

[令和6年度 第2回]

**【東京都地域医療構想調整会議】**

**『会議録』**

**〔区東部〕**

令和7年1月29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』

### 〔区東部〕

令和7年1月29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（区東部）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で計画推進担当課長をしております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：皆様、こんばんは。昼間の業務のあとお集まりいただきありがとうございます。

きょうの会議は、資料が多かったですが、話の内容も多いですので、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。

きょうは、地域医療支援病院の承認等もありますが、山場の1つは、報告事項の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、目標年がことしの2025ということでしたが、2040年を目標とした新たな地域医療構想が始まるということです。

もう1つは、議事の4番目の、意見交換の場で、「地域連携の推進に向けて」ということです。毎回意見交換をしておりますが、特に、今後は高齢者の救急をどうするかということも、大きな問題になりますので、そのあたりを中心に意見交換をしていただけたらと思います。

きょうは、どうぞよろしく願いいたします。

○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。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、土谷副会長からもお話が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た新たな地域医療構想の取りまとめについてご報告をいたします。

また、主な議事としましては、地域医療支援病院の承認申請、紹介受診重点医療機関に関する協議のほか、第1回調整会議でご案内した推進区域の対応方針案や、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。

本会議の構成員につきましては、お送りしている名簿をご参照ください。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を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ほかの区域の座長、副座長の先生方もWebでご参加をいただいておりますので、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でご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、会議の進行がやりやすくなるものですから、ご協力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、これ以降の進行を湯城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

○湯城座長：こんばんは。座長の、墨田区医師会の湯城です。

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。資料1-1をご覧ください。画面を共有いたします。

こちらに今年度の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、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枚目の右下に区東部の意見をまとめております。

精神疾患があり認知症が加わった方の慢性疾患が悪化した場合、入院先が見つかりにくく、独居の場合は退院時も課題となることが多くなってきた。

病院の機能はオープンとないが、診療所や在宅医に浸透していないので、病院が行っている治療内容をもっと公表することも必要ではないか。

病院同様、老人保健施設の受入れも多様化しているため、それぞれの老人保健施設のできるところやできないところの“見える化”を進める必要がある。

外来通院患者が急性期病院に入院したあと、全く別の訪問診療所に移すケースがあるが、もともと診ていたかかりつけ医と病院に話を通すことが連携には大事と考える。

日々変動する病院の空床状況が共有される仕組みができるといい。

以上のような意見がございました。

また、連携の際の手段、方法に関連する意見としては、ICTツールの利用については、情報入力が増えるとなると、手間は減っていないため、今までやっていたことをやらなくなる、場所が変わるといことが求められるのではないかと、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。

○湯城座長：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、ご質問など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**

○湯城座長：特になければ、報告事項(2)に進みたいと思います。

「外来医療計画に関連する手続の提出状況について」は、配付資料で代えるとのことです。

## **(3) 新たな地域医療構想について**

○湯城座長：続きまして、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。画面を共有いたします。

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、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。

○湯城座長：ありがとうございました。

報告事項（3）について、ご質問、ご意見等のある方おられますか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：いくつかポイントをお話ししたいと思います。

冒頭にもお話ししましたが、1つは、新たな地域医療構想が2040年を目標にするということです。そのときの基本的な考え方としては、現行の地域医療構想は病床の話が主だったわけですが、東京都においては、病床の話よりも連携を中心に話し合ってきたところです。

ところが、今後は、2040年を見据えると、高齢者が非常に増えるけれども医療従事者はそんなに増えないのではないかというところになりますので、高齢者をどのように地域で診ていくかというのがポイントになります。

ですので、そうなったときは、入院だけではなくて、外来や在宅、介護のほうまで、幅広く調整会議で議論してほしいということになっています。

いつ始まるかという、2027年度からということです。

あと、回復期機能という名称が変わります。今まで「回復期というのは何か」

ということを話してきましたが、結局よく分からないということなので、名前を変えるということになりました。

高齢者の救急を含めて「包括期」と名前を変えていくことになりました。高齢者救急が課題の一つになるということです。

それから、病床機能報告制度というものが、地域医療構想に伴って始まった制度がありますが、新たに、医療機関機能報告制度が始まるということです。

今まで、病床機能報告とあって、病床ごとに報告してもらいましたが、何のために報告していたんだということになりそうでしたので、病院それぞれがどんな病院なのかというのが、この報告によって、それがよく分かるようにしていこうということです。

ちなみに、来年からは、「かかりつけ医機能報告制度」というものも始まるということです。

それから、協議の場として話合いをしています。在宅や介護の内容についても取り扱ってくださいということになりますが、非常に量が多くなってしまいます。

今でさえ、議論がなかなか深まらないときもありますので、今後の協議の場の在り方も問題になると思いますし、そのときのテーマ設定なども、工夫しながらやっていく必要があると思っています。

きょうのところは、新たな地域医療構想が始まるということを確認していただければと思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

この件について何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

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) 地域医療支援病院の承認申請について（協議）

○湯城座長：では、次の議事に進みたいと思います。

議事の1つ目は、「地域医療支援病院の承認申請について」です。東京都からご説明をよろしくお願ひいたします。

○白井課長：保健医療局医療安全課長の白井と申します。よろしくお願ひします。

資料4-1をご覧ください。

地域医療支援病院については、地域医療を担う“かかりつけ医”等を支援する能力や、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。

令和6年12月1日現在、52病院を承認しております。

新たに承認するに当たっては、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、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、区東部医療圏においては、東京臨海より申請がございましたので、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いただきますので、ご意見をいただければと存じます。

説明は以上です。

○湯城座長：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したいと思いますので、よろしくお願ひします。

では、東京臨海病院院長の白杵先生、ご説明をお願いします。

○白杵（東京臨海病院 院長）：東京臨海病院の白杵でございます。

当院は、地域医療支援病院の申請をさせていただくのですが、資料に沿って概要をお話しさせていただければと思っております。

当院は、江戸川区における唯一の総合病院として、2002年に設立され、救急とがん診療を柱として、高度急性期を含む急性期医療を提供しています。

当院は、職域病院ではありますが、基本的には地域に根差した病院ということ

で、ほとんどの患者さんは地域の患者さんですし、地域とともに今後も歩んでいきたいと考えております。

地域医療構想に従って、当院の役割というものを明確にしようとしておりました。当院は、急性期病院ということで、紹介患者を中心に診ていこうということで、紹介料、逆紹介率を上げる作業を通して、立ち位置を明確化しようとしております。2023年8月から紹介受診重点医療機関になっております。

先ほどお話したように、当院の柱は救急医療とがん診療ということですが、救急医療については、東京都指定の二次救急医療機関として24時間365日の救急医療体制を構築しております。

また、“東京ルール”においても、一定の役割を果たしております。

救急患者の受入れは、なかなか難しいときもありますが、なるべく断らないということでやっております。2023年からの実績としては、約4000人の救急患者の受入れを行っております。

この地域医療支援病院の承認をいただくにあたって、地域医療従事者に対する研修、共同利用等の推進をしております。

現在も、各職種が、集合形式やWebを活用して多様な研修を定期的に行っております。地域の皆様の医療のスキルの向上に役に立っていると考えております。

また、感染対策向上加算1を算定しておりますし、医療安全のほうでも、地域の相互ラウンド等を行って、地域の医療安全向上にも努めております。

それから、新興感染症対策としては、コロナのとき、最初のクルーズ船の患者さんの受入れから始めまして、なるべく江戸川区内で完結しようということで、各医療機関と協働して、あるいは、保健所にもご協力いただいて、コロナ対策をしっかりとってきました。

これは、手前みそですが、誇れるところです。

この経験を踏まえて、現在、東京都との医療措置協定に基づいて、準備を整えているところですし、今も地域の感染症の中核を担えるように、いろいろな会議を通して準備をしているところです。

それから、災害対策についても、当院は、災害拠点病院ですので、現在もさまざまな体制づくりを行っております。

江戸川区は、特に、水害等も懸念される地域ですので、いかに江戸川区、あるいは区東部でどのような役割を果たしていけばいいかということ、各団体と協議して、連携してやっていきたいと思っております。

今後の取組みとしては、これまでの取組みをますます充実強化して、地域医療に貢献したいと思っております。

当院の立ち位置は、基本的には今後も急性期と考えておりますので、急性期医療機関は地域の協力なしには立ち行かないということも、我々は十分分かっておりますので、ますます協力体制を拡充していきたいと思っております。

簡単ですが、以上です。よろしく願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

では、今のご説明に対してご質問、ご意見等はございますでしょうか。

猪口雄二先生、お願いします。

○猪口雄二（副座長、東京都病院協会、寿康会病院理事長）：紹介受診重点医療機関になっておられるのですが、紹介率、逆紹介率は今どれぐらいでしょうか。

○臼杵（東京臨海病院 院長）：資料5-2には、令和6年は、紹介率は58.5%、逆紹介率は86.3%と記載していただいております。

○神田（東京臨海病院 副院長）：この年末の12月は、紹介率が80%、逆紹介率は60%ということで推移しております。

○猪口雄二（副座長、東京都病院協会、寿康会病院理事長）：ありがとうございました。

○湯城座長：ほかにいかがでしょうか。

東京都からご発言は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。

ただいまのご協議を踏まえまして、医療審議会のほうに諮問したいと思います。  
ありがとうございました。

○湯城座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

## (2) 紹介受診重点医療機関について（協議）

○湯城座長：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5-1をご覧ください。画面を共有させていただきます。

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ことです。

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。こちらの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ことです。

この2点を満たしているものをこの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っております。

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るが、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、この区東部ではありませんでした。

これらの方針に基づき、資料5-2で、区東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。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、早速、協議に移りたいと思っております。

ただいま説明のありました協議の方針及び個別の医療機関の状況を踏まえ、本圏域において紹介受診重点医療機関とする医療機関に関して、何かご意見のある方はご発言いただければと思います。

それでは、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に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、追加のご発言がございますでしょうか。

○岩井部長：ただいま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。ありがとうございました。

○湯城座長：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。

### (3) 2025年に向けた対応方針について（協議）

○湯城座長：議事の3つ目は、2025年に向けた対応方針についてです。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：資料6-1をご覧ください。資料を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。

○湯城座長：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、何かご意見はございますでしょうか。

都立墨東病院は、何か修正があったということですが、足立先生、何かご発言はございますか。

○足立（都立墨東病院 院長）：ちょっと把握してないのですが、

○立澤課長：墨東病院さんからご報告いただいたのは、これまでDPCの特定病院群だったのが、DPCの標準病院群になったということですので、病床等の変更はございません。

○足立（都立墨東病院 院長）：今は改善を図っていて、前回の評価基準であれば、今の時点では十分クリアできると思っております。

特に、当院は、手術がちょっと弱いので、全身麻酔の件数が、コロナのこともあって、減ってしまっておりましたが、現在は問題がないようになっておりますので、次のときには、必ず特定病院群に戻れると考えております。

○湯城座長：ありがとうございます。

あと、がん研究会有明病院に変更があったということですが、

○立澤課長：許可病床数が減になったということで、それと合わせて、高度急性期の病床数を661から619に修正されるという報告を受けております。

○湯城座長：ありがとうございます。

この件に関してご意見はございますか。

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年に向けた方針とするということによろしいでしょうか。

特に異論がなければ、そのように進めたいと思います。

[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。

#### (4) 地域連携の推進に向けて（意見交換）

○湯城座長：議事の4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7-1をご覧ください。画面も共有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下の部分で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7-2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お願いたします。

説明は以上でございます。

○湯城座長：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。

竹川先生、どうぞ。

○竹川（愛知病院 理事長）：医療・介護の連携というところが、2040年に向けてということでお話がありましたが、東京都の中で、以前は「医療と介護」ということが、言い方は悪いですが、縦割り行政的なところがあったようです。

そういう行政的な中でも対応というのは、今回の組織編制で変わったことというのはあるのでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

組織編成としましては、従来から変わっているところは、基本的にはございませんで、医療のほうは、保健医療局の医療政策部で主に主管しております。介護については、福祉局という組織が東京都の中にございまして、その高齢社会対策部といったところで担っております。

お話のとおり、これまでは縦割りのきらいがございまして、特に、医療の部分と介護の部分は、都道府県で担うところと区市町村でというところがございましたので、これからは、そこを密接にやっていかないと進まないだろうということ、我々も考えております。

調整会議の場も、圏域ごとだけの調整会議ではなくて、もう少し議題に合った形で、都全域のものであるとか、逆に、細分化したものを分けて、実施していく必要があるのではないかと考えております。

具体的には、これから、国のガイドラインを見ながら検討を進めたいと思っておりますが、これまで以上に連携していきたいと考えております。

○竹川（愛知病院 理事長）：承知いたしました。

○湯城座長: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7-1の3ページ目から、今回の意見交換についてのご説明させていただきます。

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7-3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。

都立墨東病院が3000件超と突出しておりまして、江戸川病院、森山記念病院、昭和大学江東豊洲病院、東京曳舟病院、東京臨海病院も、千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。

がん研究会有明病院が1万件超と突出しておりまして、次いで、昭和大学江東豊洲病院、都立墨東病院、江戸川病院が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、年間2000件弱の森山記念病院より上の病院につきましても、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。最も多いのは森山記念病院で、年間397人、次に都立墨東病院で、年間236人、次いで東京曳舟病院で、年間187人です。

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。

最も多いのは江戸川病院で、年間342人、次に江東病院で、年間226人、次いで順天堂江東高齢者医療センターで、年間222人です。

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をしております。

最も多いのは昭和大学江東豊洲病院で、年間590人、次に江戸川病院で、年間574人、次いで都立墨東病院で、年間470人です。

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。

最も多いのは江戸川病院で、年間354人、次に江東病院で、年間318人、次いで同愛記念病院で、年間258人です。

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。

最も多いのは江戸川病院で、年間151人、次に東京曳舟病院で、年間142人、次いで藤崎病院で、年間140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7-1の3ページに戻らせていただきます。続いてお示するのは、②の各病院の事前アンケートをまとめた資料です。資料7-3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、区東部では全体52病院のうち3割強に当たる17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、4-6で、200床未満の病院で、稼働

率が50%台の回答がございました。

地域一般、地域包括医療では、200床未満の病院で、稼働率50%未満、60%台の回答がございましたが、地ケアでは、稼働率80%以上の回答がございました。

回りハについては、稼働率70%以上でしたが、療養病床は、200床以上400床未満の病院で、60%台の稼働率の回答がございました。

また、その他の中では、200床未満の病院で50%未満、400床以上の病院で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、200床以上400床未満の病院は、4.00と高く、中規模の病院で平日・日中の緊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、都全体2.78と低いですが、それが2.47とさらに低く、特に、200床未満の病院で、2.22と、休日・夜間の緊急搬送が円滑でないと感じ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、200床未満の病院は、2.56と低い一方で、200床以上400床未満の病院は、4.33、400床以上の病院は、4.00と高く、200床以上の病院では、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。

次に、中段の患者の重症度を限定することについては、200床未満の病院は、2.80と低い一方で、200床以上400床未満の病院は、4.33、400床以上の病院は、3.67と高く、200床以上の病院は、患者の重症度を限定すれば受入れが進むと考えている傾向でした。

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、合計で4.00と高く、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は、200床以上400床未満の病院は、4.00と高く、中規模の病院では、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。

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、4.33と高く、こちらも、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、中段の患者家族の必要性について、400床以上の病院は、4.00と高く、患者家族の理解の必要性が重要と認識されている傾向でした。

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。

中段の複数疾患を抱えた患者の転院に際して、400床以上の病院は、4.00と高く、複数疾患を抱えた患者の転院が困難と認識していると思われます。

次に、右側の中段、複数疾患を抱えた患者の受入れについて、200床未満の病院は、3.70と高く、基礎疾患を抱えた患者の転院を、これらの病院ではお断わりを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。200床以上400床未満の病院は、都全体3.10に対して3.67と、連携が進んでいるとの傾向でした。

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、患者地域支援センター（地域連携部門）を中心に地域の病院に連携訪問を行い、下り販売について共有。

地域のゲートキーパーとしてなるべく救急患者を受け入れ、検査・初療を実施し、専門加療が必要であれば、上位医療機関へ転送を実施して、三次救急、救急救命センターが軽症者で埋まらないようにしている。

区内の救急連絡会や医療圏内の地域連携会議などでの意見交換などを行っている。講演会の開催や診療情報を提供するための資料配布を行い、近隣の開業医、かかりつけ医との医療連携の強化を図っている。

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で

すが、例えば、患者地域支援センター（地域連携部門）を中心に、地域の病院に連携訪問を行い、地域のネットワーキングを構築することで、治療中の方も、重症度が下がった場合は転院搬送して、継続治療を相手先病院で行ってもらおう。

また、双方向のネットワークを構築することで、スムーズな患者さんのやり取りを病院間で行うことができる。

高齢者の救急入院が増加。また、高齢者だけではなく、社会的要因での緊急入院、介護未申請の高齢者が、転倒や食思不振での入院などがあり、医療機関だけの連携でなく、地域包括支援センターや各居宅事業所、介護施設と連携して、救急医療を進めていかなければいけない。

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、地域連携の推進には、まずそれぞれの規模や医師数、取得加算や手術数などで、病院の役割を地域医療構想調整会議で決めていく必要がある。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の役割を明確に分けて、各病院に割り振った先に地域連携が可能になる。

医療機関同士の連携はもちろん、地域とも密に連携をとらなければ、地域連携、退院調整が進まなくなってしまう現状を、現場レベルで実感している。

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ますと、稼働率については、全体的に高いものの、一部、200床未満の病院で稼働率が60%未満の回答もあったこと。

また、休日・夜間の緊急搬送について、規模の小さい病院ほど円滑になされていないということ。

また、早期転院受入れについて、200床以上の病院は診療科を絞る、または患者の重症度を限定すれば、受入れが進むと考えていること。

また、圏域全体として、特に、医師が潤沢であれば、積極的に受入れが可能であると認識している傾向があること。

これらのことが言えるかと思えます。

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》

○湯城座長：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。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：説明が長くなりましたが、1つだけコメントしたいと思います。

今回のキーワードは、今後もそうですが、「地区診断」というのがキーワードになります。松田晋哉先生が「こういうのをやってみたらいいんじゃないか」ということです。

自分たちの地域ではどういう状況にあるのか。これまで実は話してきましたし、コロナのときにもみんなですべて話してきたところですが、自分たちの地域はどういう地域なのか、どういう問題があるのか、診断してみましようということです。

これは臨床に例えてもそうですが、自分の専門ではない診療科の診断ができるかということ、おぼつかないところもあると思います。

つまり、いきなり診断してみましようというので、いきなりできるわけではなくて、じゃどんな検査が必要なのか、ここで言うところのデータですね、どんなデータが必要なのかということも含めて。

あるいは、診断の次は治療になるわけですが、実際に診断がついたときに治療ができるのかというところが問題になってきますが、いきなり治療ができるわけではありません。

ということで、今回のところは、診断のためにどんなデータが必要なのかという議論をしていただければと思います。

と言っても、なかなか広過ぎて話しにくいかと思います。特にテーマとしては、先ほどもちょっとお話しましたが、今後、高齢者の救急についてです。

施設等の東京都のデータも、高齢者に多い疾患、心不全や大腿骨の頸部骨折、肺炎、尿路感染症といったものをデータとしてお示ししています。今後こういった疾患の患者が区東部はすごく増えると予想されています。

じゃ、今のここに集まっている人たちだけで対応できるのか。もっと人材が増えるのか。

と言っても増えるわけではないだろうと皆さん分かっているわけで、じゃ、どういうふうにこれから増えていく先ほどの疾患について、それぞれの医療機関はこれぐらい診ているんだなというのが分かったと思うんですが、このままでいいのか、どういうふうに連携していくのか、といったところを議論していただければいいかなと思います。特に対象になるのは高齢者救急ですね。

○湯城座長：ありがとうございました。

非常にフォーカスの絞りにくいところですが、高齢者救急を中心とした、もしくは、三次救急医療機関に対して高齢者の対応ということになると思うんですが、それでは、医療機関の代表の方からまた意見をいただきたいと思います。

墨東病院の足立先生、お願いできますか。

○足立（都立墨東病院 院長）：救急にある程度特化していて、高度救命救急センターを有する病院なので、高齢者だから断るとか高齢者しか来ないとかいうことがなくて、外傷を含めて、三次救急を含めて、必要な患者さんは、当院の高度急性期病院の医療を提供していくということですが。

でも、そうは言いながら、高齢者の場合、大腿骨頸部骨折と誤嚥性肺炎で手術が埋まってしまうというリスクがないわけではないので、最初に出てきた外来機能を含めて、外来の整理をすることによって、ある程度、急性疾患の初診の患者さんを積極的に受け入れるという体制を現在構築中です。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、臨海病院の臼杵先生、お願いします。

○臼杵（東京臨海病院 病院長）：どんどん高齢者が増えていて、特に最近、イン

フルエンザで搬送される方は、80代、90代が軒並みという感じですが。

さっきのアンケートにもあったんですが、人を増やしても、医者もそうですし、医者以外の医療従事者も、この人材不足で、なかなか増やすことはどこも難しいと思うので、何かコミュニケーションツール、DX等も含めたそういうものをちゃんと整備して、うまく下り搬送とかができないと、焦げついてしまうということなんだろうと思います。

さっきのアンケートにもあったんですが、下を限ってとか、重症度を限ってならできるということが、なかなかこっちにも、現場にすぐ来ないというところがあるので、そういうのがリアルタイムで見られるような仕組みがあればいいかなとは考えます。

○湯城座長：ありがとうございました。

では、急性期が大部分で、墨田区の賛育会病院の賀藤先生、お願いします。

○賀藤（賛育会病院 院長）：賛育会病院は、急性期病院と言っても、小児科と産科が大きな比重を占めていて、それに内科があるという病院で、ちょっと毛色が違ってきますので、今まで議論のあった、高齢者を救急車が、という議論には合わないのかと思っています。

小児は小児科医が10人いますので、民間病院の小児科としては大きくて、去年だと1800台の子供の救急車を受け入れているというのが特徴だろうと思います。墨東病院はもっとあるかもしれないんですが。

あと、産科救急とかもやっていますので、そういうところで頑張っていて、ただ、内科のほうは、今、主に回復期と急性期のケアミックスを考えていて、近くに都立墨東がありますし、同愛記念病院があるので、そちらから、いわゆる回復期でもいいのではないかと。

いわゆる下りということで、そういう患者さんを受け入れたいと思っています。

あとは、先ほどちょっと出ました誤嚥性肺炎とか、大腿骨の高齢者の骨折とかいうのを、逆に積極的に受け入れている、今後は回復期等に力を入れていければなと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

江東区、藤崎病院の藤崎先生、お願いできますか。

○藤崎（藤崎病院 院長）：私のところは中小の民間病院ということで、ある程度絞った診療科、外科、内科、整形、脳外科でやっています。

典型的な、急性期の心筋梗塞だったりとか、血栓を回収しなければいけない脳梗塞等は、当然なかなか対応できないような、疾患を繰り返しているような急性期のイベントを対象とした、どちらかというところが多くなっていく。

今も、また将来的にも、恐らくそんなに変わってこないのかなという印象を持っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

では、江戸川区の急性期、森山記念病院の本橋先生、お願いできますか。

○本橋（森山記念病院 院長）：森山記念病院の本橋です。

当院は、特に脳卒中の患者さんが非常に多いので、できるだけ患者さんを断らずに受け入れることを一番重点には置いています。もちろんほかの疾患の方も受け入れています。

ただ、脳卒中の方を受け入れるのはいいんですが、受け入れて治療が終わったあと行き先がなくなるんです。だから、今、周辺の病院の方たちにご協力いただいて、治療後の搬送ということで。

だから、こういうところにネットワークが必要なのかなということを日々感じています。

あと、もちろん高齢者に関してもですが、受け入れて、治療が、手術が必要とか何かしらの処置が必要な方は別ですが、来ても治療が、点滴とかそのぐらいしか必要がないという方がたまっていってしまう。

もちろんそれは、行き先がなくなるとDPCの3期が増えていって悪循環になってしまって、急性期はもう受けられないということで、そういう感じの悪循環があるんです。そういうところは本当にネットワークが重要だと思います。

あと、最近、日々感じているのは、ACPです。患者さんの家族を含めて、救

急車で搬送のときに、どういう治療を望んでいるのか。高齢者に限らないと思うんです。患者さんの状態にもよるんでしょうが。

もちろん高齢者もそういうターゲットになると思うんですが、そういうときに、ACPで、患者さんなり患者さんの家族の意思が決定していれば、非常に対処のしやすさが変わってくると思うんです。

取るときにどういう治療をしなければいけないのか分からなくなっているんです。とにかく、がんがん集中治療をやらなければいけないのか。来てみたら「あ、そうでもない」ということも結構あります。

です。なので、そういうACPをもっと東京都を含めて重点的に取り込んでいただいて、開業医の先生たちも巻き込んで、どういう治療を患者さんは望んでいるのかという意思決定を、ある程度明確にしておいていただけると、救急医療、もちろん普通の急性期治療、慢性期治療、全てそうだと思うんですが、医療側がむだなことをしなくて済むだろうと思います。

だから、そういうところに少し力を入れていていただきたいと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、回復期医療の病院からもご意見をいただきたいと思います。

墨田区の東京都リハビリテーション病院の新井先生、お願いできますか。

○新井（東京都リハビリテーション病院 病院長）：高齢者の救急と言いましても、当院は回復期なので、前方の急性期病院からの連携ということですが、回復期病棟というのは、脳血管障害と運動器の疾患の2つが大体メインで、内科的な心臓とか呼吸器のリハというのは、なかなか、スタッフの問題があってできないのが現状です。

それで、今回、新たな地域医療構想ということで、病床機能について、土谷先生がおっしゃっていたんですが、これまでの回復期機能に加えて、高齢者と急性期患者への医療提供機能を追加した、包括期機能と言うんですが、これがなかなか現実的に厳しいんじゃないかなと思っています。

今の、高度急性期、回復期という枠組みを変えないと、こういう病院、医療機能というのは難しいかなと思っています、国が2040年に向けて唱えていま

す地域包括医療病棟ですか、そういうところがしっかりとした機能を持って増えてくれば、それが一番いいかなと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

では、江東区、江東病院、梶原先生、お願いできますか。

○梶原（江東病院 院長）：江東病院で回復期病床は今30床ですので、院内の数が12で、ほとんどいっぱいになってしまう現状です。外からも受けていて、今3分の1程度でしょうか。ですから、回復期の病床を併設して運用しているという状況になっています。

併せて急性期もやっていますので、急性期自体は、救急車は結構受け入れています。先ほど来あるような高齢者の救急に関しては心不全とか肺炎とかいう患者さんが多いので、また、もちろん骨折の患者さんもかなり受けてはいるんですが、一番困るのはその後なんです。

急性期治療が終わったあとに、いろいろな病院さんと連携を取っているんですが、高齢者の治療が終わったあとになかなか次の段階がなくて、そういう方々が急性期病床に残ってしまう。

今のお話のように回復期の病棟がいっぱいになってしまいますので、その受け皿をどういうふうにしたらいいいのかなというのが今一番困っているところです。

あっという間に病床がいっぱいになってしまうと、その後の救急を受け入れられないという状況になってしまいますので、何とか急性期治療が終わったあとの移動先を、これからもう少し連携していきたいなと考えているところです。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、江戸川区、森山脳神経センター病院の堀先生、お願いできますか。

○田川（森山脳神経センター病院 田川代理）：森山脳神経センター病院の田川と申します。きょうは院長先生の代理で出席しております。特にいろいろと勉強させていただいているという状況です。

対応できる疾患ということで、森山記念病院の姉妹病院ですので、そういった

点ではほとんど森山記念病院さんからの転院というのが多いです。

そのほかにも、やはりこれから皆様の病院との連携を進めていけるようなという  
ことで、これから院長先生なりに報告したいと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、慢性期治療の病院からのご意見をいただきたいと思います。

墨田区、中村病院の中村隆先生、お願いできますか。

○中村（中村病院 理事長）：当院も、実はこの12月から、地域包括医療病棟に  
位置づける病院になりました。一般病院になりました。それ以外に療養病棟31  
床という形でやるんですが、できるだけ高齢者を積極的に受けようという体制で  
やっています。

当病院から診療センターとかへ回していただいているというのが現状です。

あとは認知症の患者を受け入れているという状況です。

先ほど、森山記念の先生がおっしゃったように、ACPの患者が、急性期から  
うちが受けるときには、ある程度方針が決まっていると、こちらもしっかりその  
間で、次の施設を探すということが出来るんですが、抗生剤の点滴を終わった肺  
炎の患者さんをその家族がどうするか、なかなか話が進まないまま来てしまうと、  
そこから連携室がかなりドタバタしながら患者さんの希望を聞いている。

そのうちに、地域包括病棟が平均在院日数の☆21日を超えてしまうという形  
で、苦慮しているというのが状況です。

○湯城座長：ありがとうございました。

江東区、愛和病院の竹川先生。

○竹川（愛和病院 理事長）：うちは60床の慢性期ですが、慢性期から在宅医療  
にできるだけ戻すような形をしています。

ただ、急性期から慢性期に転院させていただいて、それで急性増悪した方をす  
ぐに受け入れていただけないというのも何例かありまして、その辺りが円滑にで  
きるといいなと思っています。

藤崎病院さんのところはよく対応してくださっているので、すごく助かっているんですが、あと江東病院さんもですが、うちとしては、まだまだ慢性期的には病床もありますので、受入れは大丈夫のはずです。

ただ、慢性期は、どちらかというところだと東京都全域で診ていくということが一つ必要なのかなというのと、それから、先ほどのACPもあって、ご家族がどうしてもこの地域でという場合は、しっかりと慢性期としてやっていかなくてはいけないので、その辺りを分けて考えていくことも必要かなと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

江戸川区の東京東病院、菊地先生、お願いします。

○菊地（東京東病院 院長）：我々のところは療養慢性期で参加させていただいています。救急はやってないんですが、急性期もやっていて、グループ内には老人保健施設もあって、特養もあります。

そういった中で、グループ内では、老健とか特養に入った患者さんでもACPをやっています。

そういう方が具合が悪くなった場合は、我々の病院のほうである程度急性期医療もやるということで、グループ内で連携をしています。

もちろん我々もやれることに限りはありますので、そういった患者さんには森山記念病院さんとか江戸川病院さんとかに送らせていただいて、もしそういう患者さんが急性期を脱したあとは、下り搬送もぜひ受け入れたいと思っていますので。何とか高齢者の救急医療というところで役割を果たしていきたいと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

医療機関代表のご意見でしたが、救急受入れ後の、急性期治療を終わったあとの受け入れをどうするかという問題とか、そもそもどういう医療を求めているのかという辺りをはっきりすれば、というご意見が多かったように思います。

地区医師会代表のご意見をいただきたいと思いますが、江東区医師会、藤先生はいかがでしょうか。

○蕨（江東区医師会 理事）：きょうのお話の中では、江東区の医師会としては、以前もこちらの場でお話しさせていただいた、医師会の中の主治医、副主治医の体制であったり、

現在行っている東京都の在宅医療推進強化事業を使った取組みで、1馬力の開業医の先生方がチームを組んで、自分の専門外のことも相談しながら、地域の高齢者の医療を支えていけるようなシステムをつくることを、医師会としては目標にしています。

そのために、今後も病院の先生方や行政の方々と連携を取りながら進めていきたいと思っていますので、どうぞよろしく願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

江戸川区医師会の神田先生、よろしく願いします。

○神田（江戸川区医師会 理事）：以前にも一度お話ししているんですが、急性期、特に江戸川病院、森山記念病院、それから我々の地域医療連携機関が、このレベルで江戸川区医師会に参集して、下り搬送を具体的に運営するにはどうしたらいいかということをお話し合っています。

進捗状況がどこまで行っているのかまだ把握できてないんですが、その話合いのテーブルはちゃんとつくっていて、よくよく話を聞いていると、その中に、地域の医師会の先生方で在宅をやっている先生方とかも入って、話ができたらいいなということは思いました。

引き続き、医師会として、各病院をまとめてそういうことが円滑に地域でいくようになればいいなと感じています。

○湯城座長：ありがとうございました。

墨田区は私が伝えたいことが出ていますのが、簡単にお話しさせていただきます。

まず1つは、医師会病院部会での検討ということで、各病院が連携する機能の強化、もしくは、医師会病院部会としての連携機能強化というのが、病院部会と

しての事業計画の中に含まれていて、それを、6年度を終わりとして、7年度以降も検討を進めていくということ。

それから、先ほど江東区の蕨先生がおっしゃいましたように、在宅医療推進強化事業は、墨田区医師会でも、24時間体制を構築ということで、山室会長の音頭取りで今、体制づくりを進めているところです。

そういうことで、後方機能について、特に下り搬送受け入れの、病院の治療が終わった方の受入れとかいうことに対する体制づくりを進めているという、まだ道半ばということになります。

ほかに何かご発言ありますか。きょうは全員、出席者の方にご発言をいただくには時間が足りないなというところですが、ほかに、せつかくの機会ですので、ご発言がありましたら。

よろしいでしょうか。

それでは、議事の内容以外に、調整会議は地域の情報を共有する場ですので、その他何か、この場で情報提供をしたいということがありましたらご発言いただければと思います。

本日の議事の内容以外のことでも結構ですので、調整会議の場でぜひ情報共有したいということがありましたらご発言いただければと思います。

がん研明病院の佐野先生、どうぞ。

○佐野(がん研究会有明病院 病院長): さっきコメントをし損ねたものですから、申し訳ありません。

病床を今度減らしたんですが、これは最近の傾向として、在院低侵襲手術などがどんどん増えてきてしまうと、在院期間が非常に短くなって、手術室はフル回転しているんですが、病棟が少し空き気味になる。化学療法も、抗がん剤も入院から外来にどんどん移しているものですから、病床がむだになっておりまして、思い切って。

逆に、外来がパツンパツンになっているので、1病棟閉じまして、そこを今から工事にかかって、外来化学療法部門を拡張しようということで。あと、地域連携のためのトータルケアセンターの部門を大きくして、なるべく患者さんの出入りをよくしようということで工事を始めます。

ということで、病床を1病棟小さくしたんですが、がんが減ったとかいうことではありませんので、一応、情報提供させてください。

○湯城座長：貴重なご意見をありがとうございました。

それでは、本日予定されていた議事は以上になりますが、事務局にお返ししたいと思います。

## 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誠にありがとうございました。

これからの地域医療構想、新しいものを考えていかなければなりません、今日ご指摘を受けたような下りの部分であるとか、あるいはACPといったことも踏まえて、今後の取組みを考えていかなければいけないと考えておりますので、ぜひ参考にさせていただきたいと思っています。ありがとうございました。

最後に、事務連絡をさせていただきます。

本日、会議で扱いました議事の内容につきまして、追加でのご意見、あるいはご質問等がある場合には、お手元に「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と題された様式があるかと思っておりますので、お使いいただきまして、東京都医師会宛てに大体、会議終了1週間をめぐりご提出をお願いいたします。

事務連絡は以上でございます。

それでは、本日の会議はこちらで終了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)