

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

令和7年1月31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』

〔区東北部〕

令和7年1月31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（区東北部）を開催させていただきます。

本日はお忙しい中ご参加をいただきまして誠にありがとうございます。

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

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

また、本日の配付資料はボリュームが多くて大変恐縮ですが、事前に送付しておりますので、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。

今回の会議は、内容が多くなっております。時間は限られていますので、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。

特に、報告事項の3番目の「新たな地域医療構想について」で、現行の地域医療構想は、目標年がことしの2025年ということでしたが、15年後の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「地域連携の推進に向けて」ということです。いつも意見交換をしておりますが、実のある議論ができればと思っております。

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。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、ご協力をよろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を賀川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

○賀川座長：こんばんは。座長の、足立区医師会の賀川です。

福井出身ですので、福井弁がちょっと出ることをご容赦ください。

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でございます。資料1-1をご覧ください。画面でも共有いたします。

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枚目の下段の左から2番目に区東北部の意見をまとめております。

多職種間の連携に関しては、介護分野の人材がそれぞれリーダーシップを発揮できるような環境づくりが必要。

元の在宅療養に戻れないケースに対応するため、出口連携をコーディネートするシステムを、より効率化させる仕組みの構築が必要。

超高齢社会の中で医科歯科連携や地域の中での歯科連携も進んでいるが、多職種連携の中でかかりつけ歯科医というのも織り込んで考えていく必要。

多疾患を有する患者の場合、情報の取得に時間がかかる場合もあるので、薬局を連携の輪に呼んでいただきたい。

同じ職種間でも事業所や施設同士での特色などがあるので、相互理解も必要。

以上のような意見が上がっていました。

在宅療養ワーキンググループの報告は以上です。

○賀川座長：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おられますでしょうか。

(2) 外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○賀川座長：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

○賀川座長：それでは、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。

○賀川座長：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おられますか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：少しコメントをしたいと思います。

現行の地域医療構想は、２０２５年が目標となっておりますが、今後は２０４０年が目標になってきます。

現行の調整会議では、入院の医療、病床の数とか医療連携をどうするかというような話を中心に話し合ってきました。

ただ、新たな地域医療構想では、在宅、外来、介護についても話し合ってくださいということになりますので、かなり幅広いことがテーマになっていくと思われます。

あと、回復期機能の名称が変わり、高齢者の救急も含めて、「包括期」としてやっていくということになります。

それから、報告機能制度の一つとして「医療機関機能報告制度」というのが始まります。

病床機能報告制度がこの地域医療構想に合わせて始まりましたが、これでは、報告はしたものの、余り機能的ではなかったと思われます。

そこで、病院そのものの機能をもう少し明らかにしようということで、今度から始まるのがこの医療機関機能報告制度というわけです。

なお、もう一つ、「かかりつけ医機能報告制度」が始まりますが、それは、後ほどご確認いただければと思います。

あと、協議の場というのは、この調整会議がまさにそうになっていますが、今後

は在宅、外来、介護もこの協議の場で話し合っしてほしいということになりかねないです。

ただ、そんなにいろいろなことができるかというと、議論が深まらないのではないかと恐れますので、今後はテーマの設定などをよく考えて臨まないといけないと思っております。

○賀川座長：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）

○賀川座長：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。よろしくお願いいたします。

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、区東北部医療圏においては、東京慈恵会医科大学葛飾医療センターより申請がございましたので、本会議においてご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ご説明をいただきますので、ご意見等をいただければと存じます。

説明は以上です。

○賀川座長：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、よろしくお願いします。

では、東京慈恵会医科大学葛飾医療センター、院長の飯田先生、ご説明をお願いします。

○飯田（東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 院長）：東京慈恵会医科大学葛飾医療センターの飯田と申します。

では、概要を説明させていただきます。

当医療センターは、1943年、東京慈恵会医科大学附属中川療養所として開設されまして、2012年1月に、東京慈恵会医科大学葛飾医療センターとしてリニューアルオープンいたしまして、葛飾区を中心とした区東北部医療圏の中核を担っております。

患者さんの多くが、葛飾区及び近隣から来院される、典型的な地域密着型病院でありまして、開院以来、約80年にわたって、慈恵医大の建学の精神である「病気を診ずして病人を診よ」に基づいた医療を提供しております。

また、24時間体制の二次救急医療機関に指定され、さらには、地域の災害拠点病院でもあり、大規模災害や水害対策を強化した、地域及び被災地の支援体制、DMAT機能を保有する病院であります。

当院のビジョンですが、新病院開院当初より、「総合診療体制、救急医療体制を強化し、同時に、医療者への全人的かつ総合的な教育を提供する、地域密着型の大学病院であり、地域と共生し、進化、創造し続ける病院」をコンセプトとし、慈恵医大葛飾医療センターの7つのポリシーを挙げております。

1つは、断らない救急、2つ目は、総合診療の強化、3つ目は、オープンシステム（地域に開かれた病院）ということです。

4つ目は、実践教育、生涯教育（みんなで学ぶ病院）。

5つ目は、ヒューマニティ・アメニティ（患者さんにやさしい病院）。

6つ目は、先進医療（質の高い医療を提供する病院）。

7つ目は、安全で安心な医療を提供する病院。

地域医療の確保を図るために、特に必要であるものとして定められている、感染症医療及び災害医療の提供については、以下の対応を行っております。

感染症医療の提供としては、感染制御チーム（ICT）を設け、院内感染問題関連問題に関する調子・分析・指導・研修等を行い、個々人の知識・技術の向上に加えて、良好なチームワークで安全確保ができるシステム構築を行っております。

また、地域において組織的な感染防止対策の基幹的な役割を果たすべく、18施設の病院・診療所との感染対策地域連携カンファレンスや、本学附属4病院での相互ラウンドを定期的に実施しております。

新型コロナウイルス感染症に対しては、厚生労働省や東京都等からの要請に基づき、東京都新型コロナウイルス感染症入院重点医療機関の認定を受け、診療を行ってまいりました。

その結果、2024年12月31日の時点で、延べ1575名のコロナ陽性の入院患者さんの受入れを行いました。

また、PCR検査機器を3台を保有し、24時間検査で1時間で結果が出る体制を組んでおります。その結果、院内感染防止にも寄与しております。

また、昨年4月1日に、新型インフルエンザ等感染症、指定感染または新感染症に係る医療に対応するため、東京都知事と医療措置協定を締結いたしました。

続いて、災害医療の提供についてです。

当院は、葛飾区の災害医療の中心として、東京都災害拠点病院に指定されており、平時から災害に備えるため、事業継続計画（BCP）を策定し、入院患者などの一定期間の食料・飲料水及び非常用電源の重油を確保しております。

また、その使命を果たすために、災害時訓練を継続的に実施しております。

2014年11月9日に大規模災害訓練を葛飾区の行政等と共同で行い、また、本年3月9日に、災害時の緊急医療救護所設置、多数傷病者のトリアージ、トリアージ後の患者搬送、エリアごとの治療・情報通信網及び医療救護活動の確立等の、実践的な総合訓練を実施すべく、葛飾区と協議しております。

大学病院としての総合力を発揮し、感染症治療と一般・救急を両立させることで、地域から信頼される中核病院として地域医療に貢献してまいります。

今後も、葛飾医療センターのビジョンである「総合診療体制・救急医療体制を強化し、同時に医療者への全人的かつ総合的な教育を提供する、地域密着型の大学病院」を大切に、教職員一丸となって、当院の強みであるチーム力を発揮しながら、「地域と共生し、進化・創造し続ける病院」を目指します。

以上により、地域医療支援病院として近隣地区全体の地域医療のさらなる充実に貢献いたしたく、承認申請をさせていただきます。何とぞよろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。

○賀川座長：ありがとうございました。

ただいま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。

今までなっていられなかったというのが、非常に不思議なところですが、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。

本日のご協議を踏まえまして、医療審議会に諮問したいと思います。ありがとうございました。

○賀川座長：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）

○賀川座長：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。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ものです。

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、この区東北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願いいたします。

説明は以上でございます。

○賀川座長：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、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。

○賀川座長：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）

○賀川座長：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考えております。

協議の方向性ですが、令和４年度第１回の本調整会議において、病床の機能分化を目指す方向に進捗していることや、高齢人口の増加は今後加速し、医療需要が増大する２０４０年以降に向けた検討が重要であることなどを理由に、２０２５年に向けては、原則として各医療機関の対応方針を尊重し、圏域における対応方針として合意することについてご了承をいただいております。

具体的には、資料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、よろしくお願いいたします。

また、参考資料２－１と２－２で、例年どおり、病床機能報告の結果について、機能別病床数の状況や病床利用率、平均在院日数等を都全体と圏域別に取りまとめておりますので、こちらも後ほどご覧いただければと思っております。

説明は以上となります。

○賀川座長：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。

東部地域病院の稲田先生、どうぞ。

○稲田（東部地域病院 院長）：非常に初歩的な質問で申しわけないんですが、「回復期」のところは「包括期」と読み変えていくのか、それとも、このままいくのか。その辺のことを教えていただければと思います。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

今の国の考えでは、「回復期」は「包括期」に変わるので、「回復期」という名称はなくなってしまうことになります。

病床機能報告も継続されるという考え方が示されておりますので、そうすると、高度急性期、急性期、包括期、慢性期という区分で、現状はどうかというご報告をされていくと思います。

ただ、具体的には、令和7年度に国からまたガイドラインが示されますので、詳細がまたはつきりするかと思っております。

○稲田（東部地域病院 院長）：ありがとうございました。

○賀川座長：急性期の高齢者の方が多くなって、そういう患者さんを診なければいけないので、回復期でも診られるかどうかというところが、よく分かりませんが、そういう名称に変更するようです。

ほかにはいかがでしょうか。

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年に向けた方針とするということによろしいでしょうか。

それでは、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）

○賀川座長：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

所と地域の多職種間の相互理解と連携強化を図ることとしたいと考えております。

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

簡単ではございますが、以上が区域対応方針案の概要でございます。

なお、実際の文案につきまして資料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いたします。

説明は以上でございます。

○賀川座長：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。

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。

苑田第一病院から、平成立石病院、イムス東京葛飾総合病院、東京女子医大足立医療センターまでが、1000～2000件、慈恵医大葛飾医療センター、福寿会足立東部病院、綾瀬循環器病院、博慈会記念総合病院、都立東部地域病院、東京北部病院が、500～1000件対応しているところです。

なお、MDCの01から18までで色分けをしております。

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

続いて、入院患者のうち「手術あり」の患者数について、多い順に並べた資料です。

こちらは、東京女子医大足立医療センター、慈恵医大葛飾医療センターが、5000件程度と突出しておりまして、次いで、イムス東京葛飾総合病院、寺田病院、都立東部地域病院が、3000件程度、博慈会記念総合病院、苑田第一病院、平成立石病院、イムス葛飾ハートセンター、綾瀬循環器病院までが、1000～2000件と続いております。

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、一部例外はございますが、年間1000件程度の綾瀬循環器病院より上の病院については、MDCの幅広い疾患の手術を実施している一方、件数の少ない病院では一部の疾患の手術を集中して実施している状況が分かります。

ここからは、松田先生が講義で示された慢性期から繰り返し発生する急性期の高齢者に多い疾患に関するデータをまとめております。

まず、MDCの01、神経系疾患のうち、脳梗塞の入院患者数の多い順にお示ししております。

最も多いのは平成立石病院で、年間300人、次に苑田第一病院で、年間256人、次いでイムス東京葛飾総合病院で、年間238人でした。

次に、MDCの04、呼吸器系疾患のうち、誤嚥性肺炎、肺炎等の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。

最も多いのは苑田第一病院で、年間286人、次に平成立石病院で、年間231人、次いでイムス東京葛飾総合病院で、年間181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。

最も多いのは綾瀬循環器病院で、年間955人、次にイムス東京葛飾総合病院で、年間697人、次いで都立東部地域病院で、年間511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。

最も多いのは慈恵医大葛飾医療センターで、年間384人、次に嬉泉病院で、年間199人、次いで東京女子医大足立医療センターで、年間170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。

最も多いのは苑田第一病院で、年間158人、次にイムス東京葛飾総合病院で、年間121人、次いで平成立石病院で、年間116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、区東北部では全体79病院のうち4割弱に当たる29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、1の、400床以上の病院で、稼働率が60%台、2・3の200床未満の病院で、50%台、4～6の200床未満の病院で、稼働率50%～60%台の回答がございました。

地域一般の200床未満の病院で、稼働率50%未満の回答がございましたが、地域包括医療、地ケアでは、稼働率70%以上の回答がございました。

回りハ、療養、その他については、概ね稼働率80%以上でしたが、回りハ3・4の200床未満の病院で、60%台の稼働率の回答がございました。

4ページには、救急車受入れ台数と、転院上りと下りの入退院患者数の合計を

規模別でまとめております。

5 ページから 9 ページまでは、連携等に関する影響について 5 段階評価でお答えいただいた結果をまとめております。

幾つか特徴的な結果をご紹介しますと、まず、左側の緊急搬送・予定転院について、中段の休日・夜間の緊急搬送ですが、都全体と同様に低く、中でも、200 床以上 400 床未満の病院は、都全体よりも目立って低いことから、中規模の病院では、休日・夜間の緊急搬送が円滑で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、200 床以上 400 床未満と 400 床以上の病院は、都全体より低い一方で、200 床未満の病院は、都全体より高く、規模の小さい病院では、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 床以上 400 床未満と 400 床以上の病院は、都全体より低い一方、200 床未満の病院は、都全体より高く、こちらも規模の小さい病院では、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、都全体より高く、全体的に医師の数の増員が重要と考えている傾向でした。

次に、中段の医師以外の職員を潤沢にすることについても、都全体より高く、全体的に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も、都全体より高く、全体的に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、上段の患者の理解の必要性については、都全体より高く、全体的に患者の理解の必要性が重要と認識されている傾向でした。

中段の患者家族の必要性についても、都全体より高く、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、200 床以上 400 床未満の病院は、都全体より低い状況でした。なお、400 床以上の病院は、1 つの病院か

らの回答となっております。

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3.50と高く、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り組みですが、例えば、相談員のみではなく看護部も介入し対応している。

救急患者連携搬送料の連携協定を締結、協力対象施設入所者入院加算の対象施設との契約を締結。

NP（診療看護師）や医師事務作業補助者の職種を配置し、医師の負担軽減の取り組んでいる。

救急隊や地域の救急病院と定期的に情報交換会を行っている。

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り組みの考え等の回答ですが、例えば、単科精神科での対応が難しい身体疾患がある患者に関しては、都立病院が積極的に受入れを行う必要があるのではないか。

もう少し看護師、薬剤師、栄養科、リハ科などさまざまな分野での地域連携があるといい。

入院の受入れ情報をリアルタイムでやり取りすることで、患者さんの受入れや転出をスムーズに行いたい。

患者要因の転院遅延を防ぐことを目的に、疾患ごとに地域別の連携システムを結び、転院にかかる作業の簡略化を図れればと思う。

もっと医療依存度の高い術後短い患者も、転院相談できるような病床があると、さらに手術に注力できると思う。

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、多職種で、地域の中で関わる時間が持てるとよい。

どのような疾患でどのような状態までであれば受けられるといった、具体的な一覧があると、さらなる連携が可能になる。

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、早期転院受入れにあたり、200床未満の病院では、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。

医師と医師以外の職員が潤沢で、ベッドコントロールが改善されれば、積極的な受入れ可能と考えている。病床規模が大きいほど、その傾向が顕著であること。

早期転院にあたり、患者と患者家族の理解の必要性について、いずれも重要であるとの認識で、こちらも、病床規模が大きいほどその傾向が顕著であること。

これらのことが言えるかと思います。

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》

○賀川座長：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。

絞りまして、高齢患者さんが非常に多くなってきますので、それに対する救急だったり、患者さんの転院方法につきまして、それぞれご意見をいただければと思います。

まず高度急性期で、女子医大の足立医療センター院長の塩沢先生、いらっしゃいますか。

○塩沢（東京女子医科大学附属足立医療センター 病院長）：難しいのは、高齢者の救急にしても受診にしても、1つの目的で来られても複合的な疾患を持たれていることが非常に問題で、どこまで対応して当院としての使命を果たすべきか判

断が難しいところもあって、それによっては入院の日数が予想上に長くなってしまっていて、DPC的には不利かもしれないというのはちょっとあるかもしれません。

そういう面では地域連携は非常に大事だと思うんですが、またそれが、入院の時点で「どこまで治療したら」というのを決めていたのに、「ある程度治ったところで」と言っていて、そこから関連施設を当たると、そこからすぐに1～2週間ぐらいたってしまうということもあって、その辺がうまく回っていない印象はありました。そこら辺が悩みではあります。

○賀川座長：ありがとうございました。

区東北部で救命救急センターは足立医療センターだけなものですから、三次救急対応で、救急隊はそうですし、周辺の病院もお願いしたいというところですが、80代、90代の高齢者もいらっしゃいますので、その辺のところはなかなか難しいかと思いますが。

三次救急ですが、その辺、どうでしょう。限界があると思いますが。

○塩沢（東京女子医科大学附属足立医療センター 病院長）：三次救急はかなり頑張っていると思うんですが、若干、以前に比べると救急応需率は当院は下がっているような印象があります。

それは一つはマンパワー不足であるかと思いますが、医師と看護師不足で、いわゆる救命のICUはあってもそれが開けられないということで、転送したりとかいうこともあって、病院内の問題もあるかなと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

繰返しますが、三次救急になりますとほかの区、中央部、あるいは西北部にも大学病院、大病院がありますので、多職種連携ポータルサイト、あるいはそれぞれの病院の救急隊の人たちが動いて転送したり、あるいは最初から救急隊が運ぶという形になっているかと思いますが。ありがとうございました。

葛飾区の高度急性期、東部地域病院、稲田先生、よろしくお願いいたします。

○稲田（東部地域病院 院長）：救急患者は高齢者が非常に多くて、80、90、

100歳代もいるというところですが、今お話があったように高齢者の場合には幾つも疾患を持っていることが多いので、当院でも受入れには限界があるというところがあります。

例えば当院では腎臓内科がなくて、外来だけやっているんですが、透析ができないという問題があったり、先ほど「都立病院でメンタルの患者を診ろ」という話があったんですが、そういった精神科がなかったり、神経内科がなかったり。

例えば脳卒中でも「t-P Aの治療はすぐできない」とか言って問題があるので、我々総合病院的なものではあるんですが、高齢者の救急はなかなか取れないというところがあります。

その辺り、いろいろ専門的なところをやったださる、例えば脳疾患であれば平成立石病院にお願いすることもありますし、やはり地域連携で、「ここに頼めばやったださる」というところをぜひ皆さんで周知していけばいいのかなと考えています。

○賀川座長：ありがとうございました。

先ほどちょっと稲田先生とお話ししましたが、地域医療支援病院の第1号が25年前、東部地域病院さんと聞いていますので、非常に貢献されていて助かっています。

東部地域病院さんにおかれましては連携医登録がありまして、場所が亀有なものですから、葛飾区は400名、先生方が、診療所の先生を含めて入っていらっしゃるし、足立区は、足立区の東部を中心に200名。

最近、手前みそで申し訳ございません、私がちょっと働きかけましたら、200名が230名ぐらいになりました。

それだけ診療所の先生方がやっぱり困っているんですね。「こういう疾患はどこにお願いしよう」と困惑していますので、その一つとして、やっぱり稲田先生のところが思い浮かぶんじゃないかなと思っています。

また、稲田先生からも聞いていますが、間質性肺炎、あるいは気胸、外傷は、しっかり診ていただける先生がいらっしゃいますので、救急外来のスタッフにとりましては、こちらとしては脳外をやっていますので、お願いしている次第です。

ありがとうございました。

どうぞ。

○稲田（東部地域病院 院長）：追加で。今はありがたい言葉を、ありがとうございます。

当院として、前よりも地域連携は進んできたということは感じています。先ほど、連携協力、それから、年末とか長期連休中に連携協力の方々から患者さんをこちらに登録していただいて、何か緊急があればお受けするということもできていますし、最近、近くで受入れできるという形で、訪問看護の患者さんたちを診られるようになっていきます。

それから、ようやくコロナが明けて、6地区の協議会があって、各病院間の、「一体ここは何が得意か」といったような情報交換もできるようになったというところで、今は大分、以前に比べると地域連携が進んできたかなという気がしています。

○賀川座長：ありがとうございました。

腎疾患、前立腺も含めまして、先生のところも副院長がなされていますし、一方、先ほどおっしゃいました足立医療センターさんも腎臓の手術を結構やっていますので、非常に助かっているんじゃないかなと、個人的には考えています。

それでは、急性期にまいります。荒川区の岡田病院の岡田先生、いらっしゃいますでしょうか。何か、高齢者についての救急でお困り、あるいはご意見がございましたらお願いします。

○岡田（岡田病院 理事長）：今までの先生がおっしゃったように、高齢者がすごく多くなってきて、特に荒川区の場合は、病名がつかないというか、体動困難とかいう人が最近かなり多いんです。

できるだけ、うちは手術とか緊急手術はできないので、そういう人を積極的に受けるようにはしています。誤嚥性肺炎もかなり、施設から来る方も多くなってきていますので、そういう患者さんが非常に増えてきていますね。

救急車を受けるということをうちも一生懸命やっているんですが、どうしても

マンパワーが足りなくて、ナースのほうがいっぱい足りないですね。余り厳しく「受けて、受けて」と言うと、だんだん疲弊してしまうみたいところが、今見え始めてきています。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、葛飾区急性期というところで、平成立石病院、大澤先生、お願いします。

○大澤（平成立石病院 名誉院長）：いろいろな先生がおっしゃっているように、高齢者はいろいろな疾患を持っていますので、1つだけ診ればいいという形ではないので非常に大変だなというのと、

アンケート等を見て、この地域に限らないんですが、医者にしてもそうですし、ナースにしてもそうですし、医療従事者がまだ足りてない現状があるのかなと思っています。

連携という意味で言うと、MSWが、うちもそうですが、どこの病院でも足りなくて、連携を深めたいけれども、その間を担ってくれる職員がなかなか定着しないとか増えないとかいうのが、現実的な問題としてあるかと思っています。

これはこの地域だけで解決する問題ではないと思うんです。そういった職員をうまく活用できるような策があればいいのかなと、アンケートの結果といろいろな先生方の話を聞いて感じました。

稲田先生がおっしゃっていたように、少ない医療資源をうまく活用するために、急性期の病院であっても得意分野みたいなものが当然あるわけで、その辺をアピールしながら、地域の中で高齢の急性期の方とうまく振り分けて、対応できたらいいのかなと感じています。

○賀川座長：ありがとうございました。

急性期の方が入院してしまして、退院のときは医療相談のスタッフも疲弊ぎりぎりまで頑張っていらっしゃいますし、もう一つは、看護師さんが師長さんレベルでいろいろ動いていますので、その両方のパワーが、どこの中小病院でも行われているのではないかなと感じています。

それでは、回復期にまいります。荒川区の木村病院、木村先生、お願いいたします。

○木村（木村病院 院長）：当院の地域包括ケアのほうですが、最近感じたのは、結構、患者さん本人の気持ちというよりは、患者の家族が患者さん本人の気持ちがないがしろにするといいますか、「施設に入れちゃってください」みたいな人が結構目立ってきたなと思っていて。

いろいろなところで人が足りないんだと思うんですが、本人の意思は尊重されないようなことが現場では起き始めているな、よくない世界だなと感じてきています。それが現場で感じていることになります。

あとは、人手不足に関して言うと、回復期のほうで言いますと、ソーシャルワーカーですとか、あとは理学療法士が、やはり、人が足りない。あと、病院における介護人材が足りていないというのが今も続いて、問題に感じているところです。

○賀川座長：ありがとうございました。

急性期、回復期、そうですね。高齢者は、入院されましたら速やかにリハビリしていきませんとすぐ寝たきりになってしまいますし、その辺のところですね。

速やかなリハビリ。退院前もリハビリを続けて退院できたかどうか、ということだと思いますが、その辺が、先ほど言いました包括期機能でやってくれるかどうかといったところじゃないかなと思います。

足立区の回復期、柳原リハビリテーション病院、野水先生、お願いいたします。

○野水（柳原リハビリテーション病院 院長）：先ほど、「回復期」というくくりが「包括期」という名前に変わるということを不勉強で知らなかったんですが。

もともと「回復期」のくくりの中に「回復期リハビリテーション病棟」と「地域包括病棟」はあったんですが、もともとのこの「回復期」という名前のくくり自体が無理があったかなと思っています。

在宅医療の充実を含めると、回復期で障害を持った方を元気に帰してあげなきゃいけないのと、「地域包括」はもう少し意味合いが違うので、名前が変わってそ

の方向がどう変わるのかよく分からないんですが、やはりその2つの病棟は方向性が大分違うかなと思っているので、それをどう活用していくか。

回復期の病院としては、大きな障害を持った方も元気に帰してあげるとというのが第一優先になりますので、その辺が、国や都の方針がどうなっていくのかを注視していきたいと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

回復期の中でもう一つ「地ケア」がありますが、地域包括ケア病棟も、1か月ないし2か月入院していますが、在宅医療をやっている病院、医療機関は、多くの患者さんがいらっしやるとすれば、地域包括に、それこそ短期に、2週間入れて、リハビリをずっとやって、入退院をしっかりやって、またおうちに帰りましょうね。

少しまた悪くなったらまた入院していただいて、この高齢者の方が少しでも悪くならないようにしているような病院もありますので、それはもう非常に素晴らしいなと感じております。

多分それもやっぱりマンパワー、いろいろその他、医療従事者がいらっしやらないとできないのではないかなと感じています。

葛飾リハビリテーション病院の永島先生、回復期ですね。いらっしやいますか。

○永島（葛飾リハビリテーション病院 院長）：私どもは、13床で全部、回復期リハをやっていますが、常日頃思っているのは、急性期病院との連携が非常に大事だということだと思います。

基本的に、急性期から送られてきた患者さんが、通常どおりのケースで、回りハでリハビリができればいいんですが、途中で合併症が出たりということになると、送っていただいた急性期病院のほうにまた戻っていただかなければいけないということで、その辺の連携が今までもそれほど滞ってはいなかったんですが。

やはり、高齢者の患者さんというのは、どうしても回りハに来られる方は高齢者の患者さんが多いですから、高齢者の方が増えれば、それだけ持ってらっしゃる病気も多いので、リハビリをやっているときに、いわゆる優位疾患で来られた以外の疾患が発症するということが間々あるので、そのことを考えると、連携先

の病院とのさらなる緊密な連携というのが非常に重要になってくるのではないかと考えています。

私は現在そんなことを考えています。

○賀川座長：ありがとうございました。

回復リハビリ病院に入院なさって、また急性憎悪したりしますので、そうしましたら送り元に帰せるかどうか、帰されていらっしゃるんでしょうが、意外とそういう患者さんが多いですね。よく分かります。お察し申し上げます。

では、慢性期のほうで、葛飾区の坂本先生、お願いいたします。

○坂本（坂本病院 院長）：特別なんですが、人手不足なんかはあるんですが、慢性期をやっていると感じることは、ナチュラル構想というんですか、欧米に30年ぐらい遅れて、例えば胃ろうだ、経管栄養だ、高カロリー輸液だ、こういうのを希望されない方が明らかに増えてきているなという印象があります。

それから、地域医療構想のこの会議では、東京みたいなネットワークというか、交通手段が発達したところでは余りなじまないと思うので、島しょかと思ったんですが、これは15年延長ということで、医師会の先生方や事務局も大変でしょうねと思いました。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、ここで副座長の東京都病院協会の、江戸川病院高砂分院の青井先生、お願いします。

○青井（副座長、東京都病院協会、江戸川病院高砂分院 院長、葛飾区医師会 副会長）：いろいろと皆さん方の議論をお聞きしていて思ったことを一通りお話しさせていただきたいと思います。

葛飾区の話にはなるんですが、在宅の推進という話がありました。

今回、病院の先生方ばかりの中ではありますが、直近で感じていることとしては、在宅が“かかりつけ医”の充実と地域包括の病院との密接な連携がないと、大体「東京ルール」に乗っかって、さまよってしまうという問題が、地域の救急

会議ですっと問題になっています。

その部分のところをどう解消するかが、今後の課題ではないかと思っています。

そういった意味で、慢性期の患者さんの多種・複合した障害や医療のニーズに関して、どうやってそういった場合に病院が受けるかという問題になります。

そういう上り紹介に関しては、こういった先生方がたくさんの病院で専門を開いているわけですから、それぞれが、こういったものだったらどういう時間、タイミングで引き受けられるかということに関して、よりオープンな情報が公開されるようなシステムをつくるのが急務だと感じています。

続きまして、我々病院のほうとして一番問題になるのは、こういった地域医療構想会議でお互いの役割分担を相談し合うのもいいんですが、結局のところ、急性期の病院や回復期、これから包括期になるんですが、保険医療が改正されるたびにいろいろな病床の扱いが変わってくるわけです。

ですから、最初にそういった話合いで決めていても、実際のところ保険が変わってしまったので思うように受けられないという事態が起きているのではないかとということが危惧されます。

こういった構想会議が、東京なら東京で話し合った内容が中医協で本当に反映されるかということが、今後問題になってくるのではないかという気がしています。

あと、下り紹介の問題が、女子医大の足立医療センターだとか、慈恵医大や東北地域病院の先生方で大変問題になってくると思うんです。

これが非常に問題なのは、在宅に戻ってしまわなければいけない患者さんのケースで、単なる病態だとか医療介護要求度だけの問題ではなくて、いろいろと話を聞いてみると、経済的背景があって、長期の療養だとか、あるいは引き続き治療が必要な問題に関して手が出せなくなって、リタイアしてしまうケースがかなり散見されるのではないかとということが危惧されます。

こういったことに対して行政のサポートが今後ないと、何回でも救急車に乗って戻ってしまうようなケースが増えてくるのではないかとということが、今後さらに高齢者の数が増えてくる中で想定されます。

区東北部に関しては、恐らく、東京の西のほうの地区に比べて圧倒的に、今後、2040年にかけても高齢者の数が減ることなく、続くんだらうと想定されます

ので、地区の特性としては、特に独居单身のお年寄りたちの医療をどういうふう
に、介護も含めて診ていくかということに関して、よりシステムを考えなければ
いけなくなってくるのではないかと思います。

そういった意味では、連携に関して、前回、在宅だとか地域連携のこういった
構想会議のときにもお話ししたんですが、民間だけで何かやるというのではなく
て、東京都でも区でもいいんですが、どこか行政が中心となって、いろいろと状
況に応じてコーディネートできるような組織がないと、足立区、葛飾区、荒川区
という3つの区がこの中にあるわけですから、なかなか難しいのではないかと
思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

診療報酬については、包括期となったと同時に、どのように回復期から。

これは国が決めるんでしょうが、余り収益が出なければ何か病床機能が分かれ
たりする場合がありますし、その辺、今後の課題ですかね。それは国の行政で、
区東北部は区東北部で動かざるを得ないとは思いますが。

「東京ルール」もいろいろありまして、実は手前みそで、毎年元日に病院の年
賀はがきを見に来るんです。そうしたら、午後に8歳の女の子が運ばれてきまし
て、これは「東京ルール」です。6件目。自転車に乗っていて、1メートル下の
水路に落ちて、左ひじの骨折。上腕部骨顆上骨折なんですけど、そこから緊急手術
が必要で。

そうしましたら、すんなり区南部の、これは昭和大に行ったんですが、転院が
すぐできましたので、当日の夜のうちに手術して、1月3日に退院して、戻っ
てきて、我々の第2病院で診ているお嬢ちゃんはいます。

もう1人、西東京の保谷救急から、35件目に私たちのところに入りまして、
私がホットラインを取ってしまったものですから、救急外来には時々叱られるん
ですが、やっぱり救急隊が非常に困っていますので、気の毒で「取りましょ
う」と。それは60代の方です。

その人は、持ち家はあるんですが、お金が50円しかなくなりまして、金欠に
なりまして、12月は食事がほとんど買えなくて、飲水だけでやっていますから、
脱水、ふらつきで来たんです。

検査しましたら、そんなに検査結果は問題ないようで、点滴しながら、これは第3病院のほうに移ったようなケースです。救急隊は「助かった」とおっしゃったと思うんですが、そういう経緯がありました。

もう1点。ちょっと精神科のことで、このあと片山先生にお願いしたいといいますが、2週間前に兄弟げんかで、これは50代。その1人が精神疾患を持っていて、もう1人の弟さんに押されて転んで、右の手骨折。

そこから逃げてまた転んで、右の大腿骨骨折。精神疾患があるんですが、診断ができていせんので、当初、土曜日の夕方なんですが、都立松沢病院にお願いしたら「診断名がついてないのでだめです」と言われました。

それから、とりあえずはうちで入院して、二、三日たって、東京足立病院。精神病床の先生に、精神科の先生に来ていただいて、「どうも、統合失調症の疑いじゃないの」というお話をお聞きしまして、再度お願いしましたら都立松沢病院に許可が出ましたので、転送したという人がいらっしゃいました。

精神病床は、毎回言いますが、足立区は1300人ぐらいに増えていますが、一部は認知症の病棟でしょうが、そういう患者さんがいろいろな身体的疾患を持てばなかなか受入れが難しいんじゃないかなと思います。

それでは、行政のほうでそれぞれの部長さんがいらっしゃいますので、足立区衛生部長の馬場さん、何かご意見がございましたら。

○馬場（足立区衛生部長） 今いろいろお話を伺っていて大変勉強になりました。高齢者の救急が大変というところは、足立区もこれから高齢化率がまだまだ高まっていくので、大きな課題だなと伺っていました。

足立区からは2つお話ししたいと思います。

1つは、今度、4月21日に「すこやかプラザ」がオープンします。ここには江北保健センターが移転するほか、福祉の高齢者部門が移ってきます。区としては、ここを医療と介護と健康の拠点として、すぐそばに東京女子医大の足立医療センターもありますので、ここら辺を中心に、これから2040年までの大きな課題である医療と介護の連携を進めていきたいと考えています。

ハコモノの複合施設ではありますが、多職種の連携、この施設を使っていろいろな研修や交流を深めていながら多職種の連携を深めていきたいと考えていま

す。

2点目は、今回、いろいろ新年会に私も出席させていただきましたが、どこでも物価高騰と人材不足は話がありました。きょうも先生方からマンパワー不足というお話をいただいています。

少し足立区のほうで調べてみましたら、看護師で免許を持っているが働いていない方は日本全体で今70万とか71万人いらっちゃって、足立区の人口で割ると、3500人の方が看護師で免許を持っていても働いていない。足立区の推計ですが、3500人という数字が出てきました。

ついでには、例えば10%ですと350人ですし、5%でも175人になりますので、数%の方でも、お近くの医療機関で看護師として働いていただくことで、このマンパワーの不足の部分を補えるのではないかと今、区は考えています。

今日の座長の賀川先生ともやり取りしているんですが、こういった潜在看護師と言われる方々がお近くの医療機関でお勤めになっていただけるような、刺激というかバックアップというものができないかということを今、区は考えています。

ここら辺がまとまりましたら、また足立区の医師会の先生方と協議しながら事業化して進めていきたいと考えています。

こういった形で、何らかの、超高齢化社会で区のほうでも支援して、先生方に十分に高齢者の医療も担っていただけるような環境をつくれればと考えています。

○賀川座長：ありがとうございました。

足立区は、55病院ほとんどが、100床あるいは200床未満でして、先ほど、200床以上400床未満のデータも出されましたが、非常に困っていますし、少しでも潜在看護師が再就職できればと考えています。

ちなみに、明日2月1日、北千住で「看護&介護就職フェア」を行う予定です。足立区さんとタイアップさせていただきまして、年2回行っていますが、約100名来られます。これも民間病院看護師長連絡会がありまして、15名ぐらい。もう仲がいいんです。顔が知れてますので「顔の見える化」、「名前の聞こえる化」で頑張っていきたいと考えております。

馬場さん、どうもありがとうございました。

○馬場（足立区衛生部長） 賀川先生、明日もよろしくお願いします。

○賀川座長：それでは、歯科医師会代表の足立区歯科医師会会長、佐藤先生、いらっしゃいますか。

○佐藤（足立区歯科医師会 会長）：なかなか歯科の立場で発言するようなことがないので、意見を求められたらどうしようかなと思っていたところですが、皆さん大変だなと思って聞いておりました。

○賀川座長：ありがとうございました。

東京都薬剤師会常務理事の和田さん、薬剤師会代表で。

○和田（東京都薬剤師会 常務理事）：いろいろなご意見を聞いていて大変勉強になりました。ありがとうございます。

薬剤師会ということで、連携の情報ツールの一つとして、今、各地区薬剤師会で、地区薬局の在宅対応状況とか、夜間とか休日対応状況のいろいろな情報を載せたリストを作成しています。

また、そういったものを東京都薬剤師会では都内の全地区のリンクをまとめているんですが、こういったリストについても今後よりよくしていったって、様々な方に使いやすいものにしていくことが必要だと思うんですが、ぜひこれもご活用いただきたいと思います。

また、重症化予防というところでも、患者さんへのフォローアップはもちろんですが、例えば、定期的に受診される機会のない地域の方などに、例えば健診の必要性についてなども、薬局のほうでも啓発とか、しっかりと地区で連携させていただいていければと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、先ほど看護師さんのこともありましたので、看護協会代表、東京都看護協会東部地区の植山さん、何かコメントを。

○植山（東京都看護協会 東部地区理事）：看護師不足に関しては東京都看護協会でも一生懸命取り組んでいまして、潜在看護師の発掘ということで、先ほども賀川先生のほうからお話がありましたが、東京都では約7万人も潜在看護師さんがいらっしゃると言われていました。

こちらに関しては、潜在看護師さん、それから「プラチナナース」と言われている一線を退かれたご高齢の方たちを対象に、復職支援の研修を実施しているところです。

今年度は、潜在看護師さんの復職支援のほうに関しては、研修に200名から250名の参加がありまして、そのうち約3割が復職されているということで、少しずつ効果は出ているところではあります。

とはいえ、まだまだ、なかなか看護師不足の解消というところまでは行かないような状況で、こちらに関しては、先ほど言っていた慢性期から繰返し発生する急性期イベントに対応できるような看護師のスキルを上げていくことで、効率的な看護の提供ができればと思っています。

具体的には、NPだったり、特定行為研修を支援していきまして、こちらの看護師を増やしていくことと、あとは、ベッドコントロールだとか病院間連携のところで、入退院支援のスキルを磨くために、入退院支援の看護師の養成をしていたり、高齢者の認知症への対応スキルを上げる研修に取り組んでいるところです。

○賀川座長：ありがとうございました。

明日の足立区の「看護&介護就職フェア」は、東京都の「ナースプラザ」さんもういらっしゃると思いますので、本当にありがたいところです。毎回来ていただきましてありがとうございます。

それでは、保険者代表の東京都健康保険協会、宮本さん、ご意見をいただきたいと思います。

○宮本（全国健康保険協会東京支部 業務第一グループ長）：別の角度になってしまいましたが、ちょっとお聞きしたいのは“かかりつけ医”の関係で、例えばこの“かかりつけ医”というのは、具体的に、例えば夜間とか休日に相談できる体制というのはどうなっているのでしょうか。

○立澤課長：“かかりつけ医”の状況につきましては、実はどこでもまだ、そもそも“かかりつけ医”というのはどういうものかという考え方が整理されていないところがあるんですが、

今度、国で「かかりつけ医の報告制度」というのが導入されまして、先ほど土谷先生からお話がありましたが、来年度から制度が始まる予定になっています。

その中で、例えば在宅でどれぐらい対応できるかとか、時間はどれぐらい対応できるかみたいなものを、各医療機関にご報告をいただいて、それが共有できるんですといった発想を今、国で考えております。

ただ、具体的にどういった項目が該当になるかというのは今、国でまとめている最中なので、詳細はまだ分からないんですが、そういった制度が始まるといったところです。

○宮本（全国健康保険協会東京支部 義務第一グループ長）：ありがとうございます。

○賀川座長：よろしいでしょうか。

全体的に、最後ですが、何かご発表、ご意見はございませんか。

○土谷副会長：では、私から一言。

きょうは議論をありがとうございました。

前からうわさは聞いていたかもしれませんが、きょうからオープンになった話があります。

何かというと、東京都の支援事業が始まります。緊急・臨時的な支援ということですが、入院1日1人当たり580円の補助事業が来年度予定されています。議会を通してですが、これは、こちらにいらっしゃっていますが、都庁の方が当局とかなり折衝していただけたのではないかと思います。

全国一律の診療報酬の中で都内の病院は大変な思いをしているところですが、そういった事業がありますので、来年度注目して、ぜひ活用していただきたいと思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

最後ですが、今回、地域医療支援病院になられます飯田先生に来ていただいていますので、何かご意見がございましたら、大学病院の関係で、何でも結構です。

○飯田（東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 院長）：高齢者に関して、様々な病気を持っているというところです。私どもの病院も、縦割りだったのが連携で複数科、総合診療というところを軸にやっておりまして、徐々にうまくいくような形になっています。

あとはPFM（ペーシエント・フロー・マネジメント）という機能がありまして、入院患者さんが入ったら退院後のことを踏まえて後方の病院を探していくとかいう形で、後方連携がうまくいっているのではないかなと思っています。

○賀川座長：大変ありがとうございました。

いろいろご意見が出ましたが、増田先生、お願いします。

○増田理事：土谷先生の発表の補足ですが、私も、この担当理事以外に総務と広報をやっていますので、小池都知事の交渉、要望にも一緒に行っているんですが、理事になる前に、区西北部のこの会議の座長を8年やって、非常に厳しい状態が、特に民間病院は本当に厳しい状態がひしひしと感じていました。

私も1馬力の個人開業医ですが、この調子で周りの病院が全部潰れてしまったら「2040年」も「地域包括」もへったくれもないなというので、非常に危機感を感じていたんです。

これに関して、東京都医師会として都に要望するのに、我々開業医も経営が厳しいのは確かなんです。ただ、今回は地域医療インフラを死守するという意味で、民間病院の支援に絞って要望しようということで、321億円の緊急臨時支援事業を、小池都知事の大英断と本日いらっしゃる東京都の方のご協力で入れました。

これに関しては、何となく物価高騰の支援金みたいな感じで受け取られがちですが、これは前例のない補助金支援金なんです。

ほかの都府県でもないですし前例もないので、これはかなり厳しいということ

で、交渉はかなり熾烈なものでした。都議会議員を説得して、最終的には小池都知事の大英断で、尾崎会長と土谷副会長の功績が大きいと思っているんですが、至りました。

今回はそういったことで、メインは、地域医療インフラを死守して、2040年に医療体制を存続させるということで、民間病院の支援ということがメインになっていますので、我々開業医のほうはまた次の機会ということになると思いますが、その辺もきょう、会議に参加されている先生方、ご理解をよろしくお願いします。

○賀川座長：ありがとうございました。

副座長の青井先生、最後に何か、よろしいでしょうか。

○青井（副座長、東京都病院協会、江戸川病院高砂分院 院長、葛飾区医師会 副会長）実は我々、東京都病院協会も当初から河北名誉会長を中心に、東京都の窮状を東京都医師会の先生方に理解していただいた上で、何とか病院に対する対応を考えていただきたいということで上申してきたところですが、ようやく今、入り口といたしますか、少し変わればいいのかと思っていますところでは。

地域包括において、地域崩壊にならないようにという思いを強く感じているところです。これから先、特に東北部は、先ほど申し上げたとおり、高齢者の数が減りませんので、より一層、医療ニーズの高い高齢者の方が増えてくることが想定されますから、病院の病床機能はきちっと保たなければいけないと思います。

その中で、実際に医療スタッフの不足が各部門においてかなり深刻になってきていることもありますので、ぜひともその辺のところも行政の方々のご協力をいただければと思っていますところでは。

○賀川座長：ありがとうございました。

どこの病院、医療機関も、非稼働病床、なかなか全部の病床が活動できませんので、そのための患者さんの人数だったりというところかと思っています。

高齢疾患の慢性期から繰り返す急性増悪は、肺炎、骨折、心不全、脳梗塞再発、これは救急をやっていると多くなっているんですね。

断らない救急をやっていると、肺炎ばかり来るんです、誤嚥性肺炎とか。でもやっぱり、患者さんのことを思うと取らざるを得ない、「取ってあげたいね」と考えながら、毎日の救急医療をやっております。

そういったところで、また次回ということで、区東北部の会議を終えたいと思います。ありがとうございました。

それでは、東京都にお返しします。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は大変様々なご意見を頂戴しまして、誠にありがとうございました。また、東京都の事業につきましても、来年度、新たな取組みをいろいろ今用意しているところございまして、先生方にご相談をいただきました。ありがとうございます。

医療機関の皆様にはまた説明する準備を今やっていますので、機会を設けてご説明を差し上げたいと思っていますので、もうしばらくお時間をいただければと思っています。

それでは、最後に会議の事務連絡をさせていただきます。

本日会議で扱いました議事の内容につきまして追加でのご意見、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」と書かれた様式が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お送りいただければと思います。よろしくお願いします。

事務連絡は以上でございます。

それでは、大変長時間にわたってご参加ありがとうございました。本日の会議はこちらで終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。

(了)