

〔令和元年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

令和元年11月19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』

〔区南部〕

令和元年11月19日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区南部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。

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。

その下に、「地域医療構想調整会議ご意見」という1枚の紙、そして、テーブルの1列ごとに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。

資料に不備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。

後ほど、会議の中では、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、ご発言をお願いいたします。よろしくお願いたします。

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。
猪口副会長、よろしくお願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口でございます。

この調整会議は、今年度の2回目で、そのたびに、遅い時間にお集まりいただき、どうもありがとうございました。

国のほうでは、2040年問題、つまり、後期高齢者の方たちが80歳になってしまうということの問題で、そのときには、生産年齢が1.5人で1人の高齢者をみななければいけないという時代になります。

そのため、この問題を見据えて3つの改革を進めていますが、その1つがこの地域医療構想です。あとの2つの1つが働き方改革で、もう1つが医師の偏在対策です。

これらをまとめて、三位一体で改革していこうということですが、そのうちの2つの地域医療構想と医師の偏在対策を、この調整会議で話し合っていることになっています。しかも、その医師の偏在対策の話もきょうの会議の中に盛り込まれてきています。

ただ、幸いなことに、公立・公的病院で再検証を行わなければいけないという病院が、全国で424病院が公表され、都内でも10病院が指摘を受けましたが、この区南部においてはどこもありません。

ですので、議論が1つ少なくなっただけではありますが、該当する病院があるところでは、この議論が真剣に行われました。

がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能といったところに、税金があてがわれるのであればそれなりに、税的な優遇を受けるのであれば、民間でなし得ない急性期の医療をしっかりとやっているのかどうか、また、ふさわしい稼働率を持っているのかどうかというようなことが話し合われ、検証されています。

もちろん、東京においては、「計画を見直せ」というような厳しい判断には、どこもならず終わっていますが、そういう話がなされています。

今後、病床の配分の問題だとかも含めて考えると、この調整会議は非常に重要になっています。

ここで意見を言うということは、すごく大事なことになっておりますので、ぜひご発言をいただきたいということと、ここで意見が言えなかったとしても、あとから記入する様式のものがありますので、思っているところはぜひ書いて、出していただきたいと思います。

それらをもとにして、我々医師会も議論を進めていきたいと思っておりますので、ボリュームが多くなって、責任が重くなったということで、大変かと思っておりますが、よろしく願いいたします。

○千葉課長：ありがとうございました。

次に、東京都より、東京都福祉保健局医療政策担当部長の櫻井からご挨拶を申し上げます。

○櫻井部長：東京都福祉保健局医療政策担当の櫻井でございます。

本日は、大変お忙しい中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、深く感謝申し上げます。

さて、今年度第2回目の調整会議につきましては、猪口先生からもお話しいただきましたとおり、公立・公的病院の具体的な再検証等の国の動向、都における動向について、最初の議事のテーマとしてお持ちいたしました。

そして、2番目の議事として、外来医療計画というものについて、先生方のご意見をいただきたいと思って、お持ちしているところでございます。

さらに、3つ目として、新たな病床配分方法の案につきましても、現段階の検討案をお持ちしております。

以上のような3つのテーマを本日はお持ちしておりますが、特に、東京都外来医療計画については、国が、外来医師の偏在是正の観点から、各都道府県に今年度中に策定をするようにということです。

そして、医療計画に追補するものという位置づけの計画として策定するようになっているので、示されているものでございます。

東京都では、東京都医師会の先生方や関係医療機関の先生方、有識者の先生方とプロジェクトチームを立ち上げまして、現在、検討しているところでございます。

こちらの案をお持ちいたしましたので、地域での医療の実情から見た忌憚のないご意見をいただきたいと思っております。

これまでの入院医療に係るご議論と違いまして、外来医療につきましては、データも少なく、実態をつかむのが非常に難しいというところがございますので、この計画策定に当たっては、各調整会議での、圏域での実情を踏まえた、先生方のご意見、ご議論というのが、非常に重要になってまいります。

ですので、猪口先生からも今お話がございましたが、ぜひ活発なご意見、ご示唆をいただき、それを計画策定に反映してまいりたいと思っております。

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

○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、ご承知おきよろしくお願いたします。

では、これ以降の進行を座長にお願いしたいと思っております。鈴木先生、どうぞよろしくお願いいたします。

2. 報 告

(1) 在宅療養ワーキンググループの開催について

(2) 東京都多職種連携ポータルサイト（仮称）について

○鈴木座長：区南部の座長をしております、大森医師会の鈴木でございます。よろしくお願いたします。

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が2点ございますので、まとめて説明を受けたいと思います。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、区南部のほうは、開催日程欄の上から2段目ですが、10月31日（木）に既に実施済みでございます。

実施内容については、「在宅療養に関する地域の状況」をテーマにして、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、区南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でも、連携に関する課題が、地域の課題として多く寄せられておりました。こうした課題を受けて、ICTを活用した取り組みに結びつけているのが、こちらのポータルサイトでございます。

まだ設計、開発段階でございまして、来年度の夏ごろに稼働できるように取り組みを進めておりますので、現時点では、今後このようなものが始まるということ、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、しるべきタイミングで説明会なども行わせていただく予定でございます。

内容についても簡単にご紹介させていただきます。こちらは、2つのツールで構成されておりまして、その1つが、左側の「①多職種連携タイムライン(仮称)」というものです。

MCS(メディカル・ケア・ステーション)とか、カナミックなど、多職種連携システムがありますが、こちらは、特に、活動する地域が限定されていない職種の方々が、担当患者さんがお住まいの地域によって、複数のシステムを利用する場合が出てしまったり、業務が煩雑になっているということが課題として挙げられております。

このシステムは、そうした課題に対応するものとして開発を進めているもので、各システムの共通の入り口として、1つのタイムラインを都が構築いたします。

このタイムラインとMCSなどの各システムがリンクされることで、担当患者さんごとにシステムが異なる場合でも、一元的に患者情報の更新情報を確認できたり、各システムの患者情報にアクセスができるような仕組みとなっております。

2つ目が、資料の右側になりまして、「②転院支援サイト(仮称)」というものでございます。

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きまして、一方で、受け入れ側の病院のほうでも、空床情報などの受け入れ可能情報を出していくことで、双方のアプローチによるマッチングによって、病院間の効率的な転院調整を補完していくものでございます。

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っておりますので、2枚目のイメージ図の補足をさせていただきます。

資料の中央に四角で表示されているものが、都が構築するタイムラインになります。そして、その右側に、多職種連携システムA、B、Cなどというものがあるものが、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、稼働に向けて、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。

○鈴木座長：ありがとうございます。

ただいま東京都から説明がありましたが、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

それでは、次に進めさせていただきます。

3. 議 事

(1) 新公立病院改革プラン及び公的医療機関等 2025 プラン 具体的対応方針の再検証について

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

それでは、東京都からご説明をよろしくお願ひいたします。

○橋本（事務局）：それでは、資料3をご覧ください。

厚労省が、全国の公立・公的医療機関等を対象として、診療実績のデータを分析し、一定の基準を下回る医療機関を公表して、具体的対応方針の再検証を要請しておりまして、こちらでは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、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ということでございます。

これらのプラン策定済みの79病院については、参考資料1でリストアップしておりますので、後ほどご覧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ておりまして、2025年に向けた高度急性期、急性期の病床数の削減幅が非常にわずかであり、転換が思うように進んでいない。また、2017年度から2025年度に向けて、トータ

ルの病床数が横ばいとなっていたことから、これらのプランの内容が地域医療構想の実現に沿ったものではないという判断をいたしました。

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」という項目でご説明させていただきます。

「A」と「B」の2つの基準がございます。左側の「A」の「診療実績が特に少ない」ということで、対象が9項目設定しております。がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能ということになっております。

これらを対象として、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す。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。

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、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。

○鈴木座長：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か。

この地域は、幸いなかったのですが、これからの検討の中で、そういうところに該当してくる病院も出てくるかもしれませんので、この辺のところは、疑問があれば十分に取り上げていただきたいと思っております。どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

まず、確認したいのですが、原則として、猪口副会長が先ほどおっしゃったとおり、公的病院は民間で代替機能があるものであれば、そういうものではなく、公的病院でなければできない機能を持つということが第一で、それは、急性期に集中させる。

それから、民業圧迫が避けるということもよろしいですね。原則として、それは、共通認識としてよろしいのですか。

○猪口副会長 民間圧迫を避けるとか、そこまでの極端な話は、地域医療構想の全国の会議でも、そういう話にはなっていない。調整会議を活発化させるということになっています。

ただ、先生のお話の前段のところの、公立・公的病院についてですが、公的病院といっても、税金の投入が行われていない病院もたくさんありますし、今回の公的の中に入っているので、大学の特定機能病院、それから、地域支援病院も入っていて、民間も入っているわけです。

ですから、そういうところまで全部、「急性期のこれをやれ」というような議論ではなくて、個別に一つ一つしっかり見ていこうという話には、どうしてもなりません。

それから、税金の話で言うと、5疾病5事業のこういった急性期医療に対しては、「こういう形で出しましょう」というのが、法律か何かで決まっているらしくて、それは根拠があります。

だから、その法律に基づいて、繰り入れなり経営支援というものがされているのであれば、その法律に基づいた活動を行っていないとおかしいわけですので、そこは議論になるわけです。

ただ、そういう目的ではなく公立病院がつくられている場合もありますので、それは、法律に基づいたというものよりも、どちらかというところ、その地域にとって必要だというような形です。

例えば、区中央部で、区立台東病院というのは、地域医療振興協会（JAD ECOM）の病院ということで、今や民になっていますが、それでも、繰り入れがあるわけです。

ただ、その繰り入れ自体は、慢性期とか回復期をやることを目的とされて、区から出ているので、急性期として税金が投入されているわけではないわけです。

そういうこともあるので、公立、公的だから、急性期をやらなければいけないという話にはならず、ケースバイケースになっているのが現実です。

○熊谷（蒲田医師会）：そうなる、今の場合は、最初のページに書いてある、「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検証」というところですよ。

民間医療機関で担えない、要するに、その代替機能がない場合はその限りにあらず、というのが、今の猪口副会長がおっしゃったことですね。

○猪口副会長 そうですね。

○熊谷（蒲田医師会）：そうであるならば、例えば、区南部医療圏において、回復期機能を高度急性期、急性期病院が現実には持っているということが、共通認識として、前回持たれましたよね。

いわゆる回復期機能というのは、高度急性期、急性期病院がほかの機能の病院では担えないのかどうかの検証、例えば、地域包括ケア病棟を自院で持っている、自分の病院の院内のポストアキュートでほとんどの病床を埋めている機能を、代替機能として認められない機能として言っているのかという検証をしていただきたいと思います。

○猪口副会長 それは、地域医療構想調整会議のフリーディスカッションとしてある話だと思いますが、対象となっている病院が、現実的に上げられていないので、その議論は、やって悪くはないけれども、どこを名指しにして、「こうやっていく」という話は、議題とはちょっとずれた形でなさっていただくのは、調整会議として別に構わないと思います。

ただ、意見としてまとめづらい話だと思いますので、それは、先生のご意見として、むしろ、ここでまとめたいというよりは、先生のほうで「そういう意見だ」ということを表明していただくほうが、「そういう意見もありました」ということが、この議事録として残っていくような話になりますので、調整会議としてはいいのかもしれないと思います。

○熊谷（蒲田医師会）：地域包括ケア病棟が、区南部医療圏では実際に少ないと言われていますが、現実には、各急性期病院が回復期機能も担っているので、現実的には自己完結率が高いというのが実証されています。

そうすると、回復期という分類そのもの、地域包括機能というものを、新たにジャンルとしてつくったにもかかわらず、従来の高度急性期、急性期の中に包括しているのであれば、ことさら、機能を分類する意味がなくなってしまうます。

また、回復期が不足しているのであれば、そういう病院を目指そうということの意味も、例えば、慢性期の病院が頑張ったり、急性期の病院が回復期に移動することを誘導する動機の説明が、そもそも崩れてしまうのではないのでしょうか。

○鈴木座長：その件は、私も発言します。

いろいろな機能があって、それぞれの病院に特色があって、東京の中では、それぞれの病院にいろいろな存在価値があって、そのことをちゃんとこの場で共有することは大事なことだと思います。

では、回復期、特にサブアキュートの機能がこの地域で十分に満たされているかという、私は、在宅医の観点からすると、決してそうではないと思っています。

例えば、誤嚥性肺炎の認知症の方が入院された場合、多くの急性期の病院では、なるべく早く退院させようということで、1週間程度で出しますが、その中の一定数の割合の方は、退院後数日でまた、誤嚥性肺炎を再発して返されてしまう。つまり、回復期機能の部分が手当てされていない部分も確かにあるわけです。

そうかといって、地域の中で、「じゃ、この人は、今度はサブアキュートに入れよう」として探しても、結局、ほとんど空きがない状態で、数か月待たないと入れないというのが現状です。

ですから、ここは、同時平行で、その議論も進めていくべきではないかと思っています。

よろしいでしょうか。

ほかにご質問、ご意見はございませんでしょうか。

それでは、次の議事に進ませていただきたいと思います。

(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

○鈴木座長：(2)は、「東京都外来医療計画（案）」についてです。

それでは、東京都のほうからご説明をお願いいたします。

○加藤（事務局）：それでは、まず資料4をご覧ください。「東京都外来医療計画（案）」についてという資料でございます。

まず、「外来医療計画とは」ということで、経緯等を説明させていただきます。平成30年の医療法の一部改正によりまして、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。

この性格といたしましては、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。

今年度中に計画を策定して、令和2年度からの4年間で最初の計画期間となります。

次に、1段下の項目をご覧ください。「外来医師偏在指標等の設定について」でございます。国の計画の策定ガイドラインの中では、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」というものがございまして、これは、医師の性別・年齢分布及び患者の流出入等の要素を勘案した、人口10万人当たりの診療所の医師数に当たります。国のほうで、全国の全二次医療圏ごとに算出して、各都道府県に通知する仕組みとなっております。

この外来医師偏在指標の値が、全国には335の二次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、こちらの区南部、島しょ、区東北部、北多摩西部という9つの圏域が外来医師多数区域とされています。

次に、資料4にお戻りいただきまして、「記載事項」についてご説明いたします。

都が考える外来医療計画では、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、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事項でございまして、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～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」でございまして。

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いうこととされております。

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30ページ以降が、この区南部圏域のページとなっております。

(3)から「外来医療の状況」ということで、外来医療に関するさまざまなデータを記載させていただいていますが、データのほうは一面的なものにすぎませんので、先ほど申し上げたとおり、データでは見えないようなことについて、36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。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ただいま、外来医療機能の策定についてご説明がございました。

まとめると2点ありまして、1点目が、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の、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。

こここのところが、外来医療計画にも記載されていきますので、ここでのご発言は非常に重要だろとと思います。

2点目が、不足する外来医療機能を求める範囲ということで、新規開業者以外の既存の診療所にも求めるということです。こちらは東京都独自の方針ですが、こちらについてのご意見も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、ご意見をお願いいたします。どうぞ。

○高野副座長（東京都病院協会・高野病院）：東京都病院協会から出ておりません、高野病院の高野です。

質問の前に、東京都に確認ですが、一口に「外来医療機能」と言いますが、あくまでも、診療所の無床の外来ということによろしいですか。病院の外来機能は別のことということによろしいですか。

○千葉課長：いえ、ここでは、その線引きを特にするのではなくて、両方で大丈夫だと思います。

○高野副座長（東京都病院協会・高野病院）：先日の資料で、病院の外来機能が今回のデータに入っていないとおっしゃっていましたので、そのところを混同してしまっているようです。きょうはこの場では、病院が集まっているわけですが、自院の外来を含めて協議するということによろしいですね。

○千葉課長：はい、結構です。

○高野副座長（東京都病院協会・高野病院）：わかりました。

○鈴木座長：それでは、ご質問、ご意見をお願いいたします。

データにとらわれず、現場の肌感覚として、不足または過剰な外来医療機能というのは何だろうかということですが、どうぞ。

○酒寄（品川区医師会）：品川区医師会の酒寄でございます。

まず1つは、お伺いというか、私の意見というかですが、この資料4の記載事項のところの、「外来医師偏在指標等の設定」というものが、私自身はかなり乱暴なやり方だと思っております。

これは、要素として、患者さんの数、お医者さんの数、お医者さんの年齢とか、そういう部分でしか切っていない。

それよりも深掘りしたというか、より密着したような格好の要素が、この中には何も入っていないので、この33.3%を基準にして、医者が多いか少ないかという単純な切り方は、国がやるから、それしかできないのかもしれませんが、それを鵜呑みにすると非常に危険だと思っております。

それと、意見の聴取ということで、不足を感じるか感じないかということですが、私は、東京都医師会の推進委員会のほうで、同じような格好のことをやらせていただきまして、そのご意見が出ましたので、うちの医師会でアンケートを取らせていただきました。

うちのほうは、「外来診療科」に関しては、「余り不足はないのではないか」というお話でした。

ただ、急性期病院、特定機能病院という格好の、病院の外来の機能においては、かなり格差がある可能性があるということでした。専門医がそこにいるとかいないとか、これは、病診連携に関わりますので、いるとかいないという部分で、かなり格差があるのではないかとご意見をいただきました。

では、「何が足りないか」ということになりますと、この資料5に書いてありますような、夜間休日、在宅医療、産業医というような、要は、公衆衛生関係の形のことをおやりいただく先生方が、やはり少ない。

5疾病5事業というような疾患の部分に関しては、皆さんは余り不足を感じていないけれども、そういう公共的という部分に関して、数がなかなか足りていない。

これは、医師会の活動のせいにもよりかもしれませんが、そういうようなご意見がありました。

それから、項目2について、不足する外来医療機能をどこまで求めるかというお話ですが、これは、意見がばらばらでございます。「既存のところまでやっていただきたい」という先生もいらっしゃれば、「新規の開業の方でやってくれないか」という方もございまして、五分五分か、ちょっと新規の方だけでというご意見のほうが多かったです。

ただ、新規の方がどこに開業するか、何をやるかということは、開業する先生方がお決めになることかもしれませんが、それは、開業を誘導するような企業なり会社なりの影響が、かなり大きいように思っております。

東京都は、そういうところにある程度影響力を持つような立場にあらうかと思っておりますので、私としては、そっちのほうも少しおやりいただければよろしいかと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

医師会内でちゃんとアンケートをしていただきましたので、非常に貴重なご意見だと思えます。

大田区のほうはいかがでしょう。私、個人的には、大田区の外来の中では、精神科外来が非常に困っているところではないかと思えますが、どうでしょうか。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

蒲田医師会内では、診療所外来というよりも、病院外来ですが、2点不足しているということが言われています。小児周産期医療と精神科救急です。

これは、かなり前から蒲田医師会で問題視して、この部分の外来というよりも救急分野ですね、小児救急と精神科救急は受け入れるところがないということが、問題視され続けています。

ですので、この機能に関しては、先ほどの特殊な優遇というものの対象に、十分なり得るのではないかという意見は、常に出されています。

○鈴木座長：今の件に関して、どうぞ。

○成瀬（田園調布医師会）：田園調布医師会の成瀬です。

田園調布においても同じように、小児科と周産期は不足していると思います。

あとは、ちょっと話が飛んでしまうかもしれませんが、高齢者が多いものから、認知症を診るような、もちろん、精神科もそうですが、認知症を診られるような先生方が非常に少ないということは感じています。

ですので、熊谷先生が今おっしゃいましたが、救急をやっていると、精神科には非常に困っているということが言えると思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

改めてお聞きしますが、そうなってくると、診療所外来の中で、専門性が重要なのか、あるいは、総合診療性といいますか、何でも診るという対応が重要なんでしょうか。

何でも診るということであっても、どの範囲かで診てもらいたいのかといったことも、この議論の中に加わってきてもいいのではないかと思います、いかがでしょうか。どうぞ。

○酒寄（品川区医師会）：品川区医師会の酒寄です。

私は、前期、2年前の推進委員会のところで、かかりつけ医にも専門性がある程度ある方と、総合的なかかりつけ医の先生と、両方あるべきではないかというご指摘をさせていただきました。

その委員会では却下されましたが、やはり、そういうふうに思っていて、開業の先生が自分の専門をやりたい、追及したいということであれば、それはそれで尊重しなければいけないと思っております。

私は、やれ保育園だ、やれ学校だと、全部やっていますが、そういうレベルの話と、自分の専門の医療の部分を活かしてやるという、両方があってしかるべきかなと思っていて、どっちがどうだという格好には、多分ならないだろうと思っています。

ただ、それを、開業前の先生方に、「そういうものだ」ということをわからせていただかないといけないと思いますが、そこに、先ほど申しましたように、企業や会社が絡んでくると思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

そのところのデータが余りないですね。「この診療科はどのぐらいの患者さんが受診しているか」という、詳しいデータがないので、東京都としては、何とも言えないというところもあるのだろうと思っております。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

在宅医療でプライマリ・ケアという部分で、慢性期の患者さんに対しては、総合診療医が一番優れていて、フィールドが高いということは、ほぼ確認されています。

それに対して、在宅の難病の子どもとか、精神科で在宅をしている人たちの急変時などでは、ある程度専門性の高いところに直接行かないと、「プライマリ・ケアだから、そこで」といっても、またもう一段階どこかを探すと、救急依頼をすることになってしまいます。

そういうケースは、初めからわかっているようで、そんなに数が多い話ではないので、特殊例に関しては、ダイレクトに専門性の高いところへのパイプを付けるなり、ホットラインのようなものができるといいのかなと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○小山（東京蒲田病院）：東京蒲田病院の小山でございます。

今の熊谷先生のお話にも通じるのですが、私は、急性期も回復期もやっていますが、そうすると、専門的に来る患者さんは割と循環器が多いです。

先生方もご存じのように、これから、在宅医療、地域包括を診る中で、心不全の患者さんというのは、かなり出てくるということが想像されます。

私どもは、日常で心不全を診て、急性期である程度改善させて、地域包括ケアでリハビリをやって、在宅に帰しますが、完全に心不全を治すまでをやっていくと、病院は恐らく回らなくなってくる可能性が高いです。

つまり、例えば、在宅でも、循環器の専門医とかいうことで、専門性が必要になってくるのではないかと、私は感じています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

在宅医療の中でも、循環器専門でやっているところもありますので、そういうところは、今のような状況で親和性が高いだろうと思いますが、一方で、がんもやるし、認知症もやるし、老衰もやるし、循環器もやるという先生もいらっしゃると思います。その辺のところはどういったニーズになっていくかということだと思っています。

あと、在宅でも、専門のクリニックが大分多くなってきていて、ぱっと見た目では、在宅を探してさまよっているような方々は、この区南部では余りいらっしゃらないようには思っていますが、例えば、かかりつけ医にかかっている患者さんが、だんだん高齢化してきて、「先生に“死に水”を取ってほしい」と言われたときに、その機能が果たされているだろうか、ちょっと思います。

この辺のことについていかがでしょうか。どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

鈴木先生が今おっしゃった在宅医療についてですが、我々のような地域で開業している先生方が在宅に行っているケースというのは、地域の密着しているので、患者さんもかかりつけで、在宅医もそのまま、“死に水”というか、看取りまで行くというのは、すごくわかりやすいですね。

ところが、大田区内で、エリアを飛び越えて、医師会にも属さないで、車で来て、訪問診療をするという、特に福祉系の施設に契約している医者が、世田谷から来たりはもちろん、横浜からとか来てという場合が多いです。

そういうときに、入院その他と言われた場合、情報の連絡性が全くなくて、途絶えているということで、そういうケースが非常に多くなってきていて、そ

ういうことを、医師会に入っていないため、全く把握はできていないという状態ですよ。

○鈴木座長：そうですね。特に施設はそうですね。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○酒寄（品川区医師会）：品川区医師会の酒寄です。

先ほどのアンケートを取ったとき、かかりつけの患者さんのトレースができないという場合が多かったです。例えば、ある病院に患者さんをご紹介したあと、その患者さんがあちこちの病院に移ったという場合、もともとのかかりつけさんは、その患者さんがどこに移されたのかがわからないという場合が多いということでした。

それに関して、最初に東京都のほうでご説明があった、多職種連携のポータルサイトの「転院支援サイト」で、マッチングの話がありましたが、あれは、患者さんのトレースをかかりつけ医のほうまで回してもらえるものなのでしょうか。

あれは、病院対病院の患者さん同士のマッチングですね。そこまではまだ行っていないのでしょうか。要は、それを我々が見られるのかということですが。

○鈴木座長：いかがでしょうか。これは、まだ検討中の話ですね。

○千葉課長：先生が今おっしゃったようなことは、我々が詳細まで知っているわけではありませんが、想定はされていないように見受けられます。

○酒寄（品川区医師会）：資料2の「転院支援サイト（仮称）」のところで、もしできるのであれば、そういうこともやっていただければ、その患者さんのトレースを我々もある程度把握できるので、そういうこともお願いできればと思います。

○鈴木座長：今おっしゃっているのは、例えば、自分のかかりつけの患者さんが入院した場合、退院のときに、在宅医療が必要だという場合、かかりつけ医の頭越しに、在宅専門の先生がつけられてしまって、知らない間に在宅医療が始まっていたということも、結構あるわけです。

病院側も、その患者さんのかかりつけ医のことを認識していなくて、ほかのところに行ってしまったということは、非常によく聞く話です。

今のことに関連していかがでしょうか。どうぞ。

○亀山（NTT東日本関東病院）：NTT東日本関東病院の亀山です。

先ほどの酒寄先生の、「患者登録ができないか」という話に関して申しますと、正確な情報は承知していませんが、昨年、脳卒中・循環器病対策基本法というものができて、脳卒中、心筋梗塞だとか、恐らく心不全もそうだと思いますが、そういう患者さんは、生涯にわたって、そういう状況を複数回繰り返すだろうということで、国全体として、がん対策基本法のあとの2つ目の基本法ができたということです。

そして、国立循環器病研究センターの登録センターを設けて、そこに一括して、そういう疾病の患者さんの情報を集めようということです。

例えば、一度治った方が旅行先でまた発症したという場合でも、患者情報を容易に引き出せるということにしようという動きが出ていると漏れ聞いています。

ですから、全部の疾患ではありませんが、東京都の場合でも、このネットワークがそういうふうな形でできたら理想的だなと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

確かに、そういったものがあれば、非常に役立つだろうと思います。

ほかにいかがでしょうか。

例えば、インフルエンザの繁忙期になると、患者さんは3時間待ちというような状況になっていますが、一方で、比較的ひまなときには、患者さんが数名しか来ないという日もあると思います。

そして、各地域の全ての病院で外来当直、病棟当直を持っているわけですが、

そういう機能は季節ごとに変えなければいけないかもしれませんが、そういったところでの過不足というのはないでしょうか。

今後、働き方改革が進められていくと、当直をする医師の数も限られてくるわけですが、国の狙いもそこにあるのかもしれませんが、そういう中で、地域連携という議論があってもいいのかなど、個人的には思いますが、いかがでしょうか。

○酒寄（品川区医師会）：これは、地区医師会の責任なのかもしれませんが、先ほど、亀山先生がおっしゃったようなことに関して、それぞれの疾患を担える開業医の先生方のグループをつくっていく必要があるのではないかと思います。

つまり、呼吸器の先生であっても、呼吸器以外の疾患もかかりつけ医の先生は診ざるを得ないので、そういう疾患においても、少しでもレベルを上げていただくように、何らかの方法で考える必要があると思います。

ただ、それは、1人では難しいので、ある程度集まってやっていくという方法がとれればと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○小山（東京蒲田病院）：東京蒲田病院の小山です。

先ほどのインフルエンザの話ですが、これは、季節性のあるもので、特に、年末年始がかなり集中してきます。そうすると、医師会の診療所などは、本当に大変なことになってしまいます。

医師会の診療所でも、「ちょっと人数を増やそうか」という議論も出ていると思いますが、我々病院のほうも、通常は1名の当直体制を2名にしたりして、対応はしています。

そうなってくると、患者さんが1か所に集中しないように、事前に振り分けられるようなツールなり、連携システムなりがあればと思います。

インフルエンザで苦しんでいる人が、3時間も待たされるというのは、相当辛いと思いますので、少しでも待ち時間を少なくしてあげられればと思いますので、そういう振り分け作業ということも大事ではないかと思います。

もちろん、人を増やすということは、今のお話の働き方改革に逆行してしまうかもしれませんが、現時点ではそういうふうに考えています。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○渡辺（品川リハビリテーション病院）：品川リハビリテーション病院の渡辺です。

国として都として、外来医療を休日夜間をどのようにしていくかという話になっていくと思いますが、消防庁の救急相談センターでは、最も多い時間というのは、休日の昼間が多いということです。

特に、お子さんが多いわけですが、その辺が不足している部分になっていくかと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

先ほどの議論ではないですが、東京都に在住にお母さんたちは、小児科専門の先生が好きなのだろうと思いますが、内科の中でも小児科と併用して診ておられる先生もいらっしゃいますので、その辺のことも、今後議論が必要になってくるのではないかと思います。

それから、例えば、歯科のほうに関してですが、先日、東京都の二次医療圏の糖尿病診療の会で、この区南部では、診療所は対策登録があるけれども、歯科診療所は15件しか登録がなかったということでした。

そういった機能というのは、歯科的にはいかがでしょうか。どこの診療所でもある程度は問題ないと思うんですが、その辺のことをお教えいただけるとよいでしょうか。

○塩津（蒲田歯科医師会）：蒲田歯科医師会の塩津です。

糖尿病の登録医療機関の件につきましてはそのとおりで、蒲田の場合は、N T T東日本関東病院が“旗艦病院”なので、それが品川区にあるものですから、顔の見える関係というか、お付き合いが少ないということもあって、そういう結果になっております。

糖尿病の場合は、当然、かかりつけ医の先生と連携を取りながら、治療をされている方もいらっしゃると思います。先生はその辺をやられているので、よくご存じかとは思いますが。

○鈴木座長：ありがとうございました。

あと、歯科における在宅での治療とか摂食嚥下とかの領域というのは、どのような状況でしょうか。

○塩津（蒲田歯科医師会）：在宅の場合、歯科訪問診療については、“16キロルール”があるので、蒲田の場合は、川崎の東名のインターチェンジぐらいになってしまいます。ということは、どこから来ても治療ができるということになります。また、歯科においては、救急の場合は余りないと思います。

そういう状況ですので、県外から医療機関が来て、満たされているのかもしれませんが、圏域内での歯科訪問診療を担っていくということも大事だと思いますので、その辺の資料もできればいただきたいと思います。

摂食嚥下に関しては、余り多くなくて、増えていっていないというのが現状です。

○鈴木座長：ありがとうございます。

そこも、課題の一つと言えらると思いますので、今後ともよろしく願いいたします。

ほかにはよろしいでしょうか。

それでは、時間の関係もありますので、次の議事に進ませてもらいたいと思います。活発なご議論をいただきありがとうございました。

(3) 新たな病床配分方法（案）の検討について

○鈴木座長：次は、(3)「新たな病床配分方法（案）の検討について」です。

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

資料上に記載がありませんが、春先に行った調整会議の際の内容を、口頭で確認させていただきます。

今年度、基準病床数の見直しと新たな病床配分方法の検討を行うということで、周知をさせていただいておりました。

今回は、その新しい病床配分方法の案を、私どもで検討中ですが、そちらを提示させていただくというような流れになります。

今年度見直しをしている基準病床数と新しい病床配分方法については、来年度、令和2年度の当初に、新しく決定したものを皆さまに周知させていただきます。病床配分については、基準病床に従って有無が決まっておりますので、実際に配分があるところとないところが出てまいります。

配分がある場合は、その年度当初に皆さまに周知して、概ね半年程度の申請期間を取った上で、その後、協議の期間をちょっと長いめの取っていくこととなります。

今回は、申請受け付けから最長で2年程度ということで、地域の関係者の皆さまの意見を深め、共通認識をつくっていく期間というものを取らせていただくということで、お話をさせていただいておりました。

ですので、今回は、その中の新しい病床配分の検討状況をお示しするといったところでございます。

それでは、資料6をご覧ください。

私どもの検討状況としては、「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付加的に行うというものといった形にしております。

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

昨今、大きな台風によって水害や風害も多く発生しております。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、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。

こちらの区南部については、資料7の1枚目の上から2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。

「区南部は自己完結して機能を果たしており、病院、病床を増やす必要はない」「介護医療院やかんたき（看護小規模多機能型居宅介護）など、受け皿が十分ではない患者のための施設や在宅の質の充実が必要」という2点について、急性期班と回復期班に分かれて、グループワークを実施していただきましたが、両グループで意見が一致したように、私どもとしては記憶しております。

そのほか、「高度急性期、急性期病院が実質的には回復期の機能も担っていること」「地域包括ケア病床の増床が必要かどうか」については、今後も議論が必要だろうということで、このようにまとめさせていただいております。

こちらは、今後、病床配分がある場合もそうですが、ない場合についても、病床の機能分化、連携の議論に向けた出発点となろうかと思っております。

病床配分がある場合は、先ほど申し上げたとおり、今回、申請開始から最長2年間という形で調整期間を取っておりますので、皆さまの意見を深めていただく際の、こちらが議論の出発点としていただければと思います。

もちろん、今回の会議で、この内容をもって、皆さまに何かお願いをすることといったことではありませんが、このような意見が現在まであったということで、共通認識を深めていただければと考えております。

資料の説明は以上でございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、東京都から提示された新たな病床配分方法は、災害ということのポイントにしたいということですが、こちらについてご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

災害医療対策を優先に別途配分するという事は、よく理解できますが、災害というのは、いつ来るかわからないわけですね。その病床は、災害が来るまではどのように使われるのでしょうか。

ただ、増床ということになるのか、それとも、災害時にその部分、例えば、100床というのであれば、10床ずつ10病院に“災害対策ベッド”というものを、カウント外で持っていて、それらは普段は使わないベッドとして眠っていて、災害時に救急に開けて、救急増床するという使い方をすれば、10病院で10床ぐらいずつなら、それほど無理なく準備できると思います。

しかし、100床持っていて、それを災害時まで使わないでいたら、ものすごく負担になるので、それらを普段使っていたら、災害時には、七、八人しか入れないというようになってしまうと思われまので、それでは意味がないと思います。

○鈴木座長：東京都のほうからお答えいただいたほうがいいでしょうか。

○千葉課長：災害時の病床というのは、そのために普段は空けておいて、何か起こったときのために必ず入れるように取っておくというような考え方はございません。通常は通常の病院の機能として使っていて、災害時には、例えば、ここに書いてあるような、災害拠点病院さんとか災害拠点連携病院さんは、災害拠点病院の場合は、「入院患者さんは通常の2倍取ってください」とか、「外来については5倍診てください」とかいうことを求めています。

ですから、災害時に対応していただく病院の機能というところの病床でございますので、「普段は空けておいて、取っておいてください」という考えではございません。

また、100床とかの規模というのは、災害拠点病院等には、普段からいろいろなことを求めています。例えば、「ある一定の研修を受けてください」とか、「備蓄をしっかりとってください」とか、「電源はどうですか」ということを、いろいろ求めていますので、ある程度の規模がないと、普段からそういうことができないであろうということから、優先配分して、病院の規模をある程度取っていただくというような考え方から、今回の案をつくっております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

ほかにご質問、ご意見はございますか。どうぞ。

○亀山（NTT東日本関東病院）：NTT東日本関東病院の亀山です。

先ほどいろいろご説明いただきましたように、高度急性期とか急性期病院で、ベッドを空けて、それを使わないでということになると、経営的に破綻しますよね。

それから、今はこういう高度急性期、急性期の病院は平均在院日数が短くなっていますから、稼働率が非常に落ちているというところもございます。

ただ、我々のところも災害拠点病院ですが、どこかの災害拠点病院もお感じになっていることだと思います。9月7日に、内閣府主催の大規模地震時の医療活動訓練というか、当院も全国からDMAT隊を4隊ぐらい来てもらって行いました。

平日での設定ですと、稼働率が85%から90%近くで動いていて、土日に災害が来たら、ベッドは結構空いていますが、そういうわけにはなかなかいかないですね。

災害拠点病院ですと、赤トリアージになった人たちがどんどん来るというような設定ですから、重症ユニット系で賄わないといけないわけですが、とても足りませんよね。ですから、そうなった場合には、DMAT隊にお願いして、県外に搬送するというのが実態です。

あと、黄色から赤のところの場合は、入院していただいて経過を見ないといけないというような人につきましては、そういう方々のためにベッドを40とか50も空けていかなければならないわけです。

例えば、我々のところだと、手術室の中のリカバリー室を使うとか、普段は外来で一時的に点滴を打つスペースが20ぐらいあります。あと、そういう災害時には、透析のベッドを20台だとか、さらに、外来の化学療法室を20ぐらい、傷病者のために使うというように、それぞれ災害拠点病院にとっては、非常な苦勞があると思います。

ですので、あとどのぐらいベッドを確保すれば、普段の経営的にも困らないで済むかというのは、非常に難しい選択ではありますが、そこはよく検討していかないといけないと思っております。

区南部で災害拠点病院は7病院と、ほかに連携病院もありますが、大規模災害の場合、特に大地震の場合は、絶対足りないと思います。

そういう中で、都のほうから提示していただいたということは、大変ありがたいと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○渡辺（品川リハビリテーション病院）：品川リハビリテーション病院の渡辺です。

まだこれは（案）ということですが、きょうの認識としては、ベッドが余ったときに、拠点病院、連携病院もしくは、それを目指す病院が手挙げをしたら、まずそちらに配分をしてというような認識でよろしいですね。

○千葉課長：はい。

○鈴木座長：どうぞ。

○小山（東京蒲田病院）：東京蒲田病院の小山です。

大田区では、救急医療救護所の訓練を毎年やっております。各グループで拠点病院を中心に、関連病院も一緒になって、いくつかのエリアでやっています。

この100床という根拠がよくわからないのですが、災害の規模、災害の種類、災害の場所によって全然違ってくると思うんです。

先ほど、亀山先生がおっしゃったように、赤、黄色が来ると、一旦は受けざるを得ないですが、それ以外の緑は、門前で医師会の先生方がやってくさるという訓練をやっているの、そういうふうになると思います。

ですので、スペースがあれば、この100というのにこだわっているわけではないと思うんですが、種類によっては、それなりの融通性を持って分配する必要があるかと思います。

うちの病院に、東日本大震災を経験した、東北の病院の出身者が結構いるので、その人たちの話を聞くと、そういった場合はロビーを全部使ったということですよ。

そうすると、ロビーにも人が入る可能性がありますから、100をいくつで分配などと言っていられなくなります。

そこまで極端でなくても、ある程度対応できるように、毎年、救急医療救護所の訓練をやっていると、私は認識していますので、この100という数にこだわることもなく、どこの病院にどう分配するとかは、起こったときの話だと思うので、そのときにうまく融通が利くようにする必要はあるかと思っています。

それともう一つ、先ほどおインフルエンザの話じゃないですが、そのときにうまく分配できるようにということで、そのときに応じて、場所と種類と規模に応じて分配できるという、何かシステムなり、そういうコントロールするべきところがあればいいかなと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。まさに、それも地域連携ということですよ。

東京都としては、こういう案を出しているわけですが、その裏のところで言うと、どのぐらいの規模の災害が起こるかわからないので、地域の中での災害対応力をできるだけ高めておきたいという、裏の狙いもあるのかなと、そのところがメッセージとして込められていると思います。

そして、災害対応というのは、例えば、仮定の話ですが、東京湾で大地震が起きたときは、この区南部が一番被害がひどくなると思います。横浜や区中央部も被害を受けますから、DMATが入るのが一番遅れると思いますし、我々は、自分たちだけで、下手すると、3日間は耐えないといけなくなるかもしれません。

そういったことを考えると、災害のことを常日ごろから考えていかなければいけないことだと思っています。

ほかにはいかがでしょうか。どうぞ。

○酒寄（品川医師会）：品川区医師会の酒寄です。

病院のことを開業医の私が言うのもおかしいかと思いますが、区南部の大田区と品川区を比べると、病院の数については単純に計算すると、絶対的に大田区のほうが多いです。そうすると、均等割でいってしまうと、これは全部大田区の数になるという話になってしまうと思います。

そうすると、NTTと第3北品川と東京品川に、仮に同じ数の被災者が来たら、どうするんですか。結局は他力本願になって、「じゃ、どういう輸送をするか」という話になりますよね。

だから、単純に均等割で何とかという話は、果たして正しいかというのは、私はベッドのことは素人なのでわかりませんが、その辺もご勘案いただければと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

どうぞ。

○成瀬（田園調布医師会）：田園調布医師会の成瀬です。

ここには、災害拠点病院と災害拠点連携病院と書いてありますが、先ほど、小山先生もおっしゃいましたが、我々も訓練をしています。

もしうちの病院に来た重症の人を、うちで診られないというような場合、「じゃ、荏原病院に送りますか」と言っても、そういうことができませんよね。

交通が分断しているかもしれませんので、我々はリヤカーをもらっていますが、それで運べるわけがないですよね。救急車も動きませんよね。

そうすると、我々の病院も診なければいけないわけですが、我々の病院には、ベッドが全然ありません。だから、分配をこのように決められるのはおかしいと思います。

その地域でどんな災害があっても、特に田園調布のほうは病院が非常に少なく、偏っていますので、訓練といっても、中学校でやったりしている場合もあるわけです。

ですから、こういうように決められるのではなくて、災害になった場合には、その対策をやろうとしている病院にも、そういう話がないといけないのではないかと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。
どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

この間の災害で、電車がとまったときにも感じたのですが、病院の機能に全く問題がなかったとしても、職員が来られなくなったために、人員の確保ができないという問題に直面したんですね。

例えば、どの災害拠点病院、災害拠点連携病院も、全職員が歩いているところに勤めているということは絶対ないので、交通機関を使ってくるわけですが、次の人が来ないと交代できないわけですよ。先日の災害のときも、代替りの職員が来ないということで、大変な思いをしました。

ですので、災害時の優先物資ということも大事ですが、災害時に医療者を職場に届けるようなシステム、交通ルールというものを、パトカーに先導してもらわなくてもいいんですが、何らかの交通手段があって、どこかの駅などに集合して、そこから各医療機関に分配できるような方法ができればいいなと思っています。

当院でも、自分たちの車で駅まで迎えに行ったら、違う病院の人も乗ってきたということもありました。「一緒にいいですよ」ということでしたが、そういうお互いさまのケースもありましたので、そういうニーズがあったと思います。

ですから、そういう公的な対策があったら、大変助かるのではないかと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

各病院で災害時々の事業継続計画というものを立てておられると思いますが、それを越えたところで、そういうアクセスの問題も生じてしまうこともあるということですね。

これは、この会議だけではなくて、災害関係のところでも議論していただければと思います。

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、活発なご議論をいただき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ただきたいと思います。

なお、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ありましたら、挙手をお願いいたします。

事前にご依頼を受けていましたので、東京品川病院さんからお願いいたします。

○蒲池（東京品川病院）：東京品川病院の蒲池でございます。

報告ですが、私どもの病院の急性期病床への転換、並びに、中止していた産科医療の再開についてご報告させていただきます。

もともと私たちの病院は、前身である東芝病院のころは、全てが急性期の病床で運営していましたが、私どもの法人、東京品川病院に変わりまして、156床の急性期と、140床の回復期に転換させていただきました。

そして、24時間、365日、可能な限り救急医療を続け、「救急車を断らない」ということで、さらに、地域の皆さまのために開かれた病院という形でやってまいりましたが、156床の急性期がほぼ満床という状況が続きました。そのため病床稼働率が、月によっては98%から99%という状況が、3か月も4か月も続きました。

そういう中で、産科の再開の目処がたちまして、産婦人科、助産師の先生の確保ができて、産科の医療を再開しようとしたところ、どうしても、急性期だけではベッドが足りないという状況がございました。

そこで、産科の医療を再開させていただくとともに、回復期の1病棟を急性期に再度転換させていただきました。

具体的には、転換後は、急性期が206床、回復期が90床の中で、HCU（ハイケアユニット）が12床、産科の病床が15床ということで運用させていただいております。

産科におきましては、10月1日から再開させていただきまして、本日までに7件のお産が無事終了いたしました。来年度におきましては、分娩の申し込みがどんどん増えておりまして、5月、6月は、既に60件を超えるお産の申し込みがございまして、可能な限り対応させていただこうと思っております。

産科のドクター、助産師、麻酔科に関しては、来年度の4月以降に追加で確保ができる見込みで、今以上に厚い診療体制がとれるようになっております。

お産というのは、安全で安心できる環境で行えるものだと考えておりますので、妊婦さんが安全な分娩を行えるよう、引き続きやっておりますので、区の皆さま、医師会の先生方には、引き続きご指導いただければと思います。よろしく願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

何かご質問、ご意見はございませんか。よろしいでしょうか。

それでは、もう1件、東邦大学さん、お願いします。

○盛田（東邦大学医療センター大森病院）：東邦大学の盛田でございます。ご報告をさせていただきます。

今お配りさせていただきました資料をご覧ください。東邦大学先端医療研究センター（仮称）の開設のご説明でございます。

本学の4つ目の医療施設といたしまして、羽田イノベーションシティ（HI City）という場所に開設、開業を計画しております。

場所は、「天空橋駅」の地上の全くの更地の部分が、「羽田空港跡地第1ゾーン」というところで、そのうちの黄色く塗られた、第1期工事に相当する5.9ヘクタール（1万8000坪）が対象の地域となっております。

そこにこの名称がつけられておりまして、この一番左側の部分、エリアマップの①のところに、地下1階から地上11階にわたる、「I棟」という建物ができ上がります。

この「I棟」の下層部分の、地下1階から4階まで、総面積が9000平方メートルの部分に、東邦大学先端医療研究センターを開業いたします。

そもそも、この羽田イノベーションシティというところでは、先端産業、文化産業とその2つが融合した3つ目の共通産業、これらがここで展開されることが期待されております。

中でも、本学は、この先端産業の一つであるところの、「健康医療」の分野を、この先端医療研究センターで展開してまいる計画でございます。

さらに、この羽田イノベーションシティを含んだ、羽田空港跡地第1ゾーンという場所は、国交省により「スマートシティ」事業の区域として選定されております。

「スマートシティ」というのは、地域の課題、都市の課題を、ICT等の新技術を活用し、全体最適化が図られ、継続可能な街づくり、都市づくりをするための事業でございます。その中で、「スマートヘルスケア」を展開するということになっております。

このような地域の特性に根ざした医療機関であるというために、このセンターでは、「予防医療」「先端医療」「医工連携」を3つの柱として、この事業の趣旨に合った活動をしてまいりたいと考えております。

これらの3つの医療を常に回しながら、継続的に区民、都民の方々に提供していくというのが、このセンターの役割と考えております。

継続的な進展、発展のためには、当然、R&Dというようなものを通じて、新たな医療の開発をしていくという必要が出てまいります。医療を提供しつつ、また新たな医療を開発して、それを区民や都民に還元していくという役割を果たしてまいりたいと考えております。

病床数は31床を予定しており、その全てを東邦大学医療センター大森病院から拠出いたします。2022年7月開業を予定しております。

ご清聴いただき、まことにありがとうございました。

○鈴木座長：ただいまのご報告に関して、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、きょうご参加の傍聴席の方々の中で、「きょうの議論に対してこれだけは言っていきたい」というような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、活発なご議論をいただきありがとうございます。

本日本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にマイクをお返ししたいと思います。

4. 閉 会

○千葉課長：鈴木先生、どうもありがとうございました。

それでは、最後に事務連絡を4点ほど申し上げます。

まず1点目です。本日本日行っていましたご議論の内容につきまして、追加でご意見等がある場合には、お手元の「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、本日より2週間以内程度で、東京都医師会までご提出をお願いいたします。

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

3点目、議事録でございます。本調整会議は公開でございますので、議事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページ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。

それでは、以上で本日の地域医療構想調整会議を終了いたします。長時間にわたりご議論いただきありがとうございました。

(了)