

令和5年度第1回
東京都医療審議会
会議録

令和5年7月6日

東京都保健医療局

(午後6時00分 開始)

○久村医療政策課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和5年度第1回東京都医療審議会を開会させていただきます。委員の皆様方には大変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す。

議事に入るまでの間、保健医療局医療政策部医療政策課長の久村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いたします。

それでは、まず、委員の変更がございましたので、新たに委員に就任され方のご紹介をさせていただきます。資料1 委員名簿をご覧ください。お時間の都合上、お名前の呼び上げとさせていただきます。

まず、医師・歯科医師・薬剤師の欄の下から2番目でございます、東京都薬剤師会長高橋委員でございます。

その下、全国自治体病院協議会東京都支部長、坂本委員でございます。

それから、医療を受ける立場の委員として、特別区長会大田区長の鈴木委員でございます。

それから、下から2番目、東京都社会福祉協議会副会長、鳥田委員でございます。

以上の4名の方々に新たにご就任いただいております。

続いて、本日の委員の出欠状況でございますが、本日は、樋口委員、鯉沼委員、尾崎委員、蓮沼委員、平川委員、鈴木委員、それから医療を受ける立場の委員、稲城市長の高橋委員より欠席のご連絡をいただいております。

なお、東京都側でございますが、雲田保健医療局長、谷田次長、成田技監ほか、事務局でございます医療政策部の職員が出席しております。

続きまして、定足数の確認でございます。東京都医療審議会規程第3条により、本審議会は委員の過半数の出席により成立するとされております。

現在、委員数は計27名で、過半数は14名でございます。現時点で15名の方にご出席いただいておりますので、定足数に達していることをご報告いたします。

次に、本日の会議資料でございます。資料は、事前にメールにて送付させていただきますとおりますとおり、資料1から資料5まででございます。

また、本日、傍聴希望の方がいらっしゃいますので、ご承知おきください。

それでは、ここで保健医療局長の雲田から、委員の皆様へ一言ご挨拶を申し上げます。

○雲田保健医療局長 保健医療局長の雲田でございます。

委員の皆様方には、日頃から、東京都の保健医療行政に、多大なご協力を賜っておりますことに、厚く御礼申し上げます。また、大変お忙しい中、ご出席を賜りましたこと、心より感謝申し上げます。

さて、都民の命と健康を守り、福祉・保健・医療サービスを将来に渡って盤石なものとするため、7月から「福祉保健局」を「福祉局」と「保健医療局」に再編いたしました。

高度化、複雑化する課題に対しまして、高い専門性と機動性を発揮できる体制を確保してまいりますとともに、両局にまたがる政策課題は、引き続きしっかりと連携をいたしまして取り組んでまいります。

また、今年度は、保健医療計画をはじめ、がん対策推進計画、感染症予防計画や健康推進プラン21など、多くの計画の改定を予定しております。

保健医療計画の改定にあたりましては、医療審議会の委員の皆様にもご審議いただくこととなります。どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日は、「南多摩圏域における病床配分」と、「医師の働き方改革」についてご報告させていただきます。

病床配分につきましては、3月の医療審議会でのご意見を踏まえ、再度、南多摩圏域の調整会議を開催するなど取組を進めてまいりました。その結果を本日もご報告させていただきます。

引き続き、都の保健医療行政につきまして、委員の皆様のお力添えを賜りますよう、お願い申し上げます。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

○久村医療政策課長 それでは、これからの進行を小林会長にお願いいたします。

○小林会長 それでは、会議次第に従いまして、報告事項を進めてまいりたいと思います。

本日は2点 報告事項がございます。まず1点目(1)の南多摩圏域における病床配分について、事務局より説明をお願いいたします。

○白井医療安全担当課長 東京都保健医療局医療安全担当課長の白井と申します。

「南多摩圏域における病床配分について」、私からご説明をさせていただきます。

本件は、今年3月の東京都医療審議会において、ご報告させていただきました。具体的には、医療法人泰一会 西部町田病院（仮称）への病床配分について、でございます。

まず、画面をご覧くださいと思います。こちらに今地図がございますが、新病院の開設予定地は、町田市相原町であります。八王子市に隣接する地域でございます。こちらに一般病床200床の病院を計画しております。

それでは、お手元の資料4をご覧ください。

本日の報告の趣旨でございますが、昨年度、医療法人泰一会 西部町田病院（仮称）への病床配分について、今年3月の医療審議会に報告したところ、再度、地域医療構想調整会議で議論することとされました。

そして、今般、改めて地域医療構想調整会議等において議論を重ねたことから、本日もご報告させていただく次第でございます。

次に、これまでの経過ですが、まず、令和4年9月に医療法人泰一会が都へ事前相談計画書を提出しました。

計画では、先程申し上げました通り、一般病床200床で、うち急性期病床130床、回復期病床70床となっております。診療科目は、整形外科、内科、外科、脳神経外科、麻

酔科、リハビリテーション科となっております。

その後、今年1月には、地域医療構想調整会議、町田市分科会及び南多摩において、医療法人泰一会が、病院の新規開発計画を説明、3月には、都が町田市から意見聴取を行い、八王子市医師会病院部会では、医療法人泰一会と八王子市の医療機関との意見交換が行われ、同じく3月、医療審議会でも、都が地域医療構想調整会議における協議状況及び病床配分案を報告したところでございます。

そして、今年5月、地域医療構想調整会議（南多摩）において、医療法人泰一会が改めて病院の新規開設計画を説明したところでございます。

続きまして、詳細についてご説明いたします。資料中段の「会議体等における主な意見等」をご覧ください。

まず、今年1月の地域医療構想調整会議町田市分科会では、病床配分申請についてご協議いただいたところですが、反対意見はありませんでした。

調整の結果ですが、町田市内を含め近隣地域の病院・診療所から看護師等スタッフを引き抜かないことを確認、救急患者の受入れ等、町田市内の救急医療体制と足並みを揃えることを確認、地域医療に貢献するため、町田市医師会・町田市の業務に協力することを確認、専門分野だけではなく、自院患者の状態変化に対応できるような体制づくりを要望とのことでした。

その後、地域医療構想調整会議（南多摩）では、病院の開設に関し、隣接する八王子市の医療機関と意見交換を行うこととされたところでございます。

また、3月には、町田市から都に対し、書面で意見提出がありました。

具体的には、町田市相原地区には医療機関が少ないことから、地域の住民からは複数年度にわたって「医療体制の充実」を求める意見をいただいている。相原地区では災害発生時の傷病者の医療救護に課題が残されている。相原地区における病院開設は、地域医療の充実や災害時対応の面から見て非常に有益である、とのことでした。

それでは 資料の2枚目に行きまして、同じく、3月に開催された八王子市医師会病院部会（臨時会）の内容でございます。こちらでは、八王子市の医療機関と、医療法人泰一会との間で意見交換が行われたところでございます。

八王子市の医療機関からは、相原地区は八王子市に近接する地域であり、病院開設の影響は大きい。八王子市内の急性期医療は、既に十分に整備されていると認識している。開設するのであれば、不足する分野を担ってほしい。近隣地域の既存の医療機関から採用を行わなければ、医療人材を確保できないのではないかと、といったご意見もございました。

こちらに対しまして、医療法人泰一会からは、八王子市の医療機関ともしっかりと連携していきたい。町田市を含め、地域で不足する医療を可能な限り提供していきたい。法人内別病院スタッフの配置転換を基本とし、地域の既存の医療機関から採用は行わない、との回答がございました。

こうした経緯の中、3月29日の医療審議会にご報告させていただきましたが、「再度、

地域医療構想調整会議で議論し、医療審議会に報告すること」とされたところでございます。

これを受けまして、今年5月に開催した地域医療構想調整会議（南多摩）での意見等について、ご説明いたします。資料の中段、地域医療構想調整会議（南多摩）をご覧ください。

まず、新病院の開設予定地である町田市の意見としまして、町田市相原地区には医療機関が少ないことから、複数年にわたり住民から病院開設の要望があり、病院開設は、地域医療の充実や災害時対応の面からみて、非常に有益であるとのことでした。

次に、新病院の開設予定地に隣接する八王子市の医療機関の意見としては、八王子医師会としては、病院開設に反対の立場。開設予定地は八王子市に隣接しているが、整形外科に関して不足はないとの認識であり、患者や医療スタッフの取合いなど、過度な競争を危惧。南多摩圏域は自己完結率が都内でも低い、八王子市の救急医療はかなり連携が取れている、とのことでした。

医療法人泰一会からは、これまでに寄せられている新病院開設に関する疑問点等について、資料に基づいて補足説明が行われました。

具体的には、急性期130床のうち65床は、地域のニーズに合わせて必要とされる医療提供を検討、急性期35床で開設し、1年6か月程度かけて50床、135床、200床と、段階的に病床を開設。

病院運営では、近隣病院との連携が大切と考えており、町田市医師会をはじめ近隣の医師会とも連携。最終的には南多摩医療圏で連携関係を構築し、一緒に地域医療の向上に努めていく。

地域に不足している医療提供について、開放性骨折や小児の外傷については受入れ、救急患者については、保険の種類や年齢等にかかわらず受入れ、災害時には医療救護所開設など、町田市の地域防災計画に協力、感染症対応の病床整備を行うとともに、病院敷地をPCR検査会場として提供、病院開設時は法人の他施設で育成した人材を中心に配置。地域の医療機関に影響を及ぼさないよう採用方法や給与水準には十分配慮。

とのことでした。

また、この地域医療構想調整会議（南多摩）では、不足している診療科についてどのように考えているのか、町田市に対して質問が出ました。

これに対して、後日、町田市からは、相原地区には医療機関が少なく、特に小児科や夜間の小児診療機能を持つ医療機関設の要望を受けている状況であり、医療体制の拡充が課題。相原地区に災害時に医療を提供できる病院が存在しないため、発災時における傷病者の医療救護が課題。この2つの課題を解決することが可能な医療機関を求めているとの追加説明があったところでございます。

地域医療構想調整会議（南多摩）でのこうした議論やこれまでの経緯等を踏まえ、東京都としては、今般、申請通り、西部町田病院への病床配分（200床）を行うこととしました。

なお、病床配分に当たっては、以下の意見を付すことと致します。

「開設に当たっては、地域での関係構築に向け、地元市、地元医療機関等と事前に十分な協議を行い、理解を得るようにすること。」

5月の地域医療構想調整会議（南多摩）の中でも、引き続き、関係者間での協議することの重要性が指摘されたことから、今般、都として意見を付した上で、病床配分を行うことといたしました。

報告は以上でございます。

○小林会長 ありがとうございます。

ただいま説明がありました報告事項について、ご意見、ご質問等がありましたらお願いいたします。挙手あるいはプッシュ機能を使ってまずはお願いいたします。いかがでしょうか。

もし、よろしければ、南多摩圏域に関わる委員の方でご意見がありましたらお願いします。安藤委員、お願いします。

○安藤委員 いろいろと様々なご段取りをありがとうございました。

泰一会が来るのであれば、医療審議会のご意見を重く受けとめて、できるだけ泰一会さんとも信頼関係を深めていくというようなことを、ぜひやっていきたいと思っております。

ちょうど東京都さんからも、後、地域の関係者で小さな会議体をつくって、地域の調整会議で出た質疑応答等も含めて、また状況確認ができるということなので、それでさらに地域の仲間として一緒にやっていくというような流れができれば大変ありがたいと思っております。

最後に、基準病床数の考え方もだいぶ時間が経っているので、これもまた、国との関係もあるでしょうが、より現実に合ったものを、今後構築していくということも、考えていただければと思っております。

どうもありがとうございました。

○小林会長 ありがとうございます。

井伊委員、お願いします。

○井伊委員 ご説明をありがとうございました。

私は学識経験者として参加しておりますので、少しデータなどに関して教えていただければと思います。

この意見案に強く反対するものではないのですが、安藤先生がおっしゃったように、都庁の対応としては、南多摩地区のように、基準病床数が既存病床数を上回っている場合には、病床の希望があれば対応するということですが、今後、病床配分に関して考え直していく必要はあるのではないかなと思います。

そういう意味で、現状がどうなっているか、別の機会でもよろしいので教えていただきたいのですが、相原地区の救急搬送患者というのは、どの地域の病院にどのぐらいの件数が搬送されているのか。

八王子市なのか町田市なのかその他なのか、先ほど地図で見せていただいてもよく分かるのですが、神奈川県相模原市と接していますので、そのあたりがどうなっているのか。

あと、回復期病床の受入元というのはどういうところを想定しているのでしょうか。自院なのか、他の医院なのか、整形外科なのか、脳神経外科なのか。

もう一つが、回復期病床からの自宅退院に向けて、その地域の在宅医とか訪問看護ステーションなどの連携はどうなっているのか。

在宅医療との関係で連携で考えると、地域包括ケア病棟なども有用だと思うのですが、そのあたりについてもう少しデータに基づいた状況を教えていただければと思います。

一般病床の130床を徐々に増やしていくということですが、各科にどういう配分をするのか。それがその地域のニーズに合致しているのかどうか。

先ほどのご説明では、小児科とか夜間の小児診療機能に関して、複数年度において町田市民から医療体制の充実を求める意見があるということですが、本当に地域ニーズがどうなっているか、把握する必要があると思います。

それがまさしく地域医療構想だと思いますし、地域医療構想のデータが少し古くなっていることもあると思いますし、そういったデータをもう少しお示ししていただいて、今後はこういう病床配分の仕方を、今回の経験を活かして考え直す必要があるかなと思いました。

よろしく願いいたします。

○小林会長 ありがとうございます。

事務局から何か今すぐに具体的なデータとか出るものはありますか。

○久村医療政策課長 救急搬送の関係ですが、相原地区と限定したものはないのですが、例えば、町田市の救急搬送の例を見ますと、半分強が町田市内で収容されておりまして、4分の1程度が神奈川県に収容されているというデータがございます。

○小林会長 ありがとうございます。

井伊委員からご意見が出ましたので、また都で具体的な南多摩圏域のデータ等を集めていただいて、適宜報告をしてもらえればと思います。

これはなかなか難しい問題で、医療計画のづくりでは、基準病床にまだ達していなければ、申請は原則認めることになるわけですが、一方で、調整会議の協議を非常に尊重するというのが、国の考えでもありますので、圏域内の病床機能とかを十分検討しながら、協議のプロセスを尊重するというのも大事ですので、ただ余裕があるから自動的に認めるということにはならないかなと思います。

猪口委員、お願いします。

○猪口委員 町田は、東京都の半島みたくなっていて、神奈川県の中に囲まれていますから4分の1ぐらい流出するというのは、人間社会の中で境界部分はどうしても乗り越えますから、それをもって、足りている足りていないという話はなかなか難しいだろうと思います。

ですから、委員のおっしゃるとおり、まずデータがきちんとあって、それを見ながら考え

るということも一つでしょうし、それから、地域医療構想調整会議の中で、地元の医療機関たちが感じている姿というのは、データでは表せない実体があるというのは、今回の各圏域の調整会議をずっと聞いておりますけれども、現場の意見というのは、かなり正確ではないかなと思っています。

その意見の尊重というのは、今後も続けていただきたいと思いますが、その中で、八王子からこのような意見が出ているというのは、別に八王子に限ったことだけではなくて、いろいろな地域で同じような要素があると思います。

東京の民間病院の3分の2は赤字であるというようなデータもあります。この基準病床数の考え方は、東京の区中央部の中にもものすごい過剰病床を抱えながら、東京のその他の圏域は、足りない足りないという話をしています。

ただ、地域医療構想をつくったときに、圏域を越えて東京の場合は患者さんが移動しているという現実もあって、この区中央部の過剰な病床が、周りの圏域にとって働いていないわけがなく、それを活用しながら、都民はいろいろな医療受療行動をとっているわけですよ。

そうすると、医療圏だけを元にした基準病床数の考え方は、東京には合わない。この地域医療計画の中で基準病床数の考え方を、きちんと適正なものに変えていかない限り、こうした問題は、ずーっと起こると思います。

基準病床数に基づいて東京都が病床を配分することを、ずーっと続けていると、この問題はずーっとまた起きると思います。

2つ目に、東京の病院は赤字だと言いましたが、それはどうしてかということ、なかなかそれぞれの病院が満床にならないことと、診療報酬が安いことです。

満床にならない、稼働病床を稼働率が下がると、それがまたベッドが増えるというような計算式に、多分なっていたんではないかと思うんですが、そういった基準の考え方も、抜本的に変えていかないと、いつまでたっても、東京の病院の稼働率が下がれば下がるほど、もっとベッドを増やしましょうということになって、また、こうした紛争みたいなことが起きてしまうということになってしまうと思います。

ですので、これを機会にしっかり基準病床数を考え直していただきたいと思います。

○小林会長 ありがとうございます。ご意見として承りたいと思います。

ほかにいかがでしょうか。

川松委員、お願いします。

○川松委員 今、安藤先生や猪口先生がお話になっていたとおりでと思いますが、今回だけのケースで、とりあえずまとまったから次に進むということではなくて、なぜこういうことが起きているのかということ、猪口先生からお話がありましたが、もう一度、保健医療局で方向性をしっかりと決めていただきたいと思います。

「現場の医療圏の中で話してください」「医療圏の現場が大切です」ということは分かるんですが、どうまとめて進めていくのかという指針を明確にしていけないと、同じことが

繰り返されると思うとお伝えしようと思って手を挙げました。

確かに今まで、前回の医療審議会から今回の審議会まで、現場の皆さん方が相当努力をされて、町田の先生方、八王子の先生方も含めて、いろいろと調整に時間がかかって、7月になったことは分かるんですが、目に見えた状態での資料だとか中身はあまり変わってないわけですよ。

現場の中のやり取りの中の調整は保健医療局がやったということは分かるんですが、そうすると、「なぜこんなことが起きているんだ」という本質的なことをしっかりと捉えないと、結果論として、町田の皆さん方が医療が不足している部分があるんだという声があったりする中で、同じようなことが他の地域であったときに、毎回毎回リーダーシップをとらないで混乱をすることになると、困るのは医療を必要としている皆さん方だということです。

そういう大前提を捉えて、猪口先生から今あったように、全国一律の方向性の中でも、東京は特殊な中で医療ニーズを皆さんに提供していかなければいけないということを考えて、もっと指針をつくってほしいなということを言いたくて、手を挙げたんですが、猪口先生と中身をかぶっているところがあったので、またよろしく願いいたします。

○小林会長 ありがとうございます。

南多摩圏域では、数年前にも新しい病院の建設で、調整会議を2度開催したことがございます。

そういう意味で、東京の中でも特に医療計画の矛盾点が出てくる圏域だと思います。次の見直しをしているところだと思いますが、患者の流出入とかいうものをきちんと把握して、ぜひ南多摩圏域の計画を立てていただきたいと思います。

それでは、本病院の開設にあたっては、自動的に認めるということではなくて、都から意見が付いておりまして、地域での関係構築に向けて、地元の自治体あるいは医療機関と十分な協議を行って、段階的に増やしていくということで、協議が終わったということですので、ぜひ都ではきちんとその経過を見ていただきたいと思います。お願いいたします。

ほかはいかがでしょうか。

○小林会長 それでは、次の報告事項に移りたいと思います。

(2) 医師の働き方改革について、事務局より説明をお願いいたします。

○大村医療人材課長 資料の5「医師の働き方改革」についてご説明いたします。私、医療人材課長の太田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

令和6年4月から、勤務医の時間外・休日の労働の上限規制が適用開始となります。

当該制度では、医療審議会のご意見をお伺いする必要がございます。そのため、本日は改めまして、制度概要や今後のスケジュール等について、ご説明させていただきます。

まず、医療機関に適用される水準は、資料にございますとおり、A水準からC-2水準までの種類がございます。

A水準が原則でございまして、勤務医の年間の時間外・休日労働時間の上限として、960時間が設定されてございます。

ただし、やむを得ず、高い上限時間を適用する医療機関につきましては、都道府県知事が指定することとなってございまして、それがB水準からC-2水準の「特例水準」でございまして。

B水準は、救急医療など地域医療の確保のために、長時間労働が必要となる場合、連携B水準は、地域の医療提供体制の確保のため、他院に派遣する医師の労働時間を通算すると長時間労働となる場合、C-1水準は、臨床研修や専門研修医で集中的に経験を積む必要がある場合、C-2水準は、高度な技能の習得のため、長時間修練が必要な場合でございまして、いずれも年間の時間外休日労働時間は、1860時間が上限となります。

こうした時間外・休日労働の上限規制に対応するため、医療法では、長時間労働を行う医師の労働時間短縮と健康確保のための措置についての規定を整備してございます。枠内に医療法に定める医療機関と都道府県の対応を記載してございます。

勤務する医師が長時間労働となる医療機関では、「医師労働時間短縮計画」を作成いたします。あわせて、面接指導、連続勤務時間制限などの健康確保措置を実施いたします。

都道府県は、先ほどお話ししましたとおり、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関、特定労務管理対象機関と言いますが、これを知事が指定いたします。

この指定に当たって医療審議会の意見を聴取することが、医療法で規定されてございます。2ページ目をご覧ください。

「東京都特定労務管理対象機関指定要綱」の制定についてご説明いたします。

先ほどご説明しましたとおり、令和6年4月以降、時間外・休日労働が年間960時間を超えることがやむを得ない医師が勤務している医療機関では、開設者の申請により、都道府県知事の指定を受ける必要がございます。

この指定を受ける医療機関を「特定労務管理対象医療機関」と言いまして、類型はこちらの表のとおりでございまして。

このたび、都の指定に関しまして、必要事項を定めた「東京都特定労務管理対象機関指定要綱」を制定することといたします。

要綱の主な記載事項といたしまして、まず、審査基準がございまして。

やむを得ず長時間従事させる必要がある業務がある、と認められる医療機関につきまして、要綱において明示するものでございまして。

このうち、B水準が適用される医療機関につきましては、法令の定義を基本といたしますが、一部知事の裁量もございまして、これについては、当該要綱において、「地域医療提供体制の確保のため、必要な役割を果たしている」と認められる医療機関」といたしまして。

詳細は次のページでご説明させていただきます。

連携B水準、C-1水準、C-2水準につきましては、法令の定義を横引きまして、当該要綱で規定いたします。

このほか、指定に係る手続きや、申請の際に必要な様式についても定めます。

3 ページ目をご覧ください。

B 水準が適用される医療機関について、都ではこのように整理いたします。

まず、医療法の 113 条で「救急医療」、「居宅等における医療」、「地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療」の 3 類型を定め、さらに、施行規則第 80 号でより詳細に規定してございます。

このうち、「救急医療」につきましては、より詳細な定めがございまして、令和 4 年厚生労働省告知第 9 号により、「三次救急医療機関」、「二次救急医療機関」で、「イ、ロの要件を満たすもの」とされてございます。

都の要綱では、B 水準の適用となる医療機関につきまして、これらを規定するとともに、都知事の裁量に係る部分として、点線の枠内を独自に規定することといたします。

「居宅等における医療」につきましては、「在宅療養支援病院及び在宅支援診療所」、「その他、居宅等における医療を提供する役割を積極的に果たしていると認められる医療機関」を対象とすることといたします。

続きまして、「地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療」につきましては、「がん医療、循環器病等の確保のために必要な役割を果たしていると認められる医療機関」、又は「その他、公共性と不確実性が強く働くものとして、地域医療提供体制の確保のために必要な医療機関」といたします。

以上が指定に係る要綱のご説明になります。

各医療機関に対しましては、本審議会終了後に当該要綱について通知させていただく予定でございます。

続きまして 4 ページ目をご覧ください。

一番上の枠、都内医療機関特例水準の申請状況でございます。

現時点では、申請予定は 50 医療機関、検討中は 19 医療機関となっております。

そのうち、特例水準の B 水準の申請を予定している医療機関は 36 医療機関でございまして、その内訳は「救急医療」の区分では、三次救急医療機関が 13 医療機関、都指定二次救急医療機関が 22 医療機関となっております。

また、「地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療」の区分につきましては、1 医療機関が申請予定でございます。こちらは都指定二次救急医療機関でございまして、都の CCU ネットワーク 参画医療機関となっている医療機関でございます。

続きまして、医療機関勤務環境評価センターの受審申込状況でございます。指定にあたりましては、1 ページ目で申し上げましたとおり、医療機関は「医師労働時間短縮計画」を作成することとなっております。

この計画は、第三者機関である当該センターの評価を受ける必要がございまして、その評価結果とあわせて、都に特例水準について申請するというような流れになってございます。

令和 5 年 6 月 19 日現在、全国で 216 の医療機関が申請しておりまして、そのうち都で

は22の医療機関が申込みを行っているところでございます。

指定のスケジュールは、次のページでご説明しますが、都の第1回の申請受付にはこの22医療機関中4医療機関が申請を予定しているところでございます。

5ページ目をご覧ください。

指定スケジュールについてご説明いたします。

特例水準の指定にあたりましては、医療法であらかじめ医療審議会の意見を聴かなければならないとなっております。

国の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」の中間とりまとめでは、実質的な議論については、地域医療対策協議会等の場で行うことを想定、とされてございます。

救急医療等を担う機関に適用されるB水準や、他院に医師を派遣する医療機関に適用される連携B水準については、地域医療構想との整合性や、地域の医療提供体制への影響を確認するほか、集中的に技能を向上させるための水準であるC水準につきましては、地域における臨床研修医や専攻医等の確保への影響について協議することが挙げられてございます。

こちらでのご議論を踏まえ、医療審議会で意見聴取をさせていただく予定でございます。

今年度のスケジュールといたしましては、1回目の申請受付を7月から8月、医療審議会につきましては、10月を予定してございまして、先ほどもご説明いたしましたとおり、4医療機関が申請予定となっております。

第2回の申請受付は、11月から12月、医療審議会は2月を予定してございます。

ほとんどの医療機関が第2回に申請することになると思われます。ご協力をどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

ご説明は以上でございます。

○小林会長 ありがとうございます。

ただいまのご報告に関しましてご質問、ご意見等はいかがでしょうか。

では、私から1点。資料5の1ページ目のところに、恐らくB水準とかそれ以上のものを求める場合に、医療機関が行わなければいけない措置があります。

健康確保措置は、ある程度具体的に書いてあるので分かりやすいと思いますが、医師労働時間短縮計画というのは、具体的に、これは最初何時間で始めるか分かりませんが、将来的には960時間になるというような計画を立てるということですか。

○大村医療人材課長 ありがとうございます。

基本的には、最終的には原則の960時間を目指していくと、究極的にはそういうことにはなっていないと思いますが、毎年時短の計画の見直しを行いまして、東京都にご報告をいただくような流れになってございます。

○小林会長 これは、1860時間もかなり長いので、将来的にはなくなると考えていいのかな、研修のC水準は除いて。

○大村医療人材課長 そうですね。連携B水準につきましては、国からも最終的には解消し

ていくというようなお話は受けているところでございます。

○小林会長 ありがとうございます。

○大村医療人材課長 2035年。失礼いたしました。

○小林会長 約10年後ということですね。

○大村医療人材課長 はい。

○小林会長 福島委員、お願いいたします。

○福島委員 ご説明いただきありがとうございます。

医師の皆様が長時間労働になってしまっているというのは、そうしなければならない理由がこれまであったのだと思います。

東京都としても、医師の働き方改革に向けて、例えば、タスクシフトとか、オンラインによる診療とか、様々な医師の勤務時間を減らすための手立ても、恐らく同時に進めていると思うのですが、この4月からの上限規制の適用開始に間に合うように、それらの取組が進んでいるかというのは、都できちんと見られていると思ってもいいのでしょうか。

○大村医療人材課長 ご質問ありがとうございます。

先生がおっしゃった、タスクシフトシェアにつきましては、先ほど申しあげました時短計画の中にも、取組として記載することとして挙げられてございます。

この時短計画につきましては、先ほど申しあげました評価センターで評価を受けることとなります。

そちらの評価結果と併せて、今回この指定にあたっては東京都の方に提出をいただくこととなります。

各医療機関での取組を、確認させていただいて、来年度働き方改革の上限規定が適用されても、体制がとれるように、東京都としてもしっかり支援していきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○小林会長 ありがとうございます。

ほかの委員からご意見、ご質問等はいかがでしょうか。

猪口委員、お願いします。

○猪口委員 今のタスクシフトの話ですが、B水準、C水準にかかわらず、一番影響が出ると言われているのは救急のところですが、タスクシフトはなかなかできなくて、結局のところ、医師のシフト勤務というんでしょうか、ローテーションを行ったりしてやっています。

例えば、うちの病院なんかだったら、救急病院で2人当直体制で、2人が内科系、外科系が補いながらやるんですが、1人をずっと日当直勤務という形で休ませておきながら、いざとなったときだけ応援してよというぐらいの感じになります。

要するに、タスクシフトみたいな形で軽減するということは、現場ではもう無理になっていて、業務量を減らすという、今までやれたことをやらないようにするしか方法がないような状況になってきています。

ですから、これが本当に施行されて、労働時間は守られるけれども、救急医療体制が守られるかどうかということに関しては、はっきり言って保証がないんじゃないかなと今思っています。

その辺のところに関して、東京都は、今の二次救急もしくは三次救急も含めてですが、救急医療体制というものがどのように変わっていくかという予想をなさっていて、かつそれをどういうふうに対策をとるかということは考えていらっしゃるのかなというのは聞きたいところです。

○小林会長 ありがとうございます。

事務局から今のご意見に関して対応がありましたら。

○大村医療人材課長 医療人材課でございます。ご指摘ありがとうございます。

まさに、休日夜間の体制がしっかりとれるのかというところが、非常に課題になろうかと思っております。今まさに開催されている調整会議の中でも、そちらの論点についてご指摘いただいているところでございます。

関係部署ともそちらの論点について共有いたしまして、検討してまいりたいと考えてございます。ありがとうございます。

○小林会長 ほかにご意見、ご質問等がありますでしょうか。

安藤委員、お願いします。

○安藤委員 猪口先生がおっしゃったことはそのとおりだと思います。

あと、科によって、例えば、小児の二次救急においては、元々小児の医師も少ない中で、さらに夜間体制は特定機能病院に頼らなければいけないというようなハンディキャップもあります。

そういう意味では、ぜひとも科目によっての格差というものも、東京都で把握していただいて、ご指導いただければと思いますので、よろしく願いいたします。

○小林会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

井伊委員、お願いします。

○井伊委員 1点質問ですが、救急車で搬送されている患者さんの半分くらいが、軽症というようなデータを見たことがあります。東京都ではどうなのでしょう。

先ほどの安藤先生のお話では、特定機能病院に頼らざるを得ないということですが、そこまで重症な患者ではなくて、本来であればもっと別の手当てができて、夜間の救急病院の負担も軽減する方法があるのではないかなと思います。そのあたりも教えていただければと思います。よろしく申し上げます。

○小林会長 ありがとうございます。

分かりますでしょうか。

○久村医療政策課長 救急搬送で軽症が多いというのは、東京都も同様でございます。

数値を今持ち合わせておりませんが、傾向としてはそういう形になります。

○小林会長 軽症の場合でも、救急に運ばれたら救急のドクターが対応しなければいけないので、そこら辺のところがうまく振り分けできるといいと思います。

○久村医療政策課長 あと、都民の方への理解促進ということに取り組んでいく必要がございます。

○小林会長 猪口委員、どうぞ。

○猪口委員 軽症というのは、外来治療をしているという判断で、1週間以上の入院になると重症ということだったと思うんです。

僕たち東京都病院協会とか医師会でも、かつていろいろ調べたことがあるんですが、救急車の不適正利用という話はあまりないんですね。

例えば、骨折したとしても、ヒビ程度であったら、救急車に乗って痛くてどっか行かなくちゃいけない。だが、添え木をして返すとか、もしくは喘息の治療をしたら、すぐ治っちゃったので返すとか、そういうのというのは軽症扱いになってしまうわけです。

不適正利用という視点でいくと、90%以上はほとんど適正利用なんです。ですから、救急の量が、軽症を省くことによって、救急の数自体が減らせるということは考えられないと思います。

ここの部分は、総合診療医が診るとか、一次医療の部分を24時間体制で診ていくような体制をどこかでとるとか、医療需要が減るとはまず考えられないので、その部分を何かこなしていく方法を考えるしかないかなと思います。

三次に集まるというのは確かにまずいと思いますので、本来ならば二次を強化するというのが一番いいと思います。

ただ、二次を強化したいけれども、二次は大体、大学病院からの派遣の医者で成り立っていますので、ここの供給源がなくなってきましたから、二次は相当厳しくなるわけです。

ここのところの先が厳しくなることが見えているのに、何も方法がつかれないでいるというのが、今非常に厳しいところで、将来厳しい現実が待っているという、非常に辛いところです。

○小林会長 ありがとうございます。

今の話は、連携B水準とかに関わる話かなと思いました。

ほかにご意見、ご質問等はいかがでしょうか。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 井伊先生がおっしゃっているのは、例えば、国の中医協などで議論されている地域包括ケア病棟なんかが、救急をやらなければいけないというような要件がついたので、高齢者救急を地域包括ケア病棟を持っている病院がやればいいのかという話です。

ただ、結構この辺が、よほど自信があるところではできるんですが、「そうはいつでもなかなか難しいんじゃないか」というような意見が、今混在しているような状況なので、そこら辺のところをまた見据えていくことも必要なのではないかなと思います。

あるいは、二次救急がトリアージをして、地域包括ケア病棟を持っている病院に受け渡す

というような仕組みができればいいんですが、その辺は今後の議論になってくるのではないかと思います。

○小林会長 ありがとうございます。

突然振って申し訳ないですが、坂本委員、救急のご専門だと思いますので。何かありましたらどうぞ。

○坂本委員 先ほどの猪口先生の意見そのものですが、一つは、夜間に受療する都民の数というのが変わらなければ、その方が救急車で来ないで、タクシーなり車で来たとしても、東京消防庁は救急車を使わなければ、その分だけ負担が減るということはあったとしても、医療機関側からすれば、救急車で来るものは必ず診て、歩いてくる人は断るというふうな体制でない限り、一定の数が来るということは変わらないので、先ほどの救急車の使い方だけでは問題は解決できないと思っています。

ここに関しては、猪口先生もおっしゃるように、今後、連携Bのところで特定機能病院から、大学病院からどのように2次医療機関に人が円滑に派遣できるかというところが、宿日直体制の許認可のところも含めて、今後の課題だろうと考えております。

○小林会長 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

医師の働き方改革では大変活発なご議論をありがとうございました。

今年度は初年度ですので、第2回医療審議会でも具体的な意見をお伺いすることになると思いますので、引き続き医師の働き方改革への審議をよろしくお願いいたします。

それでは、以上で報告事項は終わりかと思えます。事務局で何か追加の報告等はございませんでしょうか。

○久村医療政策課長 本日は様々ご意見をいただきましてありがとうございました。

次回、この医療審議会は秋ごろの開催を予定しております。お忙しいところと存じますがご出席いただきますようお願い申し上げます。開催日時等の詳細が決まりましたらご連絡させていただきます。

事務局からは以上です。

○小林会長 それでは、これもちまして本日の東京都医療審議会を終了させていただきます。本日はどうもありがとうございました。

(午後6時56分 終了)