

[令和4年度 第2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1月26日 開催

【令和4年度第2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1月26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2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、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。昼間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。

この調整会議は、東京都においては年に2回行われていますが、ここ数年は、特に、コロナ対応がどうしてもその中心になっていました。

今回は、コロナの話は置いておいて、地域医療構想の中心の話をやっていただければと思っています。

今回の調整会議は、ポイントが3つありまして、1つは、病床配分の話です。これはずっとやってきました。2つ目が、地域の医療連携で、この中でコロナの話をしてきました。

ただ、今回は、コロナの話ではなく、今後のことを見据えて話していただきたいと思います。その中でも、特に、高齢者救急を中心にお願ひしたいと思います。

今はコロナの患者が増えて、通常医療が圧迫されているということですが、今後はこれと同じような構造になるかもしれません。つまり、高齢者の救急が増えて、それ以外の医療が圧迫される可能性があります。

そのため、これから増えていく高齢者救急に対して、地域としてどのようにやっていけばいいか。特に、急性期においては、退院支援とか自宅や施設にスムーズに流れていくことができるかということが、大きな問題になっていくかと思ひますので、この問題を話し合っただけいただければと思ひます。

3つ目は、医師の働き方改革についてです。実施まであと1年余りとなりましたが、準備がなかなか進んでいないところもありますので、こちらは報告事項となっていますが、皆さんで確認していただければと思ひます。

以上の3つの点を中心にご議論いただければと思ひますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

○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と申します。よろしくお願ひいたします。

新型コロナウイルス感染症は、ようやく少し落ち着きを見せてきたかという状況になってきましたが、インフルエンザを初め、一般の救急の対応など、非常にお忙しい中お集まりいただき、本当にありがとうございます。

本日は、今もお話がありましたが、2025年に向けた対応方針というものの、この圏域での確認と、地域の医療連携について、調査結果などに基づいて、少しお話し合いをしていただきたいと思います。

また、病床配分とか地域医療支援病院の申請の医療機関の皆さまにも、本日もお越しいただきましてご説明をいただきますので、そこについてもご議論いただければと思います。

また、医師の働き方改革についても、今の進捗状況などをご報告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ちょうだいできればと思っておりますので、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いてですが、お送りしております名簿をご参照ください。

なお、第1回の会議に引き続き、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、公開となりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を増田座長にお願いいたします。

2. 議 事

(1) 病床配分希望について

○増田座長：座長の、北区医師会の増田でございます。

それでは、早速、議事に入らせていただきたいと思います。1つ目は「病床配分希望について」です。

まず、全体の配分申請状況について、東京都から説明をお願いいたします。

○東京都（事務局）：東京都福祉保健局医療安全課長の坪井に代わり、大川がご説明申し上げます。

それでは、資料1-1からご説明させていただきます。

病床配分につきましては、平成30年の厚労省の課長通知において、「都道府県は、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議に出席し、病床の整備計画等について説明を求めるとともに、調整会議で協議すること」とされております。

本日、区西北部圏域につきましては、今年度は、基準病床数と既存病床数の差の57床に対して、配分の申請を受け付けております。

続きまして、資料1-2をご覧ください。

本圏域におきましては、今年度は、3つの医療機関から申請が出てきております。

まず、1つ目が、申請者は、医療法人財団明理会で、医療機関名は、明理会中央総合病院から、1床の増床申請が出ております。

整備目的は、急性期機能強化のための増床ということで、予定時期は、令和5年9月でございます。

2つ目は、申請者は、医療法人社団明芳会で、医療機関名は、明芳会イムス記念病院から、2床の増床申請が出ております。

整備目的としては、こちらも急性期機能強化のための増床ということで、予定時期は、令和5年5月でございます。

3つ目は、申請者は、医療法人社団はなぶさ会で、医療機関名は、島村記念病院から、4床の増床申請が出ております。

整備目的としては、慢性期機能強化のための増床ということで、予定時期は、令和5年4月でございます。

説明は以上です。

○増田座長：ありがとうございました。

続いて、個別の医療機関からの説明に移ります。資料1-2、新たに病床を整備する予定の医療機関一覧に記載の順番に説明していただきます。質疑は、医療機関の説明後にまとめて行います。

時間が限られておりますので、1医療機関当たり説明は3分程度でお願いいたします。

では、まず、明理会中央総合病院から説明をお願いします。

○廣瀬（明理会中央総合病院、院長）：明理会中央総合病院の廣瀬と申します。よろしくお願いたします。

当院は、北区にあります二次救急医療機関になります。当然、発熱患者の救急要請、地域の医療機関からの発熱患者の入院の要請などが多数ございますが、当院の急性期病床には、個室が40床しかございませんので、十分な発熱患者の受け入れができていないのが現状でございます。

そこで、当院の空きスペースに個室を1床増やすことで、少しでも多くの発熱患者の受け入れを増やしていきたいと考えておりますので、ご理解とご支援のほど、よろしくお願い申し上げます。

○増田座長：ありがとうございました。

次に、イムス記念病院から説明をお願いします。

○金丸（イムス記念病院、院長）：イムス記念病院の金丸です。よろしくお願いたします。

当院は、地域密着型の急性期医療を展開しております。日帰りとか一泊入院等の短期入院から、維持透析などの長期入院まで、幅広く受け入れております。

また、救急告示病院として、かかりつけ患者、連携協力機関からの紹介患者を中心に、救急入院も受け入れております。

2021年度の平均病床稼働率は93.3%で、平均稼働病床数は、70床に対して65.3床と、安定した稼働を維持しております。

特に、2021年9月から2022年3月については、平均病床稼働率としては96.0%で、平均活動病床数としては、70床に対して67床で維持してきました。

今回、2床増やすことで、冬季の繁忙期はもちろん、年間を通して、今まで以上に病床管理を徹底して、地域から入院要請に対して、早急な受入れを行えるようにしていきたいと考えております。

現状の70床を超える平均稼働を目指して、在宅クリニックとの連携を強化して、在宅高齢者の入院要請に対して受入れ体制を構築していきます。

板橋区医師会との地域医療構想調整会議分科会で相談させていただき、病診連携、病病連携を含め、地域医療に貢献していくことを確認しております。

よろしく願いいたします。

○増田座長：ありがとうございました。

次に、島村記念病院の説明をお願いします。

○栗原（島村記念病院、総務課長）：島村記念病院の栗原と申します。よろしく願いいたします。

当院は、2011年に新築移転を行いまして、それから12年が経過しておりますが、移転当時の病院の事業計画では、外科分野において、一般的な手術の対応可能な施設を目指しておりました。

ただ、病院長の退任後、外科の医師の人員不足によって、当初の事業計画が見直しとなった経緯がございます。

現在、手術後の経過観察室を目的として整備していた、「回復室」という名称の病室がございましたが、今は、病床登録のない病室となっており、2室、4床が既に整備されている状態でございます。

当病室について、病床登録の許可を得ることにより、当院の満床の受入れ不可の件数と、練馬区における不足病床数の改善に貢献できればと考えております。

どうぞよろしく願いいたします。

○増田座長：ありがとうございました。

それでは、質疑に移る前に、行政と地区医師会が中心となって、地域で必要な医療機能等の事前調査の場である地域単位の分科会を開催していただいておりますので、その開催状況について事務局より報告をお願いいたします。

○東京都（事務局）：では、医療安全課の大川から、資料1－4でご説明させていただきます。

座長からお話がありましたとおり、この調整会議に先立ちまして、地域ごとに分科会において、調整していただいておりますので、その状況についてご報告申し上げます。

まず、北区では、令和4年12月14日に、書面にて開催されております。

「⑥協議内容」のところでご確認いただければと思いますが、申請内容につきましては、出席者全員の了承が得られたということでございます。

「主な意見」といたしましては、救急受入れなど急性期医療への貢献が期待されるというご意見が出たということでございます。

次に、板橋区においては、令和5年1月16日に開催されております。

こちら、「⑥協議内容」をご覧くださいますと、申請内容については、特に問題なく了承されたということでございます。

そして、練馬区においては、令和4年11月21日に開催されております。

こちらの「⑥協議内容」をご覧くださいますと、申請内容については、満場一致で賛成となったということでございます。

説明は以上でございます。

○増田座長：ありがとうございました。

対象の3つの医療機関からの説明が終わりましたので、これから、質疑や意見交換に移りたいと思います。今の各医療機関からの説明を踏まえて、ご質問、ご意見はございますでしょうか。

今回の3つの病院は、地域医療で活躍されている病院の、“正常進化型”というか、現状に対応するための改変と解釈しておりますので、余り意見も出ないかと思っておりますが、よろしいでしょうか。

では、東京都からこの件についてご発言はありますか。

○鈴木部長：医療政策担当部長の鈴木でございます。

今の各分科会においても、また、本日もご意見がなかったということで、各地域ではご理解いただけたということ踏まえまして、今後、病床配分につきましては、医療審議会に報告の上、都において決定していきたいと考えております。

○増田座長：ありがとうございました。

では、次の議事に進みたいと思います。

(2) 地域医療支援病院の承認申請について

○増田座長：議事の2つ目は、「地域医療支援病院の承認申請について」です。

それでは、東京都から説明をお願いします。

○東京都（事務局）：続きまして、「地域医療支援病院の承認申請」について、医療安全課の大川から、資料2で説明させていただきます。

まず、資料2-1をご覧ください。

「地域医療支援病院」といいますのは、ご承知のとおり、紹介患者に対する医療提供や医療機器の共同利用の実施等を通じて、地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力や、地域医療の確保を図るためにふさわしい設備等を有する病院を、各都道府県知事が個別に承認しているものでございます。

要件につきましては、医療法等に規定されておりまして、都におきましては、令和4年7月1日現在、50病院を承認させていただいております。

承認を受ける流れは、新たに承認するにあたりましては、予め東京都医療審議会の意見を聞くこととされておりまして、その前に、当該病院が所在する二次医療圏の地域医療構想調整会議において協議することとされておりまして、本日、議題としてご協議いただくものでございます。

この区西北部の医療圏につきましては、練馬光が丘病院がもともと地域医療支援病院の指定を受けていましたが、昨年10月に、同じ圏域内に移転がございましたので、今回改めて承認の申請をいただいたものでございます。

ご協議いただきますようお願いいたします。

ここで、申請の病院さんより概要についてご説明させていただきますので、よろしくようお願いいたします。

○増田座長：ありがとうございました。

それでは、医療機関からの説明に移ります。質疑は、医療機関からの説明のあとに行いたいと思いますので、練馬光が丘病院からご説明をお願いします。

○光定（練馬光が丘病院、院長）：練馬光が丘病院の光定です。どうぞよろしくお願い申し上げます。資料2-2をご覧ください。

当院は、2012年に、日本大学光が丘病院から移行いたしまして、開設以来、重点医療として、救急、小児、周産期、災害ということでやってまいりました。

救急は、二次救急ですが、小児救急や循環器については、「CCUネットワーク」に加盟して、「急性期大動脈ネットワーク」としても機能しております。

周産期については、お産の件数が徐々に増加している状況です。

先ほどお話がありましたように、令和2年度に要件を満たして、地域医療支援病院として申請、承認をいただいたわけですが、その後、本会議でのご審議を経て、令和4年10月に、115床の増床と新築移転を行いました。

新病院では、救急室を拡大し、また重症収容のICUを増床し、HCUも新設しました。加えて、地域の医療機関の医療従事者への研修等も、昨年度はコロナの関係で減りましたが、今年度は既に17回の予定のうち13回が終了しております。

新興感染症対策としましては、コロナの陽性者の入院も、既に1500名を超えておりまして、新病院では、細菌検査室を稼働し、また、各病棟に陰圧室を設置して、対応しております。

災害拠点病院としては、開院時以来、拠点病院として運営しておりますが、その後、「日本DMAT指定病院」となり、BCPを策定しました。

また、今回、新病院では、区の救急救護所である隣の小学校と隣接し、病院も、免振構造にし、インフレの強化を図り、緊急時の増床機能なども備えております。

資料の裏面には、各要件についてお示ししておりますが、現状は全て満たしているものと考えております。

ご審議のほどどうぞよろしくお願いいたします。

○増田座長：ありがとうございました。

今までも実績があるということで、今回は移転ということで、この会議に諮りましたが、ただいまの説明の内容について何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

練馬区は、地元として何かご意見がございますか。齋藤先生、いかがでしょうか。

○齋藤文洋（練馬区医師会、副会長）：問題は特になく、先生方も同様だと思います。

○増田座長：ありがとうございました。

実績もあるし、今回はさらにパワーアップされたということですので、地元にとっては大変ありがたいことだと思います。

では、この件に関しても、ほかにご意見もないようですが、東京都からご発言はございますか。

○鈴木部長：医療政策担当部長の鈴木でございます。

医師会の先生から今お話がございましたように、地元でも依存はないということですし、実績も十分あるということで、特にご発言はなかったということで、今後、医療審議会において審議してまいりたいと思います。

ありがとうございました。よろしくお願いいたします。

○増田座長：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の確認について

○増田座長：議題の3つ目は、「2025年に向けた対応方針の確認について」です。それでは、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、「2025年に向けた対応方針の確認について」ご説明いたします。

この件につきましては、第1回目の調整会議で議論の進め方についてご了承いただきまして、その後、各医療機関に対応方針の確認と地域連携に関する調査票への回答をお願いしました。

お忙しい中調査にご協力いただきましてありがとうございました。

今回は、その結果をもとに、各圏域での対応方針の合意を図ることと、今後ますます増えていく高齢者救急等に着目して、医療連携に関する意見交換を行うこと、この2点を行っていきたいと思います。

資料3-1-1は、説明動画をご覧いただいたかと思いますが、説明は割愛させていただきます。

資料3-1-2の、スライド1の「集計結果（区西北部）」をご覧ください。

こちらは、区西北部の病院の機能別病床数をまとめたもので、上段の表の「(A) - (B)」という欄が、2025年7月1日予定の病床数と2025年の必要量との差になっております。

区西北部では、高度急性期が必要量を上回っており、急性期、回復期と慢性期が下回っております。

ただし、(A)の欄は、確認票が未提出の病院は含まれておりませんので、例年の病床機能報告でご報告いただいている数字からは、少し乖離がありますので、その点にご注意いただければと思います。

スライドを1枚飛ばしまして、スライド3は、「意見交換①」になります。

意見交換の方向性は、事前の説明動画でご説明したとおりですので割愛いたしますが、「2025年に向けた対応方針」の合意ということで、各医療機関の対応方針をまとめた資料をご覧いただきたいと思います。

エクセルでお配りしております資料3-2-1をご覧ください。

こちらは、医療機関ごとに3行の欄がございまして、一番下の行が、2025年7月1日予定の、いわゆる対応方針に当たる部分となっております。

確認票の提出があった医療機関名や、現時点から変更のある役割や機能別病床数の部分は、黄色のセルにしております。

未配分の増床や現時点で承認や指定等を受けていない役割につきましては、今後の指定や承認の可否とは一切関係がありませんので、今回は情報共有扱いとさせていただきます。

意見交換の2点目については、後ほど、別途ご説明しますので、まずは、こちらの資料をご覧いただきまして、各医療機関の対応方針を尊重し、圏域として合意してよいか、意見交換をお願いいたします。

説明は以上となります。

○増田座長：ありがとうございました。

それでは、まずは、意見交換①「2025年に向けて対応方針」について、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

回答はどれぐらいの回収率ですか。

○東京都（事務局）：それは、資料3-1-1に記載しておりまして、スライドの4枚目に、各圏域の確認票の提出状況をまとめております。

区西北部では、76.0%となっております。

○奈倉課長：施設数ベースですと、76.0%となっておりますが、病床数ベースですと、74.9%となっております。

○増田座長：分かりました。ありがとうございます。

対応方針については、東京都としては、病院間での調整を求めるという話ではないんですよ。

この数字を出してくること自体は、最終的に目標とするところに落ちればいいかなという話なんですか。

○奈倉課長：大前提として、人口減少が始まっており、高齢者人口も2025年以降にピークアウトしていくような地方とは、東京都の場合はかなり様相が異なっております。

また、総人口自体も、東京都に関しては、コロナで停滞しているところもありますが、まだ増加しており、高齢者については、これからますます増えていくような局面ということで、医療需要については、まだ増加すると見込んでおります。

そういうこともございますので、基本的には、病床を減らすという方向の話をする局面はないと考えておきまして、地域で必要と思われる医療を、各医療機関さんから提供していただいていると考えております。

ですので、特段、病院間で調整していただくというような形はとらず、地域の現場を知っていらっしゃる方々のご報告されたところを尊重して、それを対応方針としていこうというような考えでおります。

○増田座長：必要量を決めて、予定量を算出して、一応数字が出ますので、それに関して、何かみんなで調整したり、努力をしてほしいという意味ではないのですか。

○奈倉課長：必要量というのが、一応、2025年の必要量というのが、現在の地域医療構想において、計算してお示ししておりますが、これは、かなり仮定をした上での数字でございまして、算出した当時の平均在院日数とか病床数とか受療率などを勘案して、仮置きされた数字でございます。

ですので、あくまでも目安と考えておりますので、こちらの数字が絶対というものではございませんし、病床の整備においても、病床の整備自体は基準病床の考えで行っております。

そして、2025年自体は、目前というところもございますので、区西北部において目標数として定められているものと、実際の病床数というのは、差があると思いますが、その差があるのと同じ程度ほど、医療がひっ迫しているとかいうことはないというのが、現場の方々の実感だと思っております。

ですので、これを2025年の必要量に合わせるように調整するという考え方は、決してしていないというところがございます。よろしくお願いいたします。

○増田座長：この数字の算出根拠というのは、コロナの前の状況で算出しているわけですね。

○奈倉課長：概ね平成26年前後の数字をベースとして計算されているものでございます。

○増田座長：どこの病院の先生方も感じていらっしゃると思いますが、新興感染症が起こって、患者さん同士の空間分離も必要になると、この数字自体が、コロナが収まればいいですが、収まらない限りは、余りあてにならない数字になってしまいますよね。

そういう状況で、病院の中では努力していくと思いますが、全体的にこういったことを見て、「うちの病院は高度急性期を減らそうか」とか「うちの病院は回復期と慢性期を増やそうかな」とかいった計算は、なかなかしづらいと思います。

病院の経営のこともありますから、損なところは全部うちで引き受けて、得なところはよそに回すというような殊勝な病院は、そんなにはないと思います。

この数字を見て、ご意見はございますでしょうか。

帝京病院の坂本先生、いかがでしょうか。

○坂本（帝京大学医学部附属病院、院長）：今のコロナ禍という状況と、これから先の構想ということでは、どうやってギャップを埋めていけばいいかというところがございます。

帝京に関して言えば、今はほとんどの病床を高度急性期ということで出させていただいておりますが、最終的には、高度急性期と急性期を病棟単位で分けていく

ときに、どの辺で線を引いて分けていけばいいかというところについては、まだ院内でのコンセンサスは十分できていないという現状です。

○増田座長：ありがとうございました。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷理事：この機能別病床については、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分かれています。地域医療構想そのもののターゲットイヤーというのは2025年になっていて、もうあと2年という話になります。

ただ、「当初に予想されていたのと今ではずいぶん違うじゃないか」ということになっているかと言えば、コロナで大変ということはありますが、大きな混乱をきたしているわけではありません。

ですので、病床の機能別のそれぞれの申請については、必ずしも将来の必要量に合わせていく必要はないと、東京都医師会も考えています。

ですから、それぞれの地域の中で、自分たちの立ち位置を考えていただいて、地域で求められる医療を提供して、全体として地域医療が回っていけばい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。

コロナ前に出した数字で、コロナになってということで、大分話が違っているなという感じていらっしゃることも多いと思いますが、慢性期の病院の先生は、この数字を見て、何かご意見はありますでしょうか。

王子生協病院の今泉先生はいかがでしょう。

○今泉（王子生協病院、院長）：コロナの患者さんをどういうふうに考えていくかということが、大きな課題になってしまいましたので、2年後にどうやってこの数字に合わせるかということは、ちょっと想像できません。

ただ、実際のところ、慢性期の患者さんというのは、もっと多く必要なのではないかなというイメージはあります。

○増田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

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）：そもそも論になりますが、医療需要推計とアンケートのギャップというのは、もう前から言われていて、これに対して、アンケートをどのようにちゃんと出すかということは、ずっと言われていました。

土谷先生が先ほどおっしゃったように、2025年に近づいてくると、そんなに大きな混乱はないということで、今のままでそれほど大きく変える必要はないのではないかと考えております。

この巨大な医療圏については、これも毎回お話ししておりますが、医療圏を全部まとめて連携するということは、非常に困難だと思っておりますので、もう少しサイズを小さくしたところから、連携を進めていくのがいいのではないかと考えています。

それから、高齢者救急ということで言うと、実際、私どものような、急性期病院の立場からお話すると、転院先が見つからないので、ベッドが空かないということが、医療がひっ迫したときには起こっています。

それは、どこでも同じような状況で、そのために救急車が受けられないとか、救急医療に支障をきたしているという状況を生み出していると思います。

そのため、療養型の回復期病床がもっと必要ではないかということになるわけですが、実際にそういった病院のベッドが全然空いていないかということと、結構空いているという状況もお伺いします。

ですので、そこは、連携、コミュニケーションが一番大事になってくると、常に考えております。

○増田座長：ありがとうございました。

先生方が悩まれている高齢者救急については、次の意見交換で活発にお話ししていただきたいと思います。

それでは、この意見交換①の確認と合意に移らせていただきます。

各医療機関の対応方針について、調整会議で確認及び合意を図ることとされており、皆さまにお諮りします。

各医療機関の対応方針を、「圏域としての2025年に向けた対応方針」として合意することとしてよいかということです。ただ、これをつくったときと状況が変わっているので、なかなか合意は難しいところがあるかとは思いますが、合意ができないかということです。

それから、有床診療所については、病床数が少なく、圏域に与える影響が軽微であることから、令和4年度病床機能報告等により、機能別病床数を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、今回の合意に含めさせていただきたいということです。

また、確認票が未提出の病院については、今回の合意には含めず、来年度以降の調整会議において確認・合意を図ることとしたいということです。

「とりあえず」となりますが、この件についての取扱いは、このようなことでよろしいでしょうか。反対及び意見はございますでしょうか。

それでは、ちょっとあいまいな表現にはなりますが、この件について、確認と合意ができたということにさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

[全員賛成で了承]

確認票の未提出の病院がかなりありますので、来年度以降の調整会議でよろしくお願いいたします。

コロナが終息に向かったりすると、また状況が変わると思うんですが、今出している病院は、来年また出し直さなくてもいいのですか。

○奈倉課長：今回ご報告いただいたものが、病院の中で機能の見直し等があつて、大きく変更された場合については、来年度またご報告いただいて、そちらのほうをまた圏域として確認するような形としたいと思っております。

ただ、変更が特にない医療機関については、今回の合意のままという形での取扱いとしたいと思っております。

○増田座長：ありがとうございます。

それでは、次の意見交換②に移らせていただきます。「将来に向けた地域医療連携」についてです。

それでは、東京都から説明をお願いします。

○東京都（事務局）：それでは、先ほどの資料3-1-2のスライド2をご覧ください。

こちらは、調査票でお聞きしました「様々な患者への対応困難度」について、区西北部からの回答をまとめたものになっております。

「対応困難の理由」を下段に抜粋しております。「家族とコンセンサスをとって治療を計画、実施していくため、対応できない強い要望がある場合は困難」とか、「医療費の支払いが困難なほど経済的に困窮している場合は、生活基盤が崩れており、社会的調整に時間を要するため」などの理由が挙げられておりました。

資料の最後には、他圏域の結果も付けておりますが、圏域ごとに何か際立った特徴があるというわけではなく、どこも同じように、さまざまな背景を持つ患者さんへは対応に苦慮しているという状況が見てとれました。

ほかの圏域の結果も併せて、各医療機関が具体的に何に困っているかや、それらの課題について何か自院で工夫している取組みがあるかといった視点でご覧いただければと思います。

スライドを1つ飛ばしまして、スライドの4枚目は、今回の意見交換の2点目になります。

高齢者救急や社会機能上の課題を持つ患者さんに対し、地域での対応力を高めるために、どのような工夫が考えられるかといったテーマで行います。

資料3-3-1をご覧ください。こちらもエクセルでお配りしておりますが、調査票で回答をいただいた、各医療機関の強みや特色のある診療分野をまとめております。

「傷病分類」の欄を見ていただくと、「神経系疾患」「眼科系疾患」というように、傷病分類ごとにまとまっております。

また、「神経系疾患」の中でも、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の順に並んでおり、「神経系疾患」のうち、高度急性期に強い病院はどこかといったことが分かるようになっております。

今回は、特に高齢者の急性期症状について、地域の強みである分野や、手薄な分野などに注目していただきまして、さまざまな患者への対応困難理由などを参考にしながら、地域で高齢者救急等の患者さんの対応のために考えられる取組みなどについて、意見交換を行っていただきたいと思います。

説明は以上となります。

○増田座長：ありがとうございました。

この対応困難理由を見ると、いかにもというふうな感じで、大変だろうと思いますが、今に始まったような話ではなくて、高齢者が区西北部は多いですから、かなり前から、退院してベッドを空けて、病院の本来の機能をフルスペックで回したいと思っても、この部分が足を引っ張っているということが、確かにあったと思います。

その辺で、医療連携というか、病院間でいろいろ調整して、いわゆる目詰まりを解消できないかというようなお話になりますが、それに関して、先ほど、回復期や慢性期で空いているところもあるのではないかというお話もありました。

ですから、空いているところは、「頼まれば引き受けるよ」というところが多いと思いますが、その辺の調整役が今はないわけですから、それに対して、どういふものがあつたらいいとか、こういう工夫をしているとかいうようなお話はございますか。

引き受けるほうの立場としては、「こういうのがあつたら、空いているときは引き受けやすいよ」というような話があれば、お聞きできればと思いますが、意見交換をしていく前に、地域医療構想アドバイザーからのお話をお伺いすることになっていますので、まず、東京医科歯科大学からお願いします。

○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。

簡単にデータをお示ししたいと思います。

まず、1点目は高齢者の数についてです。

こちらの地域では、2040年に向けて高齢者人口が増加するという予測になっております。

また、高齢者の有病率を見ても、例えば、フレイルについては、2040年になっても、2割近くの方はフレイルであるというふうなシミュレーションの結果が出ています。

認知症については、教育水準等の影響もありまして、現在よりは低下するのではないかといた予測もございます。

また、高齢者の疾患の特徴としましては、こちらは東京都のデータですが、75歳以上では6割以上の方が2疾患以上を併存しているということで、今後、高齢者の人口の増加とともに、そのような慢性疾患を併存している高齢者が増えて、そういった方々の急性期医療のニーズが高まるのではないかと考えられます。

また、“出口”調査に関しまして、こちらは、高齢者の単身世帯の数を示しておりますが、2040年に向けて増加傾向にございます。つまり、キーパーソン等が不在の高齢者が増えるのではないかと考えられます。

○増田座長：ありがとうございました。

続いて、一橋大学からお願いします。

○高久（一橋大学）：一橋大学の高久です。

前々回の調整会議で、高齢者の救急の話ということで、年齢階級別の入院患者数を予測しましたが、高齢者といってもいろいろな年齢の方がおられますので、5歳刻みのような形で、具体的にどのぐらいの高齢者が増えるのかという予測を、今回提示しているところです。

入院患者が増えるというのは、そのとおりですが、東京の場合は、85歳から90歳以上の入院患者が、今後かなり増えていくということは、人口動態と入院率を考えると、確実ではないかと思われま。

在院日数が削減されれば、そのとおりにならないかもしれませんが、現状の提供体制を前提とする限りにおいては、90歳以上の、ある種の“津波”に耐えないということが、東京の難しいところではないかと思われま。

患者調査ベースの予測ですが、この調査は9月から10月に行われますので、冬季の感染症とか呼吸器疾患がはやるピークのときには、今より3倍から4倍の

オーダーで、こうした患者が増えていくというのが、自然な予測ではないかと思
います。

それを、生産年齢人口が低下した状態で対処しなければいけないということ
ですので、当然、非常に難しい局面になっていくだろうと思われま

す。90歳以上の患者の方ですと、キーパーソンがいないとか身寄りがいないとか、
認知症を発症しているとか、複数の慢性疾患を抱えているような患者さんが、非
常に多いと思います。

ですので、具体的にどういった病院がうまく対処できているかという、一つの
手がかりになるかなと思われるデータをお示しします。

例えば、DPC病院とそうではない病院とで、対応がうまくいっている度合い
がどれくらい違うかということを考えますと、「キーパーソンが不在で身寄りがな
い」という患者に対して、「非常に困難」と答える割合は、DPC病院であっても
なくても、難しいように思われます。

一方で、認知症があるとか、寝たきりであるとか、摂食全介助が必要な患者さ
んの場合は、現状のDPC病院では、「非常に困難」と答える病院は、ほぼなかつ
たということです。

ですので、こうした病院のノウハウなどを、ある程度共有できたりすれば、有
意義ではないかと考えております。

○増田座長：ありがとうございました。

高齢者が増えて、多疾患の方が増えて、キーパーソンがいないとか、社会的状況
も非常に脆弱になって、かつ、入院期間も長くなって、転院も難しくなってくる
ということです。

コロナによって一般の医療が圧迫されて、大変な思いをしてきたわけですが、
コロナがなくなっても、今度は、高齢者救急が一般の医療を圧迫していくとい
うことが、容易に想像されると思います。

その辺で、うまくチームワークによってやってほしいというのが、東京
都からの要望だと思いますが、現状でその辺の目詰まりをうまく流すための工夫
とかについて、ご意見のある方はいらっしゃるでしょうか。

回復期と慢性期の病院の先生で、「自分のところのベッドは空いているけれども、こうすれば引き受けやすいよ」とか、「こうすれば、もっとパフォーマンスが上がるよ」みたいなお話があれば、ぜひ聞かせていただきたいのですが、いかがでしょうか。

要町病院の吉澤先生、現状と今後に向けていいアイデアがあったら、お話をお伺いできるでしょうか。

○吉澤（要町病院、副院長）：うちは、回復期といっても、どちらかというと、基幹病院から、がんのターミナルと、呼吸不全のターミナルまたはレスピ（人工呼吸器）が着いている方々などを受けています。

ただ、そういう人たちが、例えば、在院が長くなって、ほかに転院をと考えるかということ、まず、ターミナルで「オピオイド」を大量に使っているとなると、なかなか受けてくれるところがないので、そういう点が非常に難しいところがあります。

それから、うちの場合は、転院よりも在宅に移行するという形のほうが多いです。在宅とは結構連携しています。

また、本人の希望もあって、介護施設に入るという方もいます。

あと、慢性期病院と連携していくには、区の中でハブになるようなところがあればありがたいと思っています。

豊島区の場合であれば、在宅は「連携窓口」というものを、区が設置していただいています。豊島区の中の病院会がうまく機能していないというところもあるため、今そこをもう少し動かすようにして、病院同士の連携が組めるように、区の医師会が動いて、努力はしているところですが、病院間の連携はなかなか難しいところがあると思います。

「病院同士で患者さんを」というよりも、それをいかに在宅または介護施設のほうと連携していくかというのが、一つの案ではないかと思っています。

○増田座長：引き受けられるときは、実績のある、仲がよい病院から受けるというようになるのでしょうか。

○吉澤（要町病院、副院長）：うちの場合は、まず、近くの大学病院または基幹病院から、がんと呼吸器の患者さんが送られてくるので、それを断ったことはまずないです。

あと、在宅の診療所から送られてきた場合も、断ったことはまずないと思います。

また、ほかの病院からでも、うちの得意分野の患者さんが依頼があれば、それは断ったことはないと思います。

○増田座長：何となく、「あの先生なら取ってくれるかな」みたいな感じで、個人的に探すということで、ネットワークというふうなものではないのかもしれませんが、それが現状かと思います。

豊島区の場合は、窓口をつくっていただいている、それがうまく機能すれば、バランスよく、必要な人が必要なところに流れていくようになるのかなと、期待はしていますが、まだ課題はあるということですね。

○吉澤（要町病院、副院長）：豊島区だけではなく、区西北部の先生方から、がんのターミナルの患者とか呼吸不全の患者さんをご紹介いただいていますので、うちは、そういう患者を役割を持っているということは、区西北部の先生方にご理解いただいているかと、勝手に思わせていただいています。

ですから、どのような分野が得意な病院かということが、それぞれ示されていれば、お互いに紹介しやすいし、そういう連携がネットワーク的にできればいいかなと思っています。

在宅などですと、豊島区は、メディカルケアステーションで結ばれていますので、病院会もそういう形で病院同士が結ばれてくるといいかと、希望しているところではあります。

○増田座長：ありがとうございました。

今度は慢性期の病院の先生にお伺いできればと思います。

区を変えて、練馬区の関町病院の丸山先生、いかがでしょうか。

○丸山（関町病院、理事長・院長）：練馬区では、今言われたとおり、メディカルケアステーションのほうで、どの病院はどういう患者さんが得意かということ、よく把握されていますので、医師会の病院部に問い合わせれば、それなりの方向性が見つかるようになっていきます。

ですから、区を跨いでいろいろなところで共有できれば、非常にいいかと思っております。

○増田座長：ありがとうございました。

もうちょっと広い範囲でそういう窓口があると、効率がよくなるかなと思えますね。

では、板橋区の状況ということで、慢性期の上板橋病院の小出先生、いかがでしょうか。

○小出（上板橋病院、理事長）：板橋区の場合は、そういうネットワーク自体が機能しているとは思いません。

いくつかの病院がそれぞれ特徴のある病棟を持っていますので、慢性期の療養病棟に関しては、コロナになる前は、94～95%の稼働率が当たり前でした。

ただ、コロナになってからは、こちらでクラスターを起こしたり、紹介元の病院がクラスターを起こしたりしてということで、連携がなかなかうまくいかないため、稼働率がかなり下がってしまいました。

今は、いろいろな地域の病院からも、全て断らないように指示しておりますので、少し上がってきてはおります。

そういう意味で、それぞれが持っているネットワークを活用して、幅広いPR活動に努めて、「返事はその日のうちにするように」ということで、今のところはやっていますが、公式なネットワーク的なものは、うまく活用できていない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。

北区は、病院の数が少ないこともあって、中で調整しきれないところがありますが、明理会の場合は、必要があれば、イムスグループの中で回したりされているのでしょうか。

○廣瀬（明理会中央総合病院、院長）：はい、そういう場合が多いです。

○増田座長：病院のネットワークというか、自分の法人の中で動かせれば、区境を越えて、効率よくできるわけですね。

○廣瀬（明理会中央総合病院、院長）：そうですね。もちろん、患者さんの希望がありますので、近隣の施設からお願いすることが多いですが、それがうまくいかない場合は、グループの施設を利用してやっております。

○増田座長：ありがとうございます。

患者さんを送る場合、都立病院自体のネットワークとかはいろいろあるのでしょうか。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）：都立病院自体のネットワークということでは、しっかりしたものではありませんが、都立病院の医師同士が知合いですから、ある程度のネットワークはできていると思います。

ただ、明理会から、1つのグループとして板橋区で展開しているので、患者さんの中である程度やり取りができていたりしているという話がありましたが、それはとてもうらやましく思います。

私たちもそういったことができれば、この地域の中で、優れた医療というか、便利な医療が展開できるのではないかと考えています。

そういう意味で、要町病院の吉澤先生が、「がんと呼吸器に関しては、断ったことがない」とおっしゃったような、特徴をしっかりと掲げられている病院とは、非常に連携がとりやすいわけです。

あと、もちろん、リハビリに関してもそうで、しっかりリハビリをやっていただけの施設があれば、私たちはネットワークを密にしていきたいと思っていますので、これからもそういった方向でやっていきたいと考えています。

先ほどのご質問では、都立病院間ではということでしたが、地域での連携以上の都立病院間の連携は、独法になったのでまた変わるかもしれませんが、今の時点ではそう強くあるわけではございません。

○増田座長：ありがとうございました。

東京都として、都立病院で回復期とか慢性期に特化した病院を、地域で用意するとかいった考えは、今のところはないでしょうか。

○鈴木部長：私の一存では答えられることではありませんが、都立病院の役割として、そういうことは今のところは考えていないと思われます。

○増田座長：送るほうにしても受けるほうにしても、情報の開示と窓口というものがあると、非常にいいというようなご意見が多かったのですが、それが今は十分でないので、個人的なネットワークや病院間のネットワークでやり繰りをしているのだと思います。

窓口をつくるということは、今は区単位でやっているところはあるわけですが、「もうちょっと広げたほうがいいんじゃないか」というようなご意見があればと思います。

練馬区医師会の齋藤先生、お願いします。

○齋藤文洋（練馬区医師会、副会長）：それに関する質問ですが、「多職種連携ポータルサイト」というものを、東京都がやっていると思います。

前にも質問したんですが、あれがどのくらい使えているのでしょうか。最近はいろいろ工夫して、うまく使えるようになってきたということ、あちこちで聞いていますが、在宅ワーキングの中でも出てきたと思います。

あれは、今言っている目的のものだと言えらると思うんですが、どのような感じでしょうか。

○鈴木部長：コロナが始まってからは、当初の目的どおり進んでいるかという点、そんな感じはありませんが、逆に、“アフターコロナ”とよく言われますが、コロナが終わった方をそのシステムに乗せて、転院を促進するという動きはさせていただいています。

今はそれぐらいの使いどころしかないというのが現実でございます。

○齋藤文洋（練馬区医師会、副会長）：分かりました。ありがとうございます。

○増田座長：それぞれの医師会で努力というか、いろいろ工夫をしているんですが、豊島区の平井先生にお伺いしたいと思います。

豊島区は、在宅のネットワークが非常に充実してきて、吉澤先生が先ほど言われたように、転院するのではなくて、在宅に回すことも可能だということです。

ただ、北区と豊島区というのは、練馬区と板橋区の半分ぐらいの規模で、病院の数に至っては半分以下なので、転院ということを考えると、自分の区の中だけでやっていくよりは、もう少し広い枠組みが欲しいというご意見が多いです。

こういう点についてお考えはいかがでしょうか。

○平井（豊島区医師会、会長）：今おっしゃったとおり、豊島区内は急性期病床は多いけれども、慢性期病床は少ないという状況ですので、吉澤先生が先ほどおっしゃったように、在宅に頼らざるを得ないですし、もしくは、施設に行っていたくという形になってしまいがちです。

その辺で、もう少し広域で、板橋区や練馬区の施設からの情報をもっと入ってくれば、すごくいいかなと思っています。

そして、これも吉澤先生が先ほどおっしゃったように、豊島区医師会の中の相談窓口が病病連携についてももうちょっと踏み込んでやっていければいいかと思っ、その発展を考えてはおります。

ただ、病院間同士での患者のやり取りということに関しては、なかなか難しいところがありますので、そう簡単にはいかないかなとは思っています。

○増田座長：ありがとうございました。

では、北区と豊島区を引き受ける板橋区として、齋藤先生、「こうやるから、全部引き受けますよ」というようなお考えはありますでしょうか。

○齋藤英治（板橋区医師会、会長）：板橋区は、病院から在宅へのつながりの中で、「療養相談室」というのがあって、それぞれの診療所がどのような機能を持っているかということ把握していて、診療所と病院をつなぐようなシステムをつくってありました。

それが、今回のコロナの中で、そこをハブにして、急性期のコロナの受入れ病院から“ポストコロナ”の病院につなぐような事業を、これは、板橋区でやっている病院間の連携事業のようなものですが、これが、少しはうまく働いていたのかなとは思っています。

ですから、それが、病院同士の連携にうまくつながるようになればいいのかなと思うんですが、サブアキュートから“ポストコロナ”に行く際でも、それぞれの病院の事情があります。

例えば、「個室管理が必要」とか「レスピが着いていると難しい」とかいうような細かいことは、実際にそれぞれの病院に聞いてみないと分からないというところがありますので、そのあたりを細かく聞いていくと、非常に時間がかかってしまうということになります。

病院の中の事情を一番知っているのは、それぞれの病院の連携室だと思いますので、連携室同士が病院間でもっと深くつながっていくと、それぞれの病院の事情がそれぞれの連携室で分かっていくと思います。

そういう意味では、板橋区でやっている「療養相談室」をハブにしながら、それぞれのネットワークをつなげていくということが、何とかできるのではないかなと思っています。

○増田座長：ありがとうございました。

連携室同士のつながりがあると、「この人はこの病院でいいかな」とかが、結構目安にはなりますよね。

豊島区は高度急性期と急性期が多いというお話ですが、都立大塚病院の松本先生、回復期や慢性期が余りそばにないということで、苦勞されていることとか、工夫されていることなどがあつたら、ぜひ教えていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○松本（都立大塚病院、院長）：患者さんの“下り”の転院とかを考える際に、豊島区だけではなかなか完結しないことが多いので、連携室もかなり広範にいろいろな病院を探しています。

コロナになってからは特に、ということもありまして、連携室がかなり負担を感じているというところがあります。

ただ、そういうことで、連絡をとり合っていると、今は顔の見える関係というのが難しい状況ではありますが、お互いにやり取りをしているうちに、連携ができてくるということもあります。

ですので、病院としては、多少は遠方の病院でも連絡をとり合って、お互いの情報を確認し合うということが、非常に大事かと思つて、今いろいろ取り組んでいるところです。

○増田座長：ありがとうございました。

光が丘病院は、新しい病院をつくるに当たつて、いろいろ考へて配分をされているのでしょうか。

○光定（練馬光が丘病院、院長）：前方、後方ともに、地域連携室はだんだん厚くなってきていますが、そうだからといって、すごく機能しているかというところ、微妙なところもあるというのが実情ではあります。

○増田座長：地域医療振興協会の中で、後方病院じゃないですが、回復期とか慢性期の大きな病院をどこかにつくろうとかいう構想はないのでしょうか。

○光定（練馬光が丘病院、院長）：光が丘の旧病院の跡地のところを手配したりしていましたが、慈誠会のほうになったこともありますので、そういう予定は今のところはないです。

なお、先ほどちょっと話が出ていたメディカルケアステーションについては、興味を持っているところです。

練馬区の場合は、在宅とかのところはメディカルケアステーションでやっています、豊島区は、急性期もそこがやっておられるということを知っています。

災害については、「ラインワークス」というものを、今度始めております。

ただ、区を跨いでやっていくとなると、ネットワークの管理というものが、非常に大変になってくるんですね。流出者、退出者、個人情報などの膨大な内容を管理をするシステムがないと、なかなか広がっていかないのではないかとってはおります。

○増田座長：メディカルケアステーションは、お金がかからないという利点がありますから、いろいろな使い方ができるとは思っています。

北区の場合も、コロナの自宅療養者の薬の処方に関して、メディカルケアステーションを使って、新しいシステムを走らせていますので、いろいろな使い方ができるとは思います。

ただ、行政は特に、そういうネットワークは入るということに対して抵抗があると思われれます。

前田所長、保健所の立場として、保健所が管轄することではないと思うんですが、こういったことで、情報をうまく流したりして情報交換をするとき、「こんな感じがいいんじゃないか」とか、区同士の保健所のつながりとかについても、少し教えていただければと思います。

○前田（北区保健所長兼健康部長）：北区は、それほど大きな区ではありませんので、周辺区の医療に頼る部分が多いですが、逆に、北区内の医療機関にも他区から受け入れていただいているところもあります。

区西北部という区切りが適切かどうかは分かりませんが、周辺区との間での連携は非常に重要だと思っています。

ただ、今のお話のように、行政がここに入ってくると、個人情報はどう取り扱うかといったようなところがありまして、これまでも多職種連携等で情報共有の試みをしていますが、行政が余りかまないほうが、個人情報の壁を越えやすいというところがあります。

ですので、行政が一步引いたところで、そういうシステムに支援していくというスタンスで対応してきてはいます。

ただ、今後高齢化がさらに進んでいく中で、当然、急性期から慢性期、また、回復期・慢性期から在宅といったところのつながりを、より円滑に対応していく必要が出てきますので、広域的なシステムが必要になってくると思います。

したがって、各区で行われているネットワークをつなぐところを、行政がするのではなく、支援するなり、つなぐところのマッチングなりをやっていくというところが、非常に重要な課題であると感じております。

ただ、技術的な問題はもちろん、制度上の問題なども絡んできますので、簡単ではないと思いますが、今後はぜひ必要なことではないかと考えております。

○増田座長：ありがとうございました。

区の圏域ではなくて、もうちょっと広い範囲で、病院間のネットワーク、特に、「ここがうちは強い」「こういうところに特化している」という情報や、空室情報も欲しいですね。

こういった情報を区西北部全体で共有できれば、目詰まりはかなり解消していくのではないかと考えています。

それから、医師だけではなくて、医療連携室とか退院調整室とかのスタッフも絡めて、全員で情報を共有できれば、流れがよくなっていくだろうと思いました。

時間の関係で、全員の先生方にお話をお伺いすることができませんでしたが、どなたかご発言されたい先生はいらっしゃるでしょうか。

酒向先生、お願いします。

○酒向（ねりま健育会病院、院長）：当院は、回復期の病院のほか、高齢者のリハビリに関しては、老健を使って、短期入所でリハビリをして帰すという機能を持っています。

今までの急性期の先生方が話されたことと少し違う観点としては、退院後の外来を全員に提供しているというところです。

ですから、「練馬区の患者さんに関しては全員引き受ける」ということを、基本にしております。

練馬区は大きく4つに分けられますので、大泉地区の患者さんは、どんな状態であっても原則断わらないということにしております。もちろん、ほかの練馬区からも、原則断わらないということによっております。

そのため、練馬区の患者さんが7割ぐらいで、練馬区以外の患者さんが3割ぐらいです。そして、練馬区の病院からは4割ぐらいから来ていただいていて、練馬区以外の東京都の病院から来るのが5割ぐらいで、全国から紹介されてくるのが1割ぐらいという状況です。

回復期とか老健などで、リハビリをしておうちに帰すという患者さんの場合は、その方の地域の施設に紹介すると、連携がうまくいくのではないかと感じていますが、急性期の先生方は、逆に、その患者さんの地域にあるリハビリ機能を病院とか施設に送りたいという場合、スムーズに行われているでしょうか。

実際のところはどのような状況になっているかを、よろしければ教えていただきたいと思います。

○増田座長：ありがとうございました。

どなたかお答えいただける先生はいらっしゃるでしょうか。東京北医療センターの宮崎先生はいかがでしょう。流れをスムーズにしていくということに関して、何かお考えはございますでしょうか。

○宮崎（東京北医療センター、管理者）：今のお話に対しては、特にいいアイデアは持ち合わせていないですが、その辺がスムーズに流れていくようになれば、非常にありが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。

今までいろいろお話をいただいてきた中で、何となくほっとした部分があったように感じました。

ほかにご質問、ご意見等はよろしいでしょうか。

では、時間がかかなりオーバーしておりますので、この辺で意見交換を終わりにさせていただきますと思います。活発な議論をいろいろしていただき、大変ありがとうございました。

それでは、次の報告事項に移りたいと思います。

3. 報告事項

- (1) 紹介受診重点医療機関に関する協議について
- (2) 在宅療養ワーキンググループの開催について
- (3) 外来医療計画に関連する手続きの提出状況について
- (4) 医師の働き方改革について

○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、(1) から(3)については、資料配布で代えるということです。

こちらについて、何かご質問、ご意見がありましたら、後日、東京都のほうに、アンケート様式を使ってご連絡ください。

それでは、報告事項(4)について、東京都から説明をお願いいたします。

○東京都(医療人材課長)：福祉保健局、医療人材課の岡本です。

報告事項(4)「医師の働き方改革」についてご説明させていただきます。資料7をご覧ください。

第1回の調整会議でもご報告いたしました。その後の状況と今後のスケジュールについて報告させていただきます。

まず、資料の1ページ目は、都内の病院の準備状況について、昨年7月から9月にかけて実施した調査の結果でございます。

左下の円グラフは、「医師の時間外・休日労働時間の把握状況」ですが、「副業先・兼業先も含め把握」しているという病院は、まだ全体の4分の1程度となっております。

2ページ目は、「特例水準申請予定の有無」についてです。

ご回答いただいた病院のうちの4分の1程度が、「申請予定」とお答えいただいておりますが、「検討中」という病院がまだ1割程度ございます。

3ページ目では、圏域別の調査の回答率でございます。

回答率が低いと状況の把握が困難になりますので、今後も引き続き調査にぜひご協力いただければと思います。

4ページ目は、「圏域別宿日直許可・申請状況」についてです。

区西北部は、約半数の病院さんが取得済みであったり、「取得意向なし」という回答をいただいているところもございます。

申請準備がこれからの病院さんにつきましては、東京都医師勤務環境改善支援センターもご活用いただければと思います。

5ページ目以降は、特例水準の指定を受ける場合の手続きについてお示ししております。

そして、6ページ目には、そのスケジュールをお示ししておりますが、令和6年4月に間に合わせるために逆算しますと、評価センターの受審を8月までにお申し込みいただく必要がございます。

直前になると申請が集中することも考えられますので、可能な限り6月末までには評価受審をし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。よろしくお願いたします。

○増田座長：ありがとうございます。

それでは、土谷先生から、ほかの圏域、区と比べながら、追加でのお話やアドバイスをいただければと思います。

○土谷理事：医師の働き方改革においては、東京都医師会としても非常に注目しているというか、危惧しているところで、どれだけ進んでいるのかということです。

医療機関においては、やることが2つあります。

1つは、宿日直許可を取っていただくということと、もう1つは、特例水準を申請するということです。

この宿日直許可というのは、労働基準監督署とやり取りすることになりますので、ここは、監督当局になりますので、ちょっと敷居が高い感じがしているところはあるかもしれません。

ただ、この宿日直許可がないと、時間外労働とみなされて、場合によっては、当直に来てもらっていたところから、行けなくなってしまったという話になってしまうのではないかと考えています。

つまり、大学病院とか大きな病院から当直の医師を派遣しにくくなりますので、そうすると、夜の救急を縮小せざるを得なくなってしまうということも考えられます。

そうならないように、できるだけ多くの病院が宿日直許可を取得していただきたいと思っています。

そのための助けとなる相談窓口が2つあります。

宿日直許可の取得については、厚生労働省にある「医師の働き方改革相談窓口」がありまして、検索すると出てきます。

メールでやり取りすることになっていますが、それぞれの地域の労働基準監督署ともやり取りしながら、これが取得できるように後押ししてくれます。

ここに相談していただくと、非常に有効なアドバイスをいただけると聞いています。私の病院でも、ここを活用して、許可が取れました。

もう1つは、特例水準の申請に対しては、東京都医療勤務環境改善支援センターを活用していただければと思います。時間短縮計画とかを立てる必要がありますが、このセンターがお手伝いしていただけることになっています。

ですので、この2つのご活用をぜひご検討いただきたいと思っています。

○増田座長：ありがとうございました。

派遣するほうも派遣してもらほうも、非常に重大な問題ですので、個々の病院のことではありますが、ぜひ進めていただきたいと思っています。

この件についてご質問、ご意見はございますか。

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もありますので、その他の事項でぜひ情報共有を行いたいということがございましたが、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

きょうは非常に活発な議論をしていただき、形ができたわけではないけれども、将来のいろいろな方策を立てるのに有効なご意見をお伺いすることができ、大変ありがとうございました。

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、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)