

第 1 回

東京都在宅療養推進会議

会 議 録

平成 2 7 年 7 月 3 日

東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○新倉課長 それでは、皆様、定刻となりましたので、ただいまから平成27年度第1回の東京都在宅療養推進会議を始めさせていただきます。

皆様、ご多忙のところ、本日もご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

私は福祉保健局で地域医療担当課長、この在宅の担当をしております新倉と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

議事に入るまでの間、私のほうで進行させていただきたいと思います。着座にて失礼いたします。

まず、本日の会議資料の確認でございます。

お手元配付の会議の次第でございますとおり、配付資料が、本日はちょっと多いのですが、資料1から資料14、参考資料が参考資料1から参考資料3までとなっております。

適宜、順番にご説明してまいります。不足、落丁等がございましたら、その都度、事務局職員にお声かけいただければと思います。

続いて、本日の会議の公開についてでございます。

本会議につきましては、会議、会議録、会議に関する資料につきまして、原則、公開となりますが、委員の発議によりまして出席委員の過半数で議決した際は非公開とすることができます。ただ、本日につきましては、特段、非公開にするような資料もございませんので、公開とさせていただきたいと思います。ご了承願えればと思います。

次に、今回、委員の交代がございましたので、新しく委員に就任された方のご紹介をさせていただきます。

お手元配付の資料1の委員名簿をごらんいただきたいと思います。

関係団体のところがございますが、公益社団法人東京都歯科医師会理事の宇佐美委員でございます。

○宇佐美委員 よろしくお願いたします。

○新倉課長 続いて、行政機関のところがございます。多摩市健康福祉部高齢者支援課長の古川委員でございます。

○古川委員 古川と申します。よろしくお願いたします。

○新倉課長 ありがとうございます。

なお、本日は、工藤委員並びに田中敦子委員におきましては、ご欠席とご連絡をいただいております。

また、本日、オブザーバーといたしまして、東京都地域医療構想策定部会の委員で、豊島病院院長の山口先生もご出席いただいております。

○山口先生 山口でございます。よろしくお願いたします。

○新倉課長 次に、事務局職員を紹介させていただきます。

高齢社会対策部計画課長の横手でございます。

- 横手課長 横手です。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 医療政策部地域医療構想担当課長、宮澤でございます。
- 宮澤課長 宮澤でございます。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 同じく、医療政策部医療政策課課長代理、地域医療連携担当の土屋でございます。
- 土屋課長代理 土屋でございます。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 ついで、この会議の事務を担当しております地域医療対策係の菅原でございます。
- 菅原係員 菅原でございます。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 どうぞよろしくお願いいたします。

なお、本日の会議でございますが、終了予定を8時30分としてございます。ご協力をお願いできればと思います。

また、本日、お席の方に軽食を用意させていただいております。お手に取っていただきながら、会議の方を進めてまいりたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、以降の進行につきまして、新田会長にお願いいたします。

- 新田会長 こんばんは、新田でございます。

それでは、早速ですが、議事に入りたいと思います。

まず、お手元の次第に従いまして、進めてまいりたいと思います。

議事の一つ目は、昨年来、東京都においても議論がされております地域医療構想についてでございます。

まず、事務局から一通り説明していただきまして、その後、委員の皆様から、質問、意見などをいただきたいと思っております。では、事務局、よろしくお願いいたします。

- 新倉課長 それでは、資料が多くなるのですが、私のほうから説明させていただきます。

資料3から資料8までが東京都地域医療構想策定部会でご説明した資料となっております。この中の在宅に関する部分を少しかいつまんでご説明させていただきたいと思っております。

加えて、資料9から資料11の部分につきましても、一括して説明させていただきたいと思っております。

まず、資料3をごらんいただきたいと思っております。

資料3「地域医療構想策定ガイドライン（要旨）」でございます。

左上の医療計画と地域医療構想の関係にございますとおり、一番上のポツにも書いてございます。昨年、成立いたしました医療介護総合確保推進法によりまして、平成27年、今年度以降、都道府県は地域医療構想を策定することとされました。これを受けまして、国におきましても、3月31日付でガイドラインを発出しております。

ガイドラインは都道府県が地域医療構想をそれぞれ策定するに当たって、全国的に標準と考えられる手続などをまとめたものとなっております。

本日、参考資料1として、あわせて配付させていただいております。

このガイドラインですが、左の真ん中にございますとおり、策定プロセスといたしまして、そこに記載の八つのステップがありまして、あわせて策定後の取り組みまでガイドラインの中に盛り込まれてございます。このステップおのおのについて、ガイドラインの中で詳細に記載されているところでございます。

この資料の右側、真ん中に医療需要の推計とございます。

右下のところ、その中でも慢性期機能と在宅医療等の推計方法というところがございます。

基本的な考え方ということで、点線の囲みの中に丸が二つございます。

一つは、慢性期の医療需要。これにつきましては、療養病床の入院需要率、この地域差を縮小させる目標設定を加味して、慢性期の医療需要を推計するということ。

また、もう一つの丸でございますが、在宅医療等の推計に当たりましては、2013年の訪問診療並びに介護老人保健施設の入所者数などから推計することとされてございます。

いずれにしても、その点線の四角の下にポツが二つございますが、高齢化により増大する医療需要に対応していくために、2025年には、在宅医療での対応を促進する、並びに、地域において、在宅医療の充実などにより療養病床の入院需要率を一定程度低下することとしての推計となっております。

1枚おめくりいただきたいと思っております。

2ページ目ですけれども、左の真ん中下ぐらいに、将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策とございます。

地域医療構想の実現に向け、地域医療介護総合確保基金、これは消費税の増税に伴う増収分を財源にした基金でございますが、これらを活用するなどして、以下の取り組みを行うとされております。

この中に、柱の一つとして在宅医療の充実が掲げられているところでございます。

お手数ですが、次の資料4をごらんいただきたいと思っております。

資料4が「東京都地域医療構想策定のための検討体制について」でございます。

地域医療構想自体は医療計画の一部として策定することとなりますことから、策定の検討に当たりましては、従来、5年に一度改定している医療計画の策定の際に準じた形での体制づくりをしてございます。

左下でございます。左下の箱の中でございますけれども、東京都では、東京都保健医療計画推進協議会というものを設置してございまして、その協議会のもとに地域医療構想策定部会を設置して具体的な検討を開始してございまして。

本日、オブザーバーとして参加いただいている山口先生も、この地域医療構想策定部会の委員にご就任いただいているところでございます。

こうした策定部会での議論とあわせまして、さらに地域ごとに医療関係者などからの

意見を聴取する場を別途設けて策定を進めていくこととしてございます。

駆け足で恐縮ですが、次の資料5を今度はごらんください。

縦の資料となっております。「地域医療構想の策定のスケジュール」でございます。

真ん中のところに地域医療構想策定部会の予定が書いてございます。

現在、第3回まで開催しております。

先日、今週月曜日ですが、6月29日に第3回を開催いたしました。以降、ほぼ月1回のペースで部会を開催いたしまして、予定では、年度内に地域医療構想の素案を取りまとめる予定となっております。

取りまとめ後、来年度に入りまして、医療法等に基づく手続に入っていきたいと考えているところでございます。

右の欄に地域ごとの意見聴取の場ということでございますが、当然、地域医療構想策定の際に、それぞれの圏域、区域ごとに意見聴取を行うわけですが、ガイドラインの記載の中でも、在宅の部分につきましても介護保険事業計画との整合性に留意する必要があるということで、構想の策定段階から、在宅については区市町村の意見を聴取することが必要とされているところでございます。

次の資料6をごらんいただきたいと思います。

こちらが、医療機能別の医療需要の推計の考え方を示した国の資料でございます。

医療機能別ということで、高度急性期、急性期、回復期、この1枚目が※となっておりますが、慢性期及び在宅医療等ということになってございます。

この表の表頭のところに、医療資源投入量というところがございます。

これは、それぞれ患者に対して提供される診療行為を診療報酬の出来高点数に換算したものとなっております。これで見ますと、高度急性期と急性期の線引きは3,000点ということになっております。次に、急性期、回復期の間が600点、そして回復期と慢性期・在宅の境界としては225点。

ただし、右側に書いてございますとおり、ここについては境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で推計するというので、この境界線は、国の推計上は、175点で推計されております。

下の表の欄外の※にございますとおり、175点未満の患者数につきましては、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計するというのでされてございます。

1枚おめくりいただきますと、慢性期機能及び在宅医療等の需要の将来推計の考え方でございます。

四角い囲みの中に説明書きがございますが、一番上の丸のところに、すぐ下に※が書いてあります。在宅医療等、ここで使う在宅医療等とはということで、居宅、特養ということで続いて、言ってみれば、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指すということで、ここでいう在宅医療等の中には、当然、老健も含めてかなり広い概念が、この中には含まれているということでご理解いただければと思います。

ここの在宅の部分の医療需要はどこで考えるかというのは、下の図をごらんいただきたいと思います。

現状というところに帯が書いてございます。この中の、在宅として需要推計に入ってくる部分ですけれども、現状の欄の、左から少し右に移していただいて、②で療養病床の入院患者数というところがございます。

療養病床の入院患者数のうち、この右側ですけれども、医療区分1の70%、こちらは、将来推計の中では在宅の需要に含まれております。

そして、その右、地域差の解消、ここによる削減分も在宅医療の需要とされているわけでございます。ここの二つの部分につきましては、現状では、療養病床で対応している部分から、在宅に移行してくる部分となります。

そして、右の一つ、ずれていただきまして、③の一般病床で、先ほどのC3基準未満の患者数でございます、175点未満の患者数につきましては、国の資料の中では慢性期及び在宅とされておりますが、推計上は、在宅のところでは計上されていることとなっております。

そして、さらに右へ行きますと、④で、これは現時点で訪問診療を受けている患者数。これにつきましては、現在の数字を将来人口で引き伸ばして、その分を需要として見込んでいるところでございます。

同じく、一番右が現時点での老健施設の入所者数でございます。

在宅のところ、下の将来の帯のところでは、慢性期機能及び在宅医療等ということで、実は、慢性期と在宅医療の線引きが実は見えないようになっておるのでございますけれども、上の帯のところで見ますと、療養病床の中の医療区分1の70%から、おおむね右側が在宅医療に推計されている部分でございます。

次の資料7をごらんいただきたいと思います。

先ほどご説明した医療需要推計の考え方に基づいて、国から先般さまざまなデータが提供されたところでございます。

こちらの資料7でございますが、右上の資料7の下に書いてございますとおり、今週月曜日に開催いたしました地域医療構想策定部会でお知らせいただいた資料となっております。

在宅の部分につきましては、左の上に医療需要推計についてというところに幾つか丸で説明書きがありますが、上から4番目のところに「在宅医療等」は内数として「訪問診療」の医療需要のみ再掲というふうになってございます。

先ほどの在宅の需要の推計の中には、療養病床から始まって、175点未満などが入ってくると申しましたが、国から示された推計の値の中には、内数として訪問診療だけがはっきりと出ている。あとは在宅医療全体の需要量ということでの示し方となっております。

この1枚目の資料の右側、真ん中あたりに、病床機能別内訳及び在宅医療等の医療需

要と表がございます。

この表は二段書きになっておりまして、表側を見ていただきますと、患者住所地並びに医療機関所在地ということで、二段書きの数字になってございます。

言ってみれば、医療機関所在地の欄の数字につきましては、圏域を超えた患者の流入が反映された上での数字ということになってございます。患者住所地のみで積算したものが上段の数字となっております。

在宅医療等のところをごらんいただきたいと思います。この表の一番右側でございます。

資料の中に、再掲ということで訪問診療の数字が記載してございます。内数としての訪問診療の数字となっております。

ただ、この表の中に、パターンA、パターンBとございます。

この二つのパターンの数字ですけれども、療養病床の入院需要率における地域差を解消していく推計のパターンとして二つが国から示されているものでございます。

わかりづらいのですが、パターンAは、どちらかという療養病床の減少幅がかなりきつい数字となっております。全ての構想区域の療養病床の入院需要率を全国の最小値、県単位ですけれども、最小値に全部の区域の入院需要率を合わせて低下させるというような厳しい内容となっております。

一方、パターンBの方は、パターンAに比べまして、そこの減少幅が少し緩やかとなっております。県単位での最大値の入院需要率の県が、全国の中央値まで低下させるというような形となっております。その全国最大の県が中央値まで削減する率を、他県にも一律でその割合を適用するというような形となっております。

単純に言いますと、パターンAの方が減少幅は大きいわけですので、この表の在宅の左に慢性期の数がございます。

パターンAとパターンBでは、当然、パターンAの方が必要な需要量としては低く出てくるということになります。

ただ、これを今度は在宅に置きかえてみると、逆にパターンAのほうが大きくなる。療養病床を初めとした慢性期の減少幅が多ければ多いほど在宅へ移行してくる部分がふえるということになりますので、これは数の大小で見るときには逆転することとなります。在宅につきましては、パターンAのほうが多くなり、パターンBのほうが需要量としては低く出てくるということとなっております。

現実的には、パターンAの減少幅が大きいものについては、なかなか採用しづらい部分があるかと思います。パターンBの方で大体見ていただければ少しイメージとしては捉えられるのかなというふうには考えております。

1枚おめくりいただきますと、2025年の医療需要推計を二次保健医療圏別に落とし込んだ表が、こちらの資料となっております。

右下の留意事項の欄にございますとおり、丸の二つ目に在宅医療等の推計についてと

ございます。

医療資源投入量175点未満及び慢性期の医療需要から移行して在宅対応となるもの、さらには訪問診療、老健施設で対応する医療需要ということで、全てそれらが含まれた数字となっております。再掲としてあるのは、訪問診療のみの部分の数字となっております。後ほど、この部分をグラフにした資料を用意してございます。

恐縮ですが、次の資料8をごらんいただきたいと思います。

こちらは資料の内容が別ですけれども、病床機能報告の集計結果でございます。

昨年、運用が開始されました病床機能報告制度の第1回目の報告状況でございます。

左の上に(1)報告項目とありまして、Iで病床が担う医療機能とあります。

今回は、定性的な基準に基づく病院の自己申告における報告となっております。

下段でございますけれども、このページの下段の左側、2014年7月1日現在の医療機能別の病床数(許可病床ベース)、この数字が医療機関、病院、有床診療所の自己申告に基づく報告を積み上げた数字となっております。

左の下に表があって、高度急性期が、構成比で見ますと29.4%、その下に参考値として全国の構成比が示されておりますが、全国では高度急性期が15.5%ということで、東京では倍近く、この高度急性期の割合が高いということが大きな特徴となっております。

そして、次の資料、今度は資料9をごらんいただきたいと思います。

こちらが、先ほどの在宅医療等の医療需要を示したものでございます。

先ほどの資料には入っておりませんでしたが、この資料の一番左側の棒グラフ、2013医療需要実績とございます。これも、医療需要の実績ベースということで国から示された数字でございます。東京都全体の頭数字でございます。

これは数字が入っていないので申しわけないのですが、9万975.9人となっております。これが2013年の訪問診療のみの部分の実績値となっております。

そして、グラフの真ん中、これが2025年の医療機関所在地ベースの医療需要、一番右が同じく2025年患者所在地ベースの医療需要となっております。

真ん中の、色が濃く塗り潰されている部分が、いずれも訪問診療分の数字となっております。上に、そこに乗っている斜線の網掛けの部分ですが、この中に、先ほど説明してございます医療資源投入量175点未満、さらには療養病床からの移行分、そして老人保健施設の分ということがこの中に含まれているというところでございます。

この帯の高さだけ見ますと、現状の訪問診療で対応しているところから、もちろん老健施設も入っておりますが、倍以上の数を2025年では対応していかなければならないというようなところのデータでございます。

次の資料10をごらんいただきたいと思います。

こちらが、先ほど細かい数字で示していたものをグラフにしたものでございます。

2025年の二次保健医療圏ごとの在宅医療の医療需要でございます。



同じく訪問診療分とそれ以外の部分、さらには一つの医療圏ごとに二つの棒グラフがありますが、左側が医療機関所在地ベース、右側が患者所在地ベースということとなっております。

かなり、圏域によってはこの右左の棒グラフの高さが違うわけでございます。これは患者の流出入ということではあるのですが、例えば在宅の場合は、大きく圏域を飛び越えて在宅の診療を受けるということはそう多くないと思いますので、隣接圏域のところでの流出入ないしは、この数字の中には療養病床からの移行分、そして老健施設分もございますので、そうしたところでの患者の流出入が含まれて、右左の棒の高さの差が出てくるのかなというふうに考えております。

最後に、資料11につきましては、同じく二次保健医療圏ごとの高齢者人口の推移でございます。

2013年から2025年ということで、左側の斜線のところが2013年、右側が2025年ということで、いずれの圏域におきましても、2025年に向けて高齢者の実数がふえていくというような状況が見てとれるかと思えます。

大変駆け足で恐縮でしたが、説明は以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明から、今から質疑等々を始めたいと思います。

最初に、地域医療構想の委員でもいらっしゃいます山口先生、この中で——突然でございますが、皆さんの質問等の前に、どんなことが話されて、どういう方向に向かっていいのか、今はその数字の説明ですけれども、さらに説明をしていただければ、我々の議論の足しになると思っていますのですが、よろしく願いいたします。

○山口先生 策定部会で現在話されているのは、構想区域をどうするかという話が出ています。

構想区域に関しましては、二次医療圏をベースにするということで考えられておりますけれども、5疾病5事業、それに基づいてということですが、実際には、がんは全都でやっていたり、救急も全都でやっていたりということで、実際の5疾病5事業の場合には、かなり柔軟に対応している部分もあると思います。

論議の中心が、高度急性期の病床を減らすということが頭にあるということで、そちらの話に、今それに基づいた構想区域をどうするかというようなことが主に話されていると思います。

第2回のときに、高橋泰先生、あるいはベンジャミン石川先生とか、そういう学者の先生方が流出入をもとに話されると、東京都全体としてはかなりバランスがとれている。要するに、全体としては最適に近い形で東京都は動いていて、二次医療圏を部分的に見ていくと、最適というところはなかなかないということになるのです。

ですから、今後、構想区域をまず決めるということになるとは思いますけれども、東京都全体で、2013年の段階では、いわゆる医療需要としては比較的安定した段階にあ

ることになるかと思えます。

最終的に、今話されていることは構想区域について話されておりますので、それを決めることが第一目的になっているわけです。

大事なのは、いわゆる地域包括ケアシステム、これをきちんとつくるということも、地域医療構想のもう一つの大きな目的だと思いますので、そこと構想区域との関係ということに関しては、まだ十分話されていないというふうに思います。

○新田会長 ありがとうございます。

構想区域が二次医療圏等を越えることも、もちろんあるだろうということですが、在宅医療というのは、逆に言うと、もう少し狭い領域でございますね。そのあたりのところも含めて、入った議論をされているのですか、それとも、いわゆる構想区域、病床分の話と考えてよろしいでしょうか。

○山口先生 まだ、いわゆる在宅を含めたような話にはなっていないと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、皆様から、自由な、活発なご意見を伺いたいと思うのですが、よろしくお願いします。どうでしょうか。

早速でございますが、余り意見がないようでしたら、清水先生、どうでしょうか。

○清水委員 ただいま、概略についてお話しいただきまして、ありがとうございます。

確かに、お国のほうは大きな旗を掲げて、2025年どころか、2035年の話まで持ってきているわけなのですけれども、今まで、どちらかというところ、地域医療というのは、地域の方と診療所、あるいは病院ですよね、自然な形でのマッチングでやっていたわけなんです。

そこへ、今度は行政という形で入ってきて、大きな形で、病院に関して、ある意味では、こうせよと言わなくても、こうしたほうがいいのではないかとか言いつつ、何か変えていかなければいけない状況が多分できてくるので、そうなると、国立病院、公立病院は母体がそういう形ですから、割合、形として指導しやすい、変えやすいと思うのですが、民間の病院ですね、民間でも中規模、あるいは小規模といろいろあります。

そういうところが、どういうふうにそこに組み込まれて、民間でも頑張って高度急性期をやるのだというところもあるわけなので、その辺のところの折り合いですね、それを最終的にどうつけるのか、かなりな指導力を持ってやるのか、あるいは自主努力でお願いして減らしていただくのか、その辺のところですね。

減った分は、どうしてもどこかに持っていかなければいけないので、その分を在宅という話をしているのですが、その在宅に振るところの母体、どこにその部分をカバーしていくというふうにお考えなのでしょう。そこをちょっとお聞きしたいと思うのです。

○新田会長 今の質問は、誰が答えたらいいのかという話でございますが、それは事務局ということでもよろしいでしょうか。

○新倉課長 先ほどの委員のご発言の中で、都内は特に民間の医療機関が多うございます。

そうした中では、今回、地域医療構想を策定して、ある意味、医療機能別の必要量というのが出てくるわけです。

さらに、それに対して現状がどうなのか、恐らく乖離があるわけです。その乖離を埋めていくところにつきましては、委員のお話にもありましたとおり、まず、我々の方で何か強力な指導のもとで進めていくということではございませんで、これは法の枠組みの中からそうなのですが、医療機関の自主的な協議により、区域ごとに自主的な協議を進めて、機能分化を進めていくこととなっております。

仕組みとしては、各その構想区域——この区域というのがどういう単位になるのか、まだこれからの議論ですけれども、区域ごとに地域医療構想調整会議というものができまして、その地域の皆様で議論をいただき、病床の医療機能の分化、連携を進めていただくということになってございます。

我々のほうとしましては、今度、そのもう一つの在宅への受け皿というところでございます。

東京都では、これまで、ここの会議を中心にさまざまなモデル事業の検証などを進めていただいて、今日の参考資料3番の一番後ろの資料でもございますが、東京都として、かなり、これまで取り組みを進めてきたところでございます。

まだまだ、それぞれの区市町村のところでの取り組み全部に行き渡っているわけではございませんけれども、今までの、こうした地域での体制整備というところを中心に、今後も取り組みを進めていくのかなというふうには考えております。

そうした意味では、まずは、区市町村での在宅を進めていく実施主体でございまして、そこでの体制整備、そして、その地域での地区医師会を初めとした、ほかの関係職種との多職種連携、こうしたことを進めていっていただいて、この受け皿というところで、何人受けられるのかというのが、実は病床の数で出ているのとは違って、在宅は非常にその評価が難しいところではありますが、まずはそうしたところを進めていって、どう評価していくのかというのは今後の一つ大きな課題で、そうしたことも、実はこの会議の中でも、どれだけどう進めていくのかという議論の中で、評価の仕方を含めてまたご意見をいただきたいところでございます。

ちょっと長くなりましたが、すみません。

○清水委員 ありがとうございます。厚労省のある課長さんは、いろんな段階で、それぞれの医療機関が相談をしつつ、ご自分たちの医療機能を評価して、ある意味では、談合して決めてほしいと、大きな指導をしてやるものではない。その地域にある形のパターンを皆さんで理解して自主的にやるのだと、こういう発言をなさったのです。非常に上手だなと思っていますけれども。

ただ、それができるかどうか。本当に最後のところに来て、削っていく、ふやしていくというところ、これは大きな形で、ある意味では都民に対する啓蒙も含めてやらなければいけないかと思っています。

そういう意味では、この協議会も含めて、やはり今度、外の方に発信するような形が、多分、必要なだろうというふうに思います。よろしくお願いします。

○新田会長 ありがとうございます。

確かに、一方で、先ほど資料9の、これからの都全体の在宅医療の数値というのが出ておりましたけれども、網掛けの部分が非常に大きくて、網掛けの部分は療養病床のことでございますよね。

これから都民がどこで最後まで希望するかというのは、療養病床でないということはもちろんあるわけでございますが、一方、在宅を進めない限り、この網掛けは進まない。

今の清水委員の発言を継続すれば、そういう話でございますので、この会を含めて、在宅医療をきちんとできるためのシステムづくりが、この会に課せられたものかなというふうに思っています。

単にふえただけということなのか、網掛けだけなのか、さらにもっとふえる可能性も私はこの数字から推定するのですが。

はい、どうぞ。

○渡辺委員 確認したいのですが。

資料3①の右上に丸が二つあって、その下のほうに、二次医療圏と構想区域を一致させることが適当というような話があって、資料の10とか11で、二次医療圏でのいろいろなデータを出していただいていますけれども、これはまだ構想区域は二次医療圏と決まったわけではなく、参考資料の10ページにありますように、下から2行目、二次医療圏域と構想については一致する必要はないとあります。

先ほど山口先生もおっしゃいましたけれども、東京都では、全体的には非常にうまくいっているのだから、こういう二次医療圏で区切った資料10、11とかを出されると、つけかえとか、足りないところに充てるというような話が出てくるわけで、今、全都的に2013年の状況でうまくいっているのであれば、全都的な構想区域というのは東京都医師会ではある程度固まってきているのですけれども、前回の6月29日のときも二十数人いる策定部会の委員の多くが、二次医療圏で構想区域はいいのだという意見は全くなかったと思います。

今うまくいっているのだから、全都的な展開をするということも考えていただいて、2カ月後には、ほぼ仮決定ということですから、この2カ月間の間は構想区域をもう少し広い目で見ただけの方がいいかと思えます。確認です。

○新田会長 まず、山口先生、今のご意見対して、どのような考えでよろしいでしょうか。

○山口先生 構想区域に関しては、今、渡辺委員が言われたような形で、実際に、今の二次医療圏で考えるというのは、ちょっと難しいのではないかと。患者さんの流出入が非常に大きいということもありますので。

ただ、先ほど言ったように、都全体で見ると意外にバランスよく、多摩地域のほうに少し療養・回復期が多いというようなところとか、そういう形でとれているのではない

かという話になっています。

ただ、最終的に構想区域を考えるとときに、いわゆる高度急性期だけの問題では、もちろんありませんので、最終的に、こういう地域包括ケアシステムをどうやって持っていくかということも含めながら考えていくような形になると思います。

ですから、いまの段階では非常に流動的であるというお話しかできないと思います。

○新田会長 事務局、どうでしょうか。

○新倉課長 構想区域につきましては、地域医療構想策定部会のところで、今まさに山口先生がおっしゃっていただいたとおり、議論の真っ最中というところでございます。

ですので、最終的にどういうふうな区域を構想区域とさせるのかというのは、その議論を今進めているところでございます。

今回、在宅のこの会議で出させていただいた二次医療圏別の資料、データ等につきましては、国から現在の二次医療圏ベースの数字をデータ提供いただいておりますので、それを今回出させていただいたところでございます。

もう既に、二次医療圏が構想区域となっているということでは全くございませんので、国から提供されたデータというところでございます。

○新田会長 ありがとうございます。

私自身が思うのは、二次医療圏というより、もっと区市町村圏域で、在宅医療の需要と供給を出した方が明確になるのではないかと実は思っていて、それが出せない限りは地域医療構想は何のためにやるのだと、よくわからなくなる、はっきり言って。

そこで、きちんと需要と供給の体制がこれだけあるんだよと、それによって地域医療構想の病院のベッド数だって逆に決まってくるんだなと。今、逆に、地域医療構想があって在宅医療という話ではないですか。私は本来、逆だと思っているのです。

だから、今の話は、どちらでもありかなというようなことで承って。どうぞ。

○渡辺委員 地域医療構想というのは、全体的な目安として考えるべきで、急性期医療にしても、急性期の人だけがいるわけではない。そんなことはあり得ないわけで、急性期から回復期、そして、中には慢性期の人でも急性期病棟にいたりするわけですから、地域包括ケアは大変重要なことですが、これはもう区市町村マターですから、これからまちづくりですので、やはりそこは考え方を変えて、あと2カ月で仮構想、地域を決めなければいけない。

ただし、地域包括ケアはこれから1年、2年、3年と続けていかなければいけないということで、この3,000点とか、600点とか、225点とか、点数がひとり歩きますから、こういう全都的に考える視点は失ってはいけないと私は思います。

○新田会長 ありがとうございます。そのほか、ご意見はありますか。

どうぞ遠慮なく。どうぞ。

○宮崎委員 私は患者家族側の立場になります。この構想の中ではシステムの的に設計できる部分が明示されていると思います。在宅で受け入れる側が、施設ベースのもの、居宅

も含まれますが、それらを判断するといいますか、受け入れると決める意思決定の部分に「市民」という存在が大きくかかわってくるかと思います。

そちらの意識啓発といったものがどの程度積極的に行われていくかというところが実は重要なのかなと感じています。今まで、なかなかそこにアプローチができずに来ていると思うのですが、しっかりとやっていかないと、そこが足かせになってしまうのではと心配しております。この資料9のグラフが示す、あと12年で倍増する、という認識をどれだけ市民に伝えられるか、また、市民と専門家の意識格差であるとか、実際に受け入れ可能な実態はどうかというのは、恐らく、東京都の中でかなり地域ごとに特性があると思います。その辺のデータ、意識調査なのかもっと違う手法なのかそこはわからないのですが、自宅が医療機関になるのが在宅医療、療養だと思うので、その辺の部分が明確になっていくとよいと思いました。

○新田会長 重要なご指摘だと思います。

これは意見ということでお聞きしたいというふうに思います。よろしいでしょうか。

○宮崎委員 はい。

○新田会長 ほかに、何かご意見はありますでしょうか。

○山本委員 これは、逆に、私は教えていただきたい部分がありまして、先ほど山口先生がおっしゃられた中で、高橋先生のお名前が出まして、日本創成会議等の発表で、東京圏を含めて首都圏は、介護施設も含めて非常に将来需要に対して少ないということで、地方の方が豊かだという、そんなような発表がされていて結構マスコミをにぎわせましたけれども、今回は、医療構想も含めて、介護施設等との兼ね合いといいますか、これは在宅の受け皿をふやしていこうという方向があるわけですが、特別養護老人ホームを含めて、介護施設とかを含めた形ではどう構想していくのかというのは、事務局の方に、もしお答えがあるのであればお聞きしたいということで。

ああいうことが発表されて、東京としては何らかの対応をしていかなければいけないと思います。それを、わかる範囲で教えていただけたらということと、これは先ほど課長がおっしゃられたことですけれども、自治体単位の地域包括ケアという考え方と、渡辺委員がおっしゃられた二次医療圏がうまくいっているということですが、その二次医療圏の医療資源と、自治体ごとの地域包括ケアシステム、特に在宅医療の推進との、この自治体側の需要と、二次医療圏の医療資源とのバランスをどう調整していくのか、これは大きな課題になってくると思います。ここら辺の調整をどうしていくのかということ。

そして、本当にミクロレベルで見たときに、在宅医療推進はもちろん必要ですけれども、一方で、受ける介護側が在宅独居の方がふえていくということと、老老介護世帯がふえていくということに対して、これも在宅医療推進と、受け皿としての介護者側の介護者の支援とか、在宅独居の方に対する在宅医療の支援ということと、これは個別のケアの話ですけれども、しっかり考えていかななくてはいけないというふうに感想を持ちま

したので、お伝えさせていただきます。

○新田会長 恐らく最後に話されたことと最初の話は同じ話でございますよね。そこをどう考えているのかということで、何か、事務局からのご意見はありますでしょうか。

なかなかこれは難しい話でございますが。

○新倉課長 地域医療構想策定の際、もしくは、また、従来から都道府県の医療計画としての保健医療計画をつくる際におきましても、当然、都の中でも、医療の計画と、さらには高齢の介護の計画、障害の計画、子供の計画と、さまざま分野別の計画があるわけでございますが、ここにつきましては、我々、福祉保健局の中で全て所管しておりますので、横の連携を取りながら、当然、地域医療構想を策定する際には、先般、公表して策定しております高齢者保健福祉計画、今日も少し資料が後ほどございますけれども、そこときちんと連携をとった上で策定していくというところは進めていく、これまでの方針でございます。

2点目は何でしたか、すみません、申しわけありません。

○山本委員 自治体ごとの地域包括ケア、これは先ほど課長がおっしゃられたことですが、けれども、それと二次医療圏の医療資源、このバランスをどう自治体側と二次医療圏側が、情報交換というか、意思疎通を図っていく必要があると思うのですけれども、どういふふうな方法で意思疎通を図っていくかということです。

○新倉課長 一つ、在宅医療、在宅療養を進めていく上の話ということであれば、今回、介護保険事業の中に地域支援事業として在宅医療介護連携推進事業というのが新しく盛り込まれました。

ここで、実は今日、参考資料2番として、国の地域支援事業の資料がございます。

参考資料2をごらんいただきますと、この事業としてどんなことに取り組んでいかなければいけないのかということが、事業項目と取組例ということで、(ア)から(ク)まで八つの項目が示されているところでございます。

この取り組みをそれぞれ見ますと、我々はこの国のこの事業の位置づけができる前から独自にさまざまな取り組みを進めてきているものでございますが、特に、今の発言と関連のところでは、右下の(ク)がでございます。

在宅医療介護連携に関する関係区市町村の連携ということで、その下にありますとおり、同一の二次医療圏内にある区市町村、もしくは隣接する区市町村が連携して、広域連携が必要な事項について検討という、こういった仕組みが新たに盛り込まれたところでございます。

ことこの在宅療養の推進に至っては、実は我々も区市町村が実施主体ということで、区市町村単位でものごとをさまざま考えていたのですけれども、初めて少し広域の連携も考えていくべきということが示されましたので、今後、この取り組みを進めていく上で、区市町村並びに都は、多摩地域は特に保健所がございまして、そこと連携しながら、圏域を広げたところの連携というのを進めていきたいというふうに考えています。

そして、在宅の医療介護の連携体制をどうやってとっていくのかというところを少しこうした場を使って議論していきなというふうに考えております。

○新田会長 ありがとうございます。

この議論をやると切りがないわけですが、45分ぐらいで一応時間は設定しておりますけれども、何か、ほかにご意見は。

呉屋先生、何か、ありますでしょうか。

○呉屋委員 今、議論が出ているそのものだと思うのですが、それをどういうふうにこの地域医療計画の範囲を決めるかというのは大変興味があります。

区部と多摩地域の市町村自治体群とは、かなり事情が違うのかなというふうに思いました。

私自身は、多摩地区でいろんな仕事をしてはいますが、そうなりますと、市町村、あるいは市医師会単位だとどうしても狭過ぎるという、人の生活圏の方がそれより広い。区部になると、またいささか事情が違うのかなと思いつつ今話を聞いていたところでは。

ただ、難しい話で申しわけないのですが、在宅医療ということを考えるときに、生活圏が主になるかと思いつつ、もう少し広い範囲での在宅、いろいろな施設に人が入るといふようなことも考えるとちょっと広い範囲になるのかなと。つまり、求められる質によって面積が違うのかなと思いつつ聞いていました。

きめ細かく決めるのは難しいかもしれませんが、ただ、ニーズによってそれを変えるというのがあるのかなと思いつつ話を伺っていました。

○新田会長 ありがとうございます。どうぞ。

○山口先生 山本委員のご指摘は非常に大事だと思うのです。

地域包括ケアシステム、一次医療圏のあれをどうやって生かしていくかという構想区域をつくっていくということも大事なので、ぜひともそういう意味で考えていきたいというふうに思います。

今、まさしく議論している最中なので、どうこう言えませんが、地域包括ケアシステム、一次医療圏というのはすごく大事だと思います。

○新田会長 どうぞ。

○秋山委員 参考資料の56ページの別紙に、地域医療構想の策定及び実現に必要な情報（データ）として、今後の疾病構造の予測というのも含めて入っているのですが、この病床再編等も含めて、この医療計画を立てるときに、全く今と同じ疾病構造のこの重点施策のままで、患者数というか、入院をしなければいけない、要する人を策定して病床数を決めていっていることに対して、本当にいいのかというのか。

私としては、もう少し、本来、構想策定するときには、一次予防、二次予防、三次予防というか、予防面も加味した上で策定するよという意見が出されていて、予防的な視点というのがどこに組み込まれて、結果、その病床をどう決めているのかとい



うあたりが、誰に聞いたらいいかわからないのですけれども、そこはどうなのでしょう  
か。

○新田会長 これも重要な指摘であります、現在の発症する疾病等の構造、そして要介  
護状態から恐らく全てが成り立っているという数字でございますが、これは、まず現場  
の山口先生どうでしょうか。

○山口先生 2025年の疾病予測を踏まえて、一応、つくっていると思います。

ですから、現在のもちろんデータと、そこから人口の動態は当然わかりますよね。そ  
れから、当然、高齢者がふえる。高齢者に多い疾患がどうふえるかということ踏ま  
えた上での数字になっていると思います。

予防に関してはちょっと。

○新田会長 恐らく、その問題を指摘されていると思うのですが、現在の高齢者の疾病  
構造をそのまま2025年に高齢者数の人口で当てはめてやっていること自体がちょ  
と変ではないのかという、そういう質問だというふうに思いますが、それでよろしいで  
しょうか。

それに対してどうでしょうか。なかなか、これは難しい話でございますけれども。

○宮澤課長 医療需要の推計に関しましては、平成25年の入院医療実績から人口推計の  
引き伸ばしで推計しております。

ただし、そういう意味では実績からということではありますけれども、非常に細かい  
国からのデータが示されています。

疾患別の非常に細かいデータが示されているので、例えば高齢者特有の肺炎であつた  
り、骨折であつたり、脳卒中であつたり、そういう今後ふえるであろう疾患なんかに  
も注目しながら、流出入の状況ですとか、規模ですとか、伸び率ですとか、そういった  
ものも勘案しながら検討していきたいというふうに思っております。

○新田会長 これも、もともとの出である九州産業大学の松田晋哉さんと何回も討論して  
いるのですが、その構想そのものの根本問題というのがなかなか見えないのが実際で  
ございますよね。

それは、どの学者をとってもその話をするとう解決ができないし、一方で、過去10  
年の介護予測とか状態像の中では、数値は今現在がなっていると、これからどうなる  
かはわからないという、それでしかないのだろうなというふうに思っていますけれど  
も、どうでしょうか、そのあたりは。

もう一回、宮澤さん、どうでしょうか。

○宮澤課長 繰り返しにはなりますけれども、さまざまなデータの活用をして、細かいデ  
ータも見ながら検討していきたいというふうに思っています。

○新田会長 どうぞ。

○秋山委員 地域包括ケア病棟ができて、できるだけ在宅へという流れができたときに、  
今度はベッドの回転率がよくなって、逆にベッドがあく。そのときに、誤嚥性肺炎で入

ってくる急性期というより、亜急性期の高齢者への急性期のベッドがちゃんと空くという状況になっている。今まではそういうのがなかった地域でもその現象がおきています。肺炎をなるべく予防し、軽いうちに在宅でしのげば、こういう変な循環も少なくなっていくわけですね。

今まで、そこからこじれて療養病床に送っていた人たちも在宅に戻れるという、これは理想に近いですが、そういうことを予測した上で在宅の需要というのがどうなのか？

それがすでにできつつある地域と、全くそれは無理で、在宅に戻すとはまるで反対の、遠いところの老健、遠いところの療養病床に送ってしまい都心には戻ってこないという高齢者の今の実情があるということです。それがそのまま続くのか、そうではないというふうに行くのかというのは、予防的視点を取り入れるかどうかで大きな差が出ると思ったので、先ほど申し上げました。

○新田会長 ありがとうございます。

ある東京の病院の75歳以上の一番多い病気が肺炎でございますね。75歳以上の肺炎というのは、恐らく今言われた誤嚥性肺炎等々でございますから、そこへの予防対策、予防という問題、摂食嚥下、食べるということをきちんとやるという、そういう話でもあります。

そのところを、恐らく山口先生もそういうデータを持っていらっしゃると思いますが、どうぞ。

○山口先生 データは持っていません。

先ほど、資料7①で、慢性期のパターンA、パターンBというのがございましたね。そのパターンAというのは、恐らく長野県でしょうか。一番、地域で予防とか、そういうのをやって療養の病床が少ないところを選んでるんですね。ですから、ある意味では、その推計は、もしそういうふうに全国的にうまくいけば、このパターンに恐らく収斂するというような数が出ているわけです。

ですから、最終的にはこれが目標というか、理想の形がここに近いのではないかと。さらに長野県がもっとやれば、もっと少なくなる可能性はありますけれども、今の段階での資料では、このパターンAというのが比較的そういう予防医療を含めたことをやった数になると思います。

○新田会長 山口先生のご意見でございますが、実はパターンA、Bだけではなくて、現在、75歳以上の方が急性期に入っているという現状があるのですね。その急性期の75歳以上の入院が肺炎だという。そこを減らすことも場合によってはありますので、ご留意いただければというふうに思います。

それでは、時間も差し迫って・・・、どうぞ。

○宇佐美委員 今、会長から「摂食嚥下」というお言葉が出ましたので、東京都歯科医師会として発言させていただきます。

在宅に関しましては、先ほどの医療圏の話にも絡むのですが、ご案内のように、地区医師会は区市町村単位、行政区とすごく密につながっているのです。

我々、東京都歯科医師会も、東京都の感覚で、こういう会議に私は最近出ているのですが、ここにはなかなか歯科関連の言葉が出てこない。これは、地区歯科医師会から我々、都の歯科医師会が突き上げをくらののですが、実は東京都からは委託事業として東京都歯科医師会は摂食嚥下の機能支援推進事業というものをやっております。

あわせて、がん患者の周術期口腔ケアという指定医の医療機関、そういう研修もやっているわけです。ぜひ、そういうところを盛り込んだものを少しつくっていただきたい。

いつも、こういう資料をいただいて、医師会に持って行って、会員の先生方に、これは東京都としてはどうなっているのだと聞かれても、答えるものがないのです、歯科の場合は。ぜひ、それを少し汲んでいただければ。

○新田会長 ありがとうございます。

これは平川委員に聞きたい。東京都医師会においても摂食嚥下等の事業も、在宅ということで行っているとしますので、ぜひ。

○平川委員 そうですね。今、先生が言われたように、各地区医師会と、歯科医師会の先生方が組んで、合同で研修等やっていますので、その事業は今後進めていきたいと思えます。

○新田会長 ということで、重々承知しておりますので、よろしく願いいたします。

○平川委員 よろしく願いいたします。

○新田会長 それでは、二つ目の議事に入ってよろしいですか。

その他は、また時間があれば、その他ということで、後で議論したいと思います。

区市町村へのヒアリングについてということでございます。

事務局から、一通り説明してもらいまして、それから、また質疑応答したいと思います。よろしく願いいたします。

○新倉課長 それでは、資料12をごらんいただきたいと思えます。

地域医療構想策定にかかる区市町村へのヒアリング案でございます。

先ほどご説明したとおり、地域医療構想については、在宅の部分についてですけれども、策定段階から区市町村との意見聴取が必要であるということでガイドラインにも記されているところでございます。

当然、我々のほうでも、地域医療構想策定に向けて、在宅の部分について各区市町村の意見をきちんと聞いた上で、今後の取り組みの方向性であるとか、そうしたことについて議論を進めてまいりたいと考えております。

その前提といたしまして、今後、夏ぐらいから、各都内区市町村へのヒアリングを実施しようと考えております。

そのヒアリングの際の内容でございますけれども、1番のところにありますとおり、①地域資源の把握状況から、医療と介護の現在の連携体制について、また、連携を進め

ていくに当たっての課題はどういうことが課題なのか、また、今後の取り組み予定、先ほど地域支援事業のお話がありましたが、これについての取り組み予定について、また、医療・介護の連携強化を進めていくに当たって、地区医師会や東京都に期待すること、こうしたことについて、区市町村にヒアリングを実施してまいりたいと考えております。

また、ヒアリングの方法につきましても、現在、先ほど少し広域の話が出ましたけれども、二次保健医療圏単位の自治体にまず集まってもらって聞き取り調査を行うのか、もしくは、個々に区市町村ごとに聞き取り調査を行うのか、このあたりも今後考えていきたいと思っております。

本日は、このヒアリングの内容で、区市町村に聞くような内容として、これ以外にも、例えばこういうことがあるのではないかとかということがあればご意見もいただきたいと思っておりますし、ヒアリングの方法は、ある程度、医療圏の自治体に集まってもらって聞くのがよいのか、個別に実施するのがよいのか、そのあたりについても、もしご意見があればお聞きしたいと思っておりますので資料に出させていただきます。

説明は以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。それでは、ご意見をよろしくお願いたします。

千葉さんがうなずいていらっしゃいますが、突然でございます。大丈夫でございますか。どうぞご遠慮なく、発言をよろしくお願いたします。

阿部委員、どうでしょうか。市町村にどういうことを聞いて、どういう単位でやるという。

○阿部委員 現実には、現場の中におきましてよく聞くのは、役所の中で保健衛生部と介護保険は、余り仲がよくないという話を聞いていますので、そういう状況もあるということもありますので、地域医療構想を進めるに当たっては、その中の地域で一番、何が問題なのかということを確認にさせていただけるのがいいのかなと思ったのです。

先日も、認知症ケアパス委員会がありまして行ったのですけれども、国で出している七つの構想の中におきましても、全てを網羅するのではなくて、その地域、地域にあって、その地域の中でできていることとか、足りないこととかを整理しながら進めていくということも大事かと思っておりますし、それに伴いながら、その区の中にある医療的な部分の必要性というのですか、足りている部分とか、足りていない部分、全てを網羅するのではなくて、その地域らしさがこれからより求められるのではないかなと思っておりますので、その辺についても、その区らしさで問題を課題として出していただけるといいのかなとちょっと思ったのですけれども。

○新田会長 ありがとうございます。せっかく行政機関から、江戸川、足立、八王子、多摩と出席されておりますので、それぞれご意見を伺ってよろしいでしょうか。

前田さん、どうぞよろしくお願いたします。

○前田委員 先ほど来、一次医療圏が重要だというご意見もありました。確かにそのとおりだと思います。

一つ、高齢者は、医療的な問題ではなくて、非常に社会的な属性、先ほどありましたけれども、単身高齢者が増加する、あるいは、所得の問題、それから、在宅を受け入れる個人の住まいの問題というところもあるかと思えます。

また、複雑なケースとしては、精神疾患を抱えているようなケースだとか、現場では非常に医療だけではなくてさまざまな問題を抱えている方がいらっしゃいますので、そういったところを含めて、どういう形が、絵に描いた餅にならずに、実際に地域の中で、最後までといいますか、できるだけその人らしく生きる形をつくるのかというのは、いろいろな要素が絡まっていると思えますので、そういったことも含めて、これからの地域の現状といいますか、そういったことをお伝えできればと思います。

以上です。

○新田会長 依田さん、よろしくお願いいたします。

○依田委員 足立区の高齢サービス課長をしております依田と申します。

昨年は介護保険課長をしております、この分野を引き続きということになっているのですけれども、先ほどの二次医療圏の話と地域包括ケアシステムの関係という話の中では、足立区の場合、場所がイメージできない方もいらっしゃるかもしれませんが、足立区から救急車で運ばれるときに、一般的には女子医大の東医療センター、尾久に行く場合が多いのですけれども、実はそれ以外の、もっと都心部の日医大ですとか、そういったところへ行く方々もいらっしゃいます。

二次医療圏の荒川、葛飾は慈恵医大とかもありますけれども、そういったところへ運ばれていく方々と、では、地域包括ケアシステムと考えたときに、在宅で過ごすためのカンファレンスですね、足立区内の病院といっても、足立区は東西に11キロありますので、そういう医療と介護のまちの診療所の先生方との連携というところが、現実問題としてなかなか難しいのではないかというのが、足立区で今いろいろ意見をいただいている中で現実の問題として起きている。

急性期、慢性期となっていった時に、本当に連携がきちんとできて在宅につながりますかというところについては、かなり努力が必要なのかなというふうに認識しております。

このヒアリングのお話で言わせていただくと、恐らく区市町村ごとにそれぞれ置かれている状況が違いますというところが一つと、二次医療圏での話し合いの場というのは、なかなか特別区の課長会でやっていてもないという現状もありますので、どうせやっていただけるのであれば、同じ日に二次医療圏単位で呼んでいただいて、個別にやりつつ、1時間後にみんなそろってやろうねみたいな工夫をしていただけると、特別区側としても、各区の対応が非常に楽かなということで考えております。

○新田会長 今の話の中で、救急車で足立区を超えて出てきます。そして、要は、そこと地域の連携がなかなか難しいというのは、その本人は戻ってこないという話ですか。

どういうことでしょうか。

○依田委員 特別区の中で、足立区と、たしか五つぐらいの区だけが、実は区内に国公立病院も大学病院もないのです。そうすると、例えば脳疾患ですとか、心臓疾患で行くときには、大体、足立区を出ていくのです。しばらくして、退院してくださいという話になったときに、運よく足立区内の病院に帰ってこられる方もいれば、さらに遠く多摩のほうですとか、埼玉のほうですとか、そういったところに行ってしまう方々もたくさんいらっしゃって、何とか足立区内の病院に戻したいのだけれどもというご家族の相談が確かに日々ありますので、必ず足立区にまた戻ってくるという現状にはないということと、先ほど秋山委員が、たしかおっしゃっていたと思うのですけれども、地方の介護施設にそのまま転院されていって帰ってこられないという方が確かにいらっしゃるといふ現状もありますので、在宅に帰ってくるときに、どう医療情報、ケアの情報を結びつけていきますかというのが、二次医療圏で考えたときと地域包括ケアシステムで考えたときの一番のネックになっていくのだらうなという認識をしております。

○新田会長 例えば脳卒中だと仮定しましょうか。

脳卒中で行きましたよね。恐らく、山口先生も脳卒中の連携等々に入っているからわかるのですが、在宅普及率は意外と高いんですよ。

だから、今言われた、わずか、例えば状態像がC1とかC2レベルで戻る確率は少ないけれども、意外と高いので、もう少し精密なヒアリングが、僕は逆にやってほしいなと。

今の雑駁な意見ではなくて、戻れないから大変だよということではなくて、それに対して区市町村はどういう体制を組んでいるのだというほうが重要かと思って聞いておったのですけれども、どうでしょうか。

○依田委員 細かいところまできちんと調査すべきだと、それはおっしゃるとおりだと思っています。

具体、個別の事例の積み重ねについては地域包括ケアシステムをやっていく中で当然必要だと思っておりますので、これからやってくべきだと私どもも思っています。

ただ、現実論として、入退院のカンファレンスがうまくできていないというところが足立区内においては言われていますので、そこについてどういったところというところをこれから具体的にやっていきたいと思えます。

○新田会長 ついでに芝先生、同じで、あそこの多摩総合というのは他市にまたがっていて、その入退院カンファレンスができていないという。それは、でも、それでどこか行ってしまうのかという話になるわけですが、現実にはどういう状況が言えますか。

もともと、その人が住んでいる場所に戻る方法とか等々も含めて、何かありますか、ご意見は。今、二次医療圏を超えた範囲で、重要な意見だと思えますが、どうぞ。

○依田委員 会長がおっしゃるように、具体的に何%帰ってこられるのか、帰ってこられないのかについては、申しわけございません、正確にはつかまえていませんので、これからつかまえていきたいと思えます。

○新田会長 よろしくお願ひします。そして、さらにご意見は。

○芝委員 実際には運ばれてこられて入院される方たちの、その後どの地区から運ばれた方かというところのひもづけの検討は十分にできていないのですけれども、印象になりますけれども、まずは、とにかく自宅近くに復帰することができる状況がある患者さんについては、好んで自分の自宅から遠いところを希望される方はまずないので、そういう方は、ほぼ自分たちの生活圏に戻っていく。

ただ、1週間以内に、一旦、転院先で、途中の段階でも急性期から急性期に移るといふ形が進められていますけれども、その受け皿になる相当数の病院のところのキャパに依じて、こちらから、近いところから順番に割り振っていくという形になるので、そのところは別の要因が働いているので、ここでの議論に直接お役に立てるかはわかりません。

○新田会長 呉屋先生のところも、そういった医療圏で活動されていると思います。参考になればと思ひまして。

○呉屋委員 多摩地区にある唯一の大学病院なので、多くの方がいろんな形で来院されますけれども、その分析はできていないですね。

○新田会長 なるほど。そうですか。わかりました。ありがとうございました。

今、現状はそういうことがございますから、そこからも始めていかないと、なかなか難しいですね。どうぞ。

○千葉委員 そろそろケアマネジャーの出番かなと思ひます。

今は、かなり大学病院の方からケアマネジャーの方、あるいは地域包括支援センターのほうにMSWから連絡が参ります。

地域に帰ってこられる方の特徴としましては、既に私どものケアマネジャーがついている方、それから、地域包括支援センター等とのかかわりがある方、それから、ご家族が熱心に戻りたいという方については、かなり復帰率というか、在宅に帰ってこられる率は高いかなと思ひます。

ただ、先ほど出ましたように、入退院のカンファレンスに我々ケアマネジャーがどこまで行けるかという、やはり遠方だと行き切れないというのがございます。

二次医療圏よりはもう少し小さい地域包括ケアシステムの圏域等にいらっしゃれば、できるだけその関係はつくっていきたいということで今やっております。

○新田会長 ありがとうございます。

東京都におかれましても、退院支援の調整という問題を、今日も看護協会で行われましたが、全病院に対してという話でございます。ちょっと説明していただけますか。

○新倉課長 この会議でも、昨年度ないし、報告させていただきましたが、東京都でも平成25年度から、特に病院における退院支援の取り組みを強化するために、重点的に取り組んでまいりました。

平成25年度には、東京都退院支援マニュアルというブルーの冊子でございますけれ

ども、病院において、患者の入院早期から退院後の生活を見据えて、どういう時期にどんなことを取り組んでいくのかということ、段階的にまとめたマニュアルをつくっております。

平成25年度にそのマニュアルをつくりまして、平成26年度には都内全病院ないしは訪問看護ステーション、地域包括支援センター、区市町村など、関係のところに周知を図っております。

さらには、昨年度、マニュアルをつくって配って終わりではなく、マニュアルをつくって、実際にそれを使ってみてもらおうモデル事業を都内3病院で実施させていただきました。

今年度は、そのモデル事業の結果を検証いたしまして、マニュアルのさらなる充実に取り組んでまいり予定となっております。

あわせて、先ほど新田会長からお話があったとおり、退院支援マニュアルを十分に活用した退院支援強化研修というのを、今年度から全病院を対象に実施しております。

実は今日が二日目です。昨日から第1回目が始まりまして、都内の病院を対象にして、今年度は200病院を対象に実施する予定でございます。

幸い、募集をかけましたら、定員を大きく超える申し込みがありまして、今年度の受講を一部お断りしなければいけないような事態となっておりますが、それだけ関心が高いというところもでございます。この取り組みを、今年度、来年度も研修をさらに続けてまいりたいと思っております。

○新田会長 一応、情報として受けておいてください、よろしく申し上げます。

それでは、八王子の高橋委員、よろしく申し上げます。

○高橋委員 八王子市の地域医療政策課長の高橋です。八王子の場合は、皆さんもよくご存じだと思いますけれども、非常に広域だということが特徴として挙げられると思うのですけれども、その中で、大学病院が二つありますので、一般のクリニックから大学病院のいわゆる紹介率というのも最近上がってきていますし、その辺の医療の連携というのは成り立ってきているのかな、また、大学病院から地域の病院に戻すという逆紹介率のほうも非常に今上がっておりますので、その辺はできているかと思えます。

ただ、八王子の中のいわゆる西北部については非常に精神病院が多いということが特徴として挙げられまして、その精神病院に入院される方が区部のほうからいらして、精神病院を退院して区部に戻るかということ、そういう方もいらっしゃるのですけれども、どうしても病院に通うということがありますので、その近くの、いわゆる住宅、アパートあたりに住まれる可能性が多くなります。

そういった中で、いわゆる生活保護の方もふえて、先ほどから二次医療圏のお話が出ていますけれども、八王子の一次の中を見ても、新興住宅街などであれば高齢化率は大体16%ぐらいなのですけれども、西北部で高いところであれば26%を超えているというようなところもありまして、一次医療圏の中であっても非常な格差がありますので、



先ほどから二次医療圏、二次医療圏という話が出ていますけれども、その単位となると、八王子などの場合は厳しいかなというのが感想としてあります。

以上です。

○新田会長 また地域によって違うという話でございます。

何か、つけ加えることは、平川委員、ありますでしょうか。

○平川委員 私も八王子の精神科の病院をやっておりますけれども、確かに高橋委員が言われたように、精神科医療は二次医療圏ごとではなくて全都で受けておりますので、先ほどから出ていた議論、二次医療圏で考えるべきなのか、全都的で考えるのかという、一つの材料かと僕は感じています。

確かに、かなり以前の話だと、都心部から八王子の病院に入院されて、先ほど高橋委員が言われたようにそのまま八王子に住まれるケースもあります。精神科の特徴で、家に戻りたくても家の者が受け入れないという場合もあります。

しかし、今は精神科病院についても、在宅復帰率の問題とか、地域に戻したいというのが大勢として動いていますし、そもそも今は1年以内の退院者がすごくふえていますので、前は何年も入院されているので生活の圏域も変わって、戻る家も、部屋も無くなってという状態だったのとは随分違います。今ならば、精神科の場合でも、全都的にやっても、地域に戻すということは進んできていると思っています。精神科病院がもがきながらも、全都範囲でもうまくやっていける方向にいつているかなと感じております。

○新田会長 ありがとうございます。それでは、多摩の古川委員、よろしくお願いします。

○古川委員 初めて参加させていただきます。ピントがずれていたら申しわけありません。

多摩は、ご存じのように、非常にコンパクトな地域です。

八王子さんのように広さはないですが、非常にコンパクトで、その中に、南部地域病院さん、あるいは日医大さんというような、急性期対応の病院があります。

さらに高齢者に限っていえば、天本病院さんという形の中の高齢者医療の中核になる病院もあります。あわせて、精神のケースに関しては、記念病院さんという中核病院もあります。

そういった中で、その中核病院、大学病院と、医師会の先生方とのネットワークが非常にいい形でできている地域だというふうに思っています。

ですので、退院の部分のフォローアップについても、医療機関同士の連携及び医療機関から地域の連携という部分というところがうまくいつている地域だなというふうに思っているのですが、ただ一言だけ、実は私は15年ぶりに子供の世界から高齢の世界に戻ってきたのですが、例えば退院時のカンファレンスのときに、15年前はもっとやっていたという印象があるんです。

それは、例えば脳卒中で、急性期でリハビリをしました。そのときに、在宅に帰るといときに、例えば在宅介護支援センターと地域の民生委員さん、あるいはその中でサービスを使うといったときに、そういうサービスの提供者という部分が、退院前カン

ファレンスが病院で当たり前のようにやっていたことだったと思うのです。

ところが、私はここに着任してまだ3カ月なのですが、びっくりしているのは、それは二次医療圏内ですけれども、リハ病院のドクターから直接市の職員のほうに、退院のときのいろんな調整をお願いしたいというふうに電話が来る。

昔はMSWの方から、例えば在宅介護支援センターや、そういうところに来た中でやっていたのだけれども、なぜ、こうなっているのというところをベテランの課長から聞いたわけです。

そうすると、介護保険が始まった中で、介護保険のケアマネさんが、どの時点で、どんな形でつくかという部分が、例えば退院してからでないとなかなか難しい、ある程度落ちついてからでないといけないというような場合もあるということで、退院時にケアマネがついていないというような事例もあるのだという話がありました。

これは、すみません、私はまだ本当に3カ月で、その事例が特殊な事例なのか一般的な事例なのかというのはわからないのですが、そういったところもあって、実はここで多摩市医師会の先生方の連携の中では医療介護連携を進めていこうと、そういった意味で、医療介護連携の支援センターというところに、そういう地域の、特に直接例えば病院から来てケアマネがないような人の退院のコーディネートができるような、そういう仕組みをちゃんとつくっていくというのが一つ必要ではないかというところを今検討しているところです。

あと、ヒアリングのことを言えば、1番の地域資源の把握状況の部分は、これは対象者別にいうと全然違うなと思っているのです。

例えば、子供の世界は、例えば障害児も含めてですが、保健所さんがいろいろとかかわっている部分もあります。精神のケースもそうですよね。ですので、地域資源の把握の部分のところでは、保健衛生部門と、それは保健所、あるいは市町村という部分と、あと、高齢部門、障害部門でかかわっている部分で違うと思います。

ただ、介護となったときには、基本的にやっぱり高齢、あるいは介護のセクションかなというふうに認識しているところです。なので、やっぱり各市別に聞いていただけるとありがたいかなと思います。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。今、行政の方たちにとっても貴重な意見を伺ったわけですが、そのほかに、何かご意見は。どうぞ。

○宮崎委員 ヒアリング内容のところなのですからけれども、ここに出ているのは、現状、課題として認識している部分かと思います。

特に特別区に関しては、隣接区からの、例えば訪問看護ステーションが患者さんをどの程度受け入れているかというようなことを、自治体の方でどの程度把握されているかについてヒアリングしていただくと良いと思います。特に境界隣接地域ですとか、がん末期の患者さんや小児の患者さんたちは、恐らく、自治体（一次医療圏）ごとではなく

て、もう少し広い範囲になっているかと思います。訪問看護ステーションの現場や、そのメンバーたちは把握しています。行政側と認識の温度差があるところの体制構築ではちょっとずれが生じるかなと思います。そこを聞いていただけると良いのではと感じました。そういった意味では、二次医療圏ごとという要素は重要と感じました

○新田会長 ありがとうございます。そのほか、何かご意見はありますか。

○清水委員 一つ意見なのですが、このヒアリングの①から⑥までを見て、ある程度、こういう結果が出るだろうなというような、⑤と⑥は大体、雰囲気としてはわかりますよね。

それで、それぞれ地域資源の把握というのですが、この資源というのをどこまで細かく見るか。それぞれは皆さんが、いろいろ何とかブックとか、2年に一篇とか出していますね。それこそ、医療のほう、介護のほう、それで、本を出して、歯科、薬剤師、医師、それぞれがどこにいるという地図もつけて、それで、最近は介護のほうについている。それを医療資源とっていいのかどうかということですね。

あとは、連携体制も含めてなのですが、これはこれで僕は一ついいのですが、今、お話があった退院支援の話ですよね。これは病院についてするのは常によく、ところが受ける側のところですね、これはどう受けていくかということで見てみますと、地域包括支援センターが結構最近そういう機能も果たしていて、そこにケアマネも少し連携をとっているわけです。

ですから、地域包括ができて、もう大分時間がたって、地域のデータベースを結構持っているのです。どういうデータベースを持っているかという、どの先生はどういう疾患が得意で、どれがどうだと、24時間というけれども余り見てくれないとか、24時間とってないけれども、いつもみてくれるとか、そういうような内部情報というのを結構持っているのです。

ですから、退院というソフトランディング、在宅にしていくに当たって、キーパーソンが二人いると思うのです。いわゆる形式上のキーパーソン。それは何かというと、病院からのコーディネーターの方ですよね。それから、受ける側の地域でのコーディネーター。ドクターに、じかに連絡がかかってくることもありますが、そうすると、地域包括というのが、そもそも小学校区あたりのところの地域包括ケアシステムの基準になる場所ですから、そこにある情報が一番貴重なわけですね。

ですから、数は多いんですが、地域包括に退院支援をどのぐらいやっていますか、どのぐらいの退院支援がありましたか、できること、できなかったのはどういうことですかと。先生がいないと。それはそれでいいのでしょうかけれども、だとすれば、そういう先生をその場所で養成すればいいわけで、その辺の生のデータを、実態を把握しないと、このアンケートをやっていきますと、字面で大体決まったような、今でも書けそうな雰囲気もちょっとするので。

だとすれば、これは縦串ですよね、横串を刺して、その地域の実態を出すためには、

地域包括の数は多いですけども、そこにもアプローチして情報を出していくのも僕はいいのかなと。そうすると地域性も全部出ます。

あとは、行政がやっているところもあり、委託もある。そういうところもあるので、その辺はここで入らないとしても、いずれにしても、そこへアプローチしていかないと、やっぱり在宅での入り口のところだと思うのです。

その辺はちょっとご考慮いただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○新田会長 よろしくお願ひいたします。

これは、答えはなしで、当たり前感じがしますが。

○清水委員 ですから、そういうアプローチも必要だと。これは行政が考えると必ずこういう形になりますので、出てくる報告書も大体雰囲気わかりますので。

だとすると、血の通ったものがどこかで必要ではないかなと、そういう意見です。

○古川委員 今のご意見で、本当に、地域包括支援センターがその地域の小学校単位の情報を非常に認識しているというのは、これは医療資源だけではない部分であるというふうに認識しているところです。

ただ、一方で、そういう部分のところの情報を、先ほどの医療介護連携推進事業というのを、これは自治体の方で30年までに進めなければいけないという中では、多摩市においては、これは多分ほかの自治体さんも同じだと思いますが、今のような包括の情報を自治体ごとにきちんとまとめていこうという中で、そういうエリアごとの細かい情報を、そのときにその地域の高齢者の実情に合わせた形の中でデータバンクをつくろうという部分で、多分、どこの自治体もやっていらっしゃるのではないかと認識しているところです。

○新田会長 ありがとうございます。ほかに、ご意見はありますか。

恐らく、今の話は医療介護連携の中身についてでございますね。(ア)から(ク)までの中身をどう評価するかということ、ここのヒアリングできちんと見える形でやっていただきたいというのは、恐らくそういう意見だろうと思いますが。

ほかに、次の方、どうぞ。

○秋山委員 地域包括の方を横に置きながらですが、地域包括も基幹型直営と委託型とあって、委託型には質の差が出る。しかも、医療連携担当の医療の方の定着率が悪い。その中での医療介護連携はなかなか難しい部分があって、それも地域差が出るというふうに思うのです。

だから、ヒアリングは同じ項目を聞かなければいけないとは思いますが、各地域での強みと弱みが出るような形で、うまくいっているけれども、うまくいっているのはどういう工夫をしたか、全然そこが動いていなかったら、なぜ動かないのかというようなあたりまで聞いていただかないと、そのからくりがわからないというふうに思うのですけれども、いかがでしょうか。

○新田会長 難しいです。先ほど四つの行政機関でも、もうそれだけ違いがありましたか

ら、東京都は全部違うということになると、これは大変なことですが、何か、そこでご意見はありますでしょうか。

○新倉課長 ありがとうございます。我々も、今回これから行うヒアリングと、それ以外にも、当然、特に多摩地域であれば、東京都保健所があって、保健所管内の市を集めた連絡会などもこのところ始めておりますので、あらゆる場を使って、少し深掘りしながら、さまざまなことが聞けるような形で進めてまいりたいと思います。

○新田会長 皆さん、ご意見を、どうぞ。

○宇佐美委員 先ほども申し上げましたけれども、ぜひ、これを機会に、ここに地区歯科医師会も入れていただきたいのです。ぜひ、それを東京都として把握していただければと思います。

先ほど申し上げましたように、地域に行きますと、歯科医師会と行政が結構くっついていきますので、その参画の状態などをぜひ把握していただければありがたいです。

在宅になると、家族の方が一番悩まれるのは食事なのです。ぜひ、その辺をよろしくお願いいたします。

○新田会長 それは、逆に言うと、摂食燕下等を含めた、歯科医師会も含めた、医師会も含めた取り組みはどうなっているかという、そんな話でよろしいでしょうか。

○宇佐美委員 はい、結構でございます。

○新田会長 ありがとうございます。どうぞ。

○高松委員 薬剤師会ですが、いろいろとお話を聞いて、私は今、中野なのですけれども、中野などでも資源調査はしっかりやったりしているのですが、多分、今のお話を聞いてみると、地区によって資源の調査の仕方も違うし、進みぐあいも違うと思うのです。だから、そのすり合わせをするためにこのヒアリングは必要だと思います。

あと、もう一つは、例えば薬剤師なら薬剤師の中で、東京都の中の地区の状況の把握をしっかりして、それを横でもすり合わせをしていかないと、なかなか連携もとれないと思うので、それぞれの職種の方々も、この辺の状況というのを、逐一、状況把握をしていかないといけないなと私は感じましたので、それだけ申し上げさせていただきます。

○新田会長 ありがとうございます。地域包括体制の中に多職種が、3師会を含めて、どういう役割をきちんとしているかという、そういうことでもよろしいでしょうか。

○高松委員 地区ごとで違うのです。

○新田会長 地区ごとの違いから。ということで、よろしく整理をお願いいたします。

それでは、三つ目の議題に行きたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○新田会長 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会というのが今度開かれる予定になっておりますが、その説明をよろしくお願いいたします。

○横手課長 高齢社会対策部計画課長、横手です。よろしく申し上げます

資料13と資料14に沿いまして、ご説明させていただきます。

資料13は、先般、3月27日に策定いたしました第6期東京都高齢者保健福祉計画の概要でございます。

簡単に、ご説明させていただきます。

第6期ということで、今回、平成27年度から平成29年度の老人福祉法と介護保険法に基づく法定計画ということになります。今回の特徴は、団塊の世代が75歳以上となる2025年、平成37年を見据えた計画ということで、10年後の介護サービスの見込み量、介護保険料、介護人材の推計を初めて推計しているというものでございます。

この計画の考え方ですけれども、2番目の丸にありますように、今回の介護保険制度改正では、区市町村の役割が大きくなりました。区市町村における地域包括ケアシステムの構築に向けた支援等に取り組みます。

それから、この地域包括ケアシステムというのは、住まいから日常生活支援まで、まちづくりという位置づけになりますので、このまちづくりの中に位置づけていくという視点を明確にしております。

具体的に、10年後の東京の姿ということで、数字をこのグラフの中で示しておりますけれども、一番左から、65歳以上の方の要介護認定者数が、平成27年は57万人、65歳以上の5人に一人が要介護認定だったものが、10年後には20万人増加し、4人に一人になると予測しております。

それから、介護保険給付費につきましては、そういった意味では増えていきます。

8,363億円から1兆2,000億円を超える、3,700億円増加していく、そのうち都の負担は600億円増加するというような推計をしております。

それに伴いまして、介護保険料につきましても、今期5,538円平均だったところが3,000円ほど上がるということで、8,436円というふうに見込んでおります。

それから、住まいというか、施設、居住系サービス、在宅サービスを中心にしながらバランスよく整備していくわけですけれども、施設・居住系サービスについても着実に整備するというので、利用されるであろうというふうに思う方が約5万人に増えるだろうというふうに推計しております。

それから、介護人材についても受給推計をしております。平成24年度からですけれども、あと10万人の増加は必要であるというふうに考えておりますが、このまま何もしないで推計してしまうと3万6,000人ほどの需給ギャップが生まれるというふうに考えております。

こういった数字の中で、計画の重点分野ということで、①から⑥まで、施策の方向性を定めながら進めていくというふうに考えております。

特に、今回、10年後の整備目標も定めておまして、特養については4万2,000人から、10年後、6万人分まで、老健につきましては2万人分から3万人分、認知症のグループホームについては約1万人分から2万人、それから、サービス付き高齢者

向け住宅につきましては、1万5,000戸から2万8,000戸というような形で、数値目標も定めながら、バランスよく整備するというふうに考えております。

それから、在宅療養の推進、認知症対策の推進、介護人材対策の推進、高齢者の住まいの確保、それから、最後の介護予防の推進と支え合う地域づくりというところでは、今回の法改正で、区市町村のほうで3年かけてやっていく、新総合事業、高齢者みずからも参加する多様な主体による生活支援サービスの提供など、こういったものに取り組む区市町村を支援していくということを考えております。

こういった計画を定めているわけですがけれども、資料14をめぐっていただきますと、この計画ができたばかりですがけれども、3年後には高齢者保健福祉計画と保健医療計画を同時に改定していきながら、本日のようなお話も踏まえながら計画を策定するという中で、計画1年目でありましても、この東京にふさわしい地域包括ケアシステムのあり方みたいなものについて深く余り議論してきていないのではないかとということで、議論していこうというふうになりました。

テーマということについては、医療、介護、介護予防、生活支援、住まいというものに対しまして、医療・介護につきましては、連携だけではなくて、人生の最終段階のケアであるとか、あと、ロボットの活用、それから、特養整備につきましても、東京都全体で整備していこうということでの課題の整理をしていこうと。それから、介護予防と支え合う地域づくりにつきましては、介護予防と健康寿命の延伸、それから、元気高齢者の地域活動への参加、労働力の活用、企業の多様な主体の活用というようなことを議論していこう。

それから、住まいにつきましては、サ高住だとか、有料が担うべき役割、それから、低所得高齢者の住まい、空き家活用、最近、地方創正とかで言われている日本版CCRCもありますけれども、東京都版のCCRCもつくれるだろうということで考えておりまして、下に示すような六つの視点を中心に検討していこうというふうに考えております。

有識者の皆様の、有識者懇談会のような会議になります。18名の、福祉・医療・予防だけではなくて、労働・雇用関係、あるいは都市整備の関係の方も集めまして、議論を深めていこうというふうに考えております。都庁の中も、福祉保健局だけではなくて、関係局の部長さんに集まっていただいてお話をしていくというふうになります。

第1回が7月8日でして、こちらは総論ということで、その後、精力的に7回ほどやっていって、少しまとめていければというふうに考えております。それぞれの分野の先生方に集まっていただきまして議論していくというものでございます。

以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。余り時間はありませんが、何か、ご質問等がありますでしょうか。

8時半に終わると約束しまして、10分追加しているわけですが、これから、

また、このような計画、きちんとした検討会が開かれるということで、何かあれば、ここで。よろしいでしょうか。

○渡辺委員 最初の地域医療構想というのが、事務方は皆さん十分ご存じだと思うのですが、ナショナルデータベースが生まれて、134万床が115万床に、20万床減るというようなことが出てきたのですが、過剰なところを削るのではなくて、10年後には115万床になると、115万人がベッドを必要ということであって、不足分を何とか調整しようということですので、過剰分を減らそうということではないですから、そこら辺で、私は、厚労省の説明ではないですけれども、都行政のほうも非常にいろいろと考えていただいて、二次医療圏ということになると、どうしてもつけかえとかそういうことが出てきてしまうので、全都的がいいのではないかという提案をしているだけで、不足分を何とか足そうということですから。

以上です。

○新田会長 どうぞ。

○阿部委員 今までのこのヒアリングでいろんな意見が出てきた中で、地域包括ケアシステムのあり方ですけれども、東京にふさわしい地域包括ケアシステムのあり方を検討ということですが、今までこの会議でも出てきたように、非常に何かを進めるに当たって地域性が違ってくるということと、あと、私たちは現場においても、地域包括ケアシステムがもっと本当に有効に活用というか、その地域らしさで有効に活用されることによって、もっと救われる人がたくさんいるというのをすごく実感しているのです。

ですので、さっき言ったように、区市町村、行政は地域にあるサービス資源とかを本当にどれだけ把握しているのか。制度で認められた資源だけではなくて、地域で、民間で小さくやっているところの資源とかもしっかり把握していただいて、そういう人たちをいかに、どういうふうにつないでいくかということが本当に求められているし、それを広く考えるのではなくて、地域の中でも小さく考えながら、少しずつ解決していくという地域包括ケアを、今、早急に実現していかななくては、本当に先ほど言いましたように、絵に描いた餅になってしまうのではないかなということを実感しております。

○新田会長 もちろんこの構想は、全体構想と同時に、いわゆる地域、さらに小学校区域の積み重ねの中でなければ成り立たないという、これはもちろんそういうことでございますので、よろしくをお願いします。

ほかに、ご意見はありますか。

○山本委員 これはこのとおりですけれども、先ほど前田委員がおっしゃられたように、独居者や、高齢者のみ世帯がふえてくる中で、権利擁護の地域版といいますか、権利擁護のセンターみたいな、東京都ではしっかりやっていますけれども、しっかり整えていくことがとても重要ですので、それは弁護士さんとかの連携を含めて、そういう仕組みをぜひご検討いただきたいと思います。

○新田会長 ありがとうございます。どうぞ。



○渡邊委員 確認ですが、この区市町村へのヒアリングは、今後、いつごろからで、ゴールがいつごろなのでしょうかというあたりを確認させていただきたいのと、もう一つ、在宅医療介護連携推進事業の中の（ク）、つまり、二次医療圏のそういう検討の場とかを考えているとおっしゃったのですけれども、それも、このヒアリングに合わせて進んでいくものというようなイメージなのでしょうか。

○新倉課長 区市町村のヒアリングについては、今後、夏からかけて、いつまでに終わらせるというのは、まだ目途は立てておりません。ただ、地域医療構想の策定と合わせて行いますので、夏、8月、9月にかけて行っていきたいというふうに考えております。

関係区市町村の連携というところでは、都では、これまで年2回、実は全部の区市町村と、あと地区医師会を集めた連絡会というのは、これまでも行っておるのですが、少し圏域を絞ったところも、例えば、今回、二次医療圏単位である程度やってみるのも一つの予行にもなるのかなというのもありまして、今後、この地域支援事業の中の関係区市町村の連携というのはどういう形でやるのがいいのか、当然、区市町村からは東京都のほうが引っ張って、会の場の設定であるとか、そうしたことをしてほしいという声もいただいておりますので、そのあたりは少し考えていきたいと思っております。

○新田会長 ありがとうございます。そのほかに、何かありますでしょうか。

（「なし」の声あり）

○新田会長 それでは、そろそろ議論を終わりたいと思いますが、よろしいでしょうか。

さまざまな問題があって、本当に具体的にまた進めなければいけないものが山積しております。それを一つの問題ではなくて、重層的に、さらに先に地域的に、さらには広域的に、さまざまに発想を変えて、考えて、そこで東京都をつくっていかなければいけないという大変な難しさがあって、東京都をつくらないことにはどうしようもないという日本の現状がありますので、皆さん、これからもよろしくお願ひしたいと思ひます。では、事務局にお返しします。

○新倉課長 本日は、長時間にわたり、活発なご意見、ご議論をいただきまして、ありがとうございました。

この会議でございますが、今年度は、この後、また2回ほど今年中に開催したいというふうに考えております。

次回は、まだ予定が決まっておりますが、先ほどご説明した区市町村のヒアリングを行った後、その結果も踏まえて、また、この会議で今後の取り組みの方向性などをご議論いただきたいというふうに思っております。

また、詳しく時期が決まりましたら、日程調整をさせていただきたいと思ひます。

引き続き、どうぞよろしくお願ひいたします。

なお、本日の資料は結構多いのですけれども、もし机上に残していただければ、事務局の方から、後日、郵送させていただきます。

また、本日、お車でいらっしゃった方がいらっしゃいましたら、駐車券をご用意して

おりますので、事務局職員までお声かけいただければと思います。

それでは、以上をもちまして、平成27年度第1回東京都在宅療養推進会議を閉会いたします。どうもありがとうございました。

(午後 8時48分 閉会)