

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

平成 29 年 12 月 15 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』

〔北多摩南部〕

平成 29 年 12 月 15 日 開催

1. 開 会

○久村課長：定刻となりましたので、北多摩南部の「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。

本日の配付資料は次第の下段に記載のとおりでございます。万が一、落丁等ございましたら、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、これ以降の進行を齋藤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

○齋藤座長：皆さま、こんばんは。よろしくお願いいたします。

それでは、早速ですが、議事に入りたいと思います。東京都より報告事項が「2. 報告」の(1)から(4)まであるそうですので、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ご報告いたしました。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、今回から取り入れた集計方法となっております。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ひ集計しております。

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は北多摩南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をご参照いただければと思います。

それでは、①から順に、北多摩南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ください。

まず、①の4機能別病床数の推移でございます。北多摩南部地域の構想区域では、平成26年度から平成28年度にかけて、報告内容に大きな変動がないのが特徴の一つとなっております。

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、回復期機能をご覧ください。昨年度に比べまして病床稼働率が92.5%高くなっておりますが、それに対して、平均在院日数が55.1日と、長くなった状況でございます。

一方、慢性期機能をご覧くださいますと、在院日数を125.3日と短縮しながらも、病床稼働率が86.4%と高くなっている状況です。東京都全体といたしましては、慢性期の平均在院日数は長くなり、稼働率が下がる傾向になっていましたので、北多摩南部につきましては、別の動きをしたかなというふうに見受けられます。

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。

一番上の7対1病床のところですが、高度急性期機能の割合が60%と高くなっております。

また、下から2つ目の地域包括ケア病床をご覧くださいますと、回復期機能もしくは、慢性期機能とお届けいただいておりますが、急性期がないのが、この区域の特徴でございました。

この入院料につきましては、急性期機能のお届けが多い地域や、急性期と回復期機能の割合が均衡している地域など、状況がさまざまございまして、後ほど実施する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、高度急性期から回復期機能に比べまして、表の右から2つ目の、他施設において在宅医療を提供する割合が高いという結果でございます。

参考までにご紹介いたしますが、東京都全体ですと、高度急性期機能では、他施設で在宅医療を提供する予定が5.2%、急性期機能では4.2%、回復期機能では24.7%ということですので、東京都全体と比べてすごく高いという結果でした。

一方、⑤の退院調整部門の設置割合につきましては、東京都全体では58.7%に対して、東京都全体と同じぐらいの結果でございました。

他の地域に比べまして、退院調整部門の設置状況につきましては、決して充実しているとはなかなか言えない中で、他の病院とか地域のかかりつけの先生との連携に問題はないかを振り返りながら、後ほどのグループワークに臨んでいただけたらと思います。

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。この会の中からお参加いただいた先生もたくさんいらっしゃいますが、当日の内容についてご報告させていただきます。

開催概況ですが、12月12日に開催いたしまして、36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、本日お集まり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団体を新たに加えた上で、皆さんでご議論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つのテーマについ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、「在宅医療への参入も進まず、今後の在宅医療等の需要増加に対応できないのではないか」という危惧する声。

それが進まない理由といたしまして、「外来だけやっていたら診療所の経営的には問題ないと考えているところが多い」、「24時間体制、オンコール体制、休日夜間対応への困難」が挙げられておりました。

また、質の面におきまして、「在宅専門クリニックの医師等と新たに在宅医療に参入する医師との間でスキルの差が大きい」、「一般診療所と強化型の在宅診療との連携が重要」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」ですが、「病院との連携においては、各市単独ではなく、圏域レベル等の広域的な連携が必要」がありました。

また、病院側の取り組みといたしまして、単独では夜間対応は難しいので、一度、救急医療機関で受け入れ、翌朝受け入れるという連携で、夜間対応の充実に努めている」という事例をご紹介いただきました。

それから、退院支援につきましては、「在宅での暮らしを見据えた退院支援ができておらず、結果的に再入院になってしまうケースがある」とか、「中小病院においては、経験のある退院支援看護師等を配置するのは、コストが高く難しい」という、病院の実情をお話しいただきました。

本日ご紹介した意見を後ほどのグループワークの際にも、またご覧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。

これは、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。

このプランの策定対象となる医療機関は、日赤や済生会などの公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院が該当しておりまして、この北多摩南部では4つの医療機関が対象となっております。

このプランの記載事項は、病院の基本情報を初めといたしまして、構想区域の現状や課題と、それを踏まえた自院の現状や課題。そして、自院が今後どのように地域で取り組んでいくのか、どういう病床機能を持っていくのか、というところを記載していただいております。

本日、参考資料2として、グループワークにご参加の先生方にはお配りしていますが、この10月末をもってご提出いただいた各病院のプランをご紹介します。

また、2025プラン以外にも、総務省のほうで動いている、「新公立病院改革プラン」というものがございまして、そちらにつきましても、本日併せてご紹介しておりますので、こちらについても、グループワークの際にご覧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、東京都で実施している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。

本日追加でご紹介する医療機関はございませんが、今後ございましたら、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。

○齋藤座長：ありがとうございました。

続いて、東京都医師会から1点報告があるそうです。よろしくお願いたします。

○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。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。

地域医療構想の考え方の一つに「奈良県方式」というものがございます。それをもとに東京都に当てはめたときに、どういう考え方ができるかということをご説明いたします。

3ページの上をご覧ください。地域医療構想は急性期病床の転換と捉えられておりますが、医療需要の推計患者を滞りなく、きちんと効率的に見ることが本質でございます。そして、急性期を少なくして回復期を増やすという図が出ていますが、これが本質ではないということでございます。

次に、4ページの下をご覧ください。これが「奈良県方式」という考えですが、急性期の中には、「重症急性期」と「軽症急性期」が含まれていて、「軽症急性期」というのは、回復期も担う病床機能と考えますと、この図のような区分けができるということでございます。

それから、6ページの上をご覧ください。今度は、高度急性期を2つに分けることが可能かということですが、この図は、特定機能病院と高度急性期病院の機能別入院患者の割合です。

真ん中の「現在」というところをご覧ください。これは、特定機能病院であっても、内容は、高度急性期、急性期、回復期の入院割合がほぼ3分1ずつとなっているということです。

そこで、この2つのことから、それを東京都に当てはめて、病床機能を区分けしたのが6ページに下の図です。

そうすると、高度急性期を「治療中」(赤)と「治療後」(青)の部分に分けるという考え方ができます。また、急性期を「重症急性期」(青)のほか、「軽症急性期」(緑)については、これを回復期と考えます。さらに、一部の慢性期の病床を回復期と考えます。

そして、これを2025年の必要病床数に当てはめてみますと、割合としてはほぼ合ってくるのではないかということになります。

もちろん、8.3%、8765床は足らなくて、それは増やさなければいけないということになりますが、ここを解決するためには、平均在院日数の短縮や稼働率の上昇によって、8%頑張ろうという考え方でございます。

そして、7ページの下をご覧くださいますと、その稼働率の上昇であるとか、平均在院日数の短縮を達成するためには、入院連携や退院を滞りなく進めて行くということが必要であるという図でございます。

8ページの上は、日本の医療機関はフリーアクセスによって競争的に分化を遂げてきましたが、これからの医療というのは、連携と協調が必要であるということであり、そのために必要なインフラを整備していくという考え方でございます。

その下の図は、その連携のためには、東京都の中の相互の診療ネットワークが大事で、これを、東京都としては開始をしたということです。そして、高齢者の医療搬送をするための病院救急車の活用の整備が行われているということでございます。

なお、9ページの上の図は、病床機能報告を地図に色分けしてプロットしたものです。病院の規模を○の大きさと表現し、色別に高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分けてあります。

これを見ますと、東京都では、区域ごとに色のばらつきがあることがわかると思います。

そういうことから考えると、全都的な完結型という考え方で、こういう全都的にインフラ整備をしていくということが必要ではないかということでございます。

その下がまとめになります。

地域医療構想の本質というのは、将来の医療需要より推計された患者を滞りなく診るということで、そのためには医療機関が連携するということと、インフラの整備が必要であるということになります。

そして、その例としては、電子カルテのネットワーク化や高齢者の搬送システム等でございます。

さらに、つけ加えるとすれば、中小病院の生き残りの鍵は、地域包括ケア病床への転換ということが挙げられるということでございます。

東京都医師会からは以上でございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ここまでの説明でご質問等はございますでしょうか。

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

「奈良県方式」を北多摩南部に当てはめると、回復期が増えることが望まれているので、それを、サブアキュートに当たるのかもしれませんが、その辺に機能を変更できるかというような形で見ることでもできるのではないかと思います。

○野村副座長：新井先生、確認をさせていただきたいのですが、資料の6ページのところで、8765床が足りなくて、8.3%の増加が必要だから、これ

を、稼働率を上げて、平均在院日数を短くして、何とか増床しないで乗り切ろうというお話でした。

参考資料1の5ページのところに、現在の高度急性期、急性期、回復期、慢性期の稼働率が書いてありますが、病床機能報告をどのぐらいに見込んで、これだけの増床が必要だということなののでしょうか。前提条件について、聞き逃したのかもしれませんが、失念してしまったのかもしれませんが、お教えいただければありがたいです。

○新井理事：それぞれの病床稼働率をどのぐらい上げるかということの細かいデータとしては、出してはいないのですが、全体として8.3%ですと、それぞれ数%ずつというようなイメージかなと考えております。

○野村副座長：といたしますのは、今でも100%使われていないわけですから、100%まで上げれば、稼働率がかなり上がるので、約8700床の増床が必要であるという議論の前提条件というものを、しっかり詰めておく必要があると思っております。

その点について改めてよろしく願いいたします。

○齋藤座長：ほかはよろしいでしょうか。

特にないようでしたら、次の議事に進ませていただきます。

3. グループワーク（地域の課題解決に向けて）

○齋藤座長：次第の3. グループワーク（地域の課題解決に向けて）について進みたいと思います。

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の話し合いを行い、前回の今年度第1回の会議で、事務局におい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てきました。

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ということ、各立場で取り組めることについて話し合いを行っていきたいと思います。

既にご案内のとおり、今回はグループワークを取り入れ、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したいと思います。

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、東京都のほうから説明をしていただきたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

○矢沢部長：それでは、グループワークの進め方をお話する前に、前回見ていただいた資料についてもう一度確認をしたいと思いますので、資料5をご覧ください。

5-1の、一番上に「人口」として書いてあるのが、データから見たこの圏域の状況です。5-2の「入院医療機関の状況」と書いてあるほうが、先生方からアンケートでお答えいただいた内容です。この2枚を上下に置いて、比較していただくと、様子がよくおわかりになるかと思います。

この構想区域で特徴的なことは、5-1の中で、急性期機能のところ、病床稼働率が都平均に比べて低く、慢性期のところも低いということです。

もう一つの特徴としては、退院後に在宅医療を必要とする患者さんの割合が、他の構想区域に比べると多いということで、急性期のところの「病棟単位で機能分化の余地あり？」の下に書いてあるとおり、40%もあり、回復期でも17%ということで、多くなっています。

一方、退院調整部門を置いて、これで診療報酬を得ているところということですが、そういうところは、都内では平均的な感じでございます。

5-2のほうで最も特徴的なこととしては、回復期機能のところをご覧くださいと、調布市、府中市、武蔵野市もそれぞれ、地域包括ケアと回復期の病床が不足していると実感していらっしゃいます。

5-3は、「課題の整理」ということで書かせていただいたものです。

左側の「地域包括ケアシステムの構築に向けた、高齢化する地域住民の医療提供体制」ということで、ご意見をいただくと、「人員不足で病床稼働率が下がっている」、「どういう疾患、状態なら受けてもらえるか、ネットワークを構築して、地域で共有されれば、望ましい」、「入院する前の事前の情報が重要である」というご意見がありました。

このように、「情報」をキーワードにしたご意見が多かったかと存じます。

一方、右側の「在宅療養に向けた退院調整の取り組みと急変時の受け入れ体制の充実」については、退院調整の部門を置いてなくても、その中でやってはいるけれども、行き先が見つからずに苦労しているといったご意見が多かったと存じます。

このあたりについて記憶を戻していただきながら、きょうのグループワークについては、資料6のやり方で進めていきたいと考えております。

AからEまでに分かれてお座りいただいておりますが、まずは、進行役と書記と発表役をお決めください。進行役の方は、できるだけ全員からご意見が出る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、メモを取っていただいて、発表役の方がそれを発表していただきたいと思います。

きょうはグループは多いので、1分ぐらいつつしかお時間を取れませんので、重なった意見は飛ばしながらご説明いただければと存じます。

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」です。

これは、全ての構想区域でこのことを調整会議の中で課題に出たということですので、全ての構想区域での共通テーマとしてお願いしています。

どんな機能が必要かとか、どんな病床の機能が要るのかといったあたりから、ご自身の職場の立場、あるいは都民の立場からご意見を出していただければと存じます。

テーマ②は、「地域の中で患者を受けとめるための、入退院調整の取り組みの充実・強化」ということで、どんな機能が必要なのか、どんな機能があれば入退院調整がもっと円滑になるのかといったことで、今ないものでも結構です。

例えば、連携のシステムとかいったことも含めてご発言いただいて、皆さんで共通できればと存じます。

進め方については以上でございます。

○齋藤座長：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、それから、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、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、20分間をめぐりに、1つ目のテーマで議論を始めてください。よろしくをお願いいたします。

[テーマ①についてグループワーク]

○齋藤座長：それでは、時間が来ましたので、Aグループから発表をお願いいたします。

○Aグループ：調布東山病院の小川と申します。

それぞれ足りないと思っているにもかかわらず、稼働率が低いというデータが出ていることが、これをどう解釈すべきかというところから始まりました。

各中小病院の高度急性期と急性期を、もう少し疾病別に見える化できないかということです。

高齢者が増えてくる東京のこれから先を考えたときに、高齢者に多い、例えば、整形外科の急性期は、もしかしたら、中小病院が担わないと難しいのかどうかが見えてこないもので、そういうことをマッチングできればいいという意見がありました。

それから、高度急性期も、結局、今は返せるところがないので、それほど重症度の高くない患者さんを受け入れざるを得ない状況になっていて、患者もそ

れを求めていると思われるが、これから溢れる高齢者、救急などは、それでやっていくと、本当に大丈夫なのかと。

ただ、この地域は外の医療圏から高度急性期に流れてきているので、相対的に急性期と回復期が足りない可能性があるので、そうなると、外から流れてきた人たちを、その外の急性期、回復期の返すネットワーク見える化できればと思われる。

そして、それを一病院に任されるのではなく、東京都として医療圏をまたいで入ってきた人たちを返すネットワークがあるといいのではないかと思います。

○齋藤座長：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：武蔵境病院の天野です。

各自治体においていろいろなことを完結させようという働きがありますが、この圏域では、市をまたいでいろいろな病院を受診するという現状もあります。

そこで、3つのグループに分けて、地域包括ケアの連携というか、推進するようなシステムをつくったらどうかという意見が出ました。

具体的には、調布・狛江と、三鷹・武蔵野と、府中・小金井という3つのグループに、地域包括ケアを分けて考えたらどうかというものです。

それから、地域包括ケアというのは、もともと中学校区を1つの区域として考えて、国が提唱したのですが、その中で、医師会と行政が連携して、流れをつくっていければいいのではないかとということで、意見がまとまった気がいたします。

○齋藤座長：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：青木病院の青木です。

うちのグループでは、あいにく急性期と慢性期の代表がいらっしゃってなくて、精神科の吉祥寺病院と青木病院の私だけでした。

地域包括ケアの病棟というのは、在院日数とかのハードルが高くて、返しても返しても戻ってくるときに、最後は受け入れられなくなってしまうということで、要件が厳しいということが挙げられます。

あと、「奈良県方式」の重症度での分類も確かにいいんですが、今後は年齢も考えてはどうかと思っています。要するに、年齢別の高度急性期、急性期というようにするということです。

具体的には、40歳の方のがんと80歳の方のがんを、今後も同じように扱うのかということです。終末期も含めて、そのあたりの高齢者の場合も急性期と言ってしまうので、混沌としていて、よくわからない、重症度ではなく、年齢で分けるということも考えていいのではないと思っています。

さらに、在宅とはいっても、独居等の環境が増える中で、本当にどこまで返せるのかということをもっと現実的に考えたほうがいいのではないかという話になりました。

そもそも、この二次医療圏の中から外に出ないほうが、患者さんが有益であるという、要するに、わざわざ外の病院に行ってしまうよりも、二次医療圏の中にいたほうが、在院日数とか、家に戻されて入院できない期間が少しでも延びるとか、病院の中にいて家に帰るための関係者ミーティングをするために、平均在院日数を二次医療圏の中であれば少し延ばしてあげるとか。

要するに、二次医療圏の中でいろいろなことをしていると、その人たちが少し有利になるような方向を考えてあげないと、二次医療圏そのものがなかなか成り立たないんじゃないかというような話になりました。

○齋藤座長：ありがとうございました。二次医療圏のメリットを考える必要があるというお話でした。

それでは、Dグループ、お願いいたします。

○Dグループ：武蔵野赤十字病院の嘉和知です。

二次医療圏の中で地域包括ケアを完結するためには、急性期から慢性期への病院の転院をうまくやっていく必要があるという意見はもちろん出ましたが、

そこから在宅に持っていったあと、かかりつけ医の先生方が24時間診きれないというところが、問題になっているのではないかとということです。

在宅の専門医とそうでない方々のスキルの問題もありますし、夜間とか救急が診れるのかどうかというところも、施設によって差があるということです。

そういう中で、三鷹市では、在宅でやっている方でちょっと具合が悪くなった場合は、3つの病院で2週間だけ入院するようなシステムをつくらうとされているので、それは、非常に有用ではないかと思いました。

また、在宅を専門にされている方が、医師会に入っていなかったりすることがあって、その連携がうまくいっていないので、グループを組んで診ていくことがなかなか難しいということも、問題ではないかということでした。

とにかく、在宅を非常に重く考えないで、一人一人に応じた診方をしていけばいいのではないかと。家族の希望とかご本人の希望とかも踏まえて診ていく必要があるという意見もありました。

○齋藤座長：ありがとうございます。それでは、Dグループ、お願いいたします。

○Eグループ：吉祥寺南病院の山下です。

地域包括ケア病床のことを中心に議論しました。

まず、この地域はそれが少ないということで、私たちの病院も開始できるように準備していますが、在宅復帰率とかハードルが高いということで、在宅に帰すにしても、家族の考えとか在宅のサポートが足りない状況で、在宅にある程度のパーセンテージを帰す必要があるということで、なかなか稼働に踏み切れないという話が出ました。

それから、平均在院日数をできるだけ短くするために、患者さんを帰すためのサポートが、ソーシャルワーカーの数も、退院調整の数字が低いというところもあるので、そういったところを行政のサポートがあればいいのではないかとという意見が出ました。

三鷹市には、そういうシステムがあるということでしたが、そういったところがどんどん病院にも入ってきてもらって、顔が見えるような連携と調整ができればというような話もありました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

問題の捉え方も、対策もさまざまということでしたが、あとで、東京都のほうでまとめをしてくださるということです。

それでは、2つ目のテーマは、「地域の中で患者を受けとめるための、入退院調整の取り組みの充実・強化」ということで、また意見交換を20分ほどでお願いいたします。

[テーマ②についてグループワーク]

○齋藤座長：それでは、時間になりましたので、またAグループから発表をお願いいたします。

○Aグループ：杏林大学医学部附属病院の岩下です。

高度急性期、急性期、回復期、慢性期のそれぞれに分けて、いろいろなご意見をいただきました。

高度急性期病院としては、前から問題になっているように、一度入院した患者さんの転院先が見つからないということで、MSWさんが一生懸命探しても見つからないので、行政のほうでコーディネートシステムを持っていただきたいというご意見がありました。

そして、それが無理ならば、地域包括ケアシステムに詳しい近隣の病院に、ハブ病院になっていただいて、そこに一括してお願いすると、そこから地域に患者さんを移送するようなシステムができないかということでした。

それから、急性期の一般病院に関しては、マンパワーが足りないということで、例えば、MSWさんが2名しかいないということがあります。

そのため、担当している医師から情報を聞いた看護師さんが、ケアマネさんも含めて、いろいろなところにあたりたりしている場合が多いということです。

が、退院支援を行うにあたっての能力を持った人を育てるのが難しいという意見がありました。

それから、患者さんによっても、内科に入院している人と外科に入院している患者さんでは、退院調整を行うといっても、条件がいろいろ異なるということがありますが、退院前の患者さんのところを訪ねたり、在宅医との連携をとるような努力をしているということです。

また、回復期、慢性期については、ベッドが空いていることがあって、そこに、急性期の患者さんを入れることはできるが、療養費が非常に安いので、空いているベッドを活用して急性期の患者さんを入れるよりは空けておいたほうがいいということでしたが、ぜひ行政のほうで何かサポートをお願いしたいということです。

それから、実際に受け入れるときに、送ってくる病院からの患者さんの情報が不正確な場合が多いということです。東京都医師会で進めているようなICTによるいろいろな患者情報を正確に入れるようなシステムを、早く確立していただきたいということです。

また、回復期、慢性期から在宅に移行する際には、在宅医といっても、表現は悪いですが、“何ちゃって在宅医”がいるということで、送るときに不安がある場合があるという問題点も出ました。

○齋藤座長：私のような“何ちゃって在宅医”には耳の痛い話で、反省しております。

それでは、Bグループ、お願いします。

○Bグループ：武蔵境病院の天野です。

まず、退院支援、退院調整というところでは、マンパワーが非常にかかるという意見がございました。

そして、地域包括ケアを退院支援という部分に当てると、退院支援看護師の育成が大事ではないかという意見がありました。

あと、病院間の連携に関しては、各病院でいろいろなルールがあり、経営母体が違うというようなところで、どうやってルールをつくっていくかということが、非常に重要になってくるだろうというご意見がありました。

つまり、連携をスムーズに行うためには、その地域である程度“骨太”のルールをつくって、各病院がそれを尊重していくようにしたらどうかということでした。

それから、このグループの中に、すかいらくグループの健康保険組合の方がおられたので、企業からのお話を伺ったところ、最初はばらばらだったのが標準化したルールができて経営状態等も非常によくなっているということです。

ですから、経営母体が違うところが連携していくのはなかなか難しいですが、情報共有を進めていって、お互いに話し合っ、いいところを模倣していくことで、解決していくのではないかと、貴重なご意見もありました。

あと、入院の調整についても、例えば、近隣の大きな病院に急性期の患者さんが一極集中してしまうので、ほかに急性期の病院があるにもかかわらず、その病院のベッドが空いてしまうということもありますから、入院についても調整して、うまく分担できればいいのではないかと意見もありました。

○齋藤座長：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：青木病院の青木です。

まずは情報共有であろうということで、開業医の先生が、実際に病院まで足を運ばれて、関係者ミーティングに参加するという事は、時間の制約とかもありまして、ストレスが多過ぎると思われるので、その前に多職種も含めて、ICTなりでの情報共有が非常に大事になるだろうということでした。

それから、在宅医の探し方ですが、例えば、調布市では、在宅相談窓口が医師会にありますが、このような、いわゆる“日本方式”が一番いいのではないかとということでした。

ヨーロッパのように、行政が決められたり、アメリカのように、保険会社が決めてしまうのではなく、医師会で手挙げ方式で、患者さんの側も医師の側も

そうやって出会って始めるのが、一番理にかなっていいだろうということでした。

それから、病院間のことに関しては、在院日数のハードルが高いので、急性期から家に帰そうとすると、関係者ミーティングの時間もなかなか取れないということで、私は、しつこいようですが、二次医療圏の中であれば、そういったことをする日数を少しかせいであげればと思っています。

要するに、退院調整のミーティングなりをすれば、病院にはポイントがつくわけですが、患者さんの家族にも何か有益もなければいけないわけです。そこで、時間的に少し余裕を持たせてあげるのがよろしいのではないかと思います。

あと、慢性期から家に帰るのはなかなか難しいですが、高度急性期から回復期まではリハビリだけでいいのかということです。

つまり、急性期から回復期に行って、リハビリだけしたら、本当に家に帰れるのかというところで、実際には無理だろうということを、現場で感じているところです。

例えば、うちみたいに、皆さんが見たことがないような、“最終章”の認知症の方々が、年間で300人以上入院してくるようなところは、一体どこに入れてくれるんだということ、非常に難しいわけです。

ですから、回復期というのは、リハビリをして家に帰すことだけではなく、環境整備とかも全部含めた、先ほどもお話がありましたが、そういうことを調整する役割をもっと持たせたほうがいいということでした。

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

○Dグループ：武蔵野赤十字病院の嘉和知です。

病院間の入退院連携のところでは、かなりのマンパワーを割かないと、うまく回らないが、回復期、慢性期なりでそれができないところが問題になって、そういう調整部門を置いている割合が低いということでした。

それをどうすれば改善できるかという、例えば、慢性期の病院に退院調整部門を設置したときに、保険点数なりの何らかのインセンティブが入るような形がとれれば、うまくいくのではないかということでした。

あと、空きベッドが多いのに、その周知が意外にできていないので、その病院の特徴を医師会などで広報することや、情報共有が必要ですから、そういう情報に関しては、医師会主導でコントロールしたらいいのではないかという意見もありました。

さらに、急性期から在宅に持っていくのと比べると、慢性期の病院での転院というのは、点数的にも問題があるので、制度を再検討する必要があるのではないかという話も出ました。

それから、在宅を専門にしている方と病院との連絡がとりにくい場合が多いので、情報共有ということが一番大事になるだろうということでした。

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

○Eグループ：吉祥寺南病院の山下です。

まず、退院調整に関しては、前回の会議で「ひまわり」の話があったように、退院調整をするに当たって、ソーシャルワーカーが有益な情報にたどり着くヒット率が低いので、それを上げれば、退院調整に関わる人たちの仕事量が減るのではないかということでした。

ですから、そういう有益な情報が出るようなシステムを、東京都が中心になってつくっていただけると、我々も非常に助かるという話が出ました。

あと、回復期の先生からは、高度急性期、急性期の医療が済んで、回復期に転院してくると、患者さんの家族は治療費にかなりお金がかかっているのに、在宅に帰るにしても施設に行くにしても、まず第一にお金の問題があるのではないかということでした。

これは、東京都にお願いするのは無理な話かもしれませんが、家族への貸し付けとかができるようなシステムがあると、そういうことがスムーズに進むのではないかというお話もありました。

あと、高齢の救急が増えてきましたが、高齢の独居の人でノーマークになっているような人が、救急で運ばれてくることがあります。

地方の場合は、目が行き届いている場合が多いですが、それを東京都でも同じようにすることは、なかなか難しいですが、行政も我々もそういう独居の人を見守っていけるようにしていく必要があるのではないかという意見もありました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

各グループの発表を聞いて、何かご意見があればお伺いしたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、これでグループワークは終わりにしたいと思います。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いいなと思っています。

それから、この調整会議は情報を共有する場ということですので、何か情報提供を行いたいという方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いいたします。

特にないようですので、本日予定されていた議事は以上となります。ありがとうございました。

それでは、事務局にお返しいたします。

○矢沢部長：ありがとうございました。

きょうの会議の中で皆さまからいただいたご意見について、キーワードを拾いながら確認したいと思います。

まず、最初のほうでいただいたご意見ですが、稼働率が低いというところと、病床が足りないと感じているところに、ギャップがあるということで、特に、高度急性期から元の地域に返すという仕組みがあるといいというご意見がございました。

また、二次医療圏をもう少し機能させるという意味では、患者さんへの有益性や、急性期、回復期から在宅に行くというところまでの時間を少しかせぐようなことができないかというご意見もございました。

それから、地域包括ケア病床があったほうがいいのはわかるけれども、診療報酬の面だったりハードルが高いので、なかなかそこに手をかけることができない。また、ソーシャルワーカーも少ないということで、このあたりについて行政のサポートがあったほうがいいというご意見もございました。

また、興味深かったのは、この圏域を調布・狛江と、三鷹・武蔵野と、府中・小金井という3つに分けてはどうかというご意見でした。

一方、入退院調整のところでは、マンパワーが足りないというキーワードと、情報の共有というキーワードがあったかと思います。

それぞれマンパワーが不足している中でやっているが、それを補っていくためには、何らかのルールやシステムがないと無理ではないかというご意見がありました。

そして、情報の共有というところでは、ICTを使った患者情報とか、かかりつけ医の先生と退院させるほうの病院側の情報の共有、あるいは、病院と在宅の先生との情報の共有というところが、まだ不十分であるということが、どのグループからも出たご意見かと思います。

今いただいたご意見を私どもの中で整理しまして、行政の役割なども考えていきたいと考えております。

4. 閉 会

○矢沢部長：本日はありがとうございました。最後に、事務連絡をお願いします。

○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。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して、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。本日はどうもありがとうございました。

(了)