〔令和7年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和7年7月7日 開催

【令和7年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和7年7月9日 開催

1. 開 会

○本間課長：ただいまより、令和7年度第1回目となります東京都地域医療構想調整会議〔北多摩西部〕を開催いたします。本日はお忙しい中ご参加いただき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本間が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式で開催しますので、事前に送付しておりますWeb会議参加にあたっての注意点をご一読いただき、ご参加いただけますようお願いいたします。

また、本日の配布資料につきましては、事前に送付しておりますので、各自ご準備いただくとともに、予め説明動画を配信しておりますので、本日の資料説明は適宜省略しながら議事を進めてまいりますことを、ご承知おきいただければと思います。

それでは、まず、東京都医師会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、挨拶のほどよろしく願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。今年度1回目の調整会議に、お暑い中お集まりいただきありがとうございます。

今回のテーマは、報告事項が3つ、議事が3つございますが、報告事項の中では1番、地域医療に関する調査についてです。これは、余りディスカッションがないかもしれませんが、あとでコメントしたいと思います。

議事については、1番はいつもやっている話で、これはさらっと行ってしまうと思います。

2番目と3番目が意見交換で、このあたりでご議論いただきたいと思います。

本日のスタイルは、先ほど東京都からもお話がありましたように、説明を事前に動画で見ていただくということにしました。その狙いは、ディスカッションする時間を十分確保したいという思いからです。

ですので、活発な議論をどうぞよろしくお願いいたします。

○本間課長：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、お送りしております名簿をご参照ください。なお、オブザーバーとして地域医療構想アドバイザーの方々にも会議にご出席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のありましたほかの圏域の座長、副座長の先生方もWeb等でご参加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、後日公開となりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を富上（たみ）座長にお願い申し上げます。

2. 報告事項

(1) 地域医療に関する調査について

○富上座長：座長の、立川市医師会の富上でございます。

前の座長から申送りは多少受けましたが、初めてですので、皆様に多々ご迷惑をおかけするかと思いますが、ご容赦ください。

それでは、まず、報告事項について、東京都から簡単に説明をお願いいたします。

○井床課長代理：東京保健医療局医療政策部で保健医療計画担当をしております、井床と申します。

報告事項3点のうち、今回初めてご紹介いたします地域医療に関する調査についてのみ、簡単にご説明させていただきます。

資料1をご覧ください。画面でも共有いたします。

東京都では、昨今の物価高騰やコロナ禍以降の入院患者数の減少を踏まえまして、東京の地域特性を踏まえた持続可能な地域医療の確保に向けて、今年度、地域医療に関する調査、分析を実施することといたしました。

調査事項としては、大きく分けて3点ございます。

1点目は、患者の受療動向でございます。

都内では、高齢者人口の増加が続く一方で、高齢者を中心に入院受療率が低下傾向にございます。

そのような状況を踏まえまして、疾病構造や都民の受療に関する意識の変化を把握し、受療率低下の要因分析や入院及び外来患者数の将来推計を行いたいと考えております。

2点目は、医療提供体制でございます。

今後の高齢者救急や在宅医療の需要増を見据えまして、さまざまな連携における課題等について把握したいと考えております。

3点目が、病院の経営状況でございます。

昨今の物価高騰等が病院経営に与えている影響の実態把握のため、経営状況や医業費用の地域差の有無、また黒字、赤字要因等の分析を行いたいと考えてございます。

こちらの調査分析方法でございますが、調査対象によって4つに分かれてございます。

まず、①の病院調査でございますが、こちらは都内の全病院を対象に実施いたします。特に経営状況については、コロナ前後の経年比較のため、令和元年度、5年度、6年度の3か年分の状況についてご報告いただく予定でございます。

この病院調査への回答協力を今度の新規事業でございます入院患者1人当たり1日580円の支援金を交付する緊急臨時支援事業の交付要件としております。

続いて②の都民調査ですが、都民の受療に対する意識や行動の変化を把握するため、インターネットモニター調査を実施いたします。

また、この都民調査の補完といたしまして、③の患者調査で、都内の2病院にご協力いただきまして、医療の提供を受けている入院、外来患者に対して調査を実施いたします。

さらに、④の有識者等ヒアリングで、近年の医療提供体制や病院の経営状況等についてご意見をいただく予定でございます。

また、今年度、別途実施をいたします在宅医療に関する医療機能実態調査の中で、診療所に対して調査項目を追加し、これらの調査、ヒアリング結果やオープンデータも活用しながら分析を行い、年度末に最終報告を予定しております。

医療機関の皆様におかれましては、既存のさまざまな調査報告に加えて、大変ご面倒をおかけいたしますが、何とぞご協力をよろしくお願いいたします。

資料の説明は以上となります。

○富上座長：ありがとうございました。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：私から少しコメントしたいんですが、1つは、今どの医療機関も「経営が大変だ、大変だ」と言っています。そんな中で、今年度は1人1日5800円の補助金が東京都から出ることになりました。

この背景としては、もちろんの病院の経営が大変だということはあるんですが、実施するにあたって、実は、東京都さんも病院の実態を本当にしっかり調査した上で、補助金となったわけではないということです。

つまり、下の段の①の病院調査において、今回これで病院の経営状況等も調べるということですが、これは決して面倒くさいなという話じゃなくて、病院の実態をぜひ東京都さんに知ってもらいたい、病院はこんなに大変だということを、しっかり書き込んでいただきたいと思います。

先ほどもご案内がありましたように、補助金の支給の条件となっていますので、ぜひご協力をお願いします。

もう1点お話ししますと、上の「調査項目」の(1)になります。

例えば、「患者さんが思ったより増えていない。コロナのときに減ったけれども、余り戻ってきていない」というような話はよく聞くところです。

何が原因か実はみんなよく分かっていない、分からないというのが実感だと思っています。

もしこの調査がなければ、コンサルの会社をお願いして、お金を払ってやる調査かもしれませんが、それを今回は東京都が行うということですので、ぜひしっかりアンケートに答えていただきたいと思います。

今回は第1回の調整会議ですが、あとでご案内があると思いますが、第2回のほうで結果が出てきますので、そこで皆さんぜひ活用いただきたいと思います。

いずれにせよ、アンケートについてはぜひご協力をお願いいたします。

○富上座長：ありがとうございました。

今説明がありましたが、その内容以外で報告事項全体についてご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

大丈夫でしょうか。では、議事に進みたいと思います。

3. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針について（協議）

○富上座長：議事の1つ目は、「2025年に向けた対応方針について」です。

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とされており、資料をご確認いただいている前提で、さっそくお諮りいたします。

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年に向けて対応方針として合意する。

このような扱いとしてよろしいでしょうか。何かご質問、ご意見がある方はいらっしゃいますか。

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。では、そのようにさせていただきます。

(2) 現行の地域医療構想の振返り (意見交換)

○富上座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。「現行の地域医療構想の振返りについて」、東京都から簡単にご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：まず、今後の調整会議の進め方について共有いたしまして、前半の現行構想の振返りについてご説明いたします。資料5-1をご覧ください。画面でも共有いたします。

今後の進め方といたしまして、新たな地域医療構想の国のガイドライン策定に先駆けまして、現行の構想の振返りや、東京都独自の調査等によるデータを共有するなど、来年度の新たな構想の策定を見据えた意見交換を進めてまいりたいと考えております。

今回は現行の構想の振返りに基づく意見交換、第2回では、先ほど報告事項としてご説明した東京都独自の地域医療に関する調査に基づく意見交換を行いたいと考えております。

また、来年度の調整会議では、新たな構想の骨子案や素案を適宜お示しして、皆様からご意見をいただきたいと考えております。

資料が飛びますが、5ページをご覧ください。

こちらは、構想策定当初の意見と東京都の取組みをまとめております。

左側が、構想策定当初の区域ごとのご意見を、生成AIを活用して分析したところ、左側にありますとおり、高齢者救急を含む救急医療、在宅療養、連携の3つに分類されまして、こちらに対比させる形で、右側に構想策定後の東京都の取組みをお示ししております。

資料の5ページに戻りますが、まず、救急医療についてでございます。

策定当初のご意見としては、救急医療の需要増加に対して、各地域で高齢者の救急医療体制を充実させるべき、また、患者が住み慣れた地域に戻れる地域完結型の救急医療の仕組みづくりが必要、といったご意見がございました。

これに対して東京都では、特に令和5年度以降、コロナ禍後の東京ルールの増加に対する取組みを実施しております。

次に、在宅療養についてでございます。

策定当初のご意見としては、高齢化に伴い在宅療養支援を充実すべき、多職種連携の重要性、退院後の住み慣れた地域に戻れるような支援体制が必要、といったご意見がございました。

これに対して東京都では、区市町村や地区医師会の取組みを支援、人材の確保、育成に向けた取組みなどを実施しております。

最後に連携についてでございます。

策定当初のご意見としては、地域内だけでなく、隣接する地域等の医療機関との連携が重要、介護施設との連携により、患者の退院後のケアをスムーズに行うための体制が必要、患者のケアが一貫して行われるよう、医療、介護、薬局など情報共有のシステムが必要、といった意見がございました。

これに対して、東京都では、基盤整備が中心となりますが、医療情報等の共有の推進に向けた取組みを実施しております。

ここまでの前半の現行の地域医療構想の振り返りでございます。

平成28年度に調整会議が設置されてから、ご自身の病院や構想区域内で変わった部分、またこちらの資料上に記載のあるもの以外も含めた、東京都の取組みに対するご意見などをいただきたいと思いますと考えております。

説明は以上となります。

○富上座長：ありがとうございました。

では、土谷先生、補足をお願いします。

○土谷副会長：私たちは、こうやって集まって調整会議をずっとコロナの間もやっていたところですが、目標年は2025年ということで、ついにことしになってしまったということです、今までどうだったかということで、振り返っていただきたいと思います。

先ほど、生成AIを使ってまとめましたというところですが、大きく分けて3つの話が出たということで、救急と在宅と連携でした。

これは後段にもつながる話ではあると思いますが、振り返ってみて、皆さんいかがだったでしょうか。そのあたりについてご意見をいただければと思います。

それについてだけ、もうちょっとだけお話ししたいんですが、「結局余り進んでないんじゃないか」という印象を抱く方も、もしかしたらおられるかもしれないと思っています。

ただ、私としては、病床の話はともかく、医療連携については、少なくともこの会議に参加されている皆さんは、ずいぶん意識が変わったんじゃないかと思っています。

今までは自分たちが「どういう意味をやりたいのか」「どういう医療をやろうか」という思いで、一生懸命医療を提供されてきたと思うんですが、会議を通じて、「地域の中で自分たちはどういう位置づけにあるのか」というあたりを感じながら、地域の中で医療を提供するというところに、ずいぶん意識が変わったんじゃないかと思っています。

これは定量的に評価するのは非常に難しいところで、目に見えた形として何かあるわけではありませんが、そういう意識づけはずいぶん変わったのかなと感じているところです。

ほかにもご意見がございましたら、ぜひいただきたいと思います。

○富上座長：ありがとうございました。

土谷先生がおっしゃったように、調整会議が設置されて、皆様の病院やその地域を取り巻く医療の方々が話し合われたと思うんですが、何か変わった部分といったことに関して、ご発言のある方はいらっしゃいますでしょうか。

大丈夫でしょうか。

では、最後にまた皆さんにご意見を伺いたいと思います。

(3) 2040年に向けた課題及び取組みの方向性 (意見交換)

○富上座長：では、最後の議事に進みたいと思います。「2040年に向けた課題及び取組みの方向性」について、東京都から簡単にご説明をお願いします。

○井床課長代理：それでは、意見交換の後半についてご説明いたします。資料5-2をご覧ください。画面で共有いたします。

最初に、国の新たな構想のターゲットでございます2040年に向けて、国における将来の見通しなどの資料が続いておりますが、こちらの説明は割愛させていただきます。

5ページまで飛びまして、国の新たな構想の取りまとめの話になります。

これまでの入院医療だけでなく、外来、在宅、介護との連携、人材確保等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る構想を策定する方向性が示されております。

その中で、地域の実情に応じて、治す医療と治し支える医療を担う医療機関の役割分担を明確化して、医療機関の連携等を推進することが重要と示されております。

1ページ飛びまして、7ページをご覧くださいと、今後新たに実施されます医療機関機能報告により、医療機関機能の分類に沿って、役割分担の明確化や連携、再編、集約化を推進していくことが想定されております。

また、今回の外来、在宅、介護連携等も、新たな構想の中で対象とすることから、現在の二次保健医療圏単位の協議だけでなく、議題に応じてより狭い区域での協議の場の設定や、今後始まるかかりつけ医機能報告等のデータも活用して、課題共有や対応の検討、取組みなどにもつなげていく予定でございます。

2040年に向けた現時点での国の議論の方向性は以上となります。

9ページ以降は、これに対して東京都はどうかというところで、2040年に向けた都の課題例をお示ししております。

直近の令和4年度以降の調整会議におけるご意見を、こちらでも生成AIを活用して分析したものでございます。

こちらに共通する意見を集約する前の、構想区域別の直近の会議における意見のまとめは、参考資料2に載せておりますので、こちらでもご参照いただければと思います。

先ほどの資料5-1の、前半の構想策定当初の意見と同様に、高齢者救急を含む救急医療、在宅療養、連携と、「その他」ということで、意見が分類されておりました、それぞれの意見から抽出される課題を右側に挙げております。

11 ページのところでございますが、お示した2040年に向けた都の課題例を念頭に、自圏域に当てはまる課題やその他の取り組むべき課題があるか。

また、その課題に対して、これまでの取組みを踏まえて、新たに取り組むべき方向性があるか。

これらの観点から、2040年に向けて当該圏域として重点的に協議すべき課題と、取組みの方向性に関して、意見交換をお願いできればと考えております。

また、参考資料3として、前回の調整会議の際にお示したDPCデータを用いた地区診断のための関連データをお付けしております。

前回との違いでございますが、前回お示した令和4年度のデータと比較する形で、5年度のデータを追加しております。

また、構想区域ごとの資料ではなく、近隣のデータも確認できるよう、全構想区域をまとめて作成しております。

さらに、今回は慢性期から繰り返し発生する急性期疾患にデータを絞るとともに、MDCの16で脊椎圧迫骨折としてカウントされ得る疾患を追加して、また新たにMDCの06、消化器系疾患として、消化管出血、腸閉塞、胆嚢炎、胆管炎としてカウントされ得る疾患を追加しております。

こちらのデータも参考として、意見交換をいただけますと幸いです。
説明は以上となります。

○富上座長：ありがとうございました。

それでは、土谷先生、補足をお願いします。

○土谷副会長：先ほど、「現行の地域医療構想を振り返って生成AIでまとめたら、3つ出ました」という話がありました。また、直近の調整会議を経て、2040年に向けたテーマとしては何があるかということ、実は変わってなかったというのがオチなんです。

1つ加えれば「人材が足りない」という話だったと思います。

では、40年に向けて何を話すのかというときに、テーマが広いと議論が散漫になってしまいますので、できましたらテーマを絞って、3つのうちのどれかと決めてもらってもいいですし、こういうのを話したいということです。

個々のテーマについて掘り下げるといよりは、「テーマを何にしたいか」「この地域では何を重点的にやっていきたいか」というようなことを議論していただければよろしいかと思えます。

○富上座長：ありがとうございます。

では、増田先生、お願いいたします。

○増田理事：東京都医師会の増田です。

ほかの圏域でも話題になるんですが、紹介受診重点医療機関ができたときに、「高齢者が多いので、複数科にかかられている患者さんが多いので、非常にやりづらい」という話が多く出ました。

その傾向は、郊外に行って、患者さんの移動距離が長くなったり、高齢化が進んでいる地域で特に多いと思うんですね。

それに関して、「紹介受診重点医療機関が始まってから、何か変化があった」とか、「この制度は見直してほしい」とか、何かご意見があると思うので、その辺についてもお聞かせ願えればと思います。よろしくお願ひします。

○富上座長：ありがとうございました。

今、先生がおっしゃられたように、2040年に向けて圏域として重点的に協議すべき課題、取組みについて、皆様のお話をお伺いしたいと思います。

今、言われた高齢者の患者さんに関わる医療機関、病院の先生方は、かなり苦労されていると思います。

これは、直近の調整会議における北多摩西部でも、高齢者に対する対応と、あと、在宅の連携と、いろいろ我々の圏域でも問題となっているところであります。

そこで、皆様のご意見、「こうすれば」とか、「現状はもっとうなっているんだ」とか、そういうふうに意見をお願いしたいのですが、いかがでしょうか。

それでは、指名させていただいてよろしいでしょうか。

まず、高度急性期の、災害医療センターの大友先生の代理の伊藤先生、いかがでしょうか。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：代理でずっと出ています、副院長の伊藤です。

前回申し上げたんですが、「この圏域の救急患者はどうか」と言われると、救急を診ている施設の先生方は同じ認識をされていると思います。

この春先、気温が上がってくると救急患者は減るんです。ところが、気温が下がってくると、救急患者が、その中身はいろいろ高齢者とかありますが、救急病棟、救命センターなどの救急に関わる病棟はパンクするんです。

そのパンクするのが、「ドレナージ先がない」ということがいつも問題で、当院は、前年度末、在院日数が延びてしまったんです。

そうすると、看護度が下がって介護度が上がるということで、病床利用率は9割を超えているのに病院は赤字という、一番まずいパターンに入ってくるんですよ。

今はどうかというと、新年度になって、まだ梅雨が明けてない、高温の状態、救急だけで見ると、7割を切りかねないような状態です。

病院で入院料が取れる診療科が22あるんですが、実際、どの病院もされていると思うんですが、病床設定をしているんです。

病床設定を100%超える科というのは、整形外科と私どもの消化器外科、血液内科、腎臓内科ぐらいで、あとは、「もうちょっと何とかならないのか」というのが現状です。

だから、年間を通じてというより、季節性がものすごく変動が大きい地域じゃないかと思うので、その辺どうやって、「高度急性期の病床数を減らす」とか言われても、「以前のコロナのときにベッドが足りなくなりましたよね」と言っていて、うやむやになって、今日に至っていると思うんですよ。

ですから、AIでいろいろ解析されているというのは、すごく素晴らしいと思うんですが、余りにも季節性が激しいので、その辺どういうふうに解析していけばいいのかというのが、ずっと悩んでいるところです。

○富上座長：ありがとうございました。

私どものクリニックもそうですが、季節性は確かにあるんですが、その季節性に関して、問題提起としては初めて聞いたものですから。また課題としていきたいと思います。

続きまして、立川病院の片井先生、よろしいでしょうか。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院 院長）：今のお話ですが、季節性というのは余り感じないですね。

以前に比べると、後方連携がだいぶ改善してきていると思います。

例えば、回復期だと、昭島病院にお世話になっていて、受け取っている方々は大変だろうと思っているんですが、MSWが介入する時期が、救急患者さんなどですごく遅れてしまうと、転院先がなかなか決まらない。

患者の病態は多種多様ですので、どこの病院にご紹介すればいいかと決めるまでに時間がかかるという問題があります。

それから、救急車自体は、さっきお話ししたように季節感はないんですが、転院先が見つからないと亡くなる方が結構多いんです。当院では、1割ぐらいが当院で亡くなっているという状況もあります。

地域全体の問題もあるんですが、とにかく救急患者に関しては、地域連携の患者さんで救急で入ってきた患者さんに関しては、早くMSWが介入して、近隣の医療機関と密に連絡を取ることが非常に重要だと考えています。

○富上座長：ありがとうございました。

続きまして、回復期の立川相互病院の高橋先生、お願いできますでしょうか。

○高橋（立川相互病院 院長）：コロナが明けてから、どういうわけかよく分かりますが、救急車の要請数が増えておりまして、したがって、応需率は減っているんですが、救急車の受入れの数が増えています。

この中身がどうなっているかは分析がよくできないんですが、現状としてそういった状況です。

2番目に、高齢者救急というのが大きなポイントだと思うんですが、高齢者の救急というのは、通常の救急に比べると、手術になる患者とか少なくて、誤嚥性

肺炎とか尿路感染とかいったことによる全身状態が悪化した患者がかなり含まれます。

そういった意味で言うと、入院させても、外科的な処置が少ないですから、日当円が上がらないので、そういった患者をたくさん取ると、経営的には厳しくなるというのが正直なところですよ。

3つ目に、先ほど、伊藤先生から「季節性」という話がありましたが、そんな状況で、当院は高齢者救急依存の病院ですが、誤嚥性肺炎に関して言うと、DPCのデータで受入れ数が、都内で5番目という数を受け入れているんですが、そういったことで、日当円が余り上がらないので、ベッドの稼働が年間平均で94%ぐらいないと赤字になるというような状況です。

逆に言うと、救急車の要請に関して季節性があるとすると、もういっぱいのおときには本当に100%を超えてしまって受けられない。余裕があるときでも90%ぐらいないといけないということで、十分に救急車の要請に応えられないというのが現状であります。

したがって、結局お金の話になるんですが、一定程度、診療報酬とか、今回都から補助出ますが、そういうお金の保障があれば、通常のところ85%ぐらいで運営できるような診療報酬体系であれば、季節性に対しても対処できるけれども、現状では、救急隊の要請が増えたときには十分応えられないというのが実態だと理解しています。

○富上座長：ありがとうございました。

高橋先生、介護の連携のほうはいかがでしょう。

○高橋（立川相互病院 院長）：先ほど、片井先生がおっしゃいましたように、後方連携というのはなかなか難しいところがございます、移したいと思っても、そんなに簡単にいかない場合が多いです。

1つは、病院間の情報提供、それによって、向こうが受け入れられるかどうかという判断が、どうしてもネックになります。

もう1つは、患者さんの家族が納得されるかということがあります。

そういったことで、なかなか思ったように進まないというのが難しいところです。

特に、当院の場合、療養型、回復期の病床を法人内に持っているんですが、カルテがつながっているものですから、こちらの入院で苦労している実態を、向こうのスタッフがカルテを見ることができますので、なかなか受け入れてくれないというような問題も生じたりしております。

○富上座長：ありがとうございました。

それでは、慢性期の西砂川病院の妻神（サイノカミ）先生、よろしくお願ひします。まだ入られていないそうですので、隣の昭島市の先生方にお願ひしていききたいと思ひます。

うしお病院の森川先生はご欠席ということですので、昭島病院の上原（ウエハラ）先生、お願ひできますでしょうか。

○上原（昭島病院 院長）：我々は、伊藤先生や片井先生とかの病院と比較的密に連携を取ってやっております。

高齢者救急を主体として、地域の医療をこれから進めていかなければいけないと思ひていますが、今お話にあったような後方連携について非常に苦労していません。

我々の病院では、患者さんが入院したときから、入退院支援センターの職員が関わって、家族構成とか、どういうところだったら退院できるかということ、すぐに始めるんです。

ただ、独居の方が入院してこられると、退院先を見つけるのが大変で、退院日数がどんどん増え続けてしまつて、DPCの計算で合わなくなつてしまうということが日常茶飯事になっていきますので、後方連携をこれからはかにしていくかというのが、病床稼働率にも影響していきます。

我々がもう1つの問題点としておるのは、どこの病院でも同じだと思ひますが、諸物価の高騰に診療報酬が追いつかないということで、病床稼働率が85%以上あつたとしても赤字になってしまうので、どこでそれを補っていくかということが、非常に難しい問題で、頭を抱えています。

○冨上座長：ありがとうございました。

続きまして、慢性期の竹口病院の竹口先生、お願いできますでしょうか。

まだ入っておられないということですので、今度は、国分寺市で、国分寺病院の中谷先生、お願いしたいんですが。

また入っておられないとのことですので、国分寺内科中央病院の松本先生はいかがでしょう。

また来ておられないということですので、続きまして、東大和市の東大和病院の加藤先生、お願いできますでしょうか。

○加藤（東大和病院 院長）：先ほどまでの先生方がおっしゃっていたようなことで、当院も、入院した患者さんの後方連携が厳しいというところで苦勞しております。

知っている病院に片っ端から当たって行って、空き状況を聞いていくということを繰り返して、何ら改善策はないですね。

あと、先ほどもおっしゃっていましたが、独居の方が入ってくると、もう全く進まないということになります。さらに、家族がいらっしゃっても、家族が協力的でないという場合がすごく多くて、そもそも面談に来てくれないために話が進まないということで、すごく苦慮しております。

あと、在宅を進めているのが国の政策かと思うんですが、在宅といっても、独居の人は帰れないし、生活できないので、病気が治っても在宅に戻しようがないので、どのように在宅を進めていったらいいのかわからないというのが現状です。

そもそも、家で生活が破綻している患者さんが、相談する先がないというか、あっても場所がわからないということで、その辺も整備されていないんじゃないかなと思っています。

かかりつけ医の先生とかが主体になってやっていかないと、回っていかないのではないかという印象を持っていますので、ADLが下がっている患者さんをどうしたらいいかというところの相談窓口を、行政で設けていただいたほうがいいのではないかと思います。

あと、先ほどもおっしゃっていましたように、利益を上げる策が全くないというところは、私も同感でございます。

○富上座長：ありがとうございました。

続きまして、武蔵村山市の村山医療センターの谷戸先生、お願いします。

○谷戸（国立病院機構村山医療センター 院長）：うちは特殊性があるので、回復期に入っていますが、骨・運動器の手術は年間1500件以上やっています。

一方、災害医療センターとか送っていただく脳梗塞の亜急性期から慢性期の患者さんを受け入れて、そういう方の回復に努めています。

また、ここで話がずれてしまうんですが、うちは、60床の病棟で脊髄損傷の患者さん受け入れているので、在院日数が180日とか200日とかになってしまふんです。

これがものすごく病院の経営を圧迫していて、アップアップしているんですが、ほかからの手術で何とかそれを補てんしてやっているような、ちょっと特殊な病院なので、ここでは余りいろいろなコメントを出すのはできないんじゃないかと思えます。

○富上座長：ありがとうございました。

それでは、武蔵村山病院の稲富先生、お願いできますでしょうか。

○稲富（武蔵村山病院 院長）：当院は、事前にいただいた地区診断のための関連データとか見ると、まさに誤嚥性肺炎とか肺炎、尿路感染症とかを受けている部分がすごく多くて、まさに、高齢者の急性期疾患を担う役割があるんだろうなということをおぼされました。

もう1つは、ケアミックスの病院ですので、それこそ高次施設からの後方支援の役割も持っていると思っているんですが、なかなか医療情報とか複合的な問題を持つ高齢者の情報を、十分にいただけていなかったりして、受けられないこととか、あとは、受けたところで、在宅に持っていけないということが起こっていることで、とても困っています。

そういう中で、お金の問題というのは、皆さんもおっしゃっていますが、なかなか財政的に難しいということで、何とか考えていかなければいけない課題だと思っています。

○富上座長：ありがとうございました。

これまで病院の先生にご意見を伺っておりましたが、本日、地区医師会の代表の先生方も参加されておりますので、ご意見をお伺いしたいと思います。

昭島市医師会の浅見先生、お願いしてもよろしいでしょうか。

○浅見（昭島市医師会 会長）：このたび、前任の竹口病院の竹口先生から引き継ぎました。

病院がいろいろ抱えている問題について、生の声は余り医師会の集まりとかでは余り聞かなかったので、きょうはいろいろ勉強になりました。

医師会には、病院の先生に、上原先生初め理事に入っただけなので、これからは、医師会の中でも病院の立場とかのお声を聞いて、医師会としてもそういうことも考えていければなと思いました。

○富上座長：ありがとうございました。

続きまして、国立市医師会の春日井先生、お願いできますでしょうか。

○春日井（国立市医師会 会長）：急性期病院から先がなかなか、回復していくのにつながっていかないという印象を抱いていました。

地域医療の医師会が何ができるかという話は考えなければいけなくて、在宅を診る先生たちが増えてくれないと、最終的に帰るところがなければ、宙ぶらりんになってしまうだろうと感じました。

ですから、国が「在宅」「在宅」と言っているのは、余り気乗りのしない話ですが、地域の患者さんが自分の足で立って、長く歩けるような介入を、僕らはして行かないといけないのかなと思っています。

急性期で、骨折したりするのはしょうがないと思いますし、誤嚥性肺炎もしょうがないだろうと思うんです。

でも、寿命もちょっと長くなっていますし、寝たきりの高齢者がいっぱいいると、病院がパンクするだろうから、普通に通っている患者さんたちを、とにかく身体を動かさせてというようなことを、地域としてやっていかないと、急性期に流れ込む患者さんの余計増えてしまうだろうと感じました。

○富上座長：ありがとうございました。

続きまして、武蔵村山市医師会の田中先生、お願いできますでしょうか。

○田中（武蔵村山市医師会 会長）：浅見先生と同様で、この7月から会長を交代しまして、この会議に出させていただくことになりました。

この先も出させていただくことになるかと思うので、聞かせていただきたいんですが、平成28年からこの会議があって、いろいろ資料をいただいたんですが、具体的にその間で変わったということがあったら、教えていただきたいと思います。

病院は大変だという話は、この間、武蔵村山病院の稲富先生からもすごく伺ったんですが、医師会としては、在宅だとか連携だとかというところで役に立てればいいのかと思っています。

特に、武蔵村山市というのは医療機関が非常に少なく、在宅を専門にやっているという先生が1人もいないという状態なんです。

内科の先生がちょこちょこ在宅も併用してやっていますという先生がいらっしゃるんですが、その先生たちが、先ほどの高齢者の、「ちょっと入院させたい」という患者さんを、武蔵村山病院などをお願いして診ていただいているという状況です。

ただ、そのあと、では、また戻ってきて、在宅で誰かが診るかと言われると、結構手いっぱいという感じになっています。

東京都からの、24時間体制をつくるということは非常に困難で、「ファストドクターなどを利用する」という話もありますが、こういう体制づくりに対する支援とがあるとありがたいと思います。

○富上座長：ありがとうございました。

先ほど、先生が質問された、この調整会議が始まってからの変化というものについて、土谷先生、よろしいでしょうか。

○土谷副会長：具体的に言いますと、この調整会議そのものは、人口減少を見据えて病床を整理しなければいけないんじゃないかというのが出発点でした。

となると、東京ではどうかと言われると、「人口はまだ減らないじゃないか」ということで、ベッドの話は二の次になっていました。

ですので、地方においては、人口減少に備えて、病院再編とか病床削減とかいったことが、目に見えた形で成果物として上がってきたんじゃないかとは思いますが。

では、東京都はどうかと言われると、病床の話は、「ベッドがまだ足りない」「もういっぱいじゃないか」とかいった話は、余り深掘りはされませんでしたというか、人口が減らないので、そこは余り重点を置かなかったところでは。

そうすると、もう一つ大きなテーマがありまして、それが医療連携になります。が、「医療連携は進んだのか」と言われると、先ほども少し触れましたが、意識がずいぶん変わったんじゃないのかなと思っています。

当時は、「自分たちがやりたい医療は何なのか」「やりたい医療をやりたい」という思いが強かったと思いますが、それが、「自分たちがやりたい医療ではなくて、地域で求められている医療は何なのか」といった視点が、ずいぶん変わってきたんじゃないのかなと思います。

それは、調整会議の皆さんのご意見を聞くと、そんなふうを感じているところですので、「具体的には」というのはなかなか難しいですが、「マインドセットが皆さん変わったんじゃないのかな」というのが、私の印象です。

○富上座長：ありがとうございました。

では、佐々木先生、お願いします。

○佐々木（東京都医師会 理事）：東京都医師会の佐々木です。

私も平成28年からの第1回から座長していましたが、感想としては、いろいろ変わってきたんだろうと思っていますが、一番変わったなというのが、これか

らですが、この「地域医療構想調整会議」というものが「医療計画」の上に来るということです。

これまでは、「では、ここで話したことがどうなるの」というのが、よく聞かれたんですが、今後の「地域医療構想調整会議」では、「ここで議論されたことが、医療計画に落とされていく」というように変わったというのが、一番自分としては大きな変化かなと思います。

あと、今回、地区診断のデータとか出ていますが、これまで、「地域で議論するのにどんなデータが必要なのか」ということで、それをみんなで声を出して、いろいろなデータを出してくれるようになったんです。

それで地域を知ることができるようになったということも、いろいろ変わってきたことの一つかなと思っております。

○富上座長：ありがとうございました。

今おっしゃられたように、素晴らしいフィードバックがあると信じております。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：まとめ的なお話をしたいと思うんです。

最後のテーマは、「2040年に向けた課題及び取組みの方向性」ということでした。

こちらの圏域で出てきたのは、冒頭に、「季節変動の対応が難しい」というお話でした。

それは、「普段からもう目いっぱい診ていないとやってられないんだ」ということで、病院経営の話にそのあとも続いていきました。

もう目いっぱい病床を埋めていないと病院が成り立たない。だから、余裕のある経営ができれば、もう少し減らして行って、救急が逼迫したときも受けられるけれども、その余裕が全くないといったところが、課題として上がってきたかと思えます。

それから、後方連携についてです。退院困難な方が非常に多くいるといったところが、介護とか在宅とかの連携が課題になってくるのかと思えます。

あと、最後にお話したいのが、東村山病院の稲富先生にコメントしてもらいましたが、地区診断について、参考資料の3をぜひご覧いただきたいと思います。

地区診断というのは、「自分たちの圏域はどういう圏域なのかを診断してみましよう」ということです。

個々の病院を見て、それぞれ「あそこの病院はこういう病院なんだ」というのが、これを見ると分かります。

そうすると、「この病院はこういう病院なんだ」ということが分かってきて、もしかしたら、連携がもう少しスムーズに行くんじゃないかと思います。

これは、先ほど、佐々木理事が述べましたように、今までこういう情報というのは何もなかったんです。「あそこの病院はこうだろう」というような、噂のレベルの話だったかもしれませんが、この地域医療構想において、さまざまなデータを東京都からご提示いただきました。

こういうデータに基づいて地域連携を進めてきたというのは、確かに新しい話だったんだと思います。

ですので、この圏域の課題も聞かせてもらいましたし、将来に向けて、参考資料3について、個々の病院でじっくり眺めていただければありがたいと思います。

○富上座長：ありがとうございました。

では、議事は以上となりますので、事務局にお返しますので、よろしくお願ひします。

4. 閉 会

○本間課長：皆様、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した。

最後に事務連絡がございます。

本日会議で扱いました議事の内容について、追加でのご意見、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」と書かれた様式をお使いいただき、東京都医師会宛てに会議終了後1週間以内にご提出ください。

それでは、本日の会議は終了となります。長時間にわたりありがとうございました。

(了)