

〔令和元年度 第2回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区西南部〕

令和元年12月17日 開催

# 【令和元年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔区西南部〕

令和元年12月17日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：ただいまから区西南部地域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、年末のお忙しい中、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。

1点修正を申し上げます。地域医療構想調整会議の「区西南部」の名簿の左側の「地区医師会代表」の欄がございます、井上荘太郎先生の現職が、「渋谷区医師会会長」となっておりますが、「理事」と修正させていただきます。

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。

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。

また、「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、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。

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、ご発言をよろしく願いいたします。

それでは、まず東京都医師会より開会のご挨拶を申し上げます。東京都医師会、土谷理事、よろしくお願いいたします。

○土谷理事：東京都医師会の、病院を担当しております土谷です。きょうは、寒い中をお集りいただきありがとうございます。

国のほうでは、医療に関して改革が進められていますが、“三位一体改革”と呼ばれています。

その3つは何かというと、1つは、働き方改革で、これについて、医療機関の先生方は非常に頭を悩ましておられると思います。

もう1つは、医師の偏在の是正についてです。これは、2036年までに完了するだろうと言われております。

3つ目は、地域医療構想の実現になります。まさに、きょう私たちが集まったこの会議が、三位一体改革の一つになっています。

この会議では、これまでどんなことが話し合われてきたかという、主に、病床の話をしていました。高度急性期、急性期、回復期、慢性期のそれぞれが、どういうバランスがいいのかとか、理想とするプロポーシオンは何か。それに向けて私たちはどうすればいいか。実際にできるのか。

いろいろな話をしてきましたが、きょうの議事の中にもありますが、実は、「病床ではなくて、外来医療についても話し合いをしてください」ということになりました。

入院ではなくて外来も、一体的に考えて行かなければいけないことになってきたわけです。

これについては、あとで説明がありますが、少しお話をさせていただきます。

この外来医療計画と同時に、先ほど言いました三位一体改革の中で、医師の偏在是正も一緒に進められていまして、それをどのように実現していくかということで、その計画を立ててやっていますが、これは、「医師確保計画」とい

う中で進められていて、私たちがこれから検討することになったのは外来医療計画です。

これは、なかなかわかりにくいのですが、大きく捉えると、これも偏在是正ではありますが、多いところをどのようにして、不足しているところに機能を分散できるのかといったところを話してほしいということになっています。

「医師確保計画」においては、医師が多いところと少ないところを埋め合わせていきたいと思いますという話になりますが、きょうの外来医療計画についての議論はすごく難しいかと思います。

「不足する外来医療機能を求める範囲」というテーマになっていますが、国は、多いところを問題視しています。そして、「それをバランスよくしてほしい。それは、地域でやってほしい」ということになっています。

ですので、これをどうやっていくかということは、強制力をもってできることは非常に少ないのですが、その辺りのことについて、皆さんと熱く話し合いができればと思っておりますので、きょうはどうぞよろしくお願いいたします。

○千葉課長：ありがとうございました。

なお、本日の会議でございますが、会議、会議録及び会議に関する資料につきましては、全て公開となっておりますので、ご承知おきよろしくお願いいたします。

では、これ以降の進行を座長にお願いしたいと思います。太田先生、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**

○太田座長：世田谷区医師会の太田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

では、早速議事に入りたいと思います。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。よろしくお願いいたします。

○加藤（事務局）：それでは、報告事項の「（1）在宅療養ワーキンググループ  
の開催について」です。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、今年度の開催日程や開催内容をお示しするものでございます。  
調整会議と同時平行で各圏域で行っておりまして、区西南部のほうは、開催日  
程欄の上から3段目ですが、11月27日（水）に既に開催されております。

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。各圏域の会議資料とか会議録を順次公開してま  
いりますので、適宜ご参照いただければと存じます。

続いて、報告事項の2点目に移ります。「東京都多職種連携ポータルサイト  
（仮称）」についてで、資料2をご覧ください。

こちらは、東京都が、設計、開発を行っているICTツールでございまして、  
地域の医療・介護の関係者や医療機関同士の広域的な情報共有に基づく連携を  
促進するためのものでございます。

これまで、こちらの会議とか在宅療養ワーキンググループでも、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、今後このようなことが始ま  
るということを、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、説明会なども実施してい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  
で構成されておりまして、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いますので、2枚目のイメージ図で補足をさせていただきます。

資料の中央に四角で表示されているものが、都が構築するタイムラインになります。そして、その右側に、多職種連携システムA、B、Cなどというのがあるものが、MCSとかカナミックなどの各システムとなっております。

このように、入り口を一元的にポータルサイト上に作成することで、例えば、多職種連携システムCのところをご覧いただければと思いますが、そのシステムのほうで内容が更新された場合、それが、このポータルサイトのタイムライ

ンのほうにも、「更新されました」という情報が、タイムライン上の表示されるということになっています。

また、このポータルサイト上から、それぞれのシステムのほうにクリックすることで、移っていくことができるといったものになります。

なかなかイメージがつきにくいかもしれませんが、今後、稼動に向けて、随時、説明会等を行わせていただきますので、この場は情報共有ということでご認識いただければと思います。

説明は以上でございます。

○太田座長：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。傍聴席の方でも、ご質問等があれば、ご所属とお名前を言っていただいても構いません。いかがでしょうか。

多職種連携ポータルサイトに関しては、MCSとカナミックが整備されているという話があったと思います。

平成29年度までの間に、東京都から東京都医師会に補助金が下りて、それをもとに、東京都医師会から、全郡市区町村の医師会に対して、多職種連携のためのシステム導入が進められたかと思います。

現在、確か、9割方の地区医師会で整備が済んでいるということになりました。MCSが6割か7割で、カナミックは二、三割で、あとはそれ以外ということですが、互換性がないということで、このシステムによって、各医師会で設けたものや、独自に設けたシステムをつなぐことができるという形になると思っております。

これについて、ご質問、ご意見などいかがでしょうか。どうぞ。

○池上（玉川医師会）：玉川医師会の池上と申します。

MCSとカナミックとの間の互換性というのがなくとも、多職種連携タイムラインというものを介すことによって、MCSとカナミックが互換性を持てるかと解釈してもよろしいでしょうか。

○加藤（事務局）：厳密に申し上げますと、完全にそれぞれのシステムがつながることになることではなく、それぞれのベンダーさんが構築しているものになると思います。

そこで、こういうタイムラインという一つの場所を基点にして、ツールを整理していくといったことをご理解いただければと思います。

○池上（玉川医師会）：了解しました。ありがとうございます。

○太田座長：ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。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**

○太田座長：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。

○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まして、診療実績のデータを分析し、一定の基準を下回る医療機関を公表して、具体的対応方針の再検証を要請しております、こちらではその内容を説明いたします。

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

また、今回は、公立・公的の急性期病院を対象としたデータの分析でございましたが、今後、回復期の病院や民間病院等も対象とした分析を行っていくということも、国のほうでは検討しているようですので、そういった意味でも、まずは情報を提供させていただければと思います。

それでは、資料3の上の四角のほうをご覧くださいと思います。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でリストになっておりますので、後ほどご覧くださいと思います。

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まして、2025年に向けた高度急性期、急性期の病床数の削減幅が非常にわずかであり、転換が思うように進んでいない。また、2017年度から2025年度に向けて、トータルの病床数が横ばいとなっていたことから、これらのプランの内容が地域医療構想の実現に沿ったものではないという判断をいたしました。

2枚目をご覧ください。こうしたことから、厚労省におきましては、公立・公的医療機関等の役割が民間医療機関では担えないものに重点化されているかということを検証するため、平成29年度の病床機能報告の急性期医療に関する診療実績データをもとに、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についてですが、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、右端は、都のほうで病院の特色として判断した部分を書かせていただいております。

ただ、この件に関して、厚労省から都道府県に対して正式な通知や、「いつまでに何を行わなければいけない」ということは、まだ示されていない状況です。

そうした状況ではございますが、再検証の対象がある圏域においては、それぞれの病院のほうから、自院の得意とする医療でありますとか、地域の連携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。

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

説明は以上でございます。

○太田座長：ありがとうございます。

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。

今回、区西南部は、該当する医療機関はなしということですが、具体的な対応方針の再検証の基準がございます。

ただ、これが、全国一律ということで、東京都は東京都として、特に区西南部においては、こういうことをもう少し考慮に入れるべきであろうというご意見があれば、これを機会にぜひご発言いただければと思います。

いかがでしょうか。どうぞ。

○井上（渋谷区医師会）：渋谷区医師会の井上と申します。

ちょっと気になっているんですが、区西南部というのは、急性期の病院が非常に多くて、その周辺もやはり急性期が多いということです。

ただ、その割には、急性期から、例えば、リハビリテーションを行う病院とか、そこから、在宅に戻れない方のための病院というものが少ないんじゃないかと思っています。

それと同時に、認知症を診てくださる病院は、とても少ないと思いますので、そういうことも考慮に入れるべきかなと思っています。

こういう認知症を診るといのは、大きな病院ではなくて、コンパクトな病院のほうが目が届きやすいということがあるのではないかということで、特に民間のほうが多くなっていくという現状がありますが、そこには、今度は、手間とお金がかかるという現実があるのかなと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

今のお話の認知症の患者さんやサブアキュートを含めて、こういう条件の中に入れてはどうかというご意見、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。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋病院の大坪です。

井上先生から、認知症の方もというご意見がありましたので、私も、日ごろ思っていることを少し申し上げたいと思います。

病院の中を歩くことができる認知症の患者さまをお預かりするということ、なかなか難しいという状況があります。やはり、歩き回って、ほかの患者さまの部屋に入っていってしまったりして、管理しにくいということがありまして、その対応が非常に難しいところではあります。

そこで、ご提案というか、ちょっと考えていただきたいのは、老人保健施設というものは、現在、宙に浮いているような状態で、世田谷区の中でも、空いているところが結構あります。

というのは、有料老人ホームとか、小規模多機能とかができて、割と小回りが利いて、利用できる施設が増えていますが、老健施設というのは、縛りが結構あって、何か月しかいられないとか、在宅復帰を前提にしているということで、これを選ばないような人が増えているというのが現状です。

老健施設には、外に出られないフロアがあって、認知症の方で、まだ歩くことができる人が、そこをぐるぐる周回できるようになっていたりいます。

また、病院に比べると、目が行き届きやすいようにフロアがつくってあったりとか、介護職の方も多くいらっしゃいますし、部屋には必ずお手洗いが付いていて、介助しやすいようになっています。

ですので、認知症の方を診るのに適している部分があると思いますが、そこに、老健施設としての役割を果たさなければいけないという縛りが多くあるものですから、使えない部分があって、もったいないと思っています。

こういう老健施設に関して、もう少し縛りを緩くしていただけると、認知症の方の受け入れとかも、もう少しできるのかなと思っています。

先日、世田谷区の会議の中で、「看取り」というか、亡くなる方がどこで亡くなっていくかということで、統計が出ていました。病院というのは、病床数が決まっているので、病院で亡くなる方が増えているわけではありませんでした。

それに対して、在宅で亡くなる方の数は、当然、増えていっていますし、施設で亡くなる方が少しずつ増えていっていますが、老健施設のほうは全然増えていませんでした。

ただ、この老健施設も「看取り」という機能を持つこともできますので、ここが使えるようにならないと、これから亡くなる方が増えてくる時代に対応しきれないのではないかと思っています。

ですので、認知症と看取りの部分も含めて、老健の縛りをもう少し緩めていただくと、空いているところを利用できるようになるのかなと思っています。

○太田座長：議題とちょっと違う話ではありましたが、老健施設の活用という形での情報提供ということで、非常に貴重なご意見をありがとうございました。

先ほどから出ている「認知症」という言葉も、キーになる言葉になるかと思っています。

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、次の議事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

○太田座長：(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。

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

この性格でございますが、これは、「医療法上の医療計画における記載事項」となりまして、都では、平成30年3月に改定した現行の「東京都保健医療計画」に追補するものという位置づけとなります。

そして、今年度中に計画を策定して、令和2年度からの4年間が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におきましては、二次保健医療圏が単位とされております。

また、「外来医師偏在指標」というものがございますが、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を行うことで、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、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部としては、「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になっております。

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ものをつくりまして、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あります。

ですので、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37ページ以降が、この区西南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、43ページに、「調整会議で出されたご意見」ということで、本日いただいた先生方の肌感覚に基づく区西南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。

○太田座長：ありがとうございました。

東京都から、外来医療の策定にあたり、2点お話がありました。

1つは、地域で不足または過剰な外来医療について、現場の肌感覚に基づく実感としてのご意見をいただきたいということです。

2点目は、不足する外来医療機能を求めることを、外来医師多数区域以外や新規開業以外の既存の診療所に求めるという、東京都の方針についてご議論いただきたいということです。

どちらに関する内容でも構いませんので、ご質問、ご意見等があればよろしくお願いたします。どうぞ。

○和田（玉川病院）：玉川病院の和田と申します。

基本的なことをお聞きしたいのですが、この医師数というのは、病院とか診療所とかを全部含めた数ですよ。外来をやっているところという意味ですよ。

○千葉課長：はい。ご質問があったのは、参考資料2の17ページのところの、外来医師多数区域の医師の数だと思いますが、この国が計算したものには、病院の医師は入っていません。

○和田（玉川病院）：そうすると、病院の外来というのは、外来じゃないということですか。

○千葉課長：そういうわけではないと思いますが、国が今回、外来医師偏在指標を出すときには使っていないということです。

○和田（玉川病院）：「病院の外来は、できるだけ専門性を持った形で、地域のかかりつけ医さんと連携しなさい」というお話があるので、そういった意味では、将来的には病院の外来はなくなるという想定なんですか。

○千葉課長：いや、そういうことではないと思うんですが、その辺は、国の真意というのは、我々は想像でしかないのですが、ただ、都といたしましては、先ほど申し上げましたように、国が決めているところでは、国が言うとおりに

つくるしかありませんが、東京には病院がたくさんございますし、特に、1日に何千人も診ていらっしゃる病院もたくさんございます。

ですので、病院の外来機能を考えないといけないだろうというのは、都としての方向性という、第2部において、今後検討していくということで記載しております。

○和田（玉川病院）：それから、単純に外来をやっている診療所とかを含めた形ですが、いろいろな科があっても、それを全部まとめた数ではないかと思うんですが、そういう区分けをお考えにならなくてもよろしいのでしょうか。

○千葉課長：また国の言い訳になりますが、なぜ私がそういう言い訳をしないといけないのかわかりませんが、今回は診療科別のものは出ていなくて、全体の数しか出ておりません。

ですので、そこも、都としては、非常に問題があると思っております、今後は、診療科別の状況ですとか、問題点とかも、きちんと検証していかないといけないと思っております。

「外来医療計画をつくって、これでやっていきましょう」ではなくて、課題のあるところは、引き続き、つくったあとも、皆さまのご意見をいただきながら、いいものにしていきたいと思っております。

○和田（玉川病院）：もう一つ、夜間休日における初期救急医療に関係してくるかもしれませんが、この統計の中の、39ページのところの、「時間外対応割合」というのは、どういう定義になっているのでしょうか。

通常の外来が、朝から夕方5時ぐらいまでというような、病院の基準でということでしょうか。昨今、診療所の方々は、遅くまでやられたりとかで、時間がばらばらですが、そういう診療している時間と全く別に見ているということでしょうか。

○千葉課長：これは、国から示されたデータをそのまま使っておりますので、もう単純に、NDBのレセプトデータから時間外加算を取ったところを計算したということで、現状のデータというのはそういうつくりになっております。

○和田（玉川病院）：夜間救急とかを考えていく中で、実際にそれをカウントしているのか、単純に時間でカウントしているのか、それがよくわからないですが、そういった基本データがちゃんとしていないと、議論していくことはなかなか難しいような気がします。

○千葉課長：そうですね。今お示ししているデータは、レセプトから取っておりますので、実際の患者数をもとに、そこからつくられているというふうな形です。「開いているだけ」というのは、出ていないというところです。

○和田（玉川病院）：わかりました。

○太田座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○酒井（日本赤十字社医療センター）：日赤医療センターの酒井です。

外来医師偏在の考え方で、例えば、渋谷区などでは、夜間人口と昼間の人口が何十万と違ってしまいうんですが、その辺のところは考慮されているのでしょうか。

○千葉課長：おっしゃるとおり、東京の場合は、どこでも昼間人口と夜間人口が大きく違っていますが、全て夜間人口でということになっています。ですので、千代田区などは、相当かけ離れた数字が出ているというのが実態でございます。

○太田座長：ほかにございませんか。どうぞ。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋病院の大坪です。

国が何をしたいのかということがよくわからなくて、どういう方向に持っていきたいかというのは、先ほど、多過ぎるところが問題だということをおっしゃっていましたが、そうすると、多過ぎるところを減らして、地方の少ないところに持っていきたいということなのか、それとも、過剰なものを削りたいというだけなのでしょうか。

それから、機能についても、科別ではなくて、どういう機能を持っているかということで4つに分かれていますので、この機能のもので足りないところとか、これから先やってほしいところに開業する人はなってほしいという思いなのでしょうか。

国が何を思って、この話になったのかということがわからなくて、申しわけありませんが、その辺を教えてくださいたいです。

○千葉課長：ご指摘のとおりで、いろいろな方々からもご意見をいただいているところです。我々も非常に苦しいご説明しかできないのですが、国が言っているのは、まず、開業制限ですとか、診療科の標榜の自由というのは、絶対変えないということは、大前提として言っています。

その中で、現状の外来がそれぞれの地域でどうなっているかということを見える化しようとしております。ただ、おっしゃるとおりで、全然見えない部分がありますが、見える化しようとしております。

それを見える化することによって、今後新たに開業しようとする方が、「やっぱり、こっちにしよう」とか、「こういう科をやりたいけれども、こういうことをやろう」とかいった行動変容を促していくということになります。

ですので、計画というと、普通は目標値があって、それに向かってどういった取り組みをして、いつまでに何をやるというものだと思いますが、計画という感じでは全然ありません。現状をお示しして行動変容を促していくというだけが、国の目的みたいに我々は捉えております。

○大坪（三軒茶屋病院）：そうすると、強制力を持ってすることはできないので、ただ、「方向としてこういう方向に持っていくので、そちらに流れていってほしい」ということを示すというか、開業する方が、「じゃ、こっちをやっ

てみようか」と思ってくださいるようという方向ということによろしいでしょうか。

○千葉課長：はい。国の外来医療計画の考え方としてはそうですが、都としては、それだけでは余りにもおそまつだと思imasuので、先ほども申しましたように、第2部として、都としての方向性ということで、例えば、病院の外来機能のこととか、診療科別のこととか、在宅のこととか、もっと言えば、都民の外来のかかり方といったような、都における課題をきちんと抽出して、議論を重ねていって、もっといいものをつくりたいというふうに考えております。

○大坪（三軒茶屋病院）：ありがとうございます。

もう一つ、「外来の偏在」という言葉が出ていますが、何か不具合というか、問題点が上がっているわけではないんですか。

○千葉課長：ほかの圏域で出たご意見としては、例えば、ある市では、耳鼻科の先生がほとんどいなくて、学校医が不足して困っているという話が出ています。

また、保育園が非常に増えてきて、園医さんが全然足りなくて、小児科はもとも少ないのですが、小児科の先生が保育園を担当していただいて、小学校はみんな内科医が担当しているとか。

それでも足りないので、全然違う科の先生に校医をやってもらっているのも、その辺が非常に問題があるという課題をいただいているところもございます。

○大坪（三軒茶屋病院）：ありがとうございます。

○太田座長：今回は、国のほうで示された指標が一つの参考資料になりますので、このデータと比べて、病院や診療所の先生方が実際に診療されている中で、肌で感じる過剰感、不足感とかいうものを、ここでお聞かせいただければと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○伊平(奥沢病院)：奥沢病院の伊平と申します。

外来医療機能についてですが、病院がその外来に含まれていないとなると、例えば、産業医、学校医、予防接種等は、医師会の方々が非常によくなさっていただいていますし、在宅医療も同様だと思います。

ただ、この夜間休日の初期救急とか、5疾病5事業というのは、現在は、基幹病院なり地域の病院が担っていると思いますが、極端な話をすれば、国がどういう方向性を考えているかについて勘ぐりますと、今後、急性期病院が病床変更して少なくなっていく中で、そういった機能を開業の先生に担わせたいというような印象を受けています。

もちろん、都のほうで、それを認識されているわけではないと思うんですが、何となくそういうイメージを感じております。

○太田座長：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。

○井上(渋谷区医師会)：渋谷区医師会の井上です。

国が考えていることと、国民が思っていることには、ずれがあるのではないかと思います。

国のほうとしては、全国平均に個々の国民に対して同じ医療を提供しようという、おおまかな考えがあるのいいかもしれないですが、患者さんというか、国民のほうは、自分がよりよい医療を受けられる、よりよい生活ができるという方向に行くのではないかと考えています。

例えば、若者が地方に行くこともあります。元気な人はそれでもいいけれども、年を取ると、自分の体のことが心配になって、だんだん都会に来てしまうという現状もあると思います。

渋谷に患者さんが多いというのは、よくわかります。一つは、“健診屋さん”が非常に多いです。美容整形とか精神科とか、地域医療ではないような感じの医療が多いです。

つまり、アクセスがいいこともあって、埼玉とか千葉とかいろいろなところから、渋谷に来ているということを実感しています。

では、渋谷の先生方はというと、もちろん、医師会の中にも、地域に根差し  
て医療をやる人もいれば、そういう健診のことをやっている先生もいれば、産  
業医をやっている人もいます。

そういう意味で、患者さんの偏在というか、患者さんはいろいろなパターン  
で医療にかかるようになったのではないかと考えております。

それから、例えば、東京とかで何が足りないかという、ちょっと包丁で手  
を切って、一针縫うとか縫わないとかいう人たちが、近くの診療所とか病院と  
が少なくなって、つい大病院に行ってしまうという現状もあると思います。

そこまでの機能を、大きな病院が担うべきということは、よく考えるところ  
です。

また、もう一つは、先ほど申しましたが、健康増進というところに関わる意  
識が高くなればなるほど、東京集中、一極集中になってくるのではないかと  
思います。

これは、国の方向とは必ずしも一致しないかもしれませんが、自分たちの生  
き甲斐とかいうことを考えさせられると、こういう方向になってきてしまうの  
ではないかと思えます。

あとは、やはり、住みやすさとか医療の自由化ということも、一つのキーワ  
ードとして、渋谷だけではないと思いますが、いろいろな地域で起こってきて  
いる現象ではないかと感じております。

○太田座長：ありがとうございました。

医師会の先生方からお話をお聞きしたいと思いますが、実際に、医師会の先  
生方として、地域の医療に関して、外来医療機能が充足しているように感じら  
れているでしょうか。それとも、不足と感じられているでしょうか。その場合、  
どういうところを不足として感じられているかということ、それぞれの医師  
会の先生方から教えていただければと思います。

例えば、世田谷に関しては、この間も在宅医療ワーキングがありましたが、  
そこでは、在宅医療に関しての整備というのは、世田谷はかなり進んでいて、  
都内でも一、二位を争うということで、2025年に向けて、十分な余力を持  
っているだろうというようなお話が多く出たということです。一方で、渋谷、  
目黒はまだまだそこまでは達していないということです。

ですので、各圏域の中でも、区の医師会の中でご意見が分かれたところですが、ぜひここでもご意見をいただければと思います。目黒区医師会ではいかがでしょうか。

○小杉（目黒区医師会）：目黒区医師会の小杉です。

急性期病院にいますので、その辺のことはよくわかりません。病院理事として入っていてきょうはそれで来ていますが、実際に医師会の理事会の中で考えると、外来医療については、科によって違いますが、目黒区の場合がある程度充足に近いのではないかという感じを受けています。

もちろん、科によって偏在がありますので、その辺のところは個々にやっていかないと難しいのかなと思います。

○池上（玉川医師会）：玉川医師会の池上です。

同じ世田谷区の太田先生から、今お話がありましたが、世田谷区では、確かに、在宅医療は非常に充足していると思います。

私は、玉川医師会のエリアなので、こちらに関しては、科によつての偏在はあると思っています。

国のほうでは、科に関しては、そこまで手が及んでいないということですが、先ほどからお話があるように、新規に開業しようと思っている方の行動変容を考えるのであれば、こういう初期救急、産業医、在宅という軸だけではなくて、科別の偏在というものの情報提供が、非常に大事ではないかと思いますので、ぜひともその辺を実現していただけたらと思います。

○太田座長：井上先生、先ほどご発言がありましたが、もしよろしければ、感覚として、渋谷区の外来医療が過剰か不足しているかという点ではいかがでしょうか。

○井上（渋谷区医師会）：渋谷区においては、内科医は過剰だと思っていますが、小児科の専門の先生が少ないと思います。あと、耳鼻科と眼科はこの程度かなと思います。科別で考えると、そういうふうになるかと思っています。

それから、精神科の先生は、実際問題、少し足りないのかなと思いますが、それは、ちょっと理由がいろいろなので、この程度にさせていただきます。

あとは、外科の先生は、少し足りないという感じがしています。

○太田座長：ありがとうございました。

きょうは、医療関係だけではなくて、行政のほうからも、目黒区と世田谷区から来ていただいておりますので、実際の肌感覚として、区西南部という中で考えた場合、外来機能に関してどこがどう足りないのか、また、区によってどうなのかということについて、ご意見や情報がございましたら、ぜひ教えていただければと思います。

○石原（目黒区）：目黒区の石原でございます。

肌感覚といたしますか、大雑把な話をさせていただきますと、区民の方から行政に対して、外来医療に関してのご要望というのは、我々のところには直接は届いていないというのが実感です。

それでも、小児科の専門の開業医さんが少ないというところもあって、平日の準夜帯の救急等は、東邦大学医療センター大橋病院のご協力を得て、また、地区医師会の先生方のご協力を得て、運営しているというところではありますが、そこも、区がそういった取り組みを始めるまでは、大橋病院さんのほうで担ってくださっていたというところです。

それから、在宅医療に関しては、事業所と行政も、また、病院の先生方、医師会の先生方も協力して、区としては取り組みを進めているというところですが、今後の状況を考えたときには、小児科と同じように、在宅についても充実が求められるところではないかと思っております。

○加賀谷（世田谷区）：世田谷区に加賀谷でございます。

先ほどから、太田先生と池上先生からご意見をいただいておりますように、在宅医療に関しては、先生方のご努力でかなり進んでいると思っております。

あと、地区の両医師会の先生方のご協力で、夜間平日の初期救急の部分は、固定輪番を含めて、かなり対応していただいているというところです。

それから、世田谷区の場合、ちょっと特徴的なのは、保育の待機児童が最も多いということで、そこを解消すべく、現在、認可保育園を整備している中で、どうしても園医の不足ということで、掛け持ちでご協力いただいている先生がかなり多いです。

あと、精神科のほうからの退院促進ということで、緩やかに進んでいく中では、精神科の先生のご負担が今後さらに必要になってくるのかなと思っております。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見等はございますでしょうか。

最後に、世田谷の私の肌感覚としては、世田谷区の外来機能に関しては、かなり充実しているかなと思っています。在宅に関しては、私も在宅をやっていますが、近隣にも在宅の医療機関が多いので、かなり充足しているという感覚は、近隣の先生方を含めて持っているのが実情です。

ただ、診療科の偏在に関しては、皆さんと同じで、例えば、泌尿器科であったりというような、マイナーの科に関しては、実際にかなり少ないということで、ほかの区の先生方とどう協力してやっていくかというところが、一つ問題になっているところだと思います。

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**

○太田座長：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回目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、皆さまの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示し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。

今年度は、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っております。

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。

ただ、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の余剰の中でということでございますが、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。

ただ、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。

こちらの区西南部については、資料7の1枚目の上から3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、急性期班では、「慢性期の病床の不足」というご意見があり、回復期班のほうでは、「療養病床の重要性」という意見が出ましたが、圏域の意見として、必要な医療機能ということでの議論はまとまらなかったのではないかと、いうところかと思っております。

来年度以降、病床配分がある場合もない場合も含めて、必要な医療機能の分化、連携等の議論を進めていく必要がございますが、今年度の第1回の調整

会議の際に行った議論というのは、一つの到達点といいますか、次に向けての議論の出発点になるものかと思います。

ですので、先ほども、療養病床に関するお話とか老健施設に関するご意見などもあったかと思いますが、こうしたお話も含めて、来年度以降の調整会議でもご議論を深めてまいりたいと思っております。

なお、今回のこの会議で何かをお願いするということではないのですが、今後の議論に向けた共通認識ということで、ご理解いただければと思います。

資料の説明は以上でございます。

○太田座長：ありがとうございました。

ちょっと確認ですが、1圏域において、上限が100床まででしたか、1病院に対してでしたか、どちらだったでしょうか。

○千葉課長：今は、1病院というふうに考えております。

○太田座長：東京都のほうから提示された、新たな病床配分の案について、ご質問、ご意見はありますでしょうか。どうぞ。

○和田（玉川病院）：玉川病院の和田です。

急性期とか回復期とかに分けた形で届け出てくださいというようなお話でしたが、その枠組みとは別に、例えば、「うちの病床全体の中の100床は、こういう災害医療体制に使います」と宣言すれば、それでよろしいということでしょうか。

○千葉課長：病床配分に当たっては、調整会議でいろいろご議論いただいておりますが、機能別の病床配分というのは行っておりません。病床配分の申請があった場合には、申請があった分だけ均等に配分しておりまして、「どういう病床か」ということは考えずに配分しております。

ただ、前回から、病床配分の申請をいただいた場合には、調整会議で説明をしていただいて、ご議論していただいておりますので、そのご議論の内容によっ

ては、申請者が申請内容を変更したりということはありませんが、病床機能別の配分を東京都が行うということはありません。

ただ、その中で、今回お示しさせていただいたのは、均等配分の前に、災害医療体制を強化するという病院さんや、今後、災害拠点病院等を目指すという病院さんには、優先配分しようというところがございますが、それは、高度急性期とか急性期とかいうことは、特に勘案はしないということでございます。

○和田（玉川病院）：そうすると、今までの急性期の議論とか、全身麻酔が何件で化学療法が何件でというようなことは、全く別個の話ということですか。

○千葉課長：そうですね。結果としてはそういうふうな形になってしまうかもしれないですね。

○和田（玉川病院）：そうすると、病棟単位で、「この病棟は急性期で」というような考えで届け出をするようになっていたと思うんですが、それとは全く別個に、例えば、「この病棟は、災害医療に使います」とかいうような届け出の格好になるということですか。

届け出というか、今までは病棟単位の話をしていましたよね。今度は、病院の中で、例えば、「何床」ということを宣言すればいいということなんですか。

○千葉課長：病床機能報告は、従来どおり変わらないので、病棟ごとに報告ということになりますが、こちらが言っているのは、新たに空きがあった際に配分するときの書き方ですので、病床機能報告とは直接はリンクはしないと思いますが、

○和田（玉川病院）：災害医療に伴って病床を増やすという病院は余りないと思うので、現状の数の中でという話になってくるとは思いますが、話を聞いていて、わかりにくいところがあるのですが。

○千葉課長：現状の病床の中でということになると、病床配分とはまさに関係がなくなってきてしまいますが、

○和田（玉川病院）：おっしゃっているのは、こういった名目があれば、場合によっては、「増やしたいと言えば増やしますよ」ということでしょうか。

○千葉課長：先ほどのご説明でも申し上げましたが、あくまでも、「次に計算する基準病床で、この区西南部において空きがあれば配分します」ということですので、空きがあった中で、こういった災害医療の強化とか、災害拠点病院を目指すというところには優先配分をさせていただくということです。

ですから、既存の病院については特に関係はございません。

○和田（玉川病院）：ただ、逆に、そういうふうなことを目指されているのであれば、災害医療用の病床をどれぐらいというふうに見積もられているのか。そこから逆算していくものではないでしょうか。

○千葉課長：いえ、そういうことはなくて、病床はあくまでも基準病床が基準ですので、その中で、この機能について優先配分するというだけですので、災害医療機能がどれぐらい必要かとかではなくて、病床については、地域医療計画に書いてあります基準病床が上限ですので。

○太田座長：今の件に関して、東京都医師会からお願いします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。和田先生、ありがとうございます。

確かに、ちょっとわかりにくいですね。特に、災害用の病床を優先的の配分となったときに、災害に対応している病院というのは、高度急性期、急性期の病院になるかなと、まず思うんですが、今まで議論していた中では、高度急性期、急性期は過剰だから、ちょっと減らしたほうがいいんじゃないかという議論をしていたわけですね。

それとも、ちょっと相容れないところもありますので、その辺りもちょっと腑に落ちないところがあるかもしれませんが、東京都から説明があったように、災害時の病院の対応というのは、まだまだかなというのは確かにあるところです。

ただ、和田先生がおっしゃるとおりで、「100床丸まる災害用に」ということができるわけではないので、ほかの病床との機能的な兼ね合いとかもありますから、まだ具体的に決まっていないというところもありますが、こういった感じなのかなというところでご理解いただければありがたいと思います。

○太田座長：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。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋病院の大坪です。

ということは、普段は何に使っていてもよいということで、「災害に対して前向きなところには、増やしてもいいですよ」というような理解でよろしいでしょうか。

○千葉課長：はい。

○大坪（三軒茶屋病院）：そうすると、例えば、ベッドがまだ足りないというところでは、新規で病院を建てるときに、「こういう機能を持たせたいんだ」ということで、考えていけばいいのかと思います。

それに関してですが、先日の台風19号の被害のときに、ハザードマップが結構当たっていました。つまり、このマップでだめになっているところの被害が多かったんです。

そういう点に関して、東京都では、建てる場所とかについても何かお考えでしょうか。いかにも危ないところに、こういう災害対応の病院を建てても、ということになるかもしれませんが、そこまでは関与しないということでしょうか。

○千葉課長：実を申しますと、ハザードマップというのは、ご案内のとおり、いろいろな区とかで出されていますが、それをもって、「病院を建ててはいけない」というような規制はかかっているわけではないわけです。

ただ、そうはいつても、例えば、災害に力を入れていくという病院さんが、それだと困ってしまいますので、例えば、「非常発電は地下ではだめ」とかというような指導は、行政の中でさせていただくことになっております。

○太田座長：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。

○近藤（三宿病院）：三宿病院の近藤です。

災害用のベッドを確保していて、普段使っていても、それがいざ本番のときに使えないようだと困るし、かといって、災害が起きたときに活動するためには、人を配置しないといけないですね。

うちの病院のように、老朽化していて、6人床のような場合は無理ですが、今は、4人床のゆったりした病床を持っている病院がありますから、災害時には、4人入っているところに6人入れたりすることができますので、そういうところの増床を認めるのが一番現実的じゃないかと思います。

○千葉課長：災害拠点病院の考え方としては、通常は当然、普通のベッドとして使っていただいて結構ですが、先ほど言いましたように、例えば、非常用の発電機を持っていただき、それを動かす燃料を2日間持っていていただくとか、医薬品のことや飲料水のことなど、さまざまな条件をつけさせていただいております。

かつ、病院の建物、設備自体についても、災害とかが起こった場合は、「通常の入院患者さんは、病床の2倍入院させてください」とか、「外来は通常の5倍診てください」というような、指定要件というものを付けておりますので、そういったことをやっていただくとなると、結構な覚悟を持ってやっていただくというような形でございます。

○太田座長：ほかにはございませんか。どうぞ。

○大島（国立病院機構 東京医療センター）：東京医療センターの大島と申します。

資料6のタイムスケジュールの確認ですが、「特例配分（案）」の一番下に、「調整会議での議論を踏まえて、今年度末までに決定」と書いてあります。

これは、「特例配分として、来年度以降、こういうことで考えますよ」ということでよろしいでしょうか。

○千葉課長：はい。ただ、ここでの「今年度末までに決定」というのは、やり方を決定させていただいて、配分については、来年度以降に申請を受け付けて、実際の配分が再来年ぐらいを予定しております。

○大島（国立病院機構 東京医療センター）：新しい病床数というのは、いつ出るということでしょうか。

○千葉課長：これも併せて、今年度末に出したいと思っております。

○大島（国立病院機構 東京医療センター）：多くの人々がこういうのをきちんと見て、それなりの検討をする時間があって、一斉に手上げをしていただきたいということですので、「短時間で申請しなさい」ということにならないようにお願いしたいと思います。

○千葉課長：現時点では、この年度末に、配分方法と新しい基準病床をつくらせていただいて、年度明けて、まず、説明会を広く行わせていただきます。

そのあと、申請の受け付けにつきましては、そこから半年ぐらいをかけて受け付けたいと考えております。

○大島（国立病院機構 東京医療センター）：そういう整備をしたいという病院が出てきたら、それは、認めてくれるということでしょうか。例えば、新たに

「災害拠点病院になりたい」とか、「災害拠点連携病院になりたい」と言えば、東京都としては、それをどんどん認めてくれるものなんですか。

というのは、災害拠点病院というのは、数が今決まっています、それを増やすというお願いをしているんですが、なかなか認めてくれないような傾向がありますが、いかがでしょうか。

○千葉課長：そこは、全くおっしゃるとおりでございます、この資料6の「特例配分（案）」の最後の「ただし」というところに書かせていただいております。「当該地域における災害医療機能の必要性及び必要な病床数については、別途調整する。」としておりまして、何でもかんでもオーケーということではないです。

○大島（国立病院機構 東京医療センター）：世田谷区の場合は、人口が90万人もいますので、「今の災害拠点病院の数だけで大丈夫なのか」ということを言っていますが、「新たに増やす予定はありません」というお答えしか返ってきませんが、そういうことなんですか。

○千葉課長：極端な話ですが、今ある災害拠点病院の隣にもう1つつくっても全く意味がありませんので、そういうふうなことは、状況をきちんと考えながらと思っております。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○伊平（奥沢病院）：奥沢病院の伊平です。

例えば、病床を20床申請して、それが通ったとして、それを普段は何に使っていようが、災害のときには、「その20床を必ず空けろ」というのではなくて、「災害対策に頑張っている病院には優先的に配分しようじゃないか」というようなイメージでよろしいでしょうか。

○千葉課長：機能強化のためにということであれば、そういうふうにしていき  
たいと思っております。

災害拠点病院というのは、先ほど言いましたように、いろいろな要件があり  
ますので、ある程度の規模がないと難しいのかなと思っておりますが。

○太田座長：傍聴席からも何かご質問等があればお受けいたしますが、いかが  
でしょうか。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○井上（渋谷区医師会）：渋谷区医師会の井上です。

現状の医療が成り立つには、お金が必要なんです、地域で困っていること  
をやると、お金は出ていくばかりになってしまいます。

そうかといって、みんなで頑張っ、災害のときにも頑張ろうと思うと、揃  
えるものが多くて、なかなか大変ということになります。

病床についても、ここで言うのは正しいかどうかわかりませんが、半分ぐら  
いしか稼働していない、大きな病院があつて、そこは、壁も厚くて、どんなこ  
とがあつても大丈夫な病院があるとすれば、そういうものをいくつか持つしか  
ないと思っています。

現実的には、今言われているのが、災害が起こったときに何人が助かるか  
ということから考えると、やはり病院は必要だけれども、一方で、減災も必要だ  
ということで、全てにおいて物が足りていない状況で、いかに効率よく何かを  
していくかということだと思ふんです。

そう考えると、大きく捉えれば、病院を下支えする開業医の先生方のところ  
の整備という意味で、外来医療機能とかが、今回出てきたのかなと思っていま  
す。

そして、一つは、普段の医療の中で、大きい病院と開業医のコラボで、心筋  
梗塞とかが減っていった、というようなことを、もっと大きく解釈していつて、  
災害時にも広げるといふようなイメージを持っていければいいかと思ってい  
ます。

そこに、医師会としての役目もあるのかなと感じましたが、そういうような方向と考えていいでしょうか。

○千葉課長：おっしゃるとおりでございます。

災害拠点病院、災害拠点連携病院というものを、先生方もやっていただいているとおおり、そういう病院には、非常時にはトリアージをやっていくところをつくっていただくとか、普段から一緒に訓練をやっていただくとか、そういうことは当然の要件として加えております。

かつ、今回の外来医療計画の第2部の東京都の方向性のところでは、そういう非常時には、診療所の先生方が救護所などで活動していただけるというようなことも、書き込んでいきたいと思っております。

ですので、おっしゃるとおり、トータルでやっていかないといけないことだというふうに思っております。

○太田座長：ほかにございますでしょうか。

私から1点質問させていただきます。配分に関しては、「災害医療体制の整備」というのは、これだけという形でしょうか。それとも、意見によっては、変更の余地があるということでしょうか。

例えば、圏域ごとに必要とされている病院機能が違っていると思うんですが、災害医療に関しては、全都的なものでありながら、あとは、二次医療圏を踏まえたもので、その中で必要な医療機能というふうに、二本建てにするようなことは、想定に入っていないのでしょうか。

○千葉課長：今のところ、都としては、東京都全体で1つのルールでやりたいという思いがありまして、この災害医療体制に関しても、都全体でということで行っていききたいと考えております。

そうかといって、意見を言っはいけないということではございませんので、ご意見はどんどん承りたいと思っております。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。どうぞ。

○池上（玉川医師会）：玉川医師会の池上です。

災害医療の中で、救護所という話も出ましたが、我々の話の中では、「実際に災害が起きたとき、区民の方々はどこに行くだろう。救護所というものの存在を認識するだろうか」ということが出てきます。まず最初に行くのは、大きな病院だろうと思います。

我々がどの救護所に行くかということは、医師会である程度決めていますが、慢性期には救護所は必要かもしれませんが、救急に対応するような病院は、先ほどのお話で、普段の5倍も診なければいけないわけですから、そういった意味で、医師会の先生方も救急病院に行って、トリアージを行うことを優先するということに対しては、柔軟に対応するというような認識でよろしいでしょうか。

○千葉課長：先生がおっしゃるとおりでよろしいかと思えます。

○太田座長：ほかにはいかがでしょうか。

それでは、活発なご議論をありがとうございました。本日の議論の内容は、次回以降の調整会議に活かしていきたいと思えますので、よろしく願いいたします。

この調整会議は情報を共有する場ですので、最後にぜひ情報提供を行いたいということがございましたら、挙手の上、よろしく願いいたします。どうぞ。

○大坪（三軒茶屋病院）：三軒茶屋病院の大坪です。

毎回こういったいろいろな計画が出てきて、今後どういう方向に進んでいくかということが出てくるわけですが、私が本当に申し上げたいのは、人材不足の恐怖というか、医療の現場で働く人たちをどうやって人材を確保していくかということです。

特に、介護職の方の確保が非常に難しくなっていて、それをどうしていくかということで、頭を悩ませているところです。

看護師さんが充足しているかということで、2025年の、あの棒グラフのものが出ましたが、神奈川、東京、埼玉、千葉は、全国的に見て、そこだけぽっかりと穴が開いているように、看護師さんが不足するということです。

ただ、看護師さんに関しては、大学とか学部、学科が、全国的にすごく増えていきますし、卒業生も増えてきていると思いますが、首都圏の人口がこれだけ多くて、高齢者の数がどんどん増えてくるとなると、看護師さんを初め、医療現場で働くスタッフの確保ということが、非常に私たちを圧迫しているということを、ご理解いただきたいと思います。

それから、その方たちにかかる人件費はもちろんいいんですが、確保するためのお金がどれだけ病院に負担になっているかということを、ぜひご理解いただきたいと思います。

人材派遣会社のことですが、来てほしいからこそ、自分たちもそれだけ身を切って、看護師さんを確保するわけですが、その部分がかかなり私たちを圧迫していて、純粋に自分たちの得た利益が医療のほうに投資できないように、今なっているということを、どうしても申し上げたいと思いましたので、この場をお借りして申し上げさせていただきます。

○太田座長：ありがとうございます。

非常に重要なところと思います。地域医療構想においても、病床を安定して、安全に動かすためには、人材確保が非常に重要ですが、働き方改革においては、それがさらに重要視されていますので、今後、その辺に関しても議論が必要だと考えております。

ほかは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。ありがとうございます。

## 4. 閉 会

○千葉課長：太田先生、どうもありがとうございます。

それでは、最後に事務連絡を4点申し上げます。

まず1点目です。本日、たくさんご意見やご議論をいただきましたが、言い足りなかったこととか、思いついたご意見やご質問があるかと思えます。

その際には、お手元の「東京都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。

先ほど大坪先生がおっしゃったようなご意見もいただければ、次回以降の調整会議の議題としても検討させていただきますので、ぜひご意見をお寄せ願います。

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更す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。冒頭でも申し上げましたが、本調整会議は公開となっておりますので、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、よろしく願います。

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。よろしく願います。

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。長時間にわたりご議論いただき、どうもありがとうございました。

(了)