

〔令和元年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和元年11月5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』

〔区西北部〕

令和元年11月5日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区西北部における東京都地域医療構想調整会議を開催させていただきます。本日はお忙しい中、また、夜遅い時間の中、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。

まず最初に、本日の配布資料でございますが、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1から資料7まで、参考資料が1と2となっております。

また、委員の先生方のテーブルには、1列に1冊ぐらいですが、「地域医療構想」の冊子を置かせていただいております。

そして、資料とは別に、グレーで網掛けをしました、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」といった紙を置かせていただいております。こちらは、会議終了後に、追加のご意見等がある場合は、こちらに記載していただき、ご提出いただく様式でございます。

資料に過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。よろしくお願いいたします。

次に、会議の中でございますが、後ほど、質疑や意見交換のお時間がございます。ご発言の際には、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、同様に挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただいたあと、マイクにて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す。遅い時間にお集まりいただきましてどうもありがとうございます。

この調整会議は、令和に入ってから2回目の会議ですが、この会議は、ほかの地区で既に2つ行われていて、3か所目になります。

なかなかボリュームが多くて、しかも説明が多くて、会議になかなかならず、意見が出しづらい状況になっておりますが、その中で、きょうはこちら側に医師会の人間が私のほかに3人いて、いろいろ活性化のためにいろいろ発言するかもしれませんが、それは、お許しいただきたいと思います。

この医療提供体制を見据えた3つの改革というものがあります。この地域医療構想の実現というのが1つです。それから、働き方改革が1つです。そして、実効性のある医師偏在対策ということです。

これを三位一体と称して進めると言っていますが、今のところ、この地域医療構想の実現と医師の偏在について、この調整会議で話し合わなければいけないわけですが、たった1時間半から2時間ぐらいのところ、この2つを全部話していくというのは、非常に難しいところです。

なおかつ、前にやった2つの圏域では、全国で公立・公的病院で再検証が必要だということで、425病院が挙げられた中の10病院が東京にあります。前の2つの圏域では、その病院がありまして、その検証をしようということで、いろいろな意見が出たところであります。

この区西北部におきましては、そういう対象の病院はありませんので、そういう検証のボリューム自体はありませんが、説明はございますし、今までの公立・公的病院の考え方というものも、やはり確認が必要なところではあります。

議論にはならないと思いますが、またご認識をよろしくお願ひしたいと思ひます。

そういうことで、長丁場というか、ボリュームが多い時間になると思ひますが、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よりご挨拶を申し上げます。

○櫻井部長：東京都福祉保健局の医療政策担当の櫻井でございます。

本日は、お忙しい中ご出席いただきましてありがとうございます。また、日ごろから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いただきまして、厚く御礼申し上げます。

さて、本日は、猪口先生から今お話もございましたが、なかなか盛りだくさんなテーマを3つ持ってまいりました。

議事のほうで、(1)から(3)とございますが、今お話がございました公立・公的病院の再検証の動きにつきまして、今把握しております状況、また、都の取り組み状況等につきまして、ご説明をさせていただきたいと存じます。

それに対するご意見がございましたら、忌憚のないご意見をいただければと存じます。

(2)は、東京都の外来医療計画についてでございます。

国のほうで、外来医師の偏在是正というような観点から、医療計画を策定し、それを医療計画に追補するというような枠組みがつくられ、今年度中に策定しなければいけないというところで、現在、都といたしましても、東京都医師会の先生や有識者の先生方とともにプロジェクトチームを立ち上げまして、検討しているところでございます。

ただ、実際のところ、データもなかなか十分にはない中、さらに、データではつかみきれない外来医療の観点から見た地域医療の実情、課題、今後取り組むべきこと等につきましては、きょうお集まりの先生方が、この区西北部については一番よくご存じかと思ひます。

ですので、そういった日ごろの医療の中から見えてくる課題や、肌でつかんでいらっしゃる問題等について、忌憚のないご意見をいただければと存じます。

それから、3つ目として、新たな病床配分方法の案についてもお持ちいたしましたので、ご意見をいただければと思っております。

きょうはかなり盛りだくさんな内容ではございますが、ぜひ活発なご議論をお願いしたいと存じます。

なお、恐縮ですが、現在、この外来医療計画につきましては、平行して、この調整会議の在宅医療のワーキングでもご意見をいただくことになっております。きょう、ほぼ同じ時間に5階のほうで開催されますので、ちょっと中座をさせていただきます。

では、本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

○千葉課長：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ので、ご承知おきよろしくお願いたします。

では、以降の進行を増田座長をお願いしたいと思います。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

○増田座長：座長の北区医師会の増田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

先生方、心に据えかねた問題などいろいろあると思いますが、医師偏在の問題というのは、地域医療構想にもかなり大事だと思いますので、この問題は、厚労省や福祉保健局だけで話し合うだけではなくて、文科省も含めて、偏差値がいいから医学部に入れるのですが、モチベーションのある、志のある人間を

受験で採用する方向とか、医学部の教育の中でもそういうところを高めていくことが非常に大事だと思います。

その辺を解決しない限り、決して解決し得ない問題だと思っていますので、微力ながら、この会議でも力を尽くしたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、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点まとめてご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、まず、報告事項の1番、「在宅療養ワーキンググループの開催について」でございます。資料1をご覧ください。

在宅療養に関する意見交換の場としまして、この地域医療構想調整会議の下に在宅療養ワーキンググループというものを設置しております。

この資料は、本年度の日程や開催内容をお示しするものでございまして、こちらの調整会議と同時平行で開催しております。こちらの区東部については、この開催日程の上から5番目でございます。12月17日（火）に、こちらの5階会議室で実施する予定でございます。

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

傍聴も可能になっておりますので、随時ご確認いただければと思います。会議資料とか議事録についても、順次公開してまいります。

続いて、報告事項の2点目に移らせていただきます。「東京都多職種連携ポータルサイト（仮称）」についてでございます。資料2をご覧ください。

こちらは、都が、設計、開発を行っているICTのツールになります。地域の医療・介護関係者や医療機関同士の広域的な情報共有に基づく連携を促進するためのものがございます。

これまで、こちらの会議とか在宅療養ワーキングのほうで、連携に関する課題が、地域の大きな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になります。

ただ、まだ設計、開発の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で、イメージを共有できればと考えております。稼働の際には、しかるべきタイミングで説明会なども行わせていただく予定でございます。

それでは、内容について簡単に紹介させていただきます。こちらは、2つのツールで構成されておりました、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。

こちらは、MCS（メディカル・ケア・ステーション）とか、カナミックなど、多職種連携システムがあるかと思いますが、こちらは、地域によって異なっていて、特に、活動する地域が限定されていない職種の方々が、担当患者さんがいる地域によって、複数のシステムを利用する必要があって、業務が複雑になっているといった課題に対応するものとして、開発を進めているものです。

内容としては、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。このタイムラインがMCSなどの各システムとリンクされることで、担当患者さんごとにシステムが異なる場合でも、一元的にその患者情報の更新などを確認できたり、情報へのアクセスができるといった内容になっております。

2つ目が、「②転院支援サイト（仮称）」というもので、資料の右側に記載されています。

こちらは、病院の退院予定患者の方が、特に遠方の地域への転院の際などによく出るかと思いますが、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の患者に関する情報を出していきまして、一方で、受け入れ側の医療機関のほうでも、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になります。

2枚目と3枚目が、2つのツールのイメージ図になっておりますが、イメージがつきにくいのが多職種連携タイムラインだと思いますので、こちらについて簡単に補足させていただきます。2枚目のほうをご覧ください。

資料の真ん中にある大きな外側に四角が、イメージとしては、都のほうで設定するタイムラインになります。

その右側に、多職種連携システムA、B、Cというのがあるかと思いますが、これが、MCSとかカナミックなどのシステムになります。

そして、タイムライン上でそれぞれのシステムに、一元的にアクセスできたりとか、それぞれのシステムで更新があった場合には、それが、タイムラインのほうに、情報が更新されていくといったイメージでございます。

なかなかわかりにくいかと思いますが、今後、説明会等でも詳細な情報を提供させていただければと思います。

説明は以上でございます。

○増田座長：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、ご質問はいかがでしょうか。どうぞ。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：練馬区医師会の齋藤と申します。

今のタイムラインのお話についてで、非常にいいと思っておりますが、これは、東京都として、SNS形式のものをつくって、今あるMCSとかといったものとパラレルに連携させるということでもいいでしょうか。

何が聞きたいかというのと、そうすると、記録が残っている場所が二重、三重のなるということですね。MCSでもあって、東京都でもあるということなので個人情報とかを考えると、非常にリスクなものなのかなと、一瞬思ったんですが、

○加藤（事務局）：お答えいたします。

イメージがなかなかつきにくいと思いますが、新しい一元的なシステムを都のほうで構築するというのではなくて、あくまでもタイムラインになります。

つまり、1つのタイムラインを基に、それぞれのシステムのアカウントを持っている方であれば、そのタイムラインを通じてそれぞれのシステムにアクセスできるといったものを、ポータルサイト上に構築するというイメージでござ

いますので、このタイムライン上には、個人情報等は出てこないというものになります。

あくまでも、1つのタイムラインの中で、そこを基準に、それぞれのシステムのほうにアクセスとか、情報の更新状況を確認できたりとかいうような、業務の煩雑さを減らしていくといったものになります。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：でも、この図だと表示しているじゃないですか。例えば、システムA、Bとかからの情報をタイムラインに表示しているじゃないですか。

○加藤（事務局）：こちらは、各システムから来るイメージとしては、「更新されました」という更新情報になります。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：わかりました。

○増田座長：実際に物を見てみないと、イメージがなかなか湧かないと思いますが、ほかにご質問はいかがでしょうか。

MCSを使っているところとカナミックを使っているところとで、ちょっと分かれてきますが、どのシステムからもここに入れるということですね。

そうすると、MCSを使っている人は、それを開けば、そこにタイムラインが出てくるというイメージでいいですか。東京都のポータルサイトを開きに行かないといけないということでしょうか。

○加藤（事務局）：イメージとしては、このポータルサイトを一つの入り口にして、各システムのほうにアクセスするといったイメージです。

○増田座長：LINEが今主流になっていて、カカオトーク（Kakao Talk）とかウィーチャット（WeChat）とかを使っている人が減っていますが、それ1本にまとめられれば一番いいですが、それは、MCSとかカナミックではあり得ないと思います。

そうすると、ポータルサイトを開いて、そこからMCSに入るというイメージですね。

○加藤（事務局）：はい。そのとおりです。

○増田座長：そうすると、MCSのユーザーは、必ずポータルサイトから入らないと、ポータルサイトのタイムラインは見そこなってしまうということですね。

○加藤（事務局）：そういうことになります。あくまでも、MCSを使う場合もカナミックを使う場合も、複数のものを扱っていれば、このポータルサイトを通じて、アクセスすることで、一元的に更新情報とかを確認できたりすることができてくるということになります。

複数の入り口をもとに、あっちを見て、こっちを見てという煩雑さをなくしていくというようなイメージになります。

○増田座長：MCSとカナミックの両方を使っている区は、板橋区は両方入っていますよね。

○齋藤英治（板橋区医師会）：板橋区医師会の齋藤です。

医師会としては、カナミックを推奨していましたが、非常に使いにくいということがあって、今は、MCSを平行して使おうということにしているところです。

実際、MCSを使っている方々のほうは、「MCSのほうが楽だ」というところはありますが、ただ、それを、個人情報扱うという問題で、医師会が主導でやっていいのかどうかというところで、今悩んでいるところです。

そこに行政が絡むというのは、なかなか難しいというのもあって、ポータルサイトができて、アクセスはやりやすくなるということはあるかもしれませんが、最終的には、個人情報の問題はいつまでもつきまとってくるのかなという感じはします。

○増田座長：在宅も医療も区界ということはないですから、医師会も行政も、区も縦割りですが、患者さんも、医者も、多職種の方の区界を越しますので、MCSの場合は、無料でアカウントを取って、ほかの区からもできます。

一方、カナミックの場合は、契約しないとアカウントが取れないので、区界を乗り越えられないと思います。

その辺に関しても、こういうポータルサイトがうまく役に立てばいいかなと思っておりますが、この件に関しては、ほかにご質問はよろしいでしょうか。では、次に移りたいと思います。

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

○増田座長：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、東京都から説明をお願いいたします。

○橋本（事務局）：それでは、資料3をご覧ください。「新公立病院改革プラン及び公的医療機関等 2025 プラン 具体的対応方針の再検証について」に関してご説明させていただきます。

こちらは、先ほどもお話がありましたが、報道でも出ているような、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の名前を公表して、それらについては、具体的対応方針の再検証を要請するというようにしたということで、その内容について、この議題では説明をするものです。

まず、区西北部では、再検証を要請された医療機関はございませんが、国がこの分析を行った趣旨、目的は、調整会議における議論の活性化を図るということにあります。

今後の地域の実情に応じた医療機能の分化、連携を進めていくには、この一連の取り組みに関する情報も有益になってくるかと思っておりますので、共有させていただき次第です。

今回は、公立・公的も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が、今後、回復期の病院ですとか、民間医療機関も対象とした分析を行っていくということで、国のほうは、また検討を拡大していくような動きもございますので、そういった意味でも、現状を認識いただければと思います。

それでは、資料の説明をさせていただきます。資料3の上の四角のほうをご覧いただきたいと思っております。こちらで、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。

公立病院に関しては、「新公立病院改革ガイドライン」というものがあつたかと思っております。そして、公的医療機関については、「公的医療機関等2025プラン」というものがあつたかと思っております。

それぞれ国から、地域医療構想を踏まえた役割の明確化が必要ということで、地域医療構想調整会議での合意を得た上で、そのプランの中で、2025年を見据えた具体的対応方針を盛り込むこととされておりました。

その具体的対応方針というのが2点ございまして、1つ目が、2025年を見据えた構想区域で担うべき医療機関としての役割、2つ目が、2025年に持つべき医療機能別の病床数でございます。

これまで、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、計79病院になりますが、これらのプランを策定しているところでございます。

これらのプラン策定済みの79病院につきましては、参考資料1でリスト化しておりますので、後ほど、参考ということでご覧いただければと思います。

こうしたプランの策定を受けて、資料の下段のほうですが、厚労省では、全国の公立・公的医療機関の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ということで、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。こうした判断に基づいて、厚労省のほうでは、公立・公的医療機関等の役割が民間医療機関では担えないものに重点化されているかということ、平成29年度の病床機能報告の診療実績データを用いて、全国一律の基準を設定しまして、診療実績が少ない医療機関、または近隣の医療機関と競合している医療機関というものを分析し、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、対象が9項目で、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つに分けております。

その中で、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の基準を下回る場合には、再検証の対象としています。

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、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期ですが、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※印として記載させていただいておりますが、「診療実績が特に少ない」というA項目につきましては、構想区域の人口にかかわらず適用となります。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、現状ではなっております。

それから、この「A」、「B」の2つの基準のいずれかに該当する場合には、国のほうで、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たということ
でございます。

ただ、このように、今回の分析に当たっての基準は、全国一律で定められた
基準でございます。機械的に適用したにすぎません。ですので、各病院の特
色や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。

また、今回、国は、基準の適用に当たって、留意点を一応示しております。
今回の分析の結果を、調整会議における議論の活性化のために活用してほしい
ということと、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、機械的に医療機関そのものの統廃合を
含めた方向性を決めつけるものではないということ、一応うたってはおります。

それでは、3枚目と4枚目をご覧ください。これは、今回、東京都の中で、
再検証の対象として公表された10の医療機関になります。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、「A」が、診
療実績が特に少ないということ、「B」は、類似かつ近接という理由で該当
ということになっております。

最後に、右端にあるのが、私どものほうで簡単にまとめさせていただいて
いる、各病院の特色ということになります。

対象の病院がある構想区域では、各病院さんのほうから、自院の特色とか役
割などについてプレゼンをしていただいた上で、意見交換をしていただいてお
ります。

ただ、冒頭に申し上げたとおり、区西北部では該当がありませんので、こ
うした概要のみの説明ということにさせていただきます。以上でございます。

○増田座長：ありがとうございました。

区西北部では該当がないということで、ほっとはしましたが、区西北部は公
的病院も多く集まっている地域ですので、この資料の3枚目、4枚目を見て、
いらっとしたり、心配な先生方もいらっしゃると思いますが、ご意見はいかが
でしょうか。

この「人口100万人以上の構想区域では、この基準は用いない」ということですが、はっきり言って、「近接」という定義が、人口が多ければ、当然、病院は近接してくるわけですが、地方に行くと、大してへき地でもないのに、基幹病院まで車で1時間とか、80キロも離れているというところがたくさんありますよね。

東京だと、はっきり言って、患者さんも当然多いからでしょうが、15分もあれば、基幹病院を5つぐらい回れてしまうわけです。

それから、この間も議論になった、「公立・公的医療機関の役割が、民間医療機関では担えないものに重点化されているか」ということですが、それだけをやればいいという話ではないと思うので、その辺に関してもご意見があると思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○富山（都立大塚病院）：都立大塚病院の富山です。公的医療機関ということでちょっと話をさせていただきます。

うちもひっかかるのではないかと心配していましたが、何とかクリアしました。公的医療機関は、民間でやられていないところに力を入れているということで、例えば、当院では、周産期、小児救急といったところに力を入れています。

座長が先ほどおっしゃったように、一般的な医療も我々の区の中で、総合病院というのはうちが一番大きいというところで、なるべくいろいろな地域のニーズに対応できるようにということで、取り揃えているというところはありません。両方の機能で頑張っているというところではあります。

○増田座長：ありがとうございました。

ほかによろしいでしょうか。

この対象の10病院からは、申し開きとか反論とかはあったんでしょうか。

○千葉課長：それぞれの調整会議の場で、それぞれの病院さんに、自病院の特徴とか今後の方向性とかを、もう一度説明していただきまして、意見交換をしていただいているという感じではあります。

○増田座長：2枚目の真ん中の※印のところに、「厚労省は、以下の留意点を」ということで書いてありますが、「統廃合を決めるものではなく」ということが書いてあります。しかし、社会保険庁の病院の整理のときを、どうしても思い出してしまうんですが、そういった意味合いは全くないと考えてよろしいでしょうか。

社会保険庁の病院のときは、「この病院を整理して、この病院を残す」という話のときも、こういう話が出ていたと思うんですが、

○千葉課長：東京都から、それを一律でお願いするとか、「必ず何らかのダウンサイジングを下さい」とか「転換下さい」というつもりはございません。

○増田座長：ほかにご意見はよろしいでしょうか。お願いします。

○今泉（王子生協病院）：王子生協病院の今泉です。要望になります。

今回公表されたこれらの公的医療機関を見ると、特徴があるところを、何かズバッと切るようにされているように思います。こういうことを民間の体力のない病院に対して、こういう形で公表されたりすると、それだけで、地域の信用は落ちますし、職員のモチベーションも下がってしまいますから、そういうような官僚的な発想はやめていただきたいと思いましたが、民間病院として要望させていただきます。

○猪口副会長：コメントをさせていただくと、公立・公的の中でも、特に公立の中で、運営費として交付金とか繰入金を出すためには、根拠となる法律があるわけです。

そして、その法律のもとに、行政的には、救急だとかへき地だとか、災害だとか、その9項目、6項目といったようなところに対して、「わざわざお金を出しているのだから、それをやっていないとおかしいでしょう」というような切り口で、今回のことが行われているわけです。

だから、9項目のうちのどこにも入っていないというAのところと、6項目については、近接のところと競合していることによって、余り目立った働きをしていないというところがBというようになったわけです。

公立の場合には、そういう切り口があるわけですが、民間の場合には、はっきりしたものがないので、「民間も検証すべきだ」と言われても、どういう切り口で来るのかなというのは、全くわからないですから、厚労省がどう来るのかというのは、ちょっと様子見のところでは。

○増田座長：ありがとうございました。

自分の病院が入っていると、「大きなお世話だ」と言って、いろいろ意見が出るとは思いますが、これを見て考えるところもあると思いますので、あとのディスカッションでまたお願いいたします。

(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

○増田座長：次の議事で、「東京都外来医療計画（案）」についてです。それでは、東京都から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。こちらは、外来医療計画についての概要の説明資料となります。

一番上に「外来医療計画とは」という項目を設定させていただいておりますが、今回の外来医療計画の策定の経緯でございまして、平成30年の医療法の一部改正により、医療計画に定める事項として、新たに「外来医療に係る医療提供体制に関する事項」というものが追加されております。

そのため、外来医療計画の性格でございまして、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月に改定をした現行の「東

京都保健医療計画」が、医療計画になりますので、こちらに新たに追補するものという位置づけとなります。

計画期間でございますが、令和元年度、今年度中に計画を策定して、令和2年度からの4年間を最初の計画期間とすることとされております。

次に、1つ下の段をご覧くださいまして、「外来医師偏在指標等の設定について」でございます。

国の計画の策定ガイドライン上、二次保健医療圏ごとの検討が必須となっております。二次保健医療圏を単位として計画を策定しているところで

次に、「外来医師偏在指標」でございますが、この指標は、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から算定される指標となります。国が一律に、全国の全二次医療圏ごとに算出しまして、各自治体、各都道府県のほうに通知されるというような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の圏域がございますが、その中で上位の33.3%、3分の1に該当する二次保健医療圏が「外来医師多数区域」とされることとなります。

国は、この外来医師多数区域であることを、新規開業者に情報提供することで、開業者自身が、既にその地域に診療所が過当競争の状態にあるといった判断をして、別の地域で開業するなどの行動変容を促すということで、診療所の偏在是正につなげていきたいという目的を持っておるということです。

ですので、国のほうでも、診療所の開業を制限するものでも、開業規制を行うものではないということは強調しております。

この外来医師偏在指標でございますが、先ほど申し上げましたとおり、国から各自治体、都道府県のほうに通知されることになってはいますが、現時点で示されているのが、あくまで暫定値でございます。確定値の通知はまだ来ていない状況です。

暫定値においては、外来医師多数区域に設定されている圏域が9つございまして、区西部、区中央部、区西南部、北多摩南部、こちらの区西北部、区南部、島しょ、区東北部、北多摩西部といった圏域となっております。

次に、「記載事項」についてでございます。

都が考える外来医療計画は、二部構成で作成していきたいと考えております。

上段にあります「国が求める記載事項」といったところを第1部という形にさせていただいて、下段にあります「都としての方向性」とあるのを第2部といった形で計画の構成を検討しております。

まず、第1部の「国が求める記載事項」でございますが、大きく2つございまして、左側の「外来医療機能の偏在・不足等への対応」というものと、右の「医療機器の効率的な活用」というものを、外来医療計画における記載事項として、国がガイドラインで示しております。

「外来医療機能の偏在・不足等への対応」は、先ほど申し上げました「外来医師偏在指標」とそれに基づく「外来医師多数区域」の設定を、国から通知されてくるものでございますが、これを可視化して、新規開業者等に情報提供するということです。

そして、二次保健医療圏ごとに不足する外来医療機能を検討しなさいということ。

こちらは、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、その他の医療機能ということで、例示されております。

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」でございますが、こちらは、医療機器の共同利用の促進を目的としておりまして、そのために、まず、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。

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ということ。

最後に、共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセス（協議の場の運営）を定めるということ。このようになっております。

ここまでが国が求める記載事項ということで、計画の第1部として記載を予定している項目です。

ただ、国から求められたことを淡々と記載するだけでは、単純な事実の羅列になりますので、第2部のほうで、「都としての方向性」をお示しするというような流れです。

それが、この下段のところですが、東京都地域医療構想で、「東京の将来（2025年）の医療～グランドデザイン～」といったものを定めております。これに沿う形で東京の外来医療の今後の方向性を、この計画のほうで打ち出してまいります。

このグランドデザインでは、4つの基本目標を掲げておりまして、下のほうにIからIVまで記載しております。この4つの基本的な柱それぞれで、現状分析とか課題の抽出等を行いまして、方向性を打ち出してまいります。

最後、「検討体制」でございますが、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。

東京都としては、これらの計画を一体的に検討していくことを目的として、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、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」の左側の、「外来医療機能の偏在・不足等への対応」ということで、「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、この会議の中でご意見をいただいて、計画のほうに書き込んでまいりたいと考えております。

そして、資料5のほうで、外来医療計画についての具体的な意見聴取に関して示した資料となります。

まず、「ガイドライン上の記載」でございますが、国がこの外来医療計画に求める趣旨というのが、外来医師多数区域という区域を新規開業者に示すことで、個々の開業希望者の行動変容を促して、偏在の是正につなげるということにございます。

このガイドラインでは、まずは、地域で不足する外来医療機能について検討を行って、その上で、外来医師多数区域として設定された地域で、診療所の新

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こととしております。

今回のこの場では、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1つ目でございますが、「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、先ほど申し上げたとおり、4つの項目が提示されておりまして、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その他ということになりますが、こちらを二次保健医療圏ごとにあらわしていくこととしております。

そのため、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、不足する、または、過剰な外来医療機能について、ご意見をいただきたいと考えております。

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。こちらは、意見交換の際に参考にしていただければと思います。

この場でいただくご意見については、参考資料2としてお配りしておりますが、ちょっと厚いの「東京都外来医療計画（素案）」というものがございまして、一旦ご覧いただければと思います。

21ページからが、各二次医療圏ごとの状況を示していくところとなっております。それぞれの圏域の状況をまとめたところになっていくのですが、例示として、区中央部のところをご覧いただきたいと思っております。

23ページ目から始まりまして、29ページをご覧いただければと思います。○ということで、暫定的に置かせていただいておりますが、この場でいただく外来医療に関するご意見を、計画の記載事項としてこちらのほうに書き込んでまいりたいと思っております。

また資料5にお戻りいただきまして、2つ目の意見聴取の項目についてですが、「不足する外来医療機能を求める範囲」というものとさせていただいております。

国のガイドライン上では、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して限定しております。

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。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、私どもも考えております。

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、外来医師多数区域を含む全ての二次保健医療圏のほうで、新規開業者だけではなくて、既存の診療所にも求めていきたいと考えております。

このことについても、2点目の項目としてご意見を賜りたいと考えております。

長くなって申しわけなかったですが、資料の説明は以上となります。

○増田座長：ありがとうございました。

20分程度ディスカッションの時間を設けておりますので、1点目の「日ごろ地域で感じる不足または過剰な外来医療機能」についてです。

病院の外来をやっている先生もいらっしゃいますし、開業されて自分のクリニックをやっている先生もいらっしゃると思いますので、傍聴席のほうからも意見があったらよろしく願いいたします。

それから、2点目の「外来医師多数区域」に関してですが、確かに、新規開業の先生の話を見ると、ほとんど情報を持たず、コンサルタントとかコーディネーターの言うがままに開業して、地域の状況のマーケットリサーチをしていないかなという印象を持っています。

「過剰地域であるということを知っていれば、この人はここで開業しなかったらどうな」ということで、新規の先生を見て、お気の毒だなと思うこともありますので、そういう情報がなかったところに、こういうふうな情報提供をいただくというのは、非常に役に立つ方もいらっしゃるかと思います。

ぜひこの辺に関してご意見をお願いしたいと思います。どうぞ。

○今泉（王子生協病院）：王子生協病院の今泉と言います。「

東京で二次医療圏をどういうふうに考えるかということ、まず考えてみたいと思います。北区は、京浜東北線に沿って南北に長いのですが、人口動態を見ますと、まず、JRもしくは地下鉄南北線に沿って人口が増えています。

具体的に言うと、王子駅とか赤羽駅とかで、そういうところにはマンションなどがいくつも建って、若い人の人口が増えています。

ところが、一方で、500メートルとか離れてしまうと、なかなか人が増えていなくて、かえって高齢化しているというところが多いです。

ですので、同じ二次医療圏であっても、診療所で考えていくと、かなり偏在しているという実情があると思います。

また、これを見ていくと、地域で開業している医師がどういうふうになっているかということ、この10年間で駅の近くでは開業していますが、駅から離れたところでは開業していなくて、昔から開業されている先生方が地域を支えているという実情があります。

そういうことを踏まえると、この二次医療圏というものをかなり広範囲で均一に数字だけ置き換えても、なかなか難しいようになっているのではないかと思います。

今後ますます高齢化社会になっていくと、80歳、85歳というような方々がどうなるかということ、若いときには遠方まで通院できますが、高齢者になってくると、自分で歩いていくというのは、かなり大変になってくるわけで、500メートル行くだけでも大変かもしれません。

また、東京の場合、大きな問題の一つは、幹線道路が広いので、そこを1回の信号で渡ることが困難になってくるということがあります。

そうすると、おのずと高齢者ができるのは、それこそ、半径が500メートルぐらいのところということになってきますので、高齢者医療に必要な医療というのは、生活を支える医療であって、若い方に必要な医療というのは、病気を治す医療ということになります。

ですので、そういう一概には言えない大きな問題があるのではないかと思います。

○増田座長：ありがとうございました。

今泉先生から、場所の偏在という話がありましたが、似たような話で、地方でよく聞くのは、高齢化した開業の先生が地域を支えているけれども、後継者もない。しかし、ここで自分がやめたら、地域医療が崩壊するという話です。

長い距離を歩けない高齢者に関しては、東京都でも、駅から離れた地域では、こういう高齢化問題もあると思いますし、団地の中の診療所とか、マンション群の中の診療所、それから、ビルの中の診療所というのは、若い人が行くので、エリア的にまだらな分布になると思います。

それから、時間的なことに関してですが、「外来機能」とひとくくりで言いますが、昼の外来というのは、比較的自由競争社会で、自然にレギュレーションがかかっているんですが、救急とか夜間休日の外来というのは、私も休日診療所の管理者をやっていますが、休日診療所の場合は、患者さんが少ない時期も多い時期も、きちんと医療を提供しなければいけない。

「おまわりさんとか消防署と同じだね」と、よく話をするんですが、たとえ患者さんがいなくても、その時期は開けていないといけないわけです。

そういった意味では、昼の外来と、救急とか休日の外来というのは、同じ外来機能といっても、全く違う意味を持ってくるんですが、それがこの辺に反映されていないのかなというイメージを持っています。

こういう点も含めて、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○島本（大同病院）：大同病院の島本です。

国が開業を規制するという考え方は、民間には余りやっていただきたくないと思います。

というのは、豊島区の場合は、今まではずっと人口減少だったんですが、住宅がだんだん増えてきていますし、定住者も増えてきているということがあるということが一つです。

それから、豊島区の場合、開業の先生というのは、代々開業している方が多いんですよ。そうすると、お父さんが開業していて、子供がそのそばで開業したいとなった場合、「いや、そんなことはやめろ」というようなことを指図するというのは、私の考えでは合わないと思っているからです。

だから、できるだけ自由競争の診療というものを、ぜひ進めてもらいたいと思っています。

もちろん、公的病院は国の統制下にありますから、それはしようがないかもしれないですが、民間病院とか民間の診療所を国の、役人の考え一つで、「ここは多いからだめだ」とかいうようなやり方は、絶対にやめてもらいたいということを、切にお願いしたいと思います。

○増田座長：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。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：練馬区医師会の齋藤です。

いくつかのことを考えなければならないと思いますが、まず、今泉先生が言われたように、二次医療圏単位というのは、非常に厳しいと思います。

厚労省のものは、数だけでものを行っています、アクセスビリティというものも考えなければいけないと思います。

その指標になるかわかりませんが、去年、厚労省が出している数字によって、1平方キロメートル当たりの診療所の数を、この4区で調べました。そうすると、34.4診療所なんです、北区、板橋区、練馬区は大体12なんです。

もちろん、これが適切な数なのかどうかはわかりません。だから、こういうことをやって、単純に医者数だけで上位33.3%で多数というのは、そもそもそれが多いということを前提にしていると思うんです。

しかし、その前提自体が本当に医者が偏在していることなのかということが、非常にわかりにくいです。

実際に、例えば、私などが診療していると、昼間の医者は全然足りませんよ。いろいろな診療所に何十人とか、場合によっては百人とか行っているわけですから、そういう単純な数だけでは評価できないだろうと思います。

もう一つ、先ほどもお話があったように、今の日本の医療制度というのは、自由標榜制で、自由競争の中でやっているんですよね。

そうすると、例えば、医療機器について調べて、共同しましょうと言ったときに、いろいろな困難が生じますよね。

それぞれの診療所にしても病院にしても、一定の収益を上げないと運営ができないわけです。それを保証して、かつ、みんなで医療機器を共有して、かつ、医師の偏在を行政的に正そうとするのは、制度上無理があるのかなと思うんです。

ですので、そういったことを全て考慮しないと、うまくいかないと思っているのですがどうでしょうか。

○増田座長：ありがとうございました。

東京都から今のご質問に対して、何かお答えはありますでしょうか。

○千葉課長：国の代弁をするだけになってしまうかもしれませんが、国が言っているのが、先生方、ご指摘のとおり、ただ単に、二次保健医療圏の診療所の数を並べて、上位3分の1が多数区域だと言っているだけで、多数だから足りているかどうかというのは、誰もわからないですよ。

参考資料2の素案の17ページを見ていただければわかりやすいと思いますが、暫定値で国から示されているものから、東京都分だけを引き出した表を、ここに載せています。

先ほど、外来医師多数区域ということで、読み上げましたのは、この順位のとおりに読んだわけですが、例えば、区西部は全国で1位になっています。

しかし、多いけれども、足りているかというのは別の話だということは、私も重々思っていますが、すみません。「こういうふうによれ」と言われているので、やらざるを得ないというのが、正直なところではあります。

今のお話のように、二次保健医療圏だと範囲が広いですし、例えば、鉄道とか地下鉄とか、地域によってはバスですとか、そういう交通機関の関係によっても違うのは、当然だと思っています。特に、多摩地域のほうに行ったら、それが顕著に出たりする場合もあります。

今はないのですが、21ページ以降の各医療圏のところには、最後の地図をつけて、診療所とか病院を、一応、どんな病院があるか、どんな診療科があるかまでは書き込めませんが、プロットした地図を載せるつもりでおります。

国土地理院との調整がまだついていないので、まだできていませんが、その調整がつき次第、地図でお示して、「なるほど。駅の周りには点がいっぱいあるな。ちょっと離れると少なくなるな」というイメージがつくような地図は、二次保健医療圏全体のと区市町村ごとのをそれぞれ出したいなと思っているところです。

国が言っているのは、今お話がありましたように、開業を制限することはしなくて、自由開業権はいじらないということです。今後開業する方や、承継する方も含めて、いろいろなデータを見て、行動変容を促していこうということです。

ですから、東京都のほうが、例えば、「過剰だから、ここはやめなさい」とか、「ここは開業を考え直したほうがいいですよ」というつもりは全くありません。開業権を侵害することは一切できません。

今まで、地域医療というものをつくってきたのは、国でも都道府県でもなく、先生方がそれぞれの地域でつくられたものでございますので、それを、我々が介入するつもりは一切ございません。

ただ、国から示されているものは、一応つくらなくてはいけないわけですが、その中で不足しているもの、例えば、「診療科別のものがないと、例としてよくわからない」とか、「診療圏が広過ぎるので、もうちょっと、区域や単位を考え直したほうがいい」というご意見などが、いろいろあると思います。

その辺は、東京都独自の外来医療計画のほうの第2部に、書き込めるものは書き込んで、また、今後の課題は課題として、きちんと記載して、計画をつくって終わりということではなくて、引き続き皆さまとご議論を重ねながら、少しずつでも改善していきたいと考えております。

○増田座長：ありがとうございます。ここにいる全員は、千葉課長の立場がよくわかっていると思います。

ただ、ここで出た意見というのを、ぜひ厚労省のほうに東京都のほうから戻していただいて、厚労省だけではなくて、文科省にも戻してほしいと思うんですが、どんどん上げていただきたいと思いますので、いろいろご協力をお願いいたします。

ほかにご意見はございますか。どうぞ。

○今泉（王子生協病院）：王子生協病院の今泉です。

今開業されている先生たちは、大学の医局、例えば、消化器とか循環器とか、そういうところに入って、そういう消化器の専門、循環器の専門のトレーニングを受けて、それから開業という形になっていると思います。

ところが、実際は、例えば、80歳というような高齢者のことを考えると、循環器の専門というだけではなくて、その人の生活を支えるというような、概念でいうと、総合診療医とかプライマリ・ケア医とかというのが、一番必要な科だと思います。

そこで言うと、各クリニックは、例えば、呼吸器専門の方でも、小児科を標榜したりしていて、診療科目の表示が違っている場合が多いです。

新専門医制度はできて、総合診療医が何人エントリーされたかというところ、200名弱です。8000名の医学生が卒業していながら、200名しかいないというところで、果たしてそれが、高齢者に必要な医療ができると言えるのかどうか、疑問に思っているところです。

それに対して、どういう医療内容でやっていくのかということについて、医師会とか大学の医局とかでいろいろ議論していかないといけない問題ではないかと思っております。

○増田座長：ありがとうございます。

「医師過剰時代が来るから、医学部の定員を絞る」という話がありましたが、そのころから、医師会活動に関わっていましたが、先生方の中では、「これ以上医者が増えて、若い先生が近所で開業されると、俺の食い扶持が減る」と言われていたのですが、実際はそうではなかったんですね。実際には困っていて、増やしていますが。

患者が減る先生には減る理由があるんですが、余り面と向かって言えないんですが、自由競争というのは、医療の質を上げますから、医療レベルだけではなくて、患者さんに対する接遇とかいろいろなことに関しても、自由競争でかなりよくなってきたと思うんです。

ですから、医者が足りないとか余っているというのは、全く同じ状況であっても個人個人によって判断が異なってくるんですが、外来機能に関して、病院の先生にお聞きしたいと思います。

クリニックの外来は、基本的にクリニックは外来しかやらないわけですし、それがめしの種ですし、多少話が長くて、面倒くさい患者さんが来ても、「子供の学費もかかるし」とかを考えると、ぐっと我慢して診療しているんですが、病院だと、勤務医の先生が多いので、病院の勤務医がやられている外来と、我々クリニックの外来とは、かなり毛色が違うと感じているんですが、その辺で、こういう数字が出てくるということに対して、何かご意見はいかがでしょうか。どうぞ。

○富山（都立大塚病院）：大塚病院の富山です。

増田先生がおっしゃったように、病院と開業の先生との関係というのは、持ちつ持たれつみたいなのところがあって、我々が専門医療を中心にやって、「2人主治医制」といって、方針が立った人は開業の先生にお願いするといった形でやっているのですが、我々としては、地域にいろいろな開業の先生がたくさんいらっしゃるって、地域を支えておられるということは、非常に助かるというか、そういうスタンスでおります。

○増田座長：ありがとうございました。

ほかの病院の先生はいかがでしょうか。夜間救急の外来もされていると思います。どうぞ。

○坂本（帝京大学医学部附属病院）：帝京大学の坂本です。

私どものところは特定機能病院ですので、紹介、逆紹介が非常に多いですし、その中で、逆紹介の先の先生が足りているのか足りていないのかというのは、実は、私たちから見ても、よくは見えていないところかもしれませんが、実際問題としては、地域の中でうまく連携をしてやっていく問題かなと思っています。

あと、初期救急に関しては、やはり、遠くまで行くのは大変ですから、できるだけ地域の中で初期救急をある程度やっていただいて、二次、三次救急で救急車の搬送になるようなものに関しては、高度急性期、急性期で受けますが、その辺は役割分担をしていく必要があります。

そこに関しては、時々、「なかなか近くで診てもらえないところがない」ということで、私どものところまで流れてくる、比較的軽い患者さんがまだいらっしやいます。

ただ、以前に比べるとどうかというと、少しずつ役割分担はできてきているのではないかと考えています。

○増田座長：ありがとうございます。

患者さんは、大きな病院に行くと思派な先生が出てくると思っていて、「待ち時間は長いけれども、立派な先生が出てこられるから、待っている」という人が多いです。だから、「行ったけれども、若い先生が出てきて」というような文句を言っている人が多いですね。

病院の経営的には、外来部門というのは、不採算部門ですので、その辺で、病院の本来やるべきことがいっぱいあると思いますので、うまく棲み分けていくのが、病院経営上も我々にとってもいいと思います。

ですから、お願いすることはお願いして、引き受けるところは引き受けるということで、そういった体制がしっかりすることが大事かと思っています。

新井先生、お願いします。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

皆さんからいろいろご意見をお聞かせいただきましたが、きょうここでお話しされたことが、東京都としては、第2部の都としての方向性のところに書き込まれると思います。

そこで、ちょっと参考資料を見ていただきたいのですが、51ページの区西北部の資料についてです。(3)の「外来医療の状況」というところです。

そこに、人口10万人当たりの外来患者延べ数というグラフがありまして、全国平均、東京都、区西北部のあとに、それぞれ豊島区、北区、板橋区、練馬区となっています。黒い部分は病院で、薄いグレーの部分が診療所です。

これを見ると、豊島区の場合は、月に14万1000人ということで、全国よりも多くの患者さんが受診しています。これは、医療機関の所在地ベースということなのです。

また、練馬区を見てみますと、8万人ということで、全国よりも少ないということですが、これは、別の圏域の病院とか診療所にかかっている患者さんが多いのかなと思うんです。

そういうことから考えると、区ごとの特色がそれぞれ出ているのかなと思われませんが、そういう視点から言って、日ごろ感じる不足感があるかないかとか、地域ごとにどうなっているかということ、ぜひご意見として承ればと思いますので、よろしくお願いいたします。

○増田座長：ありがとうございました。

区西北部の中でも、ベッドタウンもありますし、大きな駅のそばというところもあります。また、患者さんの流動範囲というのも広いのですので、区ごとに区切るということに意味がどのくらいあるかということも問題かと思いますが、何かご意見はございますか。どうぞ。

○光定（練馬光が丘病院）：練馬光が丘病院の光定と申します。

救急の話も出ましたが、この区西北部というのは、二次医療圏内格差というのが大きい地域で、病院についても練馬区は非常に少ないです。ただ、診療所については、病院に比べれば、比較的その差は少ないです。

一方、初期救急ということに関しては、ほぼ病院と同じで、非常に格差があって、坂本先生がさっきおっしゃったように、板橋区に流れていたりとかする傾向が強いんじゃないかと、日ごろ強く思っています。

あと、話は変わりますが、在宅医療のことを少し申し上げたいと思います。

在宅について日ごろ感じていることですが、練馬区内で言うと、有料老人ホームとかグループホームとかの施設が非常に多いです。

在宅の先生方の情報というのは、医師会のほうでも把握されて、それが区に行って、その中で、どういう医療資源があるかということをご覧になっているんですが、実は、大手の訪問診療医のところは、医師会に結構入っていらっしやなくて、その結果、大手のグループホームの訪問診療医は、1人で18人のグループホームを5つとか、有料老人ホームをさらに5つとかで、200人ぐらいの在宅をやっているという人もあります。

その人たちに比べると、当然、医師会の先生方で、普段の外来をやりながら在宅をやっている人が多いですが、その規模がかなり違っています。

ですので、入られている大手のところもありますが、その辺の数値が、区とか医師会の間でさらに共有されていく必要があると思っています。

グループホームは、当然在宅ですので、そういう中で、病院のほうには、施設から救急患者が来るものですから、その辺の感じ方に温度差があるように思っています。

○増田座長：ありがとうございます。

時間も押していますが、議論も白熱していますので、もう少し続けさせていただきます。どうぞ。

○今泉（王子生協病院）：王子生協病院の今泉です。

救急についてですが、働き方改革との関係で自分たちも懸念していることがあります。

病院の夜間のところは、パートの先生をお願いしているんですが、働き方改革によって、2025年に残業時間が制限されてしまうと、大学などから来てくださっている先生は、もしかしたら、夜間は働いてくれないかもしれません。

そうすると、二次医療圏としての夜間休日の、急変の外来診療の質が保てないのではないかとということですので、この働き方改革とリンクさせて考えていかなければならない課題があるのではないかと考えております。

○増田座長：働き方改革は、いろいろ話題になっていて、よく考えていかなければいけない問題だと思っています。

ほかはいかがでしょうか。どうぞ。

○高橋（豊島区医師会）：豊島区の高橋です。

豊島区の場合、線路のすぐそばに診療所があり過ぎるという状況があります。残念ながら、医師会への加入率が減ってきていることは確かですが、実際に我々が把握していないような、突飛な時間帯でやっていらっしゃるところもありますので、

そういったところが多数開業されていますので、受診者数が増えているんだろうと思われれます。

利便性がいいので、かかりやすいということもありますし、検査をするようなところが結構あるので、そこにもたくさん来るというようなことが、一番の問題だろうと思います。

データを見せていただいて、在宅の施設が増えているということですが、「ここまで出たのか」というのが、私の感想でございます。

実は、そういったところにたくさん集まっているので、各地域に新しく出てくる、いわゆる住宅街に出てくる新しい診療所、若い先生がやる診療所などは、在宅を中心におやりになる先生が非常に増えています。

逆に言えば、診療施設が余りないというところはできなかつたんですが、それが許されていますので、どんどんできております。

その人たちが、健診等もやらなければならないとかも考えていただいて、医師会への加入率が高くなってきて、在宅をやっている先生の加入率が高くなっていますが、問題は、我々と連携のない、他地区の在宅の先生たちでございまして、そちらのほうの各行動が全くわからないということです。

この資料を見ますと、豊島区ばかりが目立ってしまいますので、今のところの我々の見解だけをお話しさせていただきました。

○増田座長：ありがとうございました。

光定先生が言われた、大きなグループの在宅チェーンは別ですが、確かに、うちの医師会でも、最近、在宅専門の若い先生が5人ぐらい入ってこられました。

医師会に入っても、健診をやらないのは仕方がないのじゃないかと思っておりますが、私が会長になってからは、いろいろプロモーションをやって、「横と横の関係をつくれれば、僕が外来で抱えているお年寄りが在宅に行ったら、全部回すからよろしくね」とか言っているうちに、結構入ってくれるようになったです。

医師会に入っていて、同じチームの一員としてやっていこうという姿勢が、在宅の先生にも我々にもやりやすくなりますので、その辺の努力も、地区医師会として大事なのではないかと感じています。

ほかにご意見はよろしいでしょうか。どうぞ。

○佐古田（練馬区）：練馬区の佐古田と申します。

先ほどの51ページの、外来患者延べ数のところですが、豊島区は多くて、練馬区はちょっと少ないというお話がありました。

ただ、これは、人口で単に割っているだけなので、例えば、千代田区などは、23ページを見ると、1か月で何と65万9000回となっています。

要するに、昼間人口と夜間人口の違いがあるので、人口10万人当たりという分析は、一つのやり方としては、当然あるんですが、そういう解析をちゃんと加えて評価しないと、これで、夜間人口が多い少ないというのでは、議論としてはちょっとどうかなという気がしますので、その辺は、東京都さんのほうで、考えてもらえるべき話かなと思っています。

○増田座長：ありがとうございます。

確かに、練馬区のベッドタウンから昼間は千代田区に行っている方は、練馬区ではかからないと、千代田区の診療所で薬をもらっていると思いますので、その辺もよろしく願いいたします。

ほかにかがでしょうか。どうぞ。

○齋藤文洋（練馬区医師会）：練馬区医師会の齋藤です。

先ほどからずっと気になっているんですが、「この医師の行動変容を促し」というような表現が、何度も出てきましたが、「行動変容」というのは何ですかね。

もう一つ、在宅のことですが、若い先生たちが在宅をやって、どんどん入ってきていただいて、医師会に協力していただくというのはいいんですが、今の傾向は、それよりもむしろ、在宅医療が特定の医療機関が巨大化していくということがあって、例えば、この間の、とある在宅専門診療所が、「板橋区の30%を診ている」ということをおっしゃっていました。

そういう偏在というか、偏りは、ちょっと行き過ぎているのではないかと思います。今度、練馬区に、有床診療所を持つ在宅のところも、それだけで400から600の在宅を診ていらっしゃるということです。

普通のクリニックとか地区の病院として考えると、それは、余りにも尋常じゃない状況なので、その辺は、何らかの形で、公平性というか、ちゃんと診るということを含めて、考えていかなければいけないと思っています。

ですから、在宅の問題というのは、光定先生もおっしゃっていましたが、よく考えていかないと、変な偏りが出てきそうだなと思っています。

○増田座長：ありがとうございます。

まさに草刈り場になって、外から大手のグループのチェーンが入ってきて、草を刈って、いい医療を提供してくれるのならいいんですが、見ていると、決してそうではない場合も目につきます。

その辺、医師会の会員じゃないと、全くレギュレーションがかかってこないもので、その辺も大きな課題かなと思っています。

時間は過ぎていますが、ほかにご意見はよろしいでしょうか。どうぞ。

○齋藤英治（板橋区医師会）：板橋区医師会の齋藤です。

これは、開業制限にも全然ならないし、強制性もないということですが、我々も医師会に、開業される先生で、最初に「この地区で開業したい」ということでも、場所を決めずに来られている方もいらっしゃいます。

「この地域は、医療としてはかなり飽和になっている状態だ」というお話をしても、そこで開業されるという方が結構多いです。

それは、先ほどからのお話のように、自由経済の中でやっているものですから、ご本人が、「ここでやりたい」という場所で開業されるとなると、その周りでの競合性がどうしても生まれてくると思います。

また、在宅とか学校医とか休日診療なども、医師会として強制的にやってもらうというわけにもいなくて、手挙げをしてもらえないという中で、こういう「どの機能が不足しているか」ということを言っても、それを充足できるような状態にすることは、なかなか難しいかなというのがあります。

だから、「行動変容」といっても、「みんなで地域を支える」とかいうような、大きな理念のもとにやれるような医療ができないと、医師会に入った人はみんな協力してくれるかということ、そうでもないので、国を挙げて、そこをレギュレーションしようとしても、なかなか難しいところがあるのかなというのが正直なところで、そこをどうやって改善していくかということ、教育も含めてやっていくしかないのかなというところはあるかと思います。

また、「地域で感じる不足」というのは、誰が不足を感じているかというところで、我々が感じている不足と、地域に住んでいらっしゃる方が不足として感じているものというの、また違うのかもしれないので、その辺を整理して、もうちょっと考えていかれたほうがいいのかと思います。

○増田座長：ありがとうございました。

それでは、もう一つ議事がありますので、あとでまた、関連のご質問などをお願いしたいと思います。

(3) 新たな病床配分方法（案）の検討について

○増田座長：では、次の議事の（3）「新たな病床配分方法（案）の検討について」です。

今年度の第1回目の調整会議でも報告がありましたが、新たな病床配分方法について、現在の、検討に基づく配分方法案を、東京都から説明いただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○事務局（加藤）：それでは、資料6をご覧ください。

こちらは、私どもで現在検討中の新しい病床配分方法の案をお示しする資料となります。

検討させていただいている案としては、「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です。具体的には、資料の中段のところになりますが、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、大きな台風も何度か来ておりますし、降雨による水害のほか、風害も多く発生しております。地震対策も非常に重要ですが、風水害対策も非常に重要度を増している中で、都としても、災害に対応できる病院を増やして、また、既存の病院さんについても、対応力を向上していただければと考えております。

そのため、災害拠点病院とか災害拠点連携病院を目指す病院さんのほかに、既に指定済みの病院が機能を向上させる場合にも、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、もちろん、全ての数をということではなくて、当然、圏域の配分可能数の枠もかかってきますので、それを超えない範囲で100床までということで、残余は均等配分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、病床数については、別途調整も必要かと考えております。

今後、ほかの圏域の会議も含めて、調整会議全体での議論を踏まえて、今年度末までに新たな方法として決定していきたいと考えております。

私どもの案でございますが、現段階では、決してまだ細部にわたってつくり込んでいるわけではございませんので、例えば、「圏域内で災害医療に関する申請が競合した場合は」ですとか、「その際は、こうした条件付けをすべきではないか」とかいったような、細かい手続きに関する意見など、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。

続けて、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、各地域で必要な医療機能についてグループワークを行っていただいたかと思えます。その際の、各圏域の議論の状況等とキーワードを、「到達点」という形でまとめたものです。

ちなみに、区西北部をご紹介させていただきますと、資料7の下から3番目になっております。

ご紹介させていただきますと、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きましたが、急性期班では、「回復期の不足」、回復期班では、「区ごとの機能の不足」ということで、これは、区別で意見の違いはございましたが、そういった意見がございました。

また、両グループの意見交換の際には、回復期の不足について、「練馬、板橋、豊島で不足」という急性期班の意見と、「練馬では充足、不足の両方あって、板橋では不足している」という回復期班の意見が食い違ったといったところまで、到達点としてあったのではないかと考えております。

来年度、病床配分申請では、これまでにご案内させていただいておりますが、地域の関係者の皆さまのご理解、ご意見を深めるために、申請開始から最長で約2年間ほどの調整期間を取っております。

この病床配分申請については、この資料7に記載されているような、現状の到達点を出発点としていただいて、地域の関係者の皆さまの議論を深めていただくことになるかと思えます。

今回の会議でもって、皆さまに何かお願いするというわけではないのですが、今後の議論に向けて共通認識を深めていただければと思えます。

資料の説明は以上でございます。

○増田座長：ありがとうございました。

災害医療というのは、非常に大事な問題ですし、各医師会、各病院とも、災害訓練、緊急医療救護所の立ち上げ訓練など、当然、頻繁にやっていますが、備蓄薬品も含めて、ただ、実際に起こらない限り、それを使うことはないわけですが、5年後か10年後かわからないですが、そのときのために準備するということになっています。

地震をメインにやってきましたが、この間の台風などで、特に区西北部は、荒川が決壊すると大変なことになる地域ですので、いろいろ考えるところがあると思います。

ただ、それに対しての病床配分というのは、ちょっとピンと来ないかと思いますが、公立病院の先生、大学病院の先生、ご意見はいかがでしょうか。どうぞ。

○富山（都立大塚病院）：大塚病院の富山です。

うちも災害拠点病院に指定していただいておりますが、そういう備蓄だとか訓練だとか、あとは、医師会の先生方と共同で、防災訓練とかいろいろやっています。

確かに、座長がおっしゃったように、そのために病床をたっぷり用意しておく必要があるかというところ、その辺はなかなか何とも言えないなというところがありますね。

○増田座長：ありがとうございました。

続いてお願いします。

○市岡（豊島病院）：豊島病院の市岡です。

災害拠点病院と連携病院がありまして、そこを中心になるのは確かだと思いますが、地域での災害医療と考えると、もちろん、病院、診療所、行政が一体になってやらないといけないと思います。

病院でベッドを確保するといったときに、病院にいる患者をどこかに移すといった意味での連携も、うまくやっていくには、行政の指示も必要かもしれません。

それから、こういうことは、災害だけではなくて、もう一つ言えるのは、感染症だと思います。こういう感染症に対する医療も、同じように地域で支えていかなければいけないと思います。

新型インフルエンザも含めて、感染症がパンデミックで起こったときに、病床の確保が必要になりますので、そのときに、病院が中心になって確保はしますが、その病院にいる人をうまく外に出せるかということで、その辺の連携が必要です。

ですので、これは、災害と感染症の両方に共通するものだと思います。

○増田座長：ありがとうございました。

災害時は、この間の世田谷病院のときもそうですが、病院ごと患者さんを全部どこかに移していただかないといけないという場合もありますね。

あと、災害医療の整備に必要な病床の数という話が出ていますが、地下鉄サリン事件のときは、私は聖路加病院にいたんです。一番重要なのは、病床が満床でも、何とか病院として災害とかテロに対応できるようにする必要があります。

あのときは、チャペルとか広場にも配管がしてありましたので、そこで200人ぐらいは対応できたんですが、そういった病床以外にも、そういう対応力を持たせる必要があるかということですが、実は、このテロがあったちょうど1週間前に、新病院の見学者が来たときに、日野原先生と一緒に歩いていたんです。

そのとき、先生が、「災害時とか戦争が起こったら、ここは全部病床になるんですよ」とおっしゃったんですが、「先生が活着ている間は、戦争もテロもないですよ」と言ってしまったんですね。ところが、あの事件がすぐに起こったため、自分の先見の明のなさを思い知りました。

ですから、こういう病床の配分というのと、実際の災害時にどういうふうな感じで使っていくかということも、非常に大事なことかと思っています。

ほかにご意見はございますか。どうぞ。

○前田（北区）：北区保健所の前田と申します。

拠点病院なり拠点連携病院に整備を優先するということは、二次救急以上の病院ですから、高度急性期、急性期の病床を持つ病院を優先するということになるので、結果的に、この地域医療構想の中でいくと、高度急性期、急性期のほうが増えていくという構図になってしまうため、それは承知の上で、こういうことを考えておられるのかなと思っていますが、今後の地域医療構想にかなっているのかどうか。

地域で話していても、サブアキュートの関係で、「急性期機能がもう少し欲しい」というような要望がある一方で、「急性期だけ太ってしまうと、そこから回復期への流れが滞ってしまうと、急性期のところにサブアキュート以降の病院がたまってしまうようなことになりかねないので、そういうところに誘導されてしまうのがいいのか」というご意見もあります。

100床以下の配分可能数のところは、軒並みそこに行ってしまうという可能性があるわけですが、それが、今後の地域医療構想にとっていいのかということをお伺いしたいと思います。

あと、もう一つ、先ほど、災害発生時のいろいろな対応のお話が出ましたが、災害時の医療ニーズというものは、これまでの東京都の災害医療対策の中では、余り語られてこなかったことだと思います。

一方で、猪口副会長も入られていると思いますが、その研究班で、どこが足りないかということ进行分析すると、むしろ、医療圏単位では均等配分すると言いながら、現実には、圧倒的に必要性が高いという区がある中で、なぜ二次医療圏単位では均等配分なのかということが疑問に思っていますので、本当に必要な災害医療の必要度というものを、どのようにはかかっていくのかなということも、わからないところがあります。

本気でそれを考えているのであれば、むしろ、医療機関を超えて、そういう瞬間的な場合の対応についても、病床数をもう少しそういう区部のほうに厚くするということがあってしかるべきではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○増田座長：ありがとうございました。

優先的に配分というのは、東京都としては、どのようにイメージしているかということですが、要するに、優先的に配分されたベッドを、この災害が起きている段階ではどのように使うかということを想定して、優先的に配分すると書いてあるのでしょうか。

○千葉課長：優先配分の考え方という意味では、ここに書いてあるとおりではありますが、二次保健医療圏で配分可能な病床があった場合に、かつ、その中で、災害拠点病院または災害拠点連携病院に新しくなろうとか、もしくは、既になっているところが、機能を強化しようというところに対して、優先配分しようというのが、この考え方でございます。

その病床を普段はどのように使うのかとかいうところまでは、まだ決めきれていないというのが現状です。この大枠だけをまずは案として決めまして、いろいろなご意見をいただきながら、今後詰めていきたいというふうに考えております。

また、「それを二次保健医療圏単位だけでやっていいのか」とか、「被害想定がどのようになっているか」ということは、確かにおっしゃるとおりだと思います。

そういう点についても、内部の議論の中でありましたが、それはそれとして、災害拠点病院には必要な分だけつくっていくのがいいだろうというところで、この案をつくっております。

○増田座長：メインは、災害拠点病院と災害拠点連携病院の数を増やしたり、内容を充実させるというほうが主眼なんですか。

○千葉課長：そうですね。

○増田座長：そういうことだそうですが、猪口副会長、お願いします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口です。

前田先生がおっしゃったとおりで、今までの着眼点は、将来必要な病床機能に合わせてと、要するに、高度急性期、急性期という話だったのですが、回復期が足りないという議論が進まなくなっているというのも、また現実の問題としてあります。

試算上は、2013年のところから試算すると、どの地域においても、回復期は、その見込み数が本当はあるわけで、その内訳を見てみると、高度急性期、急性期病院と言われている大学病院だとか都立病院でも、実は、30%ぐらいは回復期を内在してしまっているわけです。

しかし、この調整会議とか病床機能報告のところで、それがはっきりあらわれてこないから、この議論をいつまでもしていても仕方がないと、私自身は思っていたところだったんです。

要するに、ほとんどの地域においては、回復期は高度急性期、急性期の中に内在されてしまっていて、表面にはなかなか出てこないという状況がありました。

一方で、この災害に着眼してというところは、高度急性期、急性期を名乗っていても、そこに回復期を含みながらつくられてしまうという現実があるわけですが、この話を病床機能の視点だけで言うということはなかなか難しいわけです。

ですから、その地域にとって、災害のときの中心になる病院が必要なのか必要ではないのかという議論になって、検討されたほうがいいのかなど思っています。

なお、私なりにちょっと思っているのは、この基準病床というものは、本来は地域医療計画の一部であって、その地域医療計画が5疾病5事業とかと一緒に並んでいるのに、病床の配分に関しては、全く別のものとして動いていたわけですが、それが、医療計画というものと初めて連動することになったということです。

そういう意味では、医師会の仕事を長くやっていますが、画期的なことなんだなという感じもしているところです。

○増田座長：ありがとうございました。ちょっとすっきりした気がします。

ほかにご意見はよろしいでしょうか。どうぞ。

○佐古田（練馬区）：練馬区の佐古田です。

均等配分ということは、最終的の病床配分をする東京都のほうで、何らかの物差しを用いて傾斜配分するということは、なかなか難しいことだと思っていますので、ここの部分はやむを得ないのかなとは考えております。

ただ、そのために、この地域医療構想調整会議というものがあって、いろいろな病院の計画の申請が出たときに、この会議の中で、「この医療圏の実態としては、こういう機能が不足しているから、こういう計画をしていくべきだ」ということの議論があって、最終的な配分に至るというのが、これから考えているスキームだと思います。

ですから、この配分の原則というところに、例えば、「調整会議が認めた計画は均等配分する」とかにして、この会議体がある前にかまされているということ、はっきりさせておいたほうがいいのではないかと考えています。

あと、この特例配分の話は、もちろん災害の話は重要ですが、どうしても急性期に足を引っ張られるような感じになるので、ここの部分は、この調整会議の中で、「災害に優先される」というような議論があって、その医療圏の中でそういうことを決めていけばいいのではないかと考えています。

その辺、この会議体が配分の計画の審査みたいなことに、どういうふうにコミットしていくかということが、この中に全然出てこないのは残念な気がしますので、そういうことを書き込めるのであれば、「そういうふうな流れでやるんだ」ということを書いていただけないかと思っています。

○増田座長：貴重なご意見をありがとうございました。

ほかにはよろしいでしょうか。

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っておりますし、きょう出たように、二次医療圏の中でもかなり温度差があります。

二次医療圏ですらこうですので、東京と地方、そして、地方の中でも、大きな町と農村部では、かなりの差があって、いろいろな話が出てくると思います

ので、その辺も東京都のほうからぜひ厚労省のほうに投げさせていただきたいと思
います。よろしくお願いいたします。

最後に、この調整会議は、情報共有をする場ですので、もし情報提供を行
いたいという方がいらっしゃれば、挙手をお願いします。傍聴席のほうからでも
結構ですが、いらっしゃるでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、本日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
いたします。ありがとうございました。

4. 閉 会

○千葉課長：増田先生、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。会議の冒頭でも申し上げましたが、本日本日行っていたきま
したご議論の内容について、追加でご意見等がある場合には、この「ご意見」
という様式を使っていただきまして、東京都医師会まで、本日から2週間程度
以内にご提出いただければと思います。よろしくお願いいたします。

次に、2点目。先ほど、座長のほうから情報提供のお話がございましたが、
今後、病院さんがこれまで担ってきた機能を大きく変えることなどを予定され
る医療機関さんにつきましては、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思います。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、議事録についてでございます。本会議は公開でございますので、議
事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載させてい
ただきます。よろしくお願いいたします。

最後に4点目です。こちらの「地域医療構想」という冊子はお持ち帰りいた
だかず、そのまま置いておいてください。残り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。

以上でございます。

それでは、これをもちまして、本日の地域医療構想調整会議を終了させていただきます。長時間にわたりどうもありがとうございました。

(了)