

〔平成 28 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西部〕

平成 28 年 12 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』

〔区西部〕

平成 28 年 1 2 月 1 3 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、区西部の「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、調整に時間を要してしまい、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いただくこととなりますが、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いて、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られた際には、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。東京都医師会の病院防災担当理事の伊藤でございます。本日はお忙しい中お集まりいただき、まことにありがとうございます。

東京都地域医療構想につきましては、今年の7月にでき上がっており、それに基づいて、これまで、「意見聴取の場」とか説明会等を通じてお集まりいただくことがありましたが、今回、初めての調整会議の開催ということになります。

この会議でどのようなことが話し合われるのかとか、いろいろ疑問であったりとか、今後どう展開していくのだろうかということで、ぜひとも忌憚のないご意見をいただきたいと思っております。

地域医療構想は、地域医療介護福祉確保推進法のところで出てきたものでありまして、地域の適切な医療提供体制と地域包括ケアを両輪としてやっていただくという中で出てきたものでございます。

これは、2025年に向けての、日本の高齢化社会に向けて、どのような医療提供体制を構築すればいいのかということが主眼でございます。

ただ、これは、あくまでも構想でありますので、ここで決まったことで全て規制するとか決定するとかいうものではなくて、地域のそれぞれの事情に応じて、地域の医療機関あるいは有識者等に集まっていただいて、議論して、地域に応じた医療提供体制はどうあるべきかを検討していただくのが、この会議の趣旨でございます。

2025年はまだまだ先でございますが、平成30年度には地域医療計画も改定されることですので、それに合わせるような形での議論が必要かと思えます。

また、今回の地域医療構想は、データに基づいて議論しようということが、大きな特徴となっておりますので、今日もかなり多くの資料が提示されると思いますが、それを見ていただいてじっくり考えていくには、まだまだ時間がかかるかと思いますが、まずはデータを見ていただいて、地域の中で、顔の見える関係で話し合いを進めていって、この地域はどうあるべきかということを思い描きながら、話し合いをしていただければと思っております。

本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。

引き続き、矢沢医療政策担当部長よりご挨拶を申し上げます。

○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をしております矢沢でございます。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、本当にありがとうございます。

これまで、「意見聴取の場」とか策定部会の委員として多大なるご尽力を賜りましたことを、心から御礼申し上げます。

東京都では、この地域医療構想を今年の7月に策定いたしました。これは、都民の皆さんと、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でございます。

そして、2025年に向けてようやくスタートしたというところでございますが、構想区域の特性を踏まえて、丁寧に課題を解決していかなければなりません。そのための協議の場がこの調整会議で、今日はこの第1回目でございます。どんなご意見でも結構ですので、何とぞ活発にご議論ください。

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を分析したものとかですが、次回以降にも議論を進めるための参考になればと作成したものでございまして、この場ですぐにご理解いただけないこともあろうかと思っておりますので、何なりとご質問くださいますようお願いいたします。

それでは、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：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、医療法の第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」を開催いたしまして、皆さまからご意見をいただき、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いたしました。

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まして、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ことを、この会議の目的としております。

そして、座長・副座長を互選し、議事に応じて、複数の構想区域の合同会議やPTなども開催してまいります。

また、この会議は、原則公開といたしまして、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載をさせていただきます。もちろん、修正は可能でございます。

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まいります。

まずは、構想区域の現状や将来に予測について、皆さんで共有していただきます。

その上で、病床機能報告や病床数の必要量を参考に、日頃の診療や業務の中でお感じになっている地域の実情を思い起こしながら、将来の医療需要の変化にどうやって対応していったらいいかといったことを考えてまいります。

その際、この構想区域だけではなく、隣の区域の医療資源の状況も踏まえるなど、医療連携の実態に応じた議論を行いまして、それぞれの医療施設が担うべき役割や機能を、自主的に検討していけるように進めてまいります。

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、現状を把握します。そして、地域の課題を考えて、解決の方策を見つけてまいります。最も重要なことは、その解決の方策を見つける過程で、各医療施設の方が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、進捗状況を共有していくわけですが、困難な課題もあると存じます。なるべく多くの方がさまざまな意見を出し合って、議論を深めていくことで、

解決の糸口が見えることもあるかと思しますので、ぜひ積極的なご発言をお願いいたします。

調整会議の説明は以上でございます。

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。

○清水（東京都病院協会）：僭越ながら提案させていただきます。

行政の方から今ご説明がありましたように、この調整会議は、区西部を中心にした会議ですので、地域医療について日頃よりご尽力いただいている、なおかつ、中野区の医師会長を務めておられる、山田先生を推薦したいと思います、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、山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。

（山田座長、座長席に着席）

それでは、山田座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（山田）：皆さま、こんばんは。今日は、暮れが押し迫りまして、また、診療でお忙しい中、この夜分にご出席いただき、まことにありがとうございます。

先ほど、部長のほうからお話がありましたように、我々現場の意見を反映することが大きな目的でございます。

今日はたくさんの資料が届いているかと思いますが、その情報を共有させていただいて、おのおのの病院、診療所、地域の中で、どのような問題があるか

ということなどについて協議して、調整していくため、多くのご意見をいただきたいと思います。

不慣れな司会、進行になりますが、何とぞ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。

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

○座長：それでは、設置要綱に基づまして、私のほうから指名させていただくことにご異議ございませんか。

[全員、了承]

それでは、今回の調整会議は、病床の機能分化が大きなテーマの一つであるということですから、東京都病院協会からお見えになっています清水先生にお願いしたいと思います。

また、地域医療ということで、保健衛生を司っている現場の行政の立場から、矢澤新宿区健康部参事をお願いしたいと思います。

では、2名の先生方、よろしく願いいたします。(拍手)

(清水副座長、矢澤副座長、副座長席に着席)

○久村課長：それでは、これ以降の進行は山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、議事に基づきまして、議事を進行させていただきます。

皆さま、既にご承知だと思いますが、この調整会議の前に開催された「意見聴取の場」の議論を踏まえまして、7月に東京都地域医療構想が策定されております。

まず、その概要について、東京都より説明を受けたいと思いますので、よろしくお願いいいたします。

○矢沢部長：それでは、資料3をご覧ください。東京都地域医療構想の概要について書かれているものでございます。

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～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、先ほど申しましたとおり、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策であるといったしました。

そして、医療法では、次の2点を書くようにということで示されております。

1つは、構想区域ごとの病床の必要量と在宅等の必要量とで、もう1つは、地域医療構想の達成に向けた事項です。

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しています。

それから、構想区域ごとの達成に向けた事項については、第4章の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あり、平成30年に改定する次期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を育成する施設が、東京には集積していること、中小病院や民間病院が多いこと、また、交通網が発達していること、高齢者の人口が急に増え、特に、そ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、将来推計を試算いたしました。

患者数から病床数を割り返しますと、11万3000床が必要だと推計されました。今は11万5000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、患者さん受療動向、病床稼働率が現在と変わらないものとして行ったものであることなどの変動要素を含むものでございまして、東京都はこれまでどおり、基準病床数制度によって、きめ細かく病床の整備を行うこととしております。

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」について記載しています。

「事業推進区域」は、疾病事業に応じた柔軟な医療連携の範囲を示す概念でございまして。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まいりますものであり、二次医療圏にこだわるものではございません。

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」の実現を受け、4つの基本目標を掲げました。

- 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」をこの基本目標に入れたことや、グランドデザインというものを掲げたことは、最初に申し上げました、「全ての人々が協力して、実現する」といった、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、及び都民に、新たに生じた役割、また、現行の保健医療計画策定後に開始した主な取り組みについて記載しております。

それでは、この区西部の構想区域の状況について、簡単にご説明いたしますので、資料4をご覧ください。

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。

この区西部では、高度急性期の患者さんが、1日あたり411人、流入超過となっております。急性期においても、その2倍ぐらいの739人の方が流入超過をしています。つまり、出ていっているよりも、外の区域から入ってくる患者さんが多いということでございます。

そして、区西北部と区西南部との交流という、縦の交流が非常に盛んであるということが、この構想区域の特徴です。

また、下の帯グラフは、区西部にお住まいの方が自分の構想区域に入院している割合で、59.3%になっていますが、隣の圏域に入院している人が26.4%ですので、それらを足し合わせると、85.7%の方、ほぼ9割の方が、自分の区域か隣接区域に入院しているということですから、そんなに遠くには行かれてないのかなと思われれます。

この状況は、急性期も同じような傾向にあります。

次に、3ページ目の回復期を見ていただきますと、非常に出入りが激しくて、1日198人の流入超過となっておりますが、何百人というペースで出たり入ったりしているということです。

それから、4ページ目の慢性期機能になりますと、ご自身の圏域で入院されている方は32.0%のみということで、隣の圏域の26.3%を併せても、6割を切るという状況です。

そういうことから、この地域では、高度急性期、急性期については、ある程度恵まれているものの、回復期、慢性期となるにつれて、遠くの地域に患者さんが流出しているというような状況があるということです。

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」を示して、7ページ目には、「医師・歯科医師等の従事者数」を挙げております。

2025年の高齢化率の東京都平均は、25.2%と推計されていますので、この区域は26.2%ですので、ほぼ同じぐらいになっています。また、2040年には、33.5%ぐらいになるとしていますので、この区域は34.9%と推計されていますので、若干多いということになります。

一方、年少人口の割合は、2025年の東京都平均が10%ですから、この区域は7.5%ということで、2.5%も低いことになります。そして、この傾向はずっと続いて、2040年でも2.5%ほど東京都平均より低いということで、要は、年少人口の割合が低い地域ということになります。

それから、医師数ですが、括弧の中の数字は、人口10万人当たりの医師数で、533人となっていて、東京都平均が350人ぐらいですから、かなり多くの医師の方々が集まっているということが言えますし、これは、歯科医師、薬剤師、看護師なども同じ状況が見られています。

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。そして、その右側には、平成26年度の病床機能報告の結果も記載しています。

9ページ目は、「平成37年（2025年）の病床数の必要量等」です。

全体を100とした4機能のそれぞれの占める割合を、推計と病床機能報告の両方で書かせていただいています。

推計では、高度急性期が17.0%に対して病床機能報告では37.2%となっており、この差はかなり大きいかと思います。

急性期は、41.1%と42.0%ということで、ほぼ一緒ですが、回復期は、32.5%に対して6.4%ということで、こちらも相当差があります。

この推計方法については、このあと、ご説明の最初におさらいをいたしますが、そもそも診療報酬の点数で捉えたものであるのに対して、病床機能報告は、医療機関の自己申告の結果を集計したものですので、よって立つところが全く違うものですから、単純に比較することができません。

本日は、このあと、平成27年にご報告いただきました病床機能報告の結果について、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をご説明いたします。

最初に申しましたとおり、たくさんの資料でございますが、今日は、まずその資料を眺めていただいて、今後、それらを参考にして、構想区域の課題を分析できるということのご理解を、まずはご理解いただければ幸いです。

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。

正反対のご意見が載っていることがありますが、どちらも正しいということで、ここに載せております。

例えば、「医療資源や介護資源の状況が、区ごとに違うので、きめ細かく議論が必要だ」とか、「新宿区は、特定機能病院が集中しているが、介護資源は今後も充実が必要だ」といったようなご意見がございました。

また、医療連携については、「地元の医療機関に戻ってくる患者については、病診連携はとれている」が、一方で、「患者さんが帰る場所がないため、入院期間が延長するケースも多い」というご意見もありました。

さらに、「療養病床における治療の範囲が限られていて、急性期病院があらかじめその旨を患者さんに説明してくれればいいが」という、療養病床側からのご意見もありました。

こうしたご意見を読み取れば、課題の一つと考えられると思いますので、ぜひご参考になさってください。

東京都地域医療構想の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、第3章をメインにお話をさせていただきました。

既にお聞きになっていることかと思いますが、何か追加してお聞きになりたいようなことがあれば、いかがでしょうか。

傍聴席におられる方でもお聞きになりたいことがあれば、どうぞおっしゃっていただければと思いますが、

よろしいでしょうか。

(2) 病床機能報告から見る「現状」について

○座長：それでは、構想に記載してあることをさらに一歩進めて、今この地域はどのような状況なのかについて少し掘り下げてみたいと思います。

病院から毎年報告さ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、いろいろなデータが報告されています。そういう意味で、いろいろな角度から集計を行っていると聞いていますので、東京都からその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します。

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、おさらいをさせていただきますので、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いる2025年の病床数の必要量は、国が定めた方法で推計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。

高度急性期機能から回復期機能までは、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。それを人口推計で引き延ばして、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いるものでございます。

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、推計方法が違ってありまして、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、17

5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、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%という全国一律の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された結果となります。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ので、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となりますので、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っております。

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が、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したいと思っております。

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考えていく際の一助に思い、ご紹介いたしますので、そのような前提で聞いていただければ幸いです。

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させていただきたいと思っておりますので、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並べているもので、ご覧いただきますと、高度急性期機能のところは1000床ぐら減って、急性期機能のほうが1000床弱増加しているのが、見て取れるかと思います。

補足資料で、単純比較はできないということをお伝えいたしましたが、参考として、下に将来の値も記載しておりまして、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「4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ということ、クロス集計したものでございます。

例えば、回復期機能と回答した病院さんですと、「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」しかなかったという結果になっていることがわかります。

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ございます。高度急性期、回復期、慢性期の3機能は、東京都平均と比べると低い値となっております。

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の関連でございます。病床機能報告で高度急性期機能と回答されたものを並べたものでございます。

区西部は、「特定機能病院入院基本料」が80.3%と、最も多くの割合を占めております。あと、特徴的なところでは、「一般病棟7対1入院基本料」がゼロとなっております。これは、全て急性期機能にご回答いただいているのですが、ほかの圏域と比較していただきますと、多くの領域で、高度急性期機能と報告されているのとは異なる傾向があることが見て取れるかと思います。

もう1カ所、ゼロというところがありまして、西多摩区域も、同じようになっていますが、こちらでは、高度急性期機能としては、例えば、「救命救急入

院料」や「ハイケアユニット入院管理料」の届け出が多いというような結果で
ございます。

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こと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。

先ほど、既にご紹介しましたが、東京都平均と比べて、急性期機能が若干高
いですが残りの3つの機能は、いずれも東京都平均より低いという結果になっ
ております。

7枚目は、平均在院日数のデータになります。高度急性期機能が8.7日、
回復期機能が46.8日となっていて、一番下に記載の東京都平均の9.4日、50.7日よりも少し短くなって
おります。

急性期機能は11.2日で、ちょうど同じで、慢性期機能は198.3日で、
東京都平均の152.1日より少し長いという結果になっております。

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、適宜ご確認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。今までのデータを見るための留
意点をまとめたものとなっております。

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年から始めた報告制度となっておりますが、4つの機能に関しては自
己申告ですので、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
動的という状況でございます。

右側の「区西部の状況」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床程度の病床が、高度急性期機能から急性期機
能に自己申告を変更したということになります。

そして、自己申告した機能ではなくて、その中身を見てみますと、高度急性
期機能を選択した病床の約8割が、特定機能病院一般病棟入院基本料を届けて
いるということが特徴の一つです。

それから、病床稼働率は、高度急性期機能、慢性期機能ともに東京都平均よりも低いですが、平均在院日数は、高度急性期機能は東京都平均よりも短く、慢性期機能は東京都平均より長いという結果でございました。

また、「一般病棟 7 対 1 入院基本料」を届けている病床は、全て急性期機能と報告しているところも、特徴の一つかと思います。

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は、そもそも自己申告と点数で切り分けたものという性格の違いから、単純比較はできないことを既にご説明いたしましたが、もう 1 つ違いがございます。

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」という形でご報告していただきますが、将来推計のほうは、ある日の病棟に、例えば、3000 点以上の医療資源投入量がある患者さんが何人いらっしゃ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。

その右側を見ていただきますと、平成 27 年度に高度急性期機能を報告した病床は 2792 床で、将来推計のほうは、2025 年時点で 1542 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 2056 床が必要という結果になっております。

ただ、そのまま比較できるわけではございませんので、病床機能報告と将来推計の差の約 700 床を減らさなければならないといったこと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き、ひいては、この地域はどのような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、将来に向けて何を充足していかなければならないかということを考えていく必要があるということでございます。

その右側をご覧くださいと、将来推計では、回復期機能が 32.6% になっているのに対して、現在の病床機能報告では 8.3% と、かなり大きな開きがございます。

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ながら、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いるとおり、単純比較できないものと考えております。

では、この数値をどのように捉えるかということですが、いろいろな考え方があるかと思っております。

回復期機能は、国の定義では、「リハビリテーションだけではなく、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。

例えば、リハビリテーションの提供量が足りないのか、それとも、在宅復帰に向けた医療と、それをやろうという医療機関が不足しているのか、病床稼働率が少し低いことを考えると、既に足りているのではないかと見るのか、それとも、周りの構想区域の回復期機能の病院が補完的な役割を果たして下さっているのか、これでいいのではないかと見るのか、いろいろな考え方があると思います。

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き、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。

続いて、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、「院内の他病棟からの転棟」の割合が、回復期機能が39.5%で、これは、東京都全体よりも高い数字でございます。

逆に、「他の病院、診療所からの転院」33.4%は、東京都平均よりも低い値となっております。

一方、慢性期機能では、「他の病院、診療所からの転院」が55.0%を占めておりまして、東京都平均より高い結果となっております。

データ6の、「退棟患者の退棟先の場所」では、慢性期機能のところに特徴がございまして、「死亡退院等」の割合が59.8%となっております。これは、全構想区域の中で最も高い値になっておりますが、逆に、家庭への退院の割合は15.5%で、東京都平均の半分以下ぐらいと、こちらは少ない状況でございます。

これらのデータを統合して考えてみますと、区西部は、慢性期機能においては、東京都平均と比べて長い療養に、病床が活用されておりまして、現時点では、看取りの機能も担っているということが言えるかと思えます。

データ7は、「退院後に在宅医療を必要とする患者の割合」ですが、3.3%となっておりまして、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、先ほどご紹介がありましたが、それほど変わらないということからしますと、ずいぶん値が小さいかなという印象がございいます。

もしかすると、退院後の患者さんの状況までまだ押さえていなくて、ご報告をいただいてなくて、数値にあらわれていないというだけかもしれません。

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していただいたものでございます。

区西部では、「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」と回答された診療所が43.9%、「在宅医療の拠点としての機能」が19.5%、「終末期医療を担う機能」が12.2%となっております。

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なればと思います、ご提供を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、病床の機能分化に主眼が置かれておりますが、もちろん、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果たすことになると思います。

ですので、病床機能報告とは少し離れますが、在宅医療等の取り組みについてもご説明させていただきたいと思えます。

まず、下の網かけの部分をご覧ください。国のほうでは、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定められております。

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、ご支援をまいりました。

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1.63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さんの数ということでして、これを含むとさらに大きな需要があるという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、各区市町村において検討がな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ときの対応などについて、入院医療機関の方々の役割が一層重要になってくると考えております。

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しているわけではなく、病院との連携に苦慮している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）のところにもありますが、より広域での検討が必要な事項につきましては、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られ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際には、ぜひお力添えをいただければと思います。

在宅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、意見交換の結果はこの調整会議にも、当然、ご報告をさせていただきたいと思っております。

説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

膨大な資料をたくさんのグラフなどでご説明いただきましたので、少し混乱しているかと思えます。

この調整会議は、最終的には、この地域で何か不足しているものをどのように感じ、どのようにしていかなければいけないのか。また、在宅医療等については、区市町村が主体的にやるわけですが、その連携も踏まえて課題もいろいろあると思えます。

それでは、これまでのご説明に対して少しご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

まず、病院のほうから4機能別にお見えていただいていますので、高度急性期機能、急性期機能については、申告によると、1000床ぐらい変化しているということもありますので、そういうことも踏まえていかがでしょうか。

また、回復期機能については、データの開きがかなりあるということでした。

回復期の場合、リハビリだけではなくて、将来的には、在宅に移行するところの回復期ということもありますが、それを担っている先生方は、地域での在宅の先生方との連携について、このような取り組みをしているとか、このようにしたらいいのではないかということのご意見もいただければと思います。

傍聴席の先生方からでも結構ですので、いかがでしょうか。

○黒瀬（新宿医師会）：新宿区は、大学病院が3つあって、しかも、特定機能病院を含めた大規模病院が全部で7つあるという、医療資源が大変豊富な区です。

また、特定機能病院の先生方も、病床連携に大変熱心に取り組んでいただいていますので、それが非常にスムーズに行われていると自負しています。

ただ、残念ながら、回復期というか、退院に向けての在宅に移行するための機能、あるいは、在宅との連携での在宅リハビリ等に関しては、非常に不足しているという実感がありまして、これが、新宿区の問題かなと思っています。

それと、我々はどうしても新宿区のみで見えてしまうのですが、中野区さん、杉並区さんと比べると、温度差があるというか、在宅介護の充実度は、新宿区よりも充実していると思います。

一方、高度先進医療に関しては、新宿区のほうがかなり担っているというように、同じ区西部というくくりの中でも、かなり大きな差があるということを実感しています。

したがって、ただ単に、回復期が少なそうだというだけではなくて、回復期ぐらいの患者さんというのは、余り遠くには行けないわけですから、高度急性期のときには大規模病院に入院しても、近くでリハビリを受けたいとかということもあると思います。

ですので、その辺の議論もぜひお願いしたいと思って、今日はまいりました。よろしく願いいたします。

○座長：ありがとうございました。

どうぞ。

○万代（東京山手メディカルセンター）：今の4機能の件で、高度急性期と急性期の切り分けは点数でということ、その辺は比較的明確だろうと思いますが、急性期機能と回復期機能についても、もちろん、点数でというご説明がありました。

ただ、その中に、急性期機能を持った回復期、あるいは、回復期機能を持った急性期というものが、概念として混じっていて、そのために、資料5の2枚目のデータ2の、急性期機能と回復期機能の中に、例えば、地域包括ケア病棟入院料を算定している病床数が、それぞれ振り分けられているという形になっています。

ですので、そもそも4つの機能がこういう名前で出てきたことのバックグラウンドがあることは、私も存じていますが、それはそれとして、「回復期が足りない」という議論で行くのではなくて、それぞれの機能がこういった患者さんを対象とするのかということも、区西部だけでもいいですから、ある程度のコンセンサスを得ないと、いつまでたっても、「回復期が少ない」という話になりかねないということを危惧しております。

そして、そういった数字が一人歩きすることによって、かえって齟齬が生じないかということも、最近は思いつつありますので、この回復期機能という名称について、今さら変えるわけにはいかないけれども、この区西部の調整会議においては、何となくでもいいですから、点数だけではない機能も盛り込んでいくことも必要かなと考えております。

あと、矢沢部長に一つ質問があります。区西部における大学病院と特定機能病院との切り分けがちょっとわからなくなりました。東京都全体でも言えると思いますが、その辺をご説明いただきたいと思います。

と申しますのは、特定機能病院としてひとくくりにはしているという理解でいいのかということと、そうであれば、区西部の資料4の、流出入を含めた必要患者の推計というのは、当然のことながら、大学病院の病床数も全部入ったデータと考えてよろしいですね。

○矢沢部長：はい、そうです。

○万代（東京山手メディカルセンター）：あと、文言の件ですが、最近、「病床稼働率」ということではなくて、「病床利用率」というような文言が使われ始めておりまして、どちらかというところ、そちらを主体とするというような方向性だと認識しております。

今回の文書では「病床稼働率」となっていますので、それについては、今後調整する可能性はいかがでしょうか。

○矢沢部長：地域医療構想の本体の19ページをご覧ください。お手元がない方もいらっしゃると思いますが、病床稼働率と「病床利用率」の違いですが、国から「稼働率」を使うように指定されていますので、これは、全国一律で、今のところは変えられない状況にあります。

そして、厚生労働省からの全国一律の数字を使っているのですが、その辺、「利用率」が使われるようになっていることは承知していますが、この件については「稼働率」を使っているのは、そういう理由からでございます。

○万代（東京山手メディカルセンター）：それから、お願いが一つございます。院内で資料を共有するときにカラーを使いたい場合もありますので、この資料をPDFファイルでいただければありがたいと思っています。

経費の関係もありますから、無理には申しませんが、そういうこともご検討いただければと思います。

○矢沢部長：この資料は全部公開しておりまして、東京都のホームページにアクセスしていただければ、カラーのものが印刷できるかと思っておりますので、そちらをご利用いただければと思います。よろしく申し上げます。

○座長：ありがとうございました。

病床機能報告の中で、急性期機能を持った回復期もあり、その反対の場合もあるというご意見をいただきました。病棟ごとに申告されていると思いますが、そうではないというご指摘で、大切なご意見だと思えます。

ほかにいかがでしょうか。

○大西（国立国際医療研究センター病院）：区西部の4つの機能の現状と将来像を見ますと、私たちは、高度急性期と名乗っていますが、高度急性期の病床

数が多過ぎるというシミュレーションになっていて、一方で、回復期は数倍要るだろうということです。

そうした場合、私たちはどのようにやっていけばいいのかということで、例えば、高度急性期の病院はかなりダウンサイズして、病棟を一部閉じるようにしていくのか。一方で、回復期はどういう手段で増やしていくのか。

高度急性期とか急性期にはいろいろな点数がついているのに対して、回復期や慢性期は余りついていないので、回復期や慢性期の病院が経営的にうまくいくのか。そういったことが気になっています。

あと、慢性期の患者さんは、近隣の県にかなり行っていると思うんですが、このシミュレーションを見ると、矢印が、奥多摩とか、清瀬、町田、八王子とかに向かっている理由がよくわかりません。

そうすると、地域包括ケア構想と何となく合わないような気がしますし、先ほどの万代先生の話じゃないですが、4つに切り分けてはいても、なかなかそれだけだと、隣の医療圏とも連携していますし、混ざってもあります。

ですから、区西部の主だった病院でどうやって連携しようかと話し合っていますが、高度急性期はダウンサイズなのか、回復期はどうやって増やすのか、回復期の収益はちゃんと保証されるのか、慢性期がなぜそういう方向に向かっているのかなど、いろいろ問題が出てきています。

したがって、こういう切り分けをして議論していくと、数字が一人歩きしてしまうので、それぞれの病院の役割とか地域の特性などを見ながら、連携を綿密に構築していくということが、非常に重要だろうと思っています。

○矢沢部長：明確なお答えになるかわかりませんが、先生がおっしゃるとおり、病床機能報告では、回復期が10%を切っていて、推計では3割というのは、診療報酬の点数で推計はばっさり切っているの、「その機能は回復期だろう」程度の推計なんです。

実際には、7対1の病床で回復期を迎えている方もいらっしゃると思われますし、一方、10対1のところ急性期の方もいるということもあろうかと思えますので、そこは厳密にするつもりは一切ありません。

もっと言いますと、「この数字に近づけよう」とかいうことは考えていませんが、この推計が、一つのメルクマークというか、一つの目安にはなっていると思っています。

先ほどの黒瀬先生のお話で、なるほどと思ったのですが、地域医療を担っている先生方から見ると、新宿区は回復期が足りないとおっしゃっていて、そういう印象がある一方で、「いや、回復期はいっぱいあるんだ」という印象を持っている方もある中で、自由にご発言いただくと、何となく地域が見えてくるということがあると思っています。

そこで、現状を皆さんで把握して、「何も変えなくてもいい」というのが一番だとは思いますが、「今後どうしていこうか」というお話をしていっていただければと思っています。

高齢化が進んでいって、高度医療の提供先が高齢者になっていくというところの中では、先生のお考えにもきつとあると思うんですが、将来の医療費の問題とかがある中では、一口にばっさりといけないところがあります。

ですから、患者さんのニーズとか地域の特徴というのを、まずは一度しっかりご認識いただいて、そこから「どうしていこうか」というふうに考えていくということが、地域医療構想の目的であって、変わることが目的ではないと思っています。

○座長：先ほどご質問のあった、近隣の県との関係で、何かデータはございますか。

○矢沢部長：この矢印のところで見いただくと、矢印の太さが人数の多さをあらわしているため、すごく長い矢印が出ていると、そっちに引っ張られていっているように感じますが、太さで人数を区別できるようにしています。ですので、千葉、埼玉、神奈川県にも相当な数が動いています。

全般的に言えることは、区部の方は何となく区部の中で動き、そして、その動いた先の方が、また多摩のほうに行っているというような流れも見てとれます。

その理由はわかりませんが、慢性期病床の空き具合とか個室料といったようなことも、関係しているかとは思いますが、その辺はまだ分析が進んでいない状況でございます。

○伊藤理事：この4機能分類については混乱が非常にあって、私も理解がなかなかできていないところもありますが、実際に高度急性期の病院であっても、患者さんが入院して、濃厚な治療をしても、自分で歩いて、食事もして、帰るようになりますが、その時点では回復期になっているわけです。

ですから、1つの病棟にそういう患者が入ると、その病棟で3つの機能をまたぐような格好になるので、患者の移動を見ても、高度急性期、急性期、回復期までは、ほぼ同じような動きをしているのは、そういう理由によるわけです。

つまり、1人の患者さんが病棟を移り歩いているわけではなく、同じ患者さんがずっといるため、こういう結果になっているわけです。

そういった観点からすると、診療報酬で病棟ごとにそれを振り分けるということは、現実的に難しいので、診療報酬による推計とこの病床機能報告制度とはリンクしないでくださいというのが、基本的な考え方になると思います。

つまり、一般病院であれば、高度急性期、急性期、回復期という形で、緩やかなケアミックスにならざるを得ないので、その病棟で高度急性期と急性期の割合を高めるという考え方になります。

一般の急性期であれば、急性期機能のところ凝縮するような、縦に長いスパンがあるとすると、それを縮めるような、そして、回復期であれば、高度急性期というよりは、回復期機能を受け入れるような、そういう形にだんだんシフトしていくということが、この狙いなのではないかと思っています。

例えば、救急搬送医療がどんどん増えているのをご存じと思いますが、実は、救命救急センターに運ばれている患者さんというのは、横ばいから減っているという状況です。

しかし、救急搬送が増えているのは、特に75歳以上の高齢者の搬送が増えているからで、その患者さんの多くは、肺炎であったり、脱水症状だったりですから、高度機能のところよりもむしろ、機能的に言うと、急性期機能の回復期に近いところから回復期にかけてのところ、患者が運ばれているわけです。

したがって、そういう緩やかなケアミックスをどのように集約させていくかということが、この地域医療構想の話だと思っていて、そういう機能が地域にとって足りているかどうか、不足する機能をどうやって補うかということを中心に、これから考えていくことになるのではないかと考えています。

具体的な話を申しますと、私の病院は、区東北部の足立区にありまして、200床以下の在宅療養支援病院になっていて、強化型の連携を足立区の中で組んでいます、文京区とかの区中央部とも組んでいます。

それはなぜかという、文京区とか千代田区などには在宅療養支援病院として連携できる場所がないから、足立区と連携しているというわけです。

ですから、この区西部であっても、高齢者を中心としたような地域医療を支えてくれる、あるいは、在宅と連携してくれる病院があるのかどうかといったようなことを議論して、「新宿区は中野区さんに頼っているけれども、新宿区でも欲しいよね」というような話し合いをしていっていただく中で、その地域全体で方向性を見出していくのが、この調整会議の役割ではないかと考えています。

そういう観点で、この数値に当てはめるとか、減らすとか増やすという問題ではなくて、この地域の問題点は何かということ、区ごとに分けたらどうなるかというようなことを、この場で率直に話し合っただけであればと思っています。

○座長：ありがとうございました。

ほかにご意見等はございますか。

では、次の議題に移させていただきます、またご意見をいただければと思います。

(3) グランドデザインと現状の比較について

○座長：それでは、次の議題の「グランドデザインと現状の比較について」に移りたいと思います。

地域医療構想では、将来の姿としてのグランドデザインが掲げられておりますが、それと現状にはギャップはないかとか、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせるための、この地域での課題は何かということ、これから考えていきたいと思っております。

では、東京都より説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料7をご説明いたします。

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、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、その部分を中心にまずは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」についてです。

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。

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。

初めの「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、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。

「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して、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、ご説明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、区西部の実際の数字を見比べながらお聞きください。

実際の数字をご紹介する際には、左端の数字の行をご紹介いたしますので、そちらを見ていただければと思います。

区西部の1行目をご覧ください。「救急告示医療機関数」という項目がございます。上段の「25」という数字は、区西部における救急告示医療機関数になっております。

下段の「0.60」は、救急告示医療機関数の「25」を、資料には記載しておりませんが、区西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、区西部の病床機能報告の対象病院のうち、6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。

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「341」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「3.39」という数字は、「341」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、区西部で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、1万54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いたしました。100床当たりどれぐらいの患者さん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、区西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(17)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「0.40」というのは、この算定病院数17を区西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、区西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います。

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、区西部の特徴的なところをご説明したいと思います。

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」をご覧ください。

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」という項目がございます。区西部で病床機能報告の対象病院となっている病院のうち、約6割が救急告示医療機関、5割半ば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」は、1病院あたり1910件となっておりますが、これは、東京都全体で最も高い数字となっております。

これらの数字をみますと、やはり、大学病院の本院等が集積する区西部では、多くの救急患者さんの受け入れをさせていただいていることがわかつています。

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。

初めに、資料8の1ページ目の11行目をご覧ください。

これは、「退院調整部門を持つ病院数」で、区西部では、7割近い病院において退院調整部門を置いていただいております、区部で最も高い数字となっております。

12行目は、「退院調整加算1（一般病棟入院基本料等）」で、区西部では、1か月間で595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、区西部の1か月間の退院患者数は1万5479人おりました、そのうちの795人、つまり、退院患者数の3.8%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、少し低い値となっております。

次に、16行目の、「退院時リハビリテーション指導料」という項目をご覧ください。

こちらは、退院の際に、患者さんに対して、病状や退院後に生活する家屋の構造や介護力等を考慮して、リハビリテーションの観点から、指導や説明を行った際に算定するものです。

こちらは、区西部では、1か月間で「882」名が、この指導や説明を受けて退院しております。

これらの数字を見ますと、区西部では、退院調整部門を置いている病院の割合は高いですが、退院調整等を行った上で退院している割合は、ほかの構想区域に比べまして、少し低いということになります。

次に、2枚目の「C. リハビリテーションの実施状況」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件数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、例えば、19行目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、「4.8」となっており、都全体では「2.6」ですので、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ります。

一方、20行目の「脳血管疾患等リハビリテーション料」は、「25.0」で、都全体の「26.0」を若干下回っております。

資料8の3ページ目の「E. 在宅医療」の31行目か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、意見交換をしていただければと思います。

資料の説明は以上です。

○座長：ありがとうございました。

かなり細かいデータをご覧いただきました。「切れ目のない医療連携システムの構築」ということで、将来にわたってどのように連携して、維持していけば

いいか、どのようにすればうまくやっていけるかということで、これからご意見等をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

先ほどのお話のように、退院調整の部門を置いている病院は多いですが、相談は受けるけれども、なかなか受け手がないというのが現状かもしれませんが、そういう点についてもご意見があればお願いいたします。

どのような点で困っているかなどございますでしょうか。これは、地域連携にも絡むことだと思いますが、どのような病院、診療所に紹介したらいいのかというデータはなかなかないのか。その辺はいかがでしょうか。

では、河北病院のほうからお願いします。

○清水（河北総合病院）：私どもの病院は、地域医療推進支援病院になっていきますので、それなりの在宅復帰率を満たすように頑張っていますが、そういう過程の中で感じた困難についてお話ししますと、すんなり在宅に行こうとすると、入院中に、ある程度身の回りのことや自分で次の療養を、家族とともにやっていくという、ご本人の意思がまず重要になります。

その次に、基本的に逆紹介、あるいは、もともとの紹介元へのご紹介ということを目指していきますが、帰っていくときに、もともと紹介されたクリニックと違うような場合が出てくるわけです。

そのときに、クリニックの先生方とは、前もっていろいろご相談して、ご紹介するわけですが、その過程がなかなかスムーズにいかない場合が多くて、そういう意味では、ときどき困ることがあります。

もちろん、病院としては、在宅に持っていくために、いろいろな調整、あるいは、支援をしていくような体制にはなっていますが、患者さんがどんどん高齢化していることもあって、ご家族が一緒に取り組んでくれるのかというハードルのほうが、高くなってきているような気がします。

ですから、その家庭にとってのかかりつけ医というのがはっきりしていれば、かなりやりやすいのかなと思っております。

○座長：ありがとうございました。

そのほか、病院の先生方から、退院するにあたってどのような支援体制をとっているのか。なかなかうまくいかないというようなご意見などがあればお聞かせください。

○村井（荻窪病院）：うちも退院支援を積極的に行っています。

予定入院の患者さんというのは、ご高齢であっても、重症であっても、入院する前にご家族と十分な議論をして、その先のことまで想定した上で入院をお受けしていますので、予定どおりにできることが多いです。

しかし、救急搬送された患者の緊急入院、緊急手術という場合は、入院する前のADL等に落差があって、患者さんのご家族がおうちに受け入れられないということが問題になります。

そして、先ほどのお話にもつながりますが、近くに回復期、慢性期のところを探しても、区内だと診療報酬も問題もありますので、室料が高いとかの問題もありまして、安いところを探すと遠方になって、二次医療圏の外になってしまうというのが、現状ではないかと考えております。

もちろん、急性期であっても、手術の翌日から、ICUの中でも回復リハが始まりますので、回復リハとの境目を厳格につくれないということも、併せてお話しさせていただきました。

○座長：ありがとうございました。

例えば、かかりつけ医の先生からご紹介があってということであれば、その先生にもう一度お返しになるわけですが、その方のADLがすごく下がってしまった場合には、「僕にはちょっと難しいな」ということになって、そこでまた調整が始まるのではないかと思います。

ある病院にお聞きしたところ、帰すときになかなか苦勞があったけれども、最近、「お薬手帳」を見て、何人かの先生が主治医なのだろうということで、その先生をお1人ずつ当たっているというようなお話を聞きました。

この「お薬手帳」はかなり普及してまいりましたので、そういうような活用方法もあるということをお教えいただきました。

ほかにいかがでしょうか。

○関根（JCHO東京新宿メディカル設置）：ちょっと補足させていただきます。まずは、入院そのものが大きなイベントになりますので、かかりつけの先生がいらっしやっただとしても、入院後は我々のチームがいろいろ評価するわけですが、入院前の評価との間に乖離が出てくる場合がありますので、治療がうまくいったとしても、戻せないという場合があります。

それから、退院先という意味では、ご家族のご意向が結構強くて、こちらで努力して、いろいろ調整しても、なかなか同意が得られない場合が多いです。「なるべく病院に置いてほしい」という希望が強いと思いますが、そこをいかに解決していくかも、問題点の一つだと思っています。

○座長：ありがとうございました。

確かに、その方のADLがかなり変わってしまった場合は、非常に難しいかと思えます。

退院時の支援カンファレンスを行うのですが、在宅の先生方もなかなかお忙しいということになりますと、地域のケアマネジャーさんとか訪問看護ステーションの方が、そこに立ち会うことになる場合もあります。

区民に対する啓発ということをどのようにすればいいか、その辺はいかがでしょうか。

○矢澤副座長（新宿区）：私は、新宿区で在宅療養を担当しています。

一つは、今お話のあった、退院前カンファレンスをどのようにするかということで、新宿区では、各病院さんをお願いして、毎年1病院ですが、地域のケアマネジャーさんと、症例を中心としたグループワークをするという「地域連携推進事業」を、区として行っております。

大病院のほうは終わりましたが、今日お見えの国際医療研究センター病院を会場にさせていただいて、地域のケアマネジャーさんやさまざまな方にお集まりいただいて、症例を通して、在宅でどのように療養生活ができるかということ、病院の医師、看護師、医療職の方々にも、イメージを持っていただくということをやっています。

そうすると、お互いの立場がわかってきて、病院側が、退院をする前に介護保険の申請をしてなかったりすると、ケアマネジャーさんが困ってしまったというような実態を、病院の先生方にもわかっていただけたということもございます。

それから、ケアマネジャーさんがかかりつけ医の先生としっかり連絡しながら、かかりつけ医の指示でどういうふうにしていくかということで、お互いに共通認識ができると思っています。

もう一点、区民への啓発をどのようにしているかということですが、データ上は、「在宅で最期まで」とお答えになりますが、直接お聞きしてみると、「最期は在宅では不安だ」とか、「家族に負担をかけたくない」というご意見も多くあります。

ですので、在宅で最期までしっかり生活できるということを、区民の方々にわかっていただくために、「在宅療養ハンドブック」という冊子を作成して、区民の普及啓発の場でお配りしたり、地域で学習会を行って、きめ細かいイメージを持っていただきながら、先ほどの病院と地域の連携に、区民の方々もそのイメージを持てるようにしていくということも行っております。

他の区でもそういったことをされていると思いますが、新宿区の場合を少しご紹介させていただきました。

○座長：ありがとうございました。

在宅療養についての区市町村の取り組みとして、「在宅医療・介護連携推進事業」というものを、平成30年までに実施するということになっていますが、そのための、医療・介護関係者の研修と区民の啓発ということについてご紹介いただきました。

ほかにいかがでしょうか。

○黒瀬（新宿区医師会）：今のお話のように、新宿区では、医療・介護関係者のミーティングを密にやっただいていますし、病院側も退院に際しているご努力いただいております。

ただ、新宿区の場合、戸山団地のように、独居の高齢者ばかりのところがあったり、そうでなくても、奥さんが認知症で、ご主人が脳梗塞で倒れたというようなケースが非常に多くなっています。

それに対して、有床診療所とか、特養とか、介護付きの老人ホームとかで、安価でレベルの高い施設が、新宿区は非常に不足していると思っています。

ですから、医療と介護の部分の橋渡しをしてくれるような、箱物を含めて、有床診療所などをもっと活用していただけるといいの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。

医療・介護連携と簡単に言いますが、なかなか難しいと思います。

特に、これからは独居の高齢者が増えるということと、お年寄りだけの世帯が多くなっていくということで、弱い介護力の中でどうしていくかということが、大きな問題になってくると思います。

そういう意味では、それぞれの地域でどれぐらいの情報をつかんでいるかということが、重要になってくると思います。

私が知る限り、中野区は、108の町会がありますが、町会長さんに頼んで、独居の高齢者の名簿を渡して、それぞれの方々のところを回っていただいて、データを収集して、かかりつけ医を決めていくというような事業を始めているところでは、

そして、「こんなところにこんなお年寄りが住んでいた」ということで、そこで医療のニーズが高い場合は、地域包括につなげていこうという取り組みを、「地域支え合い」という事業を、区長の肝いりで始めています。

ただ、介護力が弱いので、この辺も、今後の「在宅医療・介護連携推進事業」においてどのように取り組んでいくか。それこそ、行政と医療機関、医師会がタッグを組んでいかないと、なかなか難しいと思っています。

田邊先生、認知症がすごい勢いで増えてきていて、「認知症初期支援チーム」が地区で立ち上がってきて、厳しい事例がかなり出てきていますが、こういうことに関してご意見をいただければと思います。

○田邊（東京都病院協会・精神領域）：私にところの慈雲堂病院では、認知症疾患医療センターをやっています。

練馬区の場合は、区が「初期支援チーム」をつくって、受診をされないような、重い認知症の方を訪問していますが、そこから受診につながるというのが、なかなか難しい状況で、当院の相談員などがアドバイスに行って、そこでようやくつながるといようなことになっています。

そして、各病院とか医療機関からご要望があれば、身体合併症がそんなに重くなければ、当院は精神科の病院ですので、認知症の方も受けているというのが現状です。

○座長：ありがとうございました。

認知症の方に気づいたとき、保健所の先生方はどのように取り組まれているのでしょうか。杉並区からお願いします。

○向山（杉並区）：ちょうど昨晚、「在宅療養推進協議会」を開催いたし、その中の一つの部会が認知症関連の対応について話をしておりました。

実は、認知症に最初に気づくのは、いろいろうまくいかなかった本人ということですが、そのときに相談につながらないという実情があります。つまり、独居とかの方が多くて、時間がだんだんたっていくうちに、周りの人も気づき始めるということです。

ただ、「実は、あの方は」というお話が、いろいろなところで結構出てきていますが、気づきはあっても、ご本人への声がけとか、認知症が引き起こす行動・心理症状（B P S D）を予防していくような、具体的な方法とか仕組みは、なかなかうまくいってないというようなお話もありました。

村井先生がいらっしゃいますが、荻窪病院の先生がおっしゃっていたのは、「身体合併症はかなりの頻度で出てくる」ということで、認定看護師の方が対応技術を広めながら、一般病院でもある程度受けていけるようにしているということでした。

もちろん、このB P S Dがなければ、相当重い場合でも地域でやれている方もいますので、啓発をして、セーフティネットをつくっていくと同時に、予防

的な視点も持っていかなければならないと思っています。今後の急激な増加を考えると、その対応が非常に重要になってくると思っております。

○寺西（中野区）：今のお話と違いますが、何度もご発言があったように、4機能が連携していているのではなくて、それぞれの機能の中に、急性期もあれば、回復期、慢性期もあるということで、特に、急性期というのは、さまざまな疾病で入られていると思います。

そして、先ほどのデータでは、慢性期においては、そこでお亡くなりになる方も結構あるという、衝撃的なデータもありました。

一方、回復期とか慢性期においては、具体的にこういう疾病で入っていて、それが、地域に行けるのか福祉施設に行けるのか、そこで看取りになってしまうのかということで、議論をしていくべきだと思っております。

ここは医療職の方が大部分なのでいいですが、行政としてさまざまな方に説明する中では、もう少し具体的に議論ができればいいなという感想を持っております。

○座長：ありがとうございました。

それでは、全般を通じて何かご発言はございますでしょうか。

○清水副座長（東京都病院協会）：この席からご発言してはいけないかとは思いつつ、一言お話をさせていただきます。

途中の議論の中にも出ていましたが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という言葉の定義が、冒頭に説明されたとおり、1つは点数で切っていったということです。

それはそれで明確ですが、一般的議論のときに使う「急性期医療」とか「高度急性期疾患」とかいうのは、本当は違う意味ですよ。

実は、冊子になっている「東京都地域医療構想」の中の15ページの下の方には、「二次保健医療圏内の患者の流出の状況（急性心筋梗塞、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折に限ってのみ）」という統計の出し方もされています。

もちろん、疾患別といっても、レセプトから見ているので、そのとおりということではないと思いますが、最初の疾患というのは、ここに含まれていると思っています。

そういう目で見てみると、本当の意味で急性期として医療を必要とする人たちというのは、遠くまで行けないものですから、近くに運び込まれるという状況になっていると思います。

先ほどのお話にもあったように、そういう人たちというのは、平時の入院ではありませんから、いろいろな患者さんが含まれてくるのだらうと思います。

ですから、行政のほうから出されている言葉の定義と、一般的に言う「高度急性期医療」というものがどういうものなのかということ、区別して考えなければならないということ、こっちのほうから言うようなことではないかもしれませんが、改めてお願いしたいと思います。

○座長：ありがとうございました。

4つの機能は、単純にレセプトデータから割り出したものですので、齟齬があって、解釈がなかなか難しいと思っています。

ほかにいかがでしょうか。

○入江（新渡戸記念中野総合病院）：今の関連で、こんなことを話していいかわかりませんが、先ほど、東京都医師会の伊藤先生もおっしゃったように、4機能を分けているけれども、高度急性期といっても急性期、回復期、慢性期の要素を持っていて、地域医療構想ではそれを調整することだというような趣旨のご発言をされたように感じました。

それに対して、東京都としては、この4機能を厳格に分けて考えたいと思っ
ていらっしゃるのでしょうか。

「現実的には、高度急性期といっても、急性期、回復期、慢性期の要素も持っている」という共有認識で議論していくのか、東京都としては、「ある程度の機能分化を各病院にしてくれ」という立場で考えてほしいということなのかということです。

それから、この調整会議においては、ある程度の期間を持って調整しようとしておられるのか。調整とは何かということで、資料2の3ページ目にあるように、「①現状把握」、「②課題抽出」、「③解決に向けた検討」となっていて、その次に、番号がついてなくて、「各医療機関の自主的な機能分化・連携の取組」となっていますが、これが調整という意味なのでしょうか。

現実的に問題が抽出されるのは③ですが、それにどう取り組むかという調整をする場所というのが、この番号のない「医療機関が自主的に取り組む」というところになるのでしょうか。

○矢沢部長：まず、厳格に機能分化をしたいのかというご指摘に対しては、不可能だと思っています。ただ、「この推計を見る限り、明らかに何か足りないとか、明らかに何かが多いとかいうことを考える上で、一つの目安にしてください」ということでやっています。

特に、東京都の推計は、病床稼働率で割り返している数字が、高度急性期とか急性期では7割台になっていますので、多いめに出ていますので、そういったことを含めると、厳密にやるのは、むしろ無駄だと思います。

それから、2番目の期限、期間があるのかということですが、私の認識では、法で定められた会議なので、期限も期間も決められてないと思っております。

「このことについて、今月中に話し合いをして、解決しなさい」というのではなくて、ある意味、この計画期間中の2025年までは、いろいろな課題について繰り返し話し合いをしていくことになると思っています。

ですから、さまざまな課題について、この①②③と「④進捗状況の共有」というところを、ぐるぐる回していく感じで、そういう中で、「ご自身のところをどうすればいいかを一緒に考えてください」というのが、先ほどおっしゃった番号がついてない部分になります。

そして、そこは、行政から申し上げにくい部分ではありますが、これから高齢化が進んで、認知症などが増える一方、健康寿命も伸びていくというように、医療需要が変わってきます。

ですので、そういう変化に対する情報を、できる限りここでお出しして、その議論を踏まえて、先生方も一緒に考えてくださいということになりますので、

「調整」の意味は、「一緒に考えてください」ということになるかと思います。

○座長：ありがとうございました。

ほかはいかがでしょう。

○村井（荻窪病院）：今の入江先生のお話につながるかと思いますが、例えば、平成27年度の報告結果と推計の値が違って、高度急性期の2700床が2000床になるけれども、この700床を減らすわけではないというお話をいただきました。

そして、「これらの数字を見て、ご自身で進む方向を考えてください」ということだと思いますが、この700床が多いということになると、それが急性期に移ってきて、急性期のほうが6000床ぐらいになるのに対して、推計では5000床ぐらいとなっています。

そういうことをよく考えて、今の急性期の方向性をある程度のところで、自分たちで考えてほしいというふうに理解してもよろしいのでしょうか。

○矢沢部長：そう取っていただいてもいいのですが、実は、そんな話ではなくて、例えば、7対1を取るとなった場合、全体で取りますが、実際は、3000点以上とか6000点以上というのは、そう長く続かなくて、入院している患者さんの中には、うちに帰る準備をしているという場合もあります。

しかし、そういう人たちについても、高度急性期とか急性期と見ていることになるわけです。

これから先、何らかの診療報酬の誘導があるかもしれないし、医療環境はいろいろ変わっていくと思われれます。

そういった情報をこの会議を通じて直に報告して、それを聞いて、「では、どうしていくか」ということになりますが、考え方や受けとめ方が毎回変わってくるかもしれませんので、「それに対して、一緒に考えてください」と申し上げたわけでございます。

どのように受け取ってくださっても結構ですが、先ほどのように、「高度急性期は700床減るので、急性期に移ってください」ということでは決してな

くて、現実には高度急性期と報告している病床も、「その4分の1ぐらいは急性期だろう」と想定しています。

○座長：ありがとうございました。

ほかにご意見はございますか。

○内潟（東京女子医科大学病院）：この区西部の特徴として、大きな大学病院があるとかのご説明がありましたが、そういう特徴を活かして、高度急性期、急性期、回復期、慢性期ということを推し進めていくのがいいのか、それとも、東京都平均で行けるようにしたほうがいいのか。

大学病院がすぐに移転するということはないでしょうから、これから10年、20年は今のままで、大きな病院は大きな病院ということになると思います。

もちろん、住んでいる皆さんがもう少し新宿区に集まるとか、中野区、杉並区に集まるようになるかはわかりませんが、病院がすぐにどこかに行くことはないと思います。

そうすると、区西部の特徴を活かして、ほかの二次医療圏とも連携したものを、保険点数が今後変わろうが、それを推進していけばいいのか、それとも、何となく隣近所と平均で行こうかというのか。

そういうところが、きょうのお話ではよくわかりませんでしたので、区西部についての特色について、たくさんの資料で見せていただきましたが、そういう点について東京都としてどのようにお考えかをお聞かせいただければと思います。

○矢沢部長：この区域で集まっていたいただいているということは、この区域のことはこの区域で決めていただければというつもりですので、この区域が平均を目指すのか、区西部の特徴を活かした区域にしていくのかは、この中で決めていただければいいわけです。

ただ、イメージとしては、この区西部の特徴を活かして、なおどうしていくかを考えていただければと思っています。

例えば、先ほどの資料8では、区西部はリハビリテーションの点数が少ないですが、近隣の区域は多いですので、これは、区西部から出ていっているからかもしれません。

そういうことも含めて、それでもいいとするか。それとも、自分のところでもっと持ちたいと考えるかというようなところに、次は行くかと思っています。

おっしゃるように、13医療圏に13大学を分散するような話はありませんので、それと同じことで、今あるものをどう使って、どういう考え方でやっていけばいいかということ、皆さんと一緒に考えることで、なるべく一番いい方向に行ければいいなと思っています。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○門脇（杉並リハビリテーション病院）：話が少し戻りますが、回復期は区西部は絶対に足りないということが、ずっと言われ続けていて、実際にこの数字を見ても、全く不足しているわけです。

ただ、今言われているような回復期というのは、非常に広い範囲を持っていて、高度急性期も急性期もそういう役割を持っているんだということになりますと、こういう数を出していくときに、それらを加えていかないと、病床機能報告で申告した数だけでは、区西部は成り立たないと思います。

もちろん、ほかの圏域に流れていることも確かですが、区西部である程度完結に持っていきたいので、例えば、新宿区や中野区の高度急性期、急性期の病院に入院した人が、杉並区に帰ってきてくれるということは、一つのいい形だと思っています。

ただ、今のままの出し方では極端に狭いので、こういった数を出すときには、もう少し注釈をしておかないと、これを都民が見て、「区西部は回復期が少ないから、あと3000床ぐらい増やしてほしい」という要請を出されるかもしれません。

ですから、この出し方には納得できないので、この数だけを公開することは、誤解を生じかねないと思いますので、その点についてもお考えいただきたいと思います。

○矢沢部長：ありがとうございました。その点は十分考えてまいります。

○座長：そのほかはいかがでしょうか。

私としては、区西部の特徴を活かして、その他の二次医療圏とも連携をとりながらやっていかなければいけないだろうとっております。

それでは、本日の議事はこれで終了させていただきます。ご協力ありがとうございました。（拍手）

4. 閉 会

○司会（久村課長）：本日は、活発なご議論をいただき、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さんにつきましては、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きまして、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)