

[令和4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4年7月21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』

### 〔区中央部〕

令和4年7月21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、区中央部を開催いたします。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いたします。

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。昼間の業務のあとお集まりいただきありがとうございます。

この2年間は調整会議は何をしていたかといいますと、新型コロナウイルスの話で持ちきりでした。そのため、感染症に対しての医療連携は、この2年間ですいぶん深まったと思っておられると思います。

今年度の2回の調整会議では、感染症の地域連携ではなくて、きょうも新規の感染者が3万人を超えましたので、コロナのほうに心が行ってしまおうのですが、地域医療の連携に重点を戻して、議論してい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。

○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鈴木よりご挨拶を申し上げます。

○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、土谷理事からもありましたが、コロナの新規陽性者が3万人を超えたため、その対策のために、都庁からWebで参加させていただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

きょうはお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

私どもには、国から宿題が出ておまして、基本的対応方針について考え方を出せということですが、それをただ出すだけではということで、皆さまの何かお役に立つようなことをやりたいと思ひまして、今回、調査などをいろいろやっしていきたいということで、ご意見をちょうだいしたいと思っているところでございます。

そのほか、医師の働き方改革ですとか、病床配分とか外来機能報告とかの情報提供もさせていただきます。限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見をお聞かせいただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○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は、公開とさせていただきます。

傍聴の方々には、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、よろしくお願いいたします。

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

○藤田座長：座長の、港区医師会の藤田でございます。よろしくお願ひいたします。

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おります。

都での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、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、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に沿ってご説明したいと思います。

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ていき、地域医療構想の推進につなげようということ、国主導で全国的に行ってきました。

具体的対応方針の議論については、コロナ禍でしばらく保留となっておりましたが、参考資料3にありますとおり、国から昨年度末に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のが、資料1-1の「①調整会議での検討事項」に記載の内容となります。

公立・公的・民間の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、各圏域における対応方針に係る合意を諮ることとされており、これを令和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年が一旦目安としてありますが、都の人口は、2040年以降に向けて、高齢人口の増加が加速し、医療需要がますます増大してまいります。

ですので、「現在の2025年に向けて」という話よりも、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や、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、今から大幅な変更を求めるのは難しいということが想定されます。

このような観点から、国が求める「2025年に向けた対応方針の合意」といったことに関しては、各医療機関に何か新たな計画を策定していただくといったことではなく、基本的には、病床機能報告で例年報告されている各医療機関の対応方針を尊重し、圏域として合意を行っていきたいと考えております。

そして、都としては、それよりも、より先を見据えた機能分化や医療連携の議論を、一層深めていくことに今年度の調整会議において注力していきたいと考えております。

続いて、「④今後の予定」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っていくにあたり、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。そこで、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うものがありますが、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」といったものになります。

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、そちらに医療機関ごとに掲載しております。また、2025年の病床数としては、令和3年の病床機能報告で報告されている、2025年7月1日予定の病床数を、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、既に情報として揃っておりますので、各医療機関におかれましては、自院に関わる記載内容を確認し、必要に応じて、追記や修正等を行っていただきたいと考えております。

こちらの確認票は、国の求める合意に関する対応ですが、基本的には病床機能報告ベースとなります。病床機能報告は、病棟単位で医療機能を4区分で把握するため、日ごろの現場感覚とのずれがかねてから指摘されております。

そこで、都としては、医療連携の議論をより深めるために、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たいと思います。

現状のたたき台を、資料1-3にお示ししております。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連携の変化」、また、「2025年以降、自院が地域で果たす役割」といったものを、質問として想定しております。

ただ、あくまでも事務局で考えたたたき台ですので、今後の調整会議で医療連携の議論をより深めていくために、どのような情報があれば役立つのかということ、このあと、医療機関の目線でのご意見をいただき、そちらを反映した形で意見照会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、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ていきたいと考えております。

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、検討状況を公表すること、国から要請されておりますので、都の場合は、10月はまだ「協議中」といった

状況かと思いますが、3月末には、「全て合意済み」といったところまで持っていきたいというのが、今年度の予定でございます。

本日は、このような今後の議論の進め方についてご意見をいただくとともに、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、今後の機能分化と連携の議論を深めていくために、どのような情報があればよいか、各医療機関の目線でご意見をいただきたいと思います。

議事についてのご説明は以上となります。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、意見交換に移りたいと思いますが、土谷理事から補足的に説明していただければと思います。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

国の宿題というものがあまして、東京都に課せられているもので、それは、公立・公的病院がプランを立てて、皆さんの前でプレゼンしてもらうということ、コロナの前にやっていましたが、それを、全ての病院がこの調整会議で示して、合意を得てほしいというものです。

しかし、民間の全ての病院が同じようなことができるかという、できるわけではないと考えますので、東京都としては、これに対して2つのやり方を考えておられます。

調整会議の大きなテーマは2つありまして、1つは病床の話で、もう1つは医療連携についてで、この2つが地域医療構想そのものの大きなテーマになっています。

それに対応させる形で、資料1-2と資料1-3を、成果物としてつくり上げたいと考えていまして、病床の話が1-2になります。各病院の病床の状況を数字で示すということで、1-3は、地域連携を深めるためにはどうしたらいいかという調査票を作成するということです。

ただ、この1-3の調査票はまだ未完成ですので、ここで皆さんにご議論いただいて、地域連携が深まるような調査票にしていきたいということで、どのような質問をすれば、お互いの連携が深まっていくかということですので、その

あたりを中心に議論していただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございます。

医療連携を深めるための資料づくりということで、皆さまにご協力いただくということですので、ご意見を伺っていきたいと思います。

まずは、東大病院の瀬戸先生、ご意見をお伺いしたいのですが、いかがでしょうか。

○瀬戸（東京大学医学部附属病院 病院長）：個人的な意見でもいいでしょうか。

○藤田座長：はい。よろしく申し上げます。

○瀬戸（東京大学医学部附属病院 病院長）：先日の、新型コロナの政府の対策会議から出された提言の中にもあったのですが、こういった感染症に限らず、例えば、レセプト情報、電子カルテ情報とか、いわゆる処方内容とかを、連携する医療機関の中で共有できるような仕組みを推進していただくと、恐らく医療機関同士の連携は進めやすくなりますし、それぞれの役割分担も明確にしやすくなるのではないかと思います。

ですので、そういった情報を共有する方法をよりスムーズにしてほしいと願っています。

○藤田座長：ありがとうございました。情報共有が大事だというご意見をちょうだいいたしました。

では、虎の門病院の門脇先生、お願いいたします。

○門脇（虎の門病院 院長）：このような連携会議が、より密度高く開かれることが、まず重要だと思っています。

また、役割分担と連携については、これらを評価される指標というものが開発されると、うまく進んでいくのではないかと思います。



つまり、役割分担が適正であるかどうかということです。今は、手挙げ方式と  
いいますか、それぞれの病院の役割をそれぞれの病院が意思表示をするようにな  
っていますが、その部分は、病院の特徴を考えながら、それぞれの病院として申  
請することになると思います。

ただ、その役割分担というものが、都の医療ニーズから見て適切かどうかとい  
う点で、都なり医師会なりの考え方をそこに加えていただいて、各病院が手挙げ  
をした部分が、適切に修正されて、全体としては、その役割分担の姿が、今後の  
医療ニーズから見て適切かどうかを評価される必要があると思っています。

役割分担をそのように評価した上で、それがどう連携しているかということ、  
どういう数値によってどう評価するのかといったことが、次の課題になると思っ  
ています。

そういった評価に基づいて、絶えずそれを修正しながら、前に進めていくとい  
うフィードバックの仕組みが必要だと思っています。

○藤田座長：ありがとうございました。

手挙げ方式という自己評価だけではなくて、他の医療機関からの客観的な評価  
も必要だろうというお話と承りました。

では、国立がん研究センターの島田先生、お願いいたします。

○島田（国立がん研究センター中央病院 院長）：私どもの病院は、がんの特化し  
ているので、連携が非常に重要なことだと思っています。

ただ、患者さんは区中央部だけでなくて、いろいろなところから来るという  
問題もありますし、どこの病院とどう連携していくのかということは、地域ごと  
にはなかなか難しい点があるのかなと思います。

ですので、患者さんの居住地、連携する病院様、あるいは私どもの病院という  
ふう、その3点の中でいろいろ調整していく必要があります。

そういう意味では、先ほどのお話のように、電子カルテが共有されますと、情  
報が非常に綿密になりますが、在宅とどうするかというような、非常に大きな問  
題もありますので、皆様のご意見を聞かせていただき、今後勉強させていただ  
きたいと思いますので、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。

二次医療圏だけでは完結しない区中央部ということで、より広い範囲での検討が必要だろうということだと思います。

では、三井記念病院の川崎先生、お願いいたします。

○川崎（三井記念病院 院長）：連携といっても、自分の病院のことはわかりますが、ほかの病院のことを本当に正確にわかるかということ、なかなか難しいわけです。

近くの病院で、よく知っている病院とは連携できるですが、それ以外に、区中央部でどう連携していくのかということに関しては、なかなか難しい部分があります。

特に、民間病院ですから、どういうふうな規制がかかって、どのように国や都が我々に向かって何を投げかけるかということが、余り見えないものですから、当院としてどうしていくかということは、なかなかはっきりつかめないところがあります。

こういう会議を開いていただいても、はっきり見えてきません。何回か出席させていただいていますが、当院としてできる範囲のところで頑張ることはできますが、なかなか難しいなと思っているところです。

○藤田座長：ありがとうございます。

それぞれの病院が今まで長いいきさつがあって、積み重ねられてきた医療連携があると思いますので、それがベースになってくると思いますが、それに加えて、またどうしていけばいいかということかと思いますが、引き続きよろしく願いいたします。

それでは、永寿総合病院の愛甲先生、お願いいたします。

○愛甲（永寿総合病院 院長）：今の川崎先生と同じような印象を持っています。

私が院長になってから1年半ほどになりますが、直接お会いしていない方がほとんどですので、どういう疾患はどの病院がよくて、どういう疾患はうちでも欲

しいというようなつながりを、どう築いていけばいいかわからないというところがあります。

それを東京都にお願いするというのも、よくわからない話になってしまいますが、こういうコロナの時代に、顔の見える連携というものをどのようにつくっていけばいいかということのヒントを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。

確かに、コロナの前は医療連携の機運がかなり高まっていたのですが、コロナで会合が開けないということで、今は停滞期にあるかなという感じがしています。

では、聖路加国際病院の石松先生、お願いいたします。

○石松（聖路加国際病院 院長）：医療をこの区中央部の中で完結しなければいけないという発想ではありませんが、それぞれの病院に入院している患者さんが、どういう地域からどういう形で入院されて、その先は、どういうステータスの病院に転院されたか、あるいは自宅にお帰りになったかというようなことが、もし出せるのであれば、それを見ると、区中央部にある病院の本当のニーズというのがわかると思います。

先ほど出ましたような医療情報の共有は、非常に大事ですが、なかなか難しい部分もありますので、まずは、現状はどうなっているかということ調べることも必要かなと思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。

ここまでで、高度急性期の病院の先生方のお話をお伺いしたわけですが、佐々木先生、何かコメントはございますでしょうか。

○佐々木理事：東京都医師会の佐々木です。

私は、区中央部で座長を長くさせていただいていましたが、確かに、今の高度急性期に関していえば、非常に広い地域を相手にしているので、閉じた連携ではありませんから、どのようにやっていけばいいかわからないというのはおっしゃるとおりだと思います。

ただ、逆に、狭い地域にいろいろな病院が集中している地域でもありますので、その役割の違いというものをお互いに明確にしながら、特に近い病院との役割分担をどうしていけばいいかということで、「自分はこういう分野が得意で、隣の病院と役割分担をしながらやっていこう」というように、それぞれの病院の得意分野、不得意分野を明らかにしていくということも、必要ではないかと思いつつ、お話を聞いておりました。ありがとうございます。

○藤田座長：土谷先生はいかがでしょう。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

日ごろの連携でどういったところが課題かと思っているかということをつかきかけに、「こういった質問をすれば、もう少し患者さんの移動がスムーズになるのではないか」といったような視点で、今の点をお考えいただいてもいいのではないかと思います。よろしく願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございます。

それでは、急性期病院の先生方にお話を伺っていきたいと思います。

まず、済生会中央病院の海老原先生、ご意見をいただければと思います。

○海老原（東京都済生会中央病院 院長）：病院機能の点に関しては、この区中央部という医療圏には、たくさんの病院が集中している場所ではありますが、患者さんはこの地区だけの方ではないので、この医療圏だけで語っていくのはなかなか難しいと、常々感じております。

それぞれの病院が古くからやっている連携というものがありますので、それがいくつかつなげられていけば、うまく運んでいくのではないかと思います。

コロナの対応によって、近い病院に関しては、「ここの病院はこういうことが得意」とかということがわかってきましたので、そういう病院同士の連携がうまくいくようになってということがあると思いますので、そういう連携が少しでも発展できればと考えております。

それから、資料1-2を拝見していると、高度急性期と急性期が逆ではないかというところも見受けられます。それぞれの病院の基準でやっているようなところがありますので、それに関しても、一定の基準を設けたほうがいいのではないかと感じております。

○藤田座長：ありがとうございます。

ガイドラインを見直したほうがいいということかと思いますが、この春から、診療報酬改定で感染症加算で開業医のほうまで入るようになったのですが、ああいったものでかなり病病連携というものがいつの間にか進んでいたんだという印象があります。

では、東京逋信病院の安原先生はいかがでしょうか。

○安原（東京逋信病院 院長）：病病連携に関しては全く同感です。

論点がずれませんが、今回の調整会議では、このたび起きた感染症の対応は、ちょっと外して考えるということですが、この部分を外して、高齢者が増えていくというような視点で見ていくというのは、一面的見方になりかねないのではないかとということで、少し違和感があります。

○藤田座長：ありがとうございます。

確かに、コロナを通じて、医療連携も進んだ部分もありますので、それはそれで大切なアセットなのかなという印象を持っております。

では、都立駒込病院の八杉先生、いかがでしょうか。

○八杉（都立駒込病院 副院長）：代理で出ていますので、気の利いたことは言えませんが、うちも、がんとか脳梗塞の方々が多いので、近くのところとの連携というのはなかなか難しいところがあります。

ただ、一部の科によっては、急性期の治療が終わった患者さんを診ていただいているという、病院の連携もありますので、そういうところをもっと増やしてい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。

では、浅草病院の日野先生、お願いいたします。

○日野（浅草病院 院長）：佐々木先生が先ほどおっしゃったように、得意分野と不得意分野をとりあえず書こうということかなと思っております。

ただ、病院の方向性が今後変わるような、ドラスティックな場面も出てくると思いますので、そのあたりをどのように織り込んでいこうかなと思っています。

これは、私の病院の話ですが、とりあえずそのあたりを埋めていこうと考えております。

○藤田座長：ありがとうございます。

ここでまた、佐々木先生、コメントをお願いいたします。

○佐々木理事：東京都医師会の佐々木です。

先ほどの話の戻りますが、適正かどうかの指標という話がありましたが、もしよろしければ、どういう指標を項目として上げれば、連携のための把握に役立つかということ、いろいろ考えていただくのもいいのかなと思います。

○藤田座長：土谷先生はいかがでしょう。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

高度急性期、急性期の病院の先生方からご意見をいただいたところですが、この区中央部というのは、地元だけではなく、東京だけではなく、日本全体までも視野に入れて、病院を運営されているような、日本で名だたる病院が多いので、この議論は難しいところだと思います。

このあとは、回復期、慢性期の先生方のお話になりますので、「自分たちはどういったところなら受けられる」というような話をお聞きできればと思いますので、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。

それでは、回復期の九段坂病院の山田先生、お願いいたします。

○山田（九段坂病院 院長）：私は、この4月から院長になったばかりで、今回初めて、この調整会議に出席させていただきました。

地域の医療ニーズに基づいて、連携を推進していくというのは、非常に重要な取り組みだと思っております。

ただ、区中央部というのは、病院の専門性が非常に高い病院が集まっているところですので、どのような患者さんがどこから集まっているかというようなことも含めて、地域の連携ができているかを把握していかないと、ごく一部分しか把握できないような感じがしています。

今後とも、この会議でいろいろ勉強させていただきますので、よろしくをお願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、JCHO東京高輪病院の山本先生、お願いいたします。

○山本（JCHO東京高輪病院 院長）：私も、この4月から院長に着任したばかりですが、前任の木村先生が、地域包括病床を増やされたということもありまして、着任前の3月から5月にかけて、先ほどお話をされていた、がんセンターの島田先生、済生会の海老原先生、虎の門の門脇先生などのところに、10施設ぐらいにご挨拶に行きました。

病病連携をさせていただいたところに、どのぐらいの患者さんの受入れをさせていただいていたかとか、どのぐらいの患者さんをご紹介しているかということを知っていただくために、ご挨拶に回っておりました。

そのほか、副院長を初め各科の先生方が、医療機関を数多く回って、顔の見える関係を築いていくということをご心掛けてまいりました。

この資料1-3の内容につきましては、高度急性期の先生には、そこで治療した患者さんを、そのあと紹介するときに、「こういったことで困っている」ということを書いていただければ、「うちはそれに応じられるのではないか」ということを考えられるのではないかと思います。

我々のような地域密着の病院の立場からいうと、「こういう患者であれば受けられます」ということが、病病連携をするときに見ていただければ、有益な情報が得られるのではないかと思います。

ですので、診療科ごとに記入できるようにしていただけると、大変ありがたいと思います。

○藤田座長：貴重なご意見をありがとうございました。

では、東京健生病院の山崎先生、お願いいたします。

○山崎（東京健生病院 院長）：山本先生から今お話があったようなことと同意見です。

コロナのために顔の見える関係が今はなかなかできにくいのですが、Webでもいいと思いますので、顔の見える関係ができていくと、連携もやりやすいかと思います。

当院は、回復期と慢性期が中心の病院ですので、先ほどからご発言いただいている高度急性期、急性期の病院のほうから、患者さんをたくさん紹介しています。

また、山本先生のところからも紹介していただいておりますので、画面ごしではありますが、「先生のところからも患者さんが来ているんだな」ということを、この会議でも思ったりしています。

区中央部で集まるというのは、なかなか難しいかもしれませんが、もう少し狭いところで何とか顔の見える形で、突っ込んだ議論ができるようにして、それを積み上げていって、区中央部全体で議論するということができれば、もっと具体的なことが進んでいくのではないかと思います。

コロナの対応で、顔の見える連携をしながら、患者さんを受け入れたりしていたという話も聞いていますので、そういうことを参考にするのもいいかなと思っています。

○藤田座長：大変建設的なご意見をありがとうございました。

では、台東病院の山田先生、お願いいたします。



○山田（台東区立台東病院 院長）：当院も、今の健生病院と同じような立場で、主に高齢者の方々の急性期の治療後の、在宅に帰す前の病院として、これまで機能してきたつもりです。

ですから、病病連携というのは、非常に重要な課題でもありますが、それにとられず、医師会の先生方との病診連携も非常に大切だと思っております。

対象となる方々が概ね高齢者ということで、ただ単に、退院してこられるときの病気の情報以外にも、ほかの病気の情報ですとか、多剤を服用されている場合もありますので、そういう服用歴とか、ADLとか、家族の状況とか、家屋の状況、さらには、終末期のACPに関する情報などが、ある程度統一したフォーマットで患者さんの家族がお持ちだと、非常にありがたいと思っております。

ですので、高齢者の問題を中心にうまく解決できるようにしていくと、役割分担というものも非常にスムーズに進んでいくのではないかと思います。

施設からお預かりする患者さんとか、施設から急に救急車に乗られる方とかは、病前の状況とかがなかなかつかみにくいことが多いものですから、高齢者に関わる情報が共有できると、その辺がうまく流れていくのではないかという感想を持っています。

コロナの場合は、区外でお世話になることもありましたので、区を超えての連携も、コロナのおかげで、病病連携がよくなってきたと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

施設、在宅との連携も、大変大事であるということですね。

では、浅草寺病院の黒田先生、お願いいたします。

○黒田（浅草寺病院 院長）：当院は、今までは、一般病床60床、療養病床60床という形でやってきましたが、現在は、25床を地域包括ケア病床として、回復期の管理料で取っておりますが、そういう形に変更してしております。

そういった意味で、基本的には、地域の病院として、内科中心の病院で、一般の急性期から回復期、慢性期といったところを担えればと思っておりますが、医療提供レベルということに関しては、なかなか限られているというのが現状かと思えます。

どちらかというと、地域の人々を受け入れて、診ていくという姿勢で行っておりますので、区中央部というところでは、日本全国からさまざまな方を高度急性期で受け入れられていますが、そこからの方々を受け入れられればと思っております。

ですので、例えば、周りの医療機関とは連携をさせていただき、その内容を確認しながら受け入れるという姿勢をとっておりますが、今後は、いろいろな情報共有において、先ほどもお話が出ていましたように、さまざまな情報を共有できればと思っております。

そうすれば、区中央部の中の病院はもちろん、区中央部以外の病院とも連携がうまくいって、今後帰っていく場所が変わっていく方も出てくるのではないかと思います。

ですので、この台東区もしくはこの周辺の地域に戻ってくる方を受け入れられるような情報共有ができ、医療内容についても、「受けられる」「受けられない」という形での情報共有ができればと思っております。

この資料を拝見して、こういったことの記載もできればと思っておりますので、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。

佐々木先生、今のお話についてのコメントをお願いいたします。

○佐々木理事：東京都医師会の佐々木です。

黒田先生がおっしゃったように、それぞれの医療機能によって、対応する地域の広さ、関係する病院も違ってきますので、それぞれの医療機能によって求められる機能は何か、相手に求める機能、情報は何かということを、はっきり示していただくのがいいかなと思いました。

それから、JCHOの山本先生がおっしゃったような、診療科ごとの情報を書きたいということは、大変結構なことだと思います。

あと、医療情報の共有ということが、皆さんから出てきましたが、医療的な情報とともに、台東病院の山田先生がおっしゃったような、患者の背景、いわゆるPHRについての情報も、非常に大事なことだと思って聞いておりました。

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。

土谷先生にも、全体を通じてのコメントをお願いいたします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

先ほどからもお話がありましたように、この区中央部というのは、日本の中でも特異な圏域になっていて、病床は非常に多く、しかも、高度な医療を提供している病院が非常に多いわけです。

そうは言っても、地域に住んでいらっしゃる方もおられますので、そういう人たちをどのように診ていくかということが、一つのテーマになるところだと思います。

東京都以外の圏域はどのぐらいの人口規模でやっているかといいますと、3万人の規模で医療圏を形成しているところもありますが、そういったところは、いやおうなく顔の見える関係になりますので、役割分担もかなりうまくできていると思われまます。

「あそこの病院は」というか、「あそこの病院にはどんな先生がいて、こんなことが得意だ」というところまでわかるような連携になっていると思います。

区中央部においては、病院が非常に多く、しかも、役割分担といっても非常に難しく、地域医療の連携を深めることが日本で一番やりにくい地域なのかもしれません。

ただ、地域に住んでいる人たちのためにどのように連携するかということは、高度急性期、急性期の病院より回復期の病院が中心になっていく話なのかもしれませんが、区中央部においても大きな課題かなと思っています。

今後ともどうぞよろしくをお願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

ほかにご発言になる先生はおられますでしょうか。

東都文京病院の杉本先生、お願いいたします。

○杉本（東京都病院協会・東都文京病院 統括院長）：連携を深めていくかということでは、専門性ということと救急性という要素が、重要なポイントになるかなと思っています。

特に、一般の日常の臨床の中でも、周産期と小児に関しては、少し特別で、それぞれの分野での連携体制が、東京都ではしっかりできているかと思います。

その中で、日常の一般臨床の中でも、夜間救急がスムーズに受けられているかということ、必ずしもそうではなくて、救急隊からの問題をみると、精神疾患の合併がある方とか、外傷で整形の専門性が必要な場合、それから、先ほどもありましたような、介護が必要な高齢者の場合など、難しい状況がいろいろあります。

最近では、コロナの感染で合併している場合などもありますが、そうした場合、夜間救急を受け入れてくれるところが限られていて、救急車が立往生するというようなことが多くあります。

そうしたことがないような地域であれば、それは、理想的な連携ができていると言えると思いますが、日ごろからの連携の中で、各病院には地域連携という機能を果たす地域連携室があって、そこがこの連携の鍵を握っていらっしゃると思います。

うまく行っているところは、そういう連携室を中心としたモデルを提示していただくと、非常に参考になるかと思いますが、そこに課題があるとなれば、何が課題かを出していただければ、この区中央部として、そのところを解決するための知恵を出していくことが必要になると思います。

そういうような観点から、連携というものを今後とも充実していただけるといいかなと思います。

私は、二次医療機関で、かつ、産婦人科をやっているということで、少し違った角度から意見を述べさせていただきました。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、ここで、地域医療アドバイザーの方々から、今の意見交換を踏まえて、コメントをちょうだいできればと思います。よろしくお願いいたします。

○高久（一橋大学）：一橋大学の高久です。

区中央部は医療資源が非常に多い地区になりますが、コロナ禍を経て、連携がより活発になったというご意見がありまして、医療提供体制がより盤石になったのかなという印象を持ちました。

調査票については、それぞれの病院の得意、不得意を、診療科ごとに聞くということが、ほかの圏域でも出ていましたが、ただ単に、それを聞いても、主観的な答えになってしまわないかということも、多少気になるところです。

疾患ごとにモデルケースというか、症状なり患者像というものがあるかと思えますので、そういう患者像を設定して、そういう方を引き受けられるかどうかのような、ある程度客観的な聞き方を工夫したらどうかということをお聞きして思いました。

○藤田座長：ありがとうございます。

○木津喜（東京医科歯科大学）：東京医科歯科大学の木津喜です。

これまでの議論から考えますと、このアンケートの一つの目的としては、現在の取組みのよかった点とか、改善すべき点といったことを聴取することと、もう一つは、地域の医療資源を把握するという意味で、データベースであったりマップであったり、地域の医療資源を把握するということがあると思っています。

ただ、きょうの議論からですと、そういったものは、連携をつくるベースになるものであって、実際の連携を構築するためには、こういった調整会議を行ったりして、顔の見える関係を構築する必要があるということでした。

ですので、このアンケートをする場合、どういった方法がいいのかということも含めて、回答を求めていく必要があるということだったかと思えます。

そして、評価指標についてもお話がありましたが、最初のステップとしては、どういった課題があつて、それが、どういう取組みによって改善していったかということ、質的に見ていくということも、現実的にはありなのかなと思われました。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、東京都のほうから、今の意見交換を含めて、何かご発言はございますでしょうか。

○鈴木部長：東京都の鈴木でございます。

本日はいろいろなご意見をいただきましてありがとうございます。

いただいたご意見を参考にして、これからつくり上げていくわけですが、完成を目指すというよりも、まずつくったものをさらに磨き上げていくような作業も必要なのかなということを、議論をお聞きしていて思いました。

完成形がいきなりできるのは難しいかもしれませんが、「もっとこうしたほうがいい」というご意見をいただくのも、また一つの作業なのかなと感じております。

きょうは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。

佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木理事：東京都医師会の佐々木です。

きょう出席された先生方から、「この圏域の状況がどうなのか知りたい」とか、今回新しく委員になられたという先生もおられますが、平成28年からこれで12回目になるかと思いますが、この調整会議でもいろいろ過去のデータが出ております。

例えば、コロナで通常医療が圧迫されたときに、どこの病院がどのような医療体制をとっていたかなどのデータもあります。東京都のホームページを見れば、過去のデータがいろいろありますので、膨大な資料ですが、ご覧になっていただければと思います。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。

それでは、次の報告事項に進みたいと思います。

### 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) 外来医療計画に関連する手続きの提出状況について

○藤田座長：「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、質問などは最後にまとめてお願いいたします。

○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をお付けしております。

「1. 外来機能の課題」です。患者さん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、待ち時間が増えたり、勤務医の負担増加につながっているなどの点が、国の課題認識としてございます。

そのため、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、今回の制度開始の主旨となります。

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する。

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ったものについては、紹介受診重点医療機関となれることとされております。

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」の概要をまとめております。

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ます、「報告」の「義務対象」は、病院及び有床診療所となります。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されます。



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、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。よろしく申し上げます。

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、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、国の資料となっております。

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」とご回答いただい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病院という結果になっていますので、「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」というものを設置しておりまして、「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、取組みを支援してまいりますので、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準備プロセスの資料となっております。

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さらに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ので、よろしく願いいたします。

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して、区中央部は、基準病床数が5576床に対しまして、既存病床数が1万3290床ということですので、今年度の病床配分につきましては実施いたしません。

そのため、参考としてですが、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きまして、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。

資料4の説明は以上でございます。

○東京都（事務局）：最後に、資料5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」でございまして、令和2年度の外来医療計画の策定に伴い実施をしている手続きに関するご報告となります。

「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、二次医療圏ごとの外来医療機能の状況について理解を深めていただき、地域医療への協力意向の確認を行う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5の別紙1に一覧としてお付けしております。

「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」の提出を求めるものです。

こちらについても、別紙2のほうに、提出があったものについてお付けしておりますので、ご確認ください。

報告事項は以上となります。

○藤田座長：ありがとうございました。

報告事項についてご質問がある方がいらっしゃいますでしょうか。

では、土谷先生、どうぞ。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

働き方改革については、それぞれの病院で大きな課題として取り組んでおられると思います。

他の圏域でも聞いておりますが、進んでいる病院がある一方で、余り進んでいないという現状が伺えますので、もしよろしければ、高度急性期、急性期の病院の先生方に、どのくらい進んでいるかということ、簡単に結構ですので、お聞かせいただければと思います。

特に、一番問題となるのが医師の派遣で、宿日直を取っている病院には派遣できるけれども、そうでないところには派遣できないとか、自分の病院の労働時間の管理をやっと始めたところなので、そこまで手が回らないといった現状を教えてくださいいただければと思います。

○藤田座長：それでは、東京大学附属病院の瀬戸先生、お願いできるでしょうか。

○岩瀬（東京大学医学部附属病院 事務部長）：東大病院事務部長の岩瀬と申します。病院長が席を外していますので、代わってお答え申し上げます。

本院としては、医師の勤務状況について確認させていただいているとともに、それぞれの医師が行かれている医療機関の状況というものを、今確認中でございます。

これから、それぞれの医療機関がどういう形で受けているかというところの確認も含めて、今から進めさせていただく予定でございます。期限がありますので、そこに間に合うように、しっかり進めさせていただこうと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

○土谷理事：三井記念病院の川崎先生はいかがでしょう。

○川崎（三井記念病院 院長）：いろいろなモニタリングをしております。例えば、当直明けに原則12時までに帰すようなことが、何%行われているかなどのモニタリングをし始めておりますと、少しずつ改善されているということをつかむことができしております。

ただ、一言に「医師」といっても、診療部門で違いが大きくて、ほとんどやる必要がない科もたくさんあります。一方で、例えば、心臓血管外科などは、人数を増やすしか解決方法がないような診療科もあります。

だから、診療の領域によって働き方改革というのは悩ましいところがありますが、少しずつ進んでいる状況ではあると思っております。

○土谷理事：ありがとうございました。

聖路加の石松先生はいかがでしょう。

○石松（聖路加国際病院 院長）：当院には、6年前に労基が入りまして、どの病院もご苦労されているだろうと思うような、医師の出退勤の打刻というものが、かなり全医師に徹底してまいりましたので、そういう点では、960時間を超える人は、どういう職種の人で、どういう立場の人かということが、かなりはっきりしてきました。

しかも、そういう先生が所属する科の特徴というものもわかってきましたので、労基が入ったときから、完全に交代制にしないといけない診療科については、既に交代制になっておりますので、そういう点ではかなり進んでいるほうかなと思っております。

あとは、来月までに計画書を出すということで、「C-1」「C-2」水準をどうするかということで、その計画書を作成しているところでございます。

○土谷理事：ありがとうございました。

虎の門病院の門脇先生はいかがでしょう。

○門脇（虎の門病院 院長）：私が院長に就任してから、超過勤務を3分の2ぐらいまで減らすということを、今まで進めてきました。

特に重視しているのは、超過勤務について厳密に定義をしているということです。

上司の業務命令によって行われるのが超過勤務であって、今までの自己研鑽のようなものまでも含めて、時間外を一律に超過勤務とみなすという考え方がありましたが、そこは、非常に厳密に超過勤務と自己研鑽を分けています。

例えば、カンファレンスへの出席でも、いわゆる、患者さんについて議論するカンファレンスは勤務と認めています。一般的な学会に関する予行であったり、患者さんを直接検討するカンファレンス以外は、自己研鑽とみなすとしております。

それから、超過勤務が比較的長い診療科については、具体的にそれぞれヒアリングをしたりして、月60時間以上勤務、中でも80時間を超えたりする場合には、院長が直接面談をして、その改善を行っております。

あと、人数を増やして超過勤務に対応しなければいけない場合があれば、その場合には、適切な勤務時間になるように、人を増やすというようなことも行っております。

逆に言いますと、超過勤務が全く必要のないような科については、人が多いかもしれないという発想で、後任を補充しないとかすることによって、全体の人数を増やさない中で、配置の適正化などを進めているところです。

○土谷理事：ありがとうございました。

永寿総合病院の愛甲先生はいかがでしょう。

○愛甲（永寿総合病院 院長）：大分前ですが、1週間丸々の実態調査を、外勤も含めて実施しました。

その結果をワーキンググループが検討しましたが、余り大きな逸脱はなかったと把握しております。

コロナの前に既に、オンコールにしたりして、勤務時間に入れないようにしたりとかして、ちょっと姑息ではありますが、そういうことも始めていたので、そのおかげで、数字が減ってきてはおります。

ただ、それはそれでちょっと問題も出てきておりますので、この辺をどう整理していくかということを検討しているところです。

○土谷理事：ありがとうございました。

それぞれの病院で具体的な対策をとられ始めているところだということが、よくわかりました。ありがとうございました。

なお、今後も、厚労省、日本医師会、東京都からさまざまな調査、アンケートがあると思いますが、そのときには、「労基にデータは渡しません」ということが必ず書いてありますので、正直にお答えいただきたいと思っています。

働き方改革が進んでいないということも、大きな事実でありますので、正直にご協力いただきたいと思っています。どうぞ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。

そのほか、報告事項についてご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

それでは、この調整会議は地域での情報を共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報提供を行いたいということがありましたら、お願いいたします。

東京都薬剤師会の犬伏先生、お願いいたします。

○犬伏（東京都薬剤師会 理事）：予定が超過しているところ、大変申しわけありませんが、1分ほどお時間をちょうだいしたいと思います。

先ほどからの議論をお伺いしておりまして、やはり、区中央部というのは、専門性が高く、高齢者も多いということだったかと思います。

高齢者が多いとなりますと、実は、それぞれの方の健康な状態のときからの生活像などを、薬局がつかんでいることが案外多いです。

入退院をされる患者さんに対して、薬局でも情報を提供できたらということで、努力をしているところでございます。

例えば、「患者さんが認知症のため、どういう背景があるのかよくわからない」というようなことがありましたら、薬局に情報提供を求めていただければ、対応できる場合もございますので、ご一報いただきたいと思っています。よろしく願いいたします。

○藤田座長：貴重な情報提供をいただき、どうもありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。

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。ありがとうございました。

## 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、「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週間以内にご提出いただければと思います。

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)