

〔令和元年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔西多摩〕

令和元年7月2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』

〔西多摩〕

令和元年7月2日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまから西多摩における東京都地域医療構想調整会議を開催させていただきます。本日はお忙しい中、また、大変蒸し暑い中、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局医療政策部計画推進担当課長の千葉が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

まず、本日の配布資料でございますが、上から順に、まず、「地域に必要な（不足する）医療機能は何か」という座長資料がございます。これは、座長から後ほどご説明いただきたいと思います。

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班は裏面に記載させていただいております。そして、A4横型の「東京都地域医療構想調整会議西多摩」という名簿です。

次からが本体の資料となりまして、「東京都地域医療構想調整会議西多摩会議次第」でございます。

資料につきましては、次第の一番下に四角で囲っておりますとおり、資料1から資料5まで、参考資料が1から6までとなっております。

また、一番下に、「地域医療構想調整会議ご意見」と書いた1枚の紙がございます。これは、会議終了後、追加でご意見等がある場合は、ご記入いただいて、東京都医師会までご提出という仕組みになっております。

また、各テーブルには、地域医療構想の閲覧用の冊子を置かせていただいております。

不足や落丁等がございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申し出をお願いいたします。

後ほど、質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には、各テーブルにマイクを用意してありますので、そちらをご使用になり、最初にご所属とお名前からお願いできればと思います。

また、本日は、傍聴席にも、構想区域内外の関係者の方々にもご参加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、挙手の上、事務局からマイクをお受け取りになり、ご所属とお名前をお聞かせいただいたあと、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、土谷理事、よろしくをお願いいたします。

○土谷理事：皆さま、こんばんは。東京都医師会の医療、介護、福祉担当理事の土谷です。

日中のお忙しい仕事のあと、お集まりいただき、ありがとうございます。

皆さんも、地域医療構想については、少しずつどんなものかなということがわかってきておられると思いますが、この調整会議というのは、東京都においては12圏域と島しょに分かれております。

その理由は、それぞれの地域で地域の実情に合わせてお話ししていただきたいということになるかと思います。そして、強調したいことは、この地域のことは皆さんしかわからないということです。

あとでまた、少しお話しさせていただきたいと思いますが、きょうも活発なご議論をどうぞよろしくお願いいたします。

○千葉課長：土谷先生、ありがとうございました。

次に、東京都よりご挨拶申し上げます。

○櫻井部長：東京都福祉保健局の医療政策担当部長の櫻井でございます。

先生方におかれましては、大変お忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。また、日ごろより、東京都の福祉保健医療行政に多大なるご理解とご協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

本日は、グループワークで、「地域で必要な病床機能について」というテーマで、先生方に活発なご議論をいただきたいと思っております。

ただいまの土谷先生のお話にもございましたように、患者さんの病状の変化に合わせた医療提供体制について、西多摩の地域特性に合った医療提供体制がどうできているのか、何が足りていて何が足りていないのか等々、先生方が一番ご存じの部分でございますので、活発なご議論をいただき、そこでいただいたご意見、ご示唆等については、きちんと持ち帰らせていただき、今後の施策の検討に活かしていきたいと存じます。

本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

○千葉課長：なお、本日の会議でございますが、会議録及び会議に係る資料につきましては、全て公開となっておりますので、ご了承をよろしくお願いいたします。

では、以降の進行を座長にお願いしたいと思います。玉木先生、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

○玉木座長：西多摩医師会の玉木です。今回もどうぞ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。後ほどのグループワークのときにでも、いろいろお話しできる機会があるかと思いますので、まずは、東京都

より報告事項を3点まとめて説明をお願いしたいと思います。よろしくお願ひ
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などからの
ご意見、ご要望を踏まえまして、都の実情に合った病床配分方法の検討が必要
と考えております。

このことから、今年度、都では、次の3点の取り組みに着手してまいります。

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

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

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

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

その後、地域の医師会の方々や区市町村、各地域の調整会議で十分に協議を
行えるよう、1年から1年半ほどの時期を設け、翌年の令和3年度中に病床配
分を行ってまいります。

この間、十分な意見聴取を行えるよう、また公平性を担保できるよう、令和元年度と令和2年度の2年間は病床配分を見送らせていただきます。

次に報告事項の2、定量的な基準についてご説明をいたします。

まず資料2-1をご覧ください。各医療機関さまで年1回、病床機能報告にて病棟ごとに病床機能のご報告をいただいておりますが、各医療機関で病床機能の選択、区分をいただく際の定量的な基準を策定したというものでございます。

資料の説明の前に、記載はございませんが、2点申し上げます。

1点目は、この定量的な基準は、各地域で病床機能の分化と連携の議論を深めるため、そのきっかけとなるよう、地域の病床機能の現状を共有するため策定を行ったものでございます。

2点目。したがって、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。まず、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通知したということでございます。

この通知を受け、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。

これらの3点がポイントでございます。

検討の結果、資料真ん中のグレーの網かけ部分に記載がございますが、全身麻酔または化学療法を1年間に1床当たり1回以上、または1日以上実施しているか否かを基準とさせていただきます。

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。西多摩圏域においても、同様の動きを示しております。

ただ、圏域別で見えていった場合、区中央部とか区西部といった、大学病院本院や高度で大規模な病院が集中する地域においては、余り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、採用されなかった主な項目の例と、その理由とを併せて記載しております。

参考資料の3は、病床機能報告で各病院さまが実際にご報告いただく項目をまとめたものとなります。

参考資料の4は、平成30年度の病床機能報告において、各病院さまの報告では高度急性期または急性期として報告されている中で、定量的な基準を適用した結果、回復期に分類された病棟を、圏域単位、病棟単位でまとめた上で、当該病棟の全身麻酔の手術件数、化学療法の件数、入院基本料などと併せて、お示したものとなります。

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、病床の返還をいただくか、いずれかの対応を

お願いし、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。

○玉木座長：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。

基準病床の見直しの考え方、配分時期。この辺は、西多摩はちょっと過剰地域になっているのですが、それから、急性期と回復期の分け方の考え方。

麻酔と化学療法ということですが、これも、さまざまな指標について、皆さまのご意見を勘案した上で、これが数字的な指標になるだろうということです。

ただ、これを、資料2-2の29年度と30年度の基準適用後を見ますと、2025年の必要量に近いような形にはなっているなと思われませんが、皆さん、現場をいろいろ見ておられて、考え方がいろいろあり、違和感もおありになるかもしれません。

ご質問、ご意見などいかがでしょうか。よろしいでしょうか。あとのグループワークの中でもいろいろご意見をいただくということで、よろしく願いいたします。

3. グループワーク

地域で必要な病床機能について

○玉木座長：では、次の議題に進みたいと思います。次第の3つ目、グループワーク、地域で必要な病床機能についてです。

報告事項の(2)でも東京都から説明がございましたが、東京都では外部有識者を交えた検討を行い、病床機能報告の定量的な基準を策定し、先般、その内容を都内の各病院宛に通知したとのことです。

本日は資料2-2でありました病床機能報告の集計結果と、定量的な基準を用いた地域の病床機能の再分類結果をもとに、今後地域で必要となる病床機能について、グループワーク形式で意見交換を行い、共通認識を深めたいと考えております。

それでは、グループワークに入る前に、その進め方について、東京都から説明を受けたいと思います。

○加藤（事務局）：こちらについては資料3、4、5でご説明いたします。

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

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、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、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ていていただきまして、お1人ずつ自己紹介の上、進行役、書記役、発表役の決定をお願いいたします。それ以降の進行は進行役の方をお願いできればと思います。

2つ目が、40分のグループワークとなります。先ほど資料3で申し上げた具体的内容について、各項目について時間を区切るなどしながら、お一人お一人にご意見を求めていただければと思います。

40分という時間はあくまで目安となります。際限なくということではございませんが、ご議論が尽きない場合は一定の延長も可能です。

3つ目が、発表、意見交換ということで、各班から発表いただいたあとに、全体で意見交換を行うという流れで進めていきたいと考えております。

資料5は、グループワーク用のメモ書きとなっております。意見交換の際にご活用いただければと思います。

説明は以上でございます。

○玉木座長：ありがとうございました。

次に、東京都医師会のほうからも追加のご説明がありますので、よろしくお願いたします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

定量的な基準について、もう一度お話をさせていただきたいと思います。

これについては、病床機能報告制度の中から出てきた話ですが、皆さんもお感じのように、病床機能報告といいながら病棟単位での報告になりますので、現状と違う形になっているのではないかとということで、皆さんが感じておられるとおりでと思います。

特に、先ほど、東京都からの説明にありましたように、端的に言えば、回復期が少なく急性期のほうが多いのではないかと印象を持たれている人が多いということです。

それは、もちろん、厚労省も気がついているところですので、昨年8月の通知というのが、これはちょっとおかしいかもしれないということで、都道府県ごとに定量的な基準を決めてくださいということだったわけです。

今まで、厚労省は、国の基準として統一的なものを出していたわけですが、そうではなく、都道府県ごとに出してほしいと言われたもので、東京都では、先ほど説明があった基準で、全身麻酔と化学療法をやっているということを基準の一つにしてはどうかとされたわけです。

もちろん、これに対しては、皆さん、いろいろお考えはおありと思いますが、その通達で大事だったのは、こういう定量的な基準について活発に議論してほしいということでもあります。

ですので、冒頭にも申しましたが、地域のことは皆さんしかわかりません。東京都医師会も東京都もわかりませんので、地域の皆さんが活発に意見を出し合っていただきたいと思います。

そして、データとして出てくるものは、定義を間違えば、極端な話が出てくる可能性がありますし、見る位置によっても変わってくるわけですので、気をつ

けていただきたいのは、ご自分の病院の立ち位置が非常に大事だとは思いますが、そこから離れて、地域全体で見たときに、どういう病床が足りないのか多いのかというような見方をしていただきたいと思っています。

ほかの圏域でやったときは、高度急性期と急性期のグループと回復期と慢性期のグループの2つしかないという圏域がありました。前者のグループはどういう結論だったかということ、回復期と慢性期が足りないということでしたが、一方のグループは、足りているけれども、そのあとの在宅が足りないということでした。

このように、同じ地域にもかかわらず、答えが全然違っていただけです。こういう圏域もありましたので、広い範囲で議論していただければありがたいと思っております。

なお、ここで話し合ったことは何か意味があるのか、強制力があるのかということも、いつも出てくる話ですが、親会の部会のほうにも、もちろん上がりますし、ひいては、医療審議会のほうにも、こちらで話されたことと整合性を持って、決めていかなければいけないということになっています。

ですから、皆さんのご意見はきちんと反映されますので、大いにご議論いただければと思っております。

最後に、これは、東京都からもお話がありましたが、診療報酬とは全然関係がないことですので、そういう話から離れて、純粹にこの地域では何が足りないのか、特に、回復期が多いのかそうでないのかということを中心に議論していただければと思っております。

活発なご議論をよろしくお願いいたします。

○玉木座長：ありがとうございました。

それから、私のほうで、「座長資料」というものを用意させていただきましたので、ご覧ください。

東京都からも土谷先生からもお話がありましたように、この調整会議は、あくまでも、病院を運営されている事業者の皆さまが、自律的にご自身の将来像を見出し、それは、地域全体の将来像とかけ離れたものではございませんし、みんなで協力して、この地域の医療機能をしっかりと形づくっていく必要があ

ります。そのために、行政の皆さまにもご参加いただいていると理解しております。

もともと、レセプトベースだとかの定量的な分類で、病床数について、ある意味で、やむを得ず始まっているわけですが、それについてさまざまな指標を入れていくということは、合理的であると思っています。

ただ、私が書いたものは、全く個人的なもので、今の地域医療の理念的な理解を書いたものです。

病床機能というと、こういうものなのかなとか、在宅の環境を高めていくということも、この地域医療構想の中の主題ですので、そうなると、かかりつけの多職種集団が何を担うべきかということも、見えてくると思います。

そして、病院の各機能を、皆さまとどのように連携していくかということも含めた議論の中で、西多摩にとって今必要なもの、不足しているものが浮き上がってくれば、議論が進むのではないかということで、私が勝手につくったもので、単なるたたき台としてください。

これは、国の意見でも東京都さまの意見でもありませんで、私が参考までに出させていただきましたので、少しだけ説明させていただいた次第です。

それでは、これから、各グループにおいて意見交換を始めていただきたいと思いますので、活発なご議論をよろしくお願いいたします。

[グループワーク]

○玉木座長：皆さん、議論たけなわでございますが、時間が押してまいりましたので、ここで、次のステップに進みたいと思います。

各グループで出ました具体的な内容とかご意見などを、班ごとに簡略のご発表いただき、そのあと、全体でご議論いただければと思います。

それでは、A班からお願いいたします。

○井上（奥多摩病院）：奥多摩病院の井上と申します。

A班は、主に地域の急性期病院の先生方と、看護協会の代表の方、行政の方等で話し合いました。

結論から先に言いますと、当地域での回復期病床のこれからの数、また、内容の充実は、必要ではないか。また、指標から見ても、回復期を増やすべきではないかというところは、合っているのではないかとなっています。

具体的に言うと、地域包括ケア病棟の話が比較的多かったのですが、地域の高齢者も増えてきたため、高齢者医療に対応するようなサブアキュート機能であるとか、また、病院間での急性期で、2週間程度治療したあとの、ポストアキュートの受け入れを、病院を跨いで、地域包括ケア病棟にスムーズに受け入れてもらっているという機能が、既に充実しているところがあります。

さらに、当初は目的としなかったような地域包括ケア病棟での看取りなどにも、最近に対応されているというお話もありました。

そのあたりは、やはり、高齢化の進んだ地域のニーズに対応してきているところかということですね。

ただ、急性期から回復期、回復期からさらに在宅医療へつなぐというところでは、かなり課題があるという話になりました。

急性期の患者さんを退院させるにあたって、経済的に裕福な方は、施設等の選択肢が多いですが、他地域に比べて経済的に弱い方が多い当地域においては、在宅に戻らなくてはいけない方が多いです。

ただ、在宅に戻ってからも、在宅医の不足であるとか、ヘルパーさんを初めとして福祉資源の不足がかなり慢性的にあります。また、地域の地域包括支援センターも、地域内をつなぐハブとなしてほしいところですが、やはり人手がなくて、対応が不十分なところも非常に多いようです。そのため、急性期や回復期から在宅への流れが、かなり滞っているというところが問題になっています。

そうすると、このグループで結論が出ました回復期を増やしたところで、地域のシステムがなかなか回っていかないのかなというところが、今回の話で見えてきたところですね。

○玉木座長：ありがとうございました。

回復期からさらに在宅や暮らしの場に近いところにお帰りいただくところの流れがないと、全体が回らないということ、最後に伺ったと思います。

それでは、B班、よろしくお願いします。

○井村（あきる台病院）：あきる台病院の井村と申します。

とりまとめを行えていないのですが、まず、病床機能報告では、急性期、回復期、慢性期の定義やデータが必要ですねと。

急性期の病院や病床から見た慢性期は、出し先として力が不足している。慢性期が比較的テーマになりやすい班ですが、慢性期側からすると、在院日数が短くなっても40日から60日で、単価は1万5000円とか2万円前後まで。

高い薬とかいろんな合併があるという場合は、量的には慢性期がたくさんあるので、少しずつ機能アップして、貢献したいけれども、その辺の壁をどうやって越えられるのかという話もありました。

それから、患者さんやそのご家族とかの支払い能力の問題も、話題に上がっておりました。

あと、そういう主な議論とは別に、小児とか精神科領域等は、経済的な側面で、生保に行くか行かないかぐらい難しいねというような話も出てまいりました。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、C班からお願いします。

○播磨（西多摩保健所）：西多摩保健所の播磨です。

この班は、回復期、慢性期の医療機関が多かったのと、あとは、行政機関、歯科医師会、全国保険協会の方等から成るグループでした。

まず、この定量的な基準による再分類結果というところで、2025年の必要量というものを見たときに、現状との違いというのがあって、それは、回復期がもっと多く必要だとか、あるいは、急性期がもっと必要だということが、このグラフから見てとれます。

これに関しては、今後の医療需要に対応していくにあたって、ここに出したデータをもとに対応していくことによって、本当に医療サービスが満足に患者

さん等に届くのかというところに、やはり、留意していかないといけないというような話がありました。

また、どのような機能が足りていないかということに関しては、一つには、このデータにも示されているとおり、急性期というのが西多摩地域では足りていないという現状があるのではないかという、現場のご意見がありました。

それから、在宅からサブアキュートの患者さんを受けるということに関して、玉木先生が示してくださったところでは、地域包括ケア病棟のほうで在宅療養者のレスパイト等に対応しというところがありますが、そういう地域包括ケア病棟でなくても、そういったところができる病院もあるけれども、まだ認知されてきていないところがあるのではないかということでした。

もう一つは、今後、高齢の方がより増えていくので、在宅の急変に対する対応というものが、今後ますます重要になっていく中で、先ほど、A班の発表からもあったとおり、この地域包括ケア病棟の活用というのが、非常に重要であり、特に、病院を跨いで地域ぐるみで地域包括ケア病棟というものを回していくというところが、より重要になっていくということです。

ただ、そこに関して、いくつかの課題があって、一つは、ベッドの機能に合った方が入院しているのかどうかという、それにそぐわないところもあるかもしれないので、そういったところも含めて、地域ぐるみで現状を共有して、また、連携していくことが、より必要ではないかという話し合いだったと思います。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、今の各班のご発表に対してご意見などがあればお願いしたいと思いますが、傍聴席の方もご発言いただいて結構ですので、よろしくお願ひします。グループワークに入る前に、傍聴席の方々もよろしければ議論に加わってくださいということを申し上げるのを忘れておりました、大変申しわけありませんでした。おわびいたします。

それでは、どうぞ。

○町田（青梅三慶病院）：青梅三慶病院の町田と申します。

うちの病院には、医療療養と回復期病床と介護療養病床がございます。ご多分に漏れず、介護医療院への転換を含めて検討しておりますが、東京都と何回か打ち合わせをさせていただいている中で、病院の近代化等を含めて、東京都や国から補助金が出ている補助金を受けた病院に対しては、それに転換する場合には了解を得ないといけないということでした。

そして、東京都の場合で2か月ぐらいかかり、厚労省まで含めると半年はかかるという話を、東京都の職員の方がされておりました。

うちのほうとしては、病床を特にいじるのではなく、そのまま移行しようと思っているのですが、なぜ半年もかかるのかということで、速やかに対応をお願いしたいと思っております。

この点についてご検討いただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○玉木座長：進藤副座長から、今のご発言に対してお答えさせていただきます。

○進藤副座長（東京都病院協会）：東京都病院協会から出ております、大久野病院の進藤です。

東京都病院協会と東京都慢性期医療協会で、その件は厚労省と東京都で話し合っております、「できるだけ速やかに」とお願いしておりますが、なかなか難しく、やはり半年ぐらいはかかります。

○玉木座長：補助金のことも、適正に判断していくのに時間がかかるということもありますので、何とか我慢していただいて、ぜひ頑張っていたきたいと思えます。

ほかにいかがでしょうか。土谷先生、どうぞ。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。活発なご議論をありがとうございました。

私からの質問ですが、A班では、回復期が必要だろうという意見だったんですが、一方で、C班では急性期が足りないということで、併せると、両方足り

ないということなのかもしれませんが、それぞれに対してどのように思っているかということをお教えいただきたいと思います。

あと、B班については、A班の話を受けて、慢性期としてもっと受けたいけれども、それができない。それは、ベッドの事情ではなくて、ほかの要因、例えば、診療報酬上の要因とかを言われていたかと思いますが、慢性期はまだまだ空いているという感じで受けとめていいのでしょうか。

それぞれの班からお答えをいただければありがたいです。

○玉木座長：それでは、まず、C班の急性期が足りないというご意見についての内容をお伺いして、そのあと、B班の慢性期の事情をお話しいただければと思います。どうぞ。

○櫻井（櫻井病院）：櫻井病院の櫻井です。

急性期が足りないというか、要するに、高度急性期が若干足りないのではないかと。青梅市立病院が重症の人の救急を担っていて、ほかの病院さんも頑張っているけれども、夜でもいつでも受けってくれるかということ、そういうわけではないよだということ、そういう意味で救急が足りないという話が出たわけです。

回復期というのは、役所のほうで、基準がいろいろ変わるので、何とも言えないのですが、ある程度期間を限られてしまっているんで、時間がかかる人であっても出さないといけない。回さないといけない。

急性期のあるところは、回復期の病棟を使って、院内の患者さんを回しているのではないかとということで、回復期といっても、この制度がまた変わっていくとすると、西多摩の慢性期病棟は、パーセンテージ的にほかの地域に比べてすごく減りますよね。

その分、回復期が増えているけれども、それで本当に大丈夫なのかなという話が出ていたということです。

慢性期といってもいろいろありますし、老健や特養でもそうですが、昔だったら慢性期の病院に入っていて当然のような人が、特に、特養などは、介護度

が3以上なので、こういう人を介護施設に入れるかというような人が、普通に入ってくるようになってきているわけです。

そういう意味では、医療費を減らそうということで、病院としては、慢性期を減らして介護医療院にもっていこうという、国の方針はよくわかりますが、これは、私の意見ですが、この会議というのは、そういうことをやるために、「一応、地域の意見はとりあえず聞いたから」というような感じがしています。

ただ、そういう場を与えられたので、それはそれなりに議論しなければいけないとは思いますが、

○土谷理事：端的に言って、回復期は足りていると思われませんか。

○櫻井（櫻井病院）：例えば、脳卒中とか心筋梗塞を起こしたあと、何日間という縛りがありますよね、割とお金が取れる時間というか。あと、在宅から来ても、回復期は60日とかいう縛りがありますよね。

だから、どうしてもその間に出さないといけないというのがあるので、そういう意味で、なかなか回転するというのが難しいところがあります。だから、そういう状態の人でない人を取りあえず入れておいて……

○土谷理事：そうすると、端的に言うと、回復期のベッドは空いているということでしょうか。

○櫻井（櫻井病院）：純粹に言うと、空いているのじゃないでしょうか。

○土谷理事：「回復期が足りない」とA班は言っていたけれども、C班では、ベッドは空いているという感じでしょうか。

○櫻井（櫻井病院）：もっとも、やり始めてから初めのうちはがら空きだったけれども、最近は埋まってきているみたいという感じがしないでもないですね。

要するに、縛りがあるので、それがなければ、回復期みたいな感じのところはまだまだあるのかもしれないですね。

老健などは、介護保険制度ができてから、要支援の人も入っていたのに、今では、少なくとも要介護1でないと入れないとか、だんだんきつくなっていますが、リハビリの機能がどんどん上がっています。

だから、最初のころの老健と比べると、リハビリに力を入れているので、回復期からそういう人たちがよくなる方も、結構いらっしゃいます。お年寄りも回復がゆっくりだという面はありますが。

この区分けが制度によって変わってってしまうので、5年後、6年後にはどうなっていくかということが心配でもあります。

○玉木座長：時代に応じて、病床機能が変わっていくということを、どう受けとめていくかということも、課題の一つかと思います。

では、B班のほうからお願いします。

○進藤副座長：大久野病院の進藤のほうからお答えさせていただきます。

そもそも、話の始まりでは、「急性期は足りないのじゃないか」という話がありましたが、在宅から入っていくときに振り分けてもらえば、少し変わってくるだろうなと思うんです。

ただ、振り分けるためには、慢性期が少し能力アップしていかないといけないということもあって、急性期病院が受けたいけれどもそれができないという理由は、出し先がないために、自分のところの病棟が埋まってしまっているからということです。

出していく慢性期の病院というのは、西多摩においては、人口10万人対だと、日本一多い地域であるにもかかわらず、出し先がないというのは、ほかの地域ではもう少しうまくいっていると思われませんが、これは異常なことだと思います。

そこが、急性期と慢性期とのギャップになっていて、慢性期側は、回復期相当の方たちを取りたいけれども、抗がん剤が終わっていないままと言われても、我々は受け取れない。高い薬剤を使っている方たちも受け取れない。

しかも、急性期側は、どんどん早い時期に送り出したいため、回復期の意味合いとしては、少し急性期寄りを取らないといけないということですので、取

りたいけれども、薬剤が高いとか、病状がまだ安定していないので、それに対応できる機能を持っていないというギャップがあるということです。

○玉木座長：それは、制度上の問題の改善点として考えていかなければいけないですね。

○進藤副座長：制度上の問題もありますし、我々としても、いろいろ考えていかなければいけないというところもあると思います。

○玉木座長：ありがとうございました。

○土谷理事：あと、A班自身では、急性期は足りていると思いますか。いかがでしょうか。

○大友（青梅市立総合病院）：青梅市立総合病院の大友です。

急性期の中に急性期でない人が残ってしまっているという現状があります。つまり、急性期の治療としてはある程度終わっているだろうと判断して、本当は慢性期か回復期へ回したいわけです。

ただ、先ほどの制度上の問題もありますが、病院に入院していくことを続けていけるだけの財力が、どれだけ地域に残っているかという問題もあって、在宅へ帰らざるを得ない人が結構多いです。

そうすると、その間のワンクッションが回復期だと思うんですが、急性期の立場からすると、そこは圧倒的に足りないと思います。というのは、急性期に残っている人を回復期のほうに回していきたいけれども、患者さんを外にお願いできないからという現実もあるからです。

○玉木座長：2025年の予測では、高度急性期は少し足りないということにはなっていますが、その機能を担っていかれるのが青梅総合病院だと、基本的には思いますが、

○大友（青梅市立総合病院）：「払えない」と言われると、在宅を摸索せざるを得なくなります。そうすると、在宅に帰れるまで、回復期が空かなければ、そういう方々を抱えていて、在宅に行けるところまで診ざるを得ないということになります。

○玉木座長：ありがとうございました。

在宅療養基盤のほうも、人とか経済的な問題とかさまざまあると思いますので、まだまだ議論が尽くせないと思います。

時間になってしまいましたが、今までのお話の中で関連のご発言などがあればどうぞ。

○伏見（高沢病院）：高沢病院の伏見です。

今の伏見先生のお話に関連してですが、私は、制度上の問題が非常に大きいと思っています。というのは、青梅総合さんから、例えば、療養に出しても、在宅扱いにならないです。

どうしても、在宅復帰率があるので、療養病床の皆さんは、今どんどん空いているという状況です。

例えば、老健も在宅扱いにならないから、老健にも出せないという制度上の問題がネックになっていて、こういう回復期が足りないとか足りているというような問題ではないので、療養型の病院は、皆さん、困っています。

○玉木座長：今のお話で、在宅復帰型老健は、在宅扱いに……

○伏見（高沢病院）：いや、ならないですよ。

○玉木座長：入れるんじゃないですか。

○伏見（高沢病院）：在宅扱いにならないです。うちもずっとやっていましたが、この間の診療報酬の改定で、在宅扱いにならなくなりました。

○玉木座長：わかりました。

それでは、きょうのところはこの辺までということになってしまいました。

なお、この調整会議というのは、地域の皆さんが情報を共有する場でもありますので、情報提供をしたいというようなご発言があればお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

高沢病院のほうから、情報提供ということをお願いします。

○伏見（高沢病院）：高沢病院の伏見です。

私どもの病院は、もう築35年ぐらいたってしまっていて、町内での移転を計画しております。3年ぐらいかかるとは思いますが、その際、地域包括ケア病床を何床かつくりたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

○玉木座長：ありがとうございました。

そうすると、何年後ぐらいになるでしょうか。

○伏見（高沢病院）：令和3年に竣工予定ですので、令和4年に開院ぐらいになるかと思ひます。

○玉木座長：期待しておりますので、よろしくお願ひします。

ほかにご報告などいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、時間になりましたので、これで議事を終了させていただいて、事務局にお返ししたいと思います。どうもありがとうございました。

4. 閉 会

○千葉課長：玉木先生、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点申し上げます。

まず1点目、本日行っていただきましたご議論の内容について、追加でご意見等がある場合には、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という紙にご記入の上、東京都医師会までご提出をお願いいたします。

お忙しいところ申しわけございませんが、本日より2週間以内程度でご提出いただければと思います。よろしくお願いいたします。

2点目、先ほど、高沢病院さんからもお話がありましたが、今後、各病院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さんにつきましては、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、次回以降も使いますので、そのまま置いておいてください。よろしくお願いいたします。

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。長時間にわたり活発なご議論をいただき、どうもありがとうございました。

(了)