

〔平成 28 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

平成 28 年 11 月 28 日 開催

【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

平成 28 年 1 月 28 日 開催

1. 開 会

○司会（久村課長）：それでは、定刻となりましたので、区中央部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催させていただきます。本日は、お忙しい中ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

初めての調整会議の開催ということで、調整に時間を要しまして、開催日のお知らせが遅くなりましたことを、この場をおかりしておわび申し上げます。

私、東京都福祉保健局地域医療担当課長の久村でございます。会議次第でございますとおり、本日は、このあと座長を選出いただくこととなりますので、それまで司会を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日の配布資料は、次第の下段に記載のとおりです。万が一落丁等がありましたら、恐れ入りますが、議事の都度事務局までお知らせください。

それから、後ほど、質疑や意見交換の時間がございますが、ご発言の際には、事務局よりマイクを受け取っていただいて、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日は、傍聴席にも構想区域内の医療機関の先生方にご参加をいただいております。座長がご発言の機会を設けた際には、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いいたします。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。東京都医師会の安藤理事、ご挨拶をお願いいたします。

○安藤理事：皆さま、こんばんは。本日は、お忙しい中大勢の方々にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

国も、東京都も、東京都医師会も、地域医療構想と地域包括ケアというものを、大きな2つの施策として捉えております。また、この地域医療構想においては、在宅とも密接にリンクしております。

特に、区中央部においては、日本には全部で344の二次医療圏がございますが、この東京都には15の特定機能病院があります。そのうちの14が23区内にあり、そのうちの6つがこの区中央部にあるということで、非常に特殊な地域でございます。

また、隣接医療圏あるいは他県からも流入が多く、最近では、アジアからの流入も多いということで、非常に注目されております。

そういう意味において、今日いらっしゃっている先生方だけではなくて、ぜひ地元の全ての医療機関の方々が、いろいろ話せる場をつくっていただいて、そこからさまざまなご意見、情報を吸収していただきながら、地域の住民の方々のためによりよい医療を構築していただきたいと思っておりますので、どうかよろしく願いいたします。

○司会（久村課長）：ありがとうございました。

次に、矢沢医療政策担当部長よりご挨拶申し上げます。

○矢沢部長：皆さま、こんばんは。医療政策担当部長の矢沢でございます。

まず、この地域医療構想を今年の7月に策定させていただきましたが、それに先立ちまして、3度にわたり、意見を聴く場ということでご参加いただきまして、さまざまなご意見を頂戴いたしましたことを、この場をおかりして、厚く御礼申し上げます。

今回、地域医療構想を私どもでやっと策定したわけでございますが、これは、このあと10年かけてつくり上げていくものでございます。

地域医療構想は、都民の皆さんと、私ども行政、それから、医療機関、保険者の皆さまなど、医療、介護、福祉に関わる全ての人々が協力して、将来にわたって東京の医療提供体制を維持、発展させていくための方針となるものでご

ざいまして、今後10年かけて、先生方とご一緒に、一つ一つの課題を解決し、その地域に最もふさわしいものに近づくように、私どもも努力してまいりたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○司会（久村課長）：それでは、次に、座長の選出でございますが、それに先立ちまして、この調整会議の役割について、東京都より改めてご説明申し上げます。

○矢沢部長：それでは、お手元の資料2をご覧ください。「東京都地域医療構想調整会議の役割」についてでございます。

簡単にこの会議はどんなものかについてご説明したいと思います。

まず、医療法では、「都道府県が設置すること」となっておりまして、関係者との連携を図りながら、医療計画を達成するための方策を進めていき、また、地域医療構想の達成を推進するために必要なことを協議する場であるということことです。

このことを受けまして、東京都では、昨年度開催の「意見聴取の場」を引き継ぐ形で、東京都地域医療構想調整会議を今回設置いたしました。

その目的は、地域医療構想に掲げた「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」を実現することを目標に、さまざまなことについて関係者間で協議を行うことでございます。

「構成」としては、医療機関・医師会・病院協会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等の医療関係団体、区市町村、医療保険者等でございます。

また、座長・副座長は、このあと互選することになっております。

それから、この会議は、このメンバーだけではなくて、例えば、流出入がお互いに関連しているところであれば、2つの区域で合同で開催することも可能ですし、もっと小さな単位でやることも、今後必要になるかと思っております。

そういったご提案もちょうだいしながら進めてまいります。

また、この会議は、原則公開となります。参加者のご発言も含めまして、協議内容については、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載されることを、どうぞご承知おきくださいますようお願いいたします。

次に、3ページ目の先に4ページ目をご説明いたします。

この議論を進めるにあたりましては、以下の視点を踏まえてまいります。

まず、構想区域における現状や将来の状況などを、皆さまと共有いたします。その上で、将来の必要量などを参考にしながら、日頃の診療や業務の中で感じている実情を勘案して、そのことをベースに、どのように対応していくかということ、地域の関係者自身で考えていくということでございます。

また、東京全体の医療資源を有効に活用するという観点からは、構想区域ではなく、隣接区域との関係なども踏まえていく必要がございます。

そして、この調整会議の議論を参考に、先生方それぞれの病院がどのような役割を担うべきか、どういうことをすべきなのかということ、自主的に検討できるように、幅広い観点から議論を行ってまいります。

その議論のサイクルですが3ページ目をご覧ください。

まず、皆さまの地域の医療の現状を、私どもがデータでお示しをいたします。そして、構想で示された将来の推計もできていますので、それも参考にしながら、この地域の課題を考えてまいります。

そして、課題に向けた検討を行って、それを解決していく過程で、それぞれの医療機関がそれぞれの役割を果たすべく、どのようなことをすべきか、どんな医療連携の体系をつくっていくべきかといったようなことをお考えいただき、この場でご提案いただきながら、どういうふうに行っていくかということを考えていただければと思っております。

課題は増えるだけ増えて、解決に至らず、また次の課題が出るということも、よくあることだと思っておりますが、そうであったとしても、その状況を皆さまと共有することが、一番大事かと考えております。

そういった視点から会議を有効に使っていただき、この地域の医療の質を高めていくということで、皆さんと協力して実施していくための会議だということでございますので、どうぞご理解くださいますようお願いいたします。

2. 座長・副座長の選出

○司会（久村課長）：それでは、資料1の「東京都地域医療構想調整会議設置要綱」の「第4の2」によりまして、委員の皆さまで座長を互選していただきたいと存じますが、いかが取り計らいましょうか。

どうぞ。

○崎原（東京都病院協会）：私のほうからご提案させていただきます。

長らく地域医療に先進的に取り組みをされてきた、浅草医師会の現会長の佐々木先生をご推薦申し上げます。

○司会（久村課長）：ただいま、崎原先生より、座長には佐々木先生をというご提案がございましたが、いかがでしょうか。

〔全員、拍手で承認〕

○司会（久村課長）：ありがとうございます。

それでは、佐々木先生に本調整会議の座長をお願いいたします。どうぞよろしくをお願いいたします。佐々木先生、お席のご移動をお願いいたします。

（佐々木座長、座長席に着席）

それでは、佐々木座長から一言ご挨拶をいただければと思います。

○座長（佐々木）：ご指名いただきました、浅草医師会会長の佐々木でございます。

先ほどから話がありましたように、この区中央部は、5つの大学病院本院を含む6つの特定機能病院を有する、東京都のみならず、全国的に見ても非常に特異な医療機能を持つ地域でございます。

その各病院の院長先生初め、各医師会、医療関係団体、行政の皆さまがお集まりの中で、大変僭越ではございますが、ご指名でございますので、この会議の座長を務めさせていただきます。

どうぞ、円滑かつ活発な議事運営にご協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

次に、副座長の指名に移らせていただきたいと存じます。

この調整会議におきましては、病床の機能分化が大きなテーマの一つであることから、東京都病院協会代表の崎原先生、また、保健衛生を担う行政の立場から、田中・千代田保健所長のお2人に、副座長をお願いしたいと存じますが、よろしいでしょうか。

〔全員、拍手で承認〕

(崎原副座長、田中副座長、副座長席に着席)

○司会 (久村課長) : それでは、これ以降の進行は佐々木座長にお願い申し上げます。

3. 議 事

(1) 東京都地域医療構想の策定について

○座長 : それでは、早速議事に入りたいと思います。

皆さま、既にご存じだと思いますが、この調整会議の前身として開催されました「意見聴取の場」の議論を踏まえ、7月に東京都地域医療構想が策定されております。

まず、その概要について、東京都より簡単にご説明を受けたいと思います。よろしく申し上げます。

○矢沢部長 : それでは、資料3をご覧ください。

地域医療構想は5章立てになっておりまして、「第1章 地域医療構想とは」、「第2章 東京の現状と平成37年(2025年)の姿」、「第3章 構想区域」、「第4章 東京の将来の医療～グランドデザイン～」、「第5章 果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況」となっております。

まず、第1章では、先ほど申し上げましたとおり、都民や行政、医療機関、保険者など、医療、介護、福祉等に関わる全ての人が協力して、将来にわたり、

東京の医療提供体制を維持発展させていくものだということを書かせていただいております。

そして、医療法に定められた記載事項が2つございます。

1つ目は、2025年の病床区分ごとの病床の必要量と在宅等の必要量、2つ目は、この達成に向けたいろいろな事項で、この2つを記載するようと言われております。

そして、「性格」としては、医療計画に位置づけられており、「策定プロセス」では、東京都保健医療計画推進協議会の下に策定部会を設けて、議論を進めるとともに、こういった地域の医療について聞く場や、区市町村、保険者との意見交換を行って、策定してまいりました。

第2章では、「東京の現状と平成37年（2025年）の姿」ということで、東京の特性として、高度医療機関が集積していることや、医療人材の養成施設がたくさんあること、中小病院や民間病院が他県に比べて非常に多く、その占める割合も多いということです。

また、発達した交通網で、患者さんが比較的自由に好きな病院に行けるようになっていたり、人口密度が高いこと、特に、昼間の人口が多いことも特徴です。

さらに、高齢化はゆっくり進みますが、人数が多いので、他県に比べてものすごい数の高齢者がこれから増えてくるということと、その中でも独居の方が多いいということです。

ですので、こういうことがさまざまな施策の上で重要なポイントになってまいります。

そして、将来推計として、今後の病床数を推計いたしました。

平成37年の必要量については、平成25年の患者さんの動きがそのまま動くと考えていて、さまざまな推計に至るまでの不確定な要素がございますので、病床の整備については、基準病床数制度によりまして、地域に必要なものを、区市町村の意見や病床機能報告などを見ながら、必要な医療を確保していくこととしております。

第3章は「構想区域」についてです。構想区域はご覧の区域ですが、この区域は病床の整備を進める区域でもありますので、「病床整備区域」と呼びます。

そして、この構想区域ごとに調整会議を行いますので、13区域それぞれで開催することになります。

「構想区域の状況」については、①から⑧まで書かせていただいております、それぞれ特徴がたくさんございます。

それから、「構想区域」とは別に、「事業推進区域」という新たな概念を設けました。これは、医療提供体制や医療連携は、二次医療圏の中で収まるものではなく、いろいろな動きをしていることを踏まえまして、そういったことを大切にしながら、東京の医療提供体制をより強くしていこうということで設けた概念でございます。

第4章の「東京の医療の将来～グランドデザイン～」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」を目指しまして、4つの基本目標を書かせていただきました。

- I. 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展
- II. 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
- III. 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実
- IV. 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

このそれぞれを達成していくことによって、地域医療構想が少しでも前に進んでいくと考えておりますので、それぞれの項目について、この地域では何が進んでいて、何がまだ不足しているのかといった観点からも、この先考えて、充足していくということになります。

第5章は、「果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況」についてです。

この地域医療構想は、26年の法改正で初めて、都道府県が策定したもので、新たに策定したことによって生じた役割とか、25年につくった保健医療計画に追補して、30年にこれからつくる医療計画と一体化するものであることから、その間に取り組んできたものなども、第5章に書かせていただいております。

保健医療計画のどこに位置するか、そして、それが4つの基本目標とどうリンクしているかといったような考え方で書かせていただいております。

なお、こうした地域医療構想の内容としては、これからの方向性を書いたものなので、施策を書いているものではございませんので、ある程度自由に、これからフレキシブルに施策を進めていくことが可能となります。

次に、資料4をご覧ください。区中央部の部分を抜粋したものでございます。人口は86万人ということで、二次医療圏の中では多いほうではございません。

まず、「2025年における4機能ごとの流出入の状況」についてです。

この矢印の太さは、人数の多さを示しておりまして、高度急性期、急性期とも、都内だけではなく、千葉、埼玉、神奈川県はもちろん、全国から患者さんが流入している状況にあります。特に、近いところでは、区東部、区東北部からの流入が1位と2位を占めている状況です。

この高度急性期の一番下の帯グラフを見ていただくと、区中央部に在住の方が区中央部の病院に入院している割合は、57.9%です。これを、隣接する医療圏全てを足し合わせますと、81%まで上がるということで、これは、かなり高い完結率になります。

つまり、自分の圏域でなくても、隣の医療圏も含めるとある程度高度急性期が完結していることになります。

これは、急性期においても、同じような状況が見てとれます。

ただ、ここで、ご覧いただくときにご注意いただきたいのは、高度急性期の患者さんがそのまま急性期に移行して、この中に含まれているということが多いということです。

最初の3日から5日ぐらいで高度急性期の医療が終わりますので、急性期にそのまま流れていることが多いということも、ご記憶にとどめていただきたいと思います。

また、急性期から回復期も、似たような動きがございまして、このあたりは数字が似てきています。やはり、区東部、区東北部からの流入が多い状況です。

一方、慢性期をご覧くださいますと、多少流入はしていますが、全体的には流出傾向が強く出ておりまして、流出先としては、区東北部、区西北部が多いような状況になっています。

そして、ご自身が住んでいらっしゃるところにいる方が、区中央部に入院している割合は、21.4%と非常に低く、隣接する区域を全て併せましても、58.7%ということで、他の区域に多く入院されているという状況が見てとれます。

次のページは、「2010年から2040年までの人口・高齢化率の推移」についてです。

この区域は、都の平均と比べますと、高齢化率が若干低い状況でございまして、これは、将来にわたっても変わりません。都の平均の2025年の値は大体25.2%と予想していますので、22.0%というのは、それよりも少ない状況になります。

一方、15歳未満の年少人口については、少なめに出ていまして、2025年の都の平均が10%で、2040年では8.6%ですので、1%ぐらい少ないということでございます。

それから、「医療資源の状況等」ですが、当然のことながら、特定機能病院の基本料を取っていらっしゃる病院が、都内の平均を5倍以上も上回っていて、それに合わせて、7対1入院基本料も多いです。

一方、療養病床は非常に少なく、都内の人口10万対が456床であるのに対して、219床ということですが。

また、回復期リハビリテーション病棟入院料は、東京全体の病床数が他県に比べて少ない傾向にありますが、人口10万人あたり24床ということで、非常に少ない状況と言えます。

それから、「医師・歯科医師等の従事者数」については、どの従事者もずば抜けて多いということです。

そして、「構想区域の特徴」については、今申し上げたことを書かせていただいていますので、後ほどご覧いただければと思います。

次は、「推計患者数（医療機関所在地ベース）」についてです。

やはり、高齢になればなるほど入院患者さんになる率が高くなっていくことが出ていますが、他の構想区域と比べて飛び抜けてどうということはありません。構想区域として、患者さんの増え方に特徴はないという状況です。

その次は、「平成37年（2025年）の病床数の必要量等」です。これについては、後ほど資料で説明がございしますが、上の囲みの中の数字は、4機能ごとの患者数と病床数と、病床数の構成割合で、下の棒グラフは、病床機能報告でいただいた数字です。

その占める割合を見ていただくと、推計では、高度急性期が23.0%必要だと言っているのに対して、病床機能報告では、全体の66.8%が高度急性期機能と申告していただいています。

そのほかについても、将来の推計とはずいぶんかけ離れた数字になっているという現状がございします。

そして、最後のページには、これまでの「意見聴取の場」でいただきましたご意見について、代表的なものを、なるべく言葉のとおり書かせていただきました。

「全国から流入する患者さんと地域の患者さんのための医療は、分けて考えたほうがいい」というご意見や、「急性期、回復期、慢性期まで、できるだけ地域で完結したほうがいい」というご意見もございました。

また、訪問診療については、「遠方からの参入がある」といったご意見もあって、このことが課題だとお感じになっている先生が多かったように記憶しております。

さらに、「在宅医療はできるだけ地元の医療機関で対応できるように整備すべき」というご意見も、多く出ておりました。

以上です。

○座長：ありがとうございました。

地域医療構想の中でも、特にこの構想区域のことを記載している第3章をメインに、改めてご説明いただきました。

既に皆さまもお聞きになったことがある内容であったかとは思いますが、この際、もう一度聞いておきたいことなどがございましたら、ご質問をお願いいたします。

○高木（東京都済生会中央病院）：確認ですが、病床の整備は、基準病床数を原則として基準とするということだったので、そうすると、区中央部は、もともと病床過剰地域で、増床はできない地域になっていると思いますが、基本的には、今後もそれは継続してということによろしいでしょうか。

○矢沢部長：基準病床数の算定については、これから30年の計画で計算式が出てまいります。現状は、先生がおっしゃるとおり、つくれる状況には全然ないですが、その算定式によっては、何か変化があるかもしれませんが、増えることは多分ないのではないかと思います。

○座長：そのほかにご質問、ご意見はございませんか。

（2）病床機能報告から見る「現状」について

○座長：それでは、構想に記載してあることをさらに一歩進めて、今この地域はどういう状況なのかを掘り下げてみたいと思います。

毎年行われている病床機能報告は、4つの機能を自己申告する以外にも、さまざまなデータが報告されております。今回はいろいろな角度から集計を行っているようですので、東京都からご説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、病床機能報告のデータをご紹介します。

資料5に入ります前に、地域医療構想に記載されている将来の病床数の必要量の推計方法について、おさらいをしたいと思いますので、補足資料1「2013年をもとにした国の推計ツールによる2025年の将来推計」をご覧ください。

地域医療構想に記載している2025年の病床数の必要量は、国から与えられた構想区域ごとのデータを、国が定めた方法で推計したものとなっております。

まず、推計方法の「1. 高度急性期機能～回復期機能の患者数」をご覧ください。

2013年の1年分のレセプトデータをもとにしておりまして、高度急性期機能から回復期機能につきましては、患者1日あたりの診療報酬の出来高で分類いたしまして、各機能の延べ患者数を出しております。

なお、分類方法の詳細は、次のページにございますので、後ほどご確認ください。ただ、3000点以上が高度急性期機能、600点～3000点未満が急性期機能、175点から600点未満が回復期機能といった形で分類しております。それを人口推計で引き延ばしまして、2025年の患者数を推計しております。

右側の「2. 慢性期機能の患者数」をご覧くださいますと、慢性期機能だけは、2013年をもとにしながらも、「※1」は、「療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の7割を在宅医療等で対応する患者数」、「※2」は、「療養病床の入院受療率の地域差を縮小させる分」、さらに、「一般病床に入院している、医療資源の投入量が少ない175点未満の患者さん」を、在宅に移行することなど、ほかの3機能とは異なる要素が、国のほうで計算式に盛り込まれております。

そして、「3. 患者数から病床数を推計」をご覧くださいますと、1及び2で算出した推計患者数を、全国一律の、高度急性期機能75%、急性期機能78%、回復期機能90%、慢性期機能92%という病床稼働率で割り返して、病床数を推計しております。

それから、下の段は、東京都全体の2013年と2025年の病床数を比較した表になっております。単位が抜けておりますが、「床」となります。

高度急性期機能から回復期機能までは、2013年を人口推計で引き延ばしましたので、2013年と比較し、2025年は増加しております。

ただ、慢性期機能だけは、先ほど申しあげましたとおり、療養病床の縮減等が入っておりますので、2025年のほうが小さな値となっております。

一方で、病床機能報告は、病棟ごとの自己申告でございます。2025年と比較いたしますと、回復期機能だけが圧倒的に少ないという結果になっております。

先ほど見ていただいた推計とは全く異なる数値でございますので、単純比較ができないというところは、見ていただけるかと思えます。

それでは、本題の資料5の説明に移らせていただきます。2枚目のデータを見ながら、1枚目のまとめのページで確認するという形で進めたいと思えます。

まず、2枚目のデータ1「病床機能報告における4機能ごとの病床数」をご覧ください。

病床機能報告では、一般病床と療養病床を持つ医療機関が、病棟ごとに、高度急性期から慢性期機能までのどの医療機能を担っているかを、自己申告していただいております。

平成26年度と27年度の報告結果を並べておりますのでご覧いただきますと、

高度急性期が2000床以上減りまして、反対に、急性期が2000床以上増加しているのがわかるかと思えます。

先ほど、補足資料で、単純比較はできないということはお伝えいたしました。参考として、将来推計の値も記載しております。右側のグラフでは、各機能の割合をお示ししております。

そして、データ2「機能と入院基本料」は、各機能を回答した病床が、どんな入院基本料を取っているかということ、クロス集計したものでございます。

それから、データ3「4機能と病床稼働率」は、各機能と患者のデータから、病院の病床稼働率を算出したものでございます。例えば、東京都平均と比べると、高度急性期のところは高いですが、急性期以下の機能は、東京都平均よりも低い結果です。

さらに、データ4「4機能と平均在院日数」は、同じく、病院の平均在院日数を算出したものとなっております。

ここで、補足資料2をご紹介します。

これは、資料5と6で記載したデータを、全構想区域分掲載させていただきまして、構想区域間の比較ができるようにしたものでございます。

例えば、1枚目は、先ほどの資料5で紹介したデータ2の関連でございまして、高度急性期のみを並べたものとなっております。

区中央部は多くの特定機能病院が集積していることもございますので、高度急性期機能と報告した病床の多くが、一番上の「特定機能病院入院基本料」、または「一般病棟7対1入院基本料」を届け出ているものがほとんどとなっております。

一方で、極端な例ですと、西多摩のところを見ていただきますと、「救命救急入院料」や「ハイケアユニット入院医療管理料」の届け出が多く、7対1は、全ての病床において、高度急性期ではなく急性期機能と回答している構想区域もございます。

こちらは自己申告でございますので、各機能の捉え方が地域によって異なるということかと思われまます。

続きまして、5枚目をご覧ください。これは、病床稼働率を全構想区域ごとに比較したものとなっております。高度急性期機能で見ますと、区中央部は、全構想区域の中で最も高い値となっております。

7枚目は、平均在院日数のデータです。高度急性期機能では、東京都平均の9.4日を超えて10.1日と、区西北部に次いで長い結果となっておりますが、一方で、急性期機能、回復期機能は短くなっております。

このように、今後紹介していくデータにつきましても、この補足資料2に全構想区域のデータが掲載されておりますので、適宜ご参照いただければと思います。

ここで、資料5の1枚目に戻っていただきたいと思ひます。こうしたデータを見るための留意点をまとめたものとなっております。

①ですが、病床機能報告は、地域の医療の現状を見るために、厚生労働省が平成26年から始めた報告制度でございますが、先ほどから申し上げておりますとおり、4つの機能に関しては自己申告で回答されておりますので、始まったばかりの制度ということもあり、まだまだ流動的というのが現状かと思ひます。

右側の「区中央部の状況」を見ていただきますと、データでお示ししたとおり、1年間で2000床もの病床が、高度急性期から急性期に申告を変更したという結果になっております。

そして、自己申告した機能ではなくて、その中身も見てみますと、高度急性期機能は、半数以上が特定機能病院一般病棟入院基本料を届け出ておりまして、

また、回復期機能ですと、回復期リハビリテーション病棟入院料、または地域包括ケア病棟入院料を届け出ていらっしゃるという結果でございます。

左側の留意点の②をご覧ください。病床機能報告と将来推計は、そもそも自己申告と点数で切り分けたものという性格の違いから単純比較はできないことを、先ほど、補足資料1でご説明いたしました。もう1点違いがございます。

病床機能報告は、病棟単位で報告するわけですが、例えば、30床の病棟なら、丸ごと「高度急性期機能」などと報告します。一方、将来推計のほうは、ある日の病棟に、例えば、3000点以上の医療資源を投入された高度急性期機能の患者さんが何人いらっしゃるかということをして1年分足し上げて、延べ患者数から推計しております。

その右側を見ていただきますと、平成27年度の報告結果では、高度急性期機能は6810床で、将来推計のほうは、2025年時点で2498人として、その患者さんをみるために3331床が必要という結果になっております。

ただ、そのまま比較できるわけではないので、病床機能報告と将来推計の差の約3000床を減らさなければならないことでは、決してないということがございます。

次に、左側の留意点③をご覧ください。単純比較した病床数で議論するというのではなくて、どうしていくのかというところですが、日頃の診療や業務の中で感じていらっしゃる地域の実情をきちんと勘案しながら、地域の医療の現状を見ていき、この地域にはどのような医療が不足していて、あるいは、これから不足すると見込まれて、何を充足していかなければならないかということ、考えていく必要があると思っております。

ただ、単純比較は困難でも、例えば、将来推計では、回復期機能が26.6%を占めているのに対して、現在の病床機能報告では、全体の病床数の2.9%と、かなり大きな開きがございます。

回復期機能は、国の定義によりますと、「リハビリテーションだけではなく、急性期を経過した患者さんへの在宅復帰に向けた医療を含める」となっております。

例えば、リハビリテーションの提供量がそもそも少ないのか、それとも、在宅復帰に向けた医療が不足しているのか、病床稼働率や平均在院日数を勘案すると、こういった結果ではあるものの、既に充足していると捉えるのか、周囲の構想区域の回復期機能の病院が、補完的な役割を果たしてくださっているのか、これでいいと考えるのか、いろいろなケースが考えられるかと思えます。

医療に日頃関わっている中で感じていらっしゃる実感とデータとを照らし合わせながら、不足すると考えられる医療や役割を、検討していただければと思っております。

続いて、資料5の3枚目をご覧ください。

データ5は、機能ごとに、新規入棟患者の入棟前の場所を示しております。ここで、1点修正がございます。左側の「予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟」となっているところは、「院内の他病棟からの転棟」のみで、「予定入院の患者」の部分は削除してください。申し訳ございません。

こちらの特徴としては、家庭からの入院の割合が高く、高度急性期機能から回復期機能までのいずれも、東京都全体の平均よりも高い結果となっております。

院内の他病棟からの転棟は、回復期機能で36.8%、慢性期機能で73.1%となっております。東京都全体と比べると高い結果となっております。

データ6は、「退棟患者の退棟先の場所」ですが、高度急性期機能から回復期機能、いずれの機能でも、家庭への退院の割合が、東京都全体よりも高くなっております。

データ7は、「退院後に在宅医療を必要とする患者の割合」ですが、こちらは8.2%で、東京都平均とほぼ同じとなっております。

そして、データ6と7を総合してみますと、退院はしたけれども、家庭に戻ってからも在宅医療などが必要な患者さんが一定数いらっしゃいますので、区中央部は、多くの患者さんが他の地域から流入している地域ということでもあって、離れた地域の在宅医との連携等も考えていく必要があるのかもしれないということも、考えられるかと思っております。

最後に、データ8は、「有床診療所が地域で果たしている役割」について報告してもらったものでございまして、区中央部では、「専門医療を担って病院

の役割を補完する機能」と回答した診療所の割合が、東京都全体よりも高い結果となっております。

また、「在宅医療の拠点としての機能」は、東京都全体と同等で、「終末期医療を担う機能」は、やや低いという結果でございました。

こうしたデータも、地域の医療の状況や課題を考える際の参考になればと思います、ご提供をさせていただきました。

引き続き、資料6「在宅医療等について」をご覧ください。

地域医療構想では、病床の機能分化に主眼が置かれておりますが、もちろん、その分化の先には、これまで以上に在宅医療が重要な役割を担うことになると考えられます。

まず、下の網かけの部分をご覧ください。

国においては、平成26年に法改正がございまして、介護保険法に基づく地域支援事業に、在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられたところでございます。

この「在宅医療・介護連携推進事業」の項目はどのようなものかといいますと、(ア)から(ク)までで示されております。

(ア)「地域の医療・介護サービス資源の把握」、(イ)「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」、(ウ)切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進」、(エ)「医療・介護関係者の情報共有の支援」、(オ)「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、(カ)医療・介護関係者の研修」、(キ)「地域住民への普及啓発」、(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」と、多岐にわたっております。

そして、こちらに示された項目は、全て平成30年4月には、全区市町村が主体的に取り組むとされたものでございます。

このことを念頭に置いていただきまして、左上の箇条書きのところを見ていただきたいと思います。

東京都では、この法改正以前から、在宅療養推進の取組の実施主体は区市町村と位置づけて、支援をしてきたところでございます。

各区市町村におかれましては、在宅療養推進協議会を設置するなどして、地区医師会の先生を初めとする地域の医療関係者、介護関係者等を交えまして、在宅療養推進の取組をどう進めるか検討しているところでございます。

今後の高齢者人口の伸びを勘案いたしますと、右側にグラフがございますが、在宅医療の需要は大幅に増加すると予測されております。このうちの「訪問診療分」だけを見ても、2025年には2013年の1.34倍ということになっております。

先ほど、慢性期機能では、入院医療から在宅に移行することを、国のほうで見込んだ推計式になっているというご説明をいたしました。グラフの2025年の黒い部分というのは、その移行を見込んだ部分の患者数でして、これを含むとさらに大きな需要になるという推計が出ております。

そのため、先ほどの在宅医療・介護連携推進事業のお話もあり、区市町村内の在宅医療・介護連携の部分は、これから一層、各区市町村において検討がなされるかと思っております。

一方で、在宅医療の入り口として、入院医療機関から退院したあと、患者さんをどうやって円滑に、住み慣れた地域の在宅医療につなげるか、また、在宅療養中に病状変化があった場合の対応など、入院医療機関の役割が一層重要になってくると考えております。

ただ、こうした入院医療機関が、必ずしも区市町村内に存在するわけではなく、病院との連携に苦慮している区市町村も少なくないと伺っております。

そこで、この地域支援事業の(ク)のところにもございますように、より広域での検討が必要な事項につきましては、本日お集まりの先生方の病院と区市町村による意見交換を、来年度以降スタートさせたいと考えております。

詳細につきましては、かたまり次第またご報告させていただくこととなりますが、ご協力をお願いした際には、ぜひお力を貸していただければと、この場をおかりしてお願い申し上げます。

在宅と入院医療機関の一層の連携強化の議論に資するように、意見交換の結果は、本調整会議にもご報告をさせていただきたいと考えております。

ご説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

病床機能報告、将来推計、在宅医療、在宅医療・介護連携推進事業と、さまざまなデータのご報告がございました。

そして、ご説明にありましたように、データをどう解釈するのか、データから見えない部分はないのか、という視点が重要になってまいります。

こうしたデータを補うものが、まさに私たちが地域で医療に関わっている人の現場の感覚が必要だと思えます。

調整会議としては、最終的には、この地域で不足していると感じる医療を補っていくことを考えていきたいわけですが、今回は初回ですので、ご質問でもご意見でも結構ですので、よろしくをお願いします。

また、調整会議は、課題の共有が目的でありまして、さまざまな立場からいろいろなご意見が自由に出せればと考えております。どんなご意見でも結構ですので、活発なご議論をよろしくお願いいたします。

○中井（九段坂病院）：資料についての質問ですが、補足資料2の5ページの「高度急性期機能」というのは、自己申告の高度急性期機能に関して言っているのでしょうか。それとも、病床機能報告のレセプトデータで将来推計で与えられた、3000点以上といった数でおっしゃっているのでしょうか。

○事務局：こちらは全て病床機能報告から見る現状とさせていただいております。病床機能報告で行いました自己申告をもとにクロス集計を行っておりますので、構想区域ごとにかなり違った結果となっております。

○中井（九段坂病院）：それでは、続けて意見を言わせていただくと、これは、片側では基準が非常にはっきりしたデータと、片側では基準がはっきりしていないデータとが同一の名前で出てくるため、私どもは極めてわかりにくいので、こういう場合、何か符号でもつけていただいて、データからなのか自己申告からなのかを、きちんとわかるように表現していただきたいと思えます。

もう一つ、レセプトデータは既にそちらにあるわけですね。ですから、高度急性期の把握というのは、特定機能病院においても、当然、全ての高度急性期

ではないと、私は思っておりますが、そういうデータを公表することはできないのでしょうか。

○事務局：実は、国から来ているデータというのが、二次医療圏ごとにまとめられたものになっていて、レセプトそのものを私たちはいただくことができていない状況でございます。

そのため、二次医療圏間の流出入であったり、二次医療圏の中でどのぐらいの患者さんがいらっしゃるかについては、把握できるデータが来ていますが、例えば、区市町村別にブレイクダウンすることとか、病院ごとにブレイクダウンすることは、全くできない状況のデータをいただいているということです。

ですので、先生がおっしゃっていただいたようなことができればベストですが、今のデータの状況ではできないということでございます。申しわけございません。

○座長：そのほか何かございませんか。

こちらで必要としているのは、実際に地域医療に関わっている先生方の現場の感覚ということですが、回復期については、この区中央部は圧倒的に少ないという意見が出ております。

それが今は充足しているのか、将来的に必要なのか、その辺にご意見はございますでしょうか。

○高木（東京都済生会中央病院）：今のご質問の答えになるかわかりませんが、私どもの病院は港区にあって、私は、脳卒中などの急性期を特にやっていたもので、リハビリテーション病院との連携が非常に重要だったんです。

ひと昔前までは、回復期のリハビリの病床が近隣に非常に少なく、急性期の患者さんをお願いするのにかなり苦労していましたが、ここ数年は、区中央部は増床できないものの、周囲の渋谷区とか品川区に、回復期の大きなリハビリの病院が結構できて、そこは、割と早く患者さんを取ってくれるようになったので、急性期の脳卒中の患者さんの動きがよくなったということがあります。

ですので、私どもの周辺の状況では、少ないことは少ないですが、今はかなり満足できる状況になっているというのが実感です。

○座長：回復期に関して、ほかの地域の先生方のご意見などいかがでしょうか。

先ほどの将来推計のご説明ですと、回復期をもっと増やさなければいけないということになっているかと思いますが、現状のままで流出入することで充足できると考えていくのか、何らかの転換が必要なのか、その辺いかがでしょうか。

○橋本（港区医師会）：港区の病院の高木先生がおっしゃったように、区中央部というひとくくりで、港区は語れないと思います。

この区中央部の形を見ていただければわかるように、皇居を中心に南北に長いので、集まっている病院はこの地域に多いのですが、南側の港区と北側の文京区と台東区では、患者さんの流れが全く違うと思っています。

港区医師会で我々が見ている患者さんも含めて、港区の急性期病院は、ほとんどが城南地区、区西南部という渋谷区、目黒区、品川区との地域性が強いわけです。

ですから、今後の話になると思いますが、回復期の話も、どちらかというところ、区西南部とか区南部の医療圏と話し合いながら、ベッド数を考えていかなければならないのではないかと思いますし、急性期の患者さんも同じように、区西南部と区南部との関係が非常に強いと感じています。

○井原（浅草病院）：今の病院に6年以上います。この区中央部では回復期がかなり足らなくなりそうだというお話が出ていましたが、私どもは、回復期1という中でやっています。

ちょっと前までは、1をやりながらですと、評価もかなり厳しいということになってきていますので、どういうことが起こってきているかというところ、空いているというのが現状です。

ですから、かなりよくなる人をいち早く取りたいというのが、私どもの病院の姿勢ですが、そこがなかなかいいタイミングで取れないということがあります。

ただ、台東区に関して言うと、先ほどあった高齢者の独居の方が非常に多いので、回復期1を維持するためには、本当は頭の回復期の方をいっぱい取りたいという事情があります。

ただ、在宅復帰率というところを考えると、頭ばかり取っていると、実際は回復する指標も算定に困っているわけですから、いろいろな縛りの中で言うと、空いている病床を埋めたいとは思いますが、それを埋めてしまうと、今度は回復期1を失うことになるという縛りもあるわけで、そこがなかなか一長一短でうまくいかないということを感じています。

そして、先ほど、港区の中だけではというお話が出ていましたが、台東区には、独居の高齢者が10%どころかもっといますので、本当に在宅に帰すということが、これは、回復期だけの話ではないと思いますが、なかなか厳しいかなと思っています。

○中井（九段坂病院）：この回復期のデータも、足りないと言っているのは、レセプトデータで集計した600点から175点の間の数を言っているわけですね。

ただ、高度急性期だと言っているところに、実際には600点から175点の患者さんが入っているわけで、いきなり高度急性期から退院できませんから、各病院で回復期の機能も担っているはずなんです。

そういうデータがあれば、この差はもっと縮まるわけで、高度急性期といっても、実際には回復期もあるわけですから、そういう回復期の数がわからないと、回復期リハビリテーションの病棟とか地域包括ケア病棟が足りないという話にはならないと思います。

だから、そういうきちんとしたデータがないまま、ここで「回復期が少ないから、増やせ」という話は、ちょっと変だと思います。

○鶯巣（都立駒込病院）：今おっしゃったご意見を、私も言おうと思っていたところです。

国が決めた一人一人の患者さんの日々の出来高の点数で、そのデータをもとにした将来推計で言う場合と、病棟単位で、私たちの医療機関が、「この病棟は急性期病棟にしよう」というのとは、大きなずれがあるというお話がありました。

患者さんというのは、入院されて、かなりヘビーな医療をしたあと、徐々に軽くなって、残りの2日、3日は、正直言って、175点から600点の間で退院されるわけです。

ですから、恐らく全ての病院で言えることで、高度急性期と急性期の点数に合致するベッド数を国の推計の方法でやると、6割から7割ぐらいまでがそうなんだろうと思います。私はそういうデータを見たことがあります。

そうすると、2割か3割を回復期に回して試算すると、国の推計で出てきた必要な回復期ベッド数は、ほぼ合っている感じがしています。

ですから、ここから先、お互いの病院の立ち位置をどうしようかというとき、公立病院としては非常に辛いところもありますが、本音を言うと、その回復期の部分になったら、本当に転院させるのか、それでいいのか。

もちろん、長くなれば転院だけれども、あと二日、三日、四日で退院できる人を移動させますかというところの覚悟が、お互いに求められるような気がしています。

ですから、今おっしゃったように、本当のところを言うと、国の将来推計のやり方の中に回復期の人が含まれているかという施設ごとの数字は、参考にするしかないかと思っています。

それから、全然違う話ですが、国の3000点、600点、175点というのは、マクロで見た病床数の概算を計算するのに使う基準であって、去年の5月か6月頃に、厚労省の人が、「定量的な指標を出す」というような話をされたことがあると思っています。

ところが、その指標が出ていないままに、本当にこの数値だけで議論が進むのかということ、ずっと疑問に思っていました。この話を今日お聞きして、

どうやらこれが基準で調整が行くらしいなと感じました。これは、そうされるということでしょうか。

○矢沢部長：最初のところでご説明させていただいたとおりで、このデータは、寄って立つところが違うので、比べるものではなくて、ただの推計値です。

本来、病床機能報告のほうが、実態に合ったものになってほしいなというのは、皆さんもそう思っているんじゃないかと思いますが、私どももそういうふうに思っていますが、まだそうではない段階だと思っております。

それなら議論しても意味がないというご意見があるかもしれませんが、私は、そうではなく、こういう状況だけれども、現実的に何か困っているのなら、すぐに何とかしなければいけないし、何とかなっているなら、来年の会議までにそういう観点から自分たちに医療がどのように進んでいるかということを見つめ直していただければと思います。

細かい資料を今日は全部見れませんので、ゆっくりご覧いただいて、次回、その結果をお話しいただくというようなイメージで、今日は来ております。

大変恐縮ですが、突き詰めた議論になっても、このデータでは意味がないと思いますので、これを見て、「ちょっとこれは違うな」とかいうようなご感想をいただく程度で、現時点での推計値はそういう類いのものだということにご理解いただきたいと思います。

○福井（聖路加国際病院）：資料3の1枚目のところについてです。

今までの議論とは全然違いますが、「第1章 地域医療構想とは」の説明の最初の部分に、「誰もが質の高い医療を受けられ」と書いてあります。

この「質」の評価とか、それをより高くするためにはどうしたらいいかというテーマも、この地域医療構想の中で扱うのでしょうか。ベッドの話ばかりで終わるのでしょうか。

○矢沢部長：この地域医療構想では、「この2つを書きなさい」と言われているだけですが、私どもは、ベッドの話をしているだけでは全く意味がないと思っております。

一方、質の評価をする指標というものがまだ明確にない中では、実態をどうするかということはなかなか言えないのですが、この調整会議で何を話すかは全く自由ですので、病床の数字だけを議論するのではなくて、例えば、回復期1の患者さんが来ないとおっしゃっている先生と、回復期1の患者さんを受け取ってほしいと思っている病院とが、どう連携していくかというようなことでもいいと思います。

また、医療の質をどう高めていくかということや、質の評価をどうしていくかというようなご発言もちょうだいできれば、私どもは今後の施策に生かしてまいりたいと思っております。

○座長：それでは、病床の数からちょっと離れて、慢性期医療をどうしていこうかというような話もありますので、それについてのご意見はございますか。

○崎原（東京都病院協会）：中央ブロックの現状が、都の方からいろいろご説明いただいてわかったと思います。

この中央ブロックの今の医療の状況を、よしとするか、改善すべきか。改善するのであれば、どういうところを改善するかということを決めていくということが、まずは重要ではないかと思っております。

高度急性期、急性期については、他の地域よりも充実しているということはわかったわけですが、慢性期や在宅医療については、他の地域に頼っているということでございます。

ただ、慢性期や在宅をこれからたくさんやっていかなければいけないのか、それとも、そういったものはよそに任せてしまって、今のままの高度急性期、急性期をさらに質を上げていって、都民の皆さんの付託に応えるようにしていくかということが、必要ではないかと思っております。

それから、今の厚生労働省の医療政策は、一言で言うと、地域包括ケアというところに収束させようという形で、いろいろな会で議論が進んでいるのではないかと思いますので、この中央ブロックにおいても、地域包括ケアをどのようにやっていくか、また、それをやるにはどういう機能が必要であるかという議論も、やはり、必要ではないかと思っております。

それから、精神科の問題ですが、精神科疾患患者の受け入れ加算というのは、中央ブロックはゼロなんですかね。ほとんどできていないという状態です。

ですから、ここでは省かれています、この精神科の問題はどうしても必要だと思っておりますので、その辺の議論もまたしていかなければいけないと考えています。

あと、東京都独自のものとして、「事業推進区域」というものを定義されていて、私が聞いている範囲では、お産の問題とか、循環器の心疾患の急性期の問題とかいうものが想定されているようですが、この点についても今後議論していく必要があるのではないかと考えております。

○座長：ありがとうございます。

それでは、次の「グランドデザイン」の話などもありますので、その中でまた議論をしたいと思えます。

(3) グランドデザインと現状の比較について

○座長：それでは、3つ目の「グランドデザインと現状の比較について」という議題に移らせていただきます。

冒頭の話にありましたように、東京都地域医療構想では、将来のグランドデザインを掲げております。この将来の姿と今のギャップがどこにあるのか、今お話のあった「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる」ための、この地区の課題は何なのかというお話に行きたいと思えます。

今回は、基本目標の「Ⅱ. 東京都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」ということに主に焦点を当てて、意見交換をしていただければと思えます。

では、東京都から説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料7をご覧ください。

冒頭の地域医療構想の概要説明や、ただいま座長からお話いただきましたとおり、東京都地域医療構想では、「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ました。

資料7は、グランドデザインの実現に向けた4つの基本目標と、その達成に向けた取組の方向性をまとめたものです。「地域医療構想」本体では、182ページ以降に記載しております。

本日は、目標Ⅱについて、このあと意見交換をいただきますので、その部分を中心にご説明いたします。

資料7の2枚目をご覧ください。基本目標「Ⅱ．東京都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」についてです。

基本目標の達成に向けた課題を4つにまとめております。

1つ目が「救急医療の充実」、2つ目が「医療連携の強化」、3つ目が「在宅移行支援の充実」、4つ目が「災害時医療体制の強化」です。

課題ごとに取組の方向性をまとめております。資料の薄いグレーに着色した部分を中心にご覧ください。

初めに、「救急医療の充実」です。「身近な地域で誰もが適切に救急医療を受けられるよう、限られた資源を有効に活用した取組の推進が必要」を掲げまして、「高齢社会においても、救急患者をいつでも、どこでも、誰でも、適切な医療につなげる取組を推進」すること、「在宅療養患者の急変時に身近な医療機関で受け入れられる救急医療体制を確保」することを、具体的な取組の一例といたしました。

次に、「医療連携の強化」では、取組の方向性を3つ掲げました。

1つが、「医療資源を最大限に活用し、病床の機能ごとに必要な医療を確保するとともに、地域の実情に応じた医療機能の分化・連携を進めることが必要」といたしまして、将来に向けて地域で不足することが見込まれる医療の確保について、地域医療構想調整会議などで検討すること。

そして、「患者の状態に応じた適切な医療を提供するため、医療機関間の連携を強化することが必要」といたしまして、円滑な転院を支援していくこと。

3つ目は、「認知症の人が、急性期等の対応が必要になった場合でも、安心して入院できる医療体制を充実することが必要」といたしまして、全ての医療

機関において適切な医療やケアを提供できるよう、医療従事者の対応力の向上を図ることを、具体的な取組の一例といたしました。

下に「参考データ」として記載されていますのは、後ほど、資料8でご紹介させていただきます。

次は、「在宅移行支援の充実」です。

「入院患者を円滑に在宅療養生活に移行させるため、入院早期からの適切な支援を行うことが必要」を、取組の方向性として掲げ、入院早期から、地域の関係者と連携した退院支援を推進することや、在宅復帰に向けて、リハビリの充実を、具体的な取組の一例といたしました。

最後に、「災害時医療体制の強化」です。

「都内での大規模災害等発生時において、円滑に医療機能を確保できるよう、災害医療体制の一層の充実が必要」を、取組の方向性として掲げ、災害拠点病院等が機能を十分に発揮できるよう、役割分担を確立し、地域の特性に応じた体制を確保」することを、具体的な取組の一例といたしました。

それでは、資料8をご覧ください。

この資料は、グランドデザインで掲げた将来の姿と、地域の今の状況とのギャップや、地域の課題について、意見交換していただくために参考となると思われるデータをまとめたものです。

既存の統計資料や、皆さまからご報告いただいております病床機能報告から抽出しております。細かいデータもございますが、地域の医療の現状を見る助けとなればと思い、お示しさせていただきます。

まず最初に、データの見方をご説明いたします。一番下の「凡例」と、区中央部の実際の数字を見比べながらお聞きいただければと思います。

まず、区中央部の一番上に、「救急告示医療機関数」という項目がございます。上段の「25」という数字が、区中央部における救急告示医療機関数です。下段の「0.50」は、救急告示医療機関数の「25」を、資料には記載しておりませんが、区中央部の病床機能報告の対象病院数「50」で割り返したのになります。

つまり、区中央部の病床機能報告の対象病院のうち、5割が救急告示を取っているということを示す数字になります。

中段のBの項目の一番上の「救急・在宅等支援（療養）病床初期加算」の項目をご覧ください。

セルが4つに分かれていて、左上の「206」という数字は、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算を算定した患者数となっております、左下の「1.54」という数字は、「206」という算定患者数を、同じく資料には記載しておりませんが、区中央部で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、1万3382床で割り返して、100を乗じたものとなります。

1床当たりの算定患者数ですと数字が小さくなり過ぎるため、100を掛けて、比較しやすいように指数化したものです。100床当たりどれぐらいの患者さんをみているかという数字になりますので、この指数が大きければ大きいほど、区中央部で多くの医療が提供されていることとなります。

同じセルの右上の(11)という数字は、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算を算定した病院数で、右下の「0.22」というのは、算定病院数11を区中央部の病床機能報告の対象病院数の「50」で割り返したものです。

先ほどの救急告示医療機関のときと同様、区中央部の病床機能報告の対象病院のうちの約2割が、この加算を算定していることを示しています。

また、項目ごとに、指数の高い上位3区域について、セルに色をつけております。東京都全体の数字や近隣の構想区域の数字と見比べていただければと思います。

次に、ここからは、資料7と資料8を見比べながら、特徴的なところをご説明いたします。

資料7の1ページ目の、「I. 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展」につきましては、資料8の1ページ目の「A. 救急医療の実施状況」をご覧ください。

3段目の「三次救急医療機関数」ですが、区中央部は、大学病院本院等の大病院が多く集積しており、三次救急医療施設が多いことが見てとれます。

5段目の「救急車の受入件数」ですが、こちらは、区中央部では、1年間で8万1837件、1病院当たりでは、1637件と、多くの救急患者さんを受け入れていただいていることとなります。

資料7の2ページ目の、2つ目の「医療連携の強化」と3ページ目の「在宅移行支援の充実」につきましては、資料8の1ページ目の「B.急性期後の支援、在宅復帰後の支援の状況」と、2ページ目の「C.リハビリテーションの実施状況」をご参照いただければと思います。

初めに、資料8の1ページ目のBの項目からご説明いたします。

3段目に、「退院調整加算1（一般病棟入院基本料等）」という項目がありますが、この加算は、退院後に十分な介護を提供できる体制がないなど、退院が困難な状況にある患者に対して、社会福祉士等が退院に向けた計画を策定し、必要な支援を行った場合に算定するものです。

この加算は、平成28年の診療報酬改定で、「退院支援加算」に改変されております。

この項目について、区中央部では、1か月間で2145人が、退院調整を行った上で退院していると示されております。こちらも資料には記載していませんが、病床機能報告上での区中央部の1か月間の退院患者数は、2万5245人おりました、計算すると、退院患者数のうちの8.5%が、退院調整を行った上で退院していることになります。

東京都全体ですと、5.9%となるため、それと比べると、区中央部は高いことが確認できます。

同じ資料の下から2段目の「退院時リハビリテーション指導料」をご覧ください。

退院の際に、患者に対し、病状や、退院後に生活家屋の構造や、介護力等を考慮して、リハビリテーションの観点から、指導や説明を行った場合に算定する項目となります。

この項目をご覧くださいますと、区中央部では、1か月間で2038人がこの指導や説明を受けた上で退院しております。

今ご紹介しましたこれらの数字が、区中央部で大きくなっているのは、救急患者を多く受け入れていただいているため、退院調整を、他の構想区域に比べて手厚く行っていることのあらわれかと考えております。

次に、「C.リハビリテーションの実施状況」についてをご覧ください。

病床機能報告では、疾患別のリハビリテーションの実施件数も報告対象となっております。各疾患別のリハビリテーション料のセルの左下に記載しております指数にて、構想区域ごとのリハビリテーション提供料を見比べていただければと思います。

例えば、1つ目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、区中央部ですと「4.7」となっており、東京都全体の数字の「2.6」と比べても、多くの患者さんにリハビリテーションが提供されていることとなります。

一方、2つ目の「脳血管疾患等リハビリテーション料」や、3つ目の「運動器リハビリテーション料」は、それぞれ、「17.3」と「16.0」となっており、都全体の「26.1」、「18.8」を下回っております。

それから、資料8の3ページ目は、「E.在宅医療」は、在宅医療に関する基盤の整備状況や、退院患者数のうち、在宅医療を提供する患者さんの割合をご紹介します。

そして、4ページ目は、「F.医療人材」に状況をまとめているものになります。

ただいまご紹介いたしましたこれらの資料は、既存データの中から関連するデータを集めてきたものになります。データにはない項目におきましても、グランドデザインを達成していくために必要なことが多くあると思いますので、あくまでも参考としてご覧いただきながら、意見交換をお願いできればと思います。

説明は以上です。よろしくお願いいたします。

○座長：ありがとうございました。

かなり細かいデータをご覧いただいております。データを見るだけでなく、先ほど、副座長の崎原先生からありましたような地域包括ケアとか、資料7にあるような、「切れ目のない医療連携システムを構築」し、将来にわたって維持していくために、うまくいっている点、課題として感じている点など、ざっくばらんにお話をいただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

○加藤（下谷医師会）：我々開業医の話ができる 때가来たかなと思っております。慢性期から在宅に帰ってきたときとか、退院したあとに受け入れるのが、我々現場の開業医の仕事だと思っています。

在宅についても触れられているのでお話ししたいのですが、資料8の3ページ目には、「在宅療養支援診療所数」が「182」となっています。

ただ、実際に機能しているところがこれだけあるかということ、標榜はしているけれども、実際は患者さんをみていないということが結構あるわけで、その辺の現状もご理解いただきたいと思います。

どうしてやらないかということ、「後方支援病院が足りないから」という意見が多くて、「何かあったときに受け入れていただける病院がないため、在宅を抱えるのが不安である」という先生方が多いです。

「自分のところの患者の具合が悪くなったら、そこに行くのはいいけれども、病床を持っていない我々としてはやりづらい」ということがありますので、その辺の現状を理解していただけるとありがたいと思っています。

ですから、病院サイドで、在宅のほうに連携しようとしても、受け皿がないとなかなかうまくいかなくなってくると思います。

もちろん、港区とでは違いがあると思いますが、台東区の場合は、そういう場合に受け入れてくれる病院が少ないですし、中央区はもっと大変じゃないかと思います。

台東区で受け入れてくれなくて、それこそ聖路加さんでお願いして、取ってもらったこともあります。できれば、なるべく地域で完結したいというのが、下町の人情でもございますので、そういったこともご理解いただいて、検討していただければと思います。

○座長：ありがとうございました。そのほかいかがでしょうか。

○遠藤（東京都病院協会・精神領域）：先ほど、崎原先生が触れてくださったので助かっております。

この地域医療構想の中で、精神科はかやの外になっていて、精神病院だけ別になっています。今までの歴史もありますし、いろいろカウントの仕方が違う

ので、当然かとは思いますが、精神科にも、高度急性期から慢性期まで分け方がありますが、一般科とはちょっとニュアンスが違うかと思えます。

ただ、そういう中で、認知症ではなくて、精神疾患で治療が必要な方が増えているという状況ですので、精神科の扱い方というか、どのあたりで我々が口を出していいものなのか、東京都としてはどのようにお考えかをお聞きしたいと思えます。

○矢沢部長：今回、地域医療構想は、一般病棟、療養病床だけのことを言っているのですが、どうしても精神疾患のことは書けませんでした。おっしゃるとおり、高齢化が進んで、認知症の患者さんのことも含めて、精神科を外して話すのはきついただろうということで、数字は一緒にはしなかったですが、なるべく一緒に考えていきたいと考えております。

ただ、この精神科の病床数は、地域によってかなり差がありますので、医療連携上でも精神科の病状を持っていらっしゃる方が、救急のときに入院ができないという課題もいろいろ聞いております。

ですので、言い方はうまくないですが、これからこの精神科のことも一緒に考えていきたいという状況です。大変申しわけありませんが、そういったことでお許しいただければと思えます。

○木村（JCHO東京高輪病院）：今の精神科のことでコメントさせていただきたいと思えます。

先ほど、救急医療の充実というお話があって、非常に重要だと思っておりますが、救急患者さんを取るということになると、精神疾患の患者さんを受けざるを得なくなることが結構あります。

例えば、薬物の過剰摂取だとか、アンコール中毒といっても、それだけではなく、その中に精神疾患が入っている場合もありまして、一般病院だとかなり大変なことになってしまうことがあります。

そういうときに、精神科の患者さんを受けてくれるような病院が、いくつかきちんとあると、非常に助かりますが、特に、夜中はなかなか見つからないですね。

そういう大変なことがありますので、こういう救急医療を充実させていくという面でも、そういう精神科の患者さんを夜間でも受け入れてくれるような病院が、私たちにわかると、救急医療もやりやすくなっていくと思っています。

○中井（九段坂病院）：ランドデザインの目標の中には、この13の構想区域で達成するよりは、東京都全体を見て、プランを立てていくほうが良いと思いますので、それを「事業推進区域」というように名づけてやられるということをお聞きしましたが、それは、この4つのランドデザインと関連しているのでしょうか。

こういったランドデザインを達成するための区域に関して、ここに「事業推進区域」と書いてあるだけで、どういう関連があるのかをお聞きしたいと思います。

○矢沢部長：「事業推進区域」は、在宅とか精神も救急も、全てについてそれぞれの疾病や事業ごとの連携の区域ということです。

○中井（九段坂病院）：ランドデザインと「事業推進区域」と関係についての話がなかったと思うのですが、

○矢沢部長：「事業推進区域」というのは、医療連携の単位としての概念で、それぞれの区域で重なり合っているものだと思います。

もちろん、線ではっきり引ける区域ではなく、アメーバのような、あっちに行ったりこっちに行ったりする区域だと思いますので、「ここ」と固定できるものもあれば、できないものもあると思います。

現時点で、精神科救急については、東京都では一応4つのブロックに分かれてやっていたりということもあって、それも、具体例としてお示ししていて、今後は、それ以外のものについても、そういった区域を定めたほうが良いものについては、定めていこうというものです。

ですので、区域がありきではなくて、考え方だというふうにご理解いただきたいと思います。

○中井（九段坂病院）：では、救急はどうなんですか。

○矢沢部長：救急は、現時点では、三次救急は全都、二次救急は二次医療圏構想区域で、かかりつけ医の先生に行く一次は区市町村というふうになっていきます。

○中井（九段坂病院）：在宅は？

○矢沢部長：在宅は、今は区市町村単位と考えていますが、それも、決めているものではなくて、区市町村の中でも、区でできるところと、町などですと、もう少し大きい単位でないとできないとおっしゃっている区域もありますので、これから整理をしていくということで、在宅はまだ整理ができてない状況です。

○杉田（台東区立台東病院）：当院は、急性期、回復期、療養という、ケアミックスの病院です。

療養についてですが、先ほど、区中央部においては、療養のみが流出傾向が強いということでした。療養病床の意味合いとしては、慢性期の長期療養するというものもありますが、やはり、“死に場所”という意味合いもあるかと思っています。

これからは“多死社会”となりますので、在宅介護力を上げる努力が必要ですし、在宅療養を推進するべきですが、“在宅死”をどこまで増やせるか。100%“在宅死”というわけにはいかないもので、そうなると、特に慢性期病床で亡くなる方が多くなります。

当院ですと、統計的には、退院患者の15%は「死亡退院」となっています。そのような方々を自分の住み慣れたところから離れたところの病院で亡くならせていいのかということは、大きな問題提起として、今後、慢性期病床のあり方、数を考えるときには、ぜひ考えていただきたいと思っています。

○崎原（東京都病院協会）：先ほどの「事業推進区域」というのは、私が聞いている範囲では、副会長の猪口先生がこの会に出ていて、東京都地域医療構想とは別の東京都独自のもので、特に、心疾患、脳疾患、お産については、4つから5つぐらいのブロックを1つにして、対応するように聞いております。

○矢沢部長：お手元に、東京都地域医療構想の本冊があると思いますが、先生が今おっしゃったのは、178ページあたりのことです。

177ページから「事業推進区域」のことを書いていて、例えば、先ほどご質問のあった救命救急や周産期は都全域でやっています。

一方、二次救急とかは構想区域でやっていて、178ページでは、お産の母体の搬送については、区の全域と、多摩は全域で行っていただいています。

また、小児救命は、子供救命センターが都内に4つ指定されていて、それを囲んで、ちょっと重なり合ったブロックでやっているという状況です。

これが「事業推進区域」の一つの例だにご理解いただければと思います。

○中村（小石川東京病院）：「地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実」ということで、資料8の3ページ目のところですが、先ほど、「在宅療養支援診療所数」が載っていました。

こういう診療所の中でも、強化型を取っているところと取っていないところがわかると思うんですが、それを知りたいと思います。

それから、強化型の先生にみてもらっている患者数と、そうでない、普通の在宅支援診療所にかかっている患者数は、レセプトのほうから出すしかないと思いますが、そういう感じの分け方で、一口に在宅療養と言っていますが、例えば、24時間、密な在宅をしなければいけない患者さんもいれば、長い目で何年もみていく患者さんとは、大きな差があると思っています。

それを論じないで、単に在宅療養支援診療所という形で、在宅医療を論じようとすると、かなりの無理、無駄があると思っていますので、この辺も次の資料には載せていただきたいと思います。

○矢沢部長：検討させていただきます。貴重なご意見をありがとうございました。

○座長：台東区だと、機能強化型の在宅支援1の医療機関が1つあります。算定基準を取っているのが全部で30ありますが、単独強化型は1つで、連携強化型が10ぐらいで、あとの20ぐらいが、一般の在宅診療を単独でやっているという状況です。

○中村（小石川東京病院）：そういうことは全部出るとは思いますが、今度は、それを受けている患者数というか、在宅医療にかかる費用も含めて、当然、そういうことはレセプト上は出ていると思うので、そこを出してもらおうと、在宅医療がどういように行われていて、必要なものがどういようところにあるかということもわかると思います。

要するに、施設ばかり多くてもしょうがないので、点数に見合った医療ができていのかどうかという点で、そこが出てこない、実際の使われ方が見えてこないと思います。

○矢沢部長：レセプトのデータがまとまってしまっているものもあるので、個別は難しいかもしれませんが、まずはやれる範囲で考えていきます。

○座長：在宅医療の話が出ましたが、地域で直接携わっておられる行政の方々も出席されていらっしゃると思いますので、コメントがあればお願いいたします。

○清古（台東区）：在宅医療につきましては、区市町村が単位になりますので、できるだけ個別のデータが欲しいところです。

全てが二次医療圏ごとのデータになっていますので、区でも頑張るって把握しなければいけないとは思いますが、資料6の「在宅医療等の将来推計」とかについても、わかれば教えていただきたいと思います。

それから、この資料6で説明の(ク)のところ、二次医療圏での会議をやるようなお話がありましたが、それについても、もう少し詳しく教えていただければと思います。

○久村課長：在宅医療につきましては、まさに、区市町村さんと東京都が連携して取り組んでいかなければいけないと思っております。

今までの先生方のお話にもありましたが、例えば、在支診の数だけでいいのか、1つの診療所の方がどれだけ訪問診療をやっているかとか、本当にきめ細かなところから深く取り組んでいかないと、地域の実情の把握もできないと思います。

ですので、そのあたり、東京都と区市町村さんで連携して、検討を進めていきたいと考えておりますし、その中に、データの分析も一緒にやっていきたいと思っております。

それから、これまでも、東京都と区市町村さんで、二次保健医療圏ごとに意見交換会をさせていただいていまして、広域連携を一部進めてはおりますが、来年度は、さらに、病院の方々も交えさせていただいて、地域と病院との連携についても、これから取り組んでいきたいというのが、今回の在宅の広域連携のご説明でございます。

○座長：ありがとうございます。

今回のこの会議は、これまでの「意見聴取の場」の延長ということで、いろいろな問題、課題をここであぶり出して、それをさらに解決に向けて検討していくという形ですので、何でもお出しいただきたいと思っております。

○渡邊（文京区）：先日、地域医療に関する講演会を、英先生に来ていただいて開催しました。そのとき、区民の方から、「文京区で在宅医療を提供する先生は足りているのですか」という素朴なご質問をいただきました。私も英先生もそこにいたのですが、明確に答えることができませんでした。

在宅療養を支えるために在宅医療が必要だとするならば、2025年に向けて一体どれぐらいの在宅医療を提供できる医療資源が要るのかということで、

「在宅医療等の将来推計」で区中央部では「1万1864.2人」という数字があるものの、これをまかなうだけの医療資源が地域にあるのかというところは、東京都として今あるデータの中では推計できるのでしょうか。そのあたりを教えていただきたいと思います。

○久村課長：先ほど申し上げましたが、今の段階では、二次医療圏ごとの数字ということで、東京都の場合はどうしてもマクロの取り組みになってくるかと思えます。

ですので、今後は、区市町村さんのほうで、地域の実情を踏まえたということで、ミクロの取り組みをしていただき、このマクロとミクロを組み合わせさせてやっていかなければいけないと思っております。

そのあたり、東京都でも、持っているデータはできるだけ提供させていただきますし、また、我々が東京都の在宅療養を検討する会議として「在宅療養推進会議」やその下の部会でいろいろな課題を検討しておりますので、例えば、全都的にこういうモデルのやり方があるのではないかというような検討もできればと思っております。

さらに、それ以外の課題について、例えば、在宅医を増やすためにはどういった取り組みが必要かとか、かかりつけ医さんと在宅医さんの連携によって、取り組みを進めていきたいとか、東京都としても検討していきたいと考えております。

そして、ミクロの視点での区市町村さんの取り組みとも連携して、今後とも進めていきたいと考えております。

○渡邊（文京区）：ありがとうございました。

区市町村単位にないということは、よく理解していて、二次医療圏単位でこういうことができるということをご検討いただけるというのは、ぜひお願いしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○座長：傍聴席の方々からも、何かご質問、ご意見があればいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、時間の都合もありますが、調整会議は情報を共有する場でございます。もし、最後に、ご参加の医療機関から、これまでの議論から離れたことでも結構ですので、情報提供をぜひ行いたいということがございましたらよろしくお願ひいたします。

それでは、まだまだいろいろな議論があるかと思いますが、本日はこれにて議事を終了とさせていただきたいと思ひます。ご協力いただきありがとうございます。

4. 閉 会

○久村課長：どうもありがとうございました。

それでは、終わりに、東京都のほうから改めてご挨拶させていただきます。

○矢沢部長：今日は長い時間ありがとうございました。

私どもは手探りで資料をつくっておりますので、至らぬ点も多いかと思ひますが、私どもの持っているデータを、できる限り今後も提供していきたいと思っております。

「こうしたデータが欲しい」とか、「こういった考え方でデータの分析をしたい」というご意見もちょうだいしたいと思ひますので、ぜひ次の会までに、今お渡しした資料をご覧いただき、先ほどのように、「個別のデータが欲しい」とか、「もうちょっと分析したものが欲しい」といったご意見も、ぜひお出しいただければありがたいと思ひます。

今日はどうもありがとうございました。

○久村課長：では、最後に事務連絡をさせていただきます。

1点目ですが、今後、例えば、担う機能を大きく変えたり、大幅な増床を予定されているような医療機関さんにつきましては、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、こちらの調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと思っておりますので、ご希望の医療機関さんにおかれましては、東京都医師会さんまたは東京都までお申し出いただければと存じます。

それから、議事録についてでございます。先ほどご説明させていただきましたが、本調整会議は公開でございます。議事録につきましても、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。

公開された議事録につきまして、ご覧になって、修正等が必要という点がございましたら、東京都福祉保健局までご連絡いただければと存じます。

なお、机上に配布させていただいています地域医療構想の冊子につきましては、そのままお残しくさるようお願い申し上げます。

それでは、本日は以上をもって終了とさせていただきます。長時間にわたりありがとうございました。引き続きよろしく願いいたします。

(了)