

令和 4 年度

北区医療環境調査報告書(案)

目次

医療環境調査	4
1. 序章	4
1.1. 本調査の目的	4
1.2. 令和 2 年度医療環境調査分析報告を受けて	5
1.3. 本調査の進め方	6
1.4. 人口動態と将来推計	7
2. 医療環境における地域特性	10
2.1. 北区と周辺区における医療機能ごとの病床分布	10
2.2. 在宅医療資源	12
2.3. 訪問看護サービス資源	14
2.4. 介護サービス資源	16
2.5. 在宅看取りの現状	17
3. 診療報酬明細書の分析	19
3.1. 分析対象としたデータの内容と機関	19
3.2. 基礎統計	20
3.3. 医療費と受診医療機関（区内外）の関連	26
3.4. 疾患別患者数	28
3.5. 生活習慣病に関する受療率	30
3.6. 悪性新生物の医療費と受診医療機関（区内外）の関連	31
3.7. 介護要因に関する疾病別患者数と受診医療機関（区内外）の関連	33
3.8. 在宅医療関連分析	34
3.9. 介護サービス実施状況	37
4. 診療所に関する分析：医療施設静態調査一般診療所票より	41
4.1. 本調査について	41
4.2. 診療科の内訳	41
4.3. 処置、手術、専門外来等の実施施設	43
4.4. 常勤医師数の分布	44
4.5. 在宅医療サービスの実施状況	45
4.6. 診療録の電子化について	48

5. 病院に関する分析：医療施設静態調査病院票より	49
5.1. 本調査について.....	49
5.2. 病院建物の老朽化	49
5.3. 各病院における医師と許可病床の分布	50
5.4. 病床利用率	51
5.5. 在宅医療サービスの実施状況.....	52
6. 北区におけるコロナウイルス感染症の状況.....	56
6.1. 感染者数	56
6.2. 国保および後期の患者における重症患者の記述.....	57
6.3. 重症者数.....	61
6.4. 医療機関所在地別集計.....	62
北区地域医療会議および在宅医療提供体制検討部会	64
1. 第1回北区地域医療会議.....	64
1.1. 会議の概要	64
1.2. 議論・意見の概要	65
2. 第2回北区地域医療会議.....	69
2.1. 会議の概要	69
2.2. 議論・意見の概要	69
3. 第1回北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会	73
3.1. 会議の概要	73
3.2. 議論・意見の概要	73
4. 意見のまとめ.....	80
資 料.....	81
令和2年度北区医療環境調査（抜粋）	81
1.1. 健康状態の概要.....	81
1.2. 特定健康診査等について	83
1.3. 病床数について.....	84
1.4. 医療機関数について	85

1.5. 疾患別の受療施設について	87
1.6. 在宅療養医療機関について	89
1.7. 救急医療および災害医療について.....	91

医療環境調査

1. 序章

1.1. 本調査の目的

東京都では、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」を実現するため、平成28年7月に「東京都地域医療構想」を策定した。東京都地域医療構想における区の役割は、地域の実情をきめ細かく把握するとともに関係機関との連携を密にし、地域の医療提供体制の確保や在宅療養の推進を主体的に推進していくこととされている。北区においても、北区版地域包括ケアシステムの深化を図るうえで重要な取り組みと考えている。

以上を踏まえ、東京都北区においては「北区地域医療会議」が設置され、区の在宅医療提供体制や将来必要とされる病床の維持・確保などについて検討し、地域医療のあるべき姿（ビジョン）が検討されている。本調査は、北区地域医療会議における参考材料とすることを目的とする。令和2年度に医療・介護レセプトデータ等を用いて、北区医療環境調査を行ったものについて、調査期間をさらに直近にまで広げ、新型コロナウイルス感染症が地域医療に与えた影響についても調査事項に加え理解を深めることとする。

1.2. 令和 2 年度医療環境調査分析報告を受けて

令和 2 年度の医療・介護レセプトデータ等を用いた北区医療環境調査の結果、概ね以下の課題が浮き彫りとなった。

- 東京都特別区の中でも北区は高齢化率が高く、今後、医療介護福祉の課題がさらに大きくなると予想される。
- 主要疾患の標準化死亡比を特別区平均および東京都と比較すると、特に北区男性の死亡比が高い。死因や既往症の状況などから、がんや循環器等の罹患や死亡を高めるなんらかの要因があると推測される。
- 北区の外来・入院の一人当たり医療費は特別区の中で高い傾向にあり、特に慢性腎臓病（透析有）の一人当たり医療費は、外来・入院ともに都平均より高い。
- メタボ予備群をはじめ、腹囲、血糖、血圧、脂質のリスクを持つ者が、都平均に比較して高い割合である。また、がん検診の低い受診率が、要精検率や死亡率の高さに関係している可能性がある。
- 区西北部圏域全体では、高度急性期及び急性期の病床の割合が高いが、回復機能及び慢性機能の病床が少なく、将来的に必要な数が不足することが予測される。また、慢性期の病床のうち築 35 年を超えるものが 6 割以上あり、慢性期病床の安定した供給のためにも、病院の法

定耐用年数に照らし合わせた調査が必要となる。

- 介護保険を扱う訪問看護ステーションの数は区西北部の平均に比較して少なく、高齢者人口あたりの職員数も少ない。

1.3. 本調査の進め方

令和2年度の北区医療環境調査を受け、高齢人口の増加に備えるための医療の実態把握を重要課題と明確化した。本調査にあたり、北区民の国民健康保険および広域連合被保険者診療報酬明細書（レセプト）データの提供を受け解析作業を行った。また、令和2年度医療施設静態調査についてもデータの提供を受け解析を行った。その他、厚生労働省が公開している医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査等を参照し、他区との比較を行った。

本報告書では将来の人口推計に関する基礎的な記述、北区および周辺区の医療環境、医療の受療動向などについての記述を行うとともに、令和4年度中に行われた北区地域医療会議および在宅医療提供体制検討部会での議論事項について報告する。

1.4. 人口動態と将来推計

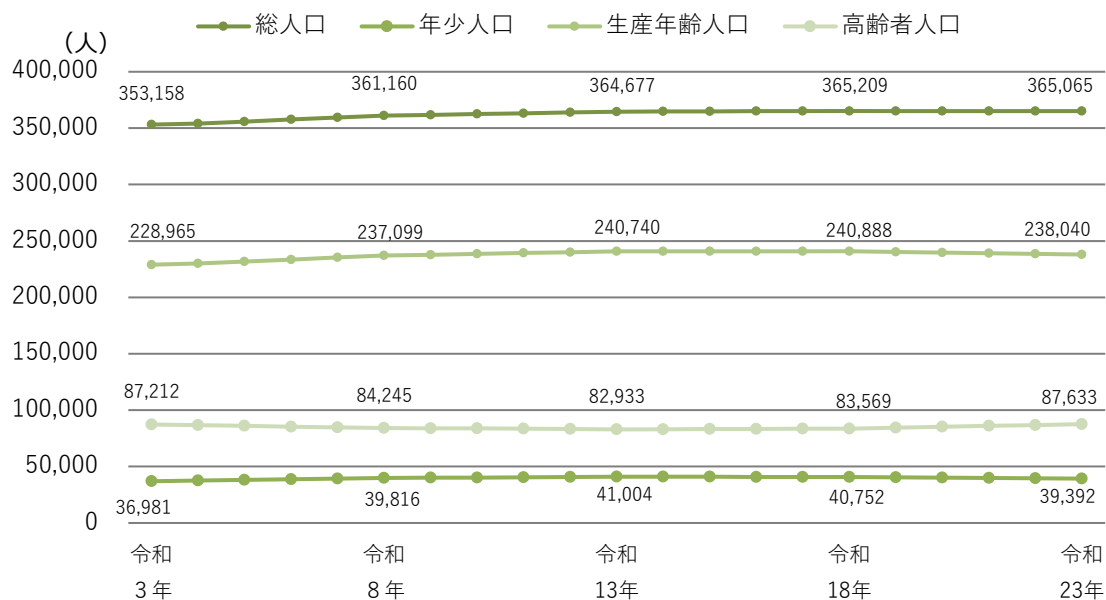
① 東京都北区令和 23 年までの人口推計

区の人口は平成 23 年から令和 3 年までの 10 年間で約 2 万人増加した。

図表 1.4.1. に令和 23 年までの年齢 3 区分別人口推計を示す。平成 23 年から令和 3 年の住民基本台帳データをもとに出した推計によると、令和 3 年以降も総人口は 10 年間で約 1 万人増加すると見込まれる。令和 17 年以降は緩やかに減少すると見込まれる。

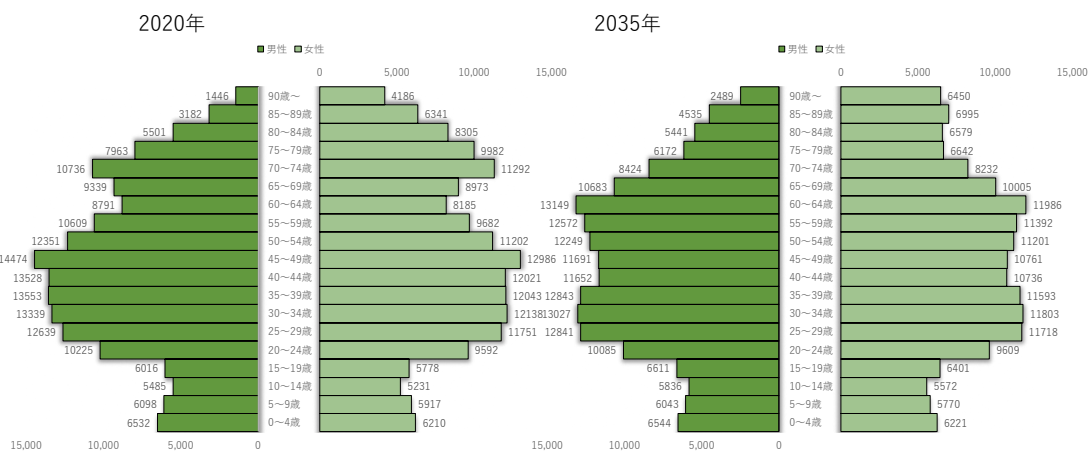
図表 1.4.2. に 2015 年国勢調査による実績値に基づく人口推計 2020 年と 2035 年の人口構成を比較した。2020 年時点で団塊の世代は 71~74 歳であり、人口ピラミッド上からもこの年齢階級の人口が多いことがわかる。2035 年になると、生産年齢人口が減少し、特に 85 歳以上の高齢者が増加する見込みである。

図表 1.4.1. 北区人口推計



出典：令和3年10月人口推計調査報告書（北区）

図表 1.4.2. 男女5歳階級別人口ピラミッド



出典：平成30（2018）年推計 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

② 65 歳以上高齢者の独居世帯

図表 1.4.3.に 65 歳以上の高齢者世帯割合を東京都の区部と北区で比較する。

2015 年の人口を元に世帯主が 65 歳以上の世帯の状況と推計について示す。東京都区部の全世帯における 65 歳以上が世帯主でありかつ単独世帯である割合は 12%であった。一方、北区は 65 歳以上単独世帯が 15%と、東京都区部の平均よりもさらに高いことがわかる。

図表 1.4.3. 高齢者世帯割合推計の比較



出典：平成 31 年 3 月 東京都世帯数の予測－統計データ－（東京都）

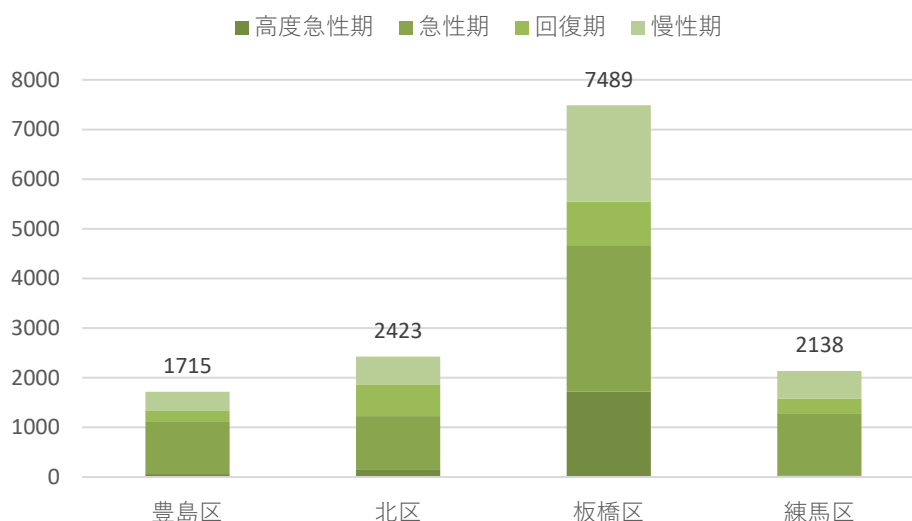
2. 医療環境における地域特性

2.1. 北区と周辺区における医療機能ごとの病床分布

北区は豊島区、板橋区、練馬区、北区から成る区西北部二次保健医療圏に属する。図表 2.1.1. に令和 3 年区西北部の病院および有床診療所における病床数の合計を示す。病床機能は図表 2.1.2. の通りである。区西北部は、病床数 13,886 床と東京都二次医療圏の中で最も病床数が多い。しかし、人口 10 万人あたりの病床数は令和 2 年 7 月 1 日時点の人口をもとにした場合、板橋区で 1,315 床、北区 688 床、豊島区 600 床、練馬区 289 床と、ばらつきが大きいことがわかる。

図表 2.1.3. に北区内の病院および有床診療所における、2025 年の予定ベッド数を示す。これは各医療機関が申告しているものである。回復期病床は微増の予定だが、慢性期病床はベッド数が 21%(120 床)減少する見込みとなっている。

図表 2.1.1. 令和3年区西北部における病床分布



出典：令和3年（2021年）7月1日時点 報告 区西北部二次保健医療圏における医療機能ごとの許可病床の状況（東京都福祉保健局）

図表 2.1.2. 病床の機能区分

区 分	機 能
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

出典：令和4年度 医療機能報告マニュアルより抜粋(一部改編)（厚生労働省）

図表 2.1.3. 2025 年ベッドの予定数（北区）

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
2021年現在	2,429	154	1,070	640	559	6
2025年予測	2,381	154	1,110	678	439	0
推移	-2%	0%	4%	6%	-21%	-

出典：令和3年（2021年）7月1日時点 報告 区西北部二次保健医療圏における医療機能ごとの許可病床の状況（東京都福祉保健局）

2.2. 在宅医療資源

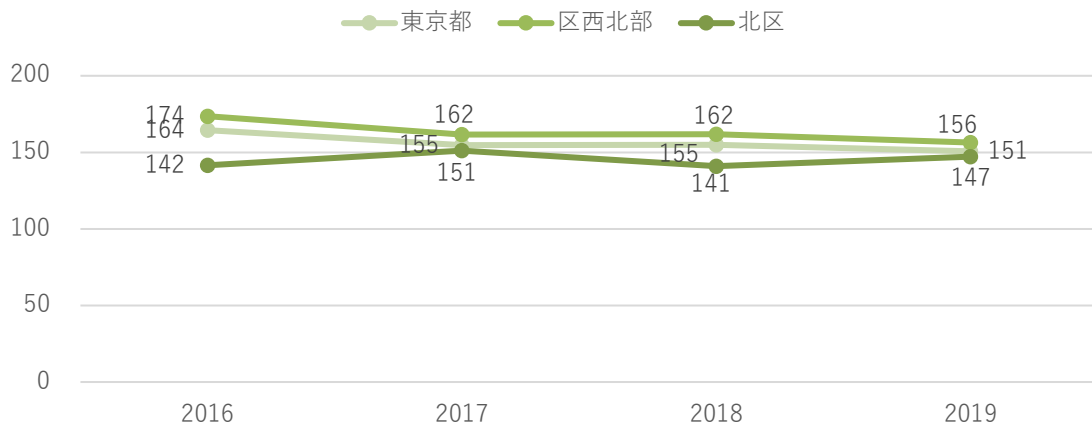
図表 2.2.4. に 75 歳以上人口 10 万人あたりの訪問診療を実施している病院および診療所の施設数の経年変化について示す。2016 年から 2019 年にかけて、北区における訪問診療を提供する病院および診療所の施設数は横ばいである。東京都平均値および区西北部平均値はやや減少傾向である。北区は 75 歳以上の人口に対し、訪問診療を行う施設数が少ないことがわかる。

図表 2.2.5. に 75 歳以上人口 10 万人あたりの訪問歯科診療を実施している病院および診療所の施設数の経年変化について示す。北区における訪問歯科診療の実施施設は 2018 年に減少後横ばいとなっている。

図表 2.2.6. は同じく 75 歳以上人口 10 万人あたりの訪問薬剤管理指導を受けた者の数を示す。訪問薬剤管理指導実績に関しては都平均よりも高い値を維持している。

図表 2.2.4. 訪問診療を実施している病院・診療所の施設数（75 歳以上人口 10

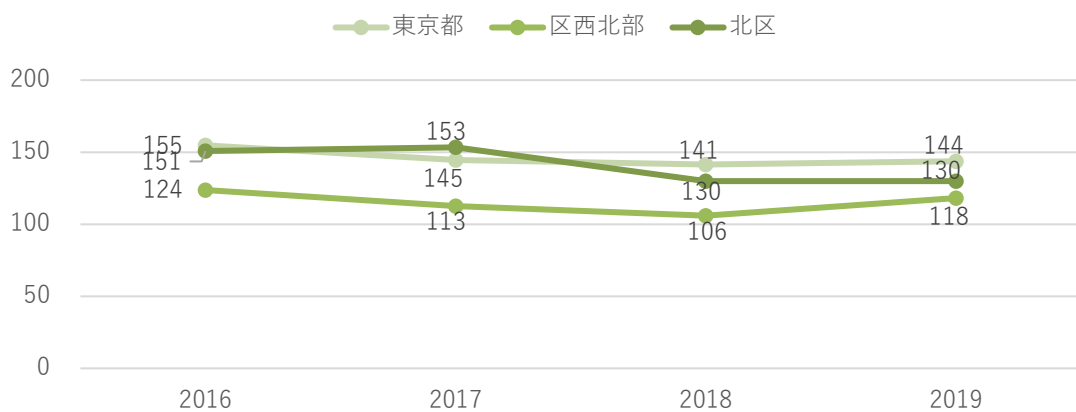
万人あたり)



出典：在宅医療にかかる各種データを活用した区市町村の取組支援_分析ツール（東京都）

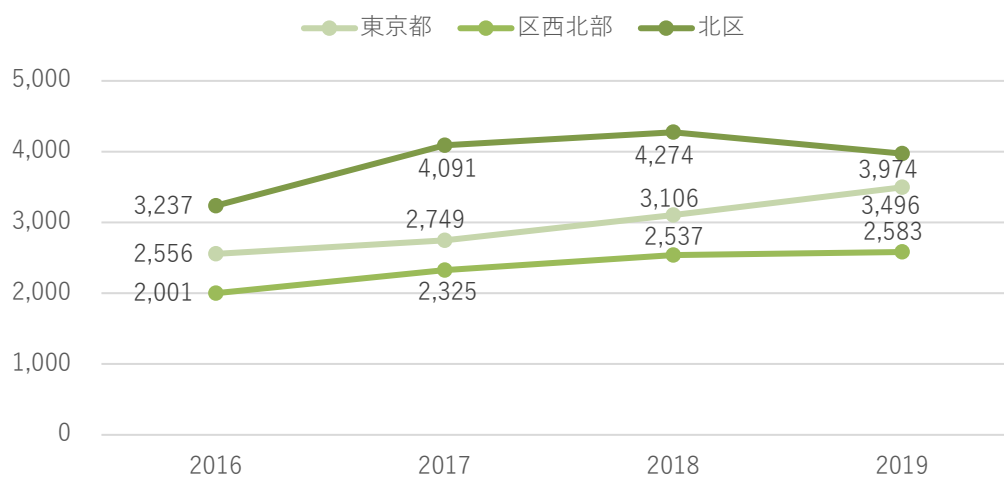
図表 2.2.5. 訪問歯科診療を実施している病院・診療所の施設数（75 歳以上人口

10 万人あたり)



出典：在宅医療にかかる各種データを活用した区市町村の取組支援_分析ツール（東京都）

図表 2.2.6.訪問薬剤管理指導を受けた者の数（75 歳以上人口 10 万人あたり）



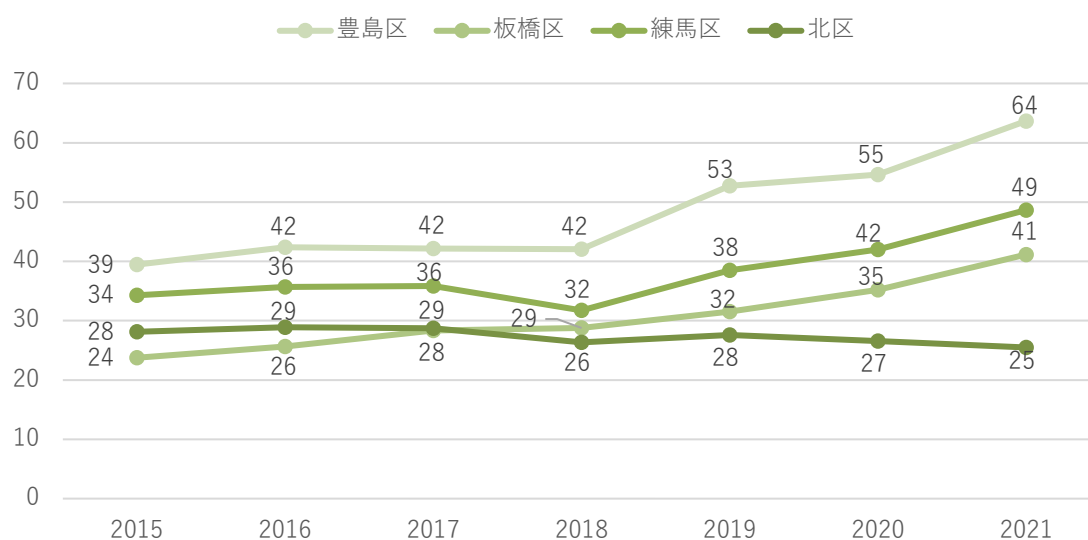
出典：在宅医療にかかる各種データを活用した区市町村の取組支援_分析ツール（東京都）

2.3. 訪問看護サービス資源

図表 2.3.1. 2015 年から 2021 年にかけての訪問看護ステーション数の推移を示す。2018 年以降、豊島区、板橋区、練馬区においては 65 歳以上人口あたりの訪問看護ステーション数が増加しているが、北区においては減少傾向である。

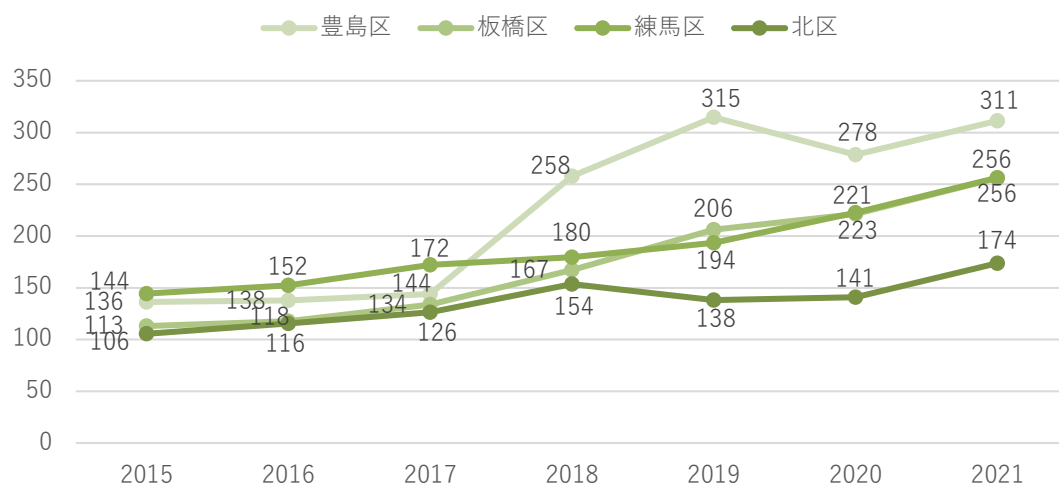
図表 2.3.2. において、65 歳以上人口 10 万人あたりの訪問看護ステーション常勤換算看護師数を示す。いずれの区も増加傾向であるが、北区では訪問看護ステーションの常勤看護師数が少ないことがわかる。

図表 2.3.1. 訪問看護ステーション数の推移（65 歳以上人口 10 万人あたり）



出典：令和 3 年度 介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

図表 2.3.2. 訪問看護ステーション常勤換算看護師数（65 歳以上人口 10 万人あたり）

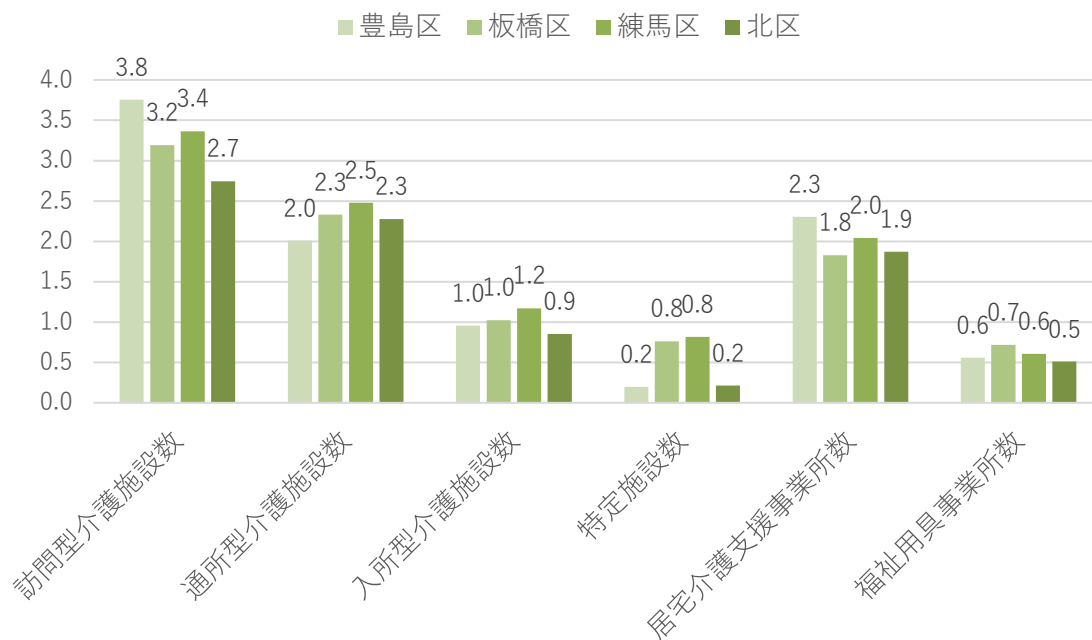


出典：令和 3 年度 介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

2.4. 介護サービス資源

図表 2.4.1. は 2022 年 9 月現在の介護施設数について 75 歳以上人口 1 千人あたりの施設数に換算し比較したものである。人口は 2020 年国勢調査に基づくデータを使用した。北区は他区と比べ軒並み介護施設数が少ない状況である。

図表 2.4.1. 介護施設数（75 歳以上人口 1 千人あたり）



出典：令和 5 年 7 月調べ 地域医療情報システム掲載情報 <https://jmap.jp/>

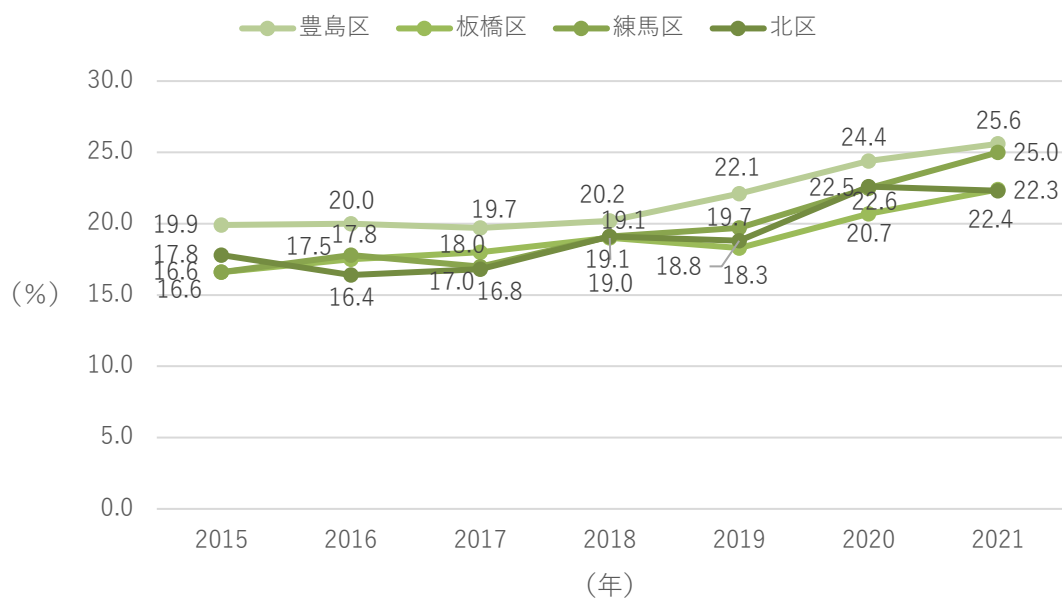
（日本医師会）

2.5. 在宅看取りの現状

図表 2.5.1. に全死亡のうち自宅において死亡した者の割合の経年変化を示す。自宅死の割合は増加傾向にある。

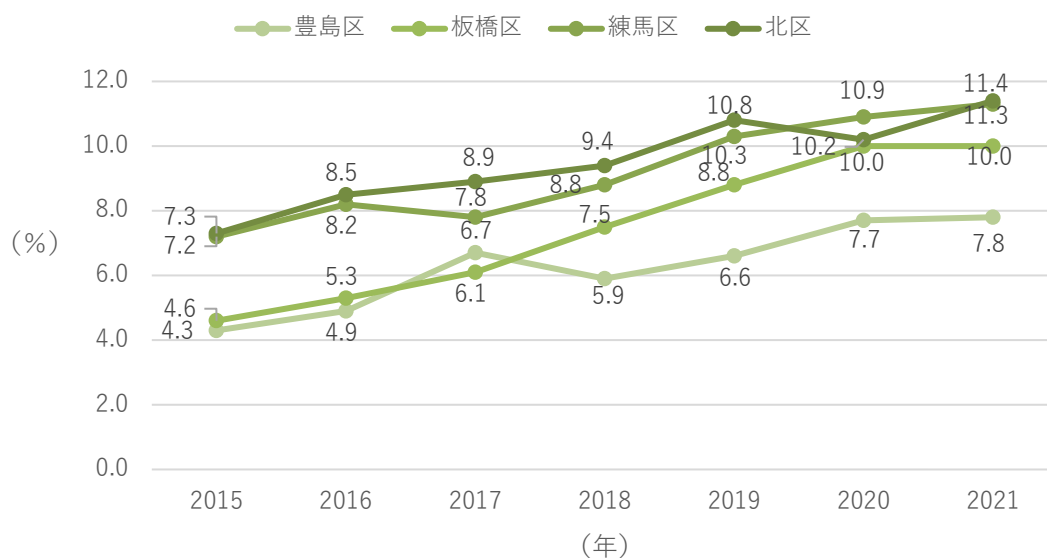
図表 2.5.2. に老人ホーム死の割合を示す。2015 年から 2021 年にかけて、老人ホームでの死亡も増加傾向である。

図表 2.5.1. 自宅死の割合



出典：人口動態統計（厚生労働省）

図表 2.5.2. 老人ホーム死の割合



出典：人口動態統計（厚生労働省）

3. 診療報酬明細書の分析

3.1. 分析対象としたデータの内容と期間

北区民の医療および介護の需要把握のため、診療報酬明細書および介護給付費明細書（以下レセプト）の記述を行った。北区の国民健康保険（以下、国保）被保険者累計 14 万人および後期高齢者医療（以下、後期）被保険者累計 5.8 万人を分析対象とした。2020 年 12 月時点の人口を元によると、74 歳以下北区住民の国保加入割合は 33%となっている。

図表 3.1.1.に分析に使用したレセプトデータの内容、期間を示す。平成 29 年度については国保・後期の加入者台帳の取得ができなかったため、一部の分析で除外した。

図表 3.1.1. 分析に使用したデータの内容と分析期間

分析対象	内容	分析期間
医療レセプト（国保）	医科入院・DPC・医科入院外・調剤	平成29年4月診療～令和4年3月診療
医療レセプト（後期）	医科入院・DPC・医科入院外・調剤	平成29年5月診療～令和4年3月診療
介入支援対象者一覧（国保・後期）	国保・後期の加入者の台帳として利用	平成30年度～令和4年12月（直近）
介護レセプト（介護）	介護給付実績情報	平成29年4月サービス提供～令和4年3月サービス提供
介護給付者台帳（介護）	介護給付者の台帳として利用	平成29年4月サービス提供～令和4年3月サービス提供

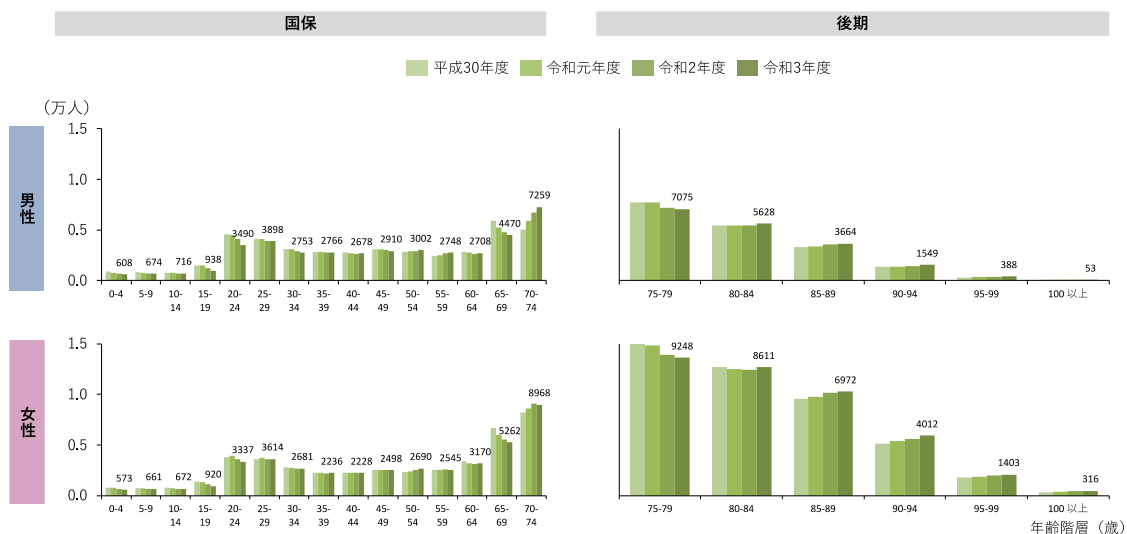
3.2. 基礎統計

① 被保険者構成割合

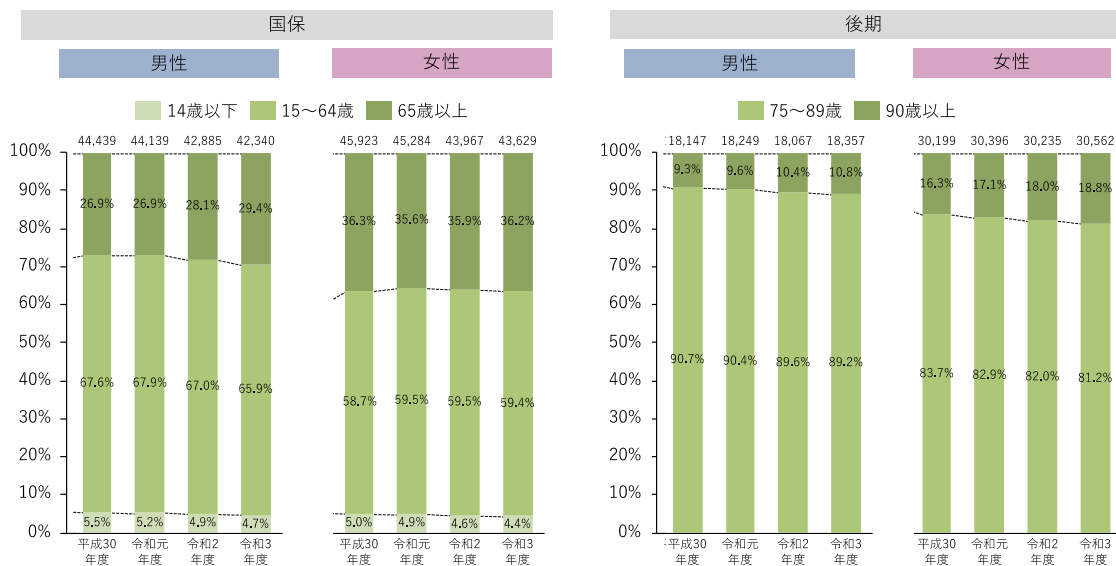
図表 3.2.1.に年齢階級別被保険者数の推移、図表 3.2.2.に被保険者数合計と構成割合の推移を示す。平成 31 年から令和 3 年にかけて、加入者数は男女ともに減少している。国保の特に男性において、14 歳以下の年少人口および 15～64 歳の生産年齢人口が減少している。よって、少しずつ国保の年齢層が高齢化していることがわかる。後期を男女別に比較すると、各年齢階級で男性に比べて女性の加入者が多いことがわかる。これは、寿命の性差によるものである。

また、図表 3.2.1.をみると、65-69 歳の年齢階級の人口減少、70-74 歳の人口増加が起こっている。これは、65-69 歳の年齢階級から 70-74 歳の年齢階級に団塊の世代が移ることによる変化である。

図表 3.2.1. 年齢階級別被保険者数の推移（国保、後期）



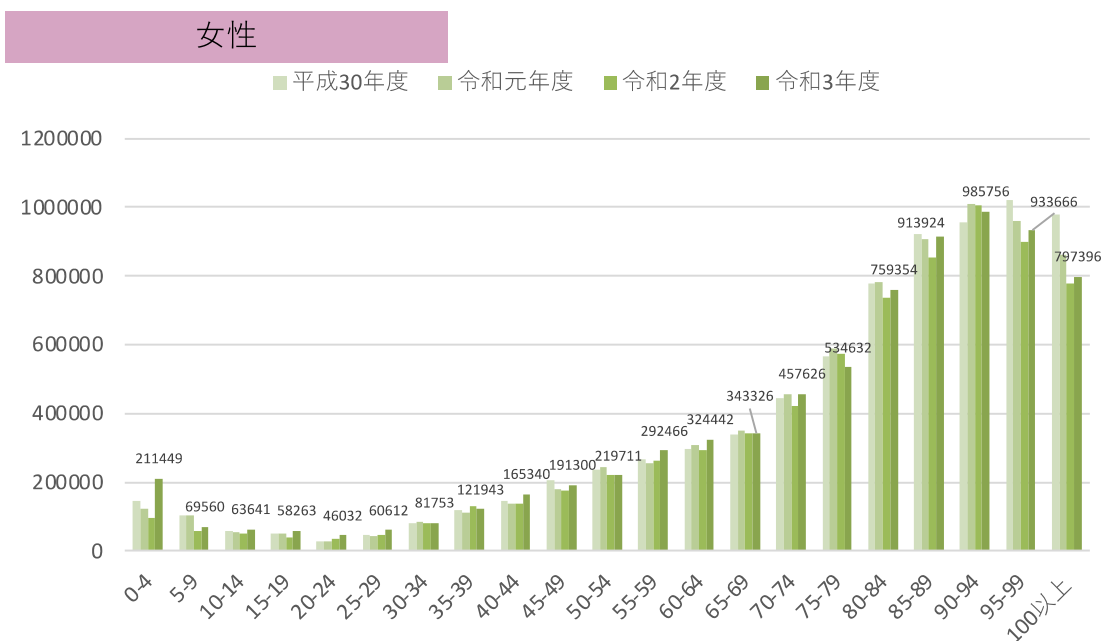
図表 3.2.2. 被保険者数合計と構成割合の推移（国保、後期）



② 年齢階級別総医療費

図表 3.2.2. に性別、年齢階層別の一人あたりの年間医療費の年次推移を示す。医療費は男女ともに 20-24 歳で最低となり、加齢とともに上昇する。50 代以降、女性よりも男性の一人あたりの年間医療費は各年齢層で 5~18 万円程度高くなっている。

図表 3.2.2. 性・年齢階層別ひとりあたりの年間医療費



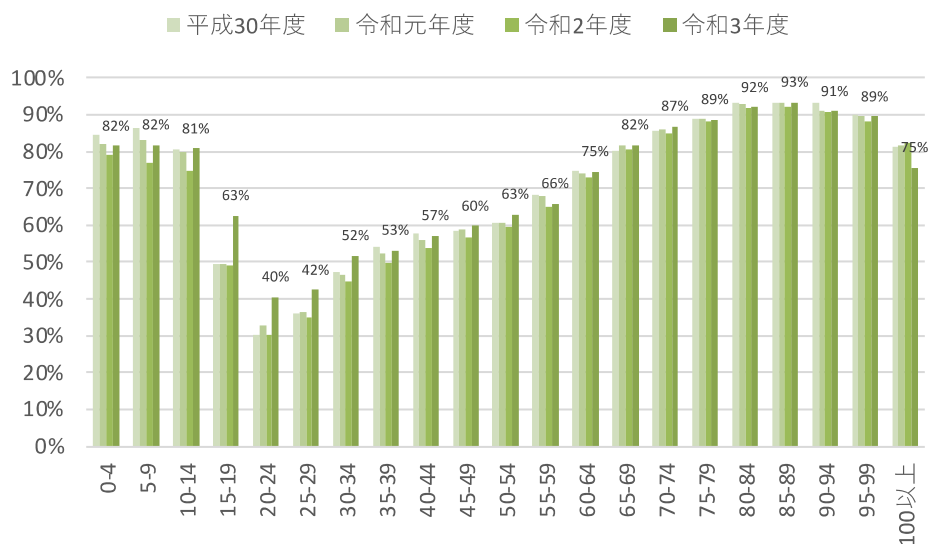
③ 年齢階級別総患者数

図表 3.2.3.に性別および年齢階級別の入院外受療率を示す。1 年間に一度でも外来もしくは調剤を利用した者の割合を示しており、男女ともに 20-24 歳の年齢階級で最低値となる。男女で比較すると、14 歳までの若年層を除き、女性で受療率が高い。年次推移をみると、令和 2 年度では受診率の減少、令和 3 年度では上昇がみられている。この増減は若年層で特に顕著にみられており、COVID-19 感染症の影響があったと予測される。

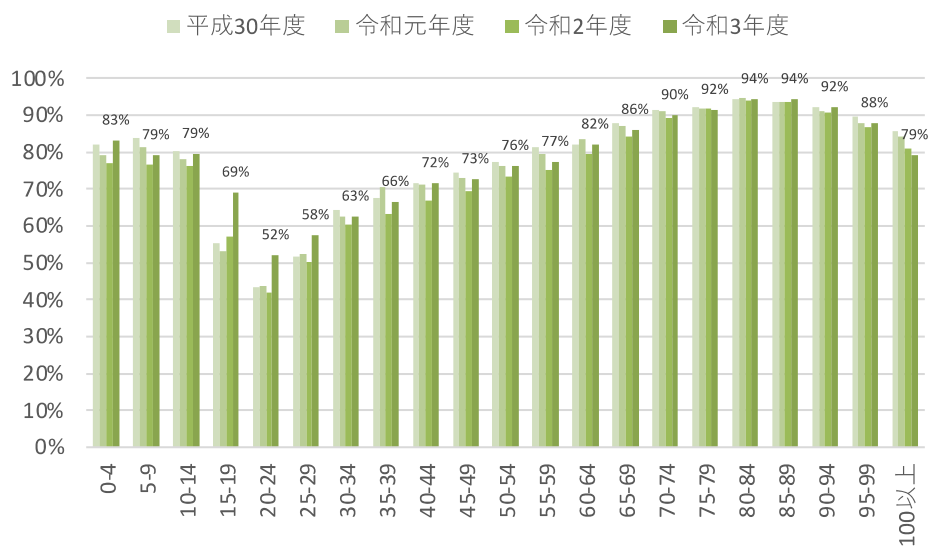
図表 3.2.4.に性別および年齢階級別の入院受療率を示す。1 年間に一度でも入院した被保険者の割合を示しており、男女ともに 95-99 歳で最高値を迎える。男女で比較すると、女性よりも男性で入院率が高い。年次推移をみると、入院の受療率については外来受療率と比べ、年度による増減は小さい。

図表 3.2.3. 性・年齢階層別受療率（入院外）

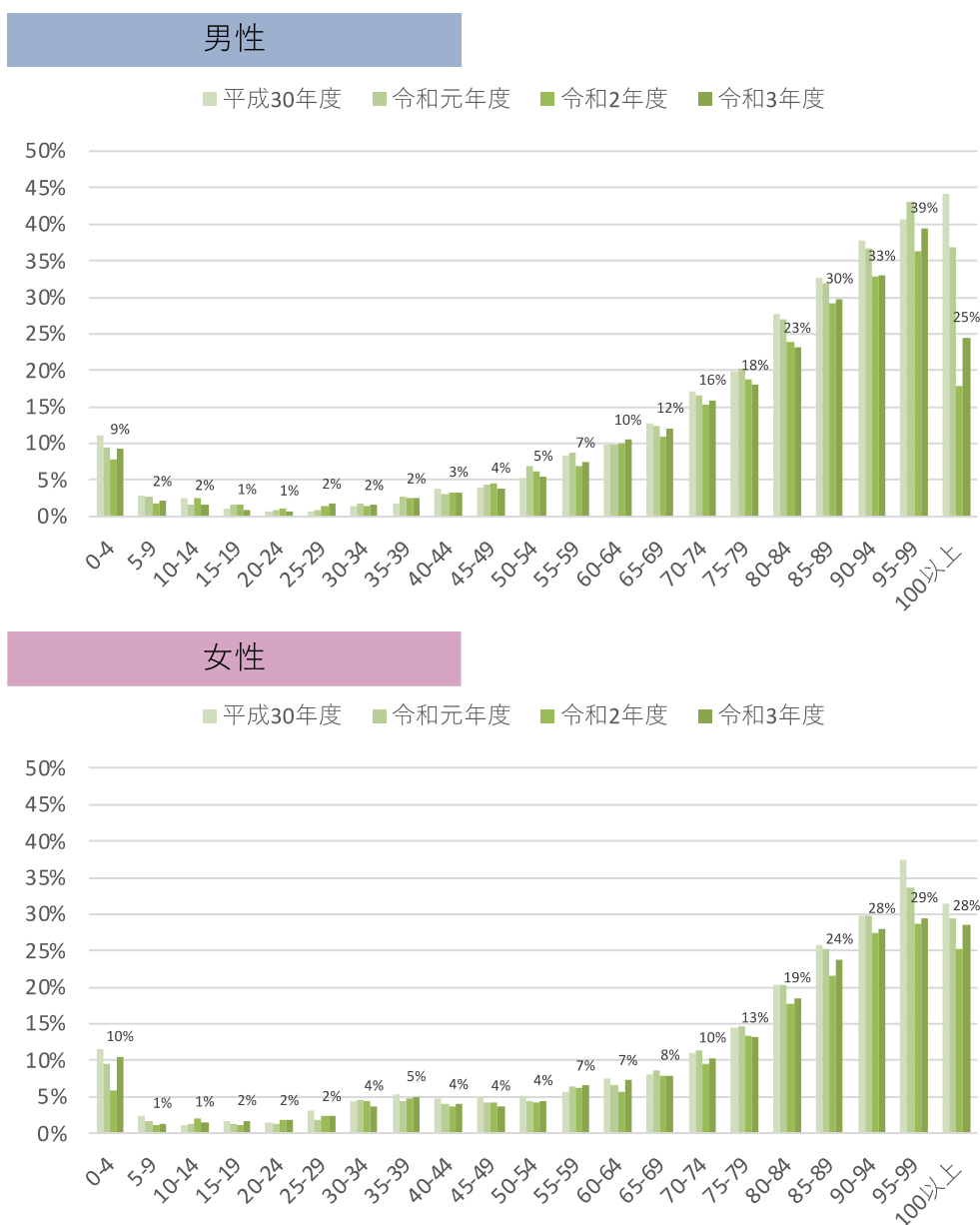
男性



女性



図表 3.2.4. 性・年齢階層別受療率（入院・DPC）

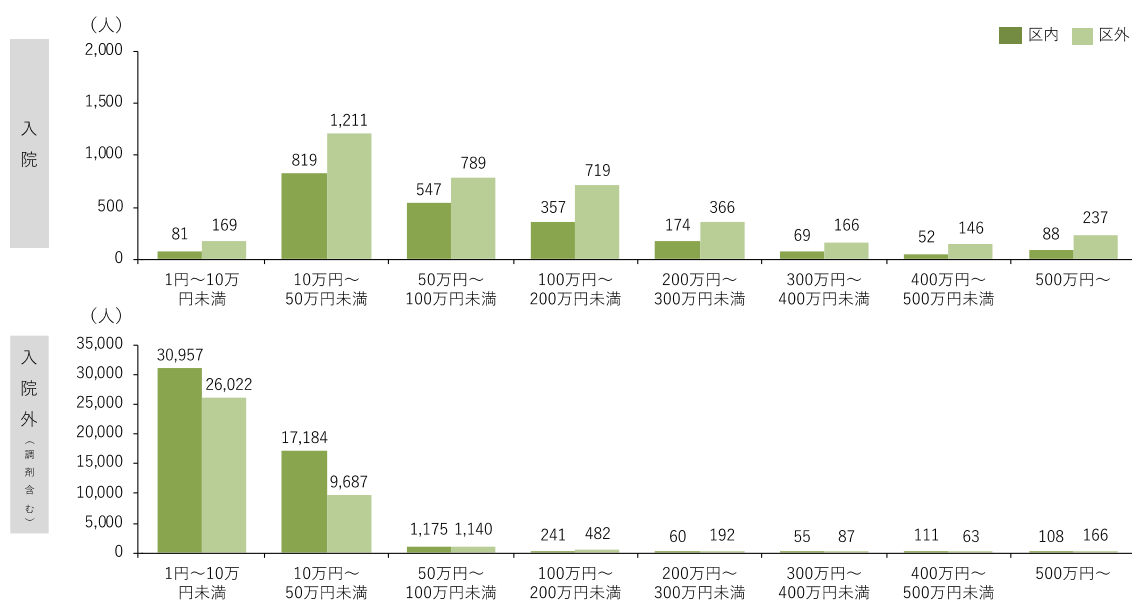


3.3 医療費と受診医療機関（区内外）の関連

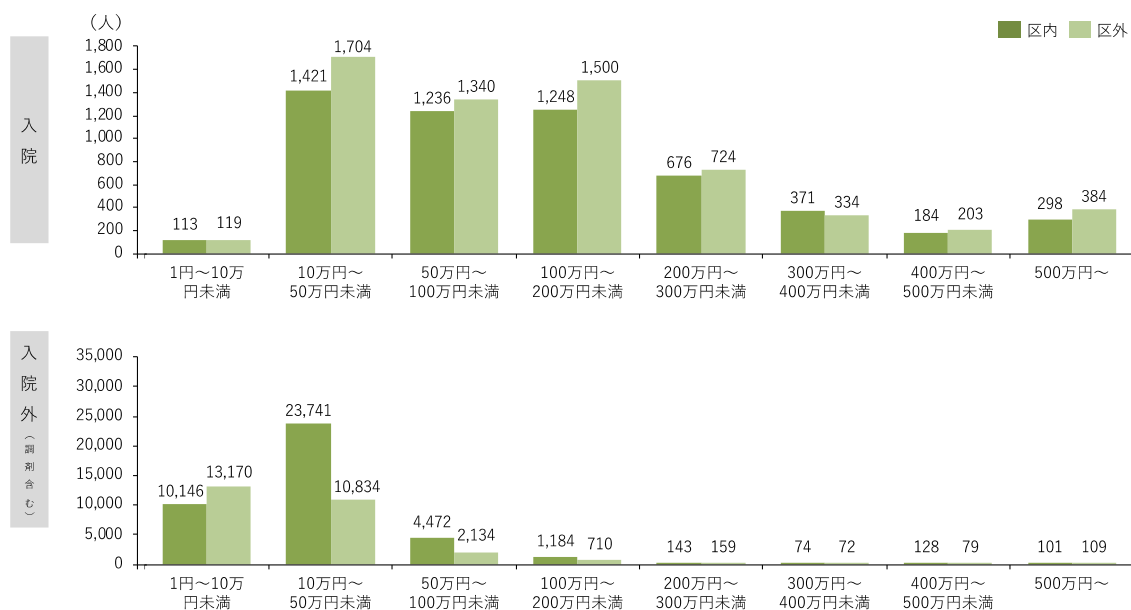
図表 3.3.1.と図表 3.3.2 に令和 3 年度の 1 年間に発生した、一人あたりの医療費と利用した医療機関の所在地を区内、区外で区分したものを示す。区内で

の受診、区外での受診の両方がある人については二度カウントされている。国保でも後期でも入院に比べ外来と調剤では区内の医療機関を使用する割合が多いことがわかる。

図表 3.3.1. 区内外・医療費階層別実人数（国保）



図表 3.3.2. 区内外・医療費階層別実人数（後期）



図表 3.3.3. 分析に使用した医療機関番号と分類

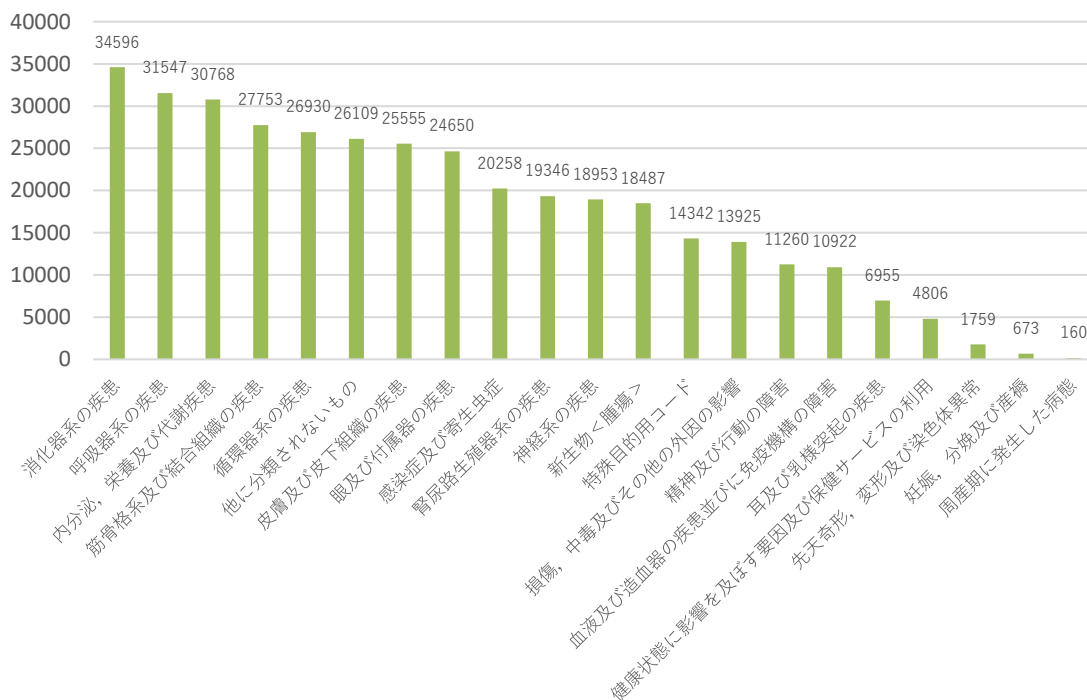
分類	定義	市区町村
区内	13117で始まる医療機関番号	東京都北区
区外（板橋区）	13119で始まる医療機関番号	東京都板橋区
区外（豊島区）	13116で始まる医療機関番号	東京都豊島区
区外（練馬区）	13120で始まる医療機関番号	東京都練馬区
区外（その他）	上記以外で始まる医療機関番号	北区・板橋区・豊島区・練馬区以外

3.4 疾患別患者数

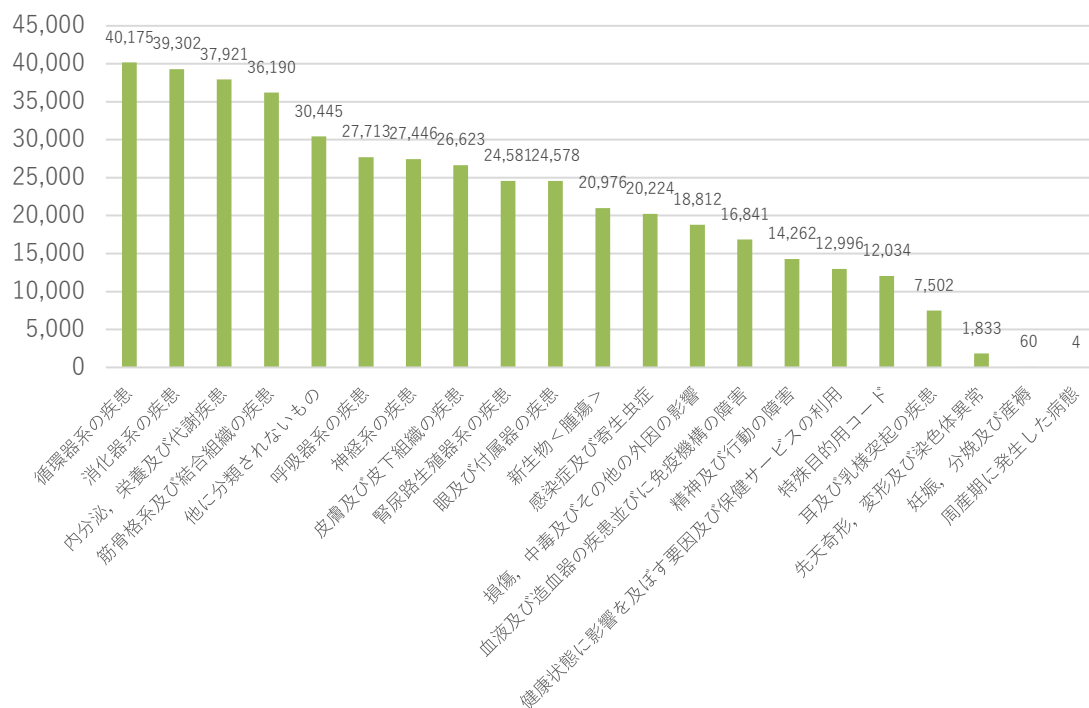
図表 3.4.1.および図表 3.4.2.に疾患大分類別患者数を示す。疾患大分類は ICD-10 という疾病コードを利用した傷病名の分類方法である。国保と比べ後

期では循環器系の疾患の受療者が多くなることがわかる。循環器系の疾患には
 リウマチ、高血圧性疾患、虚血性心疾患、肺塞栓、脳血管疾患、弁膜障害、心
 筋炎、不整脈、胸腹部大動脈瘤等、脳循環、肺循環、体循環に関わる様々な疾
 患が含まれるため、患者数も多くなる。

図表 3.4.1. 疾患大分類別患者数（国保）



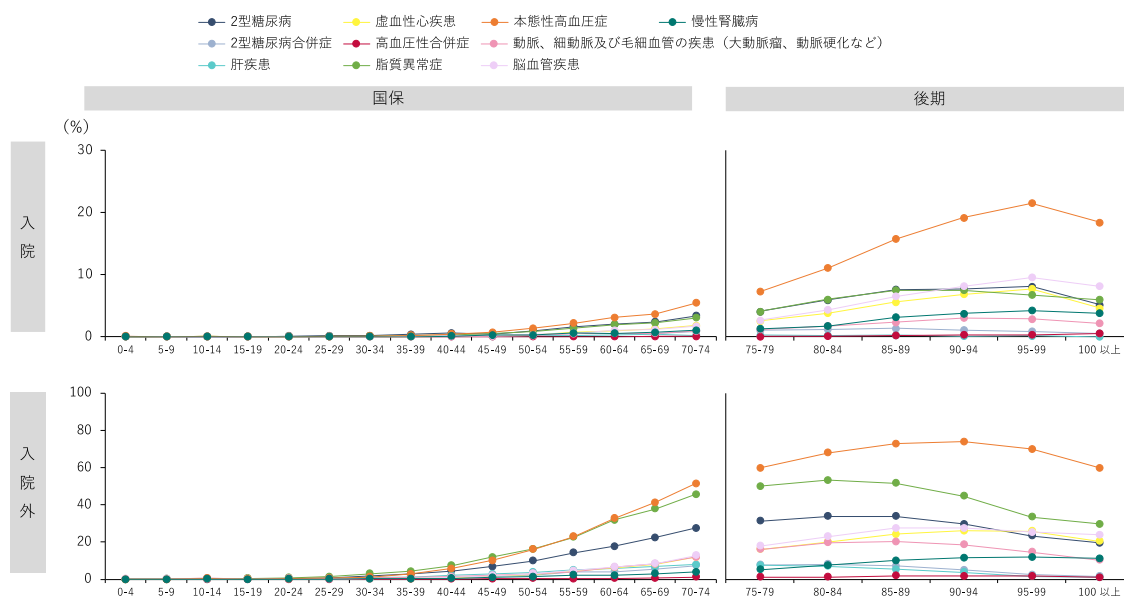
図表 3.4.2. 疾患大分類別患者数（後期）



3.5 生活習慣病に関する受療率

図表 3.5.1.に令和 3 年度の主な生活習慣病に関する年齢階級別受療率を示す。本態性高血圧は、加齢と共に受療率が増加し、95-99 歳の年齢階級における受療率は 26%となっている。

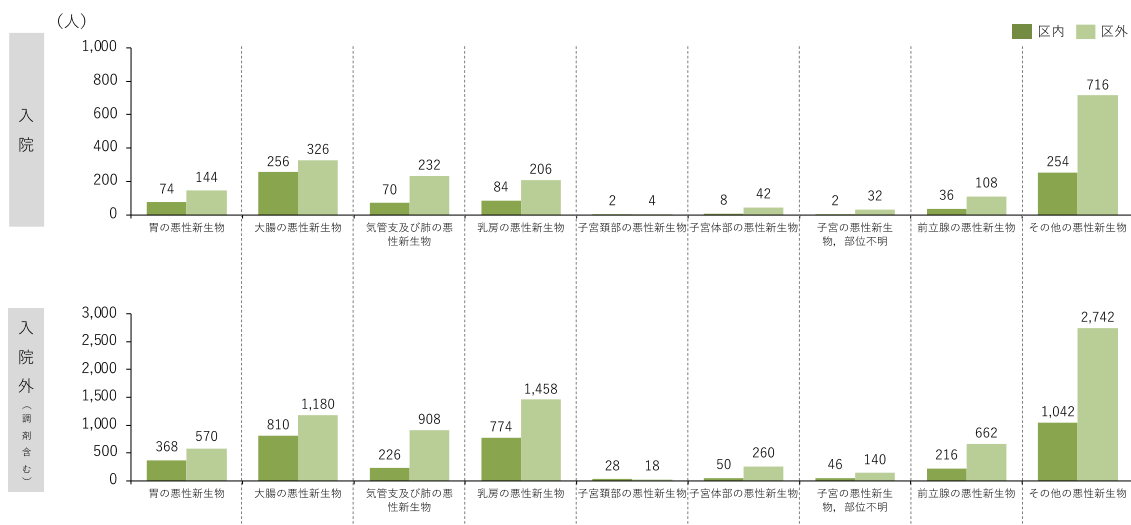
図表 3.5.1. 生活習慣病に関する受療率（男女計）



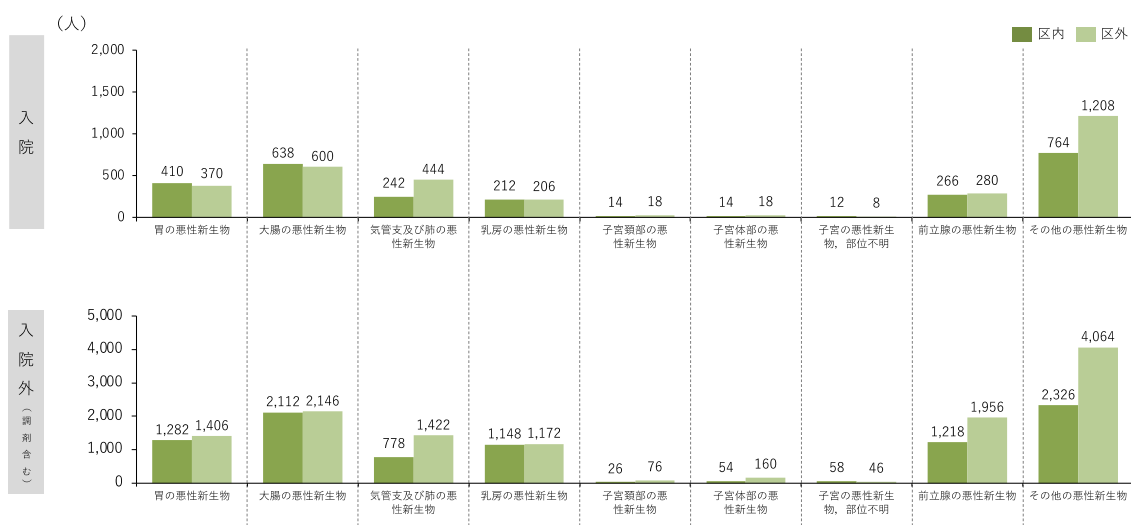
3.6 悪性新生物の医療費と受診医療機関（区内外）の関連

図表 3.6.1. および図表 3.6.2. に令和 3 年度における悪性新生物の種類別患者数と受診医療機関の所在地（区内外）を示す。後期と比べ、国保の被保険者では区外で治療を受ける人が多い。他部位の悪性新生物と比べ、気管支および肺の悪性新生物では国保、後期共に区内外での受診率の差に開きがある。

図表 3.6.1. 区内外・悪性新生物種類別患者数（国保）



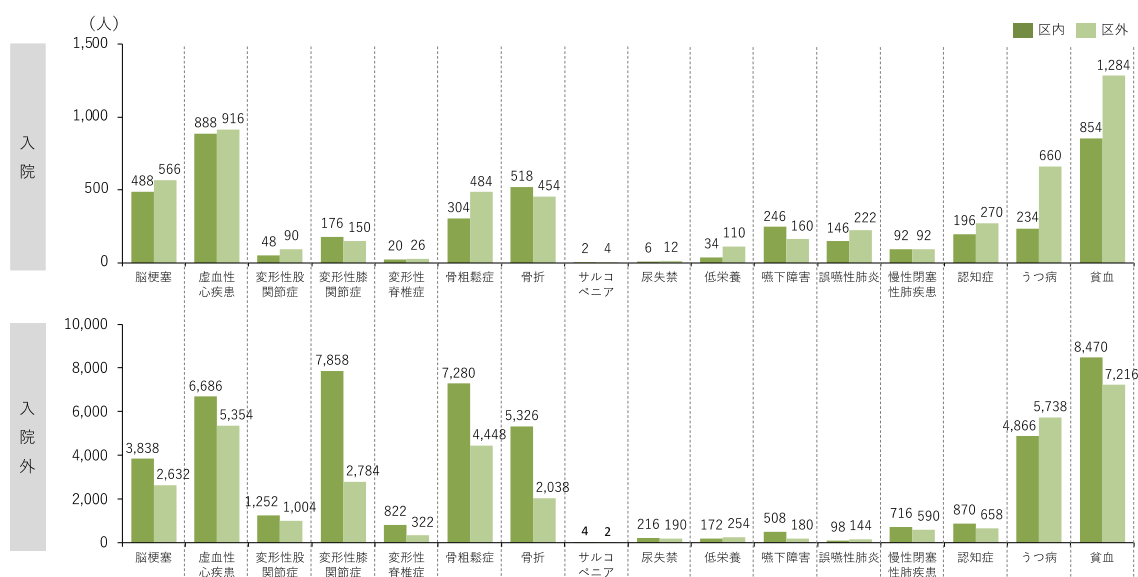
図表 3.6.2. 区内外・悪性新生物種類別患者数（後期）



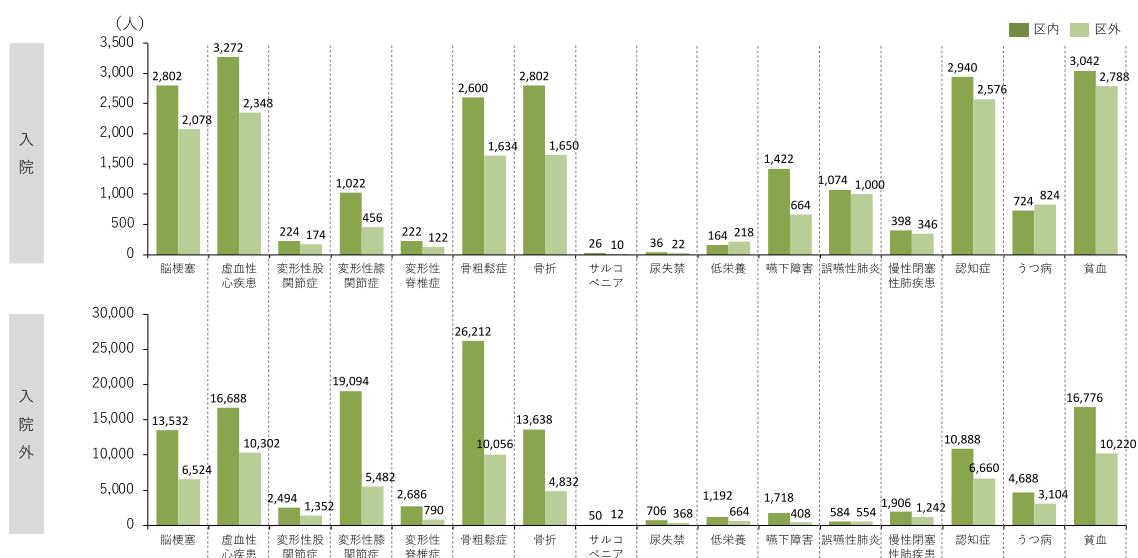
3.7 介護要因に関する疾病別患者数と受診医療機関（区内外）の関連

図表 3.7.1.および図表 3.7.2.に介護の需要と関連のある疾患について受療状況を示す。国保においては、外来（入院外）よりも入院で区外の医療機関利用がより増える。しかし、後期においては、入院も区内医療機関の利用が多いことがわかる。また、国保のうつ病受診については、入院、外来ともに区外の利用が多いことがわかる。

図表 3.7.1. 区内外別・介護要因疾病患者数（国保）



図表 3.7.2. 区内外別・介護要因疾病患者数（後期）

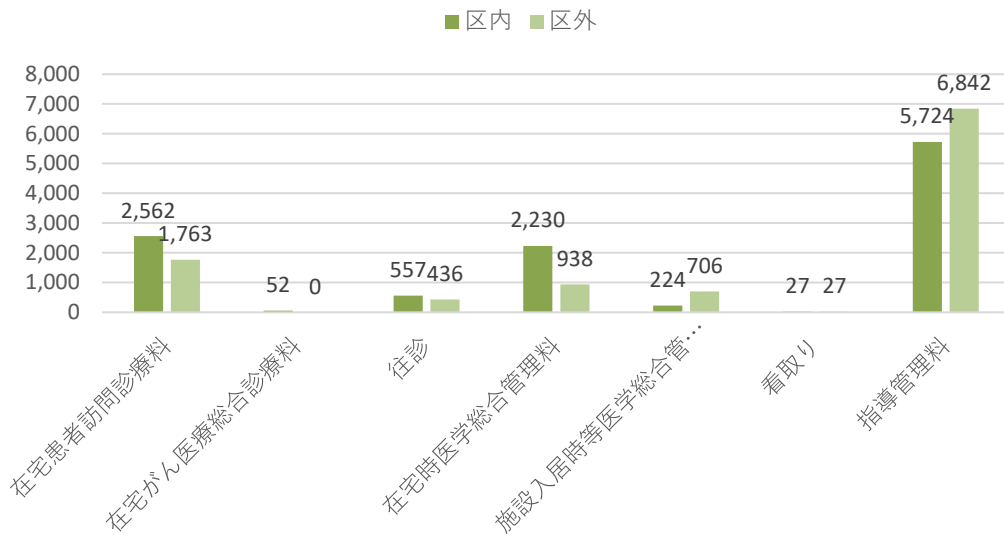


3.8 在宅医療関連分析

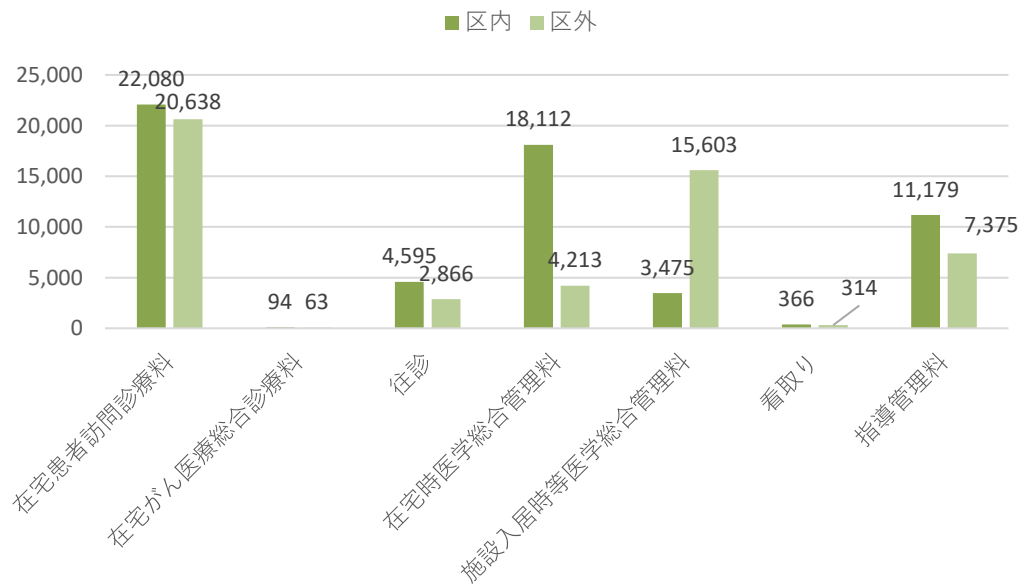
① 在宅医療サービス実施状況と実施医療機関（区内外）の関連

図表 3.8.3.および図表 3.8.4.に区内外の医療機関ごとに在宅診療に関連する診療行為の発生状況を令和3年度における延べ患者数で示す。在宅患者訪問診療料および往診の提供は、国保、後期共に半数以上が区内の医療機関によるものである。看取りがほぼ同数であることを考えると、区内での在宅訪問診療の充足率は現時点で半数程度と言える。しかし、区外の医療機関による訪問医療サービスを北区民が受けるのと同じように、区内の医療機関は北区外の患者にも訪問医療サービスを提供しているため、真の充足率はこの数字からは判断できない。

図表 3.8.3. 在宅診療区分ごとの延べ患者数（国保）



図表 3.8.4. 在宅診療区分ごとの延べ患者数（後期）



② 入院および退院先の区内外分析(後期)

図表 3.8.6.は DPC における入院医療機関と退院後翌月の受診医療機関の所在地を追ったものである。国保、後期ともに区内と板橋区への入院が多い。板橋区へ入院した翌月の受診医療機関は国保で退院後翌月の医療機関は後期高齢者で、42%が区内に戻るのに対し、後期では 50%が区内に戻っており、後期の利用者では、より区内での療養を好む傾向がこちらからも窺われる。

図表 3.8.6. 入院発生時の医療機関と退院後翌月の医療機関

国保

		翌月の医療機関					総計
		区内	板橋区	豊島区	練馬区	その他	
入院発生 医療機関	区内	1,171	63	24	-	79	1,337
	板橋区	640	757	29	2	79	1,507
	豊島区	29	4	40	-	11	84
	練馬区	6	1	1	5	-	13
	その他	655	54	61	3	1,286	2,059
総計		2,501	879	155	10	1,455	5,000

後期

		翌月の医療機関					総計
		区内	板橋区	豊島区	練馬区	その他	
入院発生 医療機関	区内	2,809	179	33	12	192	3,225
	板橋区	1,641	1,328	87	15	167	3,238
	豊島区	64	8	53	-	14	139
	練馬区	19	-	1	8	3	31
	その他	1,214	102	63	2	1,717	3,098
総計		5,747	1,617	237	37	2,093	9,731

3.9 介護サービス実施状況

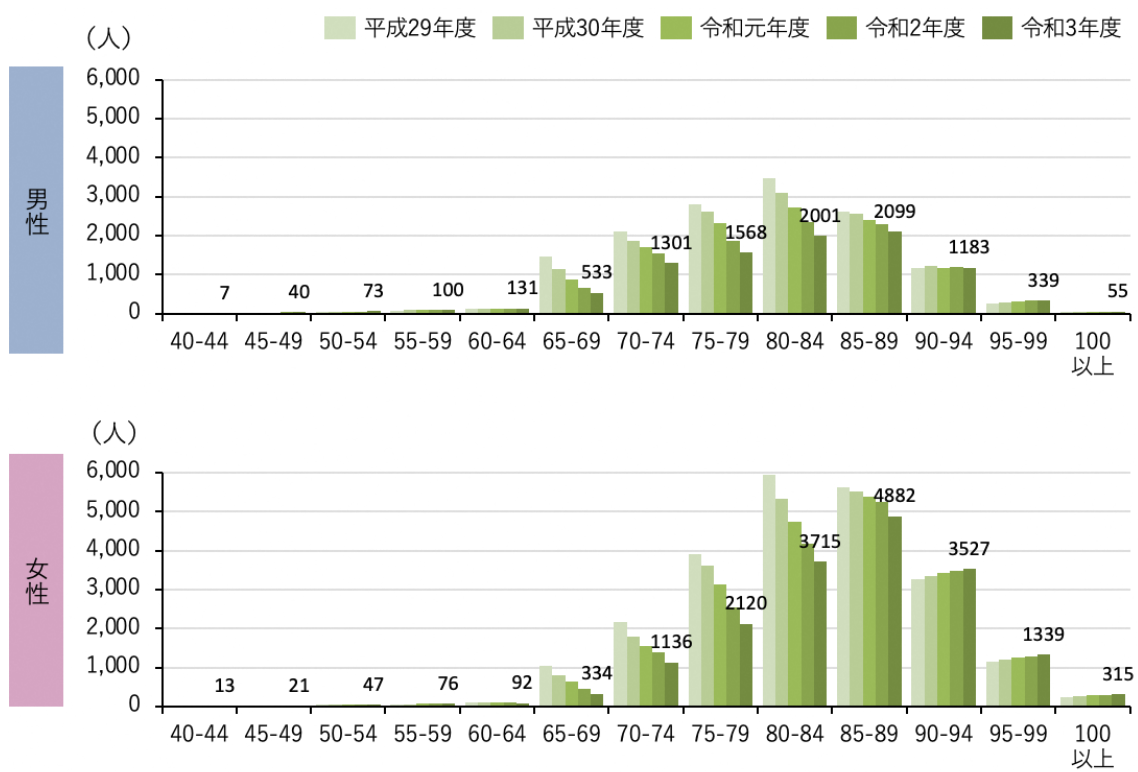
図表 3.9.1.に性年齢階級別要支援および要介護認定者数の推移を示す。要支援もしくは要介護認定を受けた者の数を示している。男女ともに認定者数は年々減少している。

図表 3.9.2.に介護サービス利用率の年次推移を示す。これは要支援または要介護認定者のうち、介護サービスを利用した者の割合を示す。平成 28 年と比較すると、利用率は 23.8%上昇しており、より多くの認定者が公的サービスを利用するようになったことを示している。

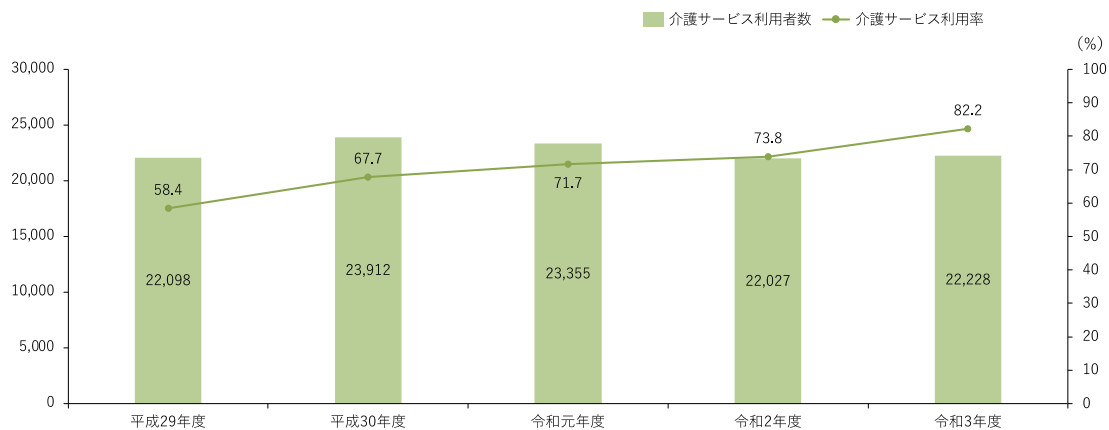
図表 3.9.3.に性年齢階級別一人あたりの介護給付費の推移を示す。65 歳以上の第 1 号被保険者では、ひとりあたりの給付費は年々増大していることがわかる。40 歳から 64 歳までの第 2 号被保険者には、明らかな増加傾向が認められない。これは、第 2 号被保険者の対象者が特定疾患（がん末期、関節リュウマチ、筋萎縮性側索硬化症など）の患者に限られることと、利用者の数が少ないため利用者の疾患や重症度の違いによるばらつきを大きく受けていると考えられる。また、80 歳以上と高齢になると男性に比べ、女性で給付費が高くなっている。これは、高齢女性に介助が必要となった場合、多くを公的介護資源に頼っていることを示しており、NDB(National DataBase)においても同様の現象が確認されている。

図表 3.9.4.に介護度別・介護サービス利用の推移を示す。要介護1のサービス利用数が特に増加している。費用については要介護度が高くなるほど高額になっている。

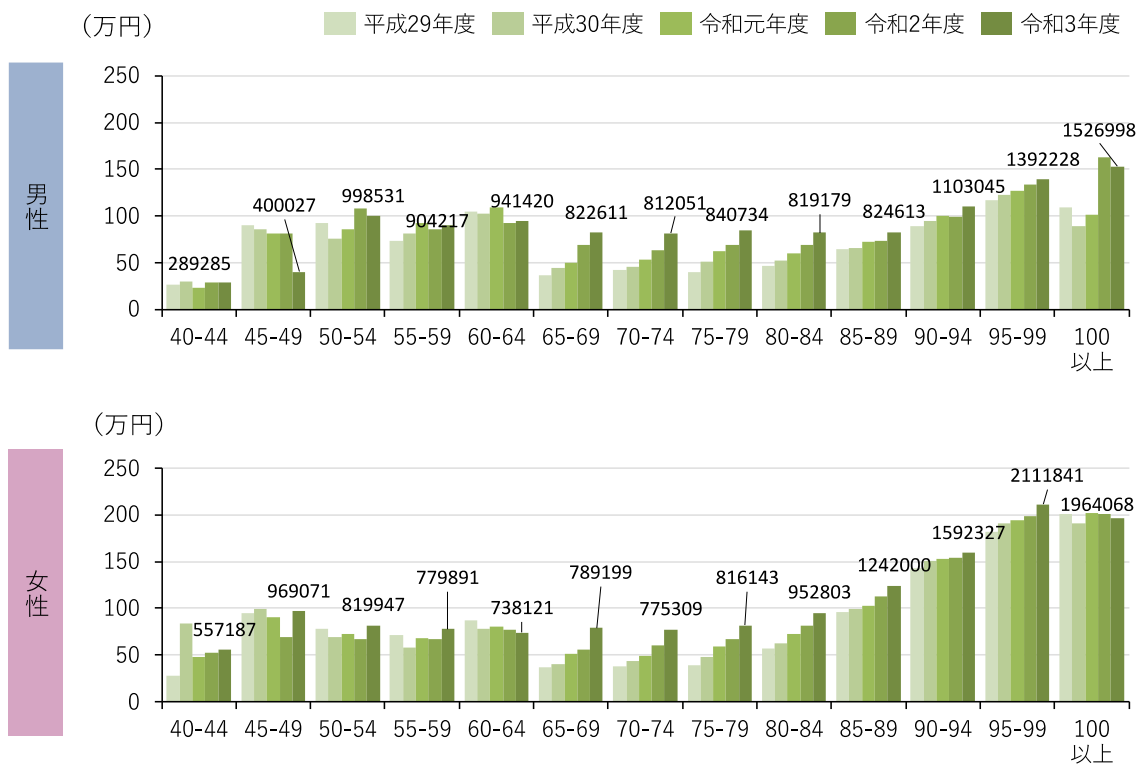
図表 3.9.1. 性年齢階級別要支援および要介護認定者数の推移



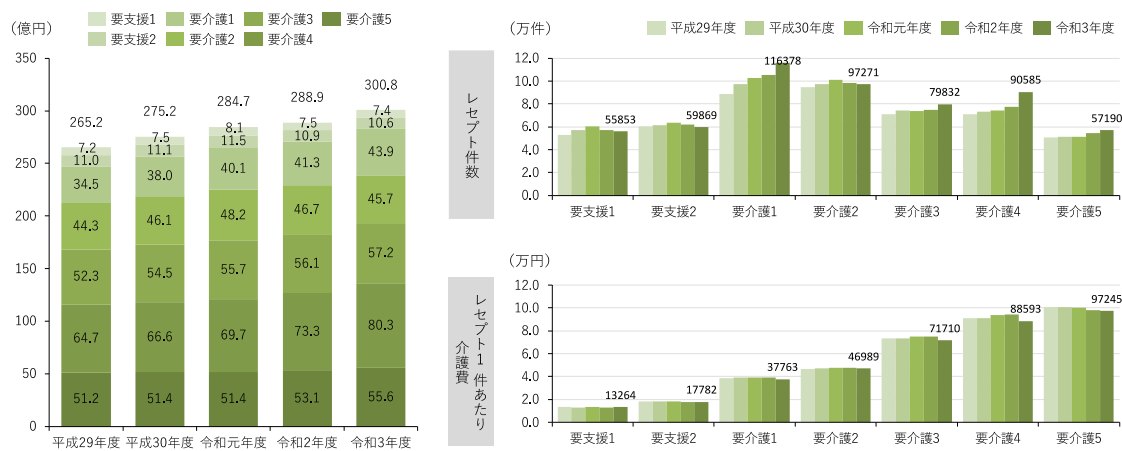
図表 3.9.2. 介護サービス利用率の年次推移



図表 3.9.3. 性年齢階級別一人あたりの介護給付費推移



図表 3.9.4. 介護度別・介護サービス利用の推移



4. 診療所に関する分析：医療施設静態調査一般診療所票より

4.1. 本調査について

本調査は、医療施設の診療機能を把握し、医療行政の基礎資料を得ることを目的とし、調査時点で開設しているすべての医療機関を対象に施設名・施設の所在地、開設者、診療科目、設備、許可病床数等を調査したものである。

令和2年10月1日時点で北区内にある歯科を除く一般診療所（19床以下）、290施設のうち、休診中の6施設、および企業の保健指導のための診療所や特別養護老人ホームの医務室等21箇所を除いた263施設を分析対象とした。

4.2 診療科の内訳

図表4.2.1. に診療科の標榜科目を示す。複数科標榜する施設もあるため、重複計上されている。全国平均と比較すると東京都内では内科が少なく、皮膚科を標榜する施設が多い。また、北区では小児科を標榜する診療所が特に多いことがわかる。

図表 4.2.1. 診療所における標榜する診療科目

診療科	全国	東京都	北区
内科	62.5%	58.7%	57.8%
呼吸器内科	7.4%	6.7%	6.1%
循環器内科	12.5%	11.3%	11.0%
消化器内科（胃腸内科）	17.3%	14%	17.5%
腎臓内科	2.1%	2.7%	1.9%
脳神経内科	2.5%	2.6%	1.9%
糖尿病内科（代謝内科）	4.1%	5%	4.9%
血液内科	0.5%	0.6%	0.0%
皮膚科	12.1%	19%	18.6%
アレルギー科	7.5%	8.9%	7.6%
リウマチ科	4.3%	3.2%	1.9%
感染症内科	0.4%	0.6%	0.8%
小児科	18.3%	18%	26.6%
精神科	7%	9.8%	8.4%
心療内科	4.9%	6.9%	6.5%
外科	12.1%	8.5%	12.2%
呼吸器外科	0.2%	0.1%	0.4%
心臓血管外科	0.4%	0.5%	0.8%
乳腺外科	0.8%	1.1%	1.5%
気管食道外科	0.4%	0.3%	0.4%
消化器外科（胃腸外科）	1.1%	1%	0.8%
泌尿器科	3.7%	4%	3.8%
肛門外科	2.8%	2.2%	3.4%
脳神経外科	1.8%	1.5%	0.0%
整形外科	12.1%	10.8%	13.7%
形成外科	2.1%	3.7%	1.1%
美容外科	1.4%	3.3%	1.1%
眼科	8%	9%	10.3%
耳鼻いんこう科	5.6%	6.4%	7.6%

小児外科	0.4%	0.4%	0.4%
産婦人科	2.8%	3%	3.4%
産科	0.3%	0.3%	0.0%
婦人科	1.8%	2.8%	2.3%
リハビリテーション科	11.2%	6.7%	9.9%
放射線科	3%	2%	4.9%
麻酔科	1.9%	1.3%	1.9%
病理診断科	0.1%	0.1%	0.0%
臨床検査科	0.1%	0.1%	0.0%
救急科	0.1%	0.1%	0.0%
歯科	1.7%	2.2%	1.9%
矯正歯科	0.2%	0.3%	0.4%
小児歯科	0.2%	0.4%	0.8%
歯科口腔外科	0.2%	0.4%	0.0%

4.3. 処置、手術、専門外来等の実施施設

図表 4.3.1.に北区内一般診療所における処置、手術、専門外来等の実施施設の割合を示す。いずれの項目も一般診療所における実施施設は稀少であり、全国平均と同等であった。

図表 4.3.1. 一般診療所における処置手術等実施施設

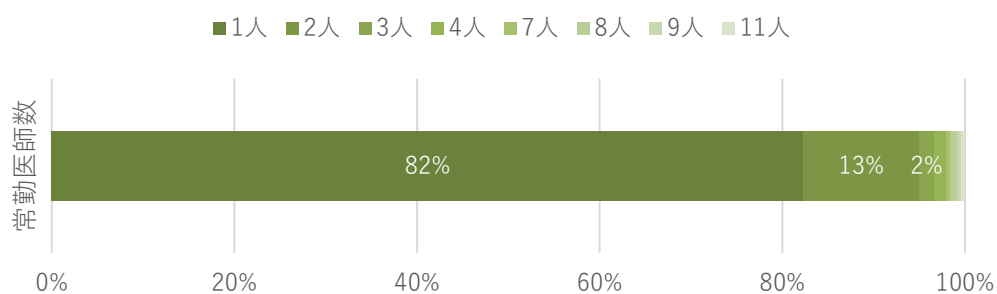
処置手術等	全国	北区
悪性腫瘍手術	0.4%	0.8%
外来化学療法	0.4%	0.4%
人工透析	2.0%	1.1%
分娩（正常分娩を含む）	1.0%	0.8%
帝王切開娩出術（再掲）	0.8%	0.0%
帝王切開を除く無痛分娩（再掲）	0.3%	0.0%
専門外来（禁煙外来）	13.2%	12.9%

* 本項目について、全国平均と比較のため、調査対象施設数を 263 施設から、活動中の 284 施設に変更

4.4 常勤医師数の分布

図表 4.4.1.は診療所における常勤医師数の分布を示したものである。回答のあった 238 施設における中央値は 1 人、最大値は 11 人であった。常勤医師 1 名の診療所が 8 割以上であることがわかる。

図表 4.4.1. 診療所における常勤医師数



4.5. 在宅医療サービスの実施状況

図表 4.5.1. に在宅サービスの実施施設の割合を比較する。北区では在宅患者訪問診療の実施施設が全国平均 19.7% と比べ 14.1% と少なく、在宅患者訪問看護・指導を実施する診療所の割合も少ない。

図表 4.5.2. は在宅患者訪問診療を行った北区内の診療所 40 施設における令和 2 年 9 月 1 ヶ月間の往診、訪問診療、歯科訪問診療の件数を示す。訪問診療件数は、中央値 17 件、最大値 1806 件、合計 5979 件。往診件数に関しては中央値 3 件、最大値 288 件、合計 872 件。施設番号 1 および 2 は主に歯科訪問診療を担う診療所である。

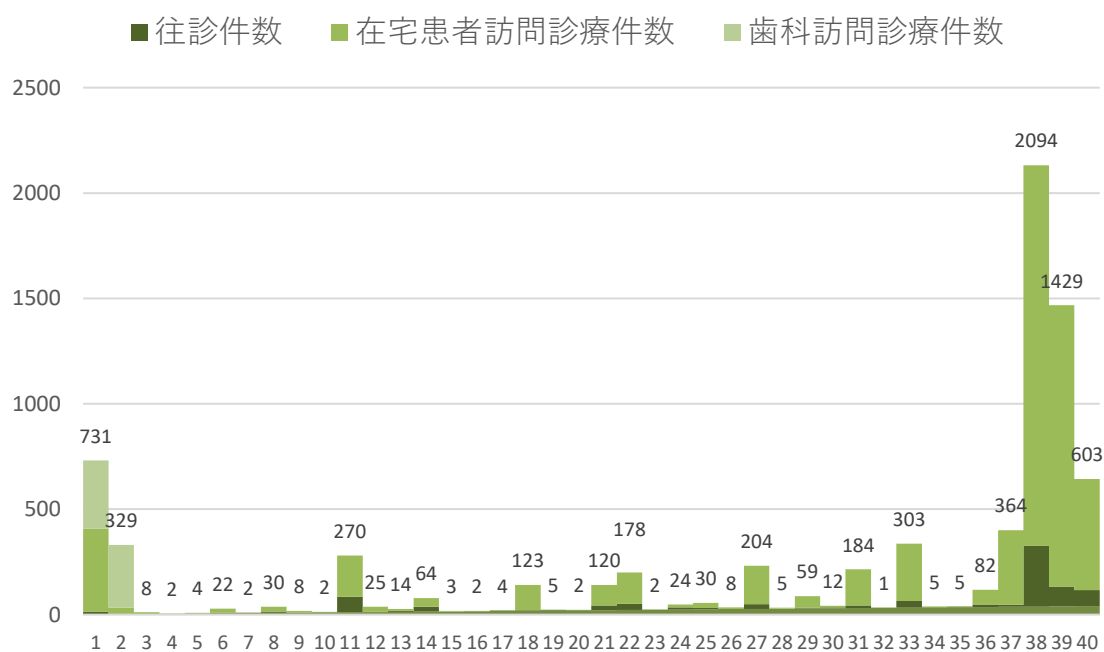
図表 4.5.2. および図表 4.5.2. における施設番号は同一の診療所を示す。図表 4.5.3. は在宅患者訪問診療を行う施設における医師と歯科医師の分布を示している。図表 4.5.1. と照らし合わせると、医師数と訪問数には単純な比例の関係ではないことがわかる。

図表 4.5.4. は在宅看取り件数の分布である。訪問診療を行う診療所 40 施設のうち、令和 2 年 9 月の 1 ヶ月間に在宅での看取りがあったと答えた診療所は 10 施設。1 ヶ月の最大看取り件数は 10 件であった。

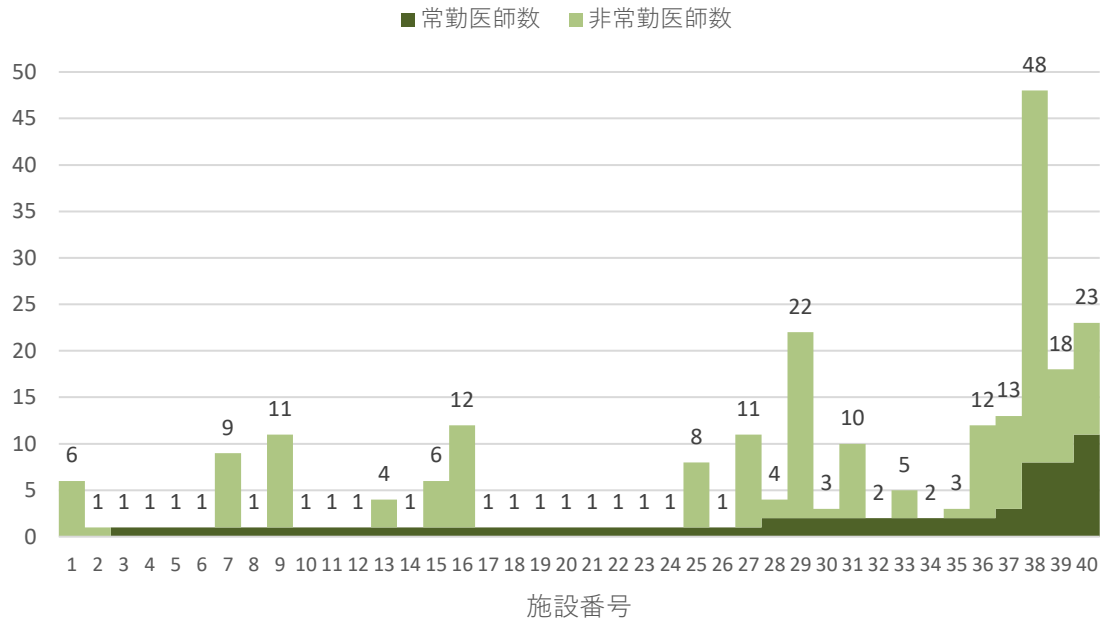
図表 4.5.1. 在宅サービスの実施割合

在宅サービス	全国	東京都	北区
往診	18.6%	13.7%	17.6%
在宅患者訪問診療	19.7%	12.9%	14.1%
歯科訪問診療	0.2%	0.2%	1.1%
救急搬送診療	1.1%	0.7%	1.8%
在宅患者訪問看護・指導	2.6%	1.7%	1.8%
精神科在宅患者訪問看護・指導	0.5%	0.5%	1.1%
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	1.8%	1.4%	1.4%
訪問看護ステーションへの指示書の交付	15.8%	10.8%	12.7%
在宅看取り	5.2%	3.7%	4.6%
居宅療養管理指導（介護予防サービスを含む）	7.4%	6.5%	8.5%
訪問看護（介護予防サービスを含む）	1.5%	1.1%	1.1%
訪問リハビリテーション（介護予防サービスを含む）	1.8%	1.1%	1.8%

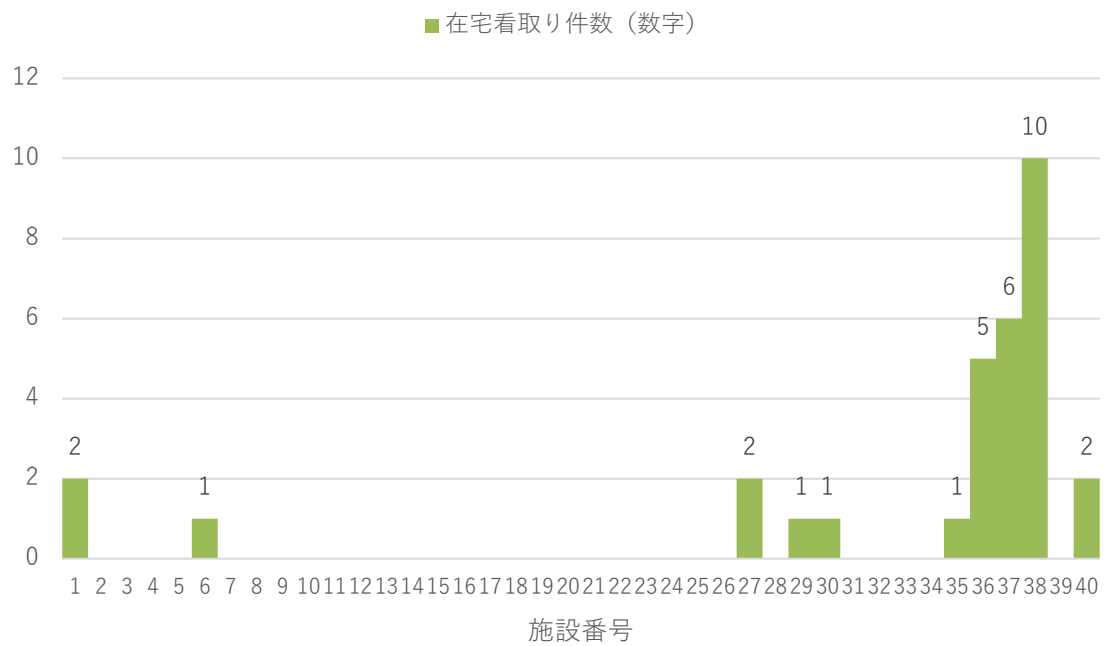
図表 4.5.2. 各診療所における在宅医療の提供実績



図表 4.5.3. 各診療所における医師および歯科医師数



図表 4.5.4. 各診療所における在宅看取り件数



4.6. 診療録の電子化について

図表 4.6.1.に、診療録電子化の状況を示す。診療録の電子化が済んでいる北区内の診療所は 40.5%と、東京都区部平均 44.8%よりも少ない。電子化の予定がないと答えた施設も北区で 46.8%と多かった。

これらの施設における 9 月の平均患者数をみると、電子化済みの施設で 1,063 人、電子化の予定がある施設で 809 人、電子化の予定のない施設で 669 人と、患者数の多い施設では電子化が行われている傾向がみられた。

図表 4.6.1. 診療録電子化の状況

	東京都区部	北区
診療所全体で電子化済み	44.8%	40.5%
診療所内の一部で電子化済み	10.5%	7.4%
今後電子化予定	4.6%	5.3%
電子化予定なし	40.1%	46.8%

* 本項目について、全国平均と比較のため、調査対象施設数を 263 施設から、活動中の 284 施設に変更

5. 病院に関する分析：医療施設静態調査病院票より

5.1. 本調査について

本調査は、医療施設の診療機能を把握し、医療行政の基礎資料を得ることを目的とし、調査時点で開設しているすべての医療機関を対象に施設名・施設の所在地、開設者、診療科目、設備、許可病床数等を調査したものである。

令和2年10月1日時点で北区内にある病院のうち、一般病床と療養病床を持つ17施設（以下、A～Qで表記）を分析対象とした。

5.2. 病院建物の老朽化

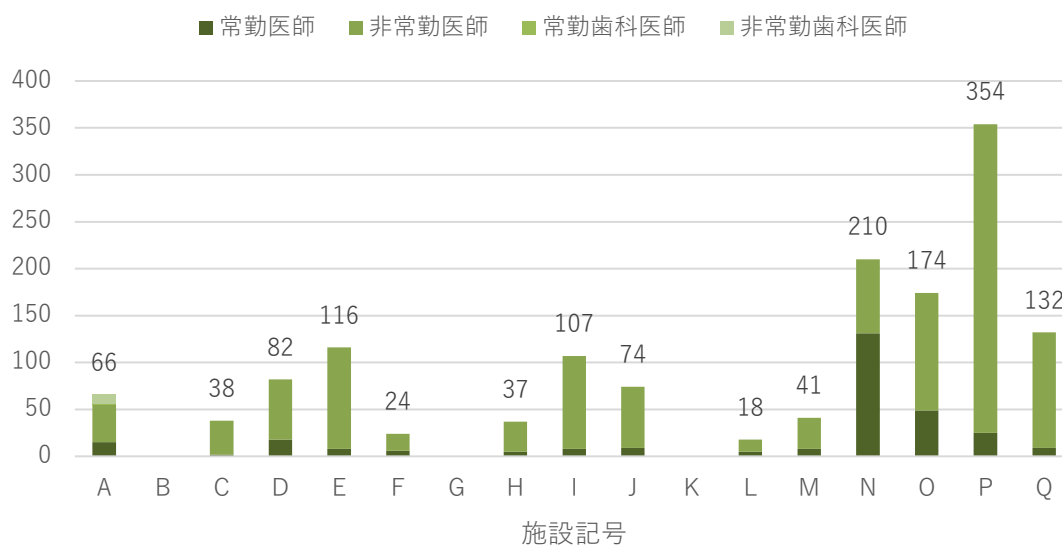
図表に記載されている施設記号における病院D, E, F, H, Lは、病院建物の築年数が30年を超える病院である。「減価償却資産の耐用年数等に関する省令」（「機械及び装置以外の有形減価償却資産の耐用年数表」）によると、鉄筋（鉄骨）コンクリート造の病院建物の耐用年数は39年とされている。よって、これらの病院は、この先10年以内に建て替えを迎えると予測される。都内病院においては郊外の病院と比べ病院敷地面積が狭く、同敷地内に建て替えのための土地を準備するのが難しい場合が多い。建て替えにより病院が他の地域へ移転する事例が起こっている。

5.3. 各病院における医師と許可病床の分布

図表 5.3.1.に令和 2 年 9 月末時点における各病院の医師および歯科医師従事者数を示す。

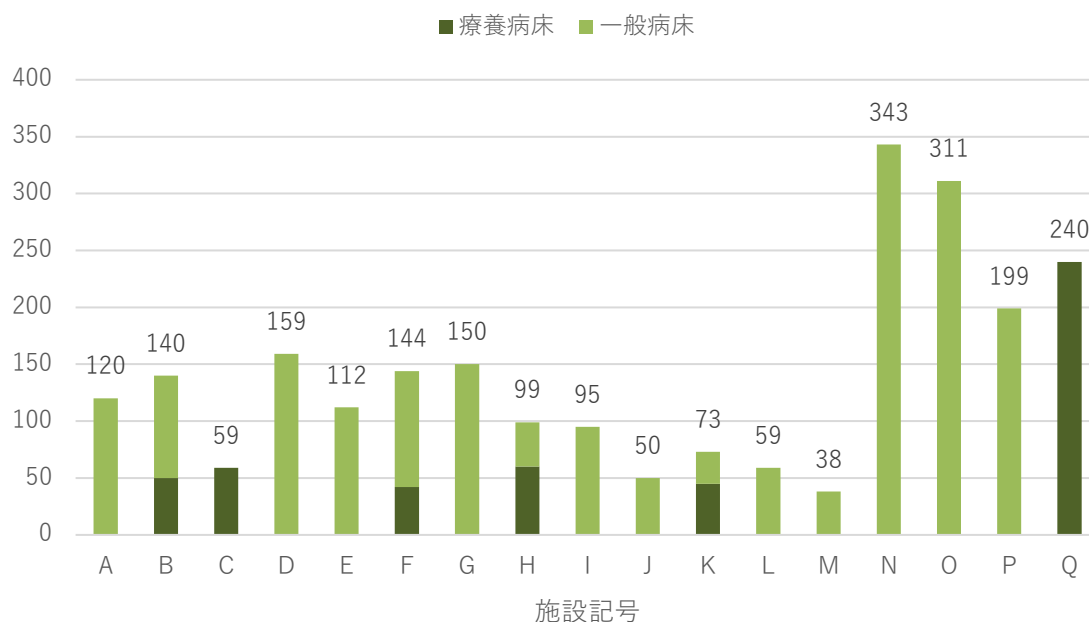
図表 5.3.2.に療養病床および一般病床の病床数を示す。

図表 5.3.1. 医師および歯科医師の分布



* B、G および K は調査へ未回答のため空欄

図表 5.3.2. 病床数の分布



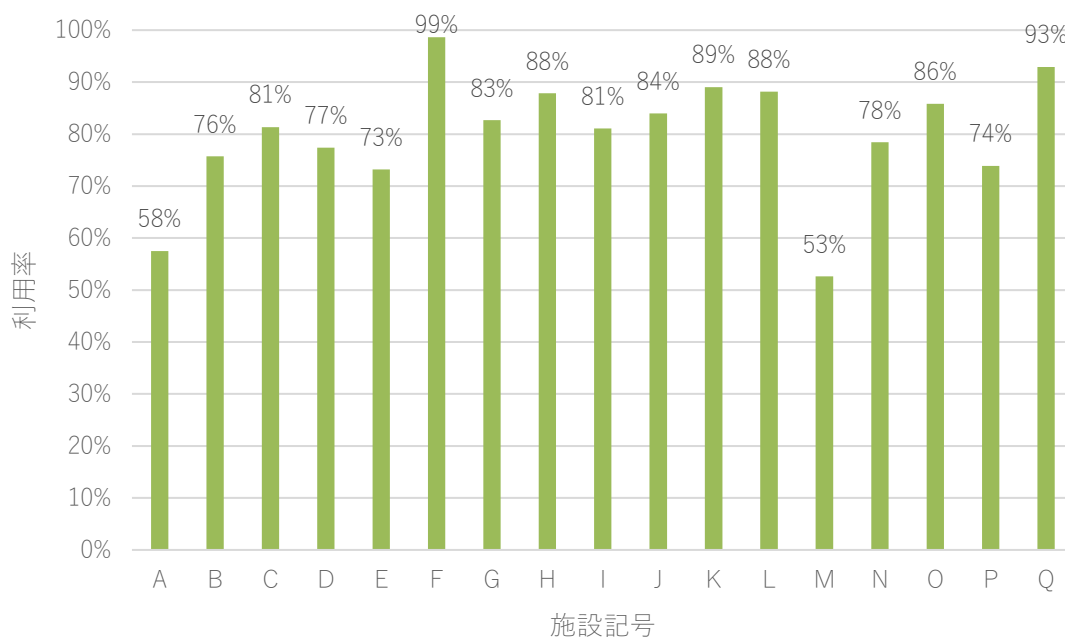
5.4. 病床利用率

図表 5.4.1. に令和 2 年 9 月末日における病床利用率を示す。一般病床と療養病床の混在する病院を含め、一般病床の利用率は 79%、療養病床の利用率は 87%であった。令和 2 年全国の病院における一般病床利用率は 71.3%、療養病床利用率は 85.7%であった。

調査対象月となった令和 2 年 9 月の COVID-19 感染状況は、東京都全体の 1 週間の感染者数が 1,200 人程度であり、感染状況としては落ち着いた時期であったが、病床確保の影響はあると思われる。

北区人口 10 万人に対する一日平均在院患者数は 599 人であり、東京都平均の 600 人と同等数である。

図表 5.4.1. 病床利用率



5.5. 在宅医療サービスの実施状況

医療保険等による在宅サービス(往診、在宅患者訪問診療、歯科訪問診療、救急搬送診療、在宅患者訪問看護・指導、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理、訪問看護ステーションへの指示書の交付、在宅看取りのいずれか)を行っている病院は、12 施設ある。

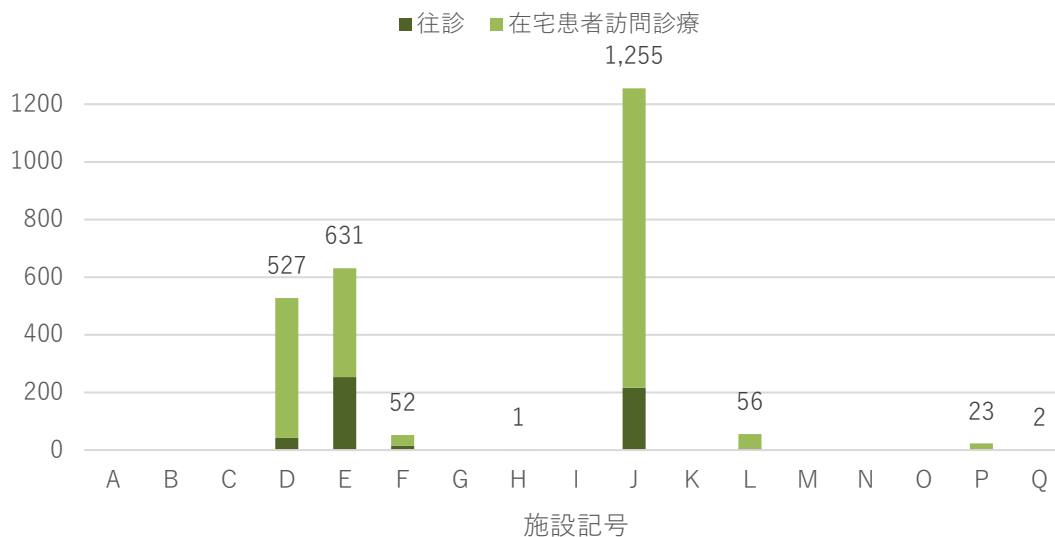
図表 5.5.1. に令和 2 年 9 月の往診と訪問診療の件数を示す。病院が行った往診件数の合計は 536 件、訪問診療件数の合計は 2,011 件。北区内の医療機関が提供する往診のうち 38%を、訪問診療のうち 25%を病院で賄っている。

図表 5.5.2. に令和 2 年 9 月の居宅医療管理保健指導および訪問リハビリテーションの件数を示す。病院が実施した居宅医療管理保健指導は 1,570 件であり、これは北区の医療機関が提供する居宅療養管理指導の中の 31%を占める。

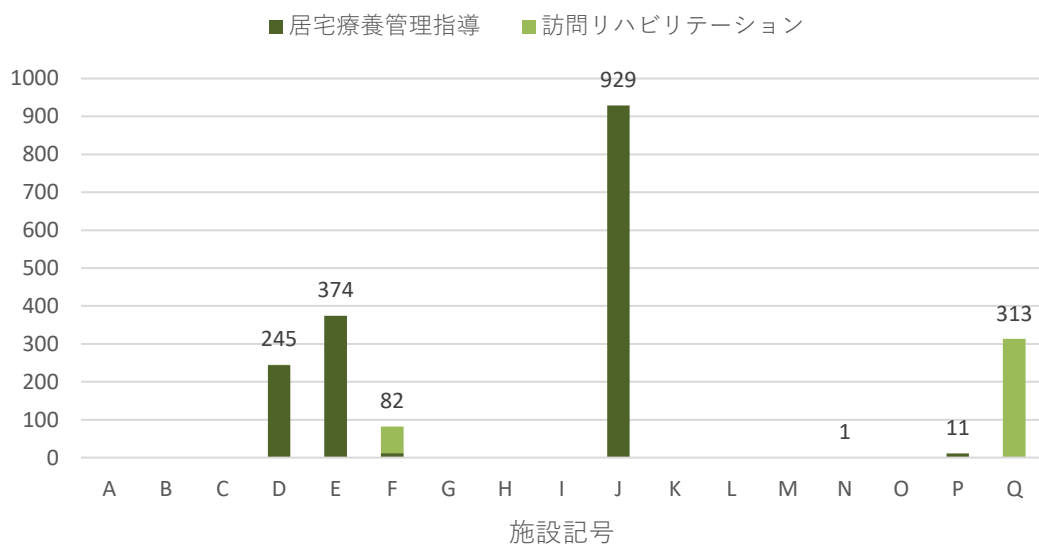
図表 5.5.3.は在宅看取り件数の分布である。在宅患者訪問診療を行う病院のうち、9 月の 1 ヶ月間に在宅での看取りがあったと答えた病院は 3 施設であった。1 ヶ月の最大看取り件数は 9 件であった。

図表 5.5.4. に各区における在宅療養支援病院数の年次推移を示す。どの区においても微増している。

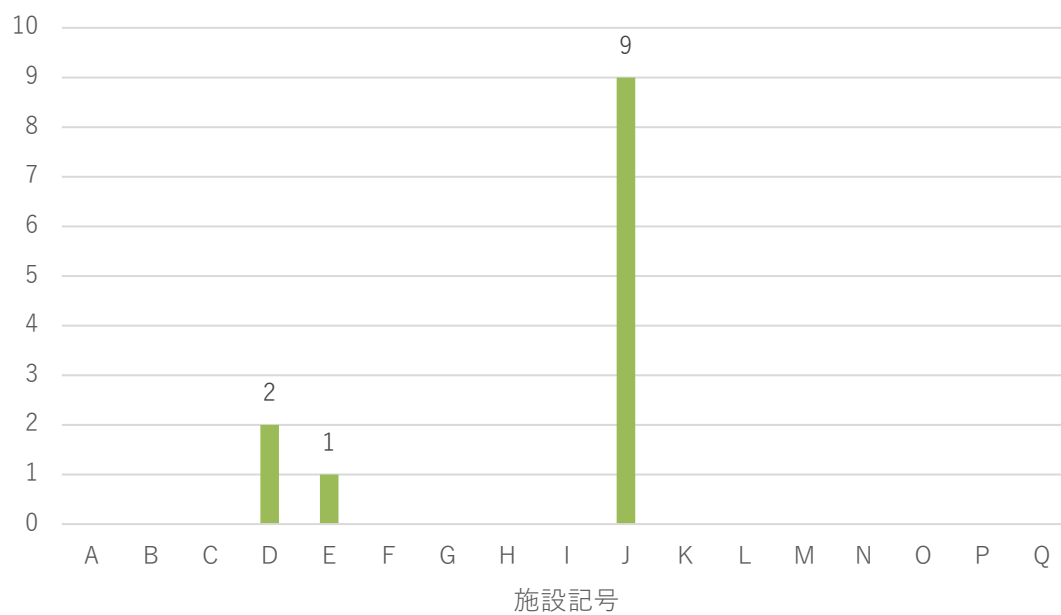
図表 5.5.1. 在宅患者訪問診療を行う病院における在宅医療実施状況



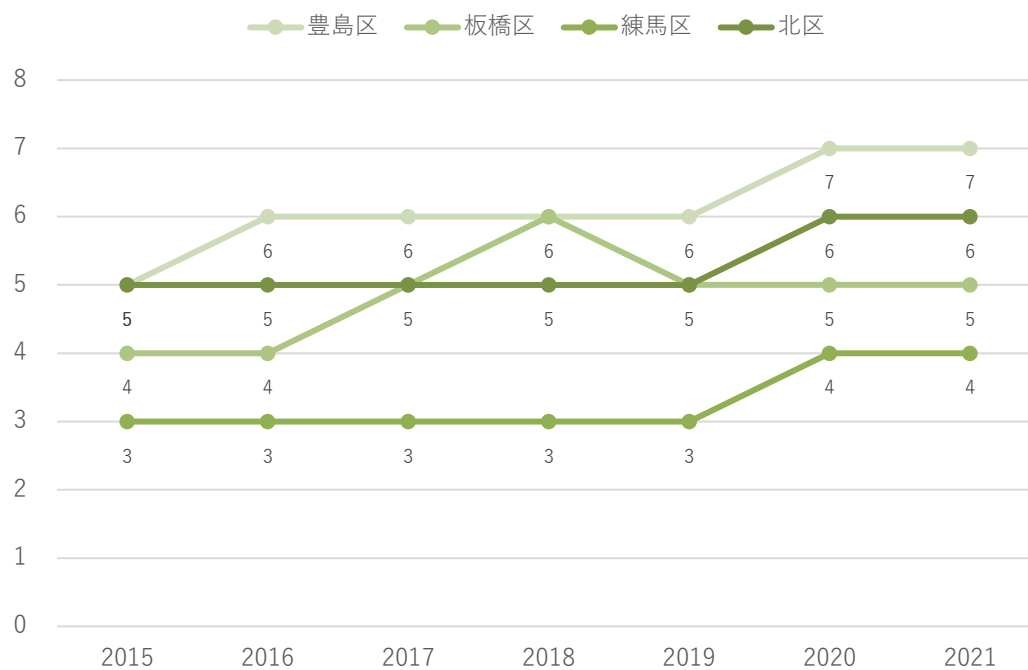
図表 5.5.2. 居宅医療管理保健指導および訪問リハビリテーション件数



図表 5.5.3. 1 ヶ月間の在宅看取り実施件数



図表 5.5.4. 区内在宅療養支援病院数の推移



6. 北区におけるコロナウイルス感染症の状況

6.1. 感染者数

COVID-19 感染症に関する重症者把握のため、診療報酬明細書の記述を行った。北区の国民健康保険（以下、国保）被保険者累計および後期高齢者医療（以下、後期）被保険者累計を分析対象とした。レセプトの分析期間は、データのある診療月が令和2年4月から令和4年3月までとした。令和2年12月時点の人口を元にとすると、74歳以下区民の国保加入率は令和1年北区の報告書によると21.5%となっている。

図表 6.1.1. に令和4年9月25日までの区民における PCR 検査陽性者数と入院勧告数、死亡数、死亡者の内訳を期間毎に示す。陽性者数に対する死亡割合は波毎に大きく異なり、第3波における 1.6%(30/1,891) が最大であった。

図表 6.1.1. コロナ感染状況

集計期間	R2.3~ 11.30	R2.12.1~ R3.3.31	R3.4.1~ 6.30	R3.7.1~ 12.31	R4.1.1~ 6.30	R4.7.1~ 9.25	R4.9.26~*1 R5.2.28	全期間
概ね相当する波 と流行株	第1・2波 従来株	第3波 従来株	第4波 アルファ株	第5波 デルタ株	第6波 オミクロン株	第7波 オミクロン株	第8波 オミクロン株	第1~8波 -
陽性者数*1	836	1,891	1,321	5,840	34,025	36,639	21,166	101,718
勧告入院*2	698	511	407	753	2,189	1,321	1,828	7,707
死亡*3	4	30	10	30	31	21	51	177
内訳								
20歳代							1	1
50歳代		1	1	7	2	2	1	14
60歳代		2	3	4		2	3	14
70歳代	2	5	1	8	5	1	8	30
80歳代	2	15	3	9	15	11	23	78
90歳~		7	2	2	9	5	15	40

*1 暫定値。令和4年9月25日までは北区民の陽性者。以後は区内医療機関から届出・報告された陽性者（東京都が実施する無料PCR検査事業による陽性者を含まない）。

*2 北区保健所が感染症法に基づき入院勧告した患者数

*3 北区保健所が把握した数

6.2. 国保および後期の患者における重症患者の記述

図表 6.2.1.に COVID-19 感染症患者抽出に使用したレセプト電算処理システムマスターコード、COVID-19 関連検査実施状況の特定のために使用した診療行為コード、ICU 入室等の重症者抽出のための診療行為コードを示す。今回の分析では重症者を特定集中治療室管理料、救命救急入院料 2 および 4、人工呼吸器装着患者、ECMO 使用患者、ハイフローセラピーこれらのいずれかが算定された者と定義した。

図表 6.2.2.および図表 6.2.3.に各期間の COVID-19 感染症関連検査算定回数と年代別の算定回数、図表 6.2.4.および図表 6.2.5.に算定された人数を示す。

74 歳までの国保加入者は年代により加入率が異なることに注意が必要である。

図表 6.2.1.抽出に使用した各コード

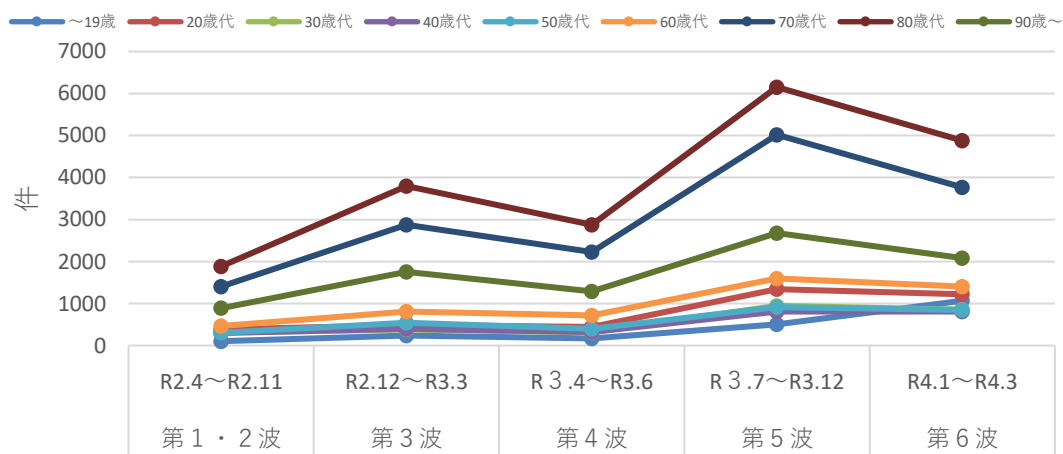
診療行為コード	CoV関連検査診療行為名	傷病名コード	傷病名	ICD_10
160223350	SARS-CoV-2 核酸検出 (検査委託)	8833876	コロナウイルス感染症	B342
160223450	SARS-CoV-2 核酸検出 (検査委託以外)	8850104	COVID-19	U071
160223550	SARS-CoV-2 抗原検出	8850613	COVID-19・ウイルス同定	U071
160224250	SARS-CoV-2 抗原検出 (定量)	8850701	COVID-19 肺炎	U071
160224750	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出 (検査委託)	8850640	コロナウイルス感染症 2019・ウイルス同定	U071
160224850	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出 (検査委託以外)	8850614	COVID-19・ウイルス未同定	U072
160226450	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出	8850641	コロナウイルス感染症 2019・ウイルス未同定	U072
160227050	TARC (COVID-19)			
160229450	SARS-CoV-2 核酸検出 (検査委託)			
160229550	SARS-CoV-2 核酸検出 (検査委託以外)			
160229650	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出 (検査委託)			
160229750	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出 (検査委託以外)			
160229850	SARS-CoV-2 抗原検出 (定性)			
160229950	SARS-CoV-2 抗原検出 (定量)			
160230050	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出 (定性)			

コード表用番号	医科診療行為分類名
A300-00	特定入院料 救命救急入院料
A301-00	特定集中治療室管理料
J026-04	処置料 一般処置 ハイフローセラピー
J045-00	処置料 救急処置 人工呼吸
K601-00	手術料 心・脈管 人工心肺

図表 6.2.2. COVID-19 感染症関連検査算定回数

区の集計期間	第1・2波 R2.3~R2.11	第3波 R2.12~R3.3	第4波 R3.4~R3.6	第5波 R3.7~R3.12	第6波 R4.1~R4.6
分析期間	R2.4~R2.11	R2.12~R3.3	R3.4~R3.6	R3.7~R3.12	R4.1~R4.3
分析期間月数	8か月	4か月	3か月	6か月	3か月
国保 算定件数	2,626件	4,285件	3,501件	8,555件	7,867件
後期 算定件数	3,420件	6,999件	5,265件	11,407件	9,068件
合計 算定件数	6,046件	11,284件	8,766件	19,962件	16,935件
年代別					
～19歳	104件	240件	169件	504件	1,066件
20歳代	383件	488件	443件	1,342件	1,218件
30歳代	308件	379件	316件	946件	858件
40歳代	299件	394件	324件	808件	810件
50歳代	305件	539件	397件	914件	851件
60歳代	466件	813件	720件	1,597件	1,406件
70歳代	1,405件	2,872件	2,229件	5,019件	3,764件
80歳代	1,886件	3,801件	2,878件	6,154件	4,877件
90歳～	890件	1,758件	1,290件	2,678件	2,085件

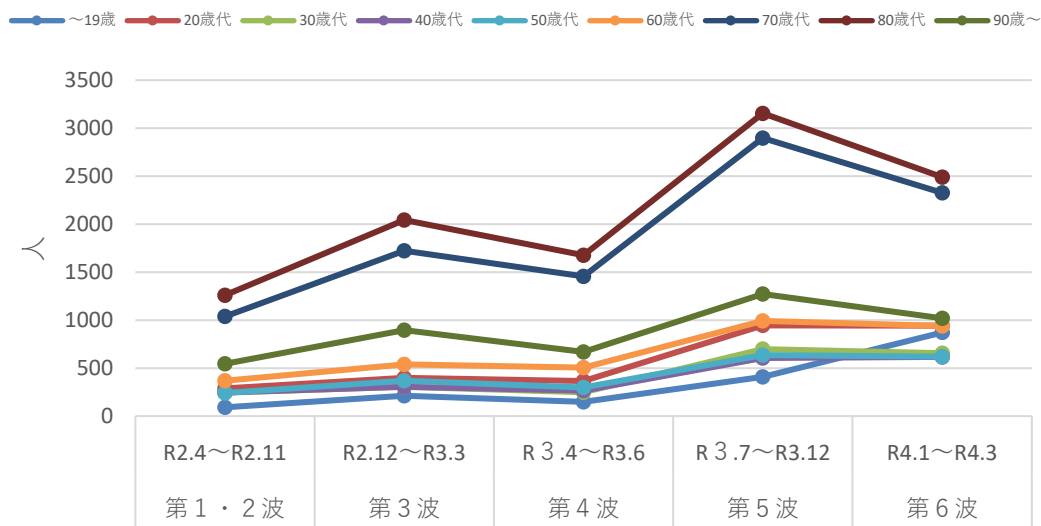
図表 6.2.3. COVID-19 感染症関連検査年代別算定回数



図表 6.2.4. COVID-19 感染症関連検査が算定された人数

区の集計期間	第1・2波	第3波	第4波	第5波	第6波
	R2.3~R2.11	R2.12~R3.3	R3.4~R3.6	R3.7~R3.12	R4.1~R4.6
分析期間	R2.4~R2.11	R2.12~R3.3	R3.4~R3.6	R3.7~R3.12	R4.1~R4.3
分析期間月数	8か月	4か月	3か月	6か月	3か月
国保 算定件数	2,626人	4,285人	3,501人	8,555人	7,867人
後期 算定件数	3,227人	6,613人	4,935人	10,859人	8,435人
合計 算定件数	5,853人	10,898人	8,436人	19,414人	16,302人
年代別					
～19歳	92人	212人	149人	409人	871人
20歳代	289人	400人	367人	945人	944人
30歳代	245人	307人	248人	698人	655人
40歳代	247人	305人	267人	605人	617人
50歳代	241人	370人	300人	636人	619人
60歳代	369人	538人	507人	992人	940人
70歳代	1,038人	1,724人	1,456人	2,897人	2,325人
80歳代	1,260人	2,043人	1,675人	3,155人	2,489人
90歳～	545人	896人	670人	1,272人	1,019人

図表 6.2.5. COVID-19 感染症関連検査が算定された年代別人数



6.3 重症者数

図表 6.2.1 に示す CoV 関連傷病名に「主病フラグ」が設定されているレセプトのうち、入院（DPC 含む）レセプトを抽出した。このうち、特定集中治療室入室、人工呼吸器管理等の治療が行われた患者、または、死亡した患者数を集計した結果を図表 6.3.1 および図表 6.3.2.に示す。

図表 6.3.1. COVID-19 感染症重症者数及び死亡人数

区の集計期間	第1・2波	第3波	第4波	第5波	第6波
	R2.3～R2.11	R2.12～R3.3	R3.4～R3.6	R3.7～R3.12	R4.1～R4.6
分析期間	R2.4～R2.11	R2.12～R3.3	R3.4～R3.6	R3.7～R3.12	R4.1～R4.3
分析期間月数	8か月	4か月	3か月	6か月	3か月
入院	202人	237人	166人	282人	462人
ICU処置あり	11人	25人	12人	34人	25人
ICU処置なし	191人	212人	154人	248人	437人
入院_死亡	9人	25人	9人	26人	18人
ICU処置あり_死亡	5人	9人	1人	15人	9人
ICU処置なし_死亡	4人	16人	8人	11人	9人

図表 6.3.2. 死亡割合の比較



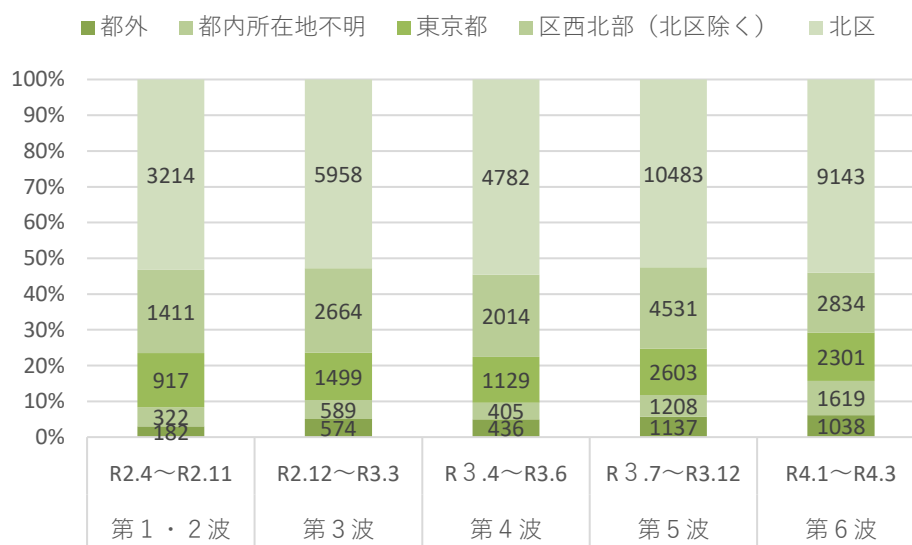
6.4. 医療機関所在地別集計

図表 6.4.1 に COVID-19 感染症関連検査を受検した医療機関を所在地別に集計した。区内での検査が最も多くなっている。

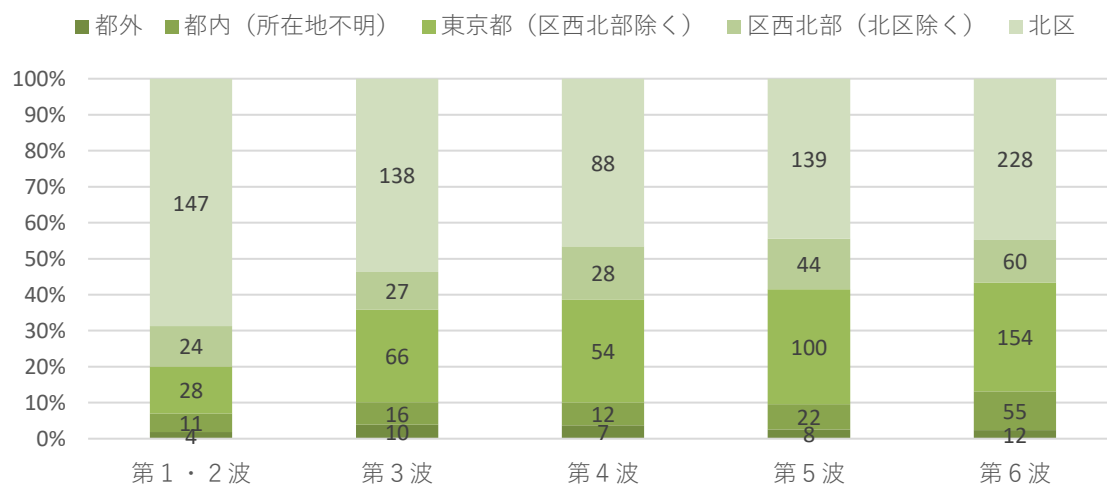
図表 6.4.2.に入院患者の入院先医療機関の所在地を示す。第 1 波から第 6 波へと進むにつれ、区内での入院割合が減少している。

図表 6.4.3.に重症患者の入院先所在地を示す。集中治療室への入室や人工呼吸器管理を受けた患者はほとんどが二次医療圏外で受療したことを示す。

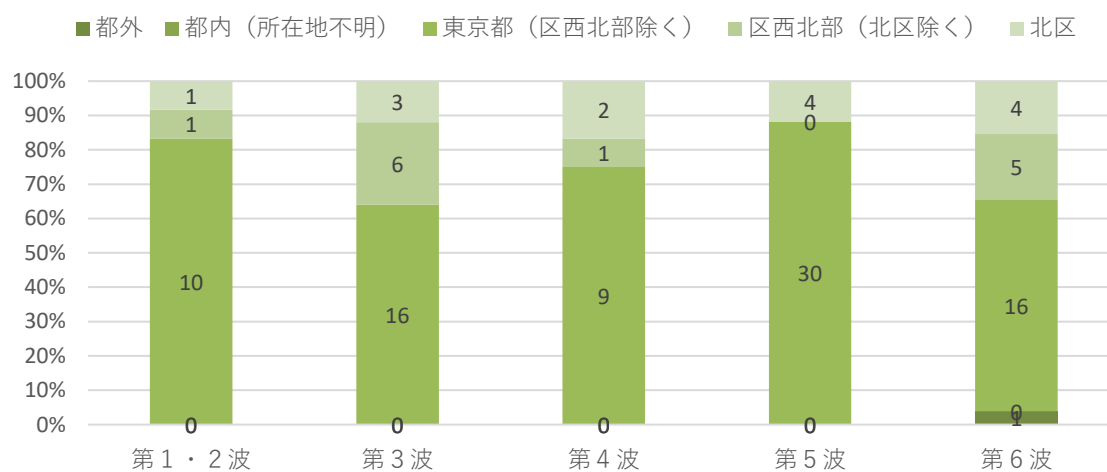
図表 6.4.1. COVID-19 感染症関連検査を受検医療医療機関所在地



図表 6.4.2. 入院先医療機関の所在



図表 6.4.3. 重症患者の入院先所在地



北区地域医療会議および在宅医療提供体制検討部会

1. 第 1 回北区地域医療会議

1.1. 会議の概要

日付	令和4年11月1日
参加者 (敬称略)	増田幹生、松田健、田中豊、後藤英晃、大場庸助、藤井香織、宮崎国久、廣瀬瑞紀、小平祐造、今泉貴雄、福田吉治、矢島鉄也、板垣亮平、横山健一、堺弘治、橋本明子、島崎陽子、大場栄作、関根和孝、村野重成、前田秀雄
議事次第	委員紹介 地域医療会議設置要綱について 座長及び副座長の選出 東京都地域医療構想について 北区内医療環境の現状について 北区の人口動態 東京都保健医療計画および東京都外来医療計画 病床機能報告・在宅医療に関する状況 令和2年度医療環境調査概要について 他区の取組みについて 検討の方向性及び今後の予定について 令和4年度医療環境調査の実施について
配付資料	資料1 委員紹介 資料2 地域医療会議設置要綱について 資料3 東京都地域医療構想について 資料4 北区の医療環境をめぐる現状について 資料5 病床機能報告、在宅療養に関する状況 資料6 令和2年度医療環境調査概要について 資料7 他区の取組について 資料8 検討の方向性及び今後の予定について 資料9 令和4年度医療環境調査の実施について

1.2. 議論・意見の概要

【患者の北区内外への流出入】

- 東京都全般の傾向として、東京では患者さんが流動的になる。自分が住んでいる北区だけではなく、入院やリハビリは他の地域で行い、北区に帰らないという流動的な要素が問題となっている。この問題はそれぞれの圏域で話し合ってもまとまらない。区民のための医療を考える上で、在宅医療を充実させることも大事である。

【高齢者の医療ニーズ】

- 小児と高齢者は身近な医療機関を選ぶ傾向があり、移動距離が比較的短いと考えられる。特に、胃がん、大腸がん、虚血性心疾患の患者で区内の医療機関を利用したいという方が多い。
- がん患者の受診が増えており、一因として高齢化が進んで、なるべく近くの医療機関で完結したいという希望される高齢者が増えてきている。
- 今後 85 歳以上の超高齢者が増加することを考えると老老介護の問題があり、施設入所のニーズは増えると考えられる。

【救急医療の供給】

- 救急に関しては北区内が 6 割、その他の医療圏から 4 割を受け入れていることを考慮すると、ある程度需要が満たされていると思われる。特に小児の場合、小児救急のハイボリュームセンター（手術件数の多い病院）として、救急医療が十分供給されていると思われる。

【医療資源：在宅医療】

- 在宅および介護の医療資源が北区内に少なく、特に訪問看護が少ない。急性期医療の次の段階の受け口になれる訪問看護、介護が重要である。
- 高齢者が急増することを見込むと、在宅医療が高齢者医療を支える大きな柱となる。現状では在宅医療のための資源が不足している。

【医療資源：回復期・慢性期】

- 急性期から回復期、慢性期の病床を探す際、繁忙期（冬期）では苦勞し、閑散期には空きベッドを探しやすい状況があり、季節性がある。
- 回復期系病床の患者には、治療が終わっていて、社会的に状況が整うのを待っているといった方が非常に多い。これが原因で病床の適切な利用を妨げているような状況がある。
- 慢性期の立場からすると、慢性期病床は増えた方がいいと感じる。認知症や独居といった要素で在宅に戻れない患者が増えてきている。

【病床数】

- 医療法に基づく保健医療計画は二次医療圏単位で必要病床数が算定される。区内で一定程度の医療が完結する整備が必要である。

【がん検診受診率】

- 北区は非常にがん検診受診率が低い。早期発見が遅れ重症化することにより、医療費増大という経済的側面だけでなく、患者自身の負担も増大するため、がん検診受診率も向上させる。

【人材：慢性期】

- 慢性期医療を担う総合診療医が不足している。

【人材：訪問看護】

- 訪問看護をやりたいという若手看護師も多いが、夜勤がないため給与の面で諦める方も多い。

【在宅医療の問題】

- コロナ禍も影響し、病院から十分な指導を受けず、家族支援も十分でないまま在宅に移行するケースが増えている。

- 在宅における老老介護、老障介護、障障介護という、生活自体が成り立っていないケースが多い。

【区民の認識：現代の病院機能】

- 地域住民の中には、入院をすれば病気が治るまでその病院で診てもらえると認識している方が多い。家族も治療が完了するまで病院で診てほしい、その方が安心だと思っている。在院日数が短縮し、病院の機能が変化していることを広く区民に理解してもらう必要がある。

【区民の認識：在宅医療】

- 患者と家族が離れて暮らしているケースが多く、次の療養先を判断する際、本人の希望ではなく家族の意向で家ではなく施設を選択する傾向が高い。

【医療機関の連携：区外病院との連携】

- 区外の病院や都心部の病院から急性期治療で入院された患者が帰宅後に在宅のクリニックや訪問看護ステーションと連携し、北区で看取られる例が少なくない。このような実情を数字や実例で把握することが重要であり、都心部や隣接区にある大学病院や都立病院との連携や意識づくりにも気を配るべきだ。

【医療機関の連携：区内の病院と介護】

- 地域ごとに役割を持った病院が存在するため、これらの医療機関が連携し、在宅医療や介護との連携をより良くする方法を模索する必要がある。

【医療機関の連携：在宅医療】

- 研修会や勉強会等を通じて訪問看護ステーションや医療機関など、さま

ざまな関係者との情報共有や連携を強化することで、得意分野を持つ各関係者がお互いを支え合いながら、地域内で総合的な医療体制を築くことができると思われる。

2. 第2回北区地域医療会議

2.1. 会議の概要

日付	令和5年2月13日
参加者 (敬称略)	増田幹生、松田健、田中豊、後藤英晃、日吉賢次、大場庸助、藤井香織、宮崎国久、廣瀬瑞紀、小平祐造、今泉貴雄、福田吉治、矢島鉄也、板垣亮平、須賀田元彦、横山健一、堺弘治、橋本明子、島崎陽子、大場栄作、関根和孝、村野重成、前田秀雄
議事次第	委員紹介 令和4年度医療環境調査結果速報について 調査結果速報からみられる区内医療環境の現状 部会の設置について
配付資料	資料1 令和4年度北区医療環境調査速報 資料2 機能別病床数の状況と必要量 資料3 北区の医療環境をめぐる現状 資料4 令和4年度北区医療社会資源調査 資料5 今後のスケジュール 当日配付資料 北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会 委員名簿(案)

2.2. 議論・意見の概要

【患者の北区内外への流出入】

- 区西北部の状況について、練馬区は病院が少なく、北区と豊島区は急性期の病院は多いが、慢性期や回復期の病院が不足している。一方、板橋区は大学病院や高度急性期病院があり、慢性期や回復期の病院も多いため、他の区からの入院が多くなる。
- 神経難病などの特定の疾患の場合、多くの患者が大学病院のある板橋などに通院している可能性が高いと思われる。
- 地域包括ケア病床は、比較的区民による利用が多い印象がある。そのため、病床の働きを分析することで、地域別の傾向が明らかになる可能性

がある。

- 東京全体の傾向として、患者は急性期の病院から回復した後、都下の病院に移動する傾向がある。本来は北区や区西北部に慢性期や回復期の病院が十分にあれば、患者はそこで療養し、自宅に帰れるはずであるが、現状では都下の病院に頼る必要がある。
- 区外の病院に入院し、そのまま区外の診療所や在宅に変える人の実態が掴めていない。

【病床数：後方病床の数と在宅ケアの強化】

- 慢性期の病床や回復期の病床が不足しており、患者が慢性期の状態で病院に長期間滞在する事態が起こっている。この状況を改善するためには、在宅でのケアを強化し、具合が悪くなった場合は回復期や慢性期の病院に戻すという役割分担をうまく実現する必要がある。急性期でも在宅に戻すことができるスキームを北区として取り組む必要がある。
- 回復期、リハビリテーション病院が北区内は非常に少ないため、板橋や練馬に転院せざるを得ない。回復後、在宅に戻ってくる患者さんは多い。

【人材：ケアマネージャー】

- 大学病院や都立病院からの依頼があるが、ケアマネージャーを探すのは容易ではなく、他の地域でも同様の苦労がある。要因の1つとして、居宅介護支援事業所の数が減少していること、ケアマネージャーの人数が増えないことがある。ケアマネージャーの移動範囲が広がる傾向がある。
- 在宅医療において、ソーシャルワーカーやケアマネージャーが重要な役割を果たすと考えられる。北区内では特に困っているという感じはない。

【在宅医療の問題：入院が必要となった場合】

- 在宅療養中に入院が必要になった場合の連携が問題となる。区西北部という二次医療圏単位ではエリアはそこまで広くはないが、連携は取りにくくなる。

- 独居老人と老老介護が多く、家族のサポートがないことが多いため、在宅医療を進めるに当たり大きな壁となることが多い。

【医療機関の連携：空き病床の共有】

- 回復期、慢性期の病床が足りないという問題もあるが、連携が取れていないため、空き病床があっても転院できないという問題がある。二次医療圏単位では各病院の状況の把握も難しい。そういった意味でも北区内での連携というのが重要になってくると思われる。
- 慢性期の病床は病院同士の連携が少ない印象がある。
- 当院の回復期病床は埋まることがほとんどなく、夏場は特にベッドが空いている。空床を共有していないことが原因にある。逆に回復期から慢性期の病床に転院したい際には病床が見つかりにくい。医療機関同士のベッド空き状況の可視化、共有が必要。

【医療機関の連携：在宅医療】

- 在宅医療に関しては範囲が広域になりつつあるため、近隣区や北区に近い埼玉県の自治体も連携対象として捉えた方がいいのではないかと。
- 在宅医療関係の集計をみると、メガ在宅、在宅診療の専門クリニックがかなりの訪問数をこなしている。信頼できる在宅診療の専門クリニックに今後業務がシフトしていくものと思われる。そこで、診療連携の形が完全にできていないことが問題となってくる。メガ在宅との連携が重要となってくる。

【医療資源：在宅医療】

- 5年後、10年後の需要を考えるとケアマネージャーも訪問看護師も在宅医師も圧倒的に足りない。かかりつけ医が往診を行うこともあるが、効率を考えると在宅専門診療所に任せるのが圧倒的にパフォーマンスが高い。
- 外来診療をやっている診療所の医師が在宅医療を担うのは時間的に難しい。在宅専門のクリニックに任せる方がよい。がんのように専門性の高

い訪問診療を行っているクリニックが地域にどれだけあるのかというの
が一番大きなキーになるかと思う。

3. 第1回北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会

3.1. 会議の概要

日付	令和5年3月30日
参加者 (敬称略)	増田幹生、大場庸助、藤井香織、宮崎国久、廣瀬瑞紀、小平祐造、今泉貴雄、福田吉治、横山健一、橋本明子、島崎陽子、大場栄作、前田秀雄、小畑正孝
議事次第	委員紹介 在宅医療に係る課題について 病院に係る課題について
配付資料	資料1 検討部会委員名簿 資料2 在宅医療にかかる課題 資料3 病院にかかる課題 補足資料1 第1・2回の地域医療会議の意見を集約したもの 補足資料2 主な在宅サービスの概要

3.2. 議論・意見の概要

【ときどき入院ほぼ在宅の実現】

- 現在、北区と医師会で在宅にお迎えに行く事業をやっている。利用数はまだ少ない。この事業の推進、認知、利用促進が課題。
- 介護保険の施設との関係をどう捉えるかが重要。病院として入院を扱うのは、在宅療養中に具合が悪くなった方の医療を担うことが優先となる。ショートステイやミドルステイでお預かりするのではなく、在宅で具合が悪くなった方の入院医療を担う。病院に入院した後に在宅へ帰れない、後方病床が見つからないという問題が起こらないよう、流れをうまく作ることが重要。今後独居老人が増えるため、在宅医療に戻せない事例が増えていく。
- 入院して在宅に戻ってくる場合、十分にリハビリがなされず、弱って帰ってくる場合が多い。また、ショートステイや入院している間でも在宅と同じようにリハビリができる環境を整えなければならない。

- 在宅医療をすすめるにあたり、主治医として中核となり取り仕切る先生は少ない。これは、患者に「在宅の主治医」、「入院先の主治医」という考え方がないのも一因かもしれない。
- レスパイト入院の受け入れに関して、経管栄養や中心静脈栄養、気管切開をしている方のショートステイは介護施設で受け入れにくくなっている。この場合は病院における定期的なレスパイト入院の受け入れ体制が整うとよい。もしくは、介護施設で受け入れ可能となるように職員のスキルを構築する必要があるかもしれない。
- 急性期病院をレスパイト入院で埋めると、本来の病院機能を果たせなくなるので、介護老人保健施設で受け入れてほしい。ここにも空きがないのではなく、コミュニケーションエラーの問題があるかもしれない。

【退院支援】

- 退院支援が円滑に進まないと在宅につながらないだけでなく、病院機能が滞る。退院困難症例として、無保険、後見人が必要な例などがあり、そのために入院期間が延長してしまう。
- 退院支援が不十分なまま在宅に戻されることがある。病院での退院支援は忙しいため難しい場合もあるが、一緒に関わっていきたい。
- ソーシャルワーカーや退院支援調整看護師だけが退院支援に関わるのではなく、病院全体から地域を見る視点を持った職員を育成することが必要。

【医療機関の連携：空き病床の共有】

- 急性期病院が後方病院を探す際、空き状況を把握できるような仕組みが必要。すでに類似のシステムを COVID-19 のための病床共有で使用している。

【ACP(advanced care planning)について】

- ACP について患者と家族に説明する際、昇圧剤の使用、人工呼吸器の使用など伝わらない部分が多い。そして、「他の人はどうなのでしょう」と聞かれる。おそらく、ACP がどういう価値観なのかということが、理解出来

てない、根本的な問題がある。説明する側としても、マニュアルなども作れるといいかなと思う。

- 病院で亡くなる状態に近くなってから ACP を説明するのは状況的に難しい。在宅医療において十分な説明のもと、老衰の経過を一緒にたどることにより、具合が悪くなったとき、病院に行くのではなく、自宅でのお看取りをしようという決意に変わる。在宅医療において日頃からの ACP についてのコミュニケーションが増えると、ACP の実効性が高まる。
- 在宅医療の場では延命治療を望まない決めても、患者が衰弱する過程を見ると家族が何かできないかと考える。そういった場合の代替案の提案も含め細かな説明と、いつでも方針が変わってもいいということを患者と家族に伝え、みんなで支援できる体制を作っていけるとよい。
- APC は幅が広く、一度の説明で理解できるものでもない。理解がしっかりしている若い段階から徐々に考えていくべき。医療機関と行政サイド両方からのアプローチが大事

【二人主治医制】

- 10 年以上前から、二人主治医制をやっているが、なかなか普及しない。病院から離れると救急で受けしてもらえないんじゃないかという不安を解消する目的で二人主治医制を出している。

【在宅医療の問題：家族のサポート体制】

- 入院してくる患者の中に、在宅医療を受けながらも家族のサポートが立ち行かなくなり、具合が悪い訳ではないのに救急要請をする患者がいる。また、在宅医療に戻すことを拒否される家族の方も多く課題に感じている。在宅医療に戻す際にケアマネージャーだけでなく、ケースワーカーやソーシャルワーカーも介入すれば改善できるという意見がある。

【在宅医療の問題：訪問診療医の負担】

- 在宅医療専門の診療所を運営しようとしたときに問題となるのが、24 時間対応の負担である。地域の中で診療所同士が連携を図ることでこの負担を減らすこともできるのではないか。

【人材：慢性期病院】

- 新たな担い手がみつからない現状がある。病院の建て替えだけでなく、人材不足も深刻な課題。

【医療資源】

- 今後入院ができず、高齢者介護施設で医療行為が必要に迫られる状況が増加すると思われる。

【医療の質：訪問診療】

- 訪問診療の新規開業がここ10年で増えているが、質のばらつきが大きい。定期訪問はするが、患者の具合が悪くなるとすぐに入院させてしまう医療機関も増えている。訪問診療所の数だけ増やしても解決しない。需要の増大に対応することも大切だが、需要を減少させるような施策も重要。訪問診療で心不全も肺炎も治療し、入院を減らすことができる。入院するとリロケーションダメージの問題など余計に資源と手間が必要になる。
- 看取りについても大規模な在宅診療所が担っている現状がある。高い機能を持つ大規模な在宅医療の診療所が必要なのは間違いなく、重点的な支援が必要。

【人材：訪問診療医の育成とリクルート】

- 医師の教育に在宅医療に関することがない。一人で始めようと思ってもできるものではない。未経験の人を一人前にできるように自分たちで育てるしかない。
- 総合診療医で在宅のマインドを持っている医師、若い医師は結構多い。病院で働く総合診療医と在宅医療専門の診療所とのマッチングや情報共有を北区が担うことはできないだろうか。
- 在宅医療の参入には、総合診療医や家庭医、呼吸器や神経内科を専門とする医師が多い。総合診療医を目指す方を増やさないと、在宅診療医への参入は難しい。

- 訪問診療医のリクルートとして、全国で転職活動をしている医師は 60 人程度と言われている。少ないパイを奪い合うような状態。基本的にはどこかの大学と教育の一環として研修という形で週一回訪問診療所に務めていただくなどの対策はリクルートにつながるかもしれない。
- 急性期病院の医師が週一回でも在宅医療を行うのは有効で、教育としても、病院との連携としてもメリットがある。小児在宅医療に関しては大学病院と協力して、連携強化と在宅マインドを持った医師を育てるという意味で非常に役立っている。人件費は出なくてもいいが、こういった取り組みのマッチングをやってもらえると、スムーズに動けるようになる。
- 北区在宅ケアネットの活動の中で医師の研修を担っていたが、研修に医師が集まらなくなっている。

【訪問歯科診療について】

- 個人のクリニックで訪問歯科を行っているところも実際の訪問は 10 件/年程度。訪問歯科診療を標榜しているクリニックで大規模にやっているところが北区には多い。
- 歯科の問題は訪問診療が入っていても後回しにされやすいが、ここ数年の誤嚥性肺炎の死因が減少しているのは口腔ケアの概念が浸透している影響があると思われる。摂食嚥下機能を含めた口腔ケア管理を行うことができる歯科医師が少ない。滝野川歯科医師会では北区から委託を受け、北区障害者口腔保健センターを運営している。その中で訪問歯科診療をやり始めた。歯科衛生士を雇い、在宅あるいは老人施設に口腔ケアに訪問する体制を作っている。摂食嚥下機能を診ることができるため、是非活用してほしい。

【薬局について】

- 24 時間対応の薬局は北区内に 20 件程度。クリーンベンチなどの取り扱いがある大規模薬局は 2-3 件である。
- 薬局の訪問も 大規模集約化すれば採算が取れるのではないか。

【医療機関の連携：在宅医療】

- 在宅療養を行う患者で複数の診療科を受診している場合、主治医が分からないことがある。医師同士の連携が図れていれば主治医も明確になると思われる。

【人材：訪問看護】

- 訪問看護の人材不足は一番の課題。人材が確保できずに閉鎖する訪問看護ステーションも多い。また、訪問看護ステーションで働く看護師は子育て中の看護師が多く、非常勤看護師が多いため、常勤看護師への負担が大きくなる。

【人材：訪問看護師の人材育成】

- 訪問看護の看護師を教育するには最低3か月かかる。小さなステーションでは人件費の負担があるので、そういった部分の助成があるとよい。
- 東京都の事業で教育ステーションという事業があり、大規模な訪問看護ステーションがセカンドキャリアや初めて訪問看護にかあくる方に、研修や教育を受けてから小さなステーションに行くという制度がある。
- 看護教育では新カリキュラムにおいて在宅・地域看護に関わる単位が増えている。少しずつ臨床から在宅看護に重きを置くカリキュラムへと変更されているため、今後在宅をやりたいという看護師は増えるのではないかと予測される。

【市民のヘルスリテラシー】

- 病院に行くタイミング、慢性疾患（糖尿病や高血圧など）でも数回の通院で治ったと自己判断する人が多く、適切な医療につなげていくことを地域包括支援センターの職員が日々奔走している。区民全体含めて、医療に関する情報提供をしていくべき。

【人材：ケアマネージャー】

- ケアマネージャーは事業所数が減少している。仕事の負担や収入面の折り合いなど、長く働き続けられない要因となっている。病院からの依頼で看護職のケアマネージャーを要求されることもある。

【在宅医療の推進：連携窓口の設置】

- 医師会では多職種とのコミュニケーションを円滑にするため、24時間夜間休日含め医師と介護職の方が連絡をとれるような窓口を設置することを検討している。

【人材：地域包括支援センター】

- 保健師もしくは経験のある看護師が職員となる。やりがいの実感と定着までに時間がかかる。業務量も増加しているので、人員を増やすことへの支援など行政からのバックアップがあるとよい。

【地域包括支援センター：医師との連携】

- サポート医の活動に本当に助けられている。しかし、枠が少ないので、人員の増加を希望する。
- 訪問診療の新規参入について、信頼できるのか否か未知数であり、どうしても馴染みのある先生にお願いしてしまう。医師とのマッチングや顔の見えるような環境を作ってもらいたい。

【病床数】

- 区において必要な医療は何かということを前提に、それに応じていただける医療機関に対して一定の支援をすることが他区において行われている。北区の病床数としては区西北部という圏域において少ない訳でない。北区としては今の病床を維持していきたいと考えている。急性期と回復期が増

床されることが「ときどき入院ほぼ在宅」の実現につながるものと考え、
協力いただける医療機関に対しては一定の支援を行うことも考えられる。

4. 意見のまとめ

仮原稿

資 料

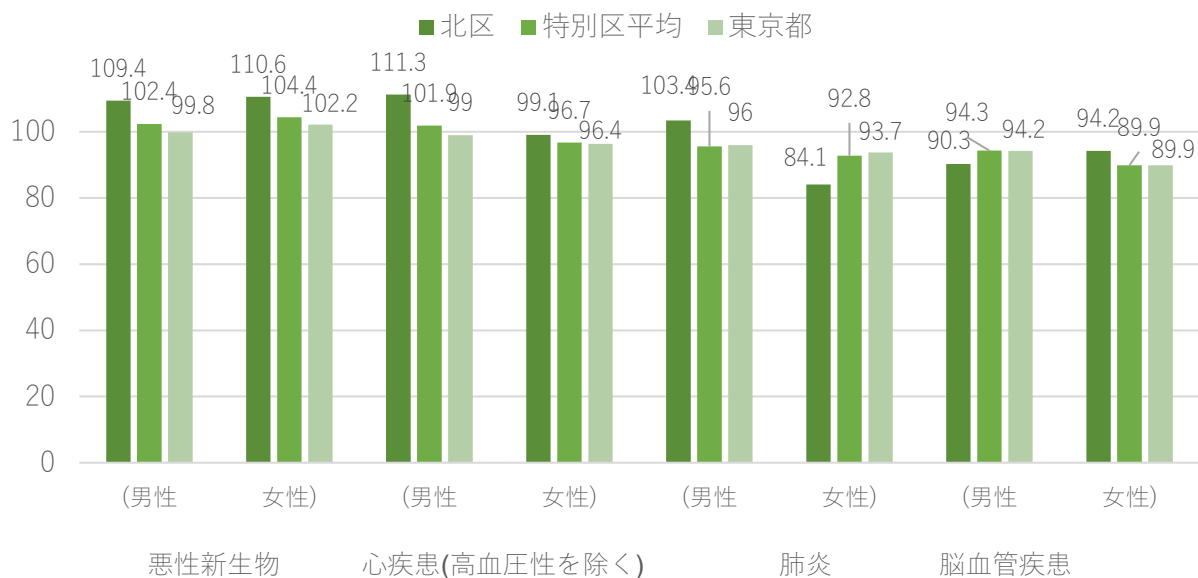
令和 2 年度北区医療環境調査（抜粋）

「令和 2 年度北区医療環境調査」は、既存の統計報告、東京都北区国保および後期高齢者の診療報酬明細書（レセプト）等のデータを用いて分析したものである。以下に、令和 4 年度医療環境調査と特に関連すると思われる主な結果を抜粋して示す。

1.1 . 健康状態の概要

- 主要疾患の標準化死亡比を特別区平均および東京都と比較すると、特に北区男性の死亡比が高い。北区の主要死因 1 位はがん（悪性新生物）で、これは男女ともに標準化死亡比も高い。
- 糖尿病、脳卒中、心臓病の既往は、多くの年代において東京都全体よりも高い。

図表 1.1.1. 主要疾患標準化死亡比の比較（北区・特別区平均・東京都）



資料：厚生労働省 平成 25-29 年人口動態保健所・市区町村別統計

図表 1.1.2. 北区と東京都における生活習慣病既往歴の比較（令和元年）

生活習慣病 単位%	40~44 歳		45~49 歳		50~54 歳		55~59 歳	
	北区	東京都	北区	東京都	北区	東京都	北区	東京都
糖尿病（服薬）	1.2	1.4	<u>3.1</u>	2.4	<u>4.0</u>	3.8	<u>6.8</u>	5.4
脳卒中（既往歴）	<u>0.8</u>	0.6	1.0	1.1	<u>1.7</u>	1.6	<u>2.5</u>	2.4
心臓病（既往歴）	<u>1.6</u>	1.2	<u>2.8</u>	1.7	2.2	2.3	<u>3.5</u>	3.3

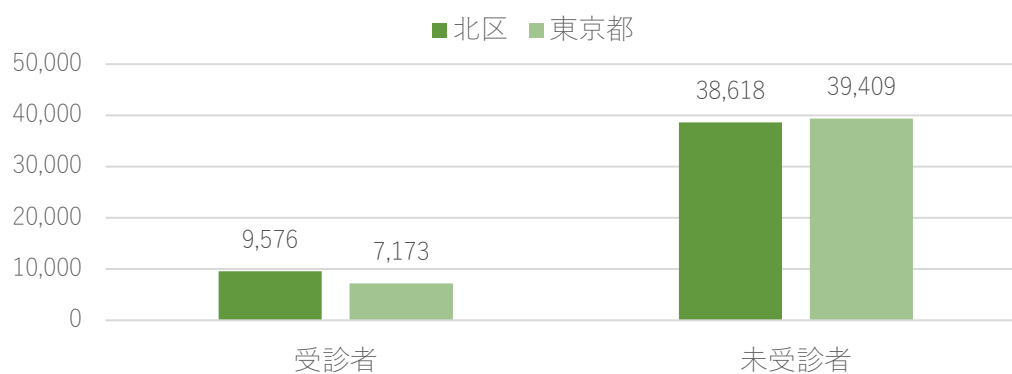
下線は北区が東京都より高いもの。 資料：北区 KDB データより作成

1.2. 特定健康診査等について

- 特定健康診査の受診者は未受診者に比較して、生活習慣病等の医療費が低く、健康診査が医療費を適正化することに一定程度寄与していると考えられる。
- メタボリックシンドローム予備群をはじめ、腹囲、血糖、血圧、脂質のリスクを持つ者が、都平均に比較して高い割合である。飲酒量は都平均を上回っており、特に女性の飲酒量が多いなど、不健康な生活習慣がその背景のひとつであると考えられる。（図表略）
- がん検診では、都平均に比較して検診受診率が低く、死亡率の高さに関係している可能性がある。

図表 1.2.1. 健診受診者・未受診者における生活習慣病等一人当たり医療費(単

位：円)



資料：北区 KDB データより作成

図表 1.2.2. メタボリックシンドローム診断基準の有所見率（令和元年）

	メタボ 該当	メタボ 予備群	腹囲	血糖	血圧	脂質
北区	18.4	<u>12.2</u>	<u>35.5</u>	<u>0.7</u>	<u>8.5</u>	<u>3.0</u>
東京都	18.5	11.1	33.3	0.6	7.4	2.9

下線は北区が東京都より高いもの。資料：北区 KDB データより作成

図表 1.2.3. がん検診 受診率（平成 30 年度）

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
北区	<u>5.6%</u>	未実施	<u>5.9%</u>	<u>10.8%</u>	<u>16.3%</u>
東京都	10.2%	10.4%	21.6%	18.6%	20.3%

資料：東京都福祉保健局 がん検診の統計データより作成

1.3. 病床数について

- 地域医療構想の中で、将来に向けて、北区を含む区西北部構想区域（医療圏）における病床の機能分化（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）が進められている。
- 区西北部区域全体では、大学病院等もあることから、高度急性期および急性期の割合が高く、また、すべての機能で完結率が高い。
- ただし、区西北部区域では、回復機能および慢性機能の病床数が少なく、将来的にも必要数に比較して不足することが予測される。

図表 1.3.1. 区西北部保健医療圏の病床の状況と 6 年後の予定（平成 30 年

7 月 1 日時点）

		計	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 等
平成 30 年	区西北部	13,846	2,044	6,621	1,789	3,269	123
	うち 北区	2,469	210	1,167	555	537	0
令和 6 年 (予定)	区西北部	13,458	2,215	6,403	2,079	2,660	101
	うち 北区	2,449	125	1,221	731	372	0

資料：東京都福祉保健局 平成 30 年報告 区西北部保健医療圏における医療機能ごとの病床の状況

図表 1.3.2. 区西北部保健医療圏の令和 7 年（2025 年）の病床数の必要量等

	高度急性 期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
患者数(人/日)	1,384	4,300	4,391	2,895	28,844
病床数(床)	1,845	5,513	4,879	3,147	-

注) 高度急性期機能から慢性期機能までは、いずれも医療機関所在地ベースで、在宅医療等については、患者住所地ベースで将来の必要量を推計。

資料：東京都地域医療構想（平成 28 年 7 月）

1.4. 医療機関数について

- 北区を含む区西北部保健医療圏では、一般病床、精神病床、診療所等の医療機関は整備されている。
- 慢性期病床の半数以上が経年劣化している可能性があり、将来的な需要増加が見込まれる慢性病床の安定した供給のためにも、病院の法定耐用年数に照らし合わせた調査が必要である。

- 診療科別の診療数、病院、歯科診療所、薬局、いずれも、東京都全体と比較して、少ない傾向は認められない。

図表 1.4.1. 東京都および区西北部保健医療圏内の施設数

区 分	北区	区西北部	東京都
病院総数	19	92	638
一般病院	17	88	589
精神科病院	2	4	49
【再掲】地域医療支援病院	1	4	45
【再掲】救急告示病院	10	51	307
【再掲】療養病床を有する病院	6	41	248
一般診療所	282	1,689	13,707
【再掲】有床診療所	9	50	343

資料：厚生労働省 医療施設調査 平成元年 1 月 5 日

図表 1.4.2. 北区内の機能区分別病院築年数

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
築 35 年 未 満	1,952 (82.5%)	125 (100.0%)	1,067 (92.3%)	631 (86.3%)	129 (36.5%)
築 35 年 以 上	413 (17.5%)	0 (0.0%)	89 (7.7%)	100 (13.7%)	224 (63.5%)

病床機能は、地域医療構想における令和 6 年の数値を用いた。

図表 1.4.3. 施設種類別の数

施設種類		施設数			人口 10 万人対施設数		
		北区	区西北部	東京都	北区	区西北部	東京都
一般診療所		262	1,540	11,943	76.8	80.4	88.4
診療科目分類	内科系診療所	174	1,012	7,721	51.0	52.8	57.1
	外科系診療所	65	409	3,153	19.1	21.4	23.3
	小児科系診療所	81	454	3,000	23.8	23.7	22.2
	産婦人科系診療所	14	82	833	4.1	4.3	6.2
	皮膚科系診療所	54	341	2,533	15.8	17.8	18.7
	眼科系診療所	25	159	1,230	7.3	8.3	9.1
	耳鼻咽喉科系診療所	21	127	893	6.2	6.6	6.6
	精神科系診療所	27	121	1,298	7.9	6.3	9.6
病院		19	93	635	5.6	4.9	4.7
歯科診療所		247	1,376	10,545	72.4	71.8	78.0
薬局		173	921	6,689	50.7	48.1	49.5

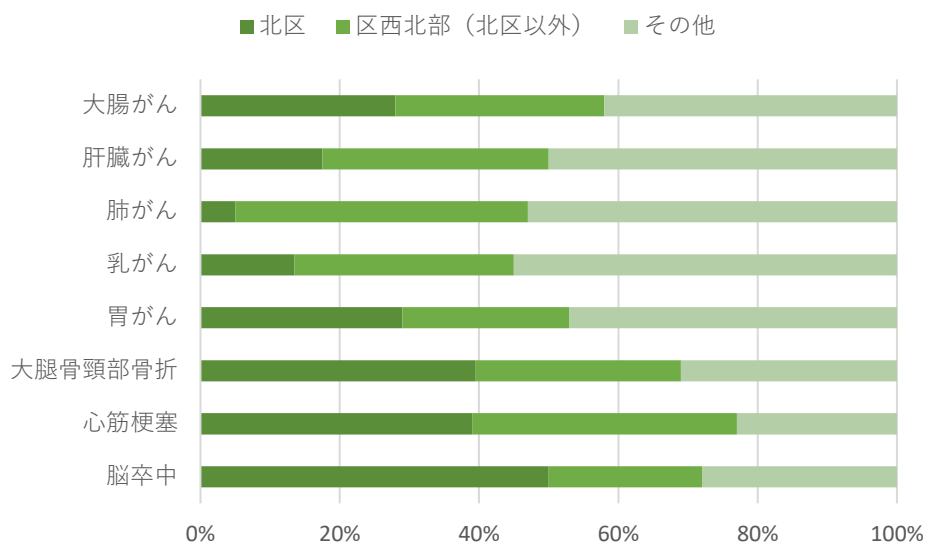
資料：日本医師会 地域医療情報システムより 2018 年 11 月現在の医療機関情報の集計値（人口 10 万人あたりは、2015 年国勢調査総人口にて計算）

1.5. 疾患別の受療施設について

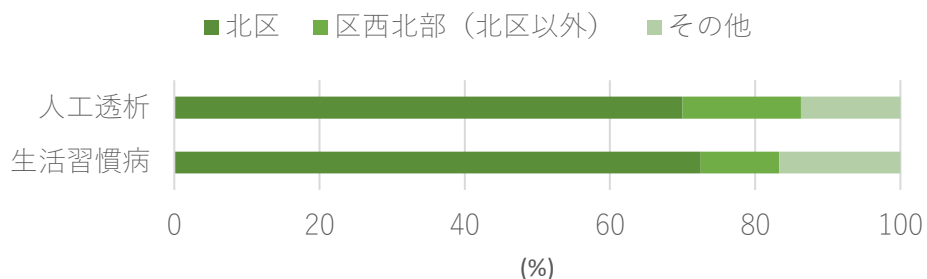
- 区内での受療が比較的多い疾病は、脳卒中、急性心筋梗塞、大腿骨頸部骨折、胃がんで約 40%程度であった。一方、区内での受療が比較的低い疾病は、肺がん（10%未満）、肝臓がん（約 15%）であった。
- 脳卒中、急性心筋梗塞、大腿骨頸部骨折では、約 3 分の 2 が区西北部保健医療圏で受療がなされていた。がんは総じて約半数であった。

- 生活習慣病の外来受療施設の所在地は、北区で約7割、西北部圏全体で約8割となっている。血液透析の通院施設は北区のみで7割、区西北部で9割近くカバーされていた。

図表 1.5.1. 受療施設所在地（令和1年度：国保）



図表 1.5.2. 生活習慣病および人口透析の外来受療施設所在地（令和2年度）



1.6. 在宅療養医療機関について

- 在宅医療を行う医療機関（在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、看取り実施の診療所）の数や看取りの実施数（高齢者人口あたり）は、都や区西北部の平均とほぼ同程度である。
- 介護保険を扱う訪問介護ステーションは区西北部の平均に比較して少なく、職員数も少ない（高齢者人口あたり）。

図表 1.6.1. 65歳以上人口10万対在宅療養支援病院・診療所数（令和3年3月31日時点）

	北区	区西北部	練馬区	豊島区	板橋区	東京都
高齢者人口（万人）	<u>87,102</u>	438,125	161,361	57,293	132,369	311.1
在宅療養支援病院数	<u>6</u>	22	4	7	5	142
（高齢者10万対）	<u>(6.9)</u>	(5.0)	(2.5)	(12.2)	(3.8)	(4.6)
在宅療養支援診療所数	<u>40</u>	241	77	55	69	1,565
（高齢者10万対）	<u>(45.9)</u>	(55.0)	(47.7)	(96.0)	(52.1)	50.3

※令和3年3月31日時点での届出受理医療機関数

図表 1.6.2. 訪問診療を実施する一般診療所数

	診療所数	（65歳以上人口10万対）
北区	<u>54</u>	<u>(62.1)</u>
区西北部 （北区を含む）	329	(76.1)

図表 1.6.3. 看取りを実施する診療所数および診療所での実施件数（平成 29 年 9 月分）

	診療所数	(高齢者 10 万対)	実施件数	(高齢者 10 万対)
北区	12	(13.8)	38	(43.6)
区西北部 (北区含む)	71	(16.6)	175	(41.0)

図表 1.6.4. 介護保険を扱う訪問看護ステーション数・看護職員数（常勤換算）

	ステーション	(高齢者 10 万対)	看護職員数	(高齢者 10 万対)
北区	21	(24.1)	106	(121.9)
区西北部 (北区含む)	122	(28.2)	603	(139.5)

出典：厚生労働省関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」（令和 3 年 3 月より）、「医療計画作成支援データブック（令和元年度）」、「在宅医療にかかる地域別データ集」（医療施設調査・特別集計 H 29.10.1）、「各区 住民基本台帳による高齢者人口」（令和 3 年 3 月出典）、「住民基本台帳による東京都の世帯と人口（町丁別・年齢別）」（平成 31 年 1 月）

1.7. 救急医療および災害医療について

- 北区を含む区西北部保健医療圏では、救命救急センター、一次および二次救急医療機関は、区部平均とほぼ同程度で、施設や体制の面では整っている。
- 災害医療体制としては、区西北部保健医療圏において、災害拠点病院、災害拠点連携病院、災害医療支援病院、区内においては、緊急医療救護所、医療救護所、医療救護活動拠点が整備されている。

図表 1.7.1. 北区ならびに東京都区部における救急医療機関の状況（令和2年4月現在）

保健医療圏	救命救急センター		休日・全夜間診療事業 参画医療機関		人口 (千人)
	機関数	人口100万 対	機関数	人口10万 対	
区中央部	6	6.4	19	2.0	943
区南部	2	1.7	19	1.6	1,158
区西南部	3	2.0	24	1.6	1,468
区西部	3	2.3	23	1.8	1,279
区西北部	2	1.0	30	1.5	1,985
うち 北区	0	0.0	6	1.7	354
区東北部	1	0.7	28	2.1	1,359
区東部	1	0.7	26	1.7	1,488
区部計	18	1.9	169	1.7	9,682

資料：東京都福祉保健局 休日・全夜間診療事業参画医療機関一覧、東京都の救急医療体制、東京都の統計 東京都の人口（推計）

図表 1.7.2. 北区東京都指定二次救急医療機関（令和 2 年 4 月現在）

医療機関名	診療内容	所在地
王子生協病院	内科系	豊島
赤羽中央総合病院	内科系、外科系	赤羽南
赤羽東口病院	内科系、外科系	赤羽
花と森の東京病院	内科系、外科系	西ヶ原
東京北医療センター	内科系、外科系、小児科系	赤羽台
明理会中央総合病院	内科系、外科系	東十条

資料：東京都福祉保健局 休日・全夜間診療事業参画医療機関一覧

※休日応急診療提供施設：北区休日応急診療所（北区医師会館 2 階）。小児初期救急医療提供施設：北区休日応急診療所、東京北医療センター（令和 2 年 4 月現在）

図表 1.7.3. 区西北部および近隣保健医療圏の災害拠点病院一覧

分類	組織・施設	病床数	三次救急
地域災害拠点中核病院	帝京大学医学部附属病院	1,078	○
区内の災害拠点病院	東京北医療センター	343	
区西北部（北区を除く）の災害拠点病院	東京都立大塚病院	508	
	日本大学医学部附属板橋病院	1,025	○
	東京都健康長寿医療センター	550	
	東京都保健医療公社豊島病院	470	
	練馬光が丘病院	342	
	順天堂大学医学部附属練馬病院	400	
近隣の二次医療圏における災害拠点病院	東京都立駒込病院	815	
	東京女子医科大学東医療センター	450	○

※三次救急とは救命救急センター等の三次救急医療施設をいう。

資料：東京都福祉保健局 東京都災害拠点病院一覧 令和 2 年 10 月 1 日現在

図表 1.7.4. 北区内の災害拠点連携病院

施設名	地区
花と森の東京病院	滝野川西
赤羽中央総合病院	赤羽東
浮間中央病院	赤羽西
王子生協病院	王子東
神谷病院	王子東
赤羽東口病院	赤羽東
明理会中央総合病院	王子東

資料：東京都福祉保健局 東京都災害拠点連携病院一覧 令和2年10月1日現在