

〔令和元年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

令和元年7月5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』

〔区東北部〕

令和元年7月5日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区東北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東北部」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東北部会議次第」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でございます。

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、猪口副会長、よろしくをお願いいたします。

○猪口副会長：皆さま、こんばんは。東京都医師会の猪口です。

東京都医師会は、先月16日に代議員会が行われまして、役員選挙がありました。私と、新井理事と土谷理事は、引き続きこの調整会議を担当してまいります。それから、佐々木理事が新しく加わりまして、地域医療ということでやっていきますので、よろしくお願いします。

さて、この地域医療構想調整会議というのは、国のワーキンググループで話し合われていますが、この調整会議にかなり大きな権限を持たせようということで、いろいろやっております。

2025年の必要病床数を考えた場合、全国で20万床ぐらいの患者さんが減っていくということで、この20万床を整理しなければいけないというような議論になっています。

そして、患者さんが減っていくようなところでは、公立病院の統廃合に関して一生懸命話し合われています。公立病院と民間病院の役割分担と、公立病院においては、縮小、統廃合というような話になっていますので、かなり厳しい話になっています。

しかし、東京においては、不足するだろうと考えられる約8000床のうち、先日、そのうちの2000床ぐらいが配分されるということになりましたので、まだまだ病床を増やす途中にあります。

ですから、統廃合のような話にはなりません。去年、ベッドが基準病床数を満たさないところには、ベッドが配分されましたが、この調整会議等で、ど

の病床が必要だということが、しっかり話し合われることが、重要だということが実証されました。

それは、南多摩に医療圏において、全国チェーンでやっている医療法人が、八王子で療養病床を増やしたいという申請をされました。

ご存じのとおり、その計画は調整会議で発表して、そこで議論されるということになりましたが、八王子市医師会を中心にして、「この八王子地域には療養病床は十分ある。病床機能報告制度の中でも、療養病床は、将来の比率と比べてみると多い」ということで、「その計画はおかしいのじゃないか」ということで、議論になりました。

この医療法人は、事前に八王子市医師会と相談していたわけではなかったため、反発が結構強くて、そこではまとまらなくて、臨時の調整会議を開催し、医療法人側から申請を、計画の半分にするということになり、しかも、その病床の計画に関しては、八王子市医師会とよく相談しながらやっていくということで、一応収まりました。

民間病院の計画ですが、この調整会議が病床に関してある程度機能したということで、すごいことが起きたと言えます。

したがって、今年度末から来年度初めにかけて、基準病床数の見直しが行われて、それが発表されて、配分に関しては、今年度の病床について、この調整会議でどのような機能病床が必要かということを経験して、なおかつ、来年度、その調整を十分はかりながら、病床が配分されるようになっていくというスキームになっております。

ですので、この調整会議において、どの病床が足りていて、どの病床が足りないかということを、真剣に話し合っておかないと、今度の病床配分においては、必要のないものを呼び込んでしまう可能性があるということです。

定量的な基準というものを東京都がつくって、皆さんのところに、それに基づいた病床機能というものが、それぞれの病院さんに送られていると思います。

これは、高度急性期、急性期と回復期を分けるということですが、ここの意味というのは、東京都のどの地域においても、大体は回復期が足りないということになっています。

そうすると、病床機能報告制度の中で見ていくと、回復期が足りないという議論に、どうしても帰結しがちなものですが、「実は、回復期は本当はどうなんだ」ということを考える、一つのきっかけとして、この定量的な基準というものがあります。

ただ、「これをそれぞれ照らし合わせても、全然合っていないじゃないか」という議論はありますが、そうではなくて、この基準に余りとられないで、考えるきっかけにさせていただきたいと思っております。

なぜならば、「実際は回復期はどうなんだ」ということの議論にするための、一つの材料にさせていただくというのが、大きな意味を持っているからです。

そうすると、いろいろなところで話をしていると、高度急性期側からすると、ポストアキュートの自分たちの患者を診てくれる回復期が足りないという議論が出てきます。

一方で、回復期を担っている先生方は、「いや、我々は回復期をやっているけれども、ベッドは空いたままで、そんなに回復期が足りないという印象はない」という議論になります。

こういうことがよくありますが、なぜそうなるのかということを考えていただきたいと思います。

それから、区ごとに見えている景色が違います。隣合わせになっていますが、「我々のところは、療養もあるし、回復期もあるけれども、高度急性期が足りない」とかいう議論も出てきます。

特に、この区東北部においては、区中央部の高度急性期を1つの医療圏のごとく使いながらやっていますので、高度急性期の数だけを見ると足りないけれども、地元の医療機関では、高度急性期が足りないということを不便に思っていないという状況があったりするかと思います。

そのため、区ごとに見えている景色が違いますから、それも一つの議論だと思っておりますので、区東北部として1つの見解になる必要は全然ございません。

それぞれの特色の中で、それぞれの地域において、どれが足りなくて何がどのくらいかというような議論がしっかりできるということが、本当に大事な1年間になりますので、そういうことを考えながら、ぜひご議論いただきたいと思っております。

ちょっと長い話になってしまいましたが、よろしくお願ひいたします。

○千葉課長：猪口先生、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。

先生方には、大変お忙しい中、この調整会議にご出席いただきまして、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、会議次第にもございますとおり、グループワークで、「地域で必要な病床機能について」というテーマでご議論をいただく予定でございます。

猪口先生からも今お話がございましたとおりですが、患者さんの観点から言えば、患者さんの病状の変化に応じて、受けていただく医療機能が足りているのか、足りていないのか、どこの部分がスムーズなのかそうでないのか等々、実情を一番ご存じなのは、この区東北部で医療を担っていただいております先生方でいらっしゃると思いますので、ぜひ実情を踏まえた、活発なご議論をいただければと思っております。

ここでいただきましたご意見につきましては、きちんと持ち帰って、今後の施策の検討に活かしていきたいと思っておりますので、本日はどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

○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ひいたします。

では、以降の進行を座長にお願ひしたいと思ひます。木村先生、よろしくお願ひいたします。

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

○木村座長：荒川区医師会の木村です。よろしくお願いいたします。

この会議は、これまで何回か開かれましたが、きょうも活発なご意見をぜひいただきたいと思っております。

それでは、まずは、東京都より報告事項が3点ございますので、まとめて説明を受けたいと思います。よろしくお願いいたします。

○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。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りまして、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。区東北部圏域においても、同様の動きを示しております。

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、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して、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す。

報告事項は以上でございます。

○木村座長：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、ご意見はございますでしょうか。

では、あとで時間も取っておりますので、グループワークの中に参加していただくこともできますので、そこでご質問、ご意見を言っていただければと思います。

3. グループワーク

地域で必要な病床機能について

○木村座長：それでは、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、地域で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。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は、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とございます。

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とさせていただきます。

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つていただきまして、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。

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。

○木村座長：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。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

グループワークの前に、簡単に追加の説明をさせていただきます。

東京都が今回定めた定量的な基準ですが、これは、東京都から先ほど説明があったように、高度急性期や急性期の病床機能の中に、従来言われているように回復期病床が含まれているということで、それを少し見える化しようということで決めた基準でございます。

ただ、この2つの指標には、医学的な意味はございませんので、そこにロックオンしてしまうと、なかなか議論が進まないと思います。

これを決めた理由というのは、医療資源の投入量が、ちょうどこの2つを組み合わせると、高度急性期と急性期の病床機能にたまたま合ったということで、その医療資源を投入していない病床が、回復期に相当するというような考え方で決めたものでございます。

したがって、この資料3の下に書いてあるように、ICUやCCUでの治療というのは、回復期に入ってしまうかもしれませんが、これは、ご自分の医療

機関の中で、「これは高度急性期の医療を供給している」というようなことで、議論を進めていただければよろしいと思います。

そういった考えのもとで、この各圏域の中で、どの機能が必要なのか、足りているのか。それから、この圏域ですと、アクセスの関係で、隣の圏域で、自己完結はできないけれども、供給量としては足りているというようなことで、議論を進めていただければということで、お願いしたいと思います。

それから、東京都からも説明がありましたように、診療報酬には関係のない分類でございますので、その辺はご安心の上、議論を進めていただければと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

○木村座長：ありがとうございました。

それでは、これから、AとBの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ひます。

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。

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ひいたします。

[グループワーク]

○木村座長：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ひます。

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。

○太田（足立区医師会）：足立区医師会の太田です。

まず、急性期と回復期を分ける基準として、この定量的な基準というのは一つの目安として、それを前提に考えていこうということになりましたが、それと実際の質の整合性をとる必要があるということでした。

そのためには、この資料2-1にもあるように、留意点の部分について、もうちょっと項目を増やして、膨らませて、議論する必要があるということでした。

具体的には、例えば、がんの治療に関していうと、化学療法という観点だけではなくて、放射線療法とかいったような観点も入れるべきだろうし、あと、その先に緩和ケアとかいったものも考える必要があるということです。

さらに、在宅との連携もいろいろありまして、在宅に戻るにあたって、急性期から在宅にというのはなかなか難しいので、そのあとの回復期から、いかに在宅につなげていくかといったような議論も必要だろうということでした。

それから、我々の地域で実際に急性期が足りているかどうかという議論に関しては、定量的な意味では、足りているのではないかということです。

ただ、この議論というのは、将来の医療の需要、患者数をもとに、病床配分をするという形でずっと来ていますが、実際には、数としては、結果的にそれほど多くないかもしれませんが、将来のことを考えると、急性期としては、小児救急とか周産期に重点的に病棟を配分するという方針が、必要になってくるのではないかという意見も出ていました。

それから、回復期に関しては、区による偏在があるということと、回復期のポストアキュート、サブアキュートということで、区中央部の急性期からの受け皿とかを考えると、必ずしも充足してはいないのではないかという意見がありました。

あと、慢性期に関しては、いろいろな形で増えている介護施設との兼ね合いの中で変わってくるだろうということです。

慢性期に今入院している人が、そういう施設に入ることではなくて、施設に入っている人が急変したりしたような状況の中で、後方支援というような形で病床が必要になってくると思われまますので、そういった意味では、将来的には不足する可能性があるという話も出ました。

○木村座長：ありがとうございました。

次に、B班からお願いします。

○内瀉（東京女子医科大学東医療センター）：東京女子医科大学東医療センターの内瀉です。

関西のほうにありますように、ベッド数が余っているところならば、大変大きな問題かもしれませんが、こちらの区東北部は、まだまだそうでもないので、皆さまで日々、お互いに足りないところをやっているわけです。

ただ、これで結構行くのじゃないか。いまさら、こういう定量的な基準で、「えいや！」とやっていくのはいかなものかという議論もありました。

それから、この回復期の定義についても、これからこれをもって何かをどうしていくのだろうかということも、少し問題になりました。

あと、出口の問題ですね。急性期から回復期、慢性期というようには、先ほどの太田先生のお話の続きですが、独居の方とか認知症の方とか、それから、いろいろな医療行為がある方は、なかなか施設に入れなくて、いろいろな問題がありますので、まとめることはなかなかできないと思われまして、さらに、貧困の問題もありますので、いろいろ難しい問題があるということが出ました。

○木村座長：ありがとうございました。

それぞれの班の発表について、ご質問、ご意見はございませんでしょうか。

フロアの方々からでも結構ですので、ご質問、ご意見はありませんか。

東京都と東京都医師会でこういう場を設けていただいていますので、何も言わないと、向こうの都合のいいようにどんどん進んでしまう可能性もありますので、ぜひご意見をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

では、東京都医師会から、猪口先生、どうぞ。

○猪口副会長： A班とB班にそれぞれお聞きしたいと思います。

今のお話では、どちらの班においても、「これが特別に足りない」とか、「これは特別に多過ぎる」という状況ではなさそうだというようにお話でいいのでしょうか。ちょっと確認できればと思います。

○木村座長：太田先生、いかがでしょうか。

○太田（足立区医師会）：もともと、ここでの話になっている、定量的な意味ではいいだろうと。ただ、実際の現場で、この留意点みたいな形で、個々に関して言うと、B班のほうでも多分そうだと思いますが、いろいろ問題点が出ていたので、そちらのほうの議論を進めていったほうがいいのじゃないかという考え方です。

○猪口副会長 定量的なというのは、数の問題は、基本的にそこに帰結していく議論は、もともと望んでいなくて、実際に診療している中で、何が足りないかという、非常に定性的な実感みたいなものをつくり上げていかなければいけないと思っています。

太田先生のほうのA班としては、数合わせは合っているようだけれども、何か診療的に、機能的に何が足りないかという、そこまでは行かなかったということでしょうか。

○太田（足立区医師会）：細かいことを話し出すと、きりが無いと思うんですが、具体的に出た例としては、先ほどお話しした小児救急と周産期と、緩和病棟ということでは、特に、放射線治療とか抗がん剤治療ができるとかいったような機能が足りないということです。

○猪口副会長 そうすると、特殊な急性期のものが足りないのと、緩和的なものが足りないだろうということですね。

○木村座長：あと、A班では、ポストアキュートとサブアキュートという、ここで言っている回復期ですね。それが足りないために、退院調整がうまくいかないという話も出ていました。

○猪口副会長 そうすると、局面によっては、介護施設のあり方によっては、慢性期も足りないという話も出ていましたね。

ですので、際立った形で、過剰だとかいうものはないけれども、いくつかのものがちょっとずつ足りない感じがするということになるのでしょうか。つまり、局面、局面によっては、足りないものが出てくるということですね。

B班も、そういう感じでよろしいでしょうか。

○内潟（東京女子医科大学東医療センター）：そのとおりでございます。

○猪口副会長 要するに、局面、局面によって、何かもの足りないというのが区東北部で、ベッドも、この前570床出てきて、今後も、ある程度、ベッドをうまく有効に使っていかないといけないのではないかとというのが、今の区東北部の機能病床の雰囲気という理解でよろしいでしょうか。

丸山先生、そういう感じだったですか。

○丸山（東部地域病院）：まとまらないようなディスカッションが多くなってしまったのですが、実感としては、「回復期も病棟が足りない」、「慢性期の病棟が足りない」という意見もありましたが、明確に、客観的に足りないというような実感はないという感じです。

○猪口副会長 そうすると、とりわけ無茶苦茶足りないというわけではないけれども、「特にこれが過剰だ」という実感もないということですので、A班もB班も似ているという感じでいいのでしょうか。

○丸山（東部地域病院）：そう思っています。

○猪口副会長 どうもありがとうございました。私自身、そういう捉え方をしておきます。

○木村座長：フロアのほうから、どなたかご質問、ご意見はございませんか。

それでは、定量的な基準について、「こういうことも基準にしたほうがいいのか」というようなご意見はございませんか。

今回は、全身麻酔と化学療法で考えていましたが、ほかに、救急車の台数であるとか、ほかの内科的な基準があってもいいんじゃないかとかというような議論も出ていましたが、いかがでしょうか。どうぞ。

○野村（光仁会第一病院）：光仁会第一病院の野村と申します。

この分類で、麻酔と化学療法の回数が主体に出ている、それで高度急性期、急性期に分類されるということですが、例えば、心筋梗塞とか脳卒中とかも、急性期と考えられてもいいような気がする、これで全部、急性期かそうでないかを決めてしまうのも、ちょっと乱暴なんじゃないかという意見もありますので、検討していただきたいと思います。

○木村座長：ありがとうございました。

今のご意見は、ほかの地区でも同じような話が出ていたということは聞いております。また、この資料の中にも、定量的な基準について賛同する意見とか、検討を求める意見の中に出てきておりますので、東京都も十分わかっているかと思えます。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○金沢（下井病院）：下井病院の金沢と申します。

当院は、整形外科の二次救急病院ですが、救急車を普段受けながら、日々、高齢者の外傷手術を主に行っております。

この定量的な基準の「全身麻酔」という1点についてですが、現場からすれば、高齢者への負担を考えると、極力、全身麻酔をしたくないんですね。なるべく、下半身のものであれば、腰椎麻酔にして、患者さんの負担を減らそうとしております。

手術をたくさんしておりますが、この基準からいくと、救急車をしっかり取っていても、急性期病院としての基準はどうかなと、ちょっと思われてしまいます。

ですので、手術数とかでなく、なぜこういう全身麻酔なのか。先ほど、どなたかがおっしゃっていましたが、たまたま数字が合ったから、数合わせでこの

ファクターを選んだのかなと思えてなりませんので、現場からすれば、笑止千万という感じがします。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○伊藤（等潤病院）：等潤病院の伊藤でございます。

地域医療構想で、2025年の予測というのは、2013年でしたか、全国のビッグデータを解析してできたものですね。当時と比べると、当然、急性期の平均在院日数も短縮しておりますし、もともとの稼働率の設定もいろいろ問題があったかと思います。

そこで、それがそのまま一人歩きするのは非常に危険がありますので、新しい基準をつくって行って、それに合わせていくというのは、すばらしい試みだと思います。

ただ、前回、そういう方法をとったのであれば、少し大変ではありますが、同じような手法で計算し直すことは、東京都ではできないのでしょうか。

要は、この地域医療構想のときに出たデータというのは、本当にいろいろなデータを加味して出たものだと思いますが、同じ手順で、例えば、「2020年版東京都の地域医療構想に対するデータ整備をする」というようなつもりはないのでしょうか。

○木村座長：ありがとうございました。

東京都としてはいかがでしょうか。

○千葉課長：現状では、地域医療構想で出しました必要量というものを更新する予定は、国もございませんし、都もありませんので、今のところはないのですが、仮にもう一度計算したとしても、それは、エリアごとの必要量というものを、計算としては出せますが、個々の医療機関の病床機能報告と整合するようなものというのは、ちょっと出しにくいのかなと考えております。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○賀川（苑田第一病院）：苑田第一病院の賀川です。

脳卒中とかのいろいろな外傷を診ていますが、救急車搬送の中で、それでも、内科系の重症患者が来るんですね。

内科系の患者さんが50%以上になりますので、そういう患者さんは、ひとり暮らしとか2人暮らしのお年寄りが、いろいろ変化を起こしてやってきます。

それから、介護施設が区東北部は非常に多いです。私が以前計算した数字では、足立区、葛飾区、荒川区全体では1万3000床ぐらいありますね。そうした人たちも来ます。

それから、成仁病院の片山先生がおっしゃっていましたが、精神病床の施設が区東北部には1400床もありますから、そういった方々が身体的な急性期疾患があると、急性期の病院に入ってきますので、そういうのを含めると、急性期の病床はなかなか減らせないというのが実感です。

○木村座長：ありがとうございました。

これは、一つの基準としてできたものですから、それはそれでいいとは思いますが、今後は、この留意点にも出ていますが、内容的にも考えていく必要があると思いますね。

○賀川（苑田第一病院）：もう一ついいですか。

足立区においても、整形外科の病院さんが地域包括ケア病床を持っていますし、しゃいますが、「サブアキュートとポストアキュートはどういう割合になっていますか」と聞いたことがあります。

そうすると、「整形外科病院は、手術のありなしにかかわらず、ポストアキュートで地域包括ケア病床に入ってくるのが9割だ」ということでした。

ですから、今言いましたように、高齢者の方が急変したりすると、その患者さんは、地域包括ケア病床に入ってくるのですが、サブアキュートはなかなか難しいということになるわけです。

一方、私は、区東部の地域医療構想調整会議にも出ていますが、区東部は病床数が余っているんですね。病床配分を出しても、全部活用できていませんので、区東部の病床数を区東北部でもらいたいぐらいなんですよ。

ですから、区東北部は決して充足しているとは思っていません。

○木村座長：どこの病床がということでしょうか。

○賀川（苑田第一病院）：全体的にですね。

先ほど言いましたように、内科系の患者さんが、高齢者が大きな変化を起こすと、急性期病床において、どこの病院も診ていますから、急性期病床はやっぱり必要ですし、そこから回復期に移す必要がありますが、回復期病床を増やすと急性期病床は減りますので、大変厳しいのではないかと考えています。

○木村座長：ありがとうございました。

無理に回復期病床を増やす必要はないという意見もあったということでもよろしいですね。

ほかにいかがでしょうか。

もっといろいろ意見をいただきたいのですが、時間も迫ってきましたので、ほかに全体についてのご質問、ご意見はございますか。

また、情報提供したいということや、これだけは言っておきたいということなどがありましたら、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、本日予定され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。

4. 閉 会

○千葉課長：木村先生、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、本日行っていただきましたご議論の内容について、追加でご意見等がございます場合には、「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お願い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、各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。冒頭でも申し上げましたとおり、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。長時間にわたりご議論をいただき、どうもありがとうございました。

(了)