

〔令和元年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

令和元年11月8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』

〔南多摩〕

令和元年11月8日 開催

1. 開 会

○千葉課長：ただいまより南多摩地域におきます東京都地域医療構想調整会議を始めさせていただきます。本日はお忙しい中、また、遅い時間にかかわらず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、委員の先生方の前には、1列に1冊程度で「地域医療構想」の冊子を置かせていただいております。

資料に過不足等の不備がございましたら、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、質疑や意見交換のお時間がございます。ご発言の際には、挙手の上、事務局よりマイクをお受け取りになり、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日は傍聴席にも構想区域内外の関係者の方々にご参加いただいております。座長がご発言の機会を設けた際には、同じく挙手の上、マイクをお受け取りになり、ご所属とお名前からお聞かせいただきましたあと、ご発言をお願いいたします。

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。新井理事、よろしく願いいたします。

○新井理事：皆さん、こんばんは。東京都医師会の新井です。皆さん、お忙しいところお集まりいただき、まことにありがとうございます。

本日は、猪口副会長は、北九州市で開催の十四大都市医師会連合会に出席しておりまして、また、土谷理事も少々遅れておりますので、私が代わって挨拶をさせていただきます。

この調整会議は、本年度第2回目になりますが、昨年度は、病床機能の定量的基準についてご審議いただきました。また、今年度第1回目では、不足する病床機能について、特に回復期病床を中心に意見を出していただきました。

今回は、これから説明があると思いますが、外来医療計画についての意見を皆さんに出していただくことが中心になっております。

今まではずっと病床機能の話をしてきたのが、突然、外来医療機能ということで、ちょっと戸惑いがあるかと思います。

さらに、先般、公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証を求めるということで、424病院が厚労省から公表されましたが、その大元は、“骨太の方針”に書かれた方針で、厚労省がその方針を実行しているということでございます。

本音を言うと、厚労省の担当者も、「大変迷惑している」というような意見も出ているようですが、“骨太の方針”で、ああいう意見が出てしまったからには、医療界も対応しなければいけないということで、東京都としても、保健医療計画の中にこの外来医療計画を書き込むということで、皆さんに意見を出していただくということでございます。

きょうのご意見が、またこの保健医療計画の中に書き込まれることとなりますので、ぜひ意見を出していただいて、活発な会議にしていきたいと思っておりますので、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より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行政に多大なるご理解とご協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

本日は、新井先生からもお話がございましたが、大きな議題を3つお持ちいたしました。

1つは、公立・公的病院に関する具体的対応方針の再検証についてです。こちらは、9月26日に厚労省から424の病院が公表されて以来、かなり報道等がありますが、東京都ではそのうち10病院がリストに掲載されております。

この南多摩の圏域の病院はございませんが、国の動向と現段階での都の取り組み状況等について、ご報告をさせていただきたいと思っております。

次に、東京都の外来医療計画についてでございます。

こちらは、新井先生からも今ご紹介がありましたように、厚労省のほうでは、外来医師の偏在是正という観点で、各都道府県において外来医療計画を策定し、それを医療計画に追補するというようなことで、今年度中に策定するということが通知が出ております。

それに基づきまして、現在、東京都では、東京都医師会や有識者の先生方や関係機関の皆さまに委員になっていただいて、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。

後ほど、その検討状況についてはご説明させていただきますが、外来医療につきましても、各地域での実情を先生方によく見ていただいて、ご意見、課題等をいただいて、それを反映していかななくてはならないと思っております。

ですので、この第2回の調整会議では、外来医療に関して、日ごろから肌感覚で感じていらっしゃる課題とか実情等について、活発なご議論をいただきたいと思っておりますので、ぜひよろしくお願い申し上げます。

それから、新たな病床配分方法の案について、現段階での案をお持ちいたしましたので、こちらについても、圏域で実情に照らし合わせて、忌憚のないご意見をいただきたいと思っております。

まだまだこれから検討していく段階でございますので、活発な議論をお願いしたいと思います。

以上のとおり、本日は一つ一つがなかなか重いテーマのものをお持ちしておりますが、限られた時間ではございますが、いただいたご議論を持ち帰り、それを政策に反映したりしていきたいと思っておりますので、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、会議録及び会議に係る資料につきましては、全て公開となっておりますので、ご承知おきをよろしくお願いいたします。

では、以降の進行を座長にお願いしたいと思います。田村先生、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

○田村座長：多摩医師会の田村でございます。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。

きょうは、非常に盛りだくさんな内容がございますが、時間も限られておりますので、その中で活発なご議論をいただきたいと思っております。

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、今年度の日程とか開催内容をお示しするものでございまして、南多摩圏域の予定としましては、開催日程欄の下から2段目をご覧くださいますと、11月5日（火）ということで、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」をテーマにしまして、グループワークを実施することとしております。

傍聴案内も出させていただいておりますが、私どものホームページで、資料とか議事録を順次公開してまいりますので、ご参考にさせていただければと思います。

続いて、報告事項の2点目でございます。「東京都多職種連携ポータルサイト（仮称）」についてございまして、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のツールでございまして、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いたかと思います。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をご認識いただければと思います。稼動の際には、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ございまして、その1つが、左側の「①多職種連携タイムライン（仮称）」というものになります。

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、一元的にその患者情報の更新情報を確認できたり、そこを基点にアクセスができるような仕組みとして構築を予定しております。

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）」というものになります。

こちらは、病院の退院予定患者さん、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、それぞれのツールのイメージ図になっております。

特に、多職種連携タイムラインのほうイメージがつきにくいかと思いますので、2枚目のイメージ図をご覧くださいながら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のところをご覧ください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、タイムライン上に表示されるということになっています。

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

なかなかイメージがつきにくいかもしれませんが、今後、しかるべきタイミングで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。

○田村座長：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。

いささか漠然としておりますが、ICTによる情報共有ということで、MCSやカナミックなどの違うものが今入り乱れておりますが、そういった中での情報共有を進めようという方法だと思っております。

よろしいでしょうか。

もう少し具体的に説明されることになっているということですので、次に進ませていただきます。

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

○田村座長：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、これについて東京都から説明をよろしくお願いいたします。

○橋本（事務局）：それでは、資料3をご覧ください。「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、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たということで、最近、報道等でも出ているものですが、この議題ではその内容を説明させていただきます。

冒頭のご挨拶の中にもございましたが、南多摩では再検証を要請された医療機関は、結果としてございませんでしたが、国がこの分析を行った目的というのが、調整会議における議論の活性化を図るということに、実はございまして、今後の地域の実情に応じた医療機能の分化、連携に向けて、私どものほうでも情報を共有させていただければと思います。

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て、今後、回復期の病院ですとか、民間医療機関も対象を拡大して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ような情報もございますので、そういった意味でもご認識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、この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、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、参考にご覧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た。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かを検証するために、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」というところでご覧いただければと思います。

「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、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に設定しております。

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、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。

そして、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ります。

この「A」、「B」の基準を機械的に適用しておりまして、このいずれかに該当する場合には、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す。

ただ、今回、この分析に当たっての基準が全国一律で定められたものでございまして、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いません。

一方、今回、国のほうで留意事項として、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をおっしゃっていますが、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ですか、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。

今後、ほかの圏域の調整会議などでは、対象の医療病院がある場合に、それぞれの病院さんから、自院の特色などをプレゼンテーションしていただいた上で、全体で意見交換をしていただいております。

今回、南多摩では該当がございませんので、あくまでも、説明のみということで終わらせていただきます。以上でございます。

○田村座長：ありがとうございました。

この件につきましてご質問、ご意見はございますでしょうか。

この南多摩地域には対象病院が含まれていないということで、本件については切迫感がないかもしれませんが、ある意味では、この地域の公立・公的医療機関が、地域の中でバランスをある程度保っているということで、一時的なチェックが免れたことを意味しているかとも思います。

しかし、ここには、病院の関係者以外の方々もいらっしゃいますが、この場でさらに、この南多摩地域の公立・公的病院についてご要望などがありましたら、出していただければと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○遠藤（康明会）：康明会の遠藤と申します。

東京都のほうから淡々と説明していただきましたが、今回の新聞報道も含めて、具体的な再検証を要請された病院が公表されたことに対して、多くの先生方が嫌悪感を持たれたと思っています。

この医療圏ではありませんが、府中市にある都立神経病院さんが入っています。ここには、私どもの圏域からも多くの人たちが受診をしたり治療を受けたりしています。

そういうことを含めて、「実績がないから知りません」というような話ではなくて、東京都としてどうするのか。「きょうは報告で終わります」ではなくて、具体的にこの患者さんをどうするのかということを考えていただきたいと思います。

かなりの重症の方であっても、1時間以上もかけて、この病院に受診している人もいる患者さんもいるという実情があるのに、東京都としてはどうするのかという、具体的な各論まで落としてもらわないと、全くわかりません。

単にお上が言ったことをそのまま、「こうなりましたので」というだけでは、我々は納得できないというのが、私の思いです。恐らく多くの先生方がそうだと思いますので、その辺を明確に答弁いただきたいと思います。

○田村座長：それでは、お答え願えるでしょうか。

○千葉課長：遠藤先生のご指摘のとおり、確かに、北多摩南部地域で都立神経病院が入っております。おっしゃるとおり、神経難病を中心とした、我々としても、病院機能として基幹的な病院であるということは、全くおっしゃるとおりでございます。

ただ、具体的にどうしていくかということについては、先ほどもご説明させていただきましたとおり、厚労省も、この公表や要請をもって、再編や統合、

もしくは、ダウンサイジングを必ずしなさいということではなくて、今一度、地域において議論をしてくださいということでございます。

東京都といたしましても、今回の公表を受けて、それぞれの病院さんに、例えば、「ダウンサイジングに向けて、機能変化に向けて、やってください」というつもりは全くございません。

今一度、病院の機能を地域の調整会議において表明していただいて、地域で議論していただきたいということでございます。

○遠藤（康明会）：今のお話を聞きますと、「東京都として現状はこうだ」ということはわかりますが、実際に患者さんが動いていて、動揺されているんですよ。「病院がなくなるんじゃないか」という患者さんがいらっしゃるんですよ。

ですから、いつまでにどうするかというスキームを含めて、説明責任が東京都にあるのではないかと思いますので、いつまでにどうするかという議論を、神経病院さんを含めてしていただかないと、我々の地域の民間の医療機関はわかりません。患者さんはもっとだと思えます。

患者さんを不安にしないでいただきたいということと、医療機関を含めてわからないので、その辺を含めた上で、時間がかかっても結構ですので、そういう説明責任が東京都にあると思っていますので、ぜひお願いいたします。

○田村座長：今の遠藤先生のご意見ですが、神経病院については、南多摩地域の病院ではないけれども、この病院の機能が削減されたりすることは、この地域としては全く看過できないというご意見だろうと思えます。

実際に、調整会議の中で、「南多摩地域としては全く同意できない」といった意見がある程度集約することができれば、それをもとに、東京都のほうにまたアクションを起こせるかと思えます。

この神経病院が整理対象になったら全く困るということについて、何かご意見はございますでしょうか。

○遠藤（康明会）：今の座長のお話ですが、「看過できない」というのは、この南多摩医療圏の神経内科の専門医も増えてきましたので、この病院にかからざ

るを得ない、南多摩医療圏に住んでいる患者さんたちをどうやって、この地域で振り分けるかというということを考えていかなければならないのじゃないかという話です。

ですから、「看過できない」ということだけでは済まない話だと思われま

○田村座長：この神経病院がもう縮小されることになったというわけではなくて、もしそういうことになったら、遠藤先生が今おっしゃったような大問題が生じるので、単なる縮小というスキームに乗せないでいただきたい。むしろ、何か変革するにしてももっと建設的な内容でないといけないのではないかということだろうと思います。

これについては、遠藤先生からそういう強い意見が出されたということで、それをこの調整会議の一つの意見として取り上げていただくということによるのでしょうか。

○遠藤（康明会）：そのようにお願いします。

○田村座長：ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○村田（町田市民病院）：町田市民病院の村田と申します。

今の件について、厚労省では、来年の9月までにこの案に対する回答を求めているように思いますが、これにつきましては、先ほどの話からいくと、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて、東京都のほうでそれをまとめて、厚労省に回答するという形になっているという理解でよろしいのでしょうか。

○千葉課長：はい。おっしゃるとおり、報道とか厚労省の説明ではそうなっておりますので、そうなるだろうと思います。

実を言うと、国の地域医療構想ワーキンググループで議論されて、その結果として発表され、公表されていますが、そのあとに、国のほうが機関決定をし

て、都道府県の知事あてに、「いついつまでに何をしなさい」という通知が来るのですが、その正式な通知はまだ来ていません。

ですので、正式には、いつまでに何をしなければならないかということは、まだわからないという状況ですが、現状の国のワーキンググループの議論ですと、来年の9月までにというような記事が出ておりますので、それに間に合うように調整会議で議論していただいて、その結果を報告するということで進めたいと思っております。

○田村座長：よろしいでしょうか。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

(2) 東京都外来医療計画（案）について

- ・ 圏域内で不足する外来医療機能
- ・ 不足する外来医療機能を求める範囲

○田村座長：(2)は、「東京都外来医療計画（案）」についてです。これにつきまして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。

この性格でございますが、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月に改定している現行の「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」です。国の計画の策定ガイドライン上、二次保健医療圏が単位とされております。

「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の二次保健医療圏がございますが、その中で上位の33.3%、3分の1に該当する場合、その二次保健医療圏が「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ことは、ご認識いただければと思います。この点は、国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いないのですが、参考資料2という、分厚めの「東京都外来医療計画素案」の17ページをご覧ください。と思えます。

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、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。したがって、南多摩は外れているということでございます。

次に、資料4にお戻りいただきまして、「記載事項」のほうをご覧ください。

私どもで考える外来医療計画でございますが、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。1つが、左側の「外来医療機能の偏在・不足等への対応」で、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。

次に、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」についての内容でございます。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。

ここまでが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す、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きます。

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。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、外来医療の方向性として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ので。

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、ご意見をいただき、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、この計画の趣旨が、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ふうにされています。

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1つ目が、1の欄の、「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ふうにされております。

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ということで、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、下のほうに何点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、特定の市のお話とか、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79ページ以降が、この南多摩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、85ページに、「調整会議で出されたご意見」ということで、先生方の肌感覚に基づく南多摩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。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。

○田村座長：ありがとうございました。

ただいまのご説明ですが、ちょっとわかりにくい点があったかと思っています。国が求めていることと東京都の事情が、かなり合っていないという前提がございます。

国が求めるところでは、外来機能が特定の地域に集まっていて、ある地域では非常に医者不足で困っているのです、新しく開業する医者は、不足して困っているところに誘導したいので、そのためにはどうしたらいいかということが、問題意識として、各都道府県に宿題が出されているわけです。

宿題が出ていますので、東京都としても、外来医療計画の中に、それに沿った答えを書き込まなければなりません。それを避けて通ることはできないわけですが、実際、東京都はどうかというと、この外来医療機能について全く問題がないかということ、どうもそうでもなさそうです。

東京都独自の、今の東京都の実情にとって問題になることを、東京都のこの調整会議で話し合っ、それを計画に書き込みたいといった趣旨だったと思います。

論点がいろいろ出されていますが、まず、このテーマ全体を通じて、「ぜひこれは」というご意見がありましたら、ご発言いただければと思います。切り口がたくさんありますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○谷平（稲城市医師会）：稲城市医師会の谷平と申します。

参考資料2の81ページの「④外来医療機能別の状況（一覧）」の最初の「夜間・休日における初期救急医療」のところを見てください。

一番下のポツに、「外来施設全体に対する時間外外来を実施している施設の割合で見ると、南多摩は41%であり、全国平均より少なく、都平均と同水準。稲城市の対応施設割合が51%と高い」と書いてあります。

これは、何を基に資料をつくられたのかがわかれば、教えていただきたいと思います。

実情を申しますと、稲城市では、救急をやっている病院は市立病院しかありませんし、休日診療は、1か所の診療所でやっているだけですし、夜間も対応

しているところはございません。ただ、自発的に休日診療を午前中だけやっているところが1か所だけです。

これが実情ですので、どう考えてもおかしいので、稲城市がこんなに多いのはなぜかをお伺いしたいと思います。

○田村座長：今のご質問にお答えいただけるでしょうか。

○千葉課長：81ページの下の表をご覧くださいでしょうか。ここに、人口10万人当たりの時間外点外来施設数と時間外対応施設割合というデータに基づいて、それを文章にしたということになっております。

○田村座長：谷平先生の肌感覚とこの数字がかなり乖離しているというご指摘だと思うんですが、

○谷平（稲城市医師会）：対応施設の割合が51%というのが理解できません。例えば、「時間外で少し遅く来た人を時間外加算していますよ」ということをみんな入れてしまうと、時間外に救急患者が来ても診ているみたいで、ちょっと誤解を招くような表現だと思いますので、ここは削除していただければと思います。

○千葉課長：おっしゃるとおり、時間外加算を算定して、グラフをつくっていますので、こういう結果になっているということですが、

○田村座長：1つの診療所で月に1例でも時間外加算を算定したところがあれば、そこは、時間外対応をしている診療所とカウントしているだろうということではないでしょうか。

いずれにしても、ここで示された資料の数字が、実際の現場の肌感覚とずいぶん乖離しているという一つのご指摘だろうと思います。ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

私がこれを見て、まず最初に腰を抜かしたのは、南多摩地域は医師多数区域ではなくて、少数地域に分類されているということでした。つまり、国の基準でいうと、外来機能が少ない、開業医が少ない都道府県分類されているということです。

もちろん、「南多摩地域ではどうぞフリーで開業してください」ということではないということですが、実際に、南多摩地域でも、確かに、足りない機能と飽和に近い機能がいろいろありまして、そういったものを調整する方策、目安といったものを、この場で具体的に出していただきたいと思うわけですが、いかがでしょうか。

それから、この外来機能というのは、診療所の話でありまして、病院の外来は全くカウントされておりません。ほかの会議でもいろいろ出てくるわけですが、「病院でも外来をやっているじゃないか」と。

特に、「私立の中小病院の外来は、地域の外来機能の中で少なからぬ割合でやっていただいていますので、そこを無視して計算するのはおかしい」というご指摘が、いろいろなところがございます。南多摩でもそれは当たるかと思いますが、そこはちょっと置いておいていただければと思います。

また、ほかの地域の調整会議にも、私は傍聴で出させていただいています。が、「在宅医療の機能は足りているか」ということや、谷平先生からご指摘があった「休日夜間の救急は足りているか」というような話も出ています。

こういったことも、南多摩でも課題になるかと思われまますので、そういったことも含めていかがでしょうか。傍聴席のほうからでも結構ですので、ご意見があれば出していただきたいと思います。

今までは議論がほとんど病院に集中していましたので、論点が違っていますが、それでは、私のほうから、一つ問題提起をさせていただきたいと思います。

国からの宿題の中で、新規に開業しようとしている医師については、情報を提供して、「この地域ではお医者さんは余っているので、ほかのところに行ったらどうですか」というような、行動変容を促すというようなものがございます。

これは、国の指針ですので、全く無視するということはできないわけですが、これは、医師少数地域に分類されている南多摩地域においても、都心の区部と

同じように、そういった情報提供なりをしていただかないと、開業したい医者はみんな南多摩で開業したらいいということになると、私たちは困りますので、その辺をしっかりとやっていただきたいと思っております。

開業の準備を全て整えて、保健所に届出を出す時点で、「実は、ここは医師多数区域なんですよ」と言っても、行動変容を起こす余地がないわけですので、もっと早い段階で、これから開業しようと思っている医師に対しては、「地域で開業するということはどういうことか」ということも含めて、東京都の中ではどういう状況で開業医がいるかという情報を提供していくほうが、現実的ではないかと思っております。

実は、まだ議論が出てきてはいないと思うんですが、外来機能の偏在の問題で、休日診療所が本当に十分あるのかとかいった話については、新規開業する医師だけにその責を負わせるというのは、なかなか難しいところですので、既に開業している医師についても、その地域の現状の中で、少し仕事のやり方を変えとか、工夫するということを促していかないと、実効性がないだろうと思っております。

そういう意味で、この東京都の資料5の一番下を書いてあることは、私だけではなくて、そういった意見が比較的出ているということで、それを受けてのことかとも思っております。

ご質問、ご意見等がある先生はいらっしゃるでしょうか。どうぞ。

○中井（日本医科大学多摩永山病院）：日本医大多摩永山病院の中井です。

病院の外来機能はここに入っていないということでしたが、私は、専門が産婦人科でして、周産期医療を中心にやっております。

産科医療においては、東京都だからといって充足しているということは、どこの地域でもないという現状があります。

というのは、全国の傾向もそうですが、私どもの病院は、より高次の、重篤な、合併症のあるような方々を中心に扱っていて、一方で、ノーリスクというのはありませんが、リスクの比較的低い方はクリニックが担うというのが、全国どこでも行われていて、50%ぐらいがクリニックでの分娩になっています。

東京都の場合は30%ですが、多摩においては、その構図が少し違って、

ここ数年の間に新規で分娩を扱うクリニックが増えてきていますが、そういうところに戸を立てるとするのは、周産期医療全般を見ますと、非常に困る状況になろうかと思えます。ですので、全体の数や全体の枠だけではなくて、診療科ごとの個別の検討ということ、ぜひ丁寧に行っていただきたいと思えます。

クリニックがなくなると、大きな病院はみんな瀕死の状態になってしまいますし、さらに、医師の働き方改革というものが本格的に稼働しますと、もう分娩を取り扱えなく施設が、全国で半分ぐらいになってしまうと思われまので、あわてていろいろ対策をとらないといけないという状況になっています。

ですので、その辺を丁寧にやっていただきたいと思えます。

○田村座長：ありがとうございました。

診療科別の個別の検討が必要だということと、中井先生のご専門の産科分娩の部分については、お産を取り扱うベッドを持ったクリニックは、余っているところが、もっと充足してほしいという、具体的なご指摘もいただいたわけですので。

この話がちょっとわかりにくいというのと、これからどういう事象が実際に起こるのかということのイメージも、ちょっと湧きにくいかと思えますが、いかがでしょうか。土谷先生、お願いします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

これまでの調整会議では、病床のことが主に話されていたので、外来機能について話しましょうということになると、どういう感じで話したらいいかと、ちょっと戸惑うところがあるかもしれません。

一つ伺いたいことは、例えば、病診連携を今後も進めていると思えますが、特に逆紹介において、この診療科は逆紹介がしにくいなという診療科が必ずあると思えますので、その辺についてはいかがでしょうか。

それぞれの診療所の中で、「こういうのが足りない」というのがあるかもしれませんし、また、病院の先生からも、逆紹介しにくい診療科を挙げてもらうと、診療科別の過不足の感覚というものが、少しつかめるのではないかと思いますので、よろしく願いいたします。

○田村座長：今の土谷先生からお話がありました逆紹介について、病院の先生方で何かございますでしょうか。どうぞ。

○池田（東京医科大学八王子医療センター）：東京医科大学八王子医療センターの池田と申します。

私たちのところは、高度急性期、急性期を担っている医療センターで、34の診療科を持っておりまして、1日1000人近い外来と救急も多く扱っておりますが、逆紹介で一番難しい科としては、血液疾患でございます。

これは、血液を専門としている開業の先生が少ないということと、仮に病院であっても、なかなか受けていただけないというような状態です。

もう一つは、透析患者さんです。もちろん、透析施設はたくさんありますが、救命センターに運ばれてきた患者さんがよくなって、「あとは透析だけですが」といっても、なかなか難しいというのが実情ではないかと思っておりますので、その辺、逆紹介する側としては、できるだけ幅広く対応していただければというのが希望でございます。

○田村座長：ありがとうございました。

血液疾患の患者さんを逆紹介で受ける診療所とか、病院で急性期を過ぎた患者さんに透析を引き続きやっていただけるような診療所が少ないという、肌感覚のお話だったと思いますが、そういったご指摘をいただきました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○重松（多摩南部地域病院）：多摩南部地域病院の重松です。

診療科別ということであれば、病院の診療科の先生とかの話で出てくるのは、一つは泌尿器科です。

泌尿器科の医師が逆紹介したいと思っても、地元で泌尿器科の疾患を診られるクリニックが少ないということで、大変苦勞しているようです。数か所あって、そここのところに集中してしまうということがあるので、実際に現場で困っているということです。

もう一つ、在宅が最近増えてはいるようですが、当院は、緩和ケア病棟を持っていますので、急性期の緩和ということでやっていますし、がんの緩和に関しては、在宅医療の先生方と連携が取れてやっています。

ただ、今後は、慢性疾患の心不全とか呼吸不全の方で入退院を繰り返している患者さんがたくさんいらっしゃると思いますが、そういった高齢の方々の在宅医療が増えていかないと、急性期で、肺炎とかの高齢者の救急が終わったあと、全部施設にというわけにはいきません。

ですので、そういったときに、在宅で診られる医師というのが今後増えていかないと、2025年に向かってやっているといるところと思うんですが、それが賄えないのではないかとということ、印象として持っています。

○田村座長：ありがとうございました。

在宅については、今は、がんの末期などが中心ですが、それ以外の慢性疾患についても、在宅で診る力のある診療所が求められているということで、泌尿器科についてもそうだというお話でした。

今のお話でちょっと気づいたことがあります。それは、逆紹介の対象の診療所が、泌尿器とか血液疾患とかいった、かなり専門性を持って対応できる場所でないと、安心して紹介できないということも含まれているのでしょうか。

それとも、今盛んに開業医に求められている総合診療医という、非常に幅広く何でも診るといったところでも、やる気があれば、例えば、消化器中心で、胃カメラは得意だけれども、開業してから総合診療医を取ったというところに、血液疾患の患者さんがポンと帰っても、うまく診られるかどうかということ、

それは、患者さんが安心して帰るかということと、受ける側が安心して受けられるかということが、問題としてあると思うんですね。

ですから、診療所の先生方に機能として、かかりつけ医機能とか、総合診療医機能ということが、盛んに言われていますが、ある意味、かなりの専門性を維持した形での開業というものも、やはり必要とされるのではないかとということも、深読みすれば、そのようにも読めると思います。

特に、後者の場合は、議論が根本的なところに関わりますが、こういう在宅のことについて、もう少しご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○遠藤（康明会）：根本的な提案ですが、今回の外来機能にしても在宅医療にしても、基本的には、平成29年度の国のデータベースをもとに引っ張ってきているということをお伺いしました。

ですので、先ほどお話があったように、精緻な数字ではないということが一つあります。また、先ほどから出ている肌感覚でということであるならば、少なくとも東京の620の病院にこれについての通知を出して、ヒアリングができると思います。それから、各医師会の先生方にお願ひすれば、医師会でとりまとめができるわけです。

南多摩医療圏は、基本的に全部足りないんですよ。肌感覚で言えば、休日夜間を問わず、救急医療については絶対的に足りないということです。

それから、継続的にできるという保険医療での保証が何もないということがあります。

さらに、在宅医療については、先生方が高齢化しているという現状があります。例えば、日野市で言うと、在宅時医学総合管理料の届出を24か所を出していますが、実際に24時間やっている先生方は3か所か4か所しかありません。

外来をやり、訪問診療をやり、夕方も診療をしているという先生方が高齢化しているという現状があります。

この地域医療構想については、医療区分1の7割の患者さんを在宅扱いにするという前提で、病床が設定されているということを考えますと、在宅医療は非常に重要なので、そういうことを踏まえた上で、私は、もう少し、肌感覚ではなくて、各医師会の先生方のご協力と病院のご協力を得て、実際の内容をきちんと集約していくべきだと思っています。

もう在宅医療はやめようと思っている先生方がいますので、そういう状況の中で、訪問診療を含め、がんの末期の方も含め、これから増える超高齢者に対

して、先生方の絶対数が足りないということを考えると、肌感覚だけの議論ではうまくいかないと思います。

○田村座長：ありがとうございました。

議論のためのデータが少ないということは、いろいろなところで指摘されていますが、そういう中で、東京都に求めるだけではなく、医師会でも調査していく必要があるということは、非常に大事だと思います。

今の在宅についてのお話について、日野市の野田先生、いかがでしょうか。

○野田（日野市医師会）：日野市医師会の野田でございます。

遠藤先生のご発言がありましたので、日野市の現状をちょっとお話ししたいと思います。

康明会病院さんが地域包括ケア病床をやっているのを、それによってかなり助かっています。

日野市立病院もかなり頑張っていますが、急性期のみの病床です。ここからのリハビリについては、多摩永山病院さんのほうに回しています。

地域包括ケア病床は、康明会病院さんが療養型でなさっていますが、今はここが頼りになっています。

もう1つの急性期の病院が花輪病院さんですが、中小の病院で救急をやっていくのは非常に大変で、なかなかうまくいってないというのが現状です。

そういうことを踏まえると、先ほど、遠藤先生がおっしゃっていたように、訪問診療については、受け入れ側のネットワークがこれから非常に必要になってきますが、それが不安定な状況です。

私たちから見れば、包括ケア病床が安定した経営ができるように、必ずなってもらいたいと思っています。

今まで療養型だった病院が包括ケア病床をつくっているのですが、急性期のお医者さんが必要になってきていますが、それがなかなか厳しい状況になってきています。

康明会病院さんでも包括ケア病床を維持していくのに、急性期のお医者さんが足りないというような状況です。

先ほど、科によってというお話がありましたが、包括ケア病床をつくっていると、ところを維持する先生方を、どうやって安定して確保するかということは、地域にとって問題があって、苦勞されているかと思います。

あと、訪問医のお話ですが、200ぐらいずつを3か所で回していますが、確かに、高齢化してきています。

そして、こんなことは言いたくないですが、やはり、眼科、耳鼻科が多くて、内科で訪問診療を目指してやったださる診療所の数が少なく、しかも、みんな高齢化してきていて、24時間型の先生方もやっていただけなくなっています。

そういう中で、我々としては、さっき言った600がメガ型の訪問診療でやってもらっていて、残りの100を、10人ぐらいの診療所の先生がやっているという形です。ただ、診療所をやっているながら訪問もやっているというのは、かなり不安定で、これからは望めないという形になってしまっているの、その辺が不安定な状況かと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

在宅については、メガ診療所がかなり頑張っているけれども、それ以外のところは不安定な状況になっているということですね。

それでは、時間も大分押してまいりましたので、次の議題に移らせていただきたいと思います。

(3) 新たな病床配分方法（案）の検討について

○田村座長：次の(3)「新たな病床配分方法（案）の検討について」です。

では、東京都から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。こちらは、東京都における現在検討中の案でございます。

まず、「原則」の欄をご覧くださいますと、私どもが検討させていただいている案としては、「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ございます。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降雨による水害や風害も多く発生しております。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、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を、私どもの案とさせていただいております。

もちろん、全ての数をということではなく、圏域の配分可能数を超えない範囲で100床まで、残余は均等配分ということで、現在検討しております。

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たいと考えております。

私どもの案でございますが、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」してまとめたものでございます。

こちらの南多摩については、資料7の2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。

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いたかと思います。

具体的なお意見としては、「圏域内の各市の特性を踏まえた議論の必要性」と、「市を越えた情報共有や多職種連携の必要性」、「各市の回復期病床の過不足感」の3点については、意見が一致したという状況でございます。

今後ですが、病床配分申請を来年度から受け付けていくわけですが、これまでのご挨拶のように、地域の関係者のご意見、ご理解を深めるために、申請開始から約2年間という調整期間を取らせていただいております。

また、今後、病床配分だけではなく、連携に関する議論というものを引き続き実施していく中で、やはり出発点ということになるものと考えておりますので、今回の会議で、この資料をもとに何かお願いするということではないのですが、今後の議論に向けた共通認識ということで、これをもとに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。

○田村座長：ありがとうございました。

ただいまのご説明に対してご質問、ご意見等はございますか。

これは、南多摩医療圏では、新たな病床配分があるということを前提に、それをどういう観点で配分をしていこうかということで、都としての考え方を提示されたということによろしいですね。

災害医療体制に備える病床というと、具体的に何を指すのかということで、いろいろな思いがあるかと思います。

実際に、トリアージで赤や黄色に分類された人を救命するための病床というイメージもございますし、災害のときに担当する医師がいなく困るので、というようなことをお考えの方もあるかと思いますが、こういう方針についてご質問、ご意見等があればお願いいたします。どうぞ。

○横山（清智会記念病院）：清智会記念病院の横山でございます。

この災害医療の病床について考えていると、日々の現場とはちょっと違うのではないかと思います。

私の小さいときの災害というのは、一言で言えば、点の災害でした。そして、50代ぐらいになってきたら、点よりは面みたいなの、広範囲にやられることになってきたという感じです。

ですから、例えば、このたびの千葉県の被害をイメージしていただくと、災害医療というのは、そういうものではないかということですが、災害が起きたときに一番大事なものは、医療面においては、DMATやJMATが行くということが、非常に大事です。マスコミの言葉で言うと「ボランティアが大事」ということで、「ボランティアが来てほしい」ということを盛んに言っています。

そういう意味では、災害医療というのは、病床の問題ではなくて、人的な問題が一番大事なのではないかと思います。

東日本大震災のときには、災害に対して、多くの看護師さんたちがリュックサックに必要なものを入れて、動き回ってくださったという事実がございます。

そういうふうに、災害医療に対して、根本的にぜひ見直していただきたいという思いがありますので、よろしく願いいたします。

○田村座長：ありがとうございます。

昔から災害医療に取り組んでくださってきた横山先生のお話で、非常に大切な話をお伺いできました。

この病床配分のことをちょっと離れてでも、災害医療体制にとってはどういふことが必要かということについて、少しディスカッションできればと思いますが、いかがでしょうか。

では、都のほうからお願いします。

○櫻井部長：大変貴重なご示唆をありがとうございます。

災害医療につきましては、災害医療対策協議会という検討の場で、現在、都内のほうでは82の災害医療拠点病院、138の災害医療拠点連携病院、そして、それ以外の病院については、災害医療の支援病院という形で体系づけられている中で、特に拠点病院や拠点連携病院を中心にして、その一つ一つの病院

の機能をどう強化していくべきかということ、今検討していただいております。

そういった中で、一例を挙げますと、今年度から新たに、昨今の風水害への対応の観点から、例えば、浸水対策といったようなもののインフラ整備を開始したりしております。

また、一番の要となります人についても、研修体制について検討いただき、例えば、DMATの団員の方が講師になって、研修していく体制というものにも取り組んでいるところです。

こういう人とインフラのところを重点的にやっているところですが、そこに加えまして、この病床を増やす際にも、この災害医療体制の強化という要素も、新たに入れてみるのはいかがでしょうかということでございます。

今までの均等配分からちょっと踏み出したところですが、今回、このようなことを案としてお持ちしたところございまして、質的な強化と量的な強化という両面できちんと体制を整えていきたいと考えております。

○田村座長：ありがとうございました。

今後の方向性ということでご説明をいただいたわけですが。

この件についてご質問、ご意見をいただければと思いますが、その前に、この調整会議は意見交換、情報提供の場ということですので、ぜひ情報提供を行いたいというところがございまして、ちょっとそちらの話を聞かせていただきたいと思っております。

では、多摩永山病院が新病院を建設したいということですので、ご説明をいただきたいと思っております。

○中井（日本医科大学多摩永山病院）：日本医科大学多摩永山病院の中井でございます。

私どもでは、今ご紹介があったように、新病院の建設を計画しております。その大きな目標の一つというのは、先ほど来お話が出ておりますような、多摩の住民の方々の医療というものを、可能な限り、多摩で完結できればということでございます。

その中で、重点的に3点を考えて計画を進めておりまして、まさに今お話のあった災害医療のほか、救急医療、小児周産期医療という3点を、特に重点的に拡充していきたいと考えております。

当院は今、405床の許可病床になっておりますが、60床ぐらいの増床を希望しております。465床にすることで、今お話しした3つの領域で貢献できるのではないかと考えております。

それでは、もう少し具体的に話させていただきたいと思います。

まず、救急医療については、詳細な数字がわかるのが多摩市ですので、多摩市について紹介させていただきます。

現在、多摩市で発生する救急患者さんの47%ぐらいが、多摩市内で完結していきまして、そのうちの25%を当院がシェアしているという状況です。

南多摩医療圏で完結する率は6割ぐらいですので、多摩市で発生した救急患者さんの40%は圏域外に搬送されているということになりますので、当然、その後の通院の問題とか、地元のかかりつけ医の先生方との連携の問題といったことが、今実際に発生しておりまして、連携が非常に取りづらくなっているという状況があります。

私どもの大学は、ご承知のように、救命救急学を中心に発展してまいりました経緯がございますので、この領域にはぜひ注力したいというのが、全学を挙げての思いでございます。

多摩の患者さんをなるべく多摩で完結する目的で、それに伴う増床が必要だろうと考えております。

また、先ほど来の、救急と災害の関連ですが、これも非常に連携しておりまして、そういった救急病床にある程度余力があれば、より多くの災害時の患者さんの受け入れが可能になります。

実際、昨年、多摩市では、ご存じかと思いますが、商業施設で大規模火災が発生して、四十数名の死傷者が出た大災害でございましたが、その際にも、私どもの医師と看護師が、ドクターカーで真っ先に現場に向かいまして、負傷者の手当をするだけではなく、そこで発生した死傷者の全てのトリアージに関与いたしました。そういった経緯がございます。

ただ、私どもはそれで満足していたのですが、ことしになりましてから、内閣府の広域災害訓練にも参加させていただきました。また、東京都の災害訓練が、多摩市で十数年ぶりに行われまして、それにも参加いたしました。

そして、多摩市自身でも災害訓練が行われておりまして、そういうところに参加する中で、具体的に検討してみたところ、現存の施設では、外来であるとか、待合室のスペースといったところが非常に狭いということで、実際の災害時に十分な患者さんを受け入れることができないと思われましたので、この辺は一新して、拡充していきたいところであります。

先ほどの災害と病床の関係というのも、通常は外来として、待合室として使っているようなところが、有効に活用できるようになる必要がありますが、既存の建物では十分とは言えないことを痛感いたしましたので、その辺を刷新したいと考えております。

それから、最後に、小児と周産期医療についてですが、言うまでもなく、東京都では産婦人科の医師が余っているということですが、実際には足りていませんで、働き方改革などが実施されるようになれば、東京都の4割ぐらいの分娩施設は運営できなくなると思っております。

ですから、我々も、学会や団体としても非常に困っているところでありますが、その中でも、特に南多摩医療圏というのは、非常に医療資源が乏しいところです。わかりやすい数字で言いますと、新生児の集中治療室、NICUと申しますが、東京都全体では、これが、1000出生に対して3.6確保されています。

ところが、南多摩医療圏全体を見ますと、何と0.7なんです。町田市民病院が地域周産期医療母子センターを持っておりまして、6床のNICUを持っているというだけで、私どもは、昨年までは、3床を標榜していましたが、新生児科医が不足する中で、どうしても一旦、これを休止している状態です。

このNICUは来年度中には再開したいと思っておりますが、新病院になります際には、ぜひこの領域のため、NICUのさらなる増床と、そして、願わくば、母体と胎児を集中管理する「MFICU（母体・胎児集中治療室）」も同時に設置して、対応したいと考えております。

幸い、当院には産婦人科医が14名、非常勤を入れますと20名近くの医師がおりますので、この対応は可能ではないかと、現時点では考えております。

救急医療と災害医療は密接にリンクしていますし、それと、この小児・周産期医療の拡充ということで、冒頭に申しましたような60床の増床を希望しているところでございます。

貴重なお時間をいただきまして、大変ありがとうございました。

○田村座長：ありがとうございました。

多摩市のほうから、追加で何かご発言はございますか。

○伊藤（多摩市）：多摩市の保健医療政策担当部長の伊藤でございます。

日本医科大学多摩永山病院の中井院長先生のほうからお話しいただきましたように、多摩市では、多摩永山病院の移転新築に当たりましては、先般、この会議の中で、「政策情報誌」ということで、情報を提供させていただいておりますが、この新築移転に当たりましては、支援を惜しみなくしていきたいと思っておりますので、ぜひご協力のほどよろしくお願ひしたいと思っております。お時間をいただきありがとうございました。

○田村座長：ありがとうございました。

医師が不足する中、撤収していく部分も多いわけですが、敢えて病院機能を拡大して、ニーズに応えようという、一種の決意宣言と受け取ってよろしいかと思えます。

それでは、もう1つ、傍聴席におられる陵北病院のほうからお願いいたします。

○村山（陵北病院）：陵北病院の村山と申します。

当院は、来年4月に向けて介護医療院のほうに転換いたします。317床でございます。このことを情報提供させていただきました。

これに関しては、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」に明記されておまして、その附則28条に、既存の病床

数を算定するにあたっては、介護医療院の入所定員数については、令和6年3月31日までの間、厚生労働省令で定める基準に従い、都道府県の条例が定めるところにより、既存の療養病床の病床数とみなすということになっておりますので、介護医療院のほうに転換したとしても、令和6年3月31日までは、療養病床数としてカウントするということになっておりますので、情報提供いたします。よろしくお願いいたします。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかに何かご発言とか情報提供等をしたいという方はいらっしゃいますでしょうか。傍聴席の方々を含めて何かございますでしょうか。

特に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が、ここで、安藤先生から少しお話をさせていただければと思います。

○安藤（東京都病院協会・永生病院）：安藤でございます。別の役目も現在しておりますので、せつかくですので、ちょっと情報提供をさせていただければと思います。

今回、公立・公的病院のデータが出て、大騒ぎになっていますが、実際は、その発端は、東京都医師会の猪口副会長が、「このような調整会議の中で、民間病院、大学病院、公立・公的病院が議論できるような、共通のインジケータがあったほうがいいのではないか」ということをおっしゃっていました。

さらに、突っ込んで言えば、「収支の状況を全部出すことは大変だろうから、繰入金なしの黒字かとんとんか、ちょっと赤字というぐらいのデータがあれば、いろいろなことが議論できるのではないか」ということでした。

そこで、私は、厚生労働委員会で質問をしました。それがまた原因になって、「今回は間に合わないの、インジケータができないけれども、先ほどの対象の9項目と6項目のことを出そうと思っておりますが、いいですか」と言うので、「相当インパクトがあるけれども、出してみたらいいんじゃないですか。そのあとまた、現場に合ったようなインジケータを使って、しっかり議論し

ていきましょう」ということで、今回出ましたところ、大騒ぎになっております。

国会でも、いろいろな議員さんたちは、地元から言われて、「とんでもない。公立・公的病院がなくなってしまうのじゃないか」ということを、厚労省に言ったりして、攻めています。

しかし、私は、「それは違うのじゃないか」と。「国会はデータが出たけれども、実際、もう一度、インジケーターのいいものをつくって、調整会議でもって、本音で話せるようなものをつくれればいいんじゃないか」と。

そして、「文句を言っている議員さんも、ぜひこの調整会議に、区議とか都議とか国会議員も入って、議論の様子を聞けば、自分たちの選挙区の医療や介護がどんな状況かということが、もっとよくわかるので、そうすれば、無責任な意見も出ないんじゃないか」と。

「首長さんなども、自分の選挙のために公立病院をつくるとかいうことを言うのではなくて、実態はどうなのかということ、こういう会議に来て、議論の内容を聞くべきだ」と。

このような発言をしました。

私が思うには、公立・公的病院も経営が大変なので、その中で、どうしても必要な地域包括ケア病棟とかも必要になってくると思います。そういうことを本音でもって、「助け合っていこう」というような形で、いい意味で、みんなですべてやってくれるようなことができればいいと思っています。

そして、地域の中でもって、いい意味での“地域連携推進法人”のような形のものでできればいいのではないかと、右田病院の右田先生などもおっしゃっていますが、そのようなことを考えています。

あと、災害医療に関してですが、非常にびっくりしたことがあります。

今回、世田谷記念病院が川のそばにあったため、1階が水没してしまいました。また、福島星総合病院も1階が水没したということで、大変な状況になりました。

そういう場合の公的な補助はどうなっているかということを知りたいところ、公立病院は3分の2なのに対して、民間病院は2分の1ということで、大きな格差が付いていたんです。

そこで、その根拠を聞いてみると、別に法律で決まっているわけでもなく、省令、政令でもないということでした。それは、その当時の担当のお役人の人たちが、適当に「公立は3分の2、民間は2分の1でいいんじゃないか」ということで決めていたということがわかったわけです。

それで大騒ぎになってしまって、「それはおかしいんじゃないか。エビデンスがないんじゃないか」ということになって、「ちゃんと民間も3分の2まで補助しましょう」ということになりそうです。

さらに、「その3分の2の分母は何か」ということを質問したんですが、それもはっきりしていないということでした。

もっと質問したんですが、例えば、世田谷記念病院は、患者さんを全部外の病院に出してしまって、職員を雇いながらも、収入が全く入ってこないという状況になっています。

そこで、ちょっと聞いてみたところ、10億円以上の損失が出るらしいのですが、その分はちゃんと損失補填をしてあげたらどうかと思うんです。あそのグループは大きいから、何とかなるでしょうけれども、我々のような小さな中小の民間病院だったら、一発で潰れてしまいますよ。

そこで、「何とかならないのか」と質問してみたら、「診療報酬で補填はできないけれども、人材の育成事業のようなところから、多少は補填ができるかもしれない」という話でしたので、「ぜひそれはやってほしい」ということを話してきました。

ですから、国のさまざまな制度の中には、案外いい加減ですので、こういった場面でもって、そういう矛盾を突いていって、いい線をつくっていくようにしなければいけないのではないかとということで、今回、そういう話をしてまいりました。

以上、議員として出ているということで、情報提供ということで、少しお話をさせていただきました。

○田村座長：安藤先生でなければ働きかけられない部分がたくさんあったと思います。どうもありがとうございました。

安藤先生は副座長でもいらっしゃいますので、今後とも、いろいろ具体的なお意見、ご要望などを出していただければと思っております。

本日の議事はこれで終わりになりますが、1つ目の議題の公立・公的病院の再検証については、この圏域の病院ではありませんが、東京神経病院の機能を縮小するという事は、非常に大問題であるということを、本日の調整会議での総意となっていると考えていきたいと思っております。

それから、外来機能の話については、南多摩地域も決して余っているということではなくて、非常に問題があるので、それぞれの診療科についてもありますし、在宅の体制についても、将来の増加を見据えると、非常に不安な部分があるということで、いろいろなご意見が出されたということも、この調整会議での意見ということで集約させていただきたいと思えます。

それでは、以上で終わらせていただきますので、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：田村先生、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、追加でご意見等がある場合には、お手元に「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という紙を用意させていただきましたので、こちらにご記入の上、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。きょうも情報提供していただいた施設がございましたが、今後、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、議事録についてでございます。会議の冒頭でも申し上げましたとおり、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で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。資料は全てお持ち帰りいただいて結構ですが、こちらの「地域医療構想」という冊子はそのまま置いておいてください。よろしくお願いいたします。

本日は、「東京都はしっかりした方針を出すべきだ」とか、「もっとデータをきちんと出すべきだ」などのご意見をたくさんいただきました。それをしっかり受けとめまして、今後もこの調整会議を行っていきたいと思います。

また、東京都医師会、各地域の医師会の方々とも綿密な協力体制を組みながら、やっていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○田村座長：それでは、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。長時間にわたりありがとうございました。お疲れさまでした。

(了)