

[令和4年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

令和4年7月4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』

〔区南部〕

令和4年7月4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、区南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。お忙しい中、お暑い中お集まりいただきありがとうございます。

この調整会議がことしも始まりました。過去2年間は新型コロナウイルスの話でずっと持ちきりだったわけですが、今年度は、新型コロナから少し離れて、元の地域医療構想の原点に立ち返ってやりましょうという話です。

地域医療構想のテーマは、主に2つのテーマがありまして、1つは病床の話で、もう1つは地域連携です。

今回は、病床の話よりも、主に地域連携が深まるにはどうしたらいいかということをお話し合っていきたいと思っています。

またあとで皆さんと議論したいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします

○奈倉課長：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申し上げます。

○鈴木部長 皆さん、こんばんは。東京都福祉保健局医療政策担当部長の鈴木でございます。Webでの参加とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

今年度の調整会議は、土谷理事から今お話がありましたが、ここずっとしてきましたコロナと違いまして、その間とまっておりました、国がいう基本的対処方針についてご議論いただきたいと考えております。

ただ、この対処方針というのは、基本的には4機能に分けた数字をどうするかという話になりますので、それだけでは見えない部分というものについて調査等をさせていただいて、連携につながる情報を共有できないかということを目指して、やっていきたいと考えております。

今回、皆さんにお送りする調査票をどのようにしたらいいかということで、ご議論いただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

そのほか、医師の働き方改革や病床配分などにつきまして、情報提供などをさせていただく予定でございますので、よろしくお願いいたします。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見をちょうだいできればと思っております。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、よろしくお願いいたします。

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

○鈴木座長：座長の、大森医師会の鈴木でございます。本当に暑い中ご参加いただきありがとうございます。

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おります。

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いうことでございます。

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し、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を、国主導で全国的に行っているという状況でございます。

具体的対応方針の議論は、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に付けておりますとおり、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を、令和4年度、令和5年度中に行うことといった内容になります。

このような国の要請に対して、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局面にございます。

ですので、「現在の2025年に向けてどうしていくか」という話をするよりも、もっと長期的な視点で、2040年以降に向けた検討を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・休床は各病院で継続しておりますので、2025年の対応方針については、今から大幅な変更というのは、現実問題として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」といったことについては、改めてまた各医療機関に何か新しく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、一層深めていくといったことを目標に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上で、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、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ていただき、必要に応じて、追記や修正等を行っていただきたいと思います。

病床機能報告の内容に万が一誤りがあった場合等も、意見照会の機会に修正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、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、病院の自己申告ということもございますので、日ごろの現場感覚とのずれがあるということが、かねてから指摘されております。

そこで、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。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、質問として考えております。

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もっと深めていくために、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、医療機関の立場からご意見をいただいて、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まして、意見交換を行った上で、具体的対応方針について各圏域で合意を行い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の合意状況を公表することと、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いうのが、今年度の予定になります。

本日は、こういった今後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、今後の医療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、連携がより深まっていくかといったことについて、皆さまのご意見をいただければと考えております。

議事についてのご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が、ちょっと漠然とした話なので、その前に土谷理事からお願いします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

国が求めていることがありまして、それは、今年度中の東京都への宿題になるわけですが、それは、それぞれの医療機関が2025年に向けてどうするのかということで、プランを立てて、それをみんなに示して、それを皆さんがそれでいかどうかを合意してもらってくださいというものです。

数年前に、公立病院、公的病院がそれぞれの病院のプランを皆さんの前で説明していただいていたのですが、あれを民間の病院でも全部もやってくださいというのが、今回の話になります。

しかし、東京には640の病院がありますが、それぞれの病院の話を聞いていても、それに意味があるとはとても思えません。

そこで、資料1-2のような形で、調査票をつくるということを、国の宿題として答えようというのが、1つのテーマになっていますが、これも数字を出すだけの話であって、地域連携に資するかというと、数字合わせだけの話であって、余りいいことにはつながらないのではないかというのが、本音のところでは。

そこで、東京都としては、地域連携が深まるように、資料1-3の調査票に力点を置いて、地域連携が深まるようにしていきたいというふうに考えています。

ですので、きょうのテーマは、資料1-3について、皆さんでつくって、どういう質問をして、どういう回答が返ってくれば、地域連携が深まるか、どういった問いをしていくかということが、今回のテーマになります。

どうしても自院のことを語りたくなるとは思います、隣の病院のどんなことがわかれば、連携が深まるかということを知りたいような質問を出していただきたいと思っていますので、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、いろいろご意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

地域の医療力というのは、無限ではなく有限なわけですから、これから高齢者が増えていく中で、きつい部分が当然出てきますので、そこを何とか連携で乗り切りたいというのが、国や都の考えていることですが、お互いにどんな情報があれば、より連携がしやすくなるかということだろうと思います。

まずは、小山先生からご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○小山（東京蒲田病院 院長）：連携をより強固なものにするということですが、それぞれに病院ごとにいろいろな問題がありますので、わかりやすく言えば、「自院で困っていることを書いてもらうようにすればいい」ということでよろしいでしょうか。

○鈴木座長：それでいいと思います。

ただ、例えば、脳卒中の患者さんを急性期で受けて、その後、回復期でリハビリをして、地域に返すというような話でもいいと思いますが、それに加えて認知症があるとか、ほかの疾病を合併しているとなると、また話が少し変わってきて、連携のやり方も違ってくると思います。

それを疾患別にするとしても、地域ごとにまた微妙に違ってきていて、例えば、大田区と品川区とでは、基幹になる病院が違うので、連携のあり方もちょっと違ってくるといことも、情報としてあってもいいかと思っています。

あと、「こういう患者さんだったら、うちでは受けられるけれども、こういう患者さんはうちでは無理なので、ほかの病院に回してもらったほうがいいんじゃないか」といったような情報があってもいいと思います。

○小山（東京蒲田病院 院長）：今おっしゃったことは、すごく大事なポイントだと思いますが、回復期をやっている病院で“下り”を受ける場合、機能としては、当たり前ですが、リハビリをメインにやっているわけです。

そうすると、合併症があった場合は、門がなかなか狭くなっていくというのが、私の正直な印象です。

うちは、一般病床と回復期と両方あるので、特に“ポストコロナ”を受け始めたときなどは、いろいろな会議で申し上げましたが、合併症とかがあったらどこも取らないので、そういうのがうちに結構回ってきたりしていました。

ですので、リハビリをやるにしても、そういったものが障害になって、回復期のほうに下ろせないとなると、「どういう患者さんはこういう病院で受けやすい」とかいうことを、幅広く情報を共有して、それがうまく流れるようなシステムをつくらないといけないと思います。

これは、“ポストコロナ”で得た教訓です。

○鈴木座長：回復期の機能としては、もうちょっと広い役割があるのではないかということですね。リハをやるだけではなくて、患者さん全体を診て、微調整を少しずつ行っていくという機能でしょうかね。

○小山（東京蒲田病院 院長）：そういうことが併せてできれば、より受けやすい
というか、広がりやすいかなと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

同じ回復期で、品川区の渡辺先生、病院の機能としては、リハビリをメインにするような病院になっていて、例えば、頸部骨折のポストの患者さんを受け入れることはもちろんできると思いますが、こういう複雑な要因が絡んでくるような患者さんとか、認知症を合併している患者さんとなると、リハビリ専門の病院としては、なかなかきついものがあるでしょうか。

○渡辺（品川リハビリテーション病院 院長）：おっしゃるとおりで、高齢社会です
ので、回復期病棟とって、主病名は持っているんですが、ほとんどの患者さん
は何かしらの内科的疾患及び認知症などの症状をお持ちです。

そうすると、いわゆるリハビリという中での医療を行ったあと、実際に地域に
帰すにあたって、帰せない方が多く出ているのが現状だと思います。

回復期を増やしていくという国の政策も、うまくいっていると思いますので、
回復期で受ける立場としては、高度急性期、急性期からのたくさんの患者さんを
分け隔てなく取るようにはしています。

ただ、回復期からの“出口”として、医療での慢性期の病床が減っているとい
うことがありますし、介護になりますと、ここは医療の連携の話ですが、大きく
医療と介護の連携という意味で、下ろしていった先はどうなるんだろうという問
題がありますので、その辺の連携システムが今後できたらいいなと思っておいま
す。

○鈴木座長：ありがとうございます。

確かに、リハビリテーションというのが維持期のリハビリということになると、
介護保険を使わないとできない状況になってきていますので、生活期のリハビリ
テーションを継続していくということになると、介護保険との絡みが非常に重要
になりますよね。

あと、回復期からの受け皿ということですので、療養型と在宅、あるいは施設での療養ということがあると思いますが、この国が示した4機能の中では、在宅というのは、あくまでも参考値ということになっているわけです。

今までのことに関していかがでしょうか。

大江先生、どうぞ。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：病床の機能分化について、先ほど、「数合わせではあるけれども」と言われたと思いますが、そうはいつでも、各機能についての現実に近い情報がないと困ると思っています。

今資料1-2を見ているんですが、当院では、例えば、高度急性期は、2対1、4対1ぐらいのユニットで機能を挙げていて、高度急性期は36で、急性期は508となっています。

一方、昭和大学では、この表では、高度急性期として815になっていますが、大規模病院としても、これだけの高度急性期というのは、ちょっとあり得ないような気がします。

これは、どういう基準で高度急性期と急性期を分けて書かれているのでしょうか。

○鈴木座長：東京都からお願いします。

○奈倉課長：東京都の事務局の奈倉よりお答えさせていただきます。

病床機能報告が始まりましたときには、医療資源の投入量の3000点で線を引くような形で、機能を分けていくというようなことが、基準としては示されていました。

そして、例えば、特定集中治療室の管理料を取っているところであったり、ICU、SCUなどを取っているところは高度急性期だけれども、それ以外のところについては、医療資源の投入量を目安にして判断をして、しかも、高度急性期だと思われる患者さんが一定の割合で入っていれば、残りの病床にそれ以外の患者さんが入っていても、高度急性期として報告してくださいというような目安が示されておりました。

そこを基準にして、あとは、各医療機関さんのほうのご判断で出してきた
だいているというのが現状でございます。

ですので、特定機能病院がたくさんある圏域とかもご覧いただきますと、「全部
高度急性期です」と報告されているところもあれば、高度急性期と急性期を按分
して報告されているところもありますので、そのところは医療機関さんのご判
断によっているところでございます。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：そうはいつでも、もう少し実態と合った
基準でないと、数合わせをしないといつでも、余りにも違う感じがするので、投入
資源が1日3000点ということですか。

○奈倉課長：そこが目安で、一応切られてはいますが、そこを参考にして、各医
療機関さんがご判断いただいているかと思えます。

ただ、いろいろなことがございまして、当初は、「急性期の病床の削減だ」と、
皆さんが懸念されていたというところがありまして、「高度急性期、急性期として
報告しないと、不利益を被るのではないか」ということで、ご報告が偏っていた
ところもあったかと思えます。

そんなこともあるので、それを補正するために、定量的な基準というものも入
れて、少し乖離があるところを、「高度急性期、急性期とご報告いただいているけ
れども、もしかしたら、回復期に近いのではないか」とか、「高度急性期だけれど
も、急性期に近いのではないか」とかということを考えていただくために、基準
とかを入れたりもいたしました。

ただ、いかんせん、4機能というアバウトな基準ですので、そこがなかなか精
緻になっていかないというか、肌感覚と合う形でご報告されているかという
なかなか難しいところでございます。

すみません、すっきりしないお答えになってしまいました。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：それは、今後も病院の判断に任せるとい
うことになるのでしょうか。

○奈倉課長：そうですね。病床機能報告においては、病院のご判断でご報告いただくという仕組みにはなっておりますので、それを行政の側で補正するというようなことは、基本的に定量的な基準の適用後の計算とかはしますが、生の報告のほうを直すということをする予定はございません。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：将来構想を見ると、区南部では、高度急性期の利用が大分減るみたいに書いてあります。これは、今の高度急性期と挙げているところを、実態に即してやらないと、数合わせにもならないような気がします。いかがでしょうか。

○奈倉課長：2025年の必要量についても、こちらは、地域医療構想を策定した時点での平均在院日数であったり、病床稼働率であったり、当時の医療技術の水準であったりという、いろいろな仮定を置いた上での目安です。

ですので、高度急性期が余っているという肌感覚であれば、そこを補正していく必要があると思いますが、ここの数字にぴたっと合わせなければいけないというような性質のものでは、そもそもないというふうに、私どもは考えております。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：しつこいようですが、大学病院の全部が高度急性期ということは、何とかしないと、大きな違いになってしまうのではないかと思います。これ以上は申しません。

○奈倉課長：ありがとうございます。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

大江先生がおっしゃることはごもつもの話です。病床機能報告自体が、「病床」といいながら、病棟単位での報告になっていますし、そもそも、それぞれの病院の判断だけで決めてしまっているわけです。

ですから、「急性期」としていても、そこでやっていることは回復期のことが多い病院もあるだろうということで、国あるいは官邸のほうから、「急性期ばかりで、

お金をいっぱいかけてやっているのではないか」というのが、医療界についての見方ようです。

そのため、「急性期をどうやったら減らせるか」というのが、官邸からの話であって、厚労省はそれに抗っているわけです。

そういう構造がありますが、実際はどうかということについて、まだまだ正確には答えていないというのが現状かと思います。

それは、東京都からも少しお話がありましたように、「これが診療報酬と結びつくのじゃないか」という懸念が、ずっとされてきましたが、診療報酬上は関係ないんです。

だから、東京都としては、「できるだけ正直に教えてください」というのが限界ですので、これが、この資料1-2の表の限界ですので、これを議論していても、私たちにとって余り意味があることではないのではないかとというのが、正直なところなんです。

ただ、国の宿題なので、やってくださいというだけですので、きょうは1-2は、それなりにさっとやっておいて、1-3のほうを中心にお願いしたいということなんです。

病床機能報告でやっていることとは関係なしに、実際に地域連携しながらやっていただいていますので、さらに連携が深まるにはどうしたらいいかということで、実を取るような議論をしていただきたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

今のお話と関連してということで、蒲田医師会の熊谷先生、どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会 前会長）：今のNTTの先生のご指摘はごもっともで、診療報酬が看護基準、つまり、内容にかかわらず、看護配置の人数で点数を配分しているところからスタートして、そのため、高度急性期、急性期の対応ができる看護師を配置しているところを「高度急性期」という区分が、最初にできたわけですよね。

その後、DPCが導入されてから、医療資源の導入の度合いが、実際の数字とかなりの乖離があるということも、事実上わかってきて、点数配分を看護配置と

いうハードだけで決めるのではなくて、実際に行った内容に沿った点数に、今シフトされていると、中医協の報告では聞いています。

今後はそういうものになるので、4区分がそのまま続くかどうかすらわからないし、将来、慢性期も含めてDPCが入った場合、「DPCによって区分される」ということが、最終的な答えというか、分類になってくると思います。

だから、高度急性期、急性期と言っているところが、DPCでは下の慢性期になったり、慢性期と言っていたけれども、実は急性期の内容をやっていたということも、これから起こり得るだろうと思います。

ですので、現実にはやっているものは何かということでも議論しないと、例えば、連携するときに、高度急性期だと言っていたところに慢性期の患者さんがいて、それを出すところがないということで、「本来そこにいるのがおかしいんじゃないか」という話になってしまうと、連携の流れがおかしくなってしまいます。

もう一つは、流れとして、高度急性期は14日間で、回復期は60日という流れは、健康な若い人たちの話で、認知症を合併したり、高齢者の場合は、そんなふうには流れないというのが、よくわかったわけです。

現実問題として、下から上がってくる場合、慢性期の維持期での急変とか、在宅療養中の急変というような、高度急性期まで行かなくてもいいけれども、在宅では厳しいとか、短期間だけ入院すればまた在宅へ戻れる程度の対応が、実際は非常に多いのに、どこで受けるのか。

「地域包括ケアで受ける」といっても、長期化した上からの患者さんの受け皿ばかりになっていて、在宅からの受け皿が入っていませんので、それで、今回の診療報酬の改定では、そのパーセントがかなり厳しくなったということです。

ですから、内容でそろそろ議論しないと、「何期」「何期」というのは、もう全く無意味ではないかと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

先生がおっしゃるとおりですね。そういう役割を、今まで、場合によっては、急性期が担ったり回復期が担ったりして、地域の医療を担ってきているわけですから、そのところの機能をしっかり見つめられるような調査項目があれば、一番いいのだろうと思っています。

また、この4区分だけではなくて、コロナでわかったことは、在宅というところも、地域医療の機能として重要な部分なので、その議論もちゃんとすることが必要だろうと思います。

それでは、連携をよりよくするためのご意見をお聞きしていきたいと思います。
大田区の高度急性期の牧田病院の荒井先生、いかがでしょうか。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：資料1－3の内容について、詳細につくるしかないのではないかと思います。

それぞれの病院によって機能が全く違いますし、その特徴も違いますので、いかにそれをつかんでやっていくかになっていくと思います。

うちの場合、今いる患者さんで長くなった人を、どこに転院しようかと思っても、なかなか退院調整ができないわけです。

それは、患者さんのそれぞれが、リスクも違うので大変ですが、それぞれの病院がより詳細に、「どういう患者さんなら受け入れられる」とかの特徴を、情報ルールによって出して、それをみんなで共有するしかないと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

品川区の急性期の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）：ここにいらっしゃる先生方は、今起こっている問題とか、東京都の医療の問題についても、よく理解されているというか、いろいろ意見をお持ちだと思います。

小児科をどうするか、産科救急をどうするか、骨折の患者さんをどうするか、脳卒中の患者さんをどうするかといったことについては、病院ごとにどんな特徴がある中でどう連携していくかということを考えながらやっています。

ただ、区南部全体で連携を深めていくのであれば、方向性をどのようにするのか。例えば、大腿骨頸部骨折は、区南部では48時間以内に必ず手術をするとか、脳卒中に関しては、血栓回収を必ずするとか、搬入までの時間をできるだけ短くするとか、区南部としてどういう方向性で、数字目標とかも出して、議論を進めていったほうが、よりわかりやすいと思います。

だから、全体として話すのではなくて、疾病ごとに話すと、病院ごとの特徴が活かされるのではないかと考えています。

区南部の患者さん自体が、どういうことを求めているのか、行政は我々病院にどのようなことを求めているかということも、数字的に出していただいたほうが、より目標を持って2025年を迎えられるのではないかという気がします。

フリートークだと、どうしても、「自分の病院はこんな感じです」というようなプレゼンに終わってしまうと思いますので、それぞれの疾病の患者さんがよくなっていくためには、どうしたらいいかという、具体的な話が出たほうがいいと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

数値目標というのは、すごくいいと思いますね。ただ、どういう基準で数値目標を立てるかということも、また難しいところだとは思いますが、検討する必要があると思います。

大田区の急性期の繁田先生、いかがでしょうか。

○繁田（池上総合病院 院長）：今まで出たお話は同感でございます。

私の病院はケアミックスで、回復期はやっていませんが、それ以外を担当して、地域包括的な医療を提供するというところでやっています。

ただ、全体の地域でみたときには、隣の急性期病院さんと患者さんがぶつかるという場面は起きていると思います。

ですので、東京品川病院の先生がおっしゃっていたように、各疾病ごとに、地域全体として、例えば、頸部骨折であれば、「この日はこの病院で48時間以内に受けられる」というような目標を立てるとかして、それぞれ連携を深めていければいいかと思っています。

そのためには、結局のところ、自分の病院の強味、弱みをさらけ出さないといけないのかなと思います。そういう意味でこの調査票を書けばいいかと思いますが、自分の病院の成績に大きく関わるということもありますので、その辺をどう考えるかということで、かなり悩むところがあるのではないかと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

さらけ出すのはなかなか度胸が要りますので、難しいところかとは思いますが、
それでは、今度は、慢性期の立場で、品川区の阿部の木島先生、いかがでしょう
うか。

○木島（阿部病院 理事長・院長）：うちは何も特徴がないようなところですよ。

最近では、本当にエンディングの方ばかりになっていて、「おうちに帰れないので」
ということで引き受けています。

実際には、輸血をやったりとかもしていますが、認知症の方で徘徊するような
人たちは診させていただいていませんので、その点に関しては何とも言えません。

○鈴木座長：ありがとうございます。

医療行為は結構されていますが、余り医療区分が低いところの患者さんが来ても
らっても、経営上難しいわけですね。だから、そのところで、医療行為があ
る程度必要な人たちに来ていただくということも、結構重要なことになるだろ
うと思います。

○木島（阿部病院 理事長・院長）：ただ、医療行為をやっても、点数が全然取れ
ませんから、持ち出しの部分が相当あります。

○鈴木座長：ありがとうございます。

それでは、医師会の先生からもご意見をお聞きしたいと思います。

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）：先生方のご意見をいろいろ聞いておりました。

私たち医師会としては、在宅のほうで患者さんを診て、病院のほうにご紹介す
るとか、病院で診ていた患者さんがお戻りになるといったところで、しっかりし
た連携が必要だと思っております。

ただ、紹介するときに、どの病院がどんなケースを受け入れているかというこ
とがわかることで、私たちもスムーズにご紹介できるようになりますので、資料

1－3のような情報は、在宅を診ている医師会の会員にとっても、非常にメリットがあることだと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

いつも連携しているところであれば、「これは受けてくれるだろう」と思って、スムーズにご紹介できますが、そこが受けられない場合、新しい病院を紹介するにあたって、「どういった基準で受けてくれるのだろうか」ということがわかっていると、我々にとっては非常に参考になりますね。

田園調布市医師会の石田先生、いかがでしょうか。

○石田（田園調布市医師会）：ただいまのご議論を大変共感を持って聞いておりました。

私は、田園調布中央病院に所属しておりますので、医師会でありながら、患者さんを受け側でもあるという形でもございます。

特に急ぎの“上り”の搬送のときには、患者さんの状況が非常に押しておりますので、できるだけ可能な限り転院できるようにということで、連携室が総出で電話をかけまくるという状況になっております。

その中で、しかるべきところ、場合によっては三次救急といったところまでを含めて、早く探していくということが、非常に大事になってきますが、なかなか決まらないというケースもございます。

逆に、自分のところの患者さんを“下り”で移していくということになると、ベッドがなかなか空かないため、非常に時間がかかるということも、多く経験しております。これは、自分の病院でもそうで、お受けしようにもベッドがなかなか空かなかつたということもあります。

ですから、そういったことをマッチングするためにも、個々の病院の状況がよくわかるようなものがあると、送る側としても受ける側としても役に立つと思います。

最初のほうでお話があったかと思いますが、症状が落ち着いた患者さんを地域に戻していくというときに、ご自宅になかなか帰れないという患者さんも多くい

らっしゃいますので、そういった方々が、施設等に入るのに非常に時間がかかるということも、時間がかかる要因になっております。

ですので、まずは病院の中での連携をやりながら、将来的にはより広く、そういった施設とかいったところまでの情報を組み込んでいけるような形ができてきれば、患者さんの受け皿を広く探していけるようになれば、区南部としてよりよい連携ができるのではないかと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

確かに、介護施設を含めての連携の構築ということが、非常に重要になっていくと思います。

一部のエリアでは、「入院したら必ず、ケアマネジャーに2日以内に連携する」というルールがあるということも聞いております。

ほかにいかがでしょうか。

高野病院の高野先生、どうぞ。

○高野（東京都病院協会・高野病院 理事長・院長）：資料1－3の調査票の完成に向けての議論だと思いますが、地域医療構想が策定されて、この会議が始まったのは平成28年だったわけです。

そのときに想定されていたかどうかは定かでないですが、私たちがきょうまでに経験したこととして、新興感染症、新型コロナがあります。この経験を通して、地域医療圏の存在意義についてどのようにお感じになったのでしょうか。

区南部で1つの医療圏を構成しているわけですが、コロナにおいては、保健所での対応がもっぱらで、私どもは、大田区で会議をやって、実際は品川の病院も参加されてはいましたが、二次医療圏というものがうまく機能しなかったということを経験していました。

ですので、意見としましては、「二次医療圏が本当に機能しているかどうか」を問うような項目を入れるのはどうかと思います。

そして、「機能していない」と感じるなら、例えば、「東京都内は区ごとに検討したほうがいい」とかの回答欄を付けておくのはいかがでしょうか。

これをここで発言したのは、今後、東京都の保健医療計画が間もなく次に置き換わると思いますが、その策定に向けて、東京都の方々にも耳を傾けてほしいと思っていたからです。

○鈴木座長：ありがとうございます。

その議論は以前からありますが、今回のコロナによって、より顕在化したということですので、今後も問題になっていくところだと思います。

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、今の意見交換を踏まえて、地域医療構想アドバイザーの先生方からコメントをいただければと思います。

○高久（一橋大学）：一橋大学の高久と申します。

最後に高野先生がおっしゃっていたことは、私も非常に感じるところです。

二次医療圏というのは適性の規模なんでしょうかということで、患者がどこからどこに行っているかを追っていく調査をすることが、国が実施することも必要だと思っています。

現在は患者調査が使われていますが、かろうじて二次医療圏の集計に耐えるぐらいの、非常にまずい調査になっておりますので、東京の実態がよくわかるような調査を、国に実施してもらおうという方向性もあり得ると思います。

二次医療圏が本当に機能しているかどうかについて、いろいろな先生に聞いていくということが、このタイミングだといいのだろうと思いました。

あと、NTT東日本関東NTT関東病院の先生がおっしゃっていましたが、昭和大学病院は高度急性期が815床となっておりますが、実態はどうかということ。

東京都は、定量的な基準を設けて、個々の病院ごとに算出していると思いますので、そうした情報を追加で記載していただいてもよかったですのではないかと思います。

○鈴木座長：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。

本日の会議の内容を伺っていて、これまでの会議と比較するような話ですが、区南部というのは、地域医療構想にも書かれておりますが、高度急性期、急性期、回復期についてはバランスよく医療を提供されていて、完結率が東京都で一番高いという特徴があります。

先ほど、救急の話もございましたが、“東京ルール”についても、搬送困難事例の割合というの、東京都の中でも低い割合になっているということで、ほかの地域に比べると、“上り”の連携については比較的恵まれている地域であるのではないかと考えております。

そして、ほかの地域では、例えば、大腿骨を骨折していて、誤嚥性肺炎があった場合、それを診てもらえる病院が少ないということで、例えば、西多摩地域ですと、そういった実績がある病院は、4か所ぐらいしかなかったです。

それが、この区南部ですと、DPCデータから、股関節、大腿骨骨折の手術をやっていて、誤嚥性肺炎の治療もやっているという病院が、12か所ほどございますので、そういった今では、先ほど、より目標を立てて連携をしていくという話がありましたが、地域によって目指すべきレベルが違っているなと思いました。

一方、“下り”については、区南部というのは、もともと地価が高くて、急性期治療以外はなかなか難しいということで、慢性期については他の地域に流出しているということが多く出ています。

また、地域医療構想の意見聴取の場でありましたのが、区が二つ、三つ離れると、連携がなかなか難しいという話でしたので、そういったところも、このアンケートで調査できればと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

東京都のほうから、今まで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。

○鈴木部長：福祉保健局医療政策担当部長の鈴木です。

ご意見をたくさんありがとうございました。

全てを網羅するのは厳しいかもしれませんが、ちょうだいしたご意見を参考にいたしまして、今後、確認票や調査票をブラッシュアップしていきたいと思えます。

そして、調査等を行って、第2回目の調整会議では、とりまとめたものをお示ししたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

きょうはご議論いただきありがとうございます。

○鈴木座長：ありがとうございます。

大変だと思えますが、よろしくお願ひいたします。

それでは、「報告事項」に移りたいと思えます。

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

○鈴木座長：「3. 報告事項」について、東京都から説明をお願ひいたします。複数ありますので、質問などは最後にお願ひいたします。

○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えます。

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。

そのような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、国の制度開始の主旨となっております。

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えば、紹介受診重点医療機関に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」の概要となっております。

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すました。

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おりますので、「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、よろしくお願いいたします。

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す。区南部は、現時点で161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」に移行してございます。

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。

区南部圏域におきましては、現在の荏原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都立病院機構東京都立荏原病院」ということになっております。

承認に際してのご意見をちょうだいしたところ、特段のご意見はございませんでした。

医療審議会への答申を経まして、都で決定し、7月1日付で移行の承認となったことをご報告させていただきます。

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、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6の別紙1に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。

こちらも、別紙2にご提出のあったものについて掲載しておりますので、ご確認いただければと思います。

報告事項は以上になります。

○鈴木座長：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、土谷理事、どうぞ。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

今のご報告の中で、医師の働き方改革についてコメントしたいと思います。

東京都は、都内の全ての病院を管轄しているわけですが、その中から抽出した、960時間を超えるだろうと見込まれる病院を1つずつ見て、調査されたということですが。

これは大変な調査だったと思いますが、まだまだ対応が決まっていないという病院が多いです。このまま2年後の2024年4月に突入してしまうとどうなるかということです。

夜間とか休日の救急医療が破綻するのではないかということ、すごく危惧しています。当直医を確保できるかという話で、宿・日直の許可を得ているのか。得ていないところには派遣しないといった話になってくるわけです。

きょうは高度急性期の病院が2病院参加されていますが、医師の働き方改革についてどのような対応が進んでいるかということ、もしよろしければお聞かせいただきたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

牧田総合病院の荒井先生、いかがでしょうか。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：うちは、A水準を取る予定にしています。

個別に対応していて、うちは救急を結構受けていますが、基本的には院内のドクターで回してという形でやっていて、一部は外注しているところがあります。

宿・日直は救急で取れないので、それはわかっている中で、あとは、人を送ってくれるかの問題も、ちょっと発生してきているのもあります。

本来であれば、中で全部回して、960時間をクリアするという努力はしていますが、もうちょっとのところでは。

あと、うちは産科がありますが、こちらは努力して、宿・日直許可を得られるように、行政と今いろいろ検討しているところです。

○土谷理事：かなり進んでいますね。

東京都医師会としても、問題ないようにやっていきたいと思っています。ありがとうございました。

○鈴木座長：大江先生も教えていただけるでしょうか。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：当院では、当直業務について、0時までには時間外労働にしている、0時から8時までは、その日の勤務にしています。

8時以降は、勤務解放ということにしている、どうしても8時以降も残らなければいけない人は、時間外として残るということを進めています。

○土谷理事：先生のところもずいぶん進んでいますね。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：NTTの中での労務管理もあるので、もともと厳しくなっております。

○土谷理事：わかりました。ありがとうございます。

今後も各種の調査が来ると思います。現状把握がなかなかできないので、東京都、厚労省、日本医師会からも調査が来るとは思いますが、その調査には正直にお答えいただきたいとします。

「労働基準局には言いません」ということが、必ず書いてありますので、この調査に基づいて、労基が調査に入るということは、あってはならないということですので、「ちゃんと進んでいない」ということを、正直に書いていただきたいと思っています。

ご協力を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。

そのほかの報告事項も含めて、ご質問、ご意見等はございますでしょうか。

大江先生、どうぞ。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：最初の議論を蒸し返すわけではないんですが、参考資料2の区南部のところを見ますと、令和3年度からは、定量的な基準適用で計算されていて、これがずいぶん変わっています。

これを見ますと、先ほど言われた資源投入量は、東京都のほうはもう把握されていて、それを、高度急性期と急性期を把握されているのではないかと思います。

質問は、その次の9ページにある、「機能別の病床利用率・平均在院日数の推移」のグラフの区分は、この令和3年度の定量的な基準適用後の基準で区分されたものなのか、前のままなのでしょうか。

急性期の平均在院日数が、73%から59%にいきなり減っているので、令和3年度分は定量的なものでやられたのかなと思いついて見ましたが、教えていただければと思います。

○奈倉課長：ご質問ありがとうございます。

病床利用率と平均在院日数につきましては、各病院様が報告されたデータをそのまま使っておりまして、定量的な基準を当てはめる前のもので計算させていただいております。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：ということは、実質的に、令和3年度は59%と非常に激減したということですね。ありがとうございました。

○鈴木座長：ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

この調整会議は地域での情報を共有する場ですので、何か情報提供等をお持ちの方はいらっしゃいませんかでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、本日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、Web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)