

確定稿

平成27年度第10回
東京都地域医療構想策定部会
会議録

平成28年3月30日
東京都福祉保健局

(午後 5時31分 開会)

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成27年度第10回東京都地域医療構想策定部会を開会いたします。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、ご出席いただきまして、どうもありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、医療政策部地域医療構想担当課長、宮澤が進行役を務めさせていただきます。よろしく願いいたします。着座にて失礼いたします。

初めに、本日の委員の出欠についてでございますが、全委員の皆様、お見えになる予定でございます。竹川委員が少しおくれてお見えになるとのご連絡をいただいております。

続きまして、本日の資料でございます。資料1から資料5、それから、委員のみお配りをしてございます机上資料の1から3、さらに過去の資料をつづりました青色のファイル、置かせていただいております。議事の都度、落丁等ございましたら事務局にお申しつけください。

本日の会議でございますが、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9に基づきまして、会議、会議録及び会議に係る資料につきましては公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

また、ご発言の際には、マイク下の赤いボタンの操作をお願いいたします。

では、これからの進行を猪口部会長をお願いいたします。

○猪口部会長 皆様、どうもこんにちは。もういつの間にか始まる時間が明るい時間になってまいりました。

きょうは見てみますと、1時間半、時間内に終わらせられるのではないかなと思っていますので、議事進行、ご協力よろしく願いします。

前回は議事3点ございまして、最初は骨子案について、特に第5章についての意見を賜りました。それから、2点目は、将来の病床の必要量に関して、他県との流出入分の調整を行い、その状況についての説明がございました。それから、3点目は、意見聴取の場の開催に向けて、構想区域ごとの流出入の状況や疾病別の自圏域完結率などのデータを用いた上で、構想区域の現状や課題などについて意見聴取を行っていく旨の説明がございました。

本日は、まず先に3点の報告事項がございます。その説明を受けて、その後、構想の骨子案を確定していきたいと思っております。素案作成に向けて、たたき台の資料が用意されておりますので、委員の皆様からご意見を頂戴したいと思っておりますので、よろしく願いします。

まず、報告事項の1点目、2月から順次開催してまいりました第3回東京都地域医療構想策定に係る意見聴取の場の開催状況につきまして、事務局から報告を受けたいと思っております。よろしく願いします。

○水澤地域医療構想担当課長代理 それでは、資料2-1をごらんください。ただいま部会長からお話がありましたとおり、2月から3月にかけて13の構想区域ごとに意見聴取の場を開催いたしました。13の圏域の合計で、422名の方にお越しいただいております。関係団体や医療機関代表、保険者、区市町村から成る代表制としては初めての開催となりましたが、422名のうち、代表の方が249名、そのほかに173名の方にご参画をいただいております。当日は構想区域の特徴についてご説明するとともに、特に流出入の状況をどのように考えるか、連携についてはどのような状況であるか、提供している医療の現状はどうかといった論点で意見交換を行っていただきました。

当日の資料そのものはホームページのほうで公開をしておりますので、そちらを参照いただければと思いますが、資料2の2枚目と3枚目にデータを一覧にしたものをご用意しております。2枚目は、骨子等でも既にごらんいただいておりますが、平成26年度病床機能報告から集計した入院基本料等の届出状況を、上段を実数で、下段を人口10万対で記載をしたものでございます。

おめくりいただきまして、3枚目をごらんいただきますと、上の表は4機能ごとの患者さんの一日当たりの流出入の人数を、下の表は完結率を載せてございます。上段がその圏域の住民の方が自分の圏域の中の医療機関に入院している割合でございまして、その下の段については、自分の圏域だけではなくて、隣接する圏域まで含めたとき、自圏域プラス隣接圏域の完結率となっております。大体、自圏域だけでは六、七割というところでも、隣接圏域まで含めて見ますと8割から9割台になるといったことなど、ご参考に見ていただきながら次の資料2-2で当日いただいた意見のまとめを確認いただければと思います。

お手元に資料2-2をご用意ください。意見聴取の場において出された主な意見を、区の中央部から順に1枚ずつまとめたものでございます。丸をつけましたゴシック体のあたりを中心にご紹介したいと思います。

まず、区中央部につきましては、地域特性として、当然、高度医療の集積が挙げられ、全国から流入してくる患者さんのための医療というところと、地域の住民に提供するための医療ということは切り分けて考えるべきといったご意見や、構想区域内での病床の差に配慮してほしいといったようなご意見が出されております。

また、4機能の流出入・完結率につきましては、東京は交通の便が非常によいので、隣接区域まで含めた範囲で入院医療がおさまっているということは非常によいことだと思うというお声や、急性期の後半から回復期には、住み慣れた地域で完結すべきではないかといったようなお声が挙げられておりました。

また、その一方で、患者の流入が多いのだから、住み慣れた地域にきちんと患者さんを帰していく仕組みも必要だろうというご意見もいただいております。

在宅医療の体制につきましては、地元で整備されるべきというご意見を頂戴したところでございます。

1枚おめくりいただきまして、区南部についてご報告いたします。この地域は、高度急性期から回復期に至るまで完結率も高く、大きな問題を抱えていないというようなお話がございました。地域の先生が地域の住民をきちんと診るということが大切で、急性期以下の機能については、地域包括ケアシステムの中で考えていく必要があるのではないかとというようなご意見も挙げられております。

慢性期機能については、逆に流出してしまっている圏域ではあるんですが、差額ベッド代等を取らざるを得ない状況のため、空床があるのに流出しているのではないかとのご意見や、流出しているというデータは実感と合っているといったようなご意見をいただきました。

高度急性期から回復期に至るまで連携がきちんとできているというお話がある一方で、区が二つ、三つ離れてしまうと連携がなかなか難しくなってくるといったようなお話も挙げられております。

在宅については、患者さんを診るに当たって、病状の変化時に地域包括ケア病棟や在宅支援病院に、何かあったときにスムーズに入院ができて、さらに状態が安定した後にまた地域に戻れるといった仕組みが必要とのご意見もいただいております。

続きまして、区西南部をごらんいただきたいと思います。がんについては、区中央部に多く流出しているものの、それ以外はバランスがとれた地域だと感じているといったご意見が多く出されました。高齢者の移動範囲は狭くなることから、高齢化が進展する将来に向けては、地域の病院の重要性が増すのではないかとのご意見や、回復期機能や慢性期機能など、在宅医療に近い医療の議論をもっともっと深めていくべきだといったご意見を頂戴しております。

また、慢性期機能における患者の流出については、連携で補える部分があるのではないかとのお声や、療養病床に空きがあっても、その情報がきちんと伝わっていないのではないかとのお声も挙げられました。

さらに、リソースだけではなくてソフトの部分、例えば他の医療機能を持つ医療機関や、さまざまな職種の方との情報共有や連携について考えていくべきだというご意見もありました。

また、高齢社会における在宅医療の重要性という観点から、地元の医療機関は在宅のバックベッドとして在宅医療を支えて、治療後に地域に帰す医療を提供していくべきとのご意見もございました。

また、この構想区域では小児のことについても触れられておりまして、小児の患者さんが成人したときに引き継いでもらう医療機関を探すことが非常に困難であるというご意見をいただいたところでございます。

1枚おめくりいただきまして、区西部でございます。医療資源や介護資源等の状況が区ごとに異なる地域なので、個別の議論が必要ではないかとのご意見が挙げられておりました。

4 機能の中で言う急性期機能ではなく、一般的に急性期が意味する、「急いで治療が必要」という意味では、自宅や職場の近くできちんと医療を受けられる体制があったほうがいいのではないかというご意見や、大病院から患者さんが退院してくる際の病診連携はとれているんじゃないか、また、患者情報等を共有することで、さらに円滑な連携が図れるのではないか、というお話がございました。

それから、各医療機能で提供される医療の内容を患者さんやご家族の方が理解できるようにすることも非常に大切ではないかということで、特に療養病床については、転院する前に、急性期の病院で、療養病床でどんな治療が行われるのかという、その範囲をきちんと十分に説明するとよいのではないかといったご意見が出されております。

また、地域包括ケアシステムの実現のためには、まだまだ医療・介護資源が不足している地域が多いのではないかという意見もございました。

続きまして、区西北部でございます。西部同様、区によって資源の配置状況が異なるというお話がございました。

また、高度急性期機能では3割以上が流出しているんですけれども、現在の医療提供体制を激変させるといのはなかなか難しく、ほかの構想区域の高度急性期から戻ってくる際の受け皿をきちんと整備するなど、連携でカバーしていくことを検討するのがよいのではないかというようなご意見がございました。

ただ、反対に地域包括ケアの要となる回復期や慢性期の機能については、できるだけ地域の中で見ていくべきではないかというご意見もいただいております。

また、在宅につきましては、認知症患者や独居高齢者など、訪問看護ステーションと相当密に連携をとっていても在宅医療が難しいケースもあるというご意見がございました。

また、医科・歯科・薬・看護等の多職種での連携・情報共有を進めていくべきというご意見もいただいているところです。

続きまして、区の東北部に参ります。区東北部は、高度急性期から回復期に至るまで流出は多い地域けれども、隣接地域との連携の中で必要な医療提供体制を構築してきた地域なんだというご意見や、慢性期については現在、流入超過だけれども、療養病床については、今、非常に不確定な要素が多いため、先が見通せないといったご意見をいただいております。

今後の見込みといたしましては、高齢者が急性増悪で入院するケースが増えることが予想されるということで、完治するわけではなくて、支えていく医療も増えることから、急性期から介護まで含めた連携が鍵になるだろうというご意見があります。

また、患者さんが区中央部に流出をしてしまっているんですが、その患者さんたちが地域に戻ってくる際に、区中央部の医療機関との連携がなかなかうまくとれないといったようなお声も挙げられておりました。

また、在宅医療を進めていく中で、退院時に薬局がうまくかかわれずにお薬が重複し

て処方されていることがあるなど、その地域の薬局の役割が今後ますます重要になるのではないかといたった声も頂戴しております。

このほか、5疾病・5事業に係るご意見も多く頂戴しておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

続きまして、区東部でございます。この区域も構想区域内で、例えば今後の急激な人口増加の見込みがある地域など、特色のある地域があるのできめ細かく考えていく必要があるのではないかといたったご意見が出されております。

現在、がん医療につきましては、高度医療を求めてダイナミックに移動しておりますが、今後、高齢者の場合、身近な地域で診ていける体制を整備していくべきといたったご意見を頂戴しております。

療養病床などの慢性期機能を担う病床については、地域偏在が見られるんですけれども、家族の介護離職等を防いでいくためにも地域の中できちんと確保していくべきなのではないかといたったご意見が出ております。

また、基準病床数制度の中で、病床過剰地域になっているということで、増床ではなく、連携による医療提供をきちんと考えていったほうがよいのではないかといたったようなご意見や、自院で治療を終えた患者さんの転院先や、入所先を探す際に、差額ベッド代などの自己負担分が非常にネックになることがあるというようなお話をいただいております。

今後、医療需要の増加が見込まれても、必ずしも全ての病床を整備して対応する必要があるわけではなく、病床稼働率を上げて対応することも可能だとは思いますが、そのためには医師等の確保が問題になるのではないかといたったご意見もありました。

続きまして、多摩地域に移りまして、西多摩でございます。地理的な要因もございまして、比較的地域完結型の地域となっており、医療機関や介護施設での連携には、現状ではうまく対応できているのではないかといたったところでございます。

慢性期の病床や精神病床が非常に多く存在してございまして、西多摩以外の患者さんの流入先となっているといたったご意見がありました。

病床機能で言いますと、回復期機能や慢性期相当の患者さんでも、実際、急変時には急性期の病院で対応するので、まず、受け口となる内科の体制を充実させることが重要ではないかといたったご意見もございました。

慢性期機能については、必要があるからこそ患者さんが流入してきているんだというお話や、以前に比べると施設等の設備が進んだことや、在宅を希望する患者さんの増加によって、慢性期病院の患者さんが以前に比べて少し減ってきているのではないかといたったお声もありました。

回復期の機能については、リハビリだけではなくて、生活レベルでの回復期に該当するところもきちんと患者を受け入れていく体制をつくっていかねばならないといたったご意見も頂戴しました。

また、慢性期や精神病床など、他地域からの流出入も踏まえた連携の仕組みづくりをすべきとのご意見や、在宅医療の観点からは、患者・家族は自宅にいても、施設にいても急変時の不安を常に抱えているというご意見や、現在は療養病床が看取りの場の主体になっているのではないかとといったご意見が出されております。

続きまして、南多摩でございます。南多摩につきましては、神奈川県と隣接しております、神奈川県も含めて連携がとれている地域だと思いうご意見がございました。

高度急性期の病院の整備は現実的には非常に難しいので、連携で対応していくべきだというご意見の一方で、高度急性期機能を診られる施設は拡充して、地域で診ることができるようにすると、急性期や回復期の機能についても地域で診られるようになるのではないかと、それが患者さんや家族の方の負担が少なくなる結果につながるのではないかとご意見も聞かれております。

慢性期に入院している患者さんが認知症を持っていることもあるが、そういう患者さんが急性期で転院が必要となった場合に、なかなか一般急性期の病院に受け入れてもらえないというお話も出ておりました。

連携においては、隣の地区医師会というレベルになると、途端に顔の見える関係が希薄になってしまい、なかなか連携がとりづらいというようなお話も聞かれております。

また、特に救急医療については、高齢者が今後ますます増加する中で、救急医療に対応し続けられるのか危惧しているといったお声もありました。

続きまして、北多摩西部でございます。北多摩は、西部・南部・北部を含めて考えると、救急から療養までコンパクトにまとまっている地域ではないかというご意見がございました。

不足する医療機能については、連携やネットワークの構築で対応していけるのではないかとご意見も聞かれます。

がんのような疾患は、広範な受療行動をとることができるが、急性心筋梗塞や脳卒中・母体搬送のように急いで医療につなげる必要があるものについては、身近な地域で確保していくべきというご意見や、意見聴取の場で見えていただいた完結率や流出入のデータがおおむね現場感覚として、肌で実感していることを反映しているのではないかとご意見も聞かれます。

連携に当たりましては、病院や診療所の医師が疾患別にどこまで対応できるのかを把握していくことで連携がしやすくなるのではないかとご意見も頂戴しました。

在宅医療を進めていくに当たりましては、人工呼吸器をつけた患者さんのレスパイト入院に対応している病院がなかなかないという話も聞かれております。

続きまして、北多摩南部でございます。この地域は大きな急性期病院がございますので、流出が少ない恵まれた地域であるという声と、とはいえ、大病院と中小病院との差が大きくて、地域に中間ぐらいの病院があるとよいのではないかとご意見もございました。

療養病床につきましては、現在、病床が偏在している状況にあるけれども、家族が最後まで見舞えるような地域で整備ができた方がいい、それから、受け皿となる地域包括ケア病棟や急性期機能・回復期機能を担う病床が必要ではないかというご意見が出ております。

また、高度急性期や急性期の病院から回復期や慢性期の病院に転院する際の連携に少し苦労しているといったお話もございました。

医療機関だけではなく、介護施設の情報まで含めた情報共有のシステムや、患者さんやご家族の方にどういう病院に転院したらよいかということをご紹介するための介護や地域のサービスも含めたシステムがあるとよいのではないかといたお声もいただいたところでございます。

また、在宅につきましては、家族が介護離職することなく、患者さんが在宅で療養できる環境を整備する必要があるのではないかとのご意見や、介護事業者と病院が連携を密にとって、患者さんを在宅に帰す取組みができてきているといったようなお話も頂戴できたところでございます。

また、救急については、特に増加が見込まれる高齢者の救急について、地域の病院が診ることで、地域に帰しやすいといったようなメリットがあるのではないかとご意見が出ております。

北多摩北部でございます。地域で日ごろから連携会議などをよく行っているので、コミュニケーションがとれている、連携が図れているというお話もございました。

また、その中で、自分たち自身で高度急性期から慢性期までどのように提供するかを考えていくべきだというようなお声も挙がっております。

意見聴取の場の資料としては、隣接区域を含めたデータなどもお示ししましたが、隣接区域だけではなく、交通網なども考慮いたしまして、もっと広い範囲でもどのように連携体制を構築していくのかを考えていきたいというご意見もございました。

また、地域包括ケアシステムの構築に当たりましては、医療連携のところはとれているけれども、介護との連携をもっと強めたい、それから、在宅医の高齢化や、今後の在宅ニーズの高まりを踏まえると、今の体制で十分だろうかというご意見、また、在宅等の人材確保が必要だというご意見もありました。

また、歯科においても診療報酬で在宅向けの訪問歯科診療が評価されるようになってきているので、しっかり取り組んでいきたいというお声も頂戴しております。

救急医療については、高齢者が増えることで、肺炎等の地域で診るべき救急も一層増加するのではないかと。

それから、小児医療については、小児科・小児救急が不足していて、担う人材も不足しているといったご意見があります。

最後になりますが、島しょ地域でございます。地理的条件等も踏まえまして、本土の医療機関等と連携しながら、医療提供体制を整備している地域というふうにご報告されてお

ります。

島しょでは物理的な距離の問題もございまして、本土の医療機関に入院した患者さんが退院して帰島する際には、患者情報が島の関係者に十分に伝わり切らないことがあると。例えば、ケアマネさんが実際にその患者の状態を直接行って確認することができないので、いざ患者さんが帰島してみたら介護度が思った以上に高く、ご家族が見ることができないケースがあるといったお話が挙げられておりました。

また、島しょ地域では、介護のリソースが限られてしまうことから、24時間介護が必要な状態で退院した場合、例えばお世話ができる家族がいない場合など、島に帰ることができずに他県の病院に転院したり、本土のご家族のもとに行くこともあるというようなご事情をお話しいただいたところでございます。

長くなりましたが、説明は以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。何かご質問はございますか。

前回の策定部会的时候には、資料2-1、特に2-1の3/3ですかね、このそれぞれの圏域のところ、自圏域の完結率と隣接区域での完結率といったところのデータが出ていたかなと思いますけれども、こう見てみますと、高度急性期から回復期に関しては、隣接区域を加えますと、ほとんど80%以上になってきているというデータ。ただ、一方で慢性期に関しては、そこまで加えても多少ばらつきがあるというようなデータが出て、そういうものをそれぞれの意見聴取の場でははっきり示した上での意見を聞いたような形になっています。印象として全部出させていただきましたけれども、圏域の中のそれぞれの区市町村の代表が出られていて、統一、異口同音というか、ほとんど同じようなことをおっしゃってくれる圏域もあれば、それぞれちょっと思いが違うんだなというような圏域もいろいろあるんだなということです。ただ、連携の大事さだとか、そういうところの話は大体ごらんになったところで、他圏域から行って戻ってくる時の情報の共有だとか、そういうシステムの構築に関しては一様に必要だというようなお話があったような気がします。それから、他圏域に行って何とかなるといっただけではなくて、自圏域でもやっぱりきちんとするべきだという意見も結構あったと思います。

何かご質問はございますでしょうか。

はい、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 私も半分ぐらいの会に出て、猪口部会長がおっしゃったとおりなんですけれども、やっぱり今回、一部代表制を取り入れて、そして、オブザーバーという形で来ていただいたんですけれども、やっぱりまだまだこの地域医療構想の意義が十分に浸透してなくて、今後、本格的な会議が始まる、調整会議が始まるにおいては、さらなる情報提供といいますか、この目的というものを周知しないと、どうもいろんな議論がかみ合わなくなってくるのではないかなということを感じております。特に地域医療構想が、やっぱり病床を削減するスキームであるというようなことをまだおっしゃっている方がおりますし、それから、医療圏、構想区域ごとに4機能を全てそこで立てなければいけ

ないんだというようなことをまだ議論の中でおっしゃる方がいるので、そのあたりについての細かな説明が必要だと思います。先の取りまとめの報告のことになるんですけども、やはり報告書として書かなければいけない部分というのはある程度ガイドラインとか法律にのっとってやるということになると、なかなかそういう平易な解説とか、そういったものがなかなか組み込みにくいんだらうなという気がしております。ですので、何らかの形でQ & Aとか、そういったものが書かれたほうが今後の議論が進みやすいのかなというような印象がございました。

以上です。

- 猪口部会長 貴重な意見、どうもありがとうございます。本当に我々の部会で言うと、1回目、2回目、3回目ぐらいで言っていた議論がまだその場に行くに出てしまうんですね。C 1、C 2、C 3の需要と病床機能報告が合わないとかね。そういう議論からも、そういうところから応えていかなくちゃいけないというのは時間をとってしまうところですから、Q & Aとか、いい案だなとは思いますが。

ほかに何かございませんでしょうか。

委員の方でも、聴取の場に出られた方がいらっしゃるんじゃないかと思いますが、何かご意見でもあれば。よろしいですか。報告事項がまだございますので、それを終えて、後で全体的な意見を伺ってもいいと思います。

では、次、報告事項の2点目と3点目に移りたいと思います。

2点目は、都道府県間調整後の構想区域別必要病床数についてです。前回の部会では、他県との県間調整の状況について報告を受けましたが、今回は調整後ですね。全て終わって構想区域別の病床数について事務局から説明を受けたいと思います。

それから、3点目ですけれども、今年度の病床機能報告の集計結果について、速報値が出たということですので、あわせて説明をお願いいたします。よろしく申し上げます。

- 水澤地域医療構想担当課長代理 それでは、資料3をごらんください。既にご紹介いただきましたとおり、前回の部会で県間調整の状況についてはご説明をさせていただきました。東京都全体の病床数についてはご確認をいただいたところですが、今回は県間調整の結果を二次医療圏別に反映したものをご用意しておりますので簡単にご紹介したいと思います。

県間調整は、都道府県の間で行いますけれども、その中身は、例えば埼玉県の南部医療圏から東京都の区中央部に何人流入といったような形で、構想区域単位で割りつけがされております。ですので、他県との調整分につきましては、該当する構想区域ごとに割りつけをしておりまして、都内の分につきましては、これまでどおり医療機関所在地ベースと患者住所地ベースという幅を持たせて下段に一覧表にしたものでございますので、後ほどご確認いただければと思います。

続いて、資料4をごらんください。こちら平成27年度の病床機能報告につきまして、

国から情報提供がございましたので報告いたします。あくまで国が2月16日時点でスクリーニングを終了しているデータを集計したものであるということでございますのでご利用いただければと思います。

既にこの部会では、平成26年度も同じ形で見えていただいておりますので簡単にご紹介いたしますと、左端のグラフが平成27年7月1日時点で、各医療機関が担っている医療機能を自己申告した結果を集計したもの、真ん中が6年後の予定。ここまでが必須の報告項目でございます、右端は任意の報告事項になりますが、2025年時点で担っている機能の予定ということでございます。

左端のグラフの下表を見ていただきますと、2015年時点の構成比は、高度急性期から22.7%、急性期46.7%、回復期8.3%、慢性期22.3%となっておりまして、そのさらに下に薄い水色で記載をしております全国の構成比と比較しますと、やはり高度急性期機能の割合が高い状況となっております。

下の段に平成26年度の報告をご参考までに掲載をしておりますが、26年度と比較いたしますと、高度急性期の割合が減って、急性期が増えているというところが見ただけかと思えます。

1枚おめくりいただきまして、これを細かく二次医療圏別にしたものがご用意しております。こちら2枚目の資料については、二次医療圏別にこの速報値を病床数で積み上げたものになっておりますので、後ほどご参考に見ていただくといたしまして、3枚目おめくりいただいてもよろしいでしょうか。3枚目と4枚目が平成26年度と平成27年度を割合で比較したものとなっております。3枚目が区部で、4枚目が多摩地域となっております。2月16日時点での速報値としての集計でございますので、今後、数値が変動することはありますけれども、例えば区中央部を見ていただきますと、平成26年度では68.1%あった高度急性期機能が、27年度には49.8%となっているなど、特に区部の圏域では高度急性期の割合が少し減少しているのかなという印象でございます。一方で、急性期や回復期については少し増えた形となっております。

今後、国から確定値や医療機関ごとの個票等が提供されましたら、平成26年度と同様に東京都のホームページに掲載するなどして、またご報告させていただく予定でございます。

説明は以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。何かご質問はございますでしょうか。

病床機能報告制度に関して言うと、全国平均と比べると高度急性期は確かに多いですけども、26年と27年を比べると、高度急性期は減り、急性期も減りというところのようですから、ちょっと動きはある。多分そういう、病院自身が方向性を変えたというよりは、病床機能報告制度の意味というか、C1、C2、C3のあちらの言っていることの意味合いだとか、そういうものがわかって、報告の仕方を変えたというような、私としてはそういう印象なんですけれどもね。自分たちの活動方針というか営業方針と

いか経営方針というものを大きく変えていった、かじを切ったというふうにはなかなか聴取の場においても、まだそういう段階ではないかなとは思いますが。

どうでしょう。何か質問はございますか。

はい、石川委員、どうぞ。

○石川委員 すみません、細かな点の確認で恐縮ですが、資料4の3ページ目と4ページ目に出ている病床機能報告の値、パーセンテージは、これは1枚目のところにありました、平成27年の状況でしょうか。それとも6年が経過した時点のものでしょうか。現状なのか将来のものなのか、確認をさせていただきます。

○水澤地域医療構想担当課長代理 失礼いたしました。現状でございます。

○猪口部会長 はい、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 都立病院なんかでも、その運営協議会には私は出ているんですけども、例えば駒込病院は、前は全て高度急性期にずらしたのを、今回十分に見直したというか、その意義を図って、急性期のほうを多く出したとか、そういう意見が出ておりました。大学病院等においても、多分、前は一律で高度急性期というようなことの動きがあったようですけれども、そういったことが、この報告の意義というものが少し何とか理解されてきたのかなというような印象は私も持っております。

○猪口部会長 議論として高度急性期、急性期というところの議論は比較的早くからわかりやすかったという印象を持ちますよね。問題は急性期と回復期の線のところと、地域包括ケア病床にしても、大体3割方、今回のガイドラインの検討委員会においても、主に急性期を担うところは地域包括ケア病床でも急性期、主に回復期を担うところは回復期と書けというような感じになっているというのは非常にわかりづらい。比率として3対7ぐらいになったようですけれども、わかりづらいところ。線の引くところ、だから高度急性期あたりは非常にデータとしてぐっと動いた。特に高度急性期と書いているような病院というのはこういう情報に敏感な病院が多いというか、そういう印象もありますよね。

いかがでしょう、何か。

はい、進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 質問ではなくて、意見を述べさせていただいていいでしょうか。

○猪口部会長 はい、どうぞ。

○進藤委員 慢性期機能についてなんですけれども、慢性期機能は東京都の中では、西多摩と南多摩に向かって患者さんが流れています。都心部からの移動のときに、現在はそこの病院のソーシャルワーカーが知っている範囲の病院に患者さんを移送するというようなことになっているかと思うんですね。他圏域の情報というのはなかなか得られず、困難事例に対しては非常に各病院さんのケースワーカーさんは困られているんじゃないかと思うんですね。この移動をもう少しシステムティックにできるような他の圏域の情報が得られるような、得やすいようなシステム。「ひまわり」があるんですけども、

それではなく、もう少し具体的に相談できる相手。例えば二次医療圏ごとに、どこに相談するとその地域の慢性期病院の情報が大体得られるので、困難事例、こういうのがあるんだけど、受け入れ先はないかという相談できるようなシステム構築というのを考えていただくとありがたいかなと思うのが1点。

もう一つ、もう一点ございまして、特別養護老人ホームのことについてはこの場ではないんですが、ただ、西多摩においては非常に特養が多く存在しています。現在、西多摩の特養というのは、現実にはベッド数があいております、あいている理由は都心部の方に利用していただければいいんですけども、医療保険は介護保険と違って住所地特例がないので、都心部の方が入ってくると、その医療についてはその市町村が面倒を見なければいけないということで流入を抑制しています。なので、医療保険においても住所地特例というようなものを考えていただくと利用が促進されて、都心部で特養を利用したいという方が多摩地域で利用することが可能になるのではないかなというふうに、2点、提案をさせていただきたいと思います。

- 猪口部会長 意見聴取の場で聞くような意見なんですけれども、その意見聴取の場で出た意見として覚えているのは、現場として、医療機関として、流れ、高度急性期・急性期・回復期といったところの患者さんの流れというものと、療養病床のところ、その連携を図るときは、その病態像が明らかに違うので、そこを流していく、その連携をうまくしていくというところは特別な連携のシステムが必要なのではないかなというような意見はたしかあったと思います。それは、特に今までのここに出てきている資料を見ても、確かに療養病床の患者さんは非常に大きく動いているということ、研究を二つも三つも超えたような形の動きをしているという状況から考えると、進藤委員のおっしゃっているという意味合いもわかるような気がします。

それから、二つ目はちょっとよくわからないので、よろしくをお願いします。

はい。よろしいでしょうか。一応、報告事項でこういうことになりましたと。この意見を聞きながら、今度、骨子を固めて、そして素案をつくっていくわけですけども、きょうはこれから議事に入りまして、この構想の骨子及びその素案策定に向けて進みたいと思います。骨子案につきましては、第8回、第9回の部会におきまして、各委員からの多くの意見を頂戴して、地域ごとの意見聴取の場においてもご提示して意見を伺ってまいりました。本日は、そうした意見を踏まえて、骨子として大枠を固めまして、その素案の作成につなげていきたいと考えております。よろしいでしょうか。

では、事務局から説明をお願いしたいと思います。

- 宮澤地域医療構想担当課長 それでは、ご説明させていただきます。

まず、冒頭、資料説明のところでも述べさせていただいたんですが、机上資料でございます。1から3をご用意させていただいておりますけれども、今回その一つの例、もしくはたたき台という形でご用意をさせていただいております、委員の机上にのみ配付をさせていただいている資料でございます。あわせてご説明をさせていただきます、

ご意見をいただいて、骨子の大枠を固めたいというふうに考えております。

では、まず、資料5、骨子案の本文をごらんいただきたいと思います。前回、部会からの修正版でございます。前回、部会でいただいたご意見に加えまして、地域ごとの意見聴取の場等でのご意見も踏まえたものでございます。修正等を行った箇所を中心にご説明をさせていただきます。

まず、1ページをお開きください。第1章、「地域医療構想とは」の1、「はじめに」の部分でございますが、こちらの部会における検討経過におきまして、東京の地域特性を踏まえた患者の受療動向、流出入につきまして、資料をもとに分析を行いました経過について記載をする予定でございます。

この補足の資料といたしまして、次の3ページから4ページでございます。部会の中でご確認いただいております疾患別の状況を示す資料でございます。全疾患、がん、また急性心筋梗塞・脳卒中等の救急搬送が必要な疾患ということで、こちらの流出入のデータを掲載いたしまして分かりやすくすることといたしました。また、東京の地域特性、患者の受療動向を踏まえながら作成をいたしましたグランドデザインにつきましても、この4ページに掲載をいたします。

続きまして、5ページをお開きください。1、「はじめに」に続きまして、2、「地域医療構想とは」といたしまして、記載をすることとしておりました(1)の記載事項から(3)の構想の期間につきまして、順序を入れかえて記載をすることとしております。

続いて、6ページの(4)東京都高齢者保健福祉計画との整合でございますが、記述に続きまして、同時改定のスケジュールを掲載しております。

さらに、その下にコラム欄を設けまして、病床の機能区分、4機能の説明、さらには病床機能報告制度における今年度の報告の結果、また、病床稼働率などについて記載をいたします。

続いて、7ページをお開きください。第2章は東京都全体の現状と将来について記載をする章でございますが、まず先に東京の特性としまして、(1)地域特性、(2)特性を踏まえた患者の受療動向(患者の流出入の状況)、これに続きまして、当初は先に記載をする予定でした東京の保健医療の現状とする形で順序を入れかえてございます。

続きまして、13ページをお開きください。こちらは第2章の都全体の将来に関して記載をする部分でございます。平成37年の病床数の必要量等の記載の箇所にコラム欄を設けることといたします。国が示します計算式によります慢性期機能の病床は、現状と比較をいたしますと、過剰になるという推計が出されておりますが、国は、療養病床のあり方検討会を踏まえまして、今後、社会保障審議会におきまして、制度の内容に関する議論がなされる予定でございます。構想策定時には、その結論が出ない見込みということでございます。行き場のない患者さんが発生しないよう、国の今後の動向を踏まえつつ対応していく必要があるといった旨を記載したいというふうに考えております。

1枚おめくりをいただきまして、14ページ以降でございます。第3章の「構想区域」でございますが、15ページから、3、「構想区域の状況」におきまして、構想区域ごとの現状と将来について記載をいたしますが、本文には枠のみを記載してございます。委員の皆様には机上資料1といたしまして、例として、区中央部をお配りしてございます。

机上資料の1をごらんいただきたいと思います。資料5の本文に対応をいたしますページ番号を振らせていただいております。1枚おめくりをいただきまして、17、18ページでございますが、2025年における4機能ごとの流出入の状況でございますが、こちらは第3回地域ごとの意見聴取の場でも用いたデータでございますが、4機能ごとの推計患者数、また、患者の流出入の状況を示したマップ、また、構想区域内にお住まいの患者さんが区域内で入院をしている割合である自区域完結率、また、それに加えて、隣接する構想区域まで含めた完結率などを可視化したデータを掲載いたします。

続きまして、1枚おめくりいただきまして、19ページをごらんください。中段でございますが、2040年までの人口と高齢化率の推移につきまして、わかりやすくグラフ化してございます。

また、その次の20ページでございますが、上段に構想区域の4機能別の特徴につきまして記載いたします。また、中段以降にコラム欄を設けまして、先ほどご報告をさせていただきました「地域ごとの意見聴取の場」で出されました主な意見につきまして、主な意見という形で、コラムという形で記載をいたします。

それでは、資料5にお戻りいただきまして、23ページをお開きください。第5章、「あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」の1、「取組の方向性」でございます。これまで、5章の1につきましては、取組の方向性を箇条書きで各事項、一、二行の形で記載をしてきたところでございます。今回は、本文では枠を記載してございます。基本目標ごとに、現状と2025年に向けた取組の方向性といたしまして、まず課題を挙げた上で、課題に対応する取組の方向性について記載するということといたします。

委員の皆様には、机上資料2をお配りしてございます。ごらんください。第5章の1、「取組の方向性」ですが、今回たたき台としてご用意したものでございます。今後変更するものでございます。それを念頭に置きまして、ごらんをいただきたいと思います。

まず、基本目標Iの(1)高度医療・先進的な医療の提供体制の将来にわたる進展でございます。下の2025年に向けた取組の方向性でございますが、この(1)のところでは課題と取組を4点挙げてございます。このうち主なものという形でご紹介させていただきますと、課題の①、高度医療・先進的な医療のさらなる進展に対する取組の方向性といたしまして、取組の①、日本の高度医療・先進的な医療をさらに牽引していくことを挙げております。

続きまして、2ページをごらんください。上段の課題の②でございます。患者が自身

の状態に応じた適切な医療機関の受診に対する取組の方向性につきましては、取組の②、都民等への情報提供・情報発信、そういうことを挙げてございます。

続きまして、3ページをお開きください。基本目標の(2)でございます。東京の特性を活かした切れ目のない医療連携システムでございます。こちらにつきましては、4ページ以降、課題と取組の方向性を5つ挙げてございます。

すみません、5ページをごらんいただきたいと思っております。課題の③、上段でございます。入院患者の在宅療養生活移行支援に対する取組の方向性でございますが、取組の③、入院早期から、患者が在宅療養生活に移行するための支援を行うことを挙げております。

続きまして、7ページをごらんください。7ページから基本目標の(3)でございます。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。こちらは課題と取組の方向性を7つ挙げてございます。

1枚おめくりをいただきまして、8ページの下段でございます。課題の③、医療・介護・福祉等の連携に対する取組の方向性でございますが、取組の③、「地域包括ケアシステム」の構築に向け、医療や介護等の多職種が連携して、在宅療養生活を支援することを挙げております。

続きまして、9ページをごらんください。下段の課題の⑤でございます。住み慣れた地域で療養し続けるための支援の強化に対する取組の方向性でございますが、取組の⑤、病院での治療を終えた後、円滑に在宅に移行でき、また、療養生活中に入院が必要になったら、適切な地域の医療機関で入院できる体制を整備することを挙げております。

続きまして、11ページをお開きください。基本目標の(4)安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成でございます。課題と取組の方向性を4つ挙げてございます。

1枚おめくりをいただきまして、12ページの上段、課題の②、地域医療連携を担う人材の育成に対する取組の方向性といたしまして、取組の②、地域の中で、患者が日常的に抱える多くの問題に対処でき、また、地域医療連携を担うことができる人材の育を挙げております。

また、その下、課題の③、在宅療養を支える医療・介護人材の確保・育成に対する取組の方向性といたしまして、増加する在宅療養患者に対応するため、住み慣れた地域での療養生活を支える人材のさらなる確保・育成を行うということを挙げております。

それでは、資料の5にお戻りをいただきまして、26ページをお開きください。第5章の2、「東京都保健医療計画に追補する事項」でございます。

まず、事業推進区域につきましては、部会でもご確認をいただいております医療資源の分布状況や患者の移動状況に応じて運用しております資料を掲載しながら事業推進区域の説明を行います。

また、その下でございますが、5疾病・5事業等の医療提供体制の取組等につきまして、現行の保健医療計画策定後の状況の変化を踏まえまして、次回改定につなげていくためのそれぞれの現在の課題と取組の方向性について、5章の1と同様に整理をして記

載をしたいというふうに考えております。こちらは机上資料3に記載例としてお配りをしてございます。ご確認いただきたいと思います。

続きまして、資料5、最後になります。27ページでございます。中段の(4)、普及啓発でございます。先ほど伊藤委員からもお話がございましたけれども、医療提供施設、保険者、都民、地域医療構想調整会議参加者に対する普及啓発の課題、取組の方向性をこちらに記載をしたいと考えております。例えば医療提供施設に対しましては、構想の趣旨や考え方、自主的な取組と相互の協議が前提であることですか、そういった考え方等につきまして、きちんと普及啓発を行っていくこと、また、調整会議参加者に対する普及啓発といたしまして、調整会議の目的や意義などの普及啓発を行うといったことについて記載をしたいと考えてございます。

説明は以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。かなり骨子案が、書いてある内容に関しては、前回とその骨子自体の中身は変わらないんだろと思うんですけども、順番が変わったり、いろいろしています。一つずつ見ていきますか。第1章、このような書き方になったというところ。

追っていきますので、何かご意見がある方は手を挙げて言ってください。第1章、「地域医療構想とは」ということで始めていって、3ページ、4ページのところの、この地図ですね、可視化した地図をこう見る。これは非常に説得力があって、意見聴取の場でも非常に見て、みんなが納得という形だったと思います。これを持ってきて、そして5ページ、6ページという順番になっていますけど、この辺のところでは何かご意見はございますか。ぱっと見て、すぐには言えないと思いますが。

じゃあ、その次、振り返るように、第2章、東京の現状の姿ということで、これは前回出ているのがここにこう来ているというもの。ちょっと今思ったんですけども、現状としての医療人の数が書いていないかなというふうにちょっと思ったんですが、どうでしょう。これはどこかに書いてありましたっけ。医療従事者、医師が何名とか、看護師が何名とか。10ページ。ああ、それで、これだけで済むのかな。何で言ったかという、例えば看護助手とか、訪看の方の数とかサービスの、要するに最後のところの人材確保というところがグランドデザインのほうの基本方針の4に入っていくときに、そのところで具体的にどうだという話をするのに、この数、人材確保、特に東京の場合は人材確保、多分生命線になる、今後展開していくときに、かなり大事な部分になると思うので、書き方がもうちょっとヘビーでもいいかなとは思ったんですが、どうでしょう、ほかにご意見はございますか。私の意見だけだったらこれでいいのかという話になるけど。

○山本委員 よろしいでしょうか。

○猪口部会長 はい、山本委員、どうぞ。

○山本委員 もしできれば歯科医師だけではなくて、衛生士さんの数等も置いておいてい

ただけるとありがたいんですが。

○猪口部会長 これは分布状況なんかもあったほうがいいのかな、なくてもいいのかな、そこまでは。どうですかね。私としては、この人の問題というのは大きいのはリソースだと思いますので、わかりやすくしてもいいかなとはちょっと思いましたけどね。ほかになれば、東京の現状。

はい、永田委員、どうぞ。

○永田委員 9ページのところで、薬局数は出ているんですね。10ページのところの③によって、病院・診療所に勤める薬剤師数は出ているんです。薬剤師数と、こっちは施設数でありまして、ここはやっぱり薬剤師の数というのは入れていただければありがたいし、偏在というのが結構あると思うんです。ですから、医療圏ごとの薬剤師数がもし入れば、かなりこれで明確化をするかなとは思いますが。

○猪口部会長 これ医療圏ごとの何かありましたっけ、それぞれの医療圏の表記の中に。

○矢沢医療政策担当部長 あります。

○猪口部会長 それは一応、医療圏ごとの数はあるようですね。

○矢沢医療政策担当部長 すみません、猪口先生。ちょっとこのあたり、数字ばかり並んでいくのがどうなのかなというところで、後ろに資料集のような形で引けるようにはしようと思うんです。手前にどこまで持ってくるかという、我々もちょっと悩むところがあります。

あと、データとしてとれないものもあるので、ご意見をいただいても正確な数字がとれないものもちょっとあります。そのあたり、一度、私どものほうで整理をさせていただいて、もう一度見ていただいた上で最終的に前に持ってくるか、後ろに持ってくるかを決めるような形でよろしければ、もう一度、事務局のほうで検討はいたしますが、いかがでしょう。

○猪口部会長 じゃあ、資料集はつくんですね。

○矢沢医療政策担当部長 つきます。

○猪口部会長 なるほど。そういう前提だそうです、皆さん。

はい、安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 今、マンパワーですよ。

○猪口部会長 マンパワーの話。

○安藤委員 じゃあ、マンパワーが終わったらまた。

○猪口部会長 じゃあ、マンパワーは終わりました。じゃあ、次、どうぞ。

あっ、石川委員がマンパワーの話。

○石川委員 すみません、マンパワーについて、補足というわけではないのですが、皆さんもご存じのとおり、実は昨年12月ぐらいから医療従事者数の需要・需給の予測に関する検討会が厚生労働省のほうで走っております。そちらのほうに関しましては、医師数について、3月末で一度推計を出すという話だったのですが、その会議が明日とい

う状態です。恐らくこれから先、医療従事者数に関しましては、医師と看護師、それからあと少なくともOT、PTに関しましては、国としての推計と需要予測等が出てくるのが想定されています。ただ、ここの部分、夏ぐらいになりませんと、多分、数字が固まってまいりませんので、今回の地域医療構想の中では、まず現状のところをきちんと把握していただいた上で、6ページにも出てきましたけれども、今後、次に策定しなければいけない地域保健医療計画等で需給予測に関して扱っていただくというような切り分けをしていただくといかなというふうに思っております。ご参考になればと思います。

○猪口部会長 はい。まあ切り分けなくたっていいと思いますけど。書ける部分はどんなに書いたっていいような気がするけど。

はい、じゃあ、マンパワーはよろしいですか。

はい、じゃあ、安藤委員どうぞ。

○安藤委員 人、物と来たらやはり次は金の問題です。データとして人件費の問題、全国平均と比した人件費の状況、あとは土地の値段の問題や物価の問題などそのようなデータをやはり挙げたほうがいいのではないかと思います。それによって、なぜ都内の病院がさまざまな意味で転換が図られないのかとか、あるいは室料差額が高くて患者様がなかなか利用できないのではないかと推論の裏づけになると思います。これは非常に大きな問題だと思います。全日本病院協会の最新の調査だと、東京の病院が歴史上始まって以来、医業収支がマイナスになってしまった。これは本当に異常なことです。特に今、ご存じでしょうけれども、小規模病院がばたばたと、もうあと一歩で潰れそうなような状況になってきています。小規模病院が地域の医療を支えている状況をやはりちゃんと都民の方にも理解をしてもらうという意味でも必要なのではないかなと。さらには、なぜ大規模な地方からの病院グループが東京に進出しているかという理由の説明にもなるのではないかと思います。ぜひ人、物の次には金をお願いします。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。安藤委員の一貫した姿勢があらわれている。ただ、意見聴取の場でも、その室料差額だとか、そういうもので都心のほうの療養病床に入るのにちょっとお金がかかるんだとか、そういう意見は確かに出ていましたよね。そういう部分というのが、患者さんのいろいろ動く理由にもなっているというような側面が、意見聴取の場の意見としてコラムの部分に書くのか、データとしてはっきりとしたデータがあって書き込めるのかどうかは、ちょっと検討していただくということでもよろしいでしょうか。はい。

ほかに、この第2章に関して何かございますでしょうか。

はい、ごめんなさい、じゃあ西川委員、どうぞ。

○西川委員 すみません、ちょっと一つ質問なんですけど、この高齢者の単独世帯が多いという8番ですけど、ここにありましたけれども、高齢者に限らず、東京は割と独居の方が多いような印象があるんですけど、そのあたりはどうなんでしょうか。やはりちょっと

在宅などを考えた場合に、高齢者ではなくても、独居の方というのはちょっといろいろ課題があると思うんですが。

○猪口部会長　そういう数字がきちんとあって書けるかどうかですよね。西川委員の意見もコラムに落とすというあれもあるのかもしれないけど。

○宮澤地域医療構想担当課長　はい、ありがとうございます。そのあたり、改めてちょっと確認をさせていただきまして、記載ができれば記載していきたいというふうに思います。検討させていただきたいと思います。

○猪口部会長　はい。

じゃあ、塩川委員、どうぞ。

○塩川委員　この病床機能報告の結果というのが10ページに書いてあるんです。そこは入院基本料で分けられているんですけど。ここは今までも二、三回、この点に発言しているのは、四つの機能で病床数を計算するときに、病床機能報告は、報告する側の認識で、先ほど26年、27年で高度急性期は減ってきている。そうすると問題が、一日ごとの点数で分けている、3,000点、600点、225点と分けている。と回復期というのは、報告している側のイメージは、回復期という回復期リハビリテーションのような、そういう認識を多分持っています。この機能報告のほうは、大体これパーセントで言うと、これきょうの配付資料だと4の1ですけど、27年だと8.3%ぐらいになるわけですね。ところが、この12ページにも2025年の医療需要推計がありますし、きょうの資料3もそうですけれども、一日当たりの点数で計算すると、回復期はやっぱり30%ぐらい、これパーセント表示が抜けているというか記載されていないように思うんですけど、きょうの資料3でも、所在地ベースで四つの病床群でやると、大体、高度急性期が14%で、急性期37%で、回復期30%で、慢性期が18%というのが医療需要推計です。これはもうこういうルールでやるしかないの。そうすると、今後、要するに地域の会議とかになるときもたびたび申し上げていて、もうあんまり蒸し返さないんですけど、四つの機能というのが同じ言葉を使っているんですけど、どういう方向性にするかというのがわかるためにも、例えば10ページの病床機能報告結果から見ると、病床機能報告で報告されている四つの機能群ですね、それが計算だと先ほどの数字ですけど、病床機能報告だと、現状は、高度急性期が22%で、急性期46%で、回復期が8%で、慢性期22%という、そこの部分も載せて、そうすると、10ページのこの機能報告結果から見る現状というのと、12ページで東京都の25年の医療需要推計、そのどういう方向に行くべきであるかというのが見ている人にわかりやすいように思うんですが、そうしないと、僕も前回2月ごろの自分の医療圏の会議に出ている、非常にこのコンセプトが伝わっていないというようなことを聞いていて感じたんですけど、伝わったでしょうか。

○猪口部会長　はい。この資料4に当たるような病床機能報告の集計結果はどこに入るんですか。コラムでしたっけ。どこかに入りますよね。

- 宮澤地域医療構想担当課長　それが6ページのコラムのところに病床機能報告の27年度報告結果、一番下にございますが、そちらに記載をしたいということで今回追加しているところをございます。
- 猪口部会長　これは、10ページのほうは届け出の病床機能で、これは概念がどうのこのというよりは、こういう届け出をしているというものですよね。塩川委員のおっしゃっている、この資料4に当たるものに関しては、6ページに先に出てくるようですけども、いかがですか。
- 塩川委員　そうしますと、例えばこの10ページの病床機能報告結果から見るというところで、下から3番目ぐらいに、回復リハビリテーション病床は5,400という数としては非常に少ないわけですけど、この12ページの「回復期」って書いてある、その言葉が似ていることにこだわっているだけなんです。これが225点から600点でそれが30%、そういう方向に誘導されるということです。この回復期のところで、もちろんリハビリをしない病床も当然たくさんあるわけですけど、そのところが全体のこの四つの病床の機能というのをシフトしていく方向性がわかりやすいような記載をするというのではないかという趣旨なんです。
- 猪口部会長　この12ページの回復期は、都道府県間調整で需要推計のC1、C2、C3に基づいた病床のやりとりの説明ですね、これに関してはね。需要推計を出してきたC1、C2、C3のデータと、それから病床機能報告のデータの比較とするようなものというのはどこかに入りますよね。どこに入るんだろう。今の言った、かねてからの部分、はい。
- 矢沢医療政策担当部長　ここもちょっと迷ったところですよ。並べてしまうと、またここに近づけるんだろうという議論にまた戻るかな、もういいかな、その議論は、という思いがありまして、比べるとすると、もともと基本料のところは揺るがないといいますか報告どおりですので、そこで出したほうがいいかなというので書いておりません。機能報告は機能報告で、推計は推計というところで分けた。機能報告は、あくまでも自主的なものであって、まだ精緻なものでないという現状から分けて書きました。そこをくっつけたほうがいいのかという議論が、おおむね皆さん同じでございましたらくっつけるようにいたします。
- 猪口部会長　どうでしょう、ご意見は。
はい、伊藤委員、どうぞ。
- 伊藤委員　この辺は、やっぱり会議に出ていても、報告する基準がよくわからないということで、その基準をしっかりとくれという意見はずっとあるんですよね。ただ、これもともと推計と報告というのは別物であって、必ずしもそれを一致させようということはないということなので、そこが十分理解された上で図表にまとめるということであればいいんですけれども、さらなる誤解を生むというような危惧が私はあるのではないかなと思っています。

あと、診療報酬と4病床機能と完全にリンクできるかということ、それはなかなか難しいことであろうと思うんですね。ですので、診療報酬上で何らかの誘導はあるかもしれませんが、診療報酬でびしっとこの4機能を定義するという事は、まずちょっと難しいのではないかなと思うんですね。ですから、その辺がわかりやすく書かれていれば、それは一緒でもいいかもわからないんですけども、何か混乱しそうな気がいたします。

○猪口部会長 地域医療構想とはというのが5ページにあるじゃないですか。この辺のところで誤解を招かないような、そもそもこうですよというところを書いておかないかな。ガイドラインの検討会で特定入院医療の算定しているのがこっちに入るとか、地域包括ケア病床はこっちに入るとかという話が出た上で、なおかつ最後のほうで、両者の比較は異なるものだから注意するようにみたいな、わざわざそういう解説まで入れて、最初は比べて何とかしろと言っていた割には、安易に比較するなみたいな文章に変わってきちゃっているんですね。だから、その辺のところを流用して入れておくとか、そういうのも考え方かなとは思いますがね。

○伊藤委員 あと、地域医療構想というのは基本的に自主的な取り組みであるというのが前提であるんですけども、会議に出ていると、行政が決めるんじゃないとか、地域に投げられてもそんなわからないから、もう行政が決めてくれたほうがいいのかという意見が出たりするぐらいなんですよ。ですから、あくまで、やっぱり自主的な取り組みであるということを十分に、これも理解してもらわないといけない。そういったことがあったので、この報告、記載内容についてなかなかそういうネガティブ情報というのが、そうじゃないんだよ、実はこうだよみたいな書き方がなかなか入れ込みにくい部分であると思うので、冒頭のような発言をしたわけでありまして。

○矢沢医療政策担当部長 もう一回考えます。

○猪口部会長 検討していただいて、よろしくをお願いします。

じゃあ、今度は2章、はい、石川委員、どうぞ。

○石川委員 今の議論とは別の観点からお願いをしたいのですが、10ページ目のところに病床機能報告結果に従って、現状の入院基本料等の算定状況が出てきていますが、一般病棟と、それから、あと回復期等の病棟のところがあるんですが、ICU、HCU、NICU等、より高機能な特殊病棟の部分の病床数が出ていません。一応その部分は参考になりますので、可能であれば、表としては、この表と横に並べて別で構わないと思いますので、高次機能を持っているような特殊病棟のところに関しても同じような表をつけていただけるといいかなと思っています。よろしくをお願いします。

○猪口部会長 特定入院料まで出せますかね。なかなか大変だと思うけど、はい。

ほかになければ、2章を済ませましょうか。あと15分になってしまった。頑張りましょう。

第3章、「構想区域」の書きぶりです。これはかねてからのところですので、さらに

そこにコラムとして地域ごとの意見聴取の場の意見を、先ほどのを載せていくということですね。よろしいでしょうか。

その次。3章はいいですか。はい。

では、4章、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」ということで、これは、まあいいですね。これは皆さん、了承していただいたグランドデザインですから、これはこう書いていただくと。

その次、5章、「あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」ということで、先ほど資料が、5章の資料の2と3で詳しく出てまいりました。課題に対して取組が出て、そして、それに対する解説ということで、かなりわかりやすく具体的になったのではないかなと思います。この書き方として、これを受け入れられるかどうかという意見と、それから、内容に関しては、きょうは骨子ですから枠組みを決める話ですので、内容に関してはよく読んでいただいて、また意見を出してもらいたいようなチャンスをつくりたいと思いますので、まずはこういう枠組みでいいかどうかということのご意見を聞きたいと思いますが、どうでしょう。

はい、久岡委員、どうぞ。

- 久岡委員 この中で、先ほど認知症という一区切りで、認知症の患者さんとはというような話がありますが、結局、今度の診療報酬改定でも認知症ケア加算とかというのは、認知症のランク3以上になっているわけなんですね。だから、認知症にも軽度な認知症の方もいるし、いろんな認知症の方がいるので、それを認知症と一区切りにしてしまうよりは、そういう本当に手のかかる認知症の方というような、そのほうが認知症でも軽度の方もいらっしゃるし、普通の医療でもいい方もいるんですけど、その辺の記載の仕方が必要なんじゃないかなと思います。
- 猪口部会長 例えばですけど、今のご意見というのは、認知症の方の高度急性期の入院はこうあるべきだみたいな話とか、そういうことですかね。認知症の方たちのそれぞれの機能病床ごとに、やっぱりそれぞれ悩みがいろいろあるだろうと思いますし、それから、そうですね、認知症って本当に難しいから、それを一つのテーマとして掲げているような書き方というのがもうちょっと深く欲しいということだろうと思います。どうでしょう。
- 矢沢医療政策担当部長 まず、今、先生からご指摘のあったのは、グランドデザインの医療連携システムのところの認知症の患者さんということだと思んですけど、ここはある程度、もともと総論的な書き方をしておりますして、それで具体的な認知症対策をどうするかというところは、やっぱり保健医療計画の認知症の中で書いていくところなので、その頭出しというところでは、課題出しというところではこの後の医療計画に追補する部分というところで、ページで申しますと26ページの何も書いていないんですけど、精神疾患のところの次に認知症が入ってくるように今考えております。それをちょっとごらんいただいて、またご意見をいただければというふうに思います。

○猪口部会長 はい。5章まで見ているので、まだ意見をおっしゃっていない方、意見どうでしょう。認知症の話が出たので、長瀬委員、どうでしょう。何でも結構だと思いますが。

○長瀬委員 認知症については、今、事務局のほうで地域医療構想ではなく医療計画のほうに入れるということですので、そのほうがよろしいかと思います。

別なことでよろしいでしょうか。

○猪口部会長 はい、どうぞ。

○長瀬委員 骨子案で具体的なことをどうするのかというのがありますけれども、きれいにできています。こういうふうにします、と言っていますけれども、結局、PDCAにどういうふうに東京都がかかわるのか、先ほど安藤委員がおっしゃったように、どのお金をどういうふうにつけるのかという具体的なものをこれから持ってこないで、絵に描いた餅になると思います。これは今ここでの議論ではないとは思いますが、そこまでPDCAのことを考えて、具体的に行い、途中で不具合があるようなら対策を採れるようきめ細かい対応が必要なのではないかと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

はい、どうぞ。

○矢沢医療政策担当部長 ありがとうございます。保健医療計画が私たちの中では根幹な計画なわけです。これ地域医療構想はそこに追補すると。PDCAサイクルを回していくのも、保健医療計画で明記した事業に対して回してまいります。今回は、あくまでもそこにつないでいく形でございますので、ざっくりとした書き方にあえてなっている。これは裏を返すと、10年後の東京を見据えて書かなければいけないので、現時点の課題に対する対応ということではなくて、もう少し大きな書き方をしておかないといけないかなという意味でこうなっておりますので、具体の事業についてどうしていく、どこがなるかというのは、次の計画に行きます。きょう事例でお示しした机上資料3の脳卒中の取組というのをちょっとごらんいただきますと、今回、課題出しの仕方も、まずは保健医療計画で出ている課題出しにぶら下げて考えています。それが、私どもが今回先生方と一緒にお作りしたランドデザインの基本目標1、2、3、4のどれにリンクするかというような、保健医療計画と私どもの、先生方とお作りしたランドデザインをリンクさせるような形で今整理をしています。この後、保健医療計画でここを計画化していくというようなイメージでお作りしておりますので、おっしゃるとおり、ふわっとした書き方になっていて、きれいとおっしゃっていただいたのは非常にうれしいんですが、曖昧だということだと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ちょっと整理させていただいて、5章の1と5章の2、5章の2は追補する事項とありますが、5章の1の段階では、構想としてランドデザインを掲げて、その構想をつくり上げていくような、構想のほうの面が強いもの。どちらかということ、2は追補する

ものとして保健医療計画にあえて言うておきたいというようなものというようなイメージでよろしいですか。そうすると、この地域医療構想というのは、実はこれと、その確保基金の地域医療構想を進めていく基金の話なんかもあるんだけど、そういう今ちょっと費用の話が出たもので、安藤委員からも出ているんですけど、そういう確保基金系の話というのはどの辺にこう、例えばそういう希望があるとか、こういうものを育てたほうがいいのかというのは、計画なんだろうか、それとも構想なんだろうか、どの辺なんだろうかという、ちょっと気持ちがあるんですけども。

○矢沢医療政策担当部長 ありがとうございます。基金の使い方は、やっぱりこの先、毎年毎年なんだと思います。その時点その時点で病床の機能分化と連携に使うもの、それから人材確保に使うもの、それから在宅に使うものと、もうカテゴリーは決まっているんですけど、この構想の中にそのセンテンスを入れておいて、そのひもづけをして毎年つくっていく。基金のほうは毎年毎年になってくると思うので、ここであんまり規定して、これはこの基金に当たりますとか、当たりませんか、ちょっと言いたくないなどというのがあって余計に曖昧なんです。

○猪口部会長 作戦的にはそういう部分はあるかもしれませんがね。

○矢沢医療政策担当部長 はい、そうです。

○猪口部会長 はい。どうでしょう、ほかに。

はい、石川委員、どうぞ。

○石川委員 今のことですけれども、基金自体はもともと厚生労働省側でどのような事業に使えるかということが、もうあらかじめ示されてしまいますので、それに拘泥してわざわざ構想のほうの記載を合わせるということはずに、都側からもあったように、やらなければいけないことをきちんと構想の中ではリストアップしておいて、その中で毎年毎年、基金で出せるものをピックアップしていくというような考え方がよろしいのではないかなと思います。

○猪口部会長 なるほど。どうもありがとうございます。

はい。ほかにはどうでしょう。

森久保委員、どうぞ。

○森久保委員 5章の2で追補するところということなので、ちょっとここでは違うかもしれませんが、前回でもお話ししました、災害医療とか僻地医療とか救急医療の取り組みの一部に入るのかもしれませんが、検視・検案の取り組みというような項目が入ればいいと思います。この項目として独立されれば非常にいいのかなと思いますので、よろしくをお願いします。

○猪口部会長 ご検討ください。首尾一貫してね。はい、どうも。

どうですか。加島委員、どうですか。

○加島委員 保険者協議会のほうで意見を聞くことになっているということなので、協議いたしまして、素案の作成に向けた意見を取りまとめて、2月19日に意見書として提

出させていただきました。その中に、きょう長瀬委員がおっしゃっていたP D C Aの問題とか基金の問題とか、あとは医療費適正化計画というのを東京都のほうでまた並行してつくるようになるので、それとの整合性をどうするのかとか、その辺を意見として提出しておりますので、素案に向けてはその辺を事務局のほうでいろいろ検討をお願いしたいということで補足させていただきます。

- 猪口部会長 はい。P D C Aの話が出てくると、ベンチマークだとかという、そういう目標値の話も出てくるんだらうと思うんですが、この需要推計と、それから、それに伴った病床機能の報告制度を照らし合わせて、それがどうという議論はなかなかしづらいたらうなとは思いますが。ただ、だけど、医療連携だとか、そういうもので地域包括ケアにつながっていく、この医療提供体制がうまくいっていくというものは、そういう病床の問題ではなくて、何か医療提供がうまくいっているんだという、うまくそのベンチマークを何か見つけ出すことができるといいだらうなとは思いますがね。どうもP D C Aの話でちょっと派生しましたけど。

どうですか、山元委員は何かございますでしょうか、看護協会のほうの、はい。

- 山元委員 この中では、具体的にいろんなことがまだちょっと出てきていないので何とも言えないんですけども、人材の育成のところをもっと具体的にはっきり出てきたらいいのかなというふうに思っています。皆さんの看護のほうの中でも、やはりどの地域においても看護師が足りないということは言われているのと、あと、介護士さんたちとの連携のところも非常に問題になっていることとか、幾つかの問題点が出ているので、そういう医療職と介護職、看護職と介護の関係の方たちのところの人材というところを少し一緒に、中身が入ってくるとわかるかなと思っています。

- 猪口部会長 どうもありがとうございました、貴重なご意見。

ほかに、行政の方もいらっしゃっていますけれども、福内委員、どうですか。

- 福内委員 特にございません。

- 猪口部会長 はい。

それから、福島委員ですか、お隣は。

- 福島委員 すみません、私、保健の立場から来ていますので、疾病予防と健康づくりというのも挙がっていますので、できたら健診を受けていただくとか、そういったところも、もし盛り込んでいただければありがたいかなと思いましたが。

以上です。

- 猪口部会長 ありがとうございます。

平林委員、どうですか。

- 平林委員 ちょっと先ほどの進藤委員の住所特例の情報になるんですけども、後期高齢者医療につきましては、東京都が一つの保険者というところで住所特例が働かないという機能がしていますけれども、その分はちょっと今、自治体のほうで検討していますので、進藤委員のご心配はいずれというか、近いうちに解決されると思います。

○猪口部会長 はい。じゃあ期待して。

竹川委員、どうぞ。

○竹川委員 先ほどもちょっと話が出ました、この26ページの精神疾患医療の取組のところなんですけれども、ちょっと精神疾患医療の取組というと、何か統合失調症とか、そういうものであって、前にも話が出ましたけど、認知症とか、そういったものが構想地域はベッドの制限とかで使われるわけですから、今、この福祉保健局と違う形でベッド規制はされるわけですよ、精神病床に関しては。そこをもうちょっと掘り下げて表現できるかというのかなというふうに思うんですけれども。ちょっと違いますかね。

○矢沢医療政策担当部長 今回の地域医療構想は精神病床についてはやっていないですね。ここは、すみません、保健医療計画が精神疾患というところに、1、精神疾患、2、認知症で分けて書いているんです。その形式のまま踏襲しようとしています、書き方としては。それは25年の計画がまだ生きているので、追補という形で書こうと思います。

病床のことはそこには盛り込む予定が今のところはなくて、認知症の患者さんが一般病床に入院すべきか、例えば精神病床に入院すべきでないとかという議論は、まだ全然議論もしていないところですので、課題として考えるのはありかもしれませんが、今のところちょっと記載の予定はない状況でございます。

○猪口部会長 医療機関側でお話になっていない、山口委員ですか。

○山口委員 この地域医療構想は、病院の機能分化ということがもちろん一番大きなテーマだと思いますけれども、最終的に、やっぱり地域包括ケアシステムとの関係ですね、そこは、やはりどうしても地域包括ケアシステムというのが介護のところまでが中心で、医療との関係というのはなかなか、医療、特に病院との関係がどうもはっきりしないので、そこら辺が今はちょっと第5章のところを見ても十分見えていないと。今そこまで決められないということがあるかもしれませんが、やはりその関係が最終的に非常に大事なのかなと。中小病院を今後生かしていく上でも大事なのかなと思うので、もう少しそこら辺が詰められるのであれば詰めていただきたいなと思いますけれども。

○猪口部会長 5章の1の(3)のところあたりに、うまく地域包括ケアと入院病床とのかかわり方、考え方、こう進めるみたいなものを書けたらいいなという話ですよ。はい、ありがとうございます。

原委員、どうですか。

○原委員 この取組の方向性、かなりよくきれいにできているなと思いました。それで、細かいことはまたインターネットで意見を出したいなと思いますけれども、これで実際の、こういう大きな考え方のもとで、本当に西多摩で具体的にどうやっていけばいいのかなと、それを今思っているわけなんですけれども、そこに関してはそれぞれの地域で本当に考えないといけないことなのかなと今思っているところです。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。これで一言ぐらいはお話しいただいたか

などはと思いますが、河原副部長、どうでしょう。

- 河原副部長 これは印象なんですけど、医療計画の追補という、これで医療計画にしたらいんじゃないですか、まあこれをちょっと膨らまして。これがエッセンスだと思うんですけどね。

それと、山口委員が指摘されましたように、きょうも地域包括ケアの会議が、知事がお出席されて最終の答申の会議があったんですが、多分、ベクトルとしては、医療側から見れば、例えばがんだったら三次医療圏か全都的なところから地域に帰るベクトルへ働いて、例えば救急とかだったら救急圏域あるいは二次医療圏でもいいですが、二次医療圏から地域に帰ろうというベクトルが、地域に収束するわけですが、そのときに帰る患者さんの中には正常で帰る人もいれば、障害を持った人、あるいは介護が必要な人が地域に帰っていくわけですが、逆のベクトルがないんですよ、検討が。障害あるいは介護を必要とする人が、医療が必要で、その病状に応じて地域包括という狭い圏域じゃなくて、例えばがんだったらがんセンターに行くとか、救急で搬送されて脳卒中だったらどこか中核病院へ行くとかいう、余り地域、地域という地域が目的化して閉じてしまうのが一番まずいと思うんですね。

ですから、今の東京都の中での検討で、逆のベクトルが、ベクトルの検討、後方病院も含めて、あるいは障害を持っている人ですから、病院が受け入れてくれるかどうかわからない、それが今の医療上の問題になっているわけですよ。病院が、例えばその患者さんを受け入れれば、例えば独居老人でもそうですが、医療の解決プラス福祉の解決がついて回ると。だから、そこをどこが議論して解決するかというのが、ちょっと都の検討の中で空白になっているんじゃないかなというふうなことを、きょうの包括ケアの会議に出て感じたわけですが、少なくとも医療計画あるいは地域医療構想のサイドからはこの問題を考えていく必要があるかなと。福祉あるいは介護のほうも同時に考えていただければ一番いいわけですが、その空白部分をちょっと危惧いたします。

- 猪口部長 どうもありがとうございます。確かに、ほぼ在宅、時々入院で、時々入院のときには地域包括ケアの中に閉じ込めてしまうようなアイデアしかほとんどなかったかもしれないんですが、先ほどの久岡委員がおっしゃっていた認知症の患者さんはそれなりに、それぞれの病棟・機能病床の中でやっぱり抱えている問題があるんだというふうなお話にも通じている話かなと今思いました。その辺、今の意見を含めてというのはあれでしょうけれども、最後の5章のところにもそういったものも盛り込めれば、ぜひ考えていただきたいなと思います。

じゃあ一応、骨子に関しては、こういう形で進めてまいりたいと思いますけれども、この策定部会としては、そのようなことでよろしいでしょうか。

(了承)

- 猪口部長 はい、じゃあご異議がないと考えまして、骨子に関しては承認をしたということで、今後、素案づくりに進めていくということで、今回、きょうの議事に関して

は終わりにしたいと思います。

では、事務局から続きをお願いします。

- 宮澤地域医療構想担当課長 本日は長時間にわたりまして、活発なご議論をいただきまして、どうもありがとうございました。本日いただいたご意見を踏まえまして、素案の作成を行っていく予定でございます。次回の部会の前、4月の下旬ごろに、本日いただいたご意見を踏まえまして、作成をいたしました第5章の1、第5章の2につきまして、あらかじめ委員の皆様へ送付させていただきまして、意見集約を図りたいと考えてございます。さらに、いただいたご意見を踏まえた上で、次回の部会におきまして部会案として取りまとめたいというふうに考えております。

なお、次回、第11回、28年度第1回の部会の開催でございますが、5月の中旬を予定してございます。改めてご連絡させていただきたいと思います。

また、本日の資料につきましても、机上にお残しをいただければ事務局からご郵送させていただきます。なお、青色のファイルはそのままいつでもどおり机上にお残しくださいますようお願いをいたします。

最後に、委員の方でお車でいらっしゃる場合には、駐車券をご用意してございますので事務局までお知らせいただきたいと思います。

事務局からは以上でございます。

- 猪口部会長 では、4月は皆さんとお会いできないそうですので、また5月になったらお会いしたいと思います。きょうはどうもお疲れさまでした。

(午後 7時09分 閉会)