

〔平成 28 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

平成 28 年 12 月 22 日 開催

【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

平成 28 年 1 2 月 2 2 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、北多摩南部の「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、また、本当に遅い時間で申しわけありません。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。
東京都医師会の安藤理事、ご挨拶をお願いいたします。

○安藤理事：皆さま、こんばんは。大変お忙しい中、大勢の先生方にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

現在、国も、東京都も、そして、東京都医師会も、2つの大きな施策を提言させていただいております。

1つは、本日の地域医療構想で、もう1つは、地域包括ケアシステムでございます。

先日、日本医師会で地域医療の委員会がございましたが、そこでも、横倉会長から、この地域医療構想というのは、無理やり、何がなんでも病床数を削減するというものではなくて、あくまでも、自主的に考えて行うものということが大原則であるというお話がございましたので、そこを念頭に置いていただければと思っております。

私もいくつかの地域医療構想の会議に出させていただきましたが、区中央部医療圏は、非常に大学病院が多いところでございます。東京には全部で15の特定機能病院がありますが、そのうちの14が23区にあって、そのうちの6つが区中央部の医療圏にあります。

ただ、そこでも、高度急性期、急性期も大事けれども、やはり、在宅や慢性期ということをきちんとできるようにする必要があるという意見が多く出ました。

また、この北多摩南部は、多摩で唯一の特定機能病院がございますし、かなりバランスのいい医療圏ではないかと思っております。

今日の会議は、どちらかという、選ばれた方々がお集まりになっていますが、それぞれの種類の病院の方々が集まっても結構ですし、4つの種類の方々が全部集まっても結構ですので、絶えずこの地域の医療をどのようによくしていこうかということを議論をしていただくことが、地域の人たちを幸せにする大きな力になっていくのではないかと考えております。

そういう意味においても、今日の会議では、さまざまなご意見をいただければと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。

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、まことにありがとうございます。

東京都では、今年の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」などで、皆さまに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、全ての人々が協力して、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。

2025年に向けて、東京都地域医療構想は今スタートを切りました。このあとは、この構想区域の特徴を踏まえた丁寧な検討と解決が必要でございます。

そのための協議の場がこの調整会議でありまして、今日は第1回目ということでございます。どんなご意見でも結構ですので、何とぞ活発なご議論くださるようお願いいたします。

今日はどうぞよろしく願いいたします。

○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、「東京都地域医療構想調整会議の役割」についてご説明させていただきます。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、医療計画や地域医療構想の達成に向けて協議を行う場でございます。

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」で皆さまからご意見をちょうだいし、それを構想に反映いたしました。

その内容についてですが、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ころでございます。

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、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しながら、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ながら、医療連携の実態に応じた議論を行い、それぞれの医療施設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、進捗状況を共有してまいります。

そこでの最も重要なことは、その検討の過程の中で、各医療施設が自主的な検討を行っていただきたいということです。なるべく多くの方がさまざまな意見を出し合って議論を深めることで、解決の糸口が見えることもあるかと存じますので、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。

○野村（東京都病院協会）：小金井市医師会会長の齋藤寛和先生をご推挙申し上げたいと思います。

齋藤先生は循環器の専門家で、2期目の会長を務められておられて、地域医療の推進に非常に尽力されておりますので、この会議の座長に大変ふさわしく、非常に期待しておりますので、ぜひお願いしたいと思います。

○久村課長：ただいま、座長には齋藤先生をというご提案がございましたが、いかがでしょうか。

[全員、拍手で承認]

○久村課長：ありがとうございます。

それでは、齋藤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。

(齋藤座長、座長席に着席)

それでは、齋藤座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（齋藤）：皆さま、こんばんは。ただいま座長に推挙されました、小金井市医師会の齋藤と申します。

私がふさわしいというお話でしたが、私は一番ふさわしくないのではないかと考えております。というのは、一開業医ですので、病院の組織や機能などについては余り詳しくないからでございます。

ただ、地域包括ケアについては、安藤先生や尾崎会長の薫陶を受けて、少しは勉強するようになりましたが、知識も能力も大変不足しておりますので、この会の運営には皆さまのご協力が必要でございますので、ぜひ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、いかが取り計らいましょうか。

○座長：この調整会議では、病床の機能分化ということが大きなテーマの一つであるということですので、東京都病院協会代表の野村先生、それから、保健衛生を担う行政の立場から、渡部多摩府中保健所長様のお2人に副座長をお願いしたいと考えておりますが、いかがでしょうか。

〔全員、拍手で了承〕

(野村副座長、渡部副座長、副座長席に着席)

○久村課長：それでは、これ以降の進行は齋藤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ていた「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いますので、その概要について、東京都より簡単にご説明を受けたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○矢沢部長：それでは、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～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、最初に宣言をいたしました。

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。

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と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、医療計画の一部でございます。平成30年度に改定いたします次期計画と一体化いたします。

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などが特徴です。さらに、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床が2025年の必要量と推計されました。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、変動要素を多く含んでおりますので、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。

すなわち、8000床を一気に作ったりということはないということをご理解ください。

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」というのは、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す。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まいります。

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つの特徴とも言えます。

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、この北多摩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、148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、高度急性期については、周りの区域からかなり流入しておりまして、1日当たり347人が流入超過ということなのです。

一方、この区域に住んでいる人がどのくらいこの区域に入院しているかを示しているのが、一番下の帯グラフです。北多摩南部にお住まいの方がご自分の区域に入院されている割合は、69.8%で、約7割になっていて、隣接区域に入院されている人が18.4%ですので、それらを足し合わせると、88.2%になりますから、かなり近くで収まっている区域だと言えます。

次に、急性期ですが、この場合も、395人の流入超過ということで、高度急性期の数と余り変わらないのですが、流入と流出の両方が増えていることがわかります。

また、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70.6%で、隣接区域に入院されている方が19.4%ということで、それらを足し合わせますと、ちょうど90.0%ということですので、自分たちの区域や周りの区域でほぼ完結しているということが言えます。

次に、4ページ目の回復期についてですが、この傾向は変わらず、344人の流入超過で、下の帯グラフでは、自構想区域での入院が68.3%で、都内の隣接区域での入院が22.5%ですから、足し合わせますと、90.8%ということで、高い割合になっております。

ところが、慢性期機能となりますと、一気に流出に転じまして、1日当たり343人の流出超過になり、この区域の住んでいる方がこの区域の慢性期の病院に入院している人は、40.9%ということで、4割しかなくて、都内の隣接区域が42.9%ですので、隣の区域を併せると、83.8%ということで、中だけでは足りなくて、隣に出ていっているような状況です。

また、少し大きな移動も見られるということです。

こうした特徴を踏まえまして、次の6ページ目、「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」をご覧ください。

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24.5%ということで、東京都平均とほぼ同じですし、その傾向はずっと続きまして、この区域の高齢化率と東京都平均は大体同じです。

また、15歳未満の人口の割合も、2025年の東京都全体では約10%と予測されておりますので、10.3%ということですから、こちらもほぼ同じ割合になっています。

それから、7ページ目の「医師・歯科医師等の従事者数」をご覧くださいますと、人口10万対で見ますと、医師数も歯科医師数も、東京都平均とほぼ同じという状況です。

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、下は、「平成26年度病床機能報告結果」でございます。

この推計値のほうでは、高度急性期機能が16.4%となっていて、急性期機能では35.5%となっています。

一方、病床機能報告では、高度急性期が37.8%で、急性期が34.3%ということになっています。

また、回復期機能の推計値は30.3%に対して、病床機能報告では6.6%で、慢性期機能では、17.8%に対して、21.3%となっております。

これらを割合で比較していきますと、高度急性期と回復期に乖離が顕著に見られるということです。

この推計の方法については、後ほどまた説明をいたしますが、診療報酬の点数で切ったものですので、実態とは違ったところがあるかと思えます。

一方、先生方からのご報告は、病床ごとの自己申告ということですので、よって立つところが違うので、それを単純に比較するというのは、全く違うところではありますが、考え方の何かの参考にはなっていくかと思えます。

そして、こうしたものを見比べることも、一つの分析の方法ということで掲げさせていただきました。

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」などでいただきましたご意見でございます。

例えば、「地域特性」としては、「大きな急性期病院があつて、患者の流出が少ない恵まれた地域だが、大病院と中小病院との差が大きく、地域にその中間の病院があつたほうがいいのか」とか、さまざまな意見をちょうだいしております。

できるだけいただいたご意見のまま書かせていただいているので、区域によっては、正反対のご意見が出ていることもありますが、それは、違った立場からご覧になると、違うご意見も出るということで、両方とも正しいという考え方から、そのままなるべく記載させていただいております。

逆を言えば、このご意見がこの地域の課題を出している場合もございますので、そういった観点からもぜひご覧いただきたいと思えます。

これから、病床機能報告の結果ですとか、さまざまなデータを使いまして、資料をご覧くださいことになります。たくさん資料がありまして、ちょっと驚かれるかもしれませんが、今日はまず、こうした資料が今後とも提供され、それを参考にして、この北多摩南部の課題、現状などを分析できるために、まずご理解をいただければと考えております。

ご質問があれば随時お受けいたしますので、どうぞよろしく願いいたします。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。

当構想区域の現状についてを中心に、詳しくご説明いただいたかと思います。

安藤先生が先ほどおっしゃったように、バランスがとれた医療圏であるように思いますが、今ここで改めて聞いておきたいというようなことがありましたら、ご発言をお願いいたします。

○友池（榊原記念病院）：このデータを昨年から見させていただいていますが、例えば、今の時期ですと、肺炎とか心臓病が多くなりますし、また、時代とともに病気がどんどん変わってきています。

今はいろいろなデータが入手できる状況ですので、通年でどうなのかとか、季節的な要因が多い疾患群についてはどうなのかということもないと、例えば、冬場がベッドが足りないとかいうことが起こりかねないと思います。

ですから、もう少し時間軸を広げるようなことをお願いできたらと思っています。

○矢沢部長：ありがとうございます。検討させていただきます。

○座長：季節性も取り入れたデータの解析をということですね。

ほかにいかがでしょうか。

（２）病床機能報告から見る「現状」について

○座長：それでは、この構想に記載されていることをさらに一歩進めて、この地域がどういう状況なのかということ掘り下げていきたいと思ひます。

毎年行われる病床機能報告は、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おられますので、東京都のほうからご説明をお願いいたします。

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

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」をご覧くださいと思ひます。

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。

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2013年の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、推計方法が違っておりまして、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、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、病棟ごとに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。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紹介したいと思っております。

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際の一助になればと思い、ご紹介するものですので、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」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200床ほど増えまして、急性期機能は450床減り、回復期機能は270床の増加、慢性期機能はほとんど変わらずという形になっております。

個別の医療機関の報告内容については、資料の一番後ろに一覧表がありますので、後ほどご参照いただければと思います。

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、高度急性期機能と急性期機能を見ていただきますと、どちらも7対1が最も多いというようなところも見えてくるかと思えます。

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、高度急性期機能と回復期機能は、東京都平均と比べると高くなっておりまして、反対に、急性期機能と慢性期機能は、東京都平均よりも低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。

北多摩南部では、高度急性期機能と届け出た病床のうち、一番上の「特定機能病院入院基本料」は、27.0%という割合を占めています。

また、下から5段目の「一般病棟7対1入院基本料」は、48.7%ということで、これが最も多いという結果でございます。

ほかの圏域についてご参考までにご紹介いたしますと、西多摩のところは、「救命救急入院料」や「ハイケアユニット入院医療管理料」の届け出が多くなっておりまして、7対1は、全ての病床において急性期と回答したという結果でございます。

反対に、南多摩や北多摩西部は、高度急性期の8割以上が7対1と届出されているという結果でございました。

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結果かなと考えております。

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。

回復期機能は、全構想区域の中で比較的高い値となっております、逆に、慢性期機能は少し低い結果という形が見てとれるかと思えます。

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8.9日となっております、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12.4日で、東京都平均の11.2日と、少し長いかほぼ同じくらいとなっております。

また、回復期機能は48.7日で、東京都平均は50.7日、慢性期機能は149.6日で、東京都平均が152.1日ですから、どちらも少しだけ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、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、まだまだ流動的という状況でございます。

右側の「北多摩南部の状況」を見ていただきますと、データで見えてきましたとおり、急性期機能が1年間で400床以上減という結果でございます。

東京都全体で見ますと、高度急性期機能だけで1年間で7500床ぐらい減少したということで、さらに流動的な状況でございました。

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、7対1は高度急性期機能、急性期機能において最も多くの割合を占めておりますが、この7対1の6割が高度急性期機能で、4割が急性期機能を選択されているという結果でございました。

また、慢性期機能は、平均在院日数が東京都平均並みか、それより少し短いかぐらいで、病床稼働率は東京都平均よりも低いという結果でございます。

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、平成27年度に高度急性期機能を報告した病床が3052床ございましたが、一方、将来推計では、2025年時点で1072人の高度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1429床が必要という結果でございます。

ただし、そのまま比較できるわけ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1600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、回復期機能30.1%なのに対して、病床機能報告では10.2%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ためのきっかけになればと思っております。

回復期機能は、国の定義では、「リハビリテーションに加えて、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。

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は足りるのか。病床稼働率を上げれば今の状況でも十分足りると考えるのか、周囲の構想区域との連携で補っていけると考えるのか、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、回復期機能に特徴がございまして、一番左の「院内の他病棟からの転棟」が11.6%となっております。東京都平均が25%ですので、その半分ぐらいです。

一方、その次の「家庭からの入院」は45.0%で、東京都平均は22.4%ですので、2倍ほど高い割合となっております。

慢性期機能は、家庭からの入院の割合は東京都平均よりも少なく、「他の病院、診療所からの転院」が、東京都平均よりも多いというような結果でございます。

データ6の、「退棟患者の退棟先の場所」では、回復期機能で、東京都平均よりも、「他の病院、診療所へ転院」の割合が少し多くなっております。

慢性期機能のところでは、「死亡退院等」の割合が31.0%は、東京都平均が32.9%ですので、ほぼ同じ割合ということでございます。

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、29.5%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く、都内の構想区域の中では西多摩に次いで2番目に高いという結果でございます。

退院しても医療を必要とされる患者さんの割合が高いということと、退院後の患者さんの状況を、きちんと把握していただいていることのあらわれでもあるかと思えます。

データを総合して考えますと、北多摩南部は、高度急性期機能や急性期機能は、平均在院日数も短く、家庭に帰っていく率も、東京都平均よりも高い結果ですが、慢性期機能においては、東京都平均と比べて、少し長期の療養に病床が活用されて、現時点では、看取りの機能も担っていただいていると言えるのかなと思えます。

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。

「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」が一番多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%を超えております。

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させていただければと思ひ、ご提供させていただきました。

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集中しがちですが、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、ご報告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2.00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を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します。

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ところかと思えます。

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ありますので、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なども、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、ぜひお力添え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す。

非常に多くのデータをご紹介いただきましたが、データをどう解釈するかというよりも、データから見えない部分で、皆さまの現場感覚に基づいて、何か課題とかを出していただければいいかなと思っています。

今日は初回ですから、ご質問、ご意見、ご批判でも、何でも結構ですので、活発にお話をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○横道（府中市）：詳細なご説明をありがとうございます。

東京都平均と北多摩南部との数字の差ということでの説明がありましたが、例えば、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合とかありますが、東京都平均をなぜここで出されているのでしょうか。

東京都といっても、区部と多摩地域とは全然違う中で、東京都平均を出す意味合いというか、何か意図があるのでしたらお聞かせいただきたいと思えます。

特に、交通機関についても、東京都としては整備されていますが、大きな差があり、医療機関の状況も大きな差があるという認識を、現場では持っていると思いますので、東京都平均が繰り返されることに対して違和感をなくすためにも、その辺のご説明をいただければと思います。

○矢沢部長：参考として申し述べたのみでございまして、そのことについて、「この地域は東京都の平均と全く関係ない」ということで結構でございます。

○座長：東京都の平均値と比較することによって、この地域の特性がある程度見えてくるであろうと思って、私は聞いておりましたが、そういうことではだめでしょうか。

○横道（府中市）：そういうことならわかりました。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○野村副座長（東京都病院協会）：この地域医療構想の一番の要諦は、資料3の1枚目の「記載事項」に書いてあるこの2点ということで、「病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量」と「将来の居宅等における医療の必要量」ということだと思っています。

そして、病床に関しては、今回初めて、二次医療圏ごとの病床稼働率も出てきましたし、いろいろなデータが出てきたと思いますが、「居宅等の医療の必要量」については、資料6の右上に、「在宅医療等の将来推計」が出ています。

ただ、2013年の数字が北多摩南部として出ていますが、具体的には6市ありますから、それぞれの患者数がどのぐらいあるのか、あるいは、どういう患者を在宅医療でみているのかということについて、せつかく6市の保険者の方々が見えていますので、せめて国保だけでも、その辺についてのデータを出していただけると、非常に議論しやすいのではないかと思います。

特に、地域包括ケアシステムを今後は市ごとで議論していく上でも、非常に参考になるとと思いますので、その辺を検討していただければと思います。

○座長：確かに、「これだけざっくり増えますよ」と言われても、中身がわからないと、対策の立てようがないと思いますが、保険者の方々でどなたかご意見はございますか。

東京都のほうで何かデータをお持ちでしょうか。

○矢沢部長：東京都が持っているデータというのは二次医療圏ごとで、区市町村のものは持っていないのです。

一方、区市町村のほうも、国保のデータはお持ちかもしれませんが、そのあたりは課題かなと思っておりまして、国のほうにもそういったことを問題提起しているところです。

○友池（榊原記念病院）：昨年、この説明会が開かれたときに、もう少し細かいデータが出てきたように思っています。高齢化社会においては、5疾病が今後増えるだろうということで、ある程度疾患を特定して、データを集めているわけです。

それを、東京都でもお出しいただいたように記憶しているのですが、高度急性期だけだと、それが見えなくて、実際は、がんにしても何にしてもそうですが、専門医療は進んできているので、高度急性期といえども、ある程度機能分化しないといけないような時代の判例になってきていると思います。

ですから、2025年とかもっと先のことを考えると、国は5疾病5事業とか言っているわけですから、ざっくりとした高度急性期、急性期というような分け方も必要ですが、国の事業に沿ってデータを集めたり、データを開示していただくことも、医療機能の分布をより適正化するためにも必要なのではないかと考えています。

○座長：病院の機能だけではなく、疾病の内容についても解析してほしいということでもよろしいでしょうか。

○友池（榊原記念病院）：去年の7月か8月のときは、そういうデータが出てきたように思いますが、

○矢沢部長：もし疾病別の将来推計ということでしたら、地域医療構想の本文のほうに書かせていただいています。

154、155ページのところが、そういったデータになっていますし、巻末資料のほうでご覧いただきますと、少し出てくると思います。

具体的に何のどういうデータを解析してやっていきたいかというご提案をいただけると、私どももまた出しやすいと言えれば出しやすいと思います。

一方、これから保健医療計画をつくる上では、疾病ごとに検討してまいりますので、がんの協議会、糖尿病の協議会、周産期の協議会といったようなところでも検討してまいります。

ですので、そういったところで、また掘り下げてやっていくようなことがありますから、そのあたりも情報提供させていただくということであれば、一向に構わないので、よろしく願いいたします。

○吉野（杏林大学医学部附属病院）：資料5の1枚目の右側の「平成27年度報告と将来推計」のところに、「自己申告による報告は3052床で、2025年の高度急性期相当は1027人と推計され、その患者をみるために必要な病床数は1429床」となっています。

そして、「約1600床減らさなければいけないという見方ではない」とも書いてあります。

この数字が出た根拠について、もう少し説明していただけるでしょうか。

○矢沢部長：患者数から病床数の出し方ということですが、これは、患者数を病床数に割り返す方法というのがございまして、病床稼働率で1日の患者数を割り返しています。

○吉野（杏林大学医学部附属病院）：患者数というのは、どういう意味ですか。

○矢沢部長：推計患者数です。人口がそのまま変わらずに延びていくと考え、受療率も病床稼働率も患者の流出入も変わらないと仮定して、2013年のデータを2025年に引き延ばしているだけです。

○吉野（杏林大学医学部附属病院）：2025年の患者数が1027人というのは、年間の人数ですか。

○矢沢部長：1日です。

○吉野（杏林大学医学部附属病院）：この地域内にいる人の数ですか。

○矢沢部長：入院している方々です。

それを、高度急性期だったら、病床稼働率の都内平均は83ぐらいですが、全国平均が75ぐらいなので、その数字で割り返すと病床数になるわけです。

○吉野（杏林大学医学部附属病院）：これが北多摩南部ですので、東京都の平均はこれぐらいですから、

○矢沢部長：それは、先ほどお示ししました資料3の右側をご覧ください。「将来推計」のところの「2025年の病床数の必要量等」には、4機能を全部足し合わせると11万3000床になるとしておりまして、今は10万5000床ありますというお話をさせていただきました。

そして、その下に、各医療圏ごと、機能ごとに記載しておりまして、この数字が2025年の必要量の推計になります。

○吉野（杏林大学医学部附属病院）：患者数はどこに載っていますか。

○矢沢部長：それは、本文の31ページに、必要量の患者数です。これを、先ほどの病床数で割り返していったものになります。

ちなみに、機能ごとに割り返した病床数は違います。先ほどご説明いたしましたように、高度急性期は75%、急性期は78%、回復期は90%、慢性期は92%という、国で示された数字で機械的に割り返して、患者数から病床数を算出しております。

○吉野（杏林大学医学部附属病院）：それを、保険点数で分けたということですね。

○矢沢部長：本文の28、29ページをご覧ください。

左側に「医療機能」として4機能が書いてあります。先生方に病床機能報告をしていただくときに、この医療機能をご覧になって、自分たちの病院の病棟は、例えば、A病棟は高度急性期、B病棟は急性期というように判断されて、病床機能報告をしていただいて、それが病床機能報告で出てきた結果でございます。

一方、右側は、国が推計値を出すための算定の方法で、診療報酬の出来高が、3000点以上の方が高度急性期、600～3000点未満の方が急性期、175～600点未満と回復期リハの方が回復期、そして、175点未満が慢性期ということです。

そして、この数字を出して、右側に書いてある病床機能報告で割り返した数字が、推計値の病床数です。

ただ、実態は、29ページにございますとおり、1日目に入院して、すごく高い医療資源が投入されていても、例えば、3日ぐらいたつと、患者さんは高度急性期から急性期になり、年齢や疾病の状況によって、このあと、急性期から回復期に至るのが、7日の人もいれば、14日を超える人もいるといったような、患者さんの動きについては、この推計では一切カウントしていません。

一方、先生方の病床機能報告においても、この重なるところについては、どちらかに分けているので、数字としては、これがぴったり一致するということは、現時点ではあり得ないです。

しかし、この推計の内容も報告の内容も、一つの現状として把握することはできるのではないかということで、国で考えた方法について、繰り返しご紹介しているところです。

わかりにくいのですが、よって立つところが違うので、単純に比較はできないけれども、あくまでも、推計値として掲げていく上で、何かを考えていくためのデータの一つということで捉えていただければありがたいと思います。

○友池（榊原記念病院）：ご説明がわかるのですが、例えば、今年のデータを見ていると、高度急性期が600床と書いてあっても、国の推計方法でいけば、3000点以上の方はベッド数の半分しかいなくて、急性期相当は2割しかいないというようなことも、現実としてはあり得るわけです。

ですから、数字としてはどちらも正しいのかもしれませんが、現実をよく理解するためには、高度急性期のベッドというのは、国の推計方法もあるでしょうが、どちらかに定義していただきたいと思います。

全体の病床数をどのようにするかということ考えたときには、国の推計方法だと、あるときには「それは回復期だね」「それは慢性期だね」ということになって、そういう解釈の仕方は、かなり無理があるような気がします。

ですから、どちらのデータも正しいので、結論は出せないけれども、両方を見てくださいという行き方は、これから議論を続けていく上で難しくなってくるのではないかと思います。

まだ数値をよく理解してないので、そういう意見になっているのかもしれませんが、その辺をご検討いただければと思います。

○座長：そうすると、現状を反映していないということでしょうか。2025年においては、半分しか認めないというような感じになっていますが、現在でも既に半分は違うよということになるのでしょうか。

○矢沢部長：このほかにもデータがありますので、その辺をご説明したあとで、またご意見をいただければと思いますが、

○座長：これからまだ資料のご説明があるそうですので、そのあとでまた議論をお願いできればと思います。

それから、傍聴席にも大勢の方々にお越しいただいていますので、そちらからもよろしければお願いします。

○小川（調布東山病院）：補足資料2の5ページ目と6ページ目のデータの解釈の仕方を教えていいと思います。

急性期機能の病床稼働率は78.5%になっていて、7ページ目の平均在院日数では、12.4日ということで、東京都平均よりも少し長かったように思います。

あと、慢性期機能のほうも、84.8%ということになっていますが、先ほど、慢性期は流出が多いというデータが出ていますが、もうちょっと流出しないで、同じ地域でみられるように、稼働率を上げられさえできれば、流出を少し抑えることができると、このデータから解釈していいのでしょうか。

このデータの意味がわかりかねていますので教えていただければと思います。

○矢沢部長：おっしゃるように、この84.8%の慢性期機能で、10%ぐらい空いていると読んでいただいて間違いございません。その空いているところをもっと埋まって、90%とか95%になったらすれば、それだけ患者さんが流出しないで入院できるというふうに読んでいただければと思います。

一方、平均在院日数のほうも考え方が2つありまして、短ければ回転率がいいということもありますが、長いほうが、重症者だったり、退院できない方だったりということがありますので、一概に回転率を上げたらいいいとはならないと思います。

そのあたりは、現場の先生方の感覚のほうが正しいと思っていますので、「回転率をもっと上げましょう」という話や、「平均在院日数をもっと短くしましょう」という話をしていてはなくて、「今はこういうデータで、この地域にはこういう特徴があります」ということを、ただ単にお示ししただけだご理解いただければと思います。

○小川（調布東山病院）：もう一つは、先ほど、在宅医療が将来推計で増えるとおっしゃっていたのは、どういう計算というかデータでそうなっているのかを教えてくださいたいと思います。

担う人がいないと、在宅医療は増えないということがあると思っています。そういう人がいないため、しょうがないから同じ圏域か少し離れたところの療養病床に行かざるを得ないということを、現場で感じております。

この量がかかなり増えるというのは、どうやって出されているのかを教えてくださいたいと思います。

あと、この病床機能報告は自己申告のデータだと思いますが、今後も申告で行くのか、それとも、点数によって、高度急性期、急性期、回復期、慢性期で修正がかかっていく可能性があるのかということも教えてくださいたいと思います。

○座長：病床機能については、あとのご説明を聞いてからということにさせていただいて、在宅医療についてお答えをお願いします。

○矢沢部長：本文の27ページをご覧ください。

これまでの説明会等でもお話ししてきましたが、高度急性期の患者さんの推計の考え方から慢性期の患者さんの推計の考え方が出ていますが、この数字というのは、慢性期機能と在宅の推計のところは、ちょっと複雑になっています。

最も特徴的なのが、「療養病床で医療区分1の方の7割が在宅に行く」ということにしているということです。

それから、「一般病棟で175点未満の人は、みんな入院しないで在宅だ」としていることも、特徴的などころですし、地域差ということも入れています。

ですので、今いる在宅の方というよりも多く推計されていきますし、さらに、患者さんの高齢化が進んでいって、このまま年齢分の在宅を推計すると、それが足し上がっていくので、ものすごく多くなっていきます。

東京都全体で在宅の管理料を取っている方が、今は6万人から7万人で、それが、全体で15万人近くまで行くということが、推計上、この計算式では出てきますが、これがこのまま行くかということではありません。

また、推計値は一度推計したので、現時点では変わりませんが、報告値は、毎年報告していただくので、毎年変わります。

○座長：それでは、さらにご説明がありますので、次の議題に移らせていただきます。

(3) グランドデザインと現状の比較について

○座長：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、この将来の姿と今の状況にギャップがあるのか、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」のために、この地域の課題は何かということについて、これから考えていきたいと思います。

そこで、今回は、その目標Ⅱのところの、「東京都の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築」ということに焦点を当てて、意見交換ができればと思いますので、まず、東京都のほうからご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、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いたしますので、その部分を中心にご説明させていただきます。

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」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、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、北多摩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、そちらをご参照いただければと思います。

まず、北多摩南部の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「19」という数字は、北多摩南部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「0.48」は、救急告示医療機関数の「19」を、資料には記載しておりませんが、北多摩南部の病床機能報告の対象病院数「40」で割り返したのになります。

つまり、北多摩南部の病床機能報告の対象病院のうち、5割弱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「40」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「193」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「2.57」という数字は、「193」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、北多摩南部で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、7508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、北多摩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(14)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「0.35」というのは、この算定病院数「14」を北多摩南部の病床機能報告の対象病院数の「40」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、北多摩南部の病床機能報告の対象病院のうちの3割強が、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、北多摩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」につきましても、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。北多摩南部で病床機能報告の対象病院のうち、約半分が救急医療機関、3割少しが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、この北多摩南部では5万283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1257件となります。

先ほどご紹介した救急告示医療機関や二次救急を担う医療機関の割合は、決して高い地域とは言えないところですが、多摩地域で見ますと、北多摩西部と並んで、多くの救急患者さんを受け入れていただいていることとなっております。

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。

北多摩南部では、「0.63」、6割を超える病院で退院調整部門を置いていただいております。都内でも非常に高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）」と、13行目の「退院調整加算2（療養病棟入院基本料等）」をご覧ください。

北多摩南部医療圏では、一般病棟と療養病棟を併せまして、1か月間で1132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、北多摩南部の1か月の退院患者数は1万160人おられまして、そのうちの1132人、つまり、退院患者数の11.1%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、東京都平均より非常に高い数字となっております。これは、退院調整部門を設けていただきまして、退院に向けた調整をしっかりと行っているあらわれかと考えております。

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、19行目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、「4.2」となっておりまして、東京都全体の数字の「2.6」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になっております。

一方、22行目の「呼吸器リハビリテーション料」は、左下に「1.9」という数字が入っておりますが、これは、東京都全体の「3.1」を下回っているという状況でございます。

ただし、隣接する北多摩西部や北多摩北部で、この呼吸器リハが多く提供されていることから、対象となる患者さんにつきましては、他の構想区域で受け入れられていることも想定されます。

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、あくまでもこの数字は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。

非常に細かく、たくさんのデータがありましたが、こういうデータのことについてだけでなく、「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」して、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とか、こうしたほうがいいのかというようなことがありましたら、何でも気軽のお話ししていただければと思います。

○山田（調布病院）：入院して、治療して、在宅へというときに、例えば、ご高齢の方だったり、もともとの持病などで、いくらリハビリをしても、回復がこれ以上は厳しいかなというところで、おうちに帰るか帰さないかということで、非常に悩む症例が多いのが実情です。

先日、医療者側的には、「果たして在宅でうまくいくか」と不安ながらも、ご本人、ご家族が「家に帰りたい」というご希望があったので、退院させたところ、おうちに帰って、半日ぐらいはよかったんですが、ベッドから下りた状態で動けなくなってしまったのです。

老々介護の状態、連れ合いの方では、ベッドに戻せないということで、結局、救急車でまた戻ってこられました。

退院調整の者に、「試験外泊とかのステップを踏まえて、おうちに帰れるか判断できなかったのか」ということを聞いたところ、現在の介護保険か何かだと、試験外泊のときは、介護サービスが非常に制限されていて、ご家族が100%負担しなければいけないようなシステムになっているようなことを言っていました。

そして、ケアマネと相談して、試験外泊は、ご家族と相談すると、経済的に負担が大き過ぎて無理だったので、退院にしたということ言っていました。

高齢化がどんどん進んでいけば、高齢者の方がいかに在宅に向けて頑張っても、若返るわけではないので、回復の程度に限界があるなと思っていますので、介護と医療を今後うまくつなげていくような計画があるかということをお教えいただきたいと思います。

○座長：ただいまのご意見、ご質問について、在宅復帰会議とかをやっていらっしゃる医療機関の方から、何かご意見はございますか。

○吉野（杏林大学医学部附属病院）：そういう会議をやっているわけではありませんが、包括ケアとも関係しますが、介護とどういうふうにシームレスにして、常に流動的、臨機応変に動いていくかというシステムにも踏み込んでいかないといけなくなるとしています。

ですから、それについてのデータと方向性を提示して欲しいと思います。子どもの急性期病院としても、そういう人が最終的にどういうふうになっていくのかということは、非常に重要だと思っています。

○矢沢部長：この場は、先生方の意見交換をお願いしたいと思っておりますので、山田先生が今おっしゃったような事例について、回復期のほかの先生方はどういう患者さんに対してどのように退院させていらっしゃるかとか、介護のところで工夫されているところがあるか、あるいは、区市町村のご担当の方が、介護とおります医療の関係でどのようにお考えかということ、この場でも出していただいて、共有していただきたいと思っております。

ですので、今の話題について、先生方からぜひご発言をお願いできればと思います。

○吉野（杏林大学医学部附属病院）：私の質問がちょっとずれたかもしれませんが、この医療システムの中には、最後に必ず介護が入ってくるため、このシステムの構築のためにいろいろ目標が挙げられていましたので、それがどのように考えられているかが知りたかったわけです。

現実として、今の状態ですと、介護に入っている人がいきなり救急に来たりして、段階を飛び越えてくるということがありまして、「いつでも、どこでも救急に」ということになると、その間が飛んでしまうので、その辺をどのようにしていくかという課題があります。

また、介護の場合、急変する可能性がありますし、「ちょっとだけみてほしい」というものもありますが、在宅と準救急のレベルの病院とどのように連携していくかということは、非常に重要なポイントになると思っています。

○座長：ありがとうございました。

今の件だけではなく、忌憚のないご意見をどんどんいただければと思います。

○井出（府中市医師会）：私は、普通の開業医で、在宅をやったりもしています。

病床推計の説明などが詳細にありまして、「病床は余っているのか」というように感じてしまいましたが、この北多摩南部というのは、高度医療機関が多いので、外部からの流入がかなり多いみたいですので、そう考えると、むしろ、足りてないのじゃないかと感じています。

それから、今日のお話を聞いていて、資料7のグランドデザインが一番大事な資料ではないかと思いました。

根本的には、皆さんが困らないように医療を提供して、最期の看取りまで持っていけるようにして、高齢者がこれからどんどん増加していくことに備えていきたいと思いますというのが、この地域医療構想のコンセプトかなと思っています。

一番末端にいる身からすると、患者さんをみていて、具合が悪くなって、高次医療機関を利用して、帰ってこられるかということですが、地域によってばらばらで、若い夫婦と一緒に暮らせる高齢者もいれば、高齢者ばかりの世帯もあったり、経済的に厳しい方もあったりして、かなり多様化しています。

特に、都心はもっと多様で、本当に単身の高齢者ばかりというところが多いようですが、多摩のあたりは、まだ家族が結構いるところが多いとは思っています。

ですから、そういう多様性を踏まえて、一番弱い人たちのための対策を考えていかなければいけないと思っていますが、現状では、ケアマネさんは、自分のつてでお医者さんを探して、「先生、困ってるんです」と言ってこられます。

それに対して、私たちは、病院に電話して、「何とかみてもらえませんか」とお願いして、探しているというような状況が多いです。

ですから、ネットワークを作っていただいて、それも、我々のような開業医のネットワークはもちろん、高次の病院とのネットワークや、介護を担っているケアマネジャーさんや訪問看護さんたちとのネットワークなどを構築するというのが、早急に必要だと思っています。

こういう点について、武蔵野市医師会さんなどはうまくやっておられませんか。

○渡辺（武蔵野市医師会）：今日のお話を伺っていて、いろいろな数字についてはわかりましたが、実際にやらなければいけないことは、2025年に向けた準備ということになると思っています。

我々のところでは、在宅医療・介護連携については、かなり前から話し合っていたので、お互いのネットワークというのとはできつつあると思っていますが、完全にするのはなかなか難しいので、それを進めていこうと思っています。

各地域がそういうふうになっていって、最終的に圏域全体になって、東京都全体になって、国全体になっていくというのが、一番理想的だと思っています。

○座長：ありがとうございました。

三鷹市さんはいかがでしょう。

○窪川（三鷹市医師会）：そういうことを地域ごとに一生懸命やっていると思いますが、入院と退院のシームレスな連携ということは、これから作っていかねばいけないと思っています。

資料7の3ページ目に、「在宅移行支援の充実」とありまして、「入院早期から、地域の保健・医療・福祉関係者と連携した退院支援の取組を推進」と記載されています。

実際には、病院さんのほうではどのようにやっておられるのかが、私たち開業医には見えない状況ですので、教えているとありがたいと思います。

○座長：急性期の先生と我々開業医からの発言がありましたが、その間を取り持つ慢性期の病院の先生方からのご意見を伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

○石郷岡（小金井太陽病院）：先ほどの山田先生の、患者さんのどの段階で自宅にお帰しできるかできないかというお話ですが、これは、非常に悩ましい問題だと思っています。

当院の場合は、まず、相談員が2人おりまして、非常にガードが固いです。

どの病院でもやっておられると思いますが、医師とご家族と相談員、理学療法士、言語療法士全員で、定期的にミーティングをしています。

医療サイドとしては、できるだけ早くお帰ししたいと考えています。特に、私は、整形外科なので、元気だからこそ、けがをして入ってこられたわけですから、早くお帰ししたいと思っています。

一方、周りのほうでは、「この状態では絶対に帰せない」という意見が出まして、そのところは非常に厳しいです。

そうこうするうちに、けがとは関係のない肺炎になってしまったりすることもある、「もっと早くお帰ししていれば、こうならなかったかもしれない」と思うことも多いです。

しかし、実は、そうではなくて、無理におうちにお帰しすれば、山田先生が先ほどおっしゃったようなことが、現実として起きる場合も多いわけです。

そのために、理学療法士がついて、外出したり、試験外泊をしたりします。この場合、ご家族と理学療法士とで相談して、医療で入院中に一度外出して、その方が在宅で生活できるかを見極めて、理学療法士がご一緒に、居宅を評価します。

そこで判断して、療養に行かれるか、施設に行かれるかということを考えていきます。

そして、在宅で帰られる方には、当院の場合は、デイでのリハビリをやっていきますし、今後の構想として、訪問介護のほうも計画しておりまして、そちらでフォローしていきたいと思っていますが、現実的には、周囲の先生方との連携で助けていただいております。

それから、もう1つ、東京都の方には、お願いですが、「とぎれの救急」ということで、もっと患者さんを取りたいというのが現実ですが、私どものような、地域に密着した中小の病院では、夜間のもっとアップデートされた検査室があれば、患者さんをもっと取れるということがあります。

ただ、それに対する補助が出る機関などはないでしょうか。というのは、土曜日とか夜間とかでも、救急を一生懸命取っていますが、例えば、大きな大学病院とかと違って、検査のための機械をアップデートするには経費がかかりま

すので、そういうことに対して補助が出る機関というのはございませんでしょうか。

○矢沢部長：今思いつくものはございませんが、今は、救急告示の医療機関でいらっしゃいますか。

○石郷岡（小金井太陽病院）：はい。二次まであと一歩ですが、

○矢沢部長：あと一歩頑張ってください、二次救急医療機関になりますと、1ベッド当たりいくらという補助金が出ますので、実績払いということですが、それが出ると思っています。

○座長：ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

○川内（小金井リハビリテーション病院）：病院とか医師の資源に関してのお互いの連絡というのは、どんどんよくなってきていると思います。

私どものほうで具合が悪くなった患者さんを、こちらにいらっしゃる各病院に引き取っていたりしているおかげで、何とかやっていくことができています。

ただ、そのあとの在宅のほうの方々がばらばらで、どうやってアプローチして、どういうふうに組み立てていくかというのは、大変だと思われれます。

小金井市の医師会というのは、すごくいろいろ考えてくださっていますが、実際にはなかなか大変な状況になる場合が結構多くなってきています。

こういう話は、この会議には馴染まない話かもしれませんが、齋藤先生にもぜひ頑張ってください、在宅と介護のほうの体制をしっかりとつくっていただきたいと思います。

また、横の連絡も大切で、何十人程度の大きなものであれば生き残るけれども、小さいところは難しいということがありますので、それぞれがきめ細かく連携できるようになればと思っています。

そして、急性期からいただいた患者さんを在宅に帰していくのが楽になっていくのではないかと考えていますので、いろいろな連携について考えていっていただければありがたいと思っています。

○座長：建設的なご意見をありがとうございました。そういう方向で頑張っていきたいと思います。

○安藤理事：小川先生から先ほどお話がありましたが、国としては、医療費を削減したいので、そのためには慢性期、療養病床を減らすのがいいだろうという考えがあって、医療区分1の方の70%を「在宅等」に出していきたいということなんです。

これによって、日本中で7万～10万床ぐらいの療養病床が余るのではないかとということが言われてきて、大騒ぎになっています。

ただ、これを、実際に精査すると、今年の3月31日の介護保険の介護給費の分科会では、7割は無理で、医療区分1の2割から4割ぐらいだろうというお話でした。

そこで、4割で割り戻してみると、逆に、全国で5万床ぐらい療養病床を増やさなければいけないということになってしまいますので、ちょっとした数字の違いによって、全然違ってくるわけです。

それから、宮城県では、7割は無理だということで、「宮城県は50%で行く」ということになっています。

そういうことですので、これを東京に当てはめた場合、医療区分1の人の70%と、175点以下の人も在宅にということになると、東京の場合は、高齢者人口が今後増えていきます。

そうすると、ラフな計算ですが、訪問看護ステーションの介護施設を3000人、在宅医を1000人ぐらい増やさなければいけないということになりますから、これは、本当にできるのかということ、十分に検証していく必要があると思っています。

それから、先ほどの医療と介護の連携についてですが、古くは、医療の中で介護もみていたので、これを分離することになったわけですが、最近は、分離はいけないので連携しようということになっているわけです。

根本的には、医療保険制度と介護保険制度を分離したままで、機能は連携しようということ、非常に無理なことを言っていますので、2つの制度を一緒にしていくような方策をとっていかないと、なかなか難しい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。

それでは、最後に、ご参加の方々から、これだけはお話ししたいというようなことがありましたら、どうぞご発言いただければと思います。

武蔵野市のほうから、資料が回っていますので、どうぞ。

○一ノ関（武蔵野市）：私どものところでは、「武蔵野市地域医療の在り方検討委員会」を設置して、「初期救急医療体制の充実による医療の機能分化の促進」と、「安心して在宅療養生活を選択できる医療と介護の連携強化」というテーマに絞って、これまで検討してまいりました。

その間、吉祥寺地区の病院が廃止になるとか、建て替え問題等が出てきましたので、庁内でも検討を行ってまいりました。

さらに、「健康福祉総合計画」というものを平成23年度に策定しております、来年度、その改定をいたしますが、それに併せて、それらを貫く地域医療構想が必要だろうということで、「武蔵野市地域医療構想（ビジョン）2016」というものの案を作成しております。

これは、東京都さんの地域医療構想がまだ案の段階でしたので、それを使わせていただいております。

最後のページをご覧くださいますと、「第3章 地域医療充実に向けての今後の方向性」ということで、「1. 市民の生命と健康を守る病院機能の充実」ということで、「(1) 2025年に向けた病院機能の確保と充実」「(2) 救急医療体制の維持・整備」「(3) 吉祥寺地区の病院機能の維持・充実」「(4) 武蔵野赤十

字病院の建て替え」「(5)初期救急医療体制の充実による医療の機能分化の促進」ということで、問題提起をしております。

そのほか、「2. 市民の在宅療養生活を支える仕組みづくり」として、「(1)医療と介護の連携強化」「(2)認知症への対応の充実」「(3)在宅療養生活を支えるための入院医療の受け皿の確保」「(4)看取りまでの支援」ということを挙げております。

さらに、「3. 地域包括ケアと在宅医療の推進のための人材確保及び育成」ということで、「(1)地域医療・在宅医療を担う取材の確保・育成の必要性」「(2)本市における医療・介護人材の確保・育成策」ということを挙げております。

以上のような案に対して、パブリックコメントを現在行っておりまして、医師会さん等のご意見をいただきながら、今年度中に策定をしたいと考えております。

○座長：ありがとうございました。

武蔵野市では先進的に取り組んでいらっしゃるって、小金井市のほうでも、これをお手本にして、今追いかけているところですので、いろいろ教えていただきたいと思います。

それでは、本日の会議はこれで終了したいと思います。皆さま、どうもありがとうございました。

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。引き続きよろしくお願いいたします。

(了)