

〔令和元年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

令和元年6月28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』

〔南多摩〕

令和元年6月28日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより南多摩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、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班とD班は裏面に記載させていただいております。

そして、A4横型の「東京都地域医療構想調整会議南多摩」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南多摩会議次第」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、東京都医師会のほうにご提出という仕組みになっております。

また、各テーブルには、地域医療構想の閲覧用の冊子を置かせていただいておりますので、後ほどのグループワークの際などにご参照いただければと思います。

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。

この南多摩では、去年は、病床配分のところで非常に熱い議論を交わしていただいたところですが、きょうも活発なご議論をお願いできればと思っております。

またあとでグループワークの前にお話をさせていただ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、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。

さて、本年度の最初の調整会議となりますが、今回は、会議次第にもございますが、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、地域の実情を深くご存じの先生方に、活発なご議論をお願いしたいということで、資料も多数用意してまいりました。

南多摩の実情に合った、患者さまの病状の変化に合わせた医療の提供という観点で、どのような医療の機能が足りているのか足りていないのかというような点につきまして、ぜひ活発なご議論をいただき、そこでいただいたご意見、

ご示唆を、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。田村先生、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

○田村座長：多摩医師会の田村です。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点まとめて説明をお願いしたいと思います。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。

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、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。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いております。

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。

南多摩は、2枚目の上から4つ目のグラフですが、こちらでも同様の動きを示しております。

ただ、圏域別で見えていった場合、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、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。

○田村座長：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、ご質問はございますでしょうか。どうぞ。

○小田切（鶴川サナトリウム病院）：鶴川サナトリウム病院の小田切です。

この2025年の必要量は、平成28年に算定したのですが、それから何年かたって、この必要量は今に合わせて変化するというようなことはないのでしょうか。

○千葉課長：現状では、国の支援も出ておりませんし、東京都独自で2025年の必要量を再算定するという予定は、今のところはございません。

○小田切（鶴川サナトリウム病院）：このまま、平成28年のままで、2025年まで行くということですね。

○千葉課長：現状ではそうでございます。

○田村座長：ほかにございますか。よろしいでしょうか。

3. グループワーク

地域で必要な病床機能について

○田村座長：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、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はないですし、各医療機関の診療報酬の選択に影響を与えるものでもありません。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、絶対的なものでもありません。

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。

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。

説明は以上でございます。

○田村座長：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。

○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、何点か補足させていただきます。

1つは、定量的な基準についてです。これについては、皆さん、いろいろなお考えがあって、どちらかというと、否定的な考えが多いのではないかと思います。

この定量的な基準については、去年の8月に、厚労省から通知があったわけですが、なぜかという、皆さんも感じておられるように、病床機能報告制度といいながら、病棟単位での報告だったので、実際とかなりずれているのではないかと思われていたわけですが、これは、厚労省も同様に思っていたわけので、限界を感じていたわけではあります。

ですので、より実際に近い基準を決めなければいけないと感じたのですが、それをどのように決めるかとなったとき、今までは、国で統一的に決めていたけれども、各都道府県で決めてくださいといったところから出てきたのが、今回の定量的な基準です。

ただ、その通知において重要なのは、定量的な基準を決めるということだけではなく、そういう定量的な基準等を用いることによって、さらに議論を活性化させてほしいということでした。

ですから、言い過ぎかもしれませんが、定量的な基準については、一つの目安として、それについて深く議論をしていただければと思います。

そのときに気をつけていただきたいのは、自分の病院の立場から離れてということは、なかなか難しいかと思いますが、自分の立ち位置を離れて、地域全体で見ていただきたいと思います。

自分の立場に拘泥してしまうと、自分のところは急性期だ、回復期だというようなことになって、活発なご意見が出にくくなってしまっているのではないかと思います。この調整会議の今回のシリーズは後半に入ったわけですが、前半のところでは議論がなかなか進まなかったのは、そういう理由も一つあったのではないかと思います。

ですので、ご自分の立ち位置を離れて、広く議論していただきたいと思っております。

なお、そのときのもう一つのポイントが、資料3にも書いてありますが、診療報酬とは関係ないということです。どうしてもそこに引っ張られてしましますので、純粹に、地域としてどういった病床機能が足りているのか、足りてい

ないのかということについて、特にそういう点を議論していただきたいと思
います。

そして、これについては、この地域で実際に仕事を日々されている皆さんし
かわかりませんので、この議論は非常に重要で、このあと、親会になる、調整
会議の部会がありますし、さらに、医療審議会においても、この調整会議の意
見と整合性を持つようにして議論していかなければならないということにな
っております。

ですから、このあとも皆さんの議論は重要になってきますので、きょうは活
発なご議論をぜひお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

○田村座長：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ます
ですが、座長の私より、お願いというか、お話をさせていただきたいと思いま
す。

1つは、病床機能の配分が、基準とされているものと病院から出てくる申告
に差があると、どういうことが起きるかということです。

ご存じの方もいらっしゃると思いますが、先般、全国的に病院を展開する、
ある病院が、「南多摩地区は、回復期、慢性期はまだ少ないので、そこに病院
を新設するんだ」ということで、ドーンと入ってきました。

そこでいろいろ議論が起こったわけですが、実際に、ほかの地区もそうす
が、南多摩地区も高度急性期、急性期を申告するところが多くて、逆に、回復
期にまだ隙間があると。

南多摩地区の場合には、実際に配分される病床にまだ余裕がありますので、
そういったところがありますと、実際に地域の病院の経営に直接響くようなこ
とが起きかねないわけです。

そういった意味からすると、この申告の病床分類と基準とされている病床分
類にギャップがあったまま放置しますと、非常に問題が起きる可能性がござい
ます。

もう一つ、この南多摩地域の非常に大きな特徴ですが、南多摩地区を支える
基幹病院の大半が、地域医療支援病院を担っているか、あるいは、それを目指
しているという事実がございます。

地域医療支援病院というのは、実際に地域を支える、非常に高度な医療を担う基幹病院であると同時に、地域医療を支える、つまり、開業医とのキャッチボールによって、その地域医療も支えるという機能も持っています。

ですので、ある意味、その部分については、もしかしたら、回復期病床に期待される機能であるのかもしれませんが。

ですから、きょうのテーマは非常に漠然としていて、ちょっと議論が進みにくいということでしたら、例えば、地域医療支援病院が全く急性期以上に特化すべき病院なのか、それとも、回復期も担うものが基本とされているのか。その辺も議論の突破口の一つになるのではないかと考えています。

ちなみに、地域医療支援病院のその機能については、それぞれの地域性があるので、この調整会議で決めたらどうかということ、厚労省の上部の会議で議論されているという部分もございます。

ですから、きょうは、実際に与えられているテーマは、先ほどご説明があったとおりですが、その地域の特性を活かして、委員の先生方の忌憚のない議論ができれば、より実り多い会になるのではないかと考えております。

それでは、これから、各グループにおいて意見交換を始めていただきたいと思いますが、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ます。どうぞ。

○菊地（右田病院）：右田病院の菊地と申します。

院長が欠席ですので、代わりに参加させていただいてもよろしいでしょうか。

○田村座長：どうぞ、ご参加ください。

ほかはよろしいでしょうか。

では、活発なご議論をお願いいたします。

[グループワーク]

○田村座長：それでは、議論も尽きないところではありますが、各グループから発表をお願いしたいと思います。3分程度ということですので、なるべく簡潔をお願いいたします。

では、A班よりお願いいたします。

○那須（東京医科大学八王子医療センター）：東京医科大学八王子医療センターの那須と申します。

大きく論点としては4つ出てきました。

やはり、まずは、今回出ているこの基準と実際の自分たちが申請している内容が合致していないということと、この地域内での情報の共有をどうしていくかということと、もう1つは、先ほどもお話がありましたが、もう一度医療のニーズを見直したほうがいいのではないかという意見と、最後に、南多摩は皆さんもお感じだと思うのですが、地域が3分割できるぐらい地域が広くて、特徴がそれぞれあるのではないかという意見がありました。

まず、基準と申請が合致していないところですが、今回、右田病院様のほうから、地域包括ケア病棟をお持ちで、ご自身たちとしては回復期を担っていきたいとお考えなのですが、先ほどの定量の基準で行くと、急性期という回答が来たということで、やはり自分たちがやっていきたいと思う医療と基準が合致しないという状況ができているというお話がありました。

それと、情報の共有ということについては、この地域が広いということにも関連するのですが、例えば、私どもの病院は八王子ですが、八王子市内の中での連携とはすごくうまくいっていると考えているのですが、ほかの市の方たちとの連携ということになっていくと、なかなかお互いに情報が共有できていなくて、その辺がまたわかり合えれば、例えば、高度急性期から回復期、地域包括ケアを持っているような病院さまへ患者さんを送るのも、スムーズに行くのではないかという話が出ました。

それと、先ほども出たお話のように、もう一度医療のニーズを見直したほうがいいのではないかということで、やはり今まで基準で使っている内容では古いのではないかということで、この先のニーズの見直しをしていかないと、本当に必要な病床数がわかっていかないのではないかという意見が出ました。

それから、地域の特性というところですが、皆さんそれぞれ、例えば、八王子市と町田市とか、八王子市と稲城市というふうになると、同じ医療圏の中でもかなり離れていますので、患者さんの行き来を考えたときに、実際に紹介できるような状況ではないだろうというお話がありました。

特に、例えば、私ども八王子市であれば、山梨や神奈川の患者さんも多くいらっしゃるし、稲城市の市立病院さまからのご意見では、やはり隣の医療圏の杏林大学さんや府中市のほうに、患者さんをご紹介するほうがメインだったりするというようなご意見もありました。

ですので、やはりもう少し医療圏の中でも地域の特性を踏まえた連携や病床配分というものを考えていったほうがいいのではないかというような意見が出ました。(拍手)

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、Bグループ、お願いいたします。

○小林（東海大学医学部附属八王子病院）：東海大学医学部附属八王子病院の小林です。

まず、回復期病床がこの地域で足りているものかどうかについて、皆さんからいろいろ話が出ました。

例えば、急性期病院と高度急性期病院が足りないということがあって、それ以外の病院は十分足りているという意見があったりしますし、また、地域差が非常にあるということ、それから、例えば、八王子では足りているけれども、それ以外の地域は足りていないとか、あと、専門領域では、例えば、整形外科や脳神経領域はいいけれども、それ以外の、特に内科領域の回復期病床が足りないということで、そういったところがなかなか難しいというお話がありました。

2番目に、急性期病院ですね。これは高度急性期ではなくて、いわゆる一次救急、二次救急のところですが、これは、八王子の病院としては足りないのではないかということです。高度急性期病院は2病院あって、ある程度医療を提

供できているということなのですが、急性期に関しては足りないということでした。

3番目ですが、先ほど、田村先生からお話があった地域医療支援病院が、回復期病床を持つべきだということについてですが、これは、D P C病院は回復期を持つわけにはなかなかいかないということで、施設基準というものもあって、なかなか難しいだろうという意見がありました。

4番目に、急性期病院の基準としては、夜間の機能の充実を一つの基準としてはどうかということで、がん診療とかに少し偏り過ぎているのではないかという意見もありました。

それから、もう一つ、番外編ですが、これは薬剤師会からのご意見で、病床が移動したときにその情報が流れてこないため、薬剤師会としては対応になかなか苦しんでいるので、できるだけ、転院したときとかの情報を出してほしいということでした。(拍手)

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、C班、お願いいたします。

○遠藤（康明会）：康明会の遠藤です。

C班では、町田の病院さん、町田の医師会の先生、八王子の病院さん、日野の私どもの病院、日野の行政の方というメンバーでディスカッションしました。

まず、町田については、3次救急がないという点について、やはり必要だろうというような見解を先生がおっしゃっております。

それから、精神科の病床では、急性期と合併症を受け入れる病床が、結局、人口42万人の町田にとっては少ない。それから、精神病床における精神科からの在宅のアウトリーチの訪問診療等が少ないということがありました。

一定程度、町田は概ねバランスはとれているけれども、全ての先生から、数字は幾らでもつくれるので、数字の議論だけではなくて、もう少し内容の深い中身の議論をしたいということです。

八王子については、広域的なので、余り意見はできないのですが、八広連を含めて、皆さんネットワークをつくられておりますので、そういった意味では、

療養病床に実際に空床が散見されて目立ってきているということを含めて、医師の側からすると、営業マンがいっぱい来て、パンフレットを持ってくるということについては、ありがたいといえばありがたいけれども、医療療養病床については空床が散見されるということだろうというご意見の先生がいらっしゃいました。

それから、呼吸器の患者さんも相当増えていて、在宅、在宅というトレンドに、なかなか難しいという現実も訴えられている先生もお見えになりました。

それから、日野については、ご存じのとおり、きょうは日野市立病院の院長もお見えになっていますが、市立病院の依存型でやってきたために、病床機能が本当に不足している。

18. 6万人の人口がいながらも、病床数と機能も最もプアであるという認識のもとで、今、超高齢患者さんの救急車が増えている。

それが隣接の八王子や立川に行くのはいいのですが、八十、九十の方々が搬送されて、その帰りのタクシー代が1万5000円ぐらいかかるのですね。そういう方々が増えている。

つまり、超高齢患者さんの救急医療の、1. 5次、1次、2次まで行かなくて、そういう患者さんが増えていて、そういう患者さんが本当に困っているということと、その上、結局、レスパイトの方々も増えているということだろうというふうなことです。

あとは、いろいろ議論が出ましたが、先生方は非常に前向きなご意見を出されるのですが、この会議に出るたびに非常に結局無力感を覚える。終わったあと脱力感を覚えると。

もう初めから2025の論理で数字は決まっているのではないかとということで、もうちょっと内容の濃い、深い議論をしたいと思うけれども、今は本当に無力感でいっぱいだと。もちろん、先生方がおっしゃっているのは前向きな無力感ですよ。

なので、結論ありきではなくて、急性期が少ない、回復期が少ないということも含めてですが、そこを含めて、深めた議論が、ちょうど1年、2年とアドバンテージがありますから、じっくり議論するべきだろうと。

私のほうから最後に1点ですが、5つの市で文化も違えば人口流動も違いますが、やはりその地域の格差が5つの市であります。

そういった意味では、八王子、日野、稲城、多摩、町田の各市において、徹底した議論を、消防庁の救急隊も入れて、あと首長の市長も入れて、真剣な議論をした上で、どういう患者さんが今増えているのか、その点も含めて、事業承継も難しいこの時代ですから、この間うちの近隣の病院の先生も結局亡くなって、1つの整形外科が廃院しました。そういうこともあります。

そういうことも含めた上で、やはりこれは生き物ですから、機械的な、数字的な操作ではなくて、もうちょっと地に足のついた、各区市町村で徹底した、詰めた議論が必要だろうと思います。(拍手)

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、D班、お願いします。

○飯田（みなみ野病院）：みなみ野病院の飯田です。

D班は回復期、慢性期の点から発表いたします。

まずテーマの1つ目のところの、普段感じる地域で必要なものというところの病棟はというと、やはり地域包括ケア病棟が必要なのだろうなど。

ただ、回復期が必要だろうと思いますが、回復期の中には回復期リハ病棟と、それから地域包括ケア病棟・病床の大きく2つあります。

回復期リハ病棟は、冬場は足りないなというところですが、夏場はそうかなということなので、これで足りないと言えるかどうかぐらいのところです。

でも、地域包括ケア病棟はやはり足りないのではないかと。そうすると、この回復期の中の回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟・病床を、ちょっと区分したほうがいいのではないかとというご意見もございました。

そして、地域包括ケア病棟・病床ですが、急性期の病院の中にある地域包括ケア病棟は大方、すみません、語弊があったら謝りますが、急性期の病院の中で急性期治療が終わったあと、ポストアキュートの方が割と占めていて、地域の高齢者が食欲不振、脱水などで、地域の回復期の先生が救急車で送りたいというところでは適用が、そこはなかなか難しい。

そうすると、慢性期の病院の中で地域包括ケア病棟をつくった病院さん、日野の中にも先ほど発表された病院など、とてもよく受けていただけなので、地域包括ケア病棟はとても役に立つということで、慢性期の病院の中からも地域包括ケア病棟を出していくというのも手なのかなと。

ところが、実際、慢性期の病院の、具体的に言うと、医療療養病棟を地域包括ケア病棟に転換する際は、とてもハードルが高いです。これは、国のほうでそのハードルを何とか工夫していただくといいのではないかとこのところでもございました。

それから、2番目のところでもございます。定量的基準の適用後のという、この基準のところでは、全身麻酔のことは、化学療法のことは、外科の基準がメインで、内科とか循環器とか脳外科の基準がここにはないので、例えば、救急車の受け入れ台数とか、救急の入院率とか、こういうものを入れてみたらいかがでしょうかというご提案がございました。(拍手)

○田村座長：ありがとうございました。

それぞれの班でいろいろなご意見が出ました。私がお話を聞いていて、まず南多摩医療圏と1つにまとめてありますが、非常にこの南多摩医療圏は、それぞれの八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市と、ある意味、その地域ごとの特性、事情というのがあるので、そのところを地域ごとにしっかり見る必要があるだろうということは、どのグループからもそういった観点があったかと思えます。

そして、きょうの議論の中で、回復期病棟が足りているのか、足りていないのかというようなことが、きょうは大きな論点ではありますが、これも同じ回復期と一口に言っても、最後の発表にありましたように、地域包括ケア病棟と回復期リハ病棟は性格も違うということです。

これは、届け出をした病床の分類、あるいは、それによって診療報酬を算定する類型と、今実際に議論されている4つの分類ですね、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と、これは必ずしもイコールで結べるものではない。

むしろ結んでしまうと、議論が硬直してしまうので、そのところを少し切り離して考えなければいけないと、個人的には思うのですが、では、どうやっ

てそれを切り離すとか、実際に病床をオペレートしていく中で、その病床区分、診療報酬が変わってきますので、それを切り離して議論したところで、それがどうなるのかというような、根本的な問題があらうかと思います。

いろいろな意見がありましたが、まず私のほうで論点を固定する前に、どうしても議論の中で言いたいこと、皆さんに語りたいことなどがございましたら、まずそれをお聞きしたいと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、今出ました意見の中で、地域性というのがありますが、まずは、回復期の病床が足りているのか、足りていないのかという議論についてです。

それについては、これが決定的に足りないというよりは、部分的に足りないところはあるけれども、そんなに全体として回復期が逼迫しているという感じでもなかったようにお聞きしましたが、それは回復期とされる病床が地域の中でどれぐらい必要なのか、あるいはむしろ余っているのか。

その点にフォーカスを当てまして、いま一度その点についてご意見を伺いたいと思うのですが、稲城市の事情などをちょっと話してくださるとありがたいかなと思いますが、いかがでしょうか。

○勝野（稲城市）：稲城市の勝野でございます。

稲城市は、稲城市独自に医療計画を定めておりまして、しっかりと2015年の段階で、人口の伸び率、高齢者の伸び率といったものをしっかりとらえまして、これから必要とされる病床がどういったものなのかというのを、しっかりと検証して方針を打ち出しているような状況でございます。

その中で2015年の段階では、回復期病床が皆無であったけれども、昨年のこういった会議の場を経て、実際に31年3月に104床、新たな病床配分が決定されたという経緯がございます。

ですが、まだまだ将来的には、やはりその中では回復期それから慢性期というのは、これからもニーズが増えていくという統計が出ておりますので、そういった中では、これからの病床は稲城市の中では足りていないというような結論が出ているような状況です。

○田村座長：ありがとうございます。

八王子市はいかがでしょうか。

○市川（八王子市）：八王子市の市川です。

特に医療計画を八王子市で策定しているとかいうことはないのですが、どの病床がどれだけ足りないかとかいうような、稲城市さんみたいな統計的な調査は特にしてはおりません。

ただ、医師会の先生方のお話とかを伺うと、慢性期よりは回復期のほうがちょっと足りない印象もあるのではないかとかいうことですが、そこはあくまでも印象なので、はっきりした数値のほうはちょっと今申し上げることはできなくて、申しわけありません。

○田村座長：回復期がちょっと足りないのではないかと印象ということですね。

日野市はいかがですか。先ほどの発表の中にもちょっとあったかと思いますが、いま一度その辺に絞ってお話していただきたいのですが。

○長島（日野市）：日野市の長島です。

日野市も、回復期病棟とか地域包括ケア病棟を持っていただく病院に来ていただいていますので、以前に比べればそういうニーズに応えられる状態になってきているとは思いますが。

ただし、これからの人口統計とかいうものを見ると、まだまだそういう病床を必要とする方が出てくるだろうなという印象ですので、その中で今後も推移を見ながら、どうしていくかということは、医療関係者の方々とお話し合いを続けていきたいと思っております。

○田村座長：ありがとうございました。

多摩市はどうでしょうか。

○伊藤（多摩市）：多摩市の伊藤です。

多摩市も、稲城市さんを手本に、地域医療構想計画というものを今立てているところでございます。

そうした中のレセプト分析を、昨年度、国保、協会健保で試算し、後期高齢者についても試算しました。

それから、神奈川県のように急性期が流出している中で、回復期のほうも圏外を利用されている方が多いので、患者さんが地域に戻ってきたときに介護事業者との連携がうまくいかなかったという事例が多く見られます。

ですので、まずはその急性期のところについて、都外のほうよりも南多摩圏域の中で、どのような形で支援すればどうかというのが、一つのポイントになっているかと考えております。

○田村座長：実際に、多摩市の中でその機能が足りない、機能が足りないだけではないと思うのですが、やはり圏外に流出している状況があるので、そのところは多摩市で何とかできるほうが理想的だということですね。

あと、町田市、いかがですか。

○矢野（南町田病院）：南町田病院の矢野です。

先ほど、3次救急がないとおっしゃっていましたが、立地の問題があつて、市の周りに、3次救急の日本医大の永山病院、昭和大学藤が丘病院、北里病院があるということで、実は距離から言うと、それなりの3次医療の場所が近くにあるということが一つですね。

なので、なかなかこの2次医療圏の話になると、町田市なんかのお話だけだと、それだけでは話ができないのではないかとということです。

あとは、回復期病棟ということでは、先ほどお話がありましたが、地域包括病床とリハビリの病床とは、全然違うと思うんです。一つは、療養型病床でも地域包括病床を持っている、急性期でも持っているというので、では何をもって回復期というのかということは、ちょっと難しい状況だと思います。それが一つです。なので、なかなかその辺が出せないということです。

それから、町田を外れた話だと、地域医療支援病院は地域包括病床を持ちづらい。大きい病院が多いと、病棟単位で入らなければいけないということがあ

って、ということは、実質、急性期の中でかなりその地域包括病床相当のものが含まれているだろうと思います。

ただ、これは行政の問題があるので変えられないので、これは、なかなか実際どうかというのはわかりませんが、それなりに、要はこの医療をこの地域で回していけばいいのであって、そこを何とかやっていくのが大切なのではないかと思います。

○田村座長：ありがとうございました。

今の5市の話を聞きますと、もう十分足りている、余るくらいだというところは全くなかったように思います。

ただ、十把一からげに回復病棟といってもいろいろな事情があるということ、地域差もあるということ、そして、実際にその回復期を増やしましょうという議論になったときに、今ある病院さんのベッドの中で、慢性期としてオペレートしている病床を、回復期に持っていけるのか、これはなかなか難しいというようなお話でしたよね。

逆に、急性期としてオペレートしているところを、もう堂々、回復期にすると。急性期としてもできるけれども、慢性期として地域包括ケア病棟を前面に押し出してやっているという話もありましたが、多くはその回復期の機能を実際果たしているという自覚を持ちつつ、地域包括ケア病棟を名乗りにくい。

特に、地域医療支援病院なんか、規模も大きいし、そう軽々に、じゃあ包括ケア病棟にしましょうとかということにはできないということですね。ただ、実際には回復期と言われているところも、十分実際には担っているのだという自覚はお持ちだということではないかと思うのです。

そんな状況の中で、数字の字面をどうやって合わせていくかという、各病院の申請によって数値が決まりますので、その辺のギャップを、ギャップはあるけれども、実質的には満たされているのだと解釈するのか、病床申請のときにちょっと基準に合わせて書かないと困るのだと考えるか、いろいろ考えがあると思います。

その点と、先ほどのもう一つ大きな論点で、南多摩医療圏が1つの医療圏として議論されていると。で、実際にその回復期病棟の病院が本当に欲しいけれ

ども、稲城ではなくて、実は相当足りている稲城のほうにドカンとできてしまったという問題もありました。

その辺の地域差をどのように解決していったらいいのかということの問題提起は、非常になされましたが、その辺についても具体的な手立てなどについて、何かご意見、アイデアがありましたら、出していただけるとありがたいと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○矢野（南町田病院）：南町田病院の矢野です。

この南多摩医療圏は巨大医療圏なんですよ。23区と違って、八王子、多摩、町田と、非常に大きい面積を持っていて、なおかつ山にも囲まれていたりして、これを1つの医療圏とするというのは非常に無理がある。

先ほど、3つに分けてちょうどいいみたいな話がありましたが、その地学的な条件とかいうものも含めて、東京都さんのほうはいろいろ認可を考えてほしいと思います。

というのは、この医療圏全部で、「ベッド数はどうですか」と言われても、端から端が、下手したら車で2時間半かかるのです。例えば、稲城市から3時間もかかるところまでは、普通は紹介しないですよ。だから、そういう23区と違う実情を考慮していただきたいと思います。

○田村座長：ありがとうございました。

地域の実情に即して、南多摩医療圏全体で議論するだけではなくて、地域の、5市ありますが、そこでの事情を何かくみ取ることができないかということだと思います。

一方で、Aグループの中で、それぞれの医療資源についての情報開示、情報共有がより進めば、むしろその各市で壁を建てて、その中で議論をしなくても、もっと融通を効かせる余地もあるのではないかと、そんなご意見もあったように思いますが、その辺についてはいかがでしょうか。

日本医大の牧野先生、いかがでしょうか。

○牧野（日本医科大学多摩永山病院）：日本医科大学多摩永山病院の牧野です。

先ほどから、南医療圏は非常に広いのでなかなか難しいというのがあるのですが、情報共有すればもうちょっと使いやすいのではないかと考えています。

我々もどこの病院に送っていけばいいのか。それぞれソーシャルワーカーの方に電話しますが、実際にはなかなか進まないというようなことがありますので、その辺がすぐにわかるようになれば、すぐにそこに送れることになりますので、そういうことも必要になってくるのではないかと考えるのですね。

包括ケアで在宅という方向が国の方針だと思いますので、その間のところでそういうことができるというのは、今こういう世の中ですから、情報共有をしていくことができればと思っています。

あとは、行政の区分というということについて、ちょっと感じるところがありまして、南多摩医療圏の、ここは稲城市だから、ここは日野市だから、町田市だからということで、何となく、医師会にあると、その行政との付き合いというようなところも多いので、なかなかそこに入り込めないところもあります。

ですので、そういうところは急性期にしる慢性期にしる、そういうものは取り払ってやっていくほうが動きがいいのではないかと考えています。

○田村座長：ありがとうございました。

確かにおっしゃるとおり、情報共有は完全に市単位ですよ。多職種連携の関係とかも完全に市単位で、その医療のハードに関する部分は南多摩医療圏と一緒にやれと、その辺が問題解決を難しくしている部分かもしれない。そんなふうに皆さんのご意見から感じ取ることができました。

時間も大分超過してまいりましたので、このグループワークについてはこれで終わりとさせていただきたいのですが、東京都医師会の土谷先生、どうぞ。

○土谷理事（東京都医師会）：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。

最初に、グループワークの発表を聞いたときに、そのテーマが「地域に必要な病床機能について」ということだったのですが、どのグループからもこれが足りないとはっきり言うのはなかなか難しかったのではないかと考えるのです。

それで、田村先生が、それぞれの地区でどうかと、何が足りないのかということ質問されて、やっと、ここはこれが足りないという議論になってきたのだと思います。

これは、遠藤先生が、この会議では非常に無力感というか脱力感があるというふうに表示されましたが、それは、矢野先生もおっしゃっていたように、構想区域としての分け方の限界を示しているのかもしれないです。

それはそれで、実はすごく大事な意見だと思うのです。具体的にそのテーマに沿った意見も一つですが、テーマを設定してこういうふうに議論したけれども、うまく議論が成り立たないというの、これは一つの結果だと思うのです。

議論としての皆さんの一致した、一致したかわかりませんが、非常に大事な結論だと思って、私は聞いていました。そして、これは、もしかしたら今後の構想区域について考えるときに大事な意見になるのではないかと、私は思っています。どうもありがとうございました。

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、担当を事務局にお返しする前に、稲城市と多摩市から、ちょっとここで見解を表明したいことがあると聞いておりますので、お願いします。

○勝野（稲城市）：稲城市の勝野と申します。

先ほど意見を発表させていただいたものと一部重複するものがございますが、5月13日に東京都のほうで、保健医療計画説明会において都が説明会后、ファックスにて提出を求めた意見書、こちら、稲城市が提出した内容を、ぜひ皆さまに情報共有を図りたく、資料をお配りさせていただいております。

決して皆さまから意見を求めたい、協議をお願いしたいというのではなく、稲城市の置かれている状況について、先ほどから皆様も盛んにおっしゃっていますが、稲城市から都に対して意見を出させていただいておりますので、この意見書を読み上げをさせていただきたいと思っております。

1. 南多摩医療圏の中での病床数の自治体間での偏在是正について

(1) 稲城市では、地域医療体制の確立に向け、平成27年度に市独自の医療計画を策定し、その中でも市内に皆無であった回復期病床の確保を最重要課

題として、平成29年度の東京都保健医療計画の改正に際し、回復期病床の確保を求めてまいりました。

その結果、東京都保健医療計画（第6次）が策定され、南多摩保健医療圏の基準病床数は1万872床となり、既存病床数に比べて816床の増床となりました。

平成30年度における病床配分では、八王子市に485床、町田市に70床、日野市に0床、多摩市に52床、稲城市に104床、合計711床が配分されましたが、平成31年度当初の既存病床数は1万741床となり、残りの病床数は131床のみとなりました。

平成30年度の申請受付段階に準備が整っているところに、結果として優先的に配分がされた形となってしまったことは、大変遺憾であります。

病床数を確保するためには、都市基盤整備の進捗にあわせ、病院建設のための用地を整えていかなければならない本市にとりましては、大変不利な状況であります。

（2）平成28年10月現在の南多摩医療圏5市の人口比率と、病床比率とを比べますと、下表のとおり、5市の間ではかなりの偏在が見られます。

平成30年度の病床配分によりまして、偏在がさらに助長されています。

南多摩医療圏は、多摩地区の医療圏の中で、面積は西多摩に次いで2番目（町村を除くと最大）、人口は最大であることや、交通網や地形的なことを考慮した場合、地域偏在は大きな課題と考えます。

さらに、地域包括ケアシステムは、市域内で構築するものですが、市内に必要な回復期病床の確保が難しい状況となっています。

こうしたことから、南多摩医療圏の同一圏内においても、不利な自治体へ傾斜配分すべきと考えます。

（3）南多摩医療圏の残された病床131床の配分にあたっては、圏域内全体のバランスを整え、偏在を是正するために配分を行っていただくことを強く求めるものです。

2. 自治体単位での基準病床数の見直しについて

各自治体のニーズなどを十分勘案した上で、基準病床数を見直すことを求めます。

3. 病床配分について

各自治体では、医療圏の整備状況及びその新築状況などには差異があります。よって、131床の配分は、各自治体のニーズや状況に応じて行うことを求めます。

以上、稲城市のほうから都に対して出させていただいた意見書です。ありがとうございました。

○田村座長：ありがとうございました。

続いて、多摩市のほうからもございますね。どうぞ。

○伊藤（多摩市）：多摩市の伊藤と申します。

お手元にお配りさせていただきました多摩市の「政策情報誌 vol. 8」ということになりますが、公共施設の見直しと将来像ということで、多摩市が現在進めております「住んでいると“健幸”になれるまちへ」というところの中で、7ページの下をご覧ください。

今、多摩市には、市立病院がございませんが、日本医科大学多摩永山病院さんのほうで、現在のところ、建て替えを進められているというところで、多摩市としては、こちらの建て替えのほうを全面的に行政としても支援をしていくというようなところで、お知らせをさせていただいております。

こちらのほうにございますように、議会においても、用地等の議決も済んでおりまして、こちらの建て替えに向けての取り組みを、一緒になって進めているというようなところでお知らせをさせていただきます。

どうもありがとうございました。

○田村座長：ありがとうございました。2市からの情報提供ということでお話をさせていただきました。

それでは、議事を事務局のほうにお返ししたいと思います。

4. 閉 会

○千葉課長：田村先生、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、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」という紙にご記入の上、東京都医師会までご提出をお願いいたします。

東京都医師会さんのほうでご意見をまとめた上で、東京都のほうにいただくようになっております。大変お手数ではございますが、本日より2週間以内程度でご提出いただければと思います。よろしくをお願いいたします。

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います。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。よろしくをお願いいたします。

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たいと思いますが、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。よろしくをお願いいたします。

○田村座長：それでは、本日予定された議事は全て終了いたしましたので、地域医療構想調整会議を終了させていただきます。皆さま、どうもお疲れさまでした。どうもありがとうございました。

(了)