

〔平成 28 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

平成 28 年 12 月 15 日 開催

【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

平成 28 年 1 2 月 1 5 日 開催

1. 開 会

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

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

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

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

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

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

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

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

現在、国も東京都も、東京都医師会も、東京都地域医療構想と地域包括ケアというものを二大政策としているところでございます。

昨日、日本医師会で地域医療委員会がございました。そこでは、横倉会長、中川副会長も、この地域医療構想に関しては、病床数を強制的に削減するものではなく、あくまでも、地域医療の充実を図るために自主的に行っていくもので、話し合いが中心になるということを、さらに強調しておられましたので、ぜひそのような観点からお願いできればと思っております。

この区南部のエリアは、結構バランスがいいところだと、私も感じておりますが、今日ご説明があるデータを参考にしながら、今後の地域医療構想について議論していただければと思っております。

ただ、本日はごく限られた先生方での会議ですが、それぞれの区において大勢の先生方にお集まりいただき、議論していただいた内容を、またこの調整会議で議論するというにしていいただければ、地域医療にさらに役立っていくのではないかとと思っております。

本日はどうか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、矢沢医療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でございます。今日は遅い時間にご出席いただき、まことにありがとうございます。

まずは、これまでの「意見聴取の場」で、皆さまに多大なるご尽力を賜りましたことを、御礼申し上げます。どうもありがとうございました。

おかげさまで、この7月に、東京都地域医療構想を策定いたしました。

この地域医療構想は、都民、行政、医療機関、保険者など、全ての人々が協力し、将来にわたって東京の医療提供体制を維持、発展させて、「誰もが質の

高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」を実現するためにつくった方針でございます。

2025年に向けて、やっとスタート地点に立ったというところでございまして、構想区域の特徴を踏まえて、これから丁寧に課題を解決していかねばいけないと思っております。

そのための議論の場が、今日のこの調整会議でございますので、ぜひ活発なご意見をいただければと思います。

今日は第1回ですので、まだご発言が出にくいかもしれませんが、どんなご意見でも結構ですので、どうぞ遠慮なくご発言くださるようお願いいたします。

また、今日はたくさんの資料をお渡しいたします。病床機能報告の結果の分析とか、私どもが考えられるいろいろな角度からの資料をお出ししております。次回以降の議論を進めるにあたりまして、参考になればと思っておりますのでございます。

この場ですぐにご理解いただくのはちょっと難しいかもしれませんが、何かわからないことがあれば、何なりとご質問くださいますようお願いいたします。

今日はどうぞよろしくようお願いいたします。

○久村課長：それでは、次に、座長の選出でございますが、それに先立ちまして、この調整会議の役割について改めてご説明をさせていただきます。

○矢沢部長：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によりまして、「都道府県が設置すること」とされておりまして、地域医療構想の達成に向けて皆さまで協議をしていただく場でございます。

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」を開催いたしまして、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。そして、それを引き継ぐ形で、東京都地域医療構想調整会議を新たに設置し、今日が第1回目でございます。

2 ページ目ですが、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、副座長については、医療機関と行政より 1 名座長が指名していただくということになります。

また、議事に応じて、複数の構想区域での合同開催や、また、小さな単位の PT なども、必要に応じて開催できるものです。

そして、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掲載をいたします。もちろん、後ほど訂正も可能でございます。

それでは、先に 4 ページ目の「議論を進めるにあたって」をご覧ください。協議は、こうした視点を踏まえて進めていくという内容でございます。

まずは、構想区域の現状や将来に予測について、皆さんで共有したいと思います。

その上で、病床機能報告や病床数の必要量を参考にして、日頃の診療や業務の中で感じている地域の実情などを掘り起こしながら、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いきたいと思っております。

その際、この構想区域だけではなく、隣の区域や東京都全体の医療資源の状況も踏まえるなどして、医療連携の実態に応じた議論を行っていき、それぞれの医療施設が担うべき役割や機能を、自主的にご検討いただけるように進めてまいりたいと思っております。

3 ページに、その進め方のイメージを示しましたので、ご覧ください。

まず、現状を把握して、地域の課題を考えて、解決の方策を考えてまいりますが、最も重要なことは、その過程で、各医療機関がご自身のところについて自主的に考えていただくということでございます。

そして、その上で進捗状況を共有していくわけですが、困難な課題も多くあると思います。なるべく多くの方がさまざまな意見を出し合うことで、そして、議論が深まっていくことで、解決の糸口が見えることもあるかと存じますので、ぜひ積極的にご意見をいただければと思います。

よろしく願いいたします。

2. 座長・副座長の選出

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

○高野（東京都病院協会）：座長の互選についてご提案させていただきたいと思えます。

この調整会議は、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、大森医師会の理事であり、地域医療の発展に尽力していらっしゃる、鈴木先生にお願いするということでしょうか。

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

[全員、拍手で承認]

○久村課長：ありがとうございます。

それでは、鈴木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。

(鈴木座長、座長席に着席)

それでは、鈴木座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（鈴木）：大森市医師会の鈴木でございます。

今日は、本当に寒い中お集まりいただきありがとうございます。

私ごときが、このように重要な会議の座長を務められるとは到底思えないのですが、2025年はもとより、東京都が最も苦しくなるであろう2035年、2040年といったところも含めて、議論していければというところなので、

この中でも若輩者の私に座長という大役を任されたのではないかと思っております。

ここでは「区南部」という地域での議論をしていきますが、それぞれの現場で地域というものは必ず変わってくるはずですので、そういった観点からも、ご自分の地域の中でのいろいろな課題等を教えていただきながら、ともに東京都の医療がよりよいものになるように、皆さんで意見を交換していきたいと思っております。

どうぞよろしく願いいたします。(拍手)

○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：この会議は、病床の機能分化が大きなテーマなので、東京都病院協会代表としてご参加いただいている高野先生と、保健衛生を担う行政の立場から、本日は欠席ではございますが、杉坂大田区健康政策部長に、副座長をお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

[全員、拍手で了承]

(高野副座長、副座長席に着席)

○久村課長：それでは、これ以降の進行は鈴木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。

まず、この調整会議の前身として開催されました「意見聴取の場」の議論を踏まえて、この7月に東京都が地域医療構想が策定されたわけですが、その概要について、東京都より簡単にご説明をいただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○矢沢部長：それでは、この地域医療構想の概要と区南部の地域についてお話をさせていただきます。

まず、資料3、「東京都地域医療構想概要」をご覧ください。

地域医療構想は5章立てになっておりまして、「第1章 地域医療構想とは」、「第2章 東京の現状と平成37年(2025年)の姿」、「第3章 構想区域」、「第4章 東京の将来の医療～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、将来にわたって東京都の医療提供体制を維持・発展させ、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を実現するための方針であるいたしました。

これは、非常に当たり前でございますが、最も難しいだろうということで、これを最初に宣言したところでございます。

そして、医療法では、次の2点を記載することになっております。

1つは、構想区域ごと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。

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いたしました。

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に記載しております。

この東京都地域医療構想は、東京都保健医療計画の一部でございまして、平成30年に改定する次期保健医療計画と一体化をいたします。

この第2章では、「東京の特性」として、①～⑧までを挙げており、高度医療施設や医療人材の育成施設が集積していること、中小病院や民間病院が多いこと、交通網が発達していること、高齢者の人口が急激に増え、特に、独居の高齢者の増加が重要なポイントであることなど、東京の特性を記載した上で、将来推計をいたしました。

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床必要だと推計されました。現行は10万5000床程度ですので、8000床近く足りないという数字になっています。

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、病床稼働率も全国一律の値で割り返しているものが、今後も変わらないとして行ったものであることなど、変動要素が多く含まれておりますので、東京都は、厚労省とも協議の上、基準病床数制度によりまして、きめ細かく病床の整備を行うこととしております。つまり、一度に8000床作るということではないということ、ここでご説明申し上げます。

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」は、疾病事業ごとの柔軟な医療連携の範囲を示す概念でございます。構想区域にこだわることなく、これまで培った医療連携を基盤として、今後必要に応じて設定していくことにいたします。

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」の実現に向けてという、この永遠のテーマに向けて、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

この「地域包括ケアシステム」を下支えするとしたことを、この基本目標に入れたことと、グランドデザインというものを掲げたことと、最初に申し上げました、「全ての人々が協力して、実現する」と宣言したということが、東京都地域医療構想の3つの特徴でもございます。

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」となっております。

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

それでは、この区南部の構想区域の状況についてご説明したいと思いますので、資料4をご覧ください。本文では、57ページでございます。

まず、「2025年における4機能ごとの流出入の状況」についてですが、2ページ目の高度急性期、3ページ目の急性期に、入院患者さんの受療動向と、圏域内の完結率などお示しいたしました。

矢印の太さが太ければ太いほど、人数が多く流出入していることで、点線の場合は、1日当たり100人未満の出入りしかないということを示しております。

そして、高度急性期については、ほとんど動きはなくて、1日当たり5.3人程度の流入超過になっております。他の地域では何百人というところもあるので、ここは、この圏域で非常に収まりがいいような動きをしているところがございます。

そのことがわかるのが下の帯グラフで、区南部にお住まいの方がご自分の区域に入院されている割合で、73.6%になっていて、隣接区域に入院されている人が16.5%ですので、それらを足し合わせると、約9割の方が、ご自宅のある区域か隣の区域に入院されているということで、余り遠くに行かずに高度急性期医療を受けられているということになります。

急性期については、少し動きがございまして、68人の流出超過となっておりますが、下の帯グラフを見ていただきますと、ご自分の区域に入院する方が77.2%で、隣接区域に入院されている方が13.2%ということで、それらを足し合わせますと、約90%ということになります。

次に、4ページ目の回復期ですが、こちら少し動きが出てまいりまして、46.9人の流出超過となりますが、神奈川県の川崎というところも、名前が出てまいります。

そして、下の帯グラフでは、自構想区域での入院が75.2%で、都内の隣接区域での入院が12.3%ですから、足し合わせますと、約87%ということで、高い割合になっております。

一方、慢性期機能となりますと、大きな動きがございます。

千葉県に行ったり、神奈川県に行ったり、南多摩に行くということもあるという状況でございます。

ですので、ご自身の区域に入院できている方は46.5%にとどまりまして、都内の隣接区域の10.5%を加えても6割を切るということで、慢性期については非常に流出が多く、716人が1日当たり流出しているという状況です。

次に、6ページ目には、「2010年から2040年までの人口・高齢化率の推移」と、「医療資源の状況等」をお示ししております。

2025年の高齢化率の東京都平均は、25.2%と推計されておりますが、この区域は24.0%ですので、東京都全体よりも低いと推測されております。

また、これも特徴ですが、15歳未満の人口の割合は、2025年の東京都全体では約10%と予測されておりますが、それよりもやや少ない9.8%と予測されております。そして、2040年になると、東京都の平均と同じようになっていくだろうと推測されております。

それから、7ページ目には、「医師・歯科医師等の従事者数」も書かせていただいております。

下の括弧内の数字は、人口10万対の人数で、この地域には334人の医師がいるとなっておりますが、この数字も東京都の平均値より大きい数字でございます。

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。

将来の推計につきましては、このあとの説明の最初におさらいをさせていただきますが、推計値は、診療報酬の点数で、数えたものでございます。

それに対して、病床機能報告というものを、高度急性期から慢性期まで、病棟ごとに自己申告で出していただいておりますが、それとは大きく異なってまいります。

そのことがわかるのが、9ページの、「平成37年（2025年）の病床数の必要量等」と、「平成26年度病床機能報告結果」でございます。

上の病床数の必要量では、高度急性期機能は15.7%。急性期機能は41.6%となっているのに対して、下の病床機能報告では、高度急性期機能が40.0%で急性期機能は38.4%となっております。

このように、全体から見ましても、高度急性期機能では、病床機能報告のほうはかなり多くなっておりまして、回復期機能については、病床数では31.9%で病床機能報告では5.2%ということで、かなり少ない数字になっております。

これは、よって立つところが違うので、単純比較はできないのですが、何らかの目安としてご覧いただけることができるかと思えます。

回復期については、術後すぐに行う急性期のリハビリから、急性期を脱したあとの回復期リハが終わって、慢性期に行くまでの間に行うものを全部回復期とすると、この考え方がずいぶん違ってくるので、解釈が難しいところかもしれません。

いろいろな推測が出てまいりますので、それについては、後ほどの議論の中で、この地域がどうなっているかというところを考えてまいりたいと思えます。

本日は、このあと、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とか機能別に、また、グランドデザインの目標別に分析した資料等についてご説明いたします。

たくさん資料がございますが、今日は、まずこれらの資料をお目通しいただき、この資料を今後とも提供して、それを参考にして、この地域についての課題を分析して、解決につなげていきたいと考えていますので、まずはご覧いただくことが、今日の目的だにご理解いただければと思います。

それでは、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」や区市町村との意見交換でいただきましたご意見を、なるべくそのまま記載していますので、正反対のご意見なども記載しておりますが、どちらも正しいということで、ここに書かせていただいております。

例えば、この区南部の圏域は、「高度急性期機能から回復期機能まで、バランスよく医療提供されている」とか、「慢性期機能については、空床があるにもかかわらず、流出している」ことがあるのではないかというご意見がありました。

また、「地価が高く、慢性期機能は経営面から難しいのではないか」というご意見や、「在宅復帰が難しい長期療養患者が流出しているというデータは、実感どおりである」というご意見もありました。

さらに、「大田区では、地域包括ケアシステムの構築の上で、回復期機能及び慢性期機能の病床が不足している」というご意見もありました。

また、医療連携として、「高度急性期機能から回復期機能まで、近隣区も含めて連携の道筋ができています」というご意見もいただいています。

これらはご意見ではありますが、ある意味では、課題の抽出だったと思っておりますので、こうしたご意見も踏まえて、今日はぜひ活発なご意見をいただければと思っております。

ご説明は以上でございます。

○座長：どうもありがとうございました。

地域医療構想の中でも、特に、区南部地区の現状と将来について、資料4を中心にご説明いただきましたが、この際、確認のために聞いておきたいことなどはございますでしょうか。

一番ご理解していただきたいことは、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能と分かれていて、病床で議論しているのではないということです。

我々が報告した病床機能報告とは全く別のところで、供給量が多いとか少ないという推計なので、そのところにご留意いただければと、個人的には思っております。

いかがでしょうか。

○亀山（N T T 東日本関東病院）：この病床機能報告は、平成28年度の結果はこれから集計だと思いますが、平成27年度のものを見ますと、「参考資料」には、慢性期の病床数として、この地域は、合計471床で、その内訳は、大田区が387床、品川区が84床と出ています。

新しくできた五反野リハビリテーション病院が、回復期の病床を240床ぐらい持っていて、これを加えると711床ぐらいになりますので、ベースになる数が大幅に変わるところもあります。

私が承知しているのはこの病院だけですが、ほかの地域でも大きな変化を捉えて議論しなければいけないような現象があるということを確認しておかれたほうが良いと思います。

○座長：ありがとうございました。

○矢沢部長：この報告をつくったのは平成26年度のもので、後ほど説明させていただくのは平成26年度と平成27年の両方を出させていただきます。

おっしゃるとおり、平成28年度はまだありませんが、そのあたりは、ご発言の内容を加味して考えていきたいと思っております。

○座長：病床に関してはかなり流動的で、それぞれの病院のそれぞれのご判断の中で考えていかなければいけないこともありますので、そのところを今回の会議で全部決めるとかいうのではなくて、これからも議論を継続していくための一つの資料というふうにお考えいただいて、議論を進めていけばよろしいのではないかと考えております。

○亀山（NTT東日本関東病院）：もう1点申しますと、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4つの機能に分けてあって、今日も精神科の先生が見えていますが、この精神科については、対象外だったと思います。

しかし、今後の地域医療を考える上で、この地域でどの病院がそういう病床をどれぐらい持っているかということの視点も、非常に大切だと思いますので、追加して考えていくほうが良いと思っております。

○座長：ありがとうございました。

私も非常に重要だと思っておりますので、後ほどその辺も話題にしたいと考えていました。

ただ、この地域医療構想という考え方は、「医療・介護総合確保推進法」の中で出てきた議論なので、高齢者医療が主なターゲットになっていますので、

今まで策定してきた「5疾病5事業プラス在宅医療」とはまた別のものなんです。

もちろん、医療計画の中には、地域医療構想の考えが反映されますが、地域の中で必要な医療というのは、やはり、確保しなければいけないということは、東京都としても十分ご理解いただいていると思います。

この点について、矢沢部長、いかがでしょうか。

○矢沢部長：先生が今おっしゃったとおり、高齢化が焦点になっていて、地域医療構想という地域の医療なのに、いろいろなところが視点として抜けているということは、事実かと思います。

ただ、この地域医療構想は、国の考え方に従ってつくりましたが、東京都の医療提供体制はこれだけではなくて、精神科とか感染症だったり、小児医療、周産期医療といったところも、非常に重要だと思っておりますので、そういったものを含めながら検討していきたいと考えております。

また。保健医療計画では、そういったところも書かせていただこうと思っております。

○座長：ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。ここでご議論いただくことが、顔の見える関係性の構築になり、これからのこの地域の医療の構成について非常に重要ではないと思っておりますので、ぜひ忌憚のないご意見をいただきたいと思っています。

(2) 病床機能報告から見る「現状」について

○座長：それでは、この地域はどういう状況なのかということ具体的掘り下げて、いろいろな集計をされていますので、この点について、東京都のほうからご説明をいただきたいと思っています。

○事務局：それでは、病床機能報告のデータをご紹介します。

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というのは、国が定めた方法で推計をしているものでございます。

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。

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がもとにされておまして、患者1日あ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、次のページにございますので、後ほどご確認いただければと思いますが、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。それを人口推計で引き延ばしまして、2025年の患者数を推計しております。

右側の「2. 慢性期機能の患者数」をご覧くださいますと、慢性期機能だけは、2013年をもとにしながらも、「※1」は、「療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の7割を在宅医療等に対応する患者数」、「※2」は、「療養病床の入院受療率の地域差を縮小させる分」、さらに、「一般病床に入院している、医療資源の投入量が少ない175点未満の患者さん」を、在宅に移行することなど、ほかの3機能とは異なる要素が、国のほうで計算式に盛り込まれております。

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

それから、下の段は、2013年と2025年の東京都全体の病床数を比較した表となっております。

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された結果でございます。2025年と比較しますと、回復期機能だけが少ないという結果になっております。ただ、先ほど見ていただいた2013年から2025年までの推計とは全く異なる結果でございますので、単純比較ができないというところは、ご確認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に、年に1度、相当多岐にわたる内容をご報告していただいているもので、その内容は東京都のホームページにも公開しております。

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

ただ、あくまでも、地域の皆さまが現場で感じていらっしゃる課題について、今後さらに掘り下げていくための一助になればと思い、ご紹介するものですので、そういう前提で聞いていただければ大変助かります。

2枚目のデータを見ながら、1枚目のまとめのページで確認するという形で進めたいので、まず、2枚目のデータ1「病床機能報告における4機能ごとの病床数」をご覧ください。

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、ご覧いただきますと、高度急性期機能のところは1000床ぐらい減って、反対に急性期機能のほうが1000床ぐらい増加しているという結果でございます。

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

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

例えば、回復期機能を見ていただきますと、この機能と回答した病棟は、「回復期リハビリテーション病棟入院料」と「地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料」しかなかったということがわかるかと思います。

それから、データ3「4機能と病床稼働率」は、各機能の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、高度急性期機能と慢性期機能は、東京都平均と比べると低くなっており、急性期機能と回復期機能は、東京都平均よりも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、比較が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された病院さんが、どのような入院基本料を取っているかを並べたものでございます。

区南部は、一番上の「特定機能病院入院基本料」は69.3%と、最も多くの割合を示しております。

一方、下から5段目の「一般病棟7対1入院基本料」が11.6%となっております。ほかの圏域と比べると、割と少なくなっております。

ほかの構想区域では、例えば、西多摩では、「救命救急入院料」や「ハイケアユニット入院管理料」の届け出が多く、7対1はゼロとなっていて、全て急性期機能と回答されていたりします。

逆に、南多摩や北多摩西部を見ていただきますと、7対1のところは8割以上となっております。高度急性期機能の8割以上が7対1を届け出ているということになります。

ただ、こちらは自己申告ですので、地域の医療資源のあり方によっては、各機能の捉え方が地域ごとに異なるという結果かと思っております。

続いて、5枚目をご覧ください。これは、先ほどのデータ3の病床稼働率を全構想区域分比較したものでございます。高度急性期機能と急性期機能を掲載しており、6枚目には、回復期機能と慢性期機能を記載しております。

東京都平均と比べますと、急性期と回復期の機能の割合が高いのですが、回復期機能をご覧いただきますと、都内の構想区域で病床稼働率が一番高いという結果でございました。

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9.3日で東京都平均9.4日と、ほぼ同じでございます。

急性期機能は、9.8日で、東京都平均の11.2日よりも短く、逆に、回復期機能は67.7日で、慢性期機能は236.9日で、どちらも東京都平均の50.7日と152.1日と比べて長くなっております。

特に、慢性期機能のところは、介護療養病床が多いことなどが、在院日数の長さに影響しているのかなと考えております。

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、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。4つの機能に関しては自己申告で回答していただいておりますので、始まったばかりの制度ということもありまして、まだまだ流動的な状況でございます。

右側の「区南部の状況」を見ていただきますと、データでご確認いただきましたとおり、1年間に1000床ぐらいの病床が、高度急性期機能から急性期機能に自己申告を変更されているというような結果でございます。

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、約7割が特定機能病院入院基本料を届けていて、7対1入院基本料を届け出ている病院は、9割以上が急性期機能を選択して、残りは高度急性期機能を選択しているというような結果でございました。

そして、回復期機能を選択した病院は、回復期リハビリテーション病棟入院料、または、地域包括ケア病棟入院料を算定しているところだけという結果でございます。

それから、左側の留意点の②をご覧ください。病床機能報告と将来推計の差というのは、先ほどから申し上げていますが、もう1つの違いをご紹介しますと思います。

病床機能報告は、病棟単位で報告いたします。例えば、30床の病棟であれば、丸ごと「高度急性期機能」という形でご報告されます。一方で、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は2088床で、将来推計のほうは、2025年時点で1012人の高度急性期相当の患者さんがいらっしゃるとして、その患者さんをみるために1349床が必要ではないかというような結果でございます。

ただ、そのまま比較することができるものではないので、この差の約700床を減らさなければならないといった見方ではないということに注意していただければと思います。

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います。

さらには、この地域にどういう医療が不足しているか、あるいは、これから不足すると見込まれていて、何を充足していかなければならないかということ、考えていく必要があるのかと思います。

その右側をご覧くださいますと、将来推計では、回復期機能が31.9%を占めているのに対して、現在の病床機能報告では5.5%と、相当開きがございます。

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というふうにされていますが、先ほどから申し上げており、単純比較できないものと考えておりますので、不足しているかどうかを考えるためのきっかけにいただければと考えております。

例えば、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、先ほど、亀山先生からご指摘いただきましたように、新しい病床ができたので、足りていると見るのか。

また、今後増えていく在宅復帰に向けた医療と、それをやろうという医療機関の数が足りているのか、病床稼働率を考えると、それを上げれば将来の医療需要の増加にも耐えられると考えるのか。

それとも、この圏域だけを見ると不足感があるけれども、周囲の構想区域の病院が補完的な役割を果たしているから、そことうまく連携していこうと考えるのか、いろいろな考え方ができると思います。

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よいのかなと考えております。

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示しております。

入棟前の場所としては、回復期機能のところでは、「院内の他病棟からの転棟」が36.4%で、「他の病院、診療所からの転院」が56.5%で、これらは東京都平均よりも高い値でございます。

逆に、「家庭からの入院」の6.7%は、東京都平均よりも3分の1ぐらいの値となっております。

慢性期機能でも、「院内の他病棟からの転棟」のところは、53.8%を占めておりまして、東京都平均よりも高い結果でございました。

データ6の、「退棟患者の退棟先の場所」では、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能で、東京都平均よりも「家庭への退院」が少し多く出ております。

慢性期機能のところをご覧くださいますと、「死亡退院等」が46.0%で、これは、区西部に次いで都内では高い値となっております。また、「家庭への退院」は16.7%で、これは、東京都平均の半分ぐらいしかないというような結果でございます。

これらのデータを総合して考えてみますと、区南部は、高度急性期機能や急性期機能につきましては、平均在院日数も短く、家庭に帰っていく率も東京都

平均よりも高くなっていますが、慢性期機能においては、東京都平均と比べると、より長い、長期の療養に病床が活用されておりまして、先ほどの「死亡退院」ということもありますので、看取りの機能も担っていただいているような形が見えるのかなと思います。

データ7は、「退院後に在宅医療を必要とする患者の割合」をご報告いただいたもので、3.9%となっております、東京都平均は8.5%ですので、それと比較すると低いということになります。

東京都全体と比べて高齢化率は少し低いかなというぐらいですので、それと比べると、値がずいぶん小さいかなという印象がございます。

元気にお帰りになる患者さんが多いのか、もしかすると、退院後の患者さんの状況まではまだ押さえていないために、報告数値にあらわれていないだけかかもしれません。

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と考えているかを報告いただいたものでございます。

他の構想区域ですと、「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るところが多いのですが、区南部では、「緊急時に対する機能」が最も多く、30%となっております。

また、「在宅医療の拠点としての機能」が15.0%、「終末期医療を担う機能」が20.0%を占めているという結果でございました。

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きました。

続いて、資料6「在宅医療等について」をご覧ください。

地域医療構想では、病床の機能分化に話題が集中しがちですが、その分化の先では、これまで以上に在宅医療が重要な役割を担うこととなりますので、病床機能報告の結果とは少し離れますが、続けてご説明させていただきたいと思っております。

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

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

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

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

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

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

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

今後の高齢者人口の伸びを勘案しますと、右側にグラフがございしますが、在宅医療の需要は大幅に増加すると予測されております。このうちの「訪問診療分」だけで見ても、2025年には2013年の1.67倍ということになっております。

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

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

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

ただ、こうした入院医療機関が、必ずしも区市町村内に存在するわけではない場合もございますので、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いう声も聞こえております。

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ければと考えております。

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、お力をぜひ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というところも、議論になるかと思えますので、意見交換の結果はこの調整会議にもご報告をさせていただければと思っております。

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。

非常に多岐にわたるご説明がありまして、詳細なデータが出ているわけですが、データはデータでございまして、これをどう解釈するかということと、それから、こういうデータから見えない部分もあって、まさに、その部分は、私たちの現場での感覚というものが、非常に重要なんだろうと思っております。

例えば、今回の地域医療構想の中で、回復期機能とされているのは、診療報酬だけのくくりで議論されているわけですので、そこで適切なリハビリがなされているかどうか、在宅復帰支援がなされているかということは、特に、このところでは問われていません。

しかし、実際は、区南部の地域医療の中では、そういった役割を、ひよっとすると、一般病床が補っているのではないかというところもあって、そのところで、ある程度バランスはとれた地域というふうに言われるのかもしれない。

そういったことも含めて、今のご説明に対してのご質問でもご意見でも結構ですので、皆さまからいろいろお聞きしていきたいと思えます。

今回は初回ですから、ちょっとしたことでお気づきになったことでも結構ですので、ご発言をいただければと思えますが、いかがでしょうか。

私は、在宅医療の推進をやっている立場の人間ですが、在宅医療の将来推計を見てみると、2倍ぐらいの医療ニーズが出てくるということです。

そして、この地域は、在宅医療に関してはかなり頑張っていて、(ア)から(ク)と言われている、国が示した指標については、かなりの部分をクリアしている地域であると思っています。

ただ、「あと2倍やれ」と言われたときに、果たしてクリアできるかということ考えると、この国が示したものだけでも、ちょっと厳しいのかなというようなことを考えてしまいます。

例えば、この地域医療構想の勉強会のときに、ある区の保健所長さんが発言されまして、「うちの区は、1つの在宅医療機関がすごく頑張っていて、在宅看取り率を引き上げている」とおっしゃっていました。

ただ、東京都の死亡率が高まってくるのは、2035年から2040年、あるいは、2050年ぐらいまで続くと言われていますが、そのときに、今の専門クリニックの先生がちゃんと動いているかどうか。

その先生を私は知っていますが、同じ年代なので、その時代には働けなくなっているかもしれないような状態ですので、そうなってくると、在宅医療機能が地域で提供できるような体制をちゃんと考えて、1つの医療機関だけが頑張っても、そこを引き継ぐということを考えていかないと、どうにもならなくなってしまうだろうと思えます。

特に、東京都の場合は、2050年ぐらいまでを想定しながら動いていく必要がありますが、実際にどうなるかが予測しきれなくて、流動的な部分はあるんですが、死亡者数が増えることは間違いないので、そういう長期の構想について、東京都のお考えはいかがでしょうか。

○矢沢部長：在宅を本当にどうしたらいいかということが非常に問題だと思っています。都内で在宅の管理料を取っている人の数が、6万から7万と推計さ

れていて、2025年には14万人という推計が出ていて、その推計を出した
はいいのですが、どうしたものかというところです。

一方、これからは、医療連携の関係で、1つのクリニックが1人で在宅をや
るのではなくて、何人かでグループを組んでいただいてやるとか、あるいは、
病院と診療所がグループを組んでやっていただくとか、そういったやり方を今
後やっていかないといけないと思っています。

○座長：その辺は、今後の工夫次第ということで、この辺は久村課長さんもか
なり関わってくるところじゃないかと思います。

皆さん、ご意見などいかがでしょうか。

○酒寄（品川区医師会）：非常にたくさんの資料をご説明いただき、東京都の
平均がほかの地域と比べてどうかというお話でしたが、この地域のことをやる
のに皆さんがお集まりいただいているので、現状把握ということであれば意味
がありますが、ほかの地域と比べることに意味があるのかということに疑問に
思いました。

それから、在宅医療についてのご説明で使われた資料は、私もよく活用させ
ていただいています。が、「(ア) から (ク)」というのは、「(1) から (8)」に
したほうがいいのじゃないかと思っています。

それはともかく、「平成30年4月までに、全ての区市町村が主体的に取り
組む」となっていますが、こんなにいっぱいできないですよ。

しかも、今までは補助金をいただいて、やらせていただいていたのが、来年
度から補助金がカットされ、「区市町村からお金を引っ張ってください」と言
われて、今回、交渉したら、「補助金よりも少ない額でやってください」とい
うことでした。

東京都さんは、それを区市町村に落としているわけですが、区の評価として
はそういうことでした。それはなぜかと言いますと、「実績がないから」とい
うことでしたが、実績がないのは当たり前で、会議をやるにも会議費がかかり
ます。

ですから、私どもは、「医療と介護の連携」という言葉がここにも載っていますが、「品川区においては、“医療内の連携”も十分でないのに、医療と介護の連携は、この予算ではできないので、“医療内の連携”だけ一生懸命やらせてください」というお話を区のほうにしています。

○座長：ありがとうございました。

相当ご苦勞されているのですね。非常に感服いたしました。

大田区と品川区では事情はかなり違いまして、大田区の場合は、この（ア）から（ク）までの項目については、（ク）の近隣地域との連携というところまではまだ進んでいないですが、それ以外のところは、ほぼクリアをしています。

特に、補助金はそれほど多くはいただいていませんが、やってみると、お金はそんなにはかからないかなと思っています。

ただ、今までの医療の方向性とまるで違うことをやらなければいけないので、そのところの意識改革というのが、一番時間がかかることだし、大変なところではないかなと思っています。

○酒寄（品川区医師会）：鈴木先生がおっしゃるとおりで、意識改革が一番必要なのか何かというと、それは、医者自身なんですね。そこが一番動かないので、詰まっているというのが実感です。

○座長：そこは、相当苦勞されていらっしゃるんですよね。私も、実は、非常に苦勞しております。

それに関して、例えば、病院の中には、「このケースはもう在宅に帰せない」というふうに、頭から決められて、在宅復帰することを検討しないという場合が結構あると言われてしています。

がんの終末期の患者さんで、最終的なゴールが看取りということであれば、家に帰れない患者さんというのは、基本的にはいないと言っても過言ではないと思っています。

もちろん、果たさなければならぬいろいろな医療行為は出てくると思いますが、そのところをかなりシンプルにしたり、あるいは、「がんの終末期に

おいては、輸液等は余り必要ではない」という意見もございますので、そういったところも勘案していただくと、かなりの部分が在宅に帰ってくるができるし、在宅で看取りができるわけです。

ただ、もちろん、急な病状変化を起こす場合もありますので、その辺のところは、病院とうまく連携しながらということになってきますから、そういった医療体制を築いていくためには、地域の中の病院と在宅、診療所の医師たちが、同じテーブルの中で話し合いをする機会をつくらないと、なかなかうまくいかないのではないかと思っています。

ですから、医師の意識改革というのは、医師会のかかりつけ医だけではなくて、病院で働いている一人一人の先生方にも関わってくるのではないかと思っています。

これから、専門医の構想とかの大きな変化が出てきて、医療は大きく変わっていきますので、そのところがわかりづらいのかなというところもあるだろうと思います。

この辺は、安藤先生、何かご意見はございますか。

○安藤理事：意識改革というのは非常に大事で、これは、医師だけの問題ではないと思っています。

例えば、在宅を考えていく中でも、訪問看護ステーションの看護師さんと、病院の看護師さんとは、本当に“水と油”のような状況があるところもあります。

しかし、今は多職種連携、協働という時代になってきましたので、そういう意味では、研修なども含めて、いい意味で、ある程度まぜこぜにしていくというようなことで、意識改革をしていくということが、非常に大事だと思っています。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○成瀬（田園調布医師会）：今おっしゃったとおり、在宅をやっている先生方と病院の先生方が一緒に話をする場所が欲しいというのが、我々の意見です。

大田区では、28の病院の代表と医師会の代表と、区の保健所が入りまして、10年前から話し合いができる入院協議会を持っていて、お互いの入退院をうまくやっっていこうじゃないかという専門部会もあります。

それがある程度機能してきましたので、この調整会議のメンバーと、この協議会のメンバーで、在宅と入退院についての会議を、来年度にはぜひ立ち上げていきたいと思っていて、そういうことをしていくことによって、お互いのドクターの意識改革になっていくと思っています。

なお、病院のほうから言いますと、大変失礼ではありますが、在宅の先生がなかなか信頼できなくて帰せないということもありますので、そういうような話し合いができる場を、来年度から始めていけば、お互いの信頼関係もできていくのではないかと思います。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。別の話題でも結構ですが、

○成瀬（田園調布医師会）：今度は入院のほうですが、区南部は地域内での完結が非常によくできているというおほめの言葉をいただきました。

ただ、病床機能数をどうするかという話になると、病院側としては、「おまえのところはまずいから、やめなさい」と言われるのじゃないかという危機感を持っているところが多いんです。

この病床機能報告と将来推計に差があるので、高度急性期は15%に、あるいは、慢性期は31%にしろと、上から言ってくるのではないかというのが、病院で働いている人たちが心配しています。

我々のところでは、保険診療をやってもなかなかもうかりません。どこの先生方も非常に厳しいと思います。そうすると、そこで生きていく上ではどういふことをしていかなければならないか。

7対1から10対1に変わるだけで、収入は大きく変わる中で、「どの機能に変えなさい」と言うようなことはないとおっしゃっていますが、その辺が本当はどうかをお聞きしたいと思います。

○矢沢部長：今のお話はあちこちで言われますが、少なくとも、この推計値に揃えていくという考えは、私どもは持ち合わせておりません。

これは、患者さんの流出入がある中での推計ですし、病院が一つできたり、閉じたりということがあると、大きく変わるものなので、これを、全部揃えようとは思っていませんし、「強制的に変わってください」と言える立場には一切ありませんので、そこはご心配要らないと、はっきり申し上げたいと思います。

○成瀬（田園調布医師会）：この発言は適当でないのかもしれませんが、「病床数が過剰である」と判断された都道府県と、「病床数が足りない」と判断された東京都では、立場的にかなり違っていると思っています。

ですから、東京都としては、比較的穏やかな気持ちでこの調整会議に臨んでおられると思いますが、どういう立場をとっていかということ、それぞれの医療機関の判断に任せるというのが、恐らく東京都の態度だと思いますが、

○矢沢部長：何度も申し上げておりましたが、なかなか信じてもらえないのですが、私どもは、何かを強制するとか、何かをお願いするということではなくて、「こういう数字が出て、現状はこうです」というところまでをお話しして、今までどおりでいいのであれば、それでも結構なんです。

ただ、2年に1回、診療報酬の改定があつて、どういうことが行われていつて、医療機能が変わっていくということは、これからずっと続いていくので、そのあたりを、我々は、できる範囲でデータを分析して、提供して、現状把握を繰り返し行っていくということ、始めていこうとしています。

ですので、今後この地域が、今のままでいいということでも結構ですが、どうしたらよくなるかということを考えていただければとありがたいと思っています。

○座長：極論を言えば、逆に、新しく病床をつくってもいいというような、東京都の姿勢だということですので、全体数を減らさなければいけない地域とは、かなり姿勢が違うので、そこはご理解をいただければと思っております。

ほかにいかがでしょうか。

傍聴の先生方、関係者の方々からご意見があれば、ぜひお聞かせいただきたいと思えます。

○中瀬（大森赤十字病院）：詳細なデータを出していただき、ありがとうございました。

私どもは高度急性期病院ですので、高度急性期と急性期の区分けを知りたいと思えます。

特に、特定機能病院は、この区南部では高度急性期に全部入っていて、ほかの地域でもほとんど入っているということですが、DPCデータ上、例えば、同等の医療機能を有しているN T T 関東病院は、高度急性期と急性期に分けて届けられていて、こちらのほうが実態に近いのではないかと考えています。

都内にはかなりの数の特定機能病院がありますが、それらが全部高度急性期に入れられてしまうと、データにかなりひずみが出るのではないかと考えています。

ですから、今後のサブ解析の段階においては、特定機能病院は特定機能病院として別に置いておいて、その中を区分けすると、また大きな議論になると思えますので、それ以外のところについてサブ解析していただければ、実態に近いところがあるのではないかと考えますので、ご検討していただければと思えます。

○矢沢部長：ありがとうございました。検討させていただきます。

○座長：区中央部などは、高度急性期しかないというような感じなので、そのところはどのようにするのかというのは、周辺の地域も含めて考えていかないと、答えが出ないのではないかと考えます。

ところで、大田区の中で小児在宅の推進ということで意見がありましたので、その点について、傍聴で来ていらっしゃる神川先生、ご発言いただけますでしょうか。

○神川（蒲田医師会）：大田区というより区の南のほうですが、子供の在宅に関わる回復期、慢性期の病床が全くありませんので、小児の在宅を進めようがないのです。

我々が考えているのは、例えば、荏原病院のような公社が、高度急性期から下に来るような、在宅の支援病院になっていただいて、そこで小児の在宅をみてもらう。

つまり、高度急性期が終わったら、なるべく早く荏原病院に落としてもらって、病院が在宅を持ってもいいし、そこと組む開業医が在宅を一緒にみてもいいし、そういうシステムをつくって、子供を包括的にみていくというようにしていかないと、なかなか回せないだろうと思っています。

あと、危惧しているのは、基本的に、小児科学会の地域医療提供体制にある小児医療センターというのは、ある程度大きな病院に入っていますが、その病院でもし、急性期は無理だから回復期になった場合、急性期としてそのまま診療報酬をもらえるようになるのかということです。

当然のように、小児科はもともと赤字ですから、一番先に出される科なので、最近では、病院の中の小児科が赤字になると、どんどん切られているのが現状です。

そういう中で、小児在宅を何とか回すためには、公社のようなところが、その地域をきちんとまとめてもらって、「子供のことは全部うちで面倒を見ますよ」というようにしていただけないと、在宅医療とか地域包括ケアというのは全く成り立たないのではないかと危惧しています。

○座長：ありがとうございました。

この辺についての都のお考えはいかがでしょうか。

○矢沢部長：ありがとうございました。

先生がおっしゃることはごもっともだと思います。ただ、公社にも自分のことを考えていただきたいということもありますので、そういったご意見があったことを伝えて、どう考えるかを検討してもらおうようにいたします。

○座長：これは、5疾病5事業の医療計画の問題で、この地域医療構想とはピントが少しずれるところで、都民のための医療体制を確保するという会議なのですが、都民のニーズがある医療ということで、削れない部分が必ず出てくると思っています。

ですので、これから少子高齢化の時代に入りますが、子育て支援というか、子供が育てやすく、病気になった子供もちゃんと療養ができるという体制を整えていかないと、日本という国の国力そのものが危うくなっていくという観点からすると、そこの部分も非常に重要な気がしています。

ほかにご意見は。高野先生、いかがでしょうか。

○高野（東京都病院協会）：私は、大田区の中で蒲田医師会に属しています。

大田区だけでも医師会が3つありまして、我々の連携というのは非常にうまく回っていて、そんなに不自由はありません。

ただ、大田区の中の病院については非常によくわかりますが、同じ区南部といっても、品川区のほうとは、情報が減るといえるか、顔の見える割合が下がるというか、そういうようなこともあるのではないかと考えています。

そういう意味で、きょうの機会は、区南部というくくりで、2つの区が合同で一堂に会していますので、非常に貴重な機会だと思います。

そして、経営に関する不安点とか、ベッド数の削減を求められる不安とか、いろいろあると思いますが、あくまでもこの地域の医療をよりよくしていくというのが、この会議の目的です。

ですので、病院の入院医療のみならず、小児医療のお話も出ましたし、先ほどは精神科の話もありましたが、精神科救急は、大田区でも行き場がないので、非常に身近な問題でありますので、お互いに連携を深め、解決に向けての意見がたくさん出れば、きょう集まった意義がより深まるのではないかと考えております。

○座長：ありがとうございました。

それでは、資料のご説明がもう一つありますので、次の議題に進ませていただきたいと思います。

(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、グランドデザインが掲げられておりますので、そのご説明をまず聞いた上で、また議論していきたいと思えます。

それでは、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のとおり、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いただきますので、その部分を中心に説明いたします。

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

ここでは、基本目標の達成に向けた課題を4つにまとめております。

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

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」です。ここでは、「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すること。

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

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

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

次は、「在宅移行支援の充実」です。

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

最後に、「災害時医療体制の強化」です。

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

続きまして、資料8をご覧ください。

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

既存の統計資料や病床機能報告から抽出しております、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。

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、区南部の実際の数字を見比べながらお聞きいただければと思います。

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

区南部の1行目の「救急告示医療機関数」という項目をご覧ください。上段の「23」という数字は、区南部における救急告示医療機関数をあらわしております。

下段の「0.55」は、救急告示医療機関数の「23」を、資料には記載しておりませんが、区南部の病床機能報告の対象病院数「42」で割り返したのになります。

つまり、区南部の病床機能報告の対象病院のうち、5割半ば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「42」で割ったものとしてご覧いただければと思います。

次に、「B. 急性期後の支援、在宅復帰の支援の状況」という項目の10行目「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「289」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「3.67」という数字は、「289」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、区南部で病床機能報告を報告した病床数の合計、7876床で割り返して、100を掛けたものとなります。

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

同じ箱の右上の(18)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「0.43」というのは、この算定病院数「18」を区南部の病床機能報告の対象病院数の「42」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、区南部の病床機能報告の対象病院のうちの約4割が、この加算を算定していることを示しております。

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

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

次に、ここからは、資料7と資料8を見比べながら、区南部の特徴的なところをご紹介したいと思います。

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。

4行目の「救急車の受入病院数」をご覧ください。区南部で救急車を受け入れた病院数は「31」ございまして、割合にすると、「0.74」と、都全体と同じぐらいの数字となっております。

5行目の「救急車の受入件数」をご覧ください。こちらは、1年間で7万6708件受け入れてございまして、1病院当たりでは1826件と、区西部に次いで高い数字となっております。

これらの数字は、区南部で救急医療に参画している病院さんにおいて、積極的に救急車を受け入れていただいている現れではないかと考えております。

資料7の2ページ目の、2つ目の「医療連携の強化」と3ページ目の「在宅移行支援の充実」につきましては、資料8の1ページ目の10行目から17行目の、「B. 急性期後の支援、在宅復帰後の支援の状況」と、2ページ目の18

行目から27行目の、「C.リハビリテーションの実施状況」をご参照いただければと思います。

資料8の1ページ目の11行目の「退院調整部門を持つ病院数」を見ていただければと思います。

区南部で退院調整部門を持つ病院は「0.48」と、半数に行かず、都全体の数字よりも低い値となっております。

12行目の「退院調整加算1（一般病棟入院基本料等）」と13行目の「退院調整加算2（療養病棟入院基本料等）」をご覧ください。両方併せますと、1か月間で649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、区南部の1か月間の退院患者数は1万2990人おりました、そのうちの649人、つまり、退院患者数の5.0%が、退院調整を行った上で退院していることとなります。

東京都全体ですと、5.9%となりますので、東京都平均より少し低い値となっております。

15行目の「介護支援連携指導料」をご覧ください。こちらは、退院後に導入することが望ましい介護サービス等について、入院中の医療機関とケアマネが連携し、共同で指導や説明を行った場合に算定するものです。

区南部では、1か月間で、68人が、指導や説明を受けた上で退院しております。箱の左下の指数で比べてみますと、都全体が「0.56」に対して、区南部では「0.86」となっておりますので、ケアマネとの連携の力を入れていただいている病院が多いのではないかと思います。

次に、2枚目の「C.リハビリテーションの実施状況」についてをご覧ください。

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

例えば、19行目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、「3.1」となっておりまして、都全体の「2.6」と比べても、多くの患者さんにリハビリテーションが提供されていることとなります。

22行目の「呼吸器リハビリテーション料」も「3.8」と、都全体の「3.1」を上回っております。

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

最後に、4ページ目は、「F.医療人材」の状況についてまとめております。

ただいまご紹介したデータは、既存データの中から関連するデータを集めたものになります。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。

ただいまのご説明に関して、あるいは、最初の資料に戻っていただいても結構ですので、ご意見はいかがでしょうか。

救急などについても、この医療圏では圏域内の医療が結構確立している地域ということで、そのところはかなり頑張っているということではありますが、一方で、ぎりぎりのところでやっているというようなご意見もあるのではないかと考えていますので、その辺も含めてご発言いただければと思います。

○亀山（NTT東日本関東病院）：ちょっと話がそれるかもしれませんが、病床機能報告のところで迷うというか、非常に悩むことがあります。

緩和ケア病棟は、当院では急性期と報告していますが、なるべくご自宅で過ごしていただきたいということで、平均在院日数は20日ぐらいで、病床稼働率を無理やり高めることはしていません。

ほかの病院さんはどうしておられるでしょうか。いつも悩むところなので、教えていただきたいのですが、

○座長：品川あたりには3病棟ございますが、そこも難しいところですね。

都としてはどのようにお考えでしょうか。

○矢沢部長：この報告自体がそういったことを全く規定していないので、ここで「こうです」と言ってしまうと、また、「そうではない」という話になりつつある気がいたしますので、「どこに含めるか」というご質問に対しては、「ありません」というのが答えになるかと思います。

○座長：この地域医療構想という枠の中では、「別枠」と考えていただいたほうが正解なのかなと思います。

　　すごく手間をかけなければいけない部門ですが、いわゆる急性期とかいうような手間のかけ方とはちょっと方向性が違いますので、その辺のところは、別に議論をしてというふうに、個人的には思っています。

　　荒井先生はいかがですか。救急をすごく頑張っていらっしゃいますので、

○荒井（牧田総合病院）：在宅の面で、鈴木先生に本当に頑張ってもらっていて、大田区は非常に恵まれているのではないかと考えています。

　　私の法人でもいろいろなことをやっていますが、在宅になぜ行けないかというところ、どんどん勧めているのですが、例えば、外来の患者さんのデータを集めて、「この人は在宅に行けるのじゃないか」という人を抽出して、在宅を勧めてはいます。

　　しかし、お金の面とかいろいろありますが、入院患者が在宅に行けない理由の第1は、ひとり暮らしのため、在宅に行こうにも行けないということです。

　　医療の状況によって行けないというふうには思っていないで、在宅でできる環境さえ整えばと思って、どんどん勧めるのですが、それがなかなか行けない場合が多いです。

　　そうすると、そういう患者さんは療養型にしか行かざるを得ないので、都内にないので、地方に行くというのが現状ではないかと思っています。

　　どこの急性期病院も、平均在院日数の縛りがありますので、一日でも二日でも早く退院させたいのが事実で、在宅も視野に入れてやっていますが、先ほどのお話のように、10年後に2倍になるかというのは、そういうふうになっていくのは厳しいような気がします。

あと、臨床をやっていると思うのは、医者の認識がないということです。特に、入院をやっている勤務医が、例えば、急性期をやっていると、在宅には興味がないというか、そういう意識がないということも、なかなか在宅にうまく持っていけない理由のかなり大きな要素を占めていると思っています。

○座長：ありがとうございました。

ここは、私に関係した分野なので、ちょっとコメントさせていただきます。

都民、区民に対しての啓発というところが、かなり大きな部分に入りますし、先ほどのお話の独居の患者さんに対する対応についても、周囲のいろいろな意見を調整して、最終的には「独居でも在宅」という結論が出る方は、非常に少ないことは間違いありません。

ただ、逆に、独居で在宅になった方のほうが、実は、我々は結構やりやすいんです。というのは、ご家族が、「こんな症状が出て、不安で心配で」ということで、夜中の12時に連絡されてくるということは、独居の患者さんではまずないからです。

ですから、定時にその方のところに行って、やるべきことをやって、帰ってくればいいわけですから、比較的楽だとも言えますが、意思決定の部分とか環境調整の部分では、ものすごく大変なところがあります。

例えば、私個人で言うと、今年になって、独居の患者さんの看取りを3人しましたが、どこからかクレームが出たりはしていません。

そういったケースがこれからどんどん増えていきますので、退院調整部門、あるいは、病棟からでも独居でも退院できるような体制づくり、そして、行政として、独居の方でも在宅で療養できるような関係づくり、区民への啓発と言ったことを、セットでやっていかないと、なかなか進まないのなかと、個人的には思っています。

ほかにご意見はございますか。新井先生はいかがでしょう。

○新井（東芝病院）：基本的なことをお聞きしてしましますが、各機能ごとの病床稼働率というのは、どうやって出したのでしょうか。

○矢沢部長：それは、国が出している全国一律の値です。

○新井（東芝病院）：例えば、高度急性期は75%という数字がありましたが、その分母はどうやって出したのでしょうか。それぞれの病床について「この病床は高度急性期だ」ということをどうやって決めたのでしょうか。

○矢沢部長：推計にあたって使用した病床稼働率については、国が全国一律で定めた値となっており、その算出方法については示されていないところでございます。

○新井（東芝病院）：わかりました。

実際の数字によって、必要病床数の推計値というのは、当然変わってしまうと思うので、現状では、東京都は足りないということでしたが、本当にそうなのかなと思っています。

以前、どこかの会議でも、「区南部では500床ぐらい足りない」とかいう話があって、「じゃ、いきなり500床の病院ができるのかという心配を、経営者はするのじゃないか」という話もあったかと思います。

ですから、数字によって大きく変わってきますし、先ほどのお話のように、病院が1つできてしまえば、急に変わってしまうということもあるので、実際には機能を分けて考えているけれども、病床はどこも空いているわけです。

そうすると、余り細かいことを考えてなくても、うまくいってしまうのじゃないかということが、何となくイメージとしてあるんです。

急性期だとか慢性期だとか言っているけれども、患者さんというのは、入院しなければいけない人がいて、入院を受けられるし、受けているし、というような印象があるので、病床の機能に関しては、余り詰める必要が果たしてあるのかという気がしています。

一方、在宅医療というのは、機能が全然違う領域になってしまうので、そこがすごく足りなくなってくるだろうということは、実感できるわけです。

それに関して、先ほど、在宅に関しても、独居の話とかがありましたが、実は、今年、身内が亡くなりました。高齢の両親のうちの1人ががんになって、自宅で看取りをしました。

しばらくは在宅で問題なくて、訪問看護にきていただいていたのですが、最終的な数週間はかなり大変だったようでしたので、それを支えた娘たちは、「もう次のときは嫌で、とてもやれないだろう」と言っていました。

このことは、医療者として見ていたイメージとはちょっと違うなということを実感させられまして、現実的には、もう1人の親の場合はどういう選択をするのかという思いを抱かされました。

ですので、国も「在宅、在宅」とは言うけれども、それが実際にできるのかということが、すごく心配になっています。

鈴木先生は、「それはできるよ」と言っていただけとは思いますが、受け入れ側がそういう思いでない人も、たくさんいるのじゃないかという気がしています。

ですから、在宅に関しても、「一億総活躍」ということが言われていますが、みんな働いてしまったら、誰が在宅をみるのかということも疑問に思いますので、国の政策と合致しているのかも、よくわからないと思っています。

○矢沢部長：この病床で割り返す数字というのは、いつも議論になっていて、「高度急性期が75%の利用率で、その病院の経営が成り立つはずがないのに、この数字で割り返した病床というのは、過大に出るのじゃないか」ということが、この構想をつくることからずっと話題になっていました。

ですので、「東京都では8000床足りない」という数字が出ましたが、「すぐにはつきりません」と言っているのは、そういうことで、今ある医療資源を使って、なるべく100に近づけることが先決でしょうということで考えています。

それから、最終的については、先生がおっしゃるとおり、提供側の考え方と在宅を受け入れる人の考え方、東京都の考え方、さらに独居の話などが複雑に入り組んでいるので、私どもとしては、それらがすぐにきれいにまとめられるとは考えていません。

ただ、少しずつでもやっていかなければならない立場ですので、在宅に関するいろいろなご意見をこれからたくさんいただいて、その中で施策に結びつけられるものがないかなというのが正直なところでございますので、ぜひ今後ともそういったご意見をいただければありがたいと思っております。

○座長：ありがとうございました。

○安藤理事：先ほど、病院の経営が厳しいという話でしたが、確かに、都内の病院の経営が、坂道をころがるように悪くなってきました。

全国病院協会のデータでも、昨年から初めて、東京の病院の医療事業ベースでもって赤字になったということで、根本的には地域格差というものがあるのではないかと思っています。

東京の場合は、人件費も土地も高いという中で、全国一律の診療報酬なんです。介護保険の場合は、施設においては9%の上乗せ、介護事業においては14%の上乗せをしているわけです。ですから、病院の経常利益が9%増えたら、経営としてはかなり楽になると思っています。

例えば、区南部では慢性期が少ないということですが、これも、東京都のほうで、療養病床に転換したり新築するために補助金が出ているのですが、それをもらっても赤字になってしまうから、それができないということがあります。

それから、地域包括ケア病棟にしても、リハビリテーションの広大なトレーニングルームをつくらなければいけないということで、これに関しても、東京都の補助金がありますが、こういうトレーニングルームをつくるためにダウンサイジングすると、経営的に成り立っていかないし、増築したくても、土地がないし、あっても高くできないという問題があります。

しかし、そういうところを狙って、東からも西からも、地方で稼いだ病院グループがどんどんリハビリテーション病院をつくっているわけです。

東京都医師会としては、医療と介護は、“地産地消”で、自分たちの地域の病院の人たちが転換するのはいいんですが、その辺についても考えていかなければならないと思っています。

それに関しては、東京都医師会と東京都病院協会から、東京都を通じて、国にも訴えているわけで、そういうところもきちんとやっていく必要があると思っています。

それから、この高度急性期、急性期、回復期、慢性期という分け方についても、余り根拠があるものではなくて、保険点数が3000点以上あるか、6000点以上あるかということで、細かい部分は全部ブラックボックスに入ってしまったいて、聞いてもなかなかわからないというのが現状ですので、そういう点について精査していくことが大事だと思っています。

あと、在宅に関しても、「慢性期で入院している人で比較的軽い人の70%は在宅等に行け」ということですが、高齢者の自然増を考えると、在宅医で約1000人、訪問看護ステーションの看護師が約3000人も、新しく手を挙げていただかなければいけないということですから、大きな数字過ぎるのじゃないかと思っています。

そもそも全国一律のものを東京に持ってくること自体が、本当はおかしいのではないかということも、東京都医師会として強く言っていますし、国のほうでも、都道府県別の診療報酬体系をつくってみようという話も、ちらほらあるようですから、そういうこともしっかり訴えていく必要があると思っています。

○座長：ありがとうございました。

まだまだいろいろなご意見がございますでしょうが、今日は時間となってしまいました。

次回以降にまた、関係団体の皆さまからのご意見もいただきながら、この地域の医療が少しでもよくなるようにご議論いただければと考えております。

どうもありがとうございました。

4. 閉 会

○司会（久村課長）：本日は、活発なご議論と貴重なご意見をいただき、どうもありがとうございました。

最後に事務連絡を3点ほどさせていただきます。

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

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

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

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

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

(了)