

[令和5年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

令和5年6月28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』

〔区南部〕

令和5年6月28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、区南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、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、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。

今もまたコロナが増えていますが、ひところよりは落ち着いているということで、地域医療に腰を据えて取り組んでいけるときかなと思っています。

今回の調整会議のメインの話は、紹介受診重点医療機関になりますが、これは、医師の働き方改革から出てきた話になります。

外来の負担を減らして、入院の患者さんに注力してというのが、この紹介受診重点医療機関の目指すところになります。

ただ、この調整会議は年に2回行っていますが、今年度分を第1回で行って、秋以降に開催の第2回のときに、来年度分の紹介受診重点医療機関のお話をしてもらうという形になっています。

それでは、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、東京都福祉保健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、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、オブザーバーといたしまして、「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は、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、これ以降の進行を鈴木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

○鈴木座長：座長の、大森医師会の鈴木でございます。

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。区南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、当該地域の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、協議にあたって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。

ここで、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。

○鈴木座長：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。

それでは、荏原病院についてご意見をいただければと思います。

東京都に事情をお伺いしたところ、去年の7月に調査があって、そのころはコロナがかなり増えてきた時期で、病院として、紹介、逆紹介がなかなか時期ではなかったと思いますが、いかがでしょうか。

○手塚（都立荏原病院、事務局長）：荏原病院の事務局長の手塚と申します。

先生方には日ごろから大変お世話になっております。

今のお話にあったように、当院は地域医療支援病院ですので、平時であれば、紹介率が70%前後ですが、昨年7月というのは、コロナの関係で外来等を大幅に制限した時期でした。

そのため、紹介率が50%に行かなかったということで、適合しなかったということですが、平時であれば、当然適合とされてしかるべきかなと思っております。

ただ、一定のルールに基づいて決められたことですので、秋には、平時のデータを使って、改めてご検討いただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続いて、池上総合病院の繁田（ハダ）先生、ご意見をお願いいたします。

○繁田（池上総合病院、院長）：当院も全く同じ状況でございまして、第7波のときには、発熱外来を全く制限せずに行いましたので、1日200人弱という患者さんが紹介状なしでこられましたので、紹介率が下がってしまいました。

それでも、50%ぐらいの水準になるかどうかというレベルで推移しておりますので、②が取れるかなと思って手挙げしましたが、荏原病院さんと同じように、秋に状態が回復するようであれば、また申請を検討させていただきたいと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

この2つの病院だけが、意向があっても、適合していなかったということですが、ほかの病院さんの中でご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

それでは、今回は、適合状況①の、医療法人社団東京巨樹の会東京品川病院、NTT東日本関東病院、昭和大学病院、医療法人社団冠心会大崎病院東京ハートセンター、東邦大学医療センター大森病院、東京蒲田病院、日本赤十字社東京都支部大森赤十字病院と ②の、社会医療法人財団仁医会牧田総合病院、独立行政法人労働者健康安全機構東京労災病院について、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、今のご意見を踏まえて、東京都から何かご発言はありますでしょうか。

○岩井部長：紹介受診重点医療機関に決めていただいた医療機関さんに関しましては、公表に向けて準備を進めてまいりたいと思いますので、引き続きよろしくお願いいたします。

○鈴木座長：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

○鈴木座長：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っております。

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、議論の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。

○鈴木座長：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。

それでは、最初に、医師会の先生方にお話をお伺いしたいと思います。

蒲田医師会の松坂先生、いかがでしょうか。

○松坂（蒲田医師会、会長）：このSCRについて、よく理解できていませんので、少しあとからにさせていただきたいと思います。

○鈴木座長：では、荏原医師会の笹川先生、いかがでしょうか。

○笹川（荏原医師会、副会長）：品川区と大田区は近接していますが、このSCRの、例えば、「在宅時医学総合管理料」など見ても、かなり違っているということが分かりました。

100を超えているものが結構多いので、そこは十分なのかとは思いましたが、在宅とか訪問診療については、患者さんの数が今後増えてくるので、その辺でまたいろいろ対策を進めていく必要があるのかなと思いました。

あと、紹介受診重点医療機関の件ですが、患者さんの待ち時間の短縮とか、適切にご紹介するといった意味では、外来から紹介するほうとしては、医療連携室に、例えば、「この日はこの専門の先生が居る」とか「この日はすいています」と

かというような、結構細かい情報についてもうまく連携がとれれば、よりよい連携ができていくと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

確かに、品川区と大田区では、品川区のほうが生活習慣関連の管理料が、点数がしっかり取れているような気がします。逆に、大田区は、在宅関連の管理料が多く取れているということですね。

逆紹介をされるケースについても、紹介を受けたところに返せば一番いいと思いますが、ときには、在宅機能が付いていない診療所だったりすると、それが付いているところに逆紹介されることがあるのかもしれない。

あるいは、いろいろな科にかかっているような患者さんを逆紹介する場合、単科の内科の診療所だと、なかなか紹介しづらいという問題も出てくるかもしれません、

そういう意味では、別に総合診療医を取っていなくてもいいんですが、いろいろな病気を診ているというクリニックの姿勢も、今後はより求められていくかもしれません。

それでは、今度は、田園調布医師会の石田先生はいかがでしょう。

○石田（田園調布医師会）：私は、医師会の代表として参加させていただいておりますが、田園調布中央病院で、紹介を受ける側、あるいは、より高次病院にお願いする側ということで、受けたりお送りしたり、患者さんを逆紹介したりということで、日々関わっております。

この外来医療の医師の偏在是正のために、東京都でいろいろ情報を出して下さっているということで、大変すばらしい取組みと思います。

特に、今お話のありました、高齢者でいくつもの診療科を同時にかかっていたり、救急の関連でお願いするときなどは、それぞれ専門性でもって1つだけでなかなか決まらないということになりますと、送るのがなかなか難しくなったりします。

私は、内科出身ですが、しばらく救命センターにありまして、今は、総合診療科ということでやっておりますが、総合診療科の専門医を育てていくために、特任指導医等もやらせていただくことにしております。

ただ、総合診療科の専門医を増やすということに関しても、これは時間のかかる話でありますから、病院、診療所の中はもちろん、それぞれの医療機関が協力して、1人の患者さんを緩く取り囲むということで、複数の診療を総合診療的な形でやっていけるような仕組みが必要であると思っております。

そして、このような取り組みをやっている病院、診療所に、いろいろなクレジットを与えていくというようなことで、専門家を養成するというよりは、みんなは協力して総合的な診療ができるような形に、緩く連合していくというような仕組みづくりができると、うまくいくのではないかと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

おっしゃるとおりで、例えば、内科の問題を持っている患者さんが内科医が診て、泌尿器科の問題で困ったりすると、近くの泌尿器科の診療所に相談して、そこでも解決できないとなると、大きな病院に改めて紹介というような取り組みは、スムーズにできるようになるといいかと思えます。

それでは、今度は、病院の先生方からご意見をお伺いしたいと思えます。

品川区のNTT東日本関東病院の大江先生、逆紹介等についてご意見はございますでしょうか。

○大江（NTT東日本関東病院、院長）：紹介していただいたところにお返しするのは当然ですが、複数の疾患を持っている患者さんの場合は、なかなか難しい場合があります。

1つの科では落ち着いたとしても、その段階ではお返しできないということで、こういう問題が今後多くなっていくだろうと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続いて、牧田総合病院の荒井先生はいかがでしょう。

○荒井（牧田総合病院、理事長）：当院にも複数科にまたがっている患者さんがたくさんいらっしゃるのですが、その患者さんをどうやって出すかということが、なかなか難しくなっています。

もちろん、整形外科の先生に、「血圧のコントロールもお願いします」というケースもありますが、鈴木先生が今おっしゃったような、開業医の先生同士で連携をしていただくと、その辺もうまくいくのではないかと考えております。

あと、逆紹介するときに、先生方がどこまでの範囲を診ていただけるかということについて、情報が余りないので、連携室のほうで、得意分野とかを聞いてきたり、ホームページを見たりしています。

そして、どの先生に紹介したらいいかということで、リスト化したりしていますが、独自でやるのは結構努力が必要になりますので、その辺について、情報共有ができれば、いろいろな病院も連携がうまくできるようになっていくと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

リストをつくるというのは、医師会単位でできるかと思います。

あと、例えば、牧田さんが主宰するような連携の会に、消化器内科の先生が循環器の勉強会に参加して、顔の見える関係ができてくると、紹介もしやすくなってくると思います。

そういったことを、地域連携の一つのルールとして活用することも、今後検討していく必要があると考えております。

続いて、東京品川病院の蒲池先生、いかがでしょうか。

○蒲池（東京品川病院、院長）：我々のところも一緒に、診療科が複数のまたがると、ハードルが上がるのが現状です。

複数科で診療を受けていると、逆紹介を受け入れていた患者さんも、だんだん「ここで診てください」とおっしゃるようになりがちですので、その辺の連携がうまくいかないと、患者さんの気が変わってしまうということがあります。

あと、コロナ禍の3年間で、クリニックの代わりがあったり、専門領域が変わったりしたところもあって、連携の会員を密にしたりして、コミュニケーションをとっていかないと、行き違いがあったりすることにもなります

ですので、医師会同士はもちろん、区を越えてコミュニケーションをとっていくことが大事になってくると思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

では、今度は、池上総合病院の繁田先生、いかがでしょうか。

○繁田（池上総合病院、院長）：当院も全く同じで、複数科にまたがる患者さんは、通院施設が増えるということで、逆紹介に対して抵抗感が強いので、それをいかに減らしていくかが、重要な課題になってくると思っております。

そのためには、先ほどお話のあったような、リストをつくっていくとか、地域と顔の見える関係を進めていく必要があると考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

例えば、内科の診療所から紹介を受けた患者さんでも、複数科の問題があると、紹介したところに返せなくなってくる場合も多くなりますが、そのあたりはいかがでしょうか。

○繁田（池上総合病院、院長）：そのとおりで、こちらに紹介していただいてから、新たな病気が見つかって、他科にまたがるという場合が多いですが、それらをカバーしていただける診療所を見つけるのが、非常に難しい状況です。

○鈴木座長：さらに、在宅の問題もありますから、在宅医療の機能が診療所に備わっているかということも、今後求められているかと思っています。

私は、もともとは消化器内科ですが、開業した瞬間からもう、“なんでも屋”になってしまいました。ですから、どこの診療所でも、そういう機能を持っていられっやると思っていますので、その辺を医師会として掘り下げていけば、病院の先生方が紹介しやすくなるだろうと思っております。

それでは、今度は、回復期の先生方からご意見をお伺いできればと思います。
品川リハビリテーション病院の渡辺先生、いかがでしょうか。

○渡辺（品川リハビリテーション病院、院長）：当院は、急性期から患者さんをいただいて、リハビリをして、在宅に帰すというときに、例えば、脳卒中とか整形疾患の患者さんを、元の高次のほうに一旦お返しすべきか、それとも、そちらに紹介したであろう診療所の先生にお返しすべきかということで、いつもケースワーカーが情報を取っております。

すなわち、どのような経緯でうちに来たのかということが、高度急性期、急性期の病院からしか情報がないものですから、「この方は、どこの診療所から行ったのか」というようなことも分かれば、非常にありがたいと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

科が変わったり、病院から病院に移ったりすると、紹介元の情報がとぎれてしまったりしますので、この辺のしっかりした対応も必要になってくると思っております。

それでは、東京蒲田病院の小山先生と阿部病院の木島先生のところから、ご意見をお伺いしたいと思ったのですが、入られていないということですので、今度は、京浜病院の熊谷先生はいかがでしょうか。

○熊谷（京浜病院、院長）：慢性期の立場では、高齢者の在宅療養または介護施設で療養中に、具合が悪くなった軽症の患者さんをお引き受けすることが、最近多くなっております。

例えば、食事がでなくなったり、脱水したり、かぜをひいたあと、重度の肺炎ではないけれども、点滴とか抗生剤などが必要な状態で、高次の病院で引き取ってもらえないという患者さんを、重点的に引き受けるようになりました。

そして、そこから、訪問診療医とか介護施設などに返すというケースを、最近始めておりますので、こういうニーズに応じていくということも、高度急性期、急性期の病院の入院とか、救急車での搬送を減らすことになると思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

先生がおっしゃるようなケースはかなりあると思います。在宅医が対応することもあります。施設の中ではそこまで対応できないというケースもありますので、そういう機能は非常に重要だと思います。

それでは、ここで、蒲田医師会の松坂先生、改めてご意見をお願いいたします。いかがでしょうか。

○松坂（蒲田医師会、会長）：逆紹介のときの問題点としては、最初に紹介した先生に、どこまで診られるかということ、丁寧に聞いていただきたいという要望があります。

つまり、「他科にわたるけれども、ここまで診られますか」ということを、情報共有する必要があると思います。

リストをつくるのはもちろんいいんですが、ソーシャルワーカーとかケースワーカーの人が変わってしまうことがありますので、そうすると、そういう情報がまたとぎれてしまうことになります。

ですので、先生方との顔の見える関係を、できるだけしっかりつくっていくことが、非常に大事だと思っております。

あと、ケアマネさんたちが入ったりすると、診療元に情報が戻ってこなかったりするということもありますので、その辺も是正していく必要があると思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、ここで、メンバーではありませんが、大学病院からも傍聴で参加していただいていますので、東邦大学大森病院から、ご意見はございますでしょうか。

○中島（東邦大学医療センター大森病院、副院長）：大森病院の副院長の中島と申します。

逆紹介につきましては、今までのお話のように、複数科にかかっている方がなかなか同意していただけないというケースが、大きな問題だと思っております。

ただ、当院の場合は、大田区でつくっていただいている医療情報がありまして、それが、電子カルテでばっと見られるようになっておりますので、どこかに出そうというときには、医療機関の選択という部分に関しては、現場としてそんなに苦労していないというところがあります。

○鈴木座長：ありがとうございました。

あと、昭和大学病院の方にもご意見をお伺いできればと思いましたが、今は入っておられないということでございます。

在宅に患者さんをご紹介いただける場合には、MSWの方とか退院支援看護師の方が、事前に連絡をしていただいて、患者さんの情報をお伝えして、「受けていただけますか」という連絡が来るわけですが、外来でそこまですることは、なかなか大変なことです。連携がスムーズにできるような方法を、さらに検討していく必要があると思います。

それでは、東京都病院協会の代表として参加していただいています、高野病院の高野先生、ご意見をお願いいたします。

○高野（東京都病院協会、高野病院・院長）：東京都病院協会から参加していることになっていますが、蒲田医師会の状況をお話しします。

先ほどからお話が出ているように、各病院から逆紹介で困っているというお話がいろいろありましたし、紹介受診重点医療機関に関しても逆紹介の話がありました。

各医師会では、在宅医療相談窓口が設置されていると思います。医師会ごとに状況の違いはあると思いますが、蒲田医師会に関しては、かなりの精度で機能していると思いますので、逆紹介に困ったという場合は、医師会の相談窓口を活用していただけると、お役に立てるのではないかと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

コロナのときにも、一日50件も60件も受診依頼があつて、在宅に振ったり、外来に振ったりして、そこも大活躍していただきました。

ほかにはいかがでしょうか。

今後とも連携の会といったものが、非常に重要になってくると思いますので、地域の先生方になるべく参加していただき、顔の見える関係はもちろん、得意な分野が分かる“腕の見える関係”も、お互いに地域で共有できるような関係性をつくっていくことが、一番の解決策ではないかと思いました。

それでは、今までの意見交換を踏まえて、東京都から何かご発言はございますか。

○岩井部長：さまざまな切り口からのご発言をいただきまして、本当にありがとうございます。

今年度は、外来医療計画の改定もございますので、十分参考にさせていただきます。ありがとうございました。

○鈴木座長：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

○鈴木座長：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も、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て、今回につきましても、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におきまして、今回の対象となるものが1件ございまして、昭和大学歯科病院さんが、現実担われている機能とか病床の機能を変更することなく、2025年に向けた対応方針としてご提出いただいております。こちらにつきまして、圏域としての合意を諮っていただきますようお願いいたします。

説明は以上です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

昭和大学歯科病院さんから出てきたということです。この病院は、ちょっと特殊な病院ということになりますが、ご意見はございますでしょうか。

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、この件について区南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

○鈴木座長：「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した。

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）：福祉保健局医療安全課長の坪井から、資料4でご説明申し上げます。

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、稼働をお願いという取組みでございます。

この取組みは、平成30年度から開始しておりますが、令和2年度から令和4年度につきましては、新型コロナウイルス感染症にご対応いただいているということもありまして、実施してございませんでした。

今般、感染症法上の位置づけが変更されたことから、令和5年度改めて、こちら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。

このようにしております。

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、ご説明をお願いしたいと考えております。

この調整会議のあと、国通知「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お願いする場合がございます。

こういった形になっております。

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思います。

本件に関するご報告は以上です。

○鈴木座長：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)：福祉保健局医療政策部医療人材課長の太田と申します。よろしくお願いたします。

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いたしました。

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19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。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長：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、土谷副会長、お願いいたします。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。

今お話があった医師の働き方改革について、少しコメントしたいと思います。

これまで申し上げていましたことは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。

今ご説明がありましたように、それについての意識はずいぶん高まってきたかと思っておりますが、今後の課題はどこに移っていくかといいますと、医療提供体制に問題が起きるのではないかということです。

特に、休日夜間の当直体制の医師が足りるのか、人員が足りるのかということが、大きな課題になってくるはずです。

実際に東京都が調査しましたが、フリーコメントの中では、2つの大きな課題が出てきそうです。1つは、心筋梗塞などの循環器疾患で、もう1つは脳血管障害で、この2つがうまくいくかということです。

周産期や小児科については、今のところは何とかなりそうだとということではありますが、地域でどのように対応していくかということが、今後ぜひ協議していただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○鈴木座長：1つの病院でというよりは、地域としてどのぐらい担保できるかという考え方もあります。例えば、きょうはA病院、あすはB病院というようにして、担当制にしていくということも考えられると思いますね。

○土谷副会長：そうですね。これまでは、「みんな頑張ろう」というような状況でしたが、今後は「休んでもらおう」という話なので、1つの病院だけで決められるような話ではありませんので、みんなで話していく必要があります。

ただ、みんなでといっても、どこで誰と話していくのかということになりますが、そのあたりについて、東京都病院協会としても、東京都はもちろん、救急・災害の部署とか、CCUネットワークなど、関係当局といろいろ話合いを進めているところです。

○鈴木座長：ありがとうございました。

その辺のところ、地域の中でもそういう話合いをしていくことが必要になりますので、東京都を含めての話合いということも必要になってくるかと思しますので、よろしく願いいたします。

この件についてご意見はいかがでしょうか。

マイナ保険証といい、医師の働き方改革といい、国からの非常に強い要望で、こういうことが進められてきていますが、皆さん、「ウェルカム」というわけではないところもあると思います。

在宅の医療機関で、非常勤の医者たちで運営されている医療機関は、内情をつかみきれていないようで、雇用しているクリニックでは、その人が960時間を超えているかどうか分からないということで、そこをどうしたらいいかということも問題になっています。

私の場合は、管理者ですので、労基の規制がないので、960時間を超えても問題はないので、24時間365日、平気でやっていますが、常勤医に対してそういうことが言えなくなってしまったということですね。

ですので、その辺のところも、それぞれのクリニックでいろいろ考えていかなければいけないと思っております。

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。

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、まことに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)