

[令和5年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和5年6月26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』

〔区西北部〕

令和5年6月26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、区西北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話をしてきましたが、感染症法上の位置づけが2類相当から5類に移行して、今は波と波の間ぐらいで、ちょっと増えてきてはいますが、少し落ち着いてきたので、地域医療にそれぞれ取り組んでいらっしゃるかと思えます。

ことしの地域医療構想調整会議でのトピックスは、紹介受診重点医療機関の承認についてですが、その出発点は医師の働き方改革になります。

病院に勤務されている方、勤務されていた方は、よくお分かりと思いますが、外来での対応が忙しいため、入院の患者さんに対して大変だという状況かと思えます。

そういう中で、この紹介受診重点医療機関の制度というのは、外来を少し絞って、入院のほうに注力してほしいといった意図があると考えられています。

ですので、地域の中でご議論いただいて、手挙げをしていただいた医療機関は、条件を満たせば、ぜひご承認いただきたいと考えています。

この調整会議は、年2回開催されていて、今回の場においては、今年度分の承認になって、秋以降の第2回では、来年度分の承認ということになります。

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、会議にご出席をくださりまして、重ねて御礼申し上げます。

本日の会議では、先ほど、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、これ以降の進行を増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

○増田座長：座長の、北区医師会の増田でございます。

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。

この話については、いろいろ勉強して初めて、「そういうことだったのか」と思ったんですが、先日の日本医師会の代議員会でも、勘違いされている先生もいらっしゃいました。

これは、病院のためというよりは、患者さんが外来を受診するときに、どういう流れでいくのが適切かというのをナビゲートしようというような趣旨のシステムみたいです。

ただ、日本はフリーアクセスですから、大病院指向の方も多いですから、こちらが、「こういう流れが理想的ですが」と言っても、受診される方がそのとおりに動くかというのは、別の話ですが、そういうナビゲーションとしてこういうシステムを今後構築していこうということだと、理解してはいます。

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、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。区西北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っていただきます。

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。

3枚目のスライドをご覧ください。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、各医療機関がそれぞれ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をしております。

その報告内容に基づきまして、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、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、スケジュールについてですが、今回の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、ご確認をお願いいたします。

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、第1に、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。

第2に、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、こちらだけになります。

また、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されております。

説明は以上です。

○増田座長：ありがとうございました。

急にこの話が出てきたので、「意向を」と言われても、とまどったところも多いと思いますが、今回は、第1回の決定で、来年度以降についても続けてやりますので、「ちょっと分からないので、手を挙げなかったけれども、来年度は手を挙げよう」という医療機関も増えてくると思います。

あと、この報告というのは、昨年度のコロナ禍のときの状況での報告ですから、通常の診療状況に戻ったときと、数が違ってくると思いますが、その辺も来年度以降は変わるかなと思っています。

それを目指して、本来の紹介受診重点医療機関の役割を果たそうと考えている病院も増えると思いますので、期待しております。

これに関してですが、まず、①と②に関しては、東京都がおっしゃるとおり、認めるという方向でいいのではないかと思います。

「意向」もありますし、「基準」「水準」の条件を満たしているので、問題は全くないと思います。

特定機能病院とか地域医療支援病院にとっては、余りメリットがないかもしれませんが、患者さんにとっては、ナビゲーションとしてのメリットがあると思いますので、まだ意向を示していただいていないところは、ゆっくり考えて、来年は意向を示していただけたらと思います。

③の都立大塚病院と④の赤羽病院は、ちょっと条件が不足しているということになっています。

ほかの圏域でもこの会議をやっていますので、そことも条件を合わせていただくために、今年度は①と②を承認して、③と④は来年度以降にお願いするということにしたいと思いますが、都立大塚病院の三部先生、何かご意見はございますか。

○三部（都立大塚病院、院長）：我々は、地域医療支援病院として長らくやってきまして、逆紹介率は、昨年度をトータルすると43%ということで、40%を超えていたんですが、今回の調査では、昨年7月の逆紹介率が34%ということでした。

単月での数字が少し低かったということで、水準を満たしていないということになってしまいました。

この7月の単月ということで、我々にとっては不利な面がありましたが、次回はクリアして、紹介受診重点医療機関に合致するように進めたいと思っております。

○増田座長：ありがとうございました。

都立大塚病院は、小児の平日救急もやっていただいていますし、非常にこの流れに合致する医療機関と考えております。

ただ、コロナのときでもあって、統計上の数字が少し満たせなかったということですので、ぜひ来年はよろしく願いいたします。

ほかにご意見はございませんか。

それでは、①の地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター、医療法人社団明芳会板橋中央総合病院、順天堂大学医学部附属練馬病院、公益社団法人地域医療振興協会練馬光が丘病院、地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立豊島病院と、②の公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター、帝京大学医学部附属病院、日本大学医学部附属板橋病院の8病院について承認して、③の都立大塚病院と④の赤羽病院は、来年度にまた申請していただくという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。

それでは、東京都から、この件に関してご発言はございますか。

○岩井部長：東京都の岩井でございます。

公表に向けて準備を進めてまいりますので、よろしく願いいたします。

○増田座長：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

○増田座長：議事の2つ目は、「外来医療提供体制について」です。東京都からご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ございません。

令和2年度に策定した外来医療計画によって、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、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、現状課題として想定されているようなことなどについて、ご議論を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、算出しています。

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。

○増田座長：ありがとうございました。

お手元に事前調査の回答の一覧があると思いますが、字が非常に小さいので拡大コピーをして読みました。

共通して言えることは、これが、イギリスの「GP（家庭医）」みたいに、完全に制度化されて、要するに、かかりつけ医から紹介受診重点医療機関に行き、その医療機関は、逆紹介のときは、強制的に戻すみたいになっていれば、流れはうまく整理できます。

ただ、日本のフリーアクセスの現状では、患者さんはいろいろな希望を言いますから、その中でどれだけナビゲーションできるかとなると、不安に思うところがあります。

この回答の中で、共通した話題としては、高齢者は移動能力も低いし、複数科にかかっている方が多いということがあります。

例えば、大学病院で4つの科にかかっている方がいたとして、それを逆紹介で戻すとなると、4つのクリニックに行ってもらおうのかとなりますが、「それだったら、ここで全部診てほしい」ということで、逆紹介は受けたくないという方が、非常に多いと思います。

また、逆紹介をするにしても、どこに紹介すればいいかということもありますので、いろいろ苦勞されているところも多いと思います。

帝京大学のご意見では、患者の利便性を理由に、「まとめて帝京で診てほしい」といって、嫌がるケースがあると書いてありましたが、総合病院ではそういうことが多いと思われます。

では、帝京大学の澤村先生、現状をお話しいただけるでしょうか。

○澤村（帝京大学医学部附属病院、病院長）：アンケートにも書かせていただきましたが、先ほどおっしゃったとおりで、複数科を診ている場合、1つの科でよそを紹介したいとお話ししても、「ここでいろいろ診てもらっているので」ということで、「引き続きここでお願いしたい」ということになる場合が多いです。

また、病院の近くに住んでいらっしゃる患者さんなどは、「なぜ近いのに、ここではだめなんだ」みたいなことを言われることが多いということもあって、なかなか難しいところがあります。

○増田座長：ありがとうございます。

患者さんの大病院指向というのは、「大病院だから安心だ」ということもあるでしょうし、複数の科を1日でかかれるということもありますし、何かあったときにすぐ引き受けてもらうためには、普段から行っていたほうがいいたらうと思われる高齢者も多いと思います。

そういう点で、帝京とか日大では、「2人主治医制」ということで、「うちに来ていいけれども、普段は、近所の先生に薬をもらってくださいね」ということで、その辺の解決を図っておられると思います。

ただ、1つの科に逆紹介するときはそれでいいんですが、複数の科の逆紹介をするとなると、患者さんにとっては、移動も大変ですし、会計も大変だし、待ち時間も大変だしということで、抵抗されてしまうかと思います。

また、練馬光が丘病院の先生からは、「地区内に開業医が少ない」と書かれていました。この辺について、光が丘病院の先生にお聞きしたいと思ったんですが、まだ入っていらっしやらないということですので、後ほどお伺いしたいと思います。

あと、別の話題として、救急のときに、一度救急車で受けて、それ以上の高度医療が必要なときには、次の病院に転送するということは、今後、救急が切迫してきたときには、とてもいいメカニズムかと思われませんが、この辺のことについて、大泉生協病院の齋藤先生、お話しいただければと思います。

○齋藤文洋（練馬区医師会、副会長。大泉生協病院、院長）：この会には、練馬区医師会の代表として参加しております。

練馬区はもともと医療資源が不足ぎみということもあって、二次救急の病院をどのようにうまくやっつけていこうかということで、区内の病院の口約束的な感じでやっていることですが、お互いに医療資源を融通し合うような形にしています。

つまり、比較的軽いものは、二次救急の各病院に直接行くんですが、練馬区の場合、練馬光が丘さん、順天堂さん、練馬総合病院さんを除くと、100床以下の病院なので、より高度なものが必要であれば、そういう病院にお願いしますが、そういう場合でも、その病院でスクリーニングをかけて、「このぐらいなら、高度

な医療は必要ない」ということで、二次救急の病院にすぐ送るという場合があります。

そして、そこでまた、さらに、必要な検査を追加して、そこで入院していただくというようなことを、結構やっています。

ですので、救急をスムーズにできますし、病院のベッドも効率よく使えるということで、これまでも少しずつやってきました。

ただ、順天堂さんは、自分で救急車を持っていらっしゃるので、それで二次救急の病院に搬送して下さったりするんですが、二次救急の病院は、救急を受けたことにはならなくて、ただの転院ということになってしまうんですよ。

そうすると、一生懸命頑張っている二次救急の必要数に満たなくなってしまうことがあって、実際に、1つの病院は、東京都の対象から1年間外されてしまったということもあって、地域の救急が大変なことになってしまうということがありました。

ですので、今のは救急の話ですが、医療資源を上手に使っていくということになると、お互いに医療資源を使い分けた場合、それがちゃんと評価されるというシステムにしておかないと、うまくいかないという状況になってしまいます。

もちろん、地域によっても違うかもしれませんが、例えば、板橋区ぐらいだと、そこまでなくても大丈夫かもしれませんが、練馬区の規模だと、医療資源を効率よく使うためには、いろいろ工夫が必要ですが、それを評価するシステムがないと、結構困るという状況になってしまうということです。

あと、別の話になりますが、行動変容の話がすごく気になっているので、このアンケートにも書かせていただいています。

今のやり方では、行動変容は難しいと思っています。今のところ、行動変容は、「医師会側と相談しながら、地域の医療の状況を見て、開業してください」となっています。

ただ、基本的には、東京都がもう認可して、開業すると決まった段階になってから、医師会に連絡が来て、「確認してください」ということになっているので、その先生が、そのあとで何かを変えるかということ、そういうことはもうないですよ。

しかも、医師会から、「こういうことが必要だから、こうやってください」と言うのと、最近の若い先生は、「そんなことはやりたくないから、医師会には入らない」というような、後ろ向きな姿勢が結構あります。

ですので、行動変容をさせるためには、もっと積極的なことをやらないと、うまくいかないのではないかと考えています。

○増田座長：ありがとうございました。

このシステムが流れていくと、誰がどのぐらい楽になって、誰がどのぐらい得をするかというような話が、当然あるわけですが、患者さんにしてみればということになると、確かに、待ち時間とかいろいろな効率化ということでは、電子カルテを使うとか、事務処理を工夫するとか、まだまだ改善の余地があります。

一方、働き方改革については、急に対応しなければいけないということで、夜間救急も含めて、それぞれの病院が大変な思いをされていますが、実際にこれが進むと、病院の外来が楽になって、病院で働いている先生方が本当に楽になるのでしょうか。

そのあたりで、どなたかご意見はございませんか。こうすれば、勤務医の負担が減るだろうとか、いろいろお考えがあるかと思いますが、花と森の東京病院の小平先生はいかがでしょうか。

○小平(花と森の東京病院、院長)：働き方改革の対応の問題が迫っておりまして、当直業務を兼任するような常勤の医者は、外来が定期的に入っていると、かなり負担が多くなっています。

そうなると、インターバルが取りにくくなったりして、業務のシフトが組みにくいと思いますので、そういう意味では、外来の負担を軽減できるということは、時宜にかなっていると感じています。

○増田座長：ありがとうございました。

外来が軽減されると、それが効率よく逆紹介につながって、病診連携で、逆紹介を受けたクリニックで、その外来を効率よくこなせばいいと思うんですが、

その辺で、開業医側の問題について、医師会はどのように考えておられるでしょうか。

板橋区の齋藤先生、ご意見をお願いします。

○齋藤英治（板橋区医師会、会長）：最初の段階で、外来機能として何が足りなくて、何が足りているのかというところの把握が、SCRという数字を先ほど見せていただきましたが、これで本当に議論できるのかという感じがしています。

ですから、例えば、大病院にかかっている方が何を求めてかかっているのかというところで、それに付随してくることがいろいろあるかと思います。

例えば、糖尿病の専門的な治療が必要だから、大病院にかかっているのか、がんの治療でかかっているのかということ、その患者さんにとって、どこの病院にかかるのがいいのか、診療所でもいいのかというような、細かいところまでの把握ができるようなデータがないと、そのあたりの議論が難しいと思います。

もちろん、診療所の先生でも、それぞれ専門医を持っている先生もいらっしゃいますので、そういうところに病院から患者さんを紹介することができれば、病院の先生方の負担を減らすことができるかもしれませんが、「何が障害になって、診療所ではだめなんだ」というところの問題点を、深く追及していかないといけないのではないかと思います。

○増田座長：ありがとうございました。

コロナ禍の前は、病院とクリニックで勉強会を一緒にやっていたし、顔の見える連携が築き上げていくことができていたと思うんですが、この3年間は、それが全然なくなってしまいました。

そういうこともあって、病院の先生方も、どこに逆紹介すればいいかということが、なかなか難しくなっているかと思います。

大塚病院からは、「外来医師の密度のデータとか、新規開業を予定している医師へのデータの提供があったらいいのではないか」というご意見をいただいておりますが、大塚病院の三部先生、よろしくお願いします。

○三部（都立大塚病院、院長）：これまで、我々も医療連携をかなり積極的にやってきましたが、複数科の診療科にかかっている患者さんを、複数のクリニックに紹介するのは、非常に困難です。

また、我々も、どこにどういう先生がおられるのか、専門は何かとかいうことが、把握しきれていないということが、問題点だと思っています。

連携室でサポートしてくれてはいますが、医師側にその辺の状況がはっきりしていないため、我々が「どこに行ってください」ということを、なかなか言えないということが、スムーズな連携を困難にさせる一因なのかなと思っています。

○増田座長：ありがとうございました。

確かに、どの先生が何ができて、どのぐらいのキャパがあるかというようなことが、なかなか分からないと思いますので、これが本格的に大きな流れになるようであれば、医師会で、会員の得意、不得意だとか、どのぐらいなら受けられるというような情報をまとめて、病院側に提供することも、可能になるかもしれないと思います。

ただ、今はまだ、その段階に至っていないと思いますが、在宅とかの場合でも、逆紹介をするときに苦勞される場合が多いと思います。

その辺について、豊島区の土屋先生はいかがでしょう。先生は、在宅のスーパー治療で、新しい会長として期待しています。

逆紹介を受けるときに、こうやると受けやすいとか、逆に、病院側にこういうことを示すとやりやすいというような点について、在宅医の立場からご発言をお願いします。

○土屋（豊島区医師会、会長）：一昨日、会長になったばかりでございます。

在宅医療の立場からお話をさせていただきますと、豊島区では、在宅医療をやっている医師が何ができるかということを一覧アップしていて、「在宅医療相談窓口」を医師会につくっていますので、そこに問い合わせれば分かるという仕組みにしています。

ただ、実際は、「この項目ができますか」という質問に対して、○とか×を書くときに、「できるかどうか分かりませんが、全部できます」という先生もいれば、

すごく慎重な先生は、「△ぐらいにしておこうかな」とか、「やれないことはないけれども、×にしておこうかな」というように、その辺のばらつきが結構出てしまっています。

さらに、そのリストをつくってあっても、各病院がそれを見て、この相談窓口に問い合わせただけかということ、なかなかそれもないというのが実情です。

私のがんの末期の患者さんも診ていますが、「病院に送ったけれども、返ってこない」というケースもありますので、情報のやり取りが円滑にできていないところがあるなという感じが強いです。

増田先生がおっしゃっていたように、顔の見える連携ということがなかなかできていないこの期間に、「はっきり言ってどうなのか」と言えるような関係の構築が、薄くなってしまったような印象も持っています。

○増田座長：ありがとうございました。

コロナ禍になる前は、そういう顔の見える関係が相当築き上げられていたような気がしていたんですが、この3年間でそのシステムがかなりダメージを受けてしまったように思っています。

それでは、ここで、先ほどお話をお聞きしたいと思っていた光が丘病院の光定先生にご意見をお伺いしたいと思います。

アンケートに書かれていたご意見で、地区に逆紹介しようとしても、開業医が少ないので、距離的なところがあって、高齢者は遠いところに逆紹介されると困るということでした。

その辺のことなどでご意見をいただけるでしょうか。

○光定（練馬光が丘病院、院長）：本院は団地の中にあって、もともとは医師会病院だったりした関係で、光が丘の中で全てを済ませたいという高齢者が、結構多いというのが実情です。

○増田座長：ありがとうございました。

光が丘の駅前ですから、全部そこで済んでしまうので、うらやましいというところではありますね。

あと、行政の立場や薬剤師会からも、アンケートにご回答いただいています。

紹介するほう、されるほうという立場で、全体を俯瞰して見られる立場からお話をお伺いできればと思いますが、練馬区さんはご欠席ということですので、薬剤師会からご発言をお願いいたします。

○會田（東京都薬剤師会、理事）：練馬区薬剤師会の會田です。

私は、日常業務の中で肌で感じたことを、意見として書かせていただきました。

紹介、逆紹介については、かかりつけ薬剤師の立場で、よく目にする状況ではありません。

私は、大泉で働いていますので、例えば、基幹病院の予約が3か月後で、それまで、30日分の処方が出て、「そのあとの2か月分は、住まいのそばのかかりつけ医でもらってください」というような連携もあります。

また、練馬区には大きい病院が余りないので、区外の病院に行った場合でも、患者さんのご希望とか、治療の区切り目がないということで、紹介先の病院にずっと、通うのが辛くても、そこに通院していらっしゃるという方も、多く見かけます。

先ほどの練馬区医師会の会長先生のご意見にもあったように、練馬区の中の特徴を活かして、多職種で工夫して連携はしていますが、診療所の特徴がつかめないということで、薬剤師のほうから、僭越ながら、地域の先生でご専門の詳しい情報があれば、患者さんにお伝えして、逆紹介のときの情報として活用していただくような工夫もさせていただいております。

○増田座長：ありがとうございました。

それでは、事前調査にご回答いただいた先生方から、ひと通りお聞きしましたが、ほかの先生方からぜひご意見をお伺いしたいと思います。

東京北医療センターの宮崎先生、お願いします。

○宮崎（副座長・東京都病院協会・東京北医療センター管理者）：逆紹介に関していいますと、以前と今とでは、患者さんの意識がかなり変わってきたという印象があります。

15年ぐらい前は、「どこにも行きたくない」とか、「この病院が近いのに」というような患者さんが多かったのですが、最近では、「ここではずっと診てもらえないんですよね」ということで、初めからそういう理解を持って入院される方が多くなってきました。

当院では、地域医療支援病院の算定上の逆紹介率が120%以上ですので、逆紹介と外来の患者数を減らしていこうというメッセージを、ずっと伝えてきています。

先ほども、大病院に通いたい理由がいくつか挙げられていましたが、私は、「何かあったときに、救急で受けてもらえないので」ということも、大病院指向になる一因だと思っています。

課題としては、先ほどから出ていますように、開業医の先生がどういった患者さんを受けていただけるかが、なかなか把握できませんので、その辺の情報が詳細に伝わるようになれば、病診連携がうまくいくようになっていくと思っております。

○増田座長：ありがとうございました。

確かに、患者さんにとっては、何かあったときに、すぐ受けしてもらえるかというのは、非常に重大な問題なので、その辺の安心感をどうやったら持っていけるかということでは、病診連携のことをよく分かっていただけると、うまくいくようになると思っています。

明理会中央総合病院の廣瀬先生、その辺で何か工夫しておられるようなことはございますか。

○廣瀬（明理会中央総合病院、院長）：この件に関しては、当院ではまだ十分な取り組みをしておりませんので、特に工夫しているようなことはございません。

うちの場合でも他科にまたがっている患者さんは、どうしてもうちの病院にかかりたいというお話が多いです。

私も外来をやっていましたが、半分以上の方が他科にまたがっている患者さんで、逆紹介をしようとしても、「ここに残りたい」という患者さんが多いです。

私は循環器内科ですが、単科で紹介することができている患者さんに関しては、基本的には、紹介された医療機関にお返しすることにはしていますが、多くの患者さんを当院の外来でずっと診ているというのが、当院の現状でございます。

○増田座長：ありがとうございました。

確かに、そこをクリアしないと、なかなかうまく流れないということになりますね。

ほかにいかがでしょうか。

先ほど、救急を受けたあとに、次の病院に送るという話がありましたが、大同病院とかは苦勞されていると思います。

その辺で、島本先生、何かご意見はございますか。

○島本（大同病院、理事長・院長）：救急を受けてから、ほかの病院に送らないといけないようなケースがありますが、うちは豊島区ですが、新宿区にある病院に受けていただく場合もありますので、ほかの医療機関にお願いするという場合は、今のところはそんなに困ってはいないです。

○増田座長：ありがとうございました。

最後に、受ける側として、豊島病院の安藤先生、「こういうようなことがあったら、受ける側もやりやすくなる」ということで、何かお考えになっていることはございますでしょうか。

○安藤（豊島病院、院長）：先ほど、豊島区でもやっておられるような、連携医の先生方ができることに関して、板橋区でも、かなり前から、地元の先生方の情報をしっかり持っていたように思います。

私は外科医なので、内科のことは分かりにくいのですが、心不全が特に問題だと思います。

がんの患者さんに関しては、いろいろな連携がしっかりできていますし、緩和医療に関しては、板橋区もしくは豊島区では、連携している医療機関とか在宅の

先生方のほうが、かえってすばらしい医療を医療をやっていただいたりしているように思っています。

その一方で、心不全に関しては、外科にかかっている心不全になったという限定の中での話ですが、戻ってくる患者さんが早いという印象があります。

あと、糖尿病の治療が非常に複雑になってきてきて、かつ、コロナ禍のために受診、受療の機会が減ってきたからではないかと思いますが、ヘモグロビンA1cが非常に上がっている患者さんがいます。

ですので、連携している先生方がしっかりやってくれれば、豊島病院としては、かかりつけ医の先生方との関係が、さらにうまくいくようになるのではないかと考えていますし、今も結構うまくいっていると思っています。

大事な点は、先ほど話も出ましたが、必要になったときに、病院のほうが確実に受けられるかどうかということで、これをしっかりしていかないと、この連携は絶対にうまくいきませんから、その辺も私たちもしっかりやっていきたいと思っています。

私たちとしては、そういう連携医の先生方が、他科にまたがる疾患でも、きちんと受けとめていただいていることに関して、非常に感謝していますし、板橋区ではかなりうまくいっていると、私自身は思っております。

○増田座長：ありがとうございました。

先生方が築き上げたシステムが、かなりうまくいっているのかなと感じております。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、活発なご議論をありがとうございました。「そんなに簡単にはいかないよ」という話ばかりで、気が重いとは思いますが、東京都から、今の意見交換を踏まえて、何かご発言はございますか。

○岩井部長：先生方が医療現場で日々感じられていることについて、率直なご意見をいろいろ賜りまして、本当にありがとうございました。

すぐに解決策を見出すことが難しいものもございますが、外来医療計画を初め、医療計画改定の年でもございますので、十分参考にさせていただきたいと思えます。ありがとうございました。

○増田座長：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

○増田座長：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、協議という位置づけです。

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て、合意を諮るという目的ですが、この議事は、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て、今回は、そのあと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のものについて、同様に確認と合意を行うというものです。

具体的には、資料3-2-1と3-2-2において、今回の協議の対象となる医療機関名を、水色で表示しております。

前回と同様に、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。

○増田座長：ありがとうございました。

それでは、2025年に向けた対応方針について、ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

これに関してはよろしいでしょうか。

特にご意見がなければ、各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。

昨年度の調整会議と同様の取扱いですが、各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とすること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、この件について区西北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

○増田座長：「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）：福祉保健局医療安全課からご説明いたします。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ございましたら、稼働をお願いしている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。

目的につきましては、資料の「1. 目的」に記載のとおりでございます。

「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、ご確認いただければと思います。

説明は以上です。

○増田座長：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)：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日までに回答して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、厚く御礼申し上げます。

続きまして、特例水準の申請状況についてです。

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」でございます。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。

○増田座長：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。

土谷先生は、全体の状況をよく把握しておられると思いますので、これに関してアドバイスなどをお願いします。

○土谷副会長：働き方改革についてコメントしたいと思います。

医師の働き方改革については、各病院で意識がかなり高まってきたかなと思っています。

これまで私が申し上げてきたのは、1つは、宿日直許可を取ってくださいということでした。もう1つは、時間外労働の960時間超えの特例水準の申請をできるだけしてほしいということでした。

この先にどんな問題が待ち構えているかといいますと、地域医療が維持できるかということです。特に、休日夜間の対応について、今までのように維持できるかということが、大きな課題になっていきます。

この春に東京都がアンケートをしましたが、ここでも2つのことが課題になりそうです。

1つは、心筋梗塞とか大動脈解離などの循環器疾患で、もう1つは、脳出血、脳梗塞などの脳血管疾患で、この2つの領域が維持できるのか。結構ぎりぎりになるのではないかということが危惧されます。

これらの問題に対して地域でどのように対応していけばよいかということは、今後の大きな課題になると思いますので、何とか乗り越えていきたいと考えているところです。

○増田座長：ありがとうございました。

夜間の救急体制に関しては、それぞれの病院で、自前のメンバーで何とか回していこうというところと、現状でも既に外部の医師に来ていただいているところもあると思います。

この点について、どのような状況でしょうか。

明理会中央総合病院の廣瀬先生のところはいかがでしょう。

○廣瀬（明理会中央総合病院、院長）：当直に関しては、グループ病院でも、外部からのアルバイトの先生をお願いしているのが現状だと思いますので、自前で回している病院はほとんどないと思います。

○増田座長：その救急が枯渇した場合には、夜間の救急体制は大打撃を受けますよね。

○廣瀬（明理会中央総合病院、院長）：そうですね。宿日直許可を申請することで、アルバイトをしてくださる先生を探していこうと考えております。

○増田座長：ありがとうございました。

公的な病院などは、余り困っていないのでしょうか。豊島病院の安藤先生、いかがでしょうか。

○安藤（豊島病院、院長）：宿日直については、以前から認可をもらってしまっていて、9系列までは取れていましたが、実は、その後、系列が少し増えていて、そこに関してしっかりとつくっていかないといけないという状況です。

小児科は今何とかなっていますが、産婦人科が一番困るわけです。これは、本院だけとか東京だけの問題ではなくて、日本全体の問題で、産婦人科の宿日直に関してうまくまとまらなければ、もっと少子化しないとどうにもならないような状況になってしまうと思っています。

○増田座長：ありがとうございました。

宮崎先生、地域医療振興協会は、自前で何とかなっているのでしょうか。

○宮崎（副座長、東京都病院協会、東京北医療センター管理者）：うちの病院は、産婦人科以外は大体自前でできていますので、何とかなっています。

ただ、救急とかにはアルバイトとかが来ていただいていますので、これがどうなるかなと、心配しているところです。

産婦人科に関しては、宿日直許可がもらえていますので、自分のところの話ではありますが、何とかなりそうだと思います。

○増田座長：ありがとうございました。

地区医師会としては、地域連携当直で、余り戦力になっていない気がしますが、お手伝いさせていただきますが、大塚病院の小児の平日は、豊島区医師会が結構協力していただいていますよね。

三部先生、その辺で、「とても役に立っている」とか、「もっと増やしてほしい」とか、何かご意見はございますでしょうか。

○三部（都立大塚病院、院長）：準夜帯に来てくださって、お手伝いをしていただいています。これは、今後も変わらないと思いますが、当直体制の維持ということに関しては、苦勞しております。

小児科もそれ以外も、この病院だけで当直を回していますので、小児科の医師からは、「当直明けは帰らないといけないという条件では、1系列回せない」と言われています。外科もそうで、1系列回せないという状況も出ています。

先ほどのお話の、外来を少し絞っていくということとつながると思うんですが、翌日の外来を減らすとかの工夫をしながら、それでもだめだったら、当直系列を減らすとか、どうしてもだめになると、穴が開いてしまうということで、危機が迫っているところもあります。

今後とも、地域を支えられるように、なるべく現状の系列を維持したいということで、今動いているところです。

○増田座長：ありがとうございました。

夜間救急は、住民にとっては重大な問題ですので何とかしてその穴を開けないように、いろいろご協力をよろしくお願いいたします。

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。

よろしいですか。

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)