

[令和5年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

令和5年7月21日 開催

【令和5年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

令和5年7月21日 開催

1. 開 会

○奈倉課長：定刻となりましたので、令和5年度第1回目となります、東京都地域医療構想調整会議、北多摩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、東京都保健医療局医療政策部計画推進担当課長の奈倉が進行を務めさせていただきます。

本会議は、Web会議形式で開催いたしますので、事前に送付しております「Web会議に参加にあたっての注意点」をご一読いただきまして、ご参加いただきますようお願いいたします。

本日の配布資料につきましては、事前にメールで送付しておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

それでは、開会にあたり、東京都医師会及び東京都より、ご挨拶を申し上げます。東京都医師会、土谷副会長、お願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

毎日暑い日が続いていますが、日中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。

今年度の調整会議のテーマについて少しコメントしたいと思います。今年度のトピックスは、2回とも紹介受診重点医療機関についての協議となります。

これは、どこから出てきたかといいますと、医師の働き方改革からで、外来を絞って入院のほうに注力してほしいということで、病院ごとの機能分化、役割分担をより一層明らかにしてほしいというのが、今回の趣旨になります。

ですので、基準と水準を満たしているところは、ぜひ手挙げしていただきたいと、東京都医師会では考えているところです。

後ほどコメントをさせていただきますが、きょうはご審議を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、東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井よりご挨拶申し上げます。

○岩井部長 本年4月1日付で、医療政策担当部長に着任しました岩井でございます。

構成員の皆さま方におかれましては、日ごろから東京都の保健医療政策に多大なるご協力を賜りまして、まことにありがとうございます。

また、本日はご多用の中、会議にご出席いただきまして、重ねて御礼申し上げます。

本日の会議では、土谷先生からもお話がございましたが、紹介受診重点医療機関に関する協議を初め、地域の外来医療提供体制の課題などに関する意見交換、また2025年に向けた対応方針に関する協議を行わせていただきます。

そのほか、報告事項が何点かございます。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見等をちょうだいできればと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○奈倉課長：本会議の構成員についてですが、お送りしております委員名簿をご参照ください。

なお、昨年度に引き続き、オブザーバーとして、「地域医療構想アドバイザー」の先生方にもご出席いただいておりますので、お知らせいたします。

本日の会議の取扱いについては、公開とさせていただきます。

傍聴の方々が、Webで参加されております。

また、会議録及び会議に係る資料については、後日、公開させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を齋藤座長にお願いいたします。

2. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について

○齋藤座長：こんばんは。座長の小金井市医師会の齋藤と申します。

それでは、早速議事に入らせていただきます。1つ目は、「紹介受診重点医療機関について」です。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、資料1-1によりまして説明させていただきます。

この制度は、外来診療に関して、かかりつけ医療機関などからの紹介状を持った患者さんへの診療に重点を置く医療機関がどこか、患者さんにとって分かりやすいよう、既存の医療機関の中から、その趣旨に合致する医療機関に「紹介受診重点医療機関」という名称を新たに設けるものです。

今回の調整会議では、圏域の各医療機関の中から紹介受診重点医療機関を決める協議をすることにしております。

これから、協議の位置づけ、スケジュール、協議方針の3点について、説明させていただきます。

まず、協議の位置づけですが、令和4年度の外来機能報告において、各医療機関から、外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関になる意向があるかなどについて報告いたしました。

その報告内容に基づき、この資料の右側に記載されている「地域の協議の場」、すなわちこの調整会議において、当該地域における紹介受診重点医療機関を決める協議をいたします。

次に、スケジュールですが、調整会議における協議を踏まえて、8月1日に、都のホームページで、紹介受診重点医療機関の一覧を公表する予定であり、この日から診療報酬が算定できます。

最後に、協議の方針について説明いたします。

紹介受診重点医療機関は、調整会議の協議事項である一方、診療報酬算定に直結する内容であるため、都内の医療機関で協議方針に大きなばらつきが出ないことが必要と考えております。

そこで、協議方針をこちらの資料に記載の案どおりでよろしいか、確認をお願いいたします。

次に、その協議方針に基づいて、個別の医療機関の適合状況を資料1－2で確認し、紹介受診重点医療機関を決める協議を行っていただきます。

協議に先立ちまして、基準と水準の定義を説明いたします。

基準は、外来機能報告ガイドラインで示されており、医療資源を重点的に活用する外来、具体的には、外来化学療法加算やCT・MRI撮影及び悪性腫瘍手術などの算定件数が、初診で40%以上、再診で25%以上となります。

次に、水準とは、基準を満たさない医療機関について、地域の実情に応じて、紹介受診重点医療機関と認めるかの協議での目安とする指標であり、紹介率50%以上、及び逆紹介率40%以上です。

続いて、具体的な協議方針の案をご説明いたします。

表の赤枠をご覧ください。

①は、紹介受診重点医療機関になる意向があり、かつ、国が示す基準を両方満たす場合は、原則どおり、紹介受診重点医療機関といたします。

②は、紹介受診重点医療機関になる意向があり、初診と再診の基準のいずれか一方を満たし、かつ、国が示す水準を両方満たす場合、協議により紹介受診重点医療機関として認めます。

なお、基準を満たす医療機関のうち、紹介受診重点医療機関になる意向がない場合は、原則としてその意向を尊重することといたします。ただし、協議により、特に「紹介受診重点医療機関にすべき」となった場合は、東京都が個別に意向を再度確認の上、再協議を行います。

最後に、補足説明を3点いたします。

1点目は、協議で使用する紹介率、逆紹介率についてです。

令和4年度は、外来機能報告の制度開始の初年であることから、令和4年7月分のみ、紹介率、逆紹介率が報告対象でございました。

ただ、令和4年7月は、コロナの第7波の時期であり、複数の圏域で、「コロナの受入れによる一過的な紹介率の低下を考慮し、協議すべきではないか」とのご意見をいただいております、一理あると受けとめております。

その一方で、今回の協議では、全ての圏域で共通した指標として使える数値は、外来機能報告しかないため、こちらの数値でご協議いただきたく考えております。

なお、外来機能報告の紹介率、逆紹介率の報告対象期間は、令和5年度報告では、令和4年7月から令和5年3月までの9か月間、令和6年度以降は1年間となる予定です。

2点目は、既存の特定機能病院及び地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関との関係です。

外来機能報告のガイドラインでは、これらの病院は、性格からすると、基準を満たすことが想定されており、基準を満たす病院については、原則として紹介受診重点医療機関になることが望ましいとされております。

3点目は、次回以降の協議についてです。

まず、紹介受診重点医療機関となった医療機関についても、毎年度の外来機能報告に基づき、基準等の適合状況を確認し、仮に基準等を満たさなかった場合は、その理由や一過的なものか等を確認し、取扱いを協議いたします。

また、今回の協議で紹介受診重点医療機関とならなかった医療機関についても、次回の協議では、改めて意向と基準、水準の適合状況に基づき、紹介受診重点医療機関とするか協議を行います。

次回の協議は、令和5年度報告に基づき、年明けの今年度の第2回の調整会議を予定しております。

説明は以上となります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、早速協議に移りたいと思います。

まず、紹介受診重点医療機関に関する協議の方針については、東京都が説明されたとおりに進めることとしてよろしいでしょうか。

何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

それでは、今回の協議に関しては、国が示す方針に従うということによろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

それでは、そのようにさせていただきます。

次に、個別の医療機関について協議を行いたいと思います。

協議の方針に従い、資料1-2の赤い枠で囲ってある①の医療機関が、北多摩南部における紹介受診重点医療機関に適合しているということですが、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

東京都医師会理事の佐々木先生、お願いします。

○佐々木理事：東京都立小児総合医療センターさんについてです。

実は、これと同じような事例が区西南部でもありまして、国立成育医療センターさんです。基準と水準を満たしていなかったんですが、小児の専門病院であるという特殊性を鑑みて、協議の場で紹介受診重点医療機関となることを認めていただきました。

こちらの圏域でも、小児の専門の病院ということで、この場で前向きに検討していただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

この東京都立小児総合医療センターの件について何かご意見がございますでしょうか。

特にないということでしたら、紹介受診重点医療機関として認めるということも含めて、皆さまにお諮りいたします。

今回は、適合状況①として、

日本赤十字社東京都支部武蔵野赤十字病院、

杏林大学医学部附属病院、

医療法人社団理会東京国際大堀病院、

公益財団法人榊原記念財団附属榊原記念病院、

地方独立行政法人東京都立病院機構東京都多摩総合医療センター、

東京慈恵会医科大学附属第三病院、

府中恵仁会病院

以上の7つの医療機関と、東京都立小児総合医療センターについて、紹介受診重点医療機関として認めるということによろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

ありがとうございます。

それでは、今までの議論を踏まえて、東京都から何かご発言はありますでしょうか。

○岩井部長：東京都の岩井でございます。

ご協議いただきありがとうございます。

ただいまの結果を踏まえ、8月1日の公表に向けまして、準備を進めてまいりたいと思います。

よろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございます。

では、次の議事に進みたいと思います。

(2) 外来医療提供体制について

○齋藤座長：議事の2つ目は、「外来医療提供体制について」です。東京都から説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料2-1により、外来医療提供体制に関する意見交換についてご説明いたします。

まず、構成員の皆さまにおかれましては、お忙しいところ、事前調査にご協力いただき、まことにありがとうございました。

令和2年度に策定した外来医療計画では、外来医療を担う医師の自主的な行動変容を促してきました。今年度は、紹介受診重点医療機関の制度の開始、外来医療計画を改定する年に当たります。

そこで、今回の調整会議では、事前調査のご回答などを参考に、1点目は、外来医療全体に関する課題について、2点目は、紹介受診重点医療機関の仕組み、特に逆紹介を円滑に機能させるために課題となっていることなどについて、意見交換をしていただきたいと思います。

なお、国では、外来機能報告データを議論の参考とするようにされておりますが、外来機能報告の対象は、基本的に病院と有床診療所であることから、東京都では、無床診療所を含む都内の医療機関の診療行為、算定状況のSCRのデータを参考として、次のスライドに掲載しております。

SCRとは、国のナショナルデータベースを活用して、各診療行為、レセプト件数の地域差を“見える化”した指標であり、性別と年齢構成の違いを調整したスコアとして、算出したものです。

この数値の見方としては、100が全国平均並みに医療行為が提供されていることを示し、100を上回ると、全国平均に比べ提供が多い、100を下回ると提供が少ないことを意味しています。

資料では、外来機能報告で地域の外来機能の明確化、連携の推進のために、参考項目に位置づけられている診療行為のSCRを、抜粋してお示しました。

なお、SCRは、医療機関が集積した地域で高くなる傾向があること、資料にお示した診療行為は、外来医療のごく一部でしかないことから、意見交換においては、事前調査や地域の状況などを中心にしていただければと存じます。

説明は以上です。

○齋藤座長：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。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：特にここでは、逆紹介についてお話しいただきたいと思います。

紹介については、うまくいくようになってきていますが、病院から地域の診療所の先生に戻るとき、これが大変だということが、他の圏域からいろいろ出ていました。

例えば、複数の疾患を持っている患者さんに対して、それぞれの診療科の先生に返せるかとか、どこの診療所に紹介すればいいか分からないということや、忙しいので、紹介状を書く暇がないので、次の外来の予約をしたほうが早いということなどで、なかなか逆紹介が難しいというような意見が出ていました。

そこで、それぞれの医療機関で取り組んでいることで、それが解決策の一助になるのではないかとと思われることなどがございましたら、ぜひご紹介いただければと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、まず、武蔵野赤十字病院の泉先生、お願いします。

○泉（武蔵野赤十字病院、院長）：地域医療支援病院ということで、ここ10年以上、完全紹介予約制をとっておりますので、外来の通院は、できるだけ医師会の先生方をお願いして、逆紹介を進めてきました。

紹介いただいた初診に特化して診るようにしようということで、できるだけ入院、救急、手術に特化してやっけていこうとしております。

また、登録医制度もしっかりできておりますので、どの先生に紹介するかということも、うまくできていると思っております。

ですので、今は余り大きな問題は感じておりません。

○齋藤座長：ありがとうございました。

逆紹介先のドクターの情報をしっかりお持ちになっているということでしょうか。

○泉（武蔵野赤十字病院、院長）：そのとおりで、できるだけ登録医になっていただくということで、救急で入院された方をどこの地域の先生に診ていただくかということで、一番近隣の先生方をお願いしているということですので、登録医の先生方とうまく連携ができていると思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

逆紹介率が120%近いということは、登録医制度のおかげということですね。それでは、続きまして、杏林大学医学部附属病院の近藤先生、お願いします。

○近藤（杏林大学医学部附属病院、病院長）：先ほどの武蔵野日赤のようなところまで、まだ行っていないのが現状です。逆紹介をどんどん推進するようにしておりますが、なかなか難しいところがございます。

患者さんがなかなかほかの病院やクリニックに行っていないという、今までの流れがありますので、今後は、患者さんにもそういう理解をしていただいて、逆紹介を進めていく必要があると思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

患者さんに周知する必要があるということですね。

では、続きまして、東京慈恵会第三病院の古田先生、お願いします。

○古田（東京慈恵会第三病院、院長）：当院も逆紹介を進めておりますが、複数科を受診している患者さんにとっては、「離れたくない」という方が多くおられるというのが現状です。

取組みとしては、「2人主治医制」ということで、各クリニックの先生方とつながりながら、安心して受診できるようにという取組みをしているところです。

紹介については、地域の先生方のおかげで、平均70%近くまで行っていますので、今後とも逆紹介についても進めていきたいと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

続きまして、野村病院の吉野先生はいかがでしょう。

○吉野（野村病院、院長）：紹介いただいた患者さんに対しては、きちんと、返した、返しさないかということを確認しながら、連携室がいつもチェックしています。

1度ならず、繰返し、結果がある程度出たところで、また報告を戻し、なおかつ、基本的には、患者さんをそこに戻すということをしております。

ただ、忘れてしまうということがあるので、それに関しては、連携室が常に目を光らせております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

連携室をフルに活用されているということですね。

続きまして、多摩総合医療センターの檜山先生、お願いします。

○檜山（都立多摩総合医療センター、院長）：武蔵野日赤さんのように進んでおりませんで、いまだに再診の患者さんをかなり抱えているのが現状です。

院内のディスプレイなどに、厚労省のポスターとか動画を流して、推進はしていますが、複数を長年受診している患者さんに対して、逆紹介するためには、時間も手間もかかる上、その選定も難しいというのが現状です。

しかも、医師の時間がなくて、その調整をやっていると、外来がととも回らないということで、多ければ多くなるほど、再診の患者さんがたまっていくという状態になっております。

ただ、最近、「逆紹介センター」と銘打ったグループを、医療連携の機能としてつくりました。そこで集中的に、複数科受診の患者さんの逆紹介に取り組んだりしていますが、月間100件も行かないというのが現状です。

こちらでは、診療所の先生方の細かい診療内容や求めておられる患者さんの状況などが、十分把握できていないということで、データベースづくりを急がないといけないと思っております。

あと、長くなった患者さんを逆紹介するのは非常に難しいのですが、当院のような病院をかかりつけ医にするような患者さんが溜まっていかないように、早い時期の対応に取り組んでいます。

なお、再診についても選定療養費を徴収するように言われていますが、実現ができていませんが、今後はこれをお願いしていこうかということも、相談しているところです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

続きまして、榊原記念病院の磯部先生はいかがでしょう。

○磯部（榊原記念病院、院長）：私どもは単科病院でして、特殊な診療をしておりまして、紹介率が90%ぐらいで、逆紹介率は、昨年210%になりました。

手術した患者さんが溜まっていくと、診療しきれなくなりますので、いろいろ努力しております。

例えば、医療連携室はこまめに全ての患者さんをよくチェックしてもらっていることはもちろん、登録医制度についても、府中市や調布市を中心に220施設ぐらいお願いしております。

あと、救急が多いので、母数が少なくなりますから、数字としては210%と多いですが、急性期の医療が終わったらできるだけ早くお戻しするというようにしております。

紹介元がない患者さんにつきましても、極力、地域をお願いすることを、医療連携室で努力しております。

なお、私どもが最近力を入れておりますのは、例えば、心不全の患者さんが入院されて、こちらで加療すると、出ていきたがらない患者さんが多いので、最近やっておりますので、毎週、地域の先生方も含めて、オンラインで「退院支援カンファレンス」をやります。

場合によっては、患者さんも含めて、多職種と地域の先生方のほか、ドクターでもいいということにしておりまして、お互いにこちらの病院もかかりつけ医の先生も診療報酬が得られますので、経済的なメリットもあります。

「地域のかかりつけ医の先生のところに行ってください」と患者さんにお伝えしますと、不安を持たれる患者さんが多いのですが、そういう患者さんは、「榊原から見放されているわけじゃなく、病院とかかりつけ医の両方で診てくれるんだ」ということで、むしろ、安心感を持って、地域に戻っていかれるようになるということが多いです。

そういうことをよく経験しますので、そういったカンファレンスというものが、診療報酬上も制度になっておりますので、我々としては今後もそういったカンファレンスを続けていきたいと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

大変示唆に富んだお話だったと思います。患者さんも入れて、退院カンファレンスをされるということですね。

外来の主治医の先生が、患者さんの目の前で直接電話して、開業医の先生に、「こういう患者さんをお願いします」と言うと、患者さんはすごく安心するという話を聞いたことがあります。それに近い形で、より精密な形でされているということですので、ますます進めていただければと思います。

ほかにいかがでしょうか。

東京都医師会理事の増田先生、お願いします。

○増田理事：武蔵野日赤の泉先生に教えていただきたいことがあります。

先生のところでは、病診連携と「2人主治医制」を確立して、患者教育もして、今の体制をつくるためには、かなり長い時間がかかったと思います。

いろいろな圏域の話を聞いていますと、非常に条件が悪いところとしては、団地のそばに総合病院があつて、逆紹介しようにも近くには開業医がないということで、そういうところだとなかなか厳しいと思います。

先生のところも以前は、「全科うちで診てもいいよ」という患者さんがかなりおられたと思いますが、今に至るまで、どのような工夫をされて実現されたのでしょうか。ぜひお教えいただきたいと思います。

○泉（武蔵野赤十字病院、院長）：この制度をやり出してから15年ぐらいになりますが、その間、いろいろなことをやってまいりました。

登録医のこともそうですし、逆紹介しても、「また困ったときはいつでもうちに戻してもらったらちゃんとやりますから」ということで、患者さんにも逆紹介先の開業医の先生方にもご安心いただくという制度は、信頼関係をつくるための時間が結構かかりますが、そういうことをやってきました。

ただ、一番困っているのは、救急搬送されて入院した方で、かかりつけ医がないという場合、どうやって地域に戻すかということですので、登録医になっていただくことを進めているところです。

今のお話のような、大きな団地があるようなところの開業医の先生方にも、できるだけ登録医になっていただくということ、病院全体で進めております。

15年間ほどやってきていますので、それなりのノウハウが蓄積できているのではないかと考えております。

○増田理事：ありがとうございます。

患者さんが、「こういう病院だ」ということを理解していただければ、愚痴も少ないと思うんですが、結構泣き言を言われて困ることがあると思います。

その辺で何か工夫されていることはございますでしょうか。

○泉（武蔵野赤十字病院、院長）：通院されていて、「また困ったことがあったら、いつでも診ますよ」ということを患者さんに申し上げて、安心していただくことを、医師にお願いしています。

医師会の先生方と信頼関係をきちんと築いていって、患者さんに安心感を与えられるようにするという制度をつくっていくことが、一番重要かと思っていますが、まだまだ努力しなければいけない部分が多いと考えております。

○増田理事：ありがとうございました。

○齋藤座長：15年間という長い期間に積み上げてこられたということで、大変敬服いたしました。

ほかにいかがでしょうか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：いろいろなご意見をどうもありがとうございました。

「ほかの医療機関はこうしているんだ」ということが、お互いに分かって、参考にしていただけるかと思っています。

地域医療支援病院というものがあって、その看板を掲げながら、今度は紹介受診重点医療機関という看板も掲げていただくことになりますが、他の圏域でのお話として、「紹介受診重点医療機関のほうが、紹介状がないとだめなんだということが、より分かりやすいのじゃないか」ということで、患者さんへの意識づけにはプラスに働くのではないかという印象を持っています。

患者に来てもらいたいと思って、よりよい病院になるように努力してこられたわけですが、そういう中で、「あっちに行ってくれ」ということになりますから、逆紹介というのは本当に難しい作業だと思っております。

今後もこの逆紹介が進んで、役割分担が進んで、地域の医療がスムーズに行ってもらえればと願っておりますので、よろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、今の意見交換を踏まえて、東京都からご発言があればお願いいたします。

○岩井部長：岩井でございます。

いろいろな具体例をご紹介いただきましてありがとうございます。

事前のアンケートにご回答いただきました内容も含めまして、ことしは外来医療計画の改定も予定しておりますので、参考にさせていただきます。

どうもありがとうございました。

○齋藤座長：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について

○齋藤座長：次の議題は、「2025年に向けた対応方針について」です。では、東京都からご説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料3-1により、2025年に向けた対応方針について説明いたします。

本件については、協議となります。

国の通知に基づきまして、各医療機関が2025年における役割や機能ごとの病床数などを、対応方針として提出しており、その提出された対応方針を、それぞれの圏域において確認し、合意を諮るということが目的ですが、この議事につきましては、昨年度の第2回の調整会議でも取り扱いました。

前回の調整会議時点で提出があったものは、その方針を尊重する形で、全て合意が得られておりまして、今回につきましては、前回の調整会議以降に対応方針の提出があったものや、前回から内容を変更したというものについて、同様に確認と合意を行うというものでございます。

具体的には、資料3-2-1と3-2-2で、今回の協議の対象となる医療機関を、水色で表示しておりますので、前回同様に、圏域としての確認と合意を諮っていただきますようお願いいたします。

説明は以上です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

これに関して何かご意見はございますか。

東京都医師会の土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：資料3-1の3ページを見ていただくと、表の一番下には、2年後の2025年の必要量が出ていて、こういった比率で国が推計していたわけです。

ただ、その上で比べるとずいぶん差があると感じられると思いますが、あと2年後に向けてこのまま行った場合、北多摩南部で大きな混乱を来たすのかというところですが、現場の先生方は「そんなことはないだろう」と考えておられると思います。東京都医師会としてもそう考えています。

そうすると、これまでずっと病床機能報告について話し合ってきたことが、無駄だったのではないかと思われるかもしれませんが、そんなことはなくて、地域に目を向けて自分たちはどういう医療をしなければいけないかということの意識が、ずいぶん高まったと思っています。

かつては、自分たちがやりたいことをやっていた医療機関もあったと思いますが、地域の中で自分たちは何をすべきかということで、医療を提供していただけるようになってきたと思っております。

ですので、今後とも地域の実情に合わせて、それぞれの病院が地域で求められているかを考えていただき、それに基づいて医療を進めていただければと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、特にないようでしたら、提出があった医療機関の対応方針については、調整会議で確認及び合意を諮ることとされていますので、皆さまにお諮りいたします。

昨年度の調整会議と同様の取扱いですが、この医療機関の対応方針を圏域として2025年に向けた対応方針として合意するということがよろしいでしょうか。

なお、有床診療所については、病床数が少なく、圏域に与える影響は軽微であることから、令和4年度病床機能報告により報告している場合は、確認票の提出があったものとみなし、今回の合意に含めるということによろしいでしょうか。

このような取扱いとすることによろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

ありがとうございました。

では、この件について北多摩南部では合意したということにさせていただきます。

それでは、次に進ませていただきます。

3. 報告事項

- (1) 非稼働病床の取扱いについて
- (2) 医師の働き方改革について
- (3) 外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○齋藤座長：「3. 報告事項」については、時間の都合もありますので、(3)は資料配布で代えるとのことです。

こちらについて何かご質問、ご意見がありましたら、後日、東京都に、アンケート様式等でご連絡ください。

その他の報告事項につきましての質問等は、最後にまとめてお願いいたします。それでは、東京都から説明をお願いいたします。

○東京都（医療安全課長）：医療安全課長の高橋と申します。よろしくお願いたします。

それでは、「(1)非稼働病床の取扱いについて」ご説明いたします。資料4をご覧ください。

医療機関において「非稼働病棟等」となっているものがあれば、稼働をお願いする取組みを行わせていただくという内容になっております。

この取組みは、平成30年度から開始し、平成31年度にかけて、都内の病院に対して、非稼働になっている病棟及び非稼働になっている病床の解消をお願いいたしまして、ご協力をいただいたところでございます。

ただ、令和2年度から令和4年度につきましては、各病院では新型コロナウイルス感染症に対応していただいていることもありまして、非稼働になっている病棟等の解消については、お願いをいたしませんでした。

今般、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが変更されたことから、今年度改めて、非稼働病棟及び非稼働病床の解消へのご協力をお願いするものでございます。

「1. 目的」につきましては、「配分されている既存病床が各医療機関において適切に稼働運営されること」となっております。

「2. 対象の医療機関」は、「令和4年3月31日以前より、1度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される非稼働病棟等を有する病院」とさせていただいております。

「3. 対象の医療機関が行うこと」についてです。

(1)令和6年3月31日までに稼働しない病床を稼働して、病棟等を再開する。

(2)非稼働病棟等の「具体的対応方針」を東京都に提出する。

このように考えております。

上記の(1)と(2)の見通しが立っていない場合は、速やかに都までご連絡をいただきたいと考えております。

また、「4. 令和6年3月31日までに、「3」の(1)、(2)を行わなかった場合」についてです。

この場合は、地域医療構想調整会議にご出席いただき、病棟等を稼働していない理由、また、当該病棟等の今後の運用見通しに関する計画について、ご説明していただきたいと考えております。

そして、この調整会議でのご議論を踏まえ、国通知の「地域医療構想の進め方」の1.(1)のイのとおり、医療法の規程に基づきまして、病床数を削減することを内容とする要請等の対応を求める場合があるという内容になっております。

なお、対応の流れにつきましては、別紙1のとおりでございますので、後ほどご確認いただければと存じます。

説明は以上です。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局（医療人材課長）：続きまして、保健医療局医療政策部医療人材課長の大村から、資料5につきまして、「令和5年度医師の働き方改革に係る準備状況調査結果」についてご報告申し上げます。

こちらは、4月に実施しました調査の結果でございます。

調査期間は、こちらのとおりですが、未回答の医療機関さんには、提出の依頼を行いまして、6月9日までにご回答いただいたものを集計しております。

回答率は、都内の637病院のうちの532病院で、83.5%で、三次救急を初めとする救急医療機関では、89.0%となっております。

調査にご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

続きまして、特例水準の申請状況をご覧ください。

円グラフのとおり、「申請予定」が9%、「検討中」が4%となっております。

医療機関の数で申し上げますと、「申請予定」が50医療機関、「検討中」が19医療機関となっております。

申請予定の水準は記載のとおりでございます。

2ページ目をご覧ください。円グラフの左側が、「時間外・休日労働時間の把握状況」で、右側が、「宿日直許可の取得・申請状況」でございます。

この資料の上段が今回の調査結果で、下段には、昨年度の調査結果を、参考として掲載いたしました。

5年度の状況ですが、「時間外・休日労働時間の把握状況」は、「副業・兼業も含めて把握している」とした病院は55%、「宿日直許可の取得・申請状況」は、「取得済み」が42%で、「申請中で結果待ち」が11%で、こちらを併せますと、53%となっております。

昨年度の調査では、「副業・兼業も含めて把握している」とした病院は26%で、「宿日直許可の取得・申請状況」は、「取得済み」と「申請中で結果待ち」を併せても27%でしたので、医療機関の働き方改革の取組みが進んでいることが分かります。

3ページ目には、圏域別の回答率、4ページ目には、圏域別の「宿日直許可の取得・申請状況」をお示ししておりますので、後ほどご覧いただければと存じます。

ご説明は以上になります。よろしくお願い申し上げます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

準備状況を見ると、この1年間でずいぶん進んでようで、大変よかったと思います。

今の報告事項について、何かご質問等はございますか。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：医師の働き方改革について少しコメントしたいと思います。

これまでは2つの話をしていました。1つは宿日直許可の取得で、もう1つは、特例水準の申請で、この件については、どちらもかなり進めていただいております。

ただ、アンケートのフリーコメントを読ませていただくと、ご懸念のとおり、休日夜間の人手が足りなくなるのではないかとということが、いろいろ記載されて

いました。その中でも、心筋梗塞などの循環器系と脳血管障害について、特に心配されています。

来年の4月1日から医師の働き方改革が本格的に始まりますが、大きな混乱を来さないように、東京都医師会としては、東京都を初め関係者といろいろ協議してまいります。地域におかれましても、人命に直接関わる場所ですので、ぜひご協力いただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

「自分の病院ではこんなことが困っている」とか、「こういうふううまくやっている」というような事例がありましたら、紹介していただければと思いますが、いかがでしょうか。

野村病院の吉野先生、お願いします。

○吉野（野村病院、院長）：意見というかコメントしたいと思います。

うちでは、二次救急をやっておりますが、当院の場合はよそから先生方に来ていただいて、当直していただくこととなります。

ですから、宿日直許可を当然取って、やっていくわけですが、その一方では、地元の三鷹消防署からは、「救急患者がどんどん増えているので、スムーズに取ってほしい」という要望が来ております。

そうすると、うまくいかなくなってしまうんですが、解決策の一つとして考えていることがあります。

“東京ルール”になってしまう患者さんがどういう傾向があるかということ、外傷が多いです。ころんだ人が来ると、うちでは初めから、オペの適用があったら、うちでは断ってしまうわけです。

そういう患者さんが増えてしまいます。夏場は少ないですが、冬場はすごく多くなってしまいます。

ですので、ぜひ考えていただきたいのは、「当番病院制」「ネットワーク制」です。

例えば、心疾患に関しては、CCUネットワークがありまして、「入院が必要だ」となった場合は、すぐ次の病院に送る手立てが考えられます。

ところが、外傷系に関しては、それぞれの病院の当直医がやらなければいけないので、そうなると、初めからそういう病院は取れなくなってしまうし、当直医が救急外来に居る時間が長くなってしまいます。

ですから、外傷系に関してはネットワーク体制、当番体制ができていませんので、これが何とかできないだろうかということ、北多摩南部の医療圏の休日夜間の体制のミーティングのときにいつも話をしていました。

それがあると、当直の先生方も、一旦は受けて、オペが必要なら当番の病院に送り、そうでなければ、処置して返せるということで、比較的苦勞しなくて対応できると思います。

しかも、これによって“東京ルール”の患者さんも減っていくのではないかと思いますので、ぜひそういう体制づくりをご検討いただきたいと思います。

もともと、CCUネットワークに関しては、やりたいという病院が集まって始まったわけで、上から「こうしろ」ということではなかったんですが、そういう先生方に集まっていただいて、なおかつ、それをサポートできるように、東京都と医師会の体制があれば、うまくできるのではないかと考えております。

休日夜間に患者さんを常に取れる病院は少ないですから、東京都全域ないしは、東京都のいくつかの圏域を併せた形でネットワークづくりをしていただきたいと考えております。

○齋藤座長：外傷に関するネットワークをつくる必要性ということで、貴重なご意見をありがとうございました。

では、榊原記念病院の磯部先生、お願いします。

○磯部（榊原記念病院、院長）：私どもの病院について、残業時間などを調べましたところ、960時間を超えている医師が思ったほどいませんでした。

しかも、この2年ぐらいで、タスクシェアをして、医師の増員をいほとんどすることなく、宿日直許可を申請中で、恐らく認められると思いますが、さまざまな院内の改革によって、残業時間も毎年減少しております。

一方、地域のことについては、私どものところに、二次搬送、三次搬送が非常に多いので、今のお話のネットワークをつくるということは、非常に重要だと思います。

ただ、そのネットワークについて、例えば、大動脈乖離が地域で発生したとき、手術依頼が来まして、年間100件以上受けていて、そのうち、救命救急センターから30～40件も受けますが、そういった意味ではある程度ネットワークができていと言えますが、実際には、データの共有がほとんどできなくて、いまだに電話で情報交換をしているのが実情です。

「CTを見ましたが、手術してください」という連絡を受けるんですが、手術が不能であったり、必要がなかったという場合が、実は、結構あるんです。

また、二次搬送、三次搬送されている過程で、搬送中に亡くなる場合があって、年間で数名は、うちの病院のオペ室までたどり着けないうちに亡くなってしまいう方もいらっしゃいます。

大動脈スーパーネットワークで載ってくるんですが、非常に効率が悪いので、画像診断システムが技術的には可能ですので、電子カルテを地域で共有することができるようなシステムを、一病院ではできませんので、東京都なり国なりで、そういったシステムを導入する方向でご検討いただきたいと思います。

そういうことによって、診療効率がよくなりますし、何より、地域の患者さんの救える命を救えることにつながりますので、ぜひ電子カルテの共有化を進めていただきたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：脳外科の疾患と循環器は、特に危惧していますので、東京都医師会としても、連携が進むように働きかけていきたいと思っています。ありがとうございました。

○齋藤座長：東京都医師会理事の新井先生、お願いします。

○新井理事：磯部先生、ありがとうございました。

電子カルテの共有と画像診断の共有については、もうご存じだと思いますが、東京都医師会では、東京都の補助を受けて、「東京総合医療ネットワーク」という電子カルテの共有ができるようになってきています。

ただ、迅速性に欠けていますので、それをどのようにしたら救急に利用できるかということで、その取組みも昨年から行われています。

もちろん、ベンダーを越えた迅速な電子カルテの共有というところまでは行っていませんが、同じベンダーの中であれば、「救急カルテ」というページをつくる方ができました。

それを即時、医療連携室を通さずに、救急外来同士のドクターだけで見ることができるようによろしいということで、試行段階ではありますが、ことは実用化できるというところまでたどり着きましたので、先生のご要望は、もう少ししたら、役に立つかと思しますので、もうちょっとお待ちください。

○磯部（榊原記念病院、院長）：ありがとうございました。

私どもは、独自の院内開発の電子カルテシステムを現在使っておりまして、それに乗ってくるのはなかなか難しいと思いますが、近いうちにベンダーさんに変えます。

ただ、電子カルテ全体を見る必要はなくて、必要に応じたところだけ、我々の観点からいうと、心エコーとCTの画像だけ見られれば、非常に効率よくなると思います。

それも、そんなに大きな整備投資をしなくても、地域のネットワークなら数千ぐらいでできるはずだと、私どもは試算しております。

東京都から画像診断の補助が出るということで、申請したんですが、「趣旨が違う」ということで却下されてしまいました。

将来的にベンダーを統一するとかは、なかなかできないと思いますので、できるシステムを導入していただきたいと願っております。

○新井理事：先生がおっしゃるように、救急で必要なデータというのは、全てお電子カルテのデータでなくてもいいと思いますので、そういうところが迅速に見られるようにつくり上げていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○磯部（榊原記念病院、院長）：ありがとうございます。

○齋藤座長：それでは、野村病院の吉野先生、お願いします。

○吉野（野村病院、院長）：磯部先生がおっしゃるとおりで、実は、整形外科の外傷系も、CTの写真、レントゲン写真があれば、これだけで救急車の対応の仕方も変わってくるので、ぜひ画像に関する共有を急いでほしいと思っております。よろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、東京都からお願いします。

○奈倉課長：磯部先生、吉野先生、ありがとうございます。

私のところの所管ではありませんが、救急災害医療課では、以前から脳卒中の搬送に関して、「ジョイン」という画像を共有するようなシステムの導入補助をしております。

それについて、心血管疾患についても対象とするような追加を昨年度か一昨年度にしたところがございます。

ただ、磯部先生が希望されるような共有の形にはなっていないのかもしれませんが、そういった形で、転送のための画像共有の整備補助のようなものもやっておりますので、もし活用できるような場面がありましたら、ぜひご活用いただければと思います。よろしく願いいたします。

○磯部（榊原記念病院、院長）：お言葉ですが、「ジョイン」のシステムは、私どもで十分検討いたしました。

ここで議論したくないのですが、これは適しません。しかも、巨額な費用がかかります。

もっといいシステムがつくれますので、できればご相談させてください。「ジョイン」は、地域の1県1医大みたいな、県に1つの病院があつて、それとネットワークをつくるのはいいんですが、東京都のように複数の病院で画像を共有するシステムには向かないと思います。

さらに、年間のコストが非常に高いですし、初期導入費用も数千万円かかるということで、現実的にはそのシステムは無理だと思いましたが、ここでは細かく申しませんが、私どもが申請したことに対しては、「補助できません」とことしも言われました。

○奈倉課長：申しわけございませんでした。

所管の循環器の担当には伝えます。ありがとうございます。

○磯部（榊原記念病院、院長）：補助をし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。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

武蔵野赤十字病院の泉先生はいかがでしょう。

○泉（武蔵野赤十字病院、院長）：先ほどの医師の働き方改革についてです。

うちの病院のように、年間1万台以上の救急車を受けて、毎日40台も救急車を受けているような病院は、宿日直許可を全く取れないので、夜間は全部勤務にしています。

つまり、夜間勤務にして、ひと番に19人の医者が泊まっていますが、それを全部勤務にしているの、医師の数を増やさないといけないということで、1.5倍ぐらいに増やして、1か月80時間未満になるようにしたいと思っています。

夜勤の場合は、夕方の5時に出てきて、朝の9時に帰るという体制にしておりまして、土日に勤務したら、振替え休日を同じ週の間にとるということで、看護師さんと同じように、全部勤務にしているということです。

そういうふうにしないと、救急病院は維持できないということですので、宿日直許可を取れない場合には、シフト勤務と変形労働制にする必要があると思います。

先ほどの整形外科の場合、どうしても夜間に手術しなければいけないので、1回の勤務時間を10時間にして、週4回働くという変形労働制にしています。

そういうことをやっていかないと、とても対応できないということですので、いろいろな工夫が必要になると思っています。

なかなか正解はないと思いますが、皆さんで案を出し合って、対応を決めていく必要がありますが、少なくとも医師の数を増やさないと、対応できないことが間違いないと思っています。

今後ともいろいろ情報共有して教えていただきたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

○齋藤座長：貴重な情報をいただきありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

東京都の人材課からお願いします。

○東京都(医療人材課長)：先生方、現場の状況をいろいろ教えていただきまして、ありがとうございました。

先ほど、奈倉課長からお話がありましたが、私どもも、救急を担当している部署と、本日のお話を共有してまいりたいと思っています。

来年の4月にしっかり迎えられるように、東京都としても取り組んでまいりますので、引き続きよろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

「報告事項」が「協議事項」になってしまいましたが、結構いろいろな情報交換ができて、いいことがあったかと思っています。

ほかにはよろしいでしょうか。

なお、この調整会議は地域での情報を共有する場ですので、その他の事項でも構いませんので、「情報提供を行いたい」という先生方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いいたします。

特にございませんか。

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、ありがとうございました。

最後に、事務連絡をさせていただきます。

本日の会議で扱いました議事の内容について、追加でのご質問やご意見がある場合には、事前に送付させていただいておりますアンケート様式を使って、東京都あてにお送りください。

また、Web会議の運営方法等については、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式をお使いいただきまして、東京都医師会あてに、会議終了後1週間以内にご提出ください。

それでは、本日の会議はこれで終了となります。長時間にわたりまことにありがとうございました。

(了)