

[令和3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3年12月1日 開催

【令和3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3年12月1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3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会議形式となっております。通常の会議とは異なる運営となりますので、事前に送付しております「Web会議に参加にあたっての注意点」をご一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

次に、資料の確認をいたします。

本日の配布資料につきましては、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。

この地域医療構想調整会議というのは、地域の病床をどのようにやっていくかということが大きなテーマになりますが、この一年、二年はコロナの話で持ちきりとなっているところです。

きょうも、コロナについて皆さんと議論していくことになっています。ただ、第5波で大変を思いをされたと思いますが、そのときに課題の一つになったのは、それ以上に高い波が来たときに、一般医療を逼迫することが予想されます。

その一般医療をどのようにして守っていくか。つまり、コロナと一般医療にどのように力を配分していくかということが、テーマになるところです。

ただ、そうはいっても、今の感染状況については、ここ数日の感染者は1桁のときもありますし、きょうはの陽性者は21人ということですので、なかなか切迫感がなくて、そういった話をするのは難しいところがあるかもしれませんが、波が高くなったときに一般医療をどういうふうに維持していくかといったところを中心に、お話しいただければと思います。

そのほかにも議題がありますので、熱心なご議論を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。

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：東京都福祉保健局医療政策担当部長の鈴木でございます。いつもお世話になっております。本日は、こちらの仕事がたて込んでおりまして、Webでの参加で失礼いたします。

土谷理事からもありましたように、コロナの状況は最近はかなり落ち着いていて、1週間平均でも十数人という状況が続いております。また、重症者についても、現在は4人ということで、大分少なくなってまいりました。

一方で、報道で一色だったような感じですが、オミクロン株の感染者が、国内初で昨日出まして、都内にも濃厚接触者が40人ぐらいいらっしゃるということです。

その後の発生は、今のところ聞いておりませんが、今後の動向を注視していかなければいけないというようなところでございます。

そうした中で、きょうは限られた時間ではございますが、皆さんにお話をさせていただき、忌憚のないご意見をお聞かせいただきたいと思いますと思っております。

なお、本日は、病床配分についても、皆さんでお話しをしていただくことになっております。きょうは、申請されたクリニックさんにも来ていただいております。ご説明があると思いますが、そちらのほうも併せてよろしく願いいたします。

本日は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きましては、お送りしております名簿をご参照ください。

なお、第1回に引き続きまして、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は、公開とさせていただきます。

傍聴の方々につきましては、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、公開となっておりますので、どうぞ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。よろしく願いいたします。

2. 議 事

(1) 病床配分希望について

○太田座長：座長の、世田谷区医師会の太田です。

それでは、早速、議事の1つ目に入らせていただきたいと思います。「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（医療安全課長）：東京都福祉保健局医療安全課長の坪井と申します。

まず、資料1-1をお手元にご準備ください。

区西南部医療圏におきましては、令和3年4月1日現在、基準病床数が9749床に対しまして、既存病床数が9655床でございまして、94床を今年度の病床配分の対象とさせていただきます。

続きまして、資料1-2をご覧ください。

今年度、区西南部医療圏における病床配分の申請が1件ございました。目黒区の自由が丘クリニックの増床でございます。

今回、真ん中の太枠内に記載がございますが、一般病床1床の申請が出ております。入院を要する美容手術の実施体制強化のための増床でございまして、令和4年5月の開設を予定しております。

なお、当該医療機関の病床機能報告における報告機能及び病床稼働率は、資料に記載のとおりでございます。

概要は以上です。

○太田座長：ありがとうございました。

続いて、個別の医療機関からの説明に移ります。質疑は医療機関からの説明後に行います。時間が限られておりますので、説明は3分程度でお願いいたします。

よろしくお願いいたします。

○中島（自由が丘クリニック 事務局長）：自由が丘クリニック事務局長の中島と申します。よろしくお願いいたします。きょうはお時間をちょうだいしまして、本当にありがとうございます。

お手元の資料に基づきましてご説明させていただきます。

今回は、増床の申請でございます。病床整備計画についてですが、当院は、総合的な診療を行っております美容クリニックでございますが、その中で、「手術療法」といたしまして、隆鼻術、骨格形成術等については、入院を伴うことから、平成19年度より病床1床の増床を認めていただいて、今日まで対応してまいりました。

しかしながら、術後2泊の看護入院を要する手術がございまして、こちらの場合は、常時予約待ちが発生している状態となっております。1床の増床を行って、2床体制でニーズの対応を図っていきたくと考えております。

設備整備の計画については、令和3年8月に、レントゲン設備も増設いたしまして、手術体制の整備も進めているところでございます。

雇用計画については、本件後も、原則は、現有の人員体制で対応するものでございまして、手術担当の外科医を来年度から増員していく予定でございます。

なお、常勤医師については5名、非常勤については15名の医師がおりまして、看護師は14名という体制でございます。

また、想定する診療報酬につきましては、手術療養は、当院は、原則自由診療で対応しておりまして、保険診療では対応しない予定でございます。

それから、病床稼働率は、現状30%であります。

なぜキャンセル待ちがあるのに30%かと申しますと、手術日は週3日間と決めておりますが、その中で、外注しているレントゲンの結果を見ていたり、外部に血液検査を依頼したりとか、また、手術にあたりまして、最低でも診療を3回するというのもございまして、日程がなかなか合わないことが多く、この程度の稼働率になっております。

ただ、こちらについては、先ほどのレントゲン設備のこととか、2床体制にすることで、より円滑な対応を図っていけると考えておりますので、数字も上がっていくのではないかと考えております。

それから、地域の関係者との調整結果について、簡単にご説明させていただきます。

目黒区医師会のほうとご連絡させていただいた中では、どちらかというところ、地域の医療体制の充実という側面というよりは、地域の医療体制には特段の影響を与えないだろうということで、医師会の理事会の中で協議をしていただくことになりました。それをもって調整会議に上げればいだろうというご判断をいただいておりますので、本日に至っております。

以上でございます。ご審議を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、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整の場である地域単位の分科会等を、事前に開催していただ

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したいと思います。

よろしくお願いいたします。

○東京都（医療安全課長）：医療安全課の坪井でございます。

それでは、資料1－4をご覧ください。

11月10日、電話にて開催されておまして、地区医師会と行政とで協議いたしました。

その結果、「申請者は、美容外科、美容皮膚科等を標榜する医療機関で、1床と最低限の申請であり、地域の医療提供体制に大きな影響はないため、申請内容に問題はないと判断した」という報告を受けております。

以上でございます。

○太田座長：ありがとうございました。

対象の医療機関からの説明が終わりましたので、質疑や意見交換に移ります。

今の医療機関からの説明を踏まえて、ご質問やご意見などはございますでしょうか。

土谷先生、お願いいたします。

○土谷理事：ご説明ありがとうございました。

こちらの会は地域医療構想調整会議ということで、地域医療について話合いをするところです。美容整形の観点からは、地域医療にどうやって貢献できるかということは、なかなか難しいところかとは思いますが、それについてコメントをいただけたらと思います。

病床数としては、9000床以上あって、今年度の病床配分が94床ある中で1床のみということでしたので、地域医療にとっては大きな影響はないのかもしれませんが、地域医療についてどのようにお考えかということをお教えください。

○中島（自由が丘クリニック 事務局長）：おっしゃるとおり、当院は美容医療に特化しておりますので、一般の医療機関とは異なる側面がございますが、平成7年に開院しておりますので、27年間の実績がございます。

そして、地元中心でやってきているということもございまして、美容医療全体の底上げを図っていくということも、当院のモットーでもございますので、地域美容医療の向上に努めたいということも、理念として持っておりまして、今後続けてまいりたいと思っております。

○土谷理事：ありがとうございました。

○太田座長：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）：地域医療というには、はっきり言って、個人的意見ですが、馴染みが薄いと思います。

ただ、手術とかで人の体のメスを入れるということが、安心、安全に行われるようにという願いは、そこは一致するところかなと思います。

そういう意味であるというふうに解釈をすればいいのでしょうか。

○中島（自由が丘クリニック 事務局長）：当院は、安全、安心ということが、最近、世間的に非常に問題になっておりますが、どちらかという、ドクターの教育ですとか、安心して安全な医療を心がけているというところをモットーに置いているクリニックでございますので、先生がおっしゃるところは、十分に意を用いているところではございます。

○井上（渋谷区医師会 理事）：わかりました。

私は以前、3か月の訓練で何かをするとかというような話を聞いたことがあって、「ずいぶん早いな」と思ったことがありまして、何か起こってしまうのではないかと思ったことがありますので、ちょっとお話ししてみたかったということです。

○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。

医療機関が所属する目黒区の医師会の先生から、何か補足等がございますか。
足立先生、お願いします。

○足立（目黒区医師会 理事）：医師会のほうでは、本来は分科会を設置してということでしたが、今回の場合は、美容外科と美容皮膚科ということで、しかも、1床の増床ということでしたので、行政のほうと医師会とで協議して、分科会は開かないで、文書で決定事項を回すという形で行いました。

その結果、行政のほうとは、「それでいいだろう」ということになっております。

○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。

よろしいでしょうか。

それでは、ご議論いただきありがとうございました。

東京都のほうから、今の意見交換を踏まえて、何かご発言はございますでしょうか。

○鈴木部長：東京都の鈴木でございます。

本日ちょうだいしたご意見と、先だって行われた地域の分科会において、行政と医師会さんのほうで「問題なし」とされたことを参考にいたしまして、病床配分につきましては、今後、医療審議会に報告の上、都において決定してまいりたいと思っているところでございます。

ご議論ありがとうございました。

また、自由が丘クリニックさんも、お忙しい中ご出席いただきありがとうございました。

○鈴木部長：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) 感染症医療の視点を踏まえた地域での 医療連携の役割分担について

○太田座長：それでは、2番目は、「感染症医療の視点を踏まえた地域での医療連携の役割分担について」です。

それでは、東京都からご説明をお願いいたします。

○東京都（事務局）：それでは、意見交換の内容につきまして事務局のほうからご説明させていただきたいと思えます。

冒頭に土谷理事からもお話がありましたように、これまでの調整会議では、主にコロナ患者さんの対応について地域で話し合っただけでしたが、今回は、「コロナ禍において通常医療をどのように提供していくか」といったような観点で、意見交換を行っていきたいと思っております。

関連する資料は、資料2と参考資料1～5になります。

今回、いくつか議論のきっかけとして、データをお示ししております。

参考資料1で示しておりますように、コロナ前から地域で急性期医療を中心的に担っていただいていた病院につきましては、コロナの対応においても、中核的な役割を担っていただいております。

その参考としまして、この参考資料1のほうに、救急搬送や心筋梗塞、脳梗塞の患者さんなどの受入れの状況について、令和元年度の実績をお示ししております。

そのため、新型コロナの感染拡大は、急性期医療に大きな影響を与えまして、参考資料2に示しておりますように、コロナ前後で手術や救急搬送の受入れの件数が、大きく減少しております。

また、参考資料3に示していますようには、救急医療の“東京ルール”事案の発生件数も、コロナ以降は大きく増加をしているところです。

これまでで最大の感染拡大でありました今回の第5波では、圏域内での入院だけではなく、圏域をまたいだ広域での入院や、急性期病床の活用も行われました。

このような状況では、新型コロナに対する医療と通常の急性期医療を行っていくためには、限られた医療資源を最大限に活用することが重要であると思っております。

そのために、急性期医療を提供する病院だけではなく、回復期や慢性期の病院、地域の診療所や薬局、保健所など、関係機関がそれぞれの機能や専門性を活かして、連携や役割分担をしながら、通常の急性期医療もサポートしていくことが不可欠だと思っております。

そのため、今回の調整会議では、それぞれの機関が行ってきた取り組みや、日ごろから行える準備につきまして、参考資料4のほうに、事前にアンケートにご協力いただきまして、ご回答いただいております、その結果をまとめておりますので、こちらも参考にしながら、意見交換を行えればと思っております。

事務局からは以上になります。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、意見交換に移ります。

本日は、今お話のあった「コロナ禍における通常医療の提供」に関して、どのような取り組みが必要かを含めた意見交換になってくるかと思いますが、何かこの議題についてご意見等はございますでしょうか。

それでは、まず、私のほうから、各医療機関の先生方にお聞きしたいことがあります。

通常医療の中で、参考資料1の「令和元年度DPC退院患者調査」を見たときに、東京医療センターさんがダントツにこの救急搬送が多かったとなっています。

そこで、このコロナ禍において、救急搬送にどのような影響が出て、通常医療にどのような影響が出たかということ。

それから、アンケートの回答にもあったと思いますが、通常医療を維持するためのどういう取り組みをされたか。

さらに、急性期の医療から次の回復期、慢性期の医療にスムーズにつながられたかどうか。

以上のようなことを含めて、少しお話しいただければと思います。

では、まず、東京医療センターの新木先生、お願いいたします。

○新木(独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 院長):当センターでは、令和元年度のデータが出ておりますが、救急に対応することが、当院の使命上で大変重要なものだと思っております。

一方、コロナが発生したあとの話ですが、コロナの患者数によって、うちの救急の受入れ状況は変わっております。

例えば、ことしの8月ぐらいの一番多かったときは、一般の救急を制限せざるを得ない状況でした。その理由の一つは、うちの救急の受入れブースの問題があります。また、コロナ病床の問題もありました。

それと同時に、発熱した患者さんがコロナかどうかわからないという場合、常にありましたので、その患者さんに対しては、“コロナ疑い”ということで対応せざるを得なかったということがありました。

こういうことによって、救急にかなり影響が出た時期がありました。

ただ、コロナ禍でも、今のような状況、もしくは、ことしの春ぐらいですと、影響は比較的少ないということでしたので、通常医療をどのぐらいしていくかというのは、発生する状況を想定して、かなり変わってくるなというのが、正直なところであります。

今後、もし大きい波が来た場合には、やはり、「公的な立場から、通常医療を制限してください」というような宣言があれば、我々も比較的対応しやすいかなと思っております。

ただ、今後、第6波を含めて、どういう患者の波が来るかというのは、ちょっと予測しがたいところがありますので、いくつかのシミュレーションのパターンをつくって、「こういう場合にはどうするか」というようなことを考えていく必要があると思っております。

○太田座長：ありがとうございました。

ここで、土谷先生、お願いいたします。

○土谷理事：新木先生、ご説明ありがとうございました。

この8月の最盛期には一般医療にも大きな影響があったということですが、私からお聞きしたいことは、ICU（集中治療室）の運用の仕方についてです。

コロナの医療が逼迫した場合、最後にはどこが一番困るかという、重症者の対応になると思いますので、一般医療とコロナの医療でどこまでICUを使い分けるかというところが、人命にも関わるところで、非常に大きな問題になると思います。

東京医療センターさんでは、ICUは何床あって、特に、第5波のときに、コロナにどこまで使用されたでしょうか。そして、もしそれ以上になった場合、コロナのほうを優先していくのか、それとも、一般医療用にどこまでICUを確保していくか、そのあたりのお考えをお聞かせいただければと思います。よろしくお願いたします。

○新木（独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 院長）：当院のICUは、通常のGICUというのが6床、救命救急センターと称して、ICUが6床、さらに、救命救急センターにも1と2がありますが、その低いほうで22床、通常では運用されております。

今回のコロナの状況下では、まず、通常のGICUはそのまま使っております。それから、一般の救命救急センターの高度なほうは、6床のうちの2床を使えるようにいたしました。

さらに、救命救急センターの低いほうの22床につきましては、合計で13床に減らして、便宜的なICUとしてお認めいただいて運用しております。

その結果、ことしの8月あたりでは、GICUはそのまま、救命救急センターのICUについては、3床にして、低いほうの便宜的なICUについては、13床のほぼ全部をコロナ対応に使わざるを得なかったです。

それから、救命救急センターのICUについても、3床を使わざるを得ないところがありまして、具体的には、ECMOが同時平行的に2台から3台使われるようなところがありました。

それから、人工呼吸器は、一番多いときには、12～13台並んでいたと思いますが、そういうような状況がありました。

その結果として、通常医療につきましては、幸か不幸か、普通のがんの手術だとかいうものは、一時的に減少しておりましたので、比較的少なかったですが、そのほかの救命救急、三次救急を含めては、かなり平行的に受け入れていたのではないかと思います。

というのは、特に、ことしはそうでもなかったですが、ことしの春ぐらいまでの状況ですと、コロナが発生しているときは、いろいろな病院でクラスターが発生しました。

うちも、残念ながら、発生したことがあります。そういうクラスターが発生したために、例えば、循環器系の疾患を受け入れられない病院が出たりとか、近隣の病院で受け入れられないような状況も多発的に発生していました。

そういう意味で、当院は、全部をコロナにするというのは、なかなか難しいだろうということで、そういうときに、三次救急なり、重篤な患者さんをどこで診るのかという問題が生じますので、全面的に切り替えるのは難しいということがあります。

それから、当院の場合、コロナ病床を67床、一時的に最大増やしておりました、今後もその規模を維持するようという、行政からの要請がありますが、中等症もしくは軽症として受け入れた患者さんが、今回の第5波では、特に、突然重症化するようなことがありました。

しかも、ある時期には、多数の症例がそうになりましたので、結局、重症用のベッドが、院内で急変した患者さんで大分使用せざるを得ないことになったため、コロナの患者さんを受け入れられないような状況も生じました。

こういうことについても、今後の運用の課題だなと思っております。

ワクチン等の影響で、今後は、重症化が非常に少なくなれば幸いですが、もし重症化が一定の率で起こるとすると、当然、確率的には一時期に集中する可能性もあります。

そうすると、当院の場合は、重症患者さんから中等症、軽症まで、いろいろな患者さんを受け入れておりますが、この重症の方を一番受け入れる必要があるところ、残念ながら、影響が出てしまったというようなことがありました。

ですので、この辺もなかなか難しい課題だなと感じております。

今後とも、67床の円滑な運用を通じまして、地域のコロナ患者さんをできるだけ受け入れていきたいと思っております。また、当然、第6波がないことを願っておりますが、起こったときには、その規模によって、通常医療に影響が出かねません。

しかし、そういう状況でも、通常医療もせざるを得ないというような中で、コロナの患者さんの急変を考えたような病床の運用、患者さんの受入れというものも、今後の課題だと思っておりますので、この辺をうまくやっていく必要を痛切に感じております。

お答えになったかどうかわかりませんが、以上のような感想でございます。

○土谷理事：ありがとうございました。

コロナの中でも、多大なご尽力をいただいたことがよくわかりました。

なお、GICUについてですが、これは、何の略でしょうか。そして、これをそのまま使ったということは、コロナとして使ったということでしょうか。一般医療として使ったということでしょうか。

○新木（独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 院長）：すみません。勝手な略称を使ってしまいました。「ジェネラル（General）ICU」という意味です。

当院の場合は、通常のICUと救急のほうと病棟を2つ分けております。通常の院内急変だとか、内科的な疾患だとかいうものは、このGICUで受けて、外からの救急患者で、ホットラインのような三次救急のものは、救急センターのICUで受けているという状況です。そういう使い分けをしております。

○土谷理事：そうすると、GICUは、一般医療で使っていたということですね。

○新木（独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 院長）：そうでございます。

○土谷理事：わかりました。ありがとうございました。

○太田座長：ありがとうございます。

それでは、次に、急性期の病院のほうから、もう少しお聞きしたいと思います。

日本赤十字センターの増田先生、お願いいたします。

地域の医師会でも、コロナが発生したりして、通常医療がなかなか行えないとか、通常医療に影響したというお話を聞いていますが、具体的な状況ということと、通常医療を守るために必要な支援などについてのご意見などをいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○増田（日本赤十字医療センター 副院長）：今のお話と近いと思いますが、うちでは、E I C U（救急集中治療室）病棟を使って12床、重症の患者さんを診ていました。あと、一般の病棟40床を使って、中等症の人を診ていたという状況です。

できるだけ一般の診療の妨げにならないように、各診療科にいろいろご協力いただいて、全科を挙げての体制をつくって、一般診療に影響が出ないようにしていました。

しかし、重症者の病棟がいっぱいになった時期は、ことしの夏ごろですが、救急科の先生が、ECMOなりレスピレーター（人工呼吸器）なりを使って治療しているので、救急を閉じざるを得ない状況が、しばらく続いた時期がありました。

あと、中等症の病棟にいる方が重症化したときに、行く先がないという事態が想定されて、「重症化しても集中治療ができないかもしれない」ということを、残念ながら、ご了解いただいてから、入院していただくような時期もちょっとありました。

それが、一番ハードだったころはそういう感じだったと思います。

やはり、重症化した人が病床を埋めてしまうと、新たな人を受けることが難しくなってきたり、救急や一般診療に影響してくるというところではないかと思えます。

○太田座長：ありがとうございました。

先生の病院の救急機能を維持するために必要な取組みとか課題については、具体的にどのようにお感じになっているのでしょうか。

○増田（日本赤十字医療センター 副院長）：重症者を診る人は限られていて、誰でもできるというわけではありませんので、急にその人材を増やすということはいけません。

ですので、いくつかの施設でそういう重症者を協力し合って診ていくということができないかと思っております。

○太田座長：もう一点お聞きしたいのが、急性期で救急搬送された方の出口の問題についてです。

患者さんの“出口”対策というのは、比較的スムーズにコーディネートできる場合が多かったのでしょうか。それとも、退院、転院等がなかなかできなくて、病床を埋めてしまっていたために、通常医療に影響したということは、この第5波を含めていかがだったのでしょうか。

○増田（日本赤十字医療センター 副院長）：ピークのときはあったと思います。改善してくれば、中等症の病棟に移してとかいう自由が、だんだん効かなくなってきた時期が、一定期間ありました。

そのため、いろいろなご依頼をお断わりせざるを得ない時期というのが、正直ありましたので、担当の医師が苦渋の決断でお断わりするという時期があったと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

では、土谷理事、お願いします。

○土谷理事：ご説明ありがとうございました。

先ほどと同じように、ICUについてお聞きしたいのですが、コロナと一般医療とでどのように分けておられたのでしょうか。特に、第5波のときの状況をお聞かせいただきたいと思います。

○増田（日本赤十字医療センター 副院長）：ICUは完全にコロナと切り離しています。ICUはコロナでは使っていません。

EICUというのがありますので、要するに、救急とEICUを使って、コロナの患者さんを診ているということです。

○土谷理事：そういう使い分けをしていたということですね。

○増田（日本赤十字医療センター 副院長）：はい。そこは、はっきりと区別していました。

手術もやっていたので、そういう患者さんはICUにどうしても入らないといけませんので、そのような対応でやっております。

○土谷理事：ありがとうございました。

○太田座長：ありがとうございます。

これまで、東京医療センターさんと日赤さんのほうからいろいろお話をお伺いしましたが、ご出席の先生方でご質問、ご意見はございますでしょうか。

三軒茶屋病院の大坪先生、お願いいたします。

○大坪（三軒茶屋病院 院長）：今日の日赤医療センターさんと東京医療センターさんのお話を踏まえての話ですが、第5波のときに、例えば、重症者が私のところで出てしまっただけで、お願いして、日赤医療センターさんに搬送したりすると、救命救急のところに救急車が並んで来ているような状態だったんですね。

コロナの重症者も、「1人空いたから、今なら来てもいいよ」というふうな感じで、次々に日赤医療センターにはコロナの重症者が行っていた状態だったわけです。

それで、日赤医療センターでは、救命救急の先生が中心となって、コロナの重症者を診ておられたので、そういう中で、救急をとめなければいけないというのは、当然というか、もう仕方がないことだと思いました。

ただ、日赤に入って、コロナの患者さんが、例えば、血栓ができたりしたというようなときには、きちんと外科的な治療もできていましたし、院内での通常医療というのは、先ほど先生がおっしゃっていたように、コロナはコロナ、一般医療は一般医療というふうに分けて、行っておられたとっておりました。

ただ、コロナを受け入れて、重症者を救急医療の先生が担っているところに、救急車をというの、あの状態ではとても無理だということを、実際に見ていますので、一つ私が思ったことがあります。

今回の第5波のときに、虎の門病院の副院長先生とお話する機会がありましたが、そこでは、「コロナの病棟を敢えてつくらずに、救急車をとにかく受け入れよう」ということでやっていたということでした。

そうすると、「とにかくコロナを診なければいけない」ということになるところがあるのであれば、「敢えて、コロナを診ないで、救急をとにかく取ろう」というところを、何か所か確保しておくということも、救急医療を維持するためにはいいのではないかということ、そのときに思った次第です。

○太田座長：貴重なご意見をありがとうございます。

ほかにご質問、ご意見はございますでしょうか。

内藤病院の内藤先生、お願いします。

○内藤（東京都病院協会・内藤病院 院長）：当院は、コロナ患者さんは受け入れてはいなかったんですが、“ポストコロナ”で頑張ろうと思って、ベッドを準備していました。

ただ、第5波においては、“ポストコロナ”の問合せが余りなくて、こちらとしてみると、気持ちがちょっと空振りしてしまったかなということがありました。

あとでお聞きしましたら、第5波においては、コロナの患者さんが若いので、治療が終わると、そのまま退院された人が多かったということでしたが、現実問題はどうだったのでしょうか。

その辺、コロナ病床を持っておられた先生方のご意見をお伺いできればと思います。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。

新木先生、いかがでしょうか。

○新木（独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 院長）：ただいまのお話は、うちにも通じるところがありまして、第5波に関しては、若い人が多かったせいか、後方をお願いするということは、比較的少なく、直接退院された方が多かったように思います。

一方で、第5波以前は、やはり、お年寄りが多かったということもありますし、また、いろいろな施設に退院するときに、例えば、「コロナの検査は、こういう条件で陰性を確実に」というようなことで、院内に、言葉が悪いですが、滞留して、後方の連携に非常に課題を感じた時期もございました。

したがって、内藤先生が今おっしゃったように、どんな患者さんが来るかによって、かなり違ってくるのかなという感じがしております。

ですので、第5波の場合は、当院の中で、コロナの治療が終わって、少し様子を見るような病床をいくつか持つことによって、そこから直接退院ということで、必ずしも、ほかの病院で診ていただく必要があるという患者さんは、そんなに多くなかったという印象であります。

○内藤（東京都病院協会・内藤病院 院長）：ありがとうございました。

日赤の増田先生のほうはいかがだったでしょうか。

○増田（日本赤十字医療センター 副院長）：直接退院される方も、それなりにおられました。

あとは、コロナ病棟を出てすぐに転院するということは、実際はかなりハードルが高いので、結局、自施設でしばらく“ポストコロナ”を診て、そこから、転院先を探すということになっていたと思います。

○内藤（東京都病院協会・内藤病院 院長）：そうすると、コロナを診ていらっしゃる病院の支え方も、ちょっと考えないといけないかなというような気がいたしました。ありがとうございます。

○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：内藤先生のご質問に関してですが、他の圏域でも同じような傾向でした。第3波においては、高齢者が多かったので、そういう方々の退院が結構大変だったということでしたが、第5波においては、若い人が多かったため、退院して自宅に帰る人が多かったため、“ポストコロナ”で難渋することが少なかったということでした。

あと、日赤さんのお話にもありましたように、自院の中で“ポストコロナ”の人も診ていたということでしたので、後方病院と連携する機会は、この第5波では少なかったとのことでした。

今後、東京都のほうでも、“下り”の調整を積極的に関与していくということで、そのあたりもスムーズになっていくのかなと思っています。

○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。

三軒茶屋病院の大坪先生、どうぞ。

○大坪（三軒茶屋病院 院長）：今回の第5波が過ぎたあとに、感染者数がどんどん減っていったあとも、重症者数が高いままに推移していて、なかなか下がっていかなかったんですが、今やっと1桁になってきました。

結局、重症化して、例えば、人工呼吸器をつないだりしたときに、ガイドラインで行くと、症状が消えないと、コロナ患者さんではないというふうにはできないというのがあって、症状が重いまま続く方を、コロナの重症者として扱っていたという話を聞いています。

しかし、重くなった人で、これ以上どうにもならなくて、人工呼吸器が着いたまま、回復していく見込みがなかったりしたときには、感染する危険性がなければ、一般の病院で人工呼吸器を着けたまま受け取るということもできるのじゃないかと思うんですが、その辺がどうなっていくのかをお聞きしたいと思います。

コロナの病棟にいなくてもいいような、人工呼吸器を着けている方を、外に出すというのも、コロナの重症者を減らすのに役に立つのではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○太田座長：ありがとうございます。

では、東京都医師会の新井理事、お願いいたします。

○新井理事：重症患者さんは、今1桁になっていますが、実は、新規の重症患者さんというのは、ここ2週間ぐらいゼロなんです。

そういう中で、人工呼吸器を今着けている患者さんはどういう方かという、もう2週間以上ずっと人工呼吸器に乗っている方で、もう肺が壊れてしまっているため、外せないという状況で、最も長い人は90日間ということです。

では、そういう人がウイルスを排出しているかという、そういうことはないわけですが、その基準がなかなか国のほうから示してもらえないので、「一般の病床に出していい」ということが、なかなか言えないため、そのところが悩ましいところです。

ただ、これから先、また第6波が来たとした場合、第5波のときは高齢者がワクチンで守られていたこともあって、先ほどのお話にもあるように、若い人のほうがよく感染したわけです。

しかし、今度は、ワクチンのブレイクスルーで、もしかしたら高齢者のほうが多く感染してしまって、また長期の人工呼吸器の患者さんが増えてくるかもしれません。

そうすると、人工呼吸器が外れなくなってしまった人たちを、今後どうするかというのは、大きな課題になってくると思っております。

東京都においても、国と詰めていて、どうやって隔離解除基準を決めていこうかということ、今検討しているところで、これは、非常に大きな問題だと思っております。

○太田座長：ありがとうございました。

私もそこが気になっていました。通常医療を有効に利用するにあたって、回復して家に帰ればいいんですが、重症なんだけれども、場合によっては、後方病院に転院できるようにさせるということに関して、お聞きしたいと思っていたところです。

それを、大坪先生からご質問していただき、大変ありがとうございました。

ほかはございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、時間になりましたので、この議題に関してはこれで終了させていただきます。活発なご議論をありがとうございました。

3. 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

(2) 外来医療計画に関連する手続きの提出状況について

○太田座長：次に、「3. 報告事項」ですが、時間の都合もございますので、(1)と(2)については、資料の配布に代えさせていただきます。

(3) 感染再拡大に向けた総合的な

保健・医療提供体制について

○太田座長：では、(3)の「感染再拡大に向けた総合的な保健・医療提供体制について」ということで、東京都のほうから説明をお願いいたします。

○鈴木部長：東京都の鈴木でございます。

資料5の、「感染再拡大に向けた総合的な保健・医療提供体制について」をご覧ください。

これは、この夏の感染拡大を踏まえた、「今後の新型コロナウイルス感染症に対応する保健・医療体制の整備について」という、10月1日に出された国の通知

を受けて、都道府県として、「保健・医療提供体制確保計画」として提出させていただいたものの中身でございます。

まず、①では、「現状（最大値）」と「今後の体制」というところがございます。

医療機関と臨時の医療施設等については、240床プラスして、6891床にしていこうというものです。

また、宿泊療養施設については、今後は、31施設、7900室を目指していくということです。

自宅療養に関しては、「自宅療養者フォローアップセンター」とございますが、こちらを250人体制にするということです。

これは、自宅療養の方の健康観察などを行ったり、相談を受ける方を、今は通常の50人体制ですが、これを5倍にしていこうというものです。

また、パルスオキシメーターについても、2倍の21万台を確保していこうというところでございます。

②は、第5波では、患者さんが速やかに、医療機関、保健所さんともつながらないということがございましたので、「保健所や発熱センターを介さない診療・検査体制の拡充」ということで、これは、医師会さんの多大なるご協力もいただきまして、「検査・医療機関として公表してもオーケー」というところを、ただリストだけではなく、今回、マップで“見える化”して、患者さんがすぐわかるようにしております。

2番目のところでは、その医療機関さんに、例えば、「あなたはホテルがいいじゃないか」「自宅療養でいいんじゃないか」というような、療養種別の勧奨などもしていただきます。

そして、患者さんがそれを受けて、下にあります電話番号にかければ、ホテル療養の担当者に直接つながりまして、ご自身でホテルのほうに入れるようになります。

このような仕組みをつくって、保健所さんの負担をなるべく軽減していこうとするものでございます。

また、自宅療養の健康観察も、診療・検査医療機関に担ったいただけたらということでございます。

③は、医療が必要な方に対する体制をどうするかというところ です。

病床数は、先ほど申し上げた6891床ですが、先ほども先生方からお話がありましたように、言い方は悪いですが、回転を上げるというか、転退院が必要不可欠だと、都としても、そこに強い認識を持っております。

そのため、入院調整本部に「転退院支援班」を設けまして、例えば、重症の方で、先ほどもありましたが、人工呼吸器を着けたままでも受けていただけるようなところがあれば、そういったところに転院を促進していきたいと考えております。

また、軽症になった方を回復期の支援病院に転院していただくために、専門の班を設けて、この転退院を何としても促進していきたいと思っております。

そのほか、酸素・医療提供ステーションも、酸素を投与するだけでなく、中和抗体薬の投与ですとか、外来ですとか、入院待機者の診療なども、強化していきたいと考えております。

3つ目としては、転院にしてもそうですが、こうした酸素・医療提供ステーションにおいて中和抗体薬を打つときとかでも、必ずついて回るのが患者さんの搬送というところですので、ここも都で請け負って、車両を多く確保して、充実させていき、医療機関や保健所さんの負担を減らしていきたいということを考えております。

こうしたことが今後取り組んでいくところということで、計画として国に報告しているところでございます。

情報提供させていただきました。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。

それでは、この調整会議は、地域での情報を共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報提供を行いたいということがございましたら、よろしく願いいたします。いかがでしょうか。

○東京都（事務局）：それでは、会議次第にはないのですが、事務局から1点、コロナに関して情報共有をさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

○太田座長：お願いいたします。

○東京都（事務局）：資料として本日配布していませんが、画面共有でご覧いただければと思います。

こちらは、「新型コロナウイルス感染症患者の入院の状況」ということで、ことしの7月から9月までの感染症発生届の受理分をまとめた資料となっております。

主に、患者さんの圏域間での移動の状況を参考までにお示ししております。こちらは参考値としての数字になりますので、本日は画面共有のみとさせていただきます。画面のスクリーンショットなどもお控えいただければと思います。

1回目の調整会議において、患者さんの流出入の状況が、かなりいろいろな圏域で話題になりましたので、今回、こういった資料をお示しさせていただきました。

資料の見方ですが、上のほうに書いてあります、「所管保健所の属する二次保健医療圏」といったところが、簡単に言うと、患者さんの居住地になります。

左側の、「入院先医療機関の所在」というのが、病院の所在地になりまして、患者さんがどこの医療機関に入院したかといったことがわかる資料となっております。

こちらの圏域ですと、区西南部の患者さんのうちの1545人が、区西南部の医療機関に入院したという見方になっております。

1つ右に行きますと、区西部の患者さんのうちの178人が、区西南部の医療機関に入院したという見方になっております。

右側から3列目が、「圏域内の医療機関の入院患者に占める自圏域患者の割合」ということで、その圏域の医療機関に入院した患者さんのうち、どのぐらいが自圏域の患者さんだったかという割合になっておりまして、こちらの区西南部ですと、59.5%となっております。

下から2行目は、「自圏域の医療機関に入院した患者の割合」で、こちらは、「圏域内の完結率」ということになっておりまして、その圏域の患者さんが、自分の圏域の医療機関にどれだけ入院できたかという割合になっております。こちらは、67.2%という結果になっております。

1回目の調整会議において、「できれば、地域密着ということで、地元の患者さんを診たいんだけど、ほかの圏域から患者さんが入ってくるので、なかなかそれが叶わない」といったようなご意見が多数ありました。

ただ、見ていただきますと、全ての圏域において、患者さんの出入りが発生しているような状況でございます。タイミング等の問題もありますので、広範に都全域で受けとめていただいたという結果が見てとれるかと思えます。

同じ資料をグラフ化したものが、2ページ目になります。

斜めに「 $Y=X$ 」という線が入っているかと思いますが、これより上の圏域が、流入より流出が多かった圏域で、それより下の圏域が、流出よりも流入のほうが多かった圏域となっております。

こちらの圏域ですと、右側に「区西南部」という円グラフがありますので、流入患者さんのほうが流出患者さんより多かったという結果になっておりまして、ほかの圏域からの患者さんも多数受けとめていただけたという結果が出ております。

報告は以上になります。

○太田座長：ありがとうございました。

そのほか、情報提供、ご意見等はございますでしょうか。

内藤先生、どうぞ。

○内藤（東京都病院協会・内藤病院 院長）：入退院の話と関係ないからいいかなと思ったんですが、ワクチンの接種についてです。

渋谷区では、1回目、2回目のファイザーのワクチンの接種をやる方が非常に増えていて、残っている枠がほとんどなくなって、予約が詰まっているという状況です。

他区の先生方のところはいかがででしょうか。それが気になったので、最後にちょっと発言させていただきました。

○太田座長：目黒区のほうはいかがででしょうか。

目黒区医師会の足立先生のほうに、うまくつながりませんので、目黒区保健所の石原所長からお願いいたします。

○石原（目黒区健康推進部長兼保健所長）：11月の終わりの時点で、12歳以上の区民の2回目接種完了率が、81.3%という状況になっておりまして、現在も、2つの集団接種会場で接種を続けておりますが、いつでも予約が取れる状況と把握しております。

○太田座長：ありがとうございました。

では、世田谷保健所の大谷課長、お願いいたします。

○大谷（世田谷保健所健康企画課長）：ワクチンの担当がいないので、正確にはお答えできないのですが、枠のほうはそんなに枯渇していないというふうに聞いております。

○太田座長：ありがとうございました。

あと、内藤先生のところの、渋谷区保健所の阿部所長、お願いいたします。

○阿部（渋谷区健康推進部長兼保健所長）：……

○土谷理事：あいにくよく聞こえませんでしたので、内藤先生から今のようなお話がありましたので、渋谷区内で後ほどご協議いただければと思います。

○阿部（渋谷区健康推進部長兼保健所長）：はい。

○太田座長：ほかにいかがでしょうか。

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。

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すございました。

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きまして、追加でのご意見、ご質問がある場合には、事前に送付させていただいておりますアンケート様式にて、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きましては、「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2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させていただきます。長時間にわたりまことにありがとうございました。

(了)