

〔令和元年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西部〕

令和元年6月20日 開催

【令和元年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西部〕

令和元年6月20日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区西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、また、お暑い中、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局医療政策部計画推進担当課長の千葉が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いたします。

まず本日の配布資料でございますが、皆様の机の上に既にお配りをさせていただいております。上から順に、A4横型の「東京都地域医療構想調整会議区西部」という名簿。次がA4縦型の「グループワーク名簿」ということで、A班とB班が表側、C班は裏面に記載させていただいております。

次からが本体の資料となりまして、「東京都地域医療構想調整会議区西部会議次第」でございます。

資料につきましては次第の一番下に四角で囲っておりますとおり、資料1から資料5まで、参考資料が1から6までとなっております。

また、一番下に、「地域医療構想調整会議ご意見」と、グレーで網かけした、1枚のFAXの送付用紙ですが、こちらも用意しております。これは、会議終了後、追加でご意見などがございました際に使用していただく紙となっております。

不足や落丁等がございましたら、議事のたびごとに事務局までお申し出をお願いいたします。

後ほど質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には、各テーブルの中央にマイクを用意してありますので、そちらをご使用ください。また、

最初にご所属とお名前からお願いできればと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

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。
東京都医師会から、土谷理事、よろしくお願いいたします。

○土谷理事：皆さま、こんばんは。東京都医師会の病院担当理事の土谷です。
日中のお仕事のあと、お忙しいところお集まりいただき、ありがとうございます。
ます。

調整会議はこれまでだんだん進んできましたが、皆さまもご理解が進んできているところではないかと思っております。

きょうの議題は、特に、グループワークではありますが、「地域に必要な病床機能について」ということです。

これは、今まで、病院の役割とかで、型どおり決まってきたわけですが、地域医療構想というのは、「地域でどのようにしていくのかを、それぞれで考えてください」というふうに、ずいぶん変わってきています。

それを皆さんで話し合っ、それがまた自分たちに返ってくるわけですが、そういうお仕着せの医療から、自分たちの意見がずいぶん反映されるようになってきているはずで。

ですので、きょうは特に皆さんで活発なディスカッションをやっていただきたい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。

○千葉課長：土谷先生、ありがとうございました。

次に、東京都よりご挨拶申し上げます。

○櫻井部長：東京都福祉保健局の医療政策担当部長の櫻井でございます。

先生方、本日は、お忙しい中お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。日ごろより、東京都の福祉保健医療行政に多大なるご理解とご協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

この調整会議につきましては、土谷先生からも今お話がございましたが、特に病床機能に着眼しまして、患者さんの病床に合った地域での医療連携体制を、

先生方にご検討いただき、どのような病床機能が足りているのか足りていないのか、どんな連携が必要なのか等について、ご議論いただければと思います。

そして、本日いただきましたご議論は、今後の施策の検討にきちんと活かしていきたいと思っておりますので、どうぞ活発なご議論をよろしくお願い申し上げます。

○千葉課長：なお、本日の会議でございますが、会議録及び会議に関わる資料につきましては、全て公開となっておりますので、ご了承をよろしくお願いいたします。

では、以降の進行を座長にお願いしたいと思います。黒瀬先生、よろしくお願いいたします。

2. 報 告

- (1) 基準病床及び病床配分の見直しについて
- (2) 定量的な基準について
- (3) その他

○黒瀬座長：新宿区医師会の黒瀬です。よろしくお願いいたします。

それでは、早速議事に入りたいと思います。初めに、東京都より報告事項を3点まとめて説明を受けたいと思います。よろしくお願い致します。

○加藤（事務局）：それでは、報告事項の1番、基準病床及び病床配分の見直しについてご説明いたします。資料1をご覧ください。

こちらは今年度東京都で進めてまいります基準病床数と病床配分方法の見直しについてお示しするものでございます。

その目的ですが、2点ございまして、資料の上段をご覧ください。まず1点目は、東京都の人口は毎年増加しておりまして、またその中でも高齢者人口も

増え続けております。それらの医療需要の増加を勘案いたしまして、医療提供体制の整備のため、基準病床数の見直しが必要と考えております。

2点目として、昨年度までの地域医療構想調整会議で各区市町村などからのご意見、ご要望を踏まえまして、都の実情に合った病床配分方法の検討が必要と考えております。

このことから、今年度、都では、次の3点の取り組みに着手してまいります。

まず1点目が基準病床数の見直しでございます。こちらは直近の人口をもとに今年度末までに検討を進めてまいります。

2点目が病床配分方法の見直しでございます。こちらも今年度末までに各地域の今年度2回目の地域医療構想調整会議でご意見をいただくほか、区市町村からもご意見を伺いながら、新たな方法の検討を進めてまいります。

基準病床数、病床配分方法のいずれも、資料下段のスケジュールに記載のとおり、今年度末に開催を予定している東京都医療審議会での議論を経て、最終的に決定してまいりたいと考えております。

3点目が病床配分時期でございます。新たな基準病床数や病床配分方法は、来年度、令和2年度当初に説明会を開催し、周知をさせていただき、およそ半年程度で病床配分の申請を受け付けてまいります。

さらに、地域の医師会の方々や区市町村、各地域の調整会議で十分に協議を行えるよう、1年から1年半ほどの時期を設け、翌年の令和3年度中に病床配分を行ってまいります。

この間、十分な意見聴取を行えるよう、また公平性を担保できるよう、令和元年度と令和2年度の2年間は病床配分を見送らせていただきます。

次に報告事項の2、定量的な基準についてご説明をいたします。

まず資料2-1をご覧ください。各医療機関さまで年1回、病床機能報告にて病棟ごとに病床機能のご報告をいただいておりますが、各医療機関で病床機能の選択、区分をいただく際の定量的な基準を策定したというものでございます。

資料の説明の前に、記載はございませんが、2点申し上げます。

1点目は、定量的な基準は、各地域で病床機能の分化と連携の議論を深めるため、そのきっかけとなるよう、地域の病床機能の現状を共有するため策定を行ったものでございます。

2点目。したがいまして、これを用いて各病院個別の病床機能を評価し、機能の転換を行うよう、東京都から指示、命令、勧告等をするためのものではございません。

今申し上げたこの2点をぜひ十分ご理解いただいた上で、本日の会議で意見交換を進めていただければと思っております。

それでは、資料の説明に移ります。策定の経緯でございます。

昨年8月に厚生労働省から通知がありまして、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を策定することとされました。

これは、病床機能報告の際に実際に回復期機能の医療を提供している病棟であっても、急性期機能として報告がされていることが多いのではないかと、急性期の病床が実際よりも多く報告されているのではないかとということが、全国的に指摘されておりまして、厚労省が、都道府県ごとにこれらの基準を策定するように通知したということでございます。

この通知を受けまして、都では、学識経験者や病床機能ごとの医療機関代表などで構成する地域医療構想推進ワーキンググループを設置しまして、基準の検討を進めてまいりました。

基準の検討を行う際、3点のポイントを念頭に進めてまいりました。1点目が、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能別の病床機能の中から、全ての機能の分類ではなく、高度急性期と急性期の群と回復期と慢性期の群、これらの真ん中を分ける基準とすること。

2点目が、各医療機関さまがご報告いただく病床機能報告の回答項目であること。3点目が、将来的に病床機能報告の回答時に各医療機関さまが活用しやすいよう、できるだけ単純であること。

今申し上げた3点がポイントでございます。

検討の結果、資料真ん中のグレーの網かけ部分に記載がございますが、全身麻酔または化学療法を1年間に1床当たり1回以上、または1日以上実施しているか否かを基準とさせていただきます。

ただし、策定と合わせて同時に留意点もお示ししております。資料下段に記載のとおり、ICUやCCU等のユニット系の病棟とか、周産期医療を提供する病棟については、本基準による区分が難しいこと、また本基準はあくまで提供する医療の一部に焦点を絞って設定した一つの基準となりますので、本基準ではかれないものについては、別途検討していくものとしております。

資料2-1の2枚目が、具体的な計算方法をお示ししたものでございます。都内の各病院さまには、平成29年度の病床機能報告のデータに本基準を適用した結果を、既にお知らせしております。

続いて、資料2-2をご覧ください。こちらは東京都全体と2次医療圏ごとの病床機能報告の結果に本基準を当てはめて、4機能別にパーセンテージで集計結果をまとめたものでございます。

それぞれ5本のグラフが記載されておまして、上から順に平成29年度の病床機能報告の結果、2段目が平成30年度の病床機能報告の結果、こちらは現時点では速報値でございます。

真ん中が平成29年度の病床機能報告の結果に定量的な基準を適用したものの、下から2段目が平成30年度の病床機能報告の速報値にこの基準を適用したものの、一番下が地域医療構想における2025年の病床の必要量の割合をお示ししたものとなります。

それぞれのグラフで一番左が高度急性期、左から2つ目が急性期、右から2つ目が回復期、一番右が慢性期をお示ししております。

東京都全体のグラフをご覧くださいますと、平成29年度、30年度とも定量的な基準の適用によって、高度急性期と急性期の群の割合が減少し、回復期群の割合が増加しております。

ただ、圏域別で見ていった場合、区中央部とか本日の区西部といった、大学病院本院や高度で大規模な病院が集中する地域においては、ほかの地域と比べて大きな動きは出ておりません。

これまでご説明申し上げたこの定量的な基準に関連する参考資料として、1番から5番まで、後ろのほうに添付させていただいております、この場で細かくは触れませんが、簡単に資料の紹介のみをさせていただきます。

まず参考資料1ですが、こちらは5月13日に実施した東京都保健医療計画説明会の中でいただいたご意見をまとめたものでございます。

次に、参考資料2は、定量的な基準を検討する際に、採用されなかった主な項目の例と、その理由とを併せて記載しております。

参考資料の3は、病床機能報告で各病院さまが実際にご報告いただく項目をまとめたものとなります。

参考資料の4は、平成30年度の病床機能報告において、各病院さまの報告では高度急性期または急性期として報告されている中で、定量的な基準を適用した結果、回復期に分類された病棟を、圏域単位、病棟単位でまとめたものでございます。その結果と併せて、診療報酬上の入院基本料の状況など、病棟の基本情報も記載しております。

最後に、参考資料の5は、先行して定量的基準を定めていた4府県、奈良県、佐賀県、大阪府、埼玉県の事例を、東京都の平成29年度病床機能報告に当てはめた試算結果でございます。

続いて、報告事項の3点目で、項目としてはその他になりますが、こちらでは参考資料6、病床が全て稼働していない病棟等を有する医療機関における病床の稼働についてです。

昨年度、平成30年度の当初時点で、過去1年間、病棟が全て稼働していない病棟、いわゆる非稼働病棟について、病棟の再開または稼働に向けた具体的な対応方針をお示しいただくか、病床の変換をいただくか、いずれかの対応をお願いして、いずれの対応もなされなかった場合には、この調整会議でご説明をお願いする旨、各病院さまにお示しさせていただいております。

こちらについてはおかげさまで各病院さまのほうで、いずれかの対応をいただいておりますので、調整会議でご説明をいただく病院さまは結果としてございませんでした。

今年度は改めて、年度当初の時点で過去1年の間病棟が稼働していないケース、これに病床単位で20床以上の非稼働病床を有する場合に、昨年度同様の対応をお願いするものでございます。

既にこちらの通知文は都内各病院さま宛に送付させていただいておりますが、この場でもご報告をさせていただきました。

報告事項は以上でございます。

○黒瀬座長：ありがとうございました。ただいま東京都から説明がございましたが、ご質問はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

では、後ほどご意見等がございましたら、承りたいと思います。

3. グループワーク

地域に必要な病床機能について

○黒瀬座長：では、次の議題に進みます。次第の3つ目、グループワーク、地域に必要な病床機能についてです。

報告事項の(2)でも東京都から説明がございましたが、東京都では外部有識者を交えた検討を行い、病床機能報告の定量的な基準を策定し、先般、その内容を都内の各病院宛に通知したとのことです。

本日は資料2-2でありました病床機能報告の集計結果と、定量的な基準を用いた地域の病床機能の再分類結果をもとに、今後地域で必要となる病床機能について、グループワーク形式で意見交換を行い、共通認識を深めたいと考えております。

それでは、グループワークに入る前に、その進め方について、東京都から説明を受けたいと思います。

○加藤（事務局）：こちらについては資料3、4、5でご説明いたします。

まず、資料の3をご覧ください。今回のグループワークの目的ですが、2点ございまして、1点目が、地域の病床機能別の医療資源の状況について意見交換を行い、共通認識を深めることでございます。

2点目が、意見交換にあたって定量的な基準適用後の病床機能の再分類結果を活用することでございます。

意見交換の項目としては、「地域で必要な病床機能について」ということをお示しさせていただいております。

意見交換の具体的な内容として、地域で必要な、または不足する医療機能は何か、回復期かそれ以外の医療機能かというテーマでございます。

意見交換の手順として、まず、普段感じる地域で必要な、または不足する医療機能は何か、現状の病床機能報告の結果と皆さまの普段からの実感を比較しながら意見交換をしていただきます。

次に、この1つ目の議論をもとに、(2)として、定量的な基準適用後の再分類結果から見た必要な、または不足する医療機能は何かということで、意見交換をいただければと思います。

意見交換の基礎資料としては、報告事項のご説明の際にご覧いただきました資料2-2をご活用いただければと思います。

また、今回策定しました定量的な基準について、繰り返しの項目も多いですが、誤解がないよう、改めて資料の下段で基準についてまとめております。

「都における定量的な基準とは」ということで、都が定量的な基準を策定した趣旨としては、地域の病床機能の状況に関係者が共通認識を持ち、自発的な病床の機能分化について議論を深めるためのきっかけとすることでございます。

したがって、各医療機関、病棟の個別の医療機能を決めつけるものでもございませんし、各医療機関の診療報酬の選択に影響を与えるものでもございません。また、今後必要に応じてさらなる検討を行うものですので、絶対的なものでもございません。

これらにつきましては、改めてご理解、ご認識のほどお願い申し上げます。

続いて、グループワークの進め方について、資料4をご覧ください。

班の設定は、皆様のお手元にお示しさせていただいておりますが、病院代表の皆さまについては、病床機能別・医療機能別の割り振りとなるよう設定しております。

流れとしては、1つ目に、進行役、書記、発表役の決定になります。初めに、恐れ入りますが、名簿の右側の番号で1番の方が仮進行役となっていただきます。

して、お1人ずつ自己紹介の上、進行役、書記役、発表役の決定をお願いいたします。それ以降の進行は進行役の方をお願いできればと思います。

2つ目が、40分のグループワークとなります。先ほど資料3で申し上げた具体的内容について、各項目について時間を区切るなどしながら、お一人お一人にご意見を求めていただければと思います。書記役の方は、発表、意見交換に向けまして、グループで話し合ったご意見を、ホワイトボードなどにまとめていただければと思います。

40分という時間はあくまで目安となります。際限なくということではございませんが、ご議論が尽きない場合は一定の延長も可能です。

3つ目が、発表、意見交換ということで、各班から発表いただいたあとに、全体で意見交換を行うという流れで進めていきたいと考えております。

資料5は、グループワーク用のメモ書きとなっております。意見交換の際にご活用いただければと思います。

なお、書記役の方がご意見をまとめる際には、皆さまのご議論を傍聴席の方々も共有できるように、ホワイトボードを積極的にご活用くださるようお願いいたします。

説明は以上でございます。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

次に、東京都医師会のほうからも追加のご説明がありますので、よろしくお願いたします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

グループワークに入る前に、定量的な基準について、「これは何か」ということがよく飲み込めないまま、議論に入っているのが現状ではないかと思っております。

そこで、もう一度、定量的な基準についてお話しさせていただきたいと思っております。

皆さんご存じのように、病床機能報告制度というものが始まったわけですが、病床機能とiiつつ病棟機能であったわけです。

ですので、病床の中にもいろいろな性格があるはずですが、それをひっくるめて報告しなければいけないということで、皆さんは違和感を持っておられると思っています。

実際に出てきた数字は、資料2-2にありますように、急性期のボリュームが大きく報告されることになりました。

これは、「ちょっとおかしいんじゃないか」と思っておられると思うんですが、そこは、厚労省もおかしいと思って、修正しなければいけないということで、去年の8月に通達が出されたということです。

つまり、「このやり方ではおかしいのではないか」ということで、「それぞれの都道府県ごとに定量的な基準を定めてください」ということになったわけです。

そこで、今回、東京都のワーキンググループの中で決めた基準が、先ほどの定量的な基準ということになります。

ただ、繰り返しますが、これは、あくまでも目安の一つでありまして、これにみんな当てはめられて、自分のところが急性期から回復期になってしまうのではないかというように、恐れている方がおられるかもしれませんが、決してそんなことはありません。

ですので、その辺、硬い話ではなくて、厚労省の通達の中であった話は、「定量的な基準を決めてください」ということもありますが、特に強調されているのは、「議論を活発化してください」ということでした。それが、つまり、きょうの会議になります。

そして、これは、ほかの誰もわからない話で、地域でお仕事をされている皆さんしかわからないことで、自分たちの感覚で、「急性期は多いのじゃないか」とか、「回復期が足りないのじゃないか」というような、現場で日々感じておられる意見を、この場で反映してほしいと思っております。

そのときに気をつけていただきたいのは、どうしても自分の病院の立場で話したくなってしまうがちですが、そうではなく、自分の病院から離れて、地域全体で見たときに、「この病床が足りないのじゃないか」とか、「余っているのじゃないか」というふうに考えていただきたいと思います。

なお、また念押しですが、診療報酬とは全然関係はありませんので、自由に話してもらって大丈夫ですから、地域においてどのようになっていけばいいかということ、診療報酬に縛られないで、自由に話していただきたいと思いたすので、活発なご議論をよろしくお願いいたします。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

私からは、お願いが2つあります。この圏域でグループワークをしていただくわけですが、土谷理事から今お話があったように、何が足りないか、何が足りているかということ、定量的な基準をちょっと参考にしながら話し合ってください。

そして、この議論が、この1年間、調整会議をしていくことで、資料1によって東京都から説明がありましたが、病床配分の見直しにつながるということをお考えになりながら、ぜひ活発なご議論をお願いしたいと思います。

2つ目は、この地域医療構想調整会議の背景ですが、「医師の働き方改革」とか「医師の偏在是正計画」というものも、それぞれ議論されておりますが、この調整会議の病床の必要量というものとは切っても切れない関係になっております。

国も、日本医師会のほうも、三位一体で議論する必要があるということですが、言うはやすく、実際は非常に難しいことではありますが、そういうことも少し頭の隅に置きながら、調整会議でのご議論をしていただきたいと思っております。

どうぞよろしくお願いいたします。

○黒瀬座長：土谷先生、新井先生、ありがとうございました。

それでは、これより各グループにて意見交換を始めていただきたいと思いたす。

なお、傍聴席にいらっしゃる医療機関の方でグループワークへの参加を希望される方がおられましたら、お席を用意いたします、いらっしゃるでしょうか。挙手をしていただきたいと思いたすが。

よろしいでしょうか。

では、これからグループワークに移りたいと思います。活発な意見交換をお願いいたします。

[グループワーク]

○黒瀬座長：それでは、議論も尽きないところではございますが、そろそろお時間になってまいりましたので、よろしいでしょうか。

Aグループは一応終了しました。Bグループも大丈夫ですか。Cグループさんも大丈夫でしょうか。

では、ホワイトボードなども使用していただきながら、順次発表をしていただきたいと思いますと思うのですが、各グループ、3分ぐらいをめぐり、グループの討論の結果を発表していただきたいと思います。

それでは、A班から、よろしくお願いします。

○関根（JCHO東京新宿メディカルセンター）：JCHO東京新宿メディカルセンターの関根です。

A班は回復期、慢性期グループと位置づけられています。しかし、それにこだわらず、各地域の病床の不足とかニーズとかいったことについて議論させていただきました。

まず、そもそも、特に新宿区は大学病院が多いし、中野あるいは杉並にしても非常に優れた急性期病院があるので、少なくとも日中の通常の急性期診療についてはかなり充足しているのではないかと。

ただ一方で、夜間ということに目を向けますと、昨今の働き方改革の問題もございまして、大学病院ですら広くその診療をカバーしてられない状況が出てきているということがあったので、その辺りを急性期病院の先生方には、このあと議論があると思いますが、ぜひカバーしていただきたいという議論が出ました。

では一方、回復期あるいは慢性期ということになりますと、これはかなり根本的な話ですが、一体その定義は何なのだろうと。きょう診療報酬の話は別個にとおっしゃいましたが、実際はかなり診療報酬上の、例えば、平均在院日数

とか、それから在宅復帰率とかいうところで誘導されている部分があって、本来の医療のニーズとかそれから質といったものを考えていくと、なかなかすつきりしないことがあるのではないかと。

例えば、急性期から回復期に移るとしても、回復期の代表はリハビリテーションということになるのかもしれませんが、あるいは地域包括ケアとかありますが、急性期の診療がまだ終わらないうちにそういったところに転棟せざるを得ないとか、慢性期といっても、その受け皿がない人が集まってきてしまっているような状況もあります。

ただ、慢性期の先生のお話では、いや、そういう中にもかなり高度の専門性が必要な患者さんが今いるのだと、具体的にはH I Vが陽性の方とか、実は私は糖尿病が専門ですが、1型糖尿病で血糖管理がものすごく難しい方もいますし、それから神経難病といった、本当に専門性の高い人が診ないとなかなか難しい病気があるということです。

ですから、そもそも定義のところから実際の診療の内容にはそぐわない部分がある。そういったところが非常に足りないということだと思います。

ということで、やはりしっかりそういうところで支援、支援というと簡単ですが、お互いの病院が、先ほどの夜間の救急もそうですが、足りないところをある程度カバーし合うような体制、これは連携の強化だったり情報共有の推進だったりすると思うのですが、そういったところを通してカバーし合いつつ、1人の患者さんについてもいろいろな病状、病期を診ていかななくてはいけないだろうというお話がありました。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

では、Bグループ、よろしくお願いします。

○野村（東京女子医科大学病院）：東京女子医大の野村と申します。

Aグループの先生からお話いただいたこととほぼ同じような議論で、急性期の定義というのがはっきりしないということです。

区西部は、大学病院もあってかなり重症な患者さんを受けられるけれども、ではその狭間にいるような患者さんがどういうふうになるのか。高度急性期、

急性期みたいに手術治療とかいうものを扱う患者さんはいいのですが、肺炎の方とかいう方をどういうふうにしていくのかというのが、やはり問題ではないか。

ここの定量的な基準では、例えば、手術とか化学療法がございますが、重症の肺炎になった場合に、これも急性期ではないだろうか。ただ、余りにも多くなると非常に大変ということもあって、この区西部の20%ぐらい減るということになる、やはり非常に大変ではないか。

また今、療養病床とか地域包括ケアとか、いろいろな出口がありますが、結果的に患者さんの流れとして、このグループにも私どものような大きな1000以上のところから、40ベッドぐらいのところがございまして、急性期と慢性期をいろいろ工夫して使っているということです。

ただ、結局、患者さまが退院するような急性期に行くのか、地域包括に行くのか、あるいは在宅に行くのかというのでいろいろ、現在のこのままですと、現在でも費用面を含めて、患者さんがなかなかおうちに帰れなかったり、帰れる状態になっていない。

そういうことを考えますと、特に病院のほうの建築の問題も出ましたが、やはり5年、10年単位で流れを考えている中で、急に基準が5年後に変わるとなると、実際、患者さんをどういうふうなところに、どういうふうの流れを持っていくかというのは、非常に難しいという議論が出ました。

そうなってくると、今の急性期という定義をこれでしてしまうと、結果的に急性期だけでも病床数が足りない。あと、慢性期にいる方からの退院もできないのではないかとというようなことが議論されました。

患者さんの負担も非常に高くなるし、また医師の偏在、働き方改革ということで、厚労省を含めて行政が動かれていることは承知しておりますが、特に我々の施設みたいにもう非常に専門領域ばかりやっているようなところでは、なかなかそういう患者さんも受けないとすると、やはり大きな病院と中規模、小規模病院のうまい連携が必要と思うのです。

今の状況でのこの定量的な基準あるいは患者さんの動線のままですと、例えば、急性期的なところの病院が現実的には急性期、慢性期を含めて受けている

というような状況がありますので、今申し上げたように、患者さんの流れが難しいのではないかとというようなことが議論されました。

結論から申し上げますと、最初に先生方がおっしゃったように、やはり急性期の定義をもう少し見直して、患者さんが速やかに在宅なりあるいは必要な治療を受けられるという意味では、計画的な形での見直しがもう一度必要なのではないかなということも議論させていただきました。

○黒瀬座長：ありがとうございます。

では、まとめて3つ、ご発表いただいて、最終的に質問なりご意見の交換をしたいと思いますので、Cグループ、よろしくお願いします。

○長谷川（東京警察病院）：東京警察病院の長谷川と申します。

私たちがAのグループ、Bのグループとほぼ同じ意見になるのですが、まず区西部の特性として、新宿区、中野区、杉並区ですが、新宿と中野・杉並のグループとはちょっと性質が違うので、一くくりにして議論をするのはなかなか難しいだろうと思います。

特に新宿区のほうでは、他の地域から患者さんが流れてきて、急性期のベッドが非常に必要になるということになると思います。

ところが、それに反して、非常に多いわけですが、中野・杉並のほうでは、やはり急性期のベッドがまだ足りない可能性があると思いました。そういう議論がありました。

それから、急性期の患者といってもいろいろで、先ほども議論がありましたが、大きな手術をするような急性期の患者と、それから誤嚥性肺炎とかいうようなもので重症化している患者さんでは、急性期といっても全然違う患者さんのタイプだと思います。

手術が終わった方たちは急性期から在宅のほうにスムーズに移っていくものもあるでしょうし、移れない、フレイルになったような方たちは、その間に回復期を通して在宅に戻るということになるわけです。

ただ、もともと誤嚥性肺炎の急性で入ってきたような急性期の患者さんは、回復期とかというのはなかなか考えられない。どうやって在宅に戻すかという

ことになってくるので、そこで回復期病棟がどれだけ必要になるのかというのはなかなかわかりにくい。

ですから、急性期というのを、先ほども言っていましたが、きちんと定義して、どういうものを急性期と呼ぶのかというのを決めないと、どういうベッドが必要かということは言えないのではないだろうかということでした。

あと、慢性期病院とか回復期病院に対して、さっき診療報酬のことはなしということでしたが、やはり診療報酬上にまだ余り評価されていないということがあって、ベッドが少ないのはそういうところにも原因があるのではないかということなので、そういうところを手厚くすることによって、バランスのよい病床の配置ができてくるのではないか。そのようなことが議論されました。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

きょうはあえて急性期・高度急性期グループと慢性期・回復期グループということで分けさせていただいて、その立場の違いで何か今回の分類に関して持っているイメージが違うのではないかという予想だったのですが、意外に割と皆さん同じような認識をお持ちだということでした。

あと、先ほどおっしゃったように地域性の問題は、この会議が始まったときから区西部に関しては地域性が非常に、新宿と中野・杉並で立場が違うという話もずっと出ているのですね。

あと、急性期、慢性期、それぞれの役割のはっきりとした定義というところがなかなか難しいというのも、最初からずっと話し合われているところです。

今までこのA、B、Cのご発表を聞いた上で、ご意見とかご質問とかございますでしょうか。フロアの方でも結構ですので、何かご質問がありましたら挙手をお願いしたいと思います。

暫定的な、といいますか、定量的な基準によって出たこの数字に関するお話が、もう少し出るかなと思ったのですが、どうでしょうか。

A班のほうでは、この定量的な基準というのが、ざっくりばらんな話で結構ですが、すごくこの2025年の必要量に近いよねというところも話が出ていたと思うのですが、どうでしょうか。

何か持っている、素直に感じるイメージというのを何か言っていただければ。それがないと、また今度、次の会議の議論につながっていかないので、ぜひ。では、関根先生。

○関根（JCHO東京新宿メディカルセンター）：JCHO東京新宿メディカルセンターの関根です。

無理やり言わされた感がありますが、例えば、区西部ですと、このバーが5つありますが、平成30年基準適用後というところと2025年の必要量、このパーセンテージがかなりきれいに一致しています。

先ほど、これは目安であるというお話をされましたが、確かに目安としてはこの2025年の予想の数字を見事に反映する基準なのかなというふうには思います。

ただし、もちろん我々は実臨床をやっている立場ですから、この基準の言葉そのものが果たしてこれを分ける基準になるかということ、多分違和感のある方が多いのではないかと思っています。

そういう意味では、数合わせということ本当に怒られるのですが、そういったところを果たして予想するための目安にしているのか、それとももうちょっと実臨床に即した基準にすべきなのかということが、根本的な問題なのかなと、個人的には思っております。

○黒瀬座長：ありがとうございます。

どうでしょうか。B班、C班で何かそこら辺のご意見、あるいは反論でも結構ですが。

○長谷川（東京警察病院）：東京警察病院の長谷川です。

申しわけありませんが、この設問の意味がやはり理解できないというのがCグループです。本当にこの書いてある再分類結果から何がわかるのだろうかというようなことで、残念ながら、その先の議論は進みませんでした。

○黒瀬座長：どちらかというところ、この定量的基準が本当に妥当だと、完全に思っている人は誰もいないので。ただ、まず本当に素直な、まずその印象をお伝えしていただいた上で、ではどこをどう改良していけばいいのかというのをこの1年かけて議論していきましょうというのがきょうの会議の第一の目的なのでですね。

ですから、ぜひ関根先生のようなざっくばらんなご意見をいただけるといいと思うのですが、どうでしょう。B班でこの定量的基準に関しては、何かお話は出ましたでしょうか。

○尾形（杉並区医師会）：杉並医師会の尾形と申します。

これはいろいろ見ていて、区中央部の分というのはすごくおかしな格好になっていると思うのです。ほかのところは比較的似たような格好の2025年の必要量というのが考えられたりしているのですが、中央部はこういうふうに低くなっているということは、何かこれは変な意味で、高齢者には高度医療をやらせないという意思表示みたいなものかな、なんていうふうに思ったりもするのです。

ですから、何でここだけがこんなに違ってくるかというのがよくわかりません。

もう一つ、この表を見ていると、やはり2025年の必要量と同じような格好で、高度医療と回復期とか、そういうのが一緒に混じっているわけですね。

今、高齢社会になってくるといってどうしても、昔の若い人たちみたいに手術したらすっと返せたという時代ではなくなってくる。そうすると、高齢者だと恐らく廃用症候群とかいうものが非常にできやすいということがあって、そういうものために回復期の部分をどうしても急性期の中でも診ないと仕方がないという感じになっている部分も非常に多いのではないかと考えています。

ですから、そういったこと、定義としてはこの格好で分けても全然構わないと思うのですが、何かやったときに必ず回復期がどうしてもついてくるし、それが高齢者になってくるとどうしても長くなるということを考えながら、議論を進めていかなければいけないのではないかと感じました。

○黒瀬座長：ありがとうございます。

B班で何か、この定量的基準に関しては。

○野村（東京女子医科大学病院）：東京女子医科大の野村です。

B班はいろいろ病院があつて、その基準まで行く前に、いろいろな病院で急性期と慢性期の病床数の区別、療養別に行っているというご努力があつたのですが、ちょっとそこまで話が進んでいませんでした。

○杉村副座長（東京都病院協会）：東京都病院協会からで、河北病院の杉村です。

一つは、やはり超高齢者の肺炎とか慢性心不全がちょっと悪くなったときの、急性に入れるか慢性期のままでいるのかということ、それを急性期としたのが多分この病床機能報告のほうで、それを慢性期のほうに入れてしまうとこの必要量のほうになるのかなという感じがします。

ですから、やはりそこら辺の定義の問題が一つあるのと、やはり慢性期病棟がもっと必要だとは思いますが、先ほどもお話が出たように、実際に慢性期病棟ができて、その費用が高いために患者さんが行ってくれないという現実がありまして、その辺もちょっと改善しないと、慢性期病床を増やしてもうまくいかないのではないかという議論が出ました。

○黒瀬座長：ありがとうございます。

ほかに何かご意見ございますでしょうか。

フロアのほうからも何かありますかでしょうか。

では、土谷先生、お願いいたします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。活発なご議論、ありがとうございました。

もう一度、このテーマに戻ってみたいと思うのです。地域で必要な病床機能についてですね。Aグループは、割と日中はバランスよく、地域としてはその急性期、慢性期、回復期、バランスがいいのかなという印象を私は受けました。

Bグループは、ちょっとそこまではっきりは議論として到達できなかったなという印象を受けました。

Cグループは、新宿は流入が多いから急性期がもっと必要であって、しかし、中野も杉並もまだまだその地域の、例えば、肺炎とか心不全の急性増悪とか、そういったところの急性期は受けきれていないし、地域としてもっと受けなければいけないということで、急性期が不足しているのかなという印象を受けました。

つまり、班ごとに、A班は回復期、慢性期、B、Cは急性期ということで、少しずつニュアンスが違うのかなと思ったわけです。

ですから、もしよかったら聞いてみたいのは、それぞれの班の意見について、A班はバランスがいいのではないかと、夜については救急がまだ不足で、それはもうどこの地域でもそうだと思います。

それぞれの班がそれぞれ、A班を基準にしましょうか。つまり、今のところは足りている。バランスはいいのではないかと。過不足はあるとしても、バランスとしてはまあまあではないかなということだったのですが、ほかの班はそれに対してどう思っているのか、聞いてみたいと思ったのですが、いかがでしょうか。

○黒瀬座長：では、B班、C班から、A班の先ほどの発表に関していかがでしょうか。

○土谷理事：いやいや、急性期、やっぱり足りないよとか、慢性期がもっとこれからは不足するのではないかなというのが聞ければいいかなと思います。

○山中（山中病院）：山中病院の山中です。

これは、B班というよりは僕の意見なので、間違っているかもしれないのですが、区西部というのは新宿、中野、杉並ということで、私は杉並に属していて、一生懸命やっていると思っています。

ただ、そういう立ち位置だけではなくて、新宿は東京都の誇れるというのではなくて、日本の誇れる大学病院が集まっているのですよ。

そういう特殊な地域の中で、区西部だけで超急性期が多いとか少ないというのは、多分私の知り合いでも、他県から東京都の病院に入って、女子医大に入ってきたり東京医大に入ってきたり、慶応義塾大学病院に入ってきたりということになっていますので、その3つをその地域の超急性期病院という扱いで扱うこと自体に、すごく無理があるのではないかと思うのです。

もちろん、その各地域の住民ということ言うと、杉並も大勢の区民の方々がおられて、私たちも一生懸命やっているのですが、それでも救急車をいっぱい取っていて、全身麻酔40床で10個というのがありましたが、できるだけ麻酔は軽い麻酔で手術もしたいし、それを無理に全身麻酔でやらなければならなくなるようなことになっては、絶対いけないと思うのです。

ですから、そういう数の基準を、数だけで決めるのではなくて、もっと違ったやり方を考える必要があると思っています。

それから、私の知り合いで、大学を出ると地方にいっぱい行っているのですが、場合によっては、東京の私学を出て地方で病院を開業したりすると、お医者さんが足りなくなってしまうのですよね。

ちょっとこういう言い方は語弊があって申しわけないのかもしれないのですが、例えば、各県で大学、医学部があるところは1つしかないのと、その病院ではその大学からの医者の派遣に頼らなければならないので、医者を集めるために県内に病院をわざとつくって、そこでお医者さんを集めるなんていう努力をしている病院もあります。

我々のところはそういうことはないのですが、やはり地域での立ち位置と、それから大きく言えば日本での新宿区という、大学病院がいっぱい集まっているところの立ち位置というのは別に考えてやらなければいけないので、そうすると、この分布を東京都全体で、区西部というのを同じ立ち位置で考えること自体に無理があるのかなという感じがします。

それぞれがそれぞれの病院で一生懸命やっているのですが、何か私どもみたいな小さな病院と、女子医大さんみたいな大学病院の大きなところで、もう特殊な専門的なこともいっぱいできる病院が、同じような立ち位置で、数で縛られるというのは、僕はすごく違和感があって、小さい病院が言うことではないのかもしれないですが、ちょっとそういう感じがいたします。

○松永（林外科病院）：同じB班の、林外科病院の松永です。

この基準のことを今言わなかったというのですが、もともとこの話の中に、この班では基準はまず除外して話をしようというふうな話で始めたのです。

これを見ればわかるのですが、区中央部の急性のところが減っていないですよ。一方で、区西部というのは大病院があって、さっき山中先生から話が出たように、慶應や女子医大があって、国際医療センターがあって、これは圧倒的に急性期が多いはずなのです。

だから、これはどういう根拠でこれを急性期から削られたのか、急性期が少ないのか、まず最初のところからおかしいです。それで25年を当てはめてみるという話になると、この区西部の大学病院の急性期の重症患者は一体どこへ消えてしまったのかというような図になっていると、私は思います。

ですから、もともと抗がん剤が入ってくるのが全く理解ができないし、そういうものはまずゼロに戻してから考え直さないといけない基準だと思っています。

これは、恐らく25年で急性期というけれども、この基準ではなくて、今ここで話をした在宅が急性期化した、慢性心不全、肺炎を入れたら、この25年の必要量はものすごく上がると思うのですよね。それが現実だと私は思っています。

25年に、特に区西部でこんなになるわけではない。高齢化した人の在宅のひとり住まいが増えて、在宅が増えたら、急性に悪化するのが増えるので、

○黒瀬座長：そういうご意見をいただきましたかっただけですね。ですから、いろいろ議論のネタがあつてしまうと、もう議論がかみ合わなくなるので、2点に絞らせていただいて、普段感じる地域で必要な医療機能は何かということと、定

量的な基準適用後の再分類の結果から見たらどう思うかというところですので、先生の今おっしゃったような議論が非常に大切だったので、そこをもう少し深めていただければよかったかなと思ってはいるのですが。

○松永（林外科病院）：それを話し出すと、話が、元のところがごちゃごちゃになってしまうので。

○黒瀬座長：皆さん感じていらっしゃるように、その分類の仕方、あるいはその機能の分類の仕方、あるいは地域性、新宿と中野・杉並の違いというのは、これは最初からずっと言われていることなので、まずいろいろなご意見をいただいた上で、またそれを次の議論に活かしていきたいと思います。ありがとうございました。

新井先生、どうぞ。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

山中先生、貴重なご意見、ありがとうございました。

この地域構想調整会議は、その構想区域ごとに皆さんに今話をさせていただいて、そこで病床の型についてお話しいただいたのですが、去年は、隣の圏域の先生方にもちょっと参加していただいて、隣の圏域との、やはり患者の流入もありますし、そこでの病床の必要量というものを議論していただいたのはご記憶にあると思います。

やはりそれは示されていることですが、特に東京は患者の流出入が多いということで、隣の圏域であるとかいうところも含めた上で、病床が足りないとかいうことを、今回はこれで終わってしまいましたが、今後の調整会議での議論では深めていただければと思っております。

また、医師の偏在の是正の話がちょっと出ますが、やはり国のほうは「2036年まで医師の偏在の是正を進めなさい」ということを言うておきまして、最終的には2次医療圏の中で何かうまく是正できるようにということをおきしておりますが、いきなりそこでは難しいので、それは今のところは3次医療圏という話をしております。

そういうことも考えていくと、やはり調整会議の病床のほうも、隣の圏域のことも十分に考慮していただいて、患者の流出入も考えて議論していただけると、より地域の医療の確保ということに結びつくのではないかと考えていますので、よろしくお願いいたします。

○黒瀬座長：ありがとうございました。

大変活発なご議論と、そして貴重なご意見をいただきましてありがとうございました。もう時間も来ましたので、本日の議論の内容は次回以降の調整会議に活かしていきたいと思えます。

調整会議は情報を共有する場ですので、もし最後にどなたか情報提供を行いたいという方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いしたいと思うのですが、特にございませんでしょうか。

なければ、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思います。ありがとうございました。

4. 閉 会

○千葉課長：黒瀬先生、ありがとうございました。

最後に事務局より事務連絡を4点ほど申し上げます。

まず1点目ですが、本日行っていただきましたご議論の内容について、また、それ以外につきましても、追加でご意見等がございます場合には、こちらの「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という紙にご記入いただきまして、東京都医師会までご提出ください。できましたら、本日より2週間程度でご提出いただければと思います。よろしくお願いいたします。

2点目、今後病院等の皆さまがこれまで担ってきた機能を大きく変えることなどを予定される医療機関につきましては、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと思えます。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をお願いいたします。

3点目、議事録でございます。冒頭でもご説明いたしましたとおり、本調整会議は公開となっております。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。よろしくお願いいたします。

最後に4点目でございます。本日の資料につきましてはお持ち帰りいただきますが、各テーブルの閲覧用の地域医療構想の冊子は、次回も使いますので、これはそのまま置いておいてください。よろしくお願いいたします。

それでは、これもちまして、本日の地域医療構想調整会議を終了させていただきます。長時間にわたるご議論、ありがとうございました。

(了)

□