

[令和4年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

令和5年1月30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』

〔区西南部〕

令和5年1月30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、年に2回行われていて、今回はその2回目です。

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、2つ目が、地域の医療連携で、3つ目が、医師の働き方改革になります。

1つ目の病床配分については、これまでずっとやってきたとおりの話になります。

2つ目の医療連携については、最近はコロナのことばかりをやっていましたが、今回は、コロナの話ではなく、今後急増すると思われる高齢者救急についてご議論いただければと思います。

コロナの患者が増えて、通常医療がひっ迫しましたが、今後は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について議論していただければと思っています。

3つ目の働き方改革については、報告事項となりますので、それぞれの病院で取組み方が違うとは思いますが、あと1年ちょっとで本格的に施行されることとなりますので、確認していただければと思います。

きょうは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。

新型コロナウイルス感染症は、ようやく少し落ち着いてきたなという感じになっておりますが、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年に向けた各病院の対応方針というものを確認していただきたいということと併せて、将来に向けた地域連携についてご議論いただきたいということで、地域医療構想の趣旨に則ったご議論をしていただきたいということでございます。

また、病床配分については、今回は3つの医療機関から出ておまして、申請者の方にも来ていただいておりますので、お話を聞いてからご議論をいただきたいというところと、病床機能の再編支援事業についても、併せてお願いしたいと思っております。

さらに、医師の働き方改革について、進捗状況などをご報告させていただきます。

いろいろ多岐にわたっておりますが、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、限られた時間ではございますが、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。

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、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を太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

○太田座長：座長の、世田谷区北区医師会の太田でございます。

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でございます。

それでは、資料1-1について概要についてご説明いたします。

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。

区西南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207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をいただいております。

まず、1つ目が、申請者は、医療法人社団爽玄会で、医療機関名は、碑文谷病院から、43床の一般病床の増床申請が出ております。

整備目的は、地域包括ケア病床の創設のために、予定時期は、令和6年4月でございます。

なお、現在の病床数は72床で、今回の申請が43床ですが、現行の療養病床43床につきましては、同法人が開設予定の別の病院に移動するということですので、今回の碑文谷病院につきましては、病床数は変わらないというところがございます。

2つ目は、申請者は、大島功生先生で、医療機関名は、自由が丘脊椎クリニック（仮称）から、一般病床が10床で申請が出ております。

整備目的としては、頸椎疾患治療の診療所の開設ということで、予定時期は、令和6年10月でございます。

3つ目は、申請者は、医療法人社団TSOCで、医療機関名は、医療法人社団TSOC北参道（仮称）から、19床の一般病床の申請が出ております。

整備目的としては、肩肘を中心とした関節外科診療に特化した診療所の開設ということで、予定時期は、令和7年4月でございます。

説明は以上です。

○太田座長：ありがとうございました。

では、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、最初に、碑文谷病院から説明をお願いします。

○山本（碑文谷病院、事務長）：当院は、地域医療、地域包括ケアシステムの構築に貢献すべく、訪問診療、訪問看護に力を入れるとともに、高度急性期病院の後方支援に尽力しております。

昨今の医療情勢を初め、当院においては、身体合併を有する精神疾患患者の受入れも積極的に受け入れていることにより、医療圏外からの受入れ要請も多い状況でございます。

しかし、病床には限りがあり、現在の機能では地域のニーズに十分応えることができないのが現状です。

私どもは、地域貢献、地域包括ケアシステムにさらなる貢献を目指し、増床することによって、後方支援機能の充実が図られること、急性期病院の負担の軽減、搬送困難事例のスムーズな受入れにつながることを確信しております。

引き続き、医療圏全体の連携を強化し、東京都の救急医療、地域医療の充実を共に実現し、都民の期待に応えてまいりたいと思っております。

設備整備の計画につきましては、先ほどご説明いただいたとおり、現在の療養病床43床を、来年4月に移転することにしておりますので、そのあとに、43床の病床をお願いしているところです。

雇用計画に関しては、看護師、看護補助2名、理学療法士3名、医事課2名、総務1名を、新たに募集予定です。

常勤医師に関しては、この4月からの1名が内定しております。また、この4月にも、常勤医師が2名確定する予定で、医師に関しては、クリアできております。

想定する診療報酬は、一般病床43床増加にて、215万点です。

病床稼働率は、91.6%を考えております。

以上です。よろしくお願いいたします。

○太田座長：ありがとうございました。

次に、自由が丘脊椎クリニック（仮称）の説明をお願いいたします。

○大島（仮称・自由が丘脊椎クリニック、院長）：自由が丘脊椎クリニックの大島です。

今回、急性期の一般病床を10床申請させていただいております。

世田谷区を含む区西南部医療圏は、総人口が15年後まで増加が見込まれていますが、それ以降は減少傾向となるものと考えられますが、高齢者数の増加率は、全国平均に比べて高い傾向にあります。

今回、開設を計画している有床診療所は、脊椎管狭窄症や椎間板ヘルニアなどの脊椎疾患、その中でも特に、頸椎疾患を対象としております。

頸椎疾患は、加齢によって生じる疾患であり、50～80代の患者さんを主な対象とするため、高齢者数が増加する本医療圏を、開業地として選定させていただきました。

高齢者を対象としていることもあって、地域においては、近隣の医療機関と密な連携をとらせていただきたいと考えております。

特に、CT・MRIの検査依頼、手術を含めた頸椎の専門の治療に関して、貢献させていただけるのではないかと考えております。

設備整備の計画に関しては、MRI、CT、一般撮影、骨密度測定装置、Cアーム、手術室を計画しております。

雇用計画としては、医師3名のうち1人は内定済みです。看護師7名、看護補助4名、放射線技師2名、事務6名としておりまして、1年ぐらいかけて、徐々にそろえていく予定です。

なお、そのうちの看護師数名については、今まで働いていた同僚などから勤務希望を受けております。それ以外の職種は、インターネットなどの求人媒体を通じて募集予定です。

想定する診療報酬は、有床診療所入院基本料です。

玉川医師会の先生方からは、「ぜひ一緒にやりましょう」とのお言葉をいただいております。

以上です。よろしくお願いいたします。

○太田座長：ありがとうございました。

次に、TSOC北参道の説明をお願いいたします。

○菅谷（仮称・TSOC北参道、理事長）：当法人は、2020年9月より、区西北部地区の豊島区において、地域における整形外科プライマリ・ケアと肩肘診療を中心とした専門的関節外科診療に従事してきました。

関節外科領域の手術適応症例については、板橋区の明理会東京大和病院と連携の上、20床程度の開放病床を利用して手術を行っており、2021年度実績で約800件（肩肘手術600件、股関節・膝関節手術200件）、2022年には、1000件程度の手術を行ってまいりました。

このような状況の中でも、東京都内のみならず、全国から専門的治療を求めて患者が増加しており、手術の待機期間が1～3か月となっており、手術需要に対応できない状態となりつつあります。

これらの需要に応え、問題点を解決するため、新クリニックを、神奈川県や都南西部からのアクセスのよい区西南部の渋谷区に設立し、外来診療の需要に応えると同時に、有床診療所として短期入院で済む、比較的若年でリスクの低い関節鏡手術を中心に行い、東京大和病院における負荷を分散して、手術待機期間の短縮を図っていきたいと考えております。

なお、東京大和病院においても、引き続き高齢者や人工関節手術、及び長期入院を希望する患者の手術を行っていきます。

今後の需要を考慮し、新クリニックにおける入院病床は、19床を確保させていただいて、最終的には、新クリニックで1000例、東京大和病院で1000例の手術に対応できるようなキャパシティをつくりたいと考えております。

これにより、当地域における関節外科の整形外科急性期医療提供不足の改善に貢献できると考えております。

設備整備の計画としては、手術室をつくり、関節鏡機器、MRI、リハビリトレーニング室を考えており、リハビリも併設します。

雇用計画としては、医師は、本院の非常勤医師を転属して常勤医師2名とし、非常勤医師も数名採用予定です。麻酔医は、常勤1名、非常勤2名を採用予定です。

す。看護師は、本院の非常勤看護師2名を常勤とし、さらに、新規で6名程度採用する予定です。

理学療法士は、本院より6名配属予定で、新規に4名を採用予定で、放射線技師は本院より2名転属予定です。

2年目以降は、必要に応じて、各職種のスタッフを増員していく予定です。

想定される診療報酬としては、有床診療所入院基本料19床、運動器リハビリテーション料となります。

以上です。どうぞよろしくお願いいたします。

○太田座長：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、地域に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、医療安全課長の坪井でございます。資料1－4でご説明させていただきます。

まず、目黒区では、令和4年11月17日に、書面にて開催されております。

碑文谷病院についてですが、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す。

主な意見については、「⑥協議内容」のところに記載しております

次に、世田谷区においては、令和4年11月16日に、自由が丘脊椎クリニック（仮称）について、書面にて開催されております。

「⑥協議内容」をご覧くださいますと、こちらも、行政との話合いで、申請内容について問題はない、また、行政以外の関係委員にも、積極的な情報提供を行っているというご報告をいただいております。

渋谷区においては、令和4年12月26日に、TSOS北参道について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、出席者から異議はなく、理解を得たという報告が上がっております。

説明は以上でございます。

○太田座長：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。

土谷理事、お願いします。

○土谷理事：2つのクリニックの申請者の方にお伺いします。

どちらも脊椎などの整形外科疾患を中心にやっていくということですが、そうになると、かなり高齢の方が多くなるかと思えます。

そうすると、手術のあとで内科的合併症が生じるということが、容易に想像されますので、地域との連携が必要になる場面が多くなるかと思えますが、どういった病院とお話をしていますというようなことが、既に進んでいるのでしょうか。

○大島（仮称・自由が丘脊椎クリニック、院長）：今のところは、まだ決まっているわけではありません。

これまで脊椎の手術を多くしてまいりましたが、数年に1度ぐらいは、呼吸がとまってしまったというような場合もないわけではありません。高齢者の場合は、術前の段階でしっかり検査した上であっても、そういったことがあり得ますので、周りの方々をお願いしないといけない場合も出てくるかもしれません。

ですので、近くの対応していただけるようなところにご挨拶に行かせていただいて、できるだけ連携をとらせていただきたいと思いますと思っております。

○土谷理事：地域の内科の病院の先生方とも、できるだけ連携の構築をお願いします。

○菅谷（仮称・TSOC北参道、理事長）：うちの場合は、もともと術前検査の段階で、高齢者とかリスクの高い方々は、東京大和病院のほうで手術をすることにしている、私どもは比較的リスクの低い方々が対象となります。

ただ、脊椎よりはそんなに合併症はないのですが、不慮のことが起こらないとは限りませんので、近隣の総合病院の先生方に協力をお願いして、ぜひ連携させていただきたいと考えております。

○土谷理事：相互の連携をよろしく申し上げます。

○太田座長：ほかにはいかがでしょうか。

それでは、鈴木部長、お願いいたします。

○鈴木部長：東京都の鈴木です。

碑文谷病院さんにお伺いしたいのですが、今ある43床の療養病床を、同じ法人の病院に移すということでしたが、具体的な病院名と、いつごろ移す予定でしょうか。

○小林（碑文谷病院、事務長）：目黒区の中根に建設予定の、「中根の森病院」という名前の病院で、ことしいっぱいで工事が終わる予定で、来年3月から開設予定としております。

○鈴木部長：そこは、現在のところから移す43床で開院して、全部が療養病床ということでしょうか。

○小林（碑文谷病院、事務長）：はい、そうです。

○鈴木部長：分かりました。ありがとうございます。

○太田座長：ほかにはいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

このあと、「2025年に向けた対応方針の確認」について話し合いをしていただきますが、整形外科領域の病院、病床を持たれている医療機関の役割というもの

が、今後非常に重要になってくると思いますので、地域の先生方としっかり連携を組みながら、地域医療を進めていただければと思います。

それでは、今の意見交換を踏まえて、何かご発言等がございますでしょうか。

○鈴木部長：各区の分科会でも特にご意見はなかったということと、本日の会議においてもご異議はなかったということでしたが、ちょうどいたご意見などを参考に、病床配分については、今後、医療審議会に報告の上、都において決定していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○太田座長：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。

(2) 病床機能再編支援事業について

○太田座長：議事の2つ目は、「病床機能再編支援事業について」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、「地病床機能再編支援事業」について、福祉保健局医療政策部地域医療担当課長の島倉からご説明させていただきます。

本事業は、昨年度から始まった事業で、病院または有床診療所が、地域の関係者間の合意の上、地域医療構想に即した病床機能再編を実施する場合に、減少する病床数に応じた給付金を支給するものとなっております。

その申請があったときは、当該圏域の調整会議の議論の内容及び東京都医療審議会等の意見を踏まえた上で、給付金の支給決定をいたします。

この事業の概要を、参考資料1によって、簡単にご説明させていただきます。

この「病床機能再編事業」は、3つの事業で構成されております。

「1. 単独支援給付金支給事業」は、医療機関が単独で、現在稼働している病床を10%以上削減した場合に、病床稼働率に応じて、記載の単価に基づき、給付金を支給することになっております。

「2. 統合支援金支給事業」は、医療機関が統合し、現在稼働している病床を10%以上削減した際に、給付金が支給されるものとなっております。1床当たりの単価は、単独給付金支給事業と同様となっております。

「3. 債務整理支援給付金支給事業」は、病院を統合した際に、廃止となる病院の債務を返済するために、承継病院が金融機関から新たに受けた融資の利子に対して、支給されるものとなっております。

それでは、資料2をご覧ください。

当圏域の「医療法人社団ローズレディースクリニック」の事業計画書となっております。

本施設は、区西南部保健医療圏の世田谷区の有床診療所で、事業種別は、単独給付金支給事業となっております。

再編の目的、内容について簡単に申しますと、老朽化により建替えて、療養環境の向上を図るとともに、今後は、婦人科治療、不妊治療の術式の検討により、入院数の短縮を図り、また、日帰り手術を増やしていくという予定があり、入院手術の患者が減少するということが見込まれるので、急性期病床が解除となるというところで、6床を削減するとされております。

再編計画といたしましては、現在は、1病棟12床のところ、6床削減して、1病棟6床に再編する計画となっております。

簡単ではございますが、事業計画書の説明は以上となります。

本圏域の地域医療構想を踏まえまして、本再編計画につきまして、ご議論、ご意見をいただければと考えております。よろしく願いいたします。

○太田座長：ありがとうございました。

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。よろしいでしょうか。

それでは、東京都のほうから、何かご発言がございますか。

○鈴木部長：ご意見がなかったということで、今後、こちらも医療審議会に報告することになっておりますので、その上で、都において決定していきたいと考えております。

○太田座長：ありがとうございました。

では、次の議題に進みたいと思います。これが今回の一番の中心になるかと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(3) 2025年に向けた対応方針の確認について

○太田座長：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いたしました。

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っておりますので、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（区西南部）」をご覧ください。

こちらは、区西南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。

区西南部では、急性期が必要量を上回っており、高度急性期、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いては、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できればと思います。

意見交換の2点目については、後ほど、別途ご説明いたしますので、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。

○太田座長：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、何かご意見等はございますでしょうか。

玉川病院の和田先生、お願いします。

○和田（玉川病院、院長）：コロナが5類になるという話になってきましたが、今後、救急とかいろいろなところに影響してくると思います。

コロナを今後どのように扱っていくかということによっても、今でも、急性期の患者さんとかは、コロナ疑いとなると、まずは個室に入れていらっしゃる場所も多いと思いますが、病床の使い方がかなり変わってくると思います。

「個室の病床が望ましい」と言っている人もいますが、建物を全部個室にするということは、いろいろな病院さんは不可能だと思います。

ですから、病床数としてはこのように出てきますが、それをどのようにしてうまく運用できるかということは、これからみんなで模索しながらやっていくしかないと思っていますが、その点についてはどうでしょうか。

○太田座長：ありがとうございました。

土谷理事、お願いします。

○土谷理事：和田先生からは、前回、医療連携について、後方病床の在り方、特に、後方病床からさらに施設に行くというために、地域での介護への連携がすごく大事だというご意見をいただきました。

今回も、それを踏まえて、地域連携を課題にしているところです。

具体的な話は、また次のところでお話ししたいと思いますが、先生がおっしゃるように、それぞれの病院が、「急性期を何床、回復期を何床でやっていきたい」と言っても、実際にどのように運用するということが大事になります。

ですので、とりあえず、2025年はこのような比率で、それぞれの病院がやっていくということで、皆さんが表明したところですが、これについて、地域で合意いただきたいところです。

さらに、その上で、具体的な地域連携をどのようにやっていくかということで、和田先生がおっしゃるように、そちらのほうがすごく大事になっていくと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

先生がおっしゃるように、数字と現実の問題がいろいろあると思いますが、これに関しては、地域連携の中で、この地域医療構想の中で、随時協議しながら、今後進めていければと思っております。

ほかにいかがでしょうか。

三軒茶屋病院の大坪先生、お願いします。

○大坪（三軒茶屋病院、院長）：先ほどのお話の中で、高齢者の救急が増えてくるということに関して、ちょっと発言させていただきたいと思います。

私もその点をすごく感じていて、実は、ここ数日で、高齢者の看取りに近いような方の要請が、連続して数件ありました。

「行き先がなくて困っている」ということですが、これからますますこういったことが増えると思います。

例えば、在宅で診ている家族の方が救急車を呼んだり、施設に入っている方が呼んだりということで、そういうことが今後多くなってくるとなると、その役割をどこであれば担えるかということ、地域の中ではっきり分かるようにしていく必要があると思います。

例えば、こういうのが療養の病院でも機能を十分果たせるわけですから、基幹病院にそういう高齢者の看取りの方が行く必要はないので、その辺を地域の中での役割分担をはっきりさせておくといいかなと思っています。

あと、それぞれの役割をどこが担うということ、在宅というか、家で介護をしていらっしゃる方々にも、よく理解していただいとくと、スムーズになるのではないかと思います。

救急車が、リストの順番に電話をかけたりしていると、そこで時間を取ってしまつて、救急車を占領してしまうということになって、それもひっ迫につながると思います。

ですので、地域の中で、「高齢者の看取りは、もうここに運んでいいよ」というようなことが、みんなで分かるようになるといいと、最近すごく思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

先生がおっしゃったことは、まさに、この次の意見交換で、高齢者救急のために地域連携をどのようにやっていくかということで、非常に重要なテーマになりますので、そちらでもまた議論させていただければと思います。

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

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、皆様にお諮りしたいと思います。

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。

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、今回の合意に含める。

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。

このような取扱いでよろしいかということについて、ご意見はございませんでしょうか。

では、この件について、確認と合意ができた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]

○太田座長：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、区西南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。

「医療連携室に医師の配属がないため、患者家族からの想定外の要望に向き合える時間が十分に取れない」とか、「病院の機能上、診療報酬制度の平均在院日数からも、長期（最長で90日程度）の医療提供が行えない」などの理由が挙げられていました。

資料の最後に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の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めております。

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。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、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ご発言をお願いいたします。

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と申します。

簡単にデータをお示ししたいと思います。

まず、高齢者の人口についてです。

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

特に、80歳以上を見てみますと、2030年ごろに最多になって、その後も高い水準が続くという予測になっております。

2つ目は、高齢者の疾病構造についてです。

こちらは、東京大学のシミュレーションの経過ですが、フレイルの有病率につきましては、2040年まで現在と同じような水準で続くことが想定されています。

また、健康水準とか教育水準の向上なども反映して、認知症は、男性では減少すると言われていますが、女性では、75歳以上では2割以上の方が認知症になるという結果になっております。

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75歳のデータですが、約6割の方が3疾患以上併存しているといったことが出ております。

また、併存疾患の多い患者は、当然、要支援、要介護の方が増えるということですので、今後増える高齢者につきましては、このような多疾患を併存している高齢者が増えることが想定されます。

さらに、高齢者の単身世帯の予測ですが、2040年に向けて、男女とも増加傾向にあります。このことは、キーパーソンの不在と、社会的な課題が多い患者さんが増えるということが言えると思います。

○太田座長：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、年齢階級別の入院患者数を予測しましたが、どの年齢階層が増えるかといいますと、90歳以上の入院患者が、東京では非常に増えるだろうと予測されています。

2020年現在では1.1万人ですが、それが2倍以上に増えると思われます。しかも、真冬の感染症の流行期ですと、3倍から4倍にも増えていくと考えられます。

そうすると、当然、キーパーソンがいないとか、認知症を患っているとか、複数の併存疾患を持っている人たちの対応が、非常に困難になってくるだろうと考えられます。

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点、例えば、DPC病院とそうではない病院とを比較すると、認知症の対応については、現状のDPC病院では、「非常に困難」と答える病院の割合は非常に低くなっていて、ほぼ対応できているということです。

このように、対応の困難度が病院によって濃淡がありますが、うまくいっている病院のノウハウなどを、ある程度共有できたりすれば、非常に有意義ではないかと考えております。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、これから意見交換に移りたいと思います。

今後の高齢者の救急医療について、どのような取組みをすればということも含めて、ぜひご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

先ほどの調査票の結果を見ても、脳卒中、循環器疾患、整形外科系の大腿骨頸部骨折などの疾患の取組みをされている医療機関が、非常に多いと思います。

区西南部としては、「こういうところがまだまだ足りないのではないか」というようなところから、まずはご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

では、内藤先生、よろしく申し上げます。

○内藤（副座長・東京都病院協会、内藤病院理事長）：医療という場面だけ見ますと、例えば、当院も地域包括ケア病床を持っておりまして、急性期で治療が終わったご高齢の方で、もう少しリハビリが必要だと、もう少し経過観察が必要だという方をお引き受けしております。

そして、そういう方が生活の場に戻れないということになりますと、療養型病院にお願いするということです。その段取りに時間がかかることもありますが、流れとしてはできているのかなと、私は感じています。

ただ、一番の問題は、自宅に戻りたいという方がなかなか戻れないとか、介護や福祉につなげていかないといけなくなるときに、どういう医療が必要かということによって、つながりが悪くなってしまうということ、非常に感じる場面が多いです。

ですから、退院するにあたって、医療から医療へつなげていくところであればいいのですが、医療から介護、福祉、生活に戻していくというところが、現場としては非常に弱いので、みんなで協力していかないといけない部分ではないかと思っています。

先ほどからのご意見についても、その部分ではないかということ、強く感じています。

○太田座長：ありがとうございました。

先ほど、和田先生、大坪先生からあったお話と同じで、高齢者救急が増えてくる中で、“入り口”と“出口”ということ、と“出口”の対応が、今後の大きな課題になってくると思います。

その辺に関して、ご意見はございますでしょうか。

和田先生、お願いします。

○和田（玉川病院、院長）：この間から同じことを言っていますが、例えば、高齢者が今後増えていく中で、今も90代の方が入院している場合が多いです。

ただ、先ほどもお話があったように、「うちに帰りたい」という希望があっても、誰が決めるかということも、いろいろな状況を考えると、非常に難しくなってしまう方も多いわけです。

僕は、リハビリとかもやっていますが、80歳以上の方でリハビリをいろいろやったからといって、筋肉がどんどんついてくるという人は、非常にまれで、一度落ちたものはなかなか上がってこないんですよ。

そういった意味では、ダウンするということが当然あって、その中でどう考えるかという話になると、どこに帰すかということがまず問題になります。

しかも、世田谷の場合は特に、単身の高齢者や“老老介護”の高齢者が非常に多いので、今後そういった人たちが増えてくるとなると、急性期病院で取っ

たけれども、そういった方々が病床を埋めてしまうということが、どうしても発生しています。

では、急性期病院が、そういう人たちをどこかに送るということを、全部やらなければいけないということで、今はやっているわけですが、それ自体は、本来の急性期病院の役割ではないのだらうと思います。しかし、それを受け取ってくれるところがないので、そういう状況になっているわけです。

なお、先ほど、医科歯科大の先生から、「男性の認知症は減少する」というお話がありましたが、僕自身はちょっと信じられないです。

入院している人のご家族に、「こうしましょう」「ああしましょう」と言ってみたら、その一緒に住んでいた方が、実は、認知症だったということが分かったという例も、結構経験しています。

今後、診断を受けてない認知症の方々が、当然、高齢になってきますので、さらに問題になってくるのかなと思っています。

いずれにしても、急性期と取るのはいいんですが、その人を次にどうするかといろいろやっている間に、ひと月以上も居るとというのが現状ですので、そこを何とかしていかないと、急性期病床、回復期病床といった役割をそれぞれがうまく果たせなくなってしまうのではないかという気がしています。

○太田座長：ありがとうございました。

和田先生のところでは、いわゆる病病連携の中での転院というのは、連携室を通じてそれなりに情報整理が整っているということですが、自宅や地域に戻すところでは、まだまだ課題が多いという状況でしょうか。

○和田（玉川病院、院長）：病病連携といっても、どこかに送るとなると、誰かがそれをやらなければいけないので、そういったとき、本人は世田谷に住んでいた場合でも、ご家族は遠くにいるという場合があります。

そうすると、「ここにこういった病院がありますが」と説明したり、その申込みをしていくというようなことで、非常に時間がかかってしまうわけです。

しかも、そうやって転院してもらってあと、また具合が悪くなって、また急性期の治療をやるということになったりして、そういうことを繰り返していくことも多くなって、なかなかすつきりいかないわけですよ。

地域の中にいろいろな人がいて、全部やってくれるということではないので、その辺が今後、このような事例が増えていくと、かなり大変な状況になっていくだろうと思われまます。

それにも増して、本人が判断できないということになると、成年後見人をどうするかというような話も出てきて、また時間が延びていってしまうので、そういったことを急性期病院で既にかなりやっているんだということを、先生方にご理解いただければと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

土谷先生、お願いします。

○土谷理事：「どんどん送りたいけれども、どういったところに送ることができるか」ということに関して、それぞれのソーシャルワーカーの力がもう少し分かればいいなということもあります。

これは今後も大きな課題かと思っていますので、それぞれの医療機関のソーシャルワーカーの力をどのように推しはかれるかということも、私たちも考えていく必要があると思っています。

○太田座長：では、大坪先生、お願いします。

○大坪（三軒茶屋病院、院長）：私は、逆に、受け取る側ですが、こちらとしては、早くどんどん受け取りたいという気持ちでやってはいます。

成年後見人のことについても、それが決まるまではお金の支払いがとまるんですが、「何でもこちらで引き続きやります」ということで、「3か月ぐらいお金の支払いが滞ってもいいので、早く送ってください」と言っています。

また、身寄りのない方の場合でも、なるべくこちらで何とかするようにして、早く受け取りたいと思うんです。

それに関して、先ほどの調査票の結果で、区西南部で「非常に困難だ」という数値が高いものを見ると、精神科のところで、「入院のルールが守れない」のほか、「家族からの要望が強い」というのも結構あります。これが“出口”の妨げになっているところがすごくあると思います。

ご家族が望むことができないとなると、「この病院は嫌だ」「この病院は嫌だ」ということになってしまうと、和田先生のところのような急性期の病院のソーシャルワーカーの方は、ものすごく苦勞されることになってしまうんですよ。

何とか希望に合うところを探そうとすると、非常に時間がかかってしまうので、そういう“出口”の段階ではなく、“入り口”のところで、本当に高度な医療が必要な方が、急性期の病院に運ばれるべきだと思います。

例えば、在宅で診ていただいている、ちょっと誤嚥性肺炎を起こしたりとか、腎不全がひどくなったりということで、入院が長くなりそうな場合は、療養がくつついているようなところに行くとかできるようになるといいんじゃないかと思っています。

一度入ってしまうと、なかなか次に移ってもらうまでに時間がかかってしまうということが多いですので、このような対応でできるようになればと思います。

在宅の先生もそうですし、家族の人もそうですが、救急隊の方々に対しても、“入り口”のところで、本当に高度な医療が必要な方が基幹病院に行くということにしないと、結構そこは難しいのではないかと思います。

もう一つ、ここには全然載っていませんが、老人保健施設というものを、もっと利用できないものかと、最近思っています。

というのは、今回のコロナで、高齢者の医療支援型施設をつくりましたよね。そうすると、認知症で徘徊するような方々でも送れるということで、非常に助かりましたが、老人保健施設というのは、医療保険が使えないので、何か中途半端な存在になってしまっているんですね。

ですから、行き先がなかなか決まらないような方で、ある程度の医療ができるようなところということで、老健施設がそういうようなところになれば、まずはそこに行って、そこからまた探すとか、自宅に帰るのを待つとかというようなことができる、今のような問題の解決の一助になるのではないかと思います。

今のような状況の中で、それぞれの病院が何とかしてやっているような状態では、“出口”のところが滞ってしまうので、その辺のところの解決策を早く見出せるようにする必要があると思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

渋谷区医師会の井上先生、お願いします。

○井上（渋谷区医師会、理事）：僕は前に小さな救急病院をやっていて、今はクリニックをやっています。

そういう中で思うことは、施設の先生方の中には、いざ患者さんの具合が悪くなると、「救急車を呼んで」と言って、それで終わらせてしまうという人が結構あります。

それは非常に無責任な感じがしています。自分の患者さんについて何かあったら、その患者さんについては、その場しのぎといったら悪いですが、そう感じられないように、その人が命を閉じるまでのことを想定して、いろいろなことを、本人にも家族にも言うておくべきだと思います。

そして、それに対していろいろ、「こういう方法がある」「ああいう方法がある」ということを想定してもらわないと、これはどこかで行き詰ってしまうと思います。

ついでに申し上げれば、いろいろなところに行っても、行きっぱなしになってしまう場合が多いので、退院するとかほかの病院に行くというときも、かかりつけ医の先生にまず相談するとか、かかりつけ医自身が地域の病院とかを知っておいて、連携をとっていかないと、うまくいかないとと思っています。

そういうことについて、今はコロナで余りお会いできないけれども、そういう情報交換をしっかりしておいていただければと思っています。

今は在宅医がすごく多くなっていますが、いろいろ地域のことを知っていたり、ほかの病院との連携がきちんとできる先生が、現状では余りいらっしやらないようですので、その辺も今後考えていかなければいけないと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

切れ目のない医療というところで、“入り口”と“出口”ということを見ると、今おっしゃったことは非常に重要なことだと思います。

では、“出口”のところではいろいろご苦労されているところがあるかと思うので、回復期の先生方で、実際の“出口”の問題で、「こういう点で今困っている」とか、「こういう工夫をしている」というようなことがあれば、ご意見をお聞かせいただきたいと思います。

原宿リハビリテーション病院の松谷先生、脳卒中、大腿骨頸部骨折の治療のあとのリハビリというのも多いと思いますが、今どういう状況にあるかということを含めてお話しいただければと思います。

○松谷（原宿リハビリテーション病院、院長）：今やっているのは、脳卒中の方が多いのですが、退院後は家族の介護が避けられないという状況の方が、半数以上いらっしゃいます。

そういった方をなるべく早く、どのレベルまで持っていけるかということですが、脳卒中の回復期リハビリテーション病院でのアウトカムというのは、大きく分けると5つになります。

一番いいのは、社会生活に復帰できるということで、仕事をしていらっしゃる方は、そのまま仕事ができるようになる。引退されている方は、極端に言えば、独居でも生活できる能力まで持っていける方ということです。

2番目は、それは難しいけれども、おうちの中にいる場合は、身の回りのことができるので、1人で外出するといろいろな問題がありますが、うちの中では大丈夫なので、ご家族が日中に仕事に出ている、安全に留守番できるということです。

3番目になりますと、トイレに行くときとか食事のときに、それなりの介助は必要ですので、家族の方は2時間程度しか外出できないので、介護保険でヘルパーさんをお願いして、一緒に見ていくということです。

4番目になりますと、24時間監視が必要ということですので、家族の人が非常に大変な状況になります。

最終段階になりますと、重度の介助が24時間必要ということで、おうちの中
で見るのはどうしても難しいので、施設にお預けするのが、我々のほうから見れ
ば、一番適切だと思うんですが、中には、「家族を総動員するから」ということで、
透析サービスをお願いしたり、場合によっては、夜間、土日のヘルパーさんを自
費で雇うという場合もあります。

このような5段階に分かれますので、脳卒中の方は、マックス150日間は入
院できますが、ある程度のめどがついた段階で、5段階のうちの3段階以下にな
った状況を、早くご家族に理解していただいて、早いめに訪問診療とかヘルパー
さんの準備とか、施設を探してもらおうようにしているというのが現状です。

結果としては、“出口”に困るということはないんですが、特に、施設を探す
ところまでには、家族の方が決心してからでも、1か月から1か月半ぐらいを要し
ているというのが実情です。

○太田座長：ありがとうございました。

先生のところで、例えば、「こういう患者さんは受けづらい」とか、「基本的
にはお断りしている」とかいうようなことが、病院としてあるのでしょうか。ソ
ーシャルワーカーの中で、「こういう方は受けづらい」ということがあるでしょうか。

逆に、受けづらいという方に対して、どういう対応をしておられるでしょうか。

○松谷（原宿リハビリテーション病院、院長）：回復期リハビリテーション病院で
すから、リハビリができないと想定される場合、例えば、「手を上げてください」
「足を曲げてください」ということをお願いしても、それに応えられないという
方は、リハビリができませんので、そういう方は、原則的には受け入れられませ
ん。

ただ、そうすると、急性期病院も困ってしまわれますので、そのような方は、
受け入れる前に、施設入所か、ご家族で面倒をみるかということを確認いたしま
して、その準備が整うまで、具体的には、通常は1か月間だけお預かりして、「退
院後の準備をいたしましょう」という形で受け入れております。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、次に、同じ回復期ということで、日扇会第一病院の八辻先生のところはいかがでしょうか。

回復期リハとしての“入り口”と“出口”の課題とか、「このところが足りない」というようなことがありましたら、ご意見をいただけるでしょうか。

○八辻（日扇会第一病院、院長）：当院は回復期ですが、病棟としては、地域包括ケアをやっていて、サブアキュートとポストアキュートという形で連携をさせていただいております。

また、私たちも、在宅療養支援病院として、訪問診療をしていますので、「自宅に帰りたい」という意思が強くて、それに対してのマンパワーのある方であれば、自分たちが早期から入ることで、不安定であっても、「残りは家で診ましょう」とかいうことで、ある程度融通を利かせて、退院支援ができていないんじゃないかなと思っています。

先ほどからのご発言でもありましたが、在宅に帰せない一番の理由は、どちらかというところ、ご家族の事情であって、「要望が高いけれども、それに見合ったマンパワーがない」とか、あと、難しければ施設というのが、現実的な選択になりますが、費用面で折り合いがつかなかったりということもあります。

あと、地元であれば、キーパーソンとして自分たちが出ていくことで、何とかありますが、ご家族が遠方であって、「そちらのほうへ」と言われてしまうと、こちらから手が出なかったりということもあります。

そういったところの苦勞もいろいろありますが、地域包括の2か月間の入院期間の中で、何とか病状を落ち着けながらも、同時に、退院支援ということで、どういう形で次のステップに進んでいくかということについて、入院と同時ぐらいから協議していけば、大体の症例で何とかなっているかと思います。

ですので、地域の急性期病院の先生方に助けていただいているのですが、急性期が終わったらすぐ回していただいとということ、で、“出口”のほうでもうちょっと貢献できればと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

では、次に、慢性期のほうから、セントラル病院の山下先生、“入り口”と“出口”のところで、何か工夫をされていることとか、「こういう取組みをすることでうまくいっている」というようなことがあれば、ご紹介いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○山下（セントラル病院、統括院長）：先ほど、大坪先生が、救急のことに関してご発言いただきましたが、私も同様に、高齢者の救急の問題は非常に重要だと考えております。

私どもの病院では、「高齢者等医療支援型施設（渋谷）」ということで、100床のコロナの施設として、患者さんを受け入れておりますが、救急搬送に対しても、例えば、レスピレーター希望がないような、ACPに基づいて積極的な治療を希望しないというような方に関しては、重症の方でも受け入れております。

サチュレーションが90%に届かないような方でも受け入れて、できる限りの治療をして、お看取りをするというようなケースもあります。

このように、慢性期の病院においては、ACPに基づいて、高齢者に無理のない治療を提供したり、誤嚥性肺炎とか、発熱したり、食事ができないとかの、一般的な治療に関しては、積極的に慢性期の病院が、時間外とか救急でも受けて、急性期の治療のための貴重なベッドを、有効活用していただくようにできればと思っております。

また、慢性期の病院ですと、入院期間に余り縛られずに、ゆっくり時間をかけながら、退院支援に持っていったりすることができますので、高齢者の場合には、急性期の先生方に「頑張れ」と言うよりは、我々慢性期の病院のほうが、頑張って治療していったりするべきだと思います。

いわゆる“慢性期多機能型病院”というような形で、今後は展開していくことが、非常に重要になってくると考えております。

○太田座長：ありがとうございました。

今のお話のように、急性期をしっかり機能させるため、高齢者の急性期の治療を継続して受けられるような体制をつくるということは、非常に重要なところではないかと思えます。

同じく慢性期の碑文谷病院さんからご発言をお願いできるでしょうか。

○山本（碑文谷病院、事務長）：うちは、現時点で療養病床を持っていますので、医療度の結構高い患者さんもお受けしていますが、在宅に戻す場合、ご家族がいらっしゃる方でも、家族の協力が得られない場合は、退院まですごく時間がかかってしまいます。

また、独居の方でお金がないといった方の場合などは、在宅に戻すか、このまま療養のほうでお看取りするかというところで、すごく悩む事例が多いです。

もちろん、独居の方でも、区の方と連携をとりながら、できるだけ在宅に戻せるようにはしております。うちでも訪問診療をやっていきますので、速やかに訪問診療につなげるようには努力しています。

○太田座長：ありがとうございました。

急性期の疾患の患者さんも、先ほどのお話のように、医療度が高くても受け入れる努力はしているということでしょうか。

○山本（碑文谷病院、事務長）：はい、そういう場合もできるだけ受け入れております。

○太田座長：ありがとうございました。

きょうは、アンケートの中でいただいた医療機関のいろいろな情報を見ながら、先生方にお話をいただきましたが、“入り口”の問題よりも“出口”の対応のところが、病床をうまく活かすための大きな課題になっているというご意見をいただきました。

時間がかかり過ぎていますが、先生方の中で、追加で何かお話がありましたら、お願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

世田谷記念病院の清水先生、どうぞ。

○清水（世田谷記念病院、院長）：当院では、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟と、あと、訪問診療を行っていますが、先ほどの話の高齢者の救急医療については、もちろん、急性期の病院にお願いすることも多いです。

ただ、基本的には、在宅診療をしているときに、その家族との信頼関係があって、家族の意向がはっきり分かっている場合は、急変した場合でも、当院で診ております。

ですから、急性期病院に高齢の方々がたくさん行っているという問題に関しては、地域の在宅診療のドクターが、普段から患者さんの家族という、キーパーソンとの連携がしっかりできていくことが、非常に重要であると思います。

もちろん、キーパーソンが遠隔地にいらっしゃるような場合は、なかなか難しいかと思いますが、普段からキーパーソンの方と連携をしていくことが、非常に重要なことと考えております。

当院では、地域包括ケア病棟に在宅診療から救急で入院するというケースが多いですが、どうしてもできないというのは、ご家族が、「最期までしっかりした治療をしてほしい、救命してほしい」という要望が強いときが多いです。

そういう場合は、救急車を呼んで急性期をお願いすることになりますが、今後は、その辺についてもさらに努力して、できるだけ急性期病院に高齢者の方が余り行かないように努力していきたいと考えております。

○太田座長：ありがとうございました。

今のお話にもありましたように、高齢者の救急医療を考えると、“入り口”と“出口”という中で、地域包括ケアという大きな概念も取り組んで考えていかないと、この問題は解決できないかなと、私も感じたところでした。

それでは、時間がかなりオーバーしてしまいましたが、活発なご協議をいただき、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

○太田座長：「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いただければと思います。

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簡単にご説明いたします。

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割以上ございます。

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きますようお願いいたします。

4ページ目は、「圏域別宿日直許可・申請状況」についてです。

区西南部は、「申請準備中」「申請予定だが未着手」というところが、約半数あるというような結果になっております。

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。よろしくお願いいたします。

○太田座長：ありがとうございます。

それでは、土谷先生から、追加でご発言をお願いします。

○土谷理事：医療機関においては、やることが2つあります。

1つは、宿日直許可をできるだけ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場合は、早いめに対応していただきたいということです。

これに対応していただくための助けになるところがあります。

宿日直許可については、厚労省の「宿日直許可のための相談窓口」というサイトがありますので、メールでやり取りすることになっています。

地元の労働基準監督署と厚労省が直接やり取りして、各医療機関がこれを取得できるように後押ししてくれますので、ぜひこれを活用していただければと思います。

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います。

○太田座長：ありがとうございました。

この件についてご質問等はございますか。

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。

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。先生方、どうもありがとうございました。

4. 閉 会

○奈倉課長：皆様、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)