集計方法でございまして、入院料ごとにどの機能でご報告いただいたかを集計しております。

病院ごとに機能の選択が比較的異なる入院料をピックアップすることで、地域における病床の役割について考えるきっかけになればと思集計しております。

④は、退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合でございます。今回からは4機能別の集計となっております。

⑤は、退院調整部門を置いている病院の割合でございます。

資料1は北多摩北部のデータをまとめたものになっておりまして、東京都全体の集計結果につきましては、参考資料1をご参照ください。

それでは、①から順に、北多摩北部の集計結果についてご紹介いたします。資料1の右下のコメント欄を見ながらお聞きいただければと思います。

まず、①は4機能別病床数の推移でございます。平成27年度と平成28年度を比べていきますと、高度急性期機能と急性期機能の病床が増加しております。内訳を見ますと、急性期は、7対1と10対1の病床、回復期は、回復期リハ病床の増加によるところが大きかったです。

②は病床稼働率と平均在院日数の推移でございます。こちらは、コメント欄では急性期機能のみのご案内となっておりますが、高度急性期機能と急性期におきまして、昨年よりも平均在院日数が短くなって、稼働率が上がっているという状況でございます。

慢性期機能をご覧くださいますと、平均在院日数が28年度は142.2日と、大幅に長くなっております。その内容を比べますと、27年度に比べまして、大幅に平均在院日数が長くなった病院がございました。

病床機能報告のデータ上の問題かもしれませんが、その病院様を仮に除いて算出しますと、119.9日という結果でございました。

③は入院料と機能をクロス集計したものでございます。

地域包括ケア病棟をご覧ください。この構想区域では、急性期機能としてのお届けが高くございました。この入院料は、回復期の割合が高かったり、急性期と回復期の機能が均衡するなど、地域によって状況がさまざまでございます。

後ほど実施するグループワークの中でも、地域包括ケア病床の役割についてご確認いただければと思います。

また、緩和ケア病棟入院料につきまして、慢性期機能の占める割合が高いところが北多摩北部の特徴でございました。

④は退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合でございます。こちらは、北多摩北部の圏域では、全ての機能を通じまして、「在宅医療の実施予定が不明の患者」の割合が高くございました。

⑤の退院調整部門の設置割合につきましては、東京都全体の58.7%を上回る割合になっておりますので、患者さんの退院後の状況を見据えた調整が行われているかどうか、改めて振り返っていただければと思います。

続きまして、資料2をご覧ください。在宅療養ワーキングの開催についてでございます。

こちらは、前回の調整会議において設置についてご報告いたしました。この会の中からご参加の先生もいらっしゃるかと思いますが、当日の内容についてご紹介させていただきます。

開催概況ですが、12月8日に、43名の方々にお集まりいただき開催いたしました。

参加団体につきましては、本日の調整会議の先生方に加えまして、在宅医、介護支援専門員研究協議会と老人保健施設協会の団体からも、新たにご参画いただいております。

当日は、東京都から、地域医療構想や在宅療養に関するデータをご紹介した上で、2つのテーマに沿って自由に意見交換していただきました。

1つは、「在宅療養に関する地域の現状・課題等について」でございます。

こちらでは、「在宅医を専門に担っている医師が少ない。その結果、患者が集中してしまい疲弊してしまっている」というお声や、「看取りや重い患者は在宅専門で対応することで、少しでも訪問診療を担う人材が増えればと感じる」というご意見がございました。

連携の面から見ますと、「在宅医にとって、24時間診療体制の確保が大きな問題だが、訪問看護ステーションが連携に入ってくると大変心強い」というご意見や、「独居の老人だと、最初から在宅医療を受けるのは無理と決めつけている患者が多く、行政による地域に対する普及啓発が重要」というご意見をちょうだいいたしました。

2つ目のテーマは、「地域と病院の連携について」でございます。

こちらでは、「病院と在宅医の連携はよく取れている。病院から在宅に戻るには、ケアマネジャーとの連携が大きなポイント」というご意見や、「予定入院患者の場合、自分のケアマネジャーが誰かを把握しているが、予定外入院だ

と把握していないことが多い」ということで、調整に苦勞することがあるとのご意見もありました。

また、「病院と地域の診療所で、多職種を含めて顔の見える関係づくりが少しずつ進んできている」とか、「病院側の取り組みとして、地域の医療・介護関係者と連携した多職種連携、顔の見える関係づくりを進めている」というお話をちょうだいいたしました。

本日ご紹介したご意見を、後ほどのグループワークの際の参考にしていただければと思います。

続きまして、資料3をご覧ください。「地域医療構想を踏まえた公的医療機関等2025プラン策定について」でございます。

こちらは、地域医療構想の実現に向けて、自院が今後どのように取り組んでいくのかを、病院自らプランとしてまとめるように、厚生労働省が求めたものでございます。

策定対象となる医療機関は、日本赤十字社や済生会などの公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院等が該当しておりまして、この北多摩北部では2つの医療機関が対象となっております。

このプランには、構想区域の現状や課題、自院の現状や課題。それを踏まえて、自院が今後どのような機能を担っていくのか、どういう病床機能を持っていくのかというところを、プランとしてまとめていただいております。

本日、グループワークにご参加の先生方には、参考資料2として、現段階でご提出いただいている各病院でおつくりいただいたプランを抜粋したものと、総務省で進めております「公立病院改革プラン」を作成いただいたものの抜粋版を配布しておりますので、これらもグループワークの際にご参照いただければと思います。

最後に、資料4をご覧ください。「地域医療構想推進事業について」でございます。

こちらも、前回の調整会議から、東京都が実施している補助事業を利用して、病床の整備を行っていただいている病院をご紹介します。

本日、追加でご紹介する医療機関はございませんが、今後該当の病院が出てきましたら、この場を借りてご紹介したいと思っております。

東京都からの報告は以上でございます。

○石橋座長：ありがとうございました。

続いて、東京都医師会から1点報告がございます。よろしくお願いたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

カラーの資料をご覧ください。「東京都地域医療構想調整会議に資するために」という資料です。

先ほどの資料1でも見ていただいているように、回復期の病床機能報告の数が少ないということに対して、全国的にいろいろ悩んでいるわけですが、この地域医療構想に関する国のワーキンググループがありまして、そこで出されてきているものをご紹介します。

1ページ目には、「回復期病床の考え方」として、「奈良県方式」と書いてあります。

これについて、3ページの上の欄をご覧ください。奈良県においても、その数を推計すると、急性期よりも回復期を増やさなければいけないということです。

ただ、その下の欄ですが、「重症急性期」と「軽症急性期」があるのではないかという考え方をされています。

そして、4ページ目の下の欄ですが、「機能の明確化」のところに、「手術・救急入院」が「月2件」と書いてありますが、これは間違いで、「1日2件」です。

これらが1日に2件以上あるようなところを境にして、それ以上は「重症急性期」を担っていて、それ以下だと「軽症急性期」ではないかということで、そうすると、数が合ってくるという話のようです。

これを東京都に当てはめてみますと、5ページの上は、2025年の必要病床数の推計に対して、現状の病床機能報告はどうかをまとめたものです。

そこで、高度急性期においては、治療中と治療後では医療資源の投入量が違いますから、ここを「治療中」と「治療後」に分け、急性期を「重症急性期」と「軽症急性期」に分けてみると、どのようになるかと考えてみました。

つまり、6ページの上は、特定機能病院における医療資源の投入量から見た高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の割合についてですが、大学病院であったとしても、高度急性期と急性期が占める割合というのは、60～70%であるということです。

したがって、医療資源の投入量としては、30%ぐらいは回復期相当にしかならない患者さんがいるということです。ほぼ100%と出してこられた高度急性期を「治療中」と「治療後」に分けてはどうかというわけです。

さらに、急性期と報告された病院においても、「奈良県方式」のように、「重症急性期」と「軽症急性期」に分けていただければどうなるかということです。

そうすると、その下は、5ページの下と同じですが、高度急性期のうちの「治療後」を急性期に、急性期のうちの「軽症急性期」を回復期に移動すれば、将来推計の割合と数合わせ的には同じぐらいになるのではないかというわけです。

この回復期機能というのは、何も回復期リハをやれとか地域包括ケアをやれとかいう話ではなくて、機能的なものをそういうふうに考えていただきさえすれば、東京における数合わせの問題は、機能を転換しなくても、考え方を変えるだけで解決してしまうというわけです。

そして、この地域医療構想というのは何が大事かという、7ページの下ですが、「ほぼ在宅、時々入院」という場合の「時々入院」の部分を、地域医療構想の連携でやっていこうということです。

そして、8ページの上ですが、数合わせをある程度しなければいけないのは、要するに、ステークホルダーとして、回復期の数がきちんと整っているという前提の上で、一つは、数が整うというインフラがまず必要であろうということです。

それから、その下ですが、必要なインフラとしては、今申した「病床の機能分化」のほか、「病床間の情報ネットワーク」が必要であり、情報がうまく伝わっていくことが必要だろうということです。

さらに、「高齢者対象の医療搬送システム」というインフラの整備が必要だろうということです。つまり、一日勝負ですから、平均在院日数とか病床稼働率とかを考えると、患者さんをすぐ転院させる搬送システムが必要だということです。

9ページの上は、東京都の病床機能と規模別病院の分布を図にしてみたものです。これを見ると、急性期の部分がある程度回復期になって、数合わせ的にうまくいったとしても、この偏在は簡単には何ともなりません。

ですから、もちろん、二次医療圏においてできるだけ連携を整え、できるだけ患者さんを診るということは必要ですが、東京都全体を見渡しながらやっていくとすると、先ほどのようなインフラの整備を東京都全体として進めていく必要があると考えております。

それに関して、「総合医療ネットワーク」という電子カルテのネットワークシステムを、東京都医師会を中心として進めていますので、そういったものの事業にも参画していただきたいと考えています。

以上のような内容について、情報を共有していただきたいと思いましたので、情報提供をさせていただきました。

○石橋座長：ありがとうございました。

東京都全体の中で北多摩北部地域をどのように考えていけばいいかということもあるかと思えます。

お話の中で、回復期の病床が実際の報告よりも稼働している数が多いだろうということは、皆さんもお感じになっていらっしゃるかと思えます。

そういう意味で、どうしていけば連携がうまく取れて、それをうまくやることによって、患者さんのニーズに応えられるかということを、皆さんとまたお話をさせていただければと思います。

ただいま東京都と東京都医師会からご説明がございましたが、ご質問はございますか。

丸山先生、いかがでしょうか。

○丸山（田無病院）：数合わせというお話がありましたが、先ほどのご説明よりは今の状況をよしとするということで考えてよろしいのでしょうか。

○猪口副会長：回復期になるにあたって、急性期の病院が回復期という意識を持つということが、すごく大事だと思っています。

回りハをやったり地域包括ケア病床をやったりということで、「そうじゃないといけないんだ」という意識に非常に捉われている感じがするんです。

現実的には、連携の中で、急性期を過ぎている病床や、地域の中で、それほど重症ではなくて、軽い肺炎を診ているような病床はたくさんあると思います。

ただ、そういう病院でも、回りハとか地域包括ケアでないということで、急性期だという報告をしていると、なかなか先に進まないの、そここのところをもう少し柔軟に考えていただければ、かなり楽になっていくなという話だと思っています。

○石橋座長：ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、次の議題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）

○石橋座長：それでは、3つ目の「グループワーク（地域の課題解決に向けて）」についてです。

昨年度の調整会議では、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い、今年度第1回目の会議では、事務局にて整理された地域の現状とアンケート結果をもとに、今後優先して検討すべき課題や機能についての議論を深めました。

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、どのように解決していけばいいかについて、各立場で取り組めること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々にもご参加いただいております。ぜひ活発な意見交換をお願いいたします。

それでは、グループワークに入る前に、前回の調整会議においていただいた意見のまとめと、グループワークの進め方について、東京都よりご説明をお願いいたします。

○矢沢部長：それでは、まず、資料5をご覧ください。

5-1と5-2は、上下に並べて見ていただくとよろしいかと思いますが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と眺めていただいて、前回、意見交換をしていただいたかと思います。

5-1は、データ等から見たこの地域の現状でございます。5-2は、昨年末の実施させていただいたアンケートの結果からのこの地域の状況でございます。

まず、5-1の資料についてですが、この北多摩北部の特徴としては、特に、高度急性期から回復期にかけて、北多摩南部と北多摩西部を中心に行ったり来たりしている地域で、比較的均衡しているというのが特徴でございます。

また、高度急性期、急性期のデータを見ていただくと、病床稼働率がいずれも低いというのが、大きな特徴です。

さらに、回復期機能では、高齢者人口10万対で非常に多い数の病床があるというところも、大きな特徴のあるところです。

一方、5-2をご覧くださいますと、在宅側のご意見の中では、急変や病状変化の受け入れというところがうまくできないとか、レスパイトをもう少し受けてほしいとか、入院中に行うリハビリは、患者さんの生活の視点を入れるのが困難なので、結果的に退院後の支援が難しくなることがあるなど、多くのご意見をいただきました。

また、在宅医療の課題としては、家族の介護力、24時間対応、介護事業者との連携など、まだまだ課題がいろいろあるというご意見もいただきました。

その辺のご意見を踏まえてまとめたのが5-3でございます。論点としては、

①「北多摩北部の強みなどを踏まえた急性期機能の検討」、②「北多摩北部圏域において回復期機能が担うべき役割」、③「慢性期機能において家庭からの入院、家庭への退院割合が高いことから、地域包括ケアシステムを支える病棟になっている。北多摩北部圏域における慢性期機能が担うべき役割」という3つで、これらの観点から議論をしていただきました。

そして、①では、急性期機能と申告しているが、緩和ケアの機能も持っていたりして、それぞれの機能を扱っているというようなご意見が多かったです。

また、②では、地域包括ケア病床の機能を持ちながら、届け出がない病院があったとか、回復期機能とそれを支える在宅医療のネットワークが必要だとか、地域包括ケア病床ももっと連携して、情報交換して、活用したほうが良いというご意見がございました。

こうしたことを踏まえまして、これからグループワークをしていただくわけですが、資料6をご覧くださいと思います。

実は、この12の構想区域を全て回って、その中でどこでも共通して出た課題がテーマ①で、「地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策」でございます。

地域包括ケアを支えていくためにはどんな機能が必要かとかを、それぞれのお立場から、都民のお立場から意見を出していただくということになります。

テーマ②は、「医療連携を進める上で、各医療機関が担う機能の情報共有について」でございます。

これは、医療連携というところに着目して、どのような情報を共有することが必要かとか、各立場からどんなことに取り組んでいけるかとか、こんなことをやってほしいということについて、ご意見を出していただければと思います。

グループワークの進め方ですが、まず、進行役、書記役、発表役を決めていただきます。これまでの実施状況を見ていると、書記役と発表役は同じところが多かったですが、そのあたりはお任せいたします。

1テーマを20分で議論していただいて、5分で発表していただきます。各グループとしては1分から2分ぐらいでお願いいたします。

それを2回繰り返していただきますが、今回出た意見をまとめる作業は必要ありませんで、どんな意見が出たかをご発表いただければ結構でございます。

それらを事務局のほうで次の調整会議につなげるように整理したいと思っております。

このグループワークの結果をもとに、次の課題の抽出などが進んでいくように思っておりますので、何とぞ全ての方がご発言いただければありがたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○石橋座長：ありがとうございます。

それでは、テーマ①の「地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策」について、まず、各グループで意見交換をお願いいたします。

なお、傍聴席におられる医療機関の方で、グループワークに参加を希望されている方がおられましたら、お席を用意いたしますが、いらっしゃるでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、1つ目のテーマでグループワークを始めたいと思います。よろしくお願いいたします。

[テーマ①についてグループワーク]

○石橋座長：まだいろいろお話し中だと思いますが、各グループからの発表に移りたいと思います。

では、Dグループからよろしくお願いいたします。

○Dグループ：緑風荘病院の杉木と申します。

地域包括ケア病棟の使い勝手のところから、急性期から地域包括ケア病棟をやるメリットはどうなんだろうという意見が出発点となりました。

そして、リハビリとかを持たないで、急性期という感覚だけでやっても、地域での連携はもちろん、他地域の練馬区の地域との診療連携によってグループ化すれば、リハビリがなくても、そういう枠を越えての連携によってやっていけるのではないかというお話がありました。

それから、診療報酬の施設基準側から見て、慢性期から移れば、採算的な視点ではメリットはあるけれども、そういう意味では、使い勝手が悪いのではないかというご意見も出ました。

行政側からは、健康推進課のほうでは、地域包括ケアシステムの構築というところまでは、まだ話が行っていないというお話がありました。

それ以外では、清瀬市医師会の平野先生からは、地域に地域包括ケア病棟を持っているところが数か所あるが、経営のハードルがなかなか高いのではないかというご指摘がありました。リハビリを持たないところでは、リハビリ機能をどうやって使ったらいいかということで、使い勝手が悪いということです。

あと、保健所のほうからは、今のままで、地域包括ケアというのは、施設基準とかにこだわらずに、役割、機能として何とかそういうものはできないのでしょうかというご指摘がございました。

それから、在宅側から見ると、地域包括ケア病棟は使いづらいというか、要するに、救急があるような地域包括ケアは使い勝手がなかなか難しいということです。そういう病床から地域包括ケア病棟に行っても、本当に在宅に戻っていくのだろうか。その両方を見ると、やはり使いづらいというご指摘がございました。

さらに、高度急性期から見ても、なかなか使いづらい部分があるというお話と、もう一つは、論点が広がったのですが、医師の働き方改革というのがあることで、急性期がやりづらくなったというお話もございました。

また、急性期からポストアキュート、サブアキュートといった流れに関して、どのような形に持っていくのかも、使い勝手の悪さという話もありました。

あと、歯科のご意見としては、高度急性期とか急性期の考え方はないが、回復期や慢性期になれば、連携が取れるのではないかというご意見が出ました。

なお、私からですが、国がレセプトから分析してきた高度急性期の区切りと病床機能報告制度で報告した診療報酬上の急性期とか慢性期には、かなりずれがあるので、その部分の違いを意識しないと、話が見えなくなる部分があるというお話をさせていただきました。

○石橋座長：ありがとうございました。続きまして、Cグループ、お願いいたします。

○Cグループ：新山手病院の根本と申します。

保険者の方からは、健診や保健指導に取り組むことで、地域の皆さまの健康に資するように努めていきたいというお話がありました。

また、急性期病院からの意見としては、先ほどお話がありましたように、回復期や慢性期の機能も持っているということに対しては、腑に落ちるところがあるというご意見がありました。

それから、回復期病院からは、急性期等の機能の分類についてや、将来推計についてもう少し説明があれば、わかりやすいのではないかというご意見もございました。

それと、慢性期病院のほうからは、グループワークについて、目的等を前もって伝えていただければ、もう少し準備ができたということで、議論を実りあるものにするための提案もございました。

あと、回復期、慢性期等をうまく機能させるためには、地域のネットワークの構築が必要ということで、地域連携の取り組みがかなり増えてきているというお話もいただきました。

○石橋座長：ありがとうございました。それでは、Bグループ、お願いいたします。

○Bグループ：多摩北部医療センターの高西と申します。

まず、病院側からの視点で、病院というのは、地域がどのようになっているのかという知識が足りないのではないかと。誰がどこで何をしているかがわからない点が多いので、研修会を開いて、そういう知識が増えるようにしたり、自分の知識での役割がいまひとつわからないので、そのところをはっきりさせようと試みているというお話がありました。

それから、各病院の得意な点を最大限活かすということで、自分の持ち味は何かということを知っていただくことによって、うまく連携し合うという、

ネットワークをつくることも大事ではないかという、急性期側のご意見もありました。

それから、回復期側からは、在宅からちょっと容態が悪くなったときに入院してもらい、また在宅に帰すという病院で、重症のときは急性期に送っている病院からですが、そういう病院は、地域に割と近いというようなことをおっしゃっていました。

ただ、在宅医が少ないので、65歳以上のドクターにはもう一度参入していただけるといいかなということも考えているということでした。

また、保健所としては、地域をつなぐために、「情報連携シート」というものを作成して、情報の共有化を図って、つながりやすくすることをやっているということです。

さらに、事務方のほうでは、効率的にということですが、回復期病棟などをつくっていく中で、将来の運営がどうなっていくのかという不安があるというお話が出て思いました。

○石橋座長：ありがとうございます。それでは、Aグループ、お願いいたします。

○Aグループ：東村山市の花田と申します。

こちらも、ほかのグループと同じようなご意見がいろいろ出ました。

さらに、病院さんのご意見としては、病床が少しずつ減っているという傾向があって、原因としては、経営上の問題もあるでしょうが、在宅医の先生方との連携というか、情報共有がなかなか難しいということもあったり、実際に受けている中で、認知症の対応などが難しいとかで、運営していく中での難しさを中心に、いろいろご意見が出ました。

また、行政側、事務方としては、意見は出さなかったのですが、このあとのテーマ②にもありますとおり、情報の共有というところが非常に大事なのかと思っております。

○石橋座長：ありがとうございました。

それでは、続けて2つ目のテーマに移りたいと思います。「医療連携を進める上で、各医療機関が担う機能の情報共有について」ということで、意見交換をまたお願いいたします。

[テーマ②についてグループワーク]

○石橋座長：それでは、発表に移りたいと思います。今回はAグループからお願いいたします。

○Aグループ：清瀬市の田村と申します。

電子カルテを使用することなどによって、いずれは、マイナンバーのようなカードで全てがわかるようになっていくとは思いますが、情報漏洩に対するセキュリティはどうか心配だという意見が出ました。

薬の情報も共有化されないと、患者さんが何の病気になっているのかわかっていないことがあるし、認知症が進んでいくと、ちゃんと飲めるのかということも、見てあげなければいけないということで、そういうのをつなげるにあたっては、ケアマネの存在が大きいのではないかとということです。

そして、ケアマネさんが訪問して、患者さんの状態を把握して、関係機関のネットワークにつないでいくということをやってもらっているということです。

さらに、患者さんと直接触れ合うような先生方も、お互いに顔の見える連携を取っていくことが必要ではないかというご意見も出ていました。

○石橋座長：ありがとうございました。それでは、Bグループ、お願いいたします。

○Bグループ：多摩北部医療センターの高西です。

紙ベースで連携情報を今は行っていますが、これにはMSWが関わって、情報をつなぐということをやっています。

ただ、今後はICTを導入して、有効活用していくのが必須になるだろうけれども、まだまだ現場には温度差があるというのが現状であるということです。

このICTの中でどんな情報が必要かということですが、先ほどもお話ししましたが、それぞれの施設が得意な点を明らかにして、急性期ではどんな点が、慢性期ではどんな患者さんを受け入れられるかということなどです。

それから、働き方改革で、急性期病院も役割分担を地域の中でうまく決めていかないと、破たんしてしまうのではないかという意見も出ています。

さらに、急性期側からですが、入るときは救急で入るけれども、出ていくときには非常に時間がかかってしまうので、ポストアキュートを担ってくれるような専任スタッフが、そちら側にいると、もっとスムーズになっていくだろうというお話も伺いました。

○石橋座長：ありがとうございました。では、Cグループ、お願いいたします。

○Cグループ：新山手病院の根本です。

現状の事例として、小平市の昭和病院さんを中心とした、かかりつけ医のほうに戻った患者さんの情報の共有の仕組みについてのご報告がありました。

また、西東京市の在宅支援センターが、行政の役割として、情報共有役を務めていて、都内から地域の病院への移動の場合の窓口も務めているという事例もご報告いただきました。

もう一つ、保険者の立場からは、会社が変わると、その方の情報が伝わっていかないということで、IDを1つに統合した一元管理の仕組みについて、準備を今しているという情報もいただきました。

そして、その情報を健診のほうから診療につなげるといったところについても、構想があるというふうに伺いました。

それから、どの立場からでも共通しておりますのが、医療と介護の連携を密接に行う必要があるということです。

あと、情報共有のツールを早く設定するということで、個々の病院の不必要な投資が省けるのではないかとといったような意見もありました。

なお、こういう仕組みは少し時間もかかりますので、それがなかった場合でも、連携を密接に行うために、連携のネットワークの構築を行うことが大切で、ここでも、やはり、行政の関わりが必要になるという意見が出ました。

○石橋座長：ありがとうございました。では、Dグループ、お願いいたします。

○Dグループ：緑風荘病院の杉木です。

二次医療圏の保健所とか大きい病院が取り仕切って、それぞれの病病、病診連携とか、医療と介護のそれぞれの機能の情報共有ができると、非常に有効だというお話が出ました。

また、個別の医療機関に関して、診療科とかりハビリができるかとか、強みはもちろん、弱みの部分もきちんと理解し合えるような情報共有ができないだろうかというお話がありました。

それから、在宅とかいろいろなところから救急の病院に送るときに、当直医が、その方にはどういうバックグラウンドがあるかというような情報シートのようなものが、もう少し簡素化されて、医療機関側からも在宅側からも双方向で整備されるといいかなというお話がありました。

それに関連して、個人情報の守秘義務とかの難しさの例も、いくつか挙げられました。

行政側からは、今言ったような、いろいろな医療機関、医師、歯科医師、保健師さんとかの連携が取れるような集まりを企画して、実施しているというご報告もありました。

○石橋座長：ありがとうございました。

各グループからさまざまなご意見をいただきました。また、ICTの活用とか、顔の見える関係をどうつくっていくかとか、医療と介護の連携といったところでの情報交換、情報共有ということも、既にいろいろ進んでいるし、これからはまた目指していこうというお話などをいただきました。

北多摩北部地域は、人口も適度で、80万人ちょっとというところがございますし、大きな病院、中小病院、在宅というところの流れが、比較的に見えやすい地域ではないかと思っております。

その中で、小平市の昭和病院さんを中心とした病病連携の会とか、各疾患別の連携も活発に進んでいる地域かなと思っております。

そういう意味で、顔の見える関係というのが進んできている地域ではないかなと思っております。

そういうメリットを活かしながら、さらにこういう地域調整会議を含めて、この地域をどうしていったらいいのか、どう連携していったらいいのかということを、今後進めていっていただければと思っております。

そういう意味で、この調整会議は、顔の見える関係をつくりながら、ご自由に意見を交わしていただきながらやっていく会で、情報を共有する場ですので、この機会に「こういう情報提供をしたい」というところがございましたら、挙手をいただきたいと思いますと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○山岸（清瀬リハビリテーション病院）：清瀬リハビリテーション病院の山岸です。

資料1のデータは、平成26年から28年まで出ていますが、29年について数字がもし出ていましたら教えていただきたいと思えます。

それから、ここには「将来推計」と書いてありますが、これは2025年なのかどうか。それにしても、7年しかないのに、こんな差が出るのか。そういう感じがしました。

この2点について、わかる範囲で結構ですので、お答えいただけるでしょうか。

○矢沢部長：病床機能報告は10月までに出来まして、国が今集計しているので、私どものところには、まだ粗データしかございません。ですので、28年度までしかないという状況でございます。

それから、「将来推計」は、地域医療構想でおつくりしたものですので、2025年（平成37年）ということになります。

○山岸（清瀬リハビリテーション病院）：そうすると、2025年になると、突然、このような状況が実現するのか。そうではなくて、その間、徐々に変わっていくとお考えなのか。その辺についてお考えがあればお聞かせください。

○矢沢部長：将来推計はあくまでも推計でございますので、このようになっていくということではございませんので、それに対しては何とも申しあげようがございません。

○石橋座長：ほかに、「こういう情報がある」ということなどの情報提供等はございますでしょうか。

それでは、特に情報提供はないということでございますが、「情報提供をお願いします」ということを、事前に連絡してはないということですね。

○矢沢部長：この調整会議では毎回申していますが、なかなか伝わっていない状況でございます。

○石橋座長：そういうことですので、ぜひ情報提供をしていただけるようにご準備いただけると、大変ありがたいですので、よろしく願いいたします。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。よろしく願いいたします。

○矢沢部長：活発なご議論をいただき、ありがとうございました。

きょういただいたご意見を整理させていただきます。

まず、地域包括ケア病床をどうやって使っていくといいかということでご議論いただきましたが、そもそも使い勝手が悪いというご意見が多かったように思います。

その理由としては、診療報酬のところでの採算の問題、経営のハードル、リハ機能を持たないとやりにくいといったような、マイナスの点が多いため、メリットがないのではないかというご意見が続いておりました。

一方、地域連携していくということの中では、ネットワークが必要だけれども、病院は、その地区がどうなっているのかがわかっていないところがあるとか、ご自分の地域の中での役割が見えてこないといったようなお話もございました。

そういう意味からも、各病院の情報を知って、その上で連携し、ネットワーク化していくことが重要だろうということでした。

また、在宅の先生が少ないということの中では、在宅の先生と病院との情報の共有は難しく、情報連携シートなどを使いながらやっているけれども、なかなかスムーズにいかないというお話もございました。

後半の情報の共有にも、これらの話がつながっていきまして、まず、どんな情報を共有すべきかということで、いくつかのグループからご意見をいただきました。

施設の得意、不得意とか、どんな患者さんを受け入れられるのか、どんな機能を持っているのかということも、情報の一つとして共有する必要があるだろうということでした。

連携等では、顔の見える連携が必要だけれども、そのツールとして何を使っていくか。電子カルテというところでは、まだいろいろな壁があり、マイナンバーの活用もいいのじゃないかといいいながらも、まだ先になるのではないかというお話がありました。

それから、会社を移ってしまうと、情報がつながらないというところでは、保険者のほうで、一元化の試みが進んでいるということもございました。

特に、救急のときに、在宅の先生と救急の病院との双方向の情報共有が難しいということで、これは、どの構想区域でも同じご意見が出ています。

よく出るご意見としては、大きな病院に急に入院してしまうと、そこからかかりつけ医のところに情報が戻ってこなくて、そのあたりをどうしたらいいとか、かかりつけ医の先生と在宅専門の先生方との情報の共有もできていないため、そこで切れてしまうというようなことも出ておりました。

そして、こういう情報の共有にはケアマネの存在といったところが重要ですし、医療と介護の連携というところは、もっと密接に進める必要があるのでは

ないかということで、そこをつなぐツールがあると、うまくいけるだろうということですが。

さらに、公立昭和病院を中心としたかかりつけ医の先生との情報共有の取り組みや、西東京市の取り組みなどについてもご紹介がありました。

私どもは、きょういただいたご意見を整理させていただいて、この地域で何が必要なのかということに焦点を当てて、それを一つでも解決していけるように、情報の整理をしていきたいと思っております。

なお、地域医療構想そのものについてわからないというご意見もちょうだいいたしました。これは、私どもの情報提供の不足でございまして、引き続き情報をご提供していきたいと思っておりますので、今後ともよろしく願いいたします。

4. 閉 会

○矢沢部長：本日はありがとうございました。あと、事務連絡をさせていただきます。

まず1点目ですが、今後、例えば、担う機能を大きく変えたり増床を予定されている医療機関につきましては、できれば、事前にこの会でご報告いただきたいと思っております。これは、国のほうからもそういった話はこれから下りてまいりますので、今のうちからそういったことをお願いしたいと思っております。

ご希望があれば、事前に座長と調整させていただいて、この調整会議で情報を共有したいと思っておりますので、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ご連絡いただきたいと思います。

2点目、議事録についてですが、公開ですので、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載いただきますが、公開された議事録について修正等が必要な場合は、東京都福祉保健局までご連絡いただければと思います。

3点目、本日は閲覧用の「地域医療構想」を配付しておりますが、そのまま机上にお残してください。

それでは、本日の調整会議はこれで終了させていただきます。本日は長い時間ありがとうございました。よろしくお願いいたします。お疲れさまでございます。

(了)