

[令和5年度 第1回]

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

**〔区中央部〕**

令和5年7月3日 開催

# 【令和5年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔区中央部〕

令和5年7月3日 開催

## 1. 開 会

○奈倉課長：定刻となりましたので、令和5年度第1回目となります、東京都地域医療構想調整会議、区中央部を開催いたします。本日はお忙しい中お集まりいただきまして、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、東京都保健医療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、Web会議形式で開催いたしますので、事前に送付しております「Web会議に参加にあたっての注意点」をご一読いただきまして、ご参加いただきますようお願いいたします。

本日の配布資料につきましては、事前にメールで送付しておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

それでは、開会にあたり、東京都医師会及び東京都より、ご挨拶を申し上げます。東京都医師会、土谷副会長、お願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

日中の業務のあとにお集まりいただきありがとうございます。

これまではコロナの対応についてずっと議論してきました。感染者数はまた少し増えているようですが、現場におかれましては、今までよりは少し腰を据えて地域医療に取り組んでおられる状況ではないかと思っています。

今年度の調整会議について少しコメントしたいと思います。

今回のトピックスは紹介受診重点医療機関についてですが、こちらは、医師の働き方改革からの話になります。

外来を減らして入院のほうに注力してほしいということで、そういう医療機関になってほしいというのが狙いにあります。

ですので、例えば、地域医療支援病院や特定機能病院におかれましては、できるだけなっていたきたいと思っておりますし、それ以外のところにおかれましても、入院を一生懸命やっていきたいという医療機関は、ぜひ紹介受診重点医療機関になって、地域の中での医療機関の機能分化、連携が進んでいけばいいなと思っております。

なお、この調整会議は年に2回行われますが、今年度はどちらもこの紹介受診重点医療機関についての話合いがメインになります。そして、今回が今年度分についてで、秋以降の第2回において、来年度分ということになります。

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。

続いて、東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井よりご挨拶申し上げます。

○岩井部長 本年4月1日付で、医療政策担当部長に着任しました岩井と申します。

構成員の皆さま方におかれましては、日ごろから東京都の保健医療政策に多大なるご協力を賜りまして、まことにありがとうございます。

また、本日はご多用の中、会議にご出席いただきまして、重ねて御礼申し上げます。

本日の会議では、土谷先生からもお話がございましたが、紹介受診重点医療機関に関する協議を初め、地域の外来医療提供体制の課題などに関する意見交換、2025年に向けた対応方針に関する協議を行わせていただきます。

そのほか、報告事項が何点かございます。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見等をちょうだいできればと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

○奈倉課長：本会議の構成員についてですが、お送りしております委員名簿をご参照ください。

なお、昨年度に引き続き、オブザーバーとして、「地域医療構想アドバイザー」の先生方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ですが、公開とさせていただきます。

傍聴の方々が、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、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を藤田座長にお願いいたします。

## 2. 議 事

### (1) 紹介受診重点医療機関について

○藤田座長：昨年度に引き続き座長を仰せつかりました、港区医師会の藤田です。

では、早速議事に入らせていただきます。1つ目は、「紹介受診重点医療機関について」です。東京都から説明をお願いいたします。

○東京都(事務局)：それでは、資料1-1によりまして説明させていただきます。

本件は「協議」となります。区中央部の医療機関の中から、紹介受診重点医療機関を決めるための協議を行います。

私からは、この協議の位置づけとスケジュール、及び協議の方針の3点について、説明させていただきます。

まず、協議の位置づけですが、令和4年度の外来機能報告において、各医療機関が、外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関になる意向があるかなどについて報告しております。

その報告内容に基づき、この資料の右側に記載されている「地域の協議の場」において、当該地域における紹介受診重点医療機関を決めるとされており、この「地域の協議の場」というのが、今回の調整会議ということになります。

次に、スケジュールですが、調整会議における協議を踏まえて、8月1日に、都のホームページで、紹介受診重点医療機関の一覧を公表する予定としております。

この都における公表の日から、診療報酬の算定などが可能となります。

最後に、協議の方針について説明いたします。

協議においては、まず、協議の方針について、この資料に記載のとおりとしてよろしいかを確認いただきます。

次に、その協議の方針に基づいて、個別の医療機関の状況を確認し、紹介受診重点医療機関を決めるという流れで進めたいと思います。

その協議の方針ですが、①として、紹介受診重点医療機関になりたいという意向があり、かつ、国が示す基準を両方満たす場合は、原則どおり認める。

②として、意向はあるが、基準を両方満たしていないという場合であっても、基準のいずれか一方を満たし、かつ、国が示す水準を両方満たす場合は、協議によって認める。

このようになっております。

国が示す「基準」というのは、初診と再診に占める医療資源を重点的に活用する外来の割合が、それぞれ40%、25%以上というもので、この医療資源を重点的に活用する外来というのは、例えば、外来化学療法加算やCT・MRI撮影及び悪性腫瘍手術などを算定したものが該当します。

国が協議にあたって定めている基準は、これだけになります。

その上で、国が示す「水準」というのは、紹介率が50%以上及び逆紹介率が40%以上です。

水準といっているのは、国としても、基準を満たさない場合であっても、この紹介率と逆紹介率の状況などを踏まえて、地域の実情に応じて認めてよいとしていることから、「水準」として示されているものになります。

なお、医療機関の意向を第一に尊重することから、これらの基準を満たすけれども、そもそも意向がないという場合は、紹介受診重点医療機関とはしない方針ですが、この協議の中で、特に「なるべきではないか」とされた場合は、都において、個別に意向を再確認の上、別途、再協議を行うことといたします。

以上の取扱いを表にまとめており、表の赤枠で囲んだ部分、分類としては①及び②に合致する医療機関を、紹介受診重点医療機関として位置づけることにしたいと思っております。

都内の圏域ごとに、その協議結果に大きなばらつきが出ないように、原則としてはこちらの方針で行いたいと存じます。

各医療機関の基準への適合状況につきましては、資料1-2にまとめております。

最後に、特定機能病院と地域医療支援病院に関する国の考えですが、これらの病院の性格からすると、基準を満たすことが想定されており、基準を満たすという場合については、原則として紹介受診重点医療機関になることが望ましいと位置づけられております。

説明は以上です。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、早速協議に移りたいと思います。

まず、紹介受診重点医療機関に関する協議の方針については、東京都が説明されたとおりに進めることとしてよろしいでしょうか。

何かご意見はございますでしょうか。

[全員賛成で承認]

それでは、次に、個別の医療機関について協議を行いたいと思います。

協議の方針に従い、本圏域において紹介受診重点医療機関とする医療機関に関して、何かご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。

東京通信病院の山岨（ヤマツガ）先生、お願いします。

○山岨（東京通信病院、病院長）：今回の方針については、我々としても特に依存はございませんが、提出したデータが、昨年7月に限られていました。

その7月、8月というのは、新型コロナウイルス感染症の第7波が猛威をふるっているときでありまして、当院では、紹介状なしの初診の患者が非常に多かったという、かなり例外的な月となっていました。

当院の推移のエクセル表を事務局に先週お送りしておりますが、この7月の紹介率は49.2%でも、残りの月は全て50%をクリアしておりまして、年間平均の紹介率は55.8%でした。

また、逆紹介率も、コロナで忙しかった月でも45.4%でしたし、年間平均では61.5%になっております。

ですので、この例外的な7月では、水準の要件をぎりぎり満たしてはいたしません  
が、昨年度全体としては、水準を大きく超えているということから、その点を勘案していただければ幸いです。

○藤田座長：ありがとうございました。

東京都から、回答をお願いいたします。

○奈倉課長：東京都の事務局でございます。ご意見ありがとうございました。実は、ほかの圏域でも同様のご意見を寄せられております。

外来機能報告は、令和4年度に初めて制度が始まったものでございまして、国では、紹介率と逆紹介率の状況については、令和4年7月1日から7月31日の1か月間に限り、ご報告いただくような形式となっております。

ほかの月については、どこの医療機関様からもご報告をいただけていない状況でございますので、客観的にいただいた指標が、この単月ということで、大変申しわけありませんが、今回については、この単月のところで平等に見させていただくことにさせていただきました。

なお、補足といたしまして、令和5年度の今年度については、令和4年7月から令和5年3月までの9か月間、令和6年度の報告においては、令和5年4月から令和6年3月までの12か月間で、紹介率と逆紹介率の報告をいただく予定になっていると、国から聞いております。

ですので、秋以降の第2回のご報告いただくときには、9か月間の数字で見させていただく形になりますので、そこでご了解いただければと思います。

よろしくをお願いいたします。

○藤田座長：それでは、九段坂病院の山田先生、お願いします。

○山田（九段坂病院、院長）：通信病院さんから今お話があったように、7月の1か月間だけのデータの提出を求められているんですが、このデータは、10月末に提出しているわけですから、例えば、7月より前の全体のデータを見るとかということ、なぜしてくださらなかったのか、よく理解できません。

当院の場合は、逆紹介率は年間平均では41.数%ですし、7月以前のもので平均しても、40%を超えています。しかも、この7月はたまたま下がっていますが、それでも、39.9%ということになっています。

ですから、「それでやったので、しょうがない」とおっしゃいましたが、この7月だけではなく、もう一度見ていただきたいと思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

せっかく意向を表明していただきましたのに、大変残念な結果になってしまっていますが、この点も含めて、何かご意見はございますでしょうか。

土谷先生、お願いいたします。

○土谷副会長：山唄先生、山田先生、ご意見をありがとうございました。

九段坂病院におかれましても、0.1%満たないというだけで、しかも、去年の7月の大変なときに、コロナを診たからこそ、こういう数字になっているわけです。

東京都からも、国に対して、「なぜこの月だけなんだ」ということで、結構やり合っていたいたわけですが、「全国一律でやっているの」と言われるだけで、こういう厳しい結果になった次第です。

ただ、次回からはもっと幅を持った評価になりますので、第2回以降で、先生方の病院も紹介受診重点医療機関になっていただけたらと思いますので、ご了承いただきたいと思います。

ほかの圏域でも同じような議論がされていて、コロナの影響が一番大きいところで、なぜこんなところだけで評価するのだろうという意見が出ていますし、全国的にもそうだと思います。

よろしくお願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございます。

東京通信病院さん、九段坂病院さんのお腹立ちはごもつともで、なかなか納得していただけないとは思いますが、今回だけは、何か月遅れでお願いせざるを得ない状況でございます。

この件に関して何かご意見はございますでしょうか。

東京都医師会の増田理事、お願いします。

○増田理事：北区医師会の会長をやっている、区西北部の座長もやっています。

国が決めたこのシステムというのは、地方都市ではかなりよく働くと思われま  
す。いろいろな圏域の話をお聞かせいただくと、東京都においても、比較的住宅  
地が多いところでは、近隣からの飛込みを減らして、「2人主治医制」とかで病診  
連携をやっていくと、勤務医の先生の仕事はかなり減るかなとは考えています。

ただ、区中央部は相当特殊なところでして、全国から見れば、東京も特殊です  
が、東京の中でも区中央部は明らかに特殊です。

コロナで初診の方が多かった時期もあったと思いますが、普段だと、比較的遠  
方から紹介状を持ってこられる方が多いと思います。

そういった病院でこのシステムを入れて、どれぐらいメリットがあるかという  
のは、病診連携とか「2人主治医制」などをかなりしっかりやっていないと、  
メリットが生まれないと思います。

ですので、今後とも、都内各地の医療機関と病診連携をよろしく願いいたし  
ます。

○藤田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

千代田区保健所からお願いいたします。

○原田（千代田区地域保健担当部長兼千代田保健所長）：千代田保健所の原田と申  
します。

通信病院さんにも九段坂病院さんにも、私どもの保健所から、コロナの患者さんを、紹介状なしでずいぶんお願いしましたので、こういう結果になったということで、とても申しわけない思いでいっぱいです。

どうぞご配慮をよろしくお願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、今回は、適合状況①として、

社会福祉法人三井記念病院、日本大学病院、

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院、

聖路加国際病院、東京慈恵会医科大学附属病院、

社会福祉法人恩賜財団済生会支部東京都済生会 東京都済生会中央病院、

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院、東京医科歯科大学病院、

東京大学医学部附属病院、日本医科大学附属病院、

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立駒込病院。

②として、順天堂大学医学部附属順天堂医院。

以上の医療機関について、紹介受診重点医療機関として認めるということによってよろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

ありがとうございます。

それでは、今までの議論を踏まえて、東京都から何かご発言はありますでしょうか。

○岩井部長：東京都の岩井でございます。

通信病院の先生、九段坂病院の先生、ご意見をありがとうございました。

コロナの中で患者さんをたくさん受けていただいたこともあって、ぎりぎりでは届かなかったという結果になってしまいました。いろいろな圏域でこの協議を進める中で、どこかで基準を設けて判断していくという中で、こういった形になってしまいました。本当に申しわけなく思っております。

次回には紹介受診重点医療機関に入っただけのことと思いますので、ぜひよろしくお願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、次の議事に進みたいと思います。

## (2) 外来医療提供体制について

○藤田座長：議事の2つ目は、「外来医療提供体制について」です。東京都から説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料2-1により、外来医療提供体制について説明させていただきます。本件については意見交換であり、何かを決めていただくというものではないです。

令和2年度に策定した外来医療計画により、外来医療を担う医師の自主的な行動変容を促してきましたが、今年度は、紹介受診重点医療機関の制度が開始されるとともに、外来医療計画を改定する年に当たります。

そこで、今回の調整会議では、次の①及び②について、事前調査の回答などを参考に、意見交換をさせていただきたいと思います。

構成員の皆さまのさまざまなお立場から、地域の外来医療提供体制についてご意見をいただき、情報の共有や理解の共有などを図るというのが目的です。

1点目は、外来医療全体に関する課題について、2点目は、紹介受診重点医療機関の仕組みを円滑に機能させるために、現状課題となっていることなどについて、ご議論いただきたいと思います。

なお、一つの参考資料として、無床診療所を含む都内の医療機関の医療提供状況をお示しするために、SCRのデータをスライドに掲載しております。

SCRとは、国のナショナルデータベースを活用して、各診療行為の地域差を“見える化”した指標であり、性別と年齢構成の違いを調整したスコアとして、算出されています。

この数値の見方としては、100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると、性別と年齢を調整後の人口規模に対して、当該地域の医療提供が多いこと、100を下回ると少ないということを意味しています。

こちらに掲載している「特定疾患療養管理料」などの項目は、国が地域の外来機能の明確化や連携の推進のために、参考になり得る項目として、外来機能報告においても、各医療機関に報告を求めている項目です。

当然ながら、このデータが地域の状況を完全に示しているということではなく、あくまで一つの参考であり、このほか、事前調査の回答なども踏まえて、意見交換をお願いしたいと思います。

最後になりますが、このたびは、事前調査の回答にご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

説明は以上になります。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、早速意見交換に移りたいと思います。ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

外来医療全体としては、不足しているところというのは、区中央部の場合は余りないのかなとは思いますが、②の紹介受診重点医療機関の仕組みを踏まえた外来医療というところで、紹介や逆紹介に困るケースや診療科などはないでしょうか。

このようなところは、意見としては出ていますが、まずは、東京大学附属病院の田中先生、いかがでしょうか。

○田中（東京大学医学部附属病院、病院長）：当院の場合は、紹介、逆紹介に関して、特に困っているわけではありません。

ただ、個別の事情で申しわけありませんが、予約を入れるときに、診療科ごとに条件が違うということがあり、うまく入れないケースがあるということをし、しばしば訴えられている患者さんがいらっしゃるので、そのあたりを改善していければと思っております。

MSWが全体的に不足しておりまして、逆紹介もそのためにうまくいっていないというケースもありますので、そのあたりもぜひ補強していきたいと考えております。

○藤田座長：ありがとうございました。

逆紹介にあたっては、MSWさんが果たす役割が非常に大きいかと思いますが、人員的にかなり少ないという印象でしょうか。

○田中（東京大学医学部附属病院、病院長）：募集してもなかなか来ていただけないというか、東大病院固有の事情として、給料が少し安いというところがありまして、うまく募集できていませんので、引き続き努力したいと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

続いて、国立がんセンターの島田先生、いかがでしょうか。

○島田（国立がん研究センター中央病院、病院長）：外来医療ではいくつか問題点があります。

一つは、再診患者さんが増えてしまって、なかなか返せなくて、こっちにずっと通ってしまう人が多いという問題があります。例えば、「フォローアップCT」が非常に混んでしまうので、アウトソーシングしなければいけない状況もあつたりしています。

地元の先生のところになるべくお返しするというのが、非常に努力してはいますが、現実にはなかなかできていない状況ではあります。

さらに、外来の患者さんがどんどん増えていきますので、大きい声では言えませんが、なるべく必要な方に通っていただいて、治療が終わればお返しするというのを、徹底的にやっていく必要があると思っております。

あと、直接関係があるか分らないですが、外来診療で悩んでいるのは、外来通院治療センターで抗がん剤治療をしたときに、診療報酬が余り付いていないので、経営的にはもう少し何とかならないものかというのが、外来診療でいつも思っているところです。

○藤田座長：ありがとうございました。

がんセンターさんの場合だと、それなりの進行度が高い方が集まってこられると思いますので、逆紹介はなかなか難しいのではないかと思います。そうでもないのでしょうか。

○島田（国立がん研究センター中央病院、病院長）：もちろん、ずっと治療を続ける方を戻すというのは、いろいろ役割分担をしながら戻していくわけですが、治って元気になられた場合は、通う期間をガイドラインとかできちんと決めていただければと思っております。

例えば、5年でストップするとか、年に1回か2回にして、あとは、地元で診ていただくというようなところを、徹底的にやればいいのかなどは思うんですが、「治療を受けたところにずっと通いたくなる」という方が多いので、そういうところのメリハリは、きちんとつけていく必要があると考えております。

○藤田座長：ありがとうございました。

続いて、虎の門病院の門脇先生、お話をお伺いできればと思います。

○門脇（虎の門病院、院長）：紹介受診重点医療機関ということで手挙げをさせていただきましたので、厚労省が作成した紹介受診重点医療機関の制度のポスターを、院内に掲示したり、リーフレットを配布したりして、院内的に周知する活動を一生懸命やっています。

ですので、今後、紹介状のない患者さんは、原則として初診として受け付けないということは、当院を受診する患者さんについては、そういう掲示などによって、うまく徹底できるのではないかと考えています。

ただ、一方で課題だと思っておりますが、当院に長年かかっている患者さんに対しても、仕組みが新たに変わるということになりますので、そういう患者さんの意識をどうやって変えていくかというところで、各診療科のドクターが、今後していくことになるのではないかと考えていて、その点についても、院内でディスカッションしています。

「完全逆紹介」だけではなく、「2人主治医制」をうまく活用して、それを進めていきたいと思っておりますが、複数の診療科を受診している患者さんを逆紹介する場合、複数の診療科別に複数の逆紹介先を探さなければいけないという課題があります。

また、総合病院ですから、全ての診療科がありますので、院内紹介をすることが、今までは多かったんですが、院内紹介はできにくくなるという面があります。

そのあたりで、総合病院としてのよさというところを、今後どのようにして、患者さんの意識を変えたり、患者さんのご理解を求めていく活動をすればいいかについては、全面的に院内的に統一されていない部分があって、診療科ごとに、内科系と外科系とでも事情が違うと思いますので、今一生懸命議論しているところです。

○藤田座長：ありがとうございました。

今のお話の、複数の診療科を受診されている患者さんの逆紹介ということについて、土谷先生、ほかの圏域でも議論になっているでしょうか。

○土谷副会長：逆紹介の困難さというものは、どこの圏域でもテーマになっていました。

今回の事前の回答の中でも、逆紹介するための情報を「ひまわり」でやってみても、その情報と実際の診療所とのギャップがあるというご指摘をいただいています。

今後、全国統一的にリストをつくり直していくということですが、それがどんなもので、今の問題が解決できるのか、新しくなったらよくなるかという、必ずしもそういうわけではないので、その辺がどうなっていくか、まだよく分からないという状況です。

地域によっては、地区医師会に窓口をつくって、「こんな患者なら、この先生がいいんじゃないか」とかいう、水先案内をしてくれるようなところもありました。

ただ、区中央部においてそれができるかという、非常に難しいと思いますが、今後とももっと質の高いものが各地でつくられていくことが期待されているところではあります。

○藤田座長：虎の門病院の門脇先生、どうぞ。

○門脇（虎の門病院、院長）：なお、私たちは「ひまわり」も活用させていただいていますが、同時に、今までのさまざまな逆紹介の経験や実績に基づいて、各診療科ごとにリストを作成しています。

まだ不完全ではありますが、それを、MSWと情報共有して、紹介先を探すときには、地域別に提示できるように進めています。

○藤田座長：ありがとうございました。

続いて、三井記念病院の川崎先生、いかがでしょうか。

○川崎（三井記念病院、院長）：門脇先生が今おっしゃったようなシステムを、MSWを利用して、当院もある程度やっておりますが、患者さんのウケはよくないんですね。

回答にも書かせていただいておりますが、「見捨てるのか」と言われたり、「2人主治医制」を説明しても、紹介先のクリニック等に行かなくて、うちにばかり来るとかいうことが多いです。

複数科を受診されている方の頻度が高いため、1つの病院に通うほうが、患者さんとしてはよいという面もあるので、専門別にクリニックをご紹介しても、評判がよくないものですから、外来診療科の医師にとっては、逆にそれがストレスになってしまっています。

そのため、働き方改革と逆行するようなストレスを与えているという現状もありますので、このまま“腕力”だけで外来の診療科の医師に任せるとするのは、かわいそうな印象を持っております。

ついでに申し上げたいことは、先ほど、「紹介受診重点医療機関に関する協議」というタイトルが付いていましたが、議論をお聞きしていると、あれは「協議」ではないですね。「通達」あるいは「報告」ですよ。

もう決めてしまったことについて、意見を言ってもらえるのはいいけれども、何も覆らないので、これは「協議」ではないですよ。

だから、その辺は神経を使っていたかかないと、九段坂病院にしる東京通信病院にしる、お気の毒だなという感じがしましたので、一言申し上げさせていただきます。

○藤田座長：ありがとうございました。

両方とも非常にごもつともなご意見をいただき、ありがとうございました。

続いて、聖路加国際病院の石松先生、いかがでしょうか。

○石松（聖路加国際病院、院長）：当院でも、できるだけ元の紹介先に返していけるようにしておりますが、複数のクリニックに通っていた患者さんにしてみたら、総合病院に入院すると、1か所で複数科の処方してもらえることとなりますので、なかなか元にお戻しすることが難しくなるという実情があります。

それから、総合病院の再診に関しては、再診の「選定療養費」で足かせをしても、患者さんとしては、1か所の病院で全ての処方がもらえるのであれば、一日で済ませたいということになるため、患者さんの利便性からすると、再診を一方的に減らすということは、理屈ではできそうですが、なかなか難しいと思います。

それから、最初に紹介されたところに返すということについても、最初に紹介されたときは1つの疾患だったとしても、実際に入院していろいろ調べてみると、複数の疾患が分かってくると、元の診療所にお返しすることができなくなるということがたびたびあります。

そのため、再診を減らせれば、紹介受診重点医療機関としての機能がどんどん進むとは、一概に言えない部分があると思います。

患者さんが何を望んでいるかということに沿っていかないと、こういう施策はなかなかうまくいかないのではないかという気がしております。

ユーザーといいますか、患者さん側がどうしたいのか、「どういことだったら、多少は経済的な負担をしてもいいよ」というご意見をお聞きしなくて、病院側からだけこういう話を進めても、世間には受け入れられにくいのではないかという感じがしております。

○藤田座長：ありがとうございました。

「力づくでは誘導できない」という貴重なご意見をありがとうございました。  
土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：この紹介受診重点医療機関の制度においては、今までのフリーアクセスを制限していくような方向になりますので、厚労省のパンフレットには、「患者さんにとっていいですよ」と書いてありますが、実際は、先生方のご意見のとおりで、患者さんが不便になることも、いろいろあるわけです。

ですので、今回の制度は、患者さんのためでもあるとはいいつつも、一方で、病院に勤務されている先生の外来の負担を減らしていこうと、国は目指しているところですよ。

そのあたりで、患者さんに負担がかかるというのは、勤務医の負担を軽減することを進めていくと、そこにぶつかっていくというところが出てきてしまうのかなとは思っています。

あと、実際に紹介するといっても、例えば、「3か月後に来てください」と言ったほうが楽ですし、紹介先を探して、そこに紹介状を書いてということになると、逆に忙しくなってしまうのではないかというお話が、ほかの圏域でもありまして、ごもっともなご意見だと思います。

そのため、忙しければ忙しいほど、紹介できないというような、負のループに陥っているのも事実ですので、「患者さんのため」ということもありますが、一方では、「働く人のため」ということもありますので、その辺のところ、言い方がなかなか難しいところかと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

では、永寿総合病院の愛甲先生、いかがでしょうか。

○愛甲（永寿総合病院、院長）：私どもは、地区医師会支援病院になってからは、外来の人数が減って、8割ぐらいにはなっていますが、科によっては、なかなか紹介しづらいという実情があります。

神経内科、血液内科、泌尿器科などの先生方は、専門資格のあるクリニックの先生がなかなかいらっしゃらないので、外来をなかなか減らせないようなところがあると思います。

あと、今までも話題に出っていますが、複数の科にかかっている高齢者が非常に多くて、そういった患者さんは自分の足で来られない場合も多いため、ご家族が送り迎えしたり、介護タクシーを使ったりという方もおられますので、そういった事情も勘案しますと、なかなか難しい面があると思っています。

初診の患者さんを絞ってきてはいますが、病院の役割としては、限界があるのかなと思っていますので、今回は紹介受診重点医療機関にエントリーしていないというのが現状です。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、今度は急性期の病院からお伺いしたいと思います。

済生会中央病院の海老原先生、いかがでしょうか。

○海老原（東京都済生会中央病院、院長）：私どもも、糖尿病の患者さんが多くて、併科のことが多いため、1つの科だけでは逆紹介がなかなか進まないという状況がありました。

ただ、今回の紹介受診重点医療機関をきっかけに、そのあたりの患者さんについても、もっと逆紹介を進めていこうという議論は出ておりますが、皆さんがおっしゃっているように、逆紹介をする負担というものが現場の医師にかなりございまして、その辺をどうやって負担を軽減していくかという問題があります。

それから、再診に関しては、「選定療養費」というものが、当院は今まで余り取れていなかったところがありますが、それに関しては、今回のことをきっかけに、少し考えていこうという動きが出ております。

ただ、簡単には進まないところがあるのと、「冷たい病院」というイメージがついてしまうのが、病院としては一番恐れているところではあります。

○藤田座長：ありがとうございました。

逆紹介というものが、なかなか簡単にはいかないという状況をお話いただきました。

続いて、東京通信病院の山唄（ヤマツバ）先生、いかがでしょうか。

○山唄（東京通信病院、病院長）：当院としても、逆紹介を積極的に推進している状況で、先ほどもお話ししましたように、年間では全体で61%以上しているところです。

また、「慢性疾患では逆紹介がしにくい」というお話がありましたが、特に内科系でも逆紹介率が低いということはありません。

ただ、診療科によっては、症状が軽減したり増悪したりするという科では、逆紹介したところと併診という形で診ていることもあります。それでも、当院に来ているという人が一定の数はいるということになります。

また、併科という点でも、当院でも一定の問題を持っていますが、当日に受診できる併科の数を、ある程度上限をつけるということで、対応しているというのが現状です。

今後の取組みとしては、できるだけ急性期の手術とかの患者さんに対して、逆紹介をさらに推進するということだと思います。

ただ、患者さんの心情としては、例えば、良性疾患で手術した場合はまだいいんですが、悪性腫瘍で手術したあとの経過観察、化学療法等で、もちろん、併診という形になると思いますが、「安心感」という意味では、一定の期間の経過観察がどうしてもあると思いますので、このあたりのさじ加減が難しいところかなと思っております。

なお、当院は、救急の受入れもかなりしていますし、新型コロナウイルス感染症の患者さんも積極的に受け入れています。例えば、重症化で入院が必要ではないけれども、脱水等で保健所でも困っている方の対応などもしていますので、地域のニーズに応じて、医療に貢献したいと思っております。

ですので、逆紹介という点では、これからもこの方針に則って紹介受診重点医療機関になるためにも、積極的に進めたいと思っておりますが、それだけでは解決できない、根本的な医療での貢献という点では、少し悩ましいところがあると考えてはおります。

○藤田座長：ありがとうございました。

引き続き、都立駒込病院の戸井先生、いかがでしょうか。

○戸井（都立駒込病院、院長）：コロナ禍では活動の状況がかなり変わっていましたが、徐々に元に戻ってきているため、その中で、いろいろなことがどういう形になっていくのか分かりませんので、完全に元に戻るのか、新しい何かの形になっていくのかということについて、注意して見ているところです。

先ほどからお話に出ているように、心理的な側面や実質的な側面がいろいろありますが、その上で、国の施策にどう対応するかということで、いろいろ考えているところです。

○藤田座長：ありがとうございました。

続いて、九段坂病院の山田先生、いかがでしょうか。

○山田（九段坂病院、院長）：当院の場合、大規模の病院のように、全科がそろっているという状況ではありませんが、専門に特化した、例えば、「脊椎脊髄外科」とかで、非常に広範囲の医療圏から患者さんが集まってきているという特色があります。

もちろん、近隣の医療機関とも連携して、紹介、逆紹介をしております。さらに、当院には、「千代田区高齢者総合サポートセンター」が併設されておりますので、地域の高齢の方々をサポートしていくという使命も持っております。

そういう中で、逆紹介を推進するための問題点は、先生方が今述べられたとおりです。当院の場合も、例えば、脊椎整形外科の専門医とか、認知症の専門医などの、スペシャリティ、サブスペシャリティを持っているような先生がそろっていますので、どうしてもそういう先生のところに通いたいという患者さんが、結構いらっしゃいますので、逆紹介については、ある程度の壁がある状況ではあると思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

続いて、JCHO東京高輪病院の山本先生、いかがでしょうか。

○山本（JCHO東京高輪病院、院長）：うちは回復期の病院で、紹介率が60%以上ありますが、逆紹介率がなかなか上がらなくて40%程度です。

特に、整形外科などは再診がかなり多くて、忙しくしていますが、地域の先生方にお返ししようとしても、電子カルテのシステムが古くて、逆紹介の診療情報提供書を書くのが、かなり大変だったりする場合があります。

そういうところに、JCHOの定員の問題もありまして、診療情報を扱ってくれる医師事務作業の補助者の数が少ないということも、障壁になっているのではないかと、先ほどからの先生方のお話を聞きながら感じた次第です。

ただ、うちは地域包括ケアの病床を持っていますが、逆紹介のところで困ったという話は聞いておりません。

○藤田座長：ありがとうございました。

逆紹介が簡単に働き方改革に結びつかないのではないかという、厳しいご意見がいろいろございましたが、こういう点に関して、都医の先生方からご意見はございますでしょうか。

東京都医師会理事の増田先生、お願いします。

○増田理事：ほかの圏域のお話を全部聞かせていただいておりますし、区西北部の座長もしています。

ほかの圏域では、顔の見える病診連携というか、患者さんと病院の距離が比較的近いという傾向がありますが、一方で、区中央部においては、かなり遠方から来られる方が多いので、逆紹介先を探すのに特に苦労されていると思います。

コロナの発熱外来をやったり、区の検診とかもやったりしていますが、区中央部に通っていて地元にかかりつけ医を持っていない患者さんが、非常に多いということで驚いています。

ただ、高齢になって、動けなくなって、近くの先生のところに行きたいという方については、かなり逆紹介を受けていますが、比較的スムーズに行くのは、患

者さん自身に、「ご近所で評判のいいクリニックはありますか」と聞いて、そこに紹介していただくというのが、単科の場合は非常にうまくいくかと思えます。

しかし、複数科になると、それもなかなか難しいと思えますので、地区医師会としても、逆紹介率とか逆紹介窓口とかを今後充実していかないと、このシステムがうまくいかないと考えていますので、よろしくをお願いします。

○藤田座長：ありがとうございました。

では、東京都医師会の土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：この区中央部においては、ご発言いただいた病院は、言うならば“ブランド病院”でありまして、これまで多くの先人の先生方が築いてこられ、それを今、先生方がまたさらに発展させてこられたものです。

いい医療を提供してこられた結果、全国から大勢の患者さんが集まってきてこられるということになっているわけですから、そういう中で、「逆紹介をもっとしかりしろ」ということは、カリスマの先生を大勢抱えていらっしゃる各医療機関において、この逆紹介を進めていくということは、非常に難しい課題だと認識しています。

先ほども申しましたが、患者さんのためと言いながらも、外来の負担を減らすためということですが、その外来についても、先生方のところは特殊な外来を数多くなされていると思えますので、今後とも特色ある医療を推進していただきたいと思います。

ただ、患者さんには「冷たい」と言われてしまうかもしれないということで、その辺はすごく難しいとは思いますが、職員の働き方改革の一助ということで、推進していただければと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

虎の門病院の門脇先生、お願いします。

○門脇（虎の門病院、院長）：今、患者さんにとってよいのか、それとも、医療従事者の働き方改革にとっていいのかといった論点も出ているようですが、私は、少し違うのではないかと考えています。

当院の場合は、外来に長年通っている人が非常に多いですが、外来の再診の負担等によって、当院が本来果たすべき救急患者を、基本的に断らずに受け入れたら、当院が持っている手術室などのさまざまな高度医療の機能を全て発揮しようとする、外来が負担になって、そちらに人的なリソースを振り向けることができなくなっています。

そうすると、当院が救急患者や重症患者に対して本来果たすべき役割でもって、そういう患者さんに対して貢献すべきなのに、そのところが受けられなくなるというところに、問題があるのではないかと考えています。

そこで、地域で診られる患者さんには、かかりつけ医の先生にお願いしたり、当院にかかりながら地域でも診ていただくという、「2人主治医制」などを積極的に導入することによって、当院でなくても、患者さんのニーズに応えることができるようにする必要があると考えています。

そうすれば、そこで浮いたマンパワーを、本来診るべき高度急性期の患者さんに対して、高度急性期医療機関としてのマンパワーの配分ができるようになりますので、これが、今回の紹介受診重点医療機関のエッセンスではないかと、私自身は考えて、いろいろ取り組んでいるところですが、その点はいかがでしょう。

○藤田座長：ありがとうございました。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：おっしゃるとおりで、そういうふうになっていただきたいと思います。

ただ、「ほかに行ってください」と言うと、「患者に冷たい」と思われたりすることもありますので、この区中央部においては、特に言いづらいのではないかと考えています。

その辺は、皆さんは言いにくいかもしれないと思いましたので、私のほうから言わせていただきました。「患者さんには冷たいと言われても、職員の方々のほう

に目を向けてください」ということは、ほかの圏域では言っていないことで、この圏域で敢えて言わせていただきました。

門脇先生のようなお考えに基づいて、ぜひ進めていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

外来をなさっている先生に対しても、患者さんに対しても、説得するためには、「こういう医療体制を提供していくんだ」という説得力がないと、誰にとっても現状を変えるということは、非常に嫌なことだということになってしまいますので、今後進むべき方向というものを、啓発していき、情報を共有することが、非常に大事になってくると思います。

○土谷副会長：区中央部というのは、その病院しかできない医療をやっておられる医療機関が集まっているところですので、それぞれの医療機関のポテンシャルをいかに発揮できるように、こういった仕組みを使って、進めていただきたいと思いますというのが、東京都医師会としての考えですので、よろしく願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、ここで、地区医師会からもご発言をお願いしたいと思います。

浅草医師会の堀先生、いかがでしょうか。

○堀（浅草医師会、会長）：今回のアンケートにも答えさせていただきましたが、紹介する立場としては、当然、長く診させていただいている患者さんが急変したり、「こういうところが気になる」というときに、ご紹介させていただいた場合は、ほぼ100%戻していただいていますので、本当に感謝しております。

東京都の方にお聞きしたいことは、紹介状が基本的に必要になる患者さんが、例えば、かかりつけ医がないという場合、救急の場合は救急で診てくれると思いますが、準救急で「この病院にかかりたい」と言ったとき、「紹介状をもらって

きてくれ」と言われて、我々のようなところにお見えになる方もいらっしゃると思います。

しかし、その患者さんは当院に初めて来られた方で、背景も分かりませんので、どのように紹介状を書いたらいいのかということを考えなければいけないわけです。

ですので、救急と準救急、あるいは、通常の紹介とどのように線引きをすればいいかということをお教えいただければありがたいと思ひまして、アンケートにも答えさせていただきました。

アンケートの皆様の結果も、どこを見たらいいのかということも、あとで教えていただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○藤田座長：ありがとうございました。

東京都からお答えいただけるでしょうか。

○奈倉課長：東京都の事務局でございます。

かなり難しい宿題をいただいたような気がいたしておりますが、特別な料金を徴収するという、紹介状を持参しなかったときの「選定療養費」を取らないという基準は、確かに示されております。

ただ、実際の臨床では、先ほど、再診のところで「選定療養費」がなかなか取れていないというお話もありましたし、実際にすごく難しいお話かなと思ひております。

今の紹介状の件につきましても、いただいたようなお話に対して、なかなかすぐに回答させていただけるような状況ではございませんが、非常に大事なお話だと思ひましたので、こちらでも考えさせていただきたいと思ひます。ありがとうございました。

○藤田座長：堀先生、どうぞ。

○堀（浅草医師会、会長）：本当に重要な部分だと思ひますので、ぜひ今後も新しい情報がありましたら、お教えいただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○藤田座長：ありがとうございました。

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。

全体を通して、今の意見交換を踏まえて、東京都からご発言があればお願いいたします。

○岩井部長：岩井でございます。

さまざまな観点からご発言をいただき、また、事前のアンケートにもご回答いただきありがとうございました。

すぐには答えが出ない問題もいろいろあるところではございますが、今年度は外来医療計画の改定の年でもございますので、先生方のご意見を参考にさせていただきます。どうもありがとうございました。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

### **(3) 2025年に向けた対応方針について**

○藤田座長：次の議題は、「2025年に向けた対応方針について」です。では、東京都からご説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料3-1により、2025年に向けた対応方針について説明いたします。

本件については、協議となります。

国の通知に基づきまして、各医療機関が2025年における役割や機能ごとの病床数などを、対応方針として提出しており、その提出された対応方針を、それぞれの圏域において確認し、合意を諮るということが目的ですが、この議事につきましては、昨年度の第2回の調整会議でも取り扱いました。

前回の調整会議時点で提出があったものは、その方針を尊重する形で、全て合意が得られておりました。今回につきましては、前回の調整会議以降に対応方針の提出があったものについて、確認と合意を行うという形をとりたいと思います。

具体的には、資料3-2-1と3-2-2で、水色で表示しておりますが、2つの病院と2つの診療所より、機能の変更ですとか機能ごとの病床数の取扱いについて、2025年に向けた対応方針として提出されております。

こちらにつきまして、前回同様に、圏域としての確認と合意を諮っていただきたいと思っております。

説明は以上です。

○藤田座長：ありがとうございました。

これに関しては、協議することになっておりますが、前回もそうでしたが、他の病院について意見を言うということは、非常に難しいことかと思えます。

ですので、個別でなくて、全体に関することでも結構ですので、何かご意見があればお願いいたします。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：資料3-1の3ページ目をご覧くださいと思います。

これは、区中央部における機能別病床数の状況で、一見して分かるように、高度急性期が非常に多いということで、国は、「回復期をもっと増やしてほしい」と言っているわけですが、3番目と4番目の棒グラフをご覧ください。

3番目を無理やり4番目にした場合、この圏域がどうなるかということ、逆に大きな混乱が起きるはずですよ。

ですので、一番上の令和3年度と2番目の令和4年度はもちろん、2年後の2025年の予定でも、ほぼ一緒の状態になっていて、この状態でもって、東京の医療が何とか成り立っている状況だと、東京都医師会としては認識しています。

つまり、2025年というのは、あと2年後ですが、「無理やりこのように変えなければいけないのか」というと、誰もそんなことは考えておられないと思っております。

これは、「計画は必ずしも正しいわけではない」ということの典型だとは思いますが、「回復期が少ないから、どんどん回復期に変えてください」ということではなくて、地域の状況を見ながら、それぞれの病院がいかんなく力を発揮していただければよろしいのではないかと考えていますので、よろしくお願いします。

○藤田座長：ありがとうございました。

地域医療構想というのは、各2次医療機関ごとに全国的に同じようなものをつくっていくというようなことですが、区中央部はもともとそれに該当しないわけです。

ですので、その辺は、ちょっと右から左へと流していただき、東京の医療、日本の医療を支えている地域ですから、そのところは余りこだわらずに2025年に向かっていくというようなコンセンサスでよろしいでしょうか。

○土谷副会長：そういう自負を持って、ぜひやっていただければと思っています。

なお、この病床機能報告制度については、私たちはすごく振り回されたわけですが、その議論や費やした時間は徒労に終わったのかというと、決してそういうことではないと思っています。

それぞれの医療機関が地域にずいぶん目を向けていただけるようになったのではないかとと思っています。地域の中で自分たちがどういうポジショニングをしているのかといった意識は、ずいぶん高めていただけたと思っています。

ですので、今後とも、そういう考えに基づいて、それぞれの医療機関の力を発揮していただきたいと思っていますので、よろしくお願いします。

○藤田座長：ありがとうございました。

各病院さんには、地域のことを見ながらも、それぞれ突き進んでいただくということでよろしいでしょうか。

それでは、ほかに特にないようでしたら、提出があった医療機関の対応方針については、調整会議で確認及び合意を諮ることとされていますので、皆さまにお諮りいたします。

昨年度の調整会議と同様の取扱いですが、この医療機関の対応方針を圏域として2025年に向けた対応方針として合意するというところでよろしいでしょうか。

なお、有床診療所については、病床数が少なく、圏域に与える影響は軽微であることから、令和4年度病床機能報告により報告している場合は、確認票の提出があったものとみなし、今回の合意に含めるということでよろしいでしょうか。

このような取扱いとすることでよろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

ありがとうございました。

では、この件について区中央部では合意したということにさせていただきます。それでは、次に進ませていただきます。

### 3. 報告事項

#### (1) 非稼働病床の取扱いについて

#### (2) 医師の働き方改革について

#### (3) 外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○藤田座長：「3. 報告事項」については、時間の都合もありますので、(3)は資料配布で代えるとのことです。

こちらについて何かご質問、ご意見がありましたら、後日、東京都に、アンケート様式等でご連絡ください。

その他の報告事項につきましての質問等は、最後にまとめてお願いいたします。それでは、東京都から説明をお願いいたします。

○東京都（医療安全課長）：この7月1日付で医療安全課長に着任いたしました高橋と申します。よろしくお願ひいたします。

それでは、「(1)非稼働病床の取扱いについて」ご説明申し上げます。資料4をご覧ください。

医療機関において「非稼働病棟等」となっているものがあれば、稼働をお願いする取組みを行わせていただくという内容になっております。

この取組みは、平成30年度から開始し、平成31年度にかけて、都内の病院に対して、非稼働になっている病棟及び非稼働になっている病床の解消をお願いいたしまして、ご協力をいただいたところでございます。

ただ、令和2年度から令和4年度につきましては、各病院では新型コロナウイルス感染症に対応していただいていることもありまして、非稼働になっている病棟等の解消については、お願いをいたしませんでした。

今般、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが変更されたことから、今年度改めて、非稼働病棟及び非稼働病床の解消へのご協力をお願いするものでございます。

「1. 目的」につきましては、「配分されている既存病床が各医療機関において適切に稼働運営されること」となっております。

「2. 対象の医療機関」は、「令和4年3月31日以前より、1度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される非稼働病棟等を有する病院」とさせていただいております。

「3. 対象の医療機関が行うこと」についてです。

(1)令和6年3月31日までに稼働しない病床を稼働して、病棟等を再開する。

(2)非稼働病棟等の「具体的対応方針」を東京都に提出する。

このように考えております。

上記の(1)と(2)の見通しが立っていない場合は、速やかに都までご連絡をいただきたいと考えております。

また、「4. 令和6年3月31日までに、「3」の(1)、(2)を行わなかった場合」についてです。

この場合は、地域医療構想調整会議にご出席いただき、病棟等を稼働していない理由、また、当該病棟等の今後の運用見通しに関する計画について、ご説明していただきたいと考えております。

そして、この調整会議でのご議論を踏まえ、国通知の「地域医療構想の進め方」の1.(1)のイのとおり、医療法の規程に基づきまして、病床数を削減することを内容とする要請等の対応を求める場合があるという内容になっております。

なお、対応の流れにつきましては、別紙1のとおりでございますので、後ほどご確認いただければと存じます。

説明は以上です。よろしく願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

続きまして、(2)の医師の働き方改革についての説明をお願いいたします。

○事務局（医療人材課長）：続きまして、保健医療局医療政策部医療人材課長の  
大村と申します。よろしく願いいたします。

資料5につきまして、「令和5年度医師の働き方改革に係る準備状況調査結果」  
についてご報告申し上げます。

こちらは、4月に実施しました調査の結果でございます。

調査期間は、こちらのとおりですが、未回答の医療機関さんには、提出の依頼  
を行いまして、6月9日までにご回答いただいたものを集計しております。

回答率は、都内の637病院のうちの532病院で、83.5%で、三次救急  
を初めとする救急医療機関では、89.0%となっております。

調査にご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

続きまして、特例水準の申請状況をご覧ください。

円グラフのとおり、「申請予定」が9%、「検討中」が4%となっております。

医療機関の数で申し上げますと、「申請予定」が50医療機関、「検討中」が1  
9医療機関となっております。

申請予定の水準は記載のとおりでございます。

2ページ目をご覧ください。円グラフの左側が、「時間外・休日労働時間の把握  
状況」で、右側が、「宿日直許可の取得・申請状況」でございます。

この資料の上段が今回の調査結果で、下段には、昨年度の調査結果を、参考と  
して掲載いたしました。

5年度の状況ですが、「時間外・休日労働時間の把握状況」は、「副業・兼業も  
含めて把握している」とした病院は55%、「宿日直許可の取得・申請状況」は、  
「取得済み」が42%で、「申請中で結果待ち」が11%で、こちらを併せますと、  
53%となっております。

昨年度の調査では、「副業・兼業も含めて把握している」とした病院は26%で、「宿日直許可の取得・申請状況」は、「取得済み」と「申請中で結果待ち」を併せても27%でしたので、医療機関の働き方改革の取組みが進んでいることが分かります。

3ページ目には、圏域別の回答率、4ページ目には、圏域別の「宿日直許可の取得・申請状況」をお示ししておりますので、後ほどご覧いただければと存じます。

ご説明は以上になります。よろしくお願いたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、今の報告事項につきましてご質問などがある方はいらっしゃいますでしょうか。

では、東京逋信病院の山岨（ヤマツバ）先生、お願いします。

○山岨（東京逋信病院、病院長）：資料4についてご質問があります。

稼働していない病棟についての今後のことですが、これは、「この10月以降はコロナ病棟を持たなくていい」ということを明言していただいて、それに向けて進めていかということが、かなり影響すると思います。

現在も、新型コロナの患者は増えていて、特に、要介護が必要な高齢者の入院が増えていますので、5対1でもなかなか厳しいという状況です。

ですので、東京都として、「10月以降はコロナ病棟は一切なしで結構です」とおっしゃっていただければ、看護師の配置を変えて、病床を開けられますが、それができなくて、「やっぱりやってください」ということになるのであれば、この病床の扱いは非常に悩ましいところです。

したがって、これを意図されているところはよく分かりますが、コロナが5類になったとはいえ、医療現場はまだまだ苦勞しているのは事実ですので、そのところを勘案していただくということが必要だと思います。

なお、最初のところで、「協議ではなく、通達だったのは遺憾だ」というご意見がございましたが、私もそう感じております。

良心的な医療をしていれば、「選定医療費を払ってでもかかりたい」という患者さんを、積極的に受け入れれば、紹介率は下がるわけです。

同じように、入院についても、ほかの病院で受けない患者さんを受け入れれば、患者さんの数を減らしてでも、新型コロナの重症者を受け入れなければいけないという状況になるわけです。

ですので、一律ではなくて、東京都としての今後の方針ということも含めて、ご説明いただかないと、単純にこれだけお伝えいただいたというだけでは、対応しにくいので、この場では発言しにくいとは思いますが、10月以降のことについて、検討していただいた上で、もう一度、お伝えしていただければありがたいと思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

2025年に向けての議論をするというのが、この場ではありますが、そうはいつでも、コロナのことはずっと同時に解決していかなければいけない問題ですので、どのようにしてこの2つの問題をうまく対応させていくかということが、非常に大事かと思っています。

この点について、東京都からご発言はございますでしょうか。

○岩井部長：医療政策担当部長の岩井でございます。

ご意見をいただきありがとうございました。

病床が稼働していない病棟等に対してのご報告につきましては、今年度は、コロナが5類に移行したということも踏まえて、一旦はお願いを差し上げているところではございます。

ただ、今後、感染の動向等もなかなか見えない中ですので、そういう状況が続く中では、「正当に対応していただいている」という理由になるかと思っています。

また、コロナ確保病床の10月以降の取扱いについては、いつからということも含めて、まだ決まっていない部分もあるという状況でございます。

ですので、今年度の全体的な考え方としては、コロナということではなくて、いろいろな事情で稼働していない病床等については、コロナ前の通知をもう一度

出させていただいて、ご報告いただきたいという趣旨で、今回ご説明したところでございます。

○藤田座長：ありがとうございました。

山唄先生、簡単にはご納得いただけないところもあるかと思いますが、10月以降のことについては、まだ決まっていないということでございます。

それでは、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。

非稼働病床についての考えですが、東京都医師会としては、そんなに無理に返さなくてもいいのかなと思っています。

コロナが今後どうなるか分かりませんし、また大きな波が来るかもしれませんので、様子見でいいのかなと思っておりまして、「病床を返してください」と強く思っているわけではありません。

それでは、医師の働き方改革についてコメントさせていただきます。

これまでお話ししてきたことが2つありまして、1つは、宿日直許可をできるだけ多く取得していただきたいということです。もう1つは、時間外労働の960時間を超える病院は、特例水準を申請していただきたいということでした。

こちらについては、今のご報告にもありましたように、かなり進んできていますし、意識はずいぶん高くなってきたと思っています。

ただ、今後どうなっていくかということについては、フリーコメントを読んだりしますと、休日夜間の当直体制が維持できるかということ、非常に不安視されています。

その中でも、周産期や小児科については、今のところは何とかかなりそうだといいことではありますが、心筋梗塞などの循環器疾患と脳血管障害の対応は、かなり不安だという声が上がっていました。

ですので、東京都医師会としても、関係機関と話を進めて、来年4月以降、大きな混乱を来たさないように、協議していきたいと思っていますので、各医療機関におかれましても、“軟着陸”できますように、ご協力いただきたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

なお、この調整会議は地域での情報を共有する場ですので、その他の事項でも構いませんので、「情報提供を行いたい」という先生方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いいたします。

東京大学医科学研究所附属病院の藤堂先生から、事前にご発言があるということをお伺いしていましたが、退室されているようでございます。時間がかかり経過していたためもあって、申しわけありません。

ほかにはよろしいでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。

## 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した。

最後に、事務連絡をさせていただきます。

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

また、Web会議の運営方法等については、「東京都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まして、東京都医師会あてに、会議終了後1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)

