

確定稿

第1回

東京都保健医療計画推進協議会

会議録

平成27年4月30日

東京都福祉保健局

(午後 3時00分 開会)

○遠藤医療政策課長 ただいまから平成27年度第1回東京都保健医療計画推進協議会を開会いたします。

委員の皆様には、大変ご多忙の中ご出席を賜り、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、医療政策部医療政策課長、遠藤が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

着座させていただきます。

この会議室のマイクでございますが、真ん中がございます赤いボタンを押していただきますと赤いランプがつかます。ランプがつかますとマイクがオンの状態となりますので、よろしく願いいたします。

次に、本日の会議資料でございます。資料につきましては、議事の都度、資料についてあわせてご説明をいたしますので、落丁等ございましたら事務局職員までお申しつけをください。

それでは、初めに、今回の協議会より新たな任期となりますので、委員の皆様をご紹介させていただきます。

お手元にお配りしてございます資料1、東京都保健医療計画推進協議会委員名簿をごらんください。

名簿の順番にご紹介をさせていただきます。

田中委員でございます。

橋本委員でございます。

河原委員でございます。

田嶋委員でございます。

島田委員でございます。

尾崎委員でございます。

渡辺委員はご欠席のご連絡をいただいております。

竹川委員でございます。

長瀬委員でございます。

高野委員でございます。

永田委員でございます。

山元委員でございます。

西川委員でございます。

羽田委員でございます。

當真委員でございます。

加島委員でございます。

秋山委員でございます。

小島委員でございます。

庄子委員でございます。

福内委員はご欠席のご連絡をいただいております。

平林委員でございます。

山内委員、前田委員からはご欠席のご連絡をいただいております。

渡邊委員でございます。

安田委員でございます。

以上で委員の方々のご紹介を終わらせていただきます。

本日は、委員25名のうち21名の委員の皆様にご出席をいただいております。

なお、こちら側、東京都側でございますが、福祉保健局長初め、事務局である医療政策部のほか、福祉保健局の関係各部、病院経営本部の職員が出席をさせていただいております。よろしくお願いいたします。

それでは、議事に入ります前に、梶原福祉保健局長より、一言ご挨拶を申し上げます。

○梶原福祉保健局長 東京都福祉保健局長の梶原でございます。

委員の皆様方には、日ごろより、東京都の保健医療行政に多大なご協力をいただきまして、厚く御礼を申し上げます。また、本日はご多用のところご出席を賜り、まことにありがとうございます。

保健医療計画は、平成25年3月に第5次の改定を行ってから今年度で3年目となります。都はこの計画に基づきまして、がん対策、在宅医療、救急医療、脳卒中や糖尿病など、疾病ごとの医療提供体制の整備など、都民にとってわかりやすく切れ目のない医療提供体制の整備を進めてまいりました。昨年6月の医療法改正に伴いまして、本年度から都道府県は地域医療構想の策定に取り組むこととなります。

地域医療構想は、2025年の医療需要推計に基づきまして、あるべき将来の医療提供体制を示すものでございますが、この構想は医療計画の一部として位置づけられておりまして、平成30年度の次期保健医療計画の改定では、保健医療計画の記載事項の一つとなるものでございます。このため、地域医療構想の策定に当たりましては、5疾病5事業等の保健医療計画において、既に記載をされています内容を十分に踏まえて検討を進めていく必要がありますが、一方、東京は日本最大の医療資源の集積地であり、また、今後、高齢者の絶対数の急増が見込まれる2025年以降も医療需要が増加し続けるなど、さまざまな大都市特性がございます。

本日は東京都地域医療構想の策定につきましてご説明をさせていただきますけれども、今回の構想策定がまさに東京都の今後の医療のあり方を決めていく大きな節目になるというふうに考えておりますので、委員の皆様からは専門的な視点で、あるいは都民の目線で忌憚のないご意見をいただければと考えております。

委員の皆様におかれましては、引き続きお力添えを賜りますようお願いいたしまして、挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○遠藤医療政策課長 次に、今回の協議会から新たな任期となりますので、まず、座長を選任していただく必要がございます。

資料2、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第5の2にございますとおり、座長は委員の皆様の互選により置くこととされております。いかがお取り計らいいたしましょうか。

尾崎委員、お願いいたします。

○尾崎委員 座長の互選について、提案させていただきたいと思います。

座長には、引き続き、保健医療政策に造詣の深い橋本委員にお引き受けいただければと思いますが、いかがでしょうか。

(拍手)

○遠藤医療政策課長 ありがとうございます。

それでは、橋本委員、座長席へお移りを願います。

早速で申しわけございませんが、橋本座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○橋本座長 橋本でございます。座ったまま失礼いたします。

ただいま座長にということで、皆さんの異論がなかったので座長にさせていただきたいというふうに思います。今回で多分3期目になるのかな、余りよく数えていませんけれども、3期目ぐらいになっております。

常日ごろから私は次世代へ交代する次世代へ交代するとあちこちで言いまくっているんですが、今回引き受けざるを得ないのかなというのは実はちょっとおもしろいかなと実は思っています、地域医療構想というのは、概念自体は随分昔からあるんだろうと思います。そういう意味で、それがあつた種の行政行為として、これから2025年に向かっての準備をちゃんと整えましょうということで進んでいくんだろうというふうに思います。ぜひそばで見ていたいというのが正直なところでございます。

座長の任をちゃんと果たしたいというふうに思っております。どうぞよろしく願いいたします。

(拍手)

○遠藤医療政策課長 ありがとうございます。

それでは、これからの進行について、橋本座長、よろしく願いいたします。

○橋本座長 それでは、会議次第に従いまして進行させていただきたいというふうに思います。

まずは第一の仕事は副座長を指名しなければなりません。資料2にございますけれども、協議会の設置要綱の第5の2ですが、副座長は座長が指名することというふうになっております。

副座長には、前回から引き続き、河原委員にお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

(拍手)

○橋本座長 では、副座長席をお願いします。

それでは、一言ご挨拶をお願いします。

○河原副座長 引き続き、副座長を務めさせていただきます。

本協議会の議事が円滑に進行し、また、実り多い結果が得られるように橋本座長を補佐してまいりたいと思いますので、よろしくをお願いいたします。

(拍手)

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、議事に移らせていただきます。本日の議事は東京都地域医療構想の策定についてでございます。

最初に、資料3、地域医療構想策定ガイドライン（要旨）について、事務局から説明をお願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 先月、国から発出されました地域医療構想策定ガイドラインの概要につきまして、ご説明をさせていただきます。

都道府県は、策定プロセスや構想達成の推進のあり方などに関する全国的な標準でございます策定ガイドラインを参考にしながら、地域の実情に応じて、地域医療構想の策定を行うこととされております。

まず、前提となります医療計画と地域医療構想の関係についてでございます。

昨年6月の医療介護総合確保推進法の公布を受けまして医療法が改正をされまして、都道府県におきまして、平成27年度以降、地域医療構想を策定することとされました。地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとなるものでございまして、構想を定めることは、医療計画の変更となりますことから、策定や変更の手続を経る必要がございます。

ガイドラインの概要に参ります。策定プロセス～実現に向けた取組でございます。

1から8までは策定プロセスに関するガイドラインの構成を記載してございます。構想区域を設定した上で、構想区域ごとに医療需要の推計を行いまして、その医療需要に対する医療供給の検討や必要病床数の算出を行うこと、2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討を行うことなどが記載されてございます。

構想策定後は、医療機関から毎年度報告することとされました病床機能報告制度による集計数、報告時点の数と、国から提供されるデータに基づきまして算出した必要病床数、将来の数を比較いたしまして、機能分化と連携に当たっての地域の課題を分析する必要があること、また、区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討し、施策の基本を定めることとされてございます。

地域医療構想の実現に当たりましては、構想区域内の医療機関の自主的な取り組みや、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議によって進められることを前提といたしまして、昨年度造成をいたしました地域医療介護総合確

保基金の活用等によりまして必要な施策を進めていく必要があるとされてございます。

続きまして、ポイント部分について、ご説明させていただきます。

構想区域の設定でございます。

地域医療構想の検討に当たりましては、まず構想区域を設定し、医療需要に関する医療供給を具体化する必要があるとされております。現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の变化など、将来における要素を勘案して検討することが必要であること、現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定する場合には、次期医療計画改定時に二次医療圏と構想区域を一致させることが適当であるとされてございます。

次に、医療需要の推計についてでございます。

2025年の医療機能別の医療需要（推計入院患者数）につきましては、国から示される患者住所地をもとにした基礎データを用いまして、都道府県が構想区域ごとに算出することとされてございます。

まず、高度急性期から回復期の推計方法についてでございますが、2013年度の性年齢階級別構想区域別の入院受療率に2025年の推計人口を乗じる方法、入院の受療率実績に人口の伸びを反映させる方法によりまして推計いたします。

続きまして、慢性期と在宅医療等の推計方法のうち、慢性期の医療需要につきましては、上記の高度急性期から回復期の算出方法をもとに、全国的に地域によって入院受療率に差がありますことから、地域差を縮小させる目標設定を加味して推計することとされてございます。また、在宅医療等の推計につきましては、2013年の訪問診療や介護老人保健施設の入所者数等、在宅医療を受けている患者実績をもとに推計することとされてございます。高齢化により増大する医療需要に対応するため、医療機能の分化と連携により、2025年には在宅医療での対応を促進することが必要であるとされてございます。

医療需要の推計方法につきましては、後ほど改めてご説明をさせていただきます。

次のページをお開き願います。医療需要に対する医療提供体制・必要病床数の推計でございます。

必要病床数の推計に当たりましては、構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえまして、医療需要に対する供給数、これは構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数でございますが、この増減を見込む必要がございます。算出式に基づき算出されます構想区域ごとの医療需要に供給数の増減、都道府県間もしくは構想区域間の増減でございますが、これを行いました推定供給数を四つの機能ごとにガイドラインで示されている病床稼働率で除しまして、構想区域ごとの必要病床数を算出することとされております。その際、増減を見込む都道府県、構想区域双方の供給数の合計を一致させることが原則とされております。

例えば、都におきまして、他県からの流入分を見込む場合には、当該県がその流出

分を減じて増減をプラマイゼロにさせるというものでございます。また、構想区域と各病床の機能区分との関係でございますが、高度急性期と、高度急性期から同一病床に引き続き入院する場合の急性期につきましては必ずしも区域内完結を求めないものの、それ以外の急性期から慢性期につきましてはできるだけ構想区域内で対応することが望ましいとされてございます。

次に、将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策でございます。

地域医療構想の実現に当たりましては、地域医療介護総合確保基金の活用等によりまして、病床の機能分化及び連携の推進、在宅医療の充実、医療従事者の確保・養成など、必要な施策を進めていく必要があるとされております。

参考資料1に国が取り組みの例示といたしまして示している資料を添付してございます。後ほどご確認をいただきたいと存じます。

続きまして、病床機能報告制度の公表についてでございます。

昨年10月に開始をされました病床機能報告制度でございますが、医療機関が高度急性期から慢性期までの4分類の中から現在担っている医療機能と今後の方向性を選択し報告することとされたものでございまして、報告された事項につきましては都道府県が公表することとされました。公表することによりまして、関係者が共通認識を形成し、構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取り組みや相互の協議が進むよう促すことが必要であるとされております。後ほど平成26年度の報告結果につきましてご報告をさせていただきます。

概要の最後になりますが、実現に向けた取組でございます。

まず、地域医療構想調整会議でございますが、都道府県は構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設けまして、関係者との連携を図りながら、構想の実現に向けて必要な協議を行うこととされております。会議では、各医療機関が担うべき病床機能に関する協議や、毎年度報告を行う病床機能報告制度による情報共有など、構想の実現に向けて協議を行っていくこととされております。参加者につきましては、医療関係団体、医療保険者、市町村等をメンバーとすることとされております。

このほか、構想の実現に向けまして、都道府県知事の権限を強化する医療法改正がなされております。こちらはいずれも構想策定後の対応となります。医療機関の開設・増床等の際に、不足しております医療機能を提供する病床として使用するよう条件を付すことができること、既存の医療機関が過剰な病床の機能区分に転換を希望する場合、その理由等を記載した書面の提出を求めることができ、不十分な場合には調整会議における協議への参加を求めることができることなどが盛り込まれました。

さらに、調整会議での協議が調わない場合などには医療審議会の意見を聴いた上で必要な措置を講じることとされました。こちらは参考資料2におきまして、地域医療構想に係る医療審議会の役割といたしまして整理をしておりますので、後ほどご確認をいただきたいと思っております。

説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

ただいまの説明について、何かご意見とかご質問とかございますでしょうか。よろしゅうございますか。

次の資料説明もこれの続きですので、また改めてということでもよろしいかというふうに思います。

それでは、資料4、医療需要の推計方法について、事務局からお願いします。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） それでは、資料4について、ご説明させていただきます。資料4は、先ほど資料3にてご説明いたしましたガイドライン（要旨）のうち、1枚目右下にございました医療需要の推計について詳細をご説明するものでございます。

まず、高度急性期機能から回復期機能の考え方につきまして、資料4①から③を使ってご説明させていただきます。

国のガイドライン検討会の中で、病床の機能区分ごとに医療需要についてはできる限り患者さんの状態や診療の実態を勘案すべきということで、ナショナルデータベースのレセプトデータやDPCのデータの分析から推計することというふうにされました。

資料4の①のグラフをごらんください。

255疾患のDPCデータから医療資源投入量の推移をグラフ化したものでございます。横軸が入院初日からの経過日数、縦軸が医療資源の投入量となっております。多くの疾患におきまして、入院後二、三日のあたりは医療資源が特に高い状態になりまして、その後、グラフは急激に下降いたします。その後、下のほうで帯状になると。つまり一定の水準、このグラフ上では500点から1,000点のあたりになるかと思うのですが、こちらのあたりで急性期における治療が終了いたしまして、医療資源投入量についても落ちついた状態になることが見てとれるかと思えます。

ページを1枚おめくりいただきまして、資料4の②をごらんください。

先ほどのグラフを模式化したものになります。国におきましては、全てのDPC及びナショナルデータベースのレセプトデータを分析いたしまして、4医療機能区分の境目となる医療資源の投入量というのをそれぞれC1、C2、C3として設定してございます。

このグラフで見ますと、最初の二、三日の中でも一部分、C1、3,000点を超えていることがわかるかと思えます。全ての疾患の患者の入院をこのようなグラフにいたしましたときに、この3,000点より上に当てはまる患者さんの延べ人数というのが高度急性期の医療需要という形になります。

同様に、急性期と回復期の境目、C2になりますが、こちらにつきましては前ページのグラフの中で500から1,000点と申しましたが、さらにナショナルデータ

ベースなども加味して分析を深めまして、C2を600点といたしまして、3,000点から600点の間の延べ患者数が急性期の医療需要というふうになってございます。回復期と慢性期の間は国の分析によれば225点となるところを、実際には在宅復帰に向けた調整を要する患者さんもいらっしゃるということで、175点まで引き下げて推計を行うこととされております。

資料をおめくりいただきまして、資料4の③をごらんください。

今のこのC1からC3というのを、少し具体的なイメージが湧くように基本的な考え方を記載したものでございます。C1の3,000点というのが、ICUなどで実施するような重症者に対する医療から一般的な治療に移行する段階となりまして、C2 600点は急性期における医療が終了して、一定程度状態が安定する段階と。C3 225点、こちらは在宅復帰のための調整幅、先ほどご説明したのですが、こちらを見込みますと175点未満は慢性期と在宅医療等となる段階でございます。

続きまして、慢性期機能及び在宅医療等の需要の将来推計についてご説明したいと思います。資料を1枚おめくりいただきまして、資料4の④をごらんください。

先ほどの医療資源投入量の考え方でございますと175点未満というお話でございますが、これは一般病床をベースに考えているものになります。療養病床につきましては、診療報酬が包括算定でございまして、医療行為を出来高換算した医療資源投入量に基づく分析を行うことができないということで、別の考え方を取り込んでいるものでございます。

資料枠内の2行目、米印をご確認いただければと思います。国のガイドラインにおける「在宅医療等」の定義になっておりますが、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指すという形になってございまして、居宅や施設で訪問診療等を受ける、いわゆる在宅医療に「等」がつきまして、少し広い概念になっていることをご承知おきいただければと思います。

では、慢性期機能と在宅医療等の需要の推計方法をどのような形でなされているかというのが資料の下側のイメージ図になります。

上の棒が現状となっております、将来の慢性期機能及び在宅医療等の需要として推計されるのは、現在、大きく分けて5項目ございます。左側から、一般病床に入院している障害者・難病患者さんの数というのと、2番目、療養病床の入院患者数、3番目、先ほどお話しさせていただきました175点未満、つまり医療資源投入量の低い一般病床の患者さんというところ、あと、④といたしまして訪問診療を受けている患者数、⑤老健施設の入所者数となっております。

このうち、特に2番目の療養病床のところを見ていただきますと、左端に少し色の濃いところがございます。こちらは、療養病床で回復期リハを算定している病床がございまして、その入院患者数は回復期機能の需要として推計するために別建てとしているものでございます。さらに右側の色の濃い部分に目を移していただきますと、

医療区分1の70%とございます。医療必要度の比較的軽い患者さんの7割に当たる患者数ということですが、あと、その次、地域差の解消とございまして、この二つの部分が将来におきましては療養病床としてではなく在宅医療等の需要として推計される部分に当たります。この地域差の解消につきましては、次の資料4の⑤と⑥にてご説明いたします。

順番が前後して恐縮ですが、資料⑥のほうを先にごらんいただきたいと思います。

このグラフは、都道府県の療養病床の入院受療率を、性別や年齢の構成比による影響を排除いたしまして、同じ条件にして比較をしたものでございます。一番高い位置で目につくところ、こちらは高知県の614から最小の長野県122と、比較しますと5倍以上の差になってまいります。これほどの地域差は純粋な医療需要の差ではないのではないかということで、この地域差を補正していくことにしているのがガイドラインの考え方になります。ちなみに東京は190となっておりまして、全国の中央値、つまり47都道府県の真ん中、24番目に当たるのが鳥取県で213というふうになってございます。

1ページお戻りいただきまして、資料4⑤の下側の図をごらんください。

入院受療率の地域差の解消目標といたしまして、パターンがAとB、二つ記載されてございます。パターンAは全ての構想区域が県単位で全国最小値、先ほどご紹介いたしました長野県の122に当たりますが、こちらを目指すという案でございます。本来、構想区域ごとに考えるものですが、国からまだ構想区域ごとの入院受療率というのは示されてございませんので、県単位の数字でイメージをつかんでいただくと、高知県の614も東京の190も、どこも全て122を目指すというような目標になります。

パターンBのほうは、Aよりは少し緩やかな目標となっております。構想区域ごとに全国最小値との差を一定割合解消させるというものでございます。入院受療率が最大の高知県614が中央値である鳥取県213を目指す。それと同じ減少割合で全ての構想区域が一定程度受療率を低下させるという目標になります。このAとBの幅の中で各地域が目標を立てまして、受療率を低下させるというのが地域差の解消と言われているものでございます。ただ、AからBという幅の中で選ぶとはいいまして、Bを選んでも目標達成が困難な地域もあるだろうということで、特例も設けられてございます。

資料4の最後のページ、⑦をごらんいただきたいと思います。

特例には、地域医療構想策定時の特例と策定後の特例と二つございます。まず、網かけ枠内上段が構想策定時の特例といたしまして、一定の地域は2025年を目標とするのではなく、2030年を目標とすることができるというものでございます。

その要件といたしましては、二つございまして、パターンBで減少目標を設定した場合の減少率が、全国の中央値、34%ですが、こちらよりも大きいことと、高齢者

の世帯割合が全国平均9.2%よりも大きいことというところでございます。

構想区域ごとの受療率が示されていないため、正確な数値は申し上げられないんですが、東京都全体といたしましては、入院受療率が全国中央値よりも小さいことから、この特例が当てはまる地域は非常に限定的になるであろうというふうに考えております。

次に、地域医療構想策定後の特例といたしまして、枠内の下の段でございまして、社会的事情の大きな変化など、やむを得ない事情が生じた場合には、入院受療率の目標を変更することができるかとされているものでございます。

資料4の説明は以上でございまして。

○橋本座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。質問とかご意見とかございませうでしょうか。

何やら難しく、ちょっとだまされているような気もしないではないですが。いかがでしょうか。

○長瀬委員 いや、高知県は大変だなというふうに思われますが、という感想。でも、中央値に近くしていくのでしょうか。ただ、今日は感想です。

○橋本座長 さあ、どうでしょう。まあ、やるということにかじを切ったのだろうというふうに私は個人的には思ってますけれどもね。

ほかはいかがでしょう。

理論的にはちょっと怪しいところもありますけどね。そういうことも含めて、多分そういうガイドラインができたのかなというふうに思っています。

よろしいですか。まずはのみ込み、のみ込まなきやいけないのかな。

それでは、また後でちょっと戻ることもありでしょうかね。これはこれで、また後で皆さんにご相談しますが、部会を設けてもうちょっと議論をするということになりますので、またそのところでご質問があれば、あるいはご注文があれば、お聞きしたいというふうに思います。

それでは、資料5であります。平成26年度病床機能報告制度について、事務局からお願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 昨年10月から開始をされました病床機能報告制度、こちらの集計結果につきましてご報告をさせていただきます。こちらは、最終集計結果につきましてはまだ国から示されておりませんので、暫定版という形のご報告とさせていただきます。

報告内容でございまして、各医療機関が有します一般病床、療養病床の医療機能につきまして、病棟単位で現状と今後の方向について報告をするというものでございまして。表におきまして、四つの医療機能の内容が記載をされているかと思っております。この定性的な基準によりまして、医療機関が自己申告によってご報告をいただいたと、こういうものでございます。

この表の下に時点とございますけれども、三つの時点で報告をするというものでございます。現在と今後の方向性というものでございまして、現在、平成26年7月1日現在の医療機能、それから6年経過後の予定、さらに2025年時点と、この三つの時点ということでございます。ただし、2025年の報告につきましては任意ということにされましたので、半数は無回答であったというものでございます。

右のほうに行きまして、このほか構造設備・人員配置、具体的な医療の内容というものについても報告の項目とされてございます。

先ほどの集計の対象でございますけれども、暫定版ということでございまして、3月2日時点、その時点でデータクリーニングを完了いたしました、全体の報告項目Ⅰ・Ⅱ①の下になります、848医療機関のデータを集計した段階のものというものでございます。

下段に移っていただきまして、左側が現状としての報告結果でございます。四つの機能区分の構成比でございます。表がございまして、高度急性期が29.4%、急性期が40.7%、回復期が6.8%、慢性期が23.1%という構成比での報告となっております。この構成比でございますが、右のほうに目を移していただきまして、6年後、さらに2025年ともにほぼ変わらない、同様の構成比での報告等になっているというものでございます。

説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。資料5、病床機能報告制度の暫定版ですが、集計結果をご説明いただきました。

ご質問ありますか。よろしいですか。それでは――かなり早く進んでいるのですが、よろしいですか。また前に戻るのもありにしましょう。

それでは、資料6であります。地域医療構想策定のための検討体制についてということ、それから、資料7、地域医療構想策定のスケジュールについて、事務局から説明をお願いします。

○遠藤医療政策課長 それでは、資料6、資料7、あわせてご説明をさせていただきます。

資料6、A3判のものでございますが、東京都地域医療構想策定のための検討体制についてでございます。

資料の左上段でございますが、まず、医療法上の規定でございます。地域医療構想は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては医療計画策定と同じく、三つ記載させていただいています。医師会等、診療又は調剤に関する学識経験者の団体、市町村、保険者協議会からの意見を聞くことが必要であるという医療法の規定でございます。

また、ガイドライン上の記載でございますが、丸の一つ目、策定段階から地域の医療関係者、保険者、住民、市町村の意見を聞くことが望ましい、丸の三つ目でございます。策定後を見据えて地域医療構想調整会議を設置し、意見をまとめることが適当

とさせていただきます。

資料の下段でございます。東京都における「地域医療構想の策定を行う体制」について。

下に図がございますが、地域医療構想は医療計画の一部でございますので、最終的には医療審議会に諮問・答申をいただくということになります。具体的な検討ですが、これまで保健医療計画の改定に当たっては協議会の下に改定部会を設置させていただいております。地域医療構想につきましても同様に、推進協議会の下に地域医療構想策定部会を設置して、集中的にご検討をお願いできればというふうに考えてございます。

一番下に地域ごとの意見聴取の場とございますが、こちらについては各圏域ですね、地域ごとに意見聴取の場を設置させていただいて、ここで地域の意見を吸い上げながら策定部会のほうでご議論をいただくという形を考えてございます。

資料右側でございます。東京都地域医療構想策定部会の設置でございますが、保健医療計画推進協議会の委員の皆様の中からの参加に加えまして、専門委員といたしまして、各医療機能区分、高度急性期から慢性期まで、この医療区分の医療機関の代表の方にご参加をいただいて、ご議論をいただくことを考えております。

資料下、地域ごとの意見聴取の場の設置でございます。

構想区域が決定するまでの間につきましては、現行の二次保健医療圏、13圏域ごとに意見聴取の場を設けさせていただきたいと考えております。構想区域設置後は、構想区域ごとにこの意見聴取の場を設置する予定でございます。メンバー構成といたしましては、医療関係団体、区市町村、保険者協議会、また、各地域の各医療機能の代表、高度急性期から慢性期まで、それぞれの医療機関の代表の方にご参加をいただくという形で進めさせていただければと存じます。

続きまして、資料7、地域医療構想策定スケジュール（案）でございます。

一番左側の列が保健医療計画推進協議会、真ん中の列が地域医療構想策定部会、一番右側が地域ごとの意見聴取の場となっております。

保健医療計画推進協議会でございますが、本日、第1回ということで、部会設置についてご了解をいただければ、真ん中、部会でございますが、大体月1回ぐらいのペースで開催をさせていただいて、集中的にご議論をいただきたいと考えてございます。

9月に部会の進捗状況について、一度、推進協議会のほうにご報告をさせていただき、年内12月を目途に部会のほうで中間まとめを策定し、保健医療計画推進協議会でその中間まとめ骨子についてご議論をいただければというふうに考えてございます。ここでいただいたご意見を踏まえまして、素案の作成に入りまして、年度内3月までに素案の調整を終えたいというふうに考えてございます。28年度4月以降、医療法に基づく意見照会、パブリックコメント、最終的には医療審議会への諮問・答申をいただくというスケジュールでございます。

意見聴取の場でございますが、第1回、第2回、第3回ということで、大体この間、6月から8月、それから秋、それから骨子がまとまった時点、骨子がまとまった後ということで、各圏域、3ラウンド、それぞれ3回程度、地域ごとの意見聴取の場のほうは開催させていただきたいというふうに考えてございます。

簡単でございますが、説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

地域医療構想をどういうふうに策定を進めていこうかというお話です。事務局の案としては、検討体制ということで部会を設置したい。その設置をするからには、こうこうこうのことですということ、その部会及び全体の流れとしてどういう体制でやっていくかということと、どういう流れでやっていくかというお話だったというふうに思います。

それから、部会がこの医療計画のほうの中で、協議会の中でどういうふうに位置づけられて、そのスケジュールとどういうふうに関連するかということは資料7でご説明がありました。部会が設置されたとしたらかなりタイトなスケジュールでこれを進めていくことになるのだろうというふうに思います。

このことについて、いかがでしょうか。保健医療計画のこの前の改定ですが、やっぱり改定部会というのを設けさせていただいて検討を進めたところでありまして、で、その方たちでかなり詰めてお話をされて、いいものができたというふうに思います。この地域医療構想についても、保健医療計画の一部でございますので、部会を設置して作業を進めていくべきというふうに思っておりますけれども、委員の皆さん、いかがでしょうか。よろしゅうございますか、そういうやり方で。それでは、地域医療構想策定部会を設置することとさせていただきます。

資料2の東京都保健医療計画推進協議会設置要綱の第6ですが、この部会をつくってよろしいということですので、部会の委員、部会員ですね、私が、座長が指名することになっております。恐れ入りますけれども、私から指名させていただきたいというふうに思います。あらかじめ事務局とご相談させていただいて、今、机上にお配りしている方たちでございます。

お配りいただいたでしょうか。今お配りさせていただきました名簿に記載されている方々を地域医療構想策定部会の委員として指名をさせていただきたいというふうに思います。保健医療計画の策定部会と同様、河原先生に出ていただくということになっています。それから、本協議会のメンバーのかなりの方がその部会に入ることです。それから、専門委員として新たにお迎えをする方たち、医師会、それから、先ほど四つありましたけれども、各医療機能別の医療機関の代表の方々、また、統計の専門家として国立がん研究センターの石川先生ですが、DPCをかなり隅から隅まで知っているという方ですけれども、その方を指名したいというふうに思います。お忙しいとは思いますが、それから、スケジュールがタイトだというふうに思いますけれ

ども、どうぞよろしくお願ひいたします。

これで大体終わりなのですが、少し時間がございまして、そもそも余りわからないでオーケーといっても困ると思いますので、いかがでしょうか。何かご質問ありませんでしょうか。どうぞ。

○河原副座長 最後の策定部会の委員ですが、これで結構なのですが、大学関係として、私も大学に身を置いています、中立的な立場でちょっと意見を申し上げたいと思うのですが、順天堂大学と杏林大学から入られていると思うのですが、これはあくまでも多摩地域とか、あるいは23区の地域割り、それから、高度急性期という診療機能、こういう観点から分けられていると思うのですが、現に今、都内の13大学で協議会ができていますよね。その中で、いろいろと大学病院のあり方、この地域医療構想へのかかわり方とか、そのようなことを議論していると伺っているのですが、特定の大学がこういうふうに入った場合に、その13大学の意見の全体の意見、取りまとめられた意見との反映の仕方ですね、そのあたりに齟齬が生じないかなというようなことで、事務局として、将来、例えば、13大学の協議会から誰か委員として加えるのか、あるいは13大学の意見をどういうふうにと聴取して反映していくかというようなことをちょっとお聞かせいただきたいと思います。

○橋本座長 事務局よろしいですか、今の件に関して。

○遠藤医療政策課長 今回の河原先生からのご指摘でございますが、13大学の協議会には順天堂大学さんも入られております。あと、他方、東京都医師会さんのほうで大学病院医師会という組織もございまして、今、河原先生からのお話については、可能であればですね、可能であればというか、順天堂大学さんにぜひ13大学の意見を取りまとめて、部会のほうでご発言いただくという形が一番望ましいというふうに考えてございます。ただ、さまざま議論のテーマも深まっていくという部分はあると思いますので、順天堂大学さんだけでなく、ほかにご意見、ご発言、13大学としてしたいというような場面等がございましたら、そこは柔軟に部会の運営の中でいろんな先生たちに入っていただくということも可能ではないかというふうに考えております。

○河原副座長 ぜひお願ひしたいと思います。特に大学の医師会というのが全体としてまとまっていないのですよね。個々の大学の医師会というふうな形で、全体がなかなかまとまっていないのが現実ですので、そのあたり、ぜひ今のご発言のとおりお願ひしたいと思います。

○橋本座長 尾崎先生からご発言があるようです。

○尾崎委員 確かに実情でそういう面もあると思いますが、私どもの東京都医師会というのはそもそも46の区とか市の医師会、それから、13大学ありますが、杏林大学はもともと地域医療に根差したいということで、大学医師会をつくらずに三鷹市医師会に入っております。そういうことで、12の大学医師会、それから、東京都、都立病院医師会、これが一つですね、ですから、この46の地区と13の合計59の医師会

が毎月集まりまして連絡協議会というのを開いております。そして、ここに大学医師会の先生も出てこられております。

残念ながら、出席が非常に悪い医師会とかもございます。それから、理事長や病院長がしっかり病院というか、大学医師会のトップになっているところもあれば、残念ながら、そういった代表する組織とは思えないところもあります。それは私どもが強制することではなくて――ただ、大学医師会というのを非常に重視されている大学であれば、きちっとそういう体制を整えて、大学医師会では役に立たないというような考えではなくて、おのおのの大学で大学医師会をしっかりとしたものにしていただいで私どもの公的な会に出てきていただいてやりとりをしていただければ、今、河原委員が言ったようなことは起きてこないと思いますので、今後の課題としてそういったことを大学医師会のほうにも私どもからしても望みたいと思いますし、今、事務局のほうから提案があったようなことについては十分理解できるころだと思っております。

以上です。

○橋本座長 河原先生、よろしゅうございますか。

○河原副座長 結構です。実務的にぜひ有意義なものにしていただければ、それで結構です。

○橋本座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。どうぞ。

○田中委員 質問というか、コメントです。

医療の世界は三者構成だと思うのです。第一はもちろん医療を受ける方々、患者さん、住民が一固まり。2番目は、医療を提供する専門職や病院団体等の提供者。もう一つ、重要なステークホルダーがいて、それは医療費のもとを黙々と払っている人たちです。

今度のこの地域医療構想の基礎となるさまざまな数値、これは医療費ベースでいろんなことが出ています。医療費はご存じのように、患者さんが払っている割合は15%程度で、残りの85%は患者じゃない住民、あるいは企業等の雇用主が負担しています。日本の制度の強みは、患者じゃない人が医療費の過半を負担しているところにありますね。その人たちがこういう医療構想を決めたり、医療の地域ごとのあり方を、区域を決めるところはいいかもしれないけれども、全体として医療のあり方を議論するところに加わってないのはいいのかなといつも疑問に思います。

国の審議会ですと、必ず財界代表あるいは労働界代表という形で入っておられます。この東京都の地域医療構想のメンバーは、患者・住民側と提供側だけで成り立っているんですね。ここでちょっと一つ足りないなという気がします。せめて、協会けんぽは、使用者側と労働者側の両方の代表が入っている団体だから、しかも都道府県ごとに支部がありますので、協会けんぽの東京都支部などを入れると、一応、労働者側と

雇う側、すなわち、さっき言った保険料を負担しているけれど医療を使ってない人の声もある程度反映できるのではないかなとかねて考えておりましたが、その点、どのようにそういう保険料を払っている人たちの声を聞くことになっているのでしょうか。

○橋本座長 いいですか、事務局、何かその辺の。

○遠藤医療政策課長 ご指摘ありがとうございます。今回、地域医療構想の策定ガイドラインの議論のほうでもそういったご指摘がございまして、都の体制としては今まで確かに医療で企業側というのはございません。ただ、今回も加島専務に入っているように、保険者は必ず入っていただいています。

地域医療構想につきましては、保険者協議会、ここを非常に重視しております。策定部会につきましても、保険者協議会のほうから代表に入っていただく、また、地域ごとの意見聴取の場ですね、この場についても必ず保険者協議会のほうから代表の方に会議のほうにご参加いただくという形で、今、先生ご指摘の点についても、なるべくそういった意見も積極的にいただきながら策定していきたいというふうに考えてございます。

○田中委員 国保の代表が入っているのは当然だと思うのですが、保険料を半分払っている雇い主ですね、営利・非営利の企業体、営利企業だけじゃないですが、この人たちの代表の声として国保は代表していませんからね。

○遠藤医療政策課長 保険者協議会さんのほうに協会けんぽの東京都支部等、皆様お入りいただいていますので、国保さんだけでなく、メンバーの人選については保険者協議会全体の中とよく話し合っただけで決めさせていただきたいというふうに考えております。

○加島委員 ちょっと補足します。国保連合会の専務理事の加島です。

私はここに名前として国保連合会の専務理事として書かれておりますけれども、一応、保険者協議会の会長という役目もありますので、その代表として出させていただきます。この策定部会の中では、そんな大勢、協会けんぽですとか健保組合、共済組合それぞれから出す、何人も出すわけにいかないんで、私が代表として出させていただいて、この策定部会の意見を保険者協議会の中で、私がかわりに代弁するような形をとっていききたいというのと、今、遠藤課長が言われたように、地域ごとの意見聴取の場の中に保険者協議会の代表を入れるような形をこれからとっていかれると思うので、その中にメンバーとして、全部、国保連合会なりでやるわけにいかないんで、協会けんぽですとか健保組合とか、そういうところの代表の方たちも入れて、その役割を果たしていっていけばいいのかなというふうに思うんですが、いかがでしょうか。

○遠藤医療政策課長 ありがとうございます。事務局としてはぜひそういう形で進めさせていただければありがたいと考えております。

○田中委員 感謝します。

○橋本座長 田中委員のコメントからちょっと間接的かなという感じもしますが、そこは事務局としっかりお願いしたいというふうに思います。

ほか、いかがでしょうか。

先ほど長瀬委員が大変ですねという感じのお話をされましたけれども、確かにこれは今までの保健医療計画とはやや違った、ある種の外枠がかなり強いものが見えるような気がいたします。

どうぞ。

○長瀬委員 資料5の病床機能報告制度のところで、2025年の病床の数ですよ。この東京の周辺は高齢化が物すごく爆発的にふえるということにもかかわらず、少なくしていますよね。これも大丈夫なのかなということですが、将来、これで集約させちゃうのでしょうか。いわゆる地域包括、田中先生がおっしゃるような地域包括ケアシステムをもっともっと働かせてやっていこうということのあらわれですかね。そういうことなのでしょう。

○橋本座長 じゃあ、事務局からお願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 ありがとうございます。ご説明の中でもさせていただきましたけれども、2025年の報告につきましては、もともと報告が任意ということでございまして、医療機関からの報告は半数が無回答であったということで、その半数にご報告いただいたものの集計結果ということでございますので、そこは半分すぐに減らすとかということではなくて、もともと任意であったという、その報告、集計結果でございます。

○橋本座長 あんまり報告がないというのはどうしてですかね。ないものはないと。

○宮澤地域医療構想担当課長 やはり10年後、少し先ということもありまして、国のほうでもやはり医療機関のほうでどういうふうにしていくかというところの方向性というのはなかなか出せないのではないかとこのころの考え方で任意となったというふうに聞いております。

○橋本座長 確かにそんな感じですよ。しっかり自分たちの病院の先を見据えてやっていける病院と、それから、まだ迷ってて、もしくはどうなるかわからないと置いてなかなか答えがたい、多分答えた中にもそういうぶれはあるだろうと思いますけれどもね、何かそういう状況があるのかなというふうに思います。まあ、それはそれで現状だというふうに。

ほか、いかがでしょうか。

なかなか難しい、これから地域医療構想の課題に取り組んでいくわけです。先ほど長瀬委員から出ましたけれども、その先にか、同時に地域包括ケアの問題があって、それをどう組み立てていくかとこれは当然連動するわけですよ。そこがこれからの医療計画の大切なところかなと思っています。

前の会のときもちょっと申し上げたと思いますけれども、やっぱり東京都は東京都

なりのものをつくっていかざるを得ないので、医療資源がたくさんあって、人がたくさんいて、それから、高齢者が爆発的にふえてくる状況の中でどういうふうにつくっていくか。それと、今の現状で、包括ケアを担う医療職が、医療資源がどれだけ先に向かって準備されるのかということは、多分、東京都で医療を運営されている、あるいは携わっている人たちのこれからの知恵の出どころかなというふうに思っています。

ほか、いかがでしょうか。よろしいですか。どうぞ。

○島田委員 島田でございます。

資料4⑤の在宅医療とはに特養とか軽費老人ホームとか有料老人ホームが入るということで、そもそも特養に医療があるのかという話もあるかと思うのですが。この医療計画の改定と、それから、この療養病床から特養などにつけかえられると高齢者計画とのすり合わせ等があるかと思うんですけど、スケジュール的にそれも入っているかどうかをちょっと伺いたいと思ひまして。

○橋本座長 いいですか、どうぞ。

○遠藤医療政策課長 高齢の計画のほうとのすり合わせですが、高齢者の計画のほうは昨年度策定となつてございます。今、医療計画が5年に一遍、高齢の計画が3年に一遍ということで、ここの時期がずれていて、お互い整合性が図れないというのが大きな問題になっています。国のほうでは、今回、医療法を改正いたしまして、医療計画は今後、5年ではなくて6年に1回策定するということになります。医療計画の次回、平成30年度ですが、平成30年のときに高齢の計画と医療計画が同時に改定になると。それ以降については、高齢の計画は3年、6年、医療計画は6年ということで、お互いタイミングが合った年度で策定されていくというのがこれからの計画でございます。

○島田委員 そうすると、今回の構想とは余り関係なく動けるとということですか。

○遠藤医療政策課長 ええ。今回の構想につきましては、一応、扱いとしては、これは保健医療計画の一部で、策定したら保健医療計画に追記するという扱いになっています。次の保健医療計画の改定が平成30年です。その平成30年の改定のときは、今回つくるこの構想も取り込んだ形で医療計画を策定するということになりますので、平成30年は高齢のほうの計画と同時につくるということになります。その平成30年に向かって、この間、その間はこの地域医療構想をつくって機能分化を進めていこうという、そういうある意味中間的な位置づけのもののご理解いただければと思います。

○橋本座長 なかなか難しい話になるのかなというふうに思ひます。計画だけの話じゃなくて、多分、東京都全体として一つに動くわけではないし、それから、実際に介護保険とか、それから、その辺は区あるいは自治体で動いていますのでね、その辺とどういうふうにもまく連動していくかという形になると。個人的な意見ですが、まだ何かちょっと介護サービスとか、あの辺のサービスと医療との連続性みたいなものが、ケ

アとキュアですかね、の連続性みたいなものがどうもまだ東京都の場合には資源があり過ぎるんでしょうかね、うまくいってないような気がしますので、どこかいいモデルを見せていただいて、東京都これでいけそうというような絵が見えてくるといいのかなというふうに思います。ぜひ、この計画自体がどのぐらいそれに寄与できるかちょっとわかりませんが、多分そういうことにかかわっている医療職の方がたくさんおられてますので、ぜひそういうものをつくっていければなというふうに思っています。

ほか、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、きょうは用意された議題を全て終えることができました。もしなければ、これで閉じたいと思います。ありがとうございました。

(午後 4時04分 閉会)