

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

平成 29 年 11 月 28 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』

〔北多摩西部〕

平成 29 年 11 月 28 日 開催

1. 開 会

○久村課長：定刻となりましたので、ただいまより北多摩西部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催させていただきます。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、東京都福祉保健局保健医療計画担当課長の久村が進行を務めさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

本日の配付資料は会議次第の下段に記載のとおりでございます。落丁等が万が一ございましたら、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、これ以降の進行を香取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

○香取座長：早速会議に入りたいと思います。初めに、「2. 報告」の(1)から(4)の4点の報告事項について、東京都よりまとめて説明を受けたいと思いますので、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ご報告いたしました。今回、クロス集計が終了いたしましたので、ご紹介させていただきます。

まず初めに、資料1に掲載しているデータについて簡単にご紹介いたします。

①4機能別病床数の推移につきましては、今年度1回目の調整会議でもご紹介いたしました。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か年比較しております。

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、今回初めて取り入れた集計方法で、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ていただければと思います。

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。こちらは、今回からは機能別に集計を行っております。

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は北多摩西部のデータをまとめたものでございまして、東京都全体の集計結果につきましては、参考資料1を適宜ご参照いただければと思います。

それでは、①から順に、北多摩西部の集計結果の内容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ご覧くださいながらお聞きいただければと思います。

まず、①の4機能別病床数の推移でございます。平成28年度の高度急性期機能ですが、本年度が1435床となっております、昨年度と比べまして病床が増えている状況でございます。

これらは、平成27年度において急性期機能とお届けいただいた、7対1とか10対1の病床が移行したものと考えております。

また、回復期機能では、平成28年度は592床とご報告いただいておりますが、これらは、地域包括ケア病床の増加によるところが大きいものとなっております。

②の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、急性期機能と回復期機能におきまして、平均在院日数が短くなり、病床稼働率が高くなっております。

その一方で、慢性期機能をご覧くださいますと、平均在院日数が長くなっている状況でございます。

これらは、医療必要度の高い患者さんが増えているという声も、地域の調整会議でお聞きしますので、そちらがデータとなってあらわれているのではないかと考えております。

次に、③の入院料と機能をクロス集計したものをご覧ください。

これらは、7対1と10対1の病床におきまして、高度急性期機能が占める割合が高いというのが、この地域の特徴でございました。

また、地域包括ケア病床につきましては、回復期機能としてお届けいただいた割合が高く、この入院料は、高度急性期機能の割合が高いという地域や急性期と回復期の割合が均衡している地域など、状況はさまざまございました。

後ほど実施いたしますグループワークの中で、地域包括ケア病床の使い方についてもご確認いただければと思います。

④の退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合ですが、こちらは、全機能を通じまして、自院もしくは他院で在宅医療を提供する割合が高くなっております。

特に、急性期から慢性期にかけて、自院で提供するという割合が非常に高くなっております。

ちなみに、急性期機能ですと、この圏域は4.6%が自院で在宅を提供すると答えていますが、都平均ですと1.9%です。回復期機能ですと、この圏域は7.4%に対して、都平均では3.7%です。慢性期機能は、この地域は40.6%に対して、都平均では11.0%という結果でした。

⑤の退院調整部門の設置割合についてですが、64.0%と、引き続き高い状況となっております。

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したものでございまして、この会の中からお参加いただいている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報告いたします。

開催概況ですが、北多摩西部における在宅療養ワーキングにつきましては、11月8日に開催いたしまして、33名の方々にご参加いただきました。

参加団体等につきましては、本日の調整会議のメンバーに加えまして、在宅医の方々、介護支援専門員研究協議会と老人保健施設協会の方々に、新たにご参加いただいております。

当日は、まず東京都から、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、主な意見交換の内容としては、「がんなどの高度医療を必要とする患者は区部に流れ、急性期を脱した慢性期の患者が多摩に帰ってくるという現状。」、「24時間365日の診療体制を確保するのはなかなか難しいが、外来で診ていた患者が在宅に切り替わったときに、24時間体制は在宅専門、普段はかかりつけ医が対応等、かかりつけ医と在宅専門の連携がとれればよい。」、「最期まで病院で診てほしいという都民が多い。在宅療養に関する都民への啓発も必要ではないか。」というようなご意見がございました。

2つ目のテーマは、「地域と病院の連携について」ですが、「病院と地域の連携は進んできているが、在宅復帰後の生活支援という視点までは難しい。」、「ケ

アマネジャーにもう少し医療的な知識を身につけてもらおうと、医療・介護連携が進むのではないか。」「急性期病院では、在宅への視点が足りないこともある。」「7対1の体制の確保が優先され、退院支援部門に多くの人員を配置することが難しく、多忙な状況となっている。」というようなご意見がございました。

本日ご紹介した意見を、後ほどのグループワークの際の参考としていただければと思っております。

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。

これは、ことしの8月に、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。

このプランの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、特定機能病院や地域医療支援病院などとなっております。この北多摩西部では4つの医療機関が対象となっております。

主な記載事項としては、「①基本情報」は、医療機関名など。「②現状と課題」として、構想区域の現状と課題と、それを踏まえた自施設の現状と課題。「③今後の方針」として、自施設が地域において今後担うべき役割、今後持つべき病床機能、その他見直すべき点。「④具体的な計画」として、4機能ごとの病床のあり方について、現時点での4機能別病床数と2025年における病床数等を記載していただいております。

東京都では、10月中旬を提出期限として、一度ご提出いただいている状況でございますが、本日のグループワークにご参加いただく先生には、参考資料2として、この構想区域で策定いただいた病院のプランをご紹介します。

今回は、この参考資料2は配布のみといたしまして、このプランの内容につきましては、来年度以降取り扱う予定としておりますので、これらもグループワークの際に参考にして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この補助事業を利用して、病床の整備を進めている病院のご紹介をしております。

今回、この構想区域で追加でご紹介する医療機関はございませんが、今後該当の医療機関が出てきましたらご紹介いたします。

資料1から4までの説明は以上でございます。

○香取座長：どうも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。お願いいたします。

○新井理事：東京都医師会の新井でございます。

本日は副会長の猪口が欠席しておりますので、私がかわりにご説明いたします。この資料は猪口副会長がまとめたもので、「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。

まず、1ページの下をご覧ください。「回復期病床の考え方」となっていますが、もう少しつけ加えますと、急性期と回復期病床の考え方についてのご説明です。

「奈良県方式」というのが考えられまして、本日のお話は、この方式による急性期と回復期の病床の考え方を、東京都に当てはめたらどうなるかということです。

その上で、地域医療構想で推計した、東京都の約8000床不足に対する対応がどうであろうかということ、これからご説明いたします。

資料の2ページの下ですが、病床機能報告制度と地域医療構想での医療需要における急性期と回復期の定義の仕方が、少し異なっておりまして、そこで一部混乱が生じていると考えられます。

すなわち、回復期の中に軽度の急性期が含まれているし、急性期の軽いものに回復期の患者が含まれているというようなことでございます。

そこで、3ページの上ですが、病床機能の転換というのが地域医療構想の本質ということではなくて、推計された患者さんをきちんと滞りなく効率的に診ればよいということで、そのための地域医療構想という観点から見ていきたいと思っております。

そこで、その下ですが、急性期の赤いところの一部に軽症の急性期が含まれているということで、急性期を「重症急性期」と「軽症急性期」に分けるという考え方です。

そして、4ページの上に、この「重症急性期」と「軽症急性期」はどのようなものかを考えているかということが書いてありますので、あとでご覧ください。

その下ですが、この考え方を当てはめてみますと、左側が地域医療構想で考えた必要病床数、右側が病床機能報告で報告された病床機能です。

病床機能報告で報告された急性期を「重症急性期」と「軽症急性期」に分けて比べてみると、地域医療構想で考えられた必要病床数の回復期のところに、ほぼ合致するのではないかとこの考え方があります。

そこで、5ページの上をご覧ください。東京都の必要病床数の現状について、今までの議論で語られたところを見てみますと、平成27年、平成28年から、2025年の必要病床数を推計すると、回復期が2025年には非常に多くなって、全体としては、8765床足らなくなるということです。

それに対して、その下ですが、この「奈良県方式」によって、急性期を2つに分けて、この東京都に当てはめて考えてみます。

その際、高度急性期をさらに「治療中」の高度急性期と「治療後」の高度急性期に分けます。そして、急性期は「重症急性期」と「軽症急性期」に分けます。さらに、一般病床への転換を考えているところを回復期として考えてみます。

そうすると、2025年の必要病床数の推計が、ほぼ帳尻が合いそうだということが見えてくるというわけです。

そして、この8765床足りないところは、在院日数の短縮とか、病床稼働率の向上などで何とかなりそうだという見方もできると思います。

ここで、高度急性期を「治療中」と「治療後」に分けると説明しましたが、6ページの上を見ていただくと、これは、特定機能病院における高度急性期病床についての一つのデータです。

これを見ると、本当に高度急性期の病床は3分の1ぐらいだというデータがありますので、高度急性期を「治療中」と「治療後」に分けたのは、ほぼ妥当な見方ではないかということが言えると思います。

ということで、その下は先ほどの5ページの下と同じですが、2025年の必要病床数というのに当てはめてみますと、高度急性期と急性期をそれぞれ2つに分けて病床機能を考えていけば、帳尻が大体合うのではないかとということです。

そして、繰り返しになりますが、この8765床足りないところは、平均在院日数の短縮や病床稼働率の上昇で、約8%頑張ればよろしいのではないかとという見方であります。

そして、7ページの上をご覧ください。「稼働率の上昇と、平均在院日数の短縮に向けて」ということです。

こういう課題が見えてきましたが、その課題をどう解決するかという一つの方策としては、病院間の情報ネットワークを密にすることと、高齢者対象の医療搬送システムを充実させることではないかと考えております。

そこで、7ページの下に、地域医療構想を支える医療提供体制を整えるということ、図でお示しました。

それから、8ページの上をご覧ください。今までの医療機関というのは、フリーアクセスの中で、お互いに競争的に分化してきたということですが、これからの医療機関は連携と協調が必要になってくるということです。

ただ、口だけでそう言っているだけではだめで、そこに必要なインフラをきちんと整備することが大事であるという考え方があります。

そこで、下のところは、その連携を構築するための一つの方法として、東京都医師会では、「東京総合医療ネットワーク」ということで、病院間の連携を構築しようということをやっております。

また、病院救急車の活用を提唱して、これによってインフラを整備しようということでございます。

それから、9ページの上をご覧ください。なぜインフラの整備が必要かということで、東京都全体を俯瞰してみたところですが、丸の大きさは、病床数によって分けてあります。赤が高度急性期、黄が急性期、緑が回復期、青が慢性期で、紫は精神科病床となっております。

これで見ると、均一に分布しているとはいいがたいわけで、かなり偏っておりますが、この分布を均一にするということは、現実には不可能ですので、そ

のためには、全都的にインフラを整備して、お互いに連携することが大事であって、1つの圏域だけで完結することはなかなか難しいということです。

そして、その下がまとめで、「地域医療構想を進めるにはインフラの整備が必要」ということで、連携を支える電子カルテのネットワークの継続性が鍵であり、高齢者対象の医療搬送システムは広域性が鍵であるということです。

繰り返しになりますが、それぞれの患者さんをきちんと滞りなく診るというのが本質でありまして、そのために連携をして患者さんのやり取りをするということです。

そして、今から各構想区域のみで全ての病床機能を整備することは無理ですから、連携をきちんととっていくことが必要であるということです。

○香取座長：ありがとうございました。

東京都と東京都医師会からそれぞれ説明がありましたが、ご質問等はございますか。

特にないようでしたら、次の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）

○香取座長：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の話し合いをいたしました。

前回の今年度第1回の会議では、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、前回の調整会議にて整理した、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を、おのおのの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の形を取り入れており、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、東京都より説明を受けたいと思います。お願いいたします。

○矢沢部長：それでは、資料5をご覧ください。前回の会議では資料5-1と5-2を使って、課題を出して、議論していただいたかと思います。

5-1は、データから見る構想区域の特徴で、5-2のほうは、アンケートをさせていただいたときに、各機能から出てきたご意見をまとめたものです。

これを見ながら議論してきたご意見が5-3ですので、この1と2を縦に並べ、3枚目を横に置いていただくと、一番わかりやすいかと思います。

5-3の資料でご説明いたします。前回の論点としては、「北多摩西部区域において回復期機能が担う役割」ということと、「現在は慢性期機能の病床が在宅療養を支える病床として活用されていると考えられる。地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢化する地域住民の入院医療体制」ということで、この2つについてご議論いただきました。

「地域の特徴」ということで、○がいくつかありますが、これが、5-1と5-2で出ていることの最も目立つところということです。

「急性期機能及び回復期機能の病床稼働率が低い」というのが、この圏域の特徴でした。そういったことも踏まえて、回復期機能が担う役割は何かということで、その日は、骨折の人が在宅に行くとうどうなるかなど、骨折の話が多かったですが、高齢者に多い疾患ということでは、重要な視点かと思います。

そのときに出ていたご意見の中では、「回復期に転院させるため、退院支援をフル回転で行っているが、なかなか転院が進まない。」とか、「ハードをつくるよりも、退院支援を強化して、稼働率を上げていくことが重要。」というようなご意見もございました。

一方、地域包括ケアシステムの構築に向けてというところでは、「地域の連携を深める必要がある。」とか、「訪問医が増えれば、もっと在宅に流すことができる。」とか、「訪問診療はできるが、看取りまでは難しいという在宅医も多く、バックアップの病院があれば、在宅医が増えるのではないか。」というご意見もありました。

また、先ほどご紹介いたしました在宅療養ワーキングの中では、在宅に帰すにあたって、24時間対応は在宅専門の先生にお願いして、普段の対応はかかりつけ医にお願いするという、役割分担があってもいいのではないかというご意見も、前回出たかと思います。

そういったこれまでのご意見を踏まえまして、きょうはグループワークを2つお願いしたいと思います。資料6をご覧ください。

テーマ①は、「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、これは、全構想区域で共通のテーマで、どこの構想区域でも、地域包括ケア病床をどう使うかが課題になっていましたので、全ての構想区域でご議論いただく予定です。

これは、どんな機能が必要なのかということや、この機能が地域で十分に活用されるためには、どういうことが必要かということ、それぞれのお立場から、あるいは、都民の視点でご意見を出していただいて、それをご発表いただくということになります。

そして、テーマ②としては、「地域の中で在宅患者を支えるための病院・診療所間の連携・支援の取り組み」ということです。

例えば、「連携を進めるために有効だと思われることは」とか、「各立場から取り組めることは。(また、取り組んでほしいこと)」などをご議論いただきたいと思います。

そこで、グループワークの進め方ですが、まず、進行役と書記と発表役をお決めください。

1つのテーマについて約20分ご議論いただきますが、進行役の方は、なるべく全員にご発言いただくようにお進めいただきたいと思います。

書記の方は、机の上に紙がございますので、出た意見をまとめてください。

発表の方は、結論は出なくて結構ですので、代表的な意見を、2分程度でご発表願います。

それを2回やっていただき、最後にまとめをするということにさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

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、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いらっしゃいましたら、席を用意いたしますが、いかがでしょうか。

よろしいですか。では、それぞれ始めてください。お願いいたします。

[テーマ①についてグループワーク]

○香取座長：それでは、各グループの発表に移りたいと思います。

Aグループからお願いいたします。

○Aグループ：東京西徳洲会病院の宗像と申します。

まず、実際に地域包括ケア病床を持っておられる、武蔵村山病院と竹口病院からご意見をいただきました。病院で治療を行ったあと、移動するまでに時間がかかるということで、在宅等に移動するとき、その移動先がなかなか見つからないということです。

それから、専門的な先生が多いところでない、なかなか受けていただけないということもあります。

さらに、在宅専門の先生自体の数が少ないということもあります。

あと、病院間の関係ですが、今までずっとライバルということでやってきたので、協調して協力していくようにすることが必要だろうということです。

それから、健康保険組合の方からは、企業等に勤めている方で病気になったりした方を紹介する場合、エリアが非常に広がるということです。

つまり、勤めている方だと、この北多摩西部に住んでいなくて、もっと遠くに住んでいる方もおられるので、そちらのほうも紹介できるようなシステムがあればということでした。

○香取座長：ありがとうございました。次に、Bグループからお願いします。

○Bグループ：国立病院機構村山医療センターの朝妻と申します。

この地域医療構想の現状はどうかということですが、なかなかうまく回っていないという意見が出ました。

というのは、ネットワークがうまく機能していなくて、例えば、地域包括ケア病床を持っている病院が、この地域では100床ぐらいありますが、疾患も多々あり、各病院の機能も違っているということで、トータルでうまく利用されていないのではないかという意見もありました。

もう一つは、地域の壁というものがあるって、地域包括ケア病床のあるところを利用したくても、近隣になかなかなくて、療養病床に行ってしまうことがあって、結果として患者さんのリハビリも進まないということが問題ではないかという意見も出ました。

また、急性期などの病床機能の分類に、経営的なメリットがもっと必要ではないかというご意見もありました。

今後の方策としては、一つは、薬剤師さんから出たご意見ですが、特に薬剤の情報が共有できないということですので、共通のネットワークの構築が必要ではないかという指摘がありました。

それから、市町村のほうからは、医師会に入っていない病院に対しては、情報がうまく伝達できないということですので、医師会の役割は非常に大きいという指摘もありました。

○香取座長：ありがとうございました。では、Cグループ、お願いします。

○Cグループ：立川市役所の白井と申します。

まず、在宅療養を支えるためにはどのようなものが必要かということでは、ターミナルに応えられるような機能が必要であるとか、地域につなげていく機能が必要であるということです。

そして、入院から在宅に行くためには、リハビリテーション機能、回復期機能があれば、スムーズに行くことができるということや、地域との連携を密にする必要があるということです。

あと、“概ね在宅、時々入院”の方には、嚥下機能のリハとか口腔ケアをする機能がある、地域包括ケアの病床が望ましいということです。

それから、ナースのための研修として、病院でも在宅でも両方できるようなナースを目指して、青梅病院から講師を招いて研修をしているということです。

あと、かかりつけ医に戻すほうがいいわけですが、いつの間にか主治医が外れてしまうことがあるということです。

さらに、看護の中では、北部共有の情報シートがあって、それがあつてスムーズに引き継ぎみたいなことが行われているということでした。

それから、ケアマネと訪問看護ステーションの連携がうまくいけば、在宅への移行がスムーズにできるのではないかとということです。ケアマネが訪問看護の現場を見るという研修も行っているということです。

あと、退院するときの、ケアマネを含めた合同カンファレンスをするのがよいということです。

○香取座長：ありがとうございました。

では、2つ目の「地域の中で在宅患者を支えるための病院・診療所間の連携・支援の取り組み」というテーマで、また意見交換をよろしく願いいたします。

[テーマ②についてグループワーク]

○香取座長：いろいろお話が盛り上がっているようですが、そろそろ時間となりましたので、各グループの発表に移りたいと思います。またAグループからお願いいたします。

○Aグループ：竹口病院の竹口です。

まず、連携というところとずれるかもしれませんが、がんとか脳血管とかの特殊な疾患に関しては、大体内容がわかっているので、連携は結構とりやすいというご意見がありました。

また、地域連携センターとか地域連携室というのが、各病院にあつて、病院同士の連携は比較的とれているが、各診療所の先生との連携となると、時間を割いて退院調整まで来ていただくわけにはなかなかいかないので、その辺はケアマネジャーさんとかが出てこられてやっているということです。

それから、診療所の先生からすると、後方支援があると楽だけれども、今のところはそういうことがうまくいってないので、在宅は困難であるという問題も出ました。

また、連携というと、ICTというのがすぐ出てきますが、今のところはICTは始まったばかりという感じで、使い方はさまざまということです。

私どものところでも少しはやっていて、ICTは、多職種連携とか病診連携に関して出てくると思いますが、“連絡帳”としての機能は非常にいいという感じは持っております。

○香取座長：ありがとうございました。では、Bグループ、お願いします。

○Bグループ：国立病院機構村山医療センターの朝妻です。

まず、連携を進めるために有効だと思われることですが、フェイス・トゥ・フェイスというか、顔が見えるような関係の中で情報を共有していくことが第一ではないかという意見が出ました。

それから、在宅カンファレンスを行っている地域もありますが、なかなか一堂に集まる時間が持てないので、実際には余り動いていないのではないかということでした。

これは、やはり、診療報酬上の点数のメリットとか、DPC病院であれば、ケースを挙げていただくとか、メリットがもう少しあれば、もっと動けるのではないかという意見もありました。

それから、今後取り組んでいくこととしては、電子カルテのネットワーク化によって、情報を共有することが大切ではないかという意見が出ました。

また、地域包括ケア病床というのがありますが、もっと敷居が低いというか、例えば、入院期間が30日でリハビリに来なくてもいいといったような、慢性疾患に対応できるような病床をつくっていただきたいという意見もありました。

○香取座長：ありがとうございました。それでは、Cグループ、お願いします。

○Cグループ：国立市の葛原と申します。

地域の中で在宅患者を支えるというところでは、病院と診療所とのつなぎ役ということが地域にということで、歯科の分野では、歯科医師会の中に市民の方々が連絡できるような、電話相談窓口とかがありますし、また、地域包括ケア支援センターとかが、病院と診療所とのつなぎができるというところで、そういった窓口が充実していくとよいのではないかという意見がありました。

また、病院側からいくと、病院から診療所という場合には、病院のケースワーカーが今そういった役割を担っていますが、医療のわかるところでということがあればいいけれども、なかなかそこまで行かないので、その辺も課題であるという意見も出ました。

それから、病院機能が分かれていくので、「こういう状態のときはどこの病院がいいか」というところで、そのつなぎをするためのネットワークが必要ではないかということです。

また、今は、急変のときには、顔と顔の見える関係のところをお願いすることが多いので、ネットワーク化ができると、つなぎやすくなっていくのではないかと思います。

さらに、ほかのグループでも出ていたと思いますが、在宅の情報の継続ということでは、ICTの活用ということが、こちらのグループでも出ましたが、現実には、個人情報の問題があったり、それぞれのシステムを使っているということで、まだまだ難しい状況であるということでした。

○座長：ありがとうございました。

活発なご議論をありがとうございました。

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。

調整会議は情報を共有する場ですので、情報提供を行いたいということがもしありましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。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。皆さん、どうもありがとうございました。

○矢沢部長：ありがとうございました。

では、今いただいご意見をざっとまとめてみます。

地域包括ケアの病床の使い方と連携についてというお話でございました。

まず、在宅というところでの課題の中で、一番おっしゃっていただいていたのは、ターミナルに耐えられるかということや、地域に差があるということや、在宅の先生が少ないのではないかということでした。

それから、看護師さんのための研修としては、在宅でも病院でもやれるようなことが、今進んでいるということでした。

ただ、一方、かかりつけ医が、在宅に戻ったときに、24時間対応の問題もあるかと思いますが、外れることがあるということでした。

それから、連携の鍵としては、合同カンファレンスという話とICTのお話とネットワーク化のお話でございました。

合同カンファレンスについては、そこに出ていって、いろいろ情報の共有をするということですが、ネットワーク化というところでは、病病連携の中でも、疾病の多様化がある中では、病院の機能もそれぞれ多様化していて、どこの病院にどうつないだらいいかとか、どこの在宅の先生にどうつないだらいいかというところが、今見えない中での連携になっているので、そこがもっとネットワーク化できたら、この構想区域はよくなっていくのではないかというご意見もございました。

また、顔の見える連携という言葉もございましたし、あるいは、顔が見えなくても、何かの情報ツールがあれば、連携できるのではないかというようなご意見もあったかと思えます。

一方、電子カルテやICTのようなところでは、今は“連絡帳”のような役割だけれども、今後はそこが発展していくことが期待できるということでした。

それから、診療報酬のメリットが必要ではないかというような、現実的なご意見もいただき、そのとおりだなと思えました。

きょういただいたご意見をまたまとめまして、次回につなげてまいります。

4. 閉 会

○矢沢部長：きょうはどうもありがとうございました。

最後に事務連絡をさせていただきます。

○久村課長：では、事務連絡を3点ほどさせていただきます。

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されている医療機関につきましては、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が、既にご説明しておりますとおり、本調整会議は公開でございます。議事録につきましては、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いただければと思います。

それでは、本日の調整会議はこれで終了とさせていただきます。長時間にわたりどうもありがとうございました。

(了)