

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

平成 30 年 1 月 15 日 開催

(一部、加筆修正あり)

[平成 29 年度]

【第 2 回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

平成 30 年 1 月 15 日 開催

1. 開 会

○矢沢部長：それでは、定刻となりましたので、ただいまより区西北部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催いたします。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ので、よろしくお願いいたします。

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たあと、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、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を水野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

○水野座長：板橋区医師会の水野と申します。本日はよろしくお願いたします。

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。よろしくお願いたします。

○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、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でございます。こちらは、今年度1回目の調整会議でもご紹介したもので、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、今回から初めて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。今回からは4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は区西北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、区西北部の集計結果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年度と平成28年度にかけまして、急性期機能と回復期機能が増加しております。急性期機能につきましては、7対1病床におきまして、昨年は高度急性期でご報告いただいたものが、平成28年度は急性期と報告に変更があったところが大きくなっております。

回復期機能につきましては、回復期リハ病床が増えたことによるものが大きいという結果でございました。

②は病床稼働率と平均在院日数の推移でございます。回復期機能をご覧いただきますと、平均在院日数が56.1日と短くなり、病床稼働率は93.0%と上がっているという結果でございました。

慢性期機能をご覧いただきますと、平均在院日数が195.3日と大幅に長くなっておりますが、こちらは、内容を確認しますと、前年度に比べまして大幅に在院日数が長くなった病院がございました。

データ上の問題かもしれませんが、その病院を仮に除いて計算しますと、169日という結果でございました。

ただ、いずれにいたしましても、前年度より平均在院日数が長くなり、病床稼働率が下がっているという状況でございます。

医療必要度の高い患者さんが増えているというお声を、調整会議でお聞きしますので、それがデータとなってあらわれた結果ではないかと思っております。

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、下から2つ目の「地域包括ケア病棟入院料」におきまして、急性期機能と回復期機能の割合が均衡しております。

この入院料は、急性期の割合が高かったり、回復期の割合が高いなど、地域によってお届けの状況がさまざまでございます。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ございます。

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の患者」の割合が高かったです。

この構想区域では23.5%ですが、東京都全体では17.7%という結果でございました。

退院調整部門の設置割合も、⑤をご覧くださいますと、62.9%となっておりますが、こちら、東京都全体の58.7%を上回る状況ですので、地域のかかりつけ医の先生方との連携がしっかり取れているかにつきまして、後ほどご確認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いたしました。この会の中からお参加の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させていただきます。

開催概況ですが、ことしの1月9日に、40名の先生方にご参加いただき開催いたしました。

参加団体につきましては、本日の調整会議の先生方に加えまして、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、新たにご参画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」でございます。

こちらでは、「圏域の特徴として、各区の規模が大きく、圏域をひとくくりでまとめるのは難しい。まずは、区単位で検討することが必要」、また、検討するにあたって、「在宅専門のクリニックが区外からも入ってきている。ま

た、医師会にも入っていないことが多いため、状況がつかめていない」というお声がございました。

また、「がん・非がんについては、対応スパンが違う。患者に対する機能分化が必要ではないか」というお声もございました。

一方、「ICTを活用した連携が広まってきている」とか、「行政が開催する多職種の会議により、地域の医療・介護職同士で話ができ、顔の見える関係が構築されてきた」というご意見がございました。ただ、「区境の連携が必要」という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。

こちらでは、「病院の医師が在宅医療がどのぐらいの医療ができるかわからないため、病院医師の在宅への理解促進が必要」というお声や、逆に、「病院の取り組みを在宅医が把握する必要がある」ということで、相互に理解し合うことの重要性についての意見がございました。

また、「区内共通の退院ルールをつくろうとしたが、病院ごとにルールが違い、まず、区内の病院間の周知、共有が必要という結果になった」というお声もございました。

さらに、「年末年始に何かあったら病院へといった連絡があり、患者の情報等を病院に連絡し、安心して過ごせた。在宅医にとって、休めないというのがネックだが、病院の支援があると大変気が楽になる」というお話も出ました。

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。

こちらは、昨年、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。

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、この区西北部では4つの医療機関が対象となっております。

このプランには、構想区域の現状や課題、自院の現状や課題。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っていく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、現段階でご提出いただいている各病院でおつくりいただいたプランを抜粋したものを配布しておりますので、これらも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、病床の整備を行っていただいている病院をご紹介します。

本日は、板橋区の病院さんと練馬区の病院さんに該当がございましたので、ご紹介しております。後ほどご覧いただければと思います。

東京都からの報告は以上となります。

○水野座長：ありがとうございました。

続いて、東京都医師会から1点報告がございます。よろしく願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会副会長の猪口です。

カラーの資料の、「東京都地域医療構想調整会議に資するために」という資料をご覧ください。

「回復期病床の考え方」ということで、1ページの下に「奈良県方式」というものがあります。地域医療構想のワーキンググループの国の会議に出されたもので、全国の都道府県の衛生主管部にも全部知らされている内容です。

3ページの上をご覧ください。急性期の部分を削って回復期を増やさないと、数合わせがうまくいかないというように言われていますが、その下のように、「重症急性期」と「軽症急性期」に分けて考えればどうかというわけです。

4ページの下をご覧ください。この急性期について、「機能の明確化」と書いてありまして、手術と救急入院が1日2件ぐらいあるようなところをボーダ

ーラインとして、それ以上の場合は「重症急性期」と考えてもいいのではないかとということです。

なお、この図には、「月2件」となっていますが、「1日2件」と訂正願います。

それ以下の場合は、「軽症急性期」と定義して、回復期の機能も有しているような急性期ではないかというわけです。

そこで、5ページの上ですが、これを東京都に当てはめてみようとしてみました。上の段は、27年度と28年度の病床機能報告と2025年の必要病床数の推計ですが、これを見ると、高度急性期は減らし、回復期をかなり増やさなければいけないというイメージになります。

そこで、その下ですが、高度急性期と病床機能報告をされていても、医療資源を余り投入していない病床もあるだろうということで、これを「治療中」と「治療後」に分けてはどうかと考えられます。また、急性期においても「重症急性期」と「軽症急性期」に分けられるのではないかとということです。

こういう考え方が実際に当てはまるかということですが、6ページの上の図をご覧ください。これは、高度急性期と言っている特定機能病院の入院患者の医療資源の投入状況ですが、青が高度急性期相当、赤が急性期相当ということで、特定機能病院であっても、6割から7割しか急性期相当の医療資源しか投入されていないということがわかります。

ですから、3割から4割にかけては、回復期以下の医療資源の投入量であるということになります。

以上のことから考えますと、特定機能病院の方々にもちょっと譲っていただいて、7割ぐらいが高度急性期で、3割ぐらいが急性期ということにさせていただけるのではないかとというわけです。

一方、急性期においても、「重症急性期」と「軽症急性期」に分けて考えられるとすると、その下の図ですが、比率合わせとしては、「治療後」の高度急性期を急性期にして、「軽症急性期」を回復期と考えると、何となく納まってくるということです。

もちろん、「軽症急性期」がそのままいいかということ、回復期としての中継地点になる可能性がありますから、それなりの機能を持っていただく必要が

ありますが、必ずしも、回復期リハになれとか、地域包括ケア病床になれとかいうことではなくて、そういう機能を持っているんだということで議論していただければ、何とかうまくいくのではないかというものであります。

それから、7ページ以降は、「稼働率の上昇、平均在院日数の短縮に向けて」ということです。これは、きょうのような会議で話をさせていただきたいのですが、8ページの下の段をご覧ください。

こういう回復期の役割がきちんと増えていく必要がありますが、そのためにはうまく連携していかなければならないわけです。

地域医療構想というのは、役割分担と連携ですから、うまく連携していくためには、必要な病床をきちんと機能分化しなければいけないということで、回復期的な意識を持った病床を増やしていくことが重要です。

それと、病院間の情報ネットワークの構築が必要であるということです。平均在院日数が1日違うだけで回転率が変わってきますので、ネットワークが大事になってきます。

さらに、高齢者対象の医療搬送システムをしっかりとさせることも重要です。つまり、1日という単位でいろいろ動くことを考えると、これが非常に大事になってくるというわけです。

なお、先ほど、数合わせの話をさせていただきましたが、9ページの上の図をご覧ください。これは、東京都の病床機能と規模別病院の分布です。

東京都全体としては、数合わせはうまくいくのですが、この図のように各機能が非常に偏在しています。

そのため、急性期を回復期に変えていく努力をしても、東京都全体としての数合わせはできますが、それぞれの二次医療圏ごとではなかなか合わないということがわかります。

そこで、こういうところを踏まえていろいろ議論していただければと思っております。

今までの障壁になっているのは、回復期をどう考えるかということですが、こういう考え方もあるということで、ご紹介させていただきました。

○水野座長：ありがとうございました。

ただいま東京都と東京都医師会からご説明がございましたが、ご質問はございますか。どうぞ。

○今泉（王子生協病院）：王子生協病院の今泉と言います。

資料1の④「退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合」のところで、「在宅医療を必要としない患者(死亡退院を含む)」と書いてありますが、死亡の方というのは、どの辺の医療機関に入っていらっしゃるのか。死亡の方というのは、慢性期で長期入院の方も多いと思いますので、そういう統計があれば、その割合を教えてくださいたいと思います。

○水野座長：東京都のほうからいかがですか。

○東京都：病床機能報告によりますと、平成28年6月の1ヶ月の間で死亡他院等とご報告いただいた人数は、高度急性期機能で210名、急性期機能で346名、回復期機能で24名、慢性期機能で151名という結果でございました。

○水野座長：次のご質問を受けたいと思います。どうぞ。

○鈴木（浩生会スズキ病院）：練馬区の浩生会スズキ病院の鈴木と申します。

東京都医師会の資料の7ページの下段ですが、地域包括ケアシステムと病床の再編成ということで、患者さんが各病院や在宅とかに、今よりも頻繁に移るようになると思うんです。

その搬送システムについて、救急車も含めて、民間の搬送システムなどでやらなければいけないわけですが、今よりもどのぐらい患者さんの動きが増えると思われるでしょうか。

○猪口副会長：はっきりした数はわからない部分が多いですが、東京消防庁の救急車が転院搬送で使われている台数だけで、年間4万件を超えています。

その送り先が、慢性期というか、ステージ的に下がったところに送る場合がほとんどだということを考えると、それをベースにしながら、今後、お年寄りが増えていくことを考えると、それ以上だということは間違いないと思います。

○鈴木（浩生会スズキ病院）：それについて、これからは民間の搬送システムを使うことが多くなるということですが、それによって、また負担が増えていくと思うんですが、

○猪口副会長：転院搬送に関しては、東京消防庁に救急を要請する場合は、「不要不急」の原則ということで、それは行わないということでやっておりますので、東京消防庁は使えないということになります。

ですから、今活用できる方法は、医療管理下で搬送できる方法としては、病院救急車を利用するという方法だけです。

民間救急はありますが、救命救急士が乗っているとは限りませんし、なおかつ、メディカルコントロールが効いていません。

だから、東京都医師会としては、病院救急車の活用ということを一生涯懸命勧めております。

ここにいらっしゃる病院の先生方には、ぜひ病院救急車を持っていただいて、我々と行動を共にしていただけると大変ありがたいと思っています。

病院救急車に関しては、東京消防庁の使用済みの救急車をなるべく再利用できるようにご検討いただいているところです。

○水野座長：そのほかご質問はよろしいでしょうか。

それでは、次の議題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）

○水野座長：それでは、3つ目の「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、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、東京都よりご説明をお願いいたします。

○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、上下に並べて見ていただくとよろしいかと思いますが、5-1は、データ等から見たこの地域の現状で、5-2は、昨年末実施させていただいたアンケートの結果からのこの地域の状況でございます。5-3は、前回の会議で出た意見をまとめております。

まず、5-1の資料についてですが、この区西北部の特徴としては、全ての機能について、ちょっと流出型ということでございます。

高度急性期については、稼働率が東京都平均より低いということがございます。急性期では、中小病院の割合が多く、病床稼働率は高い状況にあるということですが。

一方、回復期、慢性期になると、病床稼働率が低くなってきておりますが、最も特徴的なことは、回復期リハビリテーション病床が人口10万対で非常に多いということです。

それから、5-2ですが、ご意見をたくさんいただいた圏域でございまして、いろいろ課題を感じていただいている地域ということも言えるかと思っております。

例えば、高度急性期では、充足しているという回答があったところと、不足しているという回答があったということです。そして、それぞれの機能においても、充足と不足の両方が出てきています。

それから、病院側からのご意見としては、「在宅医療の受け皿の把握ができていない」とか、「在宅医に関する情報が不足しており、連携が進まない」というご意見があり、「病院と在宅での医療提供の違いに対する連携、調整が必要」というご意見もいただきました。

一方、在宅側からは、「急変時、症状変化時の受け入れ体制をもっと整えてほしい」とか、レスパイトにおいては、「高齢者世帯の介護者の療養が必要になった際の患者の受け入れ」が重要であるというご意見をいただきました。

また、在宅移行、退院支援のところでは、「病院側からもう少し早く移行できるよう制度理解を進めてほしい」というご意見もいただいております。

それから、ほかの構想区域でも同じですが、在宅医療の課題の例のところでは、家族の介護力や、提供する側の24時間対応、多様化する患者ニーズへの対応といったところは、ほとんどの構想区域で共通する課題として挙げられたものでございました。

こうしたことを踏まえて、いただいた意見を整理したのが5-3で、論点としては、①「今ある医療資源を最大限活用させるための方策」、②「回復期機能病床稼働率のさらなる有効活用について」、③「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体制について」という3つにまとめられるかと思えます。

それぞれご意見がありましたが、特徴的なところを申しますと、①では、「機能を整備すれば需要も増える。救急においても、循環器を強化すれば救命率が上がる。まだまだ急性期は充実すべきである」というご意見や、「高度急性期、急性期は流出しているが、それも、三次救急やがんなどで流出の理由は異なってくる。三次救急は一部の区に集中しており、圏域内全てをカバーできないことから流出する」というお話がございました。

また、回復期においては、リハ病床が都内の構想区域の中で最も人口割合として多い地域ですが、反面、病床稼働率が低いという状況にあります。

そして、このあたりも踏まえて、③では、「平均在院日数の関係で、高度急性期、急性期から回復期、慢性期、在宅へ移さないといけないが、行き場がない」という意見もありました。

このように、病床稼働率といったことと先生方がお感じになっている、「転院ができない」といったところが、まだミスマッチの状況になっていることが、この中から見て取れるかと思います。

こうしたことを踏まえまして、きょうのグループワークでは、資料6の2つのテーマについて、先生方が日ごろお感じになっていることについて意見交換していただきたいと思います。

テーマ①は、東京都の全域で同じテーマで議論していただいております、「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」でございます。

ただ、これは、地域包括ケア病床だけではなく、例えば、急性期、回復期、慢性期といったような病床でも、地域包括ケアを支えるといった観点はございますので、そのあたりをどうやっていけばいいかとか、どんな機能が必要かというようなことについて、ご意見をいただければと思います。

テーマ②は、「限りある地域の医療資源を有効活用していくための、構想区域内の連携強化について」でございます。

先ほどあったように、病院側からは、在宅の状況がわからないというご意見がある一方で、在宅側からは、医療側でもう少し受けてほしいとか、もっと早くから在宅移行を進めてほしいといったご意見があって、そこは、まだミスマッチの状況の中で、病床稼働率が低いという状況です。

そんなところから、日ごろお感じになっていることについて意見交換していただければと思います。

グループワークの進め方ですが、まず、進行役、書記役、発表役を決めていただきます。これまでの経験からは、書記役と発表役は同じでもいいのかなという気がいたしましたが、そのあたりはお任せいたします。

1テーマを20分で議論していただいて、各グループから1分から2分ぐらいでご発表をお願いいたします。それを2回繰り返していただきます。

今回出た意見をまとめていただく必要はありませんで、どんな意見が出たかを網羅的にお話しいただければ結構です。また、前のグループで出た意見は省いていただいてもいいですし、補足するような部分をお話しいただいても結構です。

できるだけ全ての方にご発言いただき、意見交換を進めていただければと思っています。よろしくお願いいたします。

○水野座長：ありがとうございます。

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。よろしくお願いいたします。

[テーマ①についてグループワーク]

○水野座長：それでは、各グループからの発表に移りたいと思います。Dグループからよろしくお願いいたします。

○Dグループ：練馬区の森田と申します。

それぞれの区の状況をお話いただきましたが、慢性期が不足しているところもあれば、自区内に急性期の病院が少ないので、急性期はほかの区でということもあるということでした。

それから、慢性期の患者さんを、リハビリをして在宅に復帰できるようにするという機能が、今後必要ではないかということであると、老健などの介護施設についても、そういう役割が果たせるように、連携する必要があるのではないかとのご意見もありました。

また、地域包括ケア病床については、とても使い勝手がいいけれども、これがうまく回るようにする必要があるだろうということ、施設基準のハードルが非常に高いので、そこは何とかならないだろうかというご意見もありました。

それから、区によって病院さん同士の連携がうまくいっていると言えない状況もあるので、そののところをもっと考えていけたらというご意見も出ました。

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

○Bグループ：王子生協病院の今泉です。

地域包括ケアというところから話を進めました。行政側から、介護を主体にした考えから始まって、それに医療が結びついてきたわけですが、現実的には、在宅に帰すにあたって、看護師の負担が多くなっているという意見や、急性期の方からは、こんな患者さんを在宅に帰せるのかという不安もあって、それを家族に説明してしまうと、修正ができなくなってしまうという意見もありました。

また、いろいろな病院で慢性期を経て、在宅に帰ったときに、いくつかの病院を経る中で、患者さんの元の情報がわからなくなるということで、ケアマネジャーさんがかかりつけ医に帰さないというところもあるということです。

そこができているところもあるけれども、そういうところが課題だろうということで、区単位でなく、広域で調整役を考えたり、患者さんの情報を共有する方法が必要だというお話も出ました。

それから、回復期、慢性期では、総合診療医というのが、一つの担い手として考えられるが、新たな制度のもとでは、なかなかいないので、そういったところを自分たちで育てるという視点が必要ではないかという意見もありました。

○水野座長：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：板橋区の保健所の鈴木と申します。

病床機能の確認をしまして、病床が板橋区に集中しているという話がありました。

各区の医師会とも非常に協力的だということで、そんなに紹介先に困っていないというお話もありましたが、圧迫骨折とか誤嚥性肺炎の患者さんとかで、介護が中心の方の場合は、圏域内で受け入れられないことが問題で、埼玉のほうに行かれる場合が多いということでした。

そうすると、こちらに戻ってこられる可能性はかなり低いというようなお話でした。

それから、在宅の先生方とのネットワークは非常に大切ですが、医師会に入っていらっしゃらない在宅の先生方の把握ができなくて困るとか、各病院にはいろいろな患者さんがミックスされているけれども、それぞれの病院の機能がわかるようなリストがあったらいいかという意見も出ました。

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

○Aグループ：安田病院の安田と申します。

まず、地域包括ケアをどのようにやっていくかということで、一番大切なのは、情報共有をいろいろなレベルで、多職種のケアマネも含めた情報共有をしっかりとっていくべきだというご意見がありました。

また、ICTを利用しながら、退院調整ができればというご意見もありました。

中小病院のほうでは、地域包括ケア病床の機能を備えながらということになると思いますが、北区さんのほうは、まだ充足されていないということです。

練馬区さんのほうでは、地域包括ケアといっても、急性期から自院でそのまま完結するタイプと、地域から受け入れて包括ケアに入れるタイプがあって、練馬区は後者のタイプが多く、国が想定しているのもこのタイプじゃないかという意見もありました。

あと、豊島区の先生からは、高齢者を診ていく場合には、大病院志向ということで、さらに遠くに流出するのはよくないだろうということで、地域でしっかり守っていくためには、中小病院を積極的に利用していただいて、地域にしっかり戻せるようにする必要があるというご意見もありました。

板橋区の場合は、バランスはかなりとれていると思われませんが、中小病院の地域包括ケアをもう少し充足できればと思っております。

○水野座長：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。「限りある地域の医療資源を有効活用していくための、構想区域内の連携強化について」ということで、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]

○水野座長：それでは、発表に移りたいと思います。今度はAグループからお願いいたします。

○Aグループ：大泉生協病院の齋藤です。

連携ということを中心に話をしました。ご存じの方が多いと思いますが、2つぐらいの会社が有名で、ICTを使ったものがありますが、これらの活用が重要になってくるだろうというお話でした。

特に、豊島区さんは、MCS（メディカル・ケア・ステーション）というものを使って、かなり連携が進んできたし、それを、医師会が中心になって、多職種連携でケアマネさん方にも勧めているということでした。

ほかの区でも、情報共有については、医師会が中心になって行っていて、北区の場合は、行政の一つのやり方でもあります。各病院の会議室を使って、多職種が集まって、カンファレンスをやってもらうことで、顔の見える状況になったり、情報共有をしているというお話もありました。

あと、こういうICTを進める中で、どのように情報を共有するかということで、それを直接見るデバイスが問題になりますが、個人のデバイスを使っているところが多いということです。

ただ、厚労省が出した、情報に関する法律は、「個人のデバイスを使うことは望ましくない」となっていますので、今後それをどうしていこうかという問題もあるというお話です。

それから、在宅での看取りということも話題になりました。その人が最終的にどこで亡くなりたいかということが、非常に重要ですが、それをしっかりとめていかなければならないというご意見もありました。これも、結局は、多職種での情報の統一ということになると思われま

○水野座長：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：板橋区の保健所の鈴木です。

連携の強化のためには、顔の見える関係が一番大事ではないかというお話が出ました。そして、人的交流としては、看護師さんだけではなく、ドクターにもお互いに行き来できるような、緩やかな交流があるといいというお話がありました。

それから、退院支援に早くから力を入れているということで、MSWなどのチーム対応とか、ICTによる連携の進めているというお話もありました。

どんな患者さんにも対応できるように、MSWや看護師さんだけではなく、いろいろな方々が考えているというお話も出ました。

また、家族の方とか市民の方へ、病床機能の理解を深めていくことが必要ではないかということです。機能のことがわかっていないので、「なぜ出ないといけないのか」というお話が出ることが多いということでした。

それから、ケアマネさんとうまくいっていることもあれば、なかなか難しいというお話もありまして、多職種を含めた講演会などもできるような努力が必要だというご意見も出ました。

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

○Bグループ：王子生協病院の今泉です。

急性期から回復期、慢性期に向けての連携のところは、ある程度できているが、情報共有をするためにいろいろなルールを使うことで、なお一層連携が深まるのではないかというお話がありました。

連携を行っている場所としては、MSWとか退院調整ナースというところになっていて、まだそれが周知されていないところもあるけれども、かなりわかってもらえるようになってきて、そういったところの働きが重要になってきているということでした。

一方、病院間の連携については、ある程度先が見えてきたが、退院に向けてというところで、ハードルが高くなって、施設を含めた介護系への連携について、調整が必要であろうということでした。

ただ、医療依存度の高い方をどうやって診ていただけるかというところは、非常に困難な現状があるということでした。

あと、住民の方々が、現状はどうなっていて、将来はどうなっていくかということが、なかなかわかっていない中で、病院にお願いするという意識が高いので、そこをいかに改善していくかということが大変かなというご意見もありました。

○水野座長：ありがとうございました。では、Dグループ、お願いいたします。

○Dグループ：練馬区の森田です。

在宅の患者さんの登録制度というものを設けて、病院と在宅医の方の連携のシステムをつくって、急変時やレスパイトなどでの受け入れをやるということで、それが非常にうまくいっているという、区のお話を伺いました。

また、薬剤師さんのほうでは、多職種連携ということで、在宅療養に向けて役割を発揮することが大切ですが、全体としてはまだ十分取り組んでいないということで、多くの方がまずはそういうところに参加することから取り組まれてきているというお話がございました。

あと、各区とも、多職種連携については、それぞれ取り組みを進めておられるということで、うまくいっているということで、先ほどの豊島区さんの事例のご報告もございました。

高度急性期は別として、急性期以降で連携して行って、自区内で患者さんの医療ができるだけ完結できるような方向に持っていきたいが、現実には、自区内でというのは、割合としては、一部の区を除いてはちょっと低い状況にある

ので、そういったところを今後どうしていけばよいかというお話もございました。

○水野座長：ありがとうございました。

短い時間でしたが、活発にご討議してくださり、大変ありがとうございました。まだまだお話ししたいことがあったかと思いますが、次回以降の調整会議でもまたこういう課題についてお話ししていただければと思っております。

きょうも連携ということていろいろ話題が出ていましたが、情報の共有がある程度できたのではないかと思います。

今後とも情報提供を東京都のほうでも行っていく予定ということですので、よろしく願いいたします。

今までのお話に関して何かご質問等がございましたら、ここでお受けしたいと思いますが、いかがですか。どうぞ。

○今泉（王子生協病院）：質問ではありませんが、こういう会議でいろいろな意見を伺うことができ、大変ありがたかったと思っております。

なお、中小病院の中にはかなり危機的なところがあります。2025年に向けて、病院が本当に成り立っていくのかということが心配されます。

北区の場合は、中小病院が多いので、医師の担い手の確保がかなり困難な状況です。この4月から始まる「総合診療専門医」についても、エントリーが150人ぐらいしかいないという状況です。

全国の医師が8000人ぐらいいる中で150人しかいないので、総合診療医が慢性期などの地域包括ケア病床の役割を担うと考えていましたが、それができない状況の中で、どうやって支えていくのかということが、次の課題の一つになっていくのではないかと思っております。

○水野座長：貴重なご意見をありがとうございました。

実は、傍聴席にきょうは丸川先生がお見えでございました。ご意見等を一言お願いできればと思います。よろしく願いいたします。

○丸川議員：会議を傍聴させていただきありがとうございました。

地域ごとの課題もさることながら、2025年に国民のニーズを満たすための医療をどのように考えていけばよいかということから、現在のほうに戻ってきていますが、今抱えている課題をどう解決するかということについてもしっかり考えて、両方から議論を結びつけていくような考えを持って、取り組まなければいけないと思いました。

今後ともぜひ勉強させていただきたいと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

○水野座長：ありがとうございました。

それから、練馬区のほうから、情報提供をというお話が事前にございましたので、よろしくお願いいたします。

○森田（練馬区）：練馬区の地域医療担当部長の森田でございます。

先ほどからお話がありますように、病床機能に関して言いますと、練馬区では、全ての機能が人口に対して非常に少ないという状況がありまして、区としても、これまで努力してまいりました。

この区西北部医療圏の病院のほうには、個別にご案内させていただきましたが、練馬区の高野台というところにあった運動場を廃止いたしまして、そちらに回復期、慢性期の病院を誘致するというところで、公募しているところでございます。

本当は区民の方々のスポーツの場所だったのですが、それを廃止してまで病院をつくらないと、2025年に備えて足りないだろうということで、一生懸命取り組んでいるところでございます。

また、練馬光が丘病院につきましても、大変古くて狭いということで、改築のための基本構想をつくっているところでございまして、342床ということで、100床程度を何とか増床して、そちらも回復期機能ということで考えております。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、それを下支えするような病床機能を、練馬区のほうにぜひつくっていきたいと思っておりますので、この区西北部の

医療機関の皆さまにもご理解をいただけたらと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○水野座長：ありがとうございました。情報提供ということでございます。

この区西北部というのは、板橋区に医療機関が集中していて、板橋区民の半分以上は大きな病院を利用されていますが、ほかの区からも利用していただければ、いろいろなことが解消する部分もあるかと思えます。

ただ、先ほど、私のところのAグループでは、高齢者の方は、少しでも遠いと難しいということでしたので、地域完結型の地域包括ケアシステムに則った考え方として、大変すばらしいと思っております。

ほかにご質問等がございましたら、いかがでしょうか。どうぞ。

○山口（豊島病院）：豊島病院の山口です。

この区西北部では、板橋区に確かに医療資源が集中しているということで、練馬区は不足しているということですが、患者さんの動態というのは、住居だけで動いているわけではなく、交通機関でかなり影響を受けています。

例えば、練馬区と板橋区を結ぶ動線というのは、非常に少ないわけです。ですから、バスの路線を1本引くだけで流れが少し変わってくるのではないかと思いますので、そういう点についても行政で考えていただければと思います。

病院をつくるほうがいいのか、バスを1本通すほうがいいのか、経済的な効率も含めて、今ある資源を活用するということも、ぜひ考えていただきたいと思えます。

○水野座長：ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。どうぞ。

○齋藤（大泉生協病院）：大泉生協病院の齋藤です。

根本的な質問ですが、地域医療構想はどこかで行動しなければいけないわけで、動かなければならないわけです。本来は何らかの実効を伴っていくものだと思います。

ただ、今まで議論をずっとしてきましたが、今後の予定としては、いつから行動に出るのかというところをお聞きしたいと思います。

○水野座長：東京都のほうからご回答いただけますでしょうか。

○矢沢部長：ご質問の趣旨を捉え間違っていれば申しわけありませんが、地域医療構想は、将来の病床や患者数がどのぐらいになるかということを出したもので、将来の需要がどのぐらいあるかということを出したものです。

ですので、それに向かって病院の機能が変わっていったり、病床の配分が変わっていったりというのは、東京都が何かコントロールするものではないと思っております。

そのため、自主的に皆さまがどう進めていくかということの成果を上げるために、こういうディスカッションの場を私どもが提供させていただいているのが、この調整会議でございます。

ですから、東京都が、「ああしろ」、「こうしろ」と申し上げるものではないので、基本的には、これからの進め方というのは、この議論の中で自然発生していくものだというふうに考えております。

それから、必要病床数のことをもしおっしゃっているのであれば、8000床足りないという推計は出しましたが、地域医療構想に記載のとおり、これまでの受療率が変わらないとか人口構造が変わらないとか病院がなくなるとか、いろいろな仮定のもとに推計しておりますので、数字がちょっと過大に出ている可能性があります。

また、2035年から人口減少が始まる中で、8000床が足りないから病院をつくりましょうという話にはならないと考えておまして、今回の医療計画での基準病床も、その差はさほどございませんで、むしろ、基準病床数全体は減る可能性もあるぐらいの数字に、今なりつつあります。

そうした中でどうしていくかということで、先ほど、猪口先生もそういう意味でご説明いただいたと思いますが、病床機能報告から見るこの圏域の状況というのは、まだ実態とは実は違っていると思われま

す。例えば、特定機能病院ですら、全病床を高度急性期と報告していただいているところがほとんどだったわけですが、実際に医療資源の投入量を見ると、高度急性期の患者さんは3割ぐらいということ

です。ということは、7割も数字が違っているということで、これが現状の病床機能報告ですので、この数字をまずは現実に近づけて、私どもがデータから出した病床機能別の将来の需要と今の供給がどのぐらい近くなっていくか。

あるいは、需要があるのに供給されていないということが、どのぐらいはつきりするかということを見ながら、これから整備を進めていくのが、東京都の役割だと思っております。

繰り返しになりますが、病床機能報告と地域医療構想の推計値は、同じ計算のもとに立っているものではないので、一概に比較してはいけないのですが、必要病床数というのは、ある意味で将来の需要推計

です。それに対して、病床機能報告というのは、現在の供給量で、しかも、その供給量のところに違う数字が上がっている中では、私どもはこれが正しいという判断はできませんので、「需要がこのぐらいあるから、供給をもっと増やそう」「減らそう」ということを、今すぐにはできないと思っ

ています。ですから、先生方にこうやって議論していただいて、その結果の中から、どうか方向を導きたいというのが、私どもの考え方でございます。

○水野座長：ありがとうございました。

地域医療構想については、今のご説明でわかったかと思っておりますが、基本的には、国民皆保険制度をいかに維持していくかということが、一つの目的で、国民の生活の質の担保ということが、大きな目的になっているわけ

です。ですから、医療だけではなく、裏面には、保健とか健康ということで、健診事業のことも含まれます。

あと、簡単に言えば、健康寿命を延ばして、平均寿命とほぼ同じぐらいにすれば、一番理想的ですが、それを目指しているところもあるかと思

そういった中での適切な機能を持った医療ということが、国民の皆さんにはまだそんなにわかっていないですし、医療機関同士の中でもまだわからない部分があるということが、前回、ワーキンググループでやったときの意見でございます。

そういった中で、これからこういうお話をしながら、「あそこの病院はこうだ」、「この病院はこうだ」ということがだんだんわかってきて、しっかりした形での連携が取れることが、最終的には理想的な姿になると思われま。

もちろん、変な話、病床というのは生もので、生きていますから、人口の動態によって変わってくると思われま。

2040年になると、人口はかなり減りますので、同じような病床数では、潰れたりするようになるかもしれませんので、皆さまもそれを理解しながら、経営していかなければならないところもあるかと思われま。

そういうことも含めて、こういった議論は、東京都のほうでもしばらくやっ

ていかれるのではないかと、私は思っております。

そんなことで、議事のほうは終わりにしてよろしいでしょうか。

○安藤理事（東京都医師会）：東京都医師会の安藤でございます。

東京都医師会の猪口副会長が中座させていただいております、皆さまにぜひお伝えいたしたいということがございましたので、私が代わってご連絡させていただきます。

1つは、東京都医師会と東京都病院協会のほうで、電子カルテを利用したネットワークということで、「総合医療ネットワーク事業」というものを立ち上げております。これは、地域にとっては非常に有用だと思われまので、ぜひご参加いただければと思われま。

2つ目は、病院救急車の件ですが、今、町田市、八王子市、葛飾区に続いて、江戸川区と北区も行っております。在宅の支援とか急性期から慢性期への搬送とかにおいて、地域包括ケアの中でも非常に役立つもので、ぜひトライをしていただくといいと思われまので、ぜひよろしくお願いいたします。

3つ目は、最近、都内の小規模の病院の経営状態が非常に悪化しているところが増えております。私のほうにも、ご相談に来られている方がいらっしゃいますが、本当に危機的な状況のところがございますので、地域包括ケア病棟とか介護医療院への転換というものを、小規模の医療機関さんには優先的に行っていただくといいかと思っております。

なお、先ほど、病院の誘致の話がございましたが、医療も介護も地産地消でございますので、県外から巨大法人さんがどんどん来て、東京の中小の民間病院がM&Aの対象になったりしていますので、都内の法人さんを優先的に選択していただければと思っております。

それから、きょうは丸川先生、どうもありがとうございました。議員の方が地域医療を勉強していただくとう非常に素晴らしいと思っております。

ぜひとも、区議の方、市議の方に来ていただくと、本当に地元の医療や介護の状況が把握できると思います。ぜひ皆さまからもお声をかけていただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○水野座長：ありがとうございました。

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。よろしくお願いいたします。

○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。きょういただいたご意見をまとめさせていただきます。

まず、最初の議論のほうでは、各区の取り組みの紹介がありまして、それぞれ情報の共有化が進んできているということがわかりました。しかも、大病院指向というものではなくて、これから地域に戻るということを重要な課題として考えなければならないということは、共通していたように思います。

一方、転院に転院を重ねると、情報が途絶えてしまうということや、回復期から介護の度合いが多い方ということになると、都内では連携先がなくて、埼玉に行ったまま戻ってこないというケースも多いということでした。

この1つ目のテーマの中から、既に「情報」というキーワードが出てきたかと思えます。

そして、情報の共有には多職種間の共有化もありますし、ICTを活用した情報の共有化もありますが、病院機能についてのリストがあったら、もっといいのではないかという、建設的なご意見もありました。

さらに、こういう病院の機能とかの情報については、区単位ではなく、患者さんの情報も含めて、もっと広域に情報を共有できるシステムが欲しいというようなご意見もありました。

2つ目のテーマの議論では、「連携」というキーワードの中でICTが重要で、それによってかなり連携が進んだという、豊島区の事例などのご紹介もありました。

それから、薬剤師の先生方からは、多職種連携を進めているが、これからまだまだ充実させていかなければならないというお話がありました。

また、病院間の連携においても、退院先を見つけるというのは、いきなりハードルが高くなっていくということでした。

このような中で、都民、市民の方々が、病床機能についてどう理解していただけるか、あるいは、住民の方々が医療についてどのように理解して下さるかというところが、非常に重要だというご発言もいただきました。行政の役割としても、こういったところを進めてまいりたいと思っております。

なお、他の圏域では、訪問診療専門の先生がいらっしゃって、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、そこからかかりつけ医の先生に情報が伝わらないで、在宅専門の先生のところに行ってしまうことが多く、情報が途絶えてしまうことがあるというご意見もありました。

したがって、在宅専門の先生とかかりつけ医の先生が何とか連携できないものかというご意見も多かったです。

そして、病院側からの情報提供や在宅の先生からの情報提供の中で、同じ患者さんの疾患であっても、その重症度が、在宅側からと病院側からでは、余りにも違っている場合があって、そのあたりでトラブルが起きるといったご意見も、各圏域でかなり多くありました。

私どもでは、共通で出てきた意見については、都の全域の課題として、また、その地域ごとに出てきたものはそれぞれの地域の課題として、このあと整理を

しまして、また情報提供させていただきながら、どういう解決策があるかということも、一方で進めながら、何とか前に進んでまいりたいと思っております。

4. 閉 会

○矢沢部長：それでは、最後に事務連絡をさせていただきます。

まず1点目ですが、今後、例えば、担う機能を大きく変えたり、病床を増やしたり減らしたりすることを予定されている医療機関につきましては、この会でご紹介いただきたいと思いますと思っております。

事前に座長、あるいは東京都のほうにご連絡いただければ、その時間を設けたいと思っております。

2点目、議事録についてですが、最初に申し上げましたとおり、公開ですので、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載いたします。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をお願いいたします。

3点目、本日は閲覧用の「地域医療構想」の本を置かせていただいておりますが、そのまま机上にお残してください。

それでは、本日は長時間にわたりありがとうございました。これで終了させていただきます。

(了)