

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔西多摩〕

令和7年1月15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』

〔西多摩〕

令和7年1月15日 開催

1. 開 会

○立澤課長：それでは、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（西多摩）を開催させていただきます。

本日は診療等でお忙しい中、会議に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、私、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、事前に送付しています「Web会議参加に当たっての注意点」をご確認いただき、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、事前に送付をしておりますので、ご準備をお願いできればと思います。

また、事務局からの説明の際にも画面で共有しますので、そちらを見ていただいても結構でございます。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

東京都医師会土谷副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：皆様、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

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。今年度第2回の調整会議が始まりました。

ボリュームが今回多いんですが、ポイントを絞ってやっていただけたらと思います。すぐにどこかと言われると、報告事項も議事も最後のところです。報告事

項で言いますと、2040年を見据えて始まります新たな地域医療構想について見ていただければと思います。

議事については4番目、「地域連携の推進に向けて」ということで、いつも意見交換しているところですが、ここを中心にご参加いただければと思っています。

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。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。

本日の会議でございますが、土谷副会長からもお話がございましたように、主な議事としては、紹介受診重点医療機関に関する協議や、こちらの圏域では病床機能再編事業に関する協議もございますが、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。

第1回の調整会議でご案内した推進区域の対応方針案につきましてご説明いたしますのと、最後に意見交換としまして、地域連携の推進に向けた地区診断というものをテーマに実施を予定しております。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見等を頂戴できればと存じますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○立澤課長：ありがとうございました。

本会議の構成員ですが、お送りしている名簿をご参照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先生方にも会議にご出席をいただいておりますので、お知らせいたします。

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等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、会議録及び会議に係る資料につい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。

それでは、これ以降の進行を進藤（幸）座長により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

○進藤（幸）座長：座長の、西多摩医師会の進藤でございます。本日はよろしくお願いいたします。

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

○井床課長代理：東京都保健医療局医療政策部の井床より説明させていただきます。

資料１－１をご覧ください。画面を共有いたします。

在宅療養ワーキンググループの開催についてです。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います。

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日までの実施を予定しており、これまでに１０圏域分の議論が終了しています。

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います。

資料１－２－１をご覧ください。

こちらは、これまでに実施の１０圏域分の議論を踏まえた、まとめ資料でございます。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、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いました。

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。2枚目の一番上、左側のところに西多摩の意見をまとめております。

一番上、市町村ごとに多職種の連携会議を開催して、顔の見える関係づくりと相互理解に取り組んでおり、次の点にあるとおり、特に奥多摩町においては小さい自治体のため困難事例の早期拾い出しがしやすいとのことで、民生委員が機能しており、地域包括支援センターの職員が患者を連れてくる場合が多く、拾い出しの部分に視野を広げて、地域包括が中心となって支援している、とのことでした。

上から3点目、訪問看護ステーションが少ない地域があり、夜間休日の体制が手薄となっている。また、訪問看護師による判断が難しく、救急に頼ることになる、とのことでした。

これに対して、次の点、西多摩医師会において、主治医の代わりに待機医師グループを作成し、訪問看護師の相談対応を行っている、とのお話がございました。

また、一番下、老健において看取りが増えていることや、摂食嚥下機能の支援に取り組んでいるというお話もございました。

在宅療養ワーキンググループの報告は以上です。

○進藤（幸）座長：ありがとうございました。

報告事項（１）についてご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

（２）外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○進藤（幸）座長：特にないようでしたら、報告事項（２）に進みたいと思います。

報告事項（２）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

○進藤（幸）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：引き続きまして、資料３に基づいてご説明をさせていただきます。

「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、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ポツ目にあるとおり、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、とされています。

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、とされました。

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います。

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。

○進藤（幸）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、ご意見等はいかがでしょうか。

○土谷副会長：私からちょっとコメントを。

○進藤（幸）座長：土谷先生、よろしくお願いします。

○土谷副会長：ここは今回の調整会議の中のポイントの一つになりますが、新たな地域医療構想が始まるということです。

その中でも特にポイントとなるのは、現行の地域医療構想は2025年が目標年でしたが、新たな地域医療構想は、今度は2040年を目標にするということで、2040年というのが一つのポイントになります。

それから、これまで病床について議論が、地域医療構想の中では一つ大きなテーマではありました。つまり、病床なので入院の話が多かったわけですが、入院だけではなくて、在宅や外来、あるいは介護も、幅広く取り組むことになりました。

あとは「報告機能制度」です。今回の地域医療構想は、病床の話に伴って「病床機能報告制度」というのが始まりました。それから、最近「外来機能報告制

度」というのも始まりました。今回は新たに「医療機関機能報告」が始まるということです。

「病床機能報告」はありましたが、なかなか病院の状況がよく分からない、報告はするものの余り活用されていないということで、病院そのものを表す報告制度が始まるということになりました。

ちなみに、「病院機能報告制度は要らないんじゃないか」と言うと怒られるんですが、それはまだ残る。ずっと並行してやっていくということになるということです。

つけ加えると、今回の新たな地域医療構想ではないですが、報告制度としては、来年度から“かかりつけ医”報告制度というのも始まります。

いろいろな報告制度が始まるということもご承知おきください。

それから、調整会議が協議の場として今後も活用されていきます。先ほど申し上げたように、入院だけではなくて、外来や在宅、介護まで協議の場として話合ができるかと言われると、広くなり過ぎてしまって議論が深まらないおそれがあると思っています。

ですので、今後も会議の在り方についてはポイントを絞って、議論が深まるような会議にしたいなと考えているところです。

○進藤（幸）座長：ありがとうございました。

Web参加の先生方、ご意見、ご質問等はいかがでしょうか。

○進藤（晃）（大久野病院 理事長）：大久野病院の進藤です。

2040年を見据えた地域医療構想ですが、既に西多摩では東京都が言う2040年になっているのではないかと考えていて、高齢化も進んでいますし、人口減少も既に始まっています。

そういう中で、病床数が多いということもあって、全ての医療機関で多分、病床稼働率が非常に落ちているという状況にあります。

来年、再来年までの議論を実はみんな待てないではないかなと。西多摩においては、病床削減の補助金を令和7年度に受ける病院もあると聞いていますので、既にもう下げていかないといけないというあたりで、東京都の中でほか

の地域とは状況が異なるのではないかなと。

急性期も慢性期も空いてしまっているのも、令和7年度で、もし病床を下げていくような病院があるとすれば、それに対する補助等を東京都でも考えていただきたいかなと思っています。

あと、本当に自分たちが何を提供しなければいけないのかということを、各病院で真剣に考えないと、機能を発揮できない状況ではないかなと思っています。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

病床の削減に関しては、このあとの病床機能再編支援事業についてのお話があると思うんですが、既に稼働率が非常に下がっているということで、今のご意見について、東京都さんのほうから少しご意見をいただいてもよろしいでしょうか。

○立澤課長：ご意見をいただきましてありがとうございます。

先生のご指摘のとおり、西多摩では、ほかの地域と状況が大きく異なっているというのは、本当にそのとおりかと思っております。

新しい地域医療構想の策定は、国のガイドラインが来年度に出ることになっていますが、ほかの地域も含めてになります。その前から、今後2040年に向けて何をしていかなければいけないかという議論は進めていかなければいけないと我々も考えていまして、後ほどの意見交換のときにでも、そういった内容を含めて先生方にはご議論いただきたいと思います。

また、病床の稼働の状況も、意見交換の際にこの地域の病院の先生方からアンケートを頂戴して、そちらもご紹介させていただきたいと思っておりますが、やはり急性期の病院だと稼働率が低いというのはほかの地域でも言われていますし、西多摩でも同様かなと思っていまして、そちらに対して、今後、我々でどういったことができるかを考えていかなければならないと考えています。

すみません、雑駁な感想になってしましますが、東京都からは以上でございます。

○土谷副会長：進藤（晃）先生、ありがとうございます。「2040年を待って介護とかも含めて話しましょう」ではなくて、先生がおっしゃるように、西多摩に

においては、医療だけではなくて人口が減っている地域は介護との連携は非常に重要だと思います。

ですので、先ほど東京都からもお話がありましたが、意見交換のときに、病院、医療だけではなくて介護のほうまで視野を広げてご議論いただきたいと思います。ありがとうございます。

あと、進藤先生のコメントを受けてとは違うんですが、さっき言い忘れたのの一つあります。

病床機能報告で「回復期」という話をずっとしていたんですが、「回復期って何だ」というと、「よく分からないね」というので進んできたところです。

「その名称が変わります」というのも今回の一つのポイントになっています。「回復期」というのが「包括期」となります。名称が変わるだけではなくて、今後大きな課題となるであろう高齢者救急も含めて「包括期」としましょう、ということが打ち出されています。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

そのほか、ご意見、ご質問はいかがでしょうか。

「回復期機能」から「包括期機能」ということで名称も変更されるということで、高齢者救急医療との対応が期待されるということですが、それは、急性期を受けられるように人員配置とかも改定されると考えてよろしいのでしょうか。

○立澤課長：診療報酬との関係性についてはまだはっきりしていないので、どうなるかはまだ分からない状況ではございます。

今まで、「回復期」という考え方は、急性期からの下りの患者さんを対象にというふうなことが念頭に置かれていたように思います。

今度、どちらかというと、手術とかまでは要らなくても、高齢者の方で病状が急変した際に受けられるような医療機関を今回位置づけるといったようなことを、国は想定しているようで、どちらかというとサブアキュートのほうも含めて、「回復期」を「包括期」というふうな機能にしていくという考え方が示されております。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

Web参加の先生、ご質問、ご意見は大丈夫でしょうか。

特になければ、次の議事のほうに進みたいと思います。

3. 議 事

（１）病床機能再編支援事業について

○進藤（幸）座長：それでは、引き続き、議事の１つ目に入らせていただきたいと思います。「病床機能再編支援事業について」です。

それでは、東京都からご説明をお願いいたします。

○東京都（道傳課長）：東京都保健医療局医療政策部地域医療担当課長の道傳と申します。よろしくお願いいたします。

本事業ですが、病院または有床診療所が、地域の関係者間の合意の上、地域医療構想に直結した病院機能再編を実施する場合に、減少する病床数に応じた給付金を支給するものとなっています。

医療機関から申請がございましたら、当該圏域の調整会議の議論の内容及び、東京都医療審議会等の意見を踏まえた上で、給付金の支給決定をいたします。

初めに、本事業の概要について参考資料１でご説明をさせていただきます。

２ページ目をご覧ください。

この病床機能再編支援事業については、３つの事業で構成されています。

１つ目が単独支援給付金支給事業で、医療機関が単独で現在稼働している病床を１０％以上削減した場合に、病床稼働率に応じて、左下に記載の単価に基づき、給付金を支給することとなっています。

なお、１日平均実動病床数以下まで病床数を減少する場合には、１日平均実働病床数以下の病床数の減少について、１床当たり２２８万円を支給いたします。

２の、統合支援給付金支給事業でございますが、こちらは、医療機関が統合し、現在稼働している病床を１０％以上削減した際に給付金を支給されるものとなっ

ております。

1床当たりの単価は、先ほどの単独支援給付金支給事業と同様となっています。

3の、債務整理支援給付金支給事業ですが、病院を統合した際に廃止となる病院の債務を返済するために、承継病院が金融機関から新たに受けた融資の利子に対して支給されるものとなっています。

それでは、資料4をご覧ください。

本日、西多摩圏域の医療法人社団慶成会青梅慶友病院の事業計画書についてご説明をいたします。

本施設ですが、西多摩保健医療圏の青梅市の病院で、事業種別は単独支援給付金支給事業となっています。

再編の目的、内容について簡単にご説明をいたしますと、西多摩圏域の地域医療構想において慢性期病床が過剰となっていることや、地域包括ケア病棟の許可病床数が400床未満に規定されることを踏まえ、療養病棟を10病棟から8病棟に、病床数を496床から423床に73床削減する計画となっています。

削減後の方針としては、今後増加する認知症患者の受入れ体制を強化していくとともに、医療・療養病床について、地域包括ケア病棟等への転換をすることを検討しており、在宅ケアへの流れを地域医療の中で構築していくこととしています。

簡単ではございますが、事業計画書の説明は以上となります。よろしくお願いいたします。

○進藤（幸）座長：ありがとうございました。ただいまのご説明内容について何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

稼働率削減、あるいは稼働率減少で、病床を削減したり統合したりしないといけない時代に入りましたが、Web参加の先生、ご質問は大丈夫でしょうか。

○土谷副会長：では、私から。

青梅慶友の方、答えられたらお答えいただきたいと思います。

再編の目的及び内容の中で、「地域包括ケア病棟の許可病床数が400床未満に規定される」という文言が書いてあるんですが、病床再編後も423床となって

います。

今後、400床未満にする計画はまたあるのでしょうか、というのが、私の質問です。お答えできればお答えいただきたいところですし、未定であればそれで結構です。いかがでしょうか。

○東京都（道傳課長）：土谷先生、ありがとうございます。

こちらにつきまして病院に確認したところ、病床転換の方向性について、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟、あるいは介護医療院等、複数のことを検討しているということでございます。

この地域包括ケア病棟に転換するようなことを進める場合には、400床未満まで下げることを、併せて検討していくと伺っております。

○土谷副会長：ありがとうございました。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

その他、ご意見、ご質問等はございますでしょうか。

東京都のほうから、今の意見交換を踏まえまして、何かご意見、ご発言等がございますでしょうか。

○岩井部長：本日のご議論を踏まえまして医療審議会に報告の上、決定してまいりたいと思います。ありがとうございました。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

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）

○進藤（幸）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に基づき、説明をさせていただきます。
資料を共有します。

こちら、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います。

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点です。

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います。こちらの資料、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います。

アについては、現に紹介受診重点医療機関で引き続き意向がある場合、今回基準等を満たしていなくても数値を著しく下回っていなければ、引き続き、紹介受診重点医療機関とすることを考えております。

下の表にパターンをまとめていますが、病院のパターンとなります。

続いて、イについては、現に紹介受診重点医療機関であれば、令和5年度報告

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

なお、今回、ア及びイに該当する医療機関は、この西多摩圏域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、西多摩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。

説明は以上となります。

○進藤（幸）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います。

ただいまご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て、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いらっしゃいますでしょうか。

特にご異論がなければ、資料5－2の表の中で赤枠で囲まれた医療機関、市立青梅総合医療センター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。

特にご異論がなければ、このまま進めたいと思います。

〔全員賛成で承認〕

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

○岩井部長：本日の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。

○進藤（幸）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）

○進藤（幸）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、次の資料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いますので、よろしくお願いいたします。

また、参考資料３－１と３－２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、平均在院日数などを都全体と圏域別に取りまとめているので、こちらも後ほどご覧いただければと思います。

こちらからの説明は以上となります。

○進藤（幸）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、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

圏域の2025年に向けた対応方針に関しては、全ての医療機関から提出をされていますが、市立青梅総合医療センターさんのほうから、方針についてご意見等を伺ってもよろしいでしょうか。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：方針というか、感想でいいですか。

先ほど進藤先生が、「西多摩は既に2040年だ」とおっしゃいましたが、人口は減ってきているのかもしれませんが、高齢者は減っていないと思うんです。恐らく既に高齢者の救急の問題が起こってきているだろうと思っています。

うちは、きのう満床で、朝まで4床、9階で入院できない人がいて、結局、それを下り搬送でお願いしました。

なので、回復期病床ではなくて、包括期病床という言い方のほうがいいかもしれませんが、高齢者救急ということを考えると、現状でも圧倒的に足りないと思います。

療養型は少し多いからそこは減らすのはいいと思うんですが、恐らく、先ほどの図を見ても、西多摩は回復期が足りないんです。そこをどうしていくのかというのは、本当にご議論をお願いしたいと思っています。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

大友先生、病床機能について変更予定がございしますか。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：あるというふうになっていますか。

○進藤（幸）座長：はい。

○立澤課長：今回、病院のほうで病棟を新しく設置されて、

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：うちは、高度急性期と急性期をどういうふうに、

○立澤課長：2023年11月に新病院の病棟を設置されて、今回は、高度急性期を、今まで188床とお届けいただいていたのを283床にされて、逆に急性期の病床を、今度は、277というふうにされていたのを182とされるというところで、中で役割を変更されていると、我々はお伺いしております。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：高度急性期188を283にして、急性期277を182にしたということですね。

○立澤課長：そうです。2025年に向けて、そういったふうに病床の役割を変えられるとご報告をいただいています。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：分かりました。そうすると、足し算すると465しかないので、

○立澤課長：合計は465で変わらずで、大丈夫です。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：分かりました。それは持ち帰って、病床数は多分、501で確定だと思います。精神まで入れて。

○立澤課長：そうですね。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：ただ、501の中に精神30と緩和ケア16が入るので、その46引くと、それでも10、合わないですね。511になりますよね。

なので、手元の資料の持ち合わせがないので、パッとここですぐにお答えするのは難しいかと思います。

○立澤課長：ありがとうございます。許可病床上ですと、全体で521床あるというふうにご報告をいただいています、うち精神が50床で、あと感染症病床が6床あるので、521から56を差し引くと465床で、その中で高度急性期と急性期の役割を変えられたというふうなところかなと思いますので、ご報告どおりで大丈夫かなと思います。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：大丈夫ですか。

恐らく、病床を最終的に501に確定させる際に、それより下に持っていくことができないということで521のままになっていると思いますので、確定した時点で、どういうふうにすればよろしいですか。

○立澤課長：そうしましたら、事務の方とご相談させていただきますが、方向性が決まりましたら東京都のほうに今後ご報告をいただければ大丈夫ですので、その際はよろしくお願いいたします。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：分かりました。ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

○進藤（幸）座長：大友先生、ありがとうございました。

その他の病院からご意見等はいかがでしょうか。

大丈夫でしょうか。

そうしましたら、ただいま市立青梅総合医療センターからご発表がありましたが、調整会議で確認、合意を図ることとされていますので、皆様にお諮りいたします。

前回までの取扱いと同様に、各医療機関の対応方針を圏域としての2025年に向けた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。

ご意見がないようでしたら、そのように進めたいと思います。

〔全員賛成で承認〕

ありがとうございます。

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）

○進藤（幸）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に基づいてご説明をさせていただきます。資料を共有します。

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４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%とすることを旨とするほか、地域の医療機関等における連携強化、病院・診療所と地域の多職種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いますが、先ほどの内容について、1ページ目でグランドデザインと課題、3ページで対応方針、4ページに取組みと到達目標を文章で記載しています。

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。

説明は以上となります。

○進藤（幸）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。

特にご意見はないでしょうか。

ありがとうございました。

それでは、引き続き、東京都からまた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をご覧ください。共有をさせていただきます。

こちらは次の３ページ目からご説明をさせていただきます。今回の意見交換についての説明です。

先ほども説明しましたが、今後の調整会議では、２０４０年を見据え、各地域の現状把握、課題の確認等を行い、新たな地域医療構想策定に向けた準備を進めていきたいと考えております。そのため、様々なデータを活用し、各区域の地区診断を行い、地域連携のより一層の推進に取り組みたいと考えており、意見交換をお願いできればと思っております。

今回の意見交換に当たり、参考資料を２点ご用意しております。

１点目は、下段の①に記載の、地区診断のための関連データとして、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査である退院患者調査に基づくデータを、参考資料６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６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そろえております。

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、これ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、D P C 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。

こちらは、300床以上の公立の3病院のほか、200床未満の目白第二病院や高木病院も一定数を対応していることが分かります。

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、最も多く受け入れている青梅市立総合病院、現市立青梅総合医療センターですが、こちらはMDCの05、循環器系に多く対応し、病床規模の小さい目白第二病院と高木病院は、MDCの16、外傷等の受入れ割合が高いように思われます。

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。青梅市立総合病院が3500件超と突出していますが、それ以外の病院も一定数以上手術が実施されています。

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くと、公立3病院については幅広い疾患の手術を実施している一方で、高木病院はMDCの06、消化器系とMDCの16、外傷等、目白第二病院はMDCの16、外傷等の手術を中心に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。こちら、最も多いのは青梅市立総合病院で、年間185人、次に目白第二病院で、年間120人、次いで公立福生病院で、年間82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をしています。

最も多いのは青梅市立総合病院で、年間149人、次に目白第二病院で、年間116人、次いで公立福生病院で、年間111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います。こちらで最も多いのは青梅市立総合病院で、年間535人、次に公立福生病院で、年間180人、次いで公立阿伎留医療センターで、年間143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います。こちらは、最も多いのは青梅市立総合病院で、年間215人、次に公立福生病院で、年間123人、次いで公立阿伎留医療センターで、年間68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います。こちらで最も多いのは目白第二病院で、年間222人、次に高木病院で、年間186人、次いで青梅市立総合病院で、年間81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いますので、可能でしたら、現在の連携で十分か、あるいは新たな連携先を考える必要があるかなど、地域での連携をより円滑にする観点でご意見をいただいても結構です。

一度、先ほどの資料7-1、3ページのほうに戻ります。

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、西多摩では全体21病院のうち5割弱に当たる9病院からご回答をいただいておりますが、急性期の患者に対応している先ほどのDPC病院からの回答は2病院のみで、回復期、慢性期の病院からの回答が主でした。

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おります。

主な点をご説明しますと、急性期1と地域一般の病床では50床未満の稼働率の回答もありましたが、急性期4から6、地ケア病床、回りハ病床、また療養病

床、介護医療院、その他の病床では、いずれも80%以上の稼働率の回答でした。

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、真ん中、休日夜間の緊急搬送ですが、先ほどもご説明したとおり、回復期、慢性期側からの回答が主ではありましたが、都全体としても2.78と数値が低い中、西多摩は全体で2.13と、都全体よりもさらに低く、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されていると考えております。

次の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、こちらも回復期、慢性期側からの回答が主ではありましたが、西多摩では、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床未満の病院ではそれぞれ3.33、3.50と、医師や医師以外の職員が増えれば積極的な受入れが可能と認識している傾向でした。

続いて、右側、早期転院に際しての患者側の課題については、西多摩では400床以上、こちらは慢性期の1病院からの回答ではございましたが、患者と患者家族の理解と、いずれも5.00と非常に高く、在宅や施設への退院も含めた課題認識かと思われます。

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。

中段のほうにあります様々な疾患を抱えた患者の転院について、特に右側の回復期、慢性期病院における転院依頼に対する回答ですが、200床未満の病院で4.00と、都全体の3.36と比べて高く、規模の小さい病院では複数疾患を抱えた患者の受入れは特に困難と認識し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しております。西多摩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ですが、医療相談室の増

員を計画し、「病病連携、病診連携の拡充」といったお答えをいただいております。

次の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等の回答ですが、地域の医療機関をネットワーク化できるようなシステムやハブが必要、また患者の意思表示をする代理人が必要、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おりますが、地域連携の推進のため、各医療機関から担当者を集めて会議を行うに際しての会場費等の経費として十分な予算を付けてほしい、といったご意見をいただいております。

以上がアンケートの結果のまとめでございます。

また資料7-1に戻りますが、参考資料は以上のとおりでして、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。

○進藤（幸）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が、その前に、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：今回の意見交換のキーワードは「地区診断」ということになります。地区診断をこれからやっていこうということになります。

先ほど進藤先生からもありましたように、地域によって医療の状況が変わっていきます。特に西多摩においては東京の中でも人口減少が既に始まっている地域で、現状維持では済まない状況になっています。

これからどういうふうになるのか。それを自分たちで診断するということです。

今回データとして、治療のためのデータとして、入院のデータ、それからアンケートというものをご提示していますが、これだけで診断が足りるのか、ほかの診断結果が必要だというのがあれば、という話もありました。

あとは、これを治療に結びつけられるのか、治療できるのかといった話にまできるところですが、今回は、自分たちの圏域がどのような状況にあるのかというのを見てみましょうというのが、中心になるかと思います。

それぞれの医療機関のお考え、現状の感想があると思いますので、そのあたりをお聞かせいただければと思います。よろしくお願いします。

○進藤（幸）座長：土谷先生、ありがとうございます。

それではご意見を伺ってまいりたいと思いますが、多くの地区診断、そして事前のアンケート調査等がありました。それらを踏まえて、この地域の今後の医療ニーズに応えるための医療機関機能について、ご意見を伺えればと思います。

私のほうから1つだけお話ししたいんですが、今、西多摩医師会では、「西多摩ワンチーム」という言葉を合い言葉に、病院に限らず、「病診連携」はもちろんですが、いわゆる介護施設とか、在宅訪問看護等の在宅担当の機関等と連携して、あたかも1つの医療機関のようにスムーズな連携を目指すということを進めています。

そして、東京都の在宅医療推進強化事業で、西多摩医師会として「西多摩在宅安心サポート事業」というのを開始しています。

東京都全体では、いわゆる在宅医療の24時間化、24時間を担えないところをほかの医療機関と連携して24時間、いわゆる地域包括ケアを24時間化するという試みが行われています。

西多摩でも地域包括ケアの24時間化を目指したんですが、西多摩は医師過少地域ですので、ドクターが往診でフォローするという方法はちょっと難しい。

そこで西多摩で始めたのが、訪問看護師さんに訪問をしてもらう。そして、訪問看護師さんが困った場合に、待機医師グループが訪問看護師の相談に乗るという体制を、ようやく今始めたところです。待機医師グループは現在8名のメンバーがおります。

先ほど、当初、病床稼働率が減っているという話がありましたが、一方、救急の現場は、もうこなし切れないぐらいの飽和状態になっているという現状もあります。

今後、高齢化に伴って独居高齢者というのが非常に増えていまして、その方た

ちが、どうしていいか分からなくて救急を呼んでしまうという場面もかなりあると思っています。

そこに訪問看護の資源をどんどん投入して、訪問看護に対応していただく。そこで、ちょっと困った場合には待機ドクターに相談するということで、ある程度、在宅の一次救急のトリアージができるのではないかと考えています。

それが進めば、救急のトリアージが進んで、いわゆる高齢者救急パンデミックをある程度抑えることが可能なのではないかと考えています。

例えば「在宅安心サポート事業」で「このケースの患者です」というふうな連絡を受けたときは積極的に受けていただくとか、案ですが、そんなふうに連携がスムーズに行くと、すごくいい地域になるのではないかと考えています。

現時点の医師会の意見です。

それでは、ご意見を頂戴したいと思います。名簿に従って、上からご意見を伺いたいと思うんですが、東京都病院協会、進藤晃先生、今後の地域包括についてご意見を頂きたいと思います。

○進藤（晃）（東京都病院協会、大久野病院理事長）：地区診断ということで情報をたくさんいただきました。市立青梅総合病院の大友先生がおっしゃるとおり、包括期が足りないんだと思います。

包括期ですが、今まで「回復期」と呼んでいたのが回復期リハに行ってしまうそうですが、「包括期」と言っている中には、肺炎であるとか、簡単な骨折であるとかいうことも含まれていますので、今言っている急性期の中でも軽いほうの急性期というものが、西多摩では現在足りてないんだろうなと思います。

それを、何が足りないのか、どれを取ればいいのかというのが、示されたデータだけで深く読み込むことができず、これをもうちょっと分かりやすく解説していただける方がいたらありがたいと思いました。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

東京都病院協会（精神領域）、室先生、いかがでしょうか。

○室（東京都病院協会・精神領域、東京海道病院理事長）：皆さん、こんばんは。

精神科は地域医療構想には入っていない状況ですが、高度急性期や、そういう手術などの処置が要るような部分はお願ひして、精神疾患の患者さんに関しては、急性期というか、回復期、その後のケアも含めて包括になるのか分かりませんが、そういう部分では、なるべく早めというか、高度救急を終わったところで受け入れるような努力はしていきたいと思います。

精神疾患の患者に絞られますので、適切な意見にはなっていないと思いますので、その程度でよろしくお願ひします。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

では、看護協会、代理の網野様、いかがでしょうか。

○網野（東京都看護協会 多摩北地区。地域包括ケア委員会委員）：今回、病床のほうの話になりますので、看護というところは余りないのかなと思って、お話は聞いていたんですが。

圏域的に考えてご高齢の方が多くいらっしゃいますので、連携の在り方は今後課題になっていくのではないかなというのは考えさせられるお話だったなと思います。

ご協力できる場所があればどんどん関与させていただければと思いますので、よろしくお願ひいたします。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

では、歯科医師会の麻沼先生、お願ひします。

○麻沼（西多摩歯科医師会 会長）：歯科医師会としても、きょうのご意見、いろいろ協議とか聞きまして、大変勉強になりました。

きょうの本題としては、歯科医師会は余り関係ないのかなというところですが、口腔ケアのことに何かありましたら、また歯科医師会のほうにご用命いただければありがたいと思います。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

歯科医師会も含めて歯科も「ワンチーム」の一部ですので、ぜひ一緒によろしくお話ししたいと思います。

○麻沼（西多摩歯科医師会 会長）：そうですね。きのうも、都歯の新春懇談会で尾崎医師会会長が「ワンチームということで、ぜひ歯科のほうも入っていただきたい」という要望をいただきました。

今後、歯科医師会としてもそういう形で医師会と「ワンチーム」としてやっていきたいと思いますので、どうかよろしくお願いいたします。

○進藤（幸）座長：お願いします。

それでは、先ほど意見をいただきましたが、市立青梅総合医療センター院長、大友先生、改めてご意見がありましたらよろしくお願いします。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：地区診断ですよね。先ほども申し上げたとおり、包括期が足りない、ポストアキュートが足りないはずと思っていたんですが、サブアキュートも足りない。今は両方が恐らく足りないだろうと。

2040年を見据えると、サブアキュートをどうやって増やしていくか、じゃ、どうやって増やしていくかというのが、一番やらなければいけない議論なんだろうと思います。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

急性期の高木病院の、今日は代理で小野事務長、いかがでしょうか。

○小野（高木病院 事務長）：確かに、回復期、包括期が足りてないというところがあります。

特に高齢救急で、DPCの先ほどの問題がありましたが、なかなか1つの病名で入院期間が終了しなくて、どうしても長期化してしまう。ここら辺をうまく連携が取れば、大友先生がおっしゃっていたような、逆に当院で受けられるような患者さんもいらっしゃるのかなとは思っています。

いずれにしても、高齢の方は長期化してしまうというのが悩みのところかなと

思います。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

そうしましたら、武蔵野台病院、鈴木先生、いかがでしょうか。

○海老沼（武蔵野台病院 事務課）：すみません、武蔵野台病院の海老沼と申します。鈴木理事長が急用で出席できないので、代わりに聞かせていただいています。

○進藤（幸）座長：お願いします。

○海老沼（武蔵野台病院 事務課）：私は事務の部門なので視点が違うかもしれないんですが、当院も、受けている中でスタッフ自体が高齢化してきて、急を要するような方たちへ、特に夜間対応する形がなかなか難しくなっているのも事実です。

なので、そこら辺の報酬ですとか、スタッフへの収入面等も考えていただけると、私たちもよりスムーズに受けられるのかな、というのは、事務面から少しお伝えできればと思います。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

公立福生病院、吉田先生、いかがでしょうか。

○吉田（公立福生病院 院長）：当院は、いろいろなところで言っていますが、内科医不足に尽きます。先ほどの事前アンケートにありましたが、自院の医師が潤沢であれば積極的に受け入れることができる、まさにこれです。

紹介受診重点医療機関の話もありましたが、当院としても、もともとそれを目指してやってきたわけです。

なるべく当院の医師は入院患者を診てもらいたい。外来機能を地域の在宅にお願いするというのを目指してきたんですが、この地域は、開業医の先生方も高齢化していて、閉院されたりとか、地域によってはクリニックがないという地域もありますので、当院はそれになれないという感じなんです。

ですから、この地域ではなかなか青梅さん以外に紹介受診重点医療機関になりにくいのではないかと感じています。

それぞれの病院がそれぞれの機能でお互いにうまく連携しながら、引き続きやっていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○進藤（幸）座長：ありがとうございます。

続きまして、羽村三慶病院、代理で事務長の小暮様、いかがでしょうか。

○小暮（羽村三慶病院 事務長）：理事長は所用がありまして、私は事務長の小暮と申します。よろしくお願いいたします。

当院はやはり職員不足がありまして、特に看護師とか看護助手が非常に不足していて、特に今時分、ご紹介をたくさんいただいています、どうもありがとうございます。

ただ、なかなかスムーズな受入れが進んでなくて、看護助手さんが一番不足しています。特に朝の時間帯とか夕方の時間帯が手が回らなかったりする現状があります。そこを今一生懸命、採用活動をしているんですが、なかなかうまく回っていないところがあって、苦戦しています。

あと、逆にこの時期を過ぎてしまうとご紹介が減ってしまうので、「繁忙期」と言っはいけないんですが、11月から3月までの時期とそれ以外の時期の差が激しくて、その辺の調整に苦慮しております。

我々の感覚としては、11月から3月ぐらいまでは病床が足りないような雰囲気もあるんですが、それ以外の時期は病床が空いているところが多いので、年間を通して病床の稼働を維持するというのが課題であると思っています。

よろしくお願いいたします。

○進藤（幸）座長：ありがとうございました。

公立阿伎留医療センター、武井先生、いかがでしょうか。

○武井（公立阿伎留医療センター 院長）：途中からの参加で、的が外れているかもしれませんが、地区診断は非常に重要だと思っています。

特に私たちが担当している地域の檜原、あきる野市、日の出町、それぞれが地区医のところの特徴が違っていきまして、特に檜原の山の奥とあきる野市の山の奥に関しては医療が届かない地域でございまして、その上に“かかりつけ医”機能がないところで、急性期の医療と“かかりつけ医”機能を両方担当しなければいけないような状況になっています。

救急車の応需は非常に多くさせていただくように改善していますが、ウォークインの地域の方々を診るところがないという状況も生まれていて、特に、私たちの地域はほかの地域と比べて非常に特徴のある地域ですので、地区診断というのが非常に重要な要素だと思っています。

特に檜原の奥のポイントは、消防署の依頼も救急車の依頼も地域の方々がなさらないということが、いろいろお聞きしたりして分かってきていますので、遠隔の診断の仕方ということも導入しなければいけない地域かと思います。

ですので、一律にこの地域で何とかというところでは対応できないような状況が生まれているところも確かですので、私たちは、自分たち独自でそういうものを診断しながら対応したいと思っています。

○進藤（幸）座長：ありがとうございました。

続きまして、あきる台病院、代理で望月様、いかがでしょうか。

○望月（あきる台病院 事務長）：あきる台病院事務長の望月と申します。

当院の場合は、亜急性期、地域包括ケア病棟と療養病棟を有している病院ですが、もともとの区分が療養病棟がベースとなっている関係で、地域包括ケア病棟を持っているということが、なかなか地域の皆様方に周知できていない状況かなと思っています。

あとは、高齢者救急という意味では、診療体制として救急車を受け入れられていない状況がありますので、どうしても下りにご依頼をいただいて入院という形、もしくは在宅からのご紹介で入院という形が多い状況です。

現状としては、ベッドコントロールも含めて、看護師主導で行うような形に体制を切り換えて、迅速に受け入れるというところのスピード感を出そうということで、病院として施策を打っております。

少しでも先生方のお役に立てるような医療機関になりたいと思っていますし、地域医療構想の一翼になればと思っていますので、よろしくお願いいたします。

○進藤（幸）座長：ありがとうございました。

続きまして、大久野病院の河原先生、いかがでしょうか。

○河原（大久野病院 院長）：きょう会議がありまして、日の出町役場の駐車場の車の中から参加しています。途中から参加で申し訳ございませんでした。

D P Cデータとかを分析して、地域の大まかな事情はこれで分かると思うんです。かゆいところに手が届くようなほかのデータもないと思うんですよ。

だから、大枠のデータは出ていますから、そのデータ以上に、我々が西多摩地域で経験したり思っていることが一番正しいんじゃないかと思うんです。正しいというか、論点を把握していると思うんです。

ですから、D P Cのデータとかを基にありますが、我々が日頃経験したり思っていることの中で議論を深めていって、論点を集約していけばいいのではないかと思います。

もう一点は、新たな地域医療構想が始まるわけですが、今度の地域医療構想は、構想区域を課題によっては大きくしたり小さくしたり、いわばアメーバみたいな形で弾力的に運用できるということです。そういうところも活かしながら、先ほど檜原村の話も出ましたが、地域の実態に合わせたような形で、施策というか、事業体系ができていくのかなと思います。

もう一点は、地域医療構想にしても医療計画にしても、病床のこととか疾病のことは変えているわけですが、実際に人の手配とかお金の確保とかいうところにはほとんど触れないんです。

つまり、お金と人がいないということを前提に、地域でのこれからの西多摩の活動方針を模索していかないといけないかなと思います。

最近では、人、お金に加えて、薬もないわけですから、考えれば考えるほど、災害のときどうするかとか、これからの課題になりますが、これからは議論の仕方をしっかりと構築して、年間の回数も少ないですから、実体的な議論ができるような地域医療構想の会議にされてはどうかと思いました。

○進藤（幸）座長：ありがとうございました。

続きまして、奥多摩病院、井上先生、いかがでしょうか。

○井上（奥多摩病院 院長）：大変大きな話の中で狭い視野で申し訳ありませんが、奥多摩の地域でいいますと、医療資源として、ほかの地域に連携をお願いしているところは大きく2点です。

高度専門医療と救急医療になります。青梅総合さんをはじめ、高次医療機関の皆様にお世話になって、本当にありがとうございます。

以前、青梅総合の救命センター長の宮国先生がご講演でおっしゃっていたお話が衝撃的で、一般的に都内の大学病院等は、当直帯に数十人の医師が病院の中に常駐していると。ただ、青梅総合さんは、夜間救急帯は、医者が研修医を含めて10人いない、というふうなことをおっしゃっていました。

地域全体で救急医療を支える取組みが何かしら必要なのではないかと、日頃から考えさせていただいております。

あと、高齢者医療とか福祉の視野から問題点を奥多摩の地域で考えますと、要介護1から3ぐらいの方の、まず居場所がありません。

青梅さんも含めて、奥多摩も特養等はかなり充実していて、要介護4とか5の方は居住地域が確保されているのではないかと思いますのですが、自宅にいるのが難しそうだけれども特養に入れないという要介護1から3ぐらいの方の住む場所がなく、一般的にサ高住とか有料老人ホームが対象になるのではないかと思いますのですが、費用面でその辺が選べない方も非常に多いです。

そうすると、ショートステイをつなぐとか、レスパイト入院をするとか、要介護3程度で特養に入れるとか、若干適用外の居住地域の選定をしなければいけないかったりします。

あと、このぐらいの要介護の方というと、高度医療を望む方から、うちの病院みたいな小さい病院での「ある程度の医療の入院でいいよ」なんていう方が、価値観の狭間の中で揺れ動いている方が多いです。

そういう方というと、方針を決めるとか、あと家族と意見を統一するとかいうところがなかなか難しく、高齢者側からの視点で言う、そういう人たちにどうい

う医療を提供してどういう箱をつくるかというところも、視点としてあったらいいのかなというのは、高齢化が進む奥多摩にいて日頃考えているところです。

○進藤（幸）座長：ありがとうございました。

ほかにもご参加の方がいらっしゃいますが、時間の都合もありまして、その他、何か、特別ご発言したい方はいらっしゃいますでしょうか。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：1点だけ追加でよろしいですか。

○進藤（幸）座長：よろしくお願いします。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：先ほど河原先生がおっしゃったことはすごい大事だと思うんです。回復期、包括期が足りない。増やしたい。そこはもう、診断はついているのではないかなと思うんです。

なぜ増やせないか。ベッドはあるんです。人がいないからですね。うちもそうです。うちも看護師がいない。恐らく、どこの病院も、看護師がいない、看護補助がいない、医者がいないという意見が出ていました。

要するに、既に高齢化社会が2040年になっていて、働く人口が減少しているということが、今西多摩で起こっていて、人を募集しても来ないので、これは都の中央部と全然違う状況が今起こっているんだと思うんです。

ここをどう解決するか。構想会議だけ西多摩でやっても恐らく、ここから先、進まないのではないかなと思うので、ここは東京都さんに何かの手だてを考えていただく必要があるのではないかなと思いました。

○進藤（幸）座長：ありがとうございました。

その他、ご意見等はいかがでしょう。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：非常に多くのご意見をありがとうございました。

こういう話し合いをすると「役割分担していきましょう」と言うんですが、じゃ

分担できるのかと言われても、したくてもできない。なかんずく、お金がないというよりも、人がいないといった話に、この地域はなるのかなと思います。

そういった中でも、特に高齢者救急はもう飽和している。そういう状況を「在宅安心サポート事業」というので、少しでもトリアージして、看護師さんの手を借りて、医療に負担がかからない、とは言っても、待機しているお医者さんは8人だけということで、それも厳しいお話だなと思いました。

あとは、私たちも臨床で診断するときにデータだけでやっていくわけじゃないですね。河原先生がおっしゃっているように、経験が必要だと、効いてくるんだということです。

ここで言う経験というのは、皆さんの実際に現場で日々感じていることだと思いますので、そういったお話が出てよかったと思っています。

あと、大友先生の最後の、「もう診断はついているんじゃないか」ということですが、あとは、診断の次は治療になるということで、本当に治療をどうするかというところに、この地域は来ているのかなと思いました。

東京都全体を見て、今後も、西多摩の医療をどうやって支えていくかを、しっかり考えていきたいと思います。

どうもありがとうございました。

○進藤（幸）座長：それでは、時間が超過しまして大変申し訳ありません。活発なご議論をどうもありがとうございました。

本日予定されていた議事は以上となります。それでは、事務局にお返しいたします。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は活発なご議論をいただきまして、また様々な貴重なご意見もいただきましてありがとうございました。

データだけではなく、先生方の、実際にされている診療の状況であるとか、そういったご経験をもとにしまして、我々も必要な取組みを考えていきたいと考えております。

新しい地域医療構想は大きくこれまでの状況と変わるようなものですので、我々としても、西多摩地域はもちろん、都全域でもどういうことができるかというのを考えていきたいと思っております。

本日は様々のご議論をいただきましてありがとうございました。

最後に、事務局から事務連絡をさせていただきます。

会議で扱いました議事の内容につきまして、追加でご意見、ご質問等がある場合には、お手元に「地域医療構想調整会議ご意見」といった様式がありますので、東京都医師会宛に、大体、会議終了1週間をめぐりご提出をいただければと思います。

事務連絡は以上でございます。

それでは、時間が超過してしまつて大変恐縮でございます。本日の会議はこちらで終了とさせていただきます。長時間にわたりご参加いただきまして大変ありがとうございました。

(了)