

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

令和7年2月7日 開催

【令和6年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

令和7年2月7日 開催

1. 開 会

○立澤課長：定刻となりましたので、令和6年度2回目となります東京都地域医療構想調整会議（区南部）を開催させていただきます。

本日はお忙しい中ご参加をいただきまして誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、東京都保健医療局医療政策部、計画推進担当課長の立澤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会議参加に当たっての注意点」をご一読いただき、ご参加をお願いいたします。

また、本日の配付資料はボリュームが多くて大変恐縮ですが、事前に送付しておりますので、ご準備をお願いできればと思っております。説明の際にも画面上で投影いたしますので、そちらをご覧くださいでも結構でございます。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

東京都医師会の土谷副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。

本日は、先ほどお話がありましたように、非常にボリュームが多いので、メリハリをつけて聞いていただければと思います。

特に聞いていただきたいのは、報告事項の中での3つ目の、「新たな地域医療構想について」です。

現行の地域医療構想は、今こうして皆さんが集まっていますが、その目標年が2025年、つまりことしだったということです。

それで終わりというわけではなくて、新たな地域医療構想を2040年を目指してやっていきたいと思いますという話です。

もう一つ聞いていただきたいといいますか、皆さんに積極的に参加していただきたいのが意見交換になります。議事の4つ目、「地域連携の推進に向けて」ということです。

この中でキーワードとしては「地区診断」ということで、私たち自身で地域を診断して、どんな状態にあるのか見ていくということになります。その中でも、特に、高齢者の救急が中心になるかと思っています。

それでは、きょうもどうぞよろしくお願いいたします。

○立澤課長：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を申し上げます。

○岩井部長：皆様、こんばんは。医療政策担当部長の岩井でございます。日頃から東京都の保健医療施策に多大なるご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日の会議では、土谷副会長からもお話がございましたように、このほど国の検討会を経て公表された新たな地域医療構想の取りまとめについてご報告いたします。

また、主な議事としましては、地域医療支援病院の承認申請、紹介受診重点医療機関に関する協議のほか、第1回調整会議でご案内した推進区域の対応方針案や、地域連携の推進に向けた「地区診断」に係る意見交換などを予定しております。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見等を頂戴できればと存じますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○立澤課長：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、お送りしている名簿をご参照ください。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会議にご出席をいただいております。

また、会議に参加のご希望がありましたほかの区域の座長、副座長の先生方も Web でご参加をいただいておりますので、ご承知おきください。

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。傍聴の方が Web でご参加されております。

また、会議録及び会議の資料につきましては、後日公開とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

先生方、よろしければ、カメラをオンにしてご参加いただけますと、会議の進行がやりやすくなるものですから、ご協力を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よりしくお願い申し上げます。

2. 報告事項

(1) 在宅療養ワーキンググループの開催について

○鈴木座長：こんばんは。座長の、大森医師会の鈴木です。

それでは、まず報告事項の1つ目について、東京都から報告事項(1)の説明をお願いいたします。

○井床課長代理：東京都保健医療局医療政策部の井床でございます。資料1-1をご覧ください。画面でも共有いたします。

こちらに今年度の地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループの開催概要をまとめております。

左側に各圏域の開催日、区中央部の11月22日から北多摩南部の1月24日までの12圏域で実施いたしました。

また、今年度の意見交換内容は右側に記載のとおりで、第1回の調整会議で意見交換をいただきました複数疾患を有する高齢患者などの受入れ等に当たり、医療・介護の人材不足が懸念される中で、どう効率的に関係者間で連携するか、現状の医療連携の際の連絡方法・手段について課題があるか、この2点について、在宅療養の場面に置き換えた内容にて意見交換をいただいております。

資料1-2-1をご覧ください。

こちらは、各圏域の議論を踏まえたまとめの資料でございます。下段に意見をまとめておりまして、①については、相互の職種の理解が進めば、タスクシフト・シェアにつなげられる業務を相互に探ることができるのではないかと、人材不足の中で医療と介護がお互いにカバーできるところはカバーすることが求められる。

移動時間を短縮し、まとまった地域を効率的に巡回するシステムを構築していく必要。

在宅を担う医師以外の往診可能医師リストを作成し、横のつながりを構築することが必要、などの意見がございました。

②については、多職種連携に関して、連携の方法が定まっていない。MC Sなどの利用について、個人情報や法人の兼ね合いで使いこなせていない部分があり、他事業所と連携が難しい一面がある。施設や職種により連絡方法が異なり、相手先によって変えていくのも大変、といった意見が上がっておりました。

このほかに、地域によって自区内在住の医師、介護職が少ないため、休日・夜間が手薄な状態となる。コミュニケーションを促進するICTツールの導入や、それを使いこなすリテラシーの向上が必要、といった意見も多くございました。

資料1-2-2をご覧ください。

こちらは、各圏域の主な意見をまとめており、区南部は1枚目の上段左から2番目でございます。

多職種間の連携に関しまして、医療を受ける3つの場所である病院、かかりつけ医の外来、在宅の連携をさらに強化するためのアライアンスを構築していく必要がある。

社会的課題として生保、独居、身寄りなしの方の入院や退院時の対応があり、見守りキーホルダーや緊急通報システムなどの取組みが実施されているが、緊急連絡先やキーパーソンの確保、成年後見制度の問題なども含め、議論が進めばよい。

このような意見が上がっておりました。

また、連携の手段、方法に関しましては、ファックス及び電話のやり取りが主となっており、緊急対応時に連絡が取れないことがあるため、電子カルテなどのデジタル化が必要。

病院では東京総合医療ネットワークをしているが、ネットワーク参加病院が増えない現状がある。

このようなお話がございました。

在宅療養ワーキンググループの報告は以上となります。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ただいまの報告事項についてご意見、ご質問などはございませんでしょうか。

（２）外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○鈴木座長：特になければ、報告事項（２）に進みたいと思います。

「外来医療計画に関連する手続の提出状況について」は、配付資料で代えるということです。

（３）新たな地域医療構想について

○鈴木座長：それでは、報告事項（３）の説明をお願いいたします。

○井床課長代理：「新たな地域医療構想」について、資料３をご覧ください。画面を共有いたします。

こちらは、国で３月から検討会を設置して議論が行われていましたが、１２月１８日に検討会の取りまとめが公表されており、国の資料を使って概要をご紹介します。

なお、この取りまとめでは、構想策定に関する具体的な内容の詳細は示されておらず、来年度、国が策定するガイドラインの中で明らかになっていく見込みです。

その上で、明確に方向性が示された点をご紹介しますと、まず、こちらのページ、下の枠、左側の（１）「基本的な考え方」の３点にあるとおり、新たな構

想は医療計画の上位概念と位置づけるとのことです。

次に、(2) ①「病床機能」報告は、今後も継続されますが、「回復期機能」については、「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」と位置づけるとのことです。

さらに②、新たに「医療機関機能報告」として、各医療機関が構想区域ごとや広域的な観点で確保すべき機能などを報告する制度を設ける、とされております。

また、今後のスケジュールですが、次のページの中ほど、青いラインのところにあるとおり、2025（令和7）年度に国がガイドラインを策定し、8年度に都道府県が将来の方向性や将来の病床数の必要量の推計などを行い、9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化、連携の協議等を進めていく、とされております。

今後も、ガイドラインの内容が分かり次第、調整会議でご報告していきたいと考えております。

次ページ以降には検討会の取りまとめの全文を付けておりますので、後ほどご覧いただけますと幸いです。

説明は以上となります。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ご質問、ご意見のある方いらっしゃいますでしょうか。

この部分というのが、分かりづらい部分もあると思うんですが、これから2040年にかけて、東京都はそれほど医療需要は減りませんが、地方は特にひどい地域がございまして、医療需要や人口そのものが減っていくというような状況もある中での、国としての判断ですので、分かりづらい部分もあるかと思います。

土谷先生、何か補足はありますか。

○土谷副会長：私からいくつかポイントをご提示したいと思います。

1つは、今までこうして皆さんに集まっていたき、お話をしてきましたが、主たるテーマは入院だったわけで、病床の話でした。

新たな地域医療構想では、入院だけではなくて、外来、在宅、介護といったところも含めて、幅広く議論してくださいということになります。

それから、言葉としては、病床機能で「回復期」という言葉が変わります。

今までも「回復期って何だ」とずっと言いながら、きょうまで来てしまったところですが、概念がなかなか分かりにくいということで、今後、高齢者の救急も含めて「包括期」という名称でやっていこうということになりました。

あと、報告機能制度が新たに始まります。この地域医療構想に合わせて「病床機能報告制度」というのが始まりました。ただ、それでは、報告を受けたものの、それぞれの医療機関で、急性期とか回復期の割合とかは分かるけれども、病院そのものの機能自体がよく分からないということでした。

そこで、病院そのものの機能についてどんな病院なのか報告してもらおうという、「医療機関機能報告制度」というのが始まります。

つまり、今まで「病床機能報告制度」が始まりましたし、それから「外来機能報告制度」というのが始まりました。そして今回、3つ目、「医療機関機能報告」というのが始まります。

ついでに言うと、もう1つ、来年から、「かかりつけ医機能報告制度」というものが始まります。

あと、こうして皆さんにお集まりいただいているのが、まさに「協議の場」になりますが、ここでいろいろな話をしてくださいということですが、先ほどお話ししましたように、入院だけではなくて、外来も在宅も介護も協議の場で話してくださいとなります。

ただ、今の入院についてもなかなか議論が深まらないということもありますので、さらに広い範囲で議論しても、どこまで議論できるのかというのが、危惧されることです。

ですので、協議のあり方については東京都とも相談しながら、議論が深まるようにしていきたいと、東京都医師会では考えているところです。

○鈴木座長：ありがとうございます。

それでは、大江先生、ご意見をいただけるでしょうか。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：当院は、高度急性期の品川区を代表して参加させていただいております。

今の病床の機能報告の中に、高度急性期病棟と急性期病棟とございまして、我々の病院は一般病院だと、高度急性期の病棟としては、I C UとかH C Uとかを揃えております。

一方、特定機能病院の中で診療率が特に高い医療を提供する病棟となっているので、そこはそこはあいまいです。

特に、品川区では、このたびのものを見ましても、特定機能病院はほぼ全部を、高度急性期として届けていて、高度急性期の病床が、東京都全体から比べるとやたら増えているんですが、そこをちゃんとしていただかないかと思っております。

高度急性期と急性期の病棟をどういうふうに計算するかを、もう少しはっきりしないと、分ける意味があるのかとか、そういうことになると思います。

東京都としては、これについてどのように思われているのでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

おっしゃるような話は、従来からもご指摘いただいております、実態とこの報告制度の内容が乖離しているというお話をいただいております。

今回、国のほうで新しい地域医療構想をやる際に、この4機能の区分は残すと言っていますが、「回復期」を「包括期」という機能に変えるということになっています。

ただ、その内容がどうなるかというのは、これから示すとなっておりますので、そこを見ながらの話になりますが、この病床機能の話と、先ほどの「医療機関機能」の話を合わせて、各地域でどういうふうな役割分担でやっていくかということ、議論していかなければなりません。

ですので、その中でこの4つの機能についても、考えていかなければいけないと思っておりますが、現状では、はっきりそうなるということが申し上げられない状況でございます。

○土谷副会長：私からも追加したいと思います。

病床機能を報告しても、「結局何なんだ」という話ですが、国に対しての報告になります。

だから、国として、こういった病床はどれぐらいあるんだという、国全体の医療のプロポーショナルを推し量るためにやったものになります。

それが、实际的に意味があるのかと言われると、余りないんじゃないかということで、先ほどご案内がありました「医療機関機能報告制度」というのが始まるわけです。

この報告制度は、誰が対象になるのかということ、それぞれの医療機関だったり、あるいは病院を受診しようという人たちに向けての報告制度となると思いますので、より意味があるような報告制度になると思います。

では、「病床機能報告制度は要らないんじゃないか」という意見もあると思いますし、私も個人的にはそういうふうに考えますが、一度始まった制度を廃止するのはなかなか難しいかと思しますので、そのまま継続ということになります。

きょうも、議題の中の「2025年に向けた対応方針」という中で、皆さんそれぞれどういうふうにやっていきますかというところがあります。

最初の頃は、「回復期は何だ」とかいろいろ話はしましたが、最近は、ご案内のとおり、さらっと流して終わりというふうな形になっていますので、そんなに重きは置かなくてもよろしいのではないのかなというのが私の考えです。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：いつも思うのは、当院で、例えば、人工関節をやって、その患者さんが入る病棟と、特定機能病院で人工関節をやって、その人が入る病棟は、その“濃度”について非常に違うかということと変わらないので、そこが分かるような機能報告にしてほしいと思っていますので、そういうお伺いをしました。

○土谷副会長：ご意見ありがとうございました。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ほかに何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

要は、新しいと言っていますが、これだけ複雑な問題を抱えた高齢者の医療ニーズをどう満たすかということなんです。

それは地域全体で考えなければいけないし、恐らく介護施設も加えて話し合わなければいけないので、区市町村ごとの話し合いということが、かなり重要な部分になっていくのではないかなと、個人的には思っています。

よろしいでしょうか。

特になければ、次の議事に進みたいと思います。

3. 議 事

(1) 地域医療支援病院の承認申請について（協議）

○鈴木座長：では、議事の1つ目は、「地域医療支援病院の承認申請について」です。東京都からご説明をよろしくお願いいたします。

○白井課長：保健医療局医療政策部医療安全課長の白井と申します。よろしくお願いいたします。

資料4-1をご覧ください。

地域医療支援病院については、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、知事が承認しているものでございます。

令和6年12月1日現在、52病院を承認しておりますが、新たに承認するに当たっては、あらかじめ東京都医療審議会の意見を聴くこととされていますが、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す。

今般、区南部医療圏においては、牧田総合病院より申請がございましたので、本会議においてご協議いただくものです。

このあと申請病院より申請の概要についてご説明をいただきますので、ご意見をいただければ幸いです。

説明は以上です。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、続いて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後にしたいと思いますので、よろしくお願いします。

では、牧田総合病院理事長の荒井先生、ご説明をお願いします。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：牧田総合病院理事長の荒井と申します。本日は議題なタイトな中、お時間をつくっていただきまして、誠にありがとうございます。

資料４－２に沿って、要点をご説明させていただきたいと思います。

今回、地域医療支援病院を申請させていただきたいと思います。

当院は、昭和１７年に大田区大森で牧田医院から開設しまして、その後、平成２３年には社会医療法人を認定されております。

４年前の令和３年に大森から蒲田へ新築移転いたしました。さらに、急性期を中心に２９０床の急性期病院で運営しております。

令和５年度には４５００台、ことしは６０００台を超える救急車を受け入れております。

年間約３０００件以上の手術を行って、分娩も４００から５００件という形で、特に産科医療を中心とした病院でございます。

地域医療支援病院でございますが、令和５年の１年間で、紹介率が６９．３％で、逆紹介率が８７．５％でした。

直近は、昨年９月の段階では、紹介率は７５．２％で、逆紹介は昨年の９月に１０４％で、今も大体１００％前後の逆紹介率となっております。

紹介の点数も、毎月１３００件から１４００件ぐらい、開業医の先生、近隣の病院からのご紹介をいただいております。

あと、医療連携機能というものを、当然強化いたしまして、登録医制度というのを採用しまして、４００件以上の先生と医療連携をしています。

高度医療機器の共同利用ということも、うちは非常に力を入れていまして、Webを使った検査予約システムとか、閲覧システムということを、前からやっています、月間４００件以上の検査だけの依頼ということで、共同利用にも非常に力を入れております。

また、ドクターだけではなくて、ナースとか、PTとかのセラピストとか、ケアマネとか、救急隊員への勉強会とか、そういうのも毎年何回もやるという形で、そういった職種の研修にも力を入れております。

あと、感染症については、これは当然ですが、うちにもICTがありまして、感染症医もいます。「感染防止対策加算1」も取りまして、あと、近隣の先生方への抗生剤の使用の助言とかについて、感染症の先生が行って、話をしたりとかもしております。

当然、コロナのときは重点医療機関としてやっていましたし、あと、ワクチンも、大田区から委託されて、学校の職員とか救急隊員とか、当然近隣の住民の方々にもやって、1万3千件ぐらいワクチン接種を行いました。

災害医療に関しましても、拠点病院ではないですが、連携病院としてずっとやっております、うちは十年ぐらい前から大規模災害訓練というのを、医師会の先生とか、歯科医師会の先生とか、地域の住民の方々、当然大田区さんとも一緒に、1年に1回は大規模災害訓練という形でやっています。

区南部には、4つの地域医療支援病院があるんですが、我々は蒲田医師会に所属してまして、蒲田医師会には地域医療支援病院がないんです。

ですので、蒲田医師会だけではありませんが、大田区、品川区の二次医療圏を中心に、近隣の先生方への診療支援等をさらに充実するという目的で、地域医療支援病院を申請したいと思いますので、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。

皆様、この件に関してはご了承いただけるということでよろしいでしょうか。

異論はございませんね。

では、本会議としては、地域医療支援病院の件は了承ということで、まとめさせていただきます。

それでは、東京都からお願いします。

○岩井部長：本日のご協議を踏まえまして、医療審議会に諮問したいと思います。
ありがとうございました。

○鈴木座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

（２）紹介受診重点医療機関について（協議）

○鈴木座長：議事の２つ目は、「紹介受診重点医療機関について」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料５－１をご覧ください。画面を共有させていただきます。

制度の概要については、１ページ目に記載のとおりです。外来機能の明確化、連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化するというものです。

各医療機関が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などを、外来機能報告で都道府県に報告し、都では調整会議で毎年度協議を行い、協議が整った医療機関を公表しております。

今回の協議の目的は、令和６年度の外来機能報告に基づき、２点あります。

１点目は、紹介受診重点医療機関とする医療機関について協議するもの。

２点目は、現に紹介受診重点医療機関であるが、令和６年度報告で基準等を満たさない医療機関の取扱いについて協議するものです。

なお、７年度の紹介受診重点医療機関については、調整会議における協議を踏まえて、４月１日の公表を予定しております。

次に、協議の方針について説明をいたします。

まず、紹介受診重点医療機関となる意向がある医療機関に対しては、前回までと同様の方針としたいと思っております。こちらの資料の上段に記載のとおり、①国が示す基準を両方満たす場合と、②国が示す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に認めるというものです。

この２点を満たしているものをこの下の表において赤枠で囲っており、この赤枠内の医療機関を紹介受診重点医療機関とすることを考えております。

次に、現に紹介受診重点医療機関で、令和６年度報告で基準等を満たさない医

療機関の取扱いですが、前回協議した方針を踏まえ、ア及びイに記載のとおりとしたいと思っております。

アについては、現に紹介受診重点医療機関で引き続き意向がある場合、今回基準等を満たしていなくても数値を著しく下回っていなければ、引き続き、紹介受診重点医療機関とすることを考えております。

下の表にパターンをまとめておりますが、A病院のパターンとなります。

続いて、イについては、現に紹介受診重点医療機関であるが、令和5年度報告と6年度報告の2年連続で基準等を満たさない場合、令和7年度は紹介受診重点医療機関としないこととしたいと考えております。こちらは、下の表のC病院のパターンとなります。

なお、今回、ア及びイに該当する医療機関は、この区南部ではありませんでした。

これらの方針に基づき、資料5-2で、区南部の個別の医療機関の状況をまとめております。こちらは、表の赤枠内の医療機関は基準等を満たすため、紹介受診重点医療機関とすることと考えております。

最後に1点補足ですが、前回の外来機能報告の紹介率、逆紹介率の報告対象期間は、令和4年7月から令和5年3月までの9か月間のデータでしたが、今回の令和6年度の報告では、令和5年4月から令和6年3月までの通年のデータとなっております。

以上の内容でご協議のほどよろしくお願いいたします。

説明は以上でございます。

○鈴木座長：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っております。

ただいま説明のありました協議の方針及び個別の医療機関の状況を踏まえ、本圏域において紹介受診重点医療機関とする医療機関に関して、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

それでは、表の中で赤枠で囲まれた医療機関を紹介受診重点医療機関とするということでよろしいでしょうか。

今まであったところでは、池上総合病院に関しては、今回は「意向なし」とい

うことですね。

よろしいでしょうか。

それでは、このとおりとさせていただきます。

〔全員賛成で承認〕

東京都のほうから、ご発言がございますでしょうか。

○岩井部長：本日の協議を踏まえまして、紹介受診重点医療機関の公表に向けて準備を進めてまいりたいと思います。ありがとうございました。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、次の議事に移りたいと思います。

（３）２０２５年に向けた対応方針について（協議）

○鈴木座長：議事の３つ目は、２０２５年に向けた対応方針についてです。

前回の調整会議でちょっともめました。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：資料６－１をご覧ください。資料を共有させていただきます。

本件は、協議事項となります。国の通知に基づき、各医療機関から、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ご提出いただき、それぞれの圏域において確認し、合意を図るというものです。

今回は、前回の調整会議以降に新たに対応方針の提出があったものや、これまでご提出いただいた対応方針の内容を変更したものについて、確認と合意を行っていただきたいと考えております。

協議の方向性ですが、令和４年度第１回の本調整会議において、病床の機能分化を目指す方向に進捗していることや、高齢人口の増加は今後加速し、医療需要が増大する２０４０年以降に向けた検討が重要であることなどを理由に、２０２５年に向けては、原則として各医療機関の対応方針を尊重し、圏域における対応

方針として合意することについてご了承をいただいております。

具体的には、資料６－２－１で病院について、資料６－２－２で診療所についてまとめており、新規の医療機関は、医療機関名を水色、内容に変更のある医療機関は黄緑色で色付けしてお示ししており、併せて備考欄にも新規・変更と記載しております。

また、変更のあった医療機関は備考欄に変更点を補記しております。

先ほど、座長からお話でしたが、１回目の調整会議におきまして、都立荏原病院から、２０２５年予定の機能別病床数では、休止中の回復期の病床を急性期に計上する形でご報告をいただきましたが、先生方から様々なご意見を頂戴し、圏域における対応方針について継続協議となっております。

その後、荏原病院で改めて検討され、従来と同様の２０２５年予定の機能別病床数にすることをご報告いただいております。

このことも踏まえながら、圏域における対応方針として合意できればと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

また、参考資料２－１と２－２で、例年どおり、病床機能報告の結果について、機能別病床数の状況や病床利用率、平均在院日数等を都全体と圏域別に取りまとめておりますので、こちらも後ほどご覧いただければと思っております。

説明は以上となります。

○鈴木座長：ありがとうございました。

荏原病院では、回復期を減らして急性期を増やすという話だったんですが、それが取消しになりまして、従来とおりの回復期病床を維持するということです。

この件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。どうぞ。

○高野（東京都病院協会、高野病院理事長）：求められる流れに沿ったものになると思いますので、私から特に意見はございません。

やっていただけるならば、ぜひとも稼働率を上げて、地域医療についてこれまで以上に引っ張っていただければと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

ほかに何かご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、2025年に向けた対応方針について、前回までの取扱いと同様に、各医療機関における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ということでよろしいでしょうか。

では、このような取扱いとさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

〔全員賛成で承認〕

それでは、次の議事に進みたいと思います。

（４）地域連携の推進に向けて（意見交換）

○鈴木座長：議事の4つ目です。「地域連携の推進に向けて」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料7-1をご覧ください。画面も共有させていただきます。

こちらの資料では、地域連携の推進に向けて、2点ご説明をいたします。

1点目は、現行の地域医療構想に関する推進区域対応方針案について、2点目は構想区域の地区診断をもとにした意見交換です。

まず1点目についてご説明いたします。

こちらの資料は、第1回の調整会議の際にもお示ししております。今年度、来年度の調整会議において、各地域の現状把握、課題の確認等を行いながら、新たな地域医療構想策定に向けて、2040年を見据えた対応について議論をさせていただき、新たな地域医療構想の策定に向け、準備を進めていきたいと考えております。

次に、推進区域の区域対応方針案についてです。

こちらは概要にあるとおり、国は現行の地域医療構想について、2025年に向けて取組みを進めるため、各都道府県で推進区域を設定し、区域対応方針を策

定するよう通知をしております。

前回の調整会議でもご説明しましたが、都は、全13構想区域を推進区域とすることを国に報告しており、参考資料3のとおり、その内容で国が推進区域を設定しました。

推進区域については区域対応方針を策定することとされ、概要の2つ目にあるとおり、国の様式例では、推進区域のグランドデザイン、課題、具体的な対応方針や取組みなどを記載することとされており、これらに基づき、都の区域対応方針案を作成いたしました。

なお、都では、現在、地域医療構想の実現について都全体で取組みを推進しており、また、疾病事業ごとの医療提供体制についても、各疾病事業の特性や医療資源の分布の状況などに応じて、区市町村単位から都全域まで事業推進区域を柔軟に設定、運用しております。

こうしたことから、区域対応方針案については圏域ごとのものではなく、都全体で1つの方針を策定して、取組みを進めていきたいと考えております。

それでは、区域対応方針案のポイントを下の部分でご説明させていただきます。

まず、グランドデザインとしては、平成28年7月策定の現行の地域医療構想で、既に「東京の2025年の医療～グランドデザイン～」として、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を描き、その実現に向けた4つの基本目標を掲げ、取組みを推進してきました。

その後、地域医療構想を保健医療計画に一体化させ、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を計画の基本理念とし、地域医療構想の実現に向けて、疾病、事業ごとの取組みを推進しております。

こうしたことから、残り1年と迫った2025年に向けては、現在の地域医療構想のグランドデザインを継続していきたいと考えております。

続いて、課題としては、2025年に向けては、高齢化の進展の中で切れ目のない質の高い医療を効率的に提供するため、医療機関等における地域や地域を越えた連携の一層の促進が必要と考えております。

また、新たな地域医療構想でターゲットとされる2040年を見据えると、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者が増加する一方、生産年齢人口の減少により医療従事者確保の制約が指摘されており、今後、医療だけでなく、

介護、区市町村等の関係者間で一層連携が深まるよう、議論が必要と考えております。

この課題を踏まえた今後の対応方針等ですが、2025年に向けた対応としては、医療機関等における地域や地域を越えた連携のより一層の促進を図ることを対応方針としたいと考えております。

この方針に基づく取組みとしては、様々なデータを活用し、地域の医療提供体制の現状把握、課題確認を行い、連携促進に向けた取組みなどの検討、また、入院医療と在宅医療関係者との相互理解が深まるよう、調整会議と在宅療養ワーキンググループ間で情報共有等の連携の実施とすることを考えております。

これらの取組みの到達目標としては、まず、国通知で目標とするよう示されております2025年に向けた各医療機関の対応方針の策定率を、都全体で100%とすることを目指すほか、地域の医療機関等における連携強化、病院・診療所と地域の多職種の間での相互理解と連携強化を図ることとしたいと考えております。

また、2040年を見据えた対応も記載したいと考えており、対応方針としては、医療だけでなく、介護、区市町村等関係者間の連携が一層深まるよう議論を進めること。取組みとしては、新たな地域医療構想に関する検討で挙げられた医療機関に関する事項等について必要な議論を進めることとし、到達目標としては、議論の推進とともに、新たな構想確定に向けた必要な協議の場の準備を進めることとしたいと考えております。

簡単ではございますが、以上が区域対応方針案の概要でございます。

なお、実際の文案につきまして資料7-2としてお付けをしておりますが、先ほどの内容について、1ページ目にグランドデザインと課題、3ページに対応方針、4ページに取組みと到達目標を文章で記載しております。

皆様からのご意見を踏まえながら最終的に都で策定したいと考えておりますので、ご意見のほどよろしく願いいたします。

説明は以上でございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、推進区域の区域対応方針（案）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。どうぞ。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：理解が足りないのかもしれませんが、今のところは東京都は区域によって分けずに、全体として1つの区域として考えてやっていくということを、2040年に向けても同じような方向性でやるということでしょうか。そういう理解でいいのでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

今回の区域対応方針は、今の地域医療構想は2025年までのものでございまして、あと1年間何をやるかといったところになります。

次の地域医療構想は2040年を見据えてですが、実際の策定は、令和8年度にやることを予定しておりまして、その間、今の地域医療構想をどう進めるかというのに、今回、区域対応方針をつくっていくといった話になります。

あと1年間ですので、何か新しい取組みを1年間でやるというのは、なかなか難しいかなと考えておりまして、今皆様にお話ししているのは、連携をどう進めるか、それを次の2040年にどう活かしていくかという視点で、今回つくったものになります。

ですので、2040年に向けて、都全体で1つの区域してやっていくかどうかというのは、これからの検討になると思っております。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：今は区域によって分けずに、全体を推進区域としてやっていくという理解はいいんですね。

○立澤課長：はい。2025年まではそういうことになります。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：その後、それを維持するかどうかも含めて、考え直す余地があるというご発言でしょうか。

○立澤課長：はい。新しい地域医療構想は、先ほどの国の概要書にもありましたが、今の調整会議が二次医療圏にあるというところが、いろいろな議題があって、それだけで議論し切れるかという問題がどうしてもございます。

例えば、東京都全体で議論するものは、東京都全体でやと思いますが、逆に、在宅医療との関係で、より区市町村と連携してやっていくものについては、細かい単位で議論することも必要かなと考えております。

議題によってそれぞれ必要な議論していくということになるかと思いますが、新しいことはまた考えていくということになると思います。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：それが、「必要な場を設けて、必要な議論をする」ということですね。

○立澤課長：はい。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：分かりました。

○鈴木座長：ちょっと分かりにくいと思いますが、例えば、今まで板橋だとか、ほかの地域ですと、救急車に乗ると区中央部に全部搬送されてしまって、そちらの地域で地域医療構想調整会議をやっても、結局、区中央部の医療需要がどうなっているかということが問題になって、なかなか議論が進まなかったんです。

この区南部に関しては、ある程度は地域内完結率が高いですから、割と議論がしやすいところではあるんですが、それでも、流入や流出が出てくるでしょう。

また、今後、地方の医療機関が崩壊するにつれて、東京に流入してくる人口も結構あると思います。

人も足りない、行政からのお金がないので、保険医療がどう担保されるかというギリギリのところ、どうしていくかというのを、みんなで議論していかなければいけないということだろうと思います。

なかなか難しい議論になりますが、一つは、先ほど話が出たように、複雑な問題を抱える高齢者をどうベッドコントロールしていくのか。場合によっては介護

や在宅に返せるのかどうか。在宅の場もなかなか介護する人材がないという状態で、共働きの家庭が増えると、そのところでどうするか。

また、介護のヘルパーさんが非常に不足していますし、だからといって、ヘルパーさんが来てくれるというわけでもないというようなところで、どうしていくかという、八方塞がりみたいな状態の中で議論していかなければいけないということになるかと思います。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、引き続き、東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、先ほどの資料7-1の続きの3ページ目から、今回の意見交換についてのご説明させていただきます。

先ほどもご説明しましたが、今後の調整会議では、2040年を見据え、各地域の現状把握、課題の確認等を行い、新たな地域医療構想策定に向けた準備を進めていきたいと考えております。そのため、様々なデータを活用し、各区域の地区診断を行い、地域連携のより一層の推進に取り組みたいと考えており、意見交換をお願いできればと思っております。

今回の意見交換に当たり、参考資料を2点ご用意しております。

1点目は、下段の①に記載の、地区診断のための関連データとして、DPC導入の影響評価に係る調査である退院患者調査に基づくデータを、参考資料5としてまとめております。

2点目は、下段の②に記載の事前アンケートで、都内病院に地域の連携等に関するアンケートを実施し、圏域ごとの結果を資料7-3でまとめております。それぞれの資料について簡単にご説明をさせていただきます。

まず、参考資料5をご覧ください。

こちらは、昨年10月10日の国の研修会において、これまで長く地域医療構想に係るデータを示されてきた産業医科大の松田教授から地区診断についての講義があり、今回はそちらをもとにデータをまとめております。

松田先生の講義の中では、地区診断の視点として、少子高齢化の進行によって、地域の医療・介護ニーズの変化が地域によって異なる形で生じていること、また、2040年までには特に複合ニーズを持った高齢患者が増加すること、さらに、

高齢化が進む地域社会においては急性期医療は相変わらず重要であり続けるが、典型的な急性期の症例は減る一方で、慢性期から繰り返し発生する急性期イベント、肺炎、骨折、心不全、尿路感染症、再発脳梗塞など、こちらへの対応が必要であると示されました。

その上で、様々なデータを用いて、構想区域ごとに地域の医療資源の提供状況を分析することについて講義がされました。

そのうちDPCデータについては、DPC対象病院等の退院患者について、MDC別患者構成等を集計した退院患者調査による分析が示されており、今回このデータに着目し、構想区域別のデータを作成しました。

今回のデータでは、急性期入院医療に関する各医療機関の機能の状況の把握、慢性期から繰り返し発生する急性期イベントの例として、高齢者に多い疾患の各医療機関の受入れ状況の把握ができるよう、取りまとめております。

まず、DPC導入病院の入院患者のうち救急車で搬送された患者数について、多い順に並べた資料です。

昭和大学病院が、3500件超と突出しており、次いで、大森赤十字病院、東京品川病院、東邦大学大森病院、NTT東日本関東病院、牧田総合病院、東京労災病院も、1000件以上対応しております。

なお、MDCの01から18までで色分けをしております。

次のページは、同じデータについてMDC別患者割合を示した資料です。前のページと見比べていただくと、一定の件数を受け入れている病院は、割合は若干異なりますが、MDCの幅広い疾患に対応しているように思われます。

続いて、入院患者のうち「手術あり」の患者数について、多い順に並べた資料です。

こちらは、東邦大学大森病院、昭和大学病院、NTT東日本関東病院が、7000件超と突出しております。

次のページは、同じデータのMDC別患者割合を示した資料です。こちらも前のページと見比べていただくと、例えば、都立荏原病院より上の病院につきましては、MDCの幅広い疾患の手術を実施している一方、件数の少ない病院では、一部の疾患の手術を集中して実施している状況が分かります。

ここからは、松田先生が講義で示された慢性期から繰り返し発生する急性期の

高齢者に多い疾患に関するデータをまとめております。

まず、MDCの01、神経系疾患のうち、脳梗塞の入院患者数の多い順にお示ししております。

最も多いのは大森赤十字病院で、年間298人、次に牧田総合病院で、年間249人、次いでNTT東日本関東病院で、年間235人でした。

次に、MDCの04、呼吸器系疾患のうち、誤嚥性肺炎、肺炎等の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。

最も多いのは昭和大学病院で、年間287人、次に東京品川病院で、年間241人、次いで大森赤十字病院で、年間219人でした。

続いて、MDCの05、循環器系疾患のうち、狭心症、慢性虚血性心疾患、心不全の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。

最も多いのは昭和大学病院で、年間858人、次に東邦大学大森病院で、年間802人、次いで東京蒲田病院で、年間629人でした。

続いて、MDCの11、腎尿路系疾患等のうち、腎臓または尿路の感染症、慢性腎不全等の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。

最も多いのは東邦大学大森病院で、年間772人、次に昭和大学病院で、年間531人、次いでNTT東日本関東病院で、年間300人でした。

最後に、MDCの16、外傷等のうち、股関節大腿骨近位の骨折の入院患者数の多い順にお示ししております。

最も多いのは牧田総合病院で、年間131人、次に第三北品川病院で、年間116人、次いで大森赤十字病院で、年間110人でした。

今後、高齢者の増加により、これらの疾患を抱えた高齢患者の入院数が増えることも想定され、地域で対応可能か、対応するためには何が必要かなど、意見交換をいただければありがたいと思っております。

また、ご参加の先生方におかれましては、連携先の病院もあろうかと思いますので、可能でしたら、現在の連携で十分か、あるいは新たな連携先を考える必要があるかなど、地域での連携をより円滑にする観点でご意見をいただいても結構です。

一度、先ほどの資料7-1の3ページに戻させていただきます。続いてお示しするのは、②の各病院の事前アンケートをまとめた資料です。資料7-3をご覧ください。

ください。

今回、都全体では約220病院からご回答をいただいております、区南部では全体37病院のうち4割強に当たる16病院からご回答をいただいております。

左下に、許可病床の規模別に3つに分類をしております。1ページから3ページについては、病床機能別の稼働率を許可病床の規模別でまとめております。

主な点をご説明しますと、急性期では、概ね稼働率70%以上でしたが、急性期4～6で、50%未満の回答がありました。

地域一般、地ケアでは、稼働率80%以上の回答でございました。

回りハ、療養、その他については、概ね稼働率70%以上でしたが、療養で、60%台の回答がございました。

4ページには、救急車受入れ台数と、転院上りと下りの入退院患者数の合計を規模別でまとめております。

5ページから9ページまでは、連携等に関する影響について5段階評価でお答えいただいた結果をまとめております。

幾つか特徴的な結果をご紹介しますと、まず、左側の緊急搬送・予定転院について、中段の休日・夜間の緊急搬送ですが、都全体と同様に、休日・夜間の緊急搬送が円滑でないと認識していると考えられます。

5ページの右側、早期転院受入れにあたり、上段の診療科を限定することについては、400床以上の病院は、都全体より低く、大規模な病院では、診療科を限定することに重きは置かれていない傾向でした。

中段の患者の重症度を限定することについても、400床以上の病院は、都全体より低く、こちらも大規模な病院では、患者の重症度を限定することに重きは置かれていないという傾向でした。

6ページ左側の、積極的な受入れにあたっての自院の課題についてですが、上段の、医師を潤沢にすることについては、都全体より低く、全体的に医師の増員は重要ではないと認識されている傾向でした。

次に、中段の医師以外の職員を潤沢にすることについても、都全体より低く、全体的に医師以外の職員の増員が重要ではないと認識されている傾向でした。

続いて、下段の、ベッドコントロールを改善することについて、200床未満の病院は、都全体より低い一方で、200床以上400床未満の病院、400床

以上の病院は、都全体より高く、小規模な病院と２００床以上の病院で、ベッドコントロールの改善に対する認識が分かれておりました。

６ページの右側は、上段の患者の理解の必要性については、２００床以上４００床未満の病院、また４００床以上の病院は、都全体より高く、２００床以上の病院では、患者の理解の必要性が重要と認識されている傾向でした。

中段の患者家族の必要性についても、同様に、２００床以上の病院では、患者家族の理解の必要性が重要と認識されている傾向でした。

７ページは、下り転院の問題について、左側が急性期病院、右側が回復期、慢性期病院の回答となっております。

左側の中段の複数疾患を抱えた患者の転院に際して、２００床以上４００床未満の病院は、都全体より高く、複数疾患を抱えた患者の転院が決まらないことが多いという傾向でした。

右側の中段の複数疾患を抱えた患者の受入れについて、２００床以上４００床未満の病院は、都全体より低いということですが、こちらは１病院からの回答でした。

８ページ左側は、地域医療構想策定当初と比較した連携の進捗度についてお尋ねしております。都全体と同様の傾向でした。

８ページ右側以降は、自由記載の回答をまとめております。

まず、連携等に関する影響に対する自院や地域の取り組みですが、例えば、病院同士での個別連携（病院間での契約）。

品川区地域連絡会議に参加。

このようなお答えをいただいております。

９ページ左側は、自院や地域として対応していくべき取り組みの考え等の回答ですが、例えば、合併症など多数の疾病がある患者さんの受入れ先は、選定が大変なため、転院受入れの際も対応が難しい。

身寄りに問題を抱える方の支援・ＡＣＰ。

病院情報のとりまとめとそのタイムリーな発信のフォーマット化。

このような回答がございました。

最後、右側には全般的なご意見を記載しておりますが、こちらは、医療圏（一次、二次、三次）それぞれ有効な地域連携の推進を期待というご意見をいただい

ております。

以上がアンケートの結果のまとめでございます。

また資料7-1に戻りますが、参考資料は以上のとおりで、これらのデータを踏まえて、高齢患者の受入れについての現状や課題、今後の取組みに関して意見交換をお願いいたします。

また、調整会議では各地域で引き続きこの地区診断を進めていきたいと考えており、もし「こういったデータがあれば話合いが進む」といったご提案があれば、併せて頂戴できますと幸いです。

長くなりましたが、説明は以上となります。

《意見交換》

○鈴木座長：ありがとうございました。

きょうはここの部分が一番肝の部分でございます。皆様のご意見をお聞きしたいと思います。

各区域の医療のニーズに合った医療供給体制の構築に向けて、地区診断を行って、地域の連携推進し、今後で今後さらなる利用人数の増加が見込まれる高齢患者に多い疾患の地域のデータや、医療機関連携の状況を用意しようということで、この辺のところでご意見をいただければと思います。

順番にお聞きしようと思います。まず、ちょうどここにいらっしゃる、大田区の高度急性期の荒井先生、ご意見を聞かせていただければと思います。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：うちの病院は、先ほどのデータにもありましたように、比較的高齢者に多いと言われている、脳梗塞、頸部骨折、誤嚥性肺炎を積極的に受け入れています。

受け入れているというか、救急車は高齢者だから受けないとかということはしていないです。

うちは290床で大規模ではないんですが、急性期の受入れはいくらでもいけると思うんですが、問題は、高齢の人というのは、いろいろな合併症があります

し、50歳の人と80歳の人とでは、経過の状況が違うので、どうしても入院期間が長くなってしまいます。

ですので、出口さえしっかりしていれば、救急の受入れというのは、急性期はいくらでもという語弊がありますが、どんどん受け入れることはできます。

ただ、経営的には平均在院日数を短くしないと単価が上がらないので、申し訳ないですが、急性期の病院は、高齢者とかをどんどん受けて次のところに移っていくという流れがしっかりすれば、経営的にも安定するし、患者さんにとってもハッピーだと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

複雑な問題を抱える方が多いので、例えば、認知症プラス大腿頸部骨折、認知症プラス誤嚥性肺炎とかいうケースになってくると難しくなってくるし、あと、住民にも問題もあって、1つの病院で最初から最後まで医療を完結してもらいたいというニーズがありますが、今は果たせないんだということもご理解いただく必要があるんだろうと思います。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：最初の段階で、例えば、「1週間とか10日でリハビリ病院とかに移っていただきますよ」ということを、患者さんに必ずお話しするようにしています。

○鈴木座長：そういう住民理解のところもやっていかなければいけないのかもしれないですね。

NTT東日本関東病院の大江先生、ご意見はありますでしょうか。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：地区診断があるとする、我々は医者なので、診断のあとには治療があるわけですね。

先ほどの資料を見ていると、どこの急性期病院もどちらかというと、得意なところが増えているみたいな感じなので、「得意なところにもっと患者を送り込め」という話なんですか。診断したら何をするんだというところがよく分からないんですが、どういうお考えなんですか。

○鈴木座長：一つは解決策を見つけるということだろうと思います。糸口を見つけるということなんでしょうが、要するに、コロナのときのように、入院しなければいけないけれども、病棟が全然ない、どうしたらいいんだということを、なるべく今後起こさないようにしていくということだろうと思います。

だから、そのための方策はどうするのか。一つは、今まで議論が出ているように、後方病院への転院をいかにスムーズにしていくかということになるんだろうと思います。

また、ほかの地域では人手が足りない、病棟を増やしたいけれども増やせられないというところがありましたが、区南部のアンケートを見ると、そんなに人手が足りていないということはないという意見も出ていますので、その辺はほかの地域と違うんでしょうかね。

東京都のほうから何かご意見はありますか。

○立澤課長：この1回の地区診断で解決策が出ることはなかなか難しいと思っていまして、また議論を進めて、課題があって、どういうふうにやっていくかというのをお話ししていかなければいけないと思っています。

おっしゃったように、治療というところが、何ができるかというのを、皆様方のご意見をいただきながら、都としても考えていかなければいけないと思っています。

きょうは、いろいろな課題であるとか、「もしかしたら、こういうことが有効なんじゃないか」といったご意見があればいただければと思っています。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：うちの現状で言うと、たくさんやっているものはたくさんやっているんですが、病棟は空いていますから、もっと受けられますが、病院によって違うかと思うので、たくさん受けているから受けられないというものでもないような気がします。

牧田病院さんとかは、今いっぱいですか。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：かなり混んでいて、95～100%で回っています。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：そうですか。うちはまだ大丈夫です。

○鈴木座長：土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：おっしゃるように、診断して治療に結びつけるわけですが、診断そのものが難しい疾患もあるし、診断がつかないときもありますし、診断がついても治療ができないこともあります。

診断するためには、また新たな検査が必要だし、検査といった場合には、地域でどういったデータがあればいいのかという話になるかと思います。

先ほどお話しいただいたように、どの病院が多く診ているといったデータが今、DPCデータとしてご提示いただいたところですが、これから高齢者はまだまだ増えていく中で、現状でこういうふうな感じで、それぞれの病院が受けているけれども、もっと受けられるのか、いっぱいいっぱいなのか。

そのあたりで、例えば、民営化させるとかいうふうに、地域の中で、あと五年後、十年後、十五年後、持ちこたえることができるのかといったことを中心に、対応策を考えていただければと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：補足しますと、うちは今「入れる」と言いましたが、多いところではキャパがいっぱいなところもあるので、区分別というか、得意ではあるけれども、これ以上のキャパがないところもあるから、そういうところも含めてやらないといけないんじゃないかと、今の土谷先生の話聞いていて思いました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、品川区の急性期の東京品川病院の蒲池先生、意見がございましたら教えてください。

○蒲池（東京品川病院 院長）：救急車は、頑張って受け入れているほうかなとも思いますし、これからも受け続けようかと思っているんですが、先ほどのデータだと、救急から入院した方のDPCデータだったと思うんです。

それぞれ疾患ごとに分かれていて、病院によっては、脳外科が強かったりとか、整形が強かったりとか、常に上位に来る病院は同じではなくて、「この病院はこの疾患が強い」とか、「この病院はこの疾患が得意」とかというのが、ある程度分かるかと思っています。

ただ、2点お伺いしたいのが、我々は頑張って取ってはいるんです。満床でも頑張って取って、何とか家に帰してということですが、来たけれども入院にならずにご自宅に帰っているような方も、いっぱい受けていると思います。

あと、頭部外傷だとか認知症が強いとか、結構ほかの病院ではちょっと苦手な症例も、我々は取って、検査をしておうちに帰しているんですが、そういった見えないところの、いっぱい取っているけれども軽症が多くて、看護師さんも大変で医者も大変で、夜も眠れなくてという病院を、今後どう評価していただけるのかなというのが1点あります。

それから、どこも取らないような症例を頑張って取るようにはしているんですが、ほかの病院さんも、お忙しいと思うんですが、それを集中せずに、満べんなくやっていくために、これは永遠の課題だと思うんですが、どういうふうな取り組みをしていくべきなのかということをお聞きしたいです。

○鈴木座長：ありがとうございます。

なかなか難しい答えになると思いますが、とにかく医療ニーズをどうこなすかということになるので、東京品川病院さんは本当に頑張って、いろいろ救急車を受け入れてくださっていますし、データの出し方を変えれば、救急車の受入れ点数とかいったものも、すぐ出てくると思います。

だから、今回出たデータは、あくまで入院というデータに限っていますので、また別の切り口にすれば、また見え方が違ってくるんじゃないかなと思っています。

外来機能といいますか、救急外来というところと入院とは、また別の温度差がありますよね。だから、そのところもまた今後議論の対象になっていくんじゃないでしょうか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：この場でご発言いただいて、もしかしたら、「そういう人をこっちで受けたいんだがなあ」というところが出てくるかもしれませんので、そういうのを積極的に発信していただければいいのかと思います。

では、そのチャンネルは地域医療構想調整会議だけかと言われると、この時間で各疾患について「これは受けられますか」みたいなことをやっているわけにはいかないというのは、皆さんお分かりかと思います。

ですので、それぞれの地域の中で、「こういった患者さんをどこかで受けられないか」とか、病院の連絡協議会みたいなのがあれば、もう少しきめ細かくやり取りできるような体制を構築するというのも、手段の一つになるんじゃないかと思っています。

○鈴木座長：よろしいでしょうか。

では、東京都からお願いします。

○立澤課長：ご意見をありがとうございます。

今回は、松田先生の講義に則ってデータを出させていただきましたが、今後もいろいろなデータを出して、いろいろなご意見を頂戴したいと思っています。

おっしゃるとおり、入院だけじゃなくて、救急の外来で受けた患者さんによって、病院の大変さとか分かることもあると思いますので、我々のほうでも、こういったデータを示せるかということを研究しながら、また議論いただければと思っています。

もう一つ、一極集中の話は、ほかの圏域でもいろいろなご意見を頂戴しております、「病院の機能であるとか状況が見えるようになれば、もっと連携が進む」、あるいは、「そこがないとなかなか難しい」ということもいただいております。

ですので、どういうふうにそれができるかということは、今すぐに解決策が出るものではないと思いますが、我々のほうでも、それができるようにいろいろ考えていかなければいけないと思っておりますので、引き続き、いろいろな会議でご意見をいただきながら進めていきたいと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、大田区の急性期の池上総合病院の繁田（ハダ）先生、ご意見をいただければと思います。

○繁田（池上総合病院 院長）：複合的な疾病を持たれた高齢の患者さんが多数来られまして、我々も可能な限り多く受けるということにしているんですが、確かに、非常に手間がかかる患者さんが多いということで、看護部を中心として、コメディカルにかなり負担がかかるということもございます。

そういうことで疲弊をしてしまうために離職が増えたりというような問題もありまして、頭を悩ませているというところです。

そういうことで、我々は急性期を主体にしていますが、ケアミックスにして、回復期を併設いたしまして、そちらにうまく流して対応したいとしているところです。

今お話が出ていたような、特徴を持った経営というようなことに流れが傾いていますので、今まで出ていました各病院の特徴が比較的速やかに分かるような状況が進めばいいと思っております。

この地区では、田園調布さんが中心になって、そういうことに取り組み始めているところですので、これがいろいろな病院の特徴を知る機会になって回っていくと、また変わってくるんじゃないかと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

それでは、続きまして、品川リハビリテーション病院の渡辺先生、ご意見をいただければと思います。

○渡辺（品川リハビリテーション病院 院長）：先ほどから議論を聞かせていただいて、また先ほど来、東京都の示したデータを見させていただいて、これからキーワードが「高齢者」ということになる、逆に、平日・日中は問題にならない休日夜間の高齢者サブアキュートというところに、先ほど、蒲池先生がおっしゃっていたような負担が、救急病院にかかってくるというのが現状かと思いました。

地区診断でこの地域における問題点ということが明らかになりましたら、地区医師会や夜間の救急をどのようにしていくかということが、これから問題になってくるかと思って聞いていました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

平日の救急に関しては割と人手も足りているということですが、夜間や休日は、この前の正月のインフルエンザの大流行も、各医療機関は相当大変だったと思うんですが、そういったところも今後議論の対象になってくるだろうと思います。

でも、平日の連携というのが、夜間のほうにもつながっていくのかなと、個人的に思ったりしています。

では、大田区の回復期の東京蒲田病院の小山先生、ご意見があったらよろしくお願いします。

○小山（東京蒲田病院 院長）：どこの救急病院も一生懸命受けていらっしゃると思いますので、それはそれでいいんですが、地域連携の推進ということで、僕がフォーカスがボケているんですが、どこの誰が困っているということから話が始まるんでしょうか。

つまり、上りであれば、病院に行く側ですが、それこそ休日とか全夜間というのは、救急対応となると、これは、もはや連携じゃなくて救急の会議の話になってしまいますよね。

でも、鈴木先生とかはすごく在宅を診ていらっしゃるんですが、先生は、それを診て、全部救急車を呼ばれないですよ。『こういう疾患だから、ここにお願いしたい』みたいなことがあるんじゃないですか。

○鈴木座長：そういうこともあります。

あと、認知症を持っている方は、入院させると、家族も本人も病院も大変な思いをしますので、なるべくACPを取って、在宅で診るようにして、なるべく救急を使わないようにしています。

ただ、家族がうろたえてしまって、ぼくらを呼ぶ前に救急車を呼んじゃった場合には、それはしょうがないですね。

○小山（東京蒲田病院 院長）：鈴木先生はしっかり診察されているので、そういうところでそんなにお困りにならないかもしれませんが、ほかの在宅の先生とかは、『入院先をどうしようか』とすごく大変だったりして、結局救急車を呼んじゃうと、それはさっき言ったように、救急の問題になるので、また別の話になってしまうわけですよ。

それ以前の話で、コーディネートというか、そういうところで頭を悩ませている人たちが結構いるんじゃないかと思っていますので、差し出がましいようですが、現場というか、そういうところの意見を吸い上げてみたほうがいいかなというのが、上りの話では一つ思いました。

下りは、どうやって退院させるか、どこに退院させるかみたいな話で、うちは急性期と回復期をやっていますので、本当にアナログですが、自分が心がけているのは、特に高齢者在宅の先生からの入院の人は、『どの段階になったらお帰りいただいてもいいですか』というのを、最初からある程度決めさせていただいています。

ご高齢なので、百点満点で帰れることはなかなかないと思うので、そういうところを、これは本当にアナログですが、よく相談して、それでお帰りいただいでということで、ベッドを回しているという状況です。

急性期の先生方は、さっきもお話が出ましたが、「出口に困る」とおっしゃっていたので、今度は、出口の連携をどうするかというのを、具体的にというか、何か話し合いができればいいかなと、生意気ですが思いました。

○鈴木座長：ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。

在宅の対応力を上げることも大事ですし、それから、「何か問題があったら救急車を呼ぼう」という意識を変えていかなければいけないだろうと思います。

そして、元気な高齢者に聞くと、ほとんどの人が「私は延命治療を希望しません」と言うんですが、それでも救急を呼んでしまうという、そういった根本的な問題のところも解決していかなければいけないと思います。

また、在宅医にとっても、実は重症に対応できる在宅医というのは限られていて、そんなに多くないので、「こんな状況では在宅で診てないで入院させちゃいましょう」と言うと、そっちの方向に流れていってしまうことも結構あります。

在宅というのは、結構“密室”なので、どのレベルでなされているかなかなか見えてこない部分がありますが、その辺を見るとしたら、国保の診療データと病名とか、その辺を市町村別に持ってこないと、なかなか見えてこないんだろうと思います。

○小山（東京蒲田病院 院長）：軽い人で救急車を呼ばないような人を、先生のように、じっくりおうちで診てくれれば、全然問題ないのかもしれませんが、「どうしようかな」みたいな人を入院させるときに、コーディネーターの人とかが困るんじゃないかなと思っているんです。

コーディネーターというか、仮称ですが、それぞれの在宅のところに、そういう人がいると思うんですが、

○鈴木座長：僕らが困るのは、意識消失とか、頭の問題じゃないかというときには、MRI とかを撮らないとどうにもならないので、そこは一度病院に運ばなければいけないということになることが多いです。

だから、そのところの軽症かどうか。例えば、発熱という状態で、「誤嚥性肺炎だろう」ということであれば、在宅でそのまま対応しちゃうんですが、中には、そこで救急車を呼ぶことになるということで、いろいろ違いがあるんです。

そのところを、在宅側でも少しずつ改善させていただかなければいけないんだろうと思います。

ただ、問題がある医療機関は、なかなかそういう協議の場というか、医師会にある在宅医会などに、なかなか出てきてくれないんです。だから、そのところも根本的な問題だと思っています。

それでは、慢性期の阿部病院の磯谷（イガ）先生、ご意見があればお願いします。

○磯谷（阿部病院 副院長）：急性期の話とか在宅の話がメインでしたが、慢性期の、なかなかうちに帰れなかったような方々が対象になるような医療を行っているんですが、ここにいらっしゃる先生方の病院からもよくご紹介いただいております。

さっきのアンケートを拝見していて、下りの話で、転院のときにお断りしてしまったというケースを、具体的にお話すると、療養型病院ですと、軽症し過ぎる人はたくさん増えていくというのは、国の方針的にはなかなか難しく、医療行為とかがある程度されていないと、お断りしなければいけないという状況があったりします。

あとは、急性期の医療がずっと入っていて、療養型の病院で継続していくのが難しい医療が続けられた状態で、こちらのほうの病院に紹介を来たりすることがあって、そういうところでどうしてもお断りしてしまったというケースがあります。

ですので、うちのような病院が「どういうことをできますよ」というのを、急性期の病院にお伝えできるように、今後もやっていきたいと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

当然、医療区分が低い、軽症といいますか、経管栄養だけやっているような患者さんが、なかなか転院できないということを、各病院に周知しておく必要がある

と思いますし、病棟の医師や看護師も、そのところが分かっていないと、連携としては不十分になっていくんだろうなと、個人的には思っています。

では、大田区の慢性期の京浜病院の熊谷先生、よろしくお願いします。

○熊谷（京浜病院 院長）：DPCを基にするデータというのは、ほとんど急性期の手術であるとか、TPAであるとか、カテーテルであるとか、そういう診療行為に対してポイントを付けて評価するという形で、病院の機能評価をしているものなんですね。

回復期以下、地域包期から慢性期に関しては、このデータでは全く機能が見えないですから、私どもの病院や回復期を主にやっている病院は、こういうDPCや地区診断のときのデータには全く出てこないわけです。

なおかつ、このときの疾患の原則は、単一疾患、単一病名で、1人につき1つの病気を治すという原則で始められたんですね。

ところが、高齢者の場合は、複数疾患同時多発、なおかつ要介護状態で認知症というような複雑系を合併した状態で、診療期間が長引いたり、治療行為が制限されて手術ができないとか、重要な病気に対して、これ以上無理だとかというようなことがあります。

それだったら在宅で帰すのかというと、当然その状況で在宅には帰れないので、その次にどこかの病院というときに、先ほどの療養型病床にも医療区分というものを要求されるので、ほぼ急性期と同じような患者さんの慢性的な治療が継続する患者さんを受けるという格好になってしまう。

そして、今言ったような治療行為、診療行為はかなり軽いけれども、継続的に入院が必要になる場合は、介護医療院というところになってくるわけです。

ところが、介護医療院というのは、病院からだんだん外れてくると、この基準の中に入っていないので、議論の余地がない。

私どもの病院は療養型を今全部やめて、一般病棟に戻したんですが、なぜそういうふうにしたかという、これから必要なのは慢性期救急、高齢者救急だと思うからです。

高齢者救急、慢性期救急というのは、定義の上にはどこにも出てこないんですが、先ほど、東京都の説明の中に、既に慢性期救急、高齢者救急という言葉がもう出ていますよね。

ですから、これからの地域医療構想、2040年に向けてというのは、実は病院間の連携だけではなくて、在宅も含めて介護施設も含めて、病院には近い、行ったり来たりというような複雑系のものを、どこでどうやって連携して、帰していくかということが重要になると思うんです。

我々は、将来的には在宅や介護施設の人たちを広くカバーする病院として、救急車を使わないけれども、救急の搬送的な搬送を繰り返して、そういう施設に行ったり、またこちらから施設に出向いたりして、

なるべく施設または在宅で長くいられるけれども、そのカバーをし、在宅で無理になったら病院に、またその場合、そちらで看取ることや、在宅や、施設で看取する場合の応援をするという体制を、これからつくっていくべきじゃないかと思っています。

そこで、今、私どもの病院は、2月に新しい病院がオープンしたばかりですが、今度に残りの病院の改築を含めて、機能分化を変えていこうと考えています。

ですので、2040年体制というのは、2025年までの体制の延長で考えても答えは出ないので、新たな時代にどうしたらいいかと考えなければいけないんじゃないかと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

先生のおっしゃるとおりですよ。ここにいるほぼ全員が納得して聞いていたと思います。

軽症の高齢者の受入れ先というのは、場合によっては施設になったり、家族の介護力があれば在宅になったりして、そこで在宅医療がついたりというようなことが、結構重要になってくるんだろうなと思っています。

本当は全ての先生にご意見をお伺いしたいんですが、最後に高野先生、ご意見をいただければと思います。

○高野（東京都病院協会、高野病院 理事長）：本当にこれだけあからさまになったデータが出てきた、救急車に限ってということではありますが、地域の状況がよく分かるデータを前にして議論できるなんて、ずいぶん変わったなと思って聞いていました。

それぞれ病院の機能が違くと、皆さんおっしゃる意見は違いますので、それぞれの先生がおっしゃることももっともだと思って聞いていました。これからどんどん検討していかないといけないことだと思います。

東京都病院協会の立場で発言しますと、連携の話をしているところではありますが、そもそも地域医療構想調整会議が話題になってきた病床の話に変えさせてもらいます。

区南部の状況を、先生方、病床がまだ足りないとお感じになっていらっしゃるでしょうか。私は、実際に臨床をやっていて、そうは感じません。必要量は足りているんじゃないか、十分機能しているんじゃないかと思います。

鈴木先生が、「区南部はこの中で完結している」というふうにおっしゃるとおりだと思っています。

そこで、今後も必ず、地域医療構想で病床の話が話題になるとは思いますが、区南部はまだ100床近く病床不足という地域になっているわけですが、果たしてそれが本当に足りていないのか。

この地域医療構想で提示される必要病床数の数に振り回されず、今後新たに病院がこの地域に来るとき、あるいは増床するとき、数だけで判断するのではなく、この調整会議での意見を尊重して、病床許可をしていただきたいと考えております。

皆さんにも知っておいていただきたいと思いますし、特に東京都の方々にそうにお伝えしたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

おっしゃるとおりだと思います。ここの議論をちゃんと踏まえた上で判断していくことが大事だと思います。

あとは、きょうは敢えてご意見を求めませんが、大田区、品川区の担当者の皆さんも、今後、厚労省のほうから、「データを用いていろいろなことを考えなさい」

と指導されていくと思いますので、「国保データ、在宅医療や介護のデータをちゃんと示しなさい」と言われていくと思います。

その準備をこれからやっていかないと、区役所内が大変なことになっていくんじゃないかなと、個人的に思っています。

時間が既にオーバーしてしまっていますので、本当に延々と話していきたいんですが、時間の関係で今回はこの部分でまとめさせていただきたいと思います。

最後に、調整会議は、地域での情報共有する場ですので、その他の事項で、ぜひ情報共有を行いたいということがありましたら、挙手をお願いいたします。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：きょうは、病院の経営状況についての議論はありませんでした。ほかの圏域においては、地域連携どころか、その前の病院経営が大変だという話で、議論が進まないところもありました。

それはだめだというわけじゃなくて、実際そうだと思います。きょう参加されている病院の先生方も、病院経営が非常に苦しいと考えておられるところだと思います。楽なところは1つもないと思っています。

それに関してですが、「東京都の緊急・臨時的な新事業が、令和7年度にあります」というご案内です。1日当たり1人580円の補助が東京都から出るということになりました。

病院協会でもずっと要望していたところですが、ついに実現しました。これは簡単にそんなにできる話じゃなくて、診療報酬とは別に、そういった民間病院に、今まで公立病院には公的資金が入っていたところですが、民間の病院にもこういった補助事業がなされたというのは画期的なことだと思います。

こちらに都の方もいらっしゃいますが、医療政策部の方たちも、財政当局とかなり議論されたことだと思います。そうした中で実現することができたということを、皆さんにもご案内したいと思います。

○鈴木座長：ほかに何か情報共有したいことがございますでしょうか。

この点に関しては東京都がよく決断したなと思いましたが、本当に都がやるしかないですね。よく頑張っていたいたと思います。

ほかにはないですか。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

○立澤課長：皆様、本日は大変さまざまな議論をいただきまして、またご意見を頂戴しまして誠にありがとうございました。

今後、新しい地域医療構想を進めるにあたっては、先生方のご意見は非常に大事で、我々も参考にしていきたいと考えておりますので、引き続き、いろいろな場でご意見を頂戴できればと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

また、土谷先生がご紹介いただきました、令和7年度の予算の、地域医療に関する緊急支援事業につきましては、都のほうで先生方にご説明する準備を進めてございまして、また機会を頂戴してご説明を差し上げたいと思っておりますので、その際はどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、最後に会議の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きまして、時間がなくてご意見ができなかったということもあるかと思いますので、お手元にある「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、東京都医師会宛てに、会議終了後1週間をめどにお送りいただければと大変幸いです。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日の会議はこちらで終了とさせていただきます。長時間にわたりご参加をいただきまして大変ありがとうございました。

(了)