

平成30年度第1回
東京都保健医療計画推進協議会
会議録

平成31年3月25日
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○千葉計画推進担当課長 何人か委員の方はお見えになっていらっしゃる方もいらっしゃるんですけども、定刻となりましたので、ただいまから、平成30年度第1回東京都保健医療計画推進協議会を開会させていただきます。

本日は、委員の皆様方には大変お忙しい中、また遅い時間にもかかわらず、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、会議資料の確認でございます。本日の会議資料、次第をごらんください。次第の下側に、四角で囲ったところに配付資料を記載してございます。資料が資料1から資料10まで、参考資料といたしまして、東京都保健医療計画の冊子ですね、こちらを皆様のお手元に配付させていただいております。資料、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。

次に、本日の会議でございますが、資料2の東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9に基づきまして、会議、会議録及び会議に係る資料につきましては、原則として公開となっております。ただし、委員の発議により出席委員の過半数で議決した場合には、会議または会議録等を非公開とすることができます。本日につきましては、公開といたしたいと思いますが、いかがでございましょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○千葉計画推進担当課長 それでは、本日は原則どおり公開とさせていただきます。よろしくお願いたします。

また、本日の会議、速記、議事録をとりますので、ご発言の際には申しわけございませんが、マイクを使いましてご発言をお願いいたします。お手元というか、ちょっと先のところに銀色のボタンが二つ並んでおりまして、右側のボタンを押していただきますと、マイクのここの部分が赤くなりますので、こちらがオンになっていることですので、もう一回押しますと切れますので、押してからご発言をお願いいたします。多少離れていてもマイクは拾うと思いますので、よろしくお願いたします。

続きまして、今回の協議会は新たな任期となりますので、委員の皆様全員をご紹介させていただきます。

お手元にお配りしております資料1、東京都保健医療計画推進協議会委員名簿、こちらに基づきまして、名簿の順番に私のほうからご紹介させていただきます。

私のほうでご所属とお名前を申し上げますので、大変恐れ入りますが、ご起立をお願いいたします。

それでは、ご紹介いたします。

国立社会保障・人口問題研究所所長、遠藤委員です。

日本医療機能評価機構執行理事、橋本委員です。

東京医科歯科大学大学院教授、河原委員です。

東京慈恵会医科大学名誉教授、田嶋委員につきましては、本日もご欠席のご連絡をいただいております。

社会福祉法人至誠学舎立川、児童事業本部至誠児童福祉研究所副所長、島田委員です。

日本社会事業大学専門職大学院教授、井上委員につきましても、本日もご欠席のご連絡をいただいております。

東京都医師会副会長、猪口委員です。

東京都医師会理事 渡辺委員です。

東京都病院協会常任理事、竹川委員につきましては本日もおくれて、すみません、申しわけございません。失礼しました。すみません、大変失礼いたしました。

次に、東京精神科病院協会常務理事、長瀬委員です。

東京都歯科医師会理事、山本委員です。

東京都薬剤師会副会長、永田委員です。

東京都看護協会専務理事、渡邊委員です。

公募委員がお三方いらっしゃいます。

お一人目、公募委員で西川委員です。

公募委員お二人目、本田委員です。

公募委員3人目、外池委員です。

次に、東京都国民健康保険団体連合会専務理事、加島委員です。

東京都老人クラブ連合会常務理事・事務局長、吉井委員です。

東京都社会福祉協議会総務部長、竹内委員です。

日経BP社、日経ドラッグインフォメーション編集長、佐原委員です。

特別区保健衛生主管部長会（品川区健康推進部長兼保健所長）、福内委員です。

東京都市福祉保健主管部長会（東久留米市福祉保健部長）、内野委員につきましては、本日もご欠席のご連絡をいただいております。

西多摩郡町村保健衛生課長会（瑞穂町健康課長）、福島委員です。

島しょ町村民生部会（神津島村福祉課長）、藤井委員につきましても、本日もご欠席のご連絡をいただいております。

東京都多摩府中保健所長、田原委員です。

東京消防庁救急部長、森住委員につきましては本日もご欠席で、代理といたしまして、江原救急部救急医務課長にご出席をいただいております。

委員の紹介は以上でございます。

なお、東京都側でございますが、事務局である医療政策部のほか、関係職員も出席させていただきます。どうぞよろしくお願いたします。

次に、協議会、新たな任期でございますので、まず座長を選任していただく必要がございます。

資料2、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第5の2にございますとおり、本協議会の座長は委員の互選で選出していただくことになっております。どなたかご意見はございますでしょうか。

はい、猪口委員、お願いします。

○猪口委員 座長には保健医療政策に造詣の深い橋本委員に、引き続き、東京都保健医療計画のこの協議会の座長をお引き受けいただければと思います。よろしくお願ひしたいと思ひます。

○千葉計画推進担当課長 ただいま、猪口委員より、座長に橋本委員をというご提案がございましたが、いかがでございましょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○千葉計画推進担当課長 それでは、橋本委員に座長をお願ひしたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、まず最初に、座長に選出されました橋本座長から一言ご挨拶いただければと思ひます。

○橋本座長 引き続き座長をさせていただくことになりました。造詣が深いかどうかはよくわかりませんが、長いことやっていますので多少ニュアンスはわかる、そのことで弊害もあるのかなというふうに思ひますけれども。

前期のこの協議会は、結構大変な大きい仕事をしたと思ひます。保健医療計画をつくり、それと附帯して、その前から地域医療構想というのをつくり、それから、特に地域包括ケアに向けた、いろんなことを議論したというふうに思ひます。それが計画としてどのように動いていくかというのは、今期の仕事かなというふうに思ひております。頑張りたいたと思ひますので、どうぞご協力よろしくお願ひいたします。

○千葉計画推進担当課長 橋本先生、ありがとうございます。

では、以降の進行につきましては、座長の橋本先生にお願ひしたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○橋本座長 それでは、私はこれから座長をしたいというふうに思ひます。

会議次第に従ひまして進みたいというふうに思ひます。

まず、副座長の指名をしなければなりません。資料2の設置要綱の第5の2にございますけれども、副座長は座長が指名することになっております。

副座長には、引き続き河原委員にお願ひしたいというふうに思ひます。いかがでしょうか。

(異議なし)

○橋本座長 よろしゅうございますか。ありがとうございます。

それでは、河原委員、よろしくお願ひいたします。一言ご挨拶をお願ひします。

○河原副座長 引き続き副座長を務めさせていただきます、河原でございます。

橋本座長を補佐し、会の円滑な運営に努めてまいりたいと思ひますので、ご協力のほ

ど、よろしく願いいたします。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、議事に移りたいというふうに思います。

本日の議題は4点ございます。次第に書いておおりであります。

まずは、第1番目の議題であります。第7次東京都保健医療計画の進捗管理の様式についてということであります。

事務局から説明をお願いします。

○事務局 それでは、資料3をごらんいただければと思います。

保健医療計画の進捗管理・評価についてということで、昨年度、協議会の委員の皆様にご協力いただきまして、第7次の東京都保健医療計画を策定したところでございます。

これまでも6次計画でも進捗管理を行ってきたところですが、第6次の東京都保健医療計画から、まず、5疾病5事業在宅に関して評価指標を設定いたしました。昨年3月に設定した7次計画で、評価指標と具体的に記載してある取り組みとどう結びついているのかが今までわかりづらかったので、そこについてわかるようにひもづけをしたり、評価指標の設定を、5疾病5事業在宅以外の一部の疾病事業にも拡大したというところでございます。

具体的にどの項目に指標があるかというのは、資料3の2枚目のほうに、目次の横にマルバツが書いてありますので、そちらをあわせてごらんいただければと思います。

ただ、これまでの進捗管理・評価に関しては、所管の自己評価になっているのではないかというご意見ですとか、やや形骸化しているのではないかといったご意見もございました。そこで、第7次の東京都保健医療計画より、進捗管理・評価の方法を見直して実施していきたいと考えております。

保健医療計画の構成ですけれども、これはある疾病事業の構成例ということで真ん中に書いてありますが、課題があつて、それにひもづく取組が一つ、または二つ以上あつて、またそこにさらに指標があつてというような構成になっております。

評価の仕方ですけれども、指標を設定しているものに関して、指標はA、B、Cで評価をしていきまして、取組に関しては、その取組にひもづいた事業の実績を記載していくという形で行えればと思っております。

5疾病5事業在宅に関しては、これは今回からの新しいご提案なんですけれども、疾病事業単位、例えば、がんですとか、心血管疾患、脳卒中、そういった疾病事業単位、項目単位での総合評価も行えればというふうに考えているところでございます。

指標未設定の疾病事業に関しては、従来どおり取組の事業実績のみで進捗管理をしていきたいと考えております。

進捗管理の流れですけれども、お手元に保健医療計画の冊子があると思いますが、こちらの60ページと61ページもあわせてごらんいただければと思いますけれども、東京都では各疾病事業ごとに、さまざまな協議会を設置してございます。ですので、少な

くとも5疾病5事業在宅に関しましては、各疾病事業の協議会等でまず評価内容について検討して、それを踏まえた上で、東京都の保健医療計画推進協議会でその評価結果を報告して意見交換をする。その評価結果を踏まえまして、適宜、指標や計画を見直していくというような流れでやっていきたいというふうに考えているところでございます。

それから、資料4が様式になるんですけども、A3で4枚ホチキスどめになっているんですが、上の2枚が5疾病5事業在宅用で、後ろの2枚がそれ以外の事業の様式になっております。

まず、1枚目をごらんになっていただきたいんですけども、記入例で心血管疾患ということで入っておりますが、一番左上のところの総合評価が、先ほど申しました今回からの新たな試みとして、疾病事業全体の総合評価をA、B、C、Dのいずれかの評価でつけるという形で考えております。

その下の課題と取組、ここは保健医療計画に書いてある課題と取組をそのまま転記して、単にわかりやすく書くといったような項目欄になっております。

その下が、各指標の達成状況ということで、各保健医療計画に記載してある指標について、指標と策定時と目標値と、それから、実績を記載して、右から二つ目の項目欄に達成状況とあるんですけども、こちらにAからDまでのいずれかで評価をするというような形で考えております。

評価基準については、この様式の右上にありますとおり、Aが達成している、Bがおおむね達成している、というような形で考えているところでございます。

それから、2枚目ですけども、各課題と取組があって、その取組に結びついている、取組を行うための具体的な事業に関しまして、その事業の概要と実績を記載していただく様式になっております。

それから、3枚目が5疾病5事業在宅以外で指標のある項目についての表でして、5疾病5事業在宅以外は個別の個票ではなくて、一覧表の形式で、一番左側に項目名、医療人材等とリハビリテーション医療が例で入っていますけれども、指標を一覧でずらっと書いていくような形で考えております。こちらについてもA、B、C、Dで評価するような形を考えております。

そして、最後4枚目が、こちらは5疾病5事業在宅以外の事業実績を書くもので、こちらでも個票ではなく一覧表形式で記載するというものを考えております。

こちらの様式を使いまして、来年度から進捗管理を本格的に行っていきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

○橋本座長 よろしいですか。

今、事務局から説明がありました。なかなかわかりにくいかなというふうにも思いますが、ご意見をいただければというふうに思います。

これはやってみなければわからないというところは、確かにありそうですねという感じはしますけれどもね。

はい、どうぞ。

○永田委員 薬剤師会の永田でございます。

今回から総合評価を取り入れられるということで、これは指標としておもしろいと思っておりますが、例えば、資料4のBと評価された根拠となる各指標の達成状況には、Cがまじりますよね。ということは、何をもって総合評価のBの基準にするのかという根拠は明確に示すのでしょうか。

○橋本座長 事務局。

○千葉計画推進担当課長 総合評価のところは資料には書いてないんですけども、大体、A、B、C、Dの平均を集計して、これぐらいになるかなというのが総合評価というところだとは思いますが、それぞれ、その下の各指標の達成状況につきましては、数値であるもの、それから、数値でないものというのは、それぞれいろいろあるかと思えます。

おおむねですけど、目安として、大体数値であれば5%程度、目標値に近づいたということがあればA評価ぐらい、そういうふうな目安で今は考えております。

○橋本座長 はい、どうぞ。

○永田委員 ということは、あらかじめ目安というものは、どこかに示すという考え方でよろしいのでしょうか。それとも、示さずに、それについてはおおむねという判断をしていくという総合評価でよろしいのでしょうか。

○千葉計画推進担当課長 目安ですので、目安については、そうですね、示したいとは思っておりますけれども、それだけによらないこともたくさんあると思うので、目安は目安として、そのほかの取り組みも総合的に考えて、各疾病事業ごとの協議会等々でご検討いただきたいというふうなお願いになると思えます。

○橋本座長 なかなか難しいですね。そうは言いながら、お互いに何か見えないものを議論しているような気がしますけれども。

僕、評価機構というところにおいて、病院を評価している、そういう構造、評価方法をつくっているほうの人間なんですが、なかなか難しいというのは結論なんですが、例えば、今、ご指摘の資料4ですかね、下のほうの表で、1個でもCがあるとどうなんだという議論はありますよね。

恐らく、この全体の構成の中で、このCがついたところが、この全体の構成をうまくリードしていくためにとっても致命的であれば、幾ら上がBであってもCなんだろうなというふうに思いますが、そこは、そういう判定をせざるを得ないと思えます。

この例で言うと、余り大したことがないからBなのかなと思ったりもしますが、そういう。しかも、全部が数値じゃないので、なかなか難しいところがありますね。また、数値にすると、また難しいところもあって、結局、目標値の立て方次第でしょうという話になっちゃうんですね。難しく、なかなか、そこは……。

はい。

- 猪口委員 資料3の一番下のところで、この総合評価をしていくところですが、各、この先ほどの保健医療計画のほうの60ページ、61ページのところで、協議会があって、それぞれ総合評価をこの推進協議会のほうに出していく前に、多分、評価するんだと思うので、なぜ、この指標でその総合評価はこうなるんだというのを明確にしてほしいですね。それぞれの指標の評価のその比重みたいなものとか、こう考えるんだとか、その前段階のところで、こういう協議になったんだということを明らかにしていただければいいのではないかなとは思いますが。
- 橋本座長 今、ご指摘のように、現段階でそれぞれの担当している協議会がそのように判定しているので、そのことをしっかり我々に伝えていただければいいかなという話だと思いますけど。
- どうぞ。
- 竹川委員 病院協会の竹川でございます。
- 評価が所管の自己評価になっているということなので、これは例えば第三者の機能評価とか、医療機能評価機構とか、そういうところもいいかもしれないんですけども、第三者で評価してくださるようなところというのは、まだ考えていらっしゃらないでしょうか。
- 千葉計画推進担当課長 もともと、その自己評価になっているというのは、これまではいわゆる我々事務方のほうが作成して、ダイレクトにこの協議会にお諮りしていたというところがあるので、それはちょっと自己評価になっているんじゃないかということで、今回からは、各疾病事業別の協議会のほうでお諮りをしてご検討をいただくということで、そちらの協議会のほうは、委員は全て外部の専門家の方々に構成されておりますので、そういうところでご確認をいただく、ご検討をいただくというふうなことを目指しております。
- 橋本座長 ごめんなさい、ちょっとコメントさせてください。
- 仮に、外部のあれでも、結局、資料は中から上げてもらわなきゃいけない話になりますので、なかなか難しいですね、そこはね。堂々めぐりみたいな議論になりますけども。
- お手を挙げた方がおられると思いますが。
- 西川さん、どうぞ。
- 西川委員 ちょっとすみません、基本的な質問で申しわけないんですが、5疾病5事業在宅以外のもので、この評価の対象になっているもの、それから、対象になっていないものというのは、どの辺に基準があるのでしょうか。
- 事務局 もともと国のほうで、5疾病5事業在宅については、その状況を確認するための指標が示されておりまして、それに基づいて設定をしているんですけども、7次計画をつくるときに、それ以外のものについても、一応、その指標が設定できるかどうかというのは、各担当のほうで検討していただきました。

なかなか、やはり指標というものを設定するのは難しいという結論になったところもありますので、そういったところについては、指標の設定は見送ってはいるんですけども、どうにか設定ができるといった事業に関しましては設定をしているというところで、各担当ですとか、専門の先生方にご検討をいただいた上での結果となっております。

○西川委員 ありがとうございます。ここで指標のところにはバツがついているものも幾つかありまして、その中でもちょっとこれはご検討いただきたいなというものが幾つかありましたので、今後、よろしく願いいたします。

○橋本座長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

この評価の方法って、行政がいろんな計画を立てて評価をするというのは普通になってきていますけれども、このような評価というのは、例えば、高齢者保健福祉計画だけ、高齢者のほうの計画、ああいうのでもやっているんですか、東京都は。

○千葉計画推進担当課長 すみません、ちょっと所管が違うのであれなんですけど、やっているとは思いますが。

○橋本座長 同じような方法ですか。

○千葉計画推進担当課長 方法まではちょっとわからないんですけども、何らかの指標に基づいて、何らかの評価はしていると思います。

○橋本座長 そっちのほうは割に行政計画なんですね。つまり、各市町村が介護保険の事業主になって、それなりに目標を立ててこのくらいできましたと、ある種の行政の評価みたいところがあるんですけども、保健医療計画って行政がかかわるところもあるけれども、ほかの団体が努力してやっていく、いわば、社会計画という意識体がかなり強いわけですね。

そうすると、評価をしたときに、どこの部分を評価しているのかというのは、なかなか難しく、いつも評価をすると何か不全感が残るという状況がある。だから、その辺は意識していかなきゃいけないと思います。単純に限られた予算の中でどのくらい執行できたかというのは、ある意味、大きい目的からいうと結構乖離していることが多くて、だから、行政の自己評価じゃないかという批判もそこから出てくるんですけどね。それはそれで、またちょっとそのことを切り分けながら、見ていく必要があるかなというふうに思います。

ほかはいかがでしょう。

はい、どうぞ。

○本田委員 公募委員の本田です。

先ほどの西川委員のご質問とちょっと関係しますけれども、指標にバツ印がついているかという観点で、第3章の健康危機管理体制の充実というところ、ここは指標が全部バツになっています。

健康危機管理、例えば感染症、医薬品、食品の安全、アレルギーなどというのは、命にもかかわる状況というか、重要な点になると思うのですが、指標がバツになった理由

と、なぜ定量的な指標も設けなかったのかと、そのあたりの背景をちょっと教えていただけますでしょうか。

○橋本座長 いかがですか。

○事務局 なかなかやはりこれまで指標を設定していなかった分野に、いきなり指標の設定をすることは結構難しいといえますか、やはり指標を設定するにしても、まず、どういった指標がいいのかということから始まって、どの値がいいのかということですか、高齢とか障害ですと、別に高齢計画、障害計画もあったり、健康危機管理のほうですと、今だとアレルギーの計画もあったりするんですけども、健康危機管理のところは、今までそういったきちとした指標みたいなものを設定しているものが余りなかったということもございまして、限られた検討期間の中で指標の設定をお願いしてもは難しかったというところがございました。ですので、健康危機管理のところは全て指標は見送りという形になっております。

それから、目標値が数値目標でないものが多いというのは、じゃあ、一体幾つだったから十分なのかということの置き方がなかなか難しく、例えば達成しやすい値に設定してしまいがちだったりというところがありますので、そういった議論の中で、結果としては、目標値というよりは、その目指すべき方向性というような形で、上がるですとか、増やすとか、そういった形での設定に結局は行き着いたということです。当然、昨年度策定するとき、できれば数値目標でということをお願いしてはいたんですけども、検討した結果、やはり今回はこうなったというところでございます。

○橋本座長 どうぞ。

○本田委員 ありがとうございます。民間というか、企業の目線からすると、その目標を立てたときに数値目標が立たないということは、基本的にはあり得ないと思います。多分、初めて設けるといのは非常に難しいといのは、私としても理解ができるのですが、例えば、現状をベンチマークして、そこから改善というような形で目標値を定めるというようなことをしていただければと思います。また、数値目標が甘いのか厳しいのかといのは、いろんなところで出てくると思うんですけども、それをまた次の期というか、次の段階でよくしていくというような方向考えていただくことが可能であれば、ぜひ、ご検討をいただきたいなというふうに思います。

○橋本座長 ありがとうございます。

ほかはいかがですか。よろしいですか。

では、また後で、包括的にあればご意見いただければというふうに思います。

それでは、2番目の議題に行きたいと思います。

地域医療構想調整部会の開催状況報告であります。事務局、お願いします。

○事務局 それでは、資料5のほうをごらんください。

本協議会の部会であります地域医療構想調整部会の開催の状況について、簡単にご報告をさせていただきます。

今年度は2回開催しております、1回目が9月3日に開催しております。

議事の内容としましては、平成29年度の病床機能報告の結果、それから、13の各圏域で行いました地域医療構想調整会議の開催結果、それから、後ほどこれについては詳しくご説明しますが、定量的な基準について行ったところでございます。

それから、2回目は2月19日に行っております、在宅療法ワーキングの開催結果ですとか、地域医療構想調整会議の2回目の開催結果、それから、来年度の調整会議の進め方について行ったところでございます。

2回目の地域医療構想調整会議の中で、病床配分を行うことが可能な圏域に関しましては、病床配分を希望する医療機関の方に、地域医療構想の調整会議にご出席をいただきまして、病床の整備計画等についてご報告をいただいたところでございます。

それについて、どういった意見が出たのかというものについて、資料6のほうにまとめてございますのでごらんください。

まず、病床配分の仕組み等に関するご意見としまして、圏域の中の区市町村別に優先配分を行ったほうがよいのではないかとといったものや、急性期ですとか回復期といった病床の機能別の配分を求めるようなご意見、それから、申請者による地区医師会との事前調整の不足に関するご意見ですとか、申請者に地元自治体への事前の情報提供や調整を求めるご意見、あとは、段階的な病床配分を求めるご意見、それから、一度に多くの病床が配分されることによって出る地域への影響を懸念するようなご意見もございました。

それから、下のほうは、個別の医療機関についても、いろいろとご意見をいただいたところでございます。

その中で、大体は地域医療構想調整会議の中で、地域の方を含めて合意といいますか、理解を得られたというところではあるんですけども、南多摩圏域の八王子市内にあります南八王子病院の病床申請に関しましては、地域との調整が不足していたところもございまして、少し時間をかけて調整をいたしましたので、その経過等について資料7のほうでご報告いたします。

大体の経過ですけれども、昨年11月20日に南多摩の調整会議を行いました。南八王子病院の方にご出席いただきまして、124床の増床を希望するというところでご説明をいただいたところでございます。

その後、2月15日に東京都医師会で、八王子市医師会、それから、南八王子病院等の関係者が集まりまして、意見交換をしております。

その結果、3月6日に地域医療構想調整会議の八王子市の関係者の方にお集まりいただきまして、八王子分科会ということで臨時に開催をいたしました。ここで南八王子病院のほうから、当初124床の増床希望だったところを74床に減らして申請すると、申請内容の変更についてご説明があったところでございます。

八王子分科会で出た意見等についてですが、地域から出された意見といたしましては、

74床の増床で合計で150床となることで、周辺病院への影響が懸念されるといったことですか、あとは、地域の病院からの看護師さんの引き抜き、それから、南八王子病院はこれまで地域や八王子市医師会との連携に消極的だったということで、医師会活動を初め、地域との連携・協力体制が築けるのかといったご意見がございました。

それを受けまして、南八王子病院側からのご意見としましては、八王子市医師会等と相談しながら、地域の需要に応じて病院の運用をしていきたい、法人が運営する学校や病院から看護師の確保をする、それから、これからは八王子市の医師会に加入して連携しながら、医師会事業に参画していきたいというご意見があったところでございます。

ご報告は以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

地域医療構想調整部会なるものがよくわかってない委員もおられるかと思えます。この計画書の51ページに絵が描いてありますので、それを参考にさせていただければと思います。

地域医療構想、地域で医療のことをちゃんと考えなさいよという話があって、地域ごとに構想会議ができて、いろいろ問題の議論がされていって、それを全都で考えなきゃいけないような問題だとか、あるいは、その区域ごとの進捗状況みたいなものをある程度見ていなきゃいけないところがあって、それが部会です。この協議会の下にあるという、その報告ということです。

今、ご報告があったのは、地域の中でこういう問題があって、こういうふうに議論されましたよという話が報告があったと、そういう絵柄です。

これに関連している委員の方もおられると思えますので、ぜひご発言いただければと思いますけれども。

はい、お願いします。

○猪口委員 調整部会の部会長をやっていますので、私、猪口のほうから。

調整会議は、その調整会議でこの病床が配分された結果としてではなくて、配分される予定のその病院の計画が発表されたのは、今回が初めてです。いつもその病床に関しては、結果のみが我々医療機関、それから、ほかにも周知される場所なんですけれども、配分される前から話し合っただけということで、今回、いろんな調整会議で議論になりました。

この八王子の件に関しては、南多摩というところの構想区域の調整会議だったわけなんですけれども、ここの南多摩の必要病床数を考えたときに、病床機能報告で見ると、この南八王子病院が申請しているものは療養病床だったんですけれども、南多摩の領域においては、一応、病床報告とその必要病床を比較したところ、療養病床が多い地域であったと。そこに療養病床の申請をしたものですから問題となったんですけれども、これは八王子の医師会、それから、八王子の医療機関も療養病床に関してはもう過剰なんだという、その必要病床そのものをうのみにする話ではないし、それから、病床報告をうの

みにするものではなくて、八王子のその現存する今やっている医療機関たちが、療養病床はもう非常に要らないんだと、過剰なんだという意見がたくさん出たということが一つあります。

それから、この南八王子病院さんに関しては、その調整会議の本質的というんでしょうか、調整会議をやっていくためには、互いに医療機関がいろんな意見を交換しなくてはいけないというところにあって、地元の医師会、地元の医療機関、それから、八高連とって、あそこの場合は非常に連携が進んだ地域なんですけれども、そこと一切関係しないで来たという歴史が何年間もございまして、かなりそれで問題になったんですね。そこで、この話し合いが持たれて、こういう結論を得たというのは、ある意味、調整会議の機能が果たされたというふうに思っています。

これを機会にしまして、南八王子病院さんは医師会に入って、そして、医師会、周りの医療機関と話し合いを今後は持ちながら運営していくということになりましたので、大きな成果が出たと思っております。

私は、東京都医師会の立場で、医師会に入ったことがよかったというふうに言っているかもしれませんが、そういうふうに聞こえるかもしれませんが、医師会というのは、全ての医療機関が所属している話し合いのプラットフォームだと考えておりますので、別に会員がふえたから喜んでいるということではなくて、やっぱり、そういうプラットフォームに以前から乗っていてくれればよかった話なんだろうなと思いますけれども、こういう経過であります。経過とともに成果があったことを報告させていただきます。

○橋本座長 ありがとうございます。

ほかにご意見はありますか。

お願いします。

○田原委員 多摩府中保健所の田原と申します。地域医療構想の調整会議に保健所としても出させていただいておりますので、一言ご意見をとって述べさせていただきます。

今回の八王子の件ということだけではないんですけれども、後でもご説明がございまずと思うんですけれども、多摩地域も私が保健所は北多摩南部という二次医療圏なんですけれども、隣接している北多摩北部の医療圏、それぞれの医療圏で状況はさまざま変わってまいります。

また、管内の市町村さんも、それぞれご計画や方針というのを持たれているということもございしますので、今後、ぜひ、医師会を初め、関係の団体もそうですし、管内の市町村さん、特別区も含めて状況をよく聞いていただいて、その状況に合わせた、また病床のことについても、ご検討をいただければありがたいなというふうに思っています。よろしく願いいたします。

○橋本座長 ありがとうございます。今は事例を挙げて、こういうふうに進んでいるよという話があったと思いますけど、ほかにご意見はありますか。

まだまだ、これからほかの地域もいろんな問題は出てきて、病床をどうするかの話は一つの例でしかなくて、もうちょっと地域で医療をどういうふうにつくっていくかの問題が本筋だというふうに思っていますけれども。

よろしゅうございますか。また、ここで報告があるというふうに思います。

ちょっと、事務局をお願いしたいんですが、この調整部会ですかね、調整部会が何回開かれているというのはわかるんですが、それぞれ13の構想の地域で、どのぐらいのことがされているかという、ざっとした話でもちょっと我々は把握しないと、それが調整部会へ上がってきて云々というのは、何かちょっとイメージが、地域でどんな話があるのかというのはちょっとわかりにくいので、もうちょっと13について、どのぐらいアクティビティがあるのかというのを報告いただければなというふうに。多分、事務局は把握されているんだと思いますけれども。

○千葉計画推進担当課長 各調整会議の開催状況ということですね。

○橋本座長 はい、そうですね。

○千葉計画推進担当課長 資料5のところをちょっとごらんいただければと思うんですけども。

○橋本座長 ごめんなさい、あったんですか。

○千葉計画推進担当課長 はい。こちらにありますとおり、ここに書いてある議事というのが、ほぼ調整会議と同じ議題でございまして、都では13圏域ありまして、一つは島しょ地域ですので、都内は12圏域でございまして。それぞれ今年度は2回開催いたしました。

その1回目が、資料5の左側の第1回のところ2のところのところに書いてありますとおり、5月30日から8月29日にかけて、第1回目を行いました。

そこでの議題は、それぞれの圏域の中にあります新公立病院改革プランを策定する対象病院、それから、公的医療機関等2025プランを策定する対象病院の方々のそれぞれのプランを発表していただきまして、それについて意見交換を行ったというのが1点でございまして。

2回目のほうが、資料5の右側のほうに行きまして、時期は10月から2月にかけて12圏域で行いまして、それぞれ主な内容といたしましては、2の丸が二つございまして、地域の課題解決に向けてということで、グループワークを各圏域ごとで行っていただきました。大体、4グループから5グループぐらい、それぞれグループをつくっていただきまして、地域の課題についてグループワークでご議論いただいた後、それぞれ発表していただいて意見交換をして、地域の課題認識を共通して持っていただくということ、それから、方向性について共有していただくという、そういうことを行いました。

もう一つが、先ほど来出ております病床配分の希望のご説明が、こちらに書いてあります区域ですね、地域、区南部から北多摩北部までの6地域で、その病床配分の希望の説明と意見交換が行われたと、そういうふうな状況でございまして。

○橋本座長 わかりました。それなりにアクティビティがあるということですかね。

ちょっと、もう一つ聞いていいですか。地域調整会議はどこが事務局をやっているんですか。

○千葉計画推進担当課長 事務局は我々でいいんですよ。

○橋本座長 東京都がやっているの。

○千葉計画推進担当課長 実務的には、東京都医師会さんと協力しながらやらせていただいております。

○橋本座長 そのときに声をかけて、出てきてよという声をかけるのは、どういうところが多いんですか。

例えば、簡単に言うと、一つの構想区域というのは幾つかの区から成り立っていますよね。区の例えば介護事業者ですから、それに対して医療と福祉とか介護の連携というのは、かなり大きなテーマのはずなんです。それを考えるために、この地域調整会議に出たほうが僕はいいと思っているんですけども、出られているのかどうかがよくわからない。

○千葉計画推進担当課長 介護の関係。

○橋本座長 介護というか、福祉と医療の連携ってかなり言われているんですけども、医療から見る連携と福祉のほうから見たり介護から見る連携が、結構、絵が違う。

○千葉計画推進担当課長 先生のおっしゃるとおりで、その福祉と介護、医療と介護と言ってもいいかもしれないんですけど、その件に関しましては、資料5の第2回の右側の上のほうにありますとおり、調整会議と一体となって、一体となってというか、別開催なんですけども、一体的に在宅療養ワーキングというのを設置して、そこでお話し合いを積極的に進めさせていただいております。

○橋本座長 ぜひ、その辺、意識して進めていただければなというふうに思います。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

はい、どうぞ。

○長瀬委員 これは猪口先生にお聞きしたいのですが、漏れ聞くところによると、うまくいっていないところがあるそうですが、大体、この目標に向かって少しずつ進んでいるのでしょうか。

○猪口委員 僕が答えるんですか。

○橋本座長 ご指名ですので。

○猪口委員 うまくいっていないというふうに思えるところは、新公立病院改革プランですか、それと、公的病院の2025プラン、あれを発表して、そして、それぞれの病院について、そのプランがその地域の医療に合っているかどうかということ、本当は話し合わなくちゃいけないんですが、なかなかそれほどの時間が持てない。

これ、地方においては、公立病院、公的病院のその統廃合の問題も絡んでいますから、

かなりウェートが高いんですね。この地域医療構想の国における調整会議のそのワーキンググループの中では、公立病院、公的病院をどうするかというのが、主たるテーマになっていますけれども、東京においては、その東京全体において、必要病床数がまだまだふえる見込みであるという中において、統廃合の話って、なかなかその場でやっていくのは、現実味がないし、時間的余裕がないということにおいては、しょうがないのかなというふうには思います。じゃあ、これをもっとうまくやっていく方法はどこにあるのかなというところは、現実の問題としてはあります。

それから、今度の病床配分に関して言うと、逆にこういうきっかけをつくって、この地域にとって必要な病床は何だということを、真剣に話し合うきっかけにはなっていると思いますし、それから、ここで資料5のところ、グループワークというふうに書いてありますが、この東京の場合には、先ほど言った病床が減るわけではない、必要病床数が減るわけではなくて、ふえていくという中において、機能病床がうまく効率的に連携しなくてはいけないという課題を持っておりまして、その連携をしていくことに、どういうことが必要なんだという話、具体的な話がグループワークで出てきています。

そのグループワークで具体的な話が出たものを、都庁の方たちがお聞きになっていきますので、これを政策的に反映させるというのは、非常に近道になっているんだろうと思いますので、一長一短というようなところで僕は理解しておりますけれども、いかがでしょうか。

- 橋本座長 多分、グループワークも含めて、ある種の経験とですね。ここで話し合うことがとても大事だという意識が出てくれば、かなり積極的になるのかなというふうに、もうちょっと期待をしながら見ていくことが必要かなというふうに思います。

どうぞ。

- 加島委員 今回の調整会議には、保険者の代表として、協会健保とか健康保険組合からも、各12地域全部出させていただきます。

特に発言を求められてないので、積極的な発言ということにはなかったんですけども、その地域の課題を保険者のほうが共有できるということで、本当にいい試みかなと思って、必ず保険者協議会では、その結果について中で情報を共有しております。ちょっとつけ加えさせていただきます。

- 橋本座長 ありがとうございます。

よろしいですか。

では、この議題はこれで終わりたいというふうに思います。

それでは、3番目、定量的な基準についてということですが、では、事務局からお願いします。

- 事務局 それでは、資料8、「定量的な基準について」の資料をご説明いたします。

経緯ですけれども、厚生労働省から昨年8月に通知がございまして、都道府県は地域の実情に応じた定量的な基準を設けることとされました。

そもそも定量的な基準とはという話なんですけれども、病床の4機能、高度急性期、急性期、回復期、それから、慢性期、この四つについて、毎年、各医療機関が病床機能報告で報告を上げていただいていますけれども、病床機能報告で各医療機関が、どの機能のベッドが何床あるのかという形でご報告をいただく際に、明確な4機能の基準がない、定性的な基準のみで、定量的な基準がないという現状がございます。

そういったはっきりした基準がない中ですと、結局、その報告が医療機関の自己申告になっているところもございまして、果たしてこの結果は正しいのか、その病床機能報告の結果に基づいて、調整会議の議論が進められるわけですが、果たして、これはどこまでが実態を反映しているのか、それを疑問視するような声もございます。

厚生労働省のほうにもそういった声が多数届いております、昨年の8月の通知で、都道府県に対して、地域の実情に沿った形で定量的な基準を設けるようにとなったところでございます。

これを受けまして、東京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します、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、この定量的な基準について検討を進めてまいりました。

基準を検討する際のポイントですけれども、一番分けなければいけないところと申しますか、高度急性期と急性期の差というよりは、まず、急性期と回復期、この二つの機能をどう分けるかというところに照準を絞って検討を進めました。

それから、病床機能報告の回答項目にあるもの。例えば、全身麻酔の回数ですとか、人工心肺の回数、救急管理加算の算定回数、それから分娩回数等々、いくつかの項目で検討を進めました。

それから、病床機能報告の回答をする際に、各医療機関にも活用していただけるように、できるだけ単純なものというところを心がけて基準を検討いたしました。

その結果、全身麻酔または化学療法を1年間に1床当たり1回、または、1日以上実施しているか否かを基準とするという方向で、基準をまず設定したいと考えております。

具体的なその活用方法ですけれども、毎年9月ごろに各医療機関に病床機能報告を回答いただいておりますが、その回答をいただく際に、病床機能報告で病棟ごとの全身麻酔と化学療法の実績を回答いただく項目がございます。これをまず見ていただいて、定量的な基準を当てはめます。そこで全身麻酔または化学療法を年間1床当たり1回以上実施している場合は基準を満たすということで、その病棟については高度急性期または急性期としてもよいのではないかと。満たさない場合には、急性期以上とは言いにくい、回復期相当になるのではないかと。使っていただければと考えております。

ただ、下の留意点にもありますけれども、これだけシンプルな基準ですので、絶対的な基準とは考えてはおりません。特に、ICUですとか、CCU等のユニット系、それから、周産期医療を提供する病棟については、必ずしもこの基準によらなくてもよいのではないかと考えております。それから、本基準はあくまで提供する医療内容の一部に

焦点を絞って設定した一つの基準でありまして、本基準ではかることが難しいものについては、別途、今後も地域の皆さんのご意見等をいただきながら、検討していきたいと考えているところでございます。

具体的な計算方法を資料8の2枚目につけさせていただいておりますが、例えば、40床の病棟で全身麻酔を月10回、それから、化学療法を月2回実施しているとした場合、どのように計算するかといいますと、全身麻酔の場合は1カ月10回ですので、それに12カ月をかけて単純に引き延ばしを行います。40床を病床数で割り返すと年間1床当たり3回となりまして、定量的な基準が年間1床当たり1回ですので、これは基準を満たすとなります。

化学療法のほうは月2日ですので、これを12カ月で引き延ばして40床で割ると、年間1床当たり0.6日となりますので、これは1日以上という定量的な基準を下回りますので、基準は満たさないということになります。

これは全身麻酔と化学療法を両方満たさなくてはいけないわけではなくて、どちらか一つを満たせばいいという、いわゆるOR条件ですので、この場合は全身麻酔のほうで満たしておりますので、この病棟については高度急性期または急性期と分類してよいのではないかとこのように使っていただくものになります。

平成29年の病床機能報告の結果をこの基準に当てはめた結果が、資料9に示してございます。

1枚目の一番上が、東京都全体の結果、それ以外が二次保健医療圏ごとの結果となっております。それぞれ3本グラフがありますけれども、一番上が平成29年の病床機能報告で報告された4機能別の病床数の割合で、真ん中が、全麻×化療となっているんですけれども、全麻OR化療の基準を当てはめたときの4機能ごとの病床数の割合で、一番下が地域医療構想で算出したしました、2025年の将来の病床の必要量の4機能ごとの割合を示しております。

注目していただきたいのは、真ん中の全麻×化療のグラフと、一番下の2025年の病床の必要量のグラフで、東京都全体の場合ですと、一番左側の濃い色のグラフは高度急性期、点々が急性期、その隣に塗り潰してある回復期のグラフがありまして、急性期と回復期のグラフの間の割合を見ていただきたいんですけれども、高度急性期と急性期、回復期と慢性期をそれぞれ合わせた割合を見ますと、全麻OR化療の場合と2025年の必要量とでは大体同じぐらいになります。一部、例えば、大学病院が多い区中央部などは、基準を適用しましても急性期以上がかなり多いというような結果にはなりますが、他の圏域、例えば区南部や区西南部を見ていただいても、大体急性期以上と回復期、慢性期を合わせた割合が、基準適用後と必要量で大体同じぐらいになるという結果となっております。

ただ、当然これが全てではないですので、この基準を適用したものを来年度以降の地域医療構想調整会議でもご意見等をいただきまして、さらに議論を進めていければと考

えております。

説明は以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。そういう説明です。ご意見をいただければというふうに思いますけど。自己申告ではちょっとだめだから、何か基準を決めて判定できるようにしようと。

どうぞ。

○遠藤委員 大変おもしろい試みだと思います。国でも一応定量的な指標を使って機能を分けようということはやってはいるんですけども、あまり詰めてはいない。特に高度急性期と急性期の境は幾つかの診療行為で分類できるのではないかという議論はしているわけですが、回復期病床を示す指標が現状は少なく、一方で回復期の必要病床数が多いので、まさにここで言われているような急性期と回復期の分ける基準をどうするかというところが非常に重要だったわけですね。

それに対して、東京都はこの二つの基準を使ってやってみると、回復期が必要病床数と合致したということですが、それだけに、この基準がどれくらい適切か、今後の検討の材料だという話なので、それはそれでよろしいと思います。でも、これは全身麻酔と抗がん剤ですから、がんと手術と関係のないような病床は先ほど説明のあったCCUとかを除けば、基本的に回復期病床になってしまうと私は捉えたのですけれども、それによって圧倒的に回復期がふえる形になるのですから、それについてはどういようなご意見なのか。それから、それも1日1回という基準を変えれば、回復期の病床の数は幾らでも変わるわけですね。そこら辺はどういう議論が展開したのかということがわかれば教えていただきたいです。

○橋本座長 お願いします。

○千葉計画推進担当課長 本基準を決める際の議論の中では、もともと説明いたしましたとおり、できるだけ単純なやつをつくらうというふうなところがありましたので、その中で、かつ、外科系の診療、それから内科系の診療、それぞれ評価という言い方はおかしいですけども、基準ができればいいんじゃないかというふうなご議論がありまして、結果として全身麻酔と化学療法に落ちついたというところがございます。議論の中で出ましたのは、先生のおっしゃるとおり、がんだけが特別扱いみたいな感じになるんじゃないかということはあったんですけども、例えば救急管理料ですとか、人工呼吸器とか、そういう意見もあったんですけども、少しそうすると、仮にそういう基準をつくると、病院がそれを得るがために不必要な医療ですとか、不必要な診療報酬を得たりとか、そういうことをすることを誘導しかねるのではないかということで、余り恣意的に病院ができないような指標ができれば、そういうほうがいだろうというご意見もありました。

○遠藤委員 あとその基準ですね。年床分の1日あるいは1回ということは、これは切りがいいからそうしたということですか。

○千葉計画推進担当課長 まさにおっしゃるとおりでございます。その1がいいとか2

がいいとかいうのではなくて、まずは1でやってみようと、そういうふうなところがございました。

- 遠藤委員 今後の検討の材料という位置づけですね。
- 千葉計画推進担当課長 もちろんそうです。
- 遠藤委員 それに関連して見ると、先ほどの資料9を見ると、急性期が減って回復期がふえるのはわかりますが、高度急性期も少し減っていますので高度急性期の中でもこの基準を用いると回復期になってしまうものもあったということをこれは意味していると思うんですが、そういう理解でよろしいですか。
- 千葉計画推進担当課長 まさにそのとおりでございます。
- 遠藤委員 そういう基準なんですよ。
- 千葉計画推進担当課長 そうです。
- 遠藤委員 わかりました。その辺含めて今後の検討をされたらよろしいかなと思います。
- 千葉計画推進担当課長 はい。
- 橋本座長 ありがとうございます。
どうぞ。
- 山本委員 すみません、歯科医師会の山本でございます。
一つ教えていただきたいんですが、これはいわゆる東京の実情に合わせてつくった東京の基準でございますよね。そうすると、例えば、大都市圏である大阪だとか、こういった愛知だとか、そういった他府県も同じような形の定量的な基準を設けているのか、それとも大分違うのかということはおわかりになるのでしょうか。
- 千葉計画推進担当課長 他県の事例でいますと、先行して、例えば埼玉県ですとか、お話のあった大阪府ですとか、それから奈良県等々、先行してさまざまな基準を検討しているということは聞いておりますし、そのやり方というのを我々はちょっと勉強させていただいてやっているんですが、割と複雑な指標を使われているというのが我々の印象でございます。
- 橋本座長 よろしいですか。各県でやっているということらしいですけどね。
ちょっといいですか。これは急性期でやっていること以外はそれを満たさなければ回復期という言い方ですよ。回復期をやっている人たちに失礼ではないかなというふうに思いますので、こういうことをやっているとは回復期だよというのはないですかね。今持っているデータからはなかなかわかりにくいということなんですかね。
- 千葉計画推進担当課長 すみません。議論の出始めのところが急性期、高度急性期が多過ぎるといえるのか、報告が非常に多いと。その中にはかなりの部分の回復期があるのではないかという想定のもとでつくっておりますので、まずは急性期、高度急性期に満たすものというのをつくろうというのが出だしでございますので。
- 橋本座長 わかりますよ。わかるけども、やっぱり回復期はそれなりのカテゴリーの中でしっかりとした医療をやって、回復に医療をやっていくということであれば、やっぱ

りこれをやっていけば回復期だよというそういった指標が、今はないかもしれないけど、あってもいいかなというふうに思います。

ありがとうございます。これも議論していくし、当然これだけでは当てはまらないものが出てきて、それは勘案しなきゃいけないということは留意点のところにも書いてあると思いますが、そのとおりだというふうに思います。

よろしゅうございますか。こういうところでちょっと考え始めましょうという提案だというふうに思います。これはなかなか大事な話だというふうに思います。よろしいでしょうか。

それでは、4番目の議題に参りたいと思います。4番目が基準病床及び病床配分の見直し（案）についてということです。では、事務局から説明をお願いします。

○事務局 それでは資料10、基準病床及び病床配分の見直し（案）についての資料をご説明いたします。

先ほど、地域医療構想調整部会の開催状況報告の中でも病床に関する意見交換を13圏域の調整会議の中で行ったというようなご報告もいたしまして、また、先ほど田原委員のほうからも地域の意見をよく聞いて検討してほしいというようなご発言もあったところでございます。調整会議でも新たに病床の申請を希望する医療機関に対して、地域の方々からさまざまなご意見をいただいたところでございます。そういったところを受けまして、都の実情に合った病床配分方法の検討をしてみる必要があるのではないかとというふうに考えております。

また、東京都の人口は毎年増加しておりまして、高齢者の人口も増え続けている中で、医療需要の増加を勘案してそれに応じた医療提供体制を整備していくために、基準病床数に関しましても見直しが必要と考えているところでございます。

そこで、まず基準病床数の見直しですけれども、基準病床数は従来、保健医療計画の策定のタイミングで算定を行っており、昨年3月の策定時に算定しているところですが、直近の状況を踏まえて算出のし直しをしてみたほうがよいのではないかと考えております。算定式は第7次保健医療計画と同じものを使用いたしますが、平成31年度の直近人口を用いるとともに、介護医療院への転換状況なども必要に応じて反映できればと考えております。

このように計算いたしました基準病床数を平成32年度当初に公表いたしまして、それに基づいて次の病床配分の希望を受け付けていきたいと考えております。

続いて2番目、病床配分方法の見直しですけれども、こちらは先ほどもご説明いたしましたが、調整会議等でさまざまなご意見をいただいたところでもございますので、引き続き調整会議ですとか区市町村の方々のご意見を聞きながら、新たな病床配分方法について検討していきたいというふうに考えております。

それから3番目、病床配分の時期ですけれども、現在は、今年度については病床配分は年に1回行っているところですが、配分方法の見直しに当たりまして、関係団体等へ

の意見聴取等を十分に行うため、最長２年間配分を見送りたいというふうに考えております。基準病床及び病床配分方法の見直し期間に配分を行わないことで公平性を担保していきたいというものでございます。

スケジュールを一番下に示してございますけれども、来年度、基準病床の見直しを行いまして、３２年度の頭には決定をして、それを踏まえて病床配分の申請の受け付けを平成３２年度に行います。ただ、３２年度末の配分は見送りまして、平成３３年度にかけて地域の方々のご意見をいただいたり、調整会議でも意見交換をしながら平成３３年度に最終的に病床配分をしていきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

ただいまの説明について、ご意見を伺いたいと思います。いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○猪口委員 東京都医師会の猪口です。

これまでは、この基準病床で出てきた病床の配分は、按分形式と言って、病床を希望して申請してきた病院で按分していたわけですね。数で割っていたという分配方法だったんですが、そうすると、二次医療圏ごと、幾つかの区が集まり、それから幾つかの市が集まるような形、二次医療圏が構成されていると、その二次医療圏の中の病床が均等化していかない、まあ均等化していく必要があるのかどうかは別に置いておいて、必要なところに病床を置こうと思っても、それはなかなかできなかった。今度、調整会議というもので、その地域にとってやっぱりこの辺は病院がないからあったほうがいいんじゃないかという話が出てきたときに、その調整会議という調整機能を持つようになってきましたので、こういう考え方で２年間ずっと調整して、しっかり時間を持ってその地域にとって必要なもの、必要な病院をつくるようにするというのは、歴史的な転換であり、非常に今まで求められていたことだと思えます。資料６でたくさんこう出てきておりますけれども、やっぱりない地域の先生方、それから病床がなかなか欲しくてもない地域の先生方や行政の方は、均等配分ではなくてこっちのほうに欲しいというような意見がずっとあったんですけれども、それがかなわないで来たのが、この配分方法によってできるようになるというのはかなり、うまく使えば。変にどこかに集中するようになってしまってもよくないとは思っているので、これはうまく使えばいい方法なのではないかなと思っております。

○橋本座長 按分をそんたくしながらやっていくよりは、重点的に地域の医療のことを考えてやれる方法だろうというふうに前向きな評価をいただきました。そういけばとありましたけどね。そのように進めてくれるんだろうというふうに思いますけど。

そうすると、やっぱり地域構想調整会議はとても重要な役割を示しますね、これからね。すごくやっぱり大事になりますね。

はい、どうぞ。

○猪口委員 いいことだけじゃなくて、懸念としては、第7次保健医療計画でこういうふうに見てみますと、将来の必要病床数とこの基準病床数の多少乖離があるような印象を持ちますので、必要病床数を計算していった計算方法も十分考慮していただくということがあったほうがいいのではないかなというふうに思うのが一つ。

それから、この長い期間を置いていると、中小病院にとっては計画を進めてトントンと運ばないとなかなか計画が進まない、やっぱり資本力のあるところがじっくりやれるというようなフィルターがかかってしまう可能性がありますので、その辺のところの考慮も必要なのではないかなとは思っております。

○橋本座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか、ほか、ご意見はないでしょうか。よろしゅうございますか。今のような案で進めていただくようなことで。

どうぞ。

○竹川委員 この2年間配分を見送るというのは、もう一切受けないというふうな解釈でよろしいのでしょうか。案ですけれども。

○千葉計画推進担当課長 資料10の下にありますとおり、平成31年度、平成32年につきましては、病床配分はしないというのが案でございます。

○橋本座長 これは、医療機関をしっかりと、それをやるならちゃんと周知しなきゃいけないですよ。

公募委員のほうから何かないですか。こういう、今のような話について。

今回のやっぱり医療計画の改定で地域ごとにいろいろ相談して決めなさいよという話がかかなり重点的で、このこともそういうふうに動いていくんだと思いますけどね。

僕はちょっと、さっき誰が入るのという話をちょっと振りましたが、介護保険との関係で行政は入っているのと同時に、住民がちゃんとこの調整会議に入って意見を言えるような人たちが座ってきてほしいなというふうに実は思っております。前回の、前回というかこの議論の中で、そろそろ都民の出番じゃないですかと、ある程度僕は意識的に言ったんですけど、多分そういうことだろうというふうに思います。

よろしゅうございますか。少しこれからこう進めますよという議論をしていただきました。もしよろしければ、これで終わりますけど、いいですか。

それでは、本日予定されていた内容は以上となります。

ほかに事務局から何か連絡事項等がありますか。

○千葉計画推進担当課長 それでは最後に、事務局より事務連絡を3点申し上げさせていただきます。

1点目、本日の資料でございますけれども、大変量が多くありますので、机上に残していただけたら、事務局から皆様のお手元に郵送させていただきます。

2点目、こちらも用意させていただいております冊子でございますが、こちらは次回の協議会でも使用いたしますので、そのまま置いておいていただければと思います。も

し、こちらが欲しいという方がいらっしゃれば、後ほど我々のほうにお申し出いただければお渡しいたします。

3点目、本日お車でいらっしゃった方は駐車券をご用意いたしますので、事務局までお声かけをお願いいたします。

以上でございます。

○橋本座長 それでは、本日はこれで閉会いたします。ありがとうございました

(午後 8時18分 閉会)