

〔平成 29 年度 第 2 回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区東北部〕

平成 3 0 年 1 月 1 7 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』

〔区東北部〕

平成 30 年 1 月 17 日 開催

### 1. 開 会

○矢沢部長：それでは、定刻となりましたので、ただいまより区東北部の「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。

本日は、座長の木村先生が急きょご欠席となりましたので、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、よろしくをお願いいたします。

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お受け取りになり、ご所属とお名前からご判断いただければと思います。

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。後ほど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。

### 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

○矢沢部長：最初に、私ども東京都より、報告事項をまとめて説明させていただきたいと思います。

○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ございまして、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まして、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集計したものでございます。

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、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は区東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をご参照いただければと思います。

それでは、①から順に、区東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、高度急性期機能と回復期機能の病床が増えております。

高度急性期機能におきましては、7対1病床において、昨年度は急性期機能というご報告だったものが、今年度は高度急性期機能での報告となっております。こちらは、他の構想区域とは反対の傾向となっております。

回復期機能につきましては、15対1の病床が昨年度から減り、一般病床特別入院基本料の病床が増えておりまして、こちらも、他の構想区域にない特徴でございました。

②は病床稼働率と平均在院日数の推移でございます。こちらは、急性期機能と回復期機能をご覧くださいますと、平均在院日数を維持または短縮という中で、稼働率が上がっているという状況でございました。

一方、慢性期機能では、在院日数が長くなり、稼働率が下がるという結果でございました。

③は入院料と機能をクロス集計したものでございます。

こちらは、下から2つ目の「地域包括ケア病棟入院料」をご覧くださいますと、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、急性期の割合が高かったり、回復期の割合が高いなど、地域により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。

また、一番下の緩和ケア病棟入院料をご覧くださいますと、この区東北部には緩和ケア病棟がないということが特徴となっております。ただ、この入院料は、施設基準の取得が難しいというお声もいただいているところでございます。

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、全機能を通じまして、「在宅医療の実施予定が不明の患者」が都平均を下回っているという結果でございました。

⑤の退院調整部門を置いている病院の割合を見ますと、60.7%となっております。東京都全体の58.7%を上回る状況ですので、患者さんの状況をよく押さえていただいているからではないかと思っております。

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くださった先生方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10日に、29名の先生方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、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、「区で多職種の情報共有のための共通シートを作成。試行的に1年間使ってきたが、やり取りされる情報が統一されて使いやすく、成果を感じている。また、シートを中心に多職種連携が深まってきた」とか、「区を4つのグループに分け、かかりつけ医と訪問診療専門医・後方支援病院の連携の取り組みを行っている」というご意見がありました。

また、「ケアマネとしては、在宅医療につなげる際には、かかりつけ医と相談するよう共通認識を図っている」というお話をちょうだいした一方で、「外来から訪問診療に切り替えたいと患者が希望した際に、ケアマネがかかりつけ医に知らせずに、訪問診療に切り替えているケースがある」というご意見もございました。

さらに、「訪問看護ステーションは増加しているが、フルで働ける人がいなかったりと、人材不足である。また、訪問看護師同士の連携が取れていない」とか、「薬剤師の取り組みが進んできた」というような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、「病床の看護師は医療の知識は豊富であるが、介護の知識の理解が必要である」とか、「病院の退院調整窓口が地域の在宅療養患者を支えるチームの取り組みを見ていない」というご意見がありました。

また、「在宅療養患者を救急で受け入れる場合、当直医が対応を判断するが、他域との連携がないと判断が難しい」というご意見もございました。

さらに、地域の要望として挙げられたものとして、「レスパイト入院を前向きに考えてほしい」というご意見もございましたが、それにつきましては、「老健は、中間施設としてショートステイ、レスパイトの受け入れが可能であり、活用してほしい」というお話もございました。

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し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8月、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、この区東北部では3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。

こちらも、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ただいている病院をご紹介します。

本日は、足立区の病院さんが1件、該当がございましたので、ここでご紹介しております。

東京都からの報告は以上となります。

○矢沢部長：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。

地域医療構想での必要病床数と従来行われている病床機能報告の上での病床数では、定義の仕方が異なっておりまして、急性期と回復期の病床の中には、病床機能報告では急性期とされているものの中に、実は、回復期の患者さんも入院しておられます。

そこで、「奈良県方式」というものが考えられておりまして、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ものです。

ところで、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。

全て高度急性期病院として報告している病院でも、実際は、3分の1は高度急性期の患者さんだけでも、急性期と回復期の患者さんも入院しているということになっております。

こういう観点から、東京都の現状の病床機能報告での病床数と将来の必要病床数を比べて考えてみますと、その下のグラフをご覧ください。

そこで、東京都の場合は、高度急性期の中には、「治療中」の場合と「治療後」の患者さんがおられ、急性期でも、「重症急性期」と「軽症急性期」の患者さんもおられるということを考えて、2025年の必要病床数を見てみます

と、「治療後」の高度急性期を急性期に、「軽症急性期」を回復期として考えると、数の上では大体合致するような分析ができます。

ただ、これは、東京都全体を見たもので、9ページの上を見ていただきますと、これは、東京都病床機能と規模別病院の分布を示したものです。

東京都の中心部には高度急性期の病院が集中しており、多摩地区のほうは、高度急性期が少なく、回復期、慢性期の病院は多くなっております。

ですので、二次医療圏ごとにその中だけでやっていくとなると、病床機能が足りないという形になりますが、東京都全体で見ると、病床数からいけば、大体足りているのではないかとということになります。

そこで、偏在している病院について、どうやってうまく連携していくかということについてですが、8ページの下をご覧ください。

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ことに絞られるのではないかとことです。

こういうことを考えながら、将来の必要病床数に合った連携をして、スムーズに目の前の患者さんを滞りなく治療できるようにするというのが、地域医療構想の一つの考え方ではないかとということで、ご説明させていただきました。

○矢沢部長：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資料のご説明をいたしました。ご質問はございますか。

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）

○矢沢部長：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と、先生方からのアンケートの結果をもとに、この地域にはどういう課題があるかということについて議論していただきました。



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、皆さまでグループワークをお願いしたいと思います。

今回は、いろいろな意見をそれぞれの方が必ずご発言いただくということを目指したものでございますので、ぜひ活発なご議論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をご覧くださいと思います。

まず、資料5をご覧ください。

5-1と5-2を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、データ等からで、5-2は、アンケートの結果からでございます。

まず、5-1の資料についてですが、この区東北部の特徴としては、独居の高齢者が多いということです。

そして、高度急性期機能をご覧くださいますと、流出患者の約4分の1ががん患者で、そのうち約8割が区中央部へ行っているということです。そして、急性期、回復期、慢性期と、それぞれ200床未満の病院が非常に多いということです。

一方、5-2のアンケートの結果から見ますと、急性期と回復期をつなぐ病院が不足しているということや、患者が早期にリハビリに入れる体制・連携づくりが進んでいないということでございます。

また、回復期に関しては、不足していると感じている方と、充足していると感じている方と、両方いらっしゃるということで、このあたりも感覚の違いが出ているということです。

さらに、在宅を実施している方々から見ますと、急変時にスムーズに受け入れてくれるところが少ないとか、一、二日入院して様子をみたいときに頼める病院がないとか、レスパイト入院をお願いできる場所も少ないとか、長期入院をお願いする場合、医療行為ができる医療施設がなかなかないというようなご意見がありました。

また、病院側からは、在宅を短期間で準備・整備する機能が不足しているのではないかというご意見もありました。

こうしたデータとアンケートから見ると、いろいろな事情があることがわかりましたので、そうした課題を整理したものが3-3の資料です。

①「病床稼働率を上げるために、今ある医療資源を最大限活用させるための方策」、②「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」、③「独居高齢者割合が高いことに加え、退院後に在宅医療を必要とする患者も多い。在宅に向けた退院調整への取り組み」ということです。

そして、①では、情報共有や連携が難しいのは200床未満の病院が多いことにあるのではないかということで、病院間の連携を進めていく取り組みが必要であるということです。

②では、地域包括ケア病棟の機能をうまく使って、急性期、慢性期、在宅への流れをつくる必要があるのではないかというご意見がございました。

③では、MSWが非常に重要だということでした。

こうしたことから、今回のグループワークのテーマとしては、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」でございます。これは、東京都全体の調整会議の共通のテーマといたしました。

地域包括ケアを支える病床の機能について、病院側の考え方と在宅側の考え方のギャップとか、急性期と慢性期の病院での感じ方の違いといったことがクローズアップされたことで、東京都全体のテーマとさせていただきました。

テーマ②は、区東北部独自のテーマとして、「中小病院間の顔の見える関係を構築し、情報共有・連携を強化する取り組み」とさせていただきました。

連携するために有効だと思われることや、取り組んでほしいと思われることなどを、それぞれの病院の機能の立場から、また、医療関係のそれぞれのお立場から、さらに、都民の立場からご意見を出していただきまして、きょうのグループワークを進めたいと思います。

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。これまでのやり方から見ますと、書記役と発表役は同じ方のほうがうまくいっている感じがいたしましたが、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きますが、進行役の方は、参加者全員が発言できますようにお進め願います。

書記役の方は、意見をまとめていただく必要はありませんで、出てきたものを網羅的にお話しただければ結構です。

発表時間は5分ぐらいとさせていただいていますので、各グループは1分から2分ぐらいでお願いいたします。

これを2回繰り返していただき、そのあと、私どものほうでまとめさせていただき、こんな内容だったということを、皆さまと共有させていただければと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

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、いかがでしょうか。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]

○矢沢部長：議論が進んでいるところではありますが、各グループからの発表に移りたいと思います。Aグループからよろしくお願いいたします。

○Aグループ：東京都看護協会の藤野と申します。

まず、医療側で、それぞれの機能でどのように考えているかということをお話ししていきました。

高度急性期、急性期の病院としては、高齢化している患者さんを地域でいかに診ていくかということも考えながらやっているということが多かったです。

そして、病院の機能によっては、例えば、透析ができないとかいうところもあるので、そういったところを今後どうしていくかということや、必要な機能を追加していきながら、地域に貢献できるような医療計画というものを考えているということでした。

また、地域包括ケア病棟がある病院では、さらに病床数を増やして、入院期間が長くなっている方たちを、病院内での機能分化という形で地域包括ケアを

広げて、サブアキュート、ポストアキュートという形で診ていけるようなことを考えているというお話もありました。

それから、区中央部に多くのがん患者さんが流出しているということですが、特に足立区とかのエリアでは、肺炎とか脳梗塞とかは、圏域内で受け入れができていないのではないかという意見もありました。

また、回復期の病院では、在宅復帰率が大切になってきます。無理な場合は施設に転院していくケースもありますが、回りハの病院に入れられない患者さんを、地域包括というわけではないと思いますが、その辺の地域包括と回りハとの振り分けるところが難しいのではないかとのご意見もありました。

特に、地域包括のほうが、入退院を繰り返す患者さんを診ていくというイメージですが、回りハのほうでは、できる範囲に限界があるし、報酬も限界があるので、その辺が難しいということでした。

それから、回復期をつくっているが、後方のさらなる連携というところで、急性期のネットワークはある程度形がつくられているが、後方との連携のためのネットワークの構築が、これからの課題だというご意見もありました。

そして、周産期の病院がありますが、そういう部分に地域包括というところで、光が当たっていないということなので、そういう問題もこの機会にしてほしいというお話もありました。

特に、この区東北部には、周産期に指定されている病院は2病院だけということで、その辺をもっと検討していく必要があるのではないかとのご意見もありました。

○矢沢部長：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：足立区医師会の太田です。

話題としては、主に4つ出ました。

1つは、地域包括ケア病棟についてですが、現状では、一般病棟からの転床、同じ院内からの転床というケースが多いですが、地域包括ケア病棟だけの施設というものができてきていますので、そうすると、在宅から施設に入って、ま

た在宅に戻るといような運用の仕方が出てくるのじゃないかというお話がありました。

2つ目は、病床稼働率のことで、9割の稼働率を多くの施設で維持していると思うんですが、そういったような状況がずっと続いていくと、そこで働いているスタッフが疲弊してしまうと思われます。

したがって、どの辺が適切な稼働率なのかということを考える必要があるというご意見も出ました。

3つ目は、例えば、急性期病棟に救急搬送された高齢の方や在宅の方が、そのあと、出すところがなかなかないとか、循環器だけを20床ぐらいでやっているような、機能の非常に分化した病院に、90代の心不全の患者さんが入院したら、すぐにサルコペニアをなってしまったということもあります。

ですから、搬送されたり、入院したりする段階で、住民の方といろいろなコンセンサスを受けて、それぞれの機能分化を理解してもらって、適切な病床に搬送する必要があるという意見がありました。

4つ目は、歯科のほうから、嚥下機能のリハビリとか評価について、最近いろいろな知識が得られたので、そういった研修をしているということでした。

それから、「かかりつけ歯科医」というものを、もっと広めていきたいというお話がありました。

○矢沢部長：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：東京薬剤師会の西澤と申します。

討論に入る前に、グループワークについていろいろ異議があつたりして、スタートが遅くなりましたが、今回は、地域包括ケアの中でも、在宅の患者さんが悪化した場合、救急車を待たずに、病院救急車を活用しているという、葛飾区の事例が報告されました。

こちらでは、病院管理協議会を昭和40年代からずっと進めておりまして、医療機関同士の連携が重層的に構築されていて、4年前から、病院救急車が稼働し始めて、19か所の医療機関が登録しているということです。

在宅の患者さんの急変といっても、準救急というような状態ですので、すぐに行かなくても、「ちょっと待っててください」という状態で搬送し、区内の医療機関に入院させるということでした。そして、退院して在宅にという形ができつつあるということでした。

そして、MCS (Medical Care Station) というネットワークで、情報を共有するという形で、多職種も入って、患者さんの情報を共有するということが行われています。

一方、足立区では、ネットワークは十分ではないが、今後は進めていきたいというお話でした。

○矢沢部長：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。

今いただいたご意見の中で、ネットワークとか情報共有というお話がありましたが、今回は、顔の見える関係プラス情報共有、連携を強化するにはどんな仕組みが必要かということについてご議論いただきたいと思います。

#### [テーマ②についてグループワーク]

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

○Cグループ：岡田病院の岡田と申します。

先ほどと余り変わらない議論になってしまいましたが、こういう中小病院間で顔の見える関係をどうつくっていくかというところでは、ICTは要らないのではないか、それよりも飲み会をやっていったほうがいいのかという意見が出ました。

○矢沢部長：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：足立区医師会の太田です。

葛飾区では、MSWだけの連携の会がかなり盛んに行われているということでした。また、MSWを特に重点的に配置しているという病院では、12人配置しているということでした。

また、葛飾区の病院救急車の運用については、医師会員と非医師会員の問題があって、それがネックになっているというお話もありました。

あと、情報共有する場合、フォーマットだけでも共通のものを決めてもらわないと、あとからその情報が使えなくなってしまう場合も考えられるというご意見がありました。

それから、実際には、SNSといったものが使われてきてしまっているので、それを使ってはいけないというのは、余り現実的ではないだろうということで、使うのであれば、どのように使っていくかというルールをまず決めておかないと、自然発生的にどんどん広まってしまっているのが心配であるという意見も出ました。

さらに、顔の見える関係といっても、実際に会うのが難しい場合は、テレビ電話とかメールとかも使えるという形で認めてほしい。そして、それに対して加算を付けてほしいということでした。

それから、これは、行政に対する要望になってきますが、患者さんにとっては、“ピン・ピン・コロリ” というような形の人生が望ましいだろうということですが、それに対しては、医療ばかりでなく、予防医学とか介護ということが重要になってきます。また、これから、医療の現場でも働き方改革というものが行われてきた場合、今の医療はもう維持できなくなるだろうと思われれます。

今まででも、婦人科ではそういったことがあり、ある意味で、医療が崩壊しているという状況にあるので、できることとできないことをはっきりさせてほしいということです。

これらのことを、行政のほうから、皆さんによく知らしめてほしいというご意見も出ました。

あと、連携の会を盛んにするためにも、何かインセンティブを付けるのが一番現実的な方法であると思われるというご意見もありました。例えば、急性期

病棟に転院するドクターが来た場合は、それに対して加算を付けるとかいったことをする必要があるのではないかということです。

それから、情報の共有ということで、救急の端末に毎日、救急病院に入っていますが、それと同じようなことを、ほかの回復期とか慢性期でも活用できるようにしたらどうかという意見もありました。

○矢沢部長：ありがとうございました。では、Aグループ、お願いいたします。

○Aグループ：東京都看護協会の藤野です。

行政の立場として連携をどのように考えているかというところでお話がありました。特に、足立区では、糖尿病とか透析の患者さんが多かったですので、行政がもっと病院と連携していくということを、今後図っていきたいというお話がありました。

また、足立区の取り組みとしては、医師会と区のほうで、介護と福祉と病院ということで、多職種の研修が進められていますので、お互いに顔の見える関係づくりが有効ではないかというお話がありました。

また、看護協会でも、情報交換会を多職種を交えて行っていますので、顔の見える連携をつくっていくことが、非常に有効ではないかというお話も出ました。

それから、情報共有という点では、ICTを機能させていきたいということで、小さいところではいろいろ連携していますが、そういう連携を東京都の中で1つにつないでいくことができると、より情報共有がしやすくなるのではないかというお話も出ました。

あと、支払い側からは、加入者は患者さんということになりますが、そちらのほうにも機能とか役割とかを伝えていかれるといいかなという感想をいただきました。

また、国民に対して、こういう機能とか役割とか、今の体制とかについての情報をもっと伝えていけると、みんなで共有できるのではないかというお話もありました。



○矢沢部長：ありがとうございました。

これまでのご発表を聞いて、それについてのご質問とか、追加のご発言とかはございますか。

それでは、今いただいたご意見を少しまとめてみたいと思います。

まず、葛飾区、足立区、荒川区の取り組みについて、それぞれのテーマでございました。

葛飾区の病院救急車の取り組み、足立区、荒川区でもネットワークを進める必要があるということが挙げられていました。

行政のほうでも、多職種連携の研修をされていて、そういうところでも進んでいるというお話もありました。

一方、地域包括ケアに焦点を当てたお話では、一般病床からの転院で使われているが、在宅から来て、また在宅に帰るという使われ方も、今後は増えてくるのではないかというご意見もありました。

また、回復期リハに入れる患者さんなのか、地域包括ケア病床に入れるのか、その振り分けが非常に難しいというお話も出ました。

さらに、病床数を増やしていきたいと思っているが、院内の機能分化というところでは、なかなかすんなりとはいかないというお話も出ていました。

それから、情報の共有化というところでは、ICTがいいというお話もあれば、それよりも飲み会のほうがいいというお話もありました。また、フォーマットを共通にしないと意味がないというご意見もありました。

そして、メールとかいろいろなデバイスを使っても、加算が付くようにしてほしいというご意見もありました。

さらに、働き方改革に関することが、来週から国会で議論されるようになりますが、稼働率が90%を超えているところでは、スタッフが疲弊してしまっているのも、それ以上の働きというのは難しいということでした。

そして、その中でも、どのように進めていくかという考え方が整理されないと、なかなか働き方改革は進まないのではないかというようなご意見もありました。

さらに、住民の方々に対して、病床機能についてのコンセンサスを持ってもらう必要があって、どんな機能があるかを理解していただいて、入院したとき

から、あるいは、転院することについても、もう少し情報提供や理解を進めていただく必要があるだろうというご意見もありました。

そして、病院の機能分化が進んでいることなども、住民の方々にご理解いただけるのではないかとというご意見もありました。

なお、他の構想区域の状況ですが、同じようなお話が出ていましたが、ここでは出なかったことを少しご紹介いたします。

大きな病院に救急車で運ばれてしまうと、かかりつけ医がいても、そこに戻ってこない場合が多いということです。病床側が在宅専門の先生を紹介したりということで、こういう点についても非常に議論が進んだ構想区域もありました。

そして、かかりつけ医の先生と在宅専門の先生の連携ができるのかということについては、医師会の会員だったり非会員だったりという問題もあって、なかなか難しいが、そのあたりをどうしていけばいいかとというご意見もありました。

また、情報の共有化というところでは、今回出たようなフォーマットを、実際につくって運用して、うまくいっているというご発表もございました。

一方で、ICTのシステムがあちこちでできていて、それらがばらばらに動いているので、そこを何とか共有できないかという意見もございました。

私どもでは、いただいたご意見をまとめまして、次回の調整会議でどういった議論を進めていくべきかということの中で、私ども東京都が取り組むべきことも、この中から導き出してまいりたいと考えております。

最後に、何かご発言とか、この調整会議でご報告したいことやご紹介したいことがございましたら、挙手をお願いいたします。いかがでしょうか。

## 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、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いては、事前にお伺いして、この調整会議でご紹介いただければと思っております。

また、その仕組みについては、改めて文書でご通知申し上げますが、この調整会議において、病床機能を変えるとか病床を増やすとか減らすということも、皆さんで情報共有できますように、ご協力をお願いいたします。

2点目、議事録についてですが、既に申し上げましたとおり、この調整会議は公開ですので、東京都福祉保健局のホームページに後日掲載いたします。その内容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。お疲れさまでした。

(了)