

平成 2 7 年度第 7 回
東京都地域医療構想策定部会
会 議 録

平成 2 7 年 1 1 月 1 3 日
東京都福祉保健局

(午後 5時01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7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くださいます、まことに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。

まず初めに、委員の皆様の出欠につきましてご報告申し上げます。本日は、永田委員からご欠席とのご連絡をいただいております、代理といたしまして、東京都薬剤師会常務理事、山田様にご出席をいただいております。よろしくお願いたします。また、東京都歯科医師会山本委員から、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。

続きまして、本日の資料でございます。資料1から資料5まで、また、過去の資料をつづりました水色のファイル、それから今回の参考資料をつづりました黄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5時になってしまっていて、本当に皆さん疲れているでしょうけども、もう一息、よろしくお願いたします。

前回は議事が3点ありまして、非常に大きな項目を決めました。一つ目がグランドデザインで、四つの基本目標。それから、二つ目が構想区域ということでありました。これまでの議論を踏まえて、部会案を取りまとめることにご協力いただきまして、本当にありがとうございます。10月8日に、本部会の親会である東京都保健医療計画推進協議会、よく橋本座長がこちらにオブザーバーでお見えになっておりますけれども、その協議会のほうに、部会案を募りまして、承認をいただきました。そして、3点目としては、国から、都道府県間の流出入、協議のルールが示されました。近隣3県の県間調整の考え方について、ご確認をいただいたところでもあります。

今回は、1、今後の策定スケジュールについてご確認をいただくとともに、二つ目、地域医療構想に具体的にどのようなことを記載していくのかという議論をスタートしたいと考えております。また、構想区域の部会案が決まったということで、11月下旬からは、構想区域ごとに意見聴取の場を開催予定しております。実施後、本部会において報告することになりますけれども、今回は、まず、それぞれのデータから見てとれる各構想区域の状況を概観していただければと考えております。

では、事務局から、今後のスケジュールについて説明をお願いいたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 資料2をごらんください。今後の策定スケジュールについてご説明いたします。

まず、本日の第7回部会におきまして、地域医療構想の章立てについて、また、今月下旬から来月上旬にかけて、第2回目の地域ごとの意見聴取の場を開催いたしまして、部会の検討状況の報告や区域ごとの各種データをお示しした上で、意見聴取を行う予定でございます。

その後、年内にもう一回部会を開催させていただきます。第8回部会では、構想の骨子案、また、第2回地域ごとの意見聴取の場の報告をさせていただきます。

年明け、1月になりますが、保健医療計画推進協議会、医療審議会へ、骨子案を含みます検討の状況等につきまして、中間報告をさせていただきます。

前後いたしますが、年内を期限とされております、都と他県との患者の流出入分に係ります都道府県間調整を年内に行いまして、その結果を第9回部会におきましてご報告させていただきます。

おおむね2月から3月の期間になりますけれども、第3回目の地域ごとの意見聴取の場を開催いたしまして、骨子案に対します意見聴取を行った上で、第10回部会では病床の必要量について、5月に入りまして、第11回部会におきまして、地域医療構想の素案をお諮りしたいというふうに考えております。

部会案として取りまとめました素案につきまして、5月中に保健医療計画推進協議会を開催いたしまして、報告を行う予定でございます。

6月以降、医療法に基づく意見照会、パブリックコメントを経まして、医療審議会への諮問・答申を行う予定でございます。

今後の策定スケジュールの説明につきましては、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。

このスケジュールについて、何かご質問ございますでしょうか。

竹川委員、どうぞ。

○竹川委員 地域ごとの意見聴取の場なのですが、第2回の構想区域ごとの現状から、第3回の骨子に対する意見のところ、ちょうど、これ、第3回では代表制になっているのですけれども、期間が1カ月半ぐらいしかない中で、どのように具体的に代表を決めていこうと考えていらっしゃるのでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 第2回につきましては、全病院参加の形で、改めて、構想の基本的な考え方や圏域の各種データにつきましてご説明をさせていただきます。第3回目から代表制になりますけれども、こちらにつきましては、東京都医師会と今調整をさせていただいているところでございます。

○猪口部会長 どうぞ。竹川委員。

○竹川委員 例えばそれぞれの区から機能病床ごとに、急性期・急性期回復期・慢性期と、

一つの区から4人ずつとか、そういった具体的な構想というのはありますでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 ご相談をさせていただいているタイミングではございますけれども、今のところ、各区市町村から4機能ごとに1病院ということでお願いをしております。まだ調整中でございます。

○猪口部会長 竹川委員、よろしいですか。

まだ、そう全部が決まっているわけではないというところは、そうなのですけれども、考え方として、ガイドラインの考え方としては、機能代表がそれぞれ出てくるということではあるんですよね。

ちょっとまだ決まっていないので、その質問は、質問ということでよろしいでしょうか。

○竹川委員 はい。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

ほかに質問、ご意見ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

(なし)

○猪口部会長 では、引き続きまして、事務局から説明をお願いいたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、資料3をごらんください。東京都地域医療構想の章立てでございます。具体的に、どのように地域医療構想に記載をしていくかの構成のイメージでございます。

地域医療構想は、医療計画の一部に位置づけられまして、現行計画に追記をするものというふうにされてございます。今回、構想の策定の際には、別とじという形になりまして、30年度からの次期計画におきまして、一体化をさせていくという予定でございます。

構想の章立てでございますけれども、第1章から第5章までとしたいと考えてございます。

まず、第1章は、「地域医療構想とは」といたしまして、地域医療構想を策定することとなった経緯、また、地域医療構想の性格などについて記載をいたします。

続きまして、第2章は、「東京都の現状と2025年の姿」といたしまして、都全体の状況を記載する章といたします。都全体の人口推計、医療資源の状況、また、高度医療資源が集積をしていること、そのことによります他県からの患者の流入が多いことなど、東京都の特性を記載いたします。さらに、都全体の2025年の病床の必要量について記載をいたします。

続きまして、第3章では、「構想区域」といたしまして、都の構想区域として設定をいたします区中央部から島嶼までの13の区域ごとに、それぞれの現状や地域特性、将来に向けた医療需要の変化、2025年の病床の必要量を記載いたします。

続きまして、第4章でございますが、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」といたしまして、取りまとめられました2025年の医療の姿、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た、四つの基本目標を記載いたします。

最後に、第5章でございますが、実現に向けた「施策」の章になりますけれども、グランドデザインの中に、例示として項目を挙げてございます。取り組みの方向性につきまして、記載をいたします。こちらにつきましては、地域からの意見なども反映させた上で、記載をしていきたいというふうに考えてございます。構想の骨格をイメージしていただくために、案として作成をしたものでございます。この内容から、今後、骨子案、素案を作成していく上で、よりよい文言、内容の修正を行うこともあるというものでございます。

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。

これについて、質問ございますでしょうか。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 前回、構想区域ということで、東京に特徴的な病床整備区域、それから事業推進区域という形で、恐らくこれは東京だけなのではのでしょうか。それについて、どこかで明確に触れていただけるのでしょうか。3番よりは2番のところに入れるということとは可能なのでしょうか。

○猪口部会長 どうぞ、事務局。

○宮澤地域医療構想担当課長 どのように記載をしていくかは、ご意見をいただきながらと思っております。具体的にどこの部分というのは、改めて検討したいと思っております。

○猪口部会長 ほかにはどうでしょうか。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 この章立ての「4. グランドデザイン」から「5. 施策」の「グランドデザイン『4つの基本目標』の実現に向けて」までは、非常に重要なところだと思いますが、スケジュールから見ると、5月に開催予定の第11回で素案が出るとなっています。その前に、これも先ほど山口委員がおっしゃった事業推進区域と同じように、やはり織り込んでいく議論をしていく必要があると思います。どの辺の時点で、この点を織り込んでいくのか、教えていただければ幸いです。

○宮澤地域医療構想担当課長 施策の検討の時期ということでございますけれども、第11回の素案のタイミング、もしくは、その前の第10回のところから、検討いただけるものをお示しできればと考えています。

これは地域の意見も反映させていく必要があると考えておりますので、地域の場におきましては、骨子の中にグランドデザイン、記載をいたしますけれども、例示といたしまして挙げております取り組みの方向性、これについて意見聴取をした上で、施策といえますか、取り組みの方向性に反映していきたいと考えましてこういったスケジュールにしてございます。

○猪口部会長 安藤委員、よろしいですか。

ほかにどうでしょう。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 この内容の中に、今、病床機能報告制度のこと、今、第2回があったと思うんですけどね。多分、1回目と少し変わったような展開があるかと思うんですけども、そのような内容も少し盛り込んでいくのかどうかということ。

それから、基金が少し動いているわけですよね。そういった基金との関連とかについても、この中で記載していくのか、ちょっと教えていただけませんかでしょうか。

○猪口部会長 お願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 まず、病床機能報告についてでございますけれども、こういった形で盛り込むのか、また、盛り込まないのかも含めて、ご意見をいただきましたので、改めて検討をさせていただきたいというふうに思います。

それから、基金についてでございますけれども、基金を獲得して確実に東京都の思っている取り組みにつながるように、構想には、きちんと施策のところ、書いていきたいと考えています。

○猪口部会長 よろしいですか。

ほかにありませんか。

加島委員、どうぞ。

○加島委員 厚労省の示した地域医療構想ガイドラインでは、地域医療構想策定後の実現に向けた取り組みについて、何か、もうかなり詳しく書かれているんですけど、それについては、この中ではどこの章立てに入れていくのかというのをちょっとお聞きしたかったんですけど。

○宮澤地域医療構想担当課長 ガイドラインには、かなり細かく記載がされているところでございますけれども、その部分は、第5章の施策の取り組みの方向性になろうかと思えます。余り限定的な事業として書いてしまいますと、それ以外の事業につながらない、できないことになりかねませんので、少し広く含みのあるような形の記載ということで、方向性を書かせていただきたいと思います。そういう趣旨でございます。

○猪口部会長 よろしいですか。

ほかに。

山本委員、どうぞ。

○山本委員 歯科医師会でございますけれども、実は第1回目の意見聴取の場に出た先生方からのご意見で、余り歯科で発言をできるような場がなかったので、どのようなときに意見聴取をしていただけるのかというご質問がありましたので、この資料2を見ていただくと、3回のところで我々の意見を聞いていただけるというふうなお話になるのでしょうか、その辺。

○宮澤地域医療構想担当課長 施策ということではなくて、広くご意見をということによ

ろしいでしょうか。

○山本委員 はい。

○宮澤地域医療構想担当課長 それでいきますと、第2回のところから、幅広い関係者、皆様からご意見をいただけるような形をとらせていただきたいと思います。

○山本委員 わかりました。

○猪口部会長 ほかはよろしいですか。

ちょっと、なければ僕のほうで基本的な質問をしたいんですけども、地域医療構想というのは、機能病床別の医療提供体制、こういう提供体制でいこうということの、ベッド数までと言わなくても、粗々にこういうふうに決めていくと。それに向けた施策であって、その施策は、先ほどあった機能報告制度と、それから基金を使いながら進めていこうということになるのですが、この施策は、施策に関しては、すり合わせをしていく、そういうものなのだと思うんですけども、それぞれの構想区域の病床機能と、そういうベッド数、提供体制に関しては、どの章立てに入ってくるのでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 第3章の構想区域のところ、具体的に書いていく形になります。例えば区中央部の将来に向けてのところですけども、将来の病床数の必要量、これを4機能ごとに書いていくこととなりますので、実際の必要量とあわせて、その特徴についても書き込んでいくことをイメージしております。

○猪口部会長 そうすると、データの的には、今の提供体制を反映するような、医療機関所在地ベースとしての医療提供体制を書いていくのは、書けるのだろうとは思いますが、もっと恣意的に、例えばそれぞれの地域で、回復期だとか、急性期だとか、療養だとかという、そういう地域包括ケアにつながっていくような病床は、医療提供体制の延長線上では、今の医療施設ベースというものではなかなかあらわれてこない。だから、こっちのほうはふやさなくちゃいけないとか、そういうところの会議が、意見として、どの辺で話して、どの辺に持っていくのか。もう骨子自体は、今度の第8回に出てきてしまいますよね。そうすると、その第8回の骨子を見ながら、もっとこう変えるべきだとかという議論は、それを踏まえた上でやっていくということではよろしいのでしょうか。それとも、もっともっとなんか後になって出てくるものなのか。

○宮澤地域医療構想担当課長 病床の必要量の設定につながる考え方のようなお話かと思いますが、その設定の手順、それから考え方について、どのようなステップを踏んでいくかについては、現在、検討中でございます。将来の病床の必要量につきましては、構想区域ごとに定めるということとされております。繰り返しになりますけれども、どのようなステップを踏んでいくか、その手順、また設定の考え方についても、整理が必要だと考えておりますので、少し時間をいただきたいと思います。

○猪口部会長 せっかくグランドデザインというものを考えて、東京全体で考えましょうという部分もありますので、そここのところを省いて構想区域ごとということは、今までの会議の流れからすると余り考えられないのだろうと思うので、全体と局所、このバラ

ンスを考えて、決めていく場をぜひつくっていただきたいと思います。よろしくお願
い
します。

ほかにいかがでしょうか。

久岡委員、どうぞ。

○久岡委員 今の章立てのところの構想区域の部分で、今お話がありましたように、区中
央部で将来の病床数の必要量とか、そういうことまで言及されるのであれば、今までず
っと議論されてまいりましたが、医療機関ベースで示す数字と患者住所地ベースで示
す値の数字が違ってくるわけですね。当然、流入量が多いとか、いろいろありますから。
その辺の調整をした上での病床数を記載することになるわけですか。

○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、将来の病床の必要量、これ
を構想区域ごとに記載することとされておりますので、どのような考え方でいくのかに
ついて、まずは少し検討させていただいて、お諮りをさせていただきたいと思ってお
ります。

○猪口部会長 久岡委員、よろしいですか。

○久岡委員 はい。

○猪口部会長 では、山口委員、どうぞ。

○山口委員 都全体と構想区域ごとのバランスが非常に大事で、先ほど部会長が懸念され
たように、そのバランスをきちんととった記述ということを意識していただきたいな
と思います。

○猪口部会長 事務局、よろしいですか。お願いというか、そういう場をつくって、ぜひ。

○宮澤地域医療構想担当課長 第2章では東京全体のところでの記載をさせていただき
たいと思っておりますので、どのように、どこまで書くのかというところもあるかと思
いますので、そこは、また改めて検討した上で、お諮りさせていただきたいと思
います。

○猪口部会長 そうすると、この3章のところの構想区域については、構想区域ごとの構
想について述べるということですか。2番のところでは、現状で、それぞれの構想区域
ごとの、例えば東京都の特性は、区中央部はこういう特性があるというようなお話は先
ほど例示されておりましたから、現状のところの特徴に関しては2章に入ってきて、3章
は、もう既に構想になっているという感覚でおられるわけですかね。

○宮澤地域医療構想担当課長 第3章の区域ごとの記述ですけれども、この後、区域ご
との状況についてご説明をさせていただきますけれども、そういったポイントになる、そ
れぞれの区域の現状でございますとか、そういったものを書き込んでいくということ
を考えております。この後、ご説明させていただきたいと思
います。

○猪口部会長 おわかりになられたでしょうか。

では、とりあえず、この部分に関しての質疑を問うという形は終わりにしまして、次
に参りましょうか。

次は、「東京都地域医療構想に係る意見聴取の場」の開催予定と各構想区域の状況に

ついて、説明をお願いしたいと思います。量が多いということですので、まず、区部のほうから一度説明をしていただいた上で、質疑応答という形にしたいと思います。よろしいでしょうか。

(了承)

○猪口部会長　じゃあ、事務局、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、資料4-1をごらんください。既にスケジュールのところでご紹介をさせていただきましたが、第2回の「東京都地域医療構想策定に係る意見聴取の場」を構想区域ごとに開催させていただきたいと思っております。

1 1月の下旬からスタートをさせていただきますが、内容といたしましては、まず一つ目、地域医療構想に関する情報提供といたしまして、全圏域同じ内容で、地域医療構想に関する理解を深めていただくものでございます。地域医療構想に関する基本的な考え方で、前回説明会をさせていただいたときに質問の多かった事項等、例えば、病床機能報告と推計の違いなどについてご説明をさせていただきたいと思っております。また、本部会の検討状況の報告等も、あわせてさせていただきたいと考えております。

2 点目といたしましては、その構想区域の現状と将来の必要量の国から出されている推計等について、その構想区域をクローズアップいたしまして、データから概観いただければというふうに考えております。こちらは、構想区域ごとにデータの内容が変わることになります。具体的な内容といたしましては、病床機能報告における状況と構想区域内の医療機関の状況、また、人口推計や患者数の大まかな推計、将来の病床数の必要量、流出入の状況など、本部会でもたびたびデータで示させていただいているものですが、当該構想区域のデータをお示しさせていただければと考えております。

また、この意見聴取の場において、何を主な論点とするかというところがございますが、地域において、機能分化と医療連携を進めていく上で、現場の皆様が課題と感じられていることということ論点をさせていただきたいと考えております。

開催日は、記載のとおりですので、割愛させていただきたいと思っております。

参加者につきましては、第1回の説明会時と同じではございますが、都内の全病院、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、区市町村等となっております。

その他の記載でございますが、先ほど既にスケジュールでも触れさせていただいておりますが、病院につきましては、第2回は都内全病院を対象に実施をさせていただきまして、3回目以降につきましては、病院についても代表者を選定いただき、代表者会を中心に実施をさせていただくと。また、必要に応じて、全体会もあわせて実施させていただければと考えております。

4-1の説明は以上になります。

続きまして、委員のお手元に配付をさせていただいております黄色のファイルの見方を、資料4-2に入る前にご紹介をさせていただきたいと思っておりますので、お手元の黄色

のファイルをお出しいただけますでしょうか。本資料は、今後、地域の意見聴取の場で活用することを検討している資料となっております。

黄色のファイルの右下、ページ番号1をごらんください。区中央部の2013年の病床数と、2025年必要病床数を比較した資料となっております。掲載している数値等は、既にこの部会でもお示しさせていただいているものではございますが、改めてグラフ化したものでございます。

左上の3本の棒グラフをごらんください。一番上は2013年の施設所在地ベース、つまり現在の一般・療養の既存病床数を高度急性期3,000点以上、急性期600点から3,000点といった、医療資源の投入量で切り分けて推計をしたものとなっております。真ん中は、2025年の施設所在地ベースで、2013年対比で6.8%増加と。一番下が2025年の患者住所地ベースで、施設所在地ベースと患者住所地ベースとの比較をいたしますことで、7,000床を超える流入が発生しているというところがあるようにしてございます。

これらを分解して、機能ごとに掲載させていただいているものが、下段の四つのグラフとなっております。例えば高度急性期をごらんいただきますと、施設所在地ベースで、2013年の推計では3,003床のところ、2025年の推計に向けては3,297床と、9.8%の増加となっております。2025年の患者住所地は1,133床でございます。患者住所地との比較では、2,164床分の流入超過となっております。

では、この2,164床分の流入が多く発生しているというのが、具体的にはどういう状況かというのを示したものが、1枚おめくりいただきまして、右下、ページ番号2の掲載になります。

左上の高度急性期をごらんください。患者住所地ベース、医療機関所在地ベースと四角囲みで記載がございまして、その間のところをごらんいただきますと、1日当たり1,980人の患者さんが流入、また、357人が流出しているということの記載がございまして、その差し引きの結果として、1,623人分が流入超過となっているという形になります。さらに、その患者さんがどこから来ているのかの上位を見ていただきますと、区東部、区東北部、区西北部という順番になります。また、流出している患者さんがどの圏域に行っているのかという形になりますと、区西部、区西南部、区西北部という順になるという、そういった見方をさせていただければと思います。

委員のお手元のファイルには、以下、同様に12圏域分ございますので、部会資料としての配付ではないのですけれども、参考資料として、適宜、ご参照いただければと考えております。

それでは、資料4-2の説明に移らせていただきたいと思います。

順番が前後してしまって恐縮なのですが、4枚目、右肩4/4の右半分のところをご覧いただければと思います。こちらには、後ほど4-2の資料のご説明の中で、「東京都の平均と比較し」といったような表現が多く出てきますので、こちらに平均値、記載

がございますので、あわせてご参照いただければというふうに思っております。

それでは、1枚目にお戻りいただきたいと思っております。資料4-2、1枚目ですが、構想区域（区部）の状況の1枚目となります。

まず、横に構想区域名が並んでございまして、縦に項目が並んでおります。項目は順に、現在の人口、それから2番目に社会保障・人口問題研究所の将来人口推計、こちらはグラフの記載がございますが、こちらは島しょ以外、他圏域との比較をしやすいように、縦軸も同じ目盛幅を使用しております。3番目に、65歳以上の受療率。4番目に、患者調査から得られる入院患者数を推計人口で引き伸ばした、簡易な医療需要推計を記載しております。5番目に推計患者数。ここでは、この構想区域の医療機関で診療している患者さんの特徴というのを把握するために、医療機関所在地ベースを利用しております。こちらに挿入している表は、4機能別に、流入・流出どちらが多いのかというのを記載したものとなっております。括弧書きで記載をしているものは、差し引き後の患者数となります。最後に、6番目ですが、医療資源の特徴ということで、特定機能病院や救命センターの配置状況や、病床機能報告で報告された入院基本料等の集計から算出した病床数の状況などを記載してございます。「人口10万対の病床数」という記載が所々あるのですが、療養病床のみ、「高齢者人口10万対」となっているので、ご留意いただければと思っております。

では、前置きが長くなりましたが、構想区域ごとに下線を引いた箇所を中心に、かいつまんでご説明をさせていただきたいと思っております。

まず、区中央部をごらんください。区中央部は、区部の中では最も人口が少ない圏域となっております。人口推計は、2025年を越えても、2040年に向けて65歳以上人口が伸びていく予測となっております。4項目めの2010年対比の医療需要のところをごらんいただきますと、この人口の伸びに引きずられるように、65歳以上の医療需要の増加率が、2025年以降も急激に高まっていくというところがございます。また、5項目め、推計患者数の欄でございまして、高度急性期相当の患者を非常に多く受け入れているというのが特徴でございまして、急性期・回復期も同様に多い状況となっております。ただし、回復期につきましては、流入が多い一方で、区東北部に流出しているという状況もございます。慢性期につきましては、自己完結率が21.4%、つまり8割が流出しているということになりますが、流出先は区部の隣接圏域が多い結果となっております。6項目め、医療資源の特徴は、ご案内とおりでございますが、六つの特定機能病院が集積する地域となっております。回復期リハ病床は、人口10万対で東京都平均の6割と、少ないというところがございますが、先ほど回復期相当の患者の受け入れが多い一方で、区東北部への流出があるということをご説明いたしましたが、高度急性期・急性期から引き続いて入院している患者さんが多くいらっしゃる一方で、回復期リハ等については、東北部に一定程度流出していると考えられるかと思っております。

続きまして、区南部の状況についてご説明いたします。区南部につきましては、人口

推計によると、2025年時点の人口構成が東京都平均に非常に近く、0から14歳が大体10%程度、15から64歳が65%程度、65歳以上が25%程度という形になっております。5項目めの推計患者数を見ていただきますと、高度急性期から回復期相当の患者さんの自圏域の完結率がいずれも75%前後と高くなっておりまして、流出と流入も発生はしておりますものの、おおよそ同数程度、つまり流出した分と同じぐらいの流入した患者さんがいらっしゃるという形になっているため、表の下段に記載をしております括弧書きの流出入の差し引き数値につきましては、いずれも比較的小さな数値となっております。また、特に区西南部との間では、全ての機能におきまして流出・流入が発生しております、先ほどの参考資料などをあわせて見ていただくとよいかと思うのですが、流出・流入ともに、全部の機能で上位3圏以内に西南部が出てくるところが確認できるかと思えます。

では、続きまして、区西南部に移りたいと思います。4項目め、医療需要のところでございますが、先ほどの区中央部と同様に、高齢化による医療需要の増加が、他の圏域よりも少し遅いといえますか、2010年対比の65歳以上の医療需要増加率は、2025年以降に急激に高まる形になります。5項目めのところをごらんいただきますと、推計患者数の欄ですが、高度急性期から回復期につきまして、区南部同様、流出患者数と流入患者数が同じぐらいの数なので、差し引き数としては小さくなりますが、差し引き前の流出患者・流入患者の実数（人数）は多いため、自圏域完結率は、区の南部よりも少し低いという状況になってございます。また、区南部、区西部との間で、おおむね全ての機能において、一定程度、患者さんの流出・流入が生じている状況です。

続きまして、区西部についてご説明いたします。区西部につきましては、総人口が2015年ごろにはピークを迎えまして、その後、減少に転じる予測となっております、区部では、区東北部について早い人口減少となります。5項目め、区中央部に次いで、高度急性期の患者さんを多く受け入れております。また、区中央部との間では、高度急性期から回復期で、流出・流入ともに患者さんの動きがあるという状況でございます。また、6項目めの医療資源のところを見ていただきますと、やはり区中央部について、特定機能病院が多い地域であり、高度医療が多く提供されている区域となります。

1枚おめくりいただきまして、区の西北部についてご説明をしたいと思います。区西北部は、全ての構想区域の中で最も人口の多い地域となっております。2025年の65歳以上人口の割合も、区部の中で最も高いという状況です。4項目めの医療需要のところですが、2010年対比の75歳の医療需要増加率が、区部の中では最も高くなってございます。5項目め、4機能全てにおきまして流出超過となっておりますが、その一方で、高度急性期から回復期まで、埼玉県からの患者さんを受け入れているという状況がございます。最後の医療資源の特徴といたしましては、病院数が最も多い圏域となっております、区部の中では、療養、障害、特殊疾患の病床、つまり国の推計上、慢性期となっている病床が多くございます。

続いて、区東北部です。区部では最も早く人口減少局面に入るという予測がされている地域でございます。4項目めでございますが、総医療需要の増加率が、全構想区域の中では最も低い予測となっております。5項目め、推計患者ですが、高度急性期から回復期までで、流出超過で、流出先はいずれの機能も区中央部、区東部、区西北部となっております。逆に慢性期のところでは、この3圏域から患者さんを受け入れているという形になっております。ただ、慢性期は、流出数も相当数ございまして、埼玉、千葉、区西北部への流出が見られます。

最後になりますが、区東部でございます。区東部は、2025年時点の65歳未満人口、つまり高齢者以外の方の層のところの割合が、全構想区域の中で最も高くなっております。そのため、4項目め、15から64歳の医療需要が、2040年においても2010年と同等程度あるというような圏域になります。5項目め、推計患者のところでございますが、4機能全てで流出超過となっておりますが、区中央部、区東北部、千葉県との間におきまして、おおむね全ての機能で流出入が生じております。

区部の状況は以上となります。

○猪口部会長 ありがとうございます。

かなり膨大なデータなのですけれども、何かご質問ございますでしょうか。

河面委員。

○河面委員 区中央部に関してちょっとお尋ねしたいんですけど、一般的に見て、区中央部に回復期の流入が多いというのは、常識的にはちょっと考えられないと思うんですけど、これはさっきの説明ですと、要するに急性期に流入した患者さんを、そのまま回復期病床に移った方も、要するに流入とみなしているということですね。

○水澤地域医療構想担当課長代理 必要病床数等推計ツールで出される国の推計上の数値という形になりますので、例の点数で600点から3,000点といった、点数のところで区切った場合、国の推計上はこういった流入数になるという結果になっております。恐らくは高度急性期から回復期まで、実際には入院患者さんは病棟を動くわけではなくて、たまたま国の計算上の点数で切った場合に、回復期、同じ患者さんが入院の何日目かまで、ずっと同じ病棟にいらっしゃる場合には、一つの病棟でも点数で高度急性期から回復期として計算しますので、そこが流入しているというふうに、国の推計上は出てしまう形になります。

○河面委員 要するに、他の区部から流入しているというふうな、そういう考えではないということですよ。

○水澤地域医療構想担当課長代理 国の必要病床数等推計ツール上ですと、患者さんの1入院を点数で区切って延べ日数で見ていくという、あの形になってしまうと、他の圏域から流入しているという計算になってしまいます。

○河面委員 はい。わかりました。

○猪口部会長 本当に混同してしまうのですけれども、やっぱり医療需要推計のほうは点

数でやっているのです、だから河面委員の言うように、回復期になったからこっちに来たという話ではなくて、高度急性期、もしくは急性期の段階で、こちらの中央部にいて、区中央部に流入があって、その患者さんが回復期に移行していくというだけの話なのです。混同しやすいのは、回復期という言葉が、やっぱり回復期リハビリテーションという病棟があって、その病棟に関して言うと、高度急性期・急性期内の急性期治療が終わった後、回復期に転院していくという現実の姿と、本当に混同してしまうというのがあります。だから、この辺、本当にわかりづらいので、何とかしてもらいたいなとは思いますがね。

それと、わかりづらいことついででちょっと話をすると、流出入の話は、これは医療機関所在地ベースと、それから患者住所地ベースでやっていますよね。これ、流出入は人ではなくて床ですよね。2025年の推計の中で、流出入は、何床分流出入しているというはずですから、そここのところがわかりやすいように説明したほうが良いような気がするんですよ。どうでしょう。

○水澤地域医療構想担当課長代理 医療需要推計に関しましては、一旦は、国の推計上も、患者さんの数として推計がされまして、それを病床稼働率で割り返す形で、病床数という形になります。最終的には、部会長がおっしゃるとおり、必要病床数として記載する際には病床数の扱いとなりますが、この資料で記載をさせていただいたのは、病床稼働率で割り返す前の1日あたりの患者数の計算としてございます。

○猪口部会長 そうですか。そうすると、例えばこっちのファイルに載っているところの区中央部のところで、こちらのほうは、流出入、一番上の3本の棒グラフのところで、流入超過7, 226床分と書いてある。この床分はきちんと床分で、こちらのほうのそれぞれの区域ごとに言っている流出入どうのこうのというのは、これは人数で、もう、じゃあ、その稼働率は計算を全部されて、正確な表現になっているということですね。わかりました。

ほかにいかがでしょうか。

久岡委員、どうぞ。

○久岡委員 今のお話の続きですけど、ちょっといろいろ資料を見てもよくわからないんですけど、2013年のこの黄色のファイルで、区中央部で、2025年に、今お話のありました2, 160.3床分流入超過という、2025年の推計はありますが、2013年では何床ぐらい流入超過かというデータはありますか。

○水澤地域医療構想担当課長代理 国の必要病床数等推計ツール上、2013年の患者住所地のデータが出ない形となっております、流出入については、2025年の推計数値のみとなっております。

○久岡委員 ありがとうございます。

ですので、結局、そここのところがごっちゃになっていて、何か突然、病床がこんなになっちゃうんじゃないかというような、おもしろおかしく書く人もいるので、その辺の

ところは、わかりやすくしていただくとありがたいかなと思います。

○猪口部会長 要望ということで、よろしくをお願いします。

ほかに何か質問ございますでしょうか。

(なし)

○猪口部会長 じゃあ、そのまま続けて、多摩のほうの話が続けていただいてよろしいですか。

○水澤地域医療構想担当課長代理 それでは、多摩・島しょの構想区域の状況についてご説明をしたいと思います。資料4-2の3枚目をごらんください。

まず、西多摩になります。西多摩は、多摩地域の中で最も人口が少ない地域となっております。相対的に高齢者の全人口に占める割合が増加していき、2040年には37.7%となる予測となっております。5項目めでございますが、推計患者数につきましては、慢性期で他圏域から多く流入をしてございまして、区域外の住民を診ている割合が60%を超えるという形になります。回復期・慢性期につきましては、西多摩に住んでいる患者さんが西多摩の医療機関で医療を受けている割合、自圏域完結率でございますが、それは、8割を超えてございまして、他の構想区域と比較して最も高く、慢性期につきましては、自圏域の患者さんを診た上で、他圏域からの流入を多く受け入れているということがわかるかと思えます。高度急性期・急性期も、比較的、自圏域完結率が高い構想区域でございまして、流出入につきましては、4機能全てにおいて、流出先も流入元も、北多摩西部が多くなっているという状況でございます。6項目め、医療資源の状況といたしましては、療養病床の高齢者人口10万対の病床数は、医療療養病床、介護療養病床ともに、平均よりも非常に高い数値となっております。平成25年度の医療施設調査によりますと、病床利用率は93.4%と高くなってございまして、平均在院日数は245日と最も長い圏域となっておりますが、こちらは介護療養病床の数の多さが寄与しているものと考えられるかと思えます。また、人口10万対の精神の病床数も多い圏域となっております。

続きまして、南多摩でございます。南多摩につきましては、多摩地域の中で、今度は逆に最も人口の多い圏域となっております。75歳以上の人口の急激な増加に伴いまして、4項目めの欄をごらんいただきますと、75歳以上の2010年対比の医療需要増加率が突出して高い結果となっております。2040年には、2010年の2倍を超えるという予測となっております。5項目めの推計患者数につきましては、慢性期相当の患者を多く受け入れてございまして、都内の医療施設における慢性期相当の患者さんの15.8%を受けて入れているということになります。4機能全てにおきまして、神奈川県との流出・流入が発生してございますが、高度急性期から回復期については流出超過、慢性期につきましては、流入超過となっております。他県との関係ですと、他の構想区域では、高度急性期などは流入で、慢性期は流出という傾向が主なのですけれども、南多摩と神奈川県の関係で言いますと、逆になっているというところが特徴かと

思います。急性期から慢性期につきましては、南多摩に住む患者さんが南多摩の医療圏で入院している割合（自圏域完結率）が比較的高くなってございます。6番目の項目ですが、医療資源の特徴を見ますと、医療療養病床が高齢者人口10万対で東京都平均の1.4倍となっております。西多摩よりは低い値となっておりますが、人口規模が異なるため、高齢者人口10万対ではなく、実病床数では南多摩が多い状況となっております。障害や特殊疾患の入院基本料を算定している病床も多い結果でございました。

続きまして、北多摩西部になります。北多摩西部につきましては、2025年時点の推計人口の構成が、0から14歳で10.6%、15から64歳で62.7%、65歳以上で26.7%という形になっておりまして、この人口構成が北多摩北部とほぼ同じ構成となっておりますが、75歳以上の人口の伸び率が10ポイント以上大きくなっております。5項目めですが、推計患者数の欄でございまして、全ての機能で流出超過となっておりますが、他県への流出割合は、他の構想区域と比べて少ないという状況でございまして、6項目め、医療資源の状況でございまして、南多摩同様、障害や特殊疾患の入院基本料を算定している病床が、人口10万対で東京都の平均よりも高い状況となっております。

続きまして、北多摩南部でございまして。北多摩南部については、5項目め、推計患者数のところでございまして、多摩地域では唯一、高度急性期が流入超過の圏域となっております。高度急性期から回復期相当の患者さんは、流入元が北多摩西部、北多摩北部、南多摩といった、多摩地域となっておりますが、流出先は区西南部や西部、中央部といった、区部が多くなっております。6番目の項目、医療資源の状況でございまして、特定機能病院が1施設ございまして、医療療養病床の高齢者人口10万対の病床数が多摩地域では唯一都平均を下回るなど、多摩地域の他の構想区域とは少し異なる状況にございます。

それでは、1枚おめくりください。

北多摩北部になります。北多摩北部は、5項目め、推計患者数につきましては、全ての機能において、埼玉県との流出・流入が発生してございまして、高度急性期から回復期については流入超過、慢性期については流出超過となっております。医療資源の状況につきましては、平成25年度の医療施設調査によりますと、医療療養病床の病床利用率が非常に高くなっておりまして、95.7%となっております。医療療養病床、障害、緩和ケアなどの入院基本料を算定している病床数が、人口10万対で都平均よりも高くなってございます。

最後に、島しょ部についてでございまして。島しょは人口が少ないので、人口推計のグラフの縦軸のところは、他の構想区域とは異なる指標を用いておりますが、人口減少が進んでいく予測というのが見てとれるかと思っております。高齢化の進展が顕著でございまして、2040年時点で、65歳以上人口の割合が39.9%、およそ4割にまで達するという予測でございまして、推計患者につきましては、流出患者の多くが診療支援病院の

ある区西南部へ流出しているという状況でございます。

多摩地域と島しょのご説明は以上となります。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

以上の多摩・島しょについて、質問ございますでしょうか。全体を通しての質問でも結構です。区から始まって、多摩・島しょまで。

素直な感想を言うと、区の説明があった後、いきなり西多摩に行って、西から東に戻ってくるというのは、何か地理的にいろいろ想像するのに、想像しづらいのだけど、歴史的にこういう順番になっちゃっているからしょうがないのかもしれませんが、この順番、東京全体を考えていくときに、地理的なことを考えやすいようなものでもいいような気がするんだけどね。この区南部、北多摩南部ってどこだとか、いろいろ考えながら聞かなくちゃいけないというのは大変ですよ。

どうでしょうか。何か質問ございますでしょうか。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 それぞれ正確な数値を出していただいて、ありがとうございました。

慢性期についてなんですけども、これはパターンBということなのですか、それとも全体を含んでいるのですか。

○水澤地域医療構想担当課長代理 パターンBを使用させていただいております。

○伊藤委員 そうですね。そうすると、次の資料にもあります在宅ですよ、在宅医療に関する、何らかのここに数値を載せられることはできないのかということなのですけども、いかがでしょうか。

○水澤地域医療構想担当課長代理 国の推計ツール上、国の推計の仮定として、例えば療養病床の区分1の7割を在宅にといったような、国の仮定の入ったものであれば、お示しすることは可能でございます。

○伊藤委員 ちょっと在宅までいくと範囲が広がってしまって非常に大変なんですけども、結局、東京近辺は高齢者がふえてきて、在宅とか介護施設、地域包括ケアとの関連を少し含みに残すようなことがこの報告書で書ければ本来はいいのかなと思いましたが、ちょっと発言いたしました。

○水澤地域医療構想担当課長代理 ありがとうございます。今後、資料のほうにも追記させていただきます。

○猪口部会長 ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

今までかなりデータの報告がありましたので、それを表にまとめていただいて説明を受けているという印象ですから、そんなに違和感は皆さんないのではないかなとは思いますが。こういう、この表のまとめ方が、今度、構想のいろいろ章立ての、先ほどのいろいろあった説明のところの書きぶりに大体なっていく。

○宮澤地域医療構想担当課長 現状のベースになる部分とだけいただければと思います。

○猪口部会長 予測が入っていますが、一応、これを現状として捉えてということですね。

いかがですか。よろしいでしょうか。なければ、次に進んでよろしいですか。

加島委員、どうぞ。

○加島委員 意見聴取の場の開催という内容ですので、ちょっと私から発言させていただきたいのですが、私は国保連の代表ということで出ているのですが、東京都の保険者協議会の会長ということで、東京の医療保険者の代表として出ているわけですが、今回、医療法が改正されて、東京都が医療計画を作成する場合は、保険者協議会の意見を聞くということになっているわけです。法的にはですね。保険者協議会においても、この地域医療構想を検討する部会を中に設置いたしまして、協会けんぽですとか、共催組合とか、健康保険組合の人たちが入っているわけですが、今後、骨子、素案の検討に当たりましては、この部会で検討した内容を地域医療構想策定部会で私のほうからいろいろ発言させていただきますので、ご意見をいただければというふうに思います。

また、今ありました地域ごとの意見聴取の場でも、私どもの保険者の代表も参加しますので意見交換ができればというふうに思っております。法的な責務もありますけれども、特に協会けんぽなんかは自治体といろいろコラボして健康推進のいろいろな仕組みを世田谷区ですとか、品川区、葛飾区なんかでいろいろやっていますので、今回の地域医療計画に職域保険等、地域保健の連携協力というような面からもいろいろ発言、意見交換をしたいということで、いろいろ私どものほうに意見が入ってきております。また、あわせて協会けんぽなんかは全国で3,600万人の被保険者がいて、そのデータもかなりレセプトデータなんかも持っていますので、それらなんかも活用させていただいて、いろいろこの意見交換の場で発言できたらというふうに思っていますので、つけ加えさせていただきます。よろしく願いいたします。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございます。それぞれの意見聴取の場、調整会議の場といったところでぜひご発言よろしく願いいたします。ありがとうございます。

ほかにどうでしょうか。ありますでしょうか。安藤委員どうぞ。

○安藤委員 伊藤委員からもちょっとお話がございましたが、慢性期の部分は現在国においても検討会等で議論がなされており、微妙な部分があると思います。例えば、介護保険の療養病床が2018年の3月31日までで一応廃止と言われてますし、また、医療保険の療養病床でも看護師さんが少ない25対1に関しても、これも廃止と言われています。

また障害者医療施設においても、来年の診療報酬改定の中では、例えば脳卒中の意識障害の方が除外されるようなことも言われています。そうすると、さまざまな状況によって今後また大分風景が変わってくる可能性があるのですが、この辺をきちっと押さえておく必要があると思います。特に東京の特殊性としましては、例えば介護保険の療養病床の廃止に向けて、そのベッドを居住系の施設にしていけばいいのではないかとということが

国の検討会でも議論されていますが、東京においてはハード面の面積基準という問題もあります。他県のように国の決めた基準での転換ができないということになると、その時点で討ち死にというような状況もできると。そうするとこの病床数にも影響しますし、また在宅への移行にも影響するということがありますので、その辺を十分慎重に検討をしていく、あるいは東京独自のオリジナルをもってさまざまな規制緩和を行っていくなど、複合的な政策を考えるべきではないかと思うので、ぜひとも考慮をお願いいたします

- 猪口部会長 今の意見として、先ほどの章立ての中でいうと、多分施策のところにいる加えなくちゃいけない内容、それから構想の中にそういう部分をどういうふうに表現していくか。施策ではどうしても実現できないような構想というものをつくってしまうとうまくいかないですから、またそのときにまたご発言お願いします。事務局も聞いていて、そういうのを取り入れられるような機会をぜひお願いします。

ほかに。よろしいですか。石川先生どうぞ。

- 石川委員 今、猪口先生のほうからもお話があったのですけれども、できましたら、各地域の中で意見聴取の場でお話を聞いていただく場合には、やはり2013年現状のところの状況があつて、それに対して2025年の需要の変化というものがあることを示す必要があります。今回の資料でござんいただいた中でも、高齢者を中心に、例えば2倍とか、非常に大きな需要の増加が見込まれるところがございます。ですので、今後、最終的に構想の中で目標の病床数を設定していく上では、推計値どおりに本当にこれができるのか、それとも推計値と現状の間のどこに落としどころがあるのかみたいなどころの現場の感覚というか、現場の意見というものをぜひ聴取しておいていただくといいんじゃないかなというふうに思います。状況によりましては推計よりも先に行つて、より積極的にやらなければいけないことというのも出てくるかもしれませんし、現状と推計のところのどこら辺が地域としては落としどころと感じられるのかという現場の生の感覚の意見が聞けると、聴取の側も非常に後で機能するのではないかなというふうに思います。

- 猪口部会長 何か調整会議での使い方というか、調整会議の活用の仕方が今何となく見えてきた感じもしますよね。具体的な話だったと思います。

ほかにいかがですか。

なければ、在宅等のことにもかかわってくるのだらうと思います。最後に報告事項が1点ありまして、本部会でも地域包括ケアシステム構築の重要性がたびたび議論されているところですが、東京都では在宅療養推進会議というのを設置しまして、都民が身近な場所で安心して適切に在宅療養を受けることができるよう検討を行っているところです。既にさまざまな取り組みにつながっていますが、その中で、東京都が実施した区市町村との意見交換会の内容について報告を受けたいと思います。事務局より説明をお願いいたします。

○新倉地域医療担当課長 地域医療担当課長の新倉でございます。

報告事項、在宅療養の推進に関する二次保健医療圏における意見交換会についてご説明させていただきます。

お手元資料5をごらんいただきたいと思います。

左側に1番として目的とございます。この意見交換会を開催した目的についてでございます。

大きく二つございまして、一つ目がこの地域医療構想の検討に当たりまして、その中の在宅療養の推進に関する部分、ここについての意見交換を行うということ。

2点目といたしましては、介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業、これの取り組み状況について、東京都及び各区市町村間での情報共有を行うというものでございます。

この在宅医療・介護連携推進事業、少し別添資料を用意しております。2枚おめくりいただきまして、同じ資料5の3/3を少しごらんいただきたいと思います。

こちら昨年成立いたしました医療介護総合確保推進法、こちら一括法でございましたが、その中の介護保険法の改正に関する部分の一つの項目でございます。在宅医療・介護連携推進事業というものの規定が新たに位置づけられたというものでございます。すぐ下に囲みの中に丸が幾つか説明書きがあります。二つ目の丸でございますが、この事業について、介護保険法の地域支援事業に新たに位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組みむというもの。その下の丸では、実施可能な市区町村は平成27年4月から取り組みを開始し、平成30年4月にはこれはもう全ての市区町村で実施することとなったものでございます。その下の丸にございますとおり、各市区町村は原則として（ア）～（ク）この項目全ての事業項目を実施することとされました。この（ア）～（ク）の八つの項目はその下、資料下半分のところに示されているものでございます。在宅医療・介護の連携を推進するためということで、この例えば（ア）地域の資源の把握から、右下（ク）まで在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携まで、全ての項目を区市町村は平成30年4月には全部実施することとなったわけでございます。

少しまた資料の1枚目にお戻りいただきたいと思います。左側の真ん中に2番として実施日程とございます。9月4日、区西南部の意見交換会を目黒区役所の場所を借りまして実施をいたしました。ここを皮切りに一番下10月20日、区東部の意見交換会を墨田区役所で実施しました。約1カ月半かけて実施をしたところでございます。

その下の点線の囲みの米印の3番にございますとおり、島しょ地域につきましては別途開催予定ということで、今月下旬に開催を予定をしております。

この意見交換会で出た内容でございますが、右側半分、3の実施内容のところでございます。（1）といたしまして、地域医療構想についての主な意見等というところでございます。地域医療構想については、我々東京都のほうから、その時点の地域医療構想

の検討状況についてご説明させていただいた後意見交換を行いました。どちらかという
とまだ意見交換というよりかはさまざまな質問を受けたことということが多い状況でござ
いました。中でも、特に印象に残ったところをポツで三つございますが、例えば2番
目のポツのところでは、中小病院、これを地域包括ケアシステムの中でどう位置づけて
いくかということが一つの大きな課題であるといったような意見。またその下のポツで
は、国から提供されました在宅医療等の医療需要推計、こちらは同じく先ほど四つの医
療機能とあわせて在宅についても医療需要推計が出されているわけですけれども、二次
保健医療圏ごとで算出をされております。このため、区市町村からは区市町村ごとの数
値がわからないと、なかなかそのデータを区市町村の施策に実際に活用していくという
のがなかなか難しいといったような意見が多数でございました。

そしてその下(2)番、先ほどご説明したアからクまでの項目の部分の取り組み状況
についての意見交換です。一つ目といたしまして、ポチにございますとおり、まず現状
把握と目標設定というところでは、先ほどなかなか国から提供された医療需要推計が区
市町村別がないという状況ではございますが、このあたり将来の需要量、供給量につい
て独自の方法で分析している区市町村も幾つかございました。また、それらがまだ全く
手つかずという区市町村についても、その分析をしていくことの重要性については共通
した認識というところでございます。

また、その下のポツ、在宅医療・介護連携推進事業の実施に向けた考え方ということ
で、先ほどアからクの八つの項目全てを区市町村は平成30年4月には全部の項目を実
施しなければならないということになったわけではございますが、そうしますと、とにか
く区市町村においてこのアからク、とにかく全てを実施すること自体が目的となっ
てしまふ部分がございます。とにかくやっているやっていないということ、丸はどうやれ
ばつくのかということになってしまふわけですが、それではなく、やはりこのアから
クというそれぞれの取り組みについては、在宅療養推進のための一つの手段として使っ
ていくのだということが、そういうことを認識して取り組んでいくことが必要なのでは
ないかといったようなご意見がございました。

また飛びまして一番下、東京都への要望というところでは、特に他の区市町村の取り
組みについて情報提供してほしい。自分の区の取り組みはもちろん当然わかっているに
しても、ほかの区市町村がどんなことをそれぞれの項目の中でやっているのか、そうし
たことについて情報提供をしてほしいといったご要望。また、今回のような二次保健医
療圏ごとで複数の区市町村が集まって意見交換を行った、こうした場を今回に限らず今
後も開催をしてほしいといった要望が多数ございました。

在宅につきましては、やはりその事業の実施主体が区市町村ということもあって、な
かなか複数の区市町村が集まった情報交換の場、意見交換の場というのは少なかったわ
けでございますが、そうしたことへの要望が多数出ていた状況でございます。

1枚おめぐりいただきまして、同じ資料5の2/3の部分でございます。こちらが先

ほどのアからクまでについて現在の取り組み状況を集計した結果となっております。左側にアからクが並びまして、右側にそれぞれの実施、未実施の割合を記載してございます。見ていただきますと、（ア）の資源の把握、また（イ）課題の抽出と対応策の検討、こちらについてはおおむね実施率が現在も既に高い状況になっている部分でございます。一方、その下の（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、これ具体的には国の示した取り組み例ですと、地域において主治医、副主治医制の導入であるとか、また後方支援病床の確保といったことが事例として挙げられているものでございます。こうしたものや（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援、こちらも取り組み例ではICTを活用した地域での医療・介護の多職種の情報共有といったものが挙げられております。

飛んで（キ）片仮名キの地域住民への普及啓発、また一番下の（ク）関係市区町村の連携、こうしたところが実は実施率がまだまだ低いというような状況でございました。

ただ、最後の片仮名クの部分につきましては、今回、二次保健医療圏ごとに複数の区市町村が集まって意見交換を行っておりますので、今回の実は開催をもって、実はこれはもう東京都としては100%に一回なったという認識は持っているのですけれども、現在この回答状況からすると、まだ実施前のものも含めて26%というようなところでございました。

なお、今回は東京都並びに区市町村ということでの意見交換を行いましたが、これとは別に、在宅に関しましては都全域を対象といたしまして、区市町村、全ての区市町村、また都内の全ての地区医師会の方々に参加をいただいている連絡会のほうを年2回開催をいたしまして、各地域の取り組みについて情報共有をしているところでございます。

簡単ではございますが、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。ちょっと最初に僕質問、この意見交換会の出席者はどういう方たちだったのでしょうか。
- 新倉地域医療担当課長 出席者につきましては、各医療圏ごとの区市町村並びに東京都側が我々医療政策部、さらには高齢社会対策部、多摩地域につきましては東京都保健所も参加をさせていただいております。
- 猪口部会長 ということは、行政の方たちだけで行ったということですね。
- 新倉地域医療担当課長 はい。
- 猪口部会長 どうもありがとうございました。

何かご質問ございますでしょうか。山口委員どうぞ。

- 山口委員 グランドデザインの中で、地域包括ケアシステムをつくっていくということを中心に強調しているわけですね。今のお話の中で、在宅の会議の中で、地域医療構想についての意見で地域包括ケアシステムを進めるといっても触れておられますが、意見の中で。特に中小病院をどう位置づけるかということが意見として出たということは非常に大事だと思うのですが、やはり現在やっている地域医療構想の部会でのあれは、

病院の機能をいろいろどのくらいの数が必要かということを出していますが、それとこの在宅での中小病院の活用というのをぜひとも考えていただきたいというふうに思います。

それからもう一つ、地域包括ケアシステムのあり方検討会議というのが開かれていると思うのですが、その内容について今度教えていただけないでしょうか。今は在宅の話が出て、地域医療構想で病床の数を言っていると。先ほど地域包括ケアシステムについての検討会議があるということですので、それについてもちょっと情報をいただければありがたいなと思いますけれども。

○猪口部会長 いかがでしょうか。

○新倉地域医療担当課長 これにつきまして今年度立ち上げた検討会議、委員ご発言のとおりにございます。先日、その中間のまとめ等が出されておりますので、それについてまた次回以降情報提供をさせていただければと思います。

○猪口部会長 よろしいですか。ほかにどうでしょう。進藤委員どうぞ。

○進藤委員 回復期とか病院ということではなくて、西多摩という地域で考えたときに、これを各市区町村ごとにとというのは、檜原村とかは1医療機関しかないし、日の出町は4医療機関しかないし、そこで主治医、副主治医制というのはやっぱり非常に難しいと思いますね。ですから、今回、二次医療圏という考えではなくて、事業区域とかという考えを持っていますので、そういう考えを持って少し対応していただいたほうがいいかなと思っています。

○猪口部会長 どうですか。

○新倉地域医療担当課長 委員おっしゃるとおり、区市町村、地域ごとに状況がさまざまでございます。委員のおっしゃった、特に西多摩地域につきましては、その資源も含めて特に市町村単位だけということではなく、少し複数の市町村で連携しながら対応ということが十分考えられる部分でございます。意見交換会の中でも、西多摩については、やはりそうしたようなどうやって連携をしながらというところが意見としても出ておりました。

以上でございます。

○猪口部会長 どうでしょう。ほかにありますか。石川委員どうぞ。

○石川委員 今のご意見にもあったのですけれども、何カ所か都ではない県の状況をお聞きしていると、西多摩のような非常に人口が少なくて既に過疎化・高齢化が進んでしまっている地域に関しましては、実は県全体でやはり医師の派遣を考えなければいけないという議論をしているところが多く、かつそのための支援や補助金を基金の中の事業化をしているというところが出てきています。ですので、そもそも西多摩を中心とした二次医療圏単位で考えるということもいいのですが、やはりこの部分はなかなか難しいことなのですが、高度急性期の代表で大学病院の先生方もいらっしゃることで、大学の部分、区中央部からの派遣の部分も含めて、やはり地域医療を支えるというところ

ろは少し議論していただけるといいかなというふうに思っています。ぜひともその要望及び具体的な人数であるとか、これぐらいひとが欲しいというものが出てきますと、これから先基金の事業等に直結した上で構想にも書きやすいと思いますので、ぜひともご検討ください。

○猪口部会長 今の意見、二つ続けてなんですけれども、こういうところが事業推進区域として、それぞれの事業、疾病に対する事業であったり、そういったものに対して個々に、二次医療圏に捉われない、だから構想区域に捉われないでやっていきたいと思いますというのが今までの議論であったわけですから、ぜひともそれを進めていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

ほかにいかがでしょうか。安藤委員どうぞ。

○安藤委員 先ほど山口委員が大変いいことをお話になりました。在宅あるいは介護を考えますと、グランドデザインの中でも医療だけではなくてシームレスな状況で介護まで持っていくということであれば、地域医療構想があるのなら、地域介護構想というのがあって、その地域ごとの各介護サービス機能ごとの必要数というのも今後考えていく必要があるのではないかなと思います。各機能別の病床の数だけではなくて、介護サービスの必要数というのも将来的には算出していかなければいけないと思います。それがさらに大きなグランドデザインとして重要になってくると思うのですが。

○新倉地域医療担当課長 介護サービスにつきましては、各区市町村ごと介護保険事業計画の中でそれぞれのサービス見込み量を出してございます。地域医療構想の策定に当たりましては、そうした介護保険事業計画、東京都で言えば高齢者保健福祉計画全体のものでございますが、そちらと十分整合をとりながら策定するという形でございますので、そのあたり十分そちらとの計画との連動を踏まえてつくっていきたいというふうに考えております。

○猪口部会長 ありがとうございます。今の意見に関係するのだけれども、在宅医療の医療需要推計というものがもしあるのだったら、あるということがあって説明がなされているのだったら、この地域医療構想のところの在宅医療のところにもっと出てきていいんじゃないかな。先ほど伊藤委員からもご質問があったようだけれども、在宅医療の需要推計はどんだんここに出てくるべきではないのかな。どうでしょう。

○新倉地域医療担当課長 四つの機能の国の医療需要推計の第3回的时候ですかね。第3回の部会的时候に四つの医療機能の医療需要及び在宅医療の医療需要ということで、資料としては国から提供いただいた在宅の需要のほうは報告させていただきました。

○猪口部会長 それと同じものなのですね。

○新倉地域医療担当課長 同じです。

○猪口部会長 同じものなのですね。そうしたら、この説明のところにも在宅医療が入ってきてもいいんじゃないのかな。よろしくをお願いします。

石川委員ですか、はい。どうぞ。

○石川委員 猪口の先生から今ご指摘もあったのですが、あくまでも病床数の推計ツール等が出てくる部分の在宅等で追加的に対応する部分というのは、あくまでも現状で見ているものに対して医療施設側から在宅地域包括ケアに移動する部分ですので、在宅療養に関しましては各市区町村ごとに現状でどれだけの患者さんがいらっしゃるのかというのを考えないと、それに地域医療構想で乗っかってくる必要があるということで非常に負担としては大きなものになります。ですので、既に介護サービス資源の把握に関しては92%が出ているということであれば、現状で捕捉されている数に対して、これから先、医療側から介護に移行する部分が例えば2倍いるのか3倍いるのか、ないしは十何%で済むのか、そのバランス感覚を見ていただかないと、先ほどのところでもお話をしました、現状から目標に考えた場合に本当にどこまで行けるのかという前提にかかわってくるのではないかなと思っています。推計の中では、介護療養のところの医療区分1の70%を在宅等に移行するという前提を入れてしまっているのですが、これは非常に厳しい前提だと思っていて、都の場合には数万人単位でそういう方が出てこられるというふうに認識しております。ぜひ各区の方には構想をこのまま進めていくとこれだけふえてしまいますよ、本当にその整備ができるのですかというところをぜひとも確認をとっていただきたいし、猪口先生が言われたように、できれば構想区域での調整、あるいは意見交換のときにも、きちんとあらかじめ情報を出しておいていただいたほうが安全かなと思っています。

○猪口部会長 はい。ありがとうございます。久岡委員どうぞ。

○久岡委員 今、お話がありましたように、この資料5の2/3ページのデータを見ますと、先ほど猪口委員長がおっしゃったように、これは行政側の方々が出た部分でのお話ですね。だから何となく我々は現場とちょっと乖離がある感じがします。それは具体的にどういうことかというところ、我々、今、石川委員がお話になったように、7対1を堅持するために75%以上の自宅復帰率をしないといけない。あるいは最近自宅でみとられたいという患者さんがふえてきている。いろんな現状があって現場はマンパワーが減っている。先ほど言ったように人を大学病院から派遣する必要があるたりいろんなことが出てくる可能性がある。そういういろんな、ちょっと現場の声との乖離が一つあるような気がします。それで、やはりそういうことをやろうと思って、いろいろこれは都ではなくて、やっぱり区の予算でやるわけですから、僕の理解では。ですから、やはり都全体がまとめても、我々のいる中央部の例えば文京区とか、そういうところがそこでやっぱり患者住所地ベースになっちゃうのですね、そこでね。何で文京区がほかから出てくる人の支援をしないといけないのだという話になるので、その数字の把握というものも必要になるんじゃないかというふうに考える。

以上です。

○猪口部会長 今の意見よろしいですか。じゃあ山本委員どうぞ。

○山本委員 先ほどの猪口先生のほうからの、在宅の数も教えてほしいという話なのです

けども、私どもとしましては、どれぐらい歯科の在宅の需要があるかという数が少しわからない部分がありますので、やはりそれぞれの区域でのどれぐらいの数が必要かという話はやっぱり入れておいていただいたほうがよろしいかと思っています。

以上です。

○猪口部会長 ほかによろしいでしょうか。西川委員どうぞ。

○西川委員 こちらの地域住民への普及啓発というところなのですが、ここに一応講演会とかパンフレットとかホームページとかということも挙げているのですが、ふだんの例えば受療行動についての普及啓発でしたらこれでも構わないと思うのですが、やはり介護とか在宅医療とかということだと、もうちょっと地域に密着した地域の特性を反映したような方法を、例えば地域の保健センターなどにもちょっといろいろ協力してもらってそういうことを考えると、町内会とか、そういう自治会のようなところにも働きかけて何かをすること、地域に密着した方法というのももう少し考えていただきたいと思います。

○猪口部会長 いかがですか。

○新倉地域医療担当課長 これはそれぞれ区市町村の取り組み状況ですので、各区市町村が、例えば自治会単位でこうしたミニ集会じゃないですけど、ミニ講和みたいなものを地域ごとにきめ細かく展開しながらというところもございますし、あとはもう少し大きな区全体を対象とした講演会をやったりとか、このあたりはそれぞれ区市町村ごとの創意工夫を凝らしながら、いろんな単位で開催しているところでございます。

○猪口部会長 よろしいですか。

○西川委員 はい。ありがとうございます。

○猪口部会長 久岡委員、西川委員と続いているのは、要するに行政の方たちがここまでやっていますよという話と、現場のほうがちよっと感覚がずれているというところなのだろうと思うんですよ。ですから、ぜひこのこういう会議、いい会議だとは思いますが、現場の方の意見も聞けるような、東京都が聞くという意味において、ぜひやっていただきたいなど。僕の希望ですけど、それは。

時間になってまいりましたけれども、ほかに何かございますでしょうか。河原副部長お願いします。

○河原副部長 最初の資料2と資料3に戻りたいのですが、資料3の下の4、5のところのグランドデザインの議論の話があったと思うのですが、資料2のスケジュールの中に入れていくとしたら非常にちょっと厳しいものがあると思うのですが、少なくともグランドデザインですから、大局を議論する必要があると思うのですが、5の施策に関しては、このスケジュールではちょっと時間切れの可能性もあるので、次期医療計画とこの地域医療構想が一体化するというふうな話でございますので、次期医療計画の策定が平成30年から実施だったら、29年度ですか、あるいは28年の途中ぐらいからやるかもわかりませんが、ちょっと間隔があくかもわかりませんが、もし具体的な施策、

あるいは施策だけ書いても実効性が伴わなければだめなので、その下の事業計画とかというふうなことを考えると、次期医療計画の議論にグランドデザインの特に施策の部分はつなげていく必要があるかなというふうに思っております。

- 猪口部会長 実効性を考えると、ということのご意見、貴重なご意見だと思いますが、いかがでしょう。そういうふうにつながるような形のスケジュールを考えていただけるかどうかということですが。
- 宮澤地域医療構想担当課長 施策の方向性については最大限書き込みたいと思っております。またさらにお話もございましたので、次期計画ですね。30年からの計画につながっていくよううまい書きぶりについてもあわせて考えてみたいと思います。
- 猪口部会長 副部会長よろしいですかね。余り書き込み過ぎてもがちがちになってしまってというところがあるのでしょうか。
- 河原副部会長 グラフが出ないのだから対局でいいと思うんですよね。やっぱり医療計画の一部ですから、医療計画でやっぱり策定過程で議論するのも必要かなと思います。
- 猪口部会長 じゃあ今の話はぜひ取り入れていただきたいと思います。では竹川委員どうぞ。
- 竹川委員 医療計画の中に在宅医療が入るということであれば、慢性期の一部としてですね。例えば、今回、国が特養を賃貸でもできるようにするとか、いろいろと特養を広げていく計画を出していますけれども、みとりという意味で言うと、例えば在宅医療でみとりをするという、そのところで見えていった場合、そういった方たちがマンパワーがないために全て特養に移っていく。そうすると在宅医療も相当またどんどん減っていく可能性もあるわけですね。ですから、医療とやはり介護、安藤委員が言われたように、介護の部分もきちんと見越して見ていかないと、国がどんどん政策を出している中で、東京都はやっぱり特殊な地域ですので、そのあたりも含めて考えていかないとけないというふうに思います。
- 新倉地域医療担当課長 ご意見ありがとうございます。当然、先ほども介護保険の計画のほうとも整合をとりながらというところで進めてまいりたいということと、あと1点、今、お話にあったみとりの部分についても、これはまだまだ今の取り組みではございませんが、昨年度今年度とそのあたりを普及啓発するような取り組み、シンポジウムなどで医療や介護の関係者、また広く都民を対象にしたものを開催しております。来年度以降そうしたものをもう一步ちょっと進めて、取り組みを進めていきたいというところで、これから予算をしっかりとって、そうした取り組みをさらに広げていきたいというふうに今計画をしているところでございます。
- 猪口部会長 ありがとうございます。そろそろ時間、塩川委員どうぞ。
- 塩川委員 これから地域医療構想を地域ごとの意見を聴取していろいろ作業を進められるというときに、既に幾つか出ていた意見なのですけども、特に東京都は高度急性期施設が多く、その立場で申し上げたいのは、病床機能報告と医療需要推計の病床数にかな

りのずれがあるときに、似たような言葉を使って非常に混乱を招くと思うんですね。それでも既に話もありましたけども、例えば高度急性期は東京は今報告は3万床ぐらいだけれども、医療需要推計の一日当たりの点数で計算すると必要病床数はその半分ぐらいで済みそうだという結果が独り歩きしています。ところがこれは同じ患者さんがずっと高度急性期施設に入院していても、一日当たりの点数はさがるので医療需要推計上は急性期、回復期の病床が必要という結果になる。そうすると先ほど話のあったような区中央部でも回復期の病床数が非常に多く必要となるという誤った情報が伝わるわけです。ですから、将来の病床数を推計するときに、このアルゴリズムだと急性期施設の多い区中央部とか区西部とか北多摩南部というのは同じなのですね、みんな。高度急性期は大幅に少なく、急性期と回復期はそれぞれが多数必要になるという現実離れした結果になる。だから、地域医療構想ガイドラインで病床機能報告と医療需要推計において、内容は異なるものの同じ言葉が使われていることを強調してこの説明をしなければいけません。それでこのアルゴリズムだと患者の移動がこうなるはずだというご説明なのですが、やっぱり実際との相違、特に高度急性期の立場から見ると、病床の区分と医療需要推計で混乱している部分があり、ここを明確にされないと、各地域から意見を聞くときに、将来の病床数推計がごちゃごちゃになってくるような気がします。そこをぜひ担当される方に強調されるようお願いしたいなど、そういう意見であります。

- 猪口部会長 それぞれの定義づけに、定義はつけられているのですけれども、それに対する言葉ですよ。表現をわかりやすくしたほうがいいという意見ですけれども、どうですかね。そのほうが本当にわかりやすいと思うんですよ。適当な言葉が思いつかないし、そういう情報で出されるから今までそれで無理してやっていたわけですけど、どうですかね。ちょっとわかりやすくする努力はしてもいいのではないかと思うのですが、どうでしょう。
- 宮澤地域医療構想担当課長 そうですね。夏の説明会の際にも、この機能報告と医療需要推計の違いというのはすごくわかりづらいという多くの意見が出たところです。その後、この部会の中でもその報告とあわせて、改めて資料を使ってその違いについてご説明をさせていただいておりますけれども、そうした資料を使いまして、地域ごとの意見聴取の場の際にもきちんと説明をしていきたいと考えております。
- 塩川委員 そこで将来の病床数の推計をするときに、高度急性期の特定機能病院が多くある施設などは、そこにひきずられて急性期、回復期も増えているという点を配慮したようなことをしないといけません。多分それが東京都の特殊な背景かもしれないけれども。だからガイドラインに書いてあるからこの言葉を使っているのだというようなお考えだとは思いますが、そこは明確にされる必要があるんじゃないかと思う次第であります。
- 猪口部会長 もう既にここまで何度も何度も混乱を起こしている内容だから、多少改善する努力で、例えば需要推計における高度急性期は、それに対して何かC1急性期だと

か、C1以上急性期だとか、何かちょっと注釈をつけながら言うという手もあるだろうし、何かやらないと本当に混乱してしまうというのは実感するところだと、みんなそう思っていると思うので、何か考えてもいいんじゃないかなという、これは意見としてちょっと考えていただきたいと思います。

山口委員どうですか。

○山口委員 これは最初に指摘したと思うんですけども、ここまで高度急性期とか、並列して走っていて、そのたびごとに説明されてもしばらくたつと頭の中で混乱しちゃうんですね。今のやり方として、もしやるとすれば、どちらかに例えば鍵括弧をつけるとか、こちらの高度急性期とこちらの高度急性期は違う意味だというような、文章上でわかるような印をつけるということだけでも随分混乱を少し防げるんじゃないかと。ですからどちらかを例えば括弧をつけて、医療資源投入の場合は鍵括弧つきであるとか、そうすると少し混乱を招かないというか、防げるようなことは可能じゃないかなと。厚労省がずっと言っていることで国全体が使っていることですから、今さら変えられないですよ。東京ではこういう名称にしますといってもそれは通らないと思うので、ただ鍵括弧をつけるということだけで定義を少し分けているのだということが明示できれば随分違うかと思うんですけども。

○猪口部会長 すみません。この場でぱっと答えられないでしょうから、ご検討いただきたいと思います。よろしく申し上げます。

ほかに。よろしいですか。もう10分ぐらい過ぎてまいりましたので、では、きょうの議論、討論はこれで終わりにしたいと思います。

では、事務局に戻します。よろしく申し上げます。

○宮澤地域医療構想担当課長 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。次回、第8回の部会でございますが、第8回の部会、12月18日金曜日17時30分から19時までを予定をしております。机に出欠の確認表を置かせていただいておりますので、ご記入の上、本日このまま机上にお残しをいただきますか、後日、ファクスやメールにてご送付いただければ幸いです。また、本日の資料につきましても、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、また黄色のファイルにつきましては、そのまま机上にお残しくださいますようお願いいたします。

最後に委員の方で本日お車でいらっしゃる場合に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ください。

事務局からは以上でございます。

○猪口部会長 では、これにて終了いたします。どうもありがとうございました。

(午後 6時42分 閉会)