

〔平成 28 年度〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

**〔区東北部〕**

平成 29 年 1 月 16 日 開催

# 【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔区東北部〕

平成 29 年 1 月 16 日 開催

## 1. 開 会

○司会（久村課長）：それでは、定刻となりましたので、区東北部の「東京都地域医療構想調整会議」を開催させていただきます。本日は、お忙しい中、ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

初めての調整会議の開催ということで、調整に時間を要し、開催日のお知らせが遅くなりましたことを、この場をおかりしておわび申し上げます。

私は、東京都福祉保健局地域医療担当課長の久村でございます。会議次第にございますとおり、本日は、このあと座長をご選出ということになりますが、それまで司会を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日の配布資料は、次第の下段に記載のとおりですが、万が一落丁等がございましたら、恐れ入りますが、議事の都度事務局までお知らせください。

後ほど、質疑や意見交換の時間がございますが、ご発言の際には、事務局よりマイクを受け取っていただき、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日は、傍聴席にも構想区域内の医療機関の先生方にご参加をいただいております。座長の先生がご発言の機会を設けた際には、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いいたします。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。  
東京都医師会の猪口副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○猪口副会長：皆さま、こんばんは。大変お忙しい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。

既にほかの地域でもこの地域医療構想調整会議というものが開かれておりまして、このあと、非常に多くの資料説明がございます。

今日一日でその内容を把握して、議論になるというのは、なかなか難しい話ですが、この調整会議というのは、何か結論を出して、こうしなければいけないというような目標が設定されているわけではなくて、第一は、この区東北部の医療資源の現在の状況と、将来の需要というものを共有し合って、皆さんの医療機関がいろいろ考えて、自らがどういう医療提供体制をとろうかということを考えるための会であります。

そういう話し合いの雰囲気ができ上がっていけば、この会は成功かなと思っていますので、忌憚のない意見を皆さんで言い合って、いい雰囲気をつくっていければと思っていますので、よろしく願いいたします。

○久村課長：ありがとうございました。

次に、矢沢政策担当部長よりご挨拶申し上げます。

○矢沢部長：皆さま、こんばんは。東京都福祉保健局医療政策担当部長の矢沢知子でございます。本日は遅い時間にもかかわらずお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

東京都では、この7月に東京都地域医療構想を策定いたしました。まずは、これまで「意見聴取の場」や意見交換などで多大なるご尽力を賜りましたことを御礼申し上げます。ありがとうございました。

この東京都地域医療構想は、都民の皆さん、行政、医療機関、保険者など、全ての人々が協力して、将来にわたり東京の医療提供体制を維持、発展させ、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」を実現するための方針でございます。

これは、2025年に向けて、今スタートいたしまして、今日がその会議の第1回ということで、この区域の特徴を踏まえて、課題を一つ一つ丁寧に解決していくこととしておりますが、まずは、先ほど、猪口副会長からお話があっ

たとおり、まずはざっくばらんに話しできる会議にすることが重要かと存じます。

また、本日は、非常にたくさんの資料をお示しいたしますが、その中身がどうこうということだけではなくて、日頃の医療の中でお感じになっていらっしゃることを、遠慮なくお話しいただければありがたいと思っております。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

○久村課長：それでは、次に、座長の選出でございますが、それに先立ちまして、東京都よりこの調整会議の役割について改めてご説明させていただきます。

○矢沢部長：それでは、資料2をご覧ください。「東京都地域医療構想調整会議の役割」についてお話ししたいと思います。

東京都地域医療構想調整会議は、医療法第30条の14により、都道府県が構想区域ごとに設置するものでして、関係者が連携を図りながら、その内容について方策を考えていくものでございます。

東京都では、地域医療構想の策定に先立ちまして、「意見聴取の場」を開催して、皆さまからご意見をいただきまして、それを構想に反映しております。それを引き継ぐ形で、この調整会議を設置いたしました。

その内容についてですが、2ページ目をご覧ください。

地域医療構想に掲げたグランドデザインの実現に向けて、地域ごとの自主的な取り組みを推進するための協議を行うというのが、この会議の目的です。

そして、座長を互選していただき、議事に応じて、例えば、複数の合同開催や、この中を小さくした会議なども、今後検討していくこととしております。

この会議は、原則公開でございまして、後日、東京都福祉保健局のホームページに記録を掲載いたします。もちろん、後ほど訂正も可能でございます。

それでは、先に4ページ目の「議論を進めるにあたって」をご覧ください。議論は、こうした視点を踏まえて進めてまいります。

まずは、構想区域の現状や将来の予測について、皆さまで共有していただき、

その上で、日頃の診療や業務の中で感じている地域の実情などを踏まえて、将来どう変化していくのか、そして、その変化にどのように対応していったらいいかということ、地域の中で考えていくということでございます。

3ページに、その進め方のイメージをお示しております。

まず、現状を把握していただき、地域の課題を抽出して、それについて一つ一つ検討していくことになっておりまして、なかなか困難な課題もありますが、なるべく多くの方がいろいろな意見を出し合って議論を深めることで、解決の糸口が見えることもあるかと思っておりますので、ぜひ積極的なご発言をお願いいたします。

ご説明は以上です。

## 2. 座長・副座長の選出

○久村課長：それでは、資料1の「東京都地域医療構想調整会議設置要綱」の「第4の2」によりまして、委員の皆さまで座長を互選していただきたいと存じますが、いかが取り計らいましょうか。

○小泉（東京都病院協会）：座長の互選について提案いたします。

この調整会議というのは、地域の関係者自身で地域の医療について考える場であるというお話が今ございましたので、座長には、荒川区医師会の理事であり、地域医療の発展に尽力していらっしゃる、木村先生をお願いしてはいかがでしょうか。

[全員、拍手で承認]

○久村課長：ありがとうございます。

それでは、木村先生に本調整会議の座長をお願いしたいと存じます。どうぞよろしく願いいたします。では、先生、座長席にお移りください。

(木村座長、座長席に着席)

それでは、木村座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（木村）：荒川区医師会の木村でございます。

小泉先生からご推薦いただき、皆さまからのご承認をいただき、座長をすることになりましたが、この会議で活発なご意見が出るように努力したいと思っております。

皆さまも、せっかくの時間を使って、こんな遅い時間にお越しくださったわけですから、先ほど、部長からお話もありましたように、ここで何かを決めるということではありませんで、今日は現状を把握するということですので、この資料にないことでもかまいません。普段思っていること、東京都に言いたいことなど、何でも結構ですから、どんどんご発言をしていただければと思っております。

どうぞよろしく願いいたします。

○久村課長：ありがとうございました。

設置要綱では、副座長は座長が指名することとされておりますが、いかが取り計らいましょうか。

○座長：東京都病院協会の代表で出ていらっしゃる小泉先生と、保健衛生を担う行政の立場から、葛飾区の中西健康部長に、副座長をお願いしたいと考えておりますが、いかがでしょうか。

〔全員、拍手で了承〕

（小泉副座長、中西副座長、副座長席に着席）

○久村課長：それでは、これ以降の進行は木村座長にお願い申し上げます。

### 3. 議 事

#### （1）東京都地域医療構想の策定について

○座長：それでは、早速議事に入りたいと思います。

先ほどもお話がありましたように、この調整会議の前身として「意見聴取の場」というものが、昨年開かれておりますが、まず、この地域医療構想の概要につきまして、東京都より説明をお願いしたいと思います。

○矢沢部長：それでは、この東京都地域医療構想の概要と、この地域の概要をご説明させていただきます。まず、資料3をご覧ください。

地域医療構想は5章立てになっておりまして、「第1章 地域医療構想とは」、「第2章 東京の現状と平成37年(2025年)の姿」、「第3章 構想区域」、「第4章 東京の将来の医療～ランドデザイン～」、「第5章 果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況」についてまとめております。

まず、第1章では、都民、行政、医療機関、保険者など、全ての人が協力して、将来にわたって東京都の医療提供体制を維持・発展させ、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を実現するための方針といたしました。

そして、医療法では、次の2点を書くこととされておりまして。

1つは、構想区域ごとの将来の病床の必要量と在宅等の必要量で、もう1つは、地域医療構想の達成に向けた事項でございます。

地域医療構想の将来の必要量は、第2章に東京都全体、そして、第3章に構想区域ごとに記載しております。

それから、構想区域ごとの達成に向けた事項は、第4章のランドデザインの達成に向けた4つの基本目標の課題と取り組みの方向性の中で記載しております。

この地域医療構想は、医療法に定める医療計画に位置づけるものでして、平成30年に改正いたします次期計画と一体化いたします。

この第2章では、「東京の特性」として、①～⑧までを挙げており、高度医療施設や医療人材の育成施設が集積していること、中小病院や民間病院が多いこと、交通網が発達していること、また、人口密度が高く、特に、高齢者の人口がこれから増えることなどの、東京の特性を書かせていただいております。

そして、将来推計がどうなっていくのかというところの人口動態を見た上で、計算式にのっとり必要量を算定いたしました。

それが、11万3000床とありますが、これが2025年の必要量と推計されました。現在は10万5000床ほどですので、8000床不足という計算でございます。

ただ、この推計は、患者さんの受療動向が10年間変わらないとして、また、病床稼働率も現在と変わらないとして行ったものであることなど、変動要素を多く含んでおりますが、東京都では、基準病床数制度によって、それよりもきめ細かく病床の整備をすることが重要だと考えております。

第3章は、「構想区域」についてで、構想区域ごとの状況と「事業推進区域」について記載しております。

「事業推進区域」というのは、疾病事業に応じた柔軟な医療連携の範囲を示す概念でございます。構想区域にこだわることなく、これまで培った医療連携を基盤として、今後必要に応じて設定していくものでございます。

そして、第4章には、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」を記載いたしました。

「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」の実現に向けて4つの基本目標を掲げております。

- I. 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展
- II. 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築
- III. 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実
- IV. 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

それぞれ4つの課題とそれに応じた取り組みの方向性を記載しております。

そして、こういうグランドデザインというものを掲げたことと、IIIに「地域包括ケアシステムにおいて、治し、支える医療の充実」を掲げたこと、さらに、先ほど申しましたとおり、「全ての人々が協力して、実現する」ということの3つを掲げたことが、東京都地域医療構想の特徴でございます。

それから、第5章は、「果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況」となっております。

この地域医療構想を策定したことによって、行政、医療施設、保険者、及び都民の皆さんに、新たに生じた役割や、現行の保健医療計画策定後に開始しました主な取り組みについても記載しております。

それでは、この区東北部の構想区域の状況についてご説明しますので、資料4をご覧ください。本文では、97ページから記載しております。

まず、「2025年における4機能ごとの流出入の状況」についてですが、2ページ目は高度急性期、3ページ目は急性期で、患者さんの流出入の状況と、今お住まいの地域でどのくらいの方が入院しているかなどがわかるようにグラフ化しております。

この地図の矢印は、患者さんの動きを示したもので、太ければ太いほど多いということです。

この地域は、流出が非常に多い地域で、高度急性期ですと、1日当たり521人、急性期ですと、1200人ということです。

一方、一番下のグラフの左側をご覧くださいますと、この地域に住んでいらっしゃる方がこの地域の病院に入院している割合を示しております、47.6%となっております。

ただ、隣の区域は39.9%となっております、両方併せますと、87.5%の方が、区東北部またはこの近隣の東京都内で入院をされているということになります。

この状況は急性期でも同じで、62.0%と28.4%を併せますと、90.4%となります。

次は回復期ですが、区東北部内での完結率が68.3%と上がる一方で、大きな移動が少し見られ始めます。

そして、慢性期になりますと、高度急性期よりは完結率が66.5%と高いのですが、大きな移動も見られているということで、中で入院されている方が多い一方、外にも行っているという状況があるということです。

また、同じ区域からの流入も多く、それらの流出入を引き算しますと、1日当たり73人の流入超過ということになるということです。

以上がこの圏域の特徴でございます。

次の6ページ目の上は、「2010年から2040年までの人口・高齢化率の推移」のグラフです。

この地域は、東京都平均とほとんど同じような推移をしまして、高齢者の人口は右肩上がりに上って行って、15歳未満の年少人口は、横ばいまたは下がるような傾向が、都内の平均と同じでございます。

下のほうには、「医療資源の状況等」を記載しており、現在の病床数と、入院基本料の取得状況を、病床機能報告から取らせていただいております。

それから、7ページ目は、「医師・歯科医師等の従事者数」と、「構想区域の特徴」を記載しております。

8ページ目には、「推計患者数（医療機関所在地ベース）」が出ています。

がん、脳卒中などの患者さんがどのように増えていくか、そして、それが、圏域の中でどうなっているかということグラフにしています。

そして、9ページの上は、「平成37年（2025年）の病床数の必要量等」で、下は、「平成26年度病床機能報告結果」でございます。

この上のほうの、例えば、高度急性期では、患者数が628人で、病床数が837床というのが、推計した必要数でして、全体に占める高度急性期の割合は8.6%という数字になっております。

一方、下のほうの数字は、各医療機関から平成26年度にお出しいただいた数字をそのままグラフ化したもので、高度急性期が5.4%で、急性期は56.7%となっております。

また、回復期は8.6%ということで、数字としては少なく出ているということでございます。これは、後ほど、計算の仕方をおさらいしますが、上のほうの推計というのは、あくまでも、診療報酬の点数で切り分けたものです。

一方、病床機能報告では、病院ごとの病棟単位の自己申告ですので、よって立つものが全く違うということから、単純比較は余り向かないのかなと思っております。

ただ、傾向というものを参考にするという意味ではいいかと思ひまして、後ほど、平成27年度の病床機能報告の結果もお示しする予定です。

かなりたくさん資料をこれからご説明しますが、きょうはちょっと眺めていただいて、今後ともこんな資料ができるということをご理解いただくことと、これを参考にして、この区域の課題などを、お持ち帰りいただいたあとに検討していただけるということも期待をしておつくりしたものでございます。

それから、最後の10ページ目をご覧ください。これまでいただきましたご意見を書かせていただいています。

例えば、「地域特性」としては、「隣接区域との連携により医療提供体制を構築してきた」というお話や、「医療連携」では、「今後は、高齢者の急性増悪による入院の増加が予想され、介護も含めた連携が重要となる」とか、「地域包括ケアシステム・在宅医療」では、「退院時の薬局の関わりが十分ではない」などのご意見をいただいております。

当時いただいたご意見をなるべくそのままの言葉で書かせていただいていますので、場合によっては書かれていることが矛盾することもあるかと思いますが、両方とも正しいと思って書かせていただいております。ある意味では、これも課題の抽出だと見ていただければ、今後の議論が進みやすいかなと思います。

ご説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございます。

区東北部の現状を踏まえていろいろご説明いただきましたが、特に、今のご説明の中で聞いておきたいこととかご質問とかがありましたら、ご発言いただきたいと思います。

特に、この資料4の終わりのほうには、「意見聴取の場」で皆さまからいただいたご意見も出ていますので、それに追加するようなことがございましたらおっしゃっていただければと思います。

○中野（東京女子医科大学東医療センター）：流入、流出の資料4ですが、DPCデータから取ったものでしょうか。

それから、各病院が登録したことによって分かれている高度急性期と急性期と、ここで挙がっている高度急性期、急性期のもとになるデータについて教えていただきたいと思います。

前回出席しなかったものですので、よろしくをお願いします。

○矢沢部長：高度急性期、急性期、回復期、慢性期という資料は、国から提供された資料から、二次医療圏ごとの流出入を基本に出しています。

ですから、患者さんの住所地から引っ張っている二次医療圏ごとの流出入を足し合わせたものが、このデータになっています。

○中野（東京女子医科大学東医療センター）：国ということは、DPCということですか。

○矢沢部長：これは、慢性期まで入っているので、国民健康保険のデータとか、後期高齢者のデータとかを使っているものがベースになります。

先生方からご報告いただいた高度急性期、急性期、回復期、慢性期の考え方は、定義があって、それを病棟ごとに出していただいているのですが、私どもは、これを診療報酬の点数で切って分けていて、3000点以上の方が高度急性期として数字をつくっています。

ですので、よって立つところが違うということですが、このあと、また説明をさせていただきますので、もう一度お聞きいただければと思います。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○大山（葛飾区医師会）：資料4の最後から2枚目の「2025年の病床数の必要量等」についてですが、この「在宅医療等」で、1万9227人のうちの「訪問診療のみ」が1万4266人になっています。

この間というのは、自宅ではなくて、施設みたいなところを想定しているのでしょうか。

もう1点は、この「在宅医療等」について、対象疾患の内訳、例えば、がん、脳卒中、骨折、認知症等の内訳の推計はあるのでしょうか。

○矢沢部長：「在宅医療等」の中に、老健とかの施設が入っていて、そのうち、訪問診療料のみの方というのが、内訳に書かれていますが、疾患別については、

主病名とかを調べれば、それはできるかもしれませんが、現在はまだ分析はしておりません。

○大山（葛飾区医師会）：在宅医療を今後進めていかなければならないということであれば、どのような疾患に対して対応するかということが重要になってくると思いますので、その辺を推計していく方向性はおありでしょうか。

○矢沢部長：現時点での在宅医療の推計ですが、これも、いろいろルールを決めた推計をさせていただいています。

このあと、細かく説明をしますが、例えば、診療報酬が175点以下の方は、入院しないで在宅にとしています。また、区分1の方は、ほとんど入院されてはいませんが、そういった方の7割が在宅に行くというふうにしていたりということで、現実とはちょっと違う数字になっていることは事実です。

そして、これもまた一つの目安として、「こういう計算の仕方をすると、こういう数字になるよ」ということですので、先生がおっしゃるように、これが、例えば、がんの方の在宅なのかというようなことは、介護保険のほうのデータも含めて考えていかなければいけないという認識はございます。

ただ、今日の段階ではまだですので、今後の課題としたいと思います。ありがとうございます。

○座長：ありがとうございました。

ほかにご発言はございますか。

○丸山（東部地域病院）：補足資料1の「2013年をもとにした2025年の将来推計」というデータの中に、「医療資源投入量3000点以上」と書いてありますが、これは、DPCのときに使う包括範囲の、いわゆる診療密度の計算方法と同じだと考えてよろしいのでしょうか。

○矢沢部長：診療報酬の点数で考えています。

○丸山（東部地域病院）：そうすると、高度急性期機能という医療法上の問題と診療報酬の接点としてという方法で計算した値と、ここでは考えてよろしいでしょうか。

○矢沢部長：この補足資料1は、このあとご説明をいたしますが、そこに書いてあるとおりで、その2枚目をご覧くださいますと、左側は、国からの、病床機能報告をするときには「どういう病床を高度急性期としてください」というような、定性的な定義が書かれています。

それに対して、私どもが推計したのは全く違うものでして、ある日の診療報酬で切って、人数を出して、それを、病床稼働率で割り返したのになっています。

ですので、よって立つところが全く違うということをご理解いただければと思います。

○丸山（東部地域病院）：そうすると、この「医療資源投入量」というのは、DPCの診療密度という解釈でよろしいのでしょうか。というのは、左の「医療機能」区分の高度急性期機能のほうでは、「診療密度」という言葉が使われていますが、

○矢沢部長：医療資源投入量は何かというのは、このページの一番下に書いてありますとおり、「患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から、入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を引いたもの」となっています。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、またご説明を伺ってから、いろいろご意見をいただければと思います。

## （2）病床機能報告から見る「現状」について

○座長：それでは、次の議題についてのご説明を、東京都からまずお願いいたします。

○事務局：それでは、病床機能報告のデータをご紹介させていただきたいと思っております。

まず、資料5に入る前に、地域医療構想に記載されている病床数の推計方法について、おさらいをしておきたいので、今話題になりました補足資料1「2013年をもとにした国の推計ツールによる2025年の将来推計」をご覧ください。

地域医療構想に記載しております2025年の病床数の必要量は、国が定めた方法で推計をしたものでございます。

まず、推計方法の「1. 高度急性期機能～回復期機能の患者数」をご覧くださいと思います。

高度急性期機能から回復期機能の患者数につきましては、2013年の1年分のレセプトデータをもとにいたしまして、患者1日当たりの診療報酬の出来高点数で分類をし、各機能の延べ患者数を出しております。

2枚目を先にご覧いただきますと、「医療資源投入量とは、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から、入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたもの」で、国のほうで計算していると伺っております。

先ほどご質問にあった流出入の関係でございますが、DPCではなく、国保と後期高齢のデータから計算され、社保分につきましては、国保と後期高齢の流出入がほぼ同じであろうというふうに類推して、社保分は按分して出していると伺っております。

ただ、こちらは国が計算しておりまして、その点につきましては、私どもにはその計算方法を明らかにされていないところでございます。

この分類方法の詳細は、次のページにありまして、3000点以上が高度急性期機能、600点～3000点未満が急性期機能、175点から600点未満が回復期機能といった形で分類しております。それを2013年の人口推計

で引き延ばしまして、2025年の患者数が推計されており、構想区域ごとに国からデータとして提供されております。

右側の「2. 慢性期機能の患者数」をご覧ください。こちらだけは、推計方法が違っておまして、2013年をもとに推計しながらも、「※1」の、「療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の7割」、「※2」の、「療養病床の入院受療率の地域差縮小分」、さらに、「一般病床に入院されているうちで、175点未満の患者さん」を在宅に移行することが見込まれていることなど、ほかの3機能とは異なる要素が国の計算方法には盛り込まれております。

そして、「3. 患者数から病床数を推計」を見ていただきますと、1及び2で算出した推計患者数を全国一律の、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%という病床稼働率で割り返して、病床数を推計しております。

それから、下の段は、2013年と2025年の東京都全体の病床数を比較した表でございます。

高度急性期機能から回復期機能までは、2013年を人口推計で引き延ばしましたので、2025年に向けて増加しておりますが、慢性期機能だけは、療養病床の縮減等が入っておりますので、2025年のほうが小さな数字となっております。

一方で、病床機能報告は、病棟ごとに自己申告の結果になりますので、2025年と比較しますと、回復期機能だけが少ないという結果でございます。ただ、先ほど見ていただいた2013年から2025年までの推計とは全く異なる結果になりますので、単純比較ができないというところは見ていただけるかと思っております。

それでは、本題の資料5に入ります。

病床機能報告は、医療法に基づきまして、一般病床と療養病床を持つ医療機関から、年に1度、相当多岐にわたる内容をご報告していただいているもので、その内容は東京都のホームページにも公開しております。

地域の医療機関の方々から提出していただいている貴重なデータですので、この機会に地域の状況をまとめてご紹介させていただければと思っております。

ただ、あくまでも、地域の皆さまが現場で感じていらっしゃる課題について、今後さらに掘り下げていく際の一助になればと思い、ご紹介するものですので、そういう前提でお聞きいただければと思います。

2枚目のデータを見ながら、1枚目のまとめのページで確認するという形で進めたいので、まず、2枚目のデータ1「病床機能報告における4機能ごとの病床数」からご説明したいと思います。

平成26年度と27年度の病床機能報告の結果を比べているもので、高度急性期機能が約260床ほど減りまして、急性期機能と回復期はそれぞれ増加、慢性期機能は減少となっております。

参考として、将来の値も記載しておりまして、単純比較はできないとお伝えしておりますが、右側のグラフは、各機能の割合を100%ゲージでお示しております。

続きまして、左下のデータ2「機能と入院基本料」は、各機能を回答した病床が、どんな入院基本料を取っているかを、クロス集計したものでございます。

例えば、高度急性期機能を届け出た病床のうちで最も多いのは7対1で、103床で、急性期機能で最も多かったのは10対1で、2161床という見方でございます。

それから、データ3「4機能と病床稼働率」は、各機能と患者数のデータから、病院の病床稼働率を算出したもので、東京都平均と比べると、全ての機能で低いという結果でございます。

さらに、データ4「4機能と平均在院日数」は、同じく、病院の平均在院日数を算出したものとなっております。

ここで、補足資料2をご紹介したいと思います。

これは、資料5と6で記載したデータを、全構想区域分を掲載しておりまして、他の地域と比較できるようにしたものでございます。

例えば、1枚目は、先ほどの資料5でご紹介したデータ2の関連で、病床機能報告で高度急性期機能と回答した病床が、どのような入院基本料を取っているかを、全構想区域分並べたものでございます。

区東北部では、高度急性期機能と届け出た病床のうち、下から5段目の「一般病棟7対1入院基本料」は、43.8%ということで、最も多い割合となっ

ており、上から4つ目の「ハイケアユニット入院医療管理料」が21.3%で続いているという形でございます。

ほかの構想区域についてご参考までにご紹介いたしますと、南多摩や北多摩西部は、高度急性期の8割以上が「7対1入院基本料」を届け出ている病床となっていますが、西多摩では、全ての病床において高度急性期ではなく急性期と回答されております。

自己申告でございますので、地域の医療資源のあり方によっては、機能の捉え方が地域ごとに少しずつ異なった結果であると思われま

す。続いて、5枚目をご覧ください。これは、先ほどのデータ3の病床稼働率を全構想区域分、比較したものでございます。高度急性期機能と急性期機能が記載されてお

りまして、6枚目は、回復期機能と慢性期機能になります。既にご紹介しましたが、東京都平均と比べると、全ての機能で稼働率が低く、まだ余裕がある地域かと思われま

す。7枚目は、平均在院日数についてのデータでございます。高度急性期機能が5.9日となっており、東京都平均の9.4日よりかなり短くなっております。

急性期機能は11.9日で、東京都平均が11.2日、回復期機能は50.7日で東京都平均も50.7日、また、慢性期機能は152.5日で、東京都平均が152.1日ですから、それぞれ東京都平均とほぼ同じぐらいの結果となっております。

今後紹介していくデータにつきましても、この補足資料2に全構想区域のデータを掲載しておりますので、適宜ご参照いただければと思います。

ここで、資料5の1枚目にお戻りください。こちらは、今までのデータを見るための留意点をまとめたものでございます。

まず、①ですが、病床機能報告は、地域の医療の現状を見るために、厚生労働省が、平成26年度から始めた報告制度でございますが、始まった制度ということもありまして、まだまだ結果が流動的な状況でございます。

右側の「区東北部の状況」を見ていただきますと、データで見ていただきましたとおり、高度急性期機能が1年間で半分ぐらいになっておりまして、急性期機能と回復期機能は増加しているというような結果でございます。

自己申告した機能だけではなくて、その中身を見てみますと、例えば、「10対1入院基本料」を届け出た病床が2000床を超えていて、その全てが急性期機能を選択していただいています。

また、7対1もほとんど急性期機能を選択していただいている、高度急性期機能を選択したのは5%程度となっております。

それから、高度急性期機能の病床稼働率は、東京都平均よりも低いものの、平均在院日数も東京都平均より非常に短い状況でございます。

次に、左側の留意点の②をご覧ください。病床機能報告と将来推計の差というのは、そもそも自己申告と点数で切り分けたものという性格の違いがございますが、もう1つの違いがございます。

病床機能報告は、病棟単位でご報告がされております。例えば、30床の病棟であれば、丸ごと「高度急性期機能」という形でご報告されます。一方、将来推計のほうは、ある日の病棟に、例えば、3000点以上の医療資源を投入された患者さんが何人いるかというところを1年分足し上げて、延べ患者数から推計しております。

その右側をご覧くださいますと、平成27年度に急性期機能を報告した病床が5468床ございましたが、一方、将来推計では、2025年時点で2466人の急性期機能相当の患者さんがいるというところから、その患者さんをみるために3162床が必要という推計結果でございます。

ただし、単純比較ができるものではございませんので、病床機能報告と将来推計の差の約2300床を減らさなければいけないといった話ではないということでございます。

次に、左側の留意点③をご覧ください。単純比較した病床数で議論するのではなくて、日頃の診療や業務の中で感じていらっしゃる地域の実情を勘案しながら、地域の医療の現状を見ていくということが重要になるかと思えます。

さらには、将来的にこの地域にどういふ医療が不足して、何を充足していかなければいけないかというところを考えていく必要があるかと思っております。

その右側をご覧くださいますと、将来推計では、回復期機能が8.6%を占めるのに対して、現在の自己申告の病床機能報告では2.6%ということで、開きがございます。

実は、国のほうでは、将来推計と病床機能報告の結果を比較して、不足する医療機能を考えることとされておりますが、単純比較できないものと考えておりますので、不足しているかどうかを考えるためのきっかけにいただければと考えております。

なお、先ほどのお話に出ましたこの「医療機能」というのは、補足資料2の2枚目をご覧ください。

高度急性期機能というのは、「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する状態」としております。

これは、病床機能報告をしていただくために、国が定義した言葉となります。

回復期機能は、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」ということになっております。

ですので、回復期機能が足りないといったときに、リハビリの提供量が足りているのか、それとも、在宅復帰に向けた医療が足りているのか。また、足りないのではなく、今より稼働率を上げれば、将来の需要の増加にも耐えられると考えるのか。それとも、周囲の構想区域との連携で補っていけるのか。

こういったところを、医療に日頃関わっていらっしゃる中で感じている実感とデータを照らし合わせながら、いろいろなご意見を出していただいて、不足すると考えられる医療機能や役割を検討していただければと思っております。

続きまして、資料5の3枚目をご覧ください。

データ5は、機能ごとに、新規入棟患者の入棟前の場所を、データ6は、「退棟患者の退棟先の場所」を示しております。

まず、入棟前の場所としては、まず、高度急性期機能を見ていただきますと、

一番左の「院内の他病棟からの転棟」が47.1%と多くなっておりまして、東京都平均に2倍ぐらいございますが、その次の「家庭からの入院」の43.9%は、逆に、東京都平均よりも低い値となっております。

これは、慢性期機能でもほぼ同じ傾向となっております。

データ6の、「退棟患者の退棟先の場所」では、高度急性期機能のところをまた見ていただきますと、「院内の他病棟への転棟」が59.5%で、こちらでも東京都平均の2倍ぐらいありますが、逆に、「家庭への退院」の28.1%は、半分以下となっております。

高度急性期機能については、この地域では、病床機能報告でかなりシビアに捉えていただいております、ハイケアユニットやICUの割合が高いので、稼働率が低く、平均在院日数が短く、院内の他病棟への転棟の割合が高い結果になっていると考えられます。

それから、慢性期機能を見ますと、一番右の「死亡退院等」が37.8%と、高い割合になっております。実は、東京都平均も32.9%と高くなっておりますが、左から2つ目の「家庭への退院」が19.1%で、東京都平均は32.9%に対して低い割合になっております。

データ7は、「退院後に在宅医療を必要とする患者の割合」をご報告いただいたもので、10.5%となっております、東京都平均は8.5%ですので、高い結果となっております。

これは、高齢者の割合が高い地域ということもあるかと思いますが、退院後の患者さんの状態まできちんと把握していただいております、病床機能報告の結果にも反映されてきているということもあるかと思っております。

区東北部は、慢性期の病床で「死亡退院率」が高い部分もありますが、看取り機能を担っていただいている一方で、患者さんの在宅復帰にもきちんと取り組んでいただいているということのあらわれかと思えます。

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

「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」が一番高い割合になっております。「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能」や、「在

在宅医療の拠点としての機能」、「終末期医療を担う機能」など、在宅医療に関する回答が、いずれも20%前後となっております。

こうしたデータも、地域の医療の状況や課題を考える際の参考になればと思います、ご紹介させていただいております。

続いて、資料6「在宅医療等について」をご覧ください。

地域医療構想では、病床の機能分化のところに主眼が置かれがちですが、その分化の先では、これまで以上に在宅医療が重要な役割を担うこととなりますので、病床機能報告の結果とは少し離れますが、ご説明をさせていただきたいと思います。

まず、下の網かけの部分をご覧ください。国においては、平成26年に法改正がございまして、介護保険法に基づく地域支援事業に、「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられたところでございます。

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

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

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

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

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

各区市町村におかれましては、在宅療養推進協議会を設置するなどして、地区医師会の先生方を初めとする地域の医療関係者、介護関係者等の方々を交えて、在宅療養推進の取り組みをどう進めるか検討されているところと伺っております。

今後の高齢者人口の伸びを勘案しますと、右側にグラフがございますが、在宅医療の需要は大幅に増加すると予測されております。このうちの「訪問診療分」だけで見ても、2025年には2013年の1.21倍ということになっております。

先ほど、慢性期機能では、国のほうで、入院医療から在宅に移行することが見込まれている数があるとご説明いたしました。グラフの2025年の黒い部分は、その移行してくるであろう患者数ということでして、これを含むとさらに大きな医療需要があるというような推計でございます。

そのため、先ほどの在宅医療・介護連携推進事業のお話もありまして、区市町村内の在宅医療・介護連携の部分は、これから一層、各区市町村さんにおかれまして検討がされるところかと思っております。

一方で、在宅医療の入り口として、入院医療機関から退院したあと、患者さんをどうやって円滑に、住み慣れた地域での在宅医療につなげていくか、また、在宅療養中に病状変化があった場合の対応などについて、入院医療機関の方々の役割も非常に重要になってくるかと思っております。

ただ、こうした入院医療機関が、必ずしも区市町村内に存在するわけではなく、病院との連携に苦慮しているような区市町村も少なくないと同っております。

そこで、この地域支援事業の（ク）のところにもございますとおり、より広域での検討が必要な事項については、本日お集まりの先生方の病院と区市町村による意見交換会というものも、来年度以降スタートさせていきたいと考えております。

詳細につきましては、かたまり次第またご報告させていただきますが、ご協力をお願いした場合には、ぜひお力を貸していただければと思っております。

在宅医療と入院医療機関の一層の連携強化の議論に資するように、意見交換の結果をこの調整会議にもご報告をさせていただきたいと思っております。

ご説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

今のご説明の内容について、ご質問、ご意見等がありましたら、ぜひご発言ください。まだご発言のない方も、どうぞ遠慮なくおっしゃっていただければと思います。

在宅が増えるということですが、例えば、荒川区などは地域が割合狭いですが、足立区とか葛飾区とかは広いので、移動が結構大変じゃないかと思いますが、在宅を現在やっていらっしゃる先生方は、その辺をどう感じていらっしゃるのでしょうか。

荒川区の岡田先生のところでは、病院でも在宅に行っているようですが、

○岡田（岡田病院）：うちの病院では、入院と在宅の両方をやっていますが、在宅の人数がかなり増えてきて、現状ではもういっぱい、いっぱいです。

一番の問題は、在宅での急変で、病床があるので融通はかなりきくのですが、ほかの施設からの病状悪化のときの受け入れが、なかなか難しいという状況があります。

しかも、在宅からの方を受け入れて、治療しても、今度は帰すところがないということで、在宅医療の先生も、「いや、この状態では無理だ」ということで、次に行くところがないというのが、一番大きな問題です。

つまり、療養型との間がうまくいかないということで、結局は、埼玉県とかにまで行っていただいたりしなければいけないということが、結構あります。

○座長：先生のところでは、自宅に行くことが多いんですか。よくあるようなサ高住とかというところが多いのでしょうか。

○岡田（岡田病院）：ほとんどが自宅ですね。

○座長：そうすると、独居が多いのでしょうか。

○岡田（岡田病院）：そうですね。独居の家庭が非常に増えてきているので、これだけ在宅が増えていくのかという気もしますが、

○座長：ほかの区の先生方はいかがでしょうか。

○太田（足立区医師会）：私どもの医師会で、地域包括ケアシステムの推進のための最初のデータ取りという形で、在宅がどのぐらい行われているかということ調べてみました。

そうすると、思ったよりも、在宅での看取りが多かったですが、地域によってかなりばらつきがあって、足立区の場合は、北千住のあたりでは、その数が多かったですし、病院での看取りも結構多かったです。

ただ、それ以外の地域では少なかったり、ゼロというところもあつたりして、足立区全体では、医療機関によって、在宅に対する取り組みのばらつきが多いという印象を受けました。

あと、この「在宅医療・介護連携推進事業」ですが、足立区はまだ遅れておりますが、平成30年にはそれを設置する予定で話を進めています。

それと同時に、介護と医療の間の橋渡しをするような研修センターを立ち上げるという考えでおりまして、さらに、情報をまとめるセンターと、連携の窓口を設置しようという話を進めているところです。

○座長：ありがとうございました。

葛飾区はどうでしょうか。

○大山（葛飾区医師会）：私は、個人的には在宅はたくさんやっていますが、まず、データの面で言いますと、葛飾区の在宅の資料を見ますと、看取りをやっている“スーパー看取り施設”がありまして、そこでは、年間150件ぐらいという、かなりの看取りをしていただいています。

そして、それに続いて、50～60件ぐらいの看取りをしているところが数カ所あって、これは、在宅支援病院であつたり強化型在宅支援診療所かと思われれますが、そういったところは、葛飾区での在宅での看取りをかなりカバーしていて、在宅での看取り率は、20万以上の都市部では2番目となっています。

もっとも、それ以外の施設は、2件から5件といった1桁台ですが、こういう主だったところでかなり看取っていただいているという現状を今後も重視しながら、少ないところがどれだけ多くできるかというフォローが、今後必要になってくるのではないかと考えています。

○座長：先ほどのお話のように、入院されたあと、帰すところがないということについてはいかがでしょうか。

○大山（葛飾区医師会）：その辺について、「在宅医療・介護連携推進事業」のほうを区のほうと立ち上げて、人選を今しているところですが、病院から在宅に向けての調整、あるいは、先ほどのような、急性期で区外に行った患者さんを区内に戻す連携の体制を、これから検討し、やっていこうとしているところです。

○中西副座長（葛飾区）：今お話しいただきましたように、この区東北部の中でも在宅での看取りが非常に高いということが特徴的で、がんに特化した“スーパードクター”がいらっしゃるということが、特に大きな要因だと思っております。

もう一つ、私どもは、東京都の補助事業を活用して、在宅療養の高齢者の救急搬送事業ということで、病院救急車を活用して、救急車を呼ぶまでではないけれども、急変したときに、必ず区内に病院に入っていただくということをやっております、これも結構役に立っていると考えています。

在宅療養を進める上で、さまざまな施策の展開が必要なのかなと考えておりますので、そういった面で、今後も東京都からのご支援をいただきたいと思っております。

人口問題研究所の調査によると、葛飾区も人口が減る局面になるということですが、区に魅力があるのか、人口の流入が非常に多くて、増えてきているのが現状です。

ただ、高齢化率は着実に進んでいるので、在宅療養者はこれから1.5倍とか1.6倍になるということですので、在宅療養がどれだけ安心してできるか

というようなことを、医師会とか介護事業者とともに、今話し合っているところでございます。

○座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○大澤（平成立石病院）：資料の中で気づいた点を質問させていただきたいのですが、補足資料2の8ページ目の入棟前の場所と、12ページ目の退棟先の場所についてで、いずれも、高度急性期についてです。

区東北部では、「院内の他病棟からの転棟」の割合が47.1%と、非常に多くて、「院内の他病棟への転棟」も59.5%と、非常に多いということですが、高度急性期の平均在院日数が5.9日で、これは、他区域に比べて極端に低いということは、何かこの地区の特徴があるのかなと思います。

それがわかって、その特徴を今後活かせるのであれば、議論の一つにできるのではないかと思ったのですが、その辺はいかがでしょうか。

○矢沢部長：高度急性期の平均在院日数のところですが、それがどういう理由かについては、病床機能報告でいただいた資料ですので、はっきりわかっておりません。

○大澤（平成立石病院）：結局、院内で急変したり、高度急性期に運んだ人を、急性期にすぐ出せるというメリットが一つあるのかなと思ったからです。

つまり、院内での出たり入ったりが多いということは、高度急性期の患者さんを受け入れて、そっちに回しているからなのか、もともとの受け皿が多いからなのかという話なんです、

○中野（東京女子医科大学東医療センター）：今のお話ですが、うちの場合は、高度急性期は43床で登録しています。これは、救命救急の集中治療室が20床とNICUだけを登録しているだけですから、医療資源の3000点以上とは全然話が違ってきます。

東部地域病院は、全て高度急性期で登録されているので、そういうことで、平均在院日数が極端に短いというのは、うちなどは集中治療室だけだからだというようなことからだと思います。

○伊藤（等潤病院）：今のお話のように、区東北部では、高度急性期を非常に絞った報告をされていて、他区域の判断基準では高度急性期であるのに、そうされていないということなので、この点については余り大きな意味はないように思われますが、

○賀川（苑田第一病院）：今おっしゃったことに関してですが、区東北部では、最初から、高度急性期は救命救急のICUとかNICUとかと言われていたもので、それにのっかって報告したから少ないのだと思います。

うちも、平均すると、高度急性期は二、三日で、急性期なり一般病床に移したりしているのが現状です。

ただ、逆に言うと、自己申告制ですから、それぞれの病院さんの一般病床の2人部屋とか重症度の高い病床を、高度急性期にしてもいいのではないかと、個人的には考えています。

○座長：ありがとうございました。

この件に関しては、申告するときの基準が決まっていて、この地域ではそれをきちんと守ったということで、「院内の他病棟からの転棟」も「院内の他病棟への転棟」も多く、しかも、平均在院日数も短いという理由はそこにあるのではないかと思われます。

ほかにいかがでしょうか。傍聴席におられる先生方からもどうぞ遠慮なくご発言をお願いします。

それでは、次に移りたいと思います。

### **(3) グランドデザインと現状の比較について**

○座長： それでは、次の議題について、東京都のほうからご説明をお願いいたします。

○事務局： それでは、資料7をご覧ください。

冒頭の地域医療構想の概要説明では、東京都地域医療構想では、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」というグランドデザインを掲げました。

資料7は、このグランドデザインの実現に向けた4つの基本目標と、その達成に向けた取組の方向性をまとめたもので、「地域医療構想」の冊子の本体では、182ページ以降に記載しております。

本日は、目標Ⅱについて、このあと意見交換をお願いできればと思いますので、その部分を中心にご説明いたします。

資料7の2枚目をご覧ください。基本目標「Ⅱ. 東京都の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築」でございます。

ここでは、基本目標の達成に向けた課題を4つにまとめております。

1つ目が「救急医療の充実」、2つ目が「医療連携の強化」、3つ目が「在宅移行支援の充実」、4つ目が「災害時医療体制の強化」でございます。

各課題ごとに取組の方向性をまとめております。資料の薄いグレーに着色した部分を中心にご覧ください。

初めに「救急医療の充実」では、「身近な地域で誰もが適切に救急医療を受けられるよう、限られた資源を有効に活用した取組の推進が必要」を掲げまして、「高齢社会においても、救急患者をいつでも、どこでも、誰でも、適切な医療につなげる取組を推進」すること、「在宅療養患者の急変時に身近な医療機関で受け入れられる救急医療体制を確保」することを、具体的な取組の一例といたしました。

次に、「医療連携の強化」では、取組の方向性を3つ掲げました。

1つ目が、「医療資源を最大限に活用し、病床の機能ごとに必要な医療を確保するとともに、地域の実情に応じた医療機能の分化・連携を進めることが必要」といたしまして、将来に向けて地域で不足することが見込まれる医療の確

保について、本日お集まりいただいております、地域医療構想調整会議などで検討していくこと。

2つ目は、「患者の状態に応じた適切な医療を提供するため、医療機関間の連携を強化することが必要」といたしまして、円滑な転院を支援していくこと。

3つ目は、「認知症の人が、急性期等の対応が必要になった場合でも、安心して入院できる医療体制を充実することが必要」といたしまして、全ての医療機関において適切な医療やケアを提供できるよう、医療従事者の対応力の向上を図ることを、具体的な取組の一例といたしました。

下に「参考データ」として記載されていますのは、後ほど、資料8でご紹介させていただきます。

次は、「在宅移行支援の充実」でございます。

ここでは、「入院患者を円滑に在宅療養生活に移行させるため、入院早期からの適切な支援を行うことが必要」を、取組の方向性として掲げまして、入院早期から、地域の関係者と連携した退院支援を推進することや、在宅復帰に向けてリハビリの充実を、具体的な取組の一例といたしました。

最後に、「災害時医療体制の強化」でございます。

「都内での大規模災害等発生時において、円滑に医療機能を確保できるよう、災害医療体制の一層の充実が必要」を、取組の方向性として掲げまして、災害拠点病院等が機能を十分に発揮できるよう、役割分担を確立し、地域の特性に応じた体制を確保」することを、具体的な取組の一例といたしました。

続きまして、資料8をご覧ください。

この資料は、グランドデザインで掲げた将来の姿と、地域の今の状況とのギャップや、地域の課題について、意見交換していただくために参考となると思われるデータをまとめたものです。

既存の統計資料や病床機能報告から抽出しており、細かいデータもありますが、地域の医療の現状を見る助けとなればと思い、お示しさせていただきます。

まず最初に、データの見方をご説明いたします。一番下の「凡例」と、区東北部の実際の数字を見比べながらお聞きいただければと思います。

実際の数字をご紹介する際には、左端の数字の行を読み上げますので、そちらをご覧ください。

まず、区東北部の1行目の「救急告示医療機関数」という項目をご覧ください。上段の「41」という数字は、区東北部における救急告示医療機関数でございます。

下段の「0.51」は、救急告示医療機関数の「41」を、資料には記載しておりませんが、区東北部の病床機能報告の対象病院数「80」で割り返したものとなっております。

つまり、区東北部の病床機能報告の対象病院のうち、約5割の病院が救急告示を取っているということを示す数字になります。

このように、箱の中に上下2つの数字が入っているものにつきましては、いずれも、病床機能報告の対象病院数の「80」で割ったものとしてご覧ください。

次に、「B. 急性期後の支援、在宅復帰の支援の状況」という項目の10行目の「救急・在宅等支援（療養）病床初期加算」の項目をご覧ください。

箱が4つに分かれていて、左上の「902」という数字は、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算を算定した患者数となりまして、左下の「10.39」という数字は、この「902」という算定患者数を、同じく資料には記載しておりませんが、区東北部で病床機能報告を報告した病院の病床数の合計、8678床で割り返して、100を掛けたものとなっております。

1床当たりの算定患者数ですと数字が小さくなり過ぎるため、100を掛けて、比較しやすいように指数化しております。100床当たりどれぐらいの患者をみているかという数字となりますので、この指数が大きければ大きいほど、区東北部で多くの医療が提供されていることとなります。

同じ箱の右上の(30)という数字は、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算を算定した病院数で、右下の「0.38」というのは、この算定病院数「30」を区東北部の病床機能報告の対象病院数の「80」で割り返したものです。

先ほどの救急告示医療機関のときと同様、区東北部の病床機能報告の対象病院のうちの4割弱が、この加算を算定していることを示しております。

こちらにつきましても、箱の中に4つの数字が入っている場合、左下の数字は、病床機能報告でご報告いただいた病院の病床数で割り返し、100を掛け

たもの、右下は、病床機能報告の対象病院数で割り返したものが入っております。

また、項目ごとに、指数の高い上位3区域について色をつけております。東京都全体の数字や近隣の構想区域の数字と見比べていただければと思います。

次に、ここからは、資料7と資料8を見比べながら、区東北部の特徴的なところをご紹介しますと思います。

資料7の2ページ目の、課題の1つ目の「救急医療の充実」につきましては、資料8の1ページ目の1行目から9行目の「A. 救急医療の実施状況」をご参照いただければと思います。

4行目は、「救急車の受入病院数」です。区東北部では、58病院で救急車を受け入れていただいております。病床機能報告対象病院の「0.73」、7割少しぐらいの病院となっております。これは、東京都全体では「0.74」ですので、ほぼ同じ割合となっております。

5行目の「救急車の受入件数」をご覧ください。1年間では、この区東北部では5万9262件の救急車を受け入れていただいております。1病院当たりでは741件となっております。東京都全体と比較すると、若干低くなっております。

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

資料8の1ページ目の11行目の「退院調整部門を持つ病院数」では、区東北部には、「0.56」、5割半ばの45病院で退院調整部門を置いていただいております。

12行目の「退院調整加算1（一般病棟入院基本料等）」と、13行目の「退院調整加算2（療養病棟入院基本料等）」をご覧ください。

区東北部では、一般病棟と療養病棟を併せまして、1か月間で304人が退院調整を行った上で退院しております。手持ちの数字で恐縮ですが、区東北部の1か月間の退院患者数は9313人おられまして、そのうちの304人、つ

まり、退院患者数の3.3%が、この加算の対象となった患者さんとなっております。

東京都全体ですと、5.9%となりますので、都内では小さい数字となっております。

次に、2枚目の「C.リハビリテーションの実施状況」についてをご覧ください。

病床機能報告では、疾患別のリハビリテーションの実施状況も報告対象となっております。各疾患別のリハビリテーション料の箱の左下の指数にて、構想区域ごとのリハビリテーション提供料を見比べていただければと思います。

例えば、21行目の「運動器リハビリテーション料」は、区東北部では、「22.2」と高い数字になっておりまして、多くの患者さんにリハビリテーションが提供されていることになっております。

19行目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、「1.4」となっておりまして、東京都全体では「2.6」ですから、下回っていることとなりますが、区東北部と隣接している区中央部の数字を見ていただきますと、「4.7」となっておりますので、区中央部ではこのリハが多く提供されておりまして、区東北部の患者さんも受け入れられていることも考えられます。

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

最後に、4ページ目は、「F.医療人材」の状況についてまとめております。

ただいまご紹介したデータは、既存データの中から関連すると思われるデータを集めたものになっております。データにはない項目でも、このグランドデザインを達成していくために必要なことが多くあると思いますので、あくまでも参考としてご覧いただきながら、このあと意見交換をお願いできればと思います。

説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

ただいまの「東京都の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築」ということに関して、特にご意見をいただきたいということですが、こういう理想的なことが出てきているけれども、実際の現場ではどのようにやっているのかというようなことや、その場合の問題点などについて、皆さまからのご意見をいただきたいと思います。

どの点からでも結構ですので、ご質問、ご意見をいただければと思います。

○賀川（苑田第一病院）：区東北部から区中央部に、高度急性期、急性期に行く人が非常に多く、そして、回復期もちょっとやってという人が、区東北部に戻ってくるというのが、先ほどの資料4のマップではないかと思っていますが、その辺のところ、これらのことが区東北部の圏域だけで、もっと何とかならないかなと考えております。

○座長：ありがとうございました。

三次救急はこの区東北部には1つしかないのも、仕方がないとは思いますが、戻ってくる場合の戻り方についてもいろいろと問題があるだろうと考えられます。

それでは、行政のほうからもご意見をいただきたいと思いますので、荒川区からお願いします。

○倉橋（荒川区）：まさに、高度急性期は区中央部に流出し、慢性期になると、こちらのほうが多いということは、各数字でもあらわれてきていると思います。

特徴的なところで、資料8の4ページ目の「看護師数」の「381人」というのが、ほかのところと比較するとかなり少ない数字になっていますが、これは、高度急性期などの病床が明らかに少ないということなどが反映しているのかなと思われま。

今後こういう傾向が続いていくということでしょうか。

○座長：区中央部の病院の人に「区東北部に来てほしい」とお願いしても、なかなか来ていただくのは無理な話なので、この傾向は当分続くと行われます。

ただし、東京都の場合は、区東北部から区中央部に行くのにそんなに問題はなくて、救急車も非常に速く行きますので、

○倉橋（荒川区）：ほかの地域と比べて、区中央部との依存関係といいますか、流入、流出の関係が非常に特徴的にあらわれていると思いますので、こういう傾向がずっと続くのであれば、ある程度それを前提として、区中央部との連携というものを、この区東北部の特徴として考えて、対応していく必要があるのではないかと思います。

○座長：ありがとうございました。

足立区はいかがでしょう。

○鈴木（足立区）：足立区は、23区で高齢化率が2番目ということと、やはり、貧困という課題があります。

高齢化への対応としては、地域包括ケアシステムの構築が最重要課題ですので、福祉部のほうに、「地域包括ケアシステム推進担当課長」というのがおありまして、医療と介護の連携を進めたいということで、そういう姿勢で対応しておりますが、まだ思うように進んでいないように感じております。

先ほど太田先生からもお話がありましたが、医師会の先生方が地域包括ケアシステムに対して非常に関心が高くいらっしゃるので、個々のケースでは連携されているとは思っていますが、システムの構築としてはこれからという状況だと思っております。

ですので、医療圏での情報交換をしながら、お互いにレベルアップができればと考えております。

○座長：ありがとうございました。

では、葛飾区もお願いします。

○中西副座長（葛飾区）：葛飾区では、医療機関さんとの打ち合わせ会をして、そこから出た意見を申しますと、今日のお話では出ませんでした。周産期医

療では、最近、母体救急とかの搬送システムが非常によくできてきて、システムがかなりできたので、以前ほどは困らなくなったけれども、区東北部で調整している病院が帝京大学ということで、葛飾区からそこまでは遠過ぎるというご意見が出ました。

それから、精神科の救急についても、最近非常にシステムティックになってきていて、「自傷他害」の人などは、例えば、豊島病院に入院できるとかの仕組みはありますが、診断がついてない患者さんへの対応で、主治医を見つけるのに大変困っているというお話もありました。

いずれにしても、以前よりもかなりよくなったけれども、連携の谷間に落ちるような事業があるなというご意見がありました。

それから、病院さんのほうから、国の療養病床の見直しがどうなるのかということが、非常に心配というか、行く末を考えているというご意見が出ました。

例えば、特養等みたいな施設に転換する場合でも、今度は、区の介護保険計画にも関わってくることなので、そういったことが今後どうなるのかということが非常に心配だということでした。

○座長：ありがとうございました。

先ほど、看護師数が少ないということでしたが、病床数についてはどこかに書いてありましたでしょうか。区東北部は救急病院数は多いですが、ベッド数は少ないのではないかという印象があるのですが、

○矢沢部長：本文の102ページと103ページのところに、現状の病床数と現状の医師数、歯科医師数、看護師数等の医療従事者数が書いてあります。

それから、237ページをご覧くださいでしょうか。

○座長：本文の237ページを見ますと、一般病床数が、区東北部では6863床となっていて、1病院当たりの病床数も少ないということもありますので、そういう関係で看護師さんも少ないということになるのかと思われま

す。ほかにいかがでしょうか。

○藤野（看護協会代表）：今の看護師数のことで、私も気になりましたので、少し発言させていただきたいと思います。

資料4の6ページ目、本文の103ページを見ますと、区東北部の看護師数は、人口10万対で「381.8」ということで、東京都の中でも一番低い値になっているかと思えます。

それから、資料8の1枚目の11行目の「退院調整部門を持つ病院数」というところですが、区東北部では「45」で、「0.56」ということで、東京都平均は「0.57」ですから、同じような値を示しています。

ただ、その下の「退院調整加算1」と「退院調整加算2」のところでは、「290」と「14」ということで、こちらも少ないのかなという形がありますので、やはり、看護師の数が少ないのではないかという印象があります。

もちろん、“激戦区”でもあるというふうに聞いていますので、その辺で、看護師の確保対策というものが、病床数が少ないと言いつつも、ある程度の看護師を確保することが必要ではないかと感じております。

一方で、資料8の3枚目のところに、「訪問看護ステーション数」が出ていますが、地域の患者さんを戻していくにあたって、この数字が、区東北部は「108」となっています。

これは、ほかの地区と比べてもそこそこの数字かと思えますが、先ほど、足立区の行政の方がおっしゃっていたように、特に、区東北部の中でも足立区は、独居率が高いとか、経済的に問題がある方が非常に多いので、在宅に移行できないということで、訪問看護ステーション数が多くてもなかなか在宅に移行できてなかったりすることがあります。

また、一般の市民の方々の在宅に対する理解が薄かったりするために、在宅医療に移行できないケースあるのかなと思っていますので、市民への啓発や医療、介護、福祉等の連携を強化するような、現場レベルでの話し合いができるようになれば、うまくシステムが回っていくようになっていくのではないかと思っています。

ですので、看護師の確保対策とともに、看護協会としても、そういう場を考えていきたいと思っています。

○座長：ありがとうございました。

在宅医療を充実させるためにも、救急医療は欠かせないという中で、実際には、区中央部などでは、訪問看護ステーションとか在宅をやっているところも結構ありますが、入院するときに困るという話もよく聞きます。ただ、意外と大きな病院が引き受けてくれる場合もあるということです。

区東北部には中小病院が非常に多いため、地域医療ということに非常に熱心ですので、さらにシステムアップして行って、受け入れはもちろん、退院する場合の調整が一番困るのですが、それをどうするかということが、これから大きな問題になっていくと思います。

退院調整をするMSWがたくさんいても、帰すところがないとどうしようもないわけですが、在宅を増やすという点について、東京都は自宅だけではなく、介護施設とか有料老人ホームみたいところも考えていらっしゃるわけですね。

○矢沢部長：東京都が考えているというよりも、算定式がそうなっているということで、「在宅医療等」の「等」の中に入っているということです。

○座長：その中身はいろいろ問題があると思いますが。

ほかにいかがでしょうか。

○西澤（薬剤師会代表）：資料7の3枚目の「在宅移行支援の充実」というところで、「切れ目のない医療」ということで、退院時にどのように移行させるかというお話が出ていました。

薬剤師会では、「かかりつけ薬剤師制度」というものを、昨年からスタートしておりまして、また、「健康サポート薬局」という制度も、10月から開始しております。

これは、在宅、通院している状態から、入院し、そこで療養して、また退院してくるというときに、お薬の責任を薬剤師がちゃんと関わるということでございます。

例えば、入院するときには、「お薬手帳」というものが非常に活用されているかと思いますが、ぜひ「かかりつけ薬剤師」を、退院時のカンファレンスとかにぜひ活用していただき、在宅に移行したときに、お薬の面で薬剤師が積極的に関わっていける道筋を、今後考えていっていただければと思っておりますので、ぜひよろしく願いいたします。

○座長：ありがとうございました。

○中野（東京女子医科大学医療センター）：先ほどの看護師さんの数が少ないというのは、ユニット系とかも少ないのではないかと考えています。

区中央部に患者さんが流出していますが、例えば、がんのような場合は、ある程度余裕があるので、がんと診断されたら、その患者さんがどこに行くかをご自分で考えればいいわけです、

この医療圏には、がんの拠点病院も認定病院もないわけで、うちの場合は、やっと一昨年、がんの診療病院になりましたが、放射線治療までやる余裕がないので、都立駒込病院と組んでやっています。

そういうことで、ある程度余裕がある場合は、区中央部は行けるわけですが、救命救急に関しては、三次救急をやっているのはうちだけで、年間の救急車の受け入れが1600件ということで、心肺停止で来られる方も非常に多くて大変なんです。

ただ、こればかりは、区中央部に行くというわけにはいかなくて、荒川区だと、区中央部に比較的近いですが、足立区とかでは本当の三次救急の人をそこまで運ぶのは大変だと思います。

また、周産期についても、葛飾赤十字病院が、総合周産期センターになっているかと思いますが。そして、うちは、地域周産期センターですが、新生児に関してはいつも満床で、枠がないほど大変なんです。

そういうことで、救命救急であっても、二次救急で、例えば、脳卒中だとか心筋梗塞だというのは、この地域でも受け入れができるのですが、三次救急とか周産期に関しては、この医療圏の中では、うちだけの施設では非常に苦しいので、行政の方にも考えていただいて、もう少し枠を広げないと、うちの場合

もマンパワー的にもパンクしそうな感じなので、ぜひその辺のご検討をお願いしたいと思っています。

○座長：ありがとうございました。

最後に、副座長の小泉先生、お願いします。

○小泉副座長（東京都病院協会）：情報量が多過ぎまして大変で、問題もいろいろ混在しているというのが、本当に実態だなという感じです。

私どもの病院は、いずみ記念病院ですが、急性期と回復期でやっています。

急性期に関しては、在宅復帰率や病棟の施設基準の問題、病床にコントロールの問題とかもありますし、回復期では、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）の体制、それから、ST（言語聴覚士）の強化とか教育ということがあります。

そして、看護体制もさらに充実しないといけないし、看護師さんの教育ということもよくやっていますが、なかなか思うようにいっておりません。

それから、経済マターと現場マターでは違うだろうと思いますが、どこの病院とどの分野で連携したらいいのかということについては、40年やってきましたが、まだまだなかなかつかみきれないところがあります。

現場マターでは、窓口の問題、臨床情報の提供、個別の患者への対応とかがありますが、いろいろと混在しているのが現状です。

この会の趣旨として、地域医療構想ということですが、テーマが非常に広過ぎますので、できれば、この次から、もう少し視野を狭めて、「このことについて議論しようよ」というような形で話を持ってきていただければ嬉しいなと思っています。

○座長：ありがとうございました。

最後に、東京都医師会の猪口副会長、お願いします。

○猪口副会長：それぞれの地域で話し合っていたのが、この調整会議ですので、なるべく発言を控えるようにしていますが、私も、区東北部の一員として、少しだけ話をさせていただきます。

先ほどから出ている、在宅医療をどのようにつくり上げていくかということは、この問題の大前提ですよ。そこがないと、どのぐらいの比率で皆さんが病床を運営しているかということができないわけですから、きょうは医師会の代表の先生方もいらっしゃるし、区の方もいらっしゃるの、在宅の目標値に向けて、具体的なスケジュールみたいなものをいろいろ考えていただきたいと思います。

そして、病院と医師会とみんなでこの在宅医療をつくっていくためには、病院側としては、在宅をなさっている先生方からの急な入院依頼は絶対受けるというようなことも、大事な話の一つだろうと思いますが、病院側は在宅をやらないというルールもないですから、みんなで話し合っこの在宅医療をしっかりとやっていく体制づくりをしていかなければいけないと思っています。

東京都と区の方々をお願いしたいことは、回復期であったり、地域包括ケア病床というのは、在宅復帰率というものが常につきまっています。

そうすると、退院支援につなげていくときに、在宅というものの受け皿がないとうまくいかなくて、医療だけで解決できる問題ではありませんので、この大前提の部分を何とかしていただきたいと思っています。

区東北部は、高度急性期は外に頼みながら何とかやれますが、慢性期とか在宅という、生活に密着したようなところが、本当に求められているなということを、今日はいろいろなデータを見ながら感じました。

○座長：ありがとうございました。

それでは、今回の会議はこれで終わりにしたいと思います。長時間にわたりありがとうございました。

## 4. 閉 会

○司会（久村課長）：本日は、さまざまな貴重なご意見をいただき、どうもありがとうございました。

最後に事務連絡を3点ほどさせていただきます。

1点目ですが、今後、例えば、担う機能を大きく変えたり、大幅な増床を予定されているような医療機関におかれましては、ご希望があれば、事前に座長の先生と調整の上、こちらの調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと思っておりますので、ご希望の医療機関におかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出ください。

また、議事録についてでございますが、既にご説明しておりますが、本調整会議は公開でございまして、議事録につきましては、後日、福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。

公開された議事録について修正等が必要な場合には、福祉保健局までご連絡いただければと思います。

なお、閲覧用の「地域医療構想」を配布しておりますが、そのまま机上にお残しいただければと思います。

それでは、本日は長時間にわたりどうもありがとうございました。引き続きよろしくお願いいたします。

（了）