

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

令和7年1月10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』

〔区西南部〕

令和7年1月10日 開催

1. 開 会

○立澤課長：定刻の18時となりましたので、令和6年度第2回目となります東京都地域医療構想調整会議（区西南部）を開催させていただきます。本日は、診療等で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一読いただきまして、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なって大変恐縮ですが、事前に送付をしておりますので、お手元にご準備をいただければと思います。

また、議題の際に随時、画面でも共有をいたしますので、そちらのほうもご確認いただきますと幸いです。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。東京都医師会土谷副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、新年明けましておめでとうございます。ことしもどうぞよろしくお願いいたします。

今年度第2回の調整会議が始まります。各圏域で行われるところですが、こちらの区西南部が第1回目の調整会議になります。

次第をご覧いただいたと思いますが、内容がすごく多いんです。全部同じように一生懸命聞いていると疲れてしまいますので、ポイントだけお伝えいたします。

特に聞いていただきたいのは、報告事項の3番、議事については4番、それぞれ報告事項の最後、議事の最後に力点を置いて皆さんにご参加いただけるとありがたいと思っています。

特に最後の最後、「地域連携の推進に向けて（意見交換）」、こちらはいつも皆さんで意見を出し合っているところですが、このときのキーワードがあります。今回は「地区診断」というのがキーワードになりますので、その辺りを意識してご参加いただければありがたいなと思います。

量が多いのでこれぐらいにします。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。

続きまして、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。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。

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。

本日の会議の内容につきましては、先ほど土谷副会長からもお話がございましたが、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取りまとめについてご報告いたします。

また、主な議題としましては、こちらの圏域では地域医療支援病院の承認申請、また、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ました推進区域の区域対応方針案について、最後に、地域連携の推進に向けた地区診断に係る意見交換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。

本会議の構成員でございますが、お送りをしております名簿をご参照いただければと思います。

なお、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参

加いただいております。

また、会議に参加のご希望がございました他の区域の座長・副座長の先生方もWeb等でご参加をいただいておりますので、ご承知おきいただければと思います。

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でご参加をされております。

また、会議録及び会議に係る資料につきましても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。

それでは、これ以降の進行を太田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

○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、まず報告事項の1つ目を東京都から説明をよろしくお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料としまして、報告事項の説明をさせていただきます。資料1-1をご覧ください。

こちらに、今年度地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループの開催概要をまとめております。左側に各圏域の開催日、空地応募の11月22日から北多摩南部の1月24日までの実施を予定しており、これまでに8圏域分の議論が終了しております。

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いた複数疾患を有する高齢患者などの受入れ等にあたり、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、また、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、これまでに実施の8圏域分の議論を踏まえたまとめの資料となっております。

下段に意見をまとめており、①については、相互の職種の役割の理解が進めば、タスクシフト、タスク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。

また、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。MC S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いました。

このほかに、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ありました。

続いて、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、区西南部は、1枚目の上段、右から2番目にまとめています。

上から2点目、訪問看護師、訪問看護ステーションの数自体は多いが、小規模が多数のため、24時間365日の体制が脆弱だと感じており、事業者同士の協力体制の構築が必要、といったご意見や、下から2点目、病院看護師について地域とつながることがまだできていない、といった意見がございました。

また、一番下、老健から、令和6年度診療報酬改定を機に、在宅の患者の積極的な受入れの流れができており、看取りやリハビリなど在宅の治療の場面で老健の使用の頻度を増やせる体制になりつつある、とのお話がございました。

下から3点目、渋谷区からですが、多職種連携の際に、ケアマネジャーや訪問看護師だけでなく、NPOなど支援をしている方も参加するようになり、職種の幅が広がっていて、調整というよりも相談していく方法が増えたように感じている、との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となります。

○太田座長：ありがとうございました。

報告事項（１）、在宅療養ワーキンググループでの話合いの内容ですが、こちらについて何かご質問、ご意見等はございますでしょうか。

新たな地域医療構想が２０４０年に向けて、８５歳以上の医療・介護の複合ニーズの課題を抱える方が多いという面で、ワーキングも、地域医療構想よりも在宅医療であったり介護を踏まえて検討していくという面では、今後こういう在宅ワーキングで出た意見も先生方に非常に重要な情報になるのではないかと思います。いかがでしょうか。何かご質問はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。ありがとうございました。

（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：では、続いて報告事項（２）について、こちらに関しては配付資料で代えるということでしたので、お目通しをください。

（３）新たな地域医療構想について

○太田座長：続いて報告事項（３）、こちらの説明を東京都からよろしくお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料３に基づきましてご説明させていただきます。資料を共有いたします。

新たな地域医療構想についてでございます。こちらは、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、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まだ示されて

おりませんで、来年度、国が策定するガイドラインの中でこちらは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紹介いたします。

まず、下の枠の部分、左側のところ、「(1) 基本的な考え方」の3ポツ目にあるとおり、現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つという位置づけでしたが、新たな構想については医療計画の上位概念と位置づけて、医療計画を新たな構想に即した具体的な取組みを進めるための実行計画とする、とのことでございます。

次に、下の(2)①のところですが、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など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、とのことでございます。

さらに、下の②のところですが、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、また、今後の方向性などを報告する制度を設ける、とされています。

また、今後のスケジュールですが、1枚おめくりいただきまして、中ほど、青いラインの部分です。2025年(令和7年)度に国がガイドラインを策定して、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・連携の協議などを進めていくとされています。

今後のガイドラインの内容が分かり次第、調整会議でご報告をしていきたいと考えています。

次のページ以降につきましては、検討会の取りまとめの全文を付けていますので、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。

○太田座長：ありがとうございました。

では、報告事項3についてご質問等はございますでしょうか。

○土谷副会長：では、コメントを。

○太田座長：副会長、よろしくお願いいたします。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。

新たな地域医療構想ということで、現行の地域医療構想は、暦が変わって2025年になりましたが、ことしが目標年となっていました。次にまた始まるのかと思われるかもしれませんが、次は2040年を見据えてということになりました。それが一つです。

ここにも書いていますが、そのときは85歳以上の超高齢者が増えていくということで、医療だけではなくて、外来、在宅も書いていますが、介護援助のあたりも踏まえて、非常に多くのものを取扱うことになっていくんだろーと思います。それが2点目になります。

もう一つは、医療計画との関係になります。医療計画、言葉自体を考えてみればそのとおりですが、何かやろうと思ったときに、構想を練って、そのあと計画を立てて実行していくことになると思うんですが、そういった言葉の整合性が整うということです。計画の中に構想が入っていたのを、ちゃんと構想を練って、それから計画を立てていくという順番になったということです。

あとは回復期です。これまで「回復期って何だ」とずっと言っていたんですが、今回、名前が変わって「包括期」となります。名前が変わるだけではなくて、高齢者救急も入れましょうということです。

高齢者の急性期患者への医療提供機能ということで、「地域包括ケア病床」とかそういったものが、今まで急性期なのかどっちなのかということでしたが、「包括期機能」というふうになっていきます。

それから、「何とか機能報告制度」というのがいろいろありました。今までは「病床機能報告制度」がありました。あとは「外来機能報告」というのが始まっています。今度は「医療機関の報告制度」です。「病床機能報告制度」と似ているようですが、病院そのものを報告してもらい、そのほうが分かりやすいだろうということで始まりました。

ここには書いていませんが、来年は「かかりつけ医報告制度」というのも始まります。いろいろ報告することが多くなるということです。

きょうのところは「新たな地域医療構想が始まるんだな」というのをご認識いただければよろしいかと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

では、和田先生、よろしくお願いします。

○和田（玉川病院 院長）：「2040年度に向けて新しく」というのはいいと思うんですが、まず、「そこまで果たして待てるのか」と現場的には思っているんです。

というのは、前からお話ししていますが、ここ数年、高齢者救急の数が増えてきていますし、特に今、こういったインフルエンザとかが流行っている中で、皆さんのところも同じだと思いますが、うちはかなり救急車を取っていて、入院もう満杯に近いんですが、毎日、救急車を10台ぐらい断っているような状況です。

例えば、うちは世田谷区ですが、八王子辺りからオファーがあったりとか、遠くのところから常にオファーがあり続けて、どうしようもなくなっているような状況です。というのは、もうかなり逼迫した状態にあるのではないかと思うんです。

その中で「包括期機能」というのは言葉としては分かりやすいんですが、例えば、そんな中で、我々のところも「じゃ、下り搬送ができないか」とかと近くの病院にお話ししたりするんですが、「夜は取れません」とかいう話になってしまうことが多くて、現実的にはそんなに十何年も待てるような話ではなくて、東京に関しては、もう少し早くいろいろなことを考えていかないとだめだと思います。

それから、「回復期機能」と「急性期機能」を一体化させるというのは、かなり僕は無理があるのでないかと思うんです。というのは、病気のテンポが違いますし、急性期はとにかく1日単位で何かやらなくてはいけないのと、回復期みたいに、何週間あるいは何か月で何かやらなくてはいけないのと話が違うと思うので、東京は、余り悠長なことを言わずに、いろいろなシステムに関して考えたほうがいいと思います。

それから、これはここで話すことかどうかは別ですが、いろいろな病院が、皆さんご存じのように、今かなり経営的に厳しくなっていて、投資はできないような状況になっていますので、10年先のことを言われても、「さて、5年後に果た

して病院があるんだろうか」という話になりつつありますので、その辺も含めて、東京は東京としての支援を考えていただくと大変ありがたいと思ったりしています。構想としてはいいと思うんですが。

それから、高齢者は85歳以上が増えるから、じゃ、2040年だったら、85歳で救急車を呼んだら、急性期の救急外来には連れていってくれないという話になるのか。どうなってしまうのかな、と思ったりしています。そんなところです。

○太田座長：ありがとうございます。大変貴重なご意見だと思います。

確かに東京の場合、2040年まで待っていたら、その前に確かにパンクしてしまうわけで、その前にどう対応するかという面では、いろいろな意見を出し合っていていただいて早く決めるべきだと思います。

あとは、今、和田先生からも出ていますように、今までも出てきましたが、病院自体、今、経営がかなり厳しいという面では、良質な医療を提供するという面でも、病院へのサポート支援を同時並行的に考えていく必要があるかなと、私も思います。

あと、いかがでしょうか。

○土谷副会長：じゃ、私から。

和田先生、ありがとうございました。それを受けてお答えしたいと思うんですが、私たちも全く同じ危機感を抱いています。

医療需要が東京においてははずうっと増えていきます。まだ増えます。じゃ、それと同じように診療報酬が増えるのか、職員が増えるのかと言われると、そんなことはないのは皆さんも分かっていると思います。

ですので、今後増えていく、特に高齢者の救急が増えるの見込まれていますが、それを本当に私たちが対応できるのか。全国の中で見ても、患者さんが減っている地域は、それはそれで診療所の経営は大変だということはあるでしょうが、東京においては、全国の中でも特に大きな問題、需要と供給のギャップがどんどん大きくなっていく可能性は高いというか、もう明らかです。

医療従事者で言えば、特に医師については“働き方改革”が今年度始まりまし

た。これから医師偏在の話がもっと強くなっていきます。医師偏在の話をすれば、東京の医師をどうやって地方に持っていくのかという話になっていきます。

それから、和田先生も言っていましたが、インフレです。物価が上がってきて、他の産業の給料がどんどん上がって行って、「じゃ、医療界で誰が働くのか」ということも、もう10年たったら全然違う世界になっているかもしれません。

あとは、本当に病院の経営ですね。医療機関の経営状況もどうなっていくのか、見通しが立たない。

この問題は非常に大きい問題だと思っていますので、だからこそ地域医療構想といいますが、自分のところだけ見ていてはだめで、地域全体で見ていかなければいけないというのが、新たな地域医療構想の大きな問題だろうと、私も思っています。

非常に適切なコメントを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。

大坪先生、よろしくお願いします。

○大坪理事：世田谷区の大坪です。

今のお話で追加事項です。後ほど資料が出てくと思いますが、救急がかなり病院に集中し過ぎているというか、もう救急隊の方も「頼むところはここ」みたいなふうになってしまっていて、回復期が包括期となるということは、高齢者の方とか軽症の方とかはもっと満遍なく、二次救急でやろうとしているところに、本当はもっと振り分けるべきなのではないかと思っています。

私は、これは本当に救急隊の方とももっとよく話さなければいけないと思っていますのは、例えば、当院で去年の4月から救急を取れる先生をお呼びして、病院に来ていただいたんです。「取れますよ」「取れますよ」と言っている、余り依頼が来ない。

そうかと思うと、東京医療センターとか玉川病院みたいなところにはものすごく集中してしまって、断らなければいけないような状況が起きているということなんです。

だから、救急隊の方の搬送先というかお願い先というのも、もう少し集中しな

いように。これこそ、玉川病院に診てもらわないと困るという方を玉川病院に、軽い方はもっと地域の、中小病院でも診られるところはそうするというふうに、そこも考えなければいけないのではないということがあります。

あと、下り搬送に関しては、やろうと思っているんですが、そのシステムをつくってもそんなに件数が増えないんです。なので、これはまた玉川病院さんとも、個人的に和田先生と相談して、ちゃんとその変更を尽くしたいと思います。

夜間も取りたい気持ちはすごくあるんです。そこにかかってくるのはまた「人」なんです。先生たちも、“働き方改革”だからといって、例えば大学の医局から当直にきた先生などは、「仕事をさせる気か。医局に知れたら大変なことになりますよ」みたいなことを言ってくるんです。そうすると、ちょっと当直の先生も考えなきゃいけないかなと思っているところです。

あと、私が今、本当に和田先生がおっしゃるように救急が逼迫しているということで考えると、夜間休日の救急のところで、「夜間と休日だけ救急を取ってくれる、働いてくれる先生を入れたほうがいいのか」とかいうことも考えているんです。だから、今までのやり方で頑張ればいいみたいなのは、もう無理なんじゃないかと思っています。

本当に和田先生がおっしゃってくださったことは大事なことで、東京都は本当に危機感を持ってこの数年でいろいろ考えて、変えていかないと。変える勇気というか、できることは協調して変えていかないと。もう今までのでは無理だというふうに、今までの概念を壊していく段階も必要なんじゃないかと思っています。以上です。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかは、ご意見がございますでしょうか。

○井上（渋谷区医師会 理事）：僕は今、救急病院はもう降りてしまっているんですが、切実に救急が逼迫していることは感じています。

何かあってお願いをしてもうまくいかない。その1つの第一歩目は、別に救急隊が悪いわけではないんだけど、直近第一主義にしたために、搬送するのに情報のない病院に行く。もともとかかりつけのところが遠いと、そこには連れていか

ないで、近くに行くという話が昔あった。その流れがまだちょっと残っている、というのが1つ。

それから、これは、1つは診療所を今やっていてすごく思うことなんですが、日々の診療に関して患者さんに、今の救急の状態とか病院のかかり方をもっと本当は説明しなくてはいけないんだと思うんですよ。

ただ、診療所の先生方がみんなそここのところをご存じのわけではない。それから、どうしても、今回の医療の改定もあって、先生方はそういう説明をするのにお金がつかないわけだから、そんなことをやっている暇はないんですよ。

そういうふうなことが一つの原因になっていて、結果的に救急が、将来的な救急も逼迫するであろう。

もう一つは、医療のかかり方というのかな、それをもっと教えるということだと思ひ、それから、病気の根本を治すというか、お薬を出しているのではなくて、元気にするための何か策をつくらないと、たとえ100分の1でも1000分の1でも患者さんを減らす努力が、僕は、もっと手前の段階のところで必要なのではないか。

それじゃないと、本当に、大きい病院の先生方も救急の病院の先生も救急隊も、もう目いっぱいのところを過ぎているわけですね。そこがどうにもならないから、必死になって患者さんにそういうことを説明していると、今度は本当に診療所は収入が減ってしまうわけですね。

診療所の先生たちでも、そういうことをやったときに、いろいろな書類ばかり増えてどうしようもない。例えば、23区同じ、共通の書類にしてくれればどうということないのに、と思うこともいっぱいあるんです。

そういうのには余り手をつけず。“働き方改革”というのはそういうところの改革もあるんだと思うので。それは、逆に都とか国ができることではないかと思うし。

そしてまた、一人一人の患者さんに向き合っているいろいろなことを教える方法も、何か都のほうでも考えていただければと思います。それが全体的な問題として、大きい病院の先生もそここのところでいろいろ患者さんに説明するのはものすごく大変だと思うので、お願いしたいと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

貴重なご意見をいろいろとありがとうございました。

よろしいでしょうか。

3. 議 事

(1) 地域医療支援病院の承認申請について（協議）

○太田座長：では、次の議事に進みたいと思います。

次の、議事の1つ目に入ります。「地域医療支援病院の承認申請について」です。

それでは、東京都のほうからご説明をよろしくお願いいたします。

○白井課長：保健医療局医療安全課長の白井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

資料4－1になります。ご覧ください。

地域医療支援病院については、紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用等を通じて、“かかりつけ医”等を支援する能力、地域医療の確保を図るためにふさわしい設備等を有する病院を知事が承認しているものでございます。

承認要件は、資料に書いてあるとおり医療法に規定されていまして、令和6年12月末現在、52病院を承認しているところです。

新たに地域医療支援病院を承認するに当たっては、医療法に基づき、あらかじめ東京都医療審議会の意見を聴くこととされていますが、その前に、医療法施行規則等に基づき、当該病院が所在する二次医療圏の地域医療構想調整会議において協議することとされております。

今般、区西南部医療圏においては、都独立行政法人東京都立病院機構、東京都立広尾病院より地域医療支援病院の申請がありましたので、本会議において協議いただくものです。

このあと申請病院より申請の概要について説明をしていただきますので、皆様からご意見等をいただければと存じます。

説明は以上です。

○太田座長：ありがとうございます。

では、続いて医療機関からの説明に移ります。質疑は医療機関からの説明後に行いますので、よろしくお願いします。

では、東京都立広尾病院からご説明をよろしくお願いします。

○井石（広尾病院 副院長）：よろしくお願いします。広尾病院の副院長の井石でございます。

当院は、一般病床が378床、精神科病床30床、許可病床が408床の、31診療科を持つ総合病院であります。

もともと都立病院で、行政医療として、救急医療、災害医療、島しょ医療、そして外国人医療を中心にやってまいりました。

救急医療においては、救急医療センター、並びに東京ER・広尾として、24時間365日、安心して治療を受けていただけるよう、三次救急まで、あらゆる救急に対応しています。

また、救急隊と連携したドクターカーで、近隣の救急現場への対応とか、あるいは近隣医療機関からの緊急のご依頼にも迅速に対応できるように連携しております。

災害医療においては、区西南部保健医療圏の災害医療中核病院としてDMAT等の派遣も行っていますし、各種の防災に対する取組も行っています。

また、島しょ医療も当院の任務の一つでありまして、救急の区搬送患者の約90%以上を東京都の島しょのほうから引き受ける、中心的な役割をしています。

並びに、画像伝送に関しては5G画像のついた診療の支援等も行っておりまして、東京都の島しょ地域の医療について深く関わってきています。

地域医療支援に関してはコロナ禍で一時的に診療が縮小していましたが、コロナ明け以降、紹介、逆紹介率が、54%、75%と増えていまして、今年度に至っては、紹介率63%、逆紹介率80%まで回復しています。

令和6年4月の時点で登録の医療機関が785機関、連携医登録制度に基づいて登録されていまして、登録医数が1245人となっています。

令和5年6月の地域医療構想調整会議において紹介重点医療機関として指定し

ていただきましたので、それ以降、地域医療に関しても、より一層、連携を強化していく方針でございます。

先ほども申し上げたとおり、コロナ禍においては、新規コロナウイルスの入院重点医療機関として、地域のコロナ患者の対応にも十分対応してまいりました。

災害医療についても、区部最大拠点病院として平成9年に指定されて以来、最大の活動の基礎となる救急の医療を充実させています。

東京DMAT、日本DMATにも多数医師並びに看護師等を派遣していきまして、昨年初めの能登半島に対する災害派遣も行っています。

このように、地域医療を含め、十分に対応してきていますので、ぜひ今回、地域医療支援病院の承認をいただきたいと思います。

私からは以上です。

○太田座長：ありがとうございました。

では、意見交換に移りたいと思います。ご質問、ご意見等はございますでしょうか。

和田先生、よろしくお願いいたします。

○和田（玉川病院 院長）：全く問題ないというか、逆に、今までなってなかったんだなと改めて思ったんですが。

ちなみに、広尾病院さんは建替えの話があると思うんですが、建替えの最中でも継続しながら診療は続くんですか。

○井石（広尾病院 副院長）：はい。病床の縮小はしますが、建替えの最中でも診療は続けて行う予定でございます。

○和田（玉川病院 院長）：ありがとうございます。

○太田座長：ありがとうございます。

ほかはございますでしょうか。

私も特に問題ないと思いますが、よろしいでしょうか。

〔全員賛成で承認〕

では、ご議論をありがとうございました。

事務局のほうから何かご発言等はございますでしょうか。

○白井課長：ありがとうございました。本日ご議論いただいた内容につきましては、3月の医療審議会のほうに報告をさせていただきます。ありがとうございました。

○太田座長：丸井先生、よろしくお願いします。

○丸井（碑文谷病院 院長）：初めて参加させていただきます碑文谷病院の丸井でございます。よろしくお願いします。

いつも広尾病院さんにお世話になっております。全く問題ないと思うんですが、関係ない質問で申し訳ないです。資料5－2の資料の中で見せていただいたときにどうしても理解しがたいというか、理解のために教えていただきたいことがあってお聞きしました。

水準という中の紹介率、逆紹介率が100%を超えていらっしゃる病院があるんですが、これはどのように理解したらよろしいのか、教えていただけたらと思います。

○太田座長：それは、次の、紹介重点医療機関のほうの話ではなくて、広尾病院さんのほうへのご質問ということでしょうか。

○丸井（碑文谷病院 院長）：いえいえ、今お聞きするのが、タイミングが間違っていたらすみません。次の話題に行きそうだったので、資料5の話題の中でお聞きしたということです。広尾病院さんのことについては全く異存はありません。

○太田座長：では、次のところでそちらはまたご議論させていただくということで、よろしいでしょうか。

○丸井（碑文谷病院 院長）：はい。よろしくお願いします。失礼しました。

（２）紹介受診重点医療機関について（協議）

○太田座長：それでは、次の議事に進みます。

議事の２つ目は、紹介受診重点医療機関についてです。東京都のほうからご説明をよろしくお願いします。

○井床課長代理：資料５－１を共有させていただきます。

資料５－１をご覧ください。

制度の概要については、こちら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ございます。

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部分などを外来機能報告で都道府県に報告をし、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います。

今回の協議の目的ですが、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をするもの。

２点目は、現に紹介受診重点医療機関であるが、令和６年度報告で基準などを満たさない医療機関の取扱いについて協議をするものです。

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います。

次に、協議の方針についてご説明いたします。

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います。

資料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、表において赤枠で囲っています。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います。

次に、現に紹介受診重点医療機関で、令和6年度報告で基準など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て、ア及びイに記載のとおりとしたいと思っています。

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、基準など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います。

下の表にパターンをまとめていますが、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、こちらは2年連続で基準などを満たさない場合、令和7年度は紹介受診重点医療機関としないこと、としたいと考えています。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、この区西南部ではございませんでした。

これらの方針に基づきまして、資料5－2で区西南部の個別の医療機関の状況をまとめています。こちら、表の赤枠内の医療機関は、基準などを満たすため、紹介受診重点医療機関とすることと考えています。

次に、下の黒い④の医療機関のうち、国立成育医療研究センターについては、基準など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います。

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いますので、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、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います。

以上の内容でご協議のほどよろしくお願いいたします。

○太田座長：では、先ほどご質問になったところを、立澤課長からよろしくお願いいたします。

○立澤課長：東京都でございます。丸井先生、先ほどご質問をありがとうございました。

逆紹介率の計算ですが、国の計算式によると、逆紹介患者数を初診患者数で割り返すという形になっています。この初診患者数は、先ほど少し触れさせていただきましたが、実績として令和5年4月1日から令和6年3月31日になりますので、令和5年度の実績の初診患者数で逆紹介の患者さんを割り返すことになっています。

ですので、初診患者数の数によって、再診とかで逆紹介された方が多いと100%を超えるという可能性もあるのかと思いますが、具体の計算が、国が自動計算で行って各病院に提示するというふうになっていて、都のほうでは今詳細が確認できませんので、数式としてはそのような状況になっています。

○太田座長：ありがとうございます。

○丸井（碑文谷病院 院長）：紹介率のほうはいかがですか。

○立澤課長：紹介率は、同じく紹介患者数を初診の患者数で割り返すといった計算になっています。分母の初診患者数については令和5年度の患者数の実績となっております。

○丸井（碑文谷病院 院長）：ということは、実際の患者さんは年度がずれているということなので、こういう数字が出てくるということですね。

○立澤課長：患者さんの実績は、

○丸井（碑文谷病院 院長）：つまり、100%を超えることはあり得ないのではないか、というのが僕の質問です。

○立澤課長：多分、初診患者数の捉え方によって計算が100%を超える場合も

あるのかなと思っ­ていま­し­て、再診が初診患者数の中に入­っ­てなかつたりとか。

すみません、そこら辺の定義がこれでは判然とし­ないの­で、また改め­て確­認を­し­て、先生の方­に­ご連­絡を­差­し­上­げ­て­もよ­ろ­し­い­で­し­ょう­か。

○和田（玉川病院 院長）：丸井先生、玉川病院の和田ですが、例えば外来にずつと通院しているような人を紹介したりとか、在宅に移行したりという人が結構出たりすると、100%を超えたりするときはあります。

○丸井（碑文谷病院 院長）：なるほど。そういうことが含まれるということなんですね。

○和田（玉川病院 院長）：そのとおりです。だから、通常ずつと外来に来ている人を、「紹介重点型なので、お近くのところへ行かれたらどうですか」とか、あるいは「来れなくなったので、近くを紹介します」とかいう人たちが、かなり高齢になってくるとそれなりに発生してくるので、そういうのを入れたりしていくと100を超えることはあります。

○丸井（碑文谷病院 院長）：分かりました。ご丁寧に説明をいただきまして、ありがとうございました。

○立澤課長：すみません、説明し切れなくて大変失礼いたしました。和田先生、ありがとうございました。

○太田座長：ほかは、紹介重点医療機関に関して何かご意見等がございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

そうしましたら、資料5－2の表の中にある赤枠で囲まれた医療機関を紹介重点医療機関とする、ということがまず1つ。そして、既に紹介重点医療機関である医療機関は、赤枠外であっても認めるということで進めようと思いますが、こちらでよろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

ありがとうございました。東京都のほうから何か確認することがございますでしょうか。

○岩井部長：東京都の岩井でございます。今のご議論を踏まえまして、紹介受診重点医療機関の公表に向け、準備を進めてまいります。よろしくお願いいたします。

○太田座長：ありがとうございました。

(3) 2025年に向けた対応方針について（協議）

○太田座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

議事の3つ目は、2025年に向けた対応方針についてです。東京都から説明をよろしくお願いいたします。

○井床課長代理：資料6－1をご覧くださいと思います。共有させていただきます。

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をいただき、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ございます。

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思います。

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、病床の機能分化は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います。

具体的には、資料６－２－１で病院について、資料６－２－２で診療所についてまとめていまして、新規の医療機関については、医療機関名を水色、内容に変更のある医療機関は緑色で色付けをしています。

併せて、備考欄にも、新規、変更と記載しています。

また、変更のあった医療機関については、備考欄に変更点を補記しています。前回までと同様に圏域として合意できればと考えていますので、よろしくお願いいたします。

また、参考資料の２－１、２－２で、例年どおり、病床機能報告の結果について、機能別の病床数の状況や病床利用率、また平均在院日数などを、全体と圏域別に取りまとめているので、こちらは後ほどご覧いただければと思います。

説明は以上となります。

○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がありますでしょうか。

よろしいでしょうか。病院のほうでは主に変更点があったのは三宿病院さんで、災害拠点病院を申請されたというところ以外は、ほぼ変更なしという形になっています。

よろしいでしょうか。

では、ありがとうございました。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、皆様にお諮りしたいと思います。

前回までの取扱いと対応と同様に、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する、このような取扱いとしてよろしいでしょうか。

ありがとうございます。特にご意見はありませんでしたので、この取扱いとさせていただきます。

〔全員賛成で承認〕

（４）地域連携の推進に向けて（意見交換）

○太田座長：そうしましたら、次の議事に進みたいと思います。

議事の４つ目は、地域連携の推進に向けてです。東京都のほうから説明をよろしく願いいたします。

○井床課長代理：資料７－１をご覧ください。共有をさせていただきます。

こちらの資料では、地域連携の推進に向けて、２点ご説明をさせていただきます。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」でございます。

まず、１点目についてご説明をさせていただきます。

こちらの資料は、第１回の調整会議の際にもお示ししています。今年度、来年度の調整会議において各地域の現状把握、課題の確認などを行いながら、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います。

次に、推進区域の区域対応方針案についてでございます。

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います。

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、この内容で国が推進区域を設定いたしました。

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策定いたしました。

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、各疾病事業の特定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、運用しています。

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います。

それでは、区域対応方針案のポイントについて、この資料でご説明を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、取組みを推進してまいりました。

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います。

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います。

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、医療機関などにおける、地域や地域を越えた連携の一層の促進が必要と考えています。

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います。また、今後、医療だけでなく介護、区市町村など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います。

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、医療機関など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います。

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など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などの連携の実施とすることを考えています。

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

います「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、地域の医療機関などにおける連携強化、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います。

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、区市町村など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など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、新たな構想策定に向けた必要な討議の場の準備を進めることとしたいと考えています。

簡単ではございますが、以上が区域対応方針案の概要です。

なお、実際の文案については資料７－２でお付けしていますが、先ほどの内容について、１ページのところにグランドデザインと課題、３ページに対応方針が出ていて、４ページに取組みと到達目標を文章で記載をしています。

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いますので、ご意見のほどよろしく願いいたします。

説明は以上です。

○太田座長：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るでしょうか。

こちらは、先ほどの報告にあった（３）の「新たな地域医療構想について」、こと通じるところが、このあとのところでもそうですが、出てくるかと思います。その辺を含めて何かご質問やご意見があればお願いいたします。

特にこちらでご質問はございませんでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、引き続き、東京都から説明をお願いいたします。

○井床課長代理：また、資料７－１の３ページをご覧いただければと思います。資料を共有させていただきます。

こちらは今回の意見交換についての内容でございます。

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、課題の確認などを行い、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います。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います。

今回の意見交換に当たり、参考資料を2点用意しています。

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としてまとめています。

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などに関するアンケートを実施し、圏域ごとの結果を資料7-3でまとめています。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まして、今回はこちらをもとにデータをそろえています。

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、再発脳梗塞などへの対応が必要であると示されていました。

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なされています。

そのうちDPCデータについては、DPC対象病院などの退院患者について、MDC別患者構成など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います。

まず、DCP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。最も多いのは東京医療センター、次に日赤医療センター、次いで、都立広尾病院と関東中央病院が続いています。

なお、MDCの01から18までで色分けをしています。

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きますと、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。最も多いのは東京医療センター、次に東邦大学医療センター大橋病院、次いで、日赤医療センターが続いています。

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きますと、例えば年間1000件以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います。

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います。最も多いのは東京医療センターで、年間236人、次に三宿病院で、年間197人、次いで関東中央病院で、年間183人です。

次に、MDCの04呼吸器系疾患のうち、誤嚥性肺炎、肺炎などの入院患者数の合計の多い順にお示ししています。最も多いのは東京医療センターで、年間405人、次に玉川病院で、年間257人、次いで関東中央病院で、年間219人でございます。

続きまして、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います。

最も多いのは日赤医療センターで、年間603人、次に東邦大学医療センター大橋病院で、年間568人、次いで東京医療センターで、年間457人です。

続いて、MDCの11、腎・尿路系疾患などのうち、腎臓または尿路の感染症、

慢性腎不全などの入院患者数の合計の多い順にお示ししています。

こちら、最も多いのは東京医療センターで、年間455人、次に日赤医療センターで、年間404人、国立成育医療研究センター、こちらは患者が小児とされますので、次いで関東中央病院で、年間161人です。

最後にMDCの16、外傷等のうち、股関節大腿近位の骨折の入院患者数の多い順にお示ししていきまして、最も多いのは久我山病院で、年間116人、次に世田谷中央病院で、年間95人、次いで、都立広尾病院と玉川病院で、年間85人です。

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います。

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、資料7-1の3ページのほうに戻りますが、続いてお示しするのは、各病院の事前アンケートをまとめた資料です。資料7-3をご覧ください。

今回、都では約220病院からご回答をいただいております、区西南部では、全体52病院のうち4分の1に当たる13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つに分類をしています。

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います。

主な点をご説明しますと、急性期の病床では60%未満の稼働率の回答もあるなど全体的に稼働率が低い一方、地ケア病床、回リハ病床、療養病床では、80%以上の稼働率の回答が多い状況でした。

4ページには、救急車の受入れ台数と転院上りと下りの入退院患者数の合計を、規模別でまとめています。

5ページから9ページまでは、連携など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います。

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

きまして、中段のところにある休日夜間の緊急搬送ですが、都全体としても2.78と数値が低い中、区西南部は全体で2.67と都全体よりもさらに低く、特に、200床未満と200床以上400床未満の病院が都全体より低いことから、これらの病院では、休日夜間の緊急搬送が円滑になされていないと認識していると考えられます。

続いて右側、早期の転院受入れについての要望ですが、区西南部では、上段の「診療科を絞れば受入れ可能」の回答が2.92と都全体より低く、それよりは下段の「患者の重症度を限定したほうが受入れ可能」が3.38と高い状況でして、特に200床以上400床未満の病院が4.33と、その傾向にありました。

6ページ左側、積極的な受入れに当たっての自院の課題についてですが、区西南部では、上段の「医師」、中段の「医師以外の職員」、「それぞれが潤沢であれば積極的に受入れ可能」の回答について、200床以上400床未満の病院はそれぞれ4.33、5.00と高い一方、400床以上の病院についてはそれぞれ2.75、2.50と、低い傾向でした。

続いて、右側、早期転院に対しての患者側の課題については、区西南部では都全体と比べ、患者側や患者家族の理解の問題はそれほど要素として大きくないという傾向でした。

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います。

下段の、様々な疾患を抱えた患者の転院について、急性期では都全体の3.88と比べて4.33と高く、区西南部ではより転院が決まらないと認識されており、また、回復期、慢性期でも都全体の3.28と比べて3.86と高く、受入れが難しく、断るケースも多いと認識されていると思われます。

8ページ左側が、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をしています。区西南部でご回答いただいた病院では都全体よりも連携が進んだ、との傾向でした。

8ページ右側以降は、自由記載の回答をまとめています。

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、上から4ポツ目のところにありますが、世田谷区内の二次救急病院との連携は全般的に良好。

次いで7ポツ目のところで、院内の医療者同士のコミュニケーションや、他の病院の連携室、MSWとの関係構築・深化、といったお答えをいただいています。

9ページ左側、こちらは、自院や地域として対応していくべき取組の考えなどの回答ですが、例えば1ポツ目のところ、電子カルテ導入による情報共有、業務の効率化を目指している。

4ポツ目、近隣病院への上り転院の際、地域連携室に看護師、師長がいる病院とは転院が迅速。急性期病院が地域連携室内に看護師を配置し、慢性期病院からの受入れ対応をするようになってほしい。

7ポツ目、転院について、最近は患者の自己負担が多く、経済的問題が原因で転院先が決まらない人が多い、といった回答がありました。

最後、右側には全般的なご意見を記載していますが、専門医が少ない、慢性期病院入院中の患者の病状相談がよりスムーズになるよう、近隣病院と画像データを共有できるとよい、といったご意見をいただいています。

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7-1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りましたら、併せて頂戴できますと幸いです。

説明は以上となります。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、意見交換に移りたいと思います。

今お示しいただいた地区診断に関するデータと事前アンケートの結果を見ていただいた上で、区西南部として高齢者の患者の受入れについての課題であったり現状、あと、区西南部としてこういうことを対応していく必要があるのではないかと、というようなご意見をいただければと思います。

できるだけ多くの先生方にきょうはご意見をいただきたいなと私は思っていますので、皆さんの意見をいただければと思います。

時間も限られていますので、できれば一、二分程度でお話をまとめていただけると助かります。

○丸井（碑文谷病院 院長）：資料のほうは令和4年度の資料ですが、私が着任しましたのが令和6年4月からですので、当時の様子について勉強させていただきました。

私、目黒区の慢性期の病院として今回参加させていただいておりまして、一方で、登録としては、令和6年は一般の急性期の病床は72床としましたが、和田先生がご指摘くださったように、経営のほうが大変厳しい状況にありまして、包括病床、療養病床の工夫をして、現在では、包括病床と療養病床を共に持つ一般病床、急性期の医療を行っている二次救急機関としての機能を果たしていると自負しています。

その中で、このたび資料でお示しいただいた、MDCで区別される明らかな高齢者の代表的な疾患である方々については、やはりそれに特化された病院で受け入れていただくということができていると大変強く実感しました。

一方、私どものところにいらっしゃる方々のご様子を診させていただくと、例えば認知症があつて、家族が家を訪れたら動かなくなっているといった、病気は何かということがよく分からないような一人暮らしの方が、どこへも行けなくなつて、そして照会できた方をお引き受けする、といった方があったり。

また、「東京ルール」と言われるような、どこの病院を探してもすぐに見つからないという方をお引き受けする、というような方が、高齢者の方でいらっしゃるといった印象があります。

そして、実際こういった方をお受けする場合には、より対応に時間や人手を多く必要としているのが現状です。

そういった方々をお受けするのは、私どもの非常に人手の少ないところでお受けしたい気持ちはやまやまですが、実際お受けしていますが、そうした方々に対する時間、人手を取られていきますと、病気に対するDPC上での診療報酬の点からいくと、なかなかバランスがうまく取れないのが実情です。

ですから、そういった、なかなか受け取りにくいような高齢者を受ける場合におけるインセンティブをご考慮いただいて、そういった状況における患者さん

を受けた場合の東京都ないしは国からの支援というものがあると大変ありがたいなと感じています。

どうぞご考慮いただけたらと思います。よろしくお願いします。

○太田座長：ありがとうございました。先ほど来出ているところかと思います。非常に重要なご意見だと思います。

そうしましたら、きょう、参加者名簿のほうから見せていただいて、まず急性期の先生方のご意見をお聞かせいただければと思います。

東京医療センターの小林先生、いらっしゃいますでしょうか。何かご意見があればよろしく願いいたします。

○小林（東京医療センター 院長）：下り搬送に関しては、一応仕組みとしてはつくったもののなかなか機能しないというのが大きな課題で、やはり病院ごとに電子カルテのシステムが違って、情報の共有化ができないというのが大きな問題かなと考えています。

なので、そういったところを東京都が支援していただけると、もう少し機能する、魂の入ったシステムになるのかなとは考えております。

○太田座長：ありがとうございました。

続きまして、玉川病院の和田先生、いかがでしょうか。

○和田（玉川病院 院長）：玉川病院では記載のような人を受けているんですが、連携として最近やっているのは、地域の施設との連携というのをやっています。

20ぐらいの施設に、近くのところに来ていただいて、いろいろな問題点とか、要するに、お高齢者が入院したときには施設へ帰ったり、あるいは施設を利用したりする際に問題になる点をお互いに相互理解しようということでやり始めました。

そこで今一番問題になっているのは、うちは、さっきもデータがあったんですが、誤嚥性の肺炎という人が結構多くて、そうすると吸引という問題が出てくると途端に、「施設はだめ」という話になって、この辺が課題になっていて、みんな

で「さて、どうしようか」みたいな話をしたりしています。

「吸引の訓練とかを介護士さんがやるんだったら、病院でいろいろな指導をしますよ」みたいなことをやったりしながら、お互いの事情を理解しながら、受け取りやすい人は早く受け取っていただいたりとかいうことができないかな、というようなことをやったりしています。

それから、下り搬送もいろいろな病院さんをお願いしたりするんですが、やはり「夜間はなかなか厳しい」と言われることが多いように思っています。

回復期への移行とかに関しては、近隣のところがスムーズに受け取っていただいている、余り大きな問題はないかなと思っています。

うちは整形外科が結構頑張って手術をやっているんですが、定期の手術が多くて、骨折の方とかが増えてもなかなか手術枠を取りにくくて、ストップしたりする場合もあるので、それを院内で調整しようということでいろいろやっていますが、今の形から急に何倍にするというのは難しいかなと思ったりします。

一番は、施設との連携がもうちょっとうまくいかないかなと思ってやっているところです。

あとは、在宅の先生たちとの連携とかもやろうとは思っているんですが、在宅の先生に来ていただくのがなかなか難しい人たちも多くて、できかねているところもあるんですが、そういった地域のケアマネジャーさんとか、いろいろな形の連携もまた別個に取ってはいます。

○太田座長：和田先生、ありがとうございました。

続いて、急性期の先生方のご意見もこの資料を含めてお聞きしたいと思います。三宿病院の城谷先生、いらっしゃいますか。

○城谷（三宿病院 院長）：連携に絡むんですが、一番困るのは、ACPがうまく取れてない方が結構いらっしゃるんですよ。

医療をやることが、かえって本人のためにならないことをやっちゃっていることもあるので、できればACPをどう取るのか。個人が実際持っていると非常にスムーズに行きそうな感じがするんです。

病院に入ってしまうと、そこでしっかり、本人がいたら理解できると思うので、

転院とかがスムーズになると思うので、その辺がうまくいけばなと思っています。

○太田座長：ありがとうございます。非常に重要なところで、ACPが取れているかどうかは非常に大きなポイントかもしれません。

では、回復期のほうの先生方にお聞きしたいと思います。まず、八辻先生、いかがでしょうか。

○八辻（日扇会第一病院 院長）：高齢者救急の問題はいろいろなところで議論されていて、地域全体で取り組むべきと思うので、ぜひその一翼として、できることを考えていきたいと思っています。

ただ、高齢者救急といっても、その入り口のところは、若い人とは限らず、いろいろな検査から対応が必要になってくるので、なかなか回復期的な感じでやってきたところ、うちも二次救ではないんですが、初期の診断で対応するのはなかなか難しいのが現状です。

なので、先ほど来出ている下り搬送とか、できる協力をしていけないかなというところを、近隣の急性期の先生方とも協議していきたいと考えています。

○太田座長：ありがとうございました。

次に、原宿リハビリテーション病院の松谷先生、いらっしゃいますでしょうか。

代理で田中係長、いらっしゃいますでしょうか。

○田中（原宿リハビリテーション病院 係長）：代理ですので、特段申し上げることはありません。よろしくお願いします。

○太田座長：分かりました。ありがとうございます。

では、今度は慢性期の先生方のご意見を聞かせていただければと思います。

○笠原（国立成育医療研究センター 院長）：すみません、よろしいでしょうか。国立成育の笠原ですが、一応、急性期の病院ですので、少し発言させてください。

今、高齢者の話ばかり出ておりまして、少子高齢化で高齢者のことが大事なのはよく分かりますが。

少子化ですが、より高い医療の提供が小児病院では本当に求められています。少子化とはいえ、東京都内での子供の人口はそれほど減少傾向にございません。

もう一点は、小児医療は採算性が余り取れませんので、現在、縮小されている病院等が非常に多うございますので、東京都内で小児の救急は非常に集中している印象があります。

救急ネットワークが構築されていますので、受入れは断らないように、みんなで努力して今やっているところです。

また、世田谷区、玉川医師会との関係は、カンファレンスも非常にうまくできているかなと思います。

一点皆さんに知っていただきたいのは、症例の重症度が非常に上がっていて、手前どもは490床、病床がありますが、病棟で60台、今呼吸器が回っています。

それでも採算性が悪く、重症度が高く、しかし医療は続けていかなければならないという状況で、なかなか経営的にも苦しい状況であるということを、共有させていただければと思います。

どうもありがとうございます。

○太田座長：ありがとうございます。非常に重要なことだと思います。小児救急は先ほど来の経営的な問題がいろいろ絡んでいて、いろいろなご意見をありがとうございました。

慢性期の丸井先生は先ほどご発言いただきましたので、世田谷の三軒茶屋病院の大坪先生、いかがでしょうか。

○大坪（三軒茶屋病院 院長）：連携については、地域医療構想会議がここ数年、連携のことを結構集中的にやっていて、よくなっているというのは感じています。

ただ、私としては、全体的なことを言わせていただくと、一番の問題は、このアンケートの7-3の6ページのところに、「人がいればもっとできるのに」とい

うポイントがすごく高いと思うんですが、これがまず一つ大きなこと。

もう一つは、病院の経営が逼迫しているということです。人が足りないということと病院の経営が逼迫しているというのが、とにかく大きな2つの問題だと思っています。

こうしていかなければいけないとか、それが理想だというのはもちろんそうなんですが、言うことはできるんですが、実現させていくためには、この2つがクリアにならなかったらもうどうにもならないと思います。

「こうやっていこう、こうやっていこう」とやっていくうちに、病院が抜け落ちていき、地域包括ケアシステムが崩壊していきます。

そうなっていくんだという、私たち医療現場は本当に危機感を持っているんです。東京都医師会も東京都病院協会も、この2つについては非常に危機感を持っていますので、東京都もここに危機感を持ってほしいのです。

この会議をやっていけばいいとか、やっていけば何かなっていくんじゃないかとかいうことではなくて、この2つのことを解決していこうというふうにしなければどうにもならないと思います。

私は本当にこの先、数年間でどうなってしまうんだろうと強い危機感を持っているんですが、せつかくこの会議の場なので、そこは、国がどうこうというよりも、東京都が東京都の医療を守っていかなければいけないという気持ちでやらないと大変なことになるということも、ここで言わせていただきたいと思います。

○太田座長：ありがとうございました。私もそこを気にしているところで、構想はあっても、その受け皿の病院がなくなってしまうては元も子もなくなるというところを、私も感じるところです。

続いて、渋谷区のセントラル病院の山下先生、いらっしゃいますでしょうか。

○山下（セントラル病院 統括院長）：我々の病院のほうも慢性期の病院ですが、いわゆる高齢者施設に関しては非常に注目していますし、力を入れています。

特に関連の施設だとか、老健とか有料老人ホームとかいうところとも連携を強化していて、そんな連携を結んでいるような施設においては、夜間休日等でもベッドが空いていればお受入れをするようなことも取り組んでいます。

そういう施設の利用者様は敷居が高くない方が比較的多いので、お受入れしやすいという実態もあるのかなと考えています。

急性期病院とも連携を取って、急性期病院の外来とかの高齢者の認知症の患者様とかをお受けするようにして、急性期病院のベッドを有効活用していくことも取組みとしてやっていますので、何とか地域に貢献していきたいと考えています。

○太田座長：ありがとうございました。

では、次に、地区医師会の代表の先生方からの、地域の実情を含めてご意見をいただければと思います。渋谷区医師会の井上先生、ご意見がございませうか。

○井上（渋谷区医師会 理事）：結果というか、患者さんが救われるのはどういうことか。システムとかそういうのはもちろん大事なかもしれませんが、いろいろなことを分けたところで、医療連携とかいろいろなことを言ったとしても、それが現実的に医療者全員に浸透できるのか。

現実的に患者さんが救えることが一番なのであって、今度も来年度までとか40年度までとかっていろいろ考えるけれども、それをやるにはみんなが知るということも大事です。

それから、病気のこともさっき言いましたが、医療の受け方や病気でどうやって人間が生きて死んでいくかということも、不幸で残念だけれども、そういうこともみんなが納得できるように。

それから、若いうちからの健康に対する認識をしっかりと、この場とは関係ないですが、東京都とか国とかがしっかりとやっていかないと、もちろん介護の人も多くなるし、介護する人だってもういないわけだから、そういう根本的なことをやっていくようにしないといけないし、それには非常に切迫していると思っています。

まだ頑張ってやっていきたいと思いますので、皆さんと一緒に頑張りたいと思っています。よろしくお願いします。

○太田座長：ありがとうございました。

次、看護協会のほうから、中川先生、いらっしゃいますでしょうか。

いかがでしょうか。きょうのいろいろな資料をもとに、区西南部の課題であったり、取組みに関して、何かご意見はございますでしょうか。

○中川（東京都看護協会 理事）：たくさんご意見を伺わせていただきましたが、看護師の立場で何ができるか。

ACPもそうですし、患者教育もそうですが、できることを一人一人がやっていくことを、着実に進めていくことなど、できることからやっていきたいと思いました。

○太田座長：ありがとうございます。

薬剤師会の小林先生、よろしくお願いいたします。

○小林（東京都薬剤師会 理事）：薬剤師会は主に薬局薬剤師が多いんですが、個々の薬局で備えるべき機能とは別に、地域で一体となって備えるべき機能というふうに、きちんと棲み分けを考えているところです。

地域における同職種連携をこれからどんどん構築していこうと考えておりまして、今後ともご協力をさせていただきたいと考えています。

行政のホームページのほうに、どの薬局にどういった機能があるのかを公開していますので、ご覧いただければと思います。

よろしくお願いいたします。

○太田座長：ありがとうございました。

では、世田谷区の向山保健所長、いらっしゃいますでしょうか。

○向山（世田谷区保健所 所長）：大変参考になりました。このあと、地区診断というお話が出てきています。そこがものすごく大事だと思うんです。

多分、データが状況で変わっていくと思いますので、そのポイントで、いつ評価するかとか、あるいはその項目が、ほかの圏域や東京都全体と比較するという意味もありますが、場合によると、この圏域独自でどういったものを付加するの

かということがあるかなと思っています。

その際に、きょうもお話が、ACPとかあって、うちの区も力を入れているんですが、認知症とかがんに関しては割とイメージを持たれているんですが、在宅も含めて。それ以外の、嚥下性肺炎であるとか、あるいは、結構、住民の方がすぐ救急車というお話が出ているのは慢性の心不全ですね。

このあたりのところも含めて、住民にさえも、どういう形で、ACPとか絡めて今の医療、あるいは予測される医療や、それぞれができることを、各区でも工夫はしているんですが、

もう少し広い意味で、どこに行ってもこういう情報が見れるという共通のインフォメーションをつくっていく必要があるのではないかと思います。圏域の保健所長などとも今後連携を深めていきたいと思いました。

○立澤課長：よろしいですか。

○太田座長：よろしくお願いします。

○立澤課長：今、日赤医療センターの中島院長からメールでご意見をいただきましたので、よろしければ紹介させていただきたいと思います。

○太田座長：お願いします。

○立澤課長：（日赤医療センターの中島院長からメール）

高度急性期に特化するだけではなく、地域医療に貢献するため救急医療を推進してまいります。

近年、高齢者の救急対応が増加しており、先ほどの議論にもあったように、多くの基礎疾患を持っていたり、ADLが低下している患者さんが多くなっています。このような患者に対して、診療科を問わず、持ち回りで入院を受け入れる体制をようやく構築したところです。

今後、医師の“働き方改革”に対応するため、医療秘書や、特定行為看護師、さらにNPの需要が高まっています。

医療秘書は、昨今、人手不足が目立ちます。医療系の給与水準が、他業種に比べて、医療の経営上の問題等があり、低いこと。

N Pについては今後推進されるべきところですが、医師会はこれに余り賛同していただけないように見えます。十年後には医師の勤務時間もより制限を受けることになり、現在の水準の医療を守れるかどうか、いろいろ対策を講じようとしていますが、かなり困難性を感じています。

以上でございます。中島先生、ありがとうございました。

○太田座長：ありがとうございます。非常に貴重なご意見だと思います。

きょうご参加いただいた先生のご意見を一とおり、これでお聞きしたところですが、土谷先生から何かございますか。

○土谷副会長：冒頭にお話ししたのは、「キーワードは地区診断という言葉です」と言いました。

日々、私たちが臨床で患者さんを目の前にして、この人を治そうと思ったときに、いろいろ検査とかもして、やっていくわけですが、今この地区診断を下すに当たって、ほかにどんな検査が必要なのか、どんなデータが必要なのかということですね。そのあたりでご意見をいただけたらと思うんです。

じゃ、「診断がつかしました」と言って、全ての人を治療できるか、治すことができるかと言われると、そういうわけではないというのは、私たちは身をもって知っているわけですが、

その地域の特に高齢者救急が治療できるのか、うまくいくのか、いかないのか、その岐路に私たちは立っているんだろうなと。これは西南部だけではなくて、東京全部に言える話だと思うんですが。

本当に私も、このままでは、言うなればコロナのような状態になるのではないかと非常に危惧しています。コロナのときは、入院したくても入院できないという人がいっぱいいました。「今後5年とか10年たったときにそういうこともあるかも」と思っています。

今、医療界は経営が大変だと言っていますが、介護のほうはもっと大変で、事業所の閉鎖はこれからもっと加速度的に進むかもしれないと思っています。もう

介護力がなくて対応ができないで、八方ふさがりになることも考えています。

そういった中で、じゃどうするのかという話で、結局は、今ある資源を有効に使っていく。じゃ、どういうふうにしていくかというと、結局、「連携」と言って逃げてしまう。このあたりは、私たちもずっと頭を悩ませながら、どうやって解決していくのか。

ただ、こういうふうに皆さんとお互いに議論することで、自分たちがやるべきことはこういうことなんだというのが、共有化できると思いますので、引き続きこういった話合いはやっていきたいと思っています。

きょうはどうもありがとうございました。

○太田座長：では、J R総合病院さん、よろしくお願いいたします。

○宮入（J R東京総合病院 院長）：J R東京総合病院の院長の宮入と申します。本日は、紹介受診重点医療機関にお認めいただきまして、まことにありがとうございます。

私どもは、渋谷区の北部の401床の病院として、救急患者がこのところ大分増えてきています。昨年度、5000を超えて、職員も頑張っているなと思っていましたら、やはり全体的に増えているんだなということで、特に老人の方も増えてきています。

今年度、新棟建替えに合わせて、私ども、今までケアミックス病院だったのを急性期一般病院にしようということで、より急性期を受け入れていく、救急患者様をより受け入れていきたいと思っています。

ただ、私どもも二次救急でございまして、先ほど大坪先生もおっしゃっていましたが、人手不足というか、基本的には、内科の片方は宿日直扱いとかいうこともありますし、救急患者さんを全て受けられるような患者さんは、専門外の人を当直にせざるを得ないということもあって、人員配置ということを苦勞しています。

何とかそちらを解決して、より多くの救急患者さんを受け入れていきたいと思っています。

ただ、皆さんもおっしゃるように、今後、特に後方連携が非常に大事になって

くと思います。より円滑にそういう患者さんの受渡しができるように、調子が悪いとこちらで受けられるというような、お互いの顔が見えるというか、あるいはベッドの中身まで見れるぐらいのネットワークを、区をまたいでやっていけたらということで、西南部の地域構想には非常に期待しているところです。

今後ともよろしくお願いいたします。

○太田座長：ありがとうございます。

それでは、時間もかなり過ぎてまいりましたので、協議に関してはこれで終了させていただければと思います。活発なご意見、ご議論をいただきましてありがとうございました。

それでは、最後に、調整会議は地域での情報を共有する場ですので、その他の事項で、ぜひ情報提供を行いたいということがございましたら、挙手をよろしくお願いいたします。

それでは、碑文谷病院の丸井先生、何かございますでしょうか。

○丸井（碑文谷病院 院長）：時間が押しているのにお時間をいただいてありがとうございます。

碑文谷病院に就任以降、透析医療を、少ないリソースではありますが、療養病床、地域包括病床ともに備えております。

ですので、下り搬送、その他、急性期の二次救急に含め、精神疾患を持った方の身体障害のある方なども含めて、広くお受けできるように準備しておりますので、時間外のお困りのことの場合は、私に直接連絡が来るようにしていますから、今後とも皆様のお役に立てるように頑張りたいと思いますので、この場をお借りしまして周知させていただきました。よろしくお願いいたします。

○太田座長：ありがとうございました。

では、東海大学の海老原先生、お願いします。

○海老原（東海大学医学部附属病院 院長）：時間が押していますので端的に申し上げます。

本日、私からのご報告として、誠に残念ではありますが、東海大学東京病院は、今年度、この3月31日をもって事業を終了させていただくということになりました。

当院は、1983年12月に東海大学医学部の2番目の付属病院として渋谷に開設させていただきました。

開設以来、渋谷区保健所、また渋谷区医師会を初め、東京都の関係各所の皆様のご支援、ご指導のもと、40年以上の長きにわたり地域の皆様の健康と安全を守ってまいりました。

2020年の新型コロナウイルスのパンデミック時は、東京都の重点医療機関、そしてまたコロナ専用病院として活動させていただき、皆様のご協力のもと、延べ1600人以上のコロナの患者様の入院治療を行わせていただくことができました。

今回の閉院に至りました理由としては、建物の老朽化と耐震構造の問題、また、収支バランスの不均衡等が挙げられ、学校法人の東海大学本部での決定を受けて、本当に我々としては断腸の思いではございますが、今年度をもって閉院とさせていただきます。

これまで近隣の医師会の先生方を通して移転先を検討してまいりましたが、現時点で移転先のめどが立たず、新たな新病院の開設まで未定の状態となっております。したがって、当院のベッド数99床を返還させていただきたいと思っております。

東京都の切迫した医療体制の中で多大なるご迷惑をおかけすることになりましたことを、おわび申し上げます。

閉院後の跡地利用に関しまして、現時点では未定ではありますが、この近隣の住民の皆様にご迷惑、ご不安をかけないように、東海大学としてしっかりと建物の管理を行わせていただきたいと思います。

また、来年度の予算に取壊しの費用を盛り込んでおりますので、来年度中には取壊しを予定しております。

皆様、いろいろとお世話になりどうも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。

ほかはよろしいでしょうか。そうしましたら、本日予定された議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思います。よろしくお願いします。

○岩井部長：東京都の岩井でございます。本日は活発なご議論をいただきましてありがとうございます。

特に意見交換等の中で、救急の問題ですとか、人手不足を含めた経営の問題、患者様のリテラシー、ACP等についてもいろいろなご意見を賜りました。

東京都といたしましても、皆様とともに地域医療の確保にしっかりと努めてまいりたいと考えておりますので、引き続きどうぞよろしくお願い申し上げます。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は活発なご議論をありがとうございました。

それでは、最後に事務局から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、追加でのご意見、あるいはご質問等がある場合には、「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週間ぐらいをめぐりにご提出いただければと思います。

それでは、時間が超過してしまっても大変失礼いたしました。本日の会議はこれで終了とさせていただきます。長時間にわたりご質疑いただきまして大変ありがとうございました。

(了)