

平成 2 7 年度第 5 回  
東京都地域医療構想策定部会  
会 議 録

平成 2 7 年 8 月 1 8 日  
東京都福祉保健局

(午後 4時02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5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、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。着座にて失礼いたします。

初めに、委員の皆様の出欠等につきましてご報告申し上げます。

本日は、歯科医師会の山本委員、看護協会の山元委員、加島委員、山内委員から、欠席のご連絡をいただいております。また、長瀬委員、伊藤委員から、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。

なお、本日は、オブザーバーといたしまして、東京都保健医療計画推進協議会の橋本座長にご出席いただいております。よろしくお願いいたします。

続きまして、本日の資料でございます。資料1から資料3-3と、過去の資料をつづりました水色のファイルを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、よろしくお願いいたします。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にお願いいたします。

○猪口部会長 皆様、どうもこんにちは。まだまだ暑くて、天候が非常に不順な状況の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。

きょう、これから議事に入らせていただきますけれども、前回の議事の一応確認をさせていただきます。資料、水色のファイルの中の第4回策定部会の資料を見ていただければいいんですけれども、最初の段階では、C1、C2、C3を用いた2025年の医療需要推計というものと、それをもとにした、それを割り出すために使った2013年の医療需要というものを比較した表を提出いたしまして、それとそれを比べると、それほど差があるものではないということが示されたのと、一方で、病床機能報告制度を用いた数字と、数字の性質の違いということの確認を第1段目にさせていただきました。それから、二つ目は、都道府県間の患者さんの流出入ですね、それを、地図を使ったような資料をもとにしまして可視化をしたということでありまして、そして、第3段目といたしまして、東京の医療の、特に医療提供体制のグランドデザインということに関して、ご自由にご発言いただきました。きょうは、そのグランドデザインに関して、前回の意見を取りまとめたものと、それに従った資料をつくってございます。

もう一度、グランドデザインについてお話をさせていただきますと、この地域医療構想というものが、構想区域を策定して、そして将来の需要推計と医療提供体制をつくっ

ていくというところでありまして、その構想区域が将来的には二次医療圏になって、そして、それをもとにした医療計画だとか、いろいろなものが動き始めることはまず確かであります。我々が、その医療提供体制というだけで話をしていっていいものではなくて、特に東京の場合には、本来は全ての東京で医療をやっている方たち、都民の方たちもそうですけれども、12に分割されているという意識はまずなくて、一つの東京の中に暮らしているという中で、実は12医療圏があって、それをもとにしながら政策がやられていると、行われているということ意識しながら、将来のあるべき姿というものを考えていかないと、この地域医療構想が全くひとり勝手なものになってしまうのではないかなという懸念を抱きまして、私のほうから事務局にお願いして、こういうことも考えてみましょうということで、議論をいただいたところでもあります。

きょうは、前回の議論をもとにして、その資料を見ながら、さらにもう一度、そのグランドデザインに関して議論をいただきたいと思っています。その後、東京都の病院を集めて、それから地区の行政の方たちに集まっていただいて、地域医療構想に関して説明会を行いましたので、その説明会の状況報告を最後に行って、きょうの一応スケジュールを終えることになっております。

では、最初の段階の資料説明をお願いいたします。

○水澤地域医療構想担当課長代理 それでは、ご説明させていただきます。

資料2-1をごらんください。前回、部会で委員の先生方にご意見をいただきました内容について、同じような観点からお話しいただいた内容を、まとめて記載をさせていただいているものでございます。

いろいろなご意見が出ましたが、まず大きな方向性といたしましては、大きく二つ、病気にならないことが一番大切で、年をとっても、病気を持っていても、元気に生きられることが大切ではないかというご意見。それから、東京には高度な医療資源が集中しているという強みがあることに加えて、地域密着型の医療も充実していることが、患者さんや住民にとって重要なのではないかといったご意見が出されました。

そうした東京であるために、どのようなことを考えていくべきかというご意見といたしまして、入院医療の関係と地域包括ケアシステムの関係、あと、その他という三つにくくらせていただいております。もちろん、これらは密接に関係してございまして、どちらのくくりにも共通する項目もございまして、それぞれの枠は重なるような形で記載をさせていただいております。

まず青色、入院医療の枠からごらんいただきたいと思います。

今の医療提供体制は歴史的・文化的に構築されたものであり、それを10年で大変革することは難しく、現状の医療圏の持つ機能のある程度尊重すべきではないかといったご意見や、激変を避けるためには、現在の医療提供体制を尊重する、つまり医療機関所在地ベースで医療需要を見込むべきではないかというご意見。あとは、東京の場合は、地域完結を求めなくとも、交通利便性によって圏域間の格差はある程度カバーできるの

ではないといった、現在の医療提供体制を尊重しようというご意見を頂戴いたしました。その一方で、身近な地域で医療を受けられることも重要な要素ではないかというご意見も頂戴しております。医療がある程度完結できる地域に住めることも住民にとっては大事で、そういう区域をふやしていくことも重要なのではないかというご視点をいただいております。後ほど、地域ごとの状況につきましては、資料2-2及び2-3でご確認いただきたいと思いますと思っております。

現在の医療提供体制を尊重することと身近な地域で医療を提供することとは、必ずしも対立軸としてではなく、ある程度、この二つの考え方が共存しているようなこととしてご意見をいただいたのかなというふうに考えております。そして、それを考えていくに当たりましては、患者の受療動向の分析・把握が重要ということでございまして、患者の流出入を医療圏単位でも確認すべきとのご意見や、医療機能ごとに患者さんの行動は異なっているため、高度急性期は全都的に、慢性期は市町村単位で考えるべきではないかといったご意見を頂戴しております。都内の患者の受療動向につきましても、資料化しておりますので、後ほどご確認いただきたいと思いますと思います。

続きまして、高度急性期の機能について、13大学が集積する東京都におきましては、世界に誇れる医療提供体制を目指すべきだというご意見。それから、医育機関として地域連携を担う総合診療医等の育成を行う必要が出てきているといったご意見。それから、医療の進歩、医学の進歩のために、高度急性期の病床を活用していくべきというご意見。それから、東京都は医療資源が集中しており、患者にとっては高度急性期や急性期の医療資源へのアクセスのしやすさが精神的な安心感につながるの、少し余裕を持った病床整備をすべきといったご意見を頂戴しております。急性期ということでは、急性期の医療機関は、ある程度自律的に動いて、自然と優勝劣敗が進んでいくのではないかというご意見などがございました。

続きまして、右側、桃色の枠に移らせていただきます。

とにかく高齢者が増えることへの対応ということで、地域包括ケアシステムを構築していくことが重要だというご意見を多数頂戴いたしました。在宅医や訪問看護師、医療的知識を持ったケアマネジャーなどの人材が不足しているのではないかというご意見や、未病の方々に対する対応も含めまして、地域包括ケアの中で多職種が連携し、対応していくことが重要ではないかというご意見。また、高度急性期から在宅まで、どの機能区分にも何割かは介護の部分が入っているということをきちんと認識して検討していかなければならないというご指摘。また、病気にならない、健康でいられることが一番大切であり、予防の観点も非常に重要だといったご意見を頂戴しております。

また、初めに、入院医療と地域包括ケアシステムの視点は切り分けられるものではなく、枠をかぶせて記載をしているというふうに申し上げましたが、その中でも、特に両方の視点を色濃く持っているものを三つ記載をしております。

まず、地域連携ということで、入院医療機関から退院した後、地域で受けとめていく

ために連携が非常に重要だというご意見。また、次に慢性期と在宅医療との関係という視点から、国は、ガイドラインで療養病床は減らす方向性ということを出してありますけれども、現在でも慢性期は他県に流出している状況であり、在宅医療がどうあるべきか、どうやって患者さんを診ていくかというところを検討していく必要があるというご意見を頂戴しております。

また、慢性期につきましては、前回、部会の中でも別途ご意見も頂戴しておりますので、後ほど慢性期や療養病床の状況を資料でご確認をいただければと思っております。

3点目、医療機関が果たす役割ということで、在宅医療を進めていく中で、最期をどこで迎えるかという問題があるというご指摘をいただきまして、地域包括ケアシステムの中で病院をどのように活用するのか、看取りの担い手としての病院ということもあるのではないかとといったご意見を頂戴しております。

黄色の枠がその他のご意見ということでございますが、さまざまな観点からのお話を頂戴しております。

まず左側ですが、構想区域については、二次医療圏の決定を急ぐことで、現在ある医療システムが壊れてしまうのはよくないのではないかと、医療構想や病床配分とは切り離して考えるべきではないかというご指摘や、医療需要は地域によって増加も減少もあるので、構想区域を一つにして考えたほうが混乱を避けられるのではないかとといったご意見を頂戴しております。

黄色の枠の右側に移りますが、日本人は常々、どう生き、どういう治療を受け、どうやって死んでいくのかというところを考えておらず、生きるとはどういうことか、死ぬとはどういうことかを考えていくことが非常に重要であるという死生観の視点からご意見も頂戴しております。また、地域医療構想などの計画を考えるときには、人的資源、物的資源、財源について考える必要があり、特に人的資源は重要だというご指摘も頂戴しております。最後ですが、国民健康保険の都道府県移譲も予定されており、医療費増大の問題にどう対処するかという、医療費の観点からのご意見も頂戴したところでございます。

それでは、1枚おめくりいただきまして、資料2-2をごらんください。先ほどのグラウンドデザインのまとめの中で、現在の医療提供体制を尊重する視点と身近な地域で医療を提供する視点という、二つの視点がございました。そこで、二次医療圏別に、現在の医療供給量、つまり2013年時点の医療機関所在地における患者数から、2025年に向けてどのぐらい患者数が伸びると予想されるのか、それから、同じく2025年に患者住所地ベースで見たときに、自圏域でどの程度完結しているのかというところをご確認いただこうと思ひ、この資料をご用意しております。

資料2-2の1枚目と2枚目は、1枚目に、左側に高度急性期、右側に急性期、2枚目が回復期と慢性期及び在宅というつくりになっております。

では、1枚目の高度急性期のところからご確認いただきたいと思います。高度急性期

の上段左側の患者の伸び率をごらんください。資料右下に凡例がございますが、2013年時点の医療機関所在地ベースでの患者数を青いグラフで、2025年の医療機関所在地ベースでの推計患者数を赤色で、2025年の患者住所地ベースでの推計患者数を緑色でお示ししております。右側の白抜きで記載をさせていただいておりますパーセンテージは、青の2013年の医療機関所在地ベースと、赤の2025年の医療機関所在地ベースを比較した伸び率でございます。例えば区の中央部で見ますと、他圏域から患者が流入してくるという現在の区中央部の医療提供体制が変わらないとした場合、人口構成の変化を加味いたしますと、2025年には、今の109.8%の患者を区中央部で診る必要があるということになります。一方で、患者の流入を考慮せず、自圏域に住んでいる患者に対してのみ医療を提供するという患者住所地ベースの前提に立ちますと、緑色のグラフとなりますので、2013年（青色）と比較して半数以下というような形の見方になります。

続きまして、右側の帯グラフ、自圏域完結率についてごらんいただきたいと思います。これは当該圏域に住んでいる患者さんが当該圏域に所在する医療機関で医療を受けている割合を示すものでございます。例えば区中央部に住んでいる患者さんのうち、どのくらいの方が区中央部の医療機関で入院しているのかという割合になります。前々回、第3回部会でも、資料4として見ていただいた数値ではありますが、改めて帯グラフとして可視化させていただいたものでございます。さらに、今回は患者伸び率と自圏域完結率について、75歳以上の医療需要を特出しして掲載をさせていただいております。それが下側の75歳以上医療需要のグラフとなります。

上下のグラフを比較しながら確認していただきますと、患者伸び率につきましては、上段、総人口で見た患者の伸び率を75歳以上のほうが大きく上回っておりまして、特に南多摩や北多摩西部では175%、161%と、非常に高い伸び率を示しております。また、自圏域完結率につきましては、75歳以上になりますと大幅に自圏域完結率が高まることをごらんいただけるかと思っております。例えば区中央部は、総医療需要のほうでは57.9%のところ、75歳以上では71.8%に、西多摩では64.9%が78.9%に高まっております。高齢者の方が近くの医療機関で受診する傾向が強まることを見てとれるのかなと思っております。

資料右側、急性期も同じようにご確認をいただきますと、患者の伸び率は、総医療需要（上段）では、高度急性期より少し高くなる一方で、75歳以上では、ほぼ同じ伸び率となっておりますが、南多摩や北多摩西部が高いといった、各地域の傾向は、高度急性期とほぼ同じになっているかと思っております。自圏域完結率につきましては、高度急性期より高く、総医療需要で多くの圏域が6割後半から7割台の完結率となっております。また、高度急性期と同様、高齢者で完結率が高まることも見てとれるかと思っております。

1枚おめくりいただきまして、回復期についてご確認いただきたいと思います。回復期も、総医療需要で6割後半から7割台の完結率がある圏域が多く、高齢者のほうでは、

さらに高まっていることがわかるかと思えます。

最後に右側、慢性期及び在宅医療等につきまして、国はガイドラインにおきましても慢性期と在宅医療等の医療需要については一体的に推計するというふうにしておりまして、今回のデータは、病床ではなく、あくまで医療需要としての患者数ですので、一体と考え、同一のくくりで掲載をしております。

慢性期・在宅医療等につきましては、もともと総医療需要に占める高齢者人口の割合が非常に高いと想定されるため、総需要の患者伸び率と75歳以上の伸び率に、他の機能区分ほど差がないことが見てとれるかと思えます。自圏域完結率は、緑よりも赤の棒グラフが長い圏域、つまり流入超過の圏域、区東北部、西多摩、南多摩で自圏域の完結率が高いという傾向になります。

1枚おめくりいただきまして、資料2-2の3枚目をごらんください。資料2-2の3枚目は、患者伸び率と完結率を疾患別に再度見ていただくものでございます。国の必要病床数等推計ツールでは、疾患別の推計は高度急性期から回復期までとなっておりますので、その合算値で掲載をさせていただいております。本資料も右下に凡例があるので、適宜、ご参照いただければと思えます。

まず上段、総医療需要で見ますと、患者の伸び率は、成人肺炎や大腿骨骨折で高いですが、患者の絶対数では、がんで突出して高いという傾向が見られます。完結率は、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折で7割から8割台と、高い完結率を示す圏域が多くなってございます。一方、がんは完結率が5割台前後ということが見てとれます。

下の段、75歳以上の医療需要をごらんいただきますと、患者の伸び率は、大腿骨骨折が少し高いんですが、いずれの疾患も140から150%の伸び率を示す圏域が多くなってございます。完結率の方は、先ほど4機能別に見たとき同様、75歳以上で高まることがわかります。例えばがんの区中央部は、総医療需要では69.5%でございまして、75歳以上では77.4%と、7.9ポイント高まっておりまして、西多摩では80%を超える完結率を示しております。つまり高齢者以外の層が比較的広い受療行動であるのに対しまして、高齢者は比較的狭い地域で受療していることが見てとれるかと思えます。反対に、救急搬送されることの多い残りの疾患につきましては、総医療需要と75歳以上の完結率に、がんほどの大きな差は見られず、総医療需要におきましても、比較的身近な地域で受療していることが伺えるかと思えます。

それでは、1枚おめくりいただきまして、資料2-3をごらんください。これは国の医療計画作成支援データブックに掲載されました石川委員のDPC病院の分析データで、自動車の運転時間に基づくカバーエリアをプロットした資料でございます。患者さんが当該疾患を治療している実績のある医療機関に、自動車を使って何分で到達できるかを地図に示したものでございます。15分で到達できる範囲が濃い緑色、30分が黄緑色、60分以内がオレンジ色となっております。疾患は、DPCで使用されているMDC区分でのご紹介となりますので、先ほどよりも細かくなりますが、例示で肺の悪性腫瘍、

脳梗塞、肺炎と股関節大腿近位骨折を挙げております。

先ほどの資料 2-2 の完結率では、その圏域に居住する患者さんが、その圏域で実際に医療提供をされている割合を見ていただきましたが、本資料では、その疾患の診療実績のある医療機関の配置状況を見ますことで、カバーエリアを面として見ていただけるのかなと思います。四つとも 30 分以内で 99.9% が診療の実績のある医療機関に到達可能となっております。やはり多くの医療資源が集積する東京におきましては、島しょを除きますと、ほとんどの地域が医療機関へのアクセスが容易となっている現状があるかと思えます。

長くなりますので、説明は一旦以上で切らせていただきます。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。じゃあ、資料 2-1、資料 2-2、2-2 の 1/3、2/3 のところで、何かご質問ございますでしょうか。

解釈の仕方と言うと、例えば高度急性期の区中央部の棒グラフですね、青と赤と緑で見ると、青が 2013 年の医療機関ベース、それから所在地ベースですね、赤が 2025 年の医療機関所在地ベースということで、この青と赤は、全体的にどの区を見ても似たような伸び率になっていくんだけど、医療機関じゃなくて、患者さん所在地ベースと住所地ベースということで、緑でやると、どのグラフを見ても非常にばつと大きくずれてしまうと。この患者さん住所地ベースに将来医療提供体制を合わせようとするのなかなか難しさというのは、これを見ても非常にわかるなと私は思いましたけれども、そんなところかな。

何か解釈だとか質問だとかがあれば。議論としては、後ほどきちんと行いたいと思えますけれども、よろしいですか。1/3、2/3 に関しては。

(なし)

○猪口部会長 では 3/3、これは疾患ベースですけれども。これもよろしいでしょうか。

(なし)

○猪口部会長 後で、これ、この資料を用いて総合的にお話しいただいたと。この次は 2-3 ですね、2-3 の資料、自動車の運転時間に基づくカバーエリア。よろしいですか。何かご質問ございますか。

これは緑でカバーされているところはほとんどの地域なので、アクセスに関しては、1 人目の患者さんに関しては特に問題ない。肺の悪性腫瘍とか、時間のかかるものに関しては問題ないでしょうけれども、脳梗塞だとか大腿骨骨折、それから肺炎なんかの 1 人目の患者さんは、きちんと緑のところで診てもらえる。だけど、2 人目、3 人目、4 人目になってきたときにどうなるかという議論は、ここでは入っていないと。だから、医療資源の量を計算はしていないということは、ちょっと一応触れておきます。

何か質問ございますか。よろしいですか。

(なし)

○猪口部会長 では、よろしければ、引き続きまだ資料がございますので、資料の説明を

お願いいたします。

○水澤地域医療構想担当課長代理 では、お手元資料2-4をごらんください。前回、都道府県間調整の議論を行いました中で、都道府県間の流出入はご確認いただいたところですが、県頭の数値で見えてしまいますと、都内の動きがぼやけてしまうというようご指摘もいただいたところがございます。そこで、都内の二次保健医療圏間の患者の流出入状況を可視化したものが、本資料となっております。

高度急性期から慢性期の4機能ごとに、各圏域の流入と流出を差し引いて、都内につきましては差し引き後の患者の動きを矢印にして図示したものでございます。例えば区東部から区中央部に例えば300人流入しまして、逆に区中央部から区東部に25人流出という場合には、300から25を差し引きまして、275人分を区東部から区中央部に向かう矢印として掲載するという形をとらせていただいております。

必要病床数等推計ツールでは、2013年の患者の受療動向を年齢階級別に2025年の人口で引き伸ばして算出しております、この資料で用いている数値は、必要病床数等推計ツールで示される2025年の数値となっております。

なお、右上に凡例がございますが、赤い矢印は都内の二次保健医療圏間の動きを、緑色は埼玉県の各圏域を、青色は千葉県を、黄色は神奈川県を示してございます。また、矢印については、患者数を病床稼働率で割り戻して算出した病床数が50床以上となる規模の流出入があった場合に、矢印としての掲載をしております。

それでは、左上の地図、高度急性期をごらんください。まず、一見して区中央部に集中する矢印が見えていただけるかと思えます。隣接圏域のみならず、他県の圏域からも含めて、広い地域から流入している状況でございます。また、区西部や北多摩南部にも流入の矢印が集まっております。

続いて、急性期をごらんください。やはり多くは区中央部、区西部、北多摩南部に向かう矢印が多くなっておりますが、埼玉県に隣接する各圏域への流入や、都内の隣接する各圏域への流出入というのも生じております。

左下、回復期も、高度急性期、急性期と大きく形は変わらずに、特に区中央部と北多摩南部への流入が見てとれるかと思えます。

一方、右下、慢性期になりますと、患者さんの動きがほかの3機能とは非常に異なりまして、南多摩と西多摩に矢印が集中しております。また、これまで流入していた埼玉県の各圏域へは流出となりまして、逆にこれまで流出していた南多摩圏域は神奈川からの流入に転じます。南多摩、西多摩ほどではないのですが、区東北部や区西北部、区西南部、北多摩北部への流入も確認できるかと思えます。

では、このような患者さんの受療動向というのが、疾患別に分解してみるとどうなるのかというところを資料化しているのが、次の資料2-4の2枚目と3枚目になりますので、1枚おめくりください。

2枚目につきましては、先ほどの患者の流出入の状況をがんに限って作成をしたもの

でございます。必要病床数等推計ツールでは、疾患別は、高度急性期から回復期までしか算出されませんので、回復期までを可視化しております。流出入を差し引いていることや、矢印の色につきましては、先ほどの1枚目の資料と同じでございますが、矢印にする下限を先ほどは50床とご説明いたしましたが、今回は20床としてございます。

高度急性期は、区中央部と区西部、北多摩南部に集中しておりまして、先ほどごらんいただいた、疾患別ではない全数の方の高度急性期と同じような形状をしていることがご確認いただけるかと思えます。

急性期や回復期につきましても、やはり区中央部、区西部、北多摩南部への集中が見られまして、やはり前のページの全数で見た場合と同じような形状となっております。

右下に参考として記載させていただいておりますが、この3地域には、高度ながん医療を提供する医療機関が集中していることから、高度な医療を求めて、患者さんが医療機関を選択して移動していることが伺えるかと思えます。

この参考のすぐ上に、医療機関所在地ベースの医療需要総数が1万3,836.7人と記載をさせていただいていることをご確認いただきまして、1枚おめくりいただけますでしょうか。こちらは急性心筋梗塞、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折という救急搬送されることが多い代表的な疾患につきまして、合算値で掲載したものでございます。それぞれの疾患の患者数は、がんと比較して少ない形になりますが、資料右下に、この4疾患の医療需要の合計値が記載してございまして、合計で1万2,079.5人と、先ほどのがんの1万3,000と近い数値となっているので、比較しやすいように合算値で資料化をさせていただいたものでございます。

一見してご確認いただけますように、流出入は、これまでと比較しまして極端に減少します。20床相当以上の主な流出入は、隣接圏域でおさまっておりまして、資料2-2の3枚目でご確認いただきました、がん以外の疾患の完結率とあわせましてこの資料をご確認いただきますと、基本は圏域で70から80%ぐらいの高い完結率がございまして、圏域から流出しても、隣接する比較的近くの圏域でおさまっているというところが見てとれるかと思えます。

国の必要病床数等推計ツールでは、疾患別に掘り下げることが高度急性期から回復期までしかできないことや、前回、部会の中でも、慢性期の状況についてご意見をいただきましたので、今回の必要病床数等推計ツールとは違ったデータを少しお示しできればと思えますので、資料を1枚おめくりください。

お手元資料2-5をごらんください。

まず左側は、慢性期機能の2025年の医療需要についてでございます。2025年の医療需要は、国の必要病床数等推計ツールから算出されるものでございますので、療養病床から回復期リハを算定する病床数、医療区分1の70%及び地域差の解消分が既に差し引かれており、また、一般病床でも、障害者及び難病の患者さんを診ている病床が含まれております。

医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの医療需要を、それぞれ患者数、病床数と並べて記載をしております。この差し引き、ここでは患者数の差し引きとしておりますが、A－Bの欄で流出入を見ただけです。差引結果に三角がついている圏域につきましては流出超過、実数の圏域は流入超過で色をつけてございます。区東北部、西多摩、南多摩、北多摩北部のみが、自圏域の患者さんの需要以上に供給している、つまり流入超過となっております。完結率は、先ほど資料の2－2とも同じ数字でございますが、特に西多摩、南多摩で高く、それぞれ80.2%、70.6%となっております。

次に、自圏域以外の圏域で慢性期の医療を受けている患者さんの総数をC流出患者数として掲載をしております。他圏域で入院している患者の割合をB分のCで示しておりまして、その内数といたしまして、都内の他圏域ではなく、他県に流出している患者をD、その割合をB分のDとして示してございます。例えば区東北部であれば、区東北部に住む患者さんが区東北部の医療機関で入院している割合というのは66.5%、なのでその残り33.5%は他の圏域の医療機関で受療しておりまして、そのうち11.8%は他県に流出しているという見方になります。

繰り返すにはなりますが、これは国の推計上の2025年の数値でございまして、療養病床の一部が除かれ、一般病床の一部が加えられているというようなデータになります。

そこで、右側に現在の療養病床の状況を別掲しているのですが、ごらんいただきたいと思っております。さまざまな既存の調査のデータというものを集めまして表としております。

まず、医療施設調査で報告されております療養病床数はEの欄に記載しているとおりでございまして、都内全体で2万2,000床強、人口10万当たりの病床数で見ますと、西多摩、南多摩、北多摩北部が、病床数が多い圏域となっております。

次に、患者調査では、1DAY調査ではございますが、患者の流出入について把握をされておりまして、医療機関所在地ベースが患者住所地ベースを上回る場合、流入超過の圏域となっております。慢性期のときには、今、色をつけてあります四つの圏域が流入超過でしたが、療養病床で見ましても、区東北部が同数となっている以外、西多摩、南多摩、北多摩北部とも、流入超過の傾向になっております。完結率につきましても、2025年と同じような数値となりますが、例えば西多摩でございまして、2025年の推計、こちらは一般病床も入ったものですが、80.2%に対しまして、現在の療養病床だと88.9%となっております。

療養病床における完結率が低い区中央部、区東部につきましても、必ずしも病院の病床利用率が高くはない状況である一方で、完結率が高い西多摩、南多摩、北多摩北部では高くなっておりまして、中でも北多摩北部の病床利用率は95.7%となっております。

病院の平均在院日数につきましても、西多摩、北多摩北部、南多摩で230日を超え、長い状況となっております。資料に記載はしていませんが、西多摩や南多摩は介護

療養病床の割合が高いことから、平均在院日数の長さにつながっているものと思われます。

最後に、回復期リハの施設基準を取得している病床数を、平成26年度の病床機能報告から拾った数字を掲載させていただいております。2025年の推計では、療養病床のうち、回復期リハの部分は回復期相当として推計されておりますので、ここでも再掲したものでございます。

最後に、下の段をごらんいただきたいと思います。こちらは国のホームページで既にアップされておりますデータなので、ご存じの方もいらっしゃると思いますが、中央社会保険医療協議会、いわゆる中医協の入院医療等の調査・評価分科会で出された実態調査の速報でございます。あくまで全国での抽出調査でございますが、療養病床の現在の状況を示すものとして、参考までにご紹介をさせていただきたいと思います。

療養病棟入院基本料等を算定している医療機関における患者増といたしまして、入棟前の居場所を調査しております。療養病棟入院基本料1と2の2本の帯がございますが、白抜きの文字になっている②番と⑤番にご注目をいただければと思います。②が自院の急性期病床、⑤が他院の急性期病床となっております、いずれの入院基本料でも、6割強の患者さんが入棟前は急性期の病床にいた結果となっております。また、①は自宅でありまして、基本料1で10.3%、基本料2で15.8%となっております。その他の結果は、基本料ごとに多少差はございますが、急性期以外の病床の合計で15%前後、介護施設系の合計で10%前後という形になります。

続いて、右側でございますが、退院先についての調査結果になってございます。こちらでも白抜きの数値のところをご注目いただきたいと思います。1、自宅が23.8%なのに対しまして、10番、死亡退院が41.5%という結果になってございます。

ご説明は以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

資料2-4の1/3からの説明をいただいたところですが、これに関して、まず質問ございますか。2-4、いかがでしょう。

これはざっと見て、流出入、あることはあるんだけど、まず、2-4の2/3のがんのところを見てみると、がんの流出入、これ、がんの流出入だけで見ているのにもかかわらず、高度急性期、急性期、回復期の流出入がある。がんであるにもかかわらず、回復期が流出入しているというのは、ちょっと解せないなと思うだろうと思うんですけども、多分、これはC1、C2、C3でやっていて、病棟の中にいる患者さんを見ていくと、がんの治療中の患者さんで、最後の退院間近のような患者さんは回復期扱いをされてしまっているという話なんですよね。だから、これはトータルとして、がんの患者さん全体が、だから同じような数字になってしまうと。同じような矢印の向きになっているというのが一つ。

それから、2-4の3/3を見てみると、ずっと動きがなくなってしまうのは、がん

以外の患者さんは、意外と地元で診ているんだというようなこと。だから、我々が非常にダイナミックに東京都全体で動いているんだよと見ているのは、まずがんの患者さん。それから、ここは療養の患者さんの流入がきちんと出ていないけれども、以前の慢性期ですね、慢性期の患者さんの図は、ほかにも出ていましたとおり、慢性期の患者さんは非常に動いている。というのは、以前のそのほかの資料であります。

一応、この2-4を見ると、ざっと見て、さっとそれぐらいは気がつくかなというところで、一応、私のほうから言っておきますけれども、ほかになにかこういうことがざっと気がつくんだというようなところがもしありましたら、指摘してください。

それから、2-5ですね、資料2-5、これを見て何か質問ございますか。今の説明をお聞きになりまして。

これも、左側は慢性期、慢性期のC1、C2、C3の需要推計の計算の仕方から出てきている病床の計算でありますし、右側は、病床機能の報告制度等からの実態的なというか、数字になっているわけですが、例えば病床利用率、右側のほうを見てみると、流出しているような例えば区中央部、区南部とか、そういう都心部のところの流出している区域であったとしても、意外と病床利用率が低くて、そして流入しているところの病床利用率が非常に高いというような傾向があるというのは、意外だなと思うようなところでもありますよね。

それから、下のところの実態調査のほうにおける療養病床の基本料1、基本料2のところと言うと、これは自宅から来ているのは多分地元というような形で考えてもいいのかなとは思いますが、それでいくと、①、②、③、④が自院のですから、この辺のところは地元の患者さんを受けて入れているだろうと思われるようなところ、だから、今度は療養病棟の入院に関しては、地元受け入れの、明らかな、想像できるというようなところは、①、②、③、④。ただ、⑤の他院からの受け入れが必ずしも地元ではないという話ではないので、ここの左側の表を見てどう感じるかというのは、非常に難しい話だなとは思っています。

ただ、右側の退院先についてなんですけれども、自宅に帰れる——慢性期の患者さんが意外と自宅に帰れる。我々は、在宅にいて時々入院という地域包括ケアのイメージを、慢性期の中の時々入院を慢性期に抱いているけれども、意外と、慢性期、それから療養型の病院からは、自宅に意外と戻っていないんだなという実体があるということ。それから、死亡退院が非常に多いということ。この23%を除いて、それ以外のところでは、意外と地元のコミュニティの中に療養型の病床から戻し切れていないということが言える。

だから、今までの議論で言うと、これはそうではないという議論ももちろんあると思いますが、ざっくりとした言い方をすると、高度急性期は非常にダイナミック、特にがんは、今度の資料でも明らかですが、非常にダイナミックに、その高度急性期、そういうがんの専門の病気を扱える病院に対してダイナミックに非常に動いているけれ

ども、急性期、脳卒中だとか心筋梗塞、それから大腿骨の頸部骨折、肺炎みたいな、地元での急性期というのは、地元のところで意外と完結して診ていると。ところが療養型、これで言うところの慢性期ですけれども、慢性期の患者さんは、療養型の実態調査のほうで見ると、地元だけではないんだなと。結構大きく動いている。それは慢性期のグラフを医療需要推計の中から見るところの流出入から見ても、慢性期に関しては、非常に動いているということと一致しているような印象を持ちます。

僕の解釈、ざっと見たところの解釈を一応つけ加えておきますけれども、これに関して、質問だとか、ご意見だとかございましたら、どうぞおっしゃってください。

どうぞ。久岡委員、どうぞ。

○久岡委員 この資料2-4の3/3の急性心筋梗塞・脳卒中ですが、結局、これは、いわゆる今東京都で行っているCCUネットワークとか、脳卒中のネットワークということに乗って動いているわけなので、当然、こういう結果が出るのではないかなと思うんですけど、そういう解釈でよろしいのでしょうか。

○猪口部会長 どうでしょう。

○宮澤地域医療構想担当課長 脳卒中でも、専門の医療機関を指定しておりますし、急性心筋梗塞でも、CCUのネットワークの医療機関を指定しております、まずはそういうところを優先して、搬送して受け入れていると。それはある程度の数を確保できているので、自圏域、それから自圏域を出ても隣接する圏域で受け入れられている結果のかなというふうに考えております。

○猪口部会長 つけ加えますと、私なりの解釈をつけ加えさせていただくと、心筋梗塞、脳卒中、それから大腿骨の骨折は、多分、救急車、東京消防庁の救急選択ですよ。救急隊の選択による。彼らは、二次医療圏だとか、そういうものではなくて、全都的に動いておりますので、そこのところから直近選定という形でいくと、この三つの疾患に関しては、まず、そういう近場におさまるといふ形になるだろうと。肺炎に関しては、医療機関の紹介とか、そういうものがかなり加わってくるでしょうから、救急車——これも救急車に乗るものは相当多いでしょうけれども、多少、違うファクターが入っているだろうと。その中で、先生のおっしゃられたような、医療提供体制を充実させておこうという施策にのったものは、かなり寄与していることもまた確かだろうと思います。まあ、僕の意見でありますけれども。

何か今の久岡委員に対しての意見はございますか。

はい、どうぞ。塩川委員、どうぞ。

○塩川委員 今の資料2-4の要するに三つの医療圏に集中しているというのは、これは脳卒中ですとt-PAを使うときの患者さんの集計をやっているときで、同じような結果が出ていて、北多摩南部であるとか、都の中央の部分などは、つぎ込んでいるんですね。ですから、そういう、今、猪口先生がおっしゃられたような救急の体制が反映された疾患だろうと思うんですけども、猪口先生の、圏域内で対応されていると言われてい

たんですけど、2-4の3/3は、高度急性期、急性期、回復期ですけど、慢性期という—だから、資料2-4の1/3みたいな慢性期の部分をつくられるということですね。これは日常の臨床の感覚でもそうなんですけども、やっぱり同じように大きな移動が起こっているというのが想像されるというか、ほかの資料、2-5の左の表でもそうなんですけど。だから、資料2-4の3/3のページをもって、確かに回復期までは圏域内で対応されていると思うんですけど、その後にやっぱり大きな移動があるということも、逆に言うと1/3とあわせて解釈すると、言えるような気がいたしますけども、いかがでしょうか。

○猪口部会長 これは疾患別のところの慢性期のやつは出ない、数字的には出ないんですね。

○宮澤地域医療構想担当課長 国から示されます必要病床数の推計ツールのデータが、慢性期については国からのデータ提供がないということでございまして、こちらの資料も、高度急性期から回復期までの資料ということでつくらせていただいております。

○猪口部会長 疾患別がないということですよ。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。

○猪口部会長 だけど、この1/3から推して我々が考えなくちゃいけないというところの要素だろうと思います。

ほかに何かご意見ございますでしょうか。質問でも結構ですけど。

はい、どうぞ。長瀬委員、どうぞ。

○長瀬委員 2-5の中医協の報告のところの、先生がさっき言われた死亡退院が41.5、多いですよ。これは東京都も同じ傾向なんじゃないかな。

それと、もう一つ、みとりをすごく今進めているじゃないですか。それがみとりのほうがふえているのかどうかというのはわかりますか。

○猪口部会長 いかがですか、事務局。

○長瀬委員 みとりというのは、自宅でのかかりつけ医がかかわってというようなことは、その傾向が変わってきているのかという……。

○宮澤地域医療構想担当課長 今回、このデータも、中医協の全国データということでお示しさせていただいたのは、東京都のデータが手持ちとしてないということでございまして、こちらの資料をご用意させていただいたところでございます。

○猪口部会長 いかがでしょうか。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 資料2-5ですか、現在の療養病床の状況ということで、病床利用率が、私が想像しているよりは、全国平均ぐらいかもしれないけども、東京としては、ちょっと思ったより少ないのかなと。ここに、どこに原因があるのかというのをちょっとまた分析等をしていただければと思っております。前にもちょっとお話をさせていただいたかと思いますが、もしかしたら在宅が進んでいるのか、あるいは高齢者住宅が最近

できていて、そっちのほうに移行をしているのか、あるいは一般病床の中で結構長い人を診ているのか、さらには、もしかして東京の療養病床は結構老朽化しているところが多いので人気がないのか、あるいは、料金的な面が左右しているのかと、さまざまなことが考えられると思うので、そこら辺の分析というのは今後も必要だと思いますが。しかし、やはり今後高齢者がふえますから、また、一般急性期病院からの重症者の方々が相当ふえてきますから、今後としては、またこの利用率は上がっていくとは思いますが、それに対応することとして、分析をしていただくとありがたいかなと、そう思っております。

あと、下の全国の退院先についてで、23.8%が、これが5分の1から4分の1ぐらいの人が療養病床から在宅に復帰していると。これを多いと読むのか、少ないと思うかによりますけども、しかしながら、昔の収容型の老人病院的なものに比べると、大分、在宅に行って退院する率がふえてきているような感じがします。これは診療報酬上の強化型の療養病床の在宅復帰率のようなものが影響しているのかもしれないけれど、そういうところはまた分析する必要があるかなと思っています。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○宮澤地域医療構想担当課長 安藤先生ご指摘の視点を踏まえて、今後進めていきたいというふうに考えております。

一つ、病床利用率のお話をいただきました。東京都の90.4%の数字に対しまして、全国値でいきますと89.9%と、若干全国値を上回っているというような数字でございます。

○猪口部会長 今、療養病床の稼働率が、全国平均89.9%なんですか。

○宮澤地域医療構想担当課長 そのとおりです。

○猪口部会長 ちょっと聞きたい……

この資料じゃなく申しわけないんだけども、高度急性期だとか、急性期だとか、そういうところが全国——例えばこれ、C1、C2、C3から割り出しているのが、病床利用率、稼働率が高度急性期で75%、急性期が78%というぐあいに、それをこうやっていますよね。だから、あれは実態的に合った数字なんですか。その辺の数字というのは、本当のところは持っておられますか。

○宮澤地域医療構想担当課長 ガイドラインで示されております高度急性期から慢性期までの病床稼働率でございますけれども、これが東京都の実態、実情というんでしょうかね、それに合っているかどうかという、そこはもう少し分析が必要とは思いますが、東京都は、全国の平均といいますか、ほかの県と同様ではないのではないかなというふうには思っております。

○猪口部会長 これは後で議論すればいいことなので、今ではないと思うので、後にとっ

ておきます。

ほかに、今までの2-4から2-5のところまでの資料で、何かご議論ございますでしょうか。

(なし)

○猪口部会長 では、今までの資料2-1から2-5まで通して、何かご質問、ご意見ございますか。

(なし)

○猪口部会長 それでは、引き続いて、時間がまだ一きょうの時間はグランドデザインについてというのをまだもうちょっと話し合ってもいいよというぐあい、お時間をいただいております。この2-1、前回のご意見があって、これをまとめてございます。さらに、その意見に従ったような形で資料をつくっていただきました。これをまとめてですね、この辺のところから、グランドデザインについてご意見をいただきたいと思えます。

グランドデザインというのは、一番最初に、冒頭にも話をしましたがけれども、我々、この地域医療構想が本来やるべきことではなくて、どちらかというと医療審議会、もしくは、ある意味政治マターというんでしょうか、舛添知事が政治的にいろいろ掲げていくようなものなのかもしれませんけれども、我々が、ここにいる医療提供者側と、それから患者さん、望む側が、患者さんの医療を受ける側が、ここにそろって話す機会でありますので、ちょっとおこがましいとは思いますが、これは一応医療提供体制としてのグランドデザインというような感覚で話し合っていたらいいのかなと思います。

医療審議会ですら今まで話し合われてきたところの東京都の医療計画、その25年度版を見てみますと、いろいろ出ているんですけども、提供体制について言及している部分がない。例えば大学病院はこのままどうするんだとか、急性期病院としての中小規模病院・大規模病院というものをどのようにしていくんだとかという、そういう議論はないんですね。安心・安全な、患者目線の、都民目線のどうつくるかという話はある。正直言って、今度、医療計画をぜひ皆さんごらんいただきたいと思えますけれども、大体、努力目標になっていると僕は思います。

今回のように何かターゲットとしてこういうものにしようという像を描いているということは、今までないので、これが本当に認められるものになるかどうかというのは、ちょっとわかりませんが、皆さんで共通のイメージをつくっていきたいと思っています。

共通のイメージなんですけれども、私としては、この入院医療と地域包括ケアシステムというところで、こういったものがうまく融合していくという、それはそのとおりで、ここに議論しているとおりだろうと思えますけれども、ちょっとたたき台として、こんなふうにとらえたらどうかということで、これは今までの議論を踏まえてそれを逸脱しているつもりは一つもございませんが、我々医療提供体制について話をしなくてはならないので、それぞれの機能病床ごとについて、ある程度こんなイメージで私は描いていま

すということをちょっと述べさせていただきます。

高度急性期医療に関しましては、東京に集中する大学病院や特定機能病院を初めとしたそれを担う病院が、優秀な医療人をきちんと教育できるということ、特定機能病院というのは、教育、研究、そして高度先進医療を担っておりますので、優秀な医療人を教育、育成をきちんとする。すぐれた研究を行って、日本の難病、これはナショナルセンターとなっている病院もございまして、日本の難病に病める方々の希望となって、世界に誇るべき医療都市となるような機能を充実させる。

それから、一刻を争う救命のための救急医療はどの地域にいても一定の時間以内に治療を可能とする。それから、がんなどの時間的な余裕のある急性期医療に関しては、十分な情報のもとに、患者さんみずから治療方法と医療機関の選択を可能にして、急性期以降の流れに関しましては、回復期や療養中の容体の変化に対しては、身近な医療機関で入院し、退院、自宅復帰がスムーズに行えるようにしていく。それから、入院処置が必要な慢性期の患者さんは、ご本人と家族が安心して入院継続できるような、そして、入院医療とかかりつけ医、在宅医たちが連携し合って、地元の地域包括ケアを支え、生活者が安心して暮らせる。さらには、長瀬委員が非常におっしゃられているように、精神科医療についても同様の考え方で、入院と地域、そして精神と一般の連携を高めて、患者さんが安心して生活できる。今それぞれの医療提供体制、それぞれの機能的なものに対して大体最大公約数的に普通に言われているようなせりふを並べてみたわけです。

こういうイメージをつくっていくために、これは僕の案なんです。こういうイメージでいいのか。そうすると、こういうイメージの医療提供体制というのは、どうあるべきかというふうに議論を進めていくと、構想区域だとか、いろいろなものが出てくるのではないかなというふうに私自身は思っているんですけども、まずこの進め方、このたたき台としながら、こういうものを進めていくということで、どうでしょうか。何か議論があれば。

資料2-1のいろいろ書いてあるところを文章にすると、そんなところなのかなと思いつつながら、今言ったのは僕が作文したものなんです。

山口委員、どうぞ。

- 山口委員 この前も申し上げましたが、やはり大学が13あるというのは、非常に大きな東京のメリットでもありますし、それをどうやって生かしていくかということが大事になんだと思うんです。

今までの診療報酬体系とか、そういう中で、大学というのは、ほとんど一般病院と同じようなDPCの中では一群という位置づけになっていますけども、中身に関しては、全く一般病院と同じような感じで医療をやるというような位置づけになっていたと思うんですね。

今先生が言われたように、もう少し高度なもの、あるいは本当に東京の先進医療を担ってもらおうというような位置づけをもうちょっと明確にしてもいいんじゃないかという

ふうに思いますので、今先生が言われた部分に関しては、非常に賛成です。

それから、ほかのところに関しては、今まで東京都がやっていた、いわゆる5疾病・5事業に関してのやり方を推進していくということになると思うんですね。

その中で、いわゆる区域分けに関しては、かなり大胆に今までやってきていますので、それを尊重していくということが必要なんじゃないかと思います。

ですから、考え方としては、大学をもう少しきちんと先進医療としての実現をしっかりさせるといふことと、それから、一般医療に関しては、5疾病・5事業のあれをより推進していくということで行けるんじゃないかなと思いますけども。

○猪口部会長 はい、どうでしょう。5疾病・5事業、今ちょっと山口委員のご議論で、5疾病・5事業の事業が、非常に順調にいと、そういうふうに思えるかどうかというところもあるんですけども、どうですか。

部会長がそんなにしゃべり過ぎてもいけないんですけども、つぶさに見ていって、5疾病・5事業が、全部資料2回目だったかな、3回目だったかなというところで、それぞれの5疾病・5事業の事業の展開に関して、三次医療圏を利用しているのか、二次医療圏を利用しているのかというような、そういう記載があったと思うんですけども、それぞれの事業はやっぱりきちんと検証していって、本当にそのとおりでいいのかというところもあるんだと思うんです。

我々のこの部会で話し合うべきことかどうかわかりませんが、私としては、いろいろ二次医療圏のあり方というものに対して疑問を持つということの意見がいろいろあったのは、多分5疾病・5事業の医療計画の進め方に二次医療圏が非常にかかわっていた。その二次医療圏を中心とした医療計画の推進の仕方に対するいろんなご意見だったようには僕は思っています。

だから、山口委員がおっしゃっているように、5疾病・5事業をそのままというふうに本当に言えるのかどうかは、多少僕なりに疑問を持っています。

どうでしょう、ほかに。今の5疾病・5事業とか、医療計画の部分というのに対して何かご意見がございましたら。

将来のこの地域医療構想が、二次医療圏になって、二次医療圏は一つの医療計画を推進していくツールになる。医療計画というのは、医療法を一生懸命読んでみたんですけども、二次医療圏で行わなくてはいけないものではないようだとは思いますが。

二次医療圏を合算したようなものでもよろしいですし、三次医療圏でも構わないんですけども、二次医療圏と医療計画が余り区切られてもいけないというか、分けられてもいけないので、現在の東京は、この二次医療圏がある限りは、二次医療圏を中心とした医療計画を多分今までの歴史がありますから、それを踏まえていくと、その延長線上に今後もなっていくんだろうなという想像はできます。

ただ、柔軟な発想が必要だなというのが、今までの議論であったような気がしますけれども、どうですか。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 部会長おっしゃるように、きょうのデータなんかでも、がんの医療は、多少集中しておりますけど、その他に関しては、案外二次医療圏とは多少は出てはいますが、地域でカバーができていっているような印象を私は受けました。

そういう形で考えれば、部会長がおっしゃるような方向性をたたき台にしていいんじゃないかなと思います。

○猪口部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 二次医療圏に関しては、必ずしも今の状況で許せるということではないと思いますが、一番問題なのは、医療計画、構想区域が決まって、その中で小さな、その中でベッド数を高度急性期、急性期というふうに分けていくと、非常に問題が起きてくると思うんですね。

ですから、病床数を決めるときに、今の二次医療圏で決めていくということは、絶対にここに書いてありますように、現在の医療提供体制を尊重するという意味でも、全然意味を成さない。そういう意味で、構想区域を決めたときに、それが医療計画としてベッド数を規定するということが前提だということです。

○猪口部会長 今の山口委員、これは僕が答えるべきことかわからないけど、今の意見として事務局、答えてもらっていいですか。

要するに、構想区域が病床規制にならないことが前提だというのは、それはそうならないんですね。否定の否定になっちゃうんですけど、構想区域によって病床が規定されてしまうんですね。

○宮澤地域医療構想担当課長 まず医療圏の設定につきましては、医療法において定められています。その中で、二次医療圏については、入院医療を圏域内で基本的に確保する単位とされており、つまり、必要な病床の整備を図る地域単位というのが二次医療圏。

今回、地域医療構想の中で、新たに「構想区域」を定め、構想区域については、機能分化を進めるための地域単位とされています。ただ、国としては、二次医療圏と構想区域を次期計画改定の際に一致させることが望ましいと、ある意味、定義が違うものを一致させることが望ましいと考えています。

ご質問のところではいきますと、二次医療圏単位で必要な病床の整備をしていくということで、そこで規制をかけていくという、その考え方は今後も変わらないと思います。

○猪口部会長 ちょっと私のほうから話をします。まず、構想区域ことに将来の医療計画に整合性を持たせる。それから、将来の二次医療圏にするということになっておりますので、二次医療圏に基準病床数がこれはくっついている、これは切り離せない、総数として同じだ。ただ、総数というか、二次医療圏ごとに基準病床を決めなくてはいけないけれども、二次医療圏間ごとの病床機能区分ごとの貸し借りはできる、出し入れはして、例えば、こっちは高度急性期をたくさんやった、これは言い方は悪いですけど、区中央部が非常に多いから、区東北部は高度急性期病院がないから、区東北部の高度急性期病

床をもらっちゃうというような形、医療機関ベースでやると、それがもともとなくなっちゃうんですけども、病床機能別に出し入れはできる。だけど、その基準病床としての総数が決まったら、例えば、高度急性期は何床である、何床である、何床であるというのは、そういう決め方は調整会議で決めるべきであって、医療法上の病床の別は今のところないんですよ。

○山口委員 恐らく、僕が十分理解していないせいかもしれませんが、今までは、基準病床数というのは、一般病床という大きなくくりだったんですね。今後は、それを細かく分けていこうと、機能分化ということで、高度急性期の病床数というのを決めていくということになると、いわゆる二次医療圏の中での最適を考えるという方向にならないでしょうか。それは今みたいに貸し借りすれば、それでいいということで済むわけですか。

○猪口部会長 貸し借りも含めた最適化を行っていくんですけども、それは調整会議の中では、何床望ましいというデータが出てきますので、この医療需要推計に従った形のこうあるべきだという数字、実際の換算の仕方みたいなものが出てくるでしょうけれども、それに従ったような形の理想形は出てくるでしょうが、それに強制的にベッドが医療法上、機能的なベッドが決まるわけではないので、調整していくしかないですよ。それはできることはできる。できるというのか、山口委員の考えているのと多分一致していないような気がしますけれども、かなり強い調整力はどうなんだろう、今後次第ですね、きっと。

○猪口部会長 石川委員、どうぞ。

○石川委員 今お話にあった基準病床数がどれくらい厳しいものかという話ですが、医療法で書かれている部分の基準病床数というのは、あくまでも猪口先生からお話があったとおり、4機能区分を分けたり、傷病別に分けたりするようなものではありません。

ですので、当然二次医療圏としての全体としての病床の整備目標というのは、基準病床数になって、だんだん近づいてくるとは思いますけれども、ただ、今回ご議論いただいているような傷病別あるいは機能別の病床の構成というのは、これは医療法の中で規定されるものではないので、こうした場と、それから何よりも現場の調整会議等のところで、医療機関ごとにお話をさせていただいた上で、目標を達成していただくというような枠組みだというふうに今のところは理解しています。

恐らく、大幅に医療法自体を改正してまで、機能区分別ないしは傷病別に目標数を策定するという話にはならないだろうと思います。むしろ、こうした部分に関しましては、法律よりも、次回第七次の地域医療計画等のところで、どのような策定のガイドラインになってくるのかという議論をさせていただくことが重要だと思いますし、恐らく、そうした点では、ちょっと振ってしまうと申しわけないんですが、河原先生などのところでもご意見があるんじゃないかなというふうに思います。

○猪口部会長 ご指名がございましたので、河原副部会長お願いします。

○河原副部長 いや、今の議論で尽きているような感じがするんですが、やはり前回か何回目かの資料でも、二次医療圏ごとにいろいろな5疾病・5事業、それを整備することになっていますが、例えば精神疾患のブロック、これを二つに分けていますし、小児救命は4ブロックといったことに、もう二次医療圏自体が機能していないというふうな一つの例示かなというふうにも思うわけですが、やはりその一方で、医療法上の縛りが二次医療圏というふうなことがありますので、ここをいかに調和させていくかというのが、この会の使命かなというふうに思っているわけです。

それから、第七次医療計画のガイドライン、今振られた石川先生にも入っていただいて、今研究を始めているところですが、やはりこの会の議論自体の矛盾点というか、ちょっと壁に当たっているところ、そういうところも今後解決できるような内容のガイドラインにしていけないといけないかなというふうに思っております。

以上です。

○猪口部会長 はい、ありがとうございます。

本当にここでいろいろな話をされていて、解決できない点たくさんあるんですね。我々は法律の範囲の中で、いかにつくるかというところがありますので。

ほかにグランドデザインとか、それから、今踏まえたような構想区域の話でも結構ですので、どうぞお話をいただいて。

どうぞ、塩川委員。

○塩川委員 グランドデザインの資料2-1のところに戻ってよろしいでしょうか。

○猪口部会長 はい、どうぞ。

○塩川委員 猪口先生が、高度急性期や急性期の、要するに、病院の教育とか、いろいろそれなりの病院がやることがあるだろうというお話があったので、2点あります。一つは、この2-1の左側の丸がある四つの中のアクセスのしやすさが非常によろしいというのは、大変よろしいんですけども、多少おこがましいというか、ちょっと表現に問題があるのかもしれませんが、このフリーアクセスというのが、現場を何というか、苦しめるというか、そういう要素があるので、これは一般の啓発かもしれませんが、高度急性期、急性期をやっている病院のアクセスのしやすさを強調されるようなこのグランドデザインの書き方は、多少現場に何といいますか、負荷がかかり得る懸念があります。二つ目はあと退院した後の地域連携というのも、高度急性期と急性期がむしろこういう疾患で入ってこられた方が、やはり地域に帰ってもらうという、そういう高度急性期、急性期の特定機能病院の役割をご配慮いただきたい。このアクセスについての表現とか、それから、地域との連携を言うときに、やっぱり、そこで入ってこられた疾患の方の地域に戻すというようなことが、現実的には特定機能病院の役割になるのではないかと個人的には思っているんですけども、それはいかがなものでしょうか。

○猪口部会長 アクセスのしやすさに対する表現ですか。このグランドデザインの中に書くかどうかというのは、あるでしょうけれども、確かに塩川委員のところの病院だと、

あの地域を一つで一手に担っているから、ゲートキーパーみたいな形で、セレクトされたいというところもあるんでしょうが、一方で、区中央部だとか、区西部のところの大学病院のようなところは、多分それでないで、ゲートキーパーみたいなのを置いてコントロールするというのは、しばらく場所ですよ。だから、どういう表現するのか、ちょっと難しいなどは今思いましたけれども。

久岡委員、どうぞ。

- 久岡委員 今のフリーアクセスですけど、結局皆さんご存じのように、日本の医療は国民皆保険で、フリーアクセスでというのがうたい文句なわけですね。ですから、その部分がいい意味でも悪い意味でも、日本の医療を支えているわけであって、塩川先生のおっしゃることもわかるんだけど、猪口先生おっしゃるように、我々はフリーアクセスというのがあることによって、これはいい面があると思うんです。

それで、私、前回のこの資料で感銘を受けたことが二つありまして、一つは、今の東京の医療というものは、非常な精神的な安心感があるという西川委員のご発言、これは非常に我々の医療機関としてもありがたい話であるということと、それから、長瀬先生がおっしゃった、どうやって死んでいくかということを考えるというこの意見ですね。それから、この二つを大学病院と言えども、今猪口先生がおっしゃったように、患者さんを中心にして、どうやってそういうふうにしていくかということ、もちろん高度な研究もしないといけないし、医療もしないといけないけど、医療機関としてそういうことを教える。具体的には、平成29年から、総合診療の専門制度で、在宅医療機関での研修が義務づけられるわけです。ですから、そういうのにも我々は対応しないといけない。

ですから、非常にあらゆるチャンネルに対して大学病院と言えどもやっていかないということが、この時代は言われているわけで、そういう意味でも、こういう会議でいろいろなお話を教えていただくとうれしいと思います。何かにつけて。

以上です。

- 猪口部会長 はい、ありがとうございます。

今の久岡委員の非常に示唆に富んだお話だと思います。我々は構想区域をつくるということではなくて、構想をつくらなくてはいけない、地域医療構想をつくらなくてはならないというふうに、地域医療構想の我々の言っているグランドデザインというものは、一番冒頭に出てくる話だと思うんです。さらにその一番上のところで、患者さんの都民の安心感を持ってもらうとか、死生観をこういうもので、こういう生きて死んでいくというような、そういう部分を枕詞に入れていって、その上で、医療提供体制としてはこう考えるというような、前文みたいなところにぜひ入れていきたいようなお話を承ったという印象を持っております。

安藤委員、どうぞ。

- 安藤委員 久岡委員、とてもいいことを言われたと思います。地域医療構想の中で、高

度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうな区分けは、大いにされるわけですが、先ほど部会長のほうでも、特定機能病院、高度急性期を中心として優秀な医療人が育てていくということが非常に重要だということを言われましたけど、総合診療専門医の問題もありますけども、例えば、我々大学のと看に、外科とか、内科とか、小児科は習ったんですけども、回復期の医者とか、慢性期の医者とか、在宅の医療に関しては余り習わなかったわけ看。これはぜひ教育という立場から、回復期の医療とはどういふものか、慢性期の医療とはどういふものか、在宅の医師はどんなことをしなきゃいけないか、これは医者だけの問題じゃなくて、他のコメディカルの子たちもそうなんではいふけども、そういうふうなことを、あわせてハード面だけじゃなくて、ソフト面のところも打ち出していく必要があるんではないかということを感じました。

○猪口部会長 はい、ありがとうございます。

西川委員、どうぞ。

○西川委員 すみません。先ほどのフリーアクセスの件なんです看、フリーアクセスには先ほど久岡委員がおっしゃったように、いい面もあるし、悪い面もあります。結局悪い面というの看、アクセスがフリーなために、患者さんが高度医療を担うような医療機関にどんどん行ってしまふと。それは実際問題として困った状況をつくり出すと思ふので、フリーアクセスのよい面を生かすためには、同時に、かかりつけ医を中心とした受療システムの構築というんです看、かかりつけ医が中心となって患者の受療行動を効率化する、むやみにそういう高度医療を担うような病院に行ったりしないような、そういう地域のシステムのようなものを、やはりもうちょっとつくっていかなければいけないというふうに見思ました。

○猪口部会長 はい、ありがとうございます。

この策定ガイドラインに従っていくと、地域包括ケア、精神科疾患それから認知症といったところは、つながりは書いてあるんだけども、日常の地域医療、その辺の部分の連携もきちんと考慮したほうがいいというふうなご意見かなとは思ふます。

進藤委員。

○進藤委員 今後のこの構想区域で決めていくときに、回復期の病棟というものを一般病床のほうから移ってくるということも考えなきゃいけないんだろうと思ふんですが、そのときに、施設基準をクリアすることができなくて移れなくなるというふうな可能性もあるので、それも考えながら、構想区域も考えなきゃいけないのかなというふうに見思ふんですけれども……

施設基準が、回復期リハだけではないんですけども、回復期の病棟というの看、どういふものになるかというの看、今のところ、いろいろな病床が入ってしまっているのでよくわからないんですけども、ただ施設基準というものがネックになって、そちら移っていくことができないということも考えられるんじゃないかというふうに見思ふます。

○猪口部会長 はい、ありがとうございます。

それはどうなんだろう。この構想区域と病床の設定を議論した後で調整、この構想ができ上がった後で、基金の利用とか、それを推進させるための施策の中に盛り込む内容なのか、それとも病床を分化させていく、それぞれの病床に求めていくときに、病床転換のための難易度みたいなものを考慮して発想していかなくちゃだめよと言われているのか、どうでしょう。

○進藤委員 いや、今のところ回復期というのが、どういう病床でなきゃいけないかというのが、この中では、まだちょっとわからないので何とも言えませんが、ただ、今のところ、想定は回復期リハになってしまっているのので、リハの施設基準をクリアするとなると、かなり一般病床からだときついかないと思います。

○猪口部会長 はい、ありがとうございます。

これに関して何か。事務局、今の答えなくていいですか。

○宮澤地域医療構想担当課長 病床機能報告でも、今現在4機能別については、定性的な基準というところにとどまっているというところで、国のほうでは、この4機能の定量的な基準に向けて動き出したところでございます。基準の精緻化については、時間がかかるようでございますけれども、その中で、回復期についても、どういう機能を担っていくのかということが明確になっていくというふうに聞いているところでございます。

○猪口部会長 はい、よろしいでしょうか。

はい、安藤委員。

○安藤委員 今進藤委員がお話しされた、回復期リハビリテーション病棟を中心として、いろんな中医協なんかの話だと、地域包括ケア病棟も関係をしてくるとは思うんです。所属が一番やはり東京都の特殊性というのは出ると思うんですね。基金で、例えばお金をつけていただいても、町中にある一般病院が回復期、地域包括ケア病棟に転換をする場合に、ある意味、広大な面積のトレーニングルームが必要だとすると、土地の問題なので、にっちもさっちもいけないと、そこを東京都さんのほうでどういうふうな策を練って行うのかというのを、東京だけの問題じゃなくて、大都市部共通の問題なので、そこら辺のいいランドデザイン、プチランドデザインというものを考えていただくことが重要なんじゃないかなと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

時間もちょっと、最後の項目が残っていますので、そろそろこの項に関しては、とりあえず、きょうのところはまとめていきたいんですが、ちょっと資料を押さえておきたいんですが、資料2-5の下のところ、2-5全体の話ですけれども、前回のときに安藤委員が言っていた、東京の療養病床が足りないから流れているのか、そうなのかという話で言うと、比較的まだ稼働率というものを考慮していくと、東京の慢性期病床であったとしても、まだもう少し詰め込むと言っただけでも、キャパがあるんだと、余力があるんだというのがまず一つ押さえておきたいところと、それから、これは我々東京都医師会が、東京都医師会の病院委員会、竹川委員が中心となってまとめてい

ただいたもの、伊藤委員もそうですけども、まとめていただいたものの中に、医療圏の発想として、がんなどのようなものに関しては、全都的に、それから地域包括ケアに直結していく、それから急性の生きる死ぬのようなものの病床整備に関しては、一次医療圏を考えていったらどうだ。

そして、最後になんですけども、この療養病床慢性期に関しては、全都的に、これはダイナミックにおいて、先ほどの2-4の資料の1のところでもそうですけれども、非常に動いている実態的な発想ではあったんだけど、この2-5の下の方の資料を見ると、生活は地元で、そして地元で時々入院とっているのと、慢性期病床の印象がちょっと違うんだというところをちょっと踏まえておきたいんですけども、この意見に対して印象があれば。

竹川委員、どうぞ。

- 竹川委員 これは全国のデータだと思うんですね。ですから、例えば、本当に農繁期のときに長く慢性期の病院に入院させるような、例えば、北海道と出していいのかわかりませんが、そういう場所もあると思うんです。東京は、やはりちょっと違うと思うんです。ですから、全国の今の猪口会長の話をそのまま全国レベルで東京に持ってくるのは、どうかなというふうに感じるんですけども。
- 猪口部会長 先生のまとめてくれた資料の中に、慢性期は全都的に考えるとといった裏づけになる資料かなと思って僕言っているんです。
- 竹川委員 違う違う。全国の退院先についてという資料が、要は、慢性期病床では意外と在宅に帰っていないんじゃないかと、意外と。それから、あと死亡退院が多いというところなんですけれども。
- 猪口部会長 この資料自体が、東京に当てはまるかどうかは別、ちょっとそれは検証する必要がある、調べる必要があるけれども、慢性期病床がとにかく地元のコミュニティにすぐ戻れるというような、要するに、回復期、慢性期病床というものは、一緒、一塊というのかな、そういうふうに考えて、同様な性格を持って地域包括ケアの中で行ったり来たりしていると、そういうイメージと思われがちではあるけれども、竹川委員や伊藤委員がまとめた東京都医師会の答申のように、慢性期というものは、全都的に考える部分もあっていいのではないかという裏づけの資料なのかなと思って、僕は一応それを押さえておきたいという理由等なんです。
- 竹川委員 そうですか、わかりました。
- 猪口部会長 それは、もちろん23%は地元に戻っているわけですから、それは地元に戻るのが一番いいけれども、そうではない方たちも、どうしても戻れない人たちもいるという実態もあるんだなということです。何しろ41%も亡くなられてしまうということで、それで、地元に戻ることばかりをアピールするというのは、違うのかなというデータだなというちょっと印象を持ったものですから。あえて押さえる資料としては、押さえどころとして挙げさせていただきました。

これに対して何か意見があれば、よろしいですか。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 もう一つ、先ほど、病床利用率で90%だから少し余裕があるのではないかと、猪口先生のほうからご意見ありましたが、これは急性期も一緒ですが、脳血管障害が多い冬とかになると満床になってしまって、夏になるとあいているという、平均が90ということだと思いますので、季節性があるということを一言添えさせていただきたいと思います。

○猪口部会長 貴重なご意見ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

次回も一応このグランドデザインだとか、このような議論を深めると。そして徐々に、構想区域の話にきちんと持っていかなくちゃいけないのは次回ぐらいだろうと思っています。

きょうのところは、これで一応前段の議論を終わらせていただいて、後段の報告の部分お願いしたいと思います。よろしくをお願いします。

○水澤地域医療構想担当課長代理 それでは、お手元の資料3-1で、東京都地域医療構想策定に係る説明会の開催状況についてご説明いたします。

本部会の第1回目にスケジュールや検討体制についてご説明いたしました中で、地域ごとにご意見を伺っていく会議体として、メンバーをある程度絞って、地域ごとの意見聴取の場を年3回程度開催予定としてございました。

ただ、地域医療構想は、病床を持つ医療機関にとって非常に重要なお話でございまして、全ての病院が地域医療構想についてご理解をいただく必要があるだろうというところで、全ての医療機関がご参加いただける説明会の形で第1回目を開催させていただいたところでございます。

開催は、7月末から8月頭にかけてまして、区部で2回、多摩部で2回の計4回を開催してございます。

病院のほか、医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・病院団体・医療保険者・区市町村の方々にお越しをいただいております、参加人数は4回の合計で546人、うち病院からの参加者が442名となっております。

地域医療構想についての理解を深めていただくという趣旨から、国のガイドラインの説明や、東京都における検討体制、病床機能報告の集計結果、二次医療圏ごとの2025年の医療需要推計などを議題とさせていただきました。

各回ともご参加いただいた皆様からは多くのご質問、ご意見をいただいたところでございます。その一部を紹介させていただきたいと思います。

まず、病床機能報告における四つの医療機能の地域医療構想における医療需要推計の4区分では、定義が異なり、単純に比較して削減していくということは難しいのではないかとご指摘。この趣旨では、ほかにもこの二つの定義が異なるというところにつ

きまして、十分ご理解いただけていないままのご質問というのも複数頂戴をしたところでございます。

次に、地域医療構想は、地域包括ケアを目指す一方で、高度急性期や急性期が絞り込まれてしまうのではないかと感じており、地域で本来完結すべき医療が、結果として地域の中で提供できなくなってしまうのではないかといったご意見。

それから、二次保険医療圏の中でも区市町村ごとに偏在が生じており、地域の実情を踏まえた上で議論を進めてほしいというご意見。

心筋梗塞や脳卒中のよう、確実に近くの医療機関へ収容されなければならない疾患もあるため、医療機関所在地ベースか、患者住所地ベースかという議論だけではなく、予定入院と、これらの疾患を分けて考えるような議論も必要ではないかといったご指摘。

また、地域の中小病院でも急性期を担おうとしている病院というのは、非常に多いため、策定に当たっては、十分な考慮をお願いしたいという意見。

国のガイドラインにおいては、地域医療構想調整会議において地域ごとに医療機関が自主的に機能分化を図るとされているけれども、病院経営に直結するお話であり、どう折り合いをつけていくのかが課題になるのではないかとというご意見。

また、病床削減を達成するために、国が診療報酬による誘導を行うのではないかとというご不安などが挙げられたところでございます。

特に、一つ目のお話につきましては、本部会では既に幾度となく話題になっているところではございますが、国が病床機能の考え方に、病床機能報告と医療需要推計という二つの考え方を入れ込んだことで、非常に議論がわかりにくくなっているというところがございます。

改めて、再度整理をしてみましたので、次の資料をごらんください。資料を1枚おめくりいただき、3-2をごらんください。

左側に、病床機能報告における医療機能、つまり供給側の医療機能を、右側には、国の医療需要推計における医療機能を記載しております。

病床機能報告は、定性的な基準に基づき病棟を単位として行う自己申告でございます。この定性的な基準は、医療法施行規則に定められておりまして、説明は割愛させていただきますが、それぞれ記載のとおりとなっております。

先ほどもございましたので、1点だけ、回復期のところを補足いたしますと、下線になっているところでございますが、当然ながら、回復期は回復期リハビリテーションのみではなく、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療というところも定義づけとしてされております。ただ、このような定性的な基準のみというところでございます。

一方、国が示した医療需要推計、右側でございますが、こちらはNDBレセプトデータやDPCデータに基づきまして、患者の1入院を医療資源投入量で分析した、延べ患者数でございまして、この推計の仕方は、地域医療構想策定ガイドラインに記載をされているところでございます。また、算定式は省令により位置づけられております。

算出された延べ患者数は、病床稼働率で割り戻すことによりまして病床数に変換されることとなっております。

C1、C2、C3という各機能の切れ目の点数を設定しておりまして、例えば、高度急性期であれば、C1、3,000点を超える医療資源が投入された患者の延べ数というところを高度急性期の医療需要としてございます。これを病床稼働率75%で割返したものが将来の必要病床数として示されているところです。

急性期以下も同様でございますので、説明は割愛いたしますが、少しイメージを持っていただくために、もう1枚資料をご用意しておりますので、1枚おめくりください。

こちらのA4の横の資料になりますが、患者の1入院を医療資源投入量で分析したグラフをわかりやすくイメージ化したものでございます。

例えば、一人の患者さんが入院初日から3日目までは、医療資源の投入量は非常に高く3,000点を超えており、その後、医療資源の投入量が比較的落ちついてきて、14日目には600点、15日目には600点を下回ったというふうに仮定をしてこのグラフをつくりました。

この場合ですと、この患者の入院最初の3日間は、高度急性期にカウントされますので、延べ患者数は3人となりまして、4日目から14日目までの11日間は急性期にカウントされ、同様に延べ患者数11人という形になります。

医療需要推計は、このようにあくまで推計上、一人の患者さんの入院を医療資源の投入量の変化に伴いまして各機能に分類していくものであるのに対しまして、実際の入院患者さんというのは、3,000点を下回ったからといってほかの病棟に移ってくださということではなく、1日目から、例えば14日目を過ぎるまで一つの病棟にとどまっていたりするかと思います。その場合、病床機能報告では、この患者さんの入院していた病棟、例えば、高度急性期という形で届けられておりまして、病床機能報告の示す医療供給の量と推計された医療需要との間には、明らかに考え方の差があることがわかりいただけるのではないかと思います。

それでは、もう1枚おめくりいただきまして、資料3-3をごらんください。

こちらは、平成26年度病床機能報告の東京都分の報告結果の中から、定性的な基準に基づく自己申告としての4機能と、現実に診療報酬上、算定している入院基本料・特定入院料でクロス集計をかけたものでございます。

例えば、一番上ですが、特定機能病院の一般病棟入院基本料を届けている病棟の病床は、90.5%が高度急性期と回答しておりまして、残りの9.5%が急性期と回答しているという見方になります。帯は、どの機能にどの入院基本料等が広がっているかという、広がりのところを示しているものなので、幅が一律に記載をされておりますので、程度につきましては、帯の中に記載したパーセンテージでご確認をいただければというふうに思います。

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中

のケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料などが、8割から9割が高度急性期として届けられてございます。

また、新生児治療の回復室入院医療管理料や総合周産期特定集中治療室管理料、それから小児特定集中治療室管理料を算定している病棟のように、100%高度急性期というふうに回答されているものもございました。

また一方で、7対1入院基本料のように、高度急性期に40.1%、急性期に59.1%、数は少なくなりますが、回復期、慢性期にも回答があるというような形で、全ての機能に回答されているものや、13対1、15対1のように、急性期のところで8から9割、そこから慢性期まで三つの機能にまたがっているというようなものも見受けられます。

ただし、地域包括ケア病棟入院基本料関連と回復期リハを除いては、先ほどもご指摘がありました、回復期に回答する割合というのは、当然ながら低いところが見てとれまして、既にさまざまところで語られていることではあるのですが、現在の定性的な基準では、回復期を選択しづらかったという状況は、ここからも伺えるのではないかと思います。あくまでも自己申告で選んでいただいた4機能になります。

ご説明は以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

資料3-1にあるように、いろいろさまざまな意見が出まして、かなり心配をされている方が多いです。

資料3-2のところで詳しく述べていただいたところ、この会では再確認のような話でございますけれども、ここに関する質問はもう圧倒的に多かったですね。この医療需要推計とそれから病床機能報告制度の持っている意味合いが違うけれども、出てくる数字の差が大きいものですから、非常にインパクトがあって、皆さん非常に不安を感じておられたという印象を持っています。

何かご質問ございますでしょうか。

最後のところの資料3-3の病床機能報告制度のところで、いろいろな自分たちの行っている、いかにこの定義づけの中で、いろいろなさまざまな解釈があるんだなというところの中の、緩和ケア病棟のところですね。これは二極化しているというのは、これはやっぱり厚労省のほうでも話し合われているんですけども、これはどういう位置づけにするかというのは、今後きちんと持っていってもらわないと、この二極化は非常に苦しんじゃないかなというふうには思います。

何か質問ありますか。

じゃ、なければ続けさせていただきますけれども、例えば、3-2の資料なんですけれども、右はじに病床稼働率の話が出ています。東京都医師会それから東京都病院協会などで、ちょっとお願いしたいところではありますけれども、東京の病院の高度急性期、急性期、多分大学病院でも75%で回しているよという大学病院はきっと多分ないです

ね。大学病院の経営の理事長からは、もっと90%以上で回せと言われていているんじゃないかなと思います。

一般病院でも、多分かなりの数字で回さないと、回すというのは稼働させないと、人員に見合った収入になってこない。要するに、東京は非常に経営にとっては非常に難しい地域、格差がございまして、よく安藤委員が言っていますけれども、人件費が高い、イニシャルコストが高い、物品費が高い、そういうようなところの中でやると、どうしても回転、稼働率がよくないとうまくいかない。これが東京の実態であらわすと、この75%を特に高度急性期、急性期の75%、78%は、僕は、実地の医科としては非常に低い印象を持ちます。これは実態的な数字に当てはめると、一体どうなるのかというような話もあるし、根拠は、これ法律的にはこういうふうになっているわけですよ。だから、これでやっていって、これで基準病床つくっていくわけだけでも、これをこのまま当てはめられるのは、東京にとっていいことなのかどうなのかという議論も、構想策定部会の話ではないかもしれないけれども、厚労省等にいろいろお伺いを立てたい部分だなというふうには僕は印象を持ちました。

いかがでしょう。もうこの時間、最後、何でも話していい時間があと10分だけありますけれども、何かございますでしょうか。

長瀬委員、どうぞ。

○長瀬委員 資料3-1の説明会のところに主な質問、意見がありますでしょう。そこで皆さんが気にしているのは、いわゆる構想会議に、構想策定によって、ベッド数が規定されるということをととても心配している。そうじゃないとは言っているにもかかわらず、ここら辺を懸念しています。特に診療報酬上3,000点以上だとか、経済的なものが出てくると、皆さん心配されるんだろうと思うんですよね。ですから、実際に病床削減はないということになっていきますけど、本当にそうならないのかというのを皆さんが心配しているんだろうと思うんです。

○猪口部会長 了解しています。これ以上は。ありがとうございます。

ほかにどうでしょうか。よろしいですか。

これにご出席なられた方いらっしゃいます。一応病院関係442人ということですが、東京都医師会は、事務局も幹事的なことをしましたので、数を調べてみますと、416病院だったようです。人数の重複がございまして、416病院というと、ちょうど3分の2ぐらいですよ。まだ3分の1病院があんまり詳しく事情を知らない状態であるということに対して多少不安を感じますけれども、これ以上、これだけやってなかなか集まったのが3分の2というところだったというのもご報告しておきます。

いかがでしょう。どうぞ、河面委員ですね。

○河面委員 先ほどからの回復期という名称にちょっといろいろと疑問点を呈している人もいらっしゃると思うんですけど、この医療資源投入量600点で切るとか、あるいは左の病床機能報告、それで病床機能報告を見ると、定義が、提供する機能というふうに

書いてあるんですけど、回復期というのは、一応一番在宅に一番近いところだろうと思うんですね。ですから回復期という名称を変えるということにはできないんですか。

○猪口部会長 厚労省に対して働くかけは、東京都の意見としては挙げられると思うんですね。

○河面委員 回復期というのは、機能区分だと思うんですね。それをどうにかもう少しわかりやすいような名称にさせていただければというふうには思います。

○猪口部会長 大賛成です。皆さん多分一致しているんじゃないかと思います。

ほかにどうでしょうか。よろしいですか。

では、ちょっと、時間残っていますけれども、きょう今まで出た議論を次回まとめて上げて、中盤の山場をそろそろ越していかなくてはいけない時期に。

河原副部会長。

○河原副部会長 すみません。資料2-1、きょうのグランドデザインの議論のたたき台ですが、きょう出た意見の中にも、かなりためになる意見あると思うので、この資料2-1に足していただければ、これがかなり羅針盤みたいな形、海図というか、議論を進める上でも、なかなかいい意見がまとまっているので、ぜひ今後、量がふえるかもわかりませんが、意見を足していただければ、いいんじゃないかなと思います。

○猪口部会長 竹川委員、どうぞ。

○竹川委員 今のお話に引き続いてなんですけども、先日の調整会議のときにも、中小の病院をすごく大切にさせていただきたいと。ただ、東京で中小の病院が生きていくというのは、とても難しい状況に今なってきているんですけど、この2-1の資料の中の地域包括ケアシステムの中に、先ほど回復期という話がありましたけど、回復期というのが入っていませんけれども、特に中小の病院が回復期、慢性期を担っていくということがすごく大切だと思うので、本当に小規模の病院が地域包括ケア、小中学校の圏域で一つというのはもう無理としても、一次医療圏の中で、ある程度、存在意義があるような形の図というのを出示していただければというふうに考えます。

○猪口部会長 それもご意見として盛り込んでください。

ほかにどうでしょうか。当然この2-1のところまで最初に戻ったご意見で結構なんですけれども、いいですか。

僕は実地のほうの現場にいる人間としては、回復期がどうのこうのとか、急性期がどうのこうのと言っているんじゃないなくて、この地域包括ケアを支えるのは、急性期から回復期から療養まで全部を診れるような病棟というのは、本当に利用度が高いというか、そういうようなものを供用してもらえらるような制度に本当はしてもらいたいなという印象は持ちますよね。

ただ、機能分化の中で、こういう表現にどんどんなってきたらと思うんです。多分、ただそれは今後の厚労省の解釈、この病床機能報告制度とこの需要推計の中のす

り合わせの中に、何かそういうものを盛り込んでもらえるように、解釈しやすいようにお願いをして、ぜひ東京都のほうからお願いをしていただきたいと思います。と思っております。

ほかにどうでしょう。よろしいでしょうか。

では、一応きょうの予定の議題を終えたということで、事務局にお戻しします。よろしく申し上げます。

○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、活発なご議論いただきまして、どうもありがとうございます。

グランドデザインにつきましては、本日いただきましたご意見、方向性も踏まえて反映していきたいというふうに考えております。

事務局からの連絡事項でございます。

次回第6回の部会の開催でございます。9月7日月曜日、16時から17時半までを予定しております。

出欠確認につきましては、改めて、こちらからメールでご連絡をさせていただきたいと思っております。

また、本日の資料でございますが、机上に残していただければ、事務局からご郵送させていただきます。

なお、本日配付をしております水色のファイルでございますが、そのまま机面上にお残しくださいませようお願いをいたします。

本日、お車でいらっしゃいました委員の方につきましては、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせをいただきたいと思います。

最後に、この会議室でございます。本日は、この後、別の会議が予定をされておりますので、間もなく準備を始めさせていただきたいというふうに聞いております。忘れ物のないようご退室いただければと思っております。

事務局からは、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す。

これをもって、第5回の策定部会を終わりにしたいと思います。

次回、9月7日、ぜひとも皆さんご出席よろしく申し上げます。

きょうは、どうもありがとうございます。

(午後 5時59分 閉会)