

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

平成 3 0 年 1 月 2 4 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』

〔区南部〕

平成 30 年 1 月 24 日 開催

1. 開 会

○久村課長:定刻となりました。座長の鈴木先生がまだお見えでないのですが、もうすぐ到着されるというご連絡をいただいておりますので、ただいまより区南部の「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、また、鈴木先生がお見えになるまでの間、私、東京都福祉保健局地域医療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、よろしく願いいたします。

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

○久村課長：それでは、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。

○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い集計いたしました。

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、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は区南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。平成27年度から28年度にかけて、回復期機能の病床が増えております。こちらは、内容を確認したところ、回復期リハ病床が昨年に比べて増えているという結果でございました。

また、高度急性期機能と急性期機能の報告内容については、大きな変動がなかったというのも、この区域の特徴でございます。

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、高度急性期機能から回復期機能にかけて、稼働率が下がっているという状況でございました。

特に、急性期機能をご覧くださいますと、稼働率が下がっていることに加えて、平均在院日数も前年に比べ長くなるという結果でございました。

次に、③の入院料と機能をクロス集計したものでございますが、こちらは、地域包括ケア病棟をご覧ください。区南部では、急性期と回復期の割合が均衡しております。

この入院料は、急性期機能の割合が高かったり回復期機能の割合が高いなど、地域によって届け出の状況がさまざまとなっております。

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す。こちらは、回復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」という割合が高くなっております。東京都平均が17.7%に対して、この区域では26.2%と、都内で最も高い数字でございました。

しかし、⑤の退院調整部門の設置割合をご覧くださいますと、こちらは、都平均では58.7%に対しまして、区南部では48.8%と下回っている状況でございます。

患者さんの状態に応じた転退院の支援が行われているかにつきまして、後ほど実施するグループワークの中でも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。当日の内容についてご紹介いたします。

開催概況ですが、区南部における在宅療養ワーキングにつきましては、12月14日に開催いたしまして、28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、「開業医の横のつながりを利用し、在宅医をバックアップする取り組みを進めている」という品川区さんの取り組みをご紹介いただいたり、「在宅専門クリニックと外来の延長で、在宅に対応するかかりつけ医との連携が取れていないので、情報共有が必要」という課題をお聞きしました。

また、「最近、訪問診療専門の歯科診療所が乱立しているが、地元に根ざした診療をしているわけではない」という課題や、「ケアマネや訪看等から声がかかった薬局は、積極的にやっている」というお声がございました。

2つ目のテーマは、「地域と病院の連携について」ですが、「ポストアキュート、サブアキュートの役割を担い、在宅療養をバックアップする体制をとっている」という、こちらも品川区の病院さんからのご発言がございました。

また、連携という面では、「区を越えると連携が難しくなる」というご意見や、「病院から病院へ転院するとき、転院元の病院から入院時の状況等がつかないことが問題で、病院間の情報共有が課題」というご意見がございました。

また、「病院の看護師が、在宅でどこまで看護ができるかわからないため、病院で出前講座を予定している」という取り組みや、「ケアマネに対して、退院に関し主治医に患者を帰すように、細心の注意を払って周知している」という取り組みをご紹介いただきました。

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が該当しておりまして、この区南部では6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、こちらもグループワークの際に見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、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さんを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いたします。

東京都からの報告は以上となります。

○鈴木座長：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。よろしく願いいたします。

○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。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。病床機能報告制度による病床数と地域医療構想からまとめられた医療需要による必要病床数は、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。これは、ご自分の病院の中の患者さんを見ていただければ、よく理解できることと思っております。

その中で、3ページの下を図をご覧ください。これは、「奈良県方式」と言われるもので、急性期を「重症急性期」と「軽症急性期」に分けてはどうかという考え方です。

4ページの下をご覧くださいと、病床機能報告で報告された急性期の中は「重症急性期」と「軽症急性期」と分けられるということで、「軽症急性期」は回復期とみなそうという考え方でございます。

一方、5ページの上ですが、「東京都の必要病床数と現状」について見ますと、病床機能報告によるそれぞれの機能の数と、地域医療構想で医療需要から計算された2025年の必要病床数には乖離があります。

そこで、その下ですが、高度急性期を「治療中」と「治療後」に分け、「治療後」を急性期と考え、急性期は、「奈良県方式」と同じように「重症急性期」と「軽症急性期」に分けて、「軽症急性期」を回復期と考えるようにすれば、

2025年の必要病床数に見合ったように、数合わせではありますが、できるのではないかとこのわけです。

もちろん、区域によっては、患者数が増えてくるので、東京都全体で見ると、現時点での必要病床数は少し不足になるかもしれないという予想でございます。

それに関して、6ページの上ですが、これは、高度急性期の特定機能病院の入院患者の状況をグラフ化したものです。

そうすると、そこに入院している患者さんの3分の1は高度急性期であるが、残りの3分の2については、急性期と回復期の患者さんであるということで、高度急性期の中にも急性期と回復期が混じっているということで、厚労省もこういう考え方を最近示しております。

そういうことから、このような考え方をすると、2025年の必要病床数と現状が将来的には合致すると言えるのではないかとこのことです。

こういう中で、どのように患者さんを診ていくかという、8ページの下をご覧ください。

「異なる病床機能の連携による医療」ということで、そのために必要なインフラとしては、病院の機能分化、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が大事であるということです。

ところで、9ページの上をご覧ください。これは、「東京都病床機能と規模別病院の分布」で、丸の大きさは規模をあらわしています。これを見ていただきますと、先ほどの話で、2025年において、全体としての数合わせはできらうと申しましたが、それぞれの圏域ではかなり偏在しております。

そのため、こういうところで医療連携をしていって、将来の医療需要より推計された、目の前の患者さんを滞りなく診ることが必要になってくるわけなんです。

そこで、先ほどの必要なインフラということで、病床機能の分化ということは、地域包括ケアへの転換がその一つであると考えられます。また、情報ネットワークに関しては、電子カルテのネットワークの継続性が重要なポイントになってきますし、高齢者の搬送のためには、医療搬送システムの構築が大事になってくるのではないかとこのわけです。

○鈴木座長：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）

○鈴木座長：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、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、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ったご意見でございます。5-3は、そのときに出た意見をまとめたものでございます。

5-1は、データから見えるこの地域の現状で、5-2のほうは、先生方からいただいたアンケートの結果から見える、この地域の現状をまとめたものでございます。

前回の復習になりますが、まず、データから見ますと、この地域は、高齢化が非常にゆっくり進む地域であるということで、東京都の中で最も遅いということですが。

流出や流入ということでは、比較的区部では流出と流入が少ない地域でもございまして、自構想区域での完結率が高いということです。

そして、高度急性期から急性期では、病床の利用率は平均的ですが、回復期になりますと、病床稼働率が非常に高くなる一方で、慢性期になると非常に低いといった特徴がございます。

5-2のアンケートのほうからご覧いただきますと、それぞれの区によって考え方が違っていて、不足している医療というところでは、周産期、小児医療から精神科医療、感染症医療といったほぼ全ての機能について不足を感じていらっしゃる場所があります。

ただ、実際には、病床に空きがあるように思うというようなご意見もいただいております。

また、各機能においてそれぞれご意見がありましたが、特徴的なのは、療養型の病院が患者を受け入れてくれなくて、調整に苦勞するというような、急性期からのご意見があったということです。

下のほうに、病院側と在宅側のそれぞれのご意見がありますが、看取りを希望する際の受け入れ先ということや、介護施設の入所者の病状が変化したときや、急変時の受け入れ先がないといったご意見がありました。

また、在宅側からすると、急変時の受け入れ先病院を探すのが難しいという意見がある一方で、急変時でもよく受け入れてもらっているというご意見もありました。

そして、「その他」というところですが、慢性期病院が充実するといったご意見も出ていました。

以上のことを踏まえて、5-3のとおり、2つのテーマに絞って意見交換をお願いいたしました。

①は、「区南部における急性期機能の医療提供体制」で、②は、「慢性期機能は看取り機能を担っている。区南部における回復期、慢性期機能が担うべき役割」ということです。

いただいた意見の中では、①では、「在宅医からの急変時の受け入れについては、どの医療機関も協力しなければとの認識を持っている」というご意見がある一方で、「中小病院の役割は重要で、在宅医側も中小病院で何をやっているかを理解することも必要」とか、「病院に入院させた患者が、元のかかりつけ医に戻るのではなく、退院時は在宅の専門医につながってしまうなど、連携が不十分」というご意見がございました。

また、②についても、「慢性期でもサブアキュートの対応が可能な症状もある。病院、在宅の双方の理解、周知でカバーできる部分があるのでは」といったご意見や、「人材が不足しており、慢性期の病院同士で連携していくことも必要」といったご意見もございました。

こうしたことを踏まえまして、きょうのグループワークのテーマを私どものほうで設定させていただきました。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るというような機能としては、今後どんなものが必要かといったことを、それぞれのお立場から、あるいは、都民の立場からご意見をいただければと思います。

そして、テーマ②としては、「急変時の受け入れなど、病院と在宅医の連携強化の取り組み」ということです。

先ほども申し上げましたが、病院から病院へ転院していくと、転院元の病院からの入院の情報がどんどんわからなくなっていくということが問題だったり、在宅の専門の先生とかかりつけ医間の連携がないために、情報の共有が難しいといった、この地域で聞かせていただいたご意見でございます。

そうしたことを踏まえてご議論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、1つのテーマについて約20分ご議論いただきます。まず、進行役と書記役と発表役をお決めください。これまでの様子を見ておりますと、書記役と発表役は同じ方がやっているところが多かったかと思いますが、その辺はお任せいたします。

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。

20分たちましたら、1つのグループで1分から2分程度で内容をご説明く
ださい。その際、発表の方は、何かまとめるといった作業は必要ございません
ので、こんな意見が出たということをおっしゃっていただければ結構です。

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てご報告させてい
ただきます。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長：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]

○鈴木座長：もっと話してきたいのですが、時間になりましたので、各グルー
プの発表に移りたいと思います。では、Aグループからお願いいたします。

○Aグループ：池上総合病院の臼井と申します。

まず、高度急性期の病院は、かかりつけの人の急変の場合は比較的受けられ
るのですが、全くの初診の患者さんは、現場のほうではなかなか診づらくて、
お断りをしている可能性があるので、今その理由を調べているというお話があ
りました。

また、病院間の連携については、今までは競争をしていたところがありまし
たが、今後は地域の中で協力していくべきだという意見も出ました。

それから、中小の病院は、夜間の職員の確保が困難なので、救急をやる病院
は限られてくるのではないかとということで、逆に、救急をやるような大きな病
院は、断らずに受けていくべきだという意見もありました。

また、急性期病棟を維持するために、慢性期の病院のほうに患者さんが転院しているが、慢性期から来た患者さんが転院を繰り返しているという事例もあるということです。

それから、在宅を勧めても戻りたくないという方もおられるということが、慢性期の病院のほうから出ました。

ただ、地域の中で病床利用をしっかりとっていくということから、転院をスムーズにするために、病院間の電子カルテのネットワークを構築して、情報を共有していくことが必要であって、また、病院間で協定をつくって、急性期はこちらで診て、慢性期のほうに転院をスムーズにするようにすべきだという意見もありました。

○鈴木座長：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：牧田総合病院の荒井です。

テーマに沿っているかは微妙ですが、身体合併症のある精神疾患の患者さんのあとの受け入れ先がなかなかなくて、非常に困っているというお話がありました。

それから、7対1の病院から、言葉が悪いですが、ただただらしていて、受け入れ先の病院がなかなか見つからなくて、それが、結局、病院を圧迫しているというお話で、要は、慢性期が少ないというご意見がありました。

あと、慢性期側からは、いきなり急性期から来るということは少なく、回復期から慢性期に移動するという流れがあるが、受け入れ側としては、制度的に、医療区分1であると、収益の問題等がありますので、なかなか受け入れができないというようなお話も出ました。

実際、慢性期の病院というのは、大田区、品川区の患者さんで90%ぐらいになるということで、地域完結型になっているということでした。近くであれば安心だということで、さらに、最近は看取りも非常に多くなってきているということです。

ですから、今後は、長期療養というよりは、看取りの医療というものが、慢性期機能には必要ではないかというご意見でありました。

あと、かかりつけ医の先生からは、一番大切なのは、いざというときに、しっかり受け入れていただける病院があるということなので、その辺の仕組みを整えていただきたいというご意見も出ました。

○鈴木座長：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：京浜病院の南部と申します。

地域包括ケアを1年やられて、問題として出てきたことがあるということで、入院前の情報が足りていなくて、情報の共有化ができていないので、在宅からの情報が全然上がってこないため、正しい情報を一元化できればいいのではないかというご意見がありました。

それから、医師会のほうで情報共有ができていますが、外のエリアではまだまだ共有ができていないので、ほかの医師会さんとも情報共有をして、横でつないでいければ、ある程度の範囲で情報共有ができるのではないかというご意見もありました。

あと、薬剤師さんからですが、退院カンファレンスを行っていて、お薬手帳もあります、それを見てもらっていないケースが多いのではないかというお話がありました。

それを利用できると、もっとうまく回せるのではないかということと、基幹病院などでは、そういうお薬手帳の内容を事務系の方がデータ化していて、それを利用できるように運用しているというお話もありました。

それから、入院後の問題として、退院調整の看護師さんや訪問看護師さんたちは、患者さんの情報が本人と合っているかを見ながら、合っているかどうかの確認をしていく必要があるというご意見も出ました。

そして、その患者さんの背景とか環境がどういうものであって、どういうことを行えば、この人は在宅に帰れるかということまでの情報を、病院側が出してくれると、在宅を受け入れる場合にすごくやりやすいというお話がありました。

また、高齢者に対してどこまで医療を行うかという問題がありまして、そういうことも急性期が担わされているという話も出ました。

それから、PTさんは多いけれども、OTさんやSTさんが少ないので、その辺の評価が十分できていないというお話もありました。

さらに、例えば、回復期だと、在宅と兼任でいけるかもしれないという意見もありますので、病棟でやっているセラピストが在宅に行ったりして、連動してやっていくという流れもあるのかなということでした。

それから、情報を共有化するとき、セキュリティ上の問題もあって、実際はなかなか難しいという話も出ました。

あと、地域密着型の地域包括ケア病棟と在宅の連携を強化することが、今後の課題だということで、地域でのミーティングをやって、非常によかったというお話もありました。

この地域包括ケア病棟も、在宅連携ができていないところは算定が下がるというような話もありましたので、このあたりは密にやっていく必要があるというお話でした。

○鈴木座長：ありがとうございました。大変有意義なご意見がいろいろ聞かれたと思います。

それでは、2つ目の「急変時の受け入れなど、病院と在宅医との連携強化の取り組み」というテーマで、それぞれ意見交換をよろしく願いいたします。

[テーマ②についてグループワーク]

○鈴木座長：どのグループも、だんだん笑顔になってきているようで、いい話し合いができていないかと思いますが、そろそろ時間となりましたので、今まで出た話の内容をお聞かせいただければと思います。

今度は逆に、Cグループからお願いしてよろしいでしょうか。

○Cグループ：東京蒲田病院の小山と申します。

受け入れ側と受け入れをお願いする側という2つの面から議論がありました。そして、その中心となったのは、認知症の患者さんと精神疾患の患者さんの対応でした。

基本的に、ご家族とのすり合わせがまず大事なのではないかとということが前提ですが、医療・看護必要度、重症度を維持するためには、認知症の患者さんも受け入れていかなければいけないのではないかとというのが、現場の病院側の意見でした。

認知症が強くなると、当然、いろいろな合併症が増えてきますので、かかりつけ医の先生方が24時間対応するのは非常に無理なので、病院に依頼するしかないわけです。

そして、実際問題として、救急車を全然受けないかということ、病院側の意見としては、東京都全体の応受率は90%を超えているということですので、かなりの部分で受け入れられていて、結果的にどこかの病院に入っているのではないかとということです。

もちろん、地域密着型という形で言うのであれば、往診の先生と連携していて、その病院が必ず受け入れるという体制になっているかということ、そうではなく、救急車に乗せて、最終的にはどこかの病院に入っているのではないかという意見でした。

あと、特養とかでの心肺停止の場合はどうなっているかというお話もありまして、それは、救急車に乗せてしまうと、病院で非常に丁寧な心肺蘇生をされたりされたりします。

ただ、それは、ご家族のご意向ではなかったりすることもあるとあって、そこでまた、微妙なトラブルというか、クレームとかにつながってしまう危険性もあるので、病院によっては、昼間は十分に情報が取れるので、その場合はそういうデリケートな部分の対応ができるかもしれないが、夜間の場合は、情報収集も十分でなくなってしまうので、夜の対応は難しいというご意見も出ました。

あと、在宅看取りそのものの問題も、まだ十分解決されてないでしょうし、がんの緩和ケアについても、最終的には病院に運ばれたりするという、疾患別に特有の問題もあって、ご家族の考え方というか、死生観というか、そういうものが強く影響してしまう部分もあるので、きれいな解決は難しいというお話もありました。

○鈴木座長：ありがとうございました。確かに、認知症の方の場合はなかなか難しい部分がありますね。

では、Bグループ、お願いします。

○Bグループ：品川リハビリテーション病院の渡辺と申します。

まず、病院側と在宅医でどのような連携を現在しているか、どういう状態かということをお聞きしました。

高度急性期や急性期の大きな病院には、組織として地域連携室があるが、やはり、個人と個人のつながりのほうが実際には強いということでした。つまり、出身大学とかのつながりで、大きな病院と連携をしている実態があるということがわかりました。

それから、どういうことに取り組んでいけばいいかということになると、まさに今回の会のように、顔の見える会議を増やしていくことによって、地域で連携を強化していくことができるのではないかというご意見がありました。

ただ、急性期の病院からの意見としては、在宅医からと一口に言っても、普段からしっかり診ているような人ならいいが、患者さんの情報も上がってこないようなところで、いきなり診てくれと言われても困るということでした。

しかも、介護になると全くわからなくなってしまうが、そういう情報までシステム化するとなると、非常にお金がかかってしまうということでした。

そして、急性期の病院では、在宅医との連携のために、ベッドをいつも空けているわけにもいかないというような実情についてもお話がありました。

また、各立場からということになりますと、お金も問題も出ましたが、看取りの問題において、「急変時の受け入れ」という場合の「急変時」の定義は、看取りが前提のものなのか、本当に予期しない急変なのかによっても違うので、このあたりもいろいろ検討する必要があるというご意見もありました。

○鈴木座長：ありがとうございました。おっしゃるとおり、「急変」という言葉は、在宅医の間では、「急な病状変化」ということで、大体は予測可能なレベルなので、本当の意味の急変ではないのじゃないかという議論が、以前ありました。

それでは、Aグループ、お願いします。

○Aグループ：池上総合病院の白井です。

急変時の受け入れで一番の問題点は、救急搬送時の情報が不足しているということで、これに関しては、最近、お薬手帳がかなりの情報量があるわけですが、病院の薬局ごとに手帳を持っていて、まとまったものを持っていないということでした。

それから、病院の医師から見ると、在宅医がどこまでやってくれるかがわからないということから、レポートをつくる必要がない人まで頑張って作成して、そのために退院の時期が延びてしまう場合があるということです。また、亡くなるのであれば、早い目に退院させてもらって、病院から在宅に送ってほしかったのに、病院側が退院を長引かせてしまったということもあるというお話が出ました。

それを解決するために、顔の見える在宅医と病院の医師の意見交換の場をつくろうということで、そういう会合を行っていますが、現場の若手医師や看護師の参加がないということから、意見交換が難しくなっているという問題点もあるというお話もありました。

あと、在宅医の勉強会を開催しても、出てくる医師はいつも決まっているということも、問題点として挙げられています。

なお、在宅医同士の協力体制、考え方には温度差があるということで、中には、抱え込んでしまっている在宅医もいるのではないかというお話でした。

また、医師だけではなく、退院支援看護師やほかの職種も含めて取り組んでいく必要があるというご意見もありました。

○鈴木座長：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。それぞれのグループの中で、「言い忘れたので指摘しておきたい」とか、「ほかのグループの意見に対して、私はこう思う」というようなことはございませんか。

先ほどの認知症の方のお話ですが、入院させると、せん妄を起こされる場合が多いので、敢えて入院をさせないという考え方もあると思います。

また、軽い肺炎ぐら이었다ら、在宅で治療できてしまうという場合もあると思います。

ですので、その辺の入院適用の考え方やご家族との関係性の部分なども、課題の一つだろうと思います。

また、先ほど出ていた看取りのための急変なのか、本当に予期しない急変なのかで、対応が全然違ってきますが、それが、救急車で搬送されるときには、その情報が全くない状態で搬送されるので、救急担当医は非常に苦慮しているという話も、よく聞いています。

そういったことで、追加のご意見はいかがでしょうか。また、傍聴の先生方からもご意見がございましたら、ご発言をいただければと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、この調整会議は情報を共有する場ですので、今後とも、地域の課題解決に向けて議論を重ねていきたいと思っています。

最後に、それぞれの病院で情報提供したいという申し出があれば、この場でぜひご提供いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、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：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整理させていただきます。

まず、テーマの①と②は、つながった意見交換だったと思います。

病院側ということでは、今まで競争していたが、これからは連携していくということで、新たなことを始めなければいけないという中で、患者さんの流れとか、患者さんの受け入れ先を見つけるにあたって、情報の共有が非常に難しいということでした。

それから、慢性期のほうでは、医療区分1の受け入れが困難な場合もあったり、長期になると、看取りの医療につながっていくこともあるというお話がありました。

また、かかりつけ医の先生方から言えば、いざというときの受け入れということが非常に難しいということでした。このいざというときと、急変という言

葉が2つに分かれていき、病院側と在宅側で考え方がちょっと違うのではないかというお話もありました。

一方、情報ということでは、入院前の情報が不足しているといった病院側の意見や、在宅の先生から情報が上がってこないという意見や、医師会でやっている情報共有があるが、一向に広がっていかないというお話もありました。

また、退院カンファレンスとかお薬手帳の活用とか、地域のミーティングとかもいろいろやっているが、そういうこともなかなか発展していかないというご意見もありました。

これは、電子カルテを使ったネットワークが必要と考えられるほか、病院間の協定というものもあったほうが良いというご意見もありました。

そして、後半のほうでは、まず、認知症と精神疾患の患者さんについての問題において、「家族の意向」というキーワードが出てまいりました。つまり、家族の意向とのすり合わせが大事で、これは、病院側もそうですし、特養に入院している人の急変時の場合も、家族の意向がなかなか伝わらないというお話でした。

また、在宅での看取りに関する情報についても、家族の意向というものがなかなか共有できないというお話もございました。

一方、在宅医の側からの情報もさまざまであって、病院側が在宅医のためにベッドを空けておくことがなかなかできない中で、情報共有は非常に難しいということでした。

それから、救急搬送された患者さんの情報が非常に不足していて、お薬手帳を活用しているが、それ自体、何冊も持っていたり、病院ごとにつくっている患者さんもあって、本来の役割を果たしていないというお話もありました。

さらに、在宅の先生がどこまでやってくれるのかというあたりも、病院側には見えない中で、在宅に行ったり、転院するといった場合、退院が困難になるケースが非常に多いということでした。

そういう中で、顔の見える関係をつくっていくのが良いということで、本日のような会とか意見交換の場があることが重要だが、院長先生とか看護部長の先生方だけの会では、現場の医師、看護師の出席が難しいというご意見もありました。

なお、ほかの圏域で出たご意見の中で、結構共通していたのが、大きな病院に行くのと、そのあと在宅ということになると、かかりつけ医に帰ってこなくなるということが、多くの構想区域でも出ていました。

本当はかかりつけ医と在宅専門の先生の連携があってもいいのではないかというご意見も、いろいろな構想区域から出ていました。

また、ケアマネジャーさんにお任せすると、勝手にお医者さんを決めてしまうというご意見がある一方で、ケアマネさんからすると、「いえ、そんなことは絶対してなくて、家族の意向を聞いて、やっています」というご意見もありました。

ですので、病院側と在宅側、介護側と医療側というところでの、それぞれの意見がまだまだクロスしていないといえますか、逆のベクトルを向けているところもあるんだなというところがございます。

私どもは、こういったいただいたご意見を整理いたしまして、次回の調整会議に活かしてまいりたいと思いますし、この中から、行政として実現しなければいけないことについては、引き続き実現に向けて努力してまいり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。

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。

○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ま

し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、こちらは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。長時間にわたりどうもありがとうございました。

(了)