

〔令和元年度 第2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12月19日 開催

【令和元年度第2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12月19日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまから北多摩南部地域におけます東京都地域医療構想調整会議を始めさせていただきます。本日は、年末のお忙しい中、また大変お寒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。

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、本日の配布資料ですが、既にお手元に配布させていただいております。

一番上に会議次第がございます、その一番下に四角で囲ったところに、資料の一覧を記載しております。資料が1から7まで、参考資料が1と2となっております。

資料に不備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。

また、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という紙をお配りさせていただいております。また、委員の先生方のお手元には、1列に1冊ずつぐらいですが、東京都地域医療構想の冊子を置かせていただいております。

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、挙手の上、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、本日は傍聴席にも構想区域内外の関係者の方々にご出席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、同じく挙手の上、マイクをお受け取りになり、ご所属とお名前からお聞かせいただきましたあと、ご発言をよろしく願いいたします。

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。
東京都医師会、土谷理事、よろしくお願いいたします。

○土谷理事：東京都医師会の、病院を担当しております土谷です。きょうは、寒い中をお集りいただきありがとうございます。

冒頭に2つだけ、議事に関する話をお話ししたいと思います。

1つは、再検証対象病院の話です。先日、424病院が全国で発表になって、東京ではそのうちの10の病院が対象となりました。

地区によってはないところもあるし、複数のところもあります。こちらの圏域では、1つ挙がってまして、都立神経病院が対象となりました。

そこで、議論していただきたいのは、よくあるのは、「必要か必要でないか」という議論になりますが、それは、全国には病院が8000以上の病院があるわけですが、どこも必要な病院には変わりはないと思っています。

では、そういう中で、この病院が対象となったのかということになると、その基準についても議論が多いですし、しかも、発表のあり方については、東京都医師会の中でも、「この発表の仕方は問題が多い」と思っているところです。

「必要か必要でないか」と言われれば、それは、必要に決まっていますし、議論の中心としていただきたいのは、お金が入っているということになります。あとで資料にも出ていますが、都立神経病院には年間で30億円というお金が入っています。

そこで、この病院が特に急性期を担っているとして、そのお金を十分に活用されているのかということ、皆さんの中で議論していただきたいと思います。

もう1つは、2番目の議題の外来医療計画についてです。

これまでの調整会議では、病院の先生方が多い中で、主に病床のことを話してきたわけです。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能のバランスがどうかとか、どのように変換するのかというようなことを話してきたわけです。

それは、国が進めている“三位一体改革”の中の1つが、この地域医療構想についてでして、それについて話し合ってきたわけですが、ここに来て、「外来医療機能についてもやってください」ということになりました。

今までとずいぶん違う話が突然出てきたので、議論しにくいところではありますが、医師会の先生方も出席されていますし、きょうの議論では、特にそれぞれの地域の中で何が不足しているというところに焦点が当たっていますが、全国的に見れば、東京都の場合は、どの圏域も割に医師は多数区域になっています。

そういう中で、将来どのようにやっていくのかということになりますが、全国的に見れば、多いところは少ないところにどうやって手を差し延べていくのかというような話になりそうですが、そこまでたどり着くのはなかなか難しいかなと思っています。

議題の内容としては、話し続けなければいつまでも話し続けるような、難しい内容だと思いますが、皆さんの活発な討論をお待ちしています。どうぞよろしくお願ひいたします。

○千葉課長：ありがとうございました。

なお、本日の会議でございますが、会議、会議録及び会議に関する資料につきましては、全て公開となっておりますので、ご承知おきよろしくお願ひいたします。

では、これ以降の進行を座長にお願ひしたいと思います。齋藤先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

2. 報 告

(1) 在宅療養ワーキンググループの開催について

(2) 東京都多職種連携ポータルサイト（仮称）について

○齋藤座長：小金井市医師会の齋藤でございます。お寒い中ご出席いただき、どうもありがとうございます。

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2点まとめて説明をいただきたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○加藤（事務局）：それでは、報告事項の「（１）在宅療養ワーキンググループの開催について」です。資料１をご覧ください。

在宅療養に関する意見交換の場として、この地域医療構想調整会議の下にこちらの会議を設置しております。

この資料は、今年度の開催日程や開催内容をお示しするものでございます。調整会議と同時平行で各圏域で行っておりまして、北多摩南部のほうは、開催日程欄の下から３段目ですが、１１月１９日（火）に既に開催されております。

内容については、「在宅療養に関する地域の状況」をテーマにして、グループワークを実施しております。各圏域の会議資料とか会議録を、福祉保健局のホームページに順次公開してまいりますので、適宜ご参照いただければと存じます。

続いて、報告事項の２点目に移ります。「東京都多職種連携ポータルサイト（仮称）」についてで、資料２をご覧ください。

こちらは、東京都が、設計、開発を行っているICTツールでございまして、地域の医療・介護の関係者や医療機関同士の広域的な情報共有に基づく連携を促進するためのものでございます。

これまで、こちらの会議とか在宅療養ワーキンググループでも、連携に関する課題が、地域の課題として多く寄せられておりましたので、こうした課題を受けて、ICTを活用した取り組みに結びつけているのが、こちらのポータルサイトでございます。

ただ、まだ設計、開発段階でございまして、来年度の夏ごろに稼働できるように取り組みを進めておりますので、現時点では、今後このようなことが始まるということを、イメージとして共有できればと考えております。稼働の際には、説明会なども実施していく予定でございます。

内容についても簡単にご紹介させていただきます。こちらは、２つのツールで構成されておりまして、その１つが、左側の「①多職種連携タイムライン（仮称）」でございます。

MCS（メディカル・ケア・ステーション）とか、カナミックなど、多職種連携システムが地域によって異なっておりまして、特に、活動する地域が限定

されていない職種の方々が、担当患者さんがお住まいの地域によって、複数のシステムを利用する場合が出てしまったり、業務が煩雑になっているということが課題として挙げられております。

このシステムは、そうした課題に対応するものとして開発を進めているもので、各システムの共通の入り口として、1つのタイムラインを都が構築いたします。

このタイムラインとMCSなどの各システムがリンクされることで、担当患者さんごとにシステムが異なる場合でも、一元的に患者情報の更新情報を確認できたり、各システムの患者情報に円滑にアクセスができるような仕組みとなっていく予定です。

2つ目が、資料の右側になりまして、「②転院支援サイト（仮称）」というものでございます。

こちらは、病院の退院予定患者さんが、特に遠方の地域に転院する際など、転院先の決定までに時間を要するといった課題に対応するものでございます。

サイト上で、転院元の病院がどのような患者を転院させたいかなど、患者さんに関する情報を出していく一方で、受け入れ側の病院のほうでも、空床情報などの受け入れ可能情報を出していくことで、双方のアプローチによるマッチングによって、病院間の効率的な転院調整を補完していくものでございます。

2枚目と3枚目が、それぞれのツールのイメージ図になっております。

特に、多職種連携タイムラインのほうイメージがつきにくいかと思いますので、2枚目のイメージ図で補足をさせていただきます。

資料の中央に四角で表示されているものが、都が構築するタイムラインになります。そして、その右側に、多職種連携システムA、B、Cなどというのがあるものが、MCSとかカナミックなどの各システムとなっております。

このように、入り口を一元的にポータルサイト上に作成することで、例えば、多職種連携システムCのところをご覧いただければと思いますが、そのシステムのほうで内容が更新された場合、それが、このポータルサイトのタイムラインのほうにも、「更新されました」という情報が、タイムライン上の表示されるということになっています。

また、このポータルサイト上から、それぞれのシステムのほうにクリックすることで、移っていくことができるといったものになります。

なかなかイメージがつきにくいかもしれませんが、今後、稼動に向けて、随時、説明会等を行わせていただきますので、この場は情報共有ということでご認識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す。

ただいま東京都からご説明に対して、何かご質問等はございますでしょうか。どうぞ。

○酒匂(保険者代表・すかいらくグループ健康保険組合)：保険者の、すかいらくグループ健康保険組合の酒匂と申します。

私どもなどでも、ICTの活用ということで、データベースをつくっておりますが、健保連もそうですが、SE(システムエンジニア)だけではつくっていないということです。現場で実際に使っている人が入って、使い慣れている人が使いやすいものにしないといけないと思っております。

健保連のいろいろなデータシステムは、国から80億円ももらっているながら、ほとんど使っていないような状況があります。

それは、SEの人が、聞いた話をもとにつくるということだったからだと思われるので、その中に現場の人が入って、プロジェクトをつくってやっていただければ、精度がかなり高くなると思いますので、どのようになっているかということをお教えいただければと思います。

○齋藤座長：東京都の方、いかがでしょうか。

○加藤(事務局)：私どものほうで直接開発を担当しているわけではありませんが、開発担当者から聞いているお話では、医療者の方ももちろん入っていただいている中で検討会議を開催して、意見交換を重ねて、開発を進めているということを伺っております。

○齋藤座長：今の件について、東京都医師会からお願いします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

その辺りは、私たちもすごく懸念しているところでして、実際に使い勝手が悪いということは、よくある話ですが、先日、東京都医師会の中でご説明いただきましたので、その際、「ここはこうしたほうがいいんじゃないですか」というようなことは、私たちも意見を出させてもらっています。

項目についても、先ほども説明がありましたが、医療者、患者代表とかいった方々にも入ってもらって、どういった項目にするかという意見を募りながらやっているところです。

○酒匂(保険者代表・すかいらくグループ健康保険組合)：ありがとうございました。

現実にやっている人が責任を持ってやらないとなかなかうまくいかないのではないかと考えております。

私どもも、検診システムを、2万8000人分を10年分、自分でデータベース化しながら、「ここを変えよう」「ここをこうしよう」ということを、今やっています。

特に、会社側も見られて、健保側も見られるということになると、個人情報保護法上とか労働安全法上の問題など専門的なことはなかなか難しいので、具体的に指示しないと、お金だけ使って全然使えないものになってしまうという場合が多いですので、その辺は慎重にやっていただきたいということを、東京都さんのほうに要望させていただきます。よろしくをお願いします。

○齋藤座長：ほかに何かございますか。

確かに、個々のシステムの中では、セキュリティはかなり厳重に守られていますが、互換性が出てくると、そのところは大丈夫なんでしょうか。

○加藤（事務局）：イメージとしては、各システムの間には互換性が出るということではなくて、そのタイムラインを基点に、各システムのほうに、これを一つのツールとしてアクセスしていけるというようなものになるということでございます。

○齋藤座長：それでは、この件はこれでよろしいでしょうか。

では、つくるからには、ぜひ使いやすいものをつくっていただきたいと思えます。

それでは、次の議題に進みたいと思います。

3. 議 事

(1) 新公立病院改革プラン及び公的医療機関等 2025 プラン 具体的対応方針の再検証について

○齋藤座長：議題の「(1) 新公立病院改革プラン及び公的医療機関等 2025 プラン 具体的対応方針の再検証について」です。

それでは、東京都からご説明をよろしくお願いいたします。

○加藤（事務局）：それでは、資料3をご覧ください。

厚労省が、全国の公立・公的医療機関等を対象としまして、診療実績のデータを分析し、一定の基準を下回る医療機関を公表して、具体的対応方針の再検証を要請しております、こちらではその内容を説明いたします。

こちらの圏域の中では、都立神経病院さんが再検証を要請された医療機関となっていますが、国がこの分析をどのように行ったかということ、私どものほうからご説明させていただくとともに、神経病院さんのほうからは、国のデータ分析でははかれない、自院の役割とか特色などについてお話をいただきまして、地域の関係者の皆さまで共有していきたいと考えております。

今回行われたのは、公立・公的の急性期病院を対象としたデータの分析でしたが、今後、回復期の病院や民間病院等も対象とした分析を行っていくということも、国のほうでは検討しているようですので、そういった意味でも、まずは情報を提供させていただければと思います。

それでは、資料3の上の四角のほうをご覧くださいと思います。これまでの具体的対応方針に関する経緯を簡単にご説明いたします。

「新公立病院改革ガイドライン」と「公的医療機関等 2025 プラン」というのは、それぞれ国から、地域医療構想を踏まえた役割の明確化が必要ということで、地域医療構想調整会議での合意を得た上で、そのプランの中に2025年を見据えた具体的対応方針を盛り込むこととされております。

その具体的対応方針というのが2点ございまして、①が、2025年を見据えた構想区域で担うべき医療機関としての役割、②が、2025年に持つべき医療機能別の病床数でございます。

これまで、東京都では、17病院が新公立病院改革プラン、62病院が公的医療機関等 2025 プランを策定しておりまして、計79病院がプランを策定済みでございます。

これらのプラン策定済みの79病院については、参考資料1でリストになっておりますので、後ほどご参照いただければと思います。

厚労省では、全国の公立・公的医療機関等の2017年度の病床機能報告の結果と、2025年度の予定の病床数を比較しまして、2025年に向けた高度急性期、急性期の病床数の削減幅が非常にわずかであり、転換が思うように進んでいない。また、2017年度から2025年度に向けて、トータルの病床数が横ばいとなっていたことから、これらのプランの内容が地域医療構想の実現に沿ったものではないという判断をいたしました。

2枚目をご覧ください。こうしたことから、厚労省におきましては、公立・公的医療機関等の役割が民間医療機関では担えないものに重点化されているかということを検証するため、平成29年度の病床機能報告の急性期医療に関する診療実績データをもとに、診療実績が少ない医療機関や近隣の医療機関と競合している医療機関を分析して、基準に該当する医療機関を抽出したところでございます。

次に、国が用いた分析の基準についてですが、先に、このページの下の方の「再検証の基準」という項目をご覧ください。

「A」と「B」の2つの基準がございまして、左側の「A」の「診療実績が特に少ない」ということで、対象を9項目設定しておりまして、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能ということになっております。

これらを対象として、全国の構想区域を人口区分ごとに5つに分けて、該当する人口区分の中で、9項目全ての診療実績が下位3分の1の値を下回る場合には、再検証の対象ということとなります。

一方、「B」については、「類似の実績かつ近接」ということで、こちらは対象が6項目で、これは、先ほどの9項目の中から、災害、へき地、研修・派遣機能の3項目を除いた、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期です。これらの6項目全部について、同一の構想区域内で類似の診療実績を持ち、かつ、近接する医療機関がある場合には、再検証の対象とするとしております。

なお、それぞれの下に※印として記載しておりますが、「診療実績が特に少ない」というA項目につきましては、構想区域の人口にかかわらず適用となります。一方で、右側の「類似の実績かつ近接」というB項目については、人口100万人以上の構想区域においては、この基準は適用しないということになっております。

この「A」、「B」の基準を機械的に適用しておりまして、このいずれかに該当する場合には、その医療機関に対して、ダウンサイジングや機能の分化、連携、集約化等を含めた具体的対応方針の再検証を要請することとしております。

ただ、今回の分析に当たっては、基準が全国一律で定められたものですので、各病院の特色とか周辺の医療資源の状況、へき地等の地域特性等は一切考慮されておられません。

一方、今回、国のほうで留意事項として、各医療機関が担う急性期機能や、そのために必要な病床数等について、再検証をお願いするものであるということとか、機械的に医療機関そのものの統廃合を含めた方向性を決めつけるものではないとも言っているところでございます。

次に、3枚目と4枚目をご覧ください。ここからは、この基準の適用によって、東京都の中で再検証の対象として公表された10の公立・公的医療機関のリストとなります。1枚目が区部の医療機関で、2枚目が多摩、島しょの医療機関になります。この下から2番目が都立神経病院さんです。

左から、病院名、病床数、再検証対象該当理由ということで、また、右端は、都のほうで病院の特色として判断した部分を書かせていただいております。

このあと、神経病院さんのほうから、資料3-2によって、自院が得意とする医療とか地域の連携の状況などについてプレゼンテーションをしていただく予定です。

ただ、この件に関して、厚労省から都道府県に対して正式な通知や、「いつまでに何を行わなければいけない」ということは、まだ示されていない状況です。

そうした状況ではございますが、プレゼンテーションがある病院さんの役割、特色等について、地域の中で共通認識を深めていきたいと考えております。

説明は以上でございます。

○齋藤座長：ありがとうございます。

それでは、再検証対象とされた病院から、自院の特色や地域での役割について、意見表明があるとのことですので、神経病院院長の磯崎先生からご説明があります。よろしく申し上げます。

○磯崎（都立神経病院）：都立神経病院の磯崎でございます。

資料3-2をご覧ください。まず、右上に、東京都のほうで「再検討対象該当理由」として、「A」の「診療実績が特に少ない」となっておりますが、「神経難病は評価外」と書いていただいております。

私どもの病院は、ほとんど神経難病だけを専門にやっている病院ということでございます。

「病院の特色について」の「1. 得意とする、重点的に取り組んでいる主な医療の内容」については、1ポツのところ、全てをあらわしていると思いま

す。いわゆる急性期の入院治療から、慢性期の在宅医療まで一貫した高度な専門的医療を提供しているということでございます。

ですので、2ポツのところですが、入院専門病院でありまして、外来医療は、隣接する多摩総合医療センター、小児総合医療センターで実施しております。

得意とする疾患については、3ポツに記載のとおりで、神経・筋難病の専門医療、パーキンソン病や難治性てんかんに対する治療、脊椎・脊髄疾患などの専門的治療などを行っております。

また、難病患者の機能維持や著しい機能低下を防ぐため、リハビリテーションを実施しておりまして、特に昨年からは、ロボットスーツの「HAL」を導入し、非常に順調に進めているところでございます。

さらに、5ポツに記載のとおり、訪問診療を当院の開設以来、40年にわたって、多摩地区を中心として続けてまいりました。

次に、「2. 地域の医療機関との連携の状況」についても、エッセンスだけ申し上げます。

1ポツに実績を書かせていただきました。平成30年度は、患者、家族、地域の医療機関とのケースカンファレンスを140回実施し、延べ1191人が参加されました。

また、3ポツでは、地域の医療水準向上に向けて、地域の診療所や訪問看護ステーション等に対して、技術指導を実施しておりまして、平成30年度は、延べ69事業所、126名の地域関係者の参加により、神経難病患者の意思決定支援や口腔管理、倫理的側面から考えた支援等を設定し、講義とグループワークを実施いたしました。

そして、「3. その他、病院の特徴的な取組」としては、1ポツのところでは、平成30年度の症例実績は2339例ありまして、その内訳を書かせていただいております。

また、2ポツのところでは、東京都がことし3月に策定した「多摩メディカルキャンパス整備基本計画」というのは、脳・神経系難病に加えて、多摩総合医療センターで対応しているリウマチ・膠原病などの免疫系難病を集約した上で強化を図り、高度で包括的な難病医療を提供する「難病医療センター(仮称)」

を整備する計画でありまして、2030年度ごろの開設が予定されているということに記載させていただきました。

以上で説明を終わらせていただきます。よろしくお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

大変特色を持った病院を運営されているということだと思います。

国のほうでは、各病院が地域で果たす役割について、地域医療構想調整会議で議論をしていく必要があるとしています。

ただいまの説明の内容について、ご質問、ご意見等はございますでしょうか。どうぞ。

○川手（調布市）：調布市の川手と申します。

今回の当市の第4回定例会市議会の中で、この件に関する一般質問が出まして、「特徴的な診療をしている病院なので、なくさないような形で、国等に要望してほしい」という趣旨でのご発言がありました。

こちらとしては、正式にはまだ何も聞いていない話でしたので、「今後の動向に応じて、意見を申し述べていきます」という答弁をしたところでありますが、市民の代表としての市議会議員さんも、こういう病院の存続は必要だとおっしゃっていましたので、その旨だけご報告させていただきました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

「市民のためにも、ぜひ存続を」というご意見でした。

ほかに何かございますか。どうぞ。

○横道（府中市）：府中市の横道です。

府中市においても、議会としての同様の動きがございましたことをご報告させていただきます。

それから、国のほうでは、この地域医療構想調整会議の中で、ある程度の方角性を協議してほしいということになってはいますが、現状では、国から正式な通知が来ていないという状況ではあっても、このあとで出される外来医療機能

の計画も含めて、この調整会議で検討する方向とか内容が、当時示されたものとちょっと違ってくるのかなという印象を持っております。

特に、今出された都立神経病院さんの件については、それぞれの単一の行政だけではなくて、圏域あるいは圏域を取り巻く周囲の圏域での中核となる医療機関の役割というところを、オール東京というか、都としての姿勢ということで、各調整会議の中でも議論しているべきところがあるのではないかと思います。

ですので、市としても、存続を求めつつ、そういった会議の持っていき方についても、各圏域ごとの検討の方向性も含めた上で、整合性を図っていただければありがたいかなということ、意見として申し述べさせていただきました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

広い目で見えていく必要があるというご意見だったと思います。

ほかにいかがでしょうか。では、副座長からどうぞ。

○小川副座長(東京都病院協会・調布東山病院)：東京都病院協会の立場で出ております、調布東山病院の小川でございます。

今回、名前が出てしまいましたが、この数字の出し方が、消化器悪性腫瘍、脳卒中、救急車受け入れ、小児、分娩件数などが項目に上がっていて、もともと神経難病を扱っているということが、ここにも記載してあるとおり、評価の対象から外れているわけです。

そういう中で、機械的に計算された結果、「診療実績が少ない」という結果になったというだけですので、地域医療圏でこのことを認識して、そもそもこの病院は、全都的に神経難病を専門的に扱っている病院であるということは、誰しもの共通の認識となっていると思います。

たまたまこの北多摩南部医療圏に所在しておられるということで、ここでの議論ということになっていますが、いわゆる地域医療構想調整会議とはちょっと違う、全都的なものであるということ、理解すれば、当然のことながら、東京都の皆さんはよくわかっておられるわけです。

ただ、一方で、全都的に担っていただいている神経難病が、この北多摩南部においても、病院として非常に頼っているということについて、病院、診療所の先生方でご要望とかがあれば、せつかくの機会なので、ご意見等が出ればいいのではないかと考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、地元の病院のほうからご意見をお願いできますか。

○櫻井（共済会櫻井病院）：櫻井病院の櫻井でございます。

この病院は、非常に特徴的な病院で、全都から患者さんが来ている病院ですが、在宅をよくやっています。

医師会の先生方はなかなか診られないので、神経病院の先生方に来ていただいていますので、我々としてはすごく助かっております。

また、パーキンソンとかてんかんなどの勉強会も結構していただいておりますので、神経難病に対する見識を深めさせていただいておりますので、地域医療にも非常に貢献していただいていると思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

小金井市のほうでも、連携を非常に深めていて、神経病院の先生方が小金井市医師会に説明に見えたりということがたびたびあって、研修会等にも参画していただき、大変勉強させていただいております。

ほかに何かご質問、ご意見はございますでしょうか。東京都医師会から願います。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

冒頭にもお話しさせていただいたとおりで、誰でも必要とおっしゃる病院ですが、どうして名前が上がったかと言われると、一つには、繰入金とか補助金とかが入っていて、民間の病院とは条件が違うのじゃないかというところが、論点になってくるのではないかと考えています。

年間30億円が入っているということを、否定するわけではありませんが、それに十分見合った医療が提供できているかということ、ここで議論することは難しいですが、その辺りのことも、皆さんのほうで持ち帰って、考えていただければと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、副座長からどうぞ。

○小川副座長（東京都病院協会・調布東山病院）：副座長の小川です。

1点だけ、「ああ、そうか」と思ったことをお伝えできればと思います。

地域医療構想調整会議で、特に北多摩南部は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期がそれぞれ、何床足りない、何床余っているということが、東京都から示されていますが、その中には、全都的に機能しているこの神経病院の304床も含まれている中で、議論が進められているということを念頭に置く必要があると思っています。

ですので、この調整会議でいろいろ考えなければいけない、ここに出てきている数字は、そのまま鵜呑みにしないで、その中には、東京ならではの機能も含まれているということを踏まえて、今後議論していければいいなと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、この議題はここまでとさせていただいて、この件については持ち帰って、いろいろご意見をまとめていただければと思います。

では、次の議題に移りたいと思います。

（2）東京都外来医療計画（案）について

- ・ 圏域内で不足する外来医療機能
- ・ 不足する外来医療機能を求める範囲

○齋藤座長：(2)は、「東京都外来医療計画(案)」についてです。

突然出てきたような感じがしますが、東京都のほうからご説明をお願いいたします。

○加藤(事務局)：それでは、資料4をご覧ください。「東京都外来医療計画(案)」についてという資料でございます。

まず、「外来医療計画とは」ということで、今回の計画策定の経緯でございますが、平成30年の医療法の一部改正によりまして、医療計画に定める事項として、新たに「外来医療に係る医療提供体制に関する事項」が追加されました。

この性格としては、「医療法上の医療計画における記載事項」となりまして、都では、平成30年3月に改定した現行の「東京都保健医療計画」に追補するものという位置づけとなります。

そして、今年度中に計画を策定して、令和2年度からの4年間が最初の計画期間となりまして、以降は3年ごとに見直しということで設定されております。

次に、1段下の項目をご覧ください。「外来医師偏在指標等の設定について」でございます。国の計画の策定ガイドラインの中におきましては、二次保健医療圏が単位とされております。

また、「外来医師偏在指標」というものがございしますが、これは、医師の性別・年齢分布及び患者の流出入等の要素を勘案した、人口10万人当たりの診療所の医師数に当たります。国のほうで、全国の全二次医療圏ごとに算出して、各都道府県に通知する仕組みとなっております。

この外来医師偏在指標の値が、全国には335の二次医療圏がございしますが、その中で上位の33.3%、3分の1に該当する圏域が、「外来医師多数区域」という区分になります。

国は、この外来医師多数区域であることなどを、診療所の新規開業希望者に情報提供を行うことで、開業希望者自身が、地域の競争状態などを判断して、別の場所で開業するとか、もしくは、開業する場合でも、地域で比較的不足している機能を担うといった行動変容を促していくということを目的としております。

ですので、診療所の方々の開業の自由が制限されるようなものではないという事は、国のほうも強調しております。

この外来医師偏在指標は、現時点では、国のほうから暫定値でしか示されておりませんが、参考資料2という、分厚いめの「東京都外来医療計画素案」の17ページをご覧ください。

あくまでも暫定値ではございますが、東京都内の二次保健医療圏の偏在指標の値と、それぞれが外来医師多数区域に当たるかどうかということをお示しした表となります。

暫定値上では、上から順にご覧いただきますと、区西部、区中央部、区西南部、そして、こちらの北多摩南部、区西北部、区南部、島しょ、区東北部、北多摩西部という9つの圏域が、外来医師多数区域とされています。

次に、資料4にお戻りいただきまして、「記載事項」についてご説明いたします。

都が考える外来医療計画では、二部構成での作成を予定しております。

上の段にあります「国が求める記載事項」を第1部として、下のほうの段の「都としての方向性」を第2部として、計画を策定していく予定です。

まず、第1部の「国が求める記載事項」ですが、内容は大きく2つございます。左側の「外来医療機能の偏在・不足等への対応」で、右側の「医療機器の効率的な活用」というものを、外来医療計画の記載事項として、国がガイドラインで示したものです。

「外来医療機能の偏在・不足等への対応」の内容をご覧ください。これは、設定された「外来医師偏在指標」と「外来医師多数区域」を、新規開業者等に情報提供すること。これが1点定められております。

また、二次保健医療圏ごとに不足する外来医療機能を検討ということ。これは、この資料には記載はないのですが、国の例示としては、休日夜間の初期救急、在宅医療、予防接種、学校医・産業医等の公衆衛生と、その他の医療機能という形で示されております。

また、今後新たに診療所を開設する際の協議の場の設置や、運営方法などを記載しなさいということとなっております。

次に、右のほうの「医療機器の効率的な活用」についてです。こちらは、医療機器の共同利用の促進を目的としておりまして、まず、医療機器の配置状況と保有状況等に関する情報の提供を行うこととされています。

そして、区域ごと、これは二次保健医療圏ごとになりますが、医療機器の共同利用の方針を定めることとされています。

最後に、共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセス（協議の場の運営）を定めるということとなっております。

ここまでが国のガイドラインに従って記載していく項目でございまして、あくまでもこの第1部のほうは現状を記載するものとなります。

第2部としては、「都としての方向性」を、東京都地域医療構想で定めた、「東京の将来（2025年）の医療～グランドデザイン～」に沿う形で、外来医療の今後の方向性として計画に記載していく予定でございます。

グランドデザインでは、4つの基本目標をIからIVまで記載しております。Iは、「高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展」、IIは、「東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築」、IIIは、「地域包括システムにおける治し、支える医療の充実」、IVは、「安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成」でございます。

この4つの柱それぞれで、外来医療に関する現状分析や課題の抽出等を行って、都の外来医療の方向性を打ち出していく予定です。

最後に、「検討体制」の項目ですが、この「外来医療計画」とともに、「医師確保計画」というものも、医療計画の一部として策定することになっております。

これらの計画を一体的に検討していくために、外来医療計画と医師確保計画の策定プロジェクトチームというものをつくりまして、現在検討を進めているところです。

ここまで、計画の概要をご説明させていただきましたが、今回の調整会議では、資料の中ほどの、「国が求める記載事項」の「外来医療機能の偏在・不足等への対応」の中の2つ目の、「二次医療圏ごとに不足する外来医療提供機能の検討」という項目について、ご意見をいただいて、外来医療計画のほうに「地域の意見」ということで、計画に書き込んでいきたいと考えております。

資料5のほうで、本日お願いする具体的な内容についてご説明いたします。

まず、国の「ガイドライン上の記載」ですが、先ほど申し上げたとおり、この計画の趣旨は、個々の医師、開業希望者の行動変容を促して、外来医師の偏在の是正につなげていくといったことにあります。

ですので、まずは、地域で不足する外来医療機能について協議の場で検討を行い、その上で、外来医師多数区域で診療所の開業を希望する新規開業希望者に、その地域で不足する外来医療機能を担うことを求めるとされております。

そのため、今回の調整会議では、次の2つの項目についてご意見をちょうだいしたいと考えております。

まず「意見聴取」の1つ目の項目欄が、「日ごろ地域で感じる不足または過剰な外来医療機能」でございます。

ガイドライン上では、①夜間休日における初期救急医療、②在宅医療、③産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生関係、④その他ということで、不足する外来医療機能が例示されておまして、二次保健医療圏ごとに地域で議論の上あらわしていくということとされております。

地域の実情をよくご存じの皆さま方に、日ごろ地域で感じていらっしゃる、データでは見えないような、肌感覚に基づくような、不足する、または、過剰な外来医療機能についてご意見をいただければと考えております。

ご意見をいただく際の論点として、下のほうにいくつか例示させていただいております。例えば、二次保健医療圏というような大きなくくりだけではなくて、特定の区市町村のお話とか、また、狭いエリアでの不足、過剰といったお話でも結構ですし、特定の診療科についてのお話など、幅広くご意見をいただけますと幸いです。

いただいたご意見のほうは、また、参考資料2をご覧くださいまして、「東京都外来医療計画（素案）」の21ページ以降が、二次医療圏ごとの状況をお示しするパートとなっております。

この中の93ページ以降が、この北多摩南部圏域のページになっております。(3)から「外来医療の状況」ということで、外来医療に関するさまざまなデータを記載させていただいていますが、データのほうは一面的なものにすぎませんので、先ほど申し上げたとおり、データでは見えないようなことについて、

99ページに、「調整会議で出されたご意見」ということで、本日いただいた先生方の肌感覚に基づく北多摩南部圏域のご意見を記載したいと考えております。

続いて、また資料5をご覧ください。2つ目の意見聴取の項目についてですが、「不足する外来医療機能を求める範囲」についてご意見をいただければと思います。

国のガイドラインでは、不足する外来医療機能を求める範囲を外来医師多数区域として指定された圏域と、新規開業者に限定しております。

しかし、圏域で不足する医療機能というのは、新規開業者のみではなくて、既存の開業されている方々も含めて、地域全体で対応していくべき問題ではないだろうかとか、また、各圏域の外来医療の充実に向けては、外来医師多数区域と指定されなかった圏域でも、こうしたお話というのは重要な要素となるのではないかと考えております。

そのため、東京都のほうでは、不足する外来医療機能を担うことを、外来医師多数区域に限らず、全ての二次保健医療圏で、また、新規開業者だけではなくて、既存の診療所にも求めてまいりたいと考えております。

このことについても、2点目の項目ということでご意見を賜りたいと考えております。

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。

かなりわかりにくい気がいたしますが、1点目は、地域で不足または過剰な外来医療機能について、現場の肌感覚に基づく実感としてのご意見をいただきたいということです。これは、医師会の先生方や行政の方々からご意見をたくさんいただければと思います。

2点目は、「不足する外来医療機能を求める範囲」ということで、外来医師多数区域以外を含む全ての2次保健医療圏で、新規開業者以外の既存の診療所にも求めるという、東京都の方針についてご意見をいただきたいということでした。

どちらに関することでもよろしいので、ご質問、ご意見がありましたらお願いしたいと思います。

もちろん、病院の先生方や傍聴の方々からでも結構ですので、活発なご意見をいただきたいと思います。

いかがでしょうか。どうぞ。

○田原（武蔵野市医師会）：武蔵野市医師会の田原です。

この外来医療機能計画について一通り見せていただきましたが、今のご説明でちょっとわかりにくい点がありますのでお伺いしたいと思います。

参考資料2の14ページのところです。この計画に基づいて、新規開業の方々に対して情報を公開して、開業を希望する場所等について検討するということに加えて、この(1)の「基本的な考え方」の○の5つ目のところに、「既存の診療所にも行動変容を促し」という記載があります。

この意味がわからなかったんですが、不足する外来医療機能というものに対してアプローチを、既存の診療所にも求めるという意味なのでしょうか。

○千葉課長：おっしゃるとおりでございます。

地域で不足する外来医療機能とか外来医療に関する課題というのは、新規開業者だけが負うべきものではなくて、地域全体で考えていかなければいけないというのが、我々の考え方でございます。

ただ、具体的にどうやって行動変容を促すとか、どういうことをやっていくかというのは、それはまだ決めておりませんで、その方向性として書かせていただいているだけでございます。

○田原（武蔵野市医師会）：それから、93ページの下データをご覧いただくとわかるのですが、武蔵野市は、全国や都の平均の約1.5倍になっていると書かれています。

そこで、116ページをご覧いただくと、(1)の「外来診療所に関する手続き」の3つ目の○のところには、「必要に応じて地域医療へ協力していくこと

に合意しない診療所の新規開業者の診療所名、診療所所在地、合意しない理由を公表します」と書いてあります。

こういったことを公表することによって、新規開業者が開業する場所をある程度考えるという、一つの手立てにせよという話なんですか。

それから、北多摩南部という2次医療圏や、その市町村区域だけの過剰か過剰でないかだけで判断するのではなくて、地域によって、武蔵野市を例にとると、たかだか10平方キロしかないのですが、その中でも、外来医師多数区域であるにもかかわらず、過剰区域と過疎区域がまたあるわけです。

具体的に言うと、武蔵境の駅前などは、医療機関が非常に多くて、なおかつ、どんどん増えています。吉祥寺の東町とか南町辺りに行くと、ここは、第一種低層住宅専用地域になっていて、ほとんどビルが建っていません。そうすると、ビル診が全くできないわけです。

そうすると、当初は、診療所と住居が兼用の住宅で開業されていた先生方が、多数おられた時期はよかったです。そういった先生方が、ここ数年、お亡くなりになったり、開業をやめてしまうことが多くなったにもかかわらず、そのあとに参入できないという状況になっています。

つまり、土地が高い上、一戸建てしか建てられないということですので、そういうところの地域が、医師の過疎地になってきているわけです。

ですから、医師会としては、どうせ武蔵野市で開業するのであれば、そういう地区に開業していただきたいという情報があるわけですから、そういった情報をどういった形で新規開業者に伝えればいいのかというところがあります。

実は、武蔵野市医師会は、ずっと前から過剰地区であるということ、「医事新報」に昭和の時代から出していたんですが、「それは独禁法に引っかかる」という話になって、それをやめてしまったという経緯があります。

ですから、こういうことを公表していただくのであれば、こういう細かい情報を医師会から得た上で、こういうご指導をいただくと非常にありがたいと思うのですが、その辺のところについては、何かお考えがあればお伺いしたいと思います。

○千葉課長：1点目の116ページに記載の、協力を求め合意しない場合は云々というのは、国のガイドラインに書いてあることを、基本的にはなぞって書いてあります。

まだこれは最初の案でございますので、今後は、保健所さん等との協議によって、また変えていくということを予定しております。

2点目の、診療所の配置というか、その辺の情報は、先生がおっしゃるとおりでございますが、二次保健医療圏ごとで、かつ、区市町村ごとぐらいしか、データがないというのが現状です。

「これでは、地域の情報を見える化されていないじゃないか」ということは、いろいろな方々からご意見をいただいております。

先生がおっしゃるとおり、例えば、新宿区、渋谷区といったような巨大なターミナルのあるところは、当然、非常に多くなっていますが、新宿区でも万遍なく診療所が多いかという、そうではなくて、駅の周りに集中しています。

ただ、そういうことでは困るので、今いただいたような、「今後は細かくデータを出していくべきだ」とかいうようなご意見を、その計画に書き込ませていただいて、計画をつくって終わりではなくて、つくったあとも、例えば、東京都医師会さん、地区医師会さんとも協力して、いろいろなデータを集めさせていただいたり、調査をかけさせていただいて、きめ細かいデータを出すような形に、順次やっていきたいと思っております。

○田原（武蔵野市医師会）：ありがとうございました。よろしく申し上げます。

○齋藤座長：ほかに何かございますか。どうぞ。

○泉（武蔵野赤十字病院）：武蔵野赤十字病院の泉です。

今の田原先生のお話と関係しますが、94ページに、④の「外来医療機能の状況」のうちの、「夜間・休日における初期救急医療」の5つ目に、「市別の施設数は、武蔵野市が50.6施設で全国及び都平均より多い」と書いてあります。

また、「在宅医療」のところには、2つ目に、「往診の患者延数は、武蔵野市が19.9人/月で、最も多い」と記載されています。

しかし、救急車が非常に多くて、どんどん運び込まれてきていますので、武蔵野市が過剰地域みたいにかかれていますが、私たちの実感とは全く違います。

特に、“老老介護”の方や施設に入っている方も、救急車で運び込まれてくることが非常に多い状況ですが、こういう書き方だと、武蔵野市は外来医師多数区域だから、医師は必要ないというような感じがします。

○齋藤座長：外来といっても、開業医の診療所の数のことで、病院の外来は入っていないですね。

○千葉課長：ここは入っています。

○泉（武蔵野赤十字病院）：いずれにしても、こういう書き方をされると、外来医師多数区域となってしまいますので、実感とは全然違うということです。

○齋藤座長：ほかにいかがでしょうか。調布市医師会の佐々木先生、いかがでしょうか。

○佐々木（調布市医師会）：調布市医師会の佐々木です。

私は小児科ですが、97ページの「予防接種提供医療機関数（5歳未満人口千人当たり）」を見て、調布市がこんなに多いということを初めて知って、びっくりしました。

小児科の専門の医療機関だけではなくて、内科や耳鼻科の先生方も予防接種に携わっているので、こういう数が出るのかなとは思いますが、参考になるデータを出していただき、ありがとうございました。

○齋藤座長：小金井市は少ないので、どおりで忙しいわけですね。

調布市の場合は医療機関が非常に多いということですが、それでも、患者さんはたくさん来られるわけですね。

○佐々木（調布市医師会）：たくさんと思っておりますが、ほかに比べると少ないのかもしれませんが、

○齋藤座長：内原先生はいかがでしょう。

○内原（三鷹市医師会）：三鷹市医師会の内原です。

96ページの「在宅医療」のところですが、三鷹市の場合、在宅専門の診療所が多いという特性がありますが、これは、診療所ごとの数ということでしょうか。実感よりは、武蔵野市と同じぐらいということで、三鷹市は、訪問診療の過剰地域なのかなと思っていた実感とは、ちょっと違って、なぜそうなのかなという感じがしています。

それから、どういうことで外来医療機能を評価するかということですが、例えば、学校医とかいうのは、もう学校の数によって無理やりお願いするので、余り機能として見ても仕方がないと思います。

産業医についても、数として出してもいいけれども、直接は余りその地域の医療機能とは関係なくて、むしろ、小児科、皮膚科、整形外科とかいうような、標榜科の数を地域ごとに出したほうが、指標としては、よりいいのかなと思っています。

○千葉課長：先生がおっしゃるとおりでございますが、このデータは、国から示されたものですとかを集計したもので、診療科別のものは出ていません。

「今後はそういうものが必要だろう」というのは、ほかの地域でも言われていますし、我々もそう感じる場所ですので、その辺をどうやって出していくかについては、先生方からまたご意見をいただきながら、つくっていかねばいけないと思っております。

なお、学校医に関しては、別の地域で出た話ですが、例えば、ある市では、耳鼻科の先生が全然いらっしやらないとか、その一方で、隣の市には結構おられるとかいうことでした。

また、最近では保育所がたくさん増えてきたために、小児科の先生方はそこに関わらなくなってしまい、学校医は内科の先生方がやらないといけなくなってしまったとかいう市の話もいただいております。

そういったご意見を、99ページのところに、それぞれの地域の特徴として書き込んでいきたいと思っております。

○齋藤座長：データをきめ細かく取っていただかないと、かなり乱暴な話になってしまうような気がしますので、よろしくお願いいいたします。

ほかに何かご質問、ご意見はございますか。行政の方はいかがでしょうか。どうぞ。

○齋藤（三鷹市）：三鷹市の齋藤と申します。

先ほどから出ておりますような、地域の中の偏在という話は、三鷹市の場合もかなり極端になっておりまして、JRの三鷹駅の周辺には多いのですが、調布市との境のほうはかなり少ないという状況にあります。

ですので、個々の医師の行動変容を促して、医師の偏在是正につなげるということで、こういう計画を出されて、三鷹市は外来医師多数区域ということだけが出てしまうと、実態とかなり違うという感じを持っております。

市民の方々からや議会等からも、「医師が足りないところがある」ということで、隣の区市にかかりつけ医がいるという方々がかなり多いという状況ですので、実情とはかけ離れている部分が多いと思っておりますので、その辺もご配慮をお願いしたいと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

狛江市のほうはいかがでしょうか。

○鈴木（狛江市）：狛江市の鈴木と申します。

どの数字を見ても、狛江市が一番少ないということで、確かに、実感と本当にならないような数字になっていると思っております。

東京都の方もおっしゃっていましたが、学校医に関しては、内科の先生がいるので、何とかなっているというところではありますが、保育園が増えている中で、小児科の先生がなかなかいなくて、小児科の先生は、もう休みがないほど、多くの保育園を回っていただいているという現状がございます。

もちろん、小児科以外にも、産科も在宅のほうも足りないところがございますし、在宅の中でも、精神科の先生がいてもらえると、在宅を診ていく中で、介護プラスアルファを診るのにいいというところもありますが、そういった先生がいないという状況です。

また、検診においても、胃カメラができる先生が少ないという状況があったり、マンモグラフィをやれるところもないので、どうしても、ほかの市に出ていかなければいけないところもございます。

ですので、狛江市は数字がどれも少ないので、「全部ください」というような形で考えてしまうのですが、二次医療圏の中だけを見ると、多く見えるというところがありますが、非常に厳しいというのが実情でございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

副座長からどうぞ。

○小川副座長（東京都病院協会・調布東山病院）：副座長の小川です。

転院、退院してもらうときに、どういう診療所の先生方がいていただいたら、それがスムーズにできるかとか、そういう肌感覚での病院側のご意見も大事ではないかと思っています。

違っていたら、調布の先生からご意見をいただきたいのですが、駅の周辺に開業の先生が多く、「こんなに開業していて、今後、経営的に大丈夫か」と、病院の立場からすると、心配になるぐらいです。

先ほど、三鷹市と調布市の境のところに先生がいらっしゃらないというお話がありましたが、府中市と調布市の境にもいらっしゃらないという感覚はあります。

ですので、在宅にお戻しするときに、自分たちが行ければいいんですが、自分たちのパワーを超えたときに、「じゃ、どの先生にお願いしたらいいか」ということでは、非常に困る場合があります。

特に、府中のほうが、私の感覚では、在宅などにお戻しするときに、「先生がいらっしやらないな」ということを、病院の立場としては感じております。

それから、病院の外来も入っているというお話でしたが、そういう病院が駅から離れたところであれば、大きな病院でなくても中小の民間病院があれば、それはそれでいいんじゃないかという感じがあります。

ですので、そういうお立場の先生が、「その地区は私のほうで守ります」ということでしたら、その地域の現状を肌感覚でお示するというのが、この会議の意味だと思っておりますので、もしそういうお話をお伺いできればと思います。

○齋藤座長：病院の先生方からいかがでしょうか。お願いします。

○山田（調布病院）：調布病院の山田と申します。

本当に個人的な意見になりますが、クリニックの先生方は、駅とか交通のアクセスのいいところじゃないと、患者さんを集めることがなかなかできないということなので、どうしても駅の周辺に集中してしまうのは当然だと思います。

一方で、在宅をメインにやるということであれば、逆に、駅に近くでなくても、患者さんが歩いてくるわけではなくて、こちらから出かけていくわけですから、そういうことはかなり関係ないと思っています。

ただ、うちの病院は駅から中途半端に離れた場所にあって、近くに住んでいる人たちのほかは、救急車を集めていかないと、駅の近くの病院さんやクリニックさんにはとても太刀打ちできないということですので、「救急で頑張ろう」ということでやってきました。

そういうこともあって、うちの病院の近くにお住まいで、駅からちょっと離れたところで、「往診の先生がいらない」というところには、うちのドクターが行ける範囲でやっていきます。

ですので、「こういうふうになれば、不足する場所を減らせるんじゃないか」というようなことで、みんなで知恵を出し合っていければ、その辺を少しでも解消できるのかなと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございます。

自ら行動変容をされているということで、模範となるようなお話だと思っています。

病院の先生方からほかにいかがでしょうか。お願いします。

○泉（武蔵野赤十字病院）：武蔵野赤十字病院の泉です。

東京の場合は、高齢者が増えて、救急車で運ばれる数もどんどん増えている状況ですので、「減らしましょう」という議論には、全く違和感を覚えます、

都のほうからご説明いただいたICTを活用するという話も、非常にいいと思うんですが、データだけではなかなか見えない部分があって、認知度がどうだとか、家族の介護力がどうだとか、そういう方のほうが圧倒的に多いので、人と人のつながりで、きちんとやらないとなかなか難しいと思います。

ですから、連携室のほうでしっかりやって、在宅の先生方が情報を共有してやっていくような、人と人の関係をしっかりつくっていくほうが、もっと重要かなと思っています。

○齋藤座長：「過剰なものはない」というのが、きょうの結論になるでしょうか。

それから、圏域全体で見えるわけではなく、細かく見ていく必要があるということと、診療科別のデータも必要だろうというようなご意見が多かったと思います。

副座長からお願いします。

○小川（東京都病院協会・調布東山病院）：副座長の小川です。

この圏域は、人口が100万人以上いるので、地域医療構想のダウンサイジングと機能分化と集約化ということですが、人口が多いので集約化は合わないと思います。

そうすると、適切な機能分化と連携で、その中で、今のような話がもうちょっと見える化できればいいだろうと思います。どの地域にどういう機能を持った病院やクリニックさんがあるということが、ぱっと見ただけでわかって、お互いに相手の機能を活かし合えるような議論が必要だと思います。

その中で、減らすのではなくて、“積極的ダウンサイジング”というか、利益率を上げるために形を変えるというのはありかなと、ちょっと思いました。

○齋藤座長：建設的なご意見をありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○櫻井（共済会櫻井病院）：櫻井病院の櫻井です。

ここにいらっしゃる先生は、各病院のトップの先生ですが、基本的に一番必要なのはMSWの人たちで、医療構想を考える場合には、連携がうまくいっているかどうか非常に大事ですので、そういう方々の意見を聞くことが非常に大事になってくると思います。

トップの方々は、経営というものがメインになりますが、連携をしていくという感覚というのは、MSWのほうが多く持っているのではないかと思います。

それから、外来医療を評価する場合は、開業の先生と病院を一緒にして、そういう数で見て、どうだろうというのは、方向性としては違っていると思っています。

病院の機能評価をこういうふうにしていくというのであれば、外来のほうできちんと分けて、開業医の先生方について適正化していこうということであれば、開業医の先生方のデータを細かく分析する必要があると思います。

そうではなく、外来ということで1つにまとめて分析していこうとしても、そこからは何も出てこないのではないかと考えております。

府中の場合には、医師会診療所というもので夜間救急をやっていますので、かなり遠くから、1時間かけて来られるという方も非常に多いですが、こうい

うような場合もありますので、細かく分析した上でやっていかないと、この構想区域の中でいろいろ言っているのは、なかなか危険ではないかと考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。

時間も来ていますので、きょうのところはこれぐらいにしたいと思います。活発なご議論をありがとうございました。

それでは、次に移りたいと思います。

(3) 新たな病床配分方法（案）の検討について

○齋藤座長：次は、(3)「新たな病床配分方法（案）の検討について」です。

今年度第1回目の調整会議でも報告があった病床配分方法について、現在の検討に基づく配分方法（案）を東京都からご説明をいただきます。その後、東京都が提示した案について、皆さまのご意見をいただきたいと思いますので、東京都のほうからご説明をお願いいたします。

○事務局（加藤）：それでは、資料6をご覧ください。

資料としては記載はございませんが、第1回の地域医療構想調整会議の際にお示しさせていただいたことを、口頭で確認させていただきたいと思います。

今年度は、病床配分の関係では、2点検討を進めております。1点目が、新たな病床配分方法の検討ということで、本日お示しするものです。もう1点は、基準病床数の再算定ということで、今年度末までに併せて実施していくということでございます。

基準病床というのは全国一律の計算式に則って、各都道府県の2次医療圏単位で算定して、各圏域の既存の病床数に差があって、基準病床数のほうが上回っている場合は、新たな病床配分がその圏域では可能ということになります。

現在の基準病床数に則って計算すると、こちらの北多摩南部は病床が過剰な地域という扱いにはなっております。

この2点を今年度末までに取り組みを進めていって、来年度、令和2年度当初から、新しい病床配分方法と新しい基準病床数を皆さまに周知させていただいた上で、それに基づく病床配分の手続きを行っていくということでお話をさせていただいていたかと思えます。

その後のスケジュールとしても、年度当初から、概ね半年程度で申請の受け付けをしていき、今回は、関係者の方々の調整の期間を、「地域医療構想調整会議の中で、病床に関する議論を行うこと」とされていますが、その調整の期間を、最長で2年間ということで取らせていただいた上で、令和3年度末までに病床配分を、基準病床に基づくものとして行っていくといったことで、お話をさせていただいております。

それでは、資料6をご覧ください。

私どもの検討中の案としては、「原則」はあくまでも、「二次保健医療圏単位での均等配分」という、従来どおりの考え方をベースにさせていただいております。

その上で、特定の医療機能に着目して、特例的な優先配分を行うというものといった形にしております。

具体的には、「特例配分(案)」のところをご覧くださいますと、特に重要な医療機能として、「災害医療体制」の整備に寄与する病床については、優先的に配分を行いたいというものでございます。

昨今、大きな台風によって水害や風害も多く発生しております。従来の地震対策に加えて、こういった風水害対策への対策も重要度を増している中で、東京都としても、災害に対応できる病院さんを増やし、また、既存の病院さんのほうでも、対応力を向上できるようにと考えております。

そのため、災害拠点病院とか災害拠点連携病院を目指す病院さんのほか、既に指定済みの病院さんのほうも、機能を向上させる場合に必要な病床を配分するというのが、私どもの案でございます。

ただ、全ての数をということではなく、基準病床に基づく圏域の配分の余剰の中でということですが、それを超えない範囲で、かつ、1病院当た

り100床までが限度ということで、残余があれば均等配分ということを考えております。

また、各地域で災害医療機能の必要性とか、必要な病床数については、別途調整も必要と考えております。

今後、ほかの圏域の調整会議での議論を踏まえて、今年度末までに新たな病床配分方法ということで決定していき、来年度当初にお知らせできればと考えております。

ただ、私どもの案は、まだ細部にわたって作り込んでいるわけではございません。例えば、「圏域内で災害医療機能に関する申請が競合した場合はどうするのか」とか、「この圏域ではこうした機能も必要ではないか」といったような、細かいご意見でも結構ですので、何でもお気づきの点等のご意見をいただければと思っております。

続いて、資料7をご覧ください。

今年度第1回目の地域医療構想調整会議で、必要な医療機能についてグループワークを行った際の、各圏域の議論の状況とキーワードを、「到達点」としてまとめたものでございます。

こちらの北多摩南部については、資料7の2枚目の上から2番目になりますが、簡単に内容をご紹介させていただきます。

急性期班と回復期・慢性期班の2グループに分かれて実施していただきましたが、急性期班からは、「サブアキュートや在宅の充実が必要」、回復期班からは、「慢性期の病床が不足」との意見がありましたが、全体としては、議論により認識を深められなかったかと思っております。

また、別のご意見として、「共通認識を深めるために、調整会議を補完する、回数を増やした継続的なグループワークが必要」というご意見もあったかと思っております。

来年度以降、病床配分がある場合もない場合も含めて、必要な医療機能の分化、連携等の議論を進めていく必要がございますが、今年度の第1回の調整会議の際に行った議論というのは、一つの到達点といえますか、次に向けての議論の出発点になるものかと思っております。

ですので、こうしたお話も含めて、来年度以降の調整会議でもご議論を深めてまいりたいと思っております。

なお、今回のこの会議で何かをお願いするということではないのですが、今後の議論に向けた共通認識ということで、ご理解いただければと思います。

資料の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。

それでは、新たに提示された病床配分案についてご質問、ご意見があればお願いします。どうぞ。

○泉（武蔵野赤十字病院）：武蔵野赤十字病院の泉です。

先ほど、この地域は病床過剰というご報告がありましたが、流入が非常に多いということを勘案していただきたいと思っております。

それから、災害医療体制を配分に際して重要視するというお話でしたが、ここに救急車の受け入れということも、ぜひ考えていただきたいと思います。

圏域外からの救急車の受け入れが非常に多いので、この状況をきちんと把握していただいて、それを病床配分の際に考慮していただきたいと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。近藤先生はいかがでしょう。

○近藤（都立多摩総合医療センター）：多摩総合医療センターの近藤です。

令和3年度までということですが、もう少し考えたほうがいいのかと思います。災害医療というのは、病床を与えればいいというものではないので、これを病床配分するという根本概念について、もう少し議論したほうがいいのかも思えないです。

先ほどのお話のような、救急車の受け入れのこととかも考える必要がありますし、流入が多いというのは明らかですから、23区内の大学病院がたくさんあるところは、それをもって例外的にいろいろな議論をされると思いますが、

北多摩南部においては、杏林と私どものところを別にして考えられるような形で、議論を進めていかないとだめだと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

災害拠点病院のほうから異論が出ておりますが、ほかに何かございますか。野村先生、いかがでしょうか。

○野村（野村病院）：野村病院の野村です。

新たな配分方法についてですが、既存の病床の配分に縛られずに、これを上乘せするというふうに理解すればよろしいのでしょうか。

○千葉課長：既存の基準病床数の考え方の中でということでございます。

○野村（野村病院）：わかりました。

それから、先ほどの外来医療計画のところの話を聞いていまして、これからは数字で議論していくということは、もう避けられないことだとは思っています。

ただ、ここにありましたのは、国のほうから示されたものを出してもらったということだと思いますが、東京都のほうでも相当いろいろなデータを持っておられると思います。また、北多摩南部においても、6つの市の保険者のデータ等もいろいろあると思います。

ですから、この国の解釈ということ、東京都のほうでもっと詳しく見ていく必要があるのではないかと考えています。例えば、患者住所地と医療機関住所地の違いとかも見る必要があると思います。

先ほど、武蔵野市や府中市などから、肌感覚とかなり違うというようなお話がありましたが、こういった分析もできるでしょう。

いずれにしても、数字で議論していく必要があるのは確かですから、情緒的な話だけをしても仕方がないと思いますので、今あるデータをもとにそれらを指標化して、それに基づいて議論していくようにしていただきたいと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

副座長からどうぞ。

○小川副座長（東京都病院協会・調布東山病院）：副座長の小川です。

皆さんがおっしゃったことと重なるかもしれませんが、この病床配分方法で、災害医療体制の整備というところは、私は、もしかしたら、大きい病院で流入患者さんが多い病院ではなくて、地域の救急車を受け入れている、中小レベルの急性期の病院にスポットライトを当てていただいているのかもしれないと、ちょっと感じてはいました。

ただ、災害医療の拠点ではなくて、支援病院であったりということですが、全部が支援病院になれるわけではない中で、どう配分するかという話にはなりますが、高度な大きな病院でない、救急車を受け入れる病院の配分をどのように定義したらいいのかなと思っております。

なぜならば、そこに患者さんが行かないと、住んでいないところに救急車で運ばれてしまったあと、その患者さんがどうなっていくかということは、救急車を受け入れる大きな病院があるこの北多摩南部の2次医療圏だからこそ、一つの特徴的な課題なのかなと思っています。

地元の急性期を一生懸命やっている病院に早く帰るか、なるべくそこに救急車が行くような病床配分がないのかと、ちょっと感じます。

先ほど、近藤先生もおっしゃっていましたが、大きい病院の救急だけを考えていたらまずいのじゃないかというご意見だったと理解しています。

こういう点について、山下先生、いかがでしょうか。

○山下（吉祥寺病院）：吉祥寺病院の山下です。

我々の病院は、昨年から、地域包括ケア病床を21床で始めまして、日赤とか杏林さんから、急性期の治療が終わった患者さんが来られます。

ただ、日赤と杏林さんは、たくさんの救急車を受けておられて、北多摩南部医療圏全体から受けられていますので、そこでの治療が終わった患者さんを

我々が受け入れると、その患者さんの退院調整を我々がすることになるわけです。

我々の病院の救急に対するマンパワーとかが至らないところはありますが、今のお話のように、最初から我々のような中小病院がそれぞれの地域で受けていけば、患者さんの家族も我々の職員も困ってしまって、入院期間が延長したりすることも少なくなると思いますので、それぞれの地域でそれぞれが救急としてできることをやれるようにできればと思います。

“東京ルール”でも、北多摩南部医療圏の成績は余りよくないということですが、高齢の方をどう診ていくかというのは、救急だけではなくて、そういうところを整備しないといけないと思いますので、我々自身も反省しないといけないとは思いますが、この圏域の中でいろいろ議論して考えていければいいかと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかに何かございますか。どうぞ。

○川内（小金井リハビリテーション病院）：小金井リハビリテーション病院の川内です。

この調整会議での病床配分という話には、ちょっと馴染まないかもしれませんが、小金井市は、齋藤先生の指揮のもとに、災害のときに、地元の人たちをどうやって受け入れようかということで、開業医の先生方がいろいろ検討していただいています。

駅のほうは何とかなるけれども、多摩霊園の辺りは何もないということで、私どもの病院は医師が少ないため、何かあったら、先生方が駆けつけてくださって、一緒になってトリアージをして、重症な人は泉先生のところに搬送するというようなことを、小金井市と一緒にやろうとしているところです。

災害医療ということであれば、そういうような、私たちがやらなければいけない仕事のところまでも含めて、計画を練っていただければと思います。先ほどの吉祥寺の住宅街の医療のお話もそうですので、そういうことも頭の中に入れてお考えいただければと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ただ単に病床を増やせばいいという問題ではないということですね。

○川内（小金井リハビリテーション病院）：もちろん、病床は増やしていただきたいと思います。

○齋藤座長：もちろん、そうですね。

ほかに何かございませんか。万代先生はいかがでしょうか。

○万代（北多摩病院）：北多摩病院の万代です。

基準病床内での話ということでしたが、北多摩南部はまだ急性期が多いという中で、災害医療体制の病床を増やすということは、災害が起きたときはいいですが、そうでないときは急性期をやるわけですから、そういった方向性を出してもいいのかということ、一つ懸念いたします。

それよりは、皆さんがおっしゃっているように、むしろ、救急のほうが重要だと思っています。

極端な話ですが、病床配分に102床出たときに、100床まで優先的に配分したとすると、残りは2床しかないということになりますので、そういったようなことからイメージできるように、この災害医療体制ということで優先的に配分するのは、ちょっと現実的ではないのではないかと思います。

また、災害医療体制ということ手挙げした病院が、どういう災害医療の整備をするかについての援助も含めたお考えであれば、そういうことも必要かもしれませんが、災害が来ることは間違いないので、必要なことはよくわかりますが、平時のことも十分考えた上での病床配分のほうは重要ではないかと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。貴重なご意見をいただきました。

副座長からどうぞ。

○小川副座長（東京都病院協会・調布東山病院）：副座長の小川です。

先ほどもちょっと申し上げましたが、病床配分の中に、技術的に可能であればですが、先ほどの都立神経病院さんのように、全都的に専門的なことをやっている病院の病床数も、この中に入っていますので、そこは省いてのトータルな数字を出していただければと思います。

かつ、他の医療圏からの救急車を受けている大きい病院と、そうではない病院とで、違った配分ができるといいなとも思っております。この辺についてもご検討をお願いできればと思います。

○齋藤座長：病床機能を細分化して、評価するということですね。貴重なご意見をありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。

それでは、規定の時間をちょっと過ぎてしまいましたので、本日の会議はこの辺で終わりにしたいと思います。

活発にご議論をありがとうございました。本日の議論の内容は、次回以降の調整会議に活かしていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

この調整会議は情報を共有する場ですので、最後にぜひ情報提供を行いたいということがございましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、本日予定されてい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。ありがとうございました。

4. 閉 会

○千葉課長：齋藤先生、どうもありがとうございました。

本日はたくさんのご意見をいただきありがとうございました。これから外来医療計画をつくる際、また、病床配分を定める際の参考にさせていただいて、練り上げていきたいと考えております。

それでは、最後に事務連絡を4点申し上げます。

まず1点目です。本日行っていただいたご議論について、追加でご質問、ご意見がある場合には、お手元の「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、東京都医師会までご提出をお願いいたします。大変恐れ入りますが、本日より2週間以内程度でご提出いただければ幸いです。

2点目。今後、医療機関さんがこれまで担ってきた機能を大きく変更することなどを予定されている場合には、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が、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点目です。資料は全てお持ち帰りいただいて結構ですが、閲覧用の「地域医療構想」という冊子だけは、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、本日の地域医療構想調整会議はこれにて終了させていただきます。長時間にわたりご議論いただき、どうもありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

(了)