

平成 29 年度 練馬区医療施策検討委員会（第 4 回）

1 日時	平成 29 年 11 月 27 日（月） 午後 7 時 00 分～9 時 00 分
2 場所	練馬区役所本庁舎 5 階庁議室
3 出席者	<p>&lt;委員&gt; 五十音順  浅田委員、飯田委員、岩橋委員、古賀委員、児島委員、齋藤委員、  関委員、関口委員、中村（治）委員、中村（紀）委員、早間委員、  備前委員、福井委員、丸山委員、光定委員、山川委員</p> <p>&lt;事務局&gt;  高齢施策担当部長、地域医療担当部長（健康部長）、保健所長  高齢社会対策課長、高齢者支援課長、介護保険課長、健康推進課長  地域医療課長、医療環境整備課長</p>
4 公開の可否	公開
5 傍聴者	1 名
6 次第	<p>1. 案件</p> <p>(1) 地域医療に関わる区取組</p> <p>(2) 練馬区医療施策検討委員会の中間まとめ（案）</p> <p>(3) 医療環境に関わるアンケートについて（報告）</p>
7 資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 練馬光が丘病院改築に係る基本構想策定懇談会の提言について（資料 1-1）</li> <li>・ 高野台運動場用地における病院運営事業者の公募について（資料 1-2）</li> <li>・ 練馬区医療施策検討委員会の中間まとめ（案）（資料 2）</li> <li>・ 医療環境に関するアンケート集計結果（資料 3）</li> </ul>
8 事務局	<p>練馬区 医療環境整備課 医療環境整備担当係</p> <p>電話 03-5984-1086</p>

## 会議の概要

---

(委員長)

定刻となったので、第4回練馬区医療施策検討委員会を開催させていただく。初めに  
出欠の確認を事務局をお願いしたい。

(事務局)

今日は、今井副委員長、小山委員から欠席の連絡をいただいている。

(委員長)

承知した。次に配付資料確認をお願いしたい。

(事務局)

### 【配付資料確認】

(委員長)

それでは、議事に入る。

練馬区の医療施策の方向性について、3回の委員会を通じて議論し、多くの意見を  
いただけてきた。前回のご報告のとおり、今回は中間報告案をまとめた。この中間報告案  
を基に議論を進めたい。前回医療と介護の推進体制、及び連携について、多くのご意  
見をいただき、医療と介護の間には、薄いが高い壁があるという議論もあった。今後、  
壁の高さを低くしていくために、どうしていくかについて議論を進めたいと思う。地元  
に根付いた医療提供体制、及び地域包括ケアシステムを構築していくための議論をした  
いと思う。

別途、災害医療、救急医療、5疾病5事業についてもご意見をいただかなくてはなら  
ないが、まずは高齢者対策ということで議論を進めていきたい。

では、議題に沿って以下事務局から資料説明をお願いしたい。

(事務局)

### 【配付資料説明】

(委員長)

資料1-1、1-2について質問、意見などあるか。

(委員)

いくつか確認したいことがある。練馬光が丘病院と、高野台運動場跡地の新しい病院  
について、両方とも回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床の話である。回  
復期リハビリテーション病棟協会の考えに基づくと、練馬区の人口に対する回復期リハビリ  
テーション病床の数は、約350床となる。

現在、練馬区には250床整備されている。残りの100床を2つの病院で分け合うとい  
うことだろうか。普通に考えると、高野台運動場跡地の病院は200床程度が想定され、  
100床程度が回復期リハビリテーション病棟になると思われる。そうすると、さらに練  
馬光が丘病院で回復期リハビリテーション病床を整備するとなると、病床数が多くなる

のではないか。その点についてどのように考えているか。

次に、地域包括ケア病床については、中医協の答申が出ており、基本的に地域包括ケア病棟は、大病院の中ではつくらず、地域で患者を受け入れるために整備する方向となっている。地域的には仕方なく、一方で話を聞いていると良いことだと思うが、厚生労働省、国の方針とは異なり、1つの病院で完結型の医療体制を作ることになる。この方向性は地域包括ケアシステム体制の構築を目指すうえで本当に良いことなのか。どのように考えているか。

(事務局)

まず、回復期リハビリテーション病床の件について回答したい。回復期リハビリテーション協会が、ひとつの目標として10万人あたり50床を目標としている状況である。その考えに基づくと、練馬区では350～370床程度が必要となる理解でいる。今後、練馬区は人口自体の増加と、高齢者人口の増加が見込まれるため、それらのことを考慮しておく必要があると考えている。ご指摘の通り、高野台運動場跡地の病院では、事業者の提案にもよるが、回復期リハビリテーション病床は100床程度の整備も可能性として想定され、区内の病床数は350床となる。そして、練馬光が丘病院でどの程度整備するかというところはあるが、我々としては合計350～400床程度必要ではないか、と考えている。

また、4つの地域の日常生活圏域で、医療提供体制を検討し、区民が地域に戻るための病院を整備していくべきであると考えている。練馬地区では、練馬駅リハビリテーション病院が回復期リハビリテーション病床を担い、スズキ病院が地域包括ケア病床に病床転換を進めている。大泉地区では、ねりま健育会病院の回復期リハビリテーション病床、大泉生協病院の地域包括ケア病床がある。一方で石神井地区、光が丘地区は回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床が整備されていない。

また、次のご指摘で、高野台運動場跡地は、回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床、慢性期病床を持つミックス型の病院だと、病院完結型になってしまうところはある。一方で、今後病院を幾つも整備するということは現実的ではないため、この機会をチャンスと考え、足りない病床は積極的に充実していき、地域と連携して体制を整備していくことを進めていきたいと考えている。

(委員)

練馬区は特殊な事情があるので、ある程度厚生労働省の方針とは異なるということは理解できる。大事なのは、地域包括ケアシステム体制の枠組みである。順天堂大学医学部附属練馬病院や練馬光が丘病院は、規模が大きく、主に急性期機能を担っており地域包括ケアシステムの枠の少し外側に位置しているため、地域包括ケアシステムの中の位置づけを調整する必要がある。すでに決まっていることだが、本来はどういう病院を整備するかについてディスカッションできることが望ましい。

(委員長)

国としてはトータルの病床数を減らす、高度急性期機能、急性期機能の病床を減らし、回復期機能、慢性期機能の病床を増やすという全体の大きな動きがある。そもそも練馬区は病床数が少なく、回復期、慢性期機能の病床は不足すると見込まれる特殊な事情がある。また、少し心配なのは、二次保健医療圏単位で考えられてしまうと新たな病床の整備が難しくなる。その辺りを上手に行政でコントロールして、少しでも地域包括ケアシステム構築に進んでいければいいと思う。

練馬区の医療を全体で考えて、どのようにしたらよいか、ということで引き続きご意見をいただきたいと思う。

(事務局)

議会に練馬光が丘病院の提言を報告した際、練馬光が丘病院は急性期病院だから、急性期機能を充実すべきではないかという意見をいただいた。病院の基本構想の懇談会でも様々ご検討いただいた。その中で、これから地域包括ケアシステムを構築していくということで、地域包括ケアシステム体制の中で役割を果たす機能を持っていただくのが良いのではないか、という意見もあり、提言の中ではこのようにまとめている。

地域医療構想調整会議で議論が進んでいるが、その会議でも、簡単に病床を増やせる状況にはないのではないかと感じている。その中でも区西北部二次保健医療圏では、回復期機能が不足するという予測が出ているため、これらを踏まえて獲得しやすい部分(機能)に訴えかけていくのが良いかと思っている。

なお、ご指摘の通り練馬光が丘病院は、急性期、高度急性期機能を充実し、回復期は別に整備するという考えもあるが、それに加えて、回復期機能を有する病院の誘致策を打ち出すのは、光が丘地区の用地確保が難しい。光が丘地区は、練馬光が丘病院の改築があるので、その中で不足している病床はなにか、ということを検討し、懇談会の中でもご意見をいただいている状況である。この件に関しては、区の意向がすんなり通るのであれば良いが、国や都の動向を踏まえると、難しいところがある。

確かに委員のおっしゃる通り、大規模病院の中に整備するのは厳しいのではないかと、というご指摘もごもっともであるが、基準病床数の改定時期を見据えた機会を捉えることを考えると、この方向性がよいのでは、と考えている。

(委員長)

案件2の中間報告に移る。事務局から説明をお願いします。

(事務局)

**【配付資料の説明】**

(委員長)

国や都の状況は変えようがないので、案のままでよろしいか。区の状況に関しては、特に課題の部分に意見はあるか。

(委員)

事前に中間まとめ案を拝見し、2ページの区の医療環境の説明の中で、在宅医療体制

の整備が課題である、とあるが、その通りだと思う。ではどうすればよいのか。9ページ以降に医療と介護の連携の表記が10回程度出てくる。如何にこの問題が重要であるかとの理解だ。一方で、この問題について議論を深めたのだろうか、という率直な感想もあり反省もある。

医療側、介護側にギャップがある、という記載があったと思う。アプローチの方法にずれがあり、一緒に進めていくイメージが湧かない。では、どうすればいいのか、ということが中間報告に盛り込まれないのでは、現場では動くことが難しいのではないかと思う。医療と介護の連携についてももう少し具体的に書くことが出来ないか、と思っている。

(委員長)

まさにご指摘の通り、中間報告に枝葉をつけていく必要があるが、今のお話がそこに該当すると考える。7ページに医療と介護の連携があるため、そこでまた議論を深めていきたいと思う。4ページについて意見はあるか。各医療機関の先生方で、記載の中身についてご意見あるか。これまでの議論で、練馬区では三次救急医療機関を新しく作るのは難しいが、三次救急医療レベルの機能を持てるようにするといった意見もあったと思う。

(委員)

整備する病床機能は、非常によくまとまっていると思う。二次保健医療圏で全体の病床の空きが52床と聞いている。二次保健医療圏において医療提供体制の偏在がある状況で、高野台における病院整備、練馬光が丘病院の移転・増床、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、中間まとめ(案)は、練馬区に必要な病床機能を優先しているものと思う。現実的には、二次保健医療圏の範囲で空きが52床しかなく、具体的にどのよう

に整備していくのかは、危惧するところである。

先ほど委員長から発言のあった三次救急医療の提供に関しては、順天堂大学医学部附属練馬病院としても指定を受けられるように東京都に継続的に陳情を行っている。

二次保健医療圏では、帝京大学医学部附属病院、日本大学医学部附属板橋病院等、三次救急医療を提供する医療機関があるが、練馬区はご承知のように三次救急医療機関はない。東京都からは、もし順天堂大学医学部附属練馬病院が、三次救急医療の提供に手を挙げるのであれば、例えば中毒やテロ、化学への対応など順天堂大学医学部附属練馬病院でできる特色のある医療を提供してほしいという話もあるため、東京都とも継続して調整していきたい。

(委員長)

三次救急医療機能を練馬区が持つということは、練馬区民にとっては助かると思う。今後もご尽力頂きたい。

(委員)

順天堂大学医学部附属練馬病院のお話は、大変有り難いと思っている。練馬区は特殊

な事情があるので、三次救急は帝京大学医学部附属病院、日本大学医学部附属板橋病院等と異なる機能を発揮するというのであれば、我々も大変ありがたい。応援したい。

委員のご発言に対してだが、当院は、医療と介護の連携について一生懸命取り組んでいる。しかしながら、実態は上手くいっていない。長期療養・介護施設から急性増悪で受け入れると、そのあと軽快しても施設に戻ることができない現状がある。今回、高野台運動場跡地の話で手を挙げることも検討したが、病床を確保しないといけないことがネックになっている。以前から地域医療連携、医療と介護の連携に取り組んでいるがうまくいかない部分があり、数年前からは、当病院で療養施設を持つことも考えている。

高齢者というと、視点が介護に寄りがちだが、長期療養中に、急性期病院に運び込まれることもある。その対応も含め、高齢者の医療をどうするかについて、介護も一緒に検討しないといけない。一般の方にはご理解が難しいと思うが、医療と介護の制度（提供体制および保険制度）の仕組みが違うため連携は難しい。その中で我々も、うまくいかないことを前提にどうやってすり合わせていけるか、日々取り組んでいる。中間報告の文章に書き込むとしても、実際のところ、連携は難しいということになりかねないことを留意しなければならない。

（委員長）

地域包括ケアシステム体制において、高齢者を中心に急性増悪した場合、慢性期の医療が必要になった場合、在宅医療が必要になった場合に、地域の中で完結していくために医療と介護の連携を進めていかななくてはならない。制度が異なる中で、どうやって歯車を合わせていくか、というところに知恵を絞る必要があると思う。その辺りも含めて議論いただくのが良いと思う。

続いて、中間報告に戻り、区民への周知徹底という部分に移りたい。医療側、介護側がどんなに取り組みを進めても、住民が医療、介護の仕組みを知らないのでは、歯車がかみ合わないのではないか。啓蒙、啓発は重要だと思う。区民代表の方で、区民に医療や介護の仕組みなどを周知するといった観点からご意見あるか。

（委員）

多少委員長の問いにはずれるかもしれないが、事前の送付資料にかかりつけ医に関する資料があった。中間報告では、かかりつけ医への言及が少ないと思う。在宅医療、地域包括ケアシステムの機能強化が結論と思うが、かかりつけ医の重要性をどのように捉えればよいか、一区民として議論をしたいと思う。

（委員長）

都民対象のある調査において、「かかりつけ医を持っていますか」という問いに対し、「持っている」と回答したのは3割弱だったと記憶している。また、「かかりつけ医という概念を知っていますか」、という問いに関しても、「知っている」のは5割程度であった。今後はかかりつけ医を持ちましょうといっても、区民側はまだ意識は低いのかもしれない。医師会では、かかりつけ医というものについて、現場ではどのように表現さ

れているのか。

(委員)

私見を申し上げますと、かかりつけ医は、長年、患者に診療所に来ていただき、色々な症状、疾患を診させていただき、生活の背景もある程度知っているような関係ではないか。患者が高齢により認知症を罹患し、外来に来ることが難しくなった場合には、在宅で診ていくというのがかかりつけ医の重要な役割だと思う。

(委員長)

練馬区はまだまだかかりつけ医、在宅医が不足している。全国的に同じような状況と思う。全国的に在宅医、かかりつけ医を増やしていこうという取り組みが行われている。在宅医療の担い手として、専門医制度の1つである総合診療医というものにも、今後期待ができる。

(委員)

かかりつけ医の定義について、一般に内科の先生というイメージである。中間報告4ページの継続的な周知・啓発に関しては、周知・啓発によって徐々に改善されているような気がしている。患者が総合病院に紹介状なしで受診すると、選定療養費として5,000円であるとか8,000円を納める必要があるということが、患者においても周知されているため、まずかかりつけ医という身近な医療機関に行く傾向にあるかと思う。

(委員)

かかりつけ医がどの科を標榜しているかといえば、医師の4~5割が内科を標榜している。開業医に関しては、どの医師も基本的なプライマリーの知識を持っていると考えていただいてもよいと思う。

(委員)

かかりつけ医のイメージは、近くにある診療所の医師、通いやすく、熱が出たらすぐ診てもらえる医師だと思っている。個人の経験を言うと、現在、様々な診療所を回って、自分のかかりつけ医を探しているところである。

今までの診療所の先生は、診療所の中で患者が来院するのを待つ立場であった。一方で厚生労働省や、医師会の先生も書いているように、これからは医師が外に出るという動きがある。そういったことが出来ているのか出来ていないのか、または、そういったことはしなくていいと思っているのか、を知りたい。そうしないと患者と診療所がそれぞれどういうことを期待し、期待されていいのか、というのがさっぱり見えない。

(委員)

昔から、往診は行われていた。今回が初めてという話ではない。訪問診療は、診療報酬上の定義で、24時間対応することとなっている。診療所がチームで対応している例もあるが、実際は難しい。現在、医師のワークライフバランスも重要な問題として取り上げられており、昔と違い、医師がすべてに対応することを期待するのは難しい。また、総合診療医を在宅医療の専門医と考えるのは違うと思う。かかりつけ医は、例えば、眼

科医でも良い。眼科の医師が受け持ち、他の専門的な医療が必要な場合は専門医を紹介するという形でもよい。診療情報が共有できるなど、昔とは状況がかなり違っていることを理解する必要がある。

(委員)

往診については、1950年頃は8割自宅死、2割が病院死だったが、1976年頃からは病院に行って治療し、治すという志向に変わっていった。いざ、高齢化の時代を迎えて、国が対応しなくてはならないという状況で、在宅の重要性が議論されているということだと思う。

(委員)

かかりつけ医の定義の話は、難しいところがあるので、中間報告の中ではかかりつけ医について、「患者はかかりつけ医と相談しながら、色々な医療資源を使っていく」という提言にはいかがか。

(委員長)

非常に良い意見だと思う。かかりつけ医を堅苦しく考える必要はなく、診療所の医師だけではなく、病院の先生も、総合診療医もかかりつけ医になれるということを理解することも必要だと思う。それよりも、医師側も、介護側も学んでいくという姿勢が大事である。冒頭よくまとまっているという意見もいただいたので、これに肉付けをしていく形でまとめていきたいと思う。

前回で色々議論した、医療と介護の連携の検討に移りたい。先ほど意見もあったが、異なる制度の間で歯車をどのようにかみ合わせていくのか、という部分について議論していきたい。

(委員)

医療と介護の情報共有の部分で、先ほど説明がなかったのを確認したい。医療介護情報連携シートの記載について、私たちは外来をやっている、このシートには馴染みがなく、使っていないのが現状ではないかと思う。何が足りないのか、配布するのを怠っているのか、現状必要ないから使われていないのか、作ればそれでいい、ではなくて検証をきちんとしていただきたい。

(委員)

医師会からはICTという文脈では、比較的使いやすいメディカルケアステーションを導入する方向と聞いている。実際我々もメールよりもSNSの方が使いやすい。区内の医療機関でも使っている話を聞く。いざ医療情報を得ようとする、壁が高く、遠慮して情報を得られないという状況が積み重なっているのではないか。そのため、メディカルケアステーションがうまくいくかわからないが、今回はかなり期待している。

災害、救急情報システムを全体的に情報一元化していくという動きはある。しかし実際災害訓練を行うと、情報量が多く、連携がうまくいかないという状況がある。普段からメディカルケアステーションといったもので連携をしておくと、医療・介護連携だけ



ではなく、病病連携、病診連携でもかなり使えるようになるのではないかと考えており、期待をしている。

(委員)

実際に、メディカルケアステーションは、東日本大震災の時には有効に機能したと聞いている。

(委員)

ICT (Information Communication Technology) による医療情報連携、すなわち、情報共有は、厚生労働省の事業費を基に当院で行ったが、参加してくれる機関が少ない状況である。全国で取り組まれているが、余り上手くいっているという話は聞かない。国の補助金がなくなると、事業が続かなくなってしまう。さらに、医療と介護で情報の基盤が違くと連携させるのは難しい。情報の力が必要だと理解しているが、医療と介護では必要な情報が違うため、お互い参照をするという形が限界ではないか。

(委員長)

将来的には ICT の活用は、重要な部分となってくると思う。

(委員)

個人的な感想であるが、進めるのであれば、面的に進めていただきたい。介護人材が不足している中で効率的にできるというのは人材確保の面からも助かる。もしメディカルケアステーションを導入するなら、介護側を含め、面的に進めていただきたい。医師会からも介護側へ、どんどん情報を提供していただきたいと思う。

薄くて高い壁を崩していくことは難しいが、中間報告に書き込んだものを、いかに実現していくかにかかっていると認識している。一朝一夕にはいかない。今までずっとやってきて、まだこの段階である。中間報告に書いてあることを、着実に実現していくことが、結果につながっていくと考えている。また、在宅医療の部分は、3 師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）との関係性、3 師会と介護の連携が重要だと思っている。お互いに顔を突き合わせて情報交換をして進めていくことが重要だと思う。

(委員長)

前回も 3 師会のお話があった。お薬手帳を活用していくのがよいのではないかと、という議論もあった。ICT は、今のご意見のように非常に難しいけれど、どこが、どのように進めていくべきか。行政、医療、介護、住民の間で ICT 利用について、考えていかななくてはならない。ICT は今後必要なツールだと思うので、どういう形で広げていくか、面的にどう広げていくかは別に議論を深めていかななくてはならないと思う。

(事務局)

ICT について色々な議論がされたが、ICT の活用においては色々な形態があり、その形態について整理をさせていただきたい。委員の話にあったように病院と病院の連携や、病院と診療所の連携もあれば、委員がおっしゃったメディカルケアステーションを活用した連携もある。メディカルケアステーションは、タブレット等を利用して、簡易に患

者の状況を共有できる仕組みであり、医師会でも検討を進めていただいているところである。また、面的に進めていくというお話があったが、それは今後の課題と認識している。

(委員長)

ICTは、今いただいたご意見と、今後の展望を含めて書き加えていただくと良いかと思う。また、医療介護連携シートがあまり上手く活用されていないのではないかと、という意見もあった。事務局から説明をお願いしたい。

(事務局)

先ほど、医療介護連携シートについて検証も必要ではないかという意見をいただいた。病院の連携室や事連協などからご意見を伺い、認知症に限らない高齢者対応や災害時にも有効ではないかとご意見もいただいている。一方で、目にする機会もないという話もいただいた。今後、薬剤師会と連携して、お薬手帳と併せて普及していくことも検討している。より有効に活用していきたいと考えている。

(委員長)

医療介護連携シートに関して、医療側からのご意見、他に何かあるか。

(委員)

委員からお話があったように、全然見たことがないというご意見があった。実際は、このシート自体は数年前から存在しているが、仕組みは介護側からスタートしたもので、医療側には、あまり浸透していないという状況があったかと思う。今後は、お薬手帳に付けて展開をしていくという話もあり、医療側、介護側も重要性は理解している。これから我々も、患者さんがお薬手帳を持ってきた時に、積極的に患者さんの状況を確認するなど、医療介護連携シートを活用できるよう、取り組んでいきたいというところである。

(委員)

3師会との連携ということで、我々も色々相談しながら進めているところである。当院が出す処方箋には検査データを添付しており、そのおかげで薬局からの問い合わせが減った。また、在宅医療では薬剤師（訪問薬剤指導等）と連携して事例検討、研究を始めるところである。さらに、医療・介護のサービス提供に対するチェック機能を有効にするには、情報をお互いに共有しないと上手く進まない状況があり、現在草の根で取り組んでいる。

(委員長)

介護側では、医療介護連携シートについては、周知徹底されているのか。

(委員)

あまり周知徹底されていない状況にある。私自身は忘れないようにしているが、ケアマネジャーも「そういえば、昔そういったシートが配布された」と記憶に埋もれてしまうことがある。改めて周知徹底をしていきたいと思っている。歯科医師会の摂食えん下

のチェックシートも、全く忘れていた状況があった。常に忘れないように、埋もれたら掘り起こすといったサイクルが必要と考えている。

(委員長)

連携ツールの周知徹底、啓発について、使えるものは使って、連携を進めていくのが良い。行政は、使い方等を上手く広めていっていただきたい。P8の地域包括支援センターの機能強化について、何かご意見等あるか。

(委員)

25か所への増設はまだ始まっておらず、これが実現することを皆が期待している、というのが実情だと思う。スタッフのやり繰りなどで、上手くいかなくなるのでは、という部分を皆懸念しているのではないか。

(委員)

地域包括支援センターを4か所から25か所に増加するということであるが、内容が重要と考えている。我々区民が、具合が悪いときや退院時にどこに相談すればよいのか。すぐに医師に相談することはないかもしれない。まずは、区のパンフレットで連絡先を確認することなどが考えられるが、いわゆるワンストップで区民がたらい回しされない状況にさせていただくことが重要だと思う。

(委員)

今の委員のご発言は、非常な重要な指摘だと思う。医療と介護の相談センターは年間3,000件の相談がある。練馬区は7割が区外に入院し、退院する時に練馬区に戻って初めて介護保険を申請するというケースも多いと思う。医療的なところは、医師会と区が協力して、介護的なところは地域包括ケアシステムとの連携を進めていかなければならないと思っている。

(委員)

地域包括支援センターが25か所に増えるわけだが、数の問題よりも支所の質の差がありすぎるの方が課題だと思う。数が増えても質が担保されないと意味がないと思う。

(事務局)

現在4つの本所、25か所の支所で運営している。まずは、区民の方が利用しやすい形で進めていくことが重要だと考えている。地域の方に、担当区域など、きちんと周知していくことが重要と考えており、準備をしていきたい。地域包括支援センターの業務を担う社会福祉法人の方々と十分に準備を行い、機能強化ということで体制を整えているところである。期待に応えるように進めていきたい。

医療と介護の相談窓口は、現状は4か所に4人の医療・介護連携推進員を配置しており、25か所の支所と連携して進めているが、病院の連携室からは、直接25か所の支所とやり取りをして進めたいという話も聞いている。こうしたご意見も踏まえ準備を進めている。今いただいたご意見も踏まえ残りの準備期間を有効に使っていきたい。

(委員長)

せっかく機能面でも、レベルアップするという事なので、評価とフィードバックを十分に行っていただきたい。

本来だと、次回の検討委員会で提言の素案を作成するという話だったが、今回は中間まとめ案2を出していただき、さらに議論を深めたいと思っている。また、冒頭お伝えした災害医療、救急医療、5疾病5事業についても、時間が許す限りになるが、最低限議論が必要な部分について触れていきたい。終わりが先に延びる可能性もあるが、せっかくの機会なので良い議論が出来ればと思っている。

案件3のアンケートの結果について、委員の皆様にご意見をいただき、アンケート結果の作り方を変更した。事務局より報告をお願いしたい。

(事務局)

**【配付資料説明】**

(委員長)

分析の方法を変えて、色々なことが見えてきた。やはりそうか。といったことも出てきた。今の説明で何か意見はあるか。

(委員)

アンケートの回答の1つに「重複する検査や治療を減らせると思う」とあるが、情報共有によって、実際減らすことが可能なのか伺いたい。

(委員)

ある程度可能である。状態は時間と共に変化するため、変化していくものに対しては、同じ検査を行うことが必要である。同じ検査を全くしないわけにはいかないが、変化の少ないものに対しては、重複して検査しなくて済むようにできる。

(委員)

例えばどんな検査項目なのだろうか。

(委員)

病状により全く異なる。安定期であれば比較的重複する検査は減らせるかもしれないし、感染症なら数か月以内に実施していれば、同じ検査をする必要はないという例もある。しかしながら、入院中は検査の診療報酬を得られないにも関わらず、治療の必要のために病院の負担で同じ検査を何回も行っている状況もある。

(委員長)

同じ検査を行うことについて、医療側には検査を行う理由の説明が求められるし、区民にはそういった状況に対する理解が求められる。他にあるか。

(委員)

アンケート調査集計に関して問題がある。クロス集計をし、有意差検定を行うべきである。細かい指摘はしないが、数値の「高い」「低い」の評価は正しく行うべきである。

(委員長)

確かに、縦軸・横軸どちらを中心に見るかで解釈の仕方が変わってくる。母数も異なり、色々あると思う。集計のやり方で、深くこの辺りのデータを分析してほしいということがあれば、ご意見をいただきたい。通院のための交通機関の利用状況に関する調査については面白い結果となっている。医療機関でも調査を行っていると思うが、その調査結果との比較にも使えるのではないか。

(委員)

確かに、統計的有意差という点では不足があると思うが、面白い結果が出ている。比較的高齢者は大きい病院に行くという部分と、夜間に病気になると重症か軽症かわからず救急車を呼ぶというのは、現実を表していると思う。今年の救急車を呼ぶ回数は、東京都で 80 万件越えた。今の日本の病院は、機能分化されているが、やはり区民、高齢者には周知されていないのではないかと感じる。中間報告 P5 にある、医療資源の利用に関する周知啓発の部分が、非常に大切なことが良くわかる。

(委員長)

私も、非常に興味深い結果が出ていると感じる。高齢者ほど総合病院を希望するというのは、合併症で複数の疾患を持っており、何科を受診すればよいかわからない状況なのかもしれない。かかりつけ医については、どういうものかまだ周知できていないということかもしれない。データ分析の方法に関して意見があれば、事務局を通して連絡いただきたい。

(委員)

1 つコメントをすると、集計の「かかりつけ医」と「病院・診療所からの紹介」は、合わせてかかりつけ医として考えてよいと思う。そう考えると、かかりつけ医がいるという状況は、想像以上に多いという印象である。

(委員長)

その他、事務局からあるか。

(事務局)

次回の委員会は 1 月 25 日 (木) 19:00～、同会場で開催する。議事録は本日の内容をまとめて委員の方々へ送付する。

(委員長)

まだ議論はつきないが、次回は本日の議論を踏まえた資料を作成し議論していきたい。これで第 4 回の委員会を終了する。