

# 東京都地域医療構想説明会

平成29年5月10日  
東京都福祉保健局

(午後 2時04分 開会)

○保健医療計画担当課長 それでは、これより東京都地域医療構想説明会を開催いたします。

私は、東京都福祉保健局医療政策部保健医療計画担当課長の榎本でございます。本日、司会を務めさせていただきます。

まず、始まる前に2点ほど注意事項を申し上げます。

本会場では、飲食、喫煙をご遠慮いただいておりますので、ご協力をお願いいたします。会場内では、携帯電話をお切りいただくかマナーモードに設定する等、音の出ないようにご配慮をお願いいたします。

次に、本日の配付資料でございますが、本日の配付資料は東京都地域医療構想説明会冊子となります。全部で80ページになっているかと思っておりますので、落丁等がありましたら、恐れ入りますが受付までお申し出ください。

それでは、始めさせていただきます。

まず、開会の挨拶に移ります。本日は、東京都地域医療構想調整部会におきまして、部会長を務めていただいております、公益社団法人東京都医師会副会長、猪口正孝先生よりご挨拶をお願いいたします。

○猪口地域医療構想調整部会長 皆さん、どうもこんにちは。東京都医師会の猪口でございます。

今、お話がありましたけれども、東京都では昨年度各二次医療圏で調整会議をやってまいりました。その際、ご参加いただいた医療機関の皆様、それから座長の労をとっていただいた医師会の先生方、本当にどうもありがとうございました。

きょうは、それを踏まえて、いろいろ出てきた意見を皆さんに報告させていただくという会でございます。今後、それを踏まえて、東京都では、私たち医師会としてもかわらせていただきますけれども、地域医療計画と現実的な問題にすること、それから、それを踏まえた上で、またさらに調整会議を行って、医療機能分化を進めていくということでもあります。

そう簡単に言いますけれども、この調整会議は日本全国で行われておりまして、大体私なりにヒアリングをしていくとわかってきたことは、東京都が一番大変であるなと思います。地方の人口減少に入っていくようなところというのは、医療資源、リソース自体は結構ありまして、それをいかに転換させていくかということがテーマになります。病床が必要なくなっていくところにおいて、介護だとかその健康産業に振り分けていくことが可能になるんですが、東京では医療も介護も足りないということになりますので、質的な転換という話だけではなくて創出しなくてはいけない。効率性を上げなくてはいけない。いろんなことが山積みになっております。多分、1年間、こういうお話をたくさんしてきて、情報を共有して、意識もかなり一緒になってきたのではないかと思います。

大変な東京ではありますけれども、皆さんと一緒に協力しながら東京の医療をつくり上げていきたいと思っておりますので、きょうはよろしくお願いいたします。

○保健医療計画担当課長 猪口副会長、ありがとうございました。

それでは、東京都福祉保健局医療政策担当部長の矢沢より、東京都地域医療構想についてご説明いたします。

○矢沢医療政策担当部長 皆様、こんにちは。きょうは、足元の悪い中お集まりくださりまして、ありがとうございます。また、日ごろから東京都の医療福祉保健行政に多大なるご尽力を賜りましてありがとうございます。きょうは多数のご希望がございましたのに、会場の都合で参加をお断りしたりあるいは制限したりといった事態を招きましたことを、心からおわび申し上げます。

今後、しばらくの間、毎年このような時期にこうした節々のご説明をさせていただく場を設ける予定でございます。また、その内容につきましては、東京都福祉保健局のホームページに公開をさせていただく予定でございます。今後ともご協力を賜りますようお願い申し上げます。

本日は、地域医療構想のポイントをお話しした後、昨年度設置した調整会議の状況、それからアンケートの結果の状況、また今後の予定等につきましてご説明をいたします。

では、初めに30分程度、地域医療構想についての簡単なおさらいをさせていただきます。

東京都地域医療構想は、都民の皆さん、それから行政、医療機関、保険者など、医療・介護・福祉にかか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、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京、これを実現するための方針でございます。私ども、皆様とご一緒に、都民ファーストを基本に2025年に向けて実現していくものでございます。東京都ではこうした目標のもとに立ち上げさせていただきました。

東京都の地域医療構想には、三つの特徴がございます。

まず、今申し上げましたとおり、東京都の構想は、全ての人々が協力して実現するものであるということでございます。当然のことかもしれませんが、あえて宣言をさせていただく。皆様と一緒につくっていくということでございます。

二つ目の特徴は、グランドデザイン、それからその実現に向けました四つの基本目標を掲げたということでございます。2025年までの間に、一つでも多くの課題を解決し、四つの基本目標を達成していく。皆様からのご協力を賜りながら実現をしてまいりたいと考えてございます。

三つ目では、医療の立場から、地域包括ケアシステムを下支えしていくという理念のもとに、この構想を策定したことでございます。地域包括ケアシステムの五つのパーツの一つである医療というだけではなく、このシステム全体を東京は医療が支えていくということを目指しました。グランドデザインの中の細かい目標については、また後

ほどご説明させていただきます。

それでは、第1章地域医療構想とは、に進みます。

医療法で定められました地域医療構想の記載事項はごらんのとおりです。将来の病床数の必要量と在宅の必要量、それからこの構想の達成に向けた施策を盛り込むということです。この1番は、東京全体については2章、それから構想区域ごとについては3章、また2番の施策に関する事項は4章のグランドデザインの下に盛り込んでおります。病床の機能区分につきましては、病床機能報告の機能区分と同じ、ごらんの四つの区分を用いてございます。

第2章、ここには東京の現状と将来の姿について書かせていただいています。東京はこの13の構想区域に分かれています。

東京の特徴でございます。

さまざまございますが、まずは、多くの高度医療施設、医療機関が集積し、医学部、歯学部、薬学部、看護学部などたくさんの教育機関が集積していること。そして、中小病院、民間病院が多い中、病院の約7割が200床未満の病院であるということ。その病院が地域を支えているということでございます。発達した交通網により、患者様が比較的短時間でいきたいところに行けるようになっていきます。人口密度が高く昼間人口が多い。これは災害医療に関しても非常に高い重要な視点でございます。そして、他県よりは遅い始まりではありますが、そもそも人口が多いので、高齢者人口がこれから爆発的にふえてまいります。特に高齢者の独居の方あるいは単独でお住まいの方がふえていく。このことも在宅医療あるいは災害医療を考える上で非常に大きな視点です。また、地形や人口から考えますと、人口密集地、経済の中心地、また郊外、山間部、へき地、島しょ、こういったものを全て持つのが東京ということで、日本の縮図とも言える場所が東京だと思います。

これから、患者さんの動きについてお話をいたします。

これは、2025年の患者さんの動き方、受療動向を示したものでございまして、矢印の起点の構想区域にお住まいの方が、矢印の先の病院にどのくらい入院しているかといった推計からイメージした図でございます。線が太ければ太いほど入院患者さんの動く数が多くて、それから色によって埼玉県、千葉県、神奈川県といった隣接との動きも示してございます。

このように、圏域の間を患者様が動くことについて、私ども流出、流入と呼んでいます。東京都はこうした大規模な患者さんの動きがあることから、他県、他の構想区域からの流出・流入を見込んだ形での病床の必要量を算定いたしました。

高度急性期の医療の状況でございますが、区部を中心に近隣他県からも多くの患者さんが入ってきています。急性期、回復期でもほぼ同じ状況で進んでおります。ところが、慢性期になりますと、このように全く違う動きが見られます。すなわち、区部から多摩、隣接する他県と、患者さんが大きく動いていることがわかります。

これを疾患別に分類をいたしました。

まず、がんの患者さん。この患者さん方は、全体の入院患者さんの約6分の1の数を占める方々ですが、この方々がどんな動きをしているかと申しますと、先ほどの図とよく似ている形での動きが見てとれます。高度急性期も中央に向かう、急性期も回復期も同じ状況でございます。

一方、高齢者に多い急性心筋梗塞や脳卒中、成人肺炎、大腿骨の骨折といったような患者さんを足し合わせますと、ちょうど6分の1ぐらいの人口になりましたので、これもまた図に示してみまして、今度はこちらの疾患ではほとんど移動が見られない。ほぼご自身の圏域か隣の圏域で入院をされています。救急車で運ばれる疾患でもございますので、救急車が搬送先をなるべく近くに探す結果でもありますので、そういった理由もあるかと思えます。しかし、病院を選ぶ時間がある疾患では、住所地にかかわらず患者さんが大きく移動しますし、全国からの患者さんの流入がある、これが東京だということでございます。

それでは、高度急性期から慢性期まで、ご自身のお住まいの構想区域の中に入院している方がどのくらいいるのかなということ、割合で示しました。左側が総人口、右側が75歳以上の人口です。ごらんいただきますとおり、75歳以上の方のほうが、多く自分のお住まいの圏域に入院されているということがわかります。こうしたことから、病床あるいは医療は、住まいの近くにあるということも一つの必要性だと考えたところでございます。そのことも踏まえて、今後、住まいと医療の施策、この連動というのは非常に重要だと考えてございます。一方、東京の慢性期医療につきましては、このとおり、なかなかお住まいの地域では確保が困難な状況にあるといったことでございます。

この先は、病床機能報告でいただきました結果や人口動態から分析したものを幾つかとお示ししています。

一部ご紹介いたしますと、まず、これは病床機能報告の28年、それから27年の比較です。今の地域医療構想は26年のものでつくっていますので、地域医療構想の本文にはないデータでございます。

高度急性期と回復期機能であると報告された病床数、その全体に占める割合が、少しふえているという状況です。

次に、病床稼働率、こちらは27年の数字でございますが、これを比較いたしますと、地域医療構想策定時に比較した26年よりも、高度急性期と急性期の病床利用率が上昇しています。一方、回復期と慢性期の病床稼働率については減少をしております。病床稼働率、これは必要病床数の算定に対して大きな影響力があります。なので、この稼働率は非常に大事な要素として注視してまいりたいと考えております。

きょう初めて地域医療構想をごらんになる方も多数いらっしゃるということでございますので、少しだけ必要病床数の算定方法についてもお話をさせていただきます。

病床数を算定するに当たりまして、まずは患者さんの推計値を出させていただきますし

た。2025年の患者さんの推計値を出しまして、その数を病床稼働率で割り返しています。高度急性期は75%の稼働率、急性期は78%、回復期は90%、慢性期は92%といった全国一律の値で割り返した数字で算定をしています。そして、先ほどの矢印のイメージ図のとおり、東京では大規模な患者さんの移動がございまして、全国からも集まっています。そうしたことを加味して病床数の推計をいたしました。

その過程で、相互に患者さんの流出や流入のある他の道府県とも数字について協議を行いまして、その内容については今回は割愛させていただきますが、その結果を踏まえた病床の必要量を出させていただいております。

少しスライドは先に進みます。56番に進ませていただきます。

このとおり、推計では、2025年の病床の必要量は11万3,764床ということでした。2017年4月、今の既存病床数は約10万5,000床です。なので、単純計算をすると、約8,000床足りないといった数字になることとなります。

しかしながら、この推計には少しいろいろな変動要素が含まれております。例えば将来人口、これは2010年の将来人口から利用しておりますし、入院の受療率、年齢、階級別の患者さんが入院して治療を受ける割合も変わらないとしています。すなわち、健康寿命の延伸でございますとか高齢化率の延伸については、ここには加味されていないということでございます。

また、療養病床については、一定の割合が在宅に行けるということで、それを前提に推計をしています。平成29年度末に予定されております介護療養病床の廃止については、何ら推計をしないままの数字を出してございます。

また、受療動向については、患者さんの動きは、医師の移動や病院の開設・閉院等でも大きく動いてまいります。そこが変わらないとして推計をしているといったものでございます。

また、病床稼働率についても変わらないとしておりますが、これは医療機関の取り組みによって大きく変動の可能性がございまして、医療技術の進歩によって、入院の期間等も変わってくる可能性があると考えております。

こうしたことを勘案しますと、先ほど8,000床足りないということもございましたが、厚生労働省や他県ともいろいろ協議を重ねた上で、東京は病床の整備については、区市町村の皆さんのご意見、それから病床機能報告の結果、また医療機関の状況などを参考にしながら、法令に準拠して基準病床数を定めて、その中で地域に必要な医療を確保するというにいたしました。

また、在宅の必要量についても、このように算定をいたしました。訪問診療のみが約14万という数字が出まして、推計したときが約6万5,000という数字でございましたので、26年と比べて、10年間で倍になるといった計算でございます。この在宅医療については、まだ機能の整理もしておりませんので、今後、大きく動きをつくっていかなければいけない分野だということでございます。

それでは、構想区域ごとの状況ということで、その内容についてご説明します。

東京の構想区域は、この13の区域でございまして、病床の整備を基本とする単位として病床整備区域と呼称しております。きょうは、品川区、大田区の区南部を例にとつてご説明をいたします。区南部、スライド70番でございます。

資料の左側と右側に二つ同じような図が並んでいるかと思えます。左側が高度急性期、右側が急性期ということになっているかと思えます。

まず、上のイメージ図を見ていただくと、先ほどのイメージ図のように患者さんの流出入が見てとれます。この地域の流出入の状況については、余り大きくない。先ほどと比べると大きくないと思えます。どこに流出しているか、流入しているかというトップ3についても記載をさせていただきました。

その下に帯グラフがあると思えますが、少しごらんいただきたいと思えます。この帯グラフの下のグラフは、区南部にお住まいの患者さんが、区南部の医療機関に入院しているその割合を示したものでございまして、高度急性期で73.6%でございます。それにこの区域に隣接する他の医療圏、構想区域に入院している方を加えると、約90%の方が、ご自身の構想区域あるいは隣に入院していらっしゃるということです。このような状況はほぼ回復期まで一緒ですが、若干、動きが急性期、回復期と多くなってまいります。慢性期になりますと、患者さんの流出が多く目立つようになりまして、これが大田区・品川区の2025年の状況でございます。

先ほどの帯グラフで見ましても、自圏域に入院できている方は46.5%、隣と足し合わせてもまだまだ60%程度ということで、こうした流出入をどう考えるかというのが非常に重要でございます。できる限り、お住まいの構造区域に入院すべき、入院できるようにしたほうが良いという考えもあろうと思えますし、隣の構想区域と連携して、あるいは都内全域で連携して進めるべきというような疾患もあれば、医療もあるかと思えます。

そういったことを、地域の調整会議の中で、まず自分たちの地域を中心に置いて、意見交換をしていただきながら、最も望ましい医療へ近づけていくということが、今後の10年間の取り組みになってまいります。

次のページから、将来の必要量、それから現状の状況等々いろいろとデータを出させていただきました。疾患別の現状、将来の姿についても、書かせていただいております。

意見聴取の場の意見というところを出させていただいていますが、これは、地域医療構想をつくるに当たりまして、意見聴取の場ということで、地域で3回会議を開かせていただきました。そこでいただいたご意見をなるべくそのままのお言葉で載せています。物によっては相反するご意見が同じところに書かれているものもございまして、急性期側から見た意見、それから慢性期側から見た意見、あるいは在宅医療を提供していらっしゃる先生方から見た意見ということで、両方とも正しいことだと考えまして、その両方が載っております。矛盾しているなどお感じになったときには、そのあたりをご勘案

いただければと思います。

また、このような書き方で13圏域全てに書いてございますので、ご自身の圏域についてもごらんいただけるとありがたいと存じます。こちらは概略ですので、区東部、それから北多摩西部について少し触れてございます。

少し先に進ませていただきます。

事業推進区域という新たな概念を今回導入しております。今、東京都は医療資源の分布状況などに応じまして、二次医療圏にかかわらず、例えばこの小児救命のように、四つのブロックで事業を展開しているような事業もございます。こういったことを踏まえて、二次医療圏という圏域にかかわらず、柔軟な区域が必要だろうという議論が進みまして、この交通網の発達、それから高度医療機関の集積が一点集中していること、また患者さんの受療動向が、先ほど見たように大胆なものとは全く動かないものがあること、こうしたことを踏まえた医療連携、そういったシステムが必要です。

事業推進区域はそうしたことを柔軟に考えるものでございまして、必要に応じて良質な医療が提供されるために定めるものです。構想区域にかかわらず弾力的に設定することとなります。保健医療計画の策定過程で新たに検討することもあるかと思ひますし、その後にも引き続き検討が必要なものもあるかと考えてございます。

それでは、第4章、グランドデザインについてご説明をさせていただきます。

「東京の将来の医療～グランドデザイン～」ということで、東京都ではこうした姿を掲げました。最初に申し上げましたこの地域医療構想は、全ての人が力を合わせて達成する。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目指します。この基本目標四つを達成することで、地域医療構想全体の実現を図っていくということを目指してございます。

四つの基本目標には、それぞれその達成に向けた課題、また取り組みの方向性を示しました。2050年に向けて取り組んでいくことを課題別に記載をしています。このため、ごらんになりますと、「何とかを検討する」「何とかを考える」といった書き方になっていて、抽象的だとお感じになる方もいらっしゃるかと思います。これは、向こう10年間、この方針に基づいて計画、施策を立てていくための方針でございまして、あえて決めつけない形で記載をしております。そういった目でごらんいただければありがたいと思ひます。

まず、Iの目標、高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展。

こちらでは、医療提供体制の充実には、高度医療・先進医療を担う医療機関のさらなる充実が必要であること。また、情報提供の推進では、都民への情報提供も同時に大事だということ。それから、医療機関間の連携強化、大学病院と地域の医療機関の連携、職域と大学病院の連携といったことも必要かと思ひます。また、キャリアアップ支援には、卒後教育、また復職支援などを挙げさせていただいています。

IIの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では、救急医療、医



療連携、在宅移行支援の充実、災害時医療について書いています。ここでは、高度な医療から在宅医療までさまざまな視点から、切れ目のない医療を提供していくための考え方を書かせていただきました。また、災害医療体制では、東京都が独自に持っております災害拠点病院と災害拠点連携病院及び災害医療支援病院につきましても、概要を書かせていただいております。これも一つの医療連携システムだということでございます。

また、二つ目の特徴であります、Ⅲ、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実を掲げたこと。この1番、予防・健康づくりから、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及、在宅療養生活の支援、看取りまでの支援について書いてございます。

在宅医療の支援では、介護療養病床の廃止を踏まえまして、住まいと医療といった観点、それから地域包括ケアを地域の医療機関が支える仕組みづくり、また他職種との連携についても取り組みの方向性を記載しましたし、4番の看取りまでの支援では、看取りのその時点ではなくて、その前から考えていくことの重要性、そのことについて行政側の普及啓発の必要性といったことを、記載させていただいております。

最後、Ⅳ、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成。この四つ目の目標が今までⅠ、Ⅱ、Ⅲの目標を支えているものでございます。高度医療、地域医療、在宅医療を担う人材の確保・育成、またライフステージに応じたさまざまな勤務環境の実現、こういったことを進めまして、確実に不足する働き手をいかに確保するのか。そうした取り組みも今後進めていくための方向性として示したものでございます。

第5章です。

ここには、地域医療構想を策定したことによりまして、新たに生じた役割や、また保健医療計画に追記をしたものについてを書かせていただきました。

一つご紹介いたしますと、都民の視点に立った医療提供、それから外国人医療、また医療人材の確保ということで、先ほどの四つの基本目標に全てリンクをさせる形で、今の計画に記載している課題と、現行の計画のページを合わせて記載したもの、また計画改定以降の取り組み等を記載したものでございます。これを、今まさに策定を進めている保健医療計画に一体化をするといった作業、ここを進めてまいります。

以上が地域医療構想の説明でございます。

この後、調整会議について、また今後のスケジュールについてご説明をいたします。

調整会議では、地域医療構想の意見の聴取を聞く場、これを改組する形で昨年度設置をいたしました。

実は、改正するに当たりまして、私ども非常にどうなることかということで心配をした会議でもございましたが、先生方のご協力のおかげで、一つ一つのご意見が非常に重要で、大変に重たいものと受けとめております。この場をおかりまして、調整会議にご参画いただきました先生方に、心からお礼を申し上げます。

調整会議の目的、構成についても復習をしたいと思います。

設置目的は、東京都の場合は、グランドデザインの達成です。地域ごとに自主的な取り組みをしながら、全体としてグランドデザインを達成していく。

構想区域の医療機関、関係団体、区市町村、それからきょうも大勢いらしていますが、保険者の方々、こうした方々の自主的な取り組み、これが何よりも重要でございます。

自主的な取り組みをそれぞれが進めなければならないということが、この会議の中ではうたわれております。

医療機関の方々が相互に情報の共有化をする場でもございます。例えば病床の機能を大幅に変更する場合、あるいは病床を閉じる場合・ふやす場合、そういったときには、できれば事前に私どもにご相談の上、調整会議でご紹介をいただきたいと思っております。そして、皆さんでその情報を共有して、また地域医療を考えていくということの繰り返しがいいのかなと思っております。

また、基金を使って、地域包括ケア病床をおつくりになるといったようなことが、今可能でございます。そのときに、その機能を使ってどういう病棟に変換したいのかといった目的などについても、調整会議でご紹介させていただきながら情報を共有して進めてまいりたいと思っておりますので、どうぞご協力賜りますようお願いいたします。

調整会議の進め方のイメージです。

まず、地域の現状を把握して、医療需要推計ですとか病床機能報告の結果ですとか将来の姿などから、地域の課題を抽出いたします。昨年度の会議は、ほぼ現状把握と、課題で終わっているかと思っております。この後、その課題を明らかにして、解決策を皆さんで考えていきます。そして、各医療機関が果たすべき役割を検討します。この過程で最も重要なのが、この各医療機関あるいは行政、保険者がそれぞれ自主的にどうしていくかを考えるということです。

会議をすることが大事でもあるんですが、その過程でそれぞれにお考えを持っていただくということが最も重要だと思います。何かを必要としたり、何かを決めたりする会議ではございません。ぜひ、活発な意見交換をして、意見が違ってもお互いに理解し合うようなそんな会議に、進めていきたいと思っております。この取り組みを繰り返し行うことで、少しずつ地域の過不足を充足していく。そんなイメージで進めたいと思っております。議論を進めるに当たりましては、このような視点を踏まえてまいりたいと考えます。

まず、現状の把握、それからご自身で考えていただく、また地域に過不足がある場合には、構想区域内で完結させるのか、あるいはその周辺も含めて完結するのか、東京全体の医療資源を活用するのかということについては、どれも正しいと思っております。医療の内容によって大きく違うことではございますので、そういったことを、それぞれのお立場から意見を出し合い、ご自身が担うべき機能や役割を自主的に検討していくということを進めてまいります。

今年度は、こうしたデータをお示しして会議を始めました。数字がたくさんあってわかりにくかったというご意見もいただいておりますが、このデータは今後も使いますの

で、ぜひまた眺めて見てください。

病床機能報告の結果から、昨年はグランドデザインの中で最も急がれると思われた目標の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、ここに関係するものを中心に集計し、分析したデータをお示ししています。

その一部を示しますと、このように基本料をとっている病院がどこの地域にどのくらい病床があるかということで、例えば先ほどお示した区南部ですが、病床機能報告において、回復期と報告した病床は、回復期リハビリテーション病床が大体300床、それから地域包括ケア病床の100床、これで回復期は全てという報告でございました。

また、病床稼働率につきましては、非常に高いような状況でございまして、都全体と比較をいたしましても、急性期と回復期が高い。一方、高度急性期、それから慢性期については、都内平均よりも低いのですが、85%を超えているということです。

平均在院日数です。実は慢性期の平均在院日数がこの地域は非常に長いです。回復期も長い。慢性期の平均在院日数の長さが特徴的だということを心にとどめておいていただいて、この先ご説明する資料の中で思い出していただければと思います。

こちらは、どこから入院するか、お家からか、他院からか、院内の他の病棟からかということを示したもので、この区南部においては、回復期機能におきまして使われ方に特徴があります。すなわち、院内の転棟、それから他院からの転院で90%を超えると。回復期機能の使われ方が転棟と転院だということです。これは大きな特徴です。他の圏域が大体2割を超えますので、ちょっと大きなことかなと思います。

そして、転帰に近い退棟先です。退院した後どこへ行ったかというのをごらんいただくと、慢性期病床のほぼ半分の方が死亡退院をされています。このようなことというのを、先ほどの200日を超える慢性期病床の平均在院日数、稼働率から考えてどう捉えるか。この構想区域の病床機能の真の過不足は一体何なのか。不足している医療機能があれば、それは増床すべきなのか、あるいは福祉や介護の提供量についてもさらに詳しく調べてその上で考える必要があるのか。そうしたことが調整会議の中で話し合わせ、優先的に検討する課題を絞り込んで、その後の過程を踏まえて、また課題を洗い出すということを繰り返し行っていくことになろうかと思います。

今回は、また退院した後に在宅を必要とする方の割合や、退院調整機能を持つ病院がどのくらいあるのかといったようなことについても、情報提供させていただいたところでございます。

調整会議の状況です。当日の意見について、幾つか代表的なもの、重なっているものをご紹介します。

まず、回復期機能の定義はもともとわかりにくいと、回復期リハビリテーションと誤解するというご意見がございました。また、リハビリの機能不足、それから小児在宅については絶対数が足りないんだと、回復期・慢性期の病床が足りないんだといったようなご意見がございました。

それから、急性期病院に認知症の患者さんの対応を学んでおいてほしいということで、認知症対応力の強化について、私ども何か施策を考えなければいけないのかなと反省したところでございます。

また、隣接する構想区域の流出入を前提とした地域医療連携を考えたほうが良いというようなご意見です。区中央部にそれだけ集まっているなら、その連携を前提として自分たちの区域の医療を考えよう。そういったご意見でございました。

また、地域の課題ということでございますと、家庭環境の中で、在宅復帰が困難なケース、そういったものをどうするか。家族の介護力の低下などの問題。また病院の在宅移行支援の取り組みが行われているんだろうけれど、地域の医師には全くわからないと、そういったご意見もいただきました。また、病院側からは、どんな在宅の医療があるのかわからないといったご意見もございました。また、地域包括ケア病床の使われ方、これは病院が中心になっているんじゃないかと。地域のための病床でもあるんじゃないのといったようなご意見も頂戴しました。

それから、後方支援病床、広く捉えると地域包括ケア病床ということですが、これが絶対的に不足しているというご意見や、在宅医療の診療機能に関する課題・認識、また他職種連携についての課題といったことも、ご意見をいただきました。

それから、必要病床数についてでございますけれども、あくまでも推計なんだからそんなことはいいと、もっと医療連携とか質の高い医療を目指すべきだと、そういったごもっともな意見も頂戴しましたし、また調整会議だけではなくて、日ごろから日常的に意見交換をしていったほうが良いよというような、前向きなご意見も頂戴して、ありがたいなと感じたところでございます。

私ども、この調整会議を振り返りまして、まず、私ども反省点がございます。読み方、捉え方ということに時間を多く費やしてしまって、議論に進まなかった構想区域が幾つかございました。

行政への質問とか行政へのお願いといいますか、いろんなことに集中してしまいました、中での話し合いというのが全く行われなかった区域もございました。

行政に対する意見が、外といいますか、調整会議の中ではなくご参加いただいたオーディエンスの中からご意見が出て、それがかなりの量を占めてしまった。そういった区域もございました。

時間制約の中で、代表者の方から意見を十分お聞きするという事は、難しいんだなと反省をいたしました。できる限り多くの方のご意見を頂戴するために、調整会議の座長、副座長にご相談をしまして、3月に、医療機関、それから区市町村等を対象にアンケート調査を行いました。

対象は、ごらんとおりでございます。質問事項は、その地域にどういう今医療が不足していると感じているかとか、ご自身が現在地域で果たしていると思う役割は何か、あるいは高度急性期から回復期、慢性期、在宅医療までにどういう医療を望むのか、こ

これは病院側からも診療所からも頂戴いたしました。また、将来、予測される課題・不安、また在宅医療ということを両面からどういうふうに課題を捉えるかといったようなご意見を頂戴いたしました。

たくさんの方からご回答を賜りました。この場をおかりしまして、回答を下さいました、あるいはご協力を下さいました皆様に心からお礼を申し上げます。

主な回答をこの後ご紹介したいと思います。

まず、病院側からの意見です。

医療提供の関係では、急変時の受け入れ先、身体合併症、認知症、そういったところが課題だと感じていらっしゃる方。また、急性期を脱した後の受け入れ先がなかなか見つからないんだというようなご意見。それから、24時間の在宅医療ができるといったところの数が絶対的に足りないよねということや、訪問リハビリ、精神疾患への対応など。また医療、介護、福祉の連携。小児、周産期医療、ハイリスク分娩などについても大きな課題があるというご意見をいただきました。また、経営面というご意見もありまして、施設の老朽化、改修・移転等が大変、それから人材育成、人材確保、人件費、診療報酬、そういったご意見もございました。地域の皆さんへの普及啓発や地域包括ケアシステムの構築についても、病院側からもご意見がございました。

一方、在宅医療を行っている診療所の先生方からは、老々介護・認々介護の増加、また家族への負担、キーパーソンの不足、それから独居患者への対応、また患者家族の在宅療養に対する理解が不足しているというようなご意見をいただきました。

それから、24時間体制については、一人の医師が行うこと、また在宅での医療・診療の内容の限界といったようなお答えがかなり多く寄せられておりました。

急変時の受け入れ先としての入院医療機関との連携が非常に重要なんだけど、そこはなかなかないんだといったご意見は、診療所の先生から多くいただきました。このあたりも、今後の調整会議あるいは医療と介護の連携を図る場でも非常に重要なことになってこようかと思います。

また、介護事業者との関係の構築についても課題がある。人材不足、人材育成の必要性についてもご意見をいただきました。

病院機能報告、レセプトデータから、私どもが算出した数字あるいは分析した現状と、実際に医療を提供している現場の先生方のご意見は、一致するところもあれば、全く逆のところもございました。こうしたギャップがまた現状だろうと考えます。今後の調整会議では、このデータと色々な意見を比較しながら、その構想区域で最も大きな課題をまずは抽出をして、一つでも課題できるように検討を進めてまいりたいと考えます。引き続きご協力賜りますようお願い申し上げます。

最後に、今後のスケジュールです。

今後、この三つの会議体が地域で行われます。地域医療構想調整会議、ワーキング、協議の場です。

まず、地域医療構想調整会議は、今申し上げたような内容で、今年は今月から7月にかけて開催をいたします。後半また秋から冬にかけてもう一回開催をする予定です。

在宅療養広域連携ワーキング、これは退院時に地域の連携など、区市町村を超えて連携をしなければいけないようなことを協議するワーキングで、介護保険法に基づく在宅医療介護連携推進事業のアからクのクをイメージしたような会議だと思っていただければ結構です。

また、協議の場でございますが、これは保健医療計画の策定に当たって、厚生労働省からの指示があるものでございまして、在宅の必要量、それと今般同時改定をいたします介護保険事業あるいは介護保険支援計画に掲げる介護の見込み量、この整合性を図るために協議を行うこととしていまして、国の指針に応じまして、今後日程調整をしていきたい。おおむね秋から冬に開催するものでございます。

調整会議の第1回目の日程はごらんとおりです。

今回は、28年の病床機能報告のデータ、それから先ほどのアンケートの結果、それと分析した中身から浮かび出される当該地域の課題、それから先生方からいただいたご意見から浮かび出る当該地域の課題がわかるものをおつくりしまして、それを比較対照しながら、この地域は何か考えていこうかということをご提案したいと考えております。二つ目のワーキングです。

先ほど申しましたとおり、退院時、同じ区市町村の中で完結しないので、区域を越えることがあるということを見越しまして、区市町村を超えて連携するということを進めるものです。介護保険法に基づきます医療・介護連携推進事業のアからクのクを一部イメージしたものです。東京都は、2025年に向けまして、高齢者人口が増加して在宅の需要がますます増加すると申しました。先ほど単純計算で2倍といったところですけど、地域医療構想でもそうしたことを踏まえまして、基本目標のⅢに地域包括ケアシステムにおける「治し・支える事業」の充実を掲げまして、五つのパーツの一つであるばかりではなく、地域包括ケアシステム全体を東京都は医療が支えていきますよということ掲げておりまして、その実現に向けてキーとなることを意見交換していただくワーキングです。

この区市町村、在宅の先生、病院の先生方といった方と、会議を進めていく予定でございまして、時期としては9月から11月とっております。調整会議の病院代表の先生方のご出席もお願いすることがあるかと思っております。その際にはどうぞよろしく願いいたします。

協議の場でございます。

これは、医療計画と介護保険事業、介護保険支援計画の同時改定が来年度予定されておりまして、このときに区市町村が算出する介護の必要量の集積と、医療計画でレセプトデータ等々から推計する介護の量と整合性をもってやってくださいということ、国から幾つかの文書でご指示をいただいております。例えば地域における医療・介護を

総合的に確保する基本的な方針、平成26年のものでも、協議の場を設置して整合を図ってくださいと言われておりますし、今般、29年3月に発出されました医療計画につきましても、この協議の場について、イ、病床の機能分化・連携に伴い生じる在宅医療の新たなサービスの必要量に関する整合性の確保。先ほど申しました療養病床が、区分1の方の7割はみんな在宅という計算をしています。ですから、その分は在宅の必要量に上乘せしています。そういったことも踏まえて、介護の計画と医療の計画を一体として整合性をとることが求められておりますので、当該構想区域の区市町村間、あるいは東京都と区市町村の間で十分意見交換をして、計画の中で考えていくこととなります。

ただ、医療計画の在宅医療の量を示すデータが6月以降に示されると聞いておりますので、その後、区市町村の皆様方にはご説明をした上で、協議の場を設定させていただく予定でございます。

位置づけとしては、介護担当者、医療担当者が参集してするもの、おおむね7月から11月ごろということでございます。

こうした情報は随時東京都福祉保健局ホームページに公開してまいりますし、重要な状況はその都度文書でお知らせをいたしますので、何とぞ今後ともご協力賜りますようお願い申し上げます。

駆け足の説明になりまして申しわけございませんでした。ご説明は以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

○保健医療計画担当課長 それでは、質疑に入りたいと思います。

ご質問のある方は挙手でお願いいたします。

○質問者1 私がやっている内容としては、精神科の合併症、それから認知症の在宅が破綻した瞬間、PSEでも合併症が出ます。そういった方を引き受けております。あとは在宅の先生方からの後方支援をやっています。

ですから私は高齢者ばかり診ているんですけども、その「地域」ということを考えると、常々自分がハードルとして感じているのは、一生懸命もちろんお帰しする努力をするんですけども、お帰ししてからまた再入院になるまで、このリセット期間というのが非常にハードルが高こうございまして、これは遠くに送っても近くで診ていても、リセット期間に変わりはないわけです。これを全て二次医療圏、その人のお住まいを中心とした二次医療圏であれば、例えばリセットをする期間に少し余裕を持たせてくれるとか、要するにその二次医療圏内にいけば、もうちょっと安心してリピートできるよというようなシステムにしていただければ、もうちょっと、わざわざ遠くまで送らなくても済むのかなと思いますし。

あと、ちょっと狭い範囲のお話ですけども、精神科の合併症なんかの場合には、長期入院でやっぱり高齢化してきて身体合併症が問題になるわけですが、例えば同じ院内でその人たちを何度も何度もリピートするし、そのスパンがどんどん短くなるんですけども、そうすると、あっという間にオーバーステイになってしまって、結局外に出し

てどこかでリセットしないと、自分たちの診療が成り立たないというようなことが起こってしまうわけなんです、そのあたりを何とか改善していただけると、よそ様に余りご負担をかけずに、自分たちの中だけでやっていけるんじゃないかなと思うんですが、いかがでしょうか。

- 矢沢医療政策担当部長 今、精神科のお話でそういったご意見をいただいたのかもしれませんが、多分精神科に限らず、他の疾患でもそういったことがあるかと思えます。少し実態をしっかりと調査した上で、何かできることがあるかを考えてまいりたいと思います。ご意見ありがとうございます。

ほか、どうぞ。

- 質問者2 例えば患者さんが自宅の近くで療養を受けたいと思っているということを把握されていながら、自宅近くで療養を受けられるために、医療機関をどう再配置するかという発想には全然なっていないんですね。なぜそこが抜け落ちてしまうんでしょう。東京都はベッド数を規制する権力を持っていらっしゃるわけだから、そこをしっかりと、どこまでやれるのかということを検討された上で、その努力を見せていただければと思います。

- 質問者3 ざっくりばらんなことをお聞きしたいんですけど、例えば地域医療構想調整会議というのは、今まで私、残念ながら参加したことがないんですけど、先ほどのお話ですと、地域構想システムの中で、大学病院が超急性期をその地区では担っていて、回復期はここら辺の病院、私の病院だったら私の病院が慢性期を担いましょう、そこにはベッドがこのくらいまだあります、ありませんということも含めてのお話が、そういうところでなされるということなんですか。

- 矢沢医療政策担当部長 調整会議は四つの機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分けたときに、その機能から代表の病院に出ています。例えば品川区、大田区だったら、品川区の4機能代表が1病院ずつ、大田区の4機能代表が1病院ずつ、それと医師会、歯科医師会、病院協会、精神科病院協会、薬剤師会、看護協会、保険者、あと行政の担当に、前に囲んで四角くなっていますので、そこで私どもがデータを出して説明をしたものについて、今は意見交換をお願いして、課題を出している最中です。

一方、全ての医療機関には開催のお知らせを流しておりますし、大変恐縮ですが、ホームページには開催日が出ておりますので、どなたでもお越しいただけるように傍聴席といえますか、後ろに椅子を置かせていただけて、そこからもご発言いただけるようにしています。

今はこのような形でやっていて、どの機能が不足しているとか、不足していないとかという話よりも、まずは顔合わせ、様子見の会議になっているというのも実情でございますが、今後は話す課題にポイントを絞って、ご意見をいただくことで、もう少し実のある会議に進めていきたいと思っております。

時間的には夜遅い時間で、6時とか7時から始めていますので、お仕事帰りでお疲れ



かもしれませんが、もしお時間があればぜひご参加いただければと思います。よろしく  
お願いいたします。

○質問者3 ありがとうございます。

あと、こういう東京都での地域医療構想というので、これから10年間のグランドデ  
ザインというのを描いていらっしゃると思うんですけど、あと、それと私自身がちょっ  
と気になることは、2018年から専門医制度というのがある程度決まってきていて、  
それで今度、こういう地域構想に見合っただけの卒業生とか、医師の配置をするときに、  
そういう専門医は、専門医制度を担っている人たちは、こういう地域医療構想の枠組み  
の中で、医師がどういうふうに分かれていくかということ、何かかわりを持たれて  
はいらっしゃるんですか。

○矢沢医療政策担当部長 本当はそういったところも整理していく必要があると思うんで  
すけれども、基本的に医師の診療科目について、あるいは開業については、自由開業制  
という法律でございます。専門医制度のその整理の中では、その辺のところもしっかり  
考えていかなければいけないという課題認識はございます。

○質問者4 この医療需要推計のもとになっている稼働率が、民間の病院ではあり得ない  
稼働率だと思っているんですけど、とてもじゃないけど経営をやっていけない。その辺  
のところの数値はどこから出てきたのかということを知りたいのと。というのは、病床  
が8,000床まだ足りないという推計を出していらっしゃることが、どれぐらい当た  
っているんだろうかと、こっちは考えながらやっていかななくちゃいけないので、一応そ  
れを教えていただきたいのと。

もう一つは、地域医療構想調整会議のメンバーについてなんですけど、これは在宅の  
関係の方が重要なポイントになるんじゃないかなと、私は常々思っているんですけど、  
病院の各機能の、病院の関係の代表者と、医師会の先生がそれを代表されていらっし  
やるのかもしれませんが、ぜひ、在宅という視点で取り組んでいらっしゃると思います  
地域包括ケアは。ですので、メンバーにそういった方も含めていただきたいなと願  
いします。

そういうわけで、第1点目、お願いします。

○矢沢医療政策担当部長 稼働率は国から全国一律で提示された数字です。おっしゃると  
おり、この数字で割り返したのでは全然おかしいじゃないかという数字になろうかと思  
いますので、本当に東京平均全体が77%未満という病床利用率が、どこにどうい  
うふうになっているのか、実態をちゃんと把握しないといけないなと思っています。それを  
把握せずに8,000床の話はできないと思っています。

この信憑性なんですけれど、先ほど申しましたとおり、幾つかの不確定要素を掲げて  
います。ただ、病床がふえるといったのは五つの都県だけで、あとはみんな減らすほう  
に走っています。このあたりも、今後10年間、全くこの数値が動かないということでは  
ないかなと思いますので、私ども国のデータを使ってつくりましたけれども、本当の

病床の整備については、基準病床数で整理をしていきたい。あくまでもこの必要病床数は考える上での、ある意味割合をイメージするためのデータだと思っています。

それから、在宅のメンバーの参加ということですがけれども、三つの会議があると申しました。2番目が在宅と医療をつなぐ会議でございます。その2番目の会議は、今後、初めて開催していきます。そこでの話の中で、調整会議でもやったほうがいいということがあれば、圏域別にあるいは全都一斉にそういった会も持つことも予想しながら進めておりますので、そのようにやってまいりたいと思います。ありがとうございます。

他はいかがでございましょうか。

○質問者5 ちまたの資料で見たんですけれども、今年度の第1・四半期に、医療機関ごとの機能を明示するような記載を目にしたんですけれども、現実に医療機関ごとの機能明示というのは行われる予定でございますか。何かそういうものを読んだ記憶があるんですけれども、勘違いでしょうか。

○矢沢医療政策担当部長 東京都としてということでございますか。それはいいです。そういった動きがあるとしても、今のところは、第1・四半期で、各病院の区域分けをするということですね。東京都としては難しいと考えています。

○質問者5 ありがとうございます。

○保健医療計画担当課長 他はいかがでしょうか。

○質問者6 質問は、さっきおっしゃっていた二つの会議、在宅療養広域連携ワーキングというのと協議の場というのができるということなんですが、これは療養病床からの移行の部分について、そういう情報交換と現状把握をしないと先に進まない、というような背景があるのでしょうか。

また、二つの会議の目的とか、やることというのは、これから決まるものなのでしょうか。

○矢沢医療政策担当部長 この二つの会議は、これから開催するんですけれども、資料の78ページに、ワーキングのことがございます。このワーキングについては、私どもが調整会議をやる中で、病院と在宅の連携が必要だなと考えたことが大きな開催理由で、補足的な理由としては、30年度までに区市町村が実施するといわれている在宅介護事業の中に、アからクという項目がありまして、クというのが広域の会議を開くことということなんです。それにかわるものとして、役割も果たせるかなということで、設置をしようかと昨年度考えたものです。

それから、介護の協議の場、これは医療計画と介護の計画の介護の必要量、在宅の必要量をそれぞれが算出するだけでなく整合性を図り決めることと国が通知を出した。そのために設置する会議ということで、位置づけが若干違います。

○質問者6 そうすると、調整会議は、今お話があったように、自発的に集まっているいろいろな病床のこともやると。調整会議と二つ目、三つ目の会議の関係はどういうふうになっているのでしょうか。

○矢沢医療政策担当部長 現時点では、その二つの会議はまだ始まっていないので、どういう関係になるかというのはこれからなんですけれども、イメージとしては、両方の情報を共有しながらやっていき、調整会議にある程度結果を集約していくようなやり方になろうかと思います。

○保健医療計画担当課長 他はいかがでしょうか。

○質問者7 東京都の地域医療構想の特徴のⅠとして「みんなが協力する」、すなわち「都民」と言葉が出ていますが、都民といっても地域ごとに抱えている問題は違う。そうすると、地域ごとの都民に、君たちが住んでいる地域の医療の問題点を個別に、どのように啓発していただけるのか。もしくは、我々が一緒にしなきゃいけないのか。その辺のプランをお聞かせ願いたいと思います。

○矢沢医療政策担当部長 地域医療構想のこの中身についての啓発という部分では、現在も少しずつではございますが、やらせていただいております。その後の検討経過で、どういうことがさらに明らかになってということについては、1年、2年おくれていくんだらうと思います。ただ、区域ごとにお示しするということができるようになるには、まだ1～2年はかかるのかなと思っておりますが、なるべく早く区域ごとの特徴を明らかにして、表に出して行きたいと思っております。

○保健医療計画担当課長 ほかが質問ありますか。よろしいでしょうか。

(なし)

○保健医療計画担当課長 それでは、本日の説明会は以上をもちまして終了いたします。

忘れ物がないようにお気をつけてお帰りいただきたいと思います。

本日はありがとうございました。

(午後 3時15分 閉会)