

〔平成30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30年12月18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』

〔西多摩〕

平成30年12月18日 開催

1. 開 会

○千葉課長：それでは、定刻となりましたので、ただいまより西多摩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、グループワーク名簿（西多摩）と書いたもの。グループワーク用メモ（西多摩）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。そして、ご出席者名簿です。

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、FAXの用紙がございまして、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書いた紙でございまして。

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ていただいたあとに、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。

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、よろしくをお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を座長をお願いいたします。玉木先生、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

○玉木座長：西多摩医師会の玉木でございます。よろしくをお願いいたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思います。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います。よろしくをお願いいたします。

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

こちらは、昨年度から始めました「在宅療養ワーキング」を、今年度も10月より開始しておりますので、その日程と議事のご案内となっております。

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。

厚労省が今やっている病床機能報告は、4機能について定性的な基準のみという形になっていますが、この8月に、厚労省のほうから都道府県あてに通知が出まして、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ございました。

それを踏まえまして、東京都では、PTを設置して、定量的な基準の検討を、現在進めているということで、そのご報告でございます。

それから、この「1」というところに書いてありますが、9月から10月にかけて、都内の医療機関さんに向けまして、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。皆さん、ご協力いただきありがとうございました。

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。

西多摩の結果は、2枚目の一番上のグラフになります。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。

西多摩の区域は、回復期がやや増えたかなという結果にはなりました。東京都全体でも、回復期が少し増えてはいますが、4機能の割合が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い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、引き続き検討して、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、地域医療推進事業についてです。こちらは、国の医療介護総合確保基金を活用して事業をやらせていただいておりますが、今年度、西多摩の区域では、特に、補助実績というのはございませんでしたので、この資料3は、1枚のみとなっております。

それから、参考資料3のご紹介ですが、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、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、そのご紹介となっておりますので、後ほどご確認いただければと思います。

東京都からの報告は以上となります。

○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1点ご報告がございます。目々澤理事、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。本日は、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。皆さんの貴重なお時間を拝借させていただきます。

東京都の病院の患者さんの動きとかが、めくっていただきましたページの左上に書いてあります。よくご存じのことと思いますが、急性期だと、患者さんは割と都心部に集中して、回復期になると、皆さんがいらっしゃる西多摩とかに移動し、さらには、都外へも患者さんは流出していくわけです。

そういうことを考えますと、各県とかいろいろな地域で、医療連携ということで、電子カルテを結ぶネットワークがいろいろできていますが、できれば、東京都全体を1つの医療圏と捉えたネットワークが必要であろうということをお考えまして、この「東京総合医療ネットワーク」が考えられております。

調査の結果ですと、これまで連携システムを入れている病院を100とすると、そのうちの80近くがNECのID-Linkと富士通のHuman-Bridgeという2つの連携システムで結ばれていることがわかりました。

そのため、この2つをまずつなぐという構想を立てまして、データセンター間接続という仕組みを使いますと、何のサーバーも新たに立てることなく、余計な費用を使う必要もなく、ネットワークが構築できることがわかりました。

そして、昨年9月にご説明の会を開催し、東京総合医療ネットワーク運営協議会というものを設立いたしました。その上で、参加のご希望を募り、その医

療機関の中から、モデル運用病院というものを8つほど選び、実際につないでみました。

その成果をもとにいたしまして、我々のほうでは、この東京総合医療ネットワークの決まりをつくり、どのような形でつなげばよいかということについても設定し、この11月1日より実データを流すことが可能になったという状況でございます。

皆さまには、このパンフレットをご一読いただき、こういうことが進んでいるということ、まずご理解いただきたいと思っております。

玉城会長の厚いご支援によりまして、この地区の病院は、これからこのネットワークに参加して下さるとのお話も聞いており、大変期待しているところでございます。

これから病院の数を増やしていき、その上で、その病院につながる中小病院や開業医の方々との間で、そのデータを共有できたら、東京の医療ネットワークがしっかりしたものができていくのではないかと考えておりますので、ぜひご検討いただければと思います。

なお、このパンフレットの中に、紙が2枚挟んであります。1つは、私が説明したことに対して、アンケートを取らせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

もう1枚は、メールマガジンのアドレスになっております。お持ち帰りいただいて、申し込んでいただければ、どなたにも、情報を受け取っていただくことができるようになっておりますので、ぜひ私どもがやっていることを注視していただければありがたく存じます。

玉木先生、ありがとうございました。皆さま、どうかよろしく願いいたします。

○玉木座長：ありがとうございました。

西多摩圏域では、委員会を立ち上げました。青梅市立総合病院さんと大久野病院さんが、今年度には、開示医療機関として活動していただくような状況になり、それを閲覧する医療機関を増やしていくという段階にありますので、どうぞ、地域医療の要でもありますので、ご理解いただければと思います。

ここで、東京都様からの資料と、今の目々澤先生からのご報告について、ご質問等があれば受けたいと思います。傍聴席の方でも結構ですが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。では、後ほど、グループワークのあとにも時間がありますので、全体を通じてのご意見をいろいろお伺いできればと思います。

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

○玉木座長：それでは、次第の3つ目の「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ご提示いただきました。それを踏まえて、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、各立場で取り組めることについても、議論を尽く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、一部、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。よろしく願いいたします。

○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、西多摩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に向けた取組」となっております。

昨年度もグループワークをしていただきましたが、1つのグループで2つのテーマで話し合いをしていただきましたところ、時間が短かったというご意見もございましたので、今回は、1グループ当たり1つのテーマに限定しております。

どちらのテーマかは、机上にお配りしておりますグループワーク名簿とグループワーク用メモに、テーマの番号が書いてあります。A班とC班が共通テーマで話し合いをしていただき、B班は、西多摩の圏域のテーマで話し合いをしていただくということになっております。

そして、資料5には、グループワークの進め方を簡単にまとめておりますが、グループワークメモのほうが、少しわかりやすいかと思っておりますので、そちらをご確認いただきたいと思います。

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、まずは、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、発表役を決めていただきたいと思います。それ以降の進行は、進行役の方をお願いしたいと思います。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。

こちらに書いてあるのは、あくまでも想定の流れですので、このとおりに進めなくても、各グループで工夫しながら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、意見をまとめるときなどにご活用いただければと思います。

なお、その間に、事務局の職員が見学させていただくこともあるかと思っておりますが、ご了承いただければと思います。

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。

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たいと思います。

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ても、お席を用意いたしますので、挙手にてお申し出ください。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、グループワークを始めてください。座長と副座長がそれぞれの班で仮の進行役を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

〔グループワーク〕

○玉木座長：まだまとまりきれいでないかもしれませんが、時間になりましたので、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班から順番に、概ね3分でご発表をお願いしたいと思います。

○A班：多摩リハビリテーション病院の石田です。

玉木会長から、個人的な話はしないでくれと言われておりますので、出た話だけをしたいと思います。

まず、急性期のところから在宅までということで話が行われました。この地区は、福生病院さんが急性期の中心ということですが、圏外から、東海大学付属病院の先生も来ていただき、お話をお聞きしました。

最近では、退院支援とか連携室というものを、しっかりやられていて、以前に比べると、地域連携ということを急性期が積極的に目指しているという印象を受けました。

ちょっと気になったのは、この西多摩地区というのは、がんの専門病院とかはないので、外の病院に行ったときに、その患者さんが戻ってきたときの連携をどうしたらいいかというような話も出ていました。

それと、やはり、慢性期のほうからは、ちょっとした疾患で、肺炎とか骨折とかで、すぐ治療が必要な人の受け入れをスムーズにやるにはどうしたらいいかという話も出ました。

あとは、時間がなかったので、在宅に受け入れというところまでは行きませんでした、「病病連携」をどうするかというような話が中心で終わってしまいました。

私情を入れないようにと言われていましたが、在宅ということだと、きょうちょっと拝見した感じだと、在宅になるかどうかはわかりませんが、この西多摩地区というのは、老人の施設のメッカでありまして、“世界ナンバーワン”と言ってもいいところです。

その老人の施設というと、特養ホームです。これは、在宅ということになっていますので、これからは、有料ホームにしても、そういう老人ホームにしても、そういうところも、これからの地域連携の大切なポイントになると思いますので、これは、私情というか、そういう施設にも加わっていただいて、検討されたほうがいいのではないかと思ったものですから、ちょっとつけ加えさせていただきます。

○玉城座長：ありがとうございました。

私もA班に議論に加わっていたので、そこで出たキーワードというと、患者支援センターの中でのさまざまな取り組みの中で、地域の空床情報、これは、慢性期も含めてですが、そのネットワークを八王子ではつくっておられるということでした。

それから、相互訪問といって、患者さんを診に行ったり、診に来ていただいたりする中で、できるだけ早い転院に結びつけていくようにされているということでした。

また、老健でもそうですが、重症化している患者さんの、居宅復帰率を問われていて、その辺は、どの病床機能でも同じ課題を持っているので、その課題において、自院内のドクターや多職種を啓発しながら、自分たちが受け入れた人を、どのようにして居宅に向けた復帰を目指して着手するかということで、

早く準備をして、早く連携して、早く転院や療養の場を変えることを促すことが必要なのではないかというご意見もありました。

その中で、地域支援病院とかいろいろ、協力病院の仕組みも十分に機能できればということでした。

それから、保険者側からも、患者さんやご家族への啓発ということも、連携を円滑に進めていく上で必要なのではないかというご意見をいただきました。

さらに、自治体からは、急性期に入る前の、発症、重症化予防のほうの啓発も、自治体では重要だと考えているというご意見もいただきました。

以上のようなことが、私たちにいただいたテーマのキーワードとして出ていましたので、追加させていただきました。

それでは、B班、お願いいたします。

○B班：大久野病院の進藤です。

こちらのテーマは、「円滑なサブアキュート患者の受入に向けた取組」についてです。

サブアキュート患者の病態は、脳梗塞後で、在宅にいるような方で、肺炎を繰り返すような人とか、じょくそうが発生するとか、心不全の増悪を繰り返すような人とか、そういう方を患者像として捉えた上で、どのように受け入れたらいいかということで話し合いをさせていただきました。

青梅総合病院の原先生がいらっしゃいましたので、三次救急でそういう患者さんは増えているのか減っているのかを伺いましたら、実際には減ってきているということですので、それぞれの地域で完結し始めているというふうに捉えられるかなと思います。

しかし、在宅を診ている先生方からは、実際にはなかなか受け入れてもらえないというお話もありましたので、意識の差がギャップとしてあらわれているのかなと思いました。

本人や家族、医師も含めて、最近よく言われるACP（アドバンス・ケア・プランニング）と申しますか、“人生会議”のようなことが必要ではないだろうかということが議論になりました。

ですから、特養や在宅という療養型が西多摩では多いですが、そこでの完結が増えてきているであろうと思われます。

また、在宅で診ていくときに、24時間対応していく薬局がないと、薬剤がなかなか供給されないのも、それがあるといいと思いますが、需要がそれほど多くないので、毎日24時間というわけではなくて、対応できる薬局があればいいのではないかというご意見もありました。

それから、奥多摩病院の井上先生も参加していただいていた。ここは、西多摩の中でも奥多摩に特化しているというか、割と離れているので、どこかに送るといっても難しいということで、1つの病院で1つの地域を見ているという感じになっていて、そういう意味では、うまくいっているようです。

本人や家族の意思確認等を事前に行っていて、診療録に残して、「どういふふうにしたい」ということが書かれているので、夜間救急で電話がかかってきて、「診てほしい」と言われたときに、主治医以外でもちゃんと見ることができるといふことです。

それによって、何でもかんでも三次救急へというような対応が減って、奥多摩病院で診られる患者さんは診るといふ対応が進んでいるといふことです。

また、訪問看護も自院から行っているといふことで、奥多摩では、地域完結がかなり進んでいるといふことを伺いました。

在宅の患者さんをどのように見ていくかといふことに関しては、クリニックの先生方にも協力していただきたいし、それによって、どこの病院を利用したらいいかといふことを判断してもらいたいといふ、トリアージの機能を、主治医の先生にってもらいたいといふことで、そのためには、訪問看護が充実していくことが大事だといふことになるといふことです。

そして、そういうことに対して、市民への啓発が必要なので、市町村にそのところをお願いしたいといふような話し合いが行われました。

それから、サブアキュートを受け入れていく病棟としては、地域包括ケア病棟が最適ではないだろうかといふことです。ほかにもいろいろな病棟がありますが、ほかの病棟は、機能として難しいのではないかといふご意見もありました。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、C班のご発表をいただいた上で、また皆さんでいろいろご質問やご発言をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○C班：高沢病院の濱田です。

このグループは、高度急性期から慢性期、在宅を網羅し、また、保険者、医師会が入られての話し合いとなりました。

さまざまな立場からさまざまな意見が出ましたが、必ず出てきたキーワードとしては、連携ということでした。

例えば、病院間の連携では、医師の情報も含めてになります。また、都民というくくりになりますが、保険者と病院との連携など、全ての連携をとりまとめる中で、現在進められている地域包括ケアシステムの部分が中心になって、在宅まで続けるように、このシステムを回していくことが重要ではないかという話になりました。

その中で、地域包括支援センターですが、ここの部分を、区市町村から委託された縦割りではなくて、拠点としての機能を強く持った形にすることが、介護保険に軸足を置いているような形になっていますが、さらに医療のほうに軸足を移せるようにして、そういう強い機能を持った地域包括支援センターになっていくようにすることが、今回のテーマをさらに遂行していく上で必要ではないかということになりました。

○玉木座長：ありがとうございました。

以上でご発表を終了となりますが、表現し尽くしてなかったような部分もたくさんあったかと思います。今のご発表に対して、あるいは、別のご意見でも結構ですが、どなたかご発言はございませんでしょうか。

急性期治療後の転院ということで、次の療養形態にある程度移行していただける状況に落ち着いてからは、多様な転換先があるわけですが、患者さまに合ったようにして、できるだけ居宅を目指すルートの中で、ご本人やご家族のご理解も必要でしょうし、意思も聞かなければならないので、それをいち早く支援していき、多様な転換先を醸成していくということなのかなと思います。

その辺で、キーワードとかをさらに追加する部分とかはございませんか。

例えば、「この地域医療構想の会議が始まる前よりは、大分よくなった」とか、「ここ二、三年を考えると、少しはよくなったかな」とか、皆さん、いろいろな努力をされていますので、そういうような感想でもいいですが、いかがでしょうか。

では、こちらから指名させていただきます。福生病院の松山先生、いかがでしょうか。

○松山（公立福生病院）：公立福生病院の松山です。

どこをベースラインに考えるかによると思いますが、今から思うと、十年前の私どもの病院は、幼かったというか、不出来であったというか、そういうようなことを、最近特に思っております。

少しずつでもよくなってきたのじゃないかという印象を、私がなぜ持っているかという、ほかの方々のご意見が、いろいろ密に聞こえてくるような環境なり、こういう会議なりがいろいろありますので、そういうところからの情報で、自分の立ち位置がわからなくて、「これでよかろう」と思っていたので、世間の常識から考えると、ずいぶん不出来であるということが、だんだんわかってきたからではないかと思っています。

ほかの病院、ほかの職種の方、自治体の方々と意見交換を進めていくというのが、今後もっと大事なことになるのではないかと、常日ごろから考えております。

○玉木座長：松山先生は、古きよき武士のような医師でいらっしゃいますが、どんどん入ってくる次世代の医師、あるいは、今の新しい教育を受けている若い先生方についてはどうでしょうか。地域包括ケアとか連携ということは、私たちの時代よりも理解が進んでいるとお感じでしょうか。

○松山（公立福生病院）：いや、そうは思っていないんですが、若い人間というのは、私どももそうでしたが、「修羅場じゃなくちゃね」というようなところが、男性でも女性でもございますので、これから、人口動態がどんどん変わって、

修羅場が減って、サブアキュートが増えたところで、若い医者が着任して、満足いくような環境をどうやって与えるかというのは、一つや二つの病院で何とでもなることではないので、考えていかなければならないと思います。

それから、大学教育においても、「これからはこうなるのだから、君らが従来考えていたこととはちょっと違うものが、世間で求められているので、そういうことにちゃんと対応するようにしないといけない」ということを教育していただくことも大事だと思っております。

○玉木座長：まだまだ、専門医志向とか、限られた分野への志向が強いですか。

○松山（公立福生病院）：若い方たちでも強いというふうに、私は感じております。

○玉木座長：ありがとうございました。

次は、青梅総合病院の原先生、いかがでしょうか。急性期からの視点でということをお願いいたします。

○原（青梅市立総合病院）：青梅市立総合病院の原です。

医療制度とか診療報酬とか、高度急性期の病院は、より重症の患者さんを診ないといけないとか、要するに、経営をきちんとやっていこうと思うと、病院の論理が先に立って、患者さんの幸せを考えている暇が、「悪いな」と思いながら、余らないんですね。

ですから、入院している期間をなるべく短くしよう。そのためには、患者さんを受け入れてくれる病院と、連携をより密にしなければならないとか、もうこちらの論理で動かそうとしているという状況があります。

しかし、こういう医療制度や診療報酬などは変わらないと思うので、これに沿ってやっていくしかないんだなと、今思っているところです。

ですから、我々の病院としては、患者さんたちが、急性期を脱したら、なるべく早く回復期、慢性期の病院に転院していただく、あるいは、在宅であれば、

なるべく自宅に帰っていただけるように努力するというところに、今のところは、そこに全精力を注ぐしかないのかなという感じですね。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、C班からは、阿技留医療センターの荒川先生、いかがでしょうか。

○荒川（公立阿技留医療センター）：公立阿技留医療センターの荒川です。

ちょっと重複しますが、地域医療構想が実際に役立つようにするためには、地域医療連携センターなりの機能を持った、上流の拠点支援センターを地域に根付かせないと、なかなか難しい問題があるのではないかと思います。

当然、各施設、病院には、地域医療連携センターがありますから、現在、機能を維持させていますが、今後は、高齢社会を迎えて、さらに、在宅復帰であるとか、サブアキュートでまた入院してくるといった事例が増えてくると、地域全体を包括して、機能を集約していくような拠点、センターがないと、円滑にいかないと思っております。

そういう中では、やはり、地区医師会が大きな役割を発揮するのではないかと思います。

○玉木座長：ありがとうございました。

傍聴席からご発言をいただけるということですので、櫻井病院の櫻井先生、お願いいたします。

○櫻井（櫻井病院）：櫻井病院の櫻井です。

在宅、在宅といっても、“老老介護”じゃないですが、自宅に帰そうにも、年取った奥さんしかいないとか、わけのわからなくなった旦那さんしかいないというような状況が増えています。

私は、病院を初めて25年ぐらいたちますが、23年ほど前に老健もつくっています。そのとき、老健をやろうと思ったのは、病院でよくなっても、うちに帰せないという人が多いので、そういう施設が必要だと思ったからです。

でも、周りには、「託老所みたいなものですが」というように説明してつくったんですが、そのあと、介護保険制度が導入されて、ずいぶん違ってきました。

だから、うちの老健とか特養とかは、訪問介護も訪問看護もやっているのに、何となく中で回せるようにはなっていますが、老健が始まったころは、1年に亡くなる方が1人とか2人しかいなかったんです。

なぜかという、具合が悪くなると、救急車を呼んでしまったり、うちの病院に連れてきたりということだったんですが、それが今は、「看取り」ということがあるせいで、それを書けということで、施設に入るときに、それを書くものですから、具合が悪くなっても、何もしないみたいな場合が多くなっているんですね。

この前、全体的な会議の中で、ご家族の方たちから話を聞くと、「具合が悪くなっても何もなくていいというのではなくて、肺炎なら肺炎で、治療して治るのであれば、治してほしい」

だから、何もなくていいと勘違いしている場合が多くて、「そうじゃないんだよ」という話をしたんです。そして、「ご家族さんにもう一度話を聞け」と言うと、「それなりに治療できて、よくなるのであれば、治療してほしい」という意見のほうが多かったということです。

先ほど、青梅総合では、救急の患者さんが減っているというお話がありましたが、うちの息子も救急をやっていますが、救急がすごく減っているということです。うちの施設では、救急車を呼ぶことがほとんどなくなってしまいましたからね。

それはそれで、厚労省の方針がうまくいっているなとは思いますが、これだけ高齢社会になってくると、在宅に、在宅にということは非常に難しくなっていると思います。

その一方で、病院で、施設でということ、最近、労働基準法のせいもあって、若い先生に聞くと、残って仕事をしていると、事務の人が来て、「早く帰れ」と言うそうです。朝の7時半に来たら、3時半になると、そう言われて、帰ったふりをしてまた戻ったら、それが見つかって、怒られてしまったというような話も聞きました。

この前、学会で聞いた話だと、月80時間という過労死ラインを超えている医者が6割いたけれども、ほとんどは35歳以上で、それ以下の人たちはそんなに働いていないということでした。

臨床研修制度が始まって、完全に労働基準法に守られているから、それでいいんだという考えの人が増えているということです。

ただ、我々は、昼も夜も関係なく働いていたわけで、患者さんがおかしくなれば、うちからでも飛んでいったものです。

今は、介護が足りないといいますが、看護もそうで、72時間ルールとかいろいろできて、いっぱいいないとできないようになっているのに、人がいないという状況になっていますよね。

この間、新聞に出ていましたが、特養が完成したけれども、それが使えないということでした。

私も、いろいろやっているのですが、「特養をやりませんか」という話も受けていますが、人が集まらないので、今はやれないというふうになってしまっているわけですね。

ですから、突き詰めていくと、問題点はいろいろありますが、みんなで情報交換をしながら、少なくともこの西多摩の中で完結できるようにしようというのは、玉木先生を初め先生方が頑張ってくださいありがとうございますので、これからますますよくなると期待しております。

○玉木座長：ありがとうございました。

人の問題は、働き方改革を含めてどうなるかということで、A班でも先ほど出ていました。

先生のお話を聞いて、ぱっと浮かんだのは、どこの施設においても、ACPじゃないですが、常に、その都度、意思を確認し、意思を引き出していくようにして、そこを怠ると、連携がうまくいけなくなるし、共通の概念が出てこないのかなと思っています。

あと、サブアキュートのことで何かお考えはないでしょうか。

私としては、在宅や施設で療養している方で、三次救急ではないけれども、ある程度の応急、リコンディショニング、再リハビリ、それから、一時的な、

レスパイトも含めた部分というのが、サブアキュートの主眼であり、そうでないと、在宅療養をやっているドクターたちがやりにくいし、疲弊してしまったり、なかなか参入してもらえなかったり、たくさんの方を診きれなかったりすることがあるので、こういうサブアキュート機能が重要だと思っております。

その辺で何かご意見はいかがでしょうか。進藤先生、お願いいたします。

○進藤副座長（東京病院協会・大久野病院）：大久野病院の進藤です。

先生がおっしゃったようなところが議論になっていましたが、受け入れ先としては、地域包括ケア病棟が最適なのではないかということが、お話としては出ていました。

もう一つは、在宅に行ったときに、家族、本人、それから、医師も含めて、“人生会議”ですね。ACPを進めていくということが必要で、そのことを市民に啓発することを、市町村は進めていただけるとありがたいと思います。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、時間になりました。いろいろご議論いただきありがとうございました。

なお、先ほどの目々澤先生の「東京総合医療ネットワーク」に関するアンケートにご記入くださるよう、お願いいたします。私たちが議論しているものの要になるのではないかと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

では、事務局にマイクをお返しいたします。

4. 閉 会

○千葉課長：玉木先生、ありがとうございました。

事務局より最後に事務連絡を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、冒頭にもご説明いたしましたが、こちらのFAXの用紙で東京都医師会のお送りいただき、それを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

ご意見や、本日以降にご意見がある場合は、この用紙により、東京都医師会あて、年明けのなるべく早い目ぐらいまでにいただければと思います。よろしくお願いたします。

2点目、今後、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施設につきましては、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。冒頭で申し上げましたとおり、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。よろしくお願いたします。

4点目、資料については全てお持ち帰りいただいて結構ですが、閲覧用の「東京都地域医療構想」という冊子は、机上に残しておいてください。よろしくお願いたします。

以上でございます。本日は長時間にわたるご議論、ありがとうございました。

それでは、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。ありがとうございました。

(了)