

〔平成 30 年度 第 2 回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

**〔北多摩西部〕**

平成 3 0 年 1 2 月 4 日 開催

# 【平成30年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔北多摩西部〕

平成30年12月4日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：それでは、定刻となりましたので、ただいまより北多摩西部地域におけます東京都地域医療調整会議を開催いたします。本日は、お忙しい中ご出席いただき、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部計画推進担当課長の千葉が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

まず、本日の配付資料の確認をさせていただきます。お手元に配布させていただいております。

上から順に、ご出席者名簿、グループワークの名簿が2枚、それから、グループワーク用のメモをそれぞれ1枚ずつお配りしております。

それから、本日の会議次第がございまして、その下に四角で囲ったところに、配布資料の一覧を記載しております。資料1から5までと、参考資料1から5までございます。

その下に、本日の会議以降にご意見等をいただく場合には、東京都医師会できりまとめていただいたあとに、東京都にご提出いただくという仕組みとなっております。そのためのFAXの用紙でございます。「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書いた紙でございます。

さらに、その下に、「東京総合医療ネットワーク」のパンフレットを付けております。

そのほかに、「東京都地域医療構想」の冊子を2冊ずつ、各テーブルごとにお配りさせていただいております。

資料の不足等がございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申し出いただければと思います。よろしくお願いいたします。

また、後ほど、質疑や意見交換のお時間がございます。ご発言の際には、挙手の上、事務局よりマイクをお受け取りになり、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外の皆さまにも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。

最後に、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、これ以降の進行を座長をお願いいたします。香取先生、よろしくお願いいたします。

## 2. 報 告

- (1) 在宅療養ワーキングの開催について
- (2) 定量的な基準の導入に向けた検討について
- (3) 地域医療構想推進事業について
- (4) その他

○香取座長：立川市医師会の香取でございます。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。本日は、初めに東京都より報告事項を4点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、報告事項の1点目、「在宅療養ワーキングの開催について」についてです。資料1をご覧ください。

昨年度より在宅療養に関する意見交換の場として、地域医療調整会議の下に、「在宅療養ワーキング」を設置しております。今年度も、資料に記載に日程、内容で進めてまいりますので、よろしくお願いいたします。

次に、2点目。「定量的な基準の導入に向けた検討について」です。資料2をご覧ください。

ことしの8月に厚労省から通知がございまして、各都道府県は、調整会議における議論の活性化のために、病床機能報告に関して、地域の実情に応じた定量的な基準をつくることとされました。

これを受けまして、都では、現状把握のために、通常の病床機能報告が病棟単位での報告であるところを、独自に病床単位、病床ごとの積み上げとして、病床機能報告を実施しております。

また、具体的な導入の基準の導入に向けましては、学識経験者、医療機関代表等をお招きしたプロジェクトチームを設置し、検討を進めております。

病床単位の調査については、ことしの後半から10月頭にかけて実施しております。各病院の皆さまにおかれましては、調査へのご協力、ありがとうございました。

こちらの調査結果は、参考資料2にまとめておりますので、参考までご紹介させていただきます。

こちらは、東京都全体と構想区域別に結果をまとめておりまして、それぞれグラフの一番上が、平成29年度の病床機能報告の結果で、真ん中が、今回の病床単位での調査結果で、一番下が2025年の将来推計となっております。

北多摩西部の結果は、2枚目となっております。各機能別の割合をご覧くださいと、今回の調査結果と29年度の病床機能報告の結果は、割合にやや変動はございますが、さほど大きくは変わらない数値となっております。

そして、1枚目の都全体の傾向を見てまいりまして、同様となっております。今後導入していく定量的な基準については、来年度の調整会議でもお示しさせていただきます。

続いて、3点目、地域医療推進事業についてです。資料3をご覧ください。

こちらは、国の地域医療介護総合確保基金を活用した、回復期への病床転換に対する補助事業です。

2枚目、3枚目に、直近の補助実績を掲載しております。北多摩西部地域では、国分寺病院さんが対象となっておりますので、後ほどご参考にしていただければと思います。

最後の4点目は、「その他」の項目になりますが、参考資料3の通知文についてご説明いたします。

こちらは、都内の各病院の皆さまに、非稼働病棟を有する場合、その解消に向けた対応をお願いするものです。今年度4月には同様の通知をお送りしておりますが、今回、第2回の調整会議の開催に先立ち、改めて送付させていただいております。この場でもご紹介をさせていただいた次第です。

東京都からの報告事項は以上となります。

○香取座長：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。目々澤理事、お願いいたします。

○目々澤理事：東京都医師会で医療情報を担当しております目々澤でございます。本日は貴重なお時間をちょうだいいたしましてありがとうございます。

実は、この青いパンフレット、「東京総合医療ネットワーク」につきまして、ちょっとご説明させていただきたいと思っております。

この「東京総合医療ネットワーク」というのは、東京の病院間を結ぶネットワークをつくろう、そして、その下に、開業医、一般の中小病院などをネットワークに入れて、都内全域の電子カルテを結ぶという事業でございます。

東京の患者さんの流れというのは、急性期には、患者さんが都心に集まってくる、慢性期になると、東京の端のほうや都外にも患者さんが行ってしまうという状況です。

ですので、東京都内の患者さんをきちんと診ていくためには、東京都内の病院がきちんとネットワークで結ばれていることが必要であろうという形で、裏表紙にありますような、東京都の支援を受けまして、運営を東京都病院協会にお願いし、東京総合医療ネットワーク運営協議会というものを、昨年9月に立ち上げました。

そして、実際、東京都内の8病院で、富士通のHuman-Bridgeと、NECのID-Linkの2つのシステムを持っている病院を相互につなぎ合うという実証実験を行いまして、法規上の難しいところなども全部詰めまして、とうとうこと

しの11月1日から、実データを流せるような状況にまで持ち込んだということです。

そこで、我々は、これを皆さまに対してお知らせし、さらに、参加の医療機関を募るといような状況になっております。

既に、地域医療連携システムを導入されていて、診療情報の開示施設として、ネットワークへの参加を考えている医療機関さんは、ぜひ運営事務局にご連絡をお願いしたいと存じます。

また、東京都では、地域医療連携システムをこれから導入する医療機関に対して、導入経費の半額補助を行うという事業を実施中で、今年度の募集は既に終わっておりますが、来年度も同じ内容での実施に向けて、予算要求が行われております。

パンフレットの中に、2枚の紙が挟んであります。1枚目は、これに関するアンケートです。この中で、このネットワークの名前をこれまでに1度でも聞いたことがあるという方がいらっしゃいましたら、お手を挙げていただければありがたいのですが。

ありがとうございます。これで申し込んでこられて、「ちょっとベンダーが違うから」ということで、お待ちいただいているところもでございます。

ただ、そういうところにも、これから、一緒につなぐための段取りをしていく予定になっておりますので、ぜひこのアンケートにご記入いただき、お帰りの際に事務局のほうにお渡しいただければ、大変ありがたく存じます。

さらに、この「東京総合医療ネットワーク」のメールマガジンも流しておりまして、これで、皆さまに情報提供できるようになっていますので、この紙をお持ち帰りいただき、アクセスしていただければ、大変ありがたく存じます。

本日はお忙しい中、大変ありがとうございました。

○香取座長：ありがとうございました。

ただいま東京都及び東京都医師会からご説明がありましたが、質問等はございますでしょうか。どうぞ。

○鹿取（武蔵村山病院）：武蔵村山病院の香取と申します。

ベンダーが違いますが、これに関する具体的な時期とかを教えてください。  
ばありがたいです。

○目々澤理事：SS I（ソフトウェア・サービス）と考えればよろしいでしょうか。実は、先週行われました運営協議会の中の実行委員会に、このSS Iの会社に来ていただき、実際にどうやってつないでいけばいいかということの検討を始めたところです。

この11月によろやく、富士通とNECとの間で情報が流れ始めたという状況ですので、次のステップとして、SS Iを選ばせていただきました。あと、もう1つのベンダーさんからも、この地区からお申し込みをいただいています。そちらのほうも順次検討して行って、全体がしっかり流れるようにやっていくつもりでございます。

ただ、日程に関しては、まだ先が読めていないという状況ですので、一つ一つ積み重ねてやっていくことにしております。そのためにも、このメールマガジンをご利用いただければありがたく存じます。

○香取座長：ほかにいかがでしょうか。よろしいですか。  
では、次の議事に進みます。

### 3. グループワーク

#### 地域の課題解決に向けて

○香取座長：それでは、次第の3つ目の「地域の課題解決に向けて」についてです。

前回の、今年度1回目の調整会議では、公立病院と公的医療機関から、作成したプランを踏まえて、役割や今後の方向性について発表を行っていただき、それを踏まえて、地域の課題や機能について議論を深めました。

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よいのか、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に加え、今年度からの試みとして、一部、隣接圏域等の医療機関の方にもお声かけの上、ご参加いただいております。

ぜひとも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、グループワークの進め方等について東京都より説明を受けたいと思います。

○事務局：それでは、資料4をご覧ください。こちらは、これから実施するグループワークのテーマをお示しするものです。

これまでの調整会議の議論を踏まえて設定しておりまして、全構想区域共通のテーマと、構想区域別テーマの2つについて、グループワークを実施していただきます。

共通テーマは、「急性期治療後の転院、在宅療養への円滑な移行のための方策」で、北多摩西部の個別テーマといたしましては、「円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組」となっております。

そして、資料5には、グループワークの進め方をまとめております。

進行役、書記、発表役をまず決めていただきまして、40分間でグループワークを実施していただきます。

各班のテーマは、2つのテーマのうちから、事務局で予め指定する1ついたします。昨年度の調整会議で実施したグループワークでは、各班2つのテーマについてお話し合いをいただきましたが、議論の時間が十分ではないという声もございました。そこで、今回は各班1つのテーマに絞らせていただいております。

グループワーク終了後に、20分で、班ごとにご意見を発表していただき、その後意見交換を実施していただきます。



構成員の先生方のお手元に、「グループワーク用メモ」と書かれたペーパーを配布しているかと思います。A班とC班が、共通テーマのほうで、B班は、地域ごとのテーマとなっております。

進行にあたっては、このメモの下段に記載の「想定の流れ」をご覧ください。

1番の項目に記載のとおり、お手元のグループワークの班別名簿の右側の番号の1番の方が、仮進行役となっただき、進行役、書記、発表役を決定していただければと思います。そして、それ以降は、進行役の方をお願いいたします。

進め方は、記載にとおりとなりますが、こちらはあくまでも参考ですので、各班で工夫して進めていただいても、問題ございません。

また、各班に1つずつ、そばにホワイトボードをご用意させていただいております。各班の議論の整理のためにも、また、傍聴席にも、議論の経過が見えやすいように、ぜひご活用をお願いしたいと思います。

それから、この「グループワーク用のメモ」は、裏側は個別のメモ欄にもなっておりますので、併せてご活用ください。

なお、今回のテーマ設定に至りました議論のまとめを、参考資料4に、また、病床機能報告上の2017年と2023年の、各病院の医療機能、また、特定機能病院等の機能も、参考資料5にまとめておりますので、こちらも併せて、グループワークにご活用いただければと思います。

最後に、グループワークの最中に、東京都の職員がお席の間を回りまして、グループワークのお話を聞かせていただくことがございますが、ご了承のほどよろしくお願いいたします。

説明は以上です。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、これより、各グループで意見交換を始めていただきます。

意見交換していただくテーマは、机上の資料にも記載がございますが、A班とC班が、「急性期治療後の転院、在宅療養への円滑な移行のための方策」、B班が、「円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組」となっております。

なお、傍聴席にいらっしゃる医療機関の方で、グループワークへの参加を希望される方がおられましたら、事前にお申し込みいただいても、この場でお席を用意いたしますので、挙手にてお申し出ください。どなたかいらっしゃるか。

よろしいでしょうか。

では、グループワークを始めてください。お願いいたします。

### 〔グループワーク〕

○香取座長：時間になりましたので、これからグループワークの発表をお願いしたいと思います。

A班から順番に、概ね3分でご発表をお願いしたいと思います。

○A班：国立病院機構災害医療センターの伊藤です。

A班では、まず、現状の話を、「急性期治療後の転院、在宅療養への円滑な移行のための方策」ということで話し合いました。

きょうは、武蔵村山市の健康推進課の方が来ておられたので、まず、在宅の話をしました。これを、ちょっとモデルケースにしていただければと思ひまして、話をさせていただきました。

行政が、在宅へ向けて一番介入してくれているのが、この北多摩地区では、この武蔵村山市だと思っています。地域連携の会議で、立川市が来ますが、実は、立川市は余り動きがよくなくて、いつも文句を言わせてもらっていますが、武蔵村山市は、「在宅に持っていく」と言うと、すぐ行政が間に入ってくれます。

在宅に持っていきたくても、金銭面とか介護力がない人たちが結構いるので、そういう人たちに対してやっていただけています。

お話を聞いたところ、謙遜なんだと思うんですが、「小さな市なので、いろいろなところに手を出しやすく、直接介入できる」ということをおっしゃっていました。

問題は、転院の話です。私どものところは、紹介率は75%です。診療科によっては、8割以上の紹介率を持っている科もありますが、私どものところは在院日数が短いのですが、6割前後の診療科になってくる科とか、特に、救急車が診療科の半分の、救命センターがあるので、そこに入ってくる患者さんというのは、結構いろいろな問題を抱えています。

紹介率の高い診療科では、入院前からケースワーカーさんに入っていていただくとかの手が使えるんですが、医療が悪いわけではなくて、どうしても紹介が困難な患者さんを抱えてしまう診療科もあります。

特に、救急車で運ばれてくる患者さんは、救命加算とかいろいろ加算が取れるので、病院にとってはうまみがありますが、そこから入ってくる患者さんは、一見（イゲン）さんであったり、いろいろな背景があります。

そういう患者さんの転院先を探すのは大変です。コンサルタントが入っているかと思いますが、20キロ圏内で1時間で行けるところを選び出すと、立川市は、県外だと埼玉県まで行けますが、患者さんのご家族の意向が出てきたりすると、患者さんはまず行きません。

そういうところにも、本当は行政が入ってほしいなというのが本音ですが、なかなか難しいと思われまます。

在宅に持っていくことには、うまい手が使えそうなものがありますが、転院先に関しては、たぶん、どこでもやっているケースワーカーさんが早期に介入するとか、生活保護の申請だとかを、すぐ行政にお願いするということはやっけていても、次の転院先の契約とか連携が取れてはいても、実際に動くことに、大きな足かせになっているのが、ご家族とか介護に入る方です。

あとは、リハビリに関してですが、うちの病院では、紹介率がいい科ではありませんが、そういう患者さんのところに、大きな問題が出てくると思われまます。

転院は、必要な患者さんに関してでき得ることは、今は、開業医の先生方が事前に相談をしていただけるような患者さんを、できるだけ集めるということになりますが、当院も西徳洲会さんも、「紹介状がないと診ないよ」というような形はとっていないので、永遠の課題になってしまうのかなというところで、結論が出ないまま終わりました。

○香取座長：ありがとうございました。

次に、B班、お願いいたします。

○B班：武蔵村山病院の鹿取と申します。

我々に与えられたテーマは、「円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組」ということでした。

まず第一に、「サブアキュートの患者って何か」という定義の問題から入ったんですが、実は、この話をしたら、まさに、定義が全く共通していないということでした。

きょう参加された先生方は、開業医の先生、東京都精神病協会の方、薬剤師、急性期を中心とした病院と、ケアミックスをやっている病院と、行政の方でした。

それぞれサブアキュートについてどう思っているかという、医療関係者は比較的共通していましたが、精神科の先生は、「精神科の救急対応は、ほとんど救急車に乗れないので、精神科の中で発生した患者さんは全部サブアキュートじゃないか」というご理解でした。

薬剤師会の方は、「サブアキュートはよくわからない」というお話でした。

行政の方は、「肺炎だったら肺炎になるちょっと手前の、肺炎ではないけれども、もう少しで肺炎になってしまう患者さんのことを、サブアキュートと言う」と定義されました。

ここまで違っていると、そもそもサブアキュートに対して、患者の受け入れに向けた取り組みの話は、全くかみ合わないということになると思いますので、これは大きな問題で、サブアキュートについて共通認識として話すためには、定義の共通基盤はどうしても必要だということが、まず、課題として浮かび上がりました。

実際に医療をやっている人間から、具体的な症例を取り出して、「こういうのをサブアキュートの代表とする」ということで、高齢者の肺炎の人で、特に

誤嚥性肺炎の人とか、高齢者の圧迫骨折の人とか、脱水症の人ということで、これらをわかりやすいサブアキュートとして取り上げて、「これだったらどうなのか」という話の進め方になりました。

それで、その話を進めていたときに、急性期病院でも、サブアキュート対応をする病棟機能を持っている、例えば、地域包括ケア病棟を持っている急性期病院もありますし、そもそも、ケアミックス病院のように、サブアキュートを得意とする病院もありますが、入り口だけでなく、中身もさまざまで、それも情報共有されていないということもわかりました。

ですので、その病院が何をやっているかという、機能のところの情報共有も必要だろうと考えられました。

それから、サブアキュートの患者さんが主に発生すると思われるような、診療所であったり、在宅であったり、施設であったりというところの人たちに対して、本当にアキュートとサブアキュートの患者さんの切り分けができていくかということも、同時に問題になっていると思われまます。

結論としては、この議論をやるためには、もう少し全体的にサブアキュートの患者さんはどういう患者さんであるかという定義を、まずしっかり定めた上で話さないと、話し合いそのものにならないのではないかとということです。

例えば、行政の方が、市民の啓発のために、「サブアキュートの患者さんはこういう患者さんだから、こっちに行ってください」と言ったとしても、何もわからないということになってしまうので、その辺が課題の一つではないかということです。

つまり、定義の問題と、その定義を前提とした情報共有をどうしたらいいかということが課題ではないかということでした。

あとは、そうは言っても、地域で大体合意が取れている地域もありますが、例えば、北多摩西部医療圏のように、非常に大きな範囲になったときに、距離が離れている病院の情報だったり、中の事情というのは、医療関係者であっても、余りよくわかっていないところがありますから、こういう広範な地域でやるときには、病院の受け入れの機能に関しても情報共有が必要ではないかということでした。

○香取座長：ありがとうございました。

では、C班、お願いいたします。

○C班：東京都病院協会の立場で参加しています、立川病院の三田村です。

このグループには、急性期、回復期の病院、看護師さん、企業の保険組合、歯科医師会の先生、自治体の方といったメンバーで議論を行いました。テーマは、「急性期治療後の転院、在宅療養への円滑な移行のための方策」です。

まず、急性期病院からの転院等に関してですが、急性期病院は、先ほどから言われているように、在院日数が非常に短いことが特徴で、それを守っていくために、後方病院の確保が非常に重要であるということです。

特に、脳卒中とか骨折等で、ある程度療養に時間を有する、リハビリが必要だというケースに関しては、かなり入院の早い時期から、後方で受け入れてくれるような病院を探すといったようなアクションをとっているということです。

そこで必要になってくるのがコーディネーターというか、ソーシャルワーカーのような方々で、その方々の連携施設との情報の持ち方によって、円滑に移れることもあるし、それが少し遅れる場合もあるということです。

大局的には、この地域は、非常に困っているということはないとは思っていますが、例えば、特殊なケースの場合は、すぐに受け入れられないとかいう事例が、たまにありますので、いかに情報を共有できるかということが、特に求められているように感じています。

こういう情報共有をするということを実践すると、インターネットでのネットワークというもので情報を共有できることが、やはり、望ましいのではないかと思います。

これは、いろいろな患者さんの、ある意味、細かい情報が提供できるというメリットがありますし、また、いろいろな薬の情報とかがわかると、その重複を避けるためにも役に立つということが言われています。

また、画像情報も、それを直接見ることによって、いわゆる診療情報提供書だけでは理解できないような部分も、ネットを介して、そういった情報に接す

ることができる、受け入れ側の施設においても、納得して受け入れることができると思われま

ただ、その一方で、ネットワーク化によって、プライバシーが晒されるという問題が出てくるので、これに関してもいろいろ議論がありましたが、本人の承諾の上でそれを進めるしかないのかなというような意見がありました。

そういう情報の共有というのが、特にこの円滑化において大きな役割を演ずるだろうと思われま

そして、最終的に、回復期あるいは慢性期を経て、もちろん、直接ということもありますが、在宅のほうへの支援についても、これも、訪問診療から訪問看護、あるいは、歯科医の訪問診療といったことが、かなり積極的にやられるようになってきてはいるよう

とはいえ、高齢者が非常に増えていく中で、この訪問診療を個別に進めていくことが、実際にキャパシティ的に追いついてできるかどうかに関しては、ちょっと疑問というか、ある意味では、ぜいたくな医療提供ということにもなり得るのではないかという考え方もありま

そういうことで、急性期から回復期、慢性期を経て、在宅、訪問診療という流れの円滑化を図る中で、最も重要であると、このグループで認識したのは、ネットワークによる情報共有ということだったと、ご報告させていただきたいと思

○香取座長：ありがとうございました。

それぞれのご発表に対して、ご質問、ご意見等はございませんか。

傍聴席のほうからも、何かありますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、活発な意見交換、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よいかと思

なお、調整会議は、情報共有の場ということもありますので、もし最後に、ぜひ情報提供を行いたいという方がおられましたら、挙手をお願いいたします。

特にございませんか。

円滑に議論が進み、本当にありがとうございました。

本日予定されていた議事は以上となりますが、最後に目々澤理事から伝言がありまして、このアンケートをぜひとも書いていただきたいということですので、よろしくお願いいたします。

では、事務局にお返しいたします。

## 4. 閉 会

○千葉課長：香取先生、ありがとうございました。

それでは、事務局より最後に事務連絡を4点申し上げます。

まず、1点目、冒頭でもお話しさせていただきましたが、調整会議に関するご意見を、本会終了後も、東京都医師会でとりまとめていただきまして、東京都までご報告いただくことになっております。

配布させていただいている「東京都地域医療調整会議ご意見」というFAXの用紙をご利用になり、東京都医師会まで、大変恐れ入りますが、本日より2週間以内程度でいただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

2点目、今後、病院さんがこれまで担ってきた機能を大きく変えることなどを予定されている場合がございますが、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考えております。ご希望の医療機関さんにおかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出ください。

3点目、議事録についてでございます。冒頭で申し上げましたが、本調整会議は公開となっております。議事録につきましては、後日、東京都のホームページに掲載させていただきます。よろしくお願いいたします。

4点目、各テーブルに閲覧用の「東京都地域医療構想」という冊子を、2冊ずつお配りしておりますが、こちらのほうはお持ち帰りいただかず、机上に残しておいてください。そのほかの資料についてはお持ち帰りいただければと思います、よろしくお願いいたします。

○香取座長：皆さん、長い間お疲れさまでした。



それでは、本日の地域医療構想調整会議を終了させていただきます。ありがとうございました。

(了)