

平成 2 7 年度第 4 回
東京都地域医療構想策定部会
会 議 録

平成 2 7 年 7 月 2 2 日
東京都福祉保健局

(午後 5時00分 開会)

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成27年度第4回東京都地域医療構想策定部会を開会いたします。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中ご出席くださいます、誠にありがとうございます。議事に入りますまでの間、医療政策部地域医療構想担当、宮澤が進行役を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

初めに、委員の皆様のご出欠につきまして、ご報告申し上げます。本日は、杏林大学病院の塩川委員より、おくれてお見えになるとのご連絡をいただいております。

なお、本日はオブザーバーといたしまして、東京都医療審議会の小林会長と東京都保健医療計画推進協議会の橋本座長にオブザーバーとしてご出席いただいております。よろしく願いをいたします。

続きまして、事務局側でございますが、人事異動がございましたので、紹介させていただきます。

医療政策部長、西山でございます。

医療改革推進担当部長、成田でございます。

医療政策担当部長、矢沢でございます。

続きまして、本日の資料でございます。資料1から資料3-2、また、水色のファイルを置かせていただいております。議事の都度、落丁等ございましたら、事務局にお申しつけいただきたいと思います。

次に、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きましては公開となっておりますので、よろしく願いをいたします。

また、ご発言の際には、マイク下の赤いボタンの操作をお願いいたします。

では、これからの進行を猪口部会長をお願いいたします。

○猪口部会長 皆さん、こんにちは。今日は初めて全員出席ということで、こちらの席から見渡しますと、非常に多くの方がお聞きになっておられます。いかに関心が強いかというところなんですけれども、前は議事が大きく二つありまして、まず、現行の東京都保健医療計画や、計画に基づく取り組み状況について、医療圏のあり方を含めた活発な議論をいただきました。ある程度の方向性というか、現状の医療圏についての認識はそれぞれ、かなり出たのではないかなと思っています。

二つ目の議題として、委員の先生方には、初めて国が推計した2025年必要病床数を確認していただきました。今回は、その医療需要推計の部分を少し掘り下げていきたいと思っています。実際にデータが来まして、いろいろいじっていると、いろいろなものが見えてくるというところで、きょう、ご提示することになっています。

そして、最後に将来へのグランドデザインということで、東京における医療のあり方について、自由に意見を出していただきたいと思います。

このグランドデザインというのは私から言ったんですけれども、将来の医療構想を考
えていく上で、どういう東京をつくっていきたいんだと、どういう医療を提供してい
きたいんだということがなくして、構想区域も構想もないのではないかとということで、ま
ず、そういうところを話し合っただくチャンスをいただけたらということで、きよ
うお時間を多少とらせていただくという段取りになっております。

では、初めに2013年と2025年の医療需要推計の比較について、であります。
東京都の医療需要が2025年に向けて高まるということは、この前の住所地ベースで、
約7,000床、それから医療機関ベースで8,400床ぐらいふえるということで、
医療需要が高まるということに関しては疑いがなさそうであります。では、この国が定
義した4機能の現状をどのように考えるというか、そういう部分につきましては課題に
なると思います。

国のガイドラインにおいては、2025年の必要病床数等、病床機能報告を比較する
とされております。国から送付されている必要病床数等推計ツールには、2013年、
実は2年前の必要病床指数の値も示されているようであります。事務局からその点につ
いてご説明をお願いいたします。

○水澤地域医療構想担当課長代理 それでは、2013年と2025年の医療需要推計比
較について、ご説明したいと思います。資料2-1をごらんください。

まず、上段左側は、国の必要病床数等推計ツールによって、算出されました2025
年の必要病床数となっております。

Aが、患者住所地ベース、A'、医療機関所在地ベースの2種類がございます。

前回、部会の繰り返しにはなりますけれども、もう一度定義をご説明させていただき
ますと、患者住所地ベースは、例えば、区の中央部に住む患者さんの受療率が、現在と
変わらなかったと仮定した場合の2025年の医療需要ということになります。

一方、医療機関所在地ベースは、区中央部の医療機関が現在提供している供給量をも
とにいたしまして、2025年の医療需要を見込んでいるものということになります。

こちら第1回の部会で既にご説明しているのですが、繰り返しにはなりますが、あくま
で国で、C1、C2、C3といった医療資源投入量の区切りを設定いたしまして、患者
の1入院を点数で区切って、患者の入院日数から推計を行いまして、得られた延べ患者
数を病床稼働率で割り戻して推計した病床数ということになります。C1が3,000
点、C2が600点、C3が本来225点のところ、在宅復帰に向けた調整幅を見込み
まして、175点というところで線が引かれたものでございます。あくまでこの推計が
患者数を基本に考えられていることをご確認いただければと思います。

さて、先ほど部会長からもご紹介いただきましたが、国から配布された必要病床数等
推計ツールにおきましては、この2025年の必要病床数の推計に当たって、足元の数
字として使われた2013年の病床数が算出されております。それが上段右側の箱の中
になります。

現在、都内の医療機関が提供している医療を先ほどの点数で分解してみると、四つの機能に当たる患者数から推計できる病床数というのが、何床相当分ずつあるのかということを示したものでございます。こちら慢性期だけは少し注意点がございまして、国の必要病床数等推計ツールから算出される慢性期機能の数値が、療養病床の区分1の7割と一般病床の175点未満に当たる患者を在宅に移行することが盛り込まれた値となっておりますので、要するに現在病床として使われている数よりも過少な病床数になってございます。そのため、この資料におきましては、慢性期機能の病床数は、既存病床数から、高度急性期から回復期までの病床数を差し引いた残りとするすることで、削減分を見込まない、現在の医療供給そのままの病床数を算出して、記載させていただいております。

東京都の計のところを見ていただきますと、現在、高度急性期とされている患者さんの延べ数を病床稼働率で割り戻して算出した病床数は1万3,889床、同じく急性期は3万4,375床、回復期は2万6,812床、慢性期は、現在の既存病床数の10万5,497床からそれらを差し引いた3万420床相当となっております。

慢性期につきましては、国のガイドラインに記載がされております、慢性期機能の医療需要のイメージ図を載せてございますが、2025年の推計における慢性期、※1の部分ですが、と2013年の推計における慢性期※2の部分ですが、こちらの間には考え方の違いがございまして、2025年の推計におきましては、療養病床の区分1の7割や、入院受療率の地域差解消分等が含まれていないといったところをご確認いただければと思います。

2013年の供給推計を2025年の医療需要推計と比較したものが、中段の2025年に向け不足する医療機能の表になります。左側が2013年と2025年の患者住所地ベースを比較したもの、右側が2025年の医療機関所在地ベースと比較したものとなっております。

例えば、この右側の表で見ていただきますと、高度急性期から回復期までは人口の変化に伴いまして、患者さんは増加いたしますため、全て増床という形になりますが、高度急性期は1,963床相当、急性期は7,926床相当、回復期は7,862床相当の増床という形になります。

一方、慢性期につきましては、2025年に向けて、人口変化に伴う患者数の伸びは他の機能と同様でございますが、先ほどの※1、※2の考え方の差がございまして、慢性期の患者数は減少となりまして、病床は9,366床相当の減となっております。ただ、東京都の総トータルといたしましては、患者さんは増加いたしますので、8,385床相当の増加という結果になります。

ただし、こちらまでが必要病床数等推計ツール上の数字になりまして、国のガイドラインにおいては、必要病床数と病床機能報告制度による集計数の比較という言葉も出てまいります。下段に、前回も部会でお示ししている病床機能報告の結果を再度参考とし

て掲示させていただいております。こちらも繰り返しにはなりますが、病床機能報告で報告された医療機能は、定性的な基準に基づきまして、病棟単位で報告した自己申告の病床数であらわされております。今回は、病床機能報告のうち、医療機能だけではなくて、入院基本料等の報告を一部集計いたしまして、例として掲載しております。

例えば、病床機能報告の中でも基準がわかりにくいとされております回復期であれば、回復期リハと地域包括ケア関連の入院基本料を算定している病床とで5,700床を超えまして、回復期機能と回答した病床の約8割を占めるような形になってございます。

また、慢性期につきましては、医療療養病床が1万3,000床程度、障害者等施設入院基本料の算定する病床が3,800床程度、特殊疾患のところは250床というところで、これに介護療養病床を含めると、慢性期機能と回答した病症の9割以上を占めるという結果になってございます。

1枚おめくりいただきまして、資料2-2をごらんください。資料2-1で、2013年から2025年にかけて患者数が増加するということを見てきたかと思いますが、東京都におきましては、どのような疾患の医療需要増加が見込まれているのかということをごらんならうと、これをグラフにしたものとなっております。こちらが必要病床数等推計ツールから算出した医療需要となっておりますが、推計ツールでは、疾患別の場合、慢性期の医療需要が推計されないため、高度急性期から回復期までの1日当たりの患者数の合計を記載してございます。

ここでは、代表的な疾患といたしまして、五つの疾患を取り上げてございます。また、右下に色が変わっている部分ですが、参考といたしまして、全疾患の医療需要も掲載してございます。五つの疾患の患者数の合計がおおむね全疾患の3分の1程度占めておりまして、中でもがん患者の絶対数が突出して多くなっております。

医療需要の伸びに着目いたしますと、全疾患では2013対比で、2025年には1.24倍、2040年には1.36倍となっております。これをベースに考えますと、急性心筋梗塞や成人肺炎、大腿骨骨折の医療需要の伸びが、2025年で1.4倍を、2040年には1.6倍を超えるなど、顕著となっていると言えるかと思っております。

ご説明は以上です。

- 猪口部会長 ありがとうございます。全疾患で医療需要が伸びますから、将来の医療需要推計においてもベッド数が増える、必要になるということだろうと思いますが、これに関しまして、何かご質問ございますか。

前回の報告では、機能病床ごとの医療需要推計等、それから現状の病床機能報告等、物すごい乖離があって、我々医療機関側は相当な変革をしないかなくては、迫られるとか命令されるとか、そういうことではないことがよくわかっていますけれども、そういう需要に対して大きな変革をしないかなくてはいけないんだというような、相当な切迫感を感じたのではないかなと思っておりますけれども、現状の2013年と比例的に比較してみますと、例えば、東京の2-1の真ん中の数字のところ、全体で、医療住所地ペー

ス、AのパターンとA'のパターンと二つありますけれども、これはそんなに見た感じの比較の差はないんですが、上で細かく見ていくと、医療圏ごとに医療機関ベースと患者住所地ベースと、相当AとA'の乖離があるわけですが、Bの医療機関ベースの2013年とA'を比べて見ると、医療圏ごとのばらつきはほとんどない。要するに医療機関ベースでずっと考えていく部分においては、そんなに焦る必要はないのかなど。徐々にその需要にあわせて、その地域、地域にとって必要な病床がふえていけば、徐々に追いついていくのかなというような数字ではあるような気がします。

何かご意見でも、ご質問でも結構ですから、ご発言ございますか。

- 山口委員 資料の2-2で、疾患別で推計を出しておりますけれども、この疾患別で出したときに、高度急性期、急性期のベッド数と、2025年の3,000点以上という計算でのベッド数と、乖離があるということはないでしょうか。
- 猪口部会長 だから、これは疾患の数であって、例えば、がんの場合には、C1以上になる状態の患者さんもいれば、C1以下のところでずっと推移している患者さんも、全部含めて数として含まれているということですよ。
- 宮澤地域医療構想担当課長 おっしゃるとおりでございます。
- 猪口部会長 ほかにいかがでしょう。

C1、C2、C3のところの話ですけれども、この冊子の後ろにガイドラインが載っていますけれども、その15ページ、16ページあたりに出ています。15ページの表が出ていますけれども、これがもし1日当たりだとするならば、C1を超えている上のほう、これは平均、統計をとって、そこに多いという数字なんだろうと思います。仮に一番上の部分だけをとっていくと、3,000点を超えるのは3日間、例えば、これが仮にがんの食道をとったり、胃をとったりという形の患者さんで、最初に手術のところで医療資源を投入して、最初の段階、3日間は、非常にかかった。それから4日目、5日目、6日間はC1とC2の間にあるということで急性期扱いになり、その後は全部そのまま回復期扱いになってしまうと。こういう患者さんを多分病棟側は、がんの治療して、手術している患者さんですから、1週間なり10日は全部、高度急性期ぐらいで見ているのです。そういう感覚と、C1、C2、C3で切られている一人の患者さんの見方がこのように変わっているのだというのが、この15ページのものなんですけれども。それが病床機能報告制度と、2013年のC1、C2、C3から割り出した2025年の需要推計の差であるということになります。

それを含んでご理解いただいたところで、何か質問ございますか。ご意見でも結構です。これはデータですので、この後、これをどう利用していくか、どうつくっていくかというところなんですけれども、何か解釈としてわかりづらいというようなことがあったり、何か希望があるようでしたら、述べていただきたいと思いますけれど。

- 竹川委員 前回も今までもこれをお聞きしていて、あくまでもイメージなんですけれども、国は基本的には病床を減らして、医療費を抑制するということがベースにあると思

うのですが、東京都の場合は逆に出了たわけですよ。要はふやさなくちゃいけないと。

この中で、今後ふやして行って、2025年のときの先のこともあると思うのですが、特に慢性期の立場で言わせていただきますと、慢性期は結構包括になっている中で、在宅医療とかでも肺炎とかも一時入院させて治療したりしているという意味では、どちらかというとも費用がかかっていないと感じているのですが、慢性期を都内でさらに減らしてというデータが出てしまって、それは在宅に行くからそれでいいと。在宅がまた回復期に戻ってきたり、急性期に戻ってきたりして、また費用がかかるという、全体的に見ると、この計画でいくと、どんどん医療費が上がっていくような気がするんですが、そのあたりはイメージなので、わかりませんけれども、そのあたりは皆さんどうお考えになっていらっしゃるのかなと。イメージで申しわけなかったですけども、何か聞いてみると、医療費がどんどん上がっていくのかなという感じがするのですが。

○石川委員 今、竹川委員からもお話があったのですけれども、東京に関して言うと、以前からごらんいただいているように、そもそも人口がまだ少しずつふえ続けていたり、あるいは高齢者の方が増えていくということで、絶対的な医療の需要というのは、どうしても減るということではなくて、増えていく。そのために医療費が増えるというのは当然のことかなと考えております。ほかの地域等でどうなるかは別としても、東京に関しては、きちんとニーズに対して応えていくことが重要だというメッセージが入っているのかなと思ったのですが、ほかの方々はいかがでしょう。

○竹川委員 もう少しお話をすると、慢性期の病院というのは、ある程度面積もとって、結構広さもとらなくてはいけないというのがあって、その中で費用も包括で対応していると。

私の中では、自分である程度急性転換したものを慢性期で診られるという感覚で見ているので、もしかしたら、そういうふうになってしまうのかもしれないのですけれども、慢性期を減らすという意味合いというのが、在宅医療に持っていくということであるというのは理解できるのですが、それで本当にいいのかなというのはちょっと感じます。

○河面委員 最終的に慢性期も減らして行って、在宅に全ての人に行くという話ではないと思います。慢性期の病床数を減らした分だけは、民間の福祉施設とか、老健とか、サ高住とか、そういったところに行く人も結構いると思いますけれど、そういう受け皿を民間がどうやってつくっていくか、それが一つの大きな問題なんじゃないかと思うんですけれど。

○猪口部会長 多分、国のモデルはそういうことをおっしゃっている。国はそういうことを考えていて、在宅というのは集合住宅なり老健なり、サ高住なりを考えているというところだろうと思うんですけども、ただ、確かに竹川委員が言っているとおり、慢性期の数が、そのままベッド数が減るように見えてしまって、減るように見えているというのは、本当に慢性期病床を全部減らすことになるのかどうかがよくわからないので、多分、皆さんがいろいろ迷われているところは、病床機能報告制度の数と、それから今

度の医療需要推計のところは、もともと違う数を比較しろと言っているところであって、それをどのように考えていくかという考え方みたいなものを国が今度出すのだから、出さないのだから、そういうような話になっているようではあるんですね。

この前、研修会があって、厚労省とも話をすると、その辺の数の考え方みたいなのを提示してくれるような話がちょっとありました。だから、いくらなんでも現状の2025年需要推計と、それから報告制度の病床数を比較しろといっても、もともとの数字が違うから、どう考えていいのかというところは非常に難しいと思うんですね。

竹川委員の言っていることも、その辺のところは気にしている部分もあると思いますので、その辺が明らかになってから、じっくり考えていくしかないかなと、ちょっと思いますけれども。

- 伊藤委員 地域医療構想についてはいろいろな見方があるから、先日、総務省から出たときに、いかにも病床を削減するというような報告が出されたと思うのですが、地域医療構想というのをひも解くと、基本的には病床を減らすということは余り書かれていないんですね。不足する病床を地域の中でどうやって補っていくかということが主眼に置いてあったはずなんですね。それが総務省の発表で、センセーショナルに発表されて、1割全国で減らすなんてことが言われたと思うのですが、実際にはそうではなくて、2025年の患者数を推計して、それに対して、地域でどう受けとめていくか、それを地域ごとに協議してくださいと。そのときに参考となるのがこの数値ですね。データによる推定の数値と、それから報告制度によって、病床数も言われていますけれども、もう一つ、医療機関がどういう医療をやっているかということが今後明らかになってくるんですね。地域の中でいろいろな疾患を知っている。例えば、胃がんの手術をA病院は何でやっていて、B病院は何でやっていて、そこでちゃんと胃がんの手術ができていのだろうか。それをもっと言うと、病院単位の機会と言うと、胃がんの患者が2025年に1,000人いるとして、現行の病院の総和が500例であるとするれば、その不足病床数をやるようなところに手を挙げてもらわなきゃいけない。そういった不足する病床をどうやって補っていくかというのが基本にある。それが地域医療構想だと、最初はずっと言われていたと思うんです。そのころの病床を削減するんだというところが、どうも表に出てしまって、そのころに抵抗感があると思うんですけれども。

ですから、慢性期病床でいっても、これは患者数の推計なんですが、そのために病床を減らそうという発想は、基本的には、本来はないはずなんですね。そこで地域の中で、構想区域の中で、どうやってそれを不足するところを補っていくか。これが多分、地域医療構想の基本だと。基本のところはだんだん忘れられて、病床をどうやって削るかという議論に移っていますけれども、そこが本来の地域医療構想のあり方だと思って、私は理解しております。

- 竹川委員 もう一つお話ししておきたいのが、今、慢性期で介護療養を私はやっていま

すけれども、そこで肺炎とか大腿骨骨折とか、そういうのも見ているんですよ。それは全部費用に入ってしまったているんです。だから、点数として出てこないと思いますよ。逆に言うと、そういう病院がたくさんあったほうが良いような気がするんですけれども。そういうのは関係なく、地域の中で高度急性期、急性期、慢性期と分けられてしまうと、特に構想地域の中で何床ごとと決められていくと、例えば、今考えているのは、高度急性期から急性期にしたり、または高度急性期から回復期にしたりということを考えていると思うんですね。

ところが、慢性期が、あなたのところはこの点数でしか出さないですよということになれば、慢性期から回復期にしようとか、急性期にしようということが出てくるかもしれない。それが、構想地域が決まってしまって、その中で病床数も決まってしまって、区分も決められてしまうと、動けない状態がつくられてしまう可能性がある。そこも含めて、今までやってきた慢性期というのは、ある程度、全部包括で、自分たちが持ち出して治療もしている。それくらい、いい病院だと私は思っているんです。そういうことをやってきているんです。

- 伊藤委員 おっしゃるとおりだと思うんですよ。ですから、多分、地域医療構想というのは、4期の区分を地域で、病床数を定めて、そこに規制していくという考えはないはずですよ。基本的には、こういう患者が将来的にどれくらい出てくる。例えば、鹿児島の方がセンセーショナルに言われていましたけれども、4万床が3万床、1万床減らされるということをやっていたけれども、実は、患者数は4万人から3万人に減るといことなんですね。そうすると、4万人から3万人減るところを、それぞれの病院が地域の中で集まって、どういうふうにやっていくのか。その病院が、本当に機能をそのまま維持するのであれば、維持するための努力が必要でしょうし、場合によってはダウンサイジングするとか、機能を転換していくとか、そういう自主的な取り組みを行う、それを見ていくのが地域医療構想であると思うんですよ。

ですので、4区分で病床数が構想区域で規制されて、そこにあわせるようにしていけるような制度では基本的にはないのだろうと僕は思っています。

- 安藤委員 データ等はまた違ってくるかと思いますが、今後マンパワーのことも考えていかなければいけないと思います。このもとになった社会保障制度改革国民会議のときには、きちっと4区分ごとの必要なマンパワー数も出ていましたが、この地域医療構想では全くそれが消えてしまっています。本当に今後、本当の自宅、あるいはサービス付高齢者住宅を含めた在宅としての高齢者住宅等、それをちゃんとフォローするような外づけサービスの在宅医、あるいは訪問看護ステーションで働く看護師さん、あるいは介護職の確保が本当にできるのかどうかということをやちゃんと検証しないと、完璧な絵に描いた餅になってしまうと思います。

それらを踏まえて、今後マンパワーが十分にふえて行く可能性が余りないということであれば、既存の慢性期のベッドをうまく使って、そこで集中介護、集中医療を行った

ほうが、はるかに現実的ではないか。東京などの場合は、小規模多機能も非常に重要だけれども、大規模多機能としたほうが、はるかに現実的ではないかと思えます。ただしこれは医療を提供する側の論理で言っているから、ぜひとも利用者の方がどんなことを望むのかということも踏まえて行っていく必要があるのではないかなということ最近つくづく感じております。

○猪口部会長 ありがとうございます。在宅の効率性の問題は、いろいろ議論があるところだと。

ちょっとだけ。病床機能の報告制度で、2014年の慢性期の病床のトータルを見ていただきたいのですが、2万4,000床なんです。今度の需要推計の中では、2万1,000床、もしくは2万2,000床、2万3,000床ですよね。だから、慢性期機能は、三角であらわしているように9,000床を減らせとか、むちゃくちゃ減らせという話が出ているわけではなくて、ここで慢性期として推計されているのは、急性期病床、もしくは回復期病床に慢性期の患者さんが入っていて、C3以下になっていて、そして含まれているんですよ。その数を含んで言っていますので、慢性期病床を閉じろとか、マーケティング的に、自主的に閉じてくださいとか、需要がなくなりますよとか、そういう話をそんなに強く言っている話ではないと思います、数字的には。そういう解釈でいいですか。

○石川委員 石川でございます。確かに今回出している数字の中で、猪口先生がおっしゃられましたとおり、もともと慢性期の病床機能のところは、病床推計の中でも、慢性期のところにはほぼ類するような数字が移行しなければいけないニーズとしてあるということをご指摘のとおりだと思います。

あと、本日の資料では出されていないのですが、6月15日の発表の資料等をごらんになった方はご存じだと思うのですが、きょう出している、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のほかにも、在宅医療等という部分でのニーズの推計がございます。東京都でいいますと、2万2,000から2万3,000程度の数が必要だとなっておりまして、恐らく慢性期の部分につきましては、真ん中の中段のところ、マイナス9,300床と書いてあるものの、恐らくそうした部分のマンパワーは、在宅の部分、あるいはそもそも高度急性期、急性期、回復期で不足が生じている、一万六、七千床分のところに対しても、今後はお力を出していただかなければいけないところがあるのかなと考えておりますので、慢性期の病床が削減というよりは、慢性期の資源をきちんと活用した上で、回復期から上の部分と、それから、在宅のところを総力として当たらなければいけないというのが東京都の実態のように感じますが、いかがでしょうか。

○猪口部会長 同様に、高度急性期、急性期、回復期と、足りないと言っているところが、C1、C2、C3という点数でいうと下にシフトしてしまっているんで、その部分をぐっとかさ上げしていくような、機能的にそれなりの動きをしていただくと、逆に数がふえてくると。下のマイナス7,000とっている部分を上に上げていくような努力

をすると、かなり医療機関の激変みたいな話はなくなってくる。そういうような機能に持っていけるように動けばいいという話なんだろうと思うんだけど。

- 山口委員 今の流れは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という流れになっています。そして、受け皿として慢性期という考え方になっていると思うんですが、国民会議の報告書の中では、最終的な受け皿は、1次医療圏の地域包括ケアシステムだと思います。この点がこれまでの議論の中では曖昧というか、消えていると思います。

ですから、慢性期という区分と、それから、いわゆる1次医療圏の地域包括ケアシステム、これは実際に今いろいろなところで頑張っている病院があるわけですから、その位置づけをもう少し明確にして、受け皿としてきちんと位置づける必要は出てくると思うんです。

- 猪口部会長 175点でしたか、退院に向けたところの点数を下げているところは、実は地域包括ケアと非常に密着しているような病院が多いわけですね。だから、その辺の数の考え方も、これは在宅の数、慢性期在宅と一くくりになっているけれども、そのところに加わってくるべき、本当は急性期あたりに入院している患者さん、回復期あたりに入院している患者さんたちを一律にC3以下ということで、慢性期扱いをされているような部分もあるでしょうから、今後構想を考えていくときには、その辺も含んだ上で、この出てくる需要推計そのものではなくて、幅を持ちながらいろいろ考えていかなくてはならないのだらうと思いますけれども、いかがですか、ご意見は。

では、こういう議論は幾らでもしたいと思いますので、次の話をしたり、その次の話をしているところで、また続けていきたいと思えます。

それでは、議事の二つ目、都道府県間調整についてです。前回部会でも確認しましたけれども、医療需要の推計には、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースという2種類の考え方があります。そのどちらかをとることによって、将来の必要病床数も当然変わってきます。国の基本ルールでは患者住所地ベースを考え、流出入を見込んで、病床数を推計する場合には、都道府県の間で協議を行うこととされております。

そこで東京においても、機能ごとにどのような調整を行うべきなのかを考えていくことになるわけですが、流出入の状況を含めて、事務局からご説明をお願いします。

- 水澤地域医療構想担当課長代理 それでは、2025年の流出入の状況について、ご説明いたします。お手元の資料3-1をごらんください。

四つの機能ごとに、東京都と他県の間でどのような流出入が生じているのかを、表と地図で落としたものでございます。

左上、高度急性期をごらんいただきますと、上段、桃色の表が、医療機関所在地ベースで見た医療需要となっております。

まず、2025年に、東京都内の医療施設で医療を提供している高度急性期の患者さんの総数は、1日当たり1万1,889.7人でございます。これは病床稼働率75%で割り戻した病床数を計算いたしますと、1万5,852.9床相当となっております。

います。このうち都内に住んでいる患者さんが1万124人、1万3,498.7床相当となっております。

一方、都内の医療施設で医療を受けている他県在住の患者さん、つまり、他県から流入している患者数は1,765.7人、2,354.2床相当となっております。都内在住の患者さんが85.1%、他県からの流入患者が14.9%を占めているという形になります。このうち、埼玉、千葉、神奈川の3県で12.7%、その他の道府県で2.2%となっております。

下段の水色の表は、患者住所地ベースで見た医療需要でございます。2025年に東京都内に住んでいる患者さんの総数は1日当たりで1万1,022.7人でございます。先ほどの医療機関所在地ベースと同様、病床稼働率75%で割り戻して病床数を計算いたしますと、1万4,696.9床相当となります。このうち、都内の医療機関で受診している患者さんが91.8%、他県の医療施設を受診している患者さん、つまり、他県への流出患者が8.2%を占めているということになります。そのうち5.4%が周辺3県への流出でございます。その他の道府県への流出が2.8%となっております。

地図に目を移していただきますと、桃色の東京都に向かう矢印が流入を、青色の東京都から離れる矢印が流出を示してございます。特に流出入の大きい周辺3県を中心に、患者の出入りを記載しているものでございます。

例えば、埼玉との関係でいえば、641.5人が流入、150人が流出している状況でございますので、差し引き491.5人が流入超過ということになります。また、これは病床稼働率、先ほどの75%で割り戻して病床換算いたしますと、655.3床相当ということで記載させていただいております。神奈川、千葉については、埼玉と同じく流入超過でございます。その他の県につきましては流出超過となっており、東京都全体で867人、1,156床相当の流入超過となっております。

急性期から慢性期についても、表と地図については同じように見ていただければと思います。急性期は、他県からの流入患者が11.3%、他県への流出割合が7.6%、埼玉からの流入超過が1,196.2床と目立ちまして、全体では1,315人、1,686床相当の流入超過となっております。

回復期は、流入割合が10.7%、流出割合が10.1%、やはり埼玉からの流入が大きくなってございまして、759.1床相当である一方、その他の道府県との間では、793.6床相当が流出超過となっており、全体では182.8人、203.1床の流入超過となっております。

慢性期は、これまでの三つの機能とは少し異なりまして、流出超過となっております。まず、流入患者割合は11.9%で、近隣3県が10.4%を占めております。

一方、流出患者割合は18.3%で、そのうち14.2%が近隣3県となっております。流出では埼玉が一番多くなってございまして、1,233.1人の流出に対しまし

て、677.9人の流入で、603.5床相当の流出、神奈川も同じく流出が多くなっておりまして、1,093.9人。ただ、流入も1,066.6人ということで、流入が拮抗している状態ということで、29.7床相当のみの流出となっております。

慢性期全体では1,515.5人、1,647.4床相当の流出超過となっております。

こちらの流出入の状況をご確認いただきまして、資料1枚おめくりいただきます。

A4サイズの資料3-2をごらんください。部会長からもお話がございましたとおり、これらの流出入の状況を東京都の地域医療構想に反映させていくためには、都道府県間で流出入の調整を行う必要がございます。上段の箱の中に、地域医療構想の策定ガイドラインに記載されました、都道府県下の調整のルールを示してございます。患者住所地で推計した医療需要を基本に考えるという形になっておりまして、これは地域で医療を完結させるところに基本原則が置かれているというものでございます。県内に住む患者さんについては当該県で医療を受けるという、患者住所地ベースの医療需要で考えられているものでございます。

ただし、大都市圏など、流出入が多く発生している場合には、患者住所地ベースと実際に医療機関で提供されている医療供給をもとに推計する医療機関所在地ベースの医療需要とが大きく乖離してしまうことになります。

そこで2点目のルールといたしまして、そうした乖離がある場合に、各都道府県が1対1で協議を行うことによりまして、流出入の調整を行うということが設定されております。

既に3-1で、高度急性期から回復期までは流入超過、慢性期は流出超過でありまして、それぞれ患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの医療需要に乖離がある状況はご確認いただいたところかと思えます。

では、今後、東京都が、他の道府県と調整を行う際に、どのようなスタンスで臨むのかというところで、下の段に記載をさせていただいております。

高度急性期から回復期の3機能は医療機関所在地ベースで、慢性期は患者住所地ベースとしております。

東京都には、高度急性期や急性期の医療施設が数多く集積いたしまして、他県からの流入の患者さんが多く見られますことから、三つの機能につきましては流入を見込んだ形で医療需要を推計いたしまして、慢性期につきましては、地域差の解消などにより、全国的に数が少なくなるというところもございますので、その中で患者さんをきちんと受けとめていくためには、他県への流出を見込むのではなく、患者住所地ベースで考えようというものでございます。

ご説明は以上になります。

○猪口部会長 ありがとうございます。質問を受ける前に、ちょっとだけ僕なりの見解を述べさせていただきますと、医療機関ベースというのは、流出入を見込んでおりまし

て、将来、例えば、高度急性期なり急性期といった医療提供体制を大きく変えないで、その実態的に合った需要に合わせていくというものになります。と考えています。住所地ベースというのは、患者さんの発生したところと患者さんの住所地ベースですから、例えば、高度急性期のように動いているような患者さんが、もしそこに大きく需要があるということで、そこに高度急性期なり、急性期病院をつくらなくちゃいけないということで、医療提供体制の大きな変化をもたらす可能性があるのではないかなと考えております。僕の考えです、これは。

一方、慢性期に関しましては、地域医療包括ケアとか、そういうもので、なるべく患者さんの住所地で医療を提供することが望ましいと考えられておりますので、今、東京都の調整の考え方というのは、大きく投資がかかるような、高度急性期のようなものを初めとした急性期ベースのものに関しては、現在の医療提供体制を考えた上では理にかなっているのかなと思いますし、それから慢性期機能に関しては、これからの高齢社会においては、地域包括ケアを育てる意味で、住所地ベースというのは、かなりリーズナブルな話なのではないかなと、私は思っています。

それぞれの需要推計の意味合いというものを、私の考えを述べた上で、意見まで言ってしまいましたけれども、こういうことです。

それは違うとか、そうだとか、いろいろな意見がございますでしょうけれども、意見をいただきたいと思います。どうでしょうか。

○伊藤委員 都の考え方としては、慢性期は患者住所地ベースということで、要は流出を減らすという考え方ですよね。ということは、先ほど慢性期の病床を減らそうという、そういう規制がかかるのではないかとということがありましたけれども、都としては、慢性期に関しても、ベッド数にしてしまいますけれども、患者数がふえることを見込んで、ベッド数をふやそうという考えということですよ。高度急性期から回復期にかけては医療機関ベースということで、現状の医療体制を堅持しつつ、それを少し発展的に伸ばすということで、相対的としては、患者の受け入れ体制をしっかり伸ばしていこう、そういうお考えと考えるとよろしいんですよ。それについては大いによろしいのではないかなと私も思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。ほかにどうでしょう。

○久岡委員 高度急性期の疾患は、大学病院がそれを担っているわけですがけれども、特に区中央部の二次医療圏に限って、資料3-1の左上の数字で、他の都道府県の患者、約50%が都内の二次医療圏から来ていて、30%の患者が都外から来ているといったような、区中央部の現状が少し薄められて表現されているような感じがします。

ですから、これはそれぞれの二次医療圏ごとの考えとか、いろいろなことを加味していかないといけないのではないかなと思いますが、いかがでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 高度急性期の流出入の状況を見ますと、東京の高度医療を求めて入ってくる、3県を初めとした患者さんが多いと。その内訳として見ますと、確

かにおっしゃられるように、区中央部であったり、区西部、大学病院が所在するような医療圏に入っているという状況がございます。

○猪口部会長 これは区中央部がそうだからといって、区中央部と他県と交渉するというわけにはいかなくて、東京トータル、他県とは、都道府県単位で交渉なんですよね。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい、そのとおりです。特に医療圏と医療圏ということではなくて、調整を行います道府県と東京都との調整ということになります。

○猪口部会長 だから、区中央部としては物足りないかもしれないけれど、東京都の全体の實力としてはこうだというしか言いようがないわけですね。久岡先生それでいいですか。

ほかにどうですか。

○山口委員 埼玉県では、順天堂がさいたま市に新しい病院をつくると思います。それから、国立埼玉病院で200床増床する、また獨協医大越谷病院も、200床増床するということです。要するに埼玉県では急性期の病院をかなり急速に増強を図っているということがあります。そうしますと、今の2025年の推計に、東京を取り巻く3県の急性期をふやすという動向が、どのくらい影響してくるかということは今後反映させないといけない。あるいは、そういうところも話し合っていて決めていかないと、東京の高度急性期・急性期の需要とか、ベッド数の必要数が変わってくる可能性があると思うので、このような他の3県の動きをどこら辺まで把握して、こういう推計をされているのか。

○宮澤地域医療構想担当課長 都道府県協議に関しましては、まだ正式ではありませんけれども、国から全国統一的な調整のルールというものが示される予定でございます。聞くところによりますと、8月から協議を開始せよというところですので、間もなく示されるかと思えます。その中には、8月からという協議の開始時期ですとか、具体的な協議の進め方についても示されると聞いております。その協議の進め方ですけれども、先ほど埼玉のお話がありましたけれども、それぞれでどういった病床の整備計画があるのか、その実現の具体性などをお互いにつき合わせる形で協議を調べていこうということになります。

ですので、つくりますよというだけで、全く中身がないと、また協議も難しくなってくると思いますが、今のところ、そうした進め方で協議を行っていく予定でございます。

また、国から示されましたら、次回以降になると思いますが、正式なルールについて、お示しさせていただきたいと考えております。

○猪口部会長 流出入はわかったけれども、埼玉県なり千葉県なりといった近隣県の病床機能ごとの需要推計というのは見えていないんですか。見えているんですか。

○宮澤地域医療構想担当課長 今のところ見えておりません。

○猪口部会長 ですよ。近隣県全部、病床が足りないという報道が流れていますから、東京都と同様に高度急性期まで欲しいと、ふやさなくてはいけないというのが数字にな

っているのが多少見込まれるかなとは思いますが、それはわかりませんが、その辺も見えてこない、はっきりわかりません。流入が減ることになりますよね。

ほかにご意見ございませんでしょうか。

- 伊藤委員 さっき話が出たかもわかりませんが、3県自体の流出入のデータというのは示すことができるのですか。埼玉県は流出入、これと同じようなデータですね。
- 宮澤地域医療構想担当課長 埼玉県としての意味でしょうか。それについては、示されておりません。あくまでも東京都としての流出入のデータについては示されておりませんが、いわゆる3県の状況については各県が、国から提供されたデータを所有しているということになります。
- 猪口部会長 これは二次医療圏ごとの出入りが最初、我々に見せられていて、そして、網掛けで10以下の数字が全然見えなかった。それを交渉されて、国から都道府県間の、グロスの部分を引きずり出してきたというところで、やっとわかってきた数字みたいです、ここまでは。

ほか、どうでしょう。

- 安藤委員 慢性期で流出が多いということですが、もし調べられるのであれば、その理由を利用者の方に調査できればと思っています。

例えば、数が少ないから行っているのか、あるいは慢性期の病院の質が他県のほうがいいのか。あと東京の場合、いろいろな料金が高いのか、とか、好みの問題もあるでしょうし、あるいは東京の慢性期の病院は古くて設備が整っていないからだとか、そういった理由が判れば、今後、東京都としてフォローをする要素が出てくるのではないかと思いますので、もしわかればお願いします。いかがでしょうか。

- 宮澤地域医療構想担当課長 今から、例えば都民なり患者さんに対して調査をする、アンケートをするとすると、時間もかかりますので、フォローできる方法を少し考えさせていただきたいと思います。
- 猪口部会長 安藤委員、二次医療圏ごとに流出入はわかりますので、どこの医療圏から物すごく出ているとか、その医療圏の慢性期病床の稼働率とか、そういうものを加えると、少なくともベッドが足りているからとか、足りていないからという話はある程度見えてくるかなとは思いますが。

では、この次、ほとんどフリートーキングになるような議題を用意していますので、次のお話に進みたいと思います。東京における医療のあり方、将来のグランドデザインについてということで、委員の皆様からご意見をいただきたいと思います。

ご意見をいただく前に、事務局から説明をお願いいたします。

- 宮澤地域医療構想担当課長 東京における医療のあり方、将来へのグランドデザインにつきまして、今、部会長からもお話がありましたけれども、委員の皆様からご意見をいただきたいと思います。

繰り返しになりますけれども、地域医療構想でございますが、2025年に向けまして、病床の機能分化、連携を進めることを狙いとするものでありまして、医療機能ごとに2025年の医療需要を踏まえて、病床の必要量等、目指すべき医療提供体制を実現するための施策を盛り込むものでございます。

将来の必要病床数や、目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策を議論いただくに当たりましては、東京の将来の医療のあり方について、どういった医療が必要か、また、どういった医療が望ましいのかというものを定めた上で、それを踏まえて検討いただく必要があると考えておりまして、このタイミングでご意見をいただきたいというものでございます。

地域医療構想は、直接的には、一般病床、療養病床の機能分化と連携の推進を図るものでございますが、ガイドラインでは、策定に当たって、地域医療全体を見据えた上で、事業、疾病等踏まえて検討されたいとされていることも踏まえまして、幅広い角度からご意見をいただきたいと思っております。

東京は日本最大の医療資源の集積地であること、また、高齢者、特に後期高齢者人口の急増が見込まれまして、2025年以降も医療需要が増加し続けるなど、さまざまな大都市特性がございます。これらを踏まえまして、医療関係者、区市町村の視点から、将来、東京はどのような医療提供体制を確保すべきなのか、どのような医療連携体制を構築すべきなのか。また、地域包括ケアシステム構築に向けてどういった医療が必要なのか。さらには保険者、患者の視点から、将来の東京の医療はどういったものが望ましいかなど、さまざまな視点から、東京における医療のあり方にご意見をいただきまして、将来へのグランドデザインとしてまとめていきたいと思っております。

つきましては、活発なご意見をいただきたいと存じます。

説明は以上でございます。

- 猪口部会長 今まで我々が医療提供者側としてずっとやってきておりますと、第一次の医療計画の改革から始まりまして、そこから始まって積み上げてきたものがあるものですから、本来、どういう東京の医療を望んでいるのかというのがなかなか見えない。

どういう東京にしていくのかというところを基軸としまして、その上で、構想はこうあるべきではないという積み上げを考えていくのが、本当はあり方なのではないかと思っております。ぜひ忌憚なく、お話を伺えればと思っております。

病床機能ごとに委員がお見えになっていきますから、病床機能ごとにお話をいただいてもいいかなと思っておりますけれども、どうでしょう。

- 塩川委員 今、県全体の話と、それから二次医療圏ごとのお話、先ほどもございまして、これは前回の6月の資料でも、患者の流出と流入の利用県ごとにやった資料が資料4であるようですけれども、きょう配られた資料2-1でも、例えば、住所地ベースと医療機関所在地ベースで、高度急性期だけを見ると、都とか県全体で見ちゃうと都の中での動きがぼけてしまうというか、要するに日をとるというか、区中央部だと、例えば、医

療機関所在地ベースと患者住所地ベースで、3倍ぐらい病床のベースが多いのですが、区中央部とか、西南部とか、北多摩南部。ほかのところはかなり逆転している。これは歴史的にそういうものが構築されてきた部分がありますから、それを2025年とか、5年、10年で、交通機関とか居住地とか、いろいろな歴史、文化的背景があると、そういう大きな激変的な医療システムの構築というのが、強い根拠はありませんけれども、難しいような気がします。

今、高度急性期を見ても、二次医療圏ごとに流入者が非常に多い部分、特定の幾つかの医療圏、それから流出者の多いところ、今までの歴史、ないし文化的に構築されたもの、ここを踏まえて、そして各高度急性期、急性期、慢性期がこれでは基本的に逆転しているように思うのですけれども、今それぞれの二次医療圏ごとの機能、二次医療圏でいくかのどうかという話もまたあるのかもしれないけれども、現状のそれぞれの医療圏の機能というのが、ある程度、尊重されたような決め方にならざるを得ないのではないかとこのように思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。今までの医療提供体制の中で、特に高度急性期のような病院としてみれば、それに激変が加わるのではなくて、今の延長線上というか、それを育てていくような発想ということによろしいですか。

○久岡委員 私は、塩川先生は外科の先生でいらっしゃるんですけど、私は内科系ということでお話をしますと、これから地域連携ということが中心になってくるのではないかと思います。それは総合診療医とかを見ますと、地域連携、あるいは医育機関として若い先生を育てるということで、なぜ大学病院で総合診療をやらないといけないんだという意見もありますけれど、それは必要欠くべからざるものであると自負しているわけです。

7対1の入院基本料を担保するために、来年の改正がどうなるかわからないのですけれども、75%は自宅ないしは、それに有するところに戻さないといけない。そうなりますと、最近、現場で感じるのは、在宅医療を希望する高齢者、あるいは障害を持っている方が物すごく多くなってきている。そうすると、僕らは何をやらないといけないかということ、地域連携として、在宅医療機関との提携を密にしないとけない。これは大学病院といえども必須のことだと思っております。もちろん片方で高度医療をするんですけど、地域に密着した、では東京に地域があるのかということ非常にいろいろ難しいところがあるのですけれども、それを構築していかないといけないというのが私どもの使命だと思って、これからそういうことをやっていこうと思っています。

以上です。

○猪口部会長 大学病院といえども、いろいろな機能を持たないといけないというようなご意見かなとは思いますが。

では、急性期代表で山口委員、その次、原委員、どうぞ。

○山口委員 今回は将来のグランドデザインということで、現況のあれを少し離れて話すということによろしいんですね。

○猪口部会長 はい、全く離れて自由にどうぞ。

○山口委員 東京都そのものは将来に向けて、世界に誇るべき東京をつくろうということやっておられると思うのですが、その中で、インフラとしてしっかりとした医療をつくらなくてはいけないということが当然あるかと思えます。

ここでの話というのは、例えば、高度急性期が多過ぎるなどの話をしていますが、そういう内向きの話ではなくて、例えば、海外の患者さんを受け入れるというようなことを考えれば、余っているというところが、本当は余っているのではなくて、そちらに振り向けるべきものとして活用できるのではないのでしょうか。

今のように数を減らすという話ばかりでは医療の進歩に追いつけないのではないか。医療の進歩、医学の進歩を助けるような形で、高度急性期の病床を使っていく必要もあるのではないか。せっかく東京に13大学あるわけですから、その力を、東京在住の高度急性期の患者さんに病床を振り分けるということだけに使うのではなくて、もっと世界に誇れるような医療をつくっていただいて、そして患者さんを呼び込むということをやってもいいのではないかなと思います。

もう一つ、地域に関しては、僕は地域包括ケアシステムというのが一番大事だと思います。それをこの10年間で地道につくっていくということがすごく大事で、急性期はある程度自律的にどんどん動いて、優勝劣敗が恐らく働くのではないかなと思いますから、むしろ都民のためには、地域包括ケアシステムをしっかりつくっていくことが大切ではないかなと思います。慢性期も含めて、一次医療圏での地域包括ケアシステムをきちんとつくっていくということをこの10年間できちっとやっていただきたいということです。

○猪口部会長 ありがとうございます。今のような漠としているけれども、夢のような話が大事なんじゃないかなと思います。どうもありがとうございました。

○原委員 グランドデザインというのは一番苦手な分野で、我々はずっといろいろな医療制度の改革や何かに対応すべきいろいろなことをやってきた。また、患者さんとか、その地域とか、いろいろな要望に応えようとしていろいろなことをやってきた。何しろそれに対応しよう、対応しようとしてずっとやってきたので、グランドデザインをいざ考えろと言われると非常に困るといのが、私の正直な気持ちです。

多分10年後の医療がどうなっていると言われても、こうなっているだろうとはつきり答えられる人は、僕はそうはいないんじゃないかなと思うんですね。ですから、こうなったほうがいいのかという考えが、自分ではなかなか持てないというのが現実です。

実際に、国民とか住民の受療率は、これくらいだろうと予想してやっていますけれども、本当、先ほどお話があったように、もう高齢だから病院へ行かなくてもいいとか、いろいろな考えがこれから出てくる可能性もあるだろうと思うし。ですから、それぞれの不確定な要素が余りにも多くあり過ぎる感じで、いざ先を考えろと言われると非常に困るといのが一つです。

それからもう一つ、患者の住所地別の推計とか、医療機関別の住所地別の推計とか、

二つ出ているわけですがけれども、本来なら、患者さんの住所別の推計がいいんでしょうけれども、現状それでやってしまうと、かなり大きく改変せざるを得ないというのは間違いないと思うんです。それからまた将来、10年後に、過剰とか不足とか、例えば、過剰となると、どこか外来を変えないといけないということになるので、私は医療機関別の推計をとって、さらに構想区域はかなり広く、東京都が一つという感じでやっていたほうが混乱は避けられるだろうと。

実際、東京都全体で見れば、慢性期は別としてみんな不足なわけですから、どうやってその足りないところをこれから補っていくかというところを考えればいい。

だけれども、そうじゃなくて、もっと小さな区域に分けてしまうと、過剰というところをどうするかという大きな問題がどんどん出てくるので、できれば構想区域は大きくとって、そこで足りないものを補っていくようなことを考えたほうが生産的ではないかなと思います。

以上です。

- 猪口部会長 ありがとうございます。最初の部分は構想を想像しろというのは難しいとおっしゃられるけれども、逆に言うと、医療提供体制が生活者のニーズに対して非常に敏感であると。ニーズに即応できるような医療提供体制であるという言い方ができますよね。硬直したものではなくて、そういうものがないのではないかという意見として、僕は捉えました。

相当時間が短いですし、なるべく多くの方に話してもらいたいと思うので、なるべくコンパクトをお願いします。

ここまで半分までできましたので、ほかのところから来ていただいた、特に市民代表、公募委員として、西川委員どうでしょう。東京の医療はどうであってほしいというのはどうでしょう。

- 西川委員 今、東京は医療資源が特に集中している特殊な自治体だと思うのですが、特に高度急性期とか急性期は他の道府県からの流入が多くて、よそから非常に頼られている状態である。この状態は、私たち患者からするととてもぜいたくで、ありがたい状況であると思います。漠としたイメージで申しわけないのですが、高度な医療資源にアクセスしやすいというのが第一なんですけど、それは精神的な、すごく安心感につながるとは思うんですね。今、例えば、ベッド数などで需要と供給について、需要が少なくなるから供給を減らそうとか、そういう議論が起こっていると思うんですが、特に高度急性期とか急性期などは、少し余裕を持った状況でいてほしいと患者としては思います。それにプラス、ぜいたくを言うようですが、慢性期ですね。先ほど何人かの委員もおっしゃっていましたが、地域の包括ケアシステムというのを充実してもらって、そちらはそちらで地域密着型の医療をぜひお願いしたいと、それが私患者としての希望です。

- 猪口部会長 ありがとうございます。自治体からもお出になっていらっしゃるのですけ

れど、自治体の方たちで、今の医療提供体制では将来こういう不安があるとか、もっと自治体的にはこう考えているんだみたいなご意見がございましたら、ここは指名していると時間がかかっちゃうので、意見があれば挙手でどうぞ。

○福内委員 自治体としてというか、自治体で仕事をしている中で、今、西川委員の言われた2点と、それからあと急性期から慢性期等へ患者さんが、例えば、急性期から退院した後、慢性期の病院で診ていただくのか、もしくは在宅へ戻るとしても、その連携の仕組みのところ、地域連携というのが一つのポイントなのかなということと。

私もきょうの議論をお聞きしていてもよくわからないのが、慢性期のところをどう考えていけばいいのかということで、当然、患者さんは在宅といっても、ここには施設等も入っていると思うのですが、そういう施設なども含めて、その中でどう医療を提供していくのかということも、もう少し議論されるといいのではないかと考えています。

○猪口部会長 ありがとうございます。では、歯科医師会、山本委員。

○山本委員 病床数のことに関しては、私どもわからないのですけれども、例えば、13医療圏の中で、脳卒中だとか、あるいは糖尿病といったものの医療連携が非常に叫ばれているわけなんですけれども、実際に行われる会議などに出席をしますと、そこに出てくるのは、例えば、医師会なり、歯科医師会なり、あるいは薬剤師会のトップの方たちが出てきて、なかなか議論が進んでいかないという現状があるんですね。そういうのは、むしろ行政の方がイニシアチブをとるような形の何かできないかと一つは考えています。

それから、がんの医療連携のことを東京都とともにやらせていただいているのですけれども、病院の中に歯科の部分があるところの場合に、そこが核となって、患者さんを医療連携で回していただければよろしいんですけれども、歯科なり口腔外科がないような病院の場合、どなたが医療連携をしたらいいのかというところがなかなか難しく、その辺がネックになっているような気がします。

以上です。

○猪口部会長 続いて、薬剤師会、永田委員。

○永田委員 グランドデザインという大きな考え方の中で、東京都というのは、さきに何人かの委員の皆様がおっしゃっているように、一極集中型ということを批判されていることは事実です。でも、それが東京のある意味の役割であろうということも事実だと思っています。

そういう点から考えてみて、高度医療の機能をどう持つかという考え方は、そのとおりだと思いますし、それに地域包括ケアを含めた形で、一般の都民の皆様が医療を適切に受ける、健康であるという権利をどのように地域の中で適切に保ちながら、しかも、未病の方々に対する対応が地域包括ケアの中に含まれてくるはずですから、各職種が一緒になっていって、基幹病院、これは二次医療圏で大丈夫だと思いますし、そういった連携がしっかりとれているような病床数をうまくその中にコントロールできる。そういう体制の確保というのが重要ではないかと私は考えています。

○猪口部会長 ありがとうございます。では、長瀬委員どうぞ。

○長瀬委員 とてもグランドデザインなんてことは言えないのですが、心配なのは、今、地域包括ケアシステムと一生懸命言われていますが、それは途中までであって、最終的に亡くなる時にどうするのか。日本人の死生観にもなるんですが、病院で亡くなるのか、どこで亡くなるのか。先ほどから安藤委員や竹川委員が言っていますが、療養病床のところでは亡くなるのか。それとも自宅で亡くなるのか。自宅で亡くなるといっても、今は老老介護で誰もいない。一人きりになったときに、地域包括ケアシステムを東京都がどこまでやれるのかというところがあって、どこまでやるかという人がいない。先ほど安藤委員が言われたように、地域包括ケアシステムを作動させるにも、人がいなければできないわけです。

そうすると、最終的には地域包括ケアシステムの中で、病院がやるしかないのかなと思いますし、日本人の考え方が、外国というか北欧のように変わって行って、最終的に飯が食えなくなったら、病院でお亡くなりになっていただく。そこまで考えた地域包括ケアシステムであればうまくいくのだろうと思って、最終的なところを非常に心配しているんです。途中は、ぐあいが悪くなったら急性期へ行けばいいし、いろいろできますけれども、最終的なところが、誰が面倒を見るのかというところに帰着するのかなと思いますけれども。

○猪口部会長 病床機能の慢性期が在宅療養と一緒にしているところで、その先のところが全然明らかになっていないということですよ。本当にそうだと思います。

では残していたのですが、回復期からいきましょう。河面委員どうですか。

○河面委員 私も急性期から回復期やっているわけなんですけど、急性期の経験もあるんですけど、ビジョンということに関して、こういう医療、東京はこういう方向にできたらいなと常々思っていることは、我々は医療者として、医療と枠組みの中に患者さんをひき込んでいるわけですね。患者さんは医療の実態はわからずに、医療、病院の中、あるいは医療システムの中にひき込まれているわけですね。その中でわからないまま医療を受けているというのが実態なんだろうと思うんですね。

それから、今、死生観という話が出ましたけれど、患者さんがどう生きるか、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、東京都民だけではなくて、日本人全体がそういうことを常々考えていないんだろうと思いますね。生きるとはどういうことか。死とはどういうことか。もう少し日本人全体が考えなくてはいけないんですけど、行政の人が主導になってやるべき問題なのかどうかかわからないのですが、東京都はそういうことも力を入れてやっていただきたいというふうには思っています。

以上です。

○猪口部会長 よく医療基本法の中で、患者の責務だとか、そういう議論がいろいろあるようなんですけれども、リテラシーの部分とか、そういうところの啓発、そういう問題も大

きな問題ではないかなというお話だと思います。

- 進藤委員 大きな話は余りできませんが、グランドデザインを考えるときに、在宅医療がどうあるべきかというのが中心になるんじゃないかと僕も思います。

先ほどの資料2で示されている慢性期医療の病床は、減らすべきだという数字は出ているけれども、これはよくよく見ると、医療療養病床の医療機能を必要とする病床数は、これだけの病床数でいいんじゃないかという話で、資料3-1で示されている数字は、慢性期全体の患者さんが流出しなければ東京都では見ることができないという数字の違いが、ここにはあると思うのですね。

出ていかなきゃいけないような人たちは、結局、在宅でどうやって診るのかという人たちだと思うんですが、在宅で見るといっても、在宅医療を担う先生方も少ないですし、それから、それを見なきゃいけないケアマネジャーさんたちは医療についての知識が足りていないので、さまざまな問題を起こしていますし、訪問看護も足りない。そのところの、在宅でどうやって見ていくのかが決まらないのに、医療、療養だけは減らしたほうがいいんじゃないかという話が出ているので、在宅ではどうやって診ていくのか決めていかないと、これの話が決まらないように思います。

- 猪口部会長 慢性期。手短に、すみませんが。

- 竹川委員 まず、グランドデザイン的に考えると、病気にならないことが一番大切だと思うので、健診とか、人間ドックとか、そういったことを含めて大切だと思います。

あと高齢社会の中で、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なので、そこを考えなくてはいけない。

今、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療も含めてよく考えてみると、例えば、高度急性期は医療がほぼ100%だと。急性期に関しては、急性期でも認知症の人も入る場合があったりすることを考えると、1割ぐらいは介護が必要になってくる。回復期に関しては、3割ぐら介護が入って、7割が医療である。では、慢性期は5割ぐら介護で、5割ぐら医療。

在宅医療の話が出ましたけれども、在宅医療は1割ぐらの医療で、あと全部介護だと思うんですね。そういうことをちゃんと認識した上で考えていかないと、とんでもないグランドデザインができてしまうと思いますので、後々、一つの病院の中にも、高度急性期、急性期、全て持てる病院があってもいいし、場合によっては急性期と回復期だけしか持てないとか、回復期と慢性期、また、急性期と慢性期を診ている病院、こういったものも含めて考えていかなくてはいけないと思っています。

- 猪口部会長 ありがとうございます。では、安藤委員。

- 安藤委員 グランドデザインをつくる時、東京の特殊性を考えたほうがいいと思います。例えば、都内には慢性期が少ない、療養病床が少ないということで、東京都に頑張っていて、転換補助金を、1床当たり400万円も出していただいたのにもかかわらず増えないということは、やはり東京の場合は、土地が高いし、日本で一番土地がない

し、人件費も高いし、物価も高い、そういう要因があるのではないか。このままいってしまえば、一番足りない回復期が増えないと思います。回復リハは、十分診療報酬上もついているからいいでしょうが、そこら辺の大きな問題があると思います。

ただ解決する方法はあって、それは一つ、東京都独自の施策を作っていくということだと思っています。例えば、土地がないならば、東京都が持っている所有地とかあるいは国有地を定借で貸していただくとか。

○猪口部会長 要するに東京の医療機関がやれることをやって、そして経営が成り立つような、そういうアシストが東京都側に欲しいという話だよな。

○安藤委員 そうです。その施策を、東京都ならではの規制緩和も含めて、仕組みをつくっていくということが非常に重要だと。

○猪口部会長 安藤委員、どうもありがとうございました。

○猪口部会長 あえて医療提供者側の方と医療を受ける方たちのご意見を聞いたんですが、そのほかに識者の方たちがいらっしゃいます。

グランドデザインとして、こういう東京であるべきではないかということで、何かございましたら。

○河原副部会長 医療、あるいは介護を語る時に、人的資源の問題と物的資源、それから、財源の問題がいると思うんですが、今回の地域医療構想の例を一つとっても、物的資源のデータとか、話が突出しているような感じがするんですね。

やはりグランドデザインを描くときは、特に人的資源が、安藤委員も、長瀬委員も指摘されたように、人がいなくなるのは目に見えていますので、そちらのほうは、精緻な集計とか結果を出していただきたいと。それから、財源の問題、国の問題も絡みまますから置いておきますが、この三つはきちっとやる必要がある。

あとは絵に描いた餅にならないように、グランドデザインを受けた施策体系、あるいはその下の事業計画とか、その事業が結びつくような形で、実効性あるような仕組みが必要だと思います。

それから、東京の医療の格差が二次医療圏ごとにあると思うんですが、今回、二次医療圏ごとで物事を考えるというのは、二次医療圏間の格差を是正しようという感じがするんですが、東京の場合は格差があっても、それは許される程度だと思うんですよ。例えば、所得の格差のジニ係数で、日本が0.3ぐらい、中国が0.5とか言われていますが、東京の格差というのは、交通機関が発達しているとか、利便性とか、そういうものを考えると、地方と比べると、同じ格差があったとしても、容易に格差を裏で是正できる仕組みが働いていると思います。

ですから、議論としては、特に高度急性期に関しては、医療圏という一つの地域単位で考えるのではなくて、格差があることを前提にして全都的に考えるほうがいいんじゃないかなと思います。

それからもう1点は、住民、あるいは患者さんの行動を十分分析する必要があると思

うんですね。患者さんは幾らこういうふうに行行政とか、この委員会が決めたとしても、求めるような合理的な行動をしないはずです。いい評判がある病院があれば、青梅からでもこちらのあたりに出てくるわけですから、あるいは医療資源が集中しているところには、どうしても集まることになりますから、患者さんの意向、あるいは住民の意向も重視して、どういう行動を好むか。高度急性期に関しては、評判とか医療機能に応じて、東西南北移動すると思うのですが、その一方で、慢性期とか、あるいは介護に限っては移動しないと思うんです。住んでいるところで終えたいと。そうなれば、医療圏とか、介護圏域というのは小さく、市町村単位で考える。そういう患者さん、あるいは住民の意向が抜けていると思います。場合によっては、社会的入院があるような病院をつくってもいいと思うんです、地域によっては。もう一回復活させてもいいと思います。

そういうことで、グランドデザインを考えていく必要があると思うんですが、もう一点、先日、発足したと思いますが、同じ都庁の中の会議で、地域包括ケアの会議、第1回目は知事もご出席されましたけれど、それとの整合性も出てくると思うんですね。内部での無駄な計画をつくらないとか、重複をいかに解消するかということも内部で検討していただきたいと思います。

以上です。

- 猪口部会長 ありがとうございます。今、医療提供者側の話ということで出てまいりましたので、先ほどの看護協会の山元委員、どうでしょうか。
- 山元委員 今、先生方のお話を聞いていて、先生がおっしゃっている格差のところで見ると、前回の資料の中で、二次医療圏で見て、自分のところの医療圏で7割ぐらい完結しているのが、南部地区と、あと多摩のほうとありましたよね。そういうふうにして、完結できるような地域に住みたいのではないかなと思います。自分が住んでいるところの医療圏の中で、いろいろなことが完結できるというのは一番住民にとってはいいことなのかなと思っていますので、そういう形で、東京の中で幾つかそういう区域ができていけば、全体的にはいいのではないかなと思います。
- 猪口部会長 最後に話していないとしたら、森久保委員、何か。
- 森久保委員 トータルな面でお話しましょうということですので多少話させていただきます。地域包括ケアシステムというのは、新しい街づくりと思います。昭和30年代の高度急性期、いろいろの集合住宅ができました。今回、一次医療圏の範囲で、地域に根差した街をいかにつくるかということが問題と考えています。

その中で地域医療構想、いわゆる病院の数が今回問題になっているわけです。今問題になっているのは、大病院で亡くなる方が1割から2割ぐらいの現状を、これが将来、どのぐらいになるかということだろうと思います。これは誰も回答を持っていないことだと思います。

在宅とは、自宅を含めてサ高住なり、あるいは有料老人ホーム、特養、いろいろありますけれども、そこで亡くなられる方がもう少しふえて病院での看取りを減らそうとい

うことだと考えています。私の中では3割、4割ぐらいまでいくかなと。やはり病院の存在というのは大きいわけです。

今後、地域で亡くなるために病院がどう必要かと考えてみます。今ある高度急性期、これは余りいじくる必要はないのかなと思います。在宅を進めながら、地域の先生方とどうやって患者さんのやりとりをするか。その中で大事なものは慢性期、それから回復期、これをどう考えるかということになるのではないかなと思っています。中小病院と有床診療所の役割は大きいと思います。

今回いろいろな資料が出ていますけれども、提出されている資料は一部のことで、これを基にいろいろ考えると、逆に危険かなと思います。

それから、二次医療圏ということをやりに急いで決め過ぎてしまうと、現在ある医療システムが崩れてしまう可能性があり、非常によくはないだろうと思いますし、二次医療圏の今まで行政サイドがやってきたことと、それから医療構想、病床数をどう配分するかというのは少し分けてもいいのかなと思っています。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

○加島委員 私は国保連合会にありますが、保険者協議会の会長ですので、保険者を代表として出ています。今度、30年に向けて、国保も都道府県化になりますので、都道府県も国保の一翼を担うということになりますと、課題の一つとしては、医療費が膨大に上がっていく2025年をどのように乗り切ることが問題で、今回の医療構想も、そのような流れだと思います。

私としてはこの議論の中で、皆さんの意見がまったく別の方向にいかないように監視していく役かなと思っていますが、一つは医療費が適正に使われて、都民が幸せになれる東京の社会をつくっていくことが一番で、私ども保険者としてもウィンウィンの関係になれると思いますので、ぜひよろしく願いいたします。

あとは連合会で単純に2025年のレセプト枚数の推計を出して比較をしたところ、国保のレセプト枚数については、2025年は若干少なくなりますが、後期高齢者のレセプトは1.5倍になります。では後期高齢者のレセプトを出す病院が東京中に1.5倍ふえるのかというと、そんなことはあり得ないわけです。ただし、お年寄りはそのだけの数がふえますので、先ほどから議論されている地域包括のような形、在宅のような形で何とか対応していかないといけないのではないかと思います。

もう一つ、保険者はデータヘルス計画を今年度中に作成し、実施することとなっています。その中で健康づくりを保険者も懸命に行っていくこととなります。それがどれだけ医療費にかかわってくるのかどうか現段階ではわかりませんが、東京は首都としてのモデルとなるような、いい健康づくり対策と医療の構想がうまくリンクしたものが策定できれば、保険者としての要望に沿った構想になると思います。

以上です。

○猪口部会長 きっちり釘を刺されて。どうもありがとうございました。

きょうお話しいただきましたので、せっかくですから、これを事務局とともに、一つの目標みたいな、河原先生のおっしゃるとおりに、グランドデザインで細かい方法論とか、こういう方法による、一つ一つ戦略的なものまでは迎えないとは思いますが、ざっくりとした目標みたいなものは、こういう東京が一つの目標なんだよという話を、皆さんの意見を聞きながら、事務局にぜひまとめていただきたいなと思っています。

きょうは時間も過ぎて本当に申しわけございませんけれども、きょうの予定はここまで終了させていただきました。この後は事務局にお戻ししたいと思います。よろしくお願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 長時間にわたりまして、活発なご議論をいただきまして、本当にどうもありがとうございました。

事務局からの連絡事項でございます。次回、第5回の部会の開催でございます。次回は8月18日火曜日、16時から18時までを予定しております。なので、いつもどおり、机前に出席、確認票を置かせていただいておりますので、ご記入をいただきまして、このままお残しをいただきますか、ファクス等でご送付いただければ幸いです。

また、本日の資料につきましても、机前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。

なお、本日机前配付をしてございます、水色のファイル、こちらはいつもどおりでございます。次回の議会の際に、本日の資料を加えまして、改めてご用意をさせていただきますので、そのままお残しくさいますようお願いをいたします。

最後に、本日、お車でいらっしゃる委員につきましては、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせいただきたいと思っております。

事務局からは以上でございます。

○猪口部会長 これで部会は終わります。どうもありがとうございました。

(午後 6時43分 閉会)