

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和7年1月30日 開催

【令和6年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和7年1月30日 開催

1. 開 会

○立澤課長：定刻となりましたので、令和6年度2回目となります東京都地域医療構想調整会議（区西北部）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会議形式での開催ですので、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、ご準備をお願いできればと思っております。説明の際にも画面上で投影いたしますので、そちらをご覧くださいで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。昼間の業務のあとご参集いただきありがとうございます。

きょうの会議は資料のボリュームが多いので、メリハリをつけて聞いていただければと思っております。

特に、報告事項では3番目の「新たな地域医療構想について」です。

現行の地域医療構想は、ことしが目標年ですが、2040年に向けて新たな地域医療構想をやっ払いこうということです。

議事としては、3番目の、いつもの意見交換の場で、「地域連携の推進に向けて」ということになりますが、そこでのキーワードは、「地区診断」ということです。

この地域がどういう地域なのかを自ら診断してみようという話になります。特に、高齢者救急を中心にしていただければ、話をしやすい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、第1回の調整会議でご案内した推進区域の区域対応方針案について、また、地域連携の推進に向けた「地区診断」に関す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。

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、これ以降の進行を齋藤座長によりしくお願い申し上げます。

2. 報告事項

(1) 在宅療養ワーキンググループの開催について

○齋藤座長：こんばんは。座長の、板橋区医師会の齋藤でございます。

本日は、お疲れのところ大変恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

それでは、まず報告事項の1つ目について、東京都から報告事項(1)の説明をお願いいたします。

○井床課長代理：東京都保健医療局医療政策部の井床と申します。

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

左側に各圏域の開催日、区中央部の11月22日から北多摩南部の1月24日までの12圏域で実施いたしました。

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

資料1-2-1をご覧ください。

こちらは、各圏域の議論を踏まえたまとめの資料でございます。下段に意見をまとめておりまして、①については、相互の職種の理解が進めば、タスクシフト・シェアにつなげられる業務を相互に探ることができるのではないかと、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。1枚目の下段の一番左に区西北部の意見をまとめております。

多職種間の連携につきましては、専門治療を受けた患者の在宅医療移行に際し、専門治療が求められる場合があり、総合診療医が必要に応じて専門医につなげるという共通の認識を持つ必要がある。

在宅医がまだ少ない中で増加する高齢者を診る必要があるが、訪問看護ステーションなど、医師以外の社会資源に注目し、有効なツールを使い、連携していくことが必要。

このようなご意見がございました。

また、連携の際の手段、方法に関しては、情報連携に際して、各職種が必要としている情報の整理が必要。

連携ツールを余り使い過ぎると、アラートが多過ぎて、見逃してしまう可能性があるため、電話との併用程度でよい。

このようなご意見や、緊急性に応じて、電話も活用している、というお話もございました。

在宅療養ワーキンググループの報告は以上です。

○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。

(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：特にないようなので、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：私からもポイントを少しお示ししたいと思います。

目標年が２０２５年が現行の地域医療構想で、新たな地域医療構想は２０４０年が目標になります。実際に始まるのは、２０２７年ですので、その間にそのようにするかを具体的に決めていくということです。

現行の地域医療構想は、主に病床のこと、入院のことを話してきましたが、今後は後期高齢者が増えていくのが分かっていますので、入院だけではなくて、介護はもちろん、外来や在宅も幅広く調整会議で話しましょうということになっています。

それから、回復期機能の名称が変わります。今までもよく分からない中でやってきましたが、そこに、高齢者救急というのを入れて、「包括期」ということになります。

それから、報告機能制度の新たなものが始まります。地域医療構想に伴って、病床機能報告というのが始まりましたが、その結果を見てもよく分からないということでした。

病院そのものが何をやっているのかよく分からないということでしたので、今回、「医療機関機能報告制度」というものが始まります。これは、それぞれの病院がどんな病院なのかということを報告してもらうことになります。

なお、来年、「かかりつけ医機能報告制度」というものも始まりますが、それは、またご確認ください。

それから、協議の場の代表的なものがこの調整会議になりますが、入院だけではなく、外来や在宅、介護までの連携まで話していきましょうということになります。

ただ、これらを全部はできないと思っていますので、議論するにしても、ポイントを絞って、議論が深まるようにやっていくべきだと思っていますので、そのあたりは工夫しないといけないと考えています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今のご説明の内容についてご質問、ご意見などはございますか。

島本先生、どうぞ。

○島本（大同病院 院長）：これまでの回復期機能について、そこに、高齢者などの急性期患者の医療提供機能を追加し、包括期機能と位置づけるというのは、例えば、イメージとしては、回復期リハビリテーション病床などは、急性期の高齢者の外来などは余り受けていないと思うんですが、そういったことについても取り扱うことになるかもしれないということによろしいのでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

これまでの回復期が包括期に変わるというところで、高齢者救急の機能を追加するとなっていますが、全ての医療機関でこの高齢者救急ができるわけでもないと思いますので、機能を見ながら、各医療機関の役割に応じてご対応いただくということになろうかと思っています。

ただ、まだ詳細が明らかになっておりませんので、国の検討会も、どちらかというと、回復期の名称をどうするかといったところが、結構メインの議論になっておりまして、中身については、これからガイドラインで示されるということになっております。

○島本（大同病院 院長）：例えば、回復期リハビリテーション病床の要件に、高齢者救急もある程度受けるみたいなものが入ってくるのか、それとも、新たな別の病床区分ができるのかみたいなイメージですが、どのように思っていればいい

のかということですが。

○土谷副会長：先生がおっしゃるように、まだはっきり決まっていますが、例えば、回復期リハビリテーションの病床でやっていたところも、「今後は高齢者も診ろ」ということではないと思っております。

「急性期」となっているところのうち、高齢者を一生懸命されているところは、「包括期」のほうに手挙げしてくださいというような形になるのではないかと思っております。

○島本（大同病院 院長）：ありがとうございます。

○齋藤座長：ほかにいかがでしょうか。

宮崎先生、どうぞ。

○宮崎（副座長、東京都病院協会、東京北医療センター管理者）：この文言を見ると、回復期の部分がそういう機能を持つようなイメージがありますので、ちょっと違和感がありました。

土谷先生がおっしゃったように、今まで、急性期の機能の病院が多くて、回復期が足りないという話が多かったんですが、実態としては、急性期の部分が回復期も多少は担っているということが分かってきたので、回復期から膨らませるというイメージに捉えられるので、そこは理解しやすいようにしていただければと思います。

それから、診療報酬上の病床として捉えられると、実態も把握できないという懸念もありますので、極端な話、そういった話は全部外してしまったほうがいいのではないかと思います。

ですので、今度のガイドラインの説明のところを、もうちょっと分かりやすくしてもらるか、全部外すかということを、議論し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。

四病院団体でも、機能にとらわれるのではなくて、いろいろな機能を一緒に持

てるような形のほうがいいのではないかというような議論もあるようです。

先生がおっしゃったように、今までも、リハビリとしてやっている回復期ではなくても、簡単なリハビリをやっているような急性期病院もあるということで、そのあたりが、もう少しそういうことができるような機能分類としての「包括期」というところだと思います。

ただ、分けられることと、診療報酬上のものが一致するかどうか、今後の課題というところもあるので、その辺をはっきり議論していただくことが、国や都では必要ではないかと思っております。

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っております。

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れば、令和5年度報告と6年度報告の2年連続で基準等を満たさない場合、令和7年度は紹介受診重点医療機関としないこととしたいと考えております。こちらは、下の表のC病院のパターンとなります。

なお、今回、ア及びイに該当する医療機関は、この区西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、区西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。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

よろしければ、表の中で赤枠で囲まれた医療機関を紹介受診重点医療機関とするということでよろしいでしょうか。

それでは、このとおりとさせていただきます。

〔全員賛成で承認〕

東京都のほうから、今の意見交換を含めまして何かご発言がございますでしょうか。

○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たいと思います。どうもありがとうございました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、次の議事に移りたいと思います。

（２）２０２５年に向けた対応方針について（協議）

○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、202
5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。

宮崎先生、どうぞ。

○宮崎（副座長、東京都病院協会、東京北医療センター管理者）：この病床機能の
ギャップというのは、ずっと議論して分かっているんです。

そもそもアンケートの結果と国が出している必要病床数とのギャップですので、
実態を表しているものとは大きく違っているんで、これをもって、「高度急性期は
充実していて、回復期は足りない」とか、「病床全体が足りない」とかいうことで、
病床配分を求めるということは、よくお考えいただきたいと思います。

ですので、実態はこの会議で、肌感覚での皆さんからのご意見で、病床がちゃ
んと埋まっているとか、埋まっていないとかいうご意見を出していただいた上で、
この数字が正しいかどうかという判断をすることが大事だと、強く言いたいと思

います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

増田先生、お願いします。

○増田理事：自分の圏域なので、細かいことまでいろいろ気になるんですが、このあと「地区診断」の話が出ますが、いろいろなデータを見せてもらって、ほかの圏域の話の聞くと、以前からどこでも言われていることですが、高齢者が増えてきて、退院調整にあたって、“生活破綻者”という言葉を使っておられた病院もありました。

また、高齢者の下り搬送、後方病院の問題によって、高度急性期、急性期病院が本来のパフォーマンスを発揮できないような状態が結構多いという話です。

これは、以前からいろいろ話してきたことですが、慣れてしまったのか、最近では余り話題に出なくなっていると思いますが、それに関して、「こういうふうの下り搬送ができたりすれば、もっとうまくいくと思われる」ということを、あとのディスカッションで先生方からご意見をお伺いしたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

日本大学の板橋病院では、「急性期を少し減らそう」というご回答をいただいているのですが、吉野先生、そのあたりについて補足説明等がございましたらお願いいたします。

○吉野（日本大学医学部附属板橋病院 病院長）：私の感覚としては、実は、高度急性期と急性期の定義を勘違いしているのではないかとということで、急性期ではなくて、高度急性期のほうを少し増やしたと、私は理解しているのですが、

○齋藤座長：「高度急性期を今後充実させる」ということでよろしいわけですね。

○吉野（日本大学医学部附属板橋病院 病院長）：はい、そうです。

○齋藤座長：ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、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の間での相互理解と連携強化を図ることとしたいと考えております。

また、2040年を見据えた対応も記載したいと考えており、対応方針としては、医療だけでなく、介護、区市町村等関係者間の連携が一層深まるよう議論を進めること。取組みとしては、新たな地域医療構想に関する検討で挙げられた医療機関に関する事項等について必要な議論を進めることとし、到達目標としては、議論の推進とともに、新たな構想確定に向けた必要な協議の場の準備を進めることとしたいと考えております。

簡単ではございますが、以上が区域対応方針案の概要でございます。

なお、実際の文案につきまして資料6-2としてお付けをしておりますが、先ほどの内容について、1ページ目でグランドデザインと課題、3ページで対応方針、4ページに取組みと到達目標を文章で記載しております。

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

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、推進区域の区域対応方針（案）について、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

宮崎先生、お願いします。

○宮崎（副座長、東京都病院協会、東京北医療センター管理者）：在宅療養のほうでのお話に似ていると思っているので、同じようなお話をさせていただきます。

病院だけではなく、介護、在宅までの連携が必要ということは、皆さん、異論がないところだと思います。

病床数が本当に足りないのかどうかという議論にまた戻るんですが、決して足りないのではなくて、有効に活用されていないということが問題であるということとは、共通の認識だと思いますので、いまさらながら、「連携が必要」ということに、再度なってきます。

では、どうしたらいいかということになると、例えば、「この患者さんをこういった機能のところに送りたい」とか、「在宅の先生に紹介したい」とかいうときの窓口が、案外なかったりするという事実があると思います。

ですので、例えば、うちの病院でしたら、うちの病院のソーシャルワーカーが独自のネットワーキングで探しているということをされているのが、現状だと思います。

ですから、プラットフォームづくりがぜひ必要だと考えておりますので、その部分を、何とか行政に担っていただきたい、つくっていただきたいと思っております。

○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。

増田先生、お願いします。

○増田理事：在宅療養相談窓口とかの、下り搬送、転院のための窓口というのは、北区はないですが、豊島区、練馬区、板橋区とかはあります。

では、北区にもあったほうがいいかというのと、もうちょっと広範囲で、区の境をまたいで、平気で患者さんを移動することが多いので、行政でつくってもらおうとするなら、区西北部の4区とか、もっと大きくして、6区とか8区ぐらいの単位で、そういった窓口があると、宮崎先生が悩んでいたような問題が、もうちょっとやりやすくなるのかなと思っています。

その辺のプラットフォームづくりというのが、今後の課題だと思っています。

窓口を4区で統一するとかを、今後考えていったほうがいいのかなど感じています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

後ほどの話にも関連しますが、今の件について、ほかにいかがでしょうか。

それでは、引き続き、東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、先ほどの資料6－1の途中から説明をさせていただきます。次の3ページをご覧ください。

先ほども説明しましたが、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。

帝京大学病院、日本大学板橋病院、順天堂練馬病院のほか、東京北医療センター、高島平中央総合病院、板橋総合病院なども含め、ほかの圏域よりも多くの医療機関が1000件以上対応している状況でした。

なお、MDCの01から18までで色分けをしております。

次のページは、同じデータについてMDC別患者割合を示した資料です。前のページと見比べていただくと、一定の件数を受け入れている病院は、割合は若干異なりますが、MDCの幅広い疾患に対応しているように思われます。

続いて、入院患者のうち「手術あり」の患者数について、多い順に並べた資料です。こちらも、3つの大学病院、日大、帝京大、順天堂練馬病院の件数が多いことが分かります。

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件以上の明理会総合病院より上の病院は、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。

最も多いのは高島平中央総合病院で、年間３０９人、次に板橋中央総合病院で、年間２７２人、次いで健康長寿医療センターで、年間２３２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。

最も多いのは東京北医療センターで、年間３６５人、次に健康長寿医療センターで、年間２９６人、次いで板橋中央総合病院で、年間２５６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。

最も多いのは帝京大病院と日大板橋病院で、年間６４７人、次に明理会中央総合病院で、年間６２１人、次いで板橋中央総合病院で、年間６０３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。

最も多いのは板橋中央総合病院で、年間４３６人、次に順天堂練馬病院で、年間３８２人、次いで日大板橋病院で、年間３７２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。

最も多いのは高島平中央総合病院で、年間３０９人、次に練馬総合病院で、年間１３７人、次いで板橋中央総合病院で、年間１３２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っておりますので、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、区西北部では全体８２病院のうち３割弱に当たる２２病院からご回答をいただいております。

左下に、許可病床の規模別に3つに分類をしております。1ページから3ページについては、病床機能別の稼働率を許可病床の規模別でまとめております。

主な点をご説明しますと、急性期は、急性期1と急性期4～6は、概ね稼働率が高い一方で、急性期2・3については、50台と60%台の回答がございました。

地域一般、地ケアは、稼働率が低い傾向で、地域一般では、200床未満の病院で、50%未満と60%台。

地ケア1・2については、200床未満の病院で、50%台と60%台、400床以上の病院で、60%台の回答がございました。

回りハ、療養病床、その他は、ほぼ稼働率80%以上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、200床以上400床未満の病院は、都全体に対して高く、中規模の病院で、平日・日中の救急搬送は円滑であると認識していると考えられます。

次に、休日・夜間の緊急搬送ですが、200床以上400床未満の病院は、都全体に対して高い一方で、400床以上の病院は、都全体に対して低く、大規模な病院では、休日・夜間の緊急搬送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、400床以上の病院で、早期転院受入れにおいて、診療科を限定することに重きを置かれていない傾向でした。

次に、中段の患者の重症度を限定することについては、都全体の傾向と同様、全体的に高く、早期転院受入れにあたり、患者の重症度を限定すれば受入れ可能との傾向でした。

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床以上400床未満の病院は、

都全体より低く、中規模の病院では、医師の数の増員に重きは置かれていない傾向でした。

次に、中段の医師以外の職員を潤沢にすることについては、200床以上400床未満の病院は、都全体より低く、中規模の病院では、医師以外の職員の数の増員に重きは置かれていない傾向でした。

続いて、下段の、ベッドコントロールを改善することについては、200床以上400床未満の病院は、都全体より高く、中規模の病院では、ベッドコントロールの改善が重要と考えている傾向でした。

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、都全体より低く、特に、200床以上400床未満の病院と400床以上の病院は、都全体より低いことから、これらの病院では、患者の理解が早期転院につながるとは捉えていない傾向でした。

また、中段の患者家族の理解の必要性について、都全体より低く、200床以上400床未満の病院と400床以上の病院は、これらの病院では、患者家族の理解が早期転院につながるとは捉えていない傾向でした。

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、200床以上400床未満の病院は、都全体より低く、複数疾患を抱えた患者の転院が困難ではないと認識しているという傾向でした。

次に、右側の中段、複数の疾患を抱えた患者の受入れについて、200床以上400床未満の病院では、都全体より低い一方で、400床以上の病院は、都全体より3.50と高く、大規模な病院では複数疾患を抱えた患者の転院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お尋ねしております。400床以上の病院は、都全体より低く、連携が進んでいないという傾向でした。

8ページ右側以降は、自由記載の回答をまとめております。

まず、連携等に関する影響に対する自院や地域の取組みですが、例えば、近隣病院、紹介先への院内情報提供や院長の訪問、挨拶、消防機関との連携強化。

スムーズな下り転院のために、「脳卒中リハビリほっとライン」「脳卒中地域連携」の構築。

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、各病院それぞれの役割をお互いに把握していくこと。

精神疾患がベースとなっている患者の身体疾患急性増悪を、スムーズに受入れができる体制整備をお願いしたい。

生活保護には至らないが、療養にかかる費用負担が難しいケース、キーパーソン不在で転院に関する諸手続きが難航する。

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、例えば、一般病院における精神科への理解が必要であり、精神科病院も身体的治療のキャパシティを上げるべき。

社会的背景に問題を抱えている患者さん、判断能力のない身よりのいない方への支援を、地域で取り組める流れがあるといい。

このようなご意見をいただいております。

アンケート全体をまとめさせていただきますと、稼働率については、急性期 2・3、また地域一般、地ケアで低い傾向であったこと、早期の転院受入れにあたり、圏域全体として診療科を絞るよりも、患者の重症度を限定すれば、受入れ可能との傾向であること。

また、積極的な受入れにあたり、中規模の病院では、医師や医師以外の職員の充実よりも、ベッドコントロールの改善が受入れにつながるとお考えであること。

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

以上がアンケートの結果のとりまとめでございます。

また資料 6－1 に戻りますが、参考資料は以上のとおりで、これらのデータを踏まえて、高齢患者の受入れについての現状や課題、今後の取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。

それでは、意見交換のほうに移りたいと思います。

今の地区診断、あと事前アンケートの結果も踏まえてということですが、この事前アンケートも3割弱からの回答ということで、圏域全体を表している意見かどうかというのはなかなか難しいところもあるかと思いますが、なるべく多くの先生方に。

○増田：ちょっと補足をさせていただきます。

僕もこの圏域で生まれ育ってずっと仕事をしていますから、こういったものだと思っていたんですが、今の説明で、東京都全体の平均より低いとかいう話がありました。全圏域の話を見ていると、比較的、区西北部というのは仕事のしやすい区だなと。

その言っている意味は、患者さんやご家族の権利意識が、ほかの区では非常に高い地域があるんです。例えば世田谷とか杉並とか、いつも僕らが指を加えて見ているような地域では。そうすると、転院のときに転院先が「あの病院じゃ嫌だ」「この病院じゃ嫌」と非常にもめて、なかなか転院先を決められないという問題が多発しているみたいなので。

その辺、下町のほうの圏域では、そこまでゆとりがあるというわけではないというのもあるんでしょうが、患者さんやご家族の理解が得やすいという意味で、多分、そういうふうな医者側ではなくて患者さんにご家族側の状況が、今の説明の、全体の平均よりこうだという話につながっているのかなと思うんです。

それも今後、高齢化が進んだり、非常に権利意識の強い団塊の世代が高齢化してくると、いつまでもそれが続くとは限らないんですが、そういった特徴がほかの圏域と比べるとあるかなと思いました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

そうしましたら、この地区の診断、あるいは、ある程度の欠陥も踏まえて、なるべく多くの先生方にご意見をいただきたいと思いますので、一言ずつでも結構ですので、まず、高度急性期の先生方からご意見をいただこうと思います。

では、宮崎先生からまたご意見をお願いできればと思いますが、よろしくお願いします。

○宮崎(東京北医療センター 管理者)：当院の特徴は総合診療科が充実しているということで、先ほどのDPCデータを見ますと、やはり誤嚥性肺炎ということでレクを受けていたりとか、また、そういう一番問題になっている複数疾患を持っている高齢者という意味では、総合診療科がうちの強みなんです、それが必要なのではないかなと感じました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは豊島区の大塚病院の三部先生、お願いいたします。

○三部(都立大塚病院 院長)：宮崎先生とうちのほうとは状況が真逆でして、結構、内科が細分化して、トータルで診れる先生がいなくて、特に今後、高齢化時代にいろんな合併症を持った高齢者が来たときにさらに受入れが困難になりそうなので、総合診療科のような、全身を診れる科がやっぱり必要かなということを感じる次第です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、板橋区代表で帝京大学の澤村先生、よろしくお願いいたします。

○澤村(帝京大学医学部附属病院 病院長)：先ほどから出ていますように、私たちのほうも、やはり急性期でお受けして一段落して、そのあとの高齢者の方の行き先がないということで非常に困る局面がどんどん増えています。

先ほどお話がありましたように病床として高度急性期が多いということだと思

うんですが、ただ、高度急性期として使えてないという現状もやっぱりあるわけなので、その整理というか、先ほど宮崎先生のお話にもありましたように、やはり行政がここは本腰を入れていただいて整理していただく必要があるかなと思います。

区西北部よりもさらに広い視野で見たほうがいいというのもそのとおりだと思います。例えば、うちであれば腹部外傷とか脊髄損傷とか。これは区域を越えて東京のいろんなところから、あるいは埼玉からやってくるような現状ですので、その辺り、ちゃんと把握して整理していただける行政の介入があると非常にありがたいと思います。スピード感を持って進めていただけると非常にありがたいです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、練馬区の練馬光が丘病院、光定先生、お願いいたします。

○光定（練馬光が丘病院 名誉病院長）：先ほど見せていただいたDPCのデータは今のイメージが違うなと思ったら、ちょうどコロナの終わりで、かつ、うちの病院が新病院に移転するときのデータだったので、今は大分イメージが変わっています。

さっき宮崎先生がおっしゃったプラットフォームづくりというのは非常に重要だと思っていて。コロナのときに、東京都自体も転院調整機能とかを組織としてつくり始めたところだったと思うんですが、今もインフルエンザ肺炎とか慢性的に“プチ災害”みたいな状況が続いている中では、都立病院のお金のつぎ込み方とかはもちろん重要なんですが、そこら辺のお金も転院調整機能とかにぜひ充てさせ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。

それでは、今度は急性期の病院の先生方にお話を聞きたいと思います。

北区の明理会中央総合病院の廣瀬先生、いらっしゃいますでしょうか。

○廣瀬（明理会中央総合病院 院長）：先ほど患者様の受入れのデータを見させて

もらったんですが、当院は、病院の規模の割には循環器疾患や脳卒中はしっかり受け入れていたのかなと思います。北医療センターさんがあれだけ誤嚥性肺炎を受け入れられているのに当院はかなり少ない数しか受け入れられていないというのを目の当たりにしまして、そういった意味では当院が地域貢献をできていないのではないかと、思って大変反省している状況です。

そういった患者様をしっかり受け入れられるような体制を早くつくっていきたいと思っていますので、どうぞ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。

それでは、豊島区の大同病院の島本先生、よろしくお願いいたします。

○島本（大同病院 院長）：いろいろアンケート等を興味深く見させていただきました。私の肌感覚として、病院から家に帰ったりするときに非常に難渋するケースの中に、独居の認知症の方ですね。

それまで何とか自分で生活していた方が、入院を契機に認知機能ないしは身体機能が下がって、もう家で生活が困難になってきてしまったという方の場合、ケアマネジャーさんなんかが入って在宅の調整なんかをしていただいたりするわけです。

訪問診療の先生や訪問看護師さん、ヘルパーさん、皆さんの協力をいただいて、何とか家での生活をしていただくようになるわけですが、そのときに、特に認知症の方ですとその辺りの本人のコンセンサスが得られなくて話が進められないとか、あるいは経済的な面で、生活保護になるかならないか、ぎりぎりの人だとそういうサービスを入れにくいみたいなこともあって、難渋したりするケースがあるんです。

特に独居の方で認知機能が下がっている方を支援するものとして後見人制度みたいなものがあるかと思うんですが、これも実際、入院してから後見人を入れるみたいな話をし出すとすごく時間がかかります。

独居の方はそういった制度があるということをまだ知らない方がほとんどだと思うので、そういうふうなものを積極的にもっと利用していくような世論の醸成みたいなものが必要なのではないかと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、板橋区の都立豊島病院の畑先生、よろしくお願いいたします。

○畑（都立豊島病院 院長）：先ほど資料を見せていただいて、DPCのもので、救急車による入院者数が救急車を受けた場合には少ないなと思って。もうちょっと重症を診れるのになと思いました。

高齢者の転院ですが、家族の問題がほかの地域に比べて少ないのかもしれませんが、一番の問題点ではないかということ。

あとは、ただ治療が終わったのではなくて、治療途中で受けていただけるような病院等々の情報ですね。

プラットフォームに関して言えば、区西北部だけではなくて、東京都全体の広範囲。

うちは、さっきお話が出た埼玉県の所沢に転院とかがありますので、地域を越えたような連携も考えていかなきゃいけないと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、今度は回復期の先生方をお願いしたいと思います。花と森の東京病院の小平先生、よろしくお願いします。

○小平（花と森の東京病院 名誉院長）：今回、地区診断のためのデータを拝見して、自己診断という形でいろいろ考えさせられるところがあったと思いますし、今日いろいろなご意見、ほかの病院の方のご意見を伺っても、自己診断という意味ですごくためになったデータかなと思います。

ただ、これは自己診断のみならず、自院が関係している、いつも連携している病院のデータもよく見ていただいて、その特徴を生かした連携をこの地区で伸ばしていくのが大事かなとすごく感じました。ぜひこのデータをこの会議が終わってからもまた見直していただきたいなど。自分も見直そうかなと思っているところです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、竹川病院の原田先生、よろしくお願いします。

○原田（竹川病院 院長）：回復期病院の第一義的なミッションといたしますか、目標といたしますか、「リハビリをやって、よくなって帰りましょうね」ということなんですが、最近、患者さんが高齢化して、特に廃用の要素の強い方々はなかなかよくななくて、いろいろ苦労しています。

うちの病院は、基本的には、リハビリ中に何かアクシデントといたしますか、急変等があっても、なるべくうちで対応するようにやっております、ちょっと言い方はあれですが、逆走しないような。どうしても手に負えないときにはお願いせざるを得ないんですが、なるべくそのようにしています。

急性期の先生方にお願いといたしますか、とにかく先生方のところで急性期の治療は一通り区切りがついたのであれば、まずはワンクッションという意味合いで、私たちの回復期病院を利用していただければと常々思っています。

エリアで言いますと、必ずしも区西北部だけではなく、埼玉の朝霞、ふじみ野辺りから、あるいは杉並区辺りからも患者さんを受けていますので、先ほどチラッと行った区域を越えての連携なんかはちょくちょく実践できているのかな、とも思っています。

2040年を見据えてという大きなテーマを抱えてのこの会なので、15年先を見据えらとなりますと、“働き方改革”の影響だとか、あるいは、もっともっとハイボリューム化しなければいけないとか、中小の病院はなかなか厳しくなるとかいった、国の施策とも絡んでくることなので、

現場のモチベーションがなるべく下がらないような、「この仕事を続けてよかったな」と思えるような意味合いでのスキームをつくっていただければと、聞いていて思いました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、ねりま健育会病院の副院長の鈴木先生、お願いします。

○鈴木（ねりま健育会病院 副院長）：当施設は100床の回復期リハビリテーシ

ョン病棟があり、脳卒中後の非常に重症な患者さんでも積極的に受け入れて、満床稼働というところを目指して進めています。

ただ、積極的にリハビリを進めていくに当たって、経鼻経管栄養の方は3食とも抜き差しで、栄養を投与したらそれで抜いてという態勢で行っているのです、病棟の看護師のマンパワー的なところでその枠が決まっています、すぐにはお受入れできないこともあるかもしれません。

基本的に吸引の回数が8回以下ですとか、そういった病棟の観点での制限はありますが、どんどん重症の患者さんも受け入れていますので、急性期病院の先生方もご紹介をいただけたらと思います。積極的に受入れをしていきたいと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、慢性期の病院の先生方にお伺いしたいと思います。

王子生協の今泉先生、お願いします。

○今泉（王子生協病院 院長）：このアンケートですが、1つ資料として、例えば高度急性期の急性期は、自宅にそのまま帰った方とか、あるいは転院が必要になった方とかいうデータを見せていただくといいのかなと思いました。

私たち慢性期からすると、自宅に帰った方とか、自院で亡くなった方とか、介護施設に移った方とかいうところが、今後、医療需要に対してどのように自分たちは行動しようかということの参考になるのかなと思います。

今までの各先生方の意見を伺うと、退院できない患者さん、あるいは長期で大変な患者さんというのは、多分、認知症とか要介護の患者さん。それをどうやって資料の中で反映できるかと思うんですが、なかなかこの資料では難しくて。例えば、認知症ということで入院する方はいませんが、恐らく認知症とか要介護者とする、多分、誤嚥性肺炎というところが1つのキーワードとして引っ掛かりやすいのかなと思いました。

そういうことで、資料のほうをもうちょっと見させていただきたいなと思います。大変興味深く思います。

あと、私たちは慢性期の病院としてやっぱり考えなければいけないのは、精神

科との連携ということが大きいかなと。高齢化になってきていて、自分たちの中で困難ケースは、認知症でBPSDが強い方は精神科の先生方と相談しながらやらなければいけないので、どうしても転院という形に行かざるを得ない。そういうところで困難さを感じています。

私どもも満床稼働を目指しながら、なかなか得手・不得手があって受け入れられないところもありますが、なるべく急性期の先生方からは早めにご相談いただければ転院で診ていきたいと思います。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。

それでは、関野病院の関野先生、よろしくお願いします。

○関野（関野病院 院長）：うちの病院ですと連携がやっぱり重要になっていて、回復期のところにいるものですから、超急性期の病院の先生方とも在宅の先生方とも比較的うまくやらせていただいているんですが、

昨今、高齢者の救急では、超急性期病院の先生方のほうでは「もう一杯で取れない」ということが増えてきまして、我々のような地域包括ケアとかを持っている回復期の病院のところでもそういう患者さんをもっと取っていかなければいけないのかなというのを感じているところです。

先ほどのデータを見せていただいてとても興味深いところではあったんですが、あとは自分の病院の得意分野を生かして、多くの疾患を受けられている病院さんと新たに連携を組んでいく必要もあるかと感じました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、慈誠会・練馬高野台病院の今井先生、よろしくお願いします。

○今井（慈誠会・練馬高野台病院 院長）：当院は慢性期ということで参加させていただいていますが、病院機能としてはケアミックスで、地域包括ケアからあります。

この資料にあるように、地域包括ケア病棟はなかなか満床になるのが難しい。患者さんがいないというわけでは決してなくて、受けるに当たり2か月という期

限を考えたときに、入院されたときに既に退院調整に入らないと多疾患を抱えた高齢者の方を受けるのがなかなか難しいということもあるかと思います。

そういう患者さんでもなるべく受けるために、1つの疾患等であれば、急性期の先生方が治療の途中であったとしてもワンクッションでこちらに来ていただく、あるいは治療の途中で、こちらで治療して在宅に帰すということは可能ですが、

たくさんの疾患を抱えた場合、小さな病院だとどうしても診断のモダリティが限られているとか専門の医師が少ないとかいう問題がありますので、ときどき急性期の病院の先生方に「これもあるんだけど、これはどうなっているんだろうか」ということをお尋ねすることがあります。

そのときにしっかり、ほかの科の先生に尋ねていただけることも多いんですが、DPC 1、2は1疾患でなければいけないということもあって、ほかの科にかかって、そこを始末してからこっちに紹介していただくということができないことも結構あります。

そうなったときに、こちらに来てからそこをやるとなると2か月では無理というのが今困っているところというか、そこがもう少しうまくやっていただけるともう少し受けられるのかなと思っています。注文ではないんですが、そういうことがあればもうちょっと受けていけるのかなと思っています。

連携自体は、ケアミックスの病院なので、急性期からの連携、あるいは地域との連携は非常にうまく取れていると思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、医師会の先生方に、地域の状況、あるいは在宅の状況等をお話いただければと思います。

まず、北区医師会の副会長の横山先生、よろしくお願いします。

○横山（北区医師会 副会長）：我々の開業医からすると、病院に入っていただくとき、まず連絡を取るのは地域連携室なんです。地域連携室の連絡が結構うまくいっている病院さんには割合すんなりとお願いできて、すんなりと入院できる。地域連携室に医療的な知識が少ない病院さんには頼みづらくて、電話をあっちこっち回されて、結局「だめです。あとでかけ直します」というところがあるので。

先ほどのアンケートに「スタッフの人数」というところがありましたが、地域連携室の人数よりも、連携室にコメディカルを置くとかいう工夫をしていただけると、我々開業医の入り口、あるいは敷居が低くなるなという印象を今持っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、豊島区医師会の会長の土屋先生、よろしくお願いします。

○土屋（豊島区医師会 会長）：医師会というか、町医者立場としてだと、まずは入院をお願いするときなどは比較的受けてくれているなという印象は持っていますが、疾患をいっぱい持っているとか、認知症を含めてですが、高齢者の方とかは難しいときもあるかなという印象ではあります。

ただ、そういう患者さんは在宅をやっている患者さんで、在宅をやっている高齢者の患者さんは、どちらかというと、急性期よりは回復期とか慢性期の病院にお願いすることもあるって、そういうところでうまく、どういう患者さんをどういうふうに受けてもらうかということをお願いしながらやっているような状況かなと思います。

それと、受ける側のときは、もちろん自分の患者さんは自分で受けるようにしていますが、在宅は余りやってない人なんかをサポートしながらということで、在宅医療相談窓口などを使っただけだと豊島区内でどうにかカバーできるかなという感じは持っています。

あとは、連携室と連絡が取りにくいとかいうこともあるので、うまくネットワークが進めばいいかなということを考えたりしながらお話を聞いていました。

それと、病院と病院の間の連携の話を聞きながら思っていたんですが、コロナのときに、東京都で「多職種連携ポータルサイト」と言って転院を支援するようなシステムをつくっていたかと思うんですが、「それって、もう今は動いてないのか、どうなんだろうかな」と。

もしそういったものがうまく機能すれば、そういったものを使った転院。当時はコロナ禍だったので、システムを使うよりは直接電話で話したほうが速いという意見も聞いたんですが、今、平時となって、そういったシステムをうまく使っ

てやり取りできてスムーズに行けばいいのかな、なんていうことを思ったりしました。

あとは、東京総合医療ネットワークというところで、今、参加病院もどんどん増えてきていますし、町医者はまだまだ少ないかなと思っていますが、そういうところでデータ連携も進んでくるとさらに病院と地域との連携が進んでくるのかなと。期待を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。

練馬区医師会の会長の内田先生は外からのアクセスで。

○内田（練馬区医師会 会長）：連携は、練馬区に関しては、会員のほうからは「診ていただくのに困った」という声は実は余りないんですが、一部の医療機関からは、せっかく診ていただいたが戻ってこないで、どこかに行ってしまった、ということがたびたび報告された時期がありました。

これは1つの理由ではなくて様々な要因があつてのことだと思いますが、そういう点では、一方通行にならないような仕組みを我々医師会もやらないといけなかなと思っています。

特に練馬区医師会は「医療連携在宅医療サポートセンター」があつて、今の東京都の在宅の24時間の事業も含めていろいろ手がけようとしています。我々自身がそこを生かし切れてない部分もあると思いますので、各医療機関の先生方と連絡を取りながらもう少し活用を重ねていければいいかなと、先ほどからお話を聞いて感じています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、歯科医師会の歯科医の連携等も含めまして、専務理事の黒田先生、よろしくお願いします。

○黒田（豊島区歯科医師会 専務理事）：我々の立場としては、退院した患者さんをお預かりする感じになるかと思うんですが、先ほど出ていた誤嚥性肺炎とか、退院後、在宅に行ったときに、目の前の症状を治すというだけではなく、病院に

誤嚥性肺炎で再び入院することがないとか、あとは、その他の疾患で入院した際に口の中の状態が異科のほうの治療の邪魔をしないような、先を見据えた在宅診療を意識していかないといけないのかなと思いました。

以上です。ありがとうございました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、薬剤師会を代表して、會田先生、よろしくお願いします。

○會田（東京都薬剤師会 理事）：今日、様々な情報をいただきまして大変参考になりました。

私ども薬局としては、退院時カンファレンス、退院時の情報共有に今は力を入れていまして、急性期で入院されて戻られる場合、急性期病院であっても回復期リハであっても、地域包括ケア病棟からであっても、ご自宅に戻るときに比較的早期にかかりつけ薬局のほうに、ケアマネジャー様と同様、連絡をいただく。

そして、入院する前の“かかりつけ医”であったり“かかりつけ薬局”であったり、サービス事業者にまた戻ってきていただくというところに力を入れていきます。

服薬情報の共有も、フェーズが変わるときに特に皆様の支援が抜けがちになりますので、薬局薬剤師としてはそういうところを、ニッチですが、支援させていただければと思って日頃頑張っていますので、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。

それでは、看護協会の地域包括ケア委員会医院の武良先生、いらっしゃいますでしょうか。

○武良（東京都看護協会西部地区理事（代理）地域包括ケア委員会委員）：看護師も急性期で働いていたり、地域を支える訪問看護ステーションとか、いろんな場面で看護職員はいるんですが、お互いがどういう仕事をしているのか、よく共有して知り合うのが大事だということで、今いろいろ委員会の中でも情報共有をしたりしています。またこれからも地域連携を進めていきたいと思いました。今

日はありがとうございました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、区市町村代表として、北区保健所長の尾本先生、いらっしゃいますでしょうか。

○尾本（北区保健所 所長）：我々、きちんと地域の医療を、これから、2025、2040、様々な課題がある中で医療をきちんと提供していかないといけないわけですが、今東京都が示していただいた地区診断であるとか、病院のアンケートの資料等を我々のほうもよく知った上で、それでも効率的に医療を提供していく上では、やっぱり連携してやっていくのが必要であると思つづく思つたところです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、練馬区の地域医療担当部長の冨田様、いらっしゃいますでしょうか。

○冨田（練馬区地域医療担当部長）：練馬区では、連携についての課題というのは先生方から伺ってないところで、恐らく「病病連携」も、また在宅に関する診療所間の連携等も、先生方に本当にご尽力いただいているのかなと思っています。

また、医療だけではなくて、病院や診療所だけではなくて、薬剤師会の先生方も非常にご協力いただいて、在宅医療、様々な医療が進んでいるかなと思っています。

先ほど練馬区医師会の内田会長からお話がありましており、今、在宅医療を医師会のほうでも一生懸命取り組んでいただいていますので、区としてもそれを一緒に取り組ませていただいて、また課題があればその洗い出し等もさせていただいて、一緒に引き続き取り組ませていただければと考えています。

本日の資料をととても興味深く見せていただきました。またこういった資料を拝見しながら、私どもも生かしていければと思っています。引き続きよろしく願いいたします。ありがとうございました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

活発なご議論をありがとうございました。プラットフォームについても、圏域だけではなく、もっと広い範囲でつくるべきだというご意見もありましたが、なかなか東京都だけでも大変であるのが、埼玉県も含めてとなるとこれは非常に難しいところもあるかもしれませんが、ただ、その辺りは国を挙げてやっていくべきところなのかなとは思いました。

それでは、最後に、調整会議は地域の情報を共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報提供を行いたいというところがありましたら挙手をお願いしたいと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となります。大分時間を超過して申し訳ございません。

それでは、事務局にお返しをさせていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○岩井部長：先ほどご質問いただきました「東京都多職種連携ポータルサイト圏域支援システム」ですが、そちらについては今でもございまして、「多職種連携ポータルサイト圏域支援システム」で検索いただきますとホームページがありますので、もしよろしければご確認いただけたらと思います。

○土屋（豊島区医師会 会長）：どうもありがとうございました。

○立澤課長：ありがとうございました。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は大変様々のご意見を頂戴しまして、また活発なご議論もいただきましてありがとうございました。

これから新しい地域医療構想の作成の準備を進めてまいります、これまでと

は違った取組をいろいろ考えていかなければなりませんので、ぜひとも先生方のご意見を参考にして考えていきたいと思っております。ありがとうございます。

では、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、あるいはご質問等がございましたら、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれました様式がお手元にあるかと思しますので、東京都医師会宛てに、会議終了後1週間ぐらいをめどにご提出いただければと思います。

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いただきまして誠にありがとうございました。

(了)