

〔令和元年度 第1回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

**〔北多摩北部〕**

令和元年7月11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』

### 〔北多摩北部〕

令和元年 7 月 1 1 日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：ただいまより北多摩北部地域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、また足元の悪い中、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、A 4 縦型の「グループワーク名簿」ということで、A 班と B 班と、裏面に C 班を記載しております。そして、A 4 横型の「東京都地域医療構想調整会議北多摩北部」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北部会議次第」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いただくためのものでございます。

また、各テーブルには、地域医療構想の閲覧用の冊子を 1 冊ずつ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、事務局よりマイクをお受け取りになり、まず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場合には、挙手の上、同じく、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の土谷です。診療のあと、雨の中お集まりいただき、ありがとうございます。

きょうのグループワークの話としては、「地域に必要な病床機能について」ですが、病床機能報告制度とか、都からこのあと説明がある定量的な基準によって、病床機能についての数字が出てきていますが、それは、あくまでも数字上の話であって、皆さんの実感と乖離しているところがあるのではないかと考えております。

この調整会議を各圏域でやっていますが、地域の実情というのは数字だけではわからなくて、そこで仕事をしておられる皆さんしかわかりませんので、皆さんのご意見が非常に貴重なものになっております。

具体的な話は後ほどさせていただきます。

本日は、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。

本日は、先生方には、大変お忙しい中、また雨の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。

ただいま、土谷先生からもお話がございましたが、本日の調整会議が、グループワークで、「地域で必要な病床機能について」というテーマを設定させていただきました。

この北多摩北部での患者さんの病状の変化に合った医療提供の体制について、先生方が感じていらっしゃる課題や、機能の過不足等につきまして、ぜひ活発なご議論をいただければと思っております。

本日いただきましたご意見につきましては、きちんと持ち帰らせていただき、今後の施策の検討に反映をしていきたいと思っておりますので、ぜひ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。石橋先生、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

○石橋座長：東久留市医師会の石橋です。本日は座長をさせていただきますので、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。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、よろしくお願いいたします。

○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さまなどからのご意見、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。

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点目は、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、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、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いたしました。

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枚目は、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、その下が平成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。これは、この北多摩北部においても、同様の動きを示しております。

ただ、区中央部と区西部においては、大学病院本院や高度で大規模な病院が集中する地域と言えますので、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、後ろのほうに添付しております、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。

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した。

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。

○石橋座長：ありがとうございました。

定量的な基準については、いろいろな地域でもご質問、ご意見等がございまして、きょうのグループワークにおいても、この辺を含めてご検討いただければと思いますが、今のご説明に対してご質問、ご意見はございますか。

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

○石橋座長：それでは、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って、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っていただき、共通認識を深めていただきたいと思いますと考えております。

こういう数字が出ておりますが、実際にはどのようにお感じになっていらっしゃるかというようなことを、ぜひグループの中でご検討いただきまして、意見交換をしていただければと思います。

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、東京都から説明をよろしくお願いします。

○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して。

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して。

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は、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して。

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主旨としては、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して。

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して、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、発表役の決定をお願いいたします。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つていただきまして、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。

書記役の方は、意見交換後の発表に向けて、ご意見をまとめていただくようお願いいたします。

40分という時間はあくまで目安ですので、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。

最後に、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。

○石橋座長：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、よろしくようお願いいたします。

○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改めてお話しさせていただきたいと思います。

これについては、東京都からも説明がありましたように、ここの地域だけではなく、ほかの構想区域でもいろいろな意見が出ておりました、「明らかにおかしいのではないか」が多数を占めております。

病床機能報告制度というものが出てきたのですが、「病床」といいながら、その報告単位は「病棟」になっていました。

そのため、皆さんがお感じになっているように、端的に言えば、急性期が多くて回復期が少ないという報告になっていて、将来の推計と比べても、回復期が少ないのじゃないかというデータが、資料2-2でも出ています。

それについては、厚労省もそれはわかっていたので、去年の8月に通知を出して、「各都道府県において基準を決めてください」ということで出てきたのが、この定量的な基準というものになります。

そのため、各都道府県で違うということですが、この通知の中で強調されていたのは、「そういうものを使って議論を活性化してほしい」ということでした。つまり、「議論の活性化が主題である」というような通知だったわけです。

ですので、この定量的な基準については、そんなに深く入り込まないで、地域の実情について語っていただきたいと思っております。

それに際しては、自分の立ち位置から離れて、地域全体を見回していただき、特に、今回のポイントは回復期の扱いになると思いますので、地域全体としてどうなのかということについて、ご検討いただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○新井理事：東京都医師会理事の新井です。

この定量的な基準に関しては、今回は、全身麻酔と化学療法でということを経験して、これをやっているかいないかによって、高度急性期・急性期と、その中に含まれている回復期を分けてみようということで、とりあえず決めたものです。

そのため、そこには医学的な意味は余り考えなくてもいいかと思われまして。つまり、この化学療法というのは、外来でもやっていますし、医学的に高度急性期や急性期でないといけないというものではありません。

ですから、ほかの圏域の先生方からもいろいろご意見がありまして、例えば、整形外科の場合、「患者の負担を軽減するために全身麻酔をできるだけしなくて、局所麻酔をするようにしているのに、なぜそれが回復期になるんだ」というご意見が出ています。

あるいは、「救急車をたくさん取っているのに、なぜ急性期じゃないんだ」というようなご意見も出ています。

この参考資料4の後ろから2ページのところが、この北多摩北部において、高度急性期とか急性期と報告していたものが、この定量的な基準に当てはめると回復期になるという資料になっています。

ただ、よく見ますと、新生児の治療をしているとか、脳卒中の治療をしているとか、周産期の治療をしているというのは、高度急性期、急性期ですから、この資料には「回復期」と出ていても、ご自分のところでは、「高度急性期」「急性期」と報告されても、全く問題はありません。

そのぐらい、この定量的な基準はきちんとしたものではなくて、まだまだ不十分な基準と言えます。

ですので、ここのところを余りにしないで、実感としてはどうなのかということ、肌感覚で議論していただければと思いますので、よろしく願いいたします。

なお、救急車のことをよくおっしゃるのですが、運ばれてきても、入院される方は46%ぐらいで、看取りの形になる場合も多いため、救急車の回数によって、回復期ではなくて、高度急性期、急性期に分けるということが難しいので、そういうファクターとしては採用されなかったということもあります。

そういうこともありますので、この定量的な基準については余りにしないで、この地域では実際のところはどうかということ、議論していただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○石橋座長：ありがとうございました。

今回は定量的な基準をどうするかというのではなく、ここに出てきた数字を参考にして、実際にこの地域はどうなっているかということについて、皆さん

でお話ししていただき、それに基づいて、今後とも地域全体で考えていくための第1回目とお考えください。

実際に、病床配分をどうするかということは2年後になりますので、それまでに議論をしっかり重ねて、その中で出てきたことを参考にしながら、東京都のほうで決めていただけるように、我々の意見を一致させて、東京都のほうに持っていくようにしたいと考えております。

そうでないと、調整会議を開いて意見を出しましたが、我々の意見はほとんど通らなかったということになると困りますので、ぜひ皆さんの意見をまとめて、実態をきちんと把握した形で、東京都にその意見が上がるようにしていければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、これから、各グループに分かれて意見交換を始めていただきたいと思えます。

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、お席を用意しますが、どなたかいらっしゃいますでしょうか。また、近くに行ってお話を聞いていただいても構いませんので、よろしく願いいたします。

それでは、活発なご議論をよろしく願いいたします。

### [グループワーク]

○石橋座長：それでは、時間になりましたので、各グループからの発表に移りたいと思えます。

それでは、A班から、3分程度をめぐりにお願いいたします。

○鳥巢（小平中央リハビリテーション病院）：小平中央リハビリテーション病院の鳥巢です。

資料2-2を見ると、北多摩北部では、慢性期が急激に減らされるということになっています。つまり、平成30年までは42.1%となっているのに、それが、28.7%ということになっています。

一方、北多摩西部は、25.4%が20.7%になり、北多摩南部においては、19.2%が17.2%ということになっています。

現在の北多摩北部においては、こんなに多いとは思っていなくて、足りないんじゃないかと思っています。

なぜ足りないのかということについて、皆さんと話し合ったんですが、北多摩南部、北多摩西部はもちろん、都内からの患者さんで、医療度の高い患者さんをこの北多摩北部で結構受けているので、こういう状態なのじゃないかということなんです。

ですから、行政の方の試算ですが、2025年にはこのように少なくなってしまうと、医療度の高い患者さんの行き場がなくなってしまうのではないかということなんです。

こういう医療度の高い患者さんというのは、高度急性期、急性期から送られてくるわけですが、ほとんどがただ寝かせておだけという患者さんは1人もいなくて、いろいろな手間ひまがかかります。ですから、こういうデータはちょっとおかしいというのが、我々の意見です。

このA班の緑風病院と緑成病院と私のところの小平リハビリテーション病院では、慢性期、療養病棟はほぼ100%稼働しています。だから、100%稼働しているというのは、それだけ重症の患者さんが多いということです。

それから、回復期に関して言えば、ある程度の結果を出さないと、点数を下げられてしまうので、そちらのほうも、ある程度重症の術後の患者さんが、高度急性期、急性期から回復期に送られてくるということです。

ですから、こういうことを言っただけは失礼かもしれませんが、慢性期があるからこそ、高度急性期、急性期があると、我々、慢性期をやっている医者たちは思っているわけです。だから、「慢性期をばかにしてはいけないよ」というわけです。

そういう意味において、これからも医療度の高い患者さんを、北多摩北部で診るためには、我々も勉強しなければいけないし、スタッフも勉強しなければいけない。そうすれば、地元で発症した患者さんは、そのまま在宅のほうに持っていけるという、そういうWin-Winの関係を、これからも続けていくためには、こういう会をどんどんやっていただきたいと思います。

○石橋座長：ありがとうございました。

北多摩北部においては、現状の病床機能報告及び基準適用後の数字を見ても、慢性期が非常に多くなっているの、これが多過ぎるのではないかと思われませんが、近隣の地域からの受け入れが大きいからではないかというお話でした。

また、回復期についても、9.4%から基準適用後の21.1%という数字を見ても、今はフルに動いているという状況だということで、足りないというよりも、ちょうどいいぐらいではないかというのが、実感だというお話でした。

それでは、B班、お願いいたします。

○鈴木（佐々総合病院）：佐々総合病院の鈴木です。

鳥巢先生のほうからお話が今ありましたが、鳥巢先生の病院のおかげで、我々のほうも成り立っていると、本当に感謝しております。

ここの班で話したところでは、この北多摩北部は比較的うまくいっているのではないかというのが、我々の感想でした。その理由としては、病病連携のほう、私は西東京市にいますが、うまくいっているからではないかと感じております。

多摩北部医療センターの松本先生も、そういうご感想をお持ちのようでした。

特に、東村山のほうでは、地域の範囲を超えた、埼玉県であるとかいうところにも、送ったり戻したりということの連携が、うまくいっているのではないかと感じました。

それから、特に、西東京市では、フレイル対策とか在宅のシステムを、医師会のほうで相当進めてくださっているのですが、これらが比較的進んでいて、それに我々が甘えることができているのではないかと感じています。

我々の病院も、在宅に関しては、後方支援という形で、ことしから積極的に行うようにしていますが、この辺のところの連携が、救急車の利用を減らすという意味でも、今後生きてくるのではないかと感じております。

ただ、ここで話し合っているときに、「急性期」という言葉の定義が、いろいろなところで意見が出ていると思いますが、全身麻酔と化学療法に限定され



たような話になっていますので、この言葉の定義がもうちょっとわかりやすくなるといいのではないかと考えています。

それから、今回の主題とはちょっとずれるかもしれませんが、急性期病院と救急の関係というのは、切っても切れないのではないかと考えています。

実は、我々も心配しているのが、働き方改革において、当直をしてくれる医師とか、勤務時間の問題が出てくるので、4年後、5年後になるかと思いますが、非常に大きな問題になってくるので、この病床のことと同時に、東京都のほうで話し合っていたかかないといけないことではないかと考えていますので、ちょっとつけ加えさせていただきました。

○石橋座長：ありがとうございました。

この地域は比較的うまくいっているのだろうという実感をお持ちであるということですが、その要因としては、地域の中での連携、特に病病連携が、昭和病院さんを代表として病病連携協議会がごございますし、この10年以上の歴史の中で、皆さまの協力体制ができ上がってきているということが、大きく影響しているかと思えます。

また、それぞれの病院さんが、この地域を超えていろいろご協力になっているということです。この5市の中でもそうですし、近隣の地域との協力もうまくいっているということです。

そして、実感的には、こういう数字は出ていますが、ここで、例えば、高度急性期が足りないとか、急性期がちょっと多くて回復期が少ないとか、いろいろ数字が見えますが、実際の流れとしては、うまくいっていて、そこに、連携ということが大きく影響しているのではないかというお話だったかと思えます。

ただ、今後については、非常に大きな課題がたくさん上がってきていますが、その一つに働き方改革というものがあまして、それをどう乗り越えていくかについて知恵を出し合いながら、また、東京都にも頑張っていたきたいという意見も出されていました。

それでは、C班からお願いします。

○上西（公立昭和病院）：公立昭和病院の上西です。

この圏域は42病院ありますが、5市の医師会との間で、非常にうまくコミュニケーションがとれています。それから、病院間で特徴があります。つまり、一般的な急性期病院と精神科病院、さらに、呼吸器専門の病院というようなことで、非常にバランスがとれていると思います。

ところで、「回復期が少ない」というお話がありましたが、この「回復期」というものの定義がよくわからないですね。診療報酬上の規定と回復期が合わないということもあって、我々の話の中では、これからは、ポストアキュート、サブアキュートということになるのであれば、地域包括ケア病棟の機能を明確にして欲しいということですが、外から見ると、何をやっているかわからないですよ。

ですから、この辺の回復期の定義をもうちょっとはっきりしないと、この分類が本当に正しいかがよくわからないし、鳥巢先生もおっしゃったように、慢性期の先生方も非常に頑張っているということも、ディスカッションさせていただきました。

ですので、病床機能だけではなくて、在宅とか地域包括ケアシステムとの連携を、もうちょっとやらないと、いくら機能を分割したとしても、地域の在宅ケアとかがしっかりしていて、うまく連携していかないと、患者さんが不幸になるのではないかという話もしていました。

その辺についても、いろいろな面でサポートしていただきたいと考えております。

なお、この定量的な基準の話に関しては、今回の基準は、どちらかというところ、外科的な基準ですよ。これを、各都道府県でやるというのは、ある面で、国の責任放棄ではないかと思われま。

地域によって差があるといっても、医療の本質はそんなに差があるわけではないですから、この定量的な基準というものも、もうちょっと明確になるようにしてほしいですし、内科的なデータが入っていないですよ。

ですから、いろいろなデータを分析していただいて、ガイドライン的な形で、診療の内容に基準を設けて、それから、「どうしましょう」という話にしたほうがいいと、私は感じております。

そういうことで、ここで言いたいことは、回復期の内容をもうちょっと明確にすること、回復期をやっているところでは、何を特に担っているかということ、明確にしたほうがいいのではないかということです。

もう一つは、在宅のレベルアップもぜひしていただければ、全体がうまくいくのではないかという話もしていました。

○石橋座長：ありがとうございました。

病院の機能をきちんと活かすためにも、在宅との連携が非常に重要であるということだと思います。

この地域は、在宅が弱いとは思っていませんが、まだまだ、より密接につながっていかねばいけない、連携して情報共有等も含めて考えていかねばいけないというところがあるのかもしれない。

そういうことも含めて、今後、こういうグループワーク等を含めて、この調整会議で意見交換をしていければ、よりよい連携ができていくのではないかと考えております。

以上、3つの班からご発表をいただきましたが、これについてご質問、ご意見はございますでしょうか。いかがでしょうか。

では、東京都医師会の土谷先生、どうぞ。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

皆様のご意見としては、割とバランスがとれていて、連携もうまくいっているというお話だったと思います。

そして、回復期については、ほかの地域でもそうですが、数字上は少ないということになっているけれども、意外と足りているのではないかというご意見だったと思います。

確かに、この地域については、A班からお話があったように、慢性期が多いのは、近隣地域や都内からの人が多いからだということです。慢性期は療養に近いですが、B班とC班のほうから、慢性期についてのご意見を少しずついただければとありがたいと思います。

○石橋座長：いかがでしょうか。慢性期について、B班では、何かご意見はございますでしょうか。

○土谷理事：資料2-2のように、あんなに減る必要はないのじゃないですかとか、そういうご意見がございませうか。

○鈴木（佐々総合病院）：佐々総合病院の鈴木です。

慢性期と回復期という場合の、この言葉の区別が、不勉強なせいかもしれませんが、ここで話していたときにも出ていました。

慢性期と回復期の違いが、いまひとつピンと来ないのですが、

○土谷理事：慢性期というのは、イメージとしては、療養型だと思います。

回復期というのは、急性期からの流れで、

○鈴木（佐々総合病院）：リハビリみたいなところという理解でいいでしょうか。

○土谷理事：そうですね。ただ、今回は議論に出なかったですが、「サブアキュートはどうなのか」ということです。この前のシリーズではよく出ていましたが、「アキュート」であっても「サブ」が付いているのでわかりにくいのですが、回復期とみなして考えましょうということになっています。

さらに、誤嚥性肺炎はどうかというと、実は、サブアキュートとして考えますが、皆さんの実感とはちょっと違うのではないかと思います。

それはともかく、この地域は慢性期がほかの圏域と大きく違う動きをしていると思っています。ですので、こういう療養型についてご意見をただけたらと思います。

○鈴木（佐々総合病院）：慢性期については話し合っていなかったのですが、勝手な意見になりますが、慢性期に関しては、まだまだ必要になってくると思っています。

というのは、家族がみんな一緒に住んでいて、本当に在宅ができるのであればいいと思いますが、最後は病院に入るということで、いくら在宅が進んでいても、核家族が進み過ぎている日本では、なかなか減らないのではないかとというのが、正直な感想です。

○石橋座長：慢性期の定義については、今お話があったように、簡単に言えば、療養型ということになりますし、回復期はリハビリテーションで回復して、在宅に行くか療養型に移っていくということになるかと思います。

A班では、回復期に関しては、そんなに回復期の病床があるのかということが、実感できないという話だったわけですが、それは、他の地域から流入している患者さんが多いからというお話でした。

C班は、こういう慢性期に関しては、議論になったのでしょうか。

○上西（公立昭和病院）：公立昭和病院の上西です。

余り話してなかったのですが、個人的な意見ですが、慢性期というと療養型みたいな話になってはいますが、実際に必要なのは、鳥巢先生がおっしゃったように、きちんと医療ができないとだめなんです。ただ単に入院しているだけではだめなんです。

ですので、例えば、誤嚥性肺炎とかの治療については、慢性期病棟でもできるようにしていただければと思います。そして、そういう中で、サブアキュートのになった場合は、地域包括ケア病棟でやるべきだということになると思います。

それから、ちょっとずれるかもしれませんが、慢性期の中に、介護医療院は入っているのですか、入っていないのですか。

○土谷理事：別です。

○上西（公立昭和病院）：でも、これからは、ある程度元気な人も介護医療院に行くと思うんです。逆に言うと、慢性期をやっている人たちはもっと大変になると思います。

ですから、診療報酬とかでしっかり手当しないと、きちんと治療ができる慢性期病棟というのは増えてこないと思いますので、その辺をどうやって整備していくかということが問題になると思います。

それから、もう一つは、在宅とうまく連携していかないと、療養型の病院に入れてしまおうという話になってしまうと思うので、この辺は、地域の在宅ケアとのコンビネーションをどうするかという話になると思いますので、慢性期病棟の話ばかりしていても、仕方がないだろうという気がしています。

○土谷理事：貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。

そうすると、実感としては、慢性期の病床は、今は、バランスとしては足りているという感じでしょうか。将来にわたって、バランスとしては減っていくのじゃないかということに関してはどうでしょうか。

○上西（公立昭和病院）：だから、その慢性期の内容がもやっとしているので、はっきり言えないという状況なんです。

例えば、私の病院でもいろいろ問題はありますが、かなり取っていただいていますので、現状で特に多過ぎるという感じがなくて、ちょうどうまくいっているのではないかと考えています。

あとは、慢性期の中の医療区分の1とか2とかの人たちをどうしたらいいかということで、そこがうまく流れるのであれば、慢性期の病棟は少し減らしてもいいのかもしれない。そういう話になると思います。

逆に言うと、慢性期の医療区分2、3で、きちんとできるようになれば、いわゆるサブアキュートの患者さんが減りますから、いわゆる回復期というのは、地域包括ケアやリハビリをやる病院が中心になるという格好になるので、現状プラスアルファぐらいで、この圏域は何となくうまくいくかなという気はしています。

もちろん、お互いの連携の話し合いになると思います。そして、それがうまくいけばいいと思っています。

○土谷理事：ありがとうございました。

○石橋座長：こういうような現状を、今後どうしていくかということ、次回以降も議論していければと思っております。

時間になってまいりましたが、特にほかはございませんか。どうぞ。

○鳥巢（小平リハビリテーション病院）：小平リハビリテーション病院の鳥巢です。

先ほどから、慢性期と回復期の違いは何かということですが、回復期というのは、発症後2か月以内、または、手術後2か月以内としているわけですね。

そうすると、それ以降は慢性期になるわけですから、我々はこのようにして区分しています。

要するに、誤嚥性肺炎といっても、発症したときであれば、まずは回復期になるということで、その辺は、この考え方で区別できると思います。

○石橋座長：ありがとうございました。

この調整会議は情報を共有する場ですので、ぜひ今後とも続けていければと思っております。

本日予定された議事は以上となりますので、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：石橋先生、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、本日も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」という紙にご記入いただき、本日より2週間以内程度で、東京都医師会までご提出をよろしくお願いいたします。

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います。ご希望の医療機関さんにおかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出をよろしくお願いいたします。

3点目、議事録についてでございます。本調整会議は公開となっておりますので、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たいと思いますが、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。長時間にわたり活発にご議論いただき、どうもありがとうございました。

(了)