

[令和5年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

令和5年7月13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』

〔区東部〕

令和5年7月13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、区東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。

今年度の調整会議のテーマについてお話ししたいと思います。

今年度も2回開催されますが、どちらも紹介受診重点医療機関についての協議がトピックスになります。

これは、医師の働き方改革から始まった話です。

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、病院ごとの機能分化、役割分担をより一層明らかにしてほしいというのが、今回の趣旨になります。

ですので、基準と水準を満たしているところは、ぜひなっていたきたいと、東京都医師会では考えているところです。

きょうはご審議をどうぞよろしく願います。

○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でございます。

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、また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ます。

それでは、これ以降の進行を湯城座長に願います。

2. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について

○湯城座長：座長の、墨田区医師会の湯城です。

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。

この制度は、外来診療に関して、かかりつけ医療機関などからの紹介状を持った患者さんへの診療に重点を置く医療機関がどこか、患者さんにとって分かりやすいよう、既存の医療機関の中から、その趣旨に合致する医療機関に「紹介受診重点医療機関」という名称を新たに設けるものです。

今回の調整会議では、圏域の各医療機関の中から紹介受診重点医療機関を決める協議をしていただきます。

これから、協議の位置づけ、スケジュール、協議方針の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、各医療機関から、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」、すなわちこの調整会議において、当該地域における紹介受診重点医療機関を決める協議をいたします。

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であり、この日から診療報酬が算定できます。

最後に、協議の方針について説明いたします。

紹介受診重点医療機関は、調整会議の協議事項である一方、診療報酬算定に直結する内容であるため、都内の医療機関で協議方針におおきなばらつきが出ないことが必要と考えております。

そこで、協議方針をこちらの資料に記載の案どおりでよろしいか、確認をお願いいたします。

次に、その協議方針に基づいて、個別の医療機関の適合状況を資料1－2で確認し、紹介受診重点医療機関を決める協議を行っていただきます。

協議に先立ちまして、基準と水準の定義を説明いたします。

基準は、外来機能報告ガイドラインで示されており、医療資源を重点的に活用する外来、具体的には、外来化学療法加算やCT・MRI撮影及び悪性腫瘍手術などの算定件数が、初診で40%以上、再診で25%以上となります。

次に、水準とは、基準を満たさない医療機関について、地域の実情に応じて、紹介受診重点医療機関と認めるかの協議での目安とする指標であり、紹介率50%以上、及び逆紹介率40%以上です。

続いて、具体的な協議方針の案をご説明いたします。

表の赤枠をご覧ください。

①は、紹介受診重点医療機関になる意向があり、かつ、国が示す基準を両方満たす場合は、原則どおり、紹介受診重点医療機関といたします。

②は、紹介受診重点医療機関になる意向があり、初診と再診の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、協議により紹介受診重点医療機関として認めます。

なお、基準を満たす医療機関のうち、紹介受診重点医療機関になる意向がない場合は、原則としてその意向を尊重することといたします。ただし、協議により、特に「紹介受診重点医療機関にすべき」となった場合は、東京都が個別に意向を再度確認の上、再協議を行います。

最後に、補足説明を3点いたします。

1点目は、協議で使用する紹介率、逆紹介率についてです。

令和4年度は、外来機能報告の制度開始の初年であることから、令和4年7月分のみ、紹介率、逆紹介率が報告対象でございました。

ただ、令和4年7月は、コロナの第7波の時期であり、複数の圏域で、「コロナの受入れによる一過的な紹介率の低下を考慮し、協議すべきではないか」とのご意見をいただいております、一理あると受けとめております。

その一方で、今回の協議では、全ての圏域で共通した指標として使える数値は、外来機能報告しかないため、こちらの数値でご協議いただきたく考えております。

なお、外来機能報告の紹介率、逆紹介率の報告対象期間は、令和5年度報告では、令和4年7月から令和5年3月までの9か月間、令和6年度以降は1年間となる予定です。

2点目は、既存の特定機能病院及び地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関との関係です。

外来機能報告のガイドラインでは、これらの病院は、性格からすると、基準を満たすことが想定されており、基準を満たす病院については、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されております。

3点目は、次回以降の協議についてです。

まず、紹介受診重点医療機関となった医療機関についても、毎年度の外来機能報告に基づき、基準等の適合状況を確認し、仮に基準等を満たさなかった場合は、その理由や一過的なものか等を確認し、取扱いを協議いたします。

また、今回の協議で紹介受診重点医療機関とならなかった医療機関についても、次回の協議では、改めて意向と基準、水準の適合状況に基づき、紹介受診重点医療機関とするか協議を行います。

次回の協議は、令和5年度報告に基づき、年明けの今年度の第2回の調整会議を予定しております。

説明は以上となります。

○湯城座長：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。

何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

東京都病院協会の代表で、寿康会病院の猪口雄二先生、お願いします。

○猪口雄二（東京都病院協会、寿康会病院、理事長）：国の基準を満たしておれば、紹介率と逆紹介率は全く考慮しなくてもいいということでしょうか。

○湯城座長：では、東京都から回答をお願いします。

○奈倉課長：ご質問ありがとうございます。

国が示しているフローチャートからいきますと、基準を両方満たした場合については、紹介率と逆紹介率は考慮しなくてもいいとなっております。

○猪口雄二（東京都病院協会、寿康会病院、理事長）：国の基準ではそうだと思いますが、この制度の趣旨からいって、紹介率も逆紹介率も全く考慮しないというのはいかなものかと思いましたので、意見を言わせていただきました。

○奈倉課長：ありがとうございます。おっしゃる趣旨はよく分かります。

実は、外来機能報告に有床診療所さんが入っていらっしゃるんですが、有床診療所さんは報告義務がございますが、無床診療所さんでも、紹介受診重点医療機関になるような医療を提供していると思われる方は、外来機能報告をすることができるようになっております。

ただ、診療所さんに関しては、有床、無床にかかわらず、紹介率、逆紹介率の算定基準になります患者数の報告が任意となっております。報告されていないため、数値上はゼロという回答をされている場合があります。

そのため、今回の協議の対象となっている診療所さんが、ご報告がなくてこうなっているのか、システム上は確認できなかったのですが、診療所さんの数字がゼロとなっているのは、そもそも任意項目ですので、ご報告されていない場合があるということをご承知おきいただければと思います。

○猪口雄二（東京都病院協会、寿康会病院、理事長）：分かりました。ありがとうございます。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。

それでは、今回の協議に関しては、国が示す方針に従うということによろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

それでは、そのようにさせていただきます。

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、資料1-2の赤い枠で囲ってある①と②の医療機関が、区東部における紹介受診重点医療機関に適合しているということですが、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

全国健康保険協会の上條さん、お願いします。

○上條（全国健康保険協会、東京支部、レセプトグループグループ長）：令和4年7月のデータで判定されているということでした。コロナ禍のためにその影響がかなりあったのではないかと思いましたが、次回以降はそういった影響が薄まるデータが出てくると思いますが、よろしく願いいたします。

あと、私は、患者目線ということになりますが、大病院の外来診療が減らせれば、医師の働き方改革にもつなげられるという印象を受けました。

行政が主となるとは思いますが、丁寧な説明によって、地域の住民の方々の理解も得られると思いますので、リソースの移動を今後進めていただきたいと考えております。

また、紹介状を受け取って、どの医療機関で受診できるのかということについても、患者が分かりやすいということも重要だなと考えました。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

東京都医師会の土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：上條様からご意見をいただきましたが、東京都医師会としても、該当する医療機関は、ぜひなっていたきたいと考えております。ありがとうございました。

○湯城座長：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、

地方独立行政法人東京都病院機構 東京都墨東病院、

昭和大学江東豊洲病院、

公益財団法人がん研究会 有明病院、

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院、

自靖会親水クリニック

②として、順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター

以上の6つ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
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。

ご協議いただきありがとうございました。

8月1日の公表に向けまして、準備を進めてまいりたいと思います。

よろしく願いいたします。

○湯城座長：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

○湯城座長：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関する意見交換についてご説明いたします。

まず、構成員の皆さまにおかれましては、お忙しいところ、事前調査にご協力いただき、まことにありがとうございました。

令和2年度に策定した外来医療計画では、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。今年度は、紹介受診重点医療機関の制度の開始、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、事前調査のご回答などを参考に、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、特に逆紹介を円滑に機能させるために課題となっていることなどについて、意見交換をしていただきたいと思っております。

なお、国では、外来機能報告データを議論の参考とするようにされておりますが、外来機能報告の対象は、基本的に病院と有床診療所であることから、東京都では、無床診療所を含む都内の医療機関の診療行為、算定状況のSCRのデータを参考として、次の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、レセプト件数の地域差を“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、算出したものです。

100が、全国平均並みに診療行為が提供されていることを示し、100を上回ると、全国平均に比べ提供が多い、100を下回ると提供が少ないことを意味しています。

資料では、外来機能報告で地域の外来機能の明確化、連携の推進のために、参考項目に位置づけられている診療行為のSCRを、抜粋してお示しました。

なお、SCRは、医療機関が集積した地域で高くなる傾向があること、資料にお示した診療行為は、外来医療のごく一部でしかないことから、意見交換においては、事前調査や地域の状況などを中心にしていただければと考えております。

説明は以上です。

○湯城座長：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。

外来医療提供体制全体に関する課題のほか、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、特に、逆紹介のほうが敷居が高くなってしまっているのではないかと考えるため、その辺のところが大きな課題になると思いますが、いかがでしょうか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：紹介先については、診療所の先生も紹介しやすいところですが、一方で、紹介してもらったらそこに返すというのが原則ですが、例えば、救急車で来られた場合、どこに戻ってもらえばいいかわからないということが、よくある話です。

ですので、診療所の先生が得意としているものが、例えば、内科を標榜していても、糖尿病はどうなのかということで、どこに紹介すればいいかわからないということも、よく言われているところです。

あと、現場の先生からすると、忙しいので、紹介状を書くよりも、次回の予約をしてもらったほうが早いということもあります。

一方、患者さんが1つの病院に複数の診療科をかかっていることで、それぞれのクリニックに紹介できるのかとなると、患者さんが嫌がるということは、ほかの圏域でも話が出ています。

現場の先生から、逆紹介をさらに進めていくにはどうしたらいいかということについて、先生方からコメントをいただけたらと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

ご意見はございますでしょうか。

藤崎病院の藤崎先生、お願いします。

○藤崎（藤崎病院、理事長・院長）：逆紹介のことではないんですが、紹介状なしの受診についてです。

参考資料1の4ページを見ると、「患者負担」が2400円となっています。

紹介状を書いてもらうと、本人負担が750円として、その差額が2000円弱になってしまうので、紹介状なしで受診しても、そんなにハードルが高くないような印象を持ったものですから、その辺をお聞きしたいと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

東京都から回答をお願いします。

○奈倉課長：ご意見をありがとうございます。

選定療養費の金額につきましても、令和4年度の診療報酬の改定のために、この仕組みになっておりますが、国で定めたものでございまして、先生がおっしゃるところも確かにあるかと思しますので、申しわけありませんが、私どもから特に申し上げられることはございません。

○藤崎（藤崎病院、理事長・院長）：ありがとうございます。

○湯城座長：患者の定額負担は変わらないと思うんですが、医療機関の収入の部分はどうなんでしょうか。

○藤崎（藤崎病院、理事長・院長）：その4ページの表を見ると、「患者負担」が2400円と書いてありますが、紹介状なしの場合の差額を見ると、2000円弱、1750円とかで、比較的ハードルが低そうな印象を持ったので、意見を言わせてもらったんですが、

○湯城座長：紹介状なしで行く患者さんの自己負担分というのは、5000円とか7000円とかは変わらないというか、見直し後は7000円になりますので、現状より多くなると思うんですが、保険診療の場合の7割保険とかいう分の患者負担が、現在は3000円のところがちょっと下がって2400円になるということだと思います。

これは、紹介状を持って行っている人の場合の話ということではないのでしょうか。

○奈倉課長：これは、紹介状なしで受診された患者さんが、診療報酬改定前ですと、選定療養費として5000円負担されていて、例えば、総医療費が1万円だった場合、それまでは、3割負担の方であれば、保険診療で1万円のところ、3000円になりますので、定額負担の5000円プラス3000円で、8000円をお支払いになっていたわけです。

それが、令和4年10月1日から変わってからは、例えば、定額負担を最低7000円取ることになりますので、保険診療の1万円の分から差額の2400円分を差し引いて、本来ですと、1万円全体について保険が効いていたものが、そうではなくなります。

つまり、その結果として、負担割合として、定額負担の7000円プラス患者負担の2400円の、計9400円を払うことになりますので、患者さんとしては、負担が増えるというような形になっています。

ですので、先生がおっしゃっていたように、診療情報提供書を保険診療においていただいて、そのときの患者負担と比べると、そんなに差がないのではないかというのは、定額で最低7000円しか取っていない医療機関さんについては、確かに、おっしゃるようなことはあるのかと思いました。

ご指摘いただきありがとうございます。

○湯城座長：東京都医師会理事の佐々木先生、お願いします。

○佐々木理事：私も、この4ページの表はとても分かりにくいと思っていました。

例えば、1000点の医療を受けた場合、病院側には1000点分が入るわけですが、そのときに、医療保険から支給されるのが、今までは7000円で、患者負担は3000円ということで、結局、定額負担が5000円あるので、患者さんは8000円払っていたわけです。

それが、今度は、定額負担が7000円になったので、1000点分のうちの医療保険が5600円分になって、患者負担が2400円になるので、患者は9400円払うことになるんですね。

つまり、今までは8000円だったのが9400円になるので、払う金額が多くなるわけです。保険診療の分で2400円払って、定額負担が7000円ですので、併せて9400円ということになるため、紹介状を書いてもらったほうが安くなるということになるわけです。

○藤崎（藤崎病院、理事長・院長）：分かりました。ありがとうございます。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。

では、主に逆紹介について、各医療機関からご意見を賜りたいと思います。

まずは、高度急性期から、墨東病院の足立先生、いかがでしょうか。

○足立（都立墨東病院、院長）：救急車を多く受け入れていますので、地元の医療機関に積極的にも戻す必要がありますので、後方連携の強化ということになると思います。

そのため、例えば、ご本人の近くの医療機関の場所を、地図上にプロットできるようなツールをうまく使えたら、患者さんサービスにつながるのではないかとということで、当院ではそういうツールの導入を検討しております。

○湯城座長：ありがとうございました。

続いて、昭和大学江東豊洲病院の嶋田先生、お願いします。

○嶋田（昭和大学江東豊洲病院、副院長）：医療連携室で探していただくということをやっていますが、合併症がいろいろある方ですと、1つの診療所さんのレベルだと、受けてくださるところが少ないです。

ですので、近隣で診ていただける疾患の種類とか、往診をどの程度やっただけかという情報を、うちの病院だけで作っているものはありますが、そういう後方で診ていただける診療所さんの範囲がもう少し広がっていけば、非常に助かると感じております。

○湯城座長：ありがとうございました。

続いて、東京臨海病院の臼杵先生、お願いします。

○臼杵（東京臨海病院、病院長）：我々のところも、連携室の機能が今まで脆弱だったので、今少しずつ強化しておりますが、逆紹介先を上げるのが非常に大変で、今は、担当の医師が患者さんと相談して、「私のうちはこの辺だから」ということでやっているのが現状です。

ただ、今のお話にあったように、うちでもようやく、新しいソフトを入れたりして、何とかもう少しうまく探せるようにできたらということで、努力しております。

しかし、その一方で、患者さんの抵抗が結構多いです。「今まで診てくれたのに、もう診てくれないのか」と言われることもありますので、アンケートにも書きましたが、東京都あるいは東京都医師会で、「こういうことが大事なんだ」ということを、ぜひ周知していただくとともに、逆紹介先を探すことについても、ご協力いただければと思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

続いて、急性期の賛育会病院の高本先生、いかがでしょうか。

○高本（賛育会病院、院長）：いろいろ分からないところがありますので、さらにお話をお聞きした上で、また意見を述べさせていただきたいと思えます。

○湯城座長：それでは、続いて、藤崎病院の藤崎先生、お願いします。

○藤崎（藤崎病院、理事長・院長）：この制度では、逆紹介が非常に大事になってくるとは思うんですが、具体的にどのようにしていけばいいか、まだよく分からないところがあります。

あと、先ほどの話とも関連することですが、救急に行く場合は紹介状がない場合が結構出てくるとは思うんですが、そういうところが抜け道みたいになってしまわないのかという気もしていますので、その辺についてどのように考えられているのかをお聞きできればと思えます。

その場合は、紹介状を後付けで書くというようなことになるのでしょうか。

○湯城座長：東京都から回答をお願いします。

○奈倉課長：ご質問をいただきありがとうございます。

こちらもまた、国の制度のご案内になってしまいますが、紹介状を持たずに受診した場合の特別の料金については、医療機関が特別な料金を求めてはならない患者、求めなくてもよい患者という場合の基準を示しております。

その中には、例えば、初診も再診も共通で、救急の患者さんであったり、公費負担医療受給の患者さんとかは、求めてはならない患者と書かれています。

求めなくてもよい患者のところには、救急医療事業における休日夜間受診の患者ということも書かれておりますので、ここに入ったりすることは、おっしゃるとおり、あるかと思えます。

ただ、どの患者はどこに該当するかということについては、国で示しているものが目安になるのかなと思えます。

○藤崎（藤崎病院、理事長・院長）：ただ、本来は救急ではないけれども、救急にかかってしまったとか、そういう抜け道にならないようにしなければいけないのではないかということが、ちょっと気になるところです。

○湯城座長：ありがとうございます。

要するに、選定療養費を取られないからということで、「墨東に行きなさい」ということで、何となく受診されてしまう場合があるということで、そういうことが横行してはいけないのじゃないかということですね。

○藤崎（藤崎病院、理事長・院長）：その辺も、どうしたらいいか考えておいたほうがいいのではないかという気がします。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、森山記念病院の松尾先生、お願いします。

○松尾（森山記念病院、院長）：当院では、逆紹介率が20%ぐらいしかないため、何とか増やしたいと思っておりますので、どうしたらいいかということで、今後ともいろいろ検討していきたいと考えております。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、回復期からのご意見をお伺いしてもよろしいでしょうか。

では、東京都リハビリテーション病院の新井先生、いかがでしょうか。

○新井（東京都リハビリテーション病院、病院長）：当院は、回復期がメインでして、外来は紹介・予約制ということになっていますので、外来のリハビリをメインにして来られる方が多いです。

それが終わると、元のところに戻すというのが一般的ですが、逆紹介で迷うということは余りありません。飛び入りで入ってくる方はほとんどいないというのが当院の状況です。

○湯城座長：ありがとうございました。

続いて、江東病院の梶原先生、いかがでしょうか。

○梶原（江東病院、院長）：当院は、回復期病棟が30床で、残りの256床が急性期ですので、主に、救急治療を含めた急性期診療を行っています。

今回の基準や水準をわずかにクリアできない理由としては、立地の問題もあるのではないかと考えています。

長年通院されている患者さんが多いということもありますし、複数科を通院されていますので、逆紹介をしたいと思っても、言い方は悪いですが、患者さんが動かないという場合が多いです。

あと、当院の場合、高齢者が非常に多くて、特に、大規模の団地が隣接しているものですから、どうしても当院が一番近いので、ほかには行けないというところもあります。

ただ、今までは連携室が余り機能していなかったものですから、近隣の先生方の紹介、逆紹介がもっとできるようになれば、紹介受診重点医療機関の基準、水準を満たせるようになると思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

続いて、森山脳神経センター病院の堀先生、いかがでしょうか。

○堀（森山脳神経センター病院、院長）：我々のところは、東京都で1つしかない治療機械を持っておりますので、紹介受診重点医療機関として認めてもらってもいいのかなという気がしております。

「超音波収束装置」というもので、今のところ、東京都には我々の病院にしかないということです。「本態性振戦（シゼン・ふるえ）」やパーキンソン病の振戦といったところについて、全国から紹介された患者さんが来ております。

逆紹介としては、骨の密度が薄くて、「SDR（頭蓋骨密度比）」と言っていますが、それが低い人は、超音波で温度を上げられないので、これは、高周波で治療する逆紹介をしております。

回復期リハは106床ありますが、そのほか、超音波の治療として頑張っておりますので、そういう意味では、紹介受診重点医療機関に指名していただいてもいいのかなという気がしております。

○湯城座長：ありがとうございました。

では、土屋先生、お願いします。

○土谷副会長：資料を見ると、森山脳神経センター病院さんは、国の基準を満たしています。森山記念病院さんも満たしていますので、手挙げしてもらえれば、紹介受診重点医療機関になっていただけます。

○奈倉課長：外来機能報告の際に、「意向」のありなしの回答いただいたときに、「あり」のほうに付いていなかったため、このような形になっております。

基準は満たしておりますので、院内で差し支えないということであれば、そのようにさせていただければと思います。

○土谷副会長：実は、ほかの圏域でも同じような話があって、院内調整を待って、意向を表明していただければ、8月1日の公表に間に合うということになったところもありますので、

○奈倉課長：こちらの事務的な都合もありますので、来週の早い段階までに「意向あり」の回答していただければと存じます。

○堀（森山脳神経センター病院、院長）：分かりました。

森山記念病院も脳神経センター病院も、意向さえ出せば紹介受診重点医療機関にさせていただけるということですので、森山理事長に相談いたします。

松尾先生、それでいいでしょうか。

○松尾（森山記念病院、院長）：はい。理事長といろいろ検討したいと思いますので、よろしくお願いします。

○堀（森山脳神経センター病院、院長）：意向を早速確認して、ご報告申し上げますので、よろしくお願いいたします。

○奈倉課長：森山記念病院さんと森山脳神経センター病院から、「意向がある」というご回答が来た場合、この圏域で認めるということでしたら、病院さまの意向次第で対応させていただきたいと存じますが、いかがでしょうか。

○湯城座長：それでは、今の件を認めるということよろしいでしょうか。

〔全員賛成で承認〕

では、そのようにさせていただきます。

○奈倉課長：それでは、後日、東京都から両病院さんに確認等をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

○堀（森山脳神経センター病院、院長）：ありがとうございました。よろしくお願いいたします。

○湯城座長：それでは、慢性期からもご意見をいただければと思います。

中村病院の中村先生、いかがでしょうか。

○中村（中村病院、理事長）：遅れて参加しましたので、聞いてなかったからかもしれないですが、1点確認させていただきます。

本来は、紹介があったところに返すのが逆紹介だと思うんですが、救命センターのようなところから元のところに返さないで、当院に来るという場合も、逆紹介になるのでしょうか。

「なぜ元のところに返さないで、こちらに依頼があるのかな」と思っておりました。

紹介受診重点医療機関が紹介料を取って、なおかつ、元のところに返さないのはいかがかなと思ったので、質問させていただきました。

○湯城座長：今の点について、東京都病院協会の猪口雄二先生、お願いします。

○猪口雄二（東京都病院協会、寿康会病院、理事長）：これは、あくまでも、全体の初診における紹介の患者さんと、その後、逆紹介をしている患者さんの外来の数で割合を出していますので、元のところに返す、返さないは一切関係ない計算になると思います。

ですから、先生のほうからお出しにならなくても、先生のところに逆紹介してきたら、「逆紹介」でカウントされます。

○中村（中村病院、理事長）：分かりました。ありがとうございます。

○湯城座長：それでは、続いて、愛和病院の竹川先生、いかがでしょうか。

○竹川（愛和病院、理事長）：今のお話を聞いていると、それでは全く連携にはならないなと感じました。

紹介したら、その医療機関に返すべきだと思いますし、「カウントにならないからそれでいいや」というのは、ちょっとおかしいなと思います。

それから、もし紹介した医療機関で診られなくて、また違う医療機関に紹介した場合は、面倒かもしれませんが、「そういうふうになりました」という連絡なりをいただければありがたいと思います。

初めに紹介したところから、「紹介を受けました」という連絡はいただくのですが、そのあとは、どこに行ってしまったか分からないという場合があります。患者さんご自身で、「いや、もうここに戻ってきました」というケースがあって、「これまでこういう病院を転々としていました」ということを伺うことが多いです。

ですので、「連携」ということであれば、そのあたりを重要視していただきたいと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

続いて、東京東病院の在原事務長さん、お願いします。

○在原（東京東病院、事務長）：当院は慢性期ですが、ほぼ98%ぐらいがほかの病院さんからの紹介で成り立っています。しかも、老健施設とかから紹介が多いため、看取りになる方々が多数おられます。

中には、CVポートが外れて、ご飯が食べられるようになって、ご自宅に帰るという方もいらっしゃいますが、そういう患者さんは、外来通院ができないので、在宅をやっている先生方をお願いする形をとっています。

数は少ないですが、そういう先生方と医療連携室で連絡をとり合って、逆紹介をさせていただいております。

○湯城座長：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す。

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。

さまざまな切り口からのご意見をいただきありがとうございます。

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す。

○湯城座長：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

○湯城座長：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、合意を踏む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や、前回から内容を変更したというものについて、同様に確認と合意を行うというものでございます。

具体的には、資料3-2-1と3-2-2で、今回の協議の対象となる医療機関を、水色で表示しておりますので、前回同様に、圏域としての確認と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。

○湯城座長：ありがとうございました。

これに関して何かご意見はございますか。

東京都医師会の土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：資料3-1の3ページを見ていただくと、表の一番下には、2年後の必要量の割合が示してありますが、その上には、2年後の予定ということで、病床機能報告で回答していただいた数が記載してあります。

それらの割合が異なっているので、このままでいいのかという話になりますが、東京都医師会としては、この必要量に敢えて合わせることにしなくてもいいのではないかと考えています。

つまり、2年後にこのような必要量にならないと、大きな混乱を来すのかというと、「そんなことはなくて、今の状態の延長で2025年を迎えても、何とかやっていけるのではないか」というのが、皆さまが感じておられるところだろうと思っています。

ですので、それぞれの医療機関において、地域の状況を見ながら、「こういうふうにやっていきたい」ということをご判断いただければ、それをお認めいただきたいというところです。

そうすると、今まで議論してきたことは、時間の無駄だったのかと思われる方があられるかもしれませんが、そうではなくて、この調整会議を通じて、自分たちの病院は地域の中でどうあるべきかということ、ずいぶん認識していただけるようになったのではないかと考えております。

ですので、この数字に合わせるということよりも、地域の実情に合わせて、自分たちがやるべきことをやっていっていただければと考えていますので、よろしくようお願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

この件に関してご意見はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、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踏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点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によろしいでしょうか。

このような取扱いとすることに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、この件について区東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

○湯城座長：「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」ご説明いたします。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、お願ひ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ひ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。どうぞよろしく願いいたします。

○湯城座長：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。よろしくお願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

今の報告事項について、何かご質問等はございますか。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：医師の働き方改革について特にコメントしたいと思います。

東京都からご説明がありましたように、宿日直許可の取得と特例水準の申請がかなり進められてきましたので、今後さらに進んでいくと思われれます。

ただ、これが進んでいったあとはどうなるかということです。それは、皆さんのご想像のとおりだと思いますが、来年の4月1日から施行されますので、休日夜間の体制が維持できるのかということが、大きな問題になってきます。

先ほどのアンケートのフリーコメントを読ませていただきますと、救急の中でも心筋梗塞などの循環器系と脳血管障害の領域で、特に地域の救急が維持できるかということが、今後の問題の焦点になっていくと思われれます。

そのため、地域の医療機関同士の連携をさらに進めていっていただき必要がありますので、よろしくお願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

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。

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、We b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)