

平成 2 7 年度第 2 回
東京都地域医療構想策定部会
会 議 録

平成 2 7 年 5 月 2 9 日
東京都福祉保健局

(午後 6時28分 開会)

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、定刻少し前ではございますが、委員の先生方、おそろいでございますので、ただいまから平成27年度第2回東京都地域医療構想策定部会を開会いたします。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中ご出席いただきまして、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、医療政策部地域医療構想担当課長、宮澤が進行役を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

まず、本日の会議室でございますが、前回と同じ会場でございます。ご発言の際には、お手数ではございますが、マイク下の赤いボタンによりまして、オン、オフの操作をお願いいたします。

続きまして、今回から出席いただいております委員のご紹介をさせていただきます。

青梅市立総合病院の原委員でございます。

○原委員 よろしくお願いたします。原です。

○宮澤地域医療構想担当課長 瑞穂町健康課長の山内委員でございます。

○山内委員 山内です。よろしくお願いたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 次に、委員の皆様の出欠についてでございますが、本日は、東京精神科病院協会、長瀬委員、狛江市福祉保健部長、平林委員、杏林大学、塩川委員から、それぞれ欠席のご連絡をいただいております。

なお、本日は、オブザーバーといたしまして、東京都医療審議会の小林会長にご出席いただいております。

○小林氏 小林です。どうぞよろしくお願いたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 また、本日ご講演いただきます国際医療福祉大学大学院の高橋泰教授にもご出席いただいております。

○高橋教授 どうも。よろしくお願いたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 よろしくお願いたします。

続きまして、本日の資料でございます。資料でございますが、資料1から資料5-2、また、参考資料といたしまして、前回資料をおつづりしてございます水色のファイルを置かせていただいております。議事の都度、落丁等がございましたら、事務局にお申しつけいただきますようお願いたします。

また、本日の会議の取り扱いでございますが、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9に基づきまして、会議、会議録及び会議に係る資料につきましては公開となっておりますので、よろしくお願いたします。

では、これからの進行を猪口部会長にお願いたします。

○猪口部会長 東京都医師会の猪口です。もう、皆さん本当に疲れている時間にお集まりいただきまして、どうもありがとうございます。

早速、議事に入らせていただきます。議事は(1)が「東京都の医療の現状について

て」ということでございますけれども、今回から数回にわたりまして、地域医療構想の策定に向けて、あるべき医療提供体制や医療構想区域の設定などについてご議論をいただくわけでございますけれども、議論に入ります前に、東京の医療の現状等について把握するため、人口や医療資源の状況、患者の流出入の状況、さらには将来の医療需要の推計方法について、先ほどご案内がありました高橋泰教授、それから副部会長の河原先生、それから石川委員の、3名の学識経験者の皆様からご講演をいただくことしております。

では、もう早速ですけれども、国際医療福祉大学大学院の高橋泰教授より、ご講演をいただきたいと思えます。

高橋先生は、医療経営や医療制度を専門として、各種のデータに基づく医療提供体制の構築に関する提言を多数なされております。皆さんも既にお聞きになっていることが多いと思えます。本日は、人口減少社会に向かう日本の医療介護の現状と将来予測についてご講演をいただきます。

では、高橋先生、よろしく申し上げます。

○高橋教授 皆さん、こんにちは。国際医療福祉大学、高橋です。

まず、こういう会議をするときに、こういう高いところでやるのはとってもいいことで、地上におけるといろいろなことが見え過ぎますけれども、ここまで上がると、マクロに捉えるにはとってもいい環境で、日本で一番いい場所で会議をしているなというのを、来て感じたところであります。こういう高いところから俯瞰するようなお話をさせていただいて、マクロでどういう形で東京を捉え、そこから今度ミクロに行って調整するというのがこの構想会議じゃないかなというふうに思っております。

それでは、お話を始めさせていただきます。声の大きさはこれで大丈夫ですか。響いていますか。後ろのほう、大丈夫ですか。じゃあ、この形でお話をさせていただきます。

まず、きょうのこの話というのは、実は日本創成会議といいまして、去年、地方消滅というので議論を巻き起こしたグループがあるんですけども、ことしは東京に焦点を当てまして、東京の介護も壊滅的な状態であるということで、東京から逃げ出そうというような感じの特集が7月号に出ます。6月10日発売になります。それに先駆けまして、6月4日の日に記者会見をして、いろんなメディアが提供した情報をもとに情報発信するという形になります。

今回のその目玉と言ったらおかしいんですけど、一つは東京がとっても大変だ、介護が大変だという話で、きょうは医療でありますのでそれ以上お話ししませんが、東京の周辺——東京は、介護に関して言いますと、人口当たりのキャパが全国で飛び抜けて低い。今、何でもっているかという、周辺の神奈川と埼玉と、それから多摩の介護余力がかなり高く、東京の不足とそれから今言った三つの地域の余裕が、今ちょうどイコールなんですね。これが今後、周辺部、後期高齢者は爆発して、全てがマイナスのほうに行くと、東京のほうは受け入れ余力があるところに受け入れてもらっていたのが、そ

れができなくなるから介護はとっても大変になりますというのが一つの目玉なんです。

もう一つは、全国各地を医療と介護、一つの指数でどれぐらい余力があるかというのを、縦軸に医療を置いて横軸に介護を置きまして、7掛ける7のマトリックスにして、それで、全国344ある二次医療圏を配置したというものが出ます。で、うちの地域は医療は余裕があるけど介護は弱いとか、医療も介護も強いとか、医療も介護もだめだとかというのが一目瞭然でわかると。これが、今まで出てこなかったものが突然ぼーんと出てくるというのが、今回の仕組みというか、特集の内容になり、それに基づいていろんなことが動くだろうと。

これは、創成会議というのは、まち・ひと・しごと創生の部屋と直結して、国の政策とかなり近いところにあるということで、これはまさに今言った東京のこういう問題を指摘しようということでやったんですけども、これが二次医療圏ベースでやっているという関係で、これから先の構想会議に関係あるだろうということで、今週の水曜日の日に厚生労働省に行ってきて、こういうものが出ますという報告をして、きょう今から説明するところの指標というものの考え方も説明してきたということで、それを東京に焦点を当ててお話しするというのがきょうの私の話の内容になっております。

それで、前段、1ページ目から見ていただきたいんですけども、我が国の人口というのが、皆さんご存じのように、若年人口というのは急激に減ってきます。大ざっぱな話をいたしますと、今世紀末まで毎年100万人ずつ、0から64歳が減っていき、75歳は2030年まで約50万ずつふえていくという形になります。そうすると、1ページの下グラフにありますように、2030年までは100万人若い人が減って、50万人後期高齢者がふえるので、年率50万のスピードで落ちていき、2030年からは年率100万のスピードで落ちていきという、こういうふうなもの合致する形になります。

2ページ目を見てください。この話と、もう一つ、東京のほうでどうしても考えないといけないのは、1955年から1970年にかけての三大都市圏への地方からの人口の流入であります。この15年間で地方の、このグラフは0より上が流入、0から下が流出をあらわしているんですけども、1955年（昭和30年）から1970年（昭和45年）の15年間に、地方から三大都市圏に800万人の流入があったと。その半分が首都圏であります。

今後起きることは何かというと、地方のほうは、後期高齢者の予備軍が50年前に出ていったので、これから後期高齢者がほとんどふえないという形になり、さらに本来ならばその地域で生むべき子供が都市圏で生まれて、子供もいないということで、去年の話した首都圏の消失という話になり、2ページの右のほうで地図で示しておりますように、黒いところは0から64歳が今後30年間で40%以上減ると。青いところが30%以上減るといような、こういう強烈な若年人口及び総人口の減少がある。逆に首都圏のほうは、今言った流入したほうが、あっという間にふえていくと。50年たって

後期高齢者の年齢を迎えてきて、ふえるという形になります。それで、全国的に見て、赤いところの都市圏というのは後期高齢者が激増すると。

3 ページを見てください。特に大変なのが東京の周辺部でありまして、赤いところというのが、後期高齢者が15年間で倍増するエリアなんですね。周辺部がとっても大変だと。東京のほうは40から70%で比較的落ちついているという形になるわけなんですけども、こういうような大きな変化が首都圏で見られるということになります。

それで、こういう地域差があるということをはっきりさせたいということで、2011年に二次医療圏をもとに医療とか介護の提供体制のデータ及び人口の推移データをくっつけて、二次医療圏データベースというのを「ウェルネス」という会社のホームページの上にぶらさげて、それをもとに「社会保険旬報」で連載を書いて、もう各地の地域差がとてもありますよということ、それから需要も地域によって全然変わってくるので地域ごとに考えないといけないということを、3年間ぐらい、いろんな雑誌で発表し続けてまいりました。それで、こういうふうな地域ごとに考えようという流れが出てきたということになっております。

それで、ちょっと後ろのほうを見ていただきたいんですけども、ページで申し上げますと、例えば19ページを開いてください。二次医療圏ごとに医師数とかベッド数とか、介護の施設数とか、いろんなものを指標で示してきて、それなりに地域差があるということを皆さんに知っていただいて、とってもそれはよかったと思うんですけども、大きな問題が出てきました。一番私がまずいなと思ったのは、二次医療圏というところで無理やり区切ることによるゆがみがとっても大きいということなんです。

19ページの上のほうの名古屋の位置。ちょっと、パワーポイントがあれば指を差せるんですけども、名古屋の上のところに、尾張北部という、二次医療圏マニアなら誰でも知っている、非常に日本最小の医療圏があるんです。そこは人口22万あるんですけど、病院が五つしかなく、一般病床を持っている病院が二つしかなく、お医者さんが人口に対してとっても少なく、二次医療圏ごとの人口10万人当たりの医師数というのを出しますと、日本で一番少ない医療圏になります。とっても大変な医療活動になるんですけど、現地に行って聞くと、誰も困っていないと。それは、東海道線に乗って10分間南に下ると名古屋駅に着きまして、名古屋北部の医療圏、それから、北のほうに小牧とか春日井というとてもしっかりした病院があるし、西に行くと一宮市民とか大雄会とかという病院があつて、日本で一番小さい医療圏でありますので、隣の医療圏の施設を使い放題で、全く困っていないわけなんですね。だから、これ、人口割で出しますと、この医療圏はとっても困った医療圏になるんですけども、実際は困っていないというような話がいろいろ出てくるわけでありまして。

それからもう一つ、次の20ページを見ていただきたいんですけども、熊本の医療圏というのが、上のほうで人口当たりの医師数で見ていただくと、熊本だけ赤くなって、周辺が黄色くなっていて、黄色というのは足りないよという色なんですけども、足りな

いことになっているんですけども、実はこのあたりも意見を聞くと、阿蘇はとても困っているんですけど、阿蘇以外は余り困っていないということになります。こういうのは、二次医療圏を分けて、その区画内で計算するというところで、実態に合っていないところが多々出てきたと。この問題を何とか解決したいなというふうに考えて、新しい指標というのを去年、2015年10月11日号の「社会保険旬報」に、一人当たり急性期医療密度という考え、指標を使ってこれが解決できそうだとということで論文発表をして、今回それを使って創成会議のデータをつくったということでもあります。これを使うと、いろんな医療圏の多い少ないという感覚がとてもよく一致してきたなということで、きょうここに来ることになったわけでありませう。

その指標の考え方を次に説明いたしますので、8ページを開いてください。日本というのは、GISというシステムの中で1キロ掛ける1キロのメッシュで約38万個に区切られておりまして、一個一個のメッシュにどういう人口、年齢構成の人が住んでいるか、それから職種あるいは所得水準まで、いろんなデータが入っております。それから、GISの中に日本中の道路が入っておりまして、その道路を時速何キロで走れるかというデータも入っております。このシステムを使って、先ほど言ったような二次医療圏という区切りの境界問題を取り除いて、何とかもっと実態に合ったような状況を記述できないかなということを考えてわけでありませう。

それでどうしたかというのと、8ページの図にありますA病院さん。これはピンク色でありますけども、15分圏内、30分圏内、45分圏内、60分圏内という形で区切りまして、15分圏内に住んでいる人はA病院から同じ医療機能をもっているというふうに計算しているわけです。そうすると、地域1と地域2はピンクのピースが一人当たり1個ずつ来ているんですけども、地域3は倍の距離でありますので、吹き出しで半分になっているというイメージがおわかりいただけると思います。それから、B病院さんは地域2と地域3に影響があって、ピースが1個ずつあるというような形で、その地域がこの二つの病院からこれだけの量の機能の提供を受けているというようなイメージのモデルをつくったわけでありませう。

それで、実際どういうふうに計算したかというのと、まず、日本中の一般病床のある6,000強の病院に対して、機能点数というのを付加します。どういうふうな形でやったかというのと、9ページに書いてある表でありますけど、DPCデータを使いまして、年間2,000件以上の全麻をやっている病院、500から2,000件全麻をやっている病院、500床以下という、三つのクラスに分けまして、DPCデータを使いまして、一番上の病院は一床当たり年間4.65回の全麻の手術をしている。真ん中のクラスは3.15回やっている。500以下は1.34回やっているということで、それぞれを出した後、1.34を1になるような形で、1、2.36、3.48という形で病院の一床当たりの機能点数というのをつくりました。

10ページを見てください。10ページにありますように、一床当たりの機能点数に

病床数を掛け合わせたものを、今回、病院の機能点数というふうにいたしました。そうすると、100床の病院で全麻件数500以下は100点になりますし、1,000床で高機能病院というのは3,480点になるという形で、各病院のところにタワーを建てたというふうに想像してください。で、10ページの下にありますように、この点数というのを、地域ごとに人口と距離に応じてこの点数を分配するという形の計算をいたします。

11ページに示しますように、まず、病院から全ての道路を使って一つ一つのメッシュまで何分で到達できるかということを計算いたします。それで、4段階の0から15、15から30、30から45、45から60というような範囲をまず設定する。それぞれのメッシュに人口がありますので、その人口を算出して、4、3、2、1という比率でその点数を各地域に分配するという形になります。

それを、今度、12ページを見てください。各病院ごとから各地域に、今言ったように点数を振ります。B病院でも同じようなことをしてやります。高機能病院は1時間、高機能とは2,000件以上の全麻をやっている病院は4段階、それからそれ以下のところは15分と30分という2段階を設定して、それぞれの点数を割り振るという形になりますと、各地域に病院ごとから点数が割り振られます。それを人口で割るという形にいたしますと、最初に示しましたように各地域の一人当たりどれぐらいの点数があるかという形が出てくるわけです。

この指標、いろいろ、完璧な指標じゃないんですけど、今までの指標よりかなりいい点があります。例えば、県の境とか市の境で川があったりした場合に、直線距離は近いんですけど、橋を回り込まないといけないし、橋が混んでいたらそこを走る時間がとても遅くなったりして、その辺の事情も勘案されて時間距離が出てくるということがあります。それから、病院中心にしてやっておりますので、その境というのは全く取り払ってできるということで、かなり患者の動きの実態に近い形になるんじゃないかなということでもあります。

一個一個のメッシュの、その何点ももらえるかというのを地図にしたのが13ページにあります。13ページのこれが一人当たり急性期医療密度という地図でありまして、各地の医療拠点が基本的には赤く出ています。例外が二つあります。一つは札幌。札幌はたくさん医療機関が集中しているんですけども、人口がそれ以上に多いので、札幌は余り広がっていない。もう一つは東京です。東京で赤くなっているところ、これは、後でお示ししますが、山手線の中とほぼ一致しているんですけども、この中にはピンクになって周辺は青色という形になっております。東京はとっても集積は高いんですけども、人口が多いと、このような形になってまいります。全国、このような形で評価したという論文を去年発表したところでございます。

地域構想の話が出てきて、これを二次医療圏ごとに使えないかということがありまして、ことし、各地域の平均、二次医療圏内のこのメッシュの平均値を出してつくったの

が14ページの地図になります。1.0が全国平均になるようになっておりまして、前と同じような色使いをしているんですけども、二次医療圏ごとの平均値という形で出てきます。これをやりますと、先ほど言いましたような名古屋の北部の話とか熊本の話というのが緩和されてくるわけです。

14ページの下の方に東京を示してあるわけなんですけども、東京は、拡大いたしますと、ほぼ山手線の中がピンクになりまして、23区内がほぼ緑になって、周辺が黄色になると。要は、23区内は医療は平均並みにあるけど、外に出ると平均以下になっちゃうよという形になります。

二次医療圏ごとに区切りますと、区中央部と区西部だけは真っ赤になりまして、足立区あたりは色が薄くなって足りないぐらいの形になってくるんですけども、全国に344医療圏がありまして、日本の面積は37万平方キロあります。そうすると、1個の医療圏の平均の面積が1,050平方キロあるわけです。23区というのは七つの医療圏があるんですけど、七つの医療圏を全部合わせても500平方キロに満たない。ということは、足立区から大田区まで患者さんを運んでも、ほかの医療圏から見ると当たり前の話であります。東京から見ると、あり得ない話ですけど。

ですから、一つ一つの医療圏で見ると不足になるかもしれないけど、都内は余り困っていないというのが実感だと。いろんな人に聞いてもそうですし、私もそうだと思います。それを何とか記述できないかなと思って、平均値を出して地図を見ると、都内が全部同じ色になってしまったということでもあります。14ページの右側ですね。周辺が黄色になってという形で、これはかなり多くの人の感覚と近いものが出てきたと。

要は、こういう指標というのは、実態を何とかうまく表現したい、感覚を表現したいという代物でありますので、1個では完璧ではありません。これの問題点は、もうはっきりしております。先ほど言いましたように高機能病床に3.48という点数を掛けていて、皆さんご存じのように、区中央部には3.48を掛ける病院がたくさんあるわけです。そうすると、中心部の病床数は少ないんですけども、とっても高い点数になる。だから、恐らくこの指標の問題点は、中央部の高機能病床を非常に高く評価している関係で、ベッドが十分だという形に出ているんですけども、恐らく23区内のこれからふえる高齢者に対しては、高機能病床は多いんだけど、受け入れる病床は多分やや足りないんじゃないかなという感じがする。ただし、23区内の急性期に関しては、おおむねオーケーという形かなというふうに思います。

こういう一般病床の機能までここに見ていないんですけども、先ほど言いましたように、非常に大まかな地域で、密度が高いところはお互い補い合うという形になっております。15ページが区中央部、区南部、区南西部という形になっていて、先ほど言いましたように山手線と大体沿う形で赤いところのエリアがありまして、16ページが区西部、区西北部、区東北部。この辺のエリアは、ほとんどが緑になる、と。それで、区東部は千葉寄りのところが黄色くなりますけど、何とか、緑で平均値がおさまったという

形になります。それで、外のほうに出て、西多摩は別でありますけど、ほかのエリアがほとんどべたっと黄色くなるという形で、主要病院との関係とかで一部緑のところがありますけども、まあ、こういう感覚で計算されているという形になります。

18ページが今回「中央公論」で発表する図のイメージなんですけども、入所施設の過不足率と一人当たりの急性期医療密度という形で、大都市部の表をこれは持ってきたものなんですけど、東京の23区は、医療が0.8から1.2の緑で、介護のほうは区東北部、足立と葛飾と荒川で形成する区東北部だけは黄色レベル。やや不足だけで補うけども、ほかのところは60%以上積み増さないと全国平均が保てないというエリアになるという形で表現できるわけなんですけども、このような形で東京の状況というのが表現できたということになります。

大阪のほうと東京、19ページの大阪とそれから14ページの東京圏を、周辺を見比べていただけるとわかるように、関西はほとんど緑なんですね。平均値がある。大阪と京都と和歌山がピンクになっていて、関西圏はやはり非常に恵まれているし、介護の施設も多いということで、東京と大阪は相当環境が違うぞということもついでに知っておいていただければと思います。

最後、20ページを見てください。先日、熊本に行ってまいりました。熊本で私が提案してきたのは、二次医療圏でやると、20ページの一番右上の図のような形で、熊本だけがなくて周辺が足りないから周辺を何とかしろという形になりますけども、実情は、真ん中に書いてあるように、周辺はほとんど熊本の影響で緑になる。平均値であると。だから、こういうようなことを実態に応じて構想区域を組まれたらどうですかということをご提案してきました。

大熊本圏、要は熊本と周辺6個では大き過ぎるというならば、第2案として、20ページの下にありますけども、赤色、これはどこの地域から三つの病院に患者さんが来るか。三つの病院というのは一番右側、黄色の中にある「H」が日赤です。それから青の中にある、左上に相当するのが医療センターです。それから、一番下にある、赤の中に――あ、違う。これ、熊本済生会なんです。熊本済生会の患者さんというのは、南のほうの宇城と上益城という医療圏から来ている。それから日赤の患者さん、黄色でありますけど、これは阿蘇と、それから菊池という医療圏から来ている。それから、医療センターというのは、北部のほうの有明と、それから鹿本という医療圏から来ております。熊本は四つの区がありますので、熊本を3分割して、それでそれぞれ二つ二つの医療圏にくっつけてやったら、これから先、多いところは、まあ多分、恐らくたたかれることになるだろうけども、熊本の多さが緩和して、周りと実態に合った形でできるから、大熊本圏をつくるか3分割案みたいな形でやったほうが、現実合う構想区域ができるんじゃないでしょうかという話をしてきました。

ということで、この指標は、今言ったような境界問題を取っ払う、それから実態の感覚にかなり近い形で分布するということなので、こういう指標も含めて構想区域という

のをどういう形で設定すればいいかということをご提案いたしますし、一昨日、厚生労働省でも同じような提案をしてきたというような形で、厚生労働省のほうからしても、実態に合う形で構想区域を組むことはとってもいいことだから、こういうような考え方もあるよねというような反応をいただいていたということでもあります。

ご清聴、どうもありがとうございました。

○猪口部会長 はい。先生、本当にどうもありがとうございました。非常に詳しく説明をいただいたと思いますが、まずはご質問、聞きたいことはございませんでしょうか。よろしいですか、

じゃあ、何か――はい。伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 どうも、先生、ありがとうございました。久しぶりに先生の話聞いたんですけども、すばらしい、かなり進歩して、すばらしいと思いました。これ、急性期ということで、非常に指標的には、手術とか、いろんなことでつくりやすい部分があるかとは思いますが、これを回復期とか慢性期にもし広めていくとすると、どのような考えでおつくりになるとか。

○高橋教授 今の質問が出るなら、慢性期はもうつくっていて、旬報に出してあります。慢性期は西と東は物すごい差がありまして、赤色の場所というのは西日本にしかないんですね。医療の世界に東医帯と西医帯という世界があって、富山医科薬科と浜松医科大が西医帯なんですけど、そこを結んだ線より西側は真っ赤っ赤で、東日本は全く赤い地域がないという形で、その差が物すごくきれいに出ている地図があります。

東京は非常に密度が低い形になっておりまして、慢性期のは計算を簡単にするために、病床数を30分圏内に2段階で割り振るという形で同じ計算をしたものがありまして、その地図が先ほど言った去年の10月11日号に出ておりますので、見ていただければと思いますし、拡大が必要であるという場合だったら提供させていただきます。回復期はやっていないんですけど、同じような考え方でやることは当然可能ですし、病床数は少ないですから、比較的簡単に計算できるんじゃないかなと思います。

ちなみにこの急性期の地図をつくるために、今、ハイエンドスペックのパソコンで2日半かかります。5年前なら2週間かかっただろうと言われていたし、10年前だったら、大型計算機がないとこの計算はできないだろうというふうに、計算してもらったところは言うておりましたけど。本当にコンピュータが発展してきて、GISというとてもすばらしいツールが出てきて、こういうものが見えるようになってきたし、これは実は医療だけじゃなくいろいろな分野で応用できますので、昨日の創成会議のところにおいても、ほかの指標を入れてこういうものをつくって、どこの地域がどういうことが非常にすぐれているかということを見える化をして、国民から見てこの地域はいい、悪いというのを、白黒をはっきりして、いいところに人が集まってくるような形にやらないと、もうこれから先、人口が減ってきたときに全部を保つことは無理だからという雰囲気の話が出てまいりまして。住みなれたところに住み続けるということから、適切な

場所に移るといような方針転換って、何かこれから起きそう——ちよっときょうの話とずれますけども、起きるんじゃないか。こういう見える化によって、皆さんが住む場所を動かしていくといようなことが起きるんじゃないかなといふふうに予測しています。

○伊藤委員 もう一点、よろしいですか。大体の大ざっぱな感覚として、病床機能別に一つの構想区域を組んでいったときに、そこの整合性はとれそうな感じですか。要は機能ごとに構想区域を分けたりとかするのではなくて、構想区域でそれぞれの機能を賄っていくような考えがあつて。

○高橋教授 なるほど。これに関しては、構想区域内で数を合わせるんじゃないなくて、構想区域が来るのは仕方ない話だと思うんですけど、ここの区域はこれで見えて急性期が満たされるから、病院が足りないけど満たされるからこれでいいよねという割り切り方をするというのが、うまい使い方じゃないかなといふふうには。そのときにはこの手法がこれでいいか、皆さんの感覚に合っているかということ議論して、合っているのならば、これを根拠として、数的には合っていないけど、機能は満たされるからこれでいいといふ分け方をしていくといふ考え方が一番すっきりしているんじゃないかなといふふうに思います。ここは皆さん、道具でありますので、どう使うか、道具をどう評価するかによって解釈の仕方は違うと思うけど、この指標を使うとすると、今の考え方が一番いいんじゃないかなといふふうに思います。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございます。

今、構想区域の患者さんの急性期、それぞれの病床における、構想区域ごとにやりとりをするといふ計算のその考え方があつて、それを適用すれば、いろんなところでいいんじゃないかといふようなご示唆をいただいたんだろうと思います。

ほかに何かご質問はございますか。

久岡委員、どうぞ。

○久岡委員 ありがとうございます。非常にわかりやすくいいと思うんですけど、我々内科医からしますと、この全麻の件数だけで切り口があるということは、内科でも重症な疾患がいて、そういうあるわけですけど、その辺の評価はどういうふうに、今回。教えていただければと思いますけど。

○高橋教授 うん。実は、私、石川先生と一緒に内保連のアドバイザーみたいなことをしていて、内科のレーティングをやりたいといふふうに思っているんですけど、ないんですね、はっきり言ひまして。一つはグリーンブックといふのをつくりまして、内科の重大疾患といふのをDPCで選び出す仕組みをつくったんですけど、余りにもスコープが狭過ぎると。内科の疾患全部に対して重みづけを今つくろうといふ形で工藤先生とやっているんですけど、それがないので、残念ながら外科偏重のこの指標をやるしかないんですけど。

ただ、今まで随分いろんな指標をさわってきたんですけど、全麻件数といふのが一番

病院の機能を1個で選ぶには適しているんだと。これは経験値なんですけども。でありますので、とりあえずこれをやった。だから、例えばこういう形で東京都のデータを私に提供していただいて、病院のレーティングをこうやってくれという形でやると、その計算を合わせて病院の機能を点数にして、それを周りのほうに分配するということが可能であります。

○猪口部会長 よろしいですか。このそれぞれの病院の重みづけというところで、手術件数で選んでいますけど、例えば東京に集積している特定機能病院の人員配置だとか、その中で行っているようなものに関しての重みづけは、確実にあらわれているというわけではないですよ。

○高橋教授 ないです。だから、それはこういう形で病院を全部レーティングしたから、これをレーティングを使ってやってくれといえ、それはすぐ—すぐでもないですけど、2日ほどいただければ計算できると。東京だけだったら、そうですね、1時間ぐらいでできるんじゃないかと。

○猪口部会長 何か、この千代田区だとか、23区の区中央部のところの重みづけで、多分、都民全体としてはもうちょっとピンク色が濃くなってもよさそうだなとか思いながら、そういうふうになっていないのは、やっぱり病院の機能全体を評価しているわけではないというところがあるのかなと、今聞きながら思ったところですね。

○高橋教授 僕としては、やっぱり東京の人口はめちゃくちゃ多いんですよ。人口密度が1万5,000とか2万とかという地域は、ほかにないです。その分、やっぱり一個当たりの取り分が減るということじゃないかと。札幌もまた同じことを言えるんですけど。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございました。
ほかにありますか。

(なし)

○猪口部会長 じゃあ、ちょっと時間もありますので、高橋泰先生のお話はこれで、以上とさせていただきますと思いますが、よろしいでしょうか。

高橋先生、本当にどうもありがとうございました。

○高橋教授 はい。どうも。

○猪口部会長 では、続きまして、河原副部会長よりご講演いただきたいと思っております。

河原副部会長にしましては、今さらご紹介するまでもありませんけれども、医療計画制度の専門家でありまして、長年、国の医療行政に携わってこられた経験をお持ちです。医療政策に大変造詣が深い方でいらっしゃいます。本日は東京における患者移動等の問題についてご講演いただきます。

河原副部会長、よろしくお願いたします。

○河原副部会長 はい。ご紹介ありがとうございました。東京医科歯科大学の河原でございます。私のほうからは資料3に沿って説明したいと思っておりますが、最初に、やはりこれ

からこの委員会の論点になると思われるのは、やはり構想区域、これが二次医療圏との関係でどういうふうに決めていくかというふうなことと、もう一つは、今度は病床の種別が行われるわけですが、例えば医療資源の投入量、診療密度、そういう切り口で切っていますが、その実態がどうかというふうなこと。例えば診療報酬の3,000点で線引きをやるような案もありますが、そういうところに関しては都道府県で決められるというふうなことになっているわけです。

それと、もう一つ、一番大事なものは、構想区域を決めてそこでいろいろ議論するにしても、あるいは二次医療圏でそのまま行くにしても、その事務局機能というか、こういう事業とか計画を引っ張っていく行政機能的なものが果たして伴っているかどうか、そういうふうな問題が、論点としてこの三つが挙がってくると思います。

資料にのっとして説明いたしますが、まず最初のページの下のところ「構想区域の設定」とありますが、これは黒字の部分は、前回、都の事務局のほうから資料として提示していただいたものですが、「現行の二次医療圏を原則としつつ……」、①②③④と、人口規模あるいは患者の受療行動、疾病構造の変化、それから病院までのアクセス時間、こういうのを考慮して、二次医療圏が妥当であるか、あるいは別途構想区域で考えるかというふうに議論を進めていくということになっていると思います。

二次医療圏がいわば機能不全になっているわけですが、これはやはり二次医療圏を越えた患者移動が存在している。一つ、東京都か大都市に関しては、交通機関が発達しているということで、容易に患者移動が生じる。現に東京都のホームページの「ひまわり」を見ても、地元の、居住地の近くの医療機関も検索できますが、全都的にも検索できると。その段階で、もう二次医療圏という概念が、ある意味で崩壊しているわけです。それからもう一つは、地方に行くと、今度は医療資源が乏しい。仕方なく隣の大きな病院に行くという、医療資源あるいは受け皿が地元がないという問題で移動が生じる。今、二次医療圏というのは、後でも述べますが、医療計画で重点的に扱っている5疾病5事業、これを全て二次医療圏という器に入れようとしているわけです。

それからあと、②としては、これは先ほど申しましたように、患者の受療行動が県境あるいは医療圏を越えて移動しているというふうなことが二次医療圏の問題になっていると思います。

それから、ページをめくっていただきまして、病床について。これはどういうふうを選ぶかによって、いずれにしても構想区域で議論した場合は、次の医療計画の改定の際に、これが新・医療圏、二次医療圏になるという意味です。

それで、じゃあ、構想区域とか二次医療圏、その器を考えたときに、今でも医療機能によって、二次医療圏で考えたり、三次医療圏で考えているわけです。例えば、結核あるいは精神は、全県的にいわゆる三次医療圏で考えている。で、それ以外の4疾病5事業、精神を除く4疾病5事業は二次医療圏で考えるというふうになっているわけですが、今の制度においても、疾病によっては三次医療圏あるいは二次医療圏と使い分けている

わけです。ですから、ある意味で、病床の機能とか高度急性期、あるいは慢性期とか回復期とかいろいろありますが、これは、例えば高度急性期は三次医療圏、例えば急性期は、二次医療圏がもし該当するとして二次医療圏あるいは構想区域。そういうふうなことで、別に一つの単位、構想区域であろうが現行の二次医療圏であろうが、一つの単位で考えてしまうと、議論すると、やはり矛盾が出てくるというふうに思います。

それから、じゃあ、この今の二次医療圏はどういうふうに決められているかというのをちょっと調べますと、もともとの医療計画自体は今の医療法に基づいて、医療法の30条の4ぐらいに基づいて行われていますが、医療法自体、昭和23年ぐらいにできた法律で、当初は戦争によって破壊された医療資源の量的整備を目指していたわけですが、高度成長の中ごろいうか、昭和47年ごろになりますと、一応量的整備は終わっているんですね。今度はそれを質的にも高めようということで、医療基本法を国会に上程したんですが、一回も議論されることなく廃案になったと。その内容をここに簡単に書いていますが、今となっては非常に進歩的な法律で、前文で医療を提供する側と患者側の信頼関係といったような視点が、今の医療法にも盛り込まれているような視点がもう既に昭和47年にあったわけです。それから、もう一つは医療計画をつくりましょうというのが盛り込まれたわけです。

いずれにしても、廃案になったんですが、その昭和47年のときの医療計画の必要性というのを書いているのが、その下のほうの図というか表でございます。(1)から(6)までございますが、これ、いずれを見ても、今とほとんど一緒です、今と。つまりこの昭和47年以来、今に至るまで、我々は何をしてきたか。医療計画で達成したのは、医療圏を設定して病床規制をやっただけ。ほかの必要な医療課題というのは、ほとんど何十年たっても解決されていないというふうなことになっていると思います。

それから次のページに、もうちょっと医療基本法を見ていくと、その医療圏の設定が、医療基本法では自然的社会的条件を勘案する地域ごとの医療計画。自然的社会的条件。疾病ごととか、医学的な概念というのは全然導入されていないわけです。単に、例えば山脈があるとか、あるいは働く、流出入です。職場ですね。職域というか、そういう経済圏域で分けたり、そういうふうなことを想定していたと。さらに、廃案になってからも、当時の厚生省のほうは青森県とか5県を選んで、医療計画を行うモデルを、モデル的研究をずっとしてきたわけです。昭和49年にはそれを報告書にまとめて、医療圏というのは広域市町村圏が妥当であると。それが現在にも至っているわけです。そういうことで、あくまでも医療というふうな視点でつくられた圏域ではないというのは、これを見ても明らかだと思います。

それから、東京都の入院患者の移動、これは厚労省が出している患者調査の粗集計です。縦軸に区中央部とか――これは医療圏ですね。区中央部とかいろいろ書いていますが、これは患者が居住している医療圏です。横軸上のほうのものは、かかっている病院、入院している病院が所在する医療圏です。こういうような形で患者移動はあるわけです。

が、ちょっと図にしますと、1枚めくっていただいて、ページがついていませんが、地図があります。東京都の患者移動の実数。この青色の太いところは移動の人口をあらわしているわけですが、灰色の部分は、隣接している医療圏じゃなくて、離れた医療圏に行っている移動です。

これはあくまでもその実数で見てもこれだけ移動しているわけですが、もう一つ、当然、人口が多いところ、あるいは施設が整っているところ、例えば大都市の周辺の衛星都市は、いや応なく大都市のほうに引き寄せられるわけです。磁石みたいに。それを理論値を計算して、それを100として、100を超えたら理論値以上の患者の移動があるというふうに考えたのがMPIという指数ですが、これで見えていきますと、その複雑な式はいつでもいいですが、その下に「東京都の入院患者の移動」とありますが、色がついているところは、予想に反して、過剰にほかの医療圏に流出しているというところ

です。それを、1枚めくっていただきまして、先ほどの地図の下のところを見ていただきますと、例示的に区中央部の文京区、台東区あるいは港区、こういうところが所在している医療圏を、医療圏というか白抜きで書いていますが、予想より多くどこから流入しているかとなりますと、大体、区中央部は東のほうから——赤色の部分ですね、多く移動している。次にカーキ色の部分から流入している。ほかは区中央部には余り流入していない。これを見ても、もう医療圏の考え自体が、先ほどからも高橋先生のお話からもありますが、やはり機能していないと。

次に、1都3県を見た場合に、例えば東京都、埼玉、神奈川、千葉と書いていますが、東京都と埼玉の一般病床と例えば療養病床とか、どういうふうに統計的に過剰に流出入があるかを見たのがこの図です。これで見ると、神奈川県は——まあ、もちろん移動はありますよ。けど、優位な移動がどういうふうな属性があるかというのを調べたものですが、神奈川県はほかの3都県からは頼られていない。神奈川県は東京を頼っていると。川崎あるいは相模原あるいは厚木とかああいうあたりは、町田とかああいう多摩のあたりに流入していると。こういうふうな特性がある移動があります。

それから、その下は、東京のある区、もう、これはちょっと国民健康保険のデータでやったんですが、もう5年ほど前のデータでちょっと古いですが、実態は変わっていないと思います。やはり一つの区をとっても、その区が所在する同一の医療圏に行っているケースもありますが、交通が至便なところはすぐに隣の医療圏に出てしまうんですね。ですから、医療圏で、これを見ても完結していない。区レベルで見ても完結していないと。当然の結果が出てきているわけです。

その次のページですが、これは共同研究者の伏見教授、私どもの東京医科歯科大学の伏見教授と今一緒にいろいろ研究していただきまして、東京医科歯科大学の入院患者の居住特性を調べたものです。大学病院は13ありますが、あるいはそれプラス、高度な医療機能を持つ病院がほかにもいっぱいあるわけで、東京医科歯科大学の例がある意味で参考

になるかも知れませんが、こういう大規模病院に関しては外部から、都外あるいは二次医療圏外から来ている方が圧倒的に多いという状況になっています。

それから、下は今度は病床の機能ですね。高度急性期あるいは急性期、回復期、療養期とか慢性期、そういう区分をしているときに、今は例えば診療報酬が1日3,000点、その投入量より上だったら高度急性期にしようというふうな案もありますが、これを見ていくと、右のメモリが3,000点掛ける10で金額に直したものです。だから、3万円のラインを見ていくと、これは全入院患者ですが、最初の3日ぐらいをピークにして一気に下がってきて、あとは3万円をちょっと超える範囲を推移しているわけですが、じゃあ、その内訳を見ると、ピンクの部分が3万円以上の患者で、カーキ色の部分、黄色というか、それが3万円未満の患者で、混在している。となれば、ここまでが高度急性期の病床です、ここからが急性期です、という切り口がなかなか難しい。

それから、同じような、次のページは今度は弁膜症関係の心臓外科的な措置ですが、やはり最初の1週間というか5日ぐらいをピークにして、一気に下がってくる。それで、やはり同じように3万円以上もあれば、ある時期から3万円未満がふえるとか、混在している。モザイク状になっています。食道関係の手術を見ても同じような傾向が、ピークが少しずれますが、モザイク状に混在している。

次に、内科系の、次のページは内科系ですね、自己免疫疾患。これはなかなか、3万円をすぐ切ってしまう。2日か3日で切ってしまうと。やはり3万円を超える患者の部分と未満の部分と混在しているということで、一つ、これからの課題になると思います。医療資源の投入量あるいは診療密度をどういうふうに評価して病床の種別に持っていくかという議論が今後の議論に出てくると思います。それを前提として、きょう提示させていただきました。

あとは東京都における大学病院と書いていますが、これは医科歯科大学のデータです。大学病院に限らず、大規模な病院では同じような事情があると思います。文章でずっと書いていますが、時間の関係で、後で読んでいただきたいと思います。

最後に、今こういう形で全都的に議論しているわけですね、こういう場で。一つは、ほかに自治体的なものを考えれば、例えば市町村、これから重要な役割がありますが、市町村を離れて今度二次医療圏でやるにしても、あるいは構想区域にやるにしても、都庁の事務局の方が議論の、あるいはこの会議の運営を担保していただけたらと思いますが、広域連合というのも一つ検討してもいいかなと思うわけですよ。これは地方自治法のこの根拠法令、根拠条文がありますが。一つは広域的な行政ニーズに柔軟かつ複合的に対応できる。広域的な調整をより実施しやすい仕組みである。権限委譲の受け皿となることができる。より民主的な仕組みを採用する。つまり、広域連合は首長がいて、議会が本当はあるはずですよ。そういうことで、基礎自治体の一つとしても地方自治法上は位置づけられているわけです。

最後ですが、この広域連合の一番の実践例は後期高齢者医療制度ですよ。後期高齢

者医療制度の保険者は、例えば東京だったら東京都広域連合になっているわけです。ほか、例を見ますと、福岡県は介護をいろいろな支部、地域ごと、二次医療圏に該当するような形で、いろいろな地域の市町村を組み合わせて、何々支部という形で支部を設けて、その上に福岡県介護保険広域連合というふうなものをつくって、介護保険事業を進めています。関西広域連合は、これはお聞きのことと思いますが、橋下前大阪府知事が知事的时候に、奈良県を除く関西の府県、プラス、徳島県ですか、そのあたりと救急の搬送の母体として広域連合を設けたわけです。この救急だけじゃなくて、観光とかいろいろ基礎的な資源、そういうものに対しても担当の都道府県を決めたり、担当の市を決めたりして、救急だけじゃなくて今広がっている、自治体みたいな概念です。

こういう実践例もあるわけですから、一つ将来的な課題になるかわかりませんが、今まで昭和47年から医療課題が全然実行されてこなかったのは、やっぱり計画を決めても実施のプロセスが明確じゃなかったからだと思います。あるいは主体がない。責任の主体がない。ですから、これは地域医療構想だけの議論じゃなくて、今後の医療計画をどうしていくかと、2025年に向けた体制をどういうふうに進めていくかという議論をやるときに、ぜひ、振興するための器を用意していただきたいというふうに思います。

以上です。どうもすみません。

- 猪口部会長 本当はどうもありがとうございました。多くの構想から離れたと言っでは何だかあれでしょうか、構想を進める上でのご提言までいただいたと思いますが、何かご質問はございますでしょうか。

山口委員、どうぞ。

- 山口委員 確かに二次医療圏で見ていると、私は区西北部ですけども、四つの区が絡んでいて、例えば脳卒中に関しても、やはりなかなか行政はほとんど関与していないという状況なんですね。先ほどの関西広域連合とか、そういう広域連合をつくったときに、そういう主体的な行政というか、そういうものをつくれるんでしょうか。

- 河原副部会長 ちょっとインターネットだけの情報なんですけど、例えば救急医療でしたら、広域搬送をしますね、大阪府以外に。それで、幹事の県とかを決めているんですよ。観光振興だったらどこが幹事みたいな形で、そういう形で多くの自治体を、担当を決めているいろいろな事業を進めていますから、どこかそういう形で決めるとか、あるいは広域連合自体がもう自治体と考えていいと思うんです、ある意味で。ですから、そういう受け皿がやはり要ると思うんですね。これがいいかどうかはこれから議論していただければいいと思いますが。

- 猪口部会長 はい。この広域連合の件に関しては、ちょっとまだ私自身もそんなに理解が深まっていないので、例を踏まえながら、また議論を重ねていくうちでというふうに思いますけれども、ほかに何かご質問はありますか。

伊藤委員、どうぞ。

- 伊藤委員 どうもありがとうございました。今のお話を聞くと、やっぱりそれをコント

ロールするというか、そういう主体が必要であるということですよね。現在想定されているのは、調整会議ということで、余り強制力がもともとないような仕組みをつくり上げているということで、先生のご意見としては、もう少しそこに本当の調整機能と申しますか、まあ、指示とかあるにはありますけども、その辺を持たせたほうが先生はいいというようなお考えなんですか。

○河原副部長 そうですね。関西の例を見れば、もう広域ですから、例えば1都3県とかの医療需要の変化とかそういうものに、例えば1都3県でやればできますよね。それから、都内だけでもいいと思うんですが、要は黒子が要るんですよね、それも力がある黒子。それが調整会議で、例えば決まったことを実行する黒子です。それが私は一つの例として広域連合かなというふうに感じているわけですけど。

○猪口部長 はい。広域連合は今の1都3県とかというそういう規模じゃなくて、区市町村レベルの広域連合ということもあるということですか。

○河原副部長 それも可能だと思います。だから、そうすれば、例えば構想区域に合わすとかいう形でもできるんじゃないかなと思うんですけど。

○猪口部長 ほかに質問はございますか。

(なし)

○猪口部長 では、これもまたもとにしながら、次の議論を進めていくということで、最後にきょうご講演いただくのは、統計学の専門家で、国のDPCデータの調査研究やガイドライン策定にも携わられております石川委員より、地域医療構想における将来の医療需要の推計方法についてご講演をいただきたいと思います。

石川委員、よろしくお願いいたします。

○石川委員 ありがとうございます。そうしましたら、お時間、20分ぐらいの時間をかけて、お手元のほうに配付させていただいた資料のご説明をさせていただきたいと思えます。資料、最後のところになります、A4の紙で「資料4」と書いてあるものと、それからそのあとに引き続きA3判の資料数枚になります。

まずA4のほうで概要をご説明させていただきたいと思えます。既に人口の変化あるいは医療提供体制の今後の見通しにつきましては、高橋泰先生からお話があったとおりであり、かつ二次医療圏などの圏域を決めた場合に、どう決めても恐らく患者さんの流出入が起きてしまう。かつそれをきちんと調整しなければいけないというのは、河原先生からご指摘があったとおりだというふうに考えています。

私のお話の中では、そうした問題を解決するために、地域医療構想の中ではどのような枠組みで需要と供給の計画を立てたり、あるいは調整していくのかということで、今までお話しいただいたご議論を地域医療構想の策定の枠組みの中にはめて考えると、こんなイメージになりますよということをお話をさせていただきたいと思っています。

ということで、最初のセクションのところは前回の復習になるかもしれませんが、地域医療構想の策定プロセスに関して少しお話をさせていただいた後で、現状の二次医療

圏、人口推計の実情、その後、需要側あるいは供給側の推計をどのようにやっていくのかというようなイメージをお話しさせていただいた上で、患者さんの流出入がどう捉えられるのか、あるいは需要と供給の推計に関する注意事項ということをお話し、構想区域を一度設定した場合にどういうことを考えなければいけないのかということを一通りお話しさせていただきます。

また、その後、もしかするときょうの時間では足りないかもしれませんが、実際の地域医療構想の中では、全体の病床及び傷病別、さらには傷病別に分けた上で、病床の機能別、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、に分けて推計を行います。この病床の区分のイメージというものがありますので、それがどうなってくるのかに関しても、お時間が許すようであれば最後のところで追加させていただきたいというふうに思っています。

早速、A3のほうの資料をごらんいただきたいのですが、左上のところのスライドにございますように、前回ごらんいただいた地域医療構想の策定ガイドラインのプロセスには、1番から8番までのプロセスがございまして、恐らく現状のところ東京都があるところはどこになるかといいますと、1番のところ、体制の整備ができてこの策定部会が動いているという状態であると思います。実際には、その後、地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有というところがございまして、これに関しては、前回お話がありました厚生労働省からデータが提示される見込みであって、5月末から6月ぐらいに出てくるということになります。

補足をさせていただきますと、6月の中旬の段階で、厚生労働省医政局側は、各都道府県の代表を招いた形の地域医療構想策定のための研修会を3日間の行程で開くことになっています。ここでさまざまなデータ等がさらに詳しく出てくるというようにお考えください。

こうしたところはもう既に厚生労働省側で行っていて、都道府県としては構想区域を設定します。重要なポイントは、「二次医療圏を原則としつつ」ということで、まずは現状のところを考えてみたらどうかというのが織り込まれている状態です。

その後、例えば二次医療圏、現状のものを想定した場合に、医療需要の推計を行います。これは高橋先生のところでもご紹介いただいたような、人口の構成に応じて入院患者さんの受療率を掛け合わせるというような形で行われます。それによって、地域ごとの医療需要の数、これを病床数で示していくわけですが、ただ、医療提供の体制はそれにマッチしているわけではありません。5番のところの医療需要に対する医療供給の検討というところでは、高度急性期等に分けた上で、現状の東京都内にある医療機関の状態を総和として出したような数というのがまず出てくるというふうにお考えください。

その後、当然、各地域間では需給のバランスがとれていないところがありますので、じゃあ、どこの地域の患者さんがどこに移動するのかという形で、医療供給を踏まえた上での必要病床数を、患者さんの流出入を想定して調整を行うというプロセスが参りま

す。

その後、当初は現状の二次医療圏で始めたわけですが、構想区域の設定が余りにも大きな問題を抱えていないかということをご確認いただいた上で集計数を比較して、現在の病院の医療供給のところの実情とは別に、6年後こういう医療提供のところに持っていきたいという報告をいただいていますので、その6年後の姿と含めた上で、齟齬がないかどうかということと比較していただいた上で、最終的には8番のところにあります2025年度段階の医療提供体制のあるべきものを考えます。そして、そこに至るためにはどうしたらいいのか。現状のデータでの過不足の部分がわかるのと同時に、短期的に医療機関側が6年後をどう考えているのかということもありますので、そこまで含めて織り込んだ上で調整をした上で、目標値、あるいはやらなければいけない施策を検討するというのが地域医療構想ガイドラインの流れでございます。

ですので、重要なことは、この考え方の中では、地域における需要は、地域内の人口と、それに基づいて何人の傷病を持った患者がいらっしゃるのか。また、それぞれの傷病の患者に必要な診療行為等がありますので、そうしたものを積算していった上で、具体的に地域の中における医療機関の、まず地域の人口に対する需要というのを考えます。

これに対して、地域内の医療機関の実態については、ナショナルレセプトデータベース、DPCデータをもとにした上で推計を行います。当然、右と左のところにはギャップがございますので、それが例えば診療行為Aの部分であれば、需要に対して供給が足りないのか、どこかの地域に患者さんは流出しているであろう。かつ、重要なことですが、どこの地域に流出しているのかまで、NDBのデータを解析した結果から、二次医療圏単位でどこにどの患者さんが移動しているのかがわかります。

こうした図式を一度現状としてデータで把握した上で、特定の二次医療圏、これからご紹介していくのは区の中央部と、それからあと西多摩の地域になりますが、例えば西多摩の地域において、もしも医療供給体制の不足が明らかに認められるのであれば、そのところの不足は、どこまで移動して医療を受けられればいいのか。あるいはそもそも移動を想定しないような、日常生活圏域で本来完結しなければいけないような傷病、地元で完結するような傷病があった場合にはどうしたらいいのかということをお考えいただき、最終的には2025年のあるべき医療提供体制を考えていただくというような形でガイドラインはつくられています。

実際にそのデータをごらんいただく際には、左下の3ページ目のスライドにございますけれども、地域医療構想ガイドラインの23ページの中では、この図のような形式で、二つのセットの表をつくっていただく形になります。一つ目は「各構想地域における病床の機能区分ごと」と書いてありますけれども、医療需要に対する医療供給ということで、地域単位でまずは一つ、表を描く。その後、図7のタイトルの下に書いてありますが、片括弧つきで、「(脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成)」ということで傷病別にも作成します。これまでの議論の中でも、二次医療圏というのは患者

さんの流出入を考えると、必ずそれは破れがあるということをお話しいただきましたが、その破れの部分につきましては、実は地域医療構想のガイドラインの中では、傷病ごとにどう破れているのか、患者さんの移動を明らかにすることによって、きちんと住民に説明ができるようにしてほしいというような形になっているわけです。

実際の作業の中で表をどう埋めていくかということについては、一番左側のところにある列では、2025年における医療需要というものを、先ほどご紹介したとおり、人口と、それからあと入院患者さんの受療率に従った上で、傷病別に計算していくという形になります。このデータは、基本的には厚生労働省から提供がされます。さらに、供給側の体制につきましては、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合、つまりは現状のナショナルレセプトデータベース、DPC、あるいは病床機能報告制度等で、昨年の段階で把握をした状況がどうであったのかという部分のデータが、まず出てまいります。

ただ、そのうちには患者さんの移動というものが織り込まれておりますので、3番目のところで、現状の患者さんの移動について、各地域においてあるべき姿としてはどうなのかということをご議論いただきます。基本的にここまでのところのプロセスで使うデータについては、国から提供されます。その後、あるべき姿を各自治体、地域ごとにご勘案いただいた上で、それぞれの構想区域に、どれだけの需要をとりあえず2025年までには整備するのかということをお考えいただきます。

さて、これで終わりじゃないかなと思われるかもしれませんが、最後の列にもう一列あります。左側3列までの推計は、病床が100%稼働していた場合の病床数です。実際にはそういうことはございませんので、最後のところでは、病床利用率等により調整をした上で、ある一定の余裕を見込んだ病床というのを最終的には必要量として計算しなさいという形になっています。では、その病床稼働率のところにつきましてはどう考えるかという、実は地域医療構想ガイドラインの中に、高度急性期であれば75%を想定するというような形で入っています。地域医療構想を考えていく上で、厚生労働省のデータを信用するのか、かつそれがどこまで使えるのかということはあるかもしれませんが、黄色い部分に関しましては、もう既に決められたものがあり、ご議論いただくべきところは赤いところがポイントというふうに、たてつけがされている状態です。

下にありますけれども、こうした表のところをつくっていった上で、4、病床の機能区分、あるいは疾病ごとの医療需要に対する医療提供体制というのを表2、表3というような形をつくっていただきます。ただ、こうして考えていく場合に、やはり患者さんが余りにも遠くまで移動するといけないということがございますので、その他の資料として、6番のところで疾病別のアクセスマップと人口カバー率、もしもこの制度体制を想定した場合にはどれぐらい患者さんが移動しなければいけないのかということをごきちんと見ておくこと。あるいはこの体制で、例えば30分圏内で受療できる患者さんが人口の何%なのかということを見ておくこと。というようなことになっています。

その後、ここの図式の中にあるのはあくまでも高度急性期、急性期、回復期、慢性期であって、介護、療養のところの施設、自治体による介護保険等のところに関してはこの図式に出てこないの、7番として介護保険施設等の整備状況を見た上で、医療から介護に移行した場合にどうなっているのかというところの確認をとらなければいけない。というところまでが地域医療構想の中で書き込まれているものになります。

こうした枠組みで考えていく場合、この表に従った上で、左側から順番に物事を考えていく必要がございます。

4枚目のスライドは、現状の東京都の二次医療圏に関するものです。高橋先生のご資料にもありましたけれども、区中央部から島しょのところに至るまで、折れ線グラフが描かれております。折れ線グラフ上段は人口の実数。かつ、赤いものが人口の総数。緑色が生産可能年齢人口、オレンジ色が高齢者、青い部分が若年人口（15歳未満）というような形になっています。ごらんいただきますと、二次医療圏の中には非常に人口が多いところから少ないところまであって、かつ、区の中央部というのは、確かに非常に医療機関の数は多いのですが、実は人口自体はそれほど多くないということもわかります。

こうした人口の絶対的なボリュームを見ていただくのと同時に、もう一つ重要なことは、人口構成の変化です。最終的には現状の人口ではなくて、2025年の人口に合わせて需要の推計を行いますので、現状からどれぐらい需要がふえていくのかというのをお考えいただく必要があります。

下側の折れ線グラフの中で、まず目立つのはオレンジ色の線です。これが高齢者の数の変化で、2010年を100とした場合、今後どのような形で高齢者の数がふえていくのかというのを相対的な比率として示したものです。既に他の先生方のご講演の中でもあったように、区中央部にしましては2025年にかけて緩やかに上昇しますが、実はそれから後のところの上昇のほうがはるかに高くなっています。地域医療構想の中では2025年を対象としますが、そこから後さらに伸びる部分の需要があるということも、勘案をしなければなりません。医療需要の見込み、あるいは医療提供体制を下側に見積もっていくと、恐らく2025年より後のところでかなり苦勞するということが見えてまいります。

また、それに対して西多摩では、赤枠で囲ってありますけれども、2010年から2015年、2020年にかけての高齢者の増加が非常に多くなります。ただし、その後のところでは高齢者の人口は一定となります。そのため、後のことを考えるよりは、まず今機能強化をしなければいけない状態にあるということになります。

こうしたところに対して、本来であれば患者さんの数というものを想定していくわけです。地域医療構想ガイドラインの中では傷病別に推計を行うことというのが入っておりますので、きょうは次のスライド4枚のところ、肺がんにつきまして、区中央部と、それからあと西多摩の二次医療圏について、どのような状態になるのか、簡単な事例を

お持ちしました。

5枚目のスライドは、区中央部に関して、平成25年度のDPC調査参加施設についての状況を示したものです。左側の表のところに、区中央部、「1301」と書いてあって、18病院ありまして、月の症例数が679件、入院患者さんの取り扱いができるという形になっております。また、表の右下のほうをごらんいただきますと、区の中央部は先ほどの18施設679例なのですが、実際にDPCデータの中で恐らく確認できる、最低限度存在していると確認がとれる病床が、307床、この地域の中にございます。

ちなみに、では、それに対して、医療需要のほうはどう推計されるかということなんですが、地域医療構想の中では受療率について、今回、今6枚目のスライドにお示ししているものとは違うものを使うのですが、現状ではまだデータが出ておりませんので、平成23年度の患者調査に従って、肺がんの患者さんの人口10万対、性・年齢階級別の受療率を当てはめていった場合どうなるかということを示しています。この図は、ちょっと申しわけないのですが、二次医療圏単位ではなくて、きょうは河原先生もいらっしゃっていますが、区中央部の中でも代表的な大学病院がたくさん集まっている御茶ノ水のところ、東京医科歯科大学を中心とした地域のデータをお持ちしております。

東京医科歯科大学の場合、左側のグラフを見ていただくと、「30分圏：305床」と書いてあります。これは何かといいますと、医科歯科大学の30分圏の人口に従った上で、全国と同じ頻度で肺がんの患者さんが入院するとしたら、実は305床必要ですよということです。よく見てみると、先ほどのスライドでも、ちょうど区中央部のところの大学病院等を含めた病床数が307床と同じようなデータになっていきます。ただ、これを二次医療圏の人口に換算するということになりますと、実は東京医科歯科大学の30分圏というのは、人口が約230万人いらっしゃいます。それに対して、区中央部の人口は73万人ということになりますので、大体3割掛けぐらいになります。ですので、計算の中では、この30分圏、230万人に対しては305床なんだけれども、それを二次医療圏の人口で0.3倍した場合に幾つになるかといいますと、需要としては約98床という計算になります。これに対して、実際の供給の状況は307床あるわけです。当然、病床が遊んでいるということではなくて、差の209床に関しましては、恐らく他の地域から患者さんが流入してきているということになります。

地域医療構想の中では各地域ごとに患者さんの流出入を考えますから、どこの地域から何人ずつ来ているのかということが問題になります。恐らく区中央部に関しては、どこからという場合に、東京都内だけではなく、ほかの県からも来ているということを想定しなければいけないという状態になります。

その一方で、では、想定できる患者さんの移動の範囲としては、何分が妥当なのかということをお考えいただくと、患者さんに対して保証できる医療のところのアクセシビリティというのが決まってくるわけです。

ということで、こうした形で傷病ごとに見ていきますと、実は作業は単純で、人口に応じて地域の需要を考える。かつ、それに対して、医療提供体制のところを実数データに従って見ていけば、ギャップが明らかになる。さらには、恐らくギャップの部分に関しましても、既にご存じのとおり、D P Cのデータが利用できれば、入院患者さんに関しまして患者さんの住所地の7桁郵便番号というのが入っておりますので、これを分析していけば、実際に細かく、どこから患者さんが移動してきているというのがわかるというのが現状です。ただ、地域医療構想の中では、後でもご紹介しますがけれども、あくまでも二次医療圏単位、ないしは一部の傷病に関しては市区町村単位で、どこの患者さんがどこに移動しているのかという結果がデータブックとして提供される見込みになっております。

さて、このような形で区中央部があるわけですがけれども、では西多摩、これまでも出てきた医療需要提供体制が恐らく不足しているであろう西多摩の状態がどうなのかということで、下側の2枚のスライドをごらんいただきたいと思います。

7枚目のスライドにおきましては、西多摩の中には4病院、それからあと症例数としては月に58件あります。で、4病院について、それぞれD P Cのデータから病床数がわかってくるわけですが、合計としては24床あり、この地域の中のD P C病院で肺がんの入院治療が行われるということが確認されております。

それに対して、右側のグラフで見ていただきますと、今回、青梅市立総合病院の先生もいらっしゃっていますが、西多摩の地域の中では基幹となる急性期施設である青梅市立総合病院の場合には、実は30分圏の人口に対して病床数として47床程度が必要であるというのが、人口と患者調査の受療率のデータから出てきます。

ちなみに、青梅市立総合病院の30分圏人口は、右下の枠内に書いてありますが、33万人で、これに対して、西多摩医療圏の人口が39.6万人ぐらいいらっしゃいますので、47床を1.2倍程度にします。恐らくこれから先、地域医療構想のためのデータブックでは、こんな、肺がんであれば、56床ぐらいの需要がありそうですよというデータが出てくる見込みです。

それに対して、D P Cでわかる範囲では、病床の供給能力は24床しかございません。ですので、その32床分は一体どこの地域に流出をしているのか。患者さんに移動していただくのだとしたらどこになるのでしょうか。例えば隣接する医療圏の中で、非常に肺がんの治療が多く行われている国立病院機構の東京病院というところがありますが、そちらに行けばいいのか。それとも、それを越えた上で区の中央部まで行かれるのかということ想定しながら、あるべき移動の状態と医療提供の姿を考えていただくことが、データから行えるようになります。

では、そのあるべき移動のところの許容の範囲を考えていただく場合ですが、参考までに次の紙をごらんください。左上のところに区中央部とありますが、東京医科歯科大学に向けて、車で高速道路を利用しない状態で移動するとした場合、濃い緑の範囲が大

体15分で来れる範囲。薄い緑の範囲が30分圏、オレンジ色の範囲が60分圏であり、赤い部分が90分圏となります。これは高橋先生からご紹介があったデータとも似ている考え方ですが、これでごらんいただきますと、30分圏は230万人いらっしゃいます。

運転時間による診療圏については30分の範囲というのが基本になります。厚生労働省の研究班の中で、私ども1,000病院ぐらいのデータを集めさせていただいておりますが、実際の患者さんの移動から考えますと、大体どの傷病でもどの病院でも、50%の患者さんは30分以内から来ていらっしゃるという状況が認められています。

そうした意味で言うと、恐らく東京医科歯科大学の想定される一般的な診療圏はこの30分圏になります。けれども、当然それを越えて患者さんは来ていらっしゃるだろうと思われま

す。では、西多摩の地域まで延びているのでしょうか？車ではなくて、中央線の特別快速を使えば随分早く来れるわけですが、これから入院するがん患者さんに電車で来ていただくのでしょうか？また、お見舞いに来られる方も、毎回特別快速で行かれるんですかということを考えますと、恐らく一定の範囲の中で、できれば隣接する医療圏等で医療が提供できたほうが良いということになるだろうと思います。

逆の観点から、10枚目のスライドのほうは、青梅市立総合病院まで、15分圏、30分圏、60分圏、90分圏の広がりを見せていただいております。こうしたものをご参考にしていただくことによって、もしも患者さんが移動するのだとしたら、どれぐらいのインパクトがあるのかということも評価していただけるようになっていきます。

では、二次医療圏単位ではなくて、もう一つ上のレベルである、都として最終的には地域医療構想をまとめ上げなければいけないのですが、都の状態がどうなっているのかということでご紹介しますと、11枚目のところのスライドにありますように、実は都内には、年10症例以上、肺がんの入院患者さんを診ているような施設が107施設ございまして、その合計ということになりますと、実際には非常に多くの病床数というのがございます。

では、今ある病院が、地域の需要に応じて全ての患者さんを受け入れることができるのであれば、患者さんは最寄りの病院に行けば済むという話になるわけです。都の人口のカバー状況を示させていただいているのが12ページで、107施設のうち、どこでもいいから一番近くまで行くとしたら何分かかるかということで、都の中を塗り分けさせていただくと、濃い緑の範囲は15分圏内に入院治療施設がある。薄い緑の範囲が30分圏内、オレンジ色が60分圏、90分圏が赤になります。実際には今の医療機関の中で、もしもボリュームが足りていて、必要以上に移動しなくてもよいのであれば、医療機関の配置自体は十分にされている状態であるということがわかっています。

また、地域別ではなくて人口のカバー率については、下のほうに赤枠で囲わせていただいておりますけれども、15分以内の濃い緑の範囲に都民の87%の方が居住してい

らっしゃいまして、30分圏ということでは実に99.9%の都民が肺がんの治療は受けられるというような形になります。

ただ、ここまでごらんいただきました肺がんの状況というのは、5大がんと呼ばれている非常に症例数が多いがんの場合の状況になります。当然のことながら、がんの中でも例えば婦人科のがん、卵巣がん、子宮がんといったようなもの、あるいは脳腫瘍、急性白血病というようなものになりますと、当然こんなにたくさん医療機関はございませんので、東京都といっても二次医療圏間で移動していただかなければいけないということがわかってまいります。

と同時に、きょうごらんいただいた、治療、入院するまでの間に、日単位ないしは週単位での時間の余裕があるような、待てる急性期のがんの部分と、今回、専門委員の中にもいらっしゃいますけれども、脳卒中あるいは心筋梗塞等の領域で、時間的に余裕がない、待てない医療の部分に関しましては、それぞれ違った尺度で考える必要があります。

そうした意味でも、傷病自体の緊急性、あるいは移動の範囲というのがございますので、個人的な意見とさせていただきますと、余り二次医療圏をどうするのか、構想区域をどうするのかを考えていただくよりは、都民の方にこういうふうに医療提供体制ができていますよということが説明できるように、患者さんの流入をきちんと見ていただくことが重要で、構想区域自体のところの議論に時間をかけるとしても、もしかすると、後々のことを考えると、結局は流入のところで説明せざるを得なくなるのではないかなというふうに思っているところです。

ということで、ほぼ20分の時間を使い切らせていただきましたが、13枚目のスライドに記載させていただきましたが、地域医療構想の中では、今ご紹介したような形で、人口と受療率及び現状の医療機関の提供の状態のデータをごらんいただいた上で、あるべき姿を議論していただくことになります。ただ、きょうごらんいただきましたのは、あくまでもイメージです。これから厚生労働省から出てきた場合には、スライドに示した内容と違ってくる部分が生じます。それをまとめさせていただきましたのが13枚目のスライドです。①、医療需要に関しまして、基本的には二次医療圏別の人口推計はほぼ同じものが出てきますので、ここの部分での差異はございません。ただし、受療率に関しましては、平成23年度の患者調査を今回使わせていただきましたけれども、厚労省からはDPC、NDBデータ等から計算した結果が出てまいりますので、この部分は傷病別のところの状況が少し変わって見えてくるだろうというふうに思います。

また、本日の集計の中では、病床機能区分別の集計は行っていません。そもそも患者調査では病床機能区分別に受療率が計算されていません。実際にはこうしたものがさらに細くなった上で、高度急性期の需要がどれくらい満たされているのか、あるいは回復期、慢性期の需要のところを満たされているのかということまで含めたデータが出てくるというようにご理解ください。

また、需要の部分がそういった形で細かく計算がされるのと同時に、現在の医療提供体制の部分に関しましては、きょうは平成25年度のDPC調査のデータを利用しましたが、DPC調査というのは、現状では全国の病院の25%ぐらいしかまだカバーしておりません。ただ退院数で言いますと75%ぐらいカバーしているので、かなり実態は把握できていますが、恐らく今回のものでは見えなかった病院も含めて、都の中の医療提供体制の実情というものをごらんいただけるようになります。

それから、これはきょうのスライドのところとは関係が少し薄いかもしれませんが、③番のところでご注意いただきたい内容がございます。地域医療構想のガイドラインの中では、将来のあるべき医療提供体制に関しまして、患者さんの流入を考慮すると書かれています。都道府県内で医療需要と医療提供体制の乖離が大きい場合、つまり都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まずは関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要があると書かれています。

このプロセスについては、前回都からもご説明がなかったのですが、委員の方々は余り認識されていないと思いますけれども、一度推計を行ってみた結果、①番と②番の乖離があるようであれば、都としては、隣接の県に対して状態を告知した上で調整を図らなければいけないということが書かれていることにご注意ください。

ちなみに、その調整を行わなければいけないある一定のめどとしましては、その下にあるように、「地域医療の連携の観点からは全ての場合について行うことが望ましい」と書いてありますけれども、さすがに5疾病5事業のところだけでも大変だと思いますので、ガイドラインには、少なくとも平成37年（2025年）の医療需要に対する増減のいずれかがおおむね20%または1,000人が基準とされています。この1,000人という値は、色々な傷病のところでも多分都に関してはかかってくると思いますが、超える場合には、「調整のための協議を行うこととする」というふうに書いてあります。この策定部会の中でも、都としては12月までにまとめて、ヒアリングをして5月までにまとめるという計画がありますが、それまでの間に、この策定ガイドラインに書かれている、関係する都道府県との間の供給数の増減の調整というのができるかどうかというのは、もしも本当にガイドラインどおりにやるのだとしたら、スピードアップをした上で、早目に他県に対して通知しなければいけない状況だと認識しております。

ということで、あとの資料をもう少しご説明させていただいたところもありますけれども、地域医療構想全体に関しましては、まずは構想区域を定めていただければ、厚生労働省等からデータが出てきて、かなり実態がわかるようになります。その上でご議論いただいで調整を行っていくというような枠組みで、ガイドライン自体には書かれているということをご理解いただければということで、少し時間をかけてご説明させていただきました。

私のほうからはまず以上にさせていただいて、もし、後でお時間があるとか、次回等でお話ができるようであれば、きょうはご説明しなかった病床機能区分について、今、

現状で私どものデータ、大体、1,000病院ぐらいのデータがあるんですが、その病院のデータの中でどう見えてくるのかということをご説明したいと思います。

簡単には、最後の紙をごらんください。余り細かくはご説明しませんが、イメージとしては、現状では各病院、自分の病院は高度急性期が全てと思っていられるところもあるかもしれませんが、河原先生のご資料にもありましたとおり、医科歯科であったとしても、高度急性期3,000点以上と、それ以下のところのミクスチャーがあるということをございました。

実際には、地域医療構想のところの推計と閾値違いますが、私どものデータで3,000点、500点、それからあと150点という形で切らせていただいた場合、左上のグラフでは、これはDPCのMDC別なんですけど、診療科ごとに見た場合、高度急性期のところが占める割合は大体10%から20%。急性期のところの領域が、かなりでこぼこはありますけれども、六、七割程度。これが今のDPC病院の実態だというふうに考えられます。

診療領域ごとにこうした状況は違いますし、当然、細かく傷病別に見ていきますと、右上のところにありますように、本当にその傷病ごとに高度急性期のところで必要な病床の割合、あるいは急性期、回復期以降のところの状態、現実には一日当たりの医療資源投入量が少ないところの領域というところというのは、かなり違っております。

こうしたものを見ていただいた上で、地域医療構想の中では傷病別に考えていくわけなんですけど、実は病院別に病床機能構成を報告していただくと、左下のグラフのような形になります。病院の名称をお示しすることは私どもの研究の性格上できないのですが、病床の多いほうが左側、病床が右側に行きますと少なくなるという状態で言いますと、病床が多くて、恐らく高機能型の病院の場合には、高度急性期のところの病態の患者さんが、大体病床の20%ぐらいを占めていらっしやあって、急性期と合わせて六、七十%程度となっています。また回復期のところでは9割まで行った上で、ただ、それでも慢性期的な、ほとんど医療資源が投入されていないような患者さんが10%ぐらいいらっしやるようです。

ただ、この左側のグループの病院の状態はこうなのですが、他の病院になりますと、慢性期と思われるような150点未満のところの病床が、20%、軒並みどの病院でも存在しているというような状態になっているというのが実情です。ただ、この20%の部分について、病床を削減していただく必要があると考えているわけではありません。高齢者がふえることによって需要が増加しますので、この水色の部分は、恐らく急性期側のところの機能の患者さんで埋まってしまう状態になるというふうに考えています。

できましたら、こうしたところをきちんとごらんいただきながら、調整会議の中で考えいただくような形になるということをご理解いただければというふうに思います。

長くなりましたが、私のほうのご説明は以上です。ありがとうございます。

○猪口部会長 はい。石川先生、本当にどうもありがとうございました。なかなか難しい、理解していくのが難しかったのではないかなとは思いますが、何かご質問はございますでしょうか。

どうぞ。

○西川委員 ありがとうございます。特に今、拝聴いたしまして、スライド12の例えば肺がんの入院治療。こちらの図なんかはとてもわかりやすく、納得できるものだったんですが、先生がおっしゃる、いたずらに構想区域の議論に時間を費やさずに、患者である都民が納得する医療提供体制を示すというそのご意見は、私も大変賛成いたします。ただ、この傷病ごとのこういう、例えばスライド12のようなものを示していただくと大変わかりやすいんですが、全部の傷病についてこういうことをするというのは大変難しいと思うので、そのあたり、例えば5疾病5事業にざっくり絞って提供するというようなことをお考えなんでしょうか。

○石川委員 今ご質問がありました。12枚目のスライドには、実は左下のところにインターネットでごらんいただけるアドレスが書かれています。そこでは、基本的には主な疾病のところ、DPC調査でわかっている約300の傷病について、計算が終わった上でご提供できる状態になっています。かつ、このデータは、右上にもありますとおり、6月以降、厚生労働省が開催する地域医療構想策定の研修会の中で、データブックの中の一つの資料として提供されます。

ただ、ご指摘のとおり、非常に細かく見ていくことは困難ですので、地域医療構想の中では原則5疾病5事業のところを見ていくということになります。ただ、5疾病といっても、がんの中には、主要ながんだけでも5大がんプラスアルファというのがありますので、恐らく数十とはいっても100に近くならないようなものについてデータをごらんいただくことが可能です。ただ、具体的に議論していただくのは、その中の10個、15個ぐらいかなというような形でお考えいただくといいかもしれません。

これがどこまでできるのかは、河原先生のところのご指摘にもありましたけれども、各自自治体の中でどれだけ検討して調整していくことができるか、議論の俎上にのせることができるのかという、地域の能力によって変わってくるだろうと思われまます。

○西川委員 ありがとうございます。

○猪口部会長 ほかに何かご質問はございますか。

じゃあ、久岡委員のほうから。

○久岡委員 今、肺がんを中心とした非常に貴重なお話をいただいたんですが、第5回のDPC評価分科会のデータを解析して、DPCのコーディングで見ますと、要するに、ある特定機能病院だけしか使っていないような疾患とか、いろいろ、そういう疾患の偏りがあるわけですね。そういうことについての評価というか、そういうことはどうふうにご考えていかれるんですか。

○石川委員 疾患の偏りの中で恐らく問題になるのは、待てない急性期の部分で、大学病

院等でなければ対応できないような救急の疾患、病態に関して、まず考えていくことが重要だろうと思います。

先ほどのご質問にもありましたけれども、カバーエリアないしは人口カバー率のところの集計というのは、もう既にでき上がっていますので、基本的には傷病ごとにごらんいただければ、どれぐらい区中央部以外で提供できない可能性のある医療があるのかということをご理解いただけるとと思います。ただ、それが生じた場合に、患者さんの移動の観点から言うと、何分ぐらいの移動がふえるのかということになりますと、実は結構15分圏、30分圏の人口カバー率で言うと、人口が多いところに医療機関がまとまっていますので、カバー率自体はそれほど悪くないということが出るかもしれません。

逆に、幾つかの二次医療圏の中では、圏域の中で完結ができない医療があるということも明らかに増えてくるようになりますので、その部分につきましては、やはりどこの病院が担当して、それぞれの地域のところをみていくのか、どこに患者さんが流出しているかなければいけないのかということ、きちんと体系立てて考えていただくというのがポイントになると思われまます。

○久岡委員 ありがとうございます。先生は、急性期、待てない病院とおっしゃるんですけど、これ、特定機能病院が50%以上を診ている中に、心筋梗塞はその中に入っていないんですね。ですから、そういう意味では、ある特殊な病気というか、そういうところでないと診れないということなので、その辺はやはり少し、ちょっと違うんじゃないかなと思うんですけどね。

○石川委員 ちなみに、地域医療構想の考え方の中では、あくまでも各都道府県の中の人口カバー率であるとか、あるいはどれぐらいの時間がかかるのかということでお話をさせていただいておりますけれども、もう一つ大きな問題は、ボリュームから考えた場合に、現状の都の人口に対してそうした高度な症例が何件あるのかということです。ほかの県は基本的には1県1大学しかございません。でも、埼玉も千葉も、それからあと神奈川も人口は非常に多いので、当然のことながら患者さんの流入のところを意識していただく必要があると思います。

ですので、特定機能病院に関しては、都内の人口のアクセスであるとかカバー率のところの影響するというよりは、少し強調させていただきました、他の県との間の調整のところ、多くの特定機能病院で行われているような疾患のところが登場してくるだろうというふうに想定しています。

○猪口部会長 じゃあ、続いて、山口委員、どうぞ。

○山口委員 アクセス数に関しては、先ほど恐らく距離ということで考えておられていますが、東京においては、やはり鉄道による移動というのがかなり実際には行われているわけですね。恐らく、例えば医科歯科であれば、総武線に乗ってくる、あるいは中央線に乗ってくるということを考えますと、そういうような鉄道によるアクセスの範囲という分析というのは考えられないのでしょうか。

○石川委員 過去、もう10年程このGISによる分析をしてきておりました、実際には、最初のタイミングで鉄道を利用した場合の移動時間というのも計算させていただいております。東京の場合には、特に都区部を中心とした場合には、地下鉄などの路線が非常にめぐらされておりますので、基本的には鉄道のところでカバーできる範囲がかなりございます。けれども実際には、多摩のほうになりますと、鉄道、プラス、結局のところは車で移動しないと最寄りの駅までいけないという部分が随分出てまいります。ということで、鉄道に関しての計算もしておりますけれども、恐らくそれが本当の意味でできているのは、例えばJR沿いであるとか、あるいは私鉄のところですか。特に急行がとまる駅では非常に大きく影響してきますが、恐らく面的に都民全体の状況を評価するという意味で言いますと、やはり鉄道だけでは評価ができないということだと思います。

あともう一つ、鉄道は必ずしも災害時ですか救急のときに夜間使えるわけではございませんので、そうした意味でも、まずは自動車による運転時間ということで指標化をさせていただいているところです。

○猪口部会長 はい。ありがとうございます。

ほかに質問はありますか。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 疾患別とか、こういった形で非常にきれいに分けられるというところはわかるんですけども、最終的にこの地域医療構想区域は、病床規制による医療圏になるわけですね。そうした場合に、いろんな疾患でいろんな移動を考えたりとか、いろんなエリアを想定してやることはまあいいんですけども、最終的にそれが病床規制の単位になってきたときに、そことの整合性がうまくいくのか。例えばフランスなんかだと、今、病床規制がなくして、それで地域の医療体制を決めていますよね。本来そうならないと、先生がおっしゃるようなこういう構想というのは成り立っていかないんじゃないかなという気がするんですけども、いかがでしょう。

○石川委員 今後、地域医療構想及び最終的には平成30年度以降の地域医療計画を策定する場合に恐らく病床の上限が決められると思われませんが、そうしたことを考えていただく枠組みの中で重要なのは、単に傷病別に病床があればいいということではなくて、傷病ごと、あるいは高度急性期、急性期のところの4区分ごとに、病床の需給が過剰かどうかの状況を見ていくことだと思います。

多分、それをごらんいただきますと、都のように人口があるところだと、グロスでは多分、高橋先生のお話にもありましたように、これから先、病床がふえ過ぎているので、それを減らさなければいけないということはないというふうに思われます。ただ、その中の配分はかなりアンバランスな状態になっていると思いますので、一部で病床を削減する地域もあるとは思いますが、都に関して言うと、きちんとこのデータを出していただいた上で、医療機関がきちんと自助的努力で地域のニーズに合った体制に変わっていただくことが重要です。データは病床機能報告制度の中にも入っているところ

ろですので、目隠しをして病床の削減にはならないんだぞというのではなくて、むしろ全てを見通した上で、医療機関の方々あるいは地域の方々も含めて、どうしていくのかを考えていただくことが重要だというふうに思われます。うまいお答えにはなっていないかもしれませんが。

今後――これはあくまでも私見です。きょうは余り私見を言うのははばかれるところはあるんですが――病床の削減を行うよりも前に、例えば点数の制限を行うであるとか、むしろ総額予算制で医療費を調整するというような、諸外国のような事例が導入されてしまう可能性というのも、多分否定できない状況に今あると思います。

地域医療構想自体は、医療者がみずからの自律性を持って、需要に合わせた上で医療提供体制を考えていただくという、チャンスでございまして、これがもしうまくいかないのであれば、待たなしの中で医療費を一気に抑制するという形でしか、もしかすると政策がとれないかもしれないかなということ、医療経済を考えている人間からしますと非常に懸念しております。

ということで、恐らく病床削減の話が来るよりも前に、もう病床削減をしていったとしても、うまくいかないのがもう目に見えているから、医療費を総額予算制で抑制しようというような議論が持ってくる可能性があると思います。ただ、それにおびえるよりは、やはり今の段階できちんとした議論をしていただくこと、住民の方ないしは、お財布を握っている人に対してこびを売るのかよと言われるかもしれませんが、国の財務担当者に医療としてきちんとできていることを示さない限りは、プライマリーバランスの観点からは一気に抑制するしかないという、医療者を無視した、医療制度改革が起こってしまうかもしれないかなということで危惧しております。

○猪口部会長 はい。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 お話はわかりますが、最近病院経営者も地域のニーズ、自分たちの病院の機能やスキルに、より関心を持ち、そして経営的に成り立つかどうかを常に考えているので、国が心配するような無謀なことをやっているということは、今は当てはまらなくなっていると思っています。そこら辺を国の、学者の方々、政治家にもわかってもらえないと、これは非常にまずいことになってしまうと思います。そこら辺はしっかりと話ししておきたい。釘を刺しておきたいですね。

○猪口部会長 はい。議論というか、この後いろいろ進めていく議論が今始まってしまった感じになりましたけれども、そうですね、この、質問の形で言うと、ちょっと懸念事項として石川委員のお話を聞きながら私のほうからちょっと一つ質問したいのは、これは事務局のほうになんですけれども、スライド13であるような、各関係する都道府県間の患者の流出入のカウントですね。これ、交渉するというタイミングは、データブックが出てきて、構想区域ができて、そして需要数というものが出てきたときに、このスケジュールの中でどの辺でやっていくつもりなのか。それは相手とすれば3県を相手に

しなければいけないんだろうとは思いますが、それぞれのほかの県、3県ともう相談が始まっているのでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 まだ、これから行うということでございますけれども、当初は、構想区域が決定してから、おおむねその年内ぐらいをめどに協議を進めたいというふうに考えておりました。ただ、石川先生のお話もありますので、ちょっとその動き出しについては検討したいというふうに考えております。

○猪口部会長 かなり流入が大きいということであるならば、それがカウントできないと、実態的な、本当に我々が変換可能な数字になっていかないことになりますので、そのところは、ぜひ、動き出しをと、お願いしたいところだと思います。

ほかに何か質問ございますか。石川委員の話は、多分今後続けていって、我々医療人が形を整えないと、ドカンとやられるぞみたいな話というのは、なかなか、提供している、実際現場にいる人間にとってはちょっとデリケートな話で、そのままずっと聞き入れるわけにはなかなかいかないんじゃないかなとは思ったんですけども。まあ、それは議論を進めていって、我々が真剣に考えている姿を見せなくてはいけないんだろうということなんだろうと思います。

よろしいでしょうか。きょうはお話を聞いて、次回の議論につなげていく日でございますので、このお話は、きょうのところはこれで、時間もございますので、終わりにさせていただきますと思います。石川委員、本当にどうもありがとうございました。引き続き、またパート2とかが必要な場合がありますら、よろしく願いいたします。

では、続いて、病床機能報告の集計結果について事務局から説明をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○水澤地域医療構想担当課長代理 はい。それでは、資料5、病床機能報告集計結果についてご説明をいたします。前回の部会におきまして、3月2日時点の東京都分の速報値ということで、既にご報告をしたところではございますが、最終版データが国から送付されておりますので、確報としてお知らせするものでございます。

右肩資料5の①をごらんいただきたいと思います。上段の説明書きは前回と同様になりますので割愛させていただきますが、(2)医療機能別許可病床数集計状況のところをごらんいただきますと、今回の確報は、病床機能報告制度の対象978医療機関のうち、有効回答であった878医療機関分を集計したものとなっております。

下の段、その878施設分をグラフ化したものとなっております。前回同様ですが、左から、昨年7月1日時点、6年が経過した日、2025年と、3種類ご用意しております。

昨年7月1日時点、一番左側のところの構成比をごらんいただきますと、高度急性期が29.4%、急性期が40.9%、回復期が6.7%、慢性期が23.0%となっております。前回お示しした速報値とほぼ同じ内容となっております。

6年後につきましても、構成比のほうは速報値とほとんど変わっておりませんで、高

度急性期 29.6%、急性期 40.2%、回復期 7.9%、慢性期 22.3%となっております。昨年7月1日時点と6年後とを比較していただくと、ほとんどの医療機関が6年後も現在の医療機能を維持するような予定というふうに見て取ることができます。

右端のグラフにつきましては、国が任意で報告を求めましたため、回答率が5割程度でありますので、あくまで参考とはなりますが、それでも構成比は昨年7月1日の時点と大差がない状況となっております。

ページをおめくりいただきまして、資料5の②をごらんいただきたいと思います。こちら、先ほど資料5の①でごらんいただきました東京都全体の878施設分の報告を二次保健医療圏別に見たものとなっております。東京都全体でごらんいただきましたときに、現時点から6年後、それから2025年と、担っている医療機能に変化がほとんどないことをご確認いただきましたが、二次保健医療圏別に見ましても傾向が変わらないため、この資料につきましては、昨年7月1日時点のみをグラフ化したものとなっております。

前回、部会でもご説明申し上げましたが、国が示した定性的な基準に基づいてなされた自己申告の形となりますので参考値とはなりますが、例えば区中央部では高度急性期の構成比が非常に高くなっておりまして、多摩部では、区部と比較しますと慢性期の構成比が高くなっておりまして、地域によって特徴が出ているところでございます。

先ほど申し上げましたとおり、6年後及び2025年の集計結果は、グラフ化はしていないんですが、1枚おめくりいただきますと、資料5の③に病床数や構成比の記載をしておりますので、後ほどあわせてご参照いただければと思います。

続きまして、資料5-2、A4縦の資料をごらんいただきたいと思います。こちらは、医療機関別に公表が予定されている病床機能報告のホームページのイメージとなります。資料5では、病床機能報告制度で報告された項目の中の、病床が担っている医療機能の部分の特出しして、4機能区分の部分の特出しして見てきたわけですが、病床機能報告では、このほかにも構造設備だったり人員配置、それから入院患者の状況、レセプト等から抽出した項目など、多くの報告がなされているところでございます。

こちらは、医療法第30条の13の規定によりまして、都道府県はこれらの報告された事項を公表しなければならないこととされておりまして、公表すべき内容の詳細につきましては、厚生労働省の告示において全て定められている形となっております。

こちらのこの資料5-2の資料ですが、こちらはホームページ等による公表のフォーマット案ということになっておりまして、国の地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会において検討が重ねられたものでございます。現在、国から都道府県に示されている最終形の病院別の公表イメージがこちらの資料5-2というふうになっております。有床診療所につきましては、病院とは報告内容に異なる部分がございますので、公表項目は少し異なりますが、ほぼ似たようなフォーマットとなっております。

都におきまして、現在、公表に向けた調整をしているところではございますが、技

術的な部分で、全くこのままのフォーマットになるかどうかというところは未定の部分もございしますが、国が公表すると定めた項目がかなり非常に多いというところもございまして、本日、事前に委員の皆様には公表イメージとしてお示しをさせていただいたものでございます。

資料5及び資料5-2のご説明は以上となります。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございました。

この資料5-2の報告内容ですけれども、オープンとなっているのは、例えば6ページあたりの看護師の配置とか、非常に、それぞれの医療機関にとっては、今までは非常にセンシティブな部分だったものがぱっと出てくるということになるわけですが。何かご意見、ご質問ございますでしょうか。

石川委員、どうぞ。

○石川委員 今、猪口先生のほうからもご紹介ありましたように、前半のところは実際には病床の状態がどうなっているのかということで、これだけでもセンシティブだとは思われるますが。

実は、もう一つ、後半のほうをごらんいただきますと、例えば13ページ目以降をごらんください。13ページ目以降の中では、手術の総数を病棟別に示した上で、かつ、その手術に関しても、臓器別の状況あるいは全身麻酔の手術件数、さらには、後のほうになりますと、胸腔鏡下、腹腔鏡下、内視鏡手術用支援機器加算がとれているかどうかということがあります。今までDPC調査データからは、傷病別の患者数、病床数といったものが公表データとして出てきたんですが、それ以上に細かい、実際に行われている診療の件数が、かなり高度な機能ごとに明らかになっているということになります。

ですので、まだ当面のところでは、このデータに従った上で、非常に細かく、医療技術ごとに患者さんの流入出であるとか、医療機関の配置を考えるということまでは、多分当初の段階ではいかならないと思います。が、研究者みたいな人間は、こういうデータが出てきますと、データベース化した上で全部分析してまいりますので、多分数年ぐらいいの間には、今、きょうごらんいただいた傷病別のデータに代わって、技術別に、例えばアクセシビリティであるとか、あるいはボリュームのところの想定というのが出てきます。それがデータに基づいてこれから考える地域医療計画の地平線の先にあるというふうにお考えいただければいいと思います。

○猪口部会長 もう、医療機関側は絶句なんじゃないですか。どうですか。

どうぞ、山口委員。どうぞ。

○山口委員 本当に、丸裸にされているなという感じですけども。これを見ますと、1病院だけでこれだけのボリュームになるわけですね。一般の方がこれを全部ごらんになるかどうかちょっとわかりませんが、とにかく公表されているということは、必要があれば参照できるわけですから。大変なことだなと思います。

○猪口部会長 まあ、これを一つのビジネスチャンスに、なんていう団体も出てくるかも

しれませんけどね。

○石川委員 今、山口委員のほうからもお話がございましたけれども、恐らく患者様あるいは住民の方々は、これを、個別に病院のデータを見るということは、多分ないと思います。むしろ重要なことは、地域医療構想の中に書かれている範囲の中で考えると、この圏域、この地域の方々はこちらのほうに移動しますよと。それを見ていった結果、自分の傷病、あるいは医療技術の必要性に応じて見ていった結果、病院の個別の診療件数のところまで至ることができるという情報の透明化、医療提供体制の透明化がされるということでお考えください。

○猪口部会長 はい。

ほかにどうですか。

○高橋教授 一つよろしいですか。

○猪口部会長 はい。高橋先生、じゃあ、どうぞ。

○高橋教授 はい。もう、きょうが最後なので、言っていけないといけないかなと思うんですけども。

うーん、まあ、これ、最終的に、伊藤先生が言われたように病床の調整までも持っていけないといけないというのが皆さんの使命なわけでありまして。石川君というのは僕の後輩で、東大で一緒に習っていたんだけど、きょうのデータは、僕がもらっても、僕の頭脳レベルじゃとても処理し切れないと、はっきり思います。最終的にはもっとぼーとしたもので、ここは多いな、少ないなぐらいのレベルに落として、それで考えないと、とても考えられないものだから、私のほうからしたら、このデータというのはあくまでも参考であって、もう少し、悪いところではこういう細かいところは余り見ずにやらないと、構想自体が成り立たないんじゃないかというふうに、私、第三者的には思います。

ですから、まずは、これ、でも言うとおりにやることはとっても大事で、とりあえずこうなんだということ把握しておくけども、そこで1回切っちゃって、で、どこが多いんだろうという、非常にラフなところにぼーんと飛ばないと、議論はできないし、余りにも緻密なものを最初から出し過ぎても処理し切れないから、そこで次元を落とすことは絶対に必要になるんじゃないかなと。僕は自分の立場として厚生労働省にこんなものを出しても、とても全部使い切れないから、もっと次元をどこかで落として、いわゆるガイドラインに少なくともそこのデータの切り方とかを示さないと、とてもできないんじゃないかということ絶対どこかで書いて言わないと、現場が混乱するんじゃないかなというふうに思うので、ここに関しては、余りにも細かく見ないということをしなないと、とてもまとまらないんじゃないかなということをぜひ議事録に残しておいてください。私はその論陣を張って、ここまで細かいものを出しても、地域医療構想としたらトゥー・マッチであるということの論陣を張りたいなというふうに強く感じました。

○猪口部会長 はい。ありがとうございます。先生は委員じゃないから、余り意見が強く出ると、あれですけども。

○高橋教授 はい。すみません。でも、きょうしか言えないので。

○猪口部会長 皆さんそれはいろいろ考えて、今の先生の発言を聞いてお考えになることだろうと思います。

ほかにどうでしょう。

じゃあ、僕、一つざっくりとした話ですけれども、慢性期病床の先生方にちょっと教えてもらいたいと思うのは、この5の①のところの1ページあたりに出ている、急性期で、急性期の病床であると申告しているところの幾つかの病床、例えば一番左端で言うと、84床ぐらいが療養病床でありながら急性期を担っているという自己申告をしているんですよね。これはどういう使い方をなさっているのか、想像できますか。一部のというか、ある病床機能の団体は、慢性期救急とかそういうような表現をなさって活用しているのですけれども、そういう利用なんですかね。一般病床から療養病床に転棟しながら急性期を診ているというようなイメージなんですかね、これ。

○安藤委員 多分、一番きょうのお話を……

○猪口部会長 ごめんなさい。安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 ええ。仲間との話で聞きますが、療養病床で医師を加配したり、病院長が猛烈に頑張っている急性期を診ている病院さんがあります。数的には少ないと思います。

例としては、地方のほうで、周りに一般急性期病院がなく、地域の急性期から慢性期まで、非常に無理をしながら、在宅を含めて対応しているところがありますが、それほど、数は多くないです。

○猪口部会長 どうもすみません。ただ、これ、つぶさに見ていくと、どの辺だなど見えちゃうから。

○安藤委員 わかると思いますね。ええ。まあ、そこの医療スタッフの稀なモチベーションの高さによって、もっているようなものだと思いますが。

○猪口部会長 稀なのか、このあり方として、それが非常に納得のいく転換、使い方というのかな、そういうものが提言できると、そういうものも組み入れて考えていく必要もあるのかなと思って、ちょっと質問させていただいたんですけれども。

○安藤委員 ああ。いえ。

○猪口部会長 すみません。

○安藤委員 ええ。

○猪口部会長 ほかに、何か。いいですよ。

石川委員、どうぞ。

○石川委員 今の状態に関しましては、データを見ている者としましては、恐らく療養型の状態で入院していらっしゃる患者さんに関して何らかの急変の状態が起こった場合、必ずしも転院しなくても、急性期の部分の医療を提供していらっしゃるというふうに自負を持っていらっしゃる病院というのが恐らく結構あると思います。それを素直にデータに出してくると、このような位置づけになるのかなというふうに思っています。

さすがに、療養の環境の中で、定義に書かれているような、「診療密度が特に高い医療を提供する機能」、そこまでは想定していないのですが、施設の中には、急性期、状態の早期安定化に向けて、例えば感染症などが発生した場合に、医療を提供しているという部分があるかもしれないかなというふうに読み取っておりました。

○猪口部会長 はい。ありがとうございます。

○安藤委員 多分、先生おっしゃるように、ほとんど高齢者の患者様がメインだと思いますし、自院に入院中の患者さんの急変に加えて、自院から退院した高齢者がぐあいが悪くなった時に、お引き受けするというのは、やはり大変だと思っています。

○猪口部会長 はい。ありがとうございます。

ほかに。伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 実はきょうのお話とかを聞いておきますと、最初の1回目の冒頭の質問で、私、変な質問をして、構想区域を見直すことがありますかということをお話ししたんですね。これはやはり構想区域も、区域を設定するのがもう9月ということが決められていますので、そこまでに、今言ったようなあらゆる議論にしろ、細かい議論にしろ、なかなか本当のところはつかめない。出ないままで構想区域を設定しなきゃいけないかもしれないですね。ということで、これは恐らくその後いろいろ検討して変えていかなきゃいけないようなことがあるんじゃないかなということもさらに私は実感しました。これは意見です。

○猪口部会長 はい。ありがとうございます。

きょうの石川委員のあの話を聞いて、アクセシビリティを考えていくと、どうしたって、疾患ごとに特にそうですけれども、その医療圏の中で閉じていくということが非常に難しく、構想区域のあり方をどうしていくかという議論を本当に今後しなくてはいけません。実態に合わせた、患者の受療行動に合わせたもののほうが医療人としては受け入れやすいんだとか、あんまりそんなの、そうではなくて、流出入をきちんとカウントして、実態的に医療が提供されていけばいいんだとか、いろんな意見は、多分きょうの話の聞くと出てくるんだろうと思うんで、今後、あと3回ぐらいは、本当に構想区域を策定するまでの間に時間があるようですので、3回の中に深めて、皆さんと深めて、今後行きたいと思います。

きょうは、これで意見が特になければ、予定されたものがどうやら終わったようですので、ほかに事務局から何かございますでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 本日は、長時間にわたりまして、貴重なご講演、活発なご議論をいただきまして、どうもありがとうございました。事務局から、3点、連絡事項がございます。

まず、次回、第3回の部会の開催日でございます。次回は6月29日月曜日15時から17時までを予定しております。机上に出席確認表を置かせていただいておりますので、ご記入いただきますか、もしくは後日ファクス、メール等で送付いただければと存

じます。

また、本日の資料でございます。机上に残していただければ、事務局からご郵送させていただきます。

また、本日机上に配付をさせていただきました水色のファイルにつきましては、次回以降も使用させていただきますので、そのままお残しいただけますようお願いをいたします。

最後に、本日、お車でいらっしゃる委員の先生方につきましては、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせください。

事務局からは以上でございます。

○猪口部会長 では、以上をもちまして、閉会とさせていただきます。どうもお疲れさまでした。ありがとうございました。

(午後 8時35分 閉会)