

〔令和元年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

令和元年6月21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』

〔北多摩南部〕

令和元年6月21日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより北多摩南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、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。A4横型の「東京都地域医療構想調整会議北多摩南部」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北多摩南部会議次第」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枚の用紙がございます。これは、会議終了後、追加でご意見などがある場合は、ご記入いただいて、後日、東京都医師会のほうにご提出いただき、医師会でとりまとめた上で、東京都のほうにご意見をいただく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ので、後ほどのグループワークの際などにご参照いただければと思います。

不足や落丁等がございましたら、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。

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マイクを用意してありますので、そちらをご使用ください。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。東京都医師会の病院担当理事の土谷です。

日中のお仕事のあとにお集まりいただき、どうもありがとうございます。

調整会議については、皆さま、少しずつ「こんなものなのかな」ということがわかってきたかと思います。

ただ、東京はちょっと違いますが、地方においては、人口が減少し、患者が減って、さらに、職員も減ってということで、非常に厳しい話をもしかしたらしているかもしれません。

東京においては、いずれは減るでしょうが、増えている中での話し合いになりますので、地方よりはまだ余裕を持ってお話しできるのではないかと考えています。

きょうの話も、またあとでご説明させていただきますが、自院の立ち位置にとらわれないで、大きな目を持って話していただければありがたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○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。

本日は、お忙しい中、この調整会議に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。

今年度の調整会議につきましては、土谷先生からも今お話がございましたが、地域における病床機能について、実際に何が足りていて何が足りていないのか等について、活発なご議論をいただければと思って、資料等もいろいろ用意させていただきました。

患者さんの病状に合わせた医療の提供ができているかどうか、そのためには何が必要なのかという、医療連携体制につきましても、この北多摩南部の特性を踏まえて、活発なご議論をいただければと思っております。

この調整会議でいただきましたご意見等を踏まえながら、東京都の医療政策に反映させていきたいと考えておりますので、本日は活発なご議論を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。齋藤先生、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

○齋藤座長：小金井市医師会の齋藤です。よろしくお願いいたします。

昨年度のこの会議の際、私はインフルエンザで倒れておりまして、副座長の野村先生にお願いした結果、議論が大変盛り上がったということで、私がいないうほうが盛り上がるのかと思っておりますが、本日も活発なご議論をお願いいたします。

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が3つありますので、よろしく申し上げます。

○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。

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、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でございます。

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。

○齋藤座長：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。

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

○齋藤座長：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はないとございませぬし、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ぬ

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。

○齋藤座長：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。

グループワークに入る前に、もう少し説明させていただきます。というのは、

定量的な基準については、いろいろな意見がありますが、あつてしかるべきか
と思います。そして、どちらかという、否定的なお考えが多いのではないかと
思います。

そのため、もう一度お話しさせていただきたいと思います。資料2-2にあ
りますように、必要量と実際の報告とかなり乖離があります。

これは、皆さんご存じのように、病床報告といいながら、実際は病棟報告に
なっていますから、乖離が出るのは当然だと思います。

それは、厚労省もちゃんと認識していたわけで、その限界を感じて、去年の
8月、先ほど説明がありましたように、定量的な基準を都道府県ごとにつくっ
てくださいということになって、その結果出てきたのが、今回の東京都からの
資料になるわけです。

ただ、このとき、一緒に通知されていたのは、どんな基準であつてもいいの
ですが、議論を活発化させてくださいということでした。

地域のことは皆さんしかわかりませんし、東京都も把握できませんので、皆
さんの感覚でそれぞれの機能について、急性期が足りないのか、回復期が足り
ないのかということなどを議論していただきたいと思います。

そして、そのときに気をつけていただきたいのは、冒頭でもお話しさせてい
ただきましたが、どうしても自院とか自分の立ち位置から離れられないわけ
ですが、できるだけそこから離れて、地域全体の中でどうなのかという、大きな
目で見ただけだったらと思っています。

なお、きょうの話は、診療報酬とは全く関係のない話ですので、そのあたり
をご理解いただいた上、活発なご意見を交わしていただければと思いますので、
どうぞよろしく願いいたします。

○新井理事：東京都医師会理事の新井です。

私からも一言追加させていただきたいと思います。

一昨年、昨年と活発なご議論をいただいてきましたが、本日は、土谷理事が
今申しましたように、定量的基準に基づいて病床機能の過不足についてご議論
いただくこととなります。そして、皆さんのご議論が、今後の病床機能の配分

というものに、意見として反映されるということを、頭の隅に置いておき、ぜひご議論を活発化させていただきたいと思っております。

そして、そのときに考えていただきたいのは、医療の効率化であるとか、患者の流出入ということですので、今は2次医療機関で議論していただいておりますが、周りの圏域についても考えて、ご議論をしていただきたいと思えます。

もう一つ、この地域医療構想調整会議とともに、国のほうでは、医師の偏在の是正計画であるとか、医師の働き方改革ということも推進しております。

そうすると、病床を増床するといった場合には、必ず医師の確保ということがありますが、東京は「医師過剰地域」というふうにされてしまっておりますので、そういうところで、整合性がとれないような状況になっております。

国のほうと日本医師会においては、そこを三位一体で考えるということで、大変難しいことではございますが、そういうことも頭の隅に入れて、ご議論を活発にしていいただければと思えます。

よろしくお願ひいたします。

○齋藤座長：土谷先生、新井先生、ありがとうございます。

大変難しい目標かと思いますが、定量的な基準で2つの指標が出されていますが、これをどうしたらいいだろうかというのではなく、その結果出てきたものをたたき台として、理想とする病床機能分類について話し合っただくということであると、私は理解しておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、これより各グループに入っていただきますが、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、挙手をお願ひいたします。

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えます。活発な意見交換をよろしくお願ひいたします。

[グループワーク]

○齋藤座長：予定された時間が来ましたので、この辺でディスカッションは終わりにさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、A班から順番に発表していただきたいと思いますが、なかなか難しいと思いますが、皆さん百戦錬磨の方々ですから、大丈夫だと思います。よろしく願いいたします。3分程度をめどということですが、これもなかなか難しいですよ。ちょっとオーバーしてもいいですよ。よろしくお願いします。

○山下（吉祥寺南病院）：吉祥寺南病院の山下と申します。

A班ではすごく活発な意見が出ました。この項目に関する部分にちゃんと回答できるかはわからないのですが、まずは、この同じ医療圏でも、その地域によってかなり変わってくるのではないかという意見がありました。

高度急性期の慈恵第三病院さんは、高齢者が増えてきて、サブアキュートということもあるのですが、そのあとの非急性期、回復期、実際そこの出し手がなかなかなく、特に狛江市にはその病院がないということだったので、そのところが足りないので、慈恵第三さんは自分のところでそういう非急性期も持つというようなことも考えていらっしゃるということです。

あと、武蔵野市は、非常によく連携を取れているかなというような意見がありまして、武蔵野日赤さんは高度急性期で救急を普段から受けていただいています、地域包括ケア病床も3病院あるので、ポストアキュートのやり取りもスムーズに行っているのではないかという意見がありました。

在宅の先生から、やはりサブアキュートをどう受けるかというようなところがあるというのと、24時間体制がとれていないところがあるということなので、そこが結局難しいところなのではないかという話があったのと、

あと、私の意見ですが、地域包括ケア病床を始めたけれども、困るケースとしては、緩和ケア病棟がなかなか少なくてというところで、地域包括で受けたけれども、実際に緩和ケアでなかなか受け入れてもらえなくてというところがあったのですが、

すごく参考になる意見としては、桜町病院さんが、在宅の先生と共同診療をして、その患者さんを一緒に見るというようなことを始めていらっしゃるとい

うことなので、そういうところで在宅の先生たちが受け手になっていただけると、そういうすみ分けもスムーズに行くではないかという意見がありました。

2番目の定量的な基準適用後ということですが、北多摩南部は、高度急性期、急性期という分け方のところは置いておくとする、平成30年度の基準適用後と2025年の必要量としては、急性期と非急性期はほぼ数字は一致しているのではないかと、病床機能としてはいいのではないかと、というのがありましたが、やはり非急性期のほうですね。

急性期のほうの流入は多いですが、慢性・非急性期の流出が多いというところがあって、意見としては、それは東京都全体で考えてもいいのではないかと、というようなところと、やはり高齢の方が増えるのだから、この圏域で考えなければいけないのではないかと、というような意見があって、そこも非常に難しい問題だと思いますが、そういう意見が出ました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、Bグループ、お願いいたします。

○小川（調布東山病院）：調布東山病院の小川です。

まずは、必要な病床機能というところで、医師会の診療所の先生側のご意見として、現時点で急性期の患者、具合が悪くなった患者さんを受けていただけないというようなことで困ることはないのではないかと、というご意見がありました。

一方、病院からとしては、何に困っているかというところでは、救急車を受けておられる大病院の高度急性期の先生方のほうは、受けたはいいいけれども、何度も何度も心不全なんかで入退院を繰り返す方とか、ある程度の治療が終わって、連携の努力をして、地域の病院とかにお返しできない何割かの患者様がそのまま病院に残ってしまっていて、あるいは大変遠いところの病院に行っていたくお話をせざるを得なく、ご家族との間で大変苦勞するというお話がありました。

そこには、何度も入退院を繰り返すような心不全の、いわゆる終末期のような患者さまは、できれば救急搬送も含めて、在宅の先生とか地域の病院とかが

引き受けてくれるとありがたいというお話という意味では、必要な病床機能という意味では、在宅とサブアキュートという形に多分なると思うのですが、この回復期という言葉が恐らくいわゆるサブアキュートの患者さまを受ける病院ということだと、そこが足りないのではないかと。

一方で、サブアキュートを受けるような病院や、あるいは中小規模の急性期の病院のところに、では果たしてどのぐらい救急車が来ているのかというところでは、もしかしたら夜間のマンパワーの少ないところは大きい病院の先生方にちょっとお力をいただいて、昼間にどんどん連携を通して患者さまをお引き受けするところを、少し地域の病院が、サブアキュートよりもうちょっと手前の急性期でも頑張って引き受けられると、またちょっと違うのではないかとというようなお話がありました。

という意味で、やはり回復期というよりサブアキュートが不足しているのではないかとということと、あと在宅のほうが、特に特殊な疾患、例えば、心不全のコントロールをしたいとか、あるいは、がんの治療、麻薬処方が必要なところでは、在宅の先生でがんの特化した在宅の先生もおられる地域もあるみたいで、特に困っていないという意見もありますが、一方で、いなくて困っているという意見もありました。

定量的な基準適用後の結果のところは、余りそこまで議論を深めることができなかったのですが、やはりサブアキュートはちょっと、急性期で受けたあとの少し焦げついた患者さまを、焦げつく前に地域の病院に戻せる病院が少ないということで、一応まとまったように思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、Cグループ、お願いいたします。

○長倉（武蔵野陽和会病院）：武蔵野陽和会病院の長倉です。

最初の、普段感じる地域での必要な、不足する医療機能は何か、これはインプレッションとして皆さんから出たのは、やはり北多摩南部全体に言えることで、慢性期では、近くでなかなか病床が得られない、見つからないということ

がしばしばある。これが一番普段感じるものではないかという意見がありました。

それから、病床機能報告結果との整合性の話ですが、この基準適用後にすると、北多摩南部では、回復期、慢性期ということで合わせると、2025年のと比較的近い数字が実際出ています。

これは、その制度設定がどうなのかという、今まで病床機能報告としては回復期が12%しかないですが、実際に判定してみると31%と出ています。これは、皆さん十分ご存じだと思いますが、恐らくこの病床機能報告で回復期というのを出しているのがほぼ回復期リハの病棟ではないかと思われます。

僕は全部見たわけではありませんが、実際にはどの病院でも回復期に相当する医療支援しか投入していない病床というのは、当然存在するわけですから、そういうものを換算すれば、基準適用後という数字に現実になってくるということです。

これを合わせれば、それに該当する病院はもう見ついているわけですから、そこに申請し直してくださいと言えは終わりなのだという意見も出て、私もそう思いました。

それから、皆さんのご意見として、きょうは5病院の先生方がおられるのですが、それぞれ急性期、回復期、慢性期、全部そろっているところと、2つのところがありますが、それぞれ微妙なご苦労がおありだということです。

やはり一番それぞれの機能に分かれている理由というのは、それぞれ要求されるものもありますが、現実にその病院へどうですかというのがおられて、何を得手とするかということによっても、もう来年から変わってくる可能性も当然存在するわけです。

そういうふうに比較的、大きくても276床、少なくとも100床ちょっとの病院がきょう集まられているので、そういった人的資源による実際の動きがそちらに引っ張られていってしまうということが、かなり存在するはずですので、相当流動的だろう。

ですから、たがをはめてやって、表向きはそういうふうに回復期と言っても、先ほどいろいろな制約はありませんと言いましたが、中身は全部ごちゃごちゃですというのが結局は現実かなというふうな話もありました。

それから、先ほど言いましたように、病床機能部分で将来のための必要部分としても、回復期と慢性期はほぼ満たしているのではないかということは、表に出ているとおりです。ただ、現実的には慢性期の数が不足というのは実感されているということも事実だと思います。

あと、幾つか意見が出た、追加意見としては、診療所の先生方から見れば、やはり急性期の病院がずっと受けてくれるというのが一番大事なのだということが一つ、それから、ただ、地域包括ケアとかそういうところにサブアキュートで入っても、今度は何か月で帰れと言われるわけですね。そこでまた苦勞されるということで、そういう連携がなかなか難しいということは実感されているということです。

それから、薬剤師会の先生からは、薬の情報の共有がやはりまだまだ不足なので、東京都が構想しているネットワークとか、そういうものが早く発展して、患者さんの薬品情報とかが共有化されればよいという意見もございました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

さまざまなご意見が出てきましたが、ほかの班のご意見に対して、何かご質問、ご意見等あればお願いします。なかなか難しいと思うのですが。

いらっしゃらないようですね。

野村先生、何かございますか。

○野村副座長（東京都病院協会）：東京都病院協会として出ております、野村病院の野村です。

感じたことが3つあるのですが、1つは、きょうのグループワークの目的は、資料3の1番目の共通認識を深めるということですが、やはり共通認識を深めるためには、この40分でというのは限界があると思います。

ですので、これを提案できるかどうかわかりませんが、できれば同じメンバーで、この調整会議を補完するようなグループワークの会をつくって、やはり同じメンバーである程度議論を継続していかないと、1年に2回ないしは3回の調整会議でグループワークでは間違える危険があると思います。

まず、病院同士の中での議論もそうだし、ここに診療所やほかのいろいろ行政とか入るとなると、共通認識を得るのにはどうしても時間がかかりますから、何らかの形で同じメンバーでこの議論を継続していくということが必要なのではないかと考えます。

もう1つは、いかにも乱暴な定量的基準というものを出してきて、これに対してどんどん意見を出してほしいというのがねらいでしょうが、現状からいきなり定量的基準に持っていくというのは、やり方としてはすごく無理があると思います。

やはり現状を踏まえてということになると、例えば、病床機能別の病床稼働率とか、ここに言う病床機能というのは医療資源の投入量ですから、平たく言えば単価でしょうが、そういったものを参考にしながら、病床稼働率がそんなに高くないとか、ある程度それが満たされているならば、そこに行くまでに、それをある程度踏まえて考えていく。定量的基準に持っていくだけではなくてということが必要だと思っています。

3つ目は、慢性期のこともきょう話がありましたが、慢性期の議論のときには、どうしても慢性期病棟だけではなくて、今度は在宅医療と一緒にやっていかなければいけませんから、在宅医療の提供量についても、やはりこの地域のデータをぜひ提供してもらって、それを踏まえながら議論するということが必要だろうと思います。

市の福祉健康部の方の意見は非常に説得力があると思いますが、やはり慢性期になると、印象ですが、かなり西多摩のほうに移る人が多いという現状を考えると、この必要量というのは必要量以上に必要なのではないかとことです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

これはまとめなければいけないのですか。私の力ではとてもまとまらないと思いますが。

不足している病床というのはこのグループもほぼ一緒に、病床機能として、今度、定量的基準というのはかなり乱暴な分け方ではないかと、野村先生からのお話も今ありましたが、これは試しにやってみたということですよ。

それで、それをたたき台としてどうだろうかということですが、この地域では、その基準でやると比較的いい結果が出たけれども、そのいい結果自体がいいのかどうかということも、またちょっとわからないというようなところですね。

あと、もう少し頻回にこのグループでこういった方々が集まって、病床機能あるいは医療構想をどうしていくのかということをお話合ったほうがいいのではないかとのご意見もあったかと思えます。

そんなことでよろしいでしょうか。

ちょうどお時間が来ました。皆さん、大変活発なご議論をありがとうございました。

なお、この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方がいらっしゃいましたら、お手を挙げてください。

特にございませんか。

では、本日予定した議事は以上ですので、事務局のほうにお返ししたいと思います。ありがとうございました。

4. 閉 会

○千葉課長：齋藤先生、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、追加でご意見等がございます場合には、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という紙にご記入いただきまして、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週間以内にご提出いただければと思います。よろしくお願いたします。

2点目、今後、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思っております。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。冒頭でも申し上げましたとおり、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)

□