

〔令和元年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和元年11月26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』

〔北多摩西部〕

令和元年11月26日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまから北多摩西部地域におけます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。どうぞよろしくお願いたします。

まず、本日の配布資料ですが、既にお手元に配布させていただいております。一番上に会議次第がございます、その一番下に四角で囲ったところに、資料の一覧を記載しております。資料が1から7まで、参考資料が1と2となっております。

そのほかに、会議終了後に追加のご意見などをいただくための様式として、「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冊ずつ程度ですが、東京都地域医療構想の冊子を置かせていただいております。

資料に不備等ございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申し出をお願いいたします。

後ほど、質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には、挙手の上、事務局よりマイクをお受け取りになり、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日は傍聴席にも構想区域内外の関係者の方々にご出席いただいております。座長がご発言の機会を設けた際には、同じく挙手の上、マイクをお受

け取りになり、ご所属とお名前からお聞かせいただきましたあと、ご発言をよろしく願いいたします。

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

○土谷理事：皆さま、こんばんは。東京都医師会の土谷です。昼間のお仕事のあとでお集まりいただきありがとうございます。

国が今どんなことをしているかと言いますと、3つの改革を同時に進めているわけです。1つは、ご存じのように、働き方改革です。これは、医療の職場だけではなく、全国の職場に大きく影響しているものです。もう1つは、医師偏在についてです。3つ目は地域医療構想の推進ということです。

これを、国は“三位一体の改革”と言っていますが、日本医師会では、「そんなことは一言も言っていない」ということですので、その辺はおもしろいなと思って聞いています。

それはさておき、この3つは、微妙にというか、絡み合っていて、少しずつ進めていかなければいけない話なのかなと思っているところです。ただ、少しずつでも進んでいかないと、日本の医療はおかしくなってしまうのではないかと考えております。

ところで、本日の議事についてですが、1つは、先般発表がありまして、全国の公立・公的医療機関の再検証対象として424の病院が挙げられたことについてです。

東京の場合は、そのうちの10の医療機関が対象になりまして、この圏域では1つの医療機関が対象になっています。

なぜこんな話が出てきたかと申しますと、公立・公的医療機関で公的資金が入っていて、急性期をやっている病院が対象になっています。つまり、公的な資金を得て、急性期の医療をされているわけですが、その資金を十分に活用されているかということ、主に見ていただきたいということで、再検証してくださいということになっています。

それから、外来医療計画については、この圏域は外来医師が多数なのか少数なのか、それとも、普通なのかということ、皆さんはどのように思われているでしょうか。

これに関しては、国は大雑把な指標をつくって、絶対数が多いかどうかという話ではなくて、日本の中で多いか少ないかということで、上位3分の1を決めただけなので、この圏域は、皆さんの実感とは違うかもしれませんが、全国の335の二次保健医療圏の中で100番目ということで、外来医師多数区域となっています。

実は、昨日、区西部での調整会議がありました。ここは日本一の外来医師多数区域ということになっていましたが、そこでの議論を聞いておりました。

そうすると、多数地域と少数地域と分けて、何をしなければいけないかというところ、多数のところは、それなりに医師がいるから、少ないところの穴埋めをしてほしいなというように、普通は考えるのではないかと思います。

ところが、昨日の会議の話では、「あれが足りない」「これが足りない」という話ばかりが出ていました。ですから、多いからほかのところを力振り向けようという話にはなかなかかなりにくいわけです。

テーマ自体が「不足するものは何か」という問いになっていますので、そういった話になりがちですが、医師が不足している地域から見た場合、「私たちより多くの医師がいる圏域で、どんな話をしているのか」ということを聞かれたら、「ぜいたくな話だな」というような声が、もしかしたら出てくるかもしれませんので、その辺りのことも少し心に留めて、議論をしていただければと思います。

活発なご議論を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。

続きまして、東京都より、東京都福祉保健局医療政策担当部長の櫻井よりご挨拶を申し上げます。

○櫻井部長：皆さま、こんばんは。東京都福祉保健局医療政策担当の櫻井でございます。

本日は、大変お忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。また、日ごろより東京都の福祉保健医療政策に多大なるご理解とご協力を賜っておりますことを、改めて深く感謝申し上げます。

さて、今年度第2回目の調整会議でございますが、土谷先生から議事についてお話をいただいたところでございます。

重ねて申し上げることもないのですが、少し申しますと、この公立・公的医療機関について、該当の病院から、その病院が担っていらっしゃる医療の特徴、地域で果たしていらっしゃる役割等についてお話をいただきます。

その医療について、実情がどうなのかということは、ここにお集まりの先生方が一番ご存じかと思しますので、活発に意見交換をしていただければと思います。

それから、外来医療計画については、今お話がございましたとおり、これは、外来医師の偏在是正という観点で、今年度中に、各都道府県で計画を作成することが、厚労省から示されておりますが、こちらは、医療計画に一部追補するという位置づけになってまいります。

外来医療計画は今回初めて策定することになりましたので、これまで何度も改定を重ねてきました医療計画と比べますと、データとか検討していただく材料の中身が、非常に乏しいのが実情でございます。

また、データでははかれないような、北多摩西部における外来医療の実情、連携の状況、課題等については、本当に先生方が一番ご存じかと思しますので、本日いただいたご議論を、今後策定していく計画にきちんと反映していきたいと思っております。

ですので、本日はぜひとも活発なご議論をお願いし、適切なお意見、ご示唆をいただければと思います。

なかなか盛りたくさんな議事ではございますが、どうぞよろしく願い申し上げます。

○千葉課長：なお、本日の会議でございますが、会議、会議録及び会議に関する資料につきましては、全て公開となっておりますので、ご了承よろしく願います。

では、これ以降の進行を座長にお願いしたいと思います。香取先生、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

○香取座長：立川市医師会の香取でございます。ぜひ活発なご議論を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。本日は、初めに東京都より報告事項を2点まとめて説明を受けたいと思います。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」でございます。資料1をご覧ください。

在宅療養に関する意見交換の場として、この地域医療構想調整会議の下にこちらの会議を設置しております。

この資料は、今年度の日程や開催内容をお示しするものでございます。調整会議と同時平行で各圏域で行っておりまして、北多摩西部のほうは、開催日程欄の下から4段目ですが、12月19日（木）の開催を予定しております。

実施内容については、「在宅療養に関する地域の状況」をテーマにして、グループワークを実施しております。

ホームページで傍聴案内を出しているほか、会議資料とか会議録を順次公開してまいりますので、北多摩西部の議論についても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でも、連携に関する課題が、地域の課題として多く寄せられておりましたので、こうした課題を受けて、ICTを活用した取り組みに結びつけているのが、こちらのポータルサイトでございます。

ただ、まだ設計、開発段階でございまして、来年度の夏ごろに稼働できるように取り組みを進めておりますので、現時点では、今後このようなものが始まるということ、イメージとして共有できればと考えております。稼働の際には、説明会なども行わせていただく予定でございます。

内容についても簡単にご紹介させていただきます。こちらは、2つのツールで構成されておまして、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円滑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がございます。

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が、イメージがつきにくいかと思えますので、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などというものがあるものが、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をクリックすることで、移っていくことができるといったものになります。

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

説明は以上でございます。

○香取座長：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。よろしいでしょうか。

それでは、次の議事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

○香取座長：議題の「(1) 新公立病院改革プラン及び公的医療機関等 2025 プラン 具体的対応方針の再検証について」です。

それでは、東京都からご説明をよろしくお願いいたします。

○加藤（事務局）：それでは、資料3をご覧ください。

厚労省が、全国の公立・公的医療機関等を対象として、診療実績のデータを分析し、一定の基準を下回る医療機関を公表して、具体的な対応方針の再検証を要請しております、その内容を説明させていただきます。

こちらの圏域の中では、村山医療センターさんが再検証対象ということで、国のほうから指名をされたという状況ではありますが、この場では、まずは、国がこの分析を行った概要ということで、どんな考え方で行ったのかをご説明させていただくとともに、村山医療センターさんのほうに、国のデータ分析ではかれない、病院としての役割や特色などについてお話しただいて、地域の関係者の中で共有できればと思っております。

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という情報もございますので、そういった意味でも、まずは全体で現状について共有したいと考えております。

それでは、資料3の上の四角のほうをご覧くださいと思います。これまでの具体的対応方針に関する経緯を簡単にご説明いたします。

「新公立病院改革ガイドライン」と「公的医療機関等 2025 プラン」というのは、それぞれ国から、地域医療構想を踏まえた役割の明確化が必要ということで、地域医療構想調整会議での合意を得た上で、そのプランの中に2025年を見据えた具体的対応方針を盛り込むこととされております。

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

これまで、東京都では、17病院が新公立病院改革プラン、62病院が公的医療機関等2025プランを策定しておりまして、計79病院がプランを策定済みということでございます。

これらのプラン策定済みの79病院については、参考資料1でリスト化しておりますので、後ほど参考にいただければと思います。

厚労省では、全国の公立・公的医療機関等の2017年度の病床機能報告の結果と、2025年度の予定の病床数を比較しておりまして、2025年に向けた高度急性期、急性期の病床数の削減幅が非常にわずかであり、転換が思うように進んでいないということと、また、2017年度から2025年度に向けて、トータルの病床数が横ばいとなっていたことから、これらのプランの内容が地域医療構想の実現に沿ったものではないという判断をいたしました。

2枚目をご覧ください。こうしたことから、厚労省のほうでは、公立・公的医療機関等の役割が民間医療機関では担えないものに重点化されているかということを検証するため、平成29年度の病床機能報告の急性期医療に関する診療実績データを用いて、診療実績が少ない医療機関や近隣の医療機関と競合している医療機関を分析して、基準に該当する医療機関を抽出したところでございます。

次に、国が用いた分析の基準を、先に、このページの下の方の「再検証の基準」という項目をご覧ください。

「A」と「B」の2つの基準がございまして、左側の「A」の「診療実績が特に少ない」ということで、対象が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おられません。

一方、今回、国のほうで留意事項として、各医療機関が担う急性期機能や、そのために必要な病床数等について、再検証をお願いするものであるということとか、機械的に医療機関そのものの統廃合を含めた方向性を決めつけるものではないとも言っているところでございます。

次に、3枚目と4枚目をご覧ください。ここからは、この基準の適用によって、東京都の中で再検証の対象として公表された10の公立・公的医療機関のリストとなります。1枚目が区部の医療機関で、2枚目が多摩、島しょの医療機関になります。

左から、病院名、病床数、再検証対象該当理由ということで、また、都のほうで病院の特色として判断した部分を書かせていただいております。

この村山医療センターにつきましては、該当項目としては、「A」の診療実績が特に少ないということになってはいますが、先ほど申し上げたとおり、整形外科は評価外ということですので、この9項目だけでは評価できないということが、実際のところではあるかと思えます。

このあと、村山医療センターさんのほうから、資料3-2によって、自院が得意とする医療とか、地域の連携の状況などについて、この評価でははかれないことというのを中心に、プレゼンテーションをしていただきます。

なお、この件に関して、厚労省から都道府県に対して正式な通知や、「いつまでに何を行わなければいけない」ということは、まだ示されていない状況です。そうした状況ではございますが、まず、プレゼンテーションを通じて、この病院さんの役割や特色について、地域として共通認識を深めていきたいと考えているというのが、本日の趣旨でございます。

説明は以上でございます。

○香取座長：ありがとうございました。

ただいまの説明の内容について、ご質問、ご意見等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、再検証対象とされた病院から、自院の特色や地域での役割等についてご説明をお願いいたします。

○朝妻（独立行政法人国立病院機構村山医療センター）：村山医療センターの院長の朝妻でございます。資料3-2をご覧くださいと思います。

病床数は303床ですが、この中で、急性期は143床で、160床は慢性期でございます。

再検証の対象該当理由としましては、今お話がありましたように、「A」の「診療実績は特に少ない」とありますが、私どもは整形外科の診療が90%以上ですので、この尺度でいけば、当然、評価外ということになってしまいます。

⑤の公的資金の投入状況では、平成30年度実績としては、年間で3060万円ですが、一番下の「新病棟に係る院内感染対策施設整備補助金」に関しては、単年度ですので、今年度から助成金は、年間で1500万円余りということになります。

次に、「病院の特色について」でございます。

「1. 得意とする、重点的に取り組んでいる主な医療の内容」についてです。

まず1つ目としては、一般病院では対応が困難である骨・運動器疾患及び脊椎損傷に関する高度な医療を提供し、早期の社会復帰を目指したリハビリテーションに至るまでの一貫した医療を実施しています。

次のページの資料1、2をご覧ください。これは、脊椎、脊髄疾患の主な手術の実績で、都内の全ての病院を網羅しておりますが、当院は、多くの手術に対して、ほとんど1番、2番の実績がございます。

2つ目は、急性期における脊髄損傷、脊髄カリエス等の診療において、全国でトップレベルの実績を持っています。特に骨関節結核、脊椎カリエスについては、昭和25年から他に先駆けて診療を開始し、外科的治療の実績は日本有数です。

3つ目としては、急性期の全身管理及び損傷脊椎に対する治療に始まり、合併症治療、麻痺肢機能、再建手術並びにリハビリテーションプログラムの遂行を経て、社会復帰に至るまでの包括的治療システムによる医療を提供しています。

4つ目は、側弯症の手術治療実績は、日本有数です。これについては、資料3をご覧ください。この脊椎側弯症の手術は、都内で2番目の実績を有しております。

次に、「2. 地域の医療機関との連携の状況」についてです。

1つ目は、慶應大学病院等、高度専門医療を行う大学病院からの紹介を多く受け入れ、連携を図っています。資料4をご覧ください。

当院は、骨運動器を専門の一つとし、特に脊椎・脊髄疾患の手術件数は、令和元年見込みで年間1200件と、国内外でも稀有な病院です。腰部脊柱狭窄症や頸椎症、OPLLといった、一般的な病気ばかりでなく、脊髄損傷、脊椎カリエス、化膿性脊椎炎などの、治療の困難な患者さん、複雑な手術を要する患者さんは、全国から受け入れております。

ここで、表1と2をご覧ください。1のほうは、大学病院や公立・公的病院からの紹介患者さんの状況で、広範囲から多くの患者さんをご紹介いただいております。2は、一般病院、診療所、クリニックからの紹介の実績です。

資料4の日本地図を見ていただきますと、この色塗りをしてある、北は北海道、南は九州から、広い範囲から患者さんをご紹介いただいております。

2つ目は、近隣クリニック等から、整形・リハビリ等の限られた診療科にもかかわらず、年間2500件を超える紹介患者を受け入れております。

3つ目として、他院からの脊椎、脊髄の急性期疾患の依頼は100%受け入れ、脊髄損傷等の急性期手術を含め、治療診断を行っております。

次に、「3. その他、病院の特徴的な取組」についてです。

1つ目は、IPS細胞、HGFによる脊髄再生医療への臨床応用に向けての体制を整え、先進的医療及び臨床研究をさらに発展させ、関東地方における脊損センターとしての役割を担っております。

2つ目は、先ほど申しましたとおり、脊髄疾患を専門に実施しているため、5疾病5事業については専門外となっています。検証項目に骨運動器の特殊疾患が含まれていないため、専門領域の全てを網羅しておりませんので、正確な検証とは言えず、現状、実情を反映しておりません。

3つ目は、公表時の病床稼働率は80%とありますが、実際に我々が計算したところでは85%でありました。なぜこのような差が生じていたかの理由はわかりませんが、現時点では93.5%となっております。

4つ目として、ここには書いておりませんが、平成15年9月の時点で、病床数は380あったのが、30床返還しており、さらに、平成26年4月に、350床あった病床を47床返還しております。

その時点で77床返還ということで、十分なダウンサイジングを行っているということをご理解いただければと思います。

5つ目は、当院での専門性の急性期対象患者を他院で対応することは不可能であり、そのような観点から、当院の急性期は重要であり、必須であると考えております。

以上でございます。

○香取座長：ありがとうございました。

今のご説明に関して、ご質問、ご意見はございますでしょうか。

傍聴席のほうからも何かございましたら、挙手をお願いします。どうぞ。

○谷戸（独立行政法人国立病院機構村山医療センター）：村山医療センターの副院長の谷戸と申します。

今の院長のご説明につけ加えさせていただきたいと思います。この資料4の日本地図は、治療困難な3つの脊椎疾患の、脊髄損傷、脊椎カリエス、化膿性脊椎炎に限ったことですので、当然、一般的な脊椎の疾患に関しては、ほぼ日本全国から紹介を受けております。

これは、DPC上の病名から引いたデータなので、これだけの医療機関ですが、実際には非常に多くの患者さんを全国から受け入れております。

なお、今回の厚労省の発表で、「診療実績が少ない」と言われておりますが、患者さんから非常に多くの問い合わせが来て、「村山はつぶれるのではないか。そんなに診療実績が悪いのか」ということで、風評被害も甚だしいと思っております、非常に困っております。

この点に関してどうなんでしょうか。村山は今後変えていかないといけないのでしょうか。それをこの場で話していただくということだと思いますが、私としてはかなり憤慨しておりますので、よろしくお願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

風評被害ということですが、東京都のほうはどうお答えいただけるでしょうか。

○千葉課長：東京都としては、特にお答えすることはないのですが、厚労省が発表したことで、我々は説明を受けただけの立場ですので、

○谷戸（独立行政法人国立病院機構村山医療センター）：こういう話は、最初から都のほうに来なかったんですか。

○千葉課長：来てなかったです。

○谷戸（独立行政法人国立病院機構村山医療センター）：厚労省が勝手に進めたということですか。

○千葉課長：厚労省の専門家会議である地域医療構想ワーキンググループというのがありまして、そちらで延々この話をされていて、公開の会議でこういった項目で行われていました。

ただ、いつ公表になるのか、実際に病院名を出すのかということは、9月26日でしたか、その会議の中で話し合われて、その会議で出たということが報道されたということですので、我々もそのときの会議の内容まではわからなかったということです。

○谷戸（独立行政法人国立病院機構村山医療センター）：こういう形でやられてしまうと、我々はどういうふうにして、今の状況を改善しなければいけないのか。

実際にいくつかの市役所とかにも問い合わせが来ていると思いますし、患者さんは不安を覚えますし、「つぶれてしまうような病院に就職することはどうなんだろう」と考える看護師さんや職員の方も、実際に出てきていますので、早い時期に訂正していただけるように何とかならないかということ、非常に強く願っております。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかにはご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○三田村副座長（東京都病院協会・立川病院）：東京都病院協会の立場で出ております、立川病院の三田村です。

副座長の立場で、こういう発言をしていいかわかりませんが、私も、今回の公表については、非常に問題だと思っています。

先生方もおっしゃるように、そもそもこれを公表する必要があったのかどうかということはあると思いますね。「検証すべき」という発想はもちろんいいと思いますが、それが、地域に関わることであれば、まずは、その地域でそれを議論するというのが、やはり順番だろうと思います。

それを、全国的に発表して、何の意味があるのでしょうか。ある意味では、つるし上げみたいなイメージがあって、先生がおっしゃるように、患者さんだ

けではなくて、職員の方々への風評被害も本当に無視できないと思います。誰が取り返してくれるかというのは、本当に由々しき問題だと思っています。

それから、この病院の公的な存在意義ということに関しては、特にこういった整形外科の、脊椎、脊髄をやっている病院は、非常に限られていて、しかも、ローカルな話ではなくて、非常に広い範囲の患者さんを対象にしているわけですから、そういう病院が逆にないと困ってしまうということになります。

もちろん、そういう病院をたくさんつくと、お互いにやっていけない状況になりますが、数少ない病院がそういうところを担っていかないと、専門性を維持する上でも必要だろうと思っています。

ですから、そういうところに公的資金が投入されるのは全然悪いことではありませんし、むしろ、当然のことという気がしております。

したがって、そういう視点で見れば、今回のことは全く該当しないということと、公表自体が問題だったということ、私からの意見として申し上げます。

○香取座長：ありがとうございました。

これに関する議論を活発化しようというのが、この調整会議の趣旨でありますし、先ほど、東京都のほうからもそういうお話がありましたが、ここで、活発な議論をただけでは、何のための会議かわからなくなりますが、ここで出た議論の内容は、どうしたら上のほうというか、厚労省に届くのでしょうか。

この点について、東京都医師会の理事の先生、いかがでしょうか。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

厚労省の発表のあとの意見交換会に、私も行ってきました。そこでは、心から謝っていたのかどうかまではわかりませんが、厚労省は平謝りでした。

また、夏ぐらいにも、「こういうデータがあって、公表していきましょう」という話は聞いていましたが、そこでも、公表の仕方についてディスカッションがありました。

当然、公表の仕方によっては、多くの混乱をきたすだろうということは、容易に想像できたわけです。それについて質問している方がいて、それについて

厚労省は、そのときは何と答えたかという、「それはごもつともです。丁寧に説明していかないといけないと思います」と言っていました。

しかし、私からすれば、公表の仕方はとても丁寧とは言えないと思っているところです。

風評被害とかが実際に出ていて、新潟のある病院では、研修医のマッチングが、それまではフルマッチであったのが、1人しかマッチングできなかったということで、「一体どうしてくれるんだ」という意見を述べておられました。

この意見交換会を関東甲信越の範囲でやっていましたが、そこで出た意見は、特に東京以外からですが、「病院がつぶれてしまうじゃないか。どうしてくれるんだ」という意見が、かなり多くの先生方から出ていました。

厚労省の医療計画の担当課長が直接聞いていましたので、その辺、今後は慎重になっていくかどうかはわかりませんが、医療を提供している方々の窮状というのは、強く感じているはずだと思っております。

ちょっと話は変わりますが、せつかくですので、村山医療センターさんに多くのところからいただいているということなので、地域の方々からもご意見をいただけたらと思います。

否定的な意見が出るとは思っていませんが、例えば、この表を見ますと、災害医療センターさんが、紹介数が非常に多いですが、いかがでしょうか。

○宗田（国立病院機構災害医療センター）：災害医療センターの宗田です。

当院から、脊椎・脊髄疾患に関する治療を、村山医療センターにお願いするのは、患者さんのことを思えば、当然の選択という例も多いわけです。

この村山医療センターは、地域医療構想の中では、こういう見え方をするかもしれませんが、先ほどのご報告にあったように、非常に長い歴史を持つ、全国レベルの脊損センターという位置づけを、こういう乱暴な地域医療構想に当てはめた分析では無視していますので、こういった結果が出てきたのだと思います。

しかし、そういう乱暴な分析をしているにもかかわらず、いきなり公表してしまったということが、基本的に間違っていたと思っております。

急性期で非常に全身状態が悪いような患者さんに関しては、村山医療センターのほうから当院に紹介していただく例も、少なからずありますし、患者さん個々の治療の特性、患者さんが持っている背景を大事にして、よりよい医療をするということで、村山医療センターに背骨の患者さんをたくさん紹介するというのが、当然ありますので、地域として近いということもありますが、大変お世話になっているのが実情です。

○香取座長：ありがとうございました。

もう1人の理事の佐々木先生からもご意見をお伺いしたいと思います。

○佐々木理事：東京都医師会の地域医療担当となりました佐々木でございます。

私は、区中央部の座長もしております、この資料3の3枚目にあるように、東京都で再検証になった10病院のうちの4つが入っております。

こちらと同じように、脊椎を専門にやっていらっしゃる九段坂病院と、東京大学医科学研究所附属病院と、台東区立台東病院と、公的な病院の東京都済生会中央病院の4つです。

そこでも、同じような議論がありましたが、地域において自らがきちんと担っている役割を再検証して、この調整会議で再検証を十分行って、その担っている役割を十分果たしているんだというお墨付きを、ここで付けるのがすごく大事なことかと思っております。

それが、先ほどの「どういうふうにやっていけばいいのか」ということのお答えになると思いますので、この調整会議で、「この村山医療センターはこの地域において必要な医療を十分果たしているんだ」ということを、しっかり言っていただければいいと思っております。

○香取座長：ありがとうございました。

そういう声は、東京都から厚労省に行くのでしょうか。

○千葉課長：説明の中で少し触れさせていただきましたが、実を言いますと、まだ国から、「何をしろ」ということが全く来ていない状況です。

先ほども言いましたように、国の公開されている有識者会議での結果が、単に報道されただけというのが、現在のレベルということでございます。

役所的な話で申しわけありませんが、通常は、有識者会議の結果を厚労省が受けとめて、厚労省が機関決定をして、各都道府県に「こういうことをやりなさい」ということが、文書で通知され、それから、例えば、「何をいつまでに、どこまでやれ」ということの通知があるのですが、それがまだないという状況です。

ただ、国の有識者会議の中では、地域医療構想調整会議において議論を行って、意見交換をした上で、9月ぐらいまでに結果を出せというふうなことを、方向性としては言っていますので、それを踏まえた上で、我々は、今回、村山医療センターさんを含めて、こういったお話し合いの場を設けさせていただいたというような状況でございます。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかにはご質問、ご意見はありますか。

それでは、次の議事に進ませていただきます。

(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

○香取座長：(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、資料4をご覧ください。「東京都外来医療計画(案)」についてという資料でございます。

まず、「外来医療計画とは」ということで、今回の計画策定の経緯でございますが、平成30年の医療法の一部改正により、医療計画に定める事項として、新たに「外来医療に係る医療提供体制に関する事項」が追加されました。

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

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す。以降は3年ごとに見直しということで設定されております。

次に、1段下の項目をご覧ください。「外来医師偏在指標等の設定について」でございます。国の計画の策定ガイドラインの中では、二次保健医療圏が単位とされております。

また、「外来医師偏在指標」というものについてですが、これは、医師の性別・年齢分布及び患者の流出入等の要素を勘案した、人口10万人当たりの診療所の医師数に当たります。国のほうで、全国の全二次医療圏ごとに算出して、各都道府県に通知する仕組みとなっております。

この外来医師偏在指標の値が、全国には335の二次医療圏がございますが、その中で上位の33.3%、3分の1に該当する圏域が、「外来医師多数区域」という区分になります。

国は、この外来医師多数区域であることなどを、診療所の新規開業希望者に情報提供することで、開業希望者自身が、地域の競争状態などを判断して、別の場所で開業するとか、もしくは、開業する場合でも、地域で比較的不足している機能を担うといった行動変容を促していくということを目的としております。

ですので、診療所の方々の開業の自由が制限されるようなものではないという事は、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、こちらの北多摩西部という9つの圏域が外来医師多数区域とされています。

次に、資料4にお戻りいただきまして、「記載事項」についてご説明いたします。

都が考える外来医療計画では、二部構成での作成を予定しております。

上の段にあります「国が求める記載事項」を第1部として、下のほうの段の「都としての方向性」を第2部として、計画を策定していく予定です。

まず、第1部の「国が求める記載事項」ですが、内容は大きく2つございます。左側の「外来医療機能の偏在・不足等への対応」で、右側の「医療機器の効率的な活用」というものを、外来医療計画の記載事項として、国がガイドラインで示したものです。

「外来医療機能の偏在・不足等への対応」の内容をご覧ください。これは、設定された「外来医師偏在指標」と「外来医師多数区域」を、新規開業者等に情報提供すること。これが1点定められております。

また、二次保健医療圏ごとに不足する外来医療機能を検討ということ。これは、この資料には記載はないのですが、国の例示としては、休日夜間の初期救急、在宅医療、予防接種、学校医・産業医等の公衆衛生と、その他の医療機能という形で示されております。

また、今後新たに診療所を開設する際の協議の場の設置や、運営方法などを記載しなさいということとなっております。

次に、右のほうの「医療機器の効率的な活用」についての内容です。こちらは、医療機器の共同利用の促進を目的としておりまして、まず、医療機器の配置状況と保有状況等に関する情報の提供を行うこととされています。

そして、区域ごと、これは二次保健医療圏ごとになりますが、医療機器の共同利用の方針を定めることとされています。

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

ここまでの国のガイドラインに従って記載していく項目でございまして、あくまでもこの第1部のほうは現状を記載するものとなります。

第2部では、「都としての方向性」を、東京都地域医療構想で定めた、「東京の将来（2025年）の医療～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。

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、外来医療の方向性を打ち出していく予定です。

最後に、「検討体制」の項目ですが、この「外来医療計画」とともに、「医師確保計画」というものも、医療計画の一部として策定することとなっております。

これらの計画を一体的に検討していくために、外来医療計画と医師確保計画の策定プロジェクトチームという会議体をつくりまして、現在検討を進めているところです。

ここまで、計画の概要をご説明させていただきましたが、今回の調整会議では、資料の中ほどの、「国が求める記載事項」の「外来医療機能の偏在・不足等への対応」の中の2つ目の、「二次医療圏ごとに不足する外来医療提供機能の検討」という項目について、ご意見をいただいて、外来医療計画のほうに「地域の意見」ということで、計画に書き込んでいきたいと考えております。

資料5のほうで、本日お願いする具体的な内容についてご説明いたします。

まず、国の「ガイドライン上の記載」ですが、先ほど申し上げたとおり、この計画の趣旨は、個々の医師、開業希望者の行動変容を促して、外来医師の偏在の是正につなげていくといったことにございます。

まずは、地域で不足する外来医療機能について協議の場で検討を行い、その上で、外来医師多数区域で診療所の開業を希望する新規開業希望者に、その地域で不足する外来医療機能を担うことを求めるとされております。

そのため、今回の調整会議では、次の2つの項目についてご意見をちょうだいしたいと考えております。

まず「意見聴取」の1つ目の項目欄が、「日ごろ地域で感じる不足または過剰な外来医療機能」でございます。

ガイドライン上では、①夜間休日における初期救急医療、②在宅医療、③産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生関係、④その他ということで、不足する外来医療機能が例示されておりまして、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86ページ以降が、この北多摩西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、92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北多摩西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。

○香取座長：ありがとうございました。

今ご説明がありました内容について、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。肌感覚というか、非常に細かいことでもいいそうですから、いかがでしょうか。

この参考資料2の86ページを見ると、立川市は割と数字がいいですが、国分寺市は非常に少ないため、実は、国分寺市のほうから立川市医師会に対して、「国分寺市の医療も担ってくれないか」という要望もありましたので、その辺、国分寺市からいかがでしょうか。

○鈴木（国分寺市）：国分寺市の鈴木でございます。

国分寺市の場合、西側に医療機関が少ないという状況がございますので、特定健診の実施につきまして、市民から、立川市さんとの乗り入れを強く希望されております。

国分寺市のような面積が非常に狭い自治体では、市民の要望としてそういうことがあるということも、この場でお伝えさせていただければと思います。よろしく願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

座長の立場ですが、立川市の状況をお話しさせていただきますと、ことし、立川市医師会には12名の入会者がありました。

実際に開業するとなると、生活がかかっていますから、需要が十分あるだろうということで、判断されたのだと思います。数字を見ると、少ないところのほうがいいと思うんですが、実際は、立川市はまだまだ足りないだろうという見方がされているのかなとも考えられます。

ほかにいかがでしょうか。

北多摩西部医療圏でも、かなり北のほうではということで、鹿取先生、いかがでしょうか。

○鹿取（武蔵村山病院）：武蔵村山病院の鹿取です。

今の参考資料2の86ページの(3)の②の「外来患者延数」のところを見ていただきますと、武蔵村山市は非常に少ないです。そして、次のページの③の「外来施設数」では、これもこの圏域の中では最も少ないです。

つまり、64万人いる北多摩西部医療圏全体を俯瞰することも大事ですが、特に我々の市では、“医療過疎”の地域があると思っています。

開業医の先生も少しずつは増えていますが、かなり厳しい状況で、医師会の診療所は、常に患者さんがいっぱいという状況です。

うちの病院の外来患者さんは非常に多くて、年間で延べ22万人という数を受けております。実は、右肩上がりです。どんどん増えている状況ですが、私どもが特に心配しているのは、国が進める、病院と診療所の機能分化についてです。

これをかなりきちんと進めていくという方針ですが、それは、地域の状況によるんじゃないかということで、疑問を持ち、また、あせりもあります。

武蔵村山市で機能分化を進めろと言われて、例えば、診療所からの紹介状を取らない人は、お金を払わなければいけないというようなことが起きた場合、うちの病院は受け入れることが少なくなってくるでしょうが、地域でそれを支えられるかという問題があります。

先ほどお話があった“三位一体”の部分であると思いますが、かなり地域差があるのではないかと考えております。同じ東京都でもありますが、この北多

摩西部医療圏は、かなり北の部分と中央の部分と南の部分では、外来医療がかなりまだらな状態になっているような気がしています。

それから、そもそも、この地域医療構想でのこの話は、特に医師会の先生方にとって非常に大事な話だと思えますが、この会議は病院の先生方がほとんどですので、もっと外来医療の先生も交えて話をしていく必要があるのではないかと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

東京都からご発言がありますので、よろしくをお願いします。

○櫻井部長：例えば、患者さんの逆紹介ですとか、連携の問題について、どのような科が不足しているかというような話も、他の圏域では出ていましたので、こちらではどんな状況かをお伺いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○香取座長：それでは、高橋先生、お願いします。

○高橋（立川相互病院）：立川相互病院の高橋です。

実際に、私が実際の診療の中で、逆紹介、あるいは、どこかの外来に紹介する場合、どの科が不足しているかと言われると、すぐにはわかりませんが、まずは、外来の混雑具合とか、かかり辛さということが、地域の一定の状況を反映していると考えると、整形の患者さんはいくらでもいるというか、年を取れば、みんな患者さんになってしまいますから、足りないということは実感しております。

それから、先ほどの鹿取先生のお話のように、200床以上の病院に紹介状なしにかかる場合は初診料を5000円取るようにという話が、かなり具体化しつつあるように思います。

ただ、これは、科によって、例えば、内科であれば、クリニックも街の中に多いので、現実味があると思いますが、それ以外の科に関しては、病院でないと、外来を専門的にやっていないところも多いので、それを一律に5000円と言われると、患者さんも病院も困ってしまうのではないかと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

野地先生はいかがでしょうか。

○野地（東大和病院）：東大和病院の野地でございます。

東大和市を中心に医療を展開していますが、私は、循環器系ですが、逆紹介しても、かなり安定した状態でないと、すぐに戻ってきてしまうことになりま
すので、慢性的な心不全とかの場合は、なかなか逆紹介がしにくいところがあ
ります。

ですから、今後、この医療圏も含めてですが、これから高齢者がますます多
くなりますから、心不全とかの連携パスみたいなものを、うちでも考えている
ところです。

他科に関しては詳しいことはわかりませんが、循環器系ということでは、こ
のように日常では感じております。

○香取座長：ありがとうございました。

東京都医師会の佐々木先生、お願いします。

○佐々木（東京都医師会）：東京都医師会の佐々木です。

資料5の「項目1」で、「日ごろ地域で感じる不足または過剰な外来医療機
能」の例として、休日夜間の初期救急とか、在宅医療とか、産業医・学校医と
かが挙げられています。

それに関して、病院のほうで外来医療機能もやっているということになると、
その地域で、こういう公衆衛生的な医療機能をどこが果たしているのしょう
か。

それは充足しているのか、不足しているのか。それとも、病院のほうでも、
こういう公衆衛生的なことを十分やっておられるのでしょうか。誰が担ってい
て充足しているのか、あるいは、不足しているのかという点についてはいかが
でしょうか。

○香取座長：今のご質問に対して、鹿取先生、お願いします。

○鹿取（武蔵村山病院）：武蔵村山病院の鹿取です。

武蔵村山市で言えば、医師会の先生方はすごいです。全部をやっておられて、日ごろの診療プラスアルファがすごく大変な状況だと思います。

病院の機能としては、夜間の初期救急医療はやってますし、在宅医療の一部は手伝っています。学校医も、特殊科に関しては受けていますし、予防接種などは、小児に関しては非常にたくさん受けています。

これは、武蔵村山病院の特殊な実情であって、これらを病院がほとんど全部やっているという状況です。

ですから、地域によってかなり違うということですので、結論としては、「項目1」については、武蔵村山市に限って言えば全部足りないという言い方ができると思います。そもそも足りないということです。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、時間の都合もありますので、次の議事に進みます。

（3）新たな病床配分方法（案）の検討について

○香取座長：次は、（3）「新たな病床配分方法（案）の検討について」です。

今年度第1回の調整会議でも報告があった病床配分方法について、現在の検討に基づく配分方法（案）を東京都からご説明をいただきます。その後、東京都が提示した案について、皆さまからご意見をいただきたいと思いますので、東京都のほうからご説明をお願いいたします。

○事務局（加藤）：それでは、資料6をご覧ください。

資料の説明に入る前に、第1回の地域医療構想調整会議の際にお話をさせていただいたことを、口頭ベースで確認をさせていただきたいと思います。

今年度、病床配分の関係では、2点検討を行うというお話をさせていただいておりました。1点目が、本日お示しする病床配分方法についてで、もう1点は、基準病床数の見直し、これは再算定という意味ですが、それを行うということでございます。

この2点を今年度末までに取り組みを進めていって、来年度、令和2年度当初から、新しい病床配分方法と新しい基準病床数を皆さまに周知させていただいた上で、それに基づく病床配分の手続きを行っていくということでお話をさせていただいていたかと思えます。

その後のスケジュールとしても、年度当初から、概ね半年程度で申請の受け付けをしていき、今回は、関係者の方々の調整の期間を、「地域医療構想調整会議の中で、病床に関する議論を行うこと」とされていますが、その調整の期間を、最長で2年間ということを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。

私どもの検討案としては、「原則」はあくまでも、「二次保健医療圏単位での均等配分」という、従来どおりの考え方をベースにさせていただいております。

その上で、特定の医療機能に着目して、特例的な優先配分を行うというものといった形にしております。

具体的には、「特例配分(案)」のところをご覧くださいますと、特に重要な医療機能として、「災害医療体制」の整備に寄与する病床については、優先的に配分を行いたいというものでございます。

昨今、大きな台風によって水害や風害も多く発生しております。従来の地震対策に加えて、こういった風水害対策への対策も重要度を増している中で、東京都としても、災害に対応できる病院さんを増やし、また、既存の病院さんのほうでも、対応力を向上できるようにと考えております。

そのため、災害拠点病院とか災害拠点連携病院を目指す病院さんのほか、既に指定済みの病院さんのほうも、機能を向上させる場合に必要な病床を配分するというのが、私どもの案でございます。

もちろん、全ての数をということではなく、基準病床に基づく圏域の配分可能数の縛りがございますので、それを超えない範囲で、かつ、1病院当たり100床までが限度ということで、残余があれば均等配分ということを考えております。

また、各地域で災害医療機能の必要性とか、必要な病床数については、別途調整も必要と考えております。

今後、ほかの圏域の調整会議での議論を踏まえて、今年度末までに新たな病床配分方法ということで決定していき、来年度当初にお知らせできればと考えております。

私どもの案は、まだ細部にわたって作り込んでいるわけではございません。例えば、「圏域内で災害医療機能に関する申請が競合した場合はどうするのか」とか、「この圏域ではこうした機能も必要ではないか」といったような、細かいご意見でも結構ですので、何でもお気づきの点等のご意見をいただければと思っております。

続いて、資料7をご覧ください。

今年度第1回目の地域医療構想調整会議で、必要な医療機能についてグループワークを行った際の、各圏域の議論の状況とキーワードを、「到達点」としてまとめたものでございます。

こちらの北多摩西部については、資料7の2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。

急性期班と回復期班の2グループに分かれて実施していただきましたが、その際、急性期班からは、「全機能で不足している。精神科も足りない」。回復期班からは、「現状は適正であるが、将来的には回復期が不足するのではないか」ということで、不足する機能についての認識が異なりましたが、議論により認識を深めるまでには至っていないというのが、私どものまとめでございます。

先ほど、資料6で申し上げた病床配分の有無というのが、基準病床の縛りがございますので、病床配分の対象となるかどうか異なっております。

来年度、病床配分申請がある場合は、先ほどお話ししたとおり、地域の関係者の意見を深めるために、申請開始から最長で2年間、調整期間を取っております。

来年度の病床配分申請がある場合はそうですが、ない場合は、それ以外の機能分化、連携についての議論ということになりますが、こうした前回のグループワークにおける到達点というところが、次に向けての出発点としてのベースとなるかと思っておりますので、こうしたものを基に、地域の関係者の皆さままで内容を深めていただくことになるかと思っております。

ですので、今回の会議で、この内容をもって、皆さまに何かお願いするということはありませんが、今後の議論に向けて、資料7のほうで共通認識を深めて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。

○香取座長：ありがとうございました。

今のご説明について、ご質問、ご意見はありますでしょうか。どうぞ。

○鹿取（武蔵村山病院）：武蔵村山病院の鹿取です。

今のご説明の内容が余りわかっていないのですが、「従来どおり、原則、二次保健医療圏単位での均等配分」と書いてありますよね。

これは、そもそも、ベッドをどれだけ削減しなければいけないかという努力目標があって、それについての均等配分という意味でしょうか。

それから、「配分申請」とおっしゃいましたが、これはどういうことでしょうか。

この会議の最終的なゴールは、令和3年度までに、余っている急性期をみんなの痛みの中で、回復期のベッドに変えていくということだと理解しているのですが、なかなか言いにくいかもしれませんが、ストレートに言うと、そういうことではないかと思っています。

そういう話し合いの中でのこういう理解ということによろしいでしょうか。

○千葉課長：まず、この地域医療構想調整会議の位置づけですが、確かに、先生がおっしゃったとおり、全国的に見ると、急性期病床が多いということですので、将来に向けて多いとされている急性期病床を減らしていくために、例えば、公立病院の統廃合だとか、役割分担とかの話し合いを進めさせていただいているのが、地方の調整会議になると思います。

ただ、東京都におきましては、地域医療構想にも書いてありますが、「病床が余っている」とは書いてなくて、「東京はまだ不足している」という状況です。

東京以外にも、大阪とかいくつかありますが、そういう意味では、地域医療構想調整会議の目的がちよっと違うのではないかと考えておきまして、必ずしも病床を減らさないといけないとは思っておりません。

もちろん、もっと何千床の増やすのかということ、それもちよっと違うと思いますので、現在ある医療資源をどうやって活用していくかということの話し合いをさせていただきながら、前回のグループワークでも話し合いをしていただいたように、実際の圏域ごとに不足している医療機能は何かとか、その場合はどうしたらいいかなどについて、何年もかけて議論していただいているという状況でございます。

病床配分というのは、地域医療計画というものを都道府県でつくらないといけないことになっておきまして、それを二次保健医療圏ごとに病床数の上限、「ここまで病床開設許可を出します」という数を決めるのが、基準病床というものです。

通常ですと、地域医療計画をつくるたびに基準病床は改定しますが、東京都の場合には、まだ人口が伸びているということと、高齢化率がかなり進んでいるということで、今回、もう一度、計画期間内ではありますが、見直しをして、基準病床を改めましょうということでございます。

そして、この基準病床を改めたあとに、実際に開設許可を出させていただいている病床数の間に空白があった場合には、その空いている部分は、新たに申請していただいた医療機関さんには、病床をお配りするというのが「配分」になります。

○鹿取（武蔵村山病院）：アップなんですね。

○千葉課長：はい。

○鹿取（武蔵村山病院）：そうすると、災害医療体制があるところの病床はアップに関して、よりそういうことが認められるという話なんですか。

○千葉課長：はい。そうです。

例えば、ある地域が、基準病床が、計算上、次に500床となった場合、実際にはまだ300床しか開設許可を出していないときに、空きが200床ありますので、その200床を配分するわけですが、それを我々が押し付けるわけではなくて、各医療機関さんに申請していただきます。

例えば、200床空いているときに、「50床欲しい」という病院さんが4つあれば、50床ずつお配りするという感じです。

ただ、普通はいろいろな申請がありまして、「100床欲しい」とか「10床でいい」ということがあります。申請のあった病院さんに、一つずつ均等になるように配分するというのが「均等配分」という形になります。

それを今までやらせていただいていたのですが、それを原則とするのですが、その中で、例えば、4つの医療機関さんが申請したときに、1つだけ、「私のところは災害拠点病院で、災害拠点病院の機能アップを図りたい」というような申請があった場合は、優先配分しましょうというのが、今回の案でございます。

ですので、「均等配分」の前に「優先配分」をしてから、「均等配分」をしようというのが、今回の案でございます。

○鹿取（武蔵村山病院）：もう一度確認したいのですが、急性期と回復期の配分に関しては、余り考えていないということよろしいですか。

それとも、“本丸”はやはりそこにあるのか、その辺が全くわかりませんが、今のお話は初めてわかったのですが、アップの話をしていますよね。

アップの話は急性期でアップするとして、でも、配分の話はまた必要じゃないですか。必要だと思って、ずっとここに出ているのですが、急性期が余っていて、回復期が足りないということを、配分上散々見せられていて、「2025年の配分は、国がこういうふうに計算してきた」ということの中で、努力目標として提示されたと思うんですが、その配分の調整に関しては、余りやらないということによろしいのでしょうか。

○千葉課長：これまでもご議論いただいていた4つの機能ですが、資料7をご覧くださいければおわかりと思いますが、実際の病床機能報告と皆さま方が話し合いをさせていただいた結果を見ると、必ずしも病床機能報告どおりになっていなくて、急性期が多過ぎて、回復期が足りな過ぎるという議論には、どの地域もなっていません。

ですので、私どもは、急性期が余り過ぎているとか、回復期が足りな過ぎるとは、これまでの議論を通じて思っておりませんので、病床配分は、回復期を重点的に配分するとかいうつもりはございません。

○鹿取（武蔵村山病院）：わかりました。ありがとうございました。

○香取座長：ほかには、傍聴席も含めて、ご質問、ご意見等はありませんでしょうか。

よろしいでしょうか。

ないようでしたら、きょうの議題は終了といたします。活発なご議論をいただきありがとうございました。

最後に、この調整会議は情報を共有する場ですので、これだけは情報提供をしておきたいという方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思います。

4. 閉 会

○千葉課長：香取先生、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、関連して追加でご意見等がある場合には、お手元の「地域医療構想調整会議ご意見」という紙にご記入いただき、東京都医師会までご提出をお願いいたします。大変恐縮ですが、本日より2週間以内程度でご提出いただければ幸いです。

2点目。今後、医療機関さんがこれまで担ってきた機能を大きく変えることなどを予定されている場合には、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと考えております。ご希望の医療機関さんにおかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出をお願いいたします。

3点目、議事録でございます。本調整会議は公開でございますので、議事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきますので、よろしくをお願いいたします。

最後に4点目です。資料は全てお持ち帰りいただいて結構ですが、閲覧用の「地域医療構想」という冊子だけは、次回以降も使いますので、そのまま置いておいてください。よろしくをお願いいたします。

以上でございます。本日は大変貴重なご意見をたくさんいただきありがとうございました。以上をもちまして、地域医療構想調整会議を終了させていただきます。ありがとうございました。

(了)