

平成 2 7 年度第 6 回  
東京都地域医療構想策定部会  
会 議 録

平成 2 7 年 1 0 月 1 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6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。

まず初めに、西山医療政策部長よりご挨拶させていただきます。

○西山医療政策部長 医療政策部長の西山でございます。委員の皆様におかれましては、お忙しい中、また、本日はお足元の悪い中ご出席をいただきまして、また、毎回、熱心にご議論いただいております。まことにありがとうございます。

本日は冒頭おわびを申し上げたいと思います。先月7日にこの部会を予定しておりましたけれども、都合によりまして、直前で延期とさせていただきました。お忙しい中、皆様には日程をあけておいていただいたにもかかわらずご迷惑をおかけしたことを心よりおわび申し上げたいと思います。

本日は、これまで皆様のご意見を賜りながら進めておりましたグランドデザイン、それから、地域医療構想の構想区域についてご議論いただければと思いますので、引き続きどうぞよろしくお願いをいたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 次に、本部会の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。

西多摩郡町村保健衛生課長会、瑞穂町健康課長の福島由子委員がご着任されております。本日はご欠席とのご連絡を頂戴しております。

そのほか、青梅市立総合病院の原委員からご欠席のご連絡を、東京都医師会 伊藤委員、東京都薬剤師会 永田委員から、おくれてご出席されるとのご連絡をいただいております。

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

続きまして、本日の資料でございます。

資料でございますが、資料1から資料5まで。また、過去の資料を綴りました水色のファイルを置かせていただいております。議事の都度、落丁等ございましたら事務局にお申しつけください。

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

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。では、時間がありませんので、早速議事に入らせていただきたいと思います。

思います。

本日、議事が3点ございまして、書いてあるとおり、グランドデザインと構想区域それから県間調整でございます。

最初にグランドデザインの話ですけれども、地域医療構想の策定に当たっては、グランドデザインというものはそのステップに特にあるわけではないんですが、この東京ではあえてこういうものをつくらせていただいた。それはどうしてかということ、今後の機能病床をどのように配分していくか、どういうふうにつくっていくか。構想区域の中ですね。それから、さらに構想区域をもとにした医療計画を立てていくときに、このグランドデザインが道しるべになるというか、憲法の前文に当たるような意味というか、方向性をはっきり示そうということで、あえてこれをつくったものでございます。ということは、各委員のほうからしてみても、このグランドデザインが意にそぐわないとかそういうこともあるのかなとは思いますが、そういう場合にはぜひお話をさせていただいて、後ほど説明が終わった後でご意見として頂戴したいなと思っています。ただ、前もってお話をさせていただきますと、このグランドデザインにつきましては、これまでの議論を踏まえた上で、事務局で一生懸命作成していただいたものですので、ということで、それをお聞きになっていただきたいと思います。

では、事務局、ご説明をよろしく申し上げます。

- 宮澤地域医療構想担当課長 それでは、資料2をごらんください。「東京の2025年の医療～グランドデザイン～」につきまして、ご説明いたします。

前回、前々回の策定部会におきまして委員の皆様からいただいたご意見を踏まえまして、グランドデザインの案として取りまとめたものでございます。

表題のすぐ下でございます「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」、これをグランドデザイン、東京の医療の理想とする将来像として掲げまして、その実現に向けた4つの基本目標を掲げております。また、IからIVの基本目標の下に、それぞれ目標の達成に向けた方向性の例を記載してございます。各例示項目の頭に記しております黒い菱形の項目につきましては、部会の中で委員の皆様からご意見としていただいた項目でございます。また、丸印につきましては、ご意見等を踏まえまして、事務局として追加した項目でございます。

繰り返しになりますけれども、方向性につきましては、あくまでも例示項目といたしまして記載しているものでございますので、その点ご留意をいただきたいと思います。

基本目標の一つ目でございます。「高度先進医療提供体制の将来にわたる進展～大学病院等が集積する東京の「強み」を活かした、医療水準のさらなる向上～」でございます。

方向性の例示といたしまして、13の大学、15の特定機能病院など、集積する高度先進医療提供施設を東京の強みとして活用すること。がんについては、高度医療を求めて、特に、区中央部や区西部に流入しているデータをごらんいただいておりますけれど

も、十分な情報のもと、患者自ら高度医療機関を選択することが可能であること。また、こうした東京の強みを活かしまして、全国から流入する患者も将来にわたって引き続き受け入れ、質の高い高度・先進医療を提供していくことを挙げております。

二つ目でございます。「都の特性を活かした切れ目のない医療連携システムの構築～高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限活用した医療連携の推進～」でございます。

方向性の例示といたしまして、切れ目のない医療連携を推進するため、交通網の発達や高度医療の集積など、都の特性を十分活かす視点が必要であること。長い年月をかけて、歴史的・文化的に構築されてきたものを踏まえまして、東京の現状の医療提供体制を活用すること。救急患者につきましては、どの地域でも、確実かつ迅速に医療につなげるとともに、在宅療養中の病状変化時には、身近な医療機関での受け入れを実現すること。入院患者の円滑な在宅復帰や、必要な場合には、安心して入院継続が可能な体制を整備すること。がんと脳卒中、心筋梗塞等、それ以外の比較で、疾病別の患者の流入の状況に関するデータを見ていただきましたけれども、疾病ごとの医療資源の分布や患者の受療動向を踏まえた適切な医療提供体制を構築すること。また、認知症を抱えながら入院する患者が、適切なケアを受けられる医療提供体制を整備することを挙げております。

3点目でございます。「地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実～誰もが住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療の確立～」でございます。

方向性の例示といたしまして、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持ち、いつでも相談できるプライマリ・ケアを基本とする医療提供体制を実現すること。病気にならないことが大事であり、疾病予防や生涯を通じた健康づくりの取組を推進すること。高齢者の増加に対し、医療・介護の多職種が連携して地域全体が一体となって、在宅療養患者を支援すること。地域の診療所や中小病院など身近な医療機関が在宅療養生活をバックアップすること。地域で暮らす認知症の方に介護サービスと連携して、状態に応じた医療を提供すること。人生の最期をどこで迎えようとも、さまざまな医療資源を活用した看取りを実現することを挙げております。

四つ目でございます。下段でございます、IV「安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成～医療水準の高度化に資する人材や高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現～」でございます。

方向性の例示といたしまして、大学病院や特定機能病院による、高度急性期医療を担う医療人材を育成すること。医育機関や医療機関が、地域連携を担う総合診療医等を育成すること。在宅療養を支える人材を確保・育成すること。雇用形態の多様化やシニアの活用など、多様な価値観やライフスタイルに応じて働き続けられる環境を整備し、少子高齢・人口減少社会を支える医療・介護人材を確保することを挙げております。

基本目標の構成といたしましては、ⅠからⅢまでの医療体制と、それを支える人材の確保育成を図ることをⅣといたしまして、グランドデザインとして掲げる東京の医療を実現していくというものでございます。こちらをベースといたしまして、部会案として取りまとめたいというふうに考えております。

「東京の「2025年の医療～グランドデザイン～」」の説明は、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。一番上に、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」」という大きな目標を掲げまして、その下に三つの基本目標、さらにそれを支える、四つ目の人材の確保の、こういう構成になっております。今の説明をお聞きになりまして、何かご意見ございますでしょうか。

挙げてある項目というのは、非常にもっともらしいというか、議論して、そのとおりだというような項目ばかりだろうとは思いますが、それぞれのお立場で自分たちが描く東京を考えたときに、これだけではちょっと足りないなとか、これだと反対してしまうなというような意見もありましたら、どうぞ挙げていただければと思います。

じゃあ、進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 慢性期病院に関してなんですけれども、慢性期病床については、皆さん都外へ流出されているので、できるだけ東京都内で療養環境が整えられるように資源を活用できるというような例示がこの中に入っていたらとありがたいなと思います。

○猪口部会長 例えば、これはそのままⅡの項目のところですかね。その、足りない慢性期をふやしたいと。地元東京の中のどこかにそういうものがふえていくものがあつたほうがいいなと、そういうご意見でよろしいですかね。

○進藤委員 はい。Ⅱの中で、慢性期の病床をとということですが、ふやすというより現在のものをできるだけ活用していただくという方向で。

○猪口部会長 はい。

事務局、どうですか。

○宮澤地域医療構想担当課長 慢性期につきましては、事項といたしましては、大きなⅡの四つ目でございます、入院患者の円滑な在宅復帰が必要な場合には、安心して入院継続が可能な体制を整備する、と。この後段の部分に、慢性期を意識しました項目ということで挙げさせていただいておりますけれども、お話をいただきまして、こちらの例示、方向性でございますので、実際にそれを書き込む際には、先生にいただいたご意見を踏まえていきたいというふうに思います。

○猪口部会長 これは、例示の部分は、今後どんどんどん具体的になって、いろいろ追加されていく部分だと考えていて、よろしいですね。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。部会長おっしゃるとおりでございます。

○猪口部会長 はい。

よろしいですか、進藤委員。

○進藤委員 はい。ありがとうございます。

○猪口部会長 はい。

竹川委員、手を挙げていましたね。どうぞ。

○竹川委員 今の続きなんですが、Ⅲの一番最後の菱形の「人生の最期をどこで迎えようとも、」というのは、ここの「最期を都内のどこで迎えようとも、」というふうに入れておいたほうが、まあちょっと細かい話なんですけれども、いいのかなと。

○猪口部会長 まあ、もったいな話かなと思いますので。はい。事務局、それも、まあ、これから構想を考えていく上では十分考慮していくことですよね。はい。ありがとうございます。

では、山口委員、今、手を挙げていましたね。

○山口委員 I番のところですけども、大学病院が集積しているということで、3番のところに日本全国から流入する患者さんに対応するということですが、もう一つ、やはり国際的な発展というか、やっぱり海外からの患者様を受け入れるということも、将来的な目標としては入れておいてもいいんじゃないかと。実際に、国際病院という形で順天堂とか聖路加が既に認定されていますけども、そういう意味では、一つ、国際的に活躍できる医療を東京で発展させるというような形を入れておいていただきたいなと思います。

それから、やはり、Ⅳ番のところですけども、もう一つは、これ、東京の医療に役立つ人材を育てるということはもちろん大事なんですけども、恐らくそれだけではなくて、日本の、ほかの、全国の医療機関で活躍できる人材を育てるということも当然東京の場合にはできると思いますので、そこも含めていただければありがたいなと。余り欲張るとあれですけども。東京の場合は、十分それだけの活力と実力があると思いますので、それも入っていいんじゃないかというように思います。

○猪口部会長 はい。ありがとうございました。ご意見は非常にわかるんですが、国際的なという患者さんを受け入れるというのは、この地域医療構想として挙げるべきかどうかというのはちょっと微妙であり、非常にデリケートな話かなとは、ちょっと思いますので……

○山口委員 まあ、グランドデザインということなので。

○猪口部会長 ええ。まあ、そういう、今のような議論があったときに、落とし込む場所をはっきりしますよね。それを取り上げて、今後の将来の計画にきちんとのせていくかどうかは別として、山口委員の言ったようなところがどこに入っていくのかというご明示はいただいたと思います。計画をつくるのは、構想をつくるのは我々ですけども、医療計画を実際に立てていくのはこの部署ではないので、そのときにこの意見は生かしていただければと思います。

ほかにどうでしょうか。山本委員、どうぞ。

○山本委員 すみません。かかりつけ歯科医の問題なんですけども、いつでもできる医療体制を実現するというところで、できれば、我々としましては、特に慢性期の病院の先生

方との連携をつくりたいというふうに思っていますので、その辺、地元の歯科医師会等を通じて要請などがあると、大変ありがたいというふうに思っております。

○猪口部会長 はい。Ⅲ番の地域包括ケアの中で、かかりつけ歯科医なり、ここの部分の発展形ですよ。具体的な発展形ができればいいなというお話ですよ。はい。

そういう場合に、これを読んで、将来どういうふうにしていくんだという広がりがあるようなデザインというのがいいと思うんですね。だから、お話を伺っていると、この項目に全部落とし込めていけそうだなということで、発展性があるグランドデザインなんではないかなと僕は思っておりますけれども、いかがですか。

○山本委員 そこはそう思います。

○猪口部会長 はい。ありがとうございます。

じゃあ、長瀬委員、どうぞ。

○長瀬委員 ただ、これ、四つありますけれども、やっぱり一番難しいのは、この地域包括ケアシステム、ネットワークですよ。このネットワークをどういうふうにつくるかという、例示はとてもいいんですけど、実際にどういうふうにするのかという具体的なことが、保健所中心なのかとか、医師会を中心にするのかとか、そういったことをしないと、これ、なかなかうまくいかないのかなというふうに思うんで。ちょっと、この議論とは違うと思うんで、将来どういう、きめ細かな、小さな地域の単位の地域包括ケアネットワークシステムをつくるのかという、そういうものが具体的に出てくるといいのかなというふうに思うんですけども。

○猪口部会長 どうですか。事務局的に答えられますか。

○宮澤地域医療構想担当課長 地域包括ケアシステム構築は、当然、介護、医療、また、それ以外にも様々な部門が関連してつくっていくわけなんですけれども、地域包括ケアシステムをどう捉えているかについては、それぞれ違うかなというふうに感じています。

現在、在宅療養推進の取組は、区市町村が主体となり、医師会等地域の関係者と連携して進めているところではありますが、我々としても、地域包括ケアシステムの中の医療、例えば、病状の変化時にきちんと受け入れられる体制ですとか、今後、連携をしながらつくっていきたいというふうに考えております。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございます。ここは、地域包括ケアをしっかりとくるんだという、こういうことが書いてあるということが大事なんだろうと思います。で、この次の議題になっていきますけれども、構想区域についてということで、徐々にこのグランドデザインから始まって、具体的な例に今後の話が進んでいきますので、そのときに、ぜひ、また長瀬委員、アイデアをいただきたいなど。きょうの構想区域だけじゃなくて、いろいろ構想を策定していくときによろしく願いいたします。

○加島委員 一言、よろしいですか。

○猪口部会長 はい。加島委員、どうぞ。

○加島委員 1点だけちょっと、医療費の問題をここの中にどう書き込むか。医療費、2

025年という、やっぱり医療費の問題が相当大きいと思うんですが、ただグランドデザインで具体的に、医療費というのは、まあ、結果としてなんで、なかなか難しいかなと思うんですよ。私もちょっとわからないんですけども。

Ⅱ番の丸の二つ目。五つ目に書いてある「疾病ごとの医療資源の分布や患者の受療動向の視点を踏まえた適切な医療提供体制の構築」と、これに絡めて入れられたのかなど、事務局のほうでは考えられたのかもしれないんですが、その辺ちょっと、最終的にこれをまとめるに当たっては、ちょっと、また事務局と打ち合わせをさせていただければというふうに思います。

- 猪口部会長 はい。継続可能な医療というのがもう大きなテーマになっていますので、その辺を最終案の中には盛り込めるようにというご意見であります。

そのほか、よろしいですか。久岡委員、どうぞ。

- 久岡委員 このグランドデザインの中で大学病院の立ち位置というものを考えた場合に、この2025年、ターゲットイヤーに向けて、団塊の世代が全員後期高齢者になるという中で、大学病院はご存じのように教育、研究、臨床というものをやるんですけども、やはり高度急性期の医療をリーディングしていかないといけない。でも、片や、このⅣ番の下にございますように医育機関でもありますので、やっぱり、そういうすぐれた医師を養成しないといけない。それと同時に、都民の皆様にもちゃんとした医療を提供したい。いろんなニーズがあるということが現在言われています。

この会議を通じて、ますます、やっぱり大学病院はただ単にそういうことだけをやっていればいいというのではなくて、東京都と連携を持ち、かつ東京都医師会あるいは皆様と話をしながらその中でやっていくという意識をもっと持っていかないといけないというような感じを非常に強く持っておりますので、やはりこのグランドデザインの中で大学病院あるいは特定機能病院の占める位置というのは非常に大切になるのではないかとこのことを改めて感じる次第です。

以上です。

- 猪口部会長 はい。ありがとうございます。

じゃあ、安藤委員、どうぞ。

- 安藤委員 今、ちょっと大学の話が出ましたけど、昨日四病協のほうで議論があって、長瀬委員も一緒でしたが、基幹型の臨床研修医の医療機関に関して、非常に専門医を取るためのハードルが高くなっていくということで、この先、大学病院でなければできないのではないかとというような議論がございました。

これを見ても、Ⅱ番目のところの疾患ごとの医療資源の分布をきちっとしていくためにはマンパワーも非常に絡んでくるので、ぜひ、23区は別にしても、多摩地域の病院において、専門医が不足する可能性もあるので、そうしたマンパワー的なものも提言をしていただければなど、そう思っています。

以上です。



○猪口部会長 ちょっと、僕のほうから質問でいいですか。今の話は、専門医が——専門のナースもいますし、そういう専門の技術を持った方たちのこともきちんとそれぞれの地域にいるようにする、そういう体制が必要だという話ですね。

○安藤委員 ええ。ぜひ、必要だと。地域医療構想の中においても、専門医の偏在がないようにする必要があると思います。

○猪口部会長 はい。ありがとうございます。久岡委員、安藤委員の話は、意見として、将来、構想を育てていくときにぜひ入れていきたいということによろしいですかね。

ほかに。久岡委員、どうぞ。

○久岡委員 今の安藤先生の、専門医を取るときに、平成29年から在宅医療機関での研修が義務づけられるわけであって、そうなりますと、大学病院と在宅医療機関、地域の医療機関との関係がより密にならざるを得ない状況になっているということをご理解いただければと思います。

○猪口部会長 これはⅣの例示の四角の2番のところにも、そういう医育機関と地域との連携などというせりふが入っていますので、それを育てていくということで。

河面委員、よろしくお願いします。

○河面委員 はい。このグランドデザインの大項目ですね、「質の高い医療」というふうなことで。グランドデザインとはちょっと違うかもわかりませんが、要するに回復期病棟ということを考えれば、今後、東京都の回復期病棟というのは多分ふえるだろうというふうに思われるんですけど、せっかくこういうふうに皆さん集まって、こういうふうな東京都の医療の質を上げていくというようなことを話し合っているんですけど、まあ適切かどうかわかりませんが、地方からぼんと来て、回復期病床・病棟、回復期病院をどんどんつくっていくというふうな、そういうふうな、せっかく我々がつくったシステムを、なかなかシステムの経過がどういうふうないきさつでできたかというのは、バックグラウンドが全然わからない、そういう医療団体が東京でどんどんどんどん回復期病棟をふやしていくというふうなことに對して、それは東京都としては、今後どういうふうにかえられているのかというのは、ちょっとぜひ聞きたいと思います。

○猪口部会長 東京都の意見を聞きたいんだそうですが。じゃあ、僕のほうから助け船というわけじゃないんだけど、ここで、この次の項目で構想区域が出てきて、構想区域ごとにその地域の医療をどうするかということを考える、その病床機能を、どういう病床機能が欲しいのか、この地域は足りないのか、ほかのところに頼りながらこっこの地域はやっていくとかという、そういう調整区域、調整会議というものが今後は展開していくわけですね。で、それぞれの地域でそういうものに対するある程度の意見というのは言えるようになるのではないかなと思ってはいるんですが、その効力がどこまで持たせられるかということに関しては、今のところ法律的にはそんなに裏づけはないんだろうと思います。

ただ、それは法律の、国のほうの決めていることでもありますので、できれば東京とし

ては、そういう意見を非常に重視して、それぞれの地域の意見を重視するような展開と  
いうか何かができる、今の河面委員の言ったようなことが可能になってくるのかなと  
思いますけれども、多分、東京都のほうとしては、今の段階としては、法律がないとか  
ルールがないということで、多分これ以上の答えはできないのかなとは思いますが、  
どうですか、今言ったのは、僕がアシストになっているんでしょうか。現状を把握して、  
きちんとした答えになっているんでしょうか。東京都として、ちょっと見解を述べてい  
ただければ。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。

確かに、おっしゃられるとおり、地域の中でどういう2025年にふさわしい医療提  
供体制をつくっていくか。これは、そのために調整会議という機能を活用して、地域の  
意見を十分生かしていこうというものでございますので、まさに調整会議というのは鍵  
になる部分かなというふうには思います。

○河面委員 ちょっといいですか。今後、地方から、急性期にしても回復期にしてもどん  
どん東京に進出してきているわけなんですけど、これは無制限にそれを許していくのか  
どうかという、そういうことをぜひ、誰かお答えがいただける方がいらっしゃれば。

○猪口部会長 東京都としては、今、回答ができないというか、これに対しては何とも言  
えないというところなのかな。

多分、河面委員のおっしゃっているのは、やっぱり医療というのは、地域の社会資源  
でもありますので、そのそれぞれの社会を安心して暮らせる社会をつくっていくため  
には、医療機関、特に病院が長いこと、こう、ずっと持続しているということが社会の安  
心にそのままつながっていくだろうと。ところが、外から入ってくることによって、そ  
の病院の継続性が断たれてしまうということが、こういう構想を考えていく上でそうい  
うことになってしまったらいけないのではないかと。ほかで入ってくるということが、  
入ってくるだけだったらそんなに問題ないわけですよ、多分。入ってきた上で、以前  
からやっている医療、その、その辺の地域の医療というもののバランスが崩れたり、  
それから医療機関が過当競争みたいなことになって倒れたりなんかするということに対  
する懸念だろうと思うんですよ。この辺に関しては、何か東京都としてはご見解がある  
のかという質問ですけども。繰り返しになっちゃっているんですけど、どうぞ、何か言  
っていただけると。いや、この件に関しては答えがないというのも一つの答えなんです  
けど。

どうぞ。

○矢沢医療政策担当部長 ご意見ありがとうございます。私どももすごく危惧しているこ  
となんですけど、今明確な答えはないということです。ただ、これまでつくってきたシス  
テムについて、それを大事にしていくということは前提です。それから、病床をどこに  
つくるか、それからどのぐらいの数をつくるかというのは、やはり規制をかけながらや  
っていく内容になってまいります。

その中で、先ほど宮澤のほうで申し上げました調整会議の中で、この機能はどう必要なのかといったような議論は十分お伺いしていきたいと思っております。

○猪口部会長 はい。山口委員。これに関連でよろしいですか。

○山口委員 僕も、今回の会議の中で東京が8,000床、9,000床足りないというような話が出ましたけれども、やはり今までの医療資源をきちんと活用するということをやむを得ないかと思いたいと。で、それで足りなければ、もちろん、外から来ていただく分も構わないかもしれませんが、今での話でも、東京都全体としては全体最適になっているということですから、急に入ってきた場合、かなりいろんな軋轢が、影響が大きいということがありますので、ぜひともこの検討を踏まえた上で、本当に足りなければそういう増床も考えていただきたいと思います。まずは今ある医療資源をきちんと使うこと。幸い、昨年度から、病床機能報告で、各病院の病床機能をかなり東京のほうは把握していると思っておりますので、それが本当に活用されているのかとか、そういうことまで今後は踏み込んで検討できると思うんですね。そういうことも含めて、慌ててこう、この前の9,000床足りないというのが先走りしないようにお願いしたいなと思っております。

○猪口部会長 どうぞ、矢沢部長。

○矢沢医療政策担当部長 今のようなことがありまして、このグランドデザインのⅡのところの二つ目、四角のところですけど、「歴史的・文化的に構築されてきたものを踏まえ、東京の現状の医療提供体制を活用」するというのは、私どもとしてはその思いをここに表現したつもりでございます。いただいたご意見、大変ありがたく思っております。

○猪口部会長 はい。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 どうもありがとうございます。やはり、文化を大事にさせていただくためには、地元の昔からある法人さんを大事にしていく。そして今後の地域医療構想の中で病床の機能区分を転換するようなどきには、ぜひ、地元の法人さんにきちっと基金なりバックアップをしていただくことが、やはり一番地元の法人さんを利用することになると思うので、その点もお願いします。このままでいくと、ニホンザリガニがいなくなって、全部アメリカのザリガニになってしまうということが考えられますので、よろしくをお願いします。

○猪口部会長 僕たちがザリガニになった瞬間ですけど。どうもありがとうございます。

今までのお話を聞かせていただくと、この文化的なという、それまでの歴史を生かしていく方法は、やっぱり調整会議と、それから山口委員のおっしゃっていただいた、このガイドラインから従うと、病床稼働率というものが75%、77%と、そういうところにありますよね。東京の実態は、今まで、今はどうなのか、そして、その東京の病床稼働率の、東京のこれからの、今持っている医療資源の余力というんでしょうか、そういったものを計算してみると、病床機能報告制度、本当に山口委員が言ったとおりで出

てきておりますので、我々の本当の余力、東京の余力というものがどれぐらいなのかというの一度検証しておいたほうがいいのではないかと、この議論の中で思いましたので、ぜひお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

ほかはよろしいでしょうか。西川委員、どうぞ。

○西川委員 すみません。ちょっと細かいことで申しわけないんですが、I番の二つ目の黒い菱形なんですけど、ここに「十分な情報のもと、患者が自ら高度医療機関を選択可能」とあるんですが、そうですね、これ、多分前回、フリーアクセスの問題でご意見をいろいろいただいた中からまとめていただいたと思うんですが、患者側からしますと、こちらは、重要なのはこの「十分な情報」というのがまず第一義なものですから、例えば医療機関を選択するとか治療法を選択するとか、そういう選択肢を示していただく。必要かつ十分なそういう情報を提供していただくという、そういう仕組みをつくっていただくというのをまず第一にさせていただきたいという、そのあたりをちょっとご配慮いただければと思います。

○猪口部会長 はい。これはもう、書いてあるとおり、多分しっかり、その意見を反映したものが書いてあるのではないかなと思います。

ほかはどうでしょう。これは基本の考え方ですので、これをもとにしながら発展させていただく具体的な話はこれから進めるということになりますので、そのときにまたご意見いただきたいと思います。

では、このグランドデザインにつきまして、事務局案を一応採用させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○猪口部会長 ご異議ないと考えまして、これを採用するということにしたいと思います。どうもありがとうございます。

では、議事の二つ目、構想区域について進めたいと思います。事務局から説明をよろしく申し上げます。

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、資料3-1をごらんいただきたいと思います。

「構想区域について」というA3資料でございます。こちらは構想区域に関する関係法令、ガイドライン上の記載を1枚の資料としたものでございます。改めてということになりますけれども、ご確認をいただくためにご用意させていただいたものでございます。

資料左側でございますが、ガイドライン上の記載を整理したものでございます。

まず、構想区域の設定に関してでございます。地域医療構想の検討に当たりましては、まず構想区域を設定した上で、医療需要に対する医療供給、医療提供体制を具体化する必要があるとされております。

設定に当たりまして、現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など、将来における要素を勘案して検討する必要があること。また、構想区域は現行の二次医療圏と異なる構想区域を設

定する場合には、次期医療計画改定時に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。

続きまして、医療需要に対する医療提供体制、必要病床数につきまして、ガイドライン上の考え方をまとめたものでございます。

2025年の必要病床数につきましては、患者住所地ベースの医療需要に供給数の増減、患者の流出入分でございますが、こちらを加味したものを4機能別に病床稼働率で割り戻しまして、都としての必要数を定めることとされておりますが、この必要病床数は構想区域ごとに算定すること、となっております。これにつきましては、資料右側に、「(参考)関係法令等」といたしまして、医療法上の該当部分を記載してございます。医療法第30条の4第2項というのが医療計画に掲げるべき事項でございます、その第7号が医療計画に掲げるべき事項の一つといたしまして、地域医療構想を定める条文でございます。構想区域は地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として定める区域でございます、構想区域における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想、地域医療構想に関する事項を医療計画に掲げること、とされております。

この、次に掲げる事項でございますが、イの「病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量」、また、ロの部分になりますが、イのほかに、「構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なもの」としまして、厚生労働省令で定める事項がその下にございます医療法施行規則第30条の28の4の1の「構想区域における将来の居宅等における医療の必要量」とされておまして、この必要量を構想区域ごとに定めたものを地域医療構想に盛り込むこととされております。

資料の左下に戻りますが、地域医療構想は患者の受療動向を踏まえまして、構想区域間の患者の流出入の状況を見込んだ上で、構想区域における必要病床数を定めることができる仕組みとなっております、その場合、都道府県、構想区域間、双方の供給数の合計が一致することが原則とされております。

また、構想区域と各病床の機能区分との関係についてでございますが、高度急性期と高度急性期から同一病床に引き続き入院する急性期につきましては、必ずしも構想区域の完結を求めるものではないとされている一方、高度急性期から引き続き入院する場合の急性期を除く急性期から慢性期につきましては、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとされております。

資料の右下でございますが、こちらはガイドラインの構想区域の設定、先ほどの説明とかぶる部分でございますけれども、その抜粋という形で記載をしております。

続きまして、資料3-2をごらんいただきたいと思います。「東京都地域医療構想における構想区域について(案)」というA4の資料でございます。

構想区域の設定に当たりましては、本部会におきまして、疾病別の流出入など患者の受療動向に関するデータ、また自圏域完結率など、医療提供体制に関するデータなどを

もとにご議論いただいた内容、また構想区域に関する関係法令やガイドラインの考え方などを踏まえまして、部会長とあらかじめ調整させていただきまして、構想区域の設定案としてお諮りさせていただくものでございます。

まず、五疾病・五事業の事業実施単位に関してでございますが、東京は交通網が発達し、高度な医療を担う大学病院、特定機能病院が集積するといった特性のもと、さまざまな医療連携体系が既に構築されており、そうした自主的な取組を尊重しつつ、切れ目のない医療連携システムを構築することが必要である。

また、地域医療構想の策定に当たりましては、グランドデザインにも盛り込んだところでございますけれども、医療提供体制の構築に加えまして、福祉との連携や地域包括ケアシステムの構築についても見据える必要があります、例えばプライマリーケアを基本とした医療提供体制は区市町村単位で考えるなど、柔軟な運用が必要でございます。

こうしたことから、疾病事業ごとの医療提供体制を推進する区域を事業推進区域として設定いたしまして、今後の患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて、全都的な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いたします。

一方、医療法第30条の4第2項第12号につきましては、医療計画に掲げるべき事項といたしまして、12号に記載をされている二次医療圏でございます。この、主として病院の病床、一般病床と療養病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域で定める以下の区域につきましては、病床整備区域として設定することといたします。

事業推進区域、病床整備区域、それぞれ設定することといたしますが、地域医療構想では、資料3-1で見ていただいたように、医療法第30条の4第2項第7号に基づきまして、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量を記載することが求められております。そのため、今回策定いたします地域医療構想における東京都の構想区域は、病床整備区域の13区域で設定いたしまして、今後事業推進区域と十分な調整を図っていくことといたします。また、平成30年度からの東京都保健医療計画の策定にあたりましては、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化など、将来における要素を勘案するとともに、現状の五疾病・五事業などの医療提供体制を十分に検証した上で、今後示される療養病床や特定機能病院に対する国の方針や、国が提供する基礎的データも踏まえながら、「病床整備区域」についても、必要な検証や見直しを検討することといたします。

構想区域についてのご説明は以上でございます。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございました。

先ほど、部会長と相談し、みたいな言葉がありましたので、私のほうからちょっと補足説明をさせていただきますと、今までのこの部会での議論のとおり、東京の場合はそれぞれの二次医療圏で完結ができるような受療動向になってはいないと。医療提供体制はその二次医療圏でなかなか閉じることは非常に難しいということは、議論してきた

とおりであります。では、閉じることのできる理想的な二次医療圏というのはつくることができるとかということ考えた場合、多分東京全体とする以外の方法としては、なかなかないだろうと思われまます。

じゃあ、この構想区域を東京全体とするのかといったときに、今まで、昭和61年だけ、60年の医療法の改正のとき、第一次の医療法の改正のとき以来、二次医療圏は本来は病床を規制する区域、基準病床数を定めて、そして東京の病床の分布を図ってきたところであって、これを全都とした場合に、今後その何千床ふえるというような病床の部分が偏在なくうまくおさまるのかどうかということに関しては、それがうまくいかないかどうかということ、はっきり言ってわからないとは思いますが、今までの歴史的な、先ほどのグランドデザインにもありましたけども、歴史的な、文化的な背景ということから考えると、今までやってきたその病床の部分に関してだけはそんなに問題ないだろうと。

一方で、二次医療圏のところの足かせ、不満というか、うまくいっていない部分とは何かというと、本来、病床規制であった二次医療圏というものに、医療計画というものをのせてきたことによるんだらうと。で、この医療計画、五疾病・五事業ですね。例えば糖尿病は、ほとんど地域包括ケアに近いような、徒歩圏内の医療圏で大体閉じているだろうし、一方、がんは全都的に動いていることは、この前、示されました。というぐあいに、医療計画の自由度をいかに持たせるかということが今回構想区域にとって、構想区域を定めることにとって一番大事なことなんではないか。要するに、病床規制と医療計画というものを分離して考える、自由に分離して考えられるということがすごく大事なんではないかということで、こういうような文章にいたしました。

構想区域は、グランドデザインに従いまして、その区域ごとの病床の、機能病床の貸し借り、出入りというものも計算してやっていく必要がありますけれども、医療計画に関しましては、もう自由に、全都的から地域包括ケアのレベルに至るまで、自由に発想できるという部分を明示した。今までのこの法律、医療法の中では、医療計画という名のもとに、医療計画の部分において、病床規制とそれから医療計画が同じところに書かれておりましたので、非常に融通性がなかったんですね。今度のガイドラインでは、その二次医療圏にこだわらなくて、自由にその医療計画が立てられるような例示というものもあります。ただ、あの例示も非常に、あの二次医療圏にこだわったような例示でございましたので、もっと、東京としては自由に立てられるような表現はないかということで、法律の範囲内で限られる、法律の範囲内でこういう文章の表現をしております。

繰り返しになりますけれども、医療計画を立てていく上においては自由に事業推進区域というものを考え、病床を整備するに当たっては病床整備区域、それが構想区域になるわけですが、そのような二つの概念を明確にあらわしたというところがこの案であります。

補足説明というか、くどい説明になったかもしれませんが、何かご質問がございまし

たらいただきたいと思います。

じゃあ、河原副部長、お願いします。

○河原副部長 この案、私個人としましても、非常に妥当な内容ではないかなというふうに思っております。

二次医療圏というのは、今、部会長からもお話がありましたように、病床規制の基本単位であるということとずっときたわけですが、昭和47年に医療法を改正して、医療基本法、これは医療計画を盛り込んだ法案でしたが、一回も審議されることなく廃案になったんですが。その廃案になった後も、昭和60年に医療法が改正されて医療計画が盛り込まれるまで、国がいろいろ検討会をつくって検討して、二次医療圏とはどういうものかということを示してきたわけですが、やはりその中の二次医療圏というのは、広域行政区域だという考えだけなんですね。ですから、そのあたりの地理的に近い圏域を、市町村を集めてきた地域が二次医療圏と。もちろん、通勤とか通学とか、あるいは経済圏といった社会的な要因もございますが、そういうふうな形で広域行政区域を単位として二次医療圏を設定してきたわけですが、その中にはもちろん医療機能が考えられていなかったわけですね。

今日、地域医療構想の中で、座長がおっしゃったように、もうフリーハンドで医療機能を考えていこう、最適な医療機能を考えていこうということで、その医療機能を考える単位として事業推進区域という概念が出てきているものと思いますが、現に、過去の、この検討会の第3回の資料2の②の2ページですか、三次保健医療圏は都全域で対応する。二次保健医療圏はいろいろ、がんとかいろいろありますが、周産期は8ブロックに分ける。精神は2ブロックぐらいに分けている。小児救命は4ブロックですか。既に、今までの経緯においても、事業推進区域的な考えで、都の医療体制は審議されてきたわけですので、非常にこの資料3-2の案に関しましては、的を得たような内容ではないかなというふうに思っております。

○猪口部長 はい。どうもありがとうございます。

ほかに。森久保委員。

○森久保委員 今お話を伺いまして、この事業推進区域というのが疾病と事業ごとに考えましょうと。これから非常に、これをどう考えるかというのは非常に大事な事業になるかなと思います。

それから、いわゆる今まであった二次医療圏というものが、残すのであれば病床整備区域の単位として残しましょうという形の解釈でいいのかなと思って聞いておりました。

一つ、これ、質問なんですけど、3-1のA4横判で、「構想区域が現行の医療計画における二次医療圏と異なっている場合、次期医療計画（平成30～35年度）においては、二次医療圏と構想区域を一致させることが適当」とあるという文言があるんですけども、この文言と、今出ました事業推進区域と病床整備区域、別々にこれから進んでいった場合、これが非常に、そのままでいいということであれば、わざわざ一致させる



必要がないのかどうか。それとも、やっぱり一致させることを考えてやるのか。ちょっと、その質問なんですけれども。

○猪口部会長 事務局、よろしいですか。

○宮澤地域医療構想担当課長 構想区域はあくまでも病床整備区域でございます。今回、地域医療構想を策定するに当たりまして、これまで五疾病・五事業、事業ごとに柔軟に事業を実施してきましたけれども、それを事業推進区域という明確な形で位置づけをしまして、さらに事業を進めていこうというものが事業推進区域でございますので、あくまでも構想区域は病床整備区域であります。その上で、二次医療圏ではなくて病床整備区域という呼称を使用していこうということでございます。

○森久保委員 よろしいですか。じゃあ、二次医療圏という言葉は、今回これを考えるに当たっては消えていくんだと。言葉ですよ。それが病床整備区域というふうな捉え方で残るのかなというふうに考えてよろしいんでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 医療法上、二次医療圏の定義がなくなるものではございませんので、東京都としての呼称として、病床整備区域、わかりやすくしようというものでございます。

○森久保委員 はい、わかりました。

○猪口部会長 ちょっと、質問。

医療法上で二次医療圏という言葉は、現実的にはないですよ。通例的に、慣例的に使われているとは思いますが、いろんなところで厚生労働省も二次医療圏という言葉は使っておるんですが、その定義づけ的な、二次医療圏とはこの区域であるというようなせりふというのは、どこにも本来ないですよ。

○宮澤地域医療構想担当課長 「二次医療圏」という言葉が出てきますのが、国のほうで医療計画を改定する際に出る医療計画の作成指針。その中で、医療法上の二次医療圏に当たる文言、その部分については二次医療圏であるというふうな記載になっていますので、確かに法上、二次医療圏という名称は出てきませんが、そこは、定義というんでしょうか、それはきちんと明確になっています。

○猪口部会長 二次医療圏という言葉が、非常に、現場で働いている人間にとってはひっかかるんですね。要するに、実態のない医療圏であって、それは病床規制の範囲でしかないのに、そこに医療がもう脈々と連携を保ちながら息づいているかごとくに聞こえてしまうようなせりふだから、我々は非常に抵抗感もあるし、しかも行政的にはその二次医療圏というものがあろうと、いろいろな計画を立てられてきた。そこに窮屈感があるし不合理感を感じて、いろんな話が今回策定部会で出てきたんだろうと思うので、今回、私たちが話し合った中では、この二次医療圏という言葉は極力使わないで構想区域をなるべく表現しようということで、こういう文章になっていることもちょっとご理解いただきたい。ただ、将来的に、30年のときに二次医療圏と構想区域を一致させるというせりふがございまして、その後、構想区域という形の言葉が残るのか二次医療

圏という言葉が残るのかはちょっとよくわかりませんが、できるだけその二次医療圏という言葉に振り回されないように我々は考えていきたいというつもりで、こういう事業推進区域であり病床整備区域という言葉を更新してつくったというふうに理解していただきたいんですけれども。

ご質問ありますか。ご意見でも結構です。

伊藤委員、どうぞ。

- 伊藤委員 きょう、資料だけではなくて、今、解説を聞いて大分わかったことがあるんですけれども、基本的に今回の改正医療法というのの第1条は、効率的な医療供給体制と地域包括ケアという、その両方をしっかりやりなさいということであったと思います。そうすると、基本的に、2025年に向けて、高齢化社会についてどう対応するかということ、もう、しっかり考えなさいということであったろうと思います。そうすると、医療計画で考えられている五疾病・五事業というものについては従来から考えられてきておるんですけれども、実は高齢者に対する対応をどうするか、これは地域包括ケア単位のところとも一定の整合性を持ってやらなきゃいけない。そのところを、まさに構想区域の中でしっかり話し合っていこうというものが今回の法律の趣旨だろうと思います。

そして、今、話を聞いておりますと、結局のところ、構想区域は事業推進区域ということで、イコールと考えていいという話なんですね。繰り返し聞きますけども。

- 猪口部会長 いや、違いますね。病床整備区域です。

- 伊藤委員 あ、病床整備区域ということでもいいということですね。

そうすると、今後、今回の法律のもう一つの目玉である調整会議、地元で顔の見える関係の中でその地域の医療をうまく考えてくださいという、この調整会議というものについては、この病床整備区域によって行われるという理解でよろしいのでしょうか。

- 宮澤地域医療構想担当課長 はい、そのとおり考えております。

- 伊藤委員 よく理解できました。

- 猪口部会長 ほかにどうでしょうか。

久岡委員、どうぞ。

- 久岡委員 一つ確認なんですけど、この構想区域のあれ、構想において、大学病院は粛々と今の医療を、医療というか、病床数も含めて継続していいのかどうかということです。というのは、資料3-1の医療需要に対する医療提供体制の必要病床数というところで、先ほどのご説明で、患者住所地ベースでの病床数の算定をすることによってございまして、第4回の資料2-1のところにございます資料を見ますと、患者住所地ベースと医療機関住所地ベースで比較しますと、もう3分の1ぐらい、患者住所地ベースだと少ないわけですね。そうすると、我々が危惧するのは、将来、大学病院の病床数も減らさないといけないとか、そういうようなことになるのではないかなというところの確認です。いかがでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 先生からお話をいただいたとおり、前々回ですかね、都道府県間調整の考え方のところでも、高度急性期から回復期については医療機関所在地ベースで考えていくということで、いわゆる全国からの患者さんを受け入れていくという考え方、これが都としての考え方でございます。これが先ほどの資料2のグランドデザインの高度医療の中でも、全国からの流入患者を引き続き受け入れていきますということで、グランドデザインの中にも位置づけをさせていただいておりますけれども、考え方としては、医療機関所在地ベースで考えていくというのが基本的な考え方でございます。

○猪口部会長 はい。よろしいですか。さらに、病床を減らせという法律ではないですから。今まであって、高度急性期、特定機能病院がそこにあるものが、それぞれの医療圏というか構想区域ですね、病床整備区域の中で過剰になるというような数字になったとしても、それは減らす必要はない。必要はないというか、減らさなくてはいけないというものではないということが一つと。それから、その構想区域、病床整備区域間のグランドデザインを踏まえながら患者の流出入を考えて、病床を、必要病床だけではなくて、やりとりをしながら計算していけば、ある程度の比重がかけられるのではないかなとは思いますが。特に、区中央部それから西部においては、ほかの医療圏——医療圏と言っちゃいけないんだな。病床整備区域とのやりとりの中で、比重を持たせることはできるのではないかなとは考えます。この説明でよろしいですかね。事務局、間違っていないですね。大丈夫ですね。はい。

竹川委員、どうぞ。

○竹川委員 この構想区域、事業推進区域と病床整備区域に分けるのは、まず、とてもいい考えだと思うんです。ただ、第3回の資料2の②の精神疾患のところ、一番最後に、「認知症疾患医療センターの整備など」。これ、認知症とかかわって精神科的なところも入っておりますので、精神病院とかそういったところに、以前にも出ましたけれども認知症の方が入られているということもあって、その場合、この病床、精神科にある病床とそれからこの事業推進区域の中での精神科、ここの話というのが、整合性が保たれていくのかどうかということを確認したいんですが。

○猪口部会長 どうでしょう。

○宮澤地域医療構想担当課長 あくまでも、地域医療構想につきましての機能分化、連携を進めていくのは、一般病床と療養病床であると。その中に、認知症の患者さんがふえていくところの対応をしっかりしていこうということで、以前、先生からでしょうかお話をいただいて、それもグランドデザインの中にも盛り込み考えてまいります。

○猪口部会長 この事業推進区域というものの説明をいろいろ読んでいただきますと、結局医療計画を立てるに当たっては、フリーハンドで非常に自由に立てましょうということですので、そういった内容も、将来、これは構想の中で全部盛り込める話ではないと思うので、計画の中で、いろいろ、そういう部分を含めて立てていただければと

思います。

我々としては、いかにこの、今までの二次医療圏というものから、医療計画の立て方を自由に、呪縛をとるといふか、そういうところを一生懸命努めてやったわけですね。皆さんのご意見を考えながら。ですから、竹川委員のご懸念しているような内容に関しては、その次の段階の、医療計画を策定するところでぜひかなえていただきたいなと思います。

ほかにどうでしょうか。

(なし)

- 猪口部会長 なければ、一応、知恵を使って、この辺ぐらまでの書きっぷりになったところなんです、とりあえず、本当の構想まで策定するには、年度末でございますので、一応、構想区域の考え方に関しては、こういうことで病床整備区域を構想区域としてやっていく。それは間違いなく今までの二次医療圏の範囲ではあるんですけども、その考え方で進めさせていただくということによろしいでしょうか。

(了承)

- 猪口部会長 はい。じゃあ、議題の二つ目のところに関しましては、構想区域は以上ということでご了承いただいたということで進めたいと思います。

議事の3番目でございます。患者の流出入の調整について、事務局から説明をお願いいたします。

- 水澤地域医療構想担当課長代理 はい。それでは、資料4をごらんください。先ほどもお話が出ましたが、第4回の部会におきましてご議論いただいた都道府県をまたぐ患者の流出入の都道府県間調整につきまして、先日、厚生労働省から調整方法についてのルールが示されましたので、ご説明させていただきます。

委員の皆様におかれましては、改めてのご確認にはなろうかと思いますが、都道府県間調整につきまして、地域医療構想策定ガイドラインにおける記載から確認をさせていただきたいと思います。

資料左上になりますが、都道府県間の患者住所地ベースの医療需要と医療機関所在地ベースの医療需要との間の乖離が大きい場合、つまり多くの患者さんが流出入している場合ということになりますが、そういった場合や医療提供体制の分担が課題となっている場合には、都道府県の間で協議を行うことが望ましいとされております。

また、特に流出入が多い場合には、「望ましい」ではなく、「必ず」協議を行うこととされておまして、2025年の医療需要に対する増減のいずれかがおおむね20%又は1,000人を超える場合が挙げられてございます。

次に、冒頭でご紹介いたしました厚生労働省から新たに示された調整ルールについてご紹介をしたいと思います。

まず、基本となりますのは患者住所地ベースでの医療需要、つまり東京都の場合ですと、都民の方の医療需要が基本となります。それを基本といたしまして、ほかの県との

間で患者さんの流出入を協議によって調整していくということになりますが、医療機関所在地ベースの病床数を維持したいと考える、つまり他県からの流入が引き続き見込まれると考えた上で、その患者さんの分の医療需要も東京都の病床数として見込みたいという場合には、流入元の県に対して協議を持ちかける必要があるというものでございます。

囲みの中になりますが、この都道府県間で協議をする対象となる医療需要につきましては、①ですが、都道府県単位の患者流出入が一日当たり10人以上の場合となっております。ただし、②を除くという形になっておりまして、対象外の規定も設けられております。

都道府県間調整対象外の記載を見ていただきますと、②ですが、二次医療圏別の流出入が一日当たり10人未満の場合となっております。これは東京都対埼玉県といった県の頭数字で見るとはなくて、医療圏対医療圏で見て、一日当たり10人未満という小さな移動であった場合に、常に一定程度生じてしまうやむを得ない移動とみなしまして、都道府県間で協議することなく、施設所在地、つまり流入されている県の医療需要としてみなすことができるというものでございます。

調整対象の記載のところに戻っていただきまして、調整対象外を除いた①について、他の道府県との協議が平成27年12月までに調わなかった、つまり協議不調となりました場合には、医療機関所在地の医療需要に基づいて必要病床数を定めることとされております。つまり、流入されている県が、流入してきている県の患者さんの医療需要も含めて必要病床数を定めるというようなルールでございます。

資料右側、3番を見ていただきますと、先ほどのお話にありました第4回部会でご了承いただきました、高度急性期から回復期までは医療機関所在地ベースで、つまり流出入を見込んで考えて、慢性期につきましては患者住所地ベースで考えるという基本的な考え方を示しております。この3番に記載させていただいた考え方と、国の今回の調整ルールとを勘案いたしまして、東京都の調整案を4番に記載させていただいております。

まず、国のルールによりまして、どの機能も患者住所地が一旦スタートラインとなります。そこに、3番で示した考え方に基づいて、高度急性期から回復期までは都に流入してきている他県の患者さんの医療需要を見込みまして、必要病床数を定めるために県間調整を行うことといたしまして、その協議の予定先は、埼玉県、千葉県、神奈川県のみ3県となっております。ほかにも、山梨県と茨城県についても、機能によっては調整対象となる流入が発生しておりますが、流入数としては非常に少なくなっておりますので、現在、協議予定先とはしてございません。

また、協議対象となる3県分の流入分の病床数の試算は、高度急性期1,368床、急性期3,307床、回復期2,448床、また、参考といたしまして、流出分、東京都から出ていっている分の病床数の試算は、高度急性期371床、急性期1,373床、回復期は1,471床となっております。これは逆に相手県から協議を持ちかけられ

る可能性もある病床数というふうに考えていただければと思います。

最後の四角囲みで記載をさせていただきましたとおり、この3県のほかにも都から患者さんが流出している道府県から協議を持ちかけられる可能性があります。

国の調整ルールで確認させていただきましたとおり、調整の期限である12月の末までは、この都道府県間調整の状況次第で病床数が確定しないという形になりますので、ご留意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。

質問ございますでしょうか。おわかりいただけましたでしょうか。

森久保委員、どうぞ。

○森久保委員 よろしいですか。この考え方、東京都の調整案、非常に考え方が、東京都にとってはいいと思うんですが、他県は文句を言わないんでしょうかね。というところをちょっと心配したんですが、そこら辺の調整は現状どうなっているんでしょう。

○宮澤地域医療構想担当課長 東京都の考え方としましては、高度急性期・急性期・回復期の流入超過分について協議を持ちかけるということでございますので、恐らく他県も同様に考えるのではないかと。そうすると、現実的には協議が調わない可能性は高くなるかなと。その場合には、医療機関所在地ベース、いわゆる流入、流出の差っ引き、都道府県間のルールで示されておりますけれども、その形になるのかなというふうに思います。だから、協議についてはきちんと臨んでいきたいというふうに思います。

○森久保委員 頑張ってください。お願いします。

○猪口部会長 伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 ちょっと教えていただきたいんです。これ、具体的に話し合いというのは、どういうスケジュールで行われるんでしょうか。

○宮澤地域医療構想担当課長 先ほどの国からの通知の左下になりますけれども、その調整の期限としては年内ということございまして、動き出しとしては、各県、協議に当たった準備というのが、多少ばらつきがあると思います。ただ、期限が示されておりますので、それに向けて、都としてはこの3県とスケジュールを組んで調整をしていきたいというふうに思っております。

○猪口部会長 はい。この策定部会でこの交渉条件でやるんだということが決まれば、他県と交渉が始まるということのようですが、何かご意見ございますか。

石川委員、どうぞ。

○石川委員 意見というよりは情報提供なんです。

河原先生ももうご存じだとは思いますが、神奈川に関しましては、現状でようやく構想区域ごとの調整会議が1回ずつ終わった段階で、まだ恐らく必要病床数に関する調整事項等が確定している状況にはないというふうに思われます。また、千葉に関しての状況のところは、ちょっと今、現状で私、把握はしていないんですけれども、27年1

2月までに不調に終わった場合という実は記載の部分は、恐らく他県も含めたこの地域医療構想における病床の目標のところの設定が恐らく間に合わないことも含めて、まずは地元の意見・考え方を尊重したい。それに従って物事が滞らずに進められるようにという配慮だというふうに思われます。

なお、参考までになんですが、再来週10月13日から15日まで、厚生労働省主催の地域医療構想策定研修、3回目の、最後の年度内の回というのが開かれます。この際に恐らく、国からも各県の担当者宛てにこの調整に関するようなご説明があるのと同時に、少し話題になるかもしれないと思いますが、そのような機会もつくりながら、ぜひ、都の参加者の方、都からご出席される方のところでは、神奈川、千葉のところと少しずつ情報交換を始めていただけるのではないかなというふうに思っております。

補足の説明になります。

○猪口部会長 はい。なかなか、他県がおくれているんで、27年12月までにはということになかなかならないのではないかなというふうなお話かなとは思いますが。そうだとすると、医療機関所在地ベースで、東京の場合はかなりのベッド数の増加になりますから、そんなに支障はないのかなとは思いますが。

ほかに何かご意見ございますか。長瀬委員、どうぞ。

○長瀬委員 そのベッド数が増加した分はどうするんですかね。ちょっと、それが、私もちょっと心配しているんだけど。心配しているというか、どうなっちゃうんでしょうかということなんですけど。

○猪口部会長 どういうことになるのでしょうか。事務局、宮澤課長、どうぞ。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。もちろん、その病床が不足するということで、さらにふえるということになりますと、安藤先生からもお話がありましたけれども、人の確保もしていかないといけないですし、それに対する対応も考えていかなければいけませんので、そこは、我々もそうですけれども、先生方からご意見もいただきながら進めていきたいと思っております。

○猪口部会長 長瀬委員、どうぞ。

○長瀬委員 そこで、ベッド数を仮にふやす場合に、今度は医療計画が出てきて、二次医療圏ベースでそこに、こう、今、病床を規制していますよね。そういう形になるんでしょうから、今、せっかくお話が出たようにフレキシブルにやろうということになっていますよね。どっちが優先するんでしょう。

○宮澤地域医療構想担当課長 基準病床数が優先する形になります。この、いわゆる既存の病床数から、医療機関ベースですと8,000床ふえますというところは、2025年の必要病床数でございますので、その手前、次回の30年度の改定の際には、その時点の基準病床数、それにあわせて、それを超える整備というのはできないということになります。

30年度の時点の医療需要、どれぐらいふえて、どれぐらい病床をふやしていかない

といけないのかというのは、まだ今後ということになりますけれども、いきなり8,000床増床ということではないということでございます。

○猪口部会長 よろしいですか。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 これは先ほど申し上げましたけど、やはりこの7,000床足りない、9,000床足りないという話だけが先行して、ベッド数が足りないということではほかの県からの流入というようなことがあるのは、やっぱり、まず困るわけですね。で、本当に、実際に足りないのかどうかというのは、やっぱり、まず、この医療資源の、現存の医療資源をきちんと活用できるかどうかというのをまず検証していただきたいということ。それから、今足りないと言っていますが、先ほど部会長言われたように、病床利用率の問題、それから、現在、今進行中である平均在院日数の短縮という問題。そういうことを勘案すれば、この9,000床というのも、本当にどのくらい足りないかということ。それから、今後、医療技術の進展ということも、もう一つファクターとしては入ってくると思うんですが、余り慌てて病床をふやすという方向に足を踏み入れますと、戻るとはなかなか難しいと思うんですね。ですから、そこのところは、やはりもうちょっときちんとした検証をしてから、本当に足りないかどうかというのを、まあそんなに長く待てないということはあるかもしれませんが、まずは先ほどの、高度急性期は75%で本当にいいのかとかそういうことも含めて、まず、本当に足りない病床数、あるいは使っていないものがどのくらいあるのかというのを本当に検証していただきたいなと思います。

○猪口部会長 ぜひ、こういった話は、東京都が厚生労働省と話をしないと、多分先に進まない話で、多分法律とか基準病床数の計算の仕方というのは、多分厚労省のほうから一つの形でこう計算するんだというふうに持ってこられるんだろうと思いますが、その弾力的な運用の仕方だとか計算の仕方だとか言えるのは、多分東京都のほうからしか言えないだろうと思うんですね。ぜひ、そういうことを踏まえて、今、山口委員のおっしゃったようなこともちょっと踏まえながら、厚労省とお話をしていただければと思います。こんな感じで、山口委員、いいですかね。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 今の件について、ちょっと石川先生に聞くのはどうかとは思いますが、これ、ガイドラインの作成の段階で、平均在院日数の短縮ということは当然考えられるので、その場合、病床数は変化するであろうという議論があったと思うんですね。そのときに、今、相当、平均在院日数の短縮が図られて、これ以上やると現場が逼迫するので、今回は余り触れないでおこうというような話し合いがあったやに聞いているんですけれども、そういった、ガイドラインの作成委員会の中では、そういった話し合いとか、あるいは将来的にどうするかというようなことは、少し話があったんでしょうか。



○猪口部会長 石川委員、答えられますか。

○石川委員 まずお答えですが、地域医療構想における病床推計におきましては、在院日数の短縮という効果は現状のところ見込んでおりません。そのかわりといっちはなんなのですけれども、患者さんの居場所を高度急性期、急性期、回復期、慢性期というような形で適正化を図るという考え方が入っているというのが実態です。ただ、それにしましても、現状の段階から大きく病床が減るようなところまで含めて、在院日数の効果というものを見込んでいるわけではありません。

ですので、今後は、山口委員のほうからもご指摘がありましたように、医療技術の変更であるとか、あるいは医療提供体制の効率化等に従って、病床数は少し変わってくるころがあると思います。また、逆に、増えるような要因というのも、もしかしたらあるかもしれませんので、あくまでもこの病床数の推計値というのは、参考値、目標値としてご利用いただくというのがメインでございます。

その後、ちょっと追加になりますけれども、もう一つ長瀬委員のほうからご指摘がありました。この病床推計のところの目標値を達成したからといって、すぐさま各事業者が病床の増加等が行えるわけではありません。都のほうからもありましたとおり、基本的には地域医療計画側で策定されている基準病床数がありますので、その範囲というものの範囲の中で、まずは調整を行うことになります。ですので、2025年に向けた長期の目標を設定していただいた上で、次回の医療計画において基準病床数等の変更をしながら、緩やかに行っていく。かつ、その場合には、各構想区域ごとの調整会議を経た上で、今、プレーヤーとして地域にいらっしゃる方々の意見を調整しながらどう変えていくのかということがメインになると思います。少なくとも、この数字が出たから、あるいはこの会で構想区域自体を認めたからといって、それがすぐに東京都における医療機関ないしは病床数の増加につながるものではないというふうにご理解いただければよろしいかと思えます。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

では、今までの――この議論は県間調整の話だったんですが、その後の基準病床の話にちょっとなっていってしまいましたけれども、県間調整に関して、こういった考えに基づいて交渉するというような形で、この考え方はご了承いただけましたでしょうか。

その後の、出てきた数字をどういうふうにするかということは、今まで議論があったとおり、本当に難しい話なんだろうと思いますが、一応、とりあえず、この調整の仕方を決めないで先に進めませんので、これでよろしいでしょうか。いいですね。

(了承)

○猪口部会長 じゃあ、ご承認いただいたということで、議題(3)は終わりにしたいと思います。

では、報告事項があるようですけれども、事務局、お願いいたします。

○水澤地域医療構想担当課長代理 はい。お手元の資料5をごらんください。昨年度10

月に医療機関の皆様にご回答いただきました、平成26年度の病床機能報告の公表についてでございます。

病床機能報告は、医療法により都道府県による公表が義務づけられているところでございます。公表に向けた準備を進めていたところでございますが、先月9月1日より東京都福祉保健局のホームページに掲載を開始いたしましたので、ご報告させていただきます。

資料左側にアクセス方法がございますので、ご興味のある方は後ほどご確認いただければと思いますが、簡単にホームページのイメージを載せさせていただきましたので、ご説明したいと思います。

資料真ん中の画像をごらんください。「東京都における医療機能ごとの病床の現状」といたしまして、地域医療構想の説明それから病床機能報告制度についての説明と続きまして、最後に「東京都における医療機能ごとの病床の状況（許可病床）」とございます。報告時点、平成26年7月1日時点ですが、に、各医療圏で4機能が何床選択されたかというところが一覧となっております。

この内容につきましては、皆様には既に第2回の部会で集計結果をお示ししてございますので割愛させていただきますが、この表の中の医療圏の名前のところをクリックしていただきますと、資料一番右側のイメージのほうに画面が移りまして、圏域内の医療機関ごとの病床の状況が表示されるようになってございます。

ここでは、区中央部で例示をしておりますが、区中央部の病床の報告状況がまず現状と6年後の予定として表で示された後、平成26年7月1日時点として、医療機関別の内容が一覧となっております。こちら医療機関名をクリックできるようになっておりまして、医療機関ごとの個票も表示できるような仕組みとなっております。

医療機関ごとの個票につきましては、第2回部会の資料5-2にございますので、後ほどご参照いただければと思います。

報告は以上でございます。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございました。これは帰って見ていただければと思います。非常に細かいことがたくさん書いてあって、見つらいんですけども。いろいろな情報が入っておりますので、ぜひごらんください。

何かご質問ございますでしょうか。

(なし)

○猪口部会長 では、これで、きょう予定している議事は以上となります。

事務局、お願いいたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 はい。長時間にわたりまして、活発なご議論をいただきまして、どうもありがとうございました。本日ご了解いただきましたグランドデザイン、構想区域を含めました本部会の進捗状況につきましては、来週8日に予定されております平成27年度第2回保健医療計画推進協議会、親会でございますけれども、そちらに

報告させていただきます。また、医療審議会にも適宜ご報告をさせていただきたいというふうに考えております。

なお、次回、第7回の部会の開催でございます。11月13日金曜日、17時から18時半までを予定しております。机に出欠確認表を置かせていただいておりますので、ご記入いただきまして、本日このまま机上にお残しをいただきますか、後日ファクスやメールにてご送付いただければ幸いです。また、本日の資料につきましても、机上に残していただければ、事務局からご郵送させていただきます。

なお、本日配付しております水色のファイルにつきましては、そのまま机上にお残しいただきますようお願いいたします。

最後に、本日お車でいらっしゃいました委員の方におかれましては、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせください。

事務局からは以上でございます。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございました。

これで終わりますが、発言されていない委員もいらっしゃいますけども、何か最後に言っておきたいということがございましたら。

塩川委員、どうぞ。

○塩川委員 ちょっと申しおく一れましたが、グランドデザインのことで、要するに人口の高齢化が非常に進んだというのが大きな動機づけで始まったときに、この高齢化の文言が、このⅢの四角の三つ目の1カ所ぐらいしかなくて、医療需要も、需要は東京都の場合はふえますけど、若い人の医療需要は減って、高齢者の医療需要がふえるんですね。ですから、グランドデザインの議論のとき申し述べればよかったですけど、「誰もが質の高い」とか、「高い医療水準で」というのは、高度急性期の私が言うのもちょっと変なんですけど、とことんすべき医療の部分と、高齢者でほどほどの医療という言い方を最近されますけども、このグランドデザインが、そういう点では高齢化が背景にあってこういうものが出てきたという「ほどほどの医療」の考え方が少し少ないんじゃないかという気がするのですが、いかがでしょうか。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございました。ただ、僕は、この解釈に関しては、ほどほどのとか、そういう意味ではなくて、高齢者にとって質の高い、若い人にとって質の高い、それぞれにとって一番大事な医療を提供するという事だろうと、私なりに解釈しておりますけれども。

○塩川委員 あと、もう一つすみません。蒸し返すのも恐縮なんですけど、高度急性期で、先ほどアクセスの話で最後ご発言されたときにそれで終わっちゃったので、僕も言いそびれていたんですけど、このⅠの二つ目の「患者さんが自ら選択する」という、この「患者が自ら」という部分が、本来は、我々の高度急性期の立場からすると、例えばかかりつけ医の先生と相談してから適切な医療施設を受診するみたいな状況を、高度急性期側としては期待したいと思います。ただ、「十分な情報のもとで高度医療機関を選択

可能」というと、この「患者が自ら」という文言がここにあえて加わっているのが、さつき申し上げればよかったんですけども、今これで決定されるとフリーアクセスが強調される懸念があるというところなので、ちょっとあえて一言発言させてもらいました

- 猪口部会長 はい。ご意見として、当然、十分な情報を理解して、納得して、自分で選ぶということの中に、かかりつけの先生なり専門家の意見というのがきちんと聞けるようなシステムというのにも必要なんだろうと思います。これは、西川委員、こういうことでよろしいですね。そういう意味も含めてあるつもりですけども、具体的に進めていくのは、今後こういう文言を膨らましながら、実際に考えていければと思います。貴重な意見、どうもありがとうございます。

はい。

- 竹川委員 ごめんなさい、終わろうとしているところで。

ちょっと、先日、全日本病院協会という会の学会に出席してきました、いろんな地域の方と話をしてきたんですけども、ほかの地域では例えば行政のほうでいろいろと決めてしまって、あと、この策定部会のメンバーも公的病院の代表だけというようなところも結構あったんですけども、地域性を考えると、仕方のない場所もあるんですけども、メンバーに入れない民間の病院の先生方、ちょっと強い違和感を訴えていたということがありました。ただ、東京都の場合は、委員に民間の病院もこれだけ入れていただいていますし、これで議論ができていくということは、とても公正で公平で、素晴らしいことだと思っております。

その中で、ちょっと山口委員がいらっしゃる中であれなんですけども、公的病院が地域医療構想の中で高度急性期、それから急性期から回復期にまで運営範囲を広げて、民間病院と競合し始めているというところもあるということを知りました。それぞれの地域で事情があって、そうしなくちゃいけない場所もあるんですけども、繰入金などが入っているところは、やはり基本的には民間病院ができないような医療、例えば特殊感染症とか高度医療機器が必要な医療をやるためにあるべきであって、まあ経営改善というのは大切なことなんですけども、地域包括ケアの仕組みをきちんと行い、病床機能分類が同時に進行する中、高度急性期、急性期以外と対応するのであれば、そういったお金のあり方も考えていかななくてはならないのではないかとということ。

それからあと、回復期病床が東京においては2025年に向けて相当数やはり足りなくなってくるということで、東京都では急性期病床から回復期病床になるためには、ある程度の支度金が出るんですけども、慢性期から回復期になるというときには出なくて、こういったことも含めて、慢性期は土地代の高いところで一床当たりの平米数も4.8から6.3という形でやっていますので。そういったところも、それぞれの病院の能力によって、許可するとか推進をしていく、移動を推進していくということも考えていただけたらと思います。

で、地域包括ケア病院は、まあ、要は回復期とか慢性期、急性期の一部は、公的病院

はやらないほうがいいのではないかなと。東京都においては。というふうに考えております。

以上です。

○猪口部会長 はい。どうもありがとうございました。あの――ずっと、しゃべっていたじゃ……。ご意見を述べられていた方を対象というよりは、どちらかという、ご意見を述べられていなかった方たちにチャンスをとって、言ったんで。

まだ、話した――大事な話なら、どうぞ。安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 私も全国の病院協会の仕事をしていますけれども、今回のこの病床整備区域とそれから事業推進区域って、とってもいいと思うんですよ。多分全国の県も追随してくると思うので、ぜひ、これをうまく育ててあげていただければなと思っております。よろしく願います。○猪口部会長 どうもありがとうございます。

○山口委員 一言だけ。

○猪口部会長 山口委員。

○山口委員 今、竹川委員のほうから指摘がありましたけど、基本的に公的な病院が高度急性期、急性期を担うということで、今後機能分化を考えますと、そういう機能分化は大事だと思いますが、東京都の中でも、地域によって、やはり機能分化が十分できない地域があるかもしれません。特に、多摩地域ですね。そういうところではやはり許容していただきたいというように思いますけども。

○猪口部会長 はい。ありがとうございました。竹川委員、山口委員のお話しになったのは、調整会議、それからその構想をいかに遂行していくかというところの内容としても、ガイドラインにも書かれているようなところですので、それを踏まえて、今の意見を踏まえて、今後構想を、実行に当たって盛り込んでいければ、考えていければと思います。

じゃあ、以上で終わりにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

じゃあ、これで終わります。

(午後 4時39分 閉会)