

〔令和7年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

令和7年8月6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』

〔区南部〕

令和7年8月6日 開催

1. 開 会

○本間課長：定刻となりましたので、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〔区南部〕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、ご承知おきください。

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：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

きょうも暑かったですが、いかがお過ごしでしょうか。

本日は、年2回あります調整会議の第1回となります。テーマは、ご案内のとおりで、地域医療構想そのものが目標年としていた2025年になりましたというところです。これで終わるわけじゃなくて、これまでの振り返りと、今後についてきょうは議論していただければと思っています。

先ほどもご案内がありましたように、スタイルをちょっと変えています。説明の時間がこれまで長くて、間延びしていたところもあったと思うんですが、事前

に見ていただいて、説明の時間を短くして、ディスカッションの時間を長く取りたいというところを意図しています。

そういうことで、忌憚のないご意見をぜひお寄せいただければと思います。

きょうは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。

続きまして、東京都保健医療局医療政策担当部長の宮澤よりご挨拶申し上げます。

○宮澤部長：東京都保健医療局の宮澤でございます。

ご参加の皆様方には、日頃から大変お世話になっております。誠にありがとうございます。

この調整会議でございますが、今年度も2回開催させていただきたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

また、土谷先生に、本日の議事、会議の進め方について触れていただきましたが、そのほか、本日は報告事項といたしまして、今年度、都内医療機関の皆様方のご協力をいただきながら実施をする予定でございます地域医療に関する調査の概要につきましても、ご説明させていただきます。

限られた時間ではございますが、新たな構想の策定、また、計画の見直しに向けてまして、忌憚のないご意見をいただければと思いますので、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We b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We b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、後日公開となっておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を鈴木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

○鈴木座長：座長の、大森医師会の鈴木でございます。

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、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おります。

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つに分かれております。

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す。

この病院調査への回答協力を今度の新規事業である入院患者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、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。

○鈴木座長：ありがとうございました。

この件に関して、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：私から2つお話ししたいと思います。

1つは、(1)の患者の需要動向についてです。

コロナの前まで入院患者数が戻らないというのはよく聞ところです。その原因は何なのかということが、こういった調査ではっきり分かるということはないのかもしれませんが、ある程度の傾向はもしかしたらつかめるかもしれないと思っています。

この結果は、皆さん、関心が高いと思うんですが、第2回の調整会議で議論できると思います。そういう予定になっていますので、この調査にしっかりお答えいただきたいと思っています。

もう1点が、(3)のところの病院の経営状況で、下の①病院調査になります。

こちらは非常に大事だと思っています。なぜかと言いますと、今年度、民間病院も1日当たり1人580円の補助金が出ることになりました。

先ほどもご案内があったとおり、この交付要件となっていますので、この調査にはぜひお答えいただきたいと思っています。

特に、病院経営はどこも厳しくて、都内の8割ぐらいが赤字と言われていますが、その状況をしっかり書き込んでいただきたいと思っています。

それは、この580円というのが本当に妥当な金額なのか、場合によっては足りないんじゃないかとかいった議論になると思いますので、病院の経営状況をしっかり書き込んでいただきたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

今説明のあった内容以外でも、報告書全体でご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますか。

よろしいでしょうか。それでは、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）

○鈴木座長：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、ご意見はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

〔全員賛成で承認〕

では、ご承認いただいたことにさせていただき、次に進みたいと思います。

（２）現行の地域医療構想の振返り（意見交換）

○鈴木座長：それでは、「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。

資料が飛びまして、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A I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、これに対比させる形で、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、といったご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考えております。

説明は以上となります。

○鈴木座長：ありがとうございました。

調整会議が設置されてから、ご自身の病院や地域で変わった部分、また都の取組みに対するご意見などということで、ご発言がある先生方はいらっしゃるでしょうか。

では、この件について伺いしていきたいと思います。

まず、NTT東日本関東病院の大江先生にと思ったのですが、ご欠席でしたので、品川区の急性期の東京品川病院の蒲池先生、お願いいたします。

○蒲池（東京品川病院 院長）：我々は総合病院ですので、高齢者救急についての意見でよろしいでしょうか。

○鈴木座長：高齢者救急でもいいですし、在宅というわけにはいかないと思いますが、連携のことで構わないと思います。

今、かなり救急を受けてくださっているんですが、そのところがもう目いっぱいなのか、まだ少し余裕があって受けられるのかとかいうような話でもいいと思います。

今までの議論の中で、高齢者救急について、「こういった整備が必要なんじゃないか」というようなご意見でもいいかと思います。

○蒲池（東京品川病院 院長）：救急車に関しましては、年間8000台程度取っていて、急性期の平均在院日数は9.9日程度となっております。

そういった点におきましては、まだ受け入れる余裕はあると思うんですが、最近、軽症の高齢者の救急も増えてきていて、特に、夜間が多いです。

そのところが、今後、どこの病院も同じだと思うんですが、在院日数が長くなった結果、本当に重症な患者さんを取れなくなるというのは、解決しにくい、してないところかと思っております。

なので、ご高齢者の軽症の救急を可能な限り在宅で診る、もしくはそれを専門とする新しい在宅の形を、抜本的にとっていくというのが、肝要じゃないかと思っております。

正直なところ、数年前から議論されているんですが、なかなか解決できていないというのが、現場の意見としてあります。

○鈴木座長：ありがとうございます。

確かに、医療保険にかなりシフトしたホスピス型の老人ホームなどができてきて、少しそういうところが変わってきているのかと思いますが、皆さんの病院でかなり困っていらっしゃるの事実ですね。「1度入院してしまうと、なかなか退院してくれないし」という意見が前からございます。

在宅につなぐにしても、「家の中では無理」と言われたりするので、それなりの施設みたいなものがあるといいのかなとは思いますが。

では、大田区の高度急性期の牧田総合病院の新井先生、お願いいたします。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：うちの病院も救急に力を入れていまして、高齢者救急ということについては難しいと思うんですが、うちの病院は、基本的に、例えば、高齢者だからということで、「受け入れない」とか「受け入れる」とかということは考えていないです。

年齢によって受入れの許諾は考えていません。高齢者といっても幅広くて、いろいろな方がいらっしゃるの中で、その中で、トリアージというのは現状として難しいと思っていますので、来てみて、その人にどのように対応するかを判断せざるを得ないと思っています。

救急においては、早く受け入れて、早く治療するというのが全てですので、現時点では、「高齢者だからどうか」というのは、なかなか現実的ではないと思っています。

ですので、受入れに関しては、急性期病院は受け入れるべきだと思うんですが、問題はその後で、受け入れて本当に治療しなければいけない人もいて、どこまで積極的に治療するのがいいかが、明らかに違ってきます。

うちの場合も、稼働率は90%だからかなり回っているんですが、その段階では、どうしても高齢者の方は平均在院日数も長くなりますので、ポイントになるのは後方連携だと思っています。

そこをいかにやっていくかということで、受入れは当然受けて、もう当日に後方連携の病院に取っていただくとか、次の日に取っていただくとか、どこまで積極的な治療をするかによっても、だいぶ変わってくるんですね。

その辺の枠が広がれば、受入れは本当に全くウェルカムで、今の2倍とか3倍でも受けようと思っていますが、そのあとの体制を整えない限り、なかなか限界があると思っています。

そのため、後方連携は積極的に力を入れて、次の日とか、もう本当に申し訳ないんですが、誤嚥性肺炎などの場合は、積極的な治療をしつつ、急性期とか亜急性期の病院に行っていただくとかいうようなスタンスを取れるような構築をしていけば、もうちょっとうまくいけるかと思っています。

あと、この連携の話も、いかに情報共有するかというのが大切だと思うんですが、入退院システムとかを利用していますが、それが今の段階で非常に便利かという、そんなことはないというのが、現場を見ていて感じています。

やはり、顔の見える関係で、「こういう人がいるんですが、どうですか」とかといったことで、患者さんは物じゃないので、情報は千差万別で、患者さんの情報だったり、家族の情報だったりについてもお話ししながら、早く受け入れていただくようにするほうが多い場合が多いです。

全部の病院がそういう入退院システムを共有されていれば、もしかしたらうまくいくかもしれませんが、現時点ではまだ一部分しか働いていないというのがあるので、現時点ではD X化した情報共有というのは現実的には難しいという印象です。

あと、急性期病院は在宅にどう対応するかというと、具合が悪くなったときにはいつでも受けるというような連携をとれば、在宅先生も安心して治療できます。

ですので、急性期病院の在宅への対応の仕方というのは、「いつでも受けます。ある程度安定したら在宅にお帰しします」ということで、それがうまくできれば、一番いいんじゃないかという立場を、急性期病院がとればいいと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

後方連携の話はおっしゃるとおりだと思っていまして、カルテのD X化というのは、国がやるべき事業なので、都のほうでどうしてもなかなか動かない話だと思うんです。

在宅のほうでも、「ほかの診療所と協力してやりましょう」という話が出ているんですが、ここでもカルテ共有がかなりネックになっていて、なかなかうまく動かないという部分もなきにしもあらずです。

ただ、その代わり、先生がおっしゃったように、顔と顔が見える連携というのが進んでいけばと思っています。

大田区の場合は、コロナのときに全病院が集まって、医師会と会議していましたよね。それに在宅が加わって、「医療アライアンス」と言っているんですが、常に定期的にそういう会議を開催して、お互いの状況を知っているだけでも、だいぶ違ってくるんじゃないかと思っています。

続きまして、大田区の急性期の、池上総合病院の繁田（ハダ）先生、お願いいたします。

○繁田（池上総合病院 院長）：私のところも、急性期という立場でお話しさせていただくと、高齢者救急というのがある程度問題が大きいという分野だと思っています。

認知症がおありになる、複数の病気がおありになるという患者さんを引き受けるということで、どうしても治療がなかなか終わらないということが多いという点があります。

それから、先ほども出ていましたが、後方連携という問題で、ご家族となかなかうまくいっていないとか、独居であるとかということで、なかなかその後につなげないという方が多くなっているという印象が強いです。

ただ、その中でも、大田区に関しては、鈴木先生をはじめ、在宅医療の先生方が多くいらっしゃいますが、施設に関しては、近隣の区を出て、神奈川とか埼玉とかというところまでお話を持っていくということも増えてきています。

まだ、少し待てば行き場があるという状況ではあるんですが、ここは大きな問題だろうと思っています。

それから、DXに関しては、おっしゃるとおりで、個々の病院が、電子カルテを入れたらどうということではないですね。国が主導でつなげていただかないと、もう難しいだろうなと思っていますが、ぜひ情報共有できるシステムを早めにつくっていただけたらありがたいところではあります。

○鈴木座長：ありがとうございます。

情報共有と顔の見える関係の構築というこの2つは、多分一緒なんだろうね。両立して進めていかなければいけないだろうと思っています。

では、品川リハビリテーション病院の渡辺先生、ご意見はいかがでしょうか。

○渡辺（品川リハビリテーション病院 院長）：回復期の立場から申し上げますと、急性期から早いうちに患者さんを受け入れて、治療をして、“交通整理”をしないとというのが使命だと考えております。

ここ最近というか、コロナ後ですが、高齢者救急からの回復期という患者さんは、合併症が多くて、在宅に帰せない方が増えてきているという印象です。

そうなると、施設ということを考えていくわけですが、ここでネックになるのが、先ほどのDXもそうですし、医療と介護の連携の難しさということになります。

回復期から在宅へ帰ればいいんですが、例えば、老健に行く場合には、在宅復帰率が回復期としては落ちてしまうということも悩みとしてあります。

このように、“交通整理”がうまくいっていないというのが、高齢者救急からの回復期ということでは多いのではないかなという印象です。

あと、回復期病院は、療養病院もそうですが、医療資源が潤沢ではありませんで、例えば、今回、またコロナが流行してきて、当院でも今クラスターが発生しています。

多くの患者さんが感染症対策をしていますが、クラスターになると、また病棟が動かなくなってしまうというようなことも、最近の悩みとしてあります。

○鈴木座長：ありがとうございます。

確かに、この夏コロナが増えてきていますね。うちでは、インフルエンザのAも結構います。

では、続きまして、大田区の東京蒲田病院の小山先生、お願いいたします。

○小山（東京鎌田病院 院長）：回復期の立場ということもありますが、うちは百床ほど急性期もありまして、2次救急もやっていますので、それも合わせて話させていただきます。

当院は、一般内科と循環器と整形外科をメインでやっているんですが、数年前から、「高齢者医療、老年科も積極的にやるぞ」ということで取り組んでおります。

救急は、お年寄り、ご高齢の方は、大体どういうことであっても引き受けるということで、年間、救急車は2200台ぐらいですが、現在、応需率は90%以上を保っております。

ご高齢の方は精神疾患以外は基本的に何でもお受けするという姿勢でやっておりますので、うちでできる高齢者医療の救急は、何とかフルファイトでやっているつもりでございます。

さらに、回復期としては、包括のベッドもありますので、ポストアキュートとしてじゃなくて、サブアキュートとしてなるべく使えるようにしております。

例えば、最近、コロナはそんなに重症じゃなくなったので、コロナの患者さんとか、軽めの肺炎の方とかいう方は、サブアキュートとして、包括のベッドもなるべく利用するようにして、いろいろな形で、ご高齢の方の救急を受け入れられるように、ベッドを回しております。

あと、在宅療養の関わりですが、個人的な意見としては、大田区の在宅の先生はすごく増えていまして、すごく頑張っている感じがして、おうちで完結されるケースがすごく増えているんじゃないかなという印象です。

なぜかといいますと、うちも療養病床が実はあるんですが、過去にはずっとほぼ100%を保っていたんですが、このところずっと療養病床が空いている感じです。

いろいろな原因があるんでしょうが、振り返ってみると、在宅の先生がすごく頑張っている感じがして、今まで療養に入っていたような方が、ご家族の協力も得て、もちろん、在宅の先生が上手にお話をされて、おうちで完結するというスキームがすごく増えて、定着してきているんじゃないかなと、個人的には考えております。

あと、後方連携についてですが、先ほど申し上げたように、高齢者医療、高齢者救急をやっていると、しばしば問題になるのは、独居の身寄りなしの、認知症

があって、“ゴミ屋敷”で、しかも生保という方で、帰れなくなってしまった方が多くなっているということです。

もちろん、在宅の先生が頑張って診ていただけるのはすごくありがたいですが、それでも「どうしても難しい」ということになると、先ほどもお話が出ていましたが、施設に頼らざるを得ないというか、利用せざるを得ないということになってしまいます。

ところが、こういった患者さんで、特に生保ですと、うちのソーシャルワーカーとも話したんですが、施設の入所待ちが、下手すると「二、三年待ってください」とか言われることがあるんです。

そういう方が実際はどうなっているかというと、北関東の施設に行ったりしているんですよ。

大田区で育って、その人たちの若い頃は、大田区のために頑張っていた人たちかもしれないのに、最終的に全然地域で完結できていないみたいな人たちがいたりしています。

特にうちの病院の周りにそういう方が多くおられるので、それが非常に残念だなと、最近つくづく、高齢者救急を積極的にやるようになって、すごく感じる場所です。

ですので、後方連携といっても、在宅の先生が、鈴木先生をはじめすごく頑張って、いろいろな患者さんを診ていらっしゃるんですが、どうしても遠くの施設に行かなければいけないような方がいらっしゃるということです。

施設もいっぱいあって、いろいろやったださっているんですが、どうしてもそうじゃない方というのは、大田区で完結できないというのが非常に残念だと感じていますので、後方連携については、自分でも何とか考えなければいけないなと思っている次第です。

○鈴木座長：ありがとうございます。

おっしゃるとおりだと思います。私どものところでも、施設ということになると、北関東とかいったところまで行かれる方もいらっしゃいます。

そのところでどうしていけばいいのかということは、まだなかなか答えが出ないだろうと思うんですが、そういうことで慢性期のご意見も聞いてみたいと思います。

阿部病院の磯谷（イガイ）先生、お願いいたします。

○磯谷（阿部病院 院長）：今までも発言させていただいたんですが、後方病院として、慢性期の「看取り」まで診れる病院として、これまで続けてきております。

患者さんの層としては、以前からお話ししているように、終末期の方が比較的增加てきている印象ではあるんですが、ご依頼いただいた方は、なるべく受け入れられるような形をとろうと思って、日々やっております。

稼働率に関しては、一般的な療養型の病院としては、90%ぐらいと、比較的しっかり患者さんの数を入れないと、ぎりぎり回っていくかいかないかというのが現況です。

その中で、職員の数どうしてもぎりぎりでやっていかざるを得なくて、動ける患者さんとか、歩けるような患者さんとかはいいんですが、ケアがしっかり必要な患者さんとかは、残念ながらお断りせざるを得ないことがあったりというのが、もどかしく感じているところであります。

DX化に関しても、小さい病院ですと、その辺なかなかまだうまく対応できてないというところもあって、補助金とか助成金とかいうのを使いながらやっていきたいと思うものの、いろいろな病院で本当につなげられるのが一番いいと思うんですが、なかなかそこまで手が回っていないという状況です。

○鈴木座長：ありがとうございます。

中小の病院というのは、本当に人手もないし、経済的にも厳しいということで、なかなかそういったところに手をつけられないというのが現状だろうと思います。

それでは、大田区の京浜病院の熊谷（クマガイ）先生、お願いいたします。

○熊谷（京浜病院 院長）：私どもの病院は、2月に建て替えて、新しい建物に移りました。ベッド数が80床で今稼働中です。看護体制は一般障害者病棟で80床です。

現在は、地域の基幹病院、急性期病院からの紹介患者さんで、ほぼ満床状態で埋まっています。

さらに、今オファーもたくさん受けているので、回転させたいと思っているんですが、当院から出ていくところが非常に詰まっています。

皆さん、ご家族がひとり暮らしだったり、家族はいるけれども一緒に暮らせないという感じで、「その人だけ家に戻すことが不可能だから、ここに置いてもらうか、介護施設か」という言われ方をするんですね。

ただ、「介護施設に」といった瞬間から、「大田区近隣で」という条件を付けられたら、もうほとんど二、三年は不可能という状況なんです。

先ほどの生保のような、選べない人は、もう北関東でも南関東でもどこでもいいんですが、ある程度要求される方は、「神奈川県の方に住所を移していただいて、そちらの特養で空きがあったらそちらのほうへ」ということを今考えています。

ただ、特養というのは、「入所者判定委員会」というのがあって、全部ひっくるめて、各施設ごとに個別に交渉ができないんです。

ですので、例えば、京浜病院から近いところだったら、「糀谷（コウザヤ）とか大森」というような個別交渉は一切できずに、入所者判定委員会の中で全部まとめて、優先順位なのか何順位なのか分かりませんが、順番にやっていくという格好になってしまいます。

ただ、エリアによっては、東京都内ほど混雑していなくて、特養は空き始めているという場所がいっぱいあります。

特に、北関東、南関東のような離れたところとか、既に人口過疎が始まって、もう住民が少なくなって、特養自身が空き始めているというところが随分あるんです。

そういうところでは、「東京のほうからどんどん送ってほしい」と言われるんですが、東京では二、三年待ちということで、非常にインバランスな状態が続いているんです。

需給調整をするのに、入所者判定であるとか、エリアを越えてはいけないとかいう問題が、かなりネックになっています。

ご家族もちろん、「面会に行けないじゃないか」とか、「交通の便が悪いじゃないか」とか、「一度見てみないと」とかいろいろなことを言われて、結局は長引かせられてしまうということに対して、なかなかこちらが、「絶対に行け」とか、「ここにはいつまで」ということが言えないという状況です。

そんなことで、埋まってしまうと、今度はよそからのせっかくのご紹介患者を受け入れられないんですが、出るときは、まとめて皆さん出ていったり、亡くなる方が集中して多くなって、ベッドがたくさん空くときもあるんです。

そのときになって、今度は急に埋めようと思っても、なかなか入らないというようなことが起こって、慢性期というのは“薄利多売”ですから、満床でやっとなんとなぐらいの、本当に厳しい状況ですので、常に満床を維持しないとすぐ赤字になって、もう黒字を出すのはほとんど不可能に近い状態です。

ですから、ほかの周辺のこともしろいろやって、看護や訪問の診療もやらなければいけないんですが、そのためには今度はスタッフを雇わなければいけないわけですね。

特に慢性期病院の介護のスタッフさんが全然いないと思うんですが、ほかの病院もそうだと思うんですが、介護施設が非常にいい条件で雇っていただけているようで、そういうところに人が移ってしまっているんですね。

まず、給与競争で全く勝てませんので、人を加えるためにあちこちに紹介業者を使うと、百万とか二百万とかかかってしまって、もうほとんど利益がなくなってしまうぐらいというか、ほとんど赤字状態でも、病院を回すためには必要で、看護師さんを求めているというのが現状です。

本当にこれで拡大再生産はできっこないし、私どもは、「旧京浜病院」と言われていた残りの病棟を、建て替えようと思ったんですが、とても建替えができそうもないので、「リニューアルで何とか使えないか」ということを考えています。

来年じゅうにはつなぎたかったんですが、どうもそこも怪しげで、再来年になってしまうかなという感じです。

そこまで行かないと、2つの病院で併せて150ぐらいのベッドが稼働しないので、なかなか機動的にも動かないということが続いて、悩ましいところです。

あと、介護施設との連携というのは、今もそうですが、なかなか同じツールと
いうか、同じ尺度のものを持っていないですね。

介護施設というのは、ほとんどが要介護度だとかケアに関することの指標は山
ほど持っているんですが、バイタルに関する事その他というのは、ほとんどが
持っておられないんですね。

血圧と脈拍と呼吸とかぐらいとか、意識レベルも書いてないようで、それぐら
いのところだけで、いわゆる医療情報というのはほとんど皆無なので、連携しよ
うにも同じ尺度を持って話合いができないので、なかなか現実的じゃないと、
今思っているところです。

○鈴木座長：ありがとうございます。

介護との連携は非常に奥が深いというか、まだまだ闇が深いところだと思います。

それから、人材不足に関しては、介護福祉士の人材は完全に枯渇していますの
で、このところが多分、今後進めていく上でかなりネックになってくると思っ
ています。今から手を付けてもかなり難しいと思っております。

それでは、議事が遅れて申しわけありませんが、最後の議事に進みたいと思ひ
ます。

（３）２０４０年に向けた課題及び取組みの方向性（意見交換）

○鈴木座長：「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 ページですが、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、こちらを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まして、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 ページですが、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。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といたしまして、前回の調整会議の際にお示しした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。

○鈴木座長：ありがとうございました。

2040年に向けて圏域として重点的に協議する課題と取組みの方向性についてでございます。

事前の資料で、救急医療、在宅療養、連携、その他の分類で、テーマを座長の立場から決めろということですが、決めきれないんですが、一番コアになってくるのは連携ということじゃないかなと、個人的には思うんです。

「地域全体が1つの医療機関」と言い過ぎですが、ちゃんとそれぞれの事情を理解しながら、きょうの話合いの中でも、慢性期の現状だとか急性期の状況とかいったことを知るだけでも、かなり我々にとっては、また勉強になったなということがありますし、この状況は常に変化していくと思うんです。

そういうことで、2040年に向けてどう連携していくのか、また前の構想会議で、「介護との連携が結構重要になるかもしれない」といった話がありましたが、熊谷先生からは、「介護の連携は難しい」とおっしゃっています。

そういうことで、皆さんの中からご意見をいただければと思います。

では、これは、医師会側の先生からまずご意見をいただきたいと思います。

東京都病院協会の高野先生、お願いいたします。

○高野（東京都病院協会、高野病院 理事長・院長）：2040年に向けてというのですが、その前の振り返りのところで、もっとタラレバの意見も出るのかと思ったら、全くそんなことがなくて、皆さん、今日の問題点をいろいろおっしゃっていて、地域でまとまっているエリアなのかなと、改めて感じながら聞いていました。

2040年に向けてというところでは、出口問題が、以前の急性期のステージから、回復期、慢性期の出口にもシフトしてきたかなとも感じています。

ですから、それを今後どういうふうに解決していくかということですが、病院協会や東京都医師会では、地域医療構想の考えるエリアを区南部に限定するのではなくて、東京都を1つの構想区域にして考えるといいという意見も発信しています。

ですので、先生方、ぜひ区南部だけでまとめようということではなくて、広いエリアで考えていただければと思います。

今のお話を聞くと、東京都内だけでは間に合わないというところもありそうですが、急性期医療などは、圏域を広げて検討すると、何か解決策に導かれるのではないかなということを感じています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

続きまして、品川区医師会の星野先生、お願いいたします。

○星野（品川区医師会 理事）：初めて参加させていただきます。よろしくお願いいたします。

きょういろいろお話を聞いて、非常に納得する部分も多々ございました。

医師会としてという観点よりは、いわゆる地域医療を担うかかりつけ医としての感覚としては、急性期、慢性期、回復期といった病院の先生方は、懸命に頑張っていらっしゃることもよく分かりました。

ただ、その出口がないことが問題だということは、今もそうですし、恐らく40年に向けた生成AIのデータからもうかがえます。

その一つとしては、出口に対して在宅医療の分担といいですか、私も、かかりつけ医をしながら一部で訪問診療をやっているわけですが、病院との関係では、

出口の段階で、訪問診療専門のところに行ってしまう傾向が多いような気がしています。

ですので、かかりつけ医ともっと親密に関係を持っていただければと、常日頃思っていて、その辺を理事の中で話をしているんですが、そういったことがもっと広がってくれば、受け皿としてはあるのではないかと思います。

先生方がおっしゃっていたように、ご家族の問題も非常にございまして、座長の鈴木先生は、かかりつけ、訪問診療としては、もうエキスパートで、僕もご講義を何度か拝聴したことがあるんですが、どうやって家族と関わったらいいのかという基本的なところも、一般医家にもっと知らしめていただければ、我々のようなベースの人間もいろいろなことができるんじゃないかなという気がしております。

そして、こういった将来に向けての受け皿を広げることで、病院の先生方の負担を減らせればというような印象を持ちました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

在宅医療は普及してきてはいますが、専門のクリニックが在宅医療であるという認識が、結構市民の間にあるようです。

私も先日、もう30年ぐらい診ている、98歳のおばあちゃんの息子から、「先生、今度在宅医療を入れたいと思うんですが、どうですかね」と言われたんです。

もう長く訪問診療をしてきて、何度も死期を救っている人なんですが、結構むかつきました。その辺の理解が市民がなかなかできてない部分があるだろうと思います。

個人としては、二十年、三十年外来で診て、帰りたくなったら在宅で診て、その上でお看取りをする。その安心感、達成感というのは、たぶん専門の在宅医療機関に比べると、かかりつけ医療機関のほうが極めて高いものがあるんじゃないかと思います。

ただ、24時間365日の負担というのがありますので、そのところをどうやっていくか。

きょうも私、この暑さの中で12人の往診に行ってきました。もう死ぬかと思いましたが、最近は熱発が多いですね。「熱発で9度出てるから、今からすぐ来てくれ」と言われて、外来診療中に行ったりしていますが、大変は大変です。

そして、自宅で看取るというのは、それなりの覚悟が、僕らも覚悟が要るし、患者の家族も覚悟が要るということだと思います。

続きまして、荏原医師会の西川先生、お願いいたします。

○西川（荏原医師会 副会長）：私もきょう初めて参加させていただいたんですが、まだ自分も勉強不足で、これからいろいろなことを学ばなければいけないと思いました。

鈴木先生のように、私は今在宅はやっていないんですが、自分のクリニックで患者さんを診させていただいていますので、これから在宅医療のこともいろいろ勉強させていただけたらと思います。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、田園調布医師会の石田先生、お願いいたします。

○石田（田園調布医師会 会員）：先生方のご意見を拝聴いたしました。

私どもの病院も、ことしの1月1日から、急性期からケアミックス病棟の病院になりまして、回復期も一緒にやるような形になりましたので、それぞれの病院の先生方のご意見も大変身につまされる思いで聞いておりました。

実際にケアミックスになって、急性期から自院の回復期に患者さんが移ったりした場合とか、あるいは、回復期の運営をうまくやっていくために、また、外の回復期にお願いしたりとか、いろいろな切分けをしていかなければいけなかったりとか、そこは、実際に運営に携わってみると、非常にその“交通整理”が難しいということを身にしみております。

その中でも、実際に患者さんをうまく受けていくためには、ベッドをうまく空けていかなければいけないという問題がありますので、どうしても先ほどの出口問題が、特に2040年に向けてのネックになることは間違いないだろうと感じております。

新規の患者さんを受けるにも、ベッドを空けて回転させないというまくいかな
いですし、それぞれの患者さんがそのときの適切な、その患者さんの状況に応じ
て、地域全体が、その受け皿をリレー方式で、そのときの状況に合った形で、う
まく患者さんが回転していけるようなネットワークというのが、これからの課題
だろうと思います。

その意味でも、病院、医師会といったような形で集まっている会議体が、より
広い層の関係の方が集まるような会議体をつくるといったことも必要かと思っ
ております。

特に、お互いがお互いを知るということも大事ですし、先ほど熊谷先生から、「持
っている物差しが違う」という話がありましたが、実際に顔を合わせてみて、お
互いがどういうメジャーでものを見ているかということ突き合わせてみると、
このメジャーの違いということが明らかになって、そこでまた次の、今までにな
かった視点ということが開かれてくると思います。

ですので、そういったような形ができるように、まず顔の見える関係性ができ
るような形で当座集まって、それぞれの問題点を忌憚なく発表できる場ができる
ということは、非常に有意義ではないかと感じております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

やはり連携ということになりますよね。

では、蒲田医師会の松坂先生にもと思ったのですが、いらっしゃらないという
ことでございます。

では、ここで、土谷先生、まとめてコメントをいただければと思います。

○土谷副会長：ご議論ありがとうございました。私も拝聴させていただきました。

策定当初の課題、十年ぐらい前ですが、そのときの課題は何だったかとまとめ
たら、高齢者も含めた救急、在宅、連携ということでした。

直近の課題をまとめたら何だったかということ、高齢者救急、在宅、連携という
ことでしたので、「あれ、一緒じゃないか」ということでした。

40年に向けてのほうでは、「人材不足」も入っていましたが、結局同じだったということで、「同じ課題をずっと話してきて、全然進歩していなかった」と言われるかもしれないんですが、私はそういうことはなかったと思っています。

地域医療構想そのものは、当初は病床の話が主だったわけですが、東京におきましては、病床じゃなくて、地域の医療連携が深まるような議論ができればと、東京都さんと話しながら、こういった会議を進めてきたつもりです。

そこで、聞いていると、「自分たちはこういう医療をやりたいんだ」というよりも、「地域の中で自分たちはこういう立場で、こういう医療をやらなければいけないんだ」というような意識が、ずいぶんついてきたんじゃないか、変わったんじゃないかなと思っています。

自分たち中心じゃなくて、「地域の中で求められるものは何か」ということで、考え方が変わってきたというのが、この地域医療構想の振返りの中でできたことではないかと思っています。

つまり、「皆さんがこうしてお忙しい中集まっていたことは、全く無駄じゃなかった」と私は言いたいと思っています。

もう1点だけお話しすると、参考資料の3についてです。

ほかの圏域もいっぱい載っていて、見にくいかもしれませんが、こちらの圏域だけでもいいと思うんですが、見てみると、「こういった疾患はどこの病院がよく診ているのか」ということがよく分かると思うんです。

そうすると、「こういった疾患については、こういう病院と連携するといいいのかな」というのが、見えてくるのかなという資料になっていると思います。

今回は特にディスカッションの中では、出口問題というのが課題になりましたが、結局は連携の話になると思いますので、こういった資料を参考に、連携を深めていただければありがたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

私も、第1回のときからこの地域医療構想会議に関わってきていますが、この地域医療についてお互いが語って、それぞれの事情を理解するということは、非常に重要だと思っていますので、東京都と情報共有しながら、それぞれの事情を分かった上で、施策を考えていただければと思っています。

そして、2040年に向けて、国が当初想定した病床数であるとか医療の状況というのは、微妙に変わっていくと思いますので、そのところを今後の調査などで軌道修正しながら、こういう話し合いを続けていって、お互いの立場を理解し合いながらやっていただければと思います。

そして、その中で、もう少し利用できる場所があれば、また、お互いが苦しんでいる場所があれば、そこを協力できるような連携体制があれば、地域医療としては、地域の住民にとっても幸福につながるんじゃないかなと、個人的には思っている次第でございます。

いろいろご意見がある方もいらっしゃると思いますが、お時間が来てしまいましたので、今回発言できなかった委員の皆さん、大変申し訳ございません。

最後に、調整会議は地域での情報共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報提供を行いたいということがありましたら、挙手をお願いいたします。

蒲池先生、どうぞ。

○蒲池（東京品川病院 院長）：調整会議のご意見のメールを、前回送ったんですが、これは返信をしていただけのものなんでしょうか。

○本間課長：ご質問ありがとうございます。私から回答いたします。

中身は全てこちらで確認させていただきまして、返信が可能なものと返信がなかなか難しいものと考えさせていただいて、回答する場合とそうでない場合があるということになっております。

○蒲池（東京品川病院 院長）：全く返信がままということでは、こっちも不安になるので、「見ました」とかいう返事をいただければありがたいです。

お忙しいこととは理解していますが、返事がないと寂しいじゃないですか。既読になっているのかすら分からないので。

○本間課長：かしこまりました。

○蒲池（東京品川病院 院長）：「既読したかどうか」だけでも教えていただけたら嬉しいです。

○鈴木座長：じゃ、そのようにご検討いただければと思います。

ほかに何かご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。今のようなご意見でも構わないと思います。

よろしいでしょうか。では、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しさせていただきたいと思います。

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す。

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、追加でのご意見やご質問等がある場合は、「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週間以内にご提出してください。

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)