

令和5年度

第1回東京都地域医療構想調整部会

会議録

令和5年8月31日

東京都保健医療局

(17時30分 開始)

○奈倉計画推進担当課長 定刻となりましたので、ただいまから令和5年度第1回東京都地域医療構想調整部会を開会いたします。委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。議事に入りますまでの間、私東京都保健医療局医療政策部計画推進担当課長奈倉が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式で執り行います。事前に送付しておりますWeb会議参加にあたっての注意点を一読いただき、ご参加いただけますようお願いいたします。

本日の資料につきましては、事前にメールで送付させていただいておりますので、ご準備をお願いいたします。

次に、今回委員の変更がございましたので、名簿の読上げの形にはなりますが、ご紹介させていただきたいと思っております。資料1 東京都地域医療構想調整部会委員名簿をご覧ください。

今回ご変更があった委員は、東京都歯科医師会副会長の北村委員でございます。

次に、東京都薬剤師会副会長の宮川委員でございます。

次に、東京都看護協会専務理事の野月委員でございます。

次に、特別区保健衛生主管部長会より品川区健康推進部長兼保健所長の阿部委員でございます。

最後に、東京都市福祉保健主管部長会よりあきる野市健康福祉部長の山田委員でございます。

続いて、本日の委員の皆様方の参加状況についてご報告させていただきます。

本日は新田委員、宮崎委員、野月委員、桃原委員、山口委員、樫山委員、進藤委員より欠席のご連絡を頂戴しております。また、本会議には委員の皆様方のほかに、東京都地域医療構想アドバイザーの一橋大学及び東京都医科歯科大学の先生方にもご出席いただいております。

次に、本日の会議の取扱いについてでございますが、親会である東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9に基づき、会議録及び会議に係る資料は原則として公開となります。ただし、委員の発議に出席委員の過半数で議決したときは会議または会議録を非公開とすることができます。本日の取扱いについてでございますが、公開とさせていただきたいと考えますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、これ以降の進行は、猪口部会長をお願いいたします。

○猪口部会長 猪口です。皆さん、遅い時間というか、エネルギーが切れるような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。

確認ですが、今日はTeamsでやっています、全ての皆さんの顔が見えていません。ですから、発言のときは手を上げるボタンか、直接声出していただいても結構ですから、発

言は活発にやってみましょう。よろしくお願いします。

会議次第に従いまして進めてまいります。最初の議事は、令和5年度第1回地域医療構想調整会議開催概要についてです。第1回目の地域医療構想調整会議の実施内容と議論の内容について、事務局から報告を受けたいと思います。

では、事務局からよろしくお願いします。

○事務局 それでは、資料3と資料4をお手元にご準備願います。まず、資料3をご覧ください。

本年度第1回目の医療構想調整会議の開催概要についてですが、資料の左側に記載のとおり、島しょを除く各圏域につきましては、6月22日から7月21日までの間、島しょ圏域につきましては書面にて開催をいたしました。

議事につきましては、資料の右側に記載のとおり、紹介受診重点医療機関を決めるための協議や、地域の外来医療提供体制に関する課題等についての意見交換、また2025年に向けた対応方針についての協議を実施いたしました。

詳細については、この後資料の4で説明させていただきます。

また、これら議事のほかに、報告事項といたしまして、非稼働病床の取扱い、医師の働き方改革、また、外来医療計画に関連する手続きの提出状況について、東京都から報告をいたしました。

調整会議の会議資料につきましては、保健医療局ホームページにおいて既に公開をしておりますので、ご参考ください。

続きまして、資料4をご覧ください。こちらは、資料の上段に調整会議における議事の概要、下段にその結果や主な意見などを記載しております。

まず議事の1つ目は、紹介受診重点医療機関につきまして、令和4年度の外来機能報告に基づき、紹介受診重点医療機関を決めるための協議を行いました。

協議にあたっては、圏域間で結果に大きな偏りが生じないように、各圏域共通の協議方針を案としてお示しさせていただき、ご賛同いただいた後にこの協議方針をベースに協議を行いました。

結果としましては、下段に記載のとおり、都の協議方針については基本的に賛成いただき、全ての圏域で協議が整いまして、別紙に記載の83の医療機関を保健医療局のホームページにおいて紹介受診重点医療機関として公表いたしました。当該ホームページは参考資料の2にお付けしておりますので、ご参考いただければと存じます。

また、次に議事の2つ目は、地域における外来医療提供体制に関する課題等についてです。

今年度は、外来医療計画の改定や紹介受診重点医療機関の制度が始まることなどを踏まえて意見交換を行いました。

主な意見としましては、資料の下段に記載しておりますが、特に逆紹介を進めるにあたっての課題が多く見受けられました。

課題としては、逆紹介先となる地域の医療機関の詳細な情報が不足している、また、複数

の診療科を受診している患者さんは、通院の利便性などからも逆紹介になかなか理解を示してもらえないので、患者の理解も必要となる、といったような意見が多くございました。

一方で、比較的円滑に逆紹介を進めることができているという意見もございまして、その取組としては、長い年月をかけて地域の医療機関と顔の見える連携関係を構築できている、連携室が中心となって地域の医療機関の情報を蓄積できている、また、地域の医療機関の情報を詳細に盛り込んだ冊子を有効に活用できている、といったものがございました。

最後に、議事の3つ目は、2025年に向けた対応方針につきまして、昨年度の第2回目の調整会議でも取り扱った議事でございます。

こちらは、各医療機関が2025年において担う予定の役割や病床数などについて、記載した対応方針について確認を行うものですが、今回につきましては昨年度の調整会議後に提出があったものや、その後変更があったものなどについて、昨年度同様に各圏域において確認をし、結果としましては各医療機関の対応を尊重する形で合意をいたしました。

資料についての説明は以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

この会議に座長として会議に参加された藤田委員、田村委員が出席されております。先ほどの事務局の報告に加えて、実際会を取りまとめた感想やご意見をいただけますでしょうか。

まず、区中央部の座長をなさっていた藤田委員、お願いいたします。

○藤田委員 区中央部を担当しております港区医師会の藤田です。よろしくお願いします。

紹介受診重点医療機関になる意向がある医療機関は概ね認定されましたが、2022年7月、コロナ第7波のため基準水準を満たさず認定されなかった医療機関があり、地域医療に対する常日頃の貢献に配慮して、今回の協議の場で可及的速やかに認定されることが望まれます。

また、外来医療提供体制についてですが、高度急性期病院、急性期病院からの逆紹介に関しては、様々な地域医療連携の場を通じて、顔の見える医療連携が医療ソーシャルワーカーを中心に整備されつつあります。

ただ、現状満足している患者さんにとっては、どうして通院している医療機関を変更しなくてはいけないのか、また、複数疾患を抱える患者さんの紹介先を探すことが難しいこと、あるいは難しいために逆紹介業務自体が外来診療の負担増大になってしまい、外来医師のモチベーションが上がらないところにも問題があり、何のための逆紹介なのか、どうして逆紹介が必要なのか、地域医療構想の中での位置づけなど、啓発活動が必要と考えます。

2025年に向けた対応方針ですが、各医療機関の意向を尊重することでコンセンサスが得られています。ただ、2025年の医療ニーズは地域医療計画が始まった当初の予想から変化している可能性があり、柔軟な対応が必要となりそうです。

以上ご報告いたします。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。では、アメリカから南多摩の座長の田村委

員、お願いいたします。

○田村委員 田村です。ここで話が、今ニューヨークの近くにいるんですが、議論に参加できるというのはすごいなと思っています。

南多摩の議論の内容は、今藤田先生がお話くださったこととほぼ共通しています。紹介重点医療機関の選定については、次回は1か月だけではなくて、もう少し長いタームでみてほしいという話、それから逆紹介の話ですが、これも藤田委員の話と共通の話が出ております。

一つは患者さんが逆紹介を勧められても首を縦に振らないといったケースが結構ありまして、それはなぜだろうということをもう掘り下げていかないと、強引に医療機関だけの事情で逆紹介を進めようとしても、うまくいかないのじゃないかと思えます。

それと、逆紹介されても紹介先が今までのかかりつけとはまた別のところだったりしますと、特に多摩市は高齢者が非常に多くて、近くに医院がない団地に住んでいる高齢者などは実際に行くことができない。これは逆紹介だけではなくて、そこのかかりつけ医が高齢で引退してしまった場合には、その地区に医者がいなくなるという、逆紹介だけの問題ではなくて、今後の地域の医療の体制について大きな問題が出てくるなというような指摘もありました。

○猪口部会長 ありがとうございます。ニューヨークのそばということを感じないぐらいよく聞こえています。

田村委員から話がありましたが、僕も今回はほとんどの会議をオブザーブしたんですが、似たような意見確かに多かったと思います。会議に参加されていた委員の中でそのほかご発言があるようでしたら、お願いしたいと思います。

土谷委員、お願いします。

○土谷委員長 東京都医師会の土谷です。私も参加していたところですが、私からは3つほどお話したいと思います。

1つは、今回の紹介受診重点医療機関の話を進めるにあたっては、今まで日本の医療制度の中で皆保険とか、フリーアクセスとか、国際的に特徴づけられるものがいくつかあるわけですが、その中、この紹介受診重点医療機関の話は、フリーアクセスの見方によっては制限するという話だったので、そのあたりで話合いが難しかったなというところがありました。

その辺が議論が深まらなかったポイントかなと思うんですが、今後こういったことを進めていかなきゃいけないので、通過しなければいけない課題かと思えます。

もう1つは、調整会議中に「紹介重点医療機関になりたいです」という医療機関がいくつかありました。つまり国の政策の理解というのは、別にその医療機関が劣っているというわけじゃないんですが、なかなか制度を理解するのは難しいし、それが広がっていくのにも時間がかかるだろうなと思いましたので、国の制度の理解に課題かと思いました。

3つ目としては、いくつか区中央部でもあった話ですが、みんな話して決めようという話が協議事項ではあったんですが、紹介受診重点医療機関につきましては、割と議論の幅が

狭まっていて、ほぼ提案どおりの話になってしまったということで、協議といいながら協議できてないじゃないかというご意見がありましたので、そのあたりもは課題かと感じました。

私からあともう一つ加えるとすれば、逆紹介が今後課題になっていくだろうというのは、紹介診療所から病院への紹介は今後どんどん進んでいく、今までどおりやっていけばできるんだろうと思うんですが、先ほど最初に話しましたフリーアクセスを制限するという観点からみると、逆紹介というのは難しい話かと思います。

だから、これは今までどおりやっても進むわけじゃないので、何かしらみんなが意識していかないと進まない話だと思いました。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

ほかにご意見はございますか。

田村委員、どうぞ。

○田村委員 逆紹介が進まないという点についての話です。

患者さんの立場から言いますと、例えば、循環器専門医にかかっている患者さんが、B型慢性肝炎を持っていて、それについては病院の肝臓専門医に診てもらったというケースで、そのB型肝炎についても開業医に逆紹介しようということになると、B型肝炎の場合には免疫抑制系の特殊な薬を使っていますので、肝炎を診ていない先生には無理だと思うので、別のドクターに肝臓専門医の開業医に紹介することになりますね。

その一方で、肝臓がんの発生とかを定期的に診ないといけないので、エコーとかMRIとかができる病院との関係もつながらなきゃいけないので、つながりが二つか三つに増えるわけです。

こういう状況になることについては、患者さんはきっと歓迎しないと思うので、では、どうしたらいいかということになります。

なかなか強引に勧められないということもありますし、そういった観点で言うと、例えば、病院にその肝臓専門医が週に1日、あるいは月に2回、病院の非常勤として外来の診療をすれば、患者さんは別に通院先を変えなくても済むわけですよ。

実際に南多摩地区では、多摩南中央病院に開業医の専門医が、何人か外来の非常勤として入っておりまして、それで患者さんの便宜をはかり、病院機能も充実させるということができています。

ですので、今の土谷先生の話で、フリーアクセスを制限すると、つまり、かかりたいところを自分で選ぶことができないんだよという話を、ゆっくりとでも進めるとするのであれば、医療サービスを提供する側もどうしたら患者さんにとってかかりやすい医療サービスを提供できるだろうかという観点で、医療サービスの提供者が我々も行動変容していかなきゃいけない。

そういったことがこれからあり得るんじゃないかと思います。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。なかなか鋭いご提案だと思いますし、働き

方改革とかいろいろあるし、どこまでということもあります。

それから、僕は思ったのは、そういう逆紹介が非常にしづらい例を、その逆紹介率の分母から引くという手もあると思います。

計算の仕方をこう考えるという手もあるんじゃないかとは思いましたが、患者さんにとってどっちが幸せなのかということを考えながら、いろいろな判断をすればどうかと、話を聞きながら思いました。

渡邊委員、お願いします。

○渡邊委員 中野区医師会では参加していないんですが、私も区西部の座長をさせていただきました。

それで、今回我々の地域では、区西部の病院の先生に、今回、紹介受診重点医療機関になりましたねという話をさせていただいたんですが、「それは何ですか」というようなご質問をいただいたりとかしました。

大学病院ですが、教授のレベルでそういったことが浸透していなくて、もう既に始まっているというのはいかがなものかと若干思いました。

各病院さんの中でも外来を担当している先生達が、この紹介受診重点医療機関において逆紹介の問題をしている以前に、内容を知っていないと、逆紹介をする以前の段階にあるんじゃないかというふうなところがあります。

これはどういうものですかというと、大学病院みたいなところだと逆紹介率が低くなってしまいう上に、各先生方が一生懸命やっていたかかないと、このシステム自身が以前の問題になってしまうんじゃないかと思うので、外来を担当している先生方に、逆紹介というものを各病院さんはどのように先生方に伝えているのかというのが、少し気になりました。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

この紹介受診重点医療機関の制度は、公表されたけれども、診療報酬的な扱いはもう始まっているんですか。

○事務局 はい。公表の日から始まっております。

○猪口部会長 今の話の大学病院と地域医療支援病院はほぼもう既にそういう状態になっているから、余りドクターたちはそれを意識しないで動いている可能性はあると思いますが、これに関しては、認められた上で、組織内で周知するという準備が非常に難しかったんだろうと思うんですよ。

今後きちんと、おっしゃるとおり、それぞれの紹介受診重点医療機関は、組織内のドクターたち、それから職員に徹底していく必要があると思います。

先生、どうもありがとうございます。そのとおりだろうと思います。

ほかにどうでしょうか。

僕は、病院経営者の立場からすると、この紹介受診重点医療機関になったほうがいいのか、ならないほうがいいのかというのは、実をいうと判断つかなかったんです。

今後これが国にとって、それから東京都にとって、医療人にとっても、それから患者さん

達にとって、いい政策だということだとするならば、その病院の経営状況だとか、それから患者さんが本当に増えているのかとか、そういうようなベンチマーク、指標がきちんと公表されるべきじゃないかと思います。

そうじゃないと、これになるべきかならないか分からないですよ。よく言われているのは、フリーアクセスを制限すると、土谷先生おっしゃったけれども、街の病院にとっては、フリーアクセスで来てくれているから助かったのに、来なくなっちゃうんだと話になってしまうと、もう大問題ですよ。

だから、この良し悪しというものが分かるようにしていただくというのは、すごく大事な話じゃないかと思うんですが、どうですか。

ほかに意見があれば、病院経営者も結構入っていると思うんですが。

渡邊委員、お願いします。

○渡邊委員 中野区で同じ意見を聞きました。

○猪口部会長 なるほど、ありがとうございます。

では、続いて、内藤委員、お願いします。

○内藤委員 内藤です。まさに今猪口先生が言ったとおりで、これを議論している最中からも、実際問題、私のような小さな病院はもう全く論外だと思うんですが、以前にも逆紹介ということで、随分前に、日赤等の大きな病院の負担を減らすということで、外来を減らすということで、逆紹介をすごく言っていたときがあったんですが、そのときには明らかに外来が減って経営的には非常に厳しいということで、元に戻したという経緯のある病院もありました。

ですから、今回の場合は診療報酬のこともありますので、一概に悪いと言いませんが、まさにどうなるか分からない中で飛び込んでいくというのは、特に規模の大きい病院にとってみれば、経営に大きな打撃があるかどうか分かりません。

場合によっては、勤務している先生方に大きな負担をかけるということも出てくると思いますので、まさに検証していくといいですか、見守っていくということをしていかないと、いいかどうか判断できないと思っていました。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

1年後もう一度募集して認定していくというようなことのようなので、その間にデータがきちんと出てくるとありがたいですよ。それは提案としていきたいと思います。

ほかにありますか。

なければ、次に行きたいと思いますが、よろしいですか。

では、次の、2の東京都外来医療計画の改定についてです。

令和2年3月に策定した東京都外来医療計画につきましては、計画期間が令和5年度までであることから、今年度改定をすることとなっております。

まずは、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料の5-1から5-3をお手元にご準備願います。まず資料の5-1

1をご覧ください。

外来医療計画とは、平成30年の改正医療法に基づいて医療計画の一部として外来医療提供体制確保の方策を定めた計画です。

国の基本的な考え方としては、国が全国ベースで統一的、客観的に算出した外来医師偏在指標により、外来医師の多数区域を設定し、外来医師の偏在是正を図るところでございます。

現行の計画は、令和2年度から令和5年度までの4年間ではありますが、今年度の改正後は令和6年度からは3年ごとに見直しを行うこととなっております。

今回の主な改定のポイントとしては、紹介受診重点医療機関を明確化することであり、その役割も踏まえて、外来医療提供体制のあり方について検討することとされております。

改定のスケジュールにつきましては、本日の第1回調整部会におきまして骨子を検討させていただき、次回第2回目の調整部会で素案の検討、そして保健医療計画と一体的にパブリックコメント等を実施した後、第3回目の調整部会で改定案のご報告という流れを予定してございます。

次に、資料5-2をご覧ください。こちらは外来医療提供体制に関して、今年度第1回目の地域医療構想調整会議の中で出た意見を改めてまとめたものです。

今回の調整会議にあたりましては、事前の調査も実施いたしましたので、その中でお伺いした意見も掲載しております。

こちらは、視点①地域の外来医療全体に関する課題につきましては、産科や小児科など、特に夜間休日に救急対応が必要になることが多い診療科の体制が不十分である。また、開業医の高齢化や医師の働き方改革などにより、初期救急医療の提供体制への影響が懸念される。また、全身疾患や認知症のある高齢者の急変時の受け入れ先の問題、特にキーパーソン不在の場合の対応が困難である、といったような意見が、多くの圏域において見受けられました。

視点②につきましては、先ほどの資料4と重複しますので、ここでの説明は割愛させていただきます。

最後に、そのほかに出た意見としましては、移動手段がなく、そもそも受診がなかなか困難な高齢者が今後増加してくることが予想されるので、受診、受療の機会をそういった方々に提供する体制の検討が今後必要になってくるのではないかとといったような意見や、外来医師の自主的な行動変容を促すための情報としては、こちらの資料に記載のようなデータが有用ではないかといった意見がございました。

次に、資料5-3をご覧ください。こちらに外来医療計画の改定の骨子案をまとめてございます。

2ページ目のスライドでは、改めて外来医療計画の概要を記載してございます。資料の下端で医療計画における外来医療計画の位置づけについて、国資料の抜粋ですが示しております。

外来医療に関しましては、資料右下の赤枠の四角囲みに記されておりますとおり、外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めるものとさせていただきます。

次に、3ページ目では、国がガイドラインにおいて計画に記載を求める主な事項をまとめてさせていただきます。

基本的には現行の計画を作成したときと同様ですが、今回追加となったポイントとしましては、先ほども申したとおり、赤字で記載されております紹介受診重点医療機関を明確化し、関連する情報を記載するとさせていただきます。

次に、これらを踏まえまして、資料4ページ目で計画の構成について記載させていただきます。

計画の構成として、現行の計画から再構成するポイントは上段に3点記載しております。

今回、東京都保健医療計画と一体化して改定することから、基本的な構成をそろえること、また外来医療計画として国が記載を求める事項に特化していくこと、また、東京の保健医療をめぐる現状や圏域ごとの状況、すなわち様々なデータの的な情報につきましては、保健医療計画と一体的にまとめるということの3点でございます。

以上を踏まえまして、目次の改定案を資料の下段に記載しております。

改定案としては、まず1に外来医療計画の概要等を記載し、具体的な事項としては柱を2つ掲げまして、2-1として外来医療の明確化、連携。2-2として医療機器の効率的な活用を、保健医療計画の基本的な構成に揃えて、現状とこれまでの取組、課題と取組の方向性の形で記載することとしてございます。

次に、5ページ目では、現行の計画において第2部として記載しているものの取扱いについて整理しております。

現行計画の第2部では、地域医療構想の4つの柱に従い、5疾病5事業等における取組などを記載しておりますが、これらにつきましては、資料下段の四角囲みの記載のとおり、今回保健医療計画に一体化することによって、各疾病事業等のそれぞれの事項において包含されるため、外来医療計画として再度掲載することはしないという整理にしたいと思っております。

また、各疾病事業等において直接的な対応がない、かかりつけ医機能の充実につきましては、本外来医療計画の外来医療機能の明確化や連携の項目において、国の動向を注視しながら適切に対応していく旨を記載したいと思っております。

また、次期計画に向けた課題として、区市町村単位や診療科別などの情報についても同様に、外来医療機能の明確化や連携の項目において記載してまいりたいと思っております。

以上を踏まえまして、6ページと7ページにおいて骨子案を記載しております。

1つ目は、外来医療機能の明確化連携につきましてですが、こちらの現状欄に記載しているもののデータにつきましては、参考資料の8に表やグラフなどで記載しておりますので、併せてご確認いただけますと幸いです。

現状としては、国が定める外来医師偏在指標による外来医師の多数区域は、都内13区域

のうち9区域が該当しております。

具体的には、区部の全域と北多摩南部及び島しょ圏域が該当しており、これは現行計画作成時における状況と同様でございます。

また、国の推計上、少なくとも2045年までは、都内における外来患者は増加が見込まれております。そして、外来診療所の従事医師と外来診療所の数につきましては、総数及び人口10万人当たりの数、いずれもともに増加傾向でございます。

これまでの取組ですが、外来医師多数区域に限ることなく、都におきましては都内全域で新たに診療所を開設する際には、地域医療への協力を要請し、その協力意向の状況を地域の協議の場、具体的には地域医療構想調整会議の中で確認をしております。

また、二次保健医療計画ごとの医療の状況につきましては、グラフやマッピングなどにより情報提供しているほか、今年度は地域の協議の場における協議を踏まえまして、83の紹介受診重点医療機関を公表しております。

課題として、引き続きとなりますが、外来医療を担う医師の自主的な行動変容を促すということと、地域における外来医療機能について明確化し、連携に向けた継続的な協議を実施していくことが必要でございます。

今後の方向性として、主なものとしては、引き続き全ての圏域で新規開業希望者に地域医療への協力を要請していくこと、区市町村単位及び診療科別の外来機能の現状詳細に分析し可視化をしていくこと、また、紹介受診重点医療機関につきましては、毎年度の外来機能報告に基づきまして、協議・公表を行い、紹介と逆紹介の流れを円滑に明確化していくこと、また、地域の協議の場を活用し、外来医療機能の明確化や連携に向けた協議を継続的に実施していくこと、最後に、かかりつけ医機能に関しましては、国の動向を注視して適切に対応していくこと、としてございます。

目標としましては、地域における外来医療機能が明確化され、関係機関の間の適切な連携により、地域に必要な外来医療の提供体制を確保することとしております。

評価指標につきましては、地域によって外来医療に係る状況はそれぞれ異なることから、一律の評価指標はなかなか設定がしがたく、それぞれの地域の実情に応じて協議の場において協議を実施していくこととし、評価指標としては設定をしないということとしてございます。

次に、7ページは医療機器の効率的な活用についてでございますが、現状としては人口10万人当たりの各高額医療機器の台数について、全国の平均の値と比較で記載しております。

こちらの数値につきましては、国から最新のデータがまだ届いておりませんので、現行計画を策定した際の数値を参考として記載しております。

これまでの取組ですが、新規に高額医療機器を導入する医療機関に対して、共同利用計画書の提出を求め、地域の協議の場で確認をしております。また、医療機器の共同利用方針をこちらに記載のとおりまとめてございます。

課題としては、医療機器の共同利用を引き続き進め、医療資源を効率的に活用する必要があるとしておりまして、今後の方向性としては、医療機器の配置状況や保有状況などについて可視化していくこと。

また、引き続き新規に高額な医療機器を導入する医療機関に対しましては、医療機器の共同利用計画書の提出を求め、地域の協議の場において確認すること。

また、協議共同利用方針に沿った共同利用を引き続き各医療機関に求めていくこととしてございます。

目標としましては、医療機器の共同利用を進め、効率的な医療提供体制を構築することで、評価指標としましては、先ほどと同様に設定しないこととしてございます。

最後に、8ページ目は参考としまして、国が今後こちらの資料に記載のようなデータを都道府県に送付するとしておりますので、送付され次第データを確認し、活用可能なものにつきましては本計画などにおいて可視化をしていきたいと思っております。

説明は以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

ただいま説明がありましたとおり、外来医療計画については、保健医療計画に一体化して改定を行っていくということです。

計画の柱としては、外来医療機能の明確化、連携と医療機器の効率的な活用の2本立てということですが、東京の外来医療の医療提供体制の確保に向けて、委員の皆様幅広くご意見をいただければと思います。

いかがでしょうか。今の説明を聞いてご意見があればお願いします。

土谷委員、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。外来医療計画についてですが、全国的にはもう外来の数が減ってきているところで、東京はまだまだ増えるので、そういった点では地域医療構想と同じ、病床の話と一緒になるんですが、東京はまだ外来の医療需要が増えるというところで、道府県と向きが違う話かと思えます。

東京は医師多数地域と言われるんですが、問題は医者数であって、診療科別の話とかはそこまで踏み込んで話をするのはすごく難しいことになるというのは分かります。

分かるけれども、診療科の偏りをみないことには、コントロールできているかどうかというのは難しいんじゃないのかと思うんです。

ただ、病院よりも市場原理は働きやすいのかと思います。市場原理というのは、患者さんが少ないところには開業しない。事前に調査して、自分のところが経営が成り立つのかどうか考えながら開業すると思えますので、そういった点では患者が少ないところには開業しないでしょうし、多いところに医療事情に合わせて、医療の供給体制が変わっていくだろうと思うんですが、なかなか計画を立てて計画どおりに進んだかどうかとなるのは、東京ではまだ難しいかと思えます。

私から願うところとすれば、地域医療への貢献ということですが。

具体的にはどうなるかという、それぞれの医療機関が役割分担をして、ちゃんと連携していくということですが、こういう計画を立てると、静的な数字は定量的な何件あるのかというのがあるんですが、連携の指標、ダイナミックなものにとらえる指標を取るのなかなか難しいなと思うんです。

だから、数は分かるけれども、連携が進んだかどうかというのを推しはかるのは、そこが見たいわけですが、そこは難しいなと感じています。

だから、どうなるという話じゃないんですが、感想めいた話です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

例えば、資料5-3の6ページ、今後の方向性というところで言うと、ポチの3は、診療科別の外来機能の現状を詳細に分析し、可視化とあるんです。

だから、医師の数だけじゃなくて、診療科目別の詳細な分析を行ってくれるということがいいんですかね。それを基に協議をすると書いてあるんですが、

○土谷委員 そうか、書いてあるんですね。でも、できるのかということですね。

○事務局 事務局の計画推進担当課長の奈倉でございます。なかなかデータとして示すのは、土谷先生がおっしゃるとおり、非常に難しいところはございます。

ただ、何もお示ししない中でお話いただくのも難しいところかと思っておりますので、既存の医療の基本的な情報提供制度に基づきまして、ご報告いただいているデータ等は、東京都でももちろん保有しておりますので、そういうもので活用できるものを使いながら、まずはできるところからやっていきたいと思っております。

あわせて、ご案内のように、かかりつけ医機能報告制度が国で検討されておりました、現行の外来機能報告制度につきましても、病院有床診療所を対象にご報告いただいているところですが、かかりつけ医機能報告制度が創設されますと、今度は診療所におかれましてもご報告いただくような形になると、そのときにそれはまさに病床機能報告等でやってきた見える化と同じような目的かと思っておりますので、そこが始まりますと、今よりは少し議論できるようなものがうまく出てくるようになるかと思っております。

そちらが令和7年度ですので、2025年度に報告をしたデータを基に令和8年度、次の外来医療計画を見直す際に使っていくと聞いておりますので、そのときに本格的な外来の議論というのができるようになるのかと考えてございます。

引き続きよろしくお願いたします。

○猪口部会長 今のところでご意見はありますか。

こっちの現場のほうだけで話をしてもとは思いますが、データの可視化ということだと、例えばエクセルで「こういうデータ出ていますよ」じゃなくて、地図に落としてもらうとか、色分けをすとか、何かそういう可視化という意味で言うと、本当は分かりやすくするというところだから、そういうようなものをつくってもらいたいななんていう希望が僕としてはあります。

さらに、協議の場というのは、二次医療圏の調整会議というのだと協議できないかなと思

います。

ここにいらっしゃる地区医師会レベルでしっかり話し合う、地区医師会で主催して運営してもらうのかもしれないけれども、この外来医療計画の機能の一つとしてそういう会議みたいのがあるというに進みそうだと思うんです。

これは僕の希望として言っているだけですが、委員の方たちから「こうしたらいいよ」みたいな意見があるようだったら、具体化するかと思うんですが、どうですか。

石川先生、お願いします。

○石川委員 石川です。今、データの活用とか、様々な資料の作成のところでお話がありましたが、本日の資料の5-3の最後のページにも書かれていますが、国側から診療所等に関するデータも返ってくるということが想定されているようです。

少なくとも、地方医務局が持っている保健医療機関の届出の情報に従いまして、診療科等のデータというのがあって、これは戻ってくるのと同時に、今後は医療機能情報提供制度自体が各都道府県運営ではなくて全国運営システム化されますので、そういったデータも含めて返ってくる形になるだろうと思います。

そうした意味では、各医療機関の皆様から提供されている情報に従って、今までこれがかなか活用が難しかった部分が、少し国を仲介としながら活用可能な形になってくるということで、ご理解いただければと思います。

ただ、今回の外来医療計画の策定自体、今年度中にどこまでのデータが来るのかについて、私もまだ厚労省から見通しが来ていないところなので、ぜひ調整しながら、どんなデータが8ページから出てくるか、順番時期等に関して調整していただければと思います。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

DPCデータとか、それからNDBを利用したような感じで、例えば、診療所ごとの科目じゃなくて、扱っている疾患分類かでその特性が出てくるようなまで期待できないですかね、きっと。

○石川委員 残念ながら、特にまずDPCに関しましては、今年の10月から外来データ提出加算というのもあったりして、一部そういったものが使えるようになると思いますが、これは間に合わないと思います。

また、NDBのデータに関しましては、原則として第三者目的外利用の際に医療機関名を明らかにするような集計というのができないとなっていること。

それから、二次医療圏等の集計において、医療機関の数に集計上の制約があったりしますので、特別集計を依頼することは可能かもしれませんが、なかなか先生方が期待されるようなものというのは、特にNDBのデータからは引き出してくるのが難しいかと思っていますところでは。

○猪口部会長 そうですか。ありがとうございます。

田村委員、どうぞ。

○田村委員 データを集めて見える化するということによって、先ほど土谷先生が言われ

た市場原理によって、過不足が少し修正されるということは、一面ではまさにそのとおりだ
と思うんです。

ただ、そういう市場原理に任せると、ますます置いていかれる部分というのがありまして、
それは高齢者医療だと思うんです。

実際に、高齢者を診療すると高い診療報酬がいただけるという形で、特に在宅は点数が高
いものがついていますので、そこに特化した医療機関ができてきていますが、在宅には至ら
ないけれども疾患をたくさん持って、しかも通院が困難で、なかなか外来に来て時間
がかかるという患者さんは、実際に現場から見ると、そここのところに集中して診療所
を運営しようと、市場原理がそういうふうを示さない部分があると思うんです。

そういう方が置いていかれる。集中的に住んでいるところで主治医がいなくなったとこ
ろに若い先生は加入しないんです。

これは、先ほどの市場原理からすると、ある意味当然の帰結なわけですから、そういった
ことを含めて、どうしなきゃいけないのかということ、こういう場を含めて、考えていか
なきゃいけないと思います。

地区医師会の中でも、「それは困ったね」というそういう問題意識を共有できてはいるん
ですが、アクションがなかなか地区医師会レベルではできない。そんな現状もありますので、
今後の検討課題として、そういった視点もぜひ持っていただきたいと思います。

○猪口部会長 貴重なご意見をどうもありがとうございます。

取り残されていく可能性のある患者さんたちはどういう患者さんたちで、それはどうい
うふうに数を拾っていけばいいのか、そしてどうやって解決するのかという、非常に難しい
課題をいただいたようですが、確かに何とか考えなきゃいけないことですよね。

これをまた計画にどうやって盛り込むかという話にもなると本当に大変ですが、でもま
さしく大事なところだと思います。

ほかに意見はございますか。藤田委員、お願いします。

○藤田委員 「区単位で少し話をしたほうがいいんじゃないか」というような話が出ました。
例えば区中央部だと、地域医療構想調整会議にどうしても漏れてしまう医療機関、特に病院
でも出てきますので、少し本当に分科会というような形で、各区単位で開催するというのは
いいのかと感じました。

○猪口部会長 応援ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

では、とりあえずこの項目に関しては一度段落をつけておいて、次に行きましょうか。最
後にいろいろ話し合ってもいいと思いますので。

次に、3の東京都地域医療構想の実現に向けた設定指標についてです。

保健医療計画では地域医療構想の実現に向けた取組指標を設けております。本調整部会
では、地域医療構想の実現に向けた進捗確認をする場でもありますので、事務局に進捗状況
について説明をいただき、意見交換を行いたいと思います。

それでは、説明をお願いいたします。

○事務局 資料6と資料7をお手元にご準備願います。

まず資料6につきましては、地域医療構想の実現に向けて保健医療計画において現行設定している指標について、毎年その達成状況を確認しているところですが、今回令和4年度実績について確認をさせていただくものです。

1つ目の指標は、退院調整部門の設置数と割合を増やす、または上げるというのですが、令和4年度実績におきましては、いずれも数値が上昇していることから、達成状況は昨年度同様Aとしてございます。

2つ目の指標は、病床の稼働率を上げるというものでございますが、今回、令和3年4月から翌3月までの病床稼働率の数値が低下しておりまして、新型コロナウイルス感染症の影響などによるものと考えられるため、達成状況としては昨年度と同様に評価としてはしない形の「その他」としたいと思っております。

また、資料7につきましては、今年度末に保健医療計画が改定されることから、次の第8次保健医療計画において設定する指標についてご確認をお願いするものです。

現行計画で設定している先ほどの指標につきましてですが、現行の地域医療構想は2025年に向けたものであることから、2025年までは現行の指標を引き続き設定することとして、2040年を見据えた新たな地域医療構想の策定に合わせまして、新たな指標の設定を検討していきたいと思っております。

以上、2点、令和4年度実績の状況の確認と第8次保健医療計画において設定する指標について、ご確認のほどよろしくをお願いいたします。

説明は以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

分かりやすい話ですが、何かこれについて、「いや」とか何か意見があれば。

繰返しになりますが、退院調整部門の設置数は増えておりますので、これはどうですか。

これだけを見ていて「連携がうまくいっている」という話になるかどうか分からない。コロナのときというのは、こういうのは非常に必要になりましたよね。自然に増えたという感じが、もう“コロナ圧力”で増えたかもしれないけれども、地域医療計画によって増えたのか、“コロナ圧力”で増えたのかよく分からないけれども、とにかく増えたことが増えたということですね。

それから、病床稼働率が下がっているというのは、コロナの原因だろうということで「評価できない」ということでマイナスですが、これに関して何か意見はありますか、どっちの意見でも結構ですが。

横田委員、どうぞ。

○横田委員 実は昨日、救急医療対策協議会がありまして、救急医療の評価をどうするかという同じような議論があったんですが、結論は、この病床稼働率では評価しないとなりました。

ただ、その際に、「新型コロナウイルス感染拡大の影響がどのようなから評価しないというところを書き込んだほうがいいたろう」という議論がありました。

具体的には救急の指標で言うと、新型コロナウイルス感染拡大の各波のピークときと感染拡大が収まった時では、救急の指標が全く違ってしまいうということで、病床稼働率に関しても同様であると思います。

ですので、もし評価しないということであれば、その理由というのは書き込んだほうが良いと思って、参考までに意見を述べさせていただきました。

○猪口部会長 本当に貴重な意見をどうもありがとうございます。

この病床稼働率はどこの地点を調べているんですかね。

○事務局 令和3年の4月から令和4年の3月までです。

○猪口部会長 その丸1年間ですか。

○事務局 その期間になりますので、コロナでいきますと、第4、第5、第6波の期間が入っているというような形になります。

○猪口部会長 そうすると、コロナを診ている病院に関しては、確保病床の稼働率というのはどうやって計算しているのかな。確保病床分の稼働率で見ているのか、それとももともと持っていてつぶしている病床を分母に入れているのかな。

○事務局 許可病床ベースで計算しております。

○猪口部会長 許可病床ベースということは、確保病床は確実に少ないね。

○事務局 はい。なので、率としては当然下がっています。

○猪口部会長 下がりますよね。これは分析していくときのその計算の前提条件が非常におかしくなっているということは、だから評価の中に入れていくとコメントして入れておかなきゃいけない。

コロナとしてじゃなくて、こういう計算の仕方だからこうやって非常に難しいんだとか、確保病床の稼働率はどうだとか、そういうことも指標ではないけれども、実態を見ていく上では分析しておくのがいいんじゃないかと思ったんですが、無理難題を言い過ぎているみたいですかね。

何か意見があれば。

ここにいと、少人数でフリーミーティングしているみたいな感じになっちゃうので、外側からいろいろ意見をいただいたほうが良いと思います、どうぞ。

土谷委員も何かありますか。

○土谷委員 今回はコロナの影響が強くて評価するのは難しいなと思います。

横田委員からもありましたが、評価できない理由についてはしっかりと書き込むのは、私も賛成です。

そして、この指標は、先ほどの話では、そのまま令和7年度まで使うということだったんですが、問題があると分かりながらそのまま使い続けるのもどうかという感想はあります。

新たな指標が、令和8年からということなので、問題があると認識しながら使い続けてい

いかなと思います。

新しい指標の地域医療構想がいいほうに進んでいる、あるいは進んでないというのが分かるような指標を、もう少し前倒ししてつくってもいいのか、コロナの影響に左右されない、あるいはそれも加味してもいいんですが、そういう指標を早くつくってもいいかもしれないと思いました。

○猪口部会長 ありがとうございます。

杉村委員、どうぞ。

○杉村委員 今、うちの病院もコロナ後稼働率が非常に下がっていて、すごい切実な問題ですが、さっきの先生の話のように、コロナ期間は確保病床を除いた数での稼働率を出していただかないと意味がないなということと、この4月以降の稼働率が各病院でどうなっているかというのは、非常に興味があります。

特に、コロナを一生懸命やった病院の稼働率がどうなっているかというのは、ぜひ教えていただきたいと思います。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

だから、コロナの確保病床とその確保病床を維持するためにつぶしている病床を除いた部分の、通常医療に当て込んでいる部分の稼働率というのは、これは参考値として出しているですね。

どうですか、杉村委員。そういうことですね。

○杉村委員 当然、確保病床は患者さんがいないわけですから、許可病床ベースで稼働率を出してしまうと、稼働率が下がるのは当たり前なので、確保病床を抜いた数字で稼働率を出していただきたいと思います。

○猪口部会長 そうですね。

事務局どうでしょうか。

○事務局 病床機能報告の報告のデータで確保病床は、その時点で変化しておりますので、なかなか確保病床という形の取り方はできないんですが、報告時点の7月1日時点でコロナ対応をしていた病床の数、またコロナ患者さんの対応をするために休床していた病床の数というのは、報告項目でございます。

そちらを加味して計算することは可能ですので、今日お示しさせていただいたデータはその加味まではしていないんですが、加味した数字というのは何らかの形で計算してお示しできるような形で、今後していきたいと思います。ありがとうございます。

○猪口部会長 この稼働率というのは何を言っているのですか。機能病床ごとに頑張っているか頑張っていないか見ているのですか。何を見ているんだろう、これは、実態を見ているだけですか。

○事務局 こちらについては、整備された病床、実際運用されている病床が効率的に使われているかという観点で、設定されている指標と考えております。

○猪口部会長 そうすると、これが下がっていたら効率的に使用されていないと判断する

のですか。

○事務局 そこは、いろんな先生方からご意見をいただいているところとして、設定した当初としては、効率的な運用と指標ということで設定したんだと思います。

皆様方からご意見をいただいておりますように、病床稼働率を上下させる要因というのが、高齢化の進展等、その他も伴いまして、すごく多様な要素になってきているので、そのことを勘案しますと、設定した当初のシンプルな考え方で評価することはなかなか難しくなっております。

ですので、次の計画、次期構想を付ける段階になりましたら、どのような形をとって評価していくのがいいのかというのは、その段階で合わせて考えていくことかと思っております。

○猪口部会長 そうすると、資料7の下の段における今度の第8次医療計画の指標案というものをつくっているから、そこで効率的な運営とか、病院の機能を表したような指標が、これ以外に今度できるといいですね。

○事務局 そちらはすぐ答えが出るものではないと思いますので、次期構想調整会議でのご意見ですとか、あと次の次期構想をつくっていくところで、皆様方と議論させていただいて、よりいい指標というのを考えていくのがいいのかと思っております。

ですので、早急にこの現在の指標というのを何かに置き換えると上手くいくというのが挙げられないものですから、今回については引き続き25までのところまでは、現在の指標でやらせていただきたいと思っております。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

土谷委員、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。病床稼働率についてコメントしたいと思います。

これは過去の部会でもお話したと思うんですが、例えば病床配分は今後なくなると言えば、医療需要が増えて病床稼働率が増えていくわけです。

それ以上に配分すれば病床稼働率は減って下がってしまいますので、病床を配分しながら稼働率も上げてくれというのは、なかなか難しいバランスの話なのかなと思うんです。

だから、このどちらを優先するのか、病床稼働率を上げるというのを優先事項にするのであれば、病床を配分しなければいいじゃないかという話にもなりかねないと思いますので、病床配分と稼働率を考えて、今ここでぱっと出るわけじゃないんですが、よく考えなきゃいけない項目じゃないのかと思います。

○猪口部会長 この稼働率を見ていくときに、地域医療構想で「急性期はこれぐらい」、「高度急性期はこれぐらい」と出した指標が、コロナによって受療行動が変わってしまったら、もう指標の考え方自体がガラッと変わっちゃうんですね。

だから、この稼働率の捉え方というのはすごく大事で、今後のところでも慎重に協議していただきたいと思います。

この医療計画に関しての話で、ほかに何か議論ございますか。

横田委員、本当に貴重な意見をいただいて、話が発展しました。どうもありがとうございました。

○横田委員 ありがとうございました。

○猪口部会長 では、これもここにこれだけにしておいて、ご報告事項に移ります。

報告事項につきましては、事務局に報告をお願いします。

○事務局 それでは、資料8をご覧ください。本年度第2回目の地域医療構想調整会議の進め方について、現段階の予定をご報告いたします。

開催の時期ですが、2025年に向けた対応方針の提出や外来機能報告の結果が取りまとまった後の、令和6年1月から2月にかけて開催したいと思っております。

取り扱う議事につきましては、この対応方針の確認や紹介受診重点医療機関の協議のほか、毎年度実施してございます病床配分、地域医療支援病院の承認及び病床再編支援事業などを予定しております。

また、昨年度に引き続きまして、高齢化の進展を見据えた機能分化や連携などに関して、議論をより深める形での意見交換をさせていただきたいと思っております。

説明は以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

資料8で今後の会議の進め方ということがありました。何かこれについてご意見ございますでしょうか。

この内容を議論するということに関しては、何の問題もないんじゃないかというか、国からのお題もあって、我々はそのお題に対する宿題としてこれを解決していかなきゃいけないわけだから、この内容をやっていくんだろーと思いますが、その進め方だとか、それから地域医療構想調整部会が抱えている問題全体を捉えながらも結構ですから、ご意見があればと思います。

第2回調整会議の進め方に関しては、とりあえずこれでいいですかね。

それも含めて、今まで全部話し合った中で、この調整会議の部会で話をしておきたいことがありましたら、どうぞ。

ありませんか。

では、僕からいいですか。この調整会議をやるにあたって、座長、副座長勉強会というのがあります。

それから、僕も今回はかなり調整会議そのものを直にオブザーブさせていただくことがありましたが、フラストレーションが溜まっているような気がするんですね。

要するに自分たちの話したいことが話せないというようなことで、座長、副座長の会議においても、「連携のためにきちんと話し合う時間が全然ないじゃないか」、「具体的にこの調整会議を持って連携が図られているのか」という意見もありました。

先ほどの外来医療計画にしても外来の話もそうですし、病院の入院医療に関しても、連携をする具体的な道筋とか、顔の見える関係だとか、全然でき上がっていないんじゃないかと

いうことです。

それに関して言うと、この地域医療構想調整会議というのは、国の案としては年4回ですよ。

年4回でそれぞれ話し合っていくんだけど、国のお題だけではなくて、4回もやると顔の見えるところでどういうふうにするか、どういう勉強するかということの具体案が話し合われているんだろうと思うんですが、東京では難しいですし、しかも医療圏が大き過ぎますよね。

だから、僕としては、これまでも、その病床を配分するにあたっていろいろ問題があるときには、区市町村レベルで分科会が行われているというものをもう発展的に利用させていただいたらと思っています。

例えば、調整会議の前に、区市町村単位で調整を図るための顔の見える連携会議、先ほどのいろんなところから出てくる話というのは、外来医療計画にあたって、入院医療連携に関しても、狭い範囲でこういう話をしてらどうかと、具体を話し合う会議を設けたらどうかと思うんです。

これに対して皆さんはどう思いますかね、かなりそこに対するフラストレーションが高かったような気がするんです。意見がないと僕だけの意見で終わってしまいそうですが、土谷委員、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。二次医療圏の規模として、全国を見比べても、人口規模で言うと数十万人ぐらいが標準です。

それが、東京は150万人とかいった規模で二次医療圏が構成されているんですが、なかなか議論が深まらないし、隣の区の話はさっぱり分からないというのが実情だと思います。

病床配分について分科会が開催されることで、自分ごととして議論も進んでいるような印象はかなりありますし、外来については、もっと狭い範囲で議論しなければいけないことだと思いますので、中学校区ぐらいの話かもしれません。

そういった点では、分科会は、病床配分だけでなく、いろんなことも話ができればなと思います。

それをまとめて、構想区域ごとの調整会議でそれを議論できれば、もう少し皆さんが思ったことが話せる会議体になるのかと、私も思います。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

この分科会を東京都の職員の皆さんが全部関与するのは無理なんじゃないかと思うんですよ。

地域医療構想調整会議自体が東京都の管轄の会議なんだけれども、これは物理的にも無理だろうと思いますので、この辺は各地区医師会だとか、場合によっては行政の方も参加していただいていますので、区市町村の行政の方と医師会とが協力するような枠組みをしっかりとつくっていかないと進まない話だろうと思います。

もちろん、僕は希望を言っているだけで、現実的には動く人たちが必要になりますから、相当ハードルの高い話をしているのではないかとはいっています。

ただ、我々がこの地域医療構想に対してどこまで期待していいのかというぐらいで、なかなかできない、宿題だけをやらされているというような気がするので、医師会長の先生方がいらっしゃいますね、田村先生とか、渡邊先生とか、内藤先生もそうだし、意見はどうですか。そんなことは難しそうですか。

田村委員、どうぞ。

○田村委員 田村です。調整会議でいろんなことを扱っていますよね。南多摩はいつもそうですが、新しい病院の開設とかということになると、皆さんの関心がものすごいです。自分の死活をかけて関わっていますので、分科会も何度もやっているんです。

ただ、それ以外の話題については、皆さんの関心が余り切実ではないということになりますので、話題ごとにどの範囲で話をしなきゃいけないのではないかとことを考えなければいけないじゃないかと思います。

調整会議という会議の器がつけられていますので、別のものを新たにつくるのは無理ですし、無駄ですので、私もどういうふうにしたらこの調整会議が有意義な会になるのかいろいろ考えながらやっています。

一つの提案としては、いつも東京都がいつも出してくださる話題にプラスアルファとして、少しそれを広げた形で、もうちょっとオープンに議論できるようにして、それを東京都、あるいはその上のこの調整部会で積極的に取り上げて広げてくれるような形になると、もっと生き生きしてくるんじゃないかと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

渡邊委員、どうぞ。

○渡邊委員 私も猪口先生のご意見と一緒に、僕のところは区西部になりますので、他の医療圏とは状況がかなり異なっています。

いろいろとお話を伺っているんですが、自分たちの圏域とは内容が異なっているんじゃないかということを常々感じております。

そういう意味では、東京都の面積が広くても状況がかなり違うので、そのあたりで個別に話す必要があるかと思いますが、それをやれと言われると、先生のおっしゃるとおり、ハードルが高いので、誰かが指示していただければ、我々の中でやっていくというのはなかなか難しいかと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

そうですね、ハードルが高いんですよね。

内藤委員、お願いします。

○内藤委員 渋谷区医師会の内藤です。実際問題、田村委員もおっしゃっていたとおりで、実のところ特別な大きな動きがないと、なかなか皆さん、こちらを向いて意見を言っていたりとか、それから医師会としてどういうふうにするのかみたいな意見が余り出てこ

ないんです。

大きな動きということになると病院関係のことにもなってきますが、それから制度的な問題もあって、確かに区西南部とか医師会関係だけでやっていくというのは、問題が非常に大きくて、確かにハードルが高いなという感じはしているのが現実です。

○猪口部会長 土谷委員、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。調整会議と地域医療構想は、こんがらがりそうかもしれませんが、地域医療構想自体は、参加している人だけかもしれませんが、ずいぶん地域のことを考えながら医療を提供していこうという意識付けはかなり進んだのだと思うんです。だから、地域医療構想自体はすごく意味があったんじゃないかと思います。

ただ、さっきの話にもう一度戻ってしまいますが、地域医療構想から調整会議となったときの会議体として議論するのが、規模の問題とかテーマの問題とかあって、もう少しこれが活用できれば、地域医療構想がもっといい方向に進むのかと思います。

だから、地域医療構想そのものを否定することはなくて、もっといいふうに進んでいたのかもしれませんが、否定することはなく、いいところをみてもいいんじゃないかということです。

○猪口部会長 こういう意見を言った先生は、「地域医療構想を実現するための調整会議というのは、いかに病病連携から始まって、今はプライマリーケアとか、外来診療のところから入院に行って、入院からまた外来に戻していくという、地域包括ケアに戻していくという、この連携の部分を具体的に進めるのが調整会議の役目でしょう」という意見があったんです。

それを具体的に進める会議がないんじゃないかということで、すごいフラストレーションが溜まっていたところだったような気がするんですね。

もしそう思うような地域があるんだったら、そこが分科会を開けばいいのかというのが、主要な意見で、妥協した意見だけでも、そういうような意見が出てくるようだったら、そういうことをやるというところでもいいのかもしれません。

ただ、少なくとも二次医療圏の下の分科会レベルで話し合われるような仕組みみたいなのが、あったほうがいいような気がしますね。

かなり強い意見だったので、僕が代弁しておきます。現実的に難しいということも分かりながら聞いていたんですが。

ほかにはいかがでしょうか。

大体これまでの今回の第1回シリーズで聞いていたところは、部会長なりのお話をさせていただきました。ほかに気がついて何か意見があるようでしたら、終わりが近くなっておりますので、どうぞご発言ください。

いいですか。では、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しします。

○奈倉計画推進担当課長 委員の皆様方、本日は活発なご議論をいただきまして誠にあり

ありがとうございました。

本日の議事録につきましては、先生方に後日お送りさせていただきまして、確認をいただいたあと、東京都のホームページにおきまして公表させていただきたいと考えております。

以上をもちまして本日の会議は閉会とさせていただきます。お忙しい中ご出席いただきまして誠にありがとうございました。

(18時54分 閉会)