

〔令和元年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

令和元年11月1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』

〔区東部〕

令和元年11月1日 開催

1. 開 会

○櫻井部長：ただいまから区東部の東京都地域医療構想調整会議を開催いたします。本日はお忙しい中ご参加をいただきまして、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担当部長の櫻井が進行を務めさせていただきます。

まず、本日の配布資料の確認をさせていただきます。

お手元の次第に沿いまして、下段に記載のとおりでございます。資料1から資料7と、参考資料が1と2でございます。落丁等がございましたら、恐れ入りますが、その都度事務局までお申し出いただければと存じます。

それから、閲覧用といたしまして、「東京都地域医療構想」の冊子をテーブルに1冊ずつほど置かせていただいております。

また、「地域医療構想調整会議ご意見」と記しました紙を1枚置かせていただいております。これは、本日ご意見をいただききれなかった部分につきまして、後ほどいただければということで、ご用意したものでございます。

それから、本日の質疑、意見交換に関しまして、予めお願いをさせていただきます。

質疑や意見交換のお時間のときにご発言の際には、事務局よりマイクをお届けしますので、ご所属とお名前からお願いできればと存じます。

また、傍聴席にも構想区域内の医療機関の先生方にご参加いただいておりますので、座長がご発言の機会を設けた際には、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただき、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から開会のご挨拶を申し上げます。
東京都医師会から、猪口副会長、よろしく願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。遅い時間にかかわらず、どうもありがとうございました。

テレビなどを見ておりますと、東京オリンピック・パラリンピック2020大会のマラソンコースの変更が、報道で流れていますが、当会会長の尾崎が、IOCのコーツ委員長とか、いろいろな人たちと、昨日かなり長い時間話し合いましたが、結局、全く動かないというような感じだったようです。

きのうの段階からきょうのような結果になるということは、かなり見えていたと思われま。残念ですが、マラソンと競歩は札幌のほうに行ってしまうということです。

さて、きょうの会議ですが、令和元年度の第2回目の調整会議になります。そして、この区東部は、先日の西多摩に続いて2番目の会議になります。

この調整会議は、地域医療構想ということで、2025年までに医療施設の最適配置ということを目指して今やっているわけですが、医療提供体制をつくる上で、厚労省が重きを置いているのがこの地域医療構想です。

それから、医師の偏在の問題がありまして、もう一つは、医師の働き方改革についてです。

この3つを合わせながら進めていこうという中で、しかも、この調整会議では、外来医療の偏在も含めて、この大きなテーマが2つ、この調整会議に乗ってくることになりました。

きょうは、「こういうことが話し合われるのか」ということで、びっくりされる方も多いと思いますが、ここでいろいろなことが決まるということは、なかなかないと思いますが、思っていることをぶつけていただいて、記録に残していき、その上で、都庁の皆さんがまたいろいろ考えて、次に進んでいくというような形にならざるを得ない。それぐらい、重たい、ボリュームのあるテーマが控えております。

まとめ切れな。とは思いますが、皆さんの意見をたくさん、率直に出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。

○櫻井部長：ありがとうございました。

では、僭越ですが、都としても、一言ご挨拶をさせていただきます。改めて、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ありがとうございます。

猪口先生からも今お話がございましたが、きょうは、重いテーマを大きく3つご用意しております。

1つは、いわゆる424の病院のリストが発表されましたが、公立・公的医療病院の再検証のことについてです。

2つ目は、外来医療計画です。これは、厚労省が、外来医師の偏在是正という観点から、医療計画に追補するというようなことで、新たに策定を求めてきたものでございます。

現在、東京都医師会初め有識者の先生方とでPTを組んでいただいて、ご議論いただいておりますが、地域の実情を踏まえた忌憚のないご意見をいただいて、それを計画に反映していきたいということで、本日の議題としてお持ちしております。

3つ目は、新たな病床配分方法の案を持ってまいりましたので、これについても、この医療提供体制を圏域でつくっていく上で、忌憚のないご意見をいただきたいと思っております。

いずれも大変重いテーマではございますが、何よりも、まさに地域医療の実情に即して、都民の方々が安心できる体制をつくっていききたいと思っております。それには、きょうのご議論を初め、先生方の数値等にはあらわれてこない、実際の課題とかご提案といったものが重要になってまいりますので、ぜひ活発なご意見をよろしく願いいたします。

では、本日の会議でございますが、議事に入ります前に、一言お断りをさせていただきます。本日の会議、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、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を湯城座長にお願い申し上げます。よろしく願いいたします。

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

○湯城座長：座長の墨田区医師会の湯城でございます。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

まず、東京都から報告事項が2点ございますので、説明を受けたいと思います。よろしくお願いいたします。

○加藤（事務局）：それでは、報告事項について説明させていただきます。

まず、報告事項の1番、「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まして、地域医療構想調整会議の下に在宅療養ワーキンググループというものを設置しております。

この資料は、本年度の日程や開催内容をお示しするものでございまして、こちらの調整会議と同時平行で、昨日から開催しておりまして、区東部については、この開催日程の中ほどにございまして、12月4日（水）に、こちらの会場で開催予定でございます。

内容としては、右側になりまして、「在宅療養に関する地域の状況」ということで、こちらをテーマにグループワークを実施する予定でございます。

傍聴等も可能になっておりますので、ぜひご参集いただければと思います。

続きまして、報告事項の2点目でございます。「東京都多職種連携ポータルサイト（仮称）」についてでございまして、資料2をご覧ください。

こちらは、都が今年度、設計、開発を行っているICTのツールをご紹介するもので、地域の医療・介護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のほうで、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。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、今後このようなものが始まるというイメージ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す。

それでは、内容について簡単に紹介させていただきます。まず、1枚目の左側をご覧ください。

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、「①多職種連携タイムライン（仮称）」というものになります。

こちらは、MCS（メディカル・ケア・ステーション）とか、カナミックのトリトラス（TRITRUS）など、多職種連携システムがあるかと思えます。

こちらは、地域によって異なっていて、特に、活動する地域が限定されていない方々が、担当患者さんのお住まいの地域によって、複数のシステムを利用する必要があって、業務が複雑になっているといったことがございますので、こちらの課題に対応するものとしてつくらせていただいております。

内容としては、各システムの共通の入り口としまして、東京都のほうで1つのタイムラインを構築いたします。このタイムラインがMCSなどの各システムと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、医療従事者、看護従事者の方々が、一元的にその患者情報の更新状況などを確認ができて、円滑に各システムの情報のほうにアクセスできるという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すが、「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、特に遠方の地域の病院に転院する際など、転院先の決定までに時間を要する可能性があるかと思えます。そういった課題に対応するものです。

これは、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の患者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、双方向のアプローチによるマッチングを用いて、病院間の効率的な転院調整というものを補完していくものでございます。

2枚目と3枚目が、各ツールのイメージ図になっておりまして、まず、2枚目をご覧いただきたいと思えます。

多職種連携タイムラインのイメージ図になっています。タイムラインというのがわかりにくいと思いますが、中央部に四角がいくつか表示されていると思えます。一番大きな外側の四角が、都のほうで構築するタイムラインになります。

多職種連携システムA、B、Cというのが、右側にあるかと思えますが、これが、MCSとかカナミックなどの各システムになってきます。

こうした1つのタイムライン上から、それぞれのシステムにアクセスしたり、更新情報を確認できたりするようになるというような内容でございます。

それから、3枚目のほうが転院支援サイトのイメージ図でございます。

これだけではなかなか具体的なイメージがつきにくいかもしれませんが、先ほど申し上げましたとおり、今後、稼動の際には、説明会などで詳細な情報を提供させていただく予定でございますので、どうぞよろしく願いいたします。

説明は以上でございます。

○湯城座長：ありがとうございます。

ただいま東京都から説明がございましたが、この件に関してご質問等がございましたら、時間を取りたいと思えますが、いかがでしょうか。

特にないようですので、先に進ませていただきます。

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

○湯城座長：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」ということで、東京都のほうから説明をお願いいたします。

○橋本（事務局）：それでは、私のほうから、「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」に関してご説明させていただきます。資料3をご用意ください。

今回、厚生労働省におきましては、公立・公的医療機関等を対象といたしまして、診療実績を用いてデータ分析を実施いたしまして、一定の基準を全て下回る医療機関が公表され、さらに具体的対応方針の再検証というものを要請されたところでございます。

ここでは、今回の一連の国の動きをご説明させていただくとともに、圏域の中で再検証を要請された医療機関の方にお越しいただきまして、国の行ったデータ分析の中でははかれないような、病院としての役割、もしくは、特色などをお話いただきまして、地域の関係者の皆さままで共有していきたいと考えております。

では、まず資料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」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、そのプランの中で、2025年を見据えた具体的対応方針を盛り込むこととされました。

では、その具体的対応方針というのは何かと申しますと、この①と②で記載している箇所になります。

まず、1つ目が、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つ目が、2025年に持つべき医療機能別の病床数という2点でございます。これまでに、都におきましては、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、計79病院がこれらのプランを策定しているところがございます。

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

これにつきまして、厚生労働省のほうでは、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年度の病床数を比較したところ、2025年に向けた高度急性期、急性期の削減がわずかであり、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、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。このことから、厚生労働省のほうでは、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、平成29年度の病床機能報告の診療実績データを用いた上で、全国一律の基準を設定いたしまして、診療実績が少ない医療機関、または近隣の医療機関と競合している医療機関というものを分析いたしまして、該当する医療機関を公表したというところがございます。

ここで、国が用いた分析の基準というものを、先に、このページの下の方の「再検証の基準」というものがございますので、そちらでご説明させていただきます。

「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」というのが、対象の9項目の、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修、派遣機能を対象といたしまして、全国の構想区域を人口区分ごとに5つに分けて、その該当する人口区分の中で、これらの項目全ての診療実績が下位3分の1の基準を下回るといった場合には、再検証の対象ということとされました。

他方、「B」の「類似の実績かつ近接」ということで、こちらは対象が6項目でございまして、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期でございますが、これらの6項目の全てにおいて、同一の構想区域内で類似の実績を持ち、かつ、近接する医療機関があるという場合には、再検証の対象ということで挙げられることとなりました。

なお、下に※印として記載させていただいておりますが、「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るのに対しまして、右側のB項目の「類似の実績かつ近接」という項目につきましては、人口100万人以上の構想区域におきましては、この基準は適用されないといったことになっております。

それでは、上の四角の○の2つ目に戻っていただきまして、ただいまご説明させていただきましたような、この「A」、「B」の基準のうち、いずれかの基準に該当する場合には、国は、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いたしました。

なお、このように、今回の分析に当たっての基準は、全国一律の基準となっております。各病院の特色や所在地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いないということとなっております。

なお、国の今回の分析の留意事項といたしましては、今回の分析の結果を、調整会議における議論の活性化のために活用してほしいということを申しております。また、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について、再検証をお願いするものであり、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いうことを申しているところでございます。

それでは、3枚目をご覧ください。ここからの2ページは、今回、東京都におきまして再検証の対象として公表された10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、「A」が、先ほどの診療実績が特に少ないということ、「B」は、類似かつ近接という理由で該当となったということを示しております。

最後に、右端が、事務局側として記載させていただきました病院の特色ということになります。

今回、この区東部の圏域におきましては、このリストに挙がっております中の下から2つ、社会福祉法人恩賜財団・東京都済生会向島病院様と、独立行政法人地域医療機能推進機構・東京城東病院様の2つの医療機関が、再検証の対象としてリストアップされております。

資料の説明は以上となります。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、今お名前が挙がりました、再検証対象とされた病院から、自院の特色や地域との連携等について、この場でご発言いただけるということですので、東京都済生会向島病院の塚田先生からお願いいたします。

○塚田（東京都済生会向島病院）：東京都済生会向島病院の塚田でございます。どうぞよろしくをお願いいたします。私は、昨年、向島病院に参りまして、10月から院長を務めております。

今回、実名が挙がりましたが、当院は、102床という小さな病院です。もともとは、平成22年に新病棟を建てまして、そのときまでは114床だったのですが、そのときから102床にダウンサイジングしております。

そして、平成26年、割合に先駆的に102床の半分の51床を、地域包括ケア病床にしております。さらに、平成28年には、HCUをやめまして、平成29年からは、地域包括ケア病床を増やして63床にしまして、あと一般病床が39床にして、そのような構成で今やっております。

私たちの病院は、常勤の医師が14名という、非常に人数が少ないのですが、そのうちの10名が内科医です。それ以外は、外科医、整形外科、泌尿器科、眼科のそれぞれの専門医がいます。

内科医の10名のうちの5名が総合専門医で、なおかつ、それぞれがサブスペシャリティを持っているということで、内科に特化した病院であるということです。

ですので、二次救急もやってはおりますが、当然、メジャーオペになるような外科の症例は診られませんので、それは、地域、あるいは、同じ東京都済生会の中央病院でお世話になっているという状況です。

内科が主体の病院で、特に、私たちの病院は、65歳以上の患者さんが入院患者の90%でして、75歳以上では70%ぐらいということで、高齢者が非常に多いため、合併症をいろいろ抱えていて、急性期の疾患を抱えて、入院さ

れてくるというようなことで、内科的な管理をしつつ、急性期で入院した方を治療しております。

ただ、ご高齢の方なので、入院のきっかけだった急性期疾患を治すのはもちろんのことですが、入院する前の生活の状態に戻せるような形になるように、リハビリの強化だとか、嚥下機能の強化、栄養管理、認知症管理というようなことに力を入れてやっている次第でございます。

もともと、私どもの病院は、糖尿病に割合先駆的に取り組んでいた病院でありまして、1982年から、教育入院を始めています。糖尿病というのは、多職種協働の先駆的なものでございまして、そのような多職種連携でやっていくという組織風土があります。

ですので、今のこの時代、高齢者がベースにいろいろ合併症を抱えていて、医師だけではということは難しく、治すというよりもケアをするということが主体になっているという現状において、当院ではその特性を活かしているということが、私が思っているところでございます。

それから、地域の医療機関との連携についてですが、当院は内科系が主体の病院ですので、外科系に関しましては、全体の30%ぐらいが、近くの墨東病院や、ここに出られている先生方の病院に診ていただいています。

そして、ほかの30%は、区中央部に行かれているようで、あとの40%が、済生会中央病院に行っているというような状況になっております。

そして、開業医、在宅医の先生と連携を密にするということで、「登録医制度」ということで、大体70の医療機関とネットワークを結んでおります。

あと、20から30からの介護施設からも、そこで何か急変があった場合の入院を引き受けるということで、地域との連携を密にしているという次第でございます。

そのほか、病院の特徴的な役割ということですが、私どもは済生会でございますので、「あらゆる人々に分け隔てなく寄り添って、医療福祉を提供することによって、社会に貢献する」ということが、済生会の設立の理念でございます。

ですので、「無料低額診療事業」というものを行っておりまして、大体20%になっております。つまり、5人に1人がこの対象の患者さんであります。

それから、刑務所を出られて更生保護施設におられる方の無料の診療とか、難民申請をされている外国の方々の診療、あと、年末年始には、路上で生活されている方々への墨田川沿いでの炊き出しへの協力なども行っておりました、済生会としてやるべきことをやっております。

なお、済生会というのは、41都道府県に81ございますが、東京都には、私どもの向島病院と中央病院の2つがございます。そして、この20%という数字は、5本の指に入るぐらいの実績ということになっております。

以上、簡単ですが、当院の特色などの説明とさせていただきます。よろしくお願いたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

今のご発言に関して、ご質問等がございましたら。いかがでしょうか。どうぞ。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

ありがとうございました。非常に貴重な医療を提供なさっているということがよくわかりました。

この公立・公的医療機関ということが挙げられて、こういう話が出てくるのは、特に日本医師会の中川副会長あたりが言っているのは、税金の繰り入れ、もしくは、運転援助金だとかいった話ですが、済生会さんの場合は、そういった税金の繰り入れといった話はないんですよ。

○塚田（東京都済生会向島病院）：はい。ございません。

診療事業会計に、法的に基づいた国からの繰り入れというのは、一切ございません。

○猪口副会長：そういうことですよ。どうもありがとうございます。

○湯城座長：ほかによろしいでしょうか。

それでは、続きまして、東京城東病院の中馬先生、よろしく願いいたします。

○中馬（東京城東病院）：独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）、東京城東病院長の中馬でございます。よろしく願いいたします。

当院の医療内容ですが、健康管理センターから、急性期病棟、地域包括ケア病棟のほか、介護老人保健施設を併設しています。また、江東区から受託しています地域包括支援センターといったような、地域包括ケアに必要な資源も備えております。さらに、最近は、訪問診療も開始しております。

診療科は、総合診療科、内科、外科及び整形外科でっております。

当院も、どこもそうかとは思いますが、高齢者が非常に多いところですので、それに沿った医療を行っております。総合診療科と内科については、複数の疾患を持った高齢者を中心に診療を行っております。

外科については、腹腔鏡下手術を特徴的に行っております。

整形外科も、手術をやっておりまして、主に、肩とか手等の上肢の手術を行っております。

それから、地域の医療機関との連携の状況としては、地域連携室を中心に、近隣の医療機関との連携を行っております。急性期の疾患は、連携室経由で月に30件程度、連携していないところからの受け入れも併せますと、月100件程度受け入れております。

また、逆紹介も行ってございまして、連携室経由で40件、全体では毎月100件程度行っております。

また、入院治療終了後、在宅復帰が難しい患者さんを中心に、急性期病院のほうから地域包括ケア病棟で受け入れて、在宅に帰しております。

あと、国立がん研究センター中央病院と契約書を締結して連携しているほか、ここにいらっしゃる近隣の多くの病院とも連携を行っております。

その他、病院の特徴的な取り組みとしては、先ほどお話ししたように、江東区から地域包括支援センターを受託してございまして、年間で5700件程度の相談・ケアマネジメント等を行っております。

また、訪問看護についても力を入れております。

さらに、ことしの5月から、当院のかかりつけの患者さんで、高齢等のために病院に来られないため、総合診療医による訪問診療を行っております。

それから、病床については、今考えていますのは、一般病床を6床返上して、今後も病床数の適正化を考えております。

また、病床機能についても、JCHO本部とも協議しまして、現時点で急性期病棟が2病棟で、地域包括ケア病棟が1病棟ですが、急性期の2病棟のうちの1病棟を、近々、地域包括ケア病棟に転換にすることも考えております。

以上でございます。

○湯城座長：ありがとうございました。

今のご発言に関して、ご意見その他ございましたら、どうぞ。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

全く同じ質問ですが、税金の繰り入れということは、JCHOさん全体としてはないということよろしいですか。

○中馬（東京城東病院）：はい。JCHOはありません。

○猪口副会長：どうもありがとうございます。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。

特にないようでしたら、次に進みたいと思います。

（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

○湯城座長：それでは、次は、「東京都外来医療計画（案）について」でございます。東京都から説明をお願いいたします。

○事務局（橋本）：それでは、東京都外来医療計画の策定につきまして、資料4と5を用いてご説明いたします。まず資料4をご覧ください。

一番上の「外来医療計画とは」というところでございます。

今回の外来医療計画の策定の経緯といたしましては、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」というものが追加されることとなりました。

そのため、外来医療計画の性格といたしましては、医療法上に位置づけられております「医療計画における記載事項」ということになりまして、都におきましては、平成30年3月に改定いたしました現行の「東京都保健医療計画」が、医療法上の都道府県が定める医療計画となっておりますので、「東京都保健医療計画」に新たに追補するものという位置づけとなります。

なお、計画期間につきましては、令和元年度、今年度中にこの外来医療計画を策定いたしまして、令和2年度からの4年間を最初の計画期間とすることとされております。

次に、1つ下の段に移っていただきまして、「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というものがございまして、その中で、二次保健医療圏ごとの検討は必須となっておりますので、都におきましては、二次保健医療圏を単位として計画を策定してまいりたいと考えております。

次に、「外来医師偏在指標」ということでございます。この指標は、医師の性別・年齢分布及び患者の流出入等を勘案した、人口10万人当たりの診療所の医師数から算定される指標となりまして、国のほうで、全国の全二次医療圏ごとに算出し、各自治体に通知されることとなっております。

その上で、この外来医師偏在指標の値が、全国には335の圏域がございますが、その中で上位の33.3%に該当する二次医療圏を「外来医師多数区域」とされることとなります。

国は、この外来医師多数区域であるということ、新規開業者に情報提供することで、この開業者自身が、既にその地域には診療所が過当競争の状態にあるというふうに判断して、別のまだそこまで競争が激しくない場所に開業する

場所を移してみようといった、行動変容を促して、その結果として、診療所の偏在是正につなげていきたいということを目的としております。

ですので、国といたしましては、開業の自由は保証されているということで、あくまでも、開業規制を行うものではないということを強調しております。

そして、この外来医師偏在指標ですが、先ほど申し上げましたとおり、国から各自治体に通知されるということになっておりますが、現時点において示されているのは、あくまで暫定値でありまして、確定値というものはまだ国から通知が届いておりません。

ちなみに、この暫定値の段階におきましては、東京都内の9つの圏域がこの外来医師多数区域に該当しているところでございます。それを申し上げますと、区西部、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、北多摩西部の9圏域となります。

ですので、暫定値ですが、こちらの区東部におきましては、外来医師多数区域には指定されていないということになります。

次に、その下に移りまして、「記載事項」についてでございます。

東京都が考える外来医療計画は、二部構成で作成していきたいと考えております。

上段でございます「国が求める記載事項」を第1部といたしまして、下段でございます「都としての方向性」とあるのを第2部という2部構成で、作成していきたいと考えております。

まず、第1部といたしまして、「国が求める記載事項」でございますが、これも大きく2つに分けられております。「外来医療機能の偏在・不足等への対応」というものと、右の「医療機器の効率的な活用」というものが、外来医療計画における記載事項として、国のガイドラインで示されているところでございます。

この「外来医療機能の偏在・不足等への対応」につきましては、先ほど申し上げました「外来医師偏在指標」及び「外来医師多数区域」の設定、これらは、国のほうから通知されてくるものになりますが、これらを可視化して、新規開業者へ情報提供すること。

そして、二次保健医療圏ごとに不足する外来医療機能を検討するということ。

こちらは、国からの例示としましては、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、その他の医療機能等が例示されているところがございます。

また、3つ目といたしまして、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になっております。

右のほうに移りまして、「医療機器の効率的な活用」のほうですが、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、そのために、まずは、医療機器の配置状況とか保有状況等に関する情報に関する提供を行うこと。

また、区域ごと、すなわち、二次保健医療圏ごとの医療機器の共同利用方針を定めるということ。

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）を定めよということになっております。

ここまでの、国が求める記載事項というところで、第1部の部分として記載していきたいというふうに思っております。

ただ、これらを国から求められているということに記載するだけでは、単に事実を羅列するだけとなってしまいますので、第2部といたしまして、「都としての方向性」をこの計画の中で示していきたいと考えております。

それが、この下段のほうのところですが、地域医療構想で決めました、「東京の将来（2025年）の医療～グランドデザイン～」というものを定めておりますが、これに沿う形で、東京の外来医療の今後の方向性を、この計画の中で打ち出していきたいと考えております。

最後に、一番下の「検討体制」でございます。

今回、この「外来医療計画」とともに、「医師確保計画」というものも、医療計画の一部といたしまして、今年度中に策定することとなっております。

東京都といたしましては、これらの2つの計画を一体的かつ機動的に検討していくということを目的といたしまして、「外来医療計画・医師確保計画のプロジェクトチーム」というものを発足いたしまして、現在検討を進めているところがございます。

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、この調整会議の場におきましては、この資料の中ほどの、「国が求める記載事項」として

ご紹介したうちの、左側の「外来医療機能の偏在・不足等への対応」の2つ目の、「二次医療圏ごとに不足する外来医療機の検討」という項目について、こちらの調整会議の中でご意見をいただきまして、計画の中に盛り込んでいきたいと考えております。

では、次に、資料5のほうに移っていただきます。

こちらは、外来医療計画における具体的な意見聴取に関してご説明させていただきます。

まず、「ガイドライン上の記載」ということで、国がこの外来医療計画に求める趣旨は、先ほどもご説明いたしましたが、外来医師多数区域という区域を新規開業者に示すことで、個々の開業者の行動変容を促して、その結果として、偏在の是正につなげていくということになります。

それにあたりまして、このガイドラインにおいては、まず、地域で不足する外来医療機能について検討を行い、その上で、外来医師多数区域として設定されたところに、どうしても開業したいという場合には、その新規開業者は、その地域で不足するとされる機能を担っていくことを求めることとしております。

その上で、今回の調整会議におきましては、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1つ目の項目が、「日ごろ地域で感じる不足または過剰な外来医療機能」でございます。

このガイドライン上では、次の3項目、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のほか、④その他ということで、例示されておまして、これらを二次保健医療圏ごとに状況を示していくということとしております。

そこで、これらの提供医療体制について、地域の実情を最もよく知っていらっしゃる先生方に、日ごろ地域で感じていらっしゃる、不足する、または、過剰な外来医療機能について、ご意見をちょうだいできればというふうに考えております。

ご意見をいただく際の論点といたしましては、下のほうに、「論点の例示」というところに4点ほど例示させていただいておりますので、ご意見をいただく際の参考にしていただければと思います。

なお、今回いただいたご意見につきまして、どのように計画の中で反映されるかということをお知らせすると、ちょっと分厚い資料で参考資料2をご覧ください。こちらが、私どもで作成しております「東京都外来医療計画（素案）」というものになります。

まず、この21ページをご覧ください。「第1部第3章 二次医療圏ごとの状況」と書いてありまして、このページ以降が、各医療圏ごとの状況をあらわすページとなっております。

次に、29ページをお開きください。現状では、ただ〇が並んでいるだけのページとなっておりますが、ここに、調整会議及び在宅療養ワーキンググループの会議でいただきましたご意見を記載して、計画のほうに盛り込んでいきたいと考えております。

では、資料5にお戻りいただきまして、2つ目の意見聴取の項目といたしまして、「不足する外来医療機能を求める範囲」についてでございます。

国のガイドラインにおきましては、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、新規開業者ということに限定しているところでございます。

しかしながら、圏域で不足する医療機能は、あくまで新規開業者のみではなく、既存の開業者も含めて、地域全体で対応していく問題ではないかということ、また、各圏域の外来医療の充実については、外来医師多数区域として指定されなかった区域でも、重要な要素ではないかといった考えのもと、都においては、不足する外来医療機能を担うことを、外来医師多数区域を含む全ての二次医療圏において、また、新規開業者のみならず、既存の診療所の方にも求めていきたいと考えております。

今回は、このことについてもご意見を賜りたいと考えております。

外来医療計画に関する説明は以上となります。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、東京都から説明がありました。この外来医療計画の策定にあたって、地域で不足または過剰な医療機能について、日ごろ地域で感じるということご意見と、不足する外来医療機能を求めることを、外来医師多数区域や新規開業者以外の既存の診療所にも求めるという方針ということですが、いずれにしても、今の説明に関してご質問、ご意見等がございましたらお願いいたします。どうぞ。

○上條（昭和大学江東豊洲病院）：昭和大学江東豊洲病院の上條です。

外来医療計画というのは、非常に大事だと思いますが、ちょっと教えてほしいと思います。

この外来医師多数区域とかに分けた計算のときに、外来の診療科は全部一緒に混ぜ合わせたということですが、外科系とか内科系とか少し分けたほうがいいのではないかというのが一つ。

もう一つ、最近是在宅だけで開業している先生もいますが、それも1つの医療機関として考えたのかどうか。

この2点について、初めに教えてもらってもいいでしょうか。

○櫻井部長：ご質問ありがとうございます。

まず、この診療科の考え方ですが、全体として、この外来医療ということで指している言葉が、いわゆる入院医療以外のものを全部指しております。

そして、厚労省のほうでは、今回の外来医療計画に関しては、診療科別の分析がまだ検討途中ということで、そこには触れず、診療科で区切るのではなく、全般として外来医療ということで、ガイドラインのほうでは示されているところ。

また、在宅医療につきましても、今回の外来医療の中で着眼すべき項目として、国のほうも提示をしておりますが、そこについても、いわゆるかかりつけ医の先生が、往診、訪問診療されるケースもありますでしょうし、今お話のありました専門的に訪問診療をされているようなケースも含めまして、全般的に在宅医療について、そこは区別なく捉えていただければと思います。

○上條（昭和大学江東豊洲病院）：ありがとうございます。

自分の地域のことはわかるのですが、多摩地域のことがよくわからないので、はっきりしたことは言えませんが、先ほど、外来医師多数区域とおっしゃったところが、多摩地域とかのほうが多かったような気がしました。

それは、人口に引っ張られているんじゃないかという感じがしたんですが、そんなことはなくて、全体的に見たら妥当な感じなんではないでしょうか。

○櫻井部長：この参考資料2の「東京都外来医療計画（素案）」の16ページと17ページをご覧くださいければと思います。

16ページにありますように、国のほうで、こちらにあります数値で、今の段階で暫定的に計算して、全国の335の二次医療圏を並べて、上位3分の1を指定したということです。

ですので、これについて、外来医師多数区域として妥当かどうかということは、こちらでどうこうということをお願いいたします。

これは暫定的でありますし、また、この算定式が東京都の実情に合っているものかどうかということも、またちょっとここでは、「合っています」というふうに言いきれないものではないと思っております。

そういったこともありまして、逆に、今回、項目の2で示してございますが、「各圏域で本当に不足する外来医療機能については、新規の先生も既存の先生も含めて、皆さんでどう医療機能を保ってまいりましょうかというような観点で臨みたいと思います」というような趣旨でございます。

○上條（昭和大学江東豊洲病院）：わかりました。ありがとうございます。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。

特にないようでしたら、次に進ませていただきたいと思います。

（3）新たな病床配分方法（案）の検討について

○湯城座長：3つ目の議題として、「新たな病床配分方法（案）の検討について」ということです。

今年度第1回の調整会議でも報告がありましたが、新たな病床配分方法について、現在の検討に基づく配分方法（案）を東京都から説明していただきますので、よろしくお願いいたします。

○事務局（加藤）：それでは、資料6をご覧くださいと思います。

こちらは、今年度第1回の調整会議の際にも、今後、病床配分方法の見直しを検討しているということで、お話をさせていただいたかと思います。

この資料6でお示ししているのが、現在の東京都の検討状況を皆さまにお示しするものでございます。

私どもが検討させていただいた案としては、「原則」のところをご覧ください。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まして、特例的な優先配分を行うというものです。具体的に申し上げますと、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優先的に配分を行うというものです。

最近、大きな台風による水害とか風害も多く発生しておりますので、地震対策に加えて、こうした風水害対策も重要度を増している中で、都としては、災害に対応できる病院をできる限り増やして、また、既存の病院様についても、対応力を向上していければと考えております。

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、または、既に指定済みの病院が機能を向上させる場合に、必要な病床を配分していきたいというのが、私どもの案でございます。

ただ、もちろん、圏域内の全ての配分可能数ということではなくて、それを超えない範囲で100床までということで、残余は均等配分するというように考えております。

各地域での災害医療機能の必要性とか、具体的な病床数については、別途調整が必要かと考えております。

この特例的な配分案に関して、今後、この圏域も含めて、全体の調整会議での議論を踏まえて、今年度末までに新たな方法として決定してまいりたいと考えております。

災害医療という観点から提出させていただいたのが今回の案でございますが、正直申し上げて、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ので、例えば、圏域内の自治体間で災害医療という観点での申請が競合した場合の扱いですとか、「この圏域ではこうした機能のほうが大事だ」とか、何でも結構ですので、お気づきの点等ご意見をいただければと思っております。

それから、資料7をご覧ください。こちらにちょっと付随するものでございます。

これは、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等を、「到達点」という形で、キーワードとしてまとめさせていただいたものです。

2枚目の一番上が、区東部における議論の状況は、資料7の1枚目の一番下に記載させていただいております。

この場で確認させていただきますと、グループワークでは、急性期の班と回復期の班の2つに分けて実施させていただいたかと思えます。

そして、2つの班とも、「不足する医療機能はない」とか、「回復期が少し不足する」という意見も出ていたかと思えます。ただし、急性期班のほうは、「将来的に回復期が不足する」というものでございました。

また、「区ごとの違いを踏まえた議論が必要ではないか」という意見ですとか、個別には、急性期班のほうで、「療養病床が不足しているのではないか」という意見もございました。

一方で、意見交換が詰まったとまでは至っておらず、圏域の意見としてはまとまっていないのかなというのが、私どものまとめでございます。

そして、下段がキーワードとしてまとめたものでございます。

こちらの内容は、来年度、病床配分申請で、地域の関係者様の意見を深めるために、第1回の際にご案内のとおり、申請開始から最長で約2年間という形で、調整期間を取らせていただいております。

この内容が次の議論の出発点になろうかと思っておりますので、今回の会議の場で、皆さまでこれを基に議論をいただくというわけではないのですが、現在の到達点という形で、次回以降、これを基にご議論いただくということで、共通認識を深めていただければ考えております。

資料の説明は以上でございます。

○湯城座長：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について説明がありましたが、ご質問、ご意見等がありましたらお願いいたします。どうぞ。

○藤崎（藤崎病院）：江東区の藤崎病院の藤崎です。

病床配分については、災害医療体制の整備ということが、ピンと来ないような面があるかと思えます。

災害が起こったときにどうするかというのは、予め病床を増やしておけばいいというのではなくて、既存の病院に、災害が起こったときの設備に対して補助を出すとかいったほうが、ダイレクトに意味合いがあるのかなと思えます。

災害が起こったときのために病床を増やすというのは、矛盾するのではないかということで、違和感がありましたが、

○櫻井部長：ご質問ありがとうございます。

先生がおっしゃるとおり、災害医療の体制をつくる上では、災害医療の拠点病院、拠点の連携病院、支援病院という3層構造になっておりますが、現在、災害医療の協議会のほうで、拠点病院や連携病院の機能強化のあり方等について検討して、また、一部補助等も今年度も動いているところでございます。

そういったそれぞれの病院の機能を高めていくとともに、例えば、災害の拠点病院の場合ですと、基準として、200床程度という目安があるかと思えます。

仮にですが、連携病院をされているところが、今後さらに拠点病院を担っていこうとして、病床を増やしたいとか、あるいは、地域の実情を見て、もうちょっと増床して、地域の中での災害医療機能を高めていきたいという取り組み

がある場合には、この基準に当てはめて、もちろん、質的なものも検討して、その支援もしていきますが、そういった目的で病床を増やすという場合については、今回の病床配分の中で、基準に盛り込んだらどうかというようなことでございます。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。

本日の調整会議で予定されている議題はこれまでですが、今までの会と違って、余り活発な議論にならずという状況になっております。

それというのも、前回までは、グループワークとか病床の評価についても、単なる4つの機能だけではなくて、定量的な評価とかいろいろやってきましたが、今回は全然違うテーマで、東京都からの説明というのがすごく多かったからだと思います。

それでは、東京都医師会理事の土谷先生から、ご説明を追加していただきたいと思います。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

会議が淡々と進み過ぎてしまったので、皆さんにもう一度考えていただきたいということで、私から問題提起をさせていただきたいと思います。

それは何かと申しますと、外来医療計画についてですが、きょうお集まりくださったのは、ベッドがある医療機関の方が多かったと思います。

例えば、先日、西多摩の調整会議に行ってきましたが、そこでは、割に活発な議論が行われました。

どんな話があったかという、病院も機能分化していて、入院に注力していて、外来機能は地元の診療所をお願いするということで、特に大きな病院においては、逆紹介をどんどん進めているということです。

ただ、そういう逆紹介するときに、しにくい診療科は何だという話がありました。具体的には、例えば、耳鼻科、皮膚科、眼科については、大病院で抱えてはいるものの、地元に戻っていただければいいんだけども、なかなか引き受け手がないという話がありました。

あるいは、西多摩には精神科病院がいろいろあると思われていますが、診療所がないということです。特に、精神科の外来を初診でお願いすると、場合によっては2か月、3か月待ちだという窮状を訴えている方もおられました。

ですので、猪口副会長が冒頭に言っていましたように、地域の現状を挙げていただきたいと思いますが、今お話ししましたように、病院から逆紹介するときには、どういったところが困っているかということなどを挙げていただければと思います。

そういった観点から、資料5の真ん中の矢印の辺りの、地域でこういった診療科が問題だというようなことなどについて話し合っていただければありがたいと思います。よろしく願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

今の土谷先生のご発言を踏まえてですが、いかがでしょうか。どうぞ。

○臼杵（東京臨海病院）：東京臨海病院の臼杵と申します。代理で出席しております。

私も、紹介、逆紹介の率を上げようということでいろいろやっていますが、一つは、逆紹介で言うと、今お話があったような科のほか、泌尿器科もかなり逆紹介がしにくくて、どうしても病院で抱えているという現状があります。

あと、私は呼吸器内科ですが、それを診てくれる診療所もなかなかないというのがあります。

○湯城座長：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。

○上條（昭和大学江東豊洲病院）：昭和大学江東豊洲病院の上條です。

逆紹介をするときに、高齢者の方の場合、1つの診療科だけじゃない場合が多くて、例えば、循環器と整形と皮膚科にかかっているという人を逆紹介すると、3つ行かないといけなくなりますが、ここだったら1つで済むという状況もあって、逆紹介しにくい場合があります。

ですので、診療科をたくさんかかっていると、あちこち行かなければいけないという患者さんの負担もあります。

さらに、金額のこともあって、「ここで一緒にかかったほうが安く済む」という現状もあるので、そういうことで、逆紹介の場合の問題点としてはこういうような現状もあります。

○湯城座長：ありがとうございました。

副座長からどうぞ。

○猪口雄二副座長（東京都病院協会・寿康会病院）：東京都病院協会の立場で出ています、寿康会病院の猪口です。

外来の話で、今出てきているのは、ここに「施設数」と出ていますが、病院も1で診療所も1なんですね。だから、病院の外来の大きさによって、実際のところはどうかかなという気がします。

私のところも、実は、紹介での入院が多くて、また、地域に戻すということをよくやっていますが、先生が言われたとおり、たくさんの科にかかっている高齢者が大勢いらっしゃいますので、これから先のことを考えると、総合的に診るお医者さんが欲しいと思います。

例えば、在宅でどの科も一応は対応してくれるとか、高齢者にふさわしい医療だったら任せてくれとか、そういうような医療を引き受けてくれる先生がいると、これから非常に役に立つと思いますので、そういう方々が増えたらいいなと思っております。

それから、ちょっと戻らせていただきたいのですが、先ほどの2つの病院のプレゼンテーションについて、何もご意見がなかったのも、かえって失礼かと思っていましたので、1つだけ言わせてください。

この2つの病院はどちらも中小規模の病院ですが、厚労省が今基準にしている、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害というようなものをポイントにしているわけですが、中小でこれができるはずがないわけです。

ですから、それは、当然できないということで、評価が下がってしまっているということなので、そもそもの設定からいって、公立・公的といっても、補

助金が入っているわけでもないし、地域の中に密着して、それぞれ頑張っておられる病院なので、2つとも、名前は上がったけれども、全く問題はないと思いますので、何か意見をということでしたら、ぜひそういうことを書いていただきたいと思います。

○湯城座長：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。

○峯（江東区医師会）：江東区医師会の峯と申します。

外来医療計画についてですが、内容的なところを検討させてもらわないと、そういう質問ではなくて申しわけないのですが、まず、手続き的なことで2点確認をさせていただきたいと思います。

1点は、資料4の真ん中の「外来医療機能の偏在・不足等への対応」のところの3つ目に「協議の場の設置・運営」と書いてありますが、これは、主語は誰なんですか。区でしょうか。今考えておられるところを教えてくださいてもよろしいでしょうか。

○櫻井部長：ご質問ありがとうございます。

厚労省のほうは、新規開業のときに、地域医療にご協力いただけるかどうか、意思表示を確認して、そうでなければ、この地域医療構想調整会議という協議の場にご出席を賜るといようなところを、ガイドラインに書いています。

実際にどういった手続きをとっていったらいいかというところは、絶対数も多い中なので、今検討中という状況です。

実は、この素案の中に、協議の手続きは書いていますが、まだ本当に生煮えで、関係のところと調整をしていないので、「このとおりにやるんだな」と思われると、かえって誤解を生んでしまうのではないかと考えております。

開設のときに、その圏域で不足している医療機能とかを踏まえて、その地域医療に貢献いただけるという意思表示を何らかの形で取って、というような手続きを、保健所さんとかともご相談しながら考えております。

○峯（江東区医師会）：医師会のほうで、私は、新入会員のほうをやっていますので、医師会が主体になるのはおかしいので、多分、行政だろうなとは思いますが、それを聞きたかったわけです。

それと、そういう指導をする場合、あくまでも、人数的なものは区東部ということでやっているの、各区、各地域でまた偏在が出てくるわけです。

例えば、在宅医療はほかの区ばかりがやっていて、うちの区では全然いないというのは、中でお話することはあるのでしょうか。「在宅医療が特にこの区は少ないけれども」というような話をするわけではないのでしょうか。

○櫻井部長：計画上に、そういった不足する機能とかいったものを明示するところではございますが、実際に、それを個別に担わなければいけないとかいうイメージを、ガイドラインでも示しているわけではございません。

○峯（江東区医師会）：わかりました。ありがとうございました。

○猪口副会長：今の話は、非常に微妙なんです、外来医療をどのようにしていくかというのは、法律で開業権のある医師たちに対して規制するというのは、もうできない流れがずっとできているわけです。

しかし、偏在があるのもまた事実なわけですので、それを解消する方法として、それぞれのドクターたちが持っている権利を犯すわけにはいかないので、情報をたくさん提供して、行動の変容をもたらそうという、非常に回りくどいやり方だけれども、それぐらいしか方法がないというわけです。

そうすると、個がやれる範囲のことはなかなかないと思うので、こういう議論がどんどん進んでいって、各地区医師会がそれぞれのデータを持っていて、それを公開するとか、場合によっては、行政の方たちに、「医師会さんと相談してみるのもいいですね」というぐらいの話はしてもらえないかと思っています。

だから、我々医師会としては、それぞれの地域でできるだけ詳細なデータを用意して、今後開業してくる若い人たちが、いい方向にというのは難しいです

が地域にとって、その偏在を解消していく方向に向かえるというような、そういう準備をしていくことなんだろうなと思っています。

これを行政の方に全部任せながらやっていくのは、本当に無理だと思いますので、医師会が頑張る部分もあるのだろうなと思っていますので、今後ともご協力をよろしくお願いいたします。

○湯城座長：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。

○猪口雄二副座長（東京都病院協会・寿康会病院）：寿康会病院の猪口です。

今のお話に関連してですが、むしろ、この外来の話だと、どう考えても地区医師会のほうが実情をわかっていて、どういうところが足りないかとかがよくわかっていると思います。

私は江東区ですから江東区なら大体わかりますが、江戸川区のことは全然わからないわけです。ですから、これこそ、地区医師会にデータを下ろして、そこで一度もんでいただいて、それをまたこの場に上げていくというような手続きにしないと、ここでやっても、多分、余り実のある結論を出せないのではないかという気がしますので、可能ならば、ぜひそういう方法をとっていただけたらと思います。

○湯城座長：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。

○伊津野（墨田区）：墨田区の伊津野と申します。

先ほどの再検証の病院のところにもう一度戻っていただきますが、済生会向島病院につきまして、今回公表されたことにつきまして、区議会とかでも質問が出て、関心が非常に高くなっております。

区としましても、例えば、糖尿病の重症化予防とかで、済生会向島病院には一緒になって進めておりますので、今回、糖尿病は入っておりませんし、地域

の実情としましても、本当に大事な病院ですので、その辺を強調していただければと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

○猪口副会長：先ほど、2つの病院のプレゼンのあと、税金の話をお聞きしましたが、ここに書いてある9事業みたいなものが、法律として税金を繰り入れるための理屈がついているわけです。

ですから、税金が入っている場合は、そういった医療をやっていないと、理屈が合わないからお聞きしたわけですが、どちらも入っていないということでしたので、それぞれにとって必要な医療をなさっているということで、先ほど、猪口雄二先生がおっしゃった話のとおりであります。

公立・公的医療機関が再編とかダウンサイジングとかいう話になってくるときには、その入ってくるお金に対してきちんと仕事をしているかどうかという話が、全国的にはそういう話になっているわけです。

しかし、東京の場合、特にこの2つの病院さんに関しては、稼働率も80%以上行っていて、かなり地域で活躍されているということは、病床機能報告でもはっきり出ていることですから、ご心配になる必要は全くないと思います。

あの発表はなかなか難しいところがありまして、必要のないところまで入ってしまっているところがありますので、そういうことを、この地域医療構想調整会議の中で、お互いに再検証して、「全く問題はないです」というような話になっていればいいと思います。

そのことを、先ほど、猪口雄二先生は気にされていて、「ここで再検証した」という話が記録に全く残らないとまずいだろうということで、ご発言になったんだろうと思います。

そういうことですので、この2つの病院さんは、それぞれの地域になくはならない病院であると、私も思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

今までのこの3つの議題以外でも、この調整会議の場で情報提供とか情報共有したいということがございましたら、それも含めてお話しいただいて結構ですが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。特にないようでしたら、予定の議事は終了となりますので、あとは、事務局にお願いいたします。

4. 閉 会

○櫻井部長：本日は長時間にわたりましてありがとうございます。

それでは、事務局から事務連絡を4点させていただきます。

まず1点目ですが、本日行いました議論の内容につきまして、追加でご意見がある場合には、東京都医師会あてに、概ね2週間以内を目途にご意見をいただければと思います。

お手元にお配りしております「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という紙をご利用になり、ご意見をいただければと思います。

今お話がございました公立・公的医療機関との連携などで、両病院の機能等についてでも結構ですし、外来医療機能で不足や過剰な部分、それから、きょうご議論いただきました、地区医師会等で把握されていたり、感じていらっしゃる課題とかでも結構でございます。

そういったものについては、東京都医師会の先生方とも調整しながら検討してまいりたいと思っております。

また、病床配分につきましても、災害医療という切り口でご提案していますが、そのあたりについても、忌憚のないご意見をいただければと思います。

それから、2点目ですが、今後、各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がおありの場合には、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、次回の調整会議で情報提供をいただく機会を設けたいと思います。ご希望の医療機関におかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出いただければと存じます。

3点目は、議事録についてでございます。既にご説明させていただいておりますが、本調整会議は公開でございますので、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載いたします。公開された議事録につきまして修正等が必要な場合は、東京都福祉保健局までご連絡いただければと存じます。

最後に4点目です。本日の資料は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」の冊子は、恐縮ですが、次回も使いますので、机のほうに残していただければと思います。

事務局からの連絡は、以上の4点でございます。

それでは、本日は長時間にわたりまして大変ありがとうございました。

(了)