

〔平成 28 年度〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔南多摩〕

平成 28 年 12 月 14 日 開催

# 【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔南多摩〕

平成 28 年 1 2 月 1 4 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、南多摩の「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、調整に時間を要しまして、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、お忙しい中お集まりいただき、大変ありがとうございます。  
ます。

これからいろいろご説明がありますが、非常にデータが多くて、それらの理解だけで、きょうは深い話は余りできないのではないかと考えています。

11月29日の「MEDIFAX」で、厚労省の佐々木医療計画課長がコメントしているのですが、「この調整会議で行うことは、地域ごとに、撤退部分や進出部分を含めて、法人運営の最適化と地域資源活用の最適化を両立させてください」という、極めて難しいオペレーションをお願いしているというような話をされています。

どういうことかという、この地域で高度急性期、急性期などのような病気、あるいは、急性期で始まっていくような病気の患者さんを、どのようにして地域の中でみていくかという雰囲気醸成して、個々の経営者の皆さんがどういうふうに動くかということ、つまり、動きやすい雰囲気づくりの醸成が一番大事なのではないかと考えています。

その中で、今日は医師会の先生方にも来ていただけていますが、前提条件としては、在宅医療をうまく進展させないとうまくいかないということもございますので、その辺のところ、最終的には、こういう部分の話し合いが一番大事になってくるということ、前置きでお話をさせていただきます。

今日はよろしく願いいたします。

○久村課長：ありがとうございました。

次に、西山医療政策部長よりご挨拶申し上げます。

○西山部長：皆さま、こんばんは。福祉保健局の西山でございます。

本日は、年末の大変お忙しい中、また遅い時間にご出席いただき、ありがとうございます。

今年の7月に、東京都では地域医療構想を策定いたしました。これに対し、「意見聴取の場」などで皆さまから多くのご意見を頂戴し、策定にあたりましてご協力いただきましたことを、改めてお礼を申し上げます。

この地域医療構想は、第1章の冒頭に、「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、発展させていくための方針」と書いております。

ですので、こうした方針を踏まえまして、南多摩圏域の医療の現状や課題を共有して、その将来像を話し合っていたいただくのが、今日の会議でございまして、構想をこれから実現していくための推進力になっていくものと考えております。

したがって、さまざまなお立場から忌憚のないご意見をちょうだいし、できるだけ活発な意見交換をしていただければと思っております。

また、本日は初回ということですので、テーブルの上に多くの資料や細かいデータを用意しておりますが、次回以降の議論を進めていく上での参考にしていただければということで、作成をいたしました。

この場でなかなか読み解きづらい部分もあろうかと思っておりますので、そういう点につきましても、ご遠慮なくご質問いただければと思っております。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

○久村課長：それでは、次に、座長の選出でございしますが、それに先立ちまして、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。

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」とされておまして、地域医療構想の達成に向けて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ってというものでございます。

そして、座長は互選し、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。

そして、議事に応じまして、複数の合同会議やPTといった形での開催も考えております。

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感じていらっしゃ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ただきます。

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っていただきまして、それぞれの医療機関、医療施設の方が担うべき役割や機能を、自主的に検討できるように進めていくということでございます。

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、現状を把握していただいて、地域の課題を考えていただき、解決の方策を考えていくという形になりますが、最も重要なことは、その過程で、各医療機関、医療施設の方が自主的な検討を行っていただくというところでございます。

そして、その上で進捗状況を共有していただくということになりますが、困難な課題も多くあると存じます。なるべく多くの方がさまざまな意見を出し合っていていただいて、議論を深めていただくということで、解決の糸口が見えることもあるかと考えますので、ぜひ積極的なご発言をお願いいたします。

調整会議の役割のご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。

○田原（南多摩保健所）：座長の互選について提案させていただきます。

この調整会議は、地域の関係者の皆さまご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、多摩市医師会の会長であり、在宅療養などで地域医療に尽力していらっしゃいます、田村先生をお願いするということはいかがでございましょうか。

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

〔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、田村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。

（田村座長、座長席に着席）

それでは、田村座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（田村）：ただいま座長を拝命いたしました、多摩市医師会の田村でございます。不慣れではございますが、皆さまには議事の進行のご協力を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。

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：病床の機能分化が大きなテーマですので、本日はご欠席ですが、東京都病院協会代表の安藤高夫先生と、保健衛生の行政の立場から、田原南多摩保健所長に、副座長をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

〔全員、拍手で了承〕

(田原副座長、副座長席に着席)

○久村課長：それでは、これ以降の進行は田村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。

皆さま、既にご存じと思いますが、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、改めてではございますが、東京都より説明をいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○久村課長：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ご説明させていただきます。

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～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といいたしました。

そして、医療法では、次の2点を記載することとしております。

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しております。

それから、構想区域ごとの達成に向けた事項は、第4章のグランドデザインの達成に向けた4つの基本目標の、課題と取り組みの方向性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するものでございます。

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、将来推計を記載しております。

患者数から病床数を割り返しますと、11万3000床と推計されております。現行は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、患者さんの受療動向、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んでおりますので、東京都は、基準病床数制度によりまして、きめ細かく病床の整備を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」について記載しております。

「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、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まいります。

そして、第4章には、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」を記載しております。

「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」の実現に向けまして、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りまして、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、この南多摩の構想区域の状況について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。

この南多摩では、高度急性期の患者さんが、1日あたり444人流出しております。

また、下の帯グラフは、南多摩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、58.3%になっていますが、都内の隣接区域に入院されている人が13.7%ですので、それらを足し合わせると、72.0%ということになりまして、ある程度多くの方が、ご自宅のある区域か隣の区域に入院されているという状況かと存じます。

ただ、この数字につきましては、島しょ地域を除きますと、都内で最も低い数字となっております。

急性期については、973人が流出されていまして、その流出先は、高度急性期機能と同様、北多摩南部に次いで神奈川県が多いという形になっております。

そして、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69.3%で、都内の隣接区域に入院されている方が10.1%ということで、それらを足し合わせますと、79.4%ということになります。

次に、5ページ目の慢性期ですが、ほかの機能と大きく異なっていて、1269人の流入超過という状況でございまして、特に、神奈川県からの流入が661人で、流出で382人ということで、神奈川県との流出入が多いのが特徴でございます。

そして、下の帯グラフですが、自構想区域での入院が70.6%で、都内の隣接区域での入院が9.5%ということで、足し合わせますと、80.1%ということで、高い割合になっております。

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、7ページ目には、「医師・歯科医師等の従事者数」を記載しております。

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ので、この区域は27.4%ということで、それよりも高いと推測されております。

それから、医師数についてですが、括弧の中の数字は、人口10万人当たりの医師数は、213.5人となっていて、東京都平均が355.8人ですので、かなり少ないという状況になっております。

8ページ目には、「推計患者数（医療機関所在地ベース）」が出ています。そして、9ページには、「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」も記載しています。

全体を100とした4機能のそれぞれの占める割合で比較していただくと、その差がかなり大きく、特に、回復期では顕著なことが、こちらの数字から見て取れるかと思えます。

こうした推計の方法については、このあとのご説明でおさらいをさせていただきますが、推計値は、診療報酬の点数で捉えたものでございます。それに対して、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はできません。

ただ、回復期については、例えば、急性期を脱したあとの在宅へ向けてのリハで適用期間が長いことなど、重複等もいろいろあるからかと思われまし、あるいは、既に不足していると考えられるところもあるかと思ひます。

そういったさまざまな推測が成り立つかと思われましますので、このあたりもご議論いただければ、いろいろ見えてくるものが見えてくるのではないかと考えております。

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等についてご説明させていただきます。

たくさん資料でございますが、今日は、まずこうしたデータを提供させていただきますので、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役割を、この会議は持っているということをご理解いただきたいと考えております。

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、ここに載せております。

例えば、この南多摩の圏域は、「隣接する神奈川県も含め、比較的、医療機関間や医療機関と介護施設等に連携が取れている」というご意見があります。

また、「神奈川県には大学病院本院もあるため、従来どおり連携で対応していけば問題ないのではないか」、あるいは、「高度急性期機能に対応できる施設を拡充し、地域で診ることができるようになれば」というご意見もいただいております。

そして、医療連携のところでは、「隣の地区医師会レベルになると、顔の見える関係がとたんに希薄なものになる」というご意見や、「患者がどの地域、機能及びフェーズにいても、その状況に対応できるよう情報の共有が重要」というご意見がございました。

さらに、救急医療については、「今後、高齢者が増える中で、救急医療に対応し続けられるか危惧される」とか、「八王子市の救急告知医療機関が減ってきている」というご意見もいただいております。

今後ともこのようないろいろなご意見をいただければと考えておりますので、よろしく願いいたします。

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、南多摩地区の現状と将来についてご説明いただきましたが、この点について確認したいというような方がおられましたら、この場を出していただければと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

## (2) 病床機能報告から見る「現状」について

○座長：それでは、このあと、さらに一歩進めて、具体的な将来像についての議論になるわけですが、そのため、いろいろなデータを出していただいておりますので、そここのところのご説明をいただけますか。

○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いる2025年の病床数の必要量は、国が定めた方法で推計を行ったものになります。

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をもとにいたしまして、患者さん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、2013年をもとに推計しながらも、「※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として見込む」とし、「※2」は、「療養病床の入院受療率の地域差を縮小させることを見込む」とし、さらに、一般病床に入院されているうちで、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が見込まれているなど、ほかの3機能とは異なる要素が、国の推計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でございますので、単純比較ができないというところは、ここでご確認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するというものでございます。

ただ、あくまでも、地域の皆さまが現場で感じていらっしゃる課題について、今後さらに掘り下げていくための一助になればと思い、ご紹介するものであるので、そのような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700床ぐらい減って、反対に急性期機能のほうが600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「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、高度急性期機能と急性期機能は、一番上の「一般病棟7対1入院基本料」というところで、3割強ぐらいが高度急性期機能、7割弱ぐらいが急性期機能と回答されたというような結果でございます。

それから、データ3「4機能と病床稼働率」は、各機能と患者数のデータから、病院の病床稼働率を算出したもので、高度急性期、急性期は、東京都平均と比べるとほぼ同じぐらいで、回復期機能、慢性期機能は、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をご紹介したいと思います。

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ものを並べたものでございます。

南多摩は、高度急性期機能を報告した病床数のうち、「一般病棟7対1入院基本料」を85.5%が届け出ていますが、特定機能病院の多い区中央部や区西部は、一番上の「特定機能病院入院基本料」を届け出ている病床が多く、逆に、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、この7対1は全て急性期機能と回答されていたりします。

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。

回復期機能をご覧くださいますと、92.3%と、区南部に次いで高い数字になっておりますし、慢性期機能は、93.1%で、都内で最も高い稼働率となっております。

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9.0日、急性期機能が、11.1日で、これは、東京都平均と大体同じでございます。

回復期機能は45.6日で、東京都平均よりも短く、慢性期機能は250.2、日で、全構想区域の中では最も長いという状況でございます。

この南多摩の慢性期機能は、先ほどの入院基本料のところを見ますと、介護療養病床も多くなっておりますので、平均在院日数が長いめに出ているのは、こうした状況かなと思っております。

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、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。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と言えるかと思っております。

右側の「南多摩の状況」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600から700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している状況でございます。

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、高度急性期機能、急性期機能のどちらも、7対1の入院基本料を届けている病床が最も多いというところがございます、その3割強が高度急性期機能、7割弱が急性期機能とご報告をしているという形になります。

それから、病床稼働率は、回復期機能、慢性期機能ともに東京都平均に比べて高いというところですが、平均在院日数は、回復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お伝えいたしました、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。

その右側を見ていただきますと、平成27年度に急性期機能を報告した病床は3970床で、将来推計のほうは、2025年時点で2566人の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3290床が必要で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まずは捉えていき、ひいては、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ということだと思えます。

その右側をご確認いただきますと、将来推計では、回復期機能が26.1%を占めていたのですが、現在の病床機能報告では7.6%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、このデータがな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が足りないのか、それとも、これから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のか、それとも、この圏域だけを見ると不足感はまだまだあるけれども、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いいのだと見るのか、いろいろな考え方ができると思えます。

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、どの機能もほとんど東京都平均と変わらないというような結果でございますが、慢性期機能において「家庭からの入院」の割合が18.6%で、こちらは東京都平均よりも少なく、逆に、「他の病院、診療所からの転院」というところは、37.3%ということで、東京都平均より少し多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ありまして、「家庭への退院」の割合は16.9%となっておりますが、これ

は、東京都平均より少なく、「死亡退院等」の割合は39.1%で、こちらは東京都平均より多い結果でございます。

これらのデータだけを総合して考えてみますと、南多摩は、慢性期機能においては、豊富な医療資源がございますので、転院等で患者さんを多く受け入れてくださっています。

また、介護療養病床も多いですので、東京都平均と比べると、少し長い療養に病床が活用されていて、現時点では「死亡退院」も多いということで、看取りの機能も担っていただいていると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」をご報告いただいたもので、4.0%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さほど変わらないというところからしますと、値が小さいかなという印象がございます。

ただ、もしかすると、こちらも自己申告ですので、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、数値にあらわれていないというところもあるかと思えます。

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

南多摩では、「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半数を超えておりまして、「在宅医療の拠点としての機能」が20.0%、「終末期医療を担う機能」が8.6%で、こちらは東京都平均よりもやや少ない結果になっております。

こうしたデータも、地域の医療の状況や課題を考える際の参考になればと思い、ご報告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。

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がございます。

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

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

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

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

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

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1.66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にして、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されるところかと思えます。

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するわけではないので、病院との連携に苦慮しているような区市町村からのお声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際には、お力をぜひ貸していただければと思います。

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、意見交換の結果はこの調整会議にもまた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。

非常に多岐にわたってデータが出されましたが、切り口はいろいろあると思います。今までの説明の中から、あるいは、それに直接関係がなくても、この地区の医療について、こういう点が問題で議論が必要だというようなことがございましたら、ぜひ活発に出していただきたいと思います。

○矢野（南町田病院）：データの算出についてですが、このデータ自体が、東京の場合は既に病院がかなり機能分化しているわけです。

そのため、例えば、大学病院を中心に高度急性期機能を担っていて、そういう関係上、この南多摩では介護療養病床が多いということが既にあるわけです。

だから、今住んでいる人がどうのこうのというのとか、ちょっと離れていると思われるというのが、第1点目です。

ただ、第2点目は、住んでいる人が高度急性期は要らないかということ、そういうことは絶対ないので、その配分をこの南多摩医療圏でどうするかということ、やはり考えていかなければいけないかなど、個人的には思っています。

ですので、今の推計のままで横に広げればいいのかというのとは、医療圏がちょっと違うと思います。

あと、この中で移動すればいいというのは、23区と違って、南北への移動が難しい医療圏だということがあるので、その辺もこの医療構想の中で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。

それに関連して、あるいは、若干切り口が違って結構ですが、いかがでしょうか。

○平川（東京都病院協会・精神領域）：私どもは、南多摩医療圏で認知症疾患医療センターを運営していますが、町田市と八王子市とでは文化が全く違って、町田の方々は、どちらかということ、神奈川県の方々の病院を使うことが多いです。

この地域医療構想は、二次医療圏という切り口で全部とりまとめをされているようですが、実際に、今のお話にもありましたとおり、住んでいる方々は違う行動をとっているわけです。

それを二次医療圏に当てはめて、いくら分析しても、ピンと来ないというのが、まず感想としてあります。

もう一つ、在宅医療についてですが、これが進んでいくという根拠といえますか、これだけ単身世帯が増えていく中で、これをどのように進めていくのか。そのための人材はいるのか。

こういうふうになりますと言われても、実際にそれだけの医療資源を地域で出していくためには、このように在宅医療が増えてくるのならば、逆に、集約をして、病院できちんとみたほうが、医療経済的にはいいのかなと思います。

ですから、こういう在宅医療が増えていくという推計の根拠をお伺いしたいと思います。

○座長：ありがとうございました。

今ご質問が出ましたが、お答えいただけるでしょうか。

○久村課長：ありがとうございます。

まず、第1点目ですが、この場では二次医療圏についてのデータをお示しして、ご議論をいただくところでございますが、補足資料のほうには、全構想区域別のデータもお付けしておりますし、そういった隣接区域との関係も含めてご議論いただく中で、この地域の特性も出てくるかと思えます。

また、その地域の中でも、例えば、「この地域はこういう関係性があるって、こちらはどうなるか」というような、今おっしゃったような関係性も出てくると思えます。

そういうところも含めて、ご自由にご議論いただければ、この地域、あるいは、もっと小さい地域、また、逆に、もっと広がりのある地域というふうな形で、議論が深まって行って、そこから見えてくるものがあるのではないかと考えております。

それから、在宅医療につきましては、国の計算式に基づいてやっていくというところでございます。

ただ、私は、在宅の担当もしておりますが、区市町村さんと意見交換させていただく中では、これは、どうしてもマクロの推計になってしまいますから、我々東京都でやっているマクロの視点の取り組みと、区市町村さんはミクロの、地域の必要に応じてというような形で、改めて医療資源の問題、あるいは、支援が必要な方々の一人一人の状況や医療資源についても、単なる数ではなくて、各診療所や病院とかの実情を把握して、きめ細かな取り組みを進めていかなければいけないと思っております。

そういった東京都の取り組みと区市町村さんの取り組みをうまく連携させて、やっていきたいと思っておりますが、まだまだ今からそういった取り組みをやっていかなければならないため、そういった問題意識を持ちながら進めていきたいと考えているところでございます。

○猪口副会長：ちょっと補足させていただきます。

先ほど、この地域の中の高度急性期についてのお話がありましたが、この推計は医療機関所在地ベースでのものですから、この地域の中にこういう患者さんが発生しているという話をしていてではなくて、患者さんの受療動向を含めていますので、高度急性期が都心部に移動しているということを含んだ上で、この地域にはこれだけの需要が見込まれるという話をしています。

それから、平川先生がおっしゃったように、町田市と八王子市は全然違うという議論は、すごく大事だと思っています。「この数字を見ただけではこういうことになるけれども、それぞれの地域の交流性のなさとかいうことを考えると、これだけではなくもっと他のデータが欲しい」とかいうようなご意見もたくさんございますので、そういうデータをどのようにして持ってくるかというところもあります。

あと、在宅のお話ですが、これは、自然的にこうなるという話ではなく、国がこうしたいという話ですので、「こうなりそうもないのであれば、我々はどうしなければいけないか」という議論になります。

○座長：地域性というものがあって、それを二次医療圏で考えることの違和感というお話と、もう一つは、出されている在宅医療について、実際にどう対処していくのか。開業医が普通に訪問診療して賄うという考え方でいいのか。

私も開業医ですので、そういう問題意識を強く持っていますが、こういう論点が出てきたと思いますので、先生方、ご意見がございましたでしょうか。

本日は、その地域の基幹病院等を代表している先生方もたくさんいらっしゃいますし、それぞれのお立場で感じておられることを、率直にお話ししていただけると、大変ありがたいと思いますが、いかがでしょうか。

○渡辺（東海大学医学部附属八王子病院）：私の理解が不十分なのかもしれませんが、高度急性期、急性期という概念は、ご説明いただいたので、理解しましたが、病床機能というのは、基本的には医療資源の投入量ということで、レセプトのデータが機能分化の一つの基準になるのかということです。

つまり、自分の病院の病床機能を今後どうしていくかということを考える場合には、レセプトのデータをもとに考えていかなければいけないのでしょうか。

○事務局：国のほうでは、点数どおりに、例えば、「3000点以上を高度急性期」としましたが、「それ以上の場合に高度急性期と自己申告してほしい」ということにはなっていません。「そういうものではない」とはっきり言っております。

かつては、「もう少し定量的な基準も示したい」と、国のほうが言っていたのですが、今のところ、それで出てきていないというような状況でございます。

そういう中で、病床機能報告を行っていただく意義というのは、自分の病院の病棟はどういう役割を持っているのかを考えるきっかけになるのかなと思っております。

さらに言えば、個別医療機関がどういうふうに考えているかというのが、本日お示ししている地域ごとのデータなのかなと思っております。

4機能だけにとらわれて話をしてしまうと、例えば、2013年のレセプトのデータでそのまま点数を切ってしまうと、病床機能報告と比べると減らさなければいけないように見えてしまいますが、そういった考え方ではなくて、この地域で高度急性期機能と名乗った病院さんは、どういう医療機能を実際に提供していらっしゃるって、どういうことを考えていらっしゃるのかを、この場ですり合わせていただくという作業になるのかなと思っております。

それをやっていく中で、先ほど、入院基本料の話とかをさせていただいたのは、自己申告の4機能だけをすり合わせていても、何を指しているのかがわからなくなってしまうというところがあります。

ですから、この地域ではこの機能は何を指していて、皆さんがどんなことを考えているのかをすり合わせていった中で、足りないものは何だろうということで、例えば、在宅医療をバックアップしていく機能が足りないのかというよ

うな、4機能から離れたところでも、不足する役割や機能というところを考えたていく必要があるのかなと思っております。

ですので、3000点以上の患者さんがいないから、高度急性期から急性期に分化しなければいけないというような話ではないということでございます。

○渡辺（東海大学医学部附属八王子病院）：おっしゃることは理解しておりますが、そうなると、高度急性期、急性期を含めて、私たちが自分たちの病院がどういう機能を担っているのかということ判断する指標というのはどうふうに考えればよろしいでしょうか。

○事務局：現在のところでは、国のほうからそれが示されていない状況かと思っております。

この地域はどう考えているかということ、病床機能報告によって、この地域の先生方が実際に答えてくださったデータを見ながら、少し考えていけるかなと思って、今日はそういう資料をお出ししているのですが、逆に、先生方から、「こういうことじゃわからないから、もっとこんなデータを出したほうがいいのじゃないか」というのがあれば、ぜひ伺いできればとも考えております。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○和智（多摩南部地域病院）：在宅のことについてご説明いただき、よくわかりました。座長の田村先生ともときどき意見交換しているのですが、在宅のことをまずきちんとし、充実させていく中から、「これは、多分、急性期だろう」という判断が出てくるかもしれませんので、そのデータがここに欠けていると思います。

ですから、在宅医療をやっている先生方の意見はどうなのかということも、高度急性期、急性期とリンクして下さっている在宅の先生方がどう感じておられるのか、そういう病床の配置でいいのかというようなところを、

データの取り方は難しいと思いますが、そういうご意見を伺いながら、調整していく必要があるのではないかと考えています。

患者さんが急変されて、それが急性期だと、在宅の先生が判断されれば、急性期の病床を提供するというようなつながりがないと、こちらも、在宅にお戻しするというので、常にリンクしているわけですから、両方の意見をデータとして挙げていただければということをお願いいたします。

○久村課長：ありがとうございました。

在宅のデータのことですが、在宅の指標というものの自体をどうするかということが、ちょっと難しい点だと考えておりますが、今後の保健医療計画の策定の中で、在宅についても指標を定めてという形になると考えておまして、その中で、どういうデータが必要かという議論になってくるとお思いますので、その流れというのは、きちんと還元させていただきたいと考えております。

それから、在宅を担っていらっしゃる方々のご意見というものを、きちんと聞いていかないといけないと考えております

ですので、地域的には区市町村さんで取り組んでいただき、広域的な部分については東京都が連携しながら進めていくというような中で、先ほども、病院と地域との連携をもう少しつなげる会を、この会のワーキンググループみたいな形でやらせていただきたいと申し上げたのも、その取り組みの一環で、今おっしゃった地域の捉え方、考え方というものをきちんと意識して、今後も進めていきたいと考えております。

○座長：ほかにいかがですか。

○堀米（三愛病院）：ちょっと視点がずれてしまうかもしれませんが、我々の病院で、例えば、在宅に復帰させようと話を進めていきますと、8割、9割の方が、「それは無理だ。うちに連れて帰れない」というようなことをおっしゃいます。

今後、在宅が増えるだろうという予測を立てておられますが、それを実際に支える人たちの側からすると、「とんでもない。こんな話を持ってこられても、とても支えきれない」という現状があります。

八王子市で在宅をやっている先生は、実質的には2人ぐらいで担っておられて、もうパンク状態になっていて、24時間365日、ずっと働き続けという状態で支えているわけです。

ですから、こういう現状の中で、在宅をどう支えていくかということは、非常に大きな問題で、患者動向だけを見ているのではなくて、それを支えてくれる、介護をしている側の人たちが、どういうふうを考えているかという視点に立たないと、この在宅の問題は解決できないだろうと思っています。

ですので、主介護者になる方々がどういうふうを考えているのか、どんな統計を取っていけばよいかはわかりませんが、それを考えていただいて、支えてくれる側から考えていくことが、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。

ちょっと発言させていただきますが、私は、開業医として在宅をやっております、300人ぐらいの方々をチームでみています。

この在宅のほうからの議論と高度急性期のほうからの議論の両方出ていますが、在宅についての話をさせていただきます。

医療費が一番薄い医療は在宅だろうという発想で、数を切ったりしているわけですが、実際に在宅に求められる医療というのは、非常に幅が広く、かつては、「病院に入院していると、いろいろなことをされて嫌だ。何もされたくない。看取りだけしてくれればいい」といって、自ら在宅を選んだ方々が主流でした。

しかし、これからは、そういう方ばかりではなくて、病床が限られていますので、本来は入院していないといけない場合でも、「もう病院には置けませんので、家に帰ってください」という方々が、「わかりました。もう看取りだけしてください」というふうになるかということ、決してそんなことはありません。

また、入院していると、非常に高度な状況でなくても、夜中にナースコールを押せば、看護師さんが来てくれるといった環境を、在宅を保証してもらえるかという、それは非常に厳しいものがあります。

ですから、これからの在宅の患者さんというのは、昔ながらの、「何もしてくれなくて結構なので、自宅で静かに看取られたい」という方と、そうではなくて、「病院医療の継続のような、機動力のある治療を在宅でも保証してくれるのであれば、それでもいい」という方があって、後者のほうがこれからどんどん増えてくるだろうと思っています。

例えば、在宅で、かぜをこじらせて肺炎になっても、点滴をちょっとやったら治るだろうということはあるのですが、ベースに肺気腫があって、在宅酸素をやっている人が、かぜをこじらせて肺炎状態になったら、一日放置するだけで救命できない場合があります。

このように救急を要するときもありまして、それを病院で引き受けてくださって、急場をしのいでくださった場合は、急性期医療かと思います。そして、こういう場合は、1日当たりの保険点数は決して高くはないかもしれませんが、点数が高くないから、高機能の病院では診なくていいというような、単純な割り切りができないのではないかと思います。

ですから、在宅に求められていることというのは、病院に入れなくて在宅になった方々が、安心して在宅で過ごすためには、訪問診療の機能を非常に強化しないと、とてもやっていけないと思います。

診療所の先生が、時間のあるときに往診に行くというような、昔ながらの在宅以外の方は、救急の対応のできる、非常に機動力のある、大きな組織を持ったところがやるか、あるいは、平川先生が先ほどおっしゃったような、1カ所に集まってもらって、病院と療養施設の間みたいなところで、みていったほうが、実際は効果的だというような可能性についても検討した上で、どういう方向に進んでいけばいいかを考えていかなければならないと思っています。

○堀米（三愛病院）：今の田村先生のお話は、非常にもっともなお話だと思います。

実際に在宅の先生のところに来られる患者さんの8割、9割は、がんの末期の方だと言われていて、そういう方々は在宅でみられても、わずかな期間ですから、負担はそれほど多くありませんし、ある程度一定の経過をたどりますから、みやすいという点もあります。

そうではなく、1年、2年、3年もという長い期間を在宅でみていこうとなると、とても負担になりますから、在宅でみられる患者さんとそうではない患者さんを選別していくという観点も、今後は必要になってくるのではないかと考えています。

○座長：ありがとうございました。

今の点に関して、ほかにいかがですか。

○遠藤（康明会病院）：慢性期領域においては、かなり政策の論議が進んでいて、今月7日の社保審の特別部会で、皆さんもご存じと思いますが、「療養病床等の在り方に関する検討会」で素案がまとまりまして、来年の通常国会で法案が提出され、よほどのことがない限り、このまま通過する予定になっています。

ただ、今回の地域医療構想と同様に、全国一律で議論が終始したため、詳細は割愛しますが、新類型Ⅰ、Ⅱがあつて、あと、Ⅲは外付サービスで、現実問題としてこの3つの類型に整理されました。

そうなりますと、慢性期医療になる多くの療養病床の人は、この3つの選択肢から選択するか、または、地域包括で回復期に行くか、一般病床に転換する以外に方法はないわけです。

現在、東京都の場合、介護病床だけでも約5000床あつて、この類型に該当する療養病床の、新類型Ⅱの病床群が3700床ほどあります。このうち、南多摩の介護病床だけで、まだ1000床残っています。

これを含めましても、直面している課題で、多くの経営者の皆さまは、来年の正月以降は、意思決定をしなければいけないことになりますので、そうなりますと、一番低い点数の9000床が、病床が安定した老健に転換するか、外

部サービス型の、事実上の有料老人ホームで、安定した患者さんのような方をみて下さいという形に変わっていきます。

南多摩だけでも、必要数としては2025年で4391床を見込んでおられますが、この数字自体が非常に少なくなるということが確実になったと思っていますので、こういうことを共通認識していきたいと思います。

そして、23区内の病院からは流出が相当あります。それは、高額な薬等でなかなか入院ができないという患者さんがかなり増えてきますので、そういう患者流出の問題もありますが、それ以上に、高度急性期、急性期、回復期から在宅に戻ってくる患者さんの受け入れといった出口問題も、非常に大きな課題であるということです。

東京都では、7000床ぐらいの療養病床を確保するという政策をずっとやっていたいただいているのですが、この7000床とプラスすると、約1万6000床は不足するということが、数字上出てきます。

そして、あくまでも、社保審のとりまとめといっても、国の組織ですので、そういった意味で、今回、社保審でも言っていますが、「大都市部に配慮する」という、特別部会の提言を受けて、この「配慮」というのは、一体何なのかはわかりませんが、東京都は当然入ってきますので、東京都として、厚労省に要望と提案をぜひお願いしたいと思っています。

それから、ハードについても、「1床当たり8平米」ということで整理されました。そうなりますと、今までの6.4平米の患者型の療養病床も、全部8平米ということになりますから、オリンピックに向けてこれから建築費が高騰する中で、民間中心でやっている療養病床がほとんどですから、この特別部会の内容をもう一度直視していただきたいと思っています。

○久村課長：ありがとうございました。

療養病床の問題につきましては、地域医療構想を策定した段階では、それぞれの構想区域を踏まえた検討が必要ですよというような現実認識を述べさせていただいておりますが、先生が今おっしゃったようなことの議論が収束しようとしておりますので、そういった状況を踏まえまして、東京都としても検討していかなければならないと考えております。

それから、東京都では、当然ながら、状況の変化に応じまして、これまでも国に対して必要な提案や要求を行っておりますので、今後とも、東京都の検討状況を踏まえ、必要なことがございましたら、国のほうにきちんと提案、要求をしてみたいと思います。

○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。どうぞ。

○吉田（日本医科大学多摩永山病院）：資料4の2ページ目の高度急性期のところですが、南多摩構想区域完結率が58.3%ということは、2025年にはこれを前提にしてやっていくという理解でいいのでしょうか。

○事務局：先ほど少しご紹介した、2013年のレセプトデータをもとにしたものですが、それを、0～5歳、6歳～10歳というように、5歳ごとの年齢で区分されているそうです。

それを、2013年の人口構成から2025に年になりますと、当然、高齢化が進みますので、そこを移した状態で、患者さんの完結率がどれぐらいになるかを計算しているという形になります。

○吉田（日本医科大学多摩永山病院）：そうすると、最終的には、2025年が58.3%ということになるということですか。

○事務局：はい。

○吉田（日本医科大学多摩永山病院）：要するに、こういう数字になるので、高度急性期はこれぐらいの病床数でいだろうという計算なんですか。

○事務局：こちらは、必要だろうという推計値とは別物でございまして、2013年のデータをもとにして2025年に引き延ばしただけで、私どもに来て

いるのは結果だけでして、かつ、二次医療圏ごとにしか国からデータをいただ  
いていません。

ただ、その値を見ますと、南多摩の患者さんが南多摩の医療機能にかかって  
いる人数というのと、南多摩の患者さんが区中央部に行っている人数というの  
は、二次医療圏別に細かく出されてはいますが、その推計を計算すると、南多  
摩の患者さんがもつとの医療圏で入院しておられる率というのが、58.3%  
になるという推計になっています。

○吉田（日本医科大学多摩永山病院）：ただ、この58.3%というのは、非  
常に大きな問題だと思います。というのは、この圏域の半分近くの方がほかの  
ところに行くわけですから、ここが少ないから、逆にここを手厚くするという  
ような発想も入れていただければと思っています。

○事務局：まさにその部分は、この地域の先生方がどう考えるかということに  
なってくるかと思います。

例えば、都内の隣接区域は13.7%となっていて、これを含めると、7  
2%ぐらいの方々が周りの構想区域までで収まっていることになりますが、こ  
れを、「周囲の医療資源を活用しながらうまくやっている」と見るのか、「やっ  
ぱり、足りない」と見るのかは、この調整会議で考えていただくことになるか  
と思います。

○吉田（日本医科大学多摩永山病院）：この南多摩の地図を見ていただければ  
わかるとおり、かなり大きなエリアですので、例えば、北多摩北部から隣接区  
域に行くのとはちょっと話が違うと思うので、そういう点も考慮していただ  
ければと思っています。

○座長：ありがとうございました。

議論が白熱してきましたが、時間がたってきておりますので、次の議題に進  
ませてもらいたいと思います。

### (3) グランドデザインと現状の比較について

○座長：東京都地域医療構想では、将来の姿としてのグランドデザインが掲げられておりますので、そのご説明を聞いた上で、全てを振り返ってまた議論していきたいと思います。

それでは、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お願いしたいと思っておりますので、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、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、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、南多摩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、そちらを見ていただければと思います。

南多摩の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「23」という数字は、南多摩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「0.38」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、南多摩の病床機能報告の対象病院数「61」で割り返したのになります。

つまり、南多摩の病床機能報告の対象病院のうち、4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。

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「416」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「4.26」という数字は、「416」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、南多摩で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、9771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見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、南多摩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(25)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257を南多摩の病床機能報告の対象病院数の「61」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、南多摩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。

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ながらご覧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、南多摩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。南多摩で病床機能報告の対象病院となっている病院のうち、「0.38」、約4割弱が救急告示医療機関、「0.34」、3割半ばが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」は、「0.66」に当たる40病院にて救急車を受け入れていただいています。

これらの数字をみますと、南多摩は、療養病床を保有している病院が多いことの影響なのか、これらの救急医療に関する数字は、都全体と比べると低い値となっております。

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

特徴的なところを説明いたしますと、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。

南多摩では、5割半ばの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が、都全体の数字よりは若干低い割合となっております。

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）」の両方併せますと、1か月間で498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、南多摩の1か月間の退院患者数は9230人おりました、そのうちの498人、

つまり、退院患者数の5.4%が、退院調整を行った上で退院していただい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、東京都平均と同じぐらいとなっております。

次に、2枚目の「C.リハビリテーションの実施状況」についてご紹介いたします。

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、20行目の「脳血管疾患等リハビリテーション料」は、「32.5」で、都全体は「26.1」ですので、非常に多くの患者さんにリハビリテーションを提供されていることとなります。

一方、その上の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、「0.9」となっております。都全体の「2.6」を大きく下回っております。

ただ、これにつきましては、隣接する北多摩南部を見ていただきますと、「4.2」となっており、非常に多くのリハが提供されておりますので、このリハの対象となる患者さんを北多摩南部医療圏で受け入れていただいていることも考えられます。

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

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。

説明は以上です。

○座長：ありがとうございました。

今までの議論ですが、私なりにまとめてみますと、まず、急性期の部分について、急性期医療の実績がこうであるから、それをベースにとということではなくて、急性期医療をこの地域で積極的に担っていくという余地が残されているのであれば、むしろ、そういったことについて固定化しないでやっていくということについての問題提起がありました。

また、患者動向が二次医療圏を越えて、既に形成しつつあって、そのところをどう伸ばしていくかということを考えるときに、二次医療圏ということで数字をまとめていくことが障害になる可能性があるという問題提起もされたと思っています。

一方、慢性期については、どうやってスムーズに移行するかということが議題になっているようですが、その前に、移行先が実際にあるのかどうかという問題があるということです。

そして、その一歩手前の慢性期病床についても、基準が先行して、その中で整備していこうという方向になると、実際に必要とされているところに全く追いつかないという現実があるというご指摘もありました。

そういったさまざまな問題提起がされておりますが、そのあとの事務局からの説明の中でも、さらにいろいろな問題があると思いますので、そういったことを全部踏まえて、先生方からご意見いただければと思います。

また、傍聴に来ていただいている先生方は、非常に高い問題意識で出席されていると思いますので、ぜひ遠慮なくご発言いただければと思いますので、よろしく願いいたします。

今までのご議論の中で、稲城市からのご発言がなかったと思いますので、松崎先生、お願いいたします。

○松崎（稲城市立病院）：グランドデザインに関してですが、余りにも漠然としていて、よくわかりません。具体的に現場で何をすればいいのかわからないというのが正直なところです。

あと、2025年以降の問題というのは、団塊の世代に対する体制づくりだとも考えておりますので、どこにどれぐらいいて、独居の割合はどのぐらいか

というような情報がしっかり得られないと、在宅の問題にうまく対処していけないと思っています。

そういうような情報は全くありませんので、ちょっと厳しいかもしれませんが、2020年には70歳から75歳までの間の世帯で独居がどれだけあって、そういう方々の年収はどれぐらいかというような情報があればと考えております。

○座長：ありがとうございました。

○中西（東京都病院協会）：松崎先生が今おっしゃったことを、私もお聞きしようと思っていて、田村先生にお伺いしたいのですが、独居の方の在宅はどうなっていくのだろうと思っています。

我々の病院でも、私の名前で死亡診断書を出した方がおられますが、そういう方は、在宅といっても無理じゃないかと思われまます。

今後そういう方が増えていく場合、その受け皿になるのはどういうところかということからすると、ここで挙げられているデータというのは、医療関係のデータですので、有料老人ホームとか介護施設とかも考えないといけないと思います。

独居の人を返したところが、また不安になって救急車を呼んでしまうというのが、高齢者の救急の問題点になっているわけですから、その辺のことが解決できないと、在宅の話はできないと思っています。

○座長：私の経験を少しお話ししますと、独居ですっとやってこられた方で、失明してからも、訪問診療を受けながら頑張っている方がいたりしますが、極めて少数です。

しかも、最初は頑張っているけど、そこに認知症が入ってきたり、いろいろな疾患が入ってきたりすると、1人ではとてもできないので、ケアサービスを入れたりしても、介護保険で使える部分が非常に限られているため、どこかに泣きついて入院させてもらおうという形が、実は結構あります。

ですから、先生がおっしゃるように、在宅では無理だと思う方が、非常に高い割合で今後さらに増えていくという危惧を、私も同じように思っています。

○久村課長：そのほかのデータというお話も含めてですが、地域包括ケアシステムの構築ということで、我々は医療と介護の連携というものをやっております、それに基づいて今後医療保健計画を改定してまいります。

それとは別に、高齢分野では、高齢者保健福祉計画というものが、平成30年度に同時改定となっておりますので、そちらの高齢者の計画の中での議論、データと、我々の保健医療計画の議論との整合性を保ちながら、そこを強く意識しながら進めてまいる形になります。

ですので、先ほどおりますお話ししましたが、地域包括ケアシステムを支える医療の充実という観点から、高齢者分野等の連携もきちんと取って行って、やっていくことになろうかと思っております。

それから、このグランドデザインがあいまいではないかというお話をいただきましたが、これは、あくまでも取り組みの方向性を示させていただいたものでして、事業計画ではございませんので、そういった印象があるのかなと思っています。

こちらは、2025年のデザインを描くものですが、それまでには、診療報酬の改定もございませし、いろいろな受療動向の変化とか人口の変化等もございませし、今は事業計画という形ではなくて、構想という形で打ち出させていただいたものでございませし。

ただ、保健医療計画では、きちんと肉付けしてまいりますし、必要に応じて、取り組みなどについても、実情に応じた取り組みを充実させていくという展開も、今後ございませし。

○西山部長：少し補足させていただきます。

先生がおっしゃったような地域の課題とか、これから我々はどのように取り組んでいったらいいかについて、我々も考えてまいります、最前線で頑張っておられる先生方からご意見をちょうだいして、それを、久村が今申し上げましたが、計画として作ってまいります。

また、消費税財源を使った基金というものが、東京都のほうに毎年下りてきますので、その使い道の一つの考え方、事業に結びつけられれば幸いだと考えております。

そういう意味で、これからもぜひご意見をどんどんちょうだいできればと思っております。

○座長：ありがとうございました。

せっかくの場ですので、ぜひ皆さんにお伝えしたいということなどがありましたら、どうぞご発言願います。

それから、医療機能以外からもぜひご意見をいただければと思います。

○関戸（歯科医師会代表）：歯科医療についてお伺いしたいと思います。

高度急性期とか急性期においては、歯科のほうまで回ってこないと思いますが、回復期、慢性期になった場合には、歯科の悩みを訴える患者さんが多いと思います。

ただ、病院の中に歯科医師がいるというところはそれほど多くないと思いますし、また、歯科とか口腔外科があっても、口腔外科に特化していて、歯科治療をしないところもあると聞いております。

そういう中で、入院している患者さんが、歯科で困っているとしたら、どういう方策を考えておられるかということをお聞きしたいと思います。

○久村課長：歯科担当ではございませんので、明確なお答えはできませんが、回復期の取り組み、在宅での取り組みを検討するにあたって、そういったことも確認し、検討していかなければならないと、担当は考えていると思いますので、ご意見を持ち帰らせていただきます。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○飯田（永生病院）：南多摩医療圏ということで考える必要があるのは、東京都としては二次医療圏で考えたいということはよくわかりますが、我々からす

ると、私は八王子市ですが、「八王子ではどうなのか」というように、地域ごとに考えていくと、具体的な話を見えてくるように思います。

ですので、例えば、八王子なら八王子市、医師会、各機能の病院の人たちが集まって、情報を共有しながら、「ここはいい方向に行っているようだ」「ここは足りないな」というところを話し合う場があってから、ここに出てくると、もっと具体的な意見が出てくるような感じがしています。

○鶴田（多摩丘陵病院）：飯田先生が今おっしゃったことと同じような意見ですが、実際の考え方の前提が、流出入についてこのままでいいのかということです。

それが、「この流出入をこの医療圏の中で何とか完結するんだ」ということになれば、「今の医療資源の中で何とか足りない部分を皆さんで分担していきましょう」という話にもなっていくと思います。

ですから、こういうデータが出てきている中で、どう集約していくかというまとめ方によって、意見の出し方もかなり変わってくると思います。

それから、私が気になるのは、「回復期がここには少ない」という中で、こういう情報が提供されているのを見て、例えば、他府県から、「よし、回復期を今のうちに作ってしまおう」というようなところが出てくる可能性もあるということです。

要は、一生懸命この場で話をしている人以外のところが入ってきてしまって、「トンビに油揚げ」じゃないですが、そんなことがないのかという心配もあります。そういうことも、この論議の中で感じましたので、一言申し上げました。

○座長：ありがとうございました。

○平川（東京都病院協会・精神領域）：皆さまに別にお配りさせていただいた資料を見ていただきたいのですが、“東京ルール”でもそうですが、一般救急のところに精神疾患を持っている人が身体合併症で受診されたときのトラブルが結構ありますし、精神科のほうで合併症があると、一般科のほうでなかなか取っていただけないということで、双方に溝があるということです。

そういう中で、これは、精神保健行政のほうの事業ですが、地域精神科身体合併症の救急連携事業を再構築することになりました。

「多摩西南ブロック（南多摩医療圏・西多摩医療圏）」においては、私どもの病院のほうで、連携をスムーズにするような形での「地域精神科医療機関連携会議」の開催と、身体合併症の相談の受け入れということを担当することになりましたので、こういうものが立ち上がったということ、一つご報告させていただきます。

そして、来年の1月16日に、この会議を開催することになりましたので、ご協力をいただきたいと思います。

それから、精神科の相談ガイドブックというものを、地域ごとに作るようになっておまして、どこの病院が精神科を受けていただけるか、もしくは、どこの精神科病院が専門等の合併症、認知症も受けてくださるかということについて、各病院にアンケート調査をして、それらをまとめて、連携がうまくいくようにしていきたいと考えておりますので、この点についてもご協力のほど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。

いろいろなご意見が出てきて、議論を深めたいところではありますが、時間がかかり超過してまいりました。

きょうは第1回目ということで、引き続き開催されると思いますので、本日の会議はこれで終了とさせていただきます。

## 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いただければと思います。

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、そのまま机上に残し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。引き続きよろしく願いいたします。

○座長：本日は大変ありがとうございました。（拍手）

（了）