

〔平成 28 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

平成 28 年 11 月 29 日 開催

【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

平成 28 年 1 月 29 日 開催

1. 開 会

○矢沢部長：それでは、定刻となりましたので、北多摩西部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催いたします。本日は、お忙しい中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。

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部長の矢沢でございます。

久村が司会をする予定でしたが、人身事故があったということで、今こちらに向かっておりますが、まだ到着しておりません。到着次第交代いたしますので、よろしく願いいたします。

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。

後ほど、質疑や意見交換の時間を設けておりますが、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、ご所属とお名前をお願いできればと思います。

なお、本日は、傍聴席にも先生方のご参加をいただいております。ありがとうございます。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、ご発言をお願いできればと存じます。

それでは、まず、私から一言ご挨拶を申し上げます。

東京都では、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。それに先立ちまして、こうした会を昨年度は 3 回設けさせていただいて、名称

は、「意見聴取の場」ということでございましたが、先生方には多大なるご支援、ご指導をいただきましたことを、心から御礼申し上げます。まことにありがとうございます。

東京都地域医療構想は、都民の皆さんと、行政、医療機関、また、保険者など、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す。

その方針がちょうど定まったということでございます、この地域医療構想が実現するのは10年後ということでございます。

これから、先生方、皆さんのお力を借りながら、そして、ご意見を伺って、施策を進めながら、何とか一つでも二つでも課題を解決してまいりたいと考えておりますので、何とぞご指導くださいますようお願いいたします。

また、本日はかなり多くの資料をご用意していて、これを今日ご覧になって、初めてご覧になった方もいらっしゃると思いますが、この場でこれらのことについて全て議論できるとは全く思っておりません。

この資料の中から読み取れる課題とか、皆さんで共通に認識しなければいけないようなところを、改めてご参照いただいた上で、次回、その次へとつないでいければと思っております。

また、この資料をご覧になって、さらに「こんなものがあつたらよいのではないか」というご提案もいただければ、可能な限り、そういったご要望にもお応えして、先生方とこの地域の医療のことを考えてまいりたいと思っておりますので、何とぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、これから会議を進めてまいりますので、よろしく願いいたします。

それでは、まず、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ご説明申し上げます。

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。

東京都地域医療構想調整会議の設置については、医療法の第30条の14に規定されておまして、「都道府県が設置すること」としております。

皆さんとの連携を図りながら、医療計画において定める事項の達成、また、地域医療構想の達成を進めるために必要なことについて協議する場であるということでございます。

東京都といたしましては、これまで、構想区域ごとに「意見聴取の場」を開催しており、それを引き継ぐ形で、東京都地域医療構想調整会議を今回設定いたしました。

後ほど説明いたしますが、地域医療構想にて掲げたグランドデザインの実現に向けまして、それぞれの地域で自主的な取り組みを推進するための関係者間の協議を行うことが目的でございます。

また、座長・副座長は、このあと互選をすることになっております。

それから、議事の内容によりましては、例えば、双方に流出入があるような医療圏同士の合同開催や、もう少し小さい単位での会議を行うなど、柔軟に運用をまいります。

また、この会議は、原則公開とさせていただきたいと存じます。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ます。後ほど訂正等は可能でございますが、そのことをご承知おきいただきまして、会議を進めたいと存じます。

それでは、先に4ページ目をご覧ください。

この議論を進めるにあたっては、以下の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、地域医療構想の本筋でございます、この地域をどうしていくかにあたって、構想区域における現状や将来がどうなっていくかの予測などを、まずは皆さんと共有したいと思っております。

病床機能報告のデータとか将来の病床の必要量のようなデータがございますので、そういったものを参考にしながら、日頃の診療や業務の中で感じている、この地域ならではの実情を勘案しながら、将来、医療需要が増えていくこと、また変化していくことに、どう対応していくかを、地域の関係者の皆さんと一緒に考えるのが、この調整会議でございます。

また、この北多摩西部もそうですが、多摩全域の交流の中で、患者さんが受診されているということもございますので、隣接区域の医療資源の状況についても踏まえていただくことが必要でございます。

そして、構想区域の関係者の方々が、その議論の過程を聞きながら、自分たちがどういう役割を担っていくべきか、また、どのように考えていかなければいけないかということ、自由に検討できますように、幅広い観点から議論を行っていくものと考えております。

それでは、3ページ目をご覧ください。議論の進め方のイメージ図です。

まず、現状、課題を把握していきます。そして、課題のうち、優先順位の高いものや量の多いものといったものを抽出いたしまして、そのことについて皆さんからご発言をいただきます。

そして、すぐには解決ということにならないかもしれませんが、どんな方向性があるかといったようなことを、さまざまなお立場からご覧になって、ご発言いただきまして、その議論の中から、各医療機関において、自主的な機能分化・連携の取り組みが進んでいくことが、この会議を開く意義となります。

そして、その進捗状況を共有して、新たな課題がまた生じた場合には、その課題に対しても対応していくということ、繰り返し行っていくことで、この北多摩西部の医療提供体制が住民の方々にとってよりよいものになるように、皆さまと一緒に進めてまいりたいと考えておりまして、そのための会議とご認識いただければと存じます。

2. 座長・副座長の選出

○矢沢部長：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。

○三田村（東京都病院協会）：地域で中心的になって活動されていて、地域医療の発展に尽くされている、立川市医師会長の香取先生をご推薦したいと思いますが、いかがでしょうか。

〔全員、拍手で承認〕

○矢沢部長：ありがとうございます。

それでは、香取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。では、先生、座長席にお移りください。

（香取座長、座長席に着席）

それでは、香取座長から一言ご挨拶をちょうだいできればと存じます。

○座長（香取）：今ご推薦いただきました、立川市医師会の香取と申します。

座長に選んでくださり、身の引き締まる思いでございます。不慣れではございますが、皆さまのご協力で調整会議を円滑に進めたいと思いますので、よろしくをお願いいたします。

東京都地域医療構想の実現に向けた取り組みについて協議するため、この東京都地域医療構想調整会議が設けられております。

本日は、北多摩西部医療圏における地域医療構想について活発な議論を期待しておりますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

○矢沢部長：ありがとうございました。

先生には、副座長の指名をお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

○座長：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三田村先生、また、保健衛生を担う行政の立場から、早川・多摩立川保健所長のお2人に、副座長をお願いしたいと考えておりますが、皆さま、よろしいでしょうか。

〔全員、拍手で承認〕

（三田村副座長、早川副座長、副座長席に着席）

○矢沢部長：それでは、これ以降の進行は香取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：早速議事に入りたいと思います。

皆さま、既にご存じとは思いますが、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」の議論も踏まえて、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、東京都より簡単に説明を受けたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○矢沢部長：それでは、資料3と資料4でご説明申し上げます。

まず、資料3をご覧ください。東京都地域医療構想の概要でございます。

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」について記載してございます。

第1章ですが、地域医療構想は、平成26年の医療法の改正に伴いまして、都道府県が策定することとなったものでございます。

そして、医療法には、「記載事項」と書かれているところの2つを書くこととされております。

1つは、構想区域ごとに厚生労働省令で定める計算式によって算定された、「①病床の機能区分ごとの将来の必要量」、「②将来の居宅等における医療の必要量」と、もう1つは、「地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項」という、この2点を書くこととされております。

東京都では、こうしたことを受けまして、3つの特徴のある構想をつくりました。

1つは、東京都地域医療構想は、都民、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、将来にわたり、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ということです。

これは、ごく当たり前のことではありますが、一番難しいことでもあるということで、最初に宣言させていただきました。

2点目は、第4章を定めたことでございます。これは、「東京の将来の医療～ランドデザイン～」ということで、「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、医療を提供する側の永遠のテーマであることを、将来のあるべき姿として掲げまして、その実現に向けた4つの基本目標を定めたことです。

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

この4つの基本目標を達成していくことで、東京の将来の姿、ランドデザインを描いていけないかということを考えております。

3点目の特徴は、この基本目標のⅢのとおり、地域包括ケアシステムについて、医療計画で初めて、東京都として記載したことです。

これまで、地域包括ケアシステムについては、介護のほうで記載されていましたが、東京の医療資源の現状が地方とはかなり違うため、東京のこうした医療資源を十分活用して、地域包括ケアの5つのパーツの1つではなく、地域包括ケアシステム全体を医療が支えていくような体制をつくりたいということで、このⅢの基本目標を掲げました。

この3点が東京都地域医療構想の特徴でございます。

そして、1枚目の左下に記載してありますが、東京都地域医療構想の「性格」についてです。

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で、「東京都保健医療計画」の一部です。そして、平成30年に改定いたしますが、その際に、この地域医療構想は、保健医療計画に一体化していきます。

そして、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8つ掲げています。

医療提供施設や、医療人材育成の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、発達した交通網により患者さんが比較的自由に受診する病院を選べること、人口密度が高く、特に、昼間の人口比率が高いこと。

さらに、高齢者の人口がこれから爆発的に増えていって、その量が増えていき、中でも高齢者の単独世帯が多くなるということです。

こうした特徴を踏まえますと、災害医療とか在宅医療とかいったところに、また大きな課題などが見えてくるということになります。

そして、その下には、「将来推計」と、それを踏まえた、国の推計ツールに基づいて出しました、2025年に必要な病床数を書かせていただいています。

この病床数を合計いたしますと、今ある病床が10万5000床ぐらいで、それが11万3000床となっていますので、将来に向けて8000床不足するという数字になっております。

東京都地域医療構想をつくるにあたりまして、この推計の前提として、例えば、将来人口はそのまま伸びていくことや、病床稼働率を、高度急性期は75%、急性期は78%といったような病床稼働率で割り返すこととされており、実態とはちょっと違って、過大評価になる可能性があります。

また、これから医学が進歩して平均在院日数が短くなったり、病院が新たにできたり、閉鎖をしたりして、患者さんの受療動向が変わっていくこともあろうかと思われませんが、それらが、10年間一切ないという前提での推計になっております。

ですので、この推計は推計として掲げましたが、東京都といたしましては、区市町村の事業の考え方、あるいは、病床稼働率といったものを、きめ細かく見ていきながら、基準病床数制度でこれから病床の整備をしっかりと図っ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、二次医療圏と同じ区域でございまして、病床の整備を図る区域でもありますので、「病床整備区域」と呼ばせていただいております。

そして、この構想区域ごとに調整会議をこの行うことになっていて、昨日から始まっておりまして、13区域でそれぞれ開催することになります。

この北多摩西部の構想区域の特徴については、後ほどご説明をしたいと思っております。

また、今回、「構想区域」を定めるときに、「事業推進区域」という新たな概念を別に設けました。これは、病床を整備する区域としての構想区域の役割以外に、疾病事業ごとに医療連携をしていく際のさまざまな連携体制があって、その区域は、事業、疾病などによって大きく異なることが、既にわかっております。

また、東京都としても、三次救急は都全体で、二次救急は二次医療圏で、初期救急は区市町村でというふうに、二次医療圏にこだわらない制度を、これまでもつくってまいっております。

こうしたことを踏まえまして、これから、この地域医療構想で事業を考えるにあたりましては、この構想区域に余り固くとらわれることなく、少し自由な発想で区域を考えていこうということで、この「事業推進区域」を設けたわけでございます。

第4章の「東京の医療の将来～グランドデザイン～」ですが、ここでは、先ほど、法定で2つ書かなければいけないといていた、1つが推計値で、もう1つが施策ということですが、2つ目の法定事項がここに書かれているとお考えください。

ただ、10年後までのことを書かなければいけなかったため、東京都としては、10年後を全部施策で記載することは不可能と考えましたので、このグランドデザインを達成するための目標と、それを達成する上での課題と取り組みの方向性という書き方をしております。

そして、この方向性に沿って、事業を10年間進めていくということで、東京都としてはこの整理をさせていただきました。

例えば、「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」では、「予防・健康づくり」から「看取り」まで、その内容についてどのように進めたらいいかといったことを書かせていただいております。

そして、最後の第5章では、地域医療構想を今回作ったことで新たに生じた役割として、例えば、東京都であれば、こういった調整会議を設置することや、地域医療構想を実現すること、あるいは、医療機関の皆さんであれば、この地域医療構想をご理解いただいた上で、病床機能報告等を活用していただくこと、また、保険者の方については、保険のデータをこういった調整会議に提出していただくことなどを記載しております。

また、「都民の皆さんは、この地域医療構想の中で、担い手としての役割があります」ということも、書かせていただいております。

以上が地域医療構想の概要についてでございます。

次に、資料4をご覧ください。「北多摩西部」に関してのもので、既に、前回の「意見聴取の場」でも説明していることですが、簡単に内容の説明をさせていただきます。

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ページ目が高度急性期、3ページ目が急性期、4ページ目が回復期となっております。

高度急性期から回復期まで、この北多摩西部は流出超過にはなっているものの、多摩地域だけでほぼ完結しているようになっております。

例えば、高度急性期ですと、一番下の帯グラフを見ていただくと、北多摩西部にお住まいの方が北多摩西部の病院に入院している割合は、57.6%で、それに隣接する医療圏を足し合わせますと、88.5%の方々が、その中で入院されているということになります。

また、急性期においても、同じように、91.3%になりますし、回復期でも、同様に、91.7%となっております。

そして、慢性期になりますと、ご自身が住んでいるところにいる方が入院している割合は、40.8%しかいないということになりますが、隣接する区域を併せますと、89.4%ということなり、特に、南多摩、西多摩へ流出をしながら、この地域の近くで入院されているということがわかります。

一方、流入については、少し遠方からもあるようですので、そのあたりもこの矢印からご覧いただければと思います。

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。

2025年の値を見ていただくと、高齢化率が26.7%で、15歳未満の年少人口は10.6%となっております。東京都の高齢化率の平均は25.2%ですので、ちょっと高めになっています。

一方、年少人口については、こういう医療圏は少ないのですが、東京都の平均よりも0.6%高いということになっています。そして、2040年においては、都の平均は8.5～8.6%ですので、9.5%というのは、1%も高いということですので、年少人口の割合が高く出ているというのが、この地域の特徴とも言えます。

それから、「医療資源の状況等」ですが、平成26年度の病床機能報告から見ると、特定機能病院についてはありませんが、「7対1入院基本料」を取っておられる病床は、人口10万対で245.2ということで、都内の平均と変わらないということです。

また、「回復期リハビリテーション病棟入院料」や「地域包括ケア病棟入院料/管理料」も、都の平均よりも多いという状況が見られます。

それから、「医師・歯科医師等の従事者数」については、多摩地域全般を通して、都の平均より低い状況になっております

7ページ目は、「推計患者数（医療機関所在地ベース）」について、8ページ目は、「平成37年（2025年）の病床数の必要量等」です。

この「病床数の必要量」の上の表と下のグラフを見比べていただきたいと思いますが、下は、先生方からいただいている病床機能報告について、全体を100としたときに、高度急性期が22.3%、急性期が39.3%、回復期が8.8%、慢性期が29.6%といった割合を示す報告のデータでした。

一方、同じように全体を100として、将来の必要量を推計したもので考えますと、高度急性期が12.3%、急性期が37.0%、回復期が30.0%、慢性期が20.7%ということです。

ですので、高度急性期と回復期のところで差が大きく出ているという状況がございます。

こういった点についても、ご理解いただくための一つの材料としていただければと思っております。

そして、最後のページですが、これまでの「意見聴取の場」でいただきましたご意見を、なるべくそのままの言葉で載せさせていただきました。

先ほど、多摩地域全体で患者さんの行き来がほとんど、その中で済んでいると申しましたが、そのことを既におっしゃってくださった先生方もおられ、「コンパクトにまとまっている」というようなご意見でありました。

また、「がんのように治療先を患者さんが選べる疾患については、広範な受療範囲でよいが、心筋梗塞、脳卒中のようなものについては、身近な地域にあったほうがよいのではないか」とか、「完結率や流出入データは、現場で肌で感じていることが反映されている」というご意見もございました。

そして、そういったことを踏まえると、「連携にあたり、病院及び診療所の医師が疾患別にどこまで対応できるか把握すべき」といったようなご意見もいただいております。

こうしたことを踏まえて、これからまた新たなデータの提示もさせていただきますので、それらの情報等をご覧いただきながら、この地域の実情をご理解いただいた上で、どうしていったらいいとか、感想等をお聞かせいただいて、今後の施策を進めていければいいなと思っておりますので、引き続き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。

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ということはいかがでしょうか。

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、構想に記載してあることをさらに一歩進めて、今この地域はどのような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、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、まず、東京都から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に入る前に、地域医療構想に記載されている将来の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、国が定めた計算式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計算していることになっておりまして、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点数で分類をされているということで、各機能の延べ患者数が出されております。

なお、分類方法の詳細は、次のページにあるので、後ほどご確認いただければと思いますが、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、2013年と2025年の病床数を比較した表となっております。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年よりも2025年はいずれも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になります。2025年と比較いたしますと、回復期機能だけが少ないという結果となっております。

先ほど見ていただいた2013年の値とは異なりますので、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ということ、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くださいますと、この圏域はほとんど変化がございませんが、高度急性期機能と回復期機能が増加いたしまして、急性期機能と慢性期機能が少し減少しているということ結果でございます。

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しておりますが、参考として、将来の値も記載させていただいており、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。

全体の病床数に占める急性期機能の割合を見ていただきますと、平成27年度と将来推計のところでは、37.3%と37.0%ということで、ほぼ同じ値になっております。

一方、回復期機能は、2倍以上の開きがあるというところがございます。

続きまして、データ2「機能と入院基本料」をご覧くださいと、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となっております。東京都平均と比べると、高度急性期機能と慢性期機能は高いですが、急性期機能と回復期機能は低いという状況になっております。

さらに、データ4「4機能と平均在院日数」は、同じく、病院のみですが、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をご紹介しますと思います。

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、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、高度急性期機能のみを並べたものとなっております。

北多摩西部は、高度急性期機能と報告した病床のうち、下から5段目の「一般病棟7対1入院基本料」を届け出ている病床が88.5%と、非常に多くなっております。

一方で、ちょっとご紹介したいのが、例えば、特定機能病院の多い区中央部や区西部といったあたりは、「特定機能病院入院基本料」を届け出ている病床が多く、逆に、西多摩ですと、「救命救急入院料」や「ハイケアユニット入院管理料」の届け出が多く、「一般病棟7対1入院基本料」はゼロとなっておりますが、全ての病床において高度急性期ではなく急性期と回答がされております。

こちらは自己申告ですので、地域の医療資源のあり方によって各機能の捉え方が地域ごとに異なるということのあらわれかと思っております。

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、

北多摩西部は、区中央部に次いで高く、6枚目の慢性期機能については、南多摩に次いで高い稼働率となっております。

7枚目は、平均在院日数のデータになります。回復期機能は64.5日で、東京都平均の50.7日より長いですが、慢性期機能のほうは79.8日で、東京都平均の152.1日の半分ぐらいになっております。

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に全構想区域分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っております。今までご紹介したような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、4つの機能に関しては自己申告でご回答を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まして、まだまだ流動的というところがございます。

右側の「北多摩西部の状況」を見ていただきますと、平成26年度と平成27年度のデータは大きな変動はありませんが、実は、東京都全体で見えていただきますと、高度急性期が7500床も減ったというような結果になっております。ただ、これは、自己申告が変更になったということでございます。

そして、自己申告した機能ではなくて、その中身の特徴を見てみますと、高度急性期では、「7対1入院基本料」を届け出ている医療機関が非常に多くなっておりまして、また、慢性期機能で病床稼働率が高く、平均在院日数が短いというような結果が出ております。

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というところで、単純比較はできないことを、補足資料1で申し上げたところでございますが、さらにもう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」という形でご報告していただきますが、将来推計のほうは、ある日の病棟に、例えば、3000点以上の患者さんが何人いらっしゃ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いるものでございます。

その右側を見ていただきますと、平成27年度の報告結果は、高度急性期機能は1077床で、将来推計のほうは、2025年時点で446人の患者さんがいらっしゃるとして、その患者さんをみるために595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数字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500床を減らさなければならないといったような見方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きちんと勘案しながら、地域の医療の現状を見ていき、ひいては、この地域はどのような医療が不足しているのか、あるいは、これから不足すると見込まれていて、将来に向け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30.0%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11.1%と、かなり大きな開きがございます。

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ながら、不足する医療機能を考えるというふうにしてはありますが、先ほどから申し上げておりますとおり、単純比較できるものではないと思っております。

では、この数値をどのように捉えるかということですが、いろいろな考え方があるかと思っております。

回復期機能は、国の定義では、「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も含める」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足りないのか、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考えると、そもそも既に足りていると見るのか、周囲の構想区域との連携で補えるからそれでいいと見るのか、いろいろな見方があると思います。

医療に日頃関わってくださっている中で感じていらっしゃ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きまして、不足すると考えられる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。申しわけございません。

この入棟前の場所としては、高度急性期機能と回復期機能で、院内の他病棟からの転棟の割合が、東京都全体よりも高い結果となっております。

慢性期機能では、家庭からの入院の割合が最多となっております。院内の他病棟からの転棟が最も多い東京都全体の状況と比べますと、非常に特徴的な形となっております。

データ6は、「退棟患者の退棟先の場所」では、やはり、慢性期機能のところに特徴がございます。家庭への退院の割合が、東京都全体の2倍ぐらゐを占めております。逆に、死亡退院の割合が半数以下というような結果となっております。

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、25.4%と高くなってございまして、東京都平均が8.5%ですので、非常に高い結果となっております。

そして、データ6と7を総合してみますと、北多摩西部は、慢性期機能におきまして、ご家庭に帰す形がしっかりしていて、その分、退院はしたけれども、家庭に戻ってからも、在宅医療が必要な患者さんの割合も多いということかと思っております。

また、きちんと退院後の患者さんの状況まで押さえてくださっているのので、こうした報告結果が出ているのかとも考えております。

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」について報告していただいたものでございまして、北多摩西部では、「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」と、「緊急時に対応する機能」と回答された診療所の割合が、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」と、「終末期医療を担う機能」につきましましては、東京都全体よりも低い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ので、これまでそのお話をさせていただきましたが、もちろん、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になると考えております。

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おいて、「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、法律で定められたところでございます。

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。

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を区市町村と位置づけて、支援をしてまいりました。

各区市町村においては、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、介護関係者等の方々を交えまして、在宅療養推進の取組をどう進めるか検討されているところかと伺っております。

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1.59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があるという推計になります。

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、各区市町村において検討がな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などの対応について、入院医療機関の方々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しているわけではなく、病院との連携に苦慮している区市町村のお声も聞いております。

そこで、この地域支援事業の(ク)のところにもありますが、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なども、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いたしますが、ご協力をお願いした際には、ぜひ調整会議のお力をお貸しいただければと考えております。

在宅と入院医療機関の一層の連携強化の議論に資すると思えますので、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ければと考えております。

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。

〔開会挨拶の追加〕

○座長：ここで、中央線の人身事故による遅れて到着されたお2人から、一言ご挨拶をいただきたいと思います。

先に来られました、地域医療担当課長の久村様、お願いいたします

○久村課長：遅くなりまして、申しわけございません。東京都福祉保健局の地域医療担当課長の久村でございます。

私は、この地域医療構想の担当と在宅療養担当もしております。

先ほど、事務局からご説明させていただきましたが、今後、在宅療養の推進に向けて、区市町村さんへの支援、あるいは、先ほどお話のありました病院と地域をつなぐような取り組み等、引き続き推進してまいりたいと思っておりますので、ご理解、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

○座長：東京都医師会の猪口副会長、よろしくお願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会としては、13の調整会議がございますが、手分けして誰かが出るということで、今回は私が担当だったのですが、遅れて申しわけありませんでした。

引き続き会議のほうをよろしくお願いいたします。

○座長：では、議事を続けてまいります。

ただいまご説明がありましたように、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して、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感覚なのだと思います。

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、よろしくお願い致します。

また、調整会議は、課題の共有が大きな目的でありますので、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、どうぞ活発なご議論をよろしくお願いいたします。

○三田村副座長（東京都病院協会）：今のご説明の中でちょっと興味があったのは、資料5のデータ3で、この地域の慢性期機能の病院の入棟前の場所が、家庭からの入院が多かったということです。

慢性期機能を持った病院で自宅からの入院が多いということは、ある意味では、急性増悪というか、そういう状況で、アキュートの機能を慢性期の病院が担っていたという解釈されるのでしょうか。

○事務局：補足資料2の11枚目をご覧くださいますと、東京都との比較が見て取れるようになっております。家庭からの入院が北多摩西部は52.9%となっていますが、東京都全体では27.4%となっております。

このデータをどう解釈するかというところですが、今伺いする限りでは、先生がおっしゃったとおりではないかと考えております。

ただ、このデータの読み方につきましては、私どもで回答を持ち合わせているわけではなくて、この病床機能報告ではここまでのデータになりますので、このデータを見て、地域の皆さまが、「自分たちのところはどうだろうか」というところで考えていただいて、ご意見をいただければありがたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

傍聴席の方もご遠慮なくどうぞ。

では、何かまたお気づきの点があれば、次の説明のあとにも意見交換の時間を設けておりますので、ご発言いただければと思います。

(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、次の議題の「グランドデザインと現状の比較について」に移らせていただきます。

冒頭の地域医療構想の説明の中で、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。この将来の姿と今のギャップがどこにあるのか、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる」ための、この地区の課題は何なのかということを考えていきたいと思えます。

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」焦点を当てて、意見交換をできればと思います。

では、東京都より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」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。

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。

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。

「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。

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、本日お示しさせていただきます。

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、北多摩西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。

北多摩西部の一番上に、「救急告示医療機関数」という項目がございます。上段の「14」という数字が、北多摩西部における救急告示医療機関数です。下段の「0.56」は、救急告示医療機関数の「14」を、資料には記載しておりませんが、北多摩西部の病床機能報告の対象病院数「25」で割り返したのになります。

つまり、北多摩西部の病床機能報告の対象病院のうち、5割以上が救急告示を取っているということを示す数字となります。

中段の「B. 急性期後の支援、在宅復帰の支援の状況」という項目の一番上の「救急・在宅等支援（療養）病床初期加算」項目をご覧ください。

箱が4つに分かれていて、左上の「273」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「6.20」という数字は、「273」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、北多摩西部で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、4400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いたしました。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となりますので、この指数が大きければ大きいほど、北多摩西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(13)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13を北多摩西部の病床機能報告の対象病院数の「25」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、北多摩西部の病床機能報告の対象病院のうちの約5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「A. 救急医療の実施状況」をご覧ください。

一番上に「救急告示医療機関数」と2段目に「二次救急医療機関数」という項目がございます。北多摩西部で病床機能報告の対象病院となっている病院のうち、救急告示医療機関が5割以上、二次救急医療機関が4割以上が、この2つの項目を取っていただいております。

多摩のほかの区域と見比べていただければ、多くの医療機関が救急医療にご参画いただいていることがわかるかと思えます。

5段目の「救急車の受入件数」ですが、北多摩西部では、1年間で2万8604件、1病院当たりでは、1144件と、多摩地域では、北多摩南部と並んで多くの救急患者さんを受け入れていただいております。

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」をご参照ください。

初めに、資料8の1ページ目のBの項目についてご説明いたします。

2段目の「退院調整部門を持つ病院数」をご覧ください。北多摩西部では、全体の7割近くの病院において退院調整部門を置いていただいております、都内で一番高い割合となっております。

3段目に、「退院調整加算1（一般病棟入院基本料等）」をご覧ください。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」として改変されております。

この項目について、北多摩西部では、1か月間で216人が、退院調整を行った上で退院しております。手元の数字で大変恐縮ですが、北多摩西部の1か月間の退院患者数は5310人おりますので、退院患者数のうちの4.1%が、この退院調整加算の対象となる調整を行った上で退院していることとなります。

東京都全体では、5.9%となっており、それと比べると、北多摩西部は下回ってしまうこととなりますが、退院患者のうち、家庭への退院割合が都全体に比べて低く、退院調整の対象となる患者さんが少ないことが、要因の一つとして考えられます。

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、2つ目の「脳血管疾患等リハビリテーション料」は、「31.6」となっておりまして、都全体の「26.1」と比べましても、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、1つ目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、「1.4」となっており、都全体の「2.6」を下回っております。

ただし、隣接する北多摩南部の数字を見ていただきますと、「心大血管疾患」のリハが多く提供されていることになっておりますので、対象となる患者さんを、北多摩南部で受け入れていただい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などをご紹介します。

そして、4ページ目は、「F.医療人材」の状況をまとめております。

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みたものになります。データにはない項目でも、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。

ご説明は以上です。

○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ので、データを見てということでも結構です。「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や課題として感じている点などを、ざっくばらんにお話をいただければと思います。

ご意見などありますでしょうか。

では、行政を代表して、副座長の早川さん、お願いします。

○早川副座長（多摩立川保健所）：余りにもデータが多くて、ご説明を伺いましたが、よく理解できませんでした。職場に帰って、果たして読み解けるだろうかというのが、私が今受けている印象です。

ですので、もうちょっと焦点を当ててまとめていただけると、わかりやすいのじゃないかと感じました。

○座長：非常に素直なご意見をありがとうございました。

次に、薬剤師の立場からお願いできるでしょうか。

○根本（東京都薬剤師会）：私も、数字を追っていただけでいっぱいだったのですが、薬剤師としてまず思ったのは、北多摩西部の薬剤師数です。東京都平均より少ないのかなという感じがあります。

区中央部のほうにかなり集中しているのですが、多摩地区においてこれから訪問服薬指導をやっていく上で、自宅に薬剤師が訪問して、薬の管理をしていくということも含めて考えると、もう少し人数を充実しておかないと、対応しきれないかなと思っています。

移動距離とかも含めて考えると、1人当たりの時間数が結構かかりますので、その辺の対応を考えないといけないと思いました。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

災害時医療の強化ということもありましたので、高度急性期も担っておられる、災害医療センターのほうからご意見をお願いします。

○高里（国立病院機構災害医療センター）：この二次医療圏には、災害医療センターと、東大和病院の2つが拠点病院になっていて、どういう役割分担をしていこうかということをやっています。

東京都のコーディネーターがいて、二次医療圏のコーディネーターがいて、その下の市町村がやっと決まったばかりですから、やり方をかなり進めていかないといけない状態で、まだそんなに進んでいるとは思えません。

これは、いざというときの診療体系の連携プレーですから、実際の絵姿が見えたところで、具体的にどうするかということについて、訓練とかが始まったばかりなので、まだまだこれからかなと思っています。

○座長：ありがとうございました。

傍聴席の皆さまからもいかがでしょうか。

○渡部（東京西徳洲会病院）：皆さんに参考資料をちょっと見ていただきたいと思います。

当院は、391床ですし、先ほど、災害医療センターの高里先生がおっしゃったような、拠点の協力病院でもありますが、昭島市のところには当院が入っていません。

前回は申し上げましたが、この参考資料を見ていただいて、今度の平成28年度の病床機能報告のときには、高度急性期の病床として155床を提出させていただきたいと思っています。

救急車等も7000件を超えるペースで患者さんが来ておられますし、ぜひご配慮いただければありがたいなと思って、意見を述べさせていただきました。

○座長：ほかには、ご意見、ご感想等ございますでしょうか。

○高木（北多摩医師会）：2点ほど質問がありますが、1つは、「在宅医療支援の充実」についてです。

東京都のほうで、病院に対して、在宅復帰ということで、退院時のいろいろな、看護師のレクチャーとかを、ずっとやっておられると思いますが、これを充実させていくのであれば、全部の病院に参加していただく必要があると思っています。

実際にどのぐらいの病院が研修に参加しているのかというところを、わかる範囲で教えていただきたいと思います。

もう1点は、「医療連携の強化」というところで、「ICTの活用」とありますが、うちの場合は、平成27年度に、東京都からモデル事業という形でICTをやりました。

それは、開業医の先生方と病院とで、カルテの一元化というわけではないのですが、サーバーを1つ作って、そこに、例えば、肺炎とかがんとかで入院されたときに、開業医の先生がうちの病院に来れば、データを全部アップして、リハビリの計画書までが、もう翌日にはもうアップされるような形になっています。

こういうことを国分寺市ではやっていて、そのとき、東京都では4つの市の医師会で手を挙げたところがやっていたようですが、これが今後進んでいくのでしょうか。

今の場合は、病院と診療所が、在宅から入院のところにつながっているのですが、うちの病院では、都立の多摩総合医療センターから、多いときには1か月に100人ぐらい、入院を受けていますので、そことデータをICTで結んでいただければ、非常に楽になります。

この平成27年度の事業のときには、うちでは東芝を使っていたんですが、東京都医師会のほうでは、NECと富士通でつなげるという話だったので、「東芝も入れてください」とお願いしました。そこで、NECデータ何とかというところのサーバーを使って、この3社のものの連携がとれるようになりました。

そうすると、今度は、病院間で急性期と二次で受け入れ側とでできるようになったわけですが、東京都の病院としてもやるような予算というか、そういう方向性があるのかということ、わかる範囲でお聞きしたいと思います。

○久村課長：最初のご質問の退院支援の研修についてですが、補足資料2の最後の19枚目の右上に、「在宅療養生活への円滑な移行の促進」というところで、「在宅療養移行体制強化事業」と書いております。

その参加病院数のデータが今ございませんが、毎年、200名の定員に対して、定員以上の応募をいただいております。もちろん、参加者のうち少しは、途中でおおやめになったりしてはいますが、195名ぐらいの方が修了していただいております。

2つ目のICTについてですが、これも、同じページの左下の「在宅療養推進基盤整備事業」ということで、「多職種ネットワーク構築事業（ICTシステムの導入）」ということを行っております。

こちらにも正確なデータがございませんが、事務局から先ほど説明させていただきました「在宅医療・介護連携推進事業」の（ア）から（ク）の取り組みの中の（エ）で、「医療・介護関係者の情報共有の支援」ということで、情報共有ツールについて検討、作成となっております。

こちらの実施状況を確認しましたところ、32の区市町村さんから、情報共有ツールを検討、作成していただいているというお話をいただいております。

そして、今申し上げました「ネットワーク構築事業」は、地区医師会さんのほうにお願いしております、現在、45の地区医師会さんで取り組んでいただいているという数字があったかと思っております。

それから、病・病連携、病・診連携についてですが、東京都では、どちらの場合にも、そういう取り組みをしていただくのに対して、ICT整備支援事業のほうで、医療機関さんの取り組みを支援させていただいているという状況がございます。

なお、東京都医師会さんのほうで、東京都全体のネットワークづくりのお話を進めていただいておりますので、この件について、猪口副会長、お願いできますか。

○猪口副会長：おっしゃったとおり、NECと富士通をつなぐ実験をして、大体うまくいきました。これは、東芝であろうとどこであろうと、ウィンドウズベースの「SS-MIX2」のストレージをつければいいので、どこでもつながります。

この事業に関しては、予算要望の中に入れていただいているようですので、通れば、ちょっとずつ広げていけると思っています。

ただ、病院にどの程度、支援として入るかどうかについては、そこまでの枠は多分なくて、病院が「SS-MIX2」をつけるということに関しては、それぞれの病院の努力によるというような話に、まだ確定した話ではありませんが、そっちの事業ではそういうことになると思っています。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○草島（立川相互病院）：今回、データをたくさん示していただきましたが、早川副座長もおっしゃっていたように、全体のイメージがなかなか出ているという感じがあります。

今後は、地域完結型医療ということで、地域の病院がお互いをよく知って、協力していくことが、ますます必要になるかなということを感じまして、自分たちの病院ではなく、ほかの病院などもよく理解していくことが、まず、出発点として必要なのかなと、改めて感じたところです。

私のほうのは350床の病院ですが、この12月1日から、291床の急性期の病院と51床の回復期の機能を担う病院の2つに分けて、出発するところで、地域連携をより一層強化していきたいと思っていますところ。

そういう意味では、率直な実情の意見交換をする場が、皆さん、お忙しい中とは思いますが、もうちょっと日常的に必要なのかなと考えております。

そういう中で、どういう課題があるかということ、少しずつ段階的に高めていくということをやっていくことが大事ではないかということ、改めて感じました。

一つ気になったのは、療養型の病床で、医療区分1の70%が在宅にということが試算されているということですが、実際に、急性期などを見ていて、在宅復帰を目指していても、介護力の問題とか回復の状況によって、すぐには在宅に帰れない人がどういうところに行くかということ、療養型の病院とかが、受け皿としては結構大事だと思うんですが、そこがなくなって、在宅にということになってしまうと、急性期が回らなくなってしまうと思います。

我々の病院でも、退院調整部門を強化して、在宅復帰を目指していますが、介護力の問題があったりして、在宅にストレートに結びつかない方が結構多いというのが実情ですので、そういう問題をどのように地域の連携として進めていったらいいかということが、今後大きな課題になるのかなと思っていますので、よろしく願いいたします。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

ご参加の医療機関から情報提供したいというようなことがありましたら、今日の議題から離れても結構ですので、よろしければどうぞ。

よろしいでしょうか。

それでは、これで議事を終了させていただきます。

4. 閉 会

○司会（久村課長）：どうもありがとうございました。

本日は、以上をもちまして終了とさせていただきます。さまざまなご意見をありがとうございました。

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。既に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は、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、修正等が必要な場合には、東京都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存じます。

それでは、本日はこれで終了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)