

〔令和元年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和元年6月4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』

〔北多摩西部〕

令和元年6月4日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより北多摩西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北多摩西部」という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班に分かれているものがございます。

次から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北多摩西部会議次第」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。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。東京都の調整部会長というのもさせていただいております。

令和元年度の調整会議がこうして始まりましたが、国のほうの調整会議のワーキンググループでは、この調整会議がいよいよ機能として重たくなってきております。

地方においては、公立病院の統廃合ということで、公立病院が民間病院と競合する場合にどのようにするのかとか、調整会議でいろいろ決めたことに対して、県知事とか市町村長であったりといったところがどのように判断するか。

ただ、東京においては、病床がまだこれから増えるというようなところもございまして、統廃合という話にはなりません、この地域の4つに分けた病床機能は足りているのか、足りていないのかということ、この調整会議ですっきり判断できないと、今度は、新しく増えてくる病院がどのような機能病床を持てばいいのかということ、判断できないことになります。

そこにできた病床が、実は、過剰な機能病床であったりしたときに、あとから、その地域においては、経営的な問題が生じたり、機能がうまくいかなかったりということになりかねません。

ですから、これからいろいろな説明が入りますが、次に病床を認めるのは、2年間かけて認めることになっておりますので、その間に、この議論が成熟していないと、判断ができないということになります。

そのため、今期の調整会議は非常に大事だと思いますので、時間がかかって大変ですが、ぜひ一緒にやっていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○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。

先生方におかれましては、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、まことにありがとうございます。

また、本日は、会場の関係で、御茶の水まで足をお運びいただきまして、大変恐縮でございます。次回以降、そのあたりは工夫してまいりたいと思います。本当にありがとうございます。

さて、本日の調整会議は、ただいま猪口先生からもお話がございましたとおり、この北多摩西部の病床機能につきまして、必要な機能、不足している機能等についてご議論いただきたいということで、資料等も揃えさせていただいております。後ほどのグループワークで活発なご議論をお願いできればと思います。

そして、その際に、将来のこの北多摩西部の病床機能、医療がどうあるべきかということ視野に入れて、ご議論いただきましたご意見、ご示唆につきましては、その辺を踏まえて、今後の病床配分の検討等を進めていきたいと考えております。

本日は限られたお時間ではございますが、ぜひとも活発なご議論をいただければと存じます。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。香取先生、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

○香取座長：座長を務めます立川市医師会の香取です。よろしくお願いいたしますします。

では、早速議事に入りたいと思います。本日は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ので、東京都のほうからよろしくお願いいたしますします。

○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。それに応じて、医療需要の増加を勘案し、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とご意見、機能別の病床配分を求めるとご意見、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ご意見、申請者に地元自治体への事前の情報提供を求めるとご意見など、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におきましても、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、今年度は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見直し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。こちらに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。

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くこととなります。

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、2点申し上げさせていただきます。

1点目は、定量的な基準と申しますのは、各地域で病床機能の分化と連携の議論を深める目的として、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います。

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。

1つ目でございますように、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。

ワーキンググループ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、各医療機関さんに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、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す。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、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もの、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りまして、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、下から2段目が同じく平成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したものととなります。

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。

こちらは、区南部以下の地域別でも同様となっておりますが、区中央部と区西部といった、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、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いただいたご意見になります。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は、定量的な基準を検討する際に、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が、採用されなかった主な項目の例として、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、こちら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となります。

参考資料の4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、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、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のほうで、いずれ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でした。

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。

○香取座長：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。

○高橋（立川相互病院）：立川相互病院の高橋と申します。

以前から報告されていた中身だと思いますが、改めて質問したいと思います。

病棟ごとに全身麻酔または化学療法の数ということですので、以前の質問の中にもありましたが、例えば、循環器の病棟などでは、化学療法も手術もしないということになりますから、心筋梗塞をどんどん扱っている病棟は、急性期にならないということでしょうか。

○千葉課長：急性期になるとかならないとかではなく、今回、定量的基準の一案として、我々はこの基準を用いて試算をさせていただいたということでございますので、これをもって、それをやっていない病棟は急性期じゃないとかいうことを、我々が決めることではございません。

○高橋（立川相互病院）：しかし、それが実際に決まってしまうと、そうおっしゃっても、こっちはそれに従わざるを得ないことになるんですが、試算を試みただけということですか。

○千葉課長：最初に申し上げましたとおり、これをもって、我々が各医療機関の方々に、「その病棟は急性期である」とか、「回復期である」とかを評価したりすることではなくて、あくまでも、この基準を用いて試算をした結果、こういうふうな集計値になりますということをお示しました。

それをもって、各調整会議ごとにご議論いただいて、各地域に何の病床機能が不足しているのか、過剰なのかというようなお話し合いをいただきたいということで、そのきっかけとなるための試算ということでございます。

○香取座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○鹿取（武蔵村山病院）：武蔵村山病院の鹿取と申します。

今の高橋先生の議論に加えて、それでは、参考資料4で、病院こそ出ていませんが、北多摩西部医療圏の高度急性期、急性期の市が明示されていて、許可病床が明示されてますが、これらは全部、この物差しでは回復期と試算されるという結果が出ていますよね。

当然、これを意識しながら、我々は話さざるを得ないわけで、そうすると、この物差しという議論が本当にこれで正しいのか。地域にとってこの物差しで急性期を判断していいのかということに、つながってしまう可能性があると思います。

東京都のほうで、それは物差しとして使うわけではないけれども、前提として話をしてくださいと、いくら言われたとしても、こういう表が出てくれば、当然、これを意識せざるを得ないのじゃないでしょうか。

○千葉課長：物差しと言われれば、ある程度の定量的基準ということで、当然、お示ししておりますし、その結果として、こういう一覧を出しております。

我々が今お示ししております定量的基準を用いてやると、結果がこうなっていますということですが、これを用いて、先ほども言いましたように、例えば、循環器をやっている病棟とか、周産期の病棟などの、化学療法や全身麻酔がない病棟があることは、当然、我々もわかっておりますので、「そこは回復期だから、急性期をやめてくれ」というようなことを申すつもりは全くありません。

あくまでも、これは試算によると、結果がこうなっているということですので、あとは、これをきっかけにいろいろな話し合いをしていただければと思っております。

○鹿取（武蔵村山病院）：先日、新宿で集まったときに、「物差し自体をこの1年間で考える」という議論をしていただけたという話だったと思いますが、それは、その立場でよろしいのでしょうか。

○千葉課長：物差しだけをご議論いただいても、それは、あくまでも、単なる物差しですので、それをきっかけに各地域で、病床機能はどのようなものが不足しているのか、どのようなものが過剰なのかを議論することが目的ですので、物差しを決めるのが目的ではございません。

○鹿取（武蔵村山病院）：それはわかりますが、物差し自体が、一つの配分を決めていく可能性があるので、この物差しが、これで決まったものとして議論していくのかどうかというのは、大事なところだと思うんですが、

○千葉課長：決まったものとして議論していくのではなくて、物差しを変えるということも、もちろん含めて、結果として病床機能のほうのご議論をいただければと思っております。

○鹿取（武蔵村山病院）：県が違えば物差しが違ってきますよね。例えば、急性期の中に救急が入っていて、救急の重症と軽症を分けて、2段階でやっているところがあるじゃないですか。

この前の5月の議論でも、救急のところに関しては、かなりさまざまな意見が出たと思いますが、これに関しては、見直しの可能性とか、救急を少し加味した新しい物差しというのは、わからないということですね。

○千葉課長：それは、いろいろなご議論を踏まえて、当然、必要であれば、基準は変えていきます。

○鹿取（武蔵村山病院）：変える可能性があるということですね。

○千葉課長：もちろんそうです。これが大原則であるというつもりは全くありませんので、これも含めてご議論いただきたいと思いますと思っております。

○鹿取（武蔵村山病院）：わかりました。

○香取座長：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

○香取座長：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。

グループワークに入る前に、その進め方について、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いただきます。

次に、この1つ目の議論をもとに、(2)番として、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」ということでまとめておりますが、1つ目です。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。

今年度策定いたしました定量的な基準は、資料2-1でもご説明させていただきましたが、高度急性期、急性期群と回復期、慢性期群を分ける基準とすること、病床機能報告の回答項目であること、病床機能報告回答時の各医療機関での活用を想定し、できるだけ単純であること。

これら3つを検討のポイントとしております。

また、ICUやCCU等のユニット、周産期医療を提供する病棟等は、必ずしも本基準にはよりません。

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でご説明させていただきます。

班の設定については、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、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、発表役のご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になります。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ホワイトボードのほう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、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。意見交換の際はこちらを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。

○香取座長：ありがとうございました。

次に、東京都医師会のほうからご発言ありますので、お願いいたします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

改めて、定量的な基準について説明させていただきたいと思っております。

わかりにくいと思っております、私たちもなかなかわからなかったのですが、何の話かという、まず、病床機能報告制度というのができて、国は、日本全体の病床、病棟の色分けをしたいと考えたわけですが、皆さん、ご存じのように、病床機能報告制度といいながら、病棟単位でやっていたわけで、その限界を皆さんもわかっているところです。

それを、厚労省もわかっていたので、あとで何をしたかという、去年の8月に、「定量的な基準をつくってください」となったわけで、それが、今の話なんです。しかも、国においては、「自分たちでは決められないから、それぞれの地域でやってください」ということになったわけです。

それに対して、どうしようかということで、今の話になっていますので、これは、あくまでも一つの基準であって、これでいいのかということを我々が考えていく必要があるということです。

大事なのは、この通達でもそうで、先ほど、高橋先生と鹿取先生からご意見をいただきましたが、議論を活性化させてほしいということですので、こちらのグループワークと東京都と語るだけではなくて、グループの中でディスカッションをやっていただきたいというところです。

何を話すかという、自分たちの地域においては、どういう病床があって、どういうものが足りないのかとか、出てきたデータは多いのか少ないのか、本当はどうなのかということを、議論していただきたいわけです。

というのは、実際に出てきたデータが正しいのかそうでないのかというのを、実感としてわかるのは、地域にいる皆さんしかわからないわけですので、その中での印象を、皆さんで大いに語ってほしいと思っています。

繰り返しになりますが、診療報酬とは絶対にリンクしませんし、あるいは、「病床を転換してください」という話には絶対になりません。純粹に、自分たちの病院の立場も離れて、地域として何が足りていて何が足りていないのかということを、どうやったら把握できるのかということを、皆さんで議論してほしいと思います。

ですから、地域全体で議論していただければ幸いです。どうぞよろしく願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

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、お席をご用意いたしますので、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

では、それぞれのグループで活発な意見交換をお願いいたします。よろしく
お願いいたします。

[グループワーク]

○香取座長：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います。
では、まずA班より、3分程度でお願いいたします。

○高木（国分寺病院）：国分寺病院の高木です。

まず地域で不足する医療機能は何かというところで議論しました。それで、
圏域全体での病床数としては適正な感じはあるというような意見が出ていま
した。高齢者医療を長期的に見据えた対応が今後必要だろうということを踏
まえた上でですが、現状で不足感は余りないけれども、やはり回復期が若干不
足しているかなというような意見も出ていました。

ただ、回復期のほうとしましては、回りとかか包括とかということになるか
と思いますが、在宅復帰率とかいった条件が厳しいところもあって、そちらの
ほうにどんどん転換していくことも若干難しいという側面もあるのではない
かという意見が出ておりました。

内科系の急性期については、自宅退院よりも転院のほうが多いという意見、
あと、在宅医療をどういうふうに展開していくのかというのが今後必要なの
ではないかという意見が出ていました。

それと、その地域で不足する医療機能というところではないのですが、配ら
れた資料のほうで、回復期が足りないというような資料が出ていましたが、あ
れは全部パーセントで出ているので、その病床数から見て何%ということなの
でしょうが、実数が出ているとよりわかりやすいのではないかという意見もあ
りました。

○香取座長：ありがとうございました。

では、B班のほう、よろしくお願ひします。

○鹿取（武蔵村山病院）：実は、2番目の定量的基準適用後の再分類の結果というのは3分ほどしか話せませんで、1番のほうはかなり活発なご意見もいただいたということになりました。

不足の医療ということで、急性期も部分的には不足している部分もあるのではないかとということで、例えば、整形外科領域ですね。これは北多摩西部医療圏の中で完結していない部分がありまして、まだまだこれは足りないのではないかとというご意見もありました。

それから、救急ですが、30年度の東京消防庁の要請数が4%増えて、これからもまた増えるかもしれなくて、この要請数がこのまま増えれば、北多摩西部医療圏の圏域内でちゃんと応需できるかという問題はやはりあるのではないかとという意見が出ました。

あと、急性期と分類していいかどうかかわからないのですが、精神科ですね。精神科の共済立川病院には、身体合併症を含む精神の病棟はあるけれども、精神科単科の病院がなかなかないということもありまして、これも圏域全体としては非常に足りない部分ではないかとというご意見が出ました。

今度は回復期ですが、回復期一般に総論としてはあるいはちょっと少ないのではないかとというご意見でしたが、特に緩和の部分と、それからリハビリとかですね。整形の部分もそうですが、リハビリの部分で、いわゆる回復期リハ病棟に該当しない疾患リハの部分で、地域包括ケア病棟が受け持たなければいけない部分が、保険点数上の縛り等々もありまして、なかなかきちんと機能できない可能性がある。本当は必要なのだけれども機能できないみたいなことが起こり得るのではないかとという議論がありました。

それから、特に急性期だけの病院の先生方の中には、例えば、DPCの3になっている方で、本来であれば回復期リハ病棟相当の病院に移っていただかなければいけない患者さんがいる中で、保険点数上は上がりますから、患者さんの負担が増えるということで、なかなかその同意を得られないのですね。

回復期相当の病院に行っていないという現状もあるようで、議論の中で、この地域医療構想は病棟機能のことがベースに来ますが、当然、医療保険

との絡みがありますので、そこを両方で考えていかないとなかなか進んでいかないのではないかというご意見がありました。

慢性期病棟、療養病棟に関しても議論が出まして、慢性期は北多摩西部医療圏は実は足りないのではないかというご意見が出ています。2025年度までの間に26%から20%に減らさなければいけないという目標がありますが、逆に足りていないのではないかという意見がありました。

これは、本当はそういう病棟に病院は出したいのだけれども、特にその区分の問題がありまして、区分1相当の患者さんがたくさんいるのだけれども、これがもう出せないということで、出せない場合には西多摩地域とか埼玉地域までどんどん出さなければいけないということがあって、地域完結が全然できていないのではないかという実情があります。

これもある意味、保険点数上の兼ね合いがあって、区分1という縛りがあるために、こういうことが起きるのではないかという話になりました。

あと、在宅のところ、在宅診療は非常に大事だけれども、特に緩和等々を含めて、医師会に入っていない先生方に地域の実情をわかっていただけない部分があって、例えば、最後の最後に救急搬送されてしまったり、そういうことで、本来であれば在宅看取りができるはずが、そういうふうにはなっていないというようなところも問題があるのではないかというご意見がありました。

○香取座長：ありがとうございました。

今出ました意見に対して、自分の班でも、2つしかありませんが、お互いに何か意見、質問等がありますでしょうか。

きょうはちょっと参加人数が少ないので、もし傍聴席のほうからもご質問、ご意見がありましたら、挙手をお願いしたいと思います。何かありますでしょうか。

では、B班のほうに質問といいますか、例えば、在宅で急に調子が悪くなった場合に、我々医師会、病院も医師会員ですが、在宅をやっている先生も、大々的にやっていけばいいのですが、1人で一人二人診ている患者さんが急に悪く

なったときをお願いするところがないという意見もあるのですが、B班のほうではそういうことに対して、対応はどうされるのでしょうか。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター）：国立病院機構災害医療センターの伊藤です。

多分、在宅へ行くための大前提が、患者さんとお医者さんの関係はあるのですが、それを結ぶにあたって、ほとんど契約ですよ。多分、終末医療に近いところを担ってくださるケースは基本的に契約の形でなさっていますよね。

要するに、「看取りってなあに」というところから入ってくるので、ただ、それが手に負えないときには、例えば、私がお願いしているケースだと、当院にまた頼むぞという形はとっていますので、問題は起こっていないと思います。

急変というよりも、診きれないという場合はあると思うので、それはもう仕方ないので、どうぞという形ですよ。

問題は、うちが出していない患者さんのときのケースは、ここでも問題になっていたのですが、要は医師会さんに入っていないとか、情報がうまく伝わっていないところというものは多々、トラブルにまではいかないですが、くすぶるケースはあると思います。

だけど、人の命がかかっているので仕方ないですよというので、救命の先生たちは診てくださっていますけれども。

だから、最初だと思います。最初というのは、在宅緩和に持っていくときに「在宅医療って何なの」というのをきっちりしゃべっている。こちらも大体勉強していますので、この先生はそういうのはちゃんとやっているねという先生にお渡ししないと、結局は院内の職員が疲弊してしまうので、そこは徹底しています。

○香取座長：ありがとうございました。

何かご意見、ご質問はありますか。よろしいですか。

活発なご議論をありがとうございました。若干ご意見は少なかったようですが、そろそろ時間になりましたので、本日の議論の内容は次回以降の調整会議に活かしていただきたいと思います。

なお、調整会議は情報を共有する場ですので、もし最後にぜひ情報提供を行いたいということがありましたら、もうこの会場の方全員、誰でも結構ですから、挙手をお願いします。特にありませんでしょうか。

一つ、ちょっと意見なのですが、きょうは出席者が、前は3グループできたと思うのですね。欠席者が多いのは場所が遠いからではないかなと思います。できましたら多摩地区で、北多摩西部のどこかで、会場はあると思うので、よろしくお願ひしたいと思って、お願ひをして、マイクをお返しいたします。

4. 閉 会

○千葉課長：香取先生、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、東京都の説明について、追加でご意見、ご要望等がございましたら、資料の最後に「東京都地域医療構想調整会議ご意見」といった紙が、皆さまのお手元にご用意してあるかと思ひます。

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をお願ひできればと思ひます。できましたら、本日より2週間以内にご提出いただければと思ひます。よろしくお願ひいたします。

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場合につきましては、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ひいたします。

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。どうぞよろしくお願ひいたします。

最後に4点目でございます。本日は、各テーブルに閲覧用の地域医療構想の冊子を配布させていただいております。皆さまのお手元の資料はお持ち帰りいただいて結構ですが、この冊子は次回も使いますので、置いておいてくださいますようお願いいたします。

それでは、これをもちまして、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)

□