

平成27年度 第1回
東京都特定機能病院連絡協議会
会議録

平成27年11月30日
東京都福祉保健局

(午後 6時33分 開会)

○新倉地域医療担当課長 それでは準備が整いましたので、ただいまから平成27年度第1回の東京都特定機能病院連絡協議会を開催させていただきます。皆様には御多忙のところ御出席いただきまして、まことにありがとうございます。私、事務局を務めます東京都庁福祉保健局地域医療担当課長の新倉でございます。議事に入るまでの間、進行役を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

まず初めに会議の資料について御確認いたします。お手元配布の資料でございますが、会議次第にございますとおり、資料1～資料13までお配りしております。不足、落丁等ございましたら、議事の都度で結構でございます、適宜事務局職員にお声がけいただければと思います。

それでは本日の議事に関して、御説明を申し上げます。初めに本協議会の委員についてでございます。本日お配りの資料1の委員名簿をごらんいただきたいと思います。皆様には委員就任を御快諾いただきまして、ありがとうございます。御礼を申し上げます。委員の任期につきましては、資料1の下段の欄外にも記載ございますとおり、平成27年11月30日、本日から2年後の平成29年11月29日までの2年間となっております。委員の委嘱状につきましては、後日郵送にてお送りさせていただきたいと思います。

今回、初回ということでございますので、資料1の委員名簿に沿いまして委員の皆様を順番に御紹介させていただきたいと思っております。また、あわせまして出欠の状況も御報告させていただきます。

名簿の順番でございます。まず、国立がん研究センター中央病院、病院長の荒井委員でございますが、本日は代理といたしまして、藤原副院長に御出席いただいております。続きまして、順天堂大学医学部附属順天堂医院、院長の代田委員でございます。

日本医科大学付属病院、病院長の坂本委員でございます。

日本大学医学部附属板橋病院、病院長の平山委員でございますが本日は代理といたしまして、徳橋副院長に御出席いただいております。

東邦大学医療センター大森病院、病院長の小原委員でございます。

慶応義塾大学病院、病院長の竹内委員でございます。

東京慈恵会医科大学付属病院、病院長の丸毛委員でございます。

昭和大学病院、病院長の有賀委員でございますが、本日は代理といたしまして、小川医事第一課長に御出席いただいております。

杏林大学医学部付属病院、病院長の岩下委員でございます。

帝京大学医学部付属病院、病院長の藤森委員でございますが、本日は代理といたしまして、溝田副院長に御出席いただいております。

東京医科歯科大学医学部付属病院、病院長の木原委員でございます。

東京大学医学部付属病院、病院長の齊藤委員でございます。

東京医科大学病院、病院長の土田委員でございます。

がん研究会有明病院、病院長の山口委員でございます。

国立国際医療研究センター病院、院長の中村委員でございますが本日は代理といたしまして、大西副院長に御出席いただいております。

東京都医師会、副会長の猪口委員でございます。

東京都医師会、副会長の角田委員でございます。

東京女子医科大学病院、病院長の田邊委員でございますが、本日は代理といたしまして、飯田副院長に御出席いただいております。

東京都福祉保健局医療政策部長、西山委員でございます。

以上となっております。

次に本協議会の会長について、御説明申し上げます。当協議会の会長につきましては、協議会の設置要綱に基づき、東京都福祉保健局医療政策部長とさせていただきます、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは会長でございます、医療政策部長、西山より御挨拶申し上げます。

○**西山会長** 改めまして、医療政策部長の西山でございます。先生方には日ごろから、都の保健医療行政に御理解、御協力を賜りまして厚く御礼申し上げます。また、本日お忙しい中の御出席いただきまして、ありがとうございます。

この協議会は都の施策に関して、特定機能病院、またその他関係機関の意見交換、また連絡調整を行う会ということで、設置させていただきました。

皆様が御承知のとおり、今、地域医療構想の策定を進めているわけですが、その策定部会の中では、後で御説明させていただきますが、まずは東京の2025年の医療を示したグランドデザイン、これについて議論させていただきます、グランドデザインの案を取りまとめたところでございます。

その基本目標の一つに高度先進医療提供体制の将来にわたる進展を挙げておりまして、13大学、15の特定機能病院が集積している東京の強みを生かして、医療水準のさらなる向上を目指すということが一つの目標として掲げてございます。

本日はまさに、この機能を担っていただいております皆様に御出席をいただいております。皆様から御意見を頂戴して、さらに地域医療構想の検討を進めさせていただきたいというふうに思っております。委員の皆様には忌憚のない御意見、活発な議論をどうぞよろしくお願いいたします。

○**新倉地域医療担当課長** 次に協議会の公開について、御説明申し上げます。本協議会につきましては会議、会議録、及び会議かかる資料につきまして原則として公開となります。よろしくお願ひしたいと思います。

また本日の会議でございますが、会議の終了予定19時30分を予定としてございます。御協力願ひしたいと思います。

それでは以降の進行につきまして、会長の医療政策部長、西山の方で務めさせていただきます。

できます。

○**西山会長** それでは連絡会という性格上、恐縮でございますが、私が進行を務めさせていただきますので、どうぞよろしく願いをいたします。

まずは本日の議事進行についてでございますが、次第をごらんください。地域医療構想の策定状況について、地域医療構想担当課長の宮澤より御説明を申し上げます。その後、質疑と意見交換に移りたいと思います。

○**宮澤地域医療構想担当課長** それでは資料に沿って、御説明させていただきます。

まず資料3をごらんいただきたいと思います。地域医療構想についてでございます。既に御案内かと思いますが、昨年6月に医療介護総合確保推進法が公布されまして、今年度から都道府県におきまして、策定することとされているものでございます。それに先立ちまして、昨年10月から病床機能報告制度が新たに導入されまして、既に今年度2回目を実施しているという状況でございます。

右へ参りまして地域医療構想でございますけれども、団塊の世代が75歳以上となります2025年に向けまして、病床の機能分化、連携を進めるということを目的としているものでございます。地域医療構想に記載するとされておりますのが大きく二つございまして、一つ目が2025年の医療需要と病床の必要量でございます。こちらにつきましては、4機能ごと、また構想区域単位で推計をすることとされてございます。

もう一点、目指すべき医療提供体制を実現するための施策についても盛り込むこととなっております。

またこの下でございますけれども、機能分化・連携につきましては、構想区域ごとに設置をいたします地域医療構想調整会議で議論・調整していくということとなっております。

資料を1枚おめくりいただきまして、資料4をごらんいただきたいと思います。都道府県が地域医療構想を策定するに当たりまして、厚生労働省から策定ガイドラインが今年3月に発出されております。そうした手順等を参考にしながら策定しているという状況でございます。

右側、ポイント部分でございますけれども、まず構想区域の設定についてでございます。こちらガイドラインにおきましては、現行の二次医療圏を原則としつつ、①～④番までの将来における要素を勘案して、検討すること。また、構想区域が現行の二次医療圏と異なる設定をした場合には、次期医療計画におきまして、二次医療圏と構想区域を一致させることが適当であるとガイドラインではされているところでございます。

また、医療需要の推計に関しましては、省令、通知で明示をされているものでございます。また、厚生労働省から提供されましたデータをベースといたしまして、都として考えていくこととなりますけれども、その推計方法でございます。

まず、高度急性期から回復期までの推計方法でございますけれども、こちらは2013年度の入院受療率、これに2025年の推計人口で引き伸ばす、そういう考え方をと

っております。また、慢性期につきましては、高齢化によって増大いたします医療需要に対応するために、在宅医療での対応が可能な方はそちらに移行していくという考え方になっております。また在宅医療でございますけれども、2013年の訪問診療と施設の入所者数等の実績から推計をするということとなっております。

資料4の2枚目をごらんいただきたいと思います。都としての必要病床数を定めていくに当たっての流れを記載しております。構想区域ごとの患者住所地をベースとした医療需要、こちらに供給数の増減、これが患者の流出入分でございます。都道府県間、また都内、構想区域間の流出入を加味すると。その上で医療需要を固めまして、病床稼働率で割り戻す形で、構想区域ごとの必要利用者数を定めていくということとなります。

下へ参りまして、将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策。こちらにつきましても、構想に盛り込むということとされております。

右へ参りまして、実現に向けた取組の地域医療構想調整会議についてでございます。調整会議につきましては都道府県が構想区域ごとに設置をするというものでございます。関係者の方にお集まりをいただきまして、その地域に不足する機能をどのように確保していくかといったことについて、話し合っていたということを考えております。こちらは構想策定後に設置をしていくということとなります。

では資料5をごらんいただきたいと思います。東京都の地域医療構想策定に当たりまして、その検討体制でございますけれども、この地域医療構想は、医療計画の一部という扱いでございますので、既存の東京都保健医療計画推進協議会、そのもとに地域医療構想策定部会、集中的に議論をいただく部会を4月に設置したところでございます。

またメンバーでございますけれども、病床の機能分化が主要な議題となるということで、病床機能報告制度における4つの機能区分を代表する医療機関の先生方にも参画をいただいているところでございます。右側に委員名簿をおつけしております。

続きまして、資料6をごらんいただきたいと思います。この策定部会の検討経過につきまして、まとめてございます。これまで7回開催しております。

第1回を4月の末に開催いたしまして、この部会の立ち上げをしているところでございます。第2回でございますけれども、学識経験者3名の先生方にお越しいただきまして、御講演をいただいたところでございます。第3回でございますけれども、この医療構想は医療計画の一部でございますので、現行の保健医療計画の内容、また5疾病、5事業の取組状況につきまして、確認いただいたところでございます。また6月の月上旬に医療需要推計のデータが厚生労働省から提供されましたので、その医療需要推計の推計値につきまして、御提示させていただいて御意見をいただいたところでございます。

第4回でございますけれども、ここから将来のあるべき医療提供体制について本格的な議論を始めていただいております。

(2)都道府県間調整でございますけれども、2025年の必要病床数を定めるに当

たりましては、都道府県間の患者の流出分、流出入分につきましては、県間で協議をすることとされてございます。その都道府県間協議に臨む都のスタンスにつきまして、検討いただいたところでございます。

またその下でございませけれども、さまざまな検討を進める上で将来の東京の医療がどうあるべきかという2025年のグランドデザインを掲げるべきではないかというご意見をいただきまして、意見交換を始めたところでございます。

第5回でございませが、グランドデザインの作成に当たりまして第4回の中で出されました、患者の受療動向を十分に分析すべきという御意見をもとにいたしまして、分析をいたしましたデータ等を示しさせていただきまして、御意見いただいております。

第6回でございませが、第4回、第5回の議論を踏まえまして、取りまとめましたグランドデザインとその実現に向けました基本目標、取組の方向性について検討いただきまして、部会案をまとめたところでございます。

また、都における構想区域につきましても検討をいただきまして、これも後ほど御説明をいたしますが、構想区域につきましてもは病床整備区域ということで13の区域を設定してございます。

第7回でございませが、今後のスケジュール、また構想を作成するに当たってのまず第一歩の章立てについて議論いただきました。また、区域ごとの意見聴取の場、今まさしく実施しているところでございませけれども、開始に当たり各区域の状況につきまして、御説明をさせていただいております。検討の経過については以上でございませ。

続きまして、資料7でございませ。こちらが部会案としてまとめさせていただきましたが、グランドデザインでございませ。表題の下にございませ「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」と、これをグランドデザインとして掲げまして、その実現に向けまして4つの基本目標を掲げたというものでございませ。

まず初めに一つ目でございませが、高度・先進医療提供体制の将来にわたる進展ということでございませ、これにつきましては先生方に特に御意見をいただきたいというところでございませ。大学病院等が集積する東京の強みを生かしまして、医療水準のさらなる向上を図っていくというものでございませ。東京には13大学、15の特定機能病院、高度・先進医療提供施設が集積しております、この活用を図るべきであると。

また、がんなどの疾病につきましてもは、かかりつけ医の指示のもと、十分な情報のもとに患者がみずから高度医療機関を選択することが可能であると。また都民のみならず、全国から患者さんが流入をしております。これを引き続き受け入れまして、質の高い高度・先進医療を提供することを挙げております。こちらにつきましては例示という形で、部会の中で先生方から御意見をいただいたものを例示として掲げたところでございませ。ここをさらに肉づけしていきたいと思っておりますので、ぜひ御意見をいただきたいと思っております。

2つ目でございませが、都の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築で

ございます。高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限活用した医療連携の推進を図っていくというものでございます。

3つ目が地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実でございます。誰もが住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療の確立を図っていくというものでございます。

4点目は下に参りまして、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成ということで、医療水準の資する人材、高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現を図っていくというものでございます。特に人材につきましても、高度急性期医療を担う医療人材の育成、また地域連携を担う総合診療医等の育成、在宅療養を支える幅広い人材の確保・育成といったようなことも、御意見をいただきまして掲げております。この点につきましても御意見をいただきたいと思っております。

続きまして資料8でございます。2025年の医療需要推計でございます。6月に厚生労働省から医療需要推計のデータが提供されまして、国からは患者住所地をベースとするもの、また流出入を加味いたしました医療機関所在地ベースのものとの二つのデータ提供を受けております。

その結果でございますけれども、右側に医療需要の推計結果ということで二つ、2025年の必要病床数、患者住所地、医療機関所在地それぞれ記載してございます。

真ん中に現行の基準病床数、既存病床数との比較ということで、右側にその比較、将来不足をする割合につきまして、記載しているところでございます。

その下に病床機能別内訳、在宅医療等の医療需要ということで、病床機能別、在宅医療の内訳ということで記載してございます。患者住所地ベース、医療機関所在地ベース、その差し引きが流出入ということになります。高度急性期につきましては、急性期、回復期ともにこちらは流入が超過、慢性期につきましては流出の超過といった推計でございます。

一枚おめくりをいただきたいと思っております。資料8の2枚目でございます。こちらは先ほど2025年の医療需要推計のデータがございましたが、こちらの二次医療圏別の構想区域別の推計でございます。上段が2025年の患者住所地ベース、真ん中に2025年の医療機関所在地ベース、流出入を加味したものでございます。下に参考といたしまして、病床機能報告の前回の報告の結果の数字となっております。

資料の見方でございますけれども、患者住所地ベースのところを見ていただきまして、高度急性期から慢性期までの内訳を記載してございまして、必要病床数のところが計というものでございます。その隣でございますけれども、基準病床数それから、既存病床数と先ほどの必要病床数との差、比較について記載をしているところでございます。一番右側に在宅医療の医療推計の数字を記載しているところでございます。

続きまして資料9をごらんいただきたいと思っております。患者流出入を踏まえまして必要病床数推計の都道府県調整方法についてというものでございます。この地域医療構想で

ございますけれども、先ほどから少し繰り返しになりますが、患者の流出入分につきまして加味した上で、必要病床数を設定していくことができることとなっております。ガイドライン上のルールをベースといたしまして、9月18日に厚生労働省から都道府県間調整の全国ルールが示されております。

患者住所地ベースを基本といたしまして、必要病床数を推計していくわけですが、例えば埼玉県から都に流入をしている分、これを都の必要病床数として見込みたいという場合には、埼玉県に協議を持ちかけるということとなっております。

都道府県間調整の対象でございます。編みかけのところでございますけれども、①のところでございます。都道府県単位の患者流出入が10人以上の場合ということでございまして、この協議、調整を行う期限が年内ということで示されてございまして、それまでに調整がつかない、協議不調の場合につきましては、医療機関所在地の医療需要に基づいて、必要病床数を定めるというルールになっております。これに、都道府県間調整の対象外もルール上ございまして、二次医療圏別の流出入が10人未満の場合、二次医療圏対二次医療圏で見た場合、10人未満の場合につきましては、これは協議をすることなく、入っている分につきましては、東京都の必要病床数にカウントができるというルールがございまして。

その上で、右側に参りまして、東京都におけます都道府県間調整の考え方でございまして、引き続き他県から高度医療を求めて入っています患者さん、流入分につきましては引き続き見ていくという考え方でございまして、高度急性期から回復期、これは一人の患者さんが引き続きその医療機関に入院をしている、そういった医療需要推計の算定方法によってございまして、この高度急性期から回復期につきましては、医療機関所在地ベースで考えると。また慢性期につきましては在宅医療、いわゆる移行も考えていく必要があるということで、慢性期につきましては患者住所地ベースという考え方をとるということで、部会の方で了解いただいたところでございます。

東京都の調整案でございますけれども、患者住所地ベースを基本といたしまして、その下にございます県間調整でございますけれども、協議の予定先につきましては、東京都への流入の多い埼玉、千葉、神奈川、3県、東京都から協議を持ちかけたいと。都から協議をいたしますので病床機能につきましては、高度急性期から回復期の機能のところをしたいということでございます。

協議対象の病床数でございますけれども、流出流入それぞれ3県の状況について記載をさせていただきます。慢性期については流出が多いということで、逆に相手の県から協議を持ちかけられるという可能性がございます。それを下の方に記載しているところでございます。以上が都道府県間調整でございます。期限が12月末でございますので、まだこれから行うという状況でございます。

続きまして資料10でございます。東京都地域医療構想における構想区域でございます。繰り返しになりますが2025年の医療需要と病床の必要量、これを構想区

域単位で4機能ごとに推計するという事となっております。

またその下、医療法上の記載でございますが、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための区域ということとされております。地域医療構想の調整会議につきましても構想区域の単位で設置、開催していくというものでございます。

右側に参りまして、都における構想区域でございますけれども、東京都地域医療構想におきましては、医療法で定めます二次医療圏に当たる区域、病院の病床、診療所の病床の整備を図るべき地域的単位でございますが、こちらを「病床整備区域」と呼称すると。その上で、都における構想区域につきましては「病床整備区域」といたしまして、13の区域で設定をするということとされたものでございます。下に参りまして、全てをこの13の区域で考えるということではございませんで、疾病、事業ごとの医療資源の状況によりまして、医療提供体制を推進する区域につきましては事業推進区域といたしまして、患者の移動の状況、医療資源等実情に応じまして、柔軟に運用していこうと、こういうものをあわせて行うものでございます。

資料11でございます。こちらが各疾病・事業の取組の状況でございますが、現行、例えば下に参りまして周産期搬送であれば8ブロック、その隣の小児救命のネットワークをつくる単位につきましては4ブロックということで、13の区域にとらわれずに医療資源等の状況に応じて実施している状況でございますが、これにつきましては、さらに柔軟に運用をしていくという考え方でございます。

資料12をごらんいただきたいと思っております。これは部会の中でも御意見をいただいたところでございますけれども、医療圏間の患者の流出入の状況でございます。3枚ものとなっております。1枚目が全疾患でございます。4機能ごとに患者の流出入の状況につきまして、矢印の点または太さで分かるような資料を御用意させていただいております。

高度急性期には区中央部、区西部、また北多摩南部の高度医療をもとに患者さんが入っていると。それが急性期、回復期、ほぼ同じような動きとなっております。慢性期だけは違う動きになっているというものでございます。

これは疾患別にしたものが2枚目、3枚目でございます。2枚目ががんでございます。がんにつきましては患者さんが高度医療を求めて圏域を動いており、全疾患と似ている流出入の状況でございます。

一方、3枚目でございますけれども、こちらは急性心筋梗塞、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折、この疾患を合算したものでございます。見ていただきますと、矢印が少ないのは圏域の中で受け入れをしているというものでございます。また、隣接圏域で受け入れをしているということで、がんとは大きな違いがあることが見ていただけるかと思っております。

また母数の比較を見ていただきたいのですが、2枚目のがんにつきましては1万4,000弱、それに対しまして3枚目の4疾病合算では1万2,000ということござ

いまして、ほぼ同様の数でも、これほど状況が違うということを御確認いただきたく御用意させていただいたものでございます。

最後に資料13でございます。今後の策定のスケジュールでございます。真ん中に策定部会がございます。左側に親会の保健医療計画推進協議会、また構想の策定段階から地域の意見を聴いていくため、右側に地域ごとの意見聴取の場を記載してございます。

現在、地域ごとの意見聴取の場の第2回を開催しているところでございます。各区域の現状につきまして、区域ごとにデータを見ていただきながら、さまざまな御意見を聴取するため実施をしております。年内にもう一回、策定部会を開催いたしまして、構想の骨子案について、また地域の意見聴取の場の報告を実施したいと考えております。年を明けまして、親会に報告をしていく予定でございます。また、県間調整を年内に行いまして、第9回に部会で報告を行う予定でございます。

また、2月から3月にかけて、第3回の地域ごとの意見聴取の場で骨子案に対する意見をいただいた上で、第10回、第11回とステップを踏みまして、第11回、5月中にこの構想の素案をまとめたと思っております。

6月以降でございますが、必要な手続を踏みまして、医療審議会への諮問の上で策定していきたいと考えているところでございます。

説明につきましては以上でございます。

- 西山会長** 大学病院の連絡会に御出席されている先生方にはおさらいの部分も多かったと思いますけれども、時間をかけて、全体を通して説明させていただきました。地域医療構想がそもそもどういうものかということ、それから、国のガイドラインと都の検討体制、それから部会でこれまで行ってきた協議の内容。グランドデザインや構想区域について御説明させていただいて、最後に厚生労働省からいただいたデータをもとに算出した病床数と、患者の流出入の状況。こういうことで、御説明をさせていただきました。それでは、どういった視点からでも結構でございますので、御質問また御意見等ございましたら、よろしくお願いたします。

- 岩下委員** 資料11がございましたね。これは各疾患のブロックが図示してあるんですけども、いわゆる二次医療圏ごとにもものいうのと、今、東京都で運用している5疾病5事業のブロック分け、どちらが優先すると思った方がいいんでしょうか。

- 宮澤地域医療構想担当課長** どちらを優先するというか、どちらも共存という考え方かと思えます。事業につきましては13の区域にとらわれず、繰り返しになりますけれども、周産期搬送であれば8ブロック、小児であれば4ブロックということで、そこは疾病事業ごとに柔軟にそれぞれやっつけようという考え方です。

- 岩下委員** 私のところは周産期をやっていますけれども、二次医療圏でしかも多摩にありますから、分けられてしまうとほとんど崩壊に近い状態になってしまうんですね。ということは、現在、病院の中でこういう決まった疾患の病床については例外扱いということで理解してよろしいですか。

○宮澤地域医療構想担当課長 病床の整備と疾病事業ごとに進めていくというものは全く切り離して考えるというものでございます。

○岩下委員 ということは別個で考えてよろしいということですね、分かりました。

○矢澤医療政策担当部長 先生、恐れ入ります、構想区域の御説明をもう一度します。資料10をごらんください。

今回の地域医療構想は、2025年に必要な病床数を算定するんですけれど、その算定をする単位が構想区域です。今回この構想区域をどういうふうにするか、いろいろ議論があったんですけれども、今回は今の二次医療圏と同じ区域で病床を整備しよう、すなわち南多摩なら南多摩の中で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうにやっっていこうということで、ここには疾患別の病床数は入ってまいりません。

確かに先生のおっしゃる周産期のようなところは、ほかに使うことがないのかもしれませんが、例えばがんの病棟ですとか、内科の病棟を糖尿病とがんに分けることは事実上不可能でございますし、そういった分けはしないと。くくりとしては、これで病床をつくる。ただし、それをがっちりと数字の中にはめ込むのではなくて、例えば小児病床をどう考えるのか、周産期をどう考えるのかという上に乗せていく。この事業推進区域というのは、これとはまた別の考え方、病床ではなくて、医療連携の単位として考える。どうやって医療連携をしたり、機能を分化していくのか。例えば救急でしたら、三次救急なども全都見るしかない。ですが、ある程度救急車が直近選定をしていくので何となくブロックができていくという状況がございますよね。そういうのを何もかも二次医療圏に入れるのではなくて、少しやわらかく考えましょと、そういうことでございますので、あくまでも構想区域は今の二次医療圏で、病床数についてはここで必要数を出ささせていただきたいというふうに考えております。よろしいでしょうか。

○岩下委員 同意がとれないところもありますけれども、両方を勘案しながらやっっていくということでよろしいですね、ありがとうございます。

○大西副院長（中村委員代理） 一つか二つ分からないところがあって、病床ということは、病院単位ということは考えていなくて、あるいは病棟単位ということで評価していくのでしょうか、その必要病床数を計算するとき。

というのは、私たちの病院も高度急性期病院ですが、高度急性期や超急性期が終わってもすぐに出せるわけではないので、ある程度落ちつかないと回復期の病院には持っていけないですね。そうすると病床、病床とさっきからおっしゃっているんですけれども、それはあくまでばらばらの病床で評価されていくのかどうか、病院単位でのお考えはないのかというのが一つです。

あと、高度急性期の評価をする場合、一日当たりの資源の投入量で評価されるような話になっていますよね。そうすると結局、診療密度と在院数がきいてくるので、診療密度が多くて、在院日数が短いと高度急性期の診療が非常に高くなるんですね。ただ、それは恐らく一面的な評価ではないかと思うんですね。うちの病院だと救急車はかなり多

いんですけれども、高度急性期の患者さんが非常に多いんですが、私がよく知っている民間の中規模病院と同じような指標を当てはめてみると、比較的軽い人が来る民間病院の高度急性期診療よりもはるかに高くなるんですね。そういうカラクリもあるので、その2点がどうも私はよく分からないので教えていただけたらと思います。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。きょう前半で説明があった病床機能報告制度によるものと、それからこの試算によるものは、全く違う考え方でございます。

まず、試算による必要病床数でございますが、これは人口ですとか受療率が変わらなくて人口が伸びていくと、きっとこれくらいの数が必要だろうというものを推計値として出します。

これが今度、東京都として必要な数なんですけれども、実際にそれを区域ごとに当てはめていくと、例えば中央部に高度急性期の病院が集まっているだとか、いろんなことがあるので、そうすると数字だけではやっていけないと思いますので、そこを今後区域ごとにどう考えていくかというのを整理しなくてははいけない。ですから、まだどっちをぎっちりやるというふうには決めていませんので、病院ごとの機能を考えつつ、病床数を決めていくという言い方しかできようがないです。

それから、高度急性期、急性期のところにつきましてはおっしゃるとおりでございます。病院によって、高度急性期から急性期にいく期間も違いますし、患者様の年齢、疾患によって、その先の先も違ってまいりますので、この6,000点という切り方には限界があるんですけれども、一方で一つの目安にもなるということでございます。二つの考え方が全く一致しないんですけども、ある日突然この日をばっさり切るとそういうふうになりますねという推計モデルとして考え方を持っていて、それにその区域がどう近づいていくか、あるいは流出流入をそこにどう加味していくか、これをこれから検討して数字をつくっていく。ですので、かっちりとした数字にはつくれないのではないのかというふうに考えております。

○大西副院長（中村委員代理） 後半の部分が恐らく少し多面的な評価軸が要るのではないかと思います。今出されているものだと非常にバイアスがかかってしまうと思うんです。あと前半の方は、例えば一つの病院がバラバラになる可能性があるんです。病棟ごととか、病床ごととか。そうすると、東京都は回復期の病床が少ないと言われてますよね。そうすると、高度急性期に病床をはがしてこなくてははいけないということも想定されますよね。そうした場合に、例えばどのようになっていくのか。一つの高度急性期病院で高度急性期から安定の回復期まで、傾斜がついているところが少し分断されていきますよね、その辺はよく考えられた方がいいのではないかと思います。今のお話だとまだファジーだという話だったのですけれども。

○西山会長 ほかにございますか。よろしいでしょうか。

○山口委員 僕もよく理解していないところがあるかもしれませんが、資料9のところ、都道府県間の調整対象というのがあって、左下のところに。例えば二次医療圏別

の流出入が10人、1日当たりと未満とか書いてありますけれども、このデータは国からきたデータがあるのですか。東京都としてはこういうデータは持っていないと理解してよろしいですか。

○矢澤医療政策担当部長 国のデータです。

○山口委員 もらっているデータというのはワンポイントですか。例えば、何年間かのデータなのか、ある年の一つのポイントしかないのか。つまり、東京都みたいに変化の激しいところは、地方と違ってかなり動向の動きをはっきり見ておかないと、大したデータにならないのではないのかと思ってお伺いしました。

○宮澤地域医療構想担当課長 国から提供を受けているデータは、平成25年度のデータを使っております。

○山口委員 一年だけのデータですか。分かりました。

○西山会長 先ほども申し上げましたが、グランドデザインですね、資料7になりますけれども、高度先進医療の提供体制の将来にわたるとい進展ということですが、その中で何か先生方から御意見等もしございましたら、いただければと思うんですけども。

○藤原副院長（荒井委員代理） 資料8で、医療需要推計がされていて、多分ここに書いてある患者住所地ベースとか医療機関所在地ベースでの必要病床数を将来、東京都さんが2025年に求めていくとすると、残念ながら私ども中央区は区中央部なんですけれども、左下の病床機能報告で既に出している区中央部の必要病床数、現行病床数を見ると1万3,000で、先ほど東京都さんがお話しした患者住所地ベースの必要病床数が7,204だとすると、半分以上、高度急性期は9,000ぐらいにするというふうになると、中央区にある特定機能病院はこれからものすごく大変なことになるのか、それともある程度これは数字で、先ほどもおっしゃっていましたがファジーにされているのか。ほかの二次医療圏を見るとそんなに差はないんですけども、区中央部のところは物すごく差があるんですけども。中央区に所属する特定機能病院がどういうふうな対応を今後とられることになるんでしょう。

○宮澤地域医療構想担当課長 繰り返しになりますけれども、国の医療需要推計の数字と病床機能報告の数字については全く性格が異なるものがございます。同じ2025年の患者住所地、医療機関所在地ベースの推計値の足元数字、2013年のこの推計の足元数字を比較いたしますと、将来に向けては高度急性期から回復期まで不足するという数字になっています。ですので、病床機能報告の全く性格が異なるものとの比較というのは、この比較を見ていただいて将来大きく減らさないといけないのではないかというふうに見ていただくというのは全く違うものということございまして、そういったものではないというものでございます。

○西山会長 お分かりになりましたでしょうか。今の先生の御質問は、区中央部が今ほかのところと比べて大きく乖離があるから、どうなるんだろうかというお話だったと思う

んですけれども、資料8の将来の必要病床数Bの欄が区部中央部、患者住所地ベースですので、この中央部に住んでいらっしゃる方が基本的にかかるということで、出した数字が7, 247床。

それから下の真ん中の欄の所在地ベース14, 473床。これは実際に他県ですとか、ほかの地域から流入している方も見込んで、2025年を見ると1万4, 000床という数字でございますので、患者住所地ベース、医療機関所在地ベース、どちらで見るかによって、かなり状況が変わってくるということで、当然我々は今ある都内の医療資源を活用した地域医療構想をつくろうと思っておりますので、その点は大きく減らされるとか、大きな転換を受けるとか、そういうことは今後の議論ですけれども、基本的にないと思っておりますので結構でございます。

○藤原副院長（代理） 資料9に、先ほどの厚生労働省から示された都道府県間調整のときには、患者住所地ベースの医療需要を基本としてというふうにおっしゃられたので、一応重く見るのかなと思ってお聞きした次第なので、そんなには気にせずにいればいいという理解でよろしいでしょうか。

○西山会長 患者住所地ベースを基本に、他県との出入りを調整するんですけれども、他県との関係では、東京都の場合は流入がほとんどですので、医療機関所在地ベースでまずは調整するということですので、お気になさらずというのは変なんですけれども、今の状況が大きく変わるということではございません。

ほかによろしいでしょうか。せっかくいらっしゃっておりますので、オブザーバーの先生方も含めて御意見等ございましたら。

○猪口委員 この地域医療構想の内容に関して、僕から何か意見があるとか質問があるとかではないですが、皆さんに理解を深めていただく上で、ちょっとだけ発言をさせていただくと、需要推計は病床数になっていますが、病床稼働率を75%とか78%というふうに前提をおいて、それで病床数にしているんですね。これは将来どれくらいの患者さんになるのかということ本来そこから見ていくと、例えば資料8の高度急性期が東京都として、患者住所地ベースで1万4, 696とか、そういう数字に例えば0.75という数字を掛けてしまうと1万1, 022とかになる。そうすると、掛け戻しとか割り戻しとか、そういう形で需要の患者数にしてみると、ここは9万4, 600なにがしぐらいに大体なるんです。

右端に必要病床数Bとあってトータル数が出ていますが、ここで9万4, 600ぐらいの数字になってくるんですね。医療機関所在地ベースでいっても、9万5, 000ちょっと、400ぐらいの数字になってくると。今ざっと計算してみたんですけど。これは将来、総数としてこれぐらいの患者さんになるということだと思います。

病床機能の報告制度は非常にざっくりしていて、要するに需要推計の機能とその病床報告制度の機能というものは全然一致しないものなんですけど、これを非常にがっちりがっちり決めて、病床機能報告制度のものが、こちら側の需要推計とものすごく一致して

しまうと、僕は将来、先ほど伯野室長とも話をしていると思ったんですが、将来的にはレセプトデータから病棟単位で全部見て、それぞれの病棟がいろいろ細かく分かるようになったとしますよね。そのときに右と左のものがものすごく一致してきたら、それぞれの病棟に求められるものの基準がはっきりしてきてしまうような気がします。

ですから、あんまりかっちり病床機能報告制度と需要推計の割り出しの仕方を追い求めるというよりは、今言った患者さんがこれくらいの数字になるんだよというマーケットの状態を見て、それぞれの病院がこういう需要に対して自分たちの場所を、要するに都内における病院の位置づけというもので、こういう患者がいるんだなというのを数字に置きかえて、患者の数にして将来の方向性を決めていく方がいいような気がするんですね。言っていること分かるでしょうか。

どうしても僕たち医者頭だと、右と左、病床機能報告制度と需要推計を一致させないと気持ちがすっきりしないという部分は分かるんですけども、あんまりはっきりさせてしまって精緻なものができ上がったら、逆に追い込まれるかなと思うので、この辺は医療機関の総意として、あんまり追い込まない方が将来いいのではないかなという気がしています。非常に多分に医師会的な発言で申しわけないんですけども、そういうふうにならうにちょっと思いました。

○西山会長 ありがとうございます。今まとめの発言を先生にさせていただいて。

○猪口委員 室長を前に言ってはいけないことを言ったかもしれないんですけども。

○西山会長 そろそろお時間が参りましたけれども、ほかに御意見、御質問がなければ終了させていただきたいと思っております。よろしいでしょうか。

それでは事務局からお願いします。

○新倉地域医療担当課長 本日はありがとうございます。きょう配付させていただきました資料につきまして、郵送の御希望があれば席にお残しただければ、後日事務局より郵送させていただきます。また本日お車でいらっしゃいましたら、駐車券をお渡しいたしますので、事務局職員にお声がけいただければと思います。

また本日、都庁舎のセキュリティー強化と庁舎内の改修工事によりまして、入庁の際お手間をとらせてしまったかと思っております。どうも申しわけございませんでした。

事務局からは、連絡事項以上でございます。

○西山会長 それでは長時間にわたりまして、御意見をいただきましてありがとうございました。以上で本日の東京都の特定機能病院連絡協議会を終了いたします。どうもありがとうございました。

(午後 7時31分 閉会)