

〔平成 30 年度 第 2 回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

平成 3 1 年 1 月 2 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』

〔北多摩南部〕

平成31年1月24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南部地域におけます東京都地域医療調整会議を開催させていただきます。本日は、お忙しい中、また、大変お寒い中ご出席いただきまして、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。よろしくお願いいたします。

まず、本日の配付資料の確認をお願いしたいと思います。資料につきましては、皆さまの机にお配りさせていただいております。

上から順に、ご出席者名簿です。そして、グループワーク名簿（北多摩南部）と書いたもの。グループワーク用メモ（北多摩南部）と書いたもの。こちらは、A班とC班の方にはテーマ①と書いたもの、B班とD班の方にはテーマ②と書いたものを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。

さらに、その下に、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書いた紙がございまして、こちらは、本日の会議が終了後に、追加のご意見等がございましたら、後日ご意見をいただくためのものです。これを、東京都医師会にご提出いただき、その後、東京都のほうに提出していただくことになっております。

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。

なお、「東京都地域医療構想」の冊子を、閲覧用に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をお願いいたします。

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方々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、よろしくをお願いいたします。

それでは、本日は齋藤座長がご欠席ですので、これ以降の進行を副座長にお願いいたします。野村先生、よろしくをお願いいたします。

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

○野村副座長：東京都病院協会から出ております、野村病院の野村でございます。きょうは、大変お忙しい中、また、遠方よりお集まりいただきまして、ありがとうございます。それでは、齋藤先生の代わりに進行役をさせていただきますと思いますので、よろしくをお願いいたします。

本日は、主に、前回の会議の中で出てきた問題で、私たちの地域特性のある課題を2つ、東京都のほうで取り上げて、それを、グループワークで意見交換するということになります。

その前に、東京都と東京都医師会からそれぞれ資料の説明がございます。まず、東京都のほうからお願いいたします。

○事務局：それでは、資料1をご覧ください。「在宅療養ワーキングの開催について」についてです。

これは、昨年度から始まりました「在宅療養ワーキング」を、今年度も開催しておりますので、それのご案内となっております。後ほどご確認いただければと思います。

続いて、資料2は、「定量的な基準の導入に向けた検討について」です。

昨年8月に、厚労省のほうから、地域医療構想調整会議の活性化のために、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたいということで、都道府県あてに通知がございました。

病床機能報告というのは、病棟単位で、定性的な基準に基づいて、4機能をご判断いただいて、ご報告いただいておりますが、地域の実情に応じた定量的な基準を今後は導入するということになっております。

これを受けまして、東京都では、昨年9月から10月にかけて、都独自で病床単位での病床機能報告ということで、都内の医療機関さんにご協力いただいて、調査をさせていただきました。その結果を、参考資料2として付けておりますので、少しご覧ください。

1枚目の一番上が、東京都全体の結果となっておりますが、北多摩南部の圏域の結果は、2枚目の真ん中あたりになります。棒グラフが3本並んでいて、一番上の平成29年度病床機能報告というのが、その結果の4機能の割合です。真ん中が今回の調査の結果で、一番下が2025年の将来推計の4機能の割合が示されております。

29年の病床機能報告と今回の調査の結果を見ますと、北多摩南部においては、回復期が若干増えていますが、そんなに大きな変化はございませんでした。

1枚目の一番上に、東京都全体の結果がございますが、こちらも、回復期が若干増えているぐらいで、そこまで大きな差は出なかったということになります。

この調査結果も踏まえまして、東京都では、P Tを設置して検討しております。来年の調整会議のときなどに、また結果などをご報告していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

それから、資料3ですが、こちらは、医療介護総合確保基金で行っている事業ですが、今年度、北多摩南部の区域でこの事業を活用していただいた医療機関さんについての資料を添付しておりますので、後ほどご確認いただければと思います。

最後に、昨年11月に、病床数が全て稼働していない病棟を有する医療機関の病床の稼働についてということで、昨年4月に通知してはおりますが、再度、通知を行っております、そのお知らせとなっております。

東京都からの報告は以上となります。

○野村副座長：ありがとうございました。

質問などがございましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

では、続いて、東京都医師会から資料の説明をお願いいたします。

○新井理事：これは、きょうの会議の最後に、目々澤理事のほうからご説明させていただきます。

○野村副座長：それでは、次に、グループワークのほうに移らせていただきます。

3. グループワーク

地域の課題解決に向けて

○野村副座長：それでは、「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プランを踏まえて、役割や今後の方向性について発表していただき、またそれを踏まえて、地域の課題や機能について議論を深めてまいりました。

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ということ、それぞれの立場で取り組めることについて、話し合いをしていただ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、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。よろしくお願ひいたします。

○事務局：それでは、資料4、「<グループワーク>各構想区域のテーマ一覧」という資料をご覧ください。

今年度1回目の調整会議の議論等を踏まえまして、東京都のほうで、グループワークのテーマを設定させていただいております。

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、北多摩南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など在宅医へのバックアップ体制」となっております。

「グループワークメモ」というのを、各班に配布しております。今回は、どちらか1つのテーマについて、40分の時間の中で意見交換をしていただく形にさせていただきます。A班とC班はテーマ1で、B班とD班はテーマ2ということになっております。

想定の流れを記載していますが、このとおりに進めなくても、各グループで自由な形で意見交換していただければと思っております。

グループワーク名簿の右端に番号が書いてありますので、1番の方が、仮の進行役となっただいて、1人ずつ自己紹介を行っていただき、進行役、書記、発表役を決定してください。それ以降の進行は、進行役の方にお願ひできればと思います。そして、テーマごとに意見交換を進めていただきたいと思います。

各班ごとにホワイトボードも準備しておりますので、そちらのほうもご活用いただきながら、意見をまとめていただければと思っておりますので、よろしくお願ひします。

説明は以上でございます。

○野村副座長：ありがとうございました。

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でなくても、お席を用意いたしますので、遠慮なく挙手をお願いいたします。どなたかいらっしゃるでしょうか。

よろしいでしょうか。

では、グループワークを進めていただきたいと思います。よろしくお願ひいたします。

〔グループワーク〕

○野村副座長：そろそろよろしいでしょうか。それでは、グループワークの発表をお願いしたいと思います。

まず、同じテーマのA班とC班を先にしていただきたいと思います。概ね3分でご発表をお願いしたいと思います。

○A班：都立多摩総合医療センターの近藤です。

急性期から回復期、慢性期への病病連携に関しては、長年にわたって大体構築はできているので、ここに関しての議論は余りされませんでしたというか、問題としてはいいと。それよりは、回復期、慢性期から在宅へのところでの在宅医療の資源がまだ足りていない、特に、地域によって足りていないということでした。

ここだと、調布市などは少しできているけれども、小金井市の中では足りていないので、小平市とかからの、在宅をやっているグループの先生などが入ってくるけれども、実際には、地域の中のケアマネとの連携がうまくいっていないのではないかと言われていました。

このようにして、各市の実情を話していただきました。

在宅をやっているのは多職種ですが、職種ごとのネットワークはあるので、それを、ほかの職種の人たちがよく知ることとか、情報共有することが、これから大事なことではないか。それを何らかの方策でそれができるようにする必要はあるということでした。

メディカルケアシステム（MCS）というものがあるそうですが、それをみんながよく知って、それを使っていくというのが一つの方法かなということでした。

それから、府中市の櫻井先生のように、在宅をやりながら、訪問看護をしているし、自分のところの病院も運営するという、いろいろなステージの医療をやりながら、そういう形でネットワークをつくりながら、ボトムアップしていくというのが、これからの方策ではないかということでした。

あとは、ケアマネの質の向上は、共通の課題ではないかという話も出ましたが、どこが質の向上をやっていくかということですが、必要に迫られて、医師会さんとかそれぞれの病院さんが、関係のあるケアマネの質の向上を図っているところですが、国全体としても、これが必要ではないかと思います。

○野村副座長：ありがとうございます。

先ほど、在宅の資源が足りないというお話をされましたが、それについて、今できる方策とかまで議論は進みましたか。それをどうやってカバーしようかとか、補完しようかというご意見はありましたでしょうか。

○小川（調布東山病院）：調布東山病院の小川です。

議論に出ていたのは、在宅資源が、まず一つは、「市内の開業医の先生方に在宅をやっていただきたい」という意見が出ましたが、「本当にそこはそうでしょうか」と。いわゆる、「外から、在宅グループのマンパワーのあるところが入り込んでいるということは、本当に問題ですか」という議論をしました。

何か問題はないかがまだよくわからなかったもので、そこは、それで終わりましたが、いずれにしても、その地域の在宅資源をもっと有効に使うために、情報を集約したほうがいいと。

それをするとところは、医師会とか行政が中心になってやっていただいて、うまくマッチングができるようにしていくのはどうだろうかということで、実際に、府中市さんとかではそういうことが進んでいるということでした。

もう一つは、診療所だけではなくて、高度急性期の病院は別だと思いますが、急性期の病院も回復期の病院も、病院が在宅チームを持って、やり始めているということが、ご意見として出ていました。

○野村副座長：ありがとうございました。

C班の先生方、同じテーマですので、今のお話に対して、ご指摘とかご質問とかございませんか。

なければ、では、C班からお願いいたします。

○C班：武蔵境病院の天野です。

A班と同じように、地域内の病病連携というのは、かなり長い時間かけて培ってきた病院の関係性、医師同士だけでなく、連携室のつながりなども、しっかり構築されているので、そこには課題はないよねということで、特に、C班は武蔵野市の医療機関が多かったのも、そうだったのかもしれないですが、そういうお話で、病病連携についてはうまくいっているでしょうということになりました。

問題は、回復期、慢性期から在宅にどうやって帰すかということについては、なかなか難しいところがあるという話が出ました。

その中で、やはり、患者さんの情報ですね。病院と病院というのは、紹介状、診療情報提供書でつながりますが、病院から在宅に帰るときというのは、それだけでは情報が不足しています。

ですので、医療情報とか介護情報とか、家族背景だとか、1つのもので、患者さんに関わる全ての人がわかるようなものがあれば、最初は紙で始まるかもしれないけれども、そういったツールが開発されれば、病院から在宅に戻る際に有益になるのではないかという話がございました。

あと、この圏域の特徴としては、高度急性期の病院が4つありますが、その次の規模の病院が少なくないので、そういった病院ができてくると、ちょっとまた違ってくるのかなという話もございました。

最後に、このCグループには、榊原記念病院の磯部先生に参加していただきましたが、循環器に特化した病院として、9割を超える高い在宅復帰率を達成されています。ただ、残りの1割の方が在宅復帰するためには、かなり高いハードルがあるということでした。

それに対して、とても興味深い取り組みだなと感じたんですが、病院の中に訪問診療をされる別の法人に入っていて、入院したときから、その患者さんに関わっていただいてやっていくという取り組みを、近いうちに始めるということを検討しているというご紹介がございました。

これは、循環器に限らず、在宅に帰るときに、なるべく早い段階から患者さんの情報を得るための取り組みとして、非常にすばらしい取り組みだと感じました。

○野村副座長：ありがとうございました。

今のお話の情報集約のことは、A班でも出ました。これは、医療界の中でも、古くて新しい課題で、ツールを使って改善するというだけではなく、一体どういう情報を取捨選択して、ちゃんとそれをメンテナンスしていくかということが、本当に重要だと思いますが、その情報集約に関して、何か踏み込んだような議論とか、指摘とかは出ましたでしょうか。

○田原（武蔵野市医師会）：武蔵野市医師会の田原でございます。

武蔵野市の在宅医療介護推進事業の中で、入退院支援というのをやっていますが、その中で、情報ツールのためのシートをつくったんです。それを今年度からスタートさせて、それをどれだけ拡充するかという試みを始めています。

それから、先ほど、近藤先生がおっしゃったMCSに関しては、だいぶ前から、補助金まで使ってずっとやってきていて、大体、医療機関で60ぐらい、全体で500人ほどに、ケアマネとか訪問看護を含めて、登録者数が増えまし

たが、そのシステムづくりがなかなか難しく、結局、掲示板利用に今のところは留まっています。

でも、何となく、情報を交換する場にはなっていますので、それを、いかに入退院支援につなげていくかというところは、まだハードルがあって、その辺について検討しているところです。

○野村副座長：ありがとうございました。

A班の先生方、今のお話について、ご質問とかはございませんか。

よろしいでしょうか。では、どうもありがとうございました。

それでは、テーマの2のほうに移りたいと思います。B班、お願いいたします。

○D班：北多摩病院の万代でございます。

このテーマに関して、観点を3つ挙げていただきました。1つ目は、サブアキュート患者受け入れ促進に必要なことです。つまり、どうやって、地域の先生から各病院がサブアキュート患者の受け入れを促進できるかということです。

現状認識としては、地域包括ケア病棟を運営している病院さんも多いものですから、基本的にはサブアキュート患者の受け入れは、それなりに整っているのではないかという認識がありました。

ただし、サブアキュートが発生するのは、24時間ありますが、例えば、日勤帯と17時を境にして、それから、診療所の先生の診療が終わる19時、それから、「あしたまで我慢しよう」という22時で、これ以降は余りないので、この辺の夜間帯を、ハイな時間とそうじゃない時間に分けて、夜間の受け入れをどうするかということも、このサブアキュート患者受け入れ促進に重要ではないか。

要するに、時間帯の考え方を入れないと、体制づくりという意味では、なかなか難しいということになりまして、そういったような考え方をしていってどうかという話になりました。

そのためには、1つは、情報共有が、今もなされているけれども、もっとしたほうがいい。例えば、日勤帯の遅い時間に、サブアキュートの人を受け入れたいという場合でも、もっと早くに情報をもらえれば、もっとスムーズになるのではないかという話になりまして、そういう情報共有をできるだけスムーズにすることが必要ではないかということが出ました。

その意味では、情報を事前にもらい、準備しておくということにつながるわけですが、ただ、それが、ドクター間だけの情報ではなくて、医療連携室とか医療相談室を巻き込んだ形で情報共有する必要があるということです。

そのために、「多職種連携の研修」と書いていますが、そういった意味で、いろいろな職種が関わって情報のやり取りをする中で、このサブアキュートの患者の受け入れをスムーズにすることができるのではないかという話になりました。

さらに、北多摩南部といっても、かなり広くて、比較的南部と北部の地域がありますので、二次医療圏に限らず、もう少し狭い範囲で、あるいは、南部のほうは、神奈川のほうとか、西多摩のほうとかからも来ます。

ですから、必ずしも二次医療圏で収束できるわけではないということは、既にご存じのとおりですので、そういった情報という意味では、むしろ、保険者のほうから、どういう患者さんがどういう医療機関にどういう病気でかかっているかということ、積極的に出していただいて、これは、東京都さんをお願いすることになるかと思いますが、行政のほうに深く関わっていただいて、患者さんがどういう形で動いているかという情報を、我々、あるいは、医師会のほうと共有できる形で、データが来るということが必要ではないか。

そういった意味で、地域の情報というのは、ただ単に二次医療圏に限らないで、逆に、もっと狭い範囲で、なおかつ、二次医療圏に限らない範囲での地域の情報が必要ではないか。

それがないと、どういうニーズがあって、それに対して、ギャップがあるのかないのかという判断が、現場でやっているときには、そこでの印象しかないので、データに基づくニーズとそれに対するギャップがあるかということが、判断できないのではないかということから、今申し上げたような保険者情報も絡めた、地域の情報を共有する必要があるだろうということでした。

その地域の情報共有に関しては、医師会にその役目を担ってもらおうというのは、サブアキュートの患者さんは、地域とか医師会の先生から来るわけですから、そういった中で、こういう情報共有にあたって、医師会に主体的な役割を担っていただいて、そこが中心になって、情報を集めて、地域の中での情報共有をより緊密にしていくというような方策が、非常にスムーズにいくのではないかとということになりました。

例えば、ここに医師会の先生方が来ていただいているのですが、実際の話し合いの中に入るのは、病院の先生方ばかりですが、サブアキュートはどこから来るかということ、地域の診療所とかから来るわけですから、ただ連携というだけではなくて、きちんとしたデータに基づいた情報をコントロールした上での連携が必要ではないかというお話になりました。

それから、在宅に対する必要な支援ということも、テーマとして掲げられましたが、時間的に進みませんで、さらに、それぞれの立場から取り組めることということで、少し話し合いましたが、今の時点では、このサブアキュートの患者の受け入れについて、例えば、歯科の先生とか薬剤師の先生の関与を強く求めるというのは、案としては、いいものがまだ浮かんでこないということでした。

○野村副座長：ありがとうございました。

私たちのところでは、問題の指摘だけで終わってしまったような感じでしたが、先生がみごとにまとめていただきました。

ほかの先生で、何か追加などはございませんか。

今のお話で、情報をどこが集約するか、あるいは、調整するかというのは、権限がないと、それはなかなか機能しないものですが、それをどこが担っていくのか、そこに権限を移譲できるのか。

そういう話もずいぶん前から出ている話ですが、先ほど、武蔵野市のほうで、この情報のことに関してお話がありました。先生のほうから追加してもらったり、指摘していただくようなことはありますでしょうか。

○田原（武蔵野市医師会）：追加するとすれば、在宅医療介護連携推進事業の中に、市が医師会に委託している、在宅医療支援室というか、相談室を設ける形があります。

武蔵野市の場合は、武蔵野市医師会の中にそれを設けています。そこにMSWがいて、各医療機関の情報と、各職種を全部集約して、そのMSWが入退院支援のときに出向いて行って、話を調整するというをやっています。

その場合は、例えば、医療機関のほうから支援室に連絡していただくと、どの医療機関が引き受けるとかを調整するという役割を担っています。

ですので、今のお話の、医師会が情報を調整する役割を、実際に担っているということです。これは、市からの委託事業で医師会がやっています。

○野村副座長：ありがとうございました。

ただ、「調整」という言葉を使うときは、慎重に使っていて、「調整」というと、「情報提供」と「お願い」ぐらいで、「調整」するためには、少しは権限がないとできないということを、経験的に感じていますが、先生のところは、どの程度、「調整」というところに踏み込んでおられるのでしょうか。

○田原（武蔵野市医師会）：それは、MSWが結構優秀だということと、それが、医師会の中にあるということによって、例えば、私とか、担当理事への連絡がスムーズに行くので、

○野村副座長：その影響力を背景に、ということですね。ありがとうございました。

ほかの方からいかがでしょうか。D班の方はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、最後になりますが、D班からお願いいたします。

○D班：調布東山病院の福垣と申します。

この班は、あいにく欠席の方が多くて、医療機関は当院だけで、なおかつ事務が2人ということで、ほかのグループのような議論はできなかつたです。それで、当院の状況を少しお話しさせていただきます。

サブアキュート患者の受け入れ促進ということで、私どもは、2年前に救急告示を取り、去年、二次救急を取りまして、何とか受け入れようという体制でやっていたら、救急車が毎年150%ぐらいの勢いで増えてきました。

ことは、私どもは83床の小さな病院ですが、1500台受けざるを得ないような状況になってきております。100床当たり直すと1800台という形ですので、本当にもうきりきり舞いの状態で、スタッフがかなり疲弊しているという状況です。

開業の先生方からの依頼もできるだけ受けるようにということで、地域連携室には、かなりプレッシャーがかかっておりまして、頑張ってくれていますが、それでも、なかなか受け入れられないという状況になっています。

稼働率は、この12月は95%で、満床でお断りすることも多くなっています。我々のような小さな病院では、どれだけ頑張っても限界があるのではないかと考えております。

調布市には、そんなに大きな病院はなくて、小さな病院があるという状況ですので、二次医療圏の大きな病院の方々がタッグを組んで、「こういうふうにやろうよ」というような、リーダーシップを取っていただくと、我々もそれについていけないのではないかと考えています。

大きな病院の場合は、それだけ人員も余裕がありますし、スタッフも揃っていると思いますので、大きな病院にそういうことをお願いしたいなと考えております。

○野村副座長：ありがとうございます。

拠点病院クラスにお願いすることというのは、何と、何ということでしょうか。

○福垣（調布東山病院）：リーダーシップを取っていただきたいということで、小さな病院が言っても弱いので、基幹病院の方々が、いろいろ利害はある

とは思いますが、「北多摩南部医療圏のためにこういうことをやっていこう」という意思決定をしていただければ、我々はそれについていくということが、理想じゃないかと思います。

○野村副座長：ありがとうございました。

それでは、B班とD班のお話に関して、何かございませんでしょうか。どうぞ。

○小川（調布東山病院）：調布東山病院の小川です。

うちの職員が今思いのたけを申しましたが、誤解のないようにと思ひまして、ちょっと申し上げさせていただきます。

私たちのような、地域の急性期の病院は、むしろ大きな病院の先生方は、大きい病院じゃないとできないことに専念していただくために、自分たちには何ができるかという気持ちで、高齢者の救急とか、地域の先生方のサブアキュートを一生涯受け入れるという努力をしております。

その中で、調布市は、先ほど、万代先生がおっしゃっていただきましたが、医師会に在宅相談室というのもありますし、病院部会というところでは、情報共有をしております。

当院は、急性期の割と内科の強いほうの病院ですが、先日、まず、救急で受け入れたけれども、例えば、インフルエンザの高齢者で、うちの個室も全部埋まっていて、1人では何も食べたりできない人でした。そこで、困ってしまって、北多摩病院さんに、「こういう方なんです」とご連絡をさせていただいたら、すぐに受け入れていただきました。

また、高齢者の骨折で、当院の整形外科の常勤がいない日に、調布病院さんにご連絡したら、すぐにとっていただいたりしました。

あるいは、意識障害があるということで、急性期で受け入れたら、実は、認知症で、在宅で診ていて、ものすごい種類の薬を飲まされていて、それが急にどんとやめていたということで、「これは、精神科の先生にお願いしたほうがよさそうだ」ということで、同じ調布市の青木病院さんにご相談したら、夕方だったので、「夜は無理なので、一晩先生のところで診てくれたら、あす以降

は受け入れるから、それでいいですか」と言っていたので、当院で一泊してもらい、翌日にそちらにお願いしたという場合もあります。

ですので、病院間のそれぞれの役割をお互いに知り合って、急性期で取れない先生方の病院にも、一泊してもらってからお送りするということもできてきていて、そういうように、ベッドを有効に活用できる仕組みが、少しずつ整ってきているかなと思っています。

○野村副座長：ありがとうございました。

連携がかなりできているということですが、それは、調布、府中、狛江市ですか。それとも、調布市の中ででしょうか。

先ほども議論していて、ここは北多摩南部医療圏ですが、生活圏は、基本的に中央線圏と京王線圏がありますから、6市の中で全部議論するよりも、特に、きょうのようなサブアキュートという話は、もうちょっと生活圏に近い中で考えたほうがいいのかという話が出ていました。

ですので、どういう圏域で進めていけばいいかということに関連して、今のようなお話を伺ったわけですが、

○小川（調布東山病院）：それは、調布の中でも、それぞれの病院さんで、それぞれの連携があるので、すごく柔らかくて、調布市としての事例をお話ししましたが、調布病院さんは調布病院さんで、いろいろな連携を持っておられますし、私たちの場合でも、府中の櫻井先生のところからも、患者さんを受け入れたり、榊原記念病院の磯部先生のところからも受け入れています。

また、万代先生のところでも、三鷹の杏林大学さんからいうように、それぞれ、先ほどお話があったように、病病連携は、どこもある程度できているので、あとは、受け入れた患者さんを在宅にお帰しするときの在宅資源の情報構築が、まだまだ必要だなという感じではないかと思います。

○野村副座長：ありがとうございました。

今のD班のお話に関連して、補足説明をしていただきましたが、それ以外で、全体を通して、きょうのテーマに関してご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○近藤（北多摩総合医療センター）：北多摩総合医療センターの近藤です。

私がいたA班で、2つぐらいの施設の方がおっしゃったのは、在宅を選択するのか、有料の施設に行くかという場合、ご本人の意思は、自宅に帰りたいというときに、どの程度関与して、在宅に持っていくのか。ご家族の意向は有料老人ホームとかの場合が議論になりました。

今のところはケースバイケースで、MSWさんの熱心さとかも関わりますが、ご本人の意思を尊重してご家族を説得して、いろいろな資源を整えて、やっぱり、在宅に持っていくのか。あるいは、有料老人ホームに行ってもらい、ご本人には、「それは、ワンステップだから」という形で了解してもらおうというケースもあるそうです。

私自身は、高度急性期なものですから、いろいろなケースがあるんだなということで、こういうことに関しても問題として共有していただければと思いました。

○野村副座長：ありがとうございました。

今のお話に関してとかで、何かご意見などございませんでしょうか。

退院の場合、在宅か有料ホームかというのは、いろいろな意味で選択肢が違いますが、そこにどう関与していくかということで、私たちがどこまで関わっていけるかということかと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○櫻井（共済会櫻井病院）：櫻井病院の櫻井と申します。

今の話とはちょっと違ってはいますが、先ほど、コントロールをどこがするんだろうという話が出ました。

この会議を見ている、役所が来ていません。基本的に、こういうことを役所がある程度はしないとイケないと思います。東京都の方々がやって、例えば、

府中市に投げられたときに、その中で、リーダーシップを取っていただけないというのがあります。

だから、ケアマネとか包括とか介護職員とかは、市の管轄のところが多いと思いますので、そこに十分な情報を流していただけないとか、医療側との連携がうまくできないとかになると、医師会のほうからもかなりアプローチしていくということも、必要になってくると思っています。

医師会というのは、今までは、形としては、ある意味、府中市はそうだと思いますが、互助会的な組織で、要するに、健診業務とかワクチン業務とかいうことでの集まりが多かったと思います。

しかし、これから、在宅というものを考えた場合、そこをいかに強化していくかということで、多職種連携ということは、いつも出ていますが、はっきり言うと、グループワークにしても、100人の集いとかやっていますが、つまらない場合が多いです。それは、出てくるメンバーが同じようになってしまうからです。

それよりも、今度はこちらから飛び込んでいって、そのところと話をして、「こういうような形で行かないか」という要望をしていくとかいうことがないと、在宅というのはなかなか難しいと思っています。

それから、支援診療所とかいうようなところに、医師会に入らない先生方が結構多いです。そういう先生方に、どのようにアプローチして、会に入ってもらって、そういうようなところが、在宅に関しては、ある程度リーダーシップをとっていただくということも、今後は必要になってくるだろうと思っています。

だから、ある意味、各医師会の先生方は大変かもしれないですが、そのところからいろいろ発信していって、ホームページを使うなりして、そういうようなところで、いかに発信してやっていくか。そこをちゃんとしないと、在宅で困られている患者さんたちのケアができないだろうと思います。

○野村副座長：ありがとうございました。

先生がおっしゃるように、二次医療圏で話をしていますが、行政機能がないですね。三次医療圏の東京都は、もちろん、行政機能はあります。一次医療圏としての市もあります。ですから、この二次医療圏のことを、どこの行政と関わっていくか。特に、市は、福祉は今までやってきたけれども、医療のことはほとんど関わってこなかったもので、なかなか難しいだろうと思います。

関連法規を見ても、そこに権限がどこまであるかという、極めて限られた権限しかないので、これをどういうふうこれからつくっていくかということだと思います。

これに関して、東京都のほうで、お話をしていただけますでしょうか。

○花本部長：ほかの圏域でも、病院から在宅に向けて円滑な移行を進めていくためには、患者さんや家族に対する行政としての啓発もやってほしいという意見は結構出ております。

それに関しては、やはり、病院というのは、機能に分かれていて、そこに留まっているのではなくて、状況によって移って行って、最後は在宅を目指して移行していくということですので、その辺についてきちんと話をしてほしいという要望は受けております。

東京都もそうですし、区市町村の役割なのかなと思っておりますので、そういったご意見をきちんと受けとめて、この調整会議を経ますと、今度は調整部会という1つ上の会議に行きまして、区市町村の代表者も出ておりますので、そこできちんと、皆さんのご意見を伝えたいと思っております。

○野村副座長：ありがとうございました。

今のお話の確認です。啓発をしてということですが、実際には、関連法規の中で、市には基本的には権限はないですね。ですから、啓発しながら、事務局機能を担ってもらおうということが、現実的な対応でしょうか。

それをやってもらいたいけれども、それができるかどうかですが、事務局機能は市がある程度担ってってもらおうということが必要ではないかと思えます。そういうことについても、今後検討していただければと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○平井（康明会病院）：康明会病院の平井と申します。

我々のところは、もともと療養病床をやっておりまして、包括ケア病棟を1年ほど前から始めています。

60日という時間の中で、サブアキュート、ポストアキュートという話が出ていますが、近藤先生がお話になったような、どこで生活するかということが、非常に大きな問題だと感じています。

療養病床で長期でお願いした患者さんが、リハビリをすることによって退院できるということがよくありますので、そういう意味では、私も、包括ケア病棟を始めて、結構な率で「もう退院できないんじゃないか」と思っても、急性期から出さなければいけないという中で、私たちは、日野市なので、日野市の患者は必ず受けようというつもりでやってきております。

その中で一番大きな役割は、意思決定であると感じておりますが、それが、実際、チームでできるか。60日間の中でどのようにやっていくかということで、試みとしてやっていることがあります。

包括ケア病棟を始められたところは、どのようにやっていらっしゃるかということを知りたいと思って、きょうもそれを聞くつもりで来たんですが、そういう意味では、患者さんを在宅に帰すためには、急性期の14日間では絶対難しいと思いますので、病院の連携の中で、そういう包括ケア病棟の役割というものがあってもいいんじゃないかと思っております。

そのように考えながらやっておりますので、包括ケア病棟をやっている先生方と話し合いができればと思っております。

○野村副座長：ありがとうございました。

もし、先生のほうで具体的な提言などがございましたら、おっしゃっていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○平井（康明会病院）：役割としての意志決定というか、高齢者、認知症に関する意思決定のガイドラインのようなものが出てきていますが、そういう意味では、病院として、医療として、意思決定ということ、包括ケア病棟の役割

として、ポストアキュート、サブアキュート、その他、包括的な何とかという
ような3本の柱がありましたが、その中に、意思決定というのがあっても、療
養の場所であったり、医療の決定というものも、あってもいいのではないかと
思いながらやっております。

○野村副座長：ありがとうございました。

なかなか難しそうな課題ですが、できるだけ地域の中の病床機能について、
ある判断基準をつくっていったほうが良いということですよ。

ほかにいかがでしょうか。傍聴席の方々からでも結構ですが、いかがでしょ
うか。

よろしいでしょうか。

それでは、どうもご協力いただきありがとうございました。これでグループ
ワークを終了したいと思います。事務局のほうにお返ししたいと思います。

4. 閉 会

○千葉課長：野村先生、ありがとうございました。

最後に、事務局より事務連絡を4点申し上げます。

まず、1点目、調整会議に関するご意見を、冒頭でもご案内いたしましたが、
追加でのご意見などがある場合には、お手元の用紙により、本日より2週間程
度の間に東京都医師会のほうにご提出をお願いいたします。

2点目、今後、各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には、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、本調
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をお願い
いたします。

3点目、議事録についてでございます。冒頭でご説明いたしましたが、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。よろしくをお願いいたします。

4点目、閲覧用の「東京都地域医療構想」という冊子をテーブルに置かせていただいておりますが、それは、机上に残したままにしておいてください。よろしく願いいたします。

本来ですと、ここで、東京都医師会から「東京総合医療ネットワーク」の説明があったところですが、目々澤理事が間に合いませんでしたので、申しわけございませんが、後ほどご覧いただければと思います。

パンフレットの中に紙が2枚入っています。アンケートとメールマガジンの申し込みの用紙です。後ほどでも結構ですし、今書いていただいて、入り口のところの事務局までご提出いただければと思います。よろしく願いいたします。また、このネットワークの問い合わせについては、パンフレットの後ろに、連絡先等が書いてありますので、そちらにお問い合わせいただければと思います。

それでは、以上をもちまして、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。長時間にわたるご参加、どうもありがとうございました。

(了)