

平成 2 7 年度第 2 回
東京都特定機能病院連絡協議会
会 議 録

平成 2 8 年 2 月 2 9 日
東京都福祉保健局

(午後 5時00分 開会)

○新倉地域医療担当課長 それでは、まだ少し到着がおくれていらっしゃる委員の方がいらっしゃいますが、定刻となりましたので、ただいまから平成27年度第2回東京都特定機能病院連絡協議会を開会させていただきます。

皆様には御多忙のところ、本連絡協議会に出席いただきまして、ありがとうございます。私、東京都福祉保健局地域医療担当課長をしております新倉と申します。議事に入るまでの間、私の方で進行させていただきます。よろしく願いいたします。着座にて失礼いたします。

まず、会議資料について、御確認させていただきたいと思います。

協議会の次第でございますとおり、本日配布の資料は資料1から資料7まで、また参考資料が参考資料1から参考資料2-6までとなっております。議事の都度、もし不足、落丁等あれば、適宜、事務局職員までお声かけいただければと思います。

それでは、初めに委員の出欠状況について、御報告させていただきます。資料1の協議会委員名簿をごらんいただきながらと思います。

2番目に記載してございます。本日は代理出席の方が8名いらっしゃいます。

資料の2番目でございます、順天堂大学医学部附属順天堂医院、代田委員の代理で、同じく副院長の天野様でございます。よろしく願いします。

続きまして、3番目でございます、日本医科大学付属病院病院長、坂本委員の代理で汲田様に御出席いただいております。

続きまして、4番目でございます、日本大学医学部附属板橋病院病院長、平山委員の代理で、同じく副病院長、照井様に御出席いただいております。

続きまして、8番目でございます昭和大学病院病院長、有賀委員の代理で、同じく医事第一課長、小川様でございます。

続いて、11番でございます、東京医科歯科大学医学部附属病院病院長、木原委員の代理で、同じく副病院長、大川様に出席いただいております。

続いて、12番、東京大学医学部附属病院病院長、齊藤委員の代理で、同じく地域医療連携部長、笠井様に御出席いただいております。

続いて、15番でございます、国立国際医療研究センター病院院長の中村委員の代理で、産婦人科科長、矢野様に御出席いただいております。

続いて、18番目でございます、東京女子医科大学病院病院長、田邊委員の代理で、同じく副院長、飯田様に御出席いただいております。

どうぞよろしく願いいたします。

次に、本協議会の公開について、御説明いたします。

協議会の設置要綱の規定によりまして、当協議会については会議、会議録、及び会議に係る資料につきまして、原則として公開となります。御了承願えればと思います。

また、本日のマイクでございますが、速記を入れている関係で、御発言の際、お手数

ですが、お手元のマイク、このボタンを押しての発言をお願いしたいと思います。

また本日、お席の方に、お茶と軽食の方を用意させていただいております。どうぞ召し上がっていただきながら、会議の方を進めてまいりたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

では、以降の進行につきましては、本協議会会長の医療政策部長、西山の方で進行させていただきます。

- 西山医療政策部長 それでは、要綱によりまして、恐縮ですが、私の方で司会を務めさせていただきます。

まず、本日の議事進行について御説明させていただきますが、議事は「東京都地域医療構想について」ということをごさいます。構想の骨子が12月にまとまりまして、その後、各二次医療圏ごとに医療機関、それから区市町村の皆様等に集まっていただいて、骨子に関する意見聴取をしていただいたところをごさいます。これにつきましては、骨子の中で後で御説明いたしますけれども、将来の東京の医療の姿ということで四つの目標があるんですが、その一つ目が高度先進医療提供体制の将来にわたる進展ということで、大きな一つとして掲げてございまして、これから御説明させていただきますけれども、ぜひそういった観点から先生方の御意見を頂戴できればというふうに思っております。

それでは、これから議事に入りますけれども、東京都地域医療構想の骨子案について、宮澤課長から説明させていただきます。その後、意見交換については担当部長の矢澤が司会を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

- 宮澤地域医療構想担当課長 それでは資料に沿って、御説明させていただきます。

資料3をごらんください。骨子案の構成でございます。

地域医療構想でございますが、「第1章、地域医療構想とは」から、「第5章、あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」までの5章構成としてございます。

まず「第1章、地域医療構想とは」でございますが、地域医療構想の性格や記載事項、構想の期間などを記載しております。

このうち、構想の記載事項でございますが、医療法におきまして定めます記載事項は大きく二つございます。一つ目の、構想区域ごとに定めることとされております将来の病床数の必要量、在宅医療の必要量につきましては、第2章及び第3章で記載しております。そして、二つ目の、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項につきましては、第5章に記載いたします。

第2章は、東京都の現状と平成37年、2025年の姿でございます。こちらは、東京都全体の現状と将来について、記載する章でございます。

まず、現状でございますが、人口や医療資源等の状況、東京の地域特性、さまざまな特性を踏まえた患者の受療動向など、東京の医療の現状。また、将来につきましては、都全体の2025年の病床数の必要量等について、記載いたします。

第3章は、構想区域でございます。

<構想区域>でございますが、都における構想区域は13区域で設定すること。また、二つ下の<構想区域ごとの状況>でございますが、13の構想区域ごとに医療資源等の現状や将来に向けての人口、医療需要の変化、将来の病床数の必要量等を記載する章でございます。

第4章は、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」でございます。

将来の東京を考えたときに、どのような医療の姿が望ましいか、分かりやすい言葉で表現したものでございます。今後増加が予想されます高齢者はもちろん、小児も含めまして、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を掲げ、その実現に向けたIからIVまでの四つの基本目標を設定しております。

最後に、第5章、あるべき医療提供体制の実現に向けた取組でございます。

第5章は、地域医療構想の二つ目の記載事項、病床機能の分化、連携推進に関する事項を記載いたします、地域医療構想の中でも重要な部分でございます。

施策の方向性といたしまして、第4章に掲げます四つの基本目標の達成に向けた取組の方向性について記載するほか、策定後に設置いたします地域医療構想調整会議、さらには現行の保健医療計画に追加いたしまして、次期改定につなげていくような内容について、記載いたします。

続きまして、資料4をごらんください。骨子案の本文でございます。

こちらでございますが、1月下旬に開催しております策定部会に提示したものでございます。ポイント部分につきまして、御説明させていただきます。

4枚おめくりいただきまして、1ページをお開きください。

「第1章、地域医療構想とは」でございます。第1章には、地域医療構想の性格や記載事項、構想期間などを記載しております。

「1、はじめに」の部分でございますが、検討経緯についても記載するよう、部会の中で御意見をいただきまして、それを踏まえて修正を行うものでございます。なお、今回は事項立てのみとなつてございますが、素案に向けまして、文言を調整し、記載してまいります。

このように、もう2か所、枠で囲った箇所が出てまいります。当初案からの修正を示すものでございます。

続いて、2ページ、一番上でございます。

「4、地域医療構想の期間」でございますが、現行保健医療計画の期間に合わせて、平成29年度までとしてございますが、平成30年度からの保健医療計画と一体化していくものでございます。

続きまして、3ページをお開きください。

「第2章、東京都の現状と平成37年（2025年）の姿」でございますが、3ページから9ページにかけて、記載しております。

1枚おめくりいただきまして、右側、6ページをごらんください。上段の表の下にございます、(3)東京の地域特性をごらんください。

東京は、他県とは異なる東京ならではの特性がございます。①高度医療提供施設の集積から、7ページの⑧高齢者単独世帯が多いことまでの、八つの特性を記載しております。

続いて7ページ。続きになります。

(4)患者の受療動向でございます。一つ目の丸印でございますが、先ほどの(3)のとおり、東京のさまざまな特性を踏まえまして、患者さんの受療動向がどうなっているのかについて、また機能別の患者の流出入の状況について、記載しております。

続きまして、8ページをごらんください。中段に記載しております、(2)将来(2025年)の病床数の必要量等でございます。

まず、①におきまして、国の推計式ではどのぐらいの医療需要が見込まれているのか、どの程度の病床や在宅医療等が必要と考えられているのかを記載しております。

これにつきましては、表に記載してございますが、あくまで国の示した推計方法に基づく推計値でございます。将来の医療提供を考える際の目安として示されるものでございます。近々に、この病床数を整備するというものではない、というものでございます。現在、医療法に基づきます基準病床制度に基づきまして、病床の整備を行っておりますが、その枠組みが変わるものではございませんので、御留意願いたいと思います。

続いて、②におきまして、設定に当たっての基本的な考え方。

続いて、次ページ、9ページの中段、少し下になりますが、③におきまして、都における将来の病床数の必要量等を記載いたします。

いずれも、素案におきまして記載する予定でございます。

続いて、10ページをごらんください。

第3章、構想区域でございます。

まず「1、構想区域」でございますが、現在の二次医療圏と同じ13区域で、病床を整備する単位であることを分かりやすくするために病床整備区域と呼称する旨を記載いたします。

下へ参りまして、「2、疾病・事業ごとの医療提供体制」でございます。

病床につきましては構想区域で考えてまいりますが、疾病・事業ごとの医療提供体制につきましては、これまでも二次医療圏にこだわらず構築しておりますので、事業推進区域として、構想区域とは別の概念として、これまで以上に柔軟に考えていくことを記載しております。

次のページからは、構想区域ごとの状況を記載いたしますが、本日は参考に、区中央部のみで御用意させていただいております。

全ての区域に共通でございますが、人口、医療資源等の状況、病床数の必要量の推計値などを記載する予定でございます。

続きまして、50ページをお開き願います。

「第4章、東京の将来の医療～グランドデザイン～」でございます。2025年の医療、グランドデザインと、実現に向けた四つの基本目標を記載してございます。

続きまして、51ページをお開きください。「第5章、あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」でございます。

「1、施策の方向性」でございますが、(1)から(4)まで、先ほどのグランドデザインの四つの基本目標、これを事項立ていたしまして、それぞれ達成に向けた取組の方向性を記載しております。

こちらにつきましては、今後、策定部会、地域ごとの意見聴取の場、また本日、先生方からいただきました御意見も踏まえながら、さらに記載内容の検討を進めてまいります。

続いて、53ページをお開き願います。「2、東京都保健医療計画に追補する事項」でございます。

5疾病・5事業など、既に保健医療計画に記載いたしまして取組を進めている分野につきまして、さらに追加する事項につきまして、この部分に掲載していく予定でございます。

続いて、「3、地域医療構想調整会議」でございます。

地域医療構想は、医療機関の自主的な取組によりまして、病床の機能分化及び連携を推進することとしております。構想区域ごとに調整会議を設置いたしまして、地域の意見を聞きながら進めていくというものでございます。

最後に、この骨子案でございますけれども、いただいた御意見を反映いたしまして、素案を取りまとめていく予定でございます。その後、意見照会、パブリックコメントを経まして、医療審議会への諮問を行う予定でございます。

骨子案の説明は以上でございます。

それでは、もう一つ、参考資料の方の御説明をさせていただきたいと思っております。参考資料2-1をごらんください。横版のカラーの資料でございます。

こちらでございますが、構想区域の特徴といたしまして、それぞれ区域ごとに高度急性期から慢性期までの4機能につきまして、その特徴をまとめているものでございます。参考に、資料2-1の区中央部で、御説明させていただきたいと思っております。

こちらの資料2-1でございますが、区中央部の患者の流出入の状況を機能別に示しているものでございます。資料2-1につきましては、4枚ものでございまして、高度急性期から慢性期の順に、御用意させていただいております。

1枚目の高度急性期をごらんいただきたいと思いますけれども、まず左上でございます。現在の患者数をもとにいたしまして、2025年の人口で引き伸ばしをいたしまして算出した推計患者数を記載してございます。

高度急性期では、2025年に区中央部に住んでいらっしゃる方の患者数は、一日当

たり850人。一方、区中央部の医療機関で入院しております患者数は一日当たり2,473人。その差が、真ん中に記載してございます1,623人の流入超過となっております。これは昼夜間人口比率が高いこと、また高度医療機関の集積などによりまして、非常に流入が多くなっているということでございます。

こうしたポイントとなる点につきましては、資料の右下、点線の枠内にまとめて記載してございます。それぞれ、適宜、4機能ごとに御参照いただきたいと思います。

左側へ戻りまして、真ん中に流出入の状況を可視化した地図を記載してございます。また、その下でございますが、流入元、流出先の上位3区域を記載してございます。

資料の右側でございますが、流入、流出、それぞれに帯グラフを掲載してございます。

上でございますが、流入側、区中央部の医療機関に入院している患者さんがどの区域から来ているかを示したものでございます。青色の斜線で19.9%と記載されているのが自構想区域患者割合、つまり区中央部の医療機関に区中央部の患者さんが入院している割合でございます。

その下の帯グラフでございますが、流出側、区中央部に住んでいる患者さんがどの区域の医療機関で入院しているかを示すものでございます。青の斜線、57.9%が自構想区域完結率でございます。その横には、区域ごとに色分けしてございますが、その区域ごとの色分けの下、帯の下側に青の網かけになっている部分がございます。これは区中央部と隣接している区域の割合を示しておりまして、合算いたしますと23.1%となります。つまり、自構想区域完結率57.9%と、都内隣接区域の23.1%を合わせますと、81%となりまして、区中央部の患者さんの入院先は、比較的近くの区域でおさまっていることとなるものでございます。

1枚おめくりいただきたいと思います。

急性期でございます。こちら資料の見方は同じでございますので、簡単に御説明いたします。

急性期の流出入の差、左の上でございます二つの箱の間でございますが、3,147人の流入超過となっております。左側の下に記載しております上位3区域を見ていただきましても、高度急性期と余り変わらない状況となっております。上位圏域が変わっていない要因でございますが、患者数は延べ患者数でございますので、急性期の患者さんの数には、高度急性期から引き続き入院している患者さんの数も含まれていることが考えられます。

右へ参りまして、帯グラフの流入を見ていただきますと、区中央部の医療機関に入院している患者さんのうち、区中央部の患者さんの割合、自構想区域患者割合は23.3%。高度急性期よりは少し割合が上がっております。

その下の流出でございますが、区中央部の患者さんが区中央部の医療機関に入院している割合が58.4%、都内の隣接区域に入院している割合が24%、合わせますと8

2. 4%となります。

続きまして、3枚目、回復期をごらんください。

回復期の流出入の差でございますが、1, 482人の流入超過となっております。地図につきましては、矢印は減りますが、急性期と似た形状となっております。これも回復期機能の推定患者数が、リハビリなど、いわゆる回復期だけではなく、高度急性期や急性期から引き続き入院いたしまして、ある程度、症状の落ちついた患者さんも含んでいるためと考えられます。

流入元、流出先の上位につきましても、急性期と同様、隣接区域が占めております。

右側へ移りまして、流入の帯グラフでございます。自構想区域患者割合は24.5%、主に区西北部、区東北部、区東部から患者さんが流入しております。

流出側を見ていただきますと、自構想区域完結率が42.3%、隣接区域は31.1%、合わせますと73.4%の患者さんの入院先は隣接区域まででおさまっているというものでございます。

最後に、4枚目、慢性期機能の流出入の差でございますが、570人の流出超過となっております。矢印を御確認いただきますと、隣接区域以外の区部、また多摩地域の区域にも、細い矢印でございますが、矢印が伸びているのがお分かりいただけるかと思いますが、流出先の上位につきましては、隣接圏域が占めているという状況となっております。

右へ移りまして、流入の帯グラフを見ていただきますと、自構想区域患者割合は45.1%、隣接圏域からは34.6%の患者さんが流入しております。

流出を見ていただきますと、自構想区域完結率が21.4%。これまでの3機能と比べまして低い値となっております。また、都内隣接区域の割合を足しましても、58.7%となるというものでございます。

参考資料の説明につきましては、以上でございます。

○矢澤医療政策担当部長 それでは、意見交換に入りたいと思います。

まず、ただいまの御説明に関して、何か御質問がございましたらお受けいたしますが、いかがでございでしょうか。

○荒井委員 すみません。私は前回出ておりませんので、ちょっと的外れな質問だったらお許しいただきたいのですが。

参考資料2-1を見させていただくと、一定の比率で結構、近隣の県の方々が入院して来られていますが、この点についての東京都としての基本的な考え方は如何なのでしょう。ある種、ヨーロッパにおける難民の問題と共通するところがあるかもしれませんが、基本的にこれだけ高機能の病院があるわけですので、外からのものは快く全部受け入れるという方針と理解してよろしいのでしょうか。それとも、あくまで東京都民を優先して、適切な表現ではないかもしれませんが、場合によっては、拒絶するわけではないにしても、自国民を守るため、一定の配慮をするといった考え方もあるのか、この

辺はどのように考えていけばよろしいのでしょうか。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

基本的には、患者さんの流出とか流入という行動について、規制するものではありません。ですので、かなり増えるかもということではないとしても、現状については、この状況が守られるべきだというふうに考えております。

ほか、ご質問いかがでしょうか。

○山口委員 今のお答えに関連して。今の現状でいいというのは、本当にいいのでしょうか。例えば自分の区域に急性期病院が少ないから、あるいは急性期病院があってもアクセスが悪いから他の区域に行っているんだと。地元にもう少し、そういうところが充実したらいいんだという意見はないのでしょうか。

○矢澤医療政策担当部長 まず、私が申し上げたことは、今ある医療資源は大事にしましょうということです。先生がおっしゃったのは、不足する機能をどうするかというお話だと思います。それについては、やはり地域の御意見を聞きながら、そこが必要かどうかというのは量で分かっておりますので、もしそこで必要だというお話があれば、つくることもいいでしょうし、隣の圏域が、東京という、交通網が発達した中で、隣まで行けば、ある程度は受療できているという現実があるとすれば、これでいいという考え方もあると思います。それは色々な意見を聞きながら、これから判断してまいりたいと思っております。

○山口委員 恐らく、医療施設に気を使っていたいただいた言葉だと思うんですけども、本来はやはり患者さんの利便を優先するべきと、私は思いますが。

○矢澤医療政策担当部長 おっしゃるとおりでございます。まず、高度急性期的な、日本全国から患者さんが集まる機能を東京の全区域に設置するということは、費用面から見ても、効率から見ても、なかなか難しいかなというふうに思っております。先生のおっしゃったようなところで考えられるとすれば、やはり急性期、回復期、慢性期のところで、まずは地元の地域にすぐにかかることができる病院をつくるのが優先かなと、現時点では考えております。

○山口委員 例えば救急の患者なんかは、やむを得ず来ていることもあると思うんです。これだけ見ると、それがどれぐらいあるか、分かりません。やはり地域の人なぜ動いているのかということは、ぜひ探っていく必要があると思います。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

ちなみに、今回の資料には出していないんですけども、がんの患者さんが大きく移動しています。一方、急性心筋梗塞ですとか肺炎ですとか大腿骨頸部骨折、こういった高齢者に多い病気は構想区域内、あるいは、動いても隣の圏域で完了しているというデータがございますので、そのあたりと少し分けて考える必要があろうかなとも思っております。

ほか、いかがでしょうか。

- 竹内委員 資料6のグランドデザインのところとも関係いたしますが、ちょうど今の問題と密接に関係するのは言葉の使い方の問題で、ここには高度先進医療という言葉と、高度急性期医療という言葉が出て参ります。高度急性期医療は地域に密接にリンクしているような医療で、しかも高度で急性期な医療です。一方で、高度先進医療は、必ずしも高度急性期ではない先進的な医療です。例えるならば、がんと肺炎あるいは大腿骨頸部骨折ほどの違いがあります。つまり四つの基本目標の中でⅠとⅡは分かれています。が、オーバーラップして使われているような印象があるため、区別した言葉の使い方をする必要があります。
- 矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。私どもも、あえてⅠを出したのはそういう理由でございまして、国が高度急性期、急性期、回復期、慢性期という四つのカテゴリーに全ておさめようということでしたので、私どもとしては、東京はそうではなくて、高度急性期とはまた違う意味での高度医療というものがあるんだと。これを大事にして、これをさらに高めていくんだという観点からⅠをつくったということでございます。
- 竹内委員 ありがとうございます。非常に意図が感じられて、いい柱だと私も思いました。しかし文章の中に、この二つの言葉がモザイク状に出て参りますので、少し分かりにくく説明を要すると感じました。東京の特性も含めて、ここを明確にすることで、先ほどの御質問に答えられると思います。
- 矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。
例えばどんな言葉がいいでしょうか。
- 竹内委員 骨子は非常にいいと思います。例えば構想骨子案の中の言葉を読みますと、高度先進医療と高度急性期医療がランダムに出てくるため、少し分かりにくい印象がございました。
- 矢澤医療政策担当部長 高度急性期という言葉は、国が示した類型でございまして、それに相対する、先生のおっしゃった急性期という意味では、高度医療、どういう言葉が、先進医療。
- 竹内委員 例えば、7ページの(4)の患者受療動向の「高度急性期～回復期」に大学病院本院、特定機能病院と書いてあります。これは国全体として示されたグランドデザインですが、東京はそれに加えて高度先進医療としての受け皿としての大学病院、特定機能病院がございまして。それを東京都としてのコンセプトとして、どこかに入れて解析されると良いのではないかと感じました。
- 矢澤医療政策担当部長 ここには先ほど申しました、がんの患者さんがぐるぐる回っている状況と、そうではない患者さんが隣で済んでいる状況を絵で入れるつもりですので、そこで、少しだけですけど、お分かりいただけるかなと思います。
- 竹内委員 分かりました。ありがとうございます。
- 矢澤医療政策担当部長 今ちょうどグランドデザインのお話をいただきました。きょう

先生方にお集まりいただきました最大の趣旨ですけれども、私どもは「2025年の医療～グランドデザイン～」というものを資料6で掲げてございます。この表はすごく漠としたものになっていますけれども、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳの下にある例示というものが今度の構想の、ちょうど心臓部になってまいります。

なぜ心臓部かと申しますと、ここで課題として掲げたもの、そしてここで今後やっていくよと言ったものについて、今後10年間、例の基金を使った事業を実施していくこととなります。ですので、ここに、むしろ書かれていないことはできなくなってしまうといったところです。そして構成も、こういった例示ではなくて、具体的な課題、それから取組の方向性というふうに、課題を出していく必要がありますので、先生方の思いでもお考えでも結構です。今日いただいた言葉をそのまま先生方の病院で何か開始するとか、そういうことは一切なくて、ヒントをいただきたいんです。

東京のグランドデザイン、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京のグランドデザインのⅠに挙がっている高度先進医療、ちょっと言葉は悪いですけど、高度先進医療が将来にわたって進展していくために、どういう仕組みが必要かといったことで、実現不可能なことでも結構です、もしかしたら構想に書けないかもしれないことでも結構ですので、ぜひ御意見をいただきたいと思います。

まず、資料5のところにもA4の紙がございしますが、こちらで一旦、病院の方には御意見をいただきたいということで、お願いしてございます。今、紙ベースで御提出いただいているのは、慈恵の丸毛先生からでございます。

先生、いただいた資料について、一言コメントをいただければありがたいと存じますが。

○丸毛委員 東京都からの依頼で、総合診療医育成の取組について話をするようにとのことでしたので、総合診療専門医育成プログラムについてお手元の資料を使いながらその概要をお話します。

このプログラム作成に関しましては、文科省の総合GPで平成30年度までの5年間の資金提供を受けております。

総合診療専門医育成プログラムは3年間のプログラムで、大学病院研修を主とするコースと診療所研修を主とするコースとの二種類があります。

連携施設予定として四角に囲んであるのが慈恵医大の4病院で、ここを中心に研修を行うコースが病院基盤型総合診療医コースです。このコースでも診療所研修の行うわけですが、大学病院研修に比重を置いている、すなわち大学病院研修の時間が長いということです。地域基盤型総合診療医コースも同様で、こちらは診療所研修に比重を置いているということです。

3年間のプログラムを修了してから、専門医になるための試験を受けることになると思います。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

これは基本目標Ⅳのところに関連する人材育成のところが必要な事項かと思えます。先生、御足労ありがとうございました。

ほかに何か、Ⅰ、Ⅳに限らず、Ⅱ、Ⅲをまとめてでも結構でございます。何か先生方の中から、こういった課題があるとか、東京の医療では今こういうことを考えなければいけないというところで、お考えがございましたら、ぜひ私どもに御教授いただければありがたいのですが、いかがでしょうか。

- 岩下委員 グランドデザインのⅡとⅢに関係する問題なんですけれども、今、地域包括ケアシステムが各区域ごとに進んでいて、そこにICTを導入して情報の共有を図ることが行われておりますけれども。要するに、地域包括ケアというところは慢性期とか在宅医療の話なんですけれども、これと我々みたいな高度急性期病院とのリンクが非常に弱い。この前もちょっと総務省の方とお話ししたんですけれども、要するに切れ目のない医療ということであれば、高度急性期病院から在宅に至るまでの間の患者さんの情報を共有するシステム、特にICTシステムを導入しなきゃいけないけれども、そこがリンクされていないことがやはり大きな問題だというふうに言われております。東京都としても、そこに何か支援いただいて、システムを入れるような。

それから、在宅医療をなさっている患者さんが急変して、我々みたいな高度急性期病院にかかることがあるわけなんですけれども、そのときに患者さんの情報が全然なかったりすることがありますので、いわゆる切れ目のない医療ということであるならば、そのリンクを支援していただければと思います。

- 矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

他はいかがでございますか。どこのカテゴリーでも結構でございますが、いかがでしょうか。

- 荒井委員 先ほどの、まさに高度先進というところで人材を育成することを考える場合、高度先進の多くは事実上は臨床試験に近い内容ですので、ここで一番問題となるのは混合診療との絡みです。

色々な特区の話はありますが、実際には、保険償還されない段階の先進的治療がどの程度現場でできるかが一番問題だと思います。東京都はかなり恵まれた環境かもしれませんが、先進医療については、かなりきっちりとした形で厚労労働省が進めていますが、もう少し自由度を増すことができるなら、都内の大学などでは盛んに先進的な取り組みをしていますので、もっと機会を増やす事ができると思います。

残念ながら実際には、混合診療的ものは非常に狭められていますので、そういった取り組みが難しいのが現状です。私は決して、無尽蔵に緩めるべきと言っている訳ではありませんが、ある程度自由度が増すと、今後その辺を担っていく人材の育成に大きく寄与できるんじゃないかなと思います。

- 矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。先生方の感想で結構でございます。ぜひ御教授いただければ

ばありがたいと存じます。

それでは、地域枠で医師の育成に御尽力いただいている大学の先生方から、何か御意見ございませんか。杏林大学、順天堂大学、慈恵医大学、いかがでしょうか。

○岩下委員 我々のところも大分、東京都枠を使っているんですけども。

先ほど出ました新しい専門医制度と地域医療計画構想とのすり合わせみたいところですが、新専門医制度の方は、私の領域ではもう基本プログラムを学会経由で機構の方に提出しているわけですけども、そのときに基幹施設と連携施設は初めから決まっているわけですね。そこから漏れた施設があるのかないのか、我々はよく分からないんですけども、二次医療圏で完結しないところが非常に多いことと、それから地域ではどこにも所属していない連携施設ができてしまったりすることがあると思うんですが、その辺の情報というのは東京都の方に入っていますでしょうか。

○矢澤医療政策担当部長 残念ながら、ほとんど入っていない状況ですので、地域医療構想の構想区域と専門医制度をリンクさせるという考え方は今持ち合わせていないですね。

○岩下委員 だけど、もう2017年から一応スタートする予定ですので、そういったときに、かなりまた地域医療構想が影響を受けてしまうことがあるので、ぜひ情報を入れて、そこも加味した上で新しい構想を考えていただきたいと思います。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

地域医療構想に、その取っかかりを書きさえすればいいといいますか、この構想ができたなら、10年間この構想のとおりには行かないということではなくて、この構想にある程度エッセンスを入れて、向こう10年かけて実現していく、そういう発想ですので、ここで余り細かく書かなくても、今先生のおっしゃったようなことを課題として挙げていけば十分できるかと思います。ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

○天野副院長（代理） 今の地域枠を私のところもいただいているんですけど、地域枠で、例えば産科とか、あと小児とか、地域で一定の地域医療活動を終えた後に、Iの高度先進医療を専門に従事するという形のものができるように、そういう道筋を残せるかどうかということと。

あと、高度先進医療は、今の循環器の領域ですと、全国でも30施設以上でカテーテルによる大動脈置換術でTAVIというのをやっているんですけど、この制度が、循環器領域で冠動脈ステントとか、先進的なものに関して、それが保険診療で算定される状況になるとときには、必ず、まず外国のものに関しては外国から指導者が来ます。先ほどのTAVIで言うと、たしか慶応大学さんの先生が指導を受けてきて、それを国内のプロクターとして、認可された施設に指導に行って、そこで最初の20例ぐらいを一緒に指導して、それから独自にし始めるという制度をとっています。

せっかく東京都にはそういう施設が多いわけですから、東京都の中で独自の高度先進の相互チェックシステムや相互安全管理システムを設けて、他地域よりも高いレベルで

そういったものが行われていると。あと、東京都内の特定機能病院内での教育システムを確立、相互の教育の形を確立して、対外的というか、外国からの患者さんについても、面で、各病院ごとじゃなくて、全体の面で、他の、例えば大阪とか九州圏よりも、こういった特徴を持った高い医療が提供できるということをPRしていく。それを加えていったらいいんじゃないかと思います。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

今のことに関連して、何か御意見ございませうか。御発言いただいていない先生の中から、いかがでございませうか。感想でもいいんですけど、いかがでしょう。

○大川副病院長（代理） 東京医科歯科大学の大川です。

先ほど来、御指摘があったように、高度先進医療と高度急性期医療の混同が、やはり大きな問題であります。特に大学本院では、やはり難治性疾患を主として扱っているために、他県からの流入が非常に多いなというふうに思っています。もちろん心臓とか脳卒中という、本当の意味での高度急性期もあると思いますが、実際に入ってきているのは、大きな手術であるとか、難しい病気だと思うんですね。

今回のお話の中には難治性の疾患、いわゆる難病ということに関しての視点がどこにも盛り込まれていないので、その辺でまた実際の数を調べていただくと、高度先進医療というものの中身がもう少し具体的になるのではないかというふうに思いました。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

ネーミングは、高度先進医療というのは、どうなんでございませうか。何か、いい御提案はございませうか。どうしても高度急性期と高度先進医療は似ているので、分けられないんです。何かいいものがあれば。

○山口委員 ちょっと質問なんですけど、先進医療というのは、今の厚労省がやっている先進医療を指すわけですか。あるいは先進的な医療という意味ですか。そのところが混在して、議論が進んでいるように思うので、ネーミングとしてはふさわしくない。たちまち、今の厚生労働省の仕組みを思い出しちゃって。ちょっと違うんですね。

○矢澤医療政策担当部長 どんな名称が正しいんでしょうか。

○山口委員 先進的医療じゃないですか。

○矢澤医療政策担当部長 「的」が入れば。先進的医療でつながりますかね。

名称で時間をかけるのも、もったいないので、先生方で思いつかれることがあれば、私どもの方に、メールでもファクスでも、いただければと思います。

今のグランドデザインに掲げるところとして、先進的医療のところ、それから人材のところがありました。人材で、例えば在宅医療とか高齢者。高齢者がふえる中で必要な人材育成のところでは何かお考えがありましたら、お聞かせいただきたいと思います。医師以外の職種でも、結構でございます。

○天野副院長（代理） 質問ですが、将来的には高齢者専用とか、あと在宅医療の潜在人員というか、職員を、例えば時間外で再教育するような、その時点での在宅医療、今、

考えているのではなくて、20年、30年先の在宅医療がどうあるかということ、そういったものも含めて、再教育するような機関というのを東京都はお持ちなんですか。

○矢澤医療政策担当部長 東京都としては持っていませんね。そういったものを、例えば大学の教育機関あるいは医師会等々でつくるという話があれば、それは東京都として支援できると思うんですけど、独自にプログラムをつくるということはなかなかできないと思います。

○天野副院長（代理） 都立病院の中でも、そういうのは。

○矢澤医療政策担当部長 都立病院にも、現時点ではないかと思います。

○天野副院長（代理） 実は、そういうものがあれば、例えば一旦、女性医師はM字カーブになるわけですけど、出産と育児が終わって戻るときに、在宅医療に特化した医師活動をするとか。

うちの職員は65歳定年ですけど、60歳定年という施設もあると思うので、それがずっと続くかどうか分かりませんが、一旦退職して、事務系の方が、そういった在宅医療に携わるとか、それができるような教育があれば、多分、受け皿はこれから将来的にあると思うので、そういうことを全体として考えていく、捉えていくということも必要なんじゃないかと思います。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

今、看護師で、実は離職した人、潜在看護師を育成するプログラムというのを委託してつくっていますけれども、今いただいた考え方で、少し膨らみそうな気がします。ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

○荒井委員 話をぶり返して申しわけないのですが、先ほど山口先生から御指摘がありました言葉の定義はきちっとしておかないといけないと思います。

後で発言しようと思っていたのですが、急性ではないし、先進でもないのですが、高齢化に伴い、合併症をたくさん持っている患者さんが急増しています。うちのがんの専門病院ですが、がんで来られても、合併症のためにとてもがんセンターでは対応できない、総合的な管理のできる大学にお願いしなくてはいけない患者さんが沢山おられます。正に、多機能を持っている病院でしか対応できない患者さんの集団なのですが、それではこの中に該当するかというと、なかなか判断が難しい。高度というには、やることは普通の手術だったりする。管理としてはすごく高度なのですが、急性かという、別に急性という訳でもない、という風に。このポピュレーションは、これから益々多くなってくると思います。

標準的治療の一步向こう側という意味での先進という言葉は妥当だと思いますし、時間的な緊急度での急性、慢性も判りますが、もう一つの要素として、さまざまな専門科が集約して対処しなければ治療できないものと、そうでないものの区別が必要ではないかと思います。せめて、この三つぐらいは明確に区別できる共通言語を使って議論しな

いと、皆さんの考えていることがばらばらになってしまうのではないかなと感じます。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

まずは四つの高度急性期、急性期、回復期、慢性期というのは、病床の必要量を出すために便宜的に国が定めた用語ですので、一旦この用語は使わせていただこうと思いますが、その先にある東京にふさわしい医療提供体制を考える上では、ぜひ、先生のおっしゃったような考え方で整理するというやり方もやってみたいと思います。

ほか、いかがでございましょうか。

○笠井地域医療連携部長（代理）

先ほど国立がんセンターの荒井病院長がおっしゃったことに呼応して、例えば当院のような病院も、色々な総合病院から、必ずしも高度急性期というのに当てはまらないんですけれども、たくさんの診療科で集約的にやらないといけないような合併症を持たれた方の手術などを多数、手がけさせていただいているので、何かそういう最難度とか、そのような用語とか、そういうものも別の軸として、東京都の特定機能病院の特徴をあらわすような用語のようなものも、必要になってくるかなと思います。

それがいいか、ちょっと分かりませんが、高度急性期とか、もう一個の軸は何でしたか、高度先進でしたか、それとはまたちょっと違う軸で、必ずしも在院日数がすごい短いわけではないんですけれども、最難度といいますか、非常に集学的あるいは多職種で共同しなければいけない、不採算なものも含めてやっているのが、東京都の特定機能病院の、特に大学病院の実情じゃないかなと思いますので。

そういう医療は、経済原理とやや矛盾するところもあるんですが、国民の方を守るためには、どうしても守らなければいけない医療で公共性の高い部分なので、こういうところに書き込んでいただく意義というのは結構高いのかなと思います。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

山口先生、お待たせしました。

○山口委員 東京都には確かにすばらしいインフラがあると思うんです。病院もたくさんありますが、患者さんの視点から見たら、近いところにはあるんだけれども、実際にそこに行くまでの交通機関の問題が大きいのではないのでしょうか。近くても時間がかかるのであれば、地下鉄に乗って、真っすぐ行ける病院に行った方がいいというようなことになってしまうと思うんです。

例えば東京が都バスを運行するとき、病院の活用という視点から何かやっているか、そういう需要があるんだったら幾つかの病院を回るような路線を考えてもらうとか、そういうフレキシブルなことをやっていただけると、大変ありがたいと思います。

○矢澤医療政策担当部長 お話は承りました。

ほかはいかがでしょう。

今までいただいた御意見をちょっとまとめさせていただきます。

まず、情報の共有化というところでは、地域包括で今ICTが始まりましたけれども、

これを高度急性期とのリンクで考えられないか。こうした意見は、例えば在宅の薬局をやっている方とか、歯科の先生からも同じような意見が地域で出ておりますので、情報の共有化というところが一つの課題かと思っております。

それと、臨床試験の観点から、もうちょっと混合診療あるいは臨床試験の自由度があればいいということ。

あと、東京という、たくさんの先進医療が集まっているところの強みを生かして、面で相互に教育する、あるいは医療の安全を守るといったような取組をして、他県との差別化を図るといったことができないかというお話をいただきました。

それから医療の質として、高度でも急性期でもないんだけど、難しい病気が幾つか重なっていて、まとまった色々な診療科が医療しなければいけない医療。それから、これは不採算なんだけど、患者さんのためには治していかなきゃいけないもの。そういった医療、難しい医療ですね、そういったものやっていくことも特定機能病院、大学病院の役目であるといったようなお話でございました。

また、潜在している医師、その他の職種について、教育プログラムのようなものをつくって掘り起こす施策を東京都として考えたらどうか、というお話をいただいたところです。

これで大体いただいたところのお話は全てでございますが、お時間がそろそろ来ております。最後に何か、これという御発言がございましたら、お伺い、お願いします。

○笠井地域医療連携部長（代理）

資料6に何かが入ってなきゃいけないということでもないんでしょうけれども、やはり災害という言葉などが無いような気がするのと、国として高齢者医療をやるというのも当然大事なんですけれども、国がだんだん沈没していかないためには小児、思春期の医療というんですかね、そういう若者とか産科医療とか、これから働いていく世代のことについても配慮したような、バランスのとれた文言もあっていいかなと思いました。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

これはグランドデザインにぶら下がっているものとして、今回の構想で新たに打ち出す考え方でして、今、先生におっしゃっていただいたような視点はもちろん必要です。私どもは保健医療計画というものをつくって、今までやってきているんですけれども、それをもう少し、この構想の方でも追補する部分として書き足したいと思っております。ありがとうございます。

ほかは。どうぞ、お願いいたします。

○矢野産婦人科科長（代理） 産婦人科ですが。

いつも困っていることは、特定機能病院が非常に多いと言われている東京都でも、結局たらい回しになっている患者さんがまだいることです。それは感染症、特に結核、HIV、あとは精神疾患、認知症の方々です。これらを合併した方々が、全国をぐるぐる回って最後に当院に来ます。東京都の病院でも、きちんと扱ってくれるところがないの

です。

例えばお産についてもそうです。妊婦さんで、それらを合併している方は、全国的に引き取るところがないのが現状です。当院でもなかなか管理が難しい感染症では、もう少し多くの施設が手がけて欲しく、特に東京都で受け入れ施設を完備していただければと思います。東京都において、特に都立病院でも、断ることがあります。結構断るので、困っています。大学病院も大体、断ってくるのです。それで非常に困っているのです。全国でたらい回しになっている患者さんもいます。東京ができなければ、どこもできるところはないのです。あと大阪か名古屋といっても、なかなか受け入れ施設がないという状況です。

○矢澤医療政策担当部長 すみません。産科、感染症、精神、認知症。先生、もう一つは。

○矢野産婦人科科長（代理） 感染症の中でも、特に結核とH I Vです。H I Vは現在管理が進んでいますが、結核が結構若い人に多いのです。結核合併の、特にお産は多くの施設が扱わないのです。都立の大塚病院、墨東病院は対応できるかもしれませんが、できるところが少ないのです。これは本当に難しい問題で、やはり特別な受け入れ施設をつくらないといけないと思います。

以前は多分、受け入れ施設は多数あったと思います。戦前は結核の妊婦さんは大勢いました。今は結核の妊婦さんが少ないから、結核を合併している妊婦さんをきちんと扱えるところが少ないです。

○矢澤医療政策担当部長 それは施設の問題でございましょうか。それとも仕組みの問題でございましょうか。

○矢野産婦人科科長（代理） ある一定数の感染症患者さんは、おられます。これから新しい感染症も出てくるので、そういう対策をやはり行うべきです。当院ではもちろんやっていますけれども、東京都としてもやっていただければと思います。

○矢澤医療政策担当部長 ちょっと周産期の方と相談しまして、実態を把握した上で、何かできるかというところで考えていきたいと思います。

○矢野産婦人科科長（代理） もちろんお産だけの問題ではなく、ほかの疾患を合併する場合もあります。例えば、認知症を合併した方に対する手術は、多くの医療者が嫌がります。実際、認知症は増えてきていますから、認知症を合併している方の入院や手術が、これから非常に問題になってくると思います。

○矢澤医療政策担当部長 認知症の場合は施設面というわけではなくて、体力の問題とか、そういったふうに受けとめればよろしいのでしょうか。

○矢野産婦人科科長（代理） 多分、施設面の問題もあり、医師も馴れていません。

○矢澤医療政策担当部長 分かりました。ありがとうございます。少し実態調査させていただいた上で、検討させていただきます。

○飯田副院長（代理） 今のお話に関連するのですが、恐らくそれは今の出産ということだけではなくて、先ほど出ていた集学的な医療をやらなくてはいけない、それが全ての

病院、全ての大学でやれる必要性はないと思います。それぞれの大学、特定機能病院で得意とする分野というのが恐らくある。今までの経験値ですとか、そういうものを、この会などを通じて、少し吸い上げていって、集学的な医療で、こういった場合はどこの施設がいいとか、それがある程度分かると違ってくるのではないかなと思います。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

まさに今いただいた話は課題で、すぐに解決できるものではないので、この後、構想の趣旨も作っておしまいではなくて、作って始まりですので、ここで問題提起して、それに対して皆さんで考えていきましょうというものですから、今いただいた御意見のようなことが非常に助かります。ありがとうございます。

では、そろそろ。

○山口委員 簡単な問題です。この構想の骨子案ですが、11ページのところに特定機能病院6施設と書いてありますけれども、がん研とか国立国際医療センターが抜けているんじゃないですか。これはいつの時点か、きちんと書いておかないと。上の方では人口が平成25年のデータだし、医療資源の方は平成27年の施設が書いてあったりするので。特定機能病院を取り消されるところもありますし、新しく認可されるところも、これからはないかもしれませんが。これは正確に書いておかないと、まずいんじゃないでしょうか。

○矢澤医療政策担当部長 これは区中央部だけに限って書かせていただいているので、全体では、この数ではないと思います。恐れ入ります。分かりにくかったですね。

色々御意見ありがとうございます。これでまた作っていきます。地域医療構想に関しては本当に、作ったときが始まりですので、この後、この会を通じまして、構想に関して御意見をいただきながら、10年間かけて理想の姿に持っていきたいと思います。何とぞ引き続き御協力いただきますように、お願いいたします。

それでは、地域医療構想に関する御意見交換については、以上で終了させていただきます。誠にありがとうございました。

○西山医療政策部長 活発な御意見、御議論をいただきまして、ありがとうございました。我々も、冒頭に申し上げたんですけれども、各地域を回っていきまして、各地域の皆様方からいただいた意見と非常にリンクするような御意見、あるいは特定機能病院の先生方ならではの視点からの御意見ということで、色々いただきまして、参考になりました。地域医療構想はやはり法律に基づいて短い期間でつくらなければいけない問題ですので、正直、守備範囲には少し余る部分のような御発言もいただきましたけど、それも含めて今後の課題ということで、また検討させていただきたいと思います。

今日の議題は、実はこれ一つでして、あとはその他ということで1件ございます。東京都地域医療対策協議会の委員についてでございます。医療人材課長の中島から、御説明させていただきます。

○中島医療人材課長 医療人材課長の中島でございます。

お時間をいただきまして、東京都地域医療対策協議会委員の選任につきまして、御説明させていただきます。

資料7をごらんください。

こちらの東京都地域医療対策協議会でございますが、第5次医療法改正によりまして、医師不足問題への対応を図るため、各都道府県に設置することが制度化された組織でございます。東京都におきましても、平成19年度から、この協議会を設置しているところでございます。

医療対策協議会の所掌事項としては、医師と医療従事者の確保に関する事項とされておりまして、資料7のところに協議事項として掲げてございます。

一番下の欄に、これまでの主な議題や報告事項というふうに書かせていただいておりますが、医師確保に関します東京都の施策についての御報告、御承認であるとか、過去に東京都の地域枠を開始するに際しましては活発な御審議をいただいたというところがございます。

本日お諮りさせていただきたいのは、第5期の委員選出に当たりまして、上の方に、医療法で規定する区分といたしまして、委員の選出区分というものが法律上で規定されております。第1号の特定機能病院の枠での委員の御選出についての審議事項でございます。

今回、第5期の委員選出に当たりまして、特定機能病院枠からの委員といたしまして、順天堂大学医学部附属順天堂医院の院長であります代田先生にお願いしたいと考えております。この件につきまして、皆様から御承認いただきたいというのが本日の案件でございます。

代田先生は、特定機能病院連絡協議会の前身であります東京都大学病院連絡協議会の時代から今日まで、会議のまとめ役として大変御尽力いただいていたという経緯がございます。私どもといたしましては、ぜひこうした経緯を踏まえまして、今回、第5期の委員として代田先生をお願いしたいと考えているところでございます。

ぜひ審議をお願いいたします。

○山口委員 代田先生は御了解なんですか。

○中島医療人材課長 はい。実は、もう既に代田先生の方には、内々にお話しさせていただいているところでございます。

○西山医療政策部長 私ども事務局の方で、東京都の方で代田先生とも御相談させていただいた上で、最終的に委員については決めさせていただきたいということで、都の方に御一任いただくという形でよろしいでしょうか。

(了承)

○西山医療政策部長 ありがとうございます。では、改めて、そういう形にさせていただきたいと思います。

それでは、きょうの議事につきましては以上となりますが、先生方の方から、ほかに

何かございましたら。

(なし)

○西山医療政策部長 よろしいでしょうか。

それでは最後に、事務局から事務連絡がございます。

○新倉地域医療担当課長 事務局からの連絡事項でございます。

お手元の資料につきまして、必要であれば事務局から後日郵送させていただきますので、その際は机のところに残しておいていただければと思います。もちろん、持ち帰っていただいても結構でございます。また、本日お車でいらした方に駐車券をお渡ししたいと思いますので、お帰りの際、事務局職員までお声かけいただければと思います。

以上でございます。

○西山医療政策部長 それでは、以上で協議会を終了いたします。本日はお忙しい中、どうもありがとうございました。

(午後 6時13分 閉会)