

〔令和元年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

令和元年6月5日 開催

【令和元年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

令和元年6月5日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区東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、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横型の「東京都地域医療構想調整会議区東部」という名簿。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班が表側、C班とD班が裏面に記載させていただいております。

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東部会議次第」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。

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の上に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、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日は傍聴席にも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。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です。調整会議のたびにここにお集まりいただき、本当にありがとうございます。

この調整会議のワーキンググループというのが、厚労省の中にありますが、この調整会議のウェイトがかなり高まってきております。

それは、地方においては、将来、患者さんが非常に少なくなっていく中で、病床の整理をしていかなければならないときに、公立病院はどうあるべきか、民間病院と競合しているような場合は、公立病院の在り方について、この調整会議で考えるということになります。

はっきり言ってしまえば、その公立病院に関して言うと、必要がなければ、病床をどんどん減らしていくべきで、統廃合の対象にすべきではないかというようなことが話し合われて、都道府県知事、市町村長にそれを提言するというスキームになってきています。

ただ、東京都の場合には、将来減っていくということが、2040年を過ぎると同じようになってくるかもしれませんが、今のところは減ってくるわけではなくて、この区東部もそうですが、六百何十床という形で、ここは増えるという地域です。

そのときに、前回、病床配分がなされたときには、按分という形でなされましたが、この区東部にとって、病床機能はどういう状態なのか。将来推計に対して病床機能は、何が足りていて何が不足しているのかということについて、合意形成がされないと、もし病床が配られたときに、この区東部にとって望まない病床が増えてしまうということになると、将来的に、病院経営に非常に支障をきたしますし、効率性が落ちるということになります。

昨年度の調整会議で、南多摩では、ある民間の法人が療養病床を広げたいという申請を出しました。この南多摩の病床報告と必要病床数を比べると、療養

病床はもう過剰であるということに、単純な比較でいくとそうなるわけで、本当に病床が足りているのか足りていないのかは、難しいところではありますが、その病院が八王子市内での計画であったために、八王子市の医師会と病院の団体は、こぞって、「ここには療養病床はもう要らない」ということで、調整会議での結論でも、「療養病床は過剰である」ということになりました。

そこで、療養病床を展開したいといった民間の医療法人と、八王子市医師会を初めとした地元の医療機関で、かなり交渉が展開して、結果的には、臨時の調整会議の中で、病床を予定よりも半分にした形に変更し、しかも、今後の展開に関しては、地元の医師会と相談しながら進めていくということになりました。

ですから、調整会議はそこまで力があるということの実証が、去年されたと考えてもいいと思います。

ただ、そのときに、調整会議において機能病床がどうだという結論に至っていないと、そこまで強い話にはならないわけですから、きょう、今後の病床配分のスケジュールのお話とか、定量的基準というものを利用して、病床機能がどうなのかという話のきっかけになるようなものが、どんどん出てきます。

ですので、この区東部の地域にはどういう病床が今後必要なのかということ、何が多過ぎて、何を転換しなければいけないのかということ、皆さんで、現実の問題として捉えて、そろそろ実践編になってきておりますので、ご議論いただければと思います。

きょうは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でございます。

先生方、本日は、お忙しいところご出席いただきましてありがとうございます。日ごろより、先生方におかれましては、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、まことにありがとうございます。改めまして御礼申し上げます。

本日の調整会議につきましては、猪口先生からも今お話がございましたが、地域の病床機能の実情につきましてご議論を活発にいただきたいということで、資料もいろいろ取り揃えさせていただきました。

多くは申し上げませんが、ここの圏域の患者さん方が病状に応じた医療を円滑に受けられるような体制ができているかどうか、どこが足りているのか足りていないのかといったところにつきまして、活発にご議論をいただければと存じます。

先月開催いたしました保健医療計画の説明会でも申し上げましたが、病床の配分方法につきましては、今後、見直しの検討を進めてまいります。その際に、この調整会議でいただきましたご意見、ご示唆を十分に踏まえて、検討を進めてまいりたいと思いますので、ぜひとも、本日は、重ねて申し上げますが、どうぞ活発なご議論を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、会議録及び会議に関わる資料につきましては、全て公開となっておりますので、ご周知おき、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。湯城先生、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

○湯城座長：座長の墨田区医師会の湯城です。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。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。

○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。まず1点目は、東京都の人口は毎年増加しております、またその中でも高齢者人口も増え続けております。それらの医療需要の増加を勘案いたしまして、医療提供体制の整備のため、基準病床数の見直しが必要と考えております。

2点目として、昨年度までの地域医療構想調整会議や各区市町村さまからのご意見、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、都におきましては、次の3点の取り組みに着手してまいります。

まず1点目が基準病床数の見直しでございます。こちらは直近の人口をもとに今年度末までに検討を進めてまいります。

2点目が病床配分方法の見直しでございます。こちらも今年度末までに各地域の今年度2回目の地域医療構想調整会議でご意見をいただくほか、区市町村さまからもご意見を伺いながら、新たな方法の検討を進めてまいります。

基準病床数、病床配分方法のいずれも、資料下段のスケジュールに記載のとおり、今年度末に開催を予定している東京都医療審議会での議論を経て、最終的に決定してまいりたいと考えております。

3点目が病床配分時期でございます。新たな基準病床数や病床配分方法は、来年度、令和2年度当初に説明会を開催し、周知をさせていただき、およそ半年程度で病床配分の申請を受け付けてまいります。

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。

そのため、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点申し上げさせていただきます。

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に、策定を行ったものでございます。

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、機能の転換を行うよう、東京都から指示、命令、勧告等を行う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な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いたしまして、基準の検討を進めてまいりました。

基準の検討を行う際、3点のポイントを念頭に進めてまいりました。1点目が、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能別の病床機能の中から、全ての機能の分類ではなく、高度急性期と急性期の群と回復期と慢性期の群、これらの真ん中を分ける基準とすること。

2点目が、各医療機関さまがご報告いただく病床機能報告の回答項目であること。3点目が、将来的に病床機能報告の回答時に各医療機関さまが活用しやすいよう、できるだけ単純であること。

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回以上実施しているか否かを基準とさせていただきます。

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、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、区東部圏域におきましても、同様の動きを示しております。

ただ、区中央部と区西部といった、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、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、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、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、当該病棟の全身麻酔の手術件数、化学療法の件数、病院基本料などと併せてお示したものととなります。

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年間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。

○湯城座長：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。

○三船（江戸川メディケア病院）：江戸川メディケア病院の三船と申します。

内科医として、救急とかをずっとやってまいりましたが、お伺いしたいのは、救急対応をという最初のトライアージを、今非常に困っている状況です。きょうはベッドの話ということは十分理解していますが、その手前のトライアージについてです。

私どもは、一般病床の100と結核病床が50ありまして、大学から、呼吸器の疾患を派遣で受けています。

救急の現場ですと、どうしても、カテーテルがある心臓とか、整形の頸部骨折とかで、救急台数をたくさん取られている医療機関もありますが、呼吸器救急に関しては、保険上の給付が手薄で、きょうも、いきなり、開業医さんから、重症の間質性肺疾患の方が渡されたりしています。

また、うちは結核病床が東の地域では唯一なので、いきなり、外来に結核疑いで紹介されたりとかしています。

今回、77床の増床で、47床の回復期と30床のがん緩和で、そのエリアの救急は、全部うちで賄おうというふうに思って、病院設計をしています。

江戸川区は、救急応需数が悪いのですが、中に入ってから化学療法とか手術のほかに、救急をどうしていくかということ、きょうの議論とずれるかもしれませんが、そこに関して、猪口先生にお伺いしたいと思います。

○猪口副会長：この定量的基準で、急性期と回復期の線引きを、手術と化学療法としていて、その中に、特に、呼吸器急性期の話が入っていないので、自分のところの算定は回復期で、急性期は余りあらわれてこないというお話かと思えます。

それはそのとおりで、この定量的基準はパーフェクトでは全然なくて、この地域にいろいろなもので細かくやっていたら、例えば、先ほどの参考資料の5-1のように、いろいろなところがいろいろなやり方で、細かい基準をどんどん持ってくれば、かなり追い込んでいけると思えます。

そして、自病院のことに関しては、それぞれの病院さんについては、こういう定量的基準をもとにしながら、「うちは、そうは言うけれども、急性期をきちんとやっているんだ」ということであれば、病床機能報告としては急性期で考えていただければいいと思います。

ただ、地域全体としては、こういう定量的基準を持ってくると、意外ときちんと、点数的に言うと、回復期があるものなんだなというところで、この定量的基準で“行って、来い”になってくるんですね。

先生のところのように、急性期に算定し直して考えたほうがいいんじゃないかというところもあれば、逆に、そうではなくて、急性期の患者さんだけで本当に埋まっているのかなというところもあって、そういうような議論が、この定量的基準によって、議論が活発になればいいと考えています。

先生がおっしゃっているとおり、自分のところの病院のことに対して、しっかり理屈がついていて、「きちんと急性期をやっているんだ」という話になれば、そういう数字を調整会議の中で合わせていって、「地元は本当はどうなん

だ」ということでやっていければ、この調整会議の意味はあるのだろうと思っていますので、そういう意見を展開していただければと思います。

そして、この調整会議の中でいろいろ議論していて、「やっぱり、この定量的基準はこっちではなくて、こっちのほうがいいよ」という議論になってくれば、そういう試算もいくらかでも出せると思います。

例えば、参考資料5-1でも、奈良方式でも何でも、東京都のほうで、実は、出してくれていますので、そういう中で、将来の必要病床数に対するパーセントですが、その比率が一番合っていそうなのがこれだということで、今回はこれをお出ししているだけですから、将来的に違う数字を使ったほうがいいよということになるかもしれません。

ただ、どんな数字を出しても、個々の病院に全て当てはまるようにはなりませんから、こういったものをきっかけにしながら、「うちはこうだ」ということを、きちんと言えるようになっていただければいいのではないかと思います。

そうすると、そういう確信を持った意見がたくさん集まると、調整会議の中で、何か答えが見えてくるのではないかと思います。

○三船（江戸川メディケア病院）：ありがとうございました。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○臼杵（東京臨海病院）：東京臨海病院の臼杵と申します。

この定量的な基準で高度急性期と急性期をどうやって分けているのか、回復期と慢性期をどうやって分けているのかがわからないので、教えていただきたいと思います。

○千葉課長：今回の定量的な基準は、高度急性期と急性期を分ける基準と、回復期と慢性期を分ける基準はございません。急性期と回復期を分ける基準のみですので、真ん中の線だけを引いたといった感じでございます。

○臼杵（東京臨海病院）：グラフの適用後というのに分かれているのは、どうやって分けているのでしょうか。

○千葉課長：資料２－２のところでしょうか。これは、基本的には、平成２９年度の病床機能報告の中から、高度急性期と報告された病棟と急性期と報告された病棟に、この定量的な基準の全身麻酔と化学療法の基準を合わせて、その基準に合わなかったところを回復期というふうに変更させていただいて、この試算結果を出しているというだけでございます。

○臼杵（東京臨海病院）：わかりました。ありがとうございます。

○湯城座長：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

○湯城座長：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ように、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。

○加藤（事務局）：こちらについては資料3、4、5を用いてご説明させていただきます。

まず、資料の3をご覧ください。今回のグループワークの目的ですが、2点ございまして、1点目が、地域の病床機能別の医療資源の状況について意見交換を行い、共通認識を深めることとございます。

2点目が、意見交換にあたって定量的な基準適用後の病床機能の再分類結果を活用することとございます。

意見交換の項目としては、「地域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とございます。

意見交換の手順として、まず、普段感じる地域に必要な、または不足する医療機能は何か、現状の病床機能報告の結果と皆さまの普段からの実感を比較しながら意見交換をしていただきます。

次に、この1つ目の議論をもとに、(2)として、定量的な基準適用後の再分類結果から見た必要な、または不足する医療機能は何かということで、意見交換をいただければと思います。

意見交換の基礎資料としましては、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。

「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とございます。

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もございませんし、各医療機関の診療報酬の選択に影響を与えるものでもございません。また、今後必要に応じてさらなる検討を行うものですので、現在の基準が絶対的なものでもございません。

これらにつきましては、改めてご理解、ご認識のほどお願い申し上げます。
続いて、グループワークの進め方について、資料4をご覧ください。

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

流れとしては、1つ目に、進行役、書記、発表役の決定になります。初めに、恐れ入りますが、名簿の右側の番号で1番の方が仮進行役となっただきまして、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。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、傍聴席の皆さまとも共有できるよう、各班に1つずつございます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としております。

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思っております。

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。

○湯城座長：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ご説明がありますということですので、お願いいたします。

○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、定量的な基準について、もう一度念押しさせていただきます。

これについては、先ほど、猪口副会長から説明があったように、皆さん、いろいろ思うところがあるわけです。そもそもの病床機能報告制度が、病棟単位の報告になっていて、病床ではなかったのが、問題だったわけです。

それは国も認めていて、去年の8月に、「定量的な基準をそれぞれの都道府県でつくってください」ということで、その案ができたわけです。

ただ、それに基づいて、いろいろな意見がいろいろ出ていますが、このグループワークでやっていただきたいのは、自分たちの地域がどの病床が足りているのか足りていないのか。端的に言えば、それを皆さんで話してほしいというところなんです。

そのときに、基準となる目安がないので、いろいろな目安の一つとして、こういったものをつくって、提示したということですので、先ほどもありましたが、「こういったほうがいいんじゃないか」というご意見を、どんどん出していただきたいと思います。

そして、そのときには、どうしても自分の立場からはなかなか逃れられませんが、それを一旦離れて、地域全体を見回して、広く捉えてほしいと思っています。

なお、繰り返しになりますが、何回言っても、どの地域でも引っ張られてしまうのですが、診療報酬とは全然関係ない話です。ましてや、「病床転換を報告したから、そうしなさい」とか言われるわけではありませんので、自分のところから一度離れて、広い範囲で見ただけならなと思います。

活発なご議論をお願いいたします。

○湯城座長：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おられましたら、準備をしますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

では、これからグループワークに移りたいと思います。

[グループワーク]

○湯浅座長：約40分経過しておりますが、まだ議論し足りないとか、時間が足りないとか、いかがでしょうか。一応終わって大丈夫ですか。

では、それぞれ各グループの発表を、1つのグループ3分ぐらいを目安に、A班から順番にお願いしたいと思います。

では、A班からお願いします。

○鈴木（賛育会病院）：賛育会病院の鈴木です。

A班は高度急性期の2つの病院と、あと2次救急の病院、それからがん研有明の4つの病院で構成されております。

それぞれ墨田区、江戸川区、それから江東区でもやはりその状況がまず違うという形です。

墨田区の場合は、墨東病院を除けば2次救急の病院が主にあるという形で、急性期の病棟と回復期の病棟、両方持っている病院がほとんどで、急性期、回復期の病床が少ないというより、大体自分のところで回復期も補えるので、東京都の指針にパーセンテージ的には似ているのではないかというような形が認められます。

江戸川区の場合には、比較的回復期、慢性期が不足してしまして、2次医療圏全てでカバーできないので、やはり慢性期のほうは遠方に行く人がかなりいるという傾向があります。

江東区の場合には、墨東病院の3次救急はあるのですが、豊洲とかあると、年齢が若い人が将来大人になったときに回復期が少なくなってくると思われ

ます。

あと、がん研の場合は、これは東京都のあらゆるところからがんで来るとい

うような形で、特殊な形になるのではないかという現状です。

以上のように、急性期と比べれば比較的回復期は十分にあるのですが、将来的に江東区の若い年代も多くなったときには少なくなってくるという影響があるのではないかということです。

もう一つは、やはり慢性期の患者さんが意外と、今は在宅医療はかなり重要視されているのですが、ただ、在宅医療の場合でも患者さんがいろいろな心疾

患を持っていたり合併症がある場合は、いかに在宅医療が発達しても家族がそういうものを抱えきれないというような形で、MSWの人とか退院調整とかいろいろやってもなかなか難しいということがあるので、将来的にやはり慢性期の療養型の病院をもう少し増やしたほうがいいのかという印象がありました。

これからは在宅医療の先生方はかなり増えてくると思うのですが、MSWの連絡とか、その辺を本当に在宅だけで賄いきれるのか、まだ今後の不安が残るというようなことがありました。

○湯浅座長：ありがとうございました。

では、続きまして、B班、お願いします。

○中馬（東京城東病院）：東京城東病院の中馬でございます。

B班も高度急性期の急性グループということで、まず地域で必要な、もしくは不足な医療機能ということですが、全体的に出ましたのは、特に不足は大きくないのではないかと。紹介もうまくいっている。それから、療養型は少ないのですが、介護施設があるという意見が出ました。

その中でも、ではこの必要量というのは一体何かというところが、やはりちょっとまだ皆なかなかわかりづらいというところがありました。

それから個別には小児の入院受け入れをどうするか、それから透析とか合併症を持っている方、それから高齢者の対応、それから骨折、誤嚥性肺炎といったところの高齢者ですね。そういったところの対応で、やはりうまく機能できているのか。

あと、時間外の救急ですね。そういったところにちょっと問題がある。

それから、やはりこの医療圏、区東部といっても、墨田、江東、江戸川の中でそれぞれ、自分のところはわかっていますが、ほかの区はどうなっているかというのはなかなかわからない。

それから、特に江戸川区はかなり南北に長くて、患者さんがやはり交通のアクセスの関係でどうしても中央部に行くのではないかと。災害なんかがあっても、やはりいろいろな問題点があります。

だから、患者の流れを考えると、区東部だけではなくて中央部とも、そういった医療圏全体として考えなければいけない。実際に中央区への流出が多いということもありますから、そういったところは加味する必要があるのではないかという意見が出ました。

続きまして、実際に定量的な基準を適用した場合の地域医療の機能ということですが、この中で大きく出たのはやはり、今回の全身麻酔の件数と化学療法の件数ということで、外科系のほうはいいのですが、特に内科系の問題ですね。心筋梗塞とか脳梗塞とかいった医療をやっている場合は、逆に急性期とか慢性期に振り分けられるのではないかということで、内科系が反映される分類も必要ではないかという意見が多く出ました。

高齢者がこれから増えていく中で、例えば、高齢者の骨折とか、高齢者のいろいろな治療ですね。全身麻酔を例えば90歳とか、そういった高齢者の方にどんどんかけることで急性期を取るのか、例えば積極的な治療をやらない場合、それは慢性期に行ってしまうのか、そういった問題もあるのではないかということで、やはり分類の問題もあるのではないか。

そういうことになってきますと、看護必要度のように、例えば、本来急性期の医療をやっているのが慢性期のほうに行った場合に、診療報酬の問題もあわせて、ちょっと不具合が出るのではないかという意見が出ました。

○湯浅座長：ありがとうございました。

それではC班、お願いします。

○在原（東京東病院）：東京東病院の在原です。

まず機能分類のところですが、回復期と急性期をしっかりと分けるという中で、急性期で機能報告はしているのですが、実際は回復期をしているところのかなり多いのではないかという話が出ていまして、そこをもっと細かくすみ分けすると、よりギャップがないのではないかという意見が出ました。

あとは、これも必要、不足の医療機能とはちょっと違うのですが、区の中央部に手術とかで送ったときに、患者さんが帰ってこないときがまれにあるので、

こちらで紹介した病院にしっかり帰ってくるように逆紹介の充実をもっとできたらいいのではないかという意見が出ました。

それから、普段感じる不足する医療機能というところですが、回復機能を提供できる医療機関がやはり不足しているのではないかという意見が多数出ていまして、回復期機能が充実しないとそもそも在宅にも帰れないというところもありますので、そちらのほうの充実を図れたらなという意見が出ました。

ちなみに、江戸川区では回復期機能の病院が増えているということなので、こちらはいい状況になってきているという意見が出ました。

あと、在宅薬剤指導の観点から、やはり具合が悪くなった在宅患者さんですが、スムーズな受け入れをもっとうまい具合に医療機関が受け入れてもらえれば、非常に助かるということです。江戸川区では独自の救急医療システムをやっていますので、まだ手探り状態ではありますが、こちらのほうも進めていければという話が出ています。

あと、MSWですね。病病連携、病診連携はドクタートドクターではなくて、MSW同士で連携できたら一番いいのではないかというところで、その集まりが余らないということなので、できれば江戸川区だけではなくて、区を超えて全体的な集まりがあって、情報交換できればいいのではないかという話が出ています。

あと、認知症とか精神系の疾患をお持ちの患者さんを受け入れてくれる病院が少ないので、こちらのところは充足できればいいのではないかという話が出ました。

○湯浅座長：ありがとうございました。

それでは、最後にD班、お願いします。

○永濱（全国健康保険協会）：全く医療機関の経営に関わっていない協会けんぽ保険者の永濱といますが、私が発表ということで指定されてしまいました。専門用語等はありませんので、皆さまには不足があると思いますが、ご容赦ください。

まとめた中では、まず慢性期のほうが少ないと一旦感じられるのですが、実際には急性期、特に地域完結、東部の地域のみで考えると、足りないと感じられているのは、患者さんが急変したときに受け入れてくれる急性期の機能の病院がないということがあります。

ただし、都内の交通は発達しておりますので、慢性期で入院された患者さんが急性期に急変したときには、速やかに中央の医療機関に行けたり、あと、回復期から慢性期に移行する患者さんについても、多摩地域への移動も高速道路等でそれほど不便はないということで、実際の運営をしている上では不足している機能というのは特に感じられないというのが、おおよその意見となっております。

あと、病床機能報告で、資料2-2で数字は出されておりますが、実際に報告された病床の機能と各医療機関が実際に行っている病棟ごと、ほかの班からも意見が出ていましたが、実際には急性期が2割で回復期のほうは8割であるとか、そういった病棟のほうの運用をされていることから、実態にそぐう必要量の表示になっているのかというのが疑問であるという意見も出ております。

また、ほかにも、猪口先生も入っていただいて、いろいろなアドバイスはいただいたのですが、各医療機関の自分の立場だけではなく、地域の医療機関の連携として何が足りないのかを感じてほしいという意見もありました。

ただ、ここにグループワークで参加されている医療機関は非常に数が限られているところもあるので、実際には個々で感じている不足しているところ、もしくは過剰であるところというのが、総和で本当にここに出せるのだろうかというのを、私、話を聞きながら少し感じたところでございます。

あとは、個々の先生方の連携というのも、仲の濃いところと薄いところが、どうも皆さまあるようございまして、連携部分と広域連携のところを考えると、もっと多くの医療機関が参加されて、この病床機能報告、必要量等の検討は続けていく必要があるのではないかと思います。

○湯浅座長：ありがとうございました。

それでは、各班の発表が終わりましたが、質問等がありましたらお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。

今の発表に関する質問等がなければ、最後になりますが、それ以外でも、この調整会議が情報共有する場ということでもありますので、何か情報提供したいとか、せつかくこういう機会だから何か言っておきたいということがございましたら、ご意見を伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

今の発表に限定されませんので、この調整会議でのきょうの機会に何か情報を提供したいということがあれば、お願いしたいと思います。どうぞ。

○田村（葛西災中央病院）：葛西中央病院の田村と申します。今回の内容とは全く違う質問ですが、よろしいでしょうか。

これは全く方向性が違うかもしれないのですが、いつも自分が感じているのは消費税の関係です。

この10月に果たして10%に上がるかどうかというのは、政治的な問題もいろいろ絡んでくると思いますが、日本のいろいろなこれからの歳入、歳出を考えた場合に、消費税というのは必ず将来的に20%まで上げなければ日本の国内も財政的に立ち行かなくなるのではないかと考えています。

各国が保護主義に走っている中において、法人税等もなかなか上がらないような現状の中で、このまま20%まで消費税が上がっていった段階において、消費税関係はいろいろ診療報酬改定の中で、その中にある程度本体部分に網羅していただいているというような、そういうようなあれもありますが、グレーなところもあります。

今からそれを、非課税部分をあえて課税に、外税にするということは難しいのですが、将来的な、10年後、20年後を考えた場合に、当然、医療界の大変な問題になるのではないかとと思うのですが、その辺のところはどんなお考えがあるのでしょうか。よろしく願いいたします。

○湯浅座長：今のは情報提供というのともちょっと違って、質疑応答的なことがあると思うのですが、多分、消費税に関しては東京都も回答を準備していらっしゃると思いますので、一応質問をお受けするということがよろしいですか。また次の機会にということ。

○千葉課長：お受けするのはもちろん、今のお話は重々よくわかりましたし、ただ、次回にお答えできるかどうかはちょっとわかりません。

言い訳をするようですが、消費税は当然国の所管のものであり、診療報酬も国の所管のものであり、我々がそれに対して、例えば東京都として消費税分だけ皆さんの診療報酬に上乘せしますということは、絶対にあり得ないので、そこだけは確実だと思います。

○猪口（雄二）副座長（東京都病院協会）：一応、中医協と消費税の分科会の両方とも務めていましたので、わかる範囲でお答えします。

この10月、消費税が上がらない可能性もまだあるので、何とも言えませんが、上がった場合には、全てこれは計算し直しましたので、そこそこ乗っていると思います。

病院によってまたちょっと差が出るのですが、例えば、急性期で急性期のユニットを持っている場合とかですね。あとは、地域一般病棟と言われている13対1、15対1と、あと、地ケアと回りハと、その辺は全部計算の上で乗せていますので、多分、病院の群によってはちゃんと乗っているのです。

ただ、群によって乗っていても、個々の病院ではどれだけ消費税を払うかというのは、何をやるかによって変わってくるので、1つの病院群では乗っているけれども個々の病院ではちゃんと乗っていないというのが、今の我々の言い分です。

したがって、ここから先、検証して、完全に乗っているということは多分ないのですが、そこそよければこのまま行くかもしれない。だけど、やはり個々の病院にとっては非常にばらつきが多いという結果、これまたいろいろな団体で出しますが、そういう結果がもし出たとしたら、今の非課税の中でやるということはもうここが限界だということが多分結論になると思います。

そうしたら、ではこの先どうするのか、課税にするのか、全く違う法律をつくるのか、そういう議論がこれから起きる。今の非課税方式で診療報酬で見るというやり方は、今回つくったのが残念ながらもう限界だという結論は出ていると思います。

○田村（葛西災中央病院）：ありがとうございました。

○湯浅座長：ありがとうございました。

ほかに、これは情報提供を行いたいという趣旨ですので、いかがでしょうか。

ほかになれば、一応これで本日予定された議事は終了となります。

あと、事務局からまたお話がありますので。

4. 閉 会

○千葉課長：湯城先生、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、また、それ以外につきましても、追加でご意見等がある場合には、資料の最後に「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という紙が、皆さまのお手元にご用意してあるかと思えます。

こちらにご記入の上、東京都医師会宛てにご提出をお願いいたします。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。

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、議事録についてでございます。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。よろしく申し上げます。

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、そのまま置いておいてください。よろしく申し上げます。

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)

□