

第 2 回

東京都保健医療計画推進協議会改定部会

会 議 録

平成 2 9 年 3 月 3 0 日

東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○遠藤医療政策課長 定刻となりましたので、ただいまから第2回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を開会いたします。

委員の皆様には、年度末の大変お忙しい中、ご出席をいただきまして、ありがとうございます。私は、事務局を担当いたします、医療政策課長、遠藤でございます。よろしくをお願いいたします。

本日、保健医療計画推進協議会の任期が、新たに始まってから、初めての改定部会となります。委員の皆様方で、部会長を選任していただく必要がございますが、それまでの間、進行を務めさせていただきます。着座させていただきます。

それでは、まず、お手元の委員名簿に従いまして、委員の皆様をご紹介させていただきます。

河原委員でございます。

渡辺委員でございます。

竹川委員からは、本日ご欠席のご連絡をいただいております。また、長瀬委員からも本日ご欠席のご連絡をいただいております。

山本委員と永田委員は、ご到着がおくれております。

山元委員でございます。

西川委員でございます。

加島委員でございます。

福内委員でございます。

吉沢委員は、本日ご欠席のご連絡をいただいております。

久保嶋委員でございます。

次に、永田委員がご到着されました。永田委員でございます。

次に、専門委員の方々をご紹介させていただきます。

武蔵野大学教授、熊田委員でございます。熊田委員におかれましては、社会福祉学や、地域福祉論をご専門とされ、都の高齢者保健福祉施策推進委員会にも、ご参画をいただいております。保健医療計画改定に当たりまして、地域福祉の観点から、ご意見を賜ればありがたいと存じます。

国立がん研究センター社会と健康研究センター臨床経済研究室長、石川委員でございます。石川委員は、厚生労働省の保健医療専門審査員を務められるなど、医療データや統計に精通していらっしゃる、地域医療構想の策定部会にもご参画をいただいております。引き続きよろしくお願いいたします。

また、本日、オブザーバーといたしまして、保健医療計画推進協議会から、橋本座長にご出席をいただいております。

続きまして、お手元の資料のご確認をお願いいたします。資料1、改定部会委員名簿、資料2といたしまして、協議会の設置要綱を付けさせていただきます。資料3、

東京都保健医療計画第六次改定スケジュール（案）、資料4、東京都保健医療計画第六次改定における二次保健医療圏の取り扱いについて（案）、資料5、二次保健医療圏ごとの圏域内受療割合比較、資料6、二次医療圏ごとの圏域内入院完結率、また、参考資料といたしまして、地域医療構想策定時に区市町村からいただいた要望（病床の確保に関するもの）を付けさせていただいております。また、机上に保健医療計画と地域医療構想の冊子を置かせていただいております。

落丁等ございましたら、事務局までお申し付けをお願いいたします。

それでは、次に部会長の選任についてでございます。設置要綱第7の2によりまして、委員の皆様で部会長を互選していただきたいと存じます。いかがいたしましょうか。

○渡辺委員 部会長には、東京都保健医療計画の協議会の副座長でもあり、非常にこの方面に詳しい河原和夫委員が適当かと思えます。

○遠藤医療政策課長 ただいま、渡辺委員から、河原委員を部会長にというご提案がございました。皆様いかがでしょうか。

（拍手）

○遠藤医療政策課長 ありがとうございます。それでは、河原委員に本部会の部会長をお願いしたいと存じます。河原委員、どうぞよろしくをお願いいたします。

では、早速で恐縮ですが、一言ご挨拶をいただければと存じます。

○河原部会長 前回に引き続きまして、部会長を務めさせていただきます東京医科歯科大学の河原でございます。前回から5年ほどたちましたが、前回どういうところが反省点としてあるかと言うと、私なりに考えているのは、討議時間がちょっと短かったのではないかなと思えます。これから、いろいろ国が策定マニュアルとかを示してくると思いますが、多分、密教学的なすごい体系になるのではないかなと思えますが、本当は、それに余り時間をとりたくないのですが、かといってとらないわけにはいきませんので、なるべく、事務局大変ですけど、てきぱきと作業を進めて、議論の時間を確保していきたいと思えますので、何とぞご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、会のほうを進行いたしますが、副部会長を指名したいと思えます。保健医療計画推進協議会や医療審議会において、ご尽力いただいております、加島委員に副部会長をお引き受けいただきたいと思えますが、皆様いかがでしょうか。

（拍手）

○河原部会長 それでは、加島委員、よろしくをお願いいたします。

○遠藤医療政策課長 では、議事に入ります前に、西山医療政策部長より、委員の皆様へ一言ご挨拶を申し上げます。

○西山医療政策部長 医療政策部長の西山でございます。本日は、年度末のお忙しい中ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。また、委員の皆様には、日ごろから都の保健医療行政にご理解、ご協力を賜りまして、厚く御礼を申し上げます。

さて、保健医療計画の六次改定に向けて、これから本格的な検討をお願いすることに

なりますけれども、本日は、今後のスケジュールと、それから二次医療圏の設定につきまして、ご議論をいただきたいと考えてございます。

国では、昨年5月から、この医療計画の見直しに関する検討が始められまして、地域医療構想や、それから在宅医療及び医療、介護連携についてのワーキング、こういったところでの議論を踏まえまして、二次医療圏や、基準病床制度、それから評価指標の見直し、対象となる5疾病・5事業や、在宅医療等について、昨年の12月に意見を取りまとめております。

各都道府県では、医療連携体制を構築するに当たりまして、患者動向は医療資源、医療連携に関する情報等から、現状を把握した上で、課題を抽出して、数値目標を掲げ、この目標を達成するための事業を行っていくということになっております。

また、今回、国の医療介護総合確保方針が改正をされまして、医療計画それから市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、都道府県や市町村の医療介護担当者の関係者による、協議の場というものを設置することが今回盛り込まれております。こうしたことから、今回の改定では、これまで以上に医療と介護の連携が求められるということになります。

委員の先生方におかれましては、これから、先ほど部会長からもお話ございましたが、多くの会議で議論を重ねていただくことになろうかと思っております。今回の改定は、東京都の今後の医療のあり方を決めていく上で、大きな節目になるものというふうに考えてございます。先生方、大変お忙しいとは、存じますけれども、ぜひとも会議にご出席をいただきまして、さまざまなお立場、またご経験から、忌憚のないご意見を頂戴できればと思っております。それでは、これからどうぞよろしくお願いをいたします。

○河原部会長 ありがとうございます。

それでは、次第にのっとりまして、会のほうを進めさせていただきますので、よろしくお願いをいたします。

まず、議事1は、東京都保健医療計画第六次改定スケジュールについてでございます。事務局からご説明お願いをいたします。

○遠藤医療政策課長 それでは、中ほどの資料3をごらんいただきたいと思っております。東京都保健医療計画第六次改定スケジュール案についてでございます。今、西山部長のほうからもございましたが、国におきましては、昨年12月、医療計画の見直し等に関する意見の取りまとめがございました。今のところ、国のほうから指針という形で正式に示されたものはございませんが、4月から本格的に作業に入っていくというところがございますので、これから説明するスケジュール案の流れで進めさせていただければと考えてございます。

まず、本日の検討内容でございます。右側を見ていただきますと、黒丸が検討事項、白抜ききの普通の丸が報告事項ということで、お示しをしております。右側第2回、本日

でございますが、今回のスケジュール（案）の流れについてご了解をいただくこと、また、二次保健医療圏の設定についてご議論をいただきたいというふうに考えてございます。右側スケジュールのところですが、年度が明けまして、4月下旬ごろ、第3回の改定部会を開催させていただき、国の指針が既に示されているという前提ではございますが、次期保健医療計画の項目について、ご議論を賜れればと考えてございます。また、報告事項ということで、医療機能実態調査の結果報告、国が示した新指針についての考え方、こちらをご報告させていただく予定でございます。

左側、戻っていただきまして、スケジュールの左から2列目に、保健医療計画推進協議会がでございます。第1回目といたしまして、本日、また、第3回の改定部会で検討いただきました内容について、親会でご説明をさせていただき、左から3列目、医療審議会でございますが、同様に医療審議会にもご報告をさせていただきたいと考えております。

改定部会でございますが、6月から7月ごろ、第4回から第7回ということで、恐縮ですが、4回程度、予定をしております。ここでは、国の指針を踏まえまして、「5疾病・5事業プラス在宅医療」を中心に、課題や施策の考え方等を整理し、皆様にお示しをさせていただく予定でございます。

一番右の列に、各疾病、事業の協議会がでございます。協議会等を設置している疾病、事業につきましては、救急でしたら救急医療対策協議会、がんなら東京都がん対策推進協議会等々でございますが、各協議会の場において、これまでの各疾病、事業の取り組みについて検証等を行い、その検討内容を踏まえた資料を改定部会へ提示させていただきたいと考えてございます。

第8回になります。8月を目途に骨子案を提示させていただきます。その後、骨子案について親会へ中間報告を行い、また医療審議会に提示するというところで、進めさせていただきます。

医療審議会でご了解という形になれば、文案の作成に入るという流れになります。第9回、第10回で文案についてご議論をいただき、11月の第3回の親会のときに計画素案の最終報告をさせていただき、11月以降区市町村と関係団体への意見照会、原案の決定、パブコメの実施ということで、最終的には年明け30年1月から3月の間で医療審議会に諮問を行い、決定するというところでございます。

説明は以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。ただいまのスケジュールの説明に関しまして、何かご意見とかご質問、ございますか。これを見ても、親会とかとキャッチボールしながら、かなりタイトだと思えますが、よろしいでしょうか。

それでは、次の議題のほうに入りたいと思います。次が議事2ですが、東京都保健医療計画第六次改定における二次保健医療圏の取り扱いについてでございます。事務局からご説明をお願いいたします。

○遠藤医療政策課長 それでは、A4の資料、3枚となります。資料4、東京都保健医療計画第六次改定における二次保健医療圏の取り扱いについてでございます。

まず、上段でございますが、二次医療圏に関する国の議論、考え方について、ご説明をさせていただきます。

(1)でございます。こちらは医療法の規定です。医療法におきまして、二次医療圏とは、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮し、一体の区域として、病院、診療所における入院医療提供体制の確保を図ることが相当であると認められる単位であることが規定をされております。

次に、(2)でございますが、国から前回の第五次の改定時、作成指針において、医療圏の見直しに関する考え方が示されております。このときの国の検討会における議論でございますが、国の検討会での分析の結果、人口20万人未満の医療圏では、流入率が低く、流出率が高い傾向があること。また、こうした医療圏は地域医療支援病院、がん拠点病院、超急性期脳卒中加算を算定する病院の割合が低いなどの状況がございました。このため、国は、人口20万人未満で、患者の流入割合が20%未満、流出割合が20%以上の医療圏について、主な流出先の医療圏との一体化など、二次医療圏の見直しを求めたというものでございます。

(3)でございます。地域医療構想の策定ガイドラインとの関係でございます。地域医療構想の構想区域の設定についてでございますが、現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模や患者の受療動向等、将来における要素を勘案して検討することとされており、構想区域と現行の医療計画における二次医療圏が異なった場合には、次期医療計画において、二次医療圏と構想区域を一致させることが適当であるとされております。

下にまいりまして、都の二次医療圏の取り扱いでございます。(1)都の現行の医療圏につきましましては、人口状況や患者の流出・流入の状況を設定条件として設定しておりますが、圏域を変更するだけの大きな変化は見られないと考えてございます。この状況につきましましては、次のページに資料を付けてございますので、後ほどご説明をさせていただきます。

(2)でございます。医療圏を設定して以来、さまざまな施策をこの二次保健医療圏を単位として推進してきており、圏域を基本単位とした保健医療サービスを提供する仕組みが定着をしております。また、保健医療施策と福祉施策を一体的、総合的に推進する必要があることから、現行の東京都高齢者保健福祉計画におきまして、介護保険施設の適正配置の目安となる老人保健福祉圏域を、二次保健医療圏に一致させて設定をしております。

(3)でございます。昨年策定いたしました地域医療構想の策定過程において、病床の確保について、区市町村からさまざまなご要望がございました。地域医療構想におきましては、四つの基本目標の一つとして、「地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実」を掲げるとともに、病床の整備については、住民に身近な区市町村の

意見、また、病床機能報告の結果などを参考にしながら、法令等に準拠して基準病床数を定め、地域に必要な医療を確保していくとしたところでございます。

また、構想区域は、病床の整備を図る区域として現行の二次医療圏とし、あわせて疾病事業ごとに医療連携を推進する区域を事業推進区域として設定し、全都レベルから地域包括ケアのレベルまで、柔軟に運用することとしたところでございます。

まとめでございます。都における二次保健医療圏は、医療法に基づいて設定した現行の医療圏を維持しながら、疾病や事業ごとの取り組みについて地域の実情等も踏まえ、個別にご議論をいただき、どういう医療連携があるべきかご議論をいただき、医療連携を推進する区域を柔軟に運営していければと考えてございます。

1枚おめくりいただきまして、資料5でございます。

この資料は、平成23年と26年の患者調査を比べた資料でございます。23年をご覧いただきますと、Aという欄は、都内に入院した場合、その入院患者の住所がどこにあるかというものを分母としたものです。そのうち、自分の住んでいる圏域内の施設に入院した患者数をBといたしまして、分子としております。A分のBを圏域内入院完結率として示している資料でございます。23年と26年、比較していただきますと、一番右の列が増減でございます。全体として、大きな差、変化はないということが見てとれます。八つの医療圏で、地域内の入院完結率は向上してございます。また、五つの医療圏では、1%以下というところで、多少減少しているという医療圏が五つございますが、傾向としては大きな差はないという結果でございます。

1枚おめくりいただきまして、資料6、こちらは地域医療構想における2025年の完結率、地域医療構想の推計ツールから、推計した結果を付けさせていただいてございます。この資料につきましては、一般病床と療養病床のみのデータとなっておりますが、一番右の列を見ていただきますと、都内の圏域内の入院完結率は平均で70.2%となっております。

説明は以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。それでは、質疑に移りたいと思うんですが、その前に、今回、二次医療圏について、5年前の改定の際の議論じゃなくて、昨年あるいは一昨年の地域医療構想でもやっぱり出てきたわけですね。その中で、病床整備区域と、事業推進区域というふうな形で考えとかも出てきたわけですが、こういう形で、地域医療構想が医療圏のいろいろ関心を、また、それぞれの立場で、例えば、市町村の立場、あるいは医療提供者の立場で、関心をひいてきているのも事実です。

今、事務局からご説明あったのは、東京都の場合、二次保健医療圏ですが、あり方として、医療法に定められた入院医療を確保する単位ということで、法に定められたことは、これはどうしても行政としても、守っていくというか、かかわらざるを得ないようなことですよね。プラス、東京は交通網が発達しているということで、そういうことを加味して、完結率とかを加味すると、今の二次医療圏の設定のあり方には、合理的であ

るといふふうに結論づけることもできると思うのですが、一昨年あるいは昨年の地域医療構想の中で、病床の種別化によって、地域がどうかかわっていくかということ、繰り返しになりますが、区市町村の関心と呼んでいるわけです。それで、二次医療圏自体は、幾つかの区市町村から構成されているわけですね。例えば、東京都の西部医療圏は、新宿区と中野区と杉並区から構成されているわけですが、ご承知のように、新宿区には大学病院が二つあるわけですよ。プラス大きな病院があるということで、三つの区が一つの医療圏を構成しているわけですが、実質のベッドは新宿区に集中していると。杉並は、確か23区で下から人口当たり2番目ぐらいの病床しかなかったと思いますが、そういう形で、二次医療圏の中でも市町村によって濃淡が出てきているということで、市町村がこれから地域包括ケアとか、在宅医療とかを展開していく上で、二次医療圏に対して非常に関心が出てきているというふうに考えるわけです。

この区市町村によって、病床数にこういう違いがあるわけですが、こういうあたりも、やはり意見がいろいろ出てきたり、あるいは目を向けないといけないと思いますが、これについて、まず事務局の考え方お聞かせいただきたいんですが。

○遠藤医療政策課長 今の先生ご指摘のように、病院でいえば都内650病院ございますが、二次保健医療圏内の区市町村で見た場合、区市町村ごとに医療資源の状況が違うということについては、十分に認識をしております。

地域医療構想の策定するときも、そういった状況を踏まえまして、区市町村との意見交換会を設けさせていただきまして、また、必要に応じて個別の区市ごとに事情をお伺いするという作業を重ねてございます。

本日、一番最後に参考資料といたしまして、地域医療構想の策定時に区市町村から文書の形でいただいた要望、4区になりますが、抜粋ということでお付けさせていただいております。ご紹介させていただければと思います。

まず、練馬区です。地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅療養を担う病床は、自治体ごとに必要な数を整備する必要がある。回復期、慢性期は、基礎的自治体を単一で区域に設定されたい。また、急性期の病床配分につきましては、自治体規模等を総合的に勘案して、急性期の病床数が少ない自治体に優先して配分すること。病床の地域的な偏在を改善するという事を保健医療計画に盛り込むこと。

その下、大田区でございます。在宅療養中の高齢者など、患者急変時に受け入れを行う体制づくりや、病床確保の必要性から、回復期、慢性期機能は基礎的自治体を単位とすること。

その下、台東区でございます。3行目の後半からですが、慢性期病床は、在宅療養を支えるために重要な役割を担っているため、今後も一定の病床数の確保ができるよう配慮されたい。

荒川区でございます。病床の整備が十分でない荒川区としては、区内での病床確保が課題。荒川区が必要な医療提供体制を確保できるよう、二次保健医療圏の見直しの検討



を要望ということでございます。

また、本日、東大和の福祉部長でいらっしゃる吉沢委員が、年度末ご予約があつて、本日ご欠席ということですが、現在、東京都で、地域医療構想に関連してアンケート調査を実施しているんですが、その回答の中で、東大和市のご回答について、ご紹介をさせていただきたいと思います。吉沢部長から、そういうお話がございましたので、口頭で恐縮ですが、ちょっとご紹介をさせていただきます。

2025年を迎えるに当たり、急性期から回復期へと円滑な移行、そこから在宅へというこれからの東大和市における地域包括ケアシステムの円滑な循環、連動を考慮した場合、回復期リハビリテーション機能を持つ病院や、一定程度の地域包括ケア病床が必要であるが、不足をしている。以上が、東大和市のご意見でございます。

今、4区と東大和市について説明させていただきましたが、こうした状況を踏まえまして、お手元の冊子、地域医療構想の37ページ、お開きいただければと思います。

地域医療構想におきまして、この37ページ記載のとおり、病床の整備についても、住民に身近な基礎的自治体である区市町村の意見や、病床機能報告の結果など参考にしながら、法令等に準拠して、基準病床数を定め、地域に必要な医療を確保していくと記載をさせていただいたところでございます。

済みません、長くなって恐縮です。事務局の考えでございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

今、東大和市さんと、参考資料に掲載されている四つの区ですか。地域包括ケアシステムの進展と、あと在宅医療を見据えると、どこの自治体も病床の過不足に対して非常に関心を持っているわけですが、今、事務局から説明ありました資料の中で、大田区さんですね。参考資料の、大田区さん。ここ、私も医療提供体制の整備で、去年ちょっと会議でかかわっていましたが、ここは地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療を熱心な方が非常に多いということで、その中で、容体が悪化したときとかの後方ベッドとかいった病床の確保、そういう必要性を要望されているわけですね。ほかの区も、もちろん同じような内容で、一定の病床数を確保したいとか、これも台東区さんですが、そういう形で要望が出てきているわけですが、二次医療圏を例えば大きく変えなくても、今、同化定着して、その流出入とかを考えても、余り大きくいじらなくても、その中で不足する地域に病床を補っていくというふうな考えですね。やっぱり二次医療圏というのは、自治体の集合体で、医療施設の設置に濃淡ありますから、当然、病床の過不足が自治体ごとに生じているわけですが、そういうところに何らかの配慮ということも、今後の検討の中で必要だと思いますが、まず、事務局としては、そのあたり、いかがお考えでしょうか。

○遠藤医療政策課長 先ほどもちょっとご紹介をさせていただいたんですが、地域医療構想の四つの基本目標、この一つが、地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療でございまして、この目標を達成していくためにも、住まいの近くに医療があるという

ことは、非常に重要な観点ではないかというふうに考えてございます。今後とも、地域包括ケアシステムは区市町村が主体ということになります。地域包括ケアシステムを構築する区市町村を支援していくという視点をしっかりと持ちながら、地域に必要な医療の確保について、検討を進めていきたいというふうに考えてございます。

○河原部会長 ありがとうございます。区市町村の立場、今まで、地域医療構想の中で、いろいろご意見いただいた中で、こういうふうなご意見があったので、ここでいろいろ考え方を整理させていただきましたが、非常に難しい問題で、東京都全域あるいは二次医療圏全体で見たときに、全体最適を確保しようと思えば、区市町村で見た部分最適がどういうふうになるか。その逆ももちろん大変なんです。そういう問題点を抱えています。知恵を絞りながら、二次医療圏の問題、あるいは事業推進区域の問題とかいうのを、これからの議論でいろいろディスカッションしていきたいと思えます。

それでは、この議題、議事2に関して、質疑に移りたいと思えますが、何かご意見とかご質問ございますか。あるいは、地域に関して、もうちょっと言い足りないところがあるとか、いかがでしょうか。

○渡辺委員 東京都医師会の渡辺です。資料5、6を見まして、入院完結率は非常にいい、こんなにいいのかなというふうに思っていたんですけども、二次医療圏で、それぞれほぼ満足できるような60%以上、70%前後で、完結していると言うので、私は非常に驚きまして、二次医療圏単位で基本的にはいいんだろうなと思えます。

ただし、都の資料4の一番下のところに、(4)のところに、事業推進区域については、柔軟に運用することとあるので結構なんですけれども、この入院完結率の入院原因の疾病が、別に、例えば脳卒中で入院とか、糖尿病で入院とか、あるいは、脳卒中と糖尿病を持って入院とか、いろいろなタイプがあると思うので、そういうデータというのは、持ってらっしゃるのでしょうか。疾病ごとの。

○遠藤医療政策課長 疾病ごとの入院完結率はございます。ちょっときょうはお示しはできないんですが。

○渡辺委員 もしそういうデータがありましたら、出していただくと、非常に今後の計画を立てやすいし、しかも二次医療圏から見て、または区市町村から見て、ここの手当てが必要とか、そういう実際的なことがわかると思えますので、もし何かの機会がありましたら、よろしくをお願いします。

○河原部会長 石川委員、このあたりは、今度のデータの中で、対象になっておりますか。

○石川委員 今、渡辺委員のほうからご指摘がありました、疾病別の完結率につきまして、確か地域医療構想の中でも、2014年、2013年のデータに従った上で、疾病別の推計というのは行っていますし、また、それが今後人口構成が変わった場合にどうなるのかということに関しても、一定の推計は出ています。

今、構想を、国のほうを見て、どこかに資料あるかなと直接参照できるものがあるかというような確認はしていたんですが、いずれにしてもデータがあることは確かなので、

最終的にこの議論、結論を出す前に、一度確認をして見るというのでもいいことかもしれないかなと思います。

○河原部会長 ありがとうございます。ほかに何かご質問とかご意見ございますか。

○永田委員 薬剤師会、永田でございます。

実際に、この資料6から派生して出てきている参考資料の内容で、部会長からもおっしゃられていたんですが、実際に医療圏の中の、自治体ごとのベッド数の偏在、これはもう過去から問題になっていると考えますが、私も練馬区在住で過去から問題点として感じたところなんです。今後、こういう偏在を、自治体間で医療圏の何かそういった偏在をなくしていく方向に、話し合いをすることができるのか、というのが第1点。

第2点は、その後に大田区から出てきているように、地域包括ケアの中で、さまざまな職種が集まってやっていくには、患者が余りにも移動し過ぎてしまいますと、地域包括ケアそもそもの業務ができなくなってしまうおそれがある。そういう点から考えると、各区から、自治体から言われているようなご意見を、そういう話で適切に対応することができるようなルールづくりに対して、事務局が何かお考えになっているのか、その点について、お伺いしたいんですが。

○河原部会長 じゃあ、お願いします。

○遠藤医療政策課長 ご指摘ありがとうございます。

病床という観点でいうと、今、先生のご指摘は、基準病床の配分の仕方ですね。東京都は、手上げされた病院に、均等に病床を配分していくというのが一つのルールでございます。

今後どうしていくかという、そういう考え方や議論が、今、この段階であるわけではないんですが、今後、国のほうから、新たな基準病床の算定の式が、指針と同時に示されてくると思います。療養病床については、新しい類型への移行等の要素もございますので、そういった部分を総合的に勘案して、基準病床の算定、配分のあり方については、検討していきたいというふうに考えてございます。

それから、あと、一つ大きい仕組みとしては、地域医療構想の調整会議が始まっております。医療機関の分布自体を変えるというような形にはならないとは思いますが、ただ、医療機関の自主的な取り組みとして、どういう連携をやっていくか。あるいはどう機能分化していくかということは、圏域全体で話し合っていくという場も設置されておりますので、こういう場も活用しながら、二次医療圏内の自治体間のさまざまな調整が、進んでいけばというふうに考えてございます。

○河原部会長 構想会議の中に、例えば、区市町村の担当の方とか入られているんですか。

○遠藤医療政策課長 ご参加いただいております。

○河原部会長 ほか何かご意見ございますか。

○熊田委員 武蔵野大学の熊田です。

本当に基本的なところで、ちょっとお伺いしたいんですけども、この完結率と言わ

れているものというのが、データを見ていきますと、島しょは、ちょっと低いのは低いんですけども、低いところで大体50%の前半、それから高いところだと80%という形になっているかと思うのですが、大体、完結率をどのぐらいが望ましいと考えるのかというところが、要するに設定値が決まっていなくて、なかなかどこまで持っていけばいいのかということが議論しにくいではないかということ、まず1点ですね。

あと、もう1点が、先ほども河原先生もおっしゃられていたんですけども、例えば、二次医療圏の中で、それぞれの区市町村の中で偏在があるということは当然あり得ると思うんですけども、それが例えば、交通網の発達などによって移動ができれば問題はないわけですね。ただし、例えば、練馬区さんのほうなんかで出ているのは、私も練馬区に住んでいますので、あれなんですけども、移動の問題というのが、なかなか確保しにくいということがあると思うんですね。そういう意味では、例えば高齢の方ですと、大体タクシーで移動するということが多いと思うんですけども、そうなったときに、そのタクシーのお金が払えるかどうかということによって、例えば、病院にアクセスできるかどうかというのが決まってくるということも、ちょっとあろうかと思っておりますので、そう考えたときに、病床の数をどう考えるかということもあるかと思うんですけども、例えば、偏在のところというのに対して、どれだけ例えば患者とか住民がアクセスできるかというようなところの議論というの、一方で重要になってくるのかなと。私、地域が専門ですので、そういう意味では余り疾患について明るくないので、なかなかわからないところもあるんですけども、そういった観点も、医療圏を考える上では重要になってくるのかなというように思いました。

ただ、最後に、幾つか市町村の意見というのを見せていただきますと、やっぱり回復期や慢性期は、一自治体を単位というのは、地域包括ケアの基本的な考え方としても合致しているかと思っておりますので、そういう意味では、そういったことも、今後検討課題になってくるのかなと思いました。

意見ということで、以上です。

- 河原部会長 いかがですか。完結率は全国平均で見るのが適当か。東京という特殊性ありますけど、いかがでしょう、事務局。
- 遠藤医療政策課長 入院完結率は、目標値という数字を決めるのは非常に難しいのかなと思うんですが、東京の場合、一つの大きい特徴として、交通の利便性、地方の医療圏と違って、地理的な分断はないというところはあり、前回の医療計画の改定の際に、国が医療圏の見直しの議論をしたときに、さまざまな検討をしているんですけど、そのとき、全国の医療圏を流入型とか流出型とか、そういう区分けをしてございまして、流出型の医療圏については、先ほどの説明のとおり見直しということになったんですけど、東京都の医療圏は流入流出型の医療圏に分類され、どういう二次医療圏を組んだとしても、一定数の患者さんは、必ず医療圏を超えて、自分の必要とする、希望する医療を求めて移動していただくということは、一つ大きい特徴であると思っております。

地域医療構想でも、構想区域の医療の閉じ方をどこまで考えるかという部分はかなり議論になったんですが、当該医療圏と隣接の医療圏までを含めて見た場合は、大体どこも、8割以上は、隣接の医療圏までで患者はおさまっているという統計になってございます。

- 河原部会長 移動の問題も非常に大きいですね。買い物から、日常生活、病院まで全て含みますからね。それから、参考資料のいろいろ回復期、慢性期とかで、区市町村単位というのは、ある意味で地域医療構想で考えてた、議論してきた事業推進区域的な考えにも合致しますよね。だから、そういうあたりも、今後、事業推進区域の概念も含めて考えていきたいと思えます。

ほかに、何かご質問とかございませんか。

- 西川委員 1点質問なんですが、資料6の平成37年の入院完結率がかなり高い数字が出ているんですが、これは結局社会の高齢化に伴って、だんだん移動距離が減ってくるからということなんですか。

- 遠藤医療政策課長 この要素は二つございまして、一つは、今、西川委員ご指摘のとおりでございまして、2025年の患者の動き方ですね。これは年齢階級別でつくっておりますので、高齢化に伴って完結率は上がっていくというベクトルが一つございます。

それからもう一つ、資料5のほうは厚生労働省の患者調査を利用しています。こちらの調査は、一般病床、療養病床、それから感染症と精神病床まで含めた資料となっております。一方、2025年の資料6のほうは、療養病床と一般病床のみでございまして、精神病床が入っているかどうかというところが、この完結率の数字に与える影響として、大きいんじゃないかというふうに考えてございます。

- 河原部会長 ほかいかがですか。きょうの主な議題は、二次医療圏に関するんですが、いかがでしょう。

- 永田委員 荒川区さんだけが強硬ではないんでしょうけれど、二次医療圏の見直しを検討してくださいというような要望が出ているんですが、ここだけがそういうふうに出してこられるというのは、何か大きな問題を抱えておられるということなんですか。

- 遠藤医療政策課長 荒川区さんは区の面積としてはそんなに大きい区ではなくて、隣が区中央部、文京区でございまして、区をすぐまたいだところに、日本医大がある。それから、上は足立区さんですね。足立区はまた、足立区さんとして特徴的な部分もある区でございまして、中小の救急病院を中心に比較的多くの病院がございまして、一方、荒川区には現在、大学病院として女子医科大学の東医療センターがございまして、そういった荒川区内と周辺区の医療資源の分布状況を踏まえ、さまざまなご意見やご議論があるというふうに聞いております。

- 河原部会長 あと葛飾区から、何か出てなかったですか。個別に、私、伺ったことがあるんですけども、都のほうに出してくれと言ったんですが。
- 遠藤医療政策課長 文書等で要望という形で、明確にはいただいてないと思います。葛飾区は、学校跡地を活用して、区で公募をかけて病院誘致を進めるなどの取組をされておられることは承知しております。
- 河原部会長 よろしいでしょうか。今までの議論あるいは事務局のご説明も踏まえて、ここで二次医療圏の考え方について整理しておきたいと思えます。

人口の状況あるいは患者の流出入、そういうふうなことを、あるいは医療施設の配置状況とかを考えれば、法に基づく二次医療圏を変更するだけの大きな理由というのは、ちょっと見当たらないと。もし変更しても、またどういう形に変更したらいいかというのは、出てこないと思うんですよね。ある意味で、30年近く医療計画やってきているわけですが、その中で同化定着した側面もあるわけですね。それから、予算の算定単位にもなっている、あるいは国のモデル事業の算定単位にもなっているわけで、かなり日常生活とか、社会システムにも浸透してきているわけです。そういったことを考えますと、この改定部会を始めるに当たって、二次医療圏の線引きを見直すという大きな理由は見当たらないというふうに整理させていただきます。意見があれば、また後ほどお願いしたいと思います。

それから、定着しているということと、もう一つは基礎自治体である区市町村の意見、あるいは病床機能報告制度の報告、こういうことを参考にしながら、二次医療圏ごとの基準病床数を定めて、医療施設、つまり病床整備区域ですよね。医療施設の整備を従来から行ってきたことになるわけです。それから、もう1点は、地域医療構想が出てきたときに、構想区域は原則2次医療圏とすると。構想区域が、違っていれば、次の医療計画の改定で、それを二次医療圏にすると。その代表的な例としては、横浜市ですね。横浜市は、三つの二次医療圏がありましたが、地域医療構想では、一つの構想区域になっているわけで、神奈川県は医療計画の改定で、横浜市と言ったらいいですかね。一つの横浜全体が医療圏になるという形ですが、都の場合は、地域医療構想の会議で、今の13二次医療圏がそのまま構想区域であると。これをベースに、病床整備を進める病床整備区域という、別名でも議論してきたわけです。

そのときに、もう一つは、事業推進区域。きょうの参考資料で、回復期あるいは慢性期については基礎自治体単位で考えてくれというのは、一つは事業推進区域の考え方ですよね。それから、二次医療圏を超えて、例えばがんの医療は全都的に対応するとかいったのも、二次医療圏の枠を超えた事業推進区域の考え方ですが、いずれにしても、事業推進区域を考える上でも、予算の裏づけとか、施設の裏づけを考えると、二次医療圏が基本になるわけです。ただ、事業推進区域と

というのは、きちんと線引きできないですよ。二次医療圏をひっつけただけで、それで事業推進区域というふうなこともできないわけで、絶えず社会情勢の変化とか、医療施設がふえた、減った、あるいは患者移動の変化によって、線引きが変わってくるアメーバー的な存在であると。ここの議論が今後残っているわけですよ。

そういうふうなことで、事業推進区域の議論については次回以降やっていきたいと思いますが、今までの言葉で言うと、二次医療圏、それから構想区域、あるいは病床整備区域イコール二次医療圏については、医療法に基づく圏域については、変更する理由が現段階では見当たらないというふうに、私なりに感じているところですが、いかがでしょうか。もちろん、参考資料に出てくる、繰り返しになりますが、区市町村の要望とか、あるいは、事業推進区域の考え方というのは、今後検討するということは必要なことですが、法に基づく二次医療圏については、今、変更なしというふうなことで、議論を進めさせていただいてよろしいでしょうか。

(異議なし)

○河原部会長 ありがとうございます。じゃあ、次回以降の議論は、現行の二次保健医療圏をベースとして進めますが、その中で事業推進区域の考え方をまとめていきたいというふうに思っております。

きょうの、議題は以上ですが、全体通じて何かございますか。よろしいですか。

○渡辺委員 二次医療圏、やはり大阪、名古屋、札幌、そして今回横浜と、それぞれの大都市は、それぞれ一つの二次医療圏ということが望ましいと、あれだけの大都市がですね。東京ほどになるとそうはいかないということで、昨年度来、うちの猪口副会長とか、かなりそこら辺を、余りデバイスするのもどうかということでお話になって、事業推進区域という考え方を出していただいたので、柔軟に運用ということを前提に、どこまで疾病事業を柔軟にできるかどうかということにかかってくると思うんですね。二次医療圏で、東京都は13医療圏で結構だと思えますけども、やはり柔軟にというところを、かなり軸足を置いていただきたいと考えております。

○河原部会長 今までも精神科救急とか、周産期とかいうのは、まさしく二次医療圏にとらわれずにやっておりますよね。それを、ほかの分野にどういうふうに、そういう考え方に立って事業を展開していくかというのが、事業推進区域かと思えますので、今いただいたご意見を元に議論を進めていきたいと思えます。

ちなみに大阪は、私、最初の医療計画に関与したんですけど、二次医療圏を四つしかつくらなかつたんです。二次医療圏の中に、大阪府独自の基本医療保健医療圏というのをつくったんですね。それが本当は二次医療圏に該当するんですけど、四つしか医療法上の二次医療圏をつくらなかつたから、要するにお金が四つ

分しか来なかったんです、何をするにしても。大阪府、それに気づいて、基本保健医療圏というのを二次医療圏に変えて、医療圏が一気に倍ぐらいになったんです。それで次回改定は。だからやっぱり、二次医療圏というのは、国の補助金とか予算配分の単位であるということで、考え方としては、そういう意味では非常に重要であるかなと、行政を展開する上で。というふうに感じた次第です。

ほか、何か全体を通じていかがですか。よろしいでしょうか。

じゃあ、次回以降、このタイトなスケジュール考えますと、6月、7月、4回ぐらいありますので、それで足りるかですよ。考えてみたら、5疾病・5持病プラス在宅で、少なくとも11分野ありますよね。一つ1回やっても11回です。だから、本当に何を重点的にやるかという優先順位を決めて、都の施策というのは展開していかないと、ちょっと難しいんじゃないかなと思います。それは、次回以降の議論にしたいと思います。

じゃあ、なければ事務局のほうにマイクをお返しします。

○遠藤医療政策課長 本日は、大変ご熱心にご議論いただきありがとうございました。事務局より1点ご連絡をさせていただきます。医療機能実態調査の進捗状況でございます。こちらにつきましては、昨年11月調査を実施させていただきまして、報告書もおおむね完成をしておりますが、現在最終的な内容確認をしているところでございます。

調査の回収率でございますが、病院で82.5%、一般の診療所65.6%、歯科診療所65.9%ということで、大変高い結果となっております。委員の皆様、また、ご協力いただきました、各団体の皆様に心から御礼を申し上げたいと思います。調査の結果の概要につきましては、次回以降ご報告をさせていただきます。

事務局からは以上です。

○河原部会長 それでは、ちょっと早いですが、これで終了したいと思います。次回以降タイトな議論になるとは思いますが、スケジュールもタイトですが、よろしく願いいたします。

では、閉会させていただきます。ありがとうございました。

(午後 5時01分 閉会)