

〔平成 28 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔西多摩〕

平成 28 年 12 月 20 日 開催

【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔西多摩〕

平成 28 年 1 2 月 2 0 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、西多摩の「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。
東京都医師会の伊藤理事、ご挨拶をお願いいたします。

○伊藤理事：皆さま、こんばんは。本日は夜遅く、また、年末のご多用のときにご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

この7月に、東京都地域医療構想ということで、この冊子ができ上がっておりますが、その過程で、説明会とか「意見聴取の場」ということで、お集まりいただいたこともあるかと思えます。

今回は、構想で示されたあとの、正式な調整会議の初回でございます。

ここで何か話し合われるのかとか、いろいろな疑問とかご心配もあるかと思いますが、そういったことをどんどんご質問したり意見をいっていただいたりして、実りあるものにしていただきたいと思いますと思っております。

地域医療構想は、皆さんもご存じのとおり、今後の超高齢化社会に向けて、地域の人の医療体制をどう支えていくかということについて、2025年をめぐりに話し合っていこうというものでございます。

当初は、必要病床数ということが表に出まして、病床削減であるとか増床であるとかいうところに議論が行きがちでしたが、実際には、医療需要の予想をベッド数であらわしたということでございますので、2025年に向けて、高齢化が進むことによって、患者の需要が変わるので、それに対して、地域の皆さんが知恵を出し合って、地域でいい医療体制をつくっていこうということでございます。

そして、あくまでも構想であって、事業計画とかではありませんので、話し合いの中でみんなで考えながら、自然に2025年に向かって収れんしていくことを目指しているものでございます。

この地域医療構想の特徴の一つが、2025年を予測しているデータをもとに議論しようということですので、今後、いろいろなことで予測が外れたり、変化することもあるかと思いますが、そういったデータをもとに、展望をつくっていこうという会議であります。

そのため、今日は多数の資料が出てくると思いますが、まずは説明を聞いていただいて、それを十分咀嚼した上で、次につなげていってほしいと思っておりますので、本日はよろしく願いいたします。

○久村課長：ありがとうございます。

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。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、まことにありがとうございます。

東京都では、今年の7月に、地域医療構想を策定させていただきました。まずは、これまで「意見聴取の場」や意見交換などで、皆さまに多大なるご尽力を賜りましたことを、心から御礼申し上げます。ありがとうございました。

この地域医療構想は、都民の皆さん、行政、医療機関、保険者など、全ての人が協力し、将来にわたって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。

2025年に向けて、ようやくスタートを切ったところでございまして、構想区域の特徴を踏まえて、丁寧に課題を解決していくことが大事だと考えております。

そのための議論の場がこの調整会議でありまして、今日は第1回になります。どんなご意見でも結構ですので、何とぞ活発なご意見をお出しくださるようお願いいたします。

また、今日はたくさんの資料をご用意しております。病床機能報告の結果の分析など、次回以降の議論を進める上で参考になればと思って作成したものでございます。

この場ですぐご理解いただくのはなかなか難しいかもしれませんが、その際は何なりとご質問くださいますようお願いいたします。

今日はどうぞよろしくようお願いいたします。

○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、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、「東京都地域医療構想調整会議の役割」についてご説明いたします。資料2をご覧ください。

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、「都道府県が設置すること」とされておりまして、地域医療構想の達成に向けて協議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ちょうだいし、それを構想に反映しています。そして、それを引き継ぐ形で東京都地域医療構想調整会議を新たに設置いたしました。

2ページ目ですが、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ころでございます。

そして、座長を互選し、議事に応じて、複数の合同開催や、また、小さな単位のPTなども、必要に応じて開催いたします。

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掲載をいたします。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。協議は、こうした視点を踏まえて進めてまいりたいと考えております。

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、病床機能報告や病床数の必要量を参考に、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いうことを考えてまいります。

その際、この構想区域だけではなく、隣の区域の医療資源の状況なども踏まえて、医療連携の実態に応じた議論を行っていただきまして、それぞれの医療機関が担うべき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、現状を把握して、地域の課題を抽出して、解決の方向性を考えて、そして、進捗状況を確認するといったような、サイクルを回していくのですが、その検討の過程の中で、それぞれの医療機関の先生方が、この地域におけるご自身の役割、あるいは、今後進めていくべき自分たちの医療の進め方といった

ことを、自主的にお考えていただければ、この会議を設置した意味がかなり強く出てまいります。

また、課題によっては、そう簡単に解決しないものもあると思いますので、その場合は、やり方を変えるなど、回を重ねるなどして進めて行きますが、いろいろな立場から議論を深めることで、解決の糸口が見えることもございますので、ぜひ積極的なご発言をお願いいたします。

ご説明は以上でございます。

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しょうか。

○進藤（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、西多摩医師会の会長であり、地域医療の発展に尽力していらっしゃる玉木先生をお願いするということがいかがでしょうか。

○久村課長：ただいま、座長には玉木先生をと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]

○久村課長：ありがとうございます。

それでは、玉木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。

(玉木座長、座長席に着席)

それでは、玉木座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（玉木）：西多摩医師会の玉木でございます。

皆さまは、部長が先ほどおっしゃったようなことでご出席されたと思いますが、西多摩の医療を担っている基幹病院の皆さまが一堂に会することもなかなかありませんし、まして、行政の担当者の方々、関係諸団体の方々が一堂に会して、西多摩の将来像を語るということは、なかなかできません。

そういう意味で、ここをどういう場にするかは私たち次第だと思いますので、ぜひ情報を共有して、協働していく必要がありますから、少しでも同じ方向を見て判断をしていく材料にしていいただければと思います。

西多摩の病院会の年末懇親会でも申し上げたと思いますが、西多摩には特殊な事情がございまして、急性期が少し多くなるのじゃないかとか、慢性期が過剰なのじゃないかとか、回復期が足りないのじゃないかということは、皆さまは十分ご存じだと思います。

これらをどうしていくかという議論は難しいと思いますが、病院と施設と在宅の連携によって、内需を固めて、そこをしっかり回した上で、外需もしっかり対応して、機能が果たせるようになればいいかと思っております。

そういう感じで議論していただければ、すごくいい会議になるのではないかと、個人的には思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○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：まず、東京都病院協会代表で、東京都地域医療構想の策定委員でもあった、西多摩の病院会の会長でもある、進藤先生にぜひお願いしたいと思っております。

それから、行政の方からもということですので、西多摩全体の医療をしっかりと支えてくださっている、木村西多摩保健所長様にお願いできればと思っておりますが、いかがでしょうか。

〔全員、拍手で了承〕

（進藤副座長、木村副座長、副座長席に着席）

○久村課長：それでは、これ以降の進行は玉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」の議論を踏まえて、この7月に東京都では地域医療構想が策定されておりますので、その概要について、東京都より簡単にご説明をいただければと思いますので、よろしくお願ひいたします。

○矢沢部長：それでは、この地域医療構想の概要と、この東京都地域医療構想の冊子の西多摩地域の抜粋を使って説明をさせていただきます。

まず、資料3、「東京都地域医療構想概要」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であるいたしました。

そして、医療法では、次の2点を記載することとされております。

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。

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と取り組みの方向性の中で記載しております。

この東京都地域医療構想は、医療法に定める医療計画に位置づけられるものとして、来年度改定する次期保健医療計画と一体化するというものでございます。

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て、患者さんが比較的自由に移動できること、高齢者の人口が急激に増え、特に、独居の高齢者の増加が重要なポイントであることなど、東京の特性を記載いたしました。

そして、患者さんの数から病床数を割り返した数字ですが、11万3000床必要だと推計されました。現在は10万5000床程度ですので、8000床不足ということで推計いたしました。

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7割程度のままで割り返しているものが、現在と変わらないとして行ったものであることなど、変動要素が多く含まれておりますので、東京都は、基準病床数制度によりまして、きめ細かく病床の整備を行うこととしております。

遠回しに言っておりますが、簡単に申しますと、「8000床を一気につくったりはしません」という意味でございます。

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。

「事業推進区域」は、疾病事業ごとに柔軟な医療連携の範囲を示す概念でございまして、構想区域にこだわることなく、これまで培った医療連携を基盤として、今後必要に応じて設定していくものでございます。

そして、第4章には、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」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

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、グランドデザインというものを掲げたことと、「全ての人々が協力して、実現する」ということと、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」を書いたことが、東京都地域医療構想の3つの特徴でございます。

医療計画において地域包括ケアシステムを書いたというのは、今回が初めてでございますし、このシステム全体を下支えするという考え方に立ったのも、今回の特徴でございます。

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りまして、行政、医療施設、保険者、及び都民の方々に、新たに生じた役割や、現行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記載しております。

それでは、この西多摩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、118ページからでございます。

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ページ目の高度急性期、3ページ目の急性期に、入院患者さんの受療動向と、圏域内の完結率などをお示しいたしました。

この地域の特徴は、高度急性期、急性期の流出入が、非常に少ないといえますか、他の医療圏ですと、百人規模、あるいは、何百人規模で出たり入ったりしていますが、高度急性期では、1日当たり65人程度の流出超過、急性期では、86人の流出超過ということで、余り出入りは多くありません。

そのことがわかるのが下の帯グラフで、西多摩にお住まいの方がご自分の区域に入院されている割合で、64.9%になっていて、隣接区域に入院されている人が15.5%ですので、それらを足し合わせると、80.4%になります。

また、急性期のほうでは、下の帯グラフを見ていただきますと、ご自分の区域に入院する方が77.1%で、隣接区域に入院されている方が12.8%ということで、それらを足し合わせますと、89.9%ということになります。

次に、4ページ目の回復期については、埼玉等にも少し流出していますが、下の帯グラフでは、自構想区域での入院が81.6%で、都内の隣接区域での入院が10.2%ですから、足し合わせますと、91.8%ということで、高い割合になっております。

一方、慢性期機能となりますと、これは、皆さん、ご想像のとおりかと思いますが、1日当たり825人という多くの方々が流入しているという状況になります。これは、都内全域からはもちろん、埼玉からの流入もあるということです。

ですので、ご自身の区域に入院している方は80.2%で、都内の隣接区域の10.2%を加えると、90.4%と非常に高い割合になっています。

次に、6ページ目には、「2010年から2040年までの人口・高齢化率の推移」と、「医療資源の状況等」をお示ししております。

2025年の高齢化率の東京都平均は、25.2%と推計されておりますが、この区域は30.8%と、かなり高い率で、その後も高いままで推移して、2040年には37.7%になると推計されています。

東京全体の2040年の推計が33.5%ですので、5ポイント上がるということになります。

そして、15歳未満の人口の割合も高いということで、2025年の東京都全体では約10%と予測されていますので、10.3%とやや高いですが、2040年になると、東京都全域では8.6%のところ、9.6%ということですので、これも特徴となっております。

その下の「医療資源の状況」では、ご存じのとおり、療養病床の割合が非常に高いということです。

それから、7ページ目には、「医師・歯科医師等の従事者数」も書かせていただいておりますが、医療機関の数に合わせて、都内平均よりも低い状況でございます。

その下の「構想区域の特徴」ですが、全ての機能において、自構想区域内での完結率が高いというのが特徴になっております。

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」と、下は、「平成26年度病床機能報告結果」でございます。

この病床数の推計で、高度急性期機能では275床となっていて、全体の7.3%が必要となっております。

一方、下の病床機能報告での高度急性期では、0.8%ということになっていて、将来の必要量としては、少なくなっています。

それから、急性期機能では、25.8%に対して38.9%となっていて、回復期機能では、27.5%に対して5.2%、慢性期機能では、39.4%に対して55.1%となっています。

そして、将来の必要病床数の全体の割合と比較しても、病床機能報告との差がございます。

上のほうの推計値については、このあと、推計の方法をおさらいいたしますが、これは、診療報酬の点数で捉えたものであります。

一方、病床機能報告は、それぞれの医療機関からの、病床単位の自己申告の結果の集計ですので、もともとよって立つところが違うので、単純比較はできません。

ただ、このパーセンテージをご覧いただくと、何となくこの地域の状況が見えてくるのかなというところでお示したものでございます。

そして、本日は、このあと、平成27年度の報告の結果を使いまして、機能別に、また、グランドデザインの目標別に分析した資料をご説明いたします。

たくさん資料でございますが、今日は、まずこれらの資料にお目通しいただき、それを参考にして、この西多摩地域の課題を分析して、ご理解いただければと思います。

それでは、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」などでいただきましたご意見の代表的なものを、なるべくそのまま記載しています。

例えば、「地域特性」としては、「療養病床や精神病床が多く存在し、全都から患者を受け入れている」とか、「連携はうまく対応できている」とか、「回復期機能や慢性期機能相当の患者でも、急変時等の受け入れは急性期機能以上の病院での対応となる。受け口となる内科の体制を充実させる必要がある」というご意見があります。

また、「特別養護老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の整備が進んだことや、在宅を希望する患者の増加により、療養病床に入院する患者が以前に比べ減ってきている」というご意見もありました。

それから、「地域包括ケアシステム・在宅医療」のところでは、「いつも急変時の不安を抱えており、対応できる病床が必要」とか、「療養病床は看取りの場の中心となっている」というご意見もありました。

こうしたご意見は、意見としてお載せしていますが、この地域の課題である可能性もございますので、このあたりも参考にしながら議論を進めていただければと存じます。

ご説明は以上でございます。

○座長：どうもありがとうございました。

昨年の「意見聴取の場」でご理解いただいていたデータだと思いますが、たくさんございますので、何かご質問とかご意見があればお受けします。わかりにくい点とか疑問点とかございましたら、どうぞご遠慮なく。

よろしいでしょうか。

(2) 病床機能報告から見る「現状」について

○座長：それでは、もう少し踏み込んだデータが出ているということですので、それらのご説明を受けてから、先に進めればと思いますので、東京都のほうからご説明をいただきたいと思います。

○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
います。

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
た方法で推計をしているものでございます。

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。それを人口推計で引き延ば
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
方法が違ってございまして、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、17
5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7
8%、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年のほうが小さな数字となっております。

一方で、病床機能報告は、病棟ごとの自己申告の結果でございますので、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になっております。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でございますので、単純比較ができないというところは、ご確認いただけるかと思っております。

それでは、本題の資料5をご覧ください。

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に、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報告させていただければと思っております。

ただ、あくまでも、地域の皆さまが現場で感じていらっしゃる課題について、今後さらに掘り下げていくための一助になればと思い、ご紹介するもので、そういう前提でお聞き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」をご覧ください。

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、ご覧いただきますと、高度急性期機能と回答されたのは、青梅市立総合病院の一部の病棟のみでございまして、急性期機能は75床増えるという程度で、年度間の変化はほとんどない状況でございます。

補足資料で単純比較はできないとお伝えしましたが、参考として、下に将来の値も記載しておりまして、右側のグラフでは、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、回復期機能を見ていただきますと、この機能と回答した病棟は、病院ですと、「回復期リハビリテーション病棟入院料」だけという結果になっていることがわかるかと思えます。

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、高度急性期機能から回復期機能にかけては、東京都平均と比べると低く、慢性期機能は、東京都平均よりも高いという結果でございます。

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して、他の地域と比べてみることで、この地域の特徴をつかんでいただけたらと思ひ、ご用意しているものでございます。

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。

西多摩は、高度急性期機能が大変特徴的でして、上から2つ目の「救命救急入院料」が、高度急性期機能と回答した病床に71.8%を占めまして、あと、「ハイケアユニット入院医療管理料」が15.4%、「新生児特定集中治療室管理料」が7.7%と続いております。

一方、下から5段目の「一般病棟7対1入院基本料」のところは、ほかの構想区域では、多くの病床数が入っていますが、この西多摩はゼロとなっております。

実は、西多摩では、病床機能報告で960床ぐらいご報告いただいておりますが、全て急性期機能とされております。

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、捉え方が地域ごとに異なったということの結果のあらわれかと思っております。

そういう意味では、西多摩では、かなりシビアに高度急性期機能を捉えていただいているということかと思えます。

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。高度急性期機能が46.4%と極端に低く出てしまっていますが、先ほどご確認いただきましたとおり、救命救急入院料を届けている病床というところなので、ほかの圏域とは違った結果になっているということでございます。

下の段の急性期機能と、6枚目の上の回復期機能の2つは、東京都平均より少し低い値でございます。

一方、西多摩で一番多くの病床を占めている慢性期機能のところは、東京都平均よりも高い、92.0%という結果でございました。

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1.9日となっております、稼働率の裏返しで当然ですが、全構想区域の中で特に少ないという形でございます。

急性期機能は10.8日で、東京都平均の11.2日よりも短くなっております。

回復期機能は83.7日で、東京都平均の50.7日よりも長く、慢性期機能は142.6日で、介護療養病床が多い地域というのは、在院日数が長くなる傾向がありますが、西多摩の場合は、東京都平均の152.1日と比べて短くなっております。

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、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。

右側の「西多摩の状況」を見ていただきますと、この区域ではほとんど変動はありませんが、4つの機能に関しては自己申告で回答していただいておりますので、始まったばかりの制度ということもあり、東京都全体で見ますと、高

度急性期機能は1年間で7500床ぐらい減少したということで、まだまだ流動的な状況でございます。

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、他の区域と異なりまして、救命救急入院料やICU、HCU等を届け出ている病床が多いので、稼働率が低くて平均在院日数が大変短いというような結果でございます。

西多摩で一番多くの病床を占めている慢性期機能ですが、報告のあった全病床数の半数以上が慢性期機能を選択しております。

それから、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、先ほどから申し上げていますが、もう1つの違いをご紹介したいと思います。

病床機能報告は、病棟単位で報告いたします。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、慢性期機能では、平成27年度に慢性期機能を報告した病床数は2428床ありまして、推計ですと1357人の慢性期相当の患者さんがいるという推計が出て、それをみるのに必要な病床数は1475床という形になります。

ただし、病床機能報告と将来推計をそのまま比較できるものではないので、その差の1000床弱を減らさなければいけないという話では決して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のかなと思っております。

その右側をご覧くださいますと、将来推計では、高度急性期機能が7.3%を占めているのに対して、現在の病床機能報告では0.9%で、回復期機能の

推計では27.5%なのに対して、病床機能報告では5.2%ということで、かなりの開きがございます。

実は、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ようにというお話もありますが、先ほどから申し上げているとおり、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きっかけになればと思っております。

例えば、先ほど、高度急性期機能は相当シビアに捉えていただいている地域だということをご紹介しましたが、そのことを差し引いた上で、今のままで今後の高齢化に対応が可能かどうかを考えるとということになると思います。

回復期機能は、国の定義では、「リハビリテーションに加えて、急性期を経過した患者さんの在宅復帰に向けた医療も含める」となっております。

リハビリテーションの提供量は足りているのか。また、今後増えていく在宅復帰に向けた医療をやろうという医療機関の数は足りているのか。病床稼働率が低いので、それを上げれば将来の医療需要の増加にも耐えられるのではないかと。いろいろな考え方ができると思っております。

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よいのではないかと考えております。

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示しております。

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、回復期機能のところでは、「家庭からの入院」の割合が1.4%で、東京都平均では22.4%ですので、大変少なく、「他の病院、診療所からの転院」は79.7%で、これは東京都平均よりも逆に高い値となっております。

慢性期機能でも、「家庭からの入院」が12.8%で、東京都平均よりも少なく、最も特徴的なのは、「介護施設、福祉施設からの入院」が26.7%を占めておまして、東京都平均が5.3%ですので、全構想区域の中でも突出して高い結果となっております。

データ6の、「退棟患者の退棟先の場所」では、高度急性期機能では、「院内の他病棟への転棟」の割合が87.4%と、大変高くなっております。

回復期機能では、「他の病院、診療所へ転院」が60.0%で、全構想区域の中で最も高い割合になっております。

慢性期機能のところでは、「家庭へ退院」が11.1%で、東京都平均の32.9%よりも低くなっております。逆に、「介護老人福祉施設に入所」が12.4%で、これらは全構想区域の中で最も高いとなっております。

さらに、「死亡退院等」37.8%は、東京都平均よりも少し高い値でございます。

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、32.3%となっております。東京都平均は8.5%ですので、それと比較すると非常に高いということになります。

高齢の患者さんが多いということではありますが、それ以上に、退院の患者さんの状況も、もしかするときちんと把握していただいているので、報告にあらわれているということもあるかもしれません。

あと、データを総合して考えてみますと、西多摩の慢性期機能は、多くの病床がありますが、病床稼働率は大変高くなっております。他の地域を含めて、多くの患者さんを受け入れていただいているということかなと思います。

当然、特養の数も多い地域ですので、退院後に特養に入所する割合も高いのですが、死亡退院も多く、現時点では、看取りの機能を担っていただいているというところもあるのかなと思っております。

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、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。

一番多いのが、「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」の50.0%で、「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」が41.7%であったり、「在宅医療の拠点としての機能」、「終末期医療を担う機能」をご回答いただいた診療所も、4割を超える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させていただければと思います。ご提供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話が行きがちですが、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、ご紹介させていただきます。

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しますが、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1.31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の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して、これを含むとさらに大きな医療需要が発生するというような推計でございます。

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かれまして検討がされるところかと思えます。

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えます。

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い場合もございますので、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いう声も聞こえております。

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なども、来年度以降スタートさせていければと考えております。

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、お力をぜひ貸していただければと考えております。

在宅医療と入院医療機関の一層の連携強化というところも、議論になるかと思えますので、意見交換の結果は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。

非常に膨大な資料をご説明いただきましたが、ご理解いただけただけでしょうか。特に、現状把握ということをしなければいけませんので、現場の実感、思いというものも含めて、ご意見、ご質問をいただければと思います。

西多摩特有の状況というものをしっかり把握して、それが、東京都全体のグランドデザインの中でどういうものなのかとか、あるいは、近隣の県の事情も勘案する必要があるかもしれません。

西多摩は、施設が多いから、施設に入って施設に出ていく方も、都内よりは多いということもありますが、医療区分1の方が在宅に移行するというのが、現実的にどのくらいあるのかということも、よそから入ってくる人が多いので不透明だと思っています。

あるいは、施設で応急的な対応が必要になったときに、どういった病床がそれを担うのかといったことも、これから議論していったほうがいいかなと思っています。

副座長の進藤先生のご意見はいかがでしょうか。

○進藤副座長（東京都病院協会）：初めてお聞きになった方には、わかりづらかったのではないかと考えています。

1日当たりの点数で患者さんに医療資源をどれだけ投下したかによって分けられたものと、自分たちが病床機能報告によって4機能を申告した場合の分け方と、2通りありますので、そこをご理解いただきたいと思います。

それから、老人ホームなどから慢性期の病院に入院している人が多いということが、実感としてわかりました。

また、医療区分1の7割が在宅へ戻ると、西多摩においては在宅療養しなければいけない人が2000人ぐらい増えてくるということですが、これについては、医療区分1が非常に多いところの鈴木先生は、ご意見がとおりかと思いますが、

○鈴木（武蔵野台病院）：今のお話はあとで述べさせていただきます。

仮に、この推計が恐らくは正しいものだとということで、今後話が進んでいくとしたら、各医療機関において、患者さんもそうだし、そのご家族もそうだし、職員もそうですし、地域の住民に対しても、その話をしていかなければいけないと思います。

そのためには、よりわかりやすい数字とわかりやすい言葉で説明されるべきだと思いますが、現時点ではそれがかなり遠いものかなという印象を持っています。

あと、進藤先生がおっしゃった件に関しては、内容は割愛しますが、当院で考えると、医療区分1の方は、今いらっしゃる方の30%ぐらいは、確かに自宅療養が可能かもしれませんが、70%ぐらいは、何らかの理由で難しいかなという推計が出たのは事実です。

ただ、今回の算出根拠になっているいくつかの因子があるかと思いますが、医療区分1の方の70%が在宅療養が可能であるとか、地域を解消する、つまり、受療率の高い、低いで、低いところに合わせて考えれば、西多摩は高過ぎるから、それも、低いほうに補正して、こういう数字を出しているのだと思っています。

しかし、現実問題を言えば、今言った2つの点というのは、現状からは離れている話だと思うので、二重に実情を無視して計算されているかのような印象を、強く感じているかと思っています。

ですので、そういった意味では、先ほど挙げた、ご家族様とか職員もそうですが、同意をもらうのはなかなか難しい状況じゃないかと思っています。

何よりも、その70%の方が家に帰れるというような意見を言うのであれば、医療区分1だけで決まる話ではなくて、介護区分とも言える「ADL区分」とか、あるいは、何よりも家族のサポート力といったものが、全然考慮されていないとしたら、それは、現場の人間としては納得するのが難しいかなという感じがします。

つまり、ほとんどの家族がスーパーファミリーみたいで、お子さんが何人もいて、誰かが常時対応できるということであれば、確かに、医療区分1の方でも在宅でみれる可能性が高まると思います。

しかし、現実問題、西多摩はどうか、東京都全体ではどうかということを考えると、簡単ではないところがあると思いますので、何よりも一つお願いできるのであれば、もしそういう医療区分1の方の70%が在宅でもオーケーということであれば、家族のサポート力というものを概算するなり、考え方を、導入していただきたいと思っています。

例えば、独居老人の方がいて、「この人は、配偶者が入院していたけれども、医療区分1だから、もう帰れるよ」と言われて、家に帰ったことを想像してい

ただくと、それで、常時安心して自宅でみれるかという、非常に難しいと思っています。

現実問題、医療においても福祉においても、外付けサービスというものが存在しますが、医者が訪問診療する、あるいは、看護師が訪問看護をするということもサポート力だと思いますが、その患者1人に時間を費やして仕事ができるかということも含めて、判断するような考え方を導入していただきたいと思っています。

○座長：ありがとうございました。今のご意見はもっともだと思えます。

医療区分1で入院されている方の70%を、いきなり放り出すということではないでしょうが、2025年以降において、その70%の方々が在宅で療養できるような基盤を、これからつくっていくということだろうと思っています。

そのためには、先ほどご説明があった「在宅医療・介護連携推進事業」の(ア)から(ク)までの事業が必要でしょうし、先生がおっしゃった「ADL区分」も必要でしょうし、ご家族のサポート力や、おひとり暮らしの方の支援も必要ということで、さまざまな事業が自治体を主体にして推進されていかなければいけないと思っています。

ほかにいかがでしょうか。

○木村（西多摩保健所）：高度急性期、急性期の患者さんの7割から8割は、この西多摩地域の患者さんですが、療養病床については、多分、西多摩地域は4割で、あとの6割は西多摩以外からのほうが多いのではないかと思います。それは、この中に入っていない、精神科病床においても同じです。

また、特養を含めた福祉施設に至っては、7割、8割がほかからの入所者で、西多摩の方々は2、3割しかいらっしゃらないということです。

そういう意味では、西多摩には、1万人以上の高齢者の方々が流入されているという状況ですので、こういう他圏域からの方々が本当に元のところに戻れるのかということが、非常に心配になると考えています。

○座長：ありがとうございました。

それでは、次の議題に進ませていただきたいと思います。

(3) グランドデザインと現状の比較について

○座長： こういう現状から将来における地域の課題は何なのかということで、どこが弱いのか、どこが足りないのか、どこを強化していけばいいのか。それは、我々医療提供者だけではとてもできることにはありませんので、行政の方々、関係団体の方々にもご意見をいただければと思っています。

先ほど、部長のほうから、東京都地域医療構想の将来の姿として、グランドデザインを掲げたというお話がありましたが、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」のために、この地域の課題は何かという方向性を持っていかなければならないということだと思います。

そこで、今回は、その目標Ⅱのところ、「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」ということがありましたので、西多摩の特性を踏まえた、切れ目のない医療連携システムというものについて考えていただければ、課題が少し出てくるのではないかと思います。

その辺について、まず、東京都のほうからご説明をいただきたいと思います。

○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、今の座長のお話のように、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。

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」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。ここでは、「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、皆さまに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す。

既存の統計資料や病床機能報告から抽出しておりまして、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、西多摩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、そちらをご参照いただければと思います。

まず、西多摩の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「7」という数字は、西多摩における救急告示医療機関数をあらわしております。

下段の「0. 33」は、救急告示医療機関数の「7」を、資料には記載していませんが、西多摩の病床機能報告の対象病院数「21」で割り返したのようになります。

つまり、西多摩の病床機能報告の対象病院のうち、約3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「21」で割ったものとしてご覧いただければと思います。

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「216」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「5.18」という数字は、「216」という算定患者数を、同じく資料には記載していませんが、西多摩で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、4166床で割り返して、100を掛けたものとなります。

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、西多摩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(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「0.52」というのは、この算定病院数「11」を西多摩の病床機能報告の対象病院数の「21」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、西多摩の病床機能報告の対象病院のうちの「0.52」、約5割が、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、西多摩の特徴的なところをご紹介したいと思います。

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」をご覧ください。西多摩で病床機能報告の対象病院のうち、3割少しの病院がこちらになっています。

4行目の「救急車の受入病院数」をご覧ください。全体の「0.57」に当たる12病院で、救急車を受け入れていただいています。

西多摩では、医療機関数が少ないことに加えまして、療養病床を持っていた
だいている病院が多いこともありますので、これらの救急医療に関する数字は、
都全体と比べて低いという状況でございます。

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」を見ていた
だければと思います。

西多摩では、「0.52」、5割半ばの病院で退院調整部門を置いていただ
いていますが、都全体は「0.57」となっておりますので、若干低い割合とな
っております。

12行目の「退院調整加算1（一般病棟入院基本料等）」をご覧ください。

1か月間で112人が退院調整を行った上で退院しております。手持ちの数
字で恐縮ですが、西多摩の1か月間の退院患者数は2684人おられまして、
そのうちの112人、つまり、退院患者数の4.2%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、東京都平均より若干低い値と
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
っておりまして、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、19行目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、この構想区
域では実施している病院がないとなっております。これは、このリハビリテ
ーションの対象となる患者さんは、他の構想区域と連携して対応していただ
いているのかなと考えられます。

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データを集めたものになります。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、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。

グランドデザインの考え方の方向性として、今のご説明を受けられて、ご意見などいかがでしょうか。

救急医療に関しては、在宅とか施設で療養されている方が急変されたときの応急のためということであると思いますが、すごくご高齢で、課題をいろいろ抱えている方々をみんな、青梅総合の三次救急にお願いすることが、患者さんにとっても、医療を提供する側にとっても、いいのかどうかということも含めて、問われてくるのではないかと考えております。

在宅での療養を希望される方々の一番の不安というのは、人生の最終段階で来られる方々は、それはそれなりの考え方をされていると思いますが、そうではない方も非常に多いわけですから、急に入院等による一時的な治療が必要になった場合の不安が、非常に大きいということも、「意見聴取の場」の場でも出ていたのではないかと考えています。

こういう点においても、西多摩にとって何が必要で、何が足りないのかという課題の一つになるのではないかと考えています。

それから、災害時のことも挙がっていて、ついこの間、西多摩医療圏の災害医療の図上訓練がございましたが、そのときに思ったことがございます。

西多摩には施設が多いですが、それも、山間に療養病床が多く、山間に集落もたくさんあります。

大規模震災なりが起こって、長期の支援が必要な状況が起きたときに、災害時医療要配慮者の人たちがたくさんいらっしゃるので、そういう方々が災害関連死をされる可能性が高いということ、西多摩の災害医療の強化という中では、十分配慮しておかないといけないと思っています。

この訓練のとき、病院間は「EMIS（広域災害救急医療情報システム）でやる」ということでしたが、これがハード的につながるかどうかという問題や、病院によってはネットに強いところとそうでないところがあるということも、課題になったと思っています。

そのため、無線とか電話でやり取りしていましたが、あれだけアナログでやっていると、時間がなかなか大変で、トリアージしている間に重症の方が命を危うくするというのも、十分あり得ると思います。

ですので、例えば、災害を想定して「EMIS」を使うということが前提であれば、西多摩の21病院で、災害時においてもしっかりしたネットワークをつくって、そこで情報をやり取りしていけば、普段は、情報の共有による無駄のない医療の提供や、病床機能の有効な活用に結びつくと考えています。

しかも、それは、地域医療の適正化計画にも結びついていくのではないかと考えています。

ところで、皆さんに議論していただくきっかけになればと思って、資料を少しつくってききましたので、配布させていただきます。

これは、地域包括ケア病床のことを考えていて、今回、西多摩でも、今のところのお話では、福生病院さんが転換してくださって、阿伎留医療センターや高木病院さんなどでもというようなお話を伺っています。

それは、地区医師会としてはいいことだと思っていたのですが、この資料のうちの「西多摩の入院病床需要予測」という表を見ていただけますでしょうか。

これは、私が勝手につくったもので、2014年の病床機能をたたき台にして、自分の頭の中を整理するために作成したものです。

これは、6月の開催の、行政の方、議員さん、病院や施設の多職種の方々を集めた勉強会で出させていただいたものですが、これがそのまま正しい数字ではありませんので、誤解しないようにしていただきたいと思います。

まず、2014年の病床機能報告では、高度急性期と急性期を併せて1670、回復期は220、慢性期は2321床となっていて、その根拠は、先ほどのご説明のとおり、レセプトの点数で分けられています。

そして、その右側には、精神科病床が2622、特養が6802、老健も1315床あるということを示しています。さらに、ここに、在宅と療養病床が別に出てきます。

こういう中でどういうふうに医療機能が適切に動けるかということになりますが、単純に2025年の医療需要の推計で言うと、高度急性期と急性期の医療と思われる需要が、少し過剰になるという数字になっています。

それから、回復期を担うところは少なく、慢性期は、西多摩のことだけを考えて、過剰になってくるということです。

それで、大体のイメージをつけていけばと思うのですが、この回復期というのは、何を担うのかという問題があると思われ、イメージとしては、脳卒中の方をリハビリしたりして、6か月間支援をして、ADLを高め、療養環境をつくって、在宅にお返しするというのが、西多摩の回復期の医療のイメージであり、実情であると思っております。

そして、「亜急性期病床」というのが回復期に入るわけですので、急性期医療を担ってくださっている病院が、一部の病棟を地域包括ケア病棟に転換してくださった場合の機能というのが、ここに出てくると思います。

それから、裏側には、厚労省の「地域包括ケア病棟のイメージと要件」という図がありますが、この中で、何を担うのかということで、1つは、「急性期からの受け入れ」で、救命が終わったあと、在宅に帰れるまでの間ということだと思います。

2つ目は、「在宅・生活復帰支援」で、3つ目は、「緊急時の受け入れ」となっています。

私のイメージでは、この病床の議論を始めたのは2004年ぐらいで、当時、東京都でも「地域ケア会議」というものがありましたし、「在宅医療推進会議」もありました。

そして、三次救急ではない応急を担うのかという議論の中で、いわゆる「亜急性期病床」という議論が出てきて、その中で、当時、病院協会さんと一緒に実験をしました。

回復期病床と医療療養病床で実際に在宅の人を受け入れるということを、4病院ぐらいでトライアルしてみたところ、いろいろ課題が出ました。

その一つは、療養病床のスタッフが、ときどきであれば、急な肺炎の人とか、急な方を担えるけれども、毎日たくさんの方が来られたら、とても応じきれないし、スタッフの数やスキルからして、一定の課題があるということが、慢性期医療のところでも回復期医療のところでもあるということでした。

それでは、在宅の方の応急というのは、今後誰が主に担っていくのかということで、「それはさらなる課題だね」ということになっていました。

それから時代が過ぎていって、最近また、地域包括ケア病床というものが出てきましたが、私は、ここがそれを担うのかなというイメージを持っていて、今でもそう願っています。

もちろん、実際は、大きな病院さんで、急性期病床をたくさん持っていらっしゃるところが、時代の要請によって転換されているわけです。都内なんかはそうだと思います。

この間、協働医療の会議のときに、松山先生のところの地域包括ケア病床の内容を見せていただいたら、福生病院の急性期の病床におられた方がほとんど入られていて、この在宅や施設で療養している方々の受け入れは、まだまだ細かいかなという感じでした。

これは、もう仕方がないことだと思いますが、この辺は、医師会として、かかりつけ医が在宅医療を担うとしたら、ここをどうしても太くしていただきたいというのが、私どもが考えている課題です。

そうすると、病院の先生方にも、在宅医療というものに対して理解していただいたり、現場を担う先生が一人でも二人でも病院におられれば、連携もできてるだろうし、地域連携室の方々が主体になって、こういうところをぜひ広げていていただいて、病院の中のスタッフの方々に理解を得られるようにしていただければと思います。

そして、認知症の方とか精神疾患を持った方々の応急というのも、機能として出てきますし、そこのスキルを病院の中で高めていただかないと、私どもの認知症疾患医療センターなんかでも、肺炎などになった場合、ほんの一時的な加療を数日していただいて、またすぐ、施設や在宅に戻していただくというやり取りができれば、在宅と慢性期の使い方が変わってくるのではないかと思います。

そういう点について皆さんはどうお考えかなということで、資料を出させていただきましたので、ご意見をいただければと思います。進藤先生、いかがでしょうか。

○進藤（東京都病院協会）：地域包括ケア病棟は、今後非常に増えていくし、急性期病院の中で使い勝手がいい病棟になると思っていますので、ぜひ増やしていただければと思っています。

この際お伺いしたいことが4つありまして、1つ目は、この西多摩においては、1つの市町村で救急医療から在宅までを完結化していないので、市町村を超えて連携を組む必要がありますし、介護についても、一部の受けたい介護が受けられないところもあります。

しかも、救急医療も、「いつでも、どこでも」といっても、それも完結していないので、実は、困っておられるのではないかと思いますので、奥多摩町や桧原村とかの方から、後ほどご意見をいただけたらと思っています。

2つ目は、在宅医療を非常に充実させないといけないということです。1日当たり1400人だったのが、4000人まで増えなければいけないということで、倍以上になりますので、在宅医療を担う医師の養成ということについて、玉木先生はその辺をどうお考えかということをお聞きしたいと思います。

併せて、訪問看護や訪問薬剤師さんも、歯科の先生も増えていかないといけないわけですが、その辺、西多摩で増やしていくことが果たして可能なのかということについて、ご意見をいただきたいと思います。

3つ目は、認知症の人が今後増えてきて、複合疾患を持って対応していかなければいけないので、そのとき、認知症の患者さんを抱えていながら、十分な

医療が提供できているのかということ、精神科の立場からお話をいただければと思っています。

4つ目は、高度急性期については、7対1を含めず、青梅市立総合病院しか認識をしていない現状ですが、ほかの地域では、7対1は高度急性期となっていますので、地域包括ケア病棟も含め、急性期機能の病院も先生方はどのようにお考えなのかをお聞きしたいと思います。

○座長：ありがとうございました。

では、皆さまからご意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○伏見（高沢病院）：「地域包括ケア病床」を、福生病院さん、阿伎留医療センターさん、高木病院さんで始められましたが、西多摩の実態というか、実感は、この2013年の資料からは、相当かけ離れていると思っています。

進藤先生も実感されていると思いますが、西多摩の地域は、療養病床が非常に多く、特養が多く、高齢者住宅が多い中で、今は看取りも非常に増えていて、特養では看取りもやっていますので、特養で具合が悪くなって、急性期病院でみてもらうということも減っています。

ですから、慢性期の病院は、この12月でも相当空いていますので、皆さんは言いにくいから言わないと思いますが、この「92%」という数字とは相当かけ離れていると思っています。

それでは、他の地域から患者さんが今後集まってくるかということ、都内では、特養とかをどんどん建設していますので、西多摩の40万の都市ではこれから人口が30万に減っていく中で、患者さんが増えるかということ、それは無理だと思っています。

ですので、慢性期の病院の中では、経営が相当苦しくなって、身売り話だとかいったことが、今後出てくるのではないかと想像しています。

それに関して、高度急性期は青梅総合病院さんしかないのですが、地域包括ケア病床について公立が担っていいのかということ、これは、慢性期の病院がやっていく仕事ではないかと思っていますので、公立の病院さんはこれか

らよく検討していただいて、どのようにしていくかを行政とお話をさせていただきたいと思っています。

○座長：ありがとうございました。

慢性期病床が、回復期や亜急性期病床をつくる場合、中の多職種の体制とか、急性期の対応がある程度できるような人材を揃えないと、うまくいきにくいと思いますが、できれば、慢性期から回復期に転換していただくということは、とてもいいことじゃないかと思っていますが、その辺の実効性はどうか。

○伏見（高沢病院）：公立病院でもなかなか医師が集まらない、看護師やコメディカルも、この地域は病院も施設も非常に多いので、こちらも不足していて、皆さんも実感していると思います。

ですから、この西多摩の中で人材を揃えていくことは、人口減の中で非常に難しいのかなと思います。

○座長：それから、亜急性期病床に転換するとき、中の人員の体制とか教育とか、あるいは、考え方の当院とか、そういう点でご苦労はあったかというようなことをお聞きしたいのですが、いかがでしょうか。

○松山（公立福生病院）：今のお話を伺って、本音を初めてお聞きしましたので、感激いたしました。ありがとうございました。

多摩地域でうちが初めて、公立病院で地域包括ケア病棟をやろうと思って、恐らく、相当反対があるだろうと予想したものですから、忠臣蔵のように、「体制を整えるまでは、みんな言うんじゃないぞ」ということで進めてきました。

表向きは、玉木先生を初め、皆さまは賛成してくださる方ばかりしか、私の耳にしか届かなかったのですが、最初から慢性期病棟から反対が出るだろうということは、十分考えておりました。

ただ、なぜうちが踏み切ったかという、急性期病棟の病床稼働率が下がってききましたので、これはもう、「背に腹は変えられない」というからでした。

うちの病棟が空いているのにもかかわらず、よそさまに出さなければならないというのは、自己矛盾がありますので、よそさまのことよりも、まずは自分のところを立て直すほうが優先すべきだろうということで、踏み切ったというのが現状です。

もう一つ心配したのは、うちはずっと急性期病院で来たものですから、ドクターもナースもコメディカルも、全て急性期病院だということを前提に就職していますから、ナースなどは特にそうで、「あなたは来月から地域包括ケア病床で」と言われて、モチベーションが保てるかということでした。

ただ、人選をきちんと行ったせいだと思いますが、いろいろなアンケートを取りますと、うちは、急性期病棟よりも地域包括ケア病床のナースのほうが、モチベーションが高いということで、喜んでいいのかがっかりしたほうがいいのかわからないような結果が出ています。

これをやる前に、3つの病院に見学に行かせていただきましたが、きちんと教えていただいたおかげで、今のところは、そこその状態で「やってよかったのかな。地域のニーズを吸い上げるという大義名分に即しているのかな」と思っています。

○座長：ありがとうございます。

ぜひやっていただきたいと、私が思った理由は、先ほど言ったように、かつてのモデル事業で、慢性期が亜急性期、あるいは、地域包括ケア病床のようなことを担うのは、ハードルが高いという印象があったので、どちらかというところ、急性期の方々に慢性期療養、認知症などのスキルも身につけていただいて、そういった病床をつくっていただくのが一番、地域にとって早いかなと思ったからです。

ですから、私は、心から、「ぜひ50床ぐらいやってください」とお願いしたわけです。

それでは、在宅の人材をどう担うかというのは、緩和ケアをやったり、在宅での透析をやったりという、高度な療養が必要な方のニーズに応えられるのが、在宅療養の専門家だと思いますが、そういう方々は西多摩にはまだ少ないですが、おられないわけではありません。

大部分の在宅の裾野は、我々かかりつけ医が普段の診療の延長の中で、みんなだみていくことを進めていくしかないかなと思っています。

それで、先ほど、進藤先生から、奥多摩の現状についてお聞きしたいということでしたので、先生、その辺をもう一度お願いします。

○進藤（東京都病院協会）：西多摩では、青梅市以外の市町村はみんな、医療も介護も自己完結していないのですが、その中で一番お困りになっているのが奥多摩とか檜原かと思っていますので、地域包括ケアを実施していくにあたって、その辺のお話をお聞きできればありがたいと思います。

○清水（奥多摩町）：介護についてですが、自己完結できるのは特養だけで、在宅サービスでは、ほとんどができておりません。かろうじて、デイサービスや通所介護はほぼできていますが、ホームヘルプにしても人材が足りないということが、大きな問題かと思っています。

その中で、グループホームとかは、西多摩地域で協定を結んで、「認める」「認めない」ということでやっていて、地域密着の例なども、そういう形でやっていますので、私どもがお世話になるケースが結構多いです。

今回、先生のほうから訪問リハという事業展開をやっていただき、非常に助かっております。これは、週2回ですが、10月から始めて、現在では8名ほどが利用しております。

こういうケースがどんどん増えていって、在宅での介護ということで、利用者が増えれば、特養に行く方も少なくなるということです。

これは、医療についても同様で、私どもの町の病院は、急性期で申告しているということですが、将来的には、地域包括ケア病床みたいなものも模索しているというふうに聞いております。

その辺のことの転換が可能になれば、高度急性期については、青梅総合さんとかにお願いするわけですが、そのほかについては、自区域内で完結ができ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した。

地域包括ケアもこういった体制も、8市町村が一丸になってやっていかなければいけない部分がいろいろありますよね。

民間のほうの本音もあると思いますが、3公立病院は、この8市町村が担っているに近いもので、実質的に経営なさっているわけで、それぞれの地域で同じような機能を、自分の市や地域のためにやろうとしてこられたわけです。

その中で、青梅総合病院が、西多摩で三次救急まで担われる大きな病院になられたわけですが、ただ、あくまでも、青梅市立病院ですので、我々が「西多摩全体を」ということをお願いすると、またいろいろ話が出てきます。

また、福生病院さんは、どういうふうになさっていくのか、阿伎留医療センターさんはどういう方向性で行かれるのかというのは、各院長先生方がすごくお悩みのことだと思っています。

ただ、この実質の運営主体が市町村というところが、この西多摩のものすごい特性だと思いますが、その辺と民間の機能がどのように融合していけるかという議論を、本当は本音でしなければ、よりよいソフトランディングはなかなか難しいと思っています。

もちろん、それを今日議論してしまうと、お答えになれないと思いますので、そういうことを上に持ち帰っていただければと、医師会として思っております。これは、20年ぐらい前からそう思っています。

それから、精神科医療のほうの急性の方とかのお話もお伺いできればと思いますので、室先生、いかがでしょうか。

○室（東京都病院協会・精神領域）：現在のところ、精神科医療の部分は、基本的に地域医療構想には入っていないのですが、西多摩地域では、療養病床と並んで精神科病床が多いということが特徴の一つになっています。

地域包括ケアとは少し離れている部分もあると思いますが、この資料で一番びっくりしたのは、この西多摩地域に医師や看護師などの医療従事者が極端に少ないということ、その数を改めて見て、非常に驚きました。

ただ、精神科の場合は、逆に言いますと、指定病院で措置とかを受けたり、二次救急とかも受けていますが、病院の中で急性期から慢性期まで完結している部分もあります。

措置の場合とかは、西多摩の方が来るわけではなくて、東京都の全地域からいらっしやいますが、最近は、連携事業などのおかげで、皆さんのご協力で、地域の方の入院とか受診とかも増えています。

二次救急で気がついたのですが、西多摩に二次救急が回ってくるということは余りなくて、救急でさっと入って、すぐ退院できるような方たちは、都心のほうの病院で大体終わってしまって、武蔵野あたりまでの病院に、自宅に帰れるような、質の高いような患者さんが主に入っておられるようです。

それから、認知症の東京都指定の病床を、うちの東京海道病院では50床持っていて、以前は軽度の人たちが多かったのですが、今はいろいろな施設でも、大声とか徘徊とかの人たちをみてくださるようになったので、うちに入院してこられる方というのは、かなり進んでいて、ほとんど判断できないような状況の方が多くなっています。

また、都心のほうから、身寄りがなくて、誰もみる人がいなくて、病気で倒れたりすると、一時的には急性期の病院に入るのですが、精神疾患があったり、“ごみ屋敷”になっていてどうしようもないという方が、かなり流れてこられます。

そうすると、退院ということで、地域に返すといっても非常に難しい方々が、西多摩とか南多摩とかに集まる傾向があるのじゃないかということで、そういう方々をどこに返せばいいのかとか、さらに、精神科に関しては、受け入れ施設がしっかりしていないと、地域への退院には結びつけないというところがあります。

それから、進藤先生が先ほどおっしゃった、合併症をどうするかということがありますが、紹介して、みていただいても、高度な治療で麻酔をかければというところもありますが、指示に従わなければいけないような、内視鏡での治療などでは、「この状況では難しい」ということで、なかなか治療できないという場合が多いです。

ですので、院内でなるべく身体のことみられるようにということも、精神科では大事なことかなと思っています。

以上のようなことが精神科の状況ですが、お話を伺っていると、在宅がまだ可能な人たちを対象に、かかりつけ医の先生方とかが中心になって展開してい

ただき、その中で、病院が役割分担して受けていくというのが理想的かなと思いました。

精神科は、性質がちょっと違っていたり、西多摩以外の方の入院を受けることが多いので、退院を増やして病床数を減らすようにと、精神科でも言われていますが、どこにどういうふうに戻したらいいのかということについて、非常に悩んでいるところです。

○座長：精神科の実情をお話しくださり、大変ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○吉成（歯科医師会代表）：訪問診療の需要が増えるというお話ですが、歯科に対してどのぐらいの需要があるのかははっきりつかんでいませんので、何とも言えず、申しわけありません。

私も開業してまして、「訪問診療を行います」と出していますが、2年に1回ぐらいあったかなというぐらいの記憶です。

口腔ケアの大事さは、しきりに言われるようになっていきますので、もし需要があれば、歯科医師会に問い合わせただければということで、連携がどうなっているのか、十分把握していませんが、その辺をうまくしていただければと思っています。

○座長：歯科との連携のお話をありがとうございました。

ほかにご意見はございますか。

○原（青梅市立総合病院）：高度急性期の立場からお話をさせていただきます。

平成28年度の病床機能報告で、高度急性期を本院が184床で報告いたしました。今までは非常に厳格に、ICUとかNICUとかいうところだけで報告していましたが、今度は、手術のケースが多いとか、循環器でPCI（経皮的冠動脈形成術）をやったとかを含めて、このような数字にしました。

西多摩地域を考えてみますと、ほかの病院でも、高度急性期の患者さんを、1病棟丸ごとではなくても、それぞれみてくださっていると思いますので、ほかのところを足せば、250床ぐらいにはなるのではないかと考えています。

それから、救急医療のところでは、私どもは救命救急センターを持っていますが、二次救急、三次救急の患者さんをよりしっかりみたいという希望を持っていますので、一次救急の患者さんは、それぞれの地域でもう少しみていただきたいと思っています。

夜間の診療所は、青梅市には準夜間や休日もみてくれる夜間診療所がありますが、ほかの自治体ではそれがちょっと弱いところがあるように思いますので、一次救急をみてくださるようなところを、医師会の先生方にはぜひつくっていただきたいと思っています。

○座長：高度急性期と一次救急のお話ありがとうございました。

あと、公立の阿伎留医療センターの荒川先生、ご発言をお願いします。

○荒川（公立阿伎留医療センター）：私どもの病院は、10年前に新しく建築されましたが、もともと三次救急は目指しておりませんで、救急については、一次と二次ということが中心になっております。

その中で、急性期病床の利用率がもう一つかんばしくないという状況の中で、今回、43床を地域包括ケア病床に変えました。まだ8月からですので、十分な成果を見てはおりませんが、進藤先生が先ほどお話しされていたように、使い勝手がいい病床かなと印象を持っております。

ただ、この運営については、人材不足と医師の確保ということが何と云っても大きな課題になっています。

診療科間の医師の偏在等も実際にありますので、もしその辺が解決できないと、十分な運営が難しくなると思っておりますが、来年の4月から、公立病院の改革がスタートしますので、その中で、今日はたくさんの情報をいただきましたので、整合性を持って達成していく必要があると思っております。

○座長：いろいろご意見をいただき、ありがとうございました。

西多摩には都内から来られている患者さんにも特性があって、また、人材確保という面でも非常に困難な特性があるということも、かなり明らかになったのではないかと思います。

私の不手際で、皆さまからご意見をいただくことができなくなってしまい、大変申しわけありませんでした。

最後に、東京都医師会の伊藤理事から、私どもに対して何かサゼッションをいただければと思います。

○伊藤理事：今日は本当にすばらしい会であったと思います。

ほかの地域でも調整会議をやっておりますが、これだけの議論をしているところはなくて、1年、2年たってもほかの地域では議論に至らないのではないかとというような話を、既に今日お聞きすることができました。

これは、座長の運営のおかげということもありますが、皆さまがそれぞれお感じになっているところがいろいろあるからだと思っています。

今後、東京の中で医療需要が低下するというのは、この地域だけですが、そういった意味で言うと、現在の機能をそのまま維持していくということは、なかなか難しいので、何らかの転換なり合理化なり集約化とかをしていかなければいけないと思っています。

ですので、そういったことについて、特に、不足する医療をどう扱っていくかということなどについて、地元で話し合っただけであればと思っています。

例えば、「公立病院の病床稼働率が落ちてきたので、利益のために改変することは、地域医療に問題を投げかけるかもしれないが、そういうことをほかのところが補わないのであれば、それもやむを得ないかな」とかいった議論を、皆さんでやっていっていただくことが、非常にいいのではないかと考えています。

今日は本当にすばらしい会議に参加させていただき、どうもありがとうございました。

○座長：ありがとうございました。

それでは、時間になりましたので、本日はこれで終了とさせていただきます。

4. 閉 会

○司会（久村課長）：本日は、活発なご議論、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つきましては、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とおり、本調整会議は公開でございます。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、そのまま机上にお残しいただければと思います。

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

（了）