

[令和4年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和4年6月23日 開催

【令和4年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和4年6月23日 開催

1. 開 会

○奈倉課長：それでは、定刻となりましたので、令和4年度第1回目となります、東京都地域医療構想調整会議、区西北部を開催いたします。本日はお忙しい中ご参加いただきまして、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奈倉が進行を務めさせていただきます。

本会議は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、Web会議形式となっております。通常の会議とは異なる運営となりますので、事前に送付いたしました「Web会議に参加にあたっての注意点」をご一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

次に、資料の確認をいたします。

本日の配布資料は、事前にメールで送付させていただいておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

それでは、開会にあたり、東京都医師会の土谷理事より、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷理事：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

調整会議がまた始まりました。今年度はこれまでと変わります。変わるというか、戻るといふ形です。

つまり、この2年間はずっとコロナのことにかかりきりでしたが、コロナの話をしたからこそ、感染症における地域連携はずいぶん進んだかなと思っています。

ただ、この地域医療構想そのものは、もともとは大きなテーマが2つあります。1つは、特に人口が減少しているところは病床をどうやって減らしていけばよいかということで、もう1つは、病院間の役割分担と連携ということです。

今年度の2回は、何を目標にするかということ、コロナの話は置いておいて、最初に立ち返って、地域連携をどうやって深めていくかという議論を進めていきたいと思っています。

あとで東京都からお話がありますが、民間の病院もプランを立てていきましようという話がありますが、そういう国からの“宿題”よりも、地域連携が深まるにはどうしたらいいかというあたりを中心に、議論していただければと思っています。

きょうはどうぞよろしく願いいたします。

○奈倉課長：ありがとうございました。

本会議の構成員につきましては、お送りしております名簿をご参照ください。

昨年度に引き続き、オブザーバーといたしまして、「地域医療構想アドバイザー」の方々にもご出席いただいておりますので、お知らせいたします。

本日の会議の取扱いについては、公開とさせていただきます。

傍聴の方々には、Webで参加されております。

また、会議録及び会議に係る資料については、後日、公開させていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を増田座長にお願い申し上げます。

2. 議 事

具体的対応方針の策定・検証・見直しについて

○増田座長：こんばんは。座長の、北区医師会の増田です。

土谷理事からお話がありましたが、会議自体は、まだコロナ禍の状況ということで、Webになっていますが、“ポストコロナ”を見据えてというよりは、2年半前にタイムスリップして、そのときにはどんな議論をしていたかということは、もう思い出すのも大変ですが、コロナが始まってからがらっと一変して、その2年半前に議論していたことが完全にストップして、大きな空白ができました。

また今後、“ポストコロナ”を含めてということで、お話が始まると思いますが、コロナの2年間で、それぞれの病棟がどのように活躍してきたかということは、非常に皆さん、白日の下にさらされておりますので、その情報を含めて、活発なご議論をお願いしたいと思います。

それでは、早速、議事に入らせていただきたいと思います。「具体的対応方針の策定・検証・見直しについて」です。

2025年に向けた具体的対応方針に関しては、令和5年度までに調整会議で合意するようにと、国から方針が示されています。

今後の協議の進め方についても確認するとともに、2025年以降の今後の医療連携のあり方についても併せて、ご意見をいただきたいと思います。

では、東京都から説明をお願いします。

○東京都（事務局）：それでは、議事の内容につきまして、事務局の田畑より、資料1-1から資料1-3に沿ってご説明させていただきます。

「具体的対応方針の策定・検証・見直しについて」ということで、まずは、具体的対応方針とは何だったかということの確認になりますが、地域医療構想が見据える2025年の各医療機関の立ち位置を、具体的対応方針として明確し、機能分化や連携を深めていき、地域医療構想の推進につなげようということで、国主導でやっていたわけです。

ただ、冒頭にもございましたとおり、コロナ禍でしばらくその議論が保留となっておりましたが、昨年度末、参考資料3に付けておりますように、国から進め方について通知がございました。

その中で、国が都道府県に対して求めているのが、資料1-1の「①調整会議での検討事項」のところに記載の内容となっております、公立・公的だけでは

なく民間も含めて、全ての医療機関における「2025年に向けた対応方針」について、意見交換を行って、各圏域における合意を諮ることということが示されておりまして、これを令和4年度、令和5年度中に行うこととされております。

こういった国からの要請に対して、どのように合意を諮っていくかですが、資料を少し飛ばしていただき、「③方向性（案）」についてをご覧ください。

まず、「病床の機能分化」については、調整会議での取組みを始めた平成29年度以降行っておりますが、都内の回復期の病床は増加傾向にございまして、回復期の病床が3278床、今までに増加しているということで、地域医療構想の目指す方向性と概ね合致していると考えております。

また、2025年が目途ということが一旦ありますが、都の人口動態としましては、2040年以降に向けて、高齢人口の増加が加速して、医療需要がますます増大していくということなので、「現在の2025年に向けてどうこう」という短期的な話をするよりも、もっと長期的な視点で、2040年以降に向けて検討していくことが重要ではないかと考えております。

また、右端にございますが、コロナ対応のための病床の運用ですとか、休棟・休床は継続しておりますので、2025年の対応方針については、大幅な変更を今から求めるということは、現実としては難しいと考えております。

こういった観点から、国が昨年度末の通知で示しました「2025年に向けた対応方針の合意」といったことについては、再度、各医療機関に何か改めて計画を出し直してもらおうといったものではなく、基本的には、病床機能報告で報告されている各医療機関の対応方針を尊重し、圏域として合意をしていきたいと考えております。

その上で、都としては、そういった国の要請よりも、より先を見据えた機能分化や連携の議論のほうに、一層注力をしていきたいと考えております。

続いて、「④今後の予定」のところをご覧ください。

具体的対応方針に関して合意を諮るにあたって、地域医療構想調整会議の構成員となっていない医療機関も多数ございますので、資料の中央に記載のように、10月～12月にかけて、一般・療養病床を持つ医療機関に対して、個別の医療機関の具体的対応方針の確認ですとか、医療連携に係る調査を実施したいと考えております。

その方法について、「⑤確認・調査票（案）」をご覧ください。

「2025年に向けた対応方針」の確認票のイメージということで、そこにお付けしておりますが、その全体版は、資料1-2に提示しております。

国の求める具体的対応方針には大きく2つ、「構想区域で担うべき医療機関としての役割」と、「2025年に持つべき医療機能ごとの病床数」といった2つの観点がございます。

まず、役割としては、5疾病5事業、在宅等の各種指定状況が、それに類似するものと考えておまして、2025年の病床数としては、令和3年の病床機能報告でご報告いただいた、2025年7月1日予定の病床数を、医療機関ごとに、資料1-2に記載しております。

このように、具体的対応方針のベースになるものは、既にデータとしては揃っておりますので、各医療機関におかれましては、自院に関わる記載内容を確認していただき、必要に応じて、追記や修正を行っていただく形で、具体的対応方針の確認を行っていきたいと考えております。

この10月から12月までの意見照会の際に、もし病床機能報告の内容に誤りがあったり、ちょっと数字が違うといったようなことがありましたら、この機会に修正をいただきたいと考えております。

こちらの確認票は、国が求める具体的対応方針の合意といったような資料になりますが、この確認票については、基本的には、病床機能報告ベースということで、かねてから言われておりますように、病床機能報告は病棟単位での報告ですので、なかなか日ごろの現場感覚とずれがあるといったことが指摘されております。

そういった現場感覚とずれがあるということで、もう少し医療連携の議論をより深めていくために、次のページに記載のとおり、「地域連携に係る調査票」への回答も、同時にお願いしたいと思っております。

現状のたたき台としては、資料1-3にお示ししております。

設問構成としては、「各診療科、疾病ごとの地域での連携状況」、そして、「地域医療構想の取組みを開始以降の地域医療の変化」、また、「2025年以降、貴院が地域で果たす役割」等について、事務局のほうで設問案として考えました。

ただ、こちらについては、我々のほうで考えましたたたき台ですので、医療機関目線で、「もうちょっとこういう情報があれば、医療連携に役立つのではないか」といったこと等を、本日の意見交換の中でいろいろとご意見をいただきまして、それを反映した形で、10月に意見照会を行いたいと考えております。

資料の「④今後の予定」のところに戻ります。

10月から12月までの意見照会を経まして、第2回の調整会議で、意見照会の内容を集約したものを提示しまして、意見交換を行った上で、具体的対応方針について合意を行い、国の要請する合意を載せようと思っております。

10月と3月末に記載している「調整会議における検討状況の公表」というものは、具体的対応方針についてどこまで合意が取れたのか、検討状況の公表を行うことと、国から要請されておりますが、10月についてはまだ、東京都としては「協議中」といった状況になるかと思いますが、3月末には、「全て合意済み」といったところまで、今年度持っていきたいと考えております。

本日は、具体的対応方針の議論の進め方について、「このような進め方でよいか」ということと、最後のほうでご説明しました「医療連携に係る調査票の設問」について、よりよい設問としてどのようなものがあるかといったところについて、ご意見をいただきたいと思っております。

議事についての説明は以上になります。

○増田座長：ありがとうございました。

この資料1-3の、連携状況の調査というのは、民間病院を含めて、全医療機関にお願いするわけですね。

この会議に出ている先生は、何のためにこういうことをやって、こういう調査が行われているかということがわかると思うので、比較的それに沿って書きやすいと思います。

しかし、それ以外の病院の先生は、これがいきなり来ても、何のことを言われて、何のためにやっているのかということが、かなりわかりづらいと思いますので、求める回答を引き出せるかということに対して、ちょっと危惧を感じています。

それから、資料1-1の「③方向性(案)」の左のところでは、平成29年度か

ら令和3年度までに、回復期が3278増えて、高度急性期、急性期、慢性期が減っていることになってはいますが、これは、それ以前に、ほかの急性期とかに入っていて、実は、“なんちゃって急性期”みたいなものが、回復期として出し直したからでしょうか。

それとも、実際の需要に応じて、実態が変わったのかと思うのですが、その辺に関して、土谷理事のご意見をお聞きしたいと思います。

○土谷理事：国は何を求めていたかという、病床の話と地域連携の話ですが、こちらは病床の話で、国は何を問題としていたかという、「急性期が多過ぎる」ということで、「回復期が増えてほしい」ということだったわけです。

国は、口を割りませんが、「高度急性期、急性期はお金がかかるので、それほどかからない回復期、慢性期のほうに移ってほしい」というのが、本音のところだと思います。

東京都では、実際に「回復期」が増えていて、今のご質問は、「本当に回復期に医療自体が変わったのか」ということですが、私の印象としては、変わったことではないと思っています。

地域の実情をそれぞれ見て、これまで「急性期」と名乗ってはいたものの、「自分たちが本当にやっているのは回復期寄りなのかもしれないな」と思って、それで修正してきたところが多いと思いますが、やっていることは変わらないはずだと思っています。

だから、こう言うては何ですが、国のこういった調査は、形骸化しているというか、形ばかりのところが強いのではないかと思っています。

ちょっと話は変わりますが、今回の大きな流れとしては、国が都道府県に“宿題”を出しているんですね。

東京都はそれに答えなければいけないのですが、東京都も事情がわかっていて、国の“宿題”はそんなに力を入れてやろうとは考えていません。

以前の調整会議において、公立・公的病院がプランをいろいろ説明していたことを覚えていらっしゃると思いますが、それを今回は、民間の病院もやってくれと、国が言っているわけです。

そして、みんなで「これでいいですね」という合意をしてくださいということですが、東京都に全部で640余りの病院がありますが、それを一々やっていたら大変ですし、実際にやったとしても、地域連携に資するものではないと考えています。

ですので、国が求めている病床の話はさらっとやって、もう一つ大事な地域連携を深めていきたいと考えています。

それが、調査票の1つ目と2つ目の話で、1つ目は病床の話で、2つ目が、地域連携を深めるにはどうしたらいいかということになっています。

ですので、きょう皆さんにお話ししていただきたいのは、病床の話ではなく、地域連携を深めるためにはどうしたらいいかということですが、この調査票はまだ完成したものではありません。

「この調査票を使って地域連携が深まるような問いは何なのか」「隣の病院は、この調査票からどんなことがわかるのか」というような、私たちが知りたい質問を、皆さん、ぜひ上げてほしいと思っていますので、よろしくお願いします。

○増田座長：ありがとうございます。

では、意見交換に移りたいと思います。いかがでしょうか。

東京北医療センターの宮崎先生、どうぞ。

○宮崎（東京北医療センター 管理者）：今の土谷先生のお話に全く賛成なんですが、補足で言いますと、その前の増田先生の、「回復期が増えているのは本当なのか」ということに関してです。

これは、そもそもが、病床機能報告というのはあくまでもアンケートというものだったわけです。最初のころは、それを病院で、「どういうふうに答えようか」という議論がされたとき、これが診療報酬上が7対1をとらないといけない。

どういった患者さんが本当に来ているかを考えると、「その機能を落とすと、それで突っ込みが入るんじゃないか」とかというような不安があって、なるべくなら、機能を上げたところに数を増やすという傾向があったと思います。

しかし、「そうじゃない」ということが見直されて、わかってきたので、正直と
いうか、ちゃんとした報告に近づいてきたのではないかと考えています。それが
本音だと思います。

実際が変わってきた部分というのは、この診療報酬改定上、7対1の基準がだ
んだん厳しくなってきたということで、結局、そっちの影響で回復期が増えたと
いう事実はあると思います。

ですので、この会議は、その話よりは、土谷理事がお話しされたように、二次
医療圏というのはちょっと広いとは思いますが、同じ医療圏の中でこういった
連携がされているかということが、今までなかったのが、この会議でいろいろさ
れるようになったということが、非常に有益なことだと思いますので、ぜひそち
らの話を進めていただきたいと思います。

○増田座長：ありがとうございます。

この進め方はこれでいいかということと、調査票次第で、普段は余り交流がな
い病院もありますから、調査票の回答を見て、先ほど宮崎先生が言われたように、
いろいろ考えることもあると思います。

病院同士の連携というと、一つは、患者さんの、「この分野が得意だろうから」
ということで、動くということもあると思いますが、「この地域では、この領域に
関しては、十分満たされているから、今後力を入れるのであれば、こっちの分野
に力を入れよう」とか、病院自体の機能分化というよりは、地域の中での病院の
機能分化に対しても、参考資料になると思います。

この辺の調査票について、そういったことも含めて理解を深めるには、どうい
うことを聞けばいいか。一般的には、「受診患者さんがどの辺に住んでいて、どの
辺から来ているか」とか、「病院全体の機能がどうか」ということを聞くと思うん
ですが、それ以外にも、「こういうことがあったらいいかな」とか、「自院が回答
するときには、どういう項目なら答えやすいか」というようなことがあれば、ぜ
ひご意見をお聞かせいただきたいと思います。

花と森の東京病院の小平先生、いかがでしょうか。

小平先生のところは、病院が新しくなってから数年たっていますが、どういう病院をつかっていこうとか、地域でどういう病院が不足しているかとか、いろいろ考えながら、新しい病院の経営をされてきたと思います。

それに対して、「こういう情報があると、この分野はもっと力を入れたほうがいいかな」とか、いろいろあると思いますが、その辺に関して、欲しい情報というのはいかがでしょうか。

○小平（花と森の東京病院 院長）：欲しい情報というのは、いくつか分かれていると思います。

例えば、二次医療圏みたいな大きな域で知りたいと思うのは、救急とかいった領域の情報であったり、地元の方々の転院、在宅などをサポートする場合には、もっと小さな区域の情報が知りたいわけです。

ですから、知りたい情報というのは、大きな区域だったり区単位だったり、非常に混じっていると思いますので、それらを分けて考えていくほうがいいかと思っています。

この調整会議が始まったところからの議論ですが、「二次医療圏はちょっと大き過ぎる」ということがあるのと、区西北部の場合には、豊島区、板橋区、練馬区と北区では、違いがあり過ぎて、細かな議論はこのような二次医療圏ではできなかつたりしてきたわけです。

ですから、このあたりの二次医療圏という考え方そのものも、2040年という長いスパンで考えるのであれば、もう少し変えていったほうがいいのではないかと思っています。

それは、実際に、コロナの対応だとかで、区単位で、北区の場合には、増田先生、宮崎先生もご出席ですが、その中で濃い議論ができて、うまく進めていけたという経験もあります。

この調整会議の分科会をつかってきたわけですが、「その分科会のほうが、濃い情報がたくさん得られて、連携がうまくいくのじゃないか」という、手ごたえも感じているところです。

○増田座長：ありがとうございます。

二次医療圏は広過ぎるというお話でしたが、4つの区では病床数がかなり違いますよね。

それでは、練馬区医師会の齋藤先生にお聞きしたいと思います。

練馬区は病床が少なく、いろいろ苦労しておられますが、板橋区は隣ですからということもあったと思いますが、その辺に関して、今後の情報の収集に関して、何かご意見はございますでしょうか。

○齋藤文洋(練馬区医師会 副会長):確かに、練馬区は今までは少なかったです。これからもそんなに極端によくなるにはいかないのですが、実は、“病院ラッシュ”というか、新しく建ったり、改築等がありまして、2025年、26年までに、「少ない」「少ない」と言っていたときに比べて、トータルで1000床ほど増えます。

もちろん、急性期もあれば回復期もありますし、急性期といっても、特定の整形外科とかに特化したものもありますし、地域包括ケアもありますしということで、多様なものが増えていきます。

ですので、練馬区では、需要と供給のバランスがどうなっていくかということ、よく考えないと、自分たちのポジショニングが難しくなりつつあるという状況かなと思っています。

もちろん、1000床ほど増えたとしても、10万人単位でならずと、23区の中では決して多いほうではないんですが、役割が変わってくる可能性があるもので、そういうところを、練馬区として知りたいところですし、ポジショニングを改めて検討した場合、どういう連携があるのかということも、もう少し考えていきたいという側面があります。

○増田座長:ありがとうございます。

高度急性期では、板橋区の帝京大学付属病院に患者さんをお願いするというパターンが多いと思います。救急車の数も多いので、そうなると思いますが、帝京大学付属病院の坂本先生にお聞きしたいと思います。

高度急性期病院としては、「自分のところはどの」いうよりは、周りから送られてくる患者さんを見て、「もうちょっとこのエリアでこういう力をつけてくれ

たらいいな」とか、いろいろアドバイスすることができるとは思いますが、その辺に関して、肌感覚でのお考えをお持ちでしょうか。

○坂本（帝京大学医学部付属病院 病院長）：我々の病院は、高度急性期の特定機能病院ですが、現在、当院の入院患者さんの3割が板橋区、3割が北区で、併せて6割です。その次が、実は、この区西北部ではなく、2割は埼玉県からという感じですが。

これは、埼京線沿いのアクセス等の問題もあるとは思いますが、そここのところを考慮しないと、病院としての受入れについての議論ができないということがございます。

当院としては、やはり、救急医療に力を入れているところがございますので、手術室その他も含めて、急性期医療を担うリソースが、まだ使いきれていないかなと思っています。

回復期の病床が増えたということもございまして、この5年ぐらい、コロナの前までは、回復期との連携が非常に深くなって、早期に回復期にバトンタッチをしていくということが、非常にスムーズにできていました。

しかし、コロナ禍になってからは、どこの病院も、院内でのクラスター問題やスタッフ等の問題もあって、帝京のほうに一旦いらっしゃってから、そのあと、回復期へのバトンタッチということが、コロナの特殊事情で、一時的に厳しくなっているという状況がございます。

○増田座長：ありがとうございます。

「隣の病院は何をやっているか」とか、「自分のところは、これからどうやっていこうか」ということを考えることが大事ですが、高度急性期で全部引き受けていただければ、それで全部済んでしまうということもあります。

「こういうところが足りない」とか、「こういうところに力を入れてもらうと、全体の流れがよくなって、目詰まりを起こさなくなるだろう」といったご意見をいただけると、非常にありがたいと思います。

練馬光が丘病院の光定先生のところは、新しくなって、新体制のもと、高度急性期病院としていろいろ引き受けていただいていると思います。

実は、うちの息子も、同じ地域医療振興財団で、高度急性期で総合診療をやっていますので、帰ってくるたびに、「きょうはこういう患者さんが送られてきた」ということで、愚痴とも自慢ともつかない話を聞かされるんですが、今後の練馬区の中の高度急性期病院としてのビジョンで、何かお考えになっていることがあればお聞かせいただきたいと思います。

○光定（練馬光が丘病院 院長）：うちは高度急性期にこの会議では分類されていますが、実際は、順天堂練馬さんが近いうちに三次救急の施設になるのではないかと考えております。

当院は、もともと三次的な対応はしていますが、病床も今よりは増えてきますので、その辺でバランスがよくなって、区西北部の中で、いつも流出ばかりという状況から変わっていけばいいかと考えております。

○増田座長：ありがとうございます。

続きまして、豊島区の大塚病院の松本先生にお聞きしたいと思います。

私は、豊島区民ですので、いろいろ近くで見させていただいていますが、豊島区は、北区同様、城北4区の中では小さい区ですし、交通アクセス的にも、通り過ぎることも可能な状況です。

その辺で、大塚病院として、今後のことですか、周りに期待したいことがあれば、お聞かせ願いたいと思います。

○松本（都立大塚病院 院長）：分類上は当院も高度急性期になっていますが、救命センターはありませんし、三次救急はやっていないので、実際は、救急患者は、二次を受けていて、重症者は逆に、三次をやっている施設に送るということもあります。

ただ、豊島区といっても、立地が文京区に近いので、先ほど、患者さんの居住地の話が出ましたが、豊島区から40%ぐらい、文京区からは20%ぐらい来ています。

ですので、二次医療圏の中だけでは解決しないような患者さんの移動もありますので、圏域を越えたところも考えていかなければいけないのかなと思っています。

それから、先ほどもありましたように、こちらで治療してから、後方病院というか、回復期の病院に移っていただくための連携というものを、非常に重視していますし、今後もそういったところの病院の情報を知りたいと思っています。

ただ、逆に、重症化した場合、送り先としては大学病院が結構多いんですが、そういうところとの関係も考えていかなければいけないなと思っています。

○増田座長：ありがとうございます。

それでは、今度は、急性期、回復期、慢性期の病院の先生方からご意見をいただきたいと思います。「そんな勝手なことを座長から言われても、ちょっと困る」というようなご意見があれば、ぜひお聞かせ願いたいと思います。

北区の急性期の、明理会中央総合病院の廣瀬先生はいかがでしょう。

最近、金丸先生から代わられて、新しいビジョンをお持ちだと思いますが、街なかのスペース的にも限界がある中で、コロナ対応をいろいろしていただいています。今後のことについて何かあったらお聞かせ願いたいと思います。

○廣瀬（明理会中央総合病院 院長）：現在、当院では、心疾患と脳疾患に関してはマンパワーが揃っていて、緊急の対応が365日できるような状況ですが、消化器系のマンパワーは不足していて、なかなか対応できないような状況がございます。

そういったところは、東京北医療センターさんとか帝京さんをお願いしたいと考えております。

ビジョンというわけではありませんが、現状がそういう状況ですので、その辺でぜひうまく対応していただけるようになればと考えているところです。

○増田座長：ありがとうございます。

我々クリニックを開業している者としては、それぞれの病院が今どういう状況かという情報が非常に役に立ちます。

例えば、私は消化器、内視鏡専門で、消化器の救急をたくさん診ていますが、自分のところには入院の病床がありません。明理会までは歩いて2分ほどで、北医療センターにはドクターカーで10分ほどという状況です。

「人的にこの分野がちょっと弱くなっている」とか、「人の補充ができない」ということが、どこの病院でもそれはあり得ると思いますので、そういったことも、こういう会議を通じて、でき上がった人間関係の中で情報提供していただくと、地域の医療が非常にスムーズに行くのではないかと考えていますので、よろしく願います。

では、ここで、土谷先生、どうぞ。

○土谷理事：それぞれの病院がどんなことをするというのを発信するようにはなってきていると思いますが、一方で、自分のところの発信だけではなく、隣の病院はどういうことで、何を狙っているかといったことを、今回の調査票で聞き取ることができ得ますので、「隣の病院の何を知りたいのか」ということを、この調査票の質問項目に加えてみてはどうかと思っています。

自分たちのことは、それぞれ練り上がってきていると思いますが、隣の病院の何を知ったら、連携が深まるのかといったことが、ちょっと難しい質問かもしれませんが、わかるようにできればと思っています。

例えば、地域包括ケア病棟がある病院で、自院の中で回している病院はありますが、一方で、外からよく受けている病院もあります。そういうことが、「地域包括ケア病棟と言われるだけではわからないので、その辺のことを知りたい」というご意見もあります。

「隣の病院にどういったことを聞くと、連携が深まるか」といったようなことについて教えていただければと思います。

○増田座長：ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

東京北医療センターの宮崎先生、どうぞ。

○宮崎（東京北医療センター 管理者）：コロナ禍の前のときに、非常に印象的だったのは、「回復期への転院がなかなかうまくいかない」ということが、高度急性期、急性期からの話があったときに、実際に受けていらっしゃる病院から、「いや、空いていますよ」というご意見があったことを、よく覚えています。

要は、情報の共有だけで、病床をいじることなく、「回復期が足りないから増やせ」というような、単純なことではなくて、それこそ連携で、それが地域医療構想調整会議の非常に有益なところだったと思います。

ですので、具体的には表現が思いつきませんが、アンケートを通してそういったことが共有できれば、非常に連携がうまくいくようになるのではないかと思います。

○増田座長：ありがとうございます。

ほかにご意見はいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

では、活発なご意見、ご議論をいただきありがとうございました。今の意見交換を踏まえて、地域医療構想アドバイザーからコメントをちょうだいできればと思います。

一橋大学の高久先生、お願いします。

○高久（一橋大学）：調査票をつくるということで、会議をされていると思いますが、国の方針だと、連携がうまくいっていないところについては、「地域医療連携推進法人を活用する」という方向性が、結構あったと思います。

都では、調査票をつくって、アンケートをして、この次の調整会議で情報共有するということがあると思いますが、連携推進法人の活用みたいなことについて記載されていないのは、どういった意図があるのかということ、ちょっと確認してみたかったのですが、その点はいかがでしょうか。

○増田座長：東京都福祉保健局の鈴木部長、お願いします。

○鈴木部長：意図というのは特になく、ニーズがあるのかどうかわかりかねているところがあるというところでは。

○高久（一橋大学）：わかりました。

都市部の横浜とかでやっているところもありますので、外部の状況を見るのもいいのかなと、議論を聞いていて思ったところでは。

○鈴木部長：我々が知らないところもありますので、調べてみます。ありがとうございます。

○増田座長：ありがとうございます。

○木津喜（東京医科歯科大学）：東京医科歯科大学の木津喜です。画面を共有させていただきます。

こちらは、地域医療構想の冊子から取ってきたデータですが、区西北部の特徴としましては、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のいずれについても、域内の完結率が高く、7割近くが域内で入院しているということです。

また、特定機能病院があるということで、このことから、圏域内での連携が比較的多いのではないかと考えられますが、今回の会議でもありましたとおり、区ごとの差が大きいということと、埼玉県からの流入と流出が3割ほどあるということで、区外、都外の医療機関との連携が出てくるということです。

また、この調整会議の記録に記載されていた意見の中に、「情報の共有化が遅れているため、入院医療機関と在宅との連携が不十分な場合がある」ということが出ていました。

こちらについては、急性期における情報共有と、慢性期や在宅を含めた情報共有については、必要な情報のスピード感等が違うと思いますので、そのあたりも検討材料かなと思いました。

また、補足のデータですが、区西北部の特徴としては、2つの大学病院の本院がありますが、どの病院も同じような規模の病院がたくさんあるというのが特徴になっております。

例えば、これは、救急車の受入れ件数ですとか、休日に受診した患者数が、夜間の時間外の患者数ですが、確かに、大きな病院はございますが、患者数が似た病院が多いという特徴があります。

また、診断群分類というものについても、いずれの場合も、突出して多い病院というのが、他の地域に比べると少ないのかなと思われます。つまり、いろいろな病院がいろいろな疾患に対応しているというのが、区西北部の特徴なのかなと考えられました。

○増田座長：ありがとうございました。

では、東京都のほうから、今までの意見交換を踏まえて、何かご発言があれば、よろしくをお願いします。

○鈴木部長：ありがとうございました。

ちょうだいしたご意見を参考に、調査票をブラッシュアップしていきたいと考えております。そして、調査のあと、第2回の調整会議において、まとめた結果などをお示ししたいと思っております。

今後ともご意見をちょうだいしたいと思います。ありがとうございました。

○増田座長：ありがとうございました。

それでは、「報告事項」に移りたいと思います。

3. 報告事項

- (1) 外来機能報告について
- (2) 医師の働き方改革について
- (3) 今年度の病床配分について
- (4) 地域医療支援病院の承認について
- (5) 外来医療計画に関連する手続きの提出状況について

○増田座長：それでは、「3. 報告事項」について、東京都から説明をお願いしたいと思います。複数ありますので、質問などはあとでまとめてお願いいたします。

○東京都（事務局）：それでは、まず、事務局の田畑から、資料2についてご説明させていただきます。

今年度から、国の制度で「外来機能報告」が始まりますが、調整会議も一部関連する内容ですので、そちらについてご説明させていただきます。

初めに、外来機能報告の制度開始の背景として、資料2の1～2ページに、国のワーキングの資料にまとまっております。

「1. 外来機能の課題」です。患者が医療機関を選択する際に、各医療機関がどのような外来機能を持っているかの情報が不十分であることや、いわゆる大病院志向といったものが原因で、一部の医療機関に患者が集中し、患者の待ち時間ですとか、勤務医の負担増加につながっているなどの点が、国の課題認識としてございます。

裏を返せば、医療機関がどのような外来機能を持っているかがわかれば、このような待ち時間や負担が平準化するだろうということで、1ページ目の下の図の右側をご覧ください。

「紹介受診重点医療機関」という、紹介患者さんを中心に診るような医療機関が、患者の側にも明確となるようにし、左側に記載のような、それ以外の「かかりつけ医機能を担う医療機関」に、まず患者さんが来たり、必要な場合に「紹介受診重点医療機関」を紹介状を持って受診をするといった流れをつくりたいというのが、国の制度改正の趣旨となっております。

そのため、資料の2ページ目ですが、「紹介受診重点医療機関」について、上の四角の枠の中をご覧ください。

①外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、

②「地域の協議の場」において、これは、こちらの調整会議の場になりますが、報告を踏まえて協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

このような仕組みが、今年度から始まることとなります。

調整会議で具体的に何をするかですが、中央の右側の枠内の、「地域の協議の場」をご覧ください。

紹介受診重点医療機関の基準として、初診に占める重点外来の割合が40%以上、かつ、再診に占める重点外来の割合が25%以上と定められておりますので、これに合致する医療機関が紹介受診重点医療機関の役割を担う意向があるかないかを、議論するというのが、まず1つあります。

そして、②にありますように、この基準を満たさない医療機関でも、紹介率50%以上、かつ、逆紹介率40%以上であって、地域性等を加味して、調整会議で協議が整えば、紹介受診重点医療機関になれることとなっております。

そのあたりを各圏域で協議し、整った医療機関を紹介受診重点医療機関として公表して、患者さんにもわかるようにするといったような流れになっております。

次に、この「外来機能報告」の概要となっております。

上段は割愛しますので、中央の「対象及び報告項目」をご覧ください。

基本的には、病床機能報告と同じようなスキームのものとなっております、「報告」の「義務対象」は、病院及び有床診療所です。ただし、無床診療所でも、高額な医療機器、設備が必要な診療などを行っていて、報告を行う意向がある施設は、報告対象とできることとなっております。

「報告項目」は、医療資源を重点的に活用する外来の実施状況や、紹介受診重点医療機関となる意向の有無等となっております。

最後に、「スケジュール」ですが、外来機能報告は、病床機能報告と同じく、毎年10月に、厚労省が委託する調査会社を通して実施するものとなります。

その結果を受けて、来年1月から3月ごろに、第2回調整会議で協議を行い、年度末に公表という流れでございます。

なお、「参考」として付けておりますのは、「令和4年度診療報酬改定」において、紹介受診重点医療機関の診療報酬上の取扱いについて、さまざまな整備がされておりますので、あとでご参照いただければと思います。

資料2に関しては以上になります。

○東京都（医療人材課長）：続きまして、資料3について、医療人材課の岡本からご説明させていただきます。

今回の「医師の働き方改革」につきまして、現在、都内の病院の状況をご報告して、まずは情報共有させていただくという趣旨で、今回、報告事項で挙げさせていただきました。

1 ページ目は、「医師の働き方改革」の概要についての、国の資料となっております。

皆さまご存じのとおり、「医師の働き方改革」に係る法整備が行われまして、医療機関においてさまざまな取組みが進められているところでございます。

時間外労働の上限規制の適用まで2年を切ったということで、令和6年4月からは、下段の表にあるとおり、「地域医療の確保」や「技能水準の向上」といった理由で、特例が認められた医療機関以外は、医師の時間外労働を960時間以内に収める必要がございます。

資料の2枚目をご覧ください。これは、都内の医療機関の現在の状況を、都が調査したものをまとめたものでございます。

都は、都内の病院の取組み状況を把握するため、個別に電話等による確認を行いました。この際、対象としたのは、都内の病院の約半数に当たる312の病院でございます。

この病院は、三次救急、東京都指定二次救急、その他、これまでの国や都が行った調査で、「長時間労働の医師がいる」と回答した病院などを対象とさせていただいております。

こちらの調査は、本年2月から3月の時点の結果でございますが、「時間外労働が960時間を超える医師がいる、または状況が不明」と答えた医療機関、また、「特例水準を申請する予定がある、または検討中」と答えた医療機関を併せると、131病院ございました。

これは、特例水準を申請する可能性がある病院ということになりますが、このうち、三次救急が24病院、都指定二次救急が87病院、その他が20病院となっております。

ただ、「時間外が960時間を超えている」と確実に把握しているのは、131病院のうちの54病院しかございませんで、そのうち、現時点で特例水準を申請すると決めていらっしゃるは19病院というような状況でございます。

「まだまだ実態が把握できていないので検討中です」というようなご回答をいただいた病院が多いという状況でございます。

資料の下をご覧ください。東京都では、「東京都医療勤務環境改善支援センター」におきまして、「検討中」とお答えいただいた病院について、さらに詳細な情報を把握していくとともに、個別の病院に対する支援ですとか、病院向けのセミナーなどを開催しまして、取組みを支援していきたいと考えておりますので、ぜひご活用いただければと思います。

最後に、3枚目の資料をご覧ください。こちらは、上限規制の適用に向けましたスケジュールとなっております。

医師の働き方改革を進めるにあたっては、矢印の2段目のところにもありますとおり、「地域医療への影響の検証」ということも重要になってまいります。

今後、各病院の実態把握や支援を進めていくとともに、地域医療構想調整会議の場などをお借りして、情報共有や意見交換をさせていただければと考えております。

ご説明は以上でございます。

○東京都（医療安全課長）：次に、医療安全課の坪井より、「3. 今年度の病床配分について」、資料4で説明させていただきます。

今年度の病床配分につきましては、網掛けをしております9圏域で実施予定でございまして、区西北部は、現時点で57床の病床配分を予定しております。

スケジュールとしましては、9月までに事前相談を受け付けておりまして、10月から、区市町村ごとの協議となり、年明けの1月から2月にかけて、調整会議でのご協議をいただく予定でございます。

その後、医療審議会での報告を経て、年度末に結果通知を行うということになっております。

「配分方法等」は、例年どおりの「均等配分」という形で、病床配分を実施していくものでございます。

続きまして、資料5で、「地域医療支援病院の承認について」ご報告させていただきます。

こちらは、都立病院及び公社病院が、7月1日付で、「地方独立行政法人」に移行する予定でございます。

これに伴いまして、都立病院ないし公社病院が、開設者を変更することになっておりまして、「地域医療支援病院」につきましても新たに承認を行う必要がございます。

承認に当たりまして、病院の機能が特に変わるわけではございませんが、6月10日から6月15日にかけて調整会議の構成員の皆さまに、書面で意見照会をさせていただいたところございまして、その結果報告でございます。

区西北部圏域におきましては、現在の東京都立大塚病院と、公社の豊島病院の2病院でございます。7月からは、「地方独立行政法人東京都都立病院機構東京都立大塚病院」と、「地方独立行政法人東京都都立病院機構東京都立豊島病院」ということとなります。

承認に際してのご意見をちょうだいしたところ、「3. 構成員からいただいた主なご意見」のところをご覧ください。

1つ目の○は、「地方独立行政法人化に賛成だが、監査や医業収支の改善にも努める必要がある」というご意見でございました。

2つ目は、「連携支援病院としての体制を維持していただきたい」というようなご意見でした。

4つ目は、「搬送困難症例の積極的な受入れを一層期待している」というようなご意見でした。

5つ目は、「地域の医療機関では対応が困難な患者の受入れを積極的にしてほしい」というようなご意見でした。

6つ目は、「連携強化や入院前の患者のサポート、在宅医療への支援など、医療環境の向上に寄与してほしい」というようなご意見でした。

「今後の予定」でございますが、こうしたご意見などを医療審議会に報告させていただきまして、諮問・答申を経て、都で決定し、7月1日から移行という流れでございます。

資料5の説明は以上です。

○東京都（事務局）：最後に、資料6について、事務局の田畑からご説明いたします。こちらは、「外来医療に関連する手続きについて」でございます。

「①地域医療への理解・協力について」は、新規に開設される診療所に対して、地域医療への協力意向の確認を行うものとなっております。こちらの結果については、資料6の別紙1に一覧としてまとめておりました、全て「合意あり」ということでご回答いただいております。

「②医療機器の共同利用計画について」は、該当の医療機器を設置、更新する病院及び診療所に対して、「医療機器共同利用計画書」の提出を求めるものとなっております。

こちらについては、今回、こちらの圏域は該当なしということでしたので、別紙にも「該当なし」ということで付けさせていただいております。

以上になります。

○増田座長：ありがとうございました。

報告事項は多岐にわたりましたが、まずは、土谷理事から、医師の働き方改革について補足があるそうです。

○土谷理事：特に、「医師の働き方改革」については、各病院で非常に悩んでおられると思います。

東京都医師会もその危機感を共有しています。具体的には何かといいますと、働き方改革を進めれば、特に救急が崩壊するのではないかと危惧しています。

それは、大学病院から派遣、あるいは当直に来てもらっている病院が多いと思いますが、大学病院さんは、上限規制にひっかかって、派遣できなくなるのじゃないかということで、東京だけではなくて、全国で非常に大きな問題になっています。

ちなみに、坂本先生、帝京大学では、働き方改革を粛々と進められているかと思いますが、医師の派遣については、どのあたりまで話が進んでいるのでしょうか。

これは、受ける側の病院は、「送ってもらえるのか」「無理なのか」と、切実に思っているところですが、大学病院さんも、すぐにできるとは思っていない。

もうぎりぎりにならないとわからないのじゃないかと思っていて、それが決まらないので、民間の病院も決められないため、このまま突入すると救急医療が大変なことになると危惧しているわけですが、実際のところはいかがでしょうか。

○坂本（帝京大学医学部付属病院 病院長）：大学病院では、この医師の働き方改革は、非常に大きな問題、テーマになっております。

我々のところに所属する医師が、帝京大学で働いている時間、超過勤務も含めた時間と、大学がいわゆる外勤として週1日、日勤を行っているというところに関しての労働時間に関しては、ようやく把握ができたという状況です。

しかし、それ以外の、例えば、夜間、特に大学に届け出をしないで当直のお手伝いをしているとか、週末の土日等に当直などを行っているというところに関しては、本人からの申請がないと、必ずしも把握しきれていないというのが、実態だと思います。

その部分を今、厚労省や都のほうから、「大学の管理者がきちんと把握せよ」ということで、各医局に調査をかけているという状況になります。

そこを厳密に労働時間に組み込んで、しかも、それが当直でなくて、夜間泊まるものがそのまま労働時間として組み込んでいくと、これは、かなり「連携B」のところの時間も厳しいという状況になって、上限に達してしまいます。

そうすると、大学での労働時間を減らすか、そういうふうな外勤については、一定の上制限をつくるかといったことをせざるを得なくなるだろうということになっていると思います。

ただ、そういう中で、「地域医療に対して、それを支援する形で当直等を行うということに関しては、例外にしてほしい」ということを、日本医師会と厚労省などの間で話し合われているようです。

また、全国医学部長病院長会議でも、そのところが非常に議論になっているところですので、まだそのところをどういうふうな取扱いにするかの結論が出ていないという認識でおります。

○土谷理事：ありがとうございました。

大学病院の先生も、外勤に行けないと、生活に影響してきますので、大きな問題だと思っています。

それから、受けるほうの病院としては、宿日直の許可を得ることも、非常に大きな課題になっていて、こちらについても、東京都では、医療勤務環境改善支援センターを中心に、サポートしていきたいと思っています。

あと、今後、働き方改革については、国が調査したり、東京都が調査したり、医師会が調査したりとか、いろいろな調査が来るのではないかとと思っています。

そのときには、「医療監査には結びつきません」と、必ず記載されているはずですので、正直に書いていただいて、協力していただきたいと思っていますので、今後の調査にはよろしくをお願いします。

○増田座長：ありがとうございました。

ほかの報告事項もありますが、ご質問のある方はいらっしゃいますか。

最初の「外来医療機能」の「紹介受診重点医療機関」に加算が付きますし、いろいろと考えている病院も多いと思いますが、実際に、病院の状況を見ていると、確かに、かかりつけ医を担うクリニック、病院から「紹介受診重点医療機関」に行くというのは、非常にいい流れで、待ち時間を短くするところもありますが、待ち時間が長くなっている主な原因は、「紹介受診重点医療機関に普段からかかっておくと、入院するときにはすぐ入院させてもらえるから」といって、明らかに必要がないのに、「紹介受診重点医療機関」の外来に通い詰めている高齢者が非常に多いということです。

それに関しては、何か対策を考えておられるのでしょうか。入り口だけを多くして、どんどん入れても、目詰まりが解消しないと思うのですが、

○奈倉課長：ご質問ありがとうございます。

東京都の直接の取組みではございませんが、今般の診療報酬の改定で、ご案内のように、特定機能病院さん、地域医療支援病院さん、紹介受診重点医療機関さんについては、紹介状なしでのご受診、それから、必要のない、紹介状を持たない再診の場合というのは、定額料金を取ることとなっているかと思いますが、そ

ちらのほうが、最低の5000円から7000円に引き上げられたということが1点ございます。

もう1つ、保険診療部分の点数、例えば、1万円で1000点かかった場合については、そのうちの200点については、患者さんのほうにご負担いただいて、残りの点数の部分を保険診療として見るというような、仕組みの改正が行われております。

ですので、病院さんの収益としては変わらないのですが、患者さんのご負担が増えるということをもって、受診を抑制しようというのが、今回、国の診療報酬のところで作った仕組みというふうに理解しております。

直接のお答えではないかもしれませんが、よろしくお願ひいたします。

○増田座長：わかりました。ありがとうございます。

ほかにご意見はよろしいでしょうか。

調整会議は地域での情報を共有する場ですので、それ以外のことについても、ぜひ情報提供を行いたいということがあれば、お願いします。

よろしいでしょうか。

それでは、活発な議論で時間がオーバーしましたが、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。

4. 閉 会

○奈倉課長：皆さま、本日は活発なご議論をいただきましてありがとうございます。

最後に、東京都福祉保健局医療政策担当部長の鈴木が、本日出席しておりますので、一言ご挨拶させていただきます。

○鈴木部長：医療政策担当部長の鈴木でございます。

別件がありましたため、出だしに遅れまして、申しわけございませんでした。

先ほど、土谷理事からもありましたが、資料1-2で対応方針というものを、形式的には国に出すというのが、我々の仕事といえば仕事ですが、ただそれだけ

ではなく、この票をもう少し皆さんにとって意義があるものにしていきたいという考えのもと、いろいろ調査を今後させていただきたいと考えておりますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

また、医師の働き方改革ですとか、その他諸々、これからいろいろなことがあると思いますが、皆さんとご相談して、意見交換をしながら、仕事のほうを進めていきたいと思っておりますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

○奈倉課長：ありがとうございました。

最後に、事務連絡がございます。

本日の会議で扱いました議事の内容について、追加でのご意見、ご質問がある場合には、事前に送付させていただいておりますアンケート様式にて、東京都あてにお送りください。

また、We b会議の運営方法等については、「地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式をお使いいただき、東京都医師会あてに、会議終了後2週間以内にご提出ください。

それでは、本日の会議はこれで終了となります。長時間にわたりまことにありがとうございました。

(了)