

〔令和元年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

令和元年12月2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』

〔区東北部〕

令和元年12月2日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまから区東北部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。

そのほかに、会議終了後に追加のご意見などをいただくための、「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。

資料に不備等ございましたら、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。東京都医師会、猪口副会長、よろしくお願いいたします。

○土谷理事：東京都医師会の猪口でございます。

私自身も区東北部で病院をやっておりますので、きょうのお話を伺わせていただいて、共有したいと思っております。

この調整会議は、もともとは地域医療構想を達成するために、ここで話し合っ、病床機能を分化させていきたいと思いますというのが、大きなところでありますが、80歳以上の高齢者が3割になる時代になり、労働者の1.5人でお年寄りや子供たちをみるというようになるため、2040年体制の検討ということになります。

そこに向けて、地域医療構想の実現だけではなくて、働き方改革、医師の偏在対策も、三位一体として進めていくということで、厚労省は、さまざまな計画を立てております。

そのうちの2つということで、地域医療構想のほかに、医師の偏在対策、特に外来医療に関する偏在を何とかしていきたいと思いますという話し合いもするよということになっております。

きょうのその内容が含まれておりますが、この会議の重さというものがかなり増してきております。

もちろん、この会議で話がまとまるということはほぼなくて、いろいろな立場の方々がいて、いろいろな話が出ますので、それぞれの立場できちんとご発言いただくということが、今後にとって非常に大事でありますので、いろいろなテーマに沿って思ったことは、ぜひご発言いただきたいと思ます。

それから、この地域医療構想を活性化するというので、先日、厚労省が、議論をきちんとしたらどうだということで、再検討が必要だということで、全国で424の公立・公的病院を挙げました。

どういふことかといいますと、民間病院ではなかなかできないという診療項目に関して、5疾病5事業で出されていますが、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能といったような内容です。

そして、こうしたことを目的に、税金が投入されたり税制的に優遇されているということで、特にこういった部分を重点的にやったらどうかということで、厚労省の検討部会で話が出ておりました、その結果、このようになったのだと思います。

東京でも10病院が挙げられていますが、区東北部では、幸いといつてはなんですが、特に挙げた病院はございませんから、ここで議論がどうということはないのですが、この424病院が挙げられた理由としては、公立・公的医療機関に対しては、やはり、それなりのものをきちんと、お金が投入されているわけですから、やってもらいたいという視点を持っていてもいいのではないかと思います。

ただ、多くの公的と言われるところには、税金の投入が特段あるわけではありませんし、税的優遇といつても、それほどものではないわけですから、過度な話に持っていく必要はないと思いますが、そういった視点はあつたほうがいいというのは、この424病院では起きているということで、それをもとにして、地域医療構想の議論を、そういった視点を持って話し合ったらどうかということを、国のほうでは言っているわけです。

そういう意味で、前説が長くなるような会議になってきておりますので、盛りだくさんな内容になるかと思いますが、議論をよろしく願ひいたします。

○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よりご挨拶を申し上げます。

○櫻井部長：皆さま、こんばんは。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回目の調整会議でございますが、重要なポイントについて、猪口先生からお話をいただいたところでございますが、特に、私のほうからは1点、重ねてお願いしたいと思っております。

本日は、3つの議事をお持ちしておりますが、今お話もありました、東京都の外来医療計画について、本日は新たにご議論をいただきたいと思っております。

この計画は、外来医師の偏在是正という観点で、各都道府県の医療計画に追補する形で、今年度中に策定せよということで、厚労省から示されているものでございます。

現在、東京都では、東京都医師会や有識者の先生方等でプロジェクトチームをつくりまして、ご議論をいただいているところではございますが、実際に、各二次保健医療圏での外来医療の実情というのは、なかなかご用意したデータだけではあらわしきれません。

例えば、病院の先生から診療所の先生への逆紹介であったり、そういった地域の日常の医療連携の中から見えてみる課題というものが、いろいろあるかと思っておりますが、そういったものにつきまして、ぜひ本日のご議論でいろいろご示唆をいただき、それを踏まえて計画を策定していきたいと思っております。

限られたお時間ではございますが、ぜひ活発なご議論を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、ご了承よろしく願いいたします。

では、これ以降の進行を座長にお願いしたいと思います。木村先生、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

○木村座長：荒川区医師会の木村でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

先ほど、猪口副会長もおっしゃいましたが、できるだけたくさんの方々に発言をしていただきたいと思います。それがこの調整会議の目的ですので、よろしくお願ひいたします。

もちろん、それがまとまって、それがどこかにうまく入るといふわけではありませんが、思っていることをどんどん言っていただいて、それらを東京都のほうでいろいろ考えていただくということになると思いますので、ぜひご発言をよろしくお願ひいたします。

では、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います。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、区東北部のほうは、開催日程欄の上から6段目ですが、12月12日（木）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、区東北部の議論についてもご参照いただければと存じます。

次に、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、今後このようなものが始まるということ、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っておりますので、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、「更新されました」という情報が、タイムライン上に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を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。

○木村座長：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。

○太田（大田区医師会）：大田区医師会の太田です。

これは、使う端末は何か制限はありますか。

○加藤（事務局）：まだ開発中ですので、あくまでも、現段階の想定ということでお聞きいただきたいと思いますが、特に、固定の端末を用意するということではなくて、例えば、先ほどのような、各MCSなどのシステムのアカウントをお持ちの方々に、ネット環境がある中であれば、何でも使えるというイメージを、今のところは想定しております。

○木村座長：ということは、専用のパソコンでなくても、何でも使えるということですね。

○太田（大田区医師会）：技術的な問題と、その方針としてどれを使うかという問題が残るかとは思いますが、わかりました。

○木村座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○坂本（坂本病院）：坂本病院の坂本です。

基本的なことを教えていただきたいのですが、地域医療構想という概念は、私の頭の中では、病床を4つに分けて、それぞれの構想区域でどのぐらい将来必要になるかを分けていって、それを、場合によっては首長がある程度の権限を持って誘導していくという骨格で捉えていました。

そこに、外来が入ったり在宅が入ったり、こういうポータルサイトが入ったということで、地域医療構想という概念とどういう関係があるのか。いろいろなところでこういうことをやっていると思いますが、どういうところで地域医療構想と関係があるのかについてご説明いただきたいと思います。

○木村座長：では、猪口先生からご説明をお願いします。

○猪口副会長：地域医療構想でやらなければいけないのは、2025年に向けて入院の医療体制を構築するということですが、4つの大きなテーマがあります。1つは、全国的には、15万床から20万床ぐらいの必要のない病床を整理して、それぞれの地域で考えていきたいと思います。

それから、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床の比率を、2025年の必要病床数に合わせたような形で、この比率を合わせていきたいと思います。

3つ目は、その受け皿となる在宅医療をきちんとつくっていくということです。

そして、4つ目が、表の形では出ていませんが、「連携の推進」というテーマがあります。要するに、各病床機能を病院ごとに機能をはっきりしていくのであれば、連携をうまくさせないといけないということです。

以上の4つのテーマがありますが、東京の場合は、まだ病床が増えますので、どういう病床を増やすかということが、前回ぐらいまでの昨年度の大きなテーマになっていました。

もう一つの病床の削減は関係ないのですが、在宅医療のことは、在宅ワーキンググループがやっていますので、この調整会議の全体的なテーマとしては、連携ということになってきます。

そうすると、情報の共有ということで、電子情報の共有ということで、SNSなどの地域でいろいろやっているような方法の共有や、患者さんをマッチングさせるというようなことも、このポータルサイトでやるということになります。

ですので、この地域医療構想の運用面として大事なところということで、重要なテーマに掲げられているということをご理解いただきたいと思います。

○坂本（坂本病院）：ありがとうございました。

このポータルサイトは、葛飾区でもやっていて、あるいは、各医師会でもやっているようですが、電子カルテなどのフォーマットがさまざまということで、非効率的な状況のようですので、そこを国にやるように働きかけて、その辺がうまくいけば、圧倒的に情報の共有化も進んでいくと思われれます。

○猪口副会長：追加で申しますと、SNSで医療介護の連携をやっているのは、区市町村は別々でやっていて、先生がおっしゃるようにフォーマットが別々で

すが、それらをまとめて連携できるようにするのが、今度の多職種連携ポータルサイトの仕事になります。

葛飾区から、例えば、多摩のほうに転院して、そしてまた、葛飾区に戻ってくるというような場合の情報の連携が、うまくできるような方法で、“ワン東京”をかなり意識した方法ですので、できたら使っていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

○木村座長：ありがとうございました。

それでは、次に行きたいと思います。

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

○木村座長：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、具体的な対応方針の再検証を要請しております、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、再検証を依頼された医療機関さんはありませんが、国がこの分析を行った目的ということで、調整会議における議論の活性化を図るということですので、今度の地域の実情に応じた医療機能の分化と連携に向けてということで、情報の共有ができればと思っております。

また、今回、公立・公的医療機関の中でも、特に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を広げて分析し

ていくということも、国のほうでは検討しているという情報もございますので、そういった意味でも、まずは現状の共有をしたいと考えております。

それでは、資料3の上の四角のほうをご覧くださいければと思います。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ということと、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、特に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。

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。

なお、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、対象とされた病院がある構想区域では、その病院が得意とする医療とか、地域の連携等の状況などについてプレゼンテーションをしていただいております。この区東北部では、対象となった医療機関はございませんが、こういった点についても、地域として共通認識を深めていただければと思っております。

説明は以上でございます。

○木村座長：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。どうぞ。

○野水（柳原リハビリテーション病院）：柳原リハビリテーションの野水と申します。

もちろん、私どもにとっても、民間にもこういうことが出されるのではないかと、やや恐怖として感じていますが、再検証の基準というものが、実際に指定された病院側から見ても、正当な評価なのかどうかというのは、どこかで検証されるのでしょうか。

厚労省の一方的な評価ということだけでは、納得のいかない、“青天の霹靂”みたいな病院もあったかと思いますが、その辺はいかがでしょうか。

○千葉課長：この資料3の2枚目に出ている「A」と「B」の基準というのは、国の有識者会議で決まったものですので、これに対して、我々がこの基準がどうのこうのというのは、特になのですが、ただ、「これを機械的に当てはめ

て、全国一律で病院を抽出するということは、それは乱暴じゃないか」ということは、いろいろなところでご意見として出ておりまして、我々もそのように思っております。

○野水（柳原リハビリテーション病院）：わかりました。ありがとうございます。

○木村座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：葛飾リハビリテーション病院の永島と申します。

こういうふうには有識者会議で分類されたということですが、今後の病床数の編成とかを考えた場合は、こういった基準をとりあえずつくるということは、大事なことだとは思いますが。

ただ、この基準によって出てきた病院を今後どうするかということについての、先のビジョンというものはあるのでしょうか。それをまた、有識者会議なるもので決めるのでしょうか。

○千葉課長：国のほうの話を聞くと、この全国で抽出された424の病院を、一律で、例えば、「統廃合しなさい」とか「ダウンサイジングしなさい」ということではなくて、あくまでも、これは、議論のきっかけとして、もう一度、各調整会議で、公表された病院について、将来の機能とかについて話し合いをしてくださいということで、議論のきっかけにしてくださいというような言い方をしています。

ですので、「いつまでに、何をどうしろ」ということは、全く出さないというように聞いております。

○木村座長：よろしいでしょうか。

それでは、次に行きたいと思えます。

(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

○木村座長：(2)は、「東京都外来医療計画（案）」についてです。

なぜここで、こういうものが出てくるのかというのは、先ほど、猪口副会長からご説明がありましたが、大事なことですので、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、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でございます。

そして、今年度中に計画を策定して、令和2年度からの4年間で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」というものについてですが、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ことは、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、北多摩南部、区西北部、区南部、島しょ、そして、こちらの区東北部、そして、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58ページ以降が、この区東北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、64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東北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。

○木村座長：ありがとうございました。

今ご説明がありました内容について、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○清古副座長（葛飾区）：葛飾区の清古と申します。副座長ですが、ちょっと発言させていただきます。

行政からの立場ということでお願いしたいのですが、「項目1」の③に、「産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生関係」の「等」に含まれるかもしれませんが、葛飾区の現状を申しますと、待機児対策で保育園がどんどんできておりまして、ゼロ歳児保育もあるということで、園医さんがなかなか見つからないということ、よく聞きます。

そこで、円医を掛け持ちでやっていたらいい先生が多いということもありまして、行政が行う乳幼児健診、3歳児健診に協力してもらえる先生が不足しておりますので、大変困っております。

その辺のことも、この「等」の中に入れていただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにございませんか。どうぞ。

○野水（柳原リハビリテーション病院）：柳原リハビリテーション病院の野水と申します。

どのぐらい、どの科が必要かということは、日本医師会では、かかりつけ医をまず軸にした外来医療機能みたいなことを考えていらっしゃると思うんですが、そういうかかりつけ医がどういう守備範囲で仕事をしていくかということで、今後求められているかということ、大分違うような気がしています。

総合診療医がどれぐらいカバーするかということによっても、過不足の判断がかなり難しいなと思います。

一定の専門医の数というのは、必要数が出てくるかもしれませんが、どういうかかりつけ医が一次医療を担うかによっても、数の判定がなかなか難しいなという印象を持ちますが、いかがでしょうか。

○猪口副会長：区東北部の人間として、一言申しますと、この話というのは微妙だなと思うのは、機能として足りないという話と医者として足りているけれども、その機能を果たしてくれる先生が少ないという話とは、似たような話ではあっても、ちょっと違うような気がしています。

ここにたくさんの先生方がおられますが、一方で、医師の偏在対策ということで、医師確保計画というものが同時平行で動いています。

区東北部というのは、特に東京の中では、医師が飛び抜けて多い地域ではなくて、むしろ、少ないほうに入っている地域ですが、例えば、学校医とか健診のところが足りないと思っているけれども、医師会の中の理事をやっている先生からは、「やってくれる人がいなくて困っている」という話がたくさんあると思っています。つまり、先生はいるのに、やってくれる先生がいないというわけです。

この外来医療計画の中で、「こういう機能は足りないけれども、もっと既存の先生にやってもらいたいのか」、それとも、「本当に医師が足りなくて、手が回らないのか」ということになっていても、東京と地方とでは違っていると思います。

ですから、機能と人の問題をしっかり分けて議論したほうがいいように思っています。

○木村座長：そうですね。今の話は、資料5の「項目2」のところの「新規開業希望者のみが担うべきものではなく、既存の診療所を含めた地域全体で対応すべき」と書いてあるところにも該当する話かと思われまます。

それでは、ここで、逆紹介をする病院のほうの立場から、ご意見をいただきたいと思います。内瀉先生、いかがでしょうか。

○内瀉（東京女子医科大学東医療センター）：東京女子医大の東医療センターの内瀉です。

通り一遍の話ですが、高齢者が増えておりますので、認知症のあるいろいろな合併症を持った患者さんの引き受け手はなかなかありません。これは、どの

二次保健医療圏でも同じことかと思いますが、そういうことを診ていただける外来の先生が少しでも多くいただければありがたいと思います。

○木村座長：ありがとうございました。

賀川先生はいかがでしょうか。

○賀川（苑田第一病院）：苑田第一病院の賀川です。

内瀉先生が今おっしゃったように、合併症が多い、高齢の重症患者さんが運ばれてきて、困りましたら、昼間だけでも転送させていただいたりしていますが、今後は、こういう身体合併症が多い高齢の方が多いものですから、なかなか大変かなと思っております。

それから、救急外来と一般外来をやっていますが、一般外来のほうでは、認知症のほかに、いろいろな疾患によるパーキンソン症候群の2つを持っていらっしゃる方が、今後増えると思います。

それでいて、患者さんの家族としては、少しでもよくなってほしいということで、外来に来られていますから、在宅医療も必要でしょうが、神経内科の先生も不足していますので、その辺も危惧しているところです。

○木村座長：ありがとうございました。神経内科も少ないということですね。

ほかにいかがでしょうか。

今度は、医師会のほうから、「こんな機能が足りない」というようなお話はないでしょうか。太田先生、いかがでしょうか。

○太田（足立区医師会）：足立区医師会の太田です。

具体的な機能の話とはちょっと外れてしまうかもしれませんが、地域の病院や診療所の間で調整するシステムというものが、なかなかうまく機能していないと思っています。

医師会では、担当の理事とかが、産業医とかに関しても、いろいろ調整していますが、実際には、もちろん、「公募」という形をとっていても、それに応じてくれる先生が十分ではありません。

結局、知っている先生のつながりで依頼していくという形になってしまうと、お1人でいくつもの役割を担っている先生が、偏在して出てきてしまうという形になっています。

ですから、それをどうやって調整するかというシステムがないと、何が足りないかということは、地域や時代によって変わってきますので、一概に「何が足りない」という話以前の問題として、その場で必要なものを調整するというシステムが必要だと思っています。

その一部を医師会がやっていると思うんですが、現状では不十分な状態だと考えております。

○木村座長：ありがとうございました。

葛飾区の青井先生はいかがでしょう。

○青井（葛飾区医師会）：葛飾区医師会の青井です。

先ほど、清古副座長からお話があったように、乳幼児、学童に関する学校医とか園医の不足というのは、かなり常態化している状況です。

その背景としては、今までそれを担ってきた会員の先生方も、実は、高齢化が進んでおりました、引退される先生が出てくると、それを補う先生が不足してくるということが、毎年のように起きてきています。

そういった部分に関して、新たに開業される先生についても、小児科に関しては増えていないというのが実情です。

将来的に医師確保の問題がありますので、病院の先生方の場合も、小児科の医師が不足しているという実態は変わっていませんから、医師会の開業医の先生方と、小児科を標榜されている病院の外来のほうでも、そういった問題に関してシェアしていく可能性が高いと思っております。

あと、それ以外に、高齢化率の問題があって、先ほどのお話の、認知症の患者さんの合併症の問題もありますが、葛飾区では、認知症の連携医とかサポート医の先生方が、いろいろな対策を講じていますが、お年寄りの数が年々増加していく中で、認知症の患者さんへの対応がなかなか間に合っていないということが、今後も予想されます。

そのため、さまざまなことを考えてはいますが、それを担う在宅医の数も一向に増えてこないという実態もありますので、そういった部分を担うような、総合診療力のある在宅の先生が、今後増えてくれれば、それらを賄っていけるかと思いますが、実際は、新しく開業される先生というのは、そういった診療に対しては余り興味を持っておられないとか、医師会にも入ってこない非会員の先生も増えているという実情もあります。

ですから、こういうことに対して、医師会員の中では情報が少ないものから、行政の方々とも協力しながら担っていけるような体制をつくっていかねばならないと考えているところではあります。

○木村座長：ありがとうございました。

総合医が少ないということと、医師会の会員が減ってきていますので、行政と一体となって、やっていける体制ができればというお話かと思いますが、

○青井（葛飾区医師会）：ただ、葛飾区医師会の会員の数自体は、余り変動はなくて、引退される先生の数と新規に入って来られる先生の数が同じであっても、地域医療に関する感覚的な温度差というものがあります。

実際のところ、おやめになった先生の代わりに学校医を引き受けてくれるとか、認知症の診療に取り組んでくださるという先生が、引き継いでくれないといけないのですが、それがうまく回っていかないので、今後は、そういう対策を考えていかないといけないと思っております。

○木村座長：ありがとうございました。

それでは、行政のほうからということで、荒川区からお願いします。

○東山（荒川区）：荒川区の東山と申します。

現場的な感覚というのは、私ども行政の立場からは難しいところがありますが、荒川区議会では、11月会議の会期中でございます。その中の区議会議員からの質問の中で、今回大きく出たのが発達障害への医療的な支援というものでした。

私ども行政に対する支援体制のところはメインではありましたが、その中で、保育園の現場などで、「この子はちょっと個性があるのかな」ということで、専門の先生方のところにつないでいくわけですが、初診までの待機期間が長いといったようなことが、質疑の中でされました。

総務省なども勧告している部分ですので、そういったところで、総論的な答弁は差し上げたところではあります。今後、荒川区において、発達障害に対する対応ということが、今後求められてくるといったところが、喫緊の状況でございます。

○木村座長：ありがとうございました。

東京都にお聞きしたいのですが、今は自由開業制で、どこに開業してもいうことで、どこに開業するかを制限するものではないとおっしゃっていますが、それで成り立つものでしょうか。

医者が足りない、偏在しているということを考えると、地域の中で、偏在をなくして、うまく配置するということを考えていかなければいけない時代になってきていると思います。

そうなってくると、いきなり制限することは難しいとしても、地域の中に必要な医者を引っ張ってくるか、必要な医者を優先するか、そういうことがある程度できないものかという考え方もあります。要は、もう少し強制力が持てないものかということですが、いかがでしょうか。

○千葉課長：先生がおっしゃることはよくわかりますが、国も都も、医師の自由開業制とか診療科の標榜の自由とかを制限したり、もしくは、制限と思われるような制度をつくるということはできないというのが現状でございます。

ですので、国のほうも、「外来医療計画」という名前になってはいますが、「具体的に何をいつまでにやっていくか」というのが計画だと思いますが、実際には、そういう中身ではなくて、現状を明らかにして、それぞれの開業を希望する先生の自主的な行動変容を促していこうというだけのものです。

ですから、それ以上のことは、現行の法律とかではできないというのが現状でございます。

○木村座長：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。

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：葛飾リハビリテーション病院の永島と申します。

基本的には、医師側から議論が進んでいると思いますが、例えば、400床以上の病院に紹介状がないと追加料金を払うというのが、200床以上にしようという話になっています。

これは、医療を受診する際の患者さんの受診行動を、何らかの形で制限しようということで、そういった制度になっていると思います。

ここで議論されているのは、あくまでも診療科とかについて議論されているので、そういう患者側の受診行動をどのように規制していくかということも、今偏在している医師の問題にも関わってくると思っています。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。フロアの方々からもご質問、ご意見はございませんか。

それでは、またあとで時間を設けますので、そのときにでもお願いします。

それでは、次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

○木村座長：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。

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話をさせていただいたことを、確認させていただきたいと思います。

今年度、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、新しい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。

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。

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」としてまとめたものでございます。

こちらの区東北部については、資料7の2枚目の下から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、回復期・慢性期班のほうは、「回復期は、区ごとに偏在があり、区中央部のポストアキュート、サブアキュートの受け皿となっているため、必ずしも充足してはいないのではないか」という意見がございました。

意見交換の際には、「病床機能に際立った過剰、不足はないが、小児、周産期、緩和ケア等、局面で不足を感じる」という点で、急性期班、回復期・慢性期班ともに意見が一致していました。

これが、私どものまとめでございますが、圏域によっては、病床配分が、来年度、新しい基準病床に基づいてあるかどうかというのが、ちょっと異なってきます。

先ほどお話ししたとおり、申請から最長で約2年間の調整期間を取らせていただいて、地域の関係者の皆さまの意見を深める時間を取らせていただいております。

来年度の病床配分申請とかがない場合も、機能分化、連携の議論については、こちらの資料7に記載しているような議論の状況を、一つの出発点として、地域の皆さまのご議論を深めていっていただきたいと思っております。

ですので、今回の会議で、この場で特に、この資料をもって何かをお願いするということはありませんが、今後の議論に向けた共通認識を深められればということで、お示しをさせていただいているところです。

資料の説明は以上でございます。

○木村座長：ありがとうございました。

今のご説明について、ご質問、ご意見はありますでしょうか。どうぞ。

○東山（荒川区）：荒川区の東山でございます。

今回の新たな病床配分案についてですが、「災害医療体制の整備に必要な病床数を優先的に配分」という配慮をいただいたことを、まず感謝申し上げます。

この案についての意見を、私どものほうから2点ほど申し述べさせていただきます。

1点目は、区東北部における災害医療体制は、ほかの区部と比べるとどうなのかということ、ちょっと調べてみました。結果としては、今後とも区東北部全体として充実していく必要があると感じているところでございます。

具体的に申しますと、あくまでも、一つの指標ではございますが、首都圏直下型の東京湾北部地震が、冬の18時、風速が秒速8メートルという設定で、発生した場合の被災想定における負傷者数というものが、各区で出ています。

その負傷者数を、災害拠点病院及び連携病院の病床数で割り返した数字を見てみますと、23区全体では、負傷者数が14万人に対して、1病床当たり2.93人という数字が出ます。

これを区東北部で見ますと、負傷者数が約1万9000人ですので、1病床当たり4.91人ということになりまして、区部全体から見ても、かなり病床が不足しているのかなと感じているところでございます。

ちなみに、病床が足りているとは言いませんが、1病床当たり少ないのが区西北部が1.44人で、区西部が1.63人ということですので、区西北部に対して区東北部は3分の1ぐらいしか病床数がないという感じになります。

逆に、区東北部と同じように多いのは、区東部が4.42人でした。

このようなことから、医療圏ごとではありますが、区東北部における災害医療体制は、今後各区が連携して充実を図っていく必要があると思っております。

ですので、基準病床数の範囲でということは、先ほどのご説明で重々承知しておりますが、ぜひそういったところをご配慮いただければと思っております。

2点目は、再三申し上げて恐縮ですが、荒川区における災害拠点病院についてでございます。現在は、荒川区の災害拠点病院は、東京女子医大東医療センターが担っていただいておりますが、これが、令和3年度に足立区に移転されるということで、私ども荒川区としては、女子医大さんのご理解とご協力のもと、その施設を活用して、病院を誘致して、新病院をという取り組みをしているところでございます。

先ほどの被害想定での負傷者数についてですが、荒川区に関しては、4484人となっております、そのうちの重傷者数は750人となっております。

これは、足立区の1294人、葛飾区の852人と比べると少ないのですが、重傷者を受け入れる災害拠点病院がないことには、区内における災害医療体制はなかなか成り立たないというのが実情でございます。

このため、荒川区としましては、災害拠点病院として東京都の認定が受けられるような新病院の早期実現に向けて取り組んでいるところでございますが、この点をご理解いただいて、特例配分にある100床までという部分については、例えば、災害拠点病院に関しては、認定を受けるに当たり必要となる病床

数を上限にといったようなご検討ができないかということ、恐縮ですが、重ねてお願いできればと思っております。

○木村座長：ありがとうございました。

地域医療構想なので、病床数の話だけですが、災害拠点病院にしる拠点連携病院にしる、病床数だけを確保すればいいのではなくて、特に、今までは地震対策ばかりやっていましたが、水害とかについても、普段からいろいろな整備などについて備える必要があるわけです。

今回のテーマと全然話は違いますが、東京都では何か考えていらっしゃるのでしょうか。

○千葉課長：細かいところまではわかりませんが、災害拠点病院、拠点連携病院というのは、あらゆる災害に対して対策をとっていただくというのが基本ですが、今までは震災対策に重きを置いていたというのは事実でございます。

ですので、浸水対策等はさらにきちんと見直して、制度として高めていかなければならないということは、共通認識として持っております。

○木村座長：病床確保だけではなくて、補助の面とかで何か具体的に考えていくような話は出ているのでしょうか。

○櫻井部長：ご質問ありがとうございます。

今年度から、浸水対策等も意識しまして、長期の停電や断水等に備えた、例えば、防水設備とかいったものも含めた、ハードの補助事業を開始させていただいております。

今後とも、地震の対策だけではなくて、浸水対策を初めさまざまな災害への対応について、調査等もしながら、また検討して、事業化もしていきたいと考えております。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

今までの話の中で、何でも結構ですが、いかがでしょうか。どうぞ。

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：葛飾リハビリテーション病院の永島と申します。

資料2のところの、ポータルサイトのご説明の中で、②の「転院支援サイト」についてですが、新たに「マッチング」という言葉が出てきています。

最近、「臨床研修医のマッチング」という話はよく聞きますが、病院の転院元と受け入れ側の病院のマッチングをやるというのは、どのようになるのでしょうか。

具体的に患者さんの情報が入ってくるのですが、これを見ると、マッチングをするところに患者情報が集積されることになるのでしょうか。

今までは、転院元と転院先とがマン・ツー・マンでしか患者さんの情報はやり取りされていなかったのですが、マッチングということになってくると、そこに第三者機関が介在してくるわけですね。

そうすると、その第三者機関まで患者さん情報が流れるということになるのでしょうか。その辺のご説明をお願いしたいと思います。

○千葉課長：先生がおっしゃることはごもっともだと思いますが、「こういう情報を出して、こういうふうな形でマッチングしていこう」というような、細かいところまではまだ決めておりません。

この資料2のイメージ図を見ていただきますと、どこまでできるかわかりませんが、基本的には、患者さんに情報は一般化したものをそれぞれ出させていただいて、「こういう患者さんから受け入れられる」とか、「こういう患者さんを受けてほしい」というようなことを出していただければと思っております。

ただ、実際に、患者さんに転院とかをしていただく場合は、この資料の3枚目の右側の④の「個別調整」というところが、どうしても残ると思っておりますが、最初のきっかけをこれにつくっていかうというようなところでございます。

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：そうすると、その受け入れ元と転院元とで、最終的なコネクションというか、ネゴシエーションを行うということですね。

○千葉課長：はい。そういう部分は必ず残ると思います。

○木村座長：そうすると、この②のところの「転院予定の患者情報を共有」というところは、あくまでも、一般的ということですが、「一般的」ということであれば、そういうことは大体知っていると思うんです。

ですから、個別の情報が出てきて初めて、それをマッチングしなければいけないというところが、大切な部分になってくると思うんですが、

○永島（葛飾リハビリテーション病院）：それだと、マッチングする意味がないような気がします。

○千葉課長：もちろん、これだけをもって、連携を進めるとか、転退院を進めるということではなくて、「こういう方法もある」ということで、材料を増やして行って、選択肢を増やしていくことを目的としております。

しかも、これができたとしても、そのあとどんどん改良していかないと、おっしゃるとおり、余り使えないものになってしまうと意味がありませんので、先生方が今、相対でやっていたらっしゃる患者さんの連携プラス、こういうものも使いながら、いろいろなことを広げていこうと考えているものでございます。

○木村座長：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。

○太田（足立区医師会）：足立区医師会の太田です。

最初の質問の続きみたいになってしまいますが、個人の端末を使ってもいいのかとか、固定式のパソコンを使うのであれば、パスワードの管理とかをどう

いうふうにするのかというような、運用上の問題がいろいろ出てくると思うんです。

それに関しては、今までも、東京都医師会のほうでもいろいろ検討されていると思いますので、「現時点でここまでは許せる」というようなことを教えていただけると、実際に運用する上で助かるのですが、

要するに、今まで検討されているような問題点で、「ここまではやっていこう」というラインを教えていただければと思います。

○千葉課長：まだそこまではお示しできる段階ではないと思っております。

ただ、当然、個人情報さらすわけにはいきませんが、そうかといって、使えないものをつくっても仕方がないというところのバランスを、うまくとりながら、今後検討していかなければいけないと思っております。

○太田（足立区医師会）：東京都医師会のほうでも、ある程度相談なさっているはずだと思いますので、それを教えていただければと思います。言い辛い部分かもしれませんが、

○佐々木理事：東京都医師会の地域医療担当の佐々木です。

ポータルサイトの具体的なことは、これからいろいろ決まってくる段階ですが、このポータルサイトは入り口であって、その先には、MCSとかカナミックとかがつながりますので、最終的には、つながる先の規約に準拠するしかないと思っています。

現時点では、MCSにしろ、私物端末の業務利用（BYOD）は原則としては禁止となっていて、「それを使うときには、規約をちゃんと守りながら、端末の安全性を守りながらやりなさい」ということになっていますので、今のところ、その範囲は逸脱できないのではないかと考えております。

それはともかく、具体的には、「このポータルサイトをこうしよう」ということは、まだ決まっておられません。

○木村座長：ありがとうございました。

ほかにございませんでしょうか。

よろしいでしょうか。

最初にお話があったように、この場で言えなかったことで、あとから意見をという場合は、ぜひメールで送っていただければと思います。

できるだけ多くの意見を東京都ではいただきたいということですので、どんどん発言をしていきたいと思っております。

きょういただいた内容については、次回以降の調整会議に活かしていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

最後に、この調整会議は情報を共有する場ですので、これだけは情報提供をしておき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、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。

4. 閉 会

○千葉課長：木村先生、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。先ほど、木村先生がおっしゃったように、本日行ってい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。大変恐縮ですが、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、次回以降も使いますので、そのまま置いておいてください。よろしくお願いいたします。

それでは、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。長時間にわたりどうもありがとうございました。

(了)