

〔平成 28 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

平成 28 年 12 月 2 日 開催

【平成 28 年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

平成 28 年 1 2 月 2 日 開催

1. 開 会

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

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

私、東京都福祉保健局地域医療担当課長の久村でございます。会議次第でございますとおり、本日は、このあと座長を選出いただくこととなりますので、それまで司会を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日の配布資料は、会議次第の下段に記載のとおりですが、こちらの不手際がございまして、誤りがございましたので、おわびと訂正をさせていただきます。名簿の「医療機関代表」の江戸川区の森山記念病院様は、「回復期」との記載は「急性期」でございました。大変申しわけありません。訂正をお願いいたします。

このほかに落丁等がありましたら、恐れ入りますが、議事の都度事務局までお知らせください。

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

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

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。
東京都医師会の伊藤理事、ご挨拶をお願いいたします。

○伊藤理事：皆さま、こんばんは。東京都医師会の病院防災担当理事の伊藤でございます。本日はお忙しい中お集まりいただき、まことにありがとうございます。

東京都地域医療構想につきましては、その前に「意見聴取の場」として、説明会がございましたが、これが策定されたことを受けて、各構想区域で実際にスタートすることになり、その第1回目でございます。

ですから、これがどういう会議になるのかとき、いろいろわからないところもあるかと思っておりますので、そのあたりを具体的に質問等していただければと思っております。

今日お集まりの皆さんは、それぞれの地区の代表ですので、ご存じのこともあるかと思いますが、ちょっと復習をさせていただきたいと思っております。

地域医療構想の最大の目的は、超高齢社会においてよりよい医療提供体制はどうあるべきかということで、2025年に団塊の世代の75歳を迎えるにあたって、増えた高齢者をどのような医療を提供していくかということにあります。

そして、この地域医療構想は、東京都の場合は「保健医療計画」ということで、5疾病5事業というものが計画されているわけですが、それと整合性を持って、その一部として機能するものであるということでもあります。

ただ、ここには、病床の削減とか増床というような、強制的なスキームが全くありませんで、名前のごとく「構想」であります。

「地域医療構想策定ガイドライン」には、次のようなことが書いてあります。

「地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を、住民を含めた幅広い関係者で検討して、合意していくための過程を想定し、さらに、各医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で構想していく」ということになっています。

これについて、特に地方では、「病床削減のスキームだ」と言われていて、戦々恐々としている部分がありますが、そうではなくて、「構想」であって、「計画」でも「制度」でもありません、地域で話し合いをしていただいて、合意形成をしていくものであります。

そして、4機能区分が問題になっておりますが、これは、患者がどれぐらい発生するかということの予想であって、診療報酬上の病床とリンクするものではありませんし、地域ごとに、その4機能区分で想定される患者数に応じた必要病床数を、配置し直すというスキームもありません。

ここで考えていただきたいのは、不足する病床機能をどうやって補うかということが、一番の眼目でありますので、地域の特性に応じた話し合いをしていただきたいと思っております。

そして、その根拠となりますのが「医療・介護確保推進法」ですので、地域包括ケアシステムも視野に入れたものになりますと、二次医療圏という構想区域よりもさらに小さな範囲でも、地区医師会単位での話し合いといったものもやった上で、この会議でまた議論していくことも必要になってくるかもしれません。

いずれにしても、2025年に向けた体制の構想を練っていくということで、今年、来年でいろいろなものを決めていくということではありませんので、地域の病院同士で連携を持って、顔の見える環境をつくりながら、その地域に応じた医療提供体制を構築していくための会議であるということを、最初に強調しておきたいと思っております。

よろしく願いいたします。

○久村課長：ありがとうございました。

続きまして、矢沢医療政策担当部長よりご挨拶申し上げます。

○矢沢部長：皆さま、こんばんは。今日はお忙しい中お集まりいただき、大変ありがとうございます。

東京都では、この地域医療構想をことしの7月に策定させていただきました。それに先立ち、説明会や「意見聴取の場」でいろいろご意見を賜りましたおかげ

げで、この構想ができております。この場をおかりして、まずはお礼を申し上げます。ありがとうございました。

東京都地域医療構想は、都民の皆さんと、行政、医療機関、保険者など、医療、介護、福祉に関わる全ての人々が協力して、将来にわたって東京の医療提供体制を維持、発展させていくための方針でございます。

何かをこの中で決めていくのではなくて、10年かけて、この地域医療構想を実現させていくための推進力となるのが、今日の調整会議だと思っております。

今日はたくさんの資料をご用意しておりますが、これは、私どもが手に入れられるものの中で、地域医療構想を地域で考えていただく上で、まず基礎となるものを整理いたしました。

ただ、初めてご覧になりますと、資料の中身等のご理解がなかなか難しいかと思っておりますので、今日のところは、まず、資料の考え方等を私どものほうからご説明させていただきます。

その上で意見交換をいたしますが、次回、次々回とこういった資料が出てくるということを、今日のうちに押さえていただいて、次回以降はこういったものをベースに、この地域の課題は何か、足りないものは何かというところを、それぞれお考えいただければと思っております。

このあと、なかなか解決できない課題がたくさん出てくるかと思っておりますが、ぜひ活発な意見交換をお願いし、その一つでも二つでも、その解決の糸口が見つけられればと思っております。

今日はどうぞよろしく願いいたします。

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

○矢沢部長：「東京都地域医療構想調整会議の役割」についてご説明いたしますので、お手元の資料2をご覧ください。

東京都地域医療構想調整会議は、医療法の第30条の14に規定がございまして、「都道府県が設置すること」となっております。

この中では、地域の関係者が連携を図りつつ、医療計画や地域医療構想の達成を推進するために必要な事項を協議することとしています。

東京都では、地域医療構想の策定に先立って、「意見聴取の場」を設けてまいりましたので、それを引き継ぐ形で、東京都地域医療構想調整会議を新たに設定いたしまして、今日が第1回ということでございます。

その概要につきましては、グランドデザインの話などは、もう何度もお聞きいただいているかと思いますが、もう一度お話しさせていただきます。

この目的といたしましては、その実現に向けまして、地域ごとにそれぞれ自主的に取り組みを推進するということでございます。

また、座長・副座長は、このあと互選をすることになっております。

それから、議事に応じましては、複数の構想区域の合同会議ですとか、もっと小さい単位での会議ですとかも、今後は柔軟に行っていく必要があると思っております。

また、この会議は、原則公開とさせていただきます。傍聴の方々のご発言も含めまして、協議の内容については、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載をさせていただきます。もちろん、修正等は可能でございますので、ご安心ください。

それでは、先に4ページ目の「議論を進めるにあたって」をご覧ください。

この中で協議していただく上では、4つの視点を踏まえていただければと思っております。

まず、私どものデータで、この地域の現状や将来に向けての予測等についてお示いたしますので、その共通理解をしていただくこと。

そして、そのデータはデータとして、それとは別に、日頃の診療や業務の中で感じている地域の実情とデータを照らし合わせながら、将来に向けて医療需要が増えていくという変化に、どうやってこの地域は対応していくかといったことを、皆さんと協議しながら、一緒に考えていくということ会議でございます。

また、東京は交通網がすごく発達しているので、1つの構想区域で完結するというのではなくて、隣の圏域ぐらいまでは延びているところがございまして、そういったことは現に起きていることですので、それを受け入れて、隣の

区域の医療資源などについても、活用していくのか、情報の共有化をしていくのかということも含めて、十分考えていく必要があります。

そして、その際に、議論を聞きながら、それぞれの医療機関の先生方が、ご自身の病院の役割、機能をもう一度見つめ直していただくということも、また必要になってまいります。

それでは、3ページ目をご覧ください。その考え方の流れになっております。

最初に、地域の現状をデータ等で押さえる。その上で、構想で示された将来の推計とか、将来の医療の姿も見ながら、その地域の課題について、何か足りないかとかどんな取り組みが必要かを考えていく。そして、解決に向けて一つでも多くの方策を検討していく。

それをまた、どこまでうまくいったかという進捗状況見ながら、また新たな課題が出てきたら、それに対して検討していく。

こういう流れの中で最も大切なのは、この網かけしているところでして、それぞれの医療機関の先生方の中で、自主的な機能分化、連携を進めていくということが、最も重要な目的になってまいりますので、議論の中でぜひ一緒に考えていただければと思っております。

調整会議の役割については以上でございます。

2. 座長・副座長の選出

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

どうぞ。

○猪口雄二（東京都病院協会）：座長の互選について提案させていただきたいと思えます。

調整会議は、今ご説明がありましたように、地域の関係者自身で地域の医療について考える場ということですので、座長には、墨田区医師会の副会長であ

り、山田記念病院という現場にお勤めの、湯域宏悦先生にお願いするというふうに提案したいと思いますが、いかがでしょうか。

[全員、拍手で承認]

○久村課長：ありがとうございます。

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

(湯域座長、座長席に着席)

それでは、湯域座長から一言ご挨拶をいただければと存じます。

○座長（湯域）：ただいまご紹介いただきました、墨田区医師会の副会長を仰せつかっております湯域と申します。

私は、勤務医ということで、墨田区地域の医療の一端を担っているつもりでやっております。医師会の役職ということもありまして、会長からこの調整会議に出るよということにまいりました。

冒頭に説明がありましたように、この会議では何かを決める会ではなく、あくまでも「構想」ということでありますので、皆さまからご意見を出していただき、また、東京都からいろいろ説明をしていただいて、お互いの立場を理解し、情報を共有していくことが、この会の目的でございます。

甚だ力不足ではございますが、この会が円滑に進むように、お役に立てればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。(拍手)

○久村課長：ありがとうございました。

先生には、副座長の指名をお願いできればと思います。

○座長：副座長については、エリアとか分野とかもありまして、私は墨田区ですから、あとは、江東区、江戸川区からとは思いますが、一つは、この会議の場自体が、病院の機能分化が大きなテーマになっておりますので、病院の意見というものがかなり大きいと思います。

そのため、3区から12医療機関の代表の先生方が来ていただいていますので、その中からということもありますが、東京都病院協会の猪口先生が、江東区ということもありますし、医療機関の意見を集約するというので、出ただけのほうがいいかと思います。

そうすると、あとは、江戸川区からということになりますが、視点を変えて、行政の立場から、江戸川区の健康部地域医療担当の西山課長さんをお願いしたいと思います。

皆さま、いかがでしょうか。

[全員、拍手で承認]

(猪口副座長、西山副座長、副座長席に着席)

○久村課長：それでは、これ以降の進行は湯域座長にお願い申し上げます。

3. 議 事

(1) 東京都地域医療構想の策定について

○座長：それでは、早速議事に入りたいと思います。

皆さま、既にご存じとは思いますが、この調整会議の前に、「意見聴取の場」といった議論の場が何回か行われて、皆さまも参加されていることと思います。

それを踏まえて、こういう冊子になっておりますが、「東京都地域医療構想」がこの7月に策定されております。

まず、その概要について、東京都より説明をいただきたいと思います。

○矢沢部長：それでは、資料3と資料4でご説明申し上げます。

まず、資料3は、東京都地域医療構想の概要でございます。

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

先ほど申しましたとおり、第1章の最初のところには、「東京都地域医療構想は、都民、行政、医療機関、保険者など、医療・介護・福祉等に関わる全ての人々が協力し、将来にわたり東京都の医療提供体制を維持・発展させ、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を実現するための方針」と書かれております。

そして、医療法で定められた、構想に書かなければならないことというのは、2点ございます。

1つは、構想区域ごとに厚生労働省令で定める計算式によって算定された、2025年の機能区分ごとの病床数と、在宅等の必要量を推計することです。

もう1つは、地域医療構想の達成に向けて何をしていくかを書いていくということです。

そこで、最初のほうは、東京全体の姿を第2章に、構想区域ごとの姿を第3章に書かせていただき、あとのほうは、第4章のグランドデザインとその取り組みのところに書かせていただきました。

この東京都地域医療構想というのは、東京都保健医療計画の一部でして、今あるのは平成25年につくったものですから、それに追補していく形で、平成30年に改定するときには一体化をいたします。ですので、それまでの間はこの2つが動いていくことになります。

そして、東京の現状ということでは、第2章の最初に、「東京の特性」として、①～⑧までを挙げております。

高度医療施設や人材を育成する機関がたくさんあります。また、病院数も多いですが、他県と比べると民間病院の割合が高く、しかも、200床未満の病院が7割もあるということも特徴です。

それから、交通網が発達しているので、患者さんは比較的自由に、好きなところに行けますし、人口密度が高いということをとってみると、むしろ、在宅医療が進みやすい環境にあるのかもしれないということです。

また、昼夜間人口が高いので、こういったことは災害医療とかでも重要な視点になっています。

そして、高齢者の人口については、率が上がってくるのは他県よりも遅いのですが、何と言っても数が多いので、高齢者人口が急激に増えていきます。

さらに、高齢者の単独世帯が多くなるということも予測されています。

以上のような特性が、東京の災害医療、在宅医療といったことを考える上で大きな視点になってまいります。

そして、その下の「将来推計」を書かせていただいたあとに、「病床数の必要量」ということで、2025年には、全体で11万3000床が必要だと推計いたしました。

今は11万5000床程度なので、8000床近く足りないという数字になっていますが、ここに書かせていただいたとおり、病床の必要量の推計の中では、患者さんの受療動向が全く変わらず、病院が新しくできたり、閉鎖したりすれば、患者さんの動きはすごく変わるわけですが、それが10年間変わらないとしていることとか、人口推計はそのままで行くことや、あるいは、医学の進歩によって平均在院日数が短くなったり、病床利用率が上がっていったりということが、全く加味されていないことや、平成30年に介護療養病床がなくなることも、一切加味していない推計でございます。

東京都といたしましては、皆さまからの意見を踏まえまして、この8000床を今後一気につくっていくということは全くなく、区市町村の皆さまがどう考えているかを参考にしたり、あるいは、病床機能報告の結果を見ながら、基準病床数制度を使って、きめ細かく病床のコントロールをしていこうというふうに思っております。

第3章は、「構想区域」についてです。

今までの二次医療圏と区域は一緒ですが、病床を整備してきた区域でもありますので、名称は「病床整備区域」と呼ばせていただき、構想区域ごとにこういった調整会議を設置いたしまして、先週からスタートしております。

そして、構想区域ごとの状況について記載した上で、「事業推進区域」という考え方を新しく導入しました。これは、医療連携ということでの概念です。

構想区域で何もかも完結するのは、東京都の場合は全く無理でして、隣の区域に行ってみたり、時間がある場合はもっと先まで患者さんが動いていくというのが、東京の特徴ですので、1つの構想区域の考え方を持つということは、現実的ではありません。

ですので、もう少し柔らかく、構想区域以外の考え方で区域を捉えていこうというのが、この「事業推進区域」で、例えば、疾病事業ごとに、必要に応じて定めていくことも必要かと思えますし、区域を定める必要がない場合はそうしなくてもよいということかと思えます。

次に、第4章は、「東京の将来の医療～ランドデザイン～」ということで、「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、最も当たり前前の話を目標に掲げていますが、これは、永遠のテーマになってまいります。

そして、このテーマを一つでも現実のものにしていくための基本目標として、4つ挙げております。

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

この4つの目標を達成していくことで、一つ一つの目的はかなっていくのではないかと考えております。

ただ、ご覧になっていただくとわかりますが、この第4章には、「これをします」とか「あれをします」とかは余り書いてなくて、「こんなことが必要だ」という課題と、それを解決するための方向性だけを書かせていただいています。

医療の姿は、診療報酬の改定などによって、二年、三年で大きく変わっていきますので、そういう定めきれない中では、無理はやめて、「今後どうしていくか」ということを決めました。

伊藤先生から先ほどお話があったように、これは、事業計画ではなく「構想」ですが、この中でうまくいくものはどんどん育っていくし、なかなかうまくいかないことは、なぜなのかと考えなければなりませんし、また、土を入れ替えてみないと無理かもしれないというものもあれば、そうしてみるというようなことを、これから10年間続けていくことになってまいります。

それから、第5章は、「果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況」となっていますが、これは、地域医療構想が新たに今回できたので、例えば、東京都ですと、こういった調整会議を設置することとか、構想の実現していくための取り組みをしていくというのが、新たな役割ということになります。

医療機関の先生方には、まず、この構想を理解していただいて、その上で、病床機能報告なども活用しながら、いろいろ考えていっていただきたいということが書いてあります。

都民の皆さんは、「受けてではなく、担い手、プレーヤーとして、参画してください」ということも、書かせていただいております。

以上が全体の概要でございます。

それでは、この区東部はどのように書かれているかということについて、資料4をご覧ください。

まず、「2025年における4機能ごとの流出入の状況」についてですが、2ページ目が高度急性期、3ページ目が急性期、3ページ目が回復期、4ページ目が慢性期となっております。

この矢印ですが、太ければ太いほど、流出入で動いている患者さんの人数が多ということになっています。

他の構想区域と比べると、動きが大きい区域でして、特徴的なのは、全ての機能において患者さんが流出しているほうが多いということと、千葉県とのやり取りが非常に多いということです。

例えば、高度急性期では、「千葉県東葛南部」が、流入で2番目、流出が3番目になっており、急性期では、流入、流出とも3番目となっています。もっとも、人数的には“行って、こい”の関係ではありますが、千葉のほうに行っている方が若干多いということになっています。

ただ、一方、この区域の方がどこに入院しているかを見てもみると、一番下の帯グラフをご覧くださいと、「自構想区域完結率」が52.8%となっておりますが、これは、この墨田、江東、江戸川区の方がこの3区内の病院に入院している割合ということです。

そして、都内の隣接する区域で入院している方が31.5%ですから、両方を足し合わせると84.3%にもなりますので、この3区内に入院している方は半数であっても、その隣を含めれば、8割以上の方がこれらの区域に入院されていることになります。

また、急性期も同じですが、これは、急性期から新たに入院されている方のほか、高度急性期から急性期に移った人に含まれていますから、「自構想区域完結率」は66.0%と増えております。

慢性期になると、かなり遠くに行っている人が多いということを、この矢印は示しております、「自構想区域完結率」は38.0%と少なくなりますし、都内の隣接区域が19.8%ですから、6割までしかいかないということで、慢性期については、自分の家の近くで入院できていないのかなということが、ここからわかります。

次のページの上は、「2010年から2040年までの人口・高齢化率の推移」についてです。

2025年の値を見ていただくと、高齢化率が21.3%ですので、東京都の高齢化率の平均は25.2%ですので、少ないという状況になっています。

また、年少人口については、2010年が12.8%ですが、2025年には11.7%となって、東京都全体が10%程度になるだろうと考えられていますので、この区域は年少人口が多いということですが、もちろん、緩やかに少なくなっていくという傾向は一緒です。

例えば、2040年には、東京都全体では8.6%ぐらいまで落ちてしまいますが、この区域が10%を超えていますので、そういった意味では、年少人口が多くて高齢化率が余り高くないということでは、非常に特徴的な区域であると言えます。

それから、その下の「医療資源の状況等」ですが、「療養病床入院基本料」を見ると、人口10万対の都内平均が456.1床に対して、265.9床ということで、療養病床が少ないと出ていますし、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を取っていらっしゃる場所も、都内平均が40.7床に対して、28.9床ということで、少な目になっています。

それから、7ページの「医師・歯科医師等の従事者数」をご覧くださいと、東京都平均より大体下回っているので、従事者が少ないということであれば、病床も少なく、外に出てしまっているという状況が、こういう数字からも見えるということになります。

8 ページ目は、「推計患者数（医療機関所在地ベース）」についてです。

がんの患者さんが増えていくことがわかっておりますし、高齢者の病気が増えていくことがわかっております。

そして、9 ページ目は、「平成37年（2025年）の病床数の必要量等」です。これは、「医療機関所在地ベース」という考えに基づいていますので、流出、流入が既にあるとして推計しています。

下の「病床数の構成割合」を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の順に見ていただくと、それぞれ12.9%、43.2%、32.5%、11.4%となっております。

一方、下の棒グラフは、平成26年度に先生方からいただいた病床機能報告の結果で、高度急性期は19.9%、急性期は57.7%、回復期は8.9%、慢性期は13.5%となっております。

この辺が病床機能報告と推計値のギャップということになりまして、上のほうは、ある日の点数でばっさり切っている推計値で、下のほうは先生方が病床ごとに4区分に分けて報告されたものですから、寄って立つところが全く違いますから、一致することはありませんが、これらを見比べながら、この区域は何が足りないか、何をやっていけばいいかということをお考えいただければということになっております。

最後の10 ページ目には、これまでの「意見聴取の場」でいただきましたご意見を、できるだけそのまま書かせていただきました。

例えば、「地域特性」では、「このままでは増加する医療ニーズに対応できないのではないかと危惧している」というご意見もありましたし、「高齢患者の増加に対応するためには、ある程度は身近で診ることができる体制があったほうがよい」というご意見もありました。

「医療連携」のところでは、「差額ベッド代や施設における個室料などの自己負担が、自院での治療を終えたあとの転院先や入所先を探す際のネックとなっている」というご意見もございました。

そのほか、ご覧のようなご意見をちょうだいしていますが、ある意味、これらは地域の課題を出しているようなご意見だろうと思いますので、こういった

ものも踏まえながら、これからの調整会議での検討を進めていただければと存じます。

東京都地域医療構想の説明は以上です。

○座長：どうもありがとうございました。

資料3と4ということで、地域医療構想の全体像から、特に、資料4では、第3章の説明をいただいたわけですが、「意見聴取の場」その他で、お聞きになった内容かと思います。

ここまでのところで、何かご質問等がございましたら、時間を取りたいと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

(2) 病床機能報告から見る「現状」について

○座長：それでは、構想に記載してあることをさらに一歩進めて、今この地域はどういう状況なのかについて、推計資料とか病床機能報告とかがありましたが、さらに詳しいデータなどについて、資料5以下のご説明をいただきたいと思います。

○事務局：それでは、病床機能報告のデータをご紹介します。

資料5に入ります前に、地域医療構想に記載されている病床数の推計方法について、おさらいをしておきたいと思いますので、補足資料1「2013年をもとにした国の推計ツールによる2025年の将来推計」をご覧ください。

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

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

2013年の1年分のレセプトデータをもとにしまして、患者1日あたりの診療報酬の出来高点数で分類をして、各機能の延べ患者数を出しております。

なお、分類方法の詳細は、次のページにありますが、3000点以上が高度急性期機能、600点～3000点未満が急性期機能、175点から600点未満が回復期機能といった形で分類しております。それを人口推計で引き延ばして、2025年の患者数が推計されており、構想区域ごとに国からデータとして提供されているものでございます。

右側の「2. 慢性期機能の患者数」をご覧ください。慢性期機能だけは別枠で書いておまして、2013年をもとにしながらも、「※1」は、「療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の7割」、「※2」は、「療養病床の入院受療率の地域差を縮小分」、さらに、一般病床に入院されているうちで、医療資源の投入量が少ない175点未満の患者さんを、在宅に移行することが見込まれているなど、ほかの3機能とは異なる要素が、国の推計式には盛り込まれております。

そして、「3. 患者数から病床数を推計」をご覧くださいますと、1及び2で算出した推計患者数を、全国一律の、高度急性期機能75%、急性期機能78%、回復期機能90%、慢性期機能92%という病床稼働率で割り返して、病床数を推計しております。

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

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

一方で、病床機能報告は、病棟ごとに自己申告された結果となります。2025年と比較しますと、回復期機能だけが少ないという結果になっておりますので、先ほど見ていただいた2013年の値とは異なりますので、単純比較ができないというところは、見ていただけるかと思えます。

それでは、本題の資料5をご覧ください。

病床機能報告は、医療法に基づきまして、一般病床と療養病床を持つ医療機関が、年に1度報告してくださっているもので、その内容は東京都のホームページにも公開しております。

地域の医療機関の方々から提出していただいている貴重なデータですので、この機会に地域の状況をまとめてご紹介したいということでございます。

冒頭のご挨拶の中でも申し上げましたが、あくまでも、地域の皆さまが現場で感じていらっしゃる課題について、今後さらに掘り下げて考えていく際の一助に思い、ご紹介するものでございますので、そういう前提でお聞きいただければと思います。

2枚目のデータを見ながら、1枚目のまとめのページで確認するという形で進めさせていただきたいと思っておりますので、まず、2枚目のデータ1「病床機能報告における4機能ごとの病床数」をご覧ください。

平成26年度と27年度の報告結果を並べているものでございまして、見ていただくと、ほとんど変化はございませんが、高度急性期機能と急性期、慢性期機能が減少しておりまして、回復期機能が増加しているという結果でございます。

先ほど、補足資料で、単純比較はできないということを申し上げましたが、参考として、下に将来の値も記載しておりまして、右側のグラフでは、各機能の割合を100%ゲージでお示ししております。

全体の病床数に占める回復期機能の割合は、平成27年度の病床機能報告ですと10.1%ですが、将来推計では32.5%ということで、3倍以上の開きがあるという形になっております。

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

例えば、高度急性期機能の2番目と急性期機能の1番目のところは、どちらも同じ「一般病棟7対1入院基本料」となっていますが、約2割が高度急性期機能と回答されていて、約8割が急性期機能と回答されたという結果でございます。

それから、データ3「4機能と病床稼働率」は、各機能と患者のデータから、病院の病床稼働率を算出したものでございます。高度急性期、回復期、慢性期の3機能は、東京都平均と比べると低いという状況でございます。

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

ここで、補足資料2をご紹介します。

これは、資料5と6で記載したデータを、全構想区域分掲載して、比較ができるようにしたものでございます。

例えば、1枚目は、先ほどの資料5でご紹介したデータ2の関連でございます。病床機能報告で高度急性期と回答されたものを並べたものでございます。

区東部は、「特定機能病院入院基本料」が43.3%で、「一般病棟7対1入院基本料」が39.3%となっております。この2つで高度急性期機能と回答した病床の約8割を占めるというような結果でございます。

ご参考までに、ほかの圏域をご紹介しますと、例えば、西多摩ですと、「救命救急入院料」や「ハイケアユニット入院管理料」の届け出が多くなっておりまして、逆に「一般病棟7対1入院基本料」は、高度急性期機能ではなく全て急性期機能と回答されているという結果になっております。

こちらは自己申告ですので、地域の医療資源のあり方によっては、各機能の捉え方が地域ごとに異なるということのあらわれかと思っております。

続いて、5枚目をご覧ください。これは、先ほどのデータ3の病床稼働率を全構想区域比較したものでございます。慢性期機能以外、区東部は、区東北部と似たような傾向になっております。

7枚目は、平均在院日数のデータになります。高度急性期機能から回復期機能につきましては、9.3日、11.7日、48.3日となっておりまして、一番下に記載の東京都平均でほぼ同じ数字ですが、慢性期機能だけは東京都平均より短いという結果になっております。

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

ここで、資料5の1枚目にお戻りください。今までのデータを見るための留意点をまとめたものとなっております。先ほどの2枚目のデータなども振り返りながらご確認いただければと思います。

①ですが、病床機能報告は、地域の医療の現状を見るために、厚生労働省が、平成26年から始めた報告制度となっておりますが、4つの機能に関しては自

己申告でご回答をいただいておりますので、始まったばかりの制度ということもありまして、まだ少し流動的というところが記載されております。

右側の「区東部の状況」を見ていただきますと、この地域はほとんど変動がなかったと、先ほど申し上げましたが、東京都全域で見ますと、実は、高度急性期が約7500床も減っているというような結果になっております。

そして、自己申告した機能ではなくて、その中身を見てみますと、特徴としては、「7対1入院基本料」を届け出ている病床の約2割が高度急性期機能、約8割が急性期機能を選択しているということ、また、高度急性期機能と回復期機能ともに、病床稼働率は東京都平均よりも低いですが、平均在院日数は東京都平均並みというところがございます。

左側の留意点の②をご覧ください。病床機能報告と将来推計は、そもそも自己申告と点数で切り分けたものという性格の違いから、単純比較はできないことを既に申し上げましたが、さらにもう1つ違いをご紹介します。

病床機能報告は、病棟単位で報告いたします。例えば、30床の病棟であれば、丸ごと「高度急性期機能」という形でご報告していただきますが、将来推計のほうは、ある日の病棟に、例えば、3000点以上の医療資源投入量がある患者さんが何人いらっしゃるかというところを1年分足し上げて、延べ患者数から推計しております。

その右側を見ていただきますと、平成27年度に高度急性期機能を報告した病床は4715床で、将来推計のほうは、2025年時点で2834人の高度急性期相当の患者さんがいらっしゃるとして、その患者さんをみるために3633床が必要という結果でございます。

ただ、そのまま比較できるわけではございませんので、病床機能報告と将来推計の差の1000床を減らさなければならないといったことではないということでございます。

次に、左側の留意点③をご覧ください。単純比較した病床数で議論するのではなくて、日頃の診療や業務の中で感じていらっしゃる地域の実情をきちんと勘案しながら、地域の医療の現状を見ていき、ひいては、この地域はどのような医療が不足しているか、あるいは、これから不足すると見込まれていて、将

来に向けて何を充足していかなければならないかということ、考えていく必要があると思っております。

その右側をご覧くださいますと、将来推計では、回復期機能が32.5%に対して、病床機能報告では10.1%と、かなり大きな開きがございます。

実は、国のほうでは、将来推計と病床機能報告の結果を比較しながら、不足する医療機能を考えるということをおっしゃっていますが、先ほどから申し上げておりますとおり、単純比較できないものと考えております。

ただ、この数値をどのように捉えるかということですが、いろいろな考え方ができると思っております。

回復期機能は、国の定義では、「リハビリテーションだけではなく、急性期を経過した患者さんへの在宅復帰に向けた医療も含める」となっております。

例えば、リハビリテーションの提供量が足りないのか、それとも、在宅復帰に向けた医療が不足しているのか、病床稼働率や平均在院日数を考えると、実は足りているではないかという議論もあるかと思えます。また、周囲の構想区域と連携して補えるということもあると思えます。

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

続いて、資料5の3枚目をご覧ください。

データ5は、機能ごとに、新規入棟患者の入棟前の場所を示しております。

入棟前の場所としては、院内の他病棟からの転棟の割合が、回復期機能が44.7%、慢性期機能が58.0%で、どちらも東京都全体よりも高い数字でございます。

逆に、家庭からの入院や他の病院、診療所からの転院は、2つの機能ともに東京都平均よりも低い値となっております。

データ6の、「退棟患者の退棟先の場所」では、慢性期機能のところに特徴がございまして、家庭への退院の割合が、区部の中では最も高く、逆に、死亡退院の割合は最も低いという結果でございました。

これらのデータを総合して考えてみますと、区東部は、慢性期機能においては、区部の中では平均在院日数が短く、家庭に帰る形ができているのかなとも思われます。

データ7は、「退院後に在宅医療を必要とする患者の割合」ですが、2.8%となっておりまして、東京都平均の8.5%と比較しますと、比較的低い数字となっております。

東京都全体と比べて高齢化率が少し低い地域ということも影響しているかもしれませんが、それでも値が小さいので、もしかすると、退院後の患者さんの状況までまだ押さえていなくて、ご報告をいただけていないという可能性もあるかと思っております。

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

区東部では、「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」と回答された診療所が半数、「在宅医療の拠点としての機能」が15.6%、「終末期医療を担う機能」が18.8%という結果となっております。

こうしたデータも、地域の医療の状況や課題を考える際の参考になればと思います、ご提供をさせていただきました。

続いて、資料6「在宅医療等について」をご覧ください。

地域医療構想では、病床の機能分化に主眼が置かれておりますが、もちろん、その分化の先では、これまで以上に在宅医療が重要な役割を果たすことになると思います。

ですので、病床機能報告とは少し離れますが、在宅医療等の取り組みについてもご説明させていただきたいと思っております。

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

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

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

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

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

東京都では、この法改正以前から、在宅療養推進の取り組みの実施主体を区市町村と位置づけて、支援をしてまいりました。

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

今後の高齢者人口の伸びを勘案しますと、右側にグラフがございますが、在宅医療の需要は大幅に増加すると予測されております。このうちの「訪問診療分」だけで見ても、2025年には2013年の1.82倍ということになっております。

先ほど、慢性期機能では、入院医療から在宅に移行することが見込まれている数があると申し上げましたが、グラフの2025年の黒い部分は、その移行してくるであろう患者さんの数ということでして、これを含むとさらに大きな需要があるという推計になっております。

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

一方で、在宅医療の入り口として、入院医療機関から退院したあと、患者さんをどうやって円滑に、住み慣れた地域の在宅医療につなげていくか、また、

在宅療養中に病状変化があったときの対応などについて、入院医療機関の役割が一層重要になってくると考えております。

ただ、こうした入院医療機関が、必ずしも区市町村内に存在しているわけではなく、病院との連携に苦慮している区市町村のお声も多く伺っております。

そこで、この地域支援事業の（ク）のところにもありますが、より広域での検討が必要な事項につきましては、本日お集まりの先生方の病院と区市町村による意見交換なども、来年度以降スタートさせていけたらと考えております。

詳細につきましては、かたまり次第またご報告させていただきたいと思っておりますが、ご協力をお願いした際には、ぜひお力をお貸しいただければと考えております。よろしく願いいたします。

また、在宅と入院医療機関の一層の連携強化の議論というのは、こちらの調整会議でも非常に有効な議論かと思っておりますので、意見交換の結果はこの調整会議にもご報告をさせていただきたいと思っております。

長くなりましたが、ご説明は以上でございます。

○座長：ありがとうございました。

推計とか報告とかデータがいろいろ出てきましたが、現場はどう動いているかという現実があります。

私たちが普段診療していて、こういうところが足りてないとか、こういうことが今後大変になるのじゃないかということが、各医療機関の先生方はお感じのことがあると思っています。

今日は調整会議の第1回目ということですので、今のデータのご説明等を踏まえて、何かご意見等がございましたらご発言いただければと思います。

○井村（都立墨東病院）：資料5の2ページ目の「病床機能報告から見る現状」のデータ1についてで、「2013年推計足元」として、4区分ごとの病床数がありますが、これは、先ほどご説明にあった、2013年のレセプトデータを集めたという形になるということよろしいですか。

○事務局：はい。国のほうからはそのように伺っております。

ただ、そういうレセプトデータを我々がまとめたということではなくて、二次医療圏別になっているデータをちょうだいしております、それがこのような数字になっているということでございます。

先生がおっしゃるとおり、先ほどの補足資料1の中の「2013年レセプトデータ」が、東京都全域の数字だと申し上げましたが、こちらの区東部版が「2013年推計足元」という形になっております。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○上條（昭和大学江東豊洲病院）：矢沢部長からのご説明で、「構想区域は最初は二次医療圏で」というお話で、「事業推進区域」も柔軟にするというお話でしたが、横浜市は二次医療圏が3つあって、それを余り気にせずにやってみたいな方向になっているという話を聞いています。

これからの10年間、この二次医療圏をどのように考えていくのがかわかっていれば、教えていただきたいと思います。

○矢沢部長：お手元の冊子の177ページをご覧くださいでしょうか。

この「事業推進区域」の考え方を導く出した理由には、国では、構想区域というのは、その中で、高度急性期はいいとして、急性期から慢性期まではある程度完結するところであると言っているのですが、東京の場合は、そういうエリアはつくり得ないわけで、東京には馴染まないということです。

一方、例えば、救命救急は全都でやっていますし、二次救急は二次医療圏で、初期の救急は区市町村ごとにやっています。

また、178ページの「周産期の搬送体制」は、8つのブロックでやっていて、多摩は全域でやっています。これは、医療資源の配分に応じてつくられたブロックです。

さらに、「小児救命」は、子供救命センターが4カ所ありまして、それを中心に、重なり合った感じで区域を決めていますし、「精神疾患」については、事業ごとにそれぞれ分けています。

要は、実態に応じた連携をするための区域をこれまでもつくってきたわけですが、この3つに限らず、今後、ほかのものであっても、区域を決めておくほうが連携しやすいものがあれば、それは決めていこうということで、その名称を、疾病事業ごとの事業を推進する区域として「事業推進区域」としたわけです。

これは、これから医療計画をつくるにあたって、5疾病5事業、在宅、リハビリの協議会がそれぞれありまして、その中で、「区域を決めたほうがいい」という話になれば決まってくると思いますが、「決めないで、しばらくは今のままでやっっていこう」ということにもなれば、無理に設定することはないと思っております。

ただ、平成30年度の計画ができる直前ぐらいには、姿が大体見えてくると思いますので、またご紹介したいと思っております。

○座長：ほかにご意見等はございますか。傍聴席の方からも遠慮なくご発言いただければと思いますが、

では、次の説明のあとにも意見交換の時間を設けておりますので、ご発言いただければと思います。

(3) グランドデザインと現状の比較について

○座長：それでは、次の議題の「グランドデザインと現状の比較について」に移りたいと思います。

では、東京都より説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料7をご説明いたします。

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

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

本日は、目標Ⅱについて、このあと意見交換をいただきますので、その部分を中心にご説明させていただきます。

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

基本目標の達成に向けた課題を4つにまとめております。

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

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

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

次に、「医療連携の強化」では、取組の方向性を3つ掲げました。

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

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

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

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

次は、「在宅移行支援の充実」です。

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

最後に、「災害時医療体制の強化」です。

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

続きまして、資料8をご覧ください。

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

既存の統計資料や病床機能報告から抽出しておりまして、細かいデータもあり、恐縮ですが、ご紹介させていただきます。

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

まず、区東部の一番上に、「救急告示医療機関数」という項目がございます。

上段の「31」という数字は、区東部における救急告示医療機関数です。

下段の「0.58」は、救急告示医療機関数の「31」を、資料には記載しておりませんが、区東部の病床機能報告の対象病院数「53」で割り返したのになります。

つまり、区東部の病床機能報告の対象病院のうち、6割近くの病院が救急告示を取っているということを示す数字になります。

中段の「B. 急性期後の支援、在宅復帰の支援の状況」という項目の一番上の「救急・在宅等支援（療養）病床初期加算」の項目をご覧ください。

箱が4つに分かれていて、左上の「608」という数字は、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算を算定した患者数となりまして、左下の「7.78」という数字は、「608」という算定患者数を、同じく資料には記載しておりませんが、区東部の病床機能報告の対象病院の病床数、7811で割り返して、100を掛けたものとなります。

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

同じ箱の右上の(23)という数字は、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算を算定した病院数で、右下の「0.43」というのは、この算定病院数23を区東部の病床機能報告の対象病院数の「53」で割り返したものです。

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

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

次に、ここからは、資料7と資料8を見比べながら、区東部の特徴的なところをご説明できればと思います。

資料7の2ページ目の、課題の1つ目の「救急医療の充実」につきましては、資料8の1ページ目の「A.救急医療の実施状況」をご覧ください。

一番上に「救急告示医療機関数」と2段目に「二次救急医療機関数」という項目がございます。区東部で病床機能報告の対象病院となっている病院のうち、約6割が救急告示医療機関、約5割が二次救急医療機関となっております。

4段目の「救急車の受入病院数」ですが、区東部の8割近い病院で救急車を受け入れていただいていることがわかるかと思います。

これらの数字をほかの区域と見比べていただきますと、区東部では、多くの医療機関が救急医療にご参画いただいていることがわかると思います。

資料7の2ページ目の、2つ目の「医療連携の強化」と3ページ目の「在宅移行支援の充実」につきましては、資料8の1ページ目の「B.急性期後の支

援、在宅復帰後の支援の状況」と、2ページ目の「C.リハビリテーションの実施状況」をご参照いただければと思います。

初めに、資料8の1ページ目のBの項目についてご説明いたします。

2段目の「退院調整部門を持つ病院数」は、区東部では、約5割の病院において退院調整部門を置いていただいておりますが、東京都全体では「0.57」となっておりますので、少し低い状況かと思えます。

3段目の、「退院調整加算1（一般病棟入院基本料等）」についてですが、退院後に十分な介護を提供できる体制がないなど、退院が困難な状況にある患者に対して、社会福祉士等が退院に向けた計画を策定し、必要な支援を行った場合に算定するものです。

この加算は、平成28年の診療報酬改定で、「退院支援加算」として改変されております。

この項目について、区東部では、1か月間で756人が、退院調整を行った上で退院しております。手持ちの数字で恐縮ですが、区東部の1か月間の退院患者数は1万4278人ありまして、そのうちの756人、つまり、退院患者数の5.3%が、退院調整を行った上で退院していることとなります。

東京都全体ですと、5.9%となりますので、これらも若干低い値となっております。

次に、「C.リハビリテーションの実施状況」についてをご覧ください。

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

例えば、3つ目の「運動器リハビリテーション料」は、「21.1」という数字になっておりまして、都全体の「18.8」と比べましても、多くの患者さんにこの運動器リハビリテーションが提供されていることがわかります。

一方、1つ目の「心大血管疾患リハビリテーション料」は、「1.0」となっており、都全体の「2.6」を下回っております。

ただし、隣接する区中央部の数字を見ていただきますと、「4.7」となっており多くのリハが提供されておりますので、対象となる患者さんを区中央部で受け入れていただいていることも考えられます。

それから、資料8の3ページ目の「E.在宅医療」は、在宅医療に関する基盤の整備状況や、退院患者のうち、在宅医療を提供する患者さんの割合などをご紹介しております。

そして、4ページ目は、「F.医療人材」の状況についてまとめております。

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

資料の説明は以上です。

○座長：ありがとうございました。

これで、今日提供された資料の説明は全部終わったわけですが、これを踏まえて、ご出席いただいた皆さまから、ご意見などをいろいろ出していただければと思います。

「こんなことを思って、今日は来たので」ということがあれば、お出しただければと思いますが、いかがでしょうか。

「自分はこういう機能を代表してきたけれども、この点はどうなのか」ということを、お話しいただいても結構ですので、

○竹川（愛和病院）：私は、慢性期の代表で来ています。

地域医療構想がつくられていく中で、区東部は民間病院がすごく多いということですが、公的病院とか準公的な病院が、経営のために、我々中小病院がやるような回復期とかを選択していく可能性があると思います。

そういったときに、ベースが違う状況の中で、病床の選択を迫られていくということが起こり得るのかどうかについて、教えていただければと思います。

○矢沢部長：公的、準公的な病院ということだけではなく、移行は起こり得ます。例えば、この地域に回復期が足りないから、他県から入ってくることも、可能性としてゼロではありません。

先生がおっしゃっている趣旨というのは、公的病院はそれだけハードルが高いのかどうかをお聞きになりたいのかと思いますが、公的病院は、地域に特に信頼されているという意味では、説明する責任というか、自分たちの機能についてしっかり説明して、さらに信頼を得るという努力をする必要があるとは思っています。

その場として、この場を活用していただいて、例えば、公的病院が機能を変えたと考えたときには、ここでご紹介いただいて、それに対してご意見をいただような機会があってもいいのかなと思います。

ただ、決めるのはその病院が決めることですので、ご意見をいただいた上で、「じゃ、こうしました」というご報告になって、ここで決めるのではなく、いろいろなご意見をいただいて、病院が考えて、また報告をするということがあるかなと思います。

もちろん、公的病院が民間病院のシェアを奪っていくというようなことは、ちょっと考えにくいかと、私は思いますが、どうでしょうか。

○竹川（愛和病院）：そうではなくて、経営的な面で、例えば、繰入金などが入っているところが、民間とイコールフィッティングでない状態で、こういう場で対応していくことになるので、そののところをイコールフィッティングにするのであれば、そうしていかなければいけないと、経営の面で考えているのですが、

○矢沢部長：公的病院の繰入金は、あくまでも、経営のためということだけではなくて、例えば、感染症医療とか、災害医療とか、まるで不採算みたいなことも、その繰入金で賄っていますので、その辺のところは、ちょっと民間の病院とは違ってきます。

ただ、公的病院であっても、やはり、公営企業なので、経営を考えたときに、そのシェアをどうするかというのは、今考えていかなければいけない時期にあると思いますから、その辺は意見交換をしていただければいいのかなと思います。

イコールフィッティングにするには、いろいろな条件を超えなければならないので、私からは何とも申し上げようがございません。

○竹川（愛和病院）：確かに、公的病院には公的病院がやらなければいけないことがあるので、それはそれで、繰入金を否定するわけではありませんが、経営だけを純粹に考えたときに、我々と競合してくる場合があります。

ですから、例えば、「回復期と慢性期はやらない」とか、「高度急性期だけに限る」とか、「感染症のようなところをやる」とかいうのであればいいですが、回復期も含めて経営に持っていくとかいうところは、周りとの連携がなくなってしまうので、それはないということを確認したかったわけです。

○矢沢部長：ないと言い切れるかどうかは、ちょっと疑問です。

例えば、東京都リハビリテーション病院は回復期ですが、公的病院ですので、この病院が地域のリハビリを支えていることも事実なので、ないとは言いきれませんが、おっしゃっていることは、何となくわかりますので、そういうことはないとはいいますが、

○竹川（愛和病院）：それを聞いたかったわけです。

○座長：ほかにいかがでしょうか。

○猪口副座長（東京都病院協会）：今お話を伺っていると、「回復期」という言葉を平気で使っていますが、「回復期」の定義はどうなっていたでしょうか。

○矢沢部長：4機能区分の「回復期」の定義で申しています。

○猪口副座長（東京都病院協会）：そうだとすると、回リハのことではなくて、ここでいこう「回復期」というのは、点数が600点から175点までの患者さんのことを指しているわけですから、病院単位で回復期ということは決められないはずで、決められるのは回リハだけなんです。

急性期をやっている、手術が済んで、抗生剤等が終わったあとは、点数的には回復期か慢性期に落ちている場合はあって、そういう集計ですから、病院の機能イコールではないわけで、病棟機能イコールでもないです。

だから、その使い方をちゃんとしておかないと、今後の議論で間違えてしまいます。特に、回復期の定義は、単なる点数で切っているわけで、機能をあらわしているわけではないので、そこは、基本事項として捉えておかないといけないと思っています。

「あれは回復期の病院だ」という言い方はできないと思いますが、その辺はこれからどのように進めていくのでしょうか。

○矢沢部長：点数で切っている場合が推計値で、今日出した資料は全部、病床機能報告の数字なんです。これらは、点数ではなくて、回りハを取っている病床は回りハで出すけれども、回復期に向けて、在宅復帰に向けてとかいう、そういう準備をする人たちも含むと、ちょっと抽象的な言い方をしていますが、それは、先生がおっしゃっている回復期だと思います。

「回復期の病床」と言い方を今したのは、たまたま回復期と慢性期の話が出て、「公的病院はどうするのか」という話になったので、都リハには申しわけないですが、身内ということで、例に出しただけです。

○座長：ほかにご意見等ございますか。

○新井（東京都リハビリテーション病院）：資料5のデータ4の「4機能と平均在院日数」を見ますと、高度急性期が9日ぐらい、急性期が12日ぐらいに比べると、回復期は48日となっていて、非常に短いです。

回復期病棟というのは、大体70日から80日ですから、急性期の病院が回復期病床としてやっているデータではないかと思ったわけですが、それでよろしいでしょうか。

○矢沢部長：はい、そのとおりです。

○伊藤理事：猪口先生が今お話しされたように、7対1の高度のところをやっている人でも、退院前には自分で歩いて、食事も普通にしているということになると、機能としては回復期ということになるわけです。

そうすると、1つの病棟であっても、緩やかなケアミックスにならざるを得ないので、病棟ごとに診療報酬単位を決めていくことはできないわけです。

ただ、この地域医療構想の考え方というのは、高度急性期であっても、いろいろな機能が混じっているところを、なるべく集約するような病棟機能にしてくださいということです。

急性期であっても、回復期、慢性期までという流れがあるとしても、なるべく収束するような形のケアミックスを目指してくださいということです。

回復期であっても、中には、急性期から移ってきて、点数が高い人がいるかもしれないけれども、回復期の機能を集約するような形で、病棟を収れんさせてくださいということです。

そういった目標値というか、そういう考え方をしていただければと思っています。

ですので、これを、具体的にどこの診療報酬を当てはめていくかということとは、全く別問題になってきますので、そこは混乱が生じやすいかなとは思っています。

○座長：ありがとうございました。

いろいろな前提をもとに、2025年はこうなっているという推計になっていますが、その前提がちょっと変われば、その数字も変わってくるということなので、それをもとに話をするというのも、不安定なところで、また何かを築いていくことになってしまうかもしれません。

今のお話にありましたように、言葉の定義も地域特性しておかないと、同じ言葉でも違うつもりで話していたら、議論もかみ合わないと思いますので、そういったことも含めて、思っていらっしゃることをこの場に出していただければと思いますが、いかがでしょうか。

傍聴席の先生方からも、ご質問、ご意見をいただければと思いますが、

○猪口副座長（東京都病院協会）：確認しておきたいのですが、2025年の推計された4区分の病床数がありますが、あれは、あくまでも推計であって、あれに合わせる事が、この調整会議の目的ではないですね。

○矢沢部長：はい。そうです。

○猪口副座長（東京都病院協会）：ですから、地域における質の高い医療を目指して話し合い場であって、推計値に合わせるための会ではないということによろしいですね。

○矢沢部長：そのとおりで、推計値はあくまでも推計値です。“参考値”という感じかと思っています。

○座長：この会議は今後どのように進んでいくのかについてお聞かせいただけるでしょうか。

○矢沢部長：今のところ、年に1、2回やらせていただきたいと思っております。今日のように、多くの資料を見て、よくわからない点が多いということではなくて、次からは、この資料を読み込んできていただいて、ご質問やご提案などが出てくると思っていますので、それを一つ一つ議論していくような形になります。

例えば、調整会議で考えていくことというのは、いろいろな連携とか機能分化とかを中心に考えていくわけですが、この中で議論するのではなく、違う場で議論すべきものが課題として上がってきたときには、そのご意見を東京都のほうで引き取って、別の会議体のほうに振り分けて、そこで検討してもらうこともできます。

ですから、「こんなことを聞いてはいけない」とか、「こんなことを言うてはいけない」ということは、一切ありませんから、何でもおっしゃっていただきたいと思います。

○座長：そうすると、平成29年度の時期は、

○矢沢部長：まだ未定です。

○座長：そういう形で、この会議が2025年に向けて進んでいくことになると思いますが、その2025年も通過点ですので、そのあとも、地域医療構想はずっと存在し続けるだろうと思っています。

傍聴席から、特にございませんか。どうぞ。

○梶原（梶原病院）：立ち入った話になるので、ポイントがずれていたら、ご容赦ください。

回りハに限定した質問で、先ほど、心臓血管のほうは区東部では少ないということが出ていましたが、この場合のリハビリは、施設基準が厳しくて、できるところはかなり少ないと思っております。

ですので、リハビリの中で高級、低級と言わないほうがいいかもしれませんが、こういうようなリハビリについては、公的なところで主にやっていただくとか、そういうことを積極的にやっていただいて、患者さんが安心してどこでも受けられるように、公的なほうから分配をするとかいう形にはならないものでしょうか。

語弊があったら許してください。どこがみても同じような患者さんを、みんなであだ、こうだとやっていくよりは、自分のところには回りハがあるから言うわけではありませんが、都リハのほうは圧倒的にレベルが上なので、そういう高度なリハビリが必要な患者さんはそういうところで取っていただいて、どういう患者さんでも楽にリハビリができるような仕組みをつくっていくほうがいいと考えています。

原資が違い過ぎますので、そういうことを考えるのですが、ちょっと立ち入り過ぎているでしょうか。

○矢沢部長：いえ、立ち入ったことでは決してないです。

先生がおっしゃっているのは、難しい技術を要する、より高度で、より専門的なリハビリについては、公的病院にも担ってものかということかと思しますので、そういったご意見があったことを公的病院にしっかり伝えます。

○梶原（梶原病院）：そうすれば、今の区東部のほうが心臓血管のリハビリが少ないということが、少し解決されるのではないのでしょうか。

実際、リハビリの4疾患に関して、心臓をやっているところは、かなり限られていますので、そのところは、リハビリ全体を「回リハ」という言葉で考えていった場合には、内容にかなり差があるので、そこはぜひ考えていただくと、誰でも平等に、安全に医療が受けられるのではないかと考えています。

それが、グランドデザインの話だと思いますので、

○矢沢部長：ありがとうございます。

○座長：ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、これで議事を終了させていただきます。

4. 閉 会

○司会（久村課長）：どうもありがとうございました。

本日は、以上をもちまして終了とさせていただきます。

最後に事務連絡をさせていただきます。

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

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

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

なお、閲覧用の「地域医療構想」を配布しておりますが、そのまま机上に残しただければと存じます。

それでは、長時間にわたりありがとうございました。引き続きよろしく願いいたします。

(了)