

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西部〕

平成 3 0 年 1 月 3 0 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』

〔区西部〕

平成 30 年 1 月 30 日 開催

1. 開 会

○矢沢部長：定刻となりましたので、ただいまより区西部の「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、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。どうぞ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、その都度、事務局までお知らせください。

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お受け取りになり、ご所属とお名前からお願ひ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、ご発言をお願ひいたします。

また、本日の会議ですが、会議、会議録、及び会議に係る資料につきましては、全て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、これ以降の進行を黒瀬座長にお願ひ申し上げます。

2. 報 告

- (1) 平成 28 年度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
(5) 東京都医師会からの報告

○黒瀬座長：早速会議に入りたいと思います。まず初めに、「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。よろしくお願いします。

○事務局：それでは、資料1をご覧ください。平成28年度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。が、今回、クロス集計が終了したためご紹介いたします。

まず初めに、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か年比較したのになっております。

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。こちらは、今回からは機能別に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は区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、区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見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。こちらは、昨年度から今年度にかけて、高度急性期と急性期機能の病床数に大きな変動がございました。内容を確認しますと、特定機能病院入院基本料におきまして、昨年度は急性期とご報告いただいたものが、ことしは高度急性期機能と報告が変わったところが、大きな要素となっております。

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、コメント欄では、回復期のみとなっておりますが、慢性期機能と併せまして、在院日数が短くなり、稼働率が前年に比べて高くなる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。こちらは、地域包括ケア病棟をご覧くださいますと、急性期機能というご報告の割合が高くなっております。

この入院料は、急性期と回復期の割合が均衡している地域や、回復期の割合が高い地域など、状況がさまざまになっておりまして、後ほどのグループワークの中で、地域包括ケア病床の使われ方についてもご確認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、急性期機能をご覧くださいますが、「在宅医療の実施予定が不明の患者」という割合が16.9%となっておりますが、都平均が8.2%となっておりますので、それを大きく上回っている状況でございました。

後ほど、参考資料1の13ページ目でご確認いただければと思いますが、急性期機能の退棟先をご確認いただきますと、他の病院、クリニックへの転院割合が高くなっているという結果でございました。

この構想区域の特徴として、多くの流入患者を受けとめていただいている結果かと思いますが、患者さんの状態に応じた転退院支援ができているかを振り返っていただければと思います。

⑤の退院調整部門の設置割合につきましては、都平均が58.7%となっております、それを上回る結果となっております。

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た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いたします。

開催概況ですが、区西部における在宅療養ワーキングにつきましては、1月12日に、45名の方々にご参加いただき開催いたしました。

参加団体等につきましては、調整会議の構成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、新たにご参画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意見交換を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、「診療所医師の間で在宅の取り組みに対する温度差があり、地域の足並みが揃っていない」というご意見がございました。

また、患者さんの意識についてのご意見として、「多くの中小病院があるという地域柄、患者が病院を選んでいる」とか、「家族へ負担をかけることになると考え、実際には不可能と考える人も大勢いる」という意見がございました。

それから、医師会に所属していない在宅医も多い中で、「在宅医の数が適正かわからない」というご意見や、情報共有の面では、「ICTを活用した情報共有では、複数のシステムが運用されている状況が課題」というご意見がありました。

さらに、歯科や薬局について、まだまだ取り組みを進めていく必要があるとのご意見もございました。

2つ目のテーマは、「地域と病院の連携について」でございます。

「退院調整が不足しており、どう地域へ帰すか悩んでいるときに急変することもある」というご意見がございました。

また、退院調整が不足する理由としては、「退院時カンファレンスが不十分であるため、在宅の現場（患者家族のことや地域での生活のことなど）を理解できていない」からというご意見もありました。

それから、「老健施設での看取り希望者が増えつつある」とか、「急性期を脱した直後、直接特養に入るといったケースが多くなってきている」ということで、施設の役割も変化してきているとのことでした。

本日はご紹介した意見を、後ほどのグループワークの際に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、昨年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が該当しておりまして、この区西部では9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、医療機関名等の基本情報を初めといたしまして、構想区域の現状と課題、それを踏まえた自施設の現状と課題、そして、自院が今後どういう機能を担っていくのか、どういう病床機能を持つべきかといったところを、プランとしてまとめていただいております。

本日は、参考資料2といたしまして、グループワークにご参加の先生方には、現時点でご提出いただいているプランの抜粋版を配布しておりますので、後ほど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しております。

本日、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、該当の案件がございましたら、今後、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となります。

○黒瀬座長：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点ご報告がございます。よろしくお願いいたしますします。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

カラーの資料をご覧ください。これは、猪口副会長がまとめた「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、2ページの下をご覧ください。地域医療構想で考えられている将来の必要病床数と、病床機能報告制度による病床機能とでは、定義の仕方が異なっております。

このように、病床機能報告での各病床には、さまざまな機能の患者が含まれているということでもあります。これについては、厚生労働省や日本医師会のいろいろな説明で、皆さんもご存じだろうと思います。

こういう中で、3ページの下を図をご覧ください。奈良県の考え方は、急性期の病床の中には、「重症急性期」と「軽症急性期」が含まれているというところに目をつけた考え方です。

また、高度急性期に関して調べてみますと、6ページの上を図をご覧ください。これは、高度急性期機能を担っている特定機能病院についてですが、真の高度急性期機能の患者さんは3分の1で、それ以外は急性期機能と回復期機能の患者さんが含まれているということがわかりました。

そして、5ページの上を図をご覧ください。東京都の必要病床数と現状についてです。これを見ますと、平成27年と平成28年の病床機能報告と、2025年の必要病床数には乖離が見られます。

そこで、その下の図ですが、高度急性期を「治療中」と「治療後」に分け、急性期は「重症急性期」と「軽症急性期」に分けて、「治療後」の高度急性期を急性期に、「軽症急性期」を回復期にというように見てみますと、2025年の必要病床数に、数だけの問題ですが、ほぼ見合うようになるだろうという考えることができます。

もちろん、ちょっと足りない部分ではありますが、そういう見方ができるのではないかというわけです。

ただ、これは、東京都全体を見渡してみた場合でありまして、9ページの上の図をご覧ください。これは、「東京都病床機能と規模別病院の分布」ですが、例えば、中央部と多摩部ではかなり様相が違ってきています。

そういうことで、二次医療圏ごとにさらに細分化しますと、かなり偏在が出てしまいますが、東京都全体で見るとこういうことになっています。

そこで、この問題をどう克服するかという考え方が、8ページの下図になります。「異なる病床機能の連携による医療」を推進することによって、この問題を解決していこうということでございます。

そのための必要なインフラとしては、病床の機能分化、病院間の情報ネットワーク、高齢者対象の医療搬送システムというものです。詳しくは9ページの下に説明してありますので、お読みいただければと思います。

○黒瀬座長：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。

よろしいでしょうか。それでは、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）

○黒瀬座長：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行いました。

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進めました。

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、それぞれ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まして、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。よろしくお願いいたします。

○矢沢部長：それでは、資料5をご覧ください。資料5-1と5-2は、前回の調整会議で使わせていただいた資料です。

5-1は、データから見たこの構想区域の特徴です。5-2のほうは、アンケートを昨年させていただいて、先生方からいただいたご意見をまとめたものでございます。

この区西部の特徴といたしましては、高度急性期から回復期までは、区西北部や区西南部からの流入が多く、慢性期になると、逆に、区西北部と区西南部に相互に依存しているというような、縦の連携が他の構想区域と行われている地域でございます。

高度急性期は、病床稼働率が都の平均と比べると低い状況にありますが、回復期などにもその状況が見られまして、構想区域全体でかなり病床稼働率にまだ少し余力がある構想区域でございます。

一方、退院調整部門については、急性期を中心に配備が進んでおりまして、医療連携についての考え方も高い地域でございます。

それから、5-2のアンケートのほうをご覧くださいますと、「入院医療機関の状況」の「その他」のところに、精神の身体合併症に関することが書いてありますが、精神科病院とのネットワークというところが課題だというご意見が、アンケートの中では数多く見られました。

これは、他の診療科については、ある程度連携が進んできているが、認知症とか精神科については課題が多いということかと存じます。

それから、それぞれの機能に関しては、回復期と慢性期の病院の数がそもそも少ないということで、在宅医療にしわ寄せが来ているのではないかと、慢性期への移行のタイミングは患者さんの状態を優先して決めるべきであるというご意見もございました。

さらに、病院側からは、在宅が難しい患者を受けとめる施設がないので、入院が長期化しているというご意見がありました。

一方、在宅側からは、急変時や病状変化時の入院受け入れを円滑にしてほしいというご意見や、身体合併症の精神疾患の患者の受け入れがスムーズになればいいというご意見もありました。

さらに、在宅移行・退院支援のところでは、退院調整時のカンファレンスに呼んでほしいというご意見と、退院カンファレンスにはできるだけ主治医も参加してほしいというご意見が、同じ区から出ている状況でございましたので、前に進まなければいけないというところが、ここで課題として出ております。

これらの2枚を見ながら、前回の調整会議で出させていただいたものが資料5-3でございます。

論点としては、①急性期機能の病床において、サブアキュートの受け入れを行っていると考えられる。今後の急性期機能の検討。②病床稼働率を上げるための回復期機能の有効活用。③区西部における慢性期機能が担うべき役割。この3点にテーマを絞って意見交換をお願いいたしました。

そして、調整会議でのご意見としては、①は、独居老人や家族の介護力が弱い場合の退院調整は困難といった、全都的な課題でもあるご意見から、患者を元のかかりつけ医に戻せない場合、在宅を支えるチームという考え方も必要ではないかというご意見もございました。

②では、回復期機能の不足していることはわかっているが、患者情報をきちんとやり取りしないと退院がスムーズにいかないとか、キーパーソン不在の患者については、ケアマネに入ってもらってもなかなか退院できないというご意見もございました。

こうしたことを踏まえまして、きょうはグループワークをお願いしたいと存じます。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として議論していただいています。

地域包括ケアを支えていくためにはどんな機能を充実させなければいけないとか、どんなものが必要かといった観点から、それぞれのお立場、あるいは都民の目線でご発言いただきたいと思います。

そして、テーマ②としては、「在宅移行をする際の情報共有・連携の取り組み」ということです。

そのためには何か必要かといったことについて、それぞれのお立場からご意見を出していただければと思います。

そこで、グループワークの進め方ですが、まず、進行役と書記役と発表役をお決めください。これまでを見ておきますと、書記役と発表役は同じ方がやっているところがスムーズにいったように思われますが、その辺はお任せいたします。

テーマ1つについて20分間のグループワークをお願いいたします。進行役の方は、全ての方にご発言いただくようにしてお進めいただきたいと思います。

今回のグループワークの目的の一つは、皆さんの顔の見える関係をつくることですが、もう一つは、多くの方にご発言いただく機会をつくるということですので、よろしくをお願いいたします。

20分たちましたら、1つのグループで1分から2分程度でどういう発言があったかということをご報告いただきます。その際、意見をまとめる必要はございません。どんな意見があったかということをご発表ください。

それを2回やっていただき、最後に私どものほうでまとめさせていただきます。よろしくをお願いいたします。

○黒瀬座長：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る方がいらっしゃいましたら、お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。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]

○黒瀬座長：そろそろ20分が過ぎました。議論が白熱しているところかと思いますが、各グループの発表に移りたいと思います。では、Aグループからお願いいたします。

○Aグループ：東京都看護協会の大沼と申します。

皆さんが自由に発言されましたので、今回の趣旨は満たされたかと思います。

「地域包括ケアを支える」という課題ですが、何を支えていくのかということが、まず中心領域にあるのじゃないかということでした。

そして、個別的に考えるのではなく、もう少し系統的に考える必要があるだろうし、猪口先生の資料の4ページの下「奈良県方式」の「軽症急性期」の部分、どのようにやっていくのか。区西部でやるのか、地区でやるのか、東京都全体でやるのか。その辺を検討できないと、前に進めないのではないかとというご意見がありました。

また、もっと診療報酬をベースにして考えないと、病床を効率的、効果的に考えることはなかなか難しいのではないかとという発言もありました。

○黒瀬座長：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：大久保病院の筒井と申します。

このグループの病院は、どちらかという、急性期の病院が多く、回復期の病院もいらっしゃるのですが、退院先の確保という点で、大変苦慮されているところが多いということです。

特に、在宅復帰が難しい患者さんの行き先がないということで、その分、患者さんはご家族に相当な負担をかけているのではないかとということで、果たして在宅で生活を継続できるのかというところの難しさを、日々感じているというお話でした。

そういう意味では、家族の方の経済的な負担も大きくて、退院先として老健とか特養ということもありますが、その入所料などの経済的な負担もかなり大きいので、そういう選択ができないという家族の方もおられるということでした。

そういったことも含めて、退院先をいかに確保していくかということが、非常に大きな課題であるというご意見でした。

それから、それぞれの機能の病院間の連携がどうなっているかというご意見もありまして、新宿区の場合は、区医師会や区の保険者さんが関わっていただいて、基幹病院の会というのもありますし、中小病院の会もありまして、そういう中で情報交換をしているということでした。

あと、地域包括ケアを支える病床の効率的、効果的活用という点では、地域包括ケア病棟について、どういう形で患者さんの振り分けをされているのか、在宅医さんとの関係はどうなのかということも、ちょっと話題になりました。

在宅医の先生方からすると、後方支援のベッドがあるかということは、非常に大きな役割があるところではあります、いまひとつ活用されていない面もあるのかなということでした。

そこで、地域包括ケア病棟のある病院について、「実態はどうですか」というご質問がありましたが、実態的には、ポストアキュート、院内転棟の活用が中心で、サブアキュートの患者さんを直接入れているところまでは、なかなか行かないということでした。

一つの課題としては、この地域包括ケア病棟の復帰率を80%以上ということがありますが、ダイレクトに入れた場合に、在宅復帰をどう確保するのかという問題もあるということでした。

そういう点では、次のテーマにつながってきますが、患者さんの情報をどのように病院として受けとめていくのかというあたりも、課題になってくるのではないかというご意見が出ました。

あと、病院間の連携というところで、精神身体合併症の患者さんが出た場合、どういう形で連携を取っていくのかというところも、大きな課題ではないかということでした。

○黒瀬座長：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：目白病院の長谷川と申します。

高度急性期と急性期が多いので、そういう病院は、紹介していただきやすいようにいろいろ努力して、受け入れようとしているということですが、その反面、帰すときになったときには、帰せるという判断をしても、紹介元が、「いや、まだそういう状態では」とか言われてしまう場合もあるということです。

それから、高度急性期、急性期側とそれ以外への紹介先の問題点がいろいろ違うので、患者の行き来が非常に難しくなっているのではないかというご意見がありました。

また、地域包括ケア病床をどこに求めるのかという問題で、自院に求めるのは非常に難しいというご意見と、実際に自院につくったけれども、先ほどのBグループのご発表と同じように、クリアするためには要件が難しいので、自院で優先することが多いということになってしまっているということでした。

あと、区西部ではなく、ほかの流入、流出の多い区西南部との話し合いとかも、必要ではないかというご意見もありました。

○黒瀬座長：ありがとうございました。では、Dグループ、お願いします。

○Dグループ：小原病院の福江と申します。

いろいろな内容の意見が出ましたが、まずは、この会の運営についてです。

以前は、各医療機関で地域包括ケアというような形で独自にやっていたものを、行政がそれを始めて、グループワークをしろということですが、実際には、ここには行政の方は誰も入っていない。また、この区西部という地域についても行政が決めたことで、病床数も行政が全部決めている。

そういう中で、各自ばらばらにやっていけるのかということが、非常に問題があるという話がまず出ました。

それから、退院先についてですが、高度急性期や急性期から退院する場合、経済的な面での移動が非常に難しい場合が多いということで、例えば、保証人がいないと回復期は取ってくれないとかいうことがあるというわけです。

中野区では、在宅にもほかの慢性期にもどこにも行けないような患者さんが結構いて、そういう患者さんをどうするのかということです。

それから、各病院間の連携に関してですが、実際にこういうところで話し合いをするわけですが、実際の情報のやり取りをするのはケースワーカーだったりするけれども、そういう人たちは情報を十分知っているのか。次のテーマにも関わってきますが、そのところが不十分ではないかということです。

さらに、労働基準監督署がいろいろなところに入ってきて、医師の労働時間などを制限させられてしまっているような状況ですが、そうすると、急性期部門というところが非常に脆弱になってきているという状況が生じている。

したがって、救急部門の棲み分けなども、当番制にするなどして、きちんとやっていけるように、今後は検討していく必要があるということでした。

さらに、高度急性期、急性期から老健という形の中で、中心になるのが地域包括ケアシステムのかかりつけ医とか在宅医ですが、こういう流れを十分理解してもらっているのか。ある程度していても、慢性期の病気もあれば急性期の病気もあって、実際にどういう振り分けをしたらいいのか、簡単には決められないし、そういうことを理解してもらう必要があるのではないかという意見も出ました。

○黒瀬座長：いろいろ活発なご意見をありがとうございました。

それでは、2つ目の「在宅移行する際の情報共有・連携の取り組み」というテーマで、それぞれ意見交換をよろしくお願いいたします。

[テーマ②についてグループワーク]

○黒瀬座長：そろそろ20分が過ぎました。活発なご意見をありがとうございました。

それでは、またAグループからお願いしてよろしいでしょうか。

○Aグループ：東京都看護協会の大沼です。

在宅移行する際の情報共有ということのポイントにした話がありました。新宿区では、「キントウン」という、多職種で使用できるIT情報で、必要な情報を得ているということですが、杉並区、中野区にはまだ存在していないの

で、これを広めていくと、患者対応がもっとよくなっていくのではないかということでした。

それから、在宅医を増やしていくために、どんな方法を考えて実践することが必要か。そこがないことには、在宅医療になかなか移行できないのではないかという話も出ました。

○黒瀬座長：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：大久保病院の筒井です。

連携といっても、誰と誰の連携の話なのかという話がまず出ましたが、在宅ケアを巡るいろいろな関係者なのだろうということで、病院、診療所、在宅医の先生方、訪問看護ステーションなど、介護の関係というのは結構大きいんじゃないかというご意見が出ていました。

それから、ICTの活用についても議論になりました。そういう流れもあるだろうけれども、セキュリティの問題などもあって、慎重論も出ているということでした。

また、ICTを活用する場合、どういった方と情報を共有するのかというところで、訪問看護ステーションとかの医師と看護師の関係のところは、共有ということが結構ありますが、ヘルパーさんまで広げていくのかというあたりで、いろいろ懸念するところもあるということでした。

ただ、介護事業者のほうからは、「ヘルパーさんはいろいろ代わっても、管理者はいるから大丈夫ですよ」というご意見もありますが、ICTの活用については慎重論もあるということです。

それから、情報共有ということでは、地域連携パスについても話が出まして、脳卒中の連携の取り組みも広がってきているということでした。

あと、在宅に必要なサービスという点でいうと、介護関係ということで、患者さんの生活をいかに支援していくかということが大事だということで、医療機関としても介護事業者といかに連携していくかということで、ケアマネさんとは情報交換を結構しているということでした。

さらに、在宅医の医療を支える機能として、救急一次入院の確保事業ということが、いろいろな区で結構行われていますが、その利用状況はどうかということで、新宿区では、その割り当て病床を上回るぐらい利用されていて、中野区でも300%ぐらいだということでした。

ただ、杉並区では、意外とそうでもないということでしたが、杉並区の場合は、在宅医の方の情報ネットワークがもうしっかりしていて、ちょっと急変したときにはどこで診てもらおうかということは、割とはっきりしているということでした。

そして、新規に在宅医療を始めるような先生方にとっては、こういう制度があると、安心な制度なのかなというお話がございました。

あと、歯科医師会とか薬剤師会とはどうなんだろうということで、歯科医師との連携という点で言うと、中野区さんからですが、摂食嚥下機能の回復という点で、病院と歯科医師の連携ということがあるということでした。そういう中で、摂食嚥下のリハビリ等を一生懸命されている病院では、歯科医師の先生方への支援も行っているというお話もありました。

○黒瀬座長：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：目白病床の長谷川です。

急性期の病院の中では、多職種による入退院支援センターをつくって、情報の入り口、出口を一本化する病院があるということで、情報のやり取りが一番大事であるということは、ほかのグループと同じです。

それから、杉並区の病院が現在されている電子カルテの共有などを、職種ごとで構わないから、もうちょっと薬局とかに広げてはいかがかということで、薬剤師さん側から、例えば、麻薬などの対応ができる場所とできないところがあるので、全て在宅で急に対応できるわけではないことを改善しなければいけないというご意見もありました。

さらに、在宅に移行するに際しては、在宅と入院している病院ではなくて、行政や医師会との連携も必要だということがわかりました。

また、行政としては、区内の医療機関の役割マップができていますが、圏域内の他の区とか圏域外の区まで広げるといことが、これから必要になるというご意見も出ました。

それから、お金の話が2つありました。1つは、地域連携システムの導入を試みた場合、補助金が半分あるとしても、非常に高額だということと、ランニングコストが非常にかかるということで、なかなか踏み切れないということです。

この話が病院側から出たのと同じく、開業医にとっても、各1万5000円を1病院ごとに払うという現状が何とかならないと、患者さんをしょっちゅうやり取りしている病院ならお金を払ってもいいが、年に1回ぐらいしか関係ない病院には払いたくないということが、現状としてありそうなので、その辺を全額いただけるようにと、東京都に言おうと思ったら、それは都ではなく国だということがわかりました。

もう1つは、在宅に移行するにあたって、経済的負担が家族と本人にかかるので、移行すれば本人と家族にメリットのようなことがないものかという意見も出ました。

○黒瀬座長：ありがとうございました。続いてDグループ、お願いします。

○Dグループ：小原病院の福江です。

情報共有をどうやって行うかということが、議論の中心になりました。

例えば、個人情報絡んでくるので、どこまで出せるのか、同意をどこまで得て、情報を出していけるかという点が、非常に難しいということでした。

本人がしっかりしていらっしゃればいいですが、高齢の方で認知症があると、本人に同意を求めることもできないというケースがたくさんあるので、電子カルテなどにどこまで出していけばいいかを決めていく必要があるということです。

それから、患者さんや家族への教育ということも、非常に必要ではないかという話も出ました。教育というか、啓蒙ということになるかもしれませんが、

「こういう制度があって、それを利用すると経済的にも楽になりますよ」ということを、もっと啓蒙していく必要があるということでした。

あと、訪問歯科の話が出ました。実際には、歯科医師会の組織率が低いので、非会員の先生方が非常に多くて、そういう先生方も訪問歯科をされているが、そういう先生方がこういう会議に全く入っていないということです。

そういう人たちがどんどん増えていった場合、今のままでいいのか、そういう人たちの協力を得ながらやっていったほうがいいのではないかという話もありました。

さらに、在宅に移行するにあたって、退院カンファレンスを行う必要があるが、現実には、関係者が全員集まってやることは、時間的にも経済的にも困難なので、極端なことを言うと、経済的にもメリットがあるような形にもってってもらわないと、みんな集まって相談して、次に行きましょうという形には簡単にはできないということでした。

あと、情報共有についてですが、各医療機関に任せておいてもいいのかという意見もありました。やはり、専任のまとめ役、コーディネーターが必要ではないか。各病院で片手間でやるというよりも、専任者を置いて情報共有を図っていかないと、うまくいかないのではないかという意見もありました。

そして、そういう情報共有に関しては、各医療機関の信頼関係を充実させていかないと、簡単にはいかないだろうという話も出ました。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

先ほど、Cグループでも出ました電子カルテの共有に関しては、東京都医師会が実施している「東京総合医療ネットワーク」という、病院と病院、病院と診療所間などの電子カルテを相互閲覧できるというシステムがございますので、ぜひご検討いただければと思います。

それでは、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。

この調整会議は情報を共有する場ですので、最後に情報提供を行いたいという医療機関が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。どうもありがとうございました。

○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。今まで出たご意見を簡単にまとめてみたいと思います。

まず、前半のほうでは、地域包括ケアをどうやって支えていくかということで、病床の使い方などについてご議論いただきたいということでございました。

診療報酬のところで、非常にハードルが高くなっていて、地域包括ケア病床そのものを持つことや活用することが、非常に困難な状況にあるということでした。

そのため、本来であれば、ポストアキュート、サブアキュートや、そのほかの機能があるところではありますが、どうしても院内活用、ポストアキュートの状況になっているということでございました。

その次に多くいただいたご意見は、連携というところでの課題でございます。

まず、新宿区ではいろいろな連携の会議をやっているというお話があった一方で、例えば、精神合併症とか退院先や転院先の情報などについての連携が、なかなかできない状況にあるということでございます。

患者さんのこともそうですが、今度は、ドクターの働き方改革ということもあるので、急性期についても、今後は役割分担とか連携が必要ではないかというご意見もございました。

また、それぞれの機能に対する国の考え方の流れが、医療業界の中でまだ一般化されてなくて、かかりつけ医の先生方にまで伝わっていないのではないかというご意見もいただきました。

そうしたことを情報の共有というところから話を進めていただいて、2つ目の課題に入っていただきました。

ここでは、連携の相手と手法という2つに分けて、お話をいただきました。

まず連携では、誰と誰、どことどこということで、病院と診療所ではなくて、訪問看護、介護、行政、歯科医、薬剤師といったさまざまな関係の方々との連携を、広く考えていかなければならないということでした。

そして、急性期の病院の中では、入退院支援の部門の中では、多職種の意見をまとめてやっていて、情報共有もしているというようなご紹介もいただきました。

また、手法としては、パス、ICT、電子カルテの共有というようなさまざまな手法が出ましたが、個人情報をごくまで出せるのかということや、その情報の共有をする相手との信頼関係が必要だというお話がありました。

また、退院のところで情報の共有はなかなか難しく、退院カンファレンスをやる場合、診療報酬上のメリットとかがあればいいかというご意見もございました。

このメリットということでは、お金の問題で、患者さんの家族の負担が大きいということで、患者さん家族が在宅医療をやっていくということに対しての啓蒙、あるいは制度の周知ということも必要だというご意見もいただきました。

また、両方のテーマに共通していたのが、この会議そのもののこととか、行政が押し付けているところもあるんじゃないかというご意見や、こういう会議の中に行政が入っていないグループワークはいかがなものかというご意見もございました。

これまでの会議の中では、「行政がいると話せないから、いないほうがいい」というご意見もございました。それは両方とも事実だと思いますので、私どもは出たり入ったりしながら、この会議をもうちょっと進めてまいりたいと存じます。

また、いただいた意見の中には出てきませんでしたが、ほかの構想区域では、かかりつけ医の先生がいるけれども、大きな病院に入院してしまうと、そのあと、かかりつけ医の先生のところに帰ってこない場合が多いというお話がございました。

在宅専門の先生のところに行ってしまうということで、それは、「ケアマネさんがそうしてしまう」というご意見がある一方、「いや、そうじゃなくて、私たちは家族と患者の意向に沿ってやっているんです」というケアマネさんのご意見もございます。

このあたりは、一歩進んで出た構想区域では、かかりつけ医と在宅専門の先生方ともうちょっと連携できないかというお話も出ました。

これは、歯科でも同様でして、在宅専門の先生は治療はするけれども、そのあとのケアとかは続かないので、そのあたりも何とかできないかという議論をしていただいた圏域もございました。

私どもはいただいたご意見を整理して、次の調整会議につなげるように、他の構想区域の分も含めまして、調整部会のほうで各構想区域から出た意見をまとめまして、また代表者の先生方とディスカッションさせていただく予定でございます。

また、行政の役割として、いただいたご意見の中からいくつかのヒントをちょうだいいたしましたので、それについては、一つずつ実施して、またご紹介したいと思っております。

4. 閉 会

○矢沢部長：本日はどうもありがとうございました。

それでは、事務連絡をさせていただきます。3点でございます。

まず1点目は、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、事前に座長と調整の上、この調整会議で情報提供をいただきたいと思っております。機能をやめるということも同様でございます。

2点目、議事録についてですが、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が、修正等がございましたら、東京都福祉保健局までご連絡いただければと思っております。

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

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

(了)