

[令和4年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

令和4年6月27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』

〔南多摩〕

令和4年6月27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、南多摩を開催いたします。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申し上げます。

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、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。東京都医師会、土谷理事、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。お暑い中ご参加いただきありがとうございます。

ことしの地域医療構想調整会議は、大きなテーマがあります。それは、「地域連携」です。「前にもやっていたじゃないか」と言われると、そのとおりですが、この二年間は、新型コロナの話で手いっぱいでした。

そのため、感染症医療についての地域連携はずいぶん進んだと思いますが、今年度は、コロナによる感染症医療のことは少し脇に置いて、原点に立ち返って、地域医療の連携を深めていきたいと思っています。

感染症医療の連携を応用できるとは思いますが、原点に立ち返って、地域医療の機能分化と連携を深めていくにはどうしたらいいか。特にきょうは、連携を深めていくにはどのようなことをしていけばよいかということを、皆さんに聞いていきたいと思っていますので、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、東京都より、東京都福祉保健局医療政策担当部長、鈴木よりご挨拶申し上げます。

○鈴木部長：東京都福祉保健局医療政策担当部長の鈴木と申します。

本日はお忙しい中を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。

ただいま土谷理事からもお話がありましたが、本日は、これまで二年間、新型コロナの話が中心ではございましたが、国からもともと出ていた“宿題”といえる、「2025年に向けて、各病院の対応方針をどうしようか」というものの考えを進めていきたいというところでございます。

ただ、病床数がどうなっているとか、こうなっているということ、見ていくだけではなく、今後の連携を深めていくために必要なものが何かないかということで、皆さま方に調査をしていきたいと考えております。そのもととなるようなものを、本日は議題にさせていただいております。

また、本日は、報告事項として、今年度の病床の配分のあり方ですとか、地域医療支援病院のことですとか、医師の働き方改革のことも、報告させていただく予定でございます。

限られた時間ではありますが、忌憚のないご意見をちょうだいできればと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

なお、私、会議が重なっておりますので、このあと、しばらくしたら、申しわけございませんが、退室させていただきます。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ですが、公開とさせていただきます。

傍聴の方々は、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、これ以降の進行を田村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

○田村座長：こんばんは。座長の、多摩医師会の田村でございます。

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、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、まず、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に沿ってご説明いたします。

そもそも、具体的対応方針とは何だったかの再確認ですが、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にすることで、機能分化や連携を深め、地域医療構想の推進につなげようということ、国主導でやってきておりました。

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いたところですが、参考資料3に付けておりますが、国から昨年度末に、それに関して進め方の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ことが、資料1-1の「①調整会議での検討事項」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、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、意見交換を行い、各圏域における2025年に向けた対応方針に係る合意を諮ることを、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、資料を少し飛ばしまして、「③方向性（案）」をご覧ください。

まず、「病床の機能分化」は、調整会議での取組みを始めた平成29年度以降、都内の回復期の病床は増加傾向にございまして、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年が一旦ございしますが、都の人口動態としては、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といった局面にございます。

ですので、「現在の2025年に向けてどうこう」という話をするよりも、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、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、国が求める「2025年に向けた対応方針の合意」といった要請に関しては、また各医療機関に何か一から計画を立てていただくといったことではなく、基本的には、病床機能報告で報告されている対応方針を尊重し、圏域として合意をしたいと思っております。

そして、都としては、より先を見据えた機能分化や医療連携の議論を、一層深めていくというところに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。

今回は第1回の調整会議ですが、具体的対応方針に関して合意を諮るにあたり、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、個別の医療機関の具体的対応方針の確認や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ったものがございますが、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つの要素がございまして、「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つの観点があります。

まず、役割としては、5疾病5事業、在宅等の各種指定状況を、そちらの表にお示ししております。そして、2025年の病床数としては、例年ご協力いただいている病床機能報告において、2025年7月1日予定の病床数をご報告いただいておりますので、令和3年度の報告数値を医療機関ごと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となるものは、概ね既に揃っておりますので、各医療機関には、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きたいと思いますと考えております。

病床機能報告の内容に万が一誤りがあった場合等も、意見照会の機会にお知らせいただければと思います。

ただ、こちらの確認票は、基本的には病床機能報告ベースとなりますので、日ごろから言われておりますように、病床機能報告は、医療機能4区分で把握して、病棟単位での報告であるといったこともございまして、日ごろの現場感覚とのずれのほう指摘されております。

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」への回答をお願いし、現場レベルでの機能分化、連携を深化させるような意見交換を深めるための材料集めをしたいと考えております。

現状のたたき台を、資料1-3にお示ししておりますが、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、自院が地域で果たす役割」といったものを、事務局のほうでたたき台として考えております。

ただ、あくまでもたたき台ですので、今後の調整会議で医療連携の議論をもっと深めていくために、どのような情報があれば、医療機関としては役に立っていくのかということ、このあと、皆さまの目線からご意見をいただいて、そちらを反映した形で調査を行っていき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月からの意見調査を経まして、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しようと考えております。

10月と3月末に記載の「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かといったことを、検討状況の公表を行うことと、国から要請がありますので、都の場合は、10月はまだ「協議中」といった状況になるかと思いますが、今年度末には、「全て合意済み」といったところまで持っていきたいと考えております。

本日は、こういった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、「よりこういった情報があれば、連携に役立つ」といったような内容について、皆さまのご意見からお知恵をいただければと考えております。

議事についての説明は以上となります。

○田村座長：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が、その前に土谷理事、どうぞ。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

私からも少し補足したいと思います。地域医療構想全体を通して大きなテーマが2つあります。1つは病床の話で、国は、急性期が多いと思っていて、それをできるだけ回復期、慢性期に移行していきたいという話です。

もう1つは、医療連携を深めていくという話で、今回はこの2つのテーマが同時に走ります。

先ほどの「調査票」には、1-2と1-3とありますが、この1-2のほうが病床の話になります。つまり、これは国が求めている「データを示してくれ」ということに則って行われるものです。一方、1-3は、東京のほうで力を入れている話で、医療連携を深めるということです。

ですので、1-2は、国が言われることを粛々として行っていますが、1-3のほうで議論を深めていっていただきたいと思います。

具体的には何かといいますと、「地域連携が深まるためにはどういった質問をすればいいか」ということで、その質問をこの調査票に反映させて、お互いに聞き合えようということ、”答え合わせ”をするのが第2回目になります。

ただ、「どういった質問をすれば、連携が深まるのか」というのは、実は、難しい問いかけではありますが、そのあたりを中心にお話しただけであればありがたいと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

○田村座長：ありがとうございました。

では、意見交換に移りたいと思います。ご意見がある方はご発言をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

切り口が少し漠然としておりますので、どういった切り口からでも結構ですので、ご意見をいただければと思います。

それぞれの医療機関が、コロナの感染症で非常に苦労して、まだそれが続いているところもあるかと思いますが、こういう経験を通して、今まで、病床機能とか地域連携とかいっていたことについて、感染症対応ということも含めて、新たな視点というか、新たな気づきをお持ちになった方々も多いのではないかと思います。

そういった切り口からでも結構だと思いますが、いかがでしょうか。

では、土谷先生、どうぞ。

○土谷理事：より具体的に言うと、「連携を深めるために、隣の病院にこういう質問をしたら、連携が深まるんじゃないか」というような、日ごろ思っておられることを挙げていただければと思います。

それは、慢性期の病院が急性期の病院に知りたいことや、急性期の病院が回復期や慢性期の病院にお尋ねしたいことがあればと思います。「こういうことをできれば、もう少しスムーズが連携ができるのではないか」といった視点で、ご発言いただければありがたいと思います。

○田村座長：どなたか口火を切っていただけでしょうか。

陵北病院の田中先生、お願いいたします。

○田中（陵北病院 院長）：急性期病院側に対してですが、どういう診療科を抱えているかは公表されていると思うんですが、実際のところ、例えば、整形外科がメインであっても、消化管の内視鏡が夜でも診られるとか、どういった分野がその中でも得意かということがわかればと思います。

もちろん、常勤の先生がやめられたり、逆に赴任されたりして、年によって変わるかもしれませんが、コアとなる診療科の得意な分野がわかるとありがたいと思います。

大きな病院になれば、そういう特色は薄まっていくと思うんですが、中小規模であれば、かなり特色があると思いますので、そこがわかっていると、非常に頼みやすいということがあります。

慢性期側に関しては、より医師が少ないので、どういった背景の医師がおられるかによって、より色濃く特色があると思います。例えば、「うちの病院では透析までできます」とかいったことを、お互いに提示し合っていると、連携を取るときに非常にしやすくなるということがあると思います。

○田村座長：ありがとうございました。

それぞれの病院の得意分野について、かなり踏み込んだ部分の情報開示がより進んでいくとありがたいということだろうと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○野川（東海大学医学部附属八王子病院 副院長）：東海大学八王子病院の野川です。

開業しておられる先生方にとってみますと、5疾病6事業あるわけですが、いろいろな疾患に対する連携の仕方という形になると思います。

私ども急性期病院の立場からしますと、5疾病6事業を、もちろん、少し縦割りになってしまいますが、ある程度疾患ごとに分けて検討いただくというのが、具体的にはいいのではないかと思います。

例えば、今までですと、脳卒中医療連携協議会というのが、この南多摩にはございまして、田村先生にも大変ご尽力いただきまして、毎年2回の市民公開講座やコメディカルの方への講習等をやってきました。そのため、脳卒中という切り口の中でのシームレスな連携というものが、非常にうまくできていたような気がいたします。

ただ、今年度から、この脳卒中医療連携協議会は解散という形になりまして、新たな循環器病対策基本法の中での枠組みということになろうかと思います。

もちろん、どのような枠組みでもよろしいのですが、例えば、小児医療であるとか、産婦人科医療であるとかの、縦割りの連携というものも、少しお考えいただきながらやっていくというのが、具体的には一番効率が上がるのではないかと、個人的には考えております。

○田村座長：ありがとうございました。

先ほどの「どういう分野について」という問題提起とも重なるかと思いますが、疾病ごとに専門性がございしますので、地域の中でそういった疾病ごとの整理をしながら、情報を共有していくといった必要性のご発言だったかと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○安藤（副座長・東京都病院協会・永世病院 理事長）：永世病院の安藤です。

急性期と慢性期の分だけではなくて、今はケアミックス病院が多いと思いますので、その中でどのような医療ができるのか。急性期が主体なのか、慢性期が主体なのかというようなところが、ある程度わかりやすいといいのかなというのが1点です。

それから、慢性期においても、収容型の慢性期病院もあれば、慢性期でも多機能病院がありますので、どちらのタイプなのかがわかると、やりやすいのかなと思います。

あと、これは、急性期も回復期も慢性期もそうですが、患者さんのニーズ、家族のニーズに関して、例えば、摂食嚥下みたいなものをちゃんとやっているかどうかということが、評価の対象になっていますので、どの辺まで摂食嚥下が進んでいるのかみたいなのところもわかると、また別の切り口としていいのかなと思います。

よろしく願いいたします。

○田村座長：ありがとうございました。

急性期に限らず、そのあとの回復期、慢性期についても、それぞれの病院の機能が具体的にわかると、話が進みやすいというご指摘だったと思います。

今出てきた議論ですが、縦軸に急性期から慢性期、横軸にそれぞれの疾病についての表をつくっていきますと、例えば、野川先生のお話にありましたような脳卒中について、急性期はこういうことができ、その回復期、慢性期、リハビリもそうですし、摂食嚥下もそういった中で大事な機能になると思います。

そういう形でつくっていきますと、その中で、「うちはこの部分について非常に得意であるけれども、この部分についてはちょっと難しい」というようなことがわかってくると、連携を深めるための基本情報として役立っていくかもしれないということです。

しかも、それを得意にするドクターが居るのか、あるいは、おられなくなったのかというリアルタイムな情報も、非常に大事かと思います。

ほかにいかがでしょうか。

私がちょっと気になっていますのは、今まで、病床機能、地域連携で議論してきた中で、コロナという感染症がわっと出てきましたので、それが優先事項だということで、この議論が後ろに隠れてしまい、どの医療機関もコロナ最優先ということでやってきたと思います。

それが少し下火になってきました。もちろん、きょうも東京都の感染者は先週より増えているようですが、そういった経験を踏まえて、感染症のことが頭に全然なかったなということが、反省点になっているかと思います。

そういったことも踏まえて、コロナ感染症と闘ってきたという経験を、こういった議論の中で活かしていく必要もあるかと思います。そのような点についても、お感じになっているところがありましたら、教えていただきたいと思います。

感染症についても、急性期で重症者を取り扱う部分と、回復期の状態になった方々を診療するということの連携が、当初は非常に目詰まりを起こして、大変苦労した経験もあったかと思います。

そういう点も踏まえてでも結構ですので、いかがでしょうか。どうぞ。

○右田（右田病院 院長）：右田病院の右田です。

地域連携といっても、どの程度の規模のことを想定しているのかということが、大事じゃないかと思っています。

私どもの八王子市に限れば、連携が比較的うまく取れているように思いますが、二次医療圏とか東京都全体となると、さすがに連携が取れていると言われると、うまくいっていないと思うわけです。ですから、地域連携の話においては、まずは、どの程度の規模のことで内容が違ってくると思います。

野川先生が先ほどおっしゃったような、5疾病というような疾患に限れば、脳卒中とか心筋梗塞とかはある程度ネットワークができていると思いますが、今後は、5疾病以外の疾患に対しても、それぞれネットワークをつくることになるのかどうか。

その辺が私としては気になるところで、意見ではないですが、問題提起ということで話をさせていただきました。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○野川（東海大学医学部附属八王子病院 副院長）：八王子病院の野川です。

今の右田先生のご発言に関して、もう少し詳しく申しますと、脳卒中、循環器病については、連携がある程度取れているということは確かでございます。

ただ、脳卒中に関しては、我々の急性期の連携の中では、血行再建というのをやるために、血管内治療ができる病院をうまく選定していくという場合、八王子の中だけではだめで、二次医療圏全体で考えていく必要がございます。

それに関しては、血管内治療の均てん化という意味では、かなり広い地域で考えていかないと、うまくいかないだろうということもございます。

ですので、脳卒中の連携がよくできているということはまだまだ言えなくて、私どもにとってはかなり不安なところがございます。場合によっては、t-PA（血栓溶解療法）をして、その次に血管内治療ができるところに搬送しないといけないので、そういった枠組みをこれからつくっていかねばいけないというのが現状です。

そういう中で、脳卒中医療連携協議会が廃止ということになってしまいましたので、今後、循環器病対策基本法の中でどのようにして、これをもう一度立て直すのかということ、非常に不安に感じているところです。

○田村座長：ありがとうございました。

今のご発言に関して、土谷先生、どうぞ。

○土谷理事：右田先生、野川先生、貴重なご意見をありがとうございました。

地域の広さというのは、どれぐらいを設定するのかということが、確かに、いつも問題になります。地域医療構想では二次医療圏というものがありますが、今のお話にあったように、疾患ごとに違うと思います。

今回のコロナでは、区市町村ごとの一次医療圏が中心で、二次医療圏はほとんど機能しなかったということ、皆さんは実感されたことと思います。

多摩においては、保健所が管轄しているエリアが広いので、少し様相が違っていたかもしれませんが、南多摩におかれては、町田市と八王子市にそれぞれ保健所があって、二次医療圏という範囲はどこまで機能していたのか、皆さん、疑問に思われたところが多かったのではないかと思います。

先ほど、「脳卒中については、二次医療圏ぐらいの広さじゃないと、八王子市だけでは機能しないのではないか」というお話がありましたが、二次医療圏ということについては、東京都医師会でも大きな課題だと考えていますので、二次医療圏にとらわれないということも大事だと思っております。

ですので、二次医療圏の限界についても、皆さんからご意見をいただければと思っています。

○田村座長：ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○矢野（南町田病院 理事）：南町田病院の矢野です。

土谷先生から今お話があったように、疾患によってエリアというのが違ってくると思っています。

特に、南多摩医療圏は面積が非常に大きいので、これを1つの医療圏として扱える疾患と扱えない疾患というのが、当然分かれてくるだろうと思います。

疾患によっては、八王子市とか町田市とか、ある程度のエリアを区切っていく必要があると思うのと、そうじゃない、広域での、本当の南多摩医療圏で扱うものというのを、ある程度分けて考えたほうがいいんじゃないかと思っています。

それから、今回のコロナで大きく問題になったのは、ある程度の特定機能病院さんレベルのところは、こういう災害とかコロナの対応に関してはできるというところでいかないと、今後の災害とか感染症に対して、この医療圏ではうまくいかないのではないかとと思っています。

「うちは特定機能病院だけれども、うちはやりません」というのは、こういう地域医療構想を考える上では、ある程度以上の機能のところは、そういう機能を整えてほしいと思います。

あと、高度急性期、急性期というところを地域医療構想でということになるんですが、皆さんご存じのように、線引きが非常に難しいところがあります。しかし、特定機能病院が担えるところとそうじゃないところということで、資料1-2は見なくていいということですが、認可をどこから取っているかという意味合いでしか、これは分かれていないということです。

下のレベルで各病院が連携をしていくか。例えば、急性期病院の中でも、市のレベルでまずネットワークをつくるというところで、その親になっている高度急性期同士は連携してもらってということがいいのではないかと考えています。

なお、私は余り回復期が詳しくないんですが、病床の機能を考える上で、感染症に関しても、ある程度の機能を、今後は回復期に付加していくことが必要になるのではないかと考えていますが、そこには、人的なものとか、資源の問題があるので、できるところとできないところが出てくると思います。

それは仕方がないことで、一律に全ての病院にそういう対応をしてもらおうというのは、また違う話だと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

今の議論で思いましたのは、高度医療からスムーズに疾患別の診療を進めていくという体制と、感染症や災害のときには、力のある地域の基幹病院が、専門性にこだわらず、地域のニーズに幅広く応えていくという備えも必要だろうというご意見を伺ったと思っています。

議論がいろいろ出てきておまして、議論がまとまったということではありませんが、この会議に地域医療構想アドバイザーの方にご参加いただいていますので、コメントをいただけますでしょうか。

○高久（一橋大学）：一橋大学の高久と申します。

田中先生が最初におっしゃっていた、急性期で得意とする診療科がわかっていると、頼みやすいとかいうことは、すぐに可視化できる話ですので、次の調査票に含めてもいいのではないかと、直感的に考えたところです。

あと、右田先生から、地域の規模をどのように想定するかということが問題だとおっしゃっていました。

これは、別の会議でもかなり出てきているところですので、この機会に、どの病院を退院した人が次にどの病院に行っているのかという調査を、膨大なデータになりますが、それをちゃんと取って、地域の医療圏の規模というものが、本当に適正なのかということ、評価していくということが、中長期的に必要なではないかと思いました。

○田村座長：ありがとうございました。

○木津喜（東京医科歯科大）：東京医科歯科大の木津喜です。資料を準備しましたので、共有させていただきます。

こちらは、既にある資料からの抜粋になりますが、これまでも過去の議論の中におきまして、高度急性期、急性期について、神奈川県への患者流出が多いということが言われています。

慢性期機能につきましては、南多摩の特徴として病床数が多いということで、東京都の2割近くの患者を受け入れていて、半数以上が、他の圏域や神奈川県からの流入が多いということです。

また、意見聴取の場におきましては、課題として、例えば、慢性期機能の患者が急性増悪した場合に、地域内では完結が難しいということがございました。

また、他の医師会とは顔の見える関係が希薄であるということが、地域連携の課題として挙げられております。

また、この地域の特徴としまして、疾患別に見てみますと、東京医科大学八王子医療センターというのと、東海大学医学部附属八王子病院というのが、例えば、循環器疾患ですと、半分程度の患者を受け入れているということで、いくつかの病院に集中しているというということが考えられました。

○田村座長：ありがとうございました。

確かに、南多摩医療圏の南部には、新百合ヶ丘総合病院という、非常に力のある病院がありまして、そういったところも、実質的に医療圏の中に入っているような印象を、私も持っております。

東京都に限るとかいうことは、数字を出すときは別ですが、実際に連携行動の中では、そういったところも排除しないで、1つの連携の構図の中に入れて考えなければいけないのではないかと思います。

いろいろな意見が出てきましたが、疾病ごとに対応を考えるということと、それぞれに対して、一次医療圏なのか二次医療圏なのかといった、行政が引いた線

引きとは別に、柔軟に考えて、情報を共有していくことが、スムーズな連携にとって重要だというようなご指摘をいただいたかと思います。

それでは、東京都のほうから、今の意見交換を踏まえて、何かご発言はありますでしょうか。

○奈倉課長：ありがとうございます。計画推進担当課長の奈倉でございます。

いろいろなご意見を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いたしまして、地域医療構想アドバイザーの先生方ともご相談して、皆さまの連携により活かせるような調査票をブラッシュアップした形でデータを収集して、第2回目の調整会議に臨めればと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。ありがとうございました。

○田村座長：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

○田村座長：「3. 報告事項」について、東京都から説明をお願いいたします。複数ありますので、質問などは最後をお願いいたします。

○東京都（事務局）：それでは、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、調整会議も関連する内容ですので、そちらについてご説明したいと思います。

初めに、制度開始の背景として、資料2の1～2ページ目に、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、待ち時間の増加ですとか、勤務医の負担増加につながっているなどの点が、国が課題認識として持っている点でございます。

そういった課題を解決するために、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、まずは患者さんがかかって、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、国の制度改正の背景となっております。

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ですが、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」に記載がございます。

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、地域性等を勘案して、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ていただき、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、3ページ目は、「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、「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、高額な医療機器や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になります。

なお、「参考」として、「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に関しては以上となります。

○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、報告事項に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、国の資料でございます。

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おります。

時間外労働の上限規制の適用まで2年を切りまして、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っております。この調査の対象としましたのは、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しております。

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病院で、そのうち、現時点で特例水準を申請すると決めているのは19病院ということでしたので、「まだまだ実態が把握できていないので検討中」というような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枚目をご覧ください。こちらは、上限規制の適用に向け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、各医療機関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）：続きまして、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す。南多摩は、現時点で626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、例年どおりの二次医療圏単位の「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」でございます。

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」に移行する予定となっております。

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。

南多摩圏域におきましては、現在の多摩南部地域病院でございまして、7月1日以降は、「地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩南部地域病院」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。特段のご意見はなかったものと承知してございます。

「今後の予定」でございしますが、医療審議会での諮問・答申を経まして、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いった手続きになっております。こちらの結果については、資料6の別紙1にお付けしてございまして、全て「合意あり」ということでご提出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」の確認を求めるものです。

こちらについては、該当がありませんでしたので、別紙2は「なし」ということで記載させていただいております。

以上となります。

○田村座長：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：資料3の「医師の働き方改革」についてです。

特に、3枚目にスケジュールが示されていますが、この中で上から2番目の「実態調査を踏まえ」のところの下に、矢印があって、「必要に応じ、各医療機関が対

対応方針を見直し」ということが記載されていて、この図の中では、一番大きな矢印が書いてあります。

この図の横軸は時間軸になっていて、この矢印はどこを指しているかというところ、今年度の4月以降、今時分のことを指していますが、「具体的に対応方針を見直していけるかということについて、できる病院はありますか」というのが問いなんです。

この医師の働き方改革については、皆さんも危惧されているように、このまま進めば、地域医療に大きな負担がかかり、特に、夜の救急が大きな問題になるのではないかと考えています。

2枚目にあるように、特例水準を出す可能性があるところが131あるということですが、よくわからないというのが現状かと思っています。

具体的に言えば、「当直の先生が大学の病院から来てくれるのか」ということであり、また、大学の先生も、「派遣できるのかどうか」というような状況だと思います。

このまま先送りになっていくと、2024年4月以降が罰則付きになるわけですが、そこまでに、当直医が行ける、行けないというのがはっきり決まるかというところ、恐らくぎりぎりにならないとわからないのではないかと考えています。

ですので、この「必要に応じ、各医療機関が対応方針を見直し」をする時期が、この図では、今ごろになっていますが、ずっと右側に行くのではないかと考えています。

ですので、この図の上のところに「実態調査」という矢印がいくつかありますが、国からの調査、あるいは、日本医師会からの調査、東京都からの調査というように、いろいろな調査が来る可能性があると思います。

これは、実態がよく把握できていないからですので、丁寧に答えていただきたいと思っています。「この調査に関して労働基準局が入ることは決してありません」と書いてあると思いますので、ぜひ正直に答えていただきたいと思っています。

大学病院におかれては、「実際に派遣できるかわからない」というのが、正しい答えになる可能性が高いと思っていますので、実態についてできるだけはっきりお答えいただきたいと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○田村座長：ありがとうございました。

今の1から5までの内容についてご質問等がございましたら、よろしくお願ひします。

安藤先生、どうぞ。

○安藤（副座長・東京都病院協会・永世病院 理事長）：病床数の件ですが、本当に病床が不足しているのかどうか。

八王子などの場合は、高度急性期はまだ必要かもしれませんが、ほかの急性期、回復期、慢性期については、皆さんの意見は、「もう大体いっばいだよ」ということですが、まだ不足があるのかということ、皆さんは疑問視しています。

例えば、稲城市とか多摩市の方々はどのような思いでいらっしゃるのかを、ちょっとお聞きしたいと思います。

田村座長も心配されているように、病床が余っていると、経営のことばかり考えているような、大きな医療法人グループが地方から来て、その病床を奪っていくということが考えられます。

そういうことが本当にいいことなのかということ、根本的な問題として、しっかり議論したほうがいいのではないかと考えております。

○田村座長：ありがとうございました。

土谷理事、どうぞ。

○土谷理事：安藤先生、ありがとうございます。

東京都においては、患者さんが減っていくのは、五年後か十年後かわかりませんが、過剰に配分して、また減らさなければいけないという、非効率なことをやらないといけないのかということ、私も思っています。

ですので、病床配分のあり方については、この場でなくても結構ですし、あとからメールでも結構ですので、病床配分のあり方について皆さまからのご意見をいただきたいと思っています。

安藤先生が危惧されるように、病床配分を地域の先生方にするのであれば、「あそこの病院はこんな感じだ」ということが、たとえ増えてもわかりますが、地域

と関連性がない地方の法人が、地域の医療連携が全然わからない中でぽっと来るのは、地域医療を深めていくという中においては、マイナスではないかと思っています。

ですので、適切な病床配分のあり方というものも、今後の大きな課題などと思っています。

コメントをありがとうございました。

○田村座長：ありがとうございました。

地域に必要な病床機能について議論している中で、全然離れたところで病床がぽんと配分されてくるというのは、非常に疑問に思っておりましたが、こういった議論を踏まえて、例えば、「急性期病床をこれぐらい」という形で配分をするのならまだしも、そうでないので、地域は非常に困るわけです。

そうすると、「ほかから参入しないように」といった動機だけで、病床を考えたりして、本来の病床機能を考えるというところと大分違う形で、議論が深まっていかないうような危惧すら覚えることがあります。

この点については、東京都の病床配分のあり方について、根本的なところで、もう一度検討していただきたいと、私も思っております。

ほかに何かございますでしょうか。

土谷理事、どうぞ。

○土谷理事：時間がオーバーしているのですが、大学病院の先生から、働き方改革の現状をお伺いできればと思います。

野川先生のところは、どのような進み具合でしょうか。大学病院から派遣できるかできないかというのは、非常に難しい判断になると思うんですが、いかがでしょうか。

○野川（東海大学医学部附属八王子病院 副院長）：この改革の“1丁目1番地”として、私どもは、実は、院内の医師がどれぐらいの時間働いていて、どれぐらい当直に行っているかということの把握を、今一生懸命やっているところでございます。

院内の把握ですらなかなか難しいところもありますが、私どもが一番心配していることの一つは、土谷先生が先ほどおっしゃったとおり、外に当直に行っている先生方がおられますが、その医療機関で、医師法に則った当直として申請がなされているかどうかで、それが労働時間の枠組みに入ってくるかどうかという点です。

それを踏まえた上で、院内の先生方の働き方をどのように短縮していくかということで、各科にコーディネーター的な先生を配置して、それぞれの先生の労働時間をいかにして短くしていくかということ、各論として今やろうとしている状況です。

○土谷理事：非常に具体的で、貴重なお話をありがとうございました。

ほかの圏域でも、高度急性期の大学病院の先生に聞いていますが、まだまだ改革が進んでいなくて、「2024年4月までにというのは、すごく不透明な状況である」というコメントをいただいています。

宿・日直の許可を得ているかどうかということが、大きなポイントになりますので、一つでも多くの病院が、宿・日直の許可を取れるように、東京都もそれをサポートしていきたいと考えておられるようですので、この取得に向けて力を入れていただきたいと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかにかがでしょうか。

傍聴の小松先生、どうぞ。

○小松（聖パウロ病院 理事長）：八王子の聖パウロ病院という、療養型を運営しています病院の小松と申します。

病床配分について、先ほど、安藤先生もおっしゃっていましたが、東京都全体で見れば、1万床ぐらい、既存のほうが多いわけですね。

その中で、南多摩は、いくつかの理由があると思うんですが、病床不足となるわけですが、これをもう少し広い地域で考えれば、別に増やなくてもいいのでは

ないかと、正直思いますので、次の基準病床数を決めるときには、ぜひ再検討していただきたいと思います。

都心部が1万床近い病床過剰にもかかわらず、コロナのデルタのときもオミクロンのときも、八王子まで救急が相当来ていましたので、数と質でいったら、めちゃくちゃなことが東京都では起こっていますので、そのあたりはしっかり考えていただいたほうがいいと思います。

都全体を考えたときに、多摩と都心部の矛盾というか、現場感覚でいうと、「足りない」というよりも、「増やしたらまた都心部から患者さんが送り込まれるのじゃないの」という、ありがたいような、大変なような感じもあります。

そんな感じを持っていますので、発言させていただきました。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

「東京都全体で9000床以上の過剰病床になっているのに、また配分するのか」というのが、病院を経営している先生方の実感だろうと思っています。

区中央部と新宿が入っている区西部が過剰になっていて、それを減らさないと、二次医療圏ごとに増やしているから、こういうことになっていると思っています。

参考資料1の9ページを見ていただきますと、「都内の機能別の病床利用率・平均在院日数の推移」というグラフがあります。右上の急性期の「病床利用率」は、平成29年は74.5%ですが、年々下がってきて、令和3年は何と65.0%になっています。

「病床利用率が65%で病院をやっているか」と言われると、非常に厳しいものがありますが、それにもかかわらず、まだ病床配分しているのが現状です。これは大きな課題だと思っていますので、小松先生、貴重なコメントをありがとうございました。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

遠藤先生、どうぞ。

○遠藤（康明会病院 理事長）：日野市の康明会病院の遠藤です。

今の病床配分についてですが、この圏域の626の配分について、今のお話と私とは若干違うところがあります。

先ほど、右田先生もおっしゃっていましたように、この圏域の5つの市の間では、八王子は大きな進化をされて、先生方が一緒にやっていたらというところとは、かなり格差があるということですので、そこも含めて全体像で考えないといけないと思っています。

今回のコロナはまだ終息していませんが、これの対応も踏まえた上で、 unnecessary病床は必要ないんですが、安藤先生がおっしゃったように、特に埼玉などでは、九州地方の病院さんがどんどん入ってきて、いろいろなことがあつたりしていますが、そういうことがないように、東京都の審査をお願いしたいと思っています。

そして、地域で主体的に取り組むを進めるという原則に立って、先ほど、土谷先生がおっしゃったとおりですが、余り過剰なベッドは必要ないとは思いますが、必要なベッドはあります。

特に、日野市、多摩市、稲城市には大いに必要だと思っていますので、そういう意味では、右田先生が先ほどおっしゃったとおり、5つの市で143万人いて、そこで病院が多い、少ないという話は、もう一度慎重に考えていくことが必要だと思っています。

そして、診療報酬改定によって、この10月から、7対1を含めた、重症度、看護必要度を含めて、病院に入れられない方々が在宅へ相当強制誘導されますので、そういった方々のことを踏まえて、大きな視点でもう一度、地域医療構想についての原点に戻っていただいて、検討を進めていただきたいと思っています。

最後にもう1点、私の研究者の一員ですが、これだけのデータを提出してしまして、データが明確ではっきりしていますので、そういったことを踏まえた上で、もうちょっと詳細なデータを一緒につくって行って、行政の方々と一緒に考えていければと思っています。

この南多摩は9割が民間ですので、そういった意味では、民間の先生方の今回のご尽力によって、ここまで来たということを踏まえて、感謝を込めて、私は、余り性急に進めてはならないと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

いろいろご意見が出てきましたが、今回はこれぐらいでよろしいでしょうか。
まだまだ議論が尽きないところがありますが、これで終了させていただきたい
と思います。ありがとうございました。
事務局に進行をお返しいたします。

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く存じます。
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まして、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)