

〔平成 29 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔西多摩〕

平成 29 年 11 月 21 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』

〔西多摩〕

平成 29 年 11 月 21 日 開催

1. 開 会

○久村課長：定刻となりましたので、西多摩の「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、私、東京都福祉保健局保健医療計画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。

それでは、これ以降の進行を玉木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

○玉木座長：それでは、早速ですが、会議を始めたいと思います。「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ので、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。今回、クロス集計が終了いたしましたので、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たものでございます。

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、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、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という視点で集計しております。

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います集計いたしました。

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をご紹介しております。

資料1は西多摩のデータをまとめたものになっておりますので、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、西多摩の集計結果の内容についてご紹介させていただきます。資料1の右下のコメント欄をご覧ください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。西多摩地域の特徴といたしましては、慢性期で報告された病床が今年度ですと53.4%と、半数を占めているところが大きな特徴かと思われまます。

また、平成27年度から28年度に比べまして、回復期機能の病床が増加しております。今年度は278床となっておりますが、これは、地域包括ケア病床の整備によるものが大きいかと思われまます。

②の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、西多摩では、急性期機能のところをご覧くださいますと、去年から比べまして、平均在院日数が長くなっている状況となっております。

その次の回復期機能は、去年の83.7に比べまして、ことしは38.6日と、日数が大きく変動しております。

集計する際には病床機能報告の数字を使わせていただいておりますが、ご報告のときに誤りがあった可能性が含まれております。公開データであるため、そのまま集計しておりますが、参考までにその誤りのある可能性のデータを抜いて集計すると、45.1日という結果でございました。

慢性期機能は、平均在院日数が長くなり、病床稼働率は昨年より下がっている状況となっております。

地域の調整会議の中でも、医療必要度が高い患者さんが増えているというお声をよく聞きますので、そういったものが数字となってあらわれたのではないかと考えております。

次に、③の入院料と機能をクロス集計したものをご覧ください。

3段目の一般病棟13対1入院基本料は、慢性期機能とのご報告があり、こちらは、西多摩の地域だけであったご報告でございます。

地域包括ケア病棟につきましては、急性期機能と回復期機能のご報告が均衡した状態でございます。

この入院料につきましては、急性期の割合が高い地域や回復期の割合の高い地域など、状況はさまざまとなっております。後ほど行うグループワークの

中で、地域包括ケア病床の使われ方についてもご確認いただければと思っております。

④の退院後1か月以内に在宅医療を必要とする患者の割合ですが、こちらは、高度急性期と慢性期機能におきまして、退院後の在宅医療の実施予定が不明という割合が高くなって思いました。

西多摩ですと、高度急性期機能で在宅医療の実施予定の不明の患者さんは12.5%となっておりますが、東京都ですと6.1%という結果でございます。慢性期機能で実施予定の不明の患者さんは、この地域ですと22.9%ですが、東京都全体では19.5%という集計結果でございます。

⑤の退院調整部門の設置割合につきましても、東京都全体では58.7%に対して、この地域は42.9%と下回っております。

人手の問題も大きいかと思いますが、入退院時に十分な連携がとれているかにつきましても、後ほどのグループワークの際に意見交換していただければと思っております。

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いますが、当日の内容についてご報告させていただきます。

開催概況ですが、西多摩における在宅療養ワーキングにつきましては、11月15日に実施いたしまして、30名の方々にご参加いただきました。

参加団体等につきましては、本日お集まりの調整会議の団体の方に加えまして、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、新たにご参加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、主な意見交換の内容としては、地域特性という面からとは思いますが、「西多摩において、訪問診療や往診を行う上で、移動距離が長く、効率が悪い」というご意見がございました。

また、「在宅医療の需要増加が見込まれるが、在宅医や訪問看護が不足している」とか、「かかりつけ医が診ている患者を最期まで看ることができるようになることが重要」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」ですが、「医師が不足している中で、病院と連携し、病院がバックアップする体制が必要」という意見があり、具体的には、「在宅医の立場として、在宅療養患者が病床変化の際に、気軽に入れるベッドがあると安心」というお声がございました。

また、その一方で、「患者の意識啓発も大切で、医師からの教育や行政等からの普及啓発が必要」というご意見もいただきました。

今回は、初回の開催ということもありまして、非常に幅広くご意見をいただきましたが、ここでご紹介した意見を、後ほど実施するグループワークの際の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、ことしの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、日赤や済生会などの公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院などとなっております。この西多摩では該当の病院はございませんが、ご紹介させていただきます。

主な記載事項としては、「①基本情報」は、医療機関名など。「②現状と課題」として、構想区域の現状と課題と、それを踏まえた自院の現状と課題。「③今後の方針」として、自院が地域において今後担うべき役割、今後持つべき病床機能、その他見直すべき点。「④具体的な計画」として、4機能ごとの病床のあり方について、現在の4機能別病床数と2025年における病床数を記載するということです。

このプランは、一度ご提出いただいておりますが、今回の調整会議の内容等を踏まえての修正してもよいとご案内しております。

西多摩の圏域は、このプランの対象の病院はありませんが、これとは別に、「新公立病院改革プラン」というものを策定しておりまして、その中から、地域医療構想を踏まえた役割、地域包括ケアシステムの向けた役割等を抜粋して、配布した資料が、参考資料2でございます。

ただ、今回は、資料としては配布のみで、この内容については取り扱いいたしません。後ほどのグループワークの際の参考にご覧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をご紹介します。

今回は追加の医療機関はございませんので、今後ご紹介すべき医療機関がございましたら、ここでご案内させていただきます。

資料1から4までの説明は以上でございます。

○玉木座長：ありがとうございました。

続いて、東京都医師会からご報告いただくことが1点ございます。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、これは、地域医療構想に関する厚労省のワーキング部会にて、全国の衛生主管部に提示されているもので、一つの考え方です。

資料の2ページの下のスライドですが、病床機能報告と医療需要推計については、C1、C2、C3の考え方と、従来どおりの医療機能の内容が非常にかみ合っていないということです。

そのため、3ページの上ですが、これは、奈良県のイメージですが、全国的に急性期が非常に多くて、重要推計によると、右側のように、回復期を増やさなければいけないということですが、なかなかうまくいかないということです。

そこで、その下のスライドですが、急性期に関して言うと、重症の手術をやって、救急患者をたくさん診てという急性期と、そうではなく、かかりつけ医的なものが中小となっているような急性期もあるのではないかということです。

そのため、奈良県としては、急性期を2つに考えたらどうかということで、「重症急性期」と「軽症急性期」に分けたらどうかというものです。

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ので、あとでお読みになっていただければと思います。

そして、その下ですが、具体的なところで言うと、ひと月当たり、手術もしくは救急の受け入れが2件以下である場合は、「軽症急性期」というように、データの的にはそういうことになってしまうらしいです。

この「軽症急性期」を回復期と考えたらどうかという意見でありまして、そうすると、数合わせ的には大体合ってくるということです。

これが全国に配られているので、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。

東京都の場合、高度急性期を7500床は削らなければいけないし、急性期も6000床ぐらい多いという状況に対して、一方で、2万6000床の回復期をつくらなければいけないということです。

そして、その下に、東京都の場合は高度急性期が非常に多いものですから、この部分を何とかする必要がありまして、治療中までは高度急性期で、そのあとの、ポストアキュートというのでしょうか、治療後の部分をちょっと削って、急性期を重症と軽症に分けるという考え方を示しています。

高度急性期を治療中と治療後に分けるのは乱暴じゃないかという意見もありますが、6ページの上を見ていただくと、これは、特定機能病院に入院している患者さんの医療資源の投入量から見て、分類したものです。

高度急性期は、特定機能病院であっても、3割をなかなか超えていなくて、急性期が3割を超えて、回復期以下の医療資源の投入量が3割から4割ぐらいであるという実態があります。

ですから、その下は先ほどの5ページの下と同じですが、治療後の高度急性期を急性期にして、「軽症急性期」を回復期扱いにして、慢性期のほうで、25対1から20対1のほうに持ち上がっていくようなところで、ある程度の患者を診られる部分を吸収すると、比率的には合ってくるということです。

そうすると、東京都は将来、8700床増やさなければいけないと見込まれていますので、そうすると、それぞれの役割分担がはっきりしてくれば、あとは、みんなで8.3%頑張ればよいという数字になります。

なぜこういうことをしなければいけないかというと、「軽症急性期」の担当のところが、「うちは急性期だ」といって、手術の患者をたくさん引っ張ろう、救急も引っ張ろうと努力すると、方向性が違ってきてしまうわけです。

一方で、高度急性期の特定機能病院は、本来的には高度急性期の割合を増やさなければいけないわけですが、連携の中において、高度急性期を担うようなところに、「軽症急性期」を一生懸命やっているような病院は、むしろパスをして、高度急性期を一生懸命診てもらえばいいわけです。

そのかわり、早めに「軽症急性期」である回復期のほうに患者を回すような、連携システムをうまくつくっていかないと、この8.3%の頑張りというものが難しくなってくると思っています。

その意識づけには、こういう考え方がいいのではないかというのが、厚労省から出てきています。

それから、話は違いますが、こういう具合にして、8.3%の効率性を上げていこうということになると、7ページの下のスライドですが、「ほぼ在宅、時々入院」の効率性を上げて、平均在院日数を短くするという話になってきます。

そうすると、8ページの上ですが、自然発生的にフリーアクセスの中で、競争社会の中で、ニーズを捉えながら、我々医療機関は今まで発展してきたわけですが、「今後は連携をとれ」ということになってきます。

つまり、「ライバルではなく、連携だ」ということになると、それなりのインフラが必要になります。それは、例えば、足りないと言われている回復期がきちんと必要である。病床機能の分化が必要である。病院間の情報ネットワークが必要になってくる。

また、その下ですが、たった1日で平均在院日数が変わってきますので、「ベッドが空いた」ということになると、患者さんを早めに送らなければいけないための患者さんの搬送システムも必要で、東京都医師会では、病院救急車の搬送というものを一生懸命押しています。

それから、9ページの上は、平成27年の病床機能報告を色分けにしたもので、高度急性期が赤、急性期が黄、回復期が緑、慢性期が青、精神科病床が紫色になっていて、円の大きさは病床規模をあらわしています。

ただ、この色を変えることはできますが、この病院の場所の偏在自体は、2025年までの間にそう簡単に変えられません。

そうすると、この黄色のところをある程度緑色に変えて、東京じゅうの連携網をつくらないといけないということは、一目瞭然です。

二次医療圏で完結できそうな色合いになっているところはないと思われまので、この地域医療構想の最初の段階で、医療機能分化ということと数合わせというものをやったあと、これを進めていくためには、やはり、連携が必要で、そのためにはどうすればいいかということです。

そういうことをぜひ感じ取っていただきたいと思って、この資料を作成いたしました。

○玉木座長：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ございましたが、ご質問等はございますか。

「奈良県方式」を西多摩に当てはめると、回復期が増えることが望まれているので、それを、サブアキュートに当たるのかもしれませんが、その辺に機能を変更できるかというような形で見ることでもできるのではないかと思います。

○猪口副会長：50%が慢性期ですから、こうやるというのは難しいと思います。だから、東京都全体で考えると、色分けの比率は何とかなるかと思っておりますが、西多摩と区中央部はなかなか難しいと思います。

○玉木座長：あとは、「理想と連携」ということも、キーワードになるということも、今のご説明でおわかりになったと思います。何かご質問はありますか。特にないようでしたら、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）

○玉木座長：昨年度の調整会議で、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させていただきました。

前回の第1回の会議で、事務局において整理された地域の現状とアンケート結果に基づきまして、今後の優先課題や機能というものを検討して、議論を深めたと思います。

本日は、前回の調整会議において整理した、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ということ、各立場で取り組めることなどを含めて、話し合いをしていただきたいと思います。

既にご案内のとおり、今回、A、B、Cと3つのテーブルに分けて、グループワークの形をとっておりますが、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。

こういう形で活発な意見交換をしていただき、それをまた次の会議の議論に進めていければと思っております。

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ので、よろしくお願いいたします。

○矢沢部長：それでは、資料5をご覧ください。前回の会議で使った資料が5-1と5-2でございます。

5-1は、データから見る構想区域の特徴で、5-2のほうは、昨年実施させていただいたアンケートの結果から見る、この構想区域の状況というものです。

特徴的なところということでは、まず、急性期のところとか、回復期、慢性期のところで、それぞれ病床稼働率が低いということと、退院後も医療を必要とする患者が多い中で、退院調整部門を持つ医療機関の割合が、特に急性期のところでは少ないという特徴もありました。

また、アンケートのほうからは、慢性期の先生方からは、充足しているということでもあり、入院患者の確保に苦勞しているというご意見があった一方で、在宅側の先生方からは、病床のサブアキュートの利用促進が望まれるといったような、双方からのそれぞれのご意見をいただいております。

これを踏まえまして議論させていただいたものを、私どもでまとめたのが、5-3の資料でございます。

論点は3つありまして、1つは、「地域包括ケアシステムの構築が進む中で、西多摩の慢性期機能を担うべき役割」、2つ目は、「地域包括ケアシステムの構築に向けた急性期機能の検討」、3つ目は、「高齢化の進行の早さに加え、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」ということでした。

それぞれに対するご意見をその下にまとめてあります。1つ目の論点では、「ポストアキュートに精一杯の状況で、今後、地域包括ケアなど、サブアキュートの窓口が欲しい。人員の問題が大きく、いかに確保、育成していくかが課題」というご意見などがありました。

2つ目の論点では、「退院支援を強化して、退院や転院、在宅等へつなげていくことが必要」というご意見や、「サブアキュートの場合のシステムをどう構築するかということも、在宅医療の裾野を広げていくための重要なポイントである」というご意見などがありました。

3つ目の論点としては、「入院時から退院後を見据えて調整を行っており、在院日数が比較的短期間で推移している」というご意見がある一方で、医師や看護師不足があるというご指摘もありました。

それから、先ほど報告いたしました患者さんの情報が、例えば、その方の背景、あるいは、終末期の考え方、ご家族の終末期の受け止め方といったものが、情報の共有化がされていない中で、在宅の先生から急性期の医療機関への転院というところが、難しく、混乱する原因だというご意見もありました。

以上のようなことを踏まえまして、今回のグループワークでご議論いただきたいこととして作成しましたのが資料6でございます。

テーマ①は、全構想区域共通のテーマで、「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」です。

そして、テーマ②としては、「退院調整機能を充実・強化するための取り組み」ということで、特にご意見があった、公立病院と民間病院の地域における役割を踏まえ、どのように連携を進めることができるのかといったことを踏まえながら、各機能の代表の方々のご意見はもちろん、都民としての立場からのご意見でも結構ですので、日ごろお感じになっていることを、このテーマに絞り過ぎることなく、自由にご発言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、まず、それぞれのグループの中で、進行役と書記と発表役をお決めください。進行役の方は、なるべく全員にご発言いただくようにお進めいただきたいと思います。

書記の方は、机の上に紙をご用意しておりますので、メモを取っていただいて、その内容が残るように、記録をお願いいたします。

そして、意見交換を20分していただいたあと、それぞれのグループで2分ずつ程度でご発表いただくこととなります。

それを2回繰り返しまして、最後にまとめをするということにさせていただき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。

○玉木座長：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、それぞれのグループで皆さまのご意見をたくさん出していただきたいと思います。

それから、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いらっしゃいましたら、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。では、様子を見ていただいて、第2のテーマのときから入っていただいても結構です。

それでは、20分間をめどに、1つ目のテーマで議論をお願いいたします。

[テーマ①についてグループワーク]

○玉木座長：それでは、各グループの発表に移らせていただきたいと思います。活発なご議論をしていただけましたでしょうか。

では、Aグループからお願いいたします。

○Aグループ：公立福生病院の松山と申します。

このグループでは、お互いに言い散らかしただけで、特にまとまってはいませんが、まずは、テーマ①で必要な機能は何かということです。

遅ればせながら、この地域でも、2つの公立病院で地域包括ケア病棟が1つずつできてきました。現状分析とか将来の展望とかから考えて、それに合致した方向性ではないかと思っています。

実際、この2つの病院とも、地域包括ケア病棟は概ね安定した病床稼働率なり運用がなされていますが、両方とも、まだ院内転棟が多く、よそ様からの、サブアキュートというのでしょうか、そういう方を受け入れる数は少ないので、理想どおりにはまだ進んでいないというご報告でした。

それから、地域包括ケアを支えていくには、病院の支援センターの充実ということが、非常に重要な課題ですので、これも、2つの公立病院では、ほとんど同じ時期に支援センターを拡大して、PFM (Patient Flow Management) のやり方に則って、少しずつ進展しています。

ただ、このPFMを介して、予定入院が全て入院できるというところまでは、力不足ですので、疾患なり科なりに限定した形で少しずつ進めて、将来は、予定入院の方は、基本的に支援センターを入院の前に通って、いろいろな情報を入院した際には、共有認識として病棟が持てるという形にしたいということで進んでおります。

あと、これは、西多摩地域の方はどなたも思っていることですが、マンパワーが足りないということです。どういう方法をやるにしても、内科医は病院のバックボーンですから、足りないところが多いわけです。

これは、教育が悪いのか何が悪いのかよくわかりませんが、死を扱うような科を敬遠する医学生が、ずいぶん前から多くなっていますので、学生さんが内科医を志向してきません。

私どものように、業者さんに、「いい人はいないか」ということを一生懸命頼んでも、応募がなかなか少ないという状況が続いていますので、マンパワーさえ何とかなれば、もうちょっとは理想的に近いような形にできるのにといいことは、常々考えております。

○玉木座長：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：西多摩薬剤師会から出ております田中と申します。

在宅医と病院の考え方の違いで、在宅医では、具合が悪くなったら病院で診てもらいたいと思っていますが、病院のほうでは、在宅療養するのは在宅医に診てもらいたいと思っているわけです。

その理由としては、情報の共有ができていないので、すぐに受け入れができなくて、いろいろ手間がかかってしまうという部分はあるので、情報の共有ができればということになりますが、システムをつくっていくに際して、在宅のほうから来た場合にジャッジするようなどころがあったほうがいいのじゃないかということでした。

また、例えば、地域包括ケア病棟のある病院などに一度入っていただいて、もし重症である場合は救急病院のほうに搬送していただくというようなシステムづくりがあったらいいのではないかという話がありました。

そして、情報の共有には、ネットワーキングが重要ですので、それを取り入れたいのですが、コストが高いという部分がネックになっているということがあります。

あと、実際に今お話があったように、病院のほうでは、このシステムを利用して、在宅のほうの先生からの情報を見られるような、病院から発信するだけ

ではなくて、在宅のほうからの情報を収集するというこも、このシステムで活用していくのが重要じゃないかというお話もありました。

それから、薬剤のほうですが、夜間に薬がなくなる場合がよくあるので、24時間対応の薬局があればいいなというお話もありました。

○玉木座長：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：奥多摩病院の井上です。

まずは、地域包括ケアシステムを支えていくために必要な、充実させるべき機能に関しては、多職種連携はかなり重要であるというお話が出ました。

その中で、行政の方から、例えば、パンフレットを作成したり、医師会の先生を講師にして、住民向けの講演会をしたり、多職種の方の連携を供与するような場を設けたりといった試みを、早速始めようと考えているというお話がありました。

また、看護協会の方からは、多職種連携を目指した大きな会を、来月も、青梅総合病院さんのほうでやるというお話もありました。

一方、地域包括ケアの中では、在宅医療がかなり重要になると、実際、西多摩地区では特にそうだと思いますが、面積が広い中かなりまばらに人が住んでいるような状況ですので、そもそも在宅医療が非効率的な状況です。

そのため、何とか頑張ってやっていたらしゃる在宅医の先生もおられますが、もし診療報酬が下がってくるようなことになれば、本当になり手がこれからも続いていくのかというような、不安の声も挙がっていました。

あと、病気になった場合、どこでどうすればいいのかという情報が、利用者のほうには不足しているのではないかということでした。

また、在宅に移行した場合の経済的負担とか、職場の介護休暇の理解なども必要になってくるであろうという話も出ました。

地域包括ケアの機能を実現するために地域で必要な病床としては、時間がなくて余り議論が深まりませんでした。在宅の患者さんが急変したときのバックベッドがないということが、問題として一つ挙がりました。

その中では、受け手側の急性期病院さんからすれば、ただでさえ忙しい病院が多いのに、在宅の患者さんが来ると、「もっと在宅で工夫できないのか」というような疑問の声や、病院側からあつたりします。

また、患者さんの家族側から言うと、余り高度な処置はしないというふうに考えていても、いざそういう現場になってみると、「お父さんのために何とかしてあげたいと思って、救急車を呼んでしまった」とか、家族側の理解の不十分さもあると思われるので、その辺のお互いの考えの共有も必要だろうということでした。

あと、各立場から地域で取り組めることとしては、病院の話しか出ませんでした。各病院は国からの要請に従って、急性期、回復期、慢性期の機能を精一杯強化していきましょうという話になりました。

○玉木座長：ありがとうございました。

余りかぶらないで、いろいろな意見が出たかなと思っております。

西多摩医師会では、東京都、東京都医師会の支援を得て、在宅医療講座みたいな研修をやっていますが、在宅医と多職種と病院の先生方の相互研修というのがなかなかできていないので、その辺もやっぺいこうかなと、皆さまのご意見を聞いて思いました。

それでは、2つ目は「限りある医療資源を効率的・効果的に活用するための連携、役割のあり方」ということで、観点としては、「公立病院と民間病院の地域における役割を踏まえて、どのように連携を進めることが有効か」、「各立場から取り組めることは何か」ということですので、また20分ほど議論してください。

[テーマ②についてグループワーク]

○玉木座長：それでは、よろしいでしょうか。またAグループから発表をお願いいたします。

○Aグループ：公立福生病院の松山です。

まず、連携を進めることは必須だけれども、具体的にどうするかということで、各論はなかなか難しいですが、実際に顔を合わせる現場というか機会が、地域でも案外少ないので、それをもっと多くするようにしていくべきだというご意見がありました。

それから、実際には、公公の連携については、細々ですが、例えば、科を限定してであれば、ずいぶん前からやっております。それは小児科ですが、年末年始とかゴールデンウィークのような長期の休みのときに、小児科医の日直とか当直がずれるようなことをずっとやっておりました。

ただ、そういうようなことも、これからマンパワーが少なくなるような科は、積極的に考えたほうがいいのかというご意見もありました。

それから、公的には、地域包括ケア支援センターみたいなものが、あることはあるらしいですが、実態がまだ乏しくて、充実されていないので、そういうものがあつたほうが、情報の共有ができて、いろいろなことが効率的に進むのではないかというご意見もありました。

○玉木座長：ありがとうございます。では、Bグループ、お願いします。

○Bグループ：西多摩薬剤師会の田中です。

公立と民間の連携ということですが、民間から見ると、マンパワーなどの差を感じています。民間は、人材という点では厳しい現状にあるというお話です。

それから、公立病院では、高度医療、救急、周産期、小児を頑張っていかなければならないのではないかというお話もありました。

西多摩は、公立は救急、民間は慢性期ということがはっきりしていて、もちろん、民間でも一部には救急もありますが、どちらも厳しい状況ですが、すみ分けははっきりしているということです。

ただ、民間の救急病院が、できればジャッジしていただけると、うまくいくのではないかというお話もありました。

薬剤の部分については、薬の管理が、病院から在宅、病院間、施設等に行くときに、結構ばらばらになっているので、そのところに薬剤師が介入していく必要があるのではないかということでした。

薬がいろいろ処方されている中で、情報の一元化をしたいのですが、本人の同意が必要という部分が難しいのではないかという話もあります。

また、お薬手帳を1人の患者さんが何冊も持っているという現状があるので、これを在宅のほうで、先生が見たり、訪問看護師さんが見たりする場合、いろいろ複数に跨っているというのは大変だということで、この辺の解決策も必要ではないかという話もありました。

あと、退院調整部門が不足しているという報告がありましたが、民間では部門として設置されていない場合があっても、MSWなどは実際にいるので、ある程度調整して、在宅に行っているはずではないかという話です。

公立病院では、ナースがアセスメントしたり、在宅につないでいるはずで、割合が少ないという原因がはっきりしないという報告もありました。

○玉木座長：ありがとうございました。それでは、Cグループ、お願いします。

○Cグループ：奥多摩病院の井上です。

「公立病院と民間病院の長期における役割を踏まえ、どのように連携を進めることが有効か」という観点で話したところでは、目白第二病院では、常勤が8名と少ない中でも、例えば、夜間でも、開放骨折を診たりとかして、必死に救急医療を頑張っていらっしゃる現状を教えてくださいました。

また、武蔵野台病院では、提携している特養が10施設あって、特養の配置医の先生の中には、24時間対応をなかなかしてくださらないところが多い中、そういう10施設の急変患者にも対応しているということでした。

ただ、どちらの病院さんも限界があるところなので、より高次の医療が必要になった場合には、公立病院さんにぜひともいろいろお願いしたいので、その連携をスムーズにしていきたいというお話がありました。

そういう中で、患者さんの立場ということで、受け入れがスムーズになるようなルールづくりをしていく必要があるのではないかという話も出ました。

そして、そういう連携づくりの中では、病院機能を維持していくためには、医師のマンパワー不足が課題であるという話や、西多摩にある公立阿伎留医療

センターさん、公立福生病院さんが持っている地域包括ケア病棟の活用に関しても、少し話題が出ました。

あと、退院調整というところでは、在宅ということがキーワードになってきますが、在宅医療をやるには家族のマンパワーがどうしても必要になってきますが、高齢独居が増えている中では、在宅という選択肢をなかなかとりづらい現状がありますので、そこをどう乗り越えていくかが、大きな課題になるというお話になりました。

○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。

この調整会議は、我々事業者がそれぞれ病院機能をどうしていくか、また、転換したり取れんしたり集約したりということが、具体的に将来に必要なになりますので、きょうのご議論の中から、またそこに踏み込んでいかなければならない時期が来るのかなと思っております。

それでは、きょうの日程はこのようなことで終了となりますので、あとは、事務局にお返ししたいと思いますのですが、その前に、ぜひ情報提供をしたいとかご発言したいという方がいらっしゃいましたら、この場でお受けいたしますが、いかがでしょうか。

青梅の薬剤師会はよろしいですか。

○田中（西多摩薬剤師会）：田中です。青梅の薬剤師会は西多摩薬剤師会の傘下にあります。今年度、東京都の在宅服薬指導の委託事業を受けておりまして、今実施しているところです。

この中で、ようやく8件の症例が進行しているところですが、紹介いただいた訪問看護師さん、ケアマネジャーさんからは、高評価をいただいております。

特に大きな成果は、服薬が疾患できていない状況の方で、今までは訪問看護師さんとかケアマネジャーがケアをしていましたが、薬剤師が入ったことで、飲み忘れが劇的に減りまして、今まで10回以上あったのが、1処方について1回という形で、激変したということでした。

そして、「こんなにすごいのだったら、ぜひ薬剤師に入っていたきたい」というような意見をいただいております。

また、副作用を未然に防いだという報告もありましたので、薬剤師の介入が重要なのかなと感じています。

○玉木座長：ありがとうございました。

多職種の皆さんがそれぞれ在宅に踏み込んでいくということが、西多摩の将来像に大きく関わるのではないかと考えております。

ほかにいかがでしょうか。傍聴の方からもご発言はございませんか。

よろしければ、これで事務局のほうにお返ししたいと思います。

○矢沢部長：ありがとうございました。

きょうの議論をちょっとまとめさせていただきます。

まず、「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」ということでは、公立の2病院のほうで地域包括ケア病床として1病棟ずつあるということですが、まだ院内の転棟が多く、他院からの受け入れが少ない状況にあるということでした。

それから、地域包括ケア病床に対する要望、期待ということでは、その地域包括ケア病床に一度入ってから、そのあとで転院というような流れができないものかというご意見もありました。

また、患者さんの支援センターで患者情報をしっかり受け取めてから入院するというような取り組みも、最近始まっているとのことでした。

一方、在宅の先生と病院の先生との情報の共有というところでは、なかなかできていないのではないかとということで、新たなシステムをつくっていくにしても、どのようにしていけばいいか。

あるいは、もっと急性期の病院の先生からすれば、「もう少し在宅で頑張れないのでしょうか」という思いがあったり、在宅の先生からしてみれば、「高度な医療は急性期の病院で」と思ってみたり、ご家族にしてみれば、急変しても在宅でと決めていたにもかかわらず、いざとなったら救急車を呼んでしまったというような現状が、まだまだ見られているというお話もありました。

もう一つの「限りある医療資源を効率的に」ということでは、具体的に公と公の連携については、診療科を限ってうまくいっているところがある。また、公と民ということでは、概ね急性期や救急医療が公で、民が慢性期をやっているというのが、この地域の現状であるということでした。

もちろん、民間病院でも夜間、救急も頑張っている先生もいらっしゃるし、急変に対応している先生もいらっしゃるけれども、限界があるので、そういった場合の高度の医療については、公立にぜひお願いしたいというのが、民間病院からのご意見でした。

そして、顔を合わせる機会を多くつくったらいいのではないかとか、地域包括ケアセンターがもっと実態として機能してほしいとか、充実してほしいと思われる中で、その患者さんを巡る仕組みのところ、まだこれからの課題として残っているというお話もありました。

一方、薬の管理が煩雑になっていて、お薬手帳の活用もさまざまであるというお話もありました。

また、ドクターのマンパワー不足とか、在宅をやるについても、家族自体のマンパワーが足りないということもあって、患者さんを取り巻く状況には、かなり多くの課題がある中で、今後いろいろ話し合っただけで進めていかなければならない地域だということで、きょうのお話し合いが進んだと思います。

4. 閉 会

○矢沢部長：本日はありがとうございました。最後に、事務連絡をさせていただきます。

○久村課長：では、事務連絡を3点ほどさせていただきます。

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。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いただければと思います。

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。長時間にわたりありがとうございました。

(了)