

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

令和7年2月14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』

〔北多摩南部〕

令和7年2月14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（北多摩南部）を開催させていただきます。

本日はお忙しい中ご参加をいただきまして誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、東京都保健医療局医療政策部、計画推進担当課長の立澤が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式で開催いたしますので、事前に送付しております「Web会議参加に当たっての注意点」をご一読いただき、ご参加をお願いいたします。

また、本日の配付資料はボリュームが多くて大変恐縮ですが、事前に送付しておりますので、よろしければ、資料をご覧くださいながら、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。

きょうは、資料も内容もすごく多いですが、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、報告事項の3つ目の「新たな地域医療構想について」です。

現行の地域医療構想は、ことしが目標年ですが、これで終わりではなく、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。

それから、議事としての3番目は、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、この2点について特に活発に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ように、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回調整会議でご説明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申し上げます。

○立澤課長：ありがとうございました。

本会議の構成員ですが、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。

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、これ以降の進行を齋藤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

○齋藤座長：座長の、小金井市医師会の齋藤でございます。

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保健医療計画担当の井床と申します。

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日から島しょの2月12日までの13圏域で実施いたしました。

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

資料1-2-1をご覧ください。

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

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

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

②については、多職種連携に関して、連携の方法が定まっていない。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枚目の上段の一番右に北多摩南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、顔の見える関係の構築に際して、各職種の立場や役割を相互に的確に理解することが重要。

在宅療養のチームにおいて、DtoDの取組みを推進し、医師同士の連携を深めていく必要。

同じ職種間での連携も重要であり、特に、介護関連の職種や地域包括ケアセンター、老健、社協など、同業単位で連携のルールを定めるとよい。

このようなご意見がございました。

また、医療・介護の人材不足に関連して、人材不足については、各市レベルで解決できる課題ではなく、広域的な連携によるバックアップが必要といった意見が上がっておりました。

そのほか、老健では、医療ショートステイも行っており、在宅医の手助けになると考えるが、十分に周知されていない状況。また、施設間の情報共有が行われていないので、MCSなどにも参加していきたいというお話も上がっておりました。

在宅療養ワーキンググループの報告は以上となります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ただいまの報告事項についてご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。どうぞ。

○山田（調布病院 院長）：老健の医療ショートステイについて教えていただきたいのです。

介護のほうに入るので、医薬品とかが持ち出しになってしまうことが多いと思うんですが、この場合は、具体的に、どういう症例をどのようにやっているかということをお教えいただければと思います。

うちも老健を持っていますが、余り聞いたことがないので、質問させていただきました。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

在宅療養ワーキンググループで出た意見についてのご質問だと思いますが、具体的にどのような内容をやっているかが、我々も今分からないものですから、確認の上、後日ご連絡させていただいてもよろしいでしょうか。

○山田（調布病院 院長）：お手数をかけますが、お願いします。

○齋藤座長：ほかにいかがでしょうか。

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

○齋藤座長：ないようですので、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

○齋藤座長：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。

○齋藤座長：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：ポイントを少しお話ししたいと思います。

これまでの調整会議では、病床の話を中心に話し合われてきましたが、今後の新たな地域医療構想においては、入院だけではなくて、外来、在宅、介護も含めて議論しましょうということになっています。

それから、「回復期」という名称が変わり、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。これまで、「回復期というのがよく分からない」ということでしたが、それが、このようになります。

それから、「病床機能報告」がありました。4つの機能を報告していただいていたのですが、実際の医療連携とかで何か効果があったかと言われると、「報告はあったけれども、それが何なんだ」というようなところが多かったかと思います。

その反省に立って、「医療機関機能報告」というものが始まるということになりました。

「病床機能報告」のほかに「外来機能報告」という制度も始まりまして、今回が3つ目ということになります。医療機関そのものがどんな病院なのかが分かったほうがいいのではないかとということで、こういった報告制度が始まります。

なお、「かかりつけ医機能報告制度」というものも、来年から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。ただ、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、いろいろな分野の話をすることになりますと、どれだけ議論を深められるかということ、それはなかなか難しいと思いますので、議論の仕方、会議体の在り方については、今まで以上に工夫する必要があると思っています。

○齋藤座長：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。

○西田理事：先ほどの山田先生の質問に対してですが、ショートステイについてです。老健、特養、介護医療院、介護付き有料老人ホームでこれが可能です。

老健の場合は、「短期入所療養介護」という形で、短期リハビリの目的でやられ

ていると思います。

○山田（調布病院 院長）：ショートステイは一般的にやっているんですが、医療と介護は結構分かれているので、老健で医療行為をすると、それが持ち出しになってしまうんです。

「医療ショートステイ」というのは今までのショートステイと違うのかとか、医療行為に対して、今までのような全部持ち出しじゃないシステムがあるのでしょうか。

あるんだったら、それに参加して、地域に貢献したいと思って、質問したんです。

○西田理事：それは、同じく「包括」だと思います。医療ケアと介護ケアを同時にということになっていますが、「包括」だと思います。

○山田（調布病院 院長）：なるほど。分かりました。

「医療ショートステイ」という名前でも、結局、今までのショートステイと同じだよということですね。

○西田理事：はい。そういうことだと思います。

○齋藤座長：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）

○齋藤座長：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、この北多摩南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、北多摩南部の個別の医療機関の状況をまとめております。こちらは、表の赤枠内の医療機関は基準等を満たすため、紹介受診重点医療機関とすることと考えております。

次に、④の医療機関のうち、都立小児総合医療センターにつきましては、基準等を満たしていませんが、昨年度の協議の中で、小児医療に特化している特殊性に鑑み、特例的に紹介受診重点医療機関とされております。

今回も、病院から紹介受診重点医療機関となる意向が示されておりますので、昨年度と同様に、引き続き紹介受診重点医療機関としたいと考えております。

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。

○齋藤座長：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。

特になければ、赤枠で囲まれた医療機関のほか、都立小児総合医療センターは、小児医療に特化している特殊性に鑑み、昨年度と同様に、特例的に紹介受診重点医療機関とすること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。

○齋藤座長：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）

○齋藤座長：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。

○齋藤座長：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。

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）

○齋藤座長：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。

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ページ目にグランドデザインと課題、3ページに対応方針、4ページに取組みと到達目標を文章で記載しております。

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

説明は以上でございます。

○齋藤座長：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。

○小川（副座長、東京都病院協会、調布東山病院理事長）：2025年に向けた推進区域の区域対応方針の資料6－2を拝見しましたが、これは、2040年ではなくて2025年のことを書いているという理解でよろしいですか。

○立澤課長：はい。そのとおりでございます。

○小川（副座長、東京都病院協会、調布東山病院理事長）：そうすると、もう2025年なので、ここに余り時間を割きたくないというのが、現場の意見ですが、2040年に向けてというのは、また別につくられるということによろしいですか。

○立澤課長：おっしゃるとおりでございます。

先ほども少し触れましたが、令和7年度に国が策定のガイドラインを出して、それを踏まえながら、8年度に実際の策定の作業を今考えているところですので、2040年に向けた対応方針は、8年度に作成するということになります。

○小川（副座長、東京都病院協会、調布東山病院理事長）：分かりました。ありがとうございます。

○齋藤座長：それでは、山田先生、お願いします。

○山田（調布病院 院長）：これから人口がどんどん減っていきますよね。出生数も75万人を切っていますし、女性は50歳以上の人が半分ぐらいになってしまいましたので、人口が増える見込みはないかと思っています。

そうすると、例えば、北多摩南部医療圏だとすると、“北多摩南市”みたいな感じになったとして、大きなくくりで、人口の配分によって、インフラがどう必要かということは決められていくのではないかと考えております。

医療というのは社会的インフラだと思っていますので、これから先を見越すの

であれば、それぞれの自治体が統合していった、地区医師会も統合していった、その医師会と都が連携しながら、例えば、この“北多摩南市”には病院が何か所必要で、クリニックは余り駅の近くとかに集中しないで、ばらけてほしいなというようなことを、もっと主体的に介入していくようにしないといけないと思っています。

今までは、「ご希望があれば」とか「ご協力いただければ」という感じだったと思いますが、それだともう乗り切れない時期に入ってきているのではないかと、私はすごく危機感を持っています。

その辺は、東京都や東京都医師会ではどのようにお考えかということをお聞きしたいと思います。

○岩井部長：ご意見ありがとうございます。

人口のお話については、推計ではありますが、令和5年の国の推計等を見ますと、東京都全域ではまだしばらくは増えていった、2040年に向けてはまだ減らないというようになっております。

ただ、一方で、先生方もご存じのように、生産年齢人口はだんだん減っていった、65歳以上の高齢者の方が増えていくということも、併せて出ております。

そういった状況の中で医療提供体制をどのように考えていくかということに、当然なっていくかと思っています。

国のほうでは、先ほど、2040年に向けた新たな地域医療構想について、報告事項の中でご説明いたしました、4つの機能を見直すことと合わせて、医療機関の機能というものも報告してもらうという制度を、今考えているということです。

そういった中で、地域にどういった医療機能がどれぐらい必要かというような議論にも、今後つながっていくというような面も、示唆されていますので、まだ具体的なところまでは分かっていませんが、そういうところも合わせて考えていく必要があるかと認識しております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

土谷先生からもお願いします。

○土谷副会長：新たな地域医療構想のところでもお話ししましたが、こういった単位で話し合えばいいか。例えば、介護の話であれば、区市町村が単位になりますし、医療になるともう少し広域になると思います。三次救急となると東京都全体になるというように、疾患ごとにいろいろ変わると思います。

ですので、新たな地域医療構想の中で、協議の場をつくるときには、単位を大きくしたり小さくしたりしていく必要があると思っております。

2040年を見据えたときに、人口構成については、東京においては見通しのとおりかと思いますが、2040年になってから変わるわけではなくて、新たな地域医療構想においては、2040年を見据えて、あとの協議で出てくる「地区診断」というのは、「この地域は今後どのようになっていけばよいか」ということを、皆さんで話し合っていただければと思っております。

○山田（調布病院 院長）：分かりました。ありがとうございます。

○齋藤座長：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。どうぞ。

○荻本（調布市医師会 副会長）：ここで話すのが適切な話題かどうか分かりませんが、どこの先生方も経験されていると思いますが、人手不足になってきて、医療界にも人が来なくなっています。しかし、高齢者が今後増えてくると、それにつれて人手もかかってくるようになります。

そうすると、医療連携をしていこうというだけでは、もう対応できなくなっていくと思いますが、それに対して、どのぐらいのコストをかけてやっていくかということが見えてこない、私たちが自分で経営しているところで、コストをかけて何かしていこうというマインドが、なかなか上がってこないと思います。

ですので、近所のレストランの時給を見てびっくりして、自分のところの職員の時給の単価を上げる必要があると思っても、診療報酬はなかなか上がってこない中で、東京都は最低賃金も高いわけですから、そういったことをどのように考えていけばいいかということ、セットにさせていただくことが、今後の東京の医

療を持続的に考えていく上で、切っても切れないことではないかと思っております。

お金の話はここでほとんど聞いたことがなかったので、ここで一言言わせていただきましたが、ぜひそういったところも議論の俎上に上げていただければありがたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございます。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：ありがとうございます。

事業を推進するにあたっては、事業計画と予算の話をするわけで、その2つが両輪になっているわけですが、現行の地域医療構想においては、予算の話がないというのは、ご指摘のとおりです。

「医療介護総合確保基金」を使ってもいいというところはあるかもしれませんが、お金の話はほとんど議論されてなかったということは、私も認識しております。

新たな地域医療構想で、「お金がこれだけあるから、これをみんなでどのように使っていけばいいか」という話をすることができるかという、恐らくお金の話は出てこないと思います。

ただ、今度の新たな地域医療構想は、「地域医療計画の上位概念」ということになっていますので、これが一つのポイントだと思います。

つまり、現行の地域医療構想の会議は、医療計画の枠組みの中での話合いになっていますが、新たな地域医療構想は、そうではなく、地域医療構想の話があって、それを踏まえて医療計画を策定するというような構想になると言われています。

つまり、この新たな地域医療構想のときの議論というのは、医療計画の上に立つということになるため、皆様のご意見がより一層重要なものになってきますので、そこで、お金の話は出ないかもしれませんが、出てきたときには、それが医療計画に反映するものになるかもしれないと考えております。

ですので、今はお金の具体的な話ができるわけではありませんが、新たな地域

医療構想になったときには、「医療計画に反映させるんだ」という心意気で、ご議論いただきたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

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。

武蔵野赤十字病院が、4000件超と突出しており、次いで、杏林大学病院、都立多摩総合医療センターが、2500件以上、榊原記念病院、府中恵仁会病院が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。こちらは、杏林大学病院が、1万2000件弱と突出しており、次いで、武蔵野赤十字病院、都立多摩総合医療センターが、7000件以上と多く、榊原記念病院と慈恵医大第三病院も、4000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、300床以上の、都立小児総合医療センター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。

次のページからは、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。

最も多いのは武蔵野赤十字病院で、年間344人、次に杏林大学病院で、年間343人、次いで府中恵仁会病院で、年間238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。

最も多いのは武蔵野赤十字病院で、年間388人、次に調布東山病院で、年間219人、次いで杏林大学病院で、年間208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。

最も多いのは榊原記念病院で、年間2415人、次に武蔵野赤十字病院で、年間850人、次いで杏林大学病院で、年間727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。

最も多いのは武蔵野赤十字病院で、年間525人、次に杏林大学病院で、年間381人、次いで慈恵医大第三病院で、年間362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。

最も多いのは府中病院で、年間312人、次に府中恵仁会病院で、年間155人、次いで武蔵野赤十字病院で、年間124人でした。

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

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

一度、先ほどの資料6-1の3ページに戻させていただきます。続いてお示しするのは、②の各病院の事前アンケートをまとめた資料です。資料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、北多摩南部では全体37病院のうち5割弱に当たる19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、一部は、50%台、60%台の回答がございました。

地域一般は、200床未満の病院で50%未満、60%台の回答がございました。

地ケア1・2は、50%台、60%台の回答が多く、地域包括医療と地ケアの療養病床については、80%以上と、稼働率が高い状況でした。

回りハ、療養、その他は、概ね70%以上でしたが、療養で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、上段の平日・日中の緊急搬送ですが、こちらは都全体より高く、全体的に円滑に行われていると認識していると考えられます。

中段の休日・夜間の緊急搬送ですが、都全体と比較してやや高く、特に、400床以上の病院は、都全体と比べると、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。

なお、この上段の診療科を限定することと、中段の患者の重症度を限定すれば、ということについては、いずれも200床以上400床未満の病院からの回答は、1病院からでした。

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床以上400床未満の病院と4

00床以上の病院は、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、200床未満の病院と400床以上の病院は、都全体より高く、これらの病院では、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。

6ページの右側は、上段の患者、中段の患者家族の理解の必要性については、いずれも、特に、200床未満の病院は、都全体より高く、必要性が重要と認識されている傾向でした。

なお、これらも、200床以上400床未満の病院は、1病院からの回答でした。

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

左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、複数疾患を抱えた患者の転院が決まらないことが多いという傾向でした。

右の中段の複数疾患を抱えた患者の受入れについては、400床以上の病院は、都全体より高く、複数疾患を抱えた患者をお断わりしたことが多いという傾向でした。

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、都全体と同様に、当初と比べると連携は進んでいるというお考えの傾向でした。

8ページ右側以降は、自由記載の回答をまとめております。

まず、連携等に関する影響に対する自院や地域の取り組みですが、例えば、4月から介護施設とのつき合いが始まり、“分担医療”を実施。平日は病院、夜間・休日・祝日は、開業医が診療し、情報交換を行い、患者、家族、介護施設の連携はスムーズ。

自院所有の救急車であるモバイルCCUの活用により、患者受入れや救急治療の迅速化。

受入れ相談時に、時間帯を問わず、医師に速やかにつながり、直接受入れ調整できる体制を図っており、緊急相談が多い医療機関には、緊急転院相談を受ける直通電話番号を配布、周知。

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、介護施設からの配置医依頼が多く、医師募集をしているが、なかなか難しい。また、地域の開業医との連携を密にし、小規模医業分担策のような経験談など教えてほしい。

地域で高次施設も当番制で上り転院を受ける。当番制で中小病院も下り転院を受け入れる。(科別でもよい)

転院先の確保が難しいことなどにより、30日を超える長期入院患者が増加傾向。本来の病院機能である重篤な救急患者の円滑な受入れのため、高度救急医療後や合併症患者の転院先の確保が、円滑に行われる連携体制が必要。

救急患者連携搬送の算定に取り組みたいが、搬送時の同行などの人員確保が課題。協定を結ぶことで、地域の中で役割分担できるとよい。

このような回答がございました。

最後、左下には全般的なご意見を記載しておりますが、地域医療構想の中で介護医療院は必要な施設だが、人件費が高く、人員もなく、法の縛りが大変。医療機関併設介護医療院の勤務者数を緩和すべき。

医療費支払いの目途が立たない方(生保には非該当の場合)の受入れ先が限定。成年後見制度の申請を進めた場合、後見人が決まるまで転院できず、入院が長期化。

精神疾患がある患者の身体合併症の受入れ先に難渋。行政のバックアップが必要。

地域の医療機関の空床状況、マンパワーを含めた実際の受入れ可能病床数が、リアルタイムで可視化されるとよい。

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》

○齋藤座長：ありがとうございました。膨大なデータがあるので、なかなか理解が大変ですが、それでは、意見交換に移りたいと思います。

まず初めに、東京都病院協会代表の、調布東山病院、小川副座長から追加で提出いただいた資料についてご意見をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○小川（副座長、東京都病院協会、調布市東山病院理事長）：質問は余りなく、きょう私がお話しさせていただくことを含めてですが、できれば、せっかく集まっているこの会議は、報告を聞く時間をもっと短くして、データを読んできてすぐ議論に入れるようにしていきたいと考えております。

そして、皆さんもいろいろなところで、自分たちの現場をもっと変えていくための有効な会議にしたいという先生方のご意見が、あらゆる二次医療圏の先生方からも出ていて、そういう意味で、今後、このアンケート、これは東京都病院協会のほうでまず第1回目として考えてつくっています。できれば毎回アンケートを繰り返しながら、

この医療圏は、先生方に声がけさせていただいてご協力いただいて、大変多くの病院の先生方にアンケートをお答えいただいています。が、「こういうことを聞いてほしい」とか、「こういうことを聞いたらどうか」、あるいは、もっとできれば多くの先生方にアンケートをお答えいただいて、最終的には先生方のご評価がいただければ、できればマッピングをして、それぞれの医療機関、稼働率、救急受入れを含めて、現状どうなっていて、それぞれがどういうふうに協力し合えるのかということもお話しできると本当はいいなと思っております。

ただ、それは難しいという率直なご意見もあれば、ぜひお願いしたいと思います。

そして、できれば、先ほど山田先生のほうからもご意見がありましたが、まず

大前提として、東京都は八王子の西多摩医療圏以外は、向こう二十年、人口はそれほど減らない。ただ、後期高齢者が増えるので医療・介護の需要は増える。

今インフレに社会が振れていて、他業種はどんどん賃金がアップしています。人材は、医療者だけではなくて、それこそソーシャルワーカー、事務の皆さんですが、我々医療者の手を煩わせないように一生懸命やったださる事務の方々も、マンパワーが不足していて、医療・介護系、あと市役所の皆さんも、保健師さんとかいろいろな方が募集してももう人が来ないという状況です。

どうやって効率よく、DXも含めて連携を進めながら地域を守っていけるのかということを前提に、今がどうこうというより、三十年、四十年後に私たちが余り苦しくなく連携が深めていけばいいなという視点で、ご意見をいただければありがたいと思っています。

まず、私の副座長の資料です。これはお目通しいただいている前提ではありません。

今後、見ていただければと思いますが、こちらは「北多摩南部アンケートの結果を見て」ということで、ざっくばらんにまとめてみました。

先ほどの報告に、私たちの二次医療圏は割とバランスがよく、連携が取れているなど。ほかの二次医療圏のデータを有志のコアメンバーで今分析して、調整会議のそれぞれの医療圏で全く異なるので、より有効にするためにどうしたらいいかという議論をしている中で、北多摩南部二次医療圏は割といいほうだと感じました。

ただ、やはり多かったのが、下り転院をもう少しスムーズにできないかというご意見と、あとは、下りを受けるにしても、「すぐ相談できる窓口があればもうちょっと受けられるかもしれない」という意見もあったということです。これを簡単にまとめました。

次のページをお願いします。

これはデータとして、ついこの間、二次救急医療機関代表者合同連絡会というのがあったところで出てきたデータです。

令和6年度からどんどん入院患者さんが増えているということで、やはり、まだまだこれから緊急逼迫がある。それから、コロナの第5期のときのように、このお正月でインフルエンザが猛威を振るったときには、一時的にかなり厳しいこ

とが起こり得ると感じました。

次をお願いします。

これが私たちの二次医療圏で、コロナ禍の青とかピンクではなくて現在赤で、相変わらず、北多摩南部はなぜか連携がいいと我々は感じていますが、今後、杏林大学と慈恵医さんは「東京ルール」に準じて、ここがどうなるかを含めて注視が必要であるということです。

次をお願いします。

ここは地区診断のデータのところです。先ほどご報告いただいた松田先生のデータですが、あれだけだと実は実態がよく見えてこないなという印象です。

ここは文字にしたんですか、これを100床換算にするとまたちょっと違う実態が見えてきます。一度共有を外していただいて、私のほうで。

これは、実は東京都さんをお願いして出した、北多摩南部の先ほどのデータの100床換算にしたときに、意外と、例えば府中病院さんは整形外科でいっぱい取っているとか、民間の中小病院もしっかりと救急を受けている。この中で、どこが、どういうふうなところが強いのかということも見えてきます。

できれば来年度、この辺りを含めて、どういうことを議論していったらいいのかということ、先生方にきょう、もしデータを見ていただいていたら、お考えになったこと、お感じになったこと等々、ご意見をいただければありがたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。大変よくまとめていただいて、分かりやすい説明をしていただきました。

今の小川先生のお話を含め、今後の議論をどうやって進めていくか、どういうデータが必要かということを含めて、ご意見をいただきたいと思いますと思いますが、どなたかいらっしゃいますか。

時間も迫ってきてしまったので、こちらから指名させていただいてよろしいでしょうか。

まず、高度急性期の日赤の黒崎先生、救急車をたくさん受けていただいて、下りとかも大変苦勞されていると思いますが、いかがでしょうか。

○黒崎（武蔵野赤十字病院 院長）：小川先生がおっしゃったとおり、病院の財務状況を健全に保つのは非常に難しく、それは、委託とかを含めて、人を雇用するところが非常にコストが高いので。

確かに医療構想というのは医療計画の上位概念ではあると思いますが、なかなか現実、体制を整備するのが非常に苦しい状況であるということも含めて考えないと、理想的な医療構想が組めないのかなと思います。

その上で、我々、急性期はなるべく間口を広くして、受けようという努力を最大限しております。そして今、急性期の下り搬送、疾患を限定して、「こういう疾患だったら受けていただける」という協定を17医療機関と結んで、実際に1か月に20件弱ぐらいでしょうか、急性期転院ができています。

ただ、小川先生も、患者さんの搬送をもう少し簡便に簡単にできないかというマッチングのところの問題があるとおっしゃっていますが、まさにそれが一番の問題で、ドクター・ツー・ドクターのやり取りが一番速いんですが、そこに物すごく時間を割くので現場の医師が大変で、疲弊しているという声も聞かれています。

ですので、下り搬送はすごく必要で、受け手側も出し側も両方とも必要だと思いますが、患者のマッチングをいかに迅速に簡便にDX化していくかが、鍵になるのではないかなと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

次は、急性期の三鷹中央病院の吉田先生、ご意見をいただけますか。

○吉田（三鷹中央病院 院長）：今、黒崎先生がおっしゃいましたが、例えば、下り搬送をもう少し効率よくする方法を、具体的に疾患別にもう少し詰められるのではないかなと思うんです。

杏林大の付属病院にしても日赤にしても、例えば手術ですと、予定手術で手術室が埋まっていて、そこに外傷、骨折なんかが入ってきても、なかなか手術作業ができない。

ですから、落ち着いた患者だけではなくて、そういう手術の対象になるような患者も、私ども中小病院に送っていただけましたら、もう少し対応もできるので

はないかと思うんです。

落ち着いた患者ばかりではなくて、そういう中小病院でもできるような手術症例も送っていただけると、もっと下り搬送の症例数が増えるような気がします。

○齋藤座長：ありがとうございました。中小病院の特性を踏まえて、それもよく理解して、高度急性期病院から下り搬送して、手術等も対応していけたらいいということだったと思います。

では、続きまして回復期の、多摩川病院の後藤先生は入っていらっしゃるのか。

○後藤（多摩川病院 院長）：我々の病院は療養病床をベースにしているものですから、救急の受入れはなかなか難しい状況にあります。

下り搬送に関しては、夜間を避けていただければ対応できるのではないかと思います。稼働率が結構高いので、そこら辺は要相談になっております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

続きまして、慢性期の桜町病院の瀬口先生、いかがでしょうか。

○瀬口（桜町病院 院長）：今、下り搬送はお受けしているんですが、実際にドクター・ツー・ドクターでの話が一番話が速いということで、下り搬送も含めて、地域の施設、開業医の先生からの紹介は、直通電話でドクターが受けるようにしています。昨年からそういうふうにして、返事をすぐにできるようになっています。

下り搬送についてはできるだけお受けしたいんですが、どうしても依頼が集中したり、小さな病院ですので、きょうは受けられなくても明日は受けられるということがあったりするんですが、当日、全てを受けることができないということもあって、苦慮しているところです。

○齋藤座長：ありがとうございました。皆さん、下りにおける意欲を持たれていて、様々な工夫をされているようですね。

では、また高度急性期に戻って、榊原記念病院の磯部先生、いかがでしょうか。

○磯部（榊原記念病院 院長）：問題が多岐にわたって、小川先生がおっしゃったように、この会議で建設的に意見を練っていくのはとても大事だと思うんですが、効率をもう少しよくしていただきたいというのは、小川先生の同じ意見です。アンケート等ですね。

それから、下り搬送は私ども逼迫していて、私ども高度急性期で、救急車をゼンパク中心で受けていますが、先日も時期が時期ですので95%を超えて、もう患者さんは入れないというところまで来ています。

そういう中で、私どもは比較的、特殊な疾患とか予定の患者さんが多くて、「下りの搬送を受けたいけれども、その患者さんは無理です」というのがほとんどなんです。

ですから、結局、自分のところで対応するしかないという下りの問題が、地域的に具体的に解決できればと思っております。

それから、これは前にも申し上げましたが、大動脈乖離の手術をできる施設が、この北多摩南部にも何か所かあるはずですが、実は三次救急から乖離が、私どもは二次救急ですが、搬送されてくるんです。

ですから、それは搬送システムをもう少し、これは地域の問題というよりは、国あるいは東京都の問題だと思うんですが、それはそれで解決していただきたいと思います。

あとは、土谷先生、お金のことはここでは話せないということもありましたが、結局、何が困っているかという、多くの病院が今、赤字になりつつあるんだと思うんです。

診療報酬がどんどん厳しく締めつけられている中で、この地域はまだ人口が増えてきて高齢者が増えてくるわけですから、それを「何とかせい」というのは無理難題ではないかと思うんです。

その辺、診療報酬をこうやって厳しくやっているところで、病院が、コロナが一応終わった形になって経営的に厳しいところで再編しようというのは、なかなか厳しいなということを、ぜひ、国なり都なりに上げていただきたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

何か土谷先生。

○土谷副会長：最後に言おうかなと思ったんですが、今言ってしまいます。

磯部先生、ありがとうございます。

東京の今後の医療においての問題は、高齢者の人口がずっと増えていく。高齢者というのは医療需要が高い人たちなので、医療全体の需要が高まっていくのは当然だと思うんですが、

じゃ、それに見合うように人手が足りるのか。先ほど議論がありましたように、そんなに増えるわけではない。高齢者の伸びに比例して医療従事者が増えるということは見込めないと思います。

なぜかと言われると、お金の話です。診療報酬の話です。診療報酬の枠組みの中で、特に東京は全国の中でも本当に大変な思いをしてやっている。私も病院をやっていますが、本当に大変な状況です。皆さんのところも同じだと思います。

そういう中であって、もう診療報酬だけでは難しいというところで、あとで言おうと思ったのはその話ですが、東京都が、臨時の緊急の補助金、支援金を充ててくれることになりました。

これは、今までずっと医師会としても要望していたところですが、なかなか実現できなかったところ。これは画期的なところ。これは画期的なところ。これは画期的なところ。

ニュースでご覧いただいたと思いますが、321億円で、生々しい話になりますが、1人、入院1日当たり580円の手当てがつくということになりました。1年間です。その後は未定というところ。その後は未定というところ。その後は未定というところ。

これについては、きょうここで一緒にやっていますが、東京都の中でも医療政策部の方たちが非常に骨折りしてくれたと思います。折衝する相手は財務の当局だと思うんですが、そういった中で、それだけの支援金を実現できたと思っています。

現行の診療報酬では本当に厳しい。しかも、先ほどは人数の話をしていましたが、インフレの話もすれば、当然、今後もずっと増えていく。

インフレに相当して診療報酬が上がっていくのか。0.88%ですから、ほかはもっと上がっていて。例えば給食費とか、外注したときに値上げ交渉している

と思うんですが、0.88%以上です。1桁違う話で、8%とか10%といった話です。

そういう状況でやっていくのは本当に大変だと思うんですが。そういった中で支援金のできましたので、ぜひご活用いただきたいと思います。

ただ、条件はあります。それは、病院の経営状況を報告することになります。その中で、支援金がどの程度活かされているのか、足しになっているのかという調査になりますので、そうした調査に協力いただいて、ぜひ活用いただきたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。金銭的なことについてはなかなか難しいことがあるようですが、なるべく東京都のほうにお願いしてということになってしまいますが。

それでは、時間をちょっと過ぎてしまいましたが、続きまして、多摩総合医療センターの榎山先生、いらっしゃいますか。お願いします。

○榎山（都立多摩総合医療センター 院長）：特に新しく申し上げることはありません。先生方がご指摘のとおりだと思います。

今後の地域医療構想の枠組みを必ずしも二次医療圏ということにこだわらずに、東京都全体で考えていただけるということについては、非常にありがたく思っています。

医療の内容に応じて、例えば救急だとか災害だとか、あるいは救急の中でも、循環器だとか消化器だとか、脊柱管だとかあると思いますし、がんにおいてもそうですが、それぞれの問題に応じて、医療圏を拡大、縮小しながら、少し細かい単位で。

あるいは北多摩南部などは、私ども若干個別事情ですが、東側と北西の端にある私どもの病院ではかなり事情が違っているということもありまして、場合によっては少し細かく分けたり、それを足したりしながら、問題に応じた議論ができるようにしていただければありがたいなと思います。

それから、小川先生がおっしゃったマッピングということについても、ぜひお願いして進めていただいて、マッピングの中でしかるべき区分がどういう形なの

かということ、一緒に考えさせていただければありがたいと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。確かに圏域の境目にある病院の先生方は違った苦労があるかと思いますが、圏域を大きくしたり小さくしたり、いろいろ工夫をして検討していければと思います。

続きまして、野村病院の野村先生、いらっしゃいますか。

○佐藤（野村病院 院長）：下り搬送に関しましては、私どもは武蔵野赤十字病院さんから多数の下り搬送の患者さんをご紹介いただきまして、いつもありがとうございます。

そして、日赤病院の、患者搬送で用いられている救急車で患者さんをお受けさせてもらいまして、非常にありがたく、また、うらやましく感じています。

私どもも病院救急車配備をぜひ念願しておりまして、私どもの病院から重症で上り搬送をさせてもらう際には、ぜひ、東京消防庁の救急車ではなく、当院で自前の病院救急車を用いた搬送をしたいと思っています。ただ、補助金の申請も行っているんですが、なかなか財政が厳しいというところもあります。

それから、整形外科の高齢者、骨折外傷の患者さんが非常に多く救急搬送要請があるような状況です。また、武蔵野市の吉祥寺南病院の閉院に伴って、ますます高齢者外傷骨折の患者さんの行き場所がなかなか厳しいということを伺っています。

当院もぜひそういったものを多数受けたいところですが、整形外科のマンパワー不足ということもあり、また非常勤医師の手術日に来てもらっているのですが、なかなか集まらないということ。それから、医師の派遣紹介をしてくださる会社さんのほうも、紹介料が非常に高いということもあって、そういったところをぜひ何か。

東京都からの補助金はありがたいと思っているんですが、そういった人件費の面、それからインフラ整備のこと、そういうところで東京都からのご支援をさらにいただけましたらありがたいと思っていますので、よろしくお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。紹介料についてまで言及していただいて、

貴重なご意見をありがとうございます。

あともう少し行きたいと思うんですが、高度急性期で慈恵会医科大学附属第三病院の古田先生、お願いできますか。

○古田（東京慈恵会医科大学附属第三病院 院長）：今、当院は新病院のリニューアル工事が始まっていて、来年の1月から新病院としてリニューアルオープンする予定になっています。

救急に関してですが、先ほど小川先生からもお話がありましたが、「東京ルール」に参画して、救急の専門医のほうの派遣も増員の予定でいます。

来年度から支援センターをつくって、24時間体制にするということで、救急の受入れのほうの窓口が少し広がります。

「東京ルール」にもジョイントして、下り搬送のほうを今後強化していかなければいけないと思っています

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、陽和会の長倉先生、いらっしゃいますか。

○長倉（武蔵野陽和会病院 理事長）：ご存じのとおり、私どものところは回復期リハが半分で、これはある程度定型的な動きを上り下りともさせていただいているということになります。

あと残り50床が急性期で、一部は予約の手術患者さんに使われていますので、救急車の受入れとか、あるいは日赤の救急の患者さんを受け入れるというのは、できる限り努力はしているのですが、何分にもパイが小さいものですから、なかなか思うように進まないということで、1人受けてしまえばなかなかそのあとがうまくいかないということです。

それから、下りのほうがうまくいかないと、どうしても受入れの数はその分だけ詰まってしまうということで苦労はしていますが、これからも少しずつ努力は続けたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

小金井太陽病院の河本先生、いらっしゃいますか。

○河本（小金井太陽病院 院長）：ふだんは基幹病院にお世話になってばかりなので、下り搬送を受けなければいけないと思ひまして、まず、武蔵野赤十字病院様と下り搬送協定を去年の9月に結ばせていただきました。

それ以来、実は全ての電話を私が受けまして、私が受け持ちをするというのをやっていて、「年寄りの冷や水」と言われているんですが、今のところ、全員、受け取らせていただいています。きのうも1人受入れをしました。

実際、事実上は下り搬送ですが、多摩総合医療センターからもいただいています。協定がないものですから、医療連携室を通すのに、それはいわゆるドクター・ツー・ドクターになっていなくて、時間をかけてしまっていて申し訳なく思っています。

当院としては、小金井市と市民、医師会、私の病院も、困難な症例が常に基幹病院からの要請になっていますので、その病床を空けるためにも努力したいと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。先生、お体を大切にしてください。

あと伺っていないのは、武蔵境病院の天野先生、いらっしゃいますか。

○天野（武蔵境病院 院長）：この地域医療構想会議ですが、当方は非常に小さい病院で、これはどこでもそうだと思うんですが、特に私たちのところは日赤さんのお膝元というか、歩いて10分ぐらいのところにある病院なので、私たちが今一番力を入れてやっているのは、地域の医療を守るために、日赤さんのベッドを空けるために僕たちは何ができるのかということです。

療養病床がベースですが、地域包括ケア病床もやっていて、地域の老人ホームなどの、濃密な救急医療を必要としない患者さんになるべく受け入れようとやっています。

地域包括ケアシステムというのが、最近あまり言われなくなっているような気もするんですが、そういう感じでやっています。

私たちは武蔵境駅の近くにあるんですが、駅周辺の、システムは中学校の校区

とされていますが、私たちがやっている病院はその校区に限定してやっている
ので、冒頭お話がありましたが、構想会議の大きい単位の中での話に僕たちはつ
いていけないんです。

むしろもっと小さい区域の中で、「じゃ、お前のところはこういうことをやっ
たらどうか」とかいった会議があると、もうちょっと具体的な話合いができるのか
なと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。小さい区域で考えることも非常に大事な
ことだと思いますので、ぜひそういう会をつくっていただきたいと思います。

あとお話ししていないのは、小金井リハビリの金先生、いらっしゃいま
すか。

○金（小金井リハビリテーション病院 院長）：私のところでは、下りは受けよう
としていますが、紹介患者数の半分しか今入院ができてない状況なので、高度急
性期の病院からの患者さんということは、現状、難しい状況です。

○齋藤座長：分かりました。ありがとうございます。

では、最後になるかと思いますが、北多摩病院の万代先生が今入られたという
ことで、お願いできますか。

○万代（北多摩病院 院長）：この地域医療構想会議が模様替えになるというのは、
冒頭、土谷先生が非常に分かりやすく話していただいたわけです。

厚労省としては、2040年に向けて高齢者が増える、急性期の疾患が少なく
なるという中で、どうやって地域で高齢者を支えていくかということを考えなけ
ればいけないので、そのスタートにしようということです。

土谷先生もおっしゃったように、段階的に進んでいくんだろーと思いますから、
そういった意味では、2040年の姿を考えて、それに無理やり合わせるという
のは、余りよくないだろうなとは思っています。

じゃ、どうするかというと、小川先生もおっしゃったように、この地域は比較
的うまくいっているという中で、前から皆さんも話されているように、救急車な

り緊急患者の動きが段階的に進んでいくので、この地域でどうなっているかというデータを見えるような形で出さないと、議論が、それぞれ個々の病院の事情はよく分かりますが、「個々の病院はこうだ」という話にどうしてもなってしまうのかなと思いながら聞いていました。

それと、うちは下り搬送をできるだけ積極的に引き受けていますが、2040年とは言わないまでも、もう5年とか10年は下りの患者さんをどうするかということが、非常に問題になるかなと思います。

それについても、先ほどアンケートであったと思うんですが、個々の病院がどういうふうな患者さんをどう引き受けているか、それをもう少しリアルタイムにダイナミックにデータとして分かるということがないと、うまくいっていると思いついて、うまくいっている証左がないということになると思いますので、そこら辺、東京都さんにぜひ期待したいと思っていますところなんです。

○齋藤座長：ありがとうございました。最後に万代さんにまとめていただいたような気がします。

これで病院の先生方はほぼ全てのお話をいただきました。時間のほうが司会の段取りの不手際で延びてしまっているんですが、最後に何かおっしゃりたいことがある先生はいらっしゃいますか。

○小川（副座長、東京都病院協会、調布東山病院、理事長）：できれば、来年度以降、今の話ですと、下り搬送をどうするかを主に話ができればと思います。

と同時に、じゃ、お示しいただいた年に2回の会議でそれが本当に動くのかというと、正直、クエスチョンではあります。

今度、座長・副座長反省会みたいなものがあるので、もし先生方がよければですが、東京都さんがオーケーするか分かりませんが、現場に即した会議をするというと、回数を増やすとか、それぞれ小さな圏域ごとで話すとか。

ほかの圏域でもあったんですが、例えば杉並区は、杉並区と話をしたいのは、本当は武蔵野市と近くの世田谷区だと。二次医療圏だけではどうしても現実的に連携の話ができないという話も出ていて。

そうなると、違う圏域、グループで話をしていくという形になると、回数が今

みたいな画一的なものではとても無理ですということを申し上げていいかどうか。

先生方がもし本当にやるんだったらご協力いただかざるを得ないんですが、そういうことは臨時的にいかがでしょうかと、そこだけは伺いたいなと思っています。

○齋藤座長：回数を増やすとか、違う圏域の会議にかけてというのは、いかがでしょうか。

○立澤課長：小川先生、ありがとうございます。会議の今後の進め方についてもいろいろご示唆をいただきましてありがとうございます。

この二次医療圏の会議を年2回やっているだけでは議論が進まないというご指摘は、まさにそのとおりかなと思っています、どういうことができるかを考えていきたいと思っています。

在宅のほうですと、今回、在宅のワーキンググループをまた二次医療圏ごとで開催していますが、その前に、各市町村単位で実際に事前に議論していただいて、その内容をまた圏域のほうでご議論するということも新しく始めました。

そういったものも参考にしながら、圏域をまたいだグループで議論できるかというの、併せて考えていきたいと思いますので、またご意見を頂戴できればと思います。どうぞよろしくお願いします。

○小川副座長：ありがとうございます。あとは下り搬送の何かポータルサイトのようなものをつくっていくという、その辺りは医療機関が費用負担なく、できれば「北多摩南部で下り搬送でポータルサイトをちょっと試しにつくってみるか」のような辺り、ぜひ東京都の皆さんのほうのご協力もお願いできると、本当はいいなと思っています。

勝手なことを申し上げましたが、よろしくお願いします。

○齋藤座長：小川先生、ありがとうございました。いい意見をいただいたと思いますので、次回、下り搬送についての集中議論みたいなことも考えていきたいと思っています。

それでは、これで、ほかにご意見がなければきょうの議論については終わりにしたいと思います。

最後に、調整会議というの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方がいらっしゃいましたら、ここでお受けしたいと思います。

では、特にないようですので、本日予定されていた議事は以上ということで、事務局のほうにお返しします。

4. 閉 会

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

新しい地域医療構想を考える上で、先生方のご意見を頂戴しながらつくっていくと具体的な取組みが進みませんし、実効性のある議論ができないと考えていますので、引き続き、経営面も含めて、いろいろなご意見を頂戴できればと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

また、土谷先生からもご案内がございましたが、来年度、東京都では地域医療確保の支援に関して、緊急支援事業といった予算案を今つくっています。また別途、機会を頂戴しまして先生方にご説明する機会を設けたいと思っています。その際はどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、最後に会議の事務連絡をさせていただきます。

本日会議で扱いました議事の内容につきまして追加でご意見、ご質問がある場合には、お手元にある「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式があらうかと思いますので、会議終了後1週間をめどに東京都医師会宛てにお送りいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、時間が超過してしまって恐縮でございますが、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)