

平成30年度第2回  
東京都地域医療構想調整部会  
会議録

平成31年2月19日  
東京都福祉保健局

(午後 5時30分 開会)

○花本医療政策担当部長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから、平成30年度第2回東京都地域医療構想調整部会を開会いたします。

委員の皆様には、大変お忙しい中ご出席をいただきまして、ありがとうございます。

議事に入りますまでの間は、福祉保健局医療政策部長の花本が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

初めに、今回、新たに委員の委嘱がございましたので、ご紹介させていただきます。お手元にあります資料1、東京都地域医療構想調整部会委員名簿、こちらをごらんいただきたいと思えます。

公募委員の西川委員でございます。

○西川委員 西川でございます。よろしくお願いいたします。

○花本医療政策担当部長 よろしくよろしくお願いいたします。

次に、委員の皆様の出欠につきましてご報告いたします。本日は熊田委員、山口委員、内野委員よりご欠席のご連絡をいただいております。

それから、まだ何人か出席予定の方でお見えになっていない方がいらっしゃいますが、おこなっているというご連絡をいただいております。

また、永田委員の代理としまして、東京都薬剤師会の山田常務理事に、瓜田委員の代理といたしまして、東邦大学医療センター大森病院の盛田副院長にご出席いただいております。

よろしくお願いいたします。

続きまして、本日の会議資料をご確認ください。資料1から資料7と、あと参考資料は1から4、それから、机の上に、東京都地域医療構想の冊子についても置かせていただいております。議事の都度、落丁等がもしありましたら事務局にお申しつけいただきたいと思えます。

それから、本日の会議でございますが、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9に基づきまして、会議、会議録及び会議に係る資料につきましては、原則として公開となります。ただし、委員の発議により出席委員の過半数で議決した場合は、会議または会議録を非公開とすることができます。本日につきましては、公開としたいと思えますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○花本医療政策担当部長 また、本日は、傍聴希望者につきまして、既に傍聴を許可しておりますので、あわせてご了承願います。

それから、本日、速記を入れておりますので、ご発言の際には、マイク下の右側のボタンを押していただくようお願いいたします。押しますと、赤いランプがつかますので、そうになりましたら、ご発言をお願いいたします。

それでは、以降の進行を猪口部会長にお願いいたします。

○猪口部会長 皆さん、どうもこんばんは。お久しぶりでございます。

では、第2回東京都地域医療構想調整部会をこれから始めさせていただきます。

次第に従って進めていきたいと思えます。

最初に、在宅療養ワーキング開催結果について、これを事務局から説明、よろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 では、今年度の在宅療養ワーキングの開催結果につきまして、ご説明させていただきます。地域医療担当課長の久村でございます。よろしくお願ひいたします。

資料でございますが、お手元の3-1、在宅療養ワーキング開催結果をごらんいただければと思えます。

まず、左の枠でございますが、開催日、参加人数を記載してございます。昨年11月、区東部から始まりまして、2月15日、先週の金曜日、区西部にかけまして、各圏域でこのワーキングを開催いたしております。

右側の実施内容でございますが、今回につきましては、病院と地域の連携をテーマに意見交換を実施いたしました。

こちらのワーキングは昨年度からの試みでございますが、昨年度は第1回ということでございましたので、地域の現状・課題についての共有が中心でございました。今年度は、課題を改めて共有するだけではなくて、解決に向けた具体的な対応案について検討いただきます課題解決型のワーキングとして実施させていただきました。

意見交換の方法でございますが、区中央部につきましては全体討議という形で、それから、区中央部以外の圏域につきましては、グループに分かれていただきまして、グループワークという形で実施しております。こちらのほうは、それぞれの圏域の座長の先生とご相談させていただいて、この意見交換会の方法を決めさせていただきました。

構成メンバーについては、資料記載、ごらんのとおりでございます。

具体的な検討内容でございますが、恐れ入りますが、資料3-2をごらんください。病院と地域の連携についてというテーマで、左のほうに課題、右にその課題を踏まえました取組案、提案いただいた内容について記載してございます。こちらは個別の課題ごとにまとめてございます。

具体的に見てまいりますと、まず、どこの圏域でも共通して、それから、一番多く時間をかけて議論いただきましたのは情報共有についてでございます。

課題のところをごらんいただきますと、例えば、入院時あるいは入院早期からの情報共有が必要という課題に対しまして、取組案のところでは、ICTの活用、あるいは地域の情報について、お薬手帳に記載して常に携帯してもらうことで、情報共有が円滑に図れるんじゃないかというふうなご意見をいただきました。

また、情報共有の三つ目の丸でございますが、圏域内で入院時の情報共有シートを統一して作成していただいております北多摩北部でございますが、なかなか認知されない

というふうな課題に対しまして、まず、これは入院時だけの取り組みなんですけれども、それを退院時も使用できるように広げた上で、この利用促進を図っていくというふうな提案をいただきました。

また、丸の四つ目以降でございますが、転院あるいは病院内での転科等のときに、地域の情報が途切れてしまうと。よく、こちらもいろいろな圏域で出たんですけれども、患者さんがかかりつけ医のところに戻ってこないという課題というものが多く取り上げられたんですけれども、こうした状況で、もともとのかかりつけ医が、転院の際あるいは転科の際に情報が共有されないことで、かかりつけ医に戻ってこないんじゃないかというふうなご意見もございまして、その対応といたしましては、電子カルテや紹介状に、かかりつけ医の情報あるいはケアマネの情報なんかを記載して共有する、あるいはそういったシステムを構築するというふうなご提案をいただきました。

また、下から三つ目でございますが、退院前カンファレンス、あるいは入院中のカンファレンスに在宅医が参加できないということに対しまして、ICTを利用したテレビ会議等の活用が有効ではないかというご意見、あるいは、その下でございますが、各地域で使用されている情報共有ツールが異なっているということに対しまして、都あるいは国で統一的な情報共有ツールをつくったらどうかというふうなご意見をいただいたところでございます。

おめくりいただきまして、3-2の2枚目でございますが、次に、円滑な在宅への移行というふうな課題についてもご意見をいただきまして、退院支援に当たっては、例えば病院側のスタッフが自宅へ訪問するなどして、実際の患者さんの状況を把握する必要があるのではないか、あるいは地域連携室がないような中小病院の場合には、なかなか退院支援への取り組みが進まないというところで、こちらのほうを地域包括支援センターが支援していく必要があると。

また、最後の丸でございますが、独居だったり老老介護、そういう場合、在宅療養生活が難しいという課題、こちらもいろいろ出てまいりましたが、こちらについてはケアマネジャーさんがキーパーソンではないかというふうなご意見をいただいたところでございます。

また、地域と病院の相互理解、こちらが不足しているというご意見もいただいております、具体的には取組案の一番下の丸にございますが、病院の主導で研修会を開催して、地域の医療・介護関係者に病院の中に入ってきていただいて意見交換を行うような取り組みが効果的ではないかというご提案もいただきました。

また、おめくりいただきまして、次に、地域への後方支援についてもご議論いただきまして、サブアキュートの受け入れあるいはレスパイト等につきましては、地域包括ケア病棟の活用であったり、あるいは在宅患者さんの急変時、あるいは病状変化時の対応についても、例えば区の中に、一区市の中だけではなくて、区をまたいで広域的な連携が必要ではないかというご意見をいただきました。

また、患者家族の理解促進、こちらもしさまざまな意見をいただいたところでございますが、例えば、公開講座なんかを実施しても、当事者、あるいは意識の高い市民だけが参加しているという課題、こちらは市民に限らず、医療・介護関係者についても同様のご指摘なんかもいただいているところでございますが、こちらについては、関心を持っていらっしゃるような市民の方にも在宅医療に関して興味を持ってもらえるような工夫をする必要がある。あと、三つ目の丸でございませけれども、参加したことのない人が新しく興味を持てるような工夫が必要であるというお話をいただいたところでございます。

また、おめくりいただきまして、4枚目でございませが、病院、地域の連携だけではなくてご意見をいただいた部分がございまして、例えば、新規で開業した在宅の先生、あるいは事業者等が、なかなか地域の特性がわからず、あるいは人脈がなかったりということで、孤立してしまっているのではないかということに対しまして、そういった新規開業した先生方についてアドバイスするようなシステムを構築して、指導・育成していくと、こういう取り組みが必要ではないかというふうなご意見をいただいたところでございます。

ただいまご紹介させていただきましたのは、本当に一部、主な意見というところでございまして、こちらのほうを圏域別にまとめたものがA3で、資料3-3ということでついております。これは先週の金曜日に終わったばかりでございませるので、まだきちんと精度の高い資料にはなっていないんですけれども、何かの参考ということで、後ほどごらんいただければと思います。

駆け足でございませが、在宅療養ワーキングの開催結果についてご報告させていただきました。よろしくお願いたします。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

駆け足なんですけれども、何か、これについてご質問はございませでしょうか。ご意見でも結構です。

具体的な内容を書いてあるんですが、実を言うと、次のところの調整会議のほうのグループワークと裏表みたいな話なんですよね。この次の調整会議の話を聞いて、具体的に、結構、在宅側の思っていることと、それから病院側の思っていることが連携してきますので、次のお話を聞いて議論をしたらどうかなと思っているところです。

ということで、次の調整会議の開催結果についてお話をいただいてよろしいでしょうか。

○須永課長代理 それでは、引き続き調整会議のほうの開催経過等についてご報告いたします。

資料4-1をまずごらんください。こちらのほうが、今年度の後半に開催しました第2回の地域医療構想調整会議の開催結果となっております。資料の左側が開催日と参加人数を構想区域ごとに記載したものでございます。

2回目、どういったことを実施したのかというところですが、それは資料の右側にございまして、こちらに記載の報告と、それから議事といたしましては、まずグループワークがメインとなっております。それから、これは今年度から始まったところですがけれども、病床配分を希望する医療機関さんにご出席いただきまして、該当する構想区域では意見交換というのも行っておりますので、こちらにつきましても、どういった意見が出たのか、後ほどご紹介させていただきます。

それでは、まず、ここではグループワークでどういったご意見が出たのかというところについて資料でご説明いたしますので、次の資料4-2をごらんください。

去年もグループワークをやっているんですけれども、そのときは幾つかのグループに分かれていただいて、大体20分ごとに、二つのテーマを20分20分でお話し合いしていただいたんですけれども、それだと、なかなか20分だと十分なご議論ができないというようなご意見がございましたので、今回は東京都全体の共通テーマというのと、あと、それから第1回目の調整会議の結果等を踏まえて各圏域ごとのテーマというのも二つ設けているんですけれども、各グループどちらか一つについて、約40分かけて少し長目にお話し合いをしていただくというスタイルでグループワークを行っていただきました。

資料4-2の見方なんですけれども、1枚目の上が共通テーマに関する主なご意見をまとめてあります。個別テーマに関しても、大体、幾つかの分野に分けることができましたので、その分野ごとに三つに分けて、2枚目までまとめてございます。

まず、共通テーマなんですけれども、今回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ということで設定させていただきました。左側に、必要な要素ということで、情報共有、連携、人材育成、それから患者さんや住民にかかわるところで、普及啓発とACP、アドバンスケアプランニングということで項目を設定しております。

情報共有、これはここだけに限らず、ほかのテーマにもかかわるところではあるんですけれども、各医療機関で実施可能な医療の内容等の情報共有をしていくことが必要ではないかと。どこの医療機関でどんなことをやっているのか、どんなことが得意なのかということが、やっぱりなかなかわからないというようなご意見がございました。それから、患者情報、どういった治療をしているのか、家族情報、介護の情報などの共有が必要、それから、医療関係者だけでなく、ケアマネ、介護関係者との情報共有というのでも必要だというご意見。それからICTのツール、これは情報共有でよく出るご意見ではありますけれども、ICTのツールが理想的ではあるんですけれども、まずは地域で共通シートのようなものを活用するべきではないかというようなご意見がございました。

それから、連携の部分では、入院時から退院後を見据えたカンファレンス等による患者支援が必要。それから、退院が困難な人に関しては、ケースワーカーの早期介入ですとか生活保護などの行政の早期手続が必要といったご意見。それから、急性期から回復期、慢性期、在宅への移行後のバックアップ体制が必要というようなご意見。それから、

地域包括支援センターに入院コンシェルジュのような機能を持たせたらどうかというようなご意見がございました。

人材育成のところでは、病院のドクターの連携に関する意識の向上ですとか、また、なかなか在宅医療への理解が少し少ないのではないかとというようなご意見があったので、そこへの理解を深めていくことが必要ということですか、あとは連携を主に担うMSWの方をふやしていったり、質の向上が必要というようなご意見がございました。

あとは住民とかに対する普及啓発ですけれども、地域包括支援ケアシステムについての普及啓発が必要と。行政の役割も大事ですけれども、病院も努力していくことが必要というようなご意見がございました。

それから、今回、結構ACPに関するご意見がたくさん出たんですけれども、医療・介護ともACPをその都度確認することで、適切な搬送先の確保ですとか救急の負担を減らすことができるというご意見がございました。

それから、個別テーマのほうですけれども、まず、各圏域テーマということで、ここに五つの圏域のテーマがありますが、5圏域のテーマは、病院と開業医、在宅医の連携に関するテーマということで、まとめてご意見を記載してございます。

先ほどのところと大体かぶりますけれども、情報共有は、先ほどと同じように、病院と診療所間の情報共有ですとか、どんな特徴があるのかといったところ。それから、連携の部分ですと、ドクター個人の関係に依存しない連携体制の構築、それから、在宅医療側が後方支援先の病院をあらかじめ決めておくことが大切ではないかといったご意見がございました。それから、病院が受け入れ不可だったときに、理由を在宅医にフィードバックすることも必要ではないかといったご意見もありました。

それから、人材育成も、先ほども出ましたが、在宅医療に関する知識が病院側に不足している。それから、病院の後方支援先体制が充実すれば在宅医もふえるのではないかとといったご意見がございました。

普及啓発のところでは、患者家族に人生の最終段階における医療や在宅医療のイメージの変革が必要。それから、どのようなケースにどのような医療を受ければいいのか、どんな病院に行けばいいのか、そういった患者教育も大切ではないかといったご意見がございました。

ACPに関しては、病院の希望として、患者のACPをできる限り明確にしておいてほしい。それから、救急のときにどの程度の蘇生措置が必要か。ACPの普及啓発というのが今後必要になってくるというご意見がございました。

2枚目をおめくりいただきまして、こちらが二つのテーマ、5圏域のテーマについて、円滑なサブアキュート患者の受け入れということでまとめてございます。

情報共有のところは大体共通しておりますけれども、急性期から慢性期等を経て在宅に戻す場合には、かかりつけ医の情報共有が必要。それから、夜間や日勤の遅目の時間帯の受け入れには早目の情報共有が必要といったご意見がございました。

連携の部分では、病院と在宅、それから介護施設の連携に向けて、病院内の退院支援の強化が必要、ICTのツールもうまく活用できればよいといったご意見ですとか、それから、訪看のステーションが間に入って主治医に情報提供して、救急搬送の要否をトリアージするような仕組みも必要ではないか。それから、在宅患者の急性期治療後の行方不明、これはよく言われる課題ですけれども、こういったことを防ぐには医療機関同士が直接話し合うことが大事といったご意見が出ました。

人材育成のところでは、在宅医療や地域包括ケアシステムについての教育を大学教育や研修医の教育で充実すべきといったご意見がございました。

普及啓発では、医療機関へのかかり方ですとか病院の役割分担、ACPについて患者や家族に丁寧な説明や行政の普及啓発が必要。それから、ACPに関しては、あらかじめ患者本人を含めた人生会議を実施して、患者家族のACPを確認しておくことが大切といったご意見が出ました。

最後に、その他ということで、区西部の各病院に関する情報共有と連携促進というところでは、情報共有に関するご意見ですと、ICTを活用して空床情報ですとか、患者情報のリアルタイムな情報共有ができるといいといったご意見。それから、診療科の専門医の配置、あとは、その日の当直医の配置状況、どんな医師が当直かなどの情報共有が必要。そういったことができればよいといったご意見がございました。

あとは、普及啓発のところだと、看護師の配置の厚い医療を求める患者さんの意識がどうしてもあるので、そういったところを変えていく必要があるのではないかとといったご意見が出ました。

それから、区東北部の中小病院の機能分化と役割の補完のための取り組みということで、情報共有のところでは、先ほどと同じですけれども、患者情報、空床情報などを一括に管理できるシステムがあるとよいと。

連携の部分ですと、MSWと医療連携部門が連携を強化しまして、患者さんに合った病院に転院させることで、地域の医療資源を有効に活用できる。中小の民間病院としては、地域包括ケアの病床をいかに有効に使うかが大事だ、そういったご意見が出たところでございます。

細かいご意見に関しましては、共通テーマに関しては資料4-3にまとめてございます。それから、個別テーマのほうに関しては資料4-4のほうでまとめてございますので、こちらのほうも後でござらんいただきたいと思っております。

あとは、少し別になるんですが、資料4-4で、島の調整会議の議論もまとめてございますので、こちらもご紹介させていただきます。

島の調整会議は、第1回目の調整会議を経て、特にWebを使った会議といったキーワードが前回の会議で出ましたので、今回、まずWeb会議の活用というところで、一つテーマを設けさせていただきました。広尾病院と小笠原村の診療科、それから、区立台東病院の三者でWeb会議の取り組みを行ってございまして、これについて広尾病院から



ご説明、ご紹介いただきました。こちらは入退院医療連携の一環で行っているということで、島の救急患者を広尾病院で受け入れた後に、患者家族の同意が得られれば、回復期の治療として区立の台東病院のほうに転院させると。同意が得られなければ、小笠原にその旨お伝えするというところで、2月中にはこういった三者の取り組みについて覚書を締結していくというようなご紹介がございました。

これを受けて、さまざまな、SNSの活用なんかも含めた、Web会議の今後の活用の可能性について意見交換が結構活発に行われたというところがございます。

それから、2枚目のほうですけれども、もう一つのテーマが、島しょ医療機関における物品ですとか、医薬品の保有在庫状況の共有ですとか、あとは共同購入ができないのかというようなご意見もございまして、それについて意見交換も行っているところがございます。

それから、最後、青ヶ島のほうから、最近抗がん剤の進歩ですとか、がんの早期発見で、がんの闘病自体が長期間になっているので、島しょには、がんの診療拠点病院はないんですけれども、そういったものを整備してもいいのではということで、島しょのがんの診療に関しても少し問題提起があったところがございます。

そして、調整会議が全て終わった後に、座長、副座長の皆さんにお集まりいただいて意見交換を行ったところなんですけれども、グループワークの部分についてご意見をいただいているんですが、少し飛びますが、資料6のほうをごらんいただきたいと思います。A4の横の資料になりますけれども、座長・副座長の意見交換会で、主にグループワークのところについてのご意見としましては、病床配分もない圏域なので、連携について議論自体が煮詰まっているように感じるという、議論の進め方についてのご意見ですとか、あとは区西部と区西北部の会議に出席して、杉並と練馬では状況が似ていると感じたと。圏域にとらわれずに一緒に会議を行ってもよいのではないかとといったご意見もございました。あとは、個別病院としての意見を離れて、地域全体を俯瞰した目線で議論ができるので、グループワークという手法はよいと思うといったご意見もいただいたところがございます。

グループワークに関するご意見についてのご説明は以上になります。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

お聞きになったとおり、在宅療養のワーキングとこちらの調整会議のワーキング、裏表というか、目線が違うところでどうやって、ここにまとめてあるとおり、情報と連携と、それから人材育成とか、それから理解とか、そういったような話なんだなというところは、目線が違うところでどういうふうにやっていくか、それぞれが考えているところだと思います。

この調整会議のほうで座長を務めていただいた佐々木委員と田村委員にご意見をいただきたいと思いますので、まず、佐々木委員からお願いしたいと思います。よろしくお願ひします。

○佐々木委員 区中央部の座長をしております、浅草医師会の佐々木でございます。区部の代表として意見を述べさせていただきます。

まず、グループワークについての共通テーマである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か、あと、個別テーマである病院と開業医、在宅医の連携のテーマに関することですが、まず、現場の声としては、先ほども話があったんですけども、紹介元のかかりつけ医のところに戻ってこないというのはたびたび聞かれる問題でございます。それは、これも先ほど話がありましたように、いろいろな医療情報が途切れてしまう、特に、転院時に、かかりつけ元の情報が次に引き継がれないというような情報連携の不足というものが指摘されています。

ただ、もう一つ考えなきゃいけないのは、特に、在宅に戻すときに、連携担当の現場の担当者の意識の問題ではないかということも指摘されています。連携担当の看護師さんとかMSWさんとか、もし、もともとのかかりつけ医が在宅療養をやっていない場合にどこに連携をしていったらいいのかとか、もともとのかかりつけ医にちゃんと相談するのかとか、そういった意識の持ち方が大事ではないかと思います。

ですので、人材育成のところでも書いてあるんですけども、MSWやケアマネの質の向上ということも、そういった連携をとるために必要なというふうに思います。

それから、急性期病院側からの意見として、やはり、救急搬送されたときに患者さんの情報が足りないと、どういったケアを求めているのかという希望がわからないということが多々ございます。これも先ほどからさんざん話が出ていますけれども、やはり、ACP、外来の通院時から、急変時にどういうふうなケアをしてほしいのかということをきちんと患者さんの側から示してもらっていたほうがいだろうというふうに思います。

それから、あちこちで今やられていると思うんですけども、登録医制度、後方支援病院に患者さんの情報を提供しておいて、定期的に更新をする。急変時にはその提供を受けていた病院が責任を持って対応する。もし受け入れができない場合は、その病院がしるべき転院先を探すといった後方支援制度をつくっておくというのも重要ではないかと思います。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

続いて、田村委員、お願いします。

○田村委員 南多摩医療圏を担当しております、多摩市医師会の田村でございます。

今まで報告のあった部分と共通の話題が非常に多いわけなんですけど、南多摩医療圏の一つの特徴として、神奈川県との、いろんな救急患者、あるいは退院患者のやりとりが多いということで、今回は神奈川県の実験病院の院長先生方にも参加していただきました。

特に、初めて参加された神奈川県の実験病院の先生方のお話を聞いておりますと、やはり、救急搬送ということで非常に重症者がたくさん運び込まれてくると。それで、そ

れをまた帰す、あるいは転院させる、これが非常に大変だと。そのところで非常に頭を悩ませているというようなお話がございました。

退院に際して、先ほどのお話にもありましたように、かかりつけのところに帰ってこない。あるいは全然、患者さんの意思・希望と離れたところに転院していくという問題がありまして、これは、地域側としては、主治医、ケアマネジャー、包括、そういったものがあるわけですが、病院にもMSW等の担当者がいまして、特に、退院のときにもう少し病院の担当者が個々の患者さんからヒアリングをして、どういった退院後の療養を望むのか、もう少しきめ細かに対応ができないものかというお話をしたところ、やはり、マンパワー的に無理だという、かなり強い意見がありまして、実際そういうものなのかなというふうに、ちょっと思った感じであります。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

これまでの意見をいただきまして、委員の皆さんから何かご意見とか、ご提案とかはございますでしょうか。いかがでしょうか。

内藤委員、どうぞ。

○内藤委員 内藤です。

私もワーキングのほうに出ささせていただいて、西南部と、それから西部だったかな、杉並とか、ちょっと違うところにも呼んでいただいて、出していただいたんですけども、結局、そこで話し合っている、ここでもそうなんですけれども、話し合いの問題点というのはどこでも一緒だなというのがすごく認識としてありまして、例えば、そこにどういったような病院があったりとか、どういう医療機能があるかということよりも、問題点になっていることというのは、どこでも全く同じなんだなということがすごく認識されて、そういう意味では、個別ばかりではなくて、全体的な、今もそういう話が出ていますけれども、全体的な話として進めていくというのは、問題点を取り上げて、そのところにもっと注力して解決していく方法を何か考えていかないといけないのかなというように、改めて感じました。

○猪口部会長 それは多分どの委員も感じている、言っていることがみんな同じだなというふうに感じているのではないかなと思うんですけども、どうでしょう、ほかにご意見はございますでしょうか。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 各圏域で問題点として挙がっているのは情報共有だと思うんですけども、情報共有をするのにICTを使うべきだというような意見が出ていて、ICTを使うにも、電子カルテの普及自体がそもそも低いので、まず電子カルテの普及も考えなきゃいけないんじゃないかな。普及させていくような、そもそも電子カルテを入れてほしいというようなことをお願いしていくということも必要になるのかなと思います。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。電子カルテ、導入するのに高いだけじゃなくて維持費も高いですね。現実的な話ですね。

ほかにどうでしょうか。

これは、例えば、在宅療養ワーキングのほうでは問題解決型のワーキングということで、確かに、こういうふうにやったらどうだという問題解決の話がかなり出ていると思うんですけども、それから調整会議のほうのワーキングでも同様に、こういうふうにしたらどうだという話はたくさん出ておりますが、事務局のほうとして、こういうふうにしたらどうだという話に対しての対策というのは、何か具体的にお考えになっている部分は出てきているのでしょうか。

○久村地域医療担当課長 では、在宅ワーキングの関係でございますが、我々は今回いただいたご意見とか議論の内容を、まず地域の方々に知っていただきたいということで、議論の内容を取りまとめたものを、各関係団体様を通じて各医療機関、各事業者さんにまいていただいて、地域の参考にしていただきたいという取り組みと同時に、やっぱり東京都としても今後の取り組みの参考にさせていただきたいというふうに思っております。

情報共有の話が出ていますので、少しご紹介させていただきたいんですけども、来年度、新たな事業として、東京都はポータルサイトというものを構築したいというふうに考えております。ちょっと長くなるんですけど、二つございまして、一つは、今、地域の医療・介護関係者の方々での多職種連携、ICTを活用した連携、各地域ごとに、使っていらっしゃるシステムが、MCSであったりカナミックであったりというところで異なる。それで、なかなか広域な連携がとれないよというところがございまして、まずポータルサイトをつくって、そこにアクセスしていただければ、システムが異なっても円滑に患者さんの情報にアクセスしていただけるようなポータルサイト。できれば、そちらのほうに病院にも入っていただいて、電子カルテベースではなく、電子カルテベースはもう医療連携のシステムがそれぞれあって、それを東京医療総合ネットワークで全都展開していただくんですけども、それを補完するような形で、病院の方にもポータルサイトに入っていただいて、そこで病院と地域の連携を強化したいというところがございまして。

また、もう一つ、そこに病院に入っていただくことで、できれば、先ほどご紹介した意見にもありますけども、それぞれの空床情報なんかも、このポータルサイトを活用して共有できる、こうした取り組みができないかというのを今後検討していきたいというふうに考えております。今回のご意見の中でも、例えば、かかりつけ医の情報であったりケアマネの情報、あるいは地域の生活情報を共有できるようなシステムというふうなご意見をいただいておりますので、そういったご意見を、まさに、このポータルサイトの構築の検討の中で生かしていきたいなというふうに考えておるところでございます。

○猪口部会長 今のが一つ目、二つ言ったんですね、今。

○久村地域医療担当課長 ポータルサイトの目的が二つあるということです。

○猪口部会長 わかりました。話を聞くと、非常に画期的な方法で、今までICTで何とかならないかといったようなところを、いろいろな問題解決を図ろうと取り組まれていらっしゃるようですけれども、その話を聞きながら、どうでしょう、何かご意見はございますでしょうか。

新井委員、どうぞ。

○新井委員 新井です。

先ほど、地域医療構想の調整会議のほうで、一番最後に島しょの話が紹介されましたけれども、島しょは島しょだけの問題だけでなく、私はその調整会議にも出ていたんですけども、Web会議で患者さんのやりとりをするというのは、ただ距離が遠いところの島と本土だけの話ではなくて、やはり、こちらの、本土の中の圏域が違うところの患者さんのやりとりであるとか、また、同じ圏域の中でもやりとりをするとかというのに、その辺はICTを使ってやりとりをするというのに活用できるなという、そういう印象を持ちました。島だけの問題ではないなという感じがします。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

このポータルサイトは、そういうWeb会議だとか、そういったものに資する形になるのでしょうか。

○久村地域医療担当課長 今のところ、まずは入り口を統一するということになりますけれども、基本的に、こちらの活用が進めば幅広い展開が考えられると思いますので、そういったところも含めて検討していきたいなということです。

○猪口部会長 続いて、もう一つ。そのWeb会議、現実的に島しょでは行っているようですけども、それは我々区部であったり多摩であったり、将来的にはそういうWeb会議はすごく大事だと皆さん思っていると思うんですけども、それは非常にうまくいっているのですかね。どうでしょう。僕はそこの会議にいたんだけど、それなりにうまくいっている感じもしたんですが、将来像として、それは、Web会議というものは、我々のこういう連携において、非常に、未来をかけるに値する、そういうようなものなのかどうかというのは、感じとしてはどうでしょうか。

宮崎先生、どうぞ。

○宮崎委員 宮崎です。

在宅の先生と病院との退院調整カンファなどは、今、病院に来ていただかないといけないとか、そういった、結構ハードルがそれは高いんですね。皆さん、時間調整したり、なかなか難しいと思うので、まさにそれこそWeb会議がいいんじゃないかなと思います。

これは、実は、北区では後方病床支援事業というのがございます。それがなかなか数がふえないというのが一つの支障になっておりまして、実はWeb会議も検討していた

ところでもございました。

- 猪口部会長 どこかで、退院調整会議をWebでやっているというところはございませんか。何かありそうな感じもするんだけど。島しょの話は、現実的にやっているというから、その当事者たちは、これでかなりうまくいっているのかどうかとかというご意見が聞ければ、そっちのほうに積極的に行く話なんだろうと思うんですけども、ここではいらっしゃらないのかな。わかりました。

今のお話を聞いて、それ以外にも連携とか、いろいろ課題があったと思うんです。連携だとか、啓蒙、教育みたいな話もあったし、人材確保の話もあったと思うんですけども、いかがでしょうか、ご意見はございませんでしょうか。

宮崎委員、どうぞ。

- 宮崎委員 ちょっと話がまた違うかもしれませんが、在宅のワーキングとグループワークの話をしているときに、やはり、キーワードとなっていますポストアキュートとサブアキュートの、サブアキュートの概念が若干まだ浸透していないような印象を受けまして、これは皆さんご存じのとおり、実は非常に重要な、病床の機能を計る上で非常にこの辺の概念は大事じゃないかなと思っているんですけども、いまいち、まだ浸透していないなというふうな印象を受けましたので、報告をしておきます。これをはっきりさせておかないことには、ポストアキュートの区別をはっきりしないと、今後、どこが診るかとか、最初に救急車がどこに入るとかというふうなことにつながっていくと思いますので、印象としてそういうふうに思いました。

- 猪口部会長 ポストアキュートは明らかなんだけれども、サブアキュートに関しては、要するに、回復期の中のポストアキュートとサブアキュートを考えたときに、回復期で扱うサブアキュートってどんなものという、そういうことですよね。病床機能報告なんかで、こういうものはサブアキュートであるから回復期として扱うべきだと。地域包括ケアの中で、高度急性期だとか、かなり頑張っているような急性期に運ぶのではなくて、地域包括ケア病棟なんかには、それぐらいの程度のものがサブアキュートである、そういうことをしっかり決めたいという話ですよ。

- 宮崎委員 はい。私はもう、常にそうじゃないかなというふうに思っていたので、もし認識が違えば、ご指摘をお願いします。

- 猪口部会長 多分、サブアキュートの定義づけの問題としては、そんなにずれていないんだけど、どの程度のものまでをサブアキュートで扱うかという、現場現場の、その辺のところの感覚が違うかもしれないんですけど、何かこれに関してご意見はございますでしょうか。難しい話だと思うんですけどもね。

佐々木委員、どうぞ。

- 佐々木委員 先ほど、登録医制度の話はしたんですけども、うちの区で登録医制度をやっているのは、実は高度急性期の病院なんです。サブアキュートを高度急性期がとるのがいいかという、やっぱり、それはそうではないんだろうと思うんです。ただ、何

か発生した場合に、それが本当にサブアキュートなのか、アキュートなのかを、どこかで区別しなきゃいけない。その入り口としてはいいのかなと。ただ、そこでちゃんとトリアージをして、その高度急性期の病院で受けるか、それとも地域包括ケア病棟とか回復期病棟で受けるのかを、そこが決めて、その病病院連携で、その患者さんを扱っていくようなシステムができればいいなというふうに、個人的には考えています。

○猪口部会長 今のはどこで扱うかということよりも、その後の流れがしっかり決まっていればいいですよというご意見ですね。確かに、この、アキュートなのかサブアキュートなのかというのは、現場で、その場で全部厳密に決めて、入院の段階で決めるときに、非常に難しいですから、現実的な対応はそういうことになるのかなと。多分、宮崎委員も同じような感覚でお話しになっているんだろうと思うんですけど。

内藤委員、どうぞ。

○内藤委員 内藤です。

サブアキュートは実際のところ、地域包括ケア病床で受けるとかという話になると、うちがよく連携しているところも、どれだけ新しい医療資源を投入しなきゃいけないか、それとも、しなくて済むかというようなところで、結構、ベッドで受けてくれる、受けてくれないという話も結構あります。

それから、医療の資源とか医療内容の問題だけではなくて、後に出てきているACPについても、ACPがどうなっているのかということによっても、アキュートかサブアキュートかというところも、分けと言ったら変ですけども、選択の一つになってくるので、やはり、単に医療資源がどうのではなく、非常に広い意味で、個別性で考えないといけないのかなというようなところも最終的には出てきていると思います。医療だけではなくて、ACPも含めて考えていくということじゃないかと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

サブアキュート、アキュートということで、入り口をしっかり厳密に分けていくというのは、なかなか大変な話なんだというのが、今の話だけでもわかるんですけども、多分、恐らく、それを厳密に分けていったほうが効率性は上がることは間違いのないんで、そういう入り口をきちんとうまく分けられればいいんでしょうけれども、そうではないような形に入ったときも、きちんと流れていくシステムの作り方というの、また大事なんだろうと思います。

こういう議論をしているところで、きょうは問題解決型の会議でありますので、ぜひ、事務局には、いろいろこういう話を聞きながら、こうしたらどうだということをいろいろ考えていただけたらと思いますが。

ほかにどうでしょうか。

新田先生、どうぞ。

○新田委員 新田でございます。

今の内藤先生のお話に、ある意味で同意なんでございますが、サブアキュートの話は

慢性期等々から、最初から出ている話で、これはどういう解釈をしたらいいのかなど。地方でいくと、中小病院等がサブアキュートを基本的には受け取ると。東京の場合が、特に23区が、基幹病院と中小病院がごちゃごちゃになって、基幹病院も含めてサブアキュートを取らざるを得ないという、そういうような状況も含めて、この辺はうまいこと機能分化できたらいいなと私なんかは思っていて、中小病院というのは在宅も含めて、その支援病院としてサブアキュートをきちっと機能する、例えば、内藤先生のところのような話ですが、そういうような機能分化でいくのか病態分化でいくのかというのは、ある話でございまして、そのあたりは、どうやって整理するのかと、ずっと長年の議論でございますから、やっていただければというお願いでございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

西川委員、どうぞ。

○西川委員 ここで、ACPの普及啓発ということが大分書かれてあったんですけども、これは大変重要なことだと思ひまして、病気になってからではなくて、元気なうちからACPについては、患者本人、患者というか、本人も、それから家族とも話し合っけて明らかにしていくというのは大変重要なことだと思うんですけども、そもそも、私も含めまして一般の患者というのは、何が延命治療なのかというのもよく、そういう知識もあまりないものですから、そういう基本的なこともあわせて、情報としていただけるような機会があればいいのではないかと思います。

○猪口部会長 この話は、東京都医師会も各地区医師会も協力しながら、人生会議というわかりやすいネーミングもしていただきましたし、いろんなところで行っているところではありますけれども、東京都としては、ACPの普及啓発に関しては何か具体的に進んでいるんでしょうか。

○久村地域医療担当課長 在宅療養の取り組みの一つに平成28年度から暮らしの場における看取り支援事業ということで、ACPストレートというよりは、看取り全体を支援していきましようということで、例えば都民向けのリーフレットをつくったり、あるいは講演会を開催したり、今度、医療・介護関係者の方の看取りに対する理解を促進するような研修であったりというふうな取り組みを進めているところでございまして、そういった中で、特に、昨年度、今年度なんかは、ある程度、かなりACPを中心に置いた内容で取り組みを進めさせていただいているところでございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

そういう意味では、このグループワークの意見のまとめのところで、情報共有、連携、そして人材育成、そして患者、住民に対する普及啓発、ACPといった、まとめ方、分類の仕方というのは、かなりの的を射ているというか、これを一つ一つ潰していくと相当進むんだらうなという印象を持ちますけれども、何かご意見はございますでしょうか。

ちょっと時間稼ぎみたいな話ですけど、登録医制度、急性期病院のほうからの登録医制度というのがちょっと先ほどございましたけれども、僕たち葛飾区の事例を紹介させ



ていただくと、在宅を診ている先生方、それから、かかりつけの先生方が、葛飾の場合は在宅患者さん、それから高齢者の患者さんを病院救急車が搬送するというシステムがございまして、いざというときには登録制度がございまして、それほど急がない、病態的に、それから患者さんのご希望的にもそれほど急いでいないんだという場合には病院救急車が搬送するというので、かかりつけ医が捉えている、認識している患者さんに関しては登録しているんですけども、そのときに、それぞれの病院が必ず診ることになっているんですけども、いろんな事情で病院が診られないといったときには、区内の病院救急車を運営している病院二つが必ず診る、引き受けるというような形になっておりまして、登録するだけではなくて、それを完結していくような制度にもなっているということです。連携の中で、在宅医たちと、それから病院たちの連携の中で、ショックアブソーバーというのか、何というのか、そういうようなセーフティネット的な形でやっているという事例もございまして、そういう登録制度もあるんだということを紹介させていただきます。

どうでしょうかね。どうぞ、内藤委員。

○内藤委員 やっぱり情報共有とか連携というところに関してなんですけれども、これってやっぱり、特に、在宅に関係する場面においては、まめさというのがすごく必要なのかなというふうに、行動力とまめさがすごく必要なのかなと思っておりまして、ICTも、渋谷区でもやっていますけれども、結局なかなか、使える人と使えない人が出て、いつの間にか単なる連絡事項、医師会の連絡事項の内容になっているんですけども、私が、ある在宅専門にやっている先生とお話ししてましたら、その先生は一件行くと、行った後、次に車で移動するらしいんですけど、その中でケアマネジャーと訪看に電話するというんですね。電話をして情報共有していくというような形で、それはすごく、フレッシュなうちに情報をどんどん回していけるという意味では、家に帰ってICTを打とうと思っているうちにどんどん時間がたっちゃって忘れちゃったみたいなことになるよりも、ちょっと今の話と逆行するかもしれないけれども、現場の話を聞いていると、そういうことはすごく重要なかなというふうに、残念ながら私は自転車で回っているので電話はできないんですけども、車で行っている場合に、それがすごく、やっぱり一番コミュニケーションがとりやすいという意味では、ちょっと話が戻っちゃいますが、そんな意見も現場からは幾つか聞こえてきました。

それから先日、渋谷区医師会でやりました多職種連携の会のグループワークでも、訪看の人たちが、電話をもらうのが一番楽だという話をしていました。自分も困ると一応電話すると言っていたので、何かちょっと逆行して、繰り返しで申しわけないんですけど、何かその辺のところの、まめに連絡するというのが、どういうツールを使うとしても、まめに連絡するということがすごくやっぱり根本的に必要なのかなというところを、ちょっと現場の声をお話しさせていただきました。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

ご意見は一応出て、方向性に関しても、具体的な解決策についても見えてきているようですので、それは事務局に期待するとしまして、続いて、調整会議の中で病床配分のお話、申請状況についてお話がございました。これについて、事務局から報告を受けたいと思います。よろしく申し上げます。

○須永課長代理 それでは、調整会議の病床配分の部分のご意見等について、ご紹介いたしますので、まず資料5-1、A4縦の資料をごらんください。

これは今年度から始まったところなんですけれども、昨年2月に厚生労働省のほうから地域医療構想の進め方という通知が出ているんですけれども、これは参考資料4で通知本体を添付しておりますけれども、この中で、都道府県は、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して地域医療構想調整会議に出席し、病床の整備計画等について説明を求めるとともに、地域医療構想調整会議で協議をすることとされました。

病床配分を希望する医療機関の方の全てにご出席いただくと、東京都の場合、かなり数が多くなってしまうというところもございましたので、東京都といたしましては、20床以上の増床または病院の新規開設、これは移転に伴う新規開設を含みますけれども、こちらを希望する申請者の方に、直接調整会議にご出席いただいて、整備計画、雇用計画等について、一病院当たり3分程度でご説明いただくと。その後、全体で意見交換というのを実施いたしました。19床以下の増床希望については、事務局のほうから、一括して、まとめてご説明をしております。

それで、病床の空きといいますか、30年4月に基準病床を定めまして、既存病床との差し引きで、病床配分が可能な圏域というのが、こちら、資料5-1の下の表の部分にある六つの圏域になります。区南部、区西北部、区東北部、区東部、南多摩、北多摩北部となっております。

では、どういった医療機関から配分の申請があったかというのが資料5-2になっていまして、区の南部のほうで、七つの医療機関から137床の病床希望がございました。配分可能数は、こちらが116床になっています。

それから、区西北部のほうで、全部で九つの医療機関、病床配分可能数、2月1日現在で694床ですが、希望病床数が527床となっております。

続きまして、2枚目をおめくりいただきまして、区の東北部ですけれども、こちらがかなり多いですが、17の医療機関から1,134床の申請がありました。2月1日現在の配分可能数が571床となっています。

それから、3枚目の上のほうに、こちらは増床希望はないんですが、東京女子医科大学の東医療センターが移転ということで、こちらもご説明いただいているところでございます。

それから、区の東部のほうで、九つの医療機関から531床の希望申請がございまして、配分可能数が2月1日現在で750床となっています。

それから、4枚目が南多摩ですけれども、13の医療施設から、希望病床数が761となっていて、2月1日現在の可能数が816床となっています。

それから、北多摩北部の圏域ですけれども、こちらが、四つの医療機関から201の病床の希望がございまして、2月1日現在の配分可能数が130床となっているところでございます。

それで、こちらはご説明いただきまして、地域の皆様からご意見をいただいた、そのご意見について簡単にまとめているのが資料5-3になっているんですけども、まず病床配分の仕組み等に関する主なご意見というところで、まず、圏域内で区市町村別の優先配分を求めるといったご意見がございました。それから、あと、機能別の、4機能ごとの病床配分を求めるといったご意見。それから、申請者のほうと地区医師会との事前調整がちょっと不足しているといったようなご意見もございました。それから、申請者に地元自治体への事前の情報提供ですとか調整を求めるといったご意見。それから、段階的な病床配分を求めるといったご意見。それから、大量の病床配分による地域への影響を懸念するご意見というのが聞かれております。大量に病床配分を行うことで、地域のことを知らない事業者の参入によって地域のもともとの連携が崩れてしまうのではないかとしたことですとか、病床が埋まらず病院経営が破綻してしまうとことですとか、既存の医療機関の看護師の確保への影響、こういった懸念のご意見がございました。

それから下の段ですけれども、個別の医療機関に関するご意見としましては、さまざまになるんですけども、申請者が提供する医療内容や説明内容に関するご質問がありました。それから申請者と地区医師会の調整に関するところでご質問があったりもしています。それから、申請者の病床配分希望に対して理解を求めるといったご意見もございました。その他として、米印でありますけれども、荒川区のほうからは、東京女子医科大学東医療センターの移転に伴って、その跡地で新病院の誘致を行うため、配慮を求めるといったご意見もあつたところでございます。

細かいご意見については資料5-4のほうにまとめてございますので、後ほどご確認いただければというふうに思います。

それと、またちょっと資料6のほう、座長・副座長からのご意見ということで、こちらでもご紹介させていただきたいんですけども、座長・副座長の方々から病床配分についてのご意見ということで、先ほどと少し重複する部分がございますけれども、申請者によって調整会議での説明が事前の地区医師会への説明と異なることがあつたといったものですか、あとは医師会との事前調整をちゃんとできていない申請者がいた。きちんとした説明、了解のもと、調整会議で議論する仕組みが必要といったご意見。それから、地区医師会という組織に機動力があるわけではないので、余裕を持った事前調整が必要だといったご意見もいただいたところでございます。

それから、先ほど、ちょっと機能別に病床配分をしたらどうかみたいなご意見もあつたところで、少しお話が飛んでしまうかもしれないんですけども、ここで、参考資料

1 の、定量的な基準というところをちょっとご紹介、ご説明させていただきたいと思えます。

これは、病床配分にもかかわってくるところではあるんですけども、現在、4機能と言っているところではあります、毎年、厚生労働省が行っている病床機能報告において、この4機能の定義というのは、定性的な基準というものが一応、要綱の中で示されてはいるんですけども、定量的な基準というのは示されておりません。厚生労働省のほうから昨年8月に、参考資料2で通知の本文をつけておりますけれども、「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」ということで、通知が出ております。

こちらの資料は、実は、9月の調整部会のほうでも一度ちょっとお示ししているのもう既にごらんになっているという方がたくさんいらっしゃるかと思うんですが、改めてご説明させていただきますと、各都道府県において地域医療構想調整会議における議論を活性化するという観点から、本年度中に都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、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ございました。

これを受けまして、まず東京都では、都独自の病床単位での病床機能報告といった調査をさせていただきました。毎年、国が行っている病床機能報告というのは、あくまで病棟単位で機能等をご報告いただいているものなんですけれども、例えば40床の、一つの病棟40床で、そのうち30床を急性期相当で使っていて、残りを大体回復期の患者さんで埋めているといった場合、その病棟は急性期というふうに報告されるわけなんですけれども、そうすると10床分の回復期というのが埋もれて、結果的には見えなくなってしまうといったところがございます。ですので、病床の積み上げという形で医療機関さんにご報告いただくとどうなるかというところで、昨年の9月下旬から10月頭にかけて都内の医療機関さんにご協力いただきまして、調査を行わせていただきました。この調査に当たっては、あくまでも従来の定性的な基準に基づいて、例えば高度急性期が何床あるのか、回復期が何床あるのかというところで、ご報告いただいております。

その結果というのを参考資料3にお示ししております。東京都全体と、それから二次医療圏ごとで結果をまとめてございますけれども、グラフがそれぞれ3本並んでいるかと思いますが、一番上の平成29年病床機能報告というのが、あくまで病床機能報告、29年の病床機能報告で、4機能がそれぞれどういった割合かというような結果になっております。真ん中の平成30病院全体というのが、今回東京都が行った、先ほどご説明した調査でご回答いただいた医療機関さんの集計結果を4機能ごとにまとめた結果となっております。一番下が2025年の将来推計の4機能について記載しております。

圏域ごとに見ていくと、少し結果にばらつきはあるんですけども、29年の病床機能報告と今回の調査結果、真ん中の棒グラフを比較していただくと、正直あまり、そんなに大きな差は生じなかったという結果になっております。それから、参考資料3の3

枚目には、一応、割合ではなくて、病床数のほうの結果も載せてございます。それぞれ合計値が違って、この図は一体何なんだという話なんですけれども、これはあくまでも調査結果の合計数ですので、あくまでも病床機能報告をいただいた医療機関さんの病床数の合計、真ん中の平成30病院全体というのは、今回調査を行ってご回答いただいた医療機関さんの病床数の合計となっていますので、数は参考程度にお示ししておりますので、割合のほうで結果を見ていただくのがよいかと思いますが、あまり、結果的には変わらなかったというところでございます。

それを受けまして、東京都では、参考資料1のほうに戻りますけれども、PTのほうを設置させていただいて、定量的な基準の導入に向けて、昨年から検討を今現在行っているところでございます。今年度中には一定の方向性をお示しして、来年度前半の調整会議では、各医療機関さんに東京都で定めた定量的な基準についてお示しして、議論を進めていきたいというふうに考えておりますので、よろしくお願いたします。

その定量的な基準についても、座長・副座長の先生からご意見をいただいております、すみません、ちょっと資料が行ったり来たりしてしまっていて申しわけないんですけれども、資料6のほうで、定量的な基準についてということで、定量的な基準が出て、急性期病院の一部で回復期相当の医療を提供していることがわかったとしても、病床機能報告上、急性期の病院はその看板をおろしにくいのではないかといったご意見がございました。それから、その他のご意見として、疾病単位の患者動向の把握等、ビッグデータを用いて地域の特性を数値として見える化できないか。地域の中で、どういう専門科や専門医、医療機能が必要か把握するのに役立つといったご意見も頂戴しているところでございます。

説明は以上でございます。

- 猪口部会長 かなりの情報が一気に流れましたけれども、そうですね、今の定量的基準の話というのは非常に難しいところなんですけれども、先ほど宮崎委員が言った、定量的基準によって回復期もしくは軽症急性期などというような言い方をして、回復期相当になったとしても、その回復期だからといって、サブアキュートなのかアキュートなのか、この病態はあそこに運べばいいんだというふうなひもづけにはなかなかないんじゃないかなと思うところが、先ほどの資料6のところの定量的な基準、3項目めに書いてあるような話につながっていくのかなと思いつつ、今聞いていました。

ちょっと、この定量的な基準のほうの話をすると、また難しくなりますので、最初のほうの病床配分の話を中心としたいと思いますが、その圏域、南多摩の圏域で座長をしておられました田村委員、病床配分の話でいろいろあったと思いますが、ご意見をいただきたいと思っております。

- 田村委員 南多摩の座長の田村でございます。

今回、調整会議の後半、病床配分の話が出てきたわけですが、南多摩地区は816床と、最大の病床配分を受けているところでございます、ここに多くの病院が

手を挙げてきたわけですが、幾つか問題点が出てきております。南多摩の基準病床から見ると、配分された病床は回復期または慢性期のものだろうという前提でみんな理解したわけですが、実際に慢性期を運営している病院からは、これ以上、病床をふやしてどうするんだ、むしろ一気にふやすどころか、せめてもう少し精査をして、定量的に、段階的にやったらどうかと。これは、先ほど、都の事務局のほうからご説明があったとおりになんです。そういった部分で、いささか腑に落ちないというものを抱えている中で、いろんな病院が病床の申請をしてまいりました。

その中で、特に、広域に展開をしている病院が、今まで60余床だったものを一気に200床出したい、広げたいということで話があったときに、各論的には非常に議論が起きまして、どういうことかといいますと、まず、それだけの病床をふやして、本当に地域の病院がそれぞれ安心して機能を保ったままやっていけるのか、むしろ患者の奪い合いが起きたり、職員の奪い合いが起きたりして、非常に混乱を起こすという危惧。それと、実際に、そもそも調整会議というのは、新しい病床ができたにしても、それが、地域の中で協力し合って地域包括ケアを実現するために、事前にいろいろ意見交換したり情報交換したりという、そういったことが期待されている場であるわけですが、特に、この広域の医療法人が今まで医師会にも入っていなかったと。それで、非常に医師会が不信感を持っていて、余計に、それでベッドを開くと混乱が起きると。

私も座長という立場にあって、最初はちょっとあっけにとられていたところがありますが、とにかく、つくった病床の最初のボタンをかけ違うと、これは非常に長い間、地域の病院同士の連携がうまくいかないということを考えまして、何とか調整会議の座長として、その辺の大きく隔たった立場を何とか調整できないかと思って、いろいろ非公式に医師会と病院の会議を開いてもらったり、これは都の事務局の協力も非常にあったわけですが、そういったことをちょっと始めたわけでございます。具体的に、では、どうして解決するかという結論が出たわけではもちろんございませんが、大きく隔たったところのまま新たな病床が開くことによって、混乱が長く尾を引かないようにと、それは望ましくないという点で、ある程度の意見の一致を見たという、そういった成果があったかと思えます。

調整会議は、今まではいろいろグループワークとかをして、一般的な地域医療のあり方の理念、あるいは問題点、方向性というのを議論してきたわけですが、病床の配分ということになりますと、より具体的に、いろんな関係の、ある意味、利害がぶつかる部分があります。病院も医療機関も存亡をかけて、いろんなぶつかり合いが出てくるわけで、それをどうやって調整していくのか。もちろん、調整会議が調整し切れるものではないと思いますが、ただ、もともとの調整会議の趣旨からいうと、そういった方向に資するような活動もしなくてはいけないのかなというふうに正直思ったわけでございます。ですから、公式の調整会議を年2回、ぼんぼんとやって、そこで終わりということではなくて、もう少し、非公式であっても、先ほどの座長の意見交換のところで

ございましたが、少し時間をかけてでも、そういった活動もする必要があるのではないかとこのことを痛感いたしました。

以上です。

○猪口部会長 田村委員の苦労というか、苦渋というか、苦しみぐあい非常に伝わってくるんですけど、これに関して、東京都のほうでコメントは何かございますか。

○花本医療政策担当部長 すみません。ありがとうございます。

基本的には、病床配分につきましては、申請に瑕疵がなければ医療法上、配分をしないということは大変困難なんですけれども、ただ、地域医療を担っていただくためには地域のほかの医療機関と連携を図っていくということが非常に重要でありますので、やっぱり協力関係を築くように、引き続き、南多摩の圏域もそうですし、ほかの圏域でも事前に医師会に説明した内容と違うというような医療機関もありましたので、そういったところは個別に対応していきたいなというふうに考えております。

それと、配分方法とか、今回さまざまなご意見をいただきました。あとは、今、先生からお話がありましたように、地域の調整会議で議論する時間も非常に短かったと思います。そういったさまざまなご意見を踏まえまして、今後の配分に関しましては、配分方法とか検討期間、地域で意見交換する期間をどうするかというのも含めて、改めてちょっと事務局というか、東京都、これから医療審議会にも諮っていきながら、改めて方法について、検討したいなというふうに思っております。

ありがとうございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

これに関して、一連のところに関して、何かご意見はございますでしょうか。

桑名委員、どうぞ。

○桑名委員 北多摩北部の副座長の立場でお話を伺いました。

北多摩は4病院から申請がありました。皆さん、一生懸命やる、地域で活躍する、活動するから認めてくれということは一様におっしゃるけれども、なんらかの判断基準がないと判断しづらいと感じました。

例えば急性期病床が多くて回復期が欲しいのに、急性期を申請してくるという、都の構想に合致しないような計画で持ってくるのはいかがかなと思い、まず第一には、構想にマッチしていることが条件になる。

それから、さっき部長さんがおっしゃられたように、地域とのかかわりが非常に強くなっていくので、地域とのかかわりというのは一体何だろうと考えると、地域の医師会とのコミュニケーションがちゃんとできている、医師会に所属している、あるいは医師会で活動しているということが、2つ目に必要だと思う。

3つ目は、地域におけるこれまでの医療活動、貢献度など。

4つ目は、東京都医師会の中でどういう活動をしているか、いろいろな事業や研修に参加しているのかどうか。

最後は、我々は東京都病院協会に所属しているが、その病院が何らかの病院団体に活動している、貢献している、あるいは研修等に参加しているかなど、大まかには5つの項目で判断すると、とてもわかりやすく、必要順位をつけやすかったので、何らかの基準に則って決めていくべきと思います。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

何かご意見はございますでしょうか。

判断基準をといるところが、調整会議の進め方が厚労省のほうから通知で出てはいますけれども、そこまでは、調整するよというだけですから、どういう形でやるかというところまでは出ていないので、そういう考え方みたいなものは、この調整部会のようなところで、もし示せるならば。あと、それからもう一つは医療審議会とか、そういうところで議論されることなのかもしれませんけれども、非常に難しいですよ。

加島委員、どうぞ。

○加島委員 調整会議については保険者代表委員として、協会けんぽとか健康保険組合の役職員が参加させていただいておりまして、会議の内容については全ての圏域で把握させていただいています。

今ありますように、地域ごとの病床数の現状と病院の増床等の希望があって、さまざまな意見があって、保険者側で出ていても、病院関係者の方々の専門用語が飛び交って、非常に難しい話になっているので、保険者協議会としては、今後、決着されるプロセスなどについて、被保険者とか住民に説明をしていかなきゃいけないという役割を担っているんで、大変かと、やられるとは思いますが、できるだけわかりやすい方法で、説明ができるような形で決着していただきたいという、保険者協議会の皆さんの要望でございましたので、お伝えしておきます。よろしくお願ひします。

○猪口部会長 ありがとうございます。皆が望むところだと思うんですけどね、わかりやすい決着の仕方というのは。

ということで、今いろいろなところでいろいろな議論になって、そして、それは田村委員のように、調整会議から外れても、いろいろな調整の試みが行われているところがありますので、成り行きだとかを見ながら、また次のときにそれを生かしていくというのが、今やれることなのかなと思いますけれども、何かありますか。

新井委員、どうぞ。

○新井委員 細かいデータのことなんですけれども、先ほど示された参考資料3の一番最後の数字のデータですけれども、やはり、これは全ての病院が病床機能報告をもう一度してくれたわけではないと思うので、今の資料5-1の既存病床に比べてみると、圏域によっては報告が少ないところがありますよね。ですから、やはり今後の調整会議の進め方、特に病床機能に沿った病床配分をするということとかも考えると、この制度を、定量的な基準で病床機能を分けていくのももちろん大事ですし、きちんと報告してもら



うというふうにしていかないと、せっかくここで議論しても、ちょっと数字が全体把握できていないと困るかなということで、ぜひ、その辺はよろしくお願ひしたいと思ひます。

○猪口部会長 大前提として、議論のもとになる数字はきちんとしましょうということですね。

資料3のところを見ると、一様に回復期は少ないんだけど、病床の調整会議で回復期をやりますよという、これをもとにすると、回復期になるといいじゃないかという議論になるんだけど、現実的には、回復期はもう足りているんじゃないかという実感もあるし、それから慢性期だって、表を見ても慢性期は既に多いんですよ、実を言うと。だけど、慢性期、回復期ぐらいだったらいいだろうというような議論になっちゃうとか。やっぱり何か、この数字をもとにしながら話をするのもなかなか難しいというのが、この会議の本当に大変なところなんですけれども。

今回は、病床配分に関してはこういうことで進んでいると、いろいろなところで、まだ多少議論の余地があるところは継続していますけれども、最終的には医療審議会のほうに上がっていくということで、この部会としては承知しておくという程度になるんでしょうかね。よろしいですか。そういうことで皆さん、よろしいでしょうか。なかなかこちらが、病床、それはおかしいだろうかと結論づけられる立場ではありませんので、こういうふうになっているということで、ご承知おきいただきたいと思ひます。

それでは、来年度の地域医療構想調整会議の進め方に関して、事務局からお願いいたします。

○須永課長代理 それでは、資料7をごらんください。A4横版の資料になります。

次年度の地域医療構想調整会議の進め方ということですが、平成30年2月7日の厚生労働省の地域医療構想の進め方の通知に沿って基本的には進めていくところなんですけど、来年度に少し変わるところ、特に太枠のところを中心にご説明いたしますけれども、今年度1回目の調整会議では、公立病院改革プランですとか、2025プランの対象医療機関さんにご説明いただいたというようなところがあったんですけど、対象病院以外の全ての医療機関について対応方針を協議することというふうに厚労省の通知ではなっているんですけど、そういった医療機関さんにつきましても、定量的基準を、今年度中に一応報告性を示して、来年度、本格的に調整会議でもお示ししていきたいというふうに考えていますし、活用もしていきたいというふうに考えていますので、病床機能報告、定量的基準に当てはめた場合に、各医療機関の地域における役割ですとか機能について協議というのを行っていければというふうに考えているところでございます。

それから、稼働していない病床、病棟単位で稼働していない病床につきまして、今年度4月と、あと11月にも再度通知を行って対応をお願いしているところでございますが、こちらにつきまして、平成30年度内に、いわゆる非稼働病棟の再開ですとか変換、具体的対応方針の提出がない医療機関につきましては、調整会議で病棟を稼働していな

い理由ですとか、当該病棟の今後の運用見通しに関する計画の説明というのも求めているというふうに考えているところでございます。

それから、資料の2枚目、来年度の大まかなスケジュール。こちらは今年度と変わりはなく、大体5月から7月ぐらいまでかけて1回目の調整会議、それから10月下旬ぐらいから1月にかけてが2回目の調整会議、在宅ワーキングを秋から冬にかけて行うというような予定で一応考えております。

1回目の調整会議では、定量的な基準に基づく平成30年の病床機能報告の結果の速報値をお示しして、定量的な基準ですとか、それに基づいて算出した結果を踏まえて意見交換を行っていきたくて思っております。あと、非稼働病棟についても、今後の運用の見通し等について協議ができればというふうに考えております。

それから、第2回目の調整会議でも、第1回の議論を踏まえた定量的な基準に基づく病床機能報告の集計結果ですとか、あとは定量的基準に基づく報告結果と病床機能報告結果をもとに、各構想区域で不足する医療機能について、意見交換というのを行っていければというふうに考えているところでございます。

以上でございます。

○猪口部会長 次年度の進め方について、何かご意見はございますでしょうか。

田村委員、どうぞ。

○田村委員 事務的な話なんですけれども、会議の時間についてでございます。

この会議も5時半からということで、前々から予定を組んでおりましたが、つい先日に行われました座長・副座長意見交換会、これは6時からでしたけれども、招集がかかったのが数週間前ということで、私はぜひ出たいと思って、早々に切り上げて、少しおくれてでもと思って参りましたが、既に会議が終わっていたということであります。実際に、会議の時間が最近では早まる傾向にあるというのは都知事の意向というふうには聞いておりますが、実際に私たち医療者は、特に診療所は、やはり勤め帰りの方の診療もする。ですから、7時ぐらいまでは通常診療をしておるわけでございます。ですから、そういうことも考えて、会議の時間をひたすら前倒しにするというよりも、極力、可能な限り参加しやすい時間に設定していただくとありがたいなというふうに思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ほかに、進め方について何かありますか。

新井委員、どうぞ。

○新井委員 東京都にはそぐわないかもしれないんですけれども、資料7の太枠の一つ目のところなんですけれども、公立病院、公的医療機関のプラン、それは今年度の最初の調整会議で説明を受けたところでもありますけれども、厚労省のほうでは、全国に対する研修会では現状の機能の追認は好ましくないというようなこともコメントとしてありまして、その中で、公立病院や公的医療機関の実際の手術の件数であるとか内容、これが、民間のほうにデータを示して、民間病院で同じようなことをしているのであれば、公立病院

とか公的医療機関は民間にできないような機能に特化していくような、そういう議論もしたほうがいいのではないかと、それから繰入金についても、やはり調整会議で議論したほうがいいのではないかとというようなことが示されているんですけども、それが東京にそぐうかどうかはちょっとわかりませんが、その辺の進め方というのはどうでしょうか。何かお考えがあったら、ちょっと教えてください。

○猪口部会長 事務局、どうでしょうか。

○花本医療政策担当部長 ご意見ありがとうございます。公的病院のあり方等、確かに東京都と地方は非常に医療資源の状況ですとか環境が全然違いますので、一概には言えないんですけども、いただいた意見を踏まえて、今後、調整会議でプランについて、どのように再度議論が必要かどうかというのも、検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○猪口部会長 ほかにいかがでしょうか。

そろそろお時間になっておりますが、きょうは副部会長の島崎先生、ご発言が特にないようですけど、何かございましたら。

○島崎副部会長 ACPの話ですが、先ほど出たサブアキュート、アキュート等を含めて、病院救急車を使うというのはいろんな意味で新しく興味深いと思って聞いていました。恐らく将来的には、今、東京都医師会と都がモデル事業でやっている病院救命士がそういうものを担っていくのかなと思います。

それから西川さんがおっしゃっていた終末期の選択肢、人生会議での超急性期のACP、つまり心肺停止の患者さんをどう扱うかというのが、今、厚労省と総務省の救急業務のあり方検討会でも検討中で、近々報告が出るはずですよ。

基本的に、現場に消防救急車が行ったときに、心肺停止の患者さん、あるいはがん末期患者さんで、もうほとんど意識がないというような状況のときにどうしようという場合、基本的には、かかりつけ医の先生に聞こうという話になっています。ところが、なかなか現実には、かかりつけ医の先生が捕まらないので、どうしようという話で、メディカルコントロールの先生がそれを担えば良いのじゃないかということです。しかしながらメディカルコントロールのドクターは患者の内容を全部把握してはいないので、本当は運ばなくても良かったかもしれないDNARの患者さんを運んでしまうというようなことが実際あるわけです。ある地域では消防救急、消防とメディカルコントロールの先生方が一体となってプロトコルをつくっている地域もあるんですけど、これからの検討ですね。

ところで、メディカルコントロール医の先生方は、地域の基幹病院とか救命センターとか大きな病院の先生方で、かかりつけ医の先生方とメディカルコントロール医が話し合う機会はほとんどない状況だと思います。ですからこれがちょうどいい機会、地域包括ケアの中で、地域のかかりつけ医は重要な位置を占めると思いますので、かかりつけ医の先生方と、メディカルコントロールの先生方が、例えば月に一回とか、情報交換

するというような機会を設けていったらどうかなというように思っています。

メディカルコントロールが非常に大きなシステムの中で動いている中に、地域包括ケアの中での重要なかかりつけ医との情報交換のいい機会になると思っています。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。非常にいろいろ深い示唆を。

我々の調整会議としては、病床機能をいろいろ、どういうふうに配分して育てていて連携してというところ、さらに、もう一つはさっきのサブアキュートの話とも関係すると思いますけれども、どうやってそれを運用していくか、入り口の部分をどうつくっていくかというような話と関係しているのかなと思います。一つ、一歩進んだお話をいただいたと思っています。

そのほか、何か意見は。

スケジュールが出ておりますけれども、調整部会のスケジュールが、そういえば出ていないなと思っているんですが、ここでの議論は、きちんとやっぱり大事だと思いますので、調整部会のスケジュールもぜひ、このまま消滅しないように、ぜひよろしく願います。

○花本医療政策担当部長 申しわけありません。記載いたします。

○猪口部会長 ほか、どうでしょうか。

盛田委員、どうぞ。

○盛田先生（瓜田委員代理） 盛田でございます。

どんな医療を受けるのかとか、どんな医療を提供するのかというのは、誰が重要視、誰の意見が最も反映されるべきなのかなというのを思いました。サブアキュート、アキュートを決めるのは医療者なのか、それとも、同じ病態でも、それこそ今のACPの話にあるように、俺はアキュートの医療を受けたいんだという場合と、いやいや、サブアキュートで十分なんだという人がいた、そのときに、誰がサブアキュートなのか、誰がアキュートなのか、誰が、さらに言えばクロニックなのか、さまざまな、どんな医療を誰がどのように提供する権利、もしくは決定権というのをどちらが持っているのか、その辺を、きっとどちらでもないと思うんだけど、それこそ患者と医療提供者側が密にコミュニケーションをとって意識を共有していかないと、都合のいい意見ばかり出てしまうのではないかなというのは感じた次第です。

私は以上でございます。

○猪口部会長 本当にどうもありがとうございました。そのとおりでらうと思います。

ほかに、どうでしょうか。なければ、ちょっと時間も過ぎておりますので。一応これで大体、一とおりましたよね。事務局にお戻しします。

○花本医療政策担当部長 ありがとうございました。

本日は、長時間にわたりまして活発なご議論をいただきまして、ありがとうございました。

最後に、事務局より2点、事務連絡がございます。

本日の資料ですけれども、机上に残していただければ、事務局から後ほど郵送させていただきます。

また、本日お車でいらっしゃった方は、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせください。

事務局からは以上でございます。

○猪口部会長 では、まだお話しになりたい方もたくさんいらっしゃったのではないかと思います。お時間ですので、これにてきょうの会議は終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。

(午後 7時08分 閉会)