

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

平成 29 年 12 月 22 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』

〔区西南部〕

平成 29 年 12 月 22 日 開催

1. 開 会

○矢沢部長：それでは、定刻となりましたので、ただいまより区西南部の「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ますようお願いいたします。

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、これ以降の進行を太田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

○太田座長：本日の座長を務めます太田でございます。よろしくお願いいたします。

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をご参照ください。

それでは、①から順に、区西南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年度を比べていきますと、高度急性期機能と急性期機能の病床が増加しております。こちらは、7対1病床が増えたことによるところが大きくございました。

②は病床稼働率と平均在院日数の推移でございます。こちらは、高度急性期機能から回復期機能にかけまして、平均在院日数が長くなっております。特に急性期機能につきましては、稼働率も下がっているという結果でございました。

慢性期機能につきましては、平均在院日数が短くなっておりますが、稼働率も下がっているという結果でございます。

③は入院料と機能をクロス集計したものでございます。

地域包括ケア病棟をご覧くださいますと、急性期機能と回復期機能の割合が均衡しております。この入院料につきましては、急性期の割合が高かったり、回復期の割合が高かったりと、地域によって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、高度急性期、急性期、慢性期機能におきまして、「在宅医療を必要としない患者」の割合が高くなっております。

この資料には掲載しておりませんので、後ほど、参考資料1でご確認いただければと思いますが、こちらの退棟先を確認しますと、高度急性期機能と急性期機能では、院内での転棟割合が高くなっております。慢性期機能につきましては、死亡退院の割合が高いという背景がございました。

回復期機能につきましては、「他施設において在宅医療を提供する」という割合が高くなっております。

⑤の退院調整部門の設置割合につきましては、62.7%と、東京都全体の数字が58.7%に対しまして、上回っている状況でございました。

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の先生もいらっしゃいますが、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、11月29日に、23名の方々にお集まり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、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、「在宅診療を行う診療所と行わない診療所で二極化」とか、「患者の医療依存度が高い場合、かかりつけ医だけで24時間体制の確保が困難」とか、「在宅専門医とかかりつけ医の連携も今後必要」というご意見がございました。

また、「在宅医と訪問看護師の連携がまだ十分にとれていない」とか、「家族が救急車を呼び病院へ搬送等、看取りの困難さを痛感」など、区民が在宅医療について理解を進める必要があるというお話も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」でございます。

こちらでは、「中小病院で急変患者の受け入れを断ることは少なくなってきたのではないか」というご意見がありました。

また、後方支援体制の充実についてのご意見や、「在宅専門のクリニックが区市町村単位ではなく、都単位で事業を行ってきており、退院調整の限られた時間の中で、対応が早くサービスがよいつ感じ、利用してしまう退院調整担当の看護師がいる」というご意見もありました。

そして、「退院前カンファレンスにかかりつけ医（紹介医）も参加できれば、連携が進むと考えられるが、実際に参加することは少ない」という、現状についてのお話もいただきました。

一方、「行政等が医療、介護に関するさまざまな取り組みを実施しているところもあり、ここ数年で医療と介護で顔の見える関係ができてきた」という、前向きなご発言もありました。

本日も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、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、この区西南部では8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の抜粋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、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、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。

○太田座長：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。よろしくお願いたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

カラーの資料をご覧ください。「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。

これは、回復期病床の考え方が、「奈良県方式」ということで出てきましたので、皆さんにお知らせしたいと思います。

この考え方は、全国の都道府県に知らされておりました、こういう考え方も全国的にあるのではないかということです。

資料の2ページの下のスライドですが、将来の必要病床数というものは、2013年をもとにしながら、年齢、階層別の受療率を掛け合わせてやっています。

一方で、病床機能報告制度は、定性的なものの言い方をしているため、これがかみ合っていないということは、全国で同じように言われているわけです。

そのため、3ページの上ですが、これが、かみ合っていないので、下の図のように、急性期の考え方をちょっと変えてみたらどうかということです。そして、「重症急性期」と「軽症急性期」に分けられるのではないかということをおっしゃっています。

そして、4ページの上に、この「重症急性期」と「軽症急性期」の考え方が詳しく書いてあります。

その下ですが、「重症急性期」と「軽症急性期」の機能の明確化というところで、「手術と救急入院が1日2件」程度ということです。「月2件」と書いてあるのは間違いですので、訂正願います。

救急車が2件ぐらい来るところが、ちょうどいい分けごろではないかということが、奈良県では言われています。

そこで、これが東京都ではどうなるかということで、5ページの上のスライドをご覧ください。

病床機能報告と必要病床数が非常に乖離していて、高度急性期は7000床多くて、急性期は6000床多いということですが、一方で、回復期は2万6000床足りないという話になっています。

そこで、下の図のように、高度急性期と急性期については、もちろん、議論のあるところですが、東京都の場合はここが多いものですから、高度急性期を「治療中」と「治療後」に分けてみてはどうかとか、急性期を「重症急性期」と「軽症急性期」に分けてみてはどうかということを考えてみました。

この根拠としては、6ページの上をご覧ください。

特定機能病院は全部高度急性期機能でやっていますが、実は、こういう特定機能病院である大学病院は、青色の部分が高度急性期で、赤色のところが急性期相当の医療資源の投入量ということがわかっています。

ということは、高度急性期機能と100%言っている大学病院であっても、6割から7割しか急性期の医療資源の投入が行われていないということです。

ですから、「重症急性期」と「軽症急性期」に分けるということは、理論上は可能だろうということになります。

そこで、その下の図のように色分けしてみると、比率的には結構うまく収まってくるなという感じになってきます。

つまり、高度急性期を「治療中」と「治療後」に分け、急性期については、「重症急性期」と「軽症急性期」に分けて、「軽症急性期」については、診療内容を回復期に変えるというのではなくて、計算上は回復期としてしまうと、大体うまくいくのではないかということで、こういう数合わせはできるというお話になります。

この数合わせをしても何の意味があるかというところですが、「あなたのところは本当に急性期ですか」というような議論を、いつまでもやっているよりは、「自分のところは回復期かもしれないな」と思っていたら、それなりの付き合い方をこういう調整会議でやっていくと、話がどんどん進むかなと思って、一つの考え方として提示させていただきました。

そして、ちょっと飛んでいただいて、9ページの上を見ていただくと、「東京都病床機能と規模別病院の分布」という図ですが、先ほどの「軽症急性期」を回復期とやってみて、数字合わせをやってみようと思うと、こういう東京都全体でないと数は合いません。

例えば、区中央部とか西多摩とかは、非常に偏っていますので、そういうところでは、いくら数合わせをやりようと思っても、なかなかうまくいきませんが、東京都全体で考えると非常にうまくいくということです。

そこで、8ページの下の図をご覧ください。

回復期という病床がきちんとあった上でのネットワークが必要でしょうということになります。そして、そういうネットワークをつくっていくためには、情報の共有化を図る必要があるということです。

もう一つは、高度急性期と急性期にあっては、1日の必要病床数を縮めていくことが勝負になってきますので、非常に利便性の高い搬送システムが必要になるでしょうということです。

そこで、さらに6ページの下の図に戻っていただいて、先ほどのように、数合わせはうまくいったとして、あとはどうするかというと、全体として8700床のベッド数が必要ということですが、それぞれの病院が8%ずつ頑張れば、東京都の患者さんは診ることができるようになると考えられます。

例えば、高度急性期、急性期あたりの平均在院日数が、10日のところが9日になったとすれば、10%努力したという感覚になります。

ですから、早く全都的に動いていくという連携をつくっていくと、この数字が達成できるのではないかと考えています。

以上、情報提供でした。ありがとうございました。

○太田座長：ありがとうございました。

ただいま東京都から、平成27年度、28年度にかけての病床機能報告の集計結果のお話と、在宅療養ワーキングのお話があったかと思えます。

そして、猪口副会長からは、参考資料ということで、病床を東京都全域で考えていくというのが一つの方法ではないかというお話をいただきました。

今のご説明の中で何かご質問はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。ないようですので、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）

○太田座長：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受け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、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、これまでの病床機能報告等から見たこの地域の現状でございます。5-2は、昨年末の実施させていただいたアンケートの結果から導き出されたこの地域の課題です。これらを資料にして、前回、皆さまにご議論いただいたと思います。

まず、5-1の資料についてですが、この区西南部の特徴としては、流出も多いけれども流入も多い地域であるということです。

そして、高度急性期機能で見ると、流出している患者の2割はがんの患者さんであるということです。

急性期機能で見ると、稼働率が都の平均より低い状況にあるということです。

回復期機能のところでは特徴的なのは、退院後に在宅医療を必要とする割合が1割を超えているということで、これは、都内でも非常に高い割合です。

慢性期機能では、病床稼働率が高く、周辺から患者さんを受け入れているけれども、逆に、南多摩に流れていっている患者さんもいらっしゃいます。また、平均在院日数が非常に長い地域でもございます。

一方、5-2の、先生方からいただいたアンケートの結果をご覧くださいと、この状況の中で、「療養病床が不足」というご意見と、「療養型病院が充実」というご意見の両方があるということです。

そして、病院側と在宅側のそれぞれのご意見を、その下にまとめてありますが、病院側からは、「療養病床の入院患者の退院先の確保が不十分」というご意見が出ています。

一方、在宅側からは、「状態悪化時の円滑な受け入れ」とか、「病状が悪化した患者を持ち回りで入院受け入れするなどの体制を整えてほしい」とか、「地域包括ケア病床が少ない中で、在宅医療の後方ベッドが少ない」というご意見がありました。

また、「在宅移行・退院支援」のところでは、「スムーズな移行のための病診間の連携、情報共有の強化」が重要だというご意見もいただいております。

これらを踏まえまして、前回はご議論いただいた要約が、資料5-3でございます。

「病床を最大限活用するための方策」、「地域包括ケア病床の整備、活用」、「慢性期病床を効果的、効率的に活用するための方策」ということでお話しただきました。

この中でキーワードは「情報の共有化」だったかと思います。

例えば、「病床を最大限活用するための方策」では、「患者にはそれぞれ特性があって、それを医療機関がお互いに地域の中でしっかり情報共有していくことが重要」、「在宅医でもどこまで対応可能なのか。急性期病院でもどこまでどういったことを得意にしているかなどを、お互いに情報共有することが重要」、「病床、在宅医など地域の情報把握が不足している」というご意見がございました。

また、慢性期機能のお話の中でも、「緩和ケア病床は持っていないが、機能としては十分持ち合わせている病院も多くある。こういった情報をもっと出していく必要がある」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、きょうのグループワークのテーマですが、資料6をご覧ください。テーマ①と②の2つでご議論いただきたいと存じます。

まず、テーマ②のほうですが、前回の調整会議で「情報の共有化」がキーワードでしたので、「地域の中で医療機関等の情報を共有するための取り組み」として、「どのような情報を共有することが必要か」ということや、「各立場から取り組めること、取り組んでほしいこと」について、フリーにお話し合いをしていただきたいと思います。

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、「この地域で地域包括ケアを支えていくために必要な機能とは」とか、「上記の機能を実現するために地域で必要な病床とは」といったことも含めまして、この地域で取り組めることなどをご議論いただきたいと思います。

まず、テーマ①で20分ご議論いただいて、それぞれのグループからどんなお話が出たかの発表をしていただきます。発表は1、2分程度でお願いしています。

そのあと、テーマ②に移っていただき、それが終わってから、また発表していただくということでお願いいたします。

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。これまでの様子を見ていると、書記と発表役は同じ方のほうがいいような感じもしておりますが、それはお任せいたします。

それぞれのテーマで20分という、非常に短い時間ですが、できるだけ全ての方がご発言できるようお願いしたいと思います。

発表の際には、それらの議論をまとめる必要はございません。「こんな意見が出た」ということをお出しいただき、それまでのグループで同じような意見が出ていた場合は、「同じような意見だった」ということで、やめていただいても結構ですし、重ねてご発言いただいても結構でございます。

次の議論に資するための、きょうはフリーディスカッションですので、ぜひよろしくお願いたします。

○太田座長：ありがとうございます。

それでは、本日はこの2つのテーマに関してグループワークを進めていただくと思います。

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、まず、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]

○太田座長：先生方、よろしいでしょうか。20分が過ぎましたので、各グループからの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をお願いいたします。

○Aグループ：都立広尾病院の森山と申します。

どういう状況にあるかという、現状の確認のような話をさせていただきました。急性期の病院の場合は、回復期との連携が非常に重要になるが、回復期を担う部分がまだ少ないのが課題ではないかというご意見が出ました。

それから、慢性期の三軒茶屋病院さんからは、なるべく早期に受け入れるように努力しているが、これからは地域包括ケア病床も考えていかなければいけないという話も出ました。

また、区の在宅診療の関係で、目黒区さんの例が紹介されまして、在宅の方は後方支援病院と登録制で契約を結んでいて、問題が生じたときには、その病院にすぐ入れるようなシステムがあるということです。

ただ、それを早期の段階で対応しないと、患者さんが後方支援病院ではなく、急性期のほうに行ってしまうことになるので、対応が遅れるとシステムがうまく働かないというお話でした。

それから、どの程度の患者さんが後方支援病院に行くのか、急性期に行くのかといった振り分けを、関係者で議論していく必要があるのじゃないかという話も出ました。

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

○Bグループ：世田谷記念病院の杉本と申します。

地域包括ケアといっても、患者さんの理解がまだ十分でなくて、大病院指向というか、急性期病院に運ばれますと、よくなるまでそこに入院していたいという患者さんが多いです。

ただ、最近は意識が変わってきているようですが、十分ではないところがありますので、医療側がどんどん進めていくことも大事ですが、患者さんの意識改革を促していったって、病院と病院の間の情報を円滑にして、患者さんが安心して次の病院に移っていったり、前の病院に戻ったり、在宅にということができるようにしていく必要があるということです。

そして、それは、点と線という関係ではなく、面の関係で、地域で捉えていくべきであろうという話でした。

いい例としては、大腿骨の骨折のリハビリで、回復期に行ってから、自宅という流れがありますが、患者さんの状態によっていろいろ変わってきますので、そういうところでは、在宅医療の訪問診療が活用されるべきですし、患者さんに安心感のあるシステムが、しっかりできるようにしていく必要があるというお話もありました。

結論はなかなか出ないですが、患者さんの生活の場を重視していったって、患者さんは「見捨てられる」という意識が非常に強いということです。医療側は決してそんなことはなくて、安心していただけるようなシステムをつくっていく必要があるということでした。

○太田座長：ありがとうございました。補足はよろしいでしょうか。

それでは、Cグループ、お願いいたします。

○Cグループ：東京医療センターの新木と申します。

地域の中の連携が重要だということで、いろいろな取り組みについて意見が出ました。

地域の患者さんとのつながりを強固にしていくことが重要というところで、地域の中で最期まで全うしていただけるように、顔の見える関係づくりとか、リハビリ病院との関係も重要ではないかというような意見が出ています。

また、歯科の関係からは、病院に入ってしまうと、それまでの関係が途切れてしまうというところで、連続して連携していく体制が必要ではないかというご意見が出ております。

それから、病院と在宅をつなげるような取り組みでは、在宅でどのように過ごしていきたいのかを、病院にきちんと伝えられるような体制が必要ではないかという意見も出ております。

また、各医療関係者、かかりつけ医、歯科医、薬剤師等できちんとチームをつくって、みんながその患者さんを知っているというような連携体制が必要であるという意見も出ております。

○太田座長：ありがとうございました。補足はございませんか。

それでは、Dグループ、お願いいたします。

○Dグループ：玉川病院の和田です。

うちのグループには、都立松沢病院、三宿病院、セントラル病院、玉川病院がありますが、いろいろな病院の中で確認しますと、新しく地域包括ケア病棟をつくるというお話が出ていました。

急性期の病院と療養を中心とした病院の中の地域包括ケア病棟ということで、利用の仕方が少し違うのかなということです。

急性期病院というのは、どうしても受け皿的な感じになって、急性期で終わった人たちを回すということになってはいますが、それと、慢性期で地域包括ケア病棟をつくった場合は、ちょっと違うのかなということで、その辺が問題でしょうということでした。

それから、在宅医療との連携という意味では、なかなか顔が見えない人たちも多くて、訪問の医療をされている方々というのは、連携が不十分なため、その辺をどうしたらいいかというお話でした。

医師会の方々はよくわかるのですが、そこに属されていない方々とどのような形でうまくつながっていけるようにできるかということも、話として出ました。

また、在宅医療との関係では、もちろん、具合が悪くなって、救急で入ってこられる方もありますが、例えば、サブアキュートとしていきなり、地域包括に入れるという基準を、誰が見て、どうしていくのかなというお話もありました。

それから、高度急性期をうまく利用していくためには、そこからほかの病院に移すというようになっていくと思いますが、一般的に、例えば、地域包括で受けるにしても、高度急性期病院で安定したので、「よろしく」と言われても、実際は、酸素をやっていたり、IVH（中心静脈栄養）をやっていたりする例もあつたりするという事です。

ですから、なかなか受け取れにくい部分もあって、その辺で、移行するにあたっては、どういう基準をつくって、どういう連携を取っていけばいいのかというお話も出ていました。

その中で、情報の共有というか、どういった情報を渡せば、次の課題かもしれませんが、うまくつながりやすいかというお話もありました。

○太田座長：ありがとうございました。何か補足はございますか。よろしいでしょうか。

Aグループの補足ですが、お話の中であと少し出たものとして、先ほども出ましたが、かかりつけ医のほうの立場としては、ここ10年ぐらい見ていると、後方支援体制というものが以前と比べて整備が整ってきたのではないかという意見が出ました。

ただ、一方で、特殊な疾病、状況にある患者さん、例えば、がんの終末期の方とか精神疾患の方に対しての後方支援体制というものが、病院側も非常に難

しいということで、この辺を協議していく必要があるだろうという意見がありました。

それから、お互いに地域の中で、病院の特性と、かかりつけ医のその病院に対しての考え方ということを踏まえて、考えを統一することが必要であろうということです。

そのための情報交換が必要だろうということで、各圏域、地域の中で、医療機関とかかりつけ医との間に協議の場があると、非常によいのではないかとのご意見がありました。

ほかはよろしいでしょうか。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。「地域の中で医療機関等の情報を共有するための取り組み」についてです。

それでは、皆さん、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]

○太田座長：それでは、お時間になりましたので、各グループからの発表に移りたいと思います。またAグループからお願いいたします。

○Aグループ：都立広尾病院の森山です。

急性期からの病院からすると、回復期、慢性期の利用状況とかいったものが、情報として知りたいということがありました。

それから、新たに病床を設置したりする情報もありますので、そういう新しい情報について、どこまで情報の共有ができるかというのが問題じゃないかというお話も出ました。

また、急性期病院でも、その中で、回復期の機能をお持ちの病院もありますので、そういった外にあらわれない、実際の中身の情報がどうやったら取得できるのかという問題もあるということです。

それから、これは、東邦大学医療センターさんですが、クリニックさんのマップをつくって、患者さんを地域にお戻しするときに、そこから選んでいくと

いうことをやっていけば、非常にスムーズにいくのではないかということで、実際にそういう例をされているということでした。

そういった例もありますが、一方で、病院に紹介された患者さんを、また地域にお戻しするときに、必ずしもかかりつけ医の先生に戻らないということがあるということです。

例えば、在宅の患者さんが救急車で運ばれていった場合、かかりつけ医の先生のところに必ずしも戻っていかない状況もあるという課題もあるということでした。

それから、目黒区さんでは、介護事業者とか病院とか薬局とか、地域のいろいろな関係者のリストを作成していらっしゃるということで、そういった情報を活用して、患者さんを地域に戻していくという取り組みを行っているということです。

ただ、一方で、ほかのルートからの情報もいろいろあって、反対にいろいろなところからの情報があり過ぎて、どれを信頼していいのかわからなくなっているんじゃないかということで、情報の整理もある程度必要ではないかというお話もありました。

それから、そういった地域の情報のデータベースもつくられているようですが、大体は区の単位になっているので、区を越えた情報のやり取りを、これからもっとやっていかなければいけないのではないかという問題についてのお話も出ました。

○太田座長：ありがとうございました。

私からも補足があります。目黒区と世田谷区でも、在宅医療介護連携推進基盤事業という事業をやっていて、これは、全国的に行われていますが、これの（ア）から（ク）までの事業の（ア）で、医療資源の情報収集という項目がございまして、これに則って、各区市町村が医療情報を集約していますので、こういう情報が共有できるといいと思っています。

そして、そういうものをICTの中でネットワークを結んで、情報共有ができればいいなというご意見も出ていました。

それでは、Bグループ、お願いいたします。

○Bグループ：東京医療センターの大島です。

情報の共有という面では、災害医療にあるEMIS（広域災害救急医療情報システム）のようなもので、先ほど、猪口先生からもお話があったような、高度急性期の中でも分けたりしたものが整備されると、どこに紹介すればいいのかということが、非常にわかりやすくなるのじゃないかということでした。

それに関連して、各医療機関が独自にいろいろなところに聞きながらやっているが、それを専門でやるような、メディカルコーディネーターのような方がいると、もっと効率的にできるのではないかという意見がありました。

また、テーマからちょっと離れてしまいますが、かかりつけ医ということに関して、我々は、生活圏の中で、歩いて通えるということが、頭に浮かぶのですが、離れていても、かかりつけ医機能というものが、実際にできているという例もあるようです。

そういう場合には、「どういうときにはどういうふうにすればいいかという、行動指針を明示しておくことが、非常に有効だ」という意見がありました。

一方、地域包括ケアについて、国民にまだまだ知られていないということですので。特に高齢者でわかっていない人が多いので、それをよく理解していただいて、連携していくことが、医療資源を有効に使っていくことにつながるので、患者さん、住民への理解をもっと進めていただきたいという意見もありました。

○太田座長：ありがとうございました。補足は何かございますか。

では、続いて、Cグループ、お願いいたします。

○Cグループ：奥沢病院の伊平です。

まず、地域包括ケアを継続的に進めていくためには、患者さんを一番よく知っているかかりつけ医とのつながりを切らさないようにすることが、まず大事だろうというお話が出ました。

そして、多職種で情報共有する中で、どんな情報が必要だろうかと考えると、これは、原点に戻って、紹介先の医療機関にはどういった先生がおられて、ど

ういったことが得意でということで、信頼できる人間関係の構築が必要であろうということです。

要するに、電話一つで患者さんの受け渡しができるような、顔の見える信頼関係の構築が一番重要であろうというお話が出ました。

私どものところは中小病院ですが、紹介側からすると、大病院のほうに紹介すると、その中で他科にわたりますので、その間に元の紹介先との関係が途切れてしまう場合が多いということです。

これを改善するのはなかなか難しいとは思いますが、かかりつけ医との関係を強固にするためには、その辺も検討していく必要があるだろうという意見も出ました。

あと、ツールに関しては、人間関係を構築して、マン・ツー・マンのやり取りが一番大事だろうけれども、今後は、ICTも必要でしょうし、医師会などで使用しているメディカルケアステーションといったものの活用や、それぞれの病院固有のツールの活用といったものも、徐々に進めていく必要があるだろうという意見もありました。

○太田座長：ありがとうございます。何か補足はございますか。

最後に、Dグループ、お願いいたします。

○Dグループ：玉川病院の和田です。

私たちも情報を共有するための取り組みについて話しましたが、現状では、病院間の話に関しては、連携室といったものが、今は参加されていますので、お医者さんが余り関わることはなく、そのつながりでやっていることが多いというお話でした。

セントラル病院では、区西南部だけではなく、そのほかの地域からもいろいろご紹介があってということで、それも、ソーシャルワーカーさんとかのつながりでという話ですので、顔の見える連携というものが、医者もそうですが、実際に動かしている方々の連携というものが、かなり効いているのかなということでした。

その中で、病院の情報をどうやって取っているのかという話ですが、どんな病院かを、連携されている方が実際に行かれる場合もあるようですが、知っていて、そういったつながりができてきているのではないかということでした。

ですので、うまく連携していくためには、患者さんの情報も大事ですが、患者さんの周りの家族の情報とか、問題を抱えている患者の場合はその情報が来たほうが、スムーズに回るのではないかということでした。

それから、高度急性期、急性期から動いてくる場合というのは、患者さんにどういう話をしたか、どういう説明をしたかということが十分でない場合もありますので、こちらに来てから、また説明し直すこともあるので、きちんとした説明をしていただければというお話もありました。

あと、病院から帰ったときに受け取る側として紹介されるのは、近所の方で、比較的通いやすいという方のほうが多いということでしたので、遠いところは患者さんとしてはなかなか受けづらいということでした。

そして、紹介する側からすると、そういったかかりつけ医の先生を紹介するときに、どういった専門性があるか、特徴はあるのかが、まだわかりにくい状況があるのではないか。ホームページを持っておられたり、いろいろな情報があっても、アップデートされてないところもあるのではないかという話もありました。

それから、病院の中でいろいろな情報をやり取りするといっても、回復期というのは、ある程度調整期間がありますから、その中で、「家へ帰る」とかできますが、最初から「どうするか」ということを見極めないと、今は難しい時代だなというお話もありました。

そして、福祉の問題についても、病院でいろいろなことをやっていますが、福祉の方々にももう少し頑張っていただけないかというお話もありました。

○太田座長：ありがとうございました。

何か補足はございますか。よろしいでしょうか。

以上で2つのグループワークは終了となります。本日は活発なご議論をいただき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っております。

この調整会議は情報を共有する場ですので、もし最後にこの場でぜひ情報共有を行いたいということが、挙手をお願いいたします。どうぞ。

○江川（都立広尾病院）：都立広尾病院の江川と申します。

当院の再整備についてです。11月16日に、「広尾病院整備基本構想」を公表いたしましたので、ご報告させていただきます。

新病院は、概ね400床程度にダウンサイズするというので、現地で建て替えということになっております。そして、災害医療の機能強化、地域医療の貢献などを進めていくということです。

具体的な内容と今後のスケジュール等については、来年度になりますが、基本計画の中で検討してまいります。基本構想そのものを東京都の病院経営本部のホームページで公開しておりますので、ご参照いただければと思います。

今後ともどうぞよろしくをお願いいたします。

○太田座長：ありがとうございます。ほかはございますか。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。よろしくお願いいたします。

○矢沢部長：活発にご議論いただき、ありがとうございます。

きょういただいたご意見を整理させていただきます。

まず、前半のほうでは、地域包括ケア病床の話をしていただきましたが、キーワードとしては、使い方、患者さんの意識、情報の共有という3つだったと思います。

病床の使われ方では、急性期と回復期の連携の中で使っていくことでは、まだそういった面では数が少ないということや、後方支援病院の登録制はあるけれども、少し制約があるということでした。

また、急性期にとっては、退院先の受け皿であるけれども、慢性期から見ると、使われ方が違うので、そのあたりの整理も必要でしょうということでした。

それから、後方支援は進んでいるが、がんとか精神科のような疾患があると、なかなか不足している状況になっているということです。

一方、患者さんの状況についても、まだまだ大病院志向が強くて、一旦入ると、治るまで入院していたいという患者さんの気持ちがあって、その辺の意識改革も必要だということや、転院するということが「見捨てられる」と受け取る患者さんもいらっしゃるの、そこが難しいというご意見もございました。

それでは、情報をどうしたらいいかというところも、地域包括ケアの話の中でもいただきました。

どういう情報を渡していく必要があるのか。何か基準をつくるほうがいいのかといったご意見があったり、多職種がチームで支えていって、地域で連携していくという中で情報共有が必要ではないかというご意見もありました。

そして、後半のディスカッションの中でも、病院の情報をかかりつけ医が知ること、また、かかりつけ医の先生が病院の情報を知ることという、双方がまだ不足しているというご意見が、いくつか出たと思います。

その中で、区ごとに、(ア) から (ク) までの (ア) の事業でつくっているが、区を越えてしまうと、その情報が共有できないので、区を越えた形での情報が行き渡るといいのではないかということで、例えば、ICTの活用とかネットワークとかが必要ではないかというお話がありました。

一方、かかりつけ医の先生と患者さんが、転科していくと離れてしまって、情報が途切れてしまうということがあるので、そのあたりは何か仕組みが必要であるというご意見もございました。

なお、この圏域では出ませんが、ほかの圏域では、在宅を専門にやっている先生とかかりつけ医が連携する方法はないかといったご意見もございましたので、その点についても、今後検討を進めていければと思います。

まとめは以上でございます。

4. 閉 会

○矢沢部長：本日はありがとうございました。あと、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ようお願いしたいと思います。

2点目、議事録は、既にお話ししましたが、公表しております。議事録については、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が、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てください。

それでは、本日の調整会議はこれで終了させていただきます。本日は長い時間ありがとうございました。お疲れさまでございます。

(了)