

〔令和元年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

令和元年7月9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』

〔区中央部〕

令和元年7月9日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区中央部地域における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、また遅い時間にもかかわらず、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、A4縦型の「グループワーク名簿」ということで、A班とB班と、裏面にC班を記載しております。そして、A4横型の「東京都地域医療構想調整会議区中央部」という名簿です。

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中央部会議次第」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」と書いた1枚の紙がございます。これは、会議終了後、追加でご意見等がある場合は、ご記入いただいて、東京都医師会までご提出いただくためのものがございます。

また、各テーブルには、地域医療構想の閲覧用の冊子を1冊ずつ置かせていただいております。

不足や落丁等がございましたら、お気づき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、各テーブルのマイクをご使用になり、まずご所属とお名前からお願いできればと思います。

また、本日は、傍聴席にも、構想区域内外の関係者の方々にもご参加いただいております。座長がご発言の機会を設けた場合には、挙手の上、事務局からマイクをお受け取りになり、ご所属とお名前をお聞かせいただいたあと、ご発言をお願いいたします。

それでは、まず東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。
東京都医師会から、土谷理事、よろしくをお願いいたします。

○土谷理事：皆さま、こんばんは。東京都医師会の土谷です。診療のあとお集まりいただき、ありがとうございます。

きょうのグループワークの話としては、「地域で必要な病床機能について」ですが、この区中央部は、日本の中でも傑出した地域でありまして、そういう中で、このテーマについて話し合うということは、すごく難しいかと思えます。

高度急性期、急性期が明らかに多いということはわかっているわけで、「その中で何を話すのか。わかりきったことじゃないか」ということになるかもしれませんが、活発なご議論をよろしく願います。

あとで、グループワークについてもう少しお話しさせていただきます。

○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。

本日は、先生方には、大変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。また、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。

本日の調整会議は、土谷先生からも今お話がございましたが、「地域で必要な病床機能について」というテーマで、日ごろ、医療の最前線で活動しておられる先生方が、肌で感じていらっしゃる感覚を踏まえて、どのような医療機能

が必要なのか、不足しているのか、あるいは、患者さんの病状に合った医療提供体制として、どういうところがもっと必要になってくるのか等々、活発なご議論をいただければと思います。

この区中央部は、今お話がありましたとおり、地域特性に富んだところですので、なかなかすぐには解決が難しい課題もあろうかと思いますが、本日いただきました先生方からのご意見は、きちんと持ち帰らせていただいて、今後の医療政策の検討に、何らかの形で反映していきたいと思っています。

もちろん、直ちに答えは出ないかもしれませんが、きちんと検討していきたいと思っておりますので、ぜひ活発なご議論をどうぞ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、会議録及び会議に係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。佐々木先生、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

○佐々木座長：浅草医師会の木村です。診療のあとのお疲れのところお集まりいただき、ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

実は、この6月の東京都医師会の役員改選で理事となり、地域医療担当となりました。浅草医師会の会長という、地域医療の代表の立場と、東京都医師会の理事の立場という、2つの立場でもって、いろいろな議事を進めていきたいと思っておりますので、活発なご議論を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点まとめてご説明をお願いいたします。

○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や各区市町村さまなどからのご意見、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、区市町村さま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いきたいと考えております。

その後、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まして、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、この定量的な基準は、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点目は、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。まず、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されていることが多いのではないかと、また、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、東京都では、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いたしまして、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。

これらの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いたしました。

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枚目は、具体的な計算方法をお示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、その下が平成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たものととなります。

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。これは、2次保健医療圏単位でも、ほかの圏域ごとのデータにおいても、同様の動きを示しております。

ただ、こちらの区中央部と区西部の2つの圏域においては、大学病院本院や高度で大規模な病院が集中する地域と言えますので、余り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、後ろのほうに添付しております。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上で、当該病棟の全身麻酔の手術件数、化学療法の件数、入院基本料などと併せて、お示しております。

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、病床の返還をいただくか、いずれかの対応を

お願いし、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。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ただいま東京都からご説明がございましたが、ご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○中井（九段坂病院）：九段坂病院の中井です。

資料2-2の定量的な基準を設けて再分類した結果が4つに分かれているのは、矛盾しているように思います。定量的な基準というのは、2つに分けるということでしたよね。

○千葉課長：今回、東京都のほうで定量的な基準を決めさせていただいたときには、ご説明が繰り返しになるかもしれませんが、4つに分けるということは、本当は線が3本入ることになります。

その3本の線を引くのではなくて、高度急性期と急性期の群と回復期と慢性期の群の真ん中の基準を決めようということ、最初に決めました。

それで、この基準を設けたわけですが、どうやって試算したかといいますと、病床機能報告で報告をいただいた病棟の中で、高度急性期と急性期と報告をいただいた病棟の全てに、この基準を当てはめて、基準を超えなかったところは回復期というふうに試算し直して、もう一度集計し直したということです。

ですので、回復期と慢性期は、基本的には元のままで、高度急性期と急性期から回復期に移ったところがあるという試算結果となっております。

○中井（九段坂病院）：そうすると、東京都の平成29年基準適用後の3本線が引いてあるうちの、高度急性期と急性期のところの線は、申告のとおりということになるわけですかね。

○千葉課長：試算後の、基準適用後のところは、報告されたものから、定量的な基準を用いて、回復期に移らなかった、残ったものというところですよ。

○中井（九段坂病院）：そうすると、平成29年病床機能報告の23.5引く20.6%が、回復期に移った。それから、43.9引く31.5%が、急性期から回復期に移ったというふうに読んでよろしいのでしょうか。

○千葉課長：そうですね。はい。

○中井（九段坂病院）：あと、病棟ごとに定量的な基準をすることですが、内科病棟とかは、全て回復期になるということになりませんか。

○千葉課長：定量的な基準は、既にご案内のとおり、全身麻酔と化学療法という、非常に偏った基準が設定されておりますので、先生ご指摘の、例えば、循環器をやっているような病棟ですとかいうところは、回復期になりがちになっておまして、それは、もう事実でございます。

ただ、全てがそうになっているかという点、そうでもなく、そこは、参考資料4を見ていただきますと、この基準を用いて、高度急性期、急性期と報告いただいたところが回復期という試算結果が出た一覧でございます。

例えば、区中央部では、53ほど病棟があるかと思いますが、区中央部には莫大な数がありますので、これが多いか少ないかというのはいろいろあるかもしれませんが、内科病棟の全てがそうになっているとは、試算結果としては出ていないのではないかと考えております。

○中井（九段坂病院）：患者さんの背景というか、診療の密度とか、それを、内科病棟で明らかに急性期疾患を診ているところがあったとして、これでは乱暴過ぎないかなと思うんです。それを回復期にしてしまうというのはどうなんでしょうか。

○千葉課長：この定量的な基準は、あくまでも、一つのきっかけというか、目安ですので、これでもって全てを決められるということとはできないということは、もう最初からわかっております。

かつ、この試算結果を用いて、各病院さんの病棟を、「回復期です」と決めつけて、「診療報酬を変えてください」とか、「機能の報告を変えてください」とか、そういうことではありません。

そして、数としてこういうふうな結果が出ていますので、先生方の実感とどこが乖離があるのかとか、そういうところを議論していただくきっかけとなる数字でございます。

ですので、「もっと内科系のものを評価する項目を増やすべきだ」というようなご意見があるでしょうけれども、そこばかりを決めて、基準をいろいろつくって、病棟が回復期か急性期かということを決めていくためのものではございません。

こういう調整会議の場でご議論していただくための一つの材料としてつくったというようなところでございます。

○佐々木座長：よろしいでしょうか。

私も、ほかの圏域の調整会議に出ておりますが、このところは、やはり、結構ひっかかっております。

ただ、あくまでも、「資料2-1のようにしてみたら、こういう数字になったよ」というだけと、私は捉えていますので、これが、高度急性期、急性期と回復期を分ける基準ではなくて、これを適用してみたら、こういう数字になったということだけだろうと思います。

参考資料5に、奈良県方式とか大阪府方式とかありますが、いろいろな基準を適用することによって、数字が変わってきますので、この定量的な基準でやると、こういう数字になるということです。

ですから、東京都のほうから説明があったように、これで何かを決めるというものではないので、あくまでも数字のことだろうと思います。

○中井（九段坂病院）：先ほどの、高度急性期が、先ほどの話で、23.5が20.6%になったということ、あるいは、急性期が、43.9から31.5%になったということは、何の基準でそうなったかという、この定量的な基準によるということでした。

そうすると、内科的な病棟というのは、それしかなかったのかということになりますよね。例えば、高度急性期と言っているところの病棟が、ほとんど手術ばかりということになってしまうような気がします。

例えば、抗がん剤治療は内科でもできますが、この数値がどうしてこのようになるのか、ご説明願いたいと思います。「定量的な基準で再分類したらこうなった」というところの、具体的な説明がほしいと思います。

○千葉課長：繰り返しになりますが、病院さんからそれぞれご報告いただいた病床機能報告の病棟機能で、高度急性期と急性期とお届けをいただいた病棟に対して、この定量的な基準を用いた際に、それが基準を満たしているかどうかを見させていただき、満たしていないところを回復期というふうに評価し直しました。

そして、回復期と見直したところが、参考資料4のところ、これが、東京都全体で、この試算でやった結果でございます。これが、まさに、高度急性期や急性期であったところが回復期のところに行ったという結果で、それらを集計すると、このようなパーセンテージになったということでございます。

○中井（九段坂病院）：内科病棟で手術をしているところというのはないですよ。そうすると、内科病棟の数が、抗がん剤治療は別として、これと合うというふうになるしかないと思いますが。

○千葉課長：それは、病院さんによって、内科病棟なのかどうかというのは、今後の病棟のこともありますし、それぞれ構成は違いますので、そこまでは、病棟の中身までは、我々はわかりませんが。

○佐々木座長：土谷先生からどうぞ。

○土谷理事：中井先生のご意見はもったもんです。あとのグループワークの前にお話しするつもりでございました話ですが、この定量的な基準についてもう一度お話ししたいと思います。

これは、病床機能報告制度ということで始まったわけですが、名前は「病床」ですが、報告するのは「病棟」単位だったわけですので、そこに齟齬が出るというのは、皆さんわかっていることですし、それをやってくれといった厚労省も、限界を知っているわけです。

特に、端的に言えば、急性期が多くて回復期が少なくなるだろうということは、皆さんもわかっていますし、厚労省もその限界はわかっていたわけです。

そこで、去年の8月に出した通知が、「国としてはまとめきれないので、都道府県ごとに定量的な基準をつくってください」と言ったのが、この定量的な基準の始まりになります。

そして、東京都の場合は、「全身麻酔と化学療法をやっているものを急性期としましょう」として、この基準をつくったわけですが、この定量的な基準についても、限界はあるわけです。

例えば、ほかの圏域でもありましたが、「化学療法というのは高度医療ではあるけれども、急性期なのか」と言われると、誰も答えられなくて、もうそのとおりなんです。

ただ、厚労省もこの通知で強調されていたことは、定量的な基準をつくってほしいというのが主眼でしたが、それだけではなくて、「どんな基準を用いてもいいので、議論を活性化してほしい」ということも、主眼の一つでもあったわけです。

ですので、今みたいに、こういった基準がいいのか悪いのか、こういう基準のほうがいいのではないかという議論を活性化していただければ、それでいいのではないかと考えております。

ほかの圏域の話をする、「急性期が多くて回復期が少ないのではないか」となっている、実際に話してみると、それぞれの圏域で「意外と回復期はあります」というのが多いです。

実際に「急性期と言っている、回復期もやっている」ということを話される場合が多いので、「こんなに回復期が少なくなっているけれども、実際はそうではない」というのが、多くの圏域での話になっています。

そういうふうに、地域の実情がわかるのは、そこで医療をしておられる皆さんしかおわかりにならないわけですから、普段、自分たちが感じている感覚に基づいてもらって結構ですので、そういったところからのご意見をどんどん出していただければと考えております。

ただ、冒頭にも申し上げましたが、この区中央部においては、「回復期が足りないというのは、火を見るより明らかなので、それ以上何をディスカッションするんだ」と言われるかもしれません。

ですので、そのあとどうするのか、回復期を増やすのか、法制度を変えるのかとか、もう一步踏み込んだ議論がなされるとありがたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見はございますか。どうぞ。

○遠藤（中央区医師会）：中央区医師会の遠藤でございます。

中井先生が今おっしゃったように、この定量的な基準というのは、余り役に立たないと思われま。

例えば、全麻といっても、普通の器官に挿入する場合と静脈注射でやる全麻は違います。化学療法といっても、一日じゅう点滴でやるものと、経口投与のものなどがありますので、この定量的な基準というのは、非常にあいまいだということです。

また、先ほどありましたような、内科的な処置にしても、例えば、心臓カテーテルをやったり、ぜん息の重篤な発作の人に挿管して治療するといったところは、全く評価されておられません。

参考資料の4を見ますと、心臓カテーテルを多くやって、高度医療をいろいろやっていると思われる病院も、「回復期」という評価になってしまっているというところがあります。

したがって、この定量的な基準というのは、全く役に立たないような状況ですので、疾患別にするとかにして、早急にこの基準を変えたほうがいいのではないかと思います。

○佐々木座長：ありがとうございます。

ほかの圏域でも、例えば、「患者さんのためを考えて、全身麻酔は余りしたくなくて、できるだけ腰椎麻酔をやっているのに、それは入らないのか」という整形外科の病院からも、質問が出ていました。

ただ、今回は、あくまでも、単純にするためにということで、このようになっているということは、ご理解いただければと思います。

3. グループワーク

地域に必要な病床機能について

○佐々木座長：それでは、この定量的な基準そのものについての議論はこれぐらいにさせていただいて、次の議題に進みたいと思います。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って、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って、共通認識を深めていただきたいと思いますと考えております。

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、東京都から説明をよろしく申し上げます。

○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。この区中央部では、隣接する区東部とか区東北部などの他圏域も含めて、必要な機能をお考えいただければと思います。

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とでございます。

意見交換の項目としては、「地域に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は、地域に必要な、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とでございます。

意見交換の手順として、まず、普段感じる地域に必要な、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主旨としては、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はございませんし、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、発表役の決定をお願いいたします。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ただきまして、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、意見交換、発表に向けて、グループワークで話し合ったご意見を、傍聴席の皆さまとも共有できるように、ホワイトボードをそれぞれ用意しておりますので、そこにまとめていただくようお願いいたします。

40分という時間はあくまで目安ですので、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。

最後に、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。

説明は以上でございます。

○佐々木座長：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、よろしくお願ひいたします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

先ほどお話ししたとおりですが、定量的な基準とか病床機能報制度とかには限界があります。ただ、それが、皆さんからのご意見として上がってくれば、それが意見ということになります。

圏域ということについても、東京の場合は2次医療機関でやっていますが、区中央部には、大学病院等が多く、高度急性期がすごく多いため、圏域の設定としてはいかがなものかといったことも、意見として十分あります。

先ほどもありましたように、区東部と区東北部と連携していることが多いわけですが、そういった中で、この区中央部だけで話し合うのも限界はあると思っていますので、そういったところも意見として上げていただくといいと思っています。

なお、診療報酬との関係については、東京都からもお話がありましたように、診療報酬とは一切関係ない話と割り切っていたきたいと思います。どうしても、自分の病院の機能を考えて、自分の立ち位置から離れるのは難しいと思いますが、地域の中でどうなのか。ここの場合は回復期が少ないけれども、本当にこんなに少ないのか。「意外と回っているよ」という意見もあるかもしれません。

ですので、診療報酬とかに関わらないで、地域として純粋に必要な病床について、ディスカッションしていただければありがたいと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

○佐々木座長：ありがとうございました。

それでは、これから、各グループに分かれて意見交換を始めていただきたいと思います。

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、お席を用意しますが、どなたかいらっしゃいますでしょうか。また、近くに行ってお聞きいただいても結構です。

よろしいでしょうか。それでは、活発なご議論をよろしくお願いいたします。

[グループワーク]

○佐々木座長：それでは、時間になりましたので、各グループからの発表に移りたいと思います。

東京都自体が、もう日本全国から見て、非常に特殊な地域ですし、その中でも、この区中央部は、突出した、いびつな地域ですので、議論がなかなか深まりにくいとは思いますが、どういふご発表があるか、楽しみにしたいと思います。

それでは、最初に、A班からお願いします。3分ぐらいをめぐりにお願いします。

○山本（中央区保健所）：中央区保健所の山本と申します。

基本的な考え方として、この区中央部というのは、区外からの患者の流入が非常に多く、全国からも治療を期待して来られるところなので、そもそも、この区中央部の中だけで、病床機能配分の議論をするということは、全く意味がないのではないかとこのところから始まっています。

その中で、例えば、「回復期」というネーミングがそぐわないので、奈良県さんが出したような「軽症急性期」というような、肺炎をこじらせたような場合、救急とかに運んで対応するというような場合、これを高度急性期とは言いにくいので、そういう名前のほうがいいのではないかとこの意見が出ました。

また、新橋とか銀座とかが近いこともあって、酩酊した人に対する救急もありますし、認知症のある方の救急という場合もあるという話が出ました。

そして、区中央部以外のところから来るということで言えば、急性期からバトタッチしていく場合の課題が多いということです。もちろん、比較的近いエリアであれば、個別にネットワークをつくってあるけれども、そういうとこ

ろ以外の患者さんの住所地の病院のことを誰も知らないというときに、どう対応したらいいのか。

何かシステムとしてあれば、地域連携室が苦労しないで、うまくバトンタッチができるのではないかという意見もありました。

いずれにしても、基本的な流れとして、東京というのは、非常に特殊なところで、厚労省がやっている全体的な考え方を、東京都に当てはめるのはなかなか難しいので、東京都独自の考え方で病床機能を考えていくほうがいいのではないかという意見が、この班での総意のように思われます。

○佐々木座長：ありがとうございました。

次に、B班、お願いいたします。

○住谷（東京大学医学部附属病院）：東京大学医学部附属病院の住谷でございます。

私どものほうも、A班と全く同じご意見が多かったです。この地域では、回復期の医療機関が少ないけれども、都全体で見ると、交通の便が非常にいいので、周りの医療圏の回復期を利用すれば、それほど大きな問題はないのではないかというご意見がありました。

それから、私どものような、比較的大きな急性期医療機関が多いため、回復期の病床に期待するところとしては、急性期と回復期のちょうど間ぐらいの、急性期の顔をした回復期の病床のようなところ、あるいは、反対に、回復期であっても急性期をちゃんと診られるようなものが、非常に望ましいというご意見も出ました。

また、この区中央部だけを見た場合でも、高齢者は増えていますので、慢性期の病床は必ずしも足りているとは言えないというご意見もありました。

○佐々木座長：ありがとうございました。

では、最後にC班、お願いいたします。

○中井（九段坂病院）：九段坂病院の中井です。

この班は回復期が集まっていますが、印象としては、「そう足りないことはないのではないか」という結論になりました。

ただ、慢性期については、全体として不足しているけれども、中央区とか千代田区には慢性期の病棟が成り立っていくのかという地域もありますし、台東区は、古くから住んでいる方も多いので、慢性期医療の受け皿がもうちょっとあったほうがいいというご意見でした。

定量的な基準というのは、先ほどもお話ししたように、とても我々のディスカッションに値しないものであるという結論でしたので、ぜひ直してもらったほうがいいと思います。

それから、「回復期」という言葉の中に、地域包括ケア病棟とか、サブアキュートとか、急性期的な医療も入っていたりするので、そもそも、これは、どれだけ医療資源を投入する病棟なのかということで、4つに分けたのだと思うんですが、それを、こういうネーミングにしてしまったわけですね。

ですので、例えば、失礼かもしれませんが、がんの患者さんだけが入っているような病棟というのは、医療資源はほとんど要らないので、大病院であっても、そこは回復期と言うのかというと、手術したわけですから、回復期でもないですね。

だから、ネーミングそのものでみんな困っているわけですから、そういう意味で、こういう不足とか足りているとかのディスカッションの前に、きちんとした病棟機能の評価する基準を、もう一度ゼロからやり直したほうがいいんじゃないかと思います。この部分は、個人的な意見ですが。

○佐々木座長：ありがとうございました。

非常に議論が難しいこの地域で、いろいろご意見をいただきました。

私も、A班で話を聞いていて、「基本的には足りてないね」というのが、B班もそうでしたが、こういう意見が多かったと思います。

それは、この地域の中で完結しているのではなくて、患者の流出入が起きていて、それを連携しているところとしっかりした連携ができていればいいけれども、この地域だけでは機能的には足りていないというお話だったかと思います。

ただ、問題は、その連携の仕方、普段からやり取りをしているところであれば大丈夫だけれども、先ほどのお話のように、遠方から来られている患者さんを戻すところの連携をどうすればいいかということで、その連携のキーパーソンは誰がやるべきなのかというお話になっていたかと思います。

どうもありがとうございました。

それでは、傍聴席の方々からご質問、ご意見はございませんでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、土谷理事からどうぞ。

○土谷理事：A班からは、流出入が多いというお話がありました。B班は、回復期がちょっと少ないのではないかとのご意見だったと思います。一方、C班の結論は、「意外とあるんじゃないか」というお話だったかと思います。

こういうことは、他の圏域でも同じような傾向があって、高度急性期、急性期の意見としては、そのあとの回復期が足りない。一方、回復期と慢性期の班からは、そのあとの在宅とか介護が足りないという意見が多かったです。

考えてみると、同じ圏域にもかかわらず、それぞれ違う意見が出ているわけで、特に、C班は、「回復期は意外と足りている」という意見でしたが、それについて、率直なご意見を伺えるといいなと思います。

A班の場合は、回復期についての議論は余り出ていなくて、ネーミングがおかしいというお話は出ましたよね。その辺、どうでしょうか。

○山本（中央区保健所）：A班の山本です。

区中央部の問題として考えるのではなくて、区中央部以外のところから来ている方が多いので、当然、そちらの地域の回復期系の病院にバトンタッチするわけですから、そういう捉え方をすべきだというのが、この班での意見でした。

○佐々木座長：ありがとうございました。

今のご意見に対して、B班のほうからいかがでしょうか。

○高木（東京済生会中央病院）：東京済生会中央病院の高木です。

「回復期のリハビリの病棟で困っていることは、ほとんどない」という意見のほうが強いです。私のところもそうですが、以前は確かに困っていて、回復期のリハビリの病棟が余りなかったからです。

しかし、今は、周辺の医療圏にはたくさんありまして、早くから、そういう回復期のリハビリの病院が患者さんを取ってくれるので、「回復期については困っていない」というのが、ほかの病院さんの実情だと思います。

ただ、地域包括ケアとかりハビリの流れにすっきり乗らないような患者さんの、在宅までのワンステップになるような受け皿、療養型も含めてですが、そういう病床が少ないのは事実だと思います。

○佐々木座長：ありがとうございました。

今、A班とB班は、「流出入が多いので、回復期が足りている」というご意見でしたが、C班からはいかがでしょうか。

○中井（九段坂病院）：九段坂病院の中井です。

このC班でも「回復期は足りている」というご意見でした。

○土谷理事：ありがとうございました。

回復期に行くところがないと思っても、患者さんの地元で探していただければということですので、地域との連携をしっかりと推進していただけるといいと思いますので、よろしく願いいたします。

○佐々木座長：ありがとうございました。

そのほか、ご質問、ご意見はございますでしょうか。

回復期というのが、ポストアキュートなのかサブアキュートなのか、それから、在宅に帰るまでの、慢性期と回復期の間なのかとか、回復期というのは非常に幅が広いので、必要なものが足りていたり、足りていなかったりするのだらうと思います。

A班で出ていた「回復期」のネーミングというのは、そういう意味もあるかと思っています。

ほかにご質問、ご意見はいかがでしょうか。どうぞ。

○大内（虎の門病院）：虎の門病院の大内です。

A班の中でも議論が出ましたが、一般的に高度急性期、急性期、回復期というアプローチもいいんですが、これから問題になってくるのは、家に帰れないのは、認知症であり、フレイルでありということで、病態での視点でのアプローチというのも、必要ではないかと思っております。

認知症と診断がついた患者さんよりも、例えば、手術とかの治療で入ってきた人に、実は認知症があったという患者さんが非常に多くなっていますので、そういう患者さんをどこに帰すのかとか、家は受け取らないということが起こった場合、どうすればいいかという問題があります。

ですから、そういう疾患とか病態別のアプローチというのが、今後重要になっていくのではないかという議論も、ここに出ていましたが、別の見方としてそういう検討も必要かと思っています。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。どうぞ。

○遠藤（中央区医師会）：中央区医師会の遠藤です。

先ほどもA班からお話が出ましたが、区中央部だけで完結する必要はどこにもないというより、隣接の圏域はもちろん、県を跨いでという形で、横の連携を強化していく。つまり、区域別の機能分化という方向についても、今後考えていったほうがいいかと思えます。

そういう意味でも、ほかの地域と連携するための会というのも、これから必要になってくるのではないかと考えております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

今のお話のように、疾患別、病態別による考え方、対応の仕方が大事だということと、連携の仕方が大事だというご意見が出ました。

ほかに、次の会に向けての提言とか、「こういう話し合いをしたらいいのではないか」というようなご意見はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

いろいろありがとうございました。それでは、グループワークを終了させていただきます。

なお、この調整会議は、情報共有をする場ですので、何か情報提供などがございましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、これで本日の議事は終了とさせていただきます、事務局のほうにお返しいたします。どうもありがとうございました。

4. 閉 会

○千葉課長：佐々木先生、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点申し上げます。

まず1点目、本で行っていただきましたご議論の内容について、追加でご意見等がある場合には、「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、本日より2週間以内程度で、東京都医師会までご提出をよろしくお願いいたします。

2点目、今後、病院さん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さんにつきましては、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと考えております。ご希望の医療機関さんにおかれましては、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、議事録についてでございます。本調整会議は公開となっておりますので、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ので、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、次回以降も使いますので、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。長時間にわたり活発にご議論をいただき、どうもありがとうございました。

(了)