

第 1 回

東京都地域医療構想策定部会

会 議 録

平成 2 7 年 4 月 3 0 日
東京都福祉保健局

(午後 4時45分 開会)

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成27年度第1回東京都地域医療構想策定部会を開会いたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中ご出席くださいます、まことにありがとうございます。また、先ほど開催をいたしました東京都保健医療計画推進協議会から引き続きご出席いただいている委員の皆様方におかれましては、お疲れのところを大変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。どうぞよろしくお願いいたします。

着席にて進めさせていただきます。

初めに、この会議室のマイクの使用方法でございます。真ん中の下にございます赤いボタンを押していただきますと、赤いランプが点灯をいたします。赤いランプが点灯いたしますとマイクが入っている状態となりますので、よろしくお願いをいたします。

次に、本日の会議資料でございます。議事の都度、ご説明をさせていただきます。落丁等ございましたら、事務局へお申しつけくださいますようお願いをいたします。

地域医療構想の詳細につきましては、後ほどご説明をさせていただきますけれども、地域医療構想は医療計画の記載事項の一つとされまして、地域医療構想を定めることは医療計画の変更に当たりますことから、医療計画の策定変更の手続を経る必要がございます。このため、都におきましては、東京都保健医療計画推進協議会のもとに本策定部会を設置いたしまして、地域医療構想の策定を行っていくこととしたものでございます。委員の皆様におかれましては、ご多忙の中、申しわけございませんが、お力添え賜りますようお願い申し上げます。

それでは、委員の皆様のご紹介をさせていただきます。

お手元にお配りをしてございます、資料1、東京都地域医療構想策定部会委員名簿をごらんいただきたいと存じます。

名簿の順にご紹介をさせていただきます。恐縮でございますが、お役職等につきましては名簿のとおりでございますので、お名前のみのご紹介とさせていただきます。

河原委員でございます。

猪口委員でございます。

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。

加島委員でございます。

西川委員でございます。

福内委員でございます。

平林委員でございます。

山内委員は欠席とのご連絡をいただいております。

石川委員でございます。

伊藤委員はおくれて出席されるとのご連絡をいただいております。

森久保委員でございます。

久岡委員でございます。

塩川委員でございます。

山口委員でございます。

原委員は本日ご欠席とのご連絡をいただいております。

河面委員でございます。

進藤委員でございます。

竹川委員でございます。

安藤委員でございます。

本日は、本部会の親会でございます保健医療計画推進協議会の橋本座長にオブザーバーとしてご出席をいただいております。よろしくお願いたします。

なお、こちら側、東京都側でございますが、医療政策部長を初め、事務局を務めます医療政策部のほか、福祉保健局の関係各部、病院経営本部の職員も出席をさせていただいております。

続きまして、事務局を代表いたしまして、小林医療政策部長よりご挨拶させていただきます。

○小林医療政策部長 医療政策部長、小林でございます。どうぞよろしくお願いたします。

委員の皆様におかれましては、日ごろから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、厚く御礼申し上げます。また、ご多忙の中、地域医療構想策定部会の委員をお引き受けいただきまして、まことにありがとうございます。

さて、改めて申し上げるまでもございませませんが、昨年6月に公布されました、いわゆる医療介護総合確保推進法により、都道府県におきまして将来の医療需要推計に基づき、あるべき医療提供体制を示す地域医療構想を策定することとされました。策定に当たりましては、構想区域の設定、将来の医療需要に対する医療提供体制、さらには構想実現のための施策等を盛り込むこととされておりますが、高度医療を求める患者流入、昼間人口の多さなどの大都市特性を踏まえつつ、今後、高齢者数の急増などにより増大する医療需要や疾病構造の変化に対応し得る、都にふさわしい地域医療構想の策定に取り組んでいきたいと考えております。

また、この構想は平成30年度からの次期保健医療計画の改定に直結するものと考えておりますことから、そうした視点も踏まえまして、委員の皆様から忌憚のないご意見を頂戴したいと考えております。

委員の皆様には、ご多忙の中、タイトなスケジュールで検討を進めていただくことになりませんが、どうぞよろしく願いいたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 次に、部会長の選任についてでございます。

資料2、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱、第7の2によりまして、委員の皆様で部会長を互選していただきたいと存じます。

いかがお取り計らいいたしましょうか。河原委員、お願いいたします。

○河原委員 地域医療にも実際に従事され、また、都全体の医療にもご造詣が深い、猪口委員が最適かなと思いますので、猪口委員を推挙したいと思います。

○宮澤地域医療構想担当課長 ただいま、河原委員より部会長には猪口委員をとというご提案がございましたが、いかがでございましょうか。

(拍手)

○宮澤地域医療構想担当課長 ありがとうございます。それでは、猪口委員に本部会の部会長をお願いしたいと存じます。

猪口委員、どうぞよろしく願いをいたします。部会長席へお移りをお願いいたします。

では、早速でございますが、猪口部会長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○猪口部会長 東京都医師会の猪口です。ご指名をいただきまして、部会長に選出していただきました。

すみません、座ったままで失礼いたしますが、この策定部会は2025年に向けて東京の医療の方向性を決めていくということで、本当に大きな使命を持った部会だと思います。その部会長ということで、非常に荷が重くて。

実際のところ、皆さん、もう既にガイドラインをお読みになってご存じのことだろうとは思いますが、厚生労働省の定めたこのガイドラインは全国一律のガイドラインでありまして、東京の医療資源が非常に特殊に集積しているというこの東京に、どのように当てはめて、どのような構想をつくっていくのかというのは、多分皆さんも、そして、私も、はっきりどのようにしたらいいかというのは描けないではないかなと思います。それをこの部会が、期限つきでまとめ上げなくてはいけないということで、私もそうなのですが、皆様のご協力なくしては、できるものではないと思います。皆様の本当にご協力をよろしく願いしたいと思います。

以上です。よろしく願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 続きまして、副部会長の指名を猪口部会長にお願いしたいと思えます。

○猪口部会長 副部会長には、長年運営にご協力いただいている、保健医療計画推進協議会ですね、この親会になりますけれども、そちらの運営にご尽力いただいている河原委員に副部会長をお願いしたいと考えております。よろしいでしょうか。

(拍手)

○猪口部会長 では、異議がないということで、河原委員に副部会長をお願いします。よろしくをお願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、河原副部会長、お席をお移りいただきたいと存じます。

それでは、以降の進行を猪口部会長にお願い申し上げます。

○猪口部会長 今日は時間がそれほどございません。ボリュームが多い割には全部で1時間15分です。早速、議事に入らせていただきます。

本日は、先月、国から示された地域医療構想の策定に当たっての手続を示す地域医療構想策定ガイドラインの説明や策定スケジュールを示した上で、第1回目でもあるため、都の人口将来推計や医療資源の現状に関するデータなどを紹介していただいて、皆様から意見をいただいて、意見交換をしたいと考えております。

では、初めに、地域医療構想策定ガイドラインについて、事務局からご説明をよろしくをお願いします。

○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の策定ガイドラインの概要につきましてご説明申し上げます。

資料3の①をごらんいただきたいと存じます。

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あり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され、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1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まででございますが、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おります。

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、報告時点の数になりますが、それと、国から提供されるデータに基づきまして算出いたします必要病床数、将来の数、これ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おります。

地域医療構想の実現に当たりましては、構想地域の医療機関の自主的な取組や、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。

続いて、ポイント部分についてご説明いたします。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って、まず構想区域を設定し、医療需要に対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変化など、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おります。

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基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おります。

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。

続いて、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基に、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おります。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基に推計することとされております。

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おります。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いたします。

次のページ、資料をお開き願います。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。算定式に基づき算出される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を行った推定供給数を、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を除きまして、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、増減をプラス・マイナス・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おります。

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に国が取組の例示として示しております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思っております。

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ております。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組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。いずれも構想策定後の対応ということになります。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ております。

さらに調整会議での協議が整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ずることとされました。こちらは参考資料2におきまして、地域医療構想にかかる医療審議会の役割といたしまして整理をしてございます。後ほどご確認をいた

だきたいと存じます。

ガイドラインの概要につきましては以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

既にご存じの方も多いたと思いますけれども、何かこれについてご質問ございますでしょうか。

ここまでのところはよろしいでしょうか。

では、次に進めます。質問は、後ほどいろいろな意見をいただこうと思っておりますから、前に戻って、そのときにまたご質問いただいても結構かと思えます。

では、次に、地域医療構想の策定に当たっての検討体制と策定スケジュールについて、事務局からお願いいたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、資料4になります。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。

医療法におきまして、地域医療構想の策定に当たりまして、診療又は調剤に関する学識経験者の団体、市町村、保険者協議会の意見を聴く必要があるというふうにされております。

また、ガイドラインにおきましては、策定段階から地域の医療関係者、保険者、住民、市町村の意見を聴くことが望ましいこと、また、策定後を見据えまして、地域医療構想調整会議を設置し、構想区域全体の意見をまとめることが適当であることなどが記載されております。

これを踏まえまして、下に参りますが、東京都保健医療計画推進協議会に地域医療構想策定部会を設置いたしますとともに、策定段階から地域ごとの意見聴取の場を設けまして、ご意見を伺いながら、策定部会においてご検討をいただくこととしたいと考えております。

右上に参ります。策定部会の設置でございますが、病床の機能分化が主要な議題となりますことから保健医療計画推進協議会の委員の方々の中から参加をいただきまして、それに加えまして、高度急性期から慢性期の四つの医療区分の医療機能代表の先生方等にもご参画をいただいております。

また、下段に参りまして、地域ごとの意見聴取の場につきましては、構想区域を設定するまでの間、現行の二次保健医療圏、13圏域ごとに開催をいたしまして、また、構想区域決定後は区域ごとに開催をしていく予定でございます。参加者につきましては、医療関係団体、区市町村、保険者協議会、四つの機能区分の医療機能代表にご参画をいただくことを想定をしております。

続きまして、資料5になります。地域医療構想の策定スケジュールでございます。

こちらのスケジュールでございますが、左から、保健医療計画推進協議会、策定部会、地域ごとの意見聴取の場となっております。

まず、保健医療計画推進協議会でございますが、今年度は5回開催をいたしまして、

策定部会におけます検討の状況の報告でありますとか、骨子、素案ができた段階でご意見をもらう予定でございます。

策定部会につきましては、おおむね月1回のペースで集中的に開催をしていきたいというふうに考えております。初回、こちらが本日でございますが、検討の進め方についてご意見をいただきたいと思っております。その後、第2回、第3回で将来のあるべき医療提供体制、また、4回以降におきまして構想区域の設定でありますとか実現のための施策についてご検討、ご意見をいただきたいというふうに考えております。その上で、年内を目途に骨子を策定、また、年度内を目途に素案を作成したいというふうに考えております。

地域ごとの意見聴取の場でございますが、こちらは地域ごとに3回開催をさせていただく予定でございますが、そうした意見を反映させていきたいというふうに考えております。

下へ参りまして、作成をした後に、医療法に基づきます意見照会、パブリックコメントを経まして、医療審議会への諮問、答申というスケジュールで行ってきたいというふうに考えております。

説明は以上でございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

これについて、何かご意見、ご質問ございますでしょうか。

当部会の位置づけと、それから、スケジュールで、この年度内に骨子、素案というものをまとめなくてはいけないということで、委員の皆様に関しては、1カ月に1回ぐらいお集まりいただくという非常にタイトなスケジュールの中でご議論いただくことになっているようです。

ということのようですけれども、何かご意見、ご質問ございますでしょうか。西川委員。

○西川委員 すみません、ちょっと一つ質問させていただきたいんですが、こちらの地域ごとの意見聴取の場というのは実質的に調整会議ということになりますよね。その調整会議とこの部会のかかわり方というのは具体的にどうなるんでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 将来的には地域医療構想調整会議になっていくものということでございまして、構想区域をどのように設定するかということがありますけれども、時間も限られた時間となりますので、まず先に二次医療圏ごとの意見聴取をした上で、この部会で構想区域を設定していただきまして、以降、調整会議ということで構想区域ごとの調整会議を開催していきたいというふうに考えています。そうした地域の意見を策定部会のほうにも吸い上げる形で、地域の意見を構想に反映していきたいというふうに考えております。

○西川委員 わかりました。ありがとうございます。

○猪口部会長 ほかにご質問ございますか。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 東京都医師会の伊藤でございます。

この構想区域をこの5月、6月ぐらいでもう決めるということなんですけれども、実は検討に資する資料というものがまだなかなか出てこない、把握できていないと思われるんですね。ですので、実際に構想区域をつくってしまったけれども、新たなデータとか、いろんなものが出てきた場合に、見直しとか、そういったことを行う可能性とか予定というのはあるんでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 あくまでも国のほうから医療事業の推計のためのデータが提供されまして、それに基づいて東京都のほうで推計をします。それを材料といたしましてご検討をいただくということになります。今のところ、4月の下旬のデータ提供という国からの情報ではございますけれども、これが少し遅れるという情報もございます。いずれにしても、国からのデータ提供がないと、なかなか難しくなってしまうので、国からの提供がいつになるのかということで、多少スケジュールについて変更ということもあろうかと思えます。いずれにしても、そのデータを受けてご検討をいただくというふうに考えております。

○猪口部会長 よろしいですか、今ので。

○伊藤委員 確かにどのようなデータが出てくるかもちょっとわからないんですけれども、実は東京都は非常に特殊な地域であるんですね。ですので、他の道府県、あるいは二次医療圏単位で考えられることが、東京都でなかなかそれがすんなり一度で決められるのか。

実はこの次の医療計画をしっかりと立てるときにもう一度見直すようなことも現実的だとかということ産業医大の松田先生とかがおっしゃられている、文章に書かれているんですね。そういったことで、ちょっと今後、今年作ったとしても、さらなる資料が出てくるとか、さらなる検討が進むうちにもう一度見直すという機会があるのかもしれないかなと思って、ちょっと質問をしたのです。

○猪口部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口です。

地域ごとの意見聴取の場ですが、ここに出ていただく病院の選定というか、そういうのは何かもう既に考えておられるんでしょうか。

○猪口部会長 事務局はどうですか。

○遠藤医療政策課長 地域ごとの協議の場なんですけど、先ほど伊藤先生からもご指摘ございましたが、構想区域の策定については一つ非常に大きいポイントで、ここはやはり時間がかかるんだろうと考えております。ただ、そうは言っても、ガイドラインにも地域の意見をしっかりと踏まえて議論を進めていくという部分がございますので、構想区域が確定するまでは、この部会の議論の中で構想区域の線が引かれるまでは現行の二次医療圏で、先ほどスケジュールにもございましたけど、地域ごとの協議の場を開催させてい

ただきたいと。

現行の二次医療圏は基本的に区市の単位でございます。その医療機関につきましては、一つの行政区ですね、例えば、中央区とか、その一つの行政区で、高度急性期から慢性期まで、この四つの機能を1から2病院、代表で選んでいただいて、そういった形で二次医療圏ごとで協議の場を設けられないかというふうに考えてございます。

そうすると、中央区なんかは5区ございます。4機能で、仮に2病院ずつ代表を出していただくということになると、その病院だけで40病院ということになります。プラス地区医師会さんとか、歯科医師会さんも薬剤師会さんも看護協会さんも保険者さんも関係の方がいらっしゃいます。そうすると、大きい医療圏はかなりの人数にはなるんですが、多分小さいところだと二、三十人規模の会議かなという部分を今想定させていただいています。

- 猪口部会長 ちょっと議論が深くなってきていますので、まずはガイドラインの概要について、もうちょっと続きますので、その説明を聞いてから議論にしたいと思いますので、次に進めたいと思います。

続いて、策定ガイドラインにおいて示されている2025年の医療需要の推計方法について、事務局から説明をお願いします。

- 水澤課長代理（地域医療構想担当） それでは、資料6についてご説明いたします。

資料6は、今、部会長からもございましたとおり、先ほどの資料3、ガイドライン要旨のうち医療需要の推計について、国のガイドライン検討会の資料の抜粋を用いて、少し詳しくご説明するものでございます。

高度急性期機能から回復期機能について、資料6①から③で、慢性期及び在宅医療等について、④から⑦を使いましてご説明したいと思います。

国が2025年に向けての医療需要推計を初めて行いましたのは、社会保障と税の一体改革の中で平成23年度に出した長期推計が初めてということでした。そのときには、高度急性期が2割、一般急性期が5割、亜急性と回復期が3割といった形で、かなりざっくりした推計でございました。そこで、ガイドライン検討会の中で、病床の機能区分ごとの医療需要推計については、もっときちんと患者さんの状態だったり、診療の実態というのを勘案すべきだということで、NDBのレセプトデータやDPCデータの分析から推計することというふうにされたものでございます。

まず、お手元資料6①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して、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。患者さんに対して行われた1日当たりの診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算したものとなっております。入院基本料を含めてしまいますと、同じ診療行為を行っても医療資源投入量に差が出てしまうということになりますので、推計における医療資源投入量には入院基本料の相当部分は含まないこととされております。

グラフをごらんいただきますと、入院後2～3日のところ、医療資源が非常に高い状態から下降いたしまして、大体500点から1000点あたりのところで帯状になります。こちらは医療資源投入量が落ちつくということがわかるかと思えます。

ページをおめくりいただきまして、資料6②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ってございます。

国においては、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をそれぞれ、C1、C2、C3という形で設定しております。C1は、ICUやHCUの入院患者に行われる診療行為をもとに計算しております、3,000点と。C2は、先ほどのDPCのグラフでは500～1,000点というところでしたが、全疾患の患者数の加重平均をとったり、あと、さらにNDBのレセプトデータも加味して補正いたしまして、600点程度ということで計算をされております。C3は、国の分析では225点というところですが、実際には在宅復帰に向けた調整を要する患者さんが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いうふうにされてございます。

こちらは、C1、3,000点のこの点線の部分ですが、そこよりも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に、同様に3,000点～600点の間が急性期、600点～175点の間が回復期、175点未満が慢性期の医療需要という形になってございます。

ガイドライン要旨のご説明の中でも申し上げましたが、このそれぞれの医療機能の延べ患者数を将来人口で引き延ばしまして、さらに病床稼働率で割り返すという作業を行いますと、将来の必要病床数となるというイメージでございます。

資料をおめくりいただきまして、6③、このC1～C3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あるので、説明は割愛させていただきます。

ただ、国のガイドライン検討会の中で、この3,000点、600点といった数字は地域全体のマクロの推計をする際の区切り方でありまして、この考え方が直ちに医療機関における機能ごとの病床差の計算方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではないということをご案内をしておりますので、念のため、補足をさせていただきます。

続きまして、慢性期機能および在宅医療等の将来推計についてご説明したいと思います。

1枚、資料をおめくりいただきまして、資料6④をごらんいただきたいと思えます。

先ほど、医療資源の投入量の考え方ですと175点未満ということでございましたが、これは一般病床をベースに考えているものでございます。療養病床につきましては、診療報酬が包括算定ということで、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というのがなかなか難しいということで、別の考え方も取り込んで計算をしているものでございます。

資料枠内の2行目の※印のところをご確認いただければと思います。国のガイドラインの検討会における在宅医療等の定義ですけれども、「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」となっておりまして、居宅や施設の訪問診療等を受ける、いわゆる在宅医療よりは少し、「等」がつきまして、広い概念となっていることは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はどのような形でなされるかといいますと、資料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して、将来の慢性期機能及び在宅医療の需要として推計されるのは、現在、大きく分けまして5項目、左側から、一般病床に入院している障害者・難病患者数、2番目、療養病床の入院患者数、③C3、175点未満ですが、こちらの一般病床の患者数、④訪問診療を受けている患者数、⑤老健施設の入所者数という形になってございます。

このうち、2番目の療養病床のところをご確認いただきますと、左側に少し色の濃いところがあるのがわかるかと思いますが。こちらは療養病床で回復期リハを算定している部分でございまして、こちらは回復期機能の需要として推計するために別立てとされてございます。

さらに右側の色の濃い部分があるかと思うんですが、そちらへ目を移していただきますと、医療区分1の70%と、その次の地域差の解消という、この二つの項目が、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というふうになってございます。

地域差の解消というのは何かといいますと、資料6の⑤と⑥にてご説明をいたします。順番が前後して恐縮ですが、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・年齢階級を調整いたしまして比較したものとなっております。最大の高知県614、最小の長野県122と、この二つを比較いたしますと5倍以上の差になってございます。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ということでございます。ちなみに、東京、左のほうですが、190というところと、全国の中央値は鳥取県で213という形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6⑤をごらんください。

下側の図になりますが、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AとパターンB、二つ記載がございまして。

パターンAのほうは、全ての構想区域が県単位で全国最小値、つまり先ほどの長野県の122ですが、こちらを目指すという案になります。本来、構想区域ごとに考えるものではございますが、国から構想区域ごとの入院受療率が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きますと、高知県614も東京の190も、みんな122を目指しましょうと、そういった目標になってございます。

パターンBのほうは、パターンAよりは少し緩やかな目標になってございます。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61.4が、中央値である鳥取県21.3を目指すと。それと等比的に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でございます。

このAとBの幅の中で各地域が選択をいたしまして受療率を低下させるというのが、ガイドライン上の地域差の解消と言われている考え方でございます。

ただ、パターンBのほう、緩やかな目標のほうを選びましても、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6の最後、⑦をごらんください。

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、網かけ枠内の上段、こちらは構想区域策定時の特例でございますが、一定の地域は2025年を目標とするのではなくて、2030年を目標とすることができるというもので、要件としては二つございます。パターンBで減少目標を設定した場合の減少率が、全国中央値、こちらは34%ですが、それよりも大きいことというのが一つ。もう一つが、高齢者の単身世帯割合が、全国平均、こちらは9.2ですが、それよりも大きいことということになっております。東京全体では9.8と全国を上回りますが、二次医療圏で考えますと13圏域のうち8圏域が上回る形となりまして、地域差の出るところかと思えます。

こちらは構想区域ごとの入院受療率、先ほども申しましたが、国から示されていないということで正確な数値は申し上げられませんが、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、この減少率の要件が当てはまる地域は非常に限定的になるのではないか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して、枠内の下段に記載がございます。社会的事情等の大きな変化など、やむを得ない事情が生じた場合に、入院受療率の目標を変更することができるというふうにされているものでございます。

長くなりましたが、資料6の説明は以上でございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

議論というよりは、簡単な質問をお願いしたいんですが、何かございますでしょうか。

竹川委員、どうぞ。

○竹川委員 確認なんですけれども、あくまでも病床ということで、例えば、この病院が高度急性期とか、それから、急性期ではなくて、一つの病院の中に高度急性期も急性期も、例えば、回復期もあると。その上でのカウントということによろしいですね。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） おっしゃるとおりでございます。

○竹川委員 それとあと、在宅医療がやはり特養とか施設の全部ということは、今までそれは入ってなかったと思うんですけれども、それがいきなり全部を在宅医療という形に考えるんですね。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） 国で考えていますのが、在宅医療そのものという

よりは、「在宅医療等」と、かなり外来まで含めたような、ざっくりした大きな概念を
考えているようでございまして、純粋な在宅医療の幅として考えているということでは
ないようでございます。

○猪口部会長 よろしいですか。ほかにございますでしょうか。

私からなんですけれども、③のところのC3の225点は、現実的には175点とい
う理解でいいんですね、計算の仕方として。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） はい。推計上使用しているのが175点として推
計をしていると。ただ、国の考え方としては225点をとりたいと。ちょっとそこに差
があるというところでございます。ただ、推計上、必要病床数を計算する際の推計上の
数値としては175点で線を引いているということでございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 慢性期についても国は減らしていきたいと考えています。東京の場合、療養
病床の数が全国47都道府県中43番目と少ないわけですが、東京もこの計算式に当
てはめると慢性期のベッド数が減ると言われています。東京からは他の県に4,000人か
ら5,000人の療養病床に入れられない人たちが流出しているという状況がありますので、そ
うした事情を加味した東京ならではのものを作っていくかないといけないと。この点いか
がでしょうか。

○猪口部会長 事務局、どうですか。出入りに関しては計算を入れることにはなっており
ますよね。そういうことでよろしいのでしょうか。どうぞ。

○遠藤医療政策課長 流出入については、そこは一応考え方としては見込めるということ
になっているんですが、ただ、それは都道府県間でゼロサムにすると。それから、こち
らからどこかの県に1,000人パスするということでしたら、こちらの病床を1,0
00減らして、向こうの病床に1,000引きかえる、あるいはその逆ということで、
そこは都道府県間できちんと協議をした上で他道府県からの流入分を見込むというのが
国のガイドラインの考え方でございます。

○安藤委員 わかりました。よろしく申し上げます。

○猪口部会長 よろしいでしょうか。では、次に進めていきたいと思えます。

平成26年度の病床機能報告制度について、事務局からご説明をよろしくお願いま
す。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） それでは、資料7、病床機能報告制度、暫定版、
集計結果についてご説明いたします。

委員の先生方におかれましては既にご案内のとおりと思えますが、平成26年10月
より病床機能報告制度がスタートしております。

報告項目といたしましては、病床が担う医療機能といたしまして、毎年度7月1日を
基点といたしまして、現在、6年後、2025年にどのような医療機能を担うのかを、

病棟ごとに定性的な基準に基づきまして自己申告をいただくものとなっております。

それから、その他の具体的な報告項目といたしまして、病棟ごとの構造設備や人員配置のほか、レセプトデータから必要項目を引っ張って集計するものがございます。

集計は国のほうで一括して行っておりまして、資料7はその速報値といたしまして3月2日時点で東京都分を取りまとめたものとなっております。集計対象は2月16日までに報告があったもので、国がデータクリーニングまで完了したものであることになってございます。

集計対象の表のところをごらんいただきますと、全体では975の対象医療機関数がございます。そのうち、医療機能や構造設備、人員配置等の報告を済ませているものが929施設、さらに国がデータクリーニングまで終えて、今回の集計の対象となっているものが884施設というふうになってございます。

資料の下段のところ、その3月2日時点、848施設の集計結果ということになってございます。

まず、一番左側が現在担っている機能を医療機能別に病床数で示したものであることとなります。構成比のほうをごらんいただきますと、高度急性期が29.4%、急性期40.7%、回復期6.8%、慢性期23.1%となっております。こちらは全国版としても、日本全体ですね、でも3月2日時点の速報値が発表されておりまして、ここは記載がないんですが、口頭で申し上げますと、高度急性期が15.5%、急性期が47.1%、回復期が8.9%、慢性期が28.5%となっております。東京都は高度急性期の割合が高くなっていることがわかります。高度急性期と急性期を合わせた割合で考えますと、全国62.6%に対しまして東京が70.1%ということで、全国に比べて少し高い比率になってございます。

続きまして、真ん中のグラフ、6年が経過した日にどの医療機能を担っている予定かというところでお伺いしたものでございます。こちらも構成比をごらんいただきますと、高度急性期が29.7%、急性期が40.0%、回復期8.1%、慢性期22.3%となっております。現在とほとんど変わらない形ということが言えます。

一番右側のグラフは2025年ということで、こちらは先ほどの二つとは異なりまして、医療機関さんに任意の報告事項として求めている、絶対の報告ではないため、報告数が半数程度まで落ちておりますが、それでも構成比は26.9%、41.6%、9.1%、22.4%ということで、わずかに回復期がふえておりますが、ほとんど傾向としては現在と変わらないという状況でございます。こちらは全国版もやはり回復期がわずかに増えるものの、現在と変わらない構成比でありまして、東京都と同じ傾向が見てとれる状態でございます。

国におきましては、こちらは今現在は定性的な基準に基づいて報告をいただいているんですが、今後、定量的な基準も考えていきたいということはあるんですけれども、時期等は現在未定となっております。

資料7のご説明は以上となります。

○猪口部会長 この病床機能報告制度では、6年後も、25年に至っても、ほとんどどの医療機関も病床機能を変更するつもりがほとんどないというのを見てとれるのではないかなと思いますけれども、今のところは先が見えないから、その現状を報告しているという状況かなとは思いますが、これについて何かご質問ありますか。

じゃあ、久岡委員のほうからどうぞ。

○久岡委員 この全国との下段の医療機能別の病床数で、全国は高度急性期が15.7ですけど東京都は29.4というところは、やはり東京都の特殊性というか、大学病院の本院が13あって、高度急性期医療を担っているという、そういうことは加味されているということで、これが今後の議論の一つの大切なポイントになるんじゃないかと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

では、河面委員、どうぞ。

○河面委員 今、病床機能に関して、定性的に区分していくことから定量的に区分していくというふうな方向になると言われたんですけど、定量的というのは具体的にどういうふうな内容なのかというのを大体教えていただければと思います。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） まだ国のほうでも検討中という内容だそうございまして、今のところ、まだ具体的なイメージというのは示されていない状態でございます。

○河面委員 わかりました。

○猪口部会長 ほかによろしいでしょうか。

この後、議論、意見交換をしていただくことになっているんですが、もう一つ、先ほどの医療計画推進協議会のほうで出ていなかった資料があるようです。これにつきまして、まずこの説明を聞いてから意見交換したいと思いますので、この説明をよろしく願いいたします。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） それでは、資料8についてご説明いたします。部会長から今お話しいただきましたとおり、資料8は東京都の現状をご確認いただく材料といたしまして、人口や医療資源の状況について、他の道府県との比較表をご用意したものでございます。

まず、1枚目が人口についてでございます。

表のつくりといたしましては、一番上に全国がございまして、縦に都道府県別に記載をしております。横が、まず総人口で、2010年、2025年、2040年と、三つの時点で記載をしております。2025年及び2040年の値につきましては、国立社会保障・人口問題研究所の平成25年3月推計を使用しております。

次に、総人口の内数にはなりますが、75歳以上人口の記載がございまして、最後に昼夜間人口となっております。表中、桃色をつけたところが上位10県、水色が下位

10 県となっております。

まず、総人口をごらんいただきたいと思います。実数で見ますと、2010年、1,315万9,000人から、2025年、1,317万9,000人と微増いたしまして、2040年、1,230万8,000人と下降してまいります。こちらは特徴的なのが、全国の総人口に占める割合でございまして、2010年、10.3%、2025年、10.9%、2040年、11.5%というふうに増大してまいります。横ばいで推移する大阪は例外なんです、他の大都市圏、埼玉、千葉、愛知などでは同様に全国に占める割合が上昇を続けます。

対2010年比でごらんいただきますと、2025年時点では東京と沖縄のみが上昇といえますか、ほぼ横ばいでございまして、2040年には全ての都道府県で人口減少というふうになってございます。ですから、減少の度合いが小さい上位10県というのは、やはり沖縄と大都市圏という形になろうかと思えます。

次に、75歳以上人口を見ていただきます。2010年から順に、実数では123万4,000人から197万7,000人、2040年には213万9,000人と、後期高齢者の絶対数が急激に増加してまいります。全国に占める割合も、総人口と同様、上昇を続けます。

対2010年比の増加割合を見ていただきますと、東京の近隣県、埼玉、千葉、神奈川の上昇が目立っております。2010年対比、2倍以上に増加するのが埼玉、神奈川、1.75倍以上が千葉、愛知、沖縄となっております。

75歳以上人口のところで東京で最も特徴的なのが、2040年の対2010年比が全ての道府県において上昇なのに対しまして、2040年の対2025年比をごらんいただきますと、上昇する県と、上向きの矢印と、下降する、つまり頭打ちになって下向きになる県とに分かれるというところがございます。当然ながら、東京は75歳以上人口が増加し続けておりまして、2025年を過ぎても医療需要の増加が続いていくことがわかるかと思えます。

総人口に占める後期高齢者の割合ということで、こちらの表にはないんですが、計算いたしますと、2040年でも17.4%と、他県に比較してまだまだ若い県だということが言われたりもいたしますが、高齢者の絶対数の急増というのは他に類を見ないのであることということに加えて、2025年以降も医療需要の増加が続くというのが東京都の今後を考える上でのポイントになるかと思えます。

最後に、昼夜間人口比率でございまして、東京は118.4%となっております、2位の大阪104.7%と比較いたしましても大きな数字となっております。他方、昼間に東京に流入している近隣県は低いパーセンテージというふうとなっております。

続きまして、資料8-2①をごらんいただきたいと思えます。

こちらの表のつくりとしましては、先ほどと同じなんです、色をつけた桃色の部分、こちらは、人口10万対等の比較が可能なものにつきましては上位3県を桃色としてご

ざいます。

左側から順にご確認いただきたいと思います。時点が少し出典によって異なっていますので、ご注意ください。

まず、病院数でございますが、全国 8,540 に対しまして東京は 646、人口 10 万対で考えますと平均を下回る数字となっております。

特定機能病院は 86 病院中で 16 病院と集中してございます。

救命救急センター数が 266 病院中 26 病院。

病院の規模別で見ますと、200 床未満が 7 割と、こちらは全国並みですが、500 床以上の割合は 8.0%と、全国より少し高くなってございます。

民間病院の割合が 90.4%と、埼玉、鹿児島と並び非常に高い割合となっております。

診療所は 1 万 2,000 を超える中で、有床診療所の数が 502 と少ない割合になっております。

歯科診療所数は人口 10 万対で 80.1 施設と、他県と比較すると突出して多くなっておりまして、薬局は 48.2 施設となっております。

ここまでが施設に関する部分となります。

この先が病床数ということになります。

人口 10 万対病院病床数は、全国が 1,236.3 床に対しまして、東京は 959.7 床と大きく下回っており、全国で 43 番目ということになります。

次に、一般病床数、療養病床数、精神病床数と続きますが、いずれも全国を下回っている状況でございまして、一般病床から順に、全国から 42 番目、43 番目、45 番目というような病床数の順位になってございます。

有床診療所の病床数は、全国が人口 10 万対 95.3 床に対しまして 33.7 床と非常に少なく、こちらも全国順位は 45 番目という形になります。

上位 3 県、桃色のところですが、こちらを見ていただきますと、病床は総じて西に多いというところが見てとれるかと思えます。

次のページ、1 枚おめくりいただきまして、資料 8-2②をごらんいただきたいと思えます。

平均在院日数は、神奈川と並んで全国で最も短く、全国よりも 7.1 日短い形です。ただし、療養病床は全国よりも長くなってございます。

病床利用率は、全国と大差がない状況でございます。

病院の在院患者延数は 3,720 万 2,000 人、病院外来患者の延数は 5,327 万 9,000 人となっております。

ここから先が医療従事者数の状況でございます。

医療施設従事医師数は 3 万 9,116 人で、人口 10 万対で京都、徳島に続きまして全国 3 番目、病床 100 床対では全国トップの医師数となります。

医療施設従事歯科医師数は、人口10万対で1位、薬局・医療施設従事薬剤師数も人口10万対で徳島に続き2位と、非常に多くなっております。

就業看護師数は、人口10万対では682.8人と全国を下回り、42番目となりますが、病床100床対では全国を上回る看護師数となり、5番目に多い県という形になっております。

資料8のご説明は以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

ガイドラインの説明から始まって、今、資料8のところまでの説明をいただきました。非常に膨大な情報量だと思います。なかなか消化するのは大変だと思いますけれども、まず、先ほど伊藤委員のほうから質問のあった、構想の見直し、もしくは病床機能報告制度は毎年行うというようなことがありましたけれども、構想区域の見直しというのは、先ほど答えとしてはどうだったでしょうか。構想区域の見直し自体はないと考えていたほうがいいのでしょうか。ことし決めた構想区域というものがずっとそのままあるというふうに考えたほうがよろしいのでしょうか。いかがでしょう。

○遠藤医療政策課長 構想区域につきましては、今回、地域医療構想策定でございますので、これは必ず決めないといけないというものでございます。ただ、地域医療構想については、保健医療計画の一部、保健医療計画の一項目という扱いでございまして、保健医療計画の改定が、次が平成30年でございます。今回策定する構想区域と二次医療圏、保健医療計画上の二次医療圏が仮に違った場合、平成30年の保健医療計画策定時に整合をとることというのが厚生労働省の方針でございますので、そういった意味では、平成30年のときにもう一度変えるということは可能というふうに読めるんだらうと理解しております。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ここで決めたこと、今年度決めたことが全てというわけではなくて、もう一度見直しのチャンスはあるということ、そんなふうに解釈していいんだらうかとは思いますが、そういうご説明でした。

では、全部の説明がありましたので、今まで出ていなかった意見もどうぞご自由にお話しただければ。山口委員、どうぞ。

○山口委員 先ほどの病床機能報告制度で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうに分けている分け方と、きょう、病院が8病院呼ばれたわけですが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうに出ましたけれども、概念が少しずれていると思うんですね。ですから、病床あるいは病棟を言っているとき、あるいは病床機能報告制度での高度急性期、急性期という分け方と、今、概念的に高度急性期、急性期と、病院のほうの総称として、呼称として、名づけ方としての高度急性期、急性期の病院という言い方と概念がずれていますので、多分、名前が似ているだけに、時々混乱をしてしまうということが、実際に混乱が起きていると思うんですね。ですから、きちんと使い分け

ないと非常に困ることが起きます。

例えば、先ほどの病床機能報告制度で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分けて、私が見た資料では、例えば、1群、大学の本院でも20%ぐらいは慢性期の病床があるということになっています。2群あるいは3群でも40%ぐらいは慢性期の病床があると。病床というか、この場合、病床じゃなくて延べ人数だと思うんですけども。そういうことがあって、全ての高度急性期の患者さんが高度急性期病院に入るといようなことでは今のところはないと思います。

- 猪口部会長 おっしゃるとおりだろうと思います。今後、この部会におきましては、その部分を委員が混乱のなきようにというところだと思います。ただ、今のお話で、じゃあ病床の代表というものをその病院以外の方にどうやって出てきてもらう、病床代表はどう選ぶんだという問題は難しいですね。ですから、今回、我々、この委員は、そのところが混乱しないように常に確認しながら議論をしていく必要があるのかなと思いますので、よろしく願いいたします。

ほかにご意見——山口委員。

- 山口委員 きちんと使い分けていただければいいということで、ご理解いただければいいです。

- 猪口部会長 ありがとうございます。

じゃあ、進藤委員、どうぞ。

- 進藤委員 今、説明いただきましたが、医療資源の状況ということで、資料8の中なんですけど、回復期をどういうふうに捉えて、どういうふうに出してくるのかというのがこの中には含まれていないので、慢性期からも一般からもいますし、それから、今度、新しくなっている地域包括ケア病棟というのもありますし、その回復期を考えていくときのもと資料がないということになるかと思うので、そこはどうされるのかを教えてくださいたいと思います。

- 猪口部会長 事務局、どうぞ。

- 遠藤医療政策課長 病床につきましては、ご案内のとおり、医療法上は一般病床と療養病床ということになります。回復期の病床をどうカウントするかということになりますと、これは診療報酬の算定で、回復期リハの1とか2とか、そういった部分を算定している病床がどれぐらいあるかということを集計するんだろうと。それは、回復期の連絡協議会ですかね、団体さんのほうで全国の統計資料がございますので、一つはそういうものを活用しながら、資料のほうは作成できればというふうに考えておりますが、実態として、その回復期の現状をどうつかまえるかというところについては、ぜひ委員の先生方のご意見もいただきながら考えていきたいというふうに考えております。

- 猪口部会長 よろしいですか。ほかにございますでしょうか。伊藤委員、どうぞ。

- 伊藤委員 先ほど山口先生から、二つちゃんと区別して考えましょうという話があったので、今、話を聞いていても、回復期、回復期と、どっちを指しているのかなとよくわ

からない話になってしまうので、一つ提案なんですけれども、この病床機能におけるそれぞれの機能を、「回復期機能」と「回復期病床」、「回復期病棟」とか、その辺の言葉の使い分けをして議論したらどうかと、今、ちょっと思いました。

○猪口部会長 今後、病床数の話をするときには、必ず「機能病床」とかという、そういう言い方をしろということですね。じゃあ、そういうルールにしましょうか。現状を「回復期病棟」、「病床」というのと、将来について語るときは「機能病床」という言い方。よろしいでしょうか。

ほかにどうでしょうか。竹川委員、どうぞ。

○竹川委員 この現時点のものなんですけれども、これは各病院がそれぞれ、高度急性期か急性期かと分けて出しているものですよね。だから、一つの病院の中に高度急性期があったら、そこはその分として出して、急性期はその分として出して、出ているデータということでしょうか。

○遠藤医療政策課長 ええ、各病院さんのほうから、病棟単位でご報告をいただいているものということです。

○竹川委員 病棟単位で出している。病床じゃなくて、病棟単位。

○遠藤医療政策課長 病棟単位です。

○竹川委員 病棟でいいわけですね。

○遠藤医療政策課長 はい。

○竹川委員 あと、それから、もう一つ、稼働をしてないような病床とかでも、ここは急性期だということで、届け出ている可能性というのはないんですか。実際にはベッドは持っているところ。ところが、使っていないとかですね。そういうところは、データクリーニングしているということなんですけれども、ありませんか。

○遠藤医療政策課長 一つの病院の中で、仮に休眠病床があったとして、その休眠病床も含めた上で、その病棟の性格をつけて、提出されているということはあると思います。

○竹川委員 というと、過剰な可能性もあるわけですね。多く報告されている可能性もあるということでしょうか。

○遠藤医療政策課長 そうですね。ないことはないと思います。

○猪口部会長 ちょっとこれは確認で、この報告制度が行われた、現実的には、病棟単位の病床を言って、現実の入院している患者さん、入院患者数では報告していたわけではないですよ。病棟単位で病床を報告させたんですよ、確か。

○遠藤医療政策課長 はい。そういうことです。

○猪口部会長 だから、そういう稼働してないようなところも、自分たちの思惑として、これは一般急性期であるとか、そういうような報告の仕方をしているはずだったと思います。それでよろしいですか。ちょっと確認なんですけど。

○遠藤医療政策課長 はい。

○猪口部会長 ありがとうございます。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 資料7ですけれども、6年後になっても急性期が減らないと。高度急性期が減らない。2025年でも減らないというお話でしたけれども、今後調整をしていくときに、自分たちで、その同じ圏域の中で判断しろというようなニュアンスだったと思うんですね。ですけれども、各病院が相談できる窓口がなければどういように動いていかわからないというのが、現実問題として出てくるんじゃないでしょうか。

そういう意味では、先ほど基金の問題がありましたけれども、基金をどう使うかということも含めて、この地域医療構想の中で相談の窓口をきちんとつくる必要がある。あとは勝手に二次医療圏の中で、自分たちの判断でやりなさいといっても、難しいんじゃないかという気がするんですね。地域医療構想の最終段階のところで、相談窓口のようなものも考えていただきたい。

○猪口部会長 ちょっと私の理解を話をさせていただいて、それを事務局がちょっと訂正していただければと思うんですが、今、C1、C2、C3ということで、現状の高度急性期、急性期、回復期、それから受療率をもとにして、これから恐らく二次医療圏ごとということになるんでしょうけれども、そのこのところの高度急性期のベッド数、機能病床ですね、高度急性期機能病床数というものが、現状のものから出してきて、そして2025年のものが出てくると。その数字とこの報告制度の乖離が明らかにされてくるのが、これからのデータブックをもって明らかにされてくるんだと思うんです。

明らかになったその乖離をまとめていただいて、多分、その二次医療圏ごとの調整会議にそれが出されて、そしてそれぞれ話し合ってくださいという、そういう手順なんではないかなと考えているんですけれども、どうですか、事務局。私の理解はそうなんですけれども。

○遠藤医療政策課長 今、先生がお話しになったとおりであると思います。

○猪口部会長 窓口は、だから、そういうデータブックが出てきた上ではっきり見えてくるんじゃないかなと思います。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 この病床機能報告制度をやりますと、各病院の中で、高度急性期、急性期、回復期、どのくらいあるかというのはわかりますけれども、そうすると、病院の中で、一つの病院の中で病棟の機能分化を図ってしまうと。でも、恐らく厚労省が求めているのは、病院の機能分化ですよ。病院が高度急性期、急性期、回復期と、そういうふうに分かれてほしいというふうを考えているんだと思うんですが、この病床機能報告だけで考えていくと、自分の病院の中で回復期をつくろうとか、地域包括ケア病棟をつくろうとか、そういう病院の中での機能分化だけが先行して考えられてしまう可能性もあるんですね。

ですから、この病床機能報告制度による各病棟の機能分化と、それを最終的に病院の機能分化にどうやってつなげるかということを考えていかないと、病院の中での機能分

化が進むけれども、病院は、要するに全部四つの機能を持った病院が、大学病院ですらできてしまうというようなことが起こるんじゃないか。だから、病院の機能分化を進めるんだということであれば、そっちの方向にうまく結びつけられるように考えていかないとまずいんだろーと思います。

ちょっと解釈が違いますかね。

- 猪口部会長 これについて、議論のあるところかなと思いますけれども、おっしゃるとおり、提供体制の効率化を求めるとすると、その病院がどういう機能病床でやっていくかということは非常に大事なことだろうと思います。ただ、その一つの病院の中に、一つの機能病床だけで何とかなるというわけでも、現実的にはないんで、ただ、一つの病院に四つの機能を全部詰め込むというのは効率性が悪いですよ。だから、そういうところをどのようにするかというのが地域の会議の役割なんだろうと思いますけれども、何かほかに議論はありますか。多分そういう方向で調整会議は進めてくださいということなんだろうと思いますが、どうでしょう。石川委員、どうぞ。
- 石川委員 今、山口委員のほうから、病棟ごとの機能の評価の部分と、それからあと病院ごとの機能というお話があったと思うんですが、多分、今までの議論の中で出ていないのは、実は病院の中でも、傷病ごとに機能区分があるだろうという観点が、出てくるんじゃないかと思います。そうしたことを考えていけば、例えば大学病院であったとしても、その他の病院、急性期の病院であったとしても、傷病ごとに、恐らく高度急性期、急性期をやっているところと、実は地域連携も含めて対応されている部分、そうでない部分というのが出てくると思います。今後、国のほうからどのようなデータが出てくるのかということは、お待ちいただく必要はあると思いますが、恐らく病床機能報告及び病床機能区分に関する情報の中では、傷病ごとに四つの区分を考えていただくというのも、追加の課題としては出てくるんじゃないかなというふうに推定します。
- 猪口部会長 おっしゃったとおりかなと思いますけれども、これから出てくる病床機能のデータブックというのを見ても、今、なかなかこれ以上深められないかなと思いますが、河原先生、どうですか、その辺に関しては。
- 河原副部会長 やっぱそれが出てからのほうが議論は効率的にいくんじゃないかなと思いますけど。
- 猪口部会長 ありがとうございます。
じゃあ、今はガイドラインの理解と、そういう部分だったと思うんですが、我々のところで、多分一番最大のテーマになってくるのが構想区域の問題だろうと思います。構想区域を決めてしまえば、あとは算術によって大体構想が策定されていくわけですから、まずどういうふうにこの構想区域を考えるかということに関しては、何かご意見ございますでしょうか。竹川委員、どうぞ。
- 竹川委員 今の現状で、東京を二つに分けると、23区と、それから多摩区と分かれて

いますけれども、どちらかというところ、23区の方は急性期が多くて、多摩は慢性期が多いという中で、例えば構想区域というのは、この場所というので決めなくて、例えば高度急性期と慢性期というのを一緒にするとか、または回復期と急性期をまた違った圏域で考えるとか、違う圏域で考えるということはできるんでしょうか。

○猪口部会長 どうなんでしょう。これは病床機能ごとの構想区域をつくるというご意見なんだろうと思いますけれども、そういうことはこのガイドライン上可能なんでしょうか。

○遠藤医療政策課長 構想区域は、あくまで複数の行政区で一度線を引かないと、そこはできないというふうに考えております。というのは、将来的に、基準病床数のその算定の問題が出てまいります。現行の医療計画では、二次保健医療圏単位で基準病床数を算定しますが、今回、構想区域を設定して、仮に構想区域と二次医療圏が違った場合、次の平成30年の医療計画でそれは整合させると。それは、二次保健医療圏単位イコール構想区域単位で基準病床数、どれだけ病床が必要かというところを算定していくというところは、法定でございますので、一つそこは守らなければいけないところなんだろうと思います。

ただ、他方、今、保健医療計画で、例えば5疾病5事業が二次医療圏単位で必ず完結しているかというところ、それは医療圏をまたいで、全体の医療資源の配分等でいろんな工夫で、圏域の組み合わせ等で事業を構築してきているという、そういう形態と歴史がございます。その辺を踏まえて、この病床の高度急性期から慢性期の流出入という部分についても、一つ工夫ができないかなというところは、ずっと考えてきているところではあるんですが、そういった部分も含めて、今後、構想区域についていろいろご議論をいただければ大変ありがたいと考えております。

○猪口部会長 医療法の改定の視野の中に、病床区分を、この機能病床ごとに合わせるというようなことも視野に入っているという話を聞きましたが、もしこの病床機能ごとに病床を変えるということであるならば、病床区分を決めるということならば、それぞれの病床機能ごとのベッド数、必要病床数を、それぞれの圏域で足し算すれば計算は可能になるような気がしますけれども。

○遠藤医療政策課長 計算上はそのとおりだと思います。

○猪口部会長 そうすると、病床機能ごとの構想区域というものも考えられ得るということにはならないということなんですか。理論上は考えられ得るような気がするんですけども、そういうものではないと、この構想区域は。ガイドライン上は。

○遠藤医療政策課長 ガイドライン上は、恐らくそういうものではないんだと思います。ただ、その考え方の手続、ステップとして、構想区域を1回決めて、その構想区域間で四つの機能の病床の流出入のトレードというんですかね、そういうことを行くと、結果として同じような姿のものができるのかなというのがイメージなんです。

○猪口部会長 石川委員、どうぞ。

○石川委員 今、都のほうからご説明があったと思うんですけども、例えば事例として考えた場合に、西多摩の地域のところというのは、実はもう人口が非常に少なく、恐らくその地域の中で、例えば脳腫瘍を診るであるとか、急性白血病を診るであるとか、がんセンターの立場から言いますと、そうした医療機関を、多分、維持することは非常に困難だろうと思います。

ですので、まずお考えいただくのは、恐らくは地域医療構想の中の圏域、構想区域に関しましては、自治体、今の二次医療圏を基本にさせていただくわけなんですけど、当然、その二次医療圏のところの状況によっては、傷病ごとに流出入を考えなければいけない状態であるというのが、それぞれの地域及び病床の組み合わせで生じてくるのではないかなというふうに思います。

ただ、細かく地域を割った上で、全ての傷病について個別に構想区域を考える、ないしは病床の機能ごとに割り当てるとというのは、非常に煩雑かつ、かなり複雑になるところだと思います。先ほどちょっとお話をしましたけれども、病床機能をきちんと傷病別分けて考える。そして、構想区域自体はきちんと大きく考えていい。でも、その中で具体的に医療提供を考える場合には、この傷病は、もっと小さな、例えば日常生活圏域と言われますけど、例えば、基本的には完結しなければいけない医療ですよ。それに対して、区域を越えて患者さんの流出入が想定されるような部分がありますよね。そうした傷病ごとのイメージを具体的に考えていただくことで、余り構想区域自体のところの議論に終始することがないようにしていくというのも、一つの重要な考え方ではないかというふうに思いますが、いかがでしょう。

○猪口部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 先ほど最初に部会長が発言されたとおりに、東京都は非常に特殊な区域だと思うんですね。ガイドラインをそのまま適用できない。特に特定機能病院が16あるということですから、なかなか、二次医療圏でそれぞれ、16の特定機能病院が満遍なく分散しているわけではなくて、区の中央部にかなり集中している。特殊な区域でもありますので、今、二次医療圏ということに、かなり発言が出ましたけれども、全都一区という考え方も、やはり考えていただきたい。

それがうまくいくかどうかというのは、またちょっと別な話かもしれませんが、今の二次医療圏ごとの構想区域という考え方と、全都を一つの構想区域と考えるという考え方も、オプションとして考えていただきたいと思います。

○猪口部会長 全都的なという話を受けると、そういう構想区域は、厚労省の方たちと話をすると、構想区域は自由に発想していいんですよということをよくお話しになっているようですので、そういう考え方があったり、いろんな考え方があるのではないかなと思いますので、ぜひ、委員の方におかれましては、それぞれの考え方をぜひ、きょうの議論の中で全部披露するというのは無理でしょうから、ちょっと集めて、どういうふうにやればいいのかという意見は取りまとめたいたいと思いますので、ちょっと事務局、ご協

力いただいて、その上で、その構想区域でやるとどういうふうになるんだという、事務局的に考えると、ガイドラインを当てはめて考えると、こういう発想になってくる、こういうデメリット、メリットがあるとか、そういうことを議論していかないと、構想区域に関しては決めづらいんじゃないかなと思っていますので、一応ご検討いただければと思います。

じゃあ、竹川委員、どうぞ。

○竹川委員 追加発言になりますけれども、二次医療圏というのはもともと、大体30万人ぐらいということで作られてきて、今回のポイントというのは、構想区域がいずれ二次医療圏としてなっていくと。要は、病床規制にかかわってくるというところだと思いますので、そう考えると、機能別にある程度考えていったほうがいいのかというのの一つ意見としてありますので、きちんと定義と、それから、いずれそうなるであろうということを入れてやっていかないといけないのかなというふうに思います。

○猪口部会長 塩川委員、どうぞ。

○塩川委員 私は脳卒中をやっていますので、慢性期もいろいろ連携パス、その他ありますけど、これはもう二次医療圏を越えた患者さんの流れが既にありますけど、それはそういう出入りを見るという。だから、二次医療圏で、過去のデータの蓄積もありますから、僕は二次医療圏単位というのが極めて現実的だと思うんですけど、ただ、急性期のほうは、今、いろいろ関係者にご相談しているんですけども、23区の七つの二次医療圏と多摩の五つの二次医療圏は、かなり事情が違うんですね。高度な急性期の脳梗塞治療をできる施設が、23区は、一次医療圏当たり5カ所前後あるんですけど、多摩は、北多摩南部のほかは、もうほとんど0か1という、そういう医療事情は、この数年で変わるとはちょっと思えないので、ですから、それは、今、東京都全部一つとか、そういうお話もありましたけれども、東京都的な特定医療救命センターとか特定機能病院が、日本中の中でかなり多数ありますけれども、そういう東京都的部分と、多摩の、特に西のほうに行くほどは、また違う状況があるのでというので、二次医療圏単位というのが合理的かなという気はいたしますけど。

○猪口部会長 非常に貴重なご意見をいただいたと思います。どうもありがとうございます。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 この構想区域は将来的二次医療圏になるということなんですけれども、それが基準病床数の基準になっていくとなると、仮に構想区域を自由に設定して、現在の二次医療圏と違うということになった場合に、過剰病床数とかが認められている部分というのは、もしかしたらリセットされることになるんですか。

本来、この制度は、病床を減らすことが目的ではないというのは、日本医師会の中川副会長が盛んに言っているところでありましてけれども、もし構想区域を変えることによって基準病床をそこで新たに算定して、既存の過剰病床数についてはもうそれはしんし

やくしないというような流れになるのでしょうか。そこがずっと、ちょっと私が心配しているところなんですけれども。

○猪口部会長 過剰病床数に対する取り扱いというんですかね、それに関しては、現状と変わりが、まあどういう算定になって、構想区域がどういうふうになって、どういうふうになるかというのはわからない話だけれども、それに対する取り扱い自体は変わらないというふうに考えてよろしいのでしょうか。

○遠藤医療政策課長 そういうふうに理解をしているんですが、他方、今行われている議論で、先ほどの高知の療養病床がございます。その議論は、高知県自体も国のいろいろな会議の場に入ってご発言をされていますけど、療養病床をどうやったら減らせるかという、そこまで踏み込んだ、県としてご意見を言われているという部分はございます。

ただ、現行の制度で、例えば、東京都で言えば、今、区中央部が大幅な過剰圏で、8,000床、基準病床よりオーバーしているという圏域でございますが、ただ、区中央部のじゃあ病床を減らさないといけないかというような、そういったことは具体的に何かあるかといえば、これまでの間はそういったことはないということでございます。

○猪口部会長 なかなか納得を——ここではそれ以上答えがないんだろうと思うんですが、伊藤委員、よろしいですか。

○伊藤委員 その辺のところ、東京の、先ほど中央部のことが出ましたけれども、仮に構想区域を変えることによって基準病床が減って、病床が減ってしまうというようなことは絶対避けなければいけないので、その辺のところの制度設計はどうなっているのかなというのがずっと疑問にあるものですから、ちょっとお伺いしました。

○猪口部会長 安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 同じことが多摩の療養病床にも言えると思います。多摩の療養病床は各医療圏とも全国平均より少ないのですが、今の計算式だと必ず減らされてしまうような状況だと思います。先ほどの中央区のお話しじゃないですが、板橋区には療養病床が結構多い。ただ、23区の慢性期の患者さんを診ているわけで、それはトレードオフでうまく調整されていると考えていいのかと。伊藤先生がおっしゃっていますけれど、この辺は大きなポイントですので、どうかよろしくお願いします。

○猪口部会長 安藤委員、よろしくというか、みんなで考えていかなくちゃいけない。それこそよろしくお願いします。

長瀬委員、どうぞ。

○長瀬委員 資料8を見ますと、75歳人口がこれから25年に向けてまだ増えるわけです。40年はちょっと減るんですけど、年をとってくると沢山病気も持ってくるでしょうし、具合が悪くなると急性期の病院に行くわけでしょう。そうなってくると、どうしても病床を増やさなくてはいけないので、まず大前提として、先ほどから話題になっている、地域医療構想というのは、東京都においては病床を増やしたっていいわけじゃないかと思うんですよ。

ですから、国は多分、地域包括ケアシステムで、病床を減らして、地域で見なさいということなんだろうと思うんですけど、これだけ年寄りがふえて、ぐあいが悪くなってくると、どうしても急性期病床から全ての病床が必要になってくるので、基本的な考え方としては病床を減らさなきゃいけないんだということを大前提にしないで、いいんですかということを知りたい。

○猪口部会長 これに関しては、将来の年齢を加味した人口推計で計算していきますから、病床が増える可能性も十分あるということの理解でよろしいですか。

○遠藤医療政策課長 はい。国のほうの、先ほどからお話に出ている実際の統計なんですが、当初、連休明けと言われていたものが、今、5月末ぐらいになるというふうに厚労省のほうからはご連絡を受けております。ただ、そのデータで、先ほどの算定式で計算しない限りは、ちょっと増えるか減るかということは言えないというところはあるんですが、今ご指摘のとおり、75歳以上で受療率がすごく高いところの人口がこれだけ増えるということは、計算式上、東京都においては、4機能の内訳はどうかというのはありますけど、総病床数という意味ではプラスという、そういう算定結果が出る確率というのはそれなりに高いんじゃないかというふうに今考えております。

○猪口部会長 よろしいですか。

ちょっと見てみないとわからないところがあるんで、ご了承願います。

○長瀬委員 大前提として、病床を減らすという国が考えているだろうなということが、東京都においては、そういう考えはないのかなと確認したい。

○猪口部会長 ちょっと時間が過ぎてまいりましたので、じゃあ竹川委員、とりあえず最後にして、どうぞ。

○竹川委員 もう一つ、要は都外からの受診をする、受療する人たちの分はきちんとデータとしても分けられるわけですよ。あと、都内にも専門病院的な病院が幾つかあると思うんです。循環器専門とか甲状腺専門とか。そういうところは、関東全域とか、場合によったら日本全国から皆さんいらっしゃるわけで、そういうのもデータとしては入れて、我々は加味して考えていけるんでしょうか。

○遠藤医療政策課長 流出入については、一応、二次保健医療圏単位で、全国の二次保健医療圏との流出入のマトリックスというんですかね、そういったものが示されるというふうに、データとしては、厚労省からは聞いております。その内訳として、疾患がどの程度細かく出てくるかというのは、先ほどお話があったとおりでと思うんですが。

○猪口部会長 ありがとうございます。

活発なご議論を本当にどうもありがとうございます。時間が過ぎてしましまして、この辺でやめたいと思いますけれども、第1回ですので、この後かなり意見が多分出てくるものと思われそうですが、それを第2回まで、第2回はまたこれと同じような形で話をしていると切りがないというふうに思うんで、これは事務局としてはこの意見を集めていく方法を何らか考えていただけませんかでしょうか。どうでしょう。

○遠藤医療政策課長 いろいろとちょっと工夫をさせていただきたいと思います。今日はキックオフということで、総花的なご議論をいただいたと思うんですが、次回から、どういう資料で、どういう議論で進めていくかという部分については、部会長とよくご相談させていただければと思います。

○猪口部会長 それとあと、私の希望としては、これも厚労省の話なんですけれども、やっぱり構想区域を考えていくのに、区市町村は足し算はあり得ると思うんですが、二次医療圏単位のデータしか出てこない、そのどこどこを組み合わせでいいかという話も全然できないと思うんですね。できれば、これは厚労省が握っている話なんですけれども、申し入れていただいて、区市町村ごとのデータがもし出せるものならば、この場にそういうデータが出て、議論ができればありがたいかなと思っています。これは要望ですので、よろしくをお願いします。

では、とりあえず私のほうからはきょうの議論はこれで終わりにさせていただきまして、ほかに、事務局、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。

次回のこの部会の開催でございます。5月29日、金曜日、18時半から20時までということで予定をさせていただきたいと思います。机に出欠確認票を置かせていただいておりますので、ご記入をいただきまして、机上に残していただきますか、もしくは、後日、ファクスやメール等でご送付いただければと思います。

また、本日の資料につきましても、机上にお残しをいただければ、事務局から郵送をさせていただきたいと思います。

最後に、本日、お車でいらっしゃいました委員の皆様に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いただきたいと思います。

事務局からは以上でございます。

○猪口部会長 次回は5月29日ということで、よろしくをお願いします。

では、以上をもちまして、今日は閉会させていただきます。どうもありがとうございました。

(午後 6時25分 閉会)