

第 1 回

東京都地域医療構想調整部会

会 議 録

平成 2 9 年 8 月 3 0 日

東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成29年度第1回東京都地域医療構想調整部会を開会いたします。

委員の皆様方には、大変お忙しい中ご出席いただき、御礼を申し上げます。議事に入りますまでの間、私、医療政策部保健医療計画担当課長の榎本が進行役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。着座にて失礼いたします。

初めに、今回新たに委員の委嘱等がございましたので、ご紹介させていただきます。お手元にある資料1、東京都地域医療構想調整部会委員名簿をごらんください。

東京都看護協会専務理事、渡邊委員でございます。

東京都市福祉保健主管部長会より、清瀬市健康福祉部長、八巻委員でございます。

○八巻委員 よろしくよろしくお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 次に、委員の皆様の出欠等についてご報告いたします。本日は山口委員より欠席のご連絡をいただいております。

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5-3、参考資料、東京都地域医療構想の冊子を置かせていただいております。議事の都度、落丁等がございましたら事務局にお申しつけください。

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いて、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ときは、会議、または会議録等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いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○榎本保健医療計画担当課長 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、あわせてご了承を願います。

なお、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の操作をお願いいたします。

それでは、開会に先立ちまして、事務局を代表いたしまして、医療政策部長の西山よりご挨拶をいただきます。

○西山医療政策部長 委員の皆様には、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。

また、都の保健医療行政に、日ごろからご理解、ご支援をいただいております。厚く御礼を申し上げます。

都では、ご案内のとおり昨年の7月に、東京の将来の医療の姿を掲げた地域医療構想を策定し、その実現に向けて、調整会議において構想区域ごとの課題について検討を進めてまいりました。

本日は、事務局から、各構想区域の議論の中で出てきた課題について説明をさせてい

ただきますけれども、今後はこの課題をいかに地域の中で、医療機関を初め地域の関係者の皆様が、みずから解決に向けて取り組んでいくかが重要になるというふうに考えてございます。

本部会では、調整会議の報告を通じて、多くの区域に共通する課題の共有や、各構想区域の課題解決に向けた取り組みが進められますよう、それぞれのご経験、お立場から、忌憚のないご意見を頂戴できればと思っております。

また、今年度は保健医療計画の改定年度でございます。現在、改定部会や各事業疾病ごとの協議会で検討を進めているところでございます。

保健医療計画は今後の都の保健医療政策の根幹をなすものとして、都民の皆様にお示しをしていく重要な計画でございます。次期計画では、地域医療構想と一体化し、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京の実現を目指すものとなります。

本日いただいたご意見も踏まえながら、地域医療構想をさらに充実させ、次期保健医療計画との一体化を図っていきたいと考えてございます。

本日はどうぞよろしくお願いをいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 なお、西山につきましては、所用により途中で退席させていただきます。

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 皆様、どうもお久しぶりでございます。前回お会いしたときから今回までの間に、各地域で調整部会を行いまして、その結果を踏まえたような形で、今回、この部会が行われることとなります。

時間1時間半ということで、なるべくきちんと時間に終わりたいなと思っておりますので、ご協力よろしくお願いをいたします。

では、次第のとおりに進めてまいりたいと思えます。

1、平成28年度病床機能報告結果についてです。事務局のご説明をよろしくお願います。

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、平成28年度病床機能報告の集計結果についてご説明いたします。

病床機能報告は平成26年度から開始されたもので、今回で3回目の報告となっております。

主な報告項目ですが、病床が担う現在の医療機能、6年が経過した時点における医療機能の予定、2025年における医療機能でございます。

そのほかに構造設備、人員配置等に関する項目や施設の状況、リハビリテーションの実施状況などの具体的な医療内容に関する項目なども報告の対象となっております。

平成28年度の病床機能報告からは、特定入院料と算定する病棟につきましては、一般的な取り扱いが定められることとなっております。

具体的には、救命救急入院料、特定集中治療管理室料などについては高度急性期機能、

地域包括ケア病棟入院料については急性期機能、回復期機能、慢性期機能のいずれか、回復期リハビリテーション病棟入院料については、回復機能、特殊疾患病棟入院料、療養病棟入院基本料については、慢性機能などの取り扱いが定められたところでございます。

それでは、A3判、資料3-1、平成28年度東京都病床機能報告集計結果をごらんください。

資料の上段には、平成28年度の病床機能報告結果、下段には、平成27年度の結果を記載してございます。

本日は、病床が担う医療機能の集計結果につきまして報告をさせていただきます。

平成28年度の結果でございますが、高度急性期機能につきましては2万7,092床ということで、前年度より3,655床の増ということになってございます。

続きまして、急性期機能につきましては4万4,324床ということで、前年度より4,033床の減ということになってございます。

回復期機能につきましては9,499床ということで、前年より922床の増、慢性期機能につきましては2万3,402床ということで、327床の増ということになってございます。

トータルの病床数でございますが、10万4,999床で、841床の増ということになってございます。

主な増減の理由でございますが、高度急性機能の増、急性機能の減につきましては、27年度急性期機能と申告した医療機関が、28年度は高度急性期機能に申告を変えたことによるものが大きな要因となっております。

また、回復期機能につきましては、新規開設による増加が主な要因と考えております。

資料の上段の中ほどに、6年が経過した日における医療機能の予定別の病床数を記載してございます。

傾向といたしましては、急性期、慢性期機能から回復期機能に転換を予定している病床が約1,200床あるとの結果を得ております。

また、資料の上段の右側に、2025年の医療機能の予定別の病床数を記載してございます。こちらは任意の報告となっておりますので、全ての医療機関が報告することになっておりませんので、なかなか単純に比較はできませんが、回復期、慢性期機能は増加しております。

恐れ入りますが、A4判の資料3-2をごらんください。

こちらは構想区域別に報告病床数を前年度と比較したものでございます。前年度と比較して、一部の構想区域だけ大きな増減や変更があったところは特にございません。

増減の主な理由につきましては、各構想区域とも先ほどご説明した東京都全体の傾向と同様になってございます。

資料3-2の2枚目以降には、各構想区域の機能別の割合を示した資料を添付してご

ざいます。

平成28年度病床機能報告結果の集計結果の説明については、以上でございます。

○猪口部会長 はい、ありがとうございました。

何かご質問はございますでしょうか。

内藤委員、どうぞ。

○内藤委員 内藤です。

今、報告いただきました内容としましては、そうすると、全体的には東京都の病床はふえているということになりますよね。

○榎本保健医療計画担当課長 病床機能報告結果ですが、基本的には全ての医療機関が報告するものでございますが、一部医療機関においては、報告はしたけど、システム上でエラーになってしまって、盛り込まれていない部分も少しございますので、単純にこの増減が実態をあらわしているものとは、若干違うものでございます。

○内藤委員 ここで特に回復期機能におきまして、回復期病棟においては結構ふえているという話なんですけれども、それがほとんど新規の届け出という話になっているんですけれども、これは新規ということは全く新しくですよ。ほかの病棟から急性期から例えば回復期に移ったとか、そういうことではなくて、新規開設ですよ。

○榎本保健医療計画担当課長 回復期機能が増えた要因について幾つかございますが、新規開設が主な要因となっております。

○内藤委員 実際のところ、今、都内において回復期リハビリ病棟は非常にふえている中で、もともとの例えば我々が地域の中で、二次医療圏の中で話し合いをして、それこそ、どういう、その二次医療圏の中でどういうベッドが必要かということをお互いに話し合いの場をつくって、その中で地域に安全な医療を提供しようとか、自分たちの病院をどうやって生かしていこうかという話し合いをやっていると思いますし、やっているはずなんですけれども、ただ、新規で回復期でふえてくると、実際に都内を見回しますと、全く都内に根差していない病院が、話し合いの場にも関係なく、ほかから落下傘状態で都内に入ってくるということになりますと、我々がこうやって話し合いをしているということ自体に、かなり大きな支障があるんじゃないかと思うんですけれども、ちょっと、ここは今すぐ議論する場じゃないかもしれませんが、ちょっとそのことについては、この議論というか、この調整とか病床機能報告の中では、すごく大きな問題になってくると思いますので、ぜひそれについては、ちょっと議論の場を後でつくってほしいなと思っておりますので、もしあれだったら、ここでもいいんですけど、ちょっとまだ報告の途中ということはあるので。

○猪口部会長 そうですね、幾つか議題三つありますので、その最後にでも重要な問題ということで。

○内藤委員 はい。ちょっと、とりあえず先に出しておきたいなと思ひまして、すみませんけれども発言させていただきました。ありがとうございます。

○榎本保健医療計画担当課長 これから新規開設する病院であったり、今後、機能の変更を予定している病院につきましては、調整会議の場に参加していただき、こういう医療担っている、こういう開設を予定しているというのも、できるだけ報告してもらいように各医療機関には周知しているところでございますので、そういった中で、各地域の中で一緒に取り組んで医療を提供していただければいいかなと考えております。

○猪口部会長 その報告するというだけの話ではなくて、いろいろその中で話し合ったものをお互いにコミットしていくためのルールづくりみたいなものが必要なんだろうということ、多分、内藤先生はおっしゃっているのかなと思いますので。後ほど時間があれば、そういうところまで踏み込めたらということ考えてみたいと思います。よろしくをお願いします。

小原委員、どうぞ。

○小原委員 東邦大、小原です。

確認です。恐らく聞き逃しました。

急性期の病床数が4,000床減少、この減少の理由がちょっと聞き逃してしまいました。

○榎本保健医療計画担当課長 主な要因といたしましては、27年度は急性期機能という報告だったものが、高度急性期機能に報告を変更したというものが主な要因となっております。

○小原委員 上にシフトしたのね。

○猪口部会長 よろしいですか。26年度から27年度に向かって、高度急性期が急性期におりて、だけど、おやっと言って、そしてまた高度急性期に戻っているというのが現実なんじゃないかという話だと思います。

ほかによろしいでしょうか。

桑名委員、どうぞ。

○桑名委員 先ほどの内藤委員の話に関連があるんですけども、新規の開設に関して、その病床数がわかっていたら教えていただきたいと思うんですけども。後でもいいし、この場でも結構ですし。

○榎本保健医療計画担当課長 今後、開設予定のことですか。

○桑名委員 そうです。届け出のあったところとか、今後の37年の病床数とかですね。

○榎本保健医療計画担当課長 ちょっと、その数字は持ち合わせてございません。

○桑名委員 わかりました。

○猪口部会長 議題がまだ続いておりますので、議論としては全部これ出てからでもいいかなと思いますので、次に進みたいと思います。

2番ですね、東京都地域医療構想調整会議開催結果について、まず今年度第1回の実施内容について、構想区域ごとに出された意見と合わせて報告を受けたいと思います。よろしくをお願いします。

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、地域医療構想調整会議の開催結果につきまして、資料４－１、４－２、４－３を使いましてご説明を申し上げます。

まず、資料４－１をお願いいたします。

今年度第１回の調整会議を５月から各構想区域で実施してまいりました。全構想区域の参加者数は７２８名で、参加医療機関は２７８医療機関となっております。

議事の内容でございますが、平成２８年度病床機能報告の速報値について、地域医療に関するアンケートについてご報告をいたしました。今回の調整会議では、議事の三つ目でございますデータ、アンケートから見る構想区域の現状について時間を多く取り、参加された方にご議論をいただきました。こちらは構想区域ごとにデータとアンケートを照らし合わせまして、地域の医療の現状について共有し、検討すべき課題、機能について協議したところでございます。

本日は、当日使用しました区中央部と南多摩構想区域において使用した資料を添付しておりますので、恐れ入りますが、参考資料の２をごらんください。

こちら区中央部の資料をもとに、簡単にご説明をさせていただきたいと思っております。

１枚目が、データとアンケートから見る構想区域像ということで整理してございます。

上から、人口の特徴、区中央部におきましては、ゆっくりと高齢化が進む構想区域で、医療資源は高度医療の集積、高度急性期機能から回復機能まで流入が多く、逆に慢性期は流出が多い圏域となっております。その下に、高度急性期機能から慢性期機能まで機能別にデータから見た地域の特徴を記載してございます。例えば、高度急性期機能のところをごらんいただきますと、流入患者は約４分の１ががん患者という特徴があったり、急性期機能であれば病床稼働率は８１．１％ということで都平均並みで、中小規模病院の割合が６割で、退院調整部門を置いている病院の割合が５５．６％と低くなっていたり、回復機能では、回復期リハの人口１０万対で少なく隣接区域に頼っていたり、稼働率は都平均に比べ低いなどの特徴がございます。

そのほかに機能別以外の特徴として、区中央部では成人肺炎や大腿骨骨折の自圏域の完結率が低く、隣接区域に依存しているという特徴がございます。こちらがまずはデータから見た特徴でございます。

１枚おめくりをいただきまして、２枚目に、アンケートから見る構想区域の特徴を記載してございます。

こちらのアンケートは、ことしの２月に病院、在宅医療を行っている診療所等を対象に実施したアンケートを整理したものでございます。アンケートが出された意見を、それぞれ機能別に振り分けて整理してございます。例えば、急性期のところをごらんいただきますと、回復機能の患者はどの病院も７対１病床で受け入れている、在宅側からの意見として、急変時には受け入れてほしい、急性期病院からいきなり在宅医療へつなげられると、在宅医も患者も疲弊するなどの意見が出されておりました。

こうしたデータやアンケートなどの意見を踏まえまして、区中央部として課題を整理

したものが、次の参考資料の2の3／3になります。

区中央部では論点を三つ整理いたしました。具体的に一つ例を挙げますと、資料の一番上で、回復期リハなど回復期機能の病床が少ない、療養病床が少ない、回復期機能の患者を7対1で受け入れているとの声、急性期から早期に直接在宅へつなげているとの声などの地域の特徴があり、ここから考えられるのは、区中央部における回復期、慢性期機能の医療提供体制をどう考えていくのかというのが一つの論点になろうかと思っております。この場合、地域で今後、回復期、慢性期の医療をどう確保していくのか、また、在宅移行に当たって退院調整や医療連携をどのように取り組んでいくかなどについて、議論をしていただきました。

恐れ入りますが、資料の4-2をごらんください。

こちらは先ほどの参考資料を構想区域ごとに整理したものでございます。資料の一番左側に、区中央部のところをごらんいただきますと、先ほどご説明いたしました論点の回復期、慢性期機能の医療提供体制と記載してあるかと思えます。この論点に対する当日の意見が、その下に記載してございます。当日は、この論点に対して、独居の患者だと帰ろうと思っても帰れない場合がある。結果、近くに慢性期病院がないため、他県等へ流出しているとの意見や、地域によっては地元意識が強いことから、構想区域内でも転院が困難であるなどの意見が出されました。

そのほかに調整会議の中で出されました意見を幾つか紹介いたしますと、区中央部の③のところで、退院調整がうまくいけば、いろんな所が詰まらずにうまくいくのではないかと。区南部の①のところで、中小病院の役割は重要であり、在宅医側も各中小病院がどこまで対応できるか理解することも必要。区西南部の④のところで、患者にはそれぞれ特性があり、それを医療機関がお互いに地域の中で情報共有していくことが重要など、それぞれの論点に対してさまざまな意見が出されたところでございます。

この各構想区域の意見などを踏まえまして、抽出して課題を整理したものが資料4-3になりますので、恐れ入りますが、4-3の資料をごらんください。

一番上に、全都的な課題と考えられるものを挙げてございます。地域包括ケアを支える病床を効率的・効果的に活用していくための方策でございますが、やはり、どの構想区域におきましても高齢者が増加する中で、地域包括ケアを支える病床、地域包括ケア病床などの医療資源をどのように地域の中で活用し、ポストアキュート機能・サブアキュート機能を効率的・効果的に発揮できるようにし、在宅患者などを支えていくか、こういった点は、今後全ての圏域において共通の課題ではないかと考えております。

調整会議の中でも、地域包括ケア病棟をうまく使って、急性期、慢性期、在宅への流れをつくる必要がある、地域包括ケア病棟も地域の在宅の医療機関との連携をもっと密にして、情報交換をしながら、うまく回転するような形をつくっていく必要があるなどの意見も聞かれました。こうしたことから、全都的な課題として挙げてございます。

また、そのほかの各構想区域の医療資源等に応じて、固有の課題がそれぞれ構想区域



ごとにあるかと思しますので、構想区域ごとに課題についても記載してございます。課題といたしましては、病診連携の強化、医療機関、患者の情報共有、退院調整機能の充実などの課題が多く挙げられております。後ほど資料の4-4でご説明いたしますが、こうした課題について、次回の調整会議において解決に向けた検討をしていくことになるかと思っております。

委員の皆様には、次回以降の調整会議において、こういったことも全都的な課題と考えられることから検討すべきではないか。また、調整会議の運営方法や今後、地域の中で議論される課題の解決に向けた検討結果に対するご意見などをいただければと思っております。いただいた意見を踏まえながら、今後の調整会議の運営に取り組んでいき充実を図っていければというふうに考えております。

長くなりましたが、調整会議の結果報告については以上でございます。

○猪口部会長 かなりボリュームのある話で、ここでいろいろ質問とか意見とか出したいところだろうとは思いますが、その後の議題を含めてちょっと議論をしたいと考えております。

そこで、この段階で、調整会議の座長をしていただいた先生方に、まず、ご意見を聞きたいと考えております。

まず、区中央部の座長をしていただいた佐々木委員、いかがでしょうか。

○佐々木委員 区中央部の座長をさせていただきます浅草医師会の佐々木でございます。

今、大体まとめて非常にきれいにまとめていただいたので、重なってしまうと思いませんけれども、私の印象もかねてお話をさせていただきます。

まず一つは、去年の地域医療構想会議、膨大な資料の前に議論の行く末がちょっとなかなかつかめないというところがあったんですけども、ことしはこのようにアンケートとデータをきれいにつくっていただいて、現状の把握と課題の抽出、見通しのよい議論ができたと思います。ありがとうございました。

これも当然のことなんですけども、それぞれの地域によって大きく状況が異なっております。特に構想区域間で差があるのは当然なんですけども、一つの構想区域の中、例えば、区中央部においても、その地域によって、またいろんなさまざまな課題や問題があると。また、それぞれの病床機能によって、高度急性期とか、急性期、回復期、慢性期によって担当する地域の大きさが違うということもあって、それらを一元的に議論して一つのまとめるのが大変だったなという印象がございます。高度急性期、急性期については、圏域間の流出入で賄われているということでもありますけれども、一方で、その地域内で充実すべき慢性期機能においては、不足しているという意見が多くあったと思います。

それから、高度急性期、急性期機能が多い地域では回復機能が少ないということなんですけども、現時点では、その7対1でその回復期までの患者さんを受け入れているという

ことで、数としては回復期病床というのは少ないのですけれども、機能的にはとりあえず充足しているのではないかという状態でありました。

一方で、地域包括ケア病棟・病床からは、他院からの受け入れが少ないということで、連携がうまくいってないという意見もございました。

それから、在宅医療の側で見ると、先ほどのまとめにもありましたように、急変時の受け入れ態勢やレスパイト入院の充実が欲しいといった意見がある一方で、病院側からは、慢性期機能から在宅への移行が難しいとか、それから、それによって平均在院日数が延長してしまうという問題が聞かれたと思います。

それから、多くの構想区域、それから、病床機能にかかわらず共通して挙げられた意見としてあるのは、一つは、病床稼働率の低さというのがどの構想区域でも聞かれたと思います。

それから、退院調整、退院支援の必要性というのも共通して聞かれた意見だと思います。

先ほども言いましたように、地域包括ケア病棟への受け入れが少ないとか、病院からの在宅復帰が難しいとか、そういうことは、いずれもその病院間や病院診療所間の連携、情報の共有、そして、退院調整、退院支援の充実が必要であるという認識がある一方で、それに要するマンパワー不足ですね、特にメディカルソーシャルワーカーの確保や、それに必要な財源の確保の問題などが今後の課題かと思われました。

以上です。

- 猪口部会長 はい、どうもありがとうございます。佐々木委員がおっしゃったとおり、前回の調整会議では、その膨大なデータの暴露するとか、シャワーみたいに浴びせられても、なかなかわからないといったようなところを、今回の調整会議は、そこで起きている事象を具体的にあらわしてくれるということで、なかなか議論がしやすかったというのは本当で、佐々木委員のおっしゃっているとおりだろうと思います。

それで、もう一つ、南多摩の座長をしていただいた田村委員のほうからも、どうぞコメントをお願いします。

- 田村委員 南多摩地域の座長をしております多摩市医師会の田村でございます。

今、お話があったとおり、それぞれの医療圏で事情が全然違っておりまして、南多摩医療圏の場合は、東京都全体から見ても慢性期の病床が多いということと、実際に隣接する神奈川県の相模原市、川崎市といったところに、また非常に大きな急性期の病院もあったりして、大学病院もありまして、そういったところとの連携が非常に強いということが一つの特徴だろうと思います。

議論の中で論点になったのが、一つ、その地域包括ケア病棟というのをどのぐらい活用すると、それがうまく回るのかという点で、それと、在宅移行についての話なんですけれども、実際に他の地域から慢性期病棟に移っていらっしゃる方も大勢いて、じゃあ、その方の在宅というのが、お家は多摩地域ではなくてまた都心にあたりとか、そうい

う方々の在宅移行というのを、その地域のいろんな入退院窓口の連携とかですね、それだけでは解決し切れない一つ大きな問題があるなという点が、一つ問題としてございました。

それと、在宅移行に関して、一般的には在宅訪問、訪問診療する在宅医の数が足りないで、そのところがボトルネックになっているという認識が一般的だろうと思いませんけれども、実際にその数が充足していると、それがどんどん解決していくかというのと、やはり、それでも急性期は患者さんをとにかく別の病床に帰したいと、最終的に在宅医のほうも訪問診療のキャパはもう備えてますから、どうぞ来てくださいといっても患者さんは流れてこない。結局、回復期、慢性期のところに、患者さんの移行で、やはりそこにとどまりたいと、在宅に行くのはちょっと難しいというような問題が顕在化しているところがございます。

やはり、なぜそういうことが起きるのか。結局、慢性期病棟というのは医療を提供しているだけじゃなくて、生活そのものの支える24時間のサービスを提供しているわけで、そういった方が在宅に戻るためには、在宅における医療サービスの提供だけではなくて、そこで支えられていた生活支援、介護の部分まできっちり地域で提供していかないと、結局、患者さんがお家に帰れないということが、だんだん見え始めているといった問題もあるかと思えます。ですから、これは在宅移行に関して、その調整をどうするかということと合わせて、そういった問題が今後出てくるなというふうな感じを持ちました。

以上です。

○猪口部会長 はい、どうもありがとうございます。この調整会議、第1回の調整会議を行って、その連携とか退院調整とかということが大事だという話は、大体、共通認識できてきて、先ほど事務局のお話もそのとおりだろうと思えますが、今の田村先生のお話だと、圏域の中の都心部に在宅を帰さなくちゃいけないということからすると、圏域を越えたやっぱり連携が必要だということだというようなお話。

それから、在宅に移行するためには、その機能、在宅医療という機能だけの問題ではないんだというお話が今あって、これも後ほど、そういうものをどうやって育てていくんだというような議論につながっていければいいなと思いました。

どうもありがとうございました。次の説明を聞いて議論にしたいと思えます。

続きまして、地域医療構想調整会議の進め方です。事務局に、今後の進め方の案を作成しておりますので、その内容についてご意見をいただきたいと思えます。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

○榎本課長 それでは、資料4-4、地域医療構想調整会議の進め方についてご説明いたします。

調整会議における協議につきましては、資料の左上の①現状把握、地域の医療の現状を把握するところからまずスタートになります。こちらにつきましては、昨年度の調整

会議において行ったところでございます。その後、②の課題抽出ということで、構想で示された将来の医療需要推計や将来の姿も参考にしながら、地域の課題の検討ということで、こちらは本年度の1回目の調整会議において行ったところでございます。今後は本年の2回目の調整会議以降に、③の解決に向けた検討ということで、抽出した課題の解決に向けた方策や、各医療機関が果たすべき役割を担うための方策、こういったものを検討するところでございます。こうして調整会議で議論した方策につきまして、各医療機関がみずから取り組んでいただくことになろうかと思っております。その後は、④の進捗状況の共有を図っていき、PDCAサイクルを繰り返していくことになろうかというふうに考えてございます。

本年度の第2回の調整会議でございますが、解決に向けた検討ということで、こちらは、今回はグループワーク形式での実施はしてはどうかというふうに考えております。調整会議は多くの医療機関、関係者の方が参加しておりますが、なかなか時間も限られておりまして、全ての方が意見を言うということも難しい場合もございます。

今回、グループワーク形式を提案した実施することで、多くの方にできるだけ議論に参加をしていただき、地域の課題解決に向けて検討していただきながら、医療機関の自主的な取り組みを促して行ければというふうに考えてございます。

今後のスケジュールでございますが、第2回の調整会議を11月ごろから開始していきたいというふうに考えてございます。また、今年度は9月～11月までの間に、在宅療養ワーキングを実施いたします。このワーキングにつきましては、調整会議の中でも在宅に関する意見は多く出されますが、時間の制約上、なかなか在宅に関する議論を深くすることは困難であることから、ワーキングを設置し在宅に特化した意見交換等を行うことを目的としております。現在予定している意見交換の内容でございますが、在宅療養に関する地域の現状・課題の共有、入院医療機関と地域医療、介護関係者の相互の理解、こういったことなどについて意見交換を予定してございます。構成メンバーにつきましては、区市町村、在宅医、病院、病院協会、地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、また、介護支援専門員研究協議会、医療保険者、老人保健協会などを予定してございます。

なお、在宅療養ワーキングで話し合った内容につきましては、調整会議と情報の共有を図ってまいります。

資料4-4の説明は以上でございます。

○猪口部会長 4-3の説明があった後に、この4-3の後、それから、4-4のところでは何かご意見があればと思います。

ちょっと私のほうからまとめをさせていただくと、4-3では全都的な課題ということで、一番上に地域包括ケアを支える病床、効率的・効果的な活用していくための方策ということで、まずは事務局のほうでまとめていただいておりますけれども、これは活用しか書いてないけれども、その地域包括ケアを支える病床に関しては、回復期病

床などはまだまだ足りないということだから、創出とか、それを地域包括、本来は地域包括ケアを支える病床は、もう既に動いているんだろうとは思いますが、その数の認識をどのようにやっていくのか、病床機能の報告だけで済むのか、要するに、数の問題をどう解決していくかというのは、活用という言葉だけでは何か表現できていないような気がするので、まず、それは1点、私なりに思ったところです。

そのほか、4-3のところの議論、説明では、連携が必要であるということ、それから、退院調整が必要であるということ。それから、佐々木委員の区中央部で出ていた意見でございますけれども、圏域内の医療機関のこの右側の4-3の右の丸の二つ目ですけれども、医療機関の医療機能を把握する方法、これがはっきりないとなかなか連携できないという非常にいい意見が出ていたので、これは課題として特に挙げておきたいなと思っております。そのほかに田村委員がおっしゃったとおり、その圏域を越えた連携の話、そして、慢性期を在宅に移行していくためには、その介護サービス等のものも大事であるというところが議論になってきたかなと思っております。それをPDCAサイクルを回していく上で、今のような、4-4のようなPDCAサイクルを回していくような形で、うまく進めていけるか、そのためにはどうしたらいいかというようなご意見、それから、私が挙げた以外の課題もきちんと挙げるべきだというようなことのご意見、何でもよろしいですからいただきたいと思っております。どうぞお願いします。

はい、山口委員、どうぞ。

○山口（武）委員 山口ですが、4-1ですね、構想区域内の医療機関で参加の数が書いてございますけれども、実際にどのぐらいの割合なのか。例えば、区中央部、幾つの病院があつて、そのうちの幾つが参加したのかということがわかったほうがいいかなと。

それから、参加していない機関に関して、後で周知したりしているんでしょうか。ちょっと、そこをまずお尋ねしたいんですが。

○猪口部会長 はい、お願いします。

○榎本保健医療計画担当課長 分母の対象医療機関数を記載するかについては今後検討させていただきます。

また、参加していない医療機関につきましては、調整会議の議事、資料等につきましては、全て福祉保健局のホームページ等で公開しているところがございますので、そういったところをごらんいただいて、地域の医療事業状況などを把握していただければと考えております。

○山口（武）委員 4-4の在宅療養ワーキングですが、このワーキングの単位ですが、構想区域ごとでやるのか、あるいは、区市町村単位でやるのか。

○猪口部会長 はい、どうぞ。

○久村地域医療担当課長 こちらの在宅療養ワーキングでございますが、この構想区域、二次医療圏単位でやっていただくと。

区市町村別は、それぞれ各区市町村さんに在宅療養推進協議会設置していただいて、

ご議論していただいていますので、その上の少し広域的な部分を、まずはご議論をというふうに考えております。

○猪口部会長 いいですか。ほかにご意見、ご質問。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 圏域を越えての連携ということについてですが、多摩地域に療養病床というのはやはり集積しておりますので、そこと他の地域との圏域を越えて連携していきながら、療養病床を十分に活用していただくということに対して、どういうふうに、全都的に行わないといけないというふうに思うんですけども、その連携の方法ということを検討していく必要があるのかなど。ひまわりなどでやるという、そのパソコンを使ったというものはあるかもしれませんが、それだと、やはりアップ・ツー・デートが難しいので、やはり人的なもので何か考えていく必要があるのかなということと、多摩地域はやはり交通が不便ですので、行きたくないというような意見もあるかと思いますが、せっかくある資源ですので、活用するためのそのインフラの整備というものも、東京都として考えていただけるとありがたいなと思います。

以上です。

○猪口部会長 ここで課題が挙がって、こういう解決の仕方が必要なのではないかという、今の進藤委員のような話が出たときに、問題の解決策としてはどういうふうに、今度話す地域医療計画とか、そういうところで具体化をしていっていただける、もしくは、ここで、こういうふうにやらなくてはいけないんだというところまでまとめなくてはいけないのか、ちょっとその辺は教えていただけませんかでしょうか。

○矢沢医療政策担当部長 ここで解決できるものもあると思うんですけど、なかなかそう簡単に解決できない課題もありますし、システムづくりになりますと、やっぱり時間もお金もかかるということなので、ここではご提案をいただいて、私どものほうで少しずつでもお返ししていくというやり方をとらせていただければ、一番いいのかなと思っております。

○猪口部会長 では、それは提案をさせていただいて、この調整部会、もしくは、調整会議等で、こういう方向で考えているというようなフィードバックというか、を得られるというふうに考えておいてよろしいでしょうか。

○矢沢医療政策担当部長 全部が全部1日でできるわけじゃないと思うんですけど、先生方の共通意見ということであれば当然必要なものだと思いますので、できることからやってまいります。

○猪口部会長 プログラムリストみたいなものがあって、こういう、これはどういうような回答になって、どういう解決策をやっているというものを、その進捗状況がリスト的に出てくると、今後はわかりやすいかもしれないですね。そう簡単な話ではないんだらうとは思いますが、物事を進めていくのに、何か、そういえばあれはどこに行っちゃったんだというふうにならないようにするためには、そういうことが大事かなと思います。

すので、一応、これも提案です。してくれというよりは、提案としてそういうものはあるんじゃないかなと思います。

ほかにどうでしょうか。

山口委員、どうぞ。

- 山口（武）委員 山口ですが、今、進藤委員から出た圏域外との調整ですけれども、もともと東京都は病床数は足りないということになっているわけですから、できるだけ東京都にある病床を活用するというのが、前提だと思います。そういう意味では、進藤委員が言われた、多摩地域の病床をどうやって活用していくかというのは、一つの大きなテーマだと思います。

各圏域の中で地域医療支援病院というのがありますが、そういうところに、圏域外との調整の機能を持っていただくのは一つの方策だと思います。ただ、そのためには、人をつけないとできないという部分はあると思いますが、構想区域内の患者さんの中で外へ出る人の調整をやる部門を、地域医療支援病院に担わせるというのは一つやり方かなというふうに考えてます。

- 猪口部会長 ご提案ですね。

田村委員、どうぞ。

- 田村委員 地域を越えた話なんですけれども、常々思っておりました。ア〜クまでの地域包括ケアの構築のための要件の中に、在宅療養相談窓口というのを市区町村単位でつくるというものがございまして、これがほとんど医師会が受託するような形で立ち上がりつつあると思うんですけれども、もともと地域の中でどれぐらいその調整が必要かというところ、ほとんどもうできているというところもあって、じゃあ、何が……があるかというところ、地域を越えた非常に遠隔地域との転院調整、あるいは、在宅移行調整、そういったときにこそ、そこが活用できるのかなということ常々思っていました。

ですから、その組織を少し横につなげるとかという形で、そういった機能を期待することは僕は可能じゃないかと思っています。

- 猪口部会長 提案をいただきました。本当にどうもありがとうございます。

急性期・回復期から在宅に戻すとき、圏域を超えて戻すときには、それが活用できずけれども、高度急性期、急性期から回復期の圏域越えは、なかなかそれは担えないだろうと思うんです。とすると、そこはどうするのか。山口委員の言ったような意見もございましてしょう。何かここは、やっぱり機能が必要なんだろうということだろうと思いますので、ぜひご検討をいただきたいということでもあります。

ほかに。はい、桑名委員、どうぞ。

- 桑名委員 論点は少し変わりますけれども、資料の4-4で各医療機関の自主的な機能分化・連携の取組という文言があります。これは二次医療圏ごとの調整会議の場でも、各経営主体によってかなり意識が違っているなということを感じました。

例えば公的病院であるとか、それから公立病院であるとかの取り組みの仕方と、そこ

と連携をしている民間病院もたくさんあって。連携自体は、それぞれが努力していますから、ある程度きちんとしていてはいるんですけども。こういう取り組みを考えるときに経営主体の問題を抜きにすると、結局どこかでそごが生まれてしまうということも浮き彫りになったので、その辺も一緒に東京都さんのほうでも意識をしながら考えていただければなというふうに感じました。

以上です。

- 猪口部会長 どうもありがとうございます。先ほどの内藤委員が言ったような話というのは、今はしてもいいかな。他圏域から、内藤委員の話はあれですよ、他圏域から来て、そしてこれ新規に開設するというものに関しては、きちんと調整会議で把握したほうがいいのかという、特に回復期のところはそういうお話だったと思うんですけども。それ以外に調整会議では、もともといろいろ公立病院改革ガイドラインの中にも書かれているし、今度の公的病院2025プランのところにもいろいろ書かれていますけども、調整会議の意見を尊重しようというような話にはなっていますね。

そうすると、公立病院には知事の権限でいろいろ規制をかけることができるんですけども、それ以外のところで調整会議が意見をまとめたものに対して、どのように調整会議の意見を実行に移すというか、実態に移していくというのか、それをやっていく方策というのは、何か都のほうではお考えになっているのでしょうか。

- 榎本保健医療計画担当課長 当面は、調整会議の中で地域の関係者の方々にご説明いただいて、地域の中でうまくやっていく、連携を図っていただけるようにしていくというのが、まず自主的に医療機関の方にやっていただくというのが、重要かと思います。そういった中で今後どうなっていくかにつきましては、そういった状況を踏まえながら、いろいろ検討していきたいなと考えております。

- 猪口部会長 調整会議の意見と新規開設の意見がもし食い違ってしまったとき、バッティングしてしまったときには、どうするのか。それから公立病院、公的病院の運営方針が食い違ってしまったときには、どのように運んだらいいのかというのは、今まで示されているのでは、法的なものは公立病院以外なかなかないようなんですけども。そのルールづくりみたいなものをしておかないと、言ったからアリバイで、もうそれでおしまい。あとは、「自分たちのやりたいようにやる」というわけにも、なかなかいかないだろうと思うんですけども。そこは何か打開策はあるんですか。ただ話し合っても、むなしいような感じもしますけれども。

- 矢沢医療政策担当部長 調整会議で、そこに必要な機能を議論していくというのは、これは前提になっています。公的病院、公立病院VS民間みたいな格好は、あまり良くないのではないかと思います。そうではなくて、公的病院がどういうふうになってほしいかという意見を酌み入れて、自分たちのやり方を考えて、次にじゃあこんなふう考えたんだけど、どうですかって持っていけるような、そういう少し時間がかかるかもしれないですけど、あまりがちがちに何かを決めてやるということはないでおきたい



と思っています。

ただ、それでも全く通用しないとか、それでも全く動かないということがあれば、それは東京都が間に入るしかないというふうに思います。私どものほうで決めなければいけないと思っております。

- 猪口部会長 私の発言自体は、V Sのつもりは全くなくて、調整会議と意見が合わない運営方針は、それは民間であっても公立であっても、そういうところをどうするんだと。背景には、多分、内藤委員のぐっと強い意見が出てきたのは、多分、民間病院が今、転換を迫られている、病床機能の転換を迫られ、経営上の死活をかけたような転換を図るような背景の中で、せっかくこっちのほうに移ろうと思っているのに、そっちを塞いじゃうのかよというようなことが起きるのが困る。

調整会議では、そういうことを、必要な病床というものは何であるかということ、みんなで一生懸命探しているところに、ぽんと入ってきて持って行かれるというのは困ると、そういうような意見ではないのかなと思ったんですけども。内藤委員、それでいいですか。

- 内藤委員 そうですね。今回、調整会議というか区西南部の会議に出させていただいても、結構皆さんやっぱりご自分の病院の話、事情みたいな話がすごく多くなってしまって、区の調整会議としてのあまり話し合いになってなかったのが現実だと思うんですけども。その裏には、やはりその病院自体の今の経営状況とか非常に厳しい中で、どうやったら本当に地域の人たちの役に立っていいのか、区民なり、それから都民は守っていいのかということ、みんな真剣に考えて病院の方向性を模索していると思うんです。

ただ、この厳しい中で、じゃあ来年からこういう病床をつくりましょう、今回今度はこういう役割を担っていきましょうということ、そう簡単にころころ変えて、ころころといいますか、役割をやっていくわけにはいきませんので。やはり結構、皆さん多少は1年、1年というか2年、3年のスパンでそういうものを考えてきていると思うんです。

実際、会議場じゃない話の中でも、もっと自分の病院を役立ててほしいとか、使ってほしいとか、それから今の地域の包括ケアを支える病床の意見の中にも、まだ病床利用率が低いと、もっと使ってくれというそういう話があるんですが。そこに我々が都内で都民のために必死に考えているところに、突然他地域からそういう調整会議と関係なく現場に飛び込んできて、結局我々が時間をかけて考えているものに対して立ち塞がってしまう、そういったような、結局、今行動が見られる部分がありますので。それに対して我々が、じゃあ一生懸命これだけ都民のために考えている中で、本当にこの調整会議というのは役に立っていくのかどうか。それからお互いの協力が役に立っていくのかどうか、ちょっと疑問に思うところがあって。

そういったような、本当に東京都に対して今までも続けて必死にやってきた民間病院、それから民間に限りません、もちろん東京都の病院もそうですけれども、それがもうち

よっとうまく役に立てる、自分たちの仕事の使命を役に立っていけるようなやり方が、うまく流れができないかなということを経験してもらえそうな方法はないのかなということが、ちょっと私としては非常に強く思っております。

- 猪口部会長　というぐあいに、別にV Sを考えているわけではなくて、調整会議の実効性というんですか、それを決まったことをうまく進めていく方策を、ぜひ考えておいてもらいたい。今、矢沢部長のほうからは、都が間に入るしかないだろうということで、都がいろいろ考えていただけるのではないかというふうに思いましたけれども。何かもっともっとして。

安藤委員、どうぞ。

- 安藤委員　どうもすみません。東京都医師会も内藤委員がお話しされている、しょっちゅう議論しています。やっぱり東京都医師会としても、やっぱり地域医療構想と地域包括ケアというのは、これもう国との2大政策でありますし、これは非常にリンクしていると。

やっぱり地域包括ケアを動かしていくのは、もともとある地元に着した中小民間病院さんたちが、いかに元気よくやっていくかということが、大きなこれがポイントであります。先生がおっしゃるように、地方の大きな法人さんが突然やってきて、その地域の例えば回復期のところを量的にも全部取ってしまうということになってしまうと、中小民間病院ってやっぱり時間をかけながらちょっとずついろんなシミュレーションをしていって、ベストなことを考えているわけですから、時間的に間に合わない。気がついたら、もう遅いよ、アウトだということになってしまいます。本当に、もうにっちもさっちもいかないような努力しない病院さんは、スクラップアンドビルドでなくなってしまうんじゃないんでしょうけども、努力して頑張ろうというところの芽を摘むというのは、これは本当に地域のバランスが崩れると。医師会的には、やっぱりバランスが崩れるのが一番よくないと思います。

そういう意味では、やはりある程度のローカルルールというのは、地域医療構想でも必要であって、倫理規定みたいなのをきちっと、これつくるべきだと思います。そういうことは、やっぱりこの部会のほうでもある程度提案をしていただく必要があるのではないかなと、そう思っております。

例えば、あと今、地域包括ケア病棟のこともありますが、全国に地域包括ケア病棟協会というのがあります。これは民間も公的病院もみんな入っています。その結論としては、やはり最終的には地域医療の調整会議でもって決めていきたいと思います。もうなっておりますので。やっぱり、この調整会議というものが非常に必要なのではないかなと思います。

以上です。

- 猪口部会長　どうもありがとうございました。ということで、ルールづくり、倫理規定なんておっしゃってましたけども。ルールづくり、それぞれの調整会議で決まったこと

を、どうやって実効性を持たせるかというルールづくりをぜひ考えていただきたいという、ここではそういう要望が出たというふうに捉えるしかないかなと思いますけど、よろしくをお願いします。

矢沢部長、どうぞ。

- 矢沢医療政策担当部長　ちょっとご質問させていただきたいのですが。今、東京のある病院が変わるのに時間がかかると、その間ほかの資本が入ってくると困るというお話なんです。どのぐらいの時間が必要なのでしょうか。これまでこういうやり方をしていないので、新規に病院をつくりたいとか、病院を転換したいとか、そういったところについては、今後調整会議でお話いただくように私どももお願いする予定です。

5床、6床を変えるところに一々お願いしないで、少なくとも1病棟単位で変わっていくところ。今回は、内藤先生のところもそうですけれども、基金を使って変わってくださるところは、全部ご紹介しました、今後は、もっと変わってるところがふえると思いますので、その辺を私どもとしては1病棟以上の変更があるところ、新規でも、廃止でも、変換でも。一応その前に、変更しようと思う前に調整会議でお話ししていただくと思っているんですけど。

そういうのって先生方の感覚では、どのぐらいの期間、例えば変わろうと思って変わる前に言って、そしたらその間、次にじゃあ私たちはどうしようって考えるという、その期間のずれって外から来ようが中からやろうが、多分出ちゃうので。どういうふうにお考えでしょうか、ご意見いただければありがたいんですが。

- 安藤委員　内藤先生がおっしゃってもいいんですけど、やっぱり病棟の機能を変えるということは、非常に手間暇かかります。まず一つには、職員の人たちの意識を変えることもそうですし、また地域包括ケア病棟なんかにおいてはリハビリテーションのルームをつくったりとかしなければいけないということで、銀行の融資というものも必要になってきます。それプラス都との話し合いも含めていく、あるいは建築屋さんとも話し合っていて、どこの部分をどういうふうに変えていけば一番効率的なのかということも考えると、時間的には1年ぐらいはかかるように思われます。どうでしょうか。

- 猪口部会長　清水委員、どうぞ。

- 清水委員　すみません。今、安藤委員が言われたことを、ちょっと補足したいんですけど。具体的にどれぐらいかかるかというのは、結構難しい問題だろうと思うんですけど。というのは、もうこれは皆さんこの会議に出ていらっしゃる方、もう承知の上のことだろうと思うんですけど、いわゆる診療報酬、介護報酬の改定が1年後というか、もう半年たてば決まってくるわけです。そういうふうな状況の中で、それぞれの地域の医療を担っている病院が、さらに構想区域といいますか地域医療構想を担っていこうとすると、私の感触では、1年ではなかなか答えが出ないのではないかなというふうに思っています。

ただ、これは私の私見でありまして、もしかすると東京都医師会の皆さんは、もう少し早いスパンを考えているのかもしれないんですけど。ごめんなさい。別に私としては、

安藤委員が言われたことの、ちょっと補足のつもりです。

もう一つ、これは将来的に転換なり、あるいは増床というのか新規というのか、そういうときに、やっぱり職員をどう確保するのかということも結構重要な課題ではないかと思っていて。そういういろんな課題をにらみ合わせながらやるというふうなことで、やっぱり相当手間暇かかるんじゃないかというふうな気がしております。

以上です、補足です。

○猪口部会長 安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 ありがとうございます。清水委員、おっしゃったのが、非常に当たり前のことだと思います。私の場合は、最低現地リニューアルのときに、その考えをまとめるのに最低1年間ぐらいはかかるということ。これもし新規建てかえとかいうことになると、これは数年単位、土地を探さなきゃいけませんので、それは時間がかかると思います。

○猪口部会長 国では、このそれぞれの構想区域の調整会議、今年度で4回やって。そして4回目のときには、それぞれの機能病床はこれぐらいにして、この病院はこういうふうにしなすまいみたいな、結構具体的なところを出して、そういうふうにとると。その上で実行段階にどんどん移っていくという、そういうスピード感があるのが、ほかの地方ではやるところですけれども。

東京では、担う医療機関が複雑な形で入り組んでいるから、あえてここの4-4のように、今度はグループワークということで、今年度中は第2回目の調整会議が行える程度。それは要するに地域に必要な病床がどの程度なのかということを見きわめるために、東京がほかの地域より、やっぱり時間がかかるんだと。そういうものは醸成するのに時間がかかるんだらうということ、こういうスケジュールだと僕は理解しているんですけれども。

そういうことから考えると、その地域がこういう病床機能がほしいんだということが醸成されるまでは、やっぱり時間はかかるんじゃないかなと僕は思いますけれども、いかがでしょうか。この意見に対して何かございますでしょうか。

桑名委員、どうぞ。

○桑名委員 全くそのとおりだと思います。その考え方については賛成です。先ほど、どのぐらいかかるかというお話がありましたけれども、結局、計画を立てて、ハードをいじってということになると、やっぱり3年はかかります。ですからお金の問題を抜きにしても、人材の問題を抜きにしても、3年は見ないと転換ができないと思いますので、その辺は専門家の井上委員もいらっしゃるので、ご意見いただければと思いますけれども。自分の病院のハードをいじろうかなと思ったら、3年かけないと無理じゃないかなというふうに感じてます。

○猪口部会長 意見を求められましたけど、どうですか。井上委員は。

○井上委員 ありがとうございます。一回目は欠席しまして、申しわけありませんでした。

今の桑名委員のお話ですけれども、建築の確認申請をして、その前に役所との調整もして、当然医療のほうとの調整もするということになりますので、全面的に建てかえるとか、新たに増床するというふうになると、当然1年では難しく、規模によっては2年、3年かかってくるというのは確かなご指摘だというふうに思います。

あと、今指名を受けたので、もう1点お話ししてもよろしいでしょうか。

先ほど資料の4-3の中で地域の課題一覧というのがあるんですけれども。これの例えば区西部というところを見ると、急性期機能、回復期機能においては退院調整部門を置いている割合が高いというふうを書いてあって。一方で、退院調整を求める地域の診療所の声があるというふうな言葉があって。先ほどから意見が出ていますけれども、圏域を超えて患者が移動している結果、こういうことが起こっているんだろうなというふうに思って読んでいたんですけれども。

患者が退院して在宅に戻るときに、在宅に戻る介護が必要、在宅に戻る介護は必要ない、在宅以外の施設や住宅系に行くというふうな三つぐらいのパターンがあると思うんです。そのパターンについて、それぞれの受け入れていく構想区域の中で、こういう特徴があるような取り組みをやっているとかというものを、整理していくことが必要なんじゃないかなというふうに思って読んでいました。きょうのお話の段階では、退院調整が大変だというお話で、ちょっととまっている感じがするんです。ので、受け入れる側の地域のほうから見てどういう取り組みをしているか、地域包括ケアをやっている側の一番下のボトムのほうでどうやっているかということがあると、少し議論が深まるんじゃないかなと思ったんですけれども。ご意見あればいただきたいなというふうに思いました。

○猪口部会長 どうぞ、事務局のほうで。

○久村地域医療担当課長 そのあたりを、先ほど4-4でも説明しました、在宅ワーキングの中で地域の取り組みをご紹介して、あるいは病院の取り組みを紹介していただいて、相互理解の中でどういうふうにできるかというふうなところを検討していきたいなというふうに思っております。

○猪口部会長 よろしいですか。山口委員、どうぞ。

○山口委員 矢沢部長の質問は、最終的に建物ができるまでの期間ではなくて、その地域での機能分化の意思決定がいつまでにできるかというのが、本来の質問の意味かなという気がするんです。恐らく、それはもう少し早くやらなくてはいけないんだろうと思うんですが。問題は、まさしくそのときに外からぼんと来て、みんなが変わろうかと思っているところを持っていかれてしまうと、何のためにみんな1年間、あるいは1年半議論してきたのということになってきちゃうわけです。

ですから、一生懸命議論して結論が出たときに、実はもう外から来て、回復期はもういただきますと言われてしまったら、回復期にもう移れないわけです。そうすると、また議論のやり直しになるということですから。意思決定するまでの間は、少なくとも外

から入ってこられては困るというように考えます。せっかく地域医療構想の中で国民会議の報告書の中で、これからは競争でなく協調であるというように言われているわけです。協調してやろうというときに、その協調を乱すような流れは、やはりとめなくてはいけないのではないかとこのように思います。

- 猪口部会長 かなり議論をいただいて、方向性が決まってきた、山口委員の意見を取りまとめていただいているんだろーと思います。そういう方向性で、ぜひご検討いただければと。きょうは提案していただければ、何か考えるというお話になっているようですから、こういう提案で、そういうときにはどうするんだという、私としてはわかりやすい、どの圏域も、どの構想区域においても同じような扱いになるようなルールづくりが、この部会の仕事かなと思いますので、ぜひお願いしたいところでございます。

ちょっと時間が過ぎてまいりましたので、次の地域医療計画についてのお話をいただきたいと思います。

- 矢沢医療政策担当部長 すみません。石川先生が手を挙げて。

- 猪口部会長 石川先生、ごめんなさい、どうぞ。

- 石川委員 一言だけ。議事進行の中で確認をしたいんですが、参考資料1の話というのは、今回都のほうからはご説明をされますか。何かというと、既に猪口先生からもお話が出ている、公的医療機関等2025プランの策定という話なんですが。

- 榎本保健医療計画担当課長 最後に報告させていただきます。

- 石川委員 それ最後ではなくて、本来であれば、このタイミングでやるべき話題なんですけれども。順番を入れかえていただくことというのは、少し可能ですか。あるいは。

- 猪口部会長 じゃあ、そういうご意見でございますので、どうぞ説明できれば、お願いします。

- 榎本保健医療計画担当課長 では先に、報告事項といたしまして、参考資料1の公的医療機関等2025プランの策定について、ご説明をさせていただきます。

まず初めに、このプランの策定の経緯等でございますが。こちらにつきましては、3枚おめくりをいただくと、国の参考資料がついてございます。こちらです。こちらを、まずごらんください。こちらの4ページのところをごらんいただきたいと思います。

こちらの医療計画の見直し等に関する意見におきまして、上から4行目の丸のところでございますが。将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、公的医療機関、公立病院機構、地域医療支援病院、特定機能病院が、その役割を明確にしていくことが必要との意見が、医療計画の見直し等に関する意見の中で出されております。

8ページをお願いいたします。8ページの下段の点線の囲みの中でございますが、丸の二つ目に、公的医療機関等に対して、地域における今後の方向性について記載した、公的医療機関等2025プランの作成を求め、次の丸でございますが、策定したプランを踏まえ、地域医療構想調整会議において、その役割について議論するよーというの

が説明されてございます。

続いて、10ページをお願いいたします。こちらの具体的なプランの記載事項でございますが。まずは丸の一つ目ですが、状態に応じて必要な医療を適切な場所で受けることができる医療提供体制の構築に向けて、各医療機関が地域医療構想を踏まえたみずからの役割を明確にすることが必要であり、そのため丸の二つ目ですが、構想区域ごとの医療提供体制の現状を把握すること。各医療機関が現に地域において担っている役割を確認することなどが必要であることから、下の点線の囲みにありますとおり、構想区域の現状と課題、当該医療機関の現状と課題、当該医療機関が今後地域において担うべき役割について記載するということになってございます。

続いて、12ページをお願いいたします。こちらのプランの策定に当たっては、各プロセスを経て、各医療機関の地域における役割について議論することとされております。丸の二つ目ですが、各医療機関はプラン策定後、その内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聞いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制を含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性を図ることが必要であり、調整会議における協議の方向性のそごが生じた場合には、策定したプランを見直すことというふうにされてございます。

都におきましては、今後の進め方につきましては、国からはこういった形で考え方を示されておりますので、こういった考え方をもとに調整会議において提示していきたいというふうに考えております。

恐れ入りますが、1ページ目にお戻りください。最初のこちらです、お戻りください。こちら策定の対象となる医療機関でございますが、①といたしまして、日赤などの24医療機関、そのほか特定機能病院15医療機関、地域医療支援病院などの34医療機関ということで、合計73医療機関が策定する予定でございます。

記載事項につきましては、先ほどご説明したとおりでございます。

こちらのプランの策定期間でございますが、10月中旬を提出期限といたしまして、各医療機関に通知したところでございます。なお策定に当たりましては、地域の医療現状等に対する共有を図るため、各医療機関が策定したプラン内容につきまして、事前に策定した医療機関同士での意見交換を行うという予定でございます。

こちらの参考資料1の説明は、以上でございます。

○猪口部会長 まず、この説明についてご質問ございますでしょうか。公的プラン2025プランに関しては、ご存じの方も多いただろうとは思いますが、東京都の取り組みに関して何かご質問ございますか。

では、この話を踏まえて、石川委員どうぞお願いします。

○石川委員 すみません。先ほどの調整会議の話題の中では、その調整会議の方針と、それからあと個々の病院の方針との調整をどうするかというお話があったんですが。実は同時に見ていただきたいのが、まさに今回、今ご紹介いただきました、公的医療機関等

2025プランのように、各病院が地域の現状を理解した上でどのような方向で今後医療を変えていくのかという、所信表明演説のようなものというのを、やはり重要性もあるのではないかなと思います。これまでの地域医療構想調整会議の中では、各病院からそれぞれの知見に応じたコメント、意見というのが出てきたと思いますけれども、病院単位としてどうしていくかというような方針に関しては、なかなかまとまった文章が出てこなかったというのが実態でございます。

一応、厚生労働省医政局の側としては、恐らく、いわゆる公立の病院だけではなく、まさに参考資料1にありますような、いわゆる日赤、済生会等の公的な24医療機関と特定機能病院及び地域医療支援病院、実際には74の病院がございまして、東京都の病院の1割強を、これが占める形になると思うんですが。この部分に関しましては、あらかじめ公的な病院として今後どうしていくかの方針が出てくるということになると思います。

ぜひとも可能であれば、今後の調整会議の中、これ調整会議で使っていただくことを想定して、これができていますし。かつ本来、ちょっとここには書かれてないんですが、国のほうとしても救急等を行っている部分に関しては、できるだけ9月末にというふうにして書いてあって。地域医療構想調整会議の中でも重点的に議論をするべき部分に関しては、前倒しで設定をするようになっていきますので。ぜひともこれのできを皆さんにもごらんいただいた上で、検討していただきたいと思います。

実は、ちょっと長くなってしまいうんですが、その後のところでタイミング、どれだけ待てるんですかというお話も、少し議論としてあったと思うんですが。先ほどの参考資料の中で、ちょっとご注意いただきたい点がございまして。それが前から行って6枚目のところの下のところ、下に⑥と書いてあるところ、ページ番号が6と書いてあるところなんですけど、これにぜひご注目いただきたいと思っています。

これは財政運営と改革の基本方針2017というもので、ことしの6月9日の閣議決定がされたものなのですが。この中に明確に下線が引いてありますけれども、地域医療構想調整会議の中でというところの3行目、個別の病院名や転換する病床数等の具体的方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進するという形になっております。

もともと2025年に向けての地域医療構想なんですけれども、国としての方針は、今後2年間ぐらいの間に各病院のこうした方針等を出していただいて。まずは、公的な病院は、きちんとその公的な役割としてこれを表明すると同時に、各調整会議で具体的にした上で進めていただきたいというような日程になっておりますので。具体的に民間の施設も含めて建築も含むような病棟機能、ないしは病院機能の改修というのは、なかなか長期的に取り組まなければいけないものではございますが。おおよそこの2年間程度の間には、可能であれば公的な病院だけではなく、ほかの病院に関しましても今回の改革プランと類似した内容等を出していただいて、それが地域医療構想調整会議の上で



議論のところの前提になるようにしていくというのが目標かなというふうに感じております。

ということで、今までの議論は非常に重要な議論であるのと同時に、国としては一応こうしたものを使いながら、ツールとして各病院の機能を明らかにするような方策というのでも進めていくということをご理解いただければということで、発言をさせていただきました。

以上です。

○猪口部会長 新田委員、どうぞ。

○新田委員 今ので少し関連質問させていただきたいんです。最初に3-1の資料と3-2の資料が出て、病床数の増減が出ました。そのことは、この調整会議等も含めてそういった傾向になったのか、あるいは次回の、先ほど誰か話されましたが、診療報酬改定のために各病院が自己努力としてなったのかどうか。だから何が言いたいかといいますと、この調整会議、今、石川委員が言われました方向性の中で病床転換があった、増減ということで出されたかどうか、ちょっと教えていただきたいんですけど。

○榎本保健医療計画担当課長 この増減でございますか。

○新田委員 増減で、なぜこういう資料を出されたのか。それは、こういった調整会議がこのまま努力されて、結果さらに各民間病院、いわゆる公立病院等が努力して、こういった超急性期、高度急性期への移動とか、あるいは回復期とかというようなことが、どこまでこの調整会議が役割を果たしてそうなったのかという、そういう話でございます。

○榎本保健医療計画担当課長 この集計結果につきましては、地域医療構想を策定する中で、こういった病床機能報告と地域医療構想の将来の推計数などを踏まえながらやっていくというような部分でございますので。そういったことも踏まえまして、今の現状という部分でお示しをさせていただいたところでございますので、何か取り組んだ結果がこうなりましたというよりは、今現状はこうなっているというのを、この場でお示しをさせていただいたところですよ。

○新田委員 ありがとうございます。もう1点。その意味で2025年、もちろん報告がないと言われているんですが、この報告はないんだけど、パーセンテージ等の話は、大分この平成27年と変わってくる数字が出ていますが、これは何の意味があるんでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 病床機能報告の中でこういった報告がありますので、報告はあくまでも参考として皆さんにお示しをしていっているというところですよ。

○猪口部会長 安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 先ほど石川先生からもお話がありましたけども、公的医療機関等の2025年プランということは、こういうふうな調整会議の中で公的病院がその政策医療を中心とした機能を果たしながら、地域で頑張って元気よく運営管理ができるように、ご提案を我々からもしてさしあげるということでよいですよ。

そういった場合、例えば我々民間もそうですけども、どんな入院基本料だとか特定入院料だとか、あるいは加算だとか、それからさまざまな診療データ、それからまた財務データなんかも含めてそういうふうなデータがあれば、それをみんなで分析をしながら、こういうふうにすると一番ためになれるよねというようなことがわかるんですけど、そういうことも踏まえてご提案ということでもよろしいのでしょうか。

○石川委員　これが、ちょうど実は私、この8月4日の通知が出る前のところの地域医療計画に関するワーキンググループのところに出させていただいたんですが。そのときも議論がございましたが、あくまでもまず公立の病院に関しては、これは公的な公営企業としてきちんとした採算性等を検討しなければいけないので、経済的な部分も検討しろよという話になっています。

ただ、今回の公的医療機関のほうに関しましては、そもそもいわゆる市区町村、いわゆる自治体だけではなくて国や済生会等のところがございまして、病院自体の経営状況に関するものというのは、今回はまだ最低限度であって、あくまでも医療介護総合確保基金事業を使うようなものがあつた場合には、それを少し明らかにするというレベルでまだとどまっているというのが実態です。

当然、こうしたもともとの診療科機能の転換であるとか、規模の変換であるとかということ、最終的には各病院の経営にもかかわってくると思いますので、そうした情報が公的な医療機関から少しずつシェアされるということは必要なことかもしれませんが。現状はまずどうしたいのか、どういう方向性に持っていくのかをきちんと公的な医療機関には宣言していただくというのが、まずメインで来ているというふうにご理解ください。今後、経営の話がついてくるかもしれませんが、それはどちらかという各経営されている設立主体の側でのまず管理というのがあって、その後、地域での共有という形になるかもしれないと思います。

○猪口部会長　どうもありがとうございました。

はい、小原委員、どうぞ。

○小原委員　特定機能病院ですので、このリクエスト、この会場の中では唯一だと思いますが。8月4日に発出されて、1週間後ぐらいに受け取って、10月16日が締め切り、私どもは災害拠点ですので9月末ということで。この期間、2カ月間ぐらいのことになりますので、正直言いますと、現状の解釈、現状のプランという現状を報告する、もしくは今現在の調整会議でのディスカッションがベースの宣言ぐらいにしか、まだならないのではないかと思います。5年、10年先のプラン、本当に25年のプランが描けるかという、非常に難しいところはあります。

○猪口部会長　ありがとうございます。この11月に1日、2日のところで意見交換会というのがあるのは、これは調整会議での説明ではなくて、意見交換会というのは何をやるんでしょう。

○榎本保健医療計画担当課長　各策定する医療機関にお集まりいただきまして、なかなか

どういったふうにつくったらいいかとか、構想区域ごとにいろいろばらつき、地域の課題とかばらつきがあると困りますので、そういった部分の地域間同士の意見交換であったり、ほかの医療機関がどのような形で作っているのかというのを、いろいろちょっと意見交換をしていただければというふうに思っております。

- 猪口部会長　そういうことで、小原委員、そのまま意見交換会なども利用しながら、ぜひよろしくをお願いします。
- 小原委員　こういうふうに宿題を出されると、非常に具体的に考え方がまとまってきて、ので大変いい宿題だと思いますけど、つらいんですが。
- 猪口部会長　どうもありがとうございます。先ほど来言っているとおり、どんどん進めないといけないこともたくさんございますので。では、地域医療計画についての説明をお願いいたします。
- 榎本保健医療計画担当課長　それでは、保健医療計画の改定につきまして、資料5-1をごらんください。

まず、資料5-1におきまして、保健医療計画の改定の全体に関してご説明いたします。資料の左側、保健医療計画は医療法に定める医療計画を含むものであり、東京都の保健医療に関し施策の方向性を明らかにする、基本的かつ総合的な計画でございます。

こちら計画期間でございますが、平成30年度からは平成35年度までの6年間となっております。これまでは5年間の計画でしたが、今回の改定から6年の計画とすることで、今後は3年計画となっている高齢者の計画と改定年度が2回に1回一緒になるということで、高齢者計画と医療計画の整合性を保ちながら、地域包括ケアシステムを推進していくというものでございます。

改定の要旨でございますが、5点ございまして、保健医療計画と地域医療構想を一体化させ、構想に掲げたグランドデザインの達成に向けた、疾病・事業ごとの取り組みの具現化。地域医療構想における必要病床数の推計を踏まえた基準病床数の設定。都及び区市町村の介護保険事業計画等の整合性の確保。高度急性期から在宅医療までの一体的な医療提供体制の構築、5疾病、5事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化、こういったものが主な今回の改定の趣旨でございます。

スケジュールでございますが、現在、保健医療計画の推進協議会、改定部会におきまして、疾病事業ごとの検討を進めているところでございます。今後9月に骨子案を提示し、10月から素案の検討を開始し、年末には意見照会、パブリックコメントを行い、本年度末には公表する予定でございます。

続きまして、資料5-2をお願いいたします。地域医療構想につきましては、繰り返しのようになりますが、医療法上の医療計画の記載事項であることから、現在改定の検討を進めている、次期保健医療計画において地域医療構想と保健医療計画を一体化させることとしております。

本日は、次期保健医療計画の中で記載していく内容について、ご意見をいただければ

と思っております。

まず資料の左側でございますが、こちらは地域医療構想ということで、①の地域医療構想とはということで、こちらにつきましては策定の趣旨や策定根拠などを記載する予定でございます。

続いて、東京の特性についてでございますが、東京の特性といたしまして、高度急性期から回復期貴機能において隣接3県を中心に他県から多くの患者が流入しているというような現状でございますので、こういった東京の特性につきまして記載をする予定でございます。また、③ということで、構想区域ということで必要な病床の整備を図り、地域における病床の機能分化及び連携を推進するための単位となります構想区域についての説明。④といたしまして、病床機能別の病床数、在宅の必要量でございますが、2025年における4機能別の病床数や訪問診療などの在宅医療の必要量について記載をする。⑤といたしまして、東京の将来の医療、グランドデザインについて記載をしていく予定でございます。

資料の右側でございますが、こちらは実現に向けた進め方ということで記載してございます。今後、地域医療構想を実現させていくための方策、取り組み内容につきまして、新たにどうか記載していくものでございます。

ポイントは3点ございまして。1点目は、病床の機能分化及び連携の推進についてでございます。病床の機能分化及び連携を進めるためには、いかにしてこの地域医療構想調整会議を効果的に運営し、実効性のあるものにしていくかが重要でございますので、調整会議の方向性や議論の進め方などについて記載できればと思っております。

また、独自のこの調整部会でございますが、こういった調整部会を設けてございますので、調整部会、単なる情報共有の場ではなく、13の構想区域で議論された調整会議の情報を集約し、オール東京の課題の抽出や課題の解決に向けた方策の検討、取り組みの進捗管理や評価を行う場として重要な役割を担っておりますので、こうした都における病床の機能分化、連携の推進に向けた体制について記載していきたいというふうに思っております。

次に、医療需要に対応した病床の整備についてですが、こちらは限られた医療資源で増加する将来の医療需要に対応するためには、医療機関の機能分化・連携を進めることが重要でございます。機能分化・連携とあわせまして、基準病床制度のもとに必要な病床整備を進めることが必要ではございますので、こういった点につきましても構想の中で記載できればと思っております。

最後に、目指すべき医療提供体制を実現するための施策についてでございますが、先ほど保健医療計画全体の、左側にありましたが、グランドデザインで掲げた四つの基本目標の達成に向けて、具体的な事業計画等を明らかにして、保健医療計画の中にお示ししていきたいというふうに思っております。

続きまして、資料5-3をお願いいたします。こちらは地域医療構想の実現に向けた

進捗管理についてでございます。今後、地域医療構想の向けては、その進捗状況について把握する必要があり、このためには進捗を図るための何らかの指標が必要であるかなというふうに思っております。本部会において、この進捗状況を図るための指標といたしまして、①調整会議の議論の到達度、②将来の医療需要への対応状況、この2点について進捗管理を行ってはどうかというふうに考えてございます。

①の調整会議の議論の到達度といたしましては、開催回数や構想区域ごとの議論の到達度などについて確認をできればと思っております。②の将来の医療需要への対応状況についてでございますが、一つ目は医療機関の連携状況を把握する上の指標といたしまして、退院調整部門の設置数を設定してはどうかというふうに考えてございます。先ほど構想区域での課題にも挙げられておりましたが、やはり退院調整部門の充実・強化が必要との声が聞かれておりますので、こういった設置数が進むことで、連携の状況を示す物差しになるのではないかとというふうに考えております。

次に、病床稼働率でございます。やはり病床の機能分化・連携が進むことで、医療資源の有効活用が図られ、病床稼働率が向上し、結果対応できる患者がふえることにつながるかとしますので、病床稼働率を指標にしてはどうかというふうに考えております。

1枚おめくりをいただきますと、こちらは構想区域ごとの退院調整部門の設置数、病床稼働率でございます。ごらんいただきますとおり、構想区域ごとにもばらつきがございますので、それぞれ上昇できるようにしていければいいかというふうに考えてございます。

最後になりますが、こういった指標につきましては、保健医療計画の中に記載し、取り組んでいくことになろうかと思っております。ただ、なおこの指標につきましては、計画の中に書き込んだから6年間変えられないというわけではなく、今後も柔軟に見直しながら、地域医療構想の実現に向けて取り組んでいきたいというふうに考えてございます。

説明は以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。保健医療計画の中に地域医療構想の部分を書いて、そして進捗状況を管理するということのようなのです。何かこれについて、進捗状況の管理の仕方等について、何かご質問、ご意見ございますでしょうか。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口です。病床稼働率に関しては、これは平均在院日数と結構連動というか影響を受けますので、極端な話、病床稼働率だけを気にするのであれば、平均在院日数が延びるということもあり得るわけですね。もちろん看護必要度とかそういう面から言いますと平均在院日数というのは短くなる傾向にありますけども、ここだけを基準にすると、間違った指標になる可能性もあるのではないかと。もう一つ加えててもいいのではないかと気がします。

○猪口部会長 ありがとうございます。進捗状況管理のところで平均在院日数、これを入

れたらどうかと。実際、診療報酬の影響なのかどうかわかりませんが、やっぱり平均在院日数が非常に最近縮まってきている印象を持ちます、現場として。ぜひこれご検討いただいてもいいのではないかなと考えます。

はい、石川委員、どうぞ。

- 石川委員 非常に身近なところで、進捗管理の指標としては非常によくできていると思います。もし可能でしたらば、その退院調整部門のところに関しましては、各病院の実は退院先のパターンというのが、私ども研究していますと、四つぐらいのパターンに分かれるというのがあって。いわゆる急性期型で自宅退院を想定している、ないしは転院と自宅退院が中立なところと、あるいは施設型に転院をするところが非常に多いだとか、幾つかのパターンがありますので。

これ可能であれば、退院調整部門というのは、全ての病院を十把一からげに退院調整というふうに考えるのではなくて、もともと地域完結型で退院等への転院の調整をするような急性期型の病院と、最終的に在宅に行くような慢性期型の病院であるとか、そういったものを少しずつ評価していただけるようになると、これ具体的になるかなというふうに思っています。

- 猪口部会長 これを評価するというのは、なかなか大変なご注文かなとは思いますが。それぞれこの退院調整部門を増やせというだけではなくて、計画としては、それがふえていくようにぜひご支援もお願いしたいなと思います。

はい、清水委員、どうぞ。

- 清水委員 事務局といいますか、東京都の方にちょっと確認しておきたいんですが。一つは用語の問題ですが、最後に説明していただいた病床稼働率というのは、基本的には厚労省が定める利用率のことでよろしいのでしょうか。稼働率という言葉の意味なんですけど。

- 榎本保健医療計画担当課長 病床稼働率は病床利用率とは異なり、24時現在入院している患者数にその日退院した患者数を加えたものを病床数で割り返したのになります。病床利用率に比べ、病床がどれくらい効率的に稼働されているかを把握できる指標となっております。地域医療構想においては、利用率ではなく稼働率を使用しています。

- 清水委員 そうすると、そちらのほうはどうなっているんですか。それと今言ったデータは、冒頭に説明していただいた、いわゆる東京都における医療機能別の届け出をされた病床、このグラフですよ。これがもとの数なんですね。

- 榎本保健医療計画担当課長 病床機能報告の中では、入院患者の状況であったり、そういった退院の状況、こういったものいろいろ指標がございますので、そういったものから数値を算出しているというものでございます。

- 清水委員 はい、ありがとうございます。

- 猪口部会長 ほかにご質問、ご意見ございますか。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 あとは、ちょっと違う切り口かもしれませんが、医療計画の中で各病院さんが機能を変えるということは、これ非常に経営的にもリスクがあると思います。ちょっと失敗したら、それでもう倒産してしまうという部分があります。やっぱりこれは地方と比べて東京の場合は全く1点10円の世界ですし、ぶっちゃけた話、この前武久先生という・・・の開業さん、東京でも相当M&Aしていますけども、やっぱり地方と東京と比べると、1日1床当たり6,000円ぐらい東京が多くもらわないと、同じような利益率を保たないということを、これ記者会見でも言っています。

そういうふうな大きなハンデをしょっているわけなので、ぜひその医療計画の中で地域医療経営計画じゃありませんけども、各やはり病院さんの経営状況もきちんとウオッチすることが、この東京では必要なんじゃないかというのを、最近すごく感じます。ちょっと蛇足ですけど、ちょっとそういうことも頭の片隅に入れていただきたいなと思っています。

○猪口部会長 ご提案ですね。

○安藤委員 ご提案です。

○猪口部会長 ちょっと時間が過ぎてまいりましたし、意見もかなり出たのではないかなと思います。一応、議題に関しましては、この辺で一回閉じさせていただきまして、事務局、その他はどうでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 先ほど公的プランのほうを説明させていただきましたので、大丈夫でございます。

○猪口部会長 じゃあ、きょうまだご発言いただいてない委員から、何かございますでしょうか。副部会長の島崎先生、何かございますでしょうか。

○島崎副部会長 退院調整を含めた病院の機能別に応じた、そういうシステムというのは、一番滞る原因になると思うんですけども。例えば、情報をできるだけ早くシステムとして横の連携というか、高度急性期から慢性期までの上下というのか横になるのかわかりませんが、そういう情報をできるだけ早く流すことと。それから、これちょっととっぴかもわからないですけども、考え方としては、例えば東京ルー的な考え方で、中身は全然違いますけども、そういう考え方で、できるだけ退院調整、下りへの速やかな患者搬送のようなシステムができるといいかなというように、ちょっと思っていました。

○猪口部会長 貴重なご意見でありありがとうございます。ほかに、いかがでしょうか。どうぞ。

○迫村委員 在宅医をやっております迫村です。先ほど井上先生のほうからちょっとお話があった、区西部のほうに位置しているところにクリニックがありますけれども。やはり介護は結構必ず必要になってくるので、必ず入っていきます。そこに医療がいかに早く入っていくかとかというところが、結構ポイントになっていて。あと非常に、今、病院の中の機能で言えば、やっぱり回復期というか、多くはやはり肺炎の老人だったり、心不全だったり、なかなか回復リハ入れないで、いきなり急性期病院から在宅のほうに

戻ってくるというようなことがありますし。

あと、なるべく再入院を減らしたいということでいきますと、やっぱり入院をなるべく期間を長くしないで、早く在宅に戻していただいて、あるいはまた入院と在宅の間がシームレスに非常に早く回るというシステムがあると、非常にいいかなと思うんで。その辺の、やっぱり情報共有とか、病院の先生方と在宅側の意識の共有ですかね、なるべくもうとりあえず3日で帰してよとかというようなやり方とか、そういうことが地域の中でうまくできると、かなり病床数が決して多くなくても、患者さんのそういう管理ができてくるんじゃないかなというふうに思っております。

○猪口部会長 はい、ありがとうございました。

塚本委員、どうぞ。

○塚本委員 私、精神科ですが、精神科病院はこの地域医療構想自体にまだ入っていないという状況です。しかし皆さんのお話をお伺いしていて、2点気になりました。まず地域移行については、精神科は以前からやっていました。日常診療や救急・合併症と同じようなウェイトで地域移行をやっていたんです。地域移行の場合、先ほど西多摩の田村先生がおっしゃっていたように、精神科病院も西側に偏在していますので、西側の病院から区部に返していくというのは、結構大変だと思います。しかし、現在はどうか動いています。それは精神科疾患の特性上、時間的な猶予もあり流れが一般病院に比べてかなりゆっくりしているのでできるのだと思います。

それからもう一つ、東京都内では西側に偏在しています。やはりその地域偏在を考えながら、この地域医療構想にどういうふうに精神科が加わっていけばいいのかなというのを、きょう考えさせていただきました。どうもありがとうございました。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。貴重なご示唆というか、多分その偏在のところが地域連携、都内での連携の仕方とか、多くのノウハウをご存じだろうと思いますので、またいろいろ調整会議等でも発言をいただきたいと思います。よろしくお願ひします。

ほかにご発言、もう過ぎておりますけども、何かあれば。

では、きょうはここまでとさせていただきますということでお願いいたします。では、事務局にお返しします。

○榎本保健医療計画担当課長 本日は、長時間にわたり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。①の本日の資料でございますが、机に残していただければ、事務局から後日郵送をさせていただきます。本日、お車でいらっしゃる方がいる場合につきましては、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせをいただければと思います。

事務局からは、以上でございます。

○猪口部会長 以上をもちまして、終わりということで。どうもありがとうございました。

(午後 5時48分 閉会)