

令和4年度第2回
東京都地域医療構想調整部会
会議録

令和5年3月20日
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○奈倉計画推進担当課長 定刻となりましたので、ただいまから、令和4年度第2回東京都地域医療構想調整部会を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、ご出席いただきまして誠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奈倉が進行を務めさせていただきます。

本会議は、ウェブ会議形式で執り行います。事前に送付しておりますウェブ会議参加に当たっての注意点を一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

本日の配付資料につきましては、事前にメールで送付させていただいておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

続いて、委員の出欠状況の報告に先立ちまして、前回の会議から交代のあった委員についてご報告させていただきます。東京都歯科医師会、高品委員の後任として、東京都歯科医師会副会長、勝俣正之様に新たに委員にご就任いただいております。

続いて、委員の皆様方の出欠状況についてご報告いたします。本日は横田委員、新田委員、熊田委員、野村委員、瓜田委員、内藤委員からご欠席とのご連絡をいただいております。

また本会議には、委員のほかに、東京都地域医療構想アドバイザーである一橋大学及び東京都医科歯科大学の先生方にもご出席いただいておりますので、この場を借りてお知らせいたします。

本日の会議でございますが、親会である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、会議録及び会議に係る資料は原則として「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には、会議、または会議録を「非公開」とすることができます。本日の会議につきましては公開としたいと考えておりますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○奈倉計画推進担当課長 ありがとうございます。

それでは、以降の進行を猪口部会長をお願いいたします。

○猪口部会長 皆さん、こんばんは。今日はよろしくお願ひします。非常に長い時間をかけて調整会議が行われました。その取りまとめ的な内容が中心となりますけれども。

最初の議事は在宅療養ワーキングですね。この開催概要について、事務局から報告を受けたいと思います。よろしくお願ひします。

○島倉地域医療担当課長 では、地域医療担当課長島倉と申します。よろしくお願ひいたします。

私のほうから、令和4年度在宅療養ワーキンググループの開催結果につきまして、ご説明させていただきます。

まず資料3-1でございますが、日程等の開催概要になりますので、後ほどご参照いただければと思います。

資料3-2、ご覧いただければと思います。

資料上段の1.でございますが、意見交換の目的といたしまして、従来からの高齢者を中心とした在宅療養者に加えまして、コロナ禍では多くの在宅療養者も地域で支える体制づくりが進展しており、今後、高齢化によるますますの在宅療養者の増加を見据えまして、コロナ禍で進んだ在宅専門診療所との連携ですとか、オンライン診療の活用、その他医療DXの取組などについて、今後の在宅療養体制の充実に生かす観点から、事前アンケート及び意見交換を行いました。

2.でございますが、主な意見につきましてまとめております。

左側は事前アンケートの結果ですけれども、対象者202人とありまして、各圏域のワーキンググループの構成委員全員でアンケートを採っておりますので、おおむね地区医師会等の医師が70人、区市町村職員が50人、各圏域ごとに歯科医師会看護協会、訪問看護ステーション協会、薬剤師会、介護支援専門員研究協議会などから、他職種の団体から10人ずついただいているような状況があります。

結果につきましては、在宅専門診療所との連携につきましては、「非常にそう思う」が57%、「まあそう思う」が38%。オンライン診療の活用についても、「非常にそう思う」が29%、「まあそう思う」が54%と、いずれも肯定的に捉えている様子が見えかかると思います。

なお、職種別で見ても、回答結果に有意な差はありませんでしたけれども、アンケートの回答については肯定的でも、議論の場においては活用の方法の工夫ですとか、条件づけが必要といったご意見のほうをいただいております。

資料の右側になります。3.ですけれども、主なご意見といたしまして、議論の中で出た意見でございます。

在宅専門診療所との連携につきましては、一人診療所のマンパワー不足もありまして、連携・協力が必要という意見のある一方で、コスト面ですとか医療の質を不安に思う意見や、既存の地域の連携の枠組みの外側から往診するので、訪看やケアマネ等の他職種との情報連携の課題ということも挙げられておりました。

オンライン診療につきましては、初診など、患者さんを五感で感じるができないというところで難しく、再診に限った利用ですとか、患者さん側にも慣れてもらう必要があるなど、メリット、デメリットを整理しながら、有効活用を考えていくべきといった意見がありました。

そのほか医療DXにつきましては、オンライン会議の活用で、医療福祉の他職種の一斉会議ですとか、退院時カンファなどがしやすくなったという意見がある一方で、地域の他職種連携システムについては、行政がなかなか参加してくれないといったような意見もありました。

資料の一番下になりますが、今後、都といたしましては、令和5年の新規事業といたしまして、在宅医療推進強化事業というものを実施いたしまして、往診医療機関との連携などにより、24時間の診療体制を構築する地区医師会を支援することとしているほか、引き続き区市町村を主体として、地域の在宅療養者を支える体制整備についても取り組んでまいりたいと考えております。

説明は以上となります。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

早速ですけれども、今の報告に対して何かご意見はございますでしょうか。

コロナになって、これまでの平時のときと違って、在宅診療専門の診療所であったり、外来を中心でやっているようなところと、そういう専門のところの連携というものが非常に大事になったり、在宅専門の診療所がクローズアップされて、かなり表舞台、急性期のところにもかなり出てきているというようなところを背景にしながら、こういう会議がなされました。ですから、連携に対して非常に前向きな意見で大体整っているような気がしますけれども、何かご意見はございますか。

東京都医師会の土谷先生、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

私も全部じゃなかったんですけれども、出られる会議は出たんですけれども、その印象をお話しします。

先ほど部会長からお話がありましたように、連携については、在宅についても随分話が進んで、意識は随分高まっているなと思いました。ですけど、まだ病診連携、いわゆる病院と診療所の連携は随分進んできているんですけど、在宅医療の診療所同士の連携はいま一つなのかなと感じました。

そういった中で、東京都さんが来年度、在宅医療推進強化事業ということ、地域での例えば24時間の対応とか、そういうのを推進するための事業を計画しているところですけども、非常にありがたい話だなと思っています。こういう事業を通して、地域ごとの診療所どうしの連携が高まることを期待します。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

ほかに意見はございますか。

今、土谷先生がおっしゃった在宅診療所同士の連携はいまいちというような話があったけど、同業種というのはなかなか連携しないんですよね。だけれども、今度、診療所レベルの話で言うと、24時間だとか365日、そういうような話、それからどんな疾患でもなんていうことが求められるようになってくると、お互いに協力して補完し合うということがすごく大事になってきているから、難しいところかもしれないけど、土谷先生のおっしゃっているようなところが今後のところで求められていくんでしょうね。我々は地域医療計画推進協議会の部会ですので、そういったようなところが今度の医療

計画とかそういうところで反映してくるといいですね。

土谷先生のお話を聞いてそう思いましたけど、ほかはどうですか。あまりここに時間を取ってられないんですけども、ちょっとぐらいなら。よろしいですかね。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 では、こういったような意見を上に上げさせていただくというような形にしたいと思います。

では次に、令和4年度第2回地域医療構想調整会議の開催概要についてです。

実施内容と議論の内容について、事務局から報告をお願いいたします。

○奈倉計画推進担当課長 よろしくをお願いいたします。資料4-1をご覧ください。

令和4年度第2回地域医療構想調整会議につきましては、資料の左側記載のとおり、今年1月16日から2月9日までの間におきまして、全13圏域の会議を開催いたしました。

資料右側、議事の内容でございますが、病床配分の希望、地域医療支援病院の承認、病床機能再編支援事業の3点につきましては、医療機関からの申請があった圏域において意見の聴取を行ってございます。また、議事(4)2025年に向けた対応方針の確認については、全圏域共通の議題として意見交換、協議を行いました。

また、報告事項として、紹介受診重点医療機関に関する協議について、在宅療養ワーキンググループの開催、外来医療計画に関連する手続の提出状況に加え、医師の働き方改革について都から報告するとともに、医療機関間の情報共有を行いました。

なお、各圏域の会議資料及び会議録につきましては、福祉保健局のホームページに掲載いたしまして、公開済みでございます。

以上が開催の概要となります。これ以降、個別のご説明に移らせていただきます。

○坪井医療安全課長 では続きまして、事務局の医療安全課長の坪井より、調整会議で協議いたしました病床配分につきまして、ご説明させていただきます。

資料は、まず4-2になります。

まず概要というか背景でございますけれども、調整会議における病床配分に関する協議につきましては、平成30年の国の課長通知におきまして、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、調整会議にご出席いただきまして、病床の整備計画等について説明を求めるとともに協議することというような規定が加わってございます。これに基づきまして、増床または病院の新規開設等をご希望される申請者の方につきましては、調整会議にご出席いただいた上で、説明並びに協議を行ったというものでございます。

ご参考までに、下に書いてございますのが、今年度の病床配分に係る状況でございます。今年度につきましては、AとBの基準病床数と既存病床数を比べまして、基準病床数に達していない圏域、具体的には一番右の列の△と下線がついている圏域につきまして、募集をかけてございます。

資料４－３が今年度の申請状況でございます。

本年度は、先ほど募集をかけましたうち、６圏域の２０の医療機関から申請がございました。詳細につきましては、資料をご参照いただければというふうに思いますけれども、調整会議の当日は、各申請者の方から病床の整備計画ですとか、区市町村単位の分科会での地区医師会の皆様を含めました調整状況を中心にご説明いただいた後、協議を行ったというものでございます。

続きまして、資料４－４が協議状況のまとめというところでございます。

今年度は先ほど申しあげました６圏域、具体的には区南部、区西南部、区西北部、区東北部、南多摩、北多摩西部の６圏域に申請がございましたので、こちらの圏域につきまして協議をいただいたというものでございます。

協議結果を下の箱にお示ししてございますが、南多摩圏域の一部の申請内容につきましては、調整会議後に隣接市と意見交換を行いながら、整備を進める方針で調整中。ちょっと後ほど、こちらについては個別に申しあげます。これを除きました圏域につきましては、申請のございました全ての医療機関について、申請内容が了承されたというような状況でございます。

協議状況は資料４－５にお示ししてございます。

先ほど申しあげました南多摩圏域が、資料の３枚目の左側でございます。

先ほど申しあげましたのが、具体的には一番上、病床配分申請内容のうち、医療法人泰一会の西部町田病院（仮称）、こちら町田市に新しく開設予定の２００床の病院でございます。こちらにつきまして協議が行われた結果、一番下にお示ししてございますけれども、こちらの病院は所在地が町田市になってございますけれども、こちらは八王子市にほとんど隣接するような所在地でございます。したがって、調整会議の中でも隣接市、具体的には八王子市ですけれども、こちらの関係者と調整をすることというような協議結果となつてございまして、今まさに協議を継続的に行っているところという状況でございます。協議につきましては、医療審議会までには協議を完了していただくような方向で今進めてはございますけれども、今現在、調整中というようなステータスでございます。

病床配分につきまして、ご報告は以上となります。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

ただいま事務局からは、病床配分の申請内容と、それぞれの各圏域の調整会議について説明をいただきました。何かこうしたことに、ご意見はございますでしょうか。

手が挙がらないので、ちょっと時間稼ぎしますが、今の南多摩の西部町田病院の件は、つくられるのが町田市なんですけれども、本当に町田の西の端のほうで、八王子との接点が非常に強い地域だったために、分科会を市単位で行っているとうまくいかないんだという、そういうことを我々は今度経験したわけですね。今後に関しては、新設病院だとか病床の分配の説明においては、その地理的な状況をきちんと考慮しながらやっていく

ということが、分科会を開くに当たっても大事なんだという経験を得たというところかなと思います。一律にどの市でもやらなくちゃいけないかという、それは難しい問題だと思います。

どうもありがとうございます。山口委員、どうぞ。お願いします。

○山口委員 お話の途中なのによろしいのでしょうか。

○猪口部会長 どうぞ、どうぞ。

○山口委員 今、基準病床に不足しているところのお話があったんですけども、先ほどの資料を拝見して、すごい基本的なことなんですけど、区の中央部って7, 714が過剰ということですよ。これについては、東京都としてはどのような今後の方向性とか。もともと集中している地域だと思うんですけども、その過剰なところについてはどういうお考えで、方向性なのかというのをちょっとお聞きしたいと思いました。

○猪口部会長 どうぞ。事務局のほうで答えられれば。

○奈倉計画推進担当課長 ご質問ありがとうございます。計画推進担当課長の奈倉でございます。

区中央部におきましては、ご指摘のありましたように、既存病床が基準病床を大幅に上回る状況となっております。この背景といたしましては、区中央部というのは文京区ですとか中央区、港区といったような大学病院等の特定機能病院がかなり集中している、全国的に見ても特異な地域でございます。もともと病床規制が始まる昭和60年以前から病床がたくさん整備されてきたという経緯がございます。また、その病院については、必ずしも地域の患者様たちだけに医療を提供しているわけではなく、東京都外の患者様も含め、また全国的に患者さんがいらっしゃっているというようなこともございまして、この過剰というのは過去の制度から引きずっているところと、あと患者の流出入等もございますので、こちらについて東京都として何か特別な対策を取っているとか、何かに誘導していくようなことは、現時点では行っていないところでございます。

以上でございます。

○山口委員 ありがとうございます。

もともと歴史的にそうであれば、基準病床を決めるときの数自体が、そこで調整できなかったのかなと思ったんですけども、そんなわけにもいかないということだったのでしょうか。

○奈倉計画推進担当課長 ありがとうございます。

基準病床につきましては、国が定める算定式において、ほぼ数字等も定められておりますので、流出入等を加味することもほぼできないと。これが調整できるような形にはなっていないところでございます。

○山口委員 ありがとうございます。

そうなのかなと思いましたが、すみません、改めて確認させていただきました。

○猪口部会長 多分それについてだと思います。土谷委員、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。それに関連してのコメントになります。

今、山口委員からありました資料4-2の話ですけれども、区中央部がもう本当に全国的に見ても突出して病床が多いわけで、結局それで東京都全体で眺めてみると、一番下になるんですけれども、資料4-2ですね。一番下のところでは、総計でどうかというと結局今、東京は全体で見ると過剰になっています。全体で見るとですね。二次医療圏ごとに分けると凸凹ができるので、少ないところは配分する。だけど、本当に山口委員がおっしゃっているように、区中央部が過剰分の多くを占めているわけで、二次医療圏ごとの凸凹がかなり強いところですよ。じゃあ、これで今、実際の医療で問題が起きているかということ、受療行動としては二次医療圏を超えて移動していますので、そこから区中央部の人たちだけが医療を受けているわけじゃなくて、足りないところは受けられないという実情、実害が起きているわけではないのは確かだと思います。しかも、今回の地域医療構想調整会議の中でも病床の利用率の提示がありました。その中で、コロナの影響もあるんだと思うんですけれども、病床利用率は都内は減ってきている事実もあります。病床が都内全体で過剰であり、なおかつ今、配分していて、なおかつ病床利用率は低下している。これは都民にとっては、入院しやすくなるというメリットはあるのかもしれませんが、病院を運営している人たちからすれば病床が空いてしまう、入院する人たちが少ない状況になりますので、医療経営の観点から非常に大きな問題だと考えます。ですので、何が言いたいかといいますと、この病床配分のやり方については、もう少し工夫が必要なんじゃないのかなと思います。機能別とか、そういったことも考えながら配分したほうがいいかなと考えます。

コメントです。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

多分これについてだと思います。石川先生、どうぞ。

○奈倉計画推進担当課長 石川先生、ミュートが解除されていないようです。

○猪口部会長 声が聞こえません。ごめんなさい。

○石川委員 失礼しました。国際医療福祉大学の石川です。

今、土谷先生からもありましたけれども、私、実は近隣の自治体で病床整備検討部会の部会長を務めさせていただいている中で、やはり少し回復期や慢性期等、不足している医療資源を中心に病床開設を依頼するという流れもあると思いますので、今回は相応に急性期の病院の病床追加ということになりますけれども、今後は少し機能別の配分というのも考えていただけるといいかなというふうに思っています。

あともう一つなんですけれども、今日の資料4-3等をご覧くださいと分かるとおり、今年度、病床整備の承認が得られたとしても、実際に病床等の開設予定時期というのは令和5年とか、中にはやはり200床の、先ほどから出ております西部町田病院さんに関しましては、令和8年の4月というふうになっております。実は私が関

わっている関東圏の自治体でも、当初は新設をという話をしていたところが、用地買収であるとか、あるいは様々な、特に最近は人員の確保が困難だというような理由もあって、この計画は全うできないこともありますので、可能であればフォローアップのほうの報告も入れておいていただけるとよろしいかなというふうに思っています。令和2年、令和3年度、それぞれ整備検討が出ていると思いますので、可能であればどこかのタイミングでスナップショットを取って、過年度割当てのものがどうなっているのか、今後どんな状況なのかというものが見えるようにしていただけるといいかもしれません。一度ご検討いただければと思います。

私のほうからは以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。よろしいですかね。

僕もこの件に関しては、地域医療構想は2013年の頃からずっと関わっているのですが、ひと言言わせてもらおうと、今度のコロナで日本の、東京のと言っていいもいいですけども、東京の急性期病院ってやっぱり人手が厚くないですよね。ですから、コロナの患者さんをたくさん診ようと思っても、なかなか力が弱くて、病棟を拡大していきづらかった。この基準病床数を超えて既存病床数があるのに、さらにどんどん増やしていくというのは、僕はコロナの今度の経験を、医療人の密度から考えると無理なことをやっているんじゃないかなという気もしないでもないです。東京の総面積って、全国の地域医療構想の区域の平均の2倍しかない。島しょと西多摩の部分を除くと、1億3,000万ほとんどの人間が、全国で言えば二次医療圏の中に入っちゃうぐらいのところにおいて、交通網はほかのどこよりも発達している地域にいるわけだから、これを11に分ける意味というのはどこまであるのかなというのは真剣に考えていいんじゃないかなというふうに思いますけれども。なかなかそう言いながら変わらないで来たので、土谷先生もいろいろ意見はございますでしょうが、ぜひ東京都に考えていただきたいという意見だけ、今日はここまでにしたいと思いますが、土谷先生、いいですか。

○土谷委員 了解です。

○猪口部会長 ほかの先生方もこの程度でいいですか。今日これを突き詰めると進まない、時間がかかっちゃいそうなので。よろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

では、病床配分の話をして、続きまして、地域医療支援病院の承認申請について事務局より説明をお願いいたします。

○坪井医療安全課長 事務局の医療安全課長でございます。

続きまして資料4-6、地域医療支援病院の承認申請に関する協議状況ということで、ご報告させていただきます。

今年度は1病院、公益社団法人地域医療振興協会の練馬光が丘病院、こちらは昨年10月の移転に伴う、従前、地域医療支援病院であった医療機関が移転に伴う申請という

ような形で出てきてございます。病床数は457床でございます。こちらにつきましては、移転に伴う申請ということもございまして、区西北部の調整会議において特段のご意見はなく、了承されてございます。

こちらについては、ご報告は以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

これはほとんど問題のなかったところですけども、ご意見はございますでしょうか。地元の先生とかはいらっしゃいますか。大丈夫ですか。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 では、この件は報告ということで、ありがとうございます。

続きまして、病床機能再編支援事業について、事務局から説明をお願いいたします。

○島倉地域医療担当課長 地域医療担当課長、島倉です。

資料4-7になります。令和4年度病床機能再編支援事業に関する議論のまとめについて、ご報告させていただきます。

まず病床機能再編支援事業でございますが、現在稼働しております一般病棟及び療養病床のうち、高度急性期、急性期、慢性期の病床を10%以上削減した病院及び有床診療所につきまして、削減した病床数に応じて、国が給付金を支給するといった事業となっております。国への申請は都道府県において取りまとめますが、申請に当たっては各圏域の地域医療構想調整会議と、各都道府県の医療審議会の意見を踏まえて実施することとされております。

今回、資料ということで、区西南部で医療法人社団ローズレディースクリニックですね。1施設、申請のほうがありまして、内容といたしましては老朽化に伴う建て替えで、平均在院日数の短縮化等がありまして、12床から6床に削減するといったような内容となっております。調整会議において議論いただいたところ、資料下段の意見の状況にあるとおりでございますけれども、特にご意見はございませんでした。今後、医療審議会の意見を踏まえまして、国に申請を行っていく予定でございます。

説明は以上となります。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

今、病床再編支援事業について説明を受けましたけれども、何かご意見はございますでしょうか。

質問ですけども、これは病床過剰区域じゃなくても、要するにまだ足りないといったところでも、これは事業が成立するんですね。

○島倉地域医療担当課長 そうですね。国の事業といたしましては、特に過剰ですとか不足ですとか、そういったところは要件になっておりませんので。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

よろしいですか。ご意見はございますか。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長　じゃあ、続きまして、調整会議への意見交換の内容について、事務局から説明をお願いします。

○奈倉計画推進担当課長　計画推進担当課長、奈倉でございます。

資料４－８をご覧ください。第２回の調整会議のまとめをしております。

まず資料上段でございますが、意見交換①といたしまして、「２０２５年に向けた対応方針」について意見交換を行いました。地域医療構想調整会議の構成委員以外の委員の皆様方におかれましては、今年度第１回からの流れですとか協議の状況について、参考資料５のほうでもお示ししておりますので、適宜そちらもご参照されながらお聞きいただければと思います。

現行の地域医療構想につきましては、２０２５年を目標としておりますが、２０２５年に向けた対応方針、すなわち各医療機関の役割及び機能別の病床数に係る地域医療構想調整会議における協議につきましては、東京都においては新型コロナの感染拡大に伴いまして、令和２年度から協議を中断してございました。しかし昨年度末、令和４年の３月に、国から協議を進めるように通知がございましたので、それを契機といたしまして、今年度第１回目の調整会議において協議を再開し、公立公的に限らず、民間も含む全ての医療機関の対応方針について協議を行うこと。協議に当たりましては、医療機関の負担の少ない方法、確認票を用いる方法を取ること。それから、協議の方向性としたしましては、原則として各医療機関の対応方針を尊重する形で進めることについて、第１回地域医療構想調整会議において、全圏域でご了承いただいたところでございます。

第２回の調整会議では、各医療機関から提出されました対応方針に係る確認票を基にいたしまして意見交換を行いました。点線囲みになっておりますただし書、未配分の増床や、現時点で承認・指定を受けていない医療機関の役割、確認票未提出の病院の対応方針などを除きまして、提出いただきました各医療機関の２０２５年に向けた対応方針について、それを尊重いたしまして、圏域として「２０２５年に向けた対応方針」とすることについて、全１３圏域で合意いたしました。

今回の合意でございますが、都全域で見ますと、医療機関ベースでは対象の８５８施設のうち、７５．５％に当たります６４８施設、病床数ベースでは対象となります１０万６，１４８床のうち、８４．４％に当たります８万９，６３３床について、協議が整いまして合意したという状況でございます。こちらの数値及び圏域別の合意の状況につきましては、参考資料６のほうに記載してございます。

また、今回の合意には、令和２年の１月に国が対応方針の再検証対象医療機関として公表いたしました九つの都内の公立公的医療機関が含まれておりまして、９病院全てにつきまして再検証は不要であり、当該医療機関のほうからご提出いただいた対応方針を尊重するという合意いたしましたことについて、改めてご報告させていただきます。

個別の医療機関の対応方針の一覧につきましては、福祉保健局のホームページ内の地

域医療構想のページにエクセルファイルの形式で掲載させていただいております。

来年度以降につきましては、確認票未提出の医療機関ですとか、対応方針を変更した医療機関について、改めて協議をさせていただく予定としております。

次に、資料の下段でございます。意見交換②「将来に向けた地域医療連携」についてでございます。こちらのテーマにつきましては、社会機能上の課題を含む「治し、支える医療」をキーワードといたしまして、新型コロナ禍で顕在化した複数の基礎疾患を有する高齢者の急性期症状や救急の対応について、高齢者のみ世帯・高齢単身世帯とか、社会上の課題等も含めながら、地域でどのような対応ができるかということについて意見交換を行ったところでございます。

意見交換に先立ちまして、都内の各病院が考える自らの病院のポジションがほかの病院に見えるように、地域医療連携に関する調査票というものに基づきまして、各病院の現時点での強み、特色のある診療分野を五つまでご回答いただきまして、その結果を一覧にしたものを意見交換の参考として会議に提示いたしました。また、会議当日は意見交換に先立ちまして、地域医療構想アドバイザーの先生方からポスト2025年、2040年以降に向けて、都内では80代、90代の超高齢患者と言われるような患者さんたちが急増することなどについて、話題を提供いただいております。

圏域別の意見の状況につきましては、参考資料4のほうにお示ししています。ここでは、全圏域での意見のまとめについてご説明させていただきます。

まず、救急の受入れや入院時の取組といたしましては、転退院調整を見据えてACPを含む治療方針について、患者さんやご家族に確認し、共有することが必要であること。転退院の調整の際に、キーパーソンが重要になってきますことから、キーパーソンを確実に受入れ時点から確認することが重要との意見が多く圏域で出されました。

次に、転退院に向けては、患者さんの病状やADLといったものだけではなく、患者さんを取り巻く療養環境等を踏まえて、病院間の連携だけではなく、介護保険関係者や自治体等との連携をしていくことが必要というようなご意見、医療機関における介護施設等に関する理解、また逆に、介護施設等の医療に関する相互理解を進めていくことが円滑な地域における転院、退院につながるのではないかといたようなご意見がございました。

また、入院時、転退院時にかかわらず、日頃から行っていく取組といたしましては、ACPに関する認知度を向上させること。患者さんご家族に、各医療機関が担う役割についてご理解いただくこと。各医療機関においては、日頃から医療連携室同士の情報共有などに取り組むことが必要だというようなご意見が、複数の圏域で出されております。

今回は具体的な病院間の役割分担ですとか、意見交換で出た課題への解決策まで議論を深めることはできておりませんが、このテーマについては様々な角度から、引き続き意見交換を続け、意識の醸成や認識共有を図っていくことが大事と考えておりますので、来年度以降も引き続き意見交換のテーマとしていきたいと考えてございます。

なお、各病院からご報告いただきました各病院の強み、特色のある診療分野、転院依頼の連絡窓口一覧につきましては、調整会議後、都内各病院に対して情報提供をさせていただいております。都内は先ほど来お話が出ておりますとおり、病院数が非常に多く、全ての病院が協議の場に会することは難しい状況でございますので、今回の取組のように地域医療構想調整会議の構成員以外の病院の皆様にも機会を捉えて、地域医療構想が進める機能分化連携にご関心を持っていただきまして、実質的な取組をしていただけるよう工夫していきたいと考えてございます。

資料４－８に関する説明は以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

続きまして、調整会議の座長として会議に参加された藤田委員、それから田村委員に、先ほどの事務局からの報告に加えて、実際に会を取りまとめられた感想やご意見をいただきたいと思っております。

まず初めに藤田委員、よろしく申し上げます。

○藤田委員 調整会議の区中央部を担当しております、港区医師会の藤田です。

事務局からの報告でもう十二分に出尽くしてはいるんですけども、私の感想としましては、２０２５年に向けた対応方針に関して、多くの病院から手挙げ方式による回答がありました。ただ、他病院に対する意見には遠慮があり、相互に情報を共有するという状況です。

また、高齢者救急に関する意見交換ですが、病院からは高齢者の意思決定に支援が必要な場合、キーパーソンの存在が鍵になります。また、単身世帯でキーパーソンがいない場合は、特にアドバンスケアプランニングを常日頃準備していないと救急医療の対応に困ることがあり、ぜひACPを推進してほしいという意見がありました。

次に、治療が一段落して療養の段階に移るとき、高齢者の場合、認知症、フレイル、単身世帯等の理由で在宅療養が困難な場合が往々にしてあり、施設も含めて相当程度広いエリアから医療ソーシャルワーカーが退院先、転院先を探しているのが現状で、いわゆる目詰まりの状況は深刻です。

また、医師の働き方改革については、意欲的に推進している病院の声を伺うことができました。

私からは以上です。

○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、申し上げます。

○田村委員 南多摩の座長をしております、多摩市医師会の田村です。

南多摩は、先ほど来、冒頭で問題になりました県外の、埼玉県医療法人が２００床の病院を町田市につくるということで、そこで非常に議論が、熱い議論というんでしょうか。会議の大半をそれに費やしてしまったという状況です。

後段の部分につきましてはあまり時間が取れなかったんですが、散発的にはありま

すけれども、病院空床を利用したらどうかとかいう話を、それから地域包括病棟を非常に有効に活用すると、なかなか力になるという、そういった個別の意見が出た感じでした。

先ほど猪口先生、これで終わりにしようということでしたが、病床配分についてなんですけれども、南多摩は非常にたくさんの病床が配分されていて、本当にそれだけ不足しているのかというのは皆が共通の認識をしているところであるのと同時に、南多摩の600を超える病床、今まで全て八王子に開こうという感じで申請がなされています。八王子はある意味、八王子の地域として病院間の協力も出来上がっていて、これ以上、病院が来てもという思いがとても強いところでありまして、一方で、例えば稲城市のようにもう少し病床が欲しいなということをつぶやいているところには、全然病床の開設の申請がないという、そういったこともこの南多摩地域の医療関係者を戸惑わせている大きな原因だったと思いますね。様々な問題については、先ほど述べていただいたとおりだと思いますけれども、南多摩圏域に限って言えば、これだけの病床の配分があって、それが一番問題の八王子に集まっている中で、前回2年前の教訓から、分科会というのが作られたはずなんです。その分科会も、今回一番影響を受ける八王子から離れて、所在地がぎりぎり町田に入っていたということで、ちょっと裏をかかれたような感じがしまして、もし事前に調整をした上で話をまとめていこうということでしたら、分科会というのをもう少し有効にやるために、所在地に限らず関連するところで分科会を開いたらどうかという促しをしていただければいいと思いますね。

実は今現在、八王子で分科会ではないんですけれども、分科会の代わりの調整をしているんですが、非常に難航しているようです。これがもう少し事前に、町田は影響する病院が少ないので、割とすんなり町田の分科会は通ったようですが、早い段階で八王子でそういうお話をまとめてくれれば、今回のようなことに、どうでしょうかね。少しすっきりした形で進めたのかなという気持ちもしないわけではありません。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。田村委員のおっしゃった病床のことに関しては、後でちょっと話しましょうか。

まずは2025年に向けた対応方針の話と、将来に向けた地域医療連携の話というところでお話がありました。多分、高齢者時代になって限られた医療資源で非常に多くなってくる高齢者たちに対応するためには連携しか方法がないというようなところで、それで結構盛んな議論がいろんなところでなされたわけなんですけれども、入院していくところと、それから退院するときの話に集中した感があります。

いかがでしょう。ほかの委員の方から、ご意見はございますでしょうか。それから、一番最初の対応方針の話も結構ですよ。どの話でも結構です。

土谷先生、どうぞ。その後、宮崎先生。

○土谷委員 土谷です。3点ばかりお話ししたいと思うんですけれども。

まず部会長もおっしゃっていましたが、地域医療構想の大きな話として、病床の話

と、あと地域医療の連携の話ですね。この二つが大きな話になると思うんですけども、東京におきましては、先ほどありましたように、病床の話はそんなに。大きな課題はあるんですけども、そっちよりも連携を深めていくということがすごく重要だと、東京都医師会も考えています。そういった中で、将来の医療連携というのを課題に据えていただいたのは大変ありがたかったなと思っています。

議論の中身としては、これが二つ目ですけども、これまでコロナの話ばかりしていたんですね。今回もどうしてもコロナの話に寄っていきそうなところはあったんですけども、やっぱり将来を見据えると、コロナよりもよっぽど大きく長い波が、何かというと高齢者の救急ですけども、それをどうしていくというので議論したところですけども、なかなか大き過ぎて議論が深まらなかったところもあったのは事実かなと思います。ただ、参加している人たちの中では、今後、爆発的に受ける高齢者の救急はやっぱり大きな課題なんだという、課題の認識はされたかなという印象があります。

その中で一つ、今後の大きな課題と思われることを一つ述べたいと思うんですけども、それは高齢者が救急車に乗って高次の病院行って、救急病院に行って、その後、次の病院に行くときに、次の病院に行くところが高齢者の対応、介護とか生活とか、そういうのをどれくらい見られる力があるのか分からない。じゃないと送れない。どこに送ったらいいのか分からない。それが介護の力を推し量る指標があれば、もっと連携しやすいんじゃないかという議論、コメントがあって、なるほどなと思いました。そういうのが見えると、より一層、特に高齢者の救急においては連携がスムーズにいくのかなと思いました。それが二つ目です。

三つ目の話としては、あと分科会の話ですね。分科会の課題が示されたところですけども、その重要性はより一層高まったんじゃないかなと思いますので、分科会の開催をもっと活用していただきたいと思います。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

この分科会は病床配分に偏っている感じがあるけれども、連携のことに関しても話し合ってもいいですよ。土谷先生、そういう意味で今、分科会も最後に加えた感じですか。

○土谷委員 そうです。病床の話と、地域連携を深めるためにという。

○猪口部会長 両方の課題のためにね。どうもありがとうございます。

じゃあ、宮崎先生お願いします。

○宮崎委員 どうもありがとうございます。宮崎です。

まず、連携に関してのアンケートの結果とかを見ますと、数が多過ぎてちょっと見にくいんですけど、自分の強みというよりは、やりたい診療を中心に出されている印象がございまして。それはもちろんそうなんですけど、そもそも隙間を埋めるような部分も必要だと思いますので、そういったアンケートの結果を踏まえて、やっぱり何が足りな

いかと。例えば脳卒中とか心筋梗塞系とか、そういったところは結構、場所にもよるとは思うんですけど、やりたいところ、ちゃんと準備をしているところって結構多いんですね。ところが整形外科疾患は、相変わらずなかなか転院とかの調整が難しいという。そういった何が足りないかというような議論を今後深めていって、そういうところの機能を求めていくという情報共有のお願いとかというようなのも必要なんじゃないかなというふうに、この間の結果を見て思いました。要はこの間の結果は、周りの医療連携、周りのこういう患者さん紹介してくださいみたいな、そういう広告みたいな印象もちらっと出たんです。

それともう一つ。ACPのことにに関してなんですが、ACPはもちろん我々もみんな大体知っていて、医療の現場をつかさどる人たちには当たり前のこととして認識しているのですが、何せ住民にまだ浸透していないというものがございまして、例えば、蘇生術をどの辺まで行うかなどの具体的なことまでの判断を求めるといことはなかなか難しく、時間はかかると思いますが、これまた別のところで東京都の人にもお願いしたんですが、この辺のところの広報に関しては、またきちんと事細かくやっていく必要があるというふうに思っています。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

何が足りないのかという、まさにそのところは現場の先生たちじゃないと分からないというところがありますので、それをテーマの一つ議論していくのは、この地域医療構想調整会議の大事なところかなと、今思いました。

ほかにご意見はございますでしょうか。

進藤先生、どうぞ。

○進藤委員 進藤です。ありがとうございます。

地域連携を主体にして、昨年、東京都さんのほうで会議を開いていただいて、いろいろ意見をまとめていただいたので大変ありがたいのですが、慢性期の目詰まりの原因の一つは、やはり行政に関与していただきたいというところが皆さん共通している意見です。高齢者で身寄りがなくて亡くなってしまった後、市町村に亡くなったのでお願いしますと言っても、自分たちでやってくださいということで、我々がお葬式を挙げていたりするので、やはりそういうところで行政が我々には全く関与していただけないということがありますので、その辺からお願いできればなというふうに思っております。よろしく申し上げます。

○猪口部会長 医療連携と言いながら、行政というステークホルダーが大事だというお話、どうもありがとうございます。これもすごく大事ですね。

ほかに意見はどうでしょうか。

越永先生ですね。どうぞ。

○越永委員 北多摩北部の調整会議のときにもちょっと僕、発言させていただいたんです

けれども、先ほどの何が足りないのかというお話をそこでさせていただいたんですが、認知症の患者さんが骨折をして、大体急性期病院に運ばれるんですが、そこでは手術は確実にされるんですね。術後はそこでかなり抑制をされたりとかして経過を見るんですけども、その後に回復期リハビリテーション病棟のある病院に、我々の病院のようなところに転院をお願いされるわけです。実際のところ、認知症の症状がひどい人、悪い人というのは、どこの病院もやっぱり受けたがらないというのがあって、実際問題、受けるためには何が必要なのかというと、やっぱり認知症を治療できる病棟で受けて、そこでリハビリができるという必要性があるんですね。ですが実際問題、介リハの病院に転院してきた場合には、その患者さんの行動を抑制するために、常にスタッフが誰か見ていなきゃいけないということであって、実際にほとんどの病院ではそれができないというのでお断りしているというのが現状なんだろうと思うんです。

それで、実際に東京都に1回、認知症治療病棟にうちの病院の一病棟を転換するというのを提案してみたんですが、そこでリハビリをするという形で転換できないかという話をしたんですが、実際には認知症病棟というのは精神科病床のくくりに入っているんで、東京都では精神科病床というのは増やせない。増やさないという方針が決まっているので、それはできませんというお話だったんです。

ただ、問題は、精神疾患で入院が必要な患者さんというのは確かに少なくなっていくのが現状なんですけれども、認知症の患者さんは爆発的に増えていくわけです。そうすると、先ほど私が話したとおり、認知症の患者さんで骨折をする人ってかなり多くて、実際には整形外科では手術までされるんですけども、その先が目詰まりしているというのが現状なんだろうと思うんですね。我々はその問題を解決するために、ちょっと東京都にそういう提案をしてみたんですが、実際には東京都のほうは精神病床の制約があるので、その部分に関してはできないということと言われたので、実際に本当にそれで正しいのか、それで目詰まりが解決できるのかというのは、我々はちょっと今疑問に思っているところです。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

一橋の高久先生からも、たしか認知症が急激に増えていくというようなグラフをご提示いただいていたと思いますけれども、これは国のほうでも分かっていることなんですけど、多分一つは認知症を診るのに精神科という概念が全然合っていないのかもしれないと僕は思っているんですけども、それと多分認知症の患者さんってFIM利得、FIM利得って言われてもなかなか困りますよね、先生。

○越永委員 全然困ります。

○猪口部会長 困りますよね。だから、認知症の患者さんを診るために、別にスケールとか、評価をする方法を変えてくれないとリハビリ病棟はうまくいかないですよ。

○越永委員 リハビリ病棟だと、基本的にスタッフの数が制限されていて、認知症の患者さんまでずっと見ているというわけにはいかないんですね。実際に夜寝てくれなかった

りとか、夜大声を出したりとか、そういう患者さんも結構いらっしやって。実際のところ、夜勤のスタッフだけではちょっと見切れないというのが現状なんだろうと思うんです。そうすると、最初から認知症として症状がある人、認知症の既往がある人というのは、多くの介リハ病院だとお断りしているというのが現状です。それが目詰まりの原因の一つになっているんじゃないかなというふうに思うんです。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

そうですね。何かこの認知症と一般のほうの合併症のところをうまく評価していただくような方法がない限り無理だなというふうに考えられるのが一つと、先ほど土谷先生でしたかね、介護のところの力を分かるようにしたらどうかというところ。認知症を見る力も、何か表現できるといいですよ。認知症の問題は結構大きくなって今、改めて。会議なんかでも出ているんですが、かなり大きなところだと認識します。

何かほかに、この件でもいいですし、ほかの件でもどうぞ。ご発言がありましたら。

土谷先生の前に塚本先生、どうぞ。

○塚本委員 よろしくお願ひいたします。

今、回リハ関係で精神科病床というお話が出ましたが、具体的に認知症の方のリハビリというのが、僕にはちょっとイメージがつかないんですけど。整形外科でオペした後に認知症の方をどういう形で、リハビリをしていくのか。そのためにはどれだけのマンパワーが必要なのか。その辺を具体的に教えていただきたいと思います。

○越永委員 認知症の方で、実際に認知症の患者さんが手術されますよね。例えば認知症としての、認知症病棟でやっている作業療法のようなリハビリをするわけではなくて、例えば大腿骨骨折だったりすると、やっぱり何か指示物につかまって立ったりすることができるだけ。あとはトイレに行って、トイレに座る。例えば車椅子の移乗であったりとか、トイレに座るとか、そういうところまでができないと、実際には介護度が物すごく高くなってしまって、介護施設だったりとか、特別養護老人ホームだったりとかというところに移っていただくことができなくなっちゃうんですよ。そうすると、そういうリハビリができないと、実際にはもう完全な寝たきり状態になってしまって、もともと認知症の患者さんで、実際に要介護3ぐらいで見られていた方であったとしても、完全な寝たきりになってしまって、介護度が4とか5になってしまうんですね。そうすると、送る先がほとんどないという形になってしまって、回復期リハビリテーション病棟に転院してきたところにも目詰まりするし、介リハ病棟に入ってきた患者さんも、次に行くところがなくて目詰まりしちゃうと。こういう状況になっているんだろうと思うんです。

それで、先ほど認知症病棟の話はしたんですけども、東京都に提案したのは、認知症治療病棟というところだと、もともとリハビリを単位数で取れるということになっていて、それが例えば作業療法だったりというところがあって、それをある程度、理学療法だとかそういうことに利用させてもらえないだろうかというところで、認知症治療病棟に転換するのが一つの解決策なのかなというふうに思ったので。実際には精神病床と

して転換したいわけじゃないんです。だから実際、私の考え方だと認知症は増えている。けど精神疾患は、入院する患者さんは減っているという現状が実際にあるので、認知症の病床だけは精神科病床から外して考えるほうがいいんじゃないかなというのが僕の意見です。

- 塚本委員 それは逆に言うと、精神科病院でもそれだけの人員配置をすれば可能かどうかですか。
- 越永委員 いやいや、例えば精神科病床で先生方、精神科の病院で、精神疾患については診ていただけますが、身体的な、例えば骨折の後のリハビリだったりとか、脳卒中の後のリハビリだったりというのは、それはちょっと難しいと思うんですね。だから、患者さんは全部介リハ病院に運ばれてきちゃうというのが現状なんだろうと思うんです。だから実際問題、精神科の病床でそういう患者さんのリハビリを完全にやってくれるというのであれば、それは全然問題ないんですけど。
- 塚本委員 では精神科の医師に加えリハ科の医師に入ってもらい、専門スタッフの人員配置が整い精神科病棟でも可能であれば、方向転換できる病院も出てくると思います。私の病院は統合失調症などに特化しており、認知症を積極的に取っていませんが、認知症治療病棟をお持ちでリハビリにも力を入れている精神科病院もありますので、回復期リハビリテーション病棟へ転換したいという病院が出てくるんじゃないかと思います。
- 越永委員 先生のおっしゃるとおりなんですよ。実際それで転換してみたらどうだろうという話なんですけど、東京都では精神科病床は減らす方針であって増やすことはできませんというので、認知症の病床は増やせないという結論になったというお話なんです。
- 塚本委員 ですから現在ある精神科の病床が、今先生のおっしゃっている形に切り替えていけば問題ないわけですよ。
- 猪口部会長 どうもありがとうございます。

そのとおりだけど、塚本先生、それはそれで介リハの病棟というのはハードルが結構高いです。10対1、13対1以上でないと多分駄目だし、リハビリの人員も相当な人数がいますから、一人の患者に対して9単位ぐらいはやっていくというイメージでリハビリ病棟をつくっていきますので、そっちはそっちでまたハードルが高い。多分、身体合併症を診るような意識というようなところが必要なのかなと思いますけども。どっちの意見もいい意見だと思うので、これはこれで東京都に引き取ってもらって、そして国のほうに言うとか、何らかの形を取らないと問題が解決できないかなと。どちらかに歩み寄る、もしくは複合的な能力を持つのがいいんだろうなとは思いますが。

すみません。これはちょっとここで止めましょう。これ以上、進んでも進められない。ただ、越永先生のご指摘はすごくよく分かります。どうもありがとうございます。

じゃあ、土谷先生、どうぞ。

- 土谷委員 東京都医師会の土谷です。手短にお話ししたいと思います。

先ほどの議論もそうなんですけど、やっぱり高齢者の認知症のリハビリって大きな課

題になっていくんだと思うんですね。そのときに、先ほど話したような介護の連携の力、ソーシャルワークの力がどのくらいあるのか。これこそまさに地域医療構想と地域包括ケアシステムの接合の話になりますので、やっぱり介護の力を推し量る指標が、今ここのでぱっと出るわけじゃないんですけども、その辺りの力をみんなで共有できるようなものがあればいいなと思います。やっぱりそこはすごく重要なことだと思いました。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

ほかにどうでしょうか。今までのお話を聞きながら、そうそうみたいな話があるんじゃないかなと思うんですけど。よろしいですか。

最後に僕、いろいろと各圏域の議論を見ていて思ったんですけど、地域医療構想というのは入院医療提供体制の連携というところから始まったんですけども、結局入り口の部分で、ACPが必要だとかそういう話になってくると、かかりつけの先生たち、それから在宅の先生たちから連携が始まるんだなと思うし、それから最後の地元の地域包括ケアに戻すというところの段階になると、結局やっぱり病院と、かかりつけの先生たち、在宅の先生たち及び介護の人たちとの連携になる。地域医療構想って、始まりは病院のって話をしていましたけど、広く一般の、いわゆるプライマリ・ケアというところから始まって、プライマリ・ケアに至るところまでの全部の連携を考えないとうまくいかないんだなというのが僕の思った印象でした。付け加えておきます。

では、会議の報告についての議論はこれぐらいで大丈夫でしょうか。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 何か、田村先生とお約束した時間があまりないんですけども。

今度は報告事項に移ります。事務局より報告をお願いいたします。

○奈倉計画推進担当課長 よろしく願います。それでは報告事項といたしまして、資料5についてご報告いたします。来年度の地域医療構想調整会議の進め方についてでございます。

まず上段のスケジュールでございますが、来年度は現行の第7次保健医療計画及び外来医療計画の最終年度でございますことから、計画改定を予定してございます。外来医療計画については、初めての策定でございました現行計画同様、地域医療構想調整会議等で地域における外来医療に関するご意見を頂戴いたしまして、保健医療計画推進協議会の部会でございます本部会において、改定のご検討をしていただきたいと思いますと考えてございます。

また、今年度開示されました外来機能報告での各病院からのご報告に基づく、各病院の外来機能を明確化するための協議、具体的に申しますと紹介受診重点医療機関、「医療資源を重点的に活用する外来を地域において期間的に担う医療機関」をどの医療機関とするかということについての地域医療構想調整会議での協議を来年度は行っていくことを予定してございます。

外来医療計画の改定及び紹介受診重点医療機関に関する協議に関わる外来機能報告のスケジュール等を踏まえまして、令和5年度につきましては、第1回の地域医療構想調整会議については6月から7月にかけて開催いたしまして、本部会の第1回を8月、第2回を9月に開催して、外来医療計画の骨子、素案をまとめていきたいと考えてございます。

また、令和5年度第2回地域医療構想調整会議につきましては、令和5年度の外来機能報告の速報値が出た後、令和6年の1月から2月にかけて開催いたしまして、本部会につきましては令和6年の3月に開催する予定を考えてございます。

続いて資料の下段でございますが、先ほど来お話も出てきておりますが、来年度の主な議事の予定でございます。

1点目は、2025年に向けた対応方針の策定・検証・見直し。先ほどご説明したとおり、今年度、対応方針の未提出でございました医療機関、対応方針を変更した医療機関についての協議を予定してございます。

2点目の将来に向けた医療連携につきましては、先ほどいろいろご意見を頂戴したのを踏まえまして、今年度に引き続き2040年を見据えて、各医療機関の実質的な取組が進むよう、また地域医療構想アドバイザーの先生方からのご意見等もいただきながら、具体的なテーマを設定いたしまして意見交換を行いたいと考えてございます。

3点目の紹介受診重点医療機関、それから4点目の外来医療計画に関しては、先ほどご説明したとおりでございます。

資料5についてのご説明は以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

これについて、ご質問ございますか。よろしいでしょうか。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 来年度の話ですので、その都度ご説明をいただけることだろうと思います。

では、全体を通じてというところですけども、田村先生のおっしゃった病床をきちんと考えたらという話ですよ。

○田村委員 この話は本当に尽きないと思うんですけども、ただ、調整会議という制度ができて、そして分科会という制度ができて、やっぱり状況はいい方向に向かっているように思います。

2年前にもめにもめました葵会の病院についても、調整会議の激しい議論を経て分科会というのがつくられ、その後の経過は地域に溶け込むべく、病院が非常に努力しまして、今は八王子の病院の仲間として受け入れられるところまで来ておりますので、これもこういう議論なしに病院を開いていたら、とてもこういうふうにはならなかったなと思っておりますので、いろんな問題点はありますけれども、特にこれからは南多摩地区、また同じような問題が起きそうな気がしますけれども、前向きに改善を図っていけばいいのかなというふうに思っております。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

この病床の件はもうちょっとと思ったけど、今ので田村先生にいろいろまとめていただいたからいいかなとも思いますが。ひと言言うと、どんどん病床が増えて、そして病床稼働率が落ちると基準病床が増えるという変な公式を使っていますよね。これは認識が間違っていなかったら、そうだと思うんですけど。やっぱり基準病床の考え方って、改めて東京はしっかりじっくり考えたほうがいいんじゃないかなと思う。国の一律の方法で考えるなんて、東京の場合は無理ということは、上の地域医療計画推進協議会のほうでもぜひ言いたいなと思います。

○田村委員 ぜひそうしていただければと思います。

○猪口部会長 では、ほかに何か今日の議論を通じて。

先ほど塚本先生、認知症病棟は精神科で診て構わないんですけども、我々、一般科のほうも合併症としての認知症はなかなか扱いが難しいって、そういう認識を持っていたければありがたいです。精神科のほうから奪っちゃおうとか、そんな話をしているわけじゃないです。

○塚本委員 いやいや、奪うとか奪われるとかそういうレベルの話じゃなくて、認知症の方を実際にリハをやろうと思うと、それなりに手はかかるし、マンパワーを使わなきゃできないんじゃないかなと私はいつも思っています。それにどれだけ医療資源を投入できるかというところだと、私はいつも思っているんです。

○猪口部会長 介リハは、すごい医療資源というかマンパワーはたくさんあるんですよ。あるんだけど、認知症を見るパワーまではないんですよ。越永先生、そういうことですよね。

○越永委員 そういうことです。

○猪口部会長 そうなんです。介リハってすごいパワー、すごい人数が置かれています。

○塚本委員 精神科病棟でもすごい人数欲しいですよ。

○猪口部会長 そうなんです。だから、どっち側に寄るのが簡単かって話なんですけどね。

分かりました。ほかになれば、もうお時間にも達しておりますので以上にして、事務局にまとめていただこうかなと思いますが、委員の先生方、よろしいですか。

では、事務局にお返ししますので、よろしくお願ひします。

○奈倉計画推進担当課長 本日はお忙しいところ、活発なご議論をいただきまして、誠にありがとうございました。

本日の議事録は、委員の皆様方に事前にご確認いただきまして、修正が必要な場合には東京都福祉保険局宛にご連絡いただければと思います。議事録のほうは、後日、資料と併せまして、東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただく予定とさせていただきます。

以上をもちまして、本日の会議は終了とさせていただきます。本日はお忙しいところ、

長時間にわたり、誠にありがとうございました。

(午後 8時14分 閉会)