

東京都保健医療計画説明会

会議録

令和元年5月13日
東京都福祉保健局

(午後 2時30分 開会)

○千葉計画推進担当課長 それでは定刻となりましたので、ただいまより東京都保健医療計画説明会を開催させていただきます。

本日は、お忙しい中、大変多くの皆様にご出席をいただきましてありがとうございます。また、日ごろより東京都の医療政策の推進に当たりまして、ご理解とご協力いただきますこと、重ねて御礼申し上げます。

私は、東京都福祉保健局医療政策部で計画推進担当課長をしております千葉と申します。本日進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず最初に、東京都医師会を代表いたしまして、猪口副会長よりご挨拶をいただければと思います。猪口先生、よろしくお願いいたします。

○猪口東京都医師会副会長 皆さん、お忙しいところお集まりいただきまして、どうもありがとうございます。日ごろから、今お話がありましたように、東京都地域医療構想調整会議を初めといたしまして、都の医療行政、それから東京都医師会の会務にご協力いただきまして、本当にどうもありがとうございます。

きょうの説明は、去年、平成30年に制定しました、つくりました保健医療計画の概要を再度説明ということと、それから書いてありますとおり、基準病床のその配分、それから定量的な基準というところ、これは地域医療構想調整会議で、まさに今回話し合っているいろいろな形で決まったものであります。そして、これからこの調整会議の役割というものが非常に大きくなってきておりまして、国のほうの会議でもいろいろな役割を付与してきております。ぜひ、きょうのお話を理解していただきまして、今後も調整会議のご協力をよろしくお願い致します。

つきましては、わからないところの質問は東京都のほうにお願いしたいところでありましてけれども、ご要望とか、それから会務の運営に関するいろいろなご意見に関しましては、東京都医師会が中心となってやっておりますので、ぜひそうしたご意見も我々のほうに寄せていただければと思います。

では、きょう、苦しいところ、狭いところで1時間半かかりますけど、よろしくお願い致します。

(拍手)

○千葉計画推進担当課長 猪口先生ありがとうございました。

では、これより説明に入らせていただきます。お手元の資料、次第の2、説明にございますとおり、(1)から順番に説明をさせていただきたいと思っております。

説明ごとに質疑応答を設けさせていただきますが、時間の限りもございますので、ある程度で次に進めさせていただきます。なお、本日の資料の中に、東京都保健医療計画説明会ご意見といった紙を用意してございます。後ほどご意見、ご質問等ございましたら、こちらもあわせてご利用いただきますようお願いいたします。

では、(1)東京都保健医療計画について説明いたします。説明者は東京都福祉保健

局医療政策担当部長の櫻井でございます。では、お願いいたします。

○櫻井医療政策担当部長 皆様、こんにちは。改めまして、医療政策担当の櫻井と申します。本日はお時間頂戴いたしまして、私のほうからご説明させていただきます。

大変お忙しい中、このように多数にお集まりをいただきまして、ありがとうございます。会場の都合で、ご参加人数を絞っていただくなど、ご協力をいただきましたこと、おわびと感謝を深く申し上げます。

また、皆様方におかれましては、日ごろより東京の保健医療行政に多大なるご理解とご協力を賜りましたこと、深く感謝申し上げます。

毎年この時期に開催させていただいております保健医療計画の説明会でございますが、昨年度は、ちょうどこの保健医療計画を改定してスタートするタイミングでしたので、計画の内容を全般的にご説明させていただきました。今年度は、本日の会議次第をごらんいただきますとおわかりのとおり、基準病床などの見直しの年度とさせていただきたいと考えておりますので、ご説明も病床にある程度焦点を絞ってさせていただきたいというふうに思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

ご説明のスライドは資料1としてお配りをしております東京都の保健医療計画の概要、こちらの冊子からある程度抜粋をしてお示しをしております。ほかのページにつきましては、恐縮ですが後ほどご参照いただければと存じます。

では、早速ご説明に入らせていただきます。保健医療計画とは何かということですが、こちらご案内のとおり医療法に基づく医療計画を含み、医療だけでなく東京都の保健医療施策の方向性を明らかにする基本的、総合的な計画ということで、計画年度は昨年度から2023年までの6年間、長いので必要に応じて見直しをかけていくということにしております。

主な記載事項でございますが、5点を紹介させていただきます。

まず、5疾病5事業と在宅医療、こちらは医療法による法定事項です。すなわち、患者数や死亡者数が多く、広範で継続的な医療が必要などということと5疾病、そして人々の安心のために政策的に医療確保が必要な5事業ということと救急等でございます。それから在宅医療、こちらについてまず記載しております。

また次に、東京都といたしましては、特に必要と認める医療ということで、超高齢化を見据えた認知症の対策やリハビリテーション医療、また訪日、在留外国人の増を踏まえまして、外国人患者への医療について、特に必要と認める医療ということで記載をしております。

また、医療と関連する保健・福祉の計画につきましても、高齢者や障害者などの対策も各計画を反映して取り組みを示しております。

つまり、保健医療計画は、東京都の特性に応じた医療政策や医療はもちろん、関連分野も縦割りにならず整合をとって掲げた計画となっております。期間も長いですが、内容も広範になっております。

そして、4番目として、基準病床数でございます。こちらは言うまでもなく、病床は重要な医療資源であり、効率的かつ適切な活用をする必要がございます。そのため、こちらについては、医療法に基づく算定式で基準病床を定めております。詳細は後ほどご説明をさせていただきます。

そして、計画の推進体制でございますが、保健医療計画の推進協議会や、先ほど上げましたいろいろな疾病事業ごとに協議会を立ち上げて、そちらのほうで進捗管理や指標の評価を行っているところでございます。

次に、東京都の地域特性につきまして見ていきたいと思っております。

東京都の医療の地域特性ですけれども、まず医療提供側からの特徴といたしましては、①、②にございますとおり、高度医療提供施設、医療人材養成施設が集積しております。例えば、特定機能病院が全国89のうち15が集中しているところでございます。その一方で中小病院や民間病院が多い、都内には約650の病院がございますが、その7割は病床200未満の中小の病院でいらっしゃいます。また、民間病院が多いのは、我が国の特徴ではございますが、全国で8割に対し、都内ではさらに多く、民間病院の割合が9割を超えています。

患者さん側に目を移しますと、発達した交通網、これでアクセシビリティの高さと言えます。また、人口密度が高い、しかも昼夜間人口比率が高いということで、例えば都心部では昼間人口が夜間の1.2倍を占めるというような状況、一方で都心周辺部や町村部では夜間のほうがやや多く100%を下回っております。また、高齢者人口が300万人を超え、高齢者単身世帯が都内全世帯の1割強を占めます。

都民の将来人口の推計でございますが、こちらにも総人口は2025年にピークを迎えてそこから減少に転じますが、一方高齢者人口につきましては増加を続けてまいります。2040年には395万人弱、都民のおよそ3分の1が高齢者となる、世界に類を見ない規模とスピードで東京の高齢化は進んでおります。

次に、都民の死因の推移でございますが、近年はがん、心疾患、脳血管疾患など、生活習慣病が死因の上位を占めております。また、特にがんの上昇カーブが高くなっているのが注目すべき点です。また、高齢者増に伴い肺炎による死亡も増加しております。

では、この患者さんたちについて、次に流出入、受療動向について簡単に特徴を見ていきたいと思っております。

これは、まず全疾病の患者さん方がどこに入院しているかという動きでございます。えんじ色の矢印というのが都内は都内の移動を示しますが、それ以外の色は全て他県からの移動です。他県というのは、周辺の埼玉や千葉、神奈川を中心とした周辺県となります。特にごらんいただきますとおわかりのとおり、高度急性期ですとか、急性期、回復期につきましては流入が多いのに比べまして、慢性期は都内であれば療養病床の多い多摩地区へ、そして他県への移動が多いという傾向がございます。

次に、疾病別で特徴を見てみたいと思っております。

これはがんの患者さんの場合です。がんの患者さんは、トータルで患者総数の6分の1を占めますが、特に高度医療を提供する病院の多い都心部を中心に集中していることがわかります。

一方、急性心筋梗塞・脳卒中・成人の肺炎・大腿骨骨折、これら高齢者に多く見られる疾病になりますが、この4疾病の患者さんの受療動向について見てみたいと思います。

こちらの患者さんの合計も、おおむね全体の6分の1ということで、がんとほぼ同規模となります。このように救急搬送が多い疾病の場合ですと、遠くではなく近隣の医療機関に入っらっしゃるといので、一定程度のエリアでの地域完結性が強い受療の傾向が見てわかります。がんのように相対的に病院を選ぶ時間のある疾病の場合ですと、お住まいから相当離れている病院でも選択されるものとは異なりまして、対照的な受療行動と言えます。

13ページ、14ページのところで医療施設のところでありますが、病院のほうは、病院数、病床数ともに減少傾向にございます。

14ページのほうごらんいただきたいと思います。一般診療所の推移ですけれども、こちらのほうは増加傾向にございます。ただ、人口10万人対ではそれほど大きな変化はございません。

施設の次に、医療人材、ここでは医師数の、医師の特徴を見てみたいと思います。都内の医師数は全国に比べまして女性の割合が高く、特に比較的若い世代での女性の割合が高いという特徴がございます。

ここまで見てきました都民、患者側、それから医療提供側の概況を踏まえまして、次に東京の医療の将来像、特に将来の病床につながるお話につきまして、東京都地域医療構想で示しておりますので、ご説明をしたいと思います。

地域医療構想は、こちらにも書いてございますが、行政や医療機関、保険者など、医療・介護・福祉にかかわる全ての方々が協力して、将来にわたり東京都の医療提供体制を持続・発展させ、そして「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なるものでございます。なお、ここまでご説明してきました医療計画がこちらの具体的な取り組みをあらわした計画という関係になっております。こちらの地域医療構想では、東京の将来の医療を考えるのに当たりまして、構想区域というものを設定してございます。こちらが13の区域、病床整備区域と呼称されますが、こちらを定めて考えておりまして、二次保健医療圏、医療計画という二次保健医療圏と同じ13区域となっております。

将来の病床数の必要量を、この地域医療構想の中で見込んでいるところでございます。2025年では、21ページのシートにございますとおり11万3,764床ということで推計しております。高度急性期と急性期、左二つ、それから回復期と慢性期でおおむね5割、5割というような構成比となっております。なお、この推計は国の示す計算式により行ったもので、人口や受療動向など、今後さまざまな要因によりまして変わっ

ていくことになろうかと思えます。従ってこの必要量に従って病床数が直ちに上昇していくというものではありません。ただ、病床機能の更新のありようなど各研究における今後の病床機能の分化や連携を検討していく際に参考になるものとなります。

また、現状につきましては、毎年病院に対して実施しております病床機能報告において、各高度急性期や急性期、回復期、慢性期といった医療機能について調査をさせていただいて、圏域ごとに結果をまとめてお示しをしているところです。双方の比較資料も本日配付させていただいておりますので、後ほど（3）の議題でご説明をさせていただきます。

このような病床の機能と、資料は89ページに飛びますが、病床の機能の分化、連携を今後に向けて考えていくに当たりまして、各病院では自らの担うべき役割や医療機能についてお考えいただき、地域の実情に応じた病床の機能分化を進めていただくこととなります。そのためには、連携や協議が必要となってまいります。すなわち、円滑な医療連携体制のもので、病院相互が協力し合い、補い合って、各病院が医療機能を十分に発揮することが重要ということです。

23ページに戻りまして、そのために都では13の構想圏区域、二次保健医療圏ごとに協議、検討の場といたしまして、地域医療構想調整会議を設置しております。さらに、各調整会議での情報を集約しまして議論する場といたしまして、地域医療構想調整部会をあわせて設置しております。

これらの会議では、医療機関や、医療関係機関、医療保険者、行政など、多くの関係者の方々がご参画をいただき、協議を重ねております。そういった協議を踏まえて今後の東京の医療の実現に向けて進めてまいりたいと考えております。

なお、今年度の第1回目の調整会議につきましては、すでに開催のご案内をお出ししているところですが、引き続きのご協力をよろしくお願いいたします。

ここまでで、地域医療構想に示しました将来の病床の必要量についてご説明しましたけれども、一方で病床の整備は保健医療計画に定めております病床整備の基準である基準病床、こちらの枠組みの中で行ってまいります。

保健医療計画のほうにお話を戻させていただきます。

保健医療計画では、保健医療サービスを提供していく上での圏域として、一次、二次、三次の圏域を設定しております。このうち一般的な医療ニーズに対応するための圏域が二次保健医療圏です。入院医療などもこの圏域内で確保することを基本にしつつ、必要な医療連携等図っていくこととなります。こちらの基準病床につきましては、医療法で定めた算定式に沿い病床の種類ごとに算定して定めておりますので、それに従って算出したものです。一般病床と療養病床については、このように二次保健医療圏ごとに設定しており、その枠の範囲内で基本的に整備をしてまいります。今年度、この基準病床や、また病床配分の方法につきまして見直しをしていきたいと考えております。詳細は、次の議題2でご説明を申し上げます。

また、これらの病床については、貴重な医療資源として有効活用いただくことが重要です。そこで、昨年度に引き続き非稼働病棟についてご対応をお願いする予定です。こちらは議題の3のほうでご説明をさせていただきます。

なお、他の精神、結核、感染症のそれぞれの基準病床数についてはこのようになっております。これは、三次医療圏、都全域での設定となっております。

駆け足でご説明をしてみました。東京の病床の機能や規模をどうしていくかというのは、なかなか悩ましい課題ではございますが、常にこのグランドデザイン、東京の将来の医療、こちらの四つの基本目標のほうに立ち戻って、全ての関係の皆様と力を合わせて、誰もが質の高い医療を受けられる、安心して暮らせる「東京」の実現を目指しまして取り組んでまいりたいと思います。

ここまで、保健医療計画について、病床に焦点を当てましてご説明をしてみました。そして、今年度のテーマとなりますが、基準病床及び病床配分方法等の見直しに関しまして、以後のご説明の前段としてご参考にしていただければ幸いです。

私からの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。

○千葉計画推進担当課長　ここまでの説明で何かご質問等ございますでしょうか。

(なし)

○千葉計画推進担当課長　よろしいでしょうか。それでは、次の説明に移らせていただきます。

それでは、次の説明(2)基準病床及び病床配分の見直しにつきましては、私のほうからご説明をさせていただきます。

次第の、1枚おめくりいただきまして、資料2、横型の資料をごらんください。

東京都では、今年度、先ほど保健医療計画の説明でもございましたが、基準病床と、それからそれに伴います病床配分方法を見直しに向けた検討をさせていただきたいと思っております。

その目的でございますが、資料の一番上の四角の囲ったところに記載してございます。2点ございまして、まず1点目が、東京都の人口は現在毎年増加しております。高齢者人口もふえ続けている中で、医療需要の増加を勘案し、それに応じた医療提供体制を整備していくために基準病床数の見直しが必要であると考えております。

2点目、二次保健医療圏ごとに設置いたしております地域医療構想調整会議ですとか、各区市町村さんからの意見、ご要望を踏まえまして、東京都の実情に合った病床配分方法の検討が必要であると考えております。こちらにつきましては、昨年度各圏域ごとに開催させていただきました地域医療構想調整会議におきまして、区市町村別の病床の配分を求めるご意見ですとか、病床の機能別に配分を求めるご意見、地区医師会さんとの事前調整が不足していたとのご意見ですとか、地元の区市町村との事前調整を求めるご意見など、現在の東京都の病床配分の仕組みに対するご意見を多数いただいております。

また、先ほどの説明でもございましたが、各圏域の調整会議の情報を集約し、共通する課題の抽出や、その解決に向けた方策の検討を行います地域医療構想調整部会、また保健医療計画の進捗管理や各取り組みの評価、検証を行います東京都保健医療計画推進協議会、こちらの両協議会等におきまして、委員から病床の申請者と、地域の医師会などの関係者が十分に協議を行う必要があること、また区市町村の意向をよく聞き取ってほしいといった意見が寄せられております。これらのご意見等を踏まえまして、資料真ん中の四角のところでございますが、3点の取り組みに着手したいと考えております。

まず1点目が、基準病床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1年間かけて見直しを進めたいと考えております。

2点目が、病床配分方法の見直しでございます。こちら、今年度1年間かけて、各圏域の調整会議や区市町村さんからのご意見を伺いながら見直しを進めていきたいと考えております。基準病床数、病床配分方法、いずれも資料下段のスケジュールにありますとおり、今年度の末に開催を予定しております東京都医療審議会での議論を経て決定していきたいと、考えております。

3点目が、病床配分時期でございます。新たな基準病床等配分方法につきましては、また資料下段のスケジュールの真ん中の令和2年度のところでございますが、年度冒頭の説明会、きょうのような説明会でございますが、こちらのほうで今年度1年間かけて検討した結果につきまして周知を凶らせていただきまして、以降およそ半年をかけて病床の申請を受けつけたいと、そのように予定してございます。その後、地域の医師会の方々や、区市町村や各調整会議において十分に協議を行えますよう、1年から1年半ほどの時期を設けまして、その翌年、令和3年度中に病床配分を行いたいと、そのように考えております。この間、いま申し上げました意見聴取等を十分に行い、かつ公平性を担保するために今年度及び来年度の2カ年間につきましては、病床配分を見送らせていただきたいと考えております。

ここまで、基準病床及び病床配分の見直しにつきまして説明させていただきました。説明は以上でございます。何か質問等ございますでしょうか。

(なし)

○千葉計画推進担当課長 それでは、次の説明に移らせていただきます。

次は(3)定量的な基準についてでございます。こちらのほうも、恐れ入りますが私のほうから説明をさせていただきます。

次第の資料1枚おめくりいただきまして、資料3-1が定量的な基準の説明資料でございます。定量的な基準につきましては、これは何かといいますと、病床機能の定量的な基準ということでございまして、現在各医療機関の皆様には、毎年作成していただいております病床機能報告の病床機能の区分、4区分でございますが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分でございますが、その区分を行う定量的な基準をつくったものでございます。

まず、病床機能報告につきまして申し上げますと、この制度は地域医療構想の策定ですとか、医療機能の分化、連携に当たりまして、各医療機関さんが担っていただいている医療機能の現状の把握、分析を行う必要があることから平成26年度より開始された全国統一の制度でございます。医療機関さんにおかれましては毎年各病床において担っていただいている医療機能をみずから選択し、病棟単位で都道府県に報告していただいております。各病棟にはどのような設備があるのか、どのような医療スタッフが配置されているのか、どのような医療行為が行われているのかについて報告することとなっております。なお、病床機能報告の対象は一般病床及び療養病床を有する病院、または診療所というふうになってございます。この病床機能報告の結果を集計し、各圏域の調整会議において、これまでさまざまな議論を進めてまいりましたが、その中で集計結果がやっぱり現実を反映していないのではないか、具体的には高度急性期と急性期の報告が多過ぎるのではないかと、回復期は一方で少な過ぎるのではないかとといった意見が多くいただいております。なお、この傾向は東京都に限らず全国的にも同様な傾向がございましたことから、厚生労働省でもこの間検討が図られてきたところでございます。

ここまですが前段でございまして、資料の3-1をごらんください。

一番上の経緯のところでございますが、厚生労働省でその間の検討の結果、昨年8月に各都道府県に通知が出されました。都道府県は、それぞれ地域の実情に応じた定量的な基準をそれぞれで設けなさいということが国からの通知でございまして、国では、全国統一の定量的基準をつくらないというふうなことが、昨年の夏に明確にされています。それを受けまして東京都では、学識経験者の方ですとか、病床機能ごとの医療機関の代表の方などから成る地域医療構想推進ワーキンググループというものを設置させていただきまして、東京都の定量的な基準について検討を行いました。

基準検討のポイントが、その下の段のところに3点書いてございますけれども、1点目が高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分全てを分けられる基準ではなく、問題となっていた高度急性期と急性期の群と回復期と慢性期を分ける群の真ん中の線、ここを分ける基準を検討することといたしました。

2点目、現在各医療機関さんに作成していただいております病床機能報告の回答項目の数値を使用した基準となることというふうなことも決めました。

最後3点目でございますが、将来的に病床機能報告の回答の際に、各医療機関さんが活用しやすいように、できるだけ単純な基準であることを目指しました。

検討の結果でございますが、資料中ほどのグレーの網掛け部分にございますけれども、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、1日以上実施しているか否かというのを基準と定めております。一方で、下の留意点にありますとおり、ユニット系の病棟ですとか、周産期の病棟などは、本基準だと区分が難しいことなど既に課題も出ているところでございます。

恐れ入ります、資料を1枚おめくりいただきまして、資料の2枚目が具体的な計算方法と、具体的といっても大した内容じゃないのですが、このような計算方法で計算して試算をいたしております。既に皆様のお手元には、それぞれ自施設の試算結果について私どもより送らせていただいているところがございます。いま一度ちょっと内容をご確認いただければと思いますし、またお手元に届いていないということが万が一ございましたら、後日私どものほうにまたお申し出いただければと思います。よろしく願いいたします。

恐れ入ります、もう1枚資料をめぐっていただきまして、今度は縦型の資料3-2をごらんください。

皆様のお手元には各施設さんの試算結果お示し、病棟ごとの試算結果をお示ししましたけれども、こちら東京都全体と各二次保健医療圏ごとの集計した試算結果でございます。ですので、東京都全体と、島しょ部も入れまして13のブロックに分けた試算の結果でございます。グラフは3本ずつとなっております、一番上が平成29年度の病床機能報告の結果の集計、真ん中が平成29年度の病床機能報告の結果に対し我々が新しく定めました定量的基準を当てはめて試算をし直した結果の集計、一番下のグラフが地域医療構想で示した2025年の病床の必要量のグラフとなっております。

また、グラフは、一番左側のグレーの部分のところが高度急性期、一つ右の点々のところが急性期、もう一つ右の白いところが回復期、一番右の斜線のところが慢性期というふうな順番で各圏域、それから東京全体をお示ししてございます。

一番上の東京都の欄をごらんください。繰り返しになりますけれども、上のグラフが平成29年度の病床機能報告でございますが、こちらでは一番左の高度急性期が23.5%、もう一つ右の急性期が43.9%で、合わせて67.4%が高度急性期、急性期群となっております。一方で、もう一つ右の回復期は9.8%とそのような病床機能報告の集計結果となっておりましたが、これに定量的基準を当てはめて試算いたしましたところ、真ん中のグラフに移りますけれども、左から高度急性期が20.6%、急性期が31.5%、合わせて52.1%と大きく高度急性期、急性期の群が減少しまして、回復期が25.2%と大きく増加したというふうな試算の結果となっております。

その二つ下の区南部の地域ですとか、さらにその下の区西北部の地域など、各圏域でも高度急性期と急性期が減少し、回復期が増加するような試算の結果は出ておりますが、一方で上から2番目の区中央部ですとか、上から5番目の区西部など大学病院本院や高度で大規模な病院が集中している圏域では余り大きな変動が出ていないと、そのような結果も出ておるところでございます。

今年度の調整会議におきましては、この試算結果をベースにいたしまして、医療機能の分化と連携といった議論をより深めていきたいと、そのように考えております。定量的な基準、これは我々定めて試算をいたしておりますけれども、これがファイナルアンサーということではなくて、皆様と調整会議等でおきまして議論を重ねながらよりいい

ものをつくってみたいと、そのように考えております。まずは、これはたたき台で今試算してこれから議論の最初の取り掛かりにしたいと、そのようなふうを考えてございます。

説明は以上でございます。何かご質問等ございますでしょうか。

○小川（調布東山病院） ありがとうございます。私、北多摩南部二次医療圏で83床の二次救急をやっております調布東山病院の小川と申します。

今定量基準は、これから幾らでも議論の余地があるということは、いつごろ反映していただけるのでしょうか。というのは、ちょっと今回の基準が、ちょっと東京都の今後の高齢者がふえてくる救急にはちょっと不十分ではないかと思っております。できれば、急性期って、発症から間もない時期で、病状が不安定な時期でありますので、手術と化学療法だけでは十分ではないと思っております。例えば救急車の、100床当たりの救急車の受け入れ台数とか、予定外入院、1日に予定外入院を何%受け入れているとか、そういうことを基準に評価をしていただくことが可能かどうか、そういう基準を変えて、プラスアルファでしていただける余地があるかどうかを教えていただきたいと思っております。

○千葉計画推進担当課長 ご質問ありがとうございます。

結論から申し上げますと、ちょっとまだわからないといったのが正直なところでございまして、先ほども申し上げましたけども、私どもがお示しさせていただいた定量的基準のたたき台をもとに、各調整会議においてご議論いただいて、その中で今ご提案いただいたものが本当にふさわしいのかも含めて、さまざまな議論していただいて、それを最終的にどうなるかというのは議論の方向によっていろいろ変わるとは思いますけれども、議論深めていきたいと、そのように考えております。

○小川（調布東山病院） ありがとうございます。これは、じゃあ、この意見のほうにファックスで我々の意見をお送りすれば、それを配慮していただけるということでしょうか。

○千葉計画推進担当課長 そちらでも結構でございます。

○小川（調布東山病院） 東京都は民間病院が多いと先ほどおっしゃられましたけれども、高齢者救急を支えているのは多分小さい病院、中小の民間病院だと思いますので、我々も2病棟しかないんですけれども、二次医療圏で2番目に100床当たりの救急を受け入れしている病院であります。そして、当日の予約外入院が70%を超えている状況なんです。それでも、2病棟のうち1病棟は内科であるということで、今回、回復期に分類されておりましたので、とても現状には合っていないと思っております。200床未満のケアミックスも含めた中小で地域を支えている病院は、ぜひ急性期で届けている病床でできれば100床当たりどのぐらい救急車を受け入れているとか、予約外入院が何%か、そういう視点でも評価していただくと大変ありがたいと思っております。

○千葉計画推進担当課長 ほかに何かございますでしょうか。

○中瀬（大森赤十字病院） どうもありがとうございます。区南部の大森赤十字病院の院長の中瀬でございます。

今のお話にもあったんですけども、この基準というのは、悪性腫瘍に対するウェイトが強過ぎるということですので、多くの病院、急性期病院が持っている機能、特に先ほど話があった救急の機能、血管障害、血管系の治療に関するところの機能が大きく脱落しています。ですから、これを機械的に当てはめると東京都の救急医療は崩壊します。私たちの病院で、心筋梗塞等の受け皿になっている血管障害系、あるいは心不全、そういったものの受け皿になっている病棟、それから脳卒中のところの受け皿になっている病棟、そういうところが軒並み回復期に分類されています。これは、大きな片手落ちではないでしょうか。もう一度、根本からの検討し直し、特に検討された方のメンバーの偏りがいいかどうか、よくご検討ください。お願いいたします。

○菅野（東京北部病院） 足立区にあります東京北部病院の菅野と申します

今回、定量的な基準ということで、東京都のほうで出されたのが全身麻酔と化学療法というところで、埼玉等で行われている定量的な基準、先ほど前の方とちょっと同じようになると思うんですけども、そういう基準があった中で、今回この全身麻酔と化学療法だけに絞った理由を教えてくださいたいのと、今回定量的な基準で当院も回復期で分類された病棟があるんですけども、これはもう参考として今積極的に変えていく必要がないのかどうか、その2点、ちょっとお伺いしたいんですけども。

○千葉計画推進担当課長 今ご質問の中にありました例えば埼玉県の様子ですとか、それからほかのところでは奈良県ですとか、佐賀県ですとか、いろんな先行した基準を考えて実際に試算された他県の基準も当然東京都に当てはめて試算をいたしましたところですが、こちらには結果出ていませんけれども、余りいい結果にならなかったと。そこで前段も含めて東京都ではもうちょっと単純でわかりやすい基準でいけないかというのを考えてでき上がったたたき台がこちらということでございます。

2点目の、皆様のお手元に配らせていただいた試算結果でございますが、もちろんこれはたたき台でございますが、これは議論の最初の踏み台というか、きっかけにしたいとは思っておりますが、これをもって何かをやってくださいですとか、何かしてください、何か方向を変えてくださいというつもりは我々ございませんが、各施設さんにおきまして、これをもとにもう一度みずからの立ち位置ですとか、今後の方向性とかをご検討されるのは、もうそれは各施設さんでやっていただければと、そのように思っております。

○村田（町田市民病院） 町田市民病院の、私村田と申します。

この定量的な基準なんですけども、今の段階のものはたたき台だということで、今後どのような形でその議論を収斂させていくのかということと、最終的にはこの基準をもとに東京都さんでは指示、病床機能の指示なり勧告を行っていく考えなのかどうかということをお教えいただければと思います。

○千葉計画推進担当課長 まだ、内部の議論も成熟していない状況ではありますが、基本的には今年度1年間かけて、定量的基準を各調整会議等でご議論いただきまして、それを調整部会ですとか、保健医療計画推進協議会ですとか、そういったより取りまとめの協議会等々でご議論いただいて、ある程度の方向性を出したいなというふうには考えております。ただ、現時点ではそれに基づいて何か勧告をしたりですとか、行政指導したりとかする予定はございません。ただ、現時点ではですので、ちょっと将来的にはまだ未定というところでございます。

○藤本（東京衛生病院） 東京衛生病院の藤本と申します。

二つ前の方の質問の中で、埼玉とか奈良の基準で試算してみたけれども、よい結果にならなかったという回答、お返事をいただいております。何をもってよい結果であって、何がよくなかったのかというところがちょっとわからないんですけれども、何をもってよくなかったとご判断されたのか教えていただけますでしょうか。

○千葉計画推進担当課長 我々の基準を定めるときの仮説といたしまして、高度急性期と急性期が現在では集計結果として多いというふうになっていて、回復期が少ないということで、これは基本的には仮説といたしまして、回復期機能を現在担っていただいている病院さんも急性期や高度急性期で届け出をされているのではないかと、そういうような仮説を立てまして、であるならば、急性期と高度急性期を、言い方悪いですけど、とれる基準というのをつくれば、より現実に近いほうの結果が出るのではないかとということで試算をしたところでございます。

その仮定のもとで、計算いたしましたとき埼玉ですとか、奈良県ですとか、佐賀県の結果ですと、それにそぐわないような結果になっていたのも、ちょっとそれはやっぱり患者さんの状況とかも県によって違うんじゃないかということもあって、患者さんの中身をそろえるというのが非常に難しいものですから、それをちょっと、そこまでできなかったというところで新たに東京都の基準をつくったということでございます。

○小川（調布東山病院） 私も今の奈良方式のことでちょっと伺いたったんですけど、今回診療報酬改定で急性期病指標の救急搬送入院が加えられて、奈良方式だとたしか7対1相当の急性期が月平均、手術件数不足救急車入院が3件以上という指標が参考にされたと思います。当院もそれで1年やってみたんですけど、とても3には届かないです。実際2やるのがやっとだったんですけど、当院は稼働率90%です。これを100%にふやしていけば多分2.2ぐらいにはなると思うんですけど、手術を多くやらない、いわゆる地域で急性期を支えている病院だと、ここの救急搬送と予定外入院の割合を加えていただくと、高齢者のこれからふえていく急性期に応える病院というのをきちんと評価していただけるんじゃないかというふうに思いまして、奈良方式がそんなに評価と合わない、東京だけがどうして合わないのかなというところがちょっと疑問なところはあって、そもそも仮定が間違っていないかという視点でもう一度考えていただいてもいいのかなというふうにはちょっと思います。

○千葉計画推進担当課長 ほかに何かございますでしょうか。

○多摩丘陵病院 町田市の多摩丘陵病院と申します。

私どものところも、内科病棟を今まで急性期ということでお示しさせていただいたんですけれども、今回の全身麻酔、化学療法というやり方になると全くゼロということになるので、回復期になりますという情報が届いて、それで皆さんのお話を聞いて、まずは大前提としてたたき台なんだということではちょっとほっとしている部分があったんですけれども、もし万が一うちがまた急性期に戻したいと考えたときに、内科病棟に、じゃあ、少し化学療法ができる外科を少し移そうとか、そういうような考え方も出かねないんじゃないかなという可能性もあると思いますので、ぜひ、先ほど救急だとか予定外だというお話がありましたけれど、そういった議論というのはぜひ出していく。それがうまくつながっていければありがたいかなと思っております。

○近藤（東京慈恵医科大学葛飾医療センター） 慈恵医大葛飾医療センター、近藤と申します。

こちらの病院は、ICU、特定集中治療室で管理料を取っている病棟があります。今回いただいた分類で回復期という扱いになりました。先ほどICUとユニットの病棟に関しては、計算基準だけによらないというようなご説明があったかと思うんですが、それであっても一般の病棟は全て急性期の扱いの中で、なぜかICU病棟が回復期の扱いというのはちょっと解せないというようなところがありましたので、今後見直しの対象になるのかと思いますが、ICUを回復期として分類すること自体がちょっと無理があるかと思っておりますので、ご一考いただければと思います。

○千葉計画推進担当課長 ほかにいかがでしょうか。

（なし）

○千葉計画推進担当課長 たくさんご意見いただきましてありがとうございます。まだまだ多分言い足りないことですか、たくさんあると思いますので、ちょっと繰り返しになりますけれども、東京都保健医療計画説明会のご意見の、こちらの紙ですね、こちらに合わせてご活用いただいてご提出いただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。

では、この辺で次の説明に移りさせていただきたいと思います。

次は、（４）非稼働病棟及び非稼働病床の稼働についてご説明させていただきます。説明者は、東京都福祉保健局医療政策部医療安全課長の杉下でございます。よろしく願いいたします。

○杉下医療安全課長 よろしく願いいたします。私のほうからは、参考資料1に沿ってご説明したいと思います。

こちらの通知ですけれども、医療機関における病床の稼働についてということで、先日5月9日の日に各病院さんにメールで配信されておりますので、ぜひご確認をお願いできればと思います。

こちらの内容ですけれども、非稼働病棟及び非稼働病床、こちらの解消を目的に対象の医療機関につきましては、必要な対応を行っていただきたいというものでございます。対象の医療機関と申しますのは、2番目の対象医療機関というところをごらんください。過去において、具体的には平成30年3月31日以前より一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟を有する病院というもの。あともう一つが、同じく一度も入院患者を収容しなかった病床を20床以上有する病院というものとなります。

対象の医療機関につきましては、3番目に移りますが、2020年3月31日までに(1)、(2)いずれかの対応をしていただきたいと思います。

(1)が稼働していない病棟を稼働して、病棟を再開していただく。

(2)としましては、非稼働病棟等の「具体的対応方針」を東京都のほうに提出していただくと。この具体的な対応方針ですけれども、病棟稼働までのスケジュールですとか、医療従事者の確保にかかわる方針や資金調達計画など、こういった病棟再開に向けた具体的な計画のこととなります。今申し上げましたこれらの見通しが立っていない場合は、なるべく速やかに東京都のほうまでご連絡いただければと思います。

次のページ、ごらんください。

また、病棟のほう返還する場合につきましては、同様に東京都のほうにご連絡いただければと思います。必要な手続のご案内をしたいと思います。

続いて4番目ですけれども、病棟、病床の再開、また対応方針の提出ができていない場合につきましては、地域医療構想調整会議に出席していただいて、病棟の稼働できていない理由、また今後運用の見通し、こういったことを説明していただくこととなります。

5番目、その他ですけれども、実は昨年度も同様の通知を發出してございまして、これにつきまして対象となった医療機関様におかれましては、ことしの3月31日までに非稼働病棟を再開していない、また具体的に対応方針を示していない医療機関については、今年度の地域医療構想調整会議で説明していただく必要がございますので、別途ご連絡したいと思います。

次のページが、別紙1というところで、これ、対応の流れについてフロー図に落としでございますので、こちらのフローに従い対応のほう進めさせていただきたいと思えます。

続きまして次のページ、別紙の2になりますが、これ、先ほど部長のほうから説明もありましたが、30年に発出された地域医療構想の進め方ということで、具体的にはこれに沿って実施するものであるということでご承知おきいただければと思います。

私からは以上となります。

○千葉計画推進担当課長 何か質問等々ございますでしょうか。

(なし)

○千葉計画推進担当課長 以上、(1)から(4)まで私どもが用意させていただいた説

明は終了いたしました。全体を通しまして、いま一度何かご質問等ございましたらお願いできますか。

○入江（新渡戸記念中野総合病院） よろしいでしょうか。区西部の新渡戸記念中野総合病院の入江と申します。

予定表のところで、今年度、2019年度の医療審議会で、基準病床等、最終的にあり方が決定されるということで、それに対して説明会が来年の今ごろあるということになると思うんですけども、それによって申請をするわけですけども、申請をする以上は必ず基準を計算した上で申請をするということになると思うんですけども、そのもとになるデータというのは、いつごろのデータをもとに出すのかというか。例えばもう新しい基準が決まったときに、前回の平成29年度のデータをもとにしてやりますよということになると、ちょっとそのときと情勢が違うでしょうし、新しいやり方が決まったら、それに合わせた自分たちの計算式による基準というのが出てくると思うので、それを、いつのデータをもとにして申請すればよろしいのかということをお簡単に教えていただきたいんですけど。

○千葉計画推進担当課長 1点確認させていただきたいんですけども、こちらで決定いたしますのは、基準病床と配分方法でございまして、定量的基準についてここで決定するという予定は今のところないんです。定量的基準は定量的基準で議論を続けていきますので、ここは基準病床と配分方法は今年度末には決定したいというところなんです、その件でよろしいですか。

○入江（新渡戸記念中野総合病院） そうすると、最終的にうちの病棟が何病棟が回復期なのか何とかというのを申請するときというのは、それは調整会議の中での相談で決めていくということになる。

○千葉計画推進担当課長 定量的基準につきましては、議論は続けていきたいと思っております。病床の申請につきましては、ここで定める基準病床と配分方法の中でやっていきたいと思っております。定量的基準に基づいて病床配分をするかどうかというのはまだ決めていません。

○入江（新渡戸記念中野総合病院） わかりました。どうもありがとうございます。

○村田（町田市民病院） たびたび申しわけないんですけども、基準病床数の見直しの中で、先ほどのお話の中で、定量的基準を基準病床に反映するかどうかというのはまだ決まっていないということなんです、そもそも基準病床数、二次医療圏の基準病床数については、国の定めた式をもとに算定されるかと思うんですけども、そこに東京都さん独自の検討事項ってどういったものがある、どのようなことを今考えていらっしゃるのかということをお教えていただければと思うんですけども。

○千葉計画推進担当課長 基準病床につきましては、国の算定式で行います。都の何か加えるということはおございません。配分方法につきましては、まだちょっと決めていませんけど、機能別の配分をするということになれば、もしかしたら定量的な基準を用いる

かもしれませんが、現状は今そこまではちょっと難しいかなとは思っております。

○村田（町田市民病院） あくまでも配分方法について今年度検討しますということよろしいということですね。

○千葉計画推進担当課長 基準病床数も配分方法も両方とも検討します。

○村田（町田市民病院） 基準病床数の出し方自体、数自体は国の定めたものですが、その配分の仕方等につきまして、東京都さんで検討されるということですね。

○千葉計画推進担当課長 そうです。

○村田（町田市民病院） わかりました。

○千葉計画推進担当課長 ほかによろしいでしょうか。

（なし）

○千葉計画推進担当課長 それでは、予定の時間よりも大部早いですけれども、このあたりで終了させていただきます。しつこいようでも申しわけないですけれども、追加でご意見等ございましたら、こちらの説明会のご意見のご記入いただいでご提出いただければと思います。紙が足りなければ2枚、3枚になっても結構でございますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

閉会に当たりまして、東京都福祉保健局医療政策部長、矢沢よりご挨拶申し上げます。

○矢沢医療政策部長 お帰りいただく方大丈夫です、お帰りいただき、お忙しい中ありがとうございます。東京都福祉保健局医療政策部長の矢沢でございます。日ごろから先生方には大変お世話になりまして、ありがとうございます。

きょう、いろいろと定量的基準でございますとか、基準病床の設定、それから配分方法につきまして、たくさんのご意見いただきましたこと、本当に心からお礼申し上げます。3年目に入りまして、今度4回目ですかね、地域医療構想をつくらせていただいたおかげで、こうした説明会をさせていただくようになり、最初はなかなかご質問もいただけない中で進んでまいりましたが、調整会議を3回回し、4回目に入るこのときに建設的なさまざまなご意見をいただけたことを本当に心から感謝申し上げます。

定量的基準につきましては、今度の調整会議で一度先生方にそのものについてのご議論いただきます。今、私どもすごく一番、すごく簡単に回復期と急性期を分けられる方法がないかなということで1回試算をいたしました。でも、これが決まりではないです。それから、病床機能報告はあくまでも自己申告ですので、私ども定量的基準によつての病床配分は医療法上できないです。医療法上は、病床機能報告に基づいた機能別の配分は許されておりますが、私どもが勝手につくったもの、都道府県がつくった定量的基準に基づく配分は医療法上は認められていないんです。ただ、ただですよ、今の病床機能報告が余りにも回復期がちょびつとで、余りにも高度急性期と急性期が多いので、何となくそこを、何か動かせないかということで、一つの、考え方の一つの例として挙げたわけです。これも、かなりのいろんな方のご意見をいただいた中でつくったものではあります。これから1回でとまるつもりはなくて、調整会議でまた議論いただいたもの

を踏まえて、またPTも立ち上げたり、保健医療計画の協議会の中で議論したりしながら、何度かの経験を繰り返してもう少しいいものに、毎年、毎年変えていきたいと思っています。

調整会議、一番初めに始めたときから変わった点は幾つもあると思うんです。最初に、病院だけの会議じゃないかと、病院と在宅は全くつながっていないというお話があって、私ども医療と介護の協議の場とって、在宅医療ワーキングをその翌年から立ち上げて、ことし2年目になります。これも調整会議でいただいた意見を受けてやったことです。

また、今年度初めて、昨年度か、病床配分のときに、各医師会の先生方のご意見をいただいて、その上で調整会議でこの病床が欲しいとお話してくださいとしました。これも、やっぱり病床配分するに当たって今までは均等にお渡ししていたわけですがけれども、皆さんの議論を1回は踏まえていただきたいということで今回やったことでございます。

今回、また2年をあけますけれども、これは議論の時間を長くもったほうがいいという、そういったご意見ですね、なかなか一つ一つの病院と意見が聞けなかったという地区医師会からのご批判をたくさん頂戴いたしましたので、それを反映しての変更でございます。このことによって、またおかしいことが起きればまたそれはちゃんと反省して直しますので、ぜひ先生方、皆さんで東京の医療をつくり上げているということを、どうぞお忘れなく、私どもの会議にも、この会議にもぜひご参加いただいて、ご発言いただきたいと思っております。

また、きょうお話しできなかった方には、ファックスもございますけれども、これから区市町村の意見聴取もございます。また、調整会議の場もございまして、特に私どもと意見交換がしたいということであれば、ご連絡いただければ必ずお時間設けますので、ぜひ諦めることなく、私どもと一緒に医療を少しでも都民のものに近づけるようにご協力いただければと思います。

東京オリンピックも近づいております。何とぞ、どうぞよろしく願いいたします。

きょうは、ありがとうございました。

(拍手)

○千葉計画推進担当課長 では、以上をもちまして東京都保健医療計画説明会を閉会させていただきます。長時間にわたるご出席ありがとうございました。

(午後 3時33分 閉会)