

〔令和元年度 第1回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区西北部〕

令和元年6月24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』

### 〔区西北部〕

令和元年6月24日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区西北部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、お天気の悪い中、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。次に、A4横型の「東京都地域医療構想調整会議区西北部」という名簿でございます。

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西北部会議次第」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」と書いた紙が1枚ございます。これは、会議終了後、追加でご意見などがございました場合には、こちらにご記入いただきまして、東京都医師会までご提出いただくという形のものでございます。

そのほか、「東京都地域医療構想」の冊子を各テーブルに1冊ずつ置かせていております。

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、各テーブルの中央に置いてあるマイクをご使用ください。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。どうぞよろしくをお願いいたします。

また、本日は、傍聴席にも構想区域内外の医療機関の先生方にご参加いただいております。座長が発言の機会を設けた際には、挙手をさせていただき、事務局よりマイクを受け取りになり、先にご所属とお名前をお聞かせいただいたあとに、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：東京都医師会の猪口です。

遅い時間にお集まりいただき、どうもありがとうございます。

去る6月16日に、東京都医師会の代議員会がございまして、役員の改選が行われましたが、病院担当の、この地域医療構想を担当している私と、土谷理事と新井理事が再選されておりますので、引き続き一緒によろしくお願いたしたいと思います。

この地域医療構想調整会議の役割についてですが、国のほうで、調整会議におけるワーキンググループが一生懸命動いておりますし、昨日も、日本医師会の代議員会において、この調整会議に関する議論がなされました。

そこには、地方の代議員も非常に多かったものですから、「公立病院と民間病院が競合している場合はどうなんだ」ということで、「公立病院、公的病院の統廃合というものが、非常に大事になってくる」ということで、調整会議の位置付けが非常に重要になってきているという話がありました。

ただ、東京の場合はどうかという話になりますと、東京の場合には、このたびの基準病床数の算定とか将来の必要病床数を見ますと、まだベッド数が足りない地域もございますし、そういう場所では、許可病床数がさらに増える可能性もありますから、公立病院の統廃合というような話は、現実的にはなかなかできません。

もっとも、ワーキンググループの中で話されているのは、高度急性期、急性期に関して、公立病院が中心となるのは、競合していると、「どちらかという  
と、民間にやらせるべきだ」という話になっていますが、それは、税金の投入  
具合が違うからという話なんです。

競合している場合には、高度急性期、急性期はまだ公立病院がやる意味合い  
はわかりますが、回復期から慢性期に関しては、これはもう理屈じゃないだろ  
うというような話になっております。

そのため、同じ競合しているのであれば、民間でもできるようなことに公立  
が出てきて、民間と競合するのはおかしいという具合になっております。

これも、東京で話をするのは難しいのですが、こういう点についても一応踏  
まえておくべきことかなと思っています。

もう一つは、東京はまだベッドが増えていく可能性があります。将来的に基  
準病床の算定をし直すと、許可される地域がまだ出てきます。都に、この区西  
北部あたりは、算定によっては増えてくる可能性があります。ここで、調整  
会議の役割として非常に大事になってくるのが、この地域の機能病床数は、何  
が足りていて何が足りないのか。全部が足りないのか一部分が足りないのか。  
何かが過剰なのか。

こういう点についてきちんと話をしておかないと、将来、この基準病床数が  
増えて、ベッドが許可されるようなことになったときに、そのベッドの使い道  
が間違ってしまう可能性があるということです。

それに関して、去年度の地域医療構想調整会議で、南多摩の会議においては、  
全国チェーンのある民間病院が、八王子に慢性期病床を多く増やそうという申  
請をしました。そこで、八王子の医師会がその病院団体とも反発したんです。

どういうことかという、調整会議における病床機能報告を見ると、慢性期  
病床は圧倒的に多いと出ている。それから、調整会議で話し合っている、実  
感として、慢性期病床や療養病床は多く、過剰になっているので、今さら慢性  
期病床を申請されて、八王子に出てきてもらってもうまくいかない。

しかも、その病院は、地元の医療機関と相談したという形跡もないというこ  
とで、調整会議が紛糾しまして、「その病床は認められない」という意見が強  
く出ました。

東京都と東京都医師会がいろいろ入って、臨時の調整会議を開いたりいろいろして、話し合いをもたれた結果、その医療法人は、増床計画を半分に減らしました。なおかつ、地元の医師会とか病院団体と、計画をいろいろ相談しながら進めていくということで、一応、決着しました。

つまり、これは、この調整会議が機能した例だと思いますし、東京における調整会議の在り方だと思っています。つまり、それぞれの医療圏、構想区域において、どの機能病床が必要なのかということ、じっくり話し合っ、将来、もし病床が増えるのであれば、その病床は何かということ、しっかり考えなければいけないのが、この調整会議ということになるわけです。

今年度と来年度の初め、特に今年度は、集中的にそれぞれの病床がどのような状態なのかということ、話し合っ、将来、基準病床が発表になったときに、どういう病院が来るべきかということの基礎になる話し合いを、ぜひ今年度中に展開していただきたいと思います。

時間があるようではありますが、回数としては、1回か2回ぐらいしか調整会議は開かれませんが、ぜひ実りのある話し合いをしていただけたらと思います。きょうはよろしくお願いたします。

○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、本日は、お忙しい中、この調整会議にご参加をいただきまして、まことにありがとうございます。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、深く感謝申し上げます。

ただいま、猪口先生からもお話がございましたが、このたびの調整会議では、区西北部における医療機能について、実情を一番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、資料を数々お持ちいたしました。

患者さんの病状の変化に合った医療提供体制に向けて、どのような病床機能が足りているのか、不足しているのかといった観点から、貴重なご意見、ご示唆をいただければと存じます。

そういったご意見を踏まえながら、病床配分も含め、今後の医療政策に反映していきたいと考えておりますので、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。

本日は、座長の増田先生が少々遅れてご出席になるということですので、これ以降の進行は宮崎副座長にお願いしたいと思います。宮崎先生、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

○宮崎副座長：東京都病院協会として出ております、東京北医療センターの宮崎と申します。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点まとめて説明を受けたいと思います。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。

さらに、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、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したが、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にすぎませんので、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。

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、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になります。

次に、参考資料2は、定量的な基準を検討する際に、ワーキンググループで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でございます。

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、あくまでも機械的ではございますが、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ございます。

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。

○宮崎副座長：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。

この定量的なものについては、ご意見がいろいろあると思いますが、特にございませんでしょうか。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

○宮崎副座長：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した。

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思います。

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。よろしくお願ひします。

○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、普段感じる地域で必要な、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ありませんし、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、絶対的な基準でもございません。

これらにつきましては、改めてご理解、ご認識のほどお願い申し上げます。

続いて、グループワークの進め方について、資料4をご覧ください。

班の設定は、皆様のお手元にお示しさせていただいておりますが、病院代表の皆さまについては、病床機能別・医療機能別の割り振りとなるよう設定しております。

流れとしては、1つ目に、進行役、書記、発表役の決定をお願いいたします。初めに、恐れ入りますが、名簿の右側の番号で1番の方が仮進行役となってい

ただき、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、発表、意見交換に向けまして、グループで話し合ったご意見を、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ございます。

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。

なお、書記役の方がご意見をまとめる際には、皆さまのご議論を傍聴席の方々が共有できるように、ホワイトボードを積極的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。

○宮崎副座長：ありがとうございました。

次に、グループワークに入る前に、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、よろしく願いいたします。

○土谷理事：東京都医師会の病院担当の土谷です。

定量的な基準について少しお話をさせていただきます。

何がおかしいかと、皆さん、思っておられるのは、病床機能報告制度といたしながら病棟単位で報告していますので、そのあたりで、急性期が増えて回復期が少ないのじゃないかと、皆さん、考えておられると思うんですが、それは、厚労省でも全くそのとおりだと思っているわけで、この病床機能報告制度の限界ということ、誰もが感じているところです。

そこで、先ほど説明がありましたように、去年の8月の厚労省からの通達で、それぞれの都道府県ごとに、国では統一できませんということで、都道府県ごとに基準を考えてくださいということで、出てきたのが、今回の定量的な基準です。

繰り返しになりますが、このグループワークにおいてお話しするときに、どうしてもこれに引っ張られていってしまう傾向があります。

ただ、この定量的な基準というのは、話の中の一つであって、大事なことは、その通達では、「定量的な基準をつくってください」ということもありますが、そこで強調されていたのは、「議論を活性化してください」ということです。

定量的な基準がいいとか悪いとか、こうしたほうがいいのかあしたのほうがいいのかということを、皆さんで話し合ってくださいということが、この通達の趣旨でありました。

ただ、その場合、気をつけていただきたいことは、都からの説明もありましたが、定量的な基準や病床機能報告制度というものは、診療報酬とはリンクしていないということです。

ですので、お話の中では、どうしても自分の立場からなかなか逃れられないとは思いますが、そうではなく、自分の立場を離れて、構想区域の範囲の中で考えていただきたいと思えます。

そして、そういう全体から見たときに、どの病床が足りているか足りていないかということがわかるのは、ここにいる皆さんしかわかりません。東京都医師会もわかりません。

この構想区域で生活している皆さんからの、どこが足りているかいないかということが、非常に貴重な意見になりますので、ぜひ活発なご議論をどうぞよろしく願いいたします。

○宮崎副座長：ありがとうございました。

それでは、これより各グループで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希望される方がおられましたら、お席を用意いたします。どなたかいらっしゃるでしょうか。

よろしいでしょうか。

では、皆さま、活発な意見交換をお願いいたします。

### [グループワーク]

○増田座長：そろそろお話がまとまったでしょうか。

活発な議論というよりは、地域医療を支えている急性期病院の先生の悲鳴に近い意見とか、あと、やはり東京としてのかかなり特殊性というふうな問題が、医療圏のことに関してもそうですし、あと病院経営のことに関しても東京としての特性ということがありますので、民間病院と公的病院の役目とか、いろいろ課題があると思います。

それぞれのグループでいろいろな組み合わせの病院の先生が混じっていますので、ご意見があると思いますので、早速発表をお願いしたいと思います。

3分程度をめどに、A班からお願いします。よろしくをお願いします。

○市岡（豊島病院）：豊島病院の市岡と申します。

A班は高度急性期、急性期のグループになっております。ランダムにいろいろな意見は出たのですが、先ほどの急性期と回復期を分ける基準というところに関しては、やはりちょっとまだあの基準でなかなかうまく分けられないのではないかという意見がありました。

その前段階で、急性期と言われている病院、高度急性期と言われている病院の中でも、病棟単位で行くと、その中には回復期的な機能を持ったところもありますし、一概に一つの病院単位ではなかなか言えないということがあって、機能としてそういった目で見ると、回復期、急性期のどこが足りないかといったときに、各病院ごとにまた違うのですが、全体としてはちょっと回復期が足りないのではないかという意見が多かったです。

もう一つ、高度急性期、急性期、それから回復期、慢性期という、その一連の流れを見ると、患者さん1人について見れば、急性期の段階が終わって回復期になったらその場で転院を考えるという、どうしても転院ありきの患者さんの流れということで考えていると思うのですが、国が進めていきたいという在

宅医療に関しても、区ごとにまたその体制が変わっているということもありまして、在宅を含めた医療機能というのを今後考えていかなければいけないのではないかというのがもう一点ありました。

それから、この基準に照らして、平成29年、30年が2025年に大体合致すると、恐らくシミュレーションでそうなったからその基準が採用されたのではないかというようなことであると思うのですが、それは、5年後のことと今と合致したということであって、5年後の医療の状況、疾病構造とか考えると、恐らくまたずれが生じてくるだろうということがありますので、こういった日進月歩の医学のことを考えると、5年前の今の段階で推計をするのは非常に難しいというところがありました。

それから、うちは4区で2次医療圏ですが、その4区の病院事情というのがまたそれぞれ違っているということがありますので、そういった区ごとの状況等もあわせて考えていきたいというのがありました。

ちょっと細かくいっぱい書いてあるのですが、そんなところでよろしいでしょうか。

○増田座長：ありがとうございます。

高度急性期病院、急性期病院でも退院に向けて、慢性期患者さん、特に高齢化が進むとかなりボリュームを占めてくるというところに悩んでいらっしゃるみたいかなと思いました。

では、B班、お願いします。

○金丸（明理会中央総合病院）：明理会中央総合病院の金丸です。

ここでは、高度急性期の坂本先生がおいでになられるのですが、実は中心になった意見は急性期病院の意見でした。現実の問題として普段我々が感じている不足する機能、それは“地域急性期の必要性”ではないかということが地域における急性期病院の大きな気持ちです。

確かに、この基準のとおり分けていただければ、恐らく最終的なゴールはそれのほうがいいだろうということは、パーセンテージ的には理解が十分できます。ただ、この基準についての問題点はA班さんと全く同じで、これは数字あ

りきで出てしまっていたのではないのかなという気持ちが我々の中にあります。

やはり化学療法云々という問題は、本来は化学療法はもともと高度医療の中心であって、決して高度急性期、急性期の中心的な医療項目ではないはずで、大学病院においてはやはり教育が必要ですし、一方でセンター病院、がんセンターとかいうところではがんの治療が中心になる。

ところが、急性期医療という観点から考えて、それを回復期で分けようと思うのであれば、一番必要になるのは、救急医療がやはり中心に来る形になるはずで、

この中で、この救急医療加算とか救急車の搬送台数がなぜ削られてしまったのかなというところが、我々の中の議題にも上がりました。多分、これを入れてしまうと、急性期のパーセンテージが増えてしまうのではないかというところは、我々の憶測で出ていました。

では、実際のところは、そうは言っても、この先の高齢化の社会の中で回復期医療、特に回りハでない回復期医療と慢性期医療、在宅医療は必須の項目で、増えていくだけだと思います。

では、どうやって今の急性期からそれを転換していくか。どういった基準を設ければそれがうまく転換できるのか。そこを今ディスカッションしたのですが、今の状況だとどうしてもこの救急医療に引っ張られてしまっていますので、現状ではいいアイデアが今つくれなかったというのが、B班の最終的なゴールです。

ただ、一つの方法として、これは本当に申しわけないのですが、公社の病院に協力してもらってはいかがかと。すなわち、民間病院にしても、ある程度の第3セクター系の病院にしても、経営はやはり必要です。一方で公的病院はある程度経営を考えていてもやれる部分が存在するのではないかと。だから、そこにそういった患者さんをお願いするという方法もどうだろうかという話は出ています。

ちょっとうまくまとまりませんが、我々はこういうふうに話し合ったのですが、いかがでしょうか。

○増田座長：ありがとうございました。

化学療法の項目はどのグループでも話題に出たと思うのですが、病院の機能を見るには確かに一つの指標になりますが、今の地域のゲートキーパーとして、救急の患者さんをまず引き受けて振り分けをしていらっしゃる急性期病院の先生にとっては、どうすればいいかということですね。

あと、公的病院と民間病院のすみ分けではないのですが、役目の違いですね。税金を投入してやる病院と、経営をある程度確立していかなければいけない病院の立場の違いというのも話題になりました。

では、C班、お願いします。

○今泉（王子生協病院）：王子生協病院の今泉です。

慢性期と回復期のところでの議論になりました。実際、慢性期、回復期と言いつつも、やはり自分たちの病院は急性期の役割を担っているという現状の中で、いろいろ議論しました。

やはり、この資料にいただいた2025年必要量と30年の適用後というのは、結構一致してしまっているものですから、ではそれをどういうふうに評価するかとなりました。

ただ、この数字は一致をしているけれども、そもそもが、この前の議論であったように、路線とか、あるいはほかの他区との関係で、区西北部全体で完結していくかということとそうでもなくて、各区ごと、自分のところは北区ですが、北区の病院が練馬区のほうに紹介するかということ、そうでもないということがお互いの意見の中で出されていました。

そういう中で、区との話し合いというのがいろいろまだ進んでいますかという現状の中で動きましたが、練馬区ではそういう話し合いが進んでいるということを知りましたが、ほかの区ではされていないということで、その点が今後の課題ですということでした。

あと、区ごとの事情といってもやはりいろいろ、例えば、10万人当たりの病床数とか、1キロ平方当たりの病床数とかが、この4区であつてもちょっと違っていて、一番多い板橋区と比べて練馬区はそこら辺が少なく、5倍ぐらいの開きがあるという資料を示させていただきました。

どういふ点が今後必要なのかというの、なかなかまとめられなかつたのですが、やはり回復期のイメージがまだできていないのではないかと。

また、その中で地域包括ケア病床とか緩和をどこに当てはめて考えるのかというのが、行政が考えているのと医療機関で考えているのと、ちょっと違っているのではないかと。

あるいは多死社会を迎えて、これから死亡される患者さんをどういふ形でどこで看取るかというイメージがまだできていない。さらに、受け皿の議論がされていない。

その中で地域包括ケア病床の役割、運用がどういふ形なのかということでは、ここでは、実際運用している先生のほうからは、急性期的な役割を担っている、そういうことを今後議論していただければ、回復期がそういった形の役割になってくるのではないかと。ということで、地域包括ケア病床を充実させるということが必要だということでした。

あとは、今後のあり方の中では、回復期とか慢性期の病院は、中小の病院が、50とか100病床なので、将来的にその医師の担い手がなくなってしまう、閉院するような医療機関も出てくるのではないかと懸念も出されて、そもそもその構想がかなり問題になってくるのではないかと意見も出させていただきました。

○増田座長：ありがとうございました。

区ごとの病床の差ということでは、城北4区で言うと練馬区がやはり少ないという話が必ず出るのですが、患者さんはそれなりに流動していると思うのですが、その辺についてもあとでディスカッションしたいと思います。

では、D班、お願いします。

○齋藤（板橋区医師会）：板橋区医師会の齋藤と申します。

まず最初に区ごとの状況を見てみようということで、それぞれの区の先生方にご意見をいただきました。

やはり練馬区、北区、豊島区においては高度急性期、急性期が足りないということで、恐らくそれが板橋区内の高度急性期、急性期の病院に流れて、その

あと回復期についても、練馬区についてはもう少しあってもいいのだけれども、割合元に戻ってくるケースが多い。

北区のほうでも他区から来るのは3割か4割ぐらいある。豊島区については回復期が少ないのではないかということで、区西北部で見ると、その辺りの動きというのは、どうにか動いてはいるけれども、ただ疾患によってやはりこれは考えるべきというところもあって、

例えば、脳卒中なんかに関して見ると、板橋区内で発症すると、板橋区の病院に入って板橋区のリハビリに入るというようなケースが多いけれども、その辺り、ほかの区においては、板橋区のリハビリに入って自分のところに戻ってくるという方もいれば、違うところのリハビリに行ったりするということで、その疾患によっても動きが違う。

例えば、がんなんかですと、区外、区西北部から中央部に流れたりとかというような方で、そのあとの受け皿の緩和ケア病棟が足りているかということ、やはり足りていないというところというのは、今後の問題点なのだろうということでした。

先ほどもありましたが、地域包括ケア病棟の役割とか運営というのは、非常にこの回復期、慢性期にとっては大事なところだということで、この辺りはどういうふうに今回のこの分類では評価されているのかということはあるかと思います。

また、先ほど皆様おっしゃっていましたが、この2つの条件で分けた、アキュートとポストアキュートと言いながらも、4つの分類にしているというところが、実際この回復期に分類されているところには、慢性期的な一般病床の使い方、あるいは一般病床のちょっと軽いリハビリというようなものも、それを回復期と呼んでいいのかどうかということころは、議論としては非常に難しいところだし、そこの辺りがちょっと数字のマジックになっているのではないかということが意見として出ました。

○増田座長：ありがとうございます。

A・B・C・D班、かなり共通した部分もあると思うのですが、ほかの班の意見に、これはちょっと質問したいとか、これをここで足しておきたいとか、ございますでしょうか。

では、テーマごとに、まず、我々医師会に関しても、行政にしても、区単位で考えますが、患者さんは余り区境を気にしないで行き来しているので、どの程度区単位でいろいろなことを考えなければいけないか。

逆に考えなくていいのだったら、もっと大きな単位で物を語らないと多分何も決まってこないだろうと思うのですが、その辺に関して、何かご意見はありますかでしょうか。

ぱっと見ても、かなり大きな大学病院も含めて、大学病院と、あと、元の都立病院も含めて、かなり大きな病院がある城北地区、人口も多いですが、よろしくをお願いします。

○酒向（ねりま健育会病院）：ねりま健育会病院の回復期の酒向と申します。

区西北部を考えた場合に、4区の特徴が全然違うと思うのです。というのは、やはり面積だと思うのですね。

区の面積が全然違う中でどういう通院手段があるかということ考えた場合、豊島区と練馬区を同じものとして考えるのは非常に難しい。通院する、救急車の時間が、豊島区で倒れたら20分以内にどこでも入るけれども、練馬区の場合だったら、練馬区で治療できなかつたら1時間かかってしまうかもしれないということもあり得るわけです。

ですから、全部を一様に議論というのはちょっと難しい。各区の特徴プラス連携というのがやはり必要ではないかと思います。

○増田座長：ありがとうございます。

確かに城北4区、23区ですが、特に環7の外側に関してはかなり各区の特徴も違うと思います。僕もよく練馬区医師会の先生から、「僕の中学のころはこの辺は大根畑だった」と言うと、怒られるのですが。

あと、高度急性期病院も急性期病院も慢性期の患者さんとか退院待ちとか在宅待ちの患者さんを抱えるというふうな話がありましたが、自分の病院の中で

完結していくのか、ある程度地域の病院をグループ化して、お互い特性に合わせて患者さんをうまくローテーションできないかというふうな話がさっき出ていましたが、その辺に関して、いかがでしょうか。

宮崎先生のところも、退院待ちが多くて手術できないと、さんざん嘆いていますが。

○宮崎副座長（東京北医療センター）：今の話は地域包括ケアという考えで、一つの病院で全部完結するというのではなくて、やはり幾つかのグループで連携をうまくとり合うというようなところではないかと考えております。

それと、A班でちょっとお話に出たのは、例えば、大学病院、高度急性期とかで、どうしても満床、満床といっても瞬間最大満床みたいな、その瞬間的に満床になるので、そこで救急車を受け入れないとかいう状況がどうしても生じてしまう。

そうすると、やはり後方病院というか、回復期の患者さんの転院がもっとスムーズに行けば、もっと本当に高度急性期が必要な患者さんの受け入れが、スムーズになるのではないかという意見が出ております。なので、やはり地域の連携ではないかと私は考えております。

○増田座長：ほかによろしいでしょうか。

では次は、さっき公的病院という話が出ていましたが、日本医師会の代議員会とかでも、地方だとその公的病院と民間の病院のすみ分けというか、役目の違いというのがあるという話がよく出るのです。

東京の場合、またちょっと事情が違って、恐らく公的な病院に行かれる患者さんも私立の大学病院に行かれる患者さんも、同じような感覚で行かれていると思うのですが、

これを言うと何かテレビタックルみたいになって、けんかになるといけないので、けんかのときは仲裁に入りますので、忌憚のないご意見を何か、こういうふうにしてほしいとか、あと、こうやって火中の栗を拾ってほしいとか、いかがでしょうか。

金丸先生、何か言いたいことがあれば。

○金丸（明理会中央総合病院）：明理会中央総合病院の金丸です。

言いたいことというわけではないのですが、先ほどB班のお話の中にあっただのは、やはり公的病院もいろいろな機能をお持ちだと思っています。

我々のほうから見ても本当にいろいろな機能をお持ちで、そこに特化してやられている病院と、そうでない病院も存在するのではないかと。

だから、地域における、先ほどの宮崎先生ではないですが、みんなで協力して、地域の中で完結する形をつくるとすれば、やはり最終的な落としどころで、公的病院にもご協力をお願いしたい部分が、地域の医療機関としては存在する。

だから、その辺をみんなで話し合っただけでやっていけたらいいのではないかと、我々の話し合いの中でも出ました。

○増田座長：病院経営で先生方は苦勞されていると思うのですが、僕も昔、聖路加にいたころに、小児科の病棟はやはりどうしても赤字になるのですね。

そういう話が出ると、小児科の細田先生が、「これは病院にとっては信念でフィロソフィーだから、そんなことに口を挟むな」という話が出るのですが、やはり医療機関というのはそういう部分があると思うのですね。

不採算部門を全部カットしてM&Aをやれば、病院の経営はうまくいくでしょうが、その地域のニーズとか、その地域の良心、医師としての良心にはそぐわないだろうと。

そういった部分をもっと広い目で考えると、金丸先生は言いづらいでしょうが、そういうところはぜひ公的病院に活躍していただきたいということなのですよね。

その辺で、富山先生、お願いします。余り言うと、こいつ、運営協議会に呼ばなきゃよかったなと思われるかもしれませんが、

○富山（都立大塚病院）：都立大塚病院の富山です。

ちょっと公的病院から。本当に皆さんがおっしゃるとおりで、我々がいつも考えているのは、やはり行政医療を中心にやりたいということと、民間病院でできない医療を担うようにしたいということですよ。

そういう意味では、我々のところはそういう地域の先生方とうまくすみ分けができていないかと思いますが、基本的に公的病院というのは、民間病院で不足しているとか、あるいは行政医療のほうをメインで、その辺が担えればいいなということで、いつも考えております。

それはもう本当に地域、地域の状況によって、地域の先生方と相談しながら役割分担を進めていけばいいと思っております。

○増田座長：きのうの日医の代議員会でやはりそういう話が出たのですが、公的病院といえども税金を自由に使えるわけではないので、経営的な部分では補助金は全然使っていない公的病院もあるし、あと、使うにしても、そうは言われても言われたまま使えないというけれども、やはりそういうふうな経営的なノルマというのは生じるのでしょうか。

○富山（都立大塚病院）：やはり実感として、そういうふうに補助金をいただいているのですが、本当に補助金はもう少しでも減らさなければいけないという気持ちで、とにかく経営のほうも自力で頑張ろうと常に考えているというところでは。

○増田座長：ありがとうございます。ここにいる皆さんもよくその辺は理解していると思いますので、今後もよろしくお願いします。

ほかにご意見、ちょっと討論の時間が限られているので、そろそろ時間なのですが、何かここで付け加えたいこと、言っておきたいこと、問題提起したいことなど、いかがでしょうか。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。ちょっと質問させてください。

きょうは高度急性期のテーブルと回復期のテーブルがあるのですが、高度急性期、急性期のテーブルのA・B班のほうからすると、治療が終わって回復期相当だと。

慢性期という話がすぐ出てしまうのですが、慢性期というのはかなり長い経過をたどったあとで行く病床なので、急性期の治療のあととしては多くは回復

期相当になると思うのですが、それぞれのテーブルから見て、この4区の中で「この回復期、足りないんだよな」と感じる区はありますか。

A班、B班の先生方で、どうですか。北区は回復期の患者さんを出そうと思うと、すぐぱっと出せますか。宮崎先生、大変だみたいと言っていたけれども、どうですか。

○宮崎副座長（東京北医療センター）：体感としてはちょうどいいかなという感じはします。足りないというのは、時期的なものもありますので、なかなか難しいと思います。

○猪口副会長：その多くを担っている坂本先生、板橋区、練馬区、豊島区で、「ここ、回復期、足りないんじゃないかな」と感じるところはありますか。

○坂本（帝京大学医学部附属病院）：帝京大学医学部附属病院の坂本です。

板橋と北区は10年前に比べると大分いいのではないかと思います。豊島は厳しいかもしれないなと思います。

○猪口副会長：練馬はどうですか。

○坂本（帝京大学医学部附属病院）：練馬は、練馬と帝京との間に日大さんがいるので、占める患者さんの割合がそれほど多くないので、余り印象が強くないです。

○猪口副会長：そうですか。

日大の先生、いかがですか。練馬に出すに当たって、回復期は足りている感じですか、足りていない感じですか。

○森山（日本大学医学部附属板橋病院）：日本大学医学部附属板橋病院の森山です。

4月から院長になって、その前、副院長をやっていたのですか、もう全くどこも足りないのではないかと。

○猪口副会長：練馬は当然足りない。

○森山（日本大学医学部附属板橋病院）：練馬、板橋。北はちょっとわかりませんが。

○猪口副会長：練馬、板橋、豊島は足りないと。

○森山（日本大学医学部附属板橋病院）：はい。

○猪口副会長：ということで、練馬、板橋、豊島は足りないという高度急性期のお話ですが、練馬、板橋、豊島の回復期をなさっている先生方は、「我々は足りている」と思うかどうか、どうでしょう。

どうぞ、言ってみてください。先生、よろしくお願いします。

○酒向（ねりま健育会病院）：ねりま健育会病院の酒向です。

依頼があって大体2週間ぐらいで受けられる現状がありまして、練馬区の回復期は、練馬区内の急性期病院から来る練馬区の患者さんの割合が4割で、練馬区外から来る患者さんが6割という状況です。

2週間以内を取れているので、それほど少ないという感じはないとは思いますが、人口73万ですので、一応730床あってもいいと思うのですね。今、回復期は300床弱ぐらいで、地域包括ケアと回復期的な慢性期をやっているところを入れたら、多分、400床か450、で、今後回復期があと200床できますので、となると、650ぐらいになると随分楽になるとは思います。

○猪口副会長：先生が回復期を経営なさっていて、患者さんが足りないと感じているか、もっと来てくれればいいのか、どうでしょうか。

○酒向（ねりま健育会病院）：まだまだ来ていただいても、全く大丈夫です。

○猪口副会長：では、来ていただきたいと思っている。

ほかの豊島とか板橋の回復期の先生、どうぞ。

○齋藤（練馬区医師会）：練馬区医師会の齋藤です。

同じ練馬区ですが、回復期というと、回りハともう一つ、地域包括ケアが一応多分入ってくると思うのですね。

○猪口副会長：それ以外にもポストアキュートを見る一般床も全部含めていいと思います。

○齋藤（練馬区医師会）：日大板橋のポストアキュートがメインに入ってくると思うのですが、ポストアキュートという意味では回復期に行けないポストアキュートというのがいっぱいあって、多分、練馬区は全然それは足りないと思います。

なので、そのポストアキュートで見られるのは一般急性期から地域包括ケアでないほとんど無理で、それは練馬区では多分現状、全然足りないと思います。

○猪口副会長：先生はそのポストアキュート一般床をやっていて、先生のところは患者さんが足りている、来過ぎてて困るという印象なのですか。そういうことを聞いているのです。実感として。

○齋藤（練馬区医師会）：回しきれないというのはあります。だから、オフア一はいっぱいあるけれども、

○猪口副会長：オフアがたくさんあるけれども、それがこなせないでいる。今手が上がったところ、どうぞ。

○田中（竹川病院）：竹川病院の田中です。

板橋区はやはり回復期がかなり多いという印象を持っているのですが、それでも必ずしも満床にならないことがかなりありまして、

○猪口副会長：多いから満床にならないのですよね。

○田中（竹川病院）：そういうことです。ですから、先ほど、日大の院長先生が回復期が足りないとおっしゃっていましたが、そういう感じを私は印象として受けません。

○猪口副会長：ありがとうございました。

ということで、高度急性期、急性期側と回復期が持っている意見が食い違っていますよね。

そうすると、これは連携の問題だというようなところの一つの解決策がありますが、この印象をちょっと精査して煮詰めていくことによって、この地域は解決策がどこにあるのかということを進めていったらいいのではないかと思うのです。

何かそういう議論になかなかならないので、ぜひ今みたいな議論を次回以降進めていただけるとすごくありがたいと思います。よろしくお願いします。

○増田座長：ほかによろしいでしょうか。

先生方も、お互いよく顔を存じ上げている先生が多いと思いますので、やはり軽く30分で行けるぐらいの範囲に城北4区がありますので、同じ医療を支えるチームメイトとして力を合わせてやっていくという意味では、猪口先生の今言われたみたいな情報の交換とか、あと、やはりお互いのその特徴を活かした譲り合い、いろいろな連携というのが大事になってきますので、今後もよろしくお願いします。

それでは、本日本日予定されていた議事は以上ですので、事務局にお返しします。ありがとうございました。

## 4. 閉 会

○千葉課長：増田先生、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、本で行っていただきましたご議論の内容について、追加でご意見等がある場合には、冒頭でもご紹介いたしましたが、「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、東京都医師会までご提出ください。できましたら、本日より2週間程度でご提出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、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、今後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、議事録でございます。こちら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、次回も使いますので、これは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。長時間にわたるご議論、ありがとうございました。

(了)

□