

〔令和 7 年度〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部・臨時会〕

令和 7 年 9 月 1 8 日 開催

【令和7年度東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部・臨時会〕

令和7年9月18日 開催

1. 開 会

○本間課長：定刻となりましたので、令和7年度東京都地域医療構想調整会議〔北多摩南部〕の臨時会を開催いたします。本日は急な開催にもかかわらず、またご多忙のところご参加いただきまして誠にありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、東京都保健医療局医療政策部計画推進担当課長の本間が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式で開催しますので、事前に送付しておりますWeb会議参加にあたっての注意点をご一読いただき、ご参加くださいますようお願いいたします。

また、本日の配布資料につきましては、事前にメールで送付しておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

次に、会議の開催経緯について申し上げます。

本日の会議につきましては、7月24日に開催した第1回の東京都地域医療構想調整会議北多摩南部において、中嶋座長からご提案をいただいたことを受けて開催するものでございます。

それでは、開会にあたりまして、東京都医師会及び東京都から挨拶を申し上げます。

まず、東京都医師会、土谷副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。

昼間の業務のあとにお集まりいただきありがとうございます。

今回は、臨時的に開催されたわけですが、地域医療構想は、それぞれの圏域でその圏域ごとにどういうふうに地域の医療が変わっていくのか、そのあたりを話していくところですが、今回は、端的に言えば、吉祥寺南病院の話です。

1つの病院の話ではあるんですが、地域全体で共有しておく大事な話だと思います。こうして関係する皆さんにお集まりいただいて、それぞれいろいろ思うところはあと思います。

意見を出して、それぞれ関係者がどういう思いでいるのかというあたりからが出発点なのかなと思います。

それを受けて、きょうの会議で別に終わりというわけではなくて、地域医療はずっと続いていきますので、きょう参加した方も、その先も見据えて、議論だけではなくて、持ち帰ったあとも考えていただきたいと思います。

きょうはどうぞよろしくお願いします。

○本間課長：ありがとうございました。

続きまして、東京都保健医療局医療政策担当部長の宮澤より一言ご挨拶申し上げます。

○宮澤部長：東京都保健医療局の宮澤でございます。

ご参加の皆様方には、日頃から大変お世話になっております。本当にありがとうございます。

去る7月24日に開催をいたしました第1回の調整会議におきましては、さまざまな貴重なご意見をいただきました。改めて御礼申し上げます。

本日の会議は、土谷先生にも触れていただきましたが、吉祥寺南病院の事業継承にあたりまして、地域の皆様方からの提案もございましたことを受けまして、この圏域として必要な今後の医療連携に関して、意見交換をしていただきたいと思います。

本日の意見交換を通じまして、さらなる医療提供体制の確保や医療連携の推進につながる機会になればと考えてございます。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○本間課長：続きまして、何点か連絡事項を申し上げます。

まず本会議の構成員につきましては、お送りした名簿をご参照ください。

なお、事務局の東京都からは、医療改革推進担当部長の杉下、医療政策担当部長の宮澤のほか、地域医療構想や医務を担当しております課長及び担当職員が出席しております。

次に、本日の会議の取扱いについてでございますが、公開とさせていただきます。

傍聴の方につきましては、既にWebにて参加されております。

また、会議録及び会議に係る資料についてですが、後日公開となります。よろしくお願いいたします。

最後に、本日の議事の流れについて簡単にお話しさせていただきます。

初めに、武蔵野市さんから、吉祥寺地域の医療体制の整備についてご報告をいただきまして、そのあと、医療法人啓仁会様から吉祥寺南病院のこれまでの経緯についてお話しいたします。

そのあと、社会医療法人社団東京巨樹の会様から、新病院の役割や機能についてご報告いただきまして、そのあと、東京都病院協会常務理事の小川聡子先生から、「北多摩南部医療圏の現状について」というタイトルでご報告をお願いしたいと思います。

そのあとに、関係者の皆様で意見交換を行いたいと考えております。

それでは、これ以降の進行につきましては、中嶋座長にお願いしたいと思います。

2. 議 事

(1) 武蔵野市の医療提供体制の現状と課題

～地域で必要な医療機能について～（報告）

- ①吉祥寺地域と医療体制の整備について
- ②吉祥寺南病院の医療体制の整備について
- ③新病院の役割や機能について
- ④北多摩南部医療圏の現状について

○中嶋座長：本日の座長を務めます、武蔵野市医師会の中嶋でございます。

お忙しい中ご参加いただきありがとうございます。

武蔵野市における吉祥寺南病院の事業継承に関しましては、今や武蔵野市のみならず、北多摩医療圏全体の課題となっています。

本日は、このような状況を踏まえまして、この調整会議の構成員の皆様方に加えまして、武蔵野市役所、吉祥寺南病院の経営母体であります、啓仁会の高橋常務、そして、事業継承者として選定されました東京巨樹の会からは、蒲池理事長と藤井先生にもご出席いただいています。

それでは、さっそく議事の（１）武蔵野市の医療提供体制の現状と課題～地域で必要な医療機能について～（報告）に入りたいと思います。

先ほど事務局からも説明がありましたが、このセッションでは、武蔵野市、啓仁会、東京巨樹の会、そして北多摩南部医療圏のワーキンググループのそれぞれのお立場からご報告をいただきます。

報告事項に関するご質問、ご意見は、最後の意見交換のセッションでお願いいたします。意見交換の時間は６５分間と十分に取っております。

①吉祥寺地域と医療体制の整備について

○中嶋座長：それでは、まず、武蔵野市から、「吉祥寺地域の医療体制の整備について」ご報告をお願いいたします。

○加藤（武蔵野市 健康福祉部 健康課 吉祥寺地域医療調整担当課長）：武蔵野市健康課 吉祥寺地域医療調整担当課長の加藤と申します。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、「吉祥寺地域の医療体制の整備に関する現状と取組み」につきまして、資料１の「吉祥寺地域の医療体制の整備に関する支援方針」を用いながら説明いたします。

まず、こちらの支援方針についてですが、昨年、令和６年１０月より吉祥寺南病院が診療休止になるとの話を受けまして、武蔵野市としましては、吉祥寺地域

から、東京都指定二次救急医療機関、災害拠点連携病院の機能を持つ病院がなくなることを課題として捉えました。

そして、運営法人であります啓仁会様に対し、それらの機能を有して、なるべく多くの病床数を有する形で取り組むことができる医療法人への事業継承を要望しておりました。

そして、本年、令和7年3月に、事業継承先が社会医療法人社団東京巨樹の会に決定したことを受けまして、病院整備に向けた取組みが加速すると考え、医療法人や行政だけではなく、市議会や地域住民、地域医師会や武蔵野赤十字病院をはじめとする市内の病院等々が、一丸となってこの課題解決に取り組むための軸となる方針として、ことしの4月にこの支援方針を策定したものでございます。

支援方針の冒頭の部分になりますが、こちらには、これまでの経過を記載しております。

武蔵野市におきましては、長きにわたりまして、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と、市内の病院がそれぞれの役割を担い、吉祥寺地域において次々と病床が失われてきたこの十年間におきましても、その役割分担の中で、武蔵野市の地域医療を支えていただいたと認識をしております。

そのような中、市では、平成27年9月に松井外科病院さんが病床廃止となって以降、吉祥寺地域における病院機能の維持、充実を喫緊の課題として捉えておりました。

そこで、平成29年5月に、地域包括ケアの推進など、さまざまな地域医療の課題の解決に向けて取り組むべき事項を整理した「武蔵野市地域医療構想ビジョン2017」を策定いたしました。

このビジョンでは、武蔵野市の地域医療の充実に向けての今後の方向性として、市民が安心して医療を受けることや、継続して在宅療養生活を送ることができるよう、病床数や病床機能の維持に向けて、地域医療構想調整会議での意見発信等も含め、市が一定の関与をしていくことを検討することや、地域包括ケア病棟整備の推進、二次救急や三次救急医療、災害時対応を含めた体制維持のための支援を行うことなどを記載しております。

特に、吉祥寺地域の病院機能の維持、充実という点では、当時発表されておりました森本病院と吉祥寺南病院の共同による新病院計画を進めるために、東京都

や関係機関等との調整を図るとともに、市としても全庁的な取組みを進めることとしております。

その後は、市の総合計画であります長期計画や、個別計画であります健康推進計画に、今後の方向性等を記載し、これまで対応を進めてきたところでございます。

一方で、令和6年4月に森本病院が診療所へ移行し、10月には吉祥寺南病院が診療休止となり、吉祥寺地域のみならず、市全体の地域医療への影響も看過できないほどの急激な変化がありました。

また、今後30年以内に70%の確率で発生すると言われております首都直下地震や、新型感染症への備えといった危機管理の観点からも、有事の際に行政等と連携して対応できる病院機能を、一刻も早く確保する必要があると考えております。

こちらは「1. 方針の位置付け」になります。

病院の病床数の調整につきましては、東京都が策定する保健医療計画において設定される二次保健医療圏ごとに対応されるものと認識をしております。

しかしながら、急激な変化により危機的な状況にある吉祥寺地域につきましては、市としての対応が急務であると捉えております。

そのため、災害時対応等も踏まえた安定的かつ安全・安心な医療体制の整備に関する支援方針を策定し、市としての姿勢を示すとともに、オール武蔵野で全庁的な取組みの強化、推進を通じた早期解決を図るための方針と位置付けております。

「2. 現状及び課題」になります。

こちらは、2ページに表がございますので、そちらもご覧ください。

「(1) 吉祥寺地域の病院の状況」としましては、平成27年9月の松井外科病院の病床廃止以降、この十年間で339床もの病床が失われております。

また、これらの病院が、東京都指定二次救急医療機関や災害拠点連携病院などとして、地域医療を支えてきた病院であったため、救急医療体制や災害対応において課題があり、この状況に市民の皆様からの不安の声が多く寄せられている状況です。

3 ページをご覧ください。次に、「(2)北多摩南部保健医療圏における病床数の状況」になります。

こちらは、既存病床数が基準病床数を下回っておりまして、今後病床配分が認められる可能性があるとは記載しておりますが、今年度におきましても病床配分は休止されており、来年度以降も未定という認識でおります。

次に、「(3)救急医療の状況」についてです。

吉祥寺南病院は、こちらに記載のとおり、多くの救急受入れや手術を行っていたこともあります。診療休止によって救急搬送に要する時間の増加のほか、市内の救急医療を担う他の病院や市外の病院の負担増大等が懸念されております。

また、休廃院した病院は、高度急性期医療を担う武蔵野赤十字病院に救急入院し、病状が安定した患者を多数受け入れ、在宅復帰までの支援を行っていただいたので、急性期や回復期に移行する際の転院調整における病床数の不足が課題となっているものと認識しております。

さらに、吉祥寺南病院は、本市の休日・休日準夜間診療事業も担っていただいたので、市内の診療所の負担増大にもつながっている状況です。

4 ページをご覧ください。次に、「(4)災害医療の状況」についてです。

武蔵野市では、西部地区、中央地区、東部地区にそれぞれ災害拠点病院や災害拠点連携病院がありましたが、吉祥寺南病院の診療休止により、東部地区のみその機能が不在という状況になっており、災害時の医療体制としてさまざまな課題が発生しております。

5 ページをご覧ください。最後に、「(5)都市計画の状況」です。

これは、吉祥寺地域の医療体制の整備における独自の課題となります。

森本病院と吉祥寺南病院の共同による新病院計画が進められていた当初から、建替えが予定されていた敷地では、原則として、病院を建設することができない用途となっております。

また、吉祥寺地域における医療需要に応えるためには、一定規模以上の床面積が必要となりますが、当該敷地の指定容積率ではその実現が難しいという課題もあります。

こうした状況を踏まえまして、用途地域の変更を前提とした地区計画の住民原案が、令和2年2月に市へ提出されました。

この提案におきましては、武蔵野市医師会等から、吉祥寺地区の地域医療を守るために都市計画変更を求める署名のお願いが、地域住民等に呼びかけられ、約1万4000件もの署名が集まった経緯もございます。

一方で、この住民原案が提出されました令和2年2月は、まさに新型コロナウイルス感染症の拡大が進んでいるときでございましたので、その影響等を踏まえまして、令和2年9月に地区計画の住民提案に対する判断留保の申し出がございまして、保留の状態となっております。

以上が現状と課題となります。

次に、「3. 支援目標」になります。

こうした状況を踏まえまして、新たな病院が整備されるにあたって、主としての支援目標を定めております。

目標を定めるにあたりましては、大きく3点の状況を踏まえて設定をしております。

1つ目は、先ほど来説明しておりますが、この十年間で吉祥寺地域において339床もの病床が失われており、市民の実生活だけでなく、市内や近隣自治体の他の医療機関への影響も懸念されている状況がございます。

2つ目は、全国的に人口減少が進んでいる中で、武蔵野市では東京都の推計を上回る形で高齢化が進んでいることから、高齢化の進展における医療ニーズの増加を見込んだことがございます。

また、令和6年9月に発効されました「東京都北多摩南部地域保健医療推進プラン」におきまして、回復期病床数が不足とされている状況を踏まえまして、吉祥寺南病院の閉院により回復期病床が減少した武蔵野市におきましては、回復期の病床数の確保が今後における重要課題と捉えたこととございます。

3つ目は、昨今、診療報酬の課題や建築資材の高騰、人件費の上昇等に起因する病院経営の困難さが、全国的に問題となっている中で、持続可能な病院を経営するためには、一定の規模が必要と捉えたこととなります。

こうした状況等を踏まえまして、吉祥寺地域において持続可能な300床程度の病床数を有する病院の整備がなされることを、大目標として設定しました。

また、この大目標の実現を通じて充実・強化を図るものとして、先ほど来説明してまいりました救急医療や災害時医療における体制の充実・強化を図ることの

ほか、コロナ禍の経験を踏まえて、感染症対策機能の充実・強化を図ることと、高齢化の進展に伴い地域包括ケアシステムの推進・強化を図ることの4つの目標を定めております。

なお、これまでも市民説明会等の場面で説明してきておりますが、大目標における300床程度というのは目安であって基準ではございません。

地域医療構想調整会議での議論を初め、さまざまな検討において、新たな病院は300床に満たなかったとしても、東京都指定二次救急医療機関、災害拠点連携病院の機能を有し、地域に根差した持続可能な病院という形で整備がなされていくのであれば、市としては、この方針に基づいて支援をしていくということを考えております。

7ページになりますが、最後に、「4. 医療体制の整備に向けた今後の取組み」についてでございます。

この目標の実現に向けまして、市としましては、行政手続き面での支援を中心に大きく3点の取組みを行っております。

1つ目は、「事業継承等の支援」です。

事業継承に関する認可手続き等、円滑に手続きが進むよう、適宜、情報共有や協議をしながら、市も間に入って適切な支援を行っていきたいと考えております。

2つ目は、「敷地面積確保に向けた私有地の活用等の検討」です。

面積の狭い武蔵野市において、また吉祥寺地域という限られた範囲において、病院整備に適した面積を有する土地を新たに確保するということは難しいと考えております。

そのような中、医療法人からは、「二次救急医療や災害時医療の体制整備を踏まえた場合、当初の敷地だけでは面積が不足する」ということから、「隣接するコミュニティセンターの敷地を活用したい」とする要望をいただきました。

その要望を受けまして、市の中で検討したほか、地域住民の皆様とも協議を重ね、コミュニティセンターを移転し、その敷地も含めた病院整備を支援することを、この7月に決定したところでございます。現在、その方向性を踏まえまして、さまざまな手続きを進めているところです。

最後に3つ目ですが、「都市計画の変更」です。

先ほど説明しましたとおり、令和2年9月から判断留保となっておりました住民提案の地区計画について、事業継承先が決定したことを踏まえ、本年3月に判断留保解除の届け出がなされております。

この住民提案の内容を踏まえまして、主として具体的な検討を進め、先日、地区計画の市原案を公表し、意見募集等を行ったところです。

今後は、原案に対する意見等を踏まえまして、市案を作成し、改めて意見募集を行うなど、さまざまな手続きを進めていく予定です。

少し長くなりましたが、「武蔵野市の現状と取組み」については以上になります。

○中嶋座長：ありがとうございました。

②吉祥寺南病院の医療体制の整備について

○中嶋座長：次に、啓仁会から吉祥寺南病院のこれまでの経緯についてのご報告をいただきます。よろしくお願いいたします。

○高橋（医療法人啓仁会 常務理事）：医療法人啓仁会の高橋でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

私からは、資料2というペーパーを作成して提出しておりますので、この内容に沿って報告をさせていただきたいと思います。

それでは、読み上げさせていただきます。

医療法人啓仁会は、2008年に医療法人礼仁会を吸収合併することにより、吉祥寺南病院を取得し、2024年9月30日をもって診療を休止するまでの約17年間にわたり、東京都武蔵野市吉祥寺地区及び北多摩南部医療圏における地域医療の一端を担ってまいりました。

しかし、1970年に建てられた建物の主要部は老朽化し、設備の経年劣化が進んだことから、病院の建替え、設備の修繕が、ここ数年の課題となっております。

一時は自力で病院建替えを目指し、2023年に医療法人社団大隅会（許可病床78床）を吸収合併するなどして、新病院の病床数増加による経営安定化を図るべく、新病院整備計画への取組みを公表し、進めてきたところでございます。

しかし、昨今の建築資材価格の上昇及び人手不足の影響に伴う人件費の高騰により、建替えを要する費用が延床2500坪程度の病院を想定した場合、概算で60億円を超える見込みとなり、当法人の持つ病院経営のノウハウでは、投下資本を十分に回収しつつ、持続可能な病院体制を担保する収支計画の策定が困難になったと判断した次第でございます。

さらに、病院の建替え、設備の修繕が進まない状態での診療継続には、安全上のリスクにつきましては、耐震施設基準を一部満たしていない建物がございまして、また、漏電による停電が頻発していたという実績がございます。

当然、全国で起きている大規模な地震等に関するリスク、またはこの漏電による停電ということではあるんですが、これにつきましては、前法人から、この電気設備等の図面がないという状況で、何とか修繕をしてまいりましたが、頻発しているということで、火災等を含めてのリスクが伴うという懸念から、苦渋の選択ではありましたが、昨年の6月に診療の中止を決定したところでございます。

この結果、地域の医療機関や住民の皆様方への多大なる負担を強いている現状に対し、責任を痛感している次第であります。

一方で、当該地域の医療体制に対する影響を最小限にとどめるべく、吉祥寺南病院の許可病床を継承し、高コストの逆風が吹く中でも、新病院の建替えを実現し、安定した病院運営を継続できる医療法人の探索を行ってきました。

また、枠の中に書いてあるとおり、武蔵野市様よりも、昨年の9月13日付、吉祥寺地区の地域医療に関する要望書を受理いたしました。

内容につきましては、事業継承の選定にあたる要望として、以下の1から3機能を備え、取り組む医療法人の選定に対する要望でございます。

1. 東京都指定二次救急医療機関としての機能
2. 災害拠点連携病院としての機能
3. できるだけ多くの病床を有すること

我々にとってこの条件は、かなりハードルが高い条件ではありましたが、その中で探索を行ってきたということでございます。

その結果、昨年の８月、社会医療法人社団東京巨樹の会より、吉祥寺南病院の跡地及び隣接の啓仁会所有駐車場用地において、将来、急性期医療、回復期医療、健診医療を総合的に行うとともに、二次救急指定病院及び災害拠点連携病院としての機能を果たすことを目的とした新病院の建設の提案がございました。

同年１０月には、医療法に則る新設分割の手続きにより、吉祥寺南病院がお預かりする許可病床１２５床の継承を受けたいとの申し出がありました。

双方の折衝を経て、東京巨樹の会に隣接する啓仁会所有駐車場用地を譲渡すること及び吉祥寺南病院の一部敷地地権者の了解を得たことにより、新病院を建設運営する上での不動産権限を東京巨樹の会に譲渡する準備が整ったことを踏まえ、ことし２月に、啓仁会として新設分割計画を決定し、３月５日には武蔵野市に対して正式に吉祥寺南病院の事業承継先として東京巨樹の会を選定したことを報告し、同日記者会見を行い、武蔵野市医師会長様にもご報告をしたところでございます。

その後、東京巨樹の会が属するカマチグループ巨樹の会が運営を担う新設分割設立法人に、啓仁会から吉祥寺南病院に係る許可病床１２５床及び資産、負債、契約を分割し、承継を行うため、新設分割の許可を申請し、東京巨樹の会と共同で申請をいたしました。先月の８月２５日付で、東京都知事から許可を受けたところでございます。

なお、我々法人は埼玉県にもございますので、同様の医療審議会に諮る必要がございまして、今月末には、埼玉県知事から認可を受ける予定でございます。

これにつきましては、先週１２日、埼玉県の医療審議会において内諾を得たという報告は、口頭で承っております。

以上のことによりまして、吉祥寺地区の地域医療再生に向けた武蔵野市の要望に沿った事業承継となったことを踏まえ、東京巨樹の会の新病院の開設に向けた事業計画等が滞りなく進み、一日も早く新病院が開設することを望み、私ども啓仁会も、それに伴いまして、積極的に協力する所存でございます。

○中嶋座長：ありがとうございました。

③新病院の役割や機能について

○中嶋座長：続きまして、東京巨樹の会から、「新病院の役割や機能」について、蒲池理事長、ご報告をお願いいたします。

○蒲池（東京巨樹の会 理事長）：東京巨樹の会の蒲池です。本日は大変お忙しい中、また診療後のお疲れの中、この会議にご参加いただきましてありがとうございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

資料3に沿ってご説明を差し上げようと思います。いろいろなご意見は既に伺っております。そんな中で、皆様としっかりお話をさせていただいて、この武蔵野地区、北多摩南部医療圏にどういう病床が必要なのか、どういう機能が必要なのかというのを、しっかりお話しさせていただければと思います。

それでは、資料3をご参照ください。

「2. 吉祥寺地域の医療課題」からお話しさせていただきます。

1. 病床数の減少と医療空白についてです。

先ほど、武蔵野市から説明がございましたとおり、地域における医療の課題としましては、まずは病床数の減少がございます。

2015年以降、救急病院を含めて4つの病院が相次いで閉院、診療休止となっております、339床が消失ということでございます。

これに加えて、特に吉祥寺南病院さんは、救急も2300台程度、年間取って、年間550件の手術をしておりました。

その病院がなくなるということは、地域におきまして大きなインパクトがあるとともに、また残された一次、二次、三次救急の病院に救急のしわ寄せが来るということで、なくなることで自体が地域のインパクトとともに、地域の崩壊を招くのではないかとということで、吉祥寺南病院を運営します啓仁会さん、もしくは、武蔵野市役所さんとも、しっかりお話をさせていただいて、話を進めていっております。

次に、2. 北多摩南部二次医療圏における病床不足についてです。

では、北多摩南部二次医療圏においてどうなるかと言いますと、これは「資料が古い」と言われたらそれまでですが、一応公開されている中では、令和7年2月14日の地域医療構想会議におきまして、急性期機能は972床不足、回復期機能におきましては、1694床不足となされております。

高度急性期は足りているというデータがございますが、二次救急が足りないということで、特に今後、老人の救急医療が増えていく中で、どうしても受け皿が必要ということで、喫緊の課題と、私どもも受けとめております。

3. 救急医療体制の空白についてです。

大きくダメージを受けるのは市民の皆様だと感じております。これは、搬送時間が長くなって、もしくは本当に救急車が必要な方が適切な医療機関に運ばれないということで、本来助かるべき命が助からないということは、私、医療従事者におきまして、それは懸念する課題でございます。

そこを解決すべく、急性期と回復期を併設したケアミックスの病院を、今回、吉祥寺南病院の跡地と駐車場、そしてコミュニティーセンターを使わせていただいて、新病院を建設予定でございます。

4. 災害時医療の脆弱化についてです。

吉祥寺南病院さんは、災害拠点連携病院としても位置付けられております。

特に吉祥寺駅から徒歩で10分から15分程度の好立地でございます、万が一、繁華街で大きな地震が起きた場合、電車もとまります。バスもとまります。

目の前は井ノ頭通りですが、そこが通行不能になったら、車でも自転車でも帰れないという状況で、そうすると、軽症の患者さん、中等症の患者のみならず、帰宅困難者が大量に発生する懸念もございます。

そうなったときに、救急の患者さん、治療が必要な患者さん、そして帰宅困難者の方々の受け皿として、当然、病院はある一定の機能を有さないといけないと考えておりますし、そのためにはある程度大きな規模の病院が必要と考えております。

大きな規模の病院が必要となる根拠といたしましては、医療体制といたしまして、そういったものを提供しないといけないということと、そういった諸々の機能がストップした場合には、人的なマンパワーが必要になりますので、そのマン

パワーの確保のために、ある程度の病床数、職員数を有する病院が必要とも考えております。

5. 感染症対応の課題についてです。

コロナ禍におきましては、当然、急性期の病院のみならず、施設さん、療養型の病院など多くのところで、感染症もしくはクラスターに悩まされたということが、記憶に新しいものでございます。

そういったものの対応といたしまして、新病院に関しましては、そういった感染症も十分受け入れるような機能を有するものを建設予定といたしております。

次ページは、「3. 新病院開設計画（案）」でございます。

1. 施設規模と病床数についてです。

ここはディスカッションがあるところと、我々も認識しておりますが、今まで過去十年間、339床と同等の300床規模の新院を開設したいと考えております。

2. 病床機能と診療機能についてです。

内容といたしましては、急性期が60～80床。二次救急を担って、年間3000～4000程度の救急車を受け入れたいと考えております。

その中で、内科的なものもそうですが、特に外科や外傷をしっかり受け入れる脳神経外科、整形外科、救急科を中心に、二次救急を支える急性期の病院を建てたいと考えております。

次に回復機能でございます。回復期の機能としては、220～240床のリハビリテーションを積極的に行う回復期病棟を建設したいと考えております。

なぜ220～240床かという根拠ですが、我々は、回復期のベッド数が足りるか足りていないかということに関しましては、10万人当たりの回復期のベッド数というものを基準に考えております。

そんな中で、もう既に、資料としては調べていただいたら、はっきりするんですが、10万人当たりのベッド数が、全国平均で大体77です。東京は10万人当たりが77でございます。北多摩南部医療圏におきましては、人口10万人当たり48.8床となっております。

これがどれぐらい少ないかというと、同じ二次医療圏で考えますと、区中央部が一番少なく31.6、その次が北多摩南部医療圏で48.8となっております。

北多摩西部が49.3ということで、下から2番目か3番目という数字でございます。

数字だけで判断するのもどうかと思うんですが、この数字を見ますと、非常に北多摩南部医療圏自体は、回復期機能を有するリハビリテーション病棟が少ないと感じておりまして、220～240床のリハビリテーション病院の建設を提案させていただきます。

ちなみに、今回試算をさせていただきまして、200～240床の回復期リハビリテーション病床をつくった場合は、10万人当たり69～70程度になりますので、これでようやく東京都の平均、全国よりは7床ほど下回りますが、東京都の平均とほぼ同じ数字になるというものでございます。

なので、回復期リハビリテーション病棟を、今後は「包括期」などのくくりに変わっていくと思うんですが、地域にもっと回復期リハビリテーション病棟を有する病院があってもいいと思いますし、それに対しましてはニーズがあると考えております。

そして、「4. 新病院の役割と地域社会の貢献と期待される効果」と、「5. 今後の展望」についてです。

救急をやるからには、24時間365日救急患者さんを受け入れる病院をつくらうと考えております。

そして、災害医療の継承と強化ということでございますが、先ほど申しましたとおり、吉祥寺の駅から徒歩10分、15分圏内ですので、私どもが担わなければいけない災害医療への寄与というのは、非常に大きいと感じておりますので、何か起きた際には、周辺の病院もしくは行政と連携しながら、大雨、洪水、地震などの災害に十分対応できるように対策を練っていきたいと考えております。

そして、持続可能な病院運営ということでございますが、昨今、どこの病院も経営というものが非常に苦しいものということは理解しております。

私ども、病床数が多いか少ないかというのは、今後議論がなされていくかと考えますが、ある程度の病床規模がないと赤字に転落してしまい、持続可能な病院ということは達成できないと考えております。

今回の病院の建築並びに土地の取得におきましては、かなり高い金額がもう想定されておりますし、経営者でございますので、その部分の回収ができなければ、病院は早期に閉院ということにならざるを得ないという懸念がございます。

この点におきましても、皆様にはいろいろな議論があると思いますが、ご理解いただければと考えております。

私が参加したのは1回目でございますが、今後とも、地域の皆様、そして北多摩南部医療圏に属されます病院やクリニックの先生方と、引き続き対話を行い、何がいいのか、ベストではなくても、ベターに近い形での病院を建設できればと考えますので、今後もしもご指導、ご鞭撻のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

○中嶋座長：ありがとうございました。

④北多摩南部医療圏の現状について

○中嶋座長：それでは、最後に、北多摩南部医療圏のワーキンググループのメンバーで、東京都病院協会常務理事であります小川先生から、「北多摩南部医療圏の現状」についてご報告をお願いいたします。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：北多摩南部医療圏のワーキンググループのメンバーで、災害急性期病院を展開している調布東山病院の小川です。

まずは、釈迦に説法だと思うんですが、関係者で共通の認識、情報を揃えるための内容が、前半含んでいるということをお許しいただきたいと思います。

地域医療構想調整会議の目的ですが、これは、将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有して、救急医療とか災害医療等担う医療機関が、どのような役割を担うのか。競争ではなく協力、協働で地域医療を守るということを、関係者間で協議、推進すると定められています。

しかし、現実には、厚労省が定めた病床数の必要量が一人歩きして、数合わせの議論が散見されているというのが、事実であります。

こちらが、北多摩南部の基準病床数、必要病床数、既存病床数という数字が示されているんですが、この基準病床数、必要病床数は、2013年以前の医療提供体制のデータを基に算出されたもので、現状にそぐわないということは、皆さんに共通の認識だと思います。

必要病床数はどうやって定め決められてくるかというと、人口推計、入院率、平均在院数の見込みを組み合わせ導かれてきて、本来は割と定期的に頻回に変わっていくものかと思います。

現在の医療だと、平均在院日数は、2013年の頃と比較しても相当短縮していて、その結果、どの病院も病院稼働率が下がっているわけですが、現場の肌感覚としての必要病床数は、この数字よりも相当減っていると考えられています。

2025年から40年にかけて、就労人口はさらに減って、高齢者人口が増えるわけですが、医療そのものが変わっていく中で、機能ごとの固定的な数字ではなくて、地域全体での機能再編を考えること、これまでの取組みと連携等の観点、そしてデータに基づいたPDCAサイクルに沿って、いろいろと円滑な移行を図るということが、大変重要であるということが、今までもそうですが、今回の第8次医療計画の方向性でありますので、データに基づきPDCAサイクルに沿って、医療機関機能及び病床機能の確保に向けた取組みを推進するというものであるべきです。

そんな中でですが、医療提供体制の変化がどういうふうになっているのかについて、少し述べさせていただきます。

患者の流れが大きく変わっています。

こちらは、松田晋哉先生から直接、「資料、データをぜひ使ってください」と、スライドをお貸しくさせていただきました。

今までは、急性期、回復期、慢性期、生活の場という機能分化を通しての転院連携が前提だったわけですが、現在は、高齢社会で、急性期のあと、回復期を経ずに在宅や施設に直接戻るケースが増えています。

また、慢性期で生活している高齢者の方々は、施設や在宅でプールされて、意外と急性期をやっている病院はよく分かると思うんですが、前ほど何でもかんでも入院要請が来なくなっています。

そして、急性期からはもう早期にリハビリを行って、できるだけ短い期間で退院するという方向が主流となりつつあって、回復期、慢性期の病棟のニーズは減っているということが、データでも松田先生が最近よくお出しになっているところ です。

別の角度から、私たち医療を実際やっていて考える理解を、医療提供体制の変化についてご説明します。

かつて、若年層や就労世代が多かった時代は、バイクやら、いわゆる若者の交通外傷、あるいは働きざかりの方の心筋梗塞、脳卒中の救急入院が多かったわけですが、この方々の社会復帰のために回復期への転院が大変重要な役割で、リーズナブルな機能分化だったわけです。

しかし、高齢者人口が多くなってきた昨今は、急性期からそのままリハビリをして、先ほど申し上げたとおり、退院して、入院期間が長くない方法が推奨、推進されております。

それから、就労世代の人口が減っているので、回復期のニーズが減っているということは、これでも説明がつくわけです。

そんな中で、第8次医療計画は、地域密着型の「B」の病院群の機能が、現在議論されています。

定義についてですが、この「B」の病院機能は、この赤枠で囲われたところの4つの医療機能機能と定まってきています。

厚労省の検討会でも、右側の四角の枠の中にありますが、議事録等を読みますと、入院でのリハビリよりも、通所リハ、リハ職以外による離床支援の有用性が強調されており、ここでも従来の回復期という区分は、それよりも早く、高齢者は元居たところに戻す方向で、医療の提供体制が推進されていくということが分かります。

また、病床機能ですが、これまでの高度急性期、急性期、回復期、慢性期のこの回復期は、包括期という呼称に変わってきているのも、今までお話しした内容の、高齢者救急と高齢社会に対応する医療提供体制に求めるものは包括期であるということで、変わっていると認識しています。

この包括期についての議論が、中医協の入院外来分科会で、ついこの間、9月11日の議事録にも出ておりますが、この1から6の要件を、機能として持つことが候補であると言語化されつつあります。

つまり、これは単なる名称変更じゃなくて、医療の流れの全体を見直す大きな転換点と考えるべきで、この機能を持つ病院が高齢社会には必要ですというメッセージと捉えていいと思います。

将来に向けては、この方向で、各医療機関は自分たちの機能を変えていく必要があるというわけです。

それでは、データに基づいた円滑な移行、PDCAサイクルを回してと、地域医療構想調整会議の役割として定められておりますので、現在の私たち、この北多摩南部の必要病床数について、我々の現在のデータをもとに検証してみたいと思います。

こちらは、地域の救急会議で消防庁から示されているデータです。

東京ルールについてですが、これは、救急車が5回以上またはに20分以上受入れを断られた場合、指令センターが当番病院に受入れ要請する仕組みですが、北多摩南部では、東京ルール案件は、2024年に3676件となっています。

その詳細データを出してみました。2024年が3676件で、1日平均10件発生しているわけですが、この割合が7.3%で、実は、東京都内でワーストワーンです。平均は2~4%ですので、それに比べて私たちの地域は、実は課題が大きい状況であります。

ただ、2023年以降は、地域の病院の努力によって、折れ線グラフの部分ですが、減少傾向にあるということがお分かりいただけるかと思います。

右側は、東京都から地域医療構想調整会議で出してくださった地区診断のデータで、令和4年、令和5年で比較データを出してくださっております。

この矢印を見ていただきますと、1つの病院だけではなくて、複数の医療機関が非常に努力をして、救急車、入院患者数を受けとめているということが、こちらで分かります。

丸で示したのが、実は吉祥寺南病院さんの救急受入れ人数ですが、この数は既にほかの医療機関で吸収されているということが、実態としては分かると思います。

次に、もう一度ですが、これから増える救急出動案件として、年齢階層別の搬送割合を示していますが、85歳以上の高齢者が増えると、かつての外傷による救急搬送ではなくて、疾病による高齢者の救急搬送が増えるということは、もう周知の事実です。

それでは、私たちのこの北多摩南部の85歳以上の人口がどう変わっていくかですが、グレーのところです。

実は、2035年、もうあと10年後に実はピークアウトします。そのあとは85歳以上の高齢者の人口が減っていくことになりますので、2035年からは今よりもさらに必要病床数は減っていくであろうということを、私たちは将来を見据えて、今どうあるべきかを考える必要があると考えています。

せっかくですので、この2025年のグレーの高齢者の人口と、2035年の85歳以上の高齢者の人口を使って、今の我々のデータから2035年がどうなるか推計してみたいと思います。

まず、2024年では、救急車は大体5万件、東京ルールが3676件で、1日10件ということですが、これに1.28を掛けますと、2035年は、救急車が6万4400、東京ルールが1日13件増えるという推計が出てきます。たった3件です。

そして、2024年、真ん中ですが、これは、同じ二次医療圏の基幹病院クラスの5病院の皆様、そして当院ともう1つ、地域密着型の二次救急病院の2病院のデータになります。

救急車から何割入院するだろうという現在のデータを出してみました。そうすると、二次救急レベルだと、救急車の3割から4割しか入院しない。三次の病院はさすがに50%というデータが出てきました。

これをもとに推計してみます。救急車5万件の場合の二次の入院は、1日、大体この地域で54人です。これが2035年は1日72人に増えます。

この54人というインパクトについてですが、当院では毎日、1日六、七人が入院してきます。そのうちの予定外入院、要するに緊急入院が大体6割、つまり毎日4人～5人の患者さんを引き受けているわけです。

私たちのようなたった83床の病院でもそういう状況ですが、当院よりも病床数の多い二次救急病院や大規模な病院がありますので、54人が70人になると

いうことは、そこまで大騒ぎするほど、現状で病床が足りないということにはならないと考えております。

三次対応になるとちょっと別で、1日41人～53人ですが、三次だと500床から1000床の病院がこの地域にありますので、「この人数が、41が53になったから受けとめきれないか」というと、そんなことはないだろう」ということになります。つまり、この地域は、現在、必要病床数が足りないということはないと考えています。

もう一つ、大きな病院、ここに名前を載せさせていただいている病院の皆様のご協力をいただいて、2024年に、救急受入れをするためにベッドを空けなければいけませんので、そのベッドを空けるための早期転院、あるいは4日以降の転院がどのくらいあるかを伺いました。

トータルで、月52人、4日以降が368人で、1日でみますと1.7人の12人です。これは、先ほどの2035年の推計でやってみましても、早期転院が2.2で、4日以内の転院が15.7人ということで、思った以上に、私も驚いたんですが、それほど転院がなされていないということになります。

今は、稼働率がどこの病院も減っていますが、それは、回転が多くなっているからです。なので、これらの入院要請に吸収できるだけの病床が、この地域には十分、足りないということはないということが、これで分かります。

そんな中で、先ほどの推計は、何もしなかったときに、今から2035年、人口増に対しての推計で出しましたが、私たち、実は今年度から北多摩南部二次医療圏でみんな共同、協力をして、どうやったら地域医療に答えられるかというワーキンググループを立ち上げました。

その取組みについてご説明したいと思います。

これは、東京ルールも多いということで、まずは高齢者救急に対して力を合わせて、どうやったらできるかということで話し合いをしました。

ついこの間、やっと各医師会の病院部会の先生方にご説明させていただいて、協力要請をしました。

その中で、多くの医療機関のトップマネジメントの先生たちが、「自分の病院の機能を高いほうに上げて協力したい、ともにありたい」と言ってくださっております。

この動きを見ても、地区診断について、今後東京都からまた出してくださいと思うんですが、見せていただくデータは既に古いと思っております。

今まさに全ての病院が努力をして、医療の機能を上げて地域に応えようとしているということを、まず、東京都の皆様、そして、武蔵野市の皆様にはご理解いただきたいと思います。

ですので、こういう活動を続けていくことで、先ほどの推計数はさらに減らせていけるのではないかと考えております。

そんなことを今お話しさせていただきました。必要病床数の数合わせの理論ではなくて、地域医療構想調整会議では、円滑な移行を図ることへの配慮をぜひ期待したいと思っております。

私たちが壊さないでほしいと思っています。そして、データに基づいて、PDCAサイクルに沿って、私たちが推進しているということに、ぜひ協力していただきたいと思います。

つまりは、高齢社会において、医療の流れ、あるべき姿で医療を行うと、入院回転数がどんどん速くなって、皆さんも実感していると思いますが、多くの病院で稼働率が落ちて、必要病床数はもっと少ないはずだということで、病床返還を検討しているのが現状です。

このような中で、「2013年に定められた必要病床数を維持する意思決定は、適切ではないですね」ということを、まずは明確にお伝えしたいと思います。

現行の必要病床数ファーストではなくて、地域の医療機関の地域医療貢献への協議、協力の動きへの応援を優先していただいて、新たな混乱の元を、行政の皆さんが自ら意思決定、つくらないことを希望いたします。

最後に、災害体制についてです。

調布市も、東日本大震災以降、避難所ではなくて、病院に人が殺到するという現実を踏まえて、調布市には8病院あるんですが、全部に救護所を設置して、もう十年間、毎年訓練を重ねてきました。

コロナのときはとまっていたんですが、それをやった結果分かったことですが、8か所に人材を分散するのは、大規模災害のときは、もう特に最初の3日間、72時間は、人も物もない中で、みんなで力を合わせなければならないときに、分

散して人を少なく、薄くすることは、かえってよくないということが、訓練を十年やって分かりました。

それで、調布市では、8か所ではなくて、東西南北4か所に集約する方向で現在見直しをしております。

ただ、これを見ていただくと、このクエスチョンマークが丸で書かれているところの北側は、吉祥寺南病院さん、精神科の病院さんで、そこで、トリアージをして、黄色、赤をどうやって診るのかということで、当初からご協力はいただきましたが、本当に困られています。

当院も、災害拠点連携病院で、もうまさに患者を受け入れる訓練を毎年しておりますが、自分たちの職員だけではとても難しいです。

特に医師ですが、私たちの病院は開放しますが、「先生たち、ぜひうちの病院に来てください。そうすれば、何とか頑張れると思います」という思いも込めて、調布市医師会では方針を変えていくところではあります。

これは、調布病院さんも同じですが、そんな中で議論が出たのは、吉祥寺南病院さんのそばに野村病院さんがあるではないですか。

災害というのは市区町村ではなくて大規模に考える必要があるわけですから、本当は、自治体、市区町村を越えて協力し合って、普段から線を跨いで訓練をして、近くのところには医者が集まって、フェーズ0から1を何とか乗り越える。

それがあって初めて、2以降、避難所のほうにまた医師が分散していけるということだと思いますので、ぜひ、ほかの市の問題なので、余り強くは申し上げられないんですが、災害拠点連携病院が、今あるところであればもちろんですが、新しくそのために、災害以外の地域のありように影響を与える意思決定はどのようなかなとは、ちょっと憂慮しております。

以上です。長くなりましたが、終わりにさせていただきます。ご静聴ありがとうございました。

○中嶋座長：ありがとうございました。

(2) 北多摩南部医療圏の今後の

医療連携に向けて（意見交換）

①高齢者救急及び在宅医療の需要増を

踏まえた病病・病診連携について

②分科会の設置について

○中嶋座長：それでは、議事の「(2) 北多摩南部医療圏の今後の医療連携に向けて」の意見交換に移ります。

ここからは、2040年に向けて人口構造の激変が起こって、特に医療介護の複合ニーズを要する85歳以上の人口が急増して、高齢者の救急搬送が75%増えて、在宅医療も60%以上増えると推測されています。

このような状況とこれまでのご報告を鑑みて、この北多摩南部医療圏における地域医療の最適化と持続可能性を担保するという観点から、この新病院の役割や機能について、忌憚のないご意見をお願いしたいと思います。

60分ぐらいの時間が取れますので、ご発言がある方は挙手などでお知らせいただきたいと思います。

①高齢者救急及び在宅医療の需要増を

踏まえた病病・病診連携について

○中嶋座長：では、まず、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：60分といっても、意外と短いと思いますので、端的に質問したいと思うんですが、私の質問は、蒲池先生に対してです。

「300床ぐらいの病院をつくりたい」というお話で、武蔵野市からも、「失われた330床以上の病床をまた確保したい」という意向だったんですが、「125床ないしは127床でやっていけますか」というのが、私の質問になります。

先ほど、小川先生からもありましたように、病床稼働率が地域でかなり下がっているんです。先生は、東京品川病院さんで非常に救急を頑張っておられるのは、

私も存じ上げているところですが、そこは稼働率がすごく高く、頑張っていらっしゃると思うんですが、この地域全体で見たときに、こちらの資料の中にもありましたが、かなり下がってきています。

下がっているし、これからも下がっていくのじゃないかというのが懸念されますので、コロナ後には稼働率が下がり続けているといった中で病床を配分するのは、既存の医療機関に対して非常に医療的な負荷がかかるんじゃないかと思っています。

例えば、患者さんが減るというだけじゃなくて、人材を確保することでも大変じゃないかということで、東京都においては、「病床配分は難しいんじゃないか」ということで、現にこの2年間は配分がないという状況です。

今後は、医療需要は高齢者救急を受けるんじゃないかと、皆さんも思うかもしれませんが、必要な医療需要全体については、マクロ的に見れば、もうそんなに増えないんじゃないかという推計になります。地域ごとに見れば、必要になるかもしれないですが、そういう状況になると思われます。

地域医療構想でも、私はいつもお話ししているんですが、当初は病床の話でしたが、この病床の話を進めても、東京においては、全然国が目指しているところとそぐわないということでした。

そこで、私たちとすれば、要するに数の話じゃなくて、機能の話で、つまり連携を深めていくことで、高齢者救急と言われていますが、高齢者といっても要介護の人たちの手間がかかっているわけで、そういった数じゃなくて、機能で何とか乗り越えていくべきじゃないかと考えているところです。

そうすると、東京巨樹の会さんに対して特にお話しするというわけじゃなくて、前から言っていた話ですが、今後は病床配分がない可能性がありますので、「125床ないし127床でやっていける見込みはありますか」というのが、私の質問です。

先ほども、「規模がある程度ないと病院経営が苦しいんじゃないか」とおっしゃっていましたが、それが正直なところだと思うんですが、そのあたりはいかがでしょうか。

○蒲池（東京巨樹の会 理事長）：ご質問ありがとうございます。

125床だと難しいと思います。ある程度の規模がないと、病院経営は成り立っていないと思います。

先ほど、小川先生が最後に、「私たちの地域を壊さないでほしい」ということをおっしゃいましたが、どこの病院も経営が苦しいというのが現状で、それは、ベッドが埋まっている、埋まってないからということも、もちろんあると思います。

ただ、根本的には、建築費が高騰したり、高熱費が高騰したり、何よりも人件費が高騰していることが、経営を圧迫しておりますし、それに診療報酬改定が追いついてないというのが、一番の原因じゃないかなと考えております。

ですので、どちらかというと、地域において、高齢者救急のほうにフォーカスがありますが、先ほど出た80歳以上というのは余り変わってなくて、75歳以上とかが今後増えていくと思うんですが、そんな中で、救急だけではなくて、ほかに、例えば、PCI（経皮的冠動脈形成術）が必要とか透析が必要とか、救急車以外の医療が必要なものもあるわけで、それらにも対応しないといけないというのが一つあります。

もう一つは、災害医療もそうですが、先ほど「三鷹市」という話が出たんですが、では、そこら辺の人たちがみんな三鷹市の病院に殺到するのかなということですね。

歩くのがすごく大変ですし、そもそも、僕も世田谷記念病院が水没したときなどで、災害医療は何件か携わっていますが、大規模災害が起きたときに、まず患者さんをたくさん受け入れたりとか、帰宅困難者をたくさん受け入れるというのは、まず自分の病院がしっかり守れているというのが大原則なんですね。

自分のところが壊れたりとか、築年数が古い病院とかだと、エレベーターがとまったりとか、ひび割れが起きて、病院自体がなかなか機能しなくなるとなったときに、その帰宅困難者達を三鷹市が全て受け入れられるかというと、そこは、起きてみないと分からないですが、難しいと思っています。

そういった方が、そこに集約も大事ですが、実際その人たちが集約したときにさばききれのかという懸念もございますので、そういったときには災害機能を有する、ある程度の規模の病院が必要じゃないかなと思っています。

当然、今回の小川理事長の話の中では、確かに高齢者救急というのも非常にフォーカスしないといけない大切なものだと思いますが、病院の機能は地域の大事

なインフラですので、救急以外にも、予定の患者さんの治療であったり、予期せぬ災害に関しましては、しっかり対応しないといけないと考えております。

ですので、病床配分に関しては、もう私からも何とも言えないことで、「もう要らない」と言われれば、もう仕方ないかと思いますが、実際のところ、僕は、災害もいろいろ支援してきましたし、コロナの患者さんもたくさん受け入れた中では、120床では、そういったものに関しましては対応は難しいと思っていますし、ある程度のベッドが必要だと思っていますので、病床配分は基本的には希望します。120床で運営するのはなかなか難しいと思っています。

○中嶋座長：ありがとうございます。

では、大坪先生、お願いします。

○大坪（東京都医師会 理事）：東京都医師会の大坪です。

今のお話ですが、帰宅困難者というのは、そもそも病院で受け入れる必要はないんじゃないかと思うんです。

災害のときというのは、病院は、まず入り口を閉めて、余計な方が入ってこないようにして、必要な医療を行うことに集中するということだと思います。

それから、「300床を用意する」とおっしゃっていましたが、そこを普段は空けておくんですか。稼働させないと赤字になりますよね。そうすると、コロナだろうが災害だろうが、一気にわーっと入ってきたときに、空いているところしか使えないので、それも私としては腑に落ちないかと思っています。

この病床配分のことについては、東京都の地域医療構想会議に私も最初からずっと出ているんですが、最初はベッドの数で来たんですよ。

しかし、一番の問題は医療人材ですよ。「ベッドだけ増やしても、では誰がそこで働くの」という話になったときに、一番恐ろしいのは医療人材不足ですよ。

人材のコストとかそういうのもあるんですが、人自体がいなくなってしまうので、この十年ぐらい会議をやっている中で、「ベッドの数じゃなくて、医療人材の不足をカバーするには、機能を高めて連携で行くしかないよね」ということになって、病床配分が今ストップしているという経緯があるわけです。

ですので、経営が立ち行かないために大規模じゃないといけないというのは、今までの議論に反するものになってしまうかと思いました。

○中嶋座長：ありがとうございます。

では、藤井先生、どうぞ。

○藤井（新病院 院長予定）：前吉祥寺南病院の院長をしておりました藤井と申します。よろしくお願いします。

現場にいた人間からのお話をさせていただくと、2300件の救急を受けていましたが、高齢者になればなるほど、実際の応需率は5割ぐらいでした。そして、520件手術したとありましたが、300件は僕が手術していたんです。ほとんどが高齢で、90代の方とかの手術もたくさんありました。

理由としては、早く離床させて、早く帰すため、回復期というのは、僕の中では、高齢者が早く在宅に戻るためのもので、もともと在宅復帰率という縛りがあって、在宅に戻るというのが前提だと思うんです。

救急で一番問題になったのは、脳卒中関係と緊急の外傷だったんですが、規模的に緊急手術ができなかったりとかいうので断っていた部分もかなりありました。

ただ、そういうのを全部受ける病院をつくるとなると、在院日数を減らすためには、早くおうちに帰すためには、回復期の数というのはどうしても必要になってしまうんですね。

実際に直接おうちに帰るよりも、回復期を経由して帰ったほうが、介護度が明らかに下がるというデータもありますので、この先、高齢者の医療が増えれば増えるほど、現場にいた人間からすると、一番それが必要で欲しかったものだったので、そういったものが必要になると考えています。

あと、災害に関していうと、吉祥寺というのは非常に特殊な場所で、繁華街がある状態で、ご高齢の一人暮らしの方が非常に多い地域になっています。

車とかは乗れません。自転車も乗れません。では、災害が起きたときにどこまで歩いていけるのか。それと、周りの患者さんからもたくさん言われていたのは、頭に酸素が行かなくなったら5分で脳が死に始めますが、5分以内に行ける病院で、脳卒中を取れるところがどこにあるのか。

そういった患者さんからの声を反映して、今回そういった病院をつくれたらと思って、この計画に参加させていただいています。

○中嶋座長：ありがとうございます。

「新病院の300床の是非」ということが論点になっています。

Webのほうでも手挙げがありますので、まず、武蔵野市の高度急性期病院であります日赤の黒崎先生、お願いいたします。

○黒崎（武蔵野赤十字病院 院長）：武蔵野市からこの医療体制の整備に関する指針が出された際に、武蔵野市医師会の病院部会の6病院でいろいろと議論をさせていただきました。

確かに、武蔵野市は600床の病床が累積して失われてきたわけですが、失われるごとに我々6病院が協力しながら、機能を変えながらアジャストしてきた、適正化してきたという過去の歴史がございます。

そういう中で300床を復元するというのは、我々病院部会としては相当違和感がありますので、スタートポイントとしては、失われた125をまずスタートとして、その上で、もっと広い俯瞰した医療の必要ニーズというのは、この地域医療構想の中で議論すべきもので、しかも古いデータではなく、最新のデータを基に、本当に我々の地域に必要な病床数、病床機能は何なのかということを議論すべきだと考えております。

まさに現在進行形で、小川先生のリードのもとで我々のデータを出し合って、ニーズの状況を診断し、連携を高めて機能をうまく配分するにはどうしたらいいかという議論を始めたところであります。

そういうことを背景にいたしますと、いきなり十年前の300床というのは、この地域に身を置く者としては相当な違和感があるということと、125床を復元するべきかどうかというのも、地区診断をしっかりとした上で議論すべきことではないかと思っています。

災害に関しては、切り分けないと議論がかみ合わなくなってくるんですが、救護所の設置場所をどうするかというのは重要な問題ではありますが、新規の病院の開設というのは、切り分けて議論したほうがいいのかと思っています。

○中嶋座長：ありがとうございました。

それでは、お隣の三鷹市の野村先生、お願いします。

○野村（野村病院 理事長）：まずは、吉祥寺南病院の事業継承の問題ですが、武蔵野市さん、それから経営母体の啓仁会さん、そしてまた東京巨樹の会の理事長が自ら出てこられて、こういう話ができたということは、非常に貴重な機会だと思います。

私どもも責任を持ってこの話に参画しなければいけないという気持ちを持って、ずっと関わってまいりました。そしてまたこのような機会をつくっていただきました都医の土谷副会長、それから、武蔵野医師会の会長の、座長の中嶋先生に、リーダーシップをとっていただいたことを感謝申し上げます。

そして、今得られる最新のデータを、副座長の小川先生が、十年後までも含めて、病院動向について出していただきました。

その上で、私もスライドを数枚だけ用意しましたので、私のスライドを出していただけますでしょうか。よろしくお願いいたします。

新しい資料がきょう、武蔵野市さん、東京巨樹の会から出てまいりましたが、予め私どもも、この2つの資料を読ませていただいて、内容は大きく変わってないと思いますので、これを基に少しお話をさせていただきます。

東京巨樹の会から武蔵野市長に宛てた要望書が、令和7年5月16日付でございます。この内容は、125床を300床に増床する理由として、北多摩南部医療圏においては回復期医療の不足が見込まれる。その分の病床確保が必要なこと、投資回収には300床程度の規模も必要なことを上げて、吉祥寺南病院を大きく上回る病院建設に必要な土地の提供を、武蔵野市に求めた。

すごくラフですが、こういった内容だったというふうに私自身は認識しています。

そして、武蔵野市さんが8月19日に市民説明会を行ってまして、このときの概要は、先ほど来繰り返されていますが、十年間に約340床が失われたこと、特に吉祥寺地区の病床が減少している。武蔵野市においては、回復期医療のニーズを見込めると、武蔵野市さんが考えている。そして4番目に、こういった救急

医療から始まる地域包括ケアシステムまでの強化推進に、新病院が必要だと考えている。加えて、研修施設の併設計画や市の支援として、これら3つのことが挙げられています。

これらを読ませていただいて、きょうの資料も読ませていただいて、この事業継承に関しては、以下の理由で、吉祥寺南病院跡地に計画されている新病院開設は見直されることを求めたいというのが、私の考えでございます。

理由の1つは、北多摩南部医療圏における病床需要は、今のところ極めて見込むのは難しいだろうと考えています。したがって、新病院開設の需要も乏しいと思われるということです。

2番目は、新病院開設はむしろ当該医療圏の病床過剰状態を招来して、負の影響が大きいと認識しています。

そして、先ほど小川先生からも出されましたが、北多摩南部医療圏の病床機能別稼働率が、きょうの資料で、一番新しい令和6年度のものが出てまいりました。

令和4年がこうですが、令和6年度は変わってないというか、慢性機能はむしろ減っているのかなと思います。

この中で大切なことは、それぞれの病床機能が多い少ないという議論ではなくて、これをこの医療圏の中で、例えば、高度急性期が多いというのであれば、それを急性期にということを話し合いながらやっていかなければ、たぶん成り立たないし、急性期機能はかなり多く、民間病院がまだこれは手挙げしているわけですが、これは回復期リハビリテーション病床じゃないでしょう。回復期機能と呼ばれているものに多分移っていく必要があるだろうという中で、考えていかなければならないと思います。

きょうの資料には出ていませんが、令和4年の東京都の医療施設調査では、これは療養病床と一般病床だけですが、これ以外に感染症や結核がございますが、病床の新入院患者数は、令和元年をピークに、療養病床ではトントンぐらいでも、一般病床では間違いなく減ってきている。これは、病床稼働率を裏付けるデータだと思います。

先ほど丁寧に小川先生がご説明いただいたように、2013年より前の需要動向とデータを基にしながら、2025年の必要量をこうやって算出すると、過不

足が出てまいりますが、この但し書きで、「これは今後変わっていく可能性がある」と、資料にも書かれているわけです。

これが最後、3枚目ですが、したがって、2番目の、新病院開設が病床過剰状態を招来する懸念というのは、2024年度、去年は、6病院団体が緊急調査して、営業利益の赤字病院はもう約7割で、経常利益でも6割ぐらいで、各病院の病床稼働率がこれ以上に減少する可能性のある今回の計画というのは、今でも経営難の病院に追い討ちをかけ、看護師と医療従事者の争奪、偏在を生じて、人材不足増徴が懸念されますし、当該医療圏において負の影響というのは、小さくないと考えています。

そこで、最後にですが、武蔵野市あるいは三鷹市もそうかもしれませんが、基礎自治体に、私たち病院がどういったことの支援を期待するかですが、武蔵野市さんは、吉祥寺地域に必要な医療体制整備として、これら5つの機能を挙げて、これを新病院開設と抱き合わせで進める方針だということが理解できます。

それはそれで、武蔵野市さんのことですから、私どもが他市のことについて、口を挟む余地はないと思っています。

しかし、元来、一般の入院医療は、特殊な医療を除いては、二次医療圏での整備が求められているわけですから、武蔵野市の中で医療がどうかということもありますが、これは二次医療圏全体で一般の入院医療を考えていけなければなりませんから、吉祥寺の地域ということの特殊性はあるのかもしれませんが、武蔵野市内で分散したり、同地域の他病院の支援を検討する余地というのは、あるんじゃないかなと、隣の市ではありますが、感じた次第です。

そしてまた、三鷹市においても、もう築50年を超える老朽化施設が少なくな、多くは建築基準法上等の問題から、敷地内からの建替えは極めて困難です。

したがって、都市計画の見直しを通じての支援だとか、代替地の斡旋提供があれば、病院運営継続で大きな助力になります。

あわせて、医療機関再配置などを各市で考えているのであれば、これを進めることも可能だと考えられ、市と医療機関が手を携えて、望ましい地域医療を構築する好機だと考えています。

基礎自治体には、まずは既存の医療機関が協力して、医療需要に応える体制整備の必要性というのを、ご理解いただきたいと思います。

○中嶋座長：ありがとうございました。

それでは、東京都医師会の増田先生、お願いします。

○増田（東京都医師会 理事）：この“吉祥寺問題”というものに非常に興味を持っていて、東京都の近未来、2040年じゃなくても、2030年ぐらいで、ほかの地域でも同じような状況が来ると思うんですが、これをどうやって解決するかということについて非常に興味を持っていました。

きょうのこの会議で、小川先生の詳細なデータを見るまでは、この地域医療構想会議では、この地域は高齢者救急で大変だという話をいろいろ聞いてきたので、大変なんだろうと思ったんですが、きょうのデータを見て、ちょっとイメージが変わりました。

それから、蒲池先生の話聞いて、北区の会長を長くやっていたので、北区には、赤羽リハビリテーション病院があるので、カマチグループの会議に、コロナの前から出させていただいて、先代から「カマチグループがどうやって大きくなったか」という自慢話をいろいろ聞かされてきています。

話を整理すると、当事者同士ではちょっと言いづらいから、発言しようと思ったら、もう既に先生方ががんがん発言されているので、その必要はないと思うんですが、好意的に見れば、高齢者救急と災害医療に関しては、ある程度余力がないと解決できない。

また、病院経営としてみれば、カマチグループにしてみれば、回復期リハというのはドル箱だと思うんですね。それで今まで大きくなってきたので、法人としての経営安定のためには回復期リハの病床はぜひ欲しいということなんです。

好意的に見れば、そこできちんと収益を上げて、将来、2040年、それから、災害時には、全面的に病棟を転換して協力するということも、可能かなと考えられます。

東京品川病院の頑張りを受けて、蒲池先生が言われたように、救急医療に非常に熱心だということはよく理解しておりますので、そういうふうな印象を持っているんですが、あくまでこれはエリア外の部外者としての感想ですが、それをこ

の地域ではどこで落としどころをつけているかというところに、非常に興味を示しております。

○中嶋座長：ありがとうございました。

それでは、調布東山病院の小川先生、お願いします。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：まず1点は、蒲池先生に伺いたいんですが、武蔵野市から求められている災害拠点連携病院としての役割は、どのように考えておられるのかを教えてくださいと思います。

○中嶋座長：蒲池先生、お願いします。

○蒲池（東京巨樹の会 理事長）：私も、勉強不足のところがございますので、そこは、市であったり周辺病院としっかりディスカッションさせていただきながら、その役割を全うできるような機能を有する病院と考えております。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：分かりました。ありがとうございます。

先ほど来、帰宅困難者や、高齢者の独居の方などが来る病院みたいなお話も出ていましたが、大規模災害時では、「トリアージ」と言われるぐらい、異常な需要に少ない人数でどう応えるかなので、病院としては、そこはむしろ行政あるいは地域の先生方に任せるべきことだと思うので、その内容をお話しされていると、「大丈夫かな」と思ったところなので、質問させていただきました。

あと、先ほど来、規模という話をされています。回復期がドル箱という話もありました。

もうそれ時点で危ないと思っております、武蔵野市の市民説明会で、市民の皆様から、「病院ができるのは歓迎だけれども、またすぐ閉院になることはやめてほしい」という意見があったと聞いております。

私も、2009年から理事長をやっておりますが、十年前ですかね、大学病院の院長先生と大学病院が建替えのときに話をして、「大学病院ですらダウンサイズですよ」という話をしていたぐらいです。

それは、医療の内容が変わってきているということです。

それから、高齢者には回復期が必要というのは、回復期になると入院が長くなるので帰れなくなるんです。なので、「早い段階で帰しましょう」というのは、もう今まさに第8次医療計画の厚労省の中でも議論されていることなので、そういう意味で、本当の意味での高齢者のための医療という点ではどうかなということがあります。

あと、規模が大きいと、その分、稼働率も上がらないし、人も増やさなければいけない。経営が行き詰まっているのは、人件費が高くなっているからじゃなくて、規模を追求したからではないでしょうか。

そういうことを考えると、ずっとお話を聞いていて、例えば、透析医療もかつてドル箱だったわけですが、年々診療報酬が減らされていて、今は透析クリニックですら、もう閉院を余儀なくされて、淘汰されている、狙われていると言っても過言ではないです。

回復期に関しても、先ほど来お話ししている高齢者の多い日本の社会では、とにかく早く治して早く帰して廃用させないという役割が求められている。これも普通に地域医療構想調整会議、あるいは中医協の議事録を読んでいけば分かることです。

ですので、我々、多くの病院経営者は、そういう意味で、いかにダウンサイズして、諸外国と同じように1床当たりの医療者の数をどうやって増やすのか。それから外科系に関しても、「この地域についてマーケティングされていないんだ」というのを改めて思いました。

慈恵第三病院さんが建て替えますが、脳卒中センターをつくれるわけです。そのように、もう既に機能を十分充足していくこの地域で、先ほど来お話いただいたような内容で、病院を開設するというのは、非常に危ないと思っております。武蔵野市の市民の皆様の懸念が、かなり濃くなるような気がして、私の中ではクエスチョンでありました。

○中嶋座長：蒲池先生、いかがですか。

○蒲池（東京巨樹の会 理事長）：ご質問ありがとうございました。また貴重なご意見をありがとうございます。

回復期に関しましては、もうドル箱ではないです。診療報酬改定で単位数がどんどん減らされておりますし、専従の加算もなくなりました。

恐らく今後もまた来年度悪くなるんじゃないかなと、我々は懸念はしております。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：分かっているのになぜというところが、武蔵野市市民の皆様の懸念が、本当にならないことを願うばかりです。

○中嶋座長：藤井先生、どうぞ。

○藤井（新病院 院長予定）：吉祥寺南病院の550件の手術というのは、ほぼ全部整形外科なんです。

なぜ回復期が必要かといったら、ほとんどが頸部骨折だったり、あと救急で来る方は圧迫骨折だったり、できる限り早くリハビリして、早く離床させて、帰さなければいけない方たちばかりですが、そのまま家に帰れないということです。

基本的には、術前から僕のところではリハビリをずっと始めて、手術までの2日間だけで、できるところでもう離床を始めています。

頸部骨折にしても、次の日からどんどん歩かせてという形でやっていたんですが、そもそも急性期病棟と回復期病棟では、できるリハビリの単位の差があるので、急性期にいたほうが、実際には長くなってしまうので、廃用の人もつくりやすくなると思っています。

巨樹の会での回復期リハビリテーションの平均年齢は80歳を超えていると思うんですが、若い方のリハビリのための施設ではないと思うんです。

先ほどの患者の流れが変わったというところの回復期病院の考え方というのが、少し齟齬があるのかなと思っています。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：ありがとうございます。

齟齬はないと思っています。もちろんその理解ですが、必要病床数の話で言えば、都内もそうですが、災害拠点病院というのは、300床規模の病院ですら、自院の中に回復期病棟を増やしてきていますので、皆さん、稼働率を上げるために、自院から外に出さなくなっていると思います。

そういう意味で、127床すらニーズはないんじゃないかと思った次第です。

○中嶋座長：ありがとうございました。

それでは、三鷹中央病院の吉田先生、お願いいたします。

○吉田（三鷹中央病院 院長）：東京都病院協会でも、「基準病床数を前提にした話はもうやめよう」というような中で、巨樹の会さんにしても武蔵野市さんにしても、盛んに「これこれの病床が足りない」という話があったんですが、それとあと、「小規模でつくって、うまくいかなかったら撤退もやむなし」というような話もございました。

そうなった場合、コミュニティセンターの土地の提供とかされる武蔵野市さんは、そのあと継承して、市立病院とかでやっていこうとかいう気概はあるんでしょうか。

私、吉祥寺市民でもありますので、気になってお尋ねするんですが、

○中嶋座長：武蔵野市さん、どうですか。

○田中（武蔵野市 健康福祉部 保健医療担当部長）：武蔵野市の田中でございます。

市民の方ということで、ありがとうございます。

コミュニティセンターの土地を活用する方法を今進めているところでございまして、現時点では、その後活用しなくなったところまでは考えておりません。

これから、地域医療につきましては、きょうお集まりの先生方全体で、ご議論いただいたりですとか、その需要についても、また今後、最新のデータに基づいて活用していくことについて判断していただきたいと思っております。

その中で、もしも吉祥寺南町のコミュニティセンターの土地が不要とかということになりましたら、またそのときに改めて考えたいと思っているところでございますが、こちらの土地の活用につきましては、市として保有したままで活用いただける方法で、今検討しているところでございます。

ですので、その後については、改めて検討、研究が必要なところだと思っているところでございます。

○吉田（三鷹中央病院 院長）：分かりました。

それと、「120床程度の小規模病院では成り立たないので、その考えはない」という巨樹の会のお話でしたが、武蔵野市さんも「非常に大切な病院だから、ぜひ実現したい」という意向のようですので。じゃ、「採算は度外視して、120床程度の市民病院をつくろう」という考えもないんですか。

○中嶋座長：武蔵野市さん、お願いします。

○田中（武蔵野市 健康福祉部 保健医療担当部長）：武蔵野市として、市立病院をつくることを考えるということは現実ではありません。

というのも、病院経営というものは本当に専門的な知識が必要となりますのでしようにし、また、先生方の確保等についても、非常に難しいものと思っているところでございます。

そのため、現時点でも、各市におきましても市立病院を持たれているところがありますが、武蔵野市におきましては、先ほど先生方のお話もありましたが、市内の各病院の先生方にさまざまな努力をしていただきながら、病床の確保と機能確保等もしていただいたところでございます。

ですので、武蔵野市立病院を持つという考えは、現状ではございません。

○吉田（三鷹中央病院 院長）：ありがとうございます。

最後になりますが、きのうの読売新聞の朝刊に、「最近、保育園の閉鎖、倒産が相ついでいる」という話がございました。

今は少子高齢化ということで、減っているのは子供だけということになりますが、近い将来には必ず“少子少高齢者社会”が来るわけですから、今の保育園、幼稚園の姿はあすの病院の姿と考えて心配しています。

ですので、今回の件も慎重な議論をお願いしたいと思います。

○中嶋座長：ありがとうございました。

武蔵野市立病院に関しましては、基幹病院の武蔵野赤十字病院が、市立病院のようなものと、私は理解しておりますので、市立病院にするという選択肢はないと思います。

それでは、東京都医師会の大坪先生、お願いします。

○大坪（東京都医師会 理事）：武蔵野市さんにご質問です。

この病床配分というのは、この地域医療構想会議で話し合われて、その地域に適切な医療ということで話し合って決めていくものです。

そうすると、例えば、今のままの120床ぐらいのサイズでしか病院が建てられないとなったときには、その規模でやったら、当然立ち行かなくなってしまうわけですよ。

それはもう民間に押し付けて、武蔵野市は、「つくってくれるんだったら、つくってください」と言って、「土地も貸しますよ」と言って、つくって、そのあと立ち行かなくなったら閉鎖しなければいけないとなったときにはどうするんですかということで、先ほどの先生の質問はそういう意味も含まれていると思います。

そうすると、市民の方も、「つくったはいいいけれども、またすぐに撤退しちゃったら」ということの不安があるということにつながっていくと思います。

だから、病床配分のところで、十分に民間がやっていけるんだというので、「それならお願いします」というふうにしないと、民間は苦しいばかりで、ボランティアではできないかなというのがあるので、その病床のところは十分にご注意が必要かなと思いました。

2点目ですが、災害時とかコロナみたいなパンデミック時と、通常の医療は本当に分けて考えなければいけなくて、災害が来るかもしれない、パンデミックがあるかもしれないといって、稼働率を抑えて、それでもやっていけるのは都立病院だけです。民間病院はもう常に病床稼働していかないと立ち行かないです。

コロナのときに何が分かったかという、通常の医療をやっているところをどこかで、そこに受け入れるということに時間がかかって大変だということが、今回教訓でよく分かったことなんです。

そうすると、臨時医療施設のようなものが、東京の中で非常に役立ったわけです。だからそういう災害のときとか、感染が大きく拡大したときには、臨時医療施設のようなものを武蔵野市ではどこに準備するか。そしてそこで働く人をどうやって訓練するかというところを考えておくほうが、現実的だと思います。

民間の病院に「ベッドを空けて、災害が起きるまで待っていてくれ」というのは、経営上は絶対無理です。

○中嶋座長：武蔵野市さん、お願いします。

○田中（武蔵野市 健康福祉部 保健医療担当部長）：ありがとうございます。

先ほど、担当の課長からご説明を差し上げましたが、吉祥寺地区というのが、本当にこの十年の間に、特に吉祥寺地区が目立った形なんです、病床が非常に減っている中で、市民の方々からご心配、ご不安の声をいただいているところでございます。

そうした中で、きょうのご議論の中でも、「災害時については別に考えるべきだ」という話がありました。当然あるかと思います。また連携のお話もいただいたところでございます。

実態とすると、災害が本当に起きたときには、ほかの市の方も当然いらっしゃったりするんですが、その準備段階とすると、各市町村単位で動いているというのが実態かと思っているところでございます。

また訓練等についても、そのような形で行っております。

災害時の対応などにつきましても、医療というのは本来的には広域で考えるべきものだと思いますので、できればいいんですが、実態としたときに、身近

な方々が「けがをしたらどこに行ったらいいんだろう」ということで、我々とする、二次救急の話と災害時医療ということは、市として大きな課題だということで、方針もつくらせていただいたところでございます。

病床の話ですが、最新データに基づくこれからの流れを見ると、これからどうなるのかということにつきましては、きょうお集まりの先生方ですとか、東京都のほうの今後の計画等によって、決まってくるんだと思っているんですが、実態として、新たな病院を建てているところで、持続可能、継続可能というところについて、本当に我々も望むところでございます。

ですので、300床ということにつきましては、失われた300床を基に、目安として立てさせていただいていますが、その病床数につきましては、持続可能なものでしたら、市としては支援していきたいと思っているところでございます。

あと、土地についてですが、貸すというところのお話ですが、こちらについては、武蔵野市から無償で譲渡とかいうことではなくて、それはこれから具体の議論になっているところですが、適正な価格をもってお貸ししてということを前提にしています。

ただ、その中で、あちらの敷地というのは、本当に井ノ頭通りの目の前でございますので、以前の平成29年度の計画のときでも、地区計画等については、少し変更しないといけないということがありましたので、今回についても、それを踏まえた形で、地区計画の変更について議論を進めて、準備を進めているという状況でございます。

○大坪（東京都医師会 理事）：もう一つご質問があるんですが、二次救急の病院が4つ、徐々に閉じてしまったわけですね。この原因はどう分析されますでしょうか。その地域に集中してなぜ潰れたんでしょうか。

○田中（武蔵野市 健康福祉部 保健医療担当部長）：産科の病院につきましては、トラブルというか、事件もありまして、なくなったところですが、ほかの病院さんにつきましては、老朽化とか、そこへの対応というのが非常に大きな要因だったと思っているところでございます。

実際に、武蔵野市内の病院ですが、吉祥寺南病院につきましては、1970年の建築というお話がありましたが、スプリンクラー等を含めた対応ですとか、あとは耐震というところで、現行法に沿った安全な病院をつくるということが非常に難しくなっておりました。

かつ、このところの物価高騰、また特に今回、吉祥寺南病院さんにつきましては、記者会見とかまでしていただいて、「話を進めますよ」という中で、コロナ禍を経て、恐らく異常な物価高騰だと思うんですが、そのところで、なかなかうまくいかないというところがあったなと認識をしているところでございます。

ですので、老朽化とそれに伴う対応の難しさというところが、大きな原因かと認識をしているところでございます。

○中嶋座長：では、佐々木先生、お願いします。

○佐々木（東京都医師会 理事）：東京都医師会で地域医療を担当している佐々木です。

武蔵野市さんにお伺いしたいんですが、失われた300床に対して、皆さんから、「これはもう古いデータに基づくものだ」「地域医療構想での基準病床数というのは、数だけ出しているもので、実勢を反映するものではない」というお話がいろいろあったと思います。

ですので、既存の病院が医療機能を変えることによって対応してきて、今それでちゃんとつじつまが合っているのであれば、そこにプラスする必要はないんじゃないかというのが、皆さんの議論だろうと思います。

あと、「廃院によって新しい病院をつくることができないから、だんだん減ってきたんだ」という話ですが、既存の病院もこれから建替えの需要が出てくるんですよね。

これで今やっと成り立っているところに新しい病床配分をして、既存の病院が立ち行かなくなった場合に、「では、新しい病院をつくりたいときに、誰かそれを補填してくれる、補助してくれるんですか。武蔵野市さんがやってくれるんですか」というお話もあったと思います。

それから、先ほどから「災害事業は振り分けて考えるべきだ」という話があって、大坪理事から、臨時医療施設の話があったんですが、確かにサージキャパシティが必要なのはもう当然なんです。

それを、病床稼働率を下げて病床を空けることによって、そのチャージキャパシティをつくるためには、そこに何か補助がないとやっていけないわけですので、そのサージキャパシティをつくるための資金を、市が出してくれるのであれば、各病院は安心して病床を空けられると思います。

それがもしできないのであれば、臨時医療施設という形で市がきちんと対応すべきではないと思います。

まずは、「数合わせはおかしいんじゃないか」ということと、それから「もし既存の病院が新病院をつくらなければいけないときに、市としてはどういう対応ができるのか」。それから、「臨時医療施設を含めた災害時医療体制ということで、そこは切り分けて考えるべきだ」。

この3点について、ご意見をもう一度お願いいたします。

○田中（武蔵野市 健康福祉部 保健医療担当部長）：先ほどの、「300床というのは古いデータではないか」というお話でございますが、我々も、先ほどお話しさせていただきましたが、根拠なり考え方の基としているのが、東京さんがつくっていただいています計画で、令和7年4月1日時点でも、既存病床数が基準病床数よりも少ない状況というのは、それについて確認をさせていただいたところでございます。

ただ、これから300床が必要なのか、今後の方向性はどうなるのかといったところにつきましては、きょうお集まりの先生方とか東京都の方と、議論を踏まえた上でという認識でございます。

また、既存病院に対する補助ということですが、今検討させていただいている病床についても、現時点で、建築等に対する補助というものは特に考えているところではございません。

というのは、医療体制というのは広域的なものでございますので、市だけでできる支援というのは限界があると思っていますところでございます。

ですので、今回のこちらの方針につきまして、「市として何ができるのか」というところで、つくらせていただいているんですが、その中で、市としてできるところとしますと、先ほどの地区計画の見直し、これもそれこそ平成29年からあったことですので、その辺も踏まえて、市としてできる限りというところで、こちらの方針を固めさせていただいたところでございます。

昨今の病院経営の難しさというのも、診療報酬というお話もいただいているんですが、国全体として考えるべきもので、また、病院の補助等についても、もっと広域で考えるものかと思っていますので、市としての限界はあるかと思っています。

あと、先ほどの災害時のキャパシティの話ですが、災害時には重症の方がいらっしやって、当然入院していた方もいらっしやると思いますので、一定のベッドが必要なかもしれませんが、本当に災害時に全ての方のベッドが確保できるかということは、なかなか難しいことだと思っています。

ですので、武蔵野市の場合、今までで言いますと、市内3か所の病院さんの前に、緊急医療救護所を設置しまして、そこでトリアージをして、本当に治療の必要な方については、その病院さんで手当てをしていただくような形になりました。

災害時というのは非常事態でございますので、通常の治療というのは考えておりませんので、最低限かつ命を守ることができる方を救うというのが、災害時の役割だと思っています。

その中で、臨時の医療施設というところですが、正直申しまして、私どもの緊急救護所でトリアージをして、最低限の手当てをするところの確保だけでも、なかなか先生方の体制ですとか、テントを立てたりですとか、必要な機材を運んだりというのは、そこだけでもかなり大変なところでございます。

ですので、臨時の医療施設というところは、なかなか難しいのかと思っていて、それをやっていただけたところとして、病院さんがあったほうがいいのではないかとということで、吉祥寺地区についても、災害時医療も含めた形で、これまでもお願いをしてきたというのが現状でございます。

○佐々木（東京都医師会 理事）：ありがとうございます。

今お話にありましたように、病院というのは、市だけじゃなく、二次医療圏だけじゃなく、もっと広域で考えるべきです。

東京都全体で見れば、その数を言うのはおかしいですが、既存病床数が基準病床数を上回っていますので、そういう意味で、もっと状況に応じた考え方をするべきだろうと思います。よろしくお願いします。

○中嶋座長：ありがとうございました。

それでは、調布病院の山田先生、お願いいたします。

○山田（調布病院 院長）：今までのお話を聞いていて、疑問に思ったところがあります。

1つは、病床を返還する病院がすごく多くなっていて、うちもちょっと返還したんですが、社会全体が来たるべき人口減少社会に向けてダウンサイジングしているところに、ここに300床を増やさなければいけないのかなということです。

その根拠になった失われた300床というのが、もう平成のときに閉院した病院とか、分娩数が少なくなってきた、いずれはそうだったろうなというような産婦人科の単科の病院だったりとかいうのが含まれているのが、ちょっとおかしいんじゃないかと思っていたということです。

もちろん、この二次医療圏の医療を守るという意味では、医療機関も自治体も緩くグループ化して、そういう災害時とか、適正な医療病床の配置とかについては、市とかを越えて連携していくというのが、とても大事だと思っています。

今回、吉祥寺南病院のあとに入っていただけの病院さんが、「自分たちがやりたいことをやる」というのじゃなくて、「その地域に必要とされている機能を私たちはちゃんと担いますよ」と。例えば、東京ルールだとか、85歳以上の高齢者ばかりを受けてくださるとか。そういうのだったら一定程度必要なのかなとは思っています。

ちなみに、必要な病床数というのでいえば、吉祥寺南病院が運営していられなかった頃に稼働していた病床ぐらいでいいんじゃないかと思っています。

それよりもちょっと少ないぐらいでもいいのかと思ったので、意見として言わせていただきました。

○中嶋座長：ありがとうございます。

それでは、調布市医師会の荻本先生、お願いします。

○荻本（調布市医師会 副会長）：「病床数は充足しているんじゃないか」という話は、いろいろな先生からありました。

私は開業医ですので、通常は病院にお願いして、患者さんを取っていただくんですが、吉祥寺の周辺で開業している先生で、実際に「搬送先に困った」というようなことは、実際どうなんでしょうか。そういった実態の調査というのは、どのぐらいされているんでしょうか。

私も開業医なので、病院の状態がよく分かりませんので、実際に吉祥寺の駅の周辺で開業している知り合いに聞いてみたんですが、「二次救急に関しては、周辺にたくさんあるので、搬送に困ったことは今のところありません」というメールが返信であったんですね。

実際はどれくらい把握されて医療計画を立てているのかが分かっただけだと思います。その辺を市の方に教えていただければと思います。

○中嶋座長：私、吉祥寺駅周辺で開業していますので、私がお答えさせていただきます。

医師会の努力とか、既存の6病院の努力で、また周辺自治体の救急病院の対応で、搬送に苦慮したということは、この1年の間ではないです。

冬の繁忙期に入るとどうなるのかとか、その辺の要素はまだ不明ですが、現時点においては搬送に苦慮したということはないです。

市は余りこういうことは把握していないでしょうか。

武蔵野市さん、お願いします。

○加藤（武蔵野市 健康福祉部 健康課 吉祥寺地域医療調整担当課長）：そういう調査は、確かにしていないという現状がありますが、市民からのいろいろな声を聞く中では、「搬送に40分から50分かかって、困った」ということを聞くこともあります。

それがデータとしてどれぐらいあるかというのは分かりませんが、そういった声もあるというのは、事実としてはあります。

先ほど来のいろいろな議論の中で、病床数の配分とかも含めて、国だったり、広域だったりでやるというのは、我々市としても十分承知しているところではありますが、行政としましては、一番のステークホルダーは市民でありますので、市民の声に対して、市の課題に対して、どう対応していくかというところを、まず考えるべきだと考えています。

その上で、こういった形で広域で本当に必要な病床数ということを議論できる機会があるというのは、我々も知っておりましたので、今後また対話を続けながら協議できればいいのかなと考えております。

きょうはさまざまなご意見をいただきましてありがとうございました。

○荻本（調布市医師会 副会長）：ありがとうございました。

1つだけつけ加えさせていただければ、東京都にはたくさん医療圏があるんですが、例えば、北海道の医療圏は東京都の面積よりも広大な土地で医療圏を構成しています。

ですから、東京の医療圏という発想はそもそも余り意味がないですね。北多摩北部に行ったりとか、西部に行ったりとか、いろいろなところに患者さんは行っています。

例えば、八王子市から新宿まで行くのに医療圏を2つ跨いでいくんですが、中央線に乗ったら1時間もかからないわけです。

非常に隣接した中で医療圏が細分されているので、今お話しされた医療圏という発想は余り意味がないと思っています。

ですので、私たちの市から新宿まで搬送される方もいらっしゃいますが、それは、かかっている場所が医療圏を跨いでいるからですので、行政の方も医療圏という言葉に惑わされないで、広域で考えていかないと、結局余分なものをつくって、その維持に苦勞するといった医療機関を増やしてしまうだけになるような気がしてなりません。

私、そういうことを少し調べる機会があったので、つけ加えさせていただきました。

○中嶋座長：ありがとうございました。

「交通網が発達している東京都は1つの医療圏でいいんじゃないか」と、土谷副会長も以前からおっしゃっています。

それでは、野村病院さん、お願いします。

○佐藤（野村病院 院長）：野村病院の院長をしております佐藤と申します。

隣の三鷹市ですので、武蔵野市さんにいろいろ申し上げるのも大変かと思いますが、先日の三鷹市医師会の病院委員会におきまして、武蔵野市の小美濃（オミノ）市長に意見書を出させていただいたということがありまして、ここで一言申し上げたいと思います。

意見書としては、もちろん、今まで出てきた皆さん方のご意見と相違ないというところで、見直しをお願いしたいといったところを申し上げたところであります。

その理由としましては、病床不足と言われておりますが、隣の三鷹市ではあります、何とか救急医療の吸収ができていうふうな実感を、我々三鷹市医師会の病院委員会でも一致した意見であります。

先ほど、搬送困難事例の話がありましたが、確かに、コロナのころ、収容病室がなかなか用意できないというようなことがあって、40分、50分とかかかってしまうようなところもあったかと思いますが、東京ルールというもので、何とか効率よく回しているといったような現状があります。

北多摩南部地域医療圏におきましては、多摩総合医療センターをはじめ、杏林大学、武蔵野赤十字病院、慈恵医大第三病院といった大きな基幹病院がそろっていますので、我々、一次・二次救急を担っている中小の病院としては、非常に安心感を持って、地域住民の方々の救急業務にあたっているといったような現状があります。

確かに、昨年の24年9月に吉祥寺南病院さんが閉院した際には、「どうしようか」というふうなことで、みんな頭を悩ましておったところでありましたが、何とか吸収できているというふうな実感を持っております。

三鷹市の消防に聞いてみましても、「吉祥寺南病院の閉院によって、搬送困難事例が増えたというふうな実感はない」というようなコメントもいただいております。

そこで、今のこの計画の60床の一般急性期と240床の回復期という、大きな300床の病院を吉祥寺に建てるといった計画につきましては、武蔵野市民が気にしていらっしゃるということを伺ったのは、「選定療養」の問題であります。

「300床の大きな病院になりますと、紹介状なしで診てくれないんじゃないか」とか、「気軽にかけられる病院であるのか」といった、武蔵野市民の声があるということも伺っております。

この点についても、武蔵野市にはよく考えていただいて、またさらに議論を深めていただければと思っておりますので、よろしくお願いします。

○中嶋座長：ありがとうございました。

それでは、三鷹中央病院の吉田先生、お願いします。

○吉田（三鷹中央病院 院長）：今の佐藤先生のお話にもあったんですが、その前に、救急搬送の問合わせというお話があったので、そのお話をさせていただきます。

吉祥寺南病院が閉鎖前後の救急搬送の動向の問合わせは、NHKが「クローズアップ現代」で取り上げたときに、当院にも取材がありまして、調査をいたしました。

閉鎖後は、救急搬送が4割増えましたが、まだ余裕がありますし、先日、救急の日に、消防署長と話す機会があったんですが、「吉祥寺南さんの閉鎖後、搬送困難とか搬送に困るようなことはありましたか」という質問をしたら、「ほとんど影響はありません」ということでした。

ですから、周辺の病院がみんな協力して、吉祥寺界限の救急患者の搬送を受け入れているんだろうと思います。

○中嶋座長：ありがとうございました。

それでは、小川先生、最後の質問とさせていただきます。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：武蔵野市の皆様が、先ほどの災害の準備で自治体ごとでおっしゃったですね。

それで今、この会議にほかの自治体の皆様、それから医師会の皆様も聞かれていらっしゃるので、ぜひと思っております。

調布市は、狛江市と連携しながら、毎年、十年にわたって、連携拠点病院の慈恵第三病院と、私たちの地域で訓練をしています。

昨日も実は、調布市の病院部会に医師会長も参加してくださって、「きょうの会議で、調布市の希望というか、もう調布市を越えて、三鷹市とか自治体間で協力し合いながら、災害に備えるというほうが現実的だよなということも含めて、調布市の今をお伝えしてもいいですか」と伺って、「ぜひ伝えてください」と言われたので、今回敢えて災害についても出させていただきました。

当院も、災害拠点連携病院として十年以上毎年訓練をして備えていますが、訓練すればするほど、「自分たちだけでは発災時は乗り越えられないな」と実感していて、「先生方に本当に集まってほしい」ということは、医師会でも常々お伝えしています。

武蔵野市さんがおっしゃったとおり、荻本副会長もおられますが、訓練に出てきてくださる先生方は同じ顔ぶれなので、「本当に災害が起きたときどうなのかな」という心配はあります。

だからといって、1病院当たりの医療人材を災害時に分散する方針にはならなくて、「本当に災害時どうするのか」ということを、医師会の先生方に関わって、集まっていただくようにするという努力のほうに傾けたほうがいいと思っております。

ですので、「自治体ごとで」と言わずに、ぜひ自治体間で、病院、医師会とともに、そういう協定をしていただきたいと思いますと思っております。

災害拠点連携病院として機能するためには、それなりに普段から急性期をやっていないと無理です。

なので、そういうことも含めて、今頑張っている医療機関に、先生たちが集まる、いろいろな自治体が集まる等、みんなで知恵を合わせてネットワークをつくっていったほうが、現実的だろうとは思いましたので、そこだけ、もう一度、「そう言わずに」ということで、模索していただけるとありがたいと思っております。

○中嶋座長：ありがとうございました。

自治体の枠組みを越えた災害医療体制のご提案でございました。

では、最後に、土谷副会長、お願いします。

○土谷副会長：皆さん、ありがとうございました。

私からは、武蔵野市さんにと、東京巨樹の会さんにコメントして終わりたいと思います。

武蔵野市さんは、今回の巨樹の会さんの病院に対して、支援策を考えているということですが、私からは、既存の病院が非常に今困っていますので、先ほどは「金銭的なサポートはしません」と断言されていましたが、そうじゃなくて、そういうことも含めて、既存の病院の支援をもうちょっと考えていただきたいなと思います。

もちろん、お金だけじゃないですが、既存の病院が既にこうして減っている中で、「それが困っている」と言っているわけですから、既存の病院をさらに支援していただきたいというのが、私の要望といいますか、コメントになります。

巨樹の会さんにおかれましては、最初に質問しましたが、病床配分については、現状で2年間中止していることでもありますので、そのあたりは十分考えていただきたいと思っています。

300床は現状では難しいのかということで、精一杯、125か127床ということになるのかと思いますので、そのあたりで計画をもう一度考えていただきたいと思います。

○中嶋座長：ありがとうございました。

それでは、終了時間がかなり過ぎましたが、本日、いろいろな立場から吉祥寺南病院の事業継承に関して、忌憚のないご意見、特に300床の是非に関していろいろなご意見をいただきありがとうございました。

②分科会の設置について

○中嶋座長：立場、見解は異なりますが、よりよい地域医療体制の構築という理念は、共通しているものと信じたいと思います。しかし、関係者でお互いの理解を深めて、いわゆる落としどころに導くには、この時間だけでは十分ではないので、今後も、意見交換を継続するということが重要と考えます。

つきましては、このセッションの2つ目の議事でございますが、調整会議の下
の分科会の設置の議題に移りたいと思います。

先ほど来、単語が出ていますが、既にこの調整会議を実効性のあるものにするために、この医療圏の座長、副座長、各種の高度急性期病院、急性期病院、さらにオブザーバー等で構成される「北多摩南部医療圏ワーキンググループ」を立ち上げております。

そして、高齢者救急の下り搬送における顔の見える連携体制を構築するために、既に活動を開始しております。

そのワーキンググループをこの調整会議の分科会として位置づけさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

〔全員賛成で承認〕

ありがとうございます。オブザーバーとして、巨樹の会さんからも参加していただいて、いろいろ議論をさせていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、最後に、東京都のほうから、宮澤医療政策担当部長、よろしくお願いいたします。

○宮澤部長：東京都の宮澤でございます。

本日は皆様にご出席いただきまして、それぞれの状況、情報、皆さんの考え方というのが、共有できた点もあったかと思います。

今お話もありましたが、「引き続き分科会で」ということですので、継続して議論を続けていただきたいと思います。

小川先生、それから野村先生に、データを示していただきまして、議論していただきました。また、小川先生には、「調整会議はなんぞや」というところからお話をいただいたわけでございます。

ですので、私から、改めて申し上げることもないかもしれませんが、いろいろなデータをみんなで共有しながら、そういったものを参考にしながら、地域で必要な医療体制を、相互理解のもとで話し合いをして、進めていくというのが、まさにそれが地域医療構想でございますので、引き続き、分科会のほうで議論を継続していただきたいと思います。

そして、「数の話だけではない」というお話がありました。それはまさしくそのとおりでございます。

その上でですが、国のほうで新たな地域医療構想の議論が進められているところですが、この2040年の必要病床数の算定の考え方も、これから国のほうで詰めていくことになろうかと思いますが、これについては、都としても、全国一律のようなものにはならないように、国に対してしっかりと都の考え方というものを伝えていきたいと思っております。

今後の都内の患者の推計ですが、今回、各病院さんにご協力いただいて、調査させていただきましたが、そうしたものをしっかりと分析させていただいて、そういうものも都として踏まえていきたいと考えております。

最後に、病床配分の話ですが、来年度以降どうするかにつきましては、検討はこれからというところですが、病床利用率がなかなか戻りきっていないというような状況がございますので、また直近の状況等も踏まえて、来年度以降も対応していきたいと考えております。

○中嶋座長：ありがとうございました。

病床配分に関しましては、国の動向とか患者の受療行動の精査とか、いろいろなデータを基にして、これから決めるということです。

我々も、分科会でまたもっといろいろなディスカッションを続けていきたいと思います。

それでは、予定された議事は以上となりますので、事務局にお返しします。

3. 閉 会

○本間課長：皆様、本日は活発なご議論をいただきましてありがとうございました。

最後に、事務連絡が1つございます。

今回は臨時の調整会議でしたが、定例としては年に2回を予定しております。次回の定例の調整会議としましては、来年の1月から2月頃を予定しております。

日程につきましては、近くなった時点でまた改めてご連絡申し上げます。

これもちまして、本日の臨時の調整会議は終了となります。長時間にわたりありがとうございました。

(了)