

- 病気になることが一番大切であり、年をとっても、病気を持っていても、元気に生きられることが大切
- 高度な医療資源が集中していることの強み+地域密着型の医療

## 入院医療

### 現在の医療提供体制を尊重

- 歴史的・文化的に構築されてきたものを踏まえ、現状の医療圏の機能をある程度尊重すべき
- 激変させないため、医療機関所在地ベースで考える
- 東京は二次医療圏ごとの格差は交通利便性によってカバーできる

### 身近な地域で医療を提供

- 本来は患者住所地で完結することが望ましい
- 医療がある程度完結できる地域に住めることも大事で、そういう区域を増やすことも重要。

資料2-2  
資料2-3

入院医療の提供体制について2つの考え方が共存

裏付け

### 患者の受療動向の分析・把握

資料2-4

- 患者の流出入は、県全体で見ると、都内の動きがぼけてしまうため、医療圏単位の流出入も確認すべき。
- 患者の行動を十分分析すべき。高度医療は評判や機能に応じて良い医療を求めて医療資源が集中しているところに流入し、東西南北移動する。そのため、医療圏という1つの地域単位で考えるのではなく、格差があることを前提にして全般的に考えるべき。慢性期は移動しないので、市町村単位で考えるべき。

### 高度急性期・急性期の機能

- 13大学集まっているので、世界に誇れる医療提供を目指すべき
- 医育機関として地域連携を担う総合診療医等の育成を行う必要がでてきている。
- 医療の進歩、医学の進歩のために、高度急性期の病床を活用
- 東京都は医療資源が集中する特殊な自治体。患者にとってはありがたい環境で、アクセスのしやすさは精神的な安心感につながる。そのためにも、高度急性期・急性期は少し余裕を持つべき。
- 急性期は自立的に動いて、自然と優勝劣敗が進むのではないか。

## 地域包括ケアシステム

この10年で地道に一次医療圏での地域包括ケアシステムを構築することが重要

- 高齢者は確実に増える。在宅でなんとかしていかないといけない。
- 在宅医、訪問看護師や医療的知識を持ったケアマネが不足
- 医療を受ける、健康であるという権利を地域の中で適切に保ちながら、未病の方々に対する対応も含め、地域包括ケアの中で各職種が連携し、対応することが重要
- 病床機能区分を分けても、それぞれの機能の中に何割かは介護の部分があるということを忘れてはいけない。特に在宅医療は1割ぐらいの医療で、あと全部介護だということを認識したうえで考えないといけない。
- 病気になることが一番大切で、健診や人間ドック等も含めて大切

### 地域連携

- 退院したあとの地域連携が重要
- 在宅医療を希望する高齢者や障害者が増え、これからは地域連携が中心になってくる。大学病院としても、高度医療を提供する一方、地域に密着した医療との連携が必要。

### 慢性期と在宅医療

資料2-5

- 在宅医療がどうあるべきかを考える必要がある。慢性期は現在、他県に流出している状況。その一方で(国のガイドラインでは)療養は減らすという話がでていっているので、在宅でどうやって診ていくのかを検討しなければならない。

### 医療機関が果たす役割

- 在宅を進めながら、地域で亡くなるために、病院をどう活用するのか。
- 地域包括ケアを推進しているが、最期をどこで迎えるかという問題はある。老々介護など、世話できる人がいない場合、地域包括ケアシステムの中で病院が担うしかないのではないか。

## その他

### 構想区域

- 2次医療圏を急いで決めすぎると、現在ある医療システムが壊れてしまう可能性がありよくない。二次医療圏で行政サイドがやってきたことと、医療構想、病床数をどう配分するかと分けて考えてはどうか。
- 医療需要が増加する地域も減少する地域もあるので、構想区域を1つとした方が混乱を避けられるのではないか。

### 死生観

- 日本人全体がどう生きるか、どういう治療を受けるか、どうやって死んでいくかということを考えていない。生きること、死ぬことは何かを考えることに力を入れてほしい。

### 人材

- 計画を考えるときには人的資源、物的資源、財源について考える必要がある。特に人的資源について考えることは重要

### 医療費

- 国民健康保険は、平成30年に都道府県に移譲される。医療費が増大する2025年をどう乗り切るのか。医療費が適正に使われて都民が幸せになれる社会をつくることが重要