

平成 2 9 年度第 2 回  
東京都地域医療構想調整部会  
会 議 録

平成 3 0 年 3 月 2 6 日  
東京都福祉保健局

(午後 5時00分 開会)

○遠藤医療政策課長 定刻となりましたので、ただいまから、平成29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、年度末の大変お忙しい中ご出席を賜り、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、医療政策部医療政策課長、遠藤が進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

初めに、委員の皆様の出欠についてご報告をいたします。本日でございますが、井上委員、塚本委員、八巻委員より欠席のご連絡をいただいております。

また、安藤委員の代理といたしまして、東京都医師会新井理事に、小原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瓜田副院長にご出席をいただいております。また、内藤委員からは、到着が30分程度おくれる旨ご連絡をいただいております。

続きまして、本日の会議資料でございます。資料1から資料8、参考資料、また、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、ご説明をさせていただきますので、落丁等がございましたら、事務局まで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公開となります。ただし、委員の皆様の発議により出席委員の過半数で議決したときは、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)

○遠藤医療政策課長 ありがとうございます。

また、マイクでございますが、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きますようお願いをいたします。

それでは、以降の進行を猪口部会長、よろしくお願いいたします。

○猪口部会長 皆様、お久しぶりでございます。きょうは、1、2、3が報告、4がちょっと議論かなと、5のところは、また報告を聞くというような内容かと思えます。

最初の1、在宅療養ワーキングの開催についてということで、事務局より説明をお願いいたします。

○沢辺保健医療計画担当 それでは、資料3-1をごらんください。在宅療養ワーキングの開催結果でございます。

前回の調整部会で設置についてご報告をしたものとなってございまして、目的は、資料上段の記載のとおり。会の構成は、調整会議にご参画いただいている方に加えまして、資料に下線でお示ししております、在宅医、介護支援専門員研究協議会、老人保健施設協会にご参加をいただいております。

資料の下段左側、開催日等につきましては記載のとおりでございます。昨年10月からことしの1月にかけて開催をしております。

当日の内容につきましては、右側をごらんください。初の開催ということもございまして、初めに地域医療構想についてや本ワーキングについてご説明をした後、意見交換を実施しております。

意見交換のテーマは大きく二つございまして、まず一つ目が、在宅療養に関する地域の現状・課題等について、二つ目が、地域と病院の連携についてでございました。

テーマごとに出されました意見につきましては、主なものをご紹介します。資料3-2をごらんください。こちらは、テーマの一つ目、在宅療養に関する地域の現状・課題等についての意見をまとめたものになっております。2枚目が、構想区域ごとの意見となっておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

表の左側にキーワード別に意見をまとめましたので、それに沿ってご紹介をしていきます。

まず初めに、医療資源等では、丸の二つ目、在宅専門の診療所には医師会に所属していない先生も多く、取組がわからない。その影響もあってか、その下の丸の三つ目、在宅医の数が適正かどうかわからないという意見が聞かれました。

機能分化という視点では、丸の一つ目から三つ目にかけて、今後は在宅専門医とかかりつけ医が連携しながら対応していく必要がありますが、疾病等で需要ニーズも異なるため、全体としてどう整備していくかを検討する必要があります。そのためには、在宅医療のニーズをきちんと把握する必要があるとの意見がございました。

その下の多職種連携では、丸の一つ目、ケアマネがかかりつけ医に知らせずに訪問診療の先生に切りかえているケースがあるという声がございました。その声に対しましては、ケアマネ側から、在宅医療につなげる際には、かかりつけ医に相談するように共通認識を図っているというお声も頂戴しております。

I C Tにつきましては、丸の一つ目で、I C Tとはいっても、複数のシステムが運用されているという課題がある一方で、今後、災害時等での活用が見込めるとの意見も頂戴しました。

24時間の診療体制では、丸の二つ目、患者の医療依存度が高い場合の対応に苦慮するとのお声や、その下、「自分の患者は自分で診る」という意識を持った先生もいるというお声がありました。

また、下から二つ目の都民の意識・普及啓発をごらんいただきますと、在宅療養に対する患者・家族への理解促進が重要との意見が多く出ました。

続きまして、資料3-3をごらんください。テーマの二つ目、地域と病院の連携についての意見をまとめたものになっております。上から順にご紹介していきます。

広域的な連携・取組につきましては、区や市を越えると連携が難しく、広域的な連携についての検討が必要というご意見。

その下、情報共有では、丸の二つ目、転院時に情報共有ができていなかったり、かかりつけ医の先生の情報が引き継がれていない等の問題が指摘されました。

入退院調整におきましては、非常に多くの意見を頂戴いたしまして、丸の一つ目、病院へ紹介した患者さんが地域に帰ってこないですとか、その下、どちらかと言うと、地域密着ではない在宅専門のクリニックを限られた退院調整の時間の中で、機動性のよさから利用してしまうという退院調整担当の看護師がいるとのご意見。また、ケアマネとの連携が大きなポイントになってくるとの意見が出ました。

老健の代表からは、老健ではショートステイ、レスパイトの受け入れが可能であるため、もっと今後は活用してほしいという意見がございました。

また、全体を通しまして、医療・介護だけではない、経済面ですとか、独居などの社会的な環境から在宅療養を勧めることが難しいという意見も多かったように思います。

次年度の在宅療養ワーキングは、今回出されました意見をもとにグループワークを実施し、さらに議論を深めていければよいと考えております。

資料3-1から3-3の説明は、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。

在宅療養ワーキングというのは、地域医療構想の最終的な、地域医療構想は、中心となっているのが入院医療の提供体制ですけれども、どうしても、今後、在宅診療・在宅の医療が進まない連携がうまくいかないということで、ここの目的のところ、現状と課題、今後の取り組みということ議論していただくということでやっていただいたわけですけれども、これについて何かご質問だとかご意見はございますか。

山口委員、どうぞ。

○山口（育）委員 今のご説明の中で、資料3-3の入退院調整のところですが、今、紹介率とか逆紹介率ということがすごく言われている中で、地域連携ということが進む方向だと思うのですが、一番最初の、病院に紹介した患者が地域に帰ってこないというのは、どれぐらい共通したご意見だったのでしょうか。ある地域に限定的なのか、全体的に言えることなのか。特に東京みたいに、急性期の病院とはっきりしているところというのは逆紹介に力を入れていらっしゃると思うので、そのあたりが一部の意見なのか、全体的な問題なのかということをお聞かせいただければと思います。

○猪口部会長 どうぞ。

○久村地域医療担当課長 こちらのほうは、今のお話でいくと、どちらかと言うと、全体的にいろんな圏域の会議でこういったご意見をいただいたところがございます。

○猪口部会長 何か、それはどうしてそうなるんだみたいな話というのは出ませんでしたか。

○久村地域医療担当課長 それが、3-3にも記載してございます、2番目の丸のところ、限られた退院調整の中で受け入れ先を探すに当たっては、既に顔なじみの関係になっている在宅療養の専門の先生に紹介しがちだというふうなところがございました。

あと、やはり病院のほうで、かかりつけ医の先生は在宅ができないというふうな判断をされてというところも、あるようには伺っています。

○山口（育）委員 例えば、あるいは病院に入院をしたけれども、在宅に戻るということが不可能で、別の医療機関であったり、施設に行っているという可能性もあるんでしょうか。

○久村地域医療担当課長 それはまたそれで、患者さんの状況に応じてということになるかと思います。

○猪口部会長 これに対して、新田先生とか、在宅をなさっている先生的に意見はございますか。

○新田委員 今の課長の言われたとおりだというふうに、聞いておりました。

○猪口部会長 山口委員、どうぞ。

○山口（武）委員 在宅専門の診療所が、なかなか実態が十分把握されていないというのが、在宅の話し合いのときに出てきたんですが。なかなか、皆さん、在宅専門の診療所が医師会に属していないということもあって、実態が十分把握されていないということで、これを今後把握することを検討されるんでしょうか。

○猪口部会長 新田委員、どうぞ。

○新田委員 先ほど在宅医療ワーキングというのをここで認めていただいて、大変うれしい話ですが、そのワーキングの中で、在宅支援診療所、専門の人たちを集めた会も開催しようと思っております。特に23区においては、その方たちを医師会の加入も含めて、協力体制をお願いするということは重要だ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。

私のほうから質問なんですけれども、3-2の資料で、ニーズとマッチングとか、この辺のところがよくわからないというのが、一番最初の医療資源等であるんですが、現実的に多くの医療機関の先生方は、患者さんを在宅診療にしようと思ったときに、どうしてもできないなというような、今、需要と供給のアンバランスを感じていらっしゃる先生方はいましたか、その会議のときに。もしくはこの皆さんの中でも結構なんですけれども。会議のときには、そこまで行っていない。

○久村地域医療担当課長 それぞれ、これはまた地域ごとにございまして、結構、今、十分じゃないのというふうな圏域もありましたし、いや、まだまだ足りない、それから、これからどんどん在宅のニーズがふえていく中では、やはりこれから在宅に参入してもらわないと困るというふうなご意見もございました。

○猪口部会長 既に足りないというふうに感じているところがあったということですね。それはどの辺の地域だったんですかね。要するに、そういうふうに感じているところは、調整会議で重点的にそれを話してもらわないと困るわけですね。

新田委員、どうぞ。

○新田委員 今、委員長が言われるとおりでございまして、今、在宅医療に関する需要と供給の数的なものが正確には出ていないというのは、実態でございまして。その意味で、ワーキングでもことしの目標は数的な指標をきちんと出すと。需要と供給を出すという

ことの中で、明確化すると。足りない、足りないって今まで言われていたんだけど、今言われたように、どこが実際どのように足りないのかということが見えないんですね。それが仕事だというふうに思っています。

○猪口部会長 山口委員、どうぞ。

○山口（武）委員 今、在宅の総数も大事ですけども、実はがんの患者さんの在宅と、いわゆる脳卒中の後の患者さんの在宅と、実際に分かれていると思うんですね。対応は、やっぱり違ってきますので、全体に一くくりで在宅医の数が足りているという言い方は、逆に実態とずれてくる可能性があるんじゃないでしょうか。

○久村地域医療担当課長 やはり、今まで、例えば保健医療計画の中でも、訪問診療の必要量みたいな形で数字を出させていただいておりますけれども、本当に患者さんの状況によって違うと思うんです。介護の関係も、あるいは医療依存度というところでも。

それで、来年度、在宅の取り組みの一つとして、それぞれ各市町村さんのほうに、もう少しきめ細かく患者さんの状況と、それから医療資源の状況を把握していただいて、それを踏まえて、今後検討をしていただきたいというふうなことを考えておりました、そちらのほうのモデル的な取り組みをコンサル会社と連携してつくっていくような新たな取り組みを予定しておりますので、そういったところは、先ほどの新田委員のお話にもつながるんですけども、区市町の取り組みを促進していきたい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。

希望なんですけれども、在宅の療養ワーキングに関しては、まず数、診ていただける先生方の数、量的な問題と、あと効率性の質の問題と、ぜひ両方とも育てていただければよいと思います。

まず報告の1に関しては、それでよろしいでしょうか。

（「異議なし」の声あり）

○猪口部会長 続きまして、平成29年度第2回東京都地域医療構想調整会議開催結果について、お願いいたします。

○沢辺保健医療計画担当 資料4-1をごらんください。平成29年度第2回地域医療構想調整会議の開催結果でございます。

資料左側、開催日と参加人数につきましては、ごらんのとおりとなっております、昨年の11月からことしの1月にかけて、在宅療養ワーキングが終了次第、順次開催いたしました。

資料の右側が当日の内容となっております。まず東京都より、平成28年度の病床機能報告の詳細結果や、先ほどご報告いたしました、在宅療養ワーキングの内容等をご紹介いたしております。

その後、地域の課題解決に向けてということで、今年度第1回の調整会議で抽出した構想区域の課題につきまして、調整会議の構成員だけではなく、その他希望する医療機

関の先生方にも自由にご参加いただきまして、グループワークを実施しております。

1枚おめくりいただきまして、2ページ目をごらんください。こちらは、グループワークのテーマについてでございます。グループワークは2テーマ実施いたしまして、一つ目が資料上段、こちらは全構想区域で取り上げたテーマでございますが、地域包括ケアを支える病床を効率的かつ効果的に活用していくための方策。

下段から資料4-1の最後のページまでは、構想区域別に地域の特徴、課題、グループワークテーマをまとめたものになっております。今年度第1回の調整会議で、地域の特徴から課題を抽出いたしまして、その中の一つを二つ目のグループテーマとしております。構想区域別のグループワークテーマをごらんいただきますと、情報共有ですとか、連携といったものが多くなってございます。

続きまして、資料4-2をごらんください。こちらは、全構想区域共通で行いました地域包括ケア病床を効率的かつ効果的に活用するための方策で出された意見をまとめたものでございます。

構想区域別の意見は、2ページ目以降のA3資料にまとめておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

A4の1ページ目を使って、主な意見を紹介いたします。当日出ました意見を、表左側記載のカテゴリー別に整理しております。②番の見える化をごらんいただきますと、医療機関や施設の役割・機能を地域で明確化し、リスト化する等でわかりやすくしたほうがよい。病床の分布をわかりやすくしたほうがよいというご意見。

その下③番、地域包括ケア病床では、地域からの受け入れよりも、院内転棟での利用が多くなっているという現状や、在宅復帰率等の施設基準のハードルが高いというご意見。

その下④番、住民に対してでは、まだまだ地域包括ケアシステムへの理解が十分ではなく、大病院志向が強いというご意見が多く聞かれました。

⑤番、連携では、これからは決まった病院同士の連携のみではなく、幅広い顔の見える関係づくりが必要になってくるとのご意見。

先ほどの在宅ワーキングでの意見とも重複いたしますが、病診連携におきましては、情報共有の課題や医師会に所属していない医師との連携についての課題が聞かれました。

連携に当たっての、⑥番の情報共有では、ICTの活用に関する意見が多く出されました。

最後の⑦番、役割では、これからは競争ではなく、地域の中で協力していくべきというご意見や、役割分担という視点から、救急を行う大病院は断らずに、積極的に救急を受けるべきというご意見もございました。また、誰が患者さんに対してリーダーシップをとっていくのかにつきましては、患者さんの一番近くにいるかかりつけ医がよいのではないかという意見が出ておりました。

続きまして、資料4-3をごらんください。こちらは、構想区域別のグループワーク

結果をまとめたものになっております。表の左側にテーマ、右側に、当日出ました意見から導かれるキーワードをまとめております。先ほどのテーマ①でもそうでしたが、情報共有と連携についての意見が非常に多かったように思います。

情報共有に関しましては、1枚おめくりいただきましたA3資料の1ページ目、細かくて恐縮ですけれども、一番左にございます、区中央部の、上から二つ目の箱の丸の二つ目で、かかりつけ医・病院・その他関係者が患者情報を共有化できる仕組みづくりが急務というご意見が出されましたり、同じページの一番右側の区西南部の上から二つ目の箱の丸の三つ目、情報が多くなり過ぎており、その整理も必要ではないかという意見が出されました。

また、ICTの活用についても意見が多く出されまして、1枚おめくりいただきましたA3資料2ページ目の一番右側の区東北部の上から二つ目の箱の丸の一つ目では、情報共有に当たってのルールづくりとして、ICTによる連携は、小さな規模では既にいろいろ行われており、それをより広域的にしていくことがよいのではないかというご意見がございました。

また、連携におきましては、かかりつけ医との連携、多職種連携という誰と連携しているのかという視点もございました。

同じページの真ん中の区西北部の一つ目の箱、多職種連携の丸の三つ目、こちらではケアマネとうまく連携できているケースもあれば、そうでないケースもあり、多職種を含めた会を設ける努力が必要というご意見を頂戴しております。

1枚おめくりいただきまして、3ページ目、一番左の区東部の下から二つ目の箱の一番下の丸をごらんいただきますと、後方支援病院におきましては、在宅患者の急変時対応を行うという取り組みもありますが、なかなか受け切れていないケースもあるというご意見がありました。

同じページの真ん中の西多摩の下から二つ目の箱では、連携の円滑化といたしまして、一番下の丸、患者の受け入れをスムーズに行えるようなルールづくりをしていく必要があるのではないかというご意見がございました。

1枚おめくりいただきまして4ページ目の真ん中の北多摩南部の下から二つ目の箱の丸の三つ目では、退院調整を行う能力を持った人を育てることが難しいという人材確保育成の視点からのご意見もいただいております。

1枚おめくりいただきまして、一番最後にA4縦の資料が入ってございます。こちらは、島しょの調整内容の議論のまとめとなっております。島しょにつきましては、在宅療養ワーキングとの合同開催といたしまして、今回は「島内における在宅療養の取組について」をテーマに、三つの視点から意見交換をお願いしております。

一つ目の視点。島内での在宅療養支援を行うに当たっての課題におきましては、丸の三つ目、退院できることと、島でADLを保って暮らせることのギャップは大きいというご意見。

三つ目の視点。今後、在宅療養を希望する患者がふえた際の対応におきましては、丸の三つ目で、今後は離島同士の連携や、本土における急性期対応以外の入院についても検討をしてほしいというお声がございました。

資料4-1から4-3の説明は以上でございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

佐々木委員と田村委員が、調整会議の座長を務めていただきました。先ほどの議論のまとめに加えまして、実際に会を取りまとめた感想、ご意見などがございましたら、お話しいただきたいと思います。

まず、じゃあ、佐々木委員から、よろしくをお願いします。

○佐々木委員 区中央部の座長をさせていただいております、浅草医師会の佐々木でございます。

今の説明にありましたとおり、今回のグループワーク、非常に活発な議論ができてよかったと思います。キーワードとしては、やはり、連携の強化、それから情報の共有、退院調整というものが多く見られました。連携にしろ、情報共有にしろ、先ほどから話がありますように、区単位の狭いエリアでは十分行いつつ、できつつあると。既に顔の見える関係であれば情報の共有はできているんだという意見も多くあったと思います。

一方で、区を離れてしまうと途端にうまくいかなくなるという意見が多かったように思います。例えば、退院調整のために退院時連携シートというのを区単位でつくっているところが多いと思いますけども、それが、区単位でやっていますので、区外の病院との連携がうまくできないということで、ICT連携もそうなんですけれども、こういうようなツールというのは、ある程度、広域的なフォーマットなり仕組みを用意しないと、顔の見える関係はいいんですけど、見えないところとのつながりがうまくいかないのではないかというような印象を持ちました。

また、先ほど、退院した患者さんが地元に戻ってこないという話がありましたけども、その原因の一つが、転院をしたときに、その情報がうまく引き継がれないというところがあるかと思います。これが大事なのは、やはり、そういう情報を引き継ぐためのツールなり仕組みの統一化、それから、やはり、その退院調整をつかさどる医療連携室のようなどころの充実があるのではないかと思います。

それから、これからの調整会議のあり方にもあると思うんですけども、必ずしも、各医療機関が圏域の中で動いているわけではないということが、よく聞かれました。特に、圏域の端のほうで、隣の隣接する圏域とのやりとりのほうが多いので、何でうちがこの圏域なのかというような意見もありましたし、それから、交通網によっては、その圏域の中で動いているのではなくて、電車の便とか、そういう圏域で動いている、患者さんの動きで動いているということで、圏域に限らず、その動きによって情報の共有とか、会議の進め方をやることも大切なのかなと思いました。

それから、大病院ですね、特定機能病院とか、どうしても、会議で見ていると、余り、

その調整会議のほうを向いていないような印象があるんですけども、逆に言うと、その特定機能病院のような大きなところは、広い圏域とかかかわっていますので、ぜひともそういう大きな病院は、より広い圏域とのやりとりを進めていくべきではないかなという印象を持ちました。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

続いて田村委員、お願いいたします。

○田村委員 今、いろいろ報告があったように、南多摩地区は――南多摩地区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。いろいろ共通の論点がございましたが、地域によるばらつきなんです、これ、二次医療圏によるばらつきというよりも、南多摩医療圏の5市においても非常に大きなばらつきがあります。つまり、具体的に言いますと、まず、在宅訪問診療が足りているかどうかという話。大きな八王子市、町田市は、まだちょっと足りない。日野市は、ちょうどいい。多摩市は、かなり余りぎみだというふうな感じですね。

それと、いろいろ言われている中で、患者さんの在宅移行についての話なんですけれども、やっぱり、病院、主治医の一言が極めて意味があると。つまり、患者さん、あるいは患者さん家族が、退院して家で療養したいんだけどもどうかというふうに話をしたときに、いや、無理だと思いますよの一言で、もう患者さんは、決して退院を考えなくなる。そんな、何というんですかね、ちょっとした一言、特に、入院中、命を助けてくれた主治医の一言というのは絶対的な意味がありますので、そういったことが、実は大きな影響を持っているというふうな話題がございました。

それから、実際に、退院移行が順調にスムーズに行くかどうかということなんです、ほかの、例えば、紹介した患者が別のところに行ってしまうということなんです、これ、病院側から見ますと、実際に、じゃあ、在宅に戻そうかというときに退院時カンファレンスというのをするわけですね。その退院時カンファレンスというときに、さっとフットワークよく担当医が来て、あるいは、訪問看護師が来て話がスムーズに行くところ、なかなか忙しいので病院にも行けない。そういう情報交換がうまくいかないようなところがありますと、どうしても、そういうスムーズにフットワークがいいところに患者さんが流れていくというのは否めないと思いますし、やはり、その診療所の機能を、やっぱり、退院した後、何かこれがあったら、どんな時間でも臨時訪問をするかどうか、あるいは、それはちょっと無理と。訪問できるのはお昼休みだけなんだから、その時間にしてくれというふうなところとでは、やっぱり、安心して在宅に行けるかどうか、そういったところに差が大きく出るんじゃないかと思います。

それから、もう一つ、入退院調節係、そこの担当者の、何というんですかね、働き、動き、これも非常に大きいわけですが、病院によって大いに差があることと、南多摩地区の場合は、ほかの二次医療圏に比べて、若干、そういう入退院をつかさどる関係者の

顔の見える関係づくりが、ちょっと、こう一步、おくらしているような感じがいたしました。それについては、みんな、問題意識を持っておりまして、最近、急速にそういった動きをしているわけでありまして、そういったところが一つの課題だろうと思います。

そして、ちょっと、最後に需要と供給のバランスということなんですが、需要というのは、医療機関から見て在宅移行させたい数なのか、それとも、患者さんが在宅移行を望む数なのか、この二つに大きなギャップがあるわけですね。まあ、えてして、議論が医療サービスを供給する側、つまり、ここに集まっているのは、全て医療サービス提供側の人たち全てではないのかな。そういう議論になされているわけですが、実際に在宅移行を本気で望む患者さんの数と、在宅療養をしようとする医者数を比べると、そんなにバランスは崩していないかもしれないというような気もいたします。その辺が、今後の議論の視点として大丈夫じゃないかと。

私の私見を交えてですが、以上、報告させていただきました。

- 猪口部会長 どうもありがとうございました。詳しくいろいろお話しいただきまして、ありがとうございました。

事務局のほうとして、その他何かございますでしょうか。

- 沢辺保健医療計画担当 資料4-4をごらんください。こちら、毎回の調整会議が終了後に実施しております、各構想区域ごとの座長・副座長の先生にお集まりいただき、意見交換会で頂戴した意見をまとめたものでございます。今回の意見交換会の中では、今後の進め方につきましては、先ほど、佐々木先生からお話を頂戴いたしましたように、調整会議ですかとか、その他地域の会において、顔の見える関係というのは醸成されつつあるため、今後は顔の见えない人とどう関係づくりをしていくかということが大切というお話がありました。また、役割分担という視点からでは、顔の見える関係ができていないため、丸の一つ目、いよいよ、じゃあ、役割分担をどうしていくのかというステップに入る必要があるというご意見がございました。

議論の進め方につきましても、医療機能ごとに広さを変えて実施する会があってもよいのではないかとご意見ですとか、区市町村単位で話し合ったほうが有意義な話がある一方、もっと広域的な議論が必要なテーマもありますので、そういった二面性を持ちながら議論を進めたほうがよいのではないかとご意見を頂戴しております。

事務局からの補足は以上でございます。

- 猪口部会長 ありがとうございます。

そのほかにも今の佐々木委員、田村委員以外にも調整会議に出られた先生はいらっしゃると思いますが、何かご意見はございますでしょうか。

ちょっと、時間稼ぎ的に話をすると、それぞれの調整会議で、ほとんどキーワードが似ているというお話がありました。これは、この問題に関して言うと、東京都全体の課題と捉えてこういう問題はこうやって解決しましょうみたいな、そういうリストをつく

り上げていってもいいような気がしますけどね。情報共有を図るためには、こういう会議をせっせとやりましょうとか、ICTに関しては、こういう方針でやったらどうですかとか、そういう、何か決まった、これ、進めていきゃいいじゃないかということが山のように出てきたような気がするので、それを着実に進めていくと。それは調整会議というよりは、まあ、何というんですか、行政的な施策で進めていけばいいような気がしますし、どうなんでしょうか。そういうふうに印象を持ちました。

ほかに何かありませんか。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 西多摩で参加させていただいておりますが、西多摩の在宅医の先生のほうから、急性期病院への入院に関して、入院しづらいという意見がありまして、ほかの地域でもあるようですけれども、急性期の先生方にちょっと聞いてみたところでは、急性期、大規模な急性期病院ですけれども、そちらのほうの先生方の意見としては、在宅へもう、戻したんだから、もう急性期病院へは戻さないでくれというような意見がありまして、もう在宅へ行ったら終末期的な意見だったんですね。これは、西多摩特有の出来事なのか。それであれば西多摩で解決していきたいと思えますけれども、話し合ってますね。ほかの地域では起きていない現象なんでしょうか。

○猪口部会長 ご経験は、ある先生はいらっしゃいますか。

内藤委員、どうぞ。

○内藤委員 最初から大病院が断ってしまうということはないですけれども、例えば、誤嚥性肺炎であったりとか、慢性心不全を何回か繰り返した場合には、やはりもう、うちの適用じゃないから来るなど言っているような病院は、実際にはありますし、ちょっと前ですけれども、大病院との意見交換会の中でも若い先生方は、もう診たくないといったような、そんな意見も出ておりました。ただ、やはり、だんだんと今の時代、もう高齢の方を対応していくのは急性期であろうと、医療機関のほとんどが、もうそういう対応をしていく中では、そういった意見は、だんだんと消えてくるのかなと思えますが、ただ、どうなんでしょうかね、大装備の、重装備の病院において、そういうご高齢の方の医療を提供するということが、採算に合う問題なのかどうかと、ちょっとそこら辺も少し、気になるところではありました。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

地域医療構想のたてつけから言えば、今、内藤委員のおっしゃったような、繰り返しているような状況だったら、それは地域包括ケアシステムに密着する病院が診るのが、たてつけになっているから、大病院のカテゴリーが、高度急性期、急性期であるならば、ある意味わかる。だから、むしろ、どちらかという在宅を診ている先生なり、地域で診ている方たちが、そういう地域包括ケアを支える病床に頼むという。そちら側の病床が明らかに足りないということだったならば、これは何とかしなくちゃいけないという話だけれども、理解の問題と、それから、数の問題とかがちょっとあるような気

がしますけれども、進藤委員、どうなんでしょうか、これは。

○進藤委員 数的には足りていると思いますし、供給されていると思うんですけども、今お話を伺って、やっぱりちゃんと話し合っていけば解決していきそうなんだなということわかります。ただ、両方ともにこう、なかなか理解を進めていくのが難しいなというふうに思います。

○猪口部会長 やはり、調整会議としては、そういうところをこう、理解し合うために、今後はやっていくというのは、大きなテーマなんだろうね。

ほかに、どうでしょうか。清水委員、何か話そうとしていらっしゃるように。

○清水委員 話そうというよりも、ちょっと私、この場では、高度急性期というふうなことを、代表というよりも、そういう役割を担っているみたいなので、今の進藤委員の、あるいは内藤委員の意見に対してのコメントということですけど、やはり、急性期、これは内藤委員がおっしゃったことと関係あるんですけど、急性期病院、あるいはまあ、高度急性期病院、あるいは、高度急性期病院としてやっていこうとしているところは、DPCの絡みとか、あるいは、診療報酬改定のたびに、やはり、その中でどういう疾患を重点的に扱わなくちゃいけないのかというのが、方向性がある程度決まってくるものですから、先ほどの話のとおり、そのあたり、地域の状況を十分把握していない若い先生のほうからは、繰り返しの誤嚥性肺炎なんかは診たくないというふうな意見が出ているというのもよくわかりますし、出ているんだろうと思います。それで、当然ですけど、そういうのが、先ほど座長の先生のほうからもお話がありましたように、その地域の中で、高度急性期医療を担うところと、それと、急性期、あるいは亜急性期、あるいは地域包括ケア的なことですね、担うような病床がいろいろちゃんと整っていれば、そういうところと役割分担をするようなというイメージとして私は考えておりますし、所属の病院では、そういうふうな方針でやっているつもりです。ですから、在宅に行った人を、もうはなから断るといふようなことはしていないつもりです。その地域のどこかの病院で診られるように、我々のところは、グループ内の病院というイメージなんですけれども、そういうふうなつもりでやっております。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

手が、先ほど上がりました。田村委員、どうぞ。

○田村委員 これも在宅にいる患者さんの類型によると思うんですけど、まず、山口委員からのがんと非がんの患者の違いの話ですが、実際に、がんの患者さんが在宅に帰るときに主治医の一言が大きいという話をしましたが、主治医が、何かあったら、また僕が診るから、すぐに病院に戻ってきてくださいねという一言が、すごく大きな背中を押す力になるんですね。実際に、私が訪問診療していた例でも、がんの末期の患者さんが、ぐあいが悪くなって、結局戻ったのは大学病院なわけですよ。そういったことをお話ししたところ、これは構想会議ではないんですけども、大学病院の院長先生から、都度や

やっぱり大学病院に戻されては、ちょっとと。やはり、それは地域包括ケア病棟の役割じゃないかというふうなニュアンスのご発言がございまして、まさに建前としてはそうなんですけれども、実際に勝負の早い、テンポの速いがんの患者さんなどについては、一旦退院したら戻れる病院が違うというのは、やっぱり非常に大きな壁になるという実態はあろうかと思えます。ですから、そういった部分も踏まえて対応していかないと、なかなか供給側の思いどおりに患者さんが動いてくれないという面があるんじゃないかと思えます。

○猪口部会長 本当に大きなご示唆だと思います。地域医療構想を進めていくということで話をすると、先ほどの診療報酬で、診療報酬の視点から言うと、大病院にとって繰り返すとか、それから、もう、急性期の治療は終わったがんの患者さんにしてもそうですけれども、なかなか、非常に難しいところが出てくるだろうと思うけれども、患者さんの立場からしてみるとねというところは、やっぱり診療報酬を超えているところがありますのでね。

一方で、大病院の先生、若い先生がうちに戻っておいでという、そのところと、今、現状の日本の医療提供体制がこういう方向性で行っているよというところの、勉強不足の部分もありますよね。だから、全員が、やっぱりこう、ステークホルダーになる人たちが、全員勉強、現状を知らないとまずいんだなというところは、非常に感じたところなんですけれども。

はい。どうぞ。

○迫村委員 新宿区で開業医をやっている迫村と申します、今、田村先生からがん患者のお話がありましたが、非がんである慢性心不全は、入退院を繰り返すことで高齢者が病棟に負荷をかける「心不全パンデミック」という大きな社会問題になっています。今年度新宿区医師会では高齢心不全に関するグループワークを行い、区内7病院の循環器内科医師や病棟看護師に来ていただき、開業医・地域の多職種を交えて話をしました。私の中で非常に強く感じたのは、病院の先生方が患者の生活や地域の医療介護について深く知る努力を病棟で行い、病棟からどのようにしたらスムーズに地域に戻せるか熱心に取り組んでいるということでした。高齢者が心不全入院すると、即座にソーシャルワーカーが入り退院調整業務が始まり、またリハ職を入れ早期に家に帰していくことをすごく真剣に考えていらっしゃる。そういう病棟の姿を若い先生方も見ているので、病院レベルで意識が変わってきているということ強く実感しました。ですから、今度は地域側でも病院側のニーズに応えるべく、入退院を繰り返しながら高齢心不全患者の終末期を在宅で看取ること。もう入院はいいから在宅で亡くなりたいご希望をかなえる。そこには繰り返しACPを行い患者家族の意思決定支援をする。それが地域側できちんとできるかどうかというところがポイントになってくるのではないかと思います。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

山口委員、ぜひ話してもらいたいなと思ひまして、今。どうぞ。

○山口（育）委員 委員 先ほどから伺っていてやっぱり、医療者の意識もさまざまなところがまだあると思うんですけれども、このいろんな課題が出てきている中で、やはり都民の方の、都の中で今どういう問題が発生していて、この地域では、こういう問題が起きている。だから、こんなことを理解してもらわなきゃいけないというようなことが、少し出てきていると思うんですね。それで、これ、2025年に始まるんじゃないかと、今から準備をしていかないと、2025年がやってこないということからすると、少し、都民の方に対して情報提供する準備ができつつあるんじゃないかなという気がするんですけれども、そのことについて東京都として、都民の方への働きかけということの今の準備状況であったり、今後の方針であったり、ちょっとこれ、今からやらないと間に合わないんじゃないかなという気がしまして、意識というのは、なかなか、途端に変わるわけではないので、まず現状を知ってもらうことと、何を理解しないといけないのかということの情報発信をぜひ、都民の方にしていただきたいなということ、さっきからお聞きしていて、そこがないと何も始まらないんじゃないかと。でないと、何か翻弄されてしまっていて、大病院で戻っていいよと言われると、その人は戻れる。でも多くの場合は、その方向性じゃないので、いや、もう、こっちには来られませんよと言われて右往左往しているというのが現状だと思いますので、そのあたり、ちょっと聞かせていただければと思います。

○猪口部会長 どうでしょう。

久村さん、どうぞ。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。

じゃあ、ちょっと在宅療養についてということでお話しさせていただきますと、確かに、今、都民の意識調査をしますと、長期療養になった場合に、在宅で暮らしたいという形が4割いらっしゃる。ただ、そのうちの5割以上は、でも現実は無理だと思っていらっしゃるんです。その理由の一つに、在宅でどの医療、ケアが受けられるかわからないというふうなお声もいただいておりますので、やはり、都民の方への理解促進というのが必要かなと思っておりまして、これも来年度の新たな取り組みとして、東京都において在宅療養を都民の方に知ってもらうような普及啓発のDVDをつくりたいなと思っております。そちらをそれぞれ各区市町村さんのほうと連携して、区市町村さんのほうから、自分の地域にカスタマイズしてもらうというか、その地域の現状も踏まえて、今度、身近な住民の方にお話しいただく、そういった区市町村と連携して都民の方に、この在宅療養、それから地域の取り組みとこのことを知っていただけるような取り組みができないかなというふうに考えているところです。

○山口（育）委員 DVDをつくって、都民の方はそれを見る機会というのは、どういうときにあるんでしょうか。

○久村地域医療担当課長 そこを区市町村さんのほうにお願いして、例えば、いろんなやり方があると思うんですね。よく話に出ますが、やはり地域包括ケアというと、かな

り、当然、小さい範囲でございますから、そういった町内会であったり、老人クラブであったりというところと連携して、区市町村のほうから、そういった関係機関と連携して届けるというふうなやり方もあろうかと思えますし、そのあたりも、まずDVDをつくって、それをこういうふうに普及啓発をしてくださいねというモデル的な取り組みを含めて、ちょっと、連携していきたいなというふうに考えています。

- 山口（育）委員 そういったときに、こう、うまくやる地域ってあると思うんですね。で、うまくやっている地域をぜひ集めて好事例をほかに、こういうふうにするとうまくいったというのを広めていただくと、うまくいっているところだけがうまくいきますじやなくて、それを共有するということが大事なんじゃないかなと。
- 久村地域医療担当課長 ありがとうございます。そういうのは、たしか、好事例、モデル事例の発信というのは、東京都の役割でございます。今、区市町村さんと、それから各地区医師会さんと全ての区市町村さん、地区医師会さんに集まっていたいただいて、連絡会というのを東京都医師会さんと共催でやっているんですけど、その中で、いろんなさまざまな在宅の取り組みの好事例というのを紹介させていただいて、それを持ち帰っていただくというような取り組みを行っておりますので、そういった中なんかでも連携を深めていきたいと思っています。
- 猪口部会長 どうでしょう。当事者になりつつある福内さん。今話を聞いて。
- 福内委員 区の中で在宅の連携会議等々、持って進めていますけれども、やはりそういう中で、区民・都民の理解というのは非常に重要だというふうに思います。ちょっと私は、他の区はわかりませんが、今おります江東区では、区民への理解促進ということで、おとしから、まず民生委員さんを中心ということで、地域包括支援センターと協力しながら、在宅療養のハンドブックを使ってご説明をしながら進めたり、それから、今年度は、一般の区民の方を対象にシンポジウムをして、在宅療養ってこんな多職種がかかわってというようなことも進めております。ですので、東京都のほうでDVDをつくっていただければ、地域包括支援センターですとか、いろんなところと協力して、どう使えば逆に効率的なのか、効果的なのかということは議論をして、使っていけると思います。
- 猪口部会長 どうもありがとうございます。

在宅療養の理解というのは、結構深まっていたいただいているのではないかなと、そういう機会もふえてきているのではないかなと思うんですが、この地域医療構想が患者さんに及ぼす影響というものを説明している会というのは、そうないのではないかなと思います。この今までの調整会議、第2回目をやりまして、キーワードがたくさん出てきた。それから、今、きょうも、こう、お話が出てきて、いろいろ課題が見えてきて、だけど、それは調整会議で話し合っても解決できるという問題ではなくて、やっぱり、行政的施策で進めていくしかないなというようなことも、ちょっと見えてきたような気がしますので、ぜひ、都庁の皆さんにはご検討いただきたいなと思うところで、この2番に関し

ては終わりにしてよろしいでしょうか。何かご発言はございますか。よろしいでしょうか。

(なし)

○猪口部会長 では、(2)は終わりにしまして、(3)ですね。公的医療機関等2025プランの策定について、よろしくお願いいたします。

○沢辺保健医療計画担当 資料5をお願いいたします。

地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」の策定状況についてでございます。こちら、前回の調整部会でご報告したとおり、昨年8月に地域医療構想実現に向けまして、自院が今後どのように取り組んでいくのかを、病院みずからプランとしてまとめるように厚生労働省が求めたものでございます。

策定対象は、日赤や済生会などの公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院となっております。プランには、病院の基本情報に始まりまして、構想区域の現状と課題、それを踏まえた自院の現状と課題、また、今後、地域へどういう役割を果たしていくのか、どういう病床機能を持つのかについてまとめていただいております。

現在の策定状況でございますが、62病院中58病院で策定を終えていただいております。策定率が93.5%となっております。平成30年度は②に記載しておりますとおり、地域医療構想調整会議におきまして、本プランの内容について取り上げていく予定でございます。詳細は後ほどご説明いたします。

また、調整会議に先立ちまして、一つ戻っていただきまして①記載のとおり、各病院が策定したプラン内容をプレゼンテーションしていただく情報交換会の開催を予定しております。開催内容につきましては、1枚おめくりいただきました資料5の2ページ目をごらんください。こちらはプラン対象病院に通知した際に添付したものでございまして、4月に4回に分けて実施する予定でございます。都内の医療機関等に対しまして、プランについてプレゼンテーションを行っていただくことで、事前にプラン内容を共有していただき、調整会議での円滑な議論につなげていきたいと思っております。

続きまして、資料6と参考資料をあわせてごらんください。地域医療構想調整会議の進め方についてでございます。資料6の1枚目は、ことしの2月に厚生労働省が都道府県宛てに通知されました「地域医療構想の進め方について」という通知と、それに対する都の考え方をまとめたものになっております。資料の左側に国通知の内容、右側に都の対応を記載しております。上から順にご紹介いたします。

まず一つ目、地域医療構想調整会議において合意した具体的方針につきまして取りまとめを行った上で、取組状況を共有することにつきましては、従来どおり、この本調整部会におきまして取組状況の共有ですとか、今後の方針について協議を行っていくこととしたいと思っております。

二つ目、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」につきまして協議を行うことについては、先ほどご紹介したとおり、来年度1回目の調整会議におい

て取り扱っていきます。

三つ目と四つ目、担うべき役割を大きく変更する病院や、新たな病床を整備する予定の医療機関、また、病床全てが稼働していない病棟を有する医療機関につきましては、調整会議の場におきまして、今後の運営方針等について協議するよう求められております。こちらにつきましては、右側に記載のとおり、調整会議においてご報告するように周知をまずいたしまして、病棟全てが非稼働のものにつきましては、まずはその病床を活用するよう、そうでなければ病床を返還するよう求めていきたいと考えております。

最後、調整会議の開催回数についてでございますが、来年度も従来どおり、年2回の調整会議、そして在宅療養ワーキング、また、救急や災害などの疾病事業別の会議を開催しながら運営をしていきたいと考えております。

また、資料一番上に記載しておりますとおり、東京都といたしましては、従来どおり地域医療構想は医療機関の自主的な取り組みによって実現していくべきものと考えております。

1枚おめくりいただきまして、資料6の2ページ目をごらんください。

来年度の調整会議の進め方でございます。平成30年度の調整会議は、先ほど調整会議の開催報告でも意見を上げましたが、医療機関ごとの機能や役割の見える化を目的として進めていきたいと考えております。スケジュールにつきましては、資料上段をごらんください。まず4月に、先ほどご説明いたしました、公立病院改革プランと2025プランの情報交換会を実施いたします。それを受けまして、5月から第1回目の調整会議、10月ごろから第2回の調整会議、その間に在宅療養ワーキングを開催したいと思っております。

また、資料には記載がございませんが、それぞれの調整会議が終了した後、本調整部会を開催していく予定でございます。

第1回目の調整会議では、平成29年度の病床機能報告結果のご報告、公立病院改革プラン、2025プランについてのプレゼンテーションと意見交換を行います。プレゼンテーションと意見交換につきましては、今年度までの調整会議の内容を受けまして、地域でどのような役割を担っていくのか、また、その役割を発揮するために、地域の病院にどのようなことを求めていくのかという視点で進めていきたいと思っております。

第2回目の調整会議では、その逆といたしまして、両プラン策定病院に対しまして、地域の病院が何を望むのかという視点で、今年度同様グループワークを行いたいと考えております。

1枚おめくりいただきまして3ページ目をごらんください。こちらは以前からお示しております議論の進め方のイメージです。①の現状把握から課題抽出、解決に向けた検討と来まして、現在は星印と各医療機関が地域においてどのような役を担っていくのかを検討し、いよいよ動いていくという段階に入ってきたのではないかと考えております。

資料6の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。（4）の来年度の地域医療構想調整会議についても含めて、説明いただいたんですね。

○沢辺保健医療計画担当 あわせて、はい、そうです。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

今のご説明に対して、何かご質問はございますでしょうか、まず。

じゃあ、私のほうから質問。資料5にあるとおり、5の2ページ目にあるとおり、公立病院と公的病院のプランの説明を4月13から25で行っていただくと。それで、そのスケジュール、資料6の2ページにあるところに、第1回の調整会議の1で、第1回のところの丸三つ目ですかね。公立病院改革プランの、公的医療機関のプランのプレゼンテーションって書いてあるんですけども、この最初の意見交換会とこのプレゼンテーションは、質的には何か違うんですか。何か選んで話をすると。

矢沢部長、どうぞ。

○矢沢医療政策担当部長 まず最初のこの意見交換会のほうは、広い範囲で、少し広い範囲でこのプランを策定した方々にご発表いただいて、どこの医療機関の方も聞いていただけるような形で、まずは進めたいと思います。これは、先ほどから出ている、公的病院は広い範囲で連携が必要だろうということも踏まえての考え方でございまして、この会は、ちょっと、何というんですかね、プレ会議といいますか、実際の調整会議に入る前の前さばきといいますか、そういう立ち位置です。

一方、調整会議のほうで初めて聞く方もいらっしゃると思いますので、もう一度そのエッセンスについて調整会議でプレゼンしていただいて、意見交換をするということを考えてございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。ただ、あれですよ、これ、調整会議で公立病院がもう一回プレゼンすると、それだけで時間が終わっちゃうぐらいのボリュームにならないかと非常に心配するので、最初のこの意見交換会のほうでいろいろこう、集中的に疑問が出たりしたようなところが中心となっていくというニュアンスでいいんですかね。それとも、べたっとやりますかね。

○矢沢医療政策担当部長 この意見交換会のどの程度活発になるかにもかかわってくると思うんです。例えば、その意見交換会で出た意見を踏まえて病院側が少し考え直さなきゃいけないことも出てくるかもしれないんですね。そのあたりは、この4月の間から5月、スタートするまでに病院側にどういうふうに考えていただくか、やっぱり、ちょっと東京都のほうとも話をしなきゃいけないかなと思っています。ちょっと、結果を待つてというところで恐縮でございますが、そういったご意見が出るような病院については、少し調整が必要かと思っています。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ほかにご質問、ございますでしょうか。よろしいですか。

新井委員、どうぞ。

○新井理事 ご説明はなかったんですけども、最後の参考資料という、ページが振っていないんですが、2月7日に厚生労働省から出た地域医療構想の進め方についてという文書ですけども、その5ページですね。2枚めくったところの(2)ですけども、地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有という、そういう段落がありますけれども、これが、この公的医療機関のところでは、そのプランを説明するところにかなり重要になってくると思います。この中で、アですけども、個別の医療機関ごとの医療機能や診療実績、(ア)は、高度急性期・急性期機能。その少し下のほうに、実施状況と書いてありますが、その急性期医療に関する診療実績(幅広い手術の実施状況、がん・脳卒中・心筋梗塞等の治療状況、重症患者への対応状況、救急医療の実施状況、全身管理の状況など)を提示することということに書かれています。

同じように、(イ)の回復期機能に関しては、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションに関する診療実績、それから(ウ)では、慢性期機能ということでは、各病棟における療養やみとりに関する診療実績。細かくまた括弧内に記載されていますが、こういうことが、特に公的医療機関に関しては(ア)の高度急性期・急性期機能ということでの取組状況の共有の情報になると思いますので、こういうのをぜひ、このプランの中に入れてもらうように、ちょっと今からだに間に合うかどうかかわからないんですが、そういうことが大事だと思います。

また、その次の一番最後のページのイですけども、個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金等の活用状況について。こういうことも、やはりこの提示することというふうに記載されておりますので、この辺に関しても、皆さんが情報共有して、どういうふうに医療資源に対して繰入金などを使っているかというのを議論の情報として活用しながら話を進めていくと、5月から始まる地域医療構想調整会議にも、また役に立つのかなというふうに考えましたので、意見を述べさせていただきます。

○猪口部会長 ありがとうございます。何しろ5分ですからね、的を絞って話をしてもらわないといけないので、実績、それから、今ここに書いてあって、あ、なるほどなと思ったのは、補助金とか繰入金なんかもしっかり書くようになっているんですね。特に公立病院においては、そういうところが非常に大事、考える上では大事なんだろうと思いますので、資料5の2ページのところに説明方法、特に2、3の部分、お話してくださいと書いてありますが、現状と課題、それから、今後、地域において担うべき役割、機能と、物すごく大事なことだと思いますけれども、それを評価するというか、みんなが考える上においては、そういう資料、そして簡単な説明も必要かなと思いますので、ぜひ、プレゼンをする病院さんたちには、その部分、うまく話をしてもらうように、ご説明をいただけたらと。そのほうが効率性がいいだろうと思います。

僕が話し過ぎてあれなんですけど、ほかに、どうでしょうか。

この意見交換会、情報交換会に関しては、何かご質問はありませんか。

清水委員、どうぞ。

- 清水委員 今の公的医療機関と2025プランと、新公立病院改革プラン対象病院というところの使用資料というのが提出済みのというふうになってはいますが、まだ提出していない病院というのは、あるんでしょうかというのが一つの質問です。

それと、提出済みで、なおかつ、今、いろいろ意見交換されました補助金等の使用とか、あるいは、そのほかの細かい部分について記載がないものは、それを追加してプレゼンをしたほうがいいという意味も含んでいるんでしょうか。二つ、すみません、東京都のほうからお答え願えますか。

- 猪口部会長 矢沢部長、どうぞ。

- 矢沢医療政策担当部長 まず、このプランの策定状況については、資料5の一番下にございますとおり、3月22日現在ですけれども、62病院中の58病院が策定済みと。で、この策定済みの度合いには、その病院それぞれにすごく差がございまして、細かいところまで書いている病院もあれば、そうでない病院もあるという状況でございます。で、このことについては、昨年、このプランをつくることの通知が出た段階で、一旦、10月に締め切りをいたしまして、10月の半ばに締め切りをいたしまして、その締め切ったものを各自お持ちいただいて、区部と多摩で分けて、それぞれプレゼンをする機会を1回持っております。そこで、ほかの病院はどんなものを書いているかというのは、各病院で見えていますので、自分のところが不足があるようであれば、3月末までに変更は可能ですよという、そういうやり方をしてございます。

それから、先ほど、新井委員のほうから出たこととあわせてお答えいたしますと、急性期病院とか、まあ、そういった病院の今の実績ということでございますが、それぞれの病院が、それぞれ違う指標で実績を持ってくると、それはそれでまた、混乱するかなと思ひまして、代表的な保険診療でとっている点数ですとか、管理料ですとか、そういったところを各病院ごとに一つの表にまとめたものを調整会議のほうで、私どものほうで用意をしてお出しをしたいと思ひています。一つの目安として、そのものを使っただいて、で、なお、足りないものについてはまた、改めてつくっていくというようなやり方でクリアしていけばいいのかと思ひます。

それから、繰入金については、それぞれでございますけれども、医療・介護の基金を使って、例えば、地域包括ケア病床をつくるような、そういった申請をしていただいたものについては、どういう病院の変化をもたらすのかといったような資料を毎回、調整会議で出ささせていただいております。これまで補助金をお出ししたところについては、きっちり、そのものについての報告をこれまでもさせていただいておりますので、今後も、引き続きそういった報告をさせていただきたいと思っております。

以上です。

- 猪口部会長 はい。よろしいでしょうか。ぜひ、この参考資料のめくった2ページのと

ころに、公立病院に関することということで、公立病院としては①、②、③、④というようところが望ましい、こういうことをやるのが公立病院だよみたいなことを書いてありますので、この辺のところは、きちんと指標として載っていただけると、診療実績というのはいろいろありますけれども、この辺のところが入られるようになるのが大事なのかとは思いますが。ぜひ、考慮をいただきたいかなと思います。

ほかに、ございますか。なければ、このような形で、今後の計画は進めて、調整会議を進めていくということによろしいでしょうか。

(了承)

○猪口部会長 最後にもちょっと、一つ質問だけど、公的プランにしろ、公立の改革プランにしろ、これは、いろいろこう、調整会議でいろいろ話があって、求められたら、こう、どんどん、どんどん変えていくものでもあるわけですね。

矢沢部長、どうぞ。

○矢沢医療政策担当部長 厚労省が変えていくという姿勢を示しているわけではもちろんないんですけども、私ども、いろんな意見を聞いて、やっぱり変わっていくべきものだろうと思います。ですので、地域でいただいた意見を踏まえて、各病院がそれを変えていっていただくということは、毎年必要じゃないかというふうに考えております。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

では、この件、調整会議の進め方につきまして、(3)(4)ですね。この件に関してはよろしいでしょうか。

(了承)

○猪口部会長 では、続いて5ですね。東京都保健医療計画の改定についてです。今年度第1回の会議でも報告のあった、東京都保健医療計画の改定について、素案がまとめられておりますので、報告を受けたいと思います。よろしくお願ひします。

○沢辺保健医療計画担当 それでは、資料7をごらんください。第7次東京都保健医療計画の概要についてでございます。

こちら、今年度、保健医療計画の改定作業を進めておりました、3月29日開催予定の医療審議会における答申を受けまして、年度内の策定を予定しております。この資料7を使いまして、医療計画の概要をご紹介します。

まず、資料上段右側、計画期間につきまして、今回の本計画は、平成30年度から35年度までの6年間を予定しております。

資料中段、都の保健医療を取り巻く状況でございます。今後も後期高齢者を中心に、高齢者人口の増加が続きます、平成37年、つまり2025年には約326万人、平成42年には約339万人に達し、都民の四人に一人が高齢者になることが見込まれております。

真ん中、死因につきましては、がん、心疾患、肺炎、脳血管疾患が上位を占めておりまして、がんの患者さんにつきましては増加を続けている状況でございます。

一番右側が医師数です。全国と比べまして比較的若い医師が多く、また女性医師の割合が高いところが特徴となっております。

資料の2ページ目と3ページ目につきましては、計画案の内容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。

資料4ページ目をごらんください。以前より保健医療計画の改定によって地域医療構想を一体化すると申しておりましたが、その一体化のポイントをまとめたものになっております。まず1点目、資料の1枚目に記載がございますが、地域医療構想では、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京というグランドデザインを掲げ、その実現に向けまして四つの基本目標を設定いたしました。一つ目が、高度医療、先進的な医療提供体制の将来にわたる進展。二つ目が、東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築、三つ目が、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実。4点目が、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成でございます。この四つの基本目標の実現に向けた取り組みをまとめたものとして、今回、計画改定を進めております。

資料4ページ目で、例としてがんの紹介をしておりますが、課題3といたしまして、がん医療提供体制・支援体制の充実を挙げております。課題に対する取り組みといたしまして、取組3-1から3-3まで掲げております。取組3-1をごらんいただきますと、集学的治療の実施と、地域との連携による質の高い適切ながん医療の提供とございまして、こちらは基本目標ⅠとⅡとリンクしております。このように、疾病事業ごとの各取組につきまして、基本目標のどれとリンクしているのかをお示ししております。

2点目は、医療機能の分化・連携の方向性についてでございます。患者さんが適切な場所で適切な医療を受けられる環境整備を進めていくためにも、各病院は地域の実情に応じた病床の機能分化を進めていく必要がございます。本計画では、機能分化を進めながら、円滑な医療連携によって病院相互に協力し合うことで、各病院の医療機能を十分に発揮することができるよう、病床の機能分化のイメージを提示しました。

最後に、計画の推進体制でございます。今回の改定を機に、疾病事業別に設置された協議会等におきまして、事業の進捗状況、指標についての評価・検討を行い、その内容を本調整部会の親会に当たります、東京都保健医療計画推進協議会と共有していくことになりました。地域医療構想につきましては、第1回の調整部会にてお諮りしたとおり、調整会議の議論の到達度、将来の医療需要への対応状況を管理し、その指標といたしまして、退院調整部門の設置数及び割合と、病床機能別の病床稼働率を設定いたしました。

進捗管理の様式につきましては、続きまして、資料8をごらんください。

まず一つ目。調整会議の議論の到達度につきましては、従来どおり、開催回数や構想区域ごとの議論の状況につきまして、本調整部会において取りまとめを行いたいと思っております。

二つ目の将来の医療需要への対応状況についての指標につきましては、各年度の病床

機能報告を集計していきたいと思っております。

まず一つ目、退院調整部門の設置数及び設置割合につきまして、こちらは医療機関間の連携の推進に向けた取組状況を把握するために設定しております。現状は、平成28年度報告を集計いたしました、それぞれ346、58.7%となっております。いずれも上げることを目標にいたします。

二つ目の病床稼働率につきましては、将来増加が見込まれる医療需要に対応するために、医療機関間の連携を推進し、病床稼働率を上げていくことを目標といたします。同じく28年度報告を集計いたしまして、高度急性期機能から88.1%、82.3%、88.4%、89.8%が現状となっております。

資料下段に、参考といたしまして、地域医療構想において見込まれている患者数、合計で9万5,349人と、平成28年の病床機能報告から算出した患者数を記載しております。医療資源投入量による患者数と自己申告に基づいた報告をもとに算出している患者数のため、機能ごとの単純比較は難しくなっておりますが、病床機能報告に基づく患者数は、合計で8万9,759人であるため、将来に向けてさらに約5,600人の患者さんを診ていく必要があるということになります。

おめぐりいただきまして、資料8の2ページ目は、構想区域別のデータ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。

資料7と資料8の説明は以上でございます。

○猪口部会長 ご説明いただきました内容について、何かご質問はございますでしょうか。

もう既に保健医療計画に関しては、ご存じの方も多いとは思いますが、保健医療計画とその進捗管理ということで、何かありますか。

石川委員、ありますか。何か目が合っちゃったけど。あ、ちょっと待ってください。指しちゃった。

桑名委員、先に、じゃあどうぞ。

○桑名委員 一つ確認ですけれども、3、地域医療構想において見込まれている患者数という数字が出ておりますけれども、2025年の患者数というところで、これは全て都民でしょうか。それ以外も含まれているのでしょうか。

○矢沢医療政策担当部長 地域医療構想は、流出入を見込んでおりますので、他県から流入も含まれてございます。

○猪口部会長 よろしいですか。

じゃあ、石川委員、どうぞ。

○石川委員 ご指名のようですので。今回の保健医療計画に関しましては、もともとございました地域医療構想のところの四つのグランドデザインに対応する形で、これまでの疾病対策等のところを進化させる形で作っていただいて、私も、その議論の中に加わらせていただいております。地域医療計画自体は、大枠としての目標と方向性、それからあと、取り組みの課題等を示すものなのであって、これに対してきちんと、今回、

この委員会でも扱っております地域医療構想調整会議自体での議論が進むことによって、実行上、規則との医療提供のあり方が変わっていくというふうに考えております。非常に両者の親和性が高く、今回、計画のほうもできてきていると思いますので、本日議論にもありましたとおり、平成30年度以降の調整会議において地道な議論を重ねていくことで、この計画の達成のところに寄与するのではないかなというふうに考えております。

○猪口部会長 どうも、コメントどうもありがとうございます。

ほかに、きょう、まだ、ちょっと時間がありますから、ご発言いただいている委員の方で、どうぞ。島崎副部会長、どうぞ。

○島崎副部会長 在宅医療のところの話でもよろしいでしょうか。先ほど、都の方でDVDをつくり、都民に周知するということですね。田村先生のほうからかな、繰り返す肺炎とか、心不全とか、がんもそうですね、何回か入退院を繰り返す患者さんで、もうこれ以上の入院はいいよねというところがありますとの話でした。この話、医療サイド側、ドクターからの見解と、それから家族の合意で、そうですねというのがうまく合えばいいんですけども、まあ、なかなか、うまく合わない場合もありますが、その辺の調整がこれから必要になってくるかなと。誤解されても困りますが、医療のフューティリティというか、無意味な医療というか、もうこれ以上の医療継続はいいよねというところを、家族との間のうまい調整をやっていく必要があるのかなという気がします。

結局これは、終末期医療ともかかわってくると思うんです。この話は、総務省の救急業務のあり方検討会で、今年度は#7119が、非常に効果が上がっているよというような話だったのですが、来年度の大きな柱の一つとしてで終末期を現場の救急隊員がDNARをどういうぐあいに対応するかが課題の一つになっています。ですから、今言った話と、うまく連携して、DVDの中に先ほどの話を含め終末期にかかわるところを、触れていただいて、都民の方々に終末期に係る意識改革をぜひとも、うまく取り入れてつくっていただけたらなというふうな気がします。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

今度の診療報酬改定で、地域包括ケア病床で、加算をとるためにACP（アドバンスケアプラン）をつくるというような話も出ています。多分、専門で新田委員、絶対話したいんだと思います。どうぞ。

○新田委員 今のご発言、とても貴重だと思って聞いておりました。今のACPの話をごの段階でどうするかというのは、東京都医師会も含めて今行われています。先ほどの疾患別、がんだけじゃなくて、非がんに関しても、どの段階で人生の最終段階ということも含めて、ACPが必要だということは、東京都で昨日も研修会が行われましたが、暮らしの場におけるみとりのグループワークを、東京都医師会会館で行わせていただきました。それで、来年度も引き続いて行っていく予定になっています。さらに、今、医師向けの研修を行っているのが一つあります。

もう一つの話は、先ほど田村委員が話された在宅療養の量を決めるのは二つの視点があると。とても重要なこととございまして、医療側の視点だけで、病床だけの視点で決めるのか、患者さんサイドにとって量を決めるのかという、この発想により、量が違ってくるわけで、そここのところで、私は、現在、厚労省等も、東京都もそうですが、出されているのは、医療側の視点で出されていると思います。それによって量が決められていると、実体値とはひらきがでます。また、区市町村で、少しずつ数的に違いがあると思います。そこで見ていくと、量の違いが出てくるなというふうに思っていて、それに応じて病床の質も違って来るんだらうなというふうに思っております。

そして、もう一つ、島崎先生の話は、在宅急性期をどうするかと、結果として、在宅急性期をどうするかというときに、量だけじゃなくて在宅の質をどうするかという話も今度課せられることだというふうに思っていて、そこはかかりつけ医の在宅を勧める中で、かかりつけ医そのもので全部質が保たれるかというところ、そうではない。もっと質を担保した在宅支援診療所を含めて、質を、一体化するために整理し、さらに、中小病院も含めてでございますが、一体化すれば、もう少し質も上がってきて、今の、何と申しますか、答えを先に見つけることが可能かなという、今模索中でございます。

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す。現状、こういう方向に向かっているという、非常にお話をいただきまして、どうもありがとうございました。どうですか。山本委員の立場として、こちらの、どちらかというところ医療の話で歯科的な話とか、そういうのはいかがでしょうか。
- 山本委員 歯科医師会の山本でございます。今回の診療報酬改定は、かなりまた在宅のほうに診療報酬の点数が振られておりますし、施設基準も非常に厳しくなって、在宅歯科診療の回数ですね、各先生が在宅の患者さんをこれだけ年間に診なさいというところまで報告しなくてはならないようになっておりますので、在宅にこれから移行する先生方が少しずつふえるのではないかなと期待をしております。
- 猪口部会長 どうもありがとうございます。どうですか、永田委員は。
- 永田委員 先ほど質の確保というのがあったかと思うんですが、地域医療の中で考えていく段階での、この在宅医療を考えてみますと、通常の診療を受けておられて、それで、その後入院をして、そして在宅医療をやるということで、専門医にお願いをするという形になって、そこでケアマネさんが介在をした結果、いつもの薬局に行けずに、全然違う在宅専門の薬局みたいなものも今出ておまして、そういったところに行ってしまうということで、結果的に過去から継続をされて質の高い医薬品の管理ができない状況になっているというのも見受けられています。ですから、来年度から具体的に考えていく段階の中で、地域の中で、医師と診療所、病院、それぞれの連携があって、そして在宅に戻ってきたときに、どう質を高めて急性期の対応ができるように、その手前をしっかりとメンテナンスをしてあげるようにするかというふうに考えたときに、やっぱり

薬局が、そのかかりつけ薬剤師としての役割を果たすということも必要なのかな。そういうことで、残薬の整理というような観点からポリファーマシーの観点が出てきていますので、そういう対応をやっぴり来年から進めていく必要があるのかな。そう思っていますので、よろしくお願いします。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。地域医療構想って、始めたころから非常にわかりづらくて、きちんと勉強してよと、地域医療構想リテラシーというのがあるんじゃないかという話を結構言っていたんですけど、いよいよこの地域医療構想が進んでいきますと、医療者側は先ほどの若い先生たちがこういう提供体制になっているんだよというのがまだわかっていないとか、在宅の先生もこうだとか、それから患者さんもこういう提供体制になっているのがわからなくちゃいけないんだという話が出て、今、ケアマネジャーさんの介護の中心となるような方たちも、やっぱりこういうものをわかってよという話になってきている。やっぱり、都民、国民全員こういうふうに動いているんだよということがわからないと、何かいろいろトラブルが起きそうですよね。底を深めていくというのが大事なんだなという話を、今ちょっと聞いていて思いました。

看護協会、渡邊さんはどうですか。

○渡邊委員 今、看護協会は6地区支部に分かれていて、それぞれの地域の施設の大体看護部長さんが支部の中心として、こういった調整部会なんかにも出席して発言をさせていただいているんですけども、やっぱり少なくとも二次医療圏の東京都のこういった対応するところにはいなければいけないというふうに、今、看護協会も考えておまして、ちょっと中での組織改革、会員に諮っていかなければいけないんですけど、そういった有効的に調整部会で発言していこうというふうに考えています。

○猪口部会長 よろしく申し上げます。

加島さんも話しますか。どうぞよろしくお願いします。

○加島委員 保険者協議会の会長ということで出て、調整会議のほうも、それぞれの健保組合、協会健保のメンバーが参加させていただいて、それぞれ発言していますけれども、やはり私、先ほど島崎先生がおっしゃった、あと新田先生が言った、やっぱり終末期医療をどう考えていくかというのは、救急のときもいろいろ議論になりまして、ACP（アドバンスケアプラン）をきちっとつくれるような、東京都民が、誰に相談したらいいんだというのがわからないし、開業医の先生に説明したってなかなかわかってくれない場合もあるし、そういう、コーディネートをしてACPがつくれるような、そういう環境を都民ができるようになってくると、もっとこう進んでいくんじゃないかなと思うので、DVDにどこまで入れるかわからないのですが、少しでも入れてもらえればなど、私、その発言をしようと思っていたら先生がおっしゃったので、ぜひよろしくお願いしたいと思います。

○猪口部会長 どうでしょう。この医療提供者側の話を聞いて、地引さん。

○地引委員 一都民として、幸い私の両親などは、まだそういった在宅医療とかを受ける

側ではないんですけれども、いずれやっぱりこういった問題が私にも、また私自身にも起こってくるなと思ってお聞きしていたんですけれども、やはりどういった医療施設で、どのようなサービスを、またどのくらいの費用で受けられるのかというのが、ちょっと、今、それこそ、どこで情報をいただけるのかというのがわからないので、それが病院なのか、それともデイケアですとか、そういったところなのか、よくわからなくて、やはり、ここで議論をしていることと一般のコミュニティへの情報の提供ということのリンクをもう少し、先ほどおっしゃっていたDVDなど、啓発活動などで広めていただきたいなというふうに思いました。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

多分、恐らく私の考えている地域包括ケアシステムと、この地域医療構想というのは、何もわからない都民の方が、介護医療のこういう提供体制の中のどこに接触したとしても、全てのことがその地域のことにおいてわかって、あなたにとってこういうサービスが最適なんですよというところに導いていくのが、多分究極的なすがたなんだろうと思います。まだまだ発展段階なのでこういう議論をしていますけれども、徐々に徐々に期待に応えていけるように、みんなで頑張っていくというのが、この会議の役目なのだろうと思います。どうもありがとうございます。

そろそろ時間が来ておりますけれども、話をしておきたいという方がいらっしゃいましたら、いいですか。もうちょうど30分、迫村委員、どうぞ。

○迫村委員 今、都民への啓発というお話がありました。地域のかかりつけ医は学校医を兼任している方も多いと思います。国民の2人に1人はがんに罹患するという時代、中学校でがん教育が再来年から保健の指導要領に入ります。小中高校で、がんとはどのような病気か、どうしたらがんにならないような体を作るか、家族にがん患者がいるときにどのように接するのが良いかという内容を生徒に伝えるのが主眼です。私は地域のかかりつけ医であり学校医でもありますので、がん教育とともに在宅医療の部分も少し入れて話しています。「家で亡くなるということは怖いことだろうか」ということを生徒に考えてもらうためです。在宅看取りの壁のひとつに、ご家族から「家で亡くなるのを見たことがなく見てもらえない、怖くて病院に入院させてくれ」というようなお話をよく伺います。在宅死から病院死の時代に育った患者さんの子供の世代、50代、60代ぐらいのご家族からそう言われますと入院させざるを得ません。人が病気で亡くなることは決して怖いことではないというメッセージが伝わると良いなと思い、私は市谷小学校6年生の保健授業を一枠もらい自宅で看取った事例を生徒にお話ししています。一部ですけれども「命をつなぐ」という言葉に反応してくれる子がいて手応えを感じます。調整部会とは部署が異なるのかもしれませんが、子供の世代も含めた都民への総合的な啓発も地域包括ケアの形作りに大切ではないかと感じますのでコメントさせていただきました。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。きょうは、いろいろご意見をいただきま

した。時間もありませんので、いろんな方に話をさせていただきましたけれども、一応、きょう予定された内容は以上でよろしいですね。

では、事務局にお返ししたいと思います。よろしくお願いいたします。

○遠藤医療政策課長 本日も長時間にわたりまして活発にご議論いただき、大変ありがとうございました。

本日の資料でございますが、机上に残していただければ事務局から郵送させていただきます。また、お車でいらっしゃる方で駐車券が必要な方は、事務局までお声がけいただければと思います。

以上です。

○猪口部会長 では、皆さんどうもお疲れさまでした。どうもありがとうございました。

(午後 6時31分 閉会)