

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

令和7年2月3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』

〔区中央部〕

令和7年2月3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（区中央部）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、事前に送付をしておりますので、よろしければ、資料をご覧いただきながら、会議にご参加いただければと思います。説明の際にも画面上で投影いたしますので、そちらをご確認いただいて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：こんばんは。

この調整会議は、今年度の2回目になります。本日は、資料の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っております。

特に、報告事項では3番目の「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、ことしが目標年ですが、2040年に向けて新たな地域医療構想が始まることになっております。

議事としては、3番目の、いつもの意見交換の場で、そこでのキーワードは、「地区診断」ということです。

きょうは、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。

皆様方には、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、土谷副会長からお話がありましたとおり、このほど国の検討会を経て公表されました新たな地域医療構想に関するご報告をいたします。

また、主な議事としましては、紹介受診重点医療機関に関する協議のほか、第1回の調整会議でご案内した推進区域の区域対応方針案について、また、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いたします。

○立澤課長：ありがとうございました。

本会議の構成員ですが、お送りしている名簿をご参照ください。

なお、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他の区域の座長、副座長の先生方も、Web等でご参加をされておりますので、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、会議が進めやすいものですから、ぜひご協力をお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を座長にお願いしたいと思いますが、本日、藤田座長は所用によりご欠席のご連絡をいただいておりますので、座長代理の、浅草医師会の堀会長に進行をお願いいたします。よろ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

○堀座長代理：こんばんは。座長代理の、浅草医師会の堀でございます。よろしくお願いいたします。

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と申します。

在宅療養ワーキンググループの開催について、資料1-1を用いてご説明させていただきます。

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、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。MCS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、1枚目の上段の一番左に区中央部の意見をまとめております。

医療介護の人材不足に関連して、医療体制の不足は余り感じていないが、介護人材の不足が深刻であると感じる。

ケアマネジャーの業務の多様化、煩雑化が問題になっており、なり手がいない、高齢化が進んでいることが現状の課題。

このようなご意見がございました。

また、連携の際の手段、方法に関しては、区をまたがった診療が日常的に行われているという特徴があり、区内の事業者間と比べると、連携する機会が少ない分、情報共有やコミュニケーション方法が確立しにくい現状がある。

区内からの移動は、業務効率低下の要因となる場面があるように感じられるので、在宅療養支援に関わる医療、介護事業所が、オンラインでサービス提供状況の共有を行ったり、相互連絡のできるデジタル掲示板など、区を越えた圏域内で共通の利用できるシステムができればよいと思う。

このようなご意見がございました。

在宅療養ワーキンググループの報告は以上となります。

○堀座長代理：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、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。どうぞ。

○窪田（東京都病院協会、東都文京病院 院長）：MC S導入に際して、コストとかランニングコストがかかると思うんですが、地域医療介護総合確保基金とかで援助とかはしてもらえるのでしょうか。その補助とかに関して教えていただければと思います。

○堀座長代理：佐々木先生、お願いします。

○佐々木理事：MC S自体は無料で使えますので、ランニングコストとかは発生しません。

各区で医師会ごとに運営をしていることが多いですので、文京区の医師会にお尋ねいただけると分かると思います。よろしく願いいたします。

○窪田（東京都病院協会、東都文京病院 院長）：ありがとうございました。

○堀座長代理：ほかにいかがでしょうか。

（２）外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○堀座長代理：ないようでしたら、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

○堀座長代理：続いて、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。

国で昨年の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。

○堀座長代理：ありがとうございました。

報告事項（３）について、ご質問、ご意見等のある方はいらっしゃいますか。
土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：私からもいくつかポイントをお示ししたいと思います。

今まで集まってお話ししていたのは、主に入院の話、ベッドの話をしていまし

たが、介護のほうまで話さないといけないということも、議論の中で感じておられたと思います。

2040年に向けた新たな地域医療構想では、入院だけではなくて、外来や在宅、あるいは、介護まで広く議論してもらおうということになっています。

それから、「病床機能報告」制度というのが、この地域医療構想に合わせて始まったのですが、その中で、「回復期」という名称がありました。今までも「回復期の定義は何だ」ということで、しっくりこなかった中で、ずっと議論してきました。

その名称が、今度は、高齢者救急というのも含めて「包括期機能」という名称に変わります。

それから、「病床機能報告」というのが始まっていましたが、新たな報告制度が始まります。それは、「医療機関機能報告」という制度です。

「病床機能報告」を見ても、実感としてよく分からなかったと思います。4つの機能に分けても、結局どういうことなのかというところだったと思います。

その反省に立って、医療機関ごとにどんな医療機関なのかが分かるような報告をしてもらうということになりました。それは、患者さんはもちろん、医療機関同士も、どんな医療機関なのかが分かるような制度になると思っています。

なお、ここには書いてはありませんが、「かかりつけ医機能報告制度」というものも始まることになっています。外来機能報告というのがありますが、それとは別に、この制度も来年度から始まります。

あと、この地域医療構想調整会議というのが、まさに「協議の場」の一つになりますが、今後は、入院だけではなく、外来も在宅も介護も含めて話し合ってくださいということになります。

いろいろな分野の話をすることになりますと、議論が深まらないという懸念がありますので、今後の調整会議のあり方については工夫しながら、議論が深まるようにしていきたいと考えております。

○堀座長代理：ありがとうございました。

今のご説明も含めて、ご質問、ご意見などはございますか。

特になければ、次の議事に進みたいと思います。

3. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について（協議）

○堀座長代理：議事の1つ目は、「紹介受診重点医療機関について」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料4－1をご覧ください。

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。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

したいと思います。

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っても、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、この区中央部ではありませんでした。

これらの方針に基づき、資料4-2で、区中央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。

○堀座長代理：ありがとうございました。

それでは、何かご質問、ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。どうぞ。

○坂本（神田医師会 理事）：一つ確認です。地域医療支援病院は、原則として200床以上となっていますが、今回の紹介受診重点医療機関というのは、200床以上に限るということでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

紹介受診重点医療機関に関しては、病床数の制限とかはなくて、ほかの圏域では、有床診療所でも申請していただいているところもございます。

基準としては、先ほどの紹介率、逆紹介率であるとか、重点外来の初診、再診という基準をもとにして、申請していただいております。

○坂本（神田医師会 理事）：ありがとうございます。よく理解できました。

○堀座長代理：ほかにいかがでしょうか。

それでは、岩井部長、お願いします。

○岩井部長：ありがとうございました。ただいまのご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ます。

○堀座長代理：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。

（２）２０２５年に向けた対応方針について（協議）

○堀座長代理：議事の２つ目は、２０２５年に向けた対応方針についてです。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：資料５－１をご覧ください。

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5-2-1で病院について、資料5-2-2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。前回までと同様に、圏域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。

○堀座長代理：ありがとうございました。

それでは、何かご意見はございますでしょうか。

それでは、ないようですので、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ますので、皆様にお諮りいたします。

前回までの取扱いと同様に、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したいと思いますが、よろしいでしょうか。

では、そのようにさせていただければと思います。

〔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。

（３）地域連携の推進に向けて（意見交換）

○堀座長代理：議事の3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6－1をご覧ください。

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%とすることを旨とするほか、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6-2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ページ目でグランドデザインと課題、3ページで対応方針、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。

○堀座長代理：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、何かご質問、ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。どうぞ。

○窪田（東京都病院協会、東都文京病院 院長）：連携組織についてお伺いしたいと思います。

うちの病院ではNCSを導入していないので、先ほど質問しましたが、具体的にはどのようなツールで促進しようとお考えでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

各地域によって様々な連携の仕方があると思ひまして、MCSでつながっているところもあります。こちらは、医療と介護のつながりです。

医療と医療の関係では、例えば、地域連携のネットワークをつくっておられたり、東京総合医療ネットワークをご活用いただいて連携しているという事例もございます。

地域によって合ったシステムを使いながらということを考えておりまして、まだ特定のことに限ったということは考えておりませんが、国のほうでも、いろいろな連携のシステムをつくっていくことになるとか、介護のほうも交えてどうい

う連携をしていったらいいかということを、新しい地域医療構想の中で議論していかなければならないという状況になっております。

今の地域医療構想は、あと1年ですが、そのつなぎとして、いろいろな連携についての意見交換をさせていただきたいと思っております、先ほどの（案）をつくったという次第になっております。

○窪田（東京都病院協会、東都文京病院 院長）：垣根を越えての連携ということを見ると、同一のツールで連携するのがベターだと思いますので、よろしくお願いいたします。

○堀座長代理：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6－1の途中から説明をさせていただきます。次の3ページをご覧ください。

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6－3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、SCR、DPCデータ、病床機能報告を用いて、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、オープンデータから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。

6つの大学病院の、日本医科大病院、東大病院、日大病院、東京医科歯科大病院（現・東京科学大学病院）、慈恵医病院、順天堂医院のほか、済生会中央病院、聖路加国際病院、虎の門病院、三井記念病院、東京逋信病院、永寿総合病院も含め、ほかの圏域よりも多くの医療機関が1000件以上対応している状況でした。

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、ほかの圏域では、1つか2つの病院ぐらいしかない8000件超の医療機関が6病院ありまして、順天堂医院、慈恵医大病院、東大病院、日本医科大病院、虎の門病院、東京医科歯科大病院（現・東京科学大学病院）、続いて、

国立がん研中央病院、聖路加国際病院と、件数が多く、当該圏域は都内を初め全国から患者が集まっていると思われます。

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、中ほどの東京通信病院より上の病院については、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。

最も多いのは日本医科大学病院で、年間398人、次に永寿総合病院で、年間293人、次いで虎の門病院で、年間209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。

最も多いのは済生会中央病院で、年間288人、次に聖路加国際病院で、年間280人、次いで虎の門病院で、年間207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。

最も多いのは心臓血管研究所附属病院で、年間1429人、次に三井記念病院で、年間1267人、次いで順天堂医院で、年間1094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。

最も多いのは順天堂医院で、年間689人、次に慈恵医大病院で、年間524人、次いで東大病院で、年間395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。

最も多いのは済生会中央病院で、年間84人、次に虎の門病院で、年間76人、次いで日本医大病院で、年間67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imasu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6-1の3ページに戻らせていただきます。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6-3をご覧ください。

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、区中央部では全体45病院のうち3割強に当たる15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、急性期は、急性期1で、1病院が50%未満、4病院が60%台の回答であり、稼働率が低く、急性期4～6においては、2病院から稼働率が50%台の回答がございました。

地ケアは、50%未満や50%台、60%台の回答が多く、稼働率が低い状況でした。

回りハ1・2と療養病床については、稼働率70%以上ですが、「その他」のところで50%台、60%台の回答もございました。

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、上段の平日・日中の緊急搬送ですが、都全体と比較して高く、全体的には、平日・日中の緊急搬送は円滑であると認識していると考えられます。

次に、休日・夜間の緊急搬送ですが、都全体は低めですが、それよりは高い状況で、中でも、200床以上400床未満の病院は、都全体よりも高いことから、中規模の病院では、休日・夜間の緊急搬送は円滑に行われている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、都全体より高く、全体的に診療科を限定すれば受入れが進むと考えている傾向でした。

次に、中段の患者の重症度を限定することについても、都全体より高く、全体的に患者の重症度を限定すれば受入れが進むと考えている傾向でした。

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、特に、規模の小さい病院では、医師の数の増員に重きは置かれておらず、医師の数は確保できているという印象でした。

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、特に規模の小さい病院では、医師以外の職員の数の増員に重きは置かれていない傾向でした。

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も、都全体より低く、全体的にベッドコントロールの改善に重きが置かれていない傾向でした。

6 ページの右側は、早期転院にあたり、上段が患者側の理解の必要性について、200床以上400床未満の病院では、都全体より低い一方で、200床未満の病院は、都全体より高く、患者の理解が必要性が重要かどうかは、規模の小さい病院と中規模の病院で認識が分かれておりました。

次に、中段の患者家族の理解の必要性について、200床以上400床未満の病院は都全体より低い一方で、200床未満の病院は都全体より高く、患者家族の理解の必要性が重要かどうかは、規模の小さい病院と中規模な病院で認識が分かれていました。

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。

左の中段の複数疾患を抱えた患者の転院に際して、都全体と同じく、規模の大きい病院ほど複数疾患を抱えた患者の転院が困難と思っている傾向でした。

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。200床以上400床未満の病院は、都全体3.10に対して、2.75と低く、連携が進んでいないという傾向でした。

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、疾患別受入れリストを自院で作成し、転送を迅速に対応。

急性期病院からは、脳血管パスなどを利用し、早期リハやポストアキュートでの転院をできる限り進める。

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は、例えば、東京総合医療ネットワークや病院独自のネットワークにより、電子カルテの閲覧が可能となるため、加入医療機関が増えるよう、地域とのつながりを強化。

地域の病院間で、どこの病院がどこまでの機能を有しているかを具体的に“見える化”できるとよい。診療所、訪問診療所とも、各病院の医療機能の共有ができるとうい。

自院で解決できない課題や連携分野は、医師会や近隣医療機関と定期的な情報交換会を開催し、自院の取り組みや地域の課題の共有を行うとともに、地域を支える各機関の役割を明確化する必要性。

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。

まとめますと、医療介護の人材不足、高齢患者への対応の困難さ、下り転院の課題などについて、ご意見をいただいております。

アンケート全体をまとめますと、早期の転院受入れにつきましては、診療科を絞るまたは患者の重症度を限定すれば受入れ可能との傾向であること。

積極的な受入れにあたり、中規模の病院では、医師や医師以外の職員の充実を必要としている一方、全体的に、医師や医師以外の職員は充足しており、ベッドコントロールも現状では問題はないとお考えであること。

早期転院に際しての患者や患者家族の理解の必要性については、200床未満の病院では重要であると考えている一方で、200床以上の病院では、余り重要とは捉えられていないということが言えるかと思ひます。

以上がアンケートの結果のとりまとめでございます。

また資料6-1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、今後の取り組みに関して意見

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し合いが進む」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》

○堀座長代理：どうもありがとうございます。

皆様が、大変な思いをして日々診療をなさって、救急車を受け入れたりという状況もよく分かりました。

今後、高齢患者さんの受入れとか、人材不足等いろいろな課題があると思いますので、これらについて忌憚のないご意見を頂戴したいと思います。

まずは、高度急性期の病院の先生方からご意見を頂戴したいと思います。

千代田区の高度急性期病院は三井記念病院になりますが、三井記念病院の川崎先生、ぜひご意見をいただきたいと存じます。よろしくお願いいたします。

○川崎（三井記念病院 院長）：どこの病院も一緒だと思います。だんだん高齢化が進んで、例えば「かなり寝たきりの方で、ちょっと肺炎で、引き取ってくれないか」みたいな、高度急性期として受け入れるべきかどうか迷う患者さんがかなり多くなってきて、

複合疾患、循環器の問題あり、呼吸器の問題あり、腎臓の問題ありというような患者さんが、「じゃ断っていいのかと」いうことで、相当迷う患者さんが増えてきているし、

看護師さんの対応も、昔と違って、かなりヘビーに看護しなければいけないという患者さんが増えてきているので、その中で平均在院日数を短くするというのは、後方の病院ということもかなり難しくなっている状態で。

ついでに申し上げますと、そういう中で、今、高度急性期、診療報酬が上がらない中で「人件費を上げろ、上げろ」で、業務委託も診療代でも上がっているよう

な状態で、財政上の問題が、まず相当、暗雲が垂れ込めているわけですね。

本当はかなり腰を据えて、高度急性期とか急性期病院を、都として、国としてどうしていくのかというのをきちっとやっていただかないと、本当に、かなりまずい状態になると思います。

潰れてもいいということで、国が本当はそういうつもりでやってらっしゃるといふならまだ話は分かりますが、皆さん、高度急性期、急性期の病院は、もっと声を高くして、このことをまず解決しないと、いろいろな議論はできないというふうなことは、申し上げたいと思います。

○堀座長代理：貴重な意見をありがとうございました。

それでは、中央区の高度急性期病院、国立がん研究センター中央病院の瀬戸先生、ご意見をいただけないでしょうか。

○瀬戸（国立がん研究センター中央病院 病院長）：我々はがんに特化した病院です。先ほどの数字を見ると救急車受入れも多くないですし、何と申し上げていいか。

ただ、今、川崎先生がおっしゃられたことは恐らく皆さん思っているところだと思いますので、私としても、外保連（外科系学会社会保険委員会連合）とかもやっていますので、そういった方面でもいろいろ考えていきたいと思っています。

○堀座長代理：どうもありがとうございます。

それでは、もう一つ、中央区の高度急性期病院、聖路加国際病院の石松先生、ご意見をいただけないでしょうか。

○石松（聖路加国際病院 院長）：今いろいろな議論にも出てきましたが、この病院群を4区分で分けてアンケートをやって、今後も4区分でやっていくのかというのも非常に疑問を感じています。

一つは、4区分の中で回復期が、包括型、しかもその中で救急を扱う。「これは急性期になるの、回復期なの」というところも非常に分かりにくいところがあります。

三井の川崎先生がおっしゃったように、経済状況としては、保険診療ではかなり厳しい状況になっているのが現状です。根本的な体制を立て直さない限りは、今の状況で、地域でどうあるべきかということを議論する以前の問題が、かなり大きいような気がいたします。

○堀座長代理：どうもありがとうございます。

それでは、港区の高度急性期病院、虎の門病院の門脇先生、お願いいたします。

○門脇（虎の門病院 院長）：私も何を言おうかと考えていて、少しきれいごとを言おうと思っていたんですが、川崎先生をはじめとして、一番の私の言いたいことを言っていたいて。

私は本当に高度急性期の役割を果たそうと思って最大限の努力をしていますし、“かかりつけ医”からできるだけ断らずに患者を受け入れる。

高度急性期病院としての役割を果たしたら、できるだけ平均在院日数を短く、後方病院の受け渡し、後方病院ともいろいろな連携をしていて、それぞれウィンウィンになるように努力はしているんですが、

やはり、頑張っても頑張っても、今の保険診療の仕組みの中で、本当に財務的に経営が大変な状況です。

ただ、意見を聞かれるだけではなくて、東京都や東京都医師会は、病院協会よりも医師会のほうがずっと力が強いので、その辺り、どういうふうに国に、今我々が述べていることについて要望していただけるのか。

その辺りの、意見を聞くだけではなくて、お考えを述べていただきたいと思います。

○堀座長代理：どうもありがとうございます。

○門脇（虎の門病院 院長）：「ありがとうございます」だけではなくて、最後でもいいので、そういう考えを述べていただかないと、我々の苦しみがどこまで分かっていたくのか、自信が持てないんですよ。

ですから、きちんとした、東京都としては見解があるから、医師会としてはど

ういうふうに国に対して運動していくのか、そういったことを述べてもらわないと困るんです。

○土谷副会長：では、私から言います。

○堀座長代理：土谷副会長、お願いいたします。

○土谷副会長：門脇先生、ご意見をありがとうございます。

きょうの会議は、役割分担をどうするか、高齢者救急をどうするかとか、いろいろ話の前にも、病院の経営がこのままでは成り立たない。その大前提の話が問題だというところですが、東京都医師会としても、東京都内の病院の危機的状況については本当に憂慮しているところです。

憂慮しているだけではなくて、全国一律の診療報酬がおかしいのではないかといいるところです。単純に小学生でも分かる話で、東京は物価が高い、人件費だって高い。何だって高いんです。その中で全国一律はおかしいじゃないか。生活保護だって国家公務員の給料だってみんな差がついているはずなのに、なぜ診療報酬だけ。

患者さんの負担は、全国ユニバーサルなサービスとして同じであるというのは、それはいいことだとは思いますが、それを経営している私たちの、どうにも理不尽な思いが拭い去れない課題があるわけです。

そういった中で、以前から、東京はそういった中で経営が苦しいんだ。特に病院は苦しい。そんな中で、東京独自に補助金が何とかできないものかということで、東京都医師会が東京都病院協会と一緒にあって、ずっと東京都に要望していたところなんです。

来年度について要望していたところですが、これは最後にお話ししようかなと思った話ですが、来年度、ついに事業化されました。ニュースで聞いた方も、今回参加している方で聞いた方もおられるかもしれませんが、先週の金曜日にオープンになった話です。

1人1日当たり580円の補助金がつくことになりました。緊急的な臨時の加算です。これは診療報酬とは別枠のもので、全国的に見ても、東京だけできたと

いいですか。

これについては医師会も病院協会も、都議会の先生にも理解を求めているところですし、それだけではなくて、都庁内でも、きょう参加している医療政策部の方は財務当局とかなりやり合ったんだと思うんですが、実現できたところです。

そろばんを弾いていただければそれなりの金額にはなるかなと思います。まだまだ足りないと言われるところはあるとは思いますが、全国の中で本当に唯一できた、長年の事業であります。

こういった事業がありますので、私たちも、東京の病院、地域医療はどうなってしまうのか、このままではおかしくなるだろうという懸念は強く抱いているところです。

○門脇（虎の門病院 院長）：今のお話やコメントは非常に心を打たれました。みんな力と心を合わせて立ち向かっていかないと、東京都の病院は非常に困難な状況に置かれていると思います。

そういう点で今のお話は大変ありがたいと思いますし、ますますみんなが一致結束して、まずその辺りの問題をですね。

逆に誤解があつて、「東京都は恵まれている」なんていうふうに全国的に思われている誤解があるんです。まさに今のお話があつたような、稼いでも稼いでも、患者さんを集めて、緊急も断らず、たくさん受け入れて増収はしているんですが、それを上回る費用がどんどんかさんで、病院の責任者、経営を預かる者として非常に苦しい毎日を送っています。

今、そのことを医師会として、同じ気持ちで、我々の努力も非常によく分かっていただいて、また、東京都として特段の、これは補助金になりますよね。

○土谷副会長：そうです。補助金ですので、その意味で、これは今年度ちゃんと還元しなければいけないと思います。

○門脇（虎の門病院 院長）：非常にありがたいと思います。御礼申し上げます。

まず、私、いつもこの会に来て、いろいろ意見を申し上げて、それはそれで物すごく大事なんですが、きょう、みんな同じことで、私もやっぱり本音を言わな

ければいけないと思って。

失礼だったかもしれませんが、東京都と医師会の方がご尽力いただいたのは分かっていますが、こういう場で言っていただきたかったので、あえて発言しました。失礼しました。

○堀座長代理：岩井部長、お願いいたします。

○岩井部長：門脇先生、また、ほかの先生方もご意見をありがとうございます。

東京都も以前から国に対しては、大都市の特性に見合った診療報酬の改定というのを粘り強く、診療報酬制度の改定というのを働きかけてきているところです。

今の物価高騰等もございますので、そういったところも含めて、必要な措置を行ってほしいというのは、毎年働きかけてはおります。

ただ、なかなか国のほうの状況が変わっていないこともございますので、本来であれば、国が診療報酬体系で対応すべきところではございますが、先生方のお声ですとか、現場の状況等も踏まえまして、今回、先ほど土谷副会長からお話があったような、緊急、・臨時的な支援事業を来年度開始する予定でございます。

現時点ではまだ予算案という形で発表させていただいたものでございまして、このあと都議会等での議論も踏まえて、決まっていくものではございますが、そういう状況でございます。

また、それ以外でも、今、一体となってはおりますが、高齢者の受入れですとか、小児とか産科とか緊急ですとか、そういったところに対する支援も併せて考えております。

関連では、いろいろ今、電子カルテの導入ですとか、結構費用がかかるということで、今までは200床未満の病院さんと、あと今年度から有床診療所に支援の補助の対象を広げたところですが、来年度からは、今の予算案では、200床以上の病院施設とか、一部の無床診療所にも電子カルテの導入等の費用の補助を考えているところでございます。

引き続き、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○堀座長代理：では、続きまして、文京区、東京大学医学部附属病院の田中先生、

ご意見をお願いいたします。

○田中（東京大学附属病院 病院長）：経営のことは我々も困っているんですが、今回は地域連携ということで、まだまだ地域連携の取組みは十分ではないと思いますが、我々としても地域との協力は重要だと思っているので取り組んでおります。

ただ、高度急性期から回復期という流れが必ずしもスムーズにはいかないところがあって、例えば、急性期の医療は終わっても非常に合併症が多いとか、あるいは認知症がひどいとか等々、

東大病院の場合、例えば心臓移植の待機患者、特に治療をすることはないが入院しているような方とかを、後方の回復期の病院にお願いしても無理と断られるようです。

ということは、やはり、先ほど重症度を限定すればという話があったんですが、急性期医療は終わっているが、手がかかる人とか、重症な人をどういうところをお願いするかが、我々としては一番困っている点です。

○堀座長代理：ありがとうございます。

続きまして、台東区、永寿総合病院の愛甲先生、お願いいたします。

○愛甲（永寿総合病院 院長）：台東区は、地域連携という意味では非常にスムーズにいつているのではないかという印象を持っていて、皆様もやられていると思いますが、地域医療連携室主催の会議というのが結構活発に行われていて、結構な人数の方が参加いただいていて、それ以外にもいろいろな研究会で交流を深めています。

6病院、いろいろな機能を持つ区内の病院が集まって話合う会を年に4回やっていて、そういった意味でも非常にうまく、スムーズに下り上りが動いているのではないかと思います。

それから、昨年、救急車が手に入りましたので、今度、救急救命士さんを雇って、連携している老人施設への送り迎えもこれからやっていこうと考えています。

ただ、いずれにしても原資が必要なことですので、先ほどから議論になってい

ますように、外科医として見ると、ずっと“出血”している状態が続いていて、それをとめないことには次の操作に移れないという気持ちでいますので、なかなか本腰を入れて次の仕事に移れないという気持ちです。

○堀座長代理：ありがとうございました。

それでは、急性期の病院の先生方にご意見をいただきたいと思います。

千代田区の急性期病院、東京通信病院の山唄（ヤツバ）先生、ご意見をお願いいたします。

○山唄（東京通信病院 院長）：当院は、急性期病院と言いながら地域包括ケア病棟を持っていますし、緩和ケア病棟も持っています。

地域の連携医の先生方からのご紹介のほか、レスパイト入院等も受けていますし、また救急車も払下げがあつて、今、東大病院からの下り搬送とか、これも今後増やしていきたいと思っています。

また、高齢者施設等からの連携です。訪問診療等も少し開所を検討しているところで、在宅診療の医師からのレスパイト入院等々も受けていくということを考えています。

実際、病棟では、看護師というよりは看護助手の方が非常に大変で、ケアをしなければいけない高齢者が非常にたくさん入院しているというところで、その労働力の確保が一つの課題かと思っています。

また、給与が、昨年上げなければいけなかった、今後も上げていくという、その支出がどんどん増えていくということで、そこのところの人件費を確保していくことが、今の経営状況では厳しいと思っています。

東京都医師会で、今はまだ審議中ということですが、助成金を入院に付けてもらったのは非常にありがたいんですが、当院の特性として、感染症のときとかは、本当にその感染症の人がバーッと入るけれども、それが済むとまた、せっかく確保した病床に入らなくて空いてしまうという状況で、

常に一定的な収益を上げるためには、病床を埋めてしまうと、この間のような感染症のアウトブレイクのときには対応できないということもありますので、この辺りは、そういう病床を確保しているところにはまた新しく助成をつけてもら

うことも検討していただきたい、というのが私の考えです。

また、食費についても、一律でまた少し上げていただくという話になっていますが、これも、物価を考えますと全国一律ではなくて、東京都のほうには、診療報酬とは別にそういうところも検討していただけるとありがたいなと思っている次第です。

○堀座長代理：どうもありがとうございます。

それでは、港区の東京都済生会中央病院の海老原先生、お願いいたします。

○海老原（東京都済生会中央病院 院長）：連携に関しては、包括期と呼ばれる先生方との連携はなるべく密にするように、現在進めています。

先ほどのアンケートにもありましたが、どういう疾患なら受けとめられるか、どういう疾患は受けていただいて、それに沿って、こういう疾患がある方はこちらの病院という形で、なるべく今、仕組みづくりを考えています。

私ども、現状に合わせて、高齢者の救急がしっかり回らなければいけないと思っていますが、今後、支出に見合うだけの診療報酬体系というのがそろそろ限界に来ていて、見直しをかけていただかなければいけない時期に来ているのではないかと考えていますので、よろしくお願ひしたいと思います。

○堀座長代理：ありがとうございます。

それでは、文京区の急性期病院で、都立駒込病院の戸井先生、お願いいたします。

○岡本（都立駒込病院 副院長）：駒込病院は、都道府県がん診療連携拠点病院としての役割はある一方、都立の病院ということで、高齢で合併症が多くて、ソーシャルの問題が多いがん患者がどうしても多いという特徴があつて、なかなか回復期への移行が、受入れという問題が難しく、回復期的な役割も果たしているという現状があります。

今後、回復期的な患者さんをどうするかというところが一つ課題にあるのではないかと。

それから、感染症病院としての役割もあるものですから、今度パンデミックを起こしたときのための病床も確保しなければいけないということもありますので、そこら辺をどうやって調整していくかという課題があります。

○堀座長代理：ありがとうございます。

それでは、台東区の急性期病院、浅草病院の日野先生、お願いいたします。

○日野（浅草病院 院長）：我々のところは136床の急性期と回復期のケアミックス病院です。地域包括ケア病床も持っています。

先ほどの資料に提出されたことで、急性期の疾患が減ってくるというところですが、回復期から急性期に行ったり来たりする肺炎だとか骨折、尿路感染症等は、我々の病院が役立てることが多いかなと思って聞いていました。

我々も地域連携に関しては非常に力を入れていて、先ほどの地区診断を含めていろいろなデータを駆使しながら、地域の先生方と一緒にやっていけたらなと思っています。

○堀座長代理：どうもありがとうございます。

それでは、千代田区の回復期について、九段坂病院の山田先生、お願いいたします。

○山田（九段坂病院 院長）：九段坂病院は257床の中規模の公的病院で、今回回復期のカテゴリーに位置づけられています。今回、いろいろご説明をお聞きして、当院の取組み等を踏まえてお話しできればと思います。

今回、2025年に向けた対応方針ということで、地域における連携ばかりではなくて、地域を越えた連携を促進することが示されて、私は、区中央医療圏の当院とか、区中央医療圏の病院の活動に沿うものではないかと思いました。

当院でもかなり専門に特化した診療機能を発揮して、例えば、脊椎脊髄疾患とか、私の場合は認知症の先進医療とか、特色のある診療をやっているとして、区中央部の医療圏を越えて、患者さんがいろいろなところからいらっしゃるの、地域を越えた連携に日々力を注いでいるところがありまして、これは大切だと思い

ます。

あと回復期ということですが、当院は回復期のリハビリ施設に人員配置とか、かなり充実させていて、特に脳卒中に力を注いでいます。さらに連携を強化していくということで、それに取り組んでいるところです。

また、当院は千代田区の高齢者総合サポートセンター、「かがやきプラザ」と言っていますが、それが当院と合築されていて、地域高齢者の医療を支えるというのもミッションにしています。

高度急性期を経過した、ポストアキュートの患者さんを受け入れる。地域包括ケア病棟とかを受け入れる。そしてまた、地域の在宅の高齢者、そして施設の高齢者がサブアキュートに増悪したような患者さんを受け入れるといったことで、地域の連携をスムーズに展開して、そうすることによって経営を改善していくということを日々取り組んでいるところです。

今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

○堀座長代理：どうもありがとうございました。

続きまして、港区のJCHO東京高輪病院の山本先生、お願いいたします。

○山本（JCHO東京高輪病院 院長）：皆さんからいろいろご意見がありますが、コロナが明けてから患者さんの受療行動がやはり変わったようで、稼働率がそれほど上がらないところで診療報酬改定がなされて、

今までの稼働率だとどうしても病院がやっていけないような状態になっているということで、いろいろな病院の先生方からお話があったんですが、当院もそんなふうな状況です。

もともと、急性期と地域包括ケアが50床ありますので、患者さんのかなりの方は高齢者です。その高齢者に対応するような体制にしたいところではありまして、先ほど、医師とかメディカルスタッフが充実すれば受け入れられるという意見がありましたが、特に高齢者になりますと、医療行為よりも介護のほうに極めて大事というか、仕事の中の比重が増えてくるというのがあります。

ですので、介護の部分を充実させることで診療報酬に何か影響が、加算がつくような配慮があれば、もう少し高齢者の疾患を持っている方を病院のほうで受け

入れられるのではないかと考えています。

○堀座長代理：どうもありがとうございました。

それでは、文京区、東京健生病院の山崎先生、お願いいたします。

○山崎（東京健生病院 院長）：当院は、126床の回復期と慢性期の病院です。先ほどからお話があるように、どこも同じだと思うんですが、やはり経営がかなり厳しい状況は変わりません。

どちらかというと当院は慢性期なので、医療というよりは介護が結構多い状況で、認知症やせん妄の人にかかなり手がかかって、スタッフがその対応に追われて疲弊するということが多い状況です。

その上で、年末年始はコロナ、インフルエンザのクラスターが出て、ベッド閉鎖をしたり、病棟を減らしたりとかして、なかなか運用ができなくて、ベッドがうまく使えなくて、急性期からの受入れが滞ってしまうという形で、かなり悪循環を起こしているという状況です。

さらに、疲れたスタッフや、あとは給料のことがなかなか十分に出せなくて、スタッフを辞める人も最近多くなっていて、特に看護師とかケアワーカーがどんどん足りなくなって、これによって病棟が回らなくなって、減らさなければいけないという事態が今後発生するのではないかと思います。

このままどこまで頑張れるかと言われたとき、なかなか難しいかなと思いますし、何かいい手があるかと言われると、今の段階だと何とも言えないかなと思っています。

地域連携に関しては、連携室同士が顔見知りになると話が速いような印象があります。

あと、地域でよく聞こえるのは、今、地域ケアの中ではケアマネが足りなくてなかなか家に帰せない、というところがあったりすると思います。

○堀座長代理：どうもありがとうございました。

それでは、台東区立台東病院の山田先生、お願いいたします。

○山田（台東区立台東病院 病院長）：台東区は、今お話があったように、比較的連携はスムーズに行っているほうだと理解しています。

高齢者の方が非常に多い地区なものですから、松田先生の分析じゃないですが、肺炎や尿路感染、骨折といったような非常にコモンな急性期が多いという印象です。

そういった際には、高度急性期の病院に負担がかからないように、中規模、あるいは私どものような小規模の病院がしっかり役割分担を発揮して、そういった高齢者の亜急性期、あるいはサブアキュートの問題をもっぱら扱うのが、非常に重要なと思っています。

ただ、小規模病院ですと、受診される方やご家族は、初めて受診されるような方ですと、高度急性期並みの医療を要求されることもあって、90歳を超えている終末期の方でさえ、そういう要求が強い患者さん、家族もいらっしゃるんですね。

そうするとやはり家族の理解が一方ではハードルになるというのが、我々小さい病院での印象かなと思います。

ただ、そういったときに一番、今後推進していかなければいけないのは、特に医師会の先生方、“かかりつけ医”機能を持った医師会の先生方との連携が非常に重要で、私どもは、“かかりつけ医”の先生にかかっている在宅患者さんを救援した場合には、ご家族の理解があれば、休日夜間は十分な検査体制がないんですが、受け入れて、場合によっては看取るとか、あるいは当院でできる範囲で対応するといったことをしているんです。

ですから、私は、高齢者の問題については、キーパーソンは“かかりつけ医”だと思っていますので、高度急性期と在宅の診療所だけではなくて、むしろ“かかりつけ医”がキーになることで、長く患者さんを診て、質が担保されたケアが提供できるのではないかなと期待しているところです。

○堀座長代理：どうもありがとうございます。

それでは、台東区の浅草寺病院の黒田先生、お願いいたします。

○黒田（浅草寺病院 院長）：当院は、療養病床と回復期、地域包括ケア病床、今

は包括期と言うんですか、こういった状況で、療養病床の高次医療機関からの転院、そして、場合によっては看取りとか、あとは在宅の患者さんの治療というような形で、120床でやっています。

高次医療機関からの下りの転院等もできる限り受け入れ、在宅を含めた地域の患者さんの受入れもしていきたいと思っていますが、高次医療機関からの転院は、先ほど来お話があったように、多数の疾患を抱えていて、十分に当院で対応できないようなものも一部抱えている、といった方も多いかと思います。

その中でも、認知症を含めて、最終的な看取りも含めて、できる限り受け入れるように努力はしていきたいと思っています。

ただ、コロナ禍で、場合によっては家族、そして本人も含めた認識がややずれていて、当院の療養を開始して、場合によっては、本人の意向、家族の意向と違って、再度、状態が悪化した場合にまた高次医療機関にお願いするといったことが出てきているのも事実かと思っています。

今後は、高次医療機関を含めて、地域の先生方も含めて、情報の共有と、今まで以上の連携を取りながら受入れを強化していきたいと思っています。

あとは、当院の外来の患者さんもそうですし、地域の在宅の患者さんもそうですが、受け入れて治療をして在宅に帰すということもやっていますが、先ほど来、高度急性期、急性期の病院の先生方、経営が厳しいというお話もありました。当院も非常に経営が厳しい状況です。

というのは、120床という規模の病院だとベッド数も限られていますし、収入を含めた医療経済はかなり厳しい状況で、その中でも、在宅の患者さんを診るということになると、MRI、CT等々の医療機器も更新していかなければいけない。

その中で物価の高騰、医療機材の高騰も含めて、現状には到底ついていけない。その中で国の診療報酬がどんどん下がってきているという状況です。

療養病棟も、医療区分が30区分という形で非常に細くなって、人材、マンパワー的にもいろいろやらなければいけないことが増えて、診療報酬は下がる一方でありながら、いろいろな、やる手間が増えていくという状況で、医療そのものより、それ以外に手がかかってきているというのが実態かと思っています。

東京都のほうから今回補助をいただけるということですが、ありがとうございます。

ます。

それ以外にも、今後、診療報酬が、ほかの急性期、高度急性期もそうだと思いますが、診療報酬がどんどん下がってきていること自体を、今後何とか対応しなければいけないという認識で今までお話を伺っていました。

当院の状況もそういう状況ですので、引き続き、連携は、情報共有しながら取っていききたいと思いますので、今後ともよろしく願いいたします。

○堀座長代理：どうもありがとうございました。

土谷副会長から追加のご発言があります。

○土谷副会長：先ほど少しお話ししましたが、全国の中でも、特に土地代、あるいは人件費も、特に介護の人たちの確保のための人件費を工面するのが本当に大変な、特に、区中央部においては全国で最も大変な地域だと思います。

その中で今回は特に病院の経営そのものが本当に大変だということで、ほかの地域、圏域の議論もありましたが、その中でも特に、経営上の切実な問題の訴えが強かった印象を受けています。

補助金事業については詳しくはご案内をあとで確認いただければと思うんですが、私から今回言いたいのは、地域医療構想そのものの在り方についてです。

先ほどご案内がありましたように、新たな地域医療構想は医療計画の上位概念という位置づけになります。

地域医療そのものを、住んでいる人たちの医療をどうするというのを、その責務を負っているのは個々の医療機関というわけではないと思います。

誰が責任を持ってやるのか、国なのか、行政なのか。まあ、行政ということになるんでしょうが、その場合は、医療計画に基づいて医療を行うわけですが、誰がやるかという、まどろっこしい話になりますが、都道府県になります。

都道府県が医療計画を立てます。都道府県が地域医療をどういうふうにか考えるのか、どういうふうに計画を立てていくのか、どういうふうにやっていくのかということになります。

何を言いたいかというと、今までは、この地域医療構想というのは医療計画の中に入っていたんです。新たな地域医療構想では、繰り返しますが、医療計画の

上位概念ということになります。つまり、調整会議を分けて、地域医療構想に基づいて医療計画が立てられるということになります。

今回、様々な意見、特に医療経営についての意見が出ましたが、そういった意見が調整会議から地域医療構想という中を経て、医療計画に上から参入することになります。

ですので、ぜひきょう、活発なご意見をいただきましたが、調整会議でも積極的にご発言いただきたいと思います。

新たな地域医療構想になってからということになりますが、これらの意見は、今回また、新たな地域医療構想ではありませんが、何かしら行政に意見が反映されるものですので、今後とも、繰返しになりますが、積極的にご意見をいただければと思います。本日も活発なご意見をいただきありがとうございました。

○堀座長代理：ありがとうございます。

皆さん、本当にご意見をありがとうございました。

それでは、最後に、調整会議は地域の情報を共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報提供を行いたいということがございましたら、挙手をお願いいたします。

東京都医師会理事の増田先生、お願いいたします。

○増田理事：土谷先生の補足と現状のご説明ですが、石松先生やいろいろな先生のお話を聞いて、どこの病院の窮状も本当に理解しているんです。

私は個人開業医ですが、個人開業医としても地元の病院が潰れてしまったら自分たちの仕事も当然ままならないわけです。

今回はそういう窮状も、この会議を通して、あと実際を見ても十分把握をしていますので、東京都医師会としては、尾崎会長と土谷副会長を中心に、東京都に都独自の支援策を要望してきたんですが。

確かに経営が厳しいのは病院だけではなくて個人開業医の先生のクリニックも厳しいんだと思うんですが、今回は厳しいから助けるというよりは、地域の医療インフラを死守するという意味で、民間病院の存続というのは2040年に向けて必須ですので、今回はその1点だけに絞って要望いたしました。

土谷先生は控え目に言っていました、この補助金というのは前例もないですし、ほかの都道府県では全くないわけですね。

だから、かなり厳しいからと思っていたんですが、都議会議員の先生や都庁の職員の方々、そして小池都知事に言って、最後は小池都知事の大英断で決まって、この300億円の支援金が決まりました。

これは非常によかったなと思うんですが、きょう、日医の医療税制委員会にずっと出ていたんですが、消費税の問題に関しても、病院が非常に、消費税は診療報酬で、益税で補てんされていると言うんですが、実際には十分補てんされてないので、医療機械を購入したときの消費税の負担というのが、かなり病院経営を圧迫していると思うんです。

それから人件費に関しても、要するにほかの業種で見ると、ほかの業種はポンポン、気軽とは言わないけれども値上げをして、その値上げで人件費やいろいろなところを補てんしているわけですが、我々は保険診療でやってい限りは全くそれはできませんので、この診療報酬でがまんして「人件費に上げろ」と言っても、上げられっこないわけです。

本来だったら、診療報酬の外側に、消費税も人件費も光熱費も、本来だったら自由に価格転嫁ができるシステムがあればいいんですが、現状ではそれはないので、そうなってくると、診療報酬をこまめに改定していただいて、上げていただくということが望ましいんですが、ご存じのように、それもままならないということ。

こちら辺はやっぱり意見を上げていかないとなかなか伝わらないので、各病院の先生方、いろいろな人脈もお持ちでしょうし、中学、高校の同級生で政治家とかも多分いっぱいいらっしゃると思うので、皆さんでぜひ声を上げて、東京都医師会とか日本医師会のそういったムーブメントも後押ししていただければと思って、お願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○堀座長代理：どうもありがとうございました。

ほかにご意見はございませんでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上でございます。どうもありがとうございました。

それでは、事務局にお返しします。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は大変様々のご意見を頂戴しまして、誠にありがとうございました。

先ほど土谷先生、増田先生からも、東京都の令和7年度の事業についてご紹介いただきましたが、我々のほうでも、経営が厳しいというお話を頂戴しております、これまでとは違う形の支援を予算で用意している状況でございます。

また、先生方に対しまして説明の準備を進めていますので、次回においてご説明を差し上げたいと思いますので、その際はどうか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。

本日会議で扱いました議事の内容につきまして追加でのご意見やご質問がある場合には、お手元に「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式があるかと思うしますので、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ると大変幸いです。

事務連絡は以上でございます。

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。長時間にわたり会議に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)