

〔平成 28 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

平成 29 年 1 月 19 日 開催

【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

平成 29 年 1 月 19 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、区西南部の「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、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。

私は、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。会議次第にございますとおり、本日は、このあと座長をご選出ということになりますが、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が、万が一落丁等がございましたら、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。

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き、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。座長の先生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挨拶を申し上げます。
東京都医師会の猪口副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○猪口副会長：皆さま、こんばんは。大変お忙しい中、また、遅い時間にお集まりいただきまして、どうもありがとうございます。

今日の調整会議は、島しょ部を入れますと13区域のうちの12回目の会になっております。

私も、何度も出させていただいていますが、非常に資料が多くて、今日一日でその内容を把握することは難しいかと思えます。ただ、大事なことは、今回は3つの区から出席されていて、それぞれの区ごとにその思いが多少違うかと思えますが、その中で、雰囲気を共有していくということを目指していきたいと考えております。

ですから、それぞれ思ったことを忌憚なくご意見をいただきたいと思っております。

それから、この会議では、病床整理のスキームで話し合っていくわけですが、在宅医療がどの程度できるかということも、非常に大きな要素となっております。ここには医師会の先生方も来ておられますので、医師会の先生方とどのようにしていくかという議論も、なかなか実りのある方向性が出てくるようになるのではないかと考えております。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○久村課長：ありがとうございました。

次に、矢沢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。東京都福祉保健局医療政策担当部長の矢沢知子でございます。本日は遅い時間にもかかわらずお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

東京都では、昨年7月に東京都地域医療構想を策定いたしました。まずは、これまで「意見聴取の場」や意見交換などで多大なるご尽力を賜りましたことを御礼申し上げます。ありがとうございました。

この東京都地域医療構想は、都民の皆さん、行政、医療機関、保険者など、全ての方々が協力して、将来にわたり東京の医療提供体制を維持、発展させ、

「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」を実現するための方針でございます。

これは、2025年に向けて、今スタートを切ったところでございまして、今日がその会議の第1回ということでございます。

この区域の特徴を踏まえて、課題を一つ一つ丁寧に解決していかなければならないと思っております。そのためにはどんな意見でも結構ですので、何とぞ活発にご議論くださいますようお願いいたします。

また、副会長から先ほどお話がありました、本日は、非常にたくさんの資料をお示しいたします。病床機能報告の結果ですとか、さまざまな観点から分析したものをお出ししていますが、「議論を進めるにあたってこういう資料が提供できます」ということを、今回はお見せしている形でございます。

何でもご質問いただいて結構ですし、資料の内容以外のことでもご発言をお待ちしておりますので、よろしくをお願いいたします。

○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、東京都よりこの調整会議の役割について改めてご説明申し上げます。

○矢沢部長：それでは、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。

東京都地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14により、都道府県が構想区域ごとに設置することとされておりまして、医療計画や地域医療構想の達成に向けた議論をする場でございます。

東京都では、地域医療構想の策定に先立ちまして、「意見聴取の場」を開催して、皆さまからご意見をいただき、それを構想に反映いたしました。それを引き継ぐ形で、この調整会議を設置したものでございます。

その内容については、2ページ目をご覧ください。

地域医療構想に掲げたグランドデザインの実現に向けて、地域ごとの自主的な取り組みを推進するための協議を行うというのが、この会議の目的です。

そして、座長を互選していただき、議事に応じて、複数の合同開催やPTなども、必要に応じて設置をいたします。

この会議は、原則公開でございまして、後日、東京都福祉保健局のホームページに記録を掲載いたします。もちろん、後ほど訂正も可能でございます。

それでは、先に4ページ目の「議論を進めるにあたって」をご覧ください。議論は、こうした視点を踏まえて進めてまいります。

まずは、構想区域の現状や将来の予測について、皆さまで共有していただき、その上で、病床機能報告や将来の必要量などを参考にして、日頃の診療や業務の中で感じている地域の実情などを思い起こしながら、将来の医療需要の変化にどのように対応していったらいいかと考えていきます。

その際、この構想区域だけではなく、隣の区域やほかの医療資源などの状況も踏まえて、医療連携の実態に応じた議論ができればいいなと思っております。

そして、それぞれの医療機関が担うべき機能や役割を、自主的に検討できるように進めてまいりたいと考えております。

3ページに、その進め方のイメージをお示しております。

まず、地域の現状を把握していただき、地域の課題を考えて、それについて解決の方策を詰めてまいります。最も重要なことは、その過程で、各医療施設が自主的な検討を行っていただけるようにすることでございます。

そして、進捗状況を共有していく中では、困難な課題もあるかと存じますが、なるべく多くの意見を出し合って、議論を深めることで、解決に糸口が見えることもあるかと思っておりますので、ぜひ積極的なご発言をお願いいたします。

ご説明は以上です。

2. 座長・副座長の選出

○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すでしょうか。

○古畑（東京都病院協会）：座長の互選について提案させていただきたいと思っております。

この調整会議は、地域の関係者自身で地域の医療について考える場でございますので、座長には、目黒区医師会の理事であり、地域医療の発展に尽力していらっしゃる、岡先生にお願いするということではいかがでしょうか。

〔全員、拍手で承認〕

○久村課長：ありがとうございます。

それでは、岡先生に本調整会議の座長をお願いしたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。では、先生、座長席にお移りください。

（岡座長、座長席に着席）

それでは、岡座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（岡）：ただいまご紹介いただきました、目黒区医師会の岡潔と申します。

慣れない席ですので、いろいろと不都合があるかもしれませんが、よろしくお願いいたします。

○久村課長：ありがとうございました。

設置要綱では、副座長は座長が指名することとされておりますが、いかが取り計らいでしょうか。

○座長：病床機能分化が大きなテーマであることから、東京都病院協会の代表の古畑先生にお願いできればと思います。また、保健衛生を担う行政の立場から、前田渋谷区健康推進部長兼保健所長さんに、副座長をお願いできればと思いますが、皆さん、よろしいでしょうか。

〔全員、拍手で了承〕

（古畑副座長、前田副座長、副座長席に着席）

○久村課長：それでは、これ以降の進行は岡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。

この調整会議の前身として開催されていた「意見聴取の場」の議論を踏まえ、昨年7月に東京都地域医療構想が策定されました。まずは、その概要を東京都から説明いただきたいと思います。よろしくお願いします。

○矢沢部長：それでは、この東京都地域医療構想の概要についてご説明させていただきます。まず、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」についてまとめております。

まず、第1章では、都民、行政、医療機関、保険者など、全ての人が協力して、将来にわたって東京都の医療提供体制を維持・発展させ、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ための方針といたしました。

そして、医療法では、次の2点を記載することとされています。

1つは、構想区域ごとの将来の病床の必要量と在宅等の必要量で、もう1つは、地域医療構想の達成に向けた事項でございます。

地域医療構想の将来の必要量は、第2章に東京都全体、そして、第3章に構想区域ごとに記載しております。

それから、構想区域ごとの達成に向けた事項は、第4章のグランドデザインの達成に向けた4つの基本目標の課題や取り組みの方向性の中で記載しております。

この地域医療構想は、医療法に定める医療計画の一部でございます。平成30年に改正する次期計画と一体化をいたします。

この第2章では、「東京の特性」として、①～⑧までを挙げており、高度医療施設や医療人材の育成施設が集積していること、中小病院や民間病院が多い

こと、交通網が発達していること、また、人口密度が高くて、特に、高齢者の人口がこれから増え、特に、独居の高齢者の増加が重要なポイントになることなどの、東京の特性を書かせていただいています。

そして、将来推計がどうなっていくのかというところの人口動態を見た上で、計算式にのっとり必要な量を算定いたしました。

それが、11万3000床とありますが、これが2025年の必要量と推計されました。現在は10万5000床ほどですので、8000床不足という計算でございます。

ただ、この推計は、患者さんの受療動向が10年間変わらないとして、また、病床稼働率も現在と変わらないとして行ったものであることなど、さまざまな変動要素を含んでおりますが、東京都では、基準病床数制度によって、それよりもきめ細かく病床の整備をすることが重要だと考えておりますので、8000床を一気につくるということではないと、ご理解いただきたいと思います。

第3章は、「構想区域」についてで、構想区域ごとの状況と「事業推進区域」について記載しております。

医療連携を推進するにあたっては、この医療圏等にかかわらず進めてきたかと思いますが、高度急性期から在宅に至るまで、医療連携を強化するため、医療情報の共有を図っていく単位としての概念を、この「事業推進区域」と定めております。

そして、第4章には、「東京の将来の医療～ランドデザイン～」を記載いたしました。

「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」の実現に向けて4つの基本目標を掲げております。

- 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

です。そして、それぞれ4つの課題とそれに応じた取り組みの方向性を記載しております。

そして、こういうグランドデザインというものを掲げたことと、Ⅲに「地域包括ケアシステムにおいて、治し、支える医療の充実」を掲げたこと、さらに、先ほど申しましたとおり、「全ての人が協力して、実現する」ということの3つを掲げたことが、東京都地域医療構想の特徴となっております。

それから、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」となっています。

この地域医療構想を策定したことによって、行政、医療施設、保険者、及び都民の皆さんに、新たに生じた役割や、現状の保健医療計画策定後に開始しました主な取り組みについても記載しております。

それでは、この区西南部の構想区域の状況についてご説明しますので、資料4をご覧ください。本文では、67ページから記載しております。

まず、「2025年における4機能ごとの流出入の状況」についてですが、2ページ目から4ページ目にかけて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の入院患者さんの受療動向やこの圏域の中での完結率などをお示ししております。

この地域は、全て流出しているということですが、高度急性期と回復期では、その人数が非常に少ないことが特徴となっております。

2ページ目の高度急性期の一番下のグラフをご覧くださいますと、56.3%となっておりますが、これは、この区域にお住まいがあって、区域の病院に入院している方の割合を示すものです。

ただ、隣の区域は35.3%となっておりまして、両方併せますと、91.6%の方が、区西南部またはこの近隣の東京都内で入院をされているということ、隣まで含めると、9割の方がお住まいの近くで入院ができているということになります。

この状況は急性期でも同じで、62.3%と28.9%を併せますと、91.2%となります。

次の回復期になっても、61.4%と26.6%で、88.0%ということになります。

ただ、慢性期になりますと、ご自身の圏域に入院されている方は43.0%と、5割を切りまして、隣の14.9%を併せても、57.9%ということで、

6割弱ということになります。

このあたりについてが、課題の一つと捉えるのか、または、医療連携をさらに強化していかなければいけないと捉えるのか、そのあたりもご議論いただければと思っております。

次の6ページ目の上は、「2010年から2040年までの人口・高齢化率の推移」のグラフを記載しております。

この区域は、東京都の平均的な高齢化の進み方、年少人口が緩やかに減っていくというのと同じような動きをする区域でございます。

下のほうには、「医療資源の状況等」を記載しており、現在の病床数と、入院基本料の取得状況を、病床機能報告から取らせていただいております。

それから、7ページ目は、「医師・歯科医師等の従事者数」と、「構想区域の特徴」を記載しております。

8ページ目には、「推計患者数（医療機関所在地ベース）」が出ています。

そして、9ページの上は、「平成37年（2025年）の病床数の必要量等」でございます。病床数の構成割合としては、高度急性期機能が14.9%、急性期機能は37.2%、回復期機能は30.9%、慢性期機能は17.0%となっております。

一方、下の数字は、「平成26年度病床機能報告結果」でございます。各医療機関から平成26年度にお出しいただいたデータをそのままグラフ化したもので、高度急性期が15.2%で、急性期は60.8%、回復期は7.2%、慢性期は16.9%となっております。

後ほど、この推計の仕方については、このあとの説明の最初におさらいをしますが、病床の推計値というのは、診療報酬の点数で捉えて計算したのに対して、病床機能報告は、それぞれの病床ごとに、先生方が自己申告をされたものを集計したものですので、よって立つところが全く違いますので、単純に比較することはふさわしくないかと思っております。

ただ、参考として見ていただいて、今後の動向を見ながら、使っていくものであると考えますし、この回復期のところが大きく違うため、また後ほどの説明の中で触れさせていただきますので、そこでご理解いただき、ご不明な点があれば、ご質問いただければと思います。

本日は、このあと、たくさんの方の資料でこういったことについてご説明させていただきますので、まず、今日はご覧いただき、今後の課題を分析するためにご理解いただければと思っております。

それから、最後の10ページ目をご覧ください。これまでの「意見聴取の場」や説明会でいただきましたご意見を、なるべくそのまま書かせていただいています。

例えば、「地域特性」としては、「がんは区中央部に流出しているが、それ以外を見れば、バランスがとれている地域と感じている」とか、「今後、高齢者が増えると、移動範囲が狭くなり、地域の病院を受診するようになる。一般的な医療については地域でみることができるよう、意識を持つことが大切」というようなご意見がございました。

また、「医療連携」では、「地域に慢性期機能病床が少ないため、患者が流出しているとも言えるが、新たに整備するのではなく、連携で補える部分があると思う」というご意見もいただいております。

そのほか、このページには全ての圏域でいただいたご意見を書いておりまして、いろいろな立場からのご意見がありましたので、相反することも記載しておりますが、それらは、どちらの面から見ても正しいご意見かと思っております。

そのあたりも、逆に、この地域の課題と捉えることもできますので、ぜひご覧いただければと思います。

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。

地域医療構想の第3章をメインにご説明いただきましたが、皆さん、既にご存じだと思いますが、ご質問があればご発言をお願いします。傍聴席の方でも結構ですが、

それでは、またご説明を伺ってから、いろいろご意見をいただければと思います。

(2) 病床機能報告から見る「現状」について

○座長：昨年10月に、各医療機関から病床機能等が報告されております。区西南部の状況についていろいろな角度から、東京都が集計し、分析されているということですので、まず、東京都からご説明をしていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○事務局：それでは、病床機能報告のデータをご紹介させていただきたいと思っております。

まず、資料5に入る前に、地域医療構想に記載されている病床数の推計方法について、おさらいをしておきたいと思っておりますので、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」をいただきたいと思います。

地域医療構想に記載しております2025年の病床数の必要量は、国が定めた方法で推計をしたものでございます。

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。

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

この分類方法の詳細は、次のページにありまして、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2013年の人口推計で引き延ばしまして、2025年の患者数が推計されており、構想区域ごとに国からデータとして提供されております。

右側の「2. 慢性期機能の患者数」をご覧ください。こちらだけは、推計方法が違ってありまして、2013年をもとに推計しながらも、「※1」の、「療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の7割」、「※2」の、「療養病床の入院受療率の地域差縮小分」、さらに、「一般病床に入院されているうちで、175点未満の患者さん」を在宅に移行することが見込まれていることなど、ほかの3機能とは異なる要素が国の計算方法には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、2013年と2025年の東京都全体の病床数を比較した表でございます。

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、2025年に向けて増加しておりますが、慢性期機能だけは、療養病床の縮減等が入っておりますので、2025年のほうが小さくなっております。

一方で、病床機能報告は、病棟ごとに自己申告の結果になりますので、2025年と比較しますと、回復期機能だけが少ないという結果でございます。ただ、先ほど見ていただいた2013年から2025年までの推計とは全く異なる結果になりますので、単純比較ができないというところは見えていただけかと思っております。

それでは、本題の資料5に入ります。

病床機能報告は、医療法に基づきまして、一般病床と療養病床を持つ医療機関から、年に1度、相当多岐にわたる内容をご報告していただいているもので、その内容は東京都のホームページにも公開しております。

地域の医療機関の方々から提出していただいている貴重なデータですので、この機会に地域の状況をまとめてご紹介させていただければと思っております。

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ので、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」からご説明したいと思います。

平成26年度と27年度の病床機能報告の結果を比べているもので、高度急性期機能が約750床ほど減っておりますが、実は、大規模病院さんで報告内容が未確認になってしまった関係で、そうなっているということです。

そして、急性期機能は約350床減となっておりますが、回復期機能は、新設された病院さんがあったということもあって約440床増加しております。また、慢性期機能は、あまり変わっていません。

参考として、将来の値も記載しておりますが、単純比較はできないとお伝えしておりますが、右側のグラフは、各機能の割合を100%ゲージでお示ししております。

続きまして、左下のデータ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を、クロス集計したものでございます。

例えば、高度急性期機能を届け出た病床のうちで最も多いのは7対1で、436床で、急性期機能も最も多かったのも同じく7対1で、3307床ということでございます。

それから、データ3「4機能と病床稼働率」は、各機能と患者数のデータから、病院の病床稼働率を算出したもので、東京都平均と比べると、高度急性期と急性期は低く、回復期機能と慢性期機能では高くなっております。

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、全構想区域分を掲載しておりますが、他の地域と比較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でご紹介したデータ2の関連で、病床機能報告で高度急性期機能と回答した病床が、どのような入院基本料を取っているかを、全構想区域分並べたものでございます。

区西南部では、高度急性期機能と届け出た病床のうち、下から5段目の「一般病棟7対1入院基本料」は、58.5%ということで、最も多い割合となっており、そのほか、「新生児治療回復室入院管理料」、「救命救急入院料」、「特定集中治療室管理料」などが続いているという形でございます。

ほかの圏域についてご参考までにご紹介いたしますと、南多摩や北多摩西部は、高度急性期の8割以上が「7対1入院基本料」を届け出ている病床となっておりますが、西多摩では、全ての病床において、7対1は高度急性期ではなく急性期と回答されております。

自己申告でございますので、地域の医療資源のあり方によっては、機能の捉え方が地域ごとに少しずつ異なっているというところのあらわれかと思いません。

続いて、5枚目をご覧ください。これは、先ほどのデータ3の病床稼働率を全構想区域分、比較したものでございます。高度急性期機能と急性期機能が記載されておりまして、6枚目は、回復期機能と慢性期機能になります。

高度急性期機能と急性期機能は、東京都平均と比べると稼働率が低い状態でございます、まだ余力があるということかと思われま。

7枚目は、平均在院日数についてのデータでございます。高度急性期機能が7.8日となっており、東京都平均の9.4日よりも短くなっております。

急性期機能は10.8日で、東京都平均が11.2日、回復期機能は48.1日で東京都平均が50.7日でどちらも短いのですが、慢性期機能は207.2日で、東京都平均が152.1日ですから、介護療養病床が多い地域ということもございまして、東京都平均より長い結果となっております。

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を掲載しておりますので、適宜ご参照いただければと思います。

ここで、資料5の1枚目にお戻りください。こちらは、今までのデータを見るための留意点をまとめたものでございます。

まず、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年度から始めた報告制度でございますが、始まった制度ということもありまして、少し流動的というところがございます。

右側の「区西南部の状況」を見ていただきますと、各機能とも変動がある状況でございます。

実は、東京都全体では、高度急性期機能の報告が、この1年間で7500床減っておりまして、本当にまだまだ流動的な状況と言えるかと思えます。

そこで、自己申告した機能だけではなくて、その中身を見てみますと、例えば、高度急性期機能を選択した病床の約6割が「7対1入院基本料」を届け出ておられ、また、病床機能報告でご報告いただいた病床のうち、約4割が、「7対1」を届け出ていらっしゃるということです。

高度急性期機能と急性期機能では、病床稼働率は東京都平均よりも低いものの、平均在院日数のほうは、東京都平均よりも少し短いというような結果でございます。

次に、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の差というのは、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がございますが、もう1つの違いがございます。

病床機能報告は、病棟単位でご報告がされております。例えば、30床の病棟であれば、丸ごと「高度急性期機能」という形でご報告されます。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患者さんが何人いるかというところを1年分足し上げて、延べ患者数から推計しております。

その右側をご覧くださいますと、平成27年度に急性期機能を報告した病床が5645床ございましたが、一方、将来推計では、2025年時点で2894人の急性期機能相当の患者さんがいるというところから、その患者さんをみるために3710床が必要という推計結果でございます。

ただし、単純比較ができるものではございませんので、病床機能報告と将来推計の差の約2000床を減らさなければいけないといった話ではないということでございます。

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のではなくて、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勘案しながら、地域の医療の現状を見ていくということが重要になるかと思っております。

さらには、将来的にこの地域にどういう医療が不足して、何を充足していかなければいけないかというところを考えていく必要があるかと思っております。

国のほうでは、将来推計と病床機能報告の結果を比較して、不足する医療機能を考えることとされておりますが、単純比較できないものと考えておりますので、不足しているかどうかを考えるためのきっかけにいただければと思っております。

右の欄をご覧くださいますと、将来推計では、回復期機能が30.9%占めているのに対して、現在の病床機能報告の自己申告では12.7%と、かなり

開きがございます。回復期機能というのは、国が定義では、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」ということになっております。

ですので、リハビリの提供量が足りているのか、それとも、在宅復帰に向けた医療が足りているのか。今より稼働率を上げれば、将来の需要の増加にも耐えられると考えるのか。それとも、周囲の構想区域との連携で補っていただけるのか。いろいろな考え方があるかと思っております。

ですので、医療に日頃関わっていらっしゃる中で感じている実感とデータを照らし合わせながら、いろいろなご意見を出していただいて、不足すると考えられる医療機能や役割を検討していただければと思っております。

続きまして、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、データ6は、「退棟患者の退棟先の場所」を示しております。

まず、入棟前の場所としては、慢性期機能のところをご紹介させていただきます。左から2つ目の「家庭からの入院」が15.9%となっております、こちらは東京都平均よりも低く出ておまして、「院内の他病棟からの転棟」や「他の病院、診療所からの転院」は東京都平均より多いという結果でございます。

データ6の、「退棟患者の退棟先の場所」では、高度急性期機能のところを見ていただきますと、「院内の他病棟への転棟」が38.3%で、こちらは東京都平均よりもかなり多く、逆に、「家庭への退院」というところは、非常に少なくなっております。

それから、慢性期機能を見ますと、一番右の「死亡退院等」が45.0%と、非常に高い割合になっておまして、東京都平均が32.9%とで、それと比べても高い割合となっております。

左から2つ目の「家庭への退院」が9.4%で、東京都平均は32.9%に対してかなり低い割合となっております。

これらのデータを総合して考えてみますと、区西南部は、慢性期機能の病床は、介護療養病床が多いということもありまして、平均在院日数が比較的長い

のですが、病床稼働率が高く、また、死亡退院率が高いことから、看取りの機能も一定程度担っていただいているということかと思われま

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」をご報告いただいたもので、5.3%となっております、東京都平均は8.5%ですので、少し低い結果となっております。

これは、元気に退院される方が多いということと、退院後の患者さんの状況までは把握していないので、この報告結果には反映されていないというところもあるかもしれません。

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、自施設がどのような役割を担っているかを報告いただいたものでございます。

「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」が一番高い割合になっております。「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能」や、「在宅医療の拠点としての機能」、「終末期医療を担う機能」など、在宅医療に関する回答が、いずれも20%前後となっております。

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、ご紹介させていただいております。

続いて、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、病床の機能分化のところに主眼が置かれがちですが、その分化の先では、これまで以上に在宅医療が重要な役割を担うこととなりますので、病床機能報告の結果とは少し離れますが、ご説明をさせていただきたいと思

います。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ものと定めら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ご覧くださいただければと思います。

東京都では、この法改正以前から、在宅療養推進の取り組みの実施主体を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、地区医師会の先生方を初めとする地域の医療関係者、介護関係者等の方々を交えて、在宅療養推進の取り組みをどう進めるか検討されているところと伺っております。

今後の高齢者人口の伸びを勘案しますと、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」だけで見ても、2025年には2013年の1.47倍ということになっております。

先ほど、慢性期機能では、国のほうで、入院医療から在宅に移行することが見込まれている数があるとご説明いたしましたが、グラフの2025年の黒い部分は、その移行してくるであろう患者数ということですので、これを含むとさらに大きな医療需要があるというような推計になります。

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まして、区市町村内の在宅医療・介護連携の部分は、これから一層、各区市町村さんにおいて検討がされるところ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、住み慣れた地域での在宅医療につなげていくか、また、在宅療養中に病状変化があった場合の対応などについて、入院医療機関の方々の役割も非常に重要になってくるかと思っております。

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ような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とおり、より広域での検討が必要な事項については、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会というものも、来年度以降スタートさせていき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きますが、ご協力をお願いした場合には、ぜひお力を貸していただければと思っています。

在宅医療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、意見交換の結果をこの調整会議にもご報告をさせていただきたいと思っております。

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。

いろいろなデータがご説明されましたが、地域医療に携わる我々の現場感覚が必要であるとのことで、調整会議としては、最終的にこの地域で不足と感じている医療を補っていくことが重要だと思います。

この調整会議は、課題を共有するということが目的で、さまざまな立場からいろいろなご意見を自由に出せるという場であるということですので、どんな意見でもよろしいと思いますから、先生方からご質問、ご意見があれば、よろしくをお願いします。

○太田（世田谷区医師会）：区西南部の届け出の病床数が出ているわけですが、参考資料の中に、「許可病床数」が4358床と出ています。ただ、私が把握している限り、世田谷区の全病床数は、5400～5500ぐらいあると思っています。実際に届け出ている資料で見ますと、一番下の都立松沢病院が90床で、上から2番目の昭和大学附属烏山病院が44床になっています。

実際は1100床以上なのにそうならないので、この違いについて教えていただければと思います。

○矢沢部長：先生がご覧になった参考資料は、病床機能報告があった病床数で出しています。

精神科病床については関係していないので、その科からのご報告がないことと、あと、休棟しているものも外れます。

ですので、先生のご存じの数字と違いが出ているのは、その辺のところから来ているのではないかと思います。

○太田（世田谷区医師会）：世田谷区の場合は、都立松沢病院と烏山病院で1200床以上あるということで、区全体の20%を超えるということになりますので、この地域医療構想に何らかの影響が出るのではないかと感じたものですから、ご質問させていただいたわけですが、いかがでしょうか。

○矢沢部長：地域医療構想が、一般病床と療養病床だけについて考えるということで決まって、各都道府県がつくったものですから、私どもは、この中に精神科病床を記載しておりませんが、おっしゃるとおり、精神科の病床は東京都全体で整備しているわけですが、その役割は非常に大きいと思っております。

ですので、この構想自体は、スタート時点では精神科病床の話は入っていないのですが、この圏域の話をする際には、精神科のことも一緒に話していき、10年かけて考えていく上では、精神科病床のこともしっかり踏まえてやっていくべきだろうと考えております。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○氏家（セントラル病院分院）：来年の3月で、介護療養病床が廃止ということになっているので、この将来の推計ということで、この介護療養病床で廃止されたものは、どのように勘案されていくのでしょうか。

○矢沢部長：介護療養病床の廃止については、この中では加味をしてございません。この介護療養病床が廃止されたらどうなるかというところまでは見てないわけです。

ですので、将来の必要量というところは、先ほど、補足資料1の「2. 慢性期機能の患者数」を見ていただきますと、かなりの数が在宅に行くと言われていると推計されています。

例えば、療養病床の区分1の7割が在宅に行くとか、点数で言えば、175点未満は在宅に行くとかというような計算方法を使っているの、実際とはかなり小さめに推計が出されています。

それが国が出している計算の仕方ですので、東京都の現状と推計値というところには、実際に医療の現場に携わっていらっしゃる先生方のご意見を伺いながら、進めていく必要があるかと思っております。

○座長：ありがとうございました。

東京都は、介護療養方の病床数というのは把握されていらっしゃるですね。

○矢沢部長：概ねですが、4000から5000ぐらいかなと思います。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○井上（渋谷区医師会）：すごく感覚的なことを申し上げたいと思います。

渋谷区を中心に考えていると、どこの病院も、病床利用率が落ちているのではないかと考えています。それは、大病院、中小病院を問わずなんです。

そして、この急性期とか慢性期とか言っていますが、こういうところが問題かなというところがあって、急性期というのは、急病でも何でもなくて、がんとかヘルニアとか、内科疾患でもいろいろあると思いますが、その急性期の病院の中の、どういう病気がそこに見合った病院なのかということ、今後は考えていかなければいけないと思っています。

そう思うのは、高度急性期でもいいですが、急性期病院に入る患者さんの年齢層はどうか、疾患はどうかということを考えないと、この先の推計に間違いが起こるのではないかと考えています。

何かで救急で運ばれるのは、ご老人が多いわけで、そのまま入院したり、あるいは、検診で引っかかって入院するとか、いろいろなパターンがありますが、

そのときに、どういう疾患でどういうふうに入院したか、年齢層がどうだったかということに、ものすごい差がいろいろ出てきているのではないかと考えています。

ですので、実際に受けている印象と、この資料のどこがどう違っているのか、まだ分析ができていなので解釈ができていませんが、今は高齢の“元気老人”が非常に多くなっていると思っていて、入院されるご老人ももちろんいらっしゃいますが、この入院のパターンがここ数年で変わってきたのではないかとと思われるわけです。

したがって、そういう点を加味して将来構想をしていかないと、きちんとした数字が見えてこないのではないかと考えています。

大変無責任な言い方ですが、何でもいいとおっしゃったので、そんな気がしています。だから、中小病院はやっていけないし、大病院でも黒字のところはかなり減っているんです。その原因が何かということも、大事な要素ではないかと考えています。

○座長：ありがとうございました。

私もそのように感じるんですが、統計を取るときにそういうものがうまく取れるかどうかとなると、なかなか難しいとは思います。

あくまでも、この4分類というのは、コストだけで分けているということで、実感としては、リハビリのための回復期病院というのが、本当に必要になるのかと考えています。

急性期で入って、あとでリハビリするということが多々あるわけではないので、なぜこうやって分けるのかと、疑問に思っています。国が決めたことを、我々がそう言っているのかということで、これ以上議論してもどうしようもないかなというところがあるのではないかと考えています。

東京都のほうからいかがでしょうか。

○矢沢部長：井上先生のおっしゃることはごもっともだと思います。

国の指示どおり推計はしたけれども、これからやっていかなければいけないと思っています。東京都としてはどう考えるかというところで、どんな分類の

仕方、どんな推計の仕方をしていく必要があるかということは、ご意見を伺いながらやっていくべきだと思っています。

○座長：東京都から国のほうに、そうやって言えることなんでしょうか。

○矢沢部長：国は一律に言っているので、それはまずやってから、都として必要なことをほかにやっていくということで、別に「国でもやってください」とは言わないかと思います。もちろん、「資料やデータをください」ということは、必要に応じて言っただけですが、

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○伊平（奥沢病院）：先ほど、急性期の必要病床数に2000床の乖離があるというお話がありました。もちろん、これをそのまま減らしていくことがないにしても、病床変更するところも出てくるのではないかと思います。

ただ、皆さんも感じていらっしゃるように、病床稼働率79%ということですが、季節変動がかなりありまして、特に、今の時期などは、満床の病院で、しかも、本来の急性期の患者さんで埋まっているケースが多いかと思っています。

そのため季節変動があるのに、安易に必要病床数に近づけていくと、そういうときに受け皿がなくなってしまうのではないかと思いますので、そういうことも勘案してあるのかということです。

それから、これは、レアなケースですが、パンデミックな感染症が発生したときや災害時の受け皿はどうなるのかということも、ここで考えておく必要があるのではないかと思いますので、いかがでしょうか。

○矢沢部長：先生方のほうで、今のと同じようなご意見とかはございませんか。東京都と一問一答というよりは、先生方でご議論をされたほうがいいなとも思いますので、

○氏家（セントラル病院分院）：昨年の1月でしたか、この会議がありまして、この1年間で、自分の実感では、世の中はものすごく変わったような気がしています。

うちの病院も、120床の介護療養病床を医療療養病床に変えましたが、さらに重症な患者さんがたくさん入ってくるようになっていきます。

極端なことを言えば、診断だけつけて、あとは、「手術の適用じゃないから、そっちでみてね」という感じで、入院のときから既に高度な処置が必要になってくる患者さんが、現実が増えていきます。

ですので、井上先生が先ほどおっしゃったように、年齢とか基礎疾患とか、病床の変化をいろいろ勘案していただかないと、東京都の区西南部だけでいいのかなと、どうしても思ってしまう。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○長谷（東邦大学医療センター大橋病院）：うちは高度急性期病院なんですが、先ほどおっしゃったように、季節変動が非常に大きいと感じています。

4月、5月ぐらいは比較的病床が空いていて、9月、10月ぐらいも空いてしまいますが、夏場の、脱水が起きるころ前後には、心筋梗塞や脳梗塞が増えます。

そして、12月から2月ぐらいまでが、同じように、乾燥期の脱水が原因と思われる心筋梗塞、脳梗塞が増えてきます。この1月1日現在では43%の病床稼働率だったんですが、今週の月曜の16日ぐらいからは、自主的にベッドを減らしていることを考慮すると、ほぼ100%を超えている状況です。

ですから、めったにお断りすることはないんですが、今週に限っては、もうそうせざるを得ないケースも出ているということで、こういう季節変動が大きいということが現状なので、それをどういうふうに考慮して、高度急性期病床を決めていくかということは、非常に難しいのではないかと、私も感じております。

もう一つですが、今年の10月で、高度急性期の7対1の基本料の算定方式が変わりましたよね。今までは15%だったのが25%になって、これだけでも、病床数は明らかに減っているわけです。

来年は保険の改定がないということなので、その次には一体何%になるのだろうかということ。7対1の基本料が取れるパーセントが30%になれば、もう自動的に半分ぐらいになってしまうのではないかとということも、考慮する必要があると思っています。

今の時点で将来を見通すことが、1年半後の保険改定で自動的にもうそれ以下になってしまうということもあるので、一体何を基本にして見ていけばいいのかという指標が、非常にわかりづらいと感じています。

○座長：ありがとうございます。

国の方針が東京都がわかるかということですが、そういうことで少し検討するということはあるのでしょうか。

○矢沢部長：診療報酬の点数をどうこうするということで、私どもはなかなか、東京都としての意見を申し上げることはあっても、国のほうでお決めになることが多くて、そこは行ったり来たりしているところがあります。

「診療報酬で誘導はしない」とは言っているものの、前回の改定を見ても、誘導があるわけですから、先生方のおっしゃるとおりだと思います。

それから、季節変動とかパンデミックとか、災害のための急激な医療の必要性については、やはり、念頭に置かなければいけないと思っていますが、どのぐらいの量を持つかということころは、病院の経営にも関わってまいりますので、その辺は先生方のお考えはさまざまだろうと思います。

そして、そういった役割をどういうふうに確保していくかということも、東京都としての役割だと思っていますが、「病床を減らしてください」というお願いは、この中では一切するつもりはないので、「この割合と現状を照らし合わせて、先生方で一度考えてみてください」くらいの資料だと思っています。

ですから、余り深く、「ここを減らさなければいけない」とか、「変わらなくてはならない」と考えていただく必要はないと、私は思っています。

○猪口副会長：一言だけ。今の病床を減らすのかどうかということで言いますと、資料3の1枚目の右下に、2025年の病床数の必要量等の推計として、この区西南部は9983床となっていますし、病床機能報告制度で言うと、9800床ぐらいです。

したがって、見込みとしてそんなに増えてはいませんが、見込み自体は増えていますから、減らすという統計になっていないと思いますので、病床稼働率のほうから、減らされてしまうというようなイメージがありますが、そんなことはないと思います。

○座長：ありがとうございました。

ほかにご質問がなければ、次の議題に進みたいと思います。

(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、冒頭の説明の中で、東京都地域医療構想では、将来の姿としてグランドデザインを掲げたというお話がありました。

将来の姿と現状にギャップがあるのか、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせるために、この地域の課題は何かということを考えてまいりたいと思います。

時間の都合もありますので、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」に焦点を当てて、意見交換できればと思います。

それでは、東京都からご説明をお願いします。

○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、座長からただいまお話し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、この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、「地域医療構想」の冊子の本体では、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お願いできればと思いますので、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」です。

ここでは、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」となっております。

各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」では、「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つ目が、「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、本日お集まりいただいております、地域医療構想調整会議などで検討していくこと。

2つ目は、「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」でございます。

ここでは、「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まして、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」でございます。

「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まして、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。

続きまして、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ございます。

既存の統計資料や病床機能報告から抽出しており、細かいデータもありますが、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くものでございます。

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、区西南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。

実際の数字をご紹介する際には、左端の数字の行を読み上げますので、そちらをご覧ください。

まず、区西南部の1行目の「救急告示医療機関数」という項目をご覧ください。上段の「25」という数字は、区西南部における救急告示医療機関数でございます。

下段の「0.49」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、区西南部の病床機能報告の対象病院数「51」で割り返したものとなっております。

つまり、区西南部の病床機能報告の対象病院のうち、約5割の病院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。

このように、箱の中に上下2つの数字が入っているものにつきましては、いずれも、病床機能報告の対象病院数の「51」で割ったものとしてご覧ください。

次に、「B. 急性期後の支援、在宅復帰の支援の状況」という項目の10行目の「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。

箱が4つに分かれていて、左上の「421」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りまして、左下の「4.82」という数字は、この「421」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、区西南部で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、8734床で割り返して、100を掛けたものとなっております。

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ております。100床当たりどれぐらいの患者をみているかという数字となりますので、この指数が大きければ大きいほど、区西南部で多くの医療が提供されていることとなります。

同じ箱の右上の(17)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「0.33」というのは、この算定病院数「17」を区西南部の病床機能報告の対象病院数の「51」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、区西南部の病床機能報告の対象病院のうちの3割少しが、この加算を算定していることを示しております。

こちらにつきましても、箱の中に4つの数字が入っている場合、左下の数字は、病床機能報告でご報告いただいた病院の病床数で割り返し、100を掛けたもの、右下は、病床機能報告の対象病院数で割り返したものが入っております。

また、項目ごとに、指数の高い上位3区域について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、区西南部の特徴的なところをご紹介します。

資料7の2ページ目の、課題の1つ目の「救急医療の充実」につきましては、資料8の1ページ目の1行目から9行目の「A. 救急医療の実施状況」をご参照いただければと思います。

1行目の「救急告示医療機関数」と、2行目の「二次救急医療機関数」の項目をご覧ください。区西南部では、病床機能報告の対象病院となっている病院のうちの約半数が、救急告示医療機関、二次救急医療機関となっております。

5行目の「救急車の受入件数」をご覧ください。1年間では、この区西南部では6万3319件の救急車を受け入れていただいております、1病院当たりでは1242件となっております。

隣接する区中央部、区南部、区西部、北多摩南部と比べますと、若干少ない数字となっておりますが、東京都全体と比較すると、多くの救急車をこの構想区域内で受け入れていただいていることがわかるかと思えます。

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10行目から17行目の、「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18行目から27行目の、「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。

資料8の1ページ目の11行目の「退院調整部門を持つ病院数」では、区西南部には、約6割の病院で調整部門を置いていただいております。

12行目の「退院調整加算1（一般病棟入院基本料等）」の項目をご覧ください。区西南部では、1か月間で584人が退院調整を行った上で退院していることになっております。手持ちの数字で恐縮ですが、区西南部の1か月間の退院患者数は1万3514人おられまして、そのうちの584人、つまり、退院患者数の4.3%が、この加算の対象となった患者さんとなっております。

東京都全体ですと、5.9%となりますので、それと比べると低い数字になっております。

次に、2枚目の「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状況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箱の左下の指数にて、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、21行目の「運動器リハビリテーション料」は、区西南部では、「22.9」と、都内で一番高い数字になっておりまして、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になっております。

19行目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、「1.1」となっておりまして、東京都全体では「2.6」ですから、下回っていることになりませんが、区西南部と隣接している区中央部や区西部で、このリハが多く提供されておりますので、区西南部の患者さんをこれらの構想区域で受け入れられていることも考えられます。

それから、資料8の3ページ目の「E.在宅医療」の31行目から41行目では、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などをご紹介します。

最後に、4ページ目は、「F.医療人材」の状況についてまとめております。

ただいまご紹介したデータは、既存データの中から関連すると思われるデータを集めたものになっております。データにはない項目でも、この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、このあと意見交換をお願いできればと思います。

説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

かなり細かいデータを見ていただきましたので、このデータを見てということではなくて、切れ目のない医療連携システムを構築し、これを維持していくために、うまくいっている点や課題と感じている点など、ご意見があればご発言いただきたいと思います。

○井口（看護協会代表）：私どもの協会では、看護師の確保対策ということがありまして、最終的には、24時間365日みている看護師の充足が、すごく大事だと思っています。

慢性期機能の「在宅移行支援の充実」ということになると、訪問看護ステーションとか訪問看護師の確保も重要になってくると思います。

今までは、一般病床で二、三年経験してから在宅のほうにということをやってきましたが、現在では、新人のときから、訪問看護師として育成するという方針で動いているところです。

ただ、訪問看護ステーションに人は確保できたけれども、2人で対で動かなければいけなくなってくると、訪問できる数というのが限られてきて、人件費だけが高騰して、なかなかうまくいなくなる場合が多くなっています。

そのため、訪問看護ステーション的には、小規模のものが充実してきているのですが、それが淘汰されて、閉院になってしまうという状況が増えてきて、大規模な訪問看護ステーションが大きくなっていく状況になってきています。

そうすると、離れた場所に住んでいらっしゃる在宅の方のところに行くためには、長距離を動かなければいけないので、1日のうちに訪問できる数が制限されてくるということもあります。

ですので、できましたら、小学校区ぐらいのところに訪問看護ステーションが、小さくてもいいので、そこで運営できるような体制をとっていただかないと、今後、療養病床の方が在宅のほうに動くとかいう話は、なかなか難しいのではないかと思います。

看護師の育成は、協会のほうで頑張りますので、そちらのほうをぜひしっかり体制づくりをしていただければと思っています。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○内藤（内藤病院）：今日は多くの資料をご説明いただき、どうもありがとうございました。

本当にこれだけの資料を見せていただくと、我々の病床の機能といいますか、病院の機能がみんな把握されているんだなということがすごくわかって、逆に、ちょっと怖いなという気もいたします。

渋谷区では、今日も来ていただいている井上会長のご依頼のもと、区内で医療を完結させるということで、「病病連携」「病診連携」を強力にやっているところ です。

ただ、渋谷区の中で完結できないこともすごくありまして、当然のように、今日お集まりの区西南部の周囲の医療機関にも、流出、流入があると思います。

先ほど、この参考データのところで、「足りない医療機能を周りが補完してくれている」というデータの見方も教えていただきましたが、実際のところは、そうなりますと、渋谷区内でものを考えてもうまく連携できないとなると、区西南部の中で足りない部分を新しくつくるというよりも、周りと連携してやっていくということも意識してやっていく必要があります。

ですので、区西南部だけの話し合いではなく、周囲とももっと連携して、機能をつくっていく必要があるということになると、その輪がさらに広がって行って、結局、広域二次医療圏だけではなくて、東京都全体の話として、ここで議論するにしても、そこまでを踏まえた上で考えていかないと、東京都を支える医療はできないのかなと思っています。

そういう意味では、細かいデータを出していただいたために、これから議論していくところですが、もっと大きな視点で見ていく必要があるのではないかなという必要があるとなると、我々のところだけで足りないところをどれだけ増やしていくかを考えていくということは、議論の上では難しいことになってしまうのかなと、まずは感じたところをお話しさせていただきました。

○座長：ありがとうございました。

ほかにご発言はいかがですか。

○大坪（三軒茶屋病院）：世田谷区では、病院長会というものがありまして、そちらのほうでも、この地域医療構想について何度か話し合いをしたことがあります。

先生方のご意見を伺ったところ、区西南部と周囲の二次医療圏のところ、割と医療が完結できているので、例えば、世田谷区の中だけとか区西南部の中だけとかで完結させようとしなくてもいいのではないかという意見も出ました。

例えば、周りを見ると、「これが得意」というところがあると思いますので、そういう得意なところで補い合って、内藤先生がおっしゃったような、今あるもので充実しているところがそれを担うという形で、うまく連携を取っていくことで、無理してこの中でつくったり減らしたりということを、余りしなくてもいいのではないかと、私も思っております。

○座長：ありがとうございました。

○井上(渋谷区医師会)：先ほどの意見とダブってしまうところがありますが、実は、「皆さんのところの病床利用率は増えているのですか」ということをお聞きしたいと思います。決して増えていないと思っています。

東京には、流入人口も多いし、老人も増えていると言われていますが、全体的に見ると、病床利用率は絶対減っていると思います。

特に、この区西南部は、病院の数が結構充実しているわけですが、これからも増えるのかというところで、実は、医療界の努力というものが、すごく大きくなってきているんです。

例えば、20年前と比較すると、心筋梗塞では3週間入院していたのが、今はせいぜい5日ですよ。脳出血や脳梗塞の患者さんも減ってきて、交通事故は、死者数が昭和45年の4分の1になっていますし、今までは骨折していた人が、打撲で済んでいるような世の中になっているわけです。

さらに、心臓で言えば、開胸手術をしていたのが、「TAVI(経カテーテル的大動脈弁置換術)」での手術ということになると、わずか5日の入院で終わっているわけですよ。

だから、この診療報酬での数値と病床の数値だけでは、将来像が見えてこないわけです。

もう一つ、救急は本当に増えているのかという点、これもそうじゃないと思っています。例えば、軽症者が50%と言われていて、これを減らす努力ということも必要だと思います。そのほうがお金がかからないですよ。

では、救急でお金を減らすにはどうしたらいいかといいますと、普段、診療所なり病院にかかることをきちんとやったほうが、病気が減るし、急病にならなくて済むわけです。

それから、認知症についても、手術が必要なイレウス（腸閉塞）とかということになってくると、認知症の人の入院ということになりますが、そこで麻酔をかけてしまえば、ちょっと考えてみると、認知症でもそうでない人でも同じ部分がありまして、その回復期にいろいろな手がかかったりします。言い方は悪いですが、いろいろな“お手当”が必要になってきますが、それは本当に医療なのかという部分が出てきます。

ですから、退院してから次の施設とかいろいろなことを、入院してからやるのではなくて、入院する前から相談する必要があると思っています。

それから、災害時医療についても、「百年に一度のためにお金をかけるのか」という意見もありますし、それだったら、“減災”を目指したほうが良いという意見もあります。

以上のように、医療の進歩と病床利用率というのは非常に関係がありますし、災害時の医療やパンデミックというのも、まだまだ考える必要があって、そうしたことも議論の中に入れていかないと、将来設計が間違ってしまうのではないかと思います。

さらに、大きい病院の先生もたくさんいらっしゃいますが、ここに入り口を一本化するのではなくて、診療所や中小病院をまず第一の入り口にしたほうが、よほど効率的な医療ができて、医療資源の数が減るのではないかと思います。

つまり、診療所なり中小病院を大事に考えたほうが、お金のことも医療資源においても、すごく効率的になるのではないかと思います。

こういうことを考えていけば、“東京モデル”というのがありますが、国の政策はありがたい政策として、もちろん受け入れて、それプラスアルファで考えていくことが、一番いいのではないかと思います。

そして、先ほどのお話の季節変動のことも非常に大事ですが、それに対応することができないのかと言えば、何らかのことができると思っています。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○大坪（三軒茶屋病院）：本当に基本的なことで申しわけないんですが、先ほど、「10年かけて」とおっしゃっていましたが、その間に何をどうしなければいけないというのは、何か決まっているのでしょうか。

もちろん、このグランドデザインというのがありますが、これをもっと具体的なところに落とし込んでやっていかなければいけないということはわかるのですが、何について語り合っていけばいいのでしょうか。

漠然とした目標というのは、当然のことで、もう少し、何を目標に考えていけばいいかというのが、よくわからないのですが、

○座長：座長をやりながら、私もそう思っていますので、どうしていいのか困っている次第です。

ただ、こういう場を設けなければいけないという東京都の立場もありますし、こういう場でいろいろ意見を出し合って、よりよいものを構築していくというのが、今回の目的であることは間違いないと思います。

○大坪（三軒茶屋病院）：そうすると、前に「意見聴取の場」というのがあって、そこで出た意見の特徴ということで、先ほど載っていましたが、そこで出た意見とかこういう場で出た意見というのは、構想の中にきちんと入っていくものなのでしょうか。

構想自体をここで決めていくというものなのでしょうか。それとも、ここは話し合いをするだけで、ある日、「こう決まりました」というのが出てくるものなのか。

言ったことが入っていくのか、具体的にここで決めなければいけないのかというのが、よくわからないのですが、

○座長：こういう意見をまとめるというのは、なかなか難しく、それぞれの意見を東京都に投げるしかないのではないかと、私は思ってしまう次第です。

○猪口副会長：この調整会議で何かを決めなければいけないということは、特に、東京の場合には、病床が増えることが見込まれていますので、そういうことはありません。

ただ、地方のように、病床数が減っていくというようなところでは、公立病院に病床数を減らすような、勧告というのか、そういう依頼をするというような具体的な決め方をする地方もあります。

患者が2025年に向けてどんどん増えていくというときに、我々が今持っているリソースでその患者さんをみることができますかということです。そういう“難民”になってしまうような患者さんをつくらないようにするためには、我々はどうすればいいか。

先ほどから、平均在院日数がどんどん短縮して行って、病床稼働率に関しては、減っているのか増えているのかということ、なるべくこの病床機能報告制度等で、近いところのデータを皆さんにお見せしながら、増えていく患者さんに対して、我々のリソースをどのように使っていけばいいのかという、全体的なコンセンサスというか、雰囲気づくりをして、それぞれの医療機関がどう動くかということを決める会なんです。

ですから、「あなたの病院はこうしてください」とか、「この地域全体でこうしましょう」というよりも、「この地域はこうなるから、それぞれの病院が将来にわたってどういう経営をしていくかを考える会」というのが、国が一番狙っているところだと思っています。

つまり、「うちの病院はどの辺を選んでいけばいいか」ということですが、そのときに、「うまくやっついこうと思えば、例えば、5疾病5事業とか救急だとかがうまくいってこれないといけないから、医療計画ではこういうふうになったらいいね」とかいう話をすればいいと思っています。

また、「前提としてはこうだけれども、在宅の患者を全部入院でみるということになれば、前提どおりにならないから、もっと病床を増やさないとじゃな

いか」というようにして、みんなで話し合っていく中で、一人一人がどう動くかということだと思っています。

ですから、何かを決めるというよりも、そういう情報を提供してくれているので、「この情報からは何も見えない」とか、「何も書いてないじゃないか」というのではなくて、「今あるこの情報から我々はどうやっていくか」というところだと思いつつ、ずっと会議を聞いていました。

今のご質問は本質的で、みんなが疑問に思っていることなので、東京都も答えられないし、東京都医師会としてはずっと付き合ってきたので、「こういうことなんだろうな」という私の解釈ですから、よろしくお願いします。

○大坪（三軒茶屋病院）：今のお話で、何となくわかりました。

ということは、このデータを見ながら、自分たちのところがどういう状況で、例えば、この10年間で患者さんが増えていったとき、「このままだとここが破綻してしまうのじゃないか」というようなことに気づいて、誰かがカバーするというようにしていくというような感じでよろしいのでしょうか。

○猪口副会長：ただ、誰かにやってくれといっても、なかなか難しいでしょうから、「ここがウィークポイントだろう」と思ったときに、我々医療機関と行政の方とかがみんなで話し合って、「どうしましょうか」ということで、またみんなで考えていくということだろうと思っています。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○大塚（世田谷区）：きょうは、久末の代理で来ています。いろいろお話を聞くことができ、大変勉強になりました。

第7期の介護保険事業計画が策定されて、平成30年度から実施されまして、医療計画と同時期になります。

この地域医療構想について、去年出た意見が、資料4の最後のページに記載されていましたが、第7期の計画の中に、医療のことをもっと書き込んでいくようにと、国からも今後言われると思っています。

ですので、こういった場に私たちが参加させていただくことによって、高齢者施設整備計画とか地域支援事業として、前期から始まっているものを、第7期において、在宅医療をどう増やしていくとかいった中に、反映させていただきたいと思っております。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○伊平（奥沢病院）：この会の趣旨ということですが、都のほうから資料を提示していただいて、それぞれの病院自ら考えていくということだと思っております。

病床が減らないということですが、病床機能変更ということについては、先ほどからの話題には出ていないですが、そういったことが大きな課題の一つではないかと思っております。

ただ、そういうことがオブラートに包まれたような感じで、そういう話が出てきていないので、どうなのかなと思いました。

病床機能に関しては、点数で誘導される部分もありますので、我々中小病院を担っている者としては、非常に気になっているところです。

○座長：ほかにご発言はいかがでしょうか。

○内藤（内藤病院）：どちらかというところだけ見て、あとは、周りだけ見て、経営を考えたりしてきているのが当然だと思いますし、そういう立場は今でも変わっていません。

ただ、渋谷区だけではなく、全てにおいて高齢者がどんどん増えてくる中では、そういうご高齢の方が安心して生活していけるためには、我々病院がどういう機能を持っていて、地域でどういう医療を提供していけばいいかということ、総合的に皆さんと意見交換をしていく必要があります。

そして、その目的のためには自分たちの病院がどういう役割を果たしていったらいいのかということについて、東京都さんからデータをいただいたり、周

囲の医療圏等とのデータの整合性を考えて、自分たちの立場をつくっていく必要性があると思っていますし、それが、この会の一番のテーマだと考えています。

ただ、問題は、ここで言うべきではないかもしれませんが、都内で病院の経営をやっていくこと自体が非常に厳しい状況になっている中で、どの立場の病院であっても、楽ということは全くないと思います。

ですから、我々が東京都の中で自分たちの役割をしっかりと考えて、医療を提供していくことをそれぞれ考えることによって、この場で、東京都さんと意見交換といいますか、そういう話をすることによって、我々の財政的な裏づけを、東京都さんが引っ張り出していただくというか、「こういうことをやるためには、こういうものが必要だよ」ということを、我々の立場から訴えていく場でもあるのかなと、私は考えています。

そういう意味で、皆さんと一緒に組んでいければいいなと思っています。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○長谷（東邦大学医療センター大橋病院）：先ほど、季節変動の話をいたしました。どこの病院でも得意な分野と不得意な分野が、ある程度はあると思いますので、それによって、季節変動が同じとは限らないと思います。

そこで、病院間同士の情報がすぐわかるようなシステムが必要になってくると思っています。

また、救急で来た患者さんに対して、その直前に救急ベッドが埋まってしまった場合、どこの病院の救急が今空いているというようなことが、すぐわかるようにできればと思います。

そして、回復期の病院であれば、どこの病院がどのぐらいベッドに余裕があるのかということが、今はそれをチェックするのに、ケアワーカーを介したり、電話で問い合わせしたりということで、非常に時間がかかっているのです。それが簡単にわかるようになればと思っています。

もちろん、この区域だけで完成できなくてもいいので、これが、地域でできることの始まりではないかと思っておりますので、そういうことを考えていく必要があると思っておりますので、ぜひ検討していただきたいと思っております。

○座長：ありがとうございました。

ほかにご発言はいかがですか。

○井上（世田谷区医師会）：皆さんの意見に関係するんですが、我々がまず考えるべきことは、医療者となったのだから、どう生きるべきかということがあると思っております。

実は、大学病院であれ公立病院であれ、そこに根ざして、もう何十年とやっておられるわけですから、この医療機関を崩すと、地域医療が崩れるわけですが、その代わりに新しい資本が入ってきて、うまくいくかという、多分、そうはならないと思っております。それは、歴史というものがあるからなんです。

そういうことを考えると、内藤先生が、はっきりおっしゃってはいませんが、何らかの保障をしていただかないと、もう続けられないような状況になってきているのです。

そこには、職員もいるし、我々も生きているし、地域に貢献しようと思って、頑張っているわけですから、地方から大きい資本がどーんと入ってきて、何かをするということが、本当にいいのかどうかということも含めて、公的な保障というところにも来ているのではないかと思っております。

つまり、基本的には、既存の病院なり医療機関がやっていけるように、都のほうにおいても、何らかのご提供をいただきたいというのが、本音なのではないでしょうか。

「あすはどうなるか」ということを聞いても、誰からも答えは出てこない状況なのに、あすの我が身が気になっていたら、何もできないですので、そのところが、今大事な岐路に立たされているのではないかと思っております。

○座長：ありがとうございました。

さらにご意見をどうぞ。

○氏家（セントラル病院分院）：慢性期の立場から、また一言お話をさせていただきたいと思います。

病院の自助努力はもちろん、公助というよりは、区西南部で“共助”ということで、お互いに連携を取り合って、この地域の住民の皆さんの健康を守っていかうというスタンスで、やっていけばいいのかなと思っています。

ただ、来年の3月で介護療養病床が廃止されると、医療区分1に相当する方々が、病院から出ていかなければいけないようになってくると思いますが、こういう“区分1 難民”と言われている人たちは、行政の側で今後どのようにみていくと考えておられるのでしょうか。

独居老人とか、“老老介護”の人たちに対して、訪問の方々の人手が足りないので、一体どうしたらいいのだろう、こういう人たちの運命は今後どうなっていくのだろうということを、ときどき考えるのですが、行政のほうでどのようにお考えなのか、ぜひ伺いたしたいと思います。

○座長：東京都のほうでも、そう簡単にはご返事できないというのが現実だと思いますが、お答えいただけるのであれば、あとから答えていただくことにしたいと思います。

ところで、先ほどから、高度急性期、急性期と慢性期の代表の先生方からご意見をいただいていたのですが、回復期の先生からのご意見をいただければと思います。

八辻先生のところからは、何かご意見がございませんでしょうか。

○八辻（日扇会第一病院）：うちは、目黒区の回復期ということになっていますが、やっているのは、一般病床と地域包括ケア病棟と介護療養というような構成でやっていて、確かに、回復期的な要素も結構担っているつもりでいます。

いまさら言う話ではないかもしれませんが、地域医療構想を考えるときに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というような、病気の時期で区切って、機能という話でどう連携を取るかとなっています。

当院の個人的な事情を申し上げますと、祖父が診療所で始めて、病院になって、父が継いで、私が継いでという形で、地域の方々と何十年付き合ってきて、今は在宅もやっています。

そうした中で大事だなと思うのは、長年お互いに培ってきた信頼関係に基づく安心感みたいなことで、入院需要を減らすという意味でも、役に立っているのかなと思っております。

うちは、たかだか70床の病院ですが、3病棟持っていて、そういう構成にしている一つの意味というのは、地域で長年付き合いのある方々をどうやって支えていくかということを考えたときに、いろいろな機能が必要であって、それを満たす上では、今の保険制度で行くのならば、こういう病床構成がいいかなということで、今までやってきました。

だから、うちの病院全部で回復期とかいう考え方になってしまうと、個人的には抵抗がありますが、マクロの視点も当然わかっていますので、その中で、うちとして何ができるかということを考えています。

なお、かかりつけ医と専門医の連携という切り口もあると思うので、そういう中で、かかりつけ医としてどういうふうにやっていけばいいかということも考えながら、今日はお話を伺っていました。

○座長：ありがとうございました。

次に、杉本先生、お願いします。

○杉本（世田谷記念病院）：私は、内科医で、療養とか地域包括ケアのほうを主に担当していますが、どういうわけか回復期の立場で来ています。

200床のうちの95床が回復期で、残りのうちの60床は、2年前から地域包括ケア病床にし、残りが医療療養病床ということになっています。

病床稼働率の話が出ていましたが、うちの病院は、先ほど、井上先生がおっしゃったような、東京都ではないところの資本が入っていて、私自身は東京で医者をして40年やっていますが、今はその雇われ院長をやっています。

ただ、地方のためにやっているのではなくて、東京都のこの地域のためにやっているということを、私は自覚しています。

世田谷の住民の方々が6割で、それ以外の区の方々も若干いらっしゃいます。あとは、川向こうが川崎ですので、そちらからもいらっしゃるというのが、患者さんのバランスです。

病床稼働率については、今は100%近いのですが、秋口では90%を割っていました。しかし、需要はいつもありまして、うちが選ばれなくても、ほかに行くということで、患者さんが選ぶ時代になっていると思っております。

そういう中で、患者さんのためにいい医療を提供するのはどうしたらいいかということで、皆さんで話し合っ、うちに入らなかった場合は、お互いに融通し合っということで、よく「顔の見える連携」と言いますが、病院のトップ同士の顔が見えるような会に、こちらがなっけてきていますので、大変ありがたく参加させていただいております。

○座長：ありがとうございました。

それでは、渋谷区の慢性期の代表の四津先生、お願いします。

○四津（原宿リハビリテーション病院）：井上先生から今ありましたように、地方の資本が入っ、東京地区で大きく、今332床全部が回復期の病院をやっています。

ただ、職員は、急性期の患者をみれる医師が多く、13人いますので、急性期の大学病院なりで急性期の手術をやってもらっのを待っている患者さんが、うちに来ていただいている場合も多く、そういう意味では、急性期の病院としてもずいぶん貢献できているのではないかと思っています。

先ほどからグランドデザインのお話を聞いていましたが、我々の病院の中でも、最期をどういふふうを迎えるかということで、90歳を過ぎ、この病院で亡くなられる患者さんもおられます。

この点は非常に難しい問題がありますが、その辺の啓蒙をどうしたらいいかということで、このグランドデザインにはそれに全く触れられていないようですが、超高齢社会においてどの家族も直面している問題ですので、ぜひ触れていただければ大変嬉しく思っしております。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、まとめということで、東京都のほうからお願いします。

○矢沢部長：活発なご議論をありがとうございました。

先生方からのご意見をしっかりお伺いしましたので、この場で何ができるといようなお答えはできませんが、そういったご意見もちょうだいできたことも、今日は大変ありがたく思っております。引き続きどうぞよろしくお願いたします。

○座長：ありがとうございました。

この調整会議は、年に何回ぐらい開催する予定でしょうか。

○矢沢部長：1年に1回か2回も考えております。

なお、先ほど、四津先生がおっしゃっていたこととは全くつながらないかもしれませんが、私どもは「看取りまでの支援」ということも書いております。

資料3の2枚目のグランドデザインの3つ目の、「地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実」の中の、4つの取り組みのうちの④に、「看取りまでの支援」ということを記載しております。

そして、資料7の5枚目のところに、その取り組みの説明として、「本人や家族等が人生の最終段階をどこでどのように過ごしたいかを話し合い、関係者があらかじめ希望を理解しておくなどの重要性など、看取りに関する都民の理解を促進」と書いております。

これから情報提供したり、普及啓発したりして、都民の方々に理解していただくような施策を打っていきたいと思って、このように書かせていただいております。

ですので、その進め方等についてご意見がまたあるようでしたら、どうぞご指導いただけますようお願いいたします。

○座長：なお、本日は、傍聴席からのご意見がありませんでしたが、ご意見とかがございますでしょうか。情報提供ということでも結構ですが、いかがでしょうか。

○江川（都立広尾病院）：情報提供ですが、当院の改築に関して、昨年来いろいろと話題になっております。

それについては、現在、東京都の病院経営本部のほうで設置されました「基本構想検討委員会」というのがございまして、その中で、ハード面、ソフト面、そして、地域との関係等を含めまして、協議が重ねられております。

その中で出てきた意見等につきまして、また、情報提供する場があると思えますので、よろしく願いいたします。

○座長：ありがとうございました。

それでは、本日の会議はこれで終了としたいと思います。長時間にわたりありがとうございました。

4. 閉 会

○司会（久村課長）：本日は、さまざまな貴重なご意見をいただき、どうもありがとうございました。

最後に事務連絡を3点ほど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におかれましては、ご希望があれば、事前に座長の先生と調整の上、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、ご希望の医療機関におかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出ください。

また、議事録についてでございますが、既にご説明しておりますが、本調整会議は公開でございまして、議事録につきましては、後日、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いて修正等が必要な場合には、福祉保健局までご連絡いただければと思います。

なお、閲覧用の「地域医療構想」を配布しておりますが、そのまま机上に残しただければと思います。

それでは、本日は長時間にわたりどうもありがとうございました。引き続きよろしくお願いいたします。

(了)