

〔令和元年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西部〕

令和元年11月25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』

〔区西部〕

令和元年11月25日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまから区西部におけます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。

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。

その下に、「地域医療構想調整会議ご意見」という紙、そして、テーブルの1列ごとに1冊ずつ、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。

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。

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、ご発言をお願いいたします。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。
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ございます。

この調整会議は、令和元年度の2回目で、その都度お集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

この調整会議は、病床機能をどのように整えていくかというものであったのですが、厚生労働省は、“2040年問題”とっている、80歳以上の方が3割を超えてしまうという時代に向けて、3つの改革を進めております。地域医療構想の実現、働き方改革、それと医師偏在対策ということで、これを三位一体としております。

そして、この調整会議で、もともとの地域医療構想のほか、医師偏在対策を話し合うということになっております。

その偏在に関しては、外来医療計画と医師確保計画ということで、きょうの議題にも既に入ってきております。この短い間にたくさん話をしなければいけないということで、この調整会議に対する負荷が高まってきております。

ですから、ここで全部結論が出てくるというようなものではないですので、お考えを聞かせていただいたり、課題などに対して「その解決の糸口はこのようにやったらいいのではないか」というようなご意見をいただいて、それからまた施策を考えていくというスタンスで行きますので、ぜひご発言をお願いいたします。

もしくは、終わったあとで、意見を書き込む用紙が用意されていますので、そこにご意見があれば書いていただきたいと思います。と思っております。

最初の地域医療構想の件ですが、厚生労働省は、全国の公立・公的病院で、急性期機能に関してですが、民間病院でやるべき急性期医療をきちんと果たしているかということで、再度検証したらどうかということで、424病院を挙げております。

その急性期機能に関しては、5疾病5事業などで示されているような、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣という

ような内容ですが、東京でも、その424病院のうちの10病院が挙げられました。

ただ、幸いと言いますか、この区西部においては、その病院はございませんが、ほかの地区、特に区中央部では、4病院がひっかかって、その議論がなされました。

地方では、この議論を進めることによって、統廃合であったり、ダウンサイジングであったりというところがありますが、東京の場合は、2025年の必要病床数に達していないことであったり、急性期に偏ってなくて、東京では足りないだろうと言われる回復期を目指しているということで、それぞれの病院では、検証というか、話し合いが行われて、大体受け入れられるということで、決着はしています。

後ほど、東京都から説明があると思いますが、どういうところがひっかかって、どうなるかということは、一応確認しておいたほうがいいと思います。

というのは、民間病院についても、いろいろ検証したほうがいいのではないかとということで、民間病院に対しても話題になってきているというか、矛先が向いているとでも言いましょうか、そういう傾向がございますので、この議論というものは、多少しっかりと踏まえておいたほうがいいと思っています。

それから、医師偏在のほうに関しては、地域的偏在、診療科の偏在、それから、余り相手にされていませんが、医療機関ごとの偏在、例えば、大学病院、病院、診療所の偏在ですが、これらの3つの偏在のうち、地域的偏在においては、たくさん医師がいるという形になっておりますので、余り問題とはならないと思います。

診療科の偏在と医療機関ごとの偏在が問題となりますが、これは、どういうふうに計画を立てていけばいいかという計画に関しては、東京都が、1部、2部構成ということで、かなりがっちりをつくってきておりますが、その中で、現場の先生方のお話をしっかり盛り込んでいくことが、すごく大事ですので、ぜひそれに関するご意見をいただきたいと思っております。

我々でしっかり討議していくために、皆さんからのご意見をいただきたいと思っております。

診療科の偏在と医療機関の偏在というのは、私は、結構同じような原因、つまり、医師が働いて、人生を医師として過ごしていく中において、いろいろな目標であったり、ライフステージの問題があったりということで、結構似通っているようなものがありますが、それを解消していく方法というのがなかなか出てきていないと思われまます。

ですので、「このようにしたらどうだ」というようなご意見があれば、ぜひお聞かせいただきたいと思ひます。

非常に盛りだくさんな内容ですので、皆さまのご発言を積極的に行っていたきたいと思ひますので、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。

次に、東京都より、東京都福祉保健局医療政策担当部長の櫻井からご挨拶を申し上げます。

○櫻井部長：東京都福祉保健局医療政策担当の櫻井でございます。

本日は、大変お忙し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。また、日ごろより東京都の福祉保健医療政策に多大なるご理解とご協力を賜っておりますことを、改めて深く感謝申し上げます。

さて、今年度第2回目の調整会議につきましては、猪口先生からも今お話しいただきましたとおり、大きく3つのテーマをお持ちしております。

今回は特に、2番目の外来医療計画というものにつきましては、外来医師の偏在是正という観点で、新たに都道府県に対して、今年度中に策定するようにということで、厚労省から示されたものでございます。そして、こちらは医療計画に追補する形に位置づけられてまいります。

医療計画の場合ですと、これまでも歴史を重ねて、何度も改定をしてまいりましたが、この外来医療計画は初めてのものですので、議論のベースとなるデータ等がなかなか揃いにくいといったことで、行政としてもなかなか悩ましいところがございます。

猪口先生からお話がございましたとおり、本日は、この東京の、区西部の外来医療の実情につきまして、それぞれのお立場から、またさまざまな連携の中

などで、日ごろ感じていらっしゃる課題とか、強みや弱み、ご提言等をぜひいただきたいと思っております。

それらを計画に反映し、また施策に活かしていきたいと思っておりますので、きょうはかなり盛りだくさんなテーマをお持ちしておりますが、ぜひとも活発なご議論をお願い申し上げます。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、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いたします。

では、これ以降の進行を座長にお願いしたいと思えます。溝口先生、どうぞよろしくお願いいたします。

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

○溝口座長：皆さま、こんばんは。今期より座長を務めることになりました、中野区医師会の溝口と申します。よろしくお願いたします。

では、早速議事に入りたいと思えます。本日は、初めに東京都より報告事項を2点まとめて説明を受けたいと思えます。お願いたします。

○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」でございます。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、区西部のほうは、開催日程欄の上から4段目ですが、12月3日（火）の開催を予定しております。

実施内容については、「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。

ホームページで傍聴案内を出しているほか、会議資料とか会議録を順次公開してまいりますので、区西部の議論についても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がございます。

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。

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、今後このようなものが始まるということ、イメージとして情報を共有できればと考えております。稼働の際には、しかるべきタイミングで説明会なども行わせていただ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ございまして、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ありますが、こちらは、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アクセスができるような仕組みとなっております。

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きまして、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。

○溝口座長：ありがとうございます。

ただいま東京都から説明がありましたが、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次の議事に進めさせていただきます。

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

○溝口座長：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させていただきます。

こちらの圏域の中では、再検証を要請された医療機関はございませんでしたが、国がこの分析を行った目的と申しますのが、調整会議における議論の活性化を図ることになっておりますので、今後の地域の実情に応じた医療機能の分化と連携に向けて、情報を共有させていただければと思います。

また、今回は、公立・公的の急性期病院を対象としたデータの分析でございましたが、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。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ということでございます。

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でリスト化しておりますので、後ほど参考にさせて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ておりまして、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、厚労省のほうでは、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用いて、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を、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、対象が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B項目の「類似の実績かつ近接」という項目については、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ございまして、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。

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、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。

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、各病院の役割や特色について、地域として共通認識を深められればと考えております。

説明は以上でございます。

○溝口座長：ありがとうございました。

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。よろしいでしょうか。

それでは、次の議事に進ませていただきます。

(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

○溝口座長：(2) は、「東京都外来医療計画（案）」についてです。

それでは、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、まず資料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、経緯等を説明させていただきます。平成30年の医療法の一部改正により、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。

この性格としましては、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。

今年度中に計画を策定して、令和2年度からの4年間で最初の計画期間となります。

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では、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まして、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することで、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、こちらの区西部が全国で一番となっております、それに続いて、区中央部、区西南部、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」についての内容です。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部では、「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

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、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となっております。

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会議体をつくりまして、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ごございます。

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44ページ以降が、この区西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、50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区西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。

○溝口座長：ありがとうございました。

ただいま、外来医療機能の策定についてご説明がございました。1点目が、「日ごろ地域で感じる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、2点目が、「不足する外来医療機能を求める範囲」について、外来医師多数区域以外や、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あります。

どちらに関する内容でも構いませんので、ご質問、ご意見をいただければと思います。また、この区西部全体でいろいろ言うのはかなり難しいと思っていますので、新宿、中野、杉並でそれぞれ事情が違うと思っていますので、それぞれの区におけるご意見でも構いません。

忌憚のないご意見をぜひよろしくお願いいたします。どうぞ。

○関根（JCHO東京新宿メディカルセンター）：JCHO東京新宿メディカルセンターの関根と申します。

基本的なレベルの質問で、もしかしたら私だけが理解していないのかもしれませんが、この「外来医師偏在指標」の中で、人口10万人当たりということで、数字が出されています。

実際には、この医療圏を越えて患者さんを診るということが、東京都の場合は大変多いと思いますので、この21ページ以降の中にデータはあると思いますが、各圏域がどれぐらいの患者さんを実際に診ていらっしゃるのかということでもって、ただ単に、人口10万人当たりという対象ではないものがあらわされているのではないかと思います。

もう1点は、「不足する外来医療機能」と言いますが、これも、同じような考え方で、区西部は非常に充実しているとします。そうすると、充実していな

い分野がある圏域のものを、区西部が実際には診療していて補っているという
があると思います。

ですので、もしこれを、不足する機能を圏域ごとに出すのであれば、基本的
に二次医療圏ごとにそれをきちんと整備させたいのか。それとも、ほかの圏域
できちんと診ているから、別に不足していてもいいじゃないかという考え方で
行くのか。

以上のような点について基本的な考え方を教えていただきたいと思います。

○千葉課長：特に、基本的な考え方というようなしっかりしたものはないので
すが、外来医療機能といいますと、二次医療圏でも、私どもとしても、範囲と
しては広過ぎるのではないかと考えております。

やはり、外来というのは、もう少し近いところに行く人が多いでしょうし、
また、今後さらに高齢化が進めば、より近いところに行くようになると思いま
す。

ですので、そういう意味では、違う圏域の機能をというよりも、例えば、こ
の圏域の中の区ごとに、必要な機能、足りない機能を考えていくのがいいのか
などは考えております。

○関根（JCHO東京新宿メディカルセンター）：目指す方向という意味では
よくわかりました。ですので、今後の議論もそれを踏まえて行っていく。ただ、
その実現ということについては、またちょっと違った結果もあり得るのかなと、
個人的には考えております。

それから、最初の質問の患者数のデータについては、当然あるわけですから、
それを一覧にして示していただくと、人口10万人当たりというよりも、実情
がよくわかると思われましたので、そういう資料がもしご用意いただけるならお
願いしたいと思います。

○千葉課長：患者数の実数につきましては、端末のほうに資料編みたいなもの
を付けますので、そういうところでお示しさせていただきたいと思っておいま
す。

○溝口座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○岡崎（新宿区医師会）：新宿区医師会の岡崎です。

資料4にある「外来医師偏在指標」ということで、4つの要素が出されていますが、こういうものよりは、医療体系を考えていった場合に、個々のそういう内容よりも、診療科とかの分布のほうが、非常に意味があるのではないかと思います。

それから、ただ、10万人当たりとかの人口でくくっていますが、人口分布の割合もかかってきて、どこに需要性がある診療科があるのかといったものも、地域ごとにみんな違っているのではないかと思いますので、もう少しきめ細かい分布をつくらないといけないと思います。

それから、先ほど、関根先生がおっしゃったように、都心の場合は、地方から来るいろいろな交通機関もあるわけですから、一定のエリアの中での問題ではないと思います。

○千葉課長：診療科別については、先生がおっしゃるとおりだと思います。

ただ、言い訳になりますが、国から出ているデータとか、国のガイドラインでは、今回については診療科別のものは出ていませんので、我々もこんなざっくりしたものでやっているという状況です。

かつ、国のほうでも、データだけでは全く不足していることを十分わかっていますので、例えば、この調整会議の場ですとか、最初にご報告させていただいた在宅療養ワーキングですとかからご意見をいただいて、それを反映していくという仕組みをつくっています。

また、それだけで終わってもいけませんので、こちらの資料4でご説明いたしましたとおり、このグレーの部分は、国から言われた、ガイドラインに載っているところですが、その下の部分は、都が独自で付加する第2部というところ です。

そういうところでは、今後、診療科別の細かいデータが必要だから、それを考えていかなければいけないとかいうことの方角性をきちんとうたって、この

計画をつくって終わりではなくて、つくったあとも、そういった議論を重ねたり、必要であれば、東京都がきちんと調査を行ったりとか、先生方のところのような地区医師会さんに調査をお願いしたりしながら、その内容を高めていきたいと思っております。

○溝口座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○尾形（杉並区医師会）：杉並区医師会の尾形です。

クリニックとかを問題にして、外来医療とかの話が出てきているような感じがします。そして、関根先生がおっしゃっていたような、専門性とかは、病院の外来が頭にあるのではないかと思います。

ですから、一般的な意味で、こういう高齢社会になったときに、クリニックの場合は、総合医という形で診ているということを前提に考えたほうがいいのではないかと思います。

それから、本当に専門性の高いところに送ったりする場合とでは、ある程度棲み分けをしていくというような考え方の中で、病院の専門外来とかと一緒に働いていくのは当然ですが、この話の場合は、どちらかという、いろいろな病気を持っている高齢者を対象にした外来医療ということを考えて、話をつくっていくということと、それ以外ということと、分けて考える必要があるのではないかと思います。

○溝口座長：ありがとうございます。

それでは、新宿区と杉並区の先生方からご意見をいただきました。私は中野区ですが、座長がしゃべるわけにはいかないので、4人の先生方がお見えになっていますので、ぜひご発言をお願いいたします。

○入江（新渡戸記念中野総合病院）：新渡戸記念中野総合病院の入江です。

杉並区医師会の方がおっしゃったことと同じで、私たち委員というのは、主の病院の代表で、病院の場合はもうちょっと議論しやすいのですが、東京都が

おっしゃっている外来医療計画というのは、何をメインにしてつくっていきたいと考えておられるのかがわかりません。

実際の外来医療の最前線は、地域の先生方がなさっているので、今おっしゃったような総合医というような方向で行くのか、新しい外来というと、もちろん、専門外来という概念も入れる必要があります。

ですから、この東京の外来医療をどうするかということについては、非常に絞りにくいというのを、感想として持っています。

○千葉課長：また言い訳めいていますが、国が今回目指していますのは、冒頭でも申し上げましたが、新規に開業を目指す先生方の行動変容を狙っているということです。

簡単に申しますと、新しく開業する人がこういうものを見て、「ここは多いからこっちにしよう」とか、というようなことを狙っているということです。

ですから、この計画では、各地域ごとの現状を明らかにして、情報提供して、行動変容を狙っていくというような目的ですので、新たに開業する先生方への情報提供というような形になっています。

ただ、そうはいっても、不足する外来医療機能は何かということ、きちんと書いていかないと、情報提供になりませんので、それを、データではあらわせないところを補足していくというのが、今回ご意見をいただきたいところでございます。

かつ、病院の先生方には、病院で診療されているとき、「患者さんを逆紹介する場合にこういう機能が地域に不足していると思う」とか、開業する前は病院で働いておられる場合がほとんどですので、例えば、「開業を目指す前には、こういう情報を提供したほうがいい」というようなことについて、ご意見をいただければと思っております。

○溝口座長：ありがとうございます。

あと、こういう外来機能の話をするときには、逆紹介するとき、病院の先生方がどのような基準を使ってやっているかということも、今後大事な問題になってくると思います。

座長の立場で申しわけありませんが、中野区医師会では、この間、「心不全でどの程度診られるか」ということについて、ホームページで載せるために、アンケートを取ったばかりです。

また、糖尿病についても、5つぐらいの項目、例えば、「インシュリンを使えるか」「糖尿病成人症を診られるか」ということについて、逆紹介のアンケートを取ったばかりです。

いずれそれを、私たちは病院の先生方に提供させていただいて、逆紹介を積極的に受けていくという気持ちは持っています。

ただ、「患者さんが遠いとなかなか来ない」ということを、病院の先生方から、逆紹介するときによく聞きます。また、「俺を見放すのかと、病院から追い出されるような感覚で言う患者さんも、中にはいらっしやる」という話もお聞きしています。

それでは、行政の方々からもご意見をお伺いできればと思います。

○白井（新宿区）：新宿区の白井でございます。

関根先生や岡崎先生からお話ございましたように、新宿区は昼間人口が非常に多いところですので、この数字は納得できるというか、こういう数字が出てくるのだろうなと思うところです。

ただ、一方で、今回、「外来機能について事前に見てくるように」ということでしたので、聞いてきたところですが、新宿区の場合は、全国的な問題でもあるでしょうが、小児科の機能については、まだ不足しているのではないかと、いろいろな職員が感じているということでした。

○増田（杉並区）：杉並保健所の増田でございます。

杉並区は人口が57万人ですが、「平日夜間の小児救急を充実させてほしい」といった要望がございます。

医師会のご協力のもと、平日夜間の小児救急の診療所を開設したり、小児の二次救急ということで、河北病院のほうで担っていただいたりしていますが、この2か所しかないのが現状です。

あと、産婦人科医療に関しては、区内で出産されているのは4割程度ですので、そういった産科医療もまだまだ不足していると言えらると思ひますし、出産後の産婦健診の実施に当たっても、産婦人科医が少ないという現状もございます。

○溝口座長：ありがとうございました。

それでは、次に、薬剤師会の立場から、高松先生、いかがでしょうか。

○高松（東京薬剤師会）：東京薬剤師会の高松と申します。

国のいろいろな計画もわかるのですが、現場に持ってきた場合、先ほどから話が出ているように、これをやったからといって、効果がすぐに見えるものでなさそうですので、もう少し緊急性があるのであれば、別の方策をとったほうがいいのではないかと思っています。

もちろん、状況を把握するという面ではいいのかもしれませんが、「いつまでにこういうことをやる」ということが、はっきり出せるかどうかは、微妙な議題かなという感触があります。

そして、体制が急激に変わると、利用者のほうも混乱すると思ひますので、しっかり計画を立てて進めていかなければいけないと思ひますので、そういうことが利用者きちんとわかるような状況にしていかないと、逆に混乱が生じるのではないかという印象を持ちました。

○溝口座長：ありがとうございました。

患者さんを、急性期から在宅に戻す場合、医師よりも看護師さんのほうがキーパーソンになると思ひますので、看護師の立場からのご意見をいただければと思ひます。

○大沼（東京都看護協会）：東京都看護協会の大沼と申します。

高齢者が今後増えて、なおかつ、認知症が増えるということを考えますと、地域包括ケアシステムを推進するのに、例えば、心不全とか糖尿病というよう

な1つの疾患ではなくて、認知症のサポートというところが非常に大事になってくるかと思っております。

ただ、それらを一緒に診ていただける先生がちょっと少ないのではないかと
いう印象が非常にあります。

例えば、病院で認知症の診断をするのは神経科になりますが、そこだけでは
十分ではないということがありますので、総合診療の中でそういう認知症も診
られるようになればと思っております。

あとは、先ほどの杉並区のほうから出ていました小児医療のところ、その
夜間救急とかも、今後非常に大事になってくると思っております。

疾患のコントロールをするに当たっては、認知のコントロールをしなければ、
ご家族の負担も増えてくると思いますので、ぜひそこは強化していただきたい
と思っております。

○溝口座長：ありがとうございました。

糖尿病の話ですが、入院でインシュリンを使っていた人が、在宅になった途
端にそれを中止せざるを得ないという話があります。それに対しては、家族の
協力が得られるかということと、在宅の先生方がインシュリンを扱う気がある
のかという話もあります。

在宅になった途端に、医療レベルが落ちてしまうということが、現実にあ
りますので、そういうところを今後どうしていけばいいかということで、お互い
の情報を共有して、なるべくいろいろ診られる先生をとということで、医師会員
がどれほどできるかという情報を、病院の先生方に提示させていただくことが
大事だと思っております。

それから、保険者の方からのご意見もいただければと思います。

○近藤（保険者代表）：保険者代表で来ております、全国設計事務所健康保険
組合の近藤と申します。

初めてこの会に参加させていただきましたので、的外れなことを言いました
らご指摘ください。

被用者保険なものですから、家族というのは、自宅のところが医療圏になると思いますが、一方で、働く本人は会社勤めをしていますと、自宅の近くであったり勤務先の近くにあったりします。さらに、そこに転勤が伴いますと、またそこから動いていきます。

こういう会社員にとっては、近くにどういったお医者さんがおられるかということ調べて、自宅の近くになかった場合は、会社の近くを探しに行くと思います。

そうすると、近くに新しい診療所がオープンしたとき、それが自分のかかりたい診療科であった場合は、そちらに行ってしまうということがあると思います。

ですから、新たに不足するということ、また、過剰ということに関しても、会社員というのは動いていくものですから、医療圏を1つに絞るのは難しいと思っております。

その辺の考え方はどのようにすればいいかをご教示いただければと思います。

○千葉課長：本当にご指摘のとおりで、東京都を含めた、大都市共通の課題だと思っております。

先ほど、外来の医療圏について、自宅の近くですとか、より高齢化したらもっとそれが顕著になるということを申し上げました。

それから、大したデータではありませんが、例えば、区西部について、44ページをご覧くださいますと、病院と診療所の数は新宿区が圧倒的に多いです。区西南部ですと、渋谷区が圧倒的に多いですし、区西北部ですと、豊島区が圧倒的に多いです。

ご案内のとおり、巨大なターミナルがあるところが圧倒的に多いというのは事実ですので、これは、あと何十年たっても余り変わらないのではないかと思います。

ただ、そういった環境の中でどう考えるかと言われると、なかなか難しいのですが、そういった現実を踏まえながら、それでも、「何が足りないのか」「ど

ういうところが不足しているか」ということも、考えていかなければいけないのではないかと考えております。

お答えになっていなかったかもしれませんが、そういうことは、我々も事実として認識しているところです。

○溝口座長：我々と違った視点から大変貴重なご意見をありがとうございました。

順番にご意見を伺っているような感じになっていますので、次に、福江先生、お願いいたします。

○福江（小原病院）：小原病院の福江です。

うちは慢性期なので、余り関係ないのじゃないかという感覚がありますが、皆さんの意見とかぶると思います。開業するドクターがどうやって考えるかという、まずは場所ですね。

「この区域の数百メートルの範囲でどのくらいあるのか」ということを考えるときに、二次医療圏の話を出されても、全くピンと来ないのではないかと思います。

それから、先ほども出ていましたが、「科別のものが出ていないのに、ここに診療所がいくつあるからといっても、それがわからないと全く意味をなさないのでないか」と思います。

ですから、こういう2点から考えても、これをつくっても誰も参考にしないと思いますので、本気で作るのであれば、「駅のターミナルから何百メートル以内」とか、もう少し区切って、そこに科別を書いてあれば、それを見て、「じゃ、ここで開業するとちょっと厳しいな」とか、「ここがいいんじゃないか」という判断ができるので、そういうふうに見えるようなデータを出さないと、意味のないものになってしまうという気がしています。

○千葉課長：全く先生のおっしゃるとおりだと思います。

我々のほうのこの素案には付いていませんが、できる限りのことはやっ
ていこうということで、各圏域ごとに地図を付けて、プロットをしていこうと考
えております。

ただ、今の段階では、病院とか診療所がプロットされるようなデータしかあ
りませんので、例えば、区西部の1枚の地図でプロットしていても、新宿の
ところだけ真っ黒になるだけですから、余り意味がないと思っております。で
すので、区西部と区ごとのものをつくって、まず今回はできるところまでやろ
うと思っております。

いずれは、先生方ご意見をいただきながら、地区医師会さんとか保健所さん
のご協力をいただく必要がありますが、さらに、例えば、診療科名とか規模だ
とかも入れれば、だんだんよくなっていくかと思っております。このようにして、
内容を深めていきたいと考えております。

○溝口座長：ありがとうございました。

順番が飛んでしまっており、申しわけありません。蛭名先生、いかがでしょ
うか。

○蛭名（新宿区歯科医師会）：新宿区歯科医師会の蛭名です。

歯科医師会のほうから来ておりますが、実は、息子が埼玉医大の6年生で、
それこそ、今後の研修から開業に向けて、いろいろ悩んでいるところです。

息子はたまたま医学部に進むことになったわけですが、私の祖父と父が産婦
人科医でして、私が歯科を開業している場所で産婦人科をやっていました。

当時、私も医学部を受けたのですが、「産婦人科医だけにはなるな」と言わ
れていました。それは、今のような医療訴訟の問題からではなくて、妊産婦さ
んが通ってきてくれていても、出産する場合は、みんな地方に行ってしまうの
で、産婦人科は余り割に合わなくて、苦勞するだけだと。

夜中に起こされたりしますし、今みたいに計画的に産ませるようなことはし
ませんでしたから、出産予定が入ると、その前後1か月ぐらいは、どこかに旅
行したりすることもできないというような状況だったからです。

息子が医学部に行ったときに、私の祖父と父が産婦人科をやっていたということで、友だちに、「自分もそういう科にも行こうと思っている」と言ったところ、一斉に引かれてしまったということでした。

新宿区では、産科の先生は数か所しかないですよ。岡崎先生は偉いですね。

○岡崎（新宿区医師会）：6か所か7か所はありますが、

○蛭名（新宿区歯科医師会）：なぜやらないかという、訴訟とかが非常に重くのしかかっていると思います。

ですから、東京都のほうで科のことを考えられるのであれば、そういう医療人をもう少し守ってあげられるような方策も考えていただければと思います。

あと、歯科のことで、皆さんの参考になるかどうかわかりませんが、歯科は今、大学生の半分以上が女子学ですので、将来的に、今は「歯医者が多い」と言われていますが、極端に人数が減る時期が来ます。

医科のほうでも問題になっていて、女子学生が今後増加して、しかも、外科ではない科を希望する人が増えていきそうな流れからすると、どこかで開業医の先生方にもそのしわ寄せがくるようになっていっていると思います。

ですから、国も東京都も、長い目で見ていただいて、よりよい医療を提供できる体制をつくることを考えていただければと思います。

○溝口座長：ありがとうございました。

では、次に、門脇先生、お願いいたします。

○門脇（杉並リハビリテーション病院）：杉並リハビリテーション病院の門脇です。

私のほうも回復期なので、特殊な外来のリハビリぐらいでということになりますが、少し思っていることをお話しさせていただきます。

開業されている分布ということですが、先ほどから話が出ているように、専門的というか、地域の人たちが腎臓とか心不全とかの特殊なエリアを選んでい

くのか、それとも、総合診療医的で、訪問診療までやる先生が必要なのかとか、いろいろ分かれてくると思います。

ですから、見方を変えないと、先ほど言われたように、駅ごとに診療科をプロットするといっても、それぞれの特色まではわからないと思います。

しかも、全てのエリアを診られる人というのは、今の医療教育でいくと、これは本当に難しいと思います。簡単に総合医はできないと思います。

ですから、「どんな観点でこれをやりたいのですか」ということで、先ほども言われていますが、「何を目的にしていけるか」ということをしっかり検討していけないと、ただ単に、地図の上に診療科の先生方のプロットができたとしても、全く役に立たないということになってしまうのではないかと思います。

そうすると、それは、「今度開業したい」という先生のためではなくて、実際に地域に住んでいる人たちがそれを参考にして、受診してほしいですし、在宅生活をしている人であれば、ケアマネジャーさんたちがそれを積極的に活用していけないわけですね。

ですから、どんな観点で見ていったらいいかということ、本当によく考えていただきたいと思います。

○溝口座長：ありがとうございました。

では、山本先生、お願いいたします。

○山本（中野共立病院）：中野共立病院の山本です。

私は、「項目1」の①のところで、普段感じていることをお話ししたいと思います。

当直などに私も入っていますが、夜間休日において困るのは、皮膚科の救急の診療が、この3区域でよくできていないと思っています。

そういう状況の中で、この3区域でなくて、世田谷とか調布から、「帯状疱疹みただけけれども、診てもらえないか」とか、「蕁麻疹が出たので診てほしい」というようなことが、普通に来るわけです。

以前は、「困ったときには、大学病院にお願いすれば、最後はいい」と思っていました。最近では、大学病院においては、各科当直をやめていて、外科系

とか内科系診療科とかいう形でやっていて、電話すると、「きょうは耳鼻科は
いません」とか、「皮膚科はいません」ということで、行き先がなくなってし
まったりすることがあります。

ですので、東京都のほうで、この区西部だけでも、各区ごとでもいいですが、
輪番制みたいな形でできるようにしていただいて、補助金なども出していただ
いて、そういうマイナー科で、診ていただけない患者さんが夜間に路頭に迷う
ことのないような体制がとれるように、指導とか援助とか補助金とかを工夫し
ていただけると、もっとスムーズに行くのではないかと思っております。

○溝口座長：ありがとうございました。

今のお話に関連して、どうぞ。

○岡崎（新宿区医師会）：新宿区医師会の岡崎です。

今のマイナーな科の救急外来の件ですが、新宿区では、8つの病院の病院長
の会議がありました。そこで、マイナーな科の救急当番をとということで、各病
院で当番制をつくれなにかというテーマで、各病院に持って帰って、年に4回
ある会議で、その結果が披露されました。

そうすると、婦人科の先生とかのマイナーの先生は、女性の先生が多いとい
うことと、働き方改革の問題もあって、そこで当直すると、翌日の勤務ができ
ないということでした。

そのため、連携を図っていこうという動きがあったにもかかわらず、それだ
けの病院が集まっても難しいというのが結論でした。

○溝口座長：ありがとうございました。

続いて、関根先生、ほかにご意見はいかがでしょうか。

○関根（JCHO東京新宿メディカルセンター）：JCHO東京新宿メディカ
ルセンターの関根です。

先ほど、ポイントは申し上げましたが、整理して考えると、ちょっと突飛な
話になってしまうかもしれませんが、人口10万人というところにこだわると、

一番すっきりする考え方というのは、実は、G P (General Practitioner・総合診療医) みたいな制度で、先ほど、「総合的に診られる先生が必要だ」とおっしゃっていたのは、まさにそのとおりだと思います。それから、在宅をやられる先生が必要であるということも、そのとおりです。

だから、そういう人たちをきちんと過不足なく割り当てていって、我々病院の専門の診療も、そういうG Pの先生から、必要に応じて、病院なりそういう医療機関なりを紹介したらどうかというように考えていけば、この考え方は逆にすっきりするような気がしています。

先ほどからいろいろな先生方がおっしゃっているとおり、現状はどうなっているかということを考えると、必ずしも、その考え方には当てはまらないという印象を受けました。

○溝口座長：ありがとうございました。

それでは、順番にご意見をよろしく願いいたします。

○村井（荻窪病院）：荻窪病院の村井です。

先ほどの資料にもあったように、杉並区は大変恵まれていて、開業医の先生方がたくさんいらっしゃって、基本的には、平日の昼間であるとかで、逆紹介で通常の業務内で困ることは、それほどないと思っています。

もちろん、どこに何科の先生が多いかということは、私どもも把握できていませんが、急性期の病院として一番困るのは、機能的な問題であって、例えば、夜間、我々のところは、外科系、内科系と循環器系、循環器の場合は、循環器内科と心臓外科を交代でやっています。この3つの系と産婦人科とでやっています。

しかし、それでも、「整形外科の専門医に診てもらいたい」というようなことが、救急車から要請がありまして、整形外科の専門医がいない場合はほかに行くというような場合があります。

オンコール体制という、呼び出しに備えて自宅等で待機してもらおうという方法をとっていますが、働き方改革とかもありますので、整形外科が毎日当直するわけにはいかないわけです。

週に何日か整形外科の当直がいますが、それ以外の日に、杉並区のクリニックのレベルでやっていただけるようなシステムがあれば、そこで専門医が診て、骨折しているのを病院で手術を受ける必要があるというような連絡があれば、オンコール体制をとっていますから、整形外科の医師に来てもらうことはできます。

ただ、初診のときに、整形外科の専門医以外の者が診て、手術の必要性をすぐ判断できるかという点、それは、大学病院でもなかなか難しいと思います。

ですから、杉並区内や二次医療圏内での数の偏在ではなくて、その地域の、例えば、整形外科の急性期の機能も持っているかどうかとか、中核病院に行かなければいけないのかどうかということがわかるようにできればと思っています。

それから、もう一つ、日常的に困っているのは精神科の救急です。

これも、休日の夜間とか昼間に要請がありますが、精神科の専門医が当直しているわけではありませんので、その辺の対応も日常的に困っております。

ですから、これも二次医療圏ないし杉並区の中で、救急の精神科の専門医が、365日のうちのどの程度機能してくれるかというところが、こういう偏在しているかどうかの議論の中には、機能的なものも盛り込んでもいいのではないかと考えています。

あともう一つ困っていることを申し上げますと、当院の整形外科では、年間で2000件ぐらいの手術をしておりますが、急性期のリハビリが、通常のリハビリとちょっと違うらしいです。

ですから、「なぜ整形外科だけ外来の数がこんなに多いのか。どんどん逆紹介して減らしてほしい」と再三言っていますが、専門的に高いレベルの、急性期の手術のあとというのは、高いレベルのリハビリをある程度やってもらわないと、退院したときから一気にリハビリのレベルが下がると、せっかく手術しても、回復できるものが回復できなくなってしまうということです。

そうすると、整形外科の急性期のリハが終わるまで、うちの外来は外に逆紹介できないということで、そういう困った点もございますので、そこも、専門性の高い、リハビリの開業の先生がどの程度機能しているかということ、明

確にしていれば、そういったところも改善できるだろうと思っております。

以上、日々困っているところでお話しさせていただきました。もちろん、循環器とか消化器とかいろいろなところで、問題は多々ありますが、今申し上げたところは、大事なところかと思えます。

なお、整形外科でお話ししましたが、それ以外でも、地域にたくさんいらっしゃるクリニックの先生方の中で、ある程度の機能が、平日の昼間だけではなく、夜間にどれだけの機能があるかどうかを、我々としては知りたいと思っておりますので、ぜひ協力させていただきたいところでもあります。

○溝口座長：ありがとうございます。

○入江（新渡戸記念中野総合病院）：新渡戸記念中野総合病院の入江です。

きょうの外来のお話では、どこでも問題になっている高齢者の問題のほか、特に中野区の場合は小児科の問題があると思っています。つまり、外来といっても、いざというときに入院病床があるかどうかという、中野区は小児科の病床数がゼロという状態です。

そのため、いろいろな大学の先生方とも相談していますが、「働き方改革の問題で、大学から応援は出しにくい」ということです。先ほどもお話があったように、「翌日に大学に戻れなくなるので」ということでした。

そうすると、1つの施設で最低8人ぐらいの医師を確保しないといけなくなると、ゼロの状態の中で、「8人出してほしい」と言っても、それだけの医局員を出せる大学はどこもなくて、「最初は3人から」といっても、ほかにも頼まないといけないので、今の働き方改革ではそれはできないと思います。

ですから、外来と分けないと、ある科においては一体になっているということも考えないといけないだろうと思っています。

それから、お年を召してくると、病院に来られなくなってしまいますし、近くの先生のところにもだんだん行きにくくなってきますので、在宅医療をどうやっていくかということ、これからみんなで考えていく必要があります。

地域の先生方に、「訪問診療をしてください」とお願いしても、その先生もつぶれてしまうこともありますので、その辺の在宅医療を今後どうやってつくっていくかということ、地域全体で考えていかなければならないと思っています。

○溝口座長：ありがとうございました。

○世川（東京女子医科大学病院）：東京女子医科大学病院の世川です。

うちは急性期の大学病院ですが、皆さんが先ほどおっしゃっているように、働き方改革の影響がかなり大きくて、当直関係も、先ほどのお話と同じように、内科系、外科系で行っています。

最初は、救急救命の研修医が診たりしたあと、内科系、外科系のそれぞれの合同当直のほうに振り分けられていきますが、ほとんどの科が今はオンコールになっています。

そして、これらのそれぞれの合同当直も、そのうちに統合してしまっ、なるべく当直医を減らすという方向にはしてはしていますが、オンコールですぐに来られるようになっているので、今のところ、それによる大きな問題は出ていないと思います。

それから、先ほど出ていました逆紹介のことをお話ししますと、こちらから逆紹介を勧めても、患者さんのほうで、それを受けてくださらない場合もあります。

例えば、いくつかの科で診察されている方だと、1つの科で逆紹介になっても、「また、女子医大のほうに行かないといけないから」という場合が多いです。

先ほどからお話が出ていますとおり、年齢とともに、いろいろなところが悪くなってきて、複数の病気を持ってしまう場合が多いため、総合診療医の方をお願いするとか、1つのビルの中にいろいろな科の先生がクリニックを開業しておられるところとか、高齢者の方が一度行けば、いろいろなところを診てもらえるということになればと思っています。

もちろん、それも、通えるうちはいいと思いますが、それができなくなってくると、在宅医療というものが非常に重要になってくると思っています。

○溝口座長：ありがとうございました。

○長谷川（東京警察病院）：東京警察病院の長谷川です。

今回のテーマは、2025年とか2040年とかを考えて出ていると思いますので、現状の話はいろいろ出てきましたが、あと20年とかたちますと、今出ていたような、外来が駅前に多いという話ではなく、住宅地の中に診療所をつくっていただくほうが、恐らく近くて便利ということになるのではないかと考えています。

もちろん、住宅地につくった場合は、交通の便とかで、その地域の人しか来られなくなりますので、多くの患者さんを診るためには、先ほどから出ているような総合診療のような、いくつかの科を診られる先生方がそういうところに入っていくことになると思いますし、在宅ができるような方になると思います。

ですから、これからの外来医師の偏在ということがテーマではありますが、若い人を相手にする方は、駅前などの交通の便のいいところで、高齢者を総合的に診なければいけないような地域では、総合診療科のような先生方がいるというようなことを、この偏在対策では考えていかなければいけないと思っています。

ですので、これから開業される先生方には、強制的にすることはできないということですが、その辺の規制を少しつくっていかないと難しいのではないかと感じております。

それから、溝口先生もおっしゃっていたように、逆紹介の先生方の能力がわからなくて、病院から送りきれないということがあります。内科でもいろいろな分野があって、どの分野が専門なのかがわからないと、逆紹介をしにくくなるため、病院での外来患者が増えてしまいます。

こういうことも、患者さんの偏在ということになってしまいますので、中野区で取り組んでおられるように、診療所の先生方の専門をもっと細かく、どこまでやっていただけるかということ、病診連携のときにしっかり提示してい

ただければ、逆紹介もしやすくなって、患者さんが均等に行き渡るようになるのではないかと考えています。

○溝口座長：ありがとうございます。

○杉山(国立国際医療研究センター)：国立国際医療研究センターの杉山です。

病院の方針として、外来を縮小しようと考えておりますので、そういう意味で、逆紹介を強力に進めたいと思っております。

そのためのツールとして、長谷川先生が先ほどおっしゃったように、開業の先生が何が専門で、何ができるかというような、細かい情報があつたほうがわかりやすいと思います。

ですから、医師会を中心にして、そういうものをつくっていただいて、それを都がまとめていただければと思います。

新宿区といっても、中野区はすぐそばですし、圏域外の渋谷区も隣ですから、区でやっているとわかりませんから、そういうものをまとめていただいて、ポータルサイトをつくられるということですから、“ドクターズバンク”みたいなものをつくっていただければ、非常にわかりやすいと思います。

しかも、患者さんはもちろん、その家族もそれを見ることができれば、「あそこに行きたい」ということが、よくわかるようになると思いますし、そういう情報があれば、我々としても非常にわかりやすくなると思います。

それから、当直の件ですが、これは、働き方改革のために、当直ラインは減らざるを得ませんので、夜間休日に専門のことを求められても、それはもう無理だと思います。

ですから、救急性があるか、ちょっと待てるかとかいうようなことを判断して、それから送っていただけるようにできれば、我々としても、オンコールができやすいと思います。これは、どこの病院でも同じだと思います。

新宿区には大きな病院も特定機能病院もありますし、大学病院もいろいろありますが、全部のラインを維持するのは、多分不可能だと思います。

○溝口座長：ありがとうございました。

それでは、最後になってしまいましたが、田邊先生、お願いいたします。

○田邊（東京都病院協会・慈雲堂病院）：東京都病院協会の精神領域から来ております、慈雲堂病院の田邊です。

精神領域なので、お話しすることがあるのかなと思っていましたが、村井先生が投げてくださいましたのでお答えしたいと思います。

精神科の夜間の休日の二次救急というのは、「ひまわり」に連絡しますと、今晚もそうですが、4床を確保することが、東京都内の中ではなっています。

ただ、請け負っている病院が、当院もそうですが、単科の精神科病院というところが多くて、身体合併症をお持ちの方で精神というのは、なかなか受け辛いというところがございます。

ですので、「ひまわり」に電話すると、「救急医療センター」につながるのですが、状況に応じて、都立病院を紹介しているのではないかと思いますので、ご利用いただければと思います。

あと、精神科の話から離れまして、今回のことを伺っていますと、外来医師偏在指標というものが、区東部以外は全部、33.3%の中に入っているので、23区内で開業しようとする新規の先生というのは、行動変容をほとんど全員がしないと、開業できないということになりそうですので、今研修している先生方は大変だなというのが、感想としてあります。

それから、「新規」とありますが、例えば、親の代から地盤があって、事業を継承する場合も新規になるのかなということが、ちょっと心配ではあります。それなりの地盤があって、その地域で活躍されている先生のご子息などがそれを継がれると、歓迎されると思いますが、それをどのようにカウントされるのでしょうか。

もう一つ、二次医療圏ごとに不足する外来医療機能の検討ということで、科とか病院とかクリニックの数を見ているようですが、資料を十分見ていないのでいい加減なことを言ったら申しわけないですが、「何科の患者さんは何区に移動している」とかというような、患者さんの視点での動きがわからないと、不足感というのが、患者目線でわかりにくいのかなと感じました。

○溝口座長：ありがとうございました。

あと、副座長の杉村先生、お願いいたします。

○杉村副座長（東京都病院協会・河北総合病院）：東京都病院協会から来ています、河北総合病院の杉村です。

医師の偏在というのは、地方にとっては大変な問題だと思いますが、この23区に限って言うと、クリニックの偏在というよりも、病院とクリニックの間での数の不均衡ということもあると思っています。

急性期病院の需要はすごくありますが、先ほどから言われているような働き方改革とかもあって、急性期病院に勤務する医師の数が少ないために、かなり厳しい状況になっていると思います。

ですから、急性期病院の立場としては、開業しようという先生に対して、それをとめるわけにはいきませんが、少しでも病院に残っていただけるような努力か何かができないかなと感じています。

○溝口座長：ありがとうございました。

先生方から大変貴重なご意見をたくさんいただきました。非常に役に立つと思っております。

東京都のほうから、一言お願いいたします。

○櫻井部長：本当に貴重なご意見をありがとうございました。

本日は、こちらの資料5にありますとおり、日ごろ地域で感じる不足または過剰な外来医療機能や、不足する外来医療機能を求める範囲等について、いろいろご意見をいただいたところでございます。

実際は、先生方から多数ご指摘いただきましたとおり、外来を考えるときの病院の外来の機能と診療所の機能、エリアをどのような広さで考えるか、高齢化が進む中で複数の疾患を抱える患者さんをどうやって受けとめていくか、地域の初期救急の対応の仕方を含めてどうやって救急の体制を維持していけばよいかなど、非常に多くのご指摘をいただきました。ありがとうございました。

今回お持ちしました外来医療計画の中の第2部で、「都としての方向性」ということで、外来医療に関する検討の取り組みの方向性についても、併せて議論をしているところでございます。

こちらのほうでは、プロジェクトチームの中で、今ご指摘をいただいたような、診療科ごとの外来医療の資源についても見ていかないといけないとか、エリアの話とか、総合診療機能のあり方、専門の診療科のあり方等についても、ご意見をいただいているところでございます。

本日いただきましたご意見は、外来医療計画の検討の中で、まさに重なるところですので、活かさせていただきたいと思っております。

計画自体は、今回つくるだけではなくて、今後もさらに、方向性を示したあと、検討を重ねて、ブラッシュアップをしていきたいと思っておりますので、引き続きご意見、ご示唆をいただければと思っております。本当に貴重なご意見をありがとうございました。

○溝口座長：ありがとうございました。

では、時間も押してきましたので、次の議事に進ませていただきます。

(3) 新たな病床配分方法（案）の検討について

○溝口座長：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、皆さまから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。

こちらのお話は、第1回の地域医療構想調整会議の際にも、今年度の病床配分関係の見直しのお話をさせていただいておりますが、どのようなお話をしたかということ、口頭でちょっと振り返らせていただきます。

見直しということで、2点提示させていただいております。その1点が、今回申し上げる新しい配分方法の検討という項目です。もう1点は、基準病床数の再算定といったものでございます。

この2つを今年度末までに検討を行った上で、来年度、令和2年度当初から、その基準病床に基づいて、病床配分がある場合には、新たな申し込みを受け付けていきまして、概ね半年程度の申し込み期間を経た上で、昨年度、各圏域で行った病床配分の際の反省も踏まえて、地域の方々との調整期間を長く取ることを目指しております、申請の受け付けから最大で2年程度の期間を取って上で、令和3年度末までに、該当のある圏域では病床配分を行うといったことで、提示をさせていただいていたかと思えます。

今回は、その中で、先ほど申し上げた基準病床の再算定のところと、新しい配分方法の検討のうち、病床配分の新しい方法の案をお示しするものでございます。

圏域によって、病床配分の有無が異なってまいりまして、国が定めている基準病床という制度に乗ってくるものですが、この区西部に関しては、新しい配分は難しい圏域だということは、ご案内のとおりだと思いますが、そういった圏域も含めて、全体として、私どもの検討の状況をお示ししていければと思っております。

それでは、資料6をご覧ください。

私どもの検討状況としては、「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。

もちろん、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可能数の縛りがございますので、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。

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」してまとめたものでございます。

こちらの区西部については、資料7の1枚目の上から4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。

急性期班と回復期班の2グループに分かれて実施していただきましたが、その際、急性期班からは、「中野・杉並での急性期の不足、慢性期の不足」という意見が出ました。一方、回復期・慢性期班からは、「夜間救急の不足」について意見が出ました。ただ、全体としては、議論が深まっていなかったかなという印象を持っております。

今後、来年度に向けても、病床機能の分化、連携の議論は継続していくわけですが、あくまでも中途段階ではございますが、一つの到達点、出発点として、来年度以降、また共通認識を持って議論を深められればと思っておりますので、今回、この場で、この内容をもってどうこうということは、私どもではお求めする予定はございませんが、まずは現状の共有ということでご認識いただければと思っております。

資料の説明は以上でございます。

○溝口座長：ありがとうございました。

東京都から提示された新たな病床配分方法（案）について、ご質問、ご意見はございますでしょうか。傍聴席のほうからもいかがでしょうか。どうぞ。

○松永（林外科病院）：新宿区の林外科病院の松永と申します。

この「原則、二次保健医療圏単位での均等配分」という言葉についてですが、人口が郊外に出ていった人間が、高齢になって都心に戻ってきているということがありますので、年齢別の人口がかなり変わってきていると思います。

今までいろいろなお話が出ましたが、今までどおりの均等配分でいいのかと思います。今までと違って、年齢構成が全然違ってきていますのに、同じように配分していてもいいのかという気がしています。

それも、特例配分というのが別のほうに向いていて、災害のほうに行っていますが、人口の問題だけで考えていてもいいのかということをお伺いしたいと思います。

もう一つ、外来医療計画ということで聞いていると、患者さんのほうから見た外来医療をどうするかといったほうが、患者さんが受けやすいかという意見がありました。また、途中からは、急性期の病院から診療所に対して何が求められているかというようなお話も出ていました。

都の構想としては、患者さんを中心に考えていらっしゃるのか、診療体制のほうを中心に考えていらっしゃるのか、ちょっとよくわからなかったので、質問させていただきました。

○千葉課長：最初のご質問も病床につきましては、そもそも、病床を配る単位が二次保健医療圏でやるというのは、それは決まりですので、そこは変えられないと思います。

ただ、均等配分してきたというのは、全国で決まっているわけではなくて、東京都で決めているやり方ですが、これが一番公平なやり方ということで、ずっとやってきておりますので、この原則は変えないでいこうというのが、我々の考え方でございます。

それから、外来のほうですが、ちょっとご質問の趣旨とそれているかもしれませんが、基本的には、最初に申し上げましたとおり、今後の高齢社会を見据えて、外来を地域で充足するような形をとるため、例えば、国のほうで今考えているのは、医師の偏在の解消のために、こういった外来医療計画をつくって、開業する先生方の行動変容を促していこうということです。

もちろん、それが本当になるかどうかについては、いろいろご意見もありまして、私もちょっと懐疑的なところもありますが、そういうふうな目的を持って、今回つくっているところですので、基本的には患者さんのかかり方に寄っているのではないかと考えております。

○松永（林外科病院）：従来からやってきて、これが公平だからということで、二次医療圏は変えられないということですが、中の状況が変わってきているときに、均等配分が公平だからとおっしゃったのですが、何をもちて公平かということを考えないといけないのではないかと思います。

年齢変動が激しくなっているときに、その考え方はどうなのかと思ったので、質問させていただきました。

○溝口座長：ありがとうございました。貴重なご意見として東京都さんはお考えになってくださると思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○増田（杉並区）：杉並保健所の増田と申します。

資料6の中で、1点確認させていただければと思います。

「上限は圏域の配分可能数を超えない範囲で」と書いてありますが、例えば、杉並区で新たに災害医療体制を組みたいといった場合、基準病床数が区西部ではを超えていると思いますので、この100床を新たに配分していただけるということはないと考えてよろしいでしょうか。

○千葉課長：ちょっとわかりにくい表現だったかもしれません。申しわけございませんが、基準病床という考え方は基本的には変えませんので、言ってみれば、病床過剰地域であれば、特例も何もなくて、病床配分はございません。そのようにご理解いただきたいと思います。

○溝口座長：ほかにご質問、ご意見がありましたら、どうぞ。

○尾形（杉並区医師会）：杉並区医師会の尾形です。

先ほど、災害医療体制をつくっているところに配分するというお話でしたが、災害医療というのは、なかなか起きることではありませんので、それを普段から用意しておくという話では全くないはずなので、ある意味では、「今ある病床のうちの一部を、緊急のときにはこういうふうな使い方をしましょう」という話だと思っています。

何も使わない病床をそのまま置いておくということはあり得ないわけですから、そういったことを考えると、新しく配分するというよりも、今ある病床をどのように使おうかということで、「こういう場合はこういうふうな使い方をしましょう」という基準を、しっかりつくっておくことが一番大切ではないかと思っています。

○溝口座長：ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、活発なご議論をいただき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させていただきたいと思います。

最後に、この調整会議は情報を共有する場ですので、今までの議題にとらわれず、情報提供をぜひ行いたいという方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、ありがとうございました。本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にマイクをお返ししたいと思います。

4. 閉 会

○千葉課長：溝口先生、どうもありがとうございました。

それでは、最後に事務連絡を4点ほど申し上げます。

まず1点目です。本日も行っていただきましたご議論の内容につきまして、追加でご意見等がある場合には、お手元の「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。大変申しわけありませんが、本日より2週間以内程度でいただければ幸いです。よろしくをお願いいたします。

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。本調整会議は公開でございますので、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、よろしくをお願いいたします。

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。東京都のホームページから全文をダウンロードできますので、ぜひご利用ください。

それでは、大変貴重なご意見をたくさんいただき、大変ありがとうございました。

本日は、以上をもちまして、地域医療構想調整会議を終了させていただきます。長時間にわたりご議論いただきありがとうございました。

(了)