

[令和5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6年1月29日 開催

# 【令和5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6年1月29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）を開会いたします。本日はお忙しい中ご参加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、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会議形式での開催となりますので、事前に送付しておりますWeb会議参加にあたっての注意点を一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

また、本日の配布資料につきましては事前に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。

今年度の2回目の調整会議ですが、議題は3つあります。

1つは、紹介受診重点医療機関で、もう1つは、2025年に向けた対応方針ですが、この2つについては、とりわけ大きな議論はないかと思っています。

3つ目は、「地域連携の推進に向けた意見交換」ということで、皆さんに議論していただきたいと思っています。

1つは、どういった疾患で連携が困っているかというお話で、もう1つは、病床の空き具合についてです。

今は冬になって、ベッドが埋まってきましたが、コロナ前ほどに戻っていないというお話がよく聞かれるところです。

現状はどうかといったところや、その理由は何なのかということについて、いろいろ議論していただければと思います。

きょう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。

続いて、東京都保健医療局医療政策担当部長 岩井よりご挨拶申し上げます。

○岩井部長：皆さま、こんばんは。東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井でございます。

お集まりの皆さま方には、日ごろから東京都の保健医療政策にご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

また、能登半島地震に関しましては、現地への医療チームの派遣を初め、多大なるご支援を頂戴しており、深く感謝申し上げます。

本日の会議では、紹介受診重点医療機関の協議や、地域連携の推進に向けた意見交換などを、主な議題としております。

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、どうぞよろしく願い申し上げます。

○奈倉課長：続いて、本会議の構成員についてでございますが、お送りしております名簿をご参照ください。

なお、第1回に引き続き、オブザーバーとして地域医療構想アドバイザーの方々にも、会議にご出席いただいておりますので、お知らせいたします。

本日の会議の取扱いについてですが、公開とさせていただきます。傍聴の方が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、後日公開いたしますので、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) 紹介受診重点医療機関について

○太田座長：座長の、世田谷区医師会の太田でございます。

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。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をご覧ください。

制度の概要につきましては、3枚目のスライドに記載のとおりでございます。

4枚目ですが、今回の協議の目的です。来年度の紹介受診重点医療機関を決めるというものでございまして、分類すると次の2点になります。

1点目は、新たに紹介受診重点医療機関として認める医療機関を決めるというもので、2点目は、現在既に紹介受診重点医療機関になっている医療機関につきまして、来年度の取扱いを決めるというものでございます。

調整会議における協議を踏まえまして、4月1日の公表を予定しております。

次に、スライドの5枚目、協議の方針について説明いたします。

まず、新たに紹介受診重点医療機関として認めるものについてですが、基本的には、前回と同様の方針にしたいと思っております。

資料の上段に記載のとおり、紹介受診重点医療機関になりたいという意向を示した医療機関の中で、①番として、国が示す基準を両方満たす場合と、②番として、国が示す基準のいずれか一方を満たし、かつ、国が示す水準の両方を満たすという場合に、これを認めるというものでございます。

この2点を満たしているものを、表において赤枠で囲っておりますので、基本的にはこの赤枠内の医療機関を認めるという形にしたいと思っております。

次に、6枚目のスライドは、現在既に紹介受診重点医療機関になっている医療機関の取扱いについてです。

現在既になっている医療機関の取扱いですが、意向がある場合は、基準などを今回満たしていない場合でも、令和6年度は引き続き紹介受診重点医療機関にする方針としたいと思っております。

その理由としましては、各医療機関の外来機能を明確化するという制度の趣旨を踏まえますと、本制度はまだ始まってから1年も経過していない中ですので、この短期間の中で医療機関の位置づけが変動することは、患者さん側から見て望ましくないと考えます。

ただ、その先につきましては、来年度の協議になりますが、2年連続で基準等を満たしていないような状況が続く医療機関があった場合には、協議の上で認めないということを、原則の方針にはいかがかと思っております。

これらの方針に基づきまして、資料1-2で、個別の医療機関の状況を確認しますと、表の赤枠内の医療機関を認めるという形にしたいと思っております。

また、本圏域における「国立成育医療研究センター」と、他圏域になりますが、北多摩南部における「都立小児総合医療センター」さんにつきましては、前回の調整会議の協議の中で、小児医療に特化しているという特殊性を鑑みまして、基準などは満たしてはおりませんが、この制度の趣旨を踏まえると、紹介受診重点医療機関に位置づけられるのが望ましいとされ、特例的に認められているところでございます。

今回につきましても、「国立成育医療研究センター」さんにつきましては、引き続き、紹介受診重点医療機関となる意向がございますので、来年度も引き続き認めるような形にしたいと思っております。

この点も含めて協議をしていただきたいと思います。

最後に1点、補足ですが、前回の外来機能報告の紹介率と逆紹介率の報告の対象期間は、令和4年7月の単月のデータでしたが、今回の令和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か月間のデータとなっており、より長い期間のものとなっております。

それでは、協議をよろしく願います。説明は以上です。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、早速協議に移りたいと思います。

新たに紹介受診重点医療機関とする医療機関と、既に紹介受診重点医療機関である医療機関の取扱いについて、ただいま説明のあった方針のとおり進めるということによろしいでしょうか。

基本的には、前回と同じで、その意向があり、国の基準を満たす、もしくは、基準が一方しか満たせない場合は、水準を満たすということですが、いかがでしょうか。

特にご意見はございませんか。

それでは、この協議の方針に従い、本圏域では、資料1-2において赤枠で囲まれた7医療機関にするとともに、既に紹介受診重点医療機関である「国立成育医療研究センター」さんにつきましては、基準等は合致していませんが、小児医療という特殊性に特化していることに鑑み、引き続き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]

それでは、今お話ししました8医療機関について、本圏域で承認することにさせていただきます。ありがとうございました。

## (2) 2025年に向けた対応方針について

○太田座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

2つ目は、「2025年に向けた対応方針の確認について」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、資料の2-1をご覧ください。

本件につきましては、これまでの調整会議でも取り扱った議事でありまして、内容はこれまでと同様です。

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、合意を図るというものでございます。

今回につきましては、前回の調整会議のあと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ものについて、資料に反映しておりますので、これまでと同様に確認と合意をいただきたいと思います。

具体的には、資料2-2-1と2-2-2におきまして、今回提出があった医療機関名を水色で表示してございますので、前回までと同様に、圏域として合意いただきますようお願いいたします。

説明は以上です。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、2025年に向けた対応方針について、何かご意見のある先生方はいらっしゃいますでしょうか。

特にはございませんか。

それでは、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いますので、皆さまにお諮りしたいと思います。

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2025年に向けた対応方針として合意するという取扱いとすることでよろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

では、そのようにさせていただきます。ありがとうございました。

### (3) 地域連携の推進に向けた意見交換について

○太田座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

3つ目は、「地域連携の推進に向けた意見交換について」です。東京都から説明をよろしく願いいたします。

○東京都（事務局）：それでは、資料3-1をご覧ください。

今回の議題につきましては、事前にお送りさせていただいた動画の中で、意見交換の趣旨などについて説明をさせていただいておりますので、少し手短にご説明させていただきます。

地域医療構想調整会議の取組みを開始した当時に比べて、高齢化が進んでいるものの、足元の病床利用率は、コロナ前に比べて低い水準にあります。一方で、高齢者救急の増加や東京ルールの実用件数などは、高い状況が続いております。

そこで、今回は、改めてこの圏域において不足している医療や、機能分化や連携の促進がさらに必要な医療は何かという点について、具体的な傷病名や患者の状態像などを切り口としまして意見交換を行い、圏域として認識の共有を図りたいと思っております。

また、コロナ前と比べた入院受療の変化や、現在の病床利用率の状況などについても、あわせてご意見をいただければと思います。

参考資料としまして、事前に都内全ての病院を対象に、入院や退院の場面で課題と感じていることなどを、アンケート調査しましたので、資料3-1に主な意見としてまとめてございます。

また、急性期から慢性期への中継点である地域包括ケア病棟と、回復期リハビリ病棟につきまして、圏域における状況を、資料3-3に、地図やグラフでまとめております。

これらの資料をご参考にしつつ、日ごろの診療の中で感じておられる課題などについて、ぜひ活発なご意見を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

説明は以上です。

○太田座長：ありがとうございます。

それでは、意見交換に移りたいと思います。

地域医療構想の役割としては、土谷先生からお話がありましたように、2つの大きなテーマがあると思います。

1つは、病床に関してどう考えるかということと、もう1つは、医療連携をどのように考えるかということが、主体になってくるかと思えます。

今回、この2つの中の1つの地域連携ということについて、圏域を跨いだ連携も念頭に置いた上で、圏域で不足する医療、医療分化や連携が必要な医療にはどのようなものがあるかということについて、ご意見をいただきたいということです。

もう1つは、コロナ前と比べて、入院受療の変化がどのようになっているかということです。実際に患者さんの居住の範囲であったり、疾病の変化というよう

なことがどうなっているかということについて、情報共有で教えていただければと思います。

あと、病床利用率についての変化があるかどうかについて、もしあれば、その原因にはどういうものがあるかということに関しても、情報共有ができればと思います。

この2点について、まず、ご意見をいただける病院の先生方はいらっしゃいますでしょうか。

玉川病院の和田先生、お願いします。

○和田（玉川病院 院長）：では、最初にちょっと話させていただきます。

当院は、地域包括ケア病棟を40床持っているということになってはいますが、実は、院内からの移動が結構多くて、急性期病棟に変えました。ですから、もう地域包括ケア病棟はありません。

それから、コロナ後についてということですが、ご存じのように、コロナはまだずっと続いています。

当院では、地域でいろいろな形で発生するであろうということで、コロナ用の病床をずっと10床ぐらい取っているんです。

今来ているのは、施設の高齢の方や在宅で90歳ぐらいでコロナになって、入院先がないので入院させてほしいということ、を、どんどん受けていますので、そういう形で病床制限をせざるを得ない状況になっています。

それから、院内でも、時々持ち込みの人とかが、相変わらず発生したり、気がついたらコロナの陽性の人が出たとかで、院内でもコントロールしなければいけないことがあります。

そのため、最初に発熱等で入院させるというのが、検査はしていますが、個室対応とかになってしまうので、「個室がないと取れないね」みたいな形になっていて、救急の応需率も、以前は90%ぐらいありましたが、徐々に落ちてきて、今は7割を割り込むぐらいのときも結構あります。

ですので、コロナの影響というのはまだまだあるのかなと思っています。

あと、患者さんの入院控えみたいなこともあったりすることも、以前よりもあるんじゃないかとも感じています。

というのは、手術になったときには、結構進行していたり、末期の心不全になっていたりということで、どうしようもなくなってから入院してきたりする人もいますので、世相的な背景もあるのかなと思っています。

あと、一時的には減っていましたが、1月というのは、当院は、年末とかに退院する人が多いんですが、アツという間に埋まってしまっています。

コロナはもちろん、インフルエンザについても、相変わらず、発熱外来とかでは、陽性率も上がっています。

それから、高齢者が入院してくると、なかなか帰せないという人が多くなってきて、転院させるにしても、誰がキーパーソンになるか分からないということで、この間も、区の方と一緒にお話をさせていただきましたが、なかなか大変でした。

世田谷区の場合、マニュアルがあって、高齢者が入院したときは、後見人がいたらこうする、後見人がいなかったらソーシャルワーカーが何をするというような手順があります。

ただ、誰もいなかったりすると、すぐに入院が滞ってしまったり、療養病棟とかに送ろうとしても、そういったところが世田谷区には少ないので、そうすると、圏域を越えるだけじゃなくて、うちの病院のすぐ隣は川崎市ですので、神奈川のほうにお願いするということも、結構あります。

ですから、圏域だけで考えるのはなかなか難しいのかなと思っていますので、その辺も含めた地域医療構想が必要じゃないと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

今お話があったように、病床の稼働という面では、コロナが終わっているわけではないので、影響はずっと続いていて、その中で、ゆるやかではあるけれども、病床に関しては稼働率は少しずつ上がっているというお話でした。

一方で、高齢者救急を踏まえた医療に大きな課題が生じていて、入り口の問題もあるけれども、多くは出口の問題ということで、圏域を越えて考えていかないといけないのではないかというご意見もいただきました。

ほかにはいかがでしょうか。

コロナ以外で、病床管理で困っていること等も含めて、ご意見があればお願いいたします。

世田谷記念病院の清水先生、お願いします。

○清水（世田谷記念病院 院長）：玉川病院と非常に近くて、私のところも、慢性期ですが、コロナの患者が結構います。

そういった方が急激に悪化した場合、これを受け入れてくれるところが少なく、玉川病院さんにはいつもお世話になっております。

こういった地域の医療を考える上で、高齢者の感染症などを受け入れてくれる病院が非常に少ないため、今おっしゃったような流れが、我々のところでも必要だと思っていますので、よろしく願いいたします。

○太田座長：先生のところの病床稼働率はいかがでしょうか。

○清水（世田谷記念病院 院長）：12月末から1月にかけては、100%近い時期がありましたが、今はちょっと落ちて、95～96%ぐらいになっています。

○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。

内藤病院の内藤先生、お願いします。

○内藤（内藤病院 理事長）：この資料には、地域包括ケア病床が27床と書いてありますが、去年の4月から、53床のうちの43床を地域包括ケア病床にしています。

地域の小さな病院ですので、地元からの訪問の患者さんを紹介をいただいたりとか、大きな病院からの紹介もいただいています。他圏域の話が出ていたのですが、他区の大きな病院からご紹介をいただくことも結構あります。

そうすると、その患者さんが住んでいるのが渋谷区ではなくて、杉並区だったり、中には台東区というのもありましたが、生活に戻すといったとき、その地元との連携が取りにくくて、調整に難渋してしまうことが結構あります。

あと、90歳ぐらいの方でも何とか生活していたということで、介護保険の申請もしていないという方もいらっしゃいますが、入院してから介護保険の申請が

始まると、地域包括だけで考えると、60日の入院人数がすぐ超えてしまうということがあって、そういう意味では、逆に、役割も果たせなくなるし、経営的にもデメリットがあります。

そのため、退院のほうに力を入れていかないといけないので、まさに、コロナ後で、多職種連携ということがすごく言われていて、いろいろなところで研修会を、渋谷区でもやっていますが、地元だけではなくて、ちょっと離れたところの多職種ともしっかり連携していかないと、病院としての役割が果たせなくなるなという感じを持っています。

あと、うちは、残念ながら、看護師さんがちょっと少なくなっているので、まだ稼働率は8割を切るぐらいになっていますが、スタッフが少ないということが、病院全体として大きな問題になっていると思っています。

○太田座長：スタッフが少ないということですが、看護師さんが一番少ないということでしょうか。

○内藤（内藤病院 理事長）：やっぱり、看護師さんです。

あと、多職種連携といいますが、調整役で慣れている方が今余りいらっしゃらないので、当院としては困っているところがあります。

○太田座長：ありがとうございました。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：社会的にハイリスクな人たちが多くて、入院したあと、なかなか出られないということを、ほかの圏域でもよくおっしゃっています。

内藤先生から今お話があった介護保険ですが、申請しても1か月ぐらいかかるという話だったのが、最近はそれが延びているという感じがしています。

千葉県のある市では、3か月もかかるということでした。隣の市は1か月ということでしたが、そういう状況ですので、それを待っていたら、いつまでたっても退院できないという話になるかと思います。

渋谷区では、介護認定の申請をしてから認定されるまで、およそどのくらいでしょうか。延びているか、それほど変わらないか、そのあたりはいかがでしょうか。

○内藤（内藤病院 理事長）：状況にもよりますが、1か月半から2か月ぐらいかかってしまうと思います。

あと、介護保険の問題だけではなくて、急に認知が進んだり、動けなくなると、ご家族もどうしていいか分からなくなって、家に連れて帰るか、施設に入れるかということもあって、その方針が決まるまでも時間がかかるので、結構延びてしまうという印象もあります。

○土谷副会長：ありがとうございました。

○太田座長：ありがとうございました。

地域包括とか療養のお話を今いただきましたが、高度急性期の病院の先生方からも、ご意見をいただければと思います。

東京医療センターの新木先生、お願いします。

○新木（東京医療センター 院長）：病床に関しては、時期的な変動が大変大きくなっております。例えば、年末年始の休暇の間はかなり少なくなって、6割ぐらいまで減りましたが、今は80～85%ぐらいということで、病床の調整に結構苦勞するような状況です。

それから、コロナについてですが、常時発生しておりまして、きょうも13人ぐらいいました。

先ほどもお話があったように、持ち込みなどもあって、入院してかなりたつてから出てきたために、感染経路が分からなくて、「お見舞いの人からかなあ」というような例もありまして、コロナについては、これからもずっと出てくるのかなと、半分諦めに似たような気持ちでおります。

それから、連携については、前方連携も課題になりますが、後方連携のほうが大きな課題になっています。

当院の入院患者の40～50%が救急から入院しているんですが、高齢のひとり暮らしのために家に帰れないので、どこか探さなければいけないというように、なかなか受入れが難しいです。

特に、透析だとか人工呼吸器が着いているような場合は、非常に苦労しておりますが、その中でも一番大変なのは、先ほど来話が出ておりますような、独居で意思決定をご本人ができなくて、キーパーソンが見つからないような人の転院に関しては、非常に大変です。

何とかして、関係する人を探し出すということも、もちろんやっていますが、高齢のひとり暮らしの方について非常に困っております。

こういう方々が圏域内でも今後増えていくだろうと考えますと、そういう人たちの事前の意思決定といいますか、同意の取り方について、事が起こってからではなかなか難しいので、行政においても、この点についてぜひ検討していただければと思っております。

○太田座長：病床のコントロールが非常に大変だというご意見をいただきましたが、それは、出口の問題が一番大きいのか、院内のインフラに大きな問題があるということでしょうか。

○新木(東京医療センター 院長)：結論としては、病床がいっぱいになっていて、入れ替われないということですが、その要因としてはいくつかあります。

1つは、今お話しいただきましたように、転院が難しいというのがありますが、そもそも入院希望者というか、入院適用の人の絶対数が多いということもあります。

それから、感染症の患者が結構いますので、例えば、小児病棟では、性別、年代別に、さらに、感染者の種別に、病室を用意しなければいけないというようなことがあります。

当院は大部屋が結構多いので、個室が多い病院なら問題にならないような問題を抱えているということもあります。

そういうようないろいろな要因があって、入院ベッドをなかなか見つけられないということが多く出てきています。

もっとも、そういう事態が生じるのは、常ということではなくて、季節的なもの、曜日によるものといった変動が、非常に多い状況ですので、常に病床管理に苦勞しているというわけではありませんので、ちょっと補足させていただきました。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、東京都医師会理事で、三軒茶屋病院の大坪先生、お願いします。

○大坪（東京都医師会理事、三軒茶屋病院 院長）：先生方のお話を伺っていて、びっくりしているんですが、療養病棟は結構今空いています。

なので、こちらとしては患者さんが欲しいんですが、そこがなかなかうまくいってないのかなと思っています。

原因はいくつかあると思います。去年の9月に、コロナの病棟を閉めて、ますます連携を深めて、療養に特化しようと思ってやっていたんですが、その連携が滞るようになってしまったんですね。

それは、コロナで3年以上も間が空いてしまったので、顔見知りのソーシャルワーカーの人たちとの関係が、かなり入れ替わってしまったために、弱くなってしまったからではないかということ、すごく感じています。

あちこちの病院に電話をかけて、「こういう人も取れるよ」「こういう人も取れるよ」と一生懸命話して、やっと紹介者が見つかるということが多くなりましたね。

ですので、各病院の役割分担というものを、地域の中で改めて確認して、しかるべきところに頼めば入れるということ、もう一度確認していただきたいと思いました。

ただ、東京医療センターさんとか玉川病院さんとかから、いつも患者さんを送っていただくんですが、そこでいつも滞るのは、お互いに「急性期を出ていいよ」と言っていて、療養も「この病状だったら受け取れる」となっている間に入っているご家族の方々が、あっちもこっちも見学したり、「あれは嫌だ」「これは嫌だ」と、非常に細かい注文をつけたりされる場合が多いです。

あとは、「何でもできる病院にずっといたい」とか、「何かあったら、すぐに戻りたい」とか、いろいろなことを言われるので、行き先が狭められるという場合が多いんです。

「そんな条件が合うところは、ほかにはないんじゃないか」というような、いろいろな細かい条件を出されてきても、ソーシャルワーカーの方たちは、とても親切に一つ一つ検討して、何とか合うところを探そうとすると、「次はここに見学」「その次はここに見学」ということで、二週間、三週間はすぐたってしまうと思います。

なので、最近思っているのは、「高齢者救急で入った方は、一度入ると長くなってしまう」というお話を伺っているので、入院してすぐに、「これはもう療養で大丈夫」という方は出すという行き先について、誤嚥性肺炎とか心不全とかが多いと思うんですが、パスみたいなものをつくったほうがいいんじゃないかということです。

あと、大学病院とかの救急をいっぱい取っているところに対して、私がお話ししているのは、救命救急でまず診察して、診断をつけていただいて、「でも、独居で帰れない」という場合は、地域の中小病院に入院を打診してほしいということです。

そこで、「私たちのところでは、先生のところで診断をつけていただければ、夜でも安心して当直医が受け取れるので、声をかけてください」ということを、最近、救急車をたくさんとっている高度急性期の病院の先生方には、そういうお話をしています。

だから、救命救急の先生方とつながりをつくっていくということが、滞りを減らすのに役に立つんじゃないかと思っていますので、その連携のところを、もう一度地域で見直す必要があると思います。

それから、病床稼動についてですが、とにかく、看護師さんと介護職が足りません。「もっと人員がいれば、もっと診られるのに」ということがあります。

当院は、コロナ病床を閉めたとき、コロナに使っていた病床は、人が足りなくて開けられずにいて、1病棟閉まっている状態なんです。

人が集まれば、療養で28人ぐらいまた取れるようになるので、地域の療養病床がまた増えるということですが、看護師さんとヘルパーさんが足りなくて、そこが開けられない状態です。

いろいろなデータで見ると、「この地域は病室が足りない」ということが、数字上では出てくるんですが、そんなことではなくて、足りないのは人で、人員がいれば、休んでいる病床を動かすことができるので、新しく病床をつくるということよりも、人員を充実させて、今あるものをしっかり使っていくということのほうが先ではないかと思っています。

人が足りないので、雇いたいと思うんですが、紹介会社はどんどん紹介料を上げていって、看護師さんとか、最近はヘルパーさんも紹介会社とか派遣会社に頼らないと、確保できないような状況になっていて、それが経営を非常に圧迫しているということも、ほかの病院の先生方も思っておられるのではないかと思います。

○太田座長：先生がおっしゃるとおりで、地域医療構想の中で、病床配分について、区西南部でもまだ足りないとなっている一方で、病床の有効稼働ということで考えると、増やすよりも、まずはあるものをしっかり使うということは、私も大事だと思います。

そのためには、そこに必要なマンパワーを整備していかないと、回すものも回せなくなりますし、新しくつくっても、そこが回らなければ意味がないと考えると、人員の確保について今後どのように対応していくかというのは、重要な課題だと、私も思ったところです。

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）：今のお話についてですが、看護師さんが足りないのは、もちろん、病院だけではなくて診療所も足りないと、今すごく言っています。

ここだけの話といっても、漏れてしまうと思いますが、「ハローワーク」とかい  
うものもあるのに、そっちには行かなくて、「紹介会社にみんな行っちゃうんだろ  
う」ということです。

東京都医師会でも、以前、看護師さんを集めるために考えられたことがあると  
思うんですが、そういうものがないものかと思います。そういう意味では、  
その辺はぜひお手伝いをしてみたいと思っています。

医療費圧迫の原因は、「何%が紹介会社なのか」と思うのと、ほかの医療費圧迫  
という意味では、実は、マッサージの方とか鍼灸の方のところに、保険のお金が、  
計算すると、3600億円ぐらい流れているのではないかと思います。

もちろん、その全部が要らないとは申しませんが、そういう現状があると思っ  
ています。

しかも、東京においては、物価が高いということを考えれば、東京だけは申し  
わけないけれども、都のほうから付けていただくようなことを病院にしないと、  
病院は持たないというか、人が来ないと思うんです。

私は、今は病院はやっていませんが、この会議に出ていて切実に感じるのは、  
そういうお金の問題と、人の問題です。

大きく分けて、2つのことを言いたいと思います。

1つは、病院のほうでもものすごく問題になるのは、どこから来て、どこに行く  
かということがあります。

高度急性期の病院で、「送り先がない」といっても、「急性期に行けばいい」と  
か、いろいろあると思うんですが、例えば、リハビリに行くときに、「病名が足り  
なくて、行けなくなっている」ということがあります。

それは、包括医療によって病名が少なくなってしまったということも、問題か  
とは思いますが、かなり以前ですと、寝たきりになってしまったら、「廃用症候  
群」とつけたものです。

そういう病名が今もあるかどうか分かりませんが、何となく外から見ていると、  
リハビリに行けばよくなる人が、リハビリに行かれないのは、ハードルがちょっ  
と高くなってしまっている部分もあるかと思っています。

とはいえ、リハビリ病院も今はいっぱい、受け取りにくいというところがあ  
ると思いますし、また、救急のほうで取っていただくとしても、「これは、うち

ではない」とか、「これは、何か特定できない」ということで、なかなか取っていただけないということもあります。

大病院の救急についても、当直している先生が少なくなっていて、救急の先生方も大変になっているので、お医者さんも少なくなっているんじゃないかと思っています。

あと、医療のシステムについて、一般の人たちに広く教えないとどうにもならないというところがあって、その解決方法としては、地域包括支援センターと病院とか診療所の関係の再構築が必要ではないかと思っています。

地域包括の役目というのは結構大きくて、個々の高齢者に対してということになりますが、いろいろアプローチできるというところは、すごくいいところだと思います。

とはいえ、地域包括の人たちが、救急体制とかいうことをよく知っていれば、事前に、高齢者やそのご家族に対して、「どうなるか」ということを説明しておいてもらえば、各病院も非常に助かるのではないかと思います。

あと、もう一つ大事なのは、かかりつけ医だと思っています。つまり、入院してしまったとき、患者さんの家族に、「今こうなっているので、だから、それは無理なんだよ」ということを、かかりつけの診療所の先生が、本来ならば説明すべきだと思います。

そういうことからいっても、「病診連携」とか「診診連携」とかいうことで、かかりつけ医を持つことも、地域包括との連携で、少しできてくるのではないかと思います。

それから、顔の見える連携ということが、コロナのためにできなくなって、相手の先生方がよく分からないようになったことも、やりにくくなっていると思います。

そこで、診療所とか病院などについて説明したような、簡単なものをつくって、すぐに入院しそうな人でなくても、75歳以上の人には、冷蔵庫のところに貼っておいてもらうようにしたらどうかと考えています。

そうすれば、何かあったときに、すごく役に立つのではないかと思いますし、大きい病院の先生方にも情報がすんなり入るということは、すごくお手間を取らせないで済むかと思っています。

ですので、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というような枠組みだけではなくて、地域の役割としては、「病診連携」「診診連携」をしっかりと行って、こういうことを地域包括とか患者さんに説明していくことが大事だと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

今のお話は、このあとの資料4で出てきますが、在宅療養ワーキングの部分が非常に大きく、今後関わってくると思います。

病院だけでは、今後の高齢社会を乗り切れないということは、もう分かっていることですので、在宅療養の環境をどのように整備して、入り口と出口をどのようにコントロールするかというところも、非常に重要になっていくと思います。

ほかにいかがでしょうか。

日赤医療センターの永岡先生、今の状況を含めてお願いします。

○永岡（日本赤十字社医療センター 副院長）：私は、患者支援室の室長もやっておりますので、「病診連携」とかにも関わってきています。

コロナについては、今も10人前後診ているような状況で、個室に限らず、月ごとに病棟の分担を決めてやっています。それは外から来ることもあれば、手術前の患者が突然熱を出して、実はコロナだったので、その手術が延期になるということも、いまだにあるような状況です。

圏域で不足する医療とか機能分化ということについては、私どもの病院は、連携室で2週間ごとに、「応需・不応需率リスト」というものを、私のところに持ってくるようになっていきます。

それで、どんなことが不応需の理由になっているかを調べてみたところ、例えば、治療を依頼するにあたって、「延命希望がない」とか、「リハビリ目的だ」とかで来ますと、受けるほうもなかなか応需しがたいというところがあります。

「救急は100%応需しろ」となっているんですが、そこがなかなかできなくて、機能分化ではないですが、急性期病院とかで受けていただけるとありがたいというようなところがあります。

あと、診療科が分からないということがあって、井上先生とか内藤先生とかは、顔の見える関係ですので、連絡をいただいて、「じゃ、どの科だね」ということで、連携を取って、受けさせていただいていますが、それでも、「これは、申しわけないですが、無理です」ということで、お断わりすることがあるのが現状です。

あと、病床稼働率については、先ほどもあったですが、小児のほうは、感染症か非感染症か、付添いのあるなしなど、マトリックスで4分割されてしまうと、そこが埋まってしまうと、空床であっても受けられないというようなこともありますので、そこは何とか変えようと試みております。

大人のほうでは、稼働は90%ぐらいまで今は回復しております、外科系の新入院患者も少しずつ増えているという印象があります。

○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。

東京都看護協会の林先生、お願いします。

○林（東京都看護協会、南部地区理事、地域包括ケア委員会委員）：看護師の話がいくつか出ましたので、今の看護の状況を少し説明させていただきます。

私たち東京都看護協会では、地域包括ケア委員とあって、地域で連携するための委員会活動を、看護管理者が行っていて、地域に訪問看護や保健師さんたちとの連携を、少しずつやっております。

今は、今後起こるであろう“心不全パンデミック”に備えて、連携するツールを、「ハートノート」という心不全の自己管理ノートを持って、いろいろなところに出ていって、地域の人たちとの連携のためのお話をしていますが、コロナ禍が明けて、やっと4年ぶりぐらいに合同会議ができるようになってきました。

訪問看護ステーションというのは、大体四、五人しか看護師がいないので、夜間に患者が急に具合が悪くなったときに、救急車で搬送がなかなかできなくて、すぐ入院してほしいと思っても、入院させてもらえなくて困っているということでした。

実際に、患者さんのところに1人でいって、夜間に1人で対応するのは、恐怖や不安があるだろうということです。今後は病院のほうといろいろ連携していければというお話をしております。

会議の場も少しずつ増えてくると思いますので、それを課題にして、訪問看護ステーションといろいろ連携していきたいと思っております。

あと、看護師のマンパワー不足というお話が出ましたが、東京都看護協会では、東京都からの依頼で、「看護師定着促進支援事業」というものを行っております。

ただ、私も病院の看護管理者なので、紹介会社がすごく高く、看護師を集めるために紹介会社に多額の金額を払うのが大変だということを、実情として認知しております。

なので、こういう紹介会社の金額や行動を規制していただかないと、今のハローワークやナースプラザからの就職が広がっていかないと考えておまして、そういう事業を行ってはおりますが、現状ではなかなか難しいということで、今後の課題だと思っております。

看護協会のほうでも、地域とつなぐための役割があると思っておりますので、お声がけいただければと思いますので、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。

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、活発なご議論をいただき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の提出状況について

○太田座長：次に、「報告事項」ですが、時間の都合もありますので、資料配布で替えさせていただきます。

何かご意見、ご質問等がございましたら、後日、東京都に アンケート様式等でご連絡いただければと思います。

この調整会議は、情報共有の場ですので、この場で何かご発言がございましたら、ぜひお願いしたいと思いますが、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になりますので、事務局にお返いたします。よろしくお願いたします。

## 4. 閉 会

○奈倉課長：皆さま、本日はさまざまなご意見をいただきありがとうございます。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。

本日会議で扱いました議事の内容について、追加でのご意見や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をお使いいただき、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、「東京都地域医療構想会議ご意見」と書かれた様式をお使いいただき、東京都医師会あてに、会議終了後1週間以内にご提出いただければと思います。

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

(了)