

〔平成 28 年度〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔北多摩北部〕

平成 29 年 1 月 13 日 開催

# 【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔北多摩北部〕

平成 29 年 1 月 13 日 開催

## 1. 開 会

○司会（久村課長）：それでは、定刻となりましたので、北多摩北部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催させていただきます。本日は、お忙しい中、ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

初めての調整会議の開催ということで、調整に時間を要し、開催日のお知らせが遅くなりましたことを、この場をおかりしておわび申し上げます。

私は、東京都福祉保健局地域医療担当課長の久村でございます。会議次第にございますとおり、本日は、このあと座長をご選出ということになりますが、それまで司会を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日の配布資料は、次第の下段に記載のとおりですが、万が一落丁等がございましたら、恐れ入りますが、議事の都度事務局までお知らせください。

後ほど、質疑や意見交換の時間がございますが、ご発言の際には、事務局よりマイクを受け取っていただき、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日は、傍聴席にも構想区域内の医療機関の先生方にご参加をいただいております。座長の先生がご発言の機会を設けた際には、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いいたします。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。  
東京都医師会の伊藤理事、ご挨拶をお願いいたします。

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

ご存じように、この7月、東京都地域医療構想が策定されました。それまで、「意見聴取の場」とか説明会等で、この地域の実情をお聞きする機会がございましたが、今回から本格的な調整会議の始まりということでございます。

何が話し合われるのかとか、いろいろご心配の点とか、疑問等もおありかと思いますが、今日は忌憚のない意見を述べていただきまして、今後の方向性を探っていただきたいと思います。

地域医療構想は、2025年を一つの目安といたしまして、超高齢化社会を迎えた際に高齢者対策をどうするかということが、メインの課題になっております。そして、地域の特性に応じてそれを検討するということですので、この調整会議の場というのが非常に大事になってまいります。

東京都の場合は、比較的病床が不足するかもしれないというところが多いわけですが、機能によっては、地域でそれを十分補えないような部分が出てくるかもしれませんので、そういった不足する機能をどのようにして、みんなで助け合っていくのかということが、重要な課題になってくると思います。

今日はたくさんの資料が出てまいりますので、まずはこれを十分読んでいただいて、また、お持ち帰りいただいて、よく検討していただき、次の機会もでございますので、ぜひ地区に応じた議論をしっかりと深めていっていただきたいと思います。

今日はよろしく願いいたします。

○久村課長：ありがとうございました。

次に、矢沢政策担当部長よりご挨拶申し上げます。

○矢沢部長：皆さま、こんばんは。東京都福祉保健局医療政策担当部長の矢沢知子でございます。本日は遅い時間にもかかわらずお集まりいただきまして、大変ありがとうございます。

東京都では、東京都地域医療構想をこの7月に策定いたしました。まずは、これまで「意見聴取の場」や説明会などで、皆さまに多大なるご協力を賜りましたことを御礼申し上げます。

この東京都地域医療構想は、都民の皆さん、行政、医療機関、保険者など、全ての人々が協力して、将来にわたって東京の医療提供体制を維持、発展させ、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」を実現するための方針と位置づけております。

2025年に向けて、東京都地域医療構想はやっとスタート地点に立ったところでございまして、今日がその調整会議の第1回ということで、今後、この構想区域の特徴を踏まえて、課題を一つ一つ丁寧に解決していくこととしております。

また、本日は、資料が非常にたくさんございまして、病床機能報告を分析したものや、その他いろいろなものをご用意していただきましたが、この場ですぐご理解いただくということではなくて、今後こういった資料が提供できるということで、次回以降の課題出し、あるいは、議論の参考になればと思っております。

どんなご意見でも結構ですので、ぜひ活発にご発言をいただければと思います。今日はどうぞよろしく願いいたします。

○久村課長：それでは、次に、座長の選出でございしますが、それに先立ちまして、東京都よりこの調整会議の役割について改めてご説明申し上げます。

○矢沢部長：それでは、資料2をご覧ください。「東京都地域医療構想調整会議の役割」についてご説明いたします。

東京都地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14により、「都道府県が設置すること」とされておりまして、医療計画や地域医療構想の達成に向けて協議をする場でございます。

東京都では、地域医療構想の策定に先立ちまして、「意見聴取の場」を開催して、皆さまからご意見をちょうだいし、それを構想に反映いたしました。そ

の「意見聴取の場」を引き継ぐ形で、この調整会議を設定させていただきました。

その内容についてですが、2ページ目をご覧ください。

地域医療構想に掲げたグランドデザインの実現に向けて、地域ごとの自主的な取り組みを推進するための協議を行うところでございます。

そして、座長を互選していただき、議事に応じて、複数の合同開催や、あるいは、小さな単位のPTなども、今後検討していくこととしております。

この会議は、原則公開でございます。後日、東京都福祉保健局のホームページに記録を掲載いたします。もちろん、後ほど訂正も可能でございます。

それでは、先に4ページ目の「議論を進めるにあたって」をご覧ください。議論は、こうした視点を踏まえて進めてまいります。

まずは、構想区域の現状や将来の予測について、皆さまで共有していただき、その上で、病床機能報告や病床数の必要量を参考にしながら、日頃の診療や業務の中で感じている地域の実情などを思い起こしながら、将来の医療需要の変化にどのように対応していったらいいかということを考えてまいります。

3ページに、その進め方のイメージをお示しております。

まず、現状を把握して、地域の課題を抽出して、解決の方向性を考えてまいります。最も重要なことは、その検討の過程の中で、各医療施設が自主的な検討を行っていただきたいということでございます。

そして、進捗状況を共有していただく中で、課題によっては非常に困難なものもございますが、なるべく多くの方がさまざまな意見を出し合って議論を深めることで、解決の糸口が見えることもあるかと存じますので、ぜひ積極的なご発言をお願いいたします。

それでは、引き続き、「東京都地域医療構想概要」についてご説明させていただきますので、資料3をご覧ください。

地域医療構想は5章立てになっておりまして、「第1章 地域医療構想とは」、「第2章 東京の現状と平成37年(2025年)の姿」、「第3章 構想区域」、「第4章 東京の将来の医療～グランドデザイン～」、「第5章 果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況」についてまとめております。

まず、第1章では、都民、行政、医療機関、保険者など、全ての人が協力して、将来にわたり東京都の医療提供体制を維持・発展させ、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を実現するための方針といたしました。

そして、医療法では、次の2点を記載することとされております。

1つは、構想区域ごとの将来の病床の必要量と在宅等の必要量で、もう1つは、地域医療構想の達成に向けた事項でございます。

地域医療構想の将来の必要量は、第2章に東京都全体、そして、第3章に構想区域ごとに記載しております。

それから、構想区域ごとの達成に向けた事項は、第4章のグランドデザインの達成に向けた4つの基本目標の課題と取り組みの方向性の中で記載しております。

この第2章では、「東京の特性」として、①～⑧までを挙げており、高度医療施設や医療人材の育成施設が集積していること、中小病院や民間病院が多いこと、交通網が発達していることなどの、東京の特性を書かせていただいております。

そして、患者さんの数から病床数を割り返した数字ですが、11万3000床が2025年の必要量と推計されました。現在は10万5000床程度ですので、8000床不足という計算でございます。

ただ、この推計は、患者さんの受療動向が10年間変わらないとして、また、病床稼働率も現在と変わらないとして行ったものであることなど、変動要素を多く含んでおります。そのため、東京都では、基準病床数制度によりまして、きめ細かく病床の整備をしていきたいと考えております。

第3章は、「構想区域」についてで、構想区域ごとの状況と「事業推進区域」について記載しております。

「事業推進区域」というのは、疾病事業ごとに柔軟な医療連携の範囲を示す概念でございまして、構想区域にこだわることなく、これまでの医療連携を基盤として、今後必要に応じて設定してまいります。

そして、第4章には、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」を記載いたしました。

「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」の実現に向けて4つの基本目標を掲げております。

- I. 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展
- II. 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築
- III. 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実
- IV. 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

それぞれ4つの課題とそれに応じた取り組みの方向性を記載しております。

そして、グランドデザインというものを掲げたことと、「全ての人々が協力して、実現する」ということと、IIIに「地域包括ケアシステムにおいて、治し、支える医療の充実」を書いたことが、東京都地域医療構想の3つの特徴でもあります。

それから、第5章は、「果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況」となっています。

この地域医療構想を策定したことによって、行政、医療施設、保険者、及び都民の皆さんに、新たに生じた役割や、現行の保健医療計画策定後に開始しました主な取り組みについて記載しております。

概要のご説明は以上でございます。

○久村課長：ただいま、この調整会議の役割と、地域医療構想の概要ということでご説明させていただきました。

## 2. 座長・副座長の選出

○久村課長：それでは、資料1の「東京都地域医療構想調整会議設置要綱」の「第4の2」によりまして、委員の皆さまで座長を互選していただきたいと存じますが、いかが取り計らいましょうか。

○桑名（東京都病院協会）：この調整会議というのは、地域の関係者自身で地域の医療について考える場でございますので、座長には、西東京市医師会の会

長であり、地域医療の発展に尽力していらっしゃる、石田先生にお願いするということではいかがでしょうか。

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

〔全員、拍手で承認〕

○久村課長：ありがとうございます。

それでは、石田先生に本調整会議の座長をお願いしたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。では、先生、座長席にお移りください。

（石田座長、座長席に着席）

それでは、石田座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（石田）：ただいまご指名いただきました、西東京市医師会の石田でございます。

地域医療構想の調整会議の座長という大任ですが、地区医師会の代表として中立的な立場から、精一杯会議を進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

超高齢社会を迎えて、これからの医療が大きく変化することは、皆さんもご存じですが、初めての対応を余儀なくされているわけでもございまして、少子高齢化に伴って、年齢構成の大きな変化があるということは、その疾患構成にも大きな変化が来ております。

各地域では、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいますが、医療・介護の連携、在宅療養の推進において、病院との連携は今以上に求められると思っております。

北多摩二次医療圏では、以前から「病病連携会議」ということで、病院間の連携が非常にうまく取れていると思っておりますので、この会議もうまくいくような気がいたします。

皆さまにはどうぞ活発にご意見をお出しただければと思っておりますが、初回ですので、東京都からの資料をご説明いただき、それを十分理解できるまでは無理かもしれませんが、それを理解した上で、これからいろいろなことを協議していかなければならないと思っております。

基本的には、二次医療圏の地域住民の方々に、これからの高齢社会における医療体制をどのように提供できるかということだと思っておりますので、それを基本にして、まずは理想から入っていただいて、調整していくようにすればと考えております。

そうでないと、各病院間のことばかり言っていては、なかなか難しいと思いますので、それを念頭に置いて議論していただければと思っております。

今日はよろしく願いいたします。

○久村課長：ありがとうございました。

設置要綱では、副座長は座長が指名することとされておりますが、いかが取り計らいましょうか。

○座長：この調整会議では、病床機能分化というのが大きなテーマの一つでありますので、東京都病院協会代表の桑名先生、それから、保健衛生を担う行政の立場から、大久保多摩小平保健所長様に副座長をお願いしたいと考えておりますが、よろしいでしょうか。

〔全員、拍手で了承〕

(桑名副座長、大久保副座長、副座長席に着席)

○久村課長：それでは、これ以降の進行は石田座長にお願い申し上げます。

### 3. 議 事

#### (1) 東京都地域医療構想の策定について

○座長：それでは、早速議事に入りたいと思います。

地域医療構想の概要につきましては、既に説明がありましたので、この構想区域のことを記載している第3章について、東京都より説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○矢沢部長：それでは、この北多摩北部の構想区域の状況についてご説明しますので、資料4をご覧ください。本文では、158ページからでございます。

まず、「2025年における4機能ごとの流出入の状況」についてですが、2ページ目の高度急性期、3ページ目の急性期に、入院患者さんの受療動向などについてお示しをしております。また、この圏域内での完結率についてもお示しいたしました。

この地域では、高度急性期から急性期、回復期までの患者さんは、この地域に住んでいる方々がほかの圏域の入院されているほうが流入されるより上回っているという状況です。

そして、この地域に住んでいる方が、この中で入院している割合というのが、一番下の帯グラフでして、高度急性期では54.2%となっておりますして、それに隣接する区域の26.4%を足し合わせますと、約80%の方が、自分の区域または隣の区域に入院されているということがわかります。

この状況は急性期も同じようございまして、この区域だけでは64.2%で、隣接区域は19.3%で、両方合わせると83.5%ということです。

特徴的なのは、流入のトップは埼玉の西部からで、流出先で一番多いのは北多摩南部ということです。

次に、4ページ目の回復期についてですが、ここでも同じような動きをしていて、埼玉からの流出入の流れが太くなっております。

ところが、慢性期機能となりますと、ご自分の区域で入院している人が57.6%で、隣接区域の14.0%を併せますと、71.6%ということになります。

区部のほうでは、隣接区域を併せても60%ぐらいですので、かなり高い率でこの地域の中で完結していると見るができます。

次の6ページ目の上は、「2010年から2040年までの人口・高齢化率の推移」のグラフで、上に上がっていくのが高齢化で、横ばいから少し下がっていくのが、年少人口のグラフになっております。

特徴的なところはありますが、東京都平均よりも高齢化が若干高めで、年少人口も多いめということになっています。

それから、7ページ目の「医師・歯科医師等の従事者数」については、東京都平均よりも少し多くなっております。

8ページ目には、「推計患者数（医療機関所在地ベース）」が出ています。

そして、9ページの上は、「平成37年（2025年）の病床数の必要量等」で、下は、「平成26年度病床機能報告結果」でございます。

この推計値のほうでは、高度急性期機能が9.9%、急性期機能では31.1%、回復期機能は30.3%、慢性期機能は28.7%となっております。

このバランスが推計値でのバランスだというふうにご理解いただきたいと思います。

一方、下の平成26年度の病床機能報告では、高度急性期が19.9%、急性期が31.7%、回復期は9.1%、慢性期は39.3%となっております。

もちろん、これらを単純には比較はできませんが、高度急性期であれば10%違いますし、回復期では20%ほど違ってくるということで、こういう違いについて、何となくイメージとして持っていただければと思います。

この推計の方法については、このあとのご説明の最初におさらいをします。これは、診療報酬の点数で捉えて区分したのですが、病床機能報告というのは、それぞれの医療機関からの自己申告による結果を積み上げたものですので、よって立つところが全く違います。

ですので、単純に比較はできませんが、これらを参考にしながら、実際にどのように動いていくかということをお考えいただければと思います。

そして、この病床機能報告は平成26年度のものですが、後ほど、平成27年度にご報告いただきました病床機能報告の結果を、機能別、グランドデザインの目標別に分析した資料もご説明いたします。

まずはご覧いただいて、これらを参考に、課題の分析を今後進めていただきたいと思います。

それから、最後の10ページ目をご覧ください。これまでの「意見聴取の場」区市町村との意見交換でいただきましたご意見を、なるべくそのままの言葉で書いております。

例えば、「地域特性」としては、「日頃から地域の会議等でコミュニケーションを図っており、区域内の医療機関同士の連携は取れている」とか、「高齢化が進むにつれ、より地域完結型医療が求められてくるのではないか」といったご意見がございました。

また、「地域包括ケアシステム・在宅医療」のところでは、「在宅医は多いが、在宅医自身の高齢化や、今後の在宅療養への移行による患者の増加を踏まえると、足りるのか疑問」というようなご意見もいただきました。

ここに書かれているご意見は、ある意味、課題を抽出したものだとも考えられますので、ぜひご覧いただければと思います。

ご説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

既にお聞きになったことがある内容だったと思いますが、この際、もう一度聞いておきたいということがありますでしょうか。

特にないようでしたら、次に進ませていただきます。

## (2) 病床機能報告から見る「現状」について

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

毎年行われる病床機能報告は、4つの機能を自己申告する以外にも、さまざまなデータが報告されており、今回は、いろいろな角度から集計を行っているようですので、東京都からまずご説明をお願いいたします。

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

まず、資料5に入る前に、地域医療構想に記載されている病床数の推計方法について、おさらいをしておきたいので、補足資料1「2013年をもとにした国の推計ツールによる2025年の将来推計」をご覧ください。

地域医療構想に記載しております2025年の病床数の必要量は、国が定めた方法で推計をしたものでございます。

まず、推計方法の「1. 高度急性期機能～回復期機能の患者数」をご覧ください。いただきたいと思っております。

高度急性期機能から回復期機能の患者数につきましては、2013年の1年分のレセプトデータをもとにしまして、患者1日当たりの診療報酬の出来高点数で分類をして、各機能の延べ患者数を出しております。

なお、分類方法の詳細は、次のページにありまして、3000点以上が高度急性期機能、600点～3000点未満が急性期機能、175点から600点未満が回復期機能といった形で分類しております。それを2013年の人口推計で引き延ばしまして、2025年の患者数が推計されており、構想区域ごとに国からデータとして提供されております。

右側の「2. 慢性期機能の患者数」をご覧ください。こちらだけは、推計方法が違ってございまして、2013年をもとに推計しながらも、「※1」の、「療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の7割」、「※2」の、「療養病床の入院受療率の地域差縮小分」、さらに、「一般病床に入院されているうちで、175点未満の患者さん」を在宅に移行することが見込まれていることなど、ほかの3機能とは異なる要素が国の計算方法には盛り込まれております。

そして、「3. 患者数から病床数を推計」をご覧くださいますと、1及び2で算出した推計患者数を、全国一律の、高度急性期機能75%、急性期機能78%、回復期機能90%、慢性期機能92%という病床稼働率で割り返して、病床数を推計しております。

下の段は、2013年と2025年の東京都全体の病床数を比較した表でございます。

高度急性期機能から回復期機能までは、2013年を人口推計で引き延ばしましたので、2025年に向けて増加しておりますが、慢性期機能だけは、療

養病床の縮減等が入っておりますので、2025年のほうが小さな数字となっております。

一方で、病床機能報告は、病棟ごとに自己申告の結果になりますので、2025年と比較しますと、回復期機能だけが少ないという結果でございます。ただ、先ほど見ていただいた2013年から2025年までの推計とは全く異なる結果になりますので、単純比較ができないというところは見ていただけるかと思えます。

それでは、本題の資料5をご覧ください。

病床機能報告は、医療法に基づきまして、一般病床と療養病床を持つ医療機関から、年に1度、相当多岐にわたる内容をご報告していただいているもので、その内容は東京都のホームページにも公開しております。

地域の医療機関の方々から提出していただいている貴重なデータですので、この機会に地域の状況をまとめてご紹介させていただければと思います。

ただ、あくまでも、地域の皆さまが現場で感じていらっしゃる課題について、今後さらに掘り下げていく際の一助になればと思い、ご紹介するものですので、そういう前提でお聞きいただければと思います。

2枚目のデータを見ながら、1枚目のまとめのページで確認するという形で進めたいので、まず、2枚目のデータ1「病床機能報告における4機能ごとの病床数」からご説明したいと思います。

平成26年度と27年度の病床機能報告の結果を比べているもので、高度急性期機能が300床ほど減りまして、急性期機能は400床ぐらい増加しておりますが、回復期機能と慢性期機能はほとんど変わらないという形になっております。

先ほど、単純比較はできないとお伝えしましたが、参考として、将来の値も記載しておりまして、右側のグラフは、各機能の割合を100%ゲージでお示ししております。

続きまして、左下のデータ2「機能と入院基本料」は、各機能を回答した病床が、どんな入院基本料を取っているかを、クロス集計したものでございます。

例えば、高度急性期機能を届け出た病床のうちで最も多いのは7対1となっておりますので、次に10対1が多いということでございます。

それから、データ3「4機能と病床稼働率」は、各機能と患者数のデータから、病院の病床稼働率を算出したもので、高度急性期機能と急性期機能は、東京都平均と比べると若干低く、回復期機能と慢性期機能は、東京都平均よりも少し高いという結果でございます。

さらに、データ4「4機能と平均在院日数」は、同じく、病院の平均在院日数を算出したものとなっております。

ここで、補足資料2をご紹介します。

これは、資料5と6で記載したデータを、全構想区域分を掲載しております、他の地域と比較できるようにしたものでございます。

例えば、1枚目は、先ほどの資料5でご紹介したデータ2の関連で、病床機能報告で高度急性期機能と回答した病床が、どのような入院基本料を取っているかを、全構想区域分並べたものでございます。

北多摩北部では、高度急性期機能と届け出た病床のうち、下から5段目の「一般病棟7対1入院基本料」は、73.5%ということで、最も多い割合となっております。その次は、その下の「一般病棟10対1入院基本料」と回答したところが11.5%となっております。

ほかの圏域についてご参考までにご紹介いたしますと、西多摩は、「救命救急入院料」や「ハイケアユニット入院医療管理料」の届け出が多くなっておりまして、7対1は、全ての病床において、高度急性期ではなく急性期と回答しております。

逆に、南多摩や北多摩西部は、高度急性期の8割以上が7対1と回答されているという状況でございます。

自己申告でございますので、地域の医療資源のあり方によっては、機能の捉え方が地域ごとに異なった結果かなと考えております。

続いて、5枚目をご覧ください。これは、先ほどのデータ3の病床稼働率を全構想区域分を比較したものでございます。高度急性期機能と急性期機能が記載されておりまして、6枚目は、回復期機能と慢性期機能になります。

既にご紹介しましたが、東京都平均と比べると、高度急性期機能と急性期機能は低く、回復期機能と慢性期機能は高いというような結果でございます。

7枚目は、平均在院日数についてのデータでございます。高度急性期機能が9.5日となっており、東京都平均の9.4日とほぼ同じです。

急性期機能は14.8日で、東京都平均の11.2日と、少し長くなっており、回復期機能も65.7日で、東京都平均の50.7日より長くなっております。

慢性期機能は104.8日で、東京都平均が152.1日ですから、それよりも短くなっております。

今後紹介していくデータにつきましても、この補足資料2に全構想区域のデータを掲載しておりますので、適宜ご参照いただければと思います。

ここで、資料5の1枚目にお戻りください。こちらは、今までのデータを見るための留意点をまとめたものでございます。

まず、①ですが、病床機能報告は、地域の医療の現状を見るために、厚生労働省が、平成26年度から始めた報告制度でございますが、始まった制度ということもありまして、まだまだ結果が流動的というところがございます。

右側の「北多摩北部の状況」を見ていただきますと、データで見えてきましたとおり、高度急性期機能が1年間で300床ぐらい減、急性期機能が400床ぐらい増ということになっております。

自己申告した機能だけではなくて、その中身を見てみますと、高度急性期機能は、7対1と10対1の入院基本料を届け出た病床が、併せて670床ほどございまして、高度急性期機能を選択した病床の85%を占めております。

また、急性期機能の平均在院日数は、都の平均より長いと、先ほど申し上げましたが、病床稼働率は東京都平均よりも低いという結果でございます。

それから、慢性期機能は、平均在院日数が東京都平均よりも短いという結果でございました。

次に、左側の留意点の②をご覧ください。病床機能報告と将来推計の差というのは、そもそも自己申告と点数で切り分けたという性格の違いがございしますが、もう1つの違いがございします。

病床機能報告は、病棟単位でご報告がされております。例えば、30床の病棟であれば、丸ごと「高度急性期機能」という形でご報告されます。一方、将来推計のほうは、ある日の病棟に、例えば、3000点以上の医療資源を投入

された患者さんが何人いるかというところを1年分足し上げて、延べ患者数から推計しております。

その右側をご覧くださいますと、平成27年度に高度急性期機能を報告した病床が788床ございましたが、一方、将来推計では、2025年時点で447人の高度急性期機能相当の患者さんがいるというところから、その患者さんをみるために596床が必要という推計結果でございます。

ただし、先ほどから申し上げておりますとおり、単純比較ができるものではございませんので、病床機能報告と将来推計の差の192床を減らさなければいけないといった話ではないということでございます。

次に、左側の留意点③をご覧ください。単純比較した病床数で議論するのではなくて、日頃の診療や業務の中で感じていらっしゃる地域の実情を勘案しながら、地域の医療の現状を見ていくということが重要になるかと思っております。

さらには、将来的にこの地域にどういう医療が不足して、何を充足していかなければいけないかというところを考えていく必要があるのかなと思っております。

その右側をご覧くださいますと、将来推計では、回復期機能30.3%なのに対して、現在の病床機能報告では8.5%ということで、ずいぶん開きがございます。

実は、国のほうでは、将来推計と病床機能報告の結果を比較して、不足する医療機能を考えるようにとっておりますが、単純比較できないものと考えておりますので、不足しているかどうかを考えるためのきっかけにすればいいのかなと思っております。

回復期機能は、国の定義では、「リハビリテーションに加えて、急性期を経過した患者さんへの在宅復帰に向けた医療も含める」となっております。

リハビリテーションの提供量は足りているのか。また、今後増えていく在宅復帰に向けた医療は足りるのか。病床稼働率を上げれば今の状況でも十分足りると考えるのか、周囲の構想区域との連携で補っていけると考えるのか、いろいろな考え方ができると思っております。

医療に日頃関わっていらっしゃる中で感じている実感とデータを照らし合わせながら、いろいろなご意見を出していただいて、不足すると考えられる医療機能や役割を検討していただければと思っております。

続きまして、資料5の3枚目をご覧ください。

データ5は、機能ごとに、新規入棟患者の入棟前の場所を、データ6は、「退棟患者の退棟先の場所」を示しております。

まず、入棟前の場所としては、慢性期機能の左から2つ目の「家庭からの入院」が57.3%で、東京都平均は22.4%ですので、2倍以上高い割合になっております。

データ6の、「退棟患者の退棟先の場所」では、同じく慢性期機能のところで、左から2つ目の「家庭への退院」が60.8%で、こちらも東京都平均の倍ぐらいございます。

また、「死亡退院等」の割合15.9%は、東京都平均が32.9%ですので、半分ぐらいの低い割合となっております。

データ7は、「退院後に在宅医療を必要とする患者の割合」をご報告いただいたもので、4.4%となっております、東京都平均は8.5%ですので、少し低い結果となっております。

これは、お元気で退院される方の割合が高いということと、もしかすると、退院後の患者さんの状況まで把握されておらず、病床機能報告の結果には単純に反映されていないということもあるかもしれません。

データを総合して考えますと、北多摩北部は、慢性期機能は、平均在院日数が短く、家庭に帰っていく率も非常に高い結果となっております。

東京都の中では、多くの慢性期機能の病床で、実は、死亡退院の率が結構高く、看取りの機能を担っていらっしゃるというところが多いのに比べまして、この地域では、患者さんの在宅復帰に非常に寄与されているということかと思えます。

最後に、データ8は、「有床診療所が地域で果たしている役割」について、自施設がどのような役割を担っているかを報告いただいたものでございます。

「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」が一番高い割合になっております。「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能」や、「在

在宅医療の拠点としての機能」、「終末期医療を担う機能」など、在宅医療に関する回答が、いずれも20%前後という形になっております。

こうしたデータも、地域の医療の状況や課題を考える際の参考にしていただければと思い、ご提供させていただいております。

続いて、資料6「在宅医療等について」をご覧ください。

地域医療構想では、病床の機能分化のところに主眼が置かれがちですが、その分化の先では、これまで以上に在宅医療が重要な役割を担うこととなりますので、病床機能報告の結果とは少し離れますが、ご説明を続けさせていただきます。

まず、下の網かけの部分をご覧ください。国においては、平成26年に法改正がございまして、介護保険法に基づく地域支援事業に、「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられたところでございます。

この事業の項目はどのようなものかといいますと、(ア)から(ク)までで示されております。

(ア)「地域の医療・介護サービス資源の把握」、(イ)「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」、(ウ)切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進」、(エ)「医療・介護関係者の情報共有の支援」、(オ)「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、(カ)医療・介護関係者の研修」、(キ)「地域住民への普及啓発」、(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」と、多岐にわたっております。

そして、こちらに示された項目は、全て平成30年4月には、全区市町村が主体的に取り組むものとされたものでございます。

このことを念頭に置いていただきまして、左上の箇条書きのところをご覧くださいただければと思います。

東京都では、この法改正以前から、在宅療養推進の取り組みの実施主体を区市町村と位置づけて、支援をしてきたところでございます。

各区市町村におかれましては、在宅療養推進協議会を設置するなどして、地区医師会の先生方を初めとする地域の医療関係者、介護関係者等の方々を交えて、在宅療養推進の取り組みをどう進めるか検討されているところと伺っております。

今後の高齢者人口の伸びを勘案しますと、右側にグラフがございますが、在宅医療の需要は大幅に増加するという予測になります。このうちの「訪問診療分」だけで見ても、2025年には2013年の1.87倍ということになっております。

先ほど、慢性期機能では、国のほうで、入院医療から在宅に移行することが見込まれている数があるとご説明いたしましたが、グラフの2025年の黒い部分は、その移行してくるであろう患者数ということでして、これを含むとさらに大きな医療需要があるというような推計になっております。

そのため、先ほどの在宅医療・介護連携推進事業のお話もありまして、区市町村内の在宅医療・介護連携の部分は、これから一層、各区市町村さんにおかれまして検討がされるところかと思っております。

一方で、在宅医療の入り口として、入院医療機関から退院したあと、患者さんをどうやって円滑に、住み慣れた地域での在宅医療につなげていくか、また、在宅療養中に病状変化があった場合の対応などについて、入院医療機関の方々の役割も非常に重要になってくるかと思っております。

ただ、こうした入院医療機関が、必ずしも区市町村内に存在するわけではない場合もありますので、病院との連携に苦慮しているような区市町村も少なくないと伺っております。

そこで、この地域支援事業の（ク）のところにもございますとおり、より広域での検討が必要な事項については、本日お集まりの先生方の病院と区市町村による意見交換なども、来年度以降スタートさせていきたいと考えております。

詳細につきましては、かたまり次第またご報告させていただきますが、ご協力をお願いした場合には、ぜひお力を貸していただければと考えております。

在宅医療と入院医療機関の一層の連携強化の議論に資するように、意見交換の結果をこの調整会議にもご報告をさせていただきたいと思っております。

ご説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

今のご説明にあったように、データをどう解釈するのか、データから見えな  
い部分は何かというような視点が重要になります。そして、こうしたデータを  
補うものが、私たち、地域で医療に関わる人の現場感覚なのだと思います。

調整会議では、最終的には、この地域で不足していると感じる医療を補って  
いくことを考えていきたいわけですが、今日は初回ですから、ご質問、ご意見  
でも結構ですので、ご発言いただければと思います。

また、調整会議は、課題の共有が目的であり、さまざまな立場からいろい  
ろな意見が自由に出せる場だと考えております。

データを見たところでは、2025年の推計としては、回復期機能の病床が  
足りないということや、慢性期機能は、減っていくかわりに在宅がかなり増え  
るというような予測が立てられていますが、そういうことに関してでも、何で  
も結構ですので、いかがでしょうか。

○石橋（東久留市医師会）：丁寧なご説明で、状況がよくわかったかなと思っ  
ております。

実際に診療しておりますと、例えば、在宅については、この北多摩北部地域  
は在宅が進んでいるかなと思いますし、需要に対して対応できる資源というも  
のも、結構あるかなと思っています。

ですから、これで見ると、大変なことになるかなと思われませんが、今の増え  
方を見ていると、実際には結構耐えられるかなという感じもしております。

ただ、先ほどお話がありましたように、在宅の患者さんの容態が悪化したと  
きに受け入れてくださる病院が、この圏域内で本当に済んでいくのかというこ  
とは、非常に不安に思っておりますので、広域的に考える必要があると思っ  
ています。

また、実際に、この地域の中の病院で、どこにどういう病床が空いていて、  
どこが受け入れてもらえるかというような連絡、連携体制が、まだ十分できて  
いないという気がしますので、そういう点も検討していただければと思います。

それから、実際の患者さんを病院との連携の中でみていただくと  
なると、主要な科目について、例えば、循環器、消化器、呼吸器だということに関  
しては、この地域は非常に充実していると思います。

しかし、例えば、リウマチ等のアレルギー膠原科とか、全国的にも先生方が揃っていないと言われるような科を、病院に紹介したり、入院をお願いする場合、非常に困ることがあります。

そういう意味で、各種の専門科がどこにどのぐらいいて、どこでどう受け入れてもらえるかということが、専門医制度が来年から始まりそうですが、この地域医療構想の中に含まれてくるのかどうかについて教えていただければと思います。

○座長：今の点について、東京都のほうから何かございますか。

○矢沢部長：地域医療構想調整会議の中で、専門科がどこにいるかというようなことを調べて、お伝えできるかというご質問でよろしいでしょうか。

○石橋（東久留市医師会）：どこが不足してくるだろうとか、どういうところが実際に不足しているのだろうか。そこを将来的に充実させていただきたいなというところに、意見として反映されてくるのだろうかというところですが、

強制力はないわけですから、専門医の数を決めるということはないと思いますが、実際に、「こういう地域でこういう専門科が足りないので、こういう専門科が必要になってきますよね」というところまで、データを分析、解析して、この構想の中に入ってくるかどうかというのですが、

○矢沢部長：お答えになるかどうかわかりませんが、診療科別の必要量というのは出していないので、今の構想にはそういった記載はございません。

医師の自由開業性がある中で、厚労省もそこにはなかなか踏み込めないということがありますし、どの膠原病の専門家というところまでは厳しいですが、診療科を大きく分けて、この地域には多いとか少ないというようなデータは、時間をかければお出しすることができると思います。

○座長：これは、この地域医療構想とは別に、東京都の保健医療計画の中でそういうことは検討されるのでしょうか。

○矢沢部長：保健医療計画の中においては、診療科別に細かくということはな  
かと思えます、

例えば、小児、周産期、救急というカテゴリーの、5疾病5事業の中では、  
医師がどういう配置をしているかということは考えてまいりますが、細かいと  
ころまでは、今のところはやれないと思っております。もちろん、ニーズに応  
じて検討はしてまいります。

○座長：今後の課題ということですね。

ほかにいかがでしょうか。

慢性期機能の病床が足りなくなるだろうということですが、その辺について、  
鳥巢先生、ご意見はございますか。

○鳥巢（小平中央リハビリテーション病院）：当院に限って言えば、回復期は  
フルの状態なんですけど、慢性期のほうは空きつつあります。

というのは、行政のほうから先ほどご説明があったように、医療区分1の患  
者さんをほとんど取らなくなって、区分2、3の患者さんということが多くな  
っていて、重症の患者さんが多いわけですから、入院してある程度すると、状  
態が急変して悪くなる人が結構多いわけです。

そのため、回転はいいけれども、稼働率が悪くなるという相反することが多  
くなるわけですが、そうせざるを得ないということです。

一方、回復期に関しては、小平地区に限らず、北多摩北部は非常に連携が取  
れていて、高度急性期の公立昭和病院と多摩北部医療センターを中心にして、  
高度急性期を脱したら、そんなに期間を空けないで送っていただいていますの  
で、回復期のほうが満床に近い状態になっているわけです。

もちろん、回復期といっても急性期に近い患者さんが入院してくるわけです  
から、療養型の回復期といっても、ある程度急性期ができないと、紹介もして  
もらえないので、スタッフも勉強しなければいけないし、ということです。

そして、慢性期のほうから在宅に復帰する患者さんも、結構増えてきていて、  
以前のように、ただ寝かしておくだけという患者さんはほとんどいなくなって

きましたので、在宅の先生方も勉強していかないと、訪問医療もできないというようになっていきます。

そういうことで、北多摩北部の「病病連携」「病診連携」というのが非常にうまくいっているので、先生方も勉強しなければいけないし、患者さんも理解していかなければならないというようになってきています。

要するに、こういうことができるのは、データでも見られるように、この地域で発生したものが、最終的に地域で完結できるからであって、こういうことは23区内ではちょっと難しいかなと思っています。

そういう意味では、北多摩北部の患者さんたちは恵まれているのではないかなというのが、私の感想です。

○座長：ありがとうございます。

現状では非常にうまくいっているということだと思います。  
ただ、東京都のデータでいくと、回復期機能を増やさなければいけないということですが、これは、どういう算定根拠から出ているのでしょうか。

○矢沢部長：増やさなければいけないということではなくて、推計値と報告値に乖離があるということです。

報告値のほうは、ほぼ、回復期リハビリテーション病棟を出していただいでいて、推計のほうは、点数で切っているんで、そこに乖離が生じているのかなというところかと思います。

○座長：そういう問題があるので、この推計値がいまいちはっきりしないというところがあると思います。

ほかにいかがでしょうか。

○丸山（田無病院）：高齢化ということを考えると、特養、老健、グループホームというような、施設というものが、その中でかなり大きな部分を占めていて、在宅とちょっと離れている部分があるかと思っています。

今の構想の中では、そういう施設というのは、完全に在宅というイメージで捉えていくということで、都としては、そちらのほうのデータもお持ちなのでしょうか。

回復期、慢性期、在宅ということと、そういう施設についてはどうお考えかをお聞きしたいと思います。

○矢沢部長：現状の把握の中では、そういった施設がどのくらいあるかということは、区市町村ごとにデータが出ていますので、それと比較するという事はしています。

ただ、今回、「在宅医療等」というところには、在宅医療以外に施設の分も入ることになりますので、施設でときどき医療を受ける方とご自宅で医療を受ける方を併せてやっています。

ですから、どれだけ施設が充足していくかとか、在宅医療がそれだけできる環境が、この地域で言えば、純粹に「在宅」というだけでなく、区分1だとかほかの要素を入れると、3倍になるという量を本当に対応できるのかということがあります。

先ほど、それは大丈夫だろうというご意見もありまして、すごくほっとしましたが、そこがだんだん大変になってくる可能性も、一方であるのかなというようなデータになっています。

○丸山（田無病院）：我々は、急性期の病院からも患者さんを受けますが、施設というところが非常に多くの受け入れをしているわけですので、その辺で見落としている部分があるのではないかと考えています。

○座長：ありがとうございます。

資料6の、この在宅療養の将来推計の中の、白い点線の「訪問診療分」というのは、施設も入っているということでしょうか。

○矢沢部長：訪問診療料を取っているところは入っています。

○座長：そうすると、特養は入らないということですね。

黒い部分は、慢性期からの移行ということで、これも、訪問診療の点数を取れるということになりますね。わかりました。

何かお気づきの点があれば、次の説明のあとにでも意見交換の時間がありますので、次の議題に移りたいと思います。

### (3) グランドデザインと現状の比較について

○座長：東京都地域医療構想では、将来の姿として、グランドデザインを掲げたというお話がありましたが、この将来の姿と今の状況にギャップがあるのか、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」のために、この地域の課題は何かということなどを、これから考えていきたいと思います。

今回は、その目標Ⅱの、「東京都の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築」ということに焦点を当てて、意見交換ができればと思いますので、まず、東京都のほうからご説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料7をご覧ください。

冒頭の地域医療構想の概要説明や、ただいま座長からお話しいただきましたとおり、東京都地域医療構想では、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」というグランドデザインを掲げました。

資料7は、このグランドデザインの実現に向けた4つの基本目標と、その達成に向けた取組の方向性をまとめたもので、「地域医療構想」の冊子の本体では、182ページ以降に記載しております。

本日は、目標Ⅱについて、このあと意見交換をお願いいたしますので、その部分を中心にご説明させていただきます。

資料7の2枚目をご覧ください。基本目標「Ⅱ. 東京都の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築」でございます。

ここでは、基本目標の達成に向けた課題を4つにまとめております。

1つ目が「救急医療の充実」、2つ目が「医療連携の強化」、3つ目が「在宅移行支援の充実」、4つ目が「災害時医療体制の強化」でございます。

各課題ごとに取組の方向性をまとめております。資料の薄いグレーに着色した部分を中心にご覧ください。

初めに「救急医療の充実」では、「身近な地域で誰もが適切に救急医療を受けられるよう、限られた資源を有効に活用した取組の推進が必要」を掲げまして、「高齢社会においても、救急患者をいつでも、どこでも、誰でも、適切な医療につなげる取組を推進」すること、「在宅療養患者の急変時に身近な医療機関で受け入れられる救急医療体制を確保」することを、具体的な取組の一例といたしました。

次に、「医療連携の強化」では、取組の方向性を3つ掲げました。

1つ目が、「医療資源を最大限に活用し、病床の機能ごとに必要な医療を確保するとともに、地域の実情に応じた医療機能の分化・連携を進めることが必要」といたしまして、将来に向けて地域で不足することが見込まれる医療の確保について、本日、皆さまにお集まりいただいております、地域医療構想調整会議などで検討していくこと。

2つ目は、「患者の状態に応じた適切な医療を提供するため、医療機関間の連携を強化することが必要」といたしまして、円滑な転院を支援していくこと。

3つ目は、「認知症の人が、急性期等の対応が必要になった場合でも、安心して入院できる医療体制を充実することが必要」といたしまして、全ての医療機関において適切な医療やケアを提供できるよう、医療従事者の対応力の向上を図ることを、具体的な取組の一例といたしました。

下に「参考データ」として記載されていますのは、後ほど、資料8でご紹介させていただきます。

次は、「在宅移行支援の充実」でございます。

ここでは、「入院患者を円滑に在宅療養生活に移行させるため、入院早期からの適切な支援を行うことが必要」を、取組の方向性として掲げまして、入院早期から、地域の関係者と連携した退院支援を推進することや、在宅復帰に向けてリハビリの充実を、具体的な取組の一例といたしました。

最後に、「災害時医療体制の強化」でございます。

「都内での大規模災害等発生時において、円滑に医療機能を確保できるよう、災害医療体制の一層の充実が必要」を、取組の方向性として掲げまして、災害拠点病院等が機能を十分に発揮できるよう、役割分担を確立し、地域の特性に応じた体制を確保」することを、具体的な取組の一例といたしました。

続きまして、資料8をご覧ください。

この資料は、グランドデザインで掲げた将来の姿と、地域の今の状況とのギャップや、地域の課題について、意見交換していただくために参考となると思われるデータをまとめたものです。

既存の統計資料や病床機能報告から抽出しており、細かいデータもありますが、地域の医療の現状を見る助けとなればと思い、お示しさせていただきます。

まず最初に、データの見方をご説明いたします。一番下の「凡例」と、北多摩北部の実際の数字を見比べながらお聞きいただければと思います。

実際の数字をご紹介する際には、左端の数字の行を読み上げますので、そちらをご参照いただければと思います。

まず、北多摩北部の1行目の「救急告示医療機関数」という項目をご覧ください。上段の「17」という数字は、北多摩北部における救急告示医療機関数でございます。

下段の「0.50」は、救急告示医療機関数の「17」を、資料には記載しておりませんが、北多摩北部の病床機能報告の対象病院数「34」で割り返したのになります。

つまり、北多摩北部の病床機能報告の対象病院のうち、5割の病院が救急告示を取っているということを示す数字になります。

このように、箱の中に上下2つの数字が入っているものにつきましては、いずれも、病床機能報告の対象病院数の「34」で割ったものとしてご覧ください。

次に、「B. 急性期後の支援、在宅復帰の支援の状況」という項目の10行目の「救急・在宅等支援（療養）病床初期加算」の項目をご覧ください。

箱が4つに分かれていて、左上の「456」という数字は、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算を算定した患者数となりまして、左下の「8.15」という数字は、この「456」という算定患者数を、同じく資料には記載して

おりませんが、北多摩北部で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、5595床で割り返して、100を掛けたものとなります。

1床当たりの算定患者数ですと数字が小さくなり過ぎるため、100を掛けて、比較しやすいように指数化しております。100床当たりどれぐらいの患者をみているかという数字となりますので、この指数が大きければ大きいほど、北多摩北部で多くの医療が提供されていることとなります。

同じ箱の右上の(15)という数字は、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算を算定した病院数で、右下の「0.44」というのは、この算定病院数「15」を北多摩北部の病床機能報告の対象病院数の「34」で割り返したものです。

先ほどの救急告示医療機関のときと同様、北多摩北部の病床機能報告の対象病院のうちの4割半ばの病院さんが、この加算を算定していることを示しております。

こちらにつきましても、箱の中に4つの数字が入っている場合、左下の数字は、病床機能報告でご報告いただいた病院の病床数で割り返し、100を掛けたもの、右下は、病床機能報告の対象病院数で割り返したものが入っております。

また、項目ごとに、指数の高い上位3区域について色をつけております。東京都全体の数字や近隣の構想区域の数字と見比べていただければと思います。

次に、ここからは、資料7と資料8を見比べながら、北多摩北部の特徴的なところをご紹介しますと思います。

資料7の2ページ目の、課題の1つ目の「救急医療の充実」につきましては、資料8の1ページ目の1行目から9行目の「A. 救急医療の実施状況」をご参照いただければと思います。

1行目の「救急告示医療機関数」と、2行目の「二次救急医療機関数」をご覧ください。北多摩北部で病床機能報告の対象病院のうち、約半分が救急医療機関、4割弱が二次救急医療機関となっております。

5行目の「救急車の受入件数」をご覧ください。1年間では、この北多摩北部では3万1378件の救急車を受け入れていただいております。1病院当たりでは923件となっております。

東京都全体と比較すると、こちらの救命救急に関する数字は、若干低くなっております。

資料7の2ページ目の、2つ目の「医療連携の強化」と3ページ目の「在宅移行支援の充実」につきましては、資料8の1ページ目の10行目から17行目の、「B. 急性期後の支援、在宅復帰後の支援の状況」と、2ページ目の18行目から27行目の、「C. リハビリテーションの実施状況」をご参照いただければと思います。

資料8の1ページ目の11行目の「退院調整部門を持つ病院数」をご紹介します。

北多摩北部では、「0.59」、約6割の病院で退院調整部門を置いていただいております。

12行目の「退院調整加算1（一般病棟入院基本料等）」と、13行目の「退院調整加算2（療養病棟入院基本料等）」をご覧ください。

北多摩北部では、一般病棟と療養病棟を併せまして、1か月間で815人が退院調整を行った上で退院しております。手持ちの数字で恐縮ですが、北多摩北部の1か月間の退院患者数は5189人おられまして、そのうちの815人、つまり、退院患者数の15.7%が、この加算の対象となった患者さんとなっております。

東京都全体ですと、5.9%となりますので、都内で最も高い数字となっております。これは、退院調整部門を設けていただきまして、退院に向けた調整をしっかりと行っていただいているあらわれかと感じております。

次に、2枚目の「C. リハビリテーションの実施状況」についてをご覧ください。

病床機能報告では、疾患別のリハビリテーションの実施状況も報告対象となっております。各疾患別のリハビリテーション料の箱の左下の指数にて、構想区域ごとのリハビリテーション提供料を見比べていただければと思います。

例えば、20行目の「脳血管疾患等リハビリテーション料」は、「32.9」となっておりますが、これは、都内で一番高い数字となっております。多くの患者さんにリハビリテーションが提供されていることになっております。

同様に、22行目の「呼吸器リハビリテーション料」と、23行目の「障害児（者）リハビリテーション料」も、都内で最も高い数字となっております。

その一方で、19行目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、「0.2」という数字になっておりますが、これは、東京都全体の「2.6」を下回っているという状況でございます。

ただし、隣接する北多摩南部の構想区域で心大血管疾患リハが多く提供されていることから、この対象となる患者さんを受け入れられていることと考えられます。

それから、資料8の3ページ目の「E.在宅医療」の31行目から41行目では、在宅医療に関する基盤の整備状況や、退院患者数のうち、在宅医療を提供する患者さんの割合などをご紹介します。

最後に、4ページ目は、「F.医療人材」の状況についてまとめております。

ただいまご紹介したデータは、既存データの中から関連すると思われるデータを集めたものになっております。データにはない項目でも、このグランドデザインを達成していくために必要なことが多くあると思いますので、あくまでも参考としてご覧いただきながら、意見交換をお願いできればと思います。

説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

非常に細かいデータを初めてご覧いただいたのですが、こういうデータを見てということでもなくとも結構ですので、「東京都の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築」して、将来にわたって維持していくために、うまくいっている点や課題と感じている点などについて、ざっくばらんにお話しただければと思います。いかがでしょうか。

○小玉（東久留市歯科医師会）：北多摩南部でも北多摩北部でも、療養される患者さんに対して、地域を越えていろいろな医療をというお話がありましたが、「地域医療連携推進法人」というものを、これから皆さんでされていくというお話を伺っています。

これは、地域包括ケアの中で、連携を組んだ法人の皆さんと一緒にやっていき、併せて、サービスについても、ある程度の圏域を越えて提供しよう、そして、場合によっては、病床の機能についても、その中で整備しやすい形にしていこうと考えられているのではないかと考えています。

その点において、東京都のほうでは、これを今後積極的に進めていこうとされているのか、皆さんに任せようというのか、どのようなお考えなのかを教えてくださいたいと思います。

○矢沢部長：今のところは、現状を見ている状況で、推進するともそれをどうするとも、まだ決定していないところでございます。

○座長：救急医療の充実とか災害医療に対する強化については、北多摩8市を中心に、公立昭和病院が災害医療の拠点になっていますが、上西先生、この点について何かご意見はございますでしょうか。

○上西（公立昭和病院）：そのことも含めて、全体的な話をさせていただきたいと思います。

東京都のデータは、それなりには参考にはなるんですが、都区部の病院の医療の現状と多摩地区はかなり違うわけですので、それを平均化してデータを出すということは、余り意味がないと思っています。

ただ、いろいろな意味で参考にはなりますが、それを中心に考えていく必要はないと考えています。

回復期が足りないということですが、現実的には何によって皆さんが動いているかという診療報酬です。16年の改定で何が起きているかというと、救急の患者さんの取り合いが起きている、都内では、大学病院が救急患者をどんどん取っていて、非常に迷惑をこうむっているところもあります。

2年後に同時改定がありますが、今回も、7対1の看護師制度とかの締め付けが、かなり厳しくなったので、それによって皆さんが動かざるを得ないという状況になっています。

今後何が起こるかという点、国のほうは、高度急性期、急性期を減らして、地域包括ケアをある程度増やしていこうと考えているのではないかと考えています。

そして、この地域包括ケアは2つに分かれると考えていて、いわゆる、ポストアキュート的な地域包括ケア病床と、逆に、慢性期とかから上がってくるサブアキュートのほうを担う地域包括ケア病床が必要になってくると思っています。

実際、慢性期のいわゆる療養型を減らせと言っていますが、そういうふうには国は誘導してくると思いますので、その結果として、回復期は増えてくるだろうと考えています。

ですから、調整会議というものの必要性はありますが、結局、我々が動くのは診療報酬改定で動かざるを得ないという現状があります。

そして、都のデータでは回復期が少ないと言っていますが、先ほど、鳥巢先生がおっしゃったように、ある程度はうまくいっています。

ただ、これからは、圏域内ではなくて、都心のほうからどんどんそういう患者さんが来たときに、当圏域で果たしてそれを全部受けきれるかということが、むしろ、大きな問題になってくると思っています。

もしそうなる点、東京都では、「今あるベッド数の中で調整しろ」と言うのか、それとも、そういうところを担うための方策を何かするのかということが、大きな問題になってくるので、東京都自体が全体のベッド数を持っているわけですから、その辺をどう調整するのかということになると、むしろ、そっちで調整会議をしてほしいと思っています。

それから、救急に関しては、皆さんが非常によくやっていますし、“東京ルール”でも頑張ってください、二次救急の先生方は非常に頑張っておられますので、当然、その形で進めていきますが、これも、都心から流れてくるものが十分あり得るということが、非常に問題です。

また、在宅に関しては、資料を見ますと、「行政が担う」と書いてあります。実際に、在宅医療とかいろいろなことをやっていくときには、福祉関係の行政の方々が動いていただかないと、医療だけでは成り立たないと思いますので、

その辺を東京都はどのように指導されるのかのお話を明確に言っていただきたいと思います。

ただ、その中で一緒にやっていかなければいけないのは歯科医や薬剤師の先生方で、非常に大きな役割を果たしていただくわけですから、こういう調整会議の中でも、歯科医師、薬剤師の先生方と一緒にあって、対応策を十分検討していただけるようにしていただければと思っています。

勝手な思いを言いましたが、ぜひよろしく願いいたします。

○座長：貴重なご意見をありがとうございます。国の指針から来るからでしょうが、この調整会議ではいろいろな意見を言っていただいて、将来どうしたらいいかということで、今から予想するという感じだと思っています。

ほかにいかがでしょうか。

○伊藤理事：この地域を見ておりますと、他地域と比べて患者の移動が少ない圏域であると言えらると思います。しかも、療養病床への在宅からの入院、在宅への退院ということも多い地域であります。

今日もお話が出ていましたが、地域連携、医療連携というものが進んでいる地域であるということを実感しております。

先ほど、上西先生からいろいろお話がありましたが、まさにおっしゃるとおりだと思います。

そういう中で一つ考えていただきたいのは、地域医療構想というのは、病床の削減とか増加をさせるというスキームは全くないということで、2025年の医療需要を地域でどうやって調整していくかということでございまして、それについて、足りないから増やす、多いから減らすということの話し合いをするものではないということです。

それから、病床機能と実際の診療報酬上の関係についての定義があやふやなため、そこで非常に混乱が生じていることも確かであろうと思っております。

例えば、患者さんが入院して、手術をしたりしますと、一定時期が診療報酬上で高い点数になりますが、食事をして、歩いていただけるとなれば、点数は低くなるわけです。

ですから、高度急性期から回復期まで同じ患者さんがいることになって、そういうさまざまな患者さんが同じ病棟にいますので、どうしてもケアミックスというか、病棟の中でもそういった状況になっていますので、病棟を診療報酬で割り切ることはできないようになっています。

ですので、考えていただきたいのは、例えば、救急医療についても、三次救急の搬送件数を見ますと、都内では頭打ちか減少しているわけです。救急搬送自体は、昨年速報値で、年間1万7000件の増加がありましたが、その多くは、75歳以上の高齢者の二次救急への搬送が増えているからです。

すなわち、そういう方の多くは、肺炎とか脱水とか尿路感染とかで、どちらかという、低い診療報酬の点数ですので、病床の機能からいいますと、非常に高い点数の治療をして、だんだん回復していくという過程よりも、もう少し低い段階の患者さんを対象とするような病床が、今後必要になってくると思っています。

それが、今の病床機能報告で皆さんが認識しているものよりも足りなくなってくると思われますので、そのあたりを皆さんでどう補っていくかというのが、地域医療構想で一番大事なことになっていくのではないかと考えています。

それから、在宅医療についても難しい話で、この地域でも2025年には往診患者数が2倍ぐらいになるだろうということですが、その足りない部分をどこが担っていくのかということをお話し合っていくのも、この調整会議の役割だと思っています。

また、この在宅については、往診ができるキャパシティと施設が、地域によって相当差がありますので、現状はどうなっているのかということ、具体的に細かく分析していくことも、この調整会議でできればいいのではないかと考えています。

○座長：ありがとうございました。

先ほど、上西先生のほうから、在宅医療と介護との連携については、行政のお力がぜひとも必要だというお話がありましたが、行政のほうからどなたかご発言をお願いいたします。栗田さん、いかがでしょうか。

○栗田（西東京市）：西東京市におきましては、在宅療養推進協議会を設置いたしまして、さまざまな部会をつくる中で、いろいろ検討しております。

その一つとして、例えば、特養などの施設において、看取り数がどれぐらいあるかということなど、多職種でいろいろな課題を出し合って、今検討しているところです。

○座長：在宅の問題は、特に、病院の先生というよりも、医師会のほうで検討しなければいけない課題だと思っていますので、それはやっていますが、この場では、在宅療養に関する議論はそれほど深められないかとは思っています。

むしろ、在宅の中の病院との連携が今後重要になっていくように考えられます。

東京都の事業として、病院救急車で在宅患者を搬送するというで、モデル地区で始まっているということですが、一般救急とは別に、高齢者の在宅患者は病院救急車で運ぶということが始まっているということです。

二次医療圏でできるかどうかはわかりませんが、そういうシステムがあるということなので、これからそういうものが増えるかと思っています。

何かご発言はございますか。

○石橋（東久留市医師会）：こういうデータを見せていただくと、「この圏域はこういうのが足りないのなら、そういうところを補わなければいけないのか」というふうに思ってしまうのですが、これは、都内のほかのところと比べるとそうになっているというだけで、本当にそれが地域の中で十分役に立っているのかということ、これでは言えないですね。

つまり、質をどうやって担保していくのかとか、少ないからだめではなくて、より効率がいいから、少なくても済んでいるという場合もあるわけです。

ですから、そういう質の評価というものも、また別のデータで必要だと思うんですが、そういうものも入ってこない、ここの3位に入るのがいいのかという気になってしまうわけです。

ですので、例えば、救急告示病院がどのぐらい必要なのかというと、「この地域ではこれで十分じゃないか」ということもあるわけです。

つまり、救急として本当に足りないのか。「こういう方々がこの地域の中でなかなか収まっていけないですね」ということを、何らかの形で出していかないと、こういう数字だけを見ていくと、「ここを上げていくために何をすればいいのか」ということになってしまう危険性があるのかなと思うんですが、その辺はどのように考えておられるのでしょうか。

○座長：このデータはデータとして、あくまでも参考にして、細かい点につきましては、この調整会議である程度話し合うということで、東京都のほうからではちょっと無理ですね。

○矢沢部長：今回出した数字で、平均値を出しましたが、隣と比べたつもりはないです。数字を見るにあたってそういう見方もあるけれども、実際には、この区域は数字は少ないけれども、先生方の日頃お感じになっているようなことは、この数字からは絶対見えないと思っています。

ですので、「それをここから読み取ってください」という資料ではなくて、その前段階として、「こういう事実があります」というだけの資料です。

一方、医療の質をはかる資料というのは、また別の指標で見なければいけないので、それを、国が整理するのが東京都が整理するのかということはありませんが、実際には、在宅復帰率がどのぐらいいいかということとを並べてみるようなことは、東京都としては控えているところではございますので、今後の課題として受け取めさせていただきたいと思います。

○座長：ありがとうございました。

このデータはあくまでも参考にするということですので、この二次医療圏での将来の課題をどんどん出していただきたいと思います。そして、それに基づいて、今度どうしていったらいいかという調整会議にしていけばいいかと思っています。

どうぞ、ご発言をお願いします。

○松本（薬剤師会代表）：資料6の「在宅療養について」の「将来推計」を見ますと、2025年に向けてかなりの増加が見込まれるということですが、それに関して、この会議に出てびっくりしたことがございます。

私は、東京都薬剤師会の仕事をやっておりますが、地元の薬剤師会の方がこの席にいらっしゃらないということで、危惧を感じております。

全体的な医療構想の中で、薬剤師が中心的な存在になり得なくても、その中にいて、状況をよくわかった上で薬剤師の仕事をやっておられるということでなければ、全体的な質の担保の部分で欠落するのではないかと思いますので、ぜひ地元の薬剤師会のメンバーを入れていただきたいということを感じました。

○座長：その点については、次回は参加していただけるのでしょうか。

○矢沢部長：人数をどうしようかということ考えたときに、現時点においては、これでも全部の方にご発言いただけないという中ではどうかなというろはありますが、地区の薬剤師の先生方に出ていただくのは非常にありがたいと思っています。

今日は、たまたまこういう形で会議をしていますが、後ろにいらっしゃる方々もみんなご発言していただけるようにしたいと思っております。

そういったご意見があって、今後はご出席いただけるということであれば、大歓迎でございます。

○座長：次回には検討していただければと思います。

○松本（薬剤師会代表）：こういう議論をこの地域でされているということ、地元の薬剤師会の方々にも知っていただきたいと思っています。

ちなみに、私は八王子市ですが、そこでは、こことは違う問題点もあることを認識しておりますが、地域ごとに薬剤師の方々も問題点を共有するということは、非常に大事だと感じております。

○座長：ありがとうございました。

では、看護協会の木村さん、ご発言をお願いします。

○木村（看護協会代表）：私は、多摩北地区ですが、私たちの地区の看護協会としては、毎月、研修をやらせていただいています、災害の分野とか、認知症というようなテーマで、今年度は研修を実施させていただきました。

そのほかに、多摩地区というのは、とても細長い地域でありまして、毎年、その範囲を広げていっている途中であります。

その中で、高齢者の方とかとコミュニケーションを持ちながら、いろいろな意見を取り入れて、発展させていこうかなということに努めております。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○藤間（佐々総合病院）：今ある回復期病院というのと、地域医療構想の回復期病院というのは、ちょっと違うのではないかという印象を持っております。

伊藤先生がおっしゃったように、ポストアキュート、サブアキュートを含めたところでの回復期、いわゆる急性期と現在の回復期との間のところの病院というところが、結構求められているのではないかと思っています。

北多摩北部の7対1、10対1、13対1の病院を見ていると、急性期中でも考え方がかなり違っているのだろうと思うところがあります。

ただ、非常に難しいところで、自分たちのところで難しさを感じているのは、地域包括ケア病床なんです。これは、改定によって、この病床の位置づけが非常にあいまいになってしまっているんです。

ですから、DPCで取るのか地域包括ケアで取るのかということが、非常に難しいところでもあります。

実際、高齢社会が進んでいくと、現在の看護必要量と実際の看護師の必要数というのは、今後変わってくるはずなんです。

点数は低いけれども看護師の数が必要とするような患者さんが結構おられて、今後も減っていかないと思っています。つまり、がんの患者さんが1.3

倍、脳血管疾患の患者が1.5倍というように増えていくのは、高齢者が増えていくので、その中での看護必要度というのは上がっていくはずなんです。

しかし、実際の看護必要度と保険点数上の看護必要度は異なる点がありますので、そういったところも議論の対象にしていってもらえるとありがたいと思っています。

○座長：ありがとうございました。

そうすると、二次医療圏にリハビリテーションの専門病院はしっかりしているけれども、一般病院に移行したときの回復期がもっとあったほうがというようなご意見でしょうか。こういう点についていかがでしょうか。

○丸山（田無病院）：今の藤間先生のお話のもっともで、石田先生のお話もそうですが、地域包括ケア病棟が本来担うべき患者さんたちというのは、補足資料2の3ページ目を見ると、北多摩北部は8.1%となっているのに対して、区中央部は45.6%ですし、10%以上のところが区部に集まっています。

これは、何を意味しているかというのと、今の地域包括ケア病棟がどう使われているかというのと、急性期病院の平均在院日数を低くするために、その病院の中につくって、そこに移しているというだけということです。

というのは、伊藤先生が先ほど言われたように、地域で受け入れてまた地域に帰す、急性期で受け入れて地域に戻すということを、しっかりやっている地域包括ケア病棟が、やっているところがあるかもしれませんが、非常に少ないわけです。

むしろ、大きな病院の中の急性期の病棟の平均在院日数を低くするために、そこに移して、同じ病院の中でやっぴこうとしている病院が多いので、区部の大きな病院の一部を地域包括ケア病棟に変えているということは問題だと思っています。

ですので、本当に地域包括ケアを扱える病棟をきちんとつくっていくというのが、この地域にとって大切なところではないかと思っています。

○座長：ありがとうございました。

○藤間（佐々総合病院）：先ほどの石田先生のご質問のご返事ですが、イメージとして持っている回復期療養病床と、回復期病院というのは、実際は異なってくるはずなんです。

これは、伊藤先生がおっしゃったお話の中に含まれているはずなんですけど、今の回復期というのは、点数で分けているのに対して、イメージとしては回復期リハビリテーション、要するに、リハビリを充実した病院ということなんです。

確かに、地域包括ケアでもリハビリを重視していますが、そういうことよりも、あくまでも、点数が高い点ところから低いところに行くという流れの中の一つということで捉えられているものなんです。

だから、サブアキュートで受けた患者さんが回復期リハビリテーションを必要とするかということ、ほとんどそれはないですね。例えば、肺炎の方で、回復期リハビリテーションに移行できるかということ、点数上、それはできないわけです。

ですから、受け皿となるところが、急性期と回復期の両方を持つような病院が、今後必要になってくると考えています。

○座長：ありがとうございました。

地域包括ケア病床というのは、区分から行くと、どこに入るのでしょうか。

○藤間（佐々総合病院）：回復期には入ってないですね。

○座長：将来的にあれがどう扱われるかですね。

○矢沢部長：この地域医療構想の冊子の22ページをご覧ください。

管理料を取っているところをどういうふうに報告するというか、書いている中で、「地域包括ケア病床は急性期でもあり、回復期でもあり、慢性期でもある」と厚労省のほうでは言っています。

藤間先生が先ほどおっしゃっていたようなことが、その中に、頭にはあるけれども、実態として違っているというのは、それは、東京都全体の傾向だと思います。

ただ、どこに含まれるかという、国は、「この3つのどれかだ」と言っている、そういう意識はあるのではないかと考えています。

○座長：この辺の取り扱いは、地域包括ケアシステムを今後構築していく上では、大きな課題ですよね。この地域包括ケア病床がある程度進んでいかないと、難しくなっていくということですので。

傍聴席の方々からのご発言はいかがでしょうか。

この調整会議は、情報を共有する場ですので、もし最後に情報提供を行いたいというようなことがありましたら、グランドデザインの議論から離れても結構ですので、お聞かせいただければと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本日予定した議題は以上となりますので、大変ありがとうございました。

## 4. 閉 会

○司会（久村課長）：本日は、さまざまな貴重なご意見をいただき、どうもありがとうございました。

最後に事務連絡を3点ほどさせていただきます。

1点目ですが、今後、例えば、担う機能を大きく変えたり、大幅な増床を予定されているような医療機関におかれましては、ご希望があれば、事前に座長の先生と調整の上、こちらの調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと思っておりますので、ご希望の医療機関におかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出ください。

また、議事録についてでございますが、既にご説明しておりますが、本調整会議は公開でございます。議事録につきましては、後日、福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。

公開された議事録について修正等が必要な場合には、福祉保健局までご連絡いただければと思います。

なお、閲覧用の「地域医療構想」を配布しておりますが、そのまま机上に残しただければと思います。

それでは、本日は長時間にわたりどうもありがとうございました。引き続きよろしくお願いいたします。

(了)