

〔平成 30 年度 第 2 回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区西部〕

平成 3 1 年 1 月 1 6 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』

### 〔区西部〕

平成31年1月16日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：それでは、定刻となりましたので、ただいまより区西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。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（区西部）と書いたもの。グループワーク用メモ（区西部）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。

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、FAXの用紙がございまして。

本日の会議以降にご意見等をいただく場合には、東京都医師会でとりまとめでいただいたあとに、東京都にご提出いただくという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きます。

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、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を副座長にお願いいたします。杉村先生、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

○杉村副座長：河北総合病院の杉村でございます。黒瀬座長がちょっと遅れていらっしゃいますので、私が代わりに進行役をさせていただきたいと思っております。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っております。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っております。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。「在宅療養ワーキングの開催について」についてです。

昨年度から始めました「在宅療養ワーキング」を、今年度も実施しておりますので、その日程と議事のご案内となっております。後ほどご確認いただきたいと思います。

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。

この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内容の通知が、都道府県あてにございました。

病床機能報告等は、4機能について、定性的な基準のみで、定量的な基準がないというところがありますが、これを地域の実情に応じた基準を導入されたいというものになっております。

これを踏まえまして、東京都では、9月から10月にかけて、都内の医療機関さんにご協力いただきまして、都独自で病床単位での病床機能報告ということで、調査をさせていただきました。その結果につきましては、参考資料2を付けておりますので、簡単にご紹介したいと思います。

区西部の圏域は、1枚目の真ん中あたりに結果がございまして、棒グラフが3本並んでいて、上から、昨年の病床機能報告の結果で、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。

東京都全体も同じ傾向ですが、29年の病床機能報告と今回の病床単位でご報告いただいたものと比較しても、そんなに大きくは変わらなかったという結果になっております。

この調査結果も踏まえまして、東京都では、PTを設置して検討して、来年の調整会議のときなどに、また結果などをご報告できればと考えております。

続いて、資料3ですが、こちらは、国の医療介護総合確保基金を活用して行っている地域医療構想推進事業で、今年度、区西部の区域でこの事業を活用し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。

それから、参考資料3ですが、この4月に、非稼働病床に関して通知を出させていただいています。改めて、昨年11月6日付で、再度、都内の医療機関さんに向けて通知を行っておりまして、そのご案内となっております。

東京都からの報告は以上となります。

○杉村副座長：ありがとうございました。

続いて、東京都医師会から1点ご報告がございます。目々澤先生、お願いいたします。

○目々澤理事：皆さん、こんばんは。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。皆さまの机の上に配布いたしました「東京総合医療ネットワーク」に関しての、簡単なお説明をさせていただければと思います。

この言葉を聞いたことがある方はどのくらいおられるでしょうか。

どうもありがとうございます。

これは、都内じゅうの病院の電子カルテを連携システムとして結んでいこうという計画でございます。始まったのはもう3年以上前ですが、実際にどのようにつないでいけばよいかとあって、試行錯誤してやってまいりました。

国の中には、二十億、三十億もかけて地域医療の連携を組み立てても、それが使われずに終わってしまうというのが多いのですが、これは、連携システムを入れた病院であれば、それ以上のコストをそんなに使わなくても使えるということになっています。

去年の7月から実データが流れるようになり、11月からは本格運用を始めて、現在加わっていただいている2つのベンダーの電子カルテの連携システム、富士通とNECのものになりますが、これを持っている病院同士であれば、データを流すことができるようになったということです。

まだ、テストで始めた8病院しかデータの移動はできませんが、この連携システムがあるところであれば、ここに加わっていただければ、情報開示、情報共有ができるようになるということです。皆さまのご協力をいただければありがたいと思っております。この会に資料を出させていただきました。

その中に、紙が2枚入っていると思いますが、1枚は、これに関わるアンケートで、もう1枚は、これから情報を取っていこうというところに入っていたきたいメーリングリストのアドレスになっています。

アンケートにはぜひ書き込んで、帰りに事務方にお渡しいただければ大変ありがたいと存じます。

本日は、お時間をちょうだいし、どうもありがとうございました。

○杉村副座長：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ご説明がありましたが、ご質問等はいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、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

○杉村副座長：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。

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て、今年度からの試みとして、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。

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、区西部の個別テーマといたしましては、「各病院に関する情報共有と連携促進」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。テーマは2つありますが、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。

ですので、どちらかに割り振られたメモが置かれているかと思います。A班とC班はテーマ1で、B班はテーマ2ということになっております。

進め方ですが、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、仮の進行役となっていただき、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、進行役の方をお願い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。

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。

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います。

説明は以上でございます。

○杉村副座長：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。

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なくても、お席を用意いたしますので、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、グループワークでの議論をよろしく願いいたします。

### 〔グループワーク〕

○杉村副座長：ありがとうございました。それでは、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班とC班を先にしていただき、そのあと、B班をお願いしたいと思います。概ね3分でご発表をお願いしたいと思います。

○A班：中野保健所の向山と申します。

テーマに沿ってということですが、お話に入ったんですが、患者像というか、設定がいろいろだと、お話が散漫になるので、要介護が必要になった高齢者の方ということから入っていきましました。

このグループの特徴として、急性期から今回出ていくというテーマになっていますが、入っていくときの、在宅から急性期に入院されたいときのルートというのも、非常に重要だねという話も出ていました。

急性期といっても、例えば、脳卒中、骨折、がんの術後などで、それぞれどういう機能を使っていくのかということも違いますし、病院によって、いろいろな強みを持っておられるということでした。

そして、今、診療報酬の関係で余り使われていない、「地域連携パスはどこに行ったの？」という話もありましたが、そういったものであるとか、ICTでということもありましたが、その情報をどう集約して、マッチングさせていくかということで、特に、そのキーとなるMSWなどは、後方連携の質もですが、一定の量も必要ではないかというお話も出てきていました。

かかりつけ医の先生が、在宅をきちんと診ていらっしゃるということが基本で、患者さんはどうしても急性期の病院にしがみつくとするか、なかなか離れないということがあるので、そこを、在宅医と医師会との連携場面にもなっている、後方支援病床を患者さんたちにうまく見せていくことで、在宅の限界というものをもう少し上げることができるのではないかというお話も出ていました。



それから、病院によっては、そういったアピールをされたり、移送じゃないですが、バスでお迎えするというような、場合によっては、ビジネス的な動きもあつたりしますが、ここのテーブルでは、かかりつけ医の先生が、日ごろからの関係を構築していった、その延長で、別のところにバトンタッチされるということも含めて、きちんと診ていけるということが王道なんだという話が出ていました。

○杉村副座長：ありがとうございました。

次に、C班、お願いいたします。

○C班：東京山手メディカルセンターの笠井と申します。

主に問題点はどこにあるのかということ、急性期と回復期の医師、在宅をやっている先生、薬剤師さんとかの多職種で、話し合いを行いました。

先ほど、A班からも出ましたが、急性期から慢性期に行くときに、支払いの限度額が、急性期だと8万から9万ぐらいでしょうか。私はよくわかりませんが、慢性期に行く場合には、20万から30万ぐらいというお金がどうもかかるということで、支払いのお金の問題で、スムーズに行かないという問題もあるのではないかとということが一つありました。

もう一つは、私も急性期ですが、急性期の病院のドクターの在宅への理解が足りないというのも、大きな原因なのではないかという、厳しい意見もいただいて、反省しなければいけないと思いました。

実際、在宅で診ている先生で、緊急に入院される患者さんというのは、帰る場所がありますので、もともと連携が取れているため、スムーズに行くことが多いと思います。新宿区では、特にそういう連携に力を入れていて、後方支援とか、在宅緊急一時入院などの制度もあって、そういう制度を利用して、入院して、在宅に戻るということをやっています。

一方で、これまで在宅が入ってなかったけれども、救急車で運ばれてきた、老老介護でやっていたうちの1人が入院したというような状況になってしまうと、そこから、在宅のチームを見つけたりすることが難しくなるという問題点もありました。

ですから、在宅と病院とで情報共有をどうしていくかということが、今後の課題ではないかということでした。

あと、うちの病院もそうですが、入退院支援看護師というのが、各急性期病院で活動していると思います。うちの病院としては結構うまくいっているのかなと感じています。

ただ、河北病院さんみたいに、年間8000台も救急車を受けているような病院ですと、救急車で運ばれてくる人のほうが、退院支援が重要になってくるけれども、今の制度ですと、予定入院の人しか算定できないということがあって、急性期の人をどううまく帰していくかということに対しても、保険点数がもうちょっとつけばいいという意見もありました。

それから、いろいろな多職種の方々のマンパワーが不足しているので、密な連携というか二人、三人の主治医制で、地域で一緒になって診ていくのがいいのではないかという意見も出ていました。

○杉村副座長：ありがとうございました。

では、このテーマ1に対して、何かご意見などがある方がおられましたら、いかがでしょうか。

急性期で治療したあとの転院、在宅療養ということで、キーは「在宅」しかないのではないかという意見が出ました。急性期病院はすごく回転が早いですが、慢性期病院はサイクルがゆっくりなので、全てを受け入れることは無理ということと、あと、費用の面で、患者さんに慢性期病院を勧めても、なかなか納得してくれないというケースも多々あります。

在宅に帰れる人は、在宅に帰るのが、現状では一番スムーズに行けるのではないかということですが、そのためには、病院と在宅の先生との連携を密にして行かなければいけないというような議論が、うちのグループでは出ていました。

いかがでしょうか。何かご意見はございませんでしょうか。

それでは、もう1つのテーマについて、Bグループからお願いいたします。

○B班：荻窪病院の村井と申します。

このグループでは、各病院に関する情報共有というテーマですが、それに関しては、これまで、多くの病院が、病診連携の会とか病病連携とか、懇親会とかを通して、その病院の強み、弱みといったものを共有してきたという経緯がございます。

ただ、現時点で課題になっているのは、リアルタイムでの情報、例えば、急性期にご紹介するにあたって、きょう診てもらえるか、空床があるのかというようなリアルタイムでの情報共有というものが無いということで、これを、ICT等での情報共有ができないかということです。

もちろん、それには、コストの問題もありますので、その辺も今後の課題になるだろうということです。

そのほか、我々のところでも、急性期から回復期、慢性期、地域包括ケアベッドへの転床について、そのときに、今いろいろ話題が出ておりますように、一つの問題は、病院と病院の情報不足であって、実際に受けたら、非常に重症感が強くて、医療が大変な状況で送られてきたということもあって、思っていたよりも深刻な状態であったということもあります。

ですので、そういった情報共有が病病連携であってもうまくできていないというのが現状ですが、それに加えて、患者さんの価値観がたくさんあるため、急性期の病院から回復期、慢性期に行かれたときに、今まで7対1とか4対1で医療を受けていたまま、回復期、慢性期に行くと、もの足りないというか、不満があって、患者さんのほうの要求、ニーズが高いので、そこが、経済的な問題も含めて、大きなネックになっていると思われまます。

つまり、1つは、病院間の真の情報が不足しているのではないかと、2つ目のネックは、患者さんが満足しないということが、病病連携をしていない、特に後方に移っていくことがスムーズにできていない原因になっているのではないかとということです。

この辺は、病院の中での啓発には限界がありますので、行政、マスコミ等が、しっかり患者さん等に啓発していただきたいというようなご意見もございました。

それから、この区西部は医療資源が豊富であり、高度急性期、急性期が、新宿においては、3つの大学と5つの基幹病院がありますし、ほかにも、中野、

杉並においてもそれなりのものがありますが、特に、時間外に、医療資源がしっかりしているにもかかわらず、連携が取れていないという状況です。

ですから、救急においても、専門医を希望する患者さんが非常に多くなっていて、受け入れに対して、そこが受け入れ側としてもハードルになっています。

それに対して、これだけの資源があるので、特に、マイナーの専門家の当直がきょうはどこにいるのかといった情報が、全ての病院、全てのクリニック、あるいは、救急車を含めた行政のほうで管理できれば、医療資源が有効に活用できるのではないかということが言えます。

これは、働き方改革の問題もあって、大学病院ですら、全ての科の専門医が当直する時代ではなくなってきていますので、今後の大きな課題になるのではないかというご意見もございました。

それから、最終的には、リアルタイムの情報共有ができることに関しては、やはり、ICTをうまく活用する必要があるかということですが、実際には、残念ながら、東京総合医療ネットワークにおいても、NECと富士通のシステムで、非常に高価なものですので、現実的には、開業医さんとか、我々のような荻窪病院もそうですが、JCHOさんでさえ、ソフトウェアサービスといった、また違う、少しコストがかからないものが入っています。

そこを統一させるためには、やはり、お国において、低コストで全部つなげられるようなものを強制的につくらないと、個々に委ねていては、なかなか統一できないのではないかという意見もございました。

○杉村副座長：ありがとうございました。

今のBグループのほか、その前のグループのテーマのどちらでも結構ですので、何かご意見はございませんでしょうか。新井先生、どうぞ。

○新井理事：東京都医師会の新井でございます。

東京総合医療ネットワークのお話もありましたが、追加させていただきたいと思います。今は富士通とNECのベンダーの間で、電子カルテの相互利用ということが進んでいますが、もう1つ、今お話のあったソフトウェアサービスも、近いうちに、これに追加して稼働するようになります。

それから、これは、東京都の事業ですが、ICT化推進事業とって、今後、電子カルテを更新、ないしは、新規で導入する場合に補助をするという事業があります。地区医師会を通して、皆さまの医療機関に通知が既に行っていると思います。

締め切りが2月18日か19日かと思います。ちょっと時間がないのですが、それを利用していただけると、費用としては、最高で2000万の限度額の2分の1の補助が受けられますので、ぜひ利用していただければと思います。

○杉村副座長：ありがとうございました。

議論の内容がまとまるということはなかなか難しいことだと思いますが、きょうは、普段はお話することができないような先生や担当の方々と、こういう議論ができたことは、非常に有意義だったのではないかと思います。本当にありがとうございました。

最後に、皆さまのほうから、この機会に情報を提供したいというようなものがございましたら、お話しいただければと思いますが、何かございますでしょうか。

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、事務局のほうにお返ししたいと思います。

## 4. 閉 会

○千葉課長：杉村先生、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、冒頭にも申し上げましたが、東京都医師会のほう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。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、東京都医師会あて、本日より概ね2週間程度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。

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している場合には、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。冒頭でご案内いたしましたが、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、東京都福祉保健局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、机上に残しておいてください。よろしくをお願いいたします。

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)