

〔令和元年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

令和元年11月11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』

〔区中央部〕

令和元年11月11日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区中央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、天候の悪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。どうぞよろしくお願いたします。

まず、本日の会議でございますが、会議、会議録及び会議に係る資料につきましては、公開となっております。見ておわかりのとおり、メディアの方のカメラも入っておりますが、撮影につきましては、会議の冒頭のみということでお願いしております。

本日の議題ですが、報告事項が2点。1点目は、在宅療養ワーキンググループの開催について。2点目が、東京都多職種連携ポータルサイト（仮称）についてです。

議事が3点ございます。1点目が、「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」、2点目が、「東京都外来医療計画（案）について」、3点目が、「新たな病床配分方法（案）の検討について」。

以上の3点となっております。

配布資料につきましては、既に皆さまのお手元に配布させていただいております。一番上に次第がございます、その一番下に四角で囲ったところに、資料の一覧を記載しております。資料が1から7まで、参考資料が1と2となっております。

資料に不足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。

会議の中では、質疑や意見交換のお時間がございます。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参加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。よろしくをお願いいたします。

それでは、まず東京都医師会よりご挨拶をいただきたいと思います。猪口副会長、よろしくをお願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口でございます。

毎回、地域医療構想調整会議が始まると、こうして遅くから集まっていたきまして、本当にどうもありがとうございます。

この第2回の調整会議ですが、厚生労働省が2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革ということで、地域医療構想の実現、働き方改革、医師偏在の対策を、三位一体として進めるということにしておりますが、この調整会議で扱うこととなったのが、従来どおりの地域医療構想のほかに、医師の偏在対策まで、我々のところで話し合わなくてはいけなくなっております。

会議に対しての重みというものが、かなり仕事量が増えておりますので、効率的な議論と、言いたいことをはっきり言っていただくようにしないと、なかなか進まないというところがありますので、ぜひそうしたことでご意見をいただきたいと思っております。

きょう、マスコミの方が入っているというのは、東京都内では、この公立・公的病院の計画の再検証ということで、全国で424病院が公表されておりますが、東京では10病院が、そのうちの4病院がこの区中央部に集中しているという現実がございます。

今後の議論のための再確認ということで、ちょっと改めて話をさせていただきますが、公立・公的病院は、特に公立病院においては、運営支援金だとか、

それ以外の税金の投入が図られていたり、それから、公的病院においては、その税金の投入までなくても、少なくとも課税がなくて、税金的に優遇されていることなどがあります。

この優遇されている理由は、民間医療機関では担えない医療をやっているということが、一つの条件としてありまして、そして、法律的に繰り入れられることが決められているわけであります。

この424病院が、そういう条件で考えると、「そういう仕事を本当にしていただけますか」ということで、「それぞれの地域で再検証しましょう」ということになってはいますが、そのいくつかの医療というのは、後ほど資料で出てきますが、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能の9項目になっています。

この9項目に関して、やっているかやってないかということと言うと、疑問形だから、この再検証のところにも名前が挙がっているわけですが、それは、確かにそうかもしれないけれども、そうではなくて、「こういうことをやっているから、地域に貢献しているんだ」というようなことを、場合によっては、その4つの病院の先生にはお話しいただいて、地域にとって必要かどうかということ、ここは再検証の場になっておりますので、ここで皆さんがどういう意見を言っていただくのかということが、検証したということになります。

認める、認めないという話ではなくて、それぞれに対して、「そうであるなら、こうしてほしい」とかいうことを言って、また、公立・公的病院に対しては、計画を見直すなり、このまま行くなりというようなことを、また考えていただく。

これについては、何の強制力もございませんが、そういったことを議論して、計画を考えていただくという場にしたい、前向きな場にしたいと考えておりますので、皆さまのご協力をよろしくお願ひしたいと思います。

そして、医師偏在のほうも、結構いろいろありますから、ぜひご意見を言っていただきたいと思ひます。ここで言うていただいたことが、また反映する形になりますので、よろしくお願ひいたします。

長くなってしまいましたが、きょうは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、大変お忙しい中多数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行政に多大なるご理解とご協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

さて、本年度第2回目となります調整会議ですが、猪口先生からもご紹介いただきましたとおり、大きく3つのテーマをご用意いたしました。

最初の、公立・公的病院の具体的対応方針の再検証につきましては、今詳しくお話をいただきました。後ほど、4病院について、各病院の医療の特徴についてご発表いただきますので、ぜひ日ごろの連携の中で感じていらっしゃる病院の役割でありますとか、機能、課題等、実情に即したご議論をいただければと存じます。

そして、2つ目の東京都外来医療計画でございますが、こちらは、外来医師の偏在是正という観点で、各都道府県で今年度中に策定をし、それが、医療計画に追補されるという位置づけで、現在検討を進めているものでございます。

検討に当たりましては、都といたしましては、東京都医師会や有識者、医療機関等、関係の先生方にプロジェクトチームを立ち上げていただいて、現在検討をしております。

その案等をお持ちいただきましたが、外来医療につきましては、特に地域の先生方が医療の中で、見えてくる実情というものが、データでは拾うことがなかなかできませんので、本日は日ごろの医療の中で感じていらっしゃる、この区中央部における外来医療の実情や課題、ご意見、ご提言等をいただき、それを適宜、今検討しております外来医療計画に反映していきたいというふうに考えております。

そして、新たな病床配分（案）につきましても、現在は検討段階ではございますが、（案）をお持ちいただきましたので、忌憚のないご意見をいただければと存じます。

いずれの3テーマとも大変重いものではございますが、この調整会議で、まさに地域の実情に即したご意見というものが、これらのテーマを本当に地域医療をよりよくするためのものにしていく土台になると思っております。

限られたお時間ではございますが、ぜひ活発なご議論をお願いいたします。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

○千葉課長：それでは、メディアの方のカメラ撮りはここまでということで、よろしくお願いいたします。

では、これ以降の進行を座長をお願いしたいと思います。佐々木先生、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

○佐々木座長：区中央部の座長をさせていただきます、浅草医師会の佐々木でございます。よろしくお願いいたします。

本日は、先ほどお話がありましたように、報告事項が2点、議事が3点ということで、盛りだくさんでございます。限られた時間ではございますが、この区中央部における地域医療がどうなっているのか、活発なご議論をしていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

では、まず、報告事項を2点、東京都のほうよりご説明をお願いいたします。

○加藤（事務局）：それでは、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ございまして、区中央部のほうは、開催日程欄の一番上をご覧くださいますと、11月7日（木）ということで、既に実施済みでございます。

実施内容については、「在宅療養に関する地域の状況」をテーマにしまして、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、適宜、区中央部の議論についてもご確認いただければ幸いです。

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）」についてございまして、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の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。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をご共有できればと思います。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）」というものです。

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）」というものになります。

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といったものでございます。

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枚目のイメージ図の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、タイムライン上に表示されるということになります。

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、しかるべきタイミングで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。

○佐々木座長：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。

先日開催された区中央部の在宅療養ワーキンググループに、私も参加してまいりましたが、そこで出た意見としては、区中央部の中でも、在宅医療が割と足りているところと足りていないところがあって、1つの圏域の中でもいろいろ温度差があるという意見が出ていました。

それから、病院に入院した患者さんが、地元のかかりつけ医に戻ってくるときの情報のリンク切れの問題は、前からこちらの調整会議でも意見として出ていましたが、そういうことを、このポータルサイトとかのICTの活用で、何とかしていければいいのではないかという意見も出ていました。

それでは、この報告事項については特にご意見はございませんので、次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

○佐々木座長：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ひいたします。

○橋本（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たということで、こちらではその内容を説明させていただきます。

それと併せて、この圏域の中で再検証を要請された医療機関の方から、国のデータ分析でははかれない、病院としての役割や特色をお話いただきまして、地域の関係者で共有していただきたいと思います。

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となっております。今後、回復期の病院ですとか、民間病院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というようなお話もございますので、そういった意味でも、まずは現状の共有と意見交換をできればと考えております。

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、この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でリストアップしておりますので、後ほどご覧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したということでございます。

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かを検証するために、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いうことでございます。

ここで、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」というところをご覧ください。と思います。

「A」と「B」の2つの基準がございます。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す。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。

こちらを対象として、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にしております。

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、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。

そして、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いません。

一方、今回、国のほうで留意事項として、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おっしゃっていますが、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ですか、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おっしゃっているところがございます。

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。

今回、区中央部では、九段坂病院さん、済生会中央病院さん、東京大学医科学研究所附属病院さん、台東区立台東病院さんの4つが指定されております。

このあと、資料3-2のほうで、再検証対象とされた病院さんのほうから、自院が得意とする医療ですとか、地域の連携の状況などについてプレゼンテーションをしていただきます。

実際のところ、実は、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ですとか、「いつまでに何をしなさい」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、このプレゼンテーションを通じて、各病院の役割や特色について、その後の意見交換も含めて、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。

○佐々木座長：ありがとうございました。

それでは、今ご説明がありました4つの病院のほうから、自院の特色や地域での役割についてご説明をお願いしたいと思います。

資料3の3ページにある病院の順番で、各病院から5分程度でご説明をお願いしたいと思います。

それでは、九段坂病院院長の中井先生のほうからよろしくお願いいたします。

○中井（国家公務員共済組合連合会九段坂病院）：九段坂病院の中井です。

私どもの病院の特徴は、整形外科、特に脊椎脊髄外科に特化した診療を行っているということであります。

2018年の整形外科手術数は1052件で、病院全手術件数の3分の2を占めております。そのうち脊椎手術数は1043件で、骨折などは9件しかありません。院内で転んだ方などです。

多くの整形外科のメジャーサージャリーをする関節とかハンドとかの方は、我々の医科歯科大学系列の病院にお願いしているということになって、全体の99%が脊椎手術ということになっています。この数は全国一、二だと思います。

区中央部医療圏でのMDC分類は、「脊柱管狭窄・脊椎症を含む・腰部」「椎間板変性」「脊柱変形」の3疾患で症例数が1位でありまして「脊柱管狭窄・脊椎症を含む・頸部」でも第3位となっています。

頸椎手術はなぜ公的病院でなければいけないかということをお答えしなければいけないわけですが、都内には脊椎専門の民間病院もたくさんありまして、腰椎椎間板ヘルニアや腰部脊柱管狭窄症などの、内視鏡手術の単純な手術を行っておりますが、複雑な手術や、合併症の多い高齢者は、単科病院が多いので、「ここではできない」という理由で敬遠されています。

私どもは、総合病院ですので、そういった患者さんを多く扱っております。

どんな病気でも適応がありますが、椎間板ヘルニアというのは、自然に治りやすい病気ですので、どの時点で手術を選択するかというのは、医師の判断であります。

それから、脊柱管狭窄症に関していえば、ころぶと危険だということで、「あなたは、症状もないけれども、ころぶかもしれないので、手術をしましょう」ということが、実際にあります。

民間病院でそういうことが行われているかということをお申すわけではありませんが、公的病院が採算を考えずに脊椎疾患を治療するということは、非常に重要なことだと思っております。

当院は、1980年から脊椎の専門でやっております、その手術経験は2万例を超えていますので、その知識とか技術とかは卓越していると自負しております。

他院での手術成績不良例のサルベージ手術も多く、全国から患者さんがいらっやっています。

皆さまは脊椎疾患を味わったことはないかもしれませんが、大変辛いです。特に、坐骨神経痛とか、脊髄症で歩けないとか、極めて重篤な疾患でありまして、その患者さんにとっては、きちんとした治療を受けなければ、とても幸せになれないという疾患であります。

それで、私の経験では、75歳を過ぎると椎間板というのは、個人差はありますが、寿命が来ますので、不安定になったりして、脊柱変形、狭窄症の罹患が増加します。

これは、現実、私どもの手術がほとんど75歳以上の方になっていきますので、そうした方は「いくら痛くても、我慢しろ」と言うわけにはいかないです。「歩けないのはしょうがないだろう。年のせいだから、ほっておけ」というわけにはいかないと思います。

こうしたことが、2025年に向けて、団塊の世代が75歳を超えれば、脊椎手術の必要性のある患者さんは非常に増えますので、それに対してきちんとした医療体制をつくっておかなければいけないと思っております。

あと、私どもは、地域包括ケア病棟を1病棟と、回復期リハ病棟を1病棟持っております、医科歯科大学などの大きな病院と病病連携をしています。

高齢者サポートセンターというものを併設しております、千代田区の施設ですが、千代田区民の皆さまの在宅の後方支援とかのほうでも、力を注いでやっております。

私どもは、この再検証でダウンサイジングするとか、合併するとかいうことは考えておりませんので、これまでと同様のプランで出したいと思っておりますので、皆さまのご協力をお願いいたします。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ご意見のほうは、4病院のプレゼンテーションが終わってから、まとめてにしたいと思いますので、次に行かせていただきます。

次は、東京都済生会中央病院の高木院長先生、よろしく願いいたします。

○高木（社会福祉法人恩賜財団東京都済生会中央病院）：済生会中央病院の高木です。

それでは、当院の特色について資料に沿ってお話したいと思います。

当院の病床数は535床のうち、高度急性期が381床、急性期が154床で、今のところ、2025年の病床数も変更ないと考えております。

今回の再検証の該当理由がBということにされていますが、これは、恐らく、6領域にわたって、当院と同等またはそれ以上の診療実績のある大きな病院が、車で20分以内の距離にいくつもあるということで、これに該当したのではないかと考えております。

それから、公的資金については、先ほど、猪口先生からもお話がありましたが、済生会というのは、誤解されていることもありますが、公的病院ですが、公立病院とは違って、自治体や国からの税金の繰入金で運営費の補助に出ているということは一切ありません。

あとでお話ししますが、済生会は、社会福祉法人で、社会福祉事業としての無料低額診療を行っております。それに対しての税金面での優遇というのがありますが、この繰入金はないということは、ぜひご理解いただきたいと思えます。

次に、病院の特色と重点的に取り組んでいる主な医療の内容について、3つ挙げさせていただきました。

1つは、地域医療支援病院として地域の中核病院の役割をずっと担ってきたということで、1915年の開院で、ことしは104年目ということになります。

現在、例えば、疾患で言うと、東京都のがん診療連携拠点病院とか、脳卒中、CCU等の急性期医療にも携わっていますし、認知症疾患医療センターも行っ

ておりまして、いろいろな面で地域医療を支えてきた病院だというふうに自負しております。

2つ目は、救急の領域にかなり力を入れておりまして、平成24年から救命救急センターとなりまして、港区では唯一の救命救急センターの指定を受けております。現在、月に約500台の救急車を受けておりまして、特に、三次救急で重症者の受け入れを行っております。

2年前に病院を新しく建てましたが、そのときに救急部門を大幅に強化いたしまして、救急外来あるいは救急専用の病棟をかなり強化しております。

3番目が、この建替えとも関係するのですが、以前から災害拠点病院に指定されておりました、災害発生時の地域の拠点施設としての準備と訓練というものを重ねてまいりました。

新しい病院も、免震構造にしておりますし、港区の医師会の先生方と一緒に、港区の地域災害医療コーディネーターに、当院の職員が任命されているということもありますので、きょうも実は、昼間に、港区内の12病院と区役所で、災害時の救護についての協定を結んできましたが、12病院のまとめ役というふうな形で、この災害医療にも関係しております。

それから、地域の医療機関との連携ですが、これは、この地域に根ざした病院ですので、もちろん、一番大事にしております。

病診連携については、もう1991年から、「病診連携室」というものが、最初、国のモデル事業に指定されて、港区の医師会の先生方と、この病診連携の事業をいち早く立ち上げたということで、現在も多くの先生方に登録医になっていただいております。また、定期的な勉強会や懇親会等も行っております。

それから、もう一つ、当院が最近力を入れているのは、地域医療構想の考え方とも共通するところがあると思いますが、病病連携についてです。

この地域は病院が非常にたくさんあるので、お互いの特色を活かした病病連携を推進しようということで、いろいろな形の連携を行っております。

例えば、がんセンターさんやがん研さんなどの、非常に高度な専門の病院については、当院の幅広い診療科の診療をしているという総合病院としての特徴を活かして、がんの患者さんの心臓病であるとか腎臓病とかの合併症の治療を

担当するとか、そういう分担をして、がん患者さんの治療レベルを上げようというような試みもしております。

一方、高輪病院さんや北研病院さんなどの、地域包括ケアの病棟を持つ近隣の病院と連携いたしまして、高度急性期や急性期のあと、在宅療養に移行する間の患者さんを受け持っていたり、それらの病院で発生した重症の患者さんや救急の患者さんを当院が引き受けるというような連携もしております。

また、脳卒中とか整形外科も多いので、回復期のリハビリの病院とも、病院間で協定を結んでいるところであります。

最近では、救急の搬送が非常に増えてきているということもあって、自家用救急車を利用して、こちらの二次医療機関との自家用救急車を利用した患者受け入れということも行っております。

それから、済生会は、医療だけではなくて、福祉、介護という領域についても事業を行っていることが特徴の一つです。

当院は、「東京都済生会」という支部の中に属していますが、ここには訪問看護ステーションがあり、また、港区立の特別養護老人ホームや高齢者在宅サービスセンターなどを、指定管理者として運営しております。この地域に、医療、介護、福祉の幅広いネットワークを持っているということで、この地域包括ケアを支える病院として機能しているところでございます。

次に、3番の、「その他、病院の特徴的な取組」についてですが、この1が、恐らく、公的病院としての役割ということでは、大きな役割があると思っております。

最初にお話ししましたように、済生会は、無料低額診療を行うのが、社会福祉法人としての事業になっております。これは、取り扱い患者さんの10%以上を、低額または無料診療を行うということになっているわけです。

当院の特徴は、もともと、東京都立民生病院という、都内の行き倒れの、ホームレスの無保険の患者さんの診療を行う病院がありました。これが、平成14年まであって、当院の隣に建っておりまして、当院がその診療を委託されていたわけです。

東京都がその病院を廃院することに当たって、その患者さんの無料低額診療の病床用として、そのうちの病床を、現在は70床継承しております。

今は43床が専用の病棟ということで、無料低額診療の患者さんのみを収容する病棟ということで運営しております、主にホームレスの患者さんが最初に入ってくるというところでございます。

ただ、この病棟に関しても、東京都から補助金をいただいているわけではないので、現在は、我々の病院の一部として、こういう社会福祉事業として行っているということです。

2つ目は、当院は、臨床研修病院として古くから取り組みを行っております、毎年、全国から12名の初期研修医が当院で研修しております。また、医師以外の職種についての研修も実施しております。

3つ目としては、最近では、やはり、国際化の推進ということで、外国人患者受け入れ医療機関認証制度（JMIP）の認証機関として、外国人患者の受け入れも積極的に行っているところでございます。

○佐々木座長：ありがとうございました。

続きまして、東京大学医科学研究所附属病院のほうから、東條院長先生、お願いいたします。

○東條（東京大学医科学研究所附属病院）：東京大学医科学研究所附属病院の東條より説明させていただきます。

まず、この調査のときには、当院の病床数は135でしたが、その後、1病棟を改修した際に、現在は13床減って122床になっております。

病院の特色についてお話をさせていただきます。

ご存じの方もいらっしゃると思いますが、当院は、現在、唯一の国立大学附属研究所附属病院であります。そのミッションとしましては、先端医療の開発とその実践ということで、研究所における基礎研究の成果を治療に役立てるとい、いわゆる、橋渡し研究（トランスレーショナル・リサーチ：TR）と、もう一つは、初めてヒトに投与するFirst-in-Human（F-I-H）試験のような、早期臨床試験を行うことをミッションとしております。

従いまして、当院の病床数は少ないですし、リソースは限られていますが、それを主にフォーカスしているのは、がん、新興感染症、免疫疾患など、現代の難病とされる領域に特化した診療科体制を構築しております。

そのため、今回の評価の対象項目となった9つのうち、当院が関係しているのは、がんの一部だけということになります。

実際、標準治療では治りにくい患者さんや、非常に稀な疾患を受け入れることもミッションとしておりますので、そういう意味でのプロジェクト診療はいくつか行っております。そして、ウイルス、遺伝子治療、ゲノム医療という点では、いろいろ評価されているところでございます。

このように、先端医療を実践するということが、私どものミッションであることは確かですが、そうかといって、地域医療への貢献というものも、当然考えなければなりません。

そこで、2番目に、地域の医療機関との連携の状況を書かせていただきました。

先ほど申し上げたように、当院は規模が非常に小さい病院ですし、診療科の数が限られます。がんに関しても、血液、消化管のほか、固形腫瘍の中では非常に限られたものになっています。

そのため、近隣にある大きな病院との連携は不可欠でして、特に、日赤医療センターとかN T T東日本関東病院のような総合病院との間では、協定を結んでそれぞれの病院の特徴を補完する形で、患者さんのやり取りをさせていただいております。

また、これはほかの病院でも同じですが、地域医療連携室を開設したり、医療連携懇談会を開催して、積極的にそれを動かしているところです。

一方で、市民医療公開懇談会のような、地域の住民の方々への啓発的な行事も、以前からやっております。

また、当院は小さい病院ですが、先端医療を行うということで、CTとかMRIなどの高度な医療機器は備えておりますので、これらを地域の開業医の先生方に使っていただいております。そういうことを、ホームページでも広報しております。

さらに、ことしになりまして、理学療法士室を少し拡充いたしました。これによって、受け入れられる患者さんの数も増えましたので、それに関しては、ぜひ必要とする方々に使っていただきたいということで、今進めております。

そして、3番目の「その他、病院の特徴的な取組」についてですが、当院は、東京大学の病院ですので、当然、医学部附属病院との連携は欠かせません。現在、この医学部附属病院との連携プロジェクトとして、緩和ケア診療の強化、画像診断の相互利用のほか、ロボット・低侵襲手術プロジェクトの導入等の計画を進めております。

これによって、さらなる病院機能の強化の促進を図っていきたいと考えております。

また、私どもの病院は、研修医を持たない病院で、専門医制度からすると、そこから外れた病院ですが、一方で、研究所の中には、医師以外の大学院生とかがおりますので、そういう非MDの院生を教育して、医療に対する興味を持っていただき、また、コメディカルその他、医療関係の職業を選択していただければということで、10年以上前から、そういう教育業務を行ってまいりました。

○佐々木座長：ありがとうございました。

それでは、最後に台東区立台東病院のほうから、山田管理者兼院長先生、よろしく願いいたします。

○台東区立台東病院)：台東病院の山田でございます。

まず最初に、私どもの病院の背景を少しお話しさせていただきます。

当院は、以前は120床程度の都立病院であったものを、平成21年に、台東区が区立病院として再開したものです。

当時、台東区は、23区内の中で最も高齢化率が高くて、急性期の治療後には、区外または都外へ転出せざるを得ない患者が少なからずあって、高齢者医療を担う拠点病院として、在宅医療を支援するという、明確な目的を持った病院を、区立病院として設立したいという、地元の要望がありました。

開設に当たっては、台東区は、指定管理者制度を導入して、運営事業者を民間より公募にて募集しました。設立の目的に沿った事業提案のコンペティションが開かれて、その選定委員会の中には、台東区議会議員さん、地元の医療関係者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、地元住民代表などから成る選定委員会が組織されました。

その当時から、中小的な役割を、この7月に他界された、東京都医師会の前会長の野中先生が担っておられ、特に、「在宅に帰す病院をつくってほしい」ということを力説されておられました。

我々、地域医療振興協会は、公益社団法人ですが、当初から、もともとあった120床の急性期病床を、一般病床40ということに、大幅に削減して、残りの80床を、回復期を40、療養病床を40というふうに転換し、なおかつ、150床の老健施設を併せた、ケアミックスの施設を提案しました。

医師の大半は専門医ではなく、むしろ、総合医が担って、敢えて、がん治療や脳卒中、心筋梗塞等の急性期治療は行わないかわりに、さまざまな合併症を持った高齢者の一般的な入院治療に力点を置いた、高齢者のさまざまなニーズを断らずに、何でも受け入れるという提案をして、管理事業者として選んでいただきました。

当院の開設以来の病院の理念は、「ずっとこのまちで、暮らし続けたい、を応援します」というものです。

そういうわけで、どちらかというところ、当院は開設以来、地域包括ケアの拠点としての取り組みを実施してきたつもりです。

急性期は40ということですが、ケアミックスということで、最大限に活用して、近隣の高度急性期病院、大学病院からの専門治療後の、いわゆるポストアキュートの患者さんの受け入れ、あるいは、地元医師会の先生方が担っていらっしゃる在宅患者の一般的な肺炎、心不全、骨折等のサブアキュートの受け入れというものを、当初から担ってきました。

特に、終末期で多臓器障害や疾患がある高齢患者、急性期治療後も病状が不安定な患者、認知症で周辺症状が強いながら医療的介入を必要とする患者など、非常に受け入れが難しい患者を積極的に受け入れてきたつもりです。

さらに、地域内で最期を迎えられるようなケアも実現できるように、退院調整ですとか、併設する老健施設や他の介護施設への嘱託医師の派遣など、連携にも力を入れております。

運営開始後は、部会を含めて、年3回、管理運営協議会が開かれています。構成メンバーは、先ほどの選定委員会と似ていますが、台東区議会議員、医療福祉関係者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、住民代表のほか、医療経営コンサルタント等も入ってきます。

私どものほうから、経常収支や病棟の稼働率の数値目標とか実績等が示されて、診療内容、職員数、紹介と逆紹介等の連携状況、地域活動等が報告されて、協議会から施設に求められている機能を踏まえたABC評価が実施されております。

開設以来、各病棟は、基本的には概ね9割以上の稼働率を達成して、経営指標も概ね安定したものとなっていると思います。

そういった資料全てを含めて、協議会に報告される資料は、ホームページにて一般に公開されております。

以上のように、私どもの病院は、公立病院とはいえ、指定管理方式を導入して、いわゆる、公設・民営という形でやっており、病院の建物、設備といった準公共財を、自治体が所有し、運営を公平に選ばれた民間が担うという、公立病院運営の一つの改革の形であると考えております。

あと、3番目の「その他、病院の特徴的な取組」としては、現在、中小病院ですので、人材の確保が非常に困難ということで、人材育成を強化するということで、特に、私どもの病院では、総合診療医の養成プログラムの基幹施設として、今登録をして、年間を通して専攻医、初期研修医等の受け入れを実施しております。

さらに、地域のヘルスプロモーション活動にも力を入れております。きょう実は、「健康寿命を延ばそうアワード」というものが、厚労省でありましたが、受賞させていただいたところです。

あと、それ以外にも、我々法人の特徴として、離島の医療も受け持っているものですから、伊豆七島や小笠原の離島の患者の急性期治療後の回復期の療養も提供しております。

その際には、帰島に向けて、現地スタッフとのWeb会議で退院調整をしたり、小笠原村に関しては、救急搬送時から患者さんの情報を共有して、円滑に帰島できるような取り組みも現在しております。

一方で、離島人材の支援ということで、神津島診療所への医師派遣や、小笠原父島診療所への理学療法士、介護福祉士の短期派遣等も、これまで実施してきました。

以上のように、私どもの病院は非常に小さな急性期病床しかないということで、最低の評価に近かったわけですが、都市部での高齢者の地域包括ケアという視点からは、一つのモデル事業を実施していることになっているのではないかと考えております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ただいま、再検証の対象となった4病院のほうから、意見表明がございました。国では、各病院がそれぞれの地域で果たす役割について、この地域医療構想調整会議で議論をなささいということになっております。

皆さまから、この件について何かご質問、ご意見がありましたら、よろしくお願いいいたします。どうぞ。

○遠藤（中央区医師会）：中央区医師会の遠藤でございます。

先ほど、再検証の基準を拝見しましたところ、中央ブロックに関しては、このBの「類似の実績かつ近接」ということですが、この近接しているというのは、住民の割には、外から流入してくる患者さんが多いわけです。

これを、中央ブロックの中で適用するのはいかがなものかと思えます。住民だけではなくて、都内はもちろん、県外からもたくさん来られる方が多いのに、一律でこの基準でもってどうかというのは、中央ブロックにはそぐわないかなという感覚を持ちました。

○佐々木座長：ありがとうございました。

これは、全国一律の基準ですので、人口密集地域のことを考慮されていないという問題があると思えます。

ほかにはいかがでしょうか。どうぞ。

○橋本（港区医師会）：港区医師会の橋本でございます。

行政の方々にもちょっと質問があるんですが、港区の病院の中で、公的医療機関等2025プランを提出していない病院があるということですか。

というのは、この参考資料1にある港区の病院を見ると、港区にはもう少し病院があります。それこそ、済生会さんの近くにもいくつか病院がございまして、そちらの病院のプランが出ていません。

もし出てなくて、この場で、済生会さんだけ俎上に上げられるというのは、ちょっとフェアじゃないという気がします。その辺はどうなのでしょう。具体的な名前を言うわけにはいきませんが。

○千葉課長：具体的な名前が出ていないと、ちょっとわからないのですが、対象としては、法律上の公的医療機関として済生会さんとか日赤さんとかありますが、それ以外については、平成29年度の時点で、地域医療支援病院であると、公的医療機関等に含まれるというふうなことです。それになっている病院さん……

○橋本（港区医師会）：ちょっと名前は言いませんが、大学の附属病院のサテライトの病院みたいなものがありますから、そういう施設も、ある意味、公的病院じゃないんですか。

○千葉課長：特定機能病院だけなんですよ。

○橋本（港区医師会）：そうだとすると、例えば、250床、300床規模のそういう病院があるわけで、そういう病院もある程度いろいろな機能を担っているわけですので、きちんとそういう病院も対象にしないと、絶対フェアじゃないと思います。

ましてや、先ほど、遠藤先生がおっしゃったように、東京都の場合、特に中央部は患者さんの流入がかなり多いので、そういう状況の中で、例えば、済生

会さんなどは、診療実績が高いわけですよ。それなのに、再検証の対象にするということは、是非は別にして、フェアでないという気がします。

○佐々木座長：ありがとうございました。

確かに、今回のこの話は、全国一律の基準でということになっていますので、いろいろなところでいろいろな意見が出ております。

ただ、この場でやらなければいけないのは、この地域で各病院が担っている役割をきちんとご説明して、みんなで、「そうだね」ということを再検証すればよろしいのではないかと思います。

この件についてほかにご意見はございますか。

それでは、今プレゼンテーションがありました4病院は、この地域でそれぞれの特色を活かして、それぞれの役割を果たしているので、「これを何か変えていこうとかいう必要がない」ということで、皆さんで検証できたということによろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

ありがとうございました。

この件について、ほかになにかございますでしょうか。どうぞ。

○大内（虎の門病院）：虎の門病院の大内です。

この地域での議論をするということがメインということをおっしゃいましたが、この基準が本当に適当なのかということも、もう一度、厚労省に考え直してほしいと思っています。

というのは、山田先生がおっしゃったことに全く賛成で、これからは、区立台東病院がやっているような内容の医療が、どこの病院でも絶対に必要になってくるんですよ。

そうしないと、多病の高齢者が、循環器にかかって、眼科にかかって、整形外科にかかってというようになりますから、もちろん、専門も臓器別医療は必要ですが、高齢者をトータルで診る医療が、これから絶対に必要になるわけです。

ですから、全国の全ての病院が、山田先生は「モデル事業」とおっしゃいましたが、そういうことを展開していかないといけないわけですが、「高齢者医療」の「コ」の字もないわけです。

そういった意味で、山田先生のところでやっておられるような、高齢者の専門医療が必要かどうかという検証も、もちろん必要ですが、例えば、北海道の地域の病院とかでは、もっとその必要性が増してくるわけですよ。

ですから、こういう6項目、9項目の中に「小児」があるのであれば、当然、「高齢者」もあるべきですから、この項目を見直すべきだと思います。

○佐々木座長：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。

○中井（九段坂病院）：九段坂病院の中井でございます。

皆さん、支持していただきありがとうございました。

その結果を公表していただかないと、このまま、宙ぶらりんな状態で、私どもの病院が「再検証」という形で長くいるということは、経営上のいろいろな問題とか、特に職員の問題とかありますので、この区中央部医療圏の調整会議で、「4病院とも現状のまま行くということを決めた」ということを公表していただけないでしょうか。

○佐々木座長：そのため、先ほど、私が言いましたのは、そういう内容です。再検証を行って、認められたということを議事録として残すということだと思います。

○中井（九段坂病院）：どうもありがとうございました。

○佐々木座長：ほかにございますか。どうぞ。

○神澤（都立駒込病院）：都立駒込病院の神澤です。

ちょっと質問ですが、この1番から3番までの病院の病床利用率はどれぐらいでしょうか。

○中井（九段坂病院）：九段坂病院は、75%から80%の間です。

○高木（済生会中央病院）：済生会中央病院は、80%から85%の間です。

○東條（東京大学医科研究所附属病院）：医科研病院は、私どもは、先ほど申し上げたように、ちょっと特殊性がありますので、病床の利用率は40%台です。

○山田（台東病院）：台東病院は、プレゼンでもお話ししたとおり、ほぼ9割以上を維持しています。

○神澤（都立駒込病院）：ありがとうございました。

○猪口副会長 東京都医師会の猪口です。

この病床機能報告のときにそれぞれ出ておまして、今おっしゃったような数字が出ています。ただ、済生会さんは、ちょっと建て直していた事情があって、この病床機能報告のときには正確な数字が出ていなかったです。

世の中的に、ほかの地域での地域医療構想で議論となるのは、公立の病院の場合には、病床の規模によって職員の配置数が決まっていて、そこに対する給料が出てしまいます。

しかし、稼働率が50%ぐらいだったときに、それが適正な規模なのかどうかということで、地方では、ダウンサイジングの話だとか、合併とか統合の話が出てくるわけです。

ただ、きょうの再検証というところで、非常に特殊な医療をなさっているとか、それぞれの理由がはっきりなさっていらっしゃいますので、特に病床稼働率をこの区中央部に関しては、余り議論しても意味がないのではないかなという印象を持っております。

神澤先生、この稼働率についてはどうでしょうか。

○神澤（都立駒込病院）：東大附属病院さんは、非常に特殊なものですので、低いのはしょうがないと思いますが、ほかの病院さんはみんな80から90%ということで、十分に役割を果たしておられると思いました。

○佐々木座長：ありがとうございました。

それでは、この議事についてはこれでよろしいでしょうか。

では、次の議題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

○佐々木座長：（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って、医療計画に定める事項として、新たに「外来医療に係る医療提供体制に関する事項」が追加されました。

この性格でございますが、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上、二次保健医療圏が単位とされておりまして。

「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の二次保健医療圏がございまして、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こと、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いないのですが、参考資料2という、分厚いめの「東京都外来医療計画素案」の17ページをご覧ください。

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

暫定値上では、上から順にご覧いただきますと、区西部、こちらの区中央部、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ございますが、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。

次に、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、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になっております。

次に、右のほうの「医療機器の効率的な活用」についての内容でございます。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事項でございます、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。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、外来医療の方向性として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ので。

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、ご意見をいただき、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いうふうにされております。

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ふうにされております。

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ということで、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23ページ以降が、この区中央部圏域のページとなっております。(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、29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中央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。

○佐々木座長：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。

ご存じのように、この地域医療構想調整会議は、これまでは、病床機能報告とか基準病床数とか定量的基準とか、どちらかという、病院と病床の話が多かったのですが、ここに来て、突然、外来医療計画というものが入ってきたので、戸惑っている方も多いかと思います。

そのため、各圏域の調整会議に出ていまして、なかなか議論が活発にならないというところが多いようですので、まずは、この外来医療計画そのものについてとか、何かご質問、ご意見とかがございましたらいただきたいと思えます。

ただ、資料4にあるように、例えば、「区域単位が二次医療圏というのは広過ぎる」とか、「外来医師の偏在指標がカウントされていなくて、病院の外来医療もカウントされていない」とか、不備はいろいろありますが、それはそれとして、実際に身近で感じる、この区域における外来医療というものがどういうものかということに対してのご意見をいただければと思えますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まずは、資料5の項目1の「日ごろ地域で感じる不足または過剰な医療機能」について、あるのかないのか。あるとしたらどういうところにあるのか。こういう点からご意見をいただければと思えますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○遠藤（中央区医師会）：中央区医師会の遠藤でございます。

中央区に限ってお話いたしますが、一言で中央区と言いましても、いろいろ地域がありまして、銀座、京橋から築地、月島、佃、勝どきとありまして、それぞれに特徴があります。

銀座地域のほうは、外来医師が非常に多いところではありますが、実は、一般診療の内科をする先生が割に少ないという状況です。というのは、住んでいる方が非常に少なく、外から来る方がほとんどということで、最近多いのは、

美容整形を含めた皮膚科が多いのと、それから、新規開業の先生では、不妊治療といった、保険診療に関わらない科が多いです。

そのため、銀座に住んでいる方で、近くに先生がいないので、私のところに血圧の薬をもらいにきているという方もおられます。私は月島にいますが、電車に乗ってわざわざ来るといふ方もおられますので、そういう科別の調整も少し必要かなと考えています。

それから、勝どき、月島辺りでは人口が非常に増えています。特に家族連れで流入してくる方が多くて、小学校ではなくて保育園も非常に不足しています。

ただ、区の方針として、待機児童をなくすということで、保育園をたくさんつくっていますが、そうすると、保育園の園医が足りなくなってきました。

これは、木村先生のところの日本橋医師会でも同じだと思いますが、保育園の園医で、特にゼロ歳児を診るときには、できれば小児科の先生がいいんですが、小児科で開業している先生はほとんどいないという状況です。

そういうことで、学校医も含めて保育園の園医のなり手がなかなかいないということで、そういうところは不足かなと感じております。

それから、ちょっと説明になりますが、参考資料2の17ページのところに、83位ということで「島しょ」となっています。

実は、この島しょも中央区医師会の担当ですが、ここは特別な事情がありまして、大島に都立病院があって、そこの先生がやめて、近くで開業というだけで、このパーセンテージが大きく増えたわけですので、これは参考程度にしたいと思っています。

○佐々木座長：ありがとうございました。

今お話があったように、園医というのは、どこでも問題になっているようなことだろうと思います。

あと、科別の調整がされていないということも、今まであちこちで出ている問題ですので、これからもその精査が必要だろうと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○加藤（下谷医師会）：下谷医師会の加藤でございます。

お伺いしたいのですが、科目別とありますが、例えば、台東区の場合はそんなに多数の科を標榜している先生は余りいらっしゃらないんですが、ほかの区などでは、1人で内科、外科、産婦人科、小児科などといっぱい標榜している先生がおられますが、これは1つの科としてカウントされるのでしょうか。

あと、もう一つ、例えば、台東区の場合には、うちの管内には95軒ありまして、科目別ですと、耳鼻科が1軒しかありません。そうすると、先生が今おっしゃったように、耳鼻科の校医が1人しかなくて、寡占状態になってしまつて、もちろん、1人では回りきれないし、そういった弊害が出てきています。

さらに、台東区の西半分のうちの医師会の管内では、整形外科はゼロですし、産婦人科は2軒ということです。

そうすると、結局は、病院のそういったところに頼らざるを得ないのですが、患者さんとしては、できるだけ地元で診てもらいたいという要請があるので、台東区の場合にはそういった科の偏在が非常に多いです。

ただ、台東区の場合は、1人で何科も標榜していらっしゃらないのですが、その辺のところをお伺いしたいと思います。

○千葉課長：診療科目のお話でしたが、確かに、たくさん標榜されている外来の診療所さんもあると思いますが、今回の国からのデータは、診療科目ごとというのは一切関係なくて、ドクター1人をカウントして、それを足し上げて、それを割っているというだけですので、診療科目ごとのものは出していません。

○加藤（下谷医師会）：資料5の「論点の例示」のところには、「診療科ごとの不足」と書いてありますが、それについてはまだ議論されていないということですか。

○千葉課長：はい。国からのデータでは示されていないので、皆さんからご意見をいただいて、例えば、「うちは耳鼻科が足りません」とか、そういうことをいただきたいということでございます。

○加藤（下谷医師会）：ただ、科目ごとに「これが足りない」ということになっても、実際、その先生は本当は何が専門なのかとかは、例えば、小児科の専門でなくても小児科を標榜される先生もいらっしゃいますので、その辺も議論されたほうが、住民のためになるのではないかと思います。

○佐々木座長：ありがとうございました。

私もそういうことがすごく大事だと考えております。ただ、そういうことを精査できるのは、地元の医師会の先生方だろうと思います。「あの先生は、こういうことが専門だろう」とか、「あの先生は園医はできるよ」とか、そういうことを地元の地区医師会の先生方からいろいろなデータを出していただきたいと考えております。

ほかにご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○阿部（港区）：みなと保健所の阿部でございます。

東京都の方にお伺いしたほうがいいのかもしれませんが、参考資料2の27ページの「その他の医療機能」というところで、この「意見聴取」の項目1の③の「産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生関係」に該当するもののデータとしてだと思っておりますが、予防接種の提供医療機関数というのが、グラフで示してあります。

今までのお2人の先生方のお話のように、小児科の先生が少ないということで、港区も大変なところがございますが、この予防接種の提供医療機関となりますと、ちょっと見方が違ってしまふのかなと思いますので、数値としてこれを出していただくのは、行政側としてはちょっと問題があるかと思います。

と申しますのは、予防接種については、例えば、医師会の会員でいらっしゃる事とか、物によっては、きちんと講習を受けていただくことですか、港区でも説明会を毎年行っておりますし、いろいろな要素がかかってくるからです。

ですから、技術的にできるとか、診療としてできるとかいうのとは違う側面も入ってくるかと思いますので、これがイコール、公衆衛生関係の、要は、区

との契約の内容についてのことが反映されてしまって、結果的に医療機関数とは違う要素が入ってきてしまうのかなと思います。

ですので、「産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生関係」の代表的なデータということでしたら、もうちょっと別のことについてもご検討いただいたほうがよろしいのかなと思っております。

○千葉課長：我々も全く、先生のおっしゃるとおりだと思っております。

ですので、22ページのところに、「各種データの出典について」ということで書かせていただいておりますが、予防接種の医療機関というのは、各自治体さんのホームページを全て見させていただきまして、各自治体さんから出されているもののみを記載するような形にしております。

○阿部（港区）：例えば、これで、「港区はほかの区より少ないじゃないか」となったときに、実際には、内科でも契約をしていない医療機関さんはカウントしていないということもあるので、実際の医療機関数と違うデータということに、予防接種についてはなりません。

ですから、実態と違うデータとなってしまうのかなと思いますので、その辺は、もう少し何か検討していただいたほうが、区の現場としては、違った指標をお使いいただいたほうがありがたいと思います。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ただ、定期予防接種は、区と必ず契約してやっていますからね。

○阿部（港区）：はい。

○佐々木座長：ですので、例えば、定期予防接種が充足しているとか充足していないとかという指標の一つになるのではないのでしょうか。

○阿部（港区）：契約についてはいろいろなケースがございますので、一概に、これで、「港区は足りないから、もっと増やさないといけないのじゃないか」

とか、そういったでこぼこをどうにかしたいということで、解釈だけでない部分もあるかと思imasuので、もしご検討の余地があれば、もうちょっと違った指標も検討していただければということ、こちらとしてはお願いしたいと思imasu。

○佐々木座長：今回のこのデータの可視化というのは非常に大事だと思imasu。ただ、例えば、参考資料5の24ページの上に「外来施設数」というのがありますが、1つの診療所で10個のブースを持っていても、1施設とカウントしてしまうわけですので、本当に外来医療を充足しているような指標にはならないです。

ですので、どういうふうにデータを取って、どういうふうに可視化をすればいいか、どんなデータが欲しいかということ、皆さんからご意見としてぜひ上げていただきたいと思imasu。

ただ、それも、取れるデータとなかなか取りにくいデータといろいろありますので、だからこそ、肌感覚ということも大事にしたいということがあるのだろうと思imasu。

ほかにご質問、ご意見などございますか。土谷先生、お願いします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

外来医療計画のお話をされているところで、主に開業の医師会の先生からご意見をいただきました。

そこで、今度は、病院の先生から、逆紹介しにくい診療科とかいろいろあると思imasuので、その辺についてお伺いできればと思imasu。

もう一つ、そういうふうに個別的に専門的な診療科が求められているのか、あるいは、総合診療科的なものが求められているのか。そのあたりをお聞きできればと思imasuので、よろしくお願いいたします。

○佐々木座長：土谷先生のほうからお話がありましたが、病院の先生方から見て、地域に必要な外来医療機能はどういうことかということについて、何かご意見をいただけませんかでしょうか。

それでは、機能ごとにお聞きしたいと思います。まず、高度急性期の先生方から見た、逆紹介に必要な地域医療の機能について、総合診療医が必要だとか循環器の専門医が必要だとか、その辺で何かございますでしょうか。どうぞ。

○瀬戸（東京大学医学部病院）：東大病院の瀬戸でございます。

今のご質問ですが、恐らくは、押しなべてここにおられる急性期の病院の方は、紹介して来ていただいているので、その紹介されてきた元にお戻しするという役割を担っていると思います。ですから、一般的な開業の先生方に何を求めるかというのは、余りクリアにはなかなか難しいかなと思います。

あと、1つの疾病であれば、紹介を受けたところにお戻しすればいいんですが、例えば、耳鼻科にかかってきた人が、全く関係のない科にかかる場合もありますので、疾病をいくつも持っている方々の場合は一番困ります。

ですので、日ごろケアしていただくという意味では、総合診療医のような方が、その患者さんの近くにいらっしゃっていただければ、それは非常にありがたいと思います。

そういう意味では、ポリファーマシー（多剤併用）の観点から言っても、どこかでそういったことも含めて管理というか、診ていただく総合診療医的な方が近くにいていただけると、非常に意義あることだろうと思います。

○土谷理事：ありがとうございました。

地域によっては、「何々科が足りない」ということが、例えば、西多摩とかでは、精神科は、病院は多いけれども診療所が少ないということで、初診までに3か月も待たなければいけないというお話も出ていました。

ですので、そういう科別的なものが地域によっては出てきたので、区中央部ではどうかと思いましたので、お伺いさせていただきました。

特に、救急はどうでしょうか。石松先生、いかがでしょうか。

○石松（聖路加国際病院）：聖路加国際病院の石松でございます。

救急に関しては、都の東部のほうには救命センターの数が非常に少ないため、重症患者さんが、例えば、中央区とかに集まってくる傾向があります。

そういった場合、当院の救命センターの病床が満床になってしまった場合には、高木先生の済生会中央病院にお願いすると、非常に快く受けてくださるので、そういう意味では、港区内だけとか中央区だけではなくて、もうちょっと広い範囲で、高度急性期の場合は考えたほうが良いと思います。

もちろん、自分の好みによって動くのではなくて、病状からいって、そこに行かざるを得ないという事情もあります。

また、逆に言うと、そういった患者さんがある程度落ち着いた時点で、行く先が療養型だったりリハビリということが、区中央部は比較的少ないという状況です。特に、重症化して、遷延性の意識障害を残した場合には、行き先がなかなか決まらないという事情がございます。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ほかの病院の先生からいかがでしょうか。どうぞ。

○大内（虎の門病院）：虎の門病院の大内です。

瀬戸先生がおっしゃったことに尽きるのですが、総合診療の専門医というのは、これから出てくる制度なので、その制度が動き始めたときにどういうふうになるかわかりませんが、現在、港区のいろいろな先生方から紹介を受けていますが、基本的には、それぞれの診療所にお返ししています。

そして、お互いに顔の見える関係があって、その患者さんをきちんとケアしていただけるという信頼関係の上で、この連携が成り立っていますので、何科が特に必要というよりも、お互いの信頼関係をもっと高めていくほうが大切かと思っています。

あと、精神科のような特殊な診療科については、困ることが多いです。

それから、各臓器の疾患というよりは、これから、老健とかの高齢者の施設に送らなければいけないような場合には、区中央部はそういう施設が非常に少ないので、MSWの方たちが一生懸命いろいろなところを探していますが、非常に難渋しています。

特に遠いところが多いので、患者さんのほうも、「そんな遠くには行けない」とか言われて、非常に困るケースが多いです。

○佐々木座長：ありがとうございました。

地域に必要な開業医について、高度急性期の先生方からお話をお伺いしましたが、急性期、回復期、慢性期の先生方から、何かご意見はありますでしょうか。お願いします。

○木村（JCHO東京高輪病院）：東京高輪病院の木村です。

うちの病院は、急性期と地域包括ケアの両方を持っていますが、地域包括ケア病棟から在宅に戻られる場合に、診ていただける先生というのは、在宅医療をやっている、総合診療能力を持っている先生が非常にありがたいということがあります。

あと、急性期のほうから在宅にまた戻って、開業の先生にお願いする場合に、どうい先生が必要かということに関しては、それぞれではありますが、必ずしも専門診療を要求はしないと思います。

もし専門診療が必要であれば、こちらの病院に通っていただくというか、普段が開業の先生に診ていただいて、数か月に一度フォローさせていただくとか、そういう連携の仕方をしています。

ですので、例えば、腎臓の専門の開業の先生がいればお任せできるとか、あるいは、そうでなければ、こちらのほうで腎臓の診療を、数か月に一度フォローさせていただくとか、そういうような連携をしています。

○佐々木座長：ありがとうございました。

中井先生、お願いします。

○中井（九段坂病院）：九段坂病院の中井です。

そもそも、なぜこういうことを厚労省が調べ始めたのか。病院医療と外来医療との医療費のかけ方に、現状の日本では問題があると思っています。

だから、勤務医でも、ある程度になると、給料が安いからやめて、開業してしまう。そうしたことを変えていかない限り、日本の急性期病院というのは、いつも大変で、人が足りないですし、採算も合わない。

それを根本的に変えるには、やはり、外来医療にかかる医療費をある程度縮小しないとだめだと思います。それには、数の制限も視野に入れて、「ここはもう開業してはだめだよ」というようなところをつくりたいんだなと思っています。

ですから、この地域医療構想調整会議で、「何科が少ない」とかいうようなことは、余り意味がないように思っています。

○佐々木座長：外来機能の縮小というのは、開業医のことですか。それとも、病院の外来機能も含めたことですか。

○中井（九段坂病院）：いえ、外来機能ではなくて、外来医療にかかる医療費についてです。

○佐々木座長：外来医療の医療費の縮小が必要だということですね。ありがとうございました。

それでは、今お話に出たことは、項目2にもつながることだと思いますが、「不足する外来医療機能を求める範囲」ということで、国が求めているのは、外来医師多数区域に開業する人に対して、「ここは医師多数地域だから、ちょっと考え直して、医師が少ないところに行ってほしい」というような、行動変容を促したいというのが、そもそもの出発点だと思います。

ただ、東京都の場合は、ほとんどの場合が外来医師多数区域ですが、その中でも、先ほど話が出たような、耳鼻科が足りないとか小児科が足りないというような、不足する機能はいろいろあるわけです。

ですので、外来医師多数区域だから、何かの行動変容を促すのではなくて、医師少数地域、多数地域に限らず、いろいろな行動変容は必要であろうということと、新規開業者だけではなく、既存の開業医にとっても、そういうことを考えていく機会にすべきではないかということ考えたわけです。

それについてのご意見がありましたらお願いいたします。

まずは、そういう行動変容というものが必要なのか。それとも、言葉は悪いですが、自由きままにやっていったほうがいいのか。その辺はいかがでしょうか。加藤先生、お願いします。

○加藤（下谷医師会）：下谷医師会の加藤です。

東京都としては、今後、東京では、この二次医療圏でも結構ですが、開業医は増えると予想しておられるのでしょうか。それとも、不変というふうに予想されているのでしょうか。あるいは、減ると予想されていらっしゃるのでしょうか。

この議論はどういう予想のもとでこういった議論をしていることになるのでしょうか。その辺をお聞かせいただければと思います。

というのは、新規開業の話がここに出ていますが、新規開業する先生もいれば、廃院する先生もおられるわけですから、その辺でどのように予想していくかということを考えていただいたほうが、今後はその数を調整していこうという方向に行くわけでしょうから。

○佐々木座長：この外来医師偏在指標をつくるときに、年齢構成とかを考えてつくられていて、それで、外来医師多数区域である数字は出ていると思います。

○加藤（下谷医師会）：そうすると、これからも多数であるということに予想されているわけでしょうか。

○佐々木座長：現時点ですが、

○加藤（下谷医師会）：今後の話ではなく、現時点の話ということでしょうか。

○佐々木座長：今出ているデータはそうだと思います。

東京都のほうから補足はございませんでしょうか。

○千葉課長：先生がおっしゃるとおり、新規開業がたくさんありますし、おやめになる先生もたくさんいらっしゃいますので、一概に何とも言えないと思います。

ただ、過去のデータとかを見ると、増え続けているというのが現状ですが、それも場所にもよると思いますし、例えば、ターミナル駅の近くには非常に多いけれども、鉄道の駅からちょっと離れると少なくなってしまうということがあります。

ですので、一概には言えませんが、二次医療圏とか東京都全体で見ると、やはり増え続けているのは事実だと思います。

○加藤（下谷医師会）：これからは人口が減っていきますよね。地方の人口が減ると、地方の開業医がまず余ってくると思います。そうすると、地元のほうを畳んで東京に出てきて、どんどん開業されるようになるかもしれません。

そうなってくると、こういったことも加えた議論も必要になってくるのではないかと思っています。

○佐々木座長：ありがとうございます。

だからこそ、東京のような医師多数区域においては、数的には必要なところに必要なだけ行ってほしいということはあろうと思います。

ですので、繰り返しになりますが、そういう行動変容をしてもらうのが望ましいのか、そうではなのか。望ましいのであれば、どの範囲までしたらいいのかということについても、ご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

なかなか言いにくいことかと思いますが、遠藤先生、お願いします。

○遠藤（中央区医師会）：中央区医師会の遠藤です。

ほかの地域のことは、私はコメントを述べる立場ではないので、中央区内の実情をちょっとお話しします。

先ほど申しましたが、銀座地区の開業のお話ですが、テナント代が非常に高いので、保険診療で賄うのは相当無理があって、実は、銀座地区は、“医療過疎地域”になりつつあるのではないかと危惧しております。

逆に、勝どきとか佃地区は、人口が増えていますが、医者の数も増えていきます。私の近隣のところでもそうですが、問題なのは、一つの小規模なビルを建てて、そこに、五つ六つのテナントを入れるという、医療モールをつくるという構想で建てたところでも、全部が埋まっていないところが2つほどあります。

やはり、新規開業する科の問題とか、要するに、マーケティングリサーチとかを含めて、科別の適正配置をするための一つの情報として、何科が足りる、足りないということは必要なことかと思っております。

例えば、都心で開業すれば、それだけいいのかというと、お医者さんがたくさん出てきますと、今度は、1つの診療所に来る外来患者さんが減ってきて、採算が取れなくなって、今度は逆に地方に出ていくということも考えられますので、その辺はまたバランスが取れてくるのではないかと思っております。

ただ、テナントビルそのものは、不動産業者が建てるんですね。採算を度外視しても誰かが入ってくれば、その不動産会社にはお金が入ってくるわけですが、そういうことを考えずにあちこちで建ててしまうということも、問題の一つだと思っております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

それでは、ここで、行政の方からご意見をいただきたいと思いますが、保健所の先生でどなたかお願いできますでしょうか。ご指名してよろしいでしょうか。千代田区の渡部先生、お願いいたします。

○渡部（千代田区）：千代田区保健所の渡部と申します。

肌感覚ではないのですが、この外来医療計画の素案を見せていただいて、データを見ると、人口当たりの指標がいくつか出ています。例えば、千代田区については、人口が6万人で、昼間人口が85万人ということで、1.4倍とか1.5倍の状況になっています。

診療所の外来をされる方というのは、日中に在勤、在学されている方々も結構な割合がいると思っておりますので、単純に夜間人口だけで評価するというのは、特に区中央部においては難しいのではないかと思ったところですので、その辺、データの工夫をしていただければと思います。

○佐々木座長：ありがとうございました。

確かに、偏在といっても、数の偏在もありますし、質の偏在も、地理的、機能的な偏在もあります。また、時間的な偏在もありますから、いろいろなことを考えていかないといけないと思います。

ですので、これからはそういうことも必要なパラメーターとして、何を求めていくかということを考えていきたいと思います。

そのほか、今の項目1、項目2以外でも結構ですので、この外来医療計画についてのご質問、ご意見等はございますでしょうか。

急に出てきた項目ですので、なかなか難しいテーマかとは思いますが、何かありましたら、また、ペーパーでもご意見をいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

(3) 新たな病床配分方法（案）の検討について

○佐々木座長：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りまし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、よろしく願いいたします。

では、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。こちらは、第1回の調整会議の際にお示しした内容の引き続きということになります。

まず初めに、ちょっと申し上げさせていただきますと、圏域によって、今後病床配分があるところとないところがございます。区中央部は病床過剰地域ですので、どうかというところはあろうかと思いますが、圏域を問わず、現在の検討状況を私どもものでお示しさせていただいております。

私どもの検討中の案としましては、「原則」の欄をご覧くださいますと、「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、優先的に配分を行う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。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、また100床までというとさせていただいております。そして、残余があれば均等配分ということで、現在検討しております。

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たいと考えております。

私どもの案でございますが、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。

今後、病床配分がある地域では、こうしたものが、次年度の議論の出発点になるかと思っております。ない圏域においても、機能分化、連携の議論についての議論の一つの基点ということになるかと思っておりますので、ご確認をいただければと思います。

こちらの区中央部については、資料7の1枚目の一番上になりますが、簡単に内容をご紹介させていただきます。

グループワークは、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っております。

その中では、「流出入が多いため、他圏域も含めた議論が必要」、「他圏域も含めると、回復期、特に回りハが充足している」、「高齢患者の増加もあり、慢性期の病床が不足」という3点について意見が一致したかということで、このようにまとめさせていただいております。

また、この点についても、ご意見、ご議論等があるかと思っておりますが、来年度以降、そうした点も踏まえながら、機能分化、連携の議論を進めてまいりたいと思っております。

今回の会議で、この資料7をもって、皆さまに何かをお願いするわけではないのですが、今後の議論に向けた共通認識をこちらで深めてい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。

○佐々木座長：ありがとうございました。

ただいま、資料6の「新たな病床配分方法（案）の検討状況について」と、資料7の、第1回調整会議のグループワークでの議論の到達点ということで、

ご説明がありましたが、この3つの内容についてご質問、ご意見などがございましたらお願いいたします。どうぞ。

○大内（虎の門病院）：虎の門病院の大内です。

基本的な質問だと思いますが、「整備に必要な病床を優先的に配分」と書いてありますが、配分する原資はどこにあるのでしょうか。どこでこういう病床が出てくるのかが、ちょっとよくわかりません。

それから、「病床だけあげる」と言われても、マンパワーの整備も必要ですし、それなりにお金がかかるわけですが、そういったことに対する配慮というのはあるのでしょうか。

あるいは、そういうことも度外視して、「こういう機能をこの二次医療圏ではちゃんとやってください」というメッセージなんではないでしょうか。その辺のところはどうなんではないでしょうか。

○千葉課長：「病床の原資」という言葉が適切かどうか分からないのですが、病床につきましては、従来どおり、基準病床に基づいた病床配分というものを考えるつもりはございませんので、基準病床に対して既存病床が少なく、空きがあるところに病床配するということになります。

その中で病床配分する際に、病床配分を申請する医療機関さんがいくつかあった中で、災害医療をやる予定があるという病院さんに優先配分していくというような考え方でございます。

ですので、例えば、区中央部というのは、病床過剰区域ですので、多分、この先、基準病床を何回改定しても、病床が空くということはないと思いますので、区中央部においては、これの該当はないということでございます。

○高木副座長（東京都病院協会・済生会中央病院）：東京都病院協会の立場で出ています、済生会中央病院の高木です。

ですから、区中央部ではこの議論をしても意味がないんですよ、既にもう過剰なので、配分する病床がないということです。

○佐々木座長：配分する病床がないということですが、もう一つお話がありました、機能強化とかいうことに対してはいかがでしょうか。東京都のほうからお願いします。

○櫻井部長：災害医療に機能強化につきましては、現在、災害医療拠点病院が82病院、拠点連携病院が138病院に手を挙げていただいておりますが、どのような機能を強化していったらいいかについて、災害医療の協議会のほうで今検討しているところです。

一つ例をあげますと、昨今の風水害への対応というようなことで、今年度から、拠点病院等に対して浸水対策等のインフラ整備等につきましても、ご支援の事業を開始したところでございます。

そういった有識者の先生方のご意見をいただきながら、また、実態の調査もしながら、ハード的なところのご支援、人的な研修等をやりながら、それぞれの病院の機能を高めつつ、また、こういった病床の不足の地域につきましては、規模的にも増える方向でご協力を求めていければということで、質的に量的に進めていきたいと考えております。

○佐々木座長：ありがとうございました。

この件についてご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○湯浅（永寿総合病院）：永寿総合病院の湯浅です。

もう一度確認ですが、優先的に配分というのは、再配分ということでしょうか。それとも、配分ですか。再配分と配分ではかなり違いますので、

○千葉課長：再配分はしないです。

○湯浅（永寿総合病院）：増床するということですか。

○千葉課長：はい。そうですね。

○湯浅（永寿総合病院）：あと、「今年度末までに決定」とありますが、来年の3月末までとなりますと、間もなく今年度末になりますが、今の議論をお聞きしていると、今年度末までに具体的な病床数まで決められるということでしょうか。

○千葉課長：そのように考えております。

○湯浅（永寿総合病院）：区中央部については足りないということですので、我々のところはともかくとして、過剰でないところで手挙げをしてくれると、そこは、病床数を増やすということですか。

○千葉課長：はい。そういうことになります。

○佐々木座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○中井（九段先病院）：九段先病院の中井です。

先ほどの大内先生のご質問に対してのお答えがなかったように思います。

要するに、どこの病院でも稼働率をあげないと採算が取れないわけですよ。例えば、「20床あげます」と言われても、その20床は、人員を配置して、空けておかないと意味がないですよ。その資源はどうするんだというご質問だったと思うんです。

要するに、みんなやっていけないわけですよ。定員の数をいろいろ揃えて、そのまま空けておくということではできないでしょう。それを出さないで、「あげる」と言われても困ると思いますが、いかがでしょうか。

○佐々木座長：ほかの圏域で出た話ですが、救急の病床を増やしておいて、そこが災害医療のときに対応できるんだという話がありました。ですので、空けておくのではなくて、普段は救急医療として使っていくというプランがありました。

○中井（九段先病院）：それは、災害医療ではないですよ。単に救急医療ですよ。

災害医療といたら、やはり空けておかないと、どこの病院でも困ると思いますよ。稼働率が90%とかでやっているわけですから。

財源を用意して、各医療圏にこれだけの災害医療対策のベッドをつくったということが、都が本来やることじゃないでしょうか。

○千葉課長：ちょっとお答えになっているかどうか分からないのですが、今回お示しさせていただいているのは、既存の災害拠点病院さんとか連携病院さんにどうのこうのということではなくて、新たに病床配分をする場合のやり方について、今回ご意見をいただいております。

例えば、ご質問のあったような、「今年度末までに病床を決める」ということではなくて、「今年度末までにやり方を決める」ということで、そのあと、来年度以降、病床の申請を受け付けて、審査をして、1年から2年ぐらいかけて、病床配分をしていくというような形になりますので、やり方をまずは決めるというのが、今年度末でございます。

それから、災害医療について、病床を空けておくというのがよくわからないのですが、例えば、災害拠点病院さんとかが国の制度である中では、災害拠点病院に求められる機能ですとか、先生方ご存じのとおり、一定の基準がございます。

その中でやっていただいて、例えば、拠点病院さんですと、災害が起こった場合には、「通常の2倍の入院患者さんを診てください」とか、「通常の5倍の外来患者さんを診てください」というようなルールもございますので、そういった中できちんと対応していただくということになっております。

また、当然、災害拠点病院等となりますと、広域連携もございますので、例えば、被災したところの病院さんから、ちょっと離れた病院さんに患者さんに移していただくというような役割も、災害拠点病院の中ではうたわれていますので、そういった制度の中で対応していただくということになると思います。

○佐々木座長：よろしいでしょうか。

今のお話だと、これで年度末までに決めるというのではなくて、そういう考え方を決めていくというようなお話でした。

そのほか、今の配分案についてはよろしいでしょうか。

それでは、時間も大分押してきましたので、本日の報告2題と議事3題については、以上でご議論を終わらせていただきたいと思います。

初めての外来医療計画とかで、なかなか理解が難しい部分があるかと思いますが、この外来医療計画は今年度中に策定が決まりますので、何かご意見がありましたら、ぜひお寄せいただきたいと思います。

本日のご議論の内容は、次回以降の調整会議に活かしていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

なお、最後に、この調整会議は情報共有をする場ですので、何か情報共有を行いたいという方がおられましたら、挙手の上ご発言をお願いいたします。

木村先生、どうぞ。

○木村（JCHO東京高輪病院）：東京高輪病院の木村です。

私たちの病院は、きょうは回復期ということで来ていまして、今までは回復期が49床で、急性期が190床でした。

それを、今後は急性期の病棟の1棟を回復期にします。ですので、回復期を82床にして、急性期が144床に減らします。

そういう形をとりますということを、ここでお伝えさせていただきます。

○佐々木座長：ありがとうございます。

ほかに何か情報提供はございませんでしょうか。

ないようでしたら、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局のほうにお返しいたします。よろしく願いいたします。

4. 閉 会

○千葉課長：佐々木先生、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、お手元に「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という紙を用意させていただきましたので、こちらにご記入の上、本日より2週間以内程度で、東京都医師会までご提出をお願いいたします。こちらの紙につきましても、調整会議でのご意見という形で扱わせていただきたいと思いますので、よろしくをお願いいたします。

2点目。今も情報提供がございましたが、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で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。閲覧用の「地域医療構想」という冊子を1列に1冊ぐらいつつ配布しておりますが、こちらのほうはそのまま置いておいてください。そのほかの資料につきましては、どうぞお持ち帰りをお願いいたします。

なお、ちょっとつけ加えさせていただきますが、外来医療計画については、今年度中につくって、来年度から始めるということですが、つくって終わりということではなくて、さまざまな課題ですとか、議論が足りない部分がたくさんあるかと思えます。

ですので、計画をつくったあとも、いろいろな場面でご意見やご議論をいただきながら、計画を改めていきたいと考えておりますので、引き続きどうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、長時間にわたりたくさんご議論いただき、大変ありがとうございました。本日の地域医療構想調整会議はこれで終了させていただきます。どうもありがとうございました。

(了)