

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

平成 29 年 12 月 21 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』

〔区中央部〕

平成 29 年 12 月 21 日 開催

1. 開 会

○久村課長：定刻となりましたので、ただいまより区中央部の「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、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、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を佐々木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

○佐々木座長：本日はお忙しい中お越しいただきありがとうございます。

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。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、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しております。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いたしまして、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。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は区中央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、区中央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は4機能別病床数の推移でございます。平成27年度から平成28年度にかけて、高度急性期機能と急性期機能の病床数に大きな変動がございました。

こちらは、主に、特定機能病院入院基本料と7対1病床におきまして、昨年度が急性期機能だったものが今年度は高度急性期機能へと報告が変わったことによります。

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、高度急性期機能と急性期機能につきましては、先ほどご紹介したとおり、足元になっております機能の届け出が大きく変動しておりますので、単純に前年度と比較はできないと思いますが、参考までにご紹介しておきます。

回復期機能と慢性期機能でございますが、こちらはともに、前年度に比べまして稼働率が高くなっておりますが、平均在院日数も長くなっているという状況でございました。

③は入院料と機能をクロス集計したものでございます。

一番上の7対1入院基本料をご覧くださいますと、高度急性期機能でお届けいただいたものが半分以上を占めているところが特徴でございます。

また、地域包括ケア病棟入院料では、回復期機能とご報告いただいた割合が高くなっております。この入院料は、急性期機能の割合が多く占める地域と、急性期と回復期の割合が均衡している地域など、状況は地域によってさまざまでございます。後ほどの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。

また、緩和ケア病棟入院料をご覧くださいますと、こちらは、東京都全体の傾向といたしましては、急性期機能と慢性期機能に分かれる傾向がございましたが、区中央部は医療資源の状況もありまして、高度急性期機能と急性期機能で占めているのが特徴でございました。

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ございますが、

こちらは、回復期機能におきまして在宅医療を必要としない患者さんの割合が高くございました。

区中央部ですと、82.9%と入っておりますが、東京都絶対としては63.3%という結果でございました。

また、慢性期機能をご覧くださいますと、「他施設が在宅医療を提供する予定の患者」というものの割合が高くなっております。区中央部では12.7%ですが、東京都全体では7.9%という結果でございました。

最後に、⑤の退院調整部門の設置割合につきましては、部門として設置いただいている割合は東京都全体を上回っております。東京都全体では58.7%に対しまして、区中央部では64.6%という回答結果でございました。

都内や全国からの入院患者を多く受けとめていただいている構想区域かと思いますが、地域のかかりつけ医の先生方との連携が取れているかを、後ほど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したものでございます。この会の中からお参加いただいた先生もいらっしゃいますが、当日の内容についてご紹介いたします。

開催概況ですが、12月13日に、52名の方々にお集まりいただきました。

参加団体につきましては、調整会議のメンバーに加えまして、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、追加でご参加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」でございます。

こちらは、都市部ならでのご意見かとは思いますが、高齢者人口の割合は減少しているが、区全体の人口は増加しており、高齢者への対策が急務。ただし、「地域で育った高齢者ではない住民も多くなっている」という現状があるというお声がありました。

また、「区民の半数以上が在宅医療を望んでいる」というご意見や、「区内の在宅患者について、区外の先生が多く診療をしている」というご意見もありました。

さらに、在宅医療を行う上では、多職種との連携も重要であるということや、訪問看護ステーションへの支援が必要であるということや、歯科や薬局とともに取り組みを進めていく必要があるというご意見もちょうだいしております。

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。

これに関しては、「急変時の対応など、区で5ブロックに分けて連携を取っている」という取り組みのご紹介をいただきました。

それから、「病院へ紹介した患者が地域（紹介先）に帰ってこない」というお声に対しては、「急性期からの転院において、近隣区では病床が満床の場合も多く、遠くへ転院してもらおうケースがある」というご報告がございました。

また、「地域包括ケア病床を退院前のワンステップとして使用。在宅のバックアップの体制が少しずつできてきた」というお声もありました。

一方、「病院と診療所間・病院間の連携はうまくいっている」というお声もあれば、「病院から病院に転院等する際の情報共有ができないのが課題」というご意見もありました。

さらに、「病院において、退院シートの活用、退院前のカンファレンスの実施、ケアマネとの会議を実施し、交流を図っており、顔の見える関係が構築されつつある」という取り組みもご紹介いただきました。

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させ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、この区中央部では13の医療機関が対象となっております。

このプランには、構想区域の現状と課題、自院の現状と課題。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つ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、実際に各病院でおつくりいただいたプランの抜粋を配布しておりますので、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、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、病床の整備を進めている病院をご紹介します。

今回、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います。

東京都からの報告は以上でございます。

○佐々木座長：ありがとうございました。

続いて、東京都医師会から1点ご報告をお願いいたします。

○矢沢部長：代わりにご紹介させていただきます。

カラーの資料をご覧ください。東京都医師会副会長の猪口先生がおつくりになった「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。

病床機能報告で「奈良県方式」というものがございまして、その考え方をご紹介しているものになります。

3ページの上をご覧ください。「地域医療構想への誤解」と書いてあります。急性期の病床が過剰なので、それを転換するんだと捉えられているが、それが本質ではないというふうに、奈良県では言っています。

そして、病院の機能を少し整理して考えられないかということで、急性期を比較的高度な急性期と一般的な急性期の2つに分けて、そこを整理したらどうかという考え方です。

次に、4ページの下の方をご覧ください。急性期と報告をされているところの半分を、より高度な急性期ということで「重症急性期」、もう半分を、回復

期に近い急性期ということで「軽症急性期」というふうに捉えると、もともと必要病床数として割合をカウントしたものと、ほぼ一緒になるでしょうという考え方でございます。

そして、それを、東京都のほうに入れて考えてみようと言われたのが、次の5ページの図です。

そして、東京都の場合は、高度急性期も2つに分けて考えたらどうかということで、高度急性期を「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」に分けるという考え方です。

そうすると、高度急性期の一部が急性期に行き、「軽症急性期」は回復期に行きということで、右に2段階ずれていく格好で、今の必要病床数の割合と現状の割合は余りずれていないのではないかとということです。

続いて、6ページの下をご覧ください。

必要病床数は約8000床足りないと言われていますが、こうした空床の状況とかを考えると、例えば、病床稼働率を10%上げるということが可能になれば、1万床分が空きますので、病床を増やすことをしなくても、病床稼働率を上げることで、現在の必要病床数を確保できるのではないかとということです。

そして、7ページには、国の地域包括ケアの考え方を図で示したものがございます。

さらに、8ページの上には、「病床機能のイメージ」ということが書かれています。つまり、今まではライバルだった病院が協調していくということが、今後は大切で、そのときに必要となるインフラについては、その下の図のように、地域包括ケア病床へ転換していくことが、中小病院では重要であるということや、電子カルテのネットワークや、高齢者対象の医療搬送システムといったことが課題になっていくということがまとめられております。

代弁ですので、失礼いたしました。以上でございます。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ただいま東京都より東京都医師会から説明がございましたが、主に資料1から4について、何かご質問、ご意見等はございますでしょうか。ございましたら、所属とお名前をおっしゃってからご発言願います。

よろしいでしょうか。ないようですので、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）

○佐々木座長：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ます。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、東京都よりご説明を受けたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○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、前回の調整会議でご覧いただいたものと同じ資料でございます。上下に並べてご覧いただくとわかりやすいかと思いますが、5-1は、これまでの病床機能報告等のデータから見た、この構想区域の特徴です。5-2は、昨年末の実施させていただいたアンケートで先生方にご回答いただいた中身を記載したものでございます。

まず、5-1の資料についてですが、この地域の特徴としては、特定機能病院が6施設もあって、流入患者の4分の1ががん患者であるということ。そして、高度急性期から回復期まで、都全域、特に区東部、区東北部、区西北部からの流入患者が多いのが特徴でございます。

一方、急性期、回復期を拝見しますと、病床稼働率が決して高いわけではなく、特に回復期になりますと、回復期リハそのものが流出していて、域内完結率が35%を下回っていますが、実際には、中にある病床稼働率が低いという状況でございます。

また、慢性期機能そのものも、必要病床数にしても、非常に少ないわけですが、都内全域に医療、介護とも流出しているという状況でございます。

これを受けて、アンケートのほうでいただいたご意見ですが、高度急性期機能では、「不足している」というところと、「充足している」というところがあり、区によって感じ方が違うということです。

一方、回復期は、どこも不足しているということですし、慢性期も同様でございます。

また、下のほうで、病院側と在宅側の両方からのご意見をいただいておりますが、在宅側からは、「急変時にはまず受け入れてほしい」というご意見や、「急性期病院からいきなり在宅医療へつなげられると、在宅医も患者も疲弊する」というご意見もございました。

それから、この構想区域は非常に特徴的なことがございまして、他の構想区域で区中央部から戻ってくるということについて、かなり話題が出ておりまして、他の二次医療圏から区中央部に入院したけれども、その患者さんが自分たちのところに帰ってこないというようなご意見が、たくさん寄せられています。

こうしたことを踏まえまして、課題の整理をしたのが5-3でございます。

前回、「回復期、慢性期機能の医療提供体制」、「都全域の高度医療を支える一方で、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」、「流入している患者の退院調整部門の充実」という3点についてご議論いただきました。

地域包括ケアのところでは、患者さんを受け入れられるように、病院と診療所の連携の仕組みが必要だといったご意見がございました。

また、「流入している患者の退院調整部門の充実」というところでは、「大きな病院でも、ある科に紹介して、他の疾患が見つかり、他の院内の先生を紹介され、結局、紹介した在宅医のところに戻ってこない」というご意見や、「もともと送ってきた先生のところに戻す仕組みが必要」というご意見も、この構想区域の中からも出ております。

これらを踏まえまして、きょうのグループワークの議題でございますが、資料6をご覧ください。テーマ①と②の2つで、20分程度で行っていただきます。

テーマ①は、全都共通の課題で、「地域包括ケアを支える病床を効果的、効率的に活用していくための方策」ということで、それぞれのお立場から、あるいは、都民のお立場から、お考えになっていることをご発言いただきたいと思っております。

テーマ②は、「入院患者を地域のかかりつけ医に円滑に戻すための取り組み」ということです。

区中央部に特有の課題として出させていただいたもので、全都、全国からの入院患者を受け入れている区中央部において、患者さんを地域のかかりつけ医に戻すために特に必要だと思われることや、あるいは、こんなことをしてほしいと思われるようなことを、それぞれのお立場からお出しいただければと思います。

このグループワークの進め方ですが、進行役と書記と発表役をまずお決めいただきます。これまでの傾向からしますと、書記と発表役は同じ方のほうがスムーズに行っているように思われます。

できるだけ全ての方がご発言できるように進めていただきたいと思っております。

発表の際には、それらの意見をまとめる必要はございません。出た意見をそれぞれおっしゃっていただければと思いますが、前に発表された意見と重なった部分があれば、省いていただいても結構ですし、重複したところを重点的にご説明いただいても結構です。

20分程度のグループワークのあと、1～2分で発表していただければと思います。

○佐々木座長：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、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。よろしくをお願いいたします。

[テーマ①についてグループワーク]

○佐々木座長：各グループで議論が白熱していると思いますが、時間になりましたので発表に移りたいと思います。

では、Aグループからよろしくお願いいたします。

○Aグループ：順天堂大学附属順天堂医院の福田と申します。

まず、高輪病院の木村先生からは、実際の地域包括ケア病棟を持っている病院からの意見として、どのように活用していらっしゃるかを出していただきました。

3年目を迎えていて、当初は院内の転棟がほとんどだったが、状況的によくないと感じられ、今は、「病病連携」によって院外から取っていく方向になっているとのことで、現在は60%まで上がってきているということです。

ポイントとしては、急性期病院との連携と、あとは、在宅の先生方との連携が非常に重要ということで、港区では、在宅の先生とのモデル事業ということを開始しているということです。

あと、急性期から持っていくにあたっては、まずは、地域包括ケア病棟があるということを広報していくことが、非常に大事だというお話がありました。

逆に、急性期病院からの立場からすると、もちろん、受ける側もそうですが、連携室の役割が非常に重要になってくるということで、我々のところのお話も出させていただきましたが、事務職、MSW、看護師を1つのチームにして、対

応しているというところが、このグループの病院でも増えてきているということが、話として出ました。

○佐々木座長：ありがとうございます。次に、Bグループ、お願いします。

○Bグループ：聖路加国際病院の福井と申します。

地域包括ケアシステムそのもののあり方をディスカッションするのか、それとも、現状を改善するにはどうしたらいいかという考え方によって、テーマが異なってくるのじゃないかということが、まず挙げられました。

その中で、医療連携室が当然必要ですし、それを設置していないところは、設置する必要があるし、設置していない理由も議論する必要があるのではないかと。

それから、システムとしては、医療連携室の責任者として、医師あるいは看護師がいることが、その機能をより効率的に果たすためには必要ではないかという意見もありました。

また、回復期、慢性期の病床数とか分布を、誰もがわかるようにすることが、そもそも必要ではないかという意見もありました。

さらに、必要な病床ということですが、回復期、慢性期の病床が必要ですし、高度急性期から急性期の病院、あるいは、急性期から慢性期に移す場合も、受け皿となる病院、引き取ってくれる病院が少ないということも、意見として出ました。

最後に、レセプトのデータからのお話もありまして、区中央部の患者さんには、その地域内に引きとめておくような、結びつきを強く持ったかかりつけ医、医療機関が多い一方で、外部から入ってくる患者さんも非常に多く、特異な動きをしているという意見も出ました。

○佐々木座長：ありがとうございます。

猪口先生が作成された資料の9ページの上に、「東京都病床機能と規模別病院の分布」という、わかりやすい図がありますので、参考になるかと思います。

それでは、Cグループ、お願いいたします。

○Cグループ：東京都薬剤師会の龍岡と申します。

まず、地域包括ケア病棟の数は多いのかどうかについては、今の状況は決して多いとは言えない。その中で必要な活用をしていくには、どのようなことが必要かという、地域での連携が重要になる。もちろん、病診連携や在宅との連携も含めたことですが、これに対して、前方支援、後方支援といったような、紹介から逆紹介といったようなことが不可欠になっていくということです。

また、実際に、地域包括ケア病棟がない病院でも、系列の病院との連携で対応しているというところもございます。

それから、区中央部の状況として、流入の問題がありますが、東京都内でも60%で、それ以外は都外からという中であって、区中央部で完結させていくことは、大変難しいのが現状です。

そういう中でどうしていくかということで、また連携の話に戻りますが、医療連携のセクションとして、多職種としてMSWを活用するというのが、一つの活動になってくるということです。

また、多職種の連携については、病診連携が活発になってきているが、合併症のある患者さんを地域に戻させていただきたいといったときの、歯科との連携も非常に重要であるということが出ました。

これについては、実際に機能しているところもあって、東京都歯科医師会からの依頼で、紹介を受けてやっているところもあるが、歯科との連携が大切になるでしょうということです。

それから、多職種の中で、薬局の話も出ました。地域の医療機関と薬局の連携は当然ですが、地域包括ケアの資源との連携を、薬局ともしていければ、医療機関としても大変助かるというようなお話も出ました。

もちろん、多職種連携の中には、区行政の施策等も含まれているということです。

○佐々木座長：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：台東区役所の清古と申します。

地域包括ケア病棟の現状から入りまして、千代田区さんと港区さんでは増えてきているということです。

港区の中では、高度急性期の病院と地域包括ケア病棟を持った病院が協定を結んでいて、急性期から地域包括ケアに移るのと、地域包括ケアの病院から救命救急ということで、高度急性期の病院にスムーズに連携できるようにしているということでした。

また、中央区さんでは、他区に後方支援病院をお願いしていて、千代田区と江東区にあるということでした。それで、在宅療養患者のバックアップをしているけれども、実際は、急性期の肺炎とかで入院することが多いというのが現状であるということでした。

それから、地域包括ケア病棟がどんな機能の方が多いかという質問が出て、それに対しては、大体が回復期と慢性期の方が多いということでした。

台東区はどうかという話がありまして、台東区の中では、高度急性期、急性期の病院があつて、そこから区内の病院の中で回復期、慢性期に動く場合があつて、区内の病院間では連携が結構進んでいるという話がありました。

病診連携はいろいろな病院ごとに会があつて、それぞれに参加しなければいけないということで、大変だという話もありました。

それから、精神科病院の先生もおられて、院内で合併症が出た場合は、急性期病院に送るけれども、その病院については、都が窓口となって、きちんと探していただいているという話もありました。

あと、退院調整機能が課題と言われているが、病院と診療所の連携はかなり進んできて、ケアマネさんの情報を結構入れてくれるようになったということです。

病病連携のほうは進んでいるけれども、最初に送った診療所に患者さんが転院してしまうと、最初の病院の情報がなかなか行かないことがあるというお話もありました。

ただ、クリニックの先生が退院調整にも入るようになって、そういった情報もスムーズに行くようになってきているというお話も出ていました。

○佐々木座長：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：聖路加国際病院の渡辺と申します。

地域で患者さんがどのような動きをしているかという報告から、いろいろな課題を整理しようということで、話が始まりました。

ほかのグループでも出ましたように、地元からの患者は少なく外部からが多いということですが、回復期の病院が少しずつ増えてはいるけれども、地域に少ないというのが現状です。

そういう中で、看護協会でも、看護ネットワークなどを使いながら、このあたりの調整ができないかということも、取り決めはしていますが、一方で、回復期から、本来は地元に戻るという流れがあっただけだけれども、この流れの中で、どちらかという、回復期の病院から元の急性期の病院に戻ってしまうという問題もあるということです。

このあたりのところは、情報提供のあり方とか、連携のあり方に課題があるだろうということでした。

一方、台東区などでは、回復期から地元の介護施設に行くという流れもありますが、地元志向が強いということですので、そうすると、訪問看護とか訪問診療といった機能を、さらに強化する必要があるだろうという話も出ました。

○佐々木座長：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。「入院患者を地域のかかりつけ医に円滑に戻すための取り組み」についてです。

地域での連携は割とうまくいっているという話は多いですが、区中央部には大きな病院が多くて、圏域をまたいでの連携ということが、取り組みとしては大事になろうと思っております。そのためにはどのようなことが必要かということもお話しいただければと思います。

それでは、このテーマについて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]

○佐々木座長：それでは、テーマ②についての議論の途中かとは思いますが、そろそろ発表の時間になりましたので、また発表をお願いいたします。

今度は順番を変えて、Eグループから発表をお願いいたします。

○Eグループ：聖路加国際病院の渡辺です。

今までは、回復期や慢性期の病院への情報提供でとまっているという状況もありますので、その先の介護施設とかかかりつけ医とかまでの、一体的な情報共有の仕組みというものをつくるべきだろうというご意見がありました。

それから、回復期から地域包括ケア病床へ転換している病院もありますが、現状は、自分の病院の患者さんがそちらに移行している段階があります。ただ、そういう病院こそ、他の病院との連携というものが、もっと評価できるようになっていくのではないかというご意見もありました。

また、看護師さんとケアマネさんとの顔の見える連携という取り組みが、強化できるのではないかと。それによって、介護の人たちが病院にかかりやすくするような環境整備も必要だろうというご意見もありました。

その中で、台東区では、病院同士の連携が区内で完結できるように、取り組みが進んでいますので、この機能分化では、区中央部の中ではモデルケースになるだろうというお話でした。

まとめとしましては、第一ステップとしては、周辺地域との連携というものをもう少し考えて、その先に、区中央部の中での連携というものが見えてくるのではないかという話になりました。

最後に、そういうことをするためには、経営上のインセンティブも必要だろうというお話も出ています。

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

○Dグループ：台東区役所の清古です。

港区の済生会中央病院さんは、区中央部以外からの入院も多いので、できるだけ戻すように、退院調整には力を入れているということです。そのため、かかりつけ医から情報を収集しているが、病院の登録医としては、遠くの病院の情報は、ケースワーカーさんが力を入れて、収集しているということです。

永寿総合病院のほうは、台東区の患者さんが3分の2ということで、地域密着型ですが、できるだけご紹介医に戻すようにしているということです。ただ、文京区の大学病院からの転院も結構あるので、その場合は、最初の診療所に戻らないことがあるということでした。

中央区の医師会の先生からは、聖路加国際病院に逆紹介を一生懸命お願いしているが、なかなか難しい状況もあるということです。患者の希望もありますし、しばらくは平行して、病院も診るしクリニックの先生も診るということで、一緒に診ている場合もあるというお話もありました。

それから、かかりつけ医に戻す場合には、顔の見える関係がすごく大事だということですが、患者さんが病院を希望してしまう場合もあり、また、高齢者はいろいろな科にかかるので、病院のほうの方が便利だということや、病院が近いからここがいいというような場合には、なかなか難しいということがあります。

もちろん、科によっては、逆紹介率が非常に高い診療科もあるということです。

それから、精神科の土田病院からは、精神科の病院では、ケースワーカーさんが中心になって、なるべく地域に戻そうということで、一生懸命やっていますというお話もありました。

あと、中央区の場合は、都外からの入院が多いので、その場合はどうして戻しているかということについては、ケースワーカーさんが情報を一生懸命取っているということでした。

それから、旅行者の入院があった場合は、なかなか難しいとか、都道府県をまたがる場合も難しいとかいった話もありました。

最後に、そもそも二次医療圏はどうしてこういった区分けになったのかという疑問が出まして、港区は渋谷区に近いのというような話も出ました。

また、救急車はなかなか遠くに運んでくれなくなってきていて、救急のネットワークで地域に運ぶようになってきているんだという話も出ました。もちろん、脳卒中の医療連携は、区中央部で完結しているというような話も出ました。

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

○Cグループ：東京都薬剤師会の龍岡です。

まず、高度急性期の病院のほうからは、戻すことは、もちろん原則としていますが、戻せる状態に必ずしもなるかというところがあって、そうなった場合には、同じ病院の回復期病棟やリハビリといった部門を使って、ワンステップを置かざるを得ない場合もあるということでした。

急性期、回復期の病院でも、手術等を行った場合、患者さんがその病院での継続治療を希望する場合があって、その場合には、対応策として、「ツードクターシステム」というご紹介がございました。「2人の主治医を持って構わない」と言って、行ったり来たりするという啓発を進めているというお話がありました。

これらに共通することは、円滑に戻すには地域の情報が必要だということで、一つには、医療連携室、MSWといったようなことがあります。そして、この中で期待するところは、情報ネットワークのようなものがあれば非常に助かるということです。

特に、遠隔地から紹介なしで来た場合など、戻すところの選択に非常に苦慮することがあるので、その一つの解決策としては、どんなに遠くからの場合でも、かかりつけ医を通してもらうということですので、かかりつけ医の制度を強化する必要があるという意見もありました。

○佐々木座長：ありがとうございました。続いて、Bグループ、お願いいたします。

○Bグループ：東京薬業健康保険組合の金澤と申します。

かかりつけ医の立場としては、送り出したはいいけれども、病院さんのほうで転科したり、状況が変わったりして、結果として戻ってこないケースがあるというご指摘をいただきました。

それから、在宅は大変だというように、患者さんはもちろん、関係者の皆さんに伝わっているけれども、現場では決してそんなことはなくて、しっかり地元に戻っていただければ、地元もしっかりケアできるという体制があるし、先生方もそういうことを望んでいるので、そういう実情を伝えていく必要があるのじゃないかというお話もありました。

一方、機能ごとの先生方から見ますと、医療機関によっては、医療連携室があつたりして、患者さんの履歴がわかるようにしていて、しっかり戻す仕組みをつくっているが、まだそこまでできていないところも多いという実情のお話もありました。

そういう意味では、患者さんの情報の共有を、かかりつけ医、病院、さまざまな関係者ができるような仕組みが必要で、それは急務だということでした。

そして、そのためには、例えば、電子カルテとかいろいろな情報を使って、タグ付けをすることが重要だというお話でした。

では、それがどうすればできるかということですが、病院側もかかりつけ医側も共通して持たなければいけないわけですから、全体としてのルールという話になった場合には、大きな力を待っていると時間もかかるので、現場で互いに知恵を出し合って、できるところからルール化をしていくということから始めないと、絵にかいた餅の段階から進んでいかないのではないかということでした。

そういう意味では、かかりつけ医は患者が見えていますが、病院側も患者がよく見えるような仕組みをつくるのが大事だということです。

中央区では、実際に住んでいらっしゃる方は、かかりつけ医の先生にほとんどかかっておりますが、こういう機能ごとの病院には、区内の方々ではなく、全国から患者が来られるという特徴がある区ですので、お互いに持っている機能をうまく使っていただくというのが、今後の課題なのかなということです。

○佐々木座長：ありがとうございました。最後に、Aグループ、お願いいたします。

○Aグループ：順天堂医院の福田です。

ほかのグループと同じように、情報共有というところが難しい問題だということで、話題になりました。

特に、大元の医療機関、かかりつけのクリニックさんがメインになってくると思いますが、ほかの地域とか病院に行ってしまうと、一旦紹介した病院からの報告はあるけれども、そこから転院したり、違うところに行ってしまうと、情報が切れてしまうということが課題だという話になりました。

文京区医師会の金先生からは、そういった情報を共有するための「在宅療養相談窓口」というものが文京区にはあるというお話がありました。

病院側からすると、医療連携室というところが大事になってくるということですが、情報がなぜなくなってしまうのかということには、転院先からさらに転院して、その病院の在宅のほうに入ってしまうと、そこで切れてしまうということになるということです。

また、転院した病院を退院しても、その外来にずっとかかり続けてしまうという場合もあって、情報が切れてしまうという場合もあるということです。

ですから、紹介元に必ず情報を戻すということに関して、今は、情報だけが戻っても、診療報酬では点数がつかないので、次回の診療報酬改定には間に合わなくても、そういう業務に対しても点数がついたらいいなというお話も出ました。

あと、近未来的な話としては、東京都医師会のほうで、総合ネットワークをつくっていただいたので、そこを活用するとか、あとは、浅草医師会の佐々木先生のほうからは、患者さんに統一した電子カードみたいなものを持ってもらうことによって、円滑な情報共有ができるのじゃないかという話も出ました。

最後に、患者さんが亡くなってしまった場合の報告というのが、かかりつけ医の先生に届いていないということで、かかりつけ医の先生が恥をかいたというケースもありまして、私のところの医療連携室のほうにクレームが入ったケースもあります。

それに対しての私たちの取り組みとしては、電子カルテ上に、患者さんの画面に「紹介あり」というところをつくっていて、そこをクリックすると、過去の紹介元が5つまで表示できるような仕組みをつくっているということをお話しさせていただきました。

○佐々木座長：ありがとうございました。

本日は、テーマ①と②について、活発なご議論をいただき、ありがとうございました。これまでの調整会議に比べて、非常に和気あいあいと、いろいろな意見が出て、非常によかったと思っております。

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っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

この調整会議は情報を共有する場ですので、この場でぜひ情報共有したいというお話がございましたら、挙手をお願いいたします。どうぞ。

○金澤：Bグループの東京薬業健康保険組合の金澤です。

報告漏れが1点ございました。都民、区民、住民の方といろいろな方々がおられますが、地域包括ケアとか、病院のかかり方とか、在宅なりを受けるための仕組みがどうなっているとか、「家族の方もこういうふうにちゃんと言ってください」というような、啓蒙、啓発がとても大事だという意見もありましたので、つけ加えさせていただきました。

○佐々木座長：ありがとうございました。

確かに、自分が病気になって、地元に戻ってきたいかどうかというような、患者さん自身の覚悟とかいうことも、今後は問題になってくると思いますので、そういうことも含めて議論していきたいと思っております

ほかにいかがでしょうか。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。

○矢沢部長：活発にご議論いただき、ありがとうございました。

いただきましたご意見を簡単にまとめたいと思います。

テーマ①のほうでは、病床のキーワードが3つあったと思います。1つは、病床の活用の仕方、2つ目は連携の仕方、そして、次のテーマにもつながりますが、3つ目は遠くからの流入のときの考え方ということが出ていたと思います。

最初の地域包括ケア病棟の使い方としては、院内の患者さんの転棟から、なるべく院外から取るという方向に進んでいる病床もいらっしゃるということでした。

そして、次のテーマでも出ましたが、使い方としてもっとPRがあってもいいんじゃないとか、あるということを広報していただくといいのではないかというご意見がございました。

2つ目の連携については、連携室が重要で、そこに専任のドクターとかナースがいればいいのかというお話や、多職種で連携していく、あるいは、ケアマネさんとナース、薬局と看護の連携といったような、さまざまな方面、ベクトルへの連携が非常に重要だということでした。

一方、3つ目の遠方からの流入については、転院すると情報が途切れるということがございました。

そのことは、次のテーマでもお話し合いいただきまして、転院がさらに重なってしまうと、元のところには情報が届かないとか、退院しても戻せる状況になるとは限らなくて、転院が続いてしまうこともあるということ。

あるいは、かかりつけ医の先生から次の病院に行って、そこからまた次にとやっているうちに、戻らないで、手前の急性期の病院に通い続けてしまう患者さんもいるということですが、これは、患者さん側の希望ということも、非常に大きいというお話もございました。

このあたりをどうすればいいかという点としては、まずは、かかりつけ医、介護、在宅の全てが患者情報を共有できるような、情報ネットワークのようなものや電子カルテのようなものがあるといいけれども、その立てつけはなかなか難しいだろうということでした。

それから、横のつながりというところでの連携室の役割はもちろん重要ですが、在宅の相談窓口が機能しているというお話や、ケアマネさんとナースとの

連携がうまくいってれば、そのあたりはうまくいくだろうというお話もありました。

あと、区によっては、分化が進んでいて、きちんと連携ができている区もあるというお話もありました。

遠方からの転院とか、二つ、三つ先に行ってしまうと、もうつながらないというのは、他の圏域でもずっと出ている課題でございます。

それから、転院先がないというのと、転院先がわからないというのは違うというご意見も、他の圏域ではよく出ております。

今回いただいたご意見は、圏域ごとに重なっている部分もございますので、私どものほうでまとめまして、次回にまた提案させていただいて、さらに深掘りしていければと思っております。

4. 閉 会

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

○久村課長：では、事務連絡が3点ございます。

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っております。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。公開されまし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)