

〔平成 28 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

平成 29 年 1 月 23 日 開催

【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

平成 29 年 1 月 23 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、区西北部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催いたします。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。東京都医師会の猪口副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○猪口副会長：皆さま、こんばんは。大変お忙しい中お集まりいただきまして、どうもありがとうございます。

この地域医療構想ですが、今日が13区域の最後で、私は、そのうちの5回出ております。

資料が非常に多くて、何を話していいかわからないような難しい会議になっていますが、前回の区西南部の会議のときには、「私たちは一体何を話し合っているのか」という、非常に根本的な質問もございましたので、私見を最初に述べさせていただきます。

地域医療構想というのは、わかりやすく言いますと、2025年以降の高齢者が非常に多くなった社会の医療提供体制をどのように構築するかということ以外の何ものでもないと思っています。しかも、そのために何かを決めなければいけないということも特にありません。

ここに出てくるような資料というものが、我々に提供されまして、医療関係の皆さまが、現状を踏まえて、未来はこうなっていくだろうという予測のもとに、自らの経営においてどのように舵を切っていくかということを考えていくということです。

そして、明らかに足りないとかいうものはどうするか、これしかない医療提供体制の中でどういう連携を取れば効率性が上がっていくかとかが、最も重要なテーマになっていますが、在宅の量をどのように増やしていくか、そのためには行政にどのようにお願いしていくのか、我々何をすればいいのか。

そういうようなことに対して、共通認識を持って、また自らを振り返って、自らの経営をどのようにやっていけばよいかということを考えていくこととなります。

ですから、非常に難しい会議なわけですが、何かの結論を得なければいけないということではありません。今日はその第1回目として、この情報量に圧倒されると思いますが、つき合っていたきたいと思っています。

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。

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、まことにありがとうございます。

まずは、これまで「意見聴取の場」や意見交換などで、この地域医療構想の策定にあたりまして、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。

東京都では、昨年7月に東京都地域医療構想を策定いたしました。これは、都民の皆さん、行政、医療機関、保険者など、全ての方々が協力して、将来にわたり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いうものでございます。

これは、2025年に向けて、スタート地点に立ったということで、この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かなければならないと思っております。そのための協議の場でございますので、今日は第1回ということですので。どんな意見でも結構ですので、何とぞ活発にご議論くださいますようお願いいたします。

また、副会長から先ほどお話がありましたように、本当に資料が多いのですが、病床機能報告の結果ですとかを、「私どもはこういう資料をお出しできます」ということでございます。

これは、今後の議論を進める上で参考になればというところですので、これを今日すぐに理解してということは難しいかと思いますが、ご覧になって、わかりにくい点とかがございましたら、何なりとご質問いただければ幸いです。

どうぞよろしくをお願いいたします。

○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、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を使って、「東京都地域医療構想調整会議の役割」についてお話しさせていただきます。

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、都道府県が構想区域ごとに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た議論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いただき、それを構想に反映させていただきました。それを引き継ぐ形で、この調整会議を設置いたしております。

その内容については、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いうのが、この会議の目的です。

そして、座長を互選していただき、議事に応じて、複数の合同開催や小さい単位でのPTなども、必要に応じて設置をいたします。

この会議は、原則公開でございまして、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、病床機能報告や将来の必要量などを参考にして、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考えていきます。

その際、この構想区域だけではなく、隣の区域やほかの医療資源などの状況も踏まえて、医療連携の実態に応じた議論ができればいいかという議論も必要になってまいります。

そして、それぞれの医療機関が担うべき機能や役割を、自主的に検討できるように進めてまいりたいと考えております。

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、地域の現状を把握していただき、地域の課題を考えて、それについて解決の方策を詰めてまいります。最も重要なことは、その過程で、各医療施設が自主的な検討を行っていただけるようにすることでございます。

そして、進捗状況を共有していく中では、困難な課題もあるかと存じますが、なるべく多くの方々がさまざまな立場から意見を出し合って、議論を深めるこ

とで、解決に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。

ご説明は以上です。

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。

○山口（東京都病院協会）：先ほど、猪口副会長からも説明がございましたが、この調整会議は、地域の関係者で地域の医療について考えるということでございますので、座長には、板橋区医師会の会長で、地域医療の発展にこれまで尽力されていらっしゃる水野先生をお願いするということでいかがでしょうか。

〔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、水野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。

（水野長、座長席に着席）

それでは、水野座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（水野）：初めまして、板橋区医師会の水野と申します。

本日は時間が限られている中、猪口副会長、あるいは、矢沢部長から、共通の認識を得るというお話がございましたので、私の任務は、皆さまで共有の認識を得て、それを深めていき、皆さまと議事を進行させていくことかと思っております。

それについては、皆さまのご協力がないと進みませんので、よろしくお願いいたします。

○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、いかが取り計らいでしょうか。

○座長：病床機能分化が大きなテーマでありますので、東京都病院協会の代表で、豊島病院院長の山口先生にお願いできればと思います。また、練馬区のほうから、新山地域医療担当部長に、副座長をお願いできればと思いますが、皆さん、よろしいでしょうか。

〔全員、拍手で了承〕

(山口副座長、新山副座長、副座長席に着席)

○久村課長：それでは、これ以降の進行は水野座長をお願いいたします。

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。

この調整会議の前身として開催されていた「意見聴取の場」の議論を踏まえまして、昨年7月に東京都地域医療構想が策定されました。まずは、その概要を、情報が非常に多いと言われましたが、東京都から簡単に説明いただきたいと思います。よろしく申し上げます。

○矢沢部長：それでは、この東京都地域医療構想の概要についてご説明させていただきます。まず、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います。

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や取り組みの方向性の中で記載しております。

この地域医療構想は、医療法に定める医療計画の一部でございます。平成30年に改正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、また、人口密度が高くて、特に、高齢者の人口がこれから増え、特に、独居の高齢者の増加が重要なポイントになることなどの、東京の特性を書かせていただいています。

そして、将来推計がどうなっていくのかというところの人口動態を見た上で、計算式にのっとり必要量を算定いたしました。

それが、11万3000床とありますが、これが2025年の必要量と推計されました。現在は10万5000床ほどですので、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、さまざまな変動要素を含んでおりますが、東京都では、基準病床数制度によって、それよりもきめ細かく病床の整備をすることが重要だと考えております。

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。

医療連携を推進するにあたっては、この医療圏等にかかわらず進めてきたかと思いますが、高度急性期から在宅に至るまで、医療連携を強化するため、医療情報の共有を図っていく単位としての概念を、この「事業推進区域」と定めております。

そして、第4章には、「東京の将来の医療～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

です。そして、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、こういうランドデザインというものを掲げたことと、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」を掲げたこと、さらに、先ほど申しましたとおり、「全ての人々が協力して、実現する」ということの3つを掲げたことが、東京都地域医療構想の特徴となっております。

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、及び都民の皆さんに、新たに生じた役割や、現状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も記載しております。

それでは、この区西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、88ページから記載しております。

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ページ目から4ページ目にかけて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の入院患者さんの受療動向やこの圏域の中での完結率などをお示ししております。

この矢印は患者さんの動きで、太ければ太いほど人数が多いとご覧いただけますし、本体のほうでは、他県の分と都内の分で色分けをしております。

この地域は、全て流出しているということですが、自圏域あるいは、隣の圏域を併せると、完結率が最も高いところでございます。

それぞれの区にとっては、「そんなはずはない」という感じかもしれませんが、データではそうなっています。

例えば、2ページ目の高度急性期の一番下のグラフでは、この区西北部に住んでいる方が区西北部に入院している割合が62.3%になっています。そして、隣の区域は29.2%となっておりまして、両方併せますと、91.5%になります。

同じように計算すると、急性期では、68.5%と23.4%を併せますと、91.9%となります。これらは、区部でトップになっています。

次の回復期になっても、68.7%と22.1%で、90.8%ということになります。

ただ、慢性期になりますと、ご自身の圏域に入院されている方は60.4%と、それほど変わりませんが、隣の14.1%を併せても、74.5%ということで、千葉や埼玉といったところとの流出入が生じているように見えます。また、流出先としては、北多摩北部なども挙がっております。

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」のグラフを記載しております。

この区域は、東京都の平均的な高齢化の急激な進み方と、年少人口が緩やかに減っていくというのと同じような動きをする区域でございますが、この年少人口の減少というのが、大きな影響を与えていくのかと思っています。

下のほうには、「医療資源の状況等」を記載しており、病床数のほか、主な入院基本料を取っている病床数と、都内の人口10万対の平均値との比較を記載しております。

それから、7ページ目は、「医師・歯科医師等の従事者数」と、「構想区域の特徴」を記載しております。

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」でございまして、病床数の構成割合としては、高度急性期機能が12.0%、急性期機能は35.8%、回復期機能は31.7%、慢性期機能は20.5%となっております。

一方、下の数字は、「平成26年度病床機能報告結果」でございまして。各医療機関から平成26年度にお出しいただいたデータをそのままグラフ化したもので、高度急性期が31.5%で、急性期は34.1%、回復期は8.5%、慢性期は25.9%となっております。

この病床機能報告のほうは、先生方からの自己申告でございまして。それから、将来推計については、厚労省ルールに沿って、私どもが行ったものです。

後ほど、この推計の仕方については、このあとの説明の最初におさらいをしますが、診療報酬の点数で計算したのに対して、病床機能報告は、よって立つところが全く違いますので、単純に比較することはそれほど意味がないと思っています。

ただ、参考として見ていただいて、今後の動向を見ながら、使っていくものであると考えますし、この回復期のところが大きく違うため、また後ほどの説明の中で触れさせていただきますので、そこでご理解いただき、ご不明な点があれば、ご質問いただければと思います。

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」や説明会でいただきましたご意見を、なるべくそのまま書かせていただいています。

例えば、「地域特性」としては、「区ごとに医療資源の配置状況等にそれぞれ特徴があるため、きめ細やかに考えていく必要がある」といったご意見や、「医療連携」では、「情報の共有化が遅れているため、入院医療機関と在宅との連携が不十分な場合がある」といったご意見もございました。

また、「地域包括ケアシステム・在宅医療」では、「歯科医師も、今後は、患者が退院する時点から関わっていく必要がある」とか、「認知症を抱える高齢者や独居高齢者など、訪問看護ステーションとかなり連携を取っていても、在宅でみるのが難しいケースもあると感じている」といったようなご意見をいただいております。

これまでの「意見聴取の場」でいただいたご意見が、逆に、課題であるという場合もありますので、ここの記載についても注意してご覧いただければありが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。

地域医療構想の第3章をメインにご説明いただきましたが、ここまでの部分について、何かご質問はございますでしょうか。

それでは、次の説明をいただいてから、またご意見をいただければと思います。

(2) 病床機能報告から見る「現状」について

○座長：病床機能報告では、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いて、今回がいろいろな角度から東京都で集計されているようですので、まず、東京都からご説明をしていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○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と思っておりますので、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」をいただきたいと思います。

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」をご覧いただきたいと思います。

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いたしまして、患者1日当たりの診療報酬の出来高点数で分類をし、各機能の延べ患者数を出しております。

この分類方法の詳細は、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、推計方法が違っておりまして、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、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。

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年のほうが小さくなっております。

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たかと思っております。

それでは、本題の資料5に入ります。

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っております。

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」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1300床以上減っておりますが、急性期機能は、逆に約1000床ほど増加しております。

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

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「特定機能病院一般病床入院基本料」で、1694床となっております。

また、回復期機能では、「回復期リハビリテーション病棟入院料」が1025床が最も多く、2番目以下と比べると圧倒的に多いという見方になっております。

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、高度急性期機能と回復期機能は、東京都平均よりも低く、急性期機能と慢性期機能は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が、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。

区西北部では、高度急性期機能と届け出た病床のうち、一番上の「特定機能病院入院基本料」が54.3%を占めまして、下から5段目の「一般病棟7対1入院基本料」は、30.5%ということで、その次に多い結果となっております。

ほかの圏域についてご参考までにご紹介いたしますと、南多摩や北多摩西部は、高度急性期の8割以上が「7対1入院基本料」を届け出ている病床となっておりますが、西多摩では、全ての病床において、7対1は高度急性期ではなく急性期と回答されております。

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少しずつ異なっているというところのあらわれかと思えます。

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まして、6枚目は、回復期機能と慢性期機能になります。

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10.9日となっており、東京都平均の9.4日より少し長くなっております。

急性期機能は12.7日で、東京都平均が11.2日、回復期機能は62.3日で東京都平均が50.7日で、どちらもまた少し長いですが、慢性期機能は139.2日で、東京都平均が152.1日ですから、東京都平均よりも短い結果となっております。

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、少し流動的というところがございます。

右側の「区西北部の状況」を見ていただきますと、先ほどデータでご確認いただきましたとおり、高度急性期機能から急性期機能に1000床ぐらい動いているというような結果でございます。

そこで、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、例えば、高度急性期機能を選択した病床の半数以上が「特定機能病院一般病床入院基本料」を届け出ていらっしゃるということです。

また、回復期機能を選択した病床では、8割以上が「回復期リハビリテーション病棟入院基本料」というような結果になっております。

そして、記載はしていませんが、高度急性期機能は病床稼働率が低く、平均在院日数も少し長い一方で、慢性期機能は病床稼働率が非常に高く、平均在院日数も東京都平均よりも短いというような状況でございます。

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ものという性格の違いがございますが、もう1つの違いがございます。

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3117床ございましたが、一方、将来推計では、2025年時点で1384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1845床が必要という推計結果でございます。

ただし、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約1200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えます。

さらには、将来的にこの地域にどのような医療が不足して、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かと思っております。

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こととされておりますが、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いただければと思っております。

右の欄をご覧くださいますと、将来推計では、回復期機能が31.7%を占めているのに対して、現在の病床機能報告では9.4%と、かなり開きがございます。回復期機能というのは、国が定義では、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」ということになっております。

先ほど、この地域の中で、病床機能報告上では、回復期機能を回答した病床では、8割以上が回復期リハということを申し上げましたが、リハビリの提供量が足りているのか、これから増えていく在宅復帰に向けた医療が足りているのか。今より稼働率を上げれば、将来の需要の増加にも耐えられると考えるのか。それとも、周囲の構想区域との連携で補っていけるのか。いろいろな考え方があるかと思えます。

ですので、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、各機能ごとに、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、回復期機能をご覧くださいますと、一番左の

「院内の他病棟からの転棟」が8.9%で、これは、東京都平均が25%ぐらいですので、かなり少なく、逆に、「他の病院、診療所からの転院」は、東京都平均よりも高い割合となっております。

回復期リハが多いこともありまして、データ上は緊密な「病病連携」、「病診連携」が行われているかなと考えられると思います。

データ6の、「退棟患者の退棟先の場所」では、慢性期機能を見ますと、一番右の「死亡退院等」が37.3%と、高い割合になっておりますが、東京都平均も32.9%で、かなり高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、5.7%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。

高齢者の割合が東京都平均と余り変わらないことを考えますと、元気に退院される方が多いのか、退院後の患者さんの状況までは把握していないので、この報告結果には反映されていないというところもあるかもしれません。

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%を超える結果となっております。

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、ご紹介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、ご説明をさせていただきたいと思います。

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定めら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、ご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1.78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の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い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く、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会というものも、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思っています。

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す。

今ご説明にありましたように、このデータをどのように解釈するか、あるいは、データから見えない部分をどのような視点で見ていくかということが、重要になってくると思えます。

こうしたデータを補うものが、まさに、地域で医療に関わる我々の現場感覚だと思います。

調整会議としては、最終的に、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、今回は初めてですので、ご質問、ご意見をどんどん出していただいで結構だと思います。

また、この調整会議は、課題の共有ということが目的で、さまざまな立場からいろいろなご意見を自由に出せる場だと思っておりますので、ぜひご意見をどんどん出していただきたいと思えますが、いかがでしょうか。

○宮崎（東京北医療センター）：資料の確認ですが、資料5のデータとかの多くは、病床機能報告から出したデータでしょうか。

というのは、下のほうにレセプトから出した病床数がありますが、それは、あくまでも参考ということで、病床機能報告の結果をもとにしたデータということの理解でよろしいでしょうか。

○矢沢部長：この資料5と補足資料2は、ほぼ、今おっしゃったとおりで、一部、レセプトの数字を足元の数字として入れているという状況です。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○今泉（王子生協病院）：今回の資料にはありませんが、在宅医療の充実が必要だというお話を伺いました。

そこで、在宅支援診療所が、ここ数年増えているかどうか、慢性期を考え上で必要かと思いますが、それについてお伺いします。

○矢沢部長：増えているかどうかということだと、またちょっと見方がありますが、次の説明の中に、在宅療養支援病院（在支病）の数とかも出てまいりますので、そこで確認していただければと思います。

○座長：それでは、後ほどご確認願います。

ほかにご発言はございますか。

○吉澤（要町病院）：回復期というと、どうしても回復期リハというもののしか、今の病床機能の中ではなくて、在宅を見据えた、在宅の準備のためのというのは、どういうところまでを入れるのでしょうか。

この回復期が少ないというのは、回復期のあり方がはっきりしていないからではないかと思いますが、リハをやっていないところで回復期を取るの、どういうものを言うのかというお考えをお聞きしたいと思います。

○座長：ありがとうございました。

これも共通認識を得るために必要ですので、よろしくお願いいたします。

○矢沢部長：国が定めた定義をそのまま使っているので、私どもの考えということではなくて聞いていただきたいと思います。

回復期リハ病棟だけではなくて、急性期を終わったあとに、おうちに帰るまでの期間、うちに帰っても動けるようになるための医療を提供していくところというふうにしています。

例えば、補足資料1の2枚目に、「回復期機能」として、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」となっていて、必ずしも回復期リハを算定している病床ということではないけれども、まだ定義が不十分なので、こういう乖離が出るのかなと思います。

○吉澤（要町病院）：うちは、緩和ケアを中心にやっています。

そうすると、がん拠点病院のほうから、「がんの治療はできませんが、痛みのコントロールは不十分です」ということで、患者さんがうちに来て、痛みのコントロールをつけて、家に帰してということも、回復期に入るのでしょうか。

しかし、やっていることは、急性期以上に、鎮痛剤その他の手技、処置をしなければいけないという状況になりますし、これは、リハビリではないですね。

「意見聴取の場」からも出ていますが、その辺がはっきりしないのですが、

○矢沢部長：おっしゃるとおりで、今のお話の場合は、急性期機能のところに、推計になってくると、はみ出してくるのかもしれませんが。

ですので、先ほどお話ししたとおり、定義は確かに不十分なんですけど、そこが単純比較できないところで、先生がおっしゃっているのも、正しい理由だと思われま。

それから、先ほどの在宅療養支援病院とか在宅療養支援診療所の数ですが、本文の巻末の235ページに、経年では出ていませんが、平成27年度の数字が出ていますので、ご参考になるかと思います。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○坂本（帝京大学医学部附属病院）：資料5の1ページ目の②で、「病床機能報告」の例で、「病床A」は、自己申告で高度急性期機能ということになっています。

一方、「将来推計」では、これは、先ほどの推計のところでは3000点以上のところで切って、15人ずつ分けているということで、数値が違うということはわかりました。

ただ、2025年段階で、結局、ある「病棟A」に、高度急性期と急性期の混在をするようなイメージをしているのか。あるいは、「この15、15のどちらかに決めなさい」ということで、病棟としては、高度急性期と急性期のどちらかにするというので、調整をされていくのかということ、もともとの定義がわからないので、その辺を教えていただければと思います。

○矢沢部長：将来推計というのは、もう既にやってしまっている一定の推計ですので、それは動きません。

これは、将来推計と病床機能報告の差をわかりやすくしようと思った絵であって、病床機能報告は病棟単位で、将来推計は患者さんの数を病床稼働率で割り返したものです。

ですので、このところは全く違う計算式ですよ、ということで、こういう形にしたわけです。

ある日の「病棟A」は、全部が高度急性期になるわけがなく、この半分のところもあれば、4割と6割のところもあれば、それぞれ流動的であろうということで、将来も変わらないだろうとっております。

○坂本（帝京大学医学部附属病院）：もちろん、現在では、例えば、7対1とか10対1が1つの病棟の中で混在することはあり得ないわけですよ。

そうすると、将来的には、病棟を改造するのであれば、このような半分ずつというようなことは、実際の現場での振り分けはできないんじゃないかと思っているのですが、

○矢沢部長：そうですね。そういう意味ではそのとおりです。

○山口副座長（東京都病院協会）：坂本先生が今言われたように、実際の病棟では混在していて、これを峻別すると、毎日ベッドで搬送しないといけなくなるというような状況になります。

ですので、あくまでも、こういう混在しているものを、推計として分けていったということによろしいのではないのでしょうか。将来的にも峻別できないと思います。

○座長：この辺はなかなか難しい問題だと思いますが、保険点数で分けたりという話もあるものですから、この辺はすっきりしませんが、そういう意味でも、共通認識ということが大事かと思います。

ほかにいかがでしょうか。

○平山（日本大学医学部附属板橋病院）：東京都平均と比較されていますが、理想的なというか、そういう平均値をそれぞれのところに課すのか、それとも、それぞれの地域での理想値というものがあるのか。その辺の考えは、全体的なものから見たらどうなんでしょうか。

○矢沢部長：あくまでも中央値というのは参考値です。それを目指すのか目指さないのかは、これから皆さんでお考えになっていくということです。

○座長：まだまだご意見があるかと思いますが、次の議題に進みたいと思いますので、またお気づきがありましたら、そのあとでまた時間を取りたいと思います。

(3) グランドデザインと現状の比較について

○座長：冒頭の説明の中で、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ているというお話がありましたので、この将来の姿と現状にギャップがあるのか、誰もが質の高い医療を受けて、安心して暮らせるのか。こういった地域の課題は何かということ、これから考えていきたいと思えます。

時間の都合もありますので、今回は、基本目標の「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」に焦点を当てて、意見交換できればよろしいかと思えます。

それでは、まず、東京都からご説明をお願いします。

○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では、座長からただいま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できればと思えますので、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」となっております。

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ございます。

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。

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、そちらをご覧ください。

区西北部の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「53」という数字は、区西北部における救急告示医療機関数でございます。

下段の「0.58」は、救急告示医療機関数の「53」を、資料には記載しておりませんが、区西北部の病床機能報告の対象病院数「91」で割り返したものとなっております。

つまり、区西北部の病床機能報告の対象病院のうち、6割弱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「91」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「743」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「5.54」という数字は、この「743」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、区西北部で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、1万3417床で割り返して、100を掛けたものとなっております。

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、区西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(37)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「0.41」というのは、この算定病院数「37」を区西北部の病床機能報告の対象病院数の「91」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、区西北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、区西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」の項目をご覧ください。区西北部では、病床機能報告の対象病院となっている病院のうちの6割弱数が救急告示医療機関、2行目の「二次救急医療機関」では、3割半ばがこの二次救急医療機関となっております。

4行目の「救急車の受入病院数をご覧ください。全体の8割に近い71病院で救急車を受け入れていただいております、多くの救急車をこの構想区域内で受け入れていただいていることがわかるかと思います。

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。

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」では、区西北部には、約6割の病院で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（療養病床入院基本料等）」の項目をご覧ください。

区西北部では、一般病床と療養病床を併せて、1か月間で592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、区西北部の1か月間の退院患者数は1万8965人おられまして、そのうちの592人、つまり、退院患者数の3.1%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、それと比べると低い数字となっております。

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、22行目の「呼吸器リハビリテーション料」は、「3.5」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となります。

同様に、19行目から21行目にかけてご紹介しております、「心大血管疾患リハビリテーション料」「脳血管疾患等リハビリテーション料」「運動器リハビリテーション料」につきましても、東京都全体と比べて高くなっております。

これらの数字を見ますと、区西北部ではリハビリテーションが比較的多く提供されているのかなと考えております。

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ております。

先ほどご質問がございました、在宅療養支援診療所数につきましては、32行目に、平成28年8月1日付の数字をご紹介しております。

最新の数字では、258となっております。平成27年4月1日付では、

254でしたので、若干増えているという状況でございます。

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、このあと意見交換をお願いできればと思います。

資料の説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

かなり細かいデータでございます。このデータを見てということではなくても結構ですが、切れ目のない医療連携システムを構築し、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、ここでまたご意見をいただければと思います。どうぞ。

○山口副座長（東京都病院協会）：質問ですが、先ほど、在宅に関して、2025年までに3倍ぐらいになるという推計値が出ていると思います。

資料8の3ページ目の在宅療養支援診療所の数が、昨年8月で「258」ということですが、現状の対応としては、これで足りているのか、余力がないのかということです。

つまり、在宅の患者さんが3倍になったときに、この診療所数がもっと増えないと対応できないと考えたほうがいいのでしょうか。

○矢沢部長：これは、数字上で足りる、足りないというものではなくて、「現状ではこうです」というところですが、感覚としては足りなさそうな気がしています。それで「どうしたらいいか」という感じでしょうか。

○座長：ありがとうございました。

在宅に関してご意見はございますでしょうか。

○吉澤（要町病院）：在宅に関してですが、診療所の数は増えているのかもしれませんが、実際にどのぐらいの患者さんを在宅でみられているかというのは、在宅の診療所からの先生方からの、病院だったら、病床数とか患者さんの入退院とかで捉えられますが、そういうデータはあるのでしょうか。

○矢沢部長：この場にはありませんが、一定のお時間をいただければ、

○吉澤（要町病院）：在宅の先生が実際に何人ぐらいの患者さんをみているかというデータがわかったほうがいいと思います。

私は、平成6年からずっとやっていますが、在宅療養支援診療所の数と、実際に稼働している数とは一致しないところが、以前からあります。

ですので、看取りの数でそれを評価せざるを得ないということで、その数を報告させているところもあると思いますが、そういうデータの的なものがあれば、お示ししていただきたいと思っています。

○矢沢部長：データとしては取れるようですので、お示しすることは可能でございます。

○座長：ありがとうございました。

医師会に入っていない先生方でも、在宅をやっていらっしゃる先生もおられるので、行政にもご協力いただきながら、統計を取ってもらわないといけないかと思っています。

ほかにいかがでしょうか。

○金丸（明理会中央総合病院）：一番基本になるのは、患者さんのためには、地域包括ケアを中心になって考えていかないと、このシステムの全部がうまくいかないとと思っています。

そうなってくると、今の在宅の問題もそうですし、地域に根ざした救急医療機関が生き残れない限り、在宅急変した患者さんが大学病院に行ってしまったら、地域に戻りにくいのではないかとと思っています。

ただ、現状の救急の体制というのはそういうふうになっていませんので、三次選定であれば、大学病院に全部運ばれてしまいます。

一方で、地域でみている患者さんたちは、本当は地域の救急医療機関の中でうまくサイクルを回していったほうが良いと思っていますので、そういう意味で、地域に根ざした急性期、地域に根ざした回復期、慢性期を、何とか大事にできるシステムを構築していただけないかというのが、逆にお願いしたいと思っていますところでは。

それに対してのいいアイデアとかがございましたら、ぜひお願いします。

○座長：ありがとうございました。

それに関していかがでしょうか。

○山口副座長（東京都病院協会）：私も、金丸先生の意見に賛成です。

地域包括ケアシステムで受け皿をしっかりとつくるというのが大事で、そうすると、このシステムの大きさはどのぐらいが適切なのかということについて、一度話をしたほうが良いと思っています。

その中で、在宅の診療所がどのぐらいあって、在宅の患者さんがどれぐらいいるのかという統計を、きちんと取っていくと、この地域包括ケアシステムがかなりしっかり見えてくるように思います。

ですので、この地域包括ケアシステムの確立が、切れ目のない連携の最後の砦になりますので、それができるといいなと思っています。

そうすると、4つの区から成っているこの区西北部の調整会議ではなく、むしろ、区単位、医師会単位の話し合いを持ってもいいのかなという気がいたします。

○新山副座長（練馬区）：行政の立場から一言申させていただきます。

行政が直接タッチするということは、いいようで難しいところもありますが、高度急性期、急性期で入院されたあとに在宅に移行した先というのは、介護につながるケースが多く出てきます。

この地域包括ケアシステムというのは、医療だけではなく、介護、住まい、支援、予防という5つを組み合わせられていますので、これを考える際には、当然、医療だけでは難しいわけです。

そういった意味では、本日の会議には病院関係の先生方がたくさん出ていらっしゃいますが、歯科医師会、薬剤師会、看護師会の方々も来ていらっしゃいますが、多職種の連携というものが非常に重要になってくると思っています。

ただ、実際に地域包括ケアシステムを構築する上では、医療と介護の連携も必要ですが、医療関係を結ぶようにしても、なかなか難しいというところがございます。

誰が音頭をとるのかという問題がありまして、例えば、板橋区では、医師会の先生方が非常に熱心にやっていただいています、部会を設けて調整されておりますが、そういういろいろな機関との調整を考えていく際には、やはり、行政が関わっていかないと、医療から介護、福祉といったところにうまくつながっていかないというところもございます。

ですので、まずは、現状の医療資源がどうなっているか、在宅復帰支援ということで介護とのつながりをどうしていくかということで、この区西北部での状況を確認していただき、あとは、先生方から、アイデアというよりも、要望でも何でも出していただいて、具体的に解決するためにはまた次のステップということで考えていただければ、この会もスムーズに行く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。

ほかにいかがでしょうか。

○齋藤（大泉生協病院）：同じ練馬区ですので、新山さんが今おっしゃったことの付け足しになります。

ほかの医療圏はどうかかわからないですが、この区西北部の医療圏は、区域内の格差がものすごく大きいと思っています。例えば、練馬区は、この区西北部の人口の約40%を占めていますが、急性期の病床は1000床あるかないかです。

そして、私のところでは地域包括ケア病棟を持っていますが、この資料を見ると、区西北部では、地域包括ケア病棟は今でも少ないなということがわかりました。

ですので、急性期とか地域包括ケア病棟などが頑張らなければいけないところだと思っています。

ただ、区西北部全体で見ると、高度急性期や急性期が多いめにあるということですが、そういう意味では、かなりローカルな格差が大きいので、それをどういうふうに考えていくかということが、非常に大事だと思っています。

もう一つ、高齢者や認知症の方々が急性期に入院できるようにという話が出ていますが、こういう方々の急性期の扱いというのは、だんだん質が変わってきていると思っています。

つまり、単純に、「肺炎だから、高度急性期や急性期に入って、挿管でもしましょう」というような状態ではなくなってきて在宅などでみている場合などは、肺炎になったとしても、「できることだけをやって、うちで亡くなるようにしてほしい」という方々が、最近は多くなってきています。

ですので、急性期そのものに対する考え方が変わってきていて、そこをみるのは、高度急性期ではないということになります。

それから、地域包括ケアシステムの範囲の話がありましたが、厚労省では、中学校区単位としているように思っています。ただ、実際に地域包括ケアで周りを見ていると、確かに、そのぐらいの規模でないと、高齢者の行動範囲はそれぐらいですし、訪問診療をするにしても、そのぐらいよりも広くなると、なかなかやっていけないと思います。

ですから、中学校区単位なりをよく考えながら、そして、この区域の中の格差を考えながら、病床数とか役割を検討していかないと、この数字だけを見てみると、かなり偏っていきそうな気がしていますので、練馬区の間人としては、そこが非常に危惧されるところです。

○座長：ありがとうございました。

さらにご発言をどうぞ。

○今泉（王子生協病院）：国のほうは、回復期機能については、入院期間を何日間というように決めてしまって、それを超えると診療報酬が成り立たないという形で、退院促進をし、慢性期のほうは、入院していても点数が低いので、退院促進をするという形が見えてくるような感じを持っています。

そういう中で、慢性期の立場からすると、いくら退院促進しても、患者さんが重症化していたり、また、中途半端に退院されてしまうと、あとが大変になるという場合が考えられます。

そもそも慢性期というのが、在宅での受け皿がない方が多くなっていて、ただ単に点数が低いから医療が成り立たないので退院させるということですが、在宅医療や介護が充実されていないと、退院してもまた入院して、急性期にまた戻るということで、このシステムが成り立たなくなるのではないかという懸念を持っています。

それから、患者負担が昨今増えていますので、私たちの周りで何が起きているかということ、介護拒否とか医療拒否ということで、本当は医療をやったほうが、在宅で元気に過ごせるはずなのに、そういう拒否をすることによって、結局は重症化してしまい、入院するという形になっていく場合が多くなっていくのではないかと思っています。

そうすると、財源をどうするかという議論がないと、私たちの北区の場合も、高齢化率が高い上、貧困とっていいのでしょうか、そういう問題も多いです。このシステムにおいてはこういう問題も懸念されますので、慢性期のほうからすると、こういう点を充実させてほしいと願っています。

○座長：ありがとうございました。

座長ですので、余り話をしないようにしていましたが、少し話をさせていただきます。

この地域医療構想の中で一番話題になっているのは、慢性期ではないかというお話が出ています。先ほど、吉澤先生からも、どのぐらいの先生が訪問診療をやっているのかということがわからないと、実際に充足しているかどうかもわからないということです。

一方で、医療費や介護費が上がっているということで、患者さんのほうからの拒否という問題も出ていますが、拒否とかいう問題ではなくて、認知症でひとり暮らしということであれば、そういうことも考えられないという状況も、実際に聞いたりすることがございます。

そういう中で、金丸先生が先ほどおっしゃった、地域包括ケアなどのしっかりしたネットワークがあれば、地域での医療と介護がうまく結びついていくのではないかと考えています。

そして、それを実際にやっていくのが、行政と医師会などの医療関係者だと思しますので、この辺は、先ほどの資料6の（ア）から（ク）までの事業がございしますが、こういう取り組みを医師会とも組んでいただいでやっていかないと、うまくいかないだろうと思っています。

それと同時に、区西北部の人たちの意識づけも必要になってくると思います。これは、我々がこの資料などを見て、そういうことの重要性をわかっている、それを受ける側の人たちが全くわからないということもありますので、こういう啓発活動も平行してやっていかなければいけないと考えています。

ざっくり言わせていただきますと、高度急性期医療に関しては、病院の先生方は頑張っていて、救急車の受け入れも非常によくなっていて、なかなか断らないというような現状がございします。

ただ、患者さんのほうは、啓発が十分じゃないので、何でも大きな病院に行くというような方向が、どうしてもできているのですが、実際に大きな病院に行くと、「満床です」と断られる場合が多くなっていて、そのときにどうするかという課題があると思います。

また、とりあえず病院に行ったけれども、入院の必要はないと言われたけれども、患者さん自身や家族は不安であり、ひとり暮らしの人はなおさら不安になる場合も、非常に多いのが現状です。

ですので、そういう場合、言葉は悪いですが、どのようにトリアージして、それぞれの患者さんに応じた対応ができるのが中小病院であるというようなシステムづくりが、地域で必要であると思っています。

そして、区西北部全体で考えると充足しているということですが、確かに、偏りがありまして、練馬区にはそういった病院が少ないということですので、

そこを、この区西北部の調整会議で認識していただいて、調整していくことによって、高度急性期、急性期はもちろん、回復期も含めて、やっていく形がうまくできていくのではないかと考えています。

ただ、慢性期に関しては、もう少しミクロ的な考え方で、地域包括ケアシステムなども含めた形で、患者さんなどをみていく必要があると考えていますので、高度急性期、急性期、回復期とのパイプ役が行政だったり医師会だったりするという形になっていけばいいのかなと、個人的には考えています。

こういう点についてご意見があればおっしゃっていただきたいと思います。どうぞ。

○小平（花と森の東京病院）：今のお話のように、区西北部では地域によって格差があるということで、練馬区と北区では状況が全然違っていますので、区単位で話をそれぞれ詰めていったほうがいいと思っています。

そこで、私ども北区の取り組みについてご紹介したいと思っています。

医師会では、病院委員会、介護推進委員会を持っていて、北区の健康福祉部の方と定期的に会合を持って、介護も含めた話をして、情報共有をしようという取り組みをしています。

ですから、この区西北部全体で同じようにやっていくというのは、非常に難しいので、区単位で話を煮詰めてから、この調整会議に話を持ってくるという形にしたほうがいいのではないかと印象がございます。

それと、北区の健康福祉部さんがされた高齢者の意識調査によりますと、「自宅で暮らしたい」が45%ありましたが、ひとり暮らしの場合は、それが30%しかなかったということで、7割の人たちが自宅で暮らしたくないという感想を持っているということでした。

ですから、「住み慣れたところで」とは言いますが、ひとり暮らしなどの場合には、もう少し広域で考えてもいいのじゃないかということが、この調査からわかってきました。

そのため、もう少し広い範囲でということで、北区の場合は、埼玉県と接しているため、受け皿がそちらに相当ありますので、そういう議論もしていく必

要があるということを、我々のところでは議論して、認識を共有するようにしています。

○座長：ありがとうございました。

今のお話は、「住まい」ということを重点に考えた形かと思います。本当に北区に住まいがあれば、そこに住んでいたいということになると思いますが、そういう住まいの提供に関しては、行政もある程度関わっていただいて、例えば、集合住宅のようなところにお年寄りが集まるというような、健康な方で、あれば、そういうところで十分生活ができるのではないかと考えています。

それから4区の医師会においては、各区でどんな取り組みをやっているかという話し合いをしていますので、そういった面では、情報の交換はできていますし、聞くところによりますと、行政同士でも、4区で話し合いをされているようですので、共通な認識はそこそこあるのではないかと考えています。

ただ、それらを取りまとめて、みんなでどう話し合っていくかというところが、今後の課題になってくると思いますので、その辺をよろしく願いいたします。

それから、訪問看護についてですが、実は、特別じゃない限りは、板橋区なら板橋区だけでやっていかなければならないというような、ある程度の規制があったように思っています。

板橋区の場合も、埼玉県が隣にありますが、埼玉の患者さんのところに出張する場合には、それなりの届け出とかがあるかと聞いていますが、皆さんの中でそういう情報をお持ちじゃないでしょうか。

ではまた、ほかのご意見などいかがでしょうか。

○今泉（王子生協病院）：慢性期の病院というのは中小のところが多いのですが、経営的にかなり厳しい状況で、診療報酬上の締め付けが今後も出てくると、特に慢性期を担う病院が、病床閉鎖とか閉院とかの可能性があるのでないかと心配しています。

最近は、医師を集めるのが大変になってきているという実情と、景気に困難さがあるということです。慢性期のほうに補助をいただくと、非常に助かるということも、切に願っているところです。

○座長：ありがとうございました。

慢性期の補助に関しては、すぐには答えは出ませんが、今後の課題としていきたいと思います。

ほかにいかがでしょうか。

○島本（大同病院）：急性期病院も経営が厳しくなっているということは確かですので、東京都のほうでも考えていただきたいと思っております。

それから、救急で今日来られたお年寄りを調べてみると、肺結核の人だったのです。家族の方は、「入院などとんでもない。自宅で看取りをしたい」ということでしたが、結核の方を帰してしまうと、周りに蔓延させてしまうので、家族を説得していますが、なかなかうまくいきません。

こういうように、家族の方は、そのままにしておくとうまくいってしまったり、往診を頼んでも吸入ができないので、とにかく救急車を呼ぶというケースが結構あります。

そして、身寄りの息子さんとかに連絡しても、「いや、看取りにしてください。入院は困ります」というようなことになると、救急病院としてはどうしていいかわからないという場合が多いというのが現実なんです。

しかも、そういう結核の人を、夜間に取ってもらおうと思っても、どこも取ってくれないわけです。東京都では、予算をたくさん出して、結核の病院には補助金も出していると思うんですが、取ってくれなくて、「確定したら取りましょう」ということでした。

そのため、ものすごい看護師の負担と救急への負担が増えていますので、結核だなと思われた場合は、直ちに受け入れてくれるようなシステムが構築できないかということも、今後の課題としてお願いしたいと思っています。

○座長：ありがとうございました。

これもなかなか難しい問題かと思いますが、これも課題の一つになると思います。

もともと、救急医療をやっている以上は、ある程度リスクというのは、結核のみならずあるかと思いますが、結核の場合は、法的にしっかり対応して、入院なら入院という形になると思います。

しかも、最近では結核が増えていて、板橋区の保健所からお話を伺ったとき、日本語学校に通っている外国人の方が結核にかかっていることが多いということでした。

東京都全体からしても、板橋区は多いという状況ですが、そういう中で、結核だけでもそういった問題がございますので、今後考えていかなければいけないわけですが、医療者は医療者で、自分の身が自分で守らなければならないというところでもあります。

ほかにご意見はございますか。

○新山副座長（練馬区）：この会議でいろいろなご意見をいただくにしても、今日は最初ということで、さまざまなお話をいただいておりますが、このまま続けていってもなかなかまとまりがなくなってきた感じがします。

ですので、東京都のグランドデザインについて一つずつお考えをまとめていくということになれば、意見も出やすいのかなと思っています。

それから、2025年に向けて団塊の世代が後期高齢者になるということで、地域包括ケアシステムと在宅療養ということが、やはり、一番大きな課題なのかなと思っております。

現状を見てみると、二次医療圏の中でも、先生方がいろいろおっしゃっていただきましたように、医療資源というのは、どちらかというと、この区域では板橋区に集中していて、北区、豊島区、練馬区は不足しているわけです。

ただ、その中で、そういったところをどうするかという話は、また別にありますが、今ある資源をどう活かして、連携してやっていくかということが、喫緊の課題なのかなと考えております。

練馬区では、急性期も回復期も足りませんということで、現在、「医療支援制度」というものをつくって、急性期病院等への支援とか、単に一般病床とし

て持っていらっしやるような病院に対しても、これを地域包括ケアシステムにつなげていけるような、回復期リハビリ病棟だとか、地域包括支病棟に転換していただけるならば、その一部を支援していくという制度をつくっております。

そういったところもありますので、行政の立場としても、地域包括ケアシステムをつくっていくというのは、各区にとっても課題だと考えておりますので、最終的にはこれを大きな目標としてやっていただけたらありがたいかと、私は思っております。

○座長：ありがとうございました。

グランドデザインでお話をしていくことが、お話としてまとまっていくのではないかという、副座長からのご提案がございました。

ほかにいかがでしょうか。

○齋藤（大泉生協病院）：本日の会議は、時間の関係もあって、このグランドデザインのⅡを中心にとということでしたが、Ⅳのところに書いてある、「人材の確保・育成」という問題も、非常に心配しています。

大学病院のところは余り心配ないと思いますが、地域包括ケアシステムとか慢性期を担う医者をつくるというのは、特にこれから専門医制度が始まると、かなり難しくなっていくのではないかと考えていますので、そういう意味でも、医療連携をしっかりと、「人をつくる」という視点も含めた連携システムをつくっていかないといけなくなると思っています。

地域包括ケアをする先生とか訪問診療をする先生というのは、専門性といっても、今までのような臓器別の専門性では非常に厳しくて、どちらかという、広く、そして、それなりに深く専門性を身につけなければいけないわけですが、そういう人を育てるシステムというのは、実は、今は余りないんです。

だから、そういうものを含めた連携をしていかないと、地域包括ケアシステムを維持できないのではないかと心配しています。

というのは、急性期のほうには多く集まるとは思っていて、今でも、病床数が偏っているところにもってきて、医師の偏りが非常に大きくなるという危惧

があるため、そういうことをしっかり考えていかなければならないと思っています
るわけです。

○座長：ありがとうございました。

「総合診療医」という話が出ましたが、日本医師会のほうから話があって、
それについて、猪口先生、コメントをいただけるでしょうか。

○猪口副会長：この件については、専門医機構でいろいろ話し合っていますが、
その部分は棚上げになっていて、なかなか進んでいないように思っています。

ただ、そういうニーズがあって、「総合診療医」を育てていかなければいけ
ないということは確かなので、特に、こういう地域包括ケアを支える医師とし
ては、そういう「総合診療医」的な医師が必要であるということについては、
私も賛成です。

○山口副座長（東京都病院協会）：今の新専門医制度における「総合診療医」
ということではなくて、「病院総合医」というものを育成していこうというこ
とで、JCHO（地域医療機能推進機構）などでスタートしていて、スタンダ
ードなカリキュラムをつくっていこうという話も出ています。

このように、今は病院の総合医というものが求められている時代ですので、
そういうドクターが病院に留まっていなくて、地域の中に出ていくというよう
な形も、今後考えてもいいのじゃないかと思っています。

ですので、人材の育成も必要ですが、人材の有効活用ということも、非常に
大事なことだと思っています。

○座長：ありがとうございました。

今の山口先生のお話は、今後の方針としては正しいかと思っていますが、今
の段階では、地域で働いている先生方が総合医の役目をしていますので、そう
いう意味では、そのまま継続していく必要があると思っています。

そして、啓発という意味では、各病院の研修医の先生方に、地域医療がどう
いうものなのかということも知っていただかないといけないと思っています、今

の研修制度の中では、きちんとしたカリキュラムが入っていますので、そこで知っていただくということが大事だと思います。

実際に開業していらっしゃる先生方は、地域でどの患者さんがどういうことをしているかということまで、しかも、家族の方がどんな仕事をしているかということまで、よく把握している方が多いと思っています。

そういうものを地域での総合診療医と言ってもいいと思っていて、山口先生のご提案の、病院の先生が地域に出ていくということについては、ちょっと課題になるのではないかと思います。

今の専門医制度が全体的に確立するのは、10年以上先になるのではないかと考えておりますので、それまでは、今ある医療資源を利用して、みんなで働いていかなければならないと考えております。

そういう意味においても、現実在宅をやっている先生がどれだけおられるかということは、実際に把握する必要があると思います。

もっとも、在宅医療をやっているといっても、そこには温度差がありまして、一生懸命な先生方はもちろん、とりあえずは、今まで通ってこられた患者さんを最期までみますというような先生もいらっしゃいます。

これは、どちらがいいとか悪いとかいうことではなくて、こういうことも地域包括ケアを考えた医療の提供だと思っておりますので、どちらもよいことではないかと考えております。

○山口副座長（東京都病院協会）：齋藤先生が先ほどおっしゃったように、区によってかなり状況が違うということですので、そうすると、今のデータは区西北部としてのデータですから、それ以外に、区ごとのデータとして、例えば、医療・介護施設がいくつあるかとか、在宅医療をどれだけやっているかというのは、保健所などでそういうデータをお持ちなのでしょうか。

○佐藤（板橋区）：余り細かいところまでは押さえてはおりません。

○山口（東京都病院協会）：各区で押さえているデータを提出していただくと、区ごとの状況がもう少し見えてくると思います。

今は総論として、区西北部としてやっていますが、現実には、各区でそれぞれ対応を考えていって、それをまた総合するというような流れになっていくと思います。

そうすると、各区のことを考える上では、もちろん、それぞれの区でやればいいということかもしれませんが、データを出していただければ、ほかの区の方々も見て、いろいろ考えていくことができますので、地域包括ケアを考える上で非常に参考になると思いますので、よろしくお願いいたします。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○坂本（帝京大学医学部附属病院）：「切れ目のない医療」ということで、在宅医療との連携は非常に重要で、東京都からも、かなり踏み込んだデータをいただけたかと思っています。

一方、介護施設についてですが、東京都医師会で緊急入院の調査をされたときも、確か、全体の7%ぐらいが介護施設からだったということだったと思っています。また、出口のほうも、1割以上がそういう介護施設に行っているということが考えられます。

そうすると、こういう介護施設と医療の連携という部分が、数についても質的なものについても、少し踏み込んでいかないといけないのではないかと思っています。

この地域医療構想の資料をみても、在宅医療に関しては結構出ていますが、介護施設については余り踏み込んでないような気がしていますので、東京都としては、今後いかがな感じなのかお伺いできればと思います。

○矢沢部長：踏み込んでないというか、「在宅医療等」の「等」のところに、老健とかが入ってしまっているのが、介護施設が書いてないのはそういう理由です。

あと、高齢者の計画のほうとこの医療計画とは、これまでは余り密接なところが足りてなかったかなと思っておりますので、次の改定するときには、そのあたりは少しやっていきたいと考えております。

○坂本（帝京大学医学部附属病院）：地域包括ケアシステムの中での救急医療ということを考えるときには、介護施設との連携ということを、きちんとしていかないと、今でもあちこちで困っていることがいろいろあると思いますので、ぜひ一緒に考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。

ほかにいかがでしょうか。

○鈴木（浩生会スズキ病院）：今までのデータについてお話を伺って、私たちがこれからどのようにしていったらいいかということが、ぼんやりと見えてきましたので、大変ありがたいことだと思っています。

それで、もうちょっと細かいデータを知りたいと思うんですが、先ほどもどなたかがおっしゃっていたような、在宅の患者さんの数についてです。

これは、練馬区で言えば、練馬区医師会の在宅をやっている先生がそれぞれ何人ぐらい受けているかという調査を、去年実施して、大体の数字はわかっていますが、練馬区医師会に所属していない先生も半分ぐらいおられるようですので、正確なところが出ていないわけです。

そこで、練馬区でも出していただきたいということで、何度か依頼してはおりますが、まだ出てきていません。

東京都はそういうデータを持っておられると思いますので、先ほどのお話のように、区ごとのデータが出てきたら、大変ありがたいと思います。

ですので、在宅をやっておられる診療所の数と、在宅を受けている方の数を、ぜひ出していただきたいと思っています。

それから、これは、ちょっと言いづらいことですが、私が練馬区で聞き及んでいる限りでは、在宅の患者さんが偏っているという印象を受けます。という

のは、一般の開業をやっている先生が、ケアマネジャーさんと実際に連絡を取り合ったということが少ないという印象を受けるからです。

在宅を主にやっている先生方は、ケアマネジャーさんとはいろいろなことで連絡をよくしていて、患者さんの紹介とか相談を受けるということですが、そうでなくて、自分が今までみていて、高齢の方が増えてきたので、自然発生的に10人とか20人という古い患者さんの在宅をやっているような先生は、ケアマネジャーさんとのコンタクトがほとんどないということがあるように思っています。

なぜこんなことを言うかといいますと、一般の区民の方が相談に行くような、地域包括支援センターで受けた相談の数と、その上で、どういう先生に紹介したかというデータもあるのではないかと考えているからです。

もちろん、非常に機微に触れることではありますが、そちらのほうで見ていただいて、そういう偏りが無いかどうか、適宜判断して、あると思ったら、少し考える必要があるのではないかと、データ上で検討していただきたいと思います。

そうすると、先ほどのお話のような、2025年に向けて患者さんが急増していくというときに、一般で開業している我々が、それにどう対応するかということが、当然見えてくるわけですから、そうでないと、やる気が起きないというわけではありませんが、ぜひデータを出し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。

傍聴席のほうからもいかがでしょうか。どうぞ。

○光定（練馬区光が丘病院）：鈴木先生が今おっしゃったとおりだと思います。

ただ、この地域包括ケアというものを考えたときに、診療所の数とか看取りの数とか、あと、区の医師会でデータを集められているというお話もありましたが、裏打ちするものとして、例えば、在宅ですと、「在宅医学総合管理料」がどれぐらい算定されているかがわかれば、これによって、おうちにいる人とグループホームにいる人はわかると思います。

加えて、練馬区とかを見ると、有料老人ホームとかの施設が結構ありますが、そこは、「在宅総合医学管理料」ではない管理料で加算されていると聞いていますので、そういうデータもいただければ、ある程度の人数が把握できるのではないかと考えていますので、よろしくお願いいたします。

○座長：ありがとうございました。東京都からコメントはございますか。

○矢沢部長：おっしゃっていることは、何となくかもしれませんが、理解しております。

ただ、医師会の会員以外の先生方のところについてとか、特養とかの施設によつての区別ができるかどうかというところは、若干不安ですが、まずはできるところからデータを拾って、区とも相談して、そういうデータを出せるように考えていきたいと思えます。ありがとうございます。

○座長：今日は、歯科医師会、薬剤師会、看護協会からもご出席いただいていますので、多職種の方々からも支援をいただく必要がございますので、ぜひご意見をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○寺内（歯科医師会代表）：私の所属は豊島区ですが、医師会の先生方、行政の方々に音頭を取っていただいて、地域包括ケアシステムのお手伝いを、歯科医師会として最大限させていただいております。

私どもの豊島区には、「口腔保健センター」がありまして、そこを、ワンストップキーステーションにいたしまして、区民の方々の口腔ケアを中心に活動しております。

今日はいろいろな意見を聞かせていただきましたので、今後、歯科の面からの意見を、何回目か以降には出させていただければと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○座長：ありがとうございました。

○上野（薬剤師会代表）：私のところは、練馬区内にあります。

今日はいろいろなお話をお聞かせいただき、大変ありがとうございました。

我々の団体においても、地域包括ケアシステムの中で、薬物療法に関する連携をしっかりと構築をしていこうとしているところでもあります。

また、「健康サポート薬局」という制度が、昨年10月から始まりましたので、健康づくりや予防的な観点からも、薬局の薬剤師が地域において働かせていただくということになってまいりますので、今後ともよろしくお願ひしたいと思っております。

なお、いろいろなデータのお話がございまして、人的な要素として、資料8の3枚目を見ますと、「在宅療養支援病院」「在宅療養支援診療所」「在宅療養後方支援病院」「在宅療養支援歯科診療所」「訪問看護ステーション」の数が出ています。

ここに、在宅訪問や居宅療養管理指導を行う薬局の、施設としての数も、集計できると思っておりまして、これは、診療報酬上からも可能と思われるので、次回以降はこういったデータも活用していただければと思います。

我々も、どの程度増えていっているのかを知りたいと思っておりますので、ぜひお願ひしたいと思っております。

○座長：ありがとうございました。

○市橋（看護協会代表）：先生方のお話を伺っていて、看護協会としてもいろいろ話し合っていないといけないというところを感じました。

私は、北区にいますが、高齢者とか認知症の患者さんが非常に多くて、地域包括ケアシステムで在宅につなげるといったときに、「1人では生活できないよね」とか、「こういう認知症の患者さんが地域に戻ったらどうなるのかな」というような心配が、先に立ってしまって、「そういう患者さんを在宅に戻すのは非常に難しいのじゃないか」ということが、病院の中にいると、そう感じてしまうことが多いです。

ただ、訪問看護ステーションの方のお話を聞いていますと、「どんな患者さんでも受けますよ」ということで、すごく力強いお言葉をいただいておりますの

で、そこにうまくつなげていくということを、これから考えていかなければいけないなど、非常に強く思っています。

あと、地域包括ケアの病棟とか病床とか、回復期リハビリテーションの病棟とかを考えたとき、看護師ではなく、介護職の方々とも一緒になってやっていかなければいけないわけです。

高度急性期とか急性期の場合は、看護師の数を多く配置する必要がありますが、地域包括ケアとか回復期、慢性期となると、看護師と介護職が一緒になってやっていかなければならない部分ですので、「傾斜配置」をしていく必要があると思っています。

ところが、病院に介護職の人も、看護補助者の人もほとんど応募がないということを見ると、非常に難しいところだなと思っていますので、人材の育成というところも、今後いろいろ考えていかなければならないと感じています。

○座長：現実にギャップのお話をしていただき、ありがとうございます。

これから医療と介護は連携していかなければならないという法律もありますので、そういった面の課題も克服していかなければならないと思っています。

それから、保険者の方からもご出席いただいていますので、どなたかご発言をお願いできるでしょうか。

○山崎（測量地質健康保険組合）：保険者代表ということですから、被保険者とそのご家族の方々が、それぞれの地域で安心して医療を受けられるようにということで、この会に参加させていただいております。

そういう意味では、先生方のご意見を伺って、いろいろ理解することができ、非常によかったと思っています。

そして、2025年の推計とかをいろいろご紹介いただきましたが、私どもの被保険者とかそのご家族とかに対して、どのように広報していくかということが、私どもの任務なのかなと思っていますから、今後ともどういう形で広報をしていくかということを考えながら、参加させていただきたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

○座長：ありがとうございました。

座長の不手際で時間がオーバーしておりますが、今日は初めての会ということで、いろいろなご意見が出ましたので、まとまりがつかない会となってしまいました。

ただ、もともとは認識を共有するのが第一の目的ということでしたので、それについては、お話がいろいろ出た中で、少しは共有することができたかなと思っております、これをまた各地域に持ち帰っていただいて、ぜひ検討していただきたいと思っております。

次回はまた、新しいデータもお出しいただいて、この会が開催されると思っておりますので、またいろいろなお話をしていくようになるかと思っております。

それでは、本日の会議はこれで終了させていただきます。長時間にわたり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して、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、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
よろしく願いいたします。

(了)