

平成27年度第3回
東京都地域医療構想策定部会
会議録

平成27年6月29日
東京都福祉保健局

(午後 3時00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3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、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、委員の変更がございましたので、ご紹介をさせていただきます。

東京都歯科医師会の山本秀樹委員でございます。

○山本委員 皆様、初めまして。東京都歯科医師会の高野理事から山本、私にかわりましたので、どうぞよろしく願いいたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 よろしく願いいたします。

続きまして、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、東京都薬剤師会、永田委員、河北リハビリテーション病院、河面委員より欠席のご連絡をいただいております。

また、東京精神科病院協会、長瀬委員、東京都医師会、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をいただいております。よろしく願いいたします。

続きまして、本日の資料でございます。資料1から資料5、間に参考資料、1枚挟んでございます。水色のファイル、また、東京都保健医療計画の冊子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いただければと存じます

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

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をいたします。

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 はい。皆さん、どうもこんにちは。きょう、会議をやるのには比較的いい時間で、まだエネルギーが残っておられると思いますので、活発なご議論をぜひよろしく願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

今回は議論に入ります前に、東京の医療の現状等について把握するために、人口や医療資源の状況、それから患者の流出入の状況、さらには将来の医療需要の推計方法について、学識経験者の皆様からご講演いただきました。今回は、そうした前提を踏まえながら、将来のあるべき医療提供体制について議論をしてまいりたいと思います。

まず、この地域医療構想が医療計画の一部という位置づけでありますので、現行の東京都保健医療計画や計画に基づく取り組み状況について説明させていただきます。

また、先般、国から2025年の医療需要推計のためのデータが送付されましたので、その推計値等について説明をいただきたいと思います。

では、初めに、東京都保健医療計画について、事務局から説明をお願いします。

○海老沼課長代理（保健医療計画担当） それでは、私のほうから説明をさせていただきますと思います。

地域医療構想は、先ほど部会長からもお話ありましたとおり、医療計画の一部となっておりますので、最初に、東京都保健医療計画について改めて簡潔にご説明をさせていただきますと思います。

資料2の①をごらんください。まず、左上の計画の性格にもありますとおり、東京都保健医療計画は、医療法で都道府県が策定するものと定められております「医療計画」を含むものとなっております。東京都の保健医療の施策の方向性を明らかにする「基本的かつ総合的な計画」として策定をしているところでございます。

計画の期間でございますが、5年ごとに改定することになっておりまして、現在の計画は、平成25年3月に第5次改定を行いまして、平成25年から29年度までの計画となっております。

計画に記載する事項につきましては、こちらのほうも医療法の30条4の2で定められているところです。資料のほうにも記載しておりますが、5疾病5事業及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策、医療従事者の確保、医療安全の確保、二次・三次の医療圏の設定、そして基準病床数の算定など、記載するものとされております。

そのうちの、まず5疾病についてでございますが、こちら生活習慣病、その他、国民の健康の保持を図るために、特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病ということで、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患が医療法施行規則で規定をされているところでございます。

また、5事業につきましても、医療法に規定されておりまして、救急医療・災害時における医療・そして、へき地の医療・周産期医療・そして、救急を含む小児医療となっております。

5疾病5事業の取り組み等につきましては、後ほど別の資料でご説明をさせていただきますと思います。

次に、医療圏の設定についてでございますけれども、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域単位として区分する医療圏を定めることとされておりまして、都では、都民に最も適切な保健医療サービスを提供していく上での圏域としまして、一次・二次・三次の保健医療圏を設定をしているところです。

まず、一次医療圏についてでございますが、こちら区市町村の区域として設定をし

ています。健康相談、管理・予防、一般的な傷病の治療など、住民に密着した保健医療・福祉サービスを総合的、継続的に提供していく最も基礎的な圏域として設定をしています。

次、二次医療圏につきましては、区部七つ、多摩五つ、島しょ一つの、計13医療圏としています。入院医療を確保するとともに、連携に基づく医療サービスと保健サービスの連携などにより、都民に包括的な保健医療サービスを提供していく圏域としております。こちら、国においても、主に病床の整備を図るべき地域単位として、地理的条件ですとか社会的条件を考慮して、入院医療を提供する体制の確保を図ることが相当であるとしている単位として規定をされておりまして、療養ですとか一般病床の基準病床の算定の基準にもなっているところでございます。

次、三次医療圏でございますが、こちら都全域としておりまして、一次と二次との連携の下に特殊な医療提供体制を確保するとともに、都全域で対応が必要な保健医療サービスを提供する上での区域としておりまして、国においても都道府県単位と規定をされているところです。

次、資料のほうの右を見ていただきまして、上の地図が都の二次保健医療圏の図となっております。また、その下の表に、各二次医療圏の区市町村名、そして面積・人口、そして現在の基準病床数を記載しております。基準病床数の算定につきましては、病床の地域偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的としておりまして、算定方法についても、各病床ごとに医療法施行規則で定められておりまして、全国統一の算定式となっております。表にございまして、療養病床及び一般病床については二次保健医療圏ごとに、精神・結核・感染病床については都全域での算定となっております。

次に、東京における各疾病・事業の取組についてでございます。資料の2の②、1/2が、5疾病5事業の取組内容を記載したもので、2/2が、各疾病・事業の提供体制の圏域の図になってございますので、あわせてご説明をさせていただきたいと思えます。並べてごらんをいただければと思えます。

国の地域医療構想のガイドラインでは、兵庫県の取り組みが例示されていたところでございますが、5疾病5事業、二次保健医療圏を基本としつつ、医療資源の分布状況等に応じて医療連携体制を構築しております。各疾病・事業の取組内容、進捗状況につきましては、この部会の親会でございます保健医療計画推進協議会で毎年、進捗管理を行うこととなっておりますので、本日は、詳細については割愛させていただきますけれども、例えばですが、災害における医療ですね、資料のほうの1/2ですと下段の左から二つ目になりまして、2/2の地図のほうですと左上のほうになりますけれども、こちらをごらんいただきますと、東京都災害医療コーディネーターの設置、地域災害医療連携会議の設置、訓練や研修の実施、災害拠点病院の整備など、二次保健医療圏単位で取り組みを行っている一方、周産期医療のほうを見ていただきますと、

資料の1/2ですと下段の右から二つ目、2/2の地図のほうですと左上と左下になりますけれども、こちらをごらんいただきますと、三次保健医療圏単位で周産期母子医療センターを27施設、周産期連携病院を9施設確保するとともに、搬送体制につきましては、区部は二次医療圏を単位とした7ブロック、多摩部においては1ブロックで構築をして、ブロックごとの地域連携会議も実施をしているという状況でございます。

このように5疾病5事業の圏域は、各疾病の状況に応じて柔軟に設定して、医療連携体制を構築しているところでございます。

説明は以上でございます。

○猪口部会長 はい。ありがとうございました。まず、今の資料2のところの保健医療計画についてでございますけれども、これについて質問ございますでしょうか。

はい、山口委員、どうぞ。

○山口委員 先ほど二次医療圏で病床の設定を行うというお話でしたけども、最終的に許可といいますか、それはどこで出している、都で出してるんですか、区で出すんでしょうか。

○海老沼課長代理（保健医療計画担当） 病院については都でございます。

○山口委員 都で出している。区西北部で、練馬区で急性期病院が足りないというふうなお話があって、区が何か一生懸命動いているという話があったんですけども、実際のそういう区の意見というか、そういうものよりは、最終的には都が許可しているということなんですね。

○小竹医療安全課長 最終的には、許可をするのは東京都が基準病床の中で許可しているところです。

○猪口部会長 それぞれの区に事情がいろいろあって、二次医療圏の中には区・市が複数含まれてますけれども、それぞれの区・市の事情というものよりも、その二次医療圏全体としてどう捉えて、二次医療圏として解決していくというような、今まで運営の仕方をされているんだろうと思います。

はい、じゃあ山口委員、それではどうぞ。

○山口委員 先ほど、5疾病5事業の話ですけども、非常に今まで、例えばがんのときは都全体でやる、あるいは、ほかのものについては二次医療圏でやると、非常に運用を弾力的にやっているということで、僕は東京都としては非常にうまく、この5疾病5事業に関してうまくいってるのではないかというように思うんですけども、そうしますと、今回、構想区域という中では、例えばこういう5疾病5事業、疾患別あるいは事業別というような対応というものもあるのではないかというふうな気がするんですね。ですから、構想区域、二次医療圏という考え方もありますが、やっぱり全都的な区切りでやっていく必要のあるものも出てくるということですけど、今まで僕は非常にうまく使い分けていただいて、うまくいってると思うんですね。

○猪口部会長 はい。安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 今の山口委員のお話と関係しますが、実際、この二次医療圏単位で各主役が集まって、5疾病5事業とか、そういうふうなことも含めてきちっとした、あんまり会議体があるというのは聞いたことがないんですけども、そこら辺はどうなんでしょうか。

○遠藤医療政策課長 今、資料2の②のほうですね、それぞれ上段が5疾病、下段が5事業ということで、どういう取り組みをして、どういう会議体を設置しているのかということを簡単に書かせていただいています。例えば5事業を、下段見ていただきますと、救急医療、丸の三つ目で、もう先生もご案内のとおりだとございますが、例えば地域救急会議、12医療圏に設置をさせていただいております。その右の災害医療であれば、地域災害医療連携会議、これを3年前から立ち上げさせていただいて、各圏域、本当に顔が見える関係の中でどういった体制がいいかということをご議論いただいているということでございまして、5事業5疾病、それぞれいろんな会議体で連携体制を進めさせていただいているところでございます。

○安藤委員 救急とか、そういうのはわかりますけども、これからその二次医療圏単位できちっとしたものをつくっていかうとする割には、それほど二次医療圏単位のきちっとした行政が集まってやっていくというのがちょっと薄いんじゃないのかな、今から本当にできるのかなというところがちょっと私は心配なところだと思っております。

○猪口部会長 はい。じゃあ森久保委員、どうぞ。

○森久保委員 今、お話ししまして、第五次保健医療構想はこの二次医療圏、医療計画の中で進めているということいろいろやってこられていると思いますけれども、なかなかうまくいってない事業もあるかと思っています。これから行う地域医療構想は無理やり押し込むというわけではないと思いますが、今ある2次医療圏とどうかかわってくるかということだろうと思っています。非常に感心したのは、例えば周産期医療とか小児の救命救急医療とか、精神疾患というのは、二次医療圏と別に動いているということ、非常に柔軟に運用しているということがあるということです。今回の地域医療構想における病床数の配分も、考え方の中の一つに、このような柔軟な形でやる必要があるのではないかと考えています。先日、国から都道府県の2025年の医療病床数の予想が出ました。その中の東京都の予想を見ますと、東京圏、それから大阪、沖縄など、慢性期を含めた病床がふえるという結果が出ました。現在の都の二次医療圏ごとの配分を見ましても、かなり狭い中でいろいろやっていますので無理が出るのかと感じています。柔軟な考え方も今後の地域医療構想を考える上で非常に重要ではないかと逆に感心したところです。そういう考え方もあると思いました。

以上です。

○猪口部会長 はい。河原副部会長。

○河原副部会長 5疾病5事業ですが、当時は4疾病5事業だったと思いますが、今から

約12年ほど前にこの概念出てきたと思いますが、そのときの当事者としてちょっと一言言わせていただきますと、ちょうどそのころ研究班、組織して、医療計画で取り組むべき疾病あるいは事業、どういうものであるかというふうなことを研究でまとめたわけですが、同時に厚労省のほうの医療計画に関する委員も務めさせていただきましたが、私どもの研究でまとめた4疾病5事業、今は5疾病5事業ですが、それが、特に4疾病に関しては、この四つの疾患で日本の医療の七、八割がカバーできる。だから、最初にこの四つを徹底的にやろうというようなことで出てきた概念です。同時に、病床規制と医療圏というのはもう要らないんじゃないかというふうなのが、もう議論としては今から12年前出てきてます。結果として、医療圏の枠組みに入ってしまった、ある意味でいびつな構造になっていると思いますが、その後出てきた疾病である精神に関しては、ご承知のように5疾病のうちの5番目の疾患ですが、全県で対応する三次医療圏対応になっているわけですね。この資料2の①を見ても、三次医療圏の概念、定義が下に書いてますが、1行目のところには、「特殊な医療提供を確保する」というふうに書いていますが、これは精神あるいは結核を想定されていることと思いますが、むしろ精神、結核も特殊な医療でもないかもわかりませんが、問題は、大事なのは次の2行目の「東京都全域での対応が必要な保健医療サービス」、これを三次医療圏で考えないといけないと。まさしく患者移動とか疾病ごとの二次医療圏の枠組みに合わない状況、全都で対応しないといけない状況、これは東京だけに限らないと思いますが、そういうふうなことを考えますと、いわゆる5疾病5事業、これはもうむしろ三次医療圏に近い概念に今なってきたんじゃないかなと私自身は思っております。

以上です。

○竹川委員 今のお話、ちょっと聞いていて、そうしますと、今、二次医療圏は機能的にはしっかりある程度しているということなんですけども、基準病床数を今回考える上においては、やっぱり全都的な、先ほどもちょっとお話出ましたけれども、考えていって、今の二次医療圏の考えというのは残して、それを、どちらかという調整会議的な、調整区域として緩やかな連携ができるような、緩やかな対応ができるような病床に関しても対応が必要なのかなというふうに感じます。

○猪口部会長 ちょっと病床のほうに行ってるところがあるんで、まずは、この保健医療計画と二次保健医療圏という話をまずちょっと検討したいかなと思うんですが、安藤委員からの質問で、会議がそれぞれにあるというお話があったけれども、例えば脳卒中で言うと連携検討会議、その連携という意味では、リハビリに向かっていく連携は確かにあるけれども、二次保健医療圏の中で救急を受けるセクションの部分の会議は特にあるわけではないし、それから、それを主導する、それぞれの会議を主導するところが二次保健医療圏の中にないんですね。東京都のみんなここにいらっしゃる行政の皆さんがそれぞれの場所に来てやっていると。だから、常在している役所がある

わけではなくて、言ってみればバーチャルに分けられてやっている。それが、例えば災害医療なんかは、災害医療それぞれ二次医療圏の中に核を持ってはいるんだけど、そこに災害医療、何かあったときに集まる人たちというのは、まさに集まる。しかも災害拠点の中核病院の場合には、そこの活動対策拠点ですか、災害医療対策拠点として、そこの現場の職員たちが東京都の職員ではない人たちが現場で働かなくちゃいけないというぐあいになっていて、この二次医療圏を中心にやるとおっしゃっているけれども、これが非常にバーチャルなもので、実態のないものを活用しているんだという部分はあるのではないかなと思います。だから、会議体も非常に自由に必要なものをポンとつくれるというわけではなくて、会議体は言うほどいろいろ準備してかからないと、人を集めることもなかなかできないというのが二次医療圏の実態ではないかと思うんですが、そこでちょっとお願いなんですけども、この二次保健医療圏で医療計画をやっているということがうまくいっているという根拠とか、そういうものはどこにあるのか。やっぱり指標みたいなものがあって、そして、こうだからうまくいっているんだというようなところがあれば、今後の構想区域をいろいろ考えていくのに重要なデータになってくる。むしろ、どちらかというとはみ出てしまっただけで流出入が非常に多いというようなデータが出てくるのであるならば、この二次医療圏に固執する意味は何なのかというような印象もちょっと持ちます。

いかがでしょう。例えば指標となるようなものは今まで挙げてきておられるんでしょうか。

○遠藤医療政策課長 5疾病5事業について、それぞれの事業でどういう取り組みがどこまで進んでいるかと。それぞれ保健医療計画で目標ということでは定めさせていただいています。その進捗管理については、年に1回、親会である保健医療計画推進協議会のほうでその進行管理していくというのが、今の医療計画のPDCAサイクルの基本的な部分でございます。その中で、先生、今ご指摘の二次保健医療圏という、その区域がどういうふうに機能してるのかという部分がダイレクトにこの各5疾病5事業の指標にあらわれてくるかというのと、その見せ方というのは今までそんなに議論はなかったところかもしれません。ただ、今のご指摘踏まえて、ちょっとその辺についても検討のほうをさせていただければと思います。

○猪口部会長 今までを踏まえて、何かご意見ございますか。

はい、山口委員、どうぞ。

○山口委員 今、猪口会長言われた脳卒中の二次医療圏の検討会、これは、恐らく脳卒中に関してはこの上の上部組織があって、そこが基本的には脳卒中の搬送等を決めていて、いわゆる二次医療圏では、むしろ回復期との関係というのを検討するという会になっていて、実際の脳卒中に関しては、決定権はむしろ上部団体、つまり全都的な話をやっているはずなんです。ですから、この検討会はあくまで本当に地域に対してやっているということですので、本来の脳卒中の医療に関しては、むしろ全都的にやっ

ていると言ったほうが正解ではないかという気がします。

それから、今言った検討会で、実は区西北部ですと4区あるわけですけども、中には決定権がないということで、実際に各区のほう動きやすいというような部分もあります。ですから、この二次医療圏でのこういう会合において、非常に決定権がない、あるいはその執行権がない、動きがなかなか、最終的に誰が責任とるかというのがはっきりしないというところが、こういう二次医療圏での会のちょっと問題かなど。僕はむしろ脳卒中は上の上部機関がうまく決めてるから動いているというふうに言えるかもしれません。

○猪口部会長 はい。塩川委員、どうぞ。

○塩川委員 私は、脳卒中の現場におりますので、部会長、先生もおっしゃられたように、急性期の部分は、確かに、東京都の体制つくってやってるんですけども、連携協議会でも、それで実態調査も2回行われてるんですけど、その検証をするというところでとまっているようなところがありまして、全都的にというのは、ちょっと今、医療の状況が変わってきたので、そういうことを今やろうとしてるんですけど、急性期の部分も大きな会議がうまくコントロールしてるかと言われると、そういう状況ではないんですね。それから、回復期、維持期、あるいは、療養体制ということからすると、もう二次医療圏単位というよりは、これは連携パスが、要するにそれぞれの病院とその関係の施設というところで構築された流れがありますけど、これはもう二次医療圏とかなり離れておりまして、その部分の、ただ、地域連携パスの保険の加算のことで合同で東京都で年3回やっておりますけど、これが東京都あるいは二次医療圏というふうに誘導してやっているかと言われると、今はちょっとそういう状況じゃないように現場から見ると思いますが。

○猪口部会長 脳卒中で言うと、脳卒中の現場の方たちは二次医療圏でほとんど閉じていないという印象をお持ちだということになってきましたけども、ほかには何かありますか。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 あと、現場感覚から言いますと、私、八王子市医師会の理事もやっておりますけれども、南多摩医療圏の5市の理事が集まって一緒に会議をやったことってというのはまだ一回もないと思うんですよね。だから、そういうことを考えると、二次医療圏というのは本当に現場に浸透はしてないと思うんですよね。そういうような現実があると思います。

○猪口部会長 はい。竹川委員、どうぞ。

○竹川委員 私も江東区では災害の医療をやっているんですけども、災害においても、今、二次医療圏である程度はまとめているというのは、東京都から見ると二次医療圏一つ一つにおろしていくというのは一つの方向であると思うんですけども、どちらかというと、やっぱり災害は市区町村単位で動いているというのが現実であるように思

われます。

○猪口部会長 はい。森久保委員、どうぞ。

○森久保委員 今、お話があったがんの診療連携拠点病院というのは都の中では新しい事業じゃないかなというふうに思っています。国からいろいろ指定がありまして、拠点病院をつくる、あるいは二次医療圏ごとに、その関連とといいますか、基幹になる病院をつくるということで、ここ二、三年の間に、かなり進んできているというふうには考えています。しかし元々、その拠点病院を作るという発想のもとが二次医療圏に作ることが前提になっているわけですので多少無理もある感じはしています。実際、患者さんの流れを見ますと、13大学付属病院、特定機能病院等の大病院へ流れるというのが現状です。がん診療連携拠点病院に関しては、どうもそういうものに合わせてつくっているような印象があります。結局流れるところは大病院ですので、必ずしもこのがん診療連携拠点病院に関しても二次医療圏の圏域がマッチしているかという、そうではないんじゃないかなというふうには思っています。

○猪口部会長 だから、保健医療計画を二次保健医療圏の単位で進めているんだけど、その保健医療計画をそういうふうにしてしまうことによって、効率性が上がっているかというところなんだと思うんですね。保健医療計画は立てなくちゃいけないと思うんで、保健医療計画それぞれの5疾病5事業に対して立てなくちゃいけないけれども、それが二次医療圏をベースにやっていく必要があるのかということになると、現場感覚としては、あんまりこの二次医療圏に頼った動きをしていないんじゃないかというのが今出ている意見のような気がしますけれども、そうではないんだと、うまくいってるんだと、この二次保健医療圏がないと保健医療計画はうまくいかないんだという印象をお持ちの委員はいらっしゃいますでしょうか。

はい、じゃあ、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 今、聞いていますと、5疾病5事業についても、それぞれ事業によって速度感というか、違うわけですね。それから、それを担当している医療機関の分布状態、密度というものも変わってきますので、一律にくくるということはなかなかできないんだろうと思うんですね。例えば一般の二次救急で言えば、二次救急に関して言うと、二次救急病院はかなり都内に均等に分散して比較的あるので、それをどういうくりにするか、区の単位がいいのか、二次保健医療圏がいいのか、あると思いますけれども、例えば脳卒中であれば、やはり時間単位で搬送ができるという体制をまず急性期では組まなきゃいけない。ところが、がんであれば30分の、1時間の医療圏を組む必要がなくて、数日とか1週間という、そういう時間軸によって、こういう保健医療圏という設定が出てくるんだろうと思うんですね。そのときに、そういったいろんな要素を組み上げていくときに、では、そういう組み合わせをつくるマトリックスの最小単位はどこがいいのか、あるいはそれを行政的に管轄しやすいのはどこなのか、それを踏まえて、それをどう組み合わせていくのか、そういったのが保健医療計画な

のかなと思って今ちょっと聞いておりました。

- 猪口部会長 はい。要するに、この5疾病5事業のそれぞれの体制に関して言うと、その枠組み、大きさみたいなのが違うんじゃないかというご意見だったと思います。それで、その基本単位をどうやって組み合わせるかという問題だけれども、今のままでいくと、二次医療圏が基本単位になってしまって、かなり大きなものが基本単位となりながら組み合わせてる。だから、ブロックと言いながらも二次保健医療圏が単位ではある。最小単位になっているというところが、これはまあ間違いはないですね。要するに、この5疾病5事業の保健医療計画を推進するに当たっては、いろいろなマトリックスを考え、基本単位を一次医療圏にするか二次医療圏にするかといったら二次医療圏を基本単位にしながら考えているという、この部分はまずそれでいいですね、現状としてはね。ブロック単位の部分もそうですね。はい。

じゃあ、石川委員、どうぞ。

- 石川委員 今回の猪口部会長のほうからもお話がありましたけれども、二次医療圏の設定ないしは医療圏域の設定というのは、単に医療供給側の体制ないしはマネジメントから考えるだけのものではなくて、実際にその医療を受けられる住民の方々の観点というのも重要だというふうに考えられています。もともと一次医療圏、地域に根づいた医療がきちんとその圏域の中で提供ができることというのは、その地域の中で住民の方々が地域内で医療を受けられることという趣旨があったように考えております。ですので、恐らく医療の側のマネジメントからすると、都全域を一つのくくりで管理する、それはもう当然ありだと思っておりますけれども、では、例えば島しょの二次医療圏というところも含めた都全域というふうに考えてよろしいのでしょうか。やはり、住民の方々が、それぞれ居住してらっしゃる地域の特性に応じた評価というのも必要で、二次医療圏が、現行のものが望ましいかどうかにはかかわらず、やはり圏域の中で地元の住民の方々がどのような形で医療ができるのかという分析はとても重要な観点ではないかなというふうに思います。

- 猪口部会長 今のお話は、医療提供者側のほうでブロックを考えていくのではなくて、生活者の視点に立って、生活者がどういう医療圏であれば本当に連携の中において、例えば病院から病院に紹介を受けるような場合でも、全然、交通機関のないようなところに紹介されてしまうというようなことじゃなくて、生活者の視点に立って生活のしやすいところに紹介をしていただくという、そういうような視点が大事だという、そういうことでよろしいですかね。

はい、ほかには。じゃあ、竹川委員。

- 竹川委員 本当の都民の方々のことを考えるということが、やっぱり一番だと思うんですけども、そう考えた場合、今ちょっと二次医療圏の話がありますけれども、二次医療圏単位が本当に都民の方にとっていいのかということはやっぱりあると思います。やっぱりその地域地域で、お年をとってきて地域医療が必要になってきたときには、

本当に区市町村単位になっていく、もっと狭い範囲になってくるということがあるわけですので、そういうふうな都民のためを考えるとということであれば、病床数に関しては全都的に考えて、それぞれは、この二次医療圏の役割というものもとても重要だと、今の現在の二次医療圏の役割というのは重要だと思いますので、先ほどちょっと話しましたが、調整会議的な、調整区域的なものとしてやっていったらどうかというふうに考えています。

- 猪口部会長 はい。ちょうど病床の話が出てまいりまして、次の段が、2025年の医療需要推計についての報告がございます。その話を聞いて、そして、さらに患者さんの流れですね、二次医療圏ごとの流入の話もデータとして来て、きょう提示受けるようですので、ちょっとそこまで進めていきたいと思います。

では、続きまして、2025年の医療需要推計について、事務局から説明をお願いします。

- 水澤課長代理（地域医療構想担当） 資料3①をごらんください。国から医療需要の将来推計のためのデータを収載したツールが提供されましたので、東京都の状況をご確認いただきたいと思います。既に第1回の部会で国の地域医療構想策定ガイドラインについてご紹介したところではございますが、ガイドラインで定められた推計方法により、将来の医療需要の推計結果を表示できる地域医療構想策定支援ツールというものが6月上旬に国から配付されたところでございます。

まず、推計の前提をご説明したいと思います。推計全てに通じてくる部分になりますので、少し長くなりますが、丁寧にご説明させていただきたいと思います。

推計は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能と、在宅医療等の医療需要について、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの2種類の医療需要、つまり患者数と必要病床数ということになります。こちらが二次医療圏ごとに算出できるものとなっております。

改めてのご確認にはなりますが、患者住所地ベースの医療需要というのは、例えば区の中央部であれば、千代田区、中央区、港区、文京区、台東区の5区にお住まいの方が2025年にどのぐらい医療を必要としているのかというところを、2013年、つまり現在と受療率が変わらなかったというふうに仮定をして算出しているものでございます。

一方で、医療機関所在地ベースの医療需要というのは、区の中央部にある医療機関が現在どのぐらいの医療を提供しているのかという供給量をもとに、2025年の推計を行うものでございます。

慢性期の機能につきましては、パターンA、パターンB、特例と3種類の推計がございます。第1回の部会でご紹介を既にさせていただいたものですが、皆様の机上にある水色のファイルの黄緑色の付箋のところを、必要に応じてご参照いただければと思います。

簡単にご説明いたしますと、パターンAは、全ての県が受療率を全国最小の県と同じにするという、急激に地域差を減少させるパターンでございます。パターンBは、もう少し緩やかに地域差を解消するパターンとなっております。特例はパターンBを使ってもかなり厳しい削減を求められる地域におきまして、一定の条件のもとで目標達成時期を2025年ではなく、2030年に引き延ばせるというものでございます。

「在宅医療等」につきましては、内訳は出ていないんですけれども、内数といたしまして、「訪問診療」の医療需要のみ再掲されるものでございます。

医療需要は、医療機能別に加えて、疾患別にも推計可能となっております。こちらは後ほど別の資料でご紹介することになりますので、ここでは割愛させていただきます。

次に、全国の推計の状況についてでございますが、既に、先ほども委員からもご指摘がありましたが、一部報道では、全国で1割病床削減ですとか、削減幅2割以上が27県とか、センセーショナルに取り上げられていましたので、ご存じの方もいらっしゃるかと思いますが、内閣官房の「医療介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」というところから報告書が出ておりますので、参考値としてご紹介したいと思います。

現在、医療施設調査における既存病床数が134.7万床あるというところを、目指すべき姿としては115から119万床程度ということが示されております。都道府県別に見ますと、1都3県と大阪、沖縄のみが必要病床数が増加する結果というふうになってございます。

続きまして、資料右側、東京都の結果を見ていきたいと思っております。ここでは、先ほどご紹介した慢性期のパターンはBを活用させていただいております。つまり必要病床数が大きく出るほうのパターンで計算しております。2025年の必要病床数は、患者住所地ベースで11万2,485床となっております。現行の保健医療計画における基準病床数と比較いたしますと、1万6,858床の増加となります。同じく保健医療計画上の既存病床数を比較いたしますと、6,988床の増ということになります。同じように、施設所在地ベースで見ますと、11万3,882.7床、保健医療計画上の既存病床数との差は8,385.7床となっております。

こちらを医療機能別に細かく見たものが下の表となっております。患者所在地ベースの医療需要で見ますと、高度急性期が1万4,696.9床、急性期が4万615.6床、回復期が3万4,471床、慢性期が、パターンBで2万2,701.5床と。ちなみにパターンAを選択する場合には、パターンBより2,200床強少ない計算になりますので、記載は割愛してございますが、総病床数も2,200床強減って11万238.5床という形になります。

次に、在宅医療等の需要についてでございますが、ここからは単位が病床ではなく、一日当たりの患者数ということで人になりますのでご注意ください。

患者住所地ベースのパターンBで19万7,275.9人、より慢性期の病床の少ないパターンAのほうを選択いたしますと、逆に在宅医療等の需要数は多くなる形になりまして、パターンAだと需要が19万9,342.6人となります。訪問診療は、その内数といたしまして、15万1,316.1人となっております。

下の段は、医療機関所在地ベースで同じように記載をさせていただいたものでありますので割愛をいたします。

この患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの差が何かというところになりますが、例えばある地域で、そこに住んでいる患者さんの医療需要として、100床分ありますと。そこに所在する医療機関の医療の供給量150床分ですよという形になりますと、その差の50床分は、その地域に住んでいる患者さんではない、つまりほかの地域から流入している患者さんの分の医療需要ということになります。東京都のケースで見ますと、総病床数では、1,397.7床分、他県から流入している患者さんがいるというような見方になります。機能別に見ますと、高度急性期から回復期は流入超過で、慢性期は流出超過ということになります。

国の地域医療構想策定ガイドラインにおきましては、まず、患者住所地で推計した医療需要をベースに考えることとされておりまして、その上で、患者が相当数流出入している都道府県間におきましては、協議を行い、病床数の調整を行うこととされておりまして、東京都の場合、例えば流入の多い高度急性期について、他県との協議を行わない場合には、患者住所地ベースの医療需要となりますので、1万4,696.9床が2025年の病床数となりますが、他県との協議の結果、例えばどこどこ県から流入してくる患者さんを引き続き東京都で受け入れましょうというような合意に至れば、その流入分に相当いたします何床分というところが東京都の病床数にプラスされまして、逆に流出元の県の需要は同じ病床数分だけ減らすという考え方になっております。ただ、なかなかこうした都道府県間の協議が難しいだろうというところもございまして、現在、国において協議開始時期や協議内容、協議が調わなかった場合の対応方法など、具体的な調整が検討されていると聞いております。国から通知があれば、またこの部会でご報告をさせていただきたいと思っております。

それでは、1枚おめくりいただきまして、資料3②をごらんください。推計結果を、こちらは二次医療圏別に見たものになります。患者住所地・医療機関所在地ベースの推計と並びまして、最後に参考で既にご報告をさせていただいております病床機能報告の結果を掲載しております。見方のほうは、先ほどの東京都頭の数値を見たときと変わらないんですが、資料右下、留意事項をごらんいただきたいと思っております。

まず、慢性期の推計につきましてですが、先ほど国のほうの推計ではパターンA、パターンB、特例がありますよということでお話をさせていただきましたが、今回、東京都の二次保健医療圏では、この特例が適用になるところはないという結果になりました。

次に、在宅医療等の推計につきまして、国の推計上、この在宅医療等の内訳にどんなものが含まれているかといいますと、医療資源投入量175点未満の医療需要、それから、慢性期の医療需要から移行して在宅対応とするもの、つまり療養病床区分1の患者さんの70%と受療率の地域差の解消分というところになります。それから、訪問診療を受けている患者さんの数、老健施設の入所者の方の数と。ただし、内数がわかるものは訪問診療のみとなっております。

三つ目の留意事項をご説明するに当たりまして、医療機関所在地ベースの島しょのところをごらんいただくと、網かけで0.0と書いてあるところがわかるかと思いません。これはナショナルデータベース等のレセプト情報を活用する際のルールとして、個人が特定されるおそれがあるために非公表となっているものでございまして、島しょの医療機関の高度急性期の医療供給がゼロ人、全くないですということではございませんで、10未満の数字が本来入っているんですけれども、非公表ということで網かけゼロとなっているという形です。本当にゼロ人という場合には、網かけがつかないゼロとなりますので、ご留意いただければと思います。

それでは、具体的に1例、区の中央部だけ取り上げてご説明をしたいと思えます。上段の患者住所地ベースで見ますと、高度急性期は1,133.6床、真ん中の段、医療機関所在地ベースで見ますと、3,297.9床ということで、欄は設けていないんですが、差し引いてみますと2,000床以上の差があるということになります。同じように、急性期もごらんいただきますと、患者住所地ベースが2,676.1床、医療機関所在地ベースが6,711.5床となりまして、こちらも4,000床以上、他県や他圏域からの流入がある状況でございます。

逆に、慢性期はパターンBをごらんいただきますと、1,179.2床に対して558.9床ということになりますので、他県や他の圏域への流出超過となっていることがわかります。

こちら必要病床数の計という欄がございますが、こちらは高度急性期から慢性期までを足し上げたものになります。これと現行の保健医療計画上の病床数とを比較してみますと、患者住所地だと基準病床数と比較いたしますと、1,989.4床の不足、区の中央部には基準病床を超える病床数が既にごございますので、既存病床数と比較いたしますと、6,308.6床の過剰というふうになります。ただ、これは区の中央部に住む患者さんの医療需要に対しては過剰となるということございまして、現在の他県や他の圏域の患者さんが流入している状況も見込みました医療機関所在地ベースで見ますと、917.8床不足する計算になってございます。

一番下の段、病床機能報告で見ますと、区の中央部の高度急性期は9,193床。ただし、病床機能報告はあくまで定性的な基準に基づく自己申告という性格のものでございますので、あわせて二次医療圏別の医療資源の状況を見ていただきますよう参

考資料もご用意しておりますので、1枚おめくりいただきたいと思います。

縦列に圏域を、横列に項目を並べたものとなっております。例えば最初の項目、病院数で見ますと、色のついた区西北部、区東北部、南多摩が実数としては多い圏域となりますが、その隣、人口10万対で見ますと、区の中央部や西多摩が挙がっている状況でございます。特定機能病院や救命救急センター数でございますと、区の中央部や区の西部が多くなってございます。真ん中右よりの病院病床数の項目でございまして、区の中央部や南多摩は実数も人口10万対も多いという結果になります。

下の段をございまして、一般病床の平均在院日数は区の中央部や区の西部で短くなっていたり、病床利用率や西多摩や南多摩で高くなっていたりというところで地域の特色が出ているものもございまして。

ほかのご説明は省略させていただきますが、適宜ご参照いただければと思います。

ご説明は以上です。

- 猪口部会長 はい。ありがとうございました。非常にインパクトのある数字を皆さん、今、一堂に見ているところだと思っておりますが、何かご質問ございますか。ちょっとビジーな表ですので、ぱっと見て質問するのはなかなか難しいかなと思っておりますが、とにかく区中央部であっても、その医療機関所在地ベースで考えれば、2025年はまだベッドが足りない。これは機能別の話をして、今は言っていないけども、とりあえず医療機関の所在地ベースで言えば917床足りない。2025年に向けては、それぐらいふやしたほうがいいだろうと。これが患者住所地ベースという話でいくと、さすがに区中央部のところはお住みになっている方がやっぱり少ないので、6,300床過剰であるというような話ですね。東京都全体としては、もう繰り返しになりますけども、そういうぐあいで、東京都全体の捉え方とそれぞれの医療圏の捉え方と、皆さんございましていただきたいと思っておりますけど、何か質問ありますか。

はい、じゃあ、伊藤委員、どうぞ。

- 伊藤委員 これ今、他の都道府県との調整方法については、まだはっきりしたことが決まっていないということですね。これが医療機関所在地ベースと、それから住所ベースでかなり数値が違ってきます。これは東京都全体を考えてもそうだし、それから、各地区によっても相当差があります。これについて、どちらを選ぶのかがはっきりしないと、なかなか議論も進まないなという気がするんですけども、二つ質問があって、一つは、東京都はどのようなふうな交渉を今想定しているのかということですね。

それからもう一つ、医療機関所在地ベースということがもし基本になったとすると、交通機関とか患者の移動ということが実際の二次医療圏とか、そういったものに当てはまらないためにいろんな議論が出ているところですけども、もしそれがちゃんとした病床数として認められるとすると、基本的には現状の、その地区における病床機能がそのまま維持されるということになると、患者移動というのは余り考慮する必要はなくなってくるのかなと思っておりますけども、ちょっとその考え方は違うかどうか教えて

いただきたいんですけども。

○猪口部会長 どうでしょう。ガイドラインによると、近県との交渉はまず一番最初に行うべきというような形になってますよね。いつごろを想定してて、どういうスタンスで交渉なさる予定でいるのか。それもこの会議で決めていくことなんじゃないかな。

○遠藤医療政策課長 はい。他の都道府県との調整のところでございますが、今こちらのほうに基本的な考え方を記載させていただいています。国のほうは、まず患者住所地ベース、ここを基本として、全都道府県出発していただきたいということです。その後、流入・流出をそれぞれどう見込んでいくのかと。その協議は8月を目途に開始したらどうかということが国のほうから今、検討案としては言われております。ただ、この調整方法を含めて、まだ明確に決まっていることではございませんので、目途としては8月ということでございます。伊藤先生ご指摘のように、流入・流出を全て加味するという事になると、最終的には医療施設、医療機関デフォルトで収束するという事なんですが、その間で、その間の数字ですね、それをどうするかというのが都道府県間で調整していく内容になります。その考え方、数字をどうとるかということについては、まさにこの策定部会でご議論いただいた上で、東京都の方針については決めていきたいというふうに考えております。

○猪口部会長 はい。こちらの会議に一つ議題が提出されたわけですけども、どうお考えでしょうか。はい、どうぞ。久岡委員、どうぞ。

○久岡委員 今のお話で、患者住所地ベースで話していくと、東京中央部は大体、患者の50%ぐらいが大学病院で診ているわけなんですね。そうすると、その病床数にもかなり影響してくるということなんですね。それで、かつそれぞれの大学を見ますと、半数が他の都道府県から流入してくる患者であるわけなんですね。それから、その残りの半分が他の医療圏から入ってくるということですので、住所地ベースで話が進んでいくと、これは大変なことになるんじゃないかなというように考えるのが1点と、それから今、参考資料にあります特定機能病院、これ大学の本院ですけど、区中央部には6病院あって、南部には2件、区西部は4、2とかあるんですけど、たとえ区西南部のように特定機能病院、大学の本院ですね、本院がないところでも大学の分院があるわけですね、今。分院で、要するにDPCの、本院はDPCの1のグループですけど、2とか3の、例えば八王子には東京医大とか東海大学の分院もありますし、そういうのも加味した上でいろいろ、それから、当然ながら都立病院もあるわけですから、やはりそういうくくりで見えていくと、単に住所地ベースだけで論議が進んでいくと、どうも話が合わないんじゃないかなというふうに今のお話を聞いてます。

以上です。

○猪口部会長 医療機関ベースというのが今の現状のベッド数なんですよ、基本的に言うと。今の医療機関がどのような患者さんを診てるかというのは医療機関ベースで、そこに流出入の全てが含まれたような形で医療需要の推計がなされているということ

だから、もし患者さん住所地ベースという形になってくると、かなり医療提供体制そのものが変わってこない、形に当てはまっていかないだろうということはまずは言えますよね。そういう理解でいくとして、何かご異論ございますか。後で、流出入のデータが後ろにちょっとあるようですから、それを含めた上で、そのどっちベースで議論をするかということに関しては、それを含めた上でまたお話をすればいいかなとは思いますが、まずはこの推計に関して質問と意見、はい、どうぞ。

進藤委員ですね。

○進藤委員 はい、進藤です。

全体の必要病床数が出ておりますが、これからふえてくる認知症、それから、虚弱高齢者への対策ということでこれを考えているかと思うんですけれども、認知症の方が割と精神科病床にも入っているかと思しますので、精神科病床の関与をここに全く含めないで考えるのはちょっと現実的ではないように思うんですが、何らか関与を考えなくてよろしいでしょうか。

○猪口部会長 ガイドラインによると、精神科領域、それから認知症のオレンジプランですか、そういうものも含めて検討、この構想自体はそれを含めて策定していくことになっておりますので、これは、医療需要推計はこの4機能パターンで推計はしてはいますが、その中にどのように織り込んでいくかということは、今度の構想のあれの中にどのように織り込んでいくかということはすごく大事な話だと思うんですよね。だから、話を進めていく上で、ぜひ長瀬委員も進藤委員も含めて、どのように盛り込んでいったらいいのかというご議論はいただきたいと思います。はい。構想自体はその辺を無視しているということではないと思います。ただ、これどうなんでしょうね、この需要推計の中にそういう将来の病気の変化、今の現状を2025年に人口推計で当てはめただけなんで、その辺の病気の推移だとか、そういうものはどうなっていくのかというのはわかるんでしょうか。

これは石川委員、どうぞ。

○石川委員 まず、今、進藤委員からご指摘のありました精神科病床なんですけれども、今回の病床の機能別推計の中には精神科病床は一切入っておりません。134万床、全国と合算で出ているとおり、一般病床100万床と、それからあと、療養病床34万床のみを足した結果ですので、精神科の領域の対応に関しましては、この外のところできちんと考えていただくという部分がございます。

猪口先生のほうからありました、傷病構造自体がこれから2025年、40年に向けて変化するのではないかという部分なんけれども、こちらに関しましては、今回の推計の中では一切特段の仮定は入っておりません。

また、例えばの話ですが、各病院において在院日数を短縮する、しないというようなこと、こういった項目も一切入っておりませんので、今までどおり、医療を提供していくんだとした場合、人口の変化によって、このような形で病床数が変わりますと

いうところが示されているというようにご理解ください。

1点、ちょっと追加になりますけれども、本日の資料を見ていたところ気づいたのですが、病床の推計の中には、現状2013年度における4機能区分別の病床数という数字が実は入っております。こちらをごらんいただきますと、今見ている数字、2025年の人口変化を加味した数字のほかに、現状で、今の人口構成ではどのような状態になっているのかというのがございます。可能であれば、この数字も今回が無理であったとしても、ぜひとも委員の方々にはごらんいただいた上で、現状の4機能区分別の病床数がどうなのか、それが2025年、人口構成が変わることによってどう変わるのかという部分もぜひごらんいただきたいなと思います。

- 猪口部会長 その現状の機能別の病床数は、病床機能報告制度との乖離を見るのには、今現状これぐらい乖離しているんだという話を見るのにはすごくいいわけですね。
- 石川委員 はい、そのとおりでございます。恐らく当初、昨年10月の段階で行われました定性的な評価に基づく各病院の6年後の病床の状況というのと、それからあと、今回の推計で使われている、3,000点、600点、175点で切った場合の実態のデータに従った区分のところというものには、やはりまだまだ違いがあると思いますので、その部分もきちんと、特に医療提供者側の方々にはご理解いただいた上でご議論いただかないといけないかなというふうに思います。
- 猪口部会長 あと、推計で、これは病棟単位で選んでいくような形になりますので、例えばどのぐらいのパーセント、その病棟が例えば高度急性期で3,000点以上の患者さんが何人ぐらいいたら、それは高度急性期病棟なんだというような、そういうところの案内というか、そういう考え方は示されているのでしょうか。
- 石川委員 厚生労働省自体は、これから定量的な基準ということで、4機能ごとにどのような定量基準が整っていれば高度急性期あるいは急性期になるのかというところをこれから検討するというように聞いています。イメージとしてご理解いただきやすいところは何かということ、高度急性期の部分は3,000点以上ですので、基本的には手術が行われたり、あるいは高額な内科的な薬物療法等が行われているところが中心になります。なので、恐らく現状で7対1病棟で行われている、今入院していらっしゃる患者さん、及び特殊病棟、ICUやHCU、NICU、それからあと、SCUのようなところの特殊病棟に入っているところの患者さんというのは基本的には高度急性期になりますが、当然、7対1の病床、10対1の病床の中でも高度急性期と急性期の比率は病院ないしは傷病ごとに違っているだろうということで、今後そうした部分をもう少し医療機関の方々にもご理解いただきやすくするために定量的な基準をつくっているという予定になっているというふうにお考えください。
- 猪口部会長 もうちょっと質問していいですか。例えば3,000点以上が高度急性期って扱いになりますね。手術をして、その1日目、2日目のところは非常に点数が高い。けれども、その患者さんは5日間ぐらいはその病棟にいる、フォローするため

にいるというふうに考えると、3日間は高度急性期扱いではないわけですよ。そうすると、本来ここで高度急性期必要病床というものを考えると、その病床数はそうかもしれないけど、それをもとにしながら、病棟に含まれる病床数はもっと多くないと難しいのではないかと思うんですけども、その辺の考え方は入ってこないんですか。

○石川委員 これは、私がお答えして適切なのかという部分はあるのですが、今ご指摘がありましたように、その術後の管理も含めて急性期、病態が落ちつくまでというふうに考えますと、やはり高度急性期の一日、二日、手術当日だけではなくて、その後も含めた上で恐らく考えていただくということが必要だろうというふうに思われます。現状の推計の中では、あくまでも術当日と、それから、あとそれ以降の部分の高度急性期と急性期を分けて計算をしているわけですが、当然のことながら先ほどお話をした、例えば高度急性期、手術後の患者さんが全員HCUに今移られて管理がされているかという、そんなことはないと思います。多くの病院では、7対1の病棟のところ、術後帰ってこられて管理をされていますので、こうした病棟のところの比率の部分に関しては、やはり各病院がどのような形でその7対1、10対1等のところの一般病床を運用されたいのか、それを少しずつ踏まえていかないと、なかなか病棟別の評価というのはできないと思います。あくまでも今回出しているのは、一日当たりの診療密度に応じた高度急性期・急性期という場合で、どうしても必要な部分の病床はどれだけかという数字になります。

○猪口部会長 だから、高度急性期の患者さんがこれだけいると。高度急性期の点数を示した患者さんがそれだけいるということであって、高度急性期病床は、それよりも多くないと、病棟単位なんですから、何しろ、難しいように思うんですけども、これはこういう表現のままずっと厚労省は行くんでしょうか。そうじゃないとこれは、例えばここにある1万5,000人のC3、あとC1の3,000点以上の患者さんが1万5,000人いるというのであるならば、病棟としては2万床あったり、2万5,000床とかなないと、その患者さんを診れないような気がするんですけど。

○石川委員 そうした意味で、これから先ぜひお考えいただくことは、その患者さんが入院をされてから、例えばの話なんですけども、肺がんの外科の手術の患者さんの場合、当日もう手術がされるのであれば、入院当日は高度急性期になるかもしれません。ただ、術翌日のところになりますと急性期になって、それから後、何日間かした後で基本的には退院が可能な状態になるという形になります。現状はあくまでも年間365日の中で患者さんが平均的にどれだけいらっしゃるのかということで高度急性期のところを切り分けてしまっていて、クリニカルパスであるとか、あるいは入院した患者さん単位の管理のところ、何日目までが急性期相当なのかというような指標が全く入っておりません。ですので、これから先のところでは、今入院してらっしゃる患者さんだとこれだけのベッドがありますという話になりますが、DPCで言いますと、DPCの分類ごとに、例えばDPCで肺がんで10日までの平均在院日数の場合、高

度急性期がうち何日分あって、その後、急性期部分のところは何日あってというような形で合算と管理がされていくということになります。

○猪口部会長 いや、ですからね、患者さんと、それから点数と、その患者さんは今、高度急性期の病態である、高度急性期のステージであるというようなことは言えるんだけど、将来それぞれの調整会議で高度急性期を何床、急性期を何床という形で調整していかなくちゃいけないわけですよ。そうすると、高度急性期に入っている患者さんのその病棟は高度急性期病床でないと言えないという話になる、病棟単位なんですから、だから、ちょっと多目の設定をしていかないと、それぞれの医療機関が成り立たないのではないかというお話です。

○石川委員 ということでですね、高度急性期単体の病床を議論するということには余り意味がございません。なので、急性期の入院の必要の範囲で高度急性期プラス急性期の場合というのをお考えいただくという形にこれから取れんしていただくというふうに個人的には思っております。

○猪口部会長 はい、塩川委員。

○塩川委員 今の点で、一つは、病床の充足率というか、100%埋まっているわけではなくて、たしか75%ぐらいのことが想定されていたと思うんですけど、そういう、要するにベッドの余裕というようなことと、あとは施設基準と今の急性期の話、高度急性期を点数で分けているところが、現場としてはちょっとなかなかこの理解というか、うまいこと理解しがたいというですね、そういう、だからベッド数をもし決めるのであれば、この施設基準で集中治療室からいろいろ、何段階かの集中治療病棟ありますけども、その部分と、あと、これ結果として3,000点以上だから、これは高度急性期病床の扱いであるという、ちょっと何かこの、どのような方向に持っていかれるのかというのが、その高度急性期側の施設のものとしてもちょっとわかりにくいので、そこらあたりをちょっとご説明いただければと思います。

○猪口部会長 説明する立場ではないのかもしれないんだけど。

○石川委員 まあ正直にお話をしますと、先ほどから出てきている医療・介護情報の活用に関する改革の推進に関する専門調査会というのがありまして、そちらの作業ワーキンググループの中にはずっと参考人として出ておりましたので議論のところは聞いております。今回あくまでも、まずは高度急性期・急性期と診療密度で分けていった場合、どれぐらい医療の手間がかかってらっしゃる患者さんが毎日毎日病院にはいらっしゃるのかということで病床数をまずは整理をさせていただいていますが、実際には都内で高度急性期1万5,000床あるところに365を掛けますと、多分、高度急性期が必要だった患者さんの数に近くなるというような計算をこれからは得なくなると思います。なかなかこの部分の計算ができないために、高度急性期の後、各患者さんの病態に応じた平均的な入院期間が何日なのかというのがわからないで急性期のところの病床数を分けていくことは困難ではありますけれども、まず一定の、非

常に高度な医療介入が必要なところの患者さんが一日平均で言うと、1万5,000人ぐらい都内にはいらっしゃいますよと。そうした方々が例えば二次医療圏ごとに見ていった場合、患者さん住所地ベースでは、区の中央部で1,133人、こうした機能が必要な方がいらっしゃいますというような形で考えていただいて、それをもとに二次医療圏ごとという構想区域ごとに高度急性期のところがどれだけ地域で必要とされているのか、かつそれが今どのような形で所在地ベースで供給されているのかというところを見ていただくというのが現状でできる、まず一番最初の入り口かなというふうに思います。

○猪口部会長 私、みずからちょっと先走り過ぎているような話をしちゃって申しわけなかったんですけども、調整会議のあり方で、どのように必要推計から、どのように病床数をやっていくかという調整会議のあり方はまだきちんと出ているわけではないですから、それは2025年に向かっていろいろと議論を重ねて、どういうふうに、この推計をもとにしてどういう病床をつくっていくんだというのはこれからの議論なのかもしれません。とりあえず、きょうはこういうC1、C2、C3を利用して、それぞれの需要推計が出てきたということで、まず、ここまではよろしいでしょうか。

はい、長瀬委員、どうぞ。

○長瀬委員 これは、資料3の①のところなんですけど、これ厚生労働省が出した資料に基づいて都がやったわけですよ。これは全国一律に厚生労働省が出したものをこういうふうに推計出してますけど、東京都の特殊性ってのがあるじゃないですか。先ほどから区中央部の話をしてますけど、あそこに大学病院が日本で一番集まっているところだと思うんですね。東京都、ほかのところにも、ここら辺にいらっしゃる先生方の病院は全国から患者さんが集まるわけですよ。そういったことも考えて、こういうのを出すべきなんだろうというふうに思いますけど、これはそれを考えて出してるんでしょうか。この次に、流入・流出のあれがありますけど、そのところをお聞きしてよろしいでしょうか。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） ご説明いたします。医療機関所在地ベースのほうにつきましては、今の現行の流出入を全て見込んだ形となりますので、医療機関所在地ベースのほうの推計というのが国が出しているものであっても、今の現状の、例えば大学病院にいろんな県の方がいらっしゃる、そういった現状を全て踏まえたものという形になります。なので、どちらかという、東京都の大学病院などにいろんな県から患者さんが集まっている、今の現状を反映しているのは医療機関所在地ベースという考え方になろうかと思います。

○長瀬委員 わかりました。ありがとうございました。

○猪口部会長 今の件は、次の説明を受けると結構わかると思いますので。

はい、山口委員、どうぞ。

○山口委員 質問ですけども、今、3,000点とか600点とか、そういうふうに分け

ておりますけれども、これはあくまでトータルでやっておりますが、例えば脳卒中あるいは循環器、そういう形でベッド数が3,000点以上は何床という押さえ方はもう既になされてるのでしょうか。

○石川委員 私のほうを見てご質問がありましたのですが、きょうの資料の4の部分からごらんいただきますと、地域医療構想の中では、全疾患で病床数を考えるということが中心になっておりますけれども、5疾病5事業の部分に関しましては、それぞれの状況を踏まえた上で、恐らく全都で足し合わせてしまった流出入というのは、本来、傷病ごとに起きている流出入を隠蔽してしまうようなものになると思います。ですので、ぜひとも傷病ベースのところも見ていただきたいということで、推計には傷病ベースの推計というのもございます。

○猪口部会長 はい。よろしいでしょうか。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 ちょっとこの場で議論することかどうかわからないですけど、先ほど精神科病床の話が出たんですけども、今、長瀬委員おられますので、我々一般病院は余り精神科病床のことがわかっていないんですけども、今、かなり精神科病床のほうも削減とかと言われていたと思うんですが、その何とかアウトラインだけちょっと教えていただくようなことはできませんでしょうか。

○長瀬委員 何を言えばいいかわかりませんが、今まで精神科病床は、統合失調症を中心にずっとやってきております。現在も大体60%ぐらいは統合失調症の方が入院していますし、ただし、最近は認知症の方が結構入院してきてはいますので、将来、変わっていくだろうというふうには思いますけれども、国は相変わらず長くなっている患者さんの退院促進をということでやっておりますし、それを続けていますけど、将来は、今度出たオレンジプランを見てもわかりますけれども、循環型の地域包括ケアシステムですか、それを我々も取り入れなきゃいけないと思っていますし、最終的にはBPSDですか、そういった方々が結構多くなっていくのかなという話が、精神科病床はかなり必要だろうというふうには思いますけど、こんなことでよろしいでしょうか。

○猪口部会長 ぜひこの会議のどこかで、その精神科、それから認知症、それから地域包括ケアといったところと、どのようにこの病床の話がくつついていくかというのは、議論というのか、資料提供と議論をしたいなと思いますので、それ準備ぜひよろしくをお願いします。

はい、じゃあ、安藤委員。

○安藤委員 今、長瀬委員のほうから話がありましたけれども、結構、都内で精神科の病院をやっている先生方から今のアウトリーチも含めて、将来的に精神科のベッドを地域包括ケア病棟に転換したいんだけど、今の都のルールだとできないよと。そこら辺もできるようにしてもらえると非常にいいんだけどなという意見も聞いておりますので、

それも踏まえてよろしく申し上げます。

○猪口部会長 はい。

久岡委員、どうぞ。

○久岡委員 今の精神科の話ですけれども、平成28年の診療報酬の改定では、大学病院の中に精神科の病床を持っている大学に関する評価というものも今考えておられますので、やはりそういう意味でも私ども貢献できるのではないかというふうに考えています。

○猪口部会長 ありがとうございます。

では、ちょっと時間も押し始めていますので、その次の資料ですね、じゃあ、事務局からお願いいたします。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） 先ほど資料3では医療需要というところに焦点を当ててご説明をしてみました。資料4では、部会長からもありましたとおり、患者の受療動向と医療機関における医療供給という角度からご説明をしたいと思います。

資料4は、4枚つづりになってございますが、同じ内容を四つの機能別にご紹介しているものとなっております。資料3でも触れましたが、患者所在地ベースの医療需要というのは、ある圏域に居住する患者さんがどの地域の医療機関に入院しているかを示すものになりますので、患者の受療動向がわかります。

区中央部にお住まいの方が高度急性期の区中央部の医療機関で入院されている割合、つまり自圏域での完結率というところを見ていただきますと57.9%、都内のほかの圏域の医療機関に入院した患者さんが24.5%、他県の医療機関への入院が17.6%となっております。島しょは、色つきでバーになっている箇所がございますが、これは先ほどと同じく、人数が少ないために非公表のデータとなっているところでございます。

他方、医療機関所在地ベースは、ある圏域に所在する医療機関に入院している患者さんがどの地域にお住まいかを示すことができます。区中央部にある医療機関の場合、入院患者は区中央部に住んでいる人が19.9%、都内の他圏域が52.2%、他県からは21.5%流入していることになります。

注意書きをさせていただきますが、先ほどの非公表のルールがございますので、圏域ごとに横に足し上げても、今、100%にならない状況でございます。棒グラフでは、一番右側に不詳の欄を設けて表示しておりますので、そちらをごらんいただくとわかりやすいかと思います。

西多摩や南多摩は、自圏域の患者さんが8割を超えるのに対しまして、区の中央部は19.9%、区西部は43.5%と、比較的低い割合になってございます。

続きまして、下の段、東京都の地図が三つございますが、まず一つ目、先ほど見ました、患者住所地から見た患者の受療動向で記載いたしました自圏域の完結率を地図に色分

けしたものでございます。色の濃い区南部は自圏域の完結率が高く、北多摩南部、西多摩、区政北部なども、比較的高いという形になっております。

二つ目、圏域の充足率についてでございますが、2025年の医療機関所在地ベースの医療需要推計を患者所在地ベースの医療需要推計で割ったものを充足率として定義して記載をしてございます。つまり、その地域に住んでいる患者さんの医療需要に對しまして、その地域にある医療機関がどのぐらい医療を提供できるのかをあらわすものとなります。例えば住民の医療需要が50ありますよというところ、医療機関がもし100提供できるということであれば、充足率が200%といったような見方になります。地図で見ますと、色が一番濃いのが区中央部でございまして、続いて区西部や区南部、北多摩南部が充足しているというような形になります。

ここで特徴的なのが区中央部でございまして、充足率が非常に高いにもかかわらず、自圏域の完結率は高いほうではないというような結果になります。

そこで、実際にどんな医療圏と流出入があるのかというのを矢印で記載してみたものが、右側の大きなほうの地図になります。区中央部では、周辺3県から、1日当たり少なくとも530.8人が流入している推計結果となつてございまして、これは高度急性期の病床稼働率75%で割り戻しますと、707.7床分が、他県の患者さんが利用している病床という計算になります。この700床余りを、引き続き東京都に流入してくるだろうということで、それを見込みまして、あるべき医療提供体制をもし考えるとしますと、都道府県間協議において調整が必要になるということでございます。

1点補足させていただきますと、現在、国から来ているデータが、東京都のどこどこ圏域と、例えば埼玉県のどこどこ圏域といったように、医療圏間での流出入しか示されておらず、また、一部の圏域間では、数値が非常に小さく、非公表となっておりますことから、県頭の数字がわからない状況でございますので、「少なくとも」というような記載になってございます。この点につきましては、現在、国に県頭の数字をもらえるように依頼をしているところでございます。

1枚おめくりいただきまして、急性期機能をごらんください。

自圏域完結率について、地図とあわせてごらんください。自圏域完結率は、高度急性期と比較して全体的に高くなつてございまして、地図の色の濃い部分がふえているのがわかるかと思ひます。特に区南部、それから西多摩、北多摩南部は70%を超える完結率となつてございます。

医療機関所在地から見た医療供給の側から見ますと、やはりの区中央部の自圏域の患者さんの割合というのは小さくなつてございまして、23.3%、他県からの流入患者も20.7%と、高度急性期同様、高くなつてございます。自圏域の患者さんの割合が高いのは、西多摩、南多摩、島しょ部となつてございます。

圏域の充足率、下側のほうの地図を見ていただきますと、こちらも高度急性期同様、

区中央部の色が濃くなっておりまして、次いで区西北部、北多摩南部の充足率が高い状況でありまして、区中央部で圏域の充足率が高いんですけれども、自圏域の完結率が低いというような傾向も同じように見てとれます。

こちらでは、先ほど区中央部を取り上げましたが、区西北部における患者の受療動向を一例として取り上げてございます。区西北部におきましては、埼玉県からの流入が見られまして、1日に少なくとも280.6人が流入してきている状況でございます。こちらでも急性期の病床稼働率78%で割り戻しますと、359.7床相当となります。

都内で見ますと、都内の他圏域への流出超過の傾向にございますが、流出先は比較的隣接圏域が多いという形になります。

また、1枚おめくりいただきますと、回復期機能になります。

こちらでも、前二つの機能と傾向は類似しておりまして、区中央部での自圏域完結率と圏域の充足率のギャップが見てとることができます。自圏域の完結率は、西多摩、南多摩、区南部で高い傾向にございまして、圏域の充足率は、区中央部、区西部、北多摩南部で高い傾向になってございます。他県からの流入は、区中央部がやはり20%と大きくなってございます。

受療動向の例示といたしましては、区西部を取り上げておりまして、本圏域でも1日当たり少なくとも224.3人が周辺3県から流入しておりまして、こちらでも病床稼働率で割り戻しまして、249.2床相当という形になっております。一方で、他県への流出も157.7人、175床相当となります。

もう1枚おめくりいただきまして、慢性期の機能についてご説明いたします。こちらはパターンBで作成をさせていただいております。

こちらは自圏域の完結率の様相がほかの三つの機能と少し変わりがございまして、西多摩、南多摩の完結率は高いのですが、区中央部や区東部、区西部におきましては、40%未満と、比較的低い形になります。さらに、完結率の高い地域と圏域の充足率が高い地域がおおむね一致する傾向となっております。

例示として挙げさせていただきまして、西多摩における患者の受療動向でございまして、西多摩医療圏におきましては、他県からの流入に比べまして、都内の他の圏域からの流入が1日当たり530.3人、576.4床相当と、多い状況にございます。

資料4の説明は以上になりまして、引き続きまして、資料5をごらんいただければと思います。

先ほどもご質問をいただいておりますが、国からの推計ツールでは、疾患別の医療需要の推計が可能となっております。また、あわせて配付されたデータブックにおきまして、疾患別の医療提供体制の現状が可視化できるものが一部ございますので、そちらのほうのご紹介をさせていただきたいと思っております。前回の部会でも少しお話がありました。6月半ばに行政担当者向けの国の研修会がございまして、私のほうで

参加をさせていただきました。本部会委員の石川先生も、国の研修講師としてご登壇されていたところでございます。今後の部会では、ほかの疾病も含めまして資料をお出しすることになるのですけれども、今回は取り急ぎ、一つ例示としてがんを取り上げることで、どのようなデータが配付されているのかというところを皆様にご紹介できればと思っております。

それでは、資料のご説明に入りたいと思います。

まず、1枚目は、必要病床数等推計ツールを使った2025年の推計結果を一表にしているものでございます。疾患別にも、高度急性期から在宅医療等まで、二次医療圏別に推計できる仕組みになってございまして、ただし、大もとのデータが、ナショナルデータベースのレセプトデータでございますので、慢性期や回復期機能の中の回復期リハビリテーション病棟入院基本料のように、包括化されているものですか、疾患別の名前がわからないものにつきましては、この推計の対象外となっております。そのため、慢性期は推計値がゼロと出ていたり、回復期機能も、回復期リハを除く過小な数値としてあらわれている可能性があることをご承知いただければと思います。また、こちらも網かけの箇所はレセプトデータの制約から非公表となっているところでございます。

下の図は、がんの急性期の流出入の状況を、区中央部を例に見ているものでございます。隣接圏域は、もちろん隣県の3県を初め、多摩方面からも多くの患者が流入している状況がわかるかと思えます。

こうした状況は、疾病によってかなり大きく異なっておりまして、一例として、右側に脳卒中の急性期の流出入の状況を、同じく区中央部を例に表示させていただきました。隣接圏域に対しまして流出している傾向にあることがわかるかと思えます。脳卒中の急性期のように、急ぐ医療であるということで、隣接圏域での流出にとどまるものと、がんとの差が確認いただけるかと思ひ、ご用意いたしました。

1枚おめぐりいただきまして、2枚目は現状分析のためのデータ類となります。まず、左上ですが、医療提供体制（SCR）と記載のあるデータについてでございます。これはさまざまな指標のレセプト件数を、当該地域を全国と同じ人口構成にした場合に想定される全国平均のレセプト数で割り返したものとなっております。要するに年齢構成等の差を排除した状態で、全国平均と比較して、医療供給量の多い地域かどうかということを示しているということかと思ひます。

地図で見ますと、赤い区中央部は、全国でもトップクラスに供給量が多いということでございます。次に、区西部も比較的多いというところでございます。一方で、区東北部は青色で、全国平均よりも下回るというような供給量になります。

では、区東北部の患者さんが医療提供を受けられていないのかということ、その確認をするためにも、またデータが出されてございまして、下向きの矢印の先、受療動向可視化ツールをごらんいただきたいと思ひます。このデータは、将来推計とは異なりま

して、高度急性期や急性期といった重みづけはないのですけれども、がん診療に係る入院量全体を把握するものとなってございます。

いろんな色が入っている横棒のグラフを見ていただきますと、区中央部のところ、左端の濃い青は自圏域、区中央部の患者さんで、その少し右側に、青と同じぐらいの幅で、赤色で四角く囲っているところになりますが、オレンジ色の箇所があるかと思えます。これが区東北部の患者さんの部分になります。

実際のパーセンテージで見ますと、黄色と白のしま模様の表を見ていただきますと、区中央部のところ、青色の四角で囲ったところ、13.6%とございます。こちらが、区中央部の医療機関では、患者さんの13.6%が区東北部の患者さんという形になりまして、自圏域の患者さん16.7%に次いで多くの患者さんを診ていることになります。

では、区東北部の患者さんが、区中央部の医療機関を受診することが大きな負担になっているのかどうかというところで、アクセスの問題を考えました場合、右側、緑色のグラフをごらんいただきたいと思えます。こちらは既に前回部会でも、石川先生の講演の中でもご紹介があったものではございますが、傷病別・地域別の人口カバー率のデータとなっております。最寄りの入院治療を行っている医療機関までの移動時間を計算いたしまして、地域の人口カバー率を示したもので、一番上、東京都全域の地図を見ていただきますと、濃い緑のところは15分以内、薄い緑のところは30分以内に医療機関に患者さんが到達できるというところでございます。都の全域では、大体97から98%程度のところで、30分以内に医療機関に到達できることになろうかと思えます。

こちら、区東北部ではどうかということを見ますと、中段のグラフを見ていただきますと、こちらほとんど人口が30分以内で医療機関に到達することができるということがわかるかと思えます。

最後に、全国の状況をご参考までに見ていただきますと、60分以内というオレンジ色や、90分以内の赤、90分超のピンクというところもございまして、東京都と比較いたしまして、医療機関までのアクセシビリティに大きな差があることが見てとれるかと思えます。

ご説明は以上になります。

○猪口部会長 これも非常に情報量が多いんですが、まず質問いきましょう。簡単な質問。ここがちょっとわからないんですけどというような話。どうですか。

確認ですけども、僕、区東北部の人間なので、緑になってほっとしましたけどね。左上の青色で、何と貧しいんだというような、医療機関の数がですけれども、提供体制が貧しいんだと思ったら、患者さんというか、住民の方は、区中央部を利用しながら、うまくアクセスしているということがわかったという図になるわけですけども、何か質問ございますか。

(なし)

○猪口部会長　じゃあ、ご理解いただけたということで、じゃあ、ここで何かご意見ございますでしょうか。こう解釈するのとか、こうなんだろうとかという話で結構だと思いますが。

じゃあ、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員　この資料を見ますと、一番、その私が申し上げているのは、やっぱり脳卒中、例えば区中央部においても、高度急性期あるいは急性期を考える上での疾患別の動向というのは相当違っているんだということが示されていて、やっぱりがんであれば時間的余裕があるということで、相当流入がある。脳卒中であれば、比較的近い時間で受けなければいけない、患者のニーズに合わせて受けなければいけないということで、余り流入数は強くないという傾向が出ているので。

また、こう見てみると、非常に面倒な作業になるかもわからないんですけども、やっぱり疾患別とか、そういったことを重視して考えていかなきゃいけない。そのときにどういうふうなくくりで、最小単位でそれを組み合わせていくのかというようなことも議論になるかなというふうに思いました。

○猪口部会長　この二次医療圏、一番最初の話に戻るんですけども、二次医療圏を考えていく上で、やっぱり患者の流出入が、非常に高度急性期、それから急性期の疾病別であっても、それから慢性期の患者さんであったとしても、非常にダイナミックに東京全体を移動しているんだということが非常によくわかるわけで、これはやっぱり5疾病・5事業の事業を考えていく上には、非常にそれ、伊藤委員の繰り返しになるかもしれないけど、きめの細かい作業をして考えていかないと、この地域医療構想が、基本的にはそれぞれの圏域で完結する医療と、それはアクセシビリティを考えると、それぞれ、そういう意味でも完結していきゃいいんだよという話になるのかもしれないけれども、やっぱりどうしても構想区域単位というものを引きずられる傾向にどうしてもなってしまうことを考えながら、二次医療圏の話をしなないといけないのかなと思います。どうでしょう。

はい、どうぞ。

○西川委員　すみません、ちょっと質問なんですけど、今、資料4のところ、受療動向というのを見てきたんですけども、これはいわゆる一番新しい資料に基づいた実績ということですよ。

○水澤課長代理（地域医療構想担当）　こちらのほうが、国から提供されていますのが、2013年のデータという形になっておりまして、一番新しい実績値という形になります。

○西川委員　例えば受療動向というのはかなり大事だと思うんですが、構想区域を考えるためにもですね、この受療動向が、今後、社会の高齢化に伴ってどういうふうに推移していくと思われるかというような資料というのは、今の時点ではないのでしょうか。

○水澤課長代理（地域医療構想担当） 現在のところ、国から示されているデータの中には、残念ながら、ないという形ではございます。

○西川委員 例えば高齢化に伴って、かなり遠くの病院まで前は行っていたのが、やはりだんだん近くの病院、なるべくアクセスがしやすい病院に行くようになるという傾向が出てくるのではないかと思うんですが、そういうのもやはり加味して構想区域をちょっと考えていかなければいけないんじゃないかなと思いました。

○猪口部会長 はい。さっき統計のこの需要推計の考え方とところで、そういう将来の受療動向、それからいろんな医療機関の変化だとか、それから平均在院日数の問題だとか、いろんなそういう変化するという事は考えられるんだけど、それ自体は含まれていない需要推計ということになっていますので、これをさらに我々は、さらにいろんな西川委員のおっしゃったようなことを想定しながらですね、また考えていかなきゃいけない。データとしては、ここまでなんだけど、将来考えられることは、我々、人間が考えるしかないということになるんだろうと思いますが。

石川委員、どうぞ。

○石川委員 今の点で、もしも資料4の中でごらんいただくとしたら、高度急性期・急性期に関しましては、きちんとした医療機関で受けられるために、かつ回数も1回、2回、在院日数も短く、通院しなければいけない期間も短ければ、高度急性期・急性期等は、少し圏域外の移動があってもいいかもしれません。

ただ、資料4の中で、3/4に回復期の機能の部分があるのですが、こちらの中で、都のほうからのご説明の中では特に触れられなかったのですが、左上の流出のところ、西多摩と、それから区の西部と、あと南多摩をごらんいただくと、回復期の機能におきまして、区の西部と南多摩は、56%、70%という圏域の完結率は持っているものの、実は他県への流出が17%、あるいは南多摩で言いますと15%ございます。ですので、こちらの部分に関しては、既に現在の状態で埼玉ないしは神奈川に患者さんが移動して、依存している状況がございますので、東京都としてはあるべき姿として、回復期のところの病床はふやさなければいけないと。ふやすつもりであるから、埼玉と神奈川に対しては、東京で、これから先、医療施設整備を行うので、この部分は依存しなくてもいいように変えていきまよというメッセージを出さなければいけないというのも、患者さんの観点からは出てくるだろうというふうに思われます。

○猪口部会長 伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 あと、これは2025年の高齢化を見据えたということになっているということ、やっぱり高齢者医療ということを少し考えなければいけない。今まで5疾病・5事業ということで出てきましたけども、今度、高齢者がふえてくると、基本的に、肺炎とか外傷、骨折ですね、そういったものの患者が多分ふえてくるんだろうと思うんですね。それを多分受けとめるのは、急性期から回復期への流れ、回復期を中心とし

た流れがまさにふえてくるんだと思うんですけども、どうもこの今までのデータを見ていると、そのあたりのきちっとしたデータが出ていなくて、そこをどう——今後、ほかの機能と組み合わせて考えていくときに、どういう尺度で選んでいけばいいのかな、考えていけばいいのかなというのが、ちょっといまいわからないんですね。確かにデータブック等を見てもそれが無いということなんですけども、何らかそのところを、回復期・慢性期についての客観的な資料といいますか、そういうものを考えるようなものが今後出てくる可能性といいますか、あるいはそれをつくるとか、そういうところを考えておられるのか、ちょっとお教えいただきたいと思いますが。

○猪口部会長 今の関連の質問で、ちょっと答えていただくのが何か石川委員だけになってしまって申しわけないんですけども、これは年齢推計を当てはめて、これだけの高齢者がふえるから、これだけの需要推計になっているというのは、年齢階層ごとの疾病構造は入れ込んではいないんですね。受療率のみが入っている感じですか。

○石川委員 計算の仕方としましては、現状で、5歳年齢階級別、性別のところ、人口10万人当たり、この疾病でこれだけ入院患者さんがいますという受療率を見込んでいますので、実際には、今の傷病構造が変わらなければ、それをそのままきちんと維持した形で推計をしているということになります。なので、一応、傷病の構成自体が、高齢者が多い疾病がふえてくれば当然推計もふえますというような形には入っていますが、加速度的に、そもそも高齢者のところで病態の変化とかがあるのかということに関しては、要するに高齢者の病気のかかりやすさに関する変化というのは、この推計の中には入っていません。

ちょっとわかりづらかったですね。すみません。

○猪口部会長 いいですか。納得。

ほかに。

竹川委員、どうぞ。

○竹川委員 慢性期の立場から言わせていただきますと、確かに先ほど伊藤委員が言われた肺炎とか大腿骨頭骨折とか、急性期か回復期かというふうな話がありましたけど、私も、もともと救急病院をやっていて、必要性から慢性期の病院をつくったんですが、介護療養型にしても、今、私の持っている介護老人保健施設でも、肺炎とかの治療とかはある程度やっていますので、それはもう包括で入ってしまっていると。ですから、慢性期のところは点数の分割の中に入っていませんけれども、そういったことも現実あるということをおっしゃりたいと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ほかにどうでしょう。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 今回のこの疾患別の需要は、非常にわかりやすく、3,000点とか、点数で分けているより、このほうが、いわゆる高度急性期等に必要なベッド数が非常に

イメージしやすいんじゃないかと思うんです。

今やっていることは、高度急性期・急性期というベッド数のことを今かなり意識してやっておりますけども、僕は、伊藤委員が言われたような地域包括ケアシステムのほうですね、それをきちんとつくるというのも、やっぱり大きな、大事なことです。そういう意味では回復期、そここのところのニーズ、そういうものをきちんと見きわめていくということも並行してやっていただきたいと思います。

○猪口部会長 地域包括ケアとの連結というのは、この構想策定のテーマの一つでありますので、それは大事なところなんですけど、それで、ちょっと僕のほうからも質問なんですけれども、医療需要推計のところ、在宅医療の人数が出ております。20万人弱というような形で、資料3①に戻っているんですけど、そうすると、これ、今の話、山口委員がおっしゃったから、ちょっとそっちの話に戻したんですけど、これ、現状、在宅に持っていかれるのは、医療区分の1だとか、そういうところの介護のほうから、入院している患者さんも含まれるから、訪問診療のみというような数の15万人、13万人が、現在の在宅医療に匹敵するのかなとは思いますが、現状は、この在宅医療、東京って、どのぐらいの規模でこなしているんでしょうか。

○遠藤医療政策課長 現状の正確な数字については、東京都で把握している統計データはないというところが正直なところでございます。ただ、今回、地域医療構想を策定するに当たりまして、各区市町村のほうにお願いをして、国保のデータですね、これは1カ月間のレセプトになります。その部分について、ご協力いただけるという区市からは、レセプトデータのご提供をいただいております。そのレセプトデータを活用して、在宅関係の診療報酬、どのくらい算定しているかという部分について、ちょっと今、事務局のほうで集計作業、検討させていただいているので、それでも社保みたいなところは全部抜けていくんですけど、一つのデータとして、わかりやすい形で加工できればというふうに考えております。

○猪口部会長 それも、そうすると、在宅医というのは多分行動半径が決められているかなと思うんですけども、そうすると、その在宅医たちがどこにいて、どういうふうに流入しているか、患者さんベースと、医療機関ベースみたいな話も、ある程度わかってくるんでしょうか、そのデータでは。どうでしょう。

○遠藤医療政策課長 国保データと医療機関のひもづけは、残念ながら、医療機関のほうに個人情報になりまして、その部分ができませんので、あくまで患者住所地での受療動向しか把握できないというのが現状でございます。

○猪口部会長 多分、在宅医療、地域包括ケアだとか、在宅医療を展開していく上で、地域包括ケアをつくっていく、それは一次医療圏が中心となってつくっていくんですけど、そこが在宅医療をどのように把握して、どういうふうに広げていくかというようなところの取っかかりがないと、我々は、こちらの委員会では在宅医療をこれだけつくってくれと、地域包括ケアをやるのにはこれだけ必要なんだという話をしたって、

多分、なかなか難しいのかなと思いますので、その辺のデータも何か考えて、そして提言できるようにしていったらいいのかなとは、私なりには考えているところなんですけども。ちょっと考えていただいて、よろしくをお願いします。要望ですね。

○石川委員 猪口先生、今のお話ですが、実数としての在宅医療の状況は、確かに国保と自治体さん等からレセプトをとっていただかないとわかりません。ただ、NDBのデータを見た場合に、医療部分の例えば訪問診療のところの率が、例えば全国と比較して高い・低いというようなところ、その部分に関しましては、きょうの資料5の2枚目のほうの受療動向の分析ツールのほうで少し見ていただくことは可能です。なので、現状、どれぐらい全国と比較して不足している可能性があるのかという部分は、見ていただけます。ただ、全数の需要推計自体は出てこないのので、やはり、できましたら自治体等にご協力いただいて、必要数の実測というのはしていただく必要があると思います。

○猪口部会長 今、現状で、全国よりも多いか少ないかという、そういう議論ももちろん大事なんだろうとは思いますが、在宅医の場合は、病院を広げていく、病床を広げていくというよりも、個人一人一人の話で、そういう人間をつくらなくちゃいけないと。個人の医師がこういう方向に向かってくれという話になってきますので、現状との乖離を提示して、我々の東京都医師会なりに、こういう現状だから、地区医師会の先生方はこういう動きをしてくれというような、そういう要望を出さなくちゃいけないものですから、実態数との乖離というのは、結構、私なりには重要視しているところなんですけれども。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 関連ですけども、在宅医の動向もそうですけど、やっぱり訪問看護ステーション、これがふえているのかどうかというようなところも見ていかないといけないと思っていますよね。そうじゃないと、慢性期から在宅に移行するといっても、本当の自宅じゃなくても、例えばサ高住にしたって、やはり在宅医と訪問看護ステーション、両方してやっていかなきゃいけないので、重要になってくると思っています。

このデータからも、将来、2025年、東京の場合は7,000とか8,000とか病床が不足をしていくということで、それをもし補おうとしても、やはりマンパワーがどうなのかというところがやはり非常に重要になってきて、ただふやしてですね、医師や看護師の取り合いになってしまったら元も子もなくなってしまうので、そういうふうな医療従事者の今後の供給体制というの、やはりあわせて考えていく必要があるのではないかなと思います。

○猪口部会長 すごく大事な話だと思うんですよね。例えば2025年に向かって、これは地域医療連携協議会とか、そういうところのマスターになるんだろうとは思いますが、医療機関ベースなり、それから住所地ベースなりの需要に対して、それだけのベッド数をふやすことになる、医師など、見込み数としてはどのぐらいになんだ、ナース

ほどのぐらいになんだ、それに伴って、もう多職種ですから、例えば看護助手の方たちは何名必要で、事務員は何名だとか、そういう数字というものが出てきて、東京はそれを受け入れることが可能なかどうかというような数字もないと、やたらベッドは認めました、来てください、だけど人はいませんということになりかねないですから、将来的なそういう推計も同時に考えていかななくてはいけないのではないかなと、今、安藤委員の話を聞いて思いました。

森久保委員、どうぞ。

○森久保委員 今、そのとおりで、非常に大事だと思っています。

それから、医療資源で、今、話にでなかった一つ、有床診療所ですね、全国でいろいろあるんですけど、東京都の中でどういう形で展開しているかなということが重要だと思います。今回のベッド数というか、この地域医療構想の中では、有床診療所というのはちょっと抜け落ちていきますので、そこら辺をどう捉えるかなんていうのも大きな問題かなと思います。現状、数とかは幾つかわかっていますが、実際は本当にどうなっているかという実数資料がないので、もし東京都で用意していただければ非常に助かると思います。

以上です。

○猪口部会長 病床機能区分ごとに、診療所の数は入っていることは入っているんですね。

○森久保委員 実際でどれだけ機能しているかとか、そこら辺が問題です。半数以下だと思います。大体が産科です。600か所ぐらいあるのか、その中で実際に稼働しているのは300ぐらいじゃないかと思います、本当にどうなっているかがちょっとわからないものですから。

○猪口部会長 参考までに、それはどういう形で入れられているかを今ご教示できますか。有床診療所、例えば産科だとか、一時入院みたいな形ですよ。

○遠藤医療政策課長 病床機能報告の中であるのは、有床診と、そこが稼働しているベッド数については、ご報告をいただいております。その中でどういう医療が提供されているかということのも、病床機能報告の先日ご提供させていただいた統計データですね、そういうものを見るということになるんですが、それを見て直ちに、今、先生がおっしゃられた本当の意味でのベッドの稼働状況がダイレクトにわかるかということ、そこはちょっと難しいと思います。

○森久保委員 今、都の中で、どこにどれだけの有床診療所があって、どれだけのベッド数を持っているかというデータは持っておられるのでしょうか。また、現在実際に稼働数とは別として、登録されている有床診療所がどうなっているかというのは、持っておられるのでしょうか。

○石川委員 よろしいですかね。補足させていただくと、昨年10月の段階で、病床機能報告を行った際に、一部、データをご提供いただけなかった施設はありますけども、

原則として、有床診療所に関しましても、病床数であるとか、一定の施設基準の合致状況だとか、あと、患者さんの数に関しても、レセプトからわかる範囲のものというのは、恐らくご報告をいただいていると思います。その範囲の中では、東京都側に有床診の部分がございますけれども、無床の診療所に関しては、機能はわからないと、外来です。という状況だご理解ください。

○猪口部会長 わかるんだろうけども、もともと基本データとしてお持ちですよ。

○石川委員 猪口先生、実はですね、データブックの中には、病床機能報告が入ってなくて、病床機能報告は、別途、3月末までの時点でご報告いただいた内容が、もう既に東京都のほうに入っていますので、一応、そちらの部分で、あるということだと思います。

都が独自に、いわゆる医療機関情報提供の制度にのっかって、どのようなデータを収集されて、今、管理されているのかというのは、ちょっと私のほうでもわかりませんが、病床機能報告でわかる範囲のデータというのは、もう都のほうに行っていると思いますので、あとはそちらのほうをサンプルとしてごらんいただければいいのかなと。

○猪口部会長 いや、病床機能報告は今年やっている話で、以前から診療所に対する基礎データとして、何施設・何床、それでどういう治療をやっているようなことというのは、基礎データとしてはお持ちではないんですか。

○遠藤医療政策課長 医療施設調査という毎年の統計のものが一つございまして、医療施設調査で数はわかります。

○猪口部会長 森久保委員、いいですか。

○森久保委員 はい。結構です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

どうぞ。

○加島委員 先ほど来、出ていましたNDBのデータからもし取れなければ、国保レセプトのデータから訪問診療など取れるようなものがあれば、出来るだけご協力したいと思います。

それから、高知県の療養病床が物すごく多くて、突出しているというのは、高知県の人が、老人保健施設が少ないため、それが医療機関に全部流れているので数字が上がっているというようなコメントを出していました。東京の場合も、回復期が少ないという話が出ていましたが、将来的には、回復期をふやすということも必要なのかもしれませんが、片一方では、老人福祉施設という面も、地域包括の面からのアプローチも必要なのではないかと考えております。単に病床をふやすだけで、今後の高齢化社会を考えていくかどうかというのは、そこも含めて考えていただきたいと思います。

○猪口部会長 加島委員、どうもありがとうございます。

需要推計からいってこれだけ足りないという数が、そのまま許可病床。許可病床にはなるのかもしれないけれども、それを本当にそのままふやしていいのかどうかという議論もありますよね、実際。ほかのサービスの形を考えながら、ある意味、イノベーションなのかもしれないし、そういうものをつくっていくということも必要なのかなとは思いますが、そこまで議論を深められるかどうかはちょっとわかりませんが。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 足りない病床をつくるということも大事かもしれないんですが、まず第一は、機能転換ですよね。今、急性期のところを回復期に移すと。そちらをいかにスムーズにやるかということを考えていかないと、足すほうだけ考えてしまうと、かえって転換ができなくなってしまうということもありますので、その順番をよく考えていただきたいと思います。

○猪口部会長 ざっと、こう見てみると、この医療需要推計から言うと、高度急性期を急性期に転換してもらって、その急性期のかなりの数が回復期に行ってもらってというような、そういう転換をお願いしていかないと、機能的には満たすようなベッド数にならないだろうというふうには、単純には見えますけれども、そこをどうしていくかという問題もあるんでしょうね、きっとね。ただ、これはガイドラインに従ってやっていると、転換を迫らざるを得なくなるということなんではなかろうか。

○山口委員 猪口先生、よろしいですか。

○猪口部会長 はい。

○山口委員 先ほど資料3のところでもお話をしたんですが、2013年時点のやはり診療密度に伴った高度急性期、急性期、回復期のところのデータをごらんいただいた上で、やはり今医療機関の方々が思っているところのイメージと実態のところとは、ぜひ、あわせて比較をしておいていただけるといいかなというふうに思っています。

○猪口部会長 一番最初に河原副部会長のほうからお話がありましたけれども、4疾病・5事業に関しては、医療圏を考えるということ、ベッド規制はあるのかもしれないけれども、保健医療計画に関しては、そういう枠ではないのではないかというご発言があって、きょうのデータを見てみると、それぞれの病態の患者さんは、疾病ごとに見てみると、ダイナミックに非常に動いている。これは例えば二次保健医療圏がもともとなかったとして、5疾病・5事業を考えていったときに、どういうふうにやっただろうかと、私は想像してしまいます。二次保健医療圏ありきで保健医療計画を立ててしまうと、多分、今の形が、もう一生懸命やってきて、ベストの形なんだろうと思うけれども、これが本当に都民の生活の視点でいくと、この二次保健医療圏がない状態で一回それぞれを考えてみて、そして保健医療計画を立てていくというようなことができれば、もっと効率性が上がるのではないかなという印象を持つんですが、どうでしょう。私はこういう意見を持ちますが。

○森久保委員 データ資料を見てまず思ったことは、大変だということを正直思いました。

それで、ここで初心に戻って考えると、二次医療圏をどう捉え、地域医療構想とどう整合性を持たせるかということが大きな問題だと思います。二次医療圏の中でいろいろな事業をされている。5疾病・5事業もあります。そのような事業と、今回の地域医療構想の病床数に関して、先ほど一番最初に言いましたけれども、精神科病棟とかですね、いろいろ二次医療圏に捉われずに展開されているようなことがあるわけですから、現在やっているような二次医療圏ごとのそういう事業と、今回問題になっているベッド数のコントロール、それはちょっと別に考えて、もっと柔軟に考えていいんじゃないかなというふうに思います。そうしないと、とてもまとまらないのではないかなという印象を持っています。

○猪口部会長 河原先生、何かご意見ございますでしょうか。

○河原副部会長 やはり今回、構想区域が出てきたということは、二次医療圏で今までもう20数年来たわけですよ。結局、医療計画というのは、前回、4疾病・5事業、あるいは5疾病・5事業を入れようが、達成したのは病床規制と医療圏の設定だけなんです。あと、救急にしても、昭和47年のこの前、プレゼンテーションをさせていただきましたが、医療法を改正して、医療基本法をつくろうといった時点の問題が、老人医療、救急医療、周産期医療、あと僻地ですね、今と一緒になんです。つまり医療計画というツールを駆使しても、うまくいかなかった。その元凶の一つとしては、私自身としては、病床規制と、やっぱり医療圏の設定だと思うんですね。今回、構想区域というふうな概念が出てきたということは、私としては渡りに船で、都民が希求する医療、あるいは医療提供者側との整合性を持てるような議論ができるきっかけになるかなと思っております。

私は、立場として、猪口部会長をですね、座長を補佐する立場にありますから、先ほど猪口座長がおっしゃった考えには、私は全面的に賛成です。一員としても賛成いたします。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

西川委員、どうぞ。

○西川委員 今、猪口先生もおっしゃられた、二次医療圏を取っ払ってということなんですけれども、患者としましては、医療圏を考慮して受療行動するということはないと思うんですね。あるとすれば、例えば地域のお医者さんが、どこかほかの医療機関を紹介するときに、医療圏の中の医療機関を紹介するという、そういうことでしか医療圏というのは患者側からしては意識することはないと思うんですね。

患者側からすると、結局、究極的には、近くによい医療機関があるのが一番いいわけで、そうしますと、医療圏云々というのは、例えば医療機関や機能の配置など、要す

るに提供する側、行政側の便宜的な区域分けであると思うんですね。ただ、やはり医療政策の面からいきますと、全部を見てやるのではなくて、地域地域で分けないと、いろんな施策が遂行しにくいと思うので、便宜的な区域分けというのはある程度は必要だと思います。

○猪口部会長 ほかにどうですか。

安藤委員。

○安藤委員 先ほども猪口部会長から、オール東京でという話が出ましたけども、これは冗談半分で聞いていただければいいと思うんですけど、例えば慢性期が多い南多摩の永生病院が、あるいは区中央部の慢性期は少ないじゃないですか、そうしたら、病床を変えるのではなくて、病院ごとずどんと移転をしまえば、結構、南多摩圏域、領域においては、慢性期は減って、ちょうどいい数になるかもしれませんし、区中央部としては、慢性期が入って、急性期・慢性期の連携が非常に活発になってくるんじゃないかと。経済的なこととか、職員の異動とかというのは別にしてですね。そういうことも例として可能なんじゃないかなと思うんですよね。そういう方法もあるかなとちょっと考えました。

○猪口部会長 今のお話は、要するに東京都の中で病院が移転する、転換ももちろんだけど、移転という選択肢もあるのではないかと。よく言われているのが、偏在ですよ。機能偏在を起こしている。区中央部のところに、特定機能病院なり高度急性期なりが偏在をしていて、多摩のほうに療養型の病院が偏在していると。これを、偏在を解消するという目的が、今まではこういう病床機能的なものがほとんど出ていなかったんだけど、少なくとも病床としての偏在、東京中心部のほうにだけベッドが多いのではなくて、それぞれの地域にベッドを持ってくるという意味における二次医療圏の病床規制があったと。要するに偏在解消という言葉が一つの機能としてあったんだろうと思うんですが、まあ、あったんでしょう。それで、だけれども、今度の機能的なという部分になってきたときに、その枠が病院を張りつけてしまうことによって、移転等の偏在を解消できない。機能的な偏在に関しては、ほとんど無力なのではないかなというところが、今の安藤先生の意見かなと僕は思ったんですけど、膨らませ過ぎですかね。

○安藤委員 そういうことができると、また全国のいい例にもなってくるんじゃないですかね。

○猪口部会長 構想区域に関しては、まだ、あと1～2回議論を重ねながら決めていくべきこと、もっとも厚生労働省はそんなに慌てるなという雰囲気にも何かなってきたりするようですけども、もうちょっと議論を重ねて、以後を進めていきたいと思います。

一応、きょうの予定しているものは、時間も過ぎておりますので、終わっておりますから、きょうの議論はここまでとしたいと存じますが、それでよろしいでしょうか。

(異議なし)

○猪口部会長 はい。長い間、本当にどうもありがとうございました。

では、事務局に戻します。よろしくをお願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 長時間にわたりまして、多くのご意見をいただきまして、どうもありがとうございました。

事務局からのご連絡がございます。

次回、第4回の部会の開催でございます。次回は、7月22日水曜日の17時から19時までを予定しております。机に出欠確認票を置かせていただいております。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・メール等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きますれば、事務局のほうからご郵送をさせていただきます。

なお、机上に配付をさせていただきました水色のファイル、前回と同様でございますけれども、本日の資料を加えたものを次回、またお配りをさせていただきますので、こちらもお残しをいただきますようお願いいたします。計画の冊子も、そのままお残しをいただきたいと思えます。

最後に、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いただきたいと思えます。

事務局からは以上でございます。

○猪口部会長 じゃあ、これもちまして、きょうの会議を終了します。どうもありがとうございました。

(午後 5時11分 閉会)