

[令和6年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

令和7年2月6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』

〔北多摩北部〕

令和7年2月6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（北多摩北部）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。

日中の業務のあとご参集いただきありがとうございます。

本日は、資料も内容も多いわけですが、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、聞いていただきたいのは、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、ことしで終わりではなく、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、テーマとしては高齢者救急になるかと思っております。

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ございましたとおり、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のとりまとめ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、これ以降の進行を石橋座長にお願いしたいと思います。

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

○石橋座長：こんばんは。座長の、東久留市医師会の石橋でございます。

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、北多摩北部の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きまして、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場所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、2枚目の下段の一番左に北多摩北部の意見をまとめております。

多職種間の連携に関しては、訪問診療等において専門性の高い科の疾患について相談できる仕組みがあるとよい。

複数疾患を有する高齢者について病診連携や診診連携を考えていく必要がある。複数の科の連携が非常に大事。

このようなご意見がございました。

また、効率的な連携に関して、DXを推進することにより、訪問看護指示書発行に関する業務の効率化や、介護職や地域包括支援センターを含む行政との効率的な連携が可能になる。

1度の書込み作業で連携システムに内容が反映できれば、ずいぶん効率的になる。

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。

○石橋座長：ありがとうございました。

1月22日に、北多摩北部での在宅療養ワーキンググループの会がございまして、活発な議論が行われました。事前に意見を聞いていただいたために、非常に実りの多い会だったと思っております。

この在宅療養ワーキンググループは、医療、介護、行政の方々も参加された、

これからの地域医療構想を考えていく上でも重要な会議と位置づけられているようですので、この議論を内容を目を通していただければと思います。

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。

よろしいでしょうか。

(2) 外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○石橋座長：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のことです。

(3) 新たな地域医療構想について

○石橋座長：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。

○石橋座長：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：私からもポイントをお示ししたいと思います。

今までの地域医療構想会議で中心になっていたのは、病床の話になっていましたが、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、介護まで幅広く議論してくださいということになっています。

それから、「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、なかなかはっきりしない中で、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」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、一体何なんだという議論も多かったです。

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制度を始めたいということになりました。

なお、「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。

あと、「協議の場」のあり方についてです。入院だけではなく、外来も在宅も介護も含めて話し合うということは、なかなか難しいです。

いろいろな分野の話をするようになりますと、幅広い議論をどれだけ深められるかということがポイントになりますので、議論の仕方、テーマの設定などについて工夫する必要があると思っています。

○石橋座長：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。どうぞ。

○大田（副座長、東京都病院協会、複十字病院院長）：この「包括期」についての文言に、「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」となっています。

「等」が付いているということは、どういう形で高齢者プラスアルファを考えていらっしゃるかを教えてください。

○土谷副会長：私もまだ分かりません。詳細は後日出てくるかと思えます。

○大田（副座長、東京都病院協会、複十字病院院長）：年齢制限をそんなに厳密には考えていないという捉え方でよろしいでしょうか。

○土谷副会長：そうですね。回復期の数が少なかったのも、数合わせの話ばかりしていましたが、実質的な議論がなかったのも、そのあたりについてもう少し実のある議論ができるのではないかと、私は期待しております。

年齢等の制限というのは、特になんもないんじゃないでしょうか。

これから、高齢者の救急が東京においては大きな問題になっていきます。なぜかという、数が増えるけれども、医療従事者は増えないということが分かっています。きょうの意見交換でもそのあたりがテーマになるかと思えます。

そのあたりをしっかりとやってほしいという国の意向が出ていると思います。

○立澤課長：ご質問ありがとうございました。

資料の中に「とりまとめ」の全文を付けております。19ページに、「回復期を包括期に変えます」といった話が出ております。

ここでも、「高齢者救急等」と書いてありまして、この「等」が何を含むかまでは、まだ分からない状況になります。

ガイドラインを国が令和7年度に出すと言っておりますので、その中である程度内容が示されるのかなと考えておりますので、またご案内をさせていただきたいと考えております。

○大田（副座長、東京都病院協会、複十字病院院長）：ありがとうございます。

○石橋座長：ほかにいかがでしょうか。

私から1点。「地区診断」というのが非常に重要であるということで、また、介護の人たちが入ってきて、区市町村の代表も地域医療構想調整会議に入ってくるということで、非常に幅広くなってくると思うんですが、多くの問題を1つの会議で、しかも、年に2回でというのは、大変難しいと思っております。

そこで、「それぞれの地域で必要に応じて、会議体を設けろ」と言われていますが、これは、東京都及び東京都医師会としては、推進されていかれるのでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

とりまとめの資料に、「必要に応じて広域な観点での区域や、在宅医療に関しては、今の二次医療圏よりはもう少し狭い区域での協議が必要ではないか」という視点が示されております。

議題に応じて、各都道府県で会議を設定するといった考えが、今回示されております。

その内容については、ガイドラインで示すということですので、現時点ではまだ分かりませんが、二次医療圏だけの会議で在宅医療も含めての議論が集約できるかどうかは、なかなか難しいかなと、事務局としても考えております。

今後、在宅療養ワーキンググループの組織もありますので、そちらとの関係をどうするかとか、どこで会議をすれば一番議論が深まるかといったことを考えな

がら、対応していきたいと思っております。

○土谷副会長：会議の在り方については、介護は区市町村単位の事業になっていきます。それを二次医療圏あるいは東京都全体でというのは、話しにくくなりますので、内容によって大きくしたら小さくしたりすることになると思います。

そうすると、また新たな会議体がつくられるのかということ、そういうことではないということでした。既存の会議体をできるだけ活用してくださいということでした。

ですので、既存の会議を有機的に結びつけるということが、大事になるかと思っております。

○佐々木理事：私は、在宅療養ワーキングのほうも出ていましたが、今回の在宅療養ワーキングでは、二次医療圏の会議の前に、各区市町村で小さな単位でワーキングをやっていただいて、それを持ち寄って、二次医療圏の全体で議論したということになっていますので、そういう方法もこれからとられていくのかなと思います。

それから、先ほどお話があったように、「かかりつけ医機能報告」というのが出てきますが、全国的には、その協議の場として、報告する事項に応じて、またいろいろな協議の場を使っていくんだということも聞いております。

ですので、これから先、いろいろな会議体を使いながらやっていくのかなと思っております。

○石橋座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

特になければ、次の議事に進みたいと思います。

3. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について（協議）

○石橋座長：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、この北多摩北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、北多摩北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。

○石橋座長：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。

昨年度と同じ形で認めていければと思っておりますが、昨年度から認められているのが5医療機関ございます。あと、昨年度はちょっと足りないということで、保留とさせていただいたけれども、ご希望がある医療機関が2医療機関あるということなんです。

もしよろしければ、この5医療機関をお認めして、残念ながら、あとの2医療機関はもう少し頑張ってくださいということになるかと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、赤枠で囲まれた5医療機関を紹介受診重点医療機関とすることによってよろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

それでは、岩井部長、お願いします。

○岩井部長：本日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。ありがとうございました。

○石橋座長：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）

○石橋座長：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、よろしくご説明いたします。

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。

○石橋座長：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。

この圏域では余り変更はございませんので、よろしいでしょうか。

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）

○石橋座長：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間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。

○石橋座長：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。

○大田（副座長、東京都病院協会、複十字病院院長）：連携を深めていくということと、実際に人口の分布が変わって、超高齢者へのシフトが起こっていき、若い世代が減っていくということになりますと、情報交換に対して、特にハード面をどういう形で充実させていくかということが重要だと思います。

ID-Link とか HumanBridge など、それぞれの地域でのネットの充実とありますが、DX化を進めて、それを活用しながら、実際に効率のよい情報交換が行き渡るようにするというのが、プランとして必要ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

おっしゃるとおりで、今も、各医療機関の先生方で様々な連携をしていただいていると思いますが、今後、労働力人口が減ってくるというご指摘もございまして、医療従事者をいかに確保していき、その中でいかに効率的な医療を進めていくかというお話の中で、医療DXを進めていくということも、我々は重要だと考えております。

この文面の中では、「連携」といった言葉だけですが、おっしゃっていただいたようなところも含めて、全体の直しを考えていきたいと思っております。

また、我々の取組みとしても、来年度の予算案について発表させていただいておりますが、そちらでも、電子カルテの導入の推進とか、連携に対しての取組みを強化することを、（案）としてつくっておりますので、そういったものも医療機関の皆様にご活用いただきながら、連携を進めていきたいと考えております。

○大田（副座長、東京都病院協会、複十字病院院長）：よろしく申し上げます。

○石橋座長：ほかにいかがでしょうか。

では、私から1点。連携を進めるといったとき、もちろん、情報の共有とか顔の見える関係をどうつくっていくかとかいうことがあります。

近年、過疎化の地域を含めて、大都市部にはない、地方都市を含めた地域では、地域医療連携推進法人という形で、業務をお互いにサポートし合うとか、患者さんの紹介をより簡単にしていくとか、地域の中で、病院相互、診療所、介護を巻き込んだ地域医療連携推進法人をつくっていきこうという動きが、かなり出てきているかと思います。

東京都というのは、そういうのが難しいかと思うんですが、都としては、その辺について何かお考えの点はありますかでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

他県では、今お話がありましたような地域医療連携法人が進んでいるところもありまして、実は、都内でもご相談をいただく機会がございますが、実際にそれが進んでいるかという点、なかなか進んでいないという状況でございます。

この対応方針は、2025年に向けて、あと1年間の取組みをどうするかということになりますが、2040年に向けては、いろいろな動きが出てくるだろうと思っておりますので、先生から今お話をいただいたようなことも含めて、新たな地域医療構想の中でそういった点も含めて考えていかなければいけないと思っております。

○石橋座長：ありがとうございます。

都内では、巨大医療法人が医療と介護を連携した形で、一体化していくということが見られてきていますが、こういう民間がやることは大切だと思うんですが、公的なところが音頭取りをしながら進めていくことも必要かと思っております。

東京都医師会としては、何かそういうところを取り入れるとかいうような話は、特にないでしょうか。

○土谷副会長：座長がおっしゃるように、都内においては、地域医療連携法人というのはやりにくいんです。

なぜかという、地域ごとに役割分担というのがはっきり分かっているわけです。大きい病院があつて、それを支える病院があつて診療所があつてというような、ピラミッド型のネットワークというものが、もう誰が見ても分かります。

なので、東京の連携の難しさは何かというと、ネットワークを構築するのも大変で、その密度も高まっていかないという問題がありますので、どこと協力的にできるかということをいろいろ考えていかないといけないわけです。

一方では、都立病院機構というのもありますし、医療経営のことを考えると、大きくなるスケールメリットというものが考えられますので、そういうことも考えていく必要があると思っています。

○石橋座長：ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見等はございますでしょうか。

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の続き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。

公立昭和病院が、3000件超と突出しており、次いで、佐々総合病院、武蔵野徳洲会病院が、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。こちらも、公立昭和病院が、5000件超と突出しており、次いで、都立多摩北部医療センター、佐々総合病院、武蔵野徳洲会病院、西東京中央総合病院も、1000件以上対応しております。

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、年間1000以上対応しております西東京中央総合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。

最も多いのは公立昭和病院で、年間358人、次に佐々総合病院で、年間287人、次いで都立多摩北部医療センターで、年間88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。

最も多いのは公立昭和病院で、年間248人、次に複十字病院で、年間205人、次いで武蔵野徳洲会病院で、年間167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。

最も多いのは公立昭和病院で、年間568人、次に西東京中央総合病院で、年間373人、次いで都立多摩北部医療センターで、年間353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。

最も多いのは都立多摩医療センターで、年間203人、次に武蔵野徳洲会病院で、年間200人、次いで西東京中央総合病院で、年間190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。

最も多いのは武蔵野徳洲会病院で、年間209人、次に一橋病院で、年間142人、次いで滝山病院で、年間107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えます

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、北多摩北部では全体33病院のうち5割強に当たる18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、概ね稼働率70%以上ですが、急性期4～6で50%未満の回答がございました。

地域一般、地域包括医療、地ケアについても、概ね稼働率70%以上ですが、地域一般1～3で、60%台、地ケア3で、50%台の回答がございました。

回りハ、療養、介護医療院、その他も、概ね稼働率70%以上でしたが、回りハ3・4で60%台、その他で50%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、都全体と比較してもさらに低く、特に、200床未満の病院が顕著で、規模の小さい病院では、円滑では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、都全体より低く、特に、200床未満の病院で顕著で、規模の小さい病院では、診療科を限定することに重きは置かれていないという傾向でした。

中段の患者の重症度を限定することについても、都全体より低く、患者の重症度を限定することについて、全体的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、200床未満の病院は、都全体より高く、医師の数の増員が重要と考えている傾向でした。

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、都全体より高く、医師以外の職員の数の増員が重要と考えている傾向でした。

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は、全体的に都全体より低く、ベッドコントロールの改善は重要とは捉え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床以上の病院では、都全体より高く、患者の理解が必要性が重要と認識されている傾向でした。

次に、中段の患者家族の理解の必要性について、都全体と同様に高く、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。

なお、400床以上の病院は、いずれも1病院からの回答となっております。

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、都全体より高く、全体的に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った傾向でした。

右の中段の複数疾患を抱えた患者の受入れについても、都全体より高く、全体的に複数疾患を抱えた患者をお断わりしたことが多いといった傾向でした。

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で、200床未満の病院は、都全体と比べると数値が低い状況でした。

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組みですが、例えば、圏域内の病院の連携職実務者連絡会を設置し、相談がしやすい環境整備。医師の交代等で各医療機関の医療機能が左右されるため、各病院の医療機能等88項目にわたるアンケートを実施し、集計したものを情報共有。

救急搬送以外の入院相談は、地域医療連携室が窓口となり、必ず医師に判断を仰ぎ、各部署の受入れ体制を調整。地域では北多摩北部病病連携会議に紐づく、連携職連携会を開催し、事務室やMSW、入退院支援看護師等で勉強会などを実施。

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組みの考え等の回答は、例えば、介護との連携を強化して、社会的入院を減らし、医療が必要な患者を受け入れやすくしていく。

各医療機関間の医療機能を明示、共有することを推進していくべき。

医師不足は喫緊の課題。多くの二次救急は、配置医師の数や診療科に偏りが大きく、三次救急でも医師不足により機能不全が起きている病院もある。かかりつけ医機能の差も大きい。複雑で多問題を抱えるソーシャルハイリスクの患者家族に対するコミュニケーション力、対応力の向上は、全ての医療職に必要。

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、在宅診療をしている90歳以上の高齢者の脱水、発熱、肺炎等で、入院前提の診療依頼が入るが、依頼内容は専門的な治療ではなく、全身状態の改善や検査目的が多く、引き受けても下り転院を依頼するようなケースは散見。

高齢化で在宅診療も増加している中で、明確な終末期ではない患者に対する診療について対応に難渋。

高次医療機関では、マンパワー不足を理由に受入れを断られることが多い。また、逆に、在宅医療につなげたい場合にも、介護の人材、ケアマネ、ヘルパーなどが不足で、受入れがスムーズに進まない現状がある。

このような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》

○石橋座長：ありがとうございました。

一つ一つのテーマについて全医療機関の意見を聞くということができればいいんですが、残念ながら時間がそこまでございませんので、メインとなる病院の先生方にまずはご意見をいただいた上で、全体のご質問、ご意見をお聞きしたいと思います。

今、都のほうからお話がありましたように、高齢患者の受入れについて、特に現状とか課題に関してご意見をいただきたいと思っております。

北多摩北部地域には「病病連携」の会とかがございますし、連携室の会議もあって、比較的風通しのいい、そして連携はスムーズにいつていることが多いと思いますが、それでも、それぞれ難儀されているかと思っておりますので、ぜひご意見をいただければと思います。

では、最初は公立昭和病院の坂本先生、よろしくをお願いします。

○坂本（公立昭和病院 院長）：当院は高度急性期ということで、この地域での役割を担っていると思っておりますが、その中でもやはり高齢者の患者さんの増加は、救急患者、あるいは予定手術の患者も含めて増加している状況だと思っております。

高齢の方に関しては、救急で来た方も、あるいはご紹介で来た方も、一定程度状態が安定したあとの出口が非常に難しいというところが問題で、先ほどご紹介がありましたように、地域の中でそれぞれの病院の機能をお互いに共有して、どういう処置であれば受けられるかということ共有したいということを考えています。

そのところを解決することによって、依頼を受けたときの受入れがよりスムーズになるかと思っております。

それから、マンパワー不足ということに関しては、昨年4月からの“働き方改革”がボディーブローで非常に効いていて、今まで医師の献身的な業務の遂行で何とかかなえていたところが、当直をしたら必ずお昼に帰らなければいけないとかいうこともあって、ご依頼に対して受け切れないでいるということが原因であることが散見されているのが、今の状況です。

ただ、これに関しては、今の収支が非常に厳しい状況の中で、「では、さらに医

師数を増やしていけるか」というと、そこは非常に問題がありますし、また、我々の病院だけが増やしても何とかなるという問題でもないと思いますので、DX等も含めて、何とか医師の負担をタスクシフト等で軽減しながら、そのマンパワーを調整していくことを考えています。

○石橋座長：先生、一つお伺いしたいんですが、救急患者さんの受入れというのは、最後のとりでのように、A選定になりますと先生のところに行ってしまうかと思うんですが、A選定の救急が多いんでしょうか。それとも、連携というか、地域の病院さんから直、お願いをされるほうが多いんでしょうか。

○坂本（公立昭和病院 院長）：A選定というのは脳卒中の選定ですが、当院は大体、先ほどのような救急車の台数ですが、救急車の5台に1台ぐらい、20%弱がいわゆる三次救急ホットラインで救命救急センターへの依頼で、残りの8割以上が、いわゆる二次救急になっています。

緊急入院という観点で考えると、そのような形で救急車で来られる方とほぼ同数の患者さんが、医師会の先生方から、「きょう明日、急いで入院させてほしい」ということで依頼を受けて、準緊急入院というか、必ずしもその手段は救急車ではありませんが、ご紹介からの緊急入院があるという状況です。

○石橋座長：三次救急とかA選定でとかいう場合の患者さんの出口戦略と、二次救急で紹介で来られるような患者さんの出口戦略は、かなり違うものでしょうか。

○坂本（公立昭和病院 院長）：二次救急について、特に病院からのご紹介に関しては、一定程度落ち着いたところで元の病院にお返しすることを原則としています。

それから、クリニックの場合であっても、多くの場合はそのクリニックの先生がふだん連携を持っている2次病院がありますので、比較的その辺はスムーズにいきますが、

一番スムーズにいかないのは、老人施設に在所している方が悪化して、そこで転倒したり肺炎になったりというときに、施設から往診医、もしくはその施設の

職員からの119番で来られた方というのは、元の施設に帰れずに、かといって、じゃ、ほかに行き場があるかという、その施設の連携病院に関しては、「そこまではうちでは診れない」ということで、宙ぶらりんになることが非常に多いです。

○石橋座長：ありがとうございます。おっしゃるとおりです。そういうことになるかと思えます。

続きまして、複十字病院の大田先生、いかがでしょうか。

○大田（副座長、東京都病院協会、複十字病院院長）：坂本先生の公立昭和病院があつて初めて、私たちの病院が何とか二次救急病院として成り立っているという部分もありますし、それから、問題点を共有する部分もあるんですが、

当院はご承知のように、十分な形で対応できるのは呼吸器と消化器、この2つに関してはスタッフがきちんとつないで、緊急オペもできるという状況です。

例えば、循環器とか整形外科の外傷辺りは非常勤の先生方で今のところやっていて、その辺りの常勤がそろそろような形を一応トライしているんですが、なかなかうまくそろっていない。

それから、公立昭和病院と多摩北部医療センターと当院との3つのID-Linkを張って、もっともっと活用が進むといいなと思っているところですが、他の医療機関との間でのリンクが実際にもっと普及していけば、リアルタイムでのそれぞれの情報交換、正確な情報交換がより可能になっていって、地域として病院が、いろいろな検査のことも含めて、病院実習できないほどの特徴がみんなでも共有できるという認識を持っています。

あと、我々の世代と、その次の世代、そしてさらに若い世代、みんな救急に対する取組みが違うのをすごく感じています。

初期治療という概念、それから二次救急の概念といったところで、当院の役割に関して多少ばらつきがある。受療率にどうしてもばらつきが出るということで、その辺りを何とかして、施設の努力として、施設内ではきちんと精いっぱいできるような体制について、随分一生懸命やっているんですが、なかなか期待に沿えない。

そのときに一つ分かったのは、出たときのあとですね。次によそでお願いしな

ければいけないという内容が分かったときに、そこからの連絡網が当直の人らと十分できていないというのは常に言っているんです。

ですから、その辺りのところを、電話をずっとかけ続けて待ち続けたり、いろいろなことで無駄な時間を取っていて、その間、救急車が来たときに時には断らざるを得ないというふうなことを、地域としてももう少しネットワーク、情報がきちんとできること。

それから、連絡網に関してそういった待ち時間のない形、いわゆる機能する形でのコーディネーター的な役割、その辺りがもっと充実するといいいのではないかと認識しています。よろしくお願いします。

○石橋座長：ありがとうございます。

引き続きまして、多摩北部医療センターの高西先生はいらっしゃるでしょうか。

○高西（多摩北部医療センター 院長）：高齢者救急の問題に絞ってお話しさせていただきます。

当院ではこの高齢者救急に対して総合診療医を育成して、対応力を上げたいということで進めているんですが、まだまだ時間がかかりそうです。

実際には内科の先生たちが対応に当たってくれて、高齢者の方をなるべく受けるようにしているんですが、結構、ご高齢の方は介護力が必要だったりして、医師も看護師も稼働率は90%ぐらいなんです、「マジで疲れちゃう」という声を聞いて、そういった意味でマンパワーが必要なのかなと思います。

医療と介護の連携なんです、院内に介護力がすごく足りないというのを感じていて、ある程度めどがついたら、なるべく早く転院をお願いして、次の新たな患者さんを受けたいと考えています。

そこで、転院を進めたいんですが、これに結構時間がかかることがありまして、例えば救急の端末のように、「今だったら受けられますよ」とか、シンプルに情報共有できるようになるとスムーズに行くのかなと感じています。

実際に救急を受けた場合、今、大田先生からお話がありましたが、救急を受けたはいいんだけど、自分の病院でどうにもできないときに転送先を探すのに三時間、四時間もかかってしまう。夜間だとそれを医師がやらなければいけない

ので、そこがネックになっているなというのを感じています。

○石橋座長：高西先生、1点お聞きしたいんですが、緊急患者さんは最近「なるべく早くリハを始めろ」と言われていて、多摩北には立派なリハビリ場があったと思うんですが、そういうところで早くリハをして動けるようになって帰っていただくということが、受入れ先を探す上でもいいと聞いているんですが、そのような取組みなどはされていますでしょうか。

○高西（多摩北部医療センター 院長）：はい。急性期病院のリハビリはADLを落とさないという、そこはリハビリ科と共有できていて、早期リハビリ5日以内の介入率80%以上を目標にしています。

クオリティ・インディケータとしてやっているんですが、そこは十分達成できています。それが必要なんだというのはリハビリのスタッフも十分認識しています。

○石橋座長：ありがとうございます。

引き続きまして、東京病院の松井先生、いらっしゃいますでしょうか。

○松井（東京病院 院長）：特に複十字病院と似たような、診療科に少し偏りがあるので、高齢期で受けられないほうで言うと、重症度が合わないとか先生が合わないとか、あと冬場だと、ことしの冬は急に肺炎の患者さんが増えたので、急に増えると全員は受けられない、というところかなと思います。

どうしようということもないんですが、地域で足りないところは北部以外の医療圏にもお願いして何とかなっているんで、そういう形で今後行くんだろうなと思っています。

二次医療圏の中で絶対どうしても何とかしなければいけないわけではないので、東京都というところで比較的恵まれているエリアで医療をしているので、そういうことも含めてやっていけば、今のところ何とかなっているのかなという印象は持っています。

○石橋座長：ありがとうございます。

いわゆる特徴のある診療科で患者さんが多いということですが、今後、高齢者が肺疾患で入ってきたけれども、その他、糖尿病を含めて多数の疾患を持っているという場合にご苦労されるのかなと思うんですが、その辺の対応策というような検討も含めて、何かお考えのところはあるでしょうか。

○松井（東京病院 院長）：若い先生方は、比較的、内科を総合的に診られるような教育システムの中で育ってきていて、30代後半ぐらいから昔ながらの教育システムの中なので、どうしても専門性を先に身につけてきて、ジェネラルにいられなかったりするんですが、

今後、若い先生が増えていくことを考えると、ある程度、自分の専門性以外のところの領域についても診られるのではないかという印象は持っているので、若い先生の腕に期待したいところで、そこはそんなに心配はしていないんですが。

○石橋座長：ありがとうございます。若い先生方が総合医マインドを持って、かつ、初期研修、後期研修の総合内科的な素地を持ってこられるということですね。

○松井（東京病院 院長）：そうですね。後期研修を内科とかで3年やられているので。

○石橋座長：ありがとうございました。

あとは、西東京中央総合病院さんはいらっしゃいますでしょうか。野田先生。

○野田（西東京中央総合病院 院長）：高齢者の方の受入れということで、確かに受け入れたあとになかなか転院先が見つからないということもありますので、昨年度から我々は1病棟を地域包括ケア病棟にして、院内もしくは下り搬送と言われるような形を取らせていただいています。

連携というのは、各病院で診療の得意・不得意というのがありますので、病院・病院間の連携を強くしようと、西東京市の6病院で病院・病院の連携の推進会議というのを設けまして、活発に今活動はしています。

その情報共有等のアイデアを今出す段階で、今後それを実行することによって、地域の西東京市の機能を西東京市全体で総合病院として考えようというコンセプトのもとに、これからも具体的に進められると思っております。

○石橋座長：ありがとうございます。

精神科は特殊と言えば特殊なんですが、今度、「新たな地域医療構想」の中にも精神医療をどうするかが入ってくることで、精神科の問題を抱える高齢者が非常に入院してくるということで、一般病院との連携等も含めてご意見をいただければと思います。

○山田（東京都病院協会精神領域、薫風会山田病院 院長）：私ども、精神科は、精神科病院協会が介入しているところが多いんですが、日本精神科病院協会としても医療構想の中に参画していこうということ、正式に表明したという状況にあって、それで今回、私もこの会議に参加させていただこうと思ってこちらに入っています。

今の状況としては、先ほど西東京中央総合病院の野田先生がお話しされていたとおり、西東京市内の病院として、私どもも精神科の病院として、一般科の先生方と一緒に連携を深めるという形で協力できればと思っています。

私ども精神科は、医療法とは違って、精神保健福祉法という法律のもとで病床の運営をしていますので、少し性格が変わってくるところがあるんですが、一方で、石橋先生がおっしゃるとおり、身体合併症を持つ精神疾患の患者、その逆もしかりですが、そういった患者が非常に増えている状況もあります。

特に高齢の患者さんで認知症があるとなると、私ども精神科がどうしても介入せざるを得ないというケースももちろんあるので、一般からの救急を円滑に進めるために精神科の病棟が果たす役割が何かあるのかなと、今個人的には考えているところではございます。

病床の数に関してはどうしても私ども多いわけですが、病床がないとどうしても地域で生活が維持できないという人がいるのも事実ですので、その辺のことを考えながらこの会議でも考えていきたいなと思っています。

○石橋座長：ありがとうございました。

本来なら全員の先生からお話をお聞きしたいと思うんですが、もう時間も過ぎてしまいましたので。

ただ、地区診断に関しましてご意見とかご質問があればお受けしたいと思えます。いかがでしょうか。

今度、地区診断というような、新しく古いですか、我々が学生の頃に公衆衛生で地区診断とかいう話があった言葉ですが、そういうものが復活してきたのか、地域医療の中に当然入るべき言葉が入ってきたのかどうか分かりませんが、

この辺について、「こういうデータをちゃんと集めたほうがいいよ」とか、「こういうデータをもとにしながらみんなでディスカッションしよう」というご提案も含めて、何かございましたらご意見をいただければと思うんですが、いかがでしょうか。

もしよろしければ、ぜひ地域医療構想調整会議のご意見をいただければと思えますので、後日で結構ですので、東京都のほうにご意見をいただければと思っております。

ということで、駆け足でやってまいりましたが、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：皆さん、ご議論をありがとうございました。

地区診断ということを経験してみると、診断が難しい状況が山ほどあるわけですし、ましてや治療もできない疾患だってありますし、今後、地区診断して、診断に結びつけるのは難しいところもあると思うんです。

ただ、診断するために、あるいは治療するために必要な検査というのはあるわけで、検査結果、データがあればもっといい診断ができるのか、治療に至るのかといった感じで、今後の展開に移されるのかなと思えます。

本日はどうもありがとうございました。

○石橋座長：ありがとうございました。

東京都医師会の佐々木先生、コメントはございますか。

○佐々木理事：こちらの圏域がほかと違うのは、5つの地域全体が1つの形で、

救急には協力して機能を果たしているんだと。

“かかりつけ医”のほうでは、面としての“かかりつけ医”機能という言葉がありました。面としての医療機能だと思います。

そういうことができる地域はそれでどんどん連携していけばいいでしょうが、逆にそれができないときに、圏域を越えて連携することも必要になってくるということで、両方合わせて考えていくのもいいかなと思います。

○石橋座長：ありがとうございました。

活発なご議論、本当にありがとうございました。

時間が過ぎてしましまして大変申し訳ありませんが、こういう調整会議というのは、皆様のご意見を聞き、また皆様と情報を共有する場ですので、ぜひ情報提供を行いたいということがありましたら、後ほど東京都のほうにご意見をいただければと思っております。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：今、物価高騰で病院経営は本当に大変な状況にあります。そういった状況の中で、東京都医師会は、東京都病院協会と一緒に、令和7年度の予算要望を東京都にしてきたところです。

その中で、緊急的な支援事業がまず東京都のほうから提示されました。あと、議会を通じて決定されるようになります。

皆さん、ニュースで聞いたかもしれませんが、各病院で1人1日580円の補助があります。これは金額にすると、それなりの金額になりますので、来年度、ぜひご活用いただきたいと思います。

東京都も、ふだん冷たいように感じていましたが、今回は非常に頑張ってくれて、特に医療政策部の人たちは財務当局とかなり折衝してもらったものだと思います。

病院協会もそうですし、東京都医師会も、病院の経営、地域医療について本当に大変だと思っていて、尾崎会長が病院の支援を強くお願いしていたところが通じましたので、それだけアナウンスして終わりたいと思います。

○石橋座長：ありがとうございました。

それでは、本日予定され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、本日は大変様々のご意見をいただきまして、また貴重なご意見をいただきましてありがとうございました。

この地域ではすごく連携が進んでいるという印象を受けていますので、ほかの圏域でも、新しい地域医療構想を考える上でもぜひとも参考にさせていただきたいと考えております。

また、先ほど土谷先生からご案内いただきました令和7年度の地域医療に関する緊急支援事業ということで、我々もメニューを用意しています。

今、各医療機関の先生方に説明できるように準備を進めていまして、また改めて説明の機会をいただきたいと思っていますので、その際はどうぞよろしく願いたいいたします。

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っておりますので、ぜひとも、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週間をめぐりにお送りいただければと思います。どうぞよろしく願いたいいたします。

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)