

〔令和元年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

令和元年5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』

〔区西南部〕

令和元年5月28日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区西南部の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、また雨の降る中、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。どうぞよろしく願いいたします。

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横型の「東京都地域医療構想調整会議区西南部」と書きました調整会議のメンバー表、次がA4縦型の「グループワーク名簿」ということで、A班とB班にあらかじめ分けて記載をさせていただいております。次が本体の資料でございます、「東京都地域医療構想調整会議区西南部会議次第」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、参考資料が参考資料1から参考資料6までとなっております。何か不足や落丁等ございましたら、議事のたびごとに事務局までお申し出をお願いいたします。

また、閲覧用の東京都地域医療構想の冊子を机上に1冊置かせていただいておりますので、適宜ご参照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、ご発言の際には事務局よりマイクをお受け取りになりまして、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日は傍聴席に構想区域内外の医療機関の先生方にもご参加をいただいております。座長がご発言の機会を設けた際には、挙手のご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いいたします。

それでは、まず東京都医師会より開会のご挨拶をいただきたいと思います。東京都医師会の猪口副会長、よろしくお願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口と申します。お忙しいところ、そして、毎年度、毎年度、こういう会議にご出席を賜りまして、本当に大変なところ申しわけございません。

きょういろいろ話し合っていたのですが、既に皆さまの医療機関、病院には、新しい定量的基準を用いて、それぞれの病院の病棟が回復期とか急性期もしくは高度急性期というような話で、届いていることだろうと思います。

そうすると、自分たちの病棟はおかしいじゃないかと、例えばICUなどは治療しているけれども、手術とか化学療法とかしておりませんので、回復期扱いになっていたりすることもあります。これは合わないですね。

それは、地域医療構想の中で将来の必要病床を機能病床的に考えるときに、診療の点数で決めているということ、一方で病床機能報告は、それぞれの病院が自分たちがその病棟で急性期を見ているのか回復期を見ているのかというのは、我々の臨床的な感覚で話をしていますから、全然一致しないわけです。そこに定量的なものを持ってきても、なかなかうまく合いません。

しかし、それで定量的なものを国のほうで出せと言ったのは、この調整会議でそれぞれの地域に機能病床が本当にどれだけあるのかの議論の活性化をしようということを出してきています。

議論の活性化とは何かということは、その定量的基準をきっかけとして、回復期がしっかりあるのか。今のままで行くと、必要病床数に比較して病床機能の報告でやると、どの地域も大体回復期が足りないのですね。

しかし、回復期が本当に足りないのか、急性期は多過ぎるのかという議論が今後東京では非常に大事になってきます。

なぜならば、この前の基準病床数は、病床配分は基準病床でなされますから、区西北部、東北部、東部、それから南多摩といったようなところでは、かなりの基準病床が出ました。

ただ、そこの病床に手を挙げるところがたくさんありますが、その手を挙げた病床がそこの地域にとって本当に必要なものかどうかという議論が進まないまま、この前は病床が配分されました。

でも、一つ違う経過、変わった経過をとったところが南多摩です。南多摩の八王子市にある医療法人が療養病床を大量につくろうとしたのですね。

そこに八王子市の医師会は、「いや、療養病床は足りているんだ」と、病床機能報告で比較してもそうだし、そこの中の地域の調整会議で話をしている、八王子市においては療養病床は足りているということで、調整会議で紛糾したわけです。

調整会議で紛糾した結果として、臨時の調整会議が八王子市の中で持たれまして、そこに出てきた医療法人は病床の計画を縮小するような形で、一応一件落ち着いた、落ち着いたわけです。

これは調整会議が機能した形で、全国で多分1件だけだと思います。公立病院と統廃合とかいう形で調整会議が機能したところはたくさんありますが、民間の法人の病床の進出、地方からの進出みたいな形ですが、それに対して、「その地域は療養病床は足りているんだ」という議論で調整会議が機能したというのは、多分全国で初めてなのだと思います。

今後、どの地域もそうですが、回復期が一方向的に足りないという議論だけで進んでしまうと、例えば病床が配られる地域においては、地方から回復期が集中的に入ってくる可能性があります。

しかし、その地域は本来的には回復期があるはずなので、そういうようなところに本当に回復期が足りているのか、足りていないかという議論を、この調整会議で成熟させて、その共通の意見を持っておかないと、回復期ばかり入ることになってしまいます。

「実は急性がもうちょっと欲しい」とか「高度急性期が欲しい」とかという議論にならないまま、回復期の進出だけがどんどん進むというようなことも起こりかねないということです。

ですから、それぞれの構想区域において病床機能がどの程度きちんと、どのぐらいあるのかという共通認識を持つために、それに資するために定量的基準というものを国が出してきて、東京都が考えてくれたわけです。

全然フィットしないとは思いますが、話し合いのきっかけにしてもらいたいということです。それが1番目です。

2つ目は、その気づいていない、急性期と名乗っている病院が本当は回復期もやっているのではないですかという気づきに使ってもらいたいのです。

回復期と言われてしまったけれども、うちは急性期でやっているんだ、だけど回復期として出てくるということは、多少なりとも回復期の病床があるだろうと。それを寄せれば、例えば3病棟あるうちの1つを回復期に寄せると、結構機能的に落ち着くのではないかとか、そういうようなこともあります。

そうすると、1病棟50床ぐらいが回復期になると、その地域に50床回復期が増えて、急性期が1病棟減るわけですね。そういうように寄せて考えると結構あるのではないかというようなことで、そういう1つの病院の気づきにも使ってもらいたいのです。

きょうはそういうような、要するに定量的基準の話とかいうことをもとにしながら、議論が進めるような展開になっております。ぜひ、集まれる機会は少ないですから、そういうことに視点を絞りながら議論していただけるとありがたいと思います。よろしく願いいたします。

○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を務めております櫻井と申します。

本日は大変お忙しい中ご参加をいただきましてありがとうございます。また、日ごろより東京都の福祉保健医療行政にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本日の調整会議は、猪口先生からも今お話がございましたが、さまざまな切り口で地域の医療機能について、肌感覚も含めて意識を共有したり、またご議

論いただいたり、さまざまな今後の地域の医療体制を考える上でのきっかけづくりにしていただきたいと思います。資料も揃えさせていただきました。

定量的基準については、先日開催をさせていただきました保健医療計画の説明会でも、さまざまご意見をいただいたところでございますが、地域の医療機能と病床機能をどうとらえるかというきっかけづくりとしてお示したものでございます。

地域で今後持続可能な医療体制をつくっていくにはどう病床機能があったらいいかというような観点で、ぜひ活発なご議論、ご意見をいただければと思っております。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

○猪口副会長：追加で申し上げます。

病床機能報告、例えば定量的基準で回復期だというレッテルみたいなものを張ってきて、東京都から送られてきたもので、病床機能報告をしたとしても、これは診療報酬は全く違う話です。

診療報酬と病床機能報告は別です。ですから、回復期だと自分で名乗っておいても、診療報酬は一般急性期の一般病床の1でも2でも3でも構わないです。それは絶対リンクしない話なのです。

ただ、この地域にとって何が足りているか、足りていないかという話と、診療報酬をごっちゃにすると難しくなりますから、これは別の話だということをもう一つ付け加えさせていただきました。

○千葉課長：なお、本日の会議でございますが、例年どおり、会議録及び会議に関わる資料につきましては公開となっておりますので、ご承知おきよろしく願いいたします。

では、以降の進行を座長にお願いしたいと思います。太田先生、よろしく願いいたします。

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

○太田座長：本日の座長を務めます世田谷区医師会の太田でございます。よろしくお願ひいたします。

早々に議事に入りたいと思います。本日は最初に東京都より報告事項を3点まとめて説明を受けたいと思いますので、東京都のほうからよろしくお願ひいたします。

○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、「目的」の欄に記載しておりますが、まず1点目として、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。医療需要の増加を勘案し、それに応じた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。

実際に調整会議であったご意見、ご要望として、区市町村別の優先配分を求める意見、機能別の病床配分を求める意見、申請者による地区医師会との事前調整の不足をご指摘いただく意見、申請者に地元自治体への事前の情報提供を求める意見など、現在の東京都の病床配分の仕組みに関するご意見を多数いただいております。

また、調整会議の取りまとめを行う地域医療構想調整部会でも、委員から同様のご意見をいただいております。

これらのことを踏まえ、3点の取り組みに着手してまいります。資料中段でございます。

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、区市町村さん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、いずれも資料の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番、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、先ほどの猪口先生のお話ともちよっと重なることがございますが、初めに2点申し上げます。

まず1点目、定量的な基準でございますが、こちら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す。

2点目、したがって、これを用いて各病院個別の病床機能を評価したり機能の転換を行うよう、東京都から指示、命令、勧告するものではございません。

ぜひ今申し上げたこの2点を十分ご理解いただいた上で、本日の会議を進めていただければと思います。

それでは、資料の説明でございます。まず策定の経緯でございます。資料上段でございます。

1つ目、丸ポチにございますように、昨年8月に厚生労働省から通知があり、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。

厚労省の通知の趣旨、こちらを補足でご説明いたしますと、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な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、厚労省でもそれを分類するための全国一律の基準の検討を行ってまいりましたが、これがなかなか難しいということで、都道府県ごとに策定するようにしたということでございます。

次に、2つ目の丸ポチです。厚労省から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。

ワーキングで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、こちらの真ん中を分ける基準とすること。

2点目が、各医療機関さん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ん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点がポイントということで検討を進めてまいりました。

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して、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日以上となりますが、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して、資料下段に記載のとおり、ICUやCCUなどのユニット系の病棟、また周産期医療を提

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でございますので、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枚目をご覧くださいまして、こちらはあくまで参考ということで、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ものの、それと本基準を策定した旨お知らせする通知と併せて、既にお送りさせていただいております。

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。

それぞれ項目単位で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。

続いて真ん中が平成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段目が同じく平成30年度の結果、速報値に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。

まず、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まして、回復期群の割合が増加しております。

こちらの下段の2次医療圏単位で見た場合でも、区南部以下でも地域別でも同様となっております。ただ、その中でも区中央部、あと区西部、こちらの大学病院の本院とか、高度で大規模な病院が集中する地域では余り大きな動きは出ておりません。

ここ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ので、この場で細かくは触れないのですが、簡単に資料のみ、駆け足で紹介させていただきます。

まず参考資料1でございますが、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で定量的な基準について医療機関さまとか区市町村あてに説明をした際にリアクションとしてあったご意見でございます。当日の反応のほか、後日ファックスで送付いただいたものも一部まとめております。

次に、参考資料2でございます。こちらは定量的な基準を検討する際に、私どものワーキンググループで各委員の方にご検討いただいた際の検討項目を例示したものです。幅広くご議論いただきましたので、あくまでこちらは採用しなかった主な項目、項目例として、その理由と併せて記載しております。

次に、参考資料の3でございます。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で、こちらでもワーキンググループで検討する際に参考としたものの一部でございます。

次が参考資料の4、ちょっと厚めのペーパーになっておりますが、こちらは平成30年度の病床機能報告の速報値に定量的な基準を適用した結果、各病院さまのご報告で高度急性期または急性期として報告されていた中で、回復期に機械的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す。

こちらは併せて参考として、当該病棟の全身麻酔の手術件数とか化学療法の件数、また採用している入院基本料、平均在棟日数、病床稼働率を併せてお示ししております。

最後に、参考資料の5が定量的な基準の検討を行う際に用いたものでございまして、こちらは先行する4府県、奈良県、佐賀県、大阪府、埼玉県の4府県になるのですが、こちらの定量的な基準の事例を、私どもの東京都の平成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。参考ということで付けさせていただきましたものです。

続いて、報告事項の最後の事項になります3点目でございますが、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ご説明をいたします。

昨年度、平成30年度においては、年度当初時点で過去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きまして、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、いずれかのご対応をお願いして、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、何らかのご対応をいただいておりますので、今年度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。

今年度は改めて、今年度の年度当初時点で過去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床以上の非稼働を有する場合に、昨年度同様の対応をお願いするものです。

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。

報告事項の説明は以上でございます。

○太田座長：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。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋病院の大坪です。

資料1の一番下のスケジュールのところに、令和2年の最初のところに「説明会（周知）」とあるのですが、この地域医療構想について、その病床をまた配分していくにあたり、地域医療構想のこの内容をきちんと理解していただくということが非常に重要です。

先日4月1日に世田谷区で開院しました回復期リハビリ病棟のことですが、地域医療構想のことをお伺いしたところ、「地域医療構想のことは全く知らない。そんなことは存じ上げない」という答えだったのですね。

それがありますと、医師会と、それから新しく地方から入ってくる方々との話し合いが全くうまくいかなくて、結局お互いに違う知識の中で話をしているので、全然話が合わないのですね。

なので、もちろん東京都にもともといらっしゃる病院の方々というのは、これだけいろいろ説明会や会を開いていただいて、地域医療構想については十分わかっていると思うのですが、地方からいらっしゃる方、東京外からいらっしゃる方は、自分が病院を建てようとしている、病床をつくらうとしている地域

の地域医療構想がどういった方向性かということをごきちんと理解していただいております。

そうすると、結局、そのすり合わせの期間が1年半あったとしても、話し合いをしたり質問をしたりしたときに、地域医療構想のところから説明しなければいけないような状態になってしまうわけです。

ですので、この地方からいらっしゃる方々に、東京都の地域医療構想について申請をした時点で、きちんと理解をしていただくということを、ぜひお願いしたいと思います。これを周知していただかないと、とにかく話し合いにならないので、よろしくお願いします。

○太田座長：ご意見ありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。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

○太田座長：では、次の議題に進めさせていただきます。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た上で、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ころでございます。

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していただければと思いますし、共通認識を深めていただければと思います。

グループワークに入る前に、まず東京都医師会から議題に関しまして1点ご説明がございしますが、この件に関しては、先ほど猪口副会長からお話があった内容がここのご説明に当たりますので、よろしくお願いいたします。

続いて、グループワークの進め方について、東京都より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）：こちらについては資料3、4、5の3点でご説明をいたします。

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ございますが、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」ということでお示しを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、資料中段でございますが、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、(1)のところでございますが、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いただきます。

次に、この1つ目の議論をもとに、(2)番のところでございますが、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ましては、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。

一部ご説明をさせていただきます。「都における定量的な基準とは」ということでまとめております項目でございます。

1つ目です。都が定量的な基準を策定した趣旨、こちら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が深ま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。

さらに下段のところは先ほど資料2-1でご説明した定量的な基準のポイントでございます。これらについては改めてご理解、ご認識の上、議論を進めていただければと思います。

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。班の設定でございますが、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。A班が急性期群、B班が回復期群となるような形で設定をさせていただいております。

流れとして、1つ目に、進行役、書記、発表役の決定をお願いしたいと思います。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、発表役のご決定をお願いいたします。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でございます。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、ご意見を求めていただければと思います。書記役の方は発表、意見交換に向けまして、グループで話し合った意見をメモ用紙とかホワイトボードにまと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、目標でございます。際限なくということではございませんが、ご意見が尽きない場合は一定の延長もあり得ます。

3つ目が発表、意見交換ということで、各班、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思っております。

資料5がグループワーク用のメモ書きとなっております。意見交換の際はこちらをご活用いただければと思います。

それと、会場にはホワイトボードをご用意させていただいております。書記役の方が班のご意見をまとめる際は、ぜひ傍聴席にも共有できるよう、積極的にホワイトボードのご活用もお願いできればと存じます。

説明は以上でございます。

○太田座長：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えます。

なお、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ご希望される方がいらっしゃいましたら、お席をご用意いたしますので、挙手をお願いいたします。

ご参加を希望される医療機関はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

では、これより皆さんで活発なグループワークをしていただければと思えます。先ほど東京都からもご説明がありました、この機能分類が医療機能を決めるものではないということ、そして診療報酬に影響を与えるものではないというところから、ぜひ活発な検討をいただければと思えます。

では、よろしく願いいたします。

[グループワーク]

○太田座長：それでは、時間になりましたので、各グループの発表に移りたいと思えます。

まずA班から、概ね3分以内でご発表いただければと思えます。よろしく願いいたします。

○和田（玉川病院）：玉川病院の和田と申します。

このグループワークの病床機能について討論させていただきました。

まず（1）、普段感じる地域に必要な医療機能は何かということですが、最近、高齢者がやはり増加しているということで、どうしても、今までだったらお家へ帰れたような人が帰れなくなったりとか、いろいろなことがございます

が、その中で家へ帰れない、回復期の適用でもないという慢性期病床が、ちょっとこの地域では減りつつあるのではないかと、送りづらくなっているような気がするという意見がありました。

それから、実際いろいろな病院さんで困っているのは、いろいろな治療が終わっても、そういった形で在宅へ返せない方を病院に送ったり、あるいは老健に送ったり、逆にそういった形で在院日数が増えているような部分もあって、そこが回復期と言われれば回復期なのでしょうねということですが、そういったことが地域的問題ではないかというお話がありました。

実際、この地域では、リハビリなんかでは回復期病床とか結構増えていると思いますが、慢性期の病院さんがそういった地域包括ケア病床に転換したり、逆に急性期病院の中で地域包括ケア病床をつくったり、いわゆる回復期も増えてきているのではないかと思います。

そういった中で、多分、この地域から慢性期の患者さんというのは外へ出るケースが結構多いと思うのですが、そういったところがちょっと不足してきている、今後も不足してくるのではないかとという予想がされるのではないかと思います。

もう一つは、いろいろな形で今病床機能に関しては病棟単位でやられているのですが、病棟単位でやるのは結構無理があることではないのでしょうか。

どうしても、1つの病棟で考えても、当然、急性期の患者さんと回復期の患者さん、あるいは慢性期の患者さんが混在していて、ただ「比率的に多いから、ここは急性期病棟で何床だ」というのはなかなか厳しいのではないかと。

実態調査を本当にするのであれば、瞬間でもいいですから、その病床が実際どういう形で使われているか調べたほうが実数は出てくるような気がするのですが、以前からその病棟単位でやられていますが、そこはちょっと疑問があるのではないかとという意見がありました。

それから、定量的な基準に関しましては、化学療法、手術に関してはやはり少し乱暴ではないか。定量的な見解をもって分類するのはやぶさかではないけれども、そこにだけ絞っていくのは、語弊があるかもしれませんが、少し数合わせ的なところがあるのではないのでしょうか。

やはり急性期病院が頑張っているのは、救急というのは東京都の中で一生懸命やっているところがございますので、救急の評価をこういったような形で、各病棟で数が出せないということではなくて、いろいろな実数は病院でもあるわけですから、その辺をうまく評価していただけないかという意見がございました。

もう一つは、いろいろな形で地域で問題になっているのは、入院して、皆さんの中では急性期から回復期、回復期から慢性期、あるいは在宅へというのがスムーズに行かれるような発想かもしれませんが、現場としてはなかなか、転院させようと思っても患者さんが納得してくれないとか、その病院がいいと言って居ついてしまうとか、それからあっちの病院へ行ってくれと言っても、ここは気に入らないとかで、そういった問題はあるということは、理解していただきたいというような意見がございました。

○太田座長：ありがとうございました。

A班のご意見に関しまして、ご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

続きまして、B班からご発表をよろしく願いいたします。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋病院の大坪です。よろしくお願いいたします。

B班では1番の普段感じる地域での必要な医療機能についてということで、かなり先生方からご意見をいただきました。

結論を申し上げますと、やはり一つは、病院とか診療所との連携はうまくいっているのですが、患者さまとご家族の希望を聞いているとなかなかうまくいかないというところが、最近結構出ているといったご意見が出ました。なので、患者となる側の方々理解を得るための何か方法というのが必要なのではないかと感じます。

もう一つは、回復期リハそれから地域包括ケア病棟を持っている先生方が多くいらっしゃるのですが、在宅から入院、それから急性期から入院して自宅に帰すために、リハビリをしたり、いろいろ整えて自宅に帰ったものの、やは

り在宅での生活が難しい。それは老老介護だったり、それから認知症同士の家庭だったりする場合には、実際に在宅で見なさいというのは非常に厳しいものがあるというのが現状です。

なので、例えば齋藤先生のところとか、それから私のところというのは、行き場がない方がずっと滞ってしまう場所になっています。

そういった方々が、特徴としては家族が近くにいなかったり、身寄りがなかったり、それからお金がない、それから家が“ごみ屋敷”だったりとか、もうひとり暮らしするには段差が多くてできないとか、家が整っていない。

なので、家がない、お金がない、家族がないという方々の行き先が非常に滞っているというところを、ご理解いただきたいと思います。

そういった方々を家に帰せないわけですよ。そういったときに、結局、料金として病院が一番安いというのが現象として起きています。

有料老人ホームに入れようと思っても、有料老人ホームは非常に世田谷区の中は高いです。東京都ではとても行けない。それからグループホームも結構高いですよ。なので、患者さんを出す先がないというところを、とても苦労しているという意見がありました。

行政の方が割と最近入ってくださったとしても、結局、都内では行けなくて、群馬、栃木、茨城、埼玉と、離れた場所の有料老人ホームにやむなく行く場合があります。

そうすると、その地域の患者さんを地域で診る、住み慣れた場所で最後までというのと全然違う方向に結局なってしまうのではないかなということ、ご理解いただきたいと思います。

そう考えると、高齢者を考えるときに医療という部分だけで切り取って考えても、そのような現象が起きてきてしまうので、とにかく行政の方、福祉の方々と一緒に、本当にその地域でその方たちを見ようとするのであれば、何を整えるべきかというところを少し考慮していかないと、結局、そのように、自分が生まれた場所と全然ゆかりもないような場所で最期を迎えるようなことになってしまうのではないかと思います。

それから、もう一つ意見が出たのは、介護療養病棟がまだ残っている病院が今あるのですが、私のところもそうですが、介護療養病棟というのは常に満床で、一番必要とされている病床なのですね。

常に常に入りたい方が待っているところで、やはりその方は家に帰せないからそこにいるのであって、そこがなくなってしまったあと、その役割をどうするのかというところになるのですが、介護医療院に関しましては、変えてしまうと病棟ではなくなる、病院ではなくなるというところで、もう後戻りできないわけですね。

なので、ちょっとやってみようかと気軽に考えられない、そういうふうにはとらえられないというのがありますので、もう少しその幅を持たせていただいて、余り縛りをつけないでいただいて、少しそういうのが試したりできるようになると、やってみようかという気になるかなという意見も出ていました。

それが大体いろいろな意見です。

それから、この(2)番の定量的な基準適用後の再分類の結果から見た必要な医療機能ということに関してです。

診療報酬に関係ないということであったとしても、自分たちの地域をどういうふうに見ていくか、どういうふうを考えていくかということで、それを取り入れたことから出てくる数字をもとに、やはり自分たちの地域も変わっていかねばいけなし、やるべきところはやっていかねばいけなしではないかということで、このことについては意見がまとまりました。

ただ、慢性期、結局その療養の病棟というのは在宅に復帰することがどれだけ大変かということを見ている者からすると、どうしても必要なのではないかと思うのですが、診療報酬的に継続していくことが東京都では非常に難しいです。

それは、やはり人件費と地代が高いというところだと思うのですが、東京都とか、それから、その地域で必要だとされていると思うのであれば、診療報酬だけでなく、その地域での補助を出すとかいうふうにして、医療機関やそれに携わる機関を助けていただかないと、その地域医療というのは続いていかないのではないかと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

今のご発表にご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、活発なご議論をありがとうございました。本日の議論の内容は次回以降の調整会議に生かしていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

調整会議は情報を共有する場でもございますので、もし最後に情報提供を行いたいということがございましたら、挙手をお願いいたします。特に情報提供はございませんでしょうか。

先生、よろしく申し上げます。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。きょうは活発な議論をありがとうございました。

印象を少しお話しさせていただきたいのですが、冒頭にも東京都医師会、東京都から申し上げましたとおり、診療報酬と病床機能報告制度のつながりがなかなか払拭できなくて、どうしても診療報酬の考え方に引っ張られてしまっていて、今までの地域医療調整会議はそういうまどろっこしい感じがあったところでは。

今回はそれをできるだけ払拭して、純粋に自分たちの地域は何が必要なのか、これはどんな定義をもってしても、それは国や行政が決めているだけの話ですね。

私たちが把握しなければいけないのは自分たちの感覚だと思うのです。これはもう誰もわからなくて、そこにいる人たちしかわからない話ですね。

ですので、結果として出てきたものがどうであれ、皆さんの中で話していただき、その印象を深めてもらって、そして議論に資してもらえばいいなと思っ、今回はそういった点では活発に議論していただいて、また少し進んだのではないかと思っているところです。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。

4. 閉 会

○千葉課長：太田先生、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、本日举行させていただきましたご議論の内容につきまして、追加でご意見がある場合等々につきましては、東京都医師会に会議終了後2週間以内にご意見をご提出いただければと思います。

2点目、今後病院等の皆さま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施設につきましては、ご希望がありましたら、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。冒頭でご説明を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へ掲載させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

最後に4点目でございます。本日の資料はお持ち帰りいただいて結構ですが、閲覧用の地域医療構想の冊子につきましては、そのまま机の上に置いておくようにしてください。

以上でございます。

それでは、本日は長時間にわたりご議論いただきありがとうございました。本日の調整会議はこれにて終了させていただきます。ありがとうございました。

(了)

□